

新潟市日本脳炎予防接種実施要綱

1 目的

予防接種法第5条の規定に基づいて市長が実施する日本脳炎予防接種事業が円滑に運営されるように、以下のとおり必要な事項を定める。

2 実施方法

- (1) 医療機関において個別接種方式で実施する。
- (2) 市長は、日本脳炎予防接種業務（以下「予防接種業務」という。）の一部を、一般社団法人新潟市医師会長（以下「市医師会長」という。）、新潟市民病院長、新潟県はまぐみ小児療育センター所長及びその他市長が適当と認める医療機関の長に委託するものとする。
- (3) 接種を行う医療機関
 - ア 日本脳炎予防接種は、市医師会長に予防接種業務を行う旨を申し出た医療機関（以下「市医師会医療機関」という。）及び新潟市民病院、新潟県はまぐみ小児療育センター、その他市長が適当と認める医療機関（以下これらを「委託医療機関」という。）において行うものとする。
 - イ 委託医療機関においては、保護者からの申し出に基づき、日本脳炎予防接種ワクチンを接種することができるものとする。
 - ウ 委託医療機関は、別記様式第1号の表示を行うものとする。
- (4) 予防接種を行う医師

予防接種業務は、予防接種法施行令第4条第1項に基づく市長の協力要請を承諾した医師が行うものとする。

3 接種方法

(1) 接種対象者

市内に住所を有する次の年齢の者（「当該疾病にかかっている者」、「かかったことのある者」及び「当該予防接種に相当する予防接種を受けたことのある者で当該予防接種を行う必要がないと認められる者」は除く。）を対象とするが、幼児については、生後48月（満4歳）に至る期間に1期初回、1期追加とも接種が終了するよう勧奨するものとする。また、9歳以上13歳未満の者にも接種を行うものとするが、それぞれ9歳に達した時から10歳に達するまでの期間で接種するよう勧奨するものとする。

なお、長期にわたり療養を必要とする疾病にかかったこと等の特別の事情により、日本脳炎予防接種を受けることができなかつたと認められる者については、特別な事情がなくなった日から起算して2年を経過する日までの間、定期接種の対象者とする。

ア 1期初回

生後6月から生後90月（満7歳半）に至る期間の者（ただし、3歳で接種が望ましい。）

イ 1期追加

1期初回終了後、6月以上、標準的にはおおむね1年に至る期間の者（ただし、生後90月（満7歳半）未満の者に限る。また、4歳で接種が望ましい。）

ウ 2期

9歳以上13歳未満の者（ただし、9歳に達した時から10歳に達するまでの期間で接種が望ましい。）

エ 特例

予防接種実施規則（以下「実施規則」という。）附則第4条の対象者（平成19年4月2日から平成21年10月1日までの間に生まれた者で、平成22年3月31日までに日本脳炎の第1期の予防接種が終了していない者）及び実施規則附則第5条の対象者（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者）を特例対象者とする。

実施規則附則第4条の特例対象者は、9歳以上13歳未満で、第1期の不足分を接種した場合は、定期の予防接種の対象者とする。

実施規則附則第5条の特例対象者は、4歳以上20歳未満で、第1期の不足分及び第2期末接種分を接種した場合は、定期の予防接種の対象者とする。ただし、第2期の接種は9歳以上の者とする。

(2) 使用ワクチン

乾燥細胞培養日本脳炎ワクチンを使用することとする。

(3) ワクチン等の調達

委託医療機関は、予防接種業務に必要なワクチン及び諸資材を自ら調達するものとする。

(4) 接種方法

ア 1期初回 6日以上，標準的には6日から28日までの間隔をおいて2回，
毎回0.5mlずつ皮下に接種する。

イ 1期追加 0.5mlを皮下に接種する。

ウ 2期 0.5mlを皮下に接種する。

(5) 接種時期

年間を通じて接種を行うことができるものとする。

(6) 実費徴収

接種率の向上を図るため，被接種者からの実費徴収は行わないものとする。

4 委託料

委託料には，ワクチン代を含むものとし，別に定める「新潟市定期予防接種委託契約書」のとおりとする。

5 接種の実施

(1) 接種対象者への周知

市長は，「市報にいがた」等により，接種対象者及びその保護者（以下「接種対象者等」という。）に必要な事項の周知を行うものとする。

(2) 予防接種券及び予診票の交付

市長は，接種対象者に別記様式第2号の「日本脳炎予防接種予診票」（以下「予診票」という。）を交付するものとする。13歳以上で保護者が接種の場に同伴しない場合は，別記様式第5号「日本脳炎予防接種予診票」と別記様式第5号の1「日本脳炎の予防接種を受けるにあたっての説明書」を交付する。別記様式第3号の「日本脳炎予防接種券」（以下「予防接種券」という。）については，委託医療機関に備えるものとする。

