

|| 成人の風しん対策(抗体検査・予防接種)事業 実施の手引き

令和7年4月

みなと保健所保健予防課

1. 成人の風しん対策(抗体検査・予防接種)事業について

(1) 事業の概要

妊娠を希望する女性等及び予防接種ができない妊婦から先天性風しん症候群の発生を防止するため、妊娠を希望する女性やその同居者を対象に抗体検査の費用助成を行います。風しん抗体検査(以下、抗体検査という。)の結果、区が定める基準において抗体価が低い(以下、抗体価が低いという。)者に対し、予防接種の費用助成を行います。

(2) 実施方法

港区と港区医師会で業務委託契約を締結し、本事業の実施協力医療機関(別紙実施医療機関名簿のとおり)において抗体検査及び予防接種を実施します。

(3) 対象者

【抗体検査】

受診日現在、19歳以上の港区民で次のいずれかに該当する者

- ① 妊娠を希望している女性
- ② 妊娠を希望している女性の同居者
- ③ 風しん抗体価の低い妊婦の同居者

ただし、次の者を除く

- ・過去に風しん抗体検査を受けたことがある者
- ・明らかに風しんの予防接種歴がある者
- ・風しんの罹患歴がある者(検査で確定診断を受けた風しんの既往歴がある者)

【予防接種】

接種日現在、19歳以上の港区民で次のいずれかに該当し、抗体価が低い^(※)者

- ① 妊娠を希望している女性
- ② 妊娠を希望している女性の同居者
- ③ 抗体価の低い妊婦の同居者

ただし、次の者を除く

- ・明らかに風しんの予防接種歴がある者
- ・風しんの罹患歴がある者(検査で確定診断を受けた風しんの既往歴がある者)

(※予防接種を実施する抗体価の基準については、2. 風しんの抗体検査について(6)抗体価について を参照)

(4) 助成額

【抗体検査 ・ 予防接種】 無料 (区民の費用負担はありません)

