

予防接種法に基づく高齢者肺炎球菌ワクチン予防接種説明書

対象者	① <u>今年度内に 65・70・75・80・85・90・95・100 歳を迎える人</u>
	② <u>60 歳～64 歳で、心臓、腎臓、呼吸器の機能又はヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に身体障害者手帳 1 級相当の障害を有する人</u>
	※ 生活保護世帯・市民税所得割非課税世帯に属する人でも、①又は②に該当しない人は無料で接種を受けることはできません。
	(注) 任意接種を含め、肺炎球菌ワクチン（ニューモバックス NP）の接種を受けたことがある人は対象外です。

予防接種を受ける前に、この説明書をよく読んで、気にかかることや分からないことがあれば、医師や看護師に質問してください。予防接種の必要性や副反応についてよく理解し、十分に納得した上で、接種を受けてください。

1 肺炎球菌感染症について

高齢者において、肺炎球菌という細菌が気管支炎、肺炎、敗血症などの重い合併症を起こすことがあります。肺炎の原因菌の第 1 位を占めています。体の抵抗力が弱まったときなどに、肺炎球菌の感染が進展しやすく、特に高齢者での重篤化が問題になっています。

肺炎は、高齢者にとって命に関わることにもなりかねない病気です。症状は、風邪の症状に似ていることも多く、発熱・咳・痰・息苦しさ・胸の痛みなどがあります。

2 高齢者肺炎球菌ワクチンの予防接種について

このワクチンは、93 種類ある肺炎球菌の血清型のうち、23 種類の血清型に対応しています。接種により、肺炎球菌性肺炎の約 80% を予防することができます。しかし、その他の肺炎に対する予防効果はなく、全ての肺炎が予防できるわけではありません。

健康な人であれば、少なくとも接種後 5 年程度は効果が持続するとされています。

なお、脾臓を摘出した人は、このワクチンの接種が保険適用になります。

3 他のワクチンとの接種間隔について

このワクチンを接種した後は、インフルエンザなど他の予防接種を受けるまで 6 日以上の間隔（1 週間後の同じ曜日以降に接種）をおいてください。

また、インフルエンザなどの不活化ワクチンを先に接種した場合は 6 日以上（1 週間後の同じ曜日以降）の間隔、麻しん・風しんなどの生ワクチンを先に接種した場合は 27 日以上（4 週間後の同じ曜日以降）の間隔をおいた後、このワクチンを接種してください。

4 高齢者肺炎球菌ワクチン予防接種の副反応

【重大な副反応】

まれに、アナフィラキシー様症状（じんましん、呼吸困難など）、血小板減少、知覚異常・ギラン・バレー症候群（神経障害）、蜂巣炎（化膿）等の症状が出ることがあります。

【その他の副反応】

- ・接種部位：痛み、赤み、はれ、熱感、しこり、かゆみなど
- ・全身反応：倦怠感、違和感、悪寒、発熱、筋肉痛、頭痛など

○ これまでに、任意接種を含めて、1 度でもこのワクチンを接種したことがある人は定期接種の対象になりません。

そのため、過去に接種歴がある人は、接種により健康被害が生じた場合、法に基づく補償の対象になりません。

過去 5 年以内に、このワクチンを接種したことがある人は、再接種により注射部位の痛み、赤み、しこりなどの副反応が、前回の接種よりも頻度が高く、程度が強く出ることがありますので、気を付けてください。

5 予防接種による健康被害救済制度について

定期の予防接種によって引き起こされた副反応により、医療機関での治療が必要になったり、生活に支障が出るような障害を残すなどの健康被害が生じた場合には、予防接種法に基づく補償を受けることができます。

健康被害の程度等に応じて、医療費、医療手当、障害児養育年金、障害年金、死亡一時金、葬祭料の区分があり、法律で定められた金額が支給されます。死亡一時金、葬祭料以外については、治療が終了する又は障害が治癒する期間まで支給されます。

