

# RSウイルス母子免疫ワクチン 定期予防接種のご案内

## どんな予防接種ですか

生後間もない赤ちゃんや小さなお子さんをRSウイルス感染症から守るために、妊娠中に受ける予防接種（母子免疫ワクチン）です。



## 母子免疫ってなんですか？

妊娠中にワクチンを接種することで、お腹の赤ちゃんに「ウイルスと戦う力（抗体）」をプレゼントすることです。生まれた直後の、まだ自分ではワクチンを打てない赤ちゃんを病気から守ります。



## 対象

妊娠令和8年4月1日以降、接種を受けるときに  
妊娠28週0日目から36週6日目までの方

## 接種医療機関

妊婦健診を受診している医療機関  
奈井江町立国民健康保険病院

※事前に医療機関に直接お申し込みください

※妊婦健診を受ける医療機関を変更される場合、令和8年度以降  
すでにワクチンを接種済みの方は、健康づくり係までご連絡ください。

## 費用


妊娠ごとに1回公費(無料)で接種できます。

## お問い合わせ

奈井江町役場保健福祉課健康づくり係

0125-65-2131





令和8年度から、  
妊娠28週～36週の妊婦の方を対象に

# RSウイルス 感染症に対する 母子免疫ワクチンの 定期接種を実施します。

RSウイルス感染症は乳幼児が感染すると重症化することがあります


RSウイルスは小児や高齢者に呼吸器症状を引き起こすウイルスで、2歳までにほぼ全ての乳幼児がRSウイルスに少なくとも1度は感染するとされています。

感染すると、発熱、鼻水、咳などの症状が出現し、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、重症化することがあります。

2010年代には、年間12万人～18万人の2歳未満の乳幼児がRSウイルス感染症と診断され、3万人～5万人が入院を要したとされています。



## 定期接種の対象



接種時点で、**妊娠28週0日** から **36週6日** までの妊婦の方  
過去の妊娠時にRSウイルスワクチン(母子免疫ワクチン)を  
接種したことのある方も対象になります。

## 定期接種を受ける方法と費用

定期接種はお住まいの(住民票のある)市町村で実施されます。  
接種できる場所や費用について、詳しくはお住まいの市町村にお問い合わせください。また、里帰り出産によりお住まいの市町村外での接種を希望する場合についても、お住まいの市町村にお問い合わせください。

## 使用するワクチン(母子免疫ワクチン)について

母子免疫ワクチン(ファイザー社の組換えRSウイルスワクチン:アブリスボ®)を使用します。このワクチンは、妊婦の方に接種すると、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RSウイルスに対する予防効果を得ることができます。



接種スケジュール

妊娠28週0日から36週6日までの間に1回接種

## ワクチンの効果

	有効性※1)	
	日齢0日～90日	日齢0日～180日
RSウイルス感染症による医療受診を必要とした下気道感染症※2)の予防	6割程度の予防効果	5割程度の予防効果
RS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※3)の予防	8割程度の予防効果	7割程度の予防効果

※1 妊娠24週～36週の妊婦を対象としています。

※2 肺炎、気管支炎等の感染症

※3 医療機関への受診を要する気道感染症を有するRSウイルス検査陽性の乳児で、多呼吸、SpO2 93%未満、高流量鼻カニューラまたは人工呼吸器の装着、4時間を超えるICUへの収容または無反応・意識不明のいずれかに該当と定義しています。

## ワクチンの安全性

ワクチンの接種後に副反応がみられることがあります。

主な副反応には、接種部位の症状(疼痛、腫脹、紅斑)、頭痛、筋肉痛があります。

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、妊娠高血圧症候群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ものもありますが、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。

### ●他のワクチンとの同時接種について

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。

## 予防接種後に健康被害が生じた場合は、救済制度があります

予防接種は、感染症を予防するために重要なものですが、健康被害(病気になったり障害が残ったりすること)が起こることがあります。極めてまれではあるものの、副反応による健康被害をなくすことはできないことから、救済制度が設けられています。

接種を受けたご本人及び出生した児が対象となります。制度の利用を申し込むときは、予防接種を受けた時に住民票を登録していた市町村にご相談ください。



## RS ウイルス感染症予防接種予診票(妊婦用)

	診察前の体温	度 分
住 所	奈井江町	
氏 名	生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日 (満 歳)
保護者の氏名※	※接種される方が満 16 歳以上の者の場合には、当該部分への記載は必要ありません。	

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。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
ある場合、それは今回の妊娠中ですか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
今日の予防接種について市町村から配られている説明書を読みましたか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
今日の予防接種の効果や副反応などについて理解しましたか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
現在、何か病気にかかっていますか。 病 名 ( )	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
治療 (投薬など) を受けていますか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
免疫不全と診断されたことがありますか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
今日、体に具合の悪いところがありますか。 具合の悪い症状を書いてください。 ( )	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか。 予防接種の種類 ( )	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
ひきつけ (けいれん) を起こしたことがありますか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
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 ( 年 月 日)	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
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はありますか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
今日の予防接種について質問がありますか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	

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 (可能・見合わせる) 本人に対して、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、説明した。 医師署名又は記名押印
-------	--

ワクチンロット番号	接種方法	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名 Lot No. (注)有効期限が切れていないか要確認	筋肉内注射	0.5 mL	実施場所 医師名 接種年月日 令和 年 月

### RS ウイルス感染症予防接種希望書 (医師の診察の結果、接種が可能と判断された後に記入してください。)

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応などについて理解した上で、接種を希望しますか。

( 接種を希望します・接種を希望しません )

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、本予診票が市町村に提出されることに同意します。

令和 年 月 日 被接種者自署 \_\_\_\_\_

(※自署できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載)

**接種を受ける方が16歳未満の場合、下記事項を必ずお読みください**

**○保護者の方へ**

RSウイルス感染症予防接種の説明書をよく読み、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た場合は、下記の保護者自署欄に署名してください。(満16歳未満の者は、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、自署欄には何も記載しないでください。

RSウイルス感染症の予防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、こ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、本様式が市町村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、RSウイルス感染症の予防接種において、保護者が同伴しない場合に必要となるものです。満16歳未満のお子様か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。満16歳未満の者は、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。