

風疹ワクチンの接種を希望される方へ

～ 定期接種対象年齢 (生後 12~90 か月未満) 以上の方 (任意接種) 用 ~

国立感染症研究所 感染症情報センター

1. 風疹とは

風疹は患者さんの飛沫 (ひまつ) を介して感染するウイルス感染症で、**発疹 (ほっしん)**、**発熱**、**リンパ節のはれ**を特徴とします。潜伏期 (感染してから発病するまでの日数) は 2~3 週間です。

目が赤くなるといった症状がみられることもあります。

通常、子供では 3 日程度で治る病気ですが、稀 (まれ) に、**血小板減少性紫斑病 (3,000 人に 1 人)**、**脳炎 (6,000 人に 1 人)** といった重い合併症 (がっぺいしょう) がみられることがあります。

2. 大人が風疹にかかった場合の特徴

関節痛がひどいことも特徴とされています。1 週間以上仕事を休まなければならない場合もあります。

3. 妊娠初期に風疹にかかった場合の症状

妊娠初期の女性が風疹にかかると、お腹の赤ちゃんに風疹ウイルスが感染して、**先天性風疹症候群**の赤ちゃんが生まれる場合があります。感染経路はお子様やご主人、**一緒に生活しているご家族からうつることが多い**ため、ご家族が風疹にかからないよう、ワクチンをうけておくことも大切です。先天性風疹症候群という病気は、**生まれつきの心臓病**、**白内障 (はくないしょう)**、**難聴 (なんちょう)** といった心臓、目、耳などに色々な組み合わせで障害をもつことがある病気です。

4. 日本における風疹の流行状況

最近、風疹患者さんの数が減ってきていましたが、**平成 15 年頃から 16 年にかけて、日本の各地で局地的な流行**が occurred。これまでの調査から、風疹の流行は**初春から初夏**にかけて多く、**数年くらい続く**ことが特徴とされています。毎年 1 名の報告であった先天性風疹症候群の赤ちゃんも平成 16 年は 10 名報告されています。

これらのことから、定期接種の期間を過ぎてしまった方においても、風疹にかかったことがない、風疹ワクチンをうけたことがない方は、妊婦さんを守る、重い合併症をふせぐといった意味で、男性も女性も風疹ワクチンを受けておくことが強くすすめられています。

1. 接種を受けることができない人

1) **妊娠をしている女性および妊娠している可能性がある女性はワクチンを受けることができません。**ワクチン接種後は少なくとも 2 か月間の避妊が必要です。万が一、**ワクチンを接種した後に妊娠がわかった場合は**、かかりつけの産婦人科の先生にご相談下さい。なお、これまで世界的に見ても、**ワクチンによる先天性風疹症候群の患者さんの報告はありませんが、その可能性が否定されているわけではないので、接種前の注意が必要です。**

2) ワクチンを受ける **3 か月以内にガンマグロブリン (血液製剤の一種で、重症の感染症の治療などに使われます) の注射あるいは輸血をうけたことがある人は**、免疫が十分にできませんので、接種を受けることを延期する必要があります。また、**大量のガンマグロブリンの注射をうけたことがある人は、6 か月程度延期する必要があります。**

3) **生ワクチン (麻疹、風疹、BCG、ポリオ、水ぼうそう、おたふくかぜ、黄熱ワクチンなど) の後は 27 日以上、不活化ワクチン (インフルエンザ、三種混合 (百日咳・ジフテリア・破傷風)、二種混合 (ジフテリア・破傷風)、日本脳炎、A 型肝炎、B 型肝炎、狂犬病、肺炎球菌ワクチンなど) の後は 6 日以上接種間隔をあける**必要があります。

風疹ワクチンに限ったものではありませんが、

4) 接種直前の体温が 37.5° C 以上であった人

5) 重い急性の病気にかかっている人

6) 風疹ワクチンに含まれる成分 (接種医におたずねください) でアナフィラキシーという重いアレルギー反応を起こしたことがある人

7) 接種医が接種しない方が良くないと判断した場合には、接種を受けることができません。

2. 接種を受けるときに注意が必要な人 (接種にあたっては、かかりつけの先生と相談する必要があります)

1) 先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、血液、脳神経、発育発達の病気、悪性腫瘍など何らかの病気がある人

2) これまでの予防接種で2日以内に発熱がみられた人、またはアレルギーを疑う症状 (全身の発疹やじんましんなど) がみられた人

3) これまでにけいれんを起こしたことがある人

4) これまでに免疫機能に異常 (感染症によくかかったり、感染症が重くなったりすることがあります) があると言われたことがある人

5) 風疹ワクチンに含まれる成分 (接種医におたずねください) でアレルギーを起こすおそれのある人

6) 薬や食べ物でアレルギーを疑う症状 (全身の発疹やじんましんなど) がみられた人

7) 接種当日の体調が普段とちがう人

8) 家族や周りで最近1か月以内に麻疹、風疹、水ぼうそう、おたふくかぜにかかったことがある人がいる場合

9) 最近1か月以内に何か病気にかかったことがある人

3. 風疹ワクチンの効果

風疹ワクチンを接種することによって **95%以上の人**が免疫を獲得しますので、ワクチンを接種してからであれば、風疹の患者さんと接触してもほとんどの場合発症を予防することができます。しかし、いつまで免疫が持続するかについては、獲得した免疫の状況や、その後の周りでの流行の程度によって異なります。

