

# 風しんの追加的対策について

厚生労働省 健康局 健康課  
結核感染症課

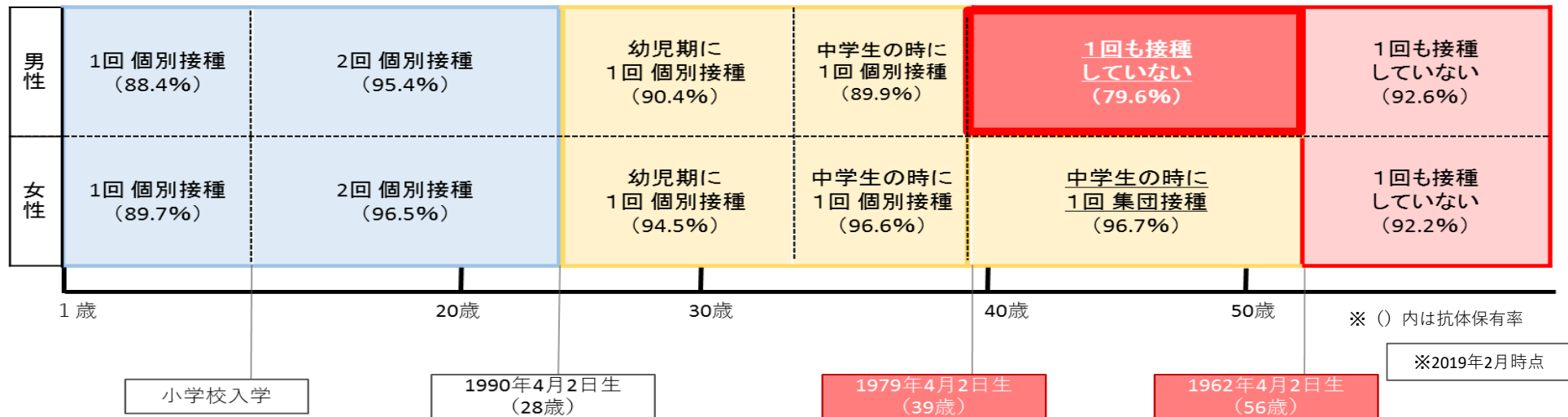
2019年3月1日

# 風しんに関する追加的対策

## 追加的対策のポイント

特に抗体保有率が低い現在39～56歳の男性に対し、

- ① 予防接種法に基づく定期接種の対象とし、3年間、**全国で原則無料**で定期接種を実施
- ② ワクチンの効率的な活用のため、まずは**抗体検査**を受けていただくこととし、**補正予算等**により、**全国で原則無料**で実施
- ③ **事業所健診の機会に抗体検査**を受けられるようにすることや、**夜間・休日**の抗体検査・予防接種の実施に向け、**体制を整備**



【出典】国立感染症研究所「年齢/年齢群別の風疹抗体保有状況」2013-2017年をもとに算出（10歳以下のみ2017年のデータで計算）

# 風しんの抗体検査及び風しんの第5期の定期接種の実施体制

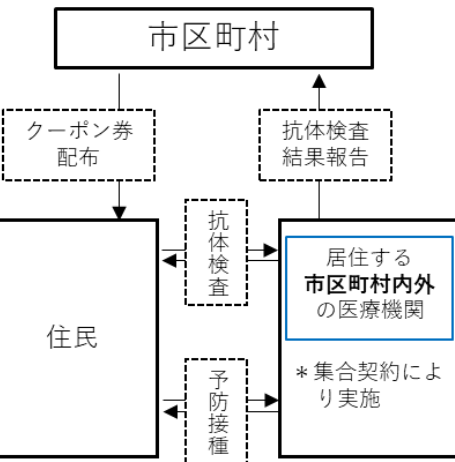
## 風しんの抗体検査及び風しんの第5期の定期接種の実施体制の整備について

- 新たに定期接種の対象となる現在39～56歳の男性(1962(昭和37)年4月2日～1979(昭和54)年4月1日生まれ)への風しんの抗体検査・予防接種を促進するため、以下の実施体制を整備。
  - (1) 居住する市区町村内外の医療機関において風しんの抗体検査・予防接種を実施(実施パターン①)
  - (2) 市町村国保加入者等(自営業者等)について、特定健診の機会を活用して風しんの抗体検査を実施(実施パターン②)
  - (3) 健康保険等加入者(労働者等)について、事業所健診等の機会を活用して風しんの抗体検査を実施(実施パターン③)
  - (4) 都道府県、医療関係者等と協力し、休日・夜間の風しんの抗体検査・予防接種の実施
- 加えて、事業者団体、保険者団体等と連携し、普及啓発を徹底。

## 集合契約による実施体制

### 実施パターン①

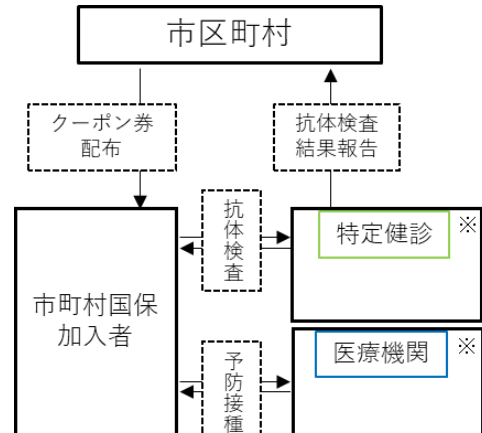
- 居住する市区町村内外の医療機関(\*)において抗体検査・予防接種を実施
- ※ 集合契約を締結した医療機関



\* 休日・夜間の抗体検査・予防接種の実施を含む

### 実施パターン②

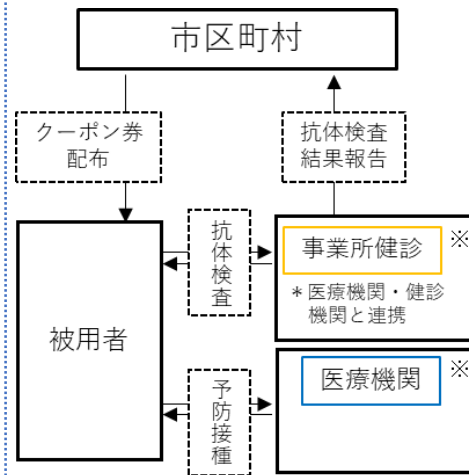
- 市町村国保加入者に対しては、特定健診の機会を活用
- 生活保護受給者等(健康保険等に加入している者を除く)に対しては、健康増進法に基づく健診の機会を活用



\* 抗体検査と予防接種の実施機関が同一の場合もある

### 実施パターン③

- 労働者等に対しては、事業所健診等の機会を活用



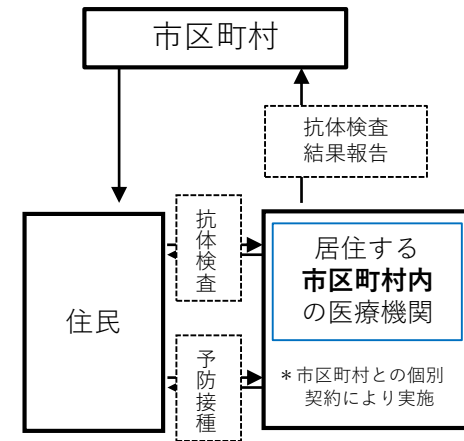
\* 抗体検査と予防接種の実施機関が同一の場合もある

(参考)

## 既存の事業(イメージ)

※ 集合契約を締結すれば、個別契約は不要(実施パターン①に含まれるため)

- 居住する市区町村内の医療機関において抗体検査・予防接種を実施



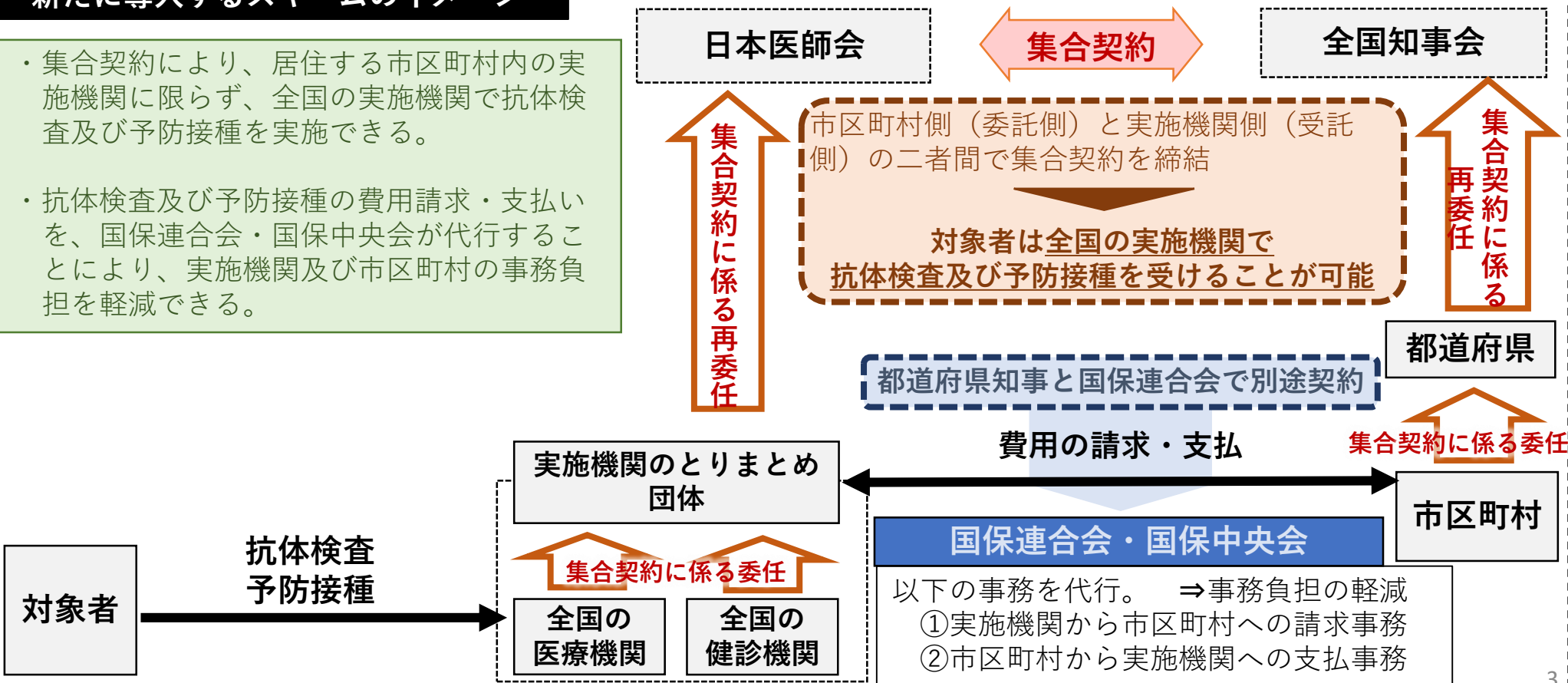
# 居住地以外でも抗体検査及び予防接種を受けられる体制整備

以下のスキームを導入することにより、居住地以外でも抗体検査及び予防接種を受けられる体制を整備する。

- ①集合契約により、全国の市区町村が全国の実施機関に対し、抗体検査及び予防接種の実施を委託する契約を締結。
- ②抗体検査及び予防接種の費用請求・支払いについては、国保連合会・国保中央会が代行することにより、実施機関、全国の市区町村の事務負担を軽減。

