

高松市風しん抗体検査・風しん予防接種補助事業実施要領

1 目的

主として妊娠を希望する女性及びその配偶者等を対象として、高松市民が利用する高松市内3医師会委任医療機関又は高松市内3医師会に加入していない市内の委任医療機関（以下「協力医療機関」という。）において、風しん抗体検査を無料で受けられる体制を整備するとともに、抗体検査の結果、風しんワクチンの接種が必要な者に、風しんワクチンの予防接種費用の一部を助成することにより、当該ワクチンの接種促進を図ることで、今後の風しんの流行と先天性風しん症候群の発生を防ぎ、安心して出産できる環境を整備することを目的とする。

なお、当該予防接種は任意であり、接種についての努力義務はない。

2 実施主体

高松市

3 業務の内容

(1) 風しん抗体検査（以下「抗体検査」という。）

抗体検査はH I 法にて行うものとする。

ガチョウ血球の供給不足等、やむを得ない理由でH I 法が行えないと事前に高松市が認めた場合に限り、E I A法での抗体検査も可能とする。

(2) 風しん予防接種（以下「予防接種」という。）

予防接種は、基本的に「麻しん・風しん混合（MR）ワクチン」とする。

やむを得ない場合に限り、「風しん単独ワクチン」でも可能とする。

4 対象者

抗体検査又は予防接種費用の助成を受けることができる者は、抗体検査又は予防接種当日において高松市に住民登録をしている者で、次の①～③のいずれかに該当する者とする。

① 妊娠を希望する女性

- ② ①の配偶者及び同居人
- ③ 風しんの抗体価が低い妊婦の配偶者及び同居人

5 事業実施体制

高松市は、「高松市風しん抗体検査・風しん予防接種補助事業委託契約書」により、検査に必要な委託契約を高松市内3医師会連合会（以下「3医師会」という。）又は3医師会に加入していない市内の医療機関と委託契約を締結する。

3医師会に加入しており、協力医療機関になることを希望する者は、別紙様式1号「高松市風しん抗体検査・風しん予防接種補助事業委任状」により、3医師会に契約締結に要する事務作業を委任する。委任事項に変更があった場合には、別紙様式2号「高松市風しん抗体検査・風しん予防接種補助事業委任状変更届」により届け出る。

また、3医師会に加入していない市内の医療機関で協力医療機関になることを希望する者は、高松市保健所感染症対策課（以下「感染症対策課」という。）と協議した上で、委託契約を締結する。

6 抗体検査及び予防接種の実施

(1) 協力医療機関の要件

抗体検査の協力医療機関は、高松市が定める検査を適切に実施でき、かつ抗体検査結果において「抗体価が低い」とされた者に対し、風しん予防対策の必要性について適切な説明が行えること。

予防接種の協力医療機関は、予防接種を希望する者に対し、予防接種を行えるものとする。

(2) 抗体検査の実施について

抗体検査の協力医療機関は、助成対象者であることを確認するために、住所を証明する書類（運転免許証、健康保険被保険者証など）の提示を求め、別紙様式第3号「高松市風しん抗体検査問診票」により、問診と風しんの予防啓発を行った後、採血を行う。

(3) 検査の結果について

ア 抗体検査結果の基準

抗体検査結果は「H I 法において抗体価が 1 6 倍以下の者」又は「E I A 法において抗体価が 8 . 0 未満の者」を「抗体価が低い」者とみなす。

イ 結果の通知と受検者への対応

抗体検査の協力医療機関は、別紙様式第 3 号「高松市風しん抗体検査問診票」の「③受検者用」により、抗体検査結果を受検者に通知する。通知の方法は再来所か郵送のうちで、受検者の希望に基づき行うものとする。

(4) 予防接種の実施について

ア 予防接種の協力医療機関は、抗体検査の結果「抗体価が低い」と判断された者が希望した場合には、予防接種を実施する。

イ 予防接種に要するワクチンは協力医療機関において調達する。

ウ 予防接種の問診票は、協力医療機関が使用しているものを使用する。

エ 予防接種を希望する場合は、別紙様式第 3 号「高松市風しん抗体検査問診票」の「高松市風しん予防接種受診券（④予防接種用）」が必要となる。

オ 過去に風しんに係る抗体検査を受けた結果、H I 法による抗体検査で 1 6 倍以下又は、他の検査法でそれに相当する抗体価が判明している者、及び「風しんの追加的対策事業」において、H I 法による抗体検査で 1 6 倍以下又は、他の検査法でそれに相当する抗体価の者が、予防接種を受ける場合は、別紙様式第 4 号「高松市風しん予防接種受診券」が必要となる。

カ 予防接種については、年度内に完了するものとし、年度を越える事例は認めない。

(5) 抗体検査及び予防接種結果の報告

抗体検査の協力医療機関は、抗体検査の結果を、別紙様式 3 号「高松市風しん抗体検査問診票」に記入し、同様式の「②高松市用」と別紙様式第 5 号「高松市風しん抗体検査問診票・風しん予防接種受診券送付票」を受検月の翌月の 1 0 日までに、感染症対策課に提出する。

予防接種の協力医療機関は、別紙様式第 3 号の「高松市風しん予防接種受診券」（④予防接種用）又は別紙様式第 4 号「高松市風しん予防接種受診券」に記入し、別紙様式第 5 号「高松市風しん抗体検査問診票・風しん予防接種受診券送付票」と揃えて、受診月の翌月の 1 0 日までに、感染症対策課に提出する。

(6) 業務完了報告の提出

協力医療機関は、委託業務を実施した年度の四半期終了（6月末、9月末、12月末、3月末）毎に、四半期終了月の翌月10日までに、別紙様式第6号「高松市風しん抗体検査・風しん予防接種委託業務完了報告書」を、感染症対策課に提出する。

(7) 委託料の請求

別紙様式第6号「高松市風しん抗体検査・風しん予防接種委託業務完了報告書」を提出した協力医療機関は、委託業務を実施した年度の四半期終了（6月末、9月末、12月末、3月末）毎に、別紙様式第7号「請求書」を、感染症対策課に提出する。

高松市は、提出された書類の内容を審査し、適当と認められる場合には、30日以内に委託料の支払いを行う。

7 補助及び自己負担金等

高松市は、協力医療機関で、高松市風しん抗体検査・風しん予防接種を受検した者（以下「被接種者」という。）に対し、一人1回限りとして、その費用の全部及び一部を補助するものとし、被接種者の自己負担金は次のとおりとする。

(1) 風しん抗体検査費用の補助は、一人1回限りとして自己負担は0円とする。

(2) 風しん予防接種費用の補助は、一人1回限りとして被接種者は、自己負担金3,000円（麻しん・風しん混合（MR）ワクチン）を当該接種を受けた協力医療機関へ支払うものとする。

なお、やむを得ず、風しん単独ワクチンを接種した場合の自己負担金は、

1,500円とする。

8 健康被害の救済措置

予防接種に起因する事故により被接種者に健康被害が生じた場合の救済措置は、独立行政法人医薬品医療機器総合機構（PMDA）による医薬品副作用被害救済制度によるものとする。

9 個人情報及びプライバシーの保護

業務の実施に当たり、個人情報及びプライバシーの保護については、法令等に基づ

き最大限の配慮をするものとする。

10 委任

この要領に定めるもののほか、必要な事項は市長が定める。

附 則

この要領は、平成30年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成31年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、令和2年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、令和5年4月1日から施行する。