ただし、その健康被害が予防接種によって引き起こされたものか、別の要因（予防接種をする前あるいは後に紛れ込んだ感染症あるいは別の原因等）によるものなのかの因果関係を、予防接種・感染症医療・法律等、各分野の専門家からなる国の審査会で、予防接種に起因するものである旨の認定を受ける必要があります。

6 高齢者肺炎球菌ワクチンの予防接種を受けることができない人

- (1) 明らかに発熱がある人
- (2) 重い急性の病気にかかっていることが明らかな人
- (3) その他、医師が不適切な状態と判断した場合

7 高齢者肺炎球菌ワクチンの予防接種を受ける際に、担当医師とよく相談しなければいけない人

- (1) 心臓病、腎臓病、肝臓病や血液、その他慢性の病気で治療を受けている人
- (2) 今までに予防接種で接種後2日以内に、発熱、全身性発疹等のアレルギーを疑う症状があった人
- (3) 今までにけいれんを起こしたことがある人
- (4) 今までに免疫不全と診断されている人、または、近親者に先天性免疫不全症の人がいる人
- (5) このワクチンの成分に対してアレルギーを起こすおそれがある人

8 予防接種を受けた後の注意

- (1) 接種後約30分は、急な副反応が起こることがあります。医師とすぐ連絡が取れるようにしておいてください。また、接種後4週間は副反応に注意してください。
- (2) 接種当日はいつも通りの生活で構いませんが、激しい運動や大量の飲酒は避けてください。
- (3) 接種当日の入浴は差し支えありませんが、注射部位を強くこすことはやめてください。
- (4) 接種後、全身のじんましん、低血圧、注射部位のひどい腫れ、高熱、嘔吐などが現れたら、医師の診察を受け、その場合には、最寄りの保健センター（厚生部健康長寿課）か広島市健康福祉局保健医療課にご連絡ください。

【連絡先】

中保健センター 504-2528	西保健センター 294-6235	安芸保健センター 821-2809
東保健センター 568-7729	安佐南保健センター 831-4942	佐伯保健センター 943-9731
南保健センター 250-4108	安佐北保健センター 819-0586	健康福祉局保健医療課 504-2622

※ 対象者の生年月日（当該年度の対象者以外は接種できません。）

【平成26年度】 昭和24年4月2日～25年4月1日 昭和19年4月2日～20年4月1日 昭和14年4月2日～15年4月1日 昭和9年4月2日～10年4月1日 昭和4年4月2日～5年4月1日 大正13年4月2日～14年4月1日 大正8年4月2日～9年4月1日 大正4年4月1日以前	【平成27年度】 昭和25年4月2日～26年4月1日 昭和20年4月2日～21年4月1日 昭和15年4月2日～16年4月1日 昭和10年4月2日～11年4月1日 昭和5年4月2日～6年4月1日 大正14年4月2日～15年4月1日 大正9年4月2日～10年4月1日 大正4年4月2日～5年4月1日	【平成28年度】 昭和26年4月2日～27年4月1日 昭和21年4月2日～22年4月1日 昭和16年4月2日～17年4月1日 昭和11年4月2日～12年4月1日 昭和6年4月2日～7年4月1日 大正15年4月2日～昭和2年4月1日 大正10年4月2日～11年4月1日 大正5年4月2日～6年4月1日
【平成29年度】 昭和27年4月2日～28年4月1日 昭和22年4月2日～23年4月1日 昭和17年4月2日～18年4月1日 昭和12年4月2日～13年4月1日 昭和7年4月2日～8年4月1日 昭和2年4月2日～3年4月1日 大正11年4月2日～12年4月1日 大正6年4月2日～7年4月1日	【平成30年度】 昭和28年4月2日～29年4月1日 昭和23年4月2日～24年4月1日 昭和18年4月2日～19年4月1日 昭和13年4月2日～14年4月1日 昭和8年4月2日～9年4月1日 昭和3年4月2日～4年4月1日 大正12年4月2日～13年4月1日 大正7年4月2日～8年4月1日	【平成31年度以降】 接種日に65歳の者 (66歳以上の方は対象ではありません。)