## 新たに導入するスキームのイメージ

- ・集合契約により、居住する市区町村内の実施機関に限らず、全国の実施機関で抗体検査及び予防接種を実施できる。
- ・抗体検査及び予防接種の費用請求・支払いを、国保連合会・国保中央会が代行することにより、実施機関及び市区町村の事務負担を軽減できる。



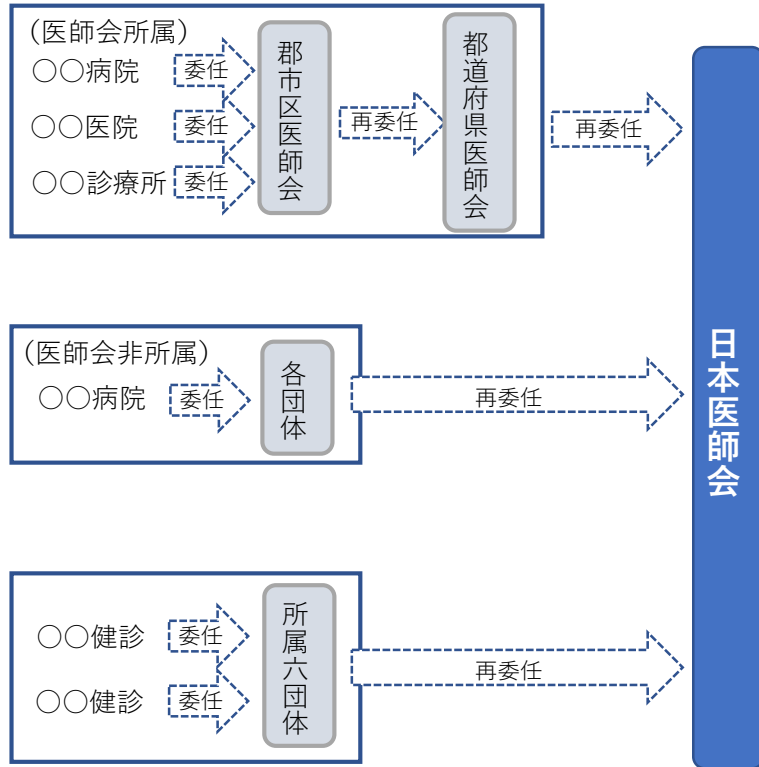
# 集合契約のイメージ（風しんの追加的対策）

- 抗体検査/予防接種の実施の委託について、市町村は各都道府県に委任し、各都道府県は全国知事会に再委任する。
- 抗体検査/予防接種の実施の受託について、医療機関・健診機関は郡市区医師会等の所属団体に契約締結について委任し、各団体は日本医師会に再委任する。
- 契約の締結について委任を受けた全国知事会と日本医師会が集合契約を行う。

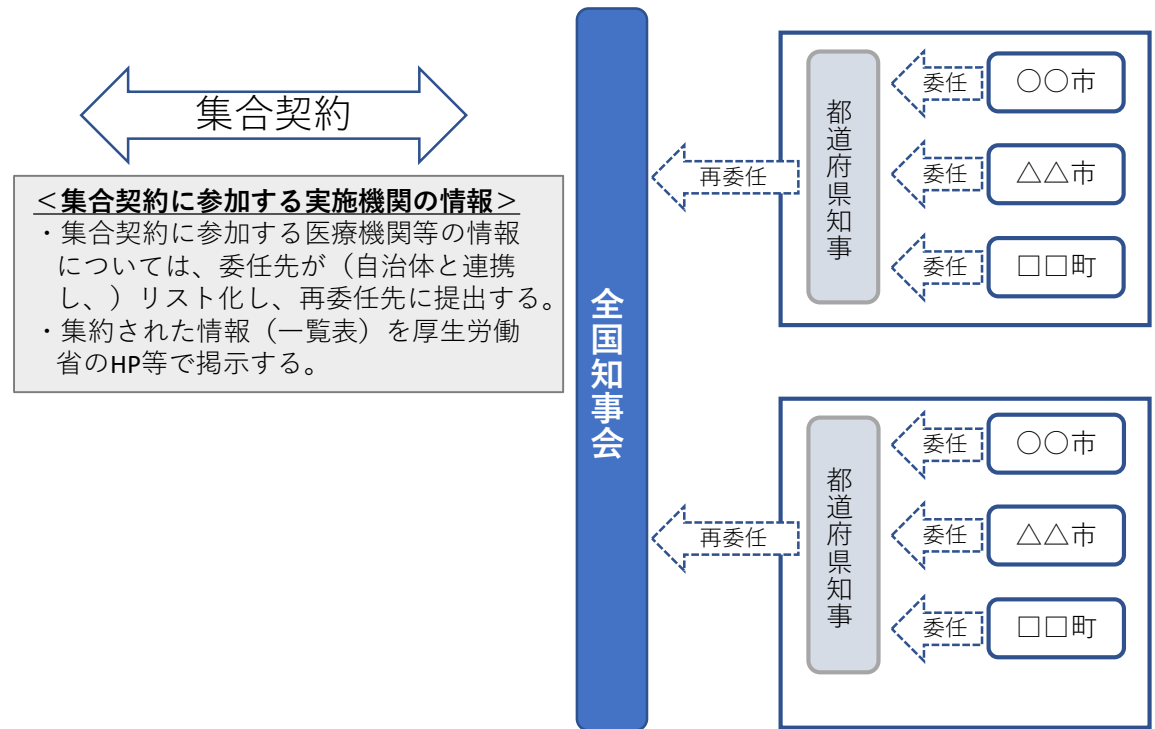
医療機関

健診機関

## 実施委託を受ける側



## 実施委託を行う側



# 集合契約の締結の流れ



## 集合契約における合意事項（概要）

- (1) 市区町村から、実施機関に抗体検査及び予防接種の実施を委託すること。
- (2) 実施機関は、市区町村から抗体検査又は予防接種の実施を受託すること。  
※片方のみ受託も可とする
- (3) 抗体検査の委託費用は統一価格、予防接種の委託費用は市区町村ごとに設定する価格とすること。
- (4) 費用の請求・支払いで国保連合会・国保中央会の代行を認めること。
- (5) 関係者は、原則、全国統一の様式書類を用いること。
- (6) その他

### 【市区町村→都道府県】

(委任者) 自治体名：〇〇〇（市区町村名）  
〇〇市区町村長 〇〇 〇〇 印

当市区町村は、次の事項についての権限を委任いたします。

当市区町村が実施する風しんの抗体検査及び風しんの第5期の定期接種について、集合契約を締結すること。

**委託業務** 抗体検査（委託する・委託しない） 予防接種（委託する・委託しない）

(代理人) △△△都道府県知事 △△ △△

### 【都道府県→全国知事会】

(委任者) 自治体名：△△△（都道府県名）  
△△△都道府県知事 △△ △△ 印

当都道府県は、次の事項についての権限を委任いたします。

当都道府県内市区町村が実施する風しんの抗体検査及び風しんの第5期の定期接種について、集合契約を締結すること。

**委託業務** 抗体検査 〇〇市区町村 予防接種 〇〇市区町村

(代理人) 全国知事会長 □□ □□

### 【医療機関→とりまとめ機関】

(受任者) 医療機関名：●●● 代表者 ●● ●● 印

当機関は、次の事項についての権限を委任いたします。

地方公共団体が実施する風しんの抗体検査及び風しんの第5期の定期接種について、集合契約を締結すること。

**受託業務** 抗体検査（受託する・受託しない） 予防接種（受託する・受託しない）

(代理人) ▲▲▲▲（とりまとめ機関）

## 実施する事務

日本医師会

1. 実施機関一覧表③を作成
2. 各都道府県医師会からの委任状（委任状C）及び実施機関一覧表②を保管

（委任状Cの内容）各都道府県医師会から、以下の権限を **日本医師会へ** 委任

- ・（風しんの抗体検査及び第5期の定期の予防接種について）各医療機関からの委任に基づき、各市区町村との委託契約を締結すること

〇〇県医師会

△△県医師会

□□県医師会

1. 日本医師会宛て委任状（委任状C）及び実施機関一覧表②を作成
2. 各医療機関からの委任状（委任状B）及び実施機関一覧表①を保管

（委任状Bの内容）各郡市区医師会から、以下の権限を **都道府県医師会へ** 委任

- ①（風しんの抗体検査及び第5期の定期の予防接種について）各医療機関からの委任に基づき、各市区町村との委託契約を締結すること
- ② 上記①に係る契約を締結する権限を、**日本医師会に再委任**すること

〇〇医師会

△〇医師会

〇□医師会

□〇医師会

1. 都道府県医師会宛て委任状（委任状B）及び実施機関一覧表①を作成
2. 各医療機関からの委任状（委任状A）を保管

（委任状Aの内容）各医療機関から、以下の権限を **郡市区医師会へ** 委任

- ①（風しんの抗体検査及び第5期の定期の予防接種について）各市区町村との委託契約を締結すること
- ② 上記①に係る契約を締結する権限を、**都道府県医師会を通じて日本医師会に再委任**すること

〇△病院

△〇診療所

〇□医院

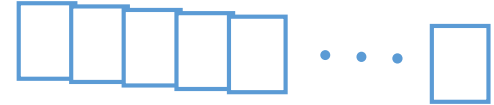
□〇病院

1. 郡市区医師会宛て委任状（委任状A）を作成

## 作成・保管する書類等

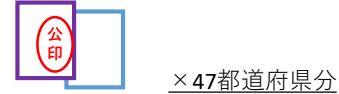
<作成>

- 実施機関一覧表③  
（実施機関一覧表②を束ねたもの）



<保管>

- 委任状C
- 実施機関一覧表②



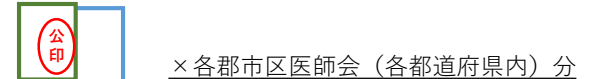
<作成/日本医師会へ送付>

- 委任状C（都道府県医師会→日本医師会）
- 実施機関一覧表②  
（実施機関一覧表①を束ねたもの）
- ・（参考）委任状A及びBの様式



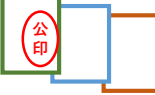
<保管>

- 委任状B
- 実施機関一覧表①



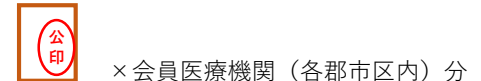
<作成/都道府県医師会へ送付>

- 委任状B（郡市区医師会→都道府県医師会）
- 実施機関一覧表①
- ・（参考）委任状Aの様式



<保管>

- 委任状A



<作成/郡市区医師会へ送付>

- 委任状A（医療機関→郡市区医師会）





## 実施する事務

日本医師会

1. 実施機関一覧表②を作成
2. 各とりまとめ機関からの委任状及び実施機関一覧表①を保管

各とりまとめ団体から、以下の権限を **日本医師会** へ委任

- ・ (風しんの抗体検査及び第5期の定期の予防接種について) 各医療機関・健診機関からの委任に基づき、各市区町村との委託契約を締結すること

〇〇医学会

△△協会

□□団体

1. 日本医師会宛て委任状 (委任状C) 及び実施機関一覧表①を作成
2. 各実施機関からの委任状 (委任状A) を保管

(委任状Aの内容) 各実施機関から、以下の権限を **とりまとめ団体** へ委任

- ① (風しんの抗体検査及び第5期の定期の予防接種について) 各市区町村との委託契約を締結すること
- ② 上記①に係る契約を締結する権限を、**日本医師会** に再委任すること

