

# 令和8年度「小児インフルエンザ任意予防接種費用一部助成事業」のお知らせ

予防接種は、免疫をつくり、感染症予防に役立ちます。中央区では小児へのインフルエンザワクチン任意予防接種費用の一部助成を行っています。任意予防接種は、予防接種法に基づいた接種ではなく、努力義務がない接種です。このお知らせをご確認いただき、理解した上で接種するかご判断ください。

## ◇ インフルエンザについて

インフルエンザとは、インフルエンザウイルスに感染することによって起こる病気です。38℃以上の発熱、頭痛、関節痛、筋肉痛、全身倦怠感等の症状が比較的急速に現れるのが特徴です。併せて普通の風邪と同じように、のどの痛み、鼻水、咳等の症状もみられます。小児ではまれに急性脳症を、免疫力の低下している方では、肺炎を伴う等、重症になることがあります。日本では、例年12月～3月が流行シーズンです。主な感染経路は、咳やくしゃみの際に口から発生される小さな水滴（飛沫）による飛沫感染及びウイルスが付着した手で口や鼻に触ることにより、間接的にウイルスに接することによる接触感染です。

## ◇ 助成について

助成対象ワクチンは2種類あり、ワクチンによって接種方法や副反応、助成金額等が異なります。下表をご覧ください。接種を受けるワクチンをご選択ください。

| 助成対象ワクチン | HAワクチン<br>(インフルエンザHAワクチン)                                                                                    |                  | 経鼻ワクチン<br>(経鼻弱毒生インフルエンザワクチン<br>フルミスト® 点鼻液) |
|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|--------------------------------------------|
| 種類       | 不活化ワクチン                                                                                                      |                  | 生ワクチン                                      |
| 接種方法     | 皮下注射                                                                                                         |                  | 鼻腔内噴霧                                      |
| 接種間隔     | 2～4週間<br>(2回接種を行う場合の接種間隔は、免疫効果の観点から4週間が望ましいとされています。)                                                         |                  | —                                          |
| 助成期間     | 令和8年10月1日から令和9年1月31日まで<br>※助成期間中に生後6か月になる方は、生後6か月を迎える前日以降に接種を受けてください。<br>※助成期間外の接種や助成対象年齢でない方の接種は、区の助成対象外です。 |                  |                                            |
| 助成金額     | 2,000円／1回あたり                                                                                                 |                  | 4,000円                                     |
| 助成対象年齢   | 生後6か月～12歳の中央区民                                                                                               | 13歳～高校3年生相当の中央区民 | 2歳～高校3年生相当の中央区民                            |
| 助成回数     | 2回まで                                                                                                         | 1回               | 1回                                         |

※予診のみの場合は助成対象外です。

※1回目の接種が12歳、2回目の接種が13歳の場合は、2回まで助成します。

## ◇ 主な副反応

| HA ワクチン                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 経鼻ワクチン                                                                                                                                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 過敏症（発疹、蕁麻疹）、注射部位の局所症状（発赤、腫脹、硬結、熱感、疼痛、しびれ感、小水疱、蜂巣炎）、精神神経系の症状（頭痛、一過性の意識消失、めまい、顔面神経麻痺等の麻痺、末梢性ニューロパチー、失神・血管迷走神経反応、しびれ感、振戦）、消化器症状（嘔吐・嘔気、腹痛、下痢、食欲減退、ウイルス性胃腸炎）、筋・骨格系の症状（関節痛、筋肉痛、筋力低下）、呼吸器系の症状（鼻咽頭炎、鼻漏、上気道の炎症）、その他の症状（発熱、悪寒、倦怠感、リンパ節腫脹、咳嗽、動悸、ぶどう膜炎）がみられることがあります。また、まれではありますがショック、アナフィラキシー、急性散在性脳脊髄炎、脳炎・脳症、脊髄炎、視神経炎、ギラン・バレー症候群、けいれん、肝機能障害、黄疸、喘息発作、免疫性血小板減少症、血小板減少、血管炎、間質性肺炎、皮膚粘膜眼症候群、急性汎発性発疹性膿疱症、ネフローゼ症候群等が生じる可能性があります。 | 過敏症（発疹、顔面浮腫、蕁麻疹）、呼吸器系の症状（鼻閉・鼻漏、咳嗽、口腔咽頭痛、鼻咽頭炎、鼻出血）、頭痛、消化器系の症状（食欲減退、下痢、腹痛、胃腸炎）、その他の症状（発熱、活動性低下・疲労・無力症、筋肉痛、インフルエンザ、中耳炎、ミトコンドリア脳筋症の症状悪化、倦怠感）がみられることがあります。また、まれではありますがショック、アナフィラキシー、蕁麻疹、呼吸困難、血管性浮腫等が生じる可能性があります。 |

## ◇ 接種場所

中央区内の接種実施医療機関（区ホームページをご確認ください。）

## ◇ 接種と助成の方法

- （1）本お知らせの記載事項をよくご確認ください。予防接種を希望する場合は、区のホームページで実施医療機関を確認し、予約してください。接種が可能なワクチンの種類、接種費用や予約の可否は、接種実施医療機関に直接お問い合わせください。
- （2）予診票は、接種実施医療機関に設置しています。予防接種を希望する場合は、医療機関で予診票を受け取り、必要事項を記入してください。
- （3）料金支払時に、各実施医療機関が定める接種費用から助成額（ワクチンによって異なります。）が差し引かれます。

