

(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。)

この予防接種は、**妊娠 28 週から 37 週に至るまでに受けることになっています。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。

接種を受ける前に、この説明書をよく読んで、気にかかることや分からないことがあれば、医師や看護師に質問してください。予防接種の必要性や副反応についてよく理解し、十分に納得したうえで、接種を受けてください。

1 RSウイルス感染症とは

RSウイルスは特に小児や高齢者に呼吸器症状を引き起こすウイルスで、1歳までに50%以上が、2歳までにほぼ100%の乳幼児が、少なくとも1度は感染するとされています。感染すると、2～8日の潜伏期間ののち、発熱、鼻汁、咳などの症状が数日続き、一部では気管支炎や肺炎などの下気道症状が出現します。初めて感染した乳幼児の約7割は軽症で数日のうちに軽快しますが、約3割では咳が悪化し、喘鳴(ゼーゼーと呼吸しにくくなること)や呼吸困難、さらに細気管支炎の症状が出るなど重症化することがあります。2010年代には、生後24か月未満の乳幼児における年間のRSウイルス感染症発生数は12万人～18万人であり、3万人～5万人が入院を要したとされています。また、入院例の7%が何らかの人工換気が必要としたとする報告もあります。

RSウイルスの流行には季節性があり、新型コロナウイルスの流行以前は秋冬に流行が見られましたが、近年は夏に流行がみられています。接触・飛沫感染により伝播するため、手洗いや手指衛生といった基本的な感染対策が有効です。治療は症状に応じた治療(対症療法)が中心で、重症化した場合には酸素投与、点滴、呼吸管理などを行います。

2 母子免疫ワクチンとは

生まれたばかりの乳児は免疫の機能が未熟であり、自力で十分な量の抗体をつくることができないとされています。母子免疫ワクチンとは、妊婦が接種すると、母体内で作られた抗体が胎盤を通じて胎児に移行し、生まれた乳児が出生時から病原体に対する予防効果を得ることができるワクチンです。

RSウイルス感染症に対する母子免疫ワクチンとして組換えRSウイルスワクチン「アブリスボ®」があります。なお、組換えRSウイルスワクチンのうち、「アレックスビー®」は母子免疫ワクチンとして用いることはできません。

3 RSウイルス母子免疫ワクチンの接種方法

妊娠 28 週から 37 週に至るまでの間に、RSウイルス母子免疫ワクチン(アブリスボ®)を1回接種します。

対象疾病	法律等で定められている期間 (無料で接種を受けられる期間)	法律等で定められた回数
RSウイルス感染症	妊娠 28 週から 37 週に至るまで (妊娠 28 週 0 日目から妊娠 36 週 6 日目までの間)	妊娠ごとに1回

※接種後 14 日以内に出生した乳児における有効性は確立していないことから、妊娠 38 週 6 日目までに出産を予定している場合は医師に相談してください。

※医師が特に必要と認めた場合は、他のワクチンと同時接種が可能です。

ただし、海外の知見で、百日咳菌の防御抗原を含むワクチンとの同時接種で、百日咳菌の防御抗原に対する免疫応答が低下するとの報告があり、接種間隔等については医師と相談してください。

4 RSウイルス母子免疫ワクチンの接種に注意が必要な方

- ▶ 接種によって妊娠高血圧症候群の発症リスクが上がるという報告もあるため、妊娠高血圧症候群の発症リスクが高いと医師に判断された方や、今までに妊娠高血圧症候群と診断された方
- ▶ 筋肉内に接種をするため、血小板減少症や凝固障害を有する方、抗凝固療法を実施されている方

うらもお読みください 令和8年4月 作成

1
きりとり線

RSウイルス母子免疫ワクチン接種券 妊婦用

▼接種を受ける人(※)が、接種時、住民登録している住所と氏名などを記入してください。

住所	広島市			
	区	丁目	番	号
接種を受ける人	カナ			
	氏名			
	生年月日	昭和 平成	年	月

※接種を受ける人が満16歳未満の場合は保護者の方

[請求用]

項目 No.	1581
-----------	------

医療機関 コード (7桁)	
接種 年月日	令和 年 月 日

▼ロットシール

▼医療機関所在地・医療機関名・電話番号・接種医師氏名

▼接種医師が、「対象妊娠週数であること」を確認し、該当の週数に○してください。

28	29	30	31	32
33	34	35	36	37
				X

4 接種に当たっての注意事項

予防接種は、体調の良い日に行うことが原則です。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、接種を受けるか否かを決めてください。また、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その他、医師が不適当な状態と判断した場合

5 母子免疫ワクチンの効果について

	生後 90 日時点	生後 180 日時点	
R S ウイルス感染による医療受診を必要とした下気道感染症の予防	6 割程度の予防効果	5 割程度の予防効果	※医療機関への受診を要する R S ウイルス関連気道感染症を有する R S ウイルス検査陽性の乳児で、多呼吸・SpO ₂ 93%未満・高流量鼻カニユラまたは人工呼吸器の装着・4 時間を超える ICU への収容・無反応・意識不明のいずれかに該当と定義しています。
R S ウイルス感染による医療受診を必要とした重症下気道 感染症※の予防	8 割程度の予防効果	7 割程度の予防効果	