〇△病院

△〇医院

〇□病院

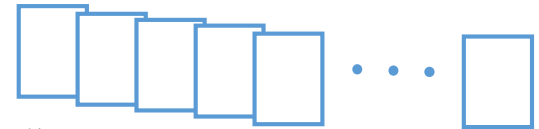
□〇診療所

1. 各実施機関において、各とりまとめ機関宛て委任状を作成

## 作成・保管する書類等

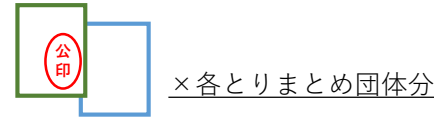
<作成>

- 実施機関一覧表②  
(実施機関一覧表①を束ねたもの)



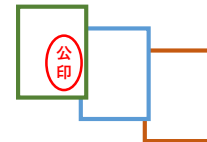
<保管>

- 委任状C (各とりまとめ団体→日本医師会)
- 実施機関一覧表①



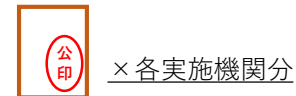
<作成>

- 委任状C (各とりまとめ団体→日本医師会)
- 実施機関一覧表①
- (参考) 委任状Aの様式



<保管>

- 委任状A (実施機関→各とりまとめ団体)



<作成>

- 委任状A (実施機関→各とりまとめ団体)





## 実施する事務

全国知事会

1. 委任元市区町村一覧表②を作成
2. 各都道府県からの委任状及び委任元市区町村一覧表①を保管

各都道府県から、以下の権限を 全国知事会 へ委任

- ・ (風しんの抗体検査及び第5期の定期の予防接種について) 各市区町村からの委任に基づき、各医療機関・健診機関との委託契約を締結すること

〇〇県

△△県

□□県

1. 各都道府県において、全国知事会宛て委任状及び委任元市区町村一覧表①を作成
2. 各市区町村からの委任状を保管

各市区町村から、以下の権限を 都道府県知事 へ委任

- ① (風しんの抗体検査及び第5期の定期の予防接種について) 各医療機関・健診機関との委託契約を締結すること
- ② 上記①に係る契約を締結する権限を、全国知事会 に再委任すること

〇△市

△〇市

〇□町

□〇村

1. 各市区町村において、都道府県知事宛て委任状を作成

## 作成・保管する書類等

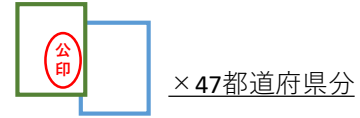
<作成>

- 委任元市区町村一覧表②  
(委任元市区町村一覧表①を束ねたもの)



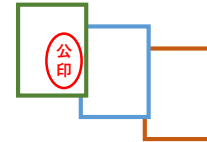
<保管>

- 委任状 (都道府県→全国知事会)
- 委任元市区町村一覧表①



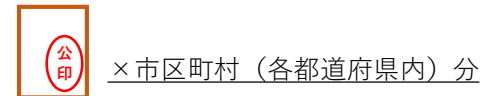
<作成>

- 委任状 (都道府県→全国知事会)
- 委任元市区町村一覧表①
- 委任状様式 (市区町村→都道府県)



<保管>

- 委任状 (市区町村→都道府県)

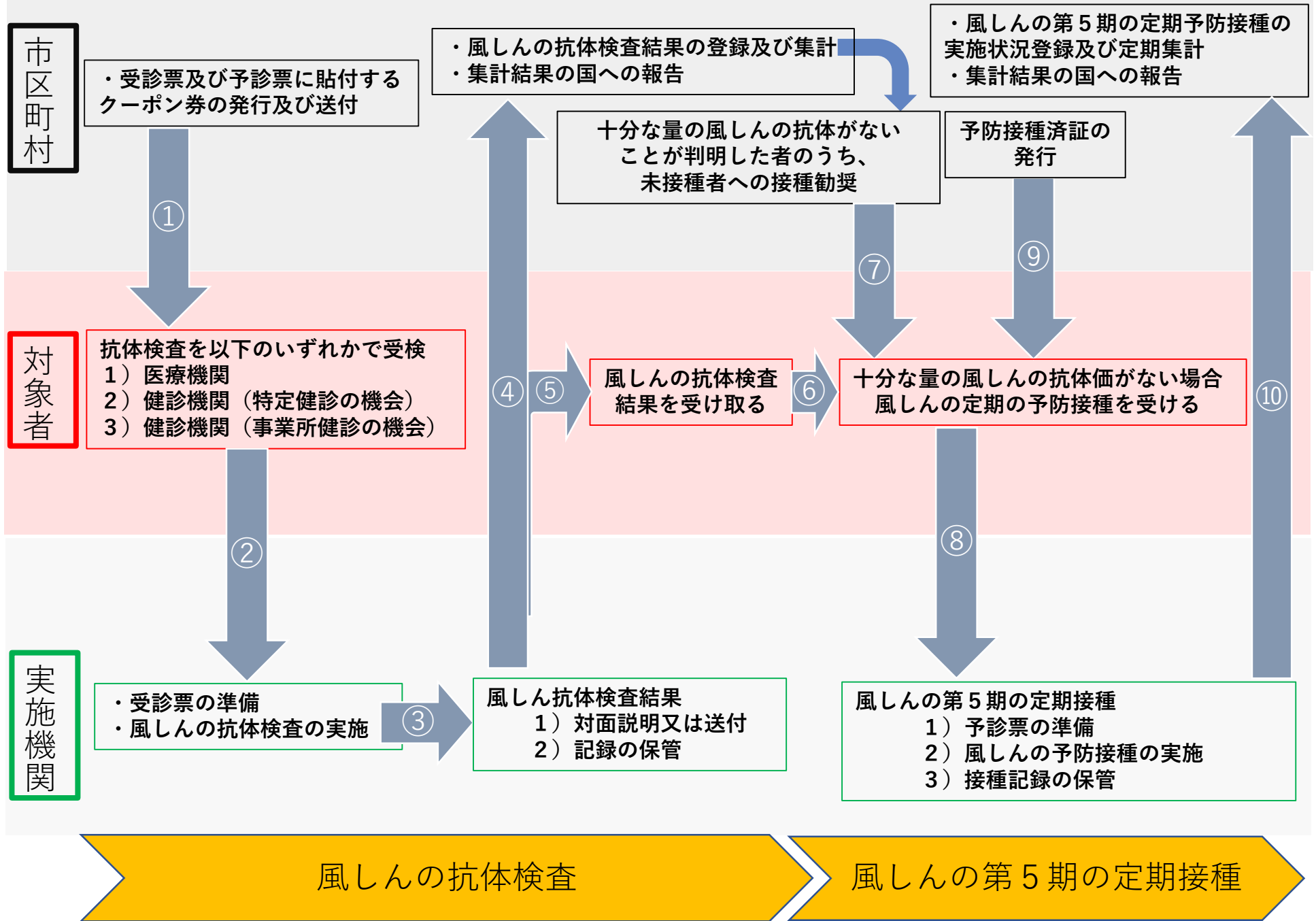


<作成>

- 委任状 (市区町村→都道府県)



# 具体的な運用の概念図



# クーポン券 (イメージ)

抗体検査	券種	抗体検査券	1	券種	抗体検査券	1	券種	抗体検査券	1
	請求先	〇〇県〇〇市	123456	請求先	〇〇県〇〇市	123456	請求先	〇〇県〇〇市	123456
	発券No	0123456789	有効期限2020年03月	発券No	0123456789	有効期限2020年03月	発券No	0123456789	有効期限2020年03月
	(氏名)一三三四五六七八九十一二三四五六七八九十  (四保連携) 12345678901234567			(氏名)一三三四五六七八九十一二三四五六七八九十  (医療機関控え) 12345678901234567			(氏名)一三三四五六七八九十一二三四五六七八九十  (ご本人控え) 12345678901234567		
予防接種予診のみ	券種	予防接種予診券(予診のみ)	2	券種	予防接種予診券(予診のみ)	2	券種	予防接種予診券(予診のみ)	2
	請求先	〇〇県〇〇市	123456	請求先	〇〇県〇〇市	123456	請求先	〇〇県〇〇市	123456
	予診費用	(税抜) 9,999 円(自己負担分を除く)		予診費用	(税抜) 9,999 円(自己負担分を除く)		予診費用	(税抜) 9,999 円(自己負担分を除く)	
	自己負担額	(税抜) 0 円		自己負担額	(税抜) 0 円		自己負担額	(税抜) 0 円	
	発券No	U123456789	有効期限2020年03月	発券No	U123456789	有効期限2020年03月	発券No	U123456789	有効期限2020年03月
	(氏名)一三三四五六七八九十一二三四五六七八九十  (四保連携) 1234567890123456799999			(氏名)一三三四五六七八九十一二三四五六七八九十  (医療機関控え) 1234567890123456799999			(氏名)一三三四五六七八九十一二三四五六七八九十  (ご本人控え) 1234567890123456799999		
予防接種	券種	予防接種券	3	券種	予防接種券	3	券種	予防接種券(兼 予防接種済証)	3
	請求先	〇〇県〇〇市	123456	請求先	〇〇県〇〇市	123456	請求先	〇〇県〇〇市	123456
	接種費用	(税抜) 9,999 円(自己負担分を除く)		接種費用	(税抜) 9,999 円(自己負担分を除く)		接種費用	(税抜) 9,999 円(自己負担分を除く)	
	自己負担額	(税抜) 0 円		自己負担額	(税抜) 0 円		自己負担額	(税抜) 0 円	
	発券No	U123456789	有効期限2020年03月	発券No	U123456789	有効期限2020年03月	発券No	U123456789	有効期限2020年03月
	(氏名)一三三四五六七八九十一二三四五六七八九十  (四保連携) 1234567890123456799999			(氏名)一三三四五六七八九十一二三四五六七八九十  (医療機関控え) 1234567890123456799999			(氏名)一三三四五六七八九十一二三四五六七八九十  (ご本人控え) 1234567890123456799999 〇〇県〇〇市長 〇〇〇〇		

