

定期接種実施要領

第 1 総論

1 予防接種台帳

市町村長（特別区の長を含む。以下同じ。）は、予防接種法（昭和 23 年法律第 68 号。以下「法」という。）第 5 条第 1 項の規定による予防接種（以下「定期接種」という。）の対象者について、あらかじめ住民基本台帳その他の法令に基づく適法な居住の事実を証する資料等に基づき様式第一の予防接種台帳を参考に作成し、予防接種法施行令（昭和 23 年政令第 197 号。以下「政令」という。）第 6 条の 2 や文書管理規程等に従い、少なくとも 5 年間は適正に管理・保存すること。

また、予防接種台帳を、未接種者の把握や市町村間での情報連携等に有効活用するため、電子的な管理を行うことが望ましい。

2 対象者等に対する周知

(1) 定期接種を行う際は、政令第 5 条の規定による公告を行い、政令第 6 条の規定により定期接種の対象者又はその保護者に対して、あらかじめ、予防接種の種類、予防接種を受ける期日又は期間及び場所、予防接種を受けるに当たって注意すべき事項、予防接種を受けることが適当でない者、接種に協力する医師その他必要な事項を十分周知すること。その周知方法については、やむを得ない事情がある場合を除き、個別通知とし、確実な周知に努めること。

ヒトパピローマウイルス感染症の定期接種を行う際は、使用するワクチンについて、子宮頸がんそのものを予防する効果は現段階で証明されていないものの、子宮頸がんの原因となるがんに移行する前段階の病変の発生を予防する効果は確認されており、定期接種が子宮頸がんの予防を主眼としたものであることが適切に伝わるよう努めるものとし、また、B 類疾病の定期接種を行う際は、接種を受ける法律上の義務はなく、かつ、自らの意思で接種を希望する者のみに接種を行うものであることを明示した上で、上記内容を十分周知すること。

(2) 予防接種の対象者又はその保護者に対する周知を行う際は、必要に応じて、母子健康手帳の持参、費用等も併せて周知すること。なお、母子健康手帳の持参は必ずしも求めるものではないが、接種を受けた記録を本人が確認できるような措置を講じること。

(3) 近年、定期接種の対象者に外国籍の者が増加していることから、多言語（日本語、英語、中国語、韓国語、ベトナム語、スペイン語、ポルトガル語、タイ語、インドネシア語、タガログ語、ネパール語等）による周知等に努めること。

(4) 麻しん及び風しんの定期接種については、「麻しんに関する特定感染症予防指針」（平成 19 年厚生労働省告示第 442 号）及び「風しんに関する特定感染症予防指針」（平成 26 年厚生労働省告示第 122 号）において、第 1 期及び第 2 期の接種率目標を 95% 以上と定めており、また、結核の定期接種についても、「結核に関する特定感染症予防指針」（平成 19 年厚生労働省告示第 72 号）において、接種率目標を 95%

以上と定めていることから、予防接種を受けやすい環境を整え、接種率の向上を図ること。

3 予防接種実施状況の把握

(1) 既接種者及び未接種者の確認

予防接種台帳等の活用により、「7 予防接種の実施計画」で設定した接種予定時期を前提として、接種時期に応じた既接種者及び未接種者の数を早期のうちに確認し、管内における予防接種の実施状況についての的確に把握すること。

(2) 未接種者への再度の接種勧奨

A類疾病の定期接種の対象者について、本実施要領における標準的な実施時期を過ぎてもなお、接種を行っていない未接種者については、疾病罹患予防の重要性、当該予防接種の有効性、発生しうる副反応及び接種対象である期間について改めて周知した上で、本人及びその保護者への個別通知等を活用して、引き続き接種勧奨を行うこと。

(3) 定期的な健診の機会を利用した接種状況の確認

母子保健法（昭和 40 年法律第 141 号）に規定する健康診査（1 歳 6 か月児健康診査及び 3 歳児健康診査のほか、3～4 か月児健康診査など必要に応じて実施する健康診査）及び学校保健安全法（昭和 33 年法律第 56 号）に規定する健康診断（就学時の健康診断）の機会を捉え、市町村長は、定期接種の対象となっている乳幼児の接種状況について、保健所又は教育委員会と積極的に連携することにより、その状況を把握し、未接種者に対しては、引き続き接種勧奨を行うこと。

(4) 風しんの第 5 期の定期接種の対象者への接種勧奨

風しんの第 5 期の定期接種の対象者について、風しんに係る抗体検査を受けた結果、十分な量の風しんの抗体がないことが判明した者のうち未接種者については、疾病罹患予防の重要性、当該予防接種の有効性、発生しうる副反応及び接種対象である期間について周知した上で、本人への個別通知等を活用して、接種勧奨を行うこと。

4 予防接種に関する周知

市町村長は、予防接種制度の概要、予防接種の有効性・安全性及び副反応その他接種に関する注意事項等について、十分な周知を図ること。

5 接種の場所

定期接種については、適正かつ円滑な予防接種の実施のため、市町村長の要請に応じて予防接種に協力する旨を承諾した医師が医療機関で行う個別接種を原則とすること。ただし、予防接種の実施に適した施設において集団を対象にして行うこと（集団接種）も差し支えない。

また、定期接種の対象者が寝たきり等の理由から、当該医療機関において接種を受けることが困難な場合においては、予防接種を実施する際の事故防止対策、副反応対策等の十分な準備がなされた場合に限り、当該対象者が生活の根拠を有する自宅や入院施設等において実施しても差し支えない。これらの場合においては、「13 A類疾病の定

期接種を集団接種で実施する際の注意事項」及び「14 医療機関以外の場所で定期接種を実施する際の注意事項」に留意すること。

なお、市町村長は、学校等施設を利用して予防接種を行う場合は、管内の教育委員会等関係機関と緊密な連携を図り実施すること。

6 接種液

(1) 接種液の使用に当たっては、標示された接種液の種類、有効期限内であること及び異常な混濁、着色、異物の混入その他の異常がない旨を確認すること。

(2) 接種液の貯蔵は、生物学的製剤基準の定めるところによるほか、所定の温度が保たれていることを温度計によって確認できる冷蔵庫等を使用する方法によること。

また、ワクチンによって、凍結させないこと、溶解は接種直前に行い一度溶解したものは直ちに使用すること、溶解の前後にかかわらず光が当たらないよう注意することなどの留意事項があるので、それぞれ添付文書を確認の上、適切に使用すること。

7 予防接種の実施計画

(1) 予防接種の実施計画の策定については、次に掲げる事項に留意すること。

ア 実施計画の策定に当たっては、地域医師会等の医療関係団体と十分協議するものとし、個々の予防接種が時間的余裕をもって行われるよう計画を策定すること。

また、インフルエンザの定期接種については、接種希望者がインフルエンザの流行時期に入る前（通常は12月中旬頃まで）に接種を受けられるよう計画を策定すること。

イ 接種医療機関において、予防接種の対象者が他の患者から感染を受けることのないよう、十分配慮すること。

ウ 予防接種の判断を行うに際して注意を要する者（ア）から（キ）までに掲げる者をいう。以下同じ。）について、接種を行うことができるか否か疑義がある場合は、慎重な判断を行うため、予防接種に関する相談に応じ、専門性の高い医療機関を紹介する等、一般的な対処方法等について、あらかじめ決定しておくこと。

(ア) 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

(イ) 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（なお、インフルエンザの定期接種に際しては、10（5）に記載したように、接種不适当者となることに注意すること）。

(ウ) 過去にけいれんの既往のある者

(エ) 過去に免疫不全の診断が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

(オ) 接種しようとする接種液の成分に対してアレルギーを呈するおそれのある者

(カ) バイアルのゴム栓に乾燥天然ゴム（ラテックス）が含まれている製剤を使用する際の、ラテックス過敏症のある者

(キ) 結核の予防接種にあつては、過去に結核患者との長期の接触がある者その他の結核感染の疑いのある者

- (2) 市町村長は、予防接種の実施に当たっては、あらかじめ、予防接種を行う医師に対し実施計画の概要、予防接種の種類、接種対象者等について説明すること。
- (3) 接種医療機関及び接種施設には、予防接種直後の即時性全身反応等の発生に対応するために必要な薬品及び用具等を備え、又は携行すること。

8 対象者の確認

接種前に、予防接種の通知書その他本人確認書類の提示を求める等の方法により、接種の対象者であることを慎重に確認すること。

風しんの第5期の定期接種の実施に当たっては、風しんに係る抗体検査を受けた結果、十分な量の風しんの抗体があることが判明し、当該予防接種を行う必要がないと認められる者は定期接種の対象外となるため、対象者に抗体検査の結果の提示を求める等の方法により、接種の対象者を確認すること。

(注) 風しんの第5期の定期接種の対象となる抗体価の基準は、別表1に掲げるとおりである。

なお、接種回数を決定するに当たっては、次のことに留意すること。

- (1) 「子宮頸がん等ワクチン接種緊急促進事業の実施について」（平成22年11月26日厚生労働省健康局長、医薬食品局長連名通知）に基づき過去に一部接種した回数については、既に接種した回数分の定期接種を受けたものとしてみなすこと。
- (2) 海外等で受けた予防接種については、医師の判断と保護者の同意に基づき、既に接種した回数分の定期接種を受けたものとしてみなすことができること。

