

【参考1】 疾病の概要と予防接種の効果

以下は、予防接種ガイドライン等検討委員会（財団法人予防接種リサーチセンターの設置による委員会）によって取りまとめられたものである。

1 ジフテリア

(1) 疾病の概要

ジフテリアはジフテリア菌の感染によって起こる急性感染症で、菌が侵入した局所の偽膜病変とジフテリア毒素によって生ずる病変に大別される。咽頭ジフテリアは、発熱、嘔吐、頭痛及び咳嗽等を主症状とし扁桃に偽膜をみる。重症例では偽膜部の壊死を起こし悪臭を放つ。咽頭ジフテリアの特徴は嗄声、犬吠様咳嗽である。鼻ジフテリアは鼻炎とともに鼻汁に血液が混じり鼻孔周囲にびらん、血痂をみる。毒素による症状には心筋炎、神経麻痺がある。心筋炎は心筋、伝導系及び血管運動神経がジフテリア毒素により侵され、多くは発病2～3週後に発症し突然心筋障害で死亡することがある。神経麻痺にはジフテリア毒素が末梢神経に作用するために起こる。軟口蓋、呼吸筋及び四肢筋等の麻痺が起こる。

(2) 予防接種の効果

予防接種によりジフテリア患者が著明に減少していることから、その効果は明らかである。また、厚生労働省感染症流行予測調査報告によると、1981年に導入された現行のDPTワクチン接種後のジフテリア免疫は1983年以前の調査成績と比較して同等又はそれ以上である。

この調査の長年にわたる報告の結果は、わが国におけるジフテリア免疫が全面的に予防接種に依存しており、予防接種スケジュール及びワクチンの変更がそのまま免疫状態に反映されてきたことを示している。日本ではジフテリア菌の分離は近年まれであるが、ジフテリアの保菌者が存在する可能性があること、ロシア等の流行を考えると、海外からジフテリア菌が持ち込まれる危険性もあることなどから、今後もお一定レベルの免疫の維持が必要である。前述した接種方法で行うと、血清中の抗毒素は0.03u/ml以上に保たれ、約10年間持続する。

2 百日せき

(1) 疾病の概要

百日せきの病態には3つの段階がある。カタル期には感冒様症状が約1～2週ほど続き、次に痙咳期という典型的な症状が認められる。連続性の激しい咳嗽が発作性に起こり、息を吸う間がないため、静脈圧の亢進によって顔面の紅潮、眼瞼浮腫、顔面の点状出血及び眼球結膜の出血等が現れる。咳発作の後に急に息を吸うので吸気性の笛音が聞かれる。咳嗽発作の無いときは全く正常の状態であることが他の気道疾患と異なる。乳児期には無呼吸発作のためチアノーゼ、けいれんを起こすことがある。また、脳症を起こし、重い後遺症を起こすことがある。この激しい咳発作の回数は次第に減少してくるが、多くは2ヵ月程残る。回復期に入ると発作回数は減少するが、この間感冒などに罹患すると典型的な発作が時としてみられる。2～3週間で治癒する。

(2) 予防接種の効果

現行の無細胞性百日せきワクチンの効果は、1970年代後半に再流行した百日せきがこのワクチンの導入後漸減し、1990年代に入ってから、1970年代前半の患者数に近く、流行が阻止されたことから明らか

である。また、百日せきワクチン導入後の家族内感染防止効果を見ると家族内百日せきが発生したときに、百日せきワクチンを接種していたものは被接種者に対し、約90%以上の発症防止効果があったことが確認されている。ワクチン接種後にはこれに含有される感染防御抗原（PT：百日せき毒素，FHA：繊維状赤血球凝集素）に対する一定の抗体が産生され、発症予防効果を得る。厚生労働省感染症流行予測調査報告によれば、これら両抗体保有状況とワクチン接種歴がほぼ一致するとされ、血清学的にもワクチン接種の効果が証明されている。しかしながら発症阻止に必要な抗体レベルはいまだ不明で、わが国で製造されている5製品のワクチンの組成も一定していない。