# 抗体検査及び予防接種の実施スキーム（概要）

（全国の医療機関に常備）  
3枚1セット

【全国统一】予診票、兼同意書、兼請求書  
〔医療機関控え〕

クーポン貼付箇所

本人署名  
医療機関名 XXクリニック

【全国统一】予診票、兼同意書、兼請求書  
〔国保連提出用〕

クーポン貼付箇所

本人署名  
医療機関名 XXクリニック

【全国统一】予診票、兼同意書、兼請求書  
〔ご本人控え〕

クーポン貼付箇所

本人署名  
医療機関名 XXクリニック

（全国の医療機関に常備）  
3枚1セット

【全国统一】予診票、兼同意書、兼請求書  
〔医療機関控え〕

クーポン貼付箇所

本人署名  
医療機関名 XXクリニック

【全国统一】予診票、兼同意書、兼請求書  
〔国保連提出用〕

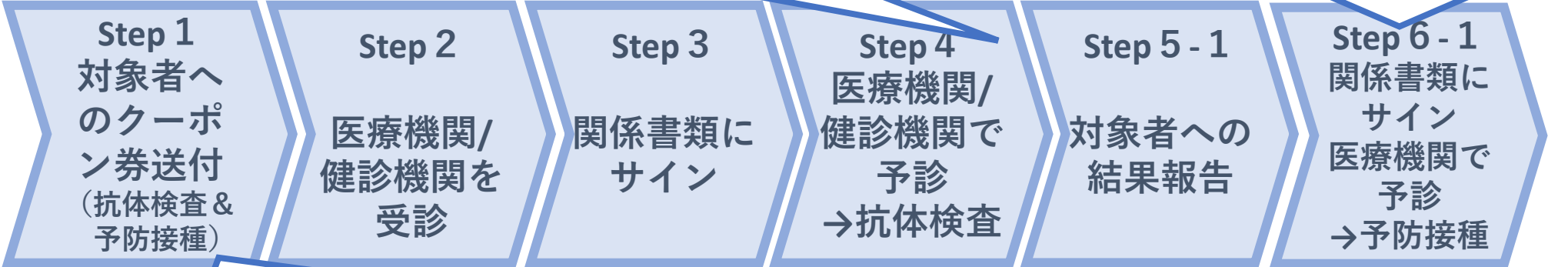
クーポン貼付箇所

本人署名  
医療機関名 XXクリニック

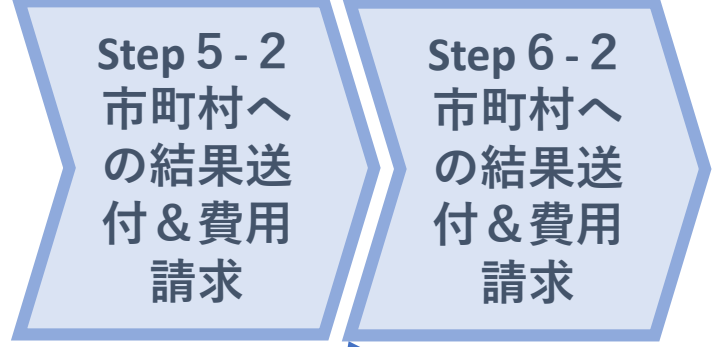
【全国统一】予診票、兼同意書、兼請求書  
〔ご本人控え〕

クーポン貼付箇所

本人署名  
医療機関名 XXクリニック



抗体検査	券種	抗体検査券	1	券種	抗体検査券	1	券種	抗体検査券	1
	請求先	〇〇県〇〇市	123456	請求先	〇〇県〇〇市	123456	請求先	〇〇県〇〇市	123456
	発券No	0123456789	有効期限2020年03月	発券No	0123456789	有効期限2020年03月	発券No	0123456789	有効期限2020年03月
予防接種予診のみ	券種	予防接種予診券(予診のみ)	2	券種	予防接種予診券(予診のみ)	2	券種	予防接種予診券(予診のみ)	2
	請求先	〇〇県〇〇市	123456	請求先	〇〇県〇〇市	123456	請求先	〇〇県〇〇市	123456
	発券No	U123456789	有効期限2020年03月	発券No	U123456789	有効期限2020年03月	発券No	U123456789	有効期限2020年03月
予防接種	券種	予防接種券	3	券種	予防接種券	3	券種	予防接種券	3
	請求先	〇〇県〇〇市	123456	請求先	〇〇県〇〇市	123456	請求先	〇〇県〇〇市	123456
	発券No	U123456789	有効期限2020年03月	発券No	U123456789	有効期限2020年03月	発券No	U123456789	有効期限2020年03月



費用請求・支払のスキームへ

# 費用請求・支払のスキーム（概要）

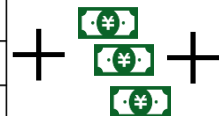
送金概要 (抗体検査分)				
	A 県 X 市		2019年4月分	合計20,000円
内訳	医療機関名	請求数	単価	送金額
	Xクリニック	2	2,500円	5,000円
	Yクリニック	6	2,500円	15,000円

送金概要 (予防接種分)				
	A 県 X 市		2019年4月分	合計30,000円
内訳	医療機関名	請求数	単価	送金額
	Xクリニック	2	10,000円	20,000円
	Yクリニック	1	10,000円	10,000円



国保連の手数料  
(抗体検査分)



国保連の手数料  
(予防接種分)

請求から入金までの期間  
(例) 6月実施分

- ・ 7月10日までに医療機関から国保連に請求
- ・ 8月10日までに国保連から市町村に請求
- ・ 8月22日までに市町村から国保連に支払
- ・ 8月末までに国保連から医療機関へ入金

Step 1

医療機関  
/健診機関  
から請求

Step 2

国保連で  
振分け  
(請求)

Step 3

各市町村の  
確認・支払

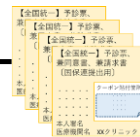
Step 4

国保連で  
振分け  
(支払)

Step 5

医療機関  
/健診機関  
への入金

請求総括表 (抗体検査分)				
	Xクリニック		2019年6月分	合計10,000円
内訳	市町村名	請求数	単価	請求額
	A 県 X 市	2	2,500円	5,000円
	A 県 Y 市	1	2,500円	2,500円
	B 県 A 市	1	2,500円	2,500円



請求総括表 (予防接種分)				
	Xクリニック		2019年6月分	合計40,000円
内訳	市町村名	請求数	単価 (クーポン券に 記載されてる費用)	請求額
	A 県 X 市	2	10,000円	20,000円
	A 県 Y 市	1	9,000円	9,000円
	B 県 A 市	1	11,000円	11,000円



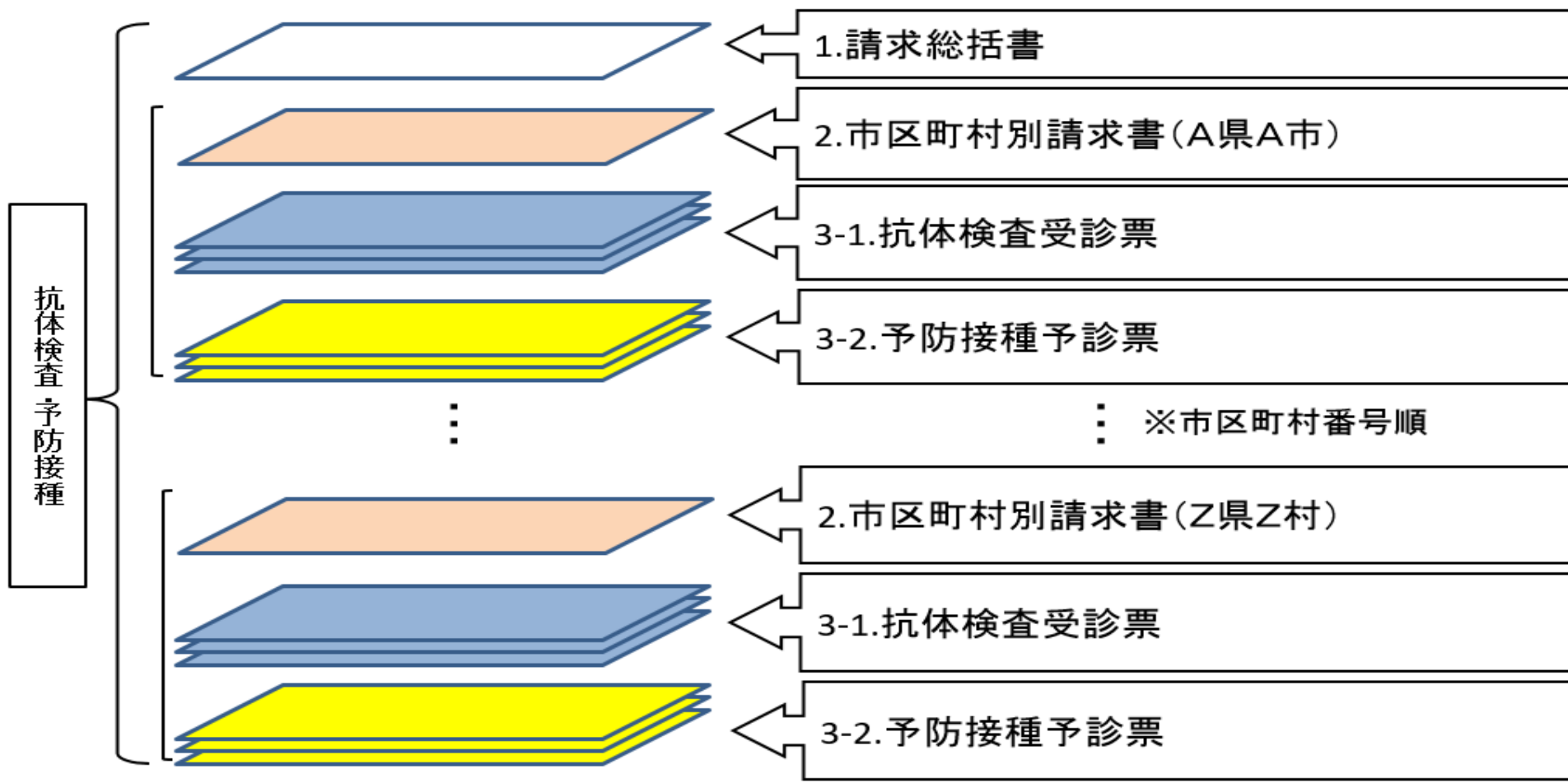
送金概要 (抗体検査分)				
	Xクリニック		2019年4月分	合計10,000円
内訳	市町村名	請求数	単価	送金額
	A 県 X 市	2	2,500円	5,000円
	A 県 Y 市	1	2,500円	2,500円
	B 県 A 市	1	2,500円	2,500円



送金概要 (予防接種分)				
	Xクリニック		2019年4月分	合計40,000円
内訳	市町村名	請求数	単価	送金額
	A 県 X 市	2	10,000円	20,000円
	A 県 Y 市	1	9,000円	9,000円
	B 県 A 市	1	11,000円	11,000円



# 医療機関/健診機関から国保連合会への請求時の編綴イメージ



## 風しん抗体検査価格

	HI法、LTI法	EIA法、ELFA法、CLEIA法、 FIA法
保健所で行う場合	790円	2,180円
健診等の機会に行う場合	1,290円 (税込：1,393円)	2,680円 (税込：2,894円)
月～金曜日午前8時から午後6時までの間、または土曜日午前8時から正午までの間に医療機関を受診して行う場合（休日※を除く）	4,930円 (税込：5,324円)	6,320円 (税込：6,825円)
上記以外の時間に医療機関を受診して行う場合	5,430円 (税込：5,864円)	6,820円 (税込：7,365円)

