

# 青森県麻しん対策ガイドライン

(学校・保育所等編)

平成20年9月5日



麻しん対策ロゴマーク  
(国立感染症研究所  
感染症情報センター作成)

本ガイドラインは、県内における麻しんの発生状況により学校・保育所等が具体的に行うべき対応を示したものである。

本ガイドラインに基づき得られた情報は、麻しん対策にのみ用いられるものであり、各関係機関は情報の取り扱いに留意しながら患者への偏見・不利益が生じないように努めなければならない。

なお、本ガイドラインにおいて、「保育所等」とは、児童福祉法に規定される児童福祉施設及び認可外保育施設を指すものとする。

I	平常時の対応	1
II	患者発生時の対応	6

(参考資料)

資料1	麻しん（はしか）について	13
資料2	平成20～24年度 麻しん・風しんワクチン定期予防接種対象者	16
資料3	健康調査票	17
3-1	幼稚園・保育所等における麻しん健康調査票（園児・所児用）	
3-2	学校（幼稚園を除く）における麻しん健康調査票（児童・生徒・学生用）	
3-3	学校・保育所等における麻しん健康調査票（教職員・スタッフ用）	
資料4	「入所者等に係る事故報告について」	23
	（平成10年5月29日付け青健福第275号青森県健康福祉部長通知。 平成16年6月11日最終改正）	

(様式集)

様式1	送付票	28
様式2	麻しんの発生と措置状況	29
2-1	幼稚園・小学校・中学校・高校用	
2-2	大学・専門学校等用	
2-3	保育所等用	

**I 平常時の対応****(1) 麻しんにかかる正しい知識の普及**

学校・保育所等（以下「学校等」という。）は、保護者、園（所）児、児童、生徒、学生、職員に対し、麻しんに関する正しい知識の普及を図る。

**(2) 麻しん含有ワクチン接種状況、麻しん罹患歴の把握****ア 園（所）児・児童・生徒等**

- i 学校等は、入学・入園（所）、転入時の健康調査において、麻しん含有ワクチンの接種状況及び麻しんの罹患歴を確認する。
- ii 定期健康診断等を利用し、麻しん含有ワクチンの接種状況及び麻しんの罹患歴を確認する。
- iii 中学校及び高校においては、第3期及び第4期の対象者に対し、接種率を把握し、未接種者への接種勧奨を行うとともに、主管部局等（市町村教育委員会、県総務部総務学事課（以下「総務学事課」という。）及び県教育庁スポーツ健康課（以下「スポーツ健康課」という。））へ報告する。各主管部局等は、県健康福祉部保健衛生課（以下「保健衛生課」という。）に情報提供する。

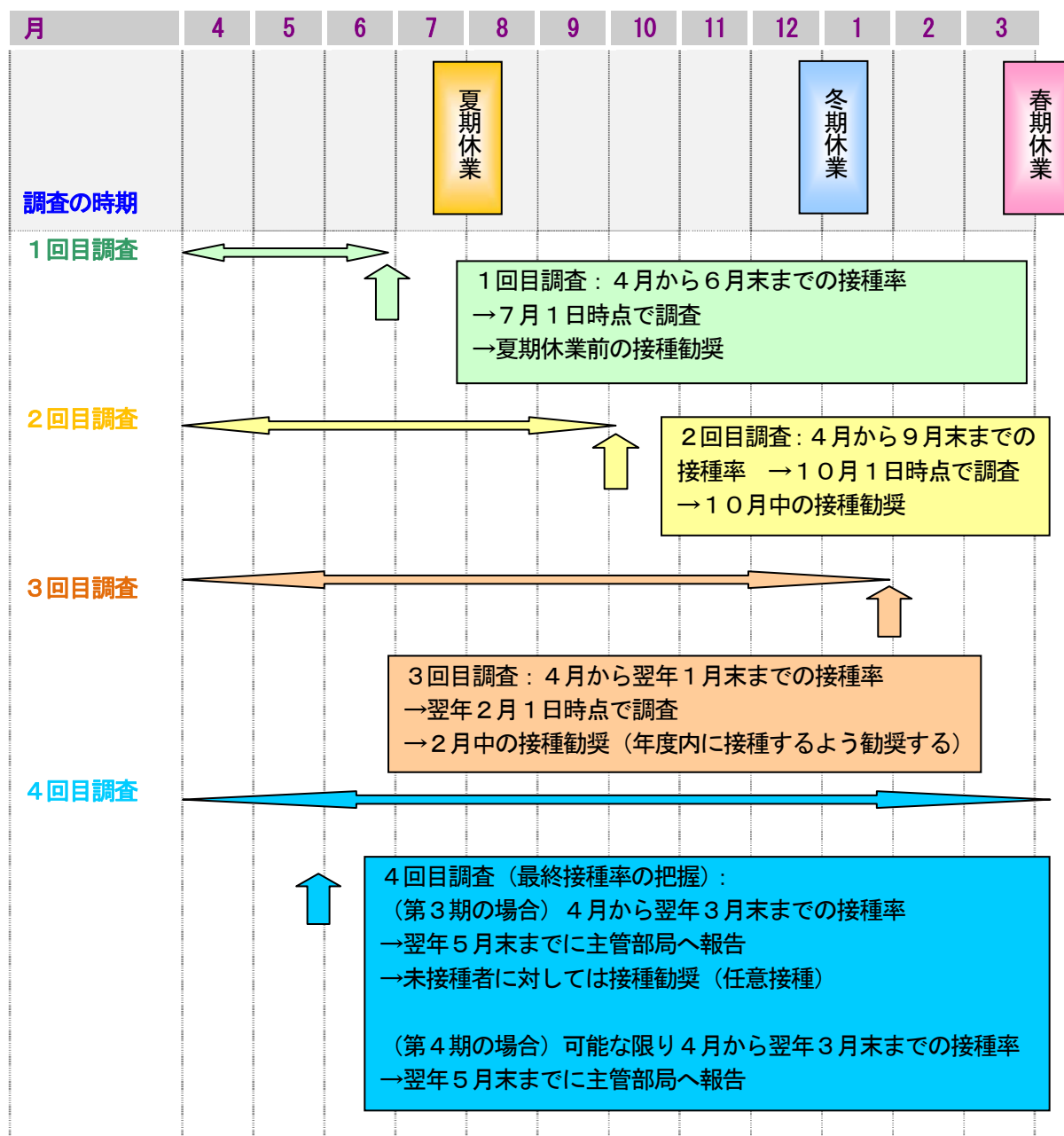
**接種率調査・接種勧奨及び報告のスケジュール**

- ・ 1回目：4月から6月までの接種率⇒7月1日時点で調査  
⇒夏期休業前に未接種者に対する接種勧奨を行うとともに、主管部局へ報告する。
- ・ 2回目：4月から9月末までの接種率⇒10月1日時点で調査  
⇒10月中に未接種者に対する接種勧奨を行うとともに、主管部局へ報告する。
- ・ 3回目：4月から翌年1月末までの接種率⇒翌年2月1日時点で調査  
⇒2月中に未接種者に対し、年度内に接種するよう勧奨するとともに、主管部局へ報告する。

・ 4回目：第3期及び第4期の最終の接種率の把握

＜第3期の場合＞ 4月から翌年3月末までの接種率を把握し、翌年5月末までに主管部局へ報告する。なお、未接種者に対しては、接種勧奨（任意接種）を行う。

＜第4期の場合＞可能な限り4月から翌年3月末までの接種率を把握し、翌年5月末までに主管部局へ報告する。



\* 接種率の計算方法: 中学1年生の場合を例として示す。高校3年生の場合も同様とする。

$$\text{接種率 (\%)} = \frac{\text{調査時点で在籍する中学1年生の中で当該期間中に麻しん含有ワクチンを接種した生徒数(人)}}{\text{調査時点で在籍する中学1年生の生徒数(人)}} \times 100$$

#### 【定期接種の対象年齢】

以下の時期にそれぞれ1回ずつ、2回の麻しん風しんワクチン接種を受ける。(参考: 資料2)

