

## BCG予防接種説明書

(予防接種の重要な情報です。裏面にも注意事項がありますので必ずお読みください)

この予防接種は、1歳までに受けることになっています。定められた接種時期を守れなかった場合、予防接種法に基づかない接種(任意接種)として取り扱われ、予防接種にかかる費用は、全額個人負担となります。また、その接種で健康被害が生じた場合は、法に基づく救済を受けられません。

## 1 結核とは

結核は、結核菌によって主に肺に炎症を起こす病気です。結核患者のせきやくしゃみと一緒に結核菌が空气中に飛び散り、それを周りの人が直接吸い込むことによって感染します。特に、乳幼児は結核に対する抵抗力(免疫)が弱いので、進行が早く、結核性髄膜炎や粟粒結核(結核菌が全身に広がる結核)になり、重い後遺症を残す可能性があります。

日本では、毎年2万人近くの方が結核を発病しています。ほとんどの結核患者は薬で治療できますが、治療に6か月以上かかります。

## 2 BCG ワクチンの接種方法

結核の予防には、結核菌に感染する前にBCGを接種することが重要になります。BCGを接種して免疫をつけておけば、結核の発病を4分の1程度に抑えることができ、その効果は10～15年持続します。特に小児の重篤な結核の発病予防に対する効果があります。

BCGは牛型結核菌を弱毒化して作ったワクチンです。BCGの接種方法は、管針法といってスタンプ方式で上腕の2か所に押し付けて接種します。接種したところは、直射日光をさけ、自然に乾燥させてください。

| 対象疾病 | 法律等で定められている期間<br>(無料で接種を受けられる期間) | 法律等で<br>定められた回数 | 望ましい接種時期         |
|------|----------------------------------|-----------------|------------------|
| 結核   | 1歳に至るまで<br>(1歳の誕生日の前日まで)         | 1回              | 生後5か月から8か月に達するまで |

## 3 BCGの副反応

BCG接種後10日頃から接種したところに赤いポツポツができ、一部に小さいうみができることがあります。このような変化は接種後1か月頃が最も強く、やがてかさぶたとなり、接種後3か月までには治り小さな瘢痕が残るだけになります。

まれに反応が強く、接種したところが腫れ、ジクジクしたような状態になることがあります。清潔を保てば通常治癒します。また、接種後3か月を過ぎても治癒しない場合は、医師に相談してください。

接種後1か月前後から接種した側のわきの下のリンパ節が腫れることがあります。通常、放置して様子を見てかまいませんが、ときにただれたり、とても大きく腫れたり、まれに化膿して、自然にやぶれてうみが出る場合があります。その場合には、医師に相談してください。

お子さんがすでに結核に感染していた場合には、接種後早期(1、2日から遅くとも10日まで)に接種部位が広く赤く腫れ、針あとに小さなうみがでること(コッホ現象)があります。コッホ現象は結核菌に似た菌(非結核性抗酸菌)に感染した場合でも発生することがあるので、必ずしも結核に感染していることを意味するわけではありませんが、このような症状が発現した場合には、速やかに接種医療機関を受診してください。

その他の副反応としては、皮膚結核様反応、骨炎(骨膜炎、骨髄炎など)、まれに全身性BCG炎(全身播種)が報告されています。

#### 4 接種に当たっての注意事項

予防接種は、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

※ 「アナフィラキシー」とは、通常接種後 30 分以内に起こるひどいアレルギー反応のことです。発汗、顔が急に腫れる、全身にひどいじんましんが出るほか、吐き気、嘔吐（おうと）、声が出にくい、息が苦しいなどの症状に続き、ショック状態になるような激しい全身反応のことです。

- ④予防接種、外傷等によるケロイドの認められる者
- ⑤免疫機能に異常のある疾患を有する者及び免疫抑制をきたす治療を受けている者
- ⑥結核の既往のある者
- ⑦上記に掲げる者のほか、予防接種を行うことが不適当な状態にある者

#### 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で、予防接種に起因するものである旨の認定を受ける必要があります。

※ 給付申請の必要が生じた場合には、診察した医師、お住まいの区の保健センター または広島市健康福祉局健康推進課へご相談ください。

#### 6 予防接種を受けた後の注意

- (1) 接種後 3 週間は発熱などの副反応に注意してください。
- (2) 接種当日は、いつもどおりの生活で構いませんが、激しい運動は避けましょう。
- (3) 接種当日の入浴は差し支えありません。
- (4) 接種後、注射部位のひどい腫れ、高熱、ひきつけなどの症状がある場合、医師の診断を受けるとともに、お住まいの区の保健センターまたは広島市健康福祉局健康推進課までお知らせください。

