

高松市風しん抗体検査・風しん予防接種補助事業の実施について

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HI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HI法が行えないと事前に高松市が認めた場合に限り、EIA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、別紙様式第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、別紙様式第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、マイナンバーカードなど）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「HI法において抗体価が16倍以下の者」又は「EIA法において抗体価が8.0未満の者」を「抗体価が低い」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、HI法による抗体検査で16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、HI法による抗体検査で16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、別紙様式第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10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10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・風しん予防接種補助事業完了報告書」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・風しん予防接種補助事業完了報告書」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金は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、独立行政法人医療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

ここに定めるもののほか、必要な事項は市長が定める。

様式第 1 号

年度高松市風しん抗体検査・風しん予防接種補助事業委任状

高松市内 3 医師会連合会会長 殿

年 月 日

※「請求書」の請求者と同じであること。

所在地：

法人名：

医療機関名：

代表者職・氏名： 印

(電話番号： — —)

(FAX： — —)

高松市が実施する、主に妊娠を希望する女性及びその配偶者等を対象とした「風しん抗体検査・風しん予防接種補助事業」において、高松市と「風しん抗体検査・風しん予防接種業務委託契約」を締結することについて、「高松市内 3 医師会連合会」を代理人と定め、次の条件を附して委任します。

委任するに当たっての条件

抗体検査又は予防接種を実施した際の費用（委託料）の請求及び受領は、高松市と当法人（医療機関）との間で直接行うものとする。

【予防接種をおこなう医師】

医師名	
-----	--

※予防接種をおこなう医師の人数が多い場合は、別紙を添付してください。

【受託業務】

風しん抗体検査及び風しん予防接種について、受託されるものに○印を御記入ください。

①抗体検査

②予防接種

様式第 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

年 月 日

高松市内 3 医師会連合会理事長 殿

※「請求書」の請求者と同じであること。

所在地：
法人名：
医療機関名：
代表者職・氏名： 印
（電話番号： — — ）
（FAX： — — ）

高松市が実施する「風しん抗体検査・風しん予防接種補助事業」において、契約を締結するために先に提出した委任状の記載事項に変更がありましたので、以下のとおり変更を届け出ます。

変更事項

	変 更 前		変 更 後	
所 在 地				
法 人 名				
医 療 機 関 名				
代 表 者 職 ・ 氏 名				
印 の 変 更				
電 話 番 号 ・ F A X				
予 防 接 種 を お こ な う 医 師				
受 託 業 務 (○印を御記入ください。)	抗体検査	予防接種	抗体検査	予防接種

※予防接種をおこなう医師の人数が多い場合は、別紙を添付してください。

高松市風しん抗体検査問診票

今回の検査は、下記の方が対象となっています。
高松市内に住民登録している方で、次の①～③のいずれかに該当する方。ただし、過去に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、当該予防接種を行う必要がないと認められた方は除く。
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
※抗体検査を行った医療機関と異なる医療機関で予防接種を行う場合は、事前に、予防接種を希望する医療機関へお問い合わせください。

受付番号		検査日		年	月	日
フリガナ		性別	生年月日	年	月	日（歳）
氏名		男・女				
住所	高松市		電話番号			
1	上記対象者①～③のどれに当てはまりますか。			① ・ ② ・ ③		
2	これまで採血をして気分や体調が悪くなったことはありますか。			はい ・ いいえ		
3	これまでに風しんの抗体検査を受けたことがありますか。			はい ・ いいえ ・ 不明		
4	(3で「はい」と回答した方) 抗体価は何倍でしたか。			() 倍 ・ 不明		
5	これまでに風しんに感染したことがありますか。			はい ・ いいえ ・ 不明		
6	これまでに風しんの予防接種を2回受けたことがありますか。			はい ・ いいえ ・ 不明		
7	結果の通知は次のどちらを希望しますか。			来院 ・ 郵送		
検査の結果「抗体価が低いことが確認された方」(HI検査において16倍以下)には、その後のワクチン接種の状況などを高松市から確認させていただく場合がありますので、ご協力をお願いします。 このことに同意していただけますか。				同意 ・ 同意しない		

