

# 麻しん風しん混合(MR)ワクチン 任意接種助成事業等に係る実施手引き

令和6年4月

みなと保健所保健予防課

## (1) 事業の概要

平成30年度から、港区では子どもを麻しんの感染から守るため、麻しん風しん混合(MR)ワクチンの接種について、定期予防接種(1期及び2期)を受ける機会を逃した区民に対して、任意接種費用の助成を行うとともに、0歳児と同居する保護者とその同居家族を含めた19歳以上の区民を対象に、麻しんの抗体検査の費用の助成を行い、抗体検査の結果、抗体価が低い人に対し、麻しん風しん混合(MR)ワクチン等の接種費用の助成事業を実施しています。

## (2) 対象者及び事業内容

### ① 麻しん風しん混合(MR)ワクチン任意接種助成

2歳以上18歳以下の港区民で、定期予防接種(1期及び2期)の接種機会を逃した人を対象に、麻しん風しん混合ワクチンの任意接種費用を全額助成する。(ただし、定期予防接種の対象者を除く。)

### ② 0歳児の保護者等を対象にした麻しん対策事業

受診日現在、19歳以上の港区民で0歳児と同居する保護者等(同居人を含む)を対象に、麻しん抗体検査の費用全額助成及び抗体価が低かった人への麻しん風しん混合(MR)ワクチン又は麻しん単抗原ワクチンの接種費用の一部助成します。ただし、過去に麻しん抗体検査を受けたことがある人、明らかに麻しんの予防接種歴がある人、麻しんの罹患歴がある人(検査で確定診断を受けた麻しんの既応歴がある人)を除きます。

## (3) 助成額

### ① 麻しん風しん混合(MR)ワクチン任意接種助成

全額助成

### ② 0歳児の保護者等を対象にした麻しん対策事業

抗体検査について、全額助成

予防接種について、一部助成

ア 麻しん風しん混合(MR)ワクチンの接種 6,000円

イ 麻しん単独ワクチンの接種 3,000円

※ 0歳児の保護者等を対象にした予防接種費用については、一部公費負担となります。各医療機関で定めているワクチン接種料金から助成金額(6,000円または3,000円)を差し引いた金額を受診者へ請求してください。

## (4) 助成回数

### ① 麻しん風しん混合(MR)ワクチン任意接種助成

2回まで(定期接種の未接種分について、同一年度内1回まで)

### ② 0歳児の保護者等を対象にした麻しん対策事業

「抗体検査」及び「予防接種」それぞれ1回のみ

## (5) 使用ワクチン・検査手法等

### ① 麻しん風しん混合(MR)ワクチン任意接種費用助成

乾燥弱毒生麻しん風しん混合ワクチンを使用すること。

### ② 0歳児の保護者等を対象にした麻しん対策事業

#### 【抗体検査】

EIA法(酵素抗体法)による麻しん抗体検査又はPA法(ゼラチン粒子凝集法)による麻しん抗体検査によること。なお、予防接種の助成対象となる抗体価は、以下のとおりとします。

EIA法(IgG) 16.0未満

PA法 256倍未満

#### 【予防接種】

乾燥弱毒生麻しん風しん混合ワクチン又は乾燥弱毒生麻しんワクチンを使用すること。

## (6) 実施方法

港区医師会と港区の間で、業務委託契約を締結し、医師会加入の各医療機関へ本事業へのご協力の意向確認の調査を行ったうえで、承諾いただいた医療機関において実施します。協力医療機関は、原則として、本事業の実施医療機関として、名簿を作成し、申込者へ通知するとともに、区のホームページ上で公表します。

## (7) 実施期間

令和6年4月1日から令和7年3月31日まで

## (8) 医療機関への支払い(業務委託料)

委託料は、お送りした任意接種単価表をご確認ください。

## (9) 実施にあたって

- ① 2歳以上18歳以下対象の「麻しん風しん混合(MR)ワクチン任意接種予診票」又は、19歳以上の0歳児の保護者等対象の「麻しん抗体検査受診票」及び「麻しん風しん混合ワクチン/麻しん単抗原ワクチン任意予防接種予診票」については、原則として、区民からの申込みを受けて、保健所で発行します。
- ② 2歳以上18歳以下の「麻しん風しん混合(MR)ワクチン任意接種予診票」は2枚複写(請求用、医療機関控)、0歳児の保護者等対象の「麻しん抗体検査受診票」及び「麻しん風しん混合ワクチン予診票」は、3枚複写(請求用・区提出用、医療機関控、本人控)です。
- ③ 本事業は、港区独自の事業となります。港区民以外の他区市町村の住民への助成は行いません。
- ④ ワクチン接種は、「麻しん風しん混合(MR)ワクチン」で接種を行ってください。  
(0歳児の保護者等対象の予防接種は、「麻しん単抗原ワクチン」で接種することもできます。)
- ⑤ 2歳以上18歳以下の「麻しん風しん混合(MR)ワクチン任意接種」の対象者で、13歳から16歳までの方については、保護者の同意があれば、一人で予防接種を受けることができます。接種当日までに保