第一期: 生後12ヶ月以上24ヶ月未満の者(1歳児)

第二期: 5歳以上7歳未満のものであって小学校入学前の1年間  
(保育所、幼稚園では最年長クラスの小児)

—平成20年4月1日から5年間の時限措置—

第三期: 中学1年生に相当する年齢の者(13歳になる年度の1年間)

第四期: 高校3年生に相当する年齢の者(18歳になる年度の1年間)

※生まれた時期によって、接種を受ける年齢が異なる

- ・ 「第一期と第二期で受ける」: 平成20年度の小学校2年生以下
- ・ 「第一期と第三期で受ける」: 平成20年度の小学校3年生から中学校1年生
- ・ 「第一期と第四期で受ける」: 平成20年度の中学校2年生から高校3年生に相当する年齢の者

※ なお、平成17年度までの第一期の接種年齢は1歳から7歳半未満

#### イ 大学等の学生

- i 入学前の手続き等において、麻しん含有ワクチンの接種状況及び麻しんの罹患歴を確認する。

特に、医学系・教育系・福祉系の大学等においては、学生が実習等において麻しんに対する免疫を保有しない者及び麻しんに罹患すると重症化する可能性のある者と接する機会が多いことが予測されるため、入学後に再度接種状況等について確認する。

#### ウ 職員等

- i 勤務開始時、転勤時の健康調査等において、麻しん含有ワクチンの接種歴・麻しん罹患歴を確認する。

- ii 定期健康診断等を利用し、麻しん含有ワクチンの接種状況及び麻しんの罹患歴を確認する。

### (3) 麻しんワクチンの接種勧奨

#### ア 園（所）児・児童・生徒等

- i (2) の麻しん含有ワクチン接種状況及び麻しん罹患歴の確認の結果、未接種かつ未罹患者が把握された場合には、定期接種の対象年齢か、それを既に過ぎているかで、次のように対応する。

##### ① 定期予防接種対象者の場合

- a 接種不相当者等を除き、対象者相当期間内に完了するよう積極的に接種勧奨を行う。
- b 市町村の実施時期等を勘案しながら、可能な限り早期にワクチン接種を受けるように勧奨する。
- c a及びbにより、接種勧奨を行った児童等については、接種の有無を確認し、未接種の場合は、再度、接種勧奨を行う。

##### ② 定期接種の対象を既に過ぎている場合

- a 接種不相当者等を除き、任意接種として接種を受けるよう勧奨する。
- b aにて、接種を勧奨した場合には、接種状況を確認する。

#### イ 大学等の学生

- i (2) の麻しん含有ワクチン接種状況及び麻しん罹患歴の確認の結果、未接種かつ未罹患者が把握された場合には、任意接種として接種を勧奨する。

接種勧奨を行った者については、接種状況を確認する。

#### ウ 職員等

- i (2) の麻しん含有ワクチン接種状況及び麻しん罹患歴の確認の結果、未接種か

つ未罹患者が把握された場合には、任意接種として接種を勧奨する。

接種勧奨を行った者について、接種状況を確認する。

- \* なお、イ及びウについて、すでに接種を終了しているが、**小児期の1回接種のみである者、接種歴や罹患歴が不明あるいは記憶があいまいな者**に関しては、ワクチン接種を勧奨する。

**II 発生時の対応**

- \* 麻疹は感染力が強い病気であり、免疫がない場合集団発生が起こりやすいことから麻疹患者及び麻疹を疑う症状を呈している園（所）児・児童・生徒・学生・職員が1名でも発生したらすぐに対応を開始し、学校医等と相談し、まん延の防止を図ることが重要である。

**(1) 患者の保護者との連絡**

学校等が、保護者等からの連絡により、麻疹及び麻疹を疑う報告を受けた場合は、発症日、ワクチン接種状況、全身状態及び受診状況等について確認するとともに、施設内のまん延防止の趣旨から、調査の協力について説明し、保健所から電話連絡があることについて同意を求める。

なお、患者、または患者保護者に対する確認時においては、「健康調査票（資料3）」を用いることも可能である。

**(2) 施設内の発生状況の確認**

（平常時において、ワクチン接種状況及び麻疹の罹患歴が確認されていることを前提としている。）

**ア 欠席者の把握と欠席理由の確認**

欠席者を把握し、欠席理由として、麻疹と診断されている者の有無、及び発熱、発しん、咳、鼻水、目の充血等の麻疹を疑う症状を有する者が他にいないかを確認する。

**イ 出席者の健康調査**

出席者の中に、発熱、発しん、咳、鼻水、目の充血等、麻疹を疑わせる症状を有する者がいないかを把握する。

**ウ 職員の出勤状況の確認及び健康調査**

職員に対しても、上記ア及びイと同様に確認を行う。

### (3) 患者との接触者への対応

#### ア 患者の行動及び接触者の把握

患者が発熱、せき、くしゃみ、鼻水、結膜炎(目の充血、目やに等)、発しん等のいずれかの症状を呈した前日からの出席及び出勤等の状況、利用した校内施設、課外活動等の状況を確認するとともに、クラス、クラブ活動、寮等における接触者を把握する。

#### イ 接触者への対応

接触者に対し、発症予防方法について、すぐに学校医若しくはかかりつけ医と相談するよう情報提供する。

- ・患者に接触してから3 日以内であれば、麻しん含有ワクチンの接種により発症を予防できる可能性がある。
- ・患者に接触してから6 日以内であれば、ガンマグロブリンの注射をすることで発症を予防もしくは軽減化できる可能性がある。

### (4) 関係者及び関係機関への連絡

#### ア 学校医等への相談

#### イ 保健所・関係機関への連絡

患者の状況及び施設の状況について、次表「関係機関への連絡」により速やかに連絡する。

なお、保育所の場合には、所在地を管轄する保健所へ連絡を行うほか、「入所者等に係る事故報告について(資料4)」(平成10年5月29日付け青健福第275号青森県健康福祉部長通知。平成16年6月11日最終改正)に基づき、速やかに担当部局に報告する。