9 予診票

- (1) 乳幼児や主に小学生が接種対象となっている定期接種（ジフテリア、百日せき、破傷風、急性灰白髄炎、麻しん、風しん、日本脳炎、結核、H i b感染症、小児の肺炎球菌感染症又は水痘）については様式第二予防接種予診票（乳幼児・小学生対象）を、ヒトパピローマウイルス感染症の定期接種のうち、接種を受ける者に保護者が同伴する場合及び接種を受ける者が既婚者の場合については様式第三ヒトパピローマウイルス感染症予防接種予診票（保護者が同伴する場合、受ける人が既婚の場合）を、接種を受ける者に保護者が同伴しない場合については様式第四ヒトパピローマウイルス感染症予防接種予診票（保護者が同伴しない場合）を、インフルエンザの定期接種については様式第五インフルエンザ予防接種予診票を、高齢者の肺炎球菌感染症の定期接種については様式第六高齢者用肺炎球菌ワクチン予防接種予診票を、B型肝炎の定期接種については、様式第八B型肝炎予防接種予診票を、風しんの第5期の定期接種については、様式第九風しんの第5期の予防接種予診票を、それぞれ参考にして予診票を作成すること。

なお、予診票については、予防接種の種類により異なる紙色のものを使用すること等により予防接種の実施に際して混同を来さないよう配慮すること。

- (2) 作成した予診票については、風しんの第5期の定期接種、インフルエンザの定期接種及び高齢者の肺炎球菌感染症の定期接種を除き、あらかじめ保護者に配布し、各項目について記入するよう求めること。

- (3) 市町村長は、接種後に予診票を回収し、文書管理規程等に従い、少なくとも5年間は適正に管理・保存すること。

1 0 予診並びに予防接種不適合者及び予防接種要注意者

- (1) 接種医療機関及び接種施設において、問診、検温、視診、聴診等の診察を接種前にを行い、予防接種を受けることが適当でない者又は予防接種の判断を行うに際して注意を要する者に該当するか否かを調べること（以下「予診」という。）。

- (2) 個別接種については、原則、保護者の同伴が必要であること。

ただし、政令第1条の3第2項の規定による対象者に対して行う予防接種、政令附則第2項による日本脳炎の定期接種及びヒトパピローマウイルス感染症の定期接種（いずれも13歳以上の者に接種する場合に限る。）において、あらかじめ、接種することの保護者の同意を予診票上の保護者自署欄にて確認できた者については、保護者の同伴を要しないものとする。

また、接種の実施に当たっては、被接種者本人が予防接種不適合者又は予防接種要注意者か否かを確認するために、予診票に記載されている質問事項に対する回答に関する本人への問診を通じ、診察等を実施した上で、必要に応じて保護者に連絡するなどして接種への不適合要件の事実関係等を確認するための予診に努めること。

なお、被接種者が既婚者である場合は、この限りではない。

- (3) 乳幼児・小児に対して定期接種を行う場合は、保護者に対し、接種前に母子健康手帳の提示を求めること。

- (4) B類疾病の定期接種の実施に際しては、接種を受ける法律上の義務がないことから、対象者が自らの意思で接種を希望していることを確認すること。また、B類疾病の定期接種については、法の趣旨を踏まえ、積極的な接種勧奨とならないよう特に留意すること。なお、対象者の意思の確認が容易でない場合は、家族又はかかりつけ医の協力を得て、その意思を確認することも差し支えないが、明確に対象者の意思を確認できない場合は、接種してはならないこと。

- (5) 予診の結果、異常が認められ、予防接種実施規則（昭和33年厚生省令第27号。以下「実施規則」という。）第6条に規定する者（予防接種を受けることが適当でない者）に該当する疑いのある者と判断される者に対しては、当日は接種を行わず、必要があるときは、精密検査を受けるよう指示すること。なお、インフルエンザの定期接種で接種後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で、インフルエンザワクチンの接種をしようとするものは、予防接種法施行規則（昭和23年厚生省令第36号。以下「施行規則」という。）第2条第9号（予防接種を行うことが不適合な状態にある者）に該当することに留意すること。

- (6) 予防接種の判断を行うに際して注意を要する者については、被接種者の健康状態及び体質を勘案し、慎重に予防接種の適否を判断するとともに、説明に基づく同意を確実に得ること。

1 1 予防接種後副反応等に関する説明及び同意

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、定期接種の対象者又はその保護者がその内容を理解し得るよう適切な説明を行い、予防接種の実施に関して文書により同意を得た場合に限り接種を行うものとする。

ただし、政令第1条の3第2項の規定による対象者に対して行う予防接種、政令附則第2項による日本脳炎の定期接種及びヒトパピローマウイルス感染症の定期接種（いずれも13歳以上の者に接種する場合に限る。）において、保護者が接種の場に同伴しない場合には、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の説明を事前に理解する必要があるため、様式第四ヒトパピローマウイルス感染症予防接種予診票（保護者が同伴しない場合）を参考に、説明に関する情報を含んでいる予診票を作成した上で、事前に保護者に配布し、保護者がその内容に関する適切な説明を理解したこと及び予防接種の実施に同意することを当該予診票により確認できた場合に限り接種を行うものとする。

なお、児童福祉施設等において、接種の機会ごとに保護者の文書による同意を得ることが困難であることが想定される場合には、当該施設等において、保護者の包括的な同意文書を事前に取得しておくことも差し支えなく、また、被接種者が既婚者である場合は、被接種者本人の同意にて足りるものとする。

さらに、児童福祉施設等において、被接種者の保護者の住所又は居所を確認できないため保護者の同意の有無を確認することができない場合の取扱については、「児童相談所長等の親権行使による同意に基づく予防接種の実施について」（平成27年12月22日健発1222第1号・雇児発1222第5号・障発1222第2号厚生労働省健康局長、雇用均等・児童家庭局長、社会・援護局障害保健福祉部長通知）を参照すること。

また、被接種者が次に掲げるいずれかに該当する場合であって、それぞれに定める者が、被接種者の保護者の住所又は居所を確認できるものの長期間にわたり当該被接種者の保護者と連絡をとることができない等の事由により、保護者の同意の有無を確認することができないときは、当該被接種者の保護者に代わって、それぞれに定める者から予防接種に係る同意を得ることができる。

- ア 小規模住居型児童養育事業を行う者又は里親（以下「里親等」という。）に委託されている場合 当該里親等
- イ 児童福祉施設に入所している場合 当該児童福祉施設の長
- ウ 児童相談所に一時保護されている場合 当該児童相談所長

1.2 接種時の注意

(1) 予防接種を行うに当たっては、次に掲げる事項を遵守すること。

- ア 予防接種に従事する者は、手指を消毒すること。
- イ ワクチンによって、凍結させないこと、溶解は接種直前に行い一度溶解したものは直ちに使用すること、溶解の前後にかかわらず光が当たらないよう注意することなどの留意事項があるので、それぞれ添付文書を確認の上、適切に使用すること。
- ウ 接種液の使用に当たっては、有効期限内のものを均質にして使用すること。
- エ バイアル入りの接種液は、栓及びその周囲をアルコール消毒した後、栓を取り外

さないで吸引すること。

オ 接種液が入っているアンプルを開口するときは、開口する部分をあらかじめアルコール消毒すること。

カ 結核、ヒトパピローマウイルス感染症及び高齢者の肺炎球菌感染症以外の予防接種にあつては、原則として上腕伸側に皮下接種により行う。接種前には接種部位をアルコール消毒し、接種に際しては注射針の先端が血管内に入っていないことを確認すること。同一部位への反復しての接種は避けること。

キ 結核の予防接種にあつては、接種前に接種部位をアルコール消毒し、接種に際しては接種部位の皮膚を緊張させ、ワクチンの懸濁液を上腕外側のほぼ中央部に滴下塗布し、9本針植付けの経皮用接種針（管針）を接種皮膚面に対してほぼ垂直に保ちこれを強く圧して行うこと。接種数は2箇所とし、管針の円跡は相互に接するものとする。

ク ヒトパピローマウイルス感染症の予防接種にあつては、ワクチンの添付文書の記載に従って、組換え沈降2価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチンを使用する場合は原則として上腕の三角筋部に、組換え沈降4価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチンを使用する場合は原則として上腕の三角筋部又は大腿四頭筋部に筋肉内注射する。接種前に接種部位をアルコール消毒し、接種に際しては注射針の先端が血管内に入っていないことを確認すること。同一部位への反復しての接種は避けること。

ケ 高齢者の肺炎球菌感染症の予防接種にあつては、原則として上腕伸側に皮下接種又は筋肉内注射により行う。接種前には接種部位をアルコール消毒し、接種に際しては注射針の先端が血管内に入っていないことを確認すること。

コ 接種用具等の消毒は、適切に行うこと。

(2) 被接種者及び保護者に対して、次に掲げる事項を要請すること。

ア 接種後は、接種部位を清潔に保ち、接種当日は過激な運動を避けるよう注意し、又は注意させること。

イ 接種後、接種局所の異常反応や体調の変化を訴える場合は、速やかに医師の診察を受け、又は受けさせること。

ウ 被接種者又は保護者は、イの場合において、被接種者が医師の診察を受けたときは、速やかに当該予防接種を行った市町村（特別区を含む。以下同じ。）の担当部局に連絡すること。

1.3 A類疾病の定期接種を集団接種で実施する際の注意事項

(1) 実施計画の策定

予防接種の実施計画の策定に当たっては、予防接種を受けることが適当でない者を確実に把握するため、特に十分な予診の時間を確保できるよう留意すること。

(2) 接種会場

ア 冷蔵庫等の接種液の貯蔵設備を有するか、又は接種液の貯蔵場所から短時間で搬入できる位置にあること。

イ 2種類以上の予防接種を同時に行う場合は、それぞれの予防接種の場所が明確に

区別され、適正な実施が確保されるよう配慮すること。

(3) 接種用具等の整備

ア 接種用具等、特に注射針、体温計等多数必要とするものは、市町村が準備しておくこと。

イ 注射器は、2ミリリットル以下のものを使用すること。

ウ 接種用具等を滅菌する場合は、煮沸以外の方法によること。

(4) 予防接種の実施に従事する者

ア 予防接種を行う際は、予診を行う医師1名及び接種を行う医師1名を中心とし、これに看護師、保健師等の補助者2名以上及び事務従事者若干名を配して班を編制し、各班員が行う業務の範囲をあらかじめ明確に定めておくこと。