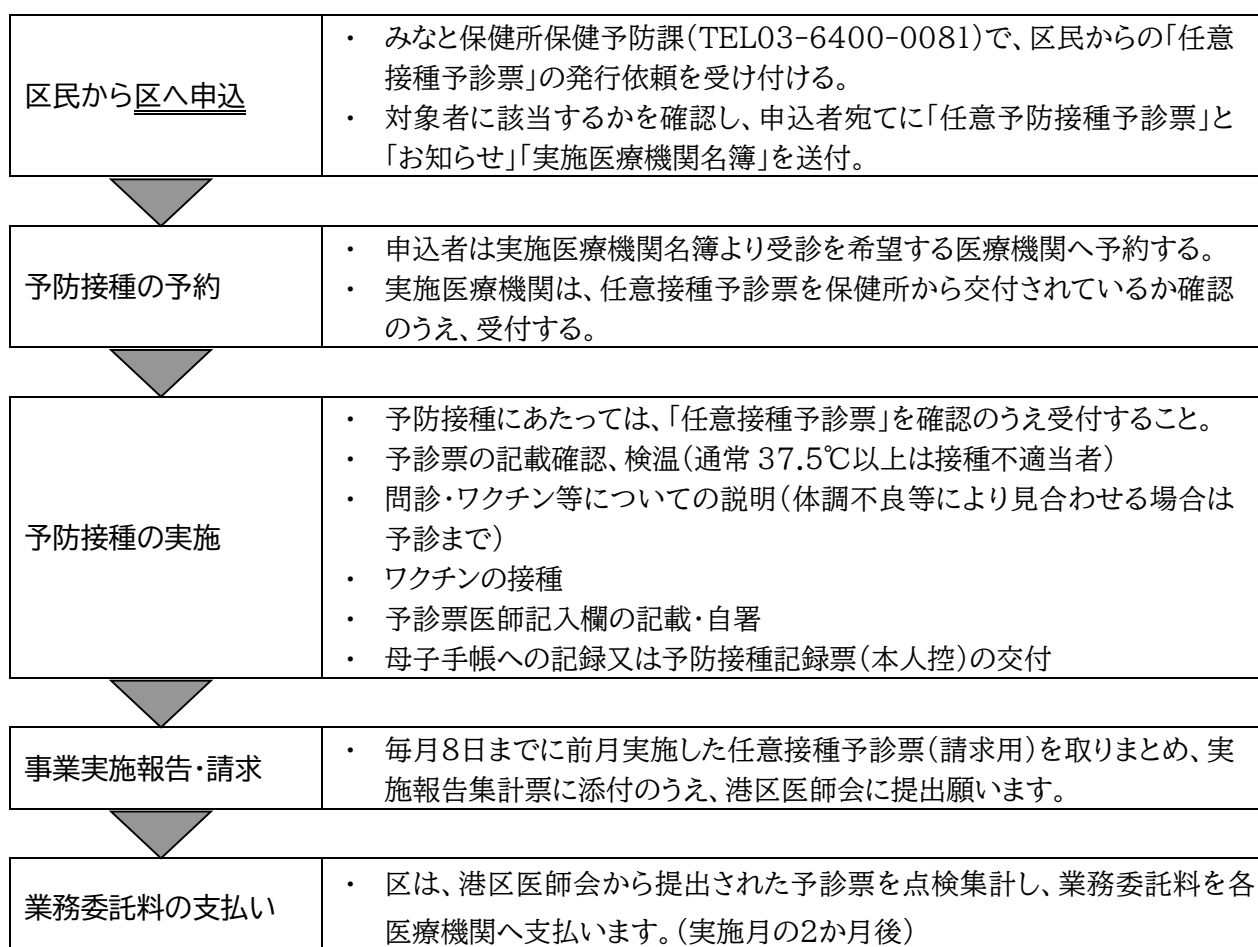
保護者がお知らせを読み、予診票の保護者記入欄に署名します。接種を受ける人が、署名した予診票を持参の上、医療機関を受診しているかご確認ください。なお、16歳以上の人は、本人の同意のみで、一人で予防接種を受けることができます。予診票の署名欄には接種を受ける本人が署名してください。