※日曜日、国民の祝日に関する法律第3条に規定する休日、1月2日、3日、12月29－31日

注 税込価格は、消費税率の引上げを含め、必要に応じて価格改定を実施予定。



## 風しんの定期接種の対象となる抗体価

○風しんの抗体価測定キットにおいて、以下の抗体価の場合は定期接種の対象となる。

○HI法の抗体価では8倍以下であり、その他の検査法で相当する抗体価の値は、それぞれ以下のとおり。

測定キット名（製造販売元）	検査方法	抗体価（単位等）
風疹ウイルスHI試薬「生研」 （デンカ生研株式会社）	赤血球凝集抑制法 （HI法）	8倍以下（希釈倍率）
R-HI「生研」 （デンカ生研株式会社）	赤血球凝集抑制法 （HI法）	8倍以下（希釈倍率）
ウイルス抗体EIA「生研」ルベラIgG （デンカ生研株式会社）	酵素免疫法 （EIA法）	6.0未満（EIA価）
エンザイグノストB風疹/IgG （シーメンスヘルスケア・ダイアグノスティクス株式会社）	酵素免疫法 （EIA法）	1.5未満 （国際単位（IU）/ml）
バイダスアッセイキットRUB IgG （シスメックス・ビオメリュー株式会社）	蛍光酵素免疫法 （ELFA法）	2.5未満 （国際単位（IU）/ml）
ランピアラテックスRUBELLA （極東製薬工業株式会社）	ラテックス免疫比濁法 （LTI法）	1.5未満 （国際単位（IU）/ml）
アクセスルベラIgG （ベックマン・コールター株式会社）	化学発光酵素免疫法 （CLEIA法）	2.0未満 （国際単位（IU）/ml）
i-アッセイCL風疹IgG （株式会社保健科学西日本）	化学発光酵素免疫法 （CLEIA法）	1.1未満（抗体価）
BioPlex MMRV IgG （バイオ・ラッド ラボラトリーズ株式会社）	蛍光免疫測定法 （FIA法）	1.5未満（抗体価AI*）
BioPlex ToRC IgG （バイオ・ラッド ラボラトリーズ株式会社）	蛍光免疫測定法 （FIA法）	1.5未満 （国際単位（IU）/ml）

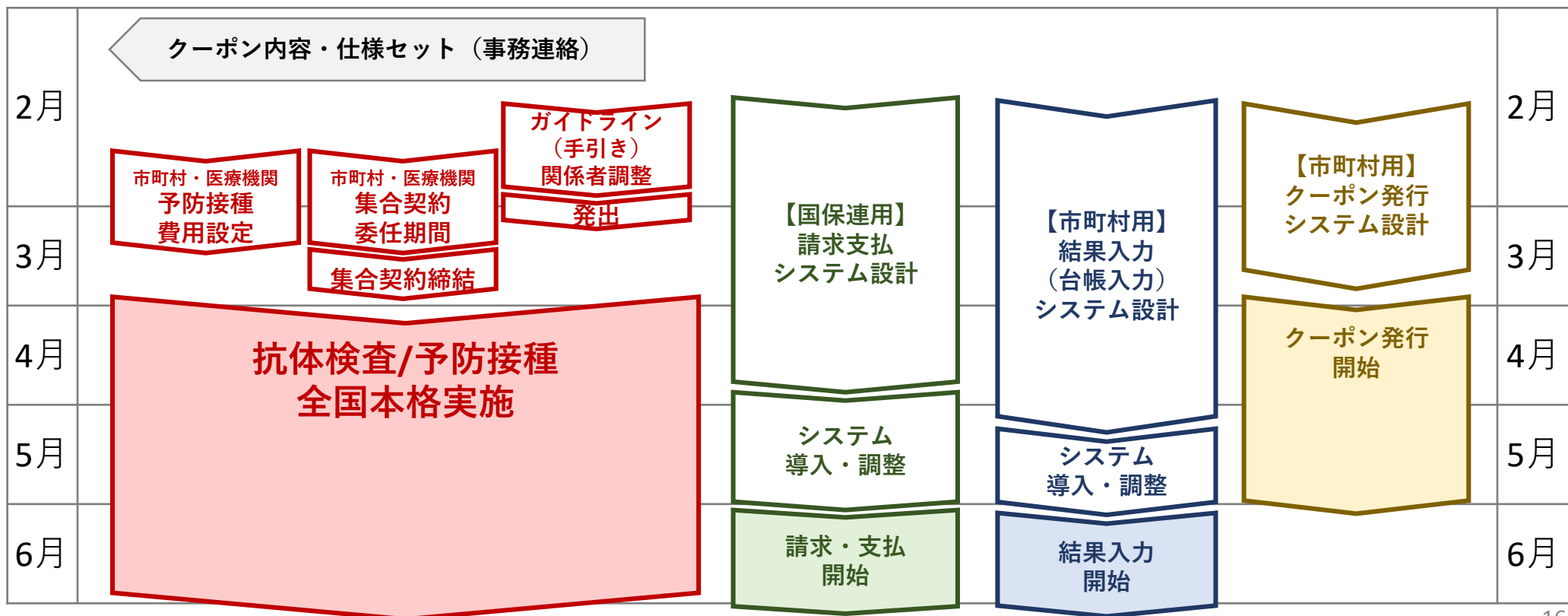
\* 製造企業が独自に調整した抗体価単位（測定キットについては今後追加の可能性有り） 15

# 抗体検査・予防接種の実施への対応スケジュール（案）

未定稿

以下のスケジュールで関係者と対応を進める。

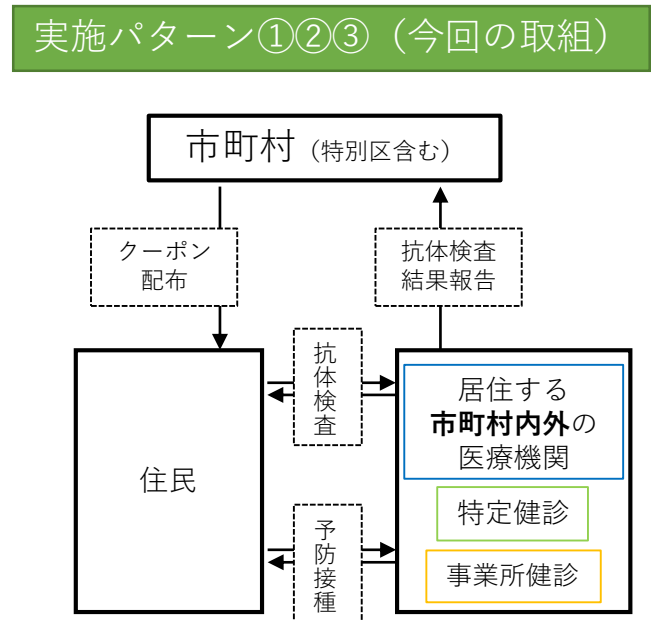
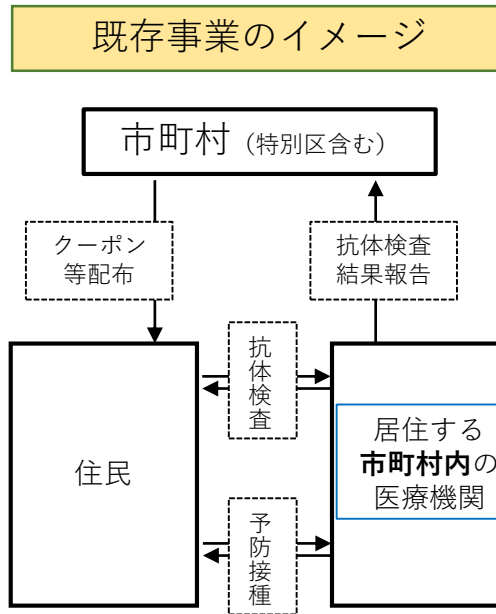
- (1) 3月下旬以降、準備の整った市町村から対象者にクーポン券を送付。
- (2) 4月以降、全国の医療機関/健診機関で抗体検査/予防接種を本格実施。
- (3) 上記の対応に向けて、3月中旬以降、関係団体の協力要請や啓発活動を開始。
- (4) 費用請求・結果入力については、6月から施行。  
(4月・5月実施分を6月10日までに請求。以降、毎月分を翌月10日までに請求。)



# 參考資料

# 風しん抗体検査における、既存事業と新規事業の棲み分け（イメージ）

実施パターン  
の  
イメージ



事業の枠組	既存事業	新規事業	新規事業
実施主体	都道府県、政令市、保健所設置市、特別区	市町村（特別区を含む）	市町村（特別区を含む）
契約事務	個別契約または自治体内での集合契約		集合契約（全国一律）
実施場所	居住する市町村内で実施（原則、居住する市町村外では実施不可）		居住する市町村によらず全国の市町村で実施可能
開始時期 実施期間	現行の事業を継続	準備が整い次第開始	2019年4月1日から 2022年3月31日まで
様式	自治体独自の様式でよい （右の全国共通様式と重ならないように留意）		全国共通様式を用いる （国が追って示す）

# 既存事業と新規事業の関係について（イメージ）

- 各自治体で独自に行っている既存の公費助成事業と追加対策の対象が重複する場合がある。
- その場合、①既存の対象から外すか、②重複したまま追加事業を実施する状況が考えられる。  
（①②のいずれの運用を行うかについて、最終的には、既存事業を実施している自治体の判断次第）

既存の公費助成事業と追加対策の対象に『一部重複がある』ので、既存事業に対応が必要。  
 ・対応案1：B市事業の対象から外す（市区町村としては、手間がかかる）。  
 ・対応案2：B市事業と追加事業を重複して実施（住民としては、複雑な制度となる）。

既存の公費助成事業と追加対策の対象に『重複がない』ので、既存事業に特段の対応は不要。

B市と同じ状況

	A市	B市	...	C市
1回接種世代の女性【女】				
妊娠希望女性【女】	(実際の範囲) 公費助成の対象 (明示的な範囲)	(実際の範囲) 公費助成の対象 (明示的な範囲)		
妊娠希望女性の同居家族 (夫、兄弟、親等)【男・女】				(実際の範囲)
0回接種世代の男性【男】 (39～56歳の男性)		【全国】 抗体検査・予防接種 原則無料化の対象	(実際の範囲)	公費助成の対象 (明示的な範囲)
1回接種世代の男性【男】				