イ 班の中心となる医師は、あらかじめ班員の分担する業務について必要な指示及び注意を行い、各班員はこれを遵守すること。

(5) 保護者の同伴要件

集団接種については、原則、保護者の同伴が必要であること。

ただし、政令第1条の3第2項の規定による対象者に対して行う予防接種、政令附則第2項による日本脳炎の定期接種及びヒトパピローマウイルス感染症の定期接種（いずれも13歳以上の者に接種する場合に限る。）において、あらかじめ、接種することの保護者の同意を予診票上の保護者自署欄にて確認できた者については、保護者の同伴を要しないものとする。

また、接種の実施に当たっては、被接種者本人が予防接種不相当者又は予防接種要注意者か否かを確認するために、予診票に記載されている質問事項に対する回答内容に関する本人への問診を通じ、診察等を実施した上で、必要に応じて保護者に連絡するなどして接種への不相当要件の事実関係等を確認するための予診に努めること。

なお、被接種者が既婚者である場合は、この限りではない。

(6) 予防接種を受けることが適当でない状態の者への注意事項

予診を行う際は、接種場所に予防接種を受けることが適当でない状態等の注意事項を掲示し、又は印刷物を配布して、保護者等から予防接種の対象者の健康状態、既往症等の申出をさせる等の措置をとり、接種を受けることが不相当な者の発見を確実にすること。

(7) 女性に対する接種の注意事項

政令第1条の3第2項の規定による対象者に対して行う予防接種、政令附則第2項で定める日本脳炎の定期接種及びヒトパピローマウイルス感染症の定期接種対象者のうち、13歳以上の女性への接種に当たっては、妊娠中若しくは妊娠している可能性がある場合には原則接種しないこととし、予防接種の有益性が危険性を上回ると判断した場合のみ接種できる。このため、接種医は、入念な予診が尽くされるよう、予診票に記載された内容だけで判断せず、必ず被接種者本人に、口頭で記載事実の確認を行うこと。また、その際、被接種者本人が事実を話しやすいような環境づくりに努めるとともに、本人のプライバシーに十分配慮すること。

1.4 医療機関以外の場所で定期接種を実施する際の注意事項

(1) 安全基準の遵守

市町村長は、医療機関以外の場所での予防接種の実施においては、被接種者に副反応が起こった際に応急対応が可能なように下記における安全基準を確実に遵守すること。

ア 経過観察措置

市町村長は、予防接種が終了した後に、短時間のうちに、被接種者の体調に異変が起きても、その場で応急治療等の迅速な対応ができるよう、接種を受けた者の身体を落ち着かせ、接種した医師、接種に関わった医療従事者又は実施市町村の職員等が接種を受けた者の身体の症状を観察できるように、接種後ある程度の時間は接種会場に止まらせること。また、被接種者の体調に異変が起きた場合に臥床することが可能なベッド等を準備するよう努めること。

イ 応急治療措置

市町村長は、医療機関以外の場所においても、予防接種後、被接種者にアナフィラキシーやけいれん等の重篤な副反応がみられたとしても、応急治療ができるよう救急処置物品（血圧計、静脈路確保用品、輸液、エピネフリン・抗ヒスタミン剤・抗けいれん剤・副腎皮質ステロイド剤等の薬液、喉頭鏡、気管内チューブ、蘇生バッグ等）を準備すること。

ウ 救急搬送措置

市町村長は、被接種者に重篤な副反応がみられた場合、速やかに医療機関における適切な治療が受けられるよう、医療機関への搬送手段を確保するため、市町村にて保有する車両を活用すること又は、事前に緊急車両を保有する消防署、近隣医療機関等と接種実施日等に関して、情報共有し、連携を図ること。

(2) 次回以降の接種時期及び接種方法の説明

市町村長は、医療機関以外の場所で行った予防接種について、次回以降の接種が必要な場合は、被接種者本人又はその保護者に対して、次回以降の接種時期及び接種方法について十分に説明すること。

(3) 副反応が発生した場合の連絡先

市町村長は、接種後に接種局所の異常反応や体調の変化が生じた際の連絡先として、接種医師の氏名及び接種医療機関の連絡先を接種施設に掲示し、又は印刷物を配布することにより、被接種者本人等に対して確実に周知すること。

(4) 実施体制等

(1) から (3) までに定めるもののほか、医療機関以外の場所で定期接種を実施する場合は、「13 A類疾病の定期接種を集団接種で実施する際の注意事項」の(1)から(3)まで、(6)及び(7)と同様とすること。

1.5 実費の徴収

法第28条の規定による実費の徴収について、同条ただし書に規定する経済的理由には、市町村民税の課税状況や生活保護又は中国残留邦人等支援給付の受給の有無が含まれるため、予防接種を受けた者又はその保護者のこれらの状況を勘案し、実費を徴収することができるかどうかを判断すること。

1.6 予防接種に関する記録及び予防接種済証の交付

- (1) 予防接種を行った際は、施行規則に定める様式による予防接種済証を交付すること。
- (2) 予防接種を行った際、乳幼児・小児については、(1)に代えて、母子健康手帳に予防接種の種類、接種年月日その他の証明すべき事項を記載すること。
- (3) 平成24年に改正された母子健康手帳では、乳幼児のみならず、学童、中学校、高等学校相当の年齢の者に接種する予防接種についても記載欄が設けられていることから、母子健康手帳に予防接種の種類、接種年月日その他の証明すべき事項を記載することにより、(1)に代えることができること。

1.7 予防接種の実施の報告

市町村長は、定期接種を行ったときは、政令第7条の規定による報告を「地域保健・健康増進事業報告」（厚生労働省政策統括官（統計・情報政策担当）作成）の作成要領に従って行うこと。

1.8 都道府県の麻しん及び風しん対策の会議への報告

「麻しんに関する特定感染症予防指針」及び「風しんに関する特定感染症予防指針」に基づき、都道府県知事は、管内市町村長と連携し、管内における麻しん及び風しんの予防接種実施状況等を適宜把握し、都道府県を単位として設置される麻しん及び風しん対策の会議に速やかに報告すること。

1.9 他の予防接種との関係

- (1) 乾燥弱毒生麻しん風しん混合ワクチン、乾燥弱毒生麻しんワクチン、乾燥弱毒生風しんワクチン、経皮接種用乾燥BCGワクチン又は乾燥弱毒生水痘ワクチンを接種した日から別の種類の予防接種を行うまでの間隔は、27日以上おくこと。沈降精製百日せきジフテリア破傷風不活化ポリオ混合ワクチン、沈降精製百日せきジフテリア破傷風混合ワクチン、不活化ポリオワクチン、乾燥細胞培養日本脳炎ワクチン、沈降ジフテリア破傷風混合トキソイド、乾燥ヘモフィルスb型ワクチン、沈降13価肺炎球菌結合型ワクチン、組換え沈降2価（4価）ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン、組換え沈降B型肝炎ワクチン、インフルエンザHAワクチン又は23価肺炎球菌莢膜ポリサッカライドワクチンを接種した日から別の種類の予防接種を行うまでの間隔は、6日以上おくこと。
- (2) 2種類以上の予防接種を同時に同一の接種対象者に対して行う同時接種（混合ワクチン・混合トキソイドを使用する場合は、1つのワクチンと数え、同時接種としては扱わない。）は、医師が特に必要と認めた場合に行うことができること。

2.0 長期にわたり療養を必要とする疾病にかかった者等の定期接種の機会の確保

- (1) インフルエンザを除く法の対象疾病（以下「特定疾病」という。）について、それぞれ政令で定める予防接種の対象者であった者（当該特定疾病にかかっている者又はかかったことのある者その他施行規則第2条各号に規定する者を除く。）であって、

当該予防接種の対象者であった間に、(2)の特別の事情があることにより予防接種を受けることができなかつたと認められる者については、当該特別の事情がなくなった日から起算して2年(高齢者の肺炎球菌感染症に係る定期接種を受けることができなかつたと認められるものについては、当該特別の事情がなくなった日から起算して1年)を経過する日までの間((3)に掲げる疾病については、それぞれ、(3)に掲げるまでの間である場合に限る。)、当該特定疾病の定期接種の対象者とする事。

(2) 特別の事情

ア 次の(ア)から(ウ)までに掲げる疾病にかかったこと(やむを得ず定期接種を受けることができなかつた場合に限る。)

(ア) 重症複合免疫不全症、無ガンマグロブリン血症その他免疫の機能に支障を生じさせる重篤な疾病

(イ) 白血病、再生不良性貧血、重症筋無力症、若年性関節リウマチ、全身性エリテマトーデス、潰瘍性大腸炎、ネフローゼ症候群その他免疫の機能を抑制する治療を必要とする重篤な疾病

(ウ) (ア)又は(イ)の疾病に準ずると認められるもの

(注) 上記に該当する疾病の例は、別表2に掲げるとおりである。ただし、これは、別表に掲げる疾病にかかったことのある者又はかかっている者が一律に予防接種不適当者であるということの意味するものではなく、予防接種実施の可否の判断は、あくまで予診を行う医師の診断の下、行われるべきものである。

イ 臓器の移植を受けた後、免疫の機能を抑制する治療を受けたこと(やむを得ず定期接種を受けることができなかつた場合に限る。)

ウ 医学的知見に基づきア又はイに準ずると認められるもの

(3) 対象期間の特例

ア ジフテリア、百日せき、急性灰白髄炎及び破傷風については、15歳(沈降精製百日せきジフテリア破傷風不活化ポリオ混合ワクチンを使用する場合に限る。)に達するまでの間

