

**風しんの追加的対策のための
風しん第5期広域予防接種事業の実施について**

お問合せ先

高松市保健所 感染症対策課 予防接種係 TEL : (087) 839-2870

風しん第5期定期予防接種																						
実施期間	令和8年4月1日（水）から令和9年3月31日（水）まで																					
対象者	<p>昭和37年4月2日～昭和54年4月1日の間に生まれた男性であって、令和6年度末までに抗体検査を実施した結果、風しんの抗体が不十分な方であってMRワクチンの偏在等が生じたことを理由にワクチンの接種ができなかった者。</p> <p>※令和7年4月以降に抗体検査を実施した方は対象外です。</p> <p>※既に風しんの追加的対策事業に係るクーポン券を使用して予防接種を受けた方は対象外となります。</p> <p>【香川県内に住民票のある方の対応】 この事業は、香川県医師会と香川県内の各自治体との広域予防接種委託契約に基づき実施されます。予防接種を実施した場合、その方の住民票のある自治体に対して請求してください。</p> <p>【香川県外に住民票のある方の対応】 香川県外に住民票のある方が予防接種を希望する場合は、<u>予防接種実施前に</u>、その方の住民票のある自治体に請求方法等についてお問い合わせください。</p> <p>定期予防接種の対象者は、事前に行った抗体検査を、別紙1の表で判定し、十分な抗体価がないと判定された人のみとなります。<u>必ず、事前に対象者に抗体検査結果の提出を求めてください。</u></p> <p>「事前に行った抗体検査」とは、令和6年度末までの風しん追加的対策の事業で実施したもののほか、平成26年度以降に実施したもので、検査結果が明確に分かるものも含まれます。令和7年4月以降に抗体検査を実施した方は対象外ですので、ご注意ください。</p>																					
対象者の自己負担金	<p>無料</p> <p>※香川県外に住民票のある方については、その方の住民票がある自治体により自己負担金が生じる場合があります。詳細は各自治体へお問い合わせください。</p>																					
クーポン券予診票	<p>広域予防接種委託契約に基づく予防接種の実施については、令和6年度発行のクーポン券及び風しんの第5期の定期接種予診票を使用してください。クーポン券及び予診票の記載事項の読み替えについては、次のとおりとなりますので、ご確認ください。</p> <p>【高松市における令和6年度発行のクーポン券記載事項の読み替えについて】</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;">項目</th> <th style="width: 33%;">記載内容</th> <th style="width: 33%;">読み替え後</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>接種費用</td> <td>(税抜) 9,082 円</td> <td>(税込) 9,294 円</td> </tr> <tr> <td>自己負担額</td> <td style="text-align: center;">0 円</td> <td style="text-align: center;">0 円</td> </tr> <tr> <td>有効期限</td> <td style="text-align: center;">2025 年 3 月</td> <td style="text-align: center;">2027 年 3 月</td> </tr> <tr> <td>氏名欄右下</td> <td style="text-align: center;">(国保連提出用)</td> <td style="text-align: center;">高松市提出用</td> </tr> </tbody> </table> <p>【風しんの第5期の定期接種予診票の読み替えについて】</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;">項目</th> <th style="width: 33%;">記載内容</th> <th style="width: 33%;">読み替え後</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>右上のクーポン券貼付枠</td> <td style="text-align: center;">(国保連提出用)</td> <td style="text-align: center;">高松市提出用</td> </tr> </tbody> </table> <p>高松市内の医療機関で予診票が不足する場合は、お送りいたしますので、高松市保健所感染症対策課（TEL087-839-2870）までお問い合わせください。</p>	項目	記載内容	読み替え後	接種費用	(税抜) 9,082 円	(税込) 9,294 円	自己負担額	0 円	0 円	有効期限	2025 年 3 月	2027 年 3 月	氏名欄右下	(国保連提出用)	高松市提出用	項目	記載内容	読み替え後	右上のクーポン券貼付枠	(国保連提出用)	高松市提出用
項目	記載内容	読み替え後																				
接種費用	(税抜) 9,082 円	(税込) 9,294 円																				
自己負担額	0 円	0 円																				
有効期限	2025 年 3 月	2027 年 3 月																				
氏名欄右下	(国保連提出用)	高松市提出用																				
項目	記載内容	読み替え後																				
右上のクーポン券貼付枠	(国保連提出用)	高松市提出用																				

予防接種実施前に必ず、**抗体検査の実施日が令和7年3月31日までであること及び予診票に記載のある住所と本人確認書類（免許証、マイナンバーカード、被保険者証等）の住所が一致しているか**を確認してください。