予防接種法に基づく高齢者肺炎球菌ワクチン予防接種予診票

広島市

【対象者】(1) 今年度内に65・70・75・80・85・90・95・100歳を迎える人
 (2) 60歳～64歳で、心臓、腎臓、呼吸器の機能又はヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に身体障害者手帳1級相当の障害を有する人
 ※生活保護世帯・市民税所得割非課税世帯に属する人でも、(1)(2)以外の人是有料(全額自己負担)です。住民登録している住所、氏名、性別、生年月日を記入してください。

診察前の体温	度 分
--------	-----

住所	広島市 区	電話：() -	
氏名	生年月日	大正 年 月 日 昭和 (満 歳)	男・女

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。	はい いいえ	
今日の肺炎球菌ワクチン予防接種について説明書を読み、理解しましたか。	はい いいえ	
接種を受ける人は広島市民ですか。(広島市に住民登録をしていますか。)	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。病名()	はい いいえ	
治療(投薬など)を受けていますか。	はい いいえ	
その病気の主治医に今日の予防接種を受けてもよいといわれましたか。	はい いいえ	
免疫不全と言われたことがありますか。	はい いいえ	
今日、体に具合の悪いところがありますか。()	はい いいえ	
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?	はい いいえ	
ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。	はい いいえ	
1か月以内に予防接種を受けましたか。()	はい いいえ	
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。病名()	はい いいえ	
その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいといわれましたか。(接種対象者で(2)に該当する場合は、予防接種該当者確認書又は身体障害者手帳の写しを添付)	はい いいえ	
最近1か月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。病名()	はい いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか。	はい いいえ	

(注) 予診のみの請求は、被接種者の体調により接種を見合わせる場合で、診察後、医療に移行していないもののみ可能です。請求の際は、医療機関コードを用紙右上に記載してください。

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(実施できる ・ 見合わせた方がよい)と判断します。見合わせる理由() 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をしました。 医師署名又は記名押印
-------	---

ワクチンロット番号	接種量	医療機関所在地・医療機関名・医師名・接種年月日
Lot No.	筋肉内・皮下 0.5 mL 接種部位 右腕・左腕・その他	所在地 医療機関名 医師名 接種(予診)年月日 平成 年 月 日

高齢者肺炎球菌ワクチン接種確認書 * 接種日当日、医師の診察の後に記入してください。

接種に当たっては、本人が接種に同意し、この確認書に署名することが必要です。
 ※予防接種法に基づく高齢者肺炎球菌ワクチンの予防接種は、対象者が接種を希望する場合にのみ接種を行うこととされており、本人の意思が確認しにくい場合は、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。それでも意思確認ができない場合は、予防接種法に基づく接種を受けることはできず、**任意の接種となり全額自己負担となります。**
 ※本人が自署できない場合は、家族の方が本人の同意を得て、被接種者の氏名を代筆して記入してください。(代筆者が記入する場合は、裏面へも記入が必要です。)

- (1) 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。
 どちらかに○をしてください。→ (**希望します** ・ **希望しません**)
- (2) 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、本予診票が広島市に提出されることに同意します。 平成 年 月 日 被接種者氏名 _____

高齢者肺炎球菌ワクチン接種確認書（代筆者記載事項）

・代筆した場合は、代筆者の氏名、接種者との関係を以下に記入してください。

※被接種者の家族以外の方が代筆した場合は代筆者が署名した理由についても記入が必要です。

・代 筆 者 氏 名： _____

・被 接 種 者 と の 関 係： _____

（家族の場合は続柄）

※家族以外の代筆者が署名した理由