(5) 助成回数

「抗体検査」「予防接種」それぞれ1回のみ

(6) 検査手法・接種ワクチン

【抗体検査】

HI法による風しん抗体検査 または EIA法による風しん抗体検査

【予防接種】

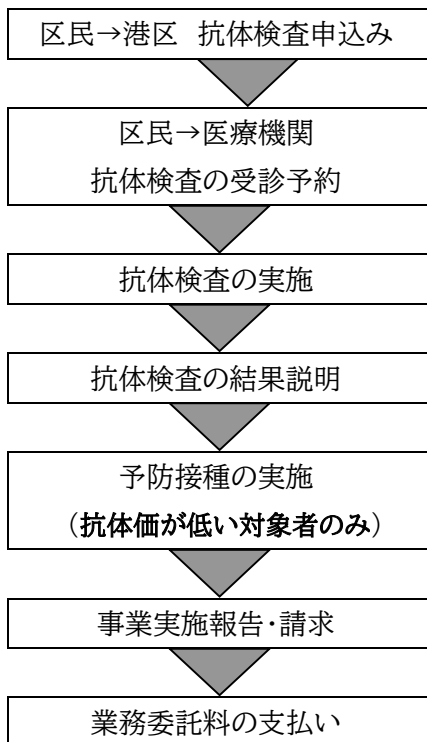
乾燥弱毒風しんワクチン または 乾燥弱毒麻しん風しん(MR)混合ワクチン

(7) 実施期間

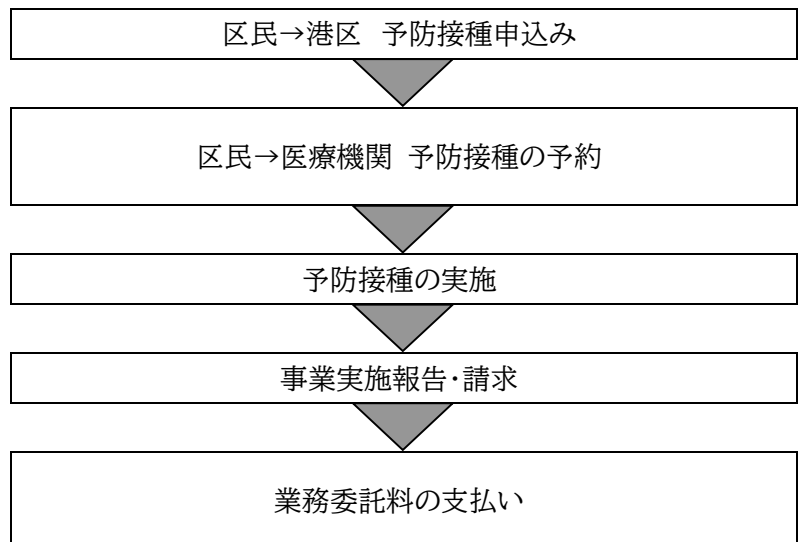
令和7年4月1日から令和8年3月31日まで

(8) 事業の流れ

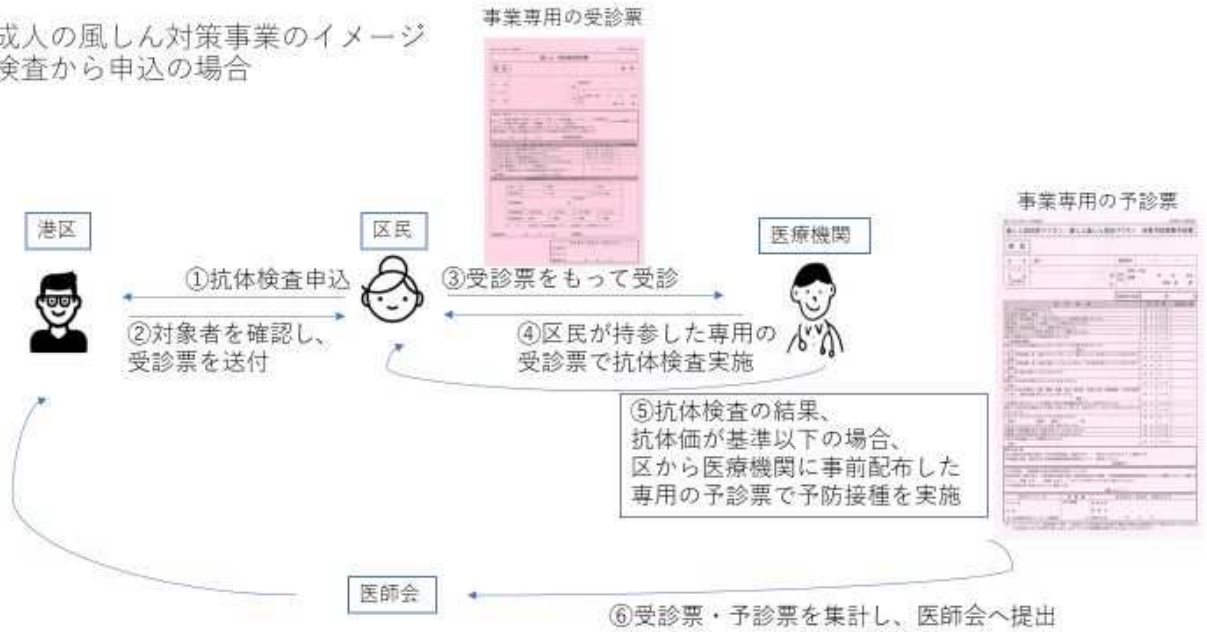
抗体検査から実施する場合



過去に抗体検査を受けた人に対し、予防接種を実施する場合



港区成人の風しん対策事業のイメージ
抗体検査から申込の場合



港区成人の風しん対策事業のイメージ
予防接種から申込の場合
(すでに自費等で抗体検査を受けている方)



