

保護者様

日本脳炎予防接種を受けるにあたっての説明書・同意書

○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、**保護者が同伴せず、お子さまが一人で予防接種を受ける場合は、予診票及びこの同意書を提出する必要があります。**

※お子様の予防接種にあたっては、保護者の同伴が必要でしたが、やむをえず13歳以上のお子さまについて、保護者がこの説明書の記載事項をよく読み、承諾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、**予診票及びこの同意書に保護者が署名することで、保護者の同伴がなくても接種を受けることができるようになりました。**

※署名をする前に、接種に関する疑問等がありましたら、かかりつけ医や南三陸町保健福祉課健康増進係にご相談ください。

※同意書には保護者自身による署名が必要です。

※予診票の保護者自署欄も保護者自身による署名が必要です。

※接種当日には、この同意書・予診票・母子健康手帳をお子様に持たせてください。

1. 日本脳炎について

日本脳炎ウイルスの感染で起こります。ヒトから直接では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。

感染者のうち100～1,000人に1人が脳炎を発症します。脳炎の他、髄膜炎や夏かぜ様の症状で終わる人もいます。脳炎に罹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. 予防接種の効果と副反応について

乾燥細胞培養日本脳炎ワクチンは、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。予防接種を受けることにより、体内に免疫を獲得する効果があります。体内に免疫ができると、日本脳炎にかかることを防ぐことができます。

予防接種を受けた後、通常見られる反応として、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はありません。

重い副反応として、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ください。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があります。お子様の症状が予防接種後副反応報告基準に該当する場合は、医師から厚生労働大臣へ報告が行われます。

3. 予防接種による健康被害救済制度について

- ① 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。
- ② 健康被害の程度などに応じて、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。
- ③ 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など）によるものなのかの因果関係を、予防接種・感染症医療・法律など、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は、診察した医師、南三陸町保健福祉課健康増進係へご相談ください。

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、かかりつけ医師に相談のうえ、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は原則として接種不可（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可）**
- ⑥ 前回受けた予防接種後、接種間隔があいていない場合
- ⑦ その他、医師が不適当な状態と判断した場合

これまで記載されている内容をよく読み、十分理解し、納得されたうえ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、下記の保護者自署欄に署名してください。

※下記の同意書を記入し、予診票と一緒に医療機関へ提出してください。

日本脳炎予防接種を受けるにあたっての同意書

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を希望します。

なお、本説明書は、保護者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うえ、本様式が南三陸町保健福祉課に提出されることに同意します。

保護者自署

住 所 南三陸町

緊急連絡先

問合先：保健福祉課健康増進係（電話：４６－５１１３）