

令和8年度 麻しん含有ワクチン緊急接種事業

緊急接種(任意接種)を希望される方へ

1 麻しんとは

高熱、全身の発疹、せき、鼻水、結膜充血などを特徴とし、空気感染・飛沫感染・接触感染を経路とする、感染力の非常に強いウイルス感染症です。肺炎、中耳炎、下痢などを合併しやすく、患者 1,000 人に 1 人の割合で脳炎が発症すると言われており、重症化すると命に関わる感染症です。

感染すると 10～12 日の潜伏期間を経て、発熱、せき、鼻水などの症状で発症します。2～3 日発熱が続いた後、39 度以上の高熱と全身の発疹が出ます。発症 1 日前から解熱後 3 日程度まで周囲に感染させる力があります。過去の接種の効果が弱まっているなど、免疫が不十分な場合は、症状が軽く、感染力も弱いことがあります(修飾麻しん)。

麻しんウイルスは感染力が強く、手洗い・マスクのみでは予防できません。予防接種が最も有効な予防法です。また、麻しん患者に接触した場合、72 時間以内に麻しん含有ワクチンを接種することで、発症を予防できる可能性があります。

2 対象者(目黒区保健所により特定された「接触者」であり、かつ麻しん患者(PCR 陽性者)と最初に接触してからおおむね 72 時間以内の方で、以下すべてに該当する方。接種歴は母子健康手帳等の「記録」で確認します。)

- 1) 目黒区在住の方または目黒区内の事業所で麻しん患者と接触した方
- 2) 生後 6 か月以上の方
- 3) これまで麻しんに罹患したことがなく、以下のいずれかに該当する方
 - ・ワクチン未接種、接種歴が 1 回、接種歴が不明

※例外として、目黒区保健所が特に緊急接種を必要と判断した場合があります。

3 使用するワクチン

麻しん含有ワクチン(麻しん風しん混合ワクチン)

4 接種費用

費用はかかりません。

(目黒区保健所で緊急接種対象者と判断され、目黒区保健所が指定する医療機関で接種する場合に限ります。)

5 接種を受けることができない方

- 1) 妊娠している方、妊娠の可能性がある方
 - ※接種後は少なくとも 2 か月間の避妊が必要です。接種後に妊娠が判明した場合は産婦人科医へ相談してください。
- 2) 過去 6 か月以内に人免疫グロブリン製剤または輸血を受けた方
- 3) 注射生ワクチン(麻しん風しん混合、麻しん、風しん、BCG、水痘、おたふくかぜ、黄熱など)を 28 日以内に接種した方
- 4) 37.5℃以上の発熱がある方
- 5) 重い急性疾患にかかっている方
- 6) 麻しん含有ワクチン(麻しん風しん混合ワクチン等)の成分により、過去にアナフィラキシーなどの重いアレルギー反応を起こしたことがある方
- 7) 免疫機能に異常のある疾患を有する方、または免疫抑制を伴う治療を受けている方[※]
 - ※例: ステロイド剤、免疫抑制剤、抗がん剤等による治療を受けている方
- 8) 医師が不適当と判断した方(接種当日の接種医による医学的判断含む)

6 接種に注意が必要な方(かかりつけ医へ相談してください)

- 1)先天性異常、心臓・腎臓・肝臓・血液・脳神経・発育発達の病気、悪性腫瘍などがある方
- 2)これまでの予防接種で2日以内に発熱やアレルギー症状があった方
- 3)けいれんの既往がある方
- 4)麻しん含有ワクチンの成分でアレルギーの可能性のある方
- 5)薬や食物でアレルギー症状があった方
- 6)接種当日の体調が普段と異なる方
- 7)家族や周囲で最近1か月以内に麻しん、風しん、水ぼうそう、おたふくかぜにかかった人がいる場合
- 8)最近1か月以内に病気にかかった方

7 麻しん含有ワクチンの副反応

初回接種では、接種後7～10日ごろに発熱や発疹が出ることがありますが、通常は数日で治ります。2回目以降は稀です。

稀に接種後30分以内にアナフィラキシーや血管迷走神経反射(顔色不良、気分不良、血圧低下、失神など)が起こることがあります。接種後30分程度は医療機関で様子を見てください。

帰宅後に気になる症状があれば、接種医療機関またはかかりつけ医へ相談してください。

8 健康被害救済制度

極めて稀に副反応による健康被害が生じる可能性があるため、救済制度が設けられています。

この接種で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及び特別区自治体総合賠償責任保険に基づく救済制度により救済を受けることができます。

9 その他の注意事項

- ・接種当日、保険証(マイナ保険証等)、母子健康手帳、お薬手帳(いずれもお持ちの方)をご持参ください。
- ・接種当日の入浴は可能ですが、接種部位を清潔に保ち、激しい運動を避け、体調を観察してください。
- ・予診票は重要な情報ですので正しく記入してください。
- ・18歳未満は、保護者の署名による同意(予診票への署名)が必要です。
- ・この文書の内容をご確認いただき、医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応の可能性などについて理解した上で、接種することを希望する場合、予診票に署名してください。