

# BCG (結核) 予防接種

## 結核とは？

結核は結核菌の感染で起こります。

わが国の結核患者はかなり減少しましたが、毎年新たに1万8000人程度の患者が発生しているため、大人から子どもへ感染することも少なくありません。また、結核に対する抵抗力(免疫)は、お母さんからもらうことができないので、生まれたばかりの赤ちゃんもかかる心配があります。乳幼児は結核に対する抵抗力(免疫)が弱いので、全身性の結核症にかかったり、結核性髄膜炎になることもあり、重い後遺症を残す可能性があります。

## 対象年齢と接種回数

1. 対象年齢：生後1歳に至るまで

※1歳になる日の前日までに接種しましょう。

2. 実施場所：別紙の個別予防接種医療機関一覧

3. 個人負担金：無料

**【標準的な接種期間】 ⇒ 生後5ヵ月～8ヵ月になるまでの間に1回**

※ 通知に行き違いの場合がありますので、親子健康手帳と照合して受けてください。

**接種の際は親子健康手帳・予防票をお持ち下さい。(※保険証がなくても接種可能です。)**

## BCG 予防接種後

接種後 10 日後頃に接種局所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。この反応は、接種後 4 週間後頃に最も強くなりますが、その後は、かさぶたができて接種後 3 ヶ月までには治り、小さな傷あとが残るだけになります。これは異常反応ではなく、BCG 予防接種により抵抗力(免疫)がついた証拠です。自然に治るので、包帯をしたり、バンソウコウをはったりしないで、そのまま清潔に保ってください。ただし、接種後 3 ヶ月を過ぎても接種のあとがジクジクしているようなときは医師に相談してください。

## BCG 予防接種の副反応

接種をした側のわきの下のリンパ節がは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、大変大きくはれたり、化膿して自然にやぶれてうみが出る場合があります。また極めてまれに脳炎や神経障害が生じることもあります。このようなときは、すぐに医師の診察を受けてください。



## コッホ現象

お子さんが BCG 予防接種の接種前に結核菌に感染している場合は、接種後 10 日以内にコッホ現象(接種局所の発赤・はれ・および接種局所の化膿等)を起こし、通常 2 週間から 4 週間後に消えて、傷あとが残り、治る一連の反応が起こることがあります。通常の副反応における接種局所の様相の発現時期(おおむね 10 日前後)とは違い、**接種後数日間のうちの早い段階で発現します**。コッホ現象と思われる反応がお子さんにみられた場合は、すみやかにうるま市役所子育て世代包括支援センターに相談あるいは、医師の診察を受けましょう。

接種年月日							
電話番号							
接種する方の氏名				性別	男・女		
接種する方の生年月日	令和 (	年 歳	月 か月)	日	体温	度	分

## BCG予防接種予診票

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うるま市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。 出生時に異常がありましたか。 乳児健診で異常があるとさ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	今日体の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ヶ月以内に病気にかかりましたか。病名 ( )	はい	いいえ	
5	1ヶ月以内に家族や遊び仲間に麻疹、風しん、水ぼうそう、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	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	
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 ( )	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も良いと言われましたか。	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	はい	いいえ	
	そのとき熱がでましたか。	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	近親者の中に先天性免疫不全と診断されている方がいますか。	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がありますか。 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がいますか。	はい	いいえ	
14	6ヶ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの接種を受けたことがありますか。	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	
16	<p>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うえで、接種を希望しますか。 ( 接種を希望します ・ 接種を希望しません )</p> <p>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。 このことを理解のうえ、本予診票がうるま市に提出されることに同意します。 保護者自署</p>			

医師の記入欄：

以上の問診および診察の結果、今日の予防接種は ( 可 ・ 不可 ) 医師署名

使用ワクチン名	接種量	接種医師及び接種医療機関
ワクチン名 Lot No. (注)期限が切れていないか確認	規定量をBCG用管 針を用いて経皮接種 ml	

(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ヶ月以内に受けた方は、予防接種の予防効果が十分に出ないことがあります。

\* 予診票に記入し、親子(母子)健康手帳を持参のうえ接種してください。定期予防接種範囲内の料金は無料です。

\* 市外から転入して既に接種された方、あるいは接種の必要のない方は、うるま市子育て世代包括支援センターまでご連絡ください。