

風しん抗体検査・風しん第5期定期接種
受託医療機関の管理者 様

札幌市医務監 矢野 公一
(保健所長事務取扱)
(公印省略)

風しんの追加的対策における抗体検査及び予防接種にかかる
クーポン券の発行等について

時下、貴職におかれましては益々御清祥のこととお喜び申し上げます。

日ごろから本市の保健医療行政の推進に御理解と御協力を賜り、厚くお礼申し上げます。

厚生労働省では、今年から2022年3月末までの約3年間、昭和37年4月2日から昭和54年4月1日生まれの男性を対象に、風しんの抗体検査を実施し、その結果風しんに対する抗体価が十分でない方については、風しんの予防接種を予防接種法上の定期接種(風しん5期)として実施することとしており、貴院におかれましては、当該事業の受託医療機関として札幌市医師会等各取りまとめ団体を通じて、集合契約を締結していただいているところです。

このたび、当該事業の実施にあたり、下記のとおり札幌市在住の対象者あてクーポン券を発行いたしますので、お知らせいたします。

なお、事業の実施にあたりまして、厚生労働省の定める「医療機関・健診機関向け手引き第2版」を御一読くださいますよう、お願い申し上げます。

今後とも、事業の円滑な実施に御協力賜りますよう、重ねてお願い申し上げます。

記

1. 札幌市民向けクーポンの発行について

(1) 昭和47年4月2日から昭和54年4月1日生まれの男性

令和元年5月7日以降、クーポン券及び案内文を対象者あてに送付します。

(別紙1)

(2) 昭和37年4月2日から昭和47年4月1日生まれの男性

希望者は札幌市ホームページから申請が必要です。

(※現時点では案内文のみ送付しています。(別紙2))

2 札幌市外にお住いの方について

札幌市外にお住いの対象者は、居住地のクーポン券を持参しますが、札幌市の発行するクーポン券同様有効となりますので、貴院において検査等の実施をお願いいたします。

3 費用の請求について

費用請求の際には下記の書類を、翌月 10 日までに国保連あて送付してください。

- (1) 国保連用クーポンが貼り付けされた受診票（または予診票）（別添 1 及び 2）
- (2) 実績報告書（別添 3）

【送付先・問い合わせ先】北海道国民健康保険団体連合会
〒060-0062 札幌市中央区南 2 条西 1 4 丁目

4 様式

様式は厚生労働省のホームページからダウンロードして御使用ください。

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/000116890_00001.html

- (1) 風しん抗体検査の受診票 別添 1
- (2) 風しんの第 5 期の定期予防接種予診票 別添 2
- (3) 実績報告書 別添 3

5 参考

- (1) 昭和 47 年 4 月 2 日から昭和 54 年 4 月 1 日生まれの男性向けクーポン及び案内文
別紙 1
- (2) 昭和 37 年 4 月 2 日から昭和 46 年 4 月 1 日生まれの男性向け案内文
別紙 2
- (3) 「医療機関・健診機関向け手引き第 2 版」
※厚生労働省ホームページからダウンロード可能
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/000116890_00003.html

担当：札幌市保健福祉局保健所感染症総合対策課 成田・長尾
〒060-0042 札幌市中央区大通西 19 丁目
Tel 622-5199 Fax 622-5168

このクーポン券は、2019年4月1日時点で札幌市に住民登録がある方へお届けしています。
風しん抗体検査・予防接種を受ける日までに市外へ住民票を異動された方は、新しい市町村からクーポン券を発行してもらう必要があります。
抗体検査・予防接種の流れについては、同封のお知らせをご確認下さい。

抗体検査

券種	抗体検査券	1
請求先	北海道札幌市	011002
発券No		有効期限2020年03月

(氏名)

(国保連提出用)

券種	抗体検査券	1
請求先	北海道札幌市	011002
発券No		有効期限2020年03月

(氏名)

(医療機関控入)