(3) 接種の申し出

接種対象者等は，接種を受けようとするときは，予防接種券及び予診票に必要な事項を記入し，委託医療機関へ申し出るものとする。

(4) 委託医療機関における確認・注意事項

ア 接種対象者の確認

母子健康手帳や健康保険被保険者証等により接種対象者の確認を行うものとする。

イ 予防接種の事前確認

保護者が予防接種の必要性及び副反応、その他接種に関する注意事項等について理解しているか確認を行うものとする。なお、理解していない場合については、予防接種ガイドライン等検討委員会が示した「予防接種と子どもの健康」を接種場所にて読んでもらうものとする。保護者の同伴がない場合は、保護者の同意を予診票上の保護者自署欄により確認する。

ウ 予診、接種不相当者及び接種要注意者

(ア) 予診

接種施設において、接種対象者全員に対して、問診、検温及び視診、聴診等の診察を接種前に行い、接種を受けることが不相当な者又は接種の判断を行うに際し注意を要する者に該当するかどうかを調べるものとする。

(イ) 接種不相当者

予診の結果異常が認められ、かつ、次のいずれかに該当する者に対しては、当日は接種を行わず、必要がある場合は精密検査を受けるよう指示することとする。

- a 明らかな発熱を呈している者（37.5℃以上の場合）
- b 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな者
- c 当該疾病に係る予防接種の接種液の成分によってアナフィラキシーを呈したことがあることが明らかな者
- d 上記 a から c までに掲げる者のほか、予防接種を行うことが不相当な状態にある者

(ウ) 接種要注意者

次のいずれかに該当する者に対しては、被接種者の健康状態及び体質を勘案し、診察及び接種適否の判断を慎重に行い、接種の必要性、副反応、有用性について十分な説明を行い、同意を確実に得た上で、注意して接種することとする。

- a 心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患、血液疾患及び発育障がい等の基礎疾患を有することが明らかな者
- b 予防接種で2日以内に発熱のみられた者又は全身性発疹等のアレルギーを疑う症状を呈したことがある者
- c 過去にけいれんの既往のある者

d 過去に免疫不全の診断がなされている者及び近親者に先天性免疫不全症の者がいる者

e 接種しようとする接種液の成分に対して、アレルギーを呈するおそれのある者

(エ) 市長の行う予防接種は努力義務接種であることから、予診の結果接種が適当な場合、その旨を保護者に伝え接種意思の最終確認を行うこととする。なお、委託医療機関は、高度な接種判断が求められる者については、専門医療機関を紹介することとする。

エ 接種液について

(ア) 接種液の使用前には、必ず、国家検定に合格したことを示す検定証紙の有無、表示された接種液の種類、有効期限を確認し、異常な混濁、着色、異物の混入その他の異常がないかどうかを点検することとする。

(イ) 接種液の貯蔵は、生物学的製剤基準の定めるところによる。(遮光して凍結を避けて10℃以下で保存する。)

オ 接種時の注意

(ア) 接種液は、冷蔵庫から取り出し室温になってから振り混ぜ均等にして使用する。

(イ) 注射針・筒は、被接種者1人に1針1筒で使用する。

(ウ) 実施にあたっては、橈骨神経麻痺を引き起こすこともあるので、接種部位に注意する。通常は、上腕伸側(上腕後側)でおおよそ3分の1の部位とする。

(エ) 硬結が次回接種日まで残存することもあるので、1期初回の接種は左右交互に腕を変えることとする。

(オ) 接種後は、液の逆流・出血等の防止のため、接種部位を揉まずに消毒綿で軽く抑えておく。

カ 被接種者への指導等

委託医療機関は保護者に対して、接種後の副反応等について、事前に説明するとともに、接種後の注意事項として次の事項を知らせることとする。

(ア) 接種後には、接種部位を清潔に保ち、接種当日は過激な運動を避けるよう注意すること。

(イ) 接種後、局所の異常反応や体調の変化（高熱、けいれん等）を訴える場合には、速やかに医師の診察を受けること。

(ウ) 医師の診察を受けた場合には、保護者は速やかに新潟市保健所長（以下、「保健所長」という。）に通報すること。また、1期初回1回目の接種を行った場合は、被接種者に対し次回分の予防接種券を渡す他、次回の接種時期について指導を行うこととする。なお、他の予防接種との間隔についても指導することとする。

