

宮医発第 648 号
令和 6 年 3 月 27 日

会員医療機関 御中

公益社団法人 宮崎県医師会
会 長 河 野 雅 行
(公印省略)

令和 6 年度広域の高齢者等肺炎球菌ワクチン定期予防接種への協力に
ついて (依頼)

時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

さて、平成26年10月より実施している広域の高齢者等肺炎球菌ワクチン定期予防接種についてはご協力を賜り深く感謝申し上げます。

令和 6 年度も引き続き本会が会員医療機関を代表して、県内全市町村と契約を締結いたしますので、対象者に対する予防接種が円滑に実施されますようご協力をお願いいたします。

つきましては、下記の諸連絡に合わせ、関係書類をお送りしますので、よろしくお願いたします。

記

1 広域予防接種

会員医療機関に属する医師により、個別接種で実施するものといたします。

現在、各市町村で行われている実施体制（郡市医師会単位による準広域化を含む）については存続し、その上で宮崎県内に住民票のある者で、かかりつけ医が居住地以外の市町村にいる場合、あるいはやむを得ない事情により接種機会を逃した者が居住地以外の市町村の医療機関において予防接種（個別接種に限る）を希望する場合に行うことといたします。

(1) 広域の例

- ①日南市の住民が宮崎市の医療機関で接種→県医師会へ請求
- ②小林市の住民が都城市の医療機関で接種→県医師会へ請求

(2) 準広域の例

- ①国富町の住民が宮崎市の医療機関で接種→宮崎市郡医師会へ請求
- ②三股町の住民が都城市の医療機関で接種→都城市北諸県郡医師会へ請求

2 対象者

住民票がある市町村以外において予防接種を希望する以下の方。ただし、郡市医師会単位による準広域化の対象者を除きます。

(1) 65 歳の方

(2) 60～65 歳未満の方で心臓や腎臓、呼吸器の機能、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有する方。

※経過措置（令和元年度から令和5年度の各年度に70, 75, 80, 85, 90, 95, 100歳となる方への接種）は終了しました。

3 契約期間

令和6年4月1日～令和7年3月31日

4 委託料（県医師会への請求額）

別表の当該市町村の委託料の欄。

接種料金は県内全市町村統一ですが、市町村により被接種者の自己負担額が違うため委託料が異なります。

(例) 4月の宮崎市分の請求額：一般5,799円、生活保護7,799円、予診のみ2,276円

5 被接種者自己負担額

別表の被接種者自己負担額の欄。

6 説明書・予診票

同封の説明書及び予診票をコピーの上使用いただくか、行政配付のものに「広域用」と書き込み使用いただいても結構です。

7 委託料の請求及び支払い

所定の請求書（市町村ごと）に予診票を添え、ひと月分をまとめて翌月7日までに県医師会経理課に提出してください。

県医師会は、翌々月末までに医療機関の指定口座に振り込みます。

8 その他注意事項

1) 請求書は県下統一様式です。右上に市町村名を記入の上、市町村ごとに請求してください。また、請求金額下の内訳も必ずご記入ください。

2) 生活保護受給の方は予診票に生活保護受給者番号を必ず記入してください。

3) 60～64歳の方は必ず証明書（身体障害者手帳の写し等）を添付してください。

4) 年齢計算違いや生年月日等の記入漏れが多数あります。必ずご確認をお願いします。

5) 期日を過ぎた請求については、お支払いできない場合があります。

9 同封書類

- 1) 委託料一覧（別表）
- 2) 説明書及び肺炎球菌ワクチン予防接種済証明書
- 3) 予診票
- 4) 請求書

※各種様式は、宮崎県医師会ホームページ (<https://www.miyazaki.med.or.jp>) からダウンロードできます。

[>医師の皆さまへ](#) [>様式・掲示物ダウンロード](#) [>令和6年度広域の高齢者等肺炎球菌ワクチン定期予防接種 様式](#)

10 請求先

〒880-0023 宮崎市和知川原1丁目101
公益社団法人 宮崎県医師会 経理課
TEL 0985-22-5118 FAX 0985-27-6550

(別表) 令和6年度(広域)高齢者肺炎球菌 予防接種委託料一覧

◆広域予防接種料金 **7,799**円◆

◆実施期間: 令和6年4月1日～令和7年3月31日◆

(単位:円・税込)

