

## 新型インフルエンザの予防接種について

保護者の方へ：必ずお読み下さい。

【予防接種の対象となっている中学生に相当する年齢のお子様をお持ちの保護者の方へ】

保護者が同伴することなくお子様に新型インフルエンザの予防接種を受けさせる場合には、あらかじめ保護者の方が、この説明文書の内容をよくお読みいただき、ご理解いただくことが必要です。さらに、接種を受けるお子様にも保護者の責任のもとに説明し、納得させて予防接種を受けさせてください。そして、この説明文書に保護者が署名して、当日は必ずお子様に持参させてください。もし、この文書の内容が理解できない場合や、接種を受けさせたいがお子様が納得していない場合には、必ず保護者が同伴するようにしてください。

なお、保護者が接種を受けさせると判断していた場合にも、お子様がその場で拒否した場合や、医師が接種の適応がないと判断した場合には、実施されないことがあります。

### 1. ワクチンの目的

新型インフルエンザの感染者の多くは軽症のまま回復していますが、ごく一部に重症化している方がいます（表）。このワクチンの目的は、あなたのお子様に接種することで、新型インフルエンザに感染して重症化しにくくすることにあります。ただし、ワクチンの効果は完全ではなく、接種したからといっても、確実に重症化を予防することができるわけではないことを理解しておく必要があります。

表 新型インフルエンザによる入院患者と重症患者（2009年10月30日現在）

	総 数	うち、10～14 歳	うち、15～19 歳
推 定 患 者 数	4 2 7 万人	1 3 3 万人	7 5 万人
入 院 患 者 数 (推計患者数に対する比率)	3 7 4 6 人 (0. 0 9 %)	8 1 4 人 (0. 0 6 %)	1 8 3 人 (0. 0 2 %)
重 症 患 者 数 (推計患者数に対する比率)	2 5 9 人 (0. 0 0 6 %)	5 0 人 (0. 0 0 4 %)	9 人 (0. 0 0 1 %)

※推定患者数は、平成21年7月27日から平成21年10月25日までの推計患者数

入院患者数は、平成21年7月27日から平成21年10月27日までに入院した者の数

重症患者数は、入院中に一時期でも急性脳症に罹患、又は人工呼吸器を利用した患者の数

## 2. ワクチンの安全性

国産の新型インフルエンザワクチンは、季節性インフルエンザワクチンと同じ製造方法で作られており、一定の安全性が確認されています。

ただし、接種した場所が赤くはれたり、痛みが数日続いたりすることがあります（発赤、腫脹、疼痛など）。また、一時的に発熱したり、吐き気や頭痛をおぼえることもあります（発熱、悪寒、頭痛、倦怠感、嘔吐など）。さらに、まれに全身にかゆみのある発疹が出ることがあります（発疹、じんましん、発赤、掻痒感など）。こうした症状が強くなってしまった場合には、すぐに医師に相談することで、適切な治療を受けることができます。

季節性インフルエンザの場合、接種した場所のはれや痛みなどは、接種を受けられた方の10～20%に起こりますが、2～3日で消失します。発熱、吐き気や頭痛は、接種を受けられた方の5～10%にみられ、2～3日で消失します。

そのほかに、ワクチン接種が原因かどうかは明らかではありませんが、急に手や足の動きが悪くなったり、意識を失ってしまったりといった重い症状が出ることがあります（ギランバレー症候群、急性脳症、急性散在性脳脊髄炎、けいれん、肝機能障害、喘息発作、紫斑など）。この場合も速やかに医師の治療を受けることで多くが回復しますが、極めてまれに後遺症を残すこともあります。

なお、接種した場所の異常な反応や体調の変化、さらに高熱やけいれんなどの症状が出た場合には、速やかに医師の診察を受けて下さい。

## 3. 健康被害の救済制度について

今回の新型インフルエンザワクチンの接種を受けた方が、ワクチンの接種によって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、現時点では、独立行政法人医薬品医療機器総合機構法に基づく救済制度により、将来的には、現在検討中の新法により、一定の補償を受けることができます。

