

令和7年度 高齢者肺炎球菌ワクチン定期接種についての注意事項

1 対象者

接種日に対象年齢であることが条件です。また、接種時に広島市内に住民登録している必要がありますので、生年月日、住所を確認してください。（※対象者以外の方については、任意の接種となり全額自己負担での接種になりますのでご注意ください。）

(1) 接種日時時点で65歳の方

(2) 接種日時時点で60歳～64歳で、心臓、腎臓、呼吸器の機能の障害又はヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害を有し、その障害が身体障害者手帳1級相当である方

(2)の該当者について（※带状疱疹ワクチンの対象と異なりますのでご注意ください。）

- ・身体障害者手帳1級所持者又は同程度の障害を有する方であり、判断の基準は、別添1「60歳から64歳の方で高齢者肺炎球菌ワクチン定期接種に該当する方の判断基準」のとおりです。視覚、聴覚、肢体不自由等の身体障害者1級相当の方は対象者に含まれません。
- ・該当者であることを確認するために、1級の身体障害者手帳を有する方についてはその写し、1級相当の方については、診断書又は別添2「予防接種法施行規則該当者確認書」に記入押印の上、委託料請求の際に接種券（甲）に添付してください。

2 接種回数

1回

3 助成適用期間（実施期間）

令和7年4月1日（火）から令和8年3月31日（火）

4 自己負担金（窓口徴収額）

4,600円／回

※接種時に医療機関の窓口で自己負担金を徴収してください。

「5 自己負担金免除対象者」については、全額公費負担となります。

5 自己負担金免除対象者（「1 対象者」に限る。）

自己負担金が免除となるのは、生活保護世帯または市民税の所得割非課税世帯に属する方です。自己負担金を免除するためには、接種時に免除対象者であることが確認できる書類があることが条件です。確認書類は、別添3「高齢者肺炎球菌ワクチン定期接種の自己負担金免除者の確認書類」のとおりです。

なお、委託料請求後は広島市から接種費用を返還することはできません。

6 接種委託料

医師会との委託契約に基づき、月ごとにまとめて請求していただくことにより、広島市から医療機関へ振り込ませていただきます。

7 接種時の注意事項

(1) 接種時の必要書類について

対象者へ交付した接種券（白色の紙に紫色で印刷）及び予診票がないと接種できません。接種券等が届く前に接種を希望する場合は、各区保健センターで接種券等を交付いたします。

(2) 予診票について

- ア 医療機関所在地及び名称はゴム印で構いません。医師記入欄については、医師の署名又は記名押印をしてください。
- イ 接種にあたっては、接種日当日、医師の診察の後に本人が接種に同意し、確認書に署名することが必要です。本人の意思確認が困難な場合は、ご家族やかかりつけ医の協力を得て本人の意思確認を行ってください。
また、本人が自署できない場合は、署名についての項目にご家族の方が本人の同意を得て署名し、代筆者記載事項に代筆者の氏名及び続柄を記載してもらってください。本人の意思確認ができない場合は、任意の接種となります。
- ウ 確認書への署名は、医療機関が個人情報を含んだ予診票を広島市へ提出することへの同意の確認も含みますので、被接種者の体調により接種を見合わせた場合も、署名が必要です。

(3) 接種券について

- ア 高齢者肺炎球菌ワクチン接種券（甲）（以下「接種券（甲）」という。）は、接種委託料の請求用です。ミシン目から切り離して医療機関で回収してください。医療機関コード以下の部分については、ゴム印でかまいません。医師の押印は必要ありません。
- イ 高齢者肺炎球菌ワクチン接種券（乙）（以下「接種券（乙）」という。）は、予防接種済証となります。ワクチンのロット番号シールを貼付※して、必要事項を記載し、説明書とともに被接種者に渡して、大切に保管するように伝えてください。
※ワクチン名・メーカー・ロット番号は手書きで記載いただくことも可能です。

