

別紙 2

ヒトパピローマウイルス感染症予防接種予診票

		診察前の体温		度		分	
住 所							
受ける人の氏名		男 女	生 年 月 日	平成・令和		年 月 日	
保護者の氏名※				(満 歳 カ月)			

※ 接種を受ける人が満 16 歳以上の場合には、当該部分への記載は必要ありません。

質 問 事 項	回 答 欄			医師記入
今日受ける予防接種について市町村から配られている説明書を読みましたか	はい	いいえ		
今回の接種は何回目ですか	1回目	2回目	3回目	
(2回目以降の場合) これまでに接種したワクチンの種類、接種年月日、接種時の年齢を記入してください (注1) ワクチンの種類は①サーバリックス(2価)、②ガーダシル(4価)、③シルガード9(9価)、④その他のうち、いずれか一つを○で囲んでください。 (注2) ③シルガード9(9価)の場合、初回を14歳までに接種し、2回目を5ヵ月以上の間隔をおいて接種する、合計2回の接種方法でも完了させることができます。 (注3) 保護者又は被接種者及び医師は、接種したワクチンの確認に努めてください。記録が得られず、わからない場合には医師が「不明」と記入してください。	1回目	① / ② / ③ / ④ 年 月 日 歳		
	2回目	① / ② / ③ / ④ 年 月 日 歳		
今日体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状を書いてください ()	はい	いいえ		
最近1ヵ月以内に病気にかかりましたか 病名 ()	はい	いいえ		
1ヵ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類 ()	はい	いいえ		
生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症その他の病気にかかり、医師の診察を受けていますか 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	はい	いいえ		
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか ()歳頃	はい	いいえ		
そのとき熱が出ましたか	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		
近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	はい	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	ある	ない		
予防接種の種類 ()				
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか	はい	いいえ		
現在妊娠している可能性(生理が予定より遅れているなど)はありますか (注) 妊娠している方への接種には、注意が必要です。	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		
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。 保護者(接種を受ける者が満16歳以上の場合には本人)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				

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、予防接種健康被害救済制度などについて理解した上で、接種することに (同意します・同意しません)。

かつこの中のどちらかを○で囲んでください。

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、本予診票が市町村に提出されることに同意します。

保護者又は被接種者自署 _____
 (※被接種者が16歳未満の場合は保護者自署)

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種年月日			
ワクチン名	筋肉内接種	実施場所		医師名	
Lot No.		接種年月日	令和	年	月
(注)有効期限がきれていないか確認	0.5 ml				

別紙 2

ヒトパピローマウイルス感染症予防接種予診票

		診察前の体温		度		分	
住 所							
受ける人の氏名		男 女	生 年 月 日	平成・令和		年 月 日	
保護者の氏名※				(満 歳 カ月)			

※ 接種を受ける人が満 16 歳以上の場合には、当該部分への記載は必要ありません。

質 問 事 項	回 答 欄			医師記入
今日受ける予防接種について市町村から配られている説明書を読みましたか	はい	いいえ		
今回の接種は何回目ですか	1回目	2回目	3回目	
(2回目以降の場合) これまでに接種したワクチンの種類、接種年月日、接種時の年齢を記入してください (注1) ワクチンの種類は①サーバリックス(2価)、②ガーダシル(4価)、③シルガード9(9価)、④その他のうち、いずれか一つを○で囲んでください。 (注2) ③シルガード9(9価)の場合、初回を14歳までに接種し、2回目を5ヵ月以上の間隔をおいて接種する、合計2回の接種方法でも完了させることができます。 (注3) 保護者又は被接種者及び医師は、接種したワクチンの確認に努めてください。記録が得られず、わからない場合には医師が「不明」と記入してください。	1回目	① / ② / ③ / ④ 年 月 日 歳		
	2回目	① / ② / ③ / ④ 年 月 日 歳		
今日体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状を書いてください ()	はい	いいえ		
最近1ヵ月以内に病気にかかりましたか 病名 ()	はい	いいえ		
1ヵ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類 ()	はい	いいえ		
生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症その他の病気にかかり、医師の診察を受けていますか 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	はい	いいえ		
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか ()歳頃	はい	いいえ		
そのとき熱が出ましたか	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		
近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	はい	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	ある	ない		
予防接種の種類 ()				
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか	はい	いいえ		
現在妊娠している可能性(生理が予定より遅れているなど)はありますか (注) 妊娠している方への接種には、注意が必要です。	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		
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。 保護者(接種を受ける者が満16歳以上の場合には本人)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				