(9) 実施にあたって

- ① 区民からの申請にもとづき、本事業専用の「抗体検査受診票」または「予防接種予診票」を発行します。
ただし、本事業の抗体検査を受けた医療機関で、引き続き予防接種を受ける場合、医療機関に事前に配布した予防接種予診票(本手引きと同封のピンク色の予診票)を使って接種してください。
- ② 本事業は、港区独自の事業です。港区民以外の方が、風しんの抗体検査及び予防接種で来院された場合は、本事業を利用することはできません。
- ③ 受診票及び予診票は、3枚複写(請求用・区提出用、医療機関控え、本人控え)になっています。
- ④ 抗体検査は、原則として「HI法」で実施してください(「EIA法」で実施する場合も可とします)。
- ⑤ ワクチン接種は、原則として「麻しん・風しん(MR)混合ワクチン」で接種を行ってください。
(「風しん単抗原ワクチン」で接種も可とします。)
- ⑥ 抗体検査の結果、抗体価が低かった場合、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を行ってください。
- ⑦ 過去に妊婦検診等で抗体検査を行い、抗体価が低かった方なども、(3)の対象者に該当する場合は、本事業を利用した予防接種を受けることができます。ただし、この場合はみなと保健所に申請が必要です。申込者に対し、みなと保健所から予診票を郵送しますので、医療機関に区から事前配布した白紙の予診票(ピンク色)は使用しないでください。

2. 風しんの抗体検査について

(1) 抗体検査受診票の発行

本事業は電子申請等による区民からの事前申請が必要です。
 抗体検査希望者に対し、みなと保健所から本事業専用の「抗体検査受診票」(ピンク色)を郵送します。
 希望者は受診票に同封された、実施医療機関名簿から医療機関を選択し、予約を行います。
 医療機関は、保健所から受診票(ピンク色)の交付を受けているか確認してください。
 確認後予約受付してください。

(2) 当日の受付

抗体検査希望者が来院する際の必要書類は、次のとおりとしています。
 「抗体検査受診票」と「港区民であることが分かるもの(マイナンバーカード、健康保険証等)」
 これらを持参しているか確認してください。

(3) 抗体検査の実施

抗体検査を行う前に受診票の質問項目を参考に問診を行ってください。
 受診者が記入した受診票に記入漏れがないか確認してください。
 本事業の対象となる抗体検査の方法は次のとおりです。

- ・ HI法による風しん抗体検査
- ・ EIA法による風しん抗体検査

(4) 検査結果の説明

受診者へ検査結果の説明をしてください、
 検査の結果、抗体価が低かった場合は、ワクチン接種を推奨してください。
 抗体価の基準は、(6)「抗体価について(予防接種が推奨される抗体価)」を参照してください。
 受診者への検査結果の報告については、抗体価が低かった場合、予防接種を推奨していただく必要があることから、原則として対面による報告とします。

(5) 抗体検査受診票への記入及び本人控えの交付

受診票は、3枚複写(請求用・区提出用、医療機関控え、本人控え)になっています。抗体検査の結果等、次頁「(7)抗体検査受診票の記入」に沿って医師が記入・署名の後、3枚目「本人控え」を受診者へ渡してください。

(6) 抗体価について(予防接種が推奨される抗体価)

本事業におけるワクチン接種の助成対象となる風しん抗体価は次とおりです。

HI法		32倍未満
EIA法	EIA価	8.0未満

- EIA価はデンカ生研社製

(7) 抗体検査受診票の記入

港区 成人の風しん対策事業

(請求用・区提出用)

風しん 抗体検査受診票

港区民のみ

無 料

住 所
フリガナ
氏 名

抗体検査受診者が記入・
自署します。
記入漏れがないか、ご確
認ください。

平成 年 月 日生
(年齢 歳)

(該当する番号に○を、□にチェックをそれぞれつけてください。)

私は、
(1. 妊娠を希望又は予定している □ 女性 □ その配偶者・パートナー □ その同居者)
(2. 抗体価の低い妊娠の □ 配偶者・パートナー □ 同居者)
「お知らせ」を読み、当事業について理解したので、風しんの抗体検査を希望します。
検査の結果が、港区の公衆衛生に寄与するため研究等に利用されることに同意します。

年 月 日

検査受診者署名

質 問 事 項	回 答 欄	医師記入欄
これまでに風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	
これまでに風しんに罹ったことがありますか	ある・ない・わからない	
これまでに風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	
(2. 妊娠の配偶者・パートナー・同居者のみ) 同居している妊娠の風しんの抗体価(抗体価)をご存知ですか? 抗体価() H I 法・E I A 法	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)