※ 問診票及び検査の結果は、高松市保健所感染症対策課に提出します。

風しん抗体検査結果（医療機関記入欄）

（検査方法： ）（抗体価： ）

抗体価(HI法)	判 定
8倍未満	A 免疫を保有していないため、 <u>風しん含有ワクチンの接種を推奨します。</u>
8倍・16倍	B 過去の感染や予防接種により風しんの免疫はありますが、 <u>風しんの感染予防には不十分です。</u> そのため、感染によりお腹の赤ちゃんへの影響が生じる場合があります。 <u>確実な予防のため、風しん含有ワクチンの接種を推奨します。</u>
32倍以上	C 風しんの感染予防に十分な免疫を保有していると考えられます。風しん含有ワクチンの接種は、基本的に必要ありません。

※予防接種のワクチンは、麻しん対策も考慮して「麻しん風しん混合ワクチン」を推奨します。

※予防接種は妊娠していないことを確認のうえ行い、接種後2か月は避妊が必要です。

年	月	日
医療機関名		
医 師 名		

高松市風しん予防接種受診券

今回の検査は、下記の方が対象となっています。
高松市内に住民登録している方で、妊娠を希望する女性、その配偶者及び同居者、並びに、風しんの抗体価が低い妊婦の配偶者及び同居者のうち、①及び②に該当する方

① 「風しんの追加的対策事業」以外（妊婦健診、職場の健診等）で、過去に風しんに係る抗体検査を受けた結果、HI法による抗体検査で16倍以下又は、他の検査法でそれに相当する抗体価の方

② 「風しんの追加的対策事業」（クーポン利用の男性）において、HI法による抗体検査で16倍以下又は、他の検査法でそれに相当する抗体価の方

受付番号		予防接種日		年 月 日	
フリガナ		性別	生年月日	年 月 日（ 歳）	
氏名		男 ・ 女			
住所	高松市		電話番号		

※ この受診券は、高松市保健所感染症対策課に提出します。

抗体検査結果（医療機関記入欄）

抗体検査について、いずれかにチェックしてください。

☐①風しんの追加的対策事業以外で抗体検査を受けた結果、HI法で16倍以下又は他の検査法で相当価の方

☐②風しんの追加的対策事業において、HI法による抗体検査で16倍以下又は他の検査法で相当価の方

（検査法： ）（抗体価： ）

抗体価(HI法)	判 定
8倍未満	A 免疫を保有していないため、 風しん含有ワクチンの接種を推奨します。
8倍・16倍	B 過去の感染や予防接種により風しんの免疫はありますが、 風しんの感染予防には不十分です。 そのため、感染によりお腹の赤ちゃんへの影響が生じる場合があります。 確実な予防のため、風しん含有ワクチンの接種を推奨します。
32倍以上	C 風しんの感染予防に十分な免疫を保有していると考えられます。風しん含有ワクチンの接種は、基本的に必要ありません。

※予防接種のワクチンは、麻しん対策も考慮して「麻しん風しん混合ワクチン」を推奨します。

※予防接種は妊娠していないことを確認のうえ行い、接種後2か月は避妊が必要です。

医療機関名	ワクチンの種類 (○で囲む)
医 師 名	
混合 ・ 単独	

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

(宛先) 高松市長

医療機関名

「風しん抗体検査問診票」及び「風しん予防接種受診券」を送付します。

受 付 月	事 業	問診票（抗体検査） 受診券（予防接種）	備考	
月 分	【様式第 3 号】を使用して 抗体検査された方	枚		
	【様式第 3 号】を使用して 予防接種された方	枚	MR	枚
			単独	枚
	【様式第 4 号】を使用して 予防接種された方で (追加的対策事業 <u>以外</u> の 抗体検査受検者) ※1	枚	MR	枚
			単独	枚
	【様式第 4 号】を使用して 予防接種された方で (追加的対策事業の 抗体検査受検者) ※2	枚	MR	枚
			単独	枚

