

大分市

令和7年度

風しん予防接種請求事務実施マニュアル

予防接種対象者早見表（○が対象者です。）…対象者に注意！

区分	妊娠を希望する女性	妊娠を希望する女性の配偶者等	妊婦	妊婦の配偶者（パートナー）
抗体検査	大分県の「風しん抗体検査実施機関事務マニュアル」に沿って実施してください。			
予防接種（MR・風しん）	○ （抗体価が低いと判断された方）	×	× （妊婦は予防接種を受けられません。）	○ 「抗体価が低い妊婦」の配偶者のみ。 その他同居者は不可

1 予防接種費用助成事業実施医療機関（以下のページをご覧ください。）

- ・ 1 ページ MR・風しん予防接種費用請求事務について
- ・ 2～6 ページ MR・風しん予防接種費用請求の手引き
- ・ 7～11 ページ 様式第1号～第4号
- ・ 12 ページ 予防接種が推奨される風しん抗体価について

大分市保健所保健予防課

（電話 535-7710）

風しん抗体検査、MR・風しん予防接種費用請求事務について

【委託期間】

令和7年4月1日から令和8年3月31日まで

種 類	抗体検査	予防接種
検査方法等	大分県の「風しん抗体検査実施機関事務マニュアル」に沿って実施してください。	<ul style="list-style-type: none"> ・麻しん風しん混合（MR）ワクチン ・風しん単独ワクチン
対象者		<ul style="list-style-type: none"> ・抗体価が十分でない妊娠を希望する女性（経産婦を含む。） ・「抗体価が十分でない妊婦」の配偶者（※3）
対象者の条件		<p>●ワクチン接種時において、大分市の住民であること。（配偶者が接種対象者のときは、妊婦が大分市の住民であればよい。）</p> <p>●風しん抗体検査（H I 法又はE I A 法）により抗体価が十分でないと判断された者</p> <p>※3）「妊婦健診等において風しんの抗体価が十分でないと判断された妊婦」の配偶者（婚姻の届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にある者を含む。）</p> <p>※抗体価：「低い」と「十分でない」は、同じ意味です。</p>
助成額		<ul style="list-style-type: none"> ●MRワクチン 上限額5,000円 ●風しん単独ワクチン 上限額3,000円 <p>※上記の金額を大分市より各医療機関へお支払いいたしますので、医療機関が設定している接種費用額から上記助成額を差し引いた額を、被接種者から徴収してください。</p>

MR・風しんの予防接種費用請求の手引き

1. 事業について

(1) 目的

今回のMR・風しんの予防接種は、免疫のない妊婦が妊娠初期に風しんに感染すると、難聴、心疾患、白内障等の先天性風しん症候群の赤ちゃんが生まれる可能性があることから、妊婦への感染予防対策として、風しんの抗体検査を受けた結果、風しんの抗体価が十分でなく、予防接種を希望する者へ、予防接種費用の一部を助成することにより、接種を促進し、先天性風しん症候群の発生を防ぐことを目的としています。

(2) 実施期間

令和7年4月1日から令和8年3月31日までです。

(3) 助成の対象者

ワクチン接種時において、妊娠を希望する女性及び妊婦が本市の住民基本台帳に記録されている者であって、次の①、②のいずれかの要件を満たすものとします。

(※妊婦は風しんの予防接種を受けられません。)

① 風しん抗体検査により抗体価が十分でない^{注1)}と判断された妊娠を希望する女性

(妊婦健診等において、抗体価が十分でない^{注1)}と判断された経産婦を含む。)

② 妊婦健診等において「風しんの抗体価が十分でない^{注1)}と判断された妊婦」の配偶者

(婚姻の届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にある者を含む。妊婦は風しんの予防接種を受けられません。)

注1) 抗体価が十分でないとは、

・HI 価 : 32 倍未満

若しくは ・EIA 価 : 8.0 未満又は国際単位①30IU/mL 未満、
国際単位② 45IU/mL 未満である場合をいう。

* EIA 価はデンカ生研社製、国際単位① (IU/mL) はシーメンスヘルスケア・ダイアグノステイクス株式会社、極東製薬工業株式会社、国際単位② (IU/mL) はシスメックス・バイオメリュール株式会社、ベックマン・コールター株式会社製の風しん IgG 測定キットを使用した場合の判定基準である。

