

# インフルエンザワクチンの接種について

監修：菅谷 憲夫 慶應義塾大学医学部客員教授 日本感染症学会インフルエンザ委員 国際インフルエンザ学会 (ISIRV) 理事

## インフルエンザとは

冬に流行するインフルエンザはインフルエンザウイルスによって起こります。インフルエンザウイルスには A 型、B 型及び C 型の 3 つの型がありますが、おもに流行するのは A 型と B 型となっています。現在国内で流行しているインフルエンザウイルスには、A (H1N1) 亜型、A (H3N2) 亜型、および B 型 2 種類 (山形系統、ビクトリア系統) があり、インフルエンザにかかっている人のくしゃみや咳などで飛び散ったウイルスを吸い込んだり、ウイルスが付着した手で触ったドアノブなどに他の人が触れ、その手で自分の口や鼻を触ることで感染します。

典型的なインフルエンザは 1～3 日くらいでのどの痛み、鼻水、咳、頭痛、倦怠感、寒気等の全身症状を伴って、急に高熱 (38℃以上) が出ます。関節痛や筋肉痛も伴い、高熱は 2～5 日続きます。お年寄りや、子供、体が弱っている人、妊婦、慢性の病気を持っている人などは、重症化したり肺炎をおこしたりします。子供ではけいれんや中耳炎などの合併症を起こすこともあり、まれに脳症といった重い病気に発展することもあります。

## インフルエンザにかからないために

インフルエンザの流行シーズン前 (10月～12月) に予防接種を受けることが、最も重要な予防法です。また、外から帰ってきたときは手洗い、うがいを心掛けましょう。普段からの健康管理も重要です。栄養と睡眠を十分にとり、抵抗力を高めておくこともインフルエンザの発症を防ぐ効果が期待されます。



## 注意 予防接種を受ける前に

インフルエンザワクチンは、製造工程において発育鶏卵を使用しているため、微量ですが卵由来の成分が含まれています。そのため生卵を食べるとじんましんが出たり、あるいは特定の薬でアレルギー反応を起こしたことがある場合は、医師に相談してください。

また、次の人はインフルエンザワクチンの接種を避けてください。

- ① 37.5℃以上の発熱のある方
- ② 重い急性疾患にかかっている人
- ③ 過去にインフルエンザワクチンを接種してアナフィラキシーを起こしたことがある人
- ④ 医師が予防接種を行う事が不相当と判断した人

## 注意 予防接種を受けた後

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、接種医療機関でお待ちいただくか、医師とすぐに連絡が取れるようにしておきましょう。

接種部位の異常反応や体調に変化があった場合は、すみやかに医師の診察を受けましょう。



接種当日は過激な運動を控えましょう



接種当日の入浴は差し支えありません。接種部位を清潔に保ちましょう

## インフルエンザワクチンでの副反応

インフルエンザワクチンを接種した後、注射部位が赤く腫れたり、硬くなる事があります。過敏症として、発疹、じんましん、湿疹、紅斑、多形紅斑、そう痒、血管浮腫、局所症状（注射部位）として、発赤、腫脹、硬結、熱感、疼痛、しびれ感、小水疱、蜂巣炎、精神神経系として、頭痛、一過性の意識消失、めまい、顔面神経麻痺、末梢性ニューロパチー、失神・血管迷走神経反射、しびれ感、振戦、消化器系として、嘔吐・嘔気、腹痛、下痢、食欲減退、筋骨格系として、関節痛、筋肉痛、筋力低下があらわれることがあります。その他の副反応として、発熱、悪寒、倦怠感、リンパ節腫脹、咳嗽、動悸、ぶどう膜炎があらわれることがあります。強い卵アレルギーのある方は、強い副反応を生じる可能性がありますので必ず医師に申し出てください。また、非常にまれですが、次のような重大な副反応が起こることがあります。

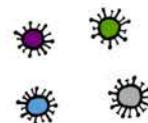
- ①ショック、アナフィラキシー（じんましん、呼吸困難、血管浮腫など）
- ②急性散在性脳脊髄炎（ADEM：接種後28日以内に発熱、頭痛、けいれん、運動障害、意識障害、膀胱直腸障害など）
- ③脳炎・脳症、脊髄炎、視神経炎
- ④ギラン・バレー症候群（両手足のしびれ・弛緩性麻痺、歩行障害など）
- ⑤けいれん（熱性けいれんを含む）
- ⑥肝機能障害、黄疸
- ⑦喘息発作
- ⑧血小板減少性紫斑病、血小板減少
- ⑨血管炎（IgA 血管炎、好酸球性多発血管炎性肉芽腫症、白血球破砕性血管炎など）
- ⑩間質性肺炎
- ⑪皮膚粘膜眼症候群（Stevens-Johnson 症候群）、急性汎発性発疹性膿疱症
- ⑫ネフローゼ症候群

このような症状が認められたり、疑われた場合は、すぐに医師に申し出てください。

## インフルエンザワクチンにはどのような効果がありますか？

インフルエンザウイルスは、毎年少しずつ性質を変えるためWHO（世界保健機関）を中心とした世界中の専門家が、次に流行するウイルスタイプを予測します。その結果を踏まえてウイルスの種類（A型はA（H1N1）亜型、A（H3N2）亜型の2種類、B型はB/山形系統、B/ビクトリア系統の2種類 計4種類）と組合せを毎年決定し、インフルエンザワクチンが作られます。

