さいたま市

令和６年度成人用肺炎球菌ワクチン定期予防接種のお知らせ

<table>
<tr><td>１　接種対象者</td><td>接種日時点でさいたま市に住民登録があり、次の(1)(2)の年齢等のいずれかに該当し、かつ(3)に該当する、予防接種を希望する方
(1)接種日時点で６５歳の方

(2)60歳以上65歳未満で、心臓、腎臓若しくは呼吸器等の機能に極度の障害(身体障害者手帳１級相当)を有する方　※確認できる身体障害者手帳または診断書等をご持参ください。
(3)これまでに23価肺炎球菌ワクチン(ニューモバックス)の接種を1回も受けたことがない
※自費等で23価肺炎球菌ワクチンの接種を受けたことがある方は、定期予防接種の対象外となります。自費等の接種が<u>13価</u>肺炎球菌ワクチンのみの方は、定期予防接種の対象となります。</td></tr>
<tr><td>２　接種場所</td><td>さいたま市定期予防接種実施医療機関 (事前予約)
※市内実施医療機関以外を希望する場合、<u>事前に</u>各区役所保健センターへご相談ください。</td></tr>
<tr><td>３　接種回数</td><td>１回</td></tr>
<tr><td>４　接種期限</td><td><u>66歳のお誕生日の前日まで</u></td></tr>
<tr><td>５　個人負担金

医療機関の窓口にお支払ください。</td><td>4,600円(税込　令和6年度中に接種された場合)
※次の(1)～(3)のいずれかに該当する方は、<u>事前に用意した証明書類を医療機関の窓口に提示することで個人負担金が免除</u>されます。<u>接種後の個人負担金の返金はできません</u>。
(1)　生活保護世帯の方…生活保護受給証
(2)　中国残留邦人等支援給付制度の受給者の方…本人確認証
(3)　市民税非課税世帯(<u>世帯全員が非課税</u>)の方…次の①・②のいずれか(③も可能。)
①「介護保険料決定通知書」または「介護保険料納入通知書」
※市民税課税区分欄が“世帯　非課税”となっている方に限ります。
<u>※「介護保険負担限度額認定証」では個人負担金は免除できません。</u>

②「後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証」
※「後期高齢者医療限度額適用認定証」では個人負担金は免除できません。

③「無料券」(①・②の証明書類を医療機関に提示できる方は無料券の申請は不要です。)
※各区役所保健センターで、<u>接種前に必ず</u>申請してください。
※申請時には、申請者の保険証等本人確認書類をお持ちください。
※本人、同居親族、後見人等以外の方が申請する場合、委任状をご持参ください。
※本人または同一世帯の方が、令和6年1月１日時点でさいたま市に住民登録がない場合は、事前に各区役所保健センターでご相談ください。</td></tr>
</table>

◎<u>上記１～４を満たしていない場合、接種料金は全額自己負担となります。</u>

次ページもご覧ください☞

接種の際に持参する物

(1) 予防接種予診票…さいたま市定期予防接種実施医療機関で事前にお受け取りください。
なお、さいたま市定期予防接種実施医療機関以外で接種希望の方は、**必ず本人確認書類をご持参の上、事前に各区役所保健センターでお受け取りください。**

(2) 健 康 保 険 証…国民健康保険証など

(3) 本人確認書類…**接種を受ける方がさいたま市民であることを確認できる書類**
（運転免許証、介護保険証、個人番号カード、住民基本台帳カード（住所が記載されたもの） など）
※国民健康保険証を持参の方は不要

(4) 個 人 負 担 金…1ページ目の「5　個人負担金」のとおり

肺炎球菌感染症とワクチンについて

成人用肺炎球菌ワクチンを接種することで、肺炎球菌による肺炎や侵襲性感染（敗血症や髄膜炎）の予防効果（かからないか、かかっても軽くなる）が期待できます。

１　疾病の概要

成人の肺炎の約2割が肺炎球菌によるものと考えられています。侵襲性感染患者から検出された肺炎球菌の約7割が、ワクチンで予防可能な型の肺炎球菌だったとの報告があります。

一般的に、肺炎にかかると発熱や呼吸困難などが、侵襲性感染では発熱などがみられます。高齢者では、このような症状が、はっきり現れなかったり、重篤化する場合があります。

２　成人用肺炎球菌ワクチンの概要

定期予防接種では、肺炎球菌の中で、頻度の高い 23 種類の型から精製された莢膜多糖体（ポリサッカライド）を混合したワクチンを、1回 0.5ml を筋肉または皮下に接種します。

このワクチンは、1年中どの時期でも接種可能です。また、少なくとも接種後5年間は効果が持続するとされており、毎年繰り返して接種する必要はありません。さらに、このワクチンは、インフルエンザワクチンとの併用で、より高い予防効果が期待されるという報告があります。

なお、接種対象年齢の方であっても、生涯を通じて2回目以降の接種は、予防接種法に依らない任意接種となり、全額自己負担となります。

参考までに、このワクチンは、2回目の接種をすると接種部位の局所反応（腫脹や疼痛）が強く現れることが知られています。仮に、再接種を検討する場合、その必要性を慎重に考慮して、十分な間隔（5年以上）をあけて接種することが必要です。

３　成人用肺炎球菌ワクチンの副反応

このワクチンの副反応として、接種後に接種部位の腫脹や疼痛、時に軽微な発熱がみられることがありますが、日常生活に差し支えるほどのものではなく、通常1～2日で消失します。

また、このワクチンの臨床試験では、65 例中 49 例（75.4%）に、のべ 96 件の副反応が認められました。主なものは、接種部位の疼痛 47 件（72.3%）、接種部位腫脹 15 件（23.1%）、頭痛 4 件（6.2%）、腋窩痛 3 件（4.6%）、接種部位そう痒感 2 件（3.1%）でした。

