

大牟田市風しん予防接種（任意接種）実施要領

1. 目的

大牟田市と大牟田医師会との間で締結した「風しん予防接種（任意接種）委託契約書」に基づき、次のとおり実施要領を定めるものです。

2. 協力医療機関

本市が委託する医師会に所属する医療機関（以下、「協力医療機関」という。）において実施するものです。

3. 接種時期

本年4月1日から翌年3月31日までです。

4. 対象者

実施予防接種は麻しん風しん予防接種です。

対象者は大牟田市に住民登録を有する者であり、風しん抗体検査の結果、抗体価が低いこと^(注)が判明した、次の者。（予防接種法施行令第1条の3に規定する風しんの予防接種の対象者を除く。）

- [1] 妊娠希望者（妊婦は除く。）
- [*][2] 妊娠希望者及び妊婦の配偶者（パートナーを含む。）
- [*][3] 同居者（生活空間を同一にする頻度が高い家族など。）

[*]

[2] 及び [3] については、妊娠希望者及び妊婦が、検査で風しんの感染予防に十分な免疫を保有していること（下表の第1欄に定める方法ごとに、第2欄に定める抗体価以上であること。）が判明している場合は対象となりません。

(注) 抗体価が低いこととは

下表の第1欄に定める方法ごとに、第2欄に定める抗体価未満です。

| 方法 | 抗体価（未満） | |
|---------|--|-----------------------|
| HI 法 | 32 倍（※16 倍以下） | |
| EIA 法 | 使用する検査キットが ① ウイルス抗体 EIA「生研」ルベラ IgG(デンカ生研株式会社)の場合 ② エンザイグノスト B 風疹/IgG (シメンスヘルスカ・ダイアグノスティクス株式会社) の場合 | EIA 価 8.0 30 IU/mL |
| ELFA 法 | 使用する検査キットが パイクス 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)の場合 | 45 IU/mL |
| LTI 法 | 使用する検査キットが ①ランピア ラテックス RUBELLA (極東製薬工業株式会社)の場合 ②ランピア ラテックス RUBELLA II (極東製薬工業株式会社)の場合 | 30 IU/mL 35 IU/mL |
| CLEIA 法 | 使用する検査キットが ① アクセス ルベラ IgG (バックマン・コールター株式会社)の場合 ② i-アッセイ CL 風疹 IgG (株式会社保健科学西日本)の場合 | 45 IU/mL 抗体価 14 |
| FIA 法 | 使用する検査キットが ① BioPlex MMRV IgG (バイオ・ラッド ラボラトリーズ株式会社)の場合 ② BioPlex ToRC IgG (バイオ・ラッド ラボラトリーズ株式会社)の場合 | 抗体価 AI3.0 30 IU/mL |

5. 接種方法

- (1) 接種回数
乾燥弱毒生麻しん風しん混合ワクチンを皮下に1回
- (2) 接種料
0.5ml
- (3) 接種上の注意
個別予防接種の実施にあたっては、予防接種法、同施行令、同施行規則及び「予防接種ガイドライン」(以下「ガイドライン」という。)により行ってください。

6. ワクチン

乾燥弱毒生麻しん風しん混合ワクチン「1人分 バイアル」

※ワクチンの使用に際しては、有効期限内であるかどうか確認してください。取り扱い等については、ワクチンに添付の文献を参照してください。

7. 助成額

助成額 6,000円 (1人につき1回限り)

8. 料金の徴収

徴収する料金は、各医療機関が設定する任意の接種料から助成額(6,000円)を差し引いた額とする。料金の徴収は、接種終了後、各医療機関の窓口で被接種者から直接徴収するものとする。

