

日本脳炎の予防接種を受けるにあたって

○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歳以上のお子様をお持ちの保護者の方へ】

日本脳炎の予防接種については、平成7年4月2日から平成19年4月1日までに生まれた方(特例対象者)のうち、平成17年5月30日の積極的勧奨の差し控えにより接種を受ける機会を逸した方については、20歳未満まで必要回数を接種することができます。

これまで、お子さん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。特例対象者のうち、13歳以上20歳未満の方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、納得してお子さんに予防接種を受けさせることを希望する場合には、この用紙の裏面同意書の保護者自署欄及び別紙予診票を保護者自ら記入、署名することによって、保護者が同伴しなくてもお子さんは予防接種を受けることができるようになりました。

(当日は記入署名済みのこの用紙と予診票を必ず持参させて下さい。)

この用紙と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に確認して、十分納得したうえで、接種することを決めてからにしてください。

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は、自署欄に保護者が署名する必要はありません。

1.日本脳炎とは

日本脳炎ウイルスの感染でおこります。ヒトから直接ではなくブタの中で増えたウイルスが蚊(カ)によって媒介されます。7~10日の潜伏期間の後、高熱、頭痛、嘔吐(おうと)、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。

国内における発生は西日本が中心になりますが、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。この地域で飼育されているブタでの流行は毎年6月から始まり10月まで続きますが、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、過去10年間に西日本を中心に60件の発症がありました。わが国以外のアジア地域では大流行がみられることがあります。

感染者のうち100~1,000人に1人が脳炎を発症します。脳炎のほか髄膜炎や夏かせ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20~40%ですが、神経の後遺症を残す人が多くいます。

2.乾燥細胞培養日本脳炎ワクチン(不活化ワクチン)について

ペ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)、精製したワクチンです。0.5mlの不活化ワクチンを皮下に注射します。

【副反応】厚生労働省Q&Aより(一部改変)

臨床試験では、発熱(18.7%)、せき(11.4%)、鼻水(9.8%)、注射部位の紅斑(8.9%)等、副反応のほとんどが接種3日後までに認められています。重大な副反応としてショック・アナフィラキシー様症状、ADEM(急性散在性脳脊髄炎)、脳炎、けいれん、急性血小板減少性紫斑病などの発生も否定できません。

なお、海外では乾燥細胞培養日本脳炎ワクチン以外の他の細胞培養ワクチン接種後にもADEM発症例が報告されています。

3.予防接種の場所・日時

別紙一覧表にある○印になっている指定医療機関で受けて下さい。日時は医療機関によって違います。また、医療機関によっては、○印になっていても接種体制やワクチンなどの事情により接種できない場合がありますので、事前に医療機関にお問合せください。他区の医療機関で接種を希望される方は、医療機関が所在する区の保健所にお問合せ下さい。

4.予防接種の受け方

原則的には、1期の初回接種を2回、追加接種を1回、2期接種(9歳以上)を1回、計4回接種します。

1期の初回接種は6日から28日までの間隔で2回接種し、その後概ね1年を経過した時期に追加接種を1回します。

2期接種(4回目)は、1期接種の終了後、6日以上の間隔をあげば接種することは可能ですが、通常、1期接種の終了後、概ね5年の間隔をおいて接種することが望ましいとされています。

母子健康手帳で接種歴を確認のうえ、接種していない分を医療機関で受けて下さい。その際、接種間隔等については、かかりつけ医にご相談ください。

5.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、保健所へご相談ください。

6.予防接種を受ける前に

(1) お子さんの健康状態の良いときにうけましょう。

(2) 予防接種の当日には日本脳炎ワクチン接種予診票に体温以外のすべての項目を記入して、母子健康手帳と一緒に持ちください。体温は医療機関ではかります。

(3) 13歳未満の方が接種される場合は、接種の際、日頃からお子さんの健康状態をよく知っていて、医師の質問に十分答えられる方が付き添ってください。13歳以上の方が接種される場合は、上記のとおりとなります。

7. 予防接種が受けられないお子さん

- (1) 明らかな発熱（37.5℃以上）がある。
- (2) 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかである。
- (3) 日本脳炎予防接種によって、または日本脳炎ワクチンに含まれる成分でアナフィラキシー（通常接種後 30 分以内におこるひどいアレルギー反応のことです。）を起こしたことがある。
- (4) 生ワクチンの接種後 27 日を過ぎていないお子さん。
- (5) インフルエンザ等、他の不活化ワクチンの接種後 6 日を過ぎていない。
- (6) 麻疹（はしか）は 4 週間、風しん・おたふくかぜ等の疾患は 2～4 週間、その他のウイルス性疾患は治癒してから 1～2 週間を過ぎていない。
- (7) その他、医師に不適当と判断されたお子さん。

8. 予防接種を受けるときに医師とよく相談しなくてはならないお子さん。

- (1) 心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患または発育障害等で治療を受けているお子さん。
- (2) 発育が悪く医師や保健師の指導を継続して受けているお子さん。
- (3) カゼのひきはじめと思われるお子さん。
- (4) 前に予防接種を受けたとき、2 日以内に発熱、発疹、じんましんなどアレルギーを思わす異常がみられたお子さん。
- (5) 薬の投与を受けて、皮膚に発疹がでたり、体に異常をきたしたことがあるお子さん。
- (6) 今までにけいれんを起こしたことがあるお子さん。
- (7) 過去に中耳炎や肺炎などによくかかり、免疫状態を検査して異常を指摘されたことのあるお子さん。及び、近親者に先天性免疫不全症の者がいるお子さん。
- (8) ワクチンには抗原のほか抗生物質、安定剤などが入っていますので、これらにアレルギーがあるといわれたお子さん。
- (9) 家族の中で、または遊び友達の間で麻疹（はしか）、風しん、おたふくかぜ、水ぼうそうなどのウイルス性疾患が流行しているときに、予防接種を受ける本人がかかっている場合。
- (10) 現在、妊娠しているお子さん。

9. 予防接種を受けた後は

- (1) 予防接種を受けた後、30 分間は、接種実施医療機関でお子さんの様子を観察するか、医師とすぐに連絡をとれるようにしておきましょう。
急な副反応はこの間に起こることがあります。
- (2) 接種後 2～3 週間は、副反応の出現に注意して、異常と思われる場合は医師の診察を受けてください。副反応と診断された場合は、江東区保健所にも連絡してください。
- (3) 入浴は差支えありませんが、わざと注射した部分をこすことはやめましょう。
- (4) 接種当日はいつも通りの生活をしましょう。はげしい運動はさけましょう。

○保護者の方へ：下記事項をよくお読みください。

上記の内容をよく読み、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。（保護者が同伴されない場合は、署名がなければ予防接種はうけられません。）

【 同 意 書 】

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、子ども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、本様式が江東区に提出されることに同意します。

保護者自署欄

住 所

緊急の連絡先

※本様式は、平成 7 年 4 月 2 日から平成 19 年 4 月 1 日までの間に生まれた 13 歳以上 20 歳未満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、必ずこの同意書を提出されるようにしてください。また、予診票にも保護者の署名がないと予防接種は受けられません。

江 東 区 保 健 所 ☎3647-5906
城 東 保 健 相 談 所 ☎3637-6521
深 川 保 健 相 談 所 ☎3641-1181
深 川 南 部 保 健 相 談 所 ☎5632-2291
城 東 南 部 保 健 相 談 所 ☎5606-5001