3 破傷風

(1) 疾病の概要

破傷風菌は嫌気性、芽胞形成グラム陽性桿菌である。これは土壌の中に広く分布しており、外傷、火傷及び挫創部からヒトの体内に侵入する。侵入部で菌は増殖し毒素を産生し中枢神経を侵す。潜伏期は約4～12日であるが、これが短いほど予後が悪い。咬筋のけいれんによる開口不能、顔面筋のけいれんによる痙攣に始まり数日以内に躯幹筋の強直性けいれんを起こし後弓反張を呈する。日光、騒音のような刺激で全身性強直をきたし、次第に激しさと頻度を増し死に至ることがある。

(2) 予防接種の効果

トキソイドによる免疫効果は著明で、初回接種、追加接種で0.1u/ml以上の血中毒素量が得られる。追加接種後の抗毒素産生能は10年以上続くといわれるが、抗毒素量を防御レベル以上に保つために11～12歳で追加接種を受ける必要がある。

4 ポリオ

(1) 疾病の概要

ポリオウイルスの宿主はヒトだけであり、他の動物への感染はない。また媒介生物も存在しない。したがって感染はヒトからヒトへの伝播のみであり、糞便中に排泄されたウイルスが経口又は咽頭から生体に侵入する。このウイルスの感染症のほとんどは症状を呈しない不顕性感染に終わり、終生免疫を獲得する。約5～10%に夏かぜ症候群と呼ばれる軽症の上気道炎又は胃腸炎症状を呈し、夏期に流行する。感染者の1,000～2,000人に1人に麻痺を生じ、一部のものは永久麻痺を残す。感染から発症までの潜伏期間は4～35日（平均15日）である。

腸管粘膜細胞で増殖したウイルスが、流血中に侵入し、中枢神経系臓器を標的にして、ここで再増殖する。脊髓前角細胞は、このウイルスの主な標的であり、ここの炎症の結果同側上下肢に弛緩性麻痺を生ずる。ときに上向性に病変が広がり、横隔膜神経麻痺や延髄麻痺を生じて呼吸不全を起こし、死の転帰をとることもある。

(2) 予防接種の効果

ワクチンに含まれる3型のウイルス株がすべて十分増殖すれば、接種後4～6週間で終生免疫が得られる。1回の接種で3型すべてのウイルスが増殖しないことがあるので、抗体を獲得できなかった型のウイルスに対する免疫を賦与するために複数回接種する。ワクチン接種による予防効果に関しては、わが国をはじめ、多くの地域で野生株によるポリオ根絶に成功したことで確認されている。

5 麻疹

(1) 疾病の概要

麻疹ウイルスによる全身感染症である。ウイルスは空気感染（飛沫核感染）する。上気道の局所リンパ節での増殖後、一次ウイルス血症、二次ウイルス血症をきたす。ウイルスはリンパ球で増殖する。血中抗体ができ始めた時、アレルギー反応として、紅斑を生じる。抗体ができると、ウイルスは速やかに血中から排除される。ウイルスは、カタル期のはじめから発疹出現後6日程度まで、咽頭に証明される。

ウイルス感染約10日後、中等度発熱及びカタル症状が始まり、コプリック斑（頬粘膜に形成された巨細胞）が出現、2～3日発熱が続いてから、高熱とともに発疹が出現する。発疹は、3～4日で色素沈着を残して消退する。

麻疹ウイルス感染により、免疫機能低下を来すため、易感染性となり、肺炎（二次感染）、中耳炎を合併する。かつては、結核の増悪が知られていた。脳炎の合併率は、約1,000人に2人（2001年度大阪感染症流行予測調査会報告書）である。亜急性硬化性全脳炎（SSPE）の発症は、1970～1978年に麻疹に罹患した症例について調査した1993年の報告では100万人に21人（48,000人に1人）である。

(2) 予防接種の効果

麻疹ワクチンの効果は非常に高く、各社の接種試験成績によれば、麻疹ワクチン接種により、被接種者の約95%以上が免疫を獲得する。ワクチンによる免疫はこれまでのところ長期にわたり持続すると考えられているが、ワクチン接種を受けたものの中で、その後に麻疹に罹患する者が数%ある。この中には、ワクチンの効果がなかった場合（primary vaccine failure）とワクチンによって獲得された免疫が持続