## 風しんの抗体検査及び風しんの第5期の定期接種に係る委託契約書

予防接種法施行令（昭和23年政令第97号）附則第3項の規定による読替え後の同令第1条の3第1項の表風しんの項第3号の「昭和37年4月2日から昭和54年4月1日の間に生まれた男性」に対して市町村（東京都特別区を含む。以下「市区町村」）長が実施する風しんの抗体検査及び予防接種法（昭和23年法律第68号）第2条第4項の定期の予防接種（以下「風しんの第5期の定期接種」という。）について、全国知事会（以下「甲」という。）と公益社団法人日本医師会（以下「乙」という。）との間に、次の条項により委託契約を締結する。この場合、甲は、本契約の締結についての権限を甲に委任する別紙1「委託元市区町村一覧表」の市区町村（以下「丙」という。）の代理人として、乙は、風しんの抗体検査及び風しんの第5期の定期接種の実施を承諾し、かつ本契約の締結についての権限を乙に委任する別紙2「実施機関一覧表」の医療機関等（以下「丁」という。）の代理人として契約するものとする。

### （総則）

- 第1条 現在の風しんの発生状況等を踏まえ、風しんの感染拡大防止のため、丙が実施する風しんの抗体検査及び風しんの第5期の定期接種の対象者が丁において抗体検査又は予防接種を受けることを希望する場合に、本契約に基づいて抗体検査又は予防接種を実施するものとする。
- 2 丙は、前項で委託した事業に係る委託料を丁に支払う際は、その事務を代行機関に委託するものとする。

### （信義誠実の義務）

- 第2条 甲、乙、丙及び丁は、信義に従い、誠実にこの契約に定める各条項を履行しなければならない。

### （委任状）

- 第3条 丙は、別紙3の委任状を丙の所在する都道府県知事に委任し、委任を受けた都道府県知事は別紙1の「委託元市区町村一覧表」を作成し、別紙4の委任状と併せて甲に提出するものとし、甲が受領したことをもって、丙が本契約の締結についての権限を甲に委任したものとする。なお、委任を受けた者は、関係書類を適切に保管するものとする。
- 2 丁は、別紙5の委任状を丁の所属する郡市区医師会等の本契約のとりまとめ団体の長に委任し、委任を受けた丁の所属する郡市区医師会等の本契約のとりまとめ団体の長は、別紙2の「実施機関一覧表」を作成し、別紙6の委任状と併せて乙に提出するものとし、乙が受領したことをもって、丁が本契約の締結についての権限を乙に委任したものとする。なお、委任を受けた者は、関係書類を適切に保管するものとする。

- 3 前項において、丁の所属する郡市区医師会等の本契約のとりまとめ団体の長は、他の団体の長に本契約に係る委任を行うことができる。この場合において、他の団体の長は、別紙2の「実施機関一覧表」を作成し、別紙7の委任状と併せて乙に提出するものとし、乙が受領したことをもって、丁が本契約の締結についての権限を乙に委任したものとする。なお、委任を受けた者は、関係書類を適切に保管するものとする。

(委託業務)

第4条 丙は、風しんの抗体検査及び風しんの第5期の定期接種に関し、次の各号に掲げる業務の実施を丁に委託し、丁はこれを受託する。

- 一 風しんの抗体検査に関する次に掲げる業務
  - ア 検査対象者の確認
  - イ 検査（抗体検査）の実施
  - ウ 検査受検者への結果の報告
  - エ その他検査業務を行うために必要なこと
- 二 風しんの第5期の定期接種に関する次に掲げる業務
  - ア 接種対象者の確認
  - イ 予診
  - ウ ワクチンの接種
  - エ その他予防接種業務を行うために必要なこと

(委託業務の実施方法)

第5条 乙は、前条各号の業務を丁において実施させるものとする。なお、風しんの第5期の定期接種については、丁に所属する医師の承諾を得た上で当該業務を行わせることとし、あらかじめ、その氏名を丁において掲示することとする。

- 2 丁は、予防接種法その他関係法令及び別記「風しんの第5期の定期接種実施要領」等を遵守し、業務を実施するものとする。
- 3 前2項のほか、丁は、業務の実施について丙の指示に従わなければならない。

(委託料等)

第6条 丙は、第4条の業務に係る委託料に消費税及び地方消費税（以下、消費税等）という。）として、委託料に100分の8を乗じて得た額を加えて丁に支払うものとする。なお、契約期間の中途において消費税及び地方消費税率の改定が行われた場合は、改定日以降の業務の実施に係る委託料については、改定後の税率により計算するものとする。

- 2 風しんの抗体検査に係る1件当たりの委託料は、別紙8のとおりとする。
- 3 風しんの第5期の定期接種に係る1件当たりの委託料は、丙が別に定める額（消費税等を除く。）であって、ワクチン費用、接種手技料等を含むものとし、被接種者の自己負担額を控除した額とする。
- 4 丙は、第1項の支払いの際、別途代行機関との契約において定める委託事務手数料を支払うものとする。



(委託料の請求及び支払い)

- 第7条 丁は、丁が実施した第3条の業務に係る委託料を丙に請求しようとするときは、当該業務を実施した月ごとに取りまとめ、当該実施月の翌月10日までに別紙9の「請求総括書」及び別紙10の「市区町村別請求書」(以下「請求書」という)に別に定める風しんの抗体検査の受診票又は風しんの第5期の定期接種の予診票を添付し、丁の所在地の代行機関に提出するものとする。
- 2 丁の所在地の代行機関は、前項の請求書を受理したときは、丙との委託契約に基づき、第4条の業務に係る委託料を丁に支払うものとする。
  - 3 やむを得ない事情により、丁が第1項に定める丁の所在地の代行機関を通じての請求を行うことができない場合は、丁は直接丙に請求することができるものとする。
  - 4 丙は、前項の請求を受けたときは、内容を審査して適正と認めたときは、第4条の業務に係る委託料を、審査を終えた日の属する月の翌月〇日までに丁に支払うものとする。
  - 5 委託料の請求及び支払いに当たっては、丁は、予め支払先情報を丁の所在地の代行機関に提供するものとする。

(再委託の禁止)

- 第8条 丁は、丙が丁に委託する業務の全部又は一部を第三者に委託してはならない。ただし、丁が、検査機器の不備等により、血液検査等の実施が困難であることを理由に、第三者に業務の一部を委託する場合には、この限りではない。
- 2 前項において丁が第三者に業務の一部を委託して実施する場合、受診者及び利用者の自己負担金の徴収及び第7条に規定する委託料の請求は丁が一元的に行うこととし、丁から業務の一部を受託した第三者は、受託した検査のみを行うものとする。

(譲渡の禁止)

- 第9条 丁は、丙が丁に委託する業務の全部又は一部を第三者に譲渡してはならない。

(事故に対する措置)

- 第10条 この契約に基づいて丁が実施した風しんの抗体検査に係る事故(丁に故意又は重大な過失がある場合を除く。)が生じた場合は、丙の責任において対応に当たるものとする。なお、丁は、事故が発生した場合には、丙の求めに応じ、誠意をもって問題解決に努めなければならない。
- 2 この契約に基づいて丁が実施した風しんの第5期の定期接種により事故が生じた場合の対応は次のとおりとする。
    - 一 丙は、当該健康被害等への対応に当たるものとし、丁は丙に協力するものとする。
    - 二 丙は、当該事故に対する救済措置を講ずるとともに、対象者に生じた損失を補償するものとする。
    - 三 二の規定により丙が損失の補償を行う場合は、当該損失の発生について丁に故意又は重大な過失がある場合を除き、丙は丁に対する求償権を有しない

ものとする。

(個人情報の保護)

第11条 丁は、本契約による業務を処理するための個人情報の取扱いについては、別紙11の「個人情報取扱注意事項」を遵守しなければならない。

(義務の履行の委託の禁止等)

第12条 丁は、丙の文書による承認を得なければ、この契約に係る義務の履行を第三者に委託し、この契約に係る権利を第三者に譲渡し、又はこの契約に係る義務を第三者に承継させてはならない。

(契約主体の変更)

第13条 丙から本委託契約締結後に本契約の締結についての権限を甲に委任する旨、又は取り下げる旨の申し出があった場合は、甲は別紙1の「委託元市区町村一覧表」を修正の上、乙に通知するものとする。

2 丁から本委託契約締結後に本契約の締結についての権限を乙に委任する旨、又は取り下げる旨の申し出があった場合は、乙は別紙2の「実施機関一覧表」を修正の上、甲に通知するものとする。

3 前2号の場合には、それぞれ当該通知がなされたことをもって、別紙1の「委託元市区町村一覧表」又は別紙2の「実施機関一覧表」の変更の効力が生ずるものとする。

(契約の解除及び変更)

第14条 丙又は丁がこの契約解除し又は変更しようとするときは、解除し又は変更しようとするときは、解除又は変更しようとする日の1ヶ月前までに相手方に文書で通知し、丙と丁双方協議により決定するものとする。

(属性要件に基づく契約解除)

第15条 甲又は丙は、乙又は丁が次の各号の一に該当すると認められるときは、何らの催告を要せず、本契約を解除することができる。

一 法人等（個人、法人又は団体をいう。）の役員等（個人である場合はその者、法人である場合は役員又は支店若しくは営業所（常時契約を締結する事務所をいう。）の代表者、団体である場合は代表者、理事等、その他経営に実質的に関与している者をいう。）が、暴力団（暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成3年法律第77号）第2条第2号に規定する暴力団をいう。以下同じ）又は暴力団員（同法第2条第6号に規定する暴力団員をいう。以下同じ。）であるとき

二 役員等が、自己、自社若しくは第三者の不正の利益を図る目的又は第三者に損害を加える目的をもって、暴力団又は暴力団員を利用するなどしているとき

三 役員等が、暴力団又は暴力団員に対して、資金等を供給し、又は便宜を供与するなど直接的あるいは積極的に暴力団の維持、運営に協力し、若しくは関与しているとき

- 四 役員等が、暴力団又は暴力団員であることを知りながらこれを不当に利用  
するなどしているとき
- 五 役員等が、暴力団又は暴力団員と社会的に非難されるべき関係を有してい  
るとき

(行為要件に基づく契約解除)

第16条 甲又は丙は、乙又は丁が自ら又は第三者を利用して次の各号の一に該  
当する行為をした者は、何らの催告を要せず、本契約を解除することができる。

- 一 暴力的な要求行為を行う者
- 二 法的な責任を超えた不当な要求行為を行う者
- 三 取引に関して脅迫的な言動をし、又は暴力を用いる行為を行う者
- 四 偽計又は威力を用いて支出負担行為担当官の業務を妨害する行為を行う  
者
- 五 その他前各号に準ずる行為を行う者

(契約期間等)

第17条 この契約の有効期間は、平成31年(2019年)4月1日から平成  
32年(2020年)3月31日までとする。

ただし、この契約の有効期間の終了1か月前までに、契約当事者のいずれか  
一方より別段の意思表示がないときは、終期の翌日において向こう1か年間契  
約の更新をしたものとみなす。なお、契約の更新は2回を限度とする。

(補則)

第18条 この契約の定めない事項については、必要に応じ、丙の代理人たる甲  
と丁の代理人たる乙が協議してこれを定める。

この契約の証として本書2通を作成し、当事者記名押印の上、甲及び乙が各自  
1通を保有することとし、その写しを甲は丙に、乙は丁にそれぞれ通知するも  
のとする。

(案)