## ◎関係機関への連絡

### 【1. 連絡の対象となる場合】

以下の場合には関係機関に対し速やかに連絡する。

#### ①麻しんによる欠席等の連絡があった場合

→保護者等から患者の状態確認と並行して、「2. 連絡の流れ」に基づき関係機関へ速やかに連絡する。

#### ②麻しんのため出席停止とされた園児、児童、生徒、学生がいた場合

→「送付票」（様式1）にて連絡する。

#### ③-1 学校においては、麻しんまたはその疑いのある患者が集団的に発生し、臨時休業、学年閉鎖等の措置を取った場合

#### -2 保育所等においては、麻しんまたはその疑いのある患者が集団的に発生した場合

→次とおり報告様式「麻しんの発生及び措置状況」にて連絡する。

県立学校  
私立学校（専修学校を除く）  
市町村立学校（園）  
国立大学附属学校（園）

} (様式2-1) を用いる

大学・短期大学  
高等専門学校  
専修学校等

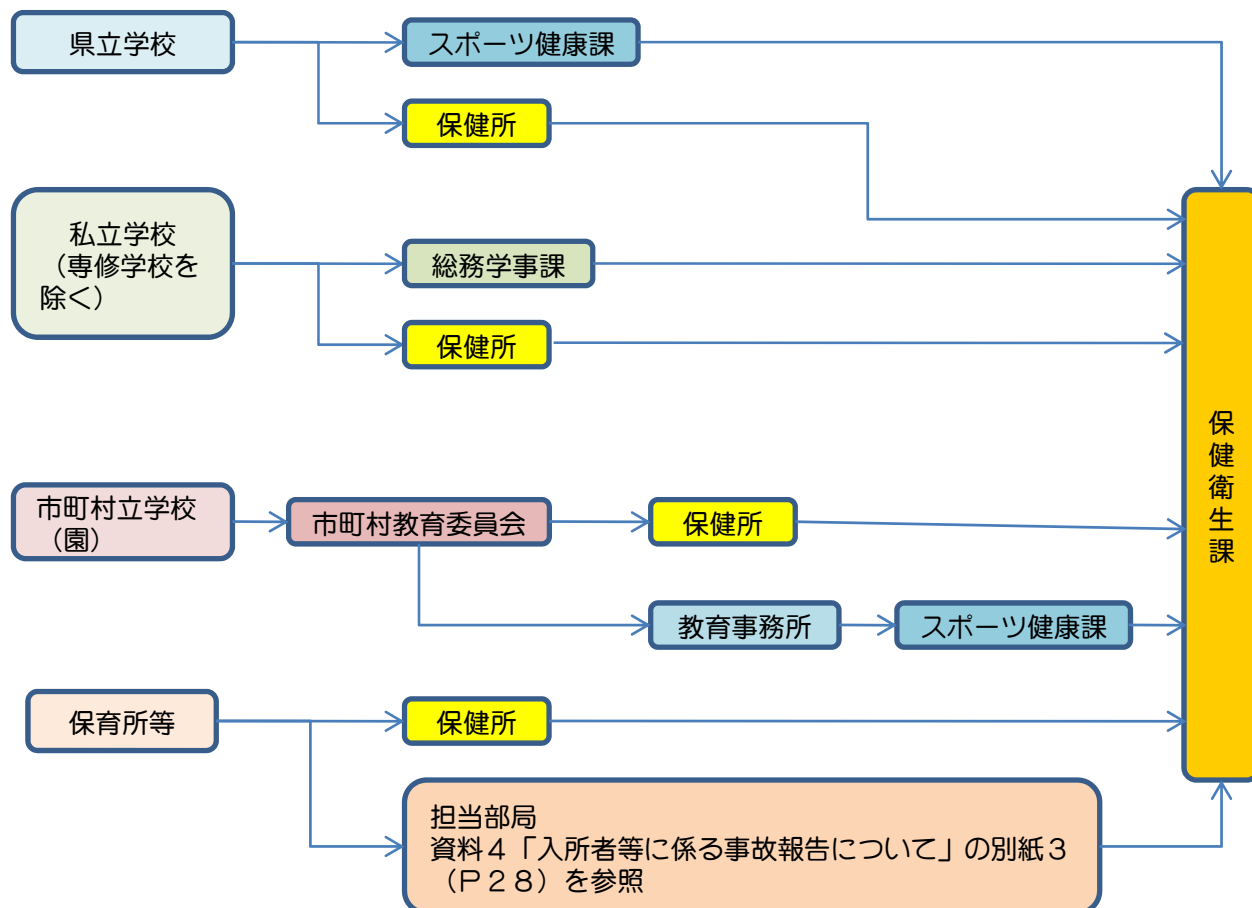
} (様式2-2) を用いる

保育所等

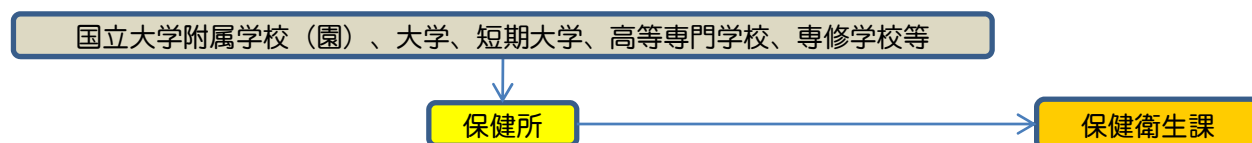
————— (様式2-3) を用いる

## 【2. 連絡の流れ】

### ① 県立学校、私立学校（専修学校を除く）、市町村立学校（園）、保育所等



### ② 国立大学附属学校（園）、大学、短期大学、高等専門学校、専修学校等



### 【保健所連絡先】

東地方保健所	指導予防課	Tel:017-741-8116	Fax:017-742-7250
弘前保健所	指導予防課	Tel:0172-33-8521	Fax:0172-33-8524
八戸保健所	指導予防課	Tel:0178-27-5111(内397)	Fax:0178-27-1594
五所川原保健所	指導予防課	Tel:0173-34-2108	Fax:0173-34-7516
上十三保健所	指導予防課	Tel:0176-23-4261	Fax:0176-23-4246
むつ保健所	指導予防課	Tel:0175-24-1231	Fax:0175-24-3449
青森市保健所	保健予防課	Tel:017-765-5282	Fax:017-765-5283

(5) その他の保護者、園（所）児、児童、生徒、学生及び職員への対応

ア 保護者、園（所）児、児童、生徒、学生への対応

- i 施設内において麻しんが発生していることを周知するとともに、あわせて麻しんに関する正しい知識の普及、未接種及び未罹患者へのワクチン接種勧奨を行う。
- ii 登校前の自宅での検温の実施、37.5℃以上の発熱を認めた場合の学校等への報告、欠席及び医療機関の早期受診を指導する。なお、受診する場合は、事前に施設内で麻しんが発生していることを医療機関に伝え、受診の仕方を確認するよう指導する。
- iii 麻しんまたはその疑いがあると診断された場合は、速やかに学校等に報告するよう指導する。

イ 職員への対応

- i 未接種及び未罹患者へのワクチン接種勧奨を行う。
- ii 出勤前の自宅での検温の実施、37.5℃以上の発熱を認めた場合の施設への報告、休暇の取得及び医療機関の早期受診を指導する。  
受診する場合は、上記アの ii と同様に受診の仕方を確認する。
- iii 麻しんまたはその疑いがあると診断された場合は、速やかに学校等に報告するよう指導する。

(6) 特定の措置

ア 施設行事等の中止・延期等の検討

- i 学校医等との相談のもと、必要に応じて、学年行事・全校（園・所）行事等の延期あるいは中止を検討する。
- ii クラブ活動等での対外試合等への参加について、自粛または出場の制限等を検討する。

イ 学校保健法に基づく措置

学校医等と相談のもと、必要に応じて、学校の設置者は臨時休業、学校長（施設長）は出席停止の措置を決定する。

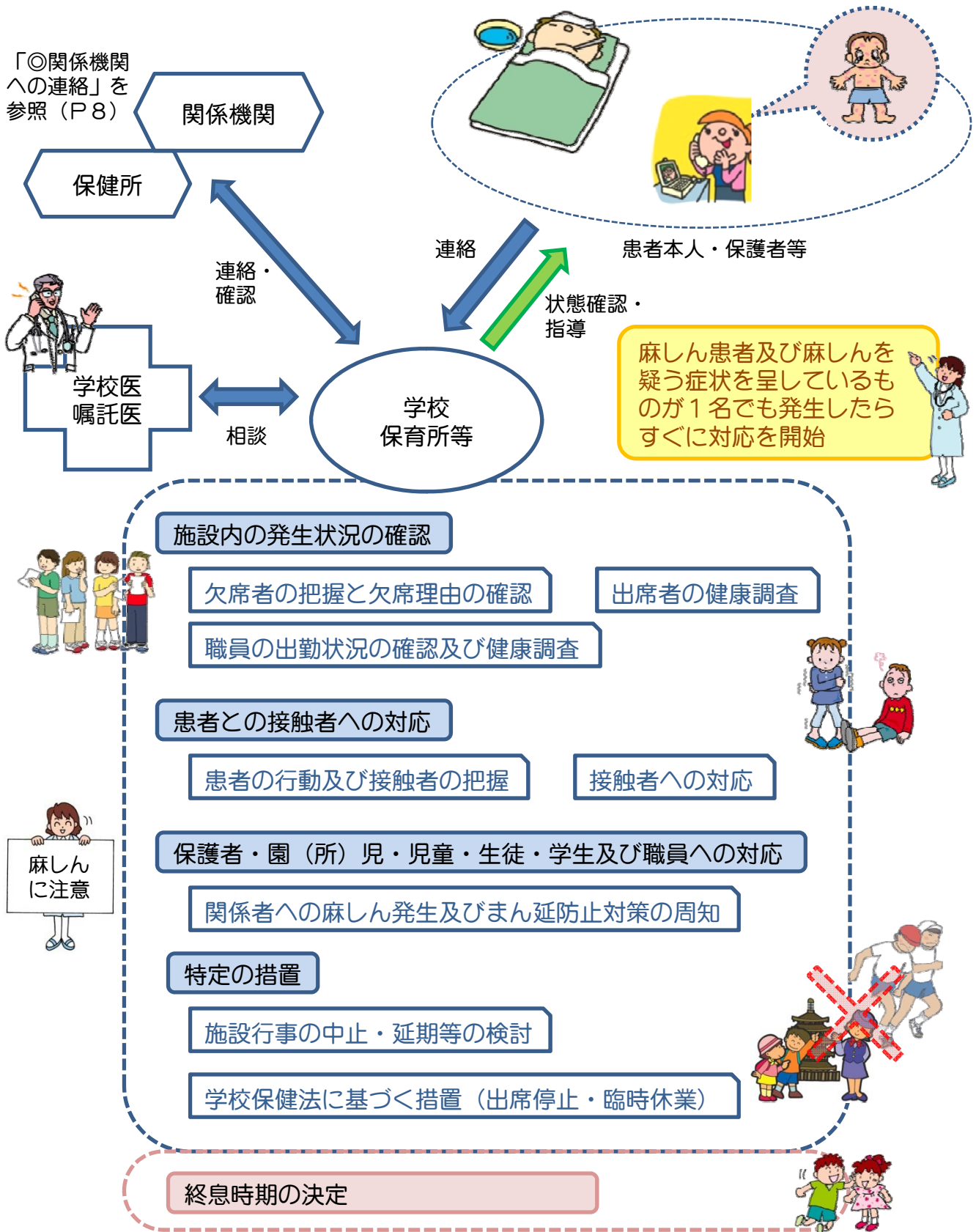
また、臨時休業、出席停止の措置を行った場合は、（４）イのとおり、保健所へ連絡する。なお、学校保健法に基づく措置に係る保健所への連絡については、学校保健法第20条に規定される「政令で定める場合」に該当する。