このため、昨年インフルエンザワクチンの接種を受けた方であっても、今年のインフルエンザワクチンの接種を検討して頂く方が良い、と考えられます。インフルエンザワクチンは、インフルエンザの流行前（10月～12月）に接種します。生後6カ月～13歳未満の方はおよそ2～4週間隔で2回接種、13歳以上の方は1回またはおよそ1～4週間隔で2回接種します。2回接種の場合の間隔は免疫効果を考慮すると4週間おくことが望ましいとされています。



インフルエンザワクチンは、発熱やのどの痛み等のインフルエンザの症状が出現する「発病」を抑える効果が一定程度認められています。

発病後、多くの方は1週間程度で回復しますが、中には肺炎などの重い合併症が現れ、入院治療を必要とする方や死亡される方もいます。これをインフルエンザの「重症化」といいます。インフルエンザワクチンの最も大きな効果は、「重症化」を予防することです。

特に高齢の方や基礎疾患がある方は重症化しやすいので、かかりつけ医とご相談の上、接種を受けることをおすすめします。



## インフルエンザHAワクチン接種予診票

(小児用)

住 所	TEL( ) -		
氏 名	診察前の体温		度 分
生年月日	平成・令和 年 月 日生 ( 歳 カ月)	男・女	
質 問 事 項		回 答 欄	医師記入欄
今日受けるインフルエンザの予防接種についての説明文を読みましたか		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
お子さんの発育歴についておたずねします 出生体重( ) g 分娩時に異常がありましたか 出生後に異常がありましたか 乳児検診で異常があるといわれたことがありますか		あ っ た あ っ た あ る	な っ か っ た な っ か っ た な い
生まれてから今までに、けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか ( ) 歳頃		は い	いいえ
その時熱はでましたか		は い	いいえ
生まれてから今までに特別な病気(先天性異常、心臓・腎臓・肝臓・脳神経の病気、免疫不全症、血液疾患 その他の病気)にかかり医師の診察を受けていますか		は い	いいえ
病名( ) 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
薬や食品(特に鶏卵、鶏肉、その他の鶏由来のもの)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
インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか		あ る	な い
① その際に具合が悪くなったことはありますか		あ る	な い
② インフルエンザ以外の予防接種の際に具合が悪くなったことがありますか		あ る	な い
予防接種名( )			
4週間以内になにか予防接種を受けましたか 予防接種名( )		は い	いいえ
1ヶ月以内に家族や友達に麻疹、風疹、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか 病名( )		は い	いいえ
現在気管支喘息と診断されていますか		は い	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( )		は い	いいえ
今日体に具合の悪いところがありますか あれば、その症状を書いてください( )		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

医師の記入欄 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)  
本人あるいは保護者に対して、予防接種の効果、副反応及び医薬品医療機器総合機構法に基づく救済について説明した。

医師の署名 \_\_\_\_\_

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)

保護者の署名(もしくは本人の署名) \_\_\_\_\_

使用ワクチン	用法・用量	接種場所・医師名・接種日時
名称：インフルエンザHAワクチン	皮下接種	医療機関名：横田医院
メーカー名：	0.25 mL	医師名：原 まどか
製造番号：	0.5 mL	
カルテ番号：	回目	接種日時： 年 月 日 時 分

記載頂きました個人情報はワクチン接種の予診に関してのみ使用致します。

②

## インフルエンザHAワクチン接種予診票

No. ....

(小児用)

住 所	TEL( ) -		
氏 名		診察前の体温	度 分
生年月日	平成・令和 年 月 日生 ( 歳 カ月)	男・女	
質 問 事 項		回 答 欄	医師記入欄
今日受けるインフルエンザの予防接種についての説明文を読みましたか		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
お子さんの発育歴についておたずねします 出生体重( ) g 分娩時に異常がありましたか 出生後に異常がありましたか 乳児検診で異常があるといわれたことがありますか		あ っ た あ っ た あ る	な っ た な っ た な い
生まれてから今までに、けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか ( ) 歳頃 その時熱はでましたか		は い	いいえ
生まれてから今までに特別な病気(先天性異常、心臓・腎臓・肝臓・脳神経の病気、免疫不全症、血液疾患 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( ) 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
薬や食品(特に鶏卵、鶏肉、その他の鶏由来のもの)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
インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか		あ る	な い
① その際に具合が悪くなったことはありますか		あ る	な い
② インフルエンザ以外の予防接種の際に具合が悪くなったことがありますか 予防接種名( )		あ る	な い
4週間以内になにか予防接種を受けましたか 予防接種名( )		は い	いいえ
1ヶ月以内に家族や友達に麻疹、風疹、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか 病名( )		は い	いいえ
現在気管支喘息と診断されていますか		は い	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( )		は い	いいえ
今日体に具合の悪いところがありますか あれば、その症状を書いてください( )		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

医師の記入欄 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)

本人あるいは保護者に対して、予防接種の効果、副反応及び医薬品医療機器総合機構法に基づく救済について説明した。

医師の署名 \_\_\_\_\_

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)

保護者の署名(もしくは本人の署名) \_\_\_\_\_

使用ワクチン	用法・用量	接種場所・医師名・接種日時
名称：インフルエンザHAワクチン	皮下接種	医療機関名：横田医院
メーカー名：	0.25 mL	医師名：原 まどか
製造番号：	0.5 mL	
カルテ番号：	回目	接種日時： 年 月 日 時 分

記載頂きました個人情報 Wakuchin 接種の予診に関してのみ使用致します。