

麻しん（はしか）・風しん予防接種説明書（第1期・第2期対象）

（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。）

麻しんと風しんに対する免疫を確実につけるために、1期と2期の2回予防接種を受けることになっています。それぞれ、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 麻しん（はしか）・風しんの症状について

○ 麻しん

麻しん（はしか）は、麻しんウイルスの空気感染・飛沫感染・接触感染によって人から人へと感染する病気です。その感染力は非常に強く、免疫を持っていない人が感染するとほぼ100%発症すると言われています。

潜伏期間は約10～12日で、その後、38℃前後の熱とせき、鼻水が2～3日続いた後、39～40℃の高熱となり、赤い発しんが首すじや顔などから全身に広がります。高熱は3～4日で解熱し、次第に発しんは消失しますが、色素沈着がしばらく残ります。

主な合併症には、気管支炎、肺炎、中耳炎、脳炎などがあります。

また、麻しんにかかると数年から10数年経過した後に亜急性硬化性全脳炎（SSPE）という重い脳炎を発症することがあります。これは、麻しんにかかった方のうち約10万人に1人の割合で見られます。

死亡する割合は、先進国であっても約1,000人に1人と言われています。

唯一の有効な予防法は、ワクチンの接種により、麻しんに対する免疫を獲得することです。

○ 風しん

風しんは、風しんウイルスの飛沫感染によって人から人へと感染する病気です。

潜伏期間は約14～21日で、その後、主な症状として、麻しんより淡い色の赤い発しん、発熱、首のうしろのリンパ節の腫れなどが現れます。

合併症として関節痛、血小板減少性紫斑病、脳炎などが報告されています。血小板減少性紫斑病は風しん患者3,000～5,000人に1人、脳炎は風しん患者4,000～6,000人に1人ほどの割合で見られます。大人になってからかかると子どもの時より重症化する傾向があります。

妊娠初期の女性が風しんにかかると、胎児が風しんウイルスに感染し、難聴、白内障、心疾患などのほか、精神や身体の発達の遅れ等の障害を持った赤ちゃんが生まれる可能性があります。これらの障害を先天性風しん症候群といいます。

2 麻しん・風しん予防接種の受け方

予防接種名		法律で定められている期間（無料で接種できる期間）	接種回数
麻しん・風しん	1期	生後12か月から24か月に至るまで (1歳の誕生日の前日から、2歳の誕生日の前日まで)	1回
	2期	5歳以上7歳未満で、小学校就学前1年間 (小学校に入学する前年4月1日～小学校に入学する年の3月31日まで)	1回

※ このワクチンは生ワクチンであるため、接種後、他の生ワクチンの予防接種を受ける場合は、27日以上の間隔（4週間後の同じ曜日以降に接種）をおいてください。

※ 医師が必要と認めた場合には、他のワクチンと同時に接種することができます。

3 予防接種の効果と副反応について

予防接種を受けると、95%以上の確率で免疫を獲得でき、麻しんや風しんにかかるとを防ぐことができます。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、極めてまれに重い副反応が起こることがあります。

① 「麻しん・風しん混合ワクチン」の主な副反応

（麻しんと風しんの予防接種を同時に実施するもので、通常は、このワクチンを接種します。）

主な副反応は、発熱（接種した人のうち約20%）や、発しん（接種した人のうち約10%）です。これらの症状は、接種後5～14日の間に多くみられます。接種直後から翌日に過敏症状と考えられる発熱、発しん、かゆみなどが出ることがありますが、これらの症状は通常1～3日でおさまります。ときに、接種部位の発赤、腫れ、しこり、リンパ節の腫れ等がみられることがありますが、いずれも一過性で通常数日中に消失します。

まれに生じる重い副反応としては、アナフィラキシー様症状（ショック症状、じんましん、呼吸困難など）、急性血小板減少性紫斑病（紫斑、鼻出血、口腔粘膜の出血等）、脳炎及びけいれん等が報告されています。

② 「麻しんワクチン」の主な副反応（麻しんの予防接種のみを実施するとき。）

主な副反応は、接種後5～14日を中心として、37.5℃以上38.5℃未満の発熱（接種した人のうち約5%）、38.5℃以上の発熱（接種した人のうち約8%）、麻しん様の発しん（接種した人のうち約6%）がみられます。ただし、発熱の期間は通常1～2日で、発しんは少数の紅斑や丘しんから自然麻しんに近い場合もあります。

その他に接種した部位の発赤、腫れ、熱性けいれん（約300人に1人）、じんましん等が認められることがありますが、いずれもそのほとんどが一過性です。

まれに生じる重い副反応としては、アナフィラキシー様症状、脳炎・脳症（100～150万人接種当たり1人以下）、急性血小板減少性紫斑病（100万人接種当たり1人程度）が知られています。

③ 「風しんワクチン」の主な副反応（風しんの予防接種のみを実施するとき。）

主な副反応は、発しん、じんましん、紅斑、かゆみ、発熱、リンパ節の腫れ、関節痛などがあります。

まれに生じる重い副反応としては、ショック、アナフィラキシー様症状があり、また、急性血小板減少性紫斑病（100万人接種当たり1人程度）が報告されています。

（注）これまでに、麻しんまたは風しんにかかったことが明らかな方は、麻しん・風しん混合ワクチンではなく、いずれかかかっていない方の単独ワクチンで接種を完了することもできます。

4 接種に当たっての注意事項

予防接種の実施においては、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、通常接種後約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、急に顔が腫れる、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 明らかに免疫機能に異常のある疾患を有する場合及び免疫抑制をきたす治療を受けている場合
- ⑤ その他、医師が不適当な状態と判断した場合

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。

麻しん（はしか）、風しん定期予防接種第1期（生後12か月から24か月に至るまで）、第2期（小学校入学前1年間 接種期間は4月から翌年3月まで）は、予防接種ごとに決められた対象年齢で定期予防接種を受けることとなっていますが、その期間を過ぎて接種を希望する場合、予防接種法に基づかない接種（任意接種）として取り扱われます。その場合、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、独立行政法人医薬品医療機器総合機構法に基づく救済を受けることとなりますが、予防接種法に比べて救済の額が概ね二分の一（医療費・医療手当・葬祭料については同程度）となっています。

※ 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ったら、医師の診断を受け、その場合には、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

広島市

麻しん（はしか）・風しん予防接種予診票（1期・2期）←今回の接種に○

事前に住民登録している住所、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：（ ） -
(フリガナ) 受ける人の氏名	男・女	生年月日	令和 (満 歳 月 日)	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、理解しましたか	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 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	
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	
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	
1か月以内に家族や遊び仲間に麻しん、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	
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	
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 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か月以内に受けた方は、麻しん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。 ・見合わせる理由（ ）
	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。 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、本予診票が広島市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・接種年月日
ワクチン名	皮下接種 0.5mL	所在地
Lot No.	接種部位	医療機関名
(注)有効期限が切れていないか要確認	右腕・左腕・右足・左足・その他()	医師名
		接種年月日 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。

