

日本脳炎の予防接種を受けるに当たっての説明

(13歳以上の者)

○保護者の方へ：必ずお読みください。

※【日本脳炎予防接種の対象となっている「13歳以上のお子様」の保護者様へ】

これまで、お子様の予防接種の実施に当たっては、保護者の同伴が必要となっていました。13歳以上に相当する者への日本脳炎の予防接種については、保護者がこの説明書の記載事項を読み、理解し、納得してお子様へ予防接種を受けさせることを希望する場合には、同意書に自ら署名することによって、保護者が、同伴しなくてもお子様は予防接種を受けることができるようになりました。

同意書に署名するに当たっては、接種させることを判断する際に、疑問等があれば、あらかじめ、かかりつけ医や宮崎市福祉部子ども未来局親子保健課（73-8200）に確認して、十分納得したうえで、お子様に接種させることを決めてからにしてください。（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には、自署欄には何も記載しないでください。

1 日本脳炎の症状について

- 日本脳炎ウイルスの感染で起こります。
- ヒトから直接でなくブタなどの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。ヒトからヒトへの感染はありません。
- 流行は西日本地域が中心になりますが、ウイルスは北海道などの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。
- 感染者のうち、1,000～5,000人に1人が脳炎を発症します。
- 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。脳炎にかかった時の死亡率は約15%ですが、神経の後遺症を残す人が約50%います

2 予防接種の副反応について

- 副反応として、2日以内に37.5℃以上の発熱が約1.8%認められ、接種局所の発赤・腫脹（はれ）は約8.0%認められます。発疹も約0.3%みられ、圧痛もまれにみられます。
- 新しい製造法（乾燥細胞培養）によるワクチンは、製造の初期段階で米国又は日本産ウシの血液由来成分、動物種及び原産国が明らかでない乳由来成分を使用していますが、薬事法に基づく承認の際に、理論的なリスク評価を行い一定の安全性を確保する目安に達していることが確認されているなどのことから、このワクチンによる伝達性海綿状脳症（TSE）伝播のリスクはきわめて低いものと考えられています。

3 予防接種による健康被害救済制度について

- 定期の予防接種によって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。

※給付申請の必要が生じた場合には、診察した医師、宮崎市親子保健課へご相談ください。

4 接種に当たっての注意事項

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。お子様の健康状態が良好でない場合には、かかりつけ医等（指定医療機関）に相談の上、接種するか否かを決めてください。
また、お子様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現在、妊娠している場合
- ⑥その他、医師が不適當な状態と判断した場合

【女性への注意事項】

妊娠している者又はその可能性がある者は、予防接種不適當者として原則接種することができませんが、予防接種の有益性が危険性を上回ると判断した場合のみ接種できます

○保護者の方へ：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様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、保護者が同伴しない場合は、下記「同意書」を記入の上、医療機関に提出してください。

保護者が同伴しない場合は、下の同意書を必ず被接種者に持参させてください。

き り と り せ ん

日本脳炎の予防接種を受けるに当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、子どもに接種させることに同意します。なお、本予診票は、保護者の方に予防接種に対する理解を深める目的及び安全性の確保のために作成されたことを理解の上、本様式が市町村に提出されることに同意します。

被接種者名 _____

保護者署名 _____

住 所 _____

緊急連絡先： _____