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、予防接種健康被害救済制度などについて理解した上で、接種することに (同意します・同意しません)。

かつこの中のどちらかを○で囲んでください。

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、本予診票が市町村に提出されることに同意します。

保護者又は被接種者自署 _____
(※被接種者が16歳未満の場合は保護者自署)

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種年月日			
ワクチン名	筋肉内接種	実施場所		医師名	
Lot No.		接種年月日		令和 年 月 日	
(注) 有効期限がきれていないか確認	0.5 ml				

ヒトパピローマウイルス感染症予防接種予診票(保護者が同伴しない場合)

ヒトパピローマウイルス感染症の予防接種を受けるに当たっての説明

○保護者の方へ：必ずお読みください。

※【予防接種の対象となっている小学校6年生～高校1年生に相当する年齢のお子様（満16歳以上の者を除く。）をお持ちの保護者の方へ】

これまで、お子様の予防接種の実施に当たっては、保護者の同伴が必要となっていました。13歳以上（中学1年生～高校1年生（満16歳以上の者を除く。））の方へのヒトパピローマウイルス感染症の予防接種については、保護者がこの予診票の記載事項を読み、理解し、納得してお子様へ予防接種を受けさせることを希望する場合に、この予診票に自ら署名することによって、保護者が、同伴しなくてもお子様は予防接種を受けることができるようになりました。

（当日はこの用紙を必ず持参させてください。）

この予診票に署名するに当たっては、接種させることを判断する際に、疑問等があれば、あらかじめ、かかりつけ医や保健所、お住まいの市区町村の予防接種担当課に確認して、十分納得したうえで、接種させることを決めてからにしてください。

1 ヒトパピローマウイルス（HPV）感染症の症状について

ヒトパピローマウイルスは皮膚や粘膜に感染するウイルスで、100以上の種類に分類されています。これらのうち主に粘膜に感染する種類は、性行為を介して生じる表皮の微小なキズから、生殖器粘膜に侵入して感染するウイルスであり、海外においては性活動を行う女性の50%以上が、生涯で一度は感染すると推定されています。

粘膜に感染するHPVのうち少なくとも15種類は子宮頸がんから検出され、「高リスク型HPV」と呼ばれています。高リスク型HPVの中でも16型、18型とよばれる2種類は特に頻度が高く、海外の子宮頸がん発生の約70%に関わっていると推定されています。また、子宮頸がん以外にも、海外において少なくとも90%の肛門がん、40%の膣がん・外陰部がん・陰茎がんに関わっていると推定されています。その他、高リスク型に属さない種類のもは、生殖器にできる良性のイボである尖圭コンジローマの原因となることが分かっています。

2 予防接種の効果と副反応について

ワクチンの中には、いくつかの種類の子宮頸がんウイルス（HPV）のウイルス成分が含まれており、予防接種を受けたお子様は、これらに対する免疫を獲得することができます。体内に免疫ができると、HPVにかかることを防ぐことができます。

ただし、予防接種により、軽い副反応がみられることがあります。また、極めて稀ですが、重い副反応がおこることがあります。予防接種後にみられる反応としては、下記のとおりです。

ヒトパピローマウイルスワクチンの主な副反応

主な副反応は、発熱や、局所反応（疼痛、発赤、腫脹）です。また、ワクチン接種後に注射による痛みや心因性の反応等による失神があらわれることがあります。失神による転倒を避けるため、接種後30分程度は体重を預けることのできる背もたれのあるソファに座るなどして様子を見るようにしてください。