- ⑥ 0歳児の保護者等対象の麻しん風しん混合(MR)ワクチン接種は、原則として、抗体検査を実施した医療機関で、引き続きワクチン接種(検査結果が基準値を下回る場合のみ)を行ってください。
- ⑦ また、抗体検査の結果報告の当日にワクチン接種が受けられるよう、各実施医療機関へは、予防接種予診票の白紙の用紙をあらかじめ配布します。
- ⑧ 予防接種による健康被害の救済制度について

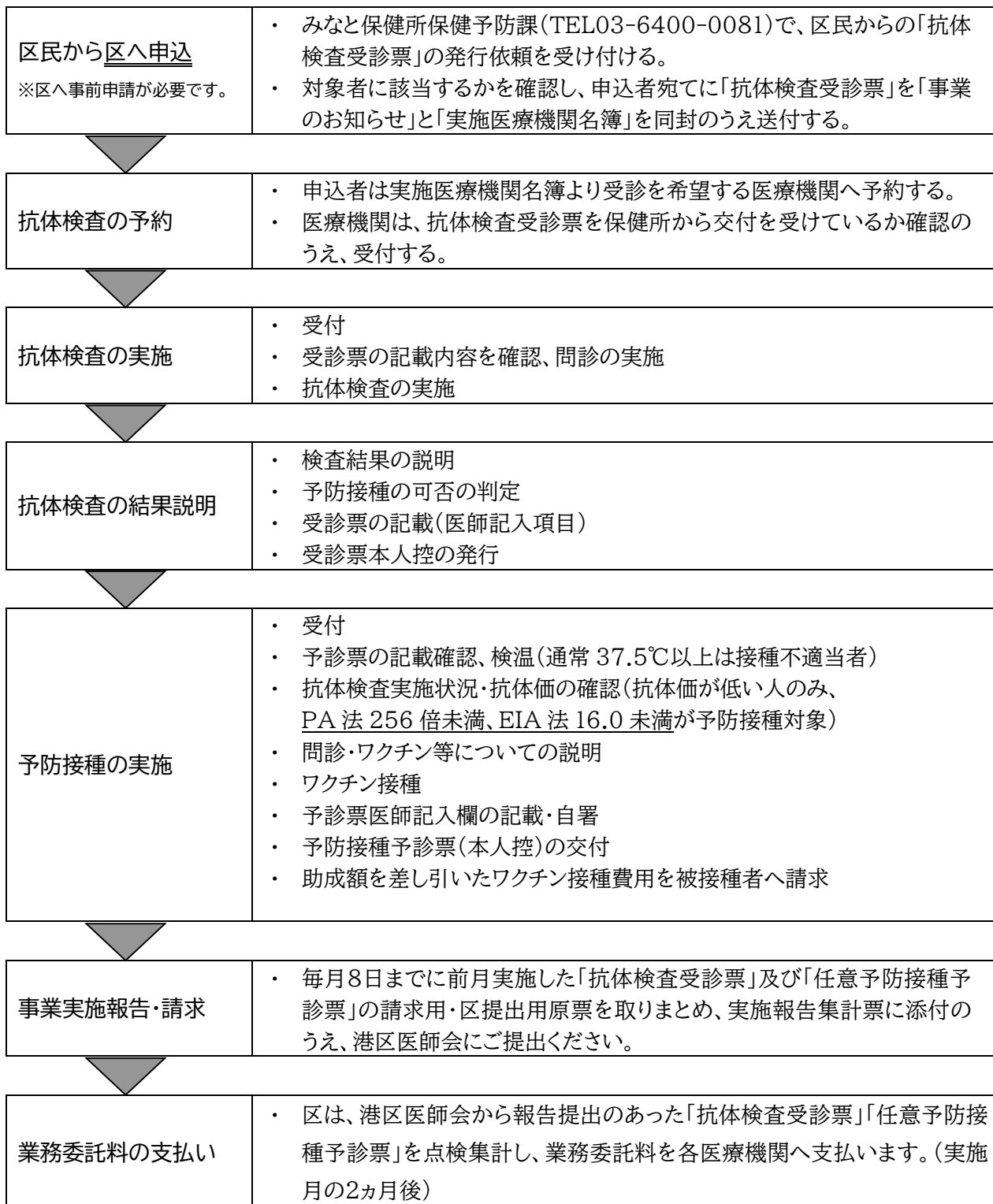
予防接種は極めてまれに健康被害の発生がみられます。万一、本事業の予防接種により、健康被害(死亡又は障害)が生じた場合は、独立行政法人医薬品医療機器総合機構法(平成14年12月20日法律第192号)及び港区予防接種事故災害補償要領(平成23年4月1日22港総総第1958号)の定めによる補償の対象となる場合があります。

