

高齢者用肺炎球菌予防接種についての説明書

【令和7年度の接種対象者】

初めて高齢者用肺炎球菌ワクチン(23価肺炎球菌英膜ポリサッカライド)の接種を希望する方で、次の年齢に該当する方

- ① 65歳の市民の方(66歳の誕生日前日まで)
- ② 60歳～64歳の方のうち心臓・腎臓・呼吸器・ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に自己の日常生活が極度に制限される程度の障がい(身体障がい者手帳1級相当)を有する市民の方

◆対象外となる方◆

・過去に、高齢者用肺炎球菌ワクチン(23価肺炎球菌英膜ポリサッカライド)の接種を受けたことがある方
(自費で接種された方・大阪市以外で接種された方も対象外となります)

【接種費用】4,300円

※生活保護受給者、市民税非課税世帯の方及び災害のために居住地において定期予防接種を受けることが困難な方は、確認書類の提示により無料になります。

【接種回数及び量】1回、0.5mLを皮下または筋肉内に注射します。

1 肺炎球菌感染症について

肺炎球菌感染症は、肺炎球菌という細菌によって引き起こされる病気です。この菌は、主に気道の分泌物に含まれ、唾液などを通じて飛沫感染します。日本人の約3～5%の高齢者では鼻や喉の奥に菌が常在しているとされます。これらの菌が何らかのきっかけで、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。

肺炎には、発熱、悪寒、息切れ、たんを伴う咳、呼吸時の胸痛、倦怠感など、一般的な風邪よりも重い症状がみられます。2022年、大阪市では2,004人が肺炎で亡くなっており、死因の第4位となっています。(大阪市人口動態より)

2 ワクチンの目的と効果について

ワクチンの接種は本人の希望により行われ、個人の発病及び重症化防止を目的としています。肺炎球菌には90種類以上の血清型があり、「23価肺炎球菌英膜ポリサッカライドワクチン」はそのうちの23種類の血清型に効果があります。この23種類の血清型は成人の重症の肺炎球菌感染症の原因の約64%を占めるという研究結果があります。

健康な人では、少なくとも5年間はワクチンの効果が持続すると言われています。再接種を行う場合、過去5年以内に接種を受けたことがある方は、注射部位の疼痛、紅斑、硬結等の副反応が、初回接種よりも頻度が高く、程度が強く発現することから、必要性を慎重に考慮した上で前回接種から十分な間隔をあけて接種することが必要です。

3 ワクチンの副反応

主な副反応は接種後に接種部位の赤み(発赤)、はれ(腫脹)、痛み(疼痛)、熱感が接種者の5%以上に起こり、全身反応としては、発熱、寒気(悪寒)、だるさ(倦怠感)、違和感などが接種者の1～5%未満に起こりますが、いずれも通常2～3日でなくなります。

その他、まれに接種後30分以内に出現するワクチンに対してのアレルギー反応である、発疹、じんましん、赤み(発赤)、かゆみ(掻痒感)、呼吸困難等のアナフィラキシー様症状や血小板減少、ギラン・バレー症候群、蜂巣炎様反応等が見られることがあります。

4 予防接種をうける前に

(1) 一般的注意

気にかかることやわからないことがあれば、予防接種をうける前に担当の医師に質問しましょう。予診票は接種をする医師にとって、予防接種の可否を決める大切な情報です。現在、病気などで治療中の方、今までに免疫状態の異常を指摘されたことがある方は、担当医師とよく相談し十分に納得して接種を受けましょう。

(2) 予防接種を受けることができない方

- ① 明らかに発熱している方（通常は37.5℃を超える場合）
- ② 重い急性疾患にかかっている方
- ③ 肺炎球菌予防接種の成分に対してアナフィラキシー（通常接種後30分以内に出現する呼吸困難や全身性のじんましんなどを伴う重いアレルギー反応のこと）をおこしたことがある方
- ④ 既に「ニューモバックス NP（23 価肺炎球菌英膜ポリサッカライドワクチン）」を接種したことがある方
- ⑤ その他、かかりつけの医師に予防接種を受けないほうがよいといわれた方

(3) 予防接種を受けるに際し、医師とよく相談しなければならない方

- ① 心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患、血液疾患、などの基礎疾患がある方
- ② 過去に予防接種で接種後2日以内に発熱、全身性発しんなどのアレルギーを疑う症状がみられた方
- ③ 過去にけいれん（ひきつけ）をおこしたことがある方
- ④ 過去に免疫状態の異常を指摘されたことがある方もしくは近親者に先天性免疫不全症の者がいる方
- ⑤ 肺炎球菌予防接種の成分に対してアレルギーをおこすおそれがある方