8 接種委託料の請求方法

- ・接種券（甲）は、「一般」、「免除」の2区分に分けて請求してください。
- ・自己負担金免除対象者については、接種券（甲）左下の確認書類のうち、該当するものに○をしてください。誤って免除者分を一般分として請求しているケースが見受けられるため、必ず確認して一般分と免除者分に分けて正しく請求してください。確認した書類の写しを添付していただく必要はありません。
- ・医療機関所在地、名称、接種医師氏名欄は全ての接種券に記入してください。
- ・請求時には、接種券（甲）の必要事項全てがはっきりと記載されていることを確認してください。
- ・被接種者の体調により接種を見合わせた場合は、医療機関コードを予診票の右上に記載し、予診票の写しを提出してください。ただし、同日に保険診療を行った場合は予診票のみの請求はできません。なお、予診票の裏面には被接種者の署名欄がありますので、請求時には、予診票の裏面の写しも添付してください。
- ・60歳から64歳の方の場合は、該当者であることを確認するため、身体障害者手帳1級をお持ちの方はその写し、そうでない方は診断書又は「予防接種法施行規則該当者確認書」を添付してください。

間違いやすい事項

- 60歳未満など前記「1 対象者」以外の人については全額自己負担での接種になります。
- 自己負担金が免除になるのは、前記「1 対象者」のうち前記「5 自己負担金免除対象者」に該当する人のみです。
- 身体障害者手帳は、60歳～64歳で高齢者肺炎球菌ワクチンの定期接種対象者に該当するかどうか確認するためのもので、自己負担金の免除確認書類とはなりません。前記「5 自己負担金免除対象者」の確認書類がなければ、自己負担金が必要です。

60 歳から 64 歳の方で高齢者肺炎球菌ワクチン定期接種に該当する方の判断基準

1 心臓機能障害

- (1) 次のいずれか 2 つ以上の所見があり、かつ、安静時又は自己身の日常生活活動でも心不全症状、狭心症症状又は繰り返しアダムスストークス発作が起こるもの。
- ア 胸部エックス線所見で心胸比 0.60 以上のもの
 - イ 心電図で陳旧性心筋梗塞所見があるもの
 - ウ 心電図で脚ブロック所見があるもの
 - エ 心電図で完全房室ブロック所見があるもの
 - オ 心電図で第 2 度以上の不完全房室ブロック所見があるもの
 - カ 心電図で心房細動又は粗動所見があり、心拍数に対する脈拍数の欠損が 10 以上のもの
 - キ 心電図で ST の低下が 0.2mV 以上の所見があるもの
 - ク 心電図で第 I 誘導、第 II 誘導及び胸部誘導（ただし V₁を除く。）のいずれかの T が逆転した所見があるもの
- (2) ペースメーカーを植え込み、自己の身の日常生活活動が極度に制限されるもの、先天性疾患によりペースメーカーを植え込みしたもの又は人工弁移植、弁置換を行ったもの。

2 腎臓機能障害

腎臓機能検査において、内因性クレアチニンクリアランス値が 10mL/分未満、又は血清クレアチニン濃度が 8.0 mg/dL 以上であって、かつ、自己の身の日常生活活動が著しく制限されるか、又は血液浄化を目的とした治療を必要とするもの若しくは極めて近い将来に治療が必要となるもの。

3 呼吸器機能障害

予測肺活量 1 秒率、動脈血ガス及び医師の臨床所見により、呼吸困難が強いため歩行がほとんどできないもの、呼吸障害のため予測肺活量 1 秒率の測定ができないもの、予測肺活量 1 秒率が 20 以下のもの又は動脈血 O₂分圧が 50Torr 以下のもの。

予測肺活量 1 秒率とは、1 秒量（最大吸気位から最大努力下呼出の最初の 1 秒間の呼気量）の予測肺活量（性別、年齢、身長で正常ならば当然あると予測される肺活量の値）に対する百分率である。