## (10) 事業の流れ

- ① 2歳から18歳以下の麻しん風しん混合(MR)ワクチン任意接種助成事業



② 0歳児の保護者等対象の麻しん対策事業



## 6. 問合せ

本事業に関して不明な点がございましたら、お問い合わせください。

港区みなと保健所 保健予防課保健予防係

住所 〒108-8315 港区三田一丁目4番10号

電話 03-6400-0081

FAX 03-3455-4460

(請求用)

# 麻しん風しん混合(MR)ワクチン 任意接種予診票

港区

任意接種1期分 2歳～年長児前まで 任意接種2期分 小学1年生～18歳以下		任意接種 1 期分
2歳以上18歳以下か確認(ただし 定期接種2期の対象者を除く。)		令和7年3月31日まで有効
		有効期限を確認
受ける人の名前		
生年月日	(満 歳 月 日)	性別

今回の接種及びこれまでの接種歴	1 回 目	2 回 目
※今回の接種に「○」をつけてください	1回目の同ワクチンの接種日	年 月 日

下の太枠内の質問項目に必要事項を記入し、回答欄のどちらかに○をつけてください

質問事項	診察前の体温		度	分	医師記入欄
	回	答			
1 今日受ける予防接種について区から配られているお知らせを読みましたか。	はい	はい			
2 あなたのお子さんの発育歴についておたずねします。 出生体重 ( ) g	はい	はい			
分娩時に異常がありましたか。	はい	はい			
出生後に異常がありましたか。	はい	はい			
乳児健診で異常があるといわれたことがありますか。	はい	はい			
3 今日、体に具合の悪いところがありますか。 具体的な症状を書いてください。( )	はい	はい			
4 最近1か月以内に病気にかかりましたか。病名( )	はい	はい			
5 1か月以内に家族や遊び仲間に麻しん、 の方がいましたか。病名( )	はい	はい			
6 1か月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種名( )	はい	はい			
7 生まれてから今までに先天性異常、心臓、 他の病気にかかり、医師の診察を受けて [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いわれましたか。]	はい	はい			
8 現在、ステロイド剤(内服)や免疫抑制剤など、特別な薬の投与を受けていますか。	はい	はい			
9 ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。( )歳頃	はい	はい			
[そのときに熱が出ましたか。]	はい	はい			
10 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	はい			
11 近親者に先天性免疫不全と診断されている方がいますか。	はい	はい			
12 これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか。 予防接種名( )	はい	はい			
13 近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった方がいますか。	はい	はい			
14 6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの接種を受けましたか。*	はい	はい			
15 今日の予防接種について質問がありますか。	はい	はい			

医師記入欄  
 以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は(実施できる・見合わせたほうがよい)と判断します。  
 保護者に対して、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、説明をしました。  
 医師署名又は記名押印

保護者記入欄 医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、 重篤な副反応の可能性、予防接種健康被害救済制度 などについて理解した上で、接種することに <b>( 同意します ・ 同意しません )</b> ※かっこの中のどちらかを○で囲んでください。 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 が区に提出されることに同意します。 保護者自署名 又は同伴者署名	使用ワクチン名	実施場所 ・ 接種医師名	
	Lot No.	実施場所	
	接種量	接種医師名	
	接種部位(皮下)	接種(予診)年月日	
左 上腕	年	月	日
右 その他( )			

※(注) ガンマグロブリンは血液製剤の一種で、A型肝炎など感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで投与されることがあります。  
 この注射を3～6か月以内に受けた方は、生ワクチンの予防接種の効果が出ないことがあります。

## 麻しん 抗体検査受診票

港区

無料

住所		電話番号	— —
フリガナ	男 ・ 女	生年月日	昭和・平成 西暦 年 月 日生  (年齢 満 歳)
氏名			

(該当する□にチェックをつけてください。)

私は、0歳児と同居する 保護者、または その同居者であり、事業の案内を読み、当事業について麻しんの抗体検査を希望します。また、この検査の結果が、区の公衆衛生に寄与するため研究等に利用されたいと同意します。