<例：医療機関で設定する任意の接種料が10,000円の場合>

[接種料]10,000円 - [助成額]6,000円 = [徴収額]4,000円

9. 接種上の注意

- (1) 予診票
予診票は、白色紙1枚のものです。 **別紙 風しんの予防接種[任意接種]予診票**
- (2) 対象者の確認
 - ① 受付時に予診票に記載の住所、氏名、生年月日と母子健康手帳またはマイナンバーカード等との照合により対象者であるか否かを確認してください。
 - ② 「4. 対象者」の項の(1)の[2]及び[3]の対象者に対しては、①の確認と合わせて、妊娠希望者及び妊婦が、抗体検査で免疫が不十分であった記録を確認してください。
- (3) 体温測定
医療機関にて接種前に測定してください。明らかな発熱とは、37.5℃以上を指します。
- (4) 予診票のチェック
 - ① 体温
体温は適切に測定し、37.5℃(腋窩温又はこれに相当するもの)以上を指す者は明らかな発熱者として接種を行わないでください。
 - ② 予防接種の効果や副反応についての事前確認
被接種者が当日受ける予防接種の必要性を理解しているかを確認してください。
「はい」の場合でも内容の理解ができているかを確認してください。
 - ③ 当日の体の具合
どのように具合が悪いかを記入させて、その病気の種類により、医師の判断で接種の可否を判断してください。
 - ④ 最近1か月の状態
重篤な急性疾患に罹患している場合は接種を行わないでください。

⑤ 既往歴、現病歴

病気の種類を知り、接種についての対応を決めるものです。継続して治療を受けている場合は、原則としてかかりつけ医が判断して接種を行ってください。

病気の内容によっては、かかりつけ医が予防接種に関する専門医等を紹介し、接種可能と判断された場合は本人の十分な理解と同意の上で、かかりつけ医以外の予防接種に関する専門医等が接種することができます。

(5) 異なる予防接種との接種間隔

生ワクチンの接種を受けた者は、接種した日の翌日から起算して 27 日以上間隔をおいて接種します。

同じ種類のワクチンを複数回接種する場合は、ワクチンごとに定められた接種間隔になります。

(6) 接種不相当者及び接種要注意者

接種不相当者及び接種要注意者については「ガイドライン 予防接種不相当者及び予防接種要注意者」を参照し、接種不相当者である場合には、接種を行わないでください。

また、接種要注意者の場合は、健康状態及び体質を勘案し、注意して接種してください。

10. 予診票への記載事項

(1) 医師の記入欄

接種のための問診、視診及び聴診等の後、医師の記入欄「可能・見合わせる」を記入してください。

医師のサインは、必ず自筆となっています。(記名される場合は押印してください。)

(2) 被接種者のサイン

予診の結果を知らせた上で、接種可能な場合は、接種医師が必ず被接種者に対し接種の意志を確認し、予診票への記入を求めてください。なお、予診票の氏名には、フリガナの記入も求めてください。

意思の確認ができない場合は接種できません。

接種を見合わせる場合は、見合わせることを確認し、記入を求めてください。

(3) その他

「判定・接種年月日」「ワクチン名」「ロット番号」「皮下接種量」「医療機関コード番号」「判定・接種医の住所、氏名」を必ず記入してください。

※ゴム印、シール貼付でも可

※接種を見合わせた場合は「判定年月日」のみ記入してください。

11. 予防接種済証の交付について

予防接種終了後は、市が準備した予防接種済証(別紙)に必要事項を記入し被接種者へ交付すること。

12. 委託料の請求及び支払い

(1) 請求額は、助成額 6,000 円 に実施数を乗じた額になります。

(2) 請求は、「大牟田市風しん予防接種(任意接種)実績報告書兼請求書」(別紙)に予診票を添付し、接種日の翌月 10 日までに(3 月実施分については接種後速やかに)医師会もしくは保健衛生課に提出してください。

(3) 委託料の支払は、本市が正当な請求を受理した日から起算して 30 日以内に、指定の預金口座に振り込みます。

13. 健康被害救済制度について

任意接種により健康被害が生じた場合には、独立行政法人医薬品医療機器総合機構法に基づき手続きを行います。手続は、健康被害を受けた者又はその家族が必要な書類を揃え、独立行政法人医薬品医療機器総合機構 救済制度相談窓口（〒100-0013）東京都千代田区霞が関3-3-2新霞が関ビル（0120-149-931 フリーダイヤル）に請求してください。

14. 協議

この要領に定めるもののほか、運用等について必要な事項は、別に市長と医師会長が協議して定めま

す。

15. 準用

この要領は、大牟田医師会に属さない病院等で、本市と予防接種の実施について委託契約を締結した医療機関にも適用します。この場合、本文中「医師会」または「医療機関」とあるのは、「本市と委託契約を締結した医療機関」と読み替えます。

16. 附則

この要領は、令和8年4月1日から施行する。