4. 風疹ワクチンの副反応

接種後の副反応は非常に少ないワクチンといってよいでしょう。風疹ワクチンに限ったことではなくワクチン全般で言われることですが、稀に接種後30分以内に**アナフィラキシー**という重いアレルギー反応を認める方がいますので、**接種を受けた後は少なくとも30分間、接種を受けた医療機関などで様子を観察**しましょう。

子供を対象にしたこれまでの調査では、接種後5~14日に**発熱**(37.5°C以上38.4°C未満が**1.9%**、38.5°C以上が**2.6%**)、**発疹**(**1.3%**)、**リンパ節のはれ**(**0.6%**)が報告されています。しかし、通常数日の経過で自然によくなります。

成人女性にワクチンを接種した場合、子供にくらべると、**関節痛**の頻度が高いと言われていますが、この場合も数日から1週間程度で自然に治ります。

風疹にかかった場合には3,000人に1人の割合でみられる**血小板減少性紫斑病**ですが、ワクチン接種後にも稀(**100万人に1人程度**)ではありますが、認められる場合があります。

接種後2~3週間は副反応の出現に注意をしましょう。

5. その他注意すること

ワクチンを接種した人の咽頭(のど)から接種1~2週間後にワクチンウイルスがでてくることありますが、周りの人にうつることはありませんので、**妊婦さんの家族の方が接種を受けられても心配はありません**。むしろ、妊婦さんの家族で風疹の免疫(めんえき)をもっていない方は、昨年からの流行を考えると、早めに受けておかれた方が良いでしょう。

予診票はこれまでの様子を知るための重要な情報ですので、**正しく記入**しましょう。

接種した当日は入浴は可能ですが、接種部位を清潔に保ち、はげしい運動をひかえ、体調をよく観察しましょう。もし、何か気になる症状がみられた場合は接種医に相談しましょう。

風疹予防接種申込書・予診票（任意接種用）（例）

（この予診票は国立感染症研究所感染症情報センターが案として作成したものであり、実際に使用する場合は接種する医療機関毎に作成して下さい。）

この予診票は予防接種の証明となりますので、医療機関で大切に保管してください。

受診日	平成	年	月	日	診察前の体温	度	分
住所					Tel ()	—	
受ける人の氏名					男	生年月日	昭和・平成 年 月 日生
保護者の氏名					女	年齢	歳 か月

質問事項（必要な所に○をつけ、内容を記入してください。）太字にチェックがある場合は、接種にあたって医師と相談して下さい。

質問事項	回答欄		医師記入欄
1. 接種を受けられる方が女性の場合			
1) 今妊娠しているあるいは妊娠している可能性がありますか	はい	いいえ	
2) 接種後2か月間の避妊について説明をうけましたか	いいえ	はい	
2. 風疹の予防接種について説明文を読みましたか	いいえ	はい	
3. 風疹ワクチンの効果や副反応について理解しましたか	いいえ	はい	
4. 最近4週間以内に何か予防接種をうけましたか	うけた (ワクチン名)	うけていない	
5. 最近6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射をうけましたか	うけた (いつ) (理由)	うけていない	
6. 今までに予防接種、薬、食品でアナフィラキシーという重いアレルギー反応をおこしたことがありますか	ある (原因)	ない	
7. 今までに予防接種、薬、食品で発疹、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	ある (原因)	ない	
8. 今日ふだんと違って具合の悪いところがありますか	ある (内容)	ない	
9. 今、何か病気にかかっていますか	はい (病名)	いいえ	
10. 今、何か治療（投薬）をうけていますか	はい (治療内容、薬名)	いいえ	
11. 最近1か月以内に病気にかかったことがありますか	ある (病名)	ない	
12. 今までに特別な病気（先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、血液、脳神経、免疫不全症、悪性腫瘍、その他の病気）として医師の診断を受けたことがありますか。	ある (いつ) (病名)	ない	
13. 9, 10, 11, 12の場合、かかりつけ医に今日の予防接種をうけても良いと言われましたか	いいえ	はい	
14. 最近1か月以内に家族あるいは周りに麻疹、風疹、水ぼうそう、おたふくかぜなどにかかった人がいますか	いる (誰) (病名)	いない	
15. ひきつけ（けいれん）をおこしたことがありますか ひきつけ（けいれん）をおこした時、熱はでましたか	ある (年齢 歳) (回数 回) でなかった	ない でた () ()	
16. 家族の中に予防接種で具合が悪くなった人はいますか	いる (誰) (ワクチン名)	いない	
17. 家族の中に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	いる (誰)	いない	
18. 今日の予防接種について、何か質問がありますか	ある (内容)	ない	

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（可能・見合わせる）いずれかに○をつけてください。

医師のサイン

予診の結果を聞いて、今日の予防接種を受けますか（はい・見合わせます）いずれかに○をつけてください。

保護者（成人の方は本人）のサイン

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種日時
ワクチン名	(皮下接種) 0.5ml	実施場所
Lot No.	(接種部位)	医師名
最終有効年月日 平成 年 月 日	(左・右) 上腕伸側部	接種年月日 平成 年 月 日 時 分