(4) 接種を受けた後の注意事項

- ① 特にワクチン接種後24時間は健康状態の変化に注意しましょう。接種を受けた後に、急な副反応が起こることがありますので接種後30分間はそこで様子を見るようにし、30分たってから医療機関を出るようにしましょう。
- ② 接種後に高熱やけいれんなどの異常が出現した場合は、速やかに医師の診察を受けてください。
- ③ 接種後1週間は体調に注意しましょう。また、接種後、腫れが目立つときや体調が悪くなったときなどは医師にご相談ください。
- ④ 違う種類のワクチンと同時接種を希望する場合は、医師にご相談ください。
- ⑤ 接種部位は清潔に保ちましょう。入浴は問題ありませんが、接種部位をこすことはやめましょう。
- ⑥ 接種当日は激しい運動はさけてください。その他はいつも通りの生活で結構です。

5 副反応が起こった場合

予防接種後、まれに副反応が起こることがあります。予防接種と同時に、ほかの病気がたまたま重なって現れることもあります。予防接種を受けた後、接種した部位が痛みや熱をもってひどく腫れたり、体調変化が現れた場合は、速やかに接種した医師（医療機関）の診察を受けてください。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がい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。お住まいの区の保健福祉センターにご連絡ください。国の審査会にて審議し、予防接種と健康被害との因果関係が認定された場合に補償を受けることができます。

高齢者用肺炎球菌 65歳以上の方等

- ◎ この予防接種は自己負担がかかります。
ただし、生活保護受給者及び市民税非課税世帯の方は無料です。
(接種当日に確認できる書類をご持参ください。)
- ◎ 「高齢者用肺炎球菌予防接種のお知らせ」をよく読みましょう。
- ◎ この副票は、この予防接種の証明となりますので、大切に保管してください。

※ 予防接種を見合わせた理由〔 〕



年 月 日

0.5ml

皮下または筋肉内
接種部位 (左・右) 上腕部

高齢者用肺炎球菌予防接種 予診票

◎ 接種当日に太ワク内のみを、記入してください。(※印は記入しないでください。)

住 所	大阪市 区		
氏 名		男 ・ 女	電話 ()
生年月日	大正・昭和	年	月 日生 (満 歳)



年 月 日

0.5ml

皮下または筋肉内

質 問 事 項	回答欄		医師の確認欄
1. これまでに高齢者用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。 (過去に23価肺炎球菌ワクチン(ポリサッカライド)の接種歴がある方は接種できません。)	はい	いいえ	
2. 今日受ける高齢者用肺炎球菌予防接種についての説明書を読みましたか。	はい	いいえ	
3. 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	
4. 今日、身体にぐあいの悪いところがありますか。 それはどんな状態ですか。()	はい	いいえ	
5. その他、最近1か月以内に病気にかかったりケガをしましたか。 病名() 時期() 頃)	はい	いいえ	
6. 現在、何か病気にかかっていますか。 病名() 治療(投薬など)を受けていますか。 その病気を診てもらっている主治医に今日の予防接種は受けてよいといわれましたか。	はい	いいえ	
7. 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() その病気を診てもらっている主治医に今日の予防接種は受けてよいといわれましたか。	はい	いいえ	
8. 免疫不全と診断されたことがありますか。	はい	いいえ	
9. 薬や食品で皮ふに発疹やじんましんがでたり、身体のぐあいが悪くなったことがありますか。	はい	いいえ	
10. ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。	はい	いいえ	
11. これまでに受けた予防接種で、身体のぐあいが悪くなったことがありますか。 受けた予防接種の種類() それはどんな状態ですか。()	はい	いいえ	
12. 1か月以内に何か予防接種を受けましたか。受けた予防接種の種類()	はい	いいえ	
13. その他、今日の予防接種について何か質問がありますか。 具体的に()	はい	いいえ	

※〔医師の記入欄〕

診察所見・その他特記事項

以上の予診(問診、検温、診察)の結果、今日の予防接種は(実施できる・見合わせたほうがよい)と判断します。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。

※ 体温測定

度

分

医師署名
又は
記名押印

※ 使用ワクチン名

※ 接種方法(皮下注射・筋肉内注射)

※ 実施場所

※ Lot No.

※ 最終有効年月日

※ 接種部位(左・右)上腕部

※ 接種医師名

高齢者用肺炎球菌予防接種希望書 (医師の診察の結果、接種が可能と判断された後に記入してください。)

私は、医師の診察・説明を受け、高齢者用肺炎球菌の予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性などについて理解したうえで、接種を希望します。

(※自署できない場合は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載してください。)

被接種者署名

代筆者名

続柄

◎この予診票は、予防接種における安全性の確保を目的としています。提出いただきました予診票は、この目的以外には使用いたしません。