6 ワクチンの安全性について

ワクチンを接種後に以下のような副反応がみられることがあります。また、頻度は不明ですが、ショック・アナフィラキシーがみられることがあります。

また、ワクチン接種による妊娠高血圧症候群の発症リスクに関して、薬事承認において用いられた臨床試験では、妊娠高血圧の発症リスクは増加しませんでした。海外における一部の報告では、妊娠高血圧症候群の発症リスクが増加したという報告もあるものの、交絡因子等の影響の可能性があることから解釈に注意が必要であるとされています。

接種後に気になる症状を認めた場合は、接種した医療機関へお問い合わせください。

発現割合	主な副反応
10%以上	疼痛※(40.6%)、頭痛(31.0%)、筋肉痛(26.5%)
10%未満	紅斑※、腫脹※
頻度不明	発疹、じんましん

※ワクチンを接種した部位の症状
添付文書より厚生労働省が作成

7 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が残ったりする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。

※ 接種を受けたご本人及び出生した児が対象となります。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。

8 予防接種を受けた後の注意

- (1) 接種後 30 分程度は安静にしてください。また、体調に異常を感じた場合には、速やかに医師へ連絡してください。
- (2) 接種部位は清潔に保つようにしてください。
- (3) 接種当日の入浴は問題ありません。
- (4) 接種当日の激しい運動は控えるようにしてください。

【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

住民登録している住所、氏名、性別、生年月日、質問事項等を、接種を受ける方（※）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・番地 号 (号室)
電話：() -	
(フリガナ) 受ける人の氏名	() 生年月日 昭和 平成 年 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。(※)接種を受ける方が満16歳未満の場合は、保護者の方が記入し氏名欄にも記載してください。

質 問 事 項	回 答 欄	医師記入欄
RSウイルス感染症の予防接種を受けたことがありますか	ある ない	
ある場合、それは今回の妊娠中ですか	はい いいえ	
今日受ける予防接種について説明書を読み、効果や副反応などについて理解しましたか	はい いいえ	
接種を受ける人は広島市民ですか（接種時、広島市に住民登録をしていますか）	はい いいえ	
今日は妊娠28週0日目から36週6日目までの間であり、出産予定日は今日から15日以上過ぎた日ですか ▶ 妊娠週数（ 週 日目）▶ 出産予定日（令和 年 月 日）	はい いいえ	
現在、何か病気にかかっていますか 病名（ ）	はい いいえ	
治療（投薬など）を受けていますか	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	
免疫不全と診断されたことがありますか	はい いいえ	
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	
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	
ひきつけ（けいれん）を起こしたことがありますか（ 歳頃）	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	
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	
心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患などの慢性疾患にかかったことがありますか 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	
最近1か月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか 病名（ ）	はい いいえ	
今まで妊娠高血圧症候群と診断されたことがある、あるいは、妊娠高血圧症候群を発症するリスクが高いと言われたことがありますか	ある ない	
妊婦健診を受けた際の医師に、RSウイルス感染症の予防接種を控えるように言われましたか	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	

▼ 該当する内容の□（どちらか）に✓してください。

本人（接種を受ける方が16歳未満の場合は保護者）自署欄は同伴の有無にかかわらず、署名が必要です。

□「接種を受ける方が16歳以上の場合」または「接種を受ける方が16歳未満で保護者が同伴される場合」
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 ）。←いずれかに○してください

□「接種を受ける方が13歳以上16歳未満で保護者が同伴されない場合」 →P.4の同意書にも記入が必要です。
あなたのお子さんの病歴・健康状況・接種当日の体調等を考慮した上で、接種することに、（ 同意します ・ 同意しません ）。←いずれかに○してください

※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。

▶ 本人（接種を受ける方が16歳未満の場合は保護者）自署

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 ・ 見合わせたほうがよい ）と判断します。 ・ 接種を見合わせる理由（ ） 接種を受ける（ 本人※ ・ 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。 ※ 接種を受ける者が満16歳以上の場合又は接種を受ける者が13歳以上16歳未満で保護者が自署した同意書を持参している場合 医師署名又は記名押印
-------	---

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（予診）年月日
ワクチン名	筋肉内注射 0.5 mL	医療機関所在地
Lot No.	接種部位 右腕・左腕・右足・左足・その他（ ）	医療機関名 医 師 名
(注)有効期限が切れていないか要確認		接種（予診）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、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。

【接種を受ける方が13歳以上16歳未満で保護者が同伴されない場合 記入が必要です】

▼RSウイルス母子免疫ワクチン接種同意書（保護者自署欄・住所欄・緊急連絡先記入欄）

RSウイルス母子免疫ワクチンの接種を受けるに当たっての説明書を読み、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健康被害救済制度などについて理解したうえで、子どもに接種させることに同意します。

なお、本説明書は、保護者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した上で、本様式が広島市に提出されることに同意します。

令和 年 月 日	保護者自署
	住 所
	緊急の連絡先

注意）P.3の保護者自署欄にも記入が必要です。記入がなければ接種は受けられません。