

令和6年度高齢者肺炎球菌感染症予防接種について

高齢者肺炎球菌感染症予防接種を受ける前に必ずお読みください

鳥取市では、予防接種法に基づく『高齢者肺炎球菌感染症予防接種』を下記のとおり行います。

対象者	次の①②のどちらかに該当する方のうち、 <u>過去に、任意接種を含め、一度も肺炎球菌ワクチン（23価肺炎球菌荚膜ポリサッカライドワクチン）を接種したことがない方</u> が対象です。 ① 鳥取市民で、65歳の方 ※66歳の誕生日前日まで ② 鳥取市民で、60歳以上65歳未満の方のうち、心臓、腎臓、呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障がい ^{（注）} を有する者として厚生労働省令で定める方 〔各障がいについて身体障害者手帳1級を所持されている方 または障がいの程度が1級と同程度と証明できる方〕
接種回数	1回（定期接種として費用助成があるのは、1回のみです）
接種場所	鳥取県東部地区・中部地区の実施医療機関（要予約） ※同封している医療機関名簿から医療機関を選び、直接ご予約ください。
自己負担金	市民税課税者と同一世帯員の方：2,300円（本人が市民税課税者である場合を含む。） 世帯員全員が市民税非課税である方：800円 鳥取市の認定する生活保護世帯に属する方及び中国残留邦人の方：無料 ※世帯員全員が市民税非課税の方で接種券に記載の自己負担金が2,300円になっている方は、 <u>申請により</u> 自己負担金を減額することができます。詳細は保健所保健医療課にお問合せください。
医療機関に持参する物	・鳥取市がお送りする接種券付き予診票 通知は住民登録に基づいて郵送しています。 対象者②に該当する方で、接種券がお手元がない場合は、主治医記入の証明書を提出していただく必要がありますので、保健所保健医療課にお問い合わせください。 ・自己負担金 自己負担金の金額は、接種券の中に記載しています。

肺炎球菌感染症について

肺炎球菌による肺炎は、成人肺炎の25～40%を占め、特に高齢者での重篤化が問題になっています。肺炎球菌は肺炎の他に、中耳炎、副鼻腔炎、気管支炎を起こすこともあります。成人、特に高齢者では細菌性肺炎の原因の多くを占めており、問題になっています。抗生物質が効かない耐性菌が多く、予防が望まれています。

注意事項

- この予防接種は義務ではなく、接種を希望される方に行うものです。
この説明書をよくお読みいただき、予防接種の効果や副反応の可能性などを御理解のうえ、本人が接種を希望される場合にお受けください。
- 同封の予診票を御記入のうえ、接種時に持参ください。
- 同時期に新型コロナウイルスワクチン接種を受ける際は、接種間隔について医師にご相談ください。

【お問い合わせ先】

鳥取市保健所 保健医療課

鳥取市富安2丁目138-4（駅南庁舎1階⑫窓口）

電話（0857）30-8640 FAX（0857）20-3962

1. 肺炎球菌による肺炎の予防

肺炎の原因菌となる細菌が体に入り込まないようにすることが重要です。普段から予防に努めましょう。感染予防のためには、以下の4点が基本となります。

- ① 外出時のマスク使用や、帰宅時のうがい、手洗いをする。
- ② 歯磨きなどをしっかりして、口の中を清潔にする。
- ③ 規則正しい生活をし、喫煙者は禁煙をする。
- ④ 予防接種を受ける。

2. 高齢者肺炎球菌感染症予防接種の効果

肺炎球菌ワクチンには、肺炎球菌によって引き起こされる肺炎等の感染症などを予防する効果があります。さらに、このワクチンには予防する効果のみならず、肺炎球菌による肺炎になっても「軽症ですむ」「抗生物質が効きやすい」などの効果もあり、一度接種をすると少なくとも5年間は十分な効果が持続するといわれています。ただし、肺炎球菌以外の微生物による肺炎の予防効果はありません（すべての肺炎に対して有効ではありません）。