キ 母子健康手帳への記入等

(ア) 委託医療機関は、接種した証明として、接種後、母子健康手帳に接種年月日、メーカー名、ロット番号、印等必要事項を必ず記入するものとする。

(イ) 母子健康手帳を所持しない被接種者には、必ず別記様式第4号の予防接種済証に必要事項を記入し交付するものとする。

ク 予診票等の処理

委託医療機関は、接種を行った場合には、予防接種券及び予診票に必要な事項を記入し、予防接種券及び予診の結果、接種を行うことができなかった者の予診票（以下「接種不相当者予診票」という。）の写しを1か月分とりまとめ、接種を行った月の翌月15日までに市医師会へ送付するものとする。ただし、市医師会医療機関以外の医療機関は、委託料請求時に直接新潟市保健所（以下、「保健所」という。）へ送付するものとする。

ケ 予診票の保存

予診票は、委託医療機関において接種日から5年間保存するものとするが、保健所長は、必要があるときは、委託医療機関に対して予診票の提出を求めることができるものとする。

6 副反応疑いまたは接種間違い発生時の対応

(1) 予防接種を行った医師（以下「接種医」という。）は、被接種者から副反応疑い（一時的な発熱等は除く）の連絡を受けた場合は、必要な指導又は処置を行うものとする。なお、重篤な副反応疑いの発生など緊急を要する場合は、救急医療体制の活用など速やかな対応を行うこととする。

(2) 接種医は、被接種者に副反応疑いまたは接種間違いが発生した場合は、保健所

長にその旨を速やかに連絡するものとする。市医師会長に予防接種業務を行う旨を申し出た委託医療機関の接種医は、あわせて市医師会長にその旨を速やかに連絡するものとする。なお、被接種者の臨床症状が予防接種法施行規則第5条に規定する症状に該当する場合は、「予防接種後副反応疑い報告書」を用いて独立行政法人医薬品医療機器総合機構に報告することとする。

- (3) 市長は、日本脳炎予防接種に起因する重篤な副反応疑いについては、予防接種法、その他の法令等に従い、かつ別に定める「新潟市予防接種健康被害調査委員会」の意見に基づいて必要な措置を講ずるものとする。

7 委託料の請求及び支払い

- (1) 市医師会長は、委託料を請求するときは、請求書に、「日本脳炎予防接種委託料請求明細書」及び予防接種券、接種不相当者予診票（写）を添えて、保健所へ送付するものとする。
- (2) 市医師会医療機関以外の医療機関は、委託料を請求するときは、請求書に予防接種券及び接種不相当者予診票（写）を添えて、保健所へ送付するものとする。
- (3) 市長は、委託料の請求があったときは、その内容を審査し、すみやかに支払うものとする。

8 市が行う事務

- (1) 出生届け出時、こんにちは赤ちゃん訪問時、1歳6か月時健康診査時、3歳児健康診査時、その他の機会を利用して接種対象者等に対する指導を行うこと
- (2) 委託料の支払いに関すること
- (3) 委託医療機関から送付される予防接種券及び接種不相当者予診票（写）に基づいて予防接種台帳に記録し、保存すること
- (4) 副反応疑いまたは接種間違いに関して必要な措置を講ずること
- (5) その他日本脳炎予防接種に関する連絡調整等に関すること

9 その他

日本脳炎予防接種にあたっては、関係法令及び当実施要綱によるほか、予防接種ガイドライン等検討委員会の示した「予防接種ガイドライン」に準拠することとする。

附 則

この要綱は、平成7年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成10年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成13年4月1日から施行する。

附 則

- 1 この要綱は、平成13年11月7日から施行する。
- 2 委託料については、平成13年度は別に定める「新潟市三種混合予防接種、二種混合予防接種、麻しん予防接種、風しん予防接種及び日本脳炎予防接種委託契約書」のとおりとする。