健康被害の程度に応じて、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、決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、治療が終了するか、障害が治癒する期間まで支給されます。

ただし、その健康被害が新型インフルエンザワクチンの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、あるいは予防接種をした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、各分野の専門家において審議し、新型インフルエンザワクチンの接種によるものと認定された場合に補償をうけることができます。

#### 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、かかりつけ医と相談の上、接種するかを決めて下さい。

- (1) 心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患、血液疾患、発育障害、気管支喘息等の基礎疾患を有する方
- (2) 予防接種で接種後 2 日以内に副反応（発熱や全身性発疹等のアレルギー症状）を疑う症状がある方
- (3) 過去にけいれんの既往のある方
- (4) 過去に免疫不全の診断がなされている方及び近親者に先天性免疫不全症の方がいる方
- (5) 鶏卵、鶏肉、その他鶏由来のものに対してアレルギーがある方

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) 明らかな発熱を呈している方
- (2) 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな方
- (3) 本剤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方
- (4) 上記に掲げる方のほか、予防接種を行うことが不適當な状態であると医師に判断された方

くわしいことをお知りになりたい場合は、厚生労働省ホームページ等ご覧いただくとともに、厚生労働省又はお住まいの都道府県にお問い合わせください。

厚生労働省ホームページ :

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou04/index.html>

厚生労働省コールセンター : 03-3501-9031

これまで記載されている内容をよく読み、十分理解し、お子様も接種について納得された上で接種させることを決めた場合は、下記の保護者自署欄に署名してください。（署名がなければ予防接種は受けられません。）

私は新型インフルエンザの予防接種を受けさせるに当たっての説明文書を読み、予防接種の目的や効果、安全性について理解しました。この文書を持参する本人の保護者として新型インフルエンザのワクチンを接種することに同意します。

保護者自署 \_\_\_\_\_

被接種者氏名 \_\_\_\_\_

被接種者生年月日 \_\_\_\_\_

住 \_\_\_\_\_ 所 \_\_\_\_\_

緊急の連絡先 \_\_\_\_\_

※ 次頁の予診欄は、中学生に相当する年齢の方を対象として実施する新型インフルエンザの予防接種において、保護者の方が同伴しない場合に必要となるものです。お子様が1人で予防接種を受ける場合は、必ず、上記保護者自署欄と予診欄を提出させるようにしてください。

予診欄に保護者の署名がないと予防接種は受けられません。

## 予診欄

		診察前の体温		度		分
住所						
ふりがな			男女	生年月日	平成	年 月 日 (満 歳 カ月)
受ける人の氏名						
優先接種対象者等分類	1. 基礎疾患を有する者 2. 中学生に相当する年齢の者					

質問事項	回答欄		医師記入欄
接種を受ける方の発育歴についておたずねします 生まれたときの体重が少なかったり、出産時、出生後、乳幼児検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	
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、医師の治療(投薬など)を受けていますか 病名( )	はい	いいえ	
その病気の主治医には、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	
今日体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状を書いてください ( )	はい	いいえ	
最近1ヶ月以内に、家族や遊び仲間に、インフルエンザ、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	
最近1ヶ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	
新型インフルエンザ又は季節性インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか その際に具合が悪くなったことはありますか	はい	いいえ	
これまでにインフルエンザ以外の予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか 予防接種の種類( )	はい	いいえ	
ニワトリの肉や卵などにアレルギーがありますか	はい	いいえ	
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	はい	いいえ	
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか ( )歳頃 そのとき熱がでましたか	はい	いいえ	
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか	はい	いいえ	
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	
上記の質問事項に対し、あなたが記入された回答をもとに、医師が問診や診察を行い、予防接種が可能であると判断した場合、 接種することに同意しますか( 同意します ・ 同意しません ) ※かつこ内のどちらかを○で囲んでください 平成 年 月 日 保護者自署			

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 ) 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、説明をした 医師署名又は記名押印
---

ワクチンメーカー名、ロット番号	接種量	実施場所. 医師名. 接種年月日				
メーカー名	ml	実施場所				
Lot No.		医師名				
		接種年月日	平成	年	月	日