3. 予防接種を受ける前に

（1）一般的注意事項

高齢者の肺炎球菌感染症の予防接種について、この説明書をよく読んで、必要性や副反応について理解しましょう。気にかかることやわからないことがあれば、予防接種を受ける前に担当の医師や看護師、お問い合わせ先に質問しましょう。十分に納得できない場合には、接種を受けないでください。

- ① 予防接種を受ける義務はなく、御本人が接種を希望する場合のみに予防接種を行います。
- ② 接種を受ける御本人が、麻痺などがあって同意書に署名ができない場合や、認知症があって正確な意思の確認が難しい場合などには、家族やかかりつけ医によって、特に慎重に御本人の接種意思の有無の確認を含め、接種適応を決定する必要があります。（最終的に確認ができなかった場合には、予防接種法に基づく接種はできません。）
- ③ 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。基本的には、接種を受ける御本人が責任をもって記入し、正しい情報を接種医に伝えてください。

（注意事項）

医師の十分な説明に基づく患者の同意をインフォームドコンセント（説明と同意）と言います。法律に基づく高齢者の肺炎球菌感染症の予防接種はあくまでも、御本人の意思に基づいて接種を受けるものなので、インフォームドコンセントがない場合には、接種する医師は接種を行いません。

接種を希望する場合もしない場合も、十分に医師から説明を聞き、理解した上で判断をしましょう。

（2）予防接種を受けることができない人

- ①明らかに発熱（体温が37.5℃以上）のある人
- ②重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな人（急性の病気で薬を飲む必要のあるような人は、その後の病気の変化がわからなくなる可能性もあるので、その日は見合わせるのが原則です。）
- ③肺炎球菌感染症予防接種の接種液に含まれる成分によって、アナフィラキシーショックを起こしたことがあることが明らかな人（アナフィラキシーショックとは、接種後約30分以内に起こるひどいアレルギー反応のことです。）
- ④その他、医師が不適切な状態と判断した場合

（3）予防接種を受ける際に、担当医師とよく相談しなくてはならない人

- ①心臓病、腎臓病、肝臓病、血液の病気などで治療を受けている人

- ②過去の予防接種で、接種後2日以内に発熱のみられた人、発疹、じんましんなどアレルギーと思われる異常がみられた人
- ③過去にけいれん（ひきつけ）を起こしたことがある人
- ④過去に免疫不全の診断がされている人及び近親者に先天性免疫不全症の人がいる人
- ⑤肺炎球菌ワクチンの接種液の成分に対してアレルギーを起こすおそれのある人

4. 予防接種を受けた後の注意事項

予防接種を受けた後、一定の期間に種々の身体的反応や病気が見られることがあります。予防接種そのものによる副反応の場合のほか、他の病気がたまたま重なって現れてくることがあります。症状がひどい場合は医療機関を受診してください。

- ① 接種後24時間は、副反応の出現に注意し、様子をおみておく必要があります。
特に、接種後30分間は、健康状態の変化に注意し、医師（医療機関）とすぐに連絡をとれるようにしておきましょう。まれですが、重大な副反応は接種後30分以内に現れることがあります。
- ② 激しい運動や大量の飲酒は、接種後24時間は避けましょう。
- ③ 当日の入浴は差し支えありませんが、注射した部位を強くこすることはやめましょう。

5. 予防接種を受けた後の副反応と対応、救済制度

接種後の副反応には、以下のようなものがあります。副反応でなく、他の病気がたまたま重なって現れる場合もあります。接種後は体調の変化に注意し、症状がひどい場合は必ず受診し、医師に相談しましょう。

（1）重大な副反応

まれですが、接種後30分以内にショック、アナフィラキシー様症状（じんましん、呼吸困難、血管浮腫など）が現れることがあります。その他、ギランバレー症候群、知覚異常、蜂巣炎、蜂巣炎様反応（発赤・腫脹・疼痛・発熱等）が起こる可能性があります。