記入漏れ等がないか確認

年 月 日

検査受診者署名

質問事項	回答欄	医師記入欄
これまでに麻しんの抗体検査を受けたことがありますか	ある・ない・わからない	
これまでに麻しんに罹ったことがありますか	ある・ない・わからない	
これまでに麻しんの予防接種を受けたことがありますか	ある・ない・わからない	
これまでに採血をして気分や体調が悪くなったことがありますか	はい・いいえ	
他に0歳児と同居している人の麻しんの抗体値(抗体価)をご存知ですか?	はい・いいえ	

抗体検査結果記入欄 (結果説明を行う医師が記入してください)

①性別	<input type="checkbox"/> 男性	<input type="checkbox"/> 女性	
②検査方法	<input type="checkbox"/> P A法	<input type="checkbox"/> E I A法 (IgG)	
③検査結果	倍 (EIA 価)		
④検査結果	<input type="checkbox"/> 256 倍未満	<input type="checkbox"/> 256 倍以上	<input type="checkbox"/> 16.0 未満 <input type="checkbox"/> 16.0 以上
⑤検査結果	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性

年 月 日の麻しんの抗体検査について、上記項目①～⑤の結果となりました。

結果説明日

年 月 日

医師署名

実施場所・医師名・検査年月日

実施場所

医師名

検査年月日

年 月 日

# 麻しん風しん混合ワクチン／麻しん単抗原ワクチン 任意予防接種予診票

**港区民のみ**

接種ワクチン及び助成金額

麻しん風しん混合ワクチン 6,000円 接種費用は、助成額を差し引いた金額を  
 麻しん単抗原ワクチン 3,000円 お支払いください。

住所	港区	電話番号	— —
フリガナ		昭和・平成	年 月 日生
氏名 (予防接種を受ける人)	男・女	生年月日 西暦	(年齢 満 歳)

質問事項	診察前の体温		医師記入欄
	度	分	
麻しんの抗体検査を受けましたか。	はい	いいえ	
抗体検査の結果は「陰性」でしたか。	はい	いいえ	
今日受ける予防接種について区から配られている説明文を読みましたか。	はい	いいえ	
現在妊娠しているあるいは妊娠している可能性がありますか。	はい	いいえ	
接種後2か月間の避妊について説明を受けましたか。	はい	いいえ	
今日受けるワクチンの効果や副反応について理解しましたか。	はい	いいえ	
最近4週間以内に何か予防接種を受けましたか。	はい	いいえ	
予防接種の種類( )	はい	いいえ	
最近6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射を受けましたか。	はい	いいえ	
いつ( )	はい	いいえ	
今までに予防接種、原因( )	ある	ない	
今までに予防接種、薬、長品で発疹、しんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。	ある	ない	
原因( )	ある	ない	
今日、体に具合の悪いところがありますか。	ある	ない	
症状( )	ある	ない	
最近1か月以内に病気にかかったことがありますか。	はい	いいえ	
病名( )	はい	いいえ	
今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、血液、脳神経、免疫不全症、悪性腫瘍、その他の病気にかかり、医師の診断を受けたことがありますか。	はい	いいえ	
いつ( ) 理由( )	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か月以内に家族あるいは周りに麻しん、風しん、水ぼうそう、おたふくかぜなどにかかった人がいますか。	はい	いいえ	
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。	ある	ない	
年齢( )歳頃、回数( )回	はい	いいえ	
ひきつけ(けいれん)をおこした時、熱はでましたか。	はい	いいえ	
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか。	はい	いいえ	
近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか。	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	
内容( )	はい	いいえ	

**記入漏れがないか確認**

医師の記入欄

以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は(実施できる ・ 見合わせたほうがよい)と判断します。

予防接種の効果、副反応及び医薬品副作用被害救済制度に基づく救済などについて、説明をしました。

医師署名 [ \_\_\_\_\_ ]

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。

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、医薬品副作用被害救済制度に基づく救済などについて理解した上で、接種することに(同意します ・ 同意しません) ※かつこの中のどちらかを○で囲んでください。

この予診票が区に提出されることに同意します。

自署(サイン) [ \_\_\_\_\_ ]

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・検査年月日
ワクチン名	ml	実施場所
Lot No.	接種部位(皮下)	医師名
(注)有効期限が切れていないか要確認	左 上腕	接種年月日
	右 その他( )	年 月 日

(注) ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで投与されることがあります。この注射を3~6か月以内に受けた方は、麻しんなどの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。