予防接種の実施に当たっては次のとおりご対応ください。

抗体検査の結果、風しん第5期定期予防接種の対象となるかを書面等で御確認ください。

(1) 実施に当たっての準備等

ア 予診票を実施機関の窓口で備えるとともに、予防接種に必要なワクチン及び諸資材を確保すること。

イ 広域予防接種委託契約における風しんの第5期の定期接種は、**乾燥弱毒生麻しん風しん混合ワクチン（MR ワクチン）又は乾燥弱毒生風しんワクチンを使用すること。**

ウ 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。

エ 接種医は、被接種者本人が予防接種不適当者又は予防接種要注意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定期接種の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、接種を行うこと。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（予診票への署名により確認）に限り接種を行うこと。

オ 接種終了後、接種医は、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、予診票の原本に「高松市提出用」（実際の記載内容は「国保連提出用」）のクーポン券を貼付し、高松市感染症対策課に提出すること。本人控え（兼接種済証）のクーポン券を貼付する予診票には、上記の必要事項を転記する他、原本の複写を使用しても差し支えない。

(2) 接種液・接種時の注意等

ア 接種液

(ア) 接種液の使用に当たっては、標示された接種液の種類、有効期限内であること及び異常な混濁、着色、異物の混入その他の異常がない旨を確認すること。

(イ) 接種液の貯蔵は、生物学的製剤基準の定めるところによるほか、所定の温度が保たれていることを温度計によって確認できる冷蔵庫等を使用すること。また、ワクチンによって、凍結させないこと、溶解は接種直前に行い一度溶解したものは直ちに使用すること、溶解の前後にかかわらず光が当たらないよう注意することなどの留意事項があるので、それぞれ添付文書を確認の上、適切に使用すること。

イ 接種時の注意 次に掲げる事項を遵守すること。

(ア) 予防接種に従事する者は、手指を消毒すること。

(イ) ワクチンによって、凍結させないこと、溶解は接種直前に行い一度溶解したものは直ちに使用すること、溶解の前後にかかわらず光が当たらないよう注意することなどの留意事項があるので、それぞれ添付文書を確認の上、適切に使用すること。

(ウ) 接種液の使用に当たっては、有効期限内のものを均質にして使用すること。

(エ) バイアル入りの接種液は、栓及びその周囲をアルコール消毒した後、栓を取り外さ

実施方法

- ないで吸引すること。
- (オ) 接種液が入っているアンプルを開口するときは、開口する部分をあらかじめアルコール消毒すること。
- (カ) 原則として上腕伸側に皮下接種により行うこと。接種前には接種部位をアルコール消毒し、接種に際しては注射針の先端が血管内に入っていないことを確認すること。
- (キ) 接種用具等の消毒は、適切に行うこと。
- (ク) 被接種者に対して、次に掲げる事項を要請すること。
 - ① 接種後は、接種部位を清潔に保ち、接種当日は過激な運動を避けるよう注意し、又は注意させること。
 - ② 接種後、接種局所の異常反応や体調の変化を訴える場合は、速やかに医師の診察を受け、又は受けさせること。
 - ③ ②の場合において、被接種者が医師の診察を受けたときは、速やかに被接種者が居住している（住民票のある）市区町村の担当部局に連絡すること。

(3) 予防接種の間違いの報告

接種医は、定期接種を実施する際、予防接種に係る間違いの発生防止に努めるとともに、間違いの発生を迅速に把握できる体制をとり、万が一、誤った用法用量でワクチンを接種した場合や、有効期限の切れたワクチンを接種した場合、血液感染を起こしうる場合等の重大な健康被害につながるおそれのある間違いを把握した場合には、以下の①から⑥までの内容を任意の様式に記載し、被接種者が居住している（住民票のある）市区町村に速やかに報告すること。

- ① 予防接種を実施した機関
- ② ワクチンの種類、メーカー、ロット番号
- ③ 予防接種を実施した年月日（間違い発生日）
- ④ 間違いに係る被接種者数
- ⑤ 間違いの概要と原因
- ⑥ 健康被害発生の有無（健康被害が発生した場合は、その内容）

○他の予防接種との間隔について

別の種類の生ワクチンを接種する場合・・・27日以上あける

※対象者・ワクチン等の実施・請求過誤があった場合の対応⇒P3「請求」参照

(単位：円)

委託料

ワクチン種類	接種	予診のみ
乾燥弱毒生麻しん風しん混合ワクチン (MR ワクチン)	税込 9,294	税込 2,910
乾燥弱毒生風しんワクチン	税込 6,544	税込 2,910