イ 結核については、4歳に達するまでの間

ウ Hib感染症については、10歳に達するまでの間

エ 小児の肺炎球菌感染症については、6歳に達するまでの間

(4) 留意事項

市町村は、(2)の「特別の事情」があることにより定期接種を受けることができなかつたかどうかについては、被接種者が疾病にかかっていたことや、やむを得ず定期接種を受けることができなかつたと判断した理由等を記載した医師の診断書や当該者の接種歴等により総合的に判断すること。

(5) 厚生労働省への報告

上記に基づき予防接種を行った市町村長は、被接種者の接種時の年齢、当該者がかかっていた疾病の名称等特別の事情の内容、予防接種を行った疾病、接種回数等を、任意の様式により速やかに厚生労働省健康局健康課に報告すること。

2.1 他の市町村等での予防接種

保護者が里帰りをしている場合、定期接種の対象者が医療機関等に長期入院している場合等の理由により、通常の方法により定期接種を受けることが困難な者等が定期接種を受けることを希望する場合には、予防接種を受ける機会を確保する観点から、居住地以外の医療機関と委託契約を行う、居住地の市町村長から里帰り先の市町村長へ予防接種の実施を依頼する、又は居住地の市町村長が定期接種の対象者から事前に申請を受け付けた上で償還払いを行う等の配慮をすること。

2.2 予防接種の間違い

- (1) 市町村長は、定期接種を実施する際、予防接種に係る間違いの発生防止に努めるとともに、間違いの発生を迅速に把握できる体制をとり、万が一、誤った用法用量でワクチンを接種した場合や、有効期限の切れたワクチンを接種した場合、血液感染を起こしうる場合等の重大な健康被害につながるおそれのある間違いを把握した場合には、以下の①から⑨までの内容を任意の様式に記載し、都道府県を経由して、厚生労働省健康局健康課に速やかに報告すること。
 - ①予防接種を実施した機関
 - ②ワクチンの種類、メーカー、ロット番号
 - ③予防接種を実施した年月日（間違い発生日）
 - ④間違いに係る被接種者数
 - ⑤間違いの概要と原因
 - ⑥市町村長の講じた間違いへの対応（公表の有無を含む。）
 - ⑦健康被害発生の有無（健康被害が発生した場合は、その内容）
 - ⑧今後の再発防止策
 - ⑨市町村担当者の連絡先（電話番号、メールアドレス等）
- (2) 接種間隔の誤りなど、直ちに重大な健康被害につながる可能性が低い間違いについては、（1）で報告した間違いを含めて、都道府県において、管内の市町村で当該年度（毎年4月1日から翌年3月31日までの間）に発生した間違いを取りまとめの上、その間違いの態様ごとに平成29年3月30日付事務連絡の別添様式を用いて、翌年度4月30日までに厚生労働省健康局健康課に報告すること。
- (3) 予防接種の間違いが発生した場合は、市町村において、直ちに適切な対応を講じるとともに、再発防止に万全を期すこと。

2.3 副反応疑い報告

法の規定による副反応疑い報告については、「定期の予防接種等による副反応の報告等の取扱いについて」（平成25年3月30日健発0330第3号、薬食発0330第1号厚生労働省健康局長、医薬食品局長連名通知）を参照すること。

2.4 「行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律」における予防接種分野の対応

「行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律」に基づく情報連携については、「行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用

等に関する法律」の改正に伴う予防接種分野の対応について」（平成 27 年 11 月 11 日付事務連絡）、「医療費・医療手当請求書等の様式変更について」（平成 27 年 12 月 21 日健発 1221 第 4 号厚生労働省健康局長通知）、「子育てワンストップサービスの導入に向けた検討について」（平成 28 年 12 月 14 日付事務連絡）及び「情報提供ネットワークシステムを使用して地方税関係情報の提供を行う場合に本人の同意が必要となる事務における所要の措置について」（平成 29 年 6 月 27 日付事務連絡）等の関係通知等に留意して、適切に運用すること。

第 2 各論

1 ジフテリア、百日せき、急性灰白髄炎及び破傷風の定期接種

- (1) ジフテリア、百日せき、急性灰白髄炎及び破傷風について同時に行う第 1 期の予防接種は、沈降精製百日せきジフテリア破傷風不活化ポリオ混合ワクチンを使用し、初回接種については生後 3 月に達した時から生後 12 月に達するまでの期間を標準的な接種期間として 20 日以上、標準的には 20 日から 56 日までの間隔をおいて 3 回、追加接種については初回接種終了後 6 月以上、標準的には 12 月から 18 月までの間隔をおいて 1 回行うこと。
- (2) ジフテリア、百日せき及び急性灰白髄炎について、ジフテリア、急性灰白髄炎及び破傷風について又は百日せき、急性灰白髄炎及び破傷風について同時に行う第 1 期の予防接種は、(1) と同様とすること。
- (3) ジフテリア、百日せき及び破傷風について同時に行う第 1 期の予防接種は、沈降精製百日せきジフテリア破傷風不活化ポリオ混合ワクチン又は沈降精製百日せきジフテリア破傷風混合ワクチンを使用し、初回接種については生後 3 月に達した時から生後 12 月に達するまでの期間を標準的な接種期間として 20 日以上、標準的には 20 日から 56 日までの間隔をおいて 3 回、追加接種については初回接種終了後 6 月以上、標準的には 12 月から 18 月までの間隔をおいて 1 回行うこと。
- (4) ジフテリア及び百日せきについて又は百日せき及び破傷風について同時に行う第 1 期の予防接種は、(3) と同様とすること。
- (5) ジフテリア及び急性灰白髄炎について、百日せき及び急性灰白髄炎について又は急性灰白髄炎及び破傷風について同時に行う第 1 期の予防接種は、(1) と同様とすること。
- (6) ジフテリア及び破傷風について同時に行う第 1 期の予防接種は、沈降精製百日せきジフテリア破傷風不活化ポリオ混合ワクチン又は沈降精製百日せきジフテリア破傷風混合ワクチンを使用した時は、初回接種については生後 3 月に達した時から生後 12 月に達するまでの期間を標準的な接種期間として 20 日以上、標準的には 20 日から 56 日までの間隔をおいて 3 回、追加接種については初回接種終了後 6 月以上、標準的には 12 月から 18 月までの間隔をおいて 1 回行うこと。

また、沈降ジフテリア破傷風混合トキソイドを使用した時は、初回接種については生後 3 月に達した時から生後 12 月に達するまでの期間を標準的な接種期間として 20 日以上、標準的には 20 日から 56 日までの間隔をおいて 2 回、追加接種については初回接種終了後 6 月以上、標準的には 12 月から 18 月までの間隔をおいて 1 回行うこ

と。

- (7) ジフテリア又は破傷風の第1期の予防接種は、(6)と同様とすること。
- (8) 百日せきの第1期の予防接種は、(3)と同様とすること。
- (9) 急性灰白髄炎の予防接種は、沈降精製百日せきジフテリア破傷風不活化ポリオ混合ワクチンを使用した時は、初回接種については生後3月に達した時から生後12月に達するまでの期間を標準的な接種期間として20日以上、標準的には20日から56日までの間隔をおいて3回、追加接種については初回接種終了後6月以上、標準的には12月から18月までの間隔をおいて1回行うこと。
また、不活化ポリオワクチンを使用したときは、初回接種については、生後3月に達した時から生後12月に達するまでの期間を標準的な接種期間として、20日以上の間隔をおいて3回、追加接種については初回接種終了後6月以上、標準的には12月から18月までの間隔をおいて1回行うこと。
- (10) 第1期の予防接種の初回接種においては、沈降精製百日せきジフテリア破傷風不活化ポリオ混合ワクチン、沈降精製百日せきジフテリア破傷風混合ワクチン又は沈降ジフテリア破傷風混合トキソイドのうちから、使用するワクチンを選択することが可能な場合であっても、原則として、同一種類のワクチンを必要回数接種すること。
- (11) ジフテリア及び破傷風について同時に行う第2期の予防接種は、沈降ジフテリア破傷風混合トキソイドを使用し、11歳に達した時から12歳に達するまでの期間を標準的な接種期間として1回行うこと。
- (12) ジフテリア又は破傷風の第2期の予防接種は、(11)と同様とすること。
- (13) ジフテリア、百日せき、急性灰白髄炎又は破傷風のいずれかの既罹患患者においては、既罹患疾病以外の疾病に係る予防接種のために既罹患疾病に対応するワクチン成分を含有する混合ワクチンを使用することを可能とする。
ただし、第2期の予防接種に使用するワクチンは沈降ジフテリア破傷風混合トキソイドのみとする。
- (14) 急性灰白髄炎の予防接種については、次のことに留意すること。
 - ア 急性灰白髄炎の予防接種の対象者については、原則として、平成24年9月1日より前の接種歴に応じた接種回数とすることから、予防接種台帳による確認や保護者からの聞き取り等を十分に行い、接種歴の把握に努める必要があること。
 - イ 平成24年9月1日より前に経口生ポリオワクチンを1回接種した者については、平成24年9月1日以降は、急性灰白髄炎の初回接種を1回受けたものとみなす。
なお、平成24年9月1日より前に経口生ポリオワクチンを2回接種した者は、定期接種として受けることはできないこと。
- (15) ジフテリア、百日せき、急性灰白髄炎及び破傷風の予防接種について、平成26年4月1日より前に、予防接種実施規則の一部を改正する省令(平成26年厚生労働省令第22号。以下「改正省令」という。)による改正前の実施規則(以下「旧規則」という。)に規定する接種の間隔を超えて行った接種であって、改正省令による改正後の実施規則に規定する予防接種に相当する接種を受けた者は、医師の判断と保護者の同意に基づき、既に接種した回数分の定期接種を受けたものとしてみなすことができること。