2019年2月8日

平成31年(2019年) ○月 ○日

甲 ○○県○○市○○町○丁目○番○号

全国都道府県知事会○ ○○ ○○

乙 ○○県○○市○○町○丁目○番○号

公益社団法人日本医師会○ ○○ ○○

## 風しんの第5期の定期接種実施要領

風しんの第5期の定期接種に関する契約書第5条第3項により、これを定める。

## 第1 対象者

昭和37年4月2日から昭和54年4月1日の間に生まれた男性。ただし、以下の(1)～(4)に該当する者を除く。なお、平成30年度においては、昭和47年(1972年4月2日)～昭和54年(1979年)4月1日生まれの方を対象に市町村から風しんの第5期の定期接種に係るクーポン券が送付されるが、当該期間に生まれた方以外の対象者が希望すれば、市町村からクーポン券が交付されるため、定期接種の対象となることに留意すること。平成31年度以降の対象者については、別途、厚生労働省通知等に従うこと。

- (1) 風しんの予防接種に相当する予防接種を受けたことのある者で当該予防接種を行う必要がないと認められる者
- (2) 明らかな発熱を呈している者
- (3) 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな者
- (4) 風しんに係る抗体検査を受けた結果、十分な量の風しんの抗体があることが判明し、定期の予防接種を行う必要がないと認められる者\*

※抗体検査の結果、十分な量の風しんの抗体があることが判明し、定期の予防接種を行う必要がないと認められる者は、以下の抗体価を超える抗体価が認められる者とし、今後、厚生労働省通知等により、測定キットの追加、抗体価の単位等が変更となった場合は、それに従うこととする。

測定キット名(製造販売元)	検査方法	抗体価(単位等)
風疹ウイルスHI試薬「生研」 (デンカ生研株式会社)	赤血球凝集抑制法 (HI法)	8倍以下(希釈倍率)
R-HI「生研」 (デンカ生研株式会社)	赤血球凝集抑制法 (HI法)	8倍以下(希釈倍率)
ウイルス抗体EIA「生研」ルベラIgG (デンカ生研株式会社)	酵素免疫法 (EIA法)	6.0未満(EIA価)
エンザイグノストB風疹/IgG (シーメンスヘルスケア・ダイアグ ノスティクス株式会社)	酵素免疫法 (EIA法)	1.5未満 (国際単位(IU)/ml)
バイダスアッセイキットRUB IgG (シスメックス・バイオメリュー株式 会社)	蛍光酵素免疫法 (ELFA法)	2.5未満 (国際単位(IU)/ml)

ランピア ラテックス RUBELLA (極東製薬工業株式会社)	ラテックス免役比濁法 (LTI 法)	1.5 未満 (国際単位 (IU) /ml)
アクセス ルベラ IgG (ベックマン・コールター株式会社)	化学発光酵素免疫法 (CLEIA 法)	2.0 未満 (国際単位 (IU) /ml)
i-アッセイ CL 風疹 IgG (株式会社保健科学西日本)	化学発光酵素免疫法 (CLEIA 法)	1.1 未満 (抗体価)
BioPlex MMRV IgG (バイオ・ラッド ラボラトリーズ株式会社)	蛍光免疫測定法 (FIA 法)	1.5 未満 (抗体価 AI*)
BioPlex ToRC IgG (バイオ・ラッド ラボラトリーズ株式会社)	蛍光免疫測定法 (FIA 法)	1.5 未満 (国際単位 (IU) /ml)

\* 製造企業が独自に調整した抗体価単位

## 第2 実施方法

- (1) 予診票を医療機関の窓口に備えるとともに、予防接種に必要なワクチン及び諸資材の確保を行う。
- (2) 本契約における風しんの第5期の定期接種は、乾燥弱毒生麻疹風しん混合ワクチンを使用する。
- (3) 予防接種を実施する際は、被接種者や使用ワクチンの種類・量・有効期限など十分に確認を行い、事故の防止に努めること。また、被接種者に副反応がみられた場合に備え、救急措置物品を備えるとともに、速やかに医療機関において適切な治療が受けられるよう、関係医療機関との連携を図っておくこととする。
- (4) 接種希望者は、事前に接種協力医師の所属する医療機関に接種の申し込みを行う。
- (5) 接種協力医師の所属する医療機関は、接種希望者からの申し込みがあった時は、居住する（原則として住民登録されている）市町村と市町村から被接種者に交付されたクーポン券の市町村名が一致しているかを確認した上で予約を受ける。なお、住民票のある市町村とクーポン券に記載された市町村名が異なることが判明した場合は、現在、住民登録されている市町村からクーポン券の再発行を受ける必要がある旨を対象者に説明する。  
接種医療機関等の窓口においては、接種当日にクーポン券、抗体検査の結果及び本人確認書類の提示を求める等の方法により、接種の対象であることを慎重に確認すること。

- (6) 接種協力医師は、被接種者本人が予防接種不適合者又は予防接種要注者か否かを確認するため、予診票に記載されている質問事項に対する回答に関する本人への問診を通じ、抗体検査の結果により接種対象者であることを確認するとともに、診察等を実施した上で、接種を行うものとする。  
なお、予診の際は、予防接種の有効性・安全性、予防接種後の通常起こり得る副反応及びまれに生じる重い副反応並びに予防接種健康被害救済制度について、定期接種の対象者又はその保護者がその内容を理解し得るよう適切な説明を行い、予防接種の実施に関して文書により同意を得た場合に限り接種を行うものとする。
- (7) 接種終了後、接種協力医師は、予診票の医師記入欄、ワクチン名、ロット番号、実施場所、医師名、接種年月日等の必要事項を記載した上で、2部複写を行い、被接種者が持参した3枚のクーポン券を添付する。クーポン券(本人控え兼接種済証)を添付した予診票を接種済証として被接種者に交付する。

### 第3 予防接種による健康被害等への対応

- (1) 接種協力医師の所属する医療機関の開設者又は接種協力医師は、被接種者に予防接種による副反応(予防接種法施行規則第5条に規定する症状)を診断した場合は、必要な処置などを行うとともに、速やかに独立行政法人医薬品医療機器総合機構へFAX(FAX番号:0120-176-146)にて報告する。
- (2) 予防接種による健康被害の救済措置は、予防接種法第15条により、被接種者の居住する(原則として住民票がある)市町村が対応する。

### 第4 委託料の請求・支払い

- (1) 医療機関等の長は、実施月分の請求総括書(別紙9)、市区町村別請求書(別紙10)に予診票を添付して、契約書に定める期日までに所在地の代行機関へ送付する。
- (2) 市町村長は正当な請求書を受領した場合は、契約書に定める期日までに所在地の代行機関を通じて支払うものとする。



風しんの抗体検査・風しんの第5期の定期接種用

※必ずコピーを保管ください。

年 月 日

委任状

【委任者】

①医療機関コード	
②医療機関名	
③郵便番号	
④所在地(要都道府県)	
⑤電話番号(要市外局番)	
※契約代表者役職・氏名	印

\*※は本契約代表者を記入し、必ず捺印すること

(記入担当者)

部署・氏名	
メールアドレス	

\*メールアドレスについては、共有アドレスでもよいので出来るだけご記入ください。

当院は、【●●●郡市区医師会】へ、次の事項についての権限を委任いたします。  
記

- ① 予防接種法施行令(昭和23年政令第97号)附則第3項の規定による読替え後の同令第1条の3第1項の表風しんの項第3号の「昭和37年4月2日から昭和54年4月1日の間に生まれた男性」に対して市町村(東京都特別区を含む。以下「市区町村」という。)が実施する風しんの抗体検査及び予防接種法(昭和23年法律第68号)第2条第4項の定期の予防接種(以下「風しんの第5期の定期接種」という。)について、下記に記入した業務範囲のうち、「受託する」に○を記したものに限り、全国知事会を代理人とした市区町村との委託契約を締結すること。
- ② 上記①に係る契約の締結についての権限を、日本医師会に再委任すること。

⑥受託業務

風しんの抗体検査及び風しんの第5期の定期接種について、貴医療機関における受託の可否について御記入下さい。

●風しんの抗体検査

受託する	受託しない

●風しんの第5期の定期接種

受託する	受託しない

(委任とりまとめ者)

○○県○○市○○町○丁目○番○号  
【●●●郡市区医師会】  
○○ ○○

# 委任状

平成 年 月 日

【●●都道府県医師会】長 殿

【〇〇郡市区医師会】長 印

予防接種法施行令（昭和23年政令第97号）附則第3項の規定による読替え後の同令第1条の3第1項の表風しんの項第3号の「昭和37年4月2日から昭和54年4月1日の間に生まれた男性」に対して市町村（東京都特別区を含む。以下「市区町村」という。）が実施する風しんの抗体検査及び予防接種法（昭和23年法律第68号）第2条第4項の定期の予防接種（以下「風しんの第5期の定期接種」という。）について、全国知事会を代理人とした市区町村との委託契約（以下「本契約」という。）の締結に当たり、別添「実施機関一覧表」に記載する医療機関及び健診機関から委任された本契約の締結についての下記の権限を貴殿に委任いたします。

## 記

- 風しんの抗体検査及び風しんの第5期の定期接種について、別添「実施機関一覧表」に記載する医療機関及び健診機関が、全国知事会を代理人とした市区町村との委託契約を締結すること
- 本契約の締結についての権限を日本医師会に再委任すること

(連絡先)

担当部署：

担当者：

電話番号：

メールアドレス：

# 委任状

平成 年 月 日

日本医師会長 殿

【●●都道府県医師会】長 印

予防接種法施行令（昭和23年政令第97号）附則第3項の規定による読替え後の同令第1条の3第1項の表風しんの項第3号の「昭和37年4月2日から昭和54年4月1日の間に生まれた男性」に対して市町村（東京都特別区を含む。以下「市区町村」という。）が実施する風しんの抗体検査及び予防接種法（昭和23年法律第68号）第2条第4項の定期の予防接種（以下「風しんの第5期の定期接種」という。）について、全国知事会を代理人とした市区町村との委託契約（以下「本契約」という。）の締結に当たり、別添「実施機関一覧表」に記載する医療機関及び健診機関から委任された本契約の締結についての下記の権限を貴殿に委任いたします。

## 記

- 風しんの抗体検査及び風しんの第5期の定期接種について、別添「実施機関一覧表」に記載する医療機関及び健診機関が、全国知事会を代理人とした市区町村との委託契約を締結すること

(連絡先)