稀に報告される重い副反応としては、アナフィラキシー様症状（ショック症状、じんましん、呼吸困難など）、ギラン・バレー症候群、血小板減少性紫斑病（紫斑、鼻出血、口腔粘膜の出血等）、急性散在性脳脊髄炎（ADEM）等が報告されています。

※ 詳しくは、市町村のホームページや個別送付される情報提供のリーフレットなどもご確認ください。

3 予防接種による健康被害救済制度について

○定期的な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、生活に支障がで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にて審議し、予防接種によるものと認定された場合に補償を受けることができます。

※給付申請の必要が生じた場合には、診察した医師、保健所、お住まいの市区町村の予防接種担当課へご相談ください。

4 接種に当たっての注意事項

予防接種の実施においては、体調の良い日に行うことが原則です。お子様の健康状態が良好でない場合には、かかりつけ医等に相談の上、接種するか否かを決めてください。

また、お子様が以下の状態の場合には予防接種を受けることができません。

- ①明らかに発熱（通常 37.5℃以上をいいます）がある場合
- ②重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな場合
- ③受けるべき予防接種の接種液の成分によってアナフィラキシーを起こしたことがある場合
- ④その他、医師が不適当な状態と判断した場合

なお、現在、妊娠している方は、接種することに注意が必要な方ですので、かかりつけ医とよくご相談ください。

○保護者の方へ：下記事項をよくお読みください。

上記の内容をよく読み、十分理解し、納得された上でお子様に接種することを決めてください。接種させることを決定した場合は、下記の保護者自署欄に署名してください。**（満 16 歳未満の者は、署名がなければ予防接種は受けられません）**

接種を希望しない場合には、自署欄には何も記載しないでください。

ヒトパピローマウイルス感染症の予防接種を受けるに当たっての説明を読み、予防接種の効果や目的、重篤な副反応発症の可能性及び予防接種救済制度などについて理解したうえで、こどもに接種させることに同意します。

なお、本説明書は、保護者の方に予防接種に対する理解を深める目的のために作成されたことを理解の上、本様式が市町村に提出されることに同意します。

保護者自署 _____

住 所 _____

緊急の連絡先 _____

※ 本様式は、ヒトパピローマウイルス感染症の予防接種において、保護者が同伴しない場合に必要となるものです。満 16 歳未満のお子様は 1 人で予防接種を受ける場合は必ずこの予診票を提出させるようにしてください。

満 16 歳未満の者は、予診票に保護者の署名がないと予防接種は受けられません。

予 診 欄

		診察前の体温		度 分	
住 所					
受ける人の氏名	男女	生 年 月 日	平成・令和	年 月 日	
		(満 歳 カ月)			

質 問 事 項		回 答 欄			医師記入欄
今日受ける予防接種について市町村から配られている説明書を読みましたか		はい	いいえ		
今回の接種は何回目ですか		1回目	2回目	3回目	
(2回目以降の場合) これまでに接種したワクチンの種類、接種年月日、接種時の年齢を記入してください (注1) ワクチンの種類は①サーバリックス(2価)、②ガーダシル(4価)、③シルガード9(9価)、④その他のうち、いずれか一つを○で囲んでください。 (注2) ③シルガード9(9価)の場合、初回を14歳までに接種し、2回目を5ヵ月以上の間隔をおいて接種する、合計2回の接種方法でも完了させることができます。 (注3) 保護者又は被接種者及び医師は、接種したワクチンの確認に努めてください。記録が得られず、わからない場合には医師が「不明」と記入してください。	1回目	① / ② / ③ / ④			
		年 月 日 歳			
	2回目	① / ② / ③ / ④			
		年 月 日 歳			
今日体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状を書いてください ()		はい	いいえ		
最近1ヵ月以内に病気にかかりましたか 病名 ()		はい	いいえ		
1ヵ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類 ()		はい	いいえ		
生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症その他の病気にかかり、医師の診察を受けていますか 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		はい	いいえ		
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか ()歳頃		はい	いいえ		
そのとき熱が出ましたか		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りしたことがありますか		はい	いいえ		
近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか		はい	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 予防接種の種類 ()		ある	ない		
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか		はい	いいえ		
現在妊娠している可能性(生理が予定より遅れているなど)はありますか (注) 妊娠している方への接種には注意が必要です。		はい	いいえ		