### （７）終息時期の決定

**（施設内の麻しん新規患者発生が迅速かつ確実に把握されていることが前提となる。）**

麻しんの潜伏期は、約10-12日であること、麻しんと確定診断されるまでには、さらに数日間を要することから、「最後の麻しん患者と、園（所）児・児童・生徒・学生・職員等の最終接触日から、4週間新たな麻しん患者発生が見られていないこと」の要件が満たされたときに、麻しん集団発生の終息を考慮することとし、学校の設置者と学校長（施設長）は学校医等の専門家と相談の上、終息時期を決定し、保護者及び関係機関に連絡する。

# ◎学校・保育所における麻しん発生時の対応フロー



## 資料1

## 麻疹（はしか）について

麻疹は、発熱、発しんを主症状とする感染力の強い病気です。肺炎、脳炎などを併発し重症化する場合もあり、死に至ることもあります。

空気感染を起こすため、麻疹に対する免疫を保有しない者が多い学校・社会福祉施設や医療機関等において集団発生することがあります。

## （経過と症状）

経過は潜伏期、カタル期、発しん期、回復期の4期に分けられます。

①潜伏期（10日前後）

感染してから症状がでるまで10日前後です。この時期は感染力はありません。

②前駆（カタル）期（2～4日）

発熱（38℃前後）、せき、くしゃみ、鼻汁、結膜炎等の症状が出ます。発しんはまだ出ません。いわゆる風邪と区別はつきませんが、感染力はこの時期から強くなります。

また、発しんの出現する1～2日前ころに、頬粘膜に白色の小斑点（コプリック斑）が現れます。

③発しん期（3～5日）

前駆（カタル）期の3～4日目にいったん熱は下がりますが、再び高熱（39.5℃以上）が続きます。同時に赤い発しんが耳の後ろ、顔、首に出現して全身に広がります。また、せき、くしゃみ、鼻汁、結膜炎等の症状は続きます。

発しんが出始めるころが最も感染力が強く、発しん期の間は感染力が持続します。

④回復期（2～3日）

熱は下がり、発しんは色素沈着を残して消え、せきや鼻汁などの症状は軽くなってきます。7～10日で合併症のないかぎり回復します。

(感染経路)

感染力はきわめて強く、空気感染を起こします。

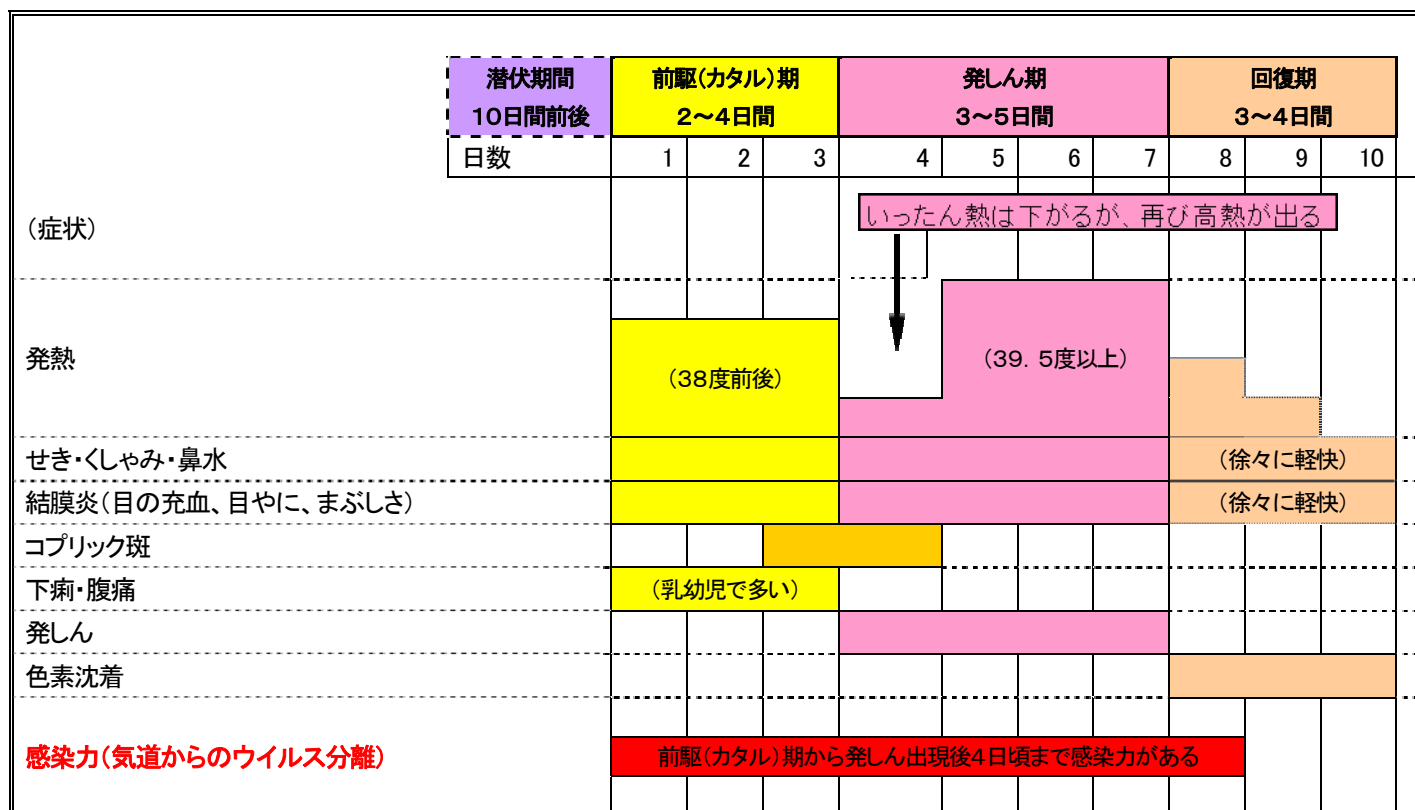
患者1人から免疫を持っていない人12～18人に感染させるといわれています。

(治療と予防)