2 麻しん又は風しんの定期接種

(1) 対象者

ア 麻しん又は風しんの第1期の予防接種は、乾燥弱毒生麻しんワクチン又は乾燥弱毒生風しんワクチン若しくは乾燥弱毒生麻しん風しん混合ワクチンにより、生後12月から生後24月に至るまでの間にある者に対し、1回行うこと。この場合においては、早期の接種機会を確保すること。

イ 麻しん又は風しんの第2期の予防接種は、乾燥弱毒生麻しんワクチン又は乾燥弱毒生風しんワクチン若しくは乾燥弱毒生麻しん風しん混合ワクチンにより、5歳以上7歳未満の者であって、小学校就学の始期に達する日の1年前の日から当該始期に達する日の前日までの間にあるもの（小学校就学前の1年間にある者）に対し、1回行うこと。なお、麻しん及び風しんの第1期又は第2期の予防接種において、麻しん及び風しんの予防接種を同時に行う場合は、乾燥弱毒生麻しん風しん混合ワクチンを使用すること。

ウ 風しんの第5期の予防接種は、原則、乾燥弱毒生麻しん風しん混合ワクチンにより、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（風しんに係る抗体検査を受けた結果、十分な量の風しんの抗体があることが判明し、当該予防接種を行う必要がないと認められる者を除く）に対し、1回行うこと。

(2) 接種液の用法

乾燥弱毒生麻しんワクチン、乾燥弱毒生風しんワクチン及び乾燥弱毒生麻しん風しん混合ワクチンは、溶解後にウイルス力価が低下することから、溶解後速やかに接種すること。

(3) 麻しん又は風しんに既罹患である場合の混合ワクチンの使用

麻しん又は風しんに既に罹患した者については、既罹患疾病以外の疾病に係る予防接種を行う際、混合ワクチンを使用することが可能である。

(4) 風しんの第5期の予防接種における休日・夜間における接種機会の確保

風しんの第5期の予防接種については、被接種者の利便性向上の観点から、休日・夜間における接種機会を確保するよう努めること。

3 日本脳炎の定期接種

(1) 日本脳炎の第1期の予防接種は、乾燥細胞培養日本脳炎ワクチンにより、初回接種については3歳に達した時から4歳に達するまでの期間を標準的な接種期間として6日以上、標準的には6日から28日までの間隔をおいて2回、追加接種については、初回接種終了後6月以上、標準的にはおおむね1年を経過した時期に、4歳に達した時から5歳に達するまでの期間を標準的な接種期間として1回行うこと。

(2) 第2期の予防接種は、乾燥細胞培養日本脳炎ワクチンにより、9歳に達した時から10歳に達するまでの期間を標準的な接種期間として1回行うこと。

(3) 予防接種の特例

ア 実施規則附則第4条の対象者（平成19年4月2日から平成21年10月1日に生まれた者で、平成22年3月31日までに日本脳炎の第1期の予防接種が終了してい

ない者で、生後6月から90月又は9歳以上13歳未満にある者)

- (ア) 実施規則附則第4条第1項により、残り2回の日本脳炎の予防接種を行う場合は、乾燥細胞培養日本脳炎ワクチンにより、6日以上の間隔をおいて2回接種すること。なお、既に接種済みの1回と今回の接種間隔については、6日以上の間隔をおくこと。
- (イ) 実施規則附則第4条第1項により、残り1回の日本脳炎の予防接種を行う場合は、乾燥細胞培養日本脳炎ワクチンにより、1回接種すること。なお、既に接種済みの2回と今回の接種間隔については、6日以上の間隔をおくこと。
- (ウ) 実施規則附則第4条第2項による日本脳炎の予防接種は、乾燥細胞培養日本脳炎ワクチンにより、6日以上、標準的には6日から28日までの間隔をおいて2回、追加接種については2回接種後6月以上、標準的にはおおむね1年を経過した時期に1回接種すること。
- (エ) 実施規則附則第4条第3項による日本脳炎の予防接種は、乾燥細胞培養日本脳炎ワクチンにより、実施規則附則第4条第1項又は第2項により、9歳以上13歳未満の者が第1期の接種を受け終え、第2期の接種を受ける場合、6日以上の間隔をおいて、1回接種すること。

イ 実施規則附則第5条の対象者（平成7年4月2日から平成19年4月1日に生まれた者で、20歳未満にある者：平成17年5月30日の積極的勧奨の差し控えによって第1期、第2期の接種が行われていない可能性がある者）

- (ア) 実施規則附則第5条第1項により、残り3回の日本脳炎の予防接種を行う場合（第1期の初回接種を1回受けた者（第1回目の接種を受けた者））は、乾燥細胞培養日本脳炎ワクチンにより、6日以上の間隔をおいて残り2回の接種を行うこととし、第4回目の接種は、9歳以上の者に対して、第3回目の接種終了後6日以上の間隔をおいて行うこと。
- (イ) 実施規則附則第5条第1項により、残り2回の日本脳炎の予防接種を行う場合（第1期の初回接種を2回受けた者（第2回目の接種を受けた者））は、乾燥細胞培養日本脳炎ワクチンにより、6日以上の間隔をおいて第3回目の接種を行うこととし、第4回目の接種は、9歳以上の者に対して、第3回目の接種終了後6日以上の間隔をおいて行うこと。
- (ウ) 実施規則附則第5条第1項により、残り1回の日本脳炎の予防接種を行う場合（第1期の接種が終了した者（第3回目の接種を受けた者））は、乾燥細胞培養日本脳炎ワクチンにより、第4回目の接種として、9歳以上の者に対して、第3回目の接種終了後6日以上の間隔をおいて行うこと。
- (エ) 実施規則附則第5条第2項から第5項による日本脳炎の予防接種は、乾燥細胞培養日本脳炎ワクチンにより、第1回目及び第2回目の接種として6日以上、標準的には6日から28日までの間隔をおいて2回、第3回目の接種については第2回目の接種後6月以上、標準的にはおおむね1年を経過した時期に1回接種すること。第4回目の接種は、9歳以上の者に対して第3回目の接種終了後、6日以上の間隔をおいて1回接種すること。

(4) 平成29～36年度における予防接種の特例に係る積極的な勧奨

ア 対象者

平成 29～36 年度に 18 歳となる者（平成 11 年 4 月 2 日から平成 19 年 4 月 1 日までに生まれた者）については、平成 17 年 5 月 30 日から平成 22 年 3 月 31 日までの積極的な勧奨の差し控えにより、第 2 期の接種勧奨が十分に行われていないことから、(3) の接種方法に沿って、年度毎に 18 歳となる者に対して予防接種の積極的な勧奨を行うこと。

イ 積極的な勧奨に当たって、個別通知を行う際には、予防接種台帳を確認して予防接種を完了していない者にもみ通知を行う方法又は対象年齢の全員に通知した上で、接種時に母子健康手帳等により残りの接種すべき回数を確認する方法のいずれの方法でも差し支えない。

ウ 積極的勧奨の差し控えが行われていた期間に、定期接種の対象者であった者のうち、第 1 期接種（初回接種及び追加接種）を完了していた者に対しては、市町村長等が実施可能な範囲で、第 2 期接種の積極的勧奨を行って差し支えない。

(5) 日本脳炎の予防接種について、平成 26 年 4 月 1 日より前に、旧規則に規定する接種の間隔を超えて行った接種であって、実施規則に規定する予防接種に相当する接種を受けた者は、医師の判断と保護者の同意に基づき、既に接種した回数分の定期接種を受けたものとしてみなすことができること。

4 結核の定期接種

(1) 結核の予防接種は、経皮接種用乾燥 BCG ワクチン（以下「BCG」という。）を使用し、生後 5 月に達した時から生後 8 月に達するまでの期間を標準的な接種期間として 1 回行うこと。

ただし、結核の発生状況等市町村の実情に応じて、上記の標準的な接種期間以外の期間に行うことも差し支えない。

(2) コッホ現象について

健常者が BCG を初めて接種した場合は、接種後 10 日頃に針痕部位に発赤が生じ、接種後 1 月から 2 月までの頃に化膿巣が出現する。

一方、結核菌の既感染者にあっては、接種後 10 日以内に接種局所の発赤・腫脹及び針痕部位の化膿等を来し、通常 2 週間から 4 週間後に消炎、瘢痕化し、治癒する一連の反応が起こることがあり、これをコッホ現象という。これは、BCG 再接種においてみられる反応と同一の性質のものが結核菌感染後の接種において比較的強く出現したものである。

(3) コッホ現象出現時の対応

ア 保護者に対する周知

市町村は、予防接種の実施に当たって、コッホ現象に関する情報提供及び説明を行い、次の事項を保護者に周知しておくこと。

(ア) コッホ現象と思われる反応が被接種者にみられた場合は、速やかに接種医療機関を受診させること。

(イ) コッホ現象が出現した場合は、接種局所を清潔に保つ以外の特別の処置は不要である。反応が起こってから、びらんや潰瘍が消退するまでの経過がおおむね

4週間を超える等治癒が遷延する場合は、混合感染の可能性もあることから、接種医療機関を受診させること。

イ 市町村長におけるコッホ現象事例報告書の取扱い

市町村長は、あらかじめ様式第七のコッホ現象事例報告書を管内の医療機関に配布し、医師がコッホ現象を診断した場合に、保護者の同意を得て、直ちに当該被接種者が予防接種を受けた際の居住区域を管轄する市町村長へ報告するよう協力を求めること。