【留意点】

※1 MRワクチン又は風しん単独ワクチンを2回以上接種したことがある方、明らかな風しん罹患歴のある方は、本助成の対象とはなりません。

※2 定期接種対象者は本事業の対象とはなりません。

※3 助成回数は1人1回限りとします。(MR又は風しん単独ワクチンのいずれか)

※4 風しんの抗体価が低い方は、麻しんの抗体価も比較的低い傾向が見られることから、風しんの予防接種を受けられる場合は、麻しん対策の観点も考慮し、MRワクチンを接種されることをお勧めしてください。

2. 接種方法及び手続き

(1) 接種の意思確認

受付では、助成対象者であることを確認し、予診票^{注2)}により予防接種の意思確認等を行ってから接種してください。

接種後は、接種済証(様式第4号)の交付や健康手帳への記入をお願いします。

注2) 予診票は、各ワクチンメーカー等から「任意接種用」のMRワクチン予診票または風しん単独ワクチン予診票を取り寄せて使用してください。

(2) 接種時に持参するもの

① 【妊娠を希望する女性】・・・抗体価の低い経産婦を含む。

- ・自己負担金
- ・健康保険証、運転免許証等
- ・抗体検査結果を確認できる書類(氏名の記入があること)
(経産婦については、母子健康手帳の検査結果でも可)
- ・健康手帳(お持ちの方のみ)

② 【妊婦の配偶者】・・・妊婦の抗体価が低いことが条件となります。

- ・自己負担金
- ・健康保険証、運転免許証等
- ・妊娠届出の際に交付される母子健康手帳(妊婦及び妊娠の確認用)
- ・妊婦の抗体検査結果を確認できる書類(氏名の記入があること)
- ・健康手帳(お持ちの方のみ)

(3) 助成対象者の確認方法

① 【妊娠を希望する女性】

- ・抗体検査結果が(注1)に該当すること
- ・様式第2号内の「妊娠を希望する女性」欄に○が明記されていること

② 【妊婦の配偶者】

- ・妊婦の抗体検査結果が(注1)に該当すること(妊婦の配偶者の抗体価を調べる必要はありません。配偶者は、接種歴や罹患歴の確認だけで構いません。)

- ・助成対象者が配偶者の場合、様式第2号内の「妊婦の配偶者」欄に○が明記されており、「妊婦の氏名」欄に記入があること
- ※母子健康手帳の表紙又は1ページ目の写しが必要です。(配偶者名の確認)

3. 委託料の請求及び支払方法

(1) 委託料

- ・MRワクチンを接種した場合5,000円
- ・風しん単独ワクチンを接種した場合3,000円

上記金額を大分市より実施医療機関へお支払いいたしますので、各医療機関においては、接種費から委託料を差し引いた額を被接種者から徴収してください。

(例) MRを接種した場合(医療機関が請求している額を11,000円と仮定)

医療機関請求額	—	委託料	=	医療機関が被接種者から徴収する額
11,000円	—	5,000円	=	6,000円

※ただし、医療機関での予診において、体調不良等により接種を見合わせた場合の予診料の助成は行いません。

(2) 請求方法

① 請求書の作成(医療機関)

翌月10日までにMR・風しん予防接種実施報告書(様式第1号)を作成のうえ、接種後の「予診票の写し」、(MR・風しん予防接種実施報告(医療機関用)(様式第2号)、「助成対象者であることを確認できる書類(P3の「2. 接種方法及び手続き」及びP6の【請求事務の流れ】参照)とともに、所属医師会へ送付してください。

記入漏れ、添付資料漏れがないようお願いいたします。

② 支払方法(医師会)

各医師会は各受託医療機関からの書類を確認のうえ、取りまとめて大分市保健所保健予防課管理担当班へ提出・請求(様式第3号)してください。
保健予防課で内容を審査した後、各医師会へ委託料を支払います。
その後、各医師会から各受託医療機関に支払われます。

※ 6ページ「請求事務の流れ」をご参照ください。

4. 接種不適合者

- (1) 明らかな発熱を呈している者
- (2) 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな者
- (3) 本剤の成分によってアナフィラキシーを呈したことがあることが明らかな者
- (4) 明らかに免疫機能に異常のある疾患を有する者及び免疫抑制をきたす治療を受けている者
- (5) 妊娠している者、妊娠している可能性のある者
- (6) 上記に掲げる者のほか、予防接種を行うことが不適当な状態にある者