各質問項目を確認後、☒
チェック等してください。

①検査方法	☐ H I 法	☐ E I A 法 (IgG)
②検査結果	倍	(E A 値)
③検査結果	☐ 32 倍未満 ☐ 32 倍以上	☐ 8.0 未満 ☐ 8.0 以上
④検査結果	☐ 陰性 ☐ 陽性	☐ 陰性 ☐ 陽性

年 月 日の風しんの抗体検査について、上記項目①～④の結果となりました。

結果説明日

年

月

日

医師署名

抗体検査した場所(医療
機関名)医師名、検査実
施した年月日をご記入
ください。

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

検査を実施した医師が、検査結果・予防接種の要否を記入し、署名してください。

- ①検査方法:実施した検査方法に ☒ チェック
- ②~④検査結果:該当する項目に ☒ チェック

3. 風しんの予防接種について

(1) 予防接種予診票の発行

電子申請等による区民からの事前申請が必要です。

予防接種希望者に対し、みなと保健所から本事業専用の「予防接種予診票」(ピンク色)を郵送します。

なお、申込む際は、抗体価が低いことが確認できるものの提出が必要となります。

希望者は予診票に同封された、実施医療機関名簿から医療機関を選択し、予約を行います。

医療機関は、保健所から受診票(ピンク色)の交付を受けているか確認してください。

確認後予約受付してください。

ただし、本事業を利用して抗体検査を受けた医療機関で、引き続き予防接種も実施する場合は、医療機関に事前に配布した予防接種予診票(本手引きに同封のピンク色の予診票)を使って接種してください。

この場合、予防接種希望者が区に予防接種の再申請をする必要はありません。

(2) 当日の受付

予防接種希望者が来院する際の必要書類は、次のとおりとしております。

これらを持参しているか確認してください。

- ・予防接種予診票
- ・港区民であることが分かるもの(マイナンバーカード、健康保険証等)
- ・抗体価が低いことがわかるもの(風しん抗体検査結果票や母子手帳等)

風しんの抗体価が充分ある方は、助成対象外となりますので、抗体価の確認をしてください。

(3) 問診・ワクチン接種の事前説明

予防接種を行うに際しては、被接種者が自らの意思で接種を希望していることを確認する必要があります。被接種者(予防接種を希望する方)が、その必要性を理解しているか、予防接種不適当者または、予防接種要注意者に該当していないか、当日の体調がよいかな等を判断するためには、予診票を活用し、充分な問診・説明を行ってください。

予防接種予診票は、安全に当該予防接種が接種可能かを判定する重要な資料です。

予診の際は、予防接種の有効性・安全性、予防接種後の通常起こり得る副反応及びまれに生じる重い副反応並びに予防接種健康被害救済制度について、十分に説明し、当該対象者がその内容を理解した上で、接種を希望し、予防接種の実施に関して文書による同意がなければ、接種を行うことはできません。

(4) 健康被害救済制度の説明について

ワクチン接種に当たり、副反応の説明と健康被害への対応を説明し、接種を行ってください。

予防接種は感染症を防ぐために重要なものですが、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。

(5) ワクチン接種

予防接種を実施するにあたっては、質問(問診)項目を確認し、診察・説明を行い、予防接種の効果や目的、副反応の可能性、予防接種健康被害制度などを被接種者へ説明し、予防接種の実施の同意を得てください。

接種を受ける人が同意した場合には、署名していただき、ワクチン接種を行ってください。

助成対象となるワクチンは次のとおりです。

- ・ 乾燥弱毒風しん(風しん単独)ワクチン
- ・ 乾燥弱毒麻しん風しん(MR)混合ワクチン

※ ワクチン接種は、原則として「麻しん・風しん(MR)混合ワクチン」で接種を行ってください。

※ MMR(麻しん・おたふく・風しん)ワクチンについては、助成対象外です。

(6) 予診票への記入及び本人控えの交付

予診票は、3枚複写(請求用・区提出用、医療機関控え、本人控え)となっています。ワクチン接種の可否等、「(7)抗体検査受診票の記入」に沿って医師が記入・署名の上、3枚目「本人控え」を接種を受けた人へ渡してください。

