

関係者各位

お疲れ様です。  
本部総務部よりご案内いたします。

本日(12/1)13:00に緊急時連絡システム(安否確認システム)を配信いたします。  
(回答期限:12月2日17:00まで)

今回の調査の内容は、インフルエンザワクチンの接種について11月30日時点での  
ご自身のことについて回答いただくものです。

・対象者:全職員(休職中の職員は除きますので回答しなくても結構です)

この調査では、「インフルエンザを接種しない」と回答した場合について理由の記載を求めていますので  
ご協力をお願いいたします

また、別途添付の「インフルエンザワクチン接種拒否に関する誓約書」の提出が必要となります。

※この用紙はオフィス365の文書管理「インフルエンザ予防接種(期間限定)」にも格納されております。

ご対応のほどよろしく願いいたします。

## 職員のインフルエンザワクチン接種に関する説明書

グループでは、医療関連施設の感染症対策として、個人の感染予防だけでなく、施設としての集団免疫効果<sup>\*</sup>を上げるために、全職員がインフルエンザワクチンを接種することを原則としています。

※集団免疫効果：集団の中で目的とする病原体に対する免疫を持つ者の割合を高くすることによって、感染症の流行を起しにくくすること（⇒免疫を持たない感受性者の割合が高くなると流行が起こりやすくなる）

### 1 インフルエンザワクチン接種の目的

- 1) 職員自身の感染の防止
- 2) 患者/利用者や他の職員への施設内感染の防止
- 3) インフルエンザ罹患による職員の欠勤による機能低下や利益損失の防止
- 4) インフルエンザと新型コロナウイルス感染症との同時流行、同時感染の防止

### 2. 接種対象者

**予防接種実施規則第6条による接種不相当者<sup>\*</sup>に該当しない全医療関係者**

\* 予防接種実施規則第6条による接種不相当者

被接種者が次のいずれかに該当すると認められる場合には、接種を行ってはならない

- (1) 明らかな発熱を呈している者
- (2) 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな者
- (3) 本剤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者
- (4) 前記に掲げる者のほか、予防接種を行うことが不適当な状態にある者

#### ◎妊娠または妊娠している可能性のある女性に対するインフルエンザワクチンの接種

インフルエンザワクチンはウイルスの病原性をなくした不活化ワクチンであり、胎児に影響を与えるとは考えられていないため妊婦は接種不相当者には含まれていない。ただし、接種については産婦人科医との相談の上、検討すること。

#### ◎高齢者、基礎疾患を有する者への接種

65歳以上の高齢者、心臓、じん臓若しくは呼吸器の機能に障害があり、身の周りの生活を極度に制限される者、またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害があり、日常生活がほとんど不可能な者などは、インフルエンザ罹患に伴い重症化したり死亡したりするリスクが高いため、インフルエンザワクチンの接種が推奨されている。

### 3. 副反応

一般的に副反応は軽微で、10～20%で接種局所の発赤、腫脹、疼痛をきたすことがあるが、2～3日で消失する。全身性の反応としては、5～10%で発熱、頭痛、悪寒、倦怠感などがみられるが、通常は軽微で、やはり2～3日で消失する。また、ワクチンに対するアレルギー反応として、まれに湿疹、じんましん、発赤と掻痒感などが数日見られることもある。

## インフルエンザワクチン接種拒否に関する誓約書

医療法人            法人本部 殿

私は、「職員インフルエンザワクチン接種に関する説明書」を読み、インフルエンザワクチン接種の目的、対象者、副反応について理解しました。

しかし、今回は下記の理由により接種を受けないことを決定しました。

このことにより職務中に感染症に罹患したり、患者や他の職員に伝播させた場合には、迅速に法人本部へ報告し、指示に従うことをお約束いたします。

### ◆感染症に罹患した場合のリスク

- ・ 患者/利用者、および他の職員に二次感染を起こす可能性がある
- ・ 当該職員が感染症に罹患することによって、長期の就業制限が生じる
- ・ 施設内伝播が発生した際には、医療関連施設の機能低下や利益損失を起こす可能性がある

### 記

### ◆接種しない理由 該当する項目にチェックを付けてください

※ 自己都合にて接種を拒否される場合は必ず理由を記載してください

- 過去に予防接種を行った際に、アナフィラキシーショックであると診断された
- 予防接種液の成分にアレルギーがあると診断されている (薬品名: )
- 重篤な急性疾患、または免疫不全があると診断されている (診断名: )
- 現在、妊娠中または不妊治療中である
- 自己都合 (理由: )

※ 医師の診断がない場合は、すべて自己都合に該当します。

記載日 年 月 日

所属施設名

所属・職位

氏名

生年月日 年 月 日

※この用紙は、いつでも撤回することができます。