裏面もお読みください。

### (1) 予防接種を受ける前の注意事項

予防接種は、体調の良いときに受けましょう。体調の悪い時には無理をせず、次の機会を待ちましょう。病気にかかることや分からないことがあれば、予防接種を受ける前に担当の医師や看護師に質問しましょう。お子さまの日ごろの体質や健康状態で何か気にかかることがあるときは、あらかじめ、かかりつけの医師や保健所にご相談ください。

### (2) 予防接種を受けることができない方

次の方は、予防接種を受けることができません。

- ① 明らかに熱のある方（通常は37.5℃を超える場合）
- ② 重い急性疾患にかかっていることが明らかな方
- ③ 本剤の成分に対して、アナフィラキシーを起こしたことが明らかな方  
「アナフィラキシー」とは、ワクチン接種後に起こる激しいアレルギー反応で、蕁麻疹等の皮膚症状、腹痛や嘔吐等の消化器症状、息苦しさ等の呼吸器症状が急に起こります。血圧低下や意識障害を伴う場合は、「アナフィラキシーショック」と呼ばれます。
- ④ 明らかに免疫機能に異常のある疾患を有する者及び免疫抑制をきたす治療を受けている方（経鼻ワクチン接種の場合）
- ⑤ 妊娠していることが明らかな方（経鼻ワクチン接種の場合）
- ⑥ その他、医師に不適当な状態と判断された方

### (3) 予防接種を受ける前に医師とよく相談しなくてはならない方

次の方は、かかりつけの医師と事前によくご相談ください。

- ① 本予防接種の成分または鶏卵、鶏肉、その他鶏由来のものに対してアレルギーを起こす恐れがある方
- ② 心臓病、肝臓病、腎臓病や血液の病気で治療中または発育障害等の基礎疾患のある方
- ③ 風邪等のひきはじめと思われる方
- ④ 予防接種を受けて2日以内に発熱、発疹等アレルギーを思わせる異常がみられたことがある方
- ⑤ 薬を使用して皮膚に発疹が出たり、体に異常をきたしたことがある方
- ⑥ けいれん（ひきつけ）を起こしたことがある方
- ⑦ 免疫状態を検査して異常を指摘されたことがある方または近親者に先天性免疫不全症の人がいる方
- ⑧ 間質性肺炎、気管支喘息等の呼吸器系疾患を有する方（HAワクチン接種の場合）
- ⑨ ゼラチン含有製剤又はゼラチン含有の食品に対して、ショック、アナフィラキシー（蕁麻疹、呼吸困難、血管性浮腫等）等の過敏症の既往のある方（経鼻ワクチン接種の場合）
- ⑩ 重度の喘息を有する方または喘鳴の症状を呈する方（経鼻ワクチン接種の場合）
- ⑪ 【女性の方へ】 ワクチン接種前1か月、ワクチン接種後2か月は妊娠を避けてください（経鼻ワクチン接種の場合）。
- ⑫ 授乳している方（経鼻ワクチン接種の場合）

### (4) 予防接種を受けた後の注意事項

- ① 予防接種を受けた後30分間は、接種場所でお子さまの様子を観察するか、医師とすぐ連絡がとれるようにしておきましょう。アナフィラキシー等の急な副反応はこの間に起こることがあります。
- ② 接種後に接種部位の異常や、高熱、けいれん等の異常が出現した場合は、速やかに医師の診察を受けてください。
- ③ 不活化ワクチン接種後1週間、生ワクチン接種後4週間は副反応が出ていないかよく観察してください。
- ④ 接種部位は清潔に保ちましょう。接種当日の入浴は差し支えありませんが、接種部位をこすらないでください。
- ⑤ 接種当日の激しい運動は避けてください。その他はいつも通りの生活で差し支えありません。
- ⑥ 飛沫または接触によりワクチンウイルスの水平伝播の可能性があるので、ワクチン接種後1～2週間は、乳児や重度の免疫不全者との密接な関係を可能な限り避けてください（経鼻ワクチン接種の場合）。
- ⑦ 予防接種を受けた後、極めてまれに健康被害（治療を必要とする重い副反応等）が生じることがあります。任意予防接種による健康被害については、独立行政法人医薬品医療機器総合機構（PMDA）が実施する医薬品副作用被害救済制度がありますので直接お問い合わせください。（フリーダイヤル：0120-149-931）

### (5) その他

- ① 予診票は、予防接種を受ける前に必要な項目について正確に記入してください。必ず①健康保険証（マイナ保険証・資格確認書）②母子健康手帳の2つを持参してください。
- ② 保護者等の同伴については、以下のとおりです。
  - ・13歳未満の方は、保護者等の同伴が**必要**です（予診票に保護者等が署名してください）。
  - ・13歳以上16歳未満の方は、【保護者・被接種者等記入欄（自署欄）】下部（保護者が同伴しない場合）に「保護者自署」と「緊急の連絡先」の記載がある予診票を持参すれば、保護者等の同伴は**不要**です。この場合、本人が予診票の質問事項に回答できるようにしてください。
  - ・16歳以上の方は、保護者等の同伴が**不要**です（予診票に本人が署名してください）。なお、保護者からの委任状に基づき、普段からお子さんの健康状態をよく知っている方に限り、保護者以外の方が同伴できます。委任状が必要な方は事前に区ホームページからダウンロードをするか、保健所・各保健センターにご連絡ください。

【問合せ先】 中央区保健所 健康推進課 予防接種担当  
中央区明石町12-1 TEL 03-3541-5930



<区ホームページ>

(050809)