しなかった場合（secondary vaccine failure）とが含まれている。最近のわが国での流行では、そのほとんどはワクチン未接種の発症であるが、ワクチン接種者の中での発症もみられる。

6 風しん

(1) 疾病の概要

風しんは、急性ウイルス発疹症である。潜伏期は2～3週間、癒合傾向の少ない紅色斑丘疹、発熱、頸部リンパ節腫脹などを主徴とする。眼球結膜の軽度の充血や口蓋粘膜の出血斑、肝機能障害などもみられる。年長児や成人では関節炎の頻度が高い。予後は一般に良好であるが、血小板減少性紫斑病が3,000人、脳炎が6,000人に1人、まれに溶血性貧血もみられる。妊娠初期の妊婦が風しんウイルスに初感染すると、胎児に感染して先天性風しん症候群（難聴、先天性心疾患、白内障及び網膜症等）が出生する。

最近、大規模な流行の発生はないが、散発的な地域流行は続いており、その中で先天性風しん症候群の発生も報告されている。

(2) 予防接種の効果

風しんワクチンは、各社とも接種を受けた者の約95%以上に風しんHI抗体の陽転がみられる。HI抗体価の上昇は自然罹患より低いが、20年近く抗体が持続し、自然感染による発症を防御しうる。風しん患者と接触した後、ワクチンを接種しても確実に予防できるとは限らないが、接種自体はかまわない。

7 日本脳炎

(1) 疾病の概要

日本脳炎は潜伏期7～10日、突然の高熱、頭痛、嘔吐、意識障害及びけいれん等を主徴とするウイルス性の急性脳炎である。かつては死亡率、後遺症を残す率がそれぞれ約30%といわれ、現在では死亡率15%程度と考えられているが、なお神経学的後遺症を残す例が多い。感染者1,000～5,000人に1人が脳炎を発症すると考えられている。脳炎以外に不全型無菌性髄膜炎、夏かぜ様疾患もみられる。

最近では年10人程度が西日本地区で高齢者を中心に発症しているが、若年者の発症もみられている。かつて好発年齢であった幼児、学童は、予防接種対象年齢にあたっており、現在はほとんど発症がみられなくなった。

食用として毎年多数出生、飼育されているブタが日本脳炎ウイルスの増殖動物とされている。豚間の流行は毎年6月頃より始まり、関東以南では多くの県で10月までに約80%以上の感染率を示し、日本脳炎ウイルスの存在が示されている。ブタからヒトへの感染はコガタアカイエカを介する。ヒトは終末宿主であり、ヒトからヒトへのウイルスの伝播はない。自然界における宿主や日本への伝播経路などについてはなお不明な点が多い。日本脳炎は、東南アジア及び東アジアに広く分布し、患者が多発している。

(2) 予防接種の効果

初回接種2回と次年度の追加接種1回の計3回の接種をもって基礎免疫の完了と考える。抗体産生は良好である。台湾やタイでの大規模な野外接種試験では日本脳炎ワクチン2回接種群は80%以上の有効率を示し、非接種群に比して自然感染に対する優れた防御能を示した。

8 結核

(1) 疾病の概要

結核は菌陽性肺結核患者が咳をした時などに飛散する菌で空気感染（飛沫核感染）する。感染すると肺には初感染原発巣が形成され、まもなく肺門リンパ節にも病巣を作る。約80%程度はこの段階で病巣に石灰が沈着して治癒するが、結核菌が血行性、リンパ行性、あるいは管内性に全身どの臓器にも拡がることもあり、肺結核、結核性髄膜炎、粟粒結核、胸膜炎、骨・関節結核、腎結核等を起こしうる。肺結核が最も多く、結核患者の約80%を占める。発病は感染後1年以内のことが多いが、病巣内に閉じ込められた結核菌は長く生存できるので10年、20年後に発病することもある。わが国では今でも毎年3万人近くの人が発病している。発病者の約半数は60歳以上の高齢者であるが、小児、若年者の結核もみられ、最近では減り方が鈍っている。結核の化学療法の進歩はめざましく、ほとんどの例を薬で治すことができるが、今でも6ヵ月以上の治療が必要である。