麻疹に対する根本的治療法はなく、症状を和らげる対症療法が中心となります。合併症等の症状により入院となる場合もあります。

麻疹の予防にはワクチン接種をすることが有効です。定期予防接種の時期に決められた回数の麻疹含有ワクチン接種を受けるようにしましょう。

麻疹の臨床症状と経過



## 【知っておきたい麻しんに関すること】

### (合併症)

肺炎、中耳炎、気管支炎、脳炎、心筋炎、また、特異な合併症として亜急性硬化性全脳炎があります。特に、肺炎または脳炎の合併は、年少であるほど死に至る危険性が高く注意が必要です。

#### \* 亜急性硬化性全脳炎

麻しんウイルスに感染後、特に学童期に発症することのある中枢神経疾患であり、知能障害、運動障害が徐々に進行し、けいれん等の症状が現れ、発症後平均6～9ヶ月で死に至る進行性の予後不良疾患です。発生頻度は、麻しん罹患者の10万人に1人、麻しんワクチン接種者では100万人に1人で、発症まで麻しん罹患例で平均7年、麻しんワクチン接種例で平均3年を要すると言われています。

### (異常な経過をとる麻しん：修飾麻しん)

不完全な免疫を持っている状態で麻しんウイルスに感染した場合、典型的でない軽症の麻しんを発症することがあります。これを「修飾麻しん」といいます。

修飾麻しんは潜伏期が14～20日に延長し、前駆（カタル）期の症状は軽いか欠落し、コプリック斑も出現しないことが多く、発しんは急速に出現します。通常合併症はなく、経過も短いようです。母親由来の抗体が残っている1歳前の乳児、ヒトγグロブリンを投与された者、麻しん含有ワクチン接種後数年を経過し抗体が低下してきた者などは修飾麻しんの経過を取ることがあります。症状は軽くても、麻しんの感染力は有しています。

資料2

平成20～24年度 麻しん・風しんワクチン定期予防接種対象者

		平成20年度の 対象者	平成21年度の 対象者	平成22年度の 対象者	平成23年度の 対象者	平成24年度の 対象者
<b>第1期</b>	生後12ヶ月以上24ヶ月未満の者					
<b>第2期</b>	5歳以上7歳未満のものであって、 小学校入学前の1年間	平成14年4月2日～ 平成15年4月1日生	平成15年4月2日～ 平成16年4月1日生	平成16年4月2日～ 平成17年4月1日生	平成17年4月2日～ 平成18年4月1日生	平成18年4月2日～ 平成19年4月1日生
<b>第3期</b>	中学校1年生に相当する年齢の者 (年度内に13歳になる者)	平成7年4月2日～ 平成8年4月1日生	平成8年4月2日～ 平成9年4月1日生	平成9年4月2日～ 平成10年4月1日生	平成10年4月2日～ 平成11年4月1日生	平成11年4月2日～ 平成12年4月1日生
<b>第4期</b>	高校3年生に相当する年齢の者 (年度内に18歳になる者)	平成2年4月2日～ 平成3年4月1日生	平成3年4月2日～ 平成4年4月1日生	平成4年4月2日～ 平成5年4月1日生	平成5年4月2日～ 平成6年4月1日生	平成6年4月2日～ 平成7年4月1日生

\* 平成12年4月2日～平成13年4月1日生まれの者及び平成13年4月2日～平成14年4月1日生まれの者は、それぞれ平成18年度及び平成19年度の第2期定期予防接種対象者でした。

## 幼稚園・保育所等における麻疹健康調査票（園児・所児用）

記入日	年	月	日
記載者	父・母・その他( )		

1	患者氏名		2	性別	男・女	3	年齢:	歳	ヶ月							
4	クラス	組	5	生年月日	年 月 日											
6	住所	〒														
7	電話番号	— —														
8	本人以外（保護者等）の連絡先		本人との関係:													
	氏名:															
	住所:															
	自宅:	—	—	携帯:	—	—										
下記の症状があったか、なかったか、あった場合はそれが始まった日付(あるいは期間)に関して、お答えください。																
9	37.5度以上の発熱	無	有	(	年	月	日)	から	(	年	月	日)				
10	熱が最も高かったとき			°C	(	年	月	日)								
11	せき	無	有	(	年	月	日)	から								
12	鼻水(はなみず)	無	有	(	年	月	日)	から								
13	目の症状(目が赤くなる、目やに等)	無	有	(	年	月	日)	から								
14	赤い発疹(ぶつぶつ);	無	有	(	頭	・	体	・	手足	・	全身)	(	年	月	日)	から
15	その他	(							)	(	年	月	日)	から		
医院や病院を受診したかどうか、その際の診断名と他に指摘された病気の名前、入院したかどうかに関して、お答えください。																
16	医院や病院を受診しましたか?	a. しなかった														
		b. した→ (初診: 年 月 日 時)														
		(医療機関名: )														
		(電話: — — ) (主治医: )														
17	入院しましたか?	a. しなかった														
		b. した→ (入院医療機関名: )														
		(診療科名: )														
		(入院日: 年 月 日)														
		(退院日: 年 月 日)														
18	麻疹(はしか)以外に、次の病気のいずれかと診断されましたか。															
	a. されなかった															
	b. された→(肺炎・気管支炎・中耳炎・腸炎・脳炎・その他( ))															
患者様ご本人が、過去に麻疹(はしか)にかかったかどうか、過去の麻疹(はしか)に対する予防接種の状況に関して、お答えください。																
19	過去に麻疹(はしか)にかかったことはありますか? (母子健康手帳等の記録により、確認をしてください)															
	a. 無															
	b. 不明															
	c. 有 → ( 歳のとき)あるいは( 年 月 日)															
	母子健康手帳等の記録によって確認しましたか?		a. していない													
			b. した													

