

# 定期予防接種・任意予防接種

☎健康福祉部健康課(庁舎2階)  
電話番号 0795-43-0435

細菌やウイルス等の病原体が体内に入ると、「抗体」がつけられます。この「抗体」が、病原体を攻撃する働きを「免疫」といいます。予防接種は、この「免疫」の仕組みを利用し、病原体の毒性を弱めた「生ワクチン」や、感染能力を失わせた「不活化ワクチン」を接種し、あらかじめ、病原体に対する「免疫」をつくることで、病気にかかりにくくするものです。予防接種には、「定期予防接種」と「任意予防接種」の2種類があります。

## 定期予防接種

定期予防接種は、国が推奨している予防接種で、予防接種法により、ワクチンの種類や接種年齢、接種間隔等が定められています。接種できる時期をご確認のうえ、接種を受けてください。なお、接種は無料で受けられます。

- 対象 加東市に住民登録があり、それぞれの予防接種の接種要件を満たす方
- 接種場所 市内の協力医療機関(下表のとおり)

### 【子どもの定期予防接種】

- 接種時の持ち物 母子健康手帳 予診票 公的機関発行のお子さんの本人確認ができる書類 (例 マイナンバーカード、パスポート、在留カード)

※接種の要件、時期等詳細は、各予防接種の予診票や、市ホームページをご覧ください。健康課にお問い合わせください。

※子宮頸がん(HPV)について、“積極的な勧奨を差し控える”期間のうちに、定期予防接種期間を過ぎてしまった平成9年4月2日～平成18年4月1日生まれの女性は、令和6年度まで定期予防接種として受けることができます。

### 【成人の定期予防接種】

- 接種時の持ち物 接種券 公的機関発行の本人確認ができる書類 (例 マイナンバーカード、パスポート、在留カード)

※接種の要件、時期等の詳細は、市ホームページをご覧ください。健康課にお問い合わせください。

## 任意予防接種

任意予防接種は、国が接種を受けることを認めているものの、予防接種法による定めがなく、個人の希望で接種を受けていただくものです。接種は有料ですが、接種を受けられる方の接種費の一部を助成します。

- 対象 加東市に住民登録があり、それぞれの予防接種の接種要件を満たす方
- 接種場所 市内の協力医療機関(下表のとおり)

## 定期予防接種・任意予防接種 協力医療機関

【接種前に医療機関に予約してください。】

| 医療機関             | 住所         | 電話番号<br>0795- | 定期予防接種 |         |      |        |      |             |
|------------------|------------|---------------|--------|---------|------|--------|------|-------------|
|                  |            |               | ヒブ     | 小児用肺炎球菌 | B型肝炎 | ロタウイルス | 四種混合 | 急性灰白髄炎(ポリオ) |
| 青山医院             | 吉井696-1    | 46-0321       | ○      | ○       | ○    | ○      | ○    | ○           |
| 井上医院 ※1          | 沢部174-1    | 42-1190       | ○      | ○       | ○    | —      | ○    | ○           |
| 嬉野診療所 ※2         | 山国2014-239 | 42-8477       | —      | —       | —    | —      | —    | —           |
| 加東市民病院           | 家原85       | 42-5511       | ○      | ○       | ○    | ○      | ○    | ○           |
| こざる皮膚科クリニック      | 社117-1     | 40-2121       | —      | —       | —    | —      | —    | —           |
| こどもとおとなのM&Hクリニック | 上滝野2418-1  | 48-1192       | ○      | ○       | ○    | ○      | ○    | ○           |
| 坂本医院             | 上中3-29     | 42-6660       | —      | —       | —    | —      | —    | —           |
| サンスマイル診療所        | 北野55-1     | 48-5852       | —      | —       | —    | —      | —    | —           |
| 神医院              | 森878-1     | 47-0144       | ○      | ○       | ○    | —      | ○    | —           |
| 曾野医院             | 東古瀬20-1    | 42-6299       | ○      | ○       | ○    | ○      | ○    | ○           |
| 田淵医院             | 新町180      | 48-0160       | ○      | ○       | ○    | —      | ○    | ○           |
| 東条診療所            | 新定559-1    | 46-0048       | ○      | ○       | ○    | ○      | ○    | ○           |
| ふるもとクリニック        | 社105-6     | 40-0202       | —      | —       | —    | —      | —    | —           |
| ますむら医院           | 上滝野613-1   | 48-0704       | ○      | ○       | ○    | ○      | ○    | ○           |
| 松原メイフラワー病院       | 藤田944-25   | 42-8851       | —      | —       | —    | —      | —    | —           |
| まつむら泌尿器科         | 上中3-48     | 42-7830       | —      | —       | —    | —      | —    | —           |
| 森下クリニック          | 社512-1     | 42-0024       | ○      | ○       | ○    | ○      | ○    | ○           |
| やすらぎの森診療所        | 新定707-1    | 40-8100       | ○      | ○       | ○    | ○      | ○    | ○           |
| 吉川医院             | 社823       | 42-0105       | —      | —       | —    | —      | —    | —           |
| さくら内科クリニック       | 下久米580-1   | 44-1588       | —      | —       | —    | —      | —    | —           |
| 社田仲クリニック         | 東古瀬98-1    | 42-8515       | —      | —       | —    | —      | —    | —           |