あなたのお子さんの病歴・健康状況・接種当日の体調等を考慮した上で
 接種することに同意しますか (同意します ・ 同意しません) ※かつこのどちらかを○で囲んでください。
 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、本予診票が市町村に提出されることに同意します。

保護者自署

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。 接種を受ける本人に対して、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。 <p style="text-align: center;">医師署名又は記名押印</p>
--

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名		実施場所
Lot No.		医師名
(注) 有効期限がきかれていないか要確認	筋肉内接種	接種年月日
	0.5ml	令和 年 月 日

高齢者用肺炎球菌感染症予防接種予診票

		診察前の体温	度	分
住 所				
氏 名				男・女
生 年 月 日	明治・大正・昭和	年	月	日生 (満 歳)

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
肺炎球菌感染症の予防接種を受けたことがありますか。	はい	いいえ	
今日の肺炎球菌感染症の予防接種について市町村から配られている説明書を読みましたか。	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は、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか。	はい	いいえ	
免疫不全と診断さ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。 具合の悪い症状を書いてください。()	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。 予防接種の種類 ()	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言われましたか。	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	

医師記入欄	<p>以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は (可能・見合わせる)</p> <p>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、説明した。</p> <p style="text-align: center;">医師署名又は記名押印</p>
-------	---

ワクチンロット番号	接種方法・接種量	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名 Lot No. (注)有効期限が切れていないか要確認	筋肉内注射 0.5 ml	実施場所 医師名 接種年月日 令和 年 月 日

高齢者用肺炎球菌感染症予防接種希望書 (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。)

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。

(接種を希望します・接種を希望しません)

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、本予診票が市町村に提出されることに同意します。

令和 年 月 日 被接種者自署

(※自署できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載)

RS ウイルス感染症予防接種予診票(妊婦用)

		診察前の体温	度	分
住 所				
氏 名				男・女
生 年 月 日	昭和・平成	年	月	日生 (満 歳)

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
RS ウイルス感染症の予防接種を受けたことがありますか。	はい	いいえ	
ある場合、それは今回の妊娠中ですか。	はい	いいえ	
今日の予防接種について市町村から配られている説明書を読みましたか。	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は、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか。	はい	いいえ	
免疫不全と診断さ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。 具合の悪い症状を書いてください。 ()	はい	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がありますか。 予防接種の種類 ()	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	
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	
1 か月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の種類 ()	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言われましたか。	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	
今日は妊娠28週0日目から36週6日目までの間であり、出産予定日は今日から15日以上過ぎた日ですか。 妊娠週数 (週 日目) 出産予定日 (年 月 日)	はい	いいえ	
今まで妊娠高血圧症候群と診断されたことがある、あるいは、妊娠高血圧症候群を発症するリスクが高いと言われたことはありますか。	はい	いいえ	
妊婦健診を受けた際の医師に、RS ウイルス感染症の予防接種を控えるように言われましたか。	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	

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 (可能・見合わせる) 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、説明した。 医師署名又は記名押印
-------	--

ワクチンロット番号	接種方法	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名 Lot No. (注)有効期限が切れていないか要確認	筋肉内注射	0.5 mL	実施場所 医師名 接種年月日 令和 年 月 日

RS ウイルス感染症予防接種希望書 (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。)

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。

(接種を希望します・接種を希望しません)

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、本予診票が市町村に提出されることに同意します。

令和 年 月 日 被接種者自署

(※自署できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載)

高齢者用肺炎球菌感染症の定期接種についての説明書

肺炎球菌感染症の概要

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、咳やくしゃみなどを通じて飛沫感染します。日本人の約 5～10%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。これらの菌が増殖し、下気道や血流中へ侵入することで、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。