4 ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害

ヒト免疫不全ウイルスに感染していて、次のいずれかに該当するもの。

- (1) CD4 陽性 T リンパ球数が 200/μL 以下で、次の項目（ア～シ）のうち 6 項目以上が認められるもの。
- ア 白血球数について 3,000/μL 未満の状態が 4 週以上の間隔をおいた検査において連続して 2 回以上続く
 - イ Hb 量について男性 12g/dL 未満、女性 11g/dL 未満の状態が 4 週以上の間隔をおいた検査において連続して 2 回以上続く
 - ウ 血小板数について 10 万/μL 未満の状態が 4 週以上の間隔をおいた検査において連続して 2 回以上続く
 - エ ヒト免疫不全ウイルス-RNA 量について 5,000 コピー/mL 以上の状態が 4 週以上の間隔をおいた検査において連続して 2 回以上続く
 - オ 1 日 1 時間以上の安静臥床を必要とするほどの強い倦怠感及び易疲労が月に 7 日以上ある
 - カ 健常時に比し 10%以上の体重減少がある
 - キ 月に 7 日以上不定の発熱（38℃以上）が 2 か月以上続く
 - ク 1 日に 3 回以上の泥状ないし水様下痢が月に 7 日以上ある
 - ケ 1 日に 2 回以上の嘔吐あるいは 30 分以上の嘔気が月に 7 日以上ある
 - コ 口腔内カンジダ症（頻回に繰り返すもの）、赤痢アメーバ症、帯状疱疹、単純ヘルペスウイルス感染症（頻回に繰り返すもの）、糞線虫症及び伝染性軟属腫等の日和見感染症の既往がある
 - サ 生鮮食料品の摂取禁止等の日常生活活動上の制限が必要である
 - シ 軽作業を越える作業の回避が必要である
- (2) 回復不能なエイズ合併症のため介助なくしては日常生活がほとんど不可能な状態のもの。

予防接種法施行規則該当者確認書（高齢者肺炎球菌ワクチン用）

住 所	広島市	区	町	丁目	番	号
氏 名					性 別	男 ・ 女
生年月日	昭和	年	月	日生	（満 歳）	

上記の者については、下記の症状があるため、60 歳～64 歳の高齢者肺炎球菌ワクチン定期接種の該当者と認めます。（該当する番号に○）

医療機関所在地

医療機関名称

医 師 氏 名

㊞

（所在地、名称、氏名についてはゴム印でかまいませんが、必ず押印してください。）

1 心臓機能障害

- (1) 次のいずれか 2 つ以上の所見があり、かつ、安静時又は自身身の日常生活活動でも心不全症状、狭心症症状又は繰り返しアダムスストークス発作が起こるもの
 - ア 胸部エックス線所見で心胸比 0.60 以上のもの
 - イ 心電図で陳旧性心筋梗塞所見があるもの
 - ウ 心電図で脚ブロック所見があるもの
 - エ 心電図で完全房室ブロック所見があるもの
 - オ 心電図で第 2 度以上の不完全房室ブロック所見があるもの
 - カ 心電図で心房細動又は粗動所見があり、心拍数に対する脈拍数の欠損が 10 以上のもの
 - キ 心電図で ST の低下が 0.2mV 以上の所見があるもの
 - ク 心電図で第 I 誘導、第 II 誘導及び胸部誘導（ただし V₁ を除く。）のいずれかの T が逆転した所見があるもの
- (2) ペースメーカーを植え込み、自己の身の日常生活活動が極度に制限されるもの、先天性疾患によりペースメーカーを植え込みしたもの又は人工弁移植、弁置換を行ったもの

2 腎臓機能障害

腎臓機能検査において、内因性クレアチニンクリアランス値が 10mL/分未満、又は血清クレアチニン濃度が 8.0 mg/dL 以上であって、かつ、自己の身の日常生活活動が著しく制限されるか、又は血液浄化を目的とした治療を必要とするもの若しくは極めて近い将来に治療が必要となるもの

3 呼吸器機能障害

予測肺活量 1 秒率、動脈血ガス及び医師の臨床所見により、呼吸困難が強いため歩行がほとんどできないもの呼吸障害のため予測肺活量 1 秒率の測定ができないもの、予測肺活量 1 秒率が 20 以下のもの又は動脈血 O₂ 分圧が 50Torr 以下のもの。

予測肺活量 1 秒率とは、1 秒量（最大吸気位から最大努力下呼出の最初の 1 秒間の呼気量）の予測肺活量（性別、年齢、身長で正常ならば当然あると予測される肺活量の値）に対する百分率である。