麻しん(はしか)に対する予防接種歴 (母子健康手帳等の記録により、確認をしてください)																																																			
20	<p>1回目</p> <p>a. 無</p> <p>b. 不明</p> <p>c. 有 → ワクチンの種類 ( 麻しん(はしか) ・ MR ・ MMR ・ 不明 )</p> <p>接種年月日 ( 昭和 ・ 平成 年 月 日 ・ 不明 )</p> <p>製造会社 / Lot番号 ( / ・ 不明 )</p> <p>母子手帳等の記録によって確認しましたか？ a. していない</p> <p>b. した</p>																																																		
	<p>2回目</p> <p>a. 無</p> <p>b. 不明</p> <p>c. 有 → ワクチンの種類 ( 麻しん(はしか) ・ MR ・ MMR ・ 不明 )</p> <p>接種年月日 ( 昭和 ・ 平成 年 月 日 ・ 不明 )</p> <p>製造会社 / Lot番号 ( / ・ 不明 )</p> <p>母子手帳等の記録によって確認しましたか？ a. していない</p> <p>b. した</p>																																																		
同居されているご家族が麻しん(はしか)にかかったか、麻しん(はしか)に対する予防接種をしているかに関して、お答えください。																																																			
21	<p>ご家族で__月__日から現在までに麻しん(はしか)にかかった人はいましたか。</p> <p>a. 無</p> <p>b. 不明</p> <p>c. 有 → それは誰ですか? ( )</p>																																																		
ご家族の構成と、それぞれの方が麻しん(はしか)にかかったか、予防接種を受けたかに関してご記入ください。																																																			
22	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">続柄</th> <th rowspan="2">年齢</th> <th rowspan="2">今回、麻しん(はしか)にかかりましたか</th> <th colspan="2">かかった場合</th> <th rowspan="2">過去に、麻しん(はしか)にかかりましたか</th> <th rowspan="2">麻しん(はしか)の予防接種を受けていますか</th> <th rowspan="2">接種したときの年齢 あるいは、接種年月日</th> </tr> <tr> <th>発熱出現日</th> <th>発疹出現日</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td>かかった・かからなかった</td> <td></td> <td></td> <td>かかった・かからなかった・不明</td> <td>受けた・受けていない・不明</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>かかった・かからなかった</td> <td></td> <td></td> <td>かかった・かからなかった・不明</td> <td>受けた・受けていない・不明</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>かかった・かからなかった</td> <td></td> <td></td> <td>かかった・かからなかった・不明</td> <td>受けた・受けていない・不明</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>かかった・かからなかった</td> <td></td> <td></td> <td>かかった・かからなかった・不明</td> <td>受けた・受けていない・不明</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>かかった・かからなかった</td> <td></td> <td></td> <td>かかった・かからなかった・不明</td> <td>受けた・受けていない・不明</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	続柄	年齢	今回、麻しん(はしか)にかかりましたか	かかった場合		過去に、麻しん(はしか)にかかりましたか	麻しん(はしか)の予防接種を受けていますか	接種したときの年齢 あるいは、接種年月日	発熱出現日	発疹出現日			かかった・かからなかった			かかった・かからなかった・不明	受けた・受けていない・不明				かかった・かからなかった			かかった・かからなかった・不明	受けた・受けていない・不明				かかった・かからなかった			かかった・かからなかった・不明	受けた・受けていない・不明				かかった・かからなかった			かかった・かからなかった・不明	受けた・受けていない・不明				かかった・かからなかった			かかった・かからなかった・不明	受けた・受けていない・不明	
	続柄				年齢	今回、麻しん(はしか)にかかりましたか				かかった場合		過去に、麻しん(はしか)にかかりましたか	麻しん(はしか)の予防接種を受けていますか	接種したときの年齢 あるいは、接種年月日																																					
		発熱出現日	発疹出現日																																																
			かかった・かからなかった			かかった・かからなかった・不明	受けた・受けていない・不明																																												
			かかった・かからなかった			かかった・かからなかった・不明	受けた・受けていない・不明																																												
		かかった・かからなかった			かかった・かからなかった・不明	受けた・受けていない・不明																																													
		かかった・かからなかった			かかった・かからなかった・不明	受けた・受けていない・不明																																													
		かかった・かからなかった			かかった・かからなかった・不明	受けた・受けていない・不明																																													
発熱初日の2週間前から解熱後3日までの期間に関して、患者様ご本人の行動に関して、お答えください。																																																			
23	<p>麻しん(はしか)の人と会いましたか a. あってない</p> <p>b. わからない</p> <p>c. あった → 詳しく教えてください(いつ、どこで、だれと)</p> <p>( )</p>																																																		
24	<p>おけいごとや育児サークルなど</p> <p>a. 行っていない</p> <p>b. 行った → 詳しく教えてください 教室名 ( ) 月 日</p> <p>教室名 ( ) 月 日</p> <p>教室名 ( ) 月 日</p>																																																		
25	<p>そのほか、人の多く集まる場所 (ショッピングセンター等)</p> <p>a. 行っていない</p> <p>b. 行った → 詳しく教えてください 場所 ( ) 月 日</p> <p>場所 ( ) 月 日</p> <p>場所 ( ) 月 日</p>																																																		

教えていただいた内容について、調査以外の目的では使用いたしません。ご協力、どうもありがとうございました。

## 学校における麻しん健康調査票（児童・生徒・学生用）

記入日	年	月	日
記載者	父	母	その他( )

1	患者氏名		2	性別	男・女	3	年齢:	歳	
4	学年・組	年 組 番	5	生年月日	年 月 日				
6	住所	〒							
7	電話番号	- -							
8	本人以外（保護者等）の連絡先 氏名： _____ 本人との関係： _____ 住所： _____ 自宅： - - 携帯： - -								
下記の症状があったか、なかったか、あった場合はそれが始まった日付(あるいは期間)に関して、お答えください。									
9	37.5度以上の発熱	無	有	( 年 月 日 )	から	( 年 月 日 )			
10	熱が最も高かったとき		°C	( 年 月 日 )					
11	せき	無	有	( 年 月 日 )	から				
12	鼻水(はなみず)	無	有	( 年 月 日 )	から				
13	目の症状(目が赤くなる、目やに等)	無	有	( 年 月 日 )	から				
14	赤い発疹(ぶつぶつ)；	無	有	( 頭 ・ 体 ・ 手足 ・ 全身 )	( 年 月 日 )	から			
15	その他 ( )					( 年 月 日 )	から		
医院や病院を受診したかどうか、その際の診断名と他に指摘された病気の名前、入院したかどうかに関して、お答えください。									
16	医院や病院を受診しましたか？	a. しなかった b. した→ (初診： 年 月 日 時) (医療機関名： ) (電話： - - ) (主治医： )							
17	入院しましたか？	a. しなかった b. した→ (入院医療機関名： ) (診療科名： ) (入院日： 年 月 日) (退院日： 年 月 日)							
18	麻しん(はしか)以外に、次の病気のいずれかと診断されましたか。 a. されなかった b. された→( 肺炎 ・ 気管支炎 ・ 中耳炎 ・ 腸炎 ・ 脳炎 ・ その他 ( ) )								
患者様ご本人が、過去に麻しん(はしか)にかかったかどうか、過去の麻しん(はしか)に対する予防接種の状況に関して、お答えください。									
19	過去に麻しん(はしか)にかかったことはありますか？(母子健康手帳等の記録により、確認をしてください) a. 無 b. 不明 c. 有 → ( 歳のとき)あるいは( 年 月 日) 母子健康手帳等の記録によって確認しましたか？ a. していない b. した								

麻しん(はしか)に対する予防接種歴(母子健康手帳等の記録により、確認をしてください)																																											
20	1回目 a. 無 b. 不明 c. 有 → ワクチンの種類(麻しん(はしか)・MR・MMR・不明) 接種年月日(昭和・平成 年 月 日・不明) 製造会社/Lot番号( / ・不明) 母子手帳等の記録によって確認しましたか? a. していない b. した																																										
	2回目 a. 無 b. 不明 c. 有 → ワクチンの種類(麻しん(はしか)・MR・MMR・不明) 接種年月日(昭和・平成 年 月 日・不明) 製造会社/Lot番号( / ・不明) 母子手帳等の記録によって確認しましたか? a. していない b. した																																										
同居されているご家族が麻しん(はしか)にかかったか、麻しん(はしか)に対する予防接種をしているかに関して、お答えください。																																											
21	ご家族で__月__日から現在までに麻しん(はしか)にかかった人はいましたか。 a. 無 b. 不明 c. 有 → それは誰ですか?( )																																										
ご家族の構成と、それぞれの方が麻しん(はしか)にかかったか、予防接種を受けたかに関してご記入ください。																																											
22	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">続柄</th> <th rowspan="2">年齢</th> <th rowspan="2">今回、麻しん(はしか)にかかりましたか</th> <th colspan="2">かかった場合</th> <th rowspan="2">過去に、麻しん(はしか)にかかりましたか</th> <th rowspan="2">麻しん(はしか)の予防接種を受けていますか</th> <th rowspan="2">接種したときの年齢 あるいは、接種年月日</th> </tr> <tr> <th>発熱出現日</th> <th>発疹出現日</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td>かかった・かからなかった</td> <td></td> <td></td> <td>かかった・かからなかった・不明</td> <td>受けた・受けていない・不明</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>かかった・かからなかった</td> <td></td> <td></td> <td>かかった・かからなかった・不明</td> <td>受けた・受けていない・不明</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>かかった・かからなかった</td> <td></td> <td></td> <td>かかった・かからなかった・不明</td> <td>受けた・受けていない・不明</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>かかった・かからなかった</td> <td></td> <td></td> <td>かかった・かからなかった・不明</td> <td>受けた・受けていない・不明</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	続柄	年齢	今回、麻しん(はしか)にかかりましたか	かかった場合		過去に、麻しん(はしか)にかかりましたか	麻しん(はしか)の予防接種を受けていますか	接種したときの年齢 あるいは、接種年月日	発熱出現日	発疹出現日			かかった・かからなかった			かかった・かからなかった・不明	受けた・受けていない・不明				かかった・かからなかった			かかった・かからなかった・不明	受けた・受けていない・不明				かかった・かからなかった			かかった・かからなかった・不明	受けた・受けていない・不明				かかった・かからなかった			かかった・かからなかった・不明	受けた・受けていない・不明	
	続柄				年齢	今回、麻しん(はしか)にかかりましたか				かかった場合		過去に、麻しん(はしか)にかかりましたか	麻しん(はしか)の予防接種を受けていますか	接種したときの年齢 あるいは、接種年月日																													
		発熱出現日	発疹出現日																																								
			かかった・かからなかった			かかった・かからなかった・不明	受けた・受けていない・不明																																				
			かかった・かからなかった			かかった・かからなかった・不明	受けた・受けていない・不明																																				
			かかった・かからなかった			かかった・かからなかった・不明	受けた・受けていない・不明																																				
		かかった・かからなかった			かかった・かからなかった・不明	受けた・受けていない・不明																																					
発熱初日の2週間前から解熱後3日までの期間に関して、患者様ご本人の行動に関して、お答えください。																																											
23	麻しん(はしか)の人と会いましたか a. あっていない b. わからない c. あった → 詳しく教えてください(いつ、どこで、だれと) ( )																																										
24	クラブ活動やサークル a. していない b. した( 部) → 同時期に試合等の対外活動に参加しましたか a. 参加しなかった b. 参加した → いつですか?( 月 日 )																																										
25	塾や習い事 a. 行っていない b. 行った → 詳しく教えてください 塾/教室名( ) 月 日 塾/教室名( ) 月 日 塾/教室名( ) 月 日																																										
26	そのほか、人の多く集まる場所(ゲームセンター、カラオケ、ファーストフード店等)・アルバイト a. 行っていない b. 行った → 詳しく教えてください 場所( ) 月 日 場所( ) 月 日 場所( ) 月 日																																										