券種	抗体検査券	1
請求先	北海道札幌市	011002
発券No		有効期限2020年03月

(氏名)

(ご本人控入)

予防接種予診のみ

券種	予防接種予診券(予診のみ)	2
請求先	北海道札幌市	011002
予診費用(税抜)	2,820円(自己負担分を除く)	
自己負担額(税抜)	0円	
発券No		有効期限2022年03月

(氏名)

(国保連提出用)

券種	予防接種予診券(予診のみ)	2
請求先	北海道札幌市	011002
予診費用(税抜)	2,820円(自己負担分を除く)	
自己負担額(税抜)	0円	
発券No		有効期限2022年03月

(氏名)

(医療機関控入)

券種	予防接種予診券(予診のみ)	2
請求先	北海道札幌市	011002
予診費用(税抜)	2,820円(自己負担分を除く)	
自己負担額(税抜)	0円	
発券No		有効期限2022年03月

(氏名)

(ご本人控入)

予防接種

券種	予防接種券	3
請求先	北海道札幌市	011002
接種費用(税抜)	10,000円(自己負担分を除く)	
自己負担額(税抜)	円	
発券No		有効期限2022年03月

(氏名)

(国保連提出用)

券種	予防接種券	3
請求先	北海道札幌市	011002
接種費用(税抜)	10,000円(自己負担分を除く)	
自己負担額(税抜)	円	
発券No		有効期限2022年03月

(氏名)

(医療機関控入)

券種	予防接種券(兼予防接種済証)	3
請求先	北海道札幌市	011002
接種費用(税抜)	10,000円(自己負担分を除く)	
自己負担額(税抜)	円	
発券No		有効期限2022年03月

(氏名)

(ご本人控入)
札幌市長
秋元克広

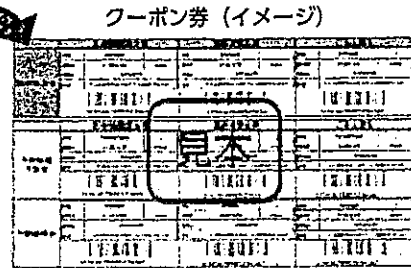
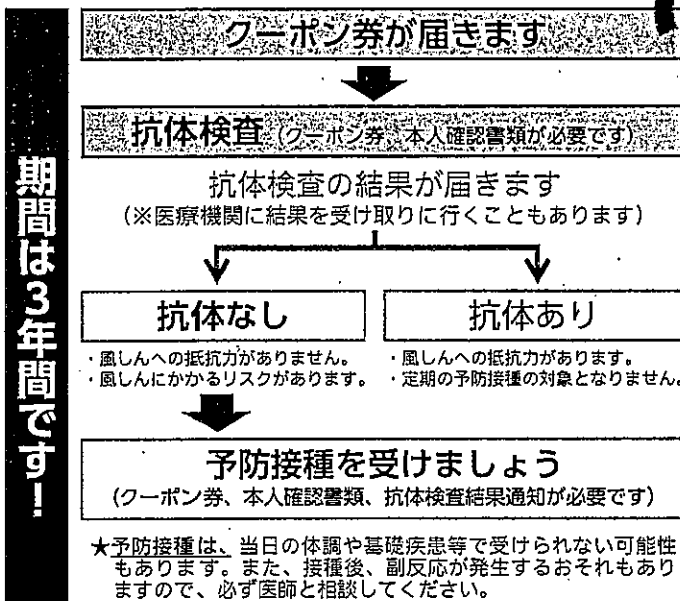
風しん抗体検査・予防接種のお知らせ

札幌市保健所

2022年3月31日までの3年間に限り、
風しん抗体検査・予防接種を公費で受けられます。

- ▶ 風しんの予防接種は、現在、予防接種法に基づき公的に行われています。しかし、公的な接種を受ける機会がなかった昭和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は、抗体保有率が他の世代に比べて低く（約80％）なっています。
- ▶ そのため、2022年3月31日までの期間に限り、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風しんの定期接種*の対象者とし、今回は、昭和47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クーポン券をお届けしています。
*予防接種法（昭和23年法律第68号）第5条第1項の規定に基づく定期の予防接種
- ▶ 対象者の方には、お届けするクーポン券を利用して、まず抗体検査を受けていただき、抗体検査の結果、十分な量の抗体がない方は、定期接種の対象となります。