※1 B型肝炎予防接種以外は2歳以上の方が対象です。

※2 3歳未満の予防接種は行っていません。また、複数の予防接種の同時接種は行っていません。

## 【子どもの任意予防接種】

《おたふくかぜ》

- 対象 1歳以上の未就学児
- 助成額 全額(1回限り)
- 接種時の持ち物 母子健康手帳 公的機関発行のお子さんの本人確認ができる書類 (例 マイナンバーカード、パスポート、在留カード)

※過去に市の助成を受け、予防接種を受けたお子さん、おたふくかぜにかかったことがあるお子さんは、助成対象外です。

## 【成人の任意予防接種】

- 対象 下記の①、②の両方に該当する方
  - ①内部障害にかかる身体障害者手帳の交付を受けている
  - ②過去に肺炎球菌ワクチンの助成を受けていない
- 助成額 全額
- 接種時の持ち物 公的機関発行の本人確認ができる書類 (例 マイナンバーカード、パスポート、在留カード) 接種券★

※接種の要件、時期等の詳細は、市ホームページをご覧ください。健康課にお問い合わせください。  
※内部障害とは、心臓機能障害、じん臓機能障害、呼吸器機能障害、ぼうこう・直腸機能障害、小腸機能障害、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害の6つの障害のことで。

- 対象 下記の①～③の全てに該当する方
  - ①過去に風しん(成人)ワクチンの助成を受けていない
  - ②妊娠していない、または妊娠している可能性がない
  - ③風しん抗体検査(自費)の結果が、下記の**A**～**D**いずれかに該当する
    - A** HI法で希釈倍率が16倍以下である
    - B** EIA法で陰性、判定保留、EIA価8.0未満、または国際単位30IU/mL未満である
    - C** LTI法で陰性、判定保留、または国際単位30IU/mL未満である
    - D** ELFA法、CLEIA法で陰性、判定保留、または国際単位45IU/mL未満である
- 助成額 麻しん・風しん混合ワクチン⇒最大7,000円 風しん単独ワクチン⇒最大3,000円
- 接種時の持ち物 公的機関発行の本人確認ができる書類 (例 マイナンバーカード、パスポート、在留カード) 接種券★ 風しん抗体検査結果が記載された書類

★接種券について、接種前に健康課で交付を受けてください。

- 【必要書類】 ●公的機関発行の本人確認ができる書類 (例 マイナンバーカード、パスポート、在留カード)
- 風しん抗体検査結果が記載された書類 ※風しん(成人)予防接種を受ける方のみ
- 身体障害者手帳 ※肺炎球菌予防接種を受ける方のみ

定期予防接種・任意予防接種ともに、原則、下表の協力医療機関で接種を受けてください。(協力医療機関以外で接種を希望される場合は、予約前に健康課に必ずご連絡ください。)

| 定期予防接種  |         |    |      |      |            |         |         |         |        | 任意予防接種        |         |  |
|---------|---------|----|------|------|------------|---------|---------|---------|--------|---------------|---------|--|
| 結核(BCG) | 麻しん・風しん | 水痘 | 日本脳炎 | 二種混合 | 子宮頸がん(HPV) | 高齢者肺炎球菌 | 風しん抗体検査 | 風しん予防接種 | おたふくかぜ | 肺炎球菌(内部障害 ※3) | 風しん(成人) |  |
| —       | ○       | ○  | ○    | ○    | ○          | ○       | ○       | ○       | ○      | ○             | ○       |  |
| —       | ○       | ○  | ○    | ○    | ○          | ○       | ○       | ○       | ○      | ○             | ○       |  |
| —       | ○       | —  | ○    | ○    | ○          | ○       | ○       | ○       | —      | ○             | ○       |  |
| ○       | ○       | ○  | ○    | ○    | ○          | ○       | ○       | ○       | ○      | ○             | ○       |  |
| —       | —       | —  | —    | —    | —          | —       | ○       | ○       | —      | —             | —       |  |
| ○       | ○       | ○  | ○    | ○    | ○          | ○       | ○       | ○       | ○      | ○             | ○       |  |
| —       | ○       | ○  | ○    | ○    | ○          | ○       | ○       | ○       | ○      | ○             | ○       |  |
| ○       | ○       | ○  | ○    | ○    | ○          | ○       | ○       | ○       | ○      | ○             | ○       |  |
| —       | ○       | ○  | ○    | ○    | ○          | ○       | ○       | ○       | ○      | ○             | ○       |  |
| —       | —       | —  | —    | —    | ○          | ○       | ○       | ○       | —      | ○             | ○       |  |
| —       | —       | —  | —    | —    | —          | ○       | —       | —       | —      | —             | —       |  |
| ○       | ○       | ○  | ○    | ○    | ○          | ○       | ○       | ○       | ○      | ○             | ○       |  |
| ○       | ○       | ○  | ○    | ○    | —          | ○       | ○       | ○       | ○      | ○             | ○       |  |
| —       | —       | —  | —    | —    | —          | ○       | —       | —       | —      | —             | —       |  |
| —       | —       | —  | —    | —    | —          | ○       | ○       | ○       | —      | ○             | ○       |  |
| —       | —       | —  | —    | —    | —          | ○       | —       | —       | —      | ○             | —       |  |

※3 内部障害(心臓機能障害、じん臓機能障害、呼吸器機能障害、ぼうこう・直腸機能障害、小腸機能障害、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害)にかかる障害者手帳をお持ちの方が助成の対象者です。