



議題 2

報道機関 各位

記者発表資料

平成26年1月23日（木）

問い合わせ先：疾病予防対策課

担当： 小林、清宮

電話：048（840）2219

さいたま市小児用肺炎球菌ワクチン補助的追加接種費用
一部助成事業を開始します

1 目的

小児用肺炎球菌ワクチンを7価ワクチン（以下、「PCV7」という。）で完了した人は、すでに肺炎球菌に対し一定の免疫を獲得しているものと判断されますが、13価ワクチン（以下「PCV13」という。）を追加で1回接種することにより、さらに広範囲で予防効果が上がる可能性があります。これを補助的追加接種と言い、任意の予防接種となります。さいたま市は、ワクチン切り替えに伴う経過措置として、希望する人に費用の一部を助成し補助的追加接種を促進することにより、公衆衛生の向上及び増進に寄与することを目的とします。

2 事業の内容

- (1) 対象者 : 市内に住所を有する5歳未満の児でPCV7による接種が完了している者（平成25年11月1日以降に、小児用肺炎球菌ワクチンを接種した者は、補助的追加接種の必要はありません）

*順次、個別通知の予定

- (2) ワクチンの種類 : 沈降13価肺炎球菌結合型ワクチン

- (3) 助成回数 : 一人につき1回

- (4) 助成金額 : 4,000円（自己負担額は、約8,000円程度）

- (5) 実施方法 : 接種を希望する者は、実施医療機関に予約を行い、接種を受けてください。医療機関の会計窓口で、助成金額を減じた自己負担額を支払ってください。

3 事業期間

平成26年2月1日から平成26年3月31日までの2か月間

*但し、26年度事業実施については検討中。

*実施医療機関等、詳しくはホームページもしくは、疾病予防対策課にお問い合わせください。

小児用肺炎球菌ワクチン補助的追加接種依頼書

- 注意事項 ① 小児用肺炎球菌ワクチンが規定回数完了していない方は当事業の対象外です。定期接種を進めてください。
 ② 当事業で対象となる接種は、平成26年2月1日から平成26年3月31日までに実施した接種に限ります。
 ③ 接種前依頼者記入欄と市が把握している接種情報に齟齬があった場合、発生した差額を医療機関へお支払いいただきます。

接種を受ける者	さいたま市 区	(住所確認方法は、医療機関記入)	
	接種日時時点で住民票のある住所 フリカナ	住所確認方法 男・女	<input type="checkbox"/> ① 保険証または、生活保護受給証 <input type="checkbox"/> ② 母子健康手帳 <input type="checkbox"/> ③ 子育て支援医療費受給資格証 ※ 必ず①・②・③のいずれかで確認してください。
氏名			

接種前依頼者記入欄

補助的追加接種を受ける日の年齢

生年月日：平成 年 月 日 接種予定日：平成 年 月 日

接種日年齢：満 歳 月

満1歳以上5歳未満 — 満5歳 = 補助的追加接種が可能(ただし、全額自己負担)

接種歴あり — 接種歴なし = 定期接種(自己負担なし)の対象

* 本事業の対象となり得るのは、平成21年2月2日以降平成24年11月1日以前に生まれたお子様です。
 * 平成21年2月、3月生まれのお子様は、助成対象期間が短いため、補助的追加接種を希望する場合はご注意ください。

接種履歴の確認

母子健康手帳の予防接種の記録のページを参照し、小児用肺炎球菌ワクチンの接種履歴について記入してください。

1回目 接種日：平成 年 月 日…満 歳 月

2回目 接種日：平成 年 月 日…満 歳 月

3回目 接種日：平成 年 月 日…満 歳 月

4回目 接種日：平成 年 月 日…満 歳 月

*最後に受けた接種が、平成25年11月1日以降の場合、補助的追加接種の必要はありません。

*最後に受けた接種が、平成25年10月31日以前の場合、下の表を使い、接種開始時年齢と接種履歴をもとに、今後の接種の進め方を確認してください。

接種開始時年齢と接種履歴の確認

接種を開始した年齢(1回目を接種した年齢・月齢)と、接種履歴によって今後の進め方が異なります。

最後に接種した日	接種開始時年齢(月齢)	接種履歴	今後の接種の進めかた	適用:相当する□にレ	
				依頼者確認欄	医師確認欄
平成25年11月 1日以降	不問	不問	補助的追加接種の必要はありません	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
平成25年10月31日以前	生後2か月以上 7か月未満	0歳時:4回	市の一部助成での補助的追加接種(自己負担あり)が可能	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		0歳時:3回以下 1歳以上での接種あり		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		0歳時:3回以下 1歳以上での接種なし		定期接種(自己負担なし)の対象	<input type="checkbox"/>
	生後7か月以上 満1歳未満	0歳時:3回	市の一部助成での補助的追加接種(自己負担あり)が可能	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		0歳時:2回以下 1歳以上での接種あり		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		0歳時:2回以下 1歳以上での接種なし		定期接種(自己負担なし)の対象	<input type="checkbox"/>
満1歳以上2歳未満	1歳以上で2回	市の一部助成での補助的追加接種(自己負担あり)が可能	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	1歳以上で1回	定期接種(自己負担なし)の対象	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
満2歳以上	2歳以上で1回	市の一部助成での補助的追加接種(自己負担あり)が可能	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

上記の者の接種について、母子健康手帳と併せて接種履歴を確認したうえで、補助的追加接種助成について(対象・対象外)とします。

医師署名欄

※医療機関は、依頼者が補助的追加接種の対象と判断し、接種を行った場合には、予診票に本様式を添付して報告してください。