(2) 予防接種の効果

BCG接種による結核発病予防効果については、最近活発に検討が行われた。その結果は次のように要約できる。①BCG接種は適切に行われれば結核の発病を、接種をしなかった場合の4分の1くらいに抑える。②BCG接種は、結核性髄膜炎や粟粒結核など小児の重篤な結核の発病予防には特に効果は確実である。③BCGワクチンは一度接種すれば、その効果は10年～15年程度持続する。

(文責：予防接種ガイドライン等検討委員会)

【参考2】予防接種要注意者の考え方

以下は、予防接種ガイドライン等検討委員会による、情報提供である。

1. 心臓血管系、腎臓疾患、肝臓疾患、血液疾患及び発育障害等の基礎疾患を有することが明らかな者

ア 心臓血管系疾患を有する者

日本小児循環器学会の見解（平成18年3月）によれば、原則的には、予防接種を行うべきである。ただし、次に述べる状況、病態においては、接種前、接種後に十分な観察を行い、注意を払う。

- (1) 重篤な心不全がある者
- (2) 低酸素発作を有する者
痛みによって発作が誘発されないよう注意すること。
- (3) 現在、心筋炎、心膜炎、川崎病、心内膜炎、リウマチ熱に罹患している者
- (4) 川崎病罹患後は、13頁の(15)を参照
- (5) 無脾症候群：肺炎球菌ワクチンの適応である
- (6) 慢性の心疾患を有する小児では、インフルエンザによるリスクが高い故、インフルエンザワクチンの接種が望ましい。

イ 腎臓疾患を有する者

日本小児腎臓病学会の見解（平成18年3月）によれば、接種をしてはならない者は、以下のとおりとされている。

- (1) 急性腎不全の者
- (2) 急性期、増悪期の者
- (3) プレドニゾン投与量が2mg/kg/日以上の方
- (4) その他、医師が不適当と認めた者

以下の者に接種した場合には接種後抗体価モニターと必要に応じた

追加接種が必要である。

- (1) 副腎皮質ホルモン剤（プレドニン）投与量が2mg/kg/日以下の者
- (2) 免疫抑制剤使用中又は中止後6ヵ月以内の方

ウ 悪性腫瘍の患者

日本小児血液学会の見解（平成18年3月）によれば、原則として、完全寛解期に入って、細胞性免疫能が回復した時点で接種を行う。維持療法中でも必要性の高い麻しん、水痘等については、免疫能チェックを実施し、時期をみて接種を行う。

エ HIV感染者

日本小児感染症学会の見解（平成18年3月）によれば、HIV感染者及びエイズ患者に対しては、ポリオ及びBCGの予防接種を行ってはならないが、DPT、日本脳炎、インフルエンザの予防接種を行うことはできる。麻しん、風しんについても、CD4細胞数など状況に応じて接種を行う。

オ 重症心身障害児（者）

厚生労働科学研究事業のハイリスク児・者に対する接種基準と副反応に関する研究班2003年の見解による予防接種基準は以下のとおりとされている。

重症心身障害児（者）は、発育障害、けいれんなどがあるため予防接種を受けていない例が多い。しかし、デイケアや施設入所などの際に感染症に罹患する機会が多く、また、感染症に罹患した際に重症化が予測されるため、予防接種を行うことが望ましい。

予防接種を行うにあたり、主治医（接種医）は保護者に対して、個々の予防接種の必要性、副反応、有用性について十分な説明を行い、同意を得ることが必要である。さらに発熱、けいれん、状態の変化などが起きた場合の十分な指導をしておく。

原則として主治医又は予防接種担当医が個別に接種する。

- (1) 発育障害が明らかであっても、全身状態が落ち着いており、接種の有用性が大きければ、現行の予防接種は接種して差し支え

ない。

- (2) 接種対象年齢を過ぎていても、接種の有用性が大きければ、接種して差し支えない。
- (3) てんかん発作が認められても、その発作状況が安定していることが確認されていれば、主治医（接種医）の判断で接種して差し支えない（てんかんの既往のある者の項、54頁参照）。
- (4) 乳幼児期の障害児で、原疾患が特定されていない例では、接種後、けいれんの出現や症状の増悪を認めた場合、予防接種との因果関係をめぐって、混乱を生じる可能性があるため、事前に保護者への十分な説明と予診票で同意を確認することが必要である。