5. 接種要注意者

※接種する前に医師と相談を行ってください。

- (1) 心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患、血液疾患、発育障害等の基礎疾患を有する者
- (2) 予防接種で接種後2日以内に発熱のみられた者及び全身性発疹等のアレルギーを疑う症状を呈したことがある者
- (3) 過去にけいれんの既往のある者
- (4) 過去に免疫不全の診断がなされている者及び近親者に先天性免疫不全症の者がいる者
- (5) 本剤の成分に対してアレルギーを呈するおそれのある者

6. 注意事項

- (1) MR・風しんワクチン接種後2ヶ月間は妊娠を避ける事が必要
- (2) MR・風しんワクチン接種後27日以上の間隔をあけて次のワクチンを接種できる。また、他の生ワクチン接種を受けた後は、27日以上の間隔をあけてMR・風しんワクチンを接種する。

7. 副反応について

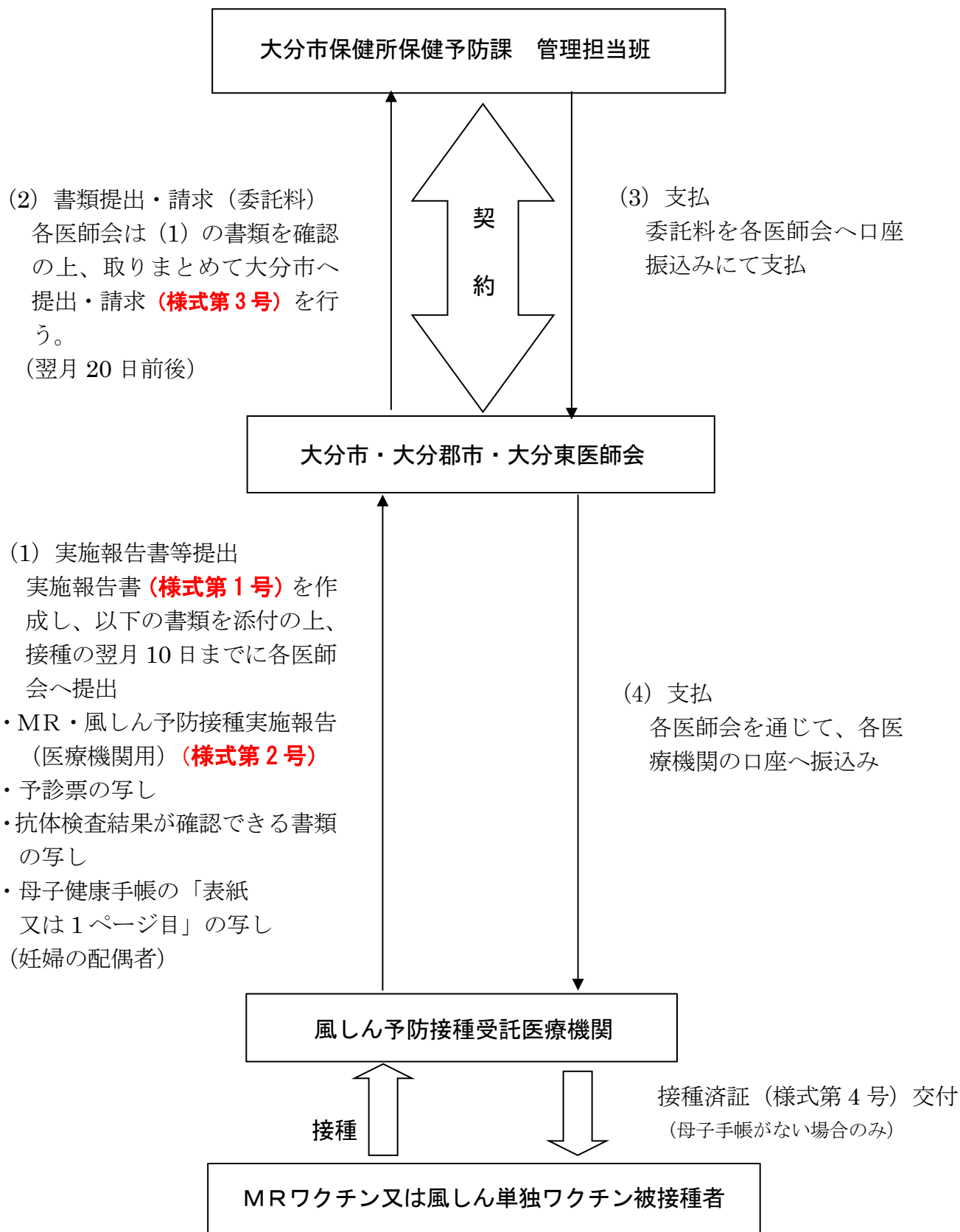
副反応の主なものは、じんましん、紅斑、そう痒感、発熱、リンパ節腫脹、関節痛です。稀に生じる重い副反応としては、アナフィラキシー様症状、血小板減少性紫斑病があります。