接種の対象者

以下に該当する方が対象です。

- ① 65 歳の方
- ② 60 歳以上 65 歳未満の者であって、心臓、腎臓若しくは呼吸器の機能の障害又はヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害を有するものとして厚生労働省令で定めるもの

※ 対象者等は市町村によって異なることがあります。詳しくはお住まいの市町村に問い合わせください。

使用するワクチンと接種方法、そのスケジュール

高齢者に対する肺炎球菌ワクチンは、沈降 20 価肺炎球菌結合型ワクチン（PCV20）を用いて、1 回筋肉内に接種します。

なお、令和 8 年度より、定期接種で用いるワクチンが 23 価肺炎球菌莢膜ポリサッカライドワクチン（PPSV23）から、沈降 20 価肺炎球菌結合型ワクチン（PCV20）に変更になりました。

接種できない方、接種に注意が必要な方

ジフテリアトキソイドによってアナフィラキシーを呈したことがあることが明らかな方、明らかな発熱を呈している方、重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな方、また予防接種を行うことが不適当な状態にある方等は接種できません。

また、免疫不全と診断されている方や、近親者に先天性免疫不全症の方がいる方、心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患、血液疾患等の基礎疾患を有する方、予防接種を受けて 2 日以内に発熱や全身性発疹などのアレルギーを疑う症状を呈したことがある方、過去に痙攣をおこしたことがある方、沈降 20 価肺炎球菌結合型ワクチン（PCV20）の成分や、ジフテリアトキソイドに対してアレルギーを呈するおそれのある方、血小板減少症、凝固障害、抗凝固療法を受けている方は接種に注意が必要です。

沈降 20 価肺炎球菌結合型ワクチン（PCV20）の効果

肺炎球菌には、100 種類以上の血清型があり、定期接種で使用される沈降 20 価肺炎球菌結合型ワクチン（PCV20）は、そのうち 20 種類の血清型を対象としたワクチンであり、この 20 種類の血清型は、成人侵襲性肺炎球菌感染症(※)の原因の約 5～6 割を占めるという研究結果があります。

また、沈降 20 価肺炎球菌結合型ワクチン（PCV20）は、血清型に依らない侵襲性肺炎球菌感染症全体の 3～4 割程度を予防する効果があるという研究結果があります。

※侵襲性感染症とは、本来は菌が存在しない血液、髄液、関節液などから菌が検出される感染症のことをいいます。

沈降 20 価肺炎球菌結合型ワクチン（PCV20）の安全性

ワクチンを接種後に以下のような副反応がみられることがあります。また、頻度は不明ですが、ショック・アナフィラキシー、痙攣（熱性痙攣含む）、血小板減少性紫斑病がみられることがあります。

接種後に気になる症状を認めた場合は、接種した医療機関へお問い合わせください。

発現割合	主な副反応
30%以上	疼痛・圧痛*（59.6%）、筋肉痛（38.2%）、疲労（30.3%）
10%以上	頭痛（21.7%）、関節痛（11.6%）
1%以上	紅斑、腫脹

*ワクチンを接種した部位の症状 添付文書より厚生労働省にて作成

他のワクチンとの同時接種・接種間隔

医師が特に必要と認めた場合は、インフルエンザワクチンや新型コロナワクチン、带状疱疹ワクチン等の他のワクチンと同時接種が可能です。また、他のワクチンとの接種間隔に制限はありません。

接種を受けた後の注意点

ワクチンの接種後 30 分程度は安静にしてください。また、体調に異常を感じた場合には、速やかに医師へ連絡してください。

注射した部分は清潔に保つようにしてください。接種当日の入浴は問題ありません。

当日の激しい運動は控えるようにしてください。

予防接種健康被害救済制度について

予防接種は、感染症を予防するために重要なものですが、健康被害（病気になったり障害が残ったりすること）が起こることがあります。極めてまれではあるものの、副反応による健康被害をなくすことはできないことから、救済制度が設けられています。

