

1. 肺炎球菌感染症とは

肺炎球菌感染症とは、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。日常生活で起こる肺炎の原因菌は、肺炎球菌が一番多いといわれており、その肺炎球菌には 93 種の型があります。この予防接種はそのうち 23 種の型に対してワクチンの効果があります。

この予防接種は B 類疾病の予防接種です。接種を希望される人は、予防効果や副反応などについて、十分に理解したうえで、医師と相談し接種をお願いします。

2. 対象者

以下の対象者で過去に 1 度も接種したことがない方

① 65 歳となった者で、66 歳の誕生日の前日までに接種を希望する者

② 60 歳以上 65 歳未満で心臓・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障害として厚生労働省に定められている（日常生活が極度に制限される程度）を有する接種希望の大刀洗町民の者。（診断書、身体障害者手帳コピー（内部障害 1 級程度）のいずれかが必須。）

※②に該当する者として既に当該予防接種を受けた者は、①の対象者から除く。

※既にニューモバックス NP（23 価肺炎球菌莢膜ポリサッカライドワクチン）の接種を受けたことのある者は対象外とします。（過去 5 年以内の再接種は、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と報告されています。）

※必ず被接種者本人又はその保護者の接種意思の確認が必要。意思確認が困難な場合は、家族又はかかりつけ医の協力により本人の希望を確認できた場合に限り接種を行うことができます。

3. 料金（自己負担金）

3,000 円（生活保護受給者・町県民税非課税世帯は無料）

ただし非課税世帯の方は次の①～③のいずれか、生活保護受給者の方は「診療依頼書写し」を医療機関に持参ください。

①役場発行の非課税確認書

②介護保険負担限度額認定証の写し

③後期高齢者医療限度額適用・標準負担額認定証（適用区分Ⅰ・Ⅱ）の写し※後期高齢者医療加入者のみ

4. 予診票の記入について

予診票は予防接種を受けるにあたって、医師にご自分の健康状態を伝える大切な用紙です。内容をよく読み、治療中の病気や飲んでいる薬など、もれがないように記入しましょう。また、心配なことがある場合は医師に十分相談しましょう。予診票の下にあるご本人の署名は、医師の診察の結果を聞いてから記入します。

5. 接種ワクチン・回数

ニューモバックス NP(23価肺炎球菌莢膜ポリサッカライドワクチン)を1回 0.5ml 筋肉内又は皮下注射する。

6. 予防接種後の注意

- ・予防接種を受けた後30分間は急な副反応がおこることがあります。医師とすぐに連絡をとれるようにしましょう。(24時間は体調に注意しましょう)
- ・入浴は差し支えありません。注射した所を強くこすることはやめましょう。
- ・接種当日はいつも通りの生活をしてかまいません。激しい運動や大量の飲酒は避けましょう。

7. 予防接種の副反応

- ・注射の痕が赤くなったり、痛むことがあります。(2～3日で良くなる)
- ・発熱、悪寒、じんましん、低血圧、全身のだるさ、重症の場合は意識障害の症状が現れることがあります。(4時間以内)
- ・大変まれに、接種後に蜂巣炎様反応が生じることがあります。(7日以内)
- ・筋力低下、皮膚及び粘膜に紫斑を呈した症状が現れることがあります。(28日以内)

8. 予防接種健康被害救済制度について

定期の予防接種により重篤な健康被害が発生した時には、予防接種法の規定により、発生した健康被害の救済が行われることになっています。大刀洗町役場健康課までご連絡ください。

9. 注意事項

必ず健康保険証等を医療機関へご持参ください。

予防接種を受けた後に体調が悪くなり医師の診察を受けた場合は
大刀洗町役場 健康課までご連絡ください。

電話 77-1377