4 ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害

ヒト免疫不全ウイルスに感染していて、次のいずれかに該当するもの

- (1) CD4 陽性 T リンパ球数が 200/μL 以下で、次の項目（ア～シ）のうち 6 項目以上が認められるもの。
 - ア 白血球数について 3,000/μL 未満の状態が 4 週以上の間隔をおいた検査において連続して 2 回以上続く
 - イ Hb 量について男性 12g/dL 未満、女性 11g/dL 未満の状態が 4 週以上の間隔をおいた検査において連続して 2 回以上続く
 - ウ 血小板数について 10 万/μL 未満の状態が 4 週以上の間隔をおいた検査において連続して 2 回以上続く
 - エ ヒト免疫不全ウイルス-RNA 量について 5,000 コピー/mL 以上の状態が 4 週以上の間隔をおいた検査において連続して 2 回以上続く
 - オ 1 日 1 時間以上の安静臥床を必要とするほどの強い倦怠感及び易疲労が月に 7 日以上ある
 - カ 健常時に比し 10%以上の体重減少がある
 - キ 月に 7 日以上不定の発熱（38℃以上）が 2 か月以上続く
 - ク 1 日に 3 回以上の泥状ないし水様下痢が月に 7 日以上ある
 - ケ 1 日に 2 回以上の嘔吐あるいは 30 分以上の嘔気が月に 7 日以上ある
 - コ 口腔内カンジダ症（頻回に繰り返すもの）、赤痢アメーバ症、带状疱疹、単純ヘルペスウイルス感染症（頻回に繰り返すもの）、糞線虫症及び伝染性軟属腫等の日和見感染症の既往がある
 - サ 生鮮食料品の摂取禁止等の日常生活活動上の制限が必要である
 - シ 軽作業を越える作業の回避が必要である
- (2) 回復不能なエイズ合併症のため介助なくしては日常生活がほとんど不可能な状態のもの

高齢者肺炎球菌ワクチン定期接種の自己負担金免除者の確認書類

1 自己負担金免除対象者

- (1) 生活保護世帯に属する方
- (2) 市民税の所得割非課税世帯に属する方
(住民票上の世帯全員が市民税の所得割が非課税であること)

2 確認書類

区分	確認書類
(1) 生活保護世帯に属する方	被保護者証明書（夜間・休日等受診用） 〔空色〕
(2) 市民税の所得割非課税世帯に属する方 〔右のいずれかの書類〕	市民税・県民税・森林環境税課税台帳記載事項証明書 (世帯全員分が必要)
	介護保険料納入通知書 ※所得段階が第1～3段階のもので、令和7年8月1日以降に送付されたもの。所得段階が第4段階以上の場合は他の書類を使用してください。 ※令和7年4月～5月に接種する場合は、前年度分の通知書で代用できますが、令和7年6月～7月に接種する場合は、市民税・県民税・森林環境税課税台帳記載事項証明書を使用してください。 〔薄い水色〕
	後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証 〔若草色〕 ※後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証は新たに発行できません。発行済の認定証は有効期限が最長で令和7年7月31日までのため、令和7年8月1日以降は確認書類として使用できません。
	※オンライン資格確認を導入している医療機関において、 ①後期高齢者医療制度の加入者であること ②自己負担限度額の区分が「低所得者Ⅰ」又は「低所得者Ⅱ」であること の2点を確認できる方は、自己負担免除対象者として取り扱うことができます。
	介護保険特定負担限度額認定証 (特別養護老人ホームの要介護旧措置入所者に関する認定証) 〔ピンク色〕
	介護保険利用者負担額減額・免除等認定証 (特別養護老人ホームの要介護旧措置入所者に関する認定証) 〔オレンジ色〕
	社会福祉法人等利用者負担軽減確認証 〔空色〕
	中国残留邦人等支援給付に係る本人確認証 〔白色〕

※身体障害者手帳は、60歳から64歳の方で高齢者肺炎球菌ワクチン定期接種対象者に該当するかどうか確認するためのものであり、自己負担金の免除確認書類にはなりません。

※国民健康保険限度額適用・標準負担額認定証は、同一世帯に世帯主及び国民健康保険加入者以外の課税者がいる可能性があるため、免除確認書類にはなりません。