

高齢者等 インフルエンザ予防接種の説明書

インフルエンザの予防接種を実施するに当たって、健康状態をよく把握する必要があります。
この説明書をお読みいただき、予診票にできるだけ詳しくご記入ください。

- 接種対象者（接種を希望する、次のいずれかに該当される方）※年齢は接種時点
 - ・ 65歳以上の市民
 - ・ 60歳以上65歳未満で、心臓、腎臓、呼吸器または、免疫機能に障がいがあり身体障害者手帳1級を有する市民
- 接種回数及び接種期間
 - ・ 助成を受けられる接種回数 1回
 - ・ 接種期間 毎年10月1日～翌年3月31日
- 接種の自己負担額
1,500円（対象者のうち生活保護受給者の方は無料です。）
- 接種を受ける方へ
裏面下部にある予防接種済証は、健康手帳に貼付するなど記録として活用し、接種が終わった後も大切に保管してください。

1 インフルエンザとは

インフルエンザは、主に感染した人の咳やくしゃみなどのしぶきを吸い込む「飛沫感染」や、ウイルスが付着した手で口や鼻に触れる「接触感染」によって感染します。38℃以上の発熱、頭痛や関節・筋肉痛などの全身の症状が急に現れ、肺炎を併発するなど重症化することがあります。

2 インフルエンザ予防接種の有効性

インフルエンザ予防接種は、感染を完全に阻止する効果はありませんが、発症と重症化を予防することに一定の効果があるとされています。

予防接種を受けてからインフルエンザに対する抵抗力がつくまでに2週間程度かかり、その効果が十分に持続する期間は約5カ月とされています。より効率的に有効性を高めるために毎年インフルエンザが流行する前の12月中旬までに接種を受けることがおすすめです。

3 インフルエンザ予防接種を受けるにあたって

予防接種法に基づく高齢者を対象としたインフルエンザ予防接種は、法律上の義務はなく、本人が自らの意思で接種を希望している場合にのみ接種を受けることができます。

予診票には「インフルエンザ予防接種希望書」の欄があり、本人の署名が必要です（代筆可）。

接種を受ける本人の正確な意思確認が難しい認知症の高齢者などの場合には、家族やかかりつけ医、高齢者施設の従事者など、日頃から身近に寄り添い、意思疎通を図っている方々により、本人の接種の意向を丁寧に酌み取ることが必要であり、それらの方が代筆し、接種をすることは認められています。最終的に本人の意思確認ができなかった場合は、予防接種法に基づく予防接種とならないため、助成の対象にはなりません。

裏面も必ずお読みください。

4 予防接種を受けることができない方

- ① 接種当日、明らかに発熱のある方（一般的に、体温が37.5℃を超える場合）
- ② 重篤な急性疾患にかかっている方
- ③ 予防接種の接種液の成分によって、アナフィラキシーを呈したことが明らかな方
- ④ その他、医師から予防接種を行うことが不適当な状態と判断された方

5 接種前に医師に相談が必要な方

- ① 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のある方
- ② 過去の予防接種で、接種後2日以内に発熱のみられた方および全身性発疹等のアレルギーを疑う病状を呈したことがある方
- ③ 過去にひきつけ（けいれん）を起こしたことがある方
- ④ 過去に本人や近親者に免疫状態の異常を指摘されたことのある方
- ⑤ 接種しようとする接種液の成分に対して、アレルギーを呈するおそれのある方
- ⑥ 間質性肺炎、気管支喘息等の呼吸器系疾患を有する方

6 予防接種を受けた後の注意

- ① 予防接種を受けた後30分間は、急な副反応が起こることがありますので、医師（医療機関）とすぐに連絡が取れるようにしておきましょう。
- ② 接種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。
- ③ 接種当日は、接種部位を清潔に保ち、激しい運動や多量の飲酒は避けましょう。
- ④ 高熱やけいれんなどの異常な症状が出た場合は、速やかに医師の診察を受けてください。

7 インフルエンザ予防接種の副反応

比較的多くみられる副反応として、接種部位に赤みや腫れ、痛みを生じたり、全身のだるさやわずかな発熱などがみられたりすることがありますが、通常2～3日のうちに治ります。

まれに重い副反応としてショック、アナフィラキシー（じんましん、呼吸困難、血管浮腫等）の報告がありますので、気になる症状がある場合は医師に相談してください。

8 予防接種健康被害救済制度

定期の予防接種による副反応のために、医療機関で治療が必要な場合や生活が不自由になった場合（健康被害）は、法律に定められた救済制度（健康被害救済制度）がありますので、ご相談ください。（制度を利用するためには、一定の条件があります。）

9 お問い合わせ先

日置市市民福祉部健康保険課保健予防係 電話 099-248-9421

----- ✂ 切り取り ✂ -----

※接種後、大切に保管してください。

● インフルエンザ予防接種済証

（本人記入欄）

住所	日置市
氏名	
生年月日	大正・昭和 年 月 日

（医療機関記入欄）

医療機関名	
接種日	令和 年 月 日
ロット番号	