また、市町村長は、医師からコッホ現象の報告を受けた場合は、保護者の同意を得て、コッホ現象事例報告書を都道府県知事に提出すること。

ウ 都道府県知事のコッホ現象事例報告書の取扱い

都道府県知事は、市町村長からコッホ現象の報告を受けた場合は、厚生労働大臣宛てにコッホ現象事例報告書の写し（個人情報に係る部分を除く。）を提出すること。

エ コッホ現象事例報告書等における個人情報の取扱い

イにおいて、保護者の同意が得られない場合は、個人情報を除く事項をそれぞれ報告及び提出すること。

5 Hib感染症の定期接種

Hib感染症の予防接種は、初回接種の開始時の月齢ごとに以下の方法により行うこととし、（1）の方法を標準的な接種方法とすること。

（1）初回接種開始時に生後2月から生後7月に至るまでの間にある者

乾燥ヘモフィルスb型ワクチンを使用し、初回接種については27日（医師が必要と認めた場合には20日）以上、標準的には27日（医師が必要と認めた場合には20日）から56日までの間隔をおいて3回、追加接種については初回接種終了後7月以上、標準的には7月から13月までの間隔をおいて1回行うこと。ただし、初回接種のうち2回目及び3回目の注射は、生後12月に至るまでに行うこととし、それを超えた場合は行わないこと。この場合、追加接種は実施可能であるが、初回接種に係る最後の注射終了後、27日（医師が必要と認めた場合には20日）以上の間隔をおいて1回行うこと。

（2）初回接種開始時に生後7月に至った日の翌日から生後12月に至るまでの間にある者

乾燥ヘモフィルスb型ワクチンを使用し、初回接種については27日（医師が必要と認めた場合には20日）以上、標準的には27日（医師が必要と認めた場合には20日）から56日までの間隔をおいて2回、追加接種については初回接種終了後7月以上、標準的には7月から13月までの間隔をおいて1回行うこと。ただし、初回接種のうち2回目の注射は、生後12月に至るまでに行うこととし、それを超えた場合は行わないこと。この場合、追加接種は実施可能であるが、初回接種に係る最後の注射終了後、27日（医師が必要と認めた場合には20日）以上の間隔をおいて1回行うこと。

（3）初回接種開始時に生後12月に至った日の翌日から生後60月に至るまでの間にある者

者

乾燥ヘモフィルスb型ワクチンを使用し、1回行うこと。なお、政令第1条の3第2項の規定による対象者に対しても同様とすること。

- (4) Hib感染症の予防接種について、平成26年4月1日より前に、旧規則に規定する接種の間隔を超えて行った接種であって、実施規則に規定する予防接種に相当する接種を受けた者は、医師の判断と保護者の同意に基づき、既に接種した回数分の定期接種を受けたものとしてみなすことができること。

6 小児の肺炎球菌感染症の定期接種

小児の肺炎球菌感染症の予防接種は、初回接種の開始時の月齢ごとに以下の方法により行うこととし、(1)の方法を標準的な接種方法とすること。

- (1) 初回接種開始時に生後2月から生後7月に至るまでの間にある者

沈降13価肺炎球菌結合型ワクチンを使用し、初回接種については、標準的には生後12月までに27日以上の間隔をおいて3回、追加接種については生後12月から生後15月に至るまでの間を標準的な接種期間として、初回接種終了後60日以上の間隔をおいた後であって、生後12月に至った日以降において1回行うこと。ただし、初回接種のうち2回目及び3回目の注射は、生後24月に至るまでに行うこととし、それを超えた場合は行わないこと（追加接種は実施可能）。また、初回接種のうち2回目の注射は生後12月に至るまでに行うこととし、それを超えた場合は、初回接種のうち3回目の注射は行わないこと（追加接種は実施可能）。

- (2) 初回接種開始時に生後7月に至った日の翌日から生後12月に至るまでの間にある者

沈降13価肺炎球菌結合型ワクチンを使用し、初回接種については標準的には生後12月までに、27日以上の間隔をおいて2回、追加接種については生後12月以降に、初回接種終了後60日以上の間隔をおいて1回行うこと。ただし、初回接種のうち2回目の注射は、生後24月に至るまでに行うこととし、それを超えた場合は行わないこと（追加接種は実施可能）。

- (3) 初回接種開始時に生後12月に至った日の翌日から生後24月に至るまでの間にある者

沈降13価肺炎球菌結合型ワクチンを使用し、60日以上の間隔をおいて2回行うこと。

- (4) 初回接種開始時に生後24月に至った日の翌日から生後60月に至るまでの間にある者

沈降13価肺炎球菌結合型ワクチンを使用し、1回行うこと。なお、政令第1条の3第2項の規定による対象者に対しても同様とすること。

7 ヒトパピローマウイルス感染症の定期接種

- (1) ヒトパピローマウイルス感染症の定期接種の対応については、当面の間、「ヒトパピローマウイルス感染症の定期接種の対応について（勧告）」（平成25年6月14日健発0614第1号厚生労働省健康局長通知）のとおりであること。

- (2) 次に掲げる者については、ヒトパピローマウイルス感染症の予防接種後に広範な疼痛又は運動障害を中心とする多様な症状が発生する場合があるため、予診に当たっては、これらの者の接種について慎重な判断が行われるよう留意すること。
- ア 外傷等を契機として、原因不明の疼痛が続いたことがある者
 - イ 他のワクチンを含めて以前にワクチンを接種した際に激しい疼痛や四肢のしびれが生じたことのある者
- (3) ヒトパピローマウイルス感染症の予防接種に当たっては、ワクチンを接種する目的、副反応等について、十分な説明を行った上で、かかりつけ医など被接種者が安心して予防接種を受けられる医療機関で行うこと。
- (4) ヒトパピローマウイルス感染症の予防接種に、組換え沈降2価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチンを使用する場合には、13歳となる日の属する年度の初日から当該年度の末日までの間を標準的な接種期間とし、標準的な接種方法として、1月の間隔をおいて2回行った後、1回目の注射から6月の間隔をおいて1回行うこと。ただし、当該方法をとることができない場合は、1月以上の間隔をおいて2回行った後、1回目の注射から5月以上、かつ2回目の注射から2年半以上の間隔をおいて1回行うこと。
- (5) ヒトパピローマウイルス感染症の予防接種に、組換え沈降4価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチンを使用する場合には、13歳となる日の属する年度の初日から当該年度の末日までの間を標準的な接種期間とし、標準的な接種方法として、2月の間隔をおいて2回行った後、1回目の注射から6月の間隔をおいて1回行うこと。ただし、当該方法をとることができない場合は、1月以上の間隔をおいて2回行った後、2回目の注射から3月以上の間隔をおいて1回行うこと。
- (6) 組換え沈降2価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチンと組換え沈降4価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチンの互換性に関する安全性、免疫原性及び有効性に関するデータはないことから、同一の者には、同一のワクチンを使用すること。
- (7) ヒトパピローマウイルス感染症の予防接種後に血管迷走神経反射として失神があらわれることがあるので、失神による転倒等を防止するため、注射後の移動の際には、保護者又は医療従事者が腕を持つなどして付き添うようにし、接種後30分程度、体重を預けられるような場所で座らせるなどした上で、なるべく立ち上がらないように指導し、被接種者の状態を観察する必要があること。
- (8) ヒトパピローマウイルス感染症の予防接種後に広範な疼痛又は運動障害を中心とする多様な症状が発生した場合、次に掲げる事項について適切に対応すること。
- ア 法の規定による副反応疑い報告の必要性の検討
 - イ 当該予防接種以降のヒトパピローマウイルス感染症の予防接種を行わないことの検討
 - ウ 神経学的・免疫学的な鑑別診断及び適切な治療が可能な医療機関の紹介
- (9) ヒトパピローマウイルス感染症の予防接種について、平成26年4月1日より前に、旧規則に規定する接種の間隔を超えて行った接種であって、実施規則に規定する予防接種に相当する接種を受けた者は、医師の判断と保護者の同意に基づき、既に接種した回数分の定期接種を受けたものとしてみなすことができること。

(10) ヒトパピローマウイルス感染症は性感染症であること等から、感染予防や、がん検診を受診することの必要性について、併せて説明することが望ましい。

8 水痘の定期接種

(1) 対象者

水痘の予防接種は、生後 12 月から生後 36 月に至るまでの間にある者に対し、乾燥弱毒生水痘ワクチンを使用し、生後 12 月から生後 15 月に達するまでの期間を標準的な接種期間として 1 回目の注射を行い、3 月以上、標準的には 6 月から 12 月までの間隔をおいて 2 回目の注射を行うこと。

(2) 平成 26 年 10 月 1 日より前の接種の取扱い

ア 平成 26 年 10 月 1 日より前に、生後 12 月以降に 3 月以上の間隔をおいて、乾燥弱毒生水痘ワクチンを 2 回接種した (1) の対象者は、当該予防接種を定期接種として受けることはできないこと。

イ 平成 26 年 10 月 1 日より前に、生後 12 月以降に乾燥弱毒生水痘ワクチンを 1 回接種した者は、既に当該定期接種を 1 回受けたものとみなすこと。

ウ 平成 26 年 10 月 1 日より前に、生後 12 月以降に 3 月未満の期間内に 2 回以上乾燥弱毒生水痘ワクチンを接種した者は、既に当該定期接種を 1 回受けたものとみなすこと。この場合においては、生後 12 月以降の初めての接種から 3 月以上の間隔をおいて 1 回の接種を行うこと。

(3) 接種液の用法

乾燥弱毒生水痘ワクチンは、溶解後にウイルス力価が低下することから、溶解後速やかに接種すること。

9 B型肝炎の定期接種

(1) 対象者

平成 28 年 4 月 1 日以後に生まれた、生後 1 歳に至るまでの間にある者とする。

(2) 対象者から除外される者

HBs 抗原陽性の者の胎内又は産道において B 型肝炎ウイルスに感染したおそれのある者であって、抗 HBs 人免疫グロブリンの投与に併せて組換え沈降 B 型肝炎ワクチンの投与を受けたことのある者については、定期接種の対象者から除くこと。

(3) 接種方法

B 型肝炎の定期の予防接種は、組換え沈降 B 型肝炎ワクチンを使用し、生後 2 月に至った時から生後 9 月に至るまでの期間を標準的な接種期間として、27 日以上の間隔をおいて 2 回接種した後、第 1 回目の注射から 139 日以上の間隔をおいて 1 回接種すること。

