

MR（麻しん風しん混合）ワクチンフォロー接種を受けるに当たっての説明、 同意書（13歳以上16歳未満対象：保護者が同伴しない場合）

○保護者の方へ：必ずお読みください。

以下に記載されている内容をよく読み、十分理解し、納得された上で接種することを決めてください。接種することを判断する際に、疑問等があれば、あらかじめ、かかりつけ医や町田市保健予防課（042-725-5422）に確認してください。

被接種者が13歳以上16歳未満で、保護者が接種することを決定し、接種の際に保護者が同伴できない場合には、この用紙の最後にある「MR（麻しん風しん混合）ワクチンフォロー接種同意書（保護者記入）」の保護者自署欄と、医療機関備え付けの予診票に署名してください。署名がなければ予防接種は受けられません。

被接種者が13歳未満の場合は、保護者同伴の上、接種を受けてください。

なお、被接種者本人が既婚の場合（婚姻による成年擬制）や、保護者が同伴する場合には同意書をお持ちいただかなくて結構です。（医療機関にて、既婚の本人もしくは保護者が予診票に署名をすれば接種が可能です。）

1 麻しん・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・接触感染によって発症します。ウイルスに感染後、無症状の時期（潜伏期間）が約10～12日続きます。その後症状が出始めますが、主な症状は、発熱、せき、鼻汁、めやに、赤い発しんです。症状が出はじめてから3～4日は38℃前後の熱とせきと鼻汁、目やにが続き、一時熱が下がりかけたかと思うと、また39～40℃の高熱となり、首すじや顔などから赤い発しんが出はじめ、その後発しんは全身に広がります。高熱は3～4日で解熱し、次第に発しんも消失しますが、しばらく色素沈着が残ります。

合併症を引き起こすことが30%程度あり、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。発生する割合は麻しん患者100人中、中耳炎は約7～9人、肺炎は約6人です。脳炎は約1,000人に1人の割合で発生がみられます。

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、麻しんにかかった者のうち約10万人に1人の割合で見られます。

麻しん（はしか）にかかった人のうち、1,000人に1人程度の割合で死亡することがあります。

○ 風しん

風しんは、風しんウイルスの飛沫感染によって発症します。ウイルスに感染してもすぐには症状が出ず、約14～21日の潜伏期間がみられます。その後、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が腫れるなどが主な症状として現れます。また、そのほかに、せき、鼻汁、目が赤くなる（眼球結膜の充血）などの症状がみられることもあります。子どもの場合、発しんも熱も3日程度で治ることが多いので「三日ばしか」と呼ばれることがあります。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約3,000人に1人、脳炎は風しん患者約6,000人に1人ほどの割合で合併します。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見られます。

妊婦が妊娠早期に風しんにかかると、先天性風しん症候群と呼ばれる病気により、心臓病、白内障、聴力障害などの障害を持った赤ちゃんが生まれる可能性があります。

2 予防接種の効果と副反応について

予防接種を受けたお子様のうち、95%以上が免疫を獲得することができます。体内に免疫ができると、麻しんや風しんにかかるこ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、下記のとおりです。

○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ときに使用、通常、このワクチンを接種します。)

主な副反応は、発熱（接種した者のうち 20%程度）や、発しん（接種した者のうち 10%程度）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、掻痒（かゆみ）などがみられることがあります。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、硬結（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。

稀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。

○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に使用）

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（接種した者のうち約 5%前後）、38.5℃以上の発熱（接種した者のうち約 8%前後）、麻しん様の発しん（接種した者のうち約 6%前後）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は一過性です。

稀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。

ワクチン接種後に起こる亜急性硬化性全脳炎（SSPE）は極めて稀であり、自然の麻しんウイルスに感染し、発症した場合の 1/10 以下程度と報告されています。

○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に使用）

主な副反応は、発しん、じんましん、紅斑、掻痒（かゆみ）、発熱、リンパ節の腫れ、関節痛などが認められています。

稀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。

3 予防接種による健康被害救済制度について

町田市独自の助成制度である MR（麻しん風しん混合）ワクチンのフォロー接種は、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。接種によって健康被害を受けた場合は、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になります。

独立行政法人医薬品医療機器総合機構法に基づく救済は、医薬品等を適正に使用したにもかかわらず、副作用によって重度の健康被害が生じた場合に、給付の請求に基づいて医療費等の諸給付を行うものです。（ただし、厚生労働大臣による医学的薬学的判定に基づく給付の支給の可否に関する判定があるため、判定の結果、救済の対象とならない場合もあります。）

給付の種類としては、医療費、医療手当、障害年金、障害児養育年金、遺族年金、遺族一時金及び葬祭料があります。

定期予防接種により健康被害が発生した場合は、予防接種法に基づく補償を受けることになりますが、独立行政法人医薬品医療機器総合機構法に基づく救済は、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、診察した医師、町田市保健予防課（042-725-5422）へご相談ください。

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。被接種者本人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、被接種者本人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
- 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現在、妊娠している場合
- ⑥その他、医師が不適当な状態と判断した場合

5 女性への注意事項

妊娠している者又はその可能性がある者は、予防接種不適合者として接種することができません。出産後又は妊娠していないことが確認された後に接種を受けてください。

接種に当たっては、接種を受ける医師、町田市保健予防課（042-725-5422）にご相談ください。

なお、接種後2か月間は、妊娠を避ける必要があります。

MR（麻しん風しん混合）ワクチンフォロー接種同意書（保護者記入）

○保護者の方へ：下記事項をよくお読みください。

これまで記載されている内容をよく読み、十分理解し、納得された上でお子様に接種することを決めてください。接種させることを決定し、かつ、お子様が13歳以上16歳未満で保護者が同伴せずに一人で接種する場合は、下記の保護者自署欄に署名してください。（署名がなければ予防接種は受けられません）

接種を希望しない場合には、自署欄に記載する必要はありません。

被接種者が13歳未満の場合は、保護者同伴の上、接種を受けてください。

MR（麻しん風しん混合）ワクチンのフォロー接種を受けるに当たっての説明を読み、予防接種の効果や目的、重篤な副反応発症の可能性及び予防接種救済制度などについて理解したうえで、子供に接種させることに同意します。

なお、本説明書は、保護者の方に予防接種に対する理解を深める目的のために作成されたことを理解の上、本様式が町田市保健予防課に提出されることに同意します。

保護者自署

住 所

緊急の連絡先

※本様式は、MR（麻しん風しん混合）ワクチンのフォロー接種において、保護者が同伴しない場合に必要となるものです。13歳以上16歳未満のお子様が1人で予防接種を受ける場合は、必ずこの予診票を提出させるようにしてください。

予診票に保護者の署名がないと予防接種は受けられません。