（2）その他の副反応

通常数日以内で治りますが、気分が悪くなったり腫れが目立つときは医師に相談しましょう。

全身症状：発熱、悪寒、頭痛、倦怠感等を認めることがあります。

局所症状：注射の跡が赤くなったり、腫れたり、痛くなったりすることがあります。

（3）予防接種健康被害救済制度

予防接種を受けたことによって病気や障がい、死亡などの健康被害が起こることがあります。厚生労働大臣が認定した場合は、予防接種法に基づく予防接種による予防接種健康被害救済の対象として医療費や医療手当、障害年金等の支給が行われます。

6. その他

（1）実施時期及び通知について

定期の予防接種は、市町村が行うことになっており、個人通知や市報などでお知らせしています。

個人通知は、住民基本台帳に基づいて行います。転居したときなどは、必ず届けを出しましょう。

（2）予防接種を受けない場合

接種医の説明を十分聞いたうえで、ご本人が接種を希望しない場合、家族やかかりつけ医の協力を得てもご本人の意思の確認ができなかったため接種をしなかった場合、当日の身体的状況等により接種をしなかった場合等においては、その後、肺炎球菌による肺炎に罹患、又は罹患したことによる重症化、死亡等が発生しても、担当した医師にその責任を求めることはできません。

高齢者肺炎球菌感染症予防接種の接種券付き予診票

※太枠内にご記入またはチェック☑を入れてください

住民票に記載されている住所
 ※ 接種日時時点で住民票が鳥取市にない方は、この接種券付き予診票は使用できません。
 ※ 鳥取市内で転居された方、氏名変更をされた方は、変更箇所にも二重線を引き、余白に変更後の住所や氏名をご記入ください。

フリガナ **トミヤス ジロウ** 電話番号
 氏名 **富安 二郎** フリガナを記入 日中連絡のとれる電話番号を記入
 生年月日(西暦) 年 月 日生(満 歳) 男 女

接種券

請求先
券番号

記入例

赤い枠で囲んでいる部分を黒のボールペンであらかじめ記入して接種場所にお持ちください。

質問事項	回数	医師記入欄
肺炎球菌ワクチンを接種したことがありますか。 ※23価の肺炎球菌ワクチンを接種したことがある人は定期予防接種を受けられません。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	はいの場合、定期接種の対象外です。
今日の予防接種について同封の説明書を読みましたか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
現在、何らかの病気にかかって、治療(投薬など)を受けていますか。 病名: <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> 血が止まりにくい病気 <input type="checkbox"/> 免疫不全 <input checked="" type="checkbox"/> その他(高血圧)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
治療内容:(あてはまるものがあれば記入)		
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けても良いと言われましたか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
最近1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。病名()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
今日、体に具合が悪いところがありますか。症状()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
薬や食品などで、重いアレルギー症状(アナフィラキシーなど)を起こしたことがありますか。 薬・食品など原因になったもの()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか。 種類() 症状()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
2週間以内に予防接種を受けましたか。種類() 受けた日()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
今日の予防接種について質問があれば 肺炎球菌ワクチン以外(コロナ・インフルエンザ等)で接種したものがあれば記入	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	

高齢者肺炎球菌感染症予防接種
 医師の診察・説明を受け、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。 (接種を希望します ・ 接種を希望しません)

この予診票は、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、本予診票が市町村に提出されることに同意します。

同意日 年 月 日

被接種者自署 **富安 二郎**
 代筆者署名 _____ 続柄 _____

(※自署できない場合は代筆者が署名し、代筆者氏名と接種者との続柄を記載)

医師記入欄
 同意した日付(接種する日)を記入
 本人に対して、接種の効果、副反応及び予防接種について、説明した。
 接種する本人が署名する場合は、代筆者署名は記入しない。本人が署名できない時は、代筆者が接種者と代筆者の氏名を記入

医師記入欄	ワクチン名・ロット番号	接種量等	実施場所	実施場所・医師名
	シール貼付位置 ※枠に合わせてまっすぐに貼付 (注)有効期限が切れていないか確認	<input type="checkbox"/> 皮下 <input type="checkbox"/> 筋肉内 0.5ml		
	接種年月日 <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="2"/> 年 <input type="text" value=""/> 月 <input type="text" value=""/> 日		医師名	