制度の利用を申し込む時は、予防接種を受けた時に住民票を登録していた市町村にご相談ください。

定期接種を受ける方法・費用

定期接種はお住まいの（住民票のある）市町村（特別区を含む）で実施されます。

接種を受ける場所や費用について、詳しくはお住まいの市町村にお問い合わせください。

よくある質問

Q1. 高齢者の肺炎球菌感染症に対する定期接種は何回受けられますか？

A. 高齢者の肺炎球菌感染症に対する定期接種は生涯で1回のみ接種可能です。

Q2. 令和8年度からなぜ、定期接種で用いるワクチンをPPSV23からPCV20に変更したのですか？

A. PPSV23とPCV20はいずれも肺炎球菌に対するワクチンですが、ワクチン接種後の免疫を得る機序が異なっているため、ワクチンに含まれる血清型において、PCVの方がPPSVよりも高い有効性が期待でき、2024年時点で成人の侵襲性肺炎球菌感染症(※)の原因となる肺炎球菌の血清型のうち、各ワクチンに含まれる血清型の割合も概ね同等程度でした。また、安全性についてはともに特段の懸念はありません。こうした科学的知見を踏まえた審議会の議論を経て、定期接種で用いるワクチンが変更となりました。

RS ウイルス感染症の定期接種（母子免疫ワクチン）についての説明書

RS ウイルス感染症とは

RS ウイルスは特に小児や高齢者に呼吸器症状を引き起こすウイルスで、1 歳までに 50%以上が、2 歳までにほぼ 100%の乳幼児が、少なくとも 1 度は感染するとされています。感染すると、2～8 日の潜伏期間ののち、発熱、鼻汁、咳などの症状が数日続き、一部では気管支炎や肺炎などの下気道症状が出現します。初めて感染した乳幼児の約 7 割は軽症で数日のうちに軽快しますが、約 3 割では咳が悪化し、喘鳴（ゼーゼーと呼吸しにくくなること）や呼吸困難、さらに細気管支炎の症状が出るなど重症化することがあります。2010 年代には、生後 24 か月未満の乳幼児における年間の RS ウイルス感染症発生数は 12 万人～18 万人であり、3 万人～5 万人が入院を要したとされています。また、入院例の 7%が何らかの人工換気を必要としたとする報告もあります。

RS ウイルスの流行には季節性があり、新型コロナウイルスの流行以前は秋冬に流行が見られましたが、近年は夏に流行がみられています。接触・飛沫感染により伝播するため、手洗いや手指衛生といった基本的な感染対策が有効です。治療は症状に応じた治療（対症療法）が中心で、重症化した場合には酸素投与、点滴、呼吸管理などを行います。

接種対象となる方

・接種時点で、妊娠 28 週 0 日から 36 週 6 日までの妊婦の方

過去の妊娠時に組換え RS ウイルスワクチン（母子免疫ワクチン）を接種したことのある方も対象です。

母子免疫ワクチンとは

生まれたばかりの乳児は免疫の機能が未熟であり、自力で十分な量の抗体をつくることができないとされています。母子免疫ワクチンとは、妊婦が接種すると、母体内で作られた抗体が胎盤を通じて胎児に移行し、生まれた乳児が出生時から病原体に対する予防効果を得ることができるワクチンです。

RS ウイルス感染症に対する母子免疫ワクチンとして組換え RS ウイルスワクチン（ファイザー社のアブリスボ®）があります。なお、組換え RS ウイルスワクチンのうち、アレックスビー®（GSK 社）は母子免疫ワクチンとして用いることはできません。