カ 低出生体重児

日本未熟児新生児学会の見解（平成18年3月）によれば、出生時からの合併症がないことを確認の上、以下の要領で接種を行う。

- ・予防接種の原則は一般乳児と同様に適用する。
- ・ワクチンの接種開始は、出生後日齢、歴月齢を適用する。

キ その他基礎疾患がある者

日本小児感染症学会によれば、上記（ア～カ）以外の基礎疾患のある者及び臓器・骨髄移植患者においては、以下の事項を基本条件としてその疾患の主治医と接種医が可能と認めれば接種する。

- ・基礎疾患の診断がついていること
- ・抗体産生能に異常が考えられないこと
- ・基礎疾患が疾病として安定期にあること

2. 過去にけいれんの既往のある者

ア 熱性けいれんの既往のある者

日本小児神経学会の見解（平成18年3月）によれば、熱性けいれんをもつ小児への予防接種基準は以下のとおりとされている（「脳と発達」2002, 34, 166～169の解説、Q & A1～12を参照）。

- (1) 予防接種の実施の際の基本的事項

現行の予防接種はすべて行って差し支えない。ただし、接種する場合には次のことを行う必要がある。

- ・保護者に対し、個々の予防接種の有用性、副反応（発熱の時期やその頻度他）、などについての十分な説明と同意に加え、具体的な発熱等の対策（けいれん予防を中心に）や、万一けいれんが出現した時の対策を指導する。

(2) 接種基準

- 1) 熱性けいれんと診断された場合は、最終発作から2～3ヵ月の観察期間をおけば(1)の条件のもとで接種可能である。
- 2) ただし、接種を受ける小児の状況とワクチンの種別により、主治医の判断でその期間の変更は（短縮も）可能である。
- 3) 長時間けいれん（15分以上発作が持続）の既往例は、小児科専門医ないし小児神経専門医が診察しその指示のもとで施行する。

(3) けいれん予防策

発熱の予測される予防接種では、発熱の出現しやすい時期に発熱を認めたらジアゼパム坐剤を予防的に投与する。ただし予防投与の必要性や下記用法、用量は、主治医（接種医）の判断によって、患者ごとに変更しうる。発熱率の比較的高いのは麻しんで、時期は接種後1～12日（特に7～10日）、ついでDPTでその時期は1～6日（特に1～2日）である（接種日を0日とする）。

坐薬：ジアゼパム坐剤（製品：ダイアップ坐剤4mg、6mg、10mg）

用量：0.4～0.5mg/kg/回（最大10mg/回）

用法：37.5℃以上の発熱を目安に、速やかに直腸内に挿入する。

初回投与後8時間経過後もなお発熱が持続する時は、同量を追加投与してもよい。通常、2回以内の投与で終了とする。状況判断で、3回目投与を行ってもよいが、3回目は初回投与から24時間経過後とする。

(注) 1. 坐剤がない場合はジアゼパム経口剤（製品：セルシン、

ホリゾン；散，錠，シロップ）でもよい。投与量は同量で，薬物動態は坐剤とほぼ同じである。

2. 解熱剤の併用：ジアゼパム坐剤と解熱剤の坐剤を併用する場合にはジアゼパム坐剤投与後少なくとも30分以上間隔をあける（解熱剤の坐剤の成分がジアゼパムの吸収を阻害する可能性があるため）。経口投与をする解熱剤は同時に併用してもよい。
3. ジアゼパム投与で，眠気，ふらつき，極くまれに興奮などがみられることがある。