附 則

この要綱は、平成15年4月1日から施行する。

附 則

- 1 この要綱は、平成18年4月1日から施行する。
- 2 接種対象者の規定については、平成17年7月29日から適用する。

附 則

この要綱は、平成20年4月1日から施行する。

附 則

- 1 この要綱は、平成22年4月1日から施行する。
- 2 接種対象者の規定については、平成22年8月27日から適用する。

附 則

- 1 この要綱は、平成23年5月20日から施行する。

附 則

- 1 この要綱は、平成25年4月1日から施行する。
- 2 接種対象者の規定については、平成25年1月30日から適用する。

附 則

この要綱は、平成26年4月1日から施行する。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は、平成30年11月1日から施行する。

(経過措置)

- 2 この要綱の施行の際現に存する改正前の様式の書式による用紙は、当分の間、所要の

調整をして使用することができる。

新潟市 日本脳炎 予防接種

委託医療機関

日本脳炎予防接種予診票

1 期初回（1・2回目） 1 期追加 2 期		診 察 前 の 体 温	度	分
接種対象者	フリガナ 氏 名	年 月 日生 (満 歳 か月)		
	住 所 新 潟 市 区 電 話 ()	保 護 者 の 氏 名		

- ◎ この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。
◎ よく読んであてはまる所を○で囲み、また必要ところにボールペンで記入してください。

◎ 母子健康手帳も忘れずに持参ください。

質 問 事 項	回 答 欄		医 師 記 入 欄
1 今回受ける予防接種について市から配られている予防接種と子どもの健康を読みましたか	いいえ	はい	
2 あなたのお子さんの発育歴についておたずねします 出生体重 () g 分娩時に異常がありましたか 出生後に異常がありましたか 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	あった あった ある	なかった なかった ない	
3 今日体に具合の悪いところがありますか 具合の悪い症状を書いてください ()	はい	いいえ	
4 最近1カ月以内に病気にかかりましたか 病名 ()	はい	いいえ	
5 1カ月以内に家族や遊び仲間に麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか 病名 ()	はい	いいえ	
6 1カ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種名 ()	はい	いいえ	
7 生まれてから今までに特別な病気（先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症、 その他の病気）にかかり医師に診察を受けていますか、病名 () その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいといわれましたか	はい	いいえ	
8 ひきつけ（けいれん）をおこしたことがありますか () 歳頃 そのときに熱がでましたか	はい	いいえ	
9 薬をのんで皮膚に発疹やじんましんがでたり、体の具合が悪くなったことがありますか 食品（特に、ゼラチン入りのもの（ゼリー、グミ、ヨーグルトなど）、たまごなど）を食べ て、発疹やじんましんがでたり、口のまわりが赤くなったり、体の具合が悪くなったりした ことがありますか	はい	いいえ	
10 家族の中に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	はい	いいえ	
11 これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか 予防接種の名前 ()	ある	ない	
12 家族の中に予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか	はい	いいえ	
13 6カ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの接種を受けましたか	はい	いいえ	
14 今日の予防接種について質問がありますか	はい	いいえ	

医師の記入欄
 以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は ・可能 ・見合わせる（理由
 保護者に対して予防接種の効果、副反応および予防接種健康被害救済制度について説明した。
 医師署名又は記名押印

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応などについて理解した上で、 接種を希望しますか 1. 接種を希望します 2. 接種を希望しません（理由 接種を見合わせる場合、この予診票が新潟市に提出されることに同意します。	保護者のサイン
--	---------

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名	(皮下接種) 3歳以上 0.5ml	実施場所
Lot No.	(3歳未満の場合 0.25ml)	医師名
		接種年月日 年 月 日

(注) ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3～6カ月以内に受けた方は、麻しんなどの予防接種の効果が出ないことがあります。
 (予診票は接種日から5年間保存)

日本脳炎予防接種券

◎ 太枠内を記入し、接種を受ける医療機関へ提出してください。

健診・予防接種番号					
住所	新潟市 区			電話 ()	
フリガナ	-----		男・女	保護者の氏名	
氏名					
生年月日	年	月	日生	接種日の満年齢	満 歳 か 月

年 月 日接種
ロットNo.
1期初回 (1・2回目)
1期追加
2期

上記の者に予防接種を行いました。

(宛先) 新潟市長

年 月 日

医療機関
所在地
名称
接種医師名

→ いずれかを○で囲んでください。

㊞

別記様式第4号（第5条関係）

No. _____	日本脳炎予防接種済証		
住 所 新潟市 _____ 区	氏 名 _____		
		年 月 日生	
予防接種を行った年月日		年 月 日	
1期初回（1・2回目）	医療機関名 _____		
1期追加	メーカー名 _____		
2 期	ロットNo. _____		
年 月 日	新 潟 市 長		