なお、頻度は不明ですが、ショックや血小板減少、知覚異常、ギラン・バレ症候群等の急性神経根障害、蜂巣炎・蜂巣炎様反応の重大な副反応が起こることがあります。

４　注意事項

（１）　予防接種を受けることができない方

①　接種当日に明らかな発熱のある方

一般的に、体温が 37.5℃以上の場合を指します。

②　重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな方

急性の病気で薬を飲む必要があるような人は、その後の病気の変化が分からなくなる可能性もあるので、その日は接種を見合わせるのが原則です。

③　成人用肺炎球菌ワクチンに含まれる成分によりアナフィラキシーを起こしたことがある方

アナフィラキシーとは通常接種後約 30 分以内に起こるひどいアレルギー反応のことです。発汗、顔が急に腫れる、全身にひどいじんましんが出る、吐き気、嘔吐、声が出にくい、息が苦しいなどの症状に続き、血圧が下がっていく激しい全身症状です。

④　予防接種で接種後２日以内に発熱のみられた方及び全身性発疹等のアレルギーを疑う症状を起こしたことがある方

予防接種法上求められる安全性の確保及び健康被害を極力回避するためです。

⑤　その他、医師が不適当な状態と判断した場合

上の①～④に該当しなくても医師が接種不適当と判断した時は接種できません。

（２）　予防接種を受けるに際し、担当医師とよく相談しなくてはならない方

①　心臓病、腎臓病、肝臓病や血液、その他慢性の病気等を有している方

②　今までにけいれんを起こしたことがある方

③　今までに免疫不全の診断がなされている方および近親者に先天性免疫不全症の人がいる方

（３）　予防接種を受けた後の一般的注意事項

①　接種を受けた後 30 分間は、急な副反応が起こることがあります。医師（医療機関）とすぐに連絡を取れるようにしておきましょう。

②　入浴は差し支えありませんが、接種した部位を強くこすることはやめましょう。

③　接種当日はいつもどおりの生活をしてかまいませんが、激しい運動や大量の飲酒は避けましょう。

④　接種日時点でさいたま市に住民登録のない方が接種した場合、規定回数を超える接種を行った場合、65歳未満で厚生労働省令の定める障害の基準に該当しない場合等は、接種費用は原則自己負担となります。後日に判明した場合、接種医療機関に費用を支払っていただきます。

５　接種の同意について

成人用肺炎球菌定期予防接種は、接種を受ける法律上の義務はなく、ご本人が希望する場合に限り、予防接種法に基づく接種を行うことができます。ご本人の意思が確認できない場合は、予防接種法に基づく接種は行えません。

認知症等により正確な意思の確認がしにくい場合には、家族やかかりつけ医によって、特に慎重にご本人の接種意思を確認してください（最終的にご本人の意思が確認できない場合は、予防接種法に基づく接種は行えません）。

６　予診票記入時の注意

(1) 接種当日は体調をよく確認の上、太枠部分をボールペンで正確に記入してください。

(2) 「診察前の体温」の箇所は、医療機関で記入してください。

(3) 医師の診察の結果、接種が可能と判断された場合、予診票下部の「成人用肺炎球菌予防接種希望書」の（接種を希望します・接種を希望しません）のいずれかに○を記入し、**接種を希望する場合は接種日の日付を記入し、被接種者本人が署名してください。**

(4) 接種を受けるご本人が（3）の署名をすることが困難な場合、代筆者はご本人の接種を受ける意思を確認し、予診票に確認方法を記入の上で、署名してください。

７　予防接種料交付金交付制度について

老人保健施設等に入所している接種対象者等、やむを得ず実施医療機関以外での接種を希望する場合、費用から個人負担金を控除した額を交付する制度です。上限額の範囲で交付します。

なお、接種前に必ず各区役所保健センターでの手続きが必要です。

８　その他

（１）予防接種を受けない場合

接種医の説明を十分聞いた上で、ご本人が接種を希望しない場合や、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、また当日の身体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、肺炎球菌による侵襲性感染や肺炎に「り患」あるいは「り患」したことによる重症化、死亡した場合も、担当した医師にその責任を求めることはできません。

（２）副反応が起こった場合

接種後、副反応が起こることがあります。また、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があります。

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、全身のじんましん、繰り返す嘔吐、顔色が悪い、低血圧、高熱等が現れたら、医師（医療機関）の診療を受けてください。

（３）予防接種健康被害救済制度について

接種を受けたワクチンの種類によっては、けいれん、肝機能障害及び急性散在性脳脊髄炎等の健康被害が生じることがあります。このような健康被害を、厚生労働大臣が、予防接種法に基づく定期予防接種による副反応であると認定した場合は、市町村が健康被害救済に関する給付を行う制度があります。

◆◆不明な点や心配なことは、各区役所保健センターへお問い合わせください◆◆
（午前8時30分～午後5時15分　土・日・祝日・年末年始は除く）

西　区保健センター	TEL 620-2700	FAX 620-2769	桜　区保健センター	TEL 856-6200	FAX 856-6279
北　区保健センター	TEL 669-6100	FAX 669-6169	浦和区保健センター	TEL 824-3971	FAX 825-7405
大宮区保健センター	TEL 646-3100	FAX 646-3169	南　区保健センター	TEL 844-7200	FAX 844-7279
見沼区保健センター	TEL 681-6100	FAX 681-6169	緑　区保健センター	TEL 712-1200	FAX 712-1279
中央区保健センター	TEL 840-6111	FAX 840-6115	岩槻区保健センター	TEL 790-0222	FAX 790-0259