イ てんかんの既往のある者

厚生労働科学研究事業のハイリスク児・者に対する接種基準と副反応に関する研究班2003年の見解による予防接種基準は以下のとおりとされている。

てんかんをもつ小児は，さまざまな感染症疾患に自然罹患することにより，発熱などによるけいれん発作再燃や発作重積症などのリスクをもっている場合が多い。

また，けいれん発作などがあるために予防接種の機会を逸することが多く，児が集団生活を行う上で支障をきたすことがある。

この基準はてんかんをもつ小児を感染症から防御して，良好な日常生活を送るため，安全に予防接種が受けられることを配慮したものである。

- (1) コントロールが良好なてんかんをもつ小児では，最終発作から2～3ヵ月程度経過し，体調が安定していれば現行のすべてのワクチンを接種しても差し支えない。
- (2) (1)以外のてんかんをもつ小児においてもその発作状況がよく確認されており，病状と体調が安定していれば主治医（接種医）が適切と判断した時期にすべての予防接種をしても差し支えない。
- (3) 発熱によってけいれん発作が誘発されやすいてんかん児（重症ミオクローニてんかんなど）では，副反応による発熱が生じた場合の発作予防策（ジアゼパム坐剤，経口剤など）と万一発作時の

対策を指導しておく。

- (4) A C T H療法後の予防接種は6ヵ月以上あけて接種する（下記注を参照）。
 - (5) ガンマグロブリン大量療法（総投与量が約1g/kg以上）後の生ワクチン（風疹，麻疹，水痘，ムンプスなど）は6ヵ月以上，それ以外の量では3ヵ月以上あけて接種する。ただし，接種効果に影響がないワクチン（ポリオ，B C G，D P T，インフルエンザなど）はこの限りではない。
 - (6) なお，いずれの場合も事前に保護者への十分な説明と予診票で同意を確認することが必要である。
- (注) A C T H後の免疫抑制状態における生ワクチン接種による罹患と抗体獲得不全のリスクは，A C T H投与量，投与方法で差があるので主治医（接種医）の判断でこの時期は変更可能である。

3. 過去に免疫不全の診断がなされている者

日本小児感染症学会の見解（平成18年3月）による予防接種基準は以下のとおりとされている。

ア 免疫不全をきたすおそれのある疾病を有する者

白血病や悪性リンパ腫等に対しては，生ワクチンはワクチンウイルスによる発症や感染が持続する可能性があるため，接種は避けたほうがよい。ただし，疾患罹患のおそれ大きいときはむしろ予防接種が勧められる。

イ 免疫不全きたすおそれのある治療を受けている患者

放射線治療を受けている患者，長期又は大量の副腎皮質ステロイド薬，抗腫瘍薬等を使用中の患者及びこれらの治療中止後6ヵ月以内の者には，予防接種を行わない。

ウ 先天性免疫不全症が判明している患者

T細胞機能不全をきたす免疫不全患者には，生ワクチン接種を行ってはならない。無ガンマグロブリン血症におけるポリオワクチン，慢

性肉芽腫症におけるBCGワクチンは、これらの持続感染をきたすことがある。ただし、これらの疾患はすでに診断が下されている場合を除いては、これを接種時に除外することは實際上、不可能である。

その他、最近では自己炎症性症候群など予防接種の効果と安全性について、充分検討されていない疾患も分かってきており、発熱を繰り返す患者などの予防接種には専門家との十分な相談が必要と考える。