～抗体検査・予防接種までの流れ～



医療機関や健診会場の窓口でクーポン券を提示すれば、風しんの抗体検査や風しんの予防接種を受けられます。

★抗体検査は、

- ① 事業所健診や特定健診の機会に、その場で受けられます。
※勤務先の企業（事業所健診の方）や市区町村（特定健診の方）にお問い合わせください。
- ② 本事業に参加している全国の医療機関等で受けられます。

★予防接種は、

本事業に参加している全国の医療機関等で受けられます。

★ 抗体検査・予防接種を受けられる医療機関等のリストは、厚労省HPに掲載しています。

※クーポン券を紛失等された場合は、再発行いたしますので、下記お問合せ先までご連絡下さい。

Q どうして風しんの追加的対策を実施しているのですか？

よくある
ご質問

A 風しんは、感染者の飛まつ（唾液のしぶき）などによって他の人にうつる、感染力が強い感染症です。妊娠早期の妊婦が風しんに感染すると、出生児が先天性風しん症候群（眼や耳、心臓に障害が出ること）になる可能性があります。
大人になって感染すると無症状～軽症のことが多いですが、まれに重篤な合併症を併発することがあります。また、無症状でも他人に風しんをうつすことがあるので、感染を拡大させないためには、社会全体が免疫を持つことが重要です。



風しんの追加的対策の詳しい情報については、厚生労働省のホームページをご覧ください。

風しんの追加的対策

検索

(お問合せ先)

札幌市保健所感染症総合対策課感染症総合対策係

電話：011-622-5199 E-mail: kansensyo@city.sapporo.jp

SAPP_PO



北海道札幌市保健所
〒060-0042
札幌市中央区大通西19丁目WEST19庁舎3階
感染症総合対策課感染症総合対策係

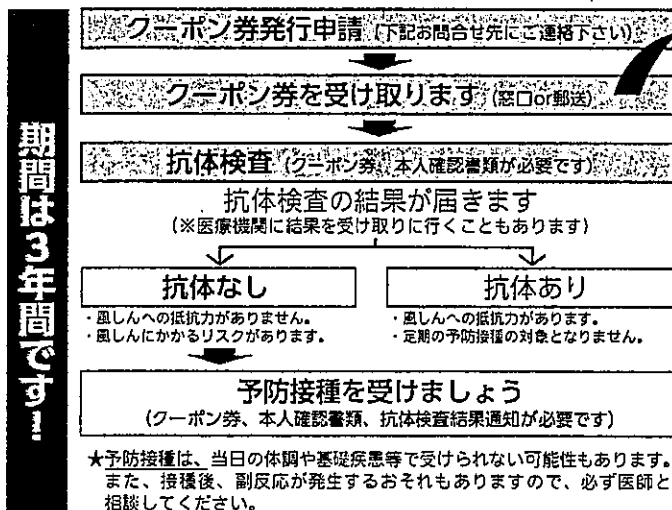
風しん抗体検査・予防接種のお知らせ

このお知らせは、2019年4月1日時点で札幌市に住民登録がある昭和37年4月2日から昭和47年4月1日生まれの男性の方へお届けしています。風しん抗体検査・予防接種を希望される方は、あらかじめ保健所にクーポン券発行申請が必要となりますので、下記お問合せ先までご連絡下さい。