◇母子健康手帳に貼っておいてください。

日本脳炎予防接種予診票

日本脳炎の予防接種を受けるに当たっての説明書

1 期初回 (1・2 回目) 1 期追加 2 期	保護者の同伴	有・無	診察前 の体温	度 分
接種対象者 フリガナ 氏 名	(男・女)		年 月 日生	(満 歳 か月)
住 所	新潟市 区	保護者 の氏名		
電話 ()				

- ◎ この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。
- ◎ よく読んであてはまる箇所を○で囲み、また必要に応じてボールペンで記入してください。

◎ 母子健康手帳も取れずに持参ください。

質問事項	回答欄		医師記入欄
1 今回受ける予防接種について市から配られている「日本脳炎の予防接種を受けるに当たっての説明書」を読みましたか	いいえ	はい	
接種を受ける方の発育歴についておたずねします			
2 生まれたときの体重が少なかったり、出産時、出生後、乳幼児健診などで異常があると いわれたことがありましたか	あった	なかった	
3 今日体に具合の悪いところがありますか 具合の悪い症状を書いてください ()	はい	いいえ	
4 最近1カ月以内に病気にかかりましたか 病名 ()	はい	いいえ	
5 1カ月以内に家族や遊び仲間、麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか 病名 ()	はい	いいえ	
6 1カ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類 ()	はい	いいえ	
7 生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症、その他の病気 にかかり、医師に診察を受けていますか 病名 ()	はい	いいえ	
その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいといわれたことが ありましたか	はい	いいえ	
8 ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか () 感嘆	はい	いいえ	
そのときに熱がでましたか	はい	いいえ	
9 薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか 食品(特に、ゼラチン入りのもの(ゼリー、クッキー、ヨーグルトなど)、たまごなど)を食べ、 発疹やじんましんが出たり、口のまわりが赤くなったり、体の具合が悪くなったことが ありますか	はい	いいえ	
10 近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	はい	いいえ	
11 これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか 予防接種の種類 ()	ある	ない	
12 近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか	はい	いいえ	
13 6カ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの接種を受けましたか	はい	いいえ	
14 今日の予防接種について質問がありますか	はい	いいえ	

医師の記入欄

以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は (実施できる ・ 見合わせた方がよい) と判断します。
接種を受ける本人に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について説明をしました。

医師署名又は記名押印

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、予防接種健康被害救済制度などについて理解した上で、
接種することを同意しますか (同意します ・ 同意しません) ※かっこの中のどちらかを○で囲んでください。
この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。このことを理解の上、本予診票が市に提出されることに同意します。

保護者(接種を受ける方が既婚者の場合は本人) 自署

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名	(皮下接種)	実施場所
Lot No.	3 歳以上	医師名
(注)有効期限が切れていないか要確認	0.5ml	接種年月日 年 月 日

(注)ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3～6カ月以内に受けた方は、麻しんなどの予防接種の効果が出ないことがあります。
(予診票は接種日から5年間保存)

○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】

13歳未満のお子様は日本脳炎の予防接種を受けるには保護者の同伴が必要ですが、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歳未満の方で、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、保護者が以下の説明事項を読み、理解し、納得してお子様へ接種を受けさせることを希望する場合には、この説明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ます(署名欄は裏面です。保護者自署欄をお願いします)。

(接種日当日はこの予診票を必ず持参させてください。)

この説明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、かかりつけ医や保健所、お住まいの区役所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署名をお願いします。

1 日本脳炎の定期予防接種の接種スケジュール

基礎免疫として1期接種を計3回、追加免疫として2期接種(9歳以上対象)を1回、計4回接種します。
4回目の接種(2期接種)は、1期接種の終了後6日以上の間隔をおけ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ものであり、この間隔を参考にすることが望ましいとされています。

○今までに日本脳炎の定期予防接種を1回以上受けたことがある方

6日以上の間隔をおいて、残りの1～3回を接種します。
接種時期については接種医と相談してください。2期接種は9歳以上が対象です。

○日本脳炎の予防接種を全く受けていない方

1期接種は、6～28日の間隔をおいて2回接種し、その後概ね1年を経過した時期に1回接種します。
2期接種は、制度上、1期接種終了後6日以上の間隔をおいていれば、9歳以上で1回接種が可能ですが、上記内容を参考に接種の時期については接種医等と相談してください。