市町村名	委託料(県医師会への請求額)			被接種者 自己負担額	担当課	電話番号
	一般	生活保護	予診のみ			
宮崎市	5,799	7,799	2,276	2,000	健康支援課	0985-29-5286
都城市	5,299	7,799	2,276	2,500	健康課	0986-23-2765
延岡市	5,299	7,799	2,276	2,500	地域医療政策課	0982-22-7066
日南市	5,299	7,799	2,276	2,500	健康増進課	0987-31-1129
小林市	5,299	7,799	2,276	2,500	健康推進課	0984-23-0323
日向市	5,299	7,799	2,276	2,500	健康増進課	0982-66-1024
串間市	5,299	7,799	2,276	2,500	医療介護課	0987-72-5678
西都市	5,399	7,799	2,276	2,400	健康管理課	0983-43-1146
えびの市	5,299	7,799	2,276	2,500	健康保険課	0984-35-1116
三股町	5,299	7,799	2,276	2,500	町民保健課	0986-52-8481
高原町	5,299	7,799	2,276	2,500	健康課	0984-42-4820
国富町	5,799	7,799	2,276	2,000	保健介護課	0985-75-3553
綾町	5,799	7,799	2,276	2,000	福祉保健課	0985-77-0195
高鍋町	5,299	7,799	2,276	2,500	健康保険課	0983-23-2323
新富町	5,299	7,799	2,276	2,500	いきいき健康課	0983-33-6059
西米良村	6,799	7,799	2,276	1,000	福祉健康課	0983-36-1114
木城町	5,799	7,799	2,276	2,000	福祉保健課	0983-32-4010
川南町	5,299	7,799	2,276	2,500	町民健康課	0983-27-8009
都農町	5,299	7,799	2,276	2,500	健康管理センター	0983-25-1008
門川町	5,299	7,799	2,276	2,500	健康長寿課	0982-63-1140
諸塚村	5,799	7,799	2,276	2,000	住民生活課	0982-65-1119
椎葉村	5,799	7,799	2,276	2,000	福祉保健課	0982-68-7510
美郷町	4,799	7,799	2,276	3,000	健康福祉課	0982-66-3610
高千穂町	3,799	7,799	2,276	4,000	保健福祉総合センター	0982-73-1717
日之影町	5,299	7,799	2,276	2,500	保健センター	0982-73-7521
五ヶ瀬町	5,299	7,799	2,276	2,500	福祉課	0982-82-1702

圏域外（広域）の高齢者等肺炎球菌ワクチン予防接種について （説明書及び肺炎球菌ワクチン接種済証明書）

肺炎球菌の予防接種を実施するに当たって、受けられる方の健康状態をよく把握する必要があります。そのため、以下の肺炎球菌ワクチンに関する情報を必ずお読みいただいた上で、予診票にできるだけ詳しくご記入ください。ご自身での記入が難しい方が接種を希望されている場合には、健康状態をよく把握しているご家族の方など代理人がご記入ください。なお、**接種される方の接種希望確認ができない場合は接種できませんので**予めご了承ください。

【接種対象者】[令和6年4月1日から令和7年3月31日まで]

法律で決められた肺炎球菌ワクチン接種の対象者は、以下の条件にあてはまり、**本人が接種を希望する人**。

- ① 65歳の方
- ② 60歳から65歳未満の方で、心臓、腎臓、呼吸器の機能に自己の身の日常生活活動が極度に制限される程度の障害やヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障害がある方（身障者手帳のコピーを添付してください）

【予防接種を受けることができない人】

- ① 明らかな発熱を呈している人（37.5℃以上）
- ② 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな人
- ③ その他、医師が不適當な状態と判断した場合

【予防接種を受けるに際し、医師とよく相談しなくてはならない人】

- ① 心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患、血液疾患及び発育障害等の基礎疾患を有することが明らかな人
- ② 過去にけいれんの既往がある人

【予防接種を受けた後の注意事項】

- ① 予防接種を受けた後30分間くらいは医師（医療機関）とすぐに連絡を取れるようにしておきましょう。

急な副反応（ショックや蕁麻疹、呼吸困難等）が、この間に起こることがあります。その他の反応としてワクチンを接種した場所の発赤・腫れ・痛み等を起こすことがあり、また、発熱や頭痛、さむけ、体のだるさ等もみられることもあります。2～3日で消失します。

まれに神経障害や紫斑などの重い副反応が生じた場合、厚生労働大臣が予防接種法に基づく定期的予防接種によるものと認定したときは、予防接種法に基づく健康被害救済の給付の対象になります。