担当部署：

担当者：

電話番号：

メールアドレス：

## 実施機関一覧表

	医療・健診機関 コード※1 (半角数字)	実施機関名	郵便番号 (半角数字・ハイフンあり)	所在地※2	電話番号※3 (半角数字・ハイフンあり)	受託範囲※4	
						風しん抗体検査	風しんの定期的 予防接種
1	XXX	〇〇病院	XXX-XXXX	〇〇県〇〇市〇〇 〇丁目〇番地	XXX-XXX-XXXX	○	○
2	XXX	〇△病院	XXX-XXXX	〇〇県〇〇市〇〇 〇丁目〇番地	XXX-XXX-XXXX	○	○
3	XXX	〇□病院	XXX-XXXX	〇〇県〇〇市〇〇 〇丁目〇番地	XXX-XXX-XXXX	○	○
4	XXX	△〇病院	XXX-XXXX	〇〇県〇〇市〇〇 〇丁目〇番地	XXX-XXX-XXXX	○	○
5	XXX	△△病院	XXX-XXXX	〇〇県〇〇市〇〇 〇丁目〇番地	XXX-XXX-XXXX	○	○
6	XXX	△□クリニック	XXX-XXXX	〇〇県〇〇市〇〇 〇丁目〇番地	XXX-XXX-XXXX	○	
7	XXX	□〇医院	XXX-XXXX	〇〇県〇〇市〇〇 〇丁目〇番地	XXX-XXX-XXXX	○	○
8	XXX	□△診療所	XXX-XXXX	〇〇県〇〇市〇〇 〇丁目〇番地	XXX-XXX-XXXX	○	○
9	XXX	□□医院	XXX-XXXX	〇〇県〇〇市〇〇 〇丁目〇番地	XXX-XXX-XXXX	○	

※1 所在地の欄については、都道府県名から省略せずに記入。

※2 電話番号の欄については、市外局番から省略せずに記入。

※3 受託範囲の欄については、受託する場合に「○」を記入。

# 風しんの抗体検査受診票

※太枠内をご記入ください。

※本受診票は、昭和37（1962）年4月2日から昭和54（1979）年4月1日の間に生まれた男性を対象に地方公共団体が実施する風しん抗体検査用に作成された書式です。

住民票に記載されている住所	都府	市町
	道県	区村
氏名		男・女
生年月日	昭和 年 月 日生（満 歳）	

（クーポン券貼付）

質問事項	回答欄		医師記入欄
現時点で住民票のある市区町村とクーポン券に記載されている市区町村は同じですか。	いいえ	はい	
これまでに風しんにかかったことがありますか。 （「はい」の場合）そのときの風しんの抗体検査の結果や診断書等の記録はありますか。	はい	いいえ	
風しんの抗体検査を平成26年（2014年）4月1日以降に受けましたか。 （「はい」の場合）そのときの風しんの抗体検査の結果の記録はありますか。	はい	いいえ	
生後から今までに風しんワクチン又は麻しん・風しん混合（MR）ワクチン又は麻しん・風しん・おたふくかぜ（MMR）ワクチンをあわせて1回以上接種したことがありますか。 （「はい」の場合）そのときの予防接種の記録はありますか。 予防接種の種類（該当に○）（風しんワクチン・MRワクチン・MMRワクチン）	はい	いいえ	

## 風しんの抗体検査の実施に関する同意書

下記に該当する場合、にを入れてください。がなかった場合、風しんの抗体検査を希望されたものとみなします。

私は、風しんの抗体検査をうけることを希望いたしません。

## 風しんの抗体検査の個人情報取り扱いに関する同意書（医師の診察の結果、検査が必要と判断された後に記入してください。）

この受診票（抗体検査の結果を含む）は、市区町村、国民健康保険中央会及び国民健康保険団体連合会に提出され、個人情報保護に関する条例に基づき、市区町村が適正に管理します。このことを理解し、同意いただける場合はご署名下さい。  
（署名のない場合は、検査を無料で受けることはできません。）

年 月 日 被検者自署

（※自署できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被検者との続柄を記載）

医師記入欄	対象者の平成26年4月1日以降の風しんの抗体検査の結果は（あり・なし・不明または記録なし）と確認した。 「あり」の場合、抗体検査の結果から、風しんの第5期の定期接種の（対象・非対象）と判断した。 対象者のこれまでの風しんのワクチン接種歴は（あり・なし・不明または記録なし）と確認した。 「あり」の場合、確認したワクチン接種歴は、以下のとおり。 1回目：接種ワクチン（風しんワクチン・MRワクチン・MMRワクチン） 接種日（ 年 月 日） 2回目：接種ワクチン（風しんワクチン・MRワクチン・MMRワクチン） 接種日（ 年 月 日） 以上の問診の結果、今回の抗体検査は（必要・不要）と判断した。 医師署名又は記名押印
-------	--

風しんの抗体検査の結果（※裏面の付表2を参照）	判定結果 （いずれかに○）	実施場所・医師名・検査年月日	
検査方法： 抗体価	風しんの第5期の定期接種 <b>対象</b>	実施場所	医療機関等コード
単位 倍・EIA価・IU/mL その他（ ）	風しんの第5期の定期接種 <b>非対象</b>	医師名	
検査番号（※裏面の付表1を参照）		検査年月日	年 月 日
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6			

（該当する検査番号の口を黒く（■）塗りつぶしてください）

## 風しん抗体検査の結果、「定期接種の対象」と判定された方へ

あなたは、風しんの抗体検査の結果、風しんの第5期の定期接種の対象と判定されました。

この受診票を持参して、予防接種を実施している医療機関を受診し、風しんの予防接種を受けてください。

【参照】 風しんの抗体検査受診票の記載に際して

● 付表1 「検査番号」について

本受診票の表面に記載されている「検査番号」については、下表（付表1）に基づき、該当する番号の□を黒く塗りつぶして（■）下さい。検査方法の詳細と風しんの第5期の定期接種の対象となる抗体価の基準については、付表2を参照のこと。

検査番号	検査の実施機会	検査方法	風しんの抗体検査価格
1	健診等の機会に行う場合	HI法、LTI法	1, 290円 (税込: 1, 393円)
2		EIA法、ELFA法 CLEIA法、FIA法	2, 680円 (税込: 2, 894円)
3	月～金曜日午前8時から午後6時までの間、 または土曜日午前8時から正午までの間に 医療機関を受診して行う場合（休日※を除く）	HI法、LTI法	4, 930円 (税込: 5, 324円)
4		EIA法、ELFA法 CLEIA法、FIA法	6, 320円 (税込: 6, 825円)
5	上記以外の時間に医療機関を受診して行う場合	HI法、LTI法	5, 430円 (税込: 5, 864円)
6		EIA法、ELFA法 CLEIA法、FIA法	6, 820円 (税込: 7, 365円)

※日曜日、国民の祝日に関する法律第3条に規定する休日、1月2日、3日、12月29-31日

● 付表2 風しんの第5期の定期接種の対象となる抗体価基準

検査方法	抗体価（単位等）	測定キット名（製造販売元）
HI法（赤血球凝集抑制法）	8倍以下（希釈倍率）	風疹ウイルスHI試験「生研」 (デンカ生研株式会社)
	8倍以下（希釈倍率）	R-HI「生研」 (デンカ生研株式会社)
EIA法（酵素免疫法）	6.0未満（EIA価）	ウイルス抗体EIA「生研」ルベラIgG (デンカ生研株式会社)
	1.5未満 (国際単位 (IU) /ml)	エンザイグノストB 風疹/IgG (シーメンスヘルスケア・ダイアグノスティクス株式会社)
ELFA法（蛍光酵素免疫法）	2.5未満 (国際単位 (IU) /ml)	バイダスアッセイキット RUB IgG (シスメックス・ビオメリュー株式会社)
LTI法（ラテックス免疫比濁法）	1.5未満 (国際単位 (IU) /ml)	ランピアラテックス RUBELLA (極東製薬工業株式会社)
CLEIA法（化学発光酵素免疫法）	2.0未満 (国際単位 (IU) /ml)	アクセスルベラIgG (ベックマン・コールター株式会社)
	1.1未満（抗体価）	i-アッセイCL 風疹IgG (株式会社保健科学西日本)
FIA法（蛍光免疫測定法）	1.5未満 (抗体価AI*)	BioPlex MMRV IgG (バイオ・ラッドラボラトリーズ株式会社)
	1.5未満 (国際単位 (IU) /ml)	BioPlex ToRC IgG (バイオ・ラッドラボラトリーズ株式会社)

\* 製造企業が独自に調整した抗体価単位  
(今後キットの追加の可能性あり)

【注】 本受診票の運用等に関する詳細は、昭和37年4月2日から昭和54年4月1日の間に生まれた男性を対象に実施する風しんの抗体検査及び予防接種法第5条第1項の規定に基づく風しんの第5期の定期接種の実施に向けた手引き、  
(同) 医療機関・健診機関向け手引きをご参照ください。

# 風しんの第5期の定期接種予診票

※太枠内をご記入ください。

住民票に記載されている住所	都府 道県	市町 区村	
	氏名		
生年月日	昭和 年 月 日生 (満 歳)	診察前の体温	度 分



質問事項	回答欄		医師記入欄
現時点で住民票のある市区町村とクーポン券に記載されている市区町村は同じですか。	いいえ	はい	
今日の予防接種について市区町村から配られている説明書を読みましたか。	いいえ	はい	
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。	いいえ	はい	
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。(治療の内容: )	はい	いいえ	
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	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、体に具合が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	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	
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。 症状( ) 予防接種の種類( )	はい	いいえ	
ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。	はい	いいえ	
1ヵ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ヵ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	
今日の予防接種について質問がありますか。	はい	いいえ	

**風しんの第5期の定期接種希望書** (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、本予診票が市区町村、国民健康保険中央会及び国民健康保険団体連合会に提出されることに同意します。

年 月 日 被接種者自著 \_\_\_\_\_  
(※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)

医師記入欄	被接種者が、風しんの第5期の定期接種の対象者であることを、抗体検査の結果等により確認 (した・していない) 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	接種量	実施場所・医師名・接種年月日	
ワクチン名	0.5ml	実施場所	医療機関等コード
Lot No.		医師名	
(注)有効期限が切れていないか確認		接種年月日	年 月 日

〇〇都道府県国民保険団体連合会 御中

〇〇県〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号

代表者氏名 労働次郎 印

電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

請求総括書（実績報告書）

医療機関・健診機関コード 1234567890

医療機関・健診機関名称 厚労病院

請求年月 2019年〇〇月分

		請求件数	請求総額（税抜き） ※システムエラーのチェック用	請求総額 （税込）
抗体検査	①健診・HI法	0	0	0
	②健診・EIA法	10	26,800	28,940
	③HI法	20	98,600	106,480
	④EIA法	10	63,200	68,250
	⑤夜間休日・HI法	40	217,200	234,560
	⑥夜間休日・EIA法	70	477,400	515,550
	小計	150	883,200	953,780
予防接種	通常	120	0	0
	予診のみ	20	0	0
	小計	140	0	0
合計		290	883,200	953,780



〇〇〇市町村長 殿

市区町村番号

1	1	1	1	1	1
---	---	---	---	---	---

〇〇県〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号

代表者氏名 労働次郎 印

電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

市区町村別請求書

医療機関・健診機関コード 1234567890

医療機関・健診機関名称 厚労病院

請求年月 2019年〇〇月分

		請求件数	請求総額 (税抜き) ※システムエラーのチェック用	請求総額 (税込み)
抗体検査	①健診・HI法	0	0	0
	②健診・EIA法	1	2,680	2,894
	③HI法	2	9,860	10,648
	④EIA法	1	6,320	6,825
	⑤夜間休日・HI法	4	21,720	23,456
	⑥夜間休日・EIA法	7	47,740	51,555
	小計	15	88,320	95,378
予防接種	通常	12	0	0
	予診のみ	2	0	0
	小計	14	0	0
合計		29	88,320	95,378