

## 日本脳炎（特例措置）の予防接種を受ける 13 歳以上の保護者の方へ

保護者の方へ：必ずお読みください

## 【 予防接種の対象となっている 13 歳以上（中学 1 年生以上）のお子様をお持ちの保護者の方へ 】

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すが、13 歳以上（中学 1 年生以上）の方への日本脳炎の予防接種については、保護者がこの予診票の記載事項を読み、理解し、納得してお子様に予防接種を受けさせることを希望する場合に、この予診票別紙と予診票に保護者が自筆による署名をすることによって、保護者が同伴しなくともお子様は予防接種を受けることができます（13 歳未満は必ず保護者同伴）。

（当日は、お子様にこの用紙を必ず持参させてください。）

この予診票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、かかりつけ医や保健所、お住いの市町村の予防接種担当課に確認して、十分納得したうえで、接種させることを決めてからにしてください。

## 1 日本脳炎について

日本脳炎の患者は、極東アジアから東南アジア・南アジアにかけて広く分布し、世界的に見ると年間 3~4 万人の患者が発生しています。日本では、日本脳炎ワクチンの定期予防接種により日本脳炎患者の発生は年間 10 名前後となっていますが、日本脳炎を引き起こす日本脳炎ウイルスは、今でも西日本から東日本にかけて広く分布していることが確認されています。日本脳炎は、日本脳炎ウイルスを持っているコガタアカイエカに刺されることで感染します。日本脳炎ウイルスに感染すると、100 人~1,000 人に 1 人程度の割合で脳炎や髄膜炎を発症すると言われており、脳炎症状を起こすと致命率は 20%~40%前後と高く、回復しても麻痺や認知障害等の重度の後遺症が残る場合があります。

## 2 日本脳炎ワクチンと副反応について

日本脳炎の定期予防接種に現在使用される日本脳炎ワクチン（乾燥細胞培養日本脳炎ワクチン）は、培養細胞を用いて増やした日本脳炎ウイルスを不活化（感染性をなくした）して製造されます。決められた回数のワクチン接種を行うことで、90%以上の人に予防効果が得られると考えられています。

厚生労働省によれば、このワクチンの接種により生後 6 か月以上 90 か月（7 歳半）未満の小児では、主に発熱、せき、鼻水、注射部位の紅斑や腫れ、発疹などの軽い副反応の報告があります。また、ごくまれにアナフィラキシー様症状、急性散在性脳炎（ADEM）、脳症、けいれん、急性血小板減少性紫斑病等の重い副反応がおこることがあると言われてしています。

## 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、保健所、お住まいの市区町村の予防接種担当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 その他、医師が不適当な状態と判断した場合

なお、現在、妊娠している方は、接種することに注意が必要な方ですので、かかりつけ医とよくご相談ください。

保護者の方へ：以下事項をよくお読みください

ここに記載してある内容をよく読み、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た場合は、この予診票別紙と予診票の「保護者の自筆署名」の欄に自筆による署名及び必要事項を記入してください。（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、「保護者の自筆署名」の所には何も記載しないでください。

年 月 日

保護者自署 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

緊急の連絡先 \_\_\_\_\_