- ② 接種部位は清潔に保ちましょう。入浴は差し支えありませんが、接種部位を強くこすことはやめましょう。
- ③ 接種当日は、いつも通りの生活をしてかまいませんが、激しい運動は避けましょう。
- ④ 接種後、接種部位の異常な反応や体調の変化があった場合は、速やかに医師の診察を受けましょう。

圏域外（広域）の高齢者等肺炎球菌ワクチン接種済証明書

肺炎球菌ワクチン接種を下記のとおり実施したことを証します。

被接種者	氏名：
	生年月日： 年 月 日
接種年月日	年 月 日
製薬会社名	
ワクチン Lot No.	
接種量	0.5mL
実施医療機関名	

※県内の各医療機関様へお願いします。

圏域外（広域）の高齢者等の肺炎球菌ワクチン接種を受けられた方には、左記の予防接種済証明書の交付をお願いします。

※高齢者等肺炎球菌ワクチン予防接種の対象者のみにご使用ください。

圏域外（広域）の高齢者等肺炎球菌ワクチン予防接種予診票

診察前の体温	度 分	対象者区分	1. 65歳 2. 60~64歳	生活保護 ケース番号		
住所 (住民登録地)	〒			電話		
(フリガナ)		男 ・ 女	生年月日	昭和 年 月 日	日生 (歳)	
氏 名						
質問事項				回答欄		医師記入欄
肺炎球菌ワクチンの予防接種を受けたことがありますか。				いいえ	はい	
今日の肺炎球菌ワクチンの予防接種についての「説明書」を読みましたか。				はい	いいえ	
今日の予防接種の効果や副反応などについて理解しましたか。				はい	いいえ	
現在、何か病気にかかっていますか				いいえ	はい	
●病名 ()				いいえ	はい	
・治療（投薬など）を受けていますか。				いいえ	はい	
・その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか。				はい	いいえ	
免疫不全と診断されたことがありますか。				いいえ	はい	
今日、体に具合の悪いところがありますか。				いいえ	はい	
●具合の悪い症状を書いてください ()				いいえ	はい	
薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。				いいえ	はい	
ひきつけ（けいれん）を起こしたことがありますか。				いいえ	はい	
1ヶ月以内に予防接種を受けましたか。 ※新型コロナウイルスの予防接種とは、13日以上の間隔を空ける必要があります。				いいえ	はい	
●予防接種の種類 ()				いいえ	はい	
心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患などの慢性疾患にかかったことがありますか。				いいえ	はい	
●病名 ()				いいえ	はい	
・その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか。				はい	いいえ	
最近1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。				いいえ	はい	
●病名 ()				いいえ	はい	
今日の予防接種について質問がありますか。				いいえ	はい	

◎太枠内を黒ボールペンではっきりとお書きください。

医師記入欄	
以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は（可能 ・ 見合わせる） [見合わせた理由：] 本人に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について説明しました。 医師の署名または記名押印 []	

ワクチンロット番号・接種量	皮下注射・筋肉内注射の別	実施場所・医師名・接種年月日
メーカー名 Lot No.		実施場所： 医師名：
接種量 0.5mL		接種年月日： 年 月 日

(注) 有効期限が切れていないか確認

高齢者等肺炎球菌ワクチン予防接種希望書（医師の診察の結果、接種が可能と判断された後に記入してください）	
医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応などについて理解した上で、接種を希望しますか。 (希望します ・ 希望しません)	
この予診票は予防接種の安全性の確保を目的としています。 このことを理解の上、本予診票が市町村に提出されることに同意します。	
被接種者署名 []	
代筆者署名 [続柄 ()]	

(※自署できない場合、代筆者が署名し代筆者氏名および被接種者との続柄を記載)

肺炎球菌ワクチン用

市町村名

令和6年度用

請求書 ※翌月7日までに提出

令和 年 月分の広域高齢者等肺炎球菌ワクチン定期予防接種委託料として請求します。

記

	百	拾	万	千	百	拾	円
金額							

【内訳】

一般（被接種者） 円 × 名

生活保護（被接種者） 円 × 名

予診のみ 円 × 名

年 月 日

公益社団法人 宮崎県医師会長 様

住所

名称

代表者

印

振 込 口 座	金融機関名	銀行	支店
	預金種類	普通	当座
	口座番号		
	フリガナ		
	口座名義		

※ 口座名義はフリガナを含めて正確にご記入ください。

※ 上記振込口座は初回請求のみご記入ください。

2回目以降は変更がある場合のみご記入ください。

予診票を添えて、ひと月分をまとめて翌月7日までに県医師会経理課まで提出してください。