2 日本脳炎の症状について

日本脳炎とは、日本脳炎ウイルスの感染によっておこる中枢神経(脳や脊髄など)の疾患です。ヒトからヒトへの感染はなく、ブタなどの動物の体内でウイルスが増殖した後、そのブタを刺したコガタアカイエカ(木田等に発生する蚊の一種)などがヒトを刺すことによって感染します。東アジア・南アジアにかけて広く分布する病気です。

症状が現れずに経過する(不顕性感染)場合がほとんどです(100人から1000人の感染者の中で1人が発病すると報告されています)。症状が出る場合には、6～16日間の潜伏期間後に、数日間の高熱、頭痛、嘔吐などで発病し、引き続き急激に、光への過敏症、意識障害(意識がなくなること)、けいれん等の中枢神経系障害(脳の障害)を生じます。脳炎を発症した場合20～40%が死亡に至る病気といわれています。

(裏面にもあります)

3 平成17年5月の積極的勧奨の差し控えについて

マウス脳由来の日本脳炎ワクチン接種後に重症ADEM（アデム、急性散在性脳脊髄炎）を発生した事例があったことから、より慎重を期すため、平成17年5月30日に定期予防接種としての日本脳炎ワクチン接種の積極的な勧奨を差し控えるよう国は市に勧告し、希望する者に対してのみ、定期接種を行って差し支えないとされていました。

その後、平成21年2月に乾燥細胞培養日本脳炎ワクチンが開発され、厚生科学審議会感染症分科会予防接種部会の下に設置された、日本脳炎に関する小委員会の検討結果を踏まえ、平成22年度から積極的勧奨を再開し、年齢ごとに順番にお知らせしています。

4 予防接種の効果と副反応について

日本脳炎の予防接種により体内に免疫（中和抗体価10以上）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。

現在国内で製造販売され、使用されている乾燥細胞培養日本脳炎ワクチンは2種類あり、平成21年2月23日付けで薬事法上の承認を受け、平成21年6月2日から供給が開始されているジェービックVと、平成23年1月17日付けで薬事承認を受け、平成23年4月から供給が開始されているエンセバック皮下注用があります。

各製剤の臨床試験は別々に行われたものであるため比較はできませんが、ワクチンの添付文書によると、生後6月以上90月未満の小児で、以下の副反応が認められたとされています。

ジェービックVでは、123例中49例(39.8%)に副反応が認められ、主なものは発熱(18.7%)、咳嗽(11.4%)、鼻漏(9.8%)、注射部位紅斑(8.9%)であり、これらの副反応のほとんどは接種3日後までにみられています。また、エンセバック皮下注用では、163例中84例(51.5%)に副反応が認められ、その主なものは発熱(21.5%)、注射部位紅斑(16.6%)、咳嗽(8.0%)、注射部位腫脹(6.7%)、鼻漏(6.7%)、発疹(5.5%)であり、これらの副反応のほとんどは接種3日後までにみられています。

稀に生じる重い副反応としては、ショック、アナフィラキシー様症状、急性散在性脳脊髄炎(ADEM)、脳症、けいれん、急性血小板減少性紫斑病などが報告されています。

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場合や、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、障害年金等が支給されます。

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。

定期の予防接種として定められた期間を過ぎ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：費用全額自己負担）として取り扱われます。任意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額が概ね二分の一（医療費・医療手当・葬祭料については同程度）となっています。

※給付申請の必要が生じた場合には、診察した医師、保健所の予防接種担当課へご相談ください。

6 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や以下の場合には、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

【女性への注意事項】

現在妊娠している者又はその可能性がある者は、原則的に接種することができませんので、出産後又は妊娠していないことが確認された後適当な時期に接種を受けてください。なお、予防接種の有益性が危険性を上回ると判断された場合のみ接種できます。

接種に当たっては、接種を受ける医師、保健所の予防接種担当課にご相談ください。

○ 同伴されない保護者の方へ：下記の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。

（署名がなければお子様1人では予防接種は受けられません）

接種を希望しない場合には、自署欄に記載する必要はありません。

【保護者自署欄】

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、本様式が市町村に提出されることに同意します。

保護者自署 _____

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。

※ お子様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。

※ 説明書に保護者の署名がないと予防接種は受けられません。