教えていただいた内容について、調査以外の目的では使用いたしません。ご協力、どうもありがとうございました。

## 学校・保育所等における麻疹健康調査票（教職員・スタッフ用）

記入日	年	月	日
記載者	本人・その他( )		

1	患者氏名		2	性別	男・女	3	年齢:	歳
4	担当クラス	年 組	5	生年月日	年 月 日			
6	住所	〒						
7	電話番号	自宅: - -	携帯:	- -				
8	職業	学校等の教職員・保育士・その他 ( )						
下記の症状があったか、なかったか、あった場合はそれが始まった日付(あるいは期間)に関して、お答えください。								
9	37.5度以上の発熱	無	有	( 年 月 日)から	( 年 月 日)			
10	熱が最も高かったとき			°C	( 年 月 日)			
11	せき	無	有	( 年 月 日)から				
12	鼻水(はなみず)	無	有	( 年 月 日)から				
13	目の症状(目が赤くなる、目やに等)	無	有	( 年 月 日)から				
14	赤い発疹(ぶつぶつ);	無・有	( 頭・体・手足・全身)	( 年 月 日)から				
15	その他 ( )				( 年 月 日)から			
医院や病院を受診したかどうか、その際の診断名と他に指摘された病気の名前、入院したかどうかに関して、お答えください。								
16	医院や病院を受診しましたか?	a. しなかった b. した→ (初診: 年 月 日 時) (医療機関名: ) (電話: - - ) (主治医: )						
17	入院しましたか?	a. しなかった b. した→ (入院医療機関名: ) (診療科名: ) (入院日: 年 月 日) (退院日: 年 月 日)						
18	麻疹(はしか)以外に、次の病気のいずれかと診断されましたか。	a. されなかった b. された→(肺炎・気管支炎・中耳炎・腸炎・脳炎・その他( ))						
患者様ご本人が、過去に麻疹(はしか)にかかったかどうか、過去の麻疹(はしか)に対する予防接種の状況に関して、お答えください。								
19	過去に麻疹(はしか)にかかったことはありますか? (母子健康手帳等の記録により、確認をしてください)	a. 無 b. 不明 c. 有 → ( 歳のとき)あるいは( 年 月 日) 母子健康手帳等の記録によって確認しましたか? a. していない b. した						



## 資料4

(参考)

### 「入所者等に係る事故報告について」の一部改正について

青健福第607号

平成16年6月11日

青森県健康福祉部長通知

貴職におかれましては、平素から施設の適切な管理運営に努められていることと思えます。

さて、標記については、平成14年7月30日付け青健福第804号青森県健康福祉部長通知により、従来<sup>1</sup>の事故報告の取扱いの一部を改正し、類似事故等の再発防止及び利用者の処遇向上等を図ってきたところです。

今般、「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」の改正などに伴い、本取扱いについて、下記のとおり一部改正したので、お知らせします。

また、近年の感染症等の発生状況からみて、今後、食中毒や感染症等に係る施設内の事故が発生した場合は、速やかに報告して下さるようお願いいたします。

なお、介護保険指定事業者については、平成16年6月11日付け青高保第377号「介護保険事業者における事故発生時の報告取扱要領の一部改正について」により報告を行うこととなりますので申し添えます。

(別紙1)

番 号  
年 月 日

青森県知事

殿

所在地  
施設名  
施設長名

印

### 入所者等の事故について(報告)

この度、当施設において、別紙のとおり事故が発生したので報告します。

別紙

社会福祉施設等事故報告書

1 施設	施設名及び所在地	法人名 理事長名 施設名 所在地  (電話番号)
	施設種別	
	施設長氏名	
2 事故 対象者 (利用者又は入所者)	氏名等	氏名 (男・女) 年 月 日生( 歳) 住所 電話番号( )
	家庭等の状況	
3 事故 の 概 要	①発生日時	平成 年 月 日 ( 曜日) 時 分
	②発生場所	
	③種別 (該当に○をする)	利用者の死亡、利用者のけが、食中毒、感染症、結核、 職員の法令違反・不祥事、その他( )
	④内 容 (経緯、発見状況、事 故対象者の状況、原 因等を記載)	
4 事 故 時 の 対 応	①発生時の対応 (応急処置、家族等 への連絡状況、医療 機関への搬送状況等 を記載)	家族への連絡(有・無) 措置機関等への連絡(有・無) (機関名: )
5 事 故 後 の 対 応	①搬送後又は治療 後の利用者の状況 (病状、入院の有無等)	
	②家族への対応 (報告・説明)	
	③損害賠償等の状 況 (損害保険利用の有 無等)	
6	再発防止対策	

※事故について、詳細な記録(介護・看護記録等)や図がある場合は、併せて写しを添付してください。また、記入欄が不足する場合は、適宜項目を拡張するか、別紙に記載してください。

(別紙2)

## 事故報告の範囲

各施設は次に該当する場合、報告を行うこととする。

なお、事故が発生した場合は、直ちに電話又はFAX 等により第一報を行い、後に文書により報告すること。特に、食中毒及び感染症については、書道の遅れにより発症者が広まる恐れがあるため、病原体が確定する前であっても、通常と異なる発生状況及び症状からその疑いが持たれた時点で第一報を行うこと。

### (1) 入所者等のけが又は死亡事故その他重大な人身事故の発生

※施設内における事故のほか、送迎・通院等の間の事故も含む。また、在宅福祉事業についても同様とする。

※けがの程度については、外部の医療機関で受診（入院程度）を要したものとす。

※施設側の過誤、過失の有無は問わない。

※利用者が病気等により死亡した場合であっても、死因等に係る疑義により家族とトラブルになった時は報告すること。

### (2) 食中毒及び感染症、結核の発生

※関連する法令に定める届け出義務がある場合は、これに従うとともに、本取扱いにも従い報告をすること。

※感染症は「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」に定めるもののうち、原則として1・2・3 及び4類とする。ただし、5類であっても、インフルエンザ等が施設又は事業所内に蔓延する等の状態になった場合にも報告すること。

### (3) 入所者等の処遇に影響のある職員（従業員）の法令違反、不祥事等の発生

※入所者等からの預り金の横領など、入所者等の処遇に影響のあるものについては報告すること。

### (4) その他、報告が必要と認められる事故の発生

※入所者等の無断外出等による行方不明者の搜索願等入所者の生命、身体に重大な結果を生じる恐れがある事案が発生している場合等は報告すること。

(別紙3)