4. 接種しようとする接種液の成分に対して、アレルギーを呈するおそれのある者

日本小児アレルギー学会の見解（平成18年3月）による予防接種基準は以下のとおりとされている。

気管支喘息、アトピー性皮膚炎、アレルギー性鼻炎、蕁麻疹、アレルギー体質などといわれているだけでは、予防接種不適合者にはならない。

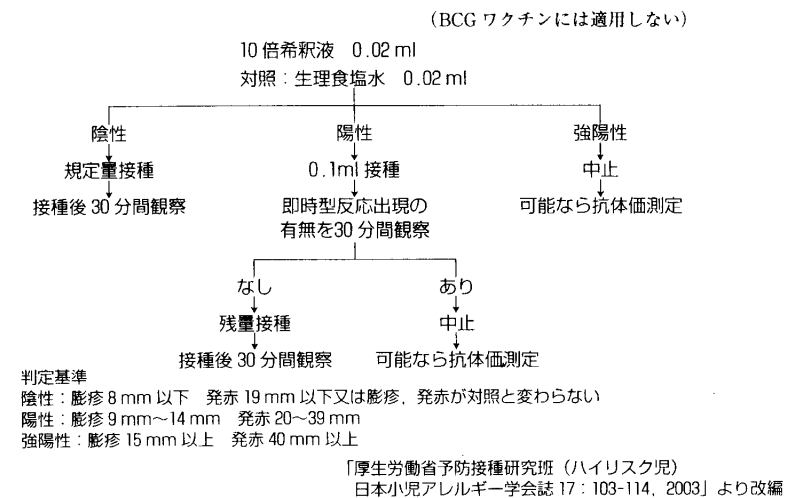
ワクチン成分に対してアレルギーを有すると考えられる者（卵白RAST陽性、又は卵摂取後の蕁麻疹の既往など）が予防接種要注意者に該当する。ワクチン成分でアレルギーと関連した報告があるのは、卵関連成分、ゼラチン、チメロサル及び抗生物質である。同じワクチンでもメーカーにより成分が異なるため、必ずワクチン添付文書でその内容を確認する。

現行の麻しん及びおたふくかぜワクチンは、ニワトリ胎児線維芽細胞を用いた組織培養由来で、卵白と交差反応を示す蛋白は、ほとんど含まれていない。このため、米国では、重度の卵アレルギーを有する小児でも、麻しん及びおたふくかぜワクチン（MMRワクチンを含む）接種児にアナフィラキシー反応のリスクは低く、事前の皮膚テストなしに接種できるとしている（Report of the Committee on Infectious Disease, American Academy of Pediatrics：Red Book 2000）。

わが国では、1994年以降、生ワクチン接種後のアナフィラキシー反応が急増した。その原因が安定剤として添加されていたゼラチンの増

量であることが解明され、ワクチンからゼラチンが除去された。その結果、生ワクチン接種後のアナフィラキシー反応は、ほとんど報告されなくなり、卵アレルギー児でも安全に接種できている。ただ、卵摂取後のアナフィラキシーの既往のある児で接種医が接種後のアナフィラキシー反応を懸念している場合、事前に接種ワクチンによる皮膚テストを行う方法以外に、現状では即時型副反応を予測できる有用な方法は見当たらない。いくつか行われている皮膚テストの一つの方法を以下の図に示す。

図 ワクチン液による皮内反応を行う場合



現行のインフルエンザワクチン及び黄熱ワクチンは、微量ではあるが卵蛋白が含まれている。このため、重度の卵白アレルギー児（RASTスコア5～6、卵摂取後のアナフィラキシーなど）では、事前に接種ワクチンによる皮膚テストを行うことが推奨されている。卵に対する軽度または局所的なアレルギー反応のみの場合は、皮膚テストは必ずしも必要ではない。

（文責：予防接種ガイドライン等検討委員会）

予防接種ガイドライン等検討委員名簿

氏 名	所 属・職 名
飯 沼 雅 朗	社団法人日本医師会常任理事
稲 松 孝 思	東京都老人医療センター感染症科・研究検査科部長
植 田 和 子	高知市保健所長
大 矢 達 男	鎌倉女子大学大学院児童学研究科教授
岡 田 賢 司	独立行政法人国立病院機構福岡病院小児科部長
岡 部 信 彦	国立感染症研究所感染症情報センター長
◎ 加 藤 達 夫	国立成育医療センター病院長
西 埜 章	明治大学法科大学院教授
平 山 宗 宏	社会福祉法人恩賜財団母子愛育会 日本子ども家庭総合研究所名誉所長
南 砂	読売新聞社編集局解説部次長
森 亨	国立感染症研究所ハンセン病研究センター長
山 本 光 興	社団法人北多摩医師会会長

◎印 委員長

(50音順・敬称略)

財団法人 予防接種リサーチセンター

〒160-0022

東京都新宿区新宿1-29-8

電 話 (03)3341-8864

F A X (03)3341-8860

(1994年9月 作製)

(1996年 改編)

(1998年 改編)

(2003年11月 改訂版)

(2005年 改編)

(2006年3月 改訂版)

(2007年3月 改訂版)

