

日本脳炎予防接種について

【保護者の方へ】

予防接種を受けるに当たっては、原則、保護者の同伴が必要です。ただし、13歳以上であらかじめ以下の記載事項を読み、理解し、納得してお子さんに予防接種を受けさせることを希望する場合は、この説明書の裏面同意欄に署名することによって、保護者の同伴がなくても接種することができます。

1. 日本脳炎について

日本脳炎は、日本脳炎ウイルスの感染で起こります。ヒトから直接ではなくブタなど体内で増えたウイルスが蚊によって媒介され感染します。7～10日の潜伏期間の後、高熱、頭痛、嘔吐、意識障害、けいれんなどの症状を示す急性脳炎になります。ヒトからヒトの感染はありません。

日本脳炎ウイルスに感染した100～1,000人に1人が脳炎を発症します。脳炎にかかった時の死亡率は約20～40%ですが、死亡を免れても重度の神経学的後遺症を残す人が多くいます。脳炎のほか髄膜炎や夏かぜ様の症状で終わる人もいます。

流行は西日本地域が中心ですが、ウイルスは北海道など一部を除く日本全体に分布しています。飼育されているブタにおける日本脳炎の流行は毎年6月から10月まで続きますが、この間に、地域によっては、約80%以上のブタが感染しています。以前は小児、学童に発生していましたが、予防接種の普及などで減少し、最近では予防接種を受けていない高齢者を中心に患者が発生しています。

2. 日本脳炎ワクチンについて

日本脳炎で使用されているのは、乾燥細胞培養日本脳炎ワクチン（不活化ワクチン）です。これはベロ細胞という細胞でウイルスを増殖させ、ホルマリンなどでウイルスを殺し（不活化）、精製したものです。

3. 予防接種における副反応について

① 通常みられる反応

ワクチンの種類によっても異なりますが、発熱、接種局所の発赤・腫脹（はれ）、硬結（しこり）、発疹などが比較的高い頻度（数%から数十%）で認められます。通常、数日以内に自然に治るので心配の必要はありません。

② 重い副反応

予防接種を受けたあと、接種局所のひどいはれ、高熱、ひきつけなどの症状があったら、医師の診察を受けて下さい。お子さんの症状が予防接種後副反応報告基準に該当する場合は、医師から中野区長へ副反応の報告が行われます。

ワクチンの種類によっては、極めてまれ（百万から数百万人に1人程度）に脳炎や神経障害などの重い副反応が生じることもあります。このような場合に厚生労働大臣が予防接種法に基づく定期の予防接種によるものと認定したときは、予防接種法に基づく健康被害救済の給付の対象となります。

③ 紛れ込み反応

予防接種を受けたしばらく後に、何らかの症状が出現すれば、予防接種が原因ではないかと疑われることがあります。しかし、たまたま同じ時期に発症した他の感染症などが原因であることが明らかになる場合もあります。これを「紛れ込み反応」と言います。

4. 予防接種による健康被害救済制度

- 定期の予防接種により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。

○ 予防接種法に基づく定期の予防接種として定められた期間を外れて接種を希望する場合、予防接種法に基づかない接種（任意接種）として取り扱われます。その接種で健康被害を受けた場合は、独立行政法人医薬品医療機器総合機構法に基づく救済を受けることとなりますが、予防接種法に比べて救済の対象、額などが異なります。

※ 給付申請の必要が生じた場合には、診察した医師、中野区保健所予防接種担当にご相談ください。

5. 接種にあたっての注意事項

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。お子さんの健康状態が良好でない場合には、かかりつけ医等と相談の上、接種するか否かを決めてください。

また、お子さん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 明らかに免疫機能に異常のある疾患を有する場合及び免疫抑制をきたす治療を受けている場合
- ⑤ その他、医師が不適当な状態と判断した場合

○保護者の方へ：接種日当日保護者が同伴しない場合は、下記事項をよくお読みください。

これまで記載されている内容をよく読み、十分理解し、納得された上でお子さん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。（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、保護者が同伴する場合、受ける方が既婚の場合、自署欄に記載する必要はありません。

日本脳炎の予防接種を受けるにあ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、子供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、本様式が中野区に提出されることに同意します。

保護者自署

住 所

※接種当日、保護者の方に緊急に連絡が取れる電話番号

緊急の連絡先

()

※ 本様式は、13歳以上の方を対象として実施する日本脳炎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。

※ お子さんが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。

※ 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。

【医療機関の皆さまへお願い】

保護者が同伴せずにお子さんが1人で予防接種を受けられた際には、予防接種予診票【請求用】に本書を添付して委託料をご請求ください。

【問い合わせ先】

中野区保健所 予防接種担当

電話 03(3382)6500 FAX 03(3382)7765