接種回数（接種方法）	妊娠ごとに 1 回（筋肉内に接種）
接種スケジュール	妊娠 28 週 0 日から 36 週 6 日までの間に 1 回接種。 ※接種後 14 日以内に出生した乳児における有効性は確立していないことから、妊娠 38 週 6 日までに出産を予定している場合は医師に相談してください。
接種に注意が必要な方	<ul style="list-style-type: none"> ・接種によって妊娠高血圧症候群の発症リスクが上がるという報告もあるため、妊娠高血圧症候群の発症リスクが高いと医師に判断された方や、今までに妊娠高血圧症候群と診断された方 ・筋肉内に接種をするため、血小板減少症や凝固障害を有する方、抗凝固療法を実施されている方

その他、明らかな発熱を呈している方、重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな方、組換えワクチン（アブリスボ®）の成分によってアナフィラキシーを呈したことがあることが明らかな方等は接種できません。

また、心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患、血液疾患等の基礎疾患を有する方、予防接種を受けて 2 日以内に発熱や全身の発疹などのアレルギー症状があった方、けいれんを起こしたことがある方、免疫不全と診断されている方や近親者に先天性免疫不全症の方がいる方、組換え RS ウイルスワクチン（アブリスボ）の成分に対してアレルギーを起こすおそれのある方等は接種に注意が必要です。

ワクチンの効果

		生後 90 日時点	生後 180 日時点
母子免疫ワクチンの効果	RS ウイルス感染による医療受診を必要とした下気道感染症の予防	6 割程度の予防効果	5 割程度の予防効果
	RS ウイルス感染による医療受診を必要とした重症下気道感染症(※)の予防	8 割程度の予防効果	7 割程度の予防効果

※ 医療機関への受診を要する RS ウイルス関連気道感染症を有する RS ウイルス検査陽性の乳児で、多呼吸・SpO2 93%未満・高流量鼻カニューラまたは人工呼吸器の装着・4 時間を超える ICU への収容・無反応・意識不明のいずれかに該当と定義しています。

ワクチンの安全性

ワクチンを接種後に以下のような副反応がみられることがあります。また、頻度は不明ですが、ショック・アナフィラキシーがみられることがあります。

また、ワクチン接種による妊娠高血圧症候群の発症リスクに関して、薬事承認において用いられた臨床試験では、妊娠高血圧の発症リスクは増加しませんでした。海外における一部の報告では、妊娠高血圧症候群の発症リスクが増加したという報告もあるものの、交絡因子等の影響の可能性があることから解釈に注意が必要であるとされています。

接種後に気になる症状を認めた場合は、接種した医療機関へお問い合わせください。

発現割合	主な副反応
10%以上	疼痛*(40.6%)、頭痛(31.0%)、筋肉痛(26.5%)
10%未満	紅斑*、腫脹*
頻度不明	発疹、蕁麻疹

*ワクチンを接種した部位の症状 添付文書より厚労省にて作成

他のワクチンとの同時接種・接種間隔

医師が特に必要と認めた場合は、他のワクチンと同時接種が可能です。

ただし、海外の知見で、百日咳菌の防御抗原を含むワクチンとの同時接種で、百日咳菌の防御抗原に対する免疫応答が低下するとの報告があり、接種間隔等については医師と相談してください。

接種を受けた後の注意点

ワクチンの接種後 30 分程度は安静にしてください。また、体調に異常を感じた場合には、速やかに医師へ連絡してください。注射した部分は清潔に保つようにしてください。接種当日の入浴は問題ありません。当日の激しい運動は控えるようにしてください。

予防接種健康被害救済制度について

予防接種は、感染症を予防するために重要なものですが、健康被害（病気になったり障害が残ったりすること）が起こることがあります。極めてまれではあるものの、副反応による健康被害をなくすることはできないことから、救済制度が設けられています。

接種を受けたご本人及び出生した児が対象となります。制度の利用を申し込む時は、予防接種を受けた時に住民票を登録していた市町村にご相談ください。

定期接種を受ける方法・費用

定期接種はお住まいの（住民票のある）市町村（特別区を含む）で実施されます。

接種を受ける場所や費用について、詳しくはお住まいの市町村にお問い合わせください。また、里帰り出産によりお住まいの市町村外での接種を希望する場合についても、詳細については、お住まいの市町村にお問い合わせください。