#### 【お問合せ先】

|          |          |           |          |            |          |
|----------|----------|-----------|----------|------------|----------|
| 中保健センター  | 504-2528 | 東保健センター   | 568-7729 | 南保健センター    | 250-4108 |
| 西保健センター  | 294-6235 | 安佐南保健センター | 831-4942 | 安佐北保健センター  | 819-0586 |
| 安芸保健センター | 821-2809 | 佐伯保健センター  | 943-9731 | 健康福祉局健康推進課 | 504-2882 |

## BCG予防接種予診票

事前に住民登録している住所、氏名、性別、生年月日、  
質問事項等を保護者の方が必ず記入してください。

|        |          |
|--------|----------|
| 予診年月日  | 令和 年 月 日 |
| 診察前の体温 | 度 分      |

|                |           |        |                      |
|----------------|-----------|--------|----------------------|
| 住 所            | 広島市 区 番 号 |        | 電話：( ) 号             |
| （予防接種を受ける人）の氏名 | 男・女       | 生年月日   | 令和 年 月 日<br>(満 歳 か月) |
|                |           | 保護者の氏名 |                      |

次の質問事項に該当するものを○で囲んでください。( )にはその内容を書いてください。

| 質問事項                                                                                            | 回答欄              |                    | 医師記入欄 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|--------------------|-------|
| 今日受ける予防接種について説明書を読みましたか                                                                         | はい               | いいえ                |       |
| 接種を受ける人は広島市民ですか(広島市に住民登録をしていますか)                                                                | はい               | いいえ                |       |
| あなたのお子さんの発育歴についておたずねします<br>出生体重 ( ) g 分娩時に異常がありましたか<br>出生後に異常がありましたか<br>乳児健診で異常があると言われたことがありますか | あった<br>あった<br>ある | なかった<br>なかった<br>ない |       |
| 今日体に具合の悪いところがありますか<br>具体的な症状を書いてください ( )                                                        | はい               | いいえ                |       |
| 最近1か月以内に病気にかかりましたか<br>病名 ( )                                                                    | はい               | いいえ                |       |
| 1か月以内に家族や遊び仲間に麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどの<br>病気の方がいましたか(病名 )                                            | はい               | いいえ                |       |
| 生まれてから今までに家族など身のまわりに結核にかかった方がいましたか                                                              | はい               | いいえ                |       |
| 1か月以内に予防接種を受けましたか<br>予防接種の種類 ( )                                                                | はい               | いいえ                |       |
| 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<br>他の病気にかかり、医師の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言われましたか                                                           | 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                                                                  | はい               | いいえ                |       |
| そのとき熱が出ましたか                                                                                     | 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                |       |
| 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                |       |
| これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか<br>予防接種の種類 ( )                                                    | ある               | ない                 |       |
| 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                |       |
| 6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射を受けましたか                                                                  | はい               | いいえ                |       |
| 今日の予防接種について質問がありますか                                                                             | はい               | いいえ                |       |

※ 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、麻疹などの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。

|        |                                                                                                                                                                             |
|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 医師記入欄  | 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。<br>・接種を見合わせる理由 ( )<br>保護者に対して、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                                                                                                                                                                  |
| 保護者記入欄 | 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、接種することに ( 同意します・同意しません ) ※かつこの中のどちらかを○で囲んでください。<br>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、本予診票が市町村に提出されることに同意します。 |
|        | 保護者自署                                                                                                                                                                       |

|                     |                            |                             |
|---------------------|----------------------------|-----------------------------|
| 使用ワクチン名             | 接種量                        | 医療機関所在地・医療機関名・医師名・接種(予診)年月日 |
| ワクチン名               | 規定量をBCG<br>用管針を用いて<br>経皮接種 | 所 在 地                       |
| Lot No.             |                            | 医 療 機 関 名                   |
| (注) 有効期限が切れていないか要確認 |                            | 医 師 名                       |
|                     |                            | 接種(予診)年月日 令和 年 月 日          |

(注) 予診のみの請求は、被接種者の体調により接種を見合わせる場合で、同日に、保険診療を行っていないもののみ可能です。  
請求の際は、医療機関コードを用紙右上に記載してください。

|                 |                 |                |
|-----------------|-----------------|----------------|
|                 |                 |                |
|                 |                 |                |
| <p>1. 姓名</p>    | <p>2. 性别</p>    | <p>3. 年龄</p>   |
| <p>4. 民族</p>    | <p>5. 籍贯</p>    | <p>6. 职业</p>   |
| <p>7. 文化程度</p>  | <p>8. 婚姻状况</p>  | <p>9. 健康状况</p> |
| <p>10. 宗教信仰</p> | <p>11. 政治面貌</p> | <p>12. 其他</p>  |
| <p>13. 备注</p>   |                 |                |
|                 |                 |                |
|                 |                 |                |
|                 |                 |                |
|                 |                 |                |
|                 |                 |                |
|                 |                 |                |
|                 |                 |                |
|                 |                 |                |
|                 |                 |                |
|                 |                 |                |
|                 |                 |                |
|                 |                 |                |
|                 |                 |                |
|                 |                 |                |
|                 |                 |                |