事故報告書提出経路

施設種別	提出経路
児童福祉関係施設	各施設→地域県民局(地域健康福祉部福祉総室)→県担当課(こどもみらい課)  [市に所在する保育所・児童館] 各施設→市福祉事務所→地域県民局(地域健康福祉部福祉総室)→県担当課(こどもみらい課)  [認可外保育施設・へき地保育所] 各施設→県担当課(こどもみらい課)  [児童福祉関係施設のうち以下のもの] 知的障害施設、知的障害児通園施設、肢体不自由児施設 各施設→地域県民局(地域健康福祉部福祉総室)→県担当課(障害福祉課)
身体障害福祉関係施設	各施設→地域県民局(地域健康福祉部福祉総室)→県担当課(障害福祉課)
知的障害福祉関係施設	各施設→地域県民局(地域健康福祉部福祉総室)→県担当課(障害福祉課)
精神障害関係施設	各施設→地域県民局(地域健康福祉部福祉総室)→県担当課(障害福祉課)
母子福祉・保健関係施設	各施設→県担当課(こどもみらい課)
生活保護施設	各施設→地域県民局(地域健康福祉部福祉総室)→県担当課(健康福祉政策課)
老人福祉関係施設	[介護保険指定事業者以外の施設] 各施設→地域県民局(地域健康福祉部福祉総室)→県担当課(高齢福祉保険課)
地域福祉センター	各施設→県担当課(健康福祉政策課)

- 注) 1 2種類以上の施設を経営する等のいわゆる大型法人が設置する施設における事故については、上記の区分によらず、直接、県担当課に報告すること。  
 2 第一報は、文書作成を待たず、電話またはFAX等により、事故発生後遅滞なく行うこと。  
 3 助産施設、母子生活支援施設、保育所、児童館以外の児童福祉施設については、上記以外に、「児童福祉施設等入退所事務取扱要領」により、児童相談所へも報告を行うこと。

送 付 票

\_\_\_\_\_ へ

学校・保育所名 \_\_\_\_\_

所 在 地 \_\_\_\_\_

電 話 番 号 \_\_\_\_\_

担 当 者 \_\_\_\_\_

患者居住地	(市・町・村)		
学年 (年齢)・性別	年 ( 歳)	男 ・ 女	
麻しんワクチン接種歴	あり ・ なし ・ 不明		
発症年月日	平成 年 月 日		
発症後の最終登校年月日	平成 年 月 日		
医療機関受診の有無	あり ・ なし 受診医療機関名 ( )		
診断年月日	平成 年 月 日		
主症状 (該当するものに○をして下さい)	1、発熱 2、咳 3、鼻汁 4、くしゃみ 5、結膜充血 6、眼脂 7、発疹 8、その他 ( )		
通学・通園 (所) 方法 (該当するものに○をして下さい)	1、徒歩、自転車 2、自動車 (自動2輪も含む) 3、電車 ( 線 駅～ 駅) 4、バス ( 線 ～ ) 5、その他 ( )		
クラブ・部活動等の状況			
備考:			

様式2-1

麻しんの発生及び措置状況

※【新規発生・継続発生・再発生】

学校名	立	学校	校長名		電話	-	-	
届出年月日	年	月	日 ( )	担当者名	FAX	-	-	
措置対象集団の罹患状況 (措置がとられる直前の状況について計上する。対象の学年、学級が複数の場合は合計数を記入する。)				B 患者数内訳 (内訳が学年の場合、組を斜線で消し記入する。)				
A 在籍者数			名	学年組	在籍数	患者数	欠席者数 (出席停止者数)	遅刻・早退
B 患者数 (欠席・遅刻・早退を含む)			名					
C 欠席者数 (再掲：出席停止者数)			名 ( )	年 組			( )	
D 遅刻・早退者数			名	年 組			( )	
患者数、欠席者数及び遅刻・早退者数は下記により計上すること。 (1) 患者数は、欠席者数、遅刻・早退者数及びり患登校者数を含め計上する。 (2) 欠席及び遅刻・早退の理由が、麻しんでないことが明らかである場合は計上しない。 (3) 出席停止者数には、麻しんにより出席停止とされた児童・生徒がいる場合に再掲する。 (4) 出席停止とされた児童、生徒については、送付票(様式1)についても報告する。				年 組			( )	
				年 組			( )	
				年 組			( )	
				計			( )	
※措置状況 対象及び期 日	1 学校閉鎖			月	日	～	日	
	2 学年閉鎖		( ) 年)	月	日	～	日	
			( ) 年)	月	日	～	日	
			( ) 年)	月	日	～	日	
	3 学級閉鎖		( ) 年 組)	月	日	～	日	
		( ) 年 組)	月	日	～	日		
		( ) 年 組)	月	日	～	日		
		( ) 年 組)	月	日	～	日		
※ 学校医の指導		受けた		受けていない				
※ 保健所への連絡		連絡した		連絡していない (市町村立学校については市町村教育委員会・県立学校については県教育委員会が記入する)				

※該当事項を○で囲み、必要事項を記入する。

様式2-2

麻しんの発生及び措置状況

※【新規発生・継続発生・再発生】

学校名 (学部・学科・コース等)					電話	-	-
届出年月日	年 月 日 ( )	担当者名			FAX		
措置対象集団の罹患状況 (措置対象の学部、学年が複数の場合は合計数を記入)				B 罹患患者数内訳 (内訳が学部等の場合、年を斜線で消し記入)			
A 在籍者数		名	学部・学科・コース等別	在籍数	患者数	欠席者数 (出席停止者数)	遅刻・早退
B 患者数 (欠席・遅刻・早退を含む)		名					
C 欠席者数 (再掲：出席停止者数)	( )	名	年			( )	
D 遅刻・早退者数		名	年			( )	
患者数、欠席者数及び遅刻・早退者数は下記により計上すること。 (1) 患者数は、欠席者数、遅刻・早退者数及びり患登校者数を含め計上する。 (2) 欠席及び遅刻・早退の理由が、麻しんでないことが明らかである場合は計上しない。 (3) 出席停止者数には、麻しんにより出席停止とされた学生がいる場合に再掲する。 (4) 出席停止とされた学生については、送付票(様式3)についても報告する。			年			( )	
			年			( )	
			年			( )	
			計			( )	
※措置状況 対象及び期日	1 学校閉鎖		月	日～	日		
	2 学部・学科・コース等閉鎖						
	( )	学部・学科・コース等	月	日～	日		
	( )	学部・学科・コース等	月	日～	日		
3 学年閉鎖							
( )	学部・学科・コース等	年)	月	日～	日		
( )	学部・学科・コース等	年)	月	日～	日		
( )	学部・学科・コース等	年)	月	日～	日		
※ 学校医の指導		受けた	受けていない				

※該当事項を○で囲み、必要事項を記入する。

様式2-3

麻しんの発生及び措置状況

※【新規発生・継続発生・再発生】

保育所等名		施設長名		電話	-	-	
届出年月日	年 月 日 ( )	担当者名		FAX	-	-	
罹患状況			B 患者数内訳				
A 在籍者数		名	組	在籍者数	患者数	欠席者数	遅刻・早退者数
B 患者数 (C+D)		名	組 (未満児・歳児)				
C 欠席者数 (注)		名	組 (未満児・歳児)				
D 遅刻・早退者数 (注)		名	組 (未満児・歳児)				
(注) 欠席者数、遅刻・早退者数は、明らかに麻しんで欠席している児童のほかに、かぜ様の症状(せき、発熱など)で欠席している児童を計上する。 ただし、欠席及び遅刻・早退の理由が、麻しんでないことが明らかである場合は計上しない。			組 (未満児・歳児)				
※嘱託医等の指導(該当番号に○をしてください) 1 受けている      2 受けていない			組 (未満児・歳児)				
(備考)			組 (未満児・歳児)				
			組 (未満児・歳児)				
			計				

◎麻しんにより欠席、遅刻・早退した者がいる場合には「送付票」(様式1)も併せて連絡してください。