(4) 平成 28 年 10 月 1 日より前の接種の取扱い

平成 28 年 10 月 1 日より前（定期の予防接種が開始される前）の注射であって、定期の予防接種の B 型肝炎の注射に相当するものについては、当該注射を定期の予防接種の B 型肝炎の注射とみなし、また、当該注射を受けた者については、定期の予防接種の B 型肝炎の注射を受けた者とみなして、以降の接種を行うこと。

10 高齢者の肺炎球菌感染症の定期接種

(1) 対象者

高齢者の肺炎球菌感染症の予防接種は、次に掲げる者に対し、23 価肺炎球菌莢膜ポリサッカライドワクチンを使用し、1 回行うこと。ただし、イに該当する者として既に当該予防接種を受けた者は、アの対象者から除くこと。

ア 65 歳の者

イ 60 歳以上 65 歳未満の者であって、心臓、腎臓又は呼吸器の機能に自己の身の日常生活活動が極度に制限される程度の障害を有する者及びヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障害を有する者

(2) 対象者から除外される者

これまでに、23 価肺炎球菌莢膜ポリサッカライドワクチンを 1 回以上接種した者は、当該予防接種を定期接種として受けることはできないこと。

(3) 接種歴の確認

高齢者の肺炎球菌感染症の予防接種を行うに当たっては、予診票により、当該予防接種の接種歴について確認を行うこと。

(4) 予防接種の特例

平成 27 年 4 月 1 日から平成 31 年 3 月 31 日までの間、(1) アの対象者については、65 歳、70 歳、75 歳、80 歳、85 歳、90 歳、95 歳又は 100 歳となる日の属する年度の初日から当該年度の末日までの間にある者とする。

11 インフルエンザの定期接種

インフルエンザの予防接種は、次に掲げる者に対し、インフルエンザ HA ワクチンを使用し、毎年度 1 回行うこと。

ア 65 歳以上の者

イ 60 歳以上 65 歳未満の者であって、心臓、腎臓又は呼吸器の機能に自己の身の日常生活活動が極度に制限される程度の障害を有する者及びヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障害を有する者

別表 1

測定キット名（製造販売元）	検査方法	抗体価（単位等）
風疹ウイルスHI試薬「生研」 （デンカ生研株式会社）	赤血球凝集抑制法 （HI法）	8倍以下（希釈倍率）
R-HI「生研」 （デンカ生研株式会社）	赤血球凝集抑制法 （HI法）	8倍以下（希釈倍率）
ウイルス抗体EIA「生研」ルベラIgG （デンカ生研株式会社）	酵素免疫法 （EIA法）	6.0未満（EIA価）
エンザイグノストB風疹/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）	酵素免疫法 （EIA法）	15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）	蛍光酵素免疫法 （ELFA法）	25未満 （国際単位（IU）/ml）
ランピアラテックスRUBELLA （極東製薬工業株式会社）	ラテックス免役比濁法 （LTI法）	15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）	化学発光酵素免疫法 （CLEIA法）	20未満 （国際単位（IU）/ml）
i-アッセイCL風疹IgG （株式会社保健科学西日本）	化学発光酵素免疫法 （CLEIA法）	11未満（抗体価）
BioPlex MMRV IgG （バイオ・ラッド ラボラトリーズ株式会社）	蛍光免疫測定法 （FIA法）	1.5未満（抗体価AI*）
BioPlex ToRC IgG （バイオ・ラッド ラボラトリーズ株式会社）	蛍光免疫測定法 （FIA法）	15未満 （国際単位（IU）/ml）

* 製造企業が独自に調整した抗体価単位
（測定キットについては今後追加の可能性有り）

別表 2

分 類	名 称
悪性新生物	白血病 悪性リンパ腫 ランゲルハンス（細胞）組織球症 (Histiocytosis X) 神経芽細胞腫 ウィルムス (Wilms) 腫瘍 肝芽腫 網膜芽細胞腫 骨肉腫 横紋筋肉腫 ユーイング (Ewing) 肉腫 末梢性神経外胚葉腫瘍 脳腫瘍
血液・免疫疾患	血球貪食リンパ組織球症 慢性活動性 E B ウイルス感染症 慢性 GVHD (Graft Versus Host disease、移植片対宿主病) 骨髄異形成症候群 再生不良性貧血 自己免疫性溶血性貧血 特発性血小板減少性紫斑病 先天性細胞性免疫不全症 無ガンマグロブリン血症 重症複合免疫不全症 バリアブル・イムノデフィシエンシー (variable immunodeficiency) デイジョージ (DiGeorge) 症候群 ウィスコット・アルドリッチ (Wiskott-Aldrich) 症候群 後天性免疫不全症候群 (AIDS、HIV 感染症) 自己炎症性症候群
神経・筋疾患	ウェスト (West) 症候群 (点頭てんかん) レノックス・ガストウ (Lennox-Gastaut) 症候群 重症乳児ミオクロニーてんかん コントロール不良な「てんかん」 Werdnig Hoffmann 病 先天性ミオパチー 先天性筋ジストロフィー ミトコンドリア病 ミニコア病

	<p>無痛無汗症 リー (Leigh) 脳症 レット (Rett) 症候群 脊髄小脳変性症 多発性硬化症 重症筋無力症 ギラン・バレー症候群 慢性炎症性脱髄性多発神経炎 ペルオキシソーム病 ライソゾーム病 亜急性硬化性全脳炎 (SSPE) 結節性硬化症 神経線維腫症 I 型 (レックリングハウゼン病) 神経線維腫症 II 型</p>
慢性消化器疾患	<p>肝硬変 肝内胆管異形成症候群 肝内胆管閉鎖症 原発性硬化性胆管炎 先天性肝線維症 先天性胆道拡張症 (先天性総胆管拡張症) 胆道閉鎖症 (先天性胆道閉鎖症) 門脈圧亢進症 潰瘍性大腸炎 クローン病 自己免疫性肝炎 原発性胆汁性肝硬変 劇症肝炎 膵嚢胞線維症 慢性膵炎</p>
慢性腎疾患	<p>ネフローゼ症候群 巣状糸球体硬化症 慢性糸球体腎炎 急速進行性糸球体腎炎 グッドパスチャー (Goodpasture) 症候群 バーター (Bartter) 症候群</p>
慢性呼吸器疾患	<p>気管支喘息 慢性肺疾患 特発性間質性肺炎</p>

慢性心疾患	<p>期外収縮</p> <p>心房又は心室の細動</p> <p>心房又は心室の粗動</p> <p>洞不全症候群</p> <p>ロマノ・ワルド (Romano-Ward) 症候群</p> <p>右室低形成症</p> <p>心室中隔欠損症</p> <p>心内膜床欠損症 (一次口欠損症、共通房室弁口症)</p> <p>心房中隔欠損症 (二次口欠損症、静脈洞欠損症)</p> <p>単心室症</p> <p>単心房症</p> <p>動脈管開存症</p> <p>肺静脈還流異常症</p> <p>完全大血管転位症</p> <p>三尖弁閉鎖症</p> <p>大血管転位症</p> <p>大動脈狭窄症</p> <p>大動脈縮窄症</p> <p>肺動脈閉鎖症</p> <p>両大血管右室起始症</p> <p>特発性肥大型心筋症</p> <p>特発性拡張型心筋症</p> <p>小児原発性肺高血圧症</p> <p>高安病 (大動脈炎症候群)</p>
内分泌疾患	<p>異所性副腎皮質刺激ホルモン (ACTH) 症候群</p> <p>下垂体機能低下症</p> <p>アジソン (Addison) 病</p> <p>クッシング (Cushing) 症候群</p> <p>女性化副腎腫瘍</p> <p>先天性副腎皮質過形成</p> <p>男性化副腎腫瘍</p> <p>副腎形成不全</p> <p>副腎腺腫</p>
膠原病	<p>シェーグレン (Sjogren) 症候群</p> <p>若年性関節リウマチ</p> <p>スチル (Still) 病</p> <p>ベーチェット病</p> <p>全身性エリテマトーデス</p>

	<p>多発性筋炎・皮膚筋炎</p> <p>サルコイドーシス</p> <p>川崎病</p>
先天性代謝異常	<p>高オルニチン血症－高アンモニア血症－ホモシトルリン尿症症候群</p> <p>先天性高乳酸血症</p> <p>乳糖吸収不全症</p> <p>ぶどう糖・ガラクトース吸収不全症</p> <p>ウイルソン(Wilson)病 (セルロプラスミン欠乏症)</p> <p>メチルマロン酸血症</p>
アレルギー疾患	<p>食物アレルギー</p>
先天異常	<p>先天奇形症候群</p> <p>染色体異常</p>

予防接種台帳

様式第一

No.		町・字					予防接種実施者名			都道府県			保健所 市町村		
番 号	予 防 接 種 対 象 者 名 氏 名	生 年 月 日	性 別	住 所	保 護 者 氏 名	予 防 接 種									備 考
						(1)			(1)			(1)			
						年 月 日 (2)	医 師 名 (3)	摘 要 (4)	年 月 日 (2)	医 師 名 (3)	摘 要 (4)	年 月 日 (2)	医 師 名 (3)	摘 要 (4)	

