

ヒブ（インフルエンザ菌 b 型）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 ヒブ（インフルエンザ菌 b 型）について

乳幼児の細菌性髄膜炎を起こす細菌はいくつかありますが、原因の半分以上を占めているのが「インフルエンザ菌 b 型」という細菌で、略して「Hib（ヒブ）」と呼ばれています。インフルエンザ菌、特に b 型は、中耳炎、副鼻腔炎、気管支炎などの表在性感染症の他、髄膜炎、敗血症、肺炎などの重篤な深部（全身）感染症を起こす乳幼児の重篤な病原細菌です。

ヒブは冬に流行するインフルエンザ（流行性感冒）の原因である「インフルエンザウイルス」とは全く別のものです。また、他の多くの細菌やウイルスとは異なり、ヒブは乳幼児に感染しても抗体（免疫）ができず、繰り返し感染することがあります。

ヒブによる細菌性髄膜炎（ヒブ髄膜炎）は、5 歳未満の乳幼児がかかりやすく、特に生後 3 か月から 2 歳になるまではかかりやすいので注意が必要です。日本の年間患者数は少なくとも 600 人と報告されており、5 歳になるまでに 2000 人に 1 人の乳幼児がヒブ髄膜炎にかかっていることとなります。

2 予防接種の効果と副反応について

インフルエンザ菌は 7 種類に分類されますが、重症例は主に b 型のため、ワクチンとしてこの b 型が使われています。このワクチンは世界的に広く使われていますが、わが国でも平成 20 年 12 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。

○ ヒブ（インフルエンザ菌 b 型）ワクチンの主な副反応

主な副反応は、局所反応が中心で、発赤（44.2%）、腫脹（はれ）（18.7%）、硬結（しこり）（17.8%）、疼痛（5.6%）が見られますが、DPT（ジフテリア・百日せき・破傷風の三種混合ワクチン）の副反応と同等くらいと考えて結構です。

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症状（じんましん・呼吸困難など）、②けいれん（熱性けいれん含む）、③血小板減少性紫斑病があります。

このワクチンは、製造の初期段階に、ウシの成分（フランス産ウシの肝臓および肺由来成分、ヨーロッパ産ウシの乳由来成分、米国産ウシの血液および心臓由来成分）が使用されていますが、その後の精製工程を経て、製品化されています。また、このワクチンはすでに世界 100 か国以上で使用されており、発売開始からの 14 年間に約 1 億 5000 万回接種されていますが、このワクチンの接種が原因で TSE（伝達性海綿状脳症）にかかったという報告は 1 例もありません。したがって、理論上のリスクは否定できないものの、このワクチンを接種された人が TSE にかかる危険性はほとんどないものと考えられます。

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、ヒブ（インフルエンザ菌b型）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	4週間から8週間（医師が必要と認めた場合は3週間）の間隔で3回接種
	追加 免疫	1回	3回目の接種後おおむね1年の間隔で1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	4週間から8週間（医師が必要と認めた場合は3週間）の間隔で2回接種
	追加 免疫	1回	2回目の接種後おおむね1年の間隔で1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②

接種開始月齢（年齢）	接種回数
生後12か月（1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

ヒブ（インフルエンザ菌b型）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。（ヒブ（インフルエンザ菌b型）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だ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(ヒブ(インフルエンザ菌b型)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 ・ 女	生年	平成	年	月 日生
保護者の氏名		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(ウシ成分の使用に関する説明を含む)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 かった あ っ た な かった 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、ウシ成分の使用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(ウシ成分の使用に関する説明を含む)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) ml	実施場所
Lot No.		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	2	3
4	4	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(ヒブ(インフルエンザ菌b型)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	36	平成		38	年		40	月		日	名称					
	結果	42	1 接種 9 接種せず									所在地					
												電話番号					
												接種医師名					

※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。