

小児用肺炎球菌ワクチンの接種を受けるに当たっての説明

○ 保護者の方へ : 必ずお読みください。

1 肺炎球菌について

肺炎球菌は、細菌による子どもの感染症の二大原因のひとつです。この菌は子どもの多くが鼻の奥に保菌していて、ときに細菌性髄膜炎、菌血症、肺炎、副鼻腔炎、中耳炎といった病気を起こします。肺炎球菌性髄膜炎は死亡例と後遺症例(水頭症、難聴、精神発達遅延など)をあわせると全体の40%近くに達します。初期の主な症状は、髄膜炎もその前段階となる菌血症も発熱などで、かぜ症状と区別が付きません。肺炎球菌にかかりやすいのは生後3か月以降から5歳くらいまでです。患者数は、細菌性髄膜炎が5歳未満の小児10万人当たり2.9人とされ年間200人くらいです。

2 予防接種の効果と副反応について

子どもで重い病気を起こしやすい7つの血清型について、子どもの細菌性髄膜炎などを予防するようにつくられたのが、小児用肺炎球菌ワクチン(7価肺炎球菌結合型ワクチン)です。

このワクチンは2000年にアメリカで接種が開始され、現在では、100か国近くで標準的に使用されています。このワクチンを接種することで細菌性髄膜炎や菌血症を激減することが多くの国から報告されています。わが国では、平成21年10月に承認され、平成22年2月に接種できるようになりました。

ただし、予防接種により、軽い副反応がみられることがあります。また、極めて稀ですが、重い副反応がおこることがあります。予防接種後にみられる反応としては、以下のとおりです。

○ 小児用肺炎球菌ワクチンの主な副反応

主な副反応は、海外からの報告では、局所反応(10~20%)、発熱(15~24%)で重いものはまれです。

稀に生じる重い副反応としては、海外からの報告によりますと、①ショック、アナフィラキシー様反応(じんましん・呼吸困難など)、②けいれんがあります。

3 接種スケジュールについて

岡山市の行政措置予防接種による、小児用肺炎球菌ワクチンの接種対象者は、生後2か月以上5歳未満の乳幼児です。

接種スケジュールは、接種開始時の月齢(年齢)に応じて以下のとおり異なります。

■ 標準的な接種スケジュール

接種開始月齢	接種回数		受け方
生後2か月以上 7か月未満	初回 免疫	3回	27日以上の間隔で3回接種。ただし、3回目の接種は、生後12か月未満までに完了する。
	追加 免疫	1回	3回目の接種後60日以上の間隔で1回接種。当該接種は、標準として生後12か月から15か月の間に行う。

■ 標準的な接種機会を逃した者の接種スケジュール①

接種開始月齢	接種回数		受け方
生後7か月以上 12か月未満	初回 免疫	2回	27日以上の間隔で2回接種
	追加 免疫	1回	2回目の接種後60日以上の間隔で生後12か月後に1回接種

(裏面もご覧ください)

■ 標準的な接種機会を逃した者の接種スケジュール②

接種開始月齢（年齢）	接種回数	受け方
生後 12 か月（1 歳）以上 24 か月（2 歳）未満	2 回	60 日以上の間隔で 2 回接種

■ 標準的な接種機会を逃した者の接種スケジュール③

接種開始月齢（年齢）	接種回数
生後 24 か月（2 歳）以上 5 歳未満	1 回

4 異なった種類のワクチンを接種する場合の間隔について

小児用肺炎球菌ワクチンの接種後に、異なった種類のワクチンを接種する場合には、接種日の翌日から起算して、6 日以上の間隔をあける必要があります。

5 予防接種による健康被害救済制度について

- 予防接種の実施においては、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もあります。
 - このような場合に厚生労働大臣が予防接種法に基づく定期の予防接種によるものと認定したときは、予防接種法に基づく健康被害救済の給付の対象となります。
 - また、定期の予防接種以外の行政措置予防接種（岡山市独自の制度）で同様の重い副反応が生じた場合に、行政措置予防接種によるものと市が認定したときは市の補償がありますが、予防接種法に基づく定期の予防接種による健康被害救済制度の補償内容とは異なります。（小児用肺炎球菌ワクチン接種は、行政措置予防接種です。）
 - なお、定期、行政措置の予防接種ではない任意の予防接種による副反応が生じた場合には、独立行政法人医薬品医療機器総合機構法に基づく副作用救済の給付の対象となります。
- ※ 給付申請の必要が生じた場合には、診察した医師、岡山市保健所保健課へご相談ください。

この説明書の他に、お手元の「予防接種手帳」には、予防接種を受ける前に知っていたく必要のある予防接種制度の概要、予防接種の効果や副反応、その他予防接種に関する注意事項などが記載されています。予防接種を受ける前に、「予防接種手帳」を必ず読んでください。

【お問い合わせ先】岡山市保健所保健課 感染症対策係 電話 086-803-1262

財団法人予防接種リサーチセンター発行「予防接種と子どもの健康（2010年度版）」 一部改変

行政措置予防接種(小児用肺炎球菌ワクチン接種)予診票

接 種 区 分			
1 : 1回目	2 : 2回目	3 : 3回目	4 : 4回目

		診察前の体温	度 分
住 所	岡山市 区	電 話 番 号	— —
受ける人の氏名		男	生 年 平 成 年 月 日 生
保護者の氏名		女	月 日 (満 歳 か月)

質 問 事 項	回 答 欄	医 師 記 入 欄
① 今日受ける予防接種について市町村から配られている説明書を読みましたか	は い 　 い い え	
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 　 な っ た あ っ た 　 な っ た あ る 　 な い	
③ 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	
④ 最近1か月以内に病気にかかりましたか 病名 ()	は い 　 い い え	
⑤ 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病気の方がいましたか 病名 ()	は い 　 い い え	
⑥ 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	
⑦ 1か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	
⑧ 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 は い 　 い い え	
⑨ 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 は い 　 い い え	
⑩ 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	
⑪ 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	
⑫ 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 予防接種の種類 ()	あ る 　 な い	
⑬ 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	
⑭ 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	
⑮ 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。
 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 []

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。
 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。
 また、この予防接種は、保護者の希望により接種するもので、予防接種法に定められているものではありません。
 万が一、接種による健康被害が生じた場合は、岡山市による補償がありますが、補償内容は予防接種法に基づくものとは異なります。
 保護者自署 []

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.	ml	医 師 名
(注)有効期限がきれていないか要確認		接 種 年 月 日 平 成 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か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。
 ※この予診票は、各医療機関において、5年間保存とする。 平成22年度岡山市調整

事業コード		
1 4	5	3 0

接種区分	
4	1 : 1回目 2 : 2回目 3 : 3回目 4 : 4回目

No. _____

5											12
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	----

行政措置予防接種(小児用肺炎球菌ワクチン接種)申込書(個人票)

保護者記入欄	受ける人の名	漢字 13											27	保護者署名			
		カナ															
	生年月日	28	4	平成		年		月		日	性別	1男 2女	年齢	満	歳	か	月
住所		29	岡山市		31	区	33					35	電話番号 - -				

医療機関記入欄	実施年月日	平成	36		年	38		月	40		日	名称 所在地 電話番号 接種医師名					
	結果	42	1 接種 9 接種せず														

※左上の接種区分欄は、医療機関で該当の番号を○で囲んでください。