

令和8年度高槻市成人用肺炎球菌予防接種業務仕様書

予防接種法に基づく成人用肺炎球菌予防接種業務の委託にあたり、国の定める定期接種実施要領及び下記の仕様に基づき業務を実施するものとする。

記

1 委託業務名

令和8年度高槻市成人用肺炎球菌予防接種業務

2 委託期間

契約締結日 から 令和9年3月31日 まで

3 対象者

高槻市民であり、次のいずれかに該当する者

- (1) 接種日時時点で満65歳の者（65歳の誕生日前日から66歳の誕生日前日まで）
- (2) 接種日時時点で満60歳以上65歳未満の者であつて、心臓機能障がい、腎臓機能障がい、呼吸器機能障がい、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障がいのいずれかが身体障がい者手帳1級に相当する者

※ 原則、過去に肺炎球菌の予防接種を受けたことがある者は対象外

4 予診方法

- (1) 「3 対象者」に該当する者であるかの確認を行う。
- (2) 説明書により、予防接種に必要な事項について理解を得ているかの確認を行う。
- (3) 接種を受ける努力義務がないことを踏まえ、(1)で確認した対象者（以下「被接種者」という。）が自らの意思で接種を希望していることを確認する。
- (4) 過去に肺炎球菌予防接種を受けたことがあるかの確認を行う。
- (5) 委託医療機関での体温の測定を行う。
- (6) 予診票の記入について下記のとおりとする。

- ① 予診票は本市指定の予診票を使用し、他の予診票は使用しない。
- ② 全ての項目が記入されているかを確認し、必要所見がある場合は予診票に所見を記入する。
- ③ 医師判定の可・否の判断として、医師記入欄内の接種可否の項目に○印をつけ、署名（または記名押印）を行う。
- ④ 予診票を市へ提出することについて、接種前に被接種者の同意を得た上で、成人用肺炎球菌予防接種希望書欄に被接種者の署名をもらう。被接種者が自署できない場合は、被接種者の意思を明確に確認した上で代筆者が被接種者及び代筆者自署欄に署名し、被接種者との続柄を記載してもらう。
- ⑤ ワクチンのロット番号を記入またはロットシールを貼付する。
- ⑥ 実施場所（医療機関名）・医師名・医療機関コード・接種年月日欄を明確に記入する。なお、接種の可否にかかわらず記入を行う。
- ⑦ 満60歳以上65歳未満の対象者に接種を行う場合は、障がいの内容や等級が条件に該当するか確認の上、確認した書類等の写しを予診票に添付する。身体障がい者手帳の場合は氏名・住所・生年月日・障がいの名称・等級が記載されている部分の写し（対象部位と等級がわかる箇所）を予診票に添付する。
- ⑧ 予診票はボールペンで記入する。（鉛筆や消せるボールペン等は使用不可）

- (7) 予診の一環として予診票の確認と同時に、問診・聴診・視診を行う。
- (8) 接種不相当者及び接種要注意者は、予診を行うことにより把握する。
- (9) 被接種者に対し、接種後の通常起こりうる反応及びまれに生じる重い副反応並びに予防接種健康被害救済制度について十分に説明を行う。
- (10) 接種後30分間は体調の変化（特にアナフィラキシー）に注意するよう指導する。

5 ワクチン

- (1) 使用するワクチンは沈降20価肺炎球菌結合型ワクチン（「プレベナー20®水性懸濁注」）とする。
- (2) 接種費用（自己負担額）
被接種者から6,000円を徴収する。
ただし、接種費用無料証明書持参者及び予診結果が接種不可の者からは徴収しない。

6 接種方法

- (1) 予防接種時間又は場所を一般外来とは分けて実施する。
- (2) 接種方法
ワクチンが有効期限内であることを確認の上、1回0.5mlを筋肉内に注射する。
- (3) 接種回数
1回
※ 上記(1)から(3)のほか、ワクチンメーカーの発行する添付文書の内容に従うこと。
- (4) 予防接種済証
接種後、予診票下部の高槻市成人用肺炎球菌予防接種済証に被接種者の住所、氏名、生年月日、接種年月日、ロット番号（Lot No.）、医療機関名を記入の上、切り取って被接種者に渡すこと。

7 接種時の注意点

- (1) 下記の接種不相当者（予防接種を受けることが適当でない者）への接種は行わない。
 - ① 明らかな発熱を呈している者
 - ② 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな者
 - ③ 接種しようとする接種液の成分又はジフテリアトキソイドによってアナフィラキシーを呈したことがあることが明らかな者
 - ④ その他、予防接種を行うことが不適当な状態にあると医師が判断する者
 - (2) 接種要注意者への接種には注意すること。
 - ① 心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患、血液疾患等の基礎疾患を有する者
 - ② 予防接種を受けて2日以内に発熱や全身性発疹などのアレルギーを疑う症状を呈したことがある者
 - ③ 過去にけいれんの既往のある者
 - ④ 過去に免疫不全の診断がされている者及び近親者に先天性免疫不全症の者がいる者
 - ⑤ 接種しようとする接種液の成分又はジフテリアトキソイドに対してアレルギーを呈するおそれのある者
 - ⑥ 血小板減少症や凝固障害を有する者及び抗凝固療法を実施している者（筋肉内に接種するため）
- ※ 上記(1)(2)のほか、ワクチンメーカーの発行する添付文書の内容に従うこと。

8 予防接種依頼書

他市区町村民が予防接種を希望する場合、その接種希望者の住民票所在地の市区町村が発行する予防接種依頼書（以下「依頼書」という。）の提出を求めること。
接種後、依頼書及び予診票は医療機関で保管し、高槻市保健所への提出は不要。

9 ポスター掲示

市が配布するポスターを掲示すること。

10 実施報告等

- (1) 予防接種実施報告書に接種人数を記入し、各項目の点検を行う。
- (2) 予診票は1か月分を取りまとめ、予防接種実施報告書を添えて契約書記載の提出期限までに高槻市保健所に提出する。ただし、高槻市医師会加入の医療機関については、翌月10日までに高槻市医師会事務局に提出すること。

11 予防接種に関する間違いについて

予防接種の際に、万が一、誤った用法用量でワクチンを接種した、有効期限の切れたワクチンを接種したなどの重大な健康被害につながるおそれのある事故が発生した場合、速やかに市へ報告すること。

市から大阪府を経由して、厚生労働省へと報告する。

12 予防接種後副反応報告

予防接種後の副反応による健康被害と思われる者を診察した場合は、被接種者又は保護者の同意を得て速やかに独立行政法人医薬品医療機器総合機構の電子報告システム「報告受付サイト」にて報告を行うこと。(URL：<https://www.pmda.go.jp/safety/reports/hcp/0002.html>)

また、高槻市保健所にも同様の報告をすること。電子報告が困難な場合においては、「予防接種後副反応疑い報告書」(別紙様式1)をもって独立行政法人医薬品医療機器総合機構にFAXで報告すること。

独立行政法人 医薬品医療機器総合機構：FAX番号(0120-176-146)