※1 「風しんの追加的対策事業」以外（妊婦健診、職場の健診等）で過去に風しんの抗体検査を受けた結果、H I 法で 16 倍以下又は他の検査法でそれに相当する抗体価の方で、本事業で予防接種のみを受けた方の予防接種受診券の枚数を記入してください。

※2 「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 16 倍以下又は、他の検査法でそれに相当する抗体価の方で、本事業で予防接種のみを受けた方の予防接種受診券の枚数を記入してください。

高松市風しん抗体検査・風しん予防接種補助事業完了報告書

(第 四半期分 ・ 月～ 月分)

(宛先)高松市長

医療機関所在地

医療機関名

代表者氏名

風しん抗体検査・風しん予防接種補助事業の上記期間分について、次のとおり業務が完了しましたので、報告します。

検査実施月	検 査 件 数			単 価	請求額	備 考
月分	抗体検査	様式第3号 抗体検査 問診票	HI法	件	円	円
			EIA法	件	円	円
	予防接種	様式第3号 予防接種 受診券	MR混合	件	円	円
			単独	件	円	円
		様式第4号 「追加的対策 事業以外」	MR混合	件	円	円
			単独	件	円	円
		様式第4号 「追加的対策 事業」	MR混合	件	円	円
			単独	件	円	円
月分	抗体検査	様式第3号 抗体検査 問診票	HI法	件	円	円
			EIA法	件	円	円
	予防接種	様式第3号 予防接種 受診券	MR混合	件	円	円
			単独	件	円	円
		様式第4号 「追加的対策 事業以外」	MR混合	件	円	円
			単独	件	円	円
		様式第4号 「追加的対策 事業」	MR混合	件	円	円
			単独	件	円	円
月分	抗体検査	様式第3号 抗体検査 問診票	HI法	件	円	円
			EIA法	件	円	円
	予防接種	様式第3号 予防接種 受診券	MR混合	件	円	円
			単独	件	円	円
		様式第4号 「追加的対策 事業以外」	MR混合	件	円	円
			単独	件	円	円
		様式第4号 「追加的対策 事業」	MR混合	件	円	円
			単独	件	円	円
合計	抗体検査		HI法	件	円	円
			EIA法	件	円	円
	予防接種		MR混合	件	円	円
			単独	件	円	円

※年度を越えた分の請求はできません、必ず年度内(3月31日まで)に完了し、期限内の報告をお願いいたします。

※予防接種の合計欄には、「追加的対策事業以外」と「追加的対策事業」もあわせた件数で記載ください。

請 求 書 (年 月 ～ 月)

(アラビア数字で記載し、頭書に¥の記号を付し、訂正しないでください。)

	億	千万	百万	十万	万	千	百	十	円
金 額									

(内訳) 風しん抗体検査 (H I 法)

@ × 件 = 円

風しん抗体検査 (E I A法)

@ × 件 = 円

風しん予防接種 (MR)

@ × 件 = 円

風しん予防接種 (単独)

@ × 件 = 円

上記の金額を請求します。

年 月 日

(宛先) 高松市長

債権者 医療機関所在地
医療機関名
代表者職氏名 印

連絡先 _____

発行担当部署長氏名 _____

発行担当者氏名 _____

振込先	銀行 信金 農協 (支) 店									
	預金種目	当座 □	普通 □	口座番号						
	フリガナ									
	口座名義									

おねがい

1. 預金口座のある金融機関の店舗名、口座番号 (左詰めでご記入ください) 及び口座名義を記載してください。なお、預金種目欄にあっては、該当する預金種目の□箇所にレ印を付してください。
2. 請求者と受領者が委任により異なる場合は、受領権限についての委任状を添付してください。