高松市に住民票のある方に接種した場合の単価です。

※自治体ごとに接種単価が異なりますので、高松市以外に住民票のある方の接種単価については、各自治体に御確認ください。

請求

請求書類の提出先

〒760-0074 高松市桜町1丁目10番27号

高松市保健所 感染症対策課 予防接種係

※香川県国民健康保険団体連合会では受付できません。誤って香川県国民健康保険団体連合会へ送付しないよう御注意ください。

提出期限 実施の翌月10日**必着** (4月・5月実施分は、まとめて6月に請求してください。)

	<p>請求書の記載方法等 請求書に必要事項を記載し、予診票を添付してください。記入例は別紙2のとおりです。なお、<u>他の広域予防接種の請求書</u>と分けて作成してください。</p> <p>支払時期 請求書の提出月の月末となる予定です。</p> <p>※接種等で過誤があった場合</p> <ul style="list-style-type: none"> ・令和7年4月以降に抗体検査を行なった ・抗体検査の結果、風しん第5期定期接種非対象なのに接種した等の過誤が発覚した場合、請求を行った分の全額を翌月以降の請求で調整するか、高松市に返還していただくことがあります。
その他	<p>●実施に向けた医療機関・健診機関向け手引きについて 厚生労働省ホームページ 風しん第5期の定期接種実施に向けた医療機関・健診機関向け手引き（第4版）を https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000927411.pdf ご参照ください。</p> <p>●副反応疑い報告について (1) 予防接種による副反応、又はその疑いのある患者を診察した場合は、いったん保険診療としてください。その際、患者又は家族から詳しく問診し、病歴を確実に記載しておいてください。 主要症状について確実に把握し、詳細に記載しておいてください。また、接種部位の変化（発赤・腫脹及び化膿等）の有無及び程度、発生日時について必ず記載しておいてください。 (2) 定期の予防接種について、副反応の報告基準に該当する症状を診断したときは、速やかに（独）医薬品医療機器総合機構（PMDA）へ報告してください。 詳細につきましては、厚生労働省「定期の予防接種等による副反応疑いの報告等の取扱いについて」を参照してください。</p> <p>●その他、御不明点、御質問等ありましたら、高松市保健所 感染症対策課（Tel087-839-2870）までお問合せください。</p>

風しん広域予防接種業務の対象となる抗体価基準

測定キット名（製造販売元）	検査方法	抗体価基準
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・ビオメリユール株式会社）	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）
ランピアラテックスRUBELLA II （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）
Rubella-Gアボット （アボットジャパン株式会社）	化学発光免疫測定法（CLIA法）	1.5未満 （国際単位（IU）/ml）

記入例

別紙2

件 名 香川県風しん第5期広域予防接種委託料4・5月分

請求金額 29,970 円

品 名	数 量 (単位)	単 価	金 額 (単位:円)
風しん第5期予防接種	3	9,990	29,970

【請求書の作成方法】
委託料の請求内容について御記入ください。
「子どもの予防接種」、「成人用肺炎球菌・带状疱疹」、「高齢者インフルエンザ・新型コロナウイルスワクチン」等の他の広域予防接種とは請求書を分けて作成してください。

【請求書の押印省略について】
支払方法が「口座払」、「納付書払」、「その他」の場合、かつ請求書の発行者の記載があるものにつきましては押印の省略が可能です。
押印を省略する場合は、「責任者氏名」と「担当者氏名」それぞれの所属名、役職名及びフルネームで氏名を記載し、「連絡先電話番号」の記載をお願いします。
※ 「責任者」は役職にかかわらず、請求書に係る事務を担当する部門の長を指します。
※ 「担当者」は請求書に係る事務を担当する部門の者を指します。

1. 上記 該当の区分にチェックをしてください。

① 支払方法 ※該当する□にしをつけてください。
 口座払 納付書払 窓口払 その他

② 消費税課税区分 ※該当する□にしをつけてください。
 課税事業者 免税事業者 非・不課税取引等

③ 請求者
 住 所 高松市桜町一丁目10番27号
 氏 名 医療法人 ×××会 理事長 △△△
 電 話 (087) 839-2860



2. 下記の指定口座への振込を依頼します。(高松市へ債権者登録を希望する場合は、その際に登録した印鑑を押印してください。)

銀行・金庫 支店
 組合・農協 支所

口座名義 **【振込口座の指定について】**
 委託料の振込を希望する口座を御記入ください。
 なお、債権者登録を希望している口座への振込を希望する場合は、記入しないでください。

- ※注意事項
- 債権者登録は、委託料の振込を希望する口座を御記入ください。ただし、債権者登録は専用の申込書の提出が必要となります。「振込実績がある」ということではないので御注意ください。
 - 印鑑は、請求書に添付する場合は、請求書に押印した印鑑と同一の印鑑で割印してください。
 - 請求内容が変更される場合は、請求書に押印した印鑑と同一の印鑑で割印してください。