(7) 予防接種予診票の記入について

港区 成人の風しん対策事業 (請求用・返送用)

風しん単抗原ワクチン／麻しん風しん混合ワクチン 任意予防接種予診票

港区民のみ

住 所	港区	電話番号	— —		
フリガナ		生年 月 日	昭和 平成	年 月 日	生 日
氏 名 (予防接種を受ける人)		男 女	西暦	(年齢 満 歳)	

問 事 項	回 答 欄	医師記入欄
風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 ()		
最近3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 () 理由 ()		
今までに予防接種、薬、食品でアナフィラキシーという重いアレルギー反応をおこしたことがありますか。	あ る な い	
原因 ()		
今までに予防接種、薬、食品で発疹、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。	あ る な い	
原因 ()		
今日、体に具合の悪いところがありますか。	あ る な い	
症状 ()		
最近1か月以内に熱気にかかったことがありますか。	はい いいえ	
病名 ()		
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 ()		
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か月以内に凍瘡あるいは開けに凍しん、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 () 原因 () 回数 () 回		
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 ()		

医師の記入欄
以上の問診及び診療の結果、今日の予防接種は「実施できる」「見合わせようがよい」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」がどちらかを心で固めてください。
この予診票が区に提出されることに同意します。

同意 (サイン) ()

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名	(皮下接種)	実施場所
Lot No.		医師名
(注)有効期限が切れていないか要確認	ml	接種年月日 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、生ワクチンの予防接種の効果が出ないことがあります。

各質問項目を確認し、確認後、☒ チェック等してください。

医師の記入欄は、予防接種する医師が、被接種者等との問診等により、接種の可否を判断したかを確認するための重要な項目となっております。
接種医名の記入は、接種医「本人の自署」又は、「記名押印」が必要です。

予防接種希望者が同意署名する欄です。記入漏れのないよう確認願います。

予防接種した「ワクチン名」「Lot No.」「接種量」「接種した医療機関名」「接種医師名」「接種年月日」を記入漏れのないよう必ず記入してください。
「ワクチン名」「Lot No.」はワクチンシールでも可。

4. 実施報告・費用請求について

「抗体検査受診票」及び「予防接種予診票」の1枚目「(請求用・区提出用)」を1か月分にとりまとめ、別添「港区任意予防接種助成事業実施報告書」を添えて、8日までに港区医師会事務局へ提出してください。

その後、港区では、港区医師会から提出された書類を点検し、委託料として、届出口座へ振り込みます。

抗体検査については、抗体検査受診者へ受診結果を伝えたことで抗体検査完了としますので、検査結果の記入誤り、記入漏れがないよう再度確認してください。

委託料は、お送りする任意接種単価表をご確認ください。

令和7年度は抗体検査について単価改定(増額)があります。

5. 参考情報

国立感染症研究所

<http://www.nih.go.jp/niid/ja/>

国立感染症研究所<風疹>のページ

<http://www.nih.go.jp/niid/ja/rubella-m-111/2014-01-12-07-59-09/2132-rubella-top.html>

国立感染症研究所<風疹とは>のページ

<http://www.nih.go.jp/niid/ja/kansennohanashi/430-rubella-intro.html>

国立感染症研究所<先天性風疹症候群とは>のページ

<http://www.nih.go.jp/niid/ja/kansennohanashi/429-crs-intro.html>

国立感染症研究所<風疹 Q&A>のページ

<http://www.nih.go.jp/niid/ja/rubellaqa.html>

国立感染症研究所 病原体検出マニュアル<風疹>

<http://www.nih.go.jp/niid/images/lab-manual/Rubella121217.pdf>

風疹予防接種に関するガイドライン ― 任意接種を実施する医師のために ―

<http://www.nih.go.jp/niid/images/idsc/disease/rubella/041119/041119guide.pdf>

厚生労働省「風しんについて」

http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/kekkaku-kansenshou/rubella/

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