2022年3月31日までの3年間に限り、風しん抗体検査・予防接種を公費で受けられます。

- ▶ 風しんの予防接種は、現在、予防接種法に基づき公的に行われています。しかし、公的な接種を受ける機会がなかった昭和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は、抗体保有率が他の世代に比べて低く（約80%）なっています。
- ▶ そのため、2022年3月31日までの期間に限り、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風しんの定期接種*の対象者としています。
※予防接種法（昭和23年法律第68号）第5条第1項の規定に基づく定期の予防接種
- ▶ 対象者の方には、クーポン券を利用して、まず抗体検査を受けていただき、抗体検査の結果、十分な量の抗体がない方は、定期接種の対象となります。

～抗体検査・予防接種までの流れ～



クーポン券 (イメージ)

医療機関や健診会場の窓口でクーポン券を提示すれば、風しんの抗体検査や風しんの予防接種を受けられます。

- ★抗体検査は、
- ①事業所健診や特定健診の機会に、その場で受けられます。
※当該元の企業（事業所健診の方）や市町村（特定健診の方）にお問い合わせください。
 - ②本事業に参加している全国の医療機関等で受けられます。
- ★予防接種は、
本事業に参加している全国の医療機関等で受けられます。

★ 抗体検査・予防接種を受けられる医療機関等のリストは、厚労省HPに掲載しています。

よくあるご質問

Q どうして風しんの追加的対策を実施しているのですか？

A 風しんは、感染者の飛まつ（唾液のしぶき）などによって他人にうつる、感染力が強い感染症です。妊娠早期の妊婦が風しんに感染すると、出生児が先天性風しん症候群（眼や耳、心臓に障害が出ること）になる可能性があります。大人になって感染すると無症状～軽症のことが多いですが、まれに重篤な合併症を併発することがあります。また、無症状でも他人に風しんをうつすことがあるので、感染を拡大させないためには、社会全体が免疫を持つことが重要です。

風しんの追加的対策の詳しい情報については、厚労省のホームページをご覧ください。

風しんの追加的対策 **検索**

(お問合せ先)
札幌市保健所感染症総合対策課感染症総合対策係
電話：011-622-5199 E-mail：kansensyo@city.sapporo.jp

SAPP_RO

風しんの抗体検査受診票

※本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日まで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 道 市 区 町 村 府 県	
	（クーポン券添付）	
氏 名	男 ・ 女	
生年月日	昭和 年 月 日生（満 歳）	

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	いいえ	
（「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	いいえ	
（「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	いいえ	
（「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受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 対象	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 非対象	医師名	
検査番号（※裏面の付表1を参照）		検査年月日 （西暦）	年 月 日

検査番号（※裏面の付表1を参照）
 1 2 3 4 5 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。

● 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、該当する番号の口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）	麻疹ウイルスHI 試薬「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 麻疹/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 (極楽製薬工業株式会社)
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 麻疹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日まで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 道 府 県		市 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。	はい	いいえ	
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。	はい	いいえ	
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。	はい	いいえ	
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	

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
-------	---

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 被接種者自署
(※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	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. (注)有効期限が切れていないか確認		医師名	
			接種年月日 年 月 日 (西暦)	

〇〇〇市区町村長様
市区町村番号

--	--	--	--	--	--

(記載例)

請求総括書(小計)①

〇〇県〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号

開設者氏名 労働次郎 印

電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

風しん対策 市区町村別請求書

医療機関・健診機関番号 1234567890

医療機関・健診機関名称 厚労病院〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

請求年月 2019年〇〇月分

		請求件数	請求金額 (税抜)	請求金額 (税込)
抗体検査	①健診・HI法	0	0	0
	②健診・EIA法	0	0	0
	③HI法	0	0	0
	④EIA法	0	0	0
	⑤夜間休日・HI法	0	0	0
	⑥夜間休日・EIA法	0	0	0
	小計	0	0	0
予防接種	通常	0	0	0
	予診のみ	0	0	0
	小計	0	0	0
合計		0	0	0

消費税率 8%

※予診のみの費用を市区町村が設定していない場合(0円の場合)は、本請求書に計上しないこと。その場合、予診票の原本を国民健康保険団体連合会に送付しないこと。