8. 健康被害について

本予防接種は、「任意接種」です。任意接種を受けて健康被害が生じた時は、独立行政法人医薬品医療機器総合機構法による「医薬品副作用被害救済制度」「生物由来製品感染等被害救済制度」に基づく救済の対象となります。

独立行政法人医薬品医療機器総合機構のホームページは、<http://www.pmda.go.jp> 電話番号は、0120-149-931（フリーダイヤル）。

【請求事務の流れ】



任意用(MR・風しん)

様式第1号

令和 年 月 日

大分市長 殿

医療機関
所在地

名称

代表者氏名

令和 年 月分MR・風しん予防接種実施報告書

対象区分	ワクチンの種類	被接種者数(人)	単価(円)	金額(円)
妊娠を希望する女性	MR		5,000	
	風しん単独		3,000	
妊婦の配偶者	MR		5,000	
	風しん単独		3,000	
合計				

医療機関→医師会→保健予防課

添付書類

1. MR・風しん予防接種実施報告(医療機関用)
2. 予診票の写し
3. 抗体検査結果が確認できる書類の写し
4. 母子健康手帳の写し(1ページ目)・・・妊婦の配偶者が予防接種を受けたとき
(母、父の氏名を記入しているもの)

MR・風しん予防接種実施報告(医療機関用)

大分市長 殿

接種対象者 別紙 予診票のとおり
接種対象者の区分
あてはまる項目に○を記入してください。

1.	妊娠を希望する女性	
2.	妊婦の配偶者	(妊婦の氏名 大分 花子)

接種区分 ①麻しん風しん混合ワクチン接種 (MRワクチン) 5,000円

②風しん単独ワクチン接種 3,000円

接種日 年 月 日

接種日を記入してください。

上記のとおりMR・風しん予防接種を実施しました。

医療機関名

代表者名

様式第2号

MR・風しん予防接種実施報告(医療機関用)

大分市長 殿

接種対象者 別紙 予診票のとおり

接種対象者の区分

あてはまる項目に○を記入してください。

1. 妊娠を希望する女性
2. 妊婦の配偶者 (妊婦の氏名)

接種区分 ①麻しん風しん混合ワクチン接種 (MRワクチン) 5,000円

②風しん単独ワクチン接種 3,000円

接種日 令和 年 月 日

上記のとおりMR・風しん予防接種を実施しました。

医療機関名

代表者名

様式第3号(医師会用)

任意用(MR・風しん)

令和 年 月 日

大分市長

殿

所在地

医師会名

会長名

MR・風しん予防接種委託料請求書

令和 年 月分MR・風しん予防接種委託料として下記のとおり請求します。

記

請求金額

円

《振込先口座》

任意用(MR・風しん)

(医療機関 → 被接種者)

(様式第4号)

MR・風しん予防接種済証

No. _____

被接種者の住所

被接種者の氏名

生年月日 年 月 日生

助成対象者等の範囲

※該当する助成対象者等の範囲を○で囲み、必要事項を記入してください

妊娠を希望する女性

妊婦の配偶者

接種区分 ※どちらかを「○」で囲んでください。

麻しん風しん混合ワクチン
(MRワクチン)

風しん単独ワクチン

接種年月日 令和 年 月 日

ロット番号
メーカー名

令和 年 月 日

受託医療機関名

代表者氏名

印