台帳作成及び記載上の注意

- 1 用紙は大型のものをを用いること。
- 2 「予防接種」の欄には、小欄を多く設け、数回の予防接種（インフルエンザの場合は、複数年にわたる予防接種）に使用し得るようにしておくこと。
- 3 予防接種対象者の記載は、町・字ごとに行って「町・字名」の欄に当該町・字名を記載するとともに、「住所」の欄に簡略に記載すること。
- 4 「予防接種」欄には、予防接種が2回又は3回の接種により行われるときは、その1回ごとに記載するものとし、(1)欄には予防接種の種類、定期臨時の別等を、(2)欄には当該予防接種を行った年月日を、(3)欄には接種を行った医師の氏名を、(4)欄には接種液の名称、接種量等を記載すること。
- 5 実費徴収の徴収基準による区分、予防接種済証の交付等については備考欄にその旨を記載しておくこと。
- 6 予防接種を受けることが適当でない者、事故により予防接種を受けることが出来なかった者等については、それぞれ予防接種を行わなかった理由を備考欄に記載しておくこと。
- 7 それぞれの予防接種に用いた接種液については、その製造者及び製造所の名称、製造及び検定の年月日並びに製造番号を備考欄に記載しておくこと。

様式第二 ～ 様式第九 略

風しんの抗体検査及び風しんの第5期の定期接種に係る委託契約書

予防接種法施行令（昭和23年政令第197号）附則第3項の規定による読替後の同令第1条の3第1項の表風しんの項第3号の「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」に対して市町村（東京都特別区を含む。以下「市区町村」という。）が実施する風しんの抗体検査及び予防接種法（昭和23年法律第68号）第2条第4項の定期の予防接種（以下「風しんの第5期の定期接種」という。）について、全国知事会（以下「甲」という。）と公益社団法人日本医師会（以下「乙」という。）との間に、次の条項により委託契約を締結する。この場合、甲は、自ら及び本契約の締結についての権限を甲に委任する別紙1「委託元市区町村一覧表」の市区町村（以下「丙」という。）の代理人として、乙は、自ら及び風しんの抗体検査及び風しんの第5期の定期接種の実施を承諾し、かつ本契約の締結についての権限を乙に委任する別紙2「実施機関一覧表」の医療機関等（以下「丁」という。）の代理人として契約するものとする。

（総則）

第1条 現在の風しんの発生状況等を踏まえ、風しんの感染拡大防止のため、丙が実施する風しんの抗体検査及び風しんの第5期の定期接種の対象者が丁において抗体検査又は予防接種を受けることを希望する場合に、本契約に基づいて抗体検査又は予防接種を実施するものとする。

2 丙は、前項で委託した事業に係る委託料を丁に支払う際は、その事務を代行機関に委託するものとする。

（信義誠実の義務）

第2条 甲、乙、丙及び丁は、信義に従い、誠実にこの契約に定める各条項を履行しなければならない。

（委任状）

第3条 丙は、別紙3及び別紙4等により、本契約の締結についての権限を甲に委任するものとする。

2 丁は、別紙5、別紙6及び別紙7等により、本契約の締結についての権限を乙に委任するものとする。

（委託業務）

第4条 丙は、風しんの抗体検査及び風しんの第5期の定期接種に関し、次の各号に掲げる業務の実施を丁に委託し、丁はこれを受託する。

一 風しんの抗体検査に関する次に掲げる業務

ア 検査対象者の確認

- イ 検査（抗体検査）の実施
 - ウ 検査受検者への結果の報告
 - エ その他検査業務を行うために必要なこと
- 二 風しんの第5期の定期接種に関する次に掲げる業務
- ア 接種対象者の確認
 - イ 予診
 - ウ ワクチンの接種
 - エ その他予防接種業務を行うために必要なこと

（委託業務の実施方法）

- 第5条 乙は、前条各号の業務を丁において実施させるものとする。なお、風しんの第5期の定期接種については、丁に所属する医師の承諾を得た上で当該業務を行わせることとし、あらかじめ、その氏名を丁において掲示することとする。
- 2 丁は、予防接種法その他関係法令及び別記「風しんの第5期の定期接種実施要領」等を遵守し、業務を実施するものとする。
- 3 前2項のほか、丁は、業務の実施について丙の指示に従わなければならない。

（委託料等）

- 第6条 丙は、第4条の業務に係る委託料に消費税及び地方消費税（以下、消費税等）という。）として、委託料に100分の8を乗じて得た額を加えて丁に支払うものとする。なお、契約期間の中途において消費税及び地方消費税率の改定が行われた場合は、改定日以降の業務の実施に係る委託料については、改定後の税率により計算するものとする。
- 2 風しんの抗体検査に係る1件当たりの委託料は、別紙8のとおりとする。
- 3 風しんの第5期の定期接種に係る1件当たりの委託料は、丙が別に定める額（消費税等を除く。）であって、ワクチン費用、接種手技料等を含むものとし、被接種者の自己負担額を控除した額とする。
- 4 丙は、第1項の支払いの際、別途代行機関との契約において定める委託事務手数料を支払うものとする。

（委託料の請求及び支払い）

- 第7条 丁は、丁が実施した第4条の業務に係る委託料を丙に請求しようとするときは、当該業務を実施した月ごとに取りまとめ、当該実施月の翌月10日までに別紙9の「請求総括書」及び別紙10の「市区町村別請求書」（以下「請求書」という。）に別に定める風しんの抗体検査の受診票又は風しんの第5期の定期接種の予診票を添付し、丁の所在地の代行機関に提出するものとする。
- 2 丁の所在地の代行機関は、前項の請求書を受理したときは、丙との委託契約に基づき、第4条の業務に係る委託料を丁に支払うものとする。
- 3 やむを得ない事情により、丁が第1項に定める丁の所在地の代行機関を通じての請求を行うことができない場合は、丁は直接丙に請求することができるものとする。
- 4 丙は、前項の請求を受けたときは、内容を審査して適正と認めたときは、第

4条の業務に係る委託料を、審査を終えた日の属する月の翌月末日までに丁に支払うものとする。

5 委託料の請求及び支払いに当たっては、丁は、予め支払先情報を丁の所在地の代行機関に提供するものとする。

(再委託の禁止)

第8条 丁は、丙が丁に委託する業務の全部又は一部を第三者に委託してはならない。ただし、丁が、検査機器の不備等により、血液検査等の実施が困難であることを理由に、第三者に業務の一部を委託する場合には、この限りではない。

2 前項において丁が第三者に業務の一部を委託して実施する場合、受診者及び利用者の自己負担金の徴収及び第7条に規定する委託料の請求は丁が一元的に行うこととし、丁から業務の一部を受託した第三者は、受託した検査のみを行うものとする。

(譲渡の禁止)

第9条 丁は、丙が丁に委託する業務の全部又は一部を第三者に譲渡してはならない。

(事故に対する措置)

第10条 この契約に基づいて丁が実施した風しんの抗体検査に係る事故（丁に故意又は重大な過失がある場合を除く。）が生じた場合は、丙の責任において対応に当たるものとする。なお、丁は、事故が発生した場合には、丙の求めに応じ、誠意をもって丙の対応に協力しなければならない。

2 この契約に基づいて丁が実施した風しんの第5期の定期接種により事故が生じた場合の対応は次のとおりとする。

一 丙は、当該健康被害等への対応に当たるものとし、丁は丙に協力するものとする。

二 丙は、当該事故に対する救済措置を講ずるとともに、対象者に生じた損失を補償するものとする。

三 二の規定により丙が損失の補償を行う場合は、当該損失の発生について丁に故意又は重大な過失がある場合を除き、丙は丁に対する求償権を有しないものとする。

(個人情報の保護)

第11条 丁は、本契約による業務を処理するための個人情報の取扱いについては、別紙11の「個人情報取扱注意事項」を遵守しなければならない。

2 丁は、第8条の1項及び2項の場合において、予め定めがない場合には、必要に応じて業務の一部を委託した第三者との間で別紙11「個人情報取扱注意事項」と同等の規定を取り交わすこととする。

(契約主体の変更)

第12条 丙から本委託契約締結後に新たに本契約の締結についての権限を甲に委任する旨、又は委任を取り下げる旨の申し出があった場合は、甲は別紙1

- の「委託元市区町村一覧表」を修正の上、乙に通知するものとする。
- 2 丁から本委託契約締結後に新たに本契約の締結についての権限を乙に委任する旨、又は委任を取り下げる旨の申し出があった場合は、乙は別紙2の「実施機関一覧表」を修正の上、甲に通知するものとする。
 - 3 前2号の場合には、それぞれ当該通知がなされたことをもって、別紙1の「委託元市区町村一覧表」又は別紙2の「実施機関一覧表」の変更の効力が生ずるものとする。

(契約の解除及び変更)

- 第13条 丙又は丁がこの契約を解除し又は変更しようとするときは、解除又は変更しようとする日の1ヶ月前までに相手方に文書で通知し、丙と丁双方協議により決定するものとする。
- 2 前項の場合において、丙又は丁は、予め甲又は乙に報告を行うものとする。

(属性要件に基づく契約解除)

- 第14条 甲又は丙は、乙又は丁が次の各号の一に該当すると認められるときは、何らの催告を要せず、本契約を解除することができる。
- 一 法人等（個人、法人又は団体をいう。）の役員等（個人である場合はその者、法人である場合は役員又は支店若しくは営業所（常時契約を締結する事務所をいう。）の代表者、団体である場合は代表者、理事等、その他経営に実質的に関与している者をいう。）が、暴力団（暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成3年法律第77号）第2条第2号に規定する暴力団をいう。以下同じ。）又は暴力団員（同法第2条第6号に規定する暴力団員をいう。以下同じ。）であるとき
 - 二 役員等が、自己、自社若しくは第三者の不正の利益を図る目的又は第三者に損害を加える目的をもって、暴力団又は暴力団員を利用するなどしているとき
 - 三 役員等が、暴力団又は暴力団員に対して、資金等を供給し、又は便宜を供与するなど直接的あるいは積極的に暴力団の維持、運営に協力し、若しくは関与しているとき
 - 四 役員等が、暴力団又は暴力団員であることを知りながらこれを不当に利用するなどしているとき
 - 五 役員等が、暴力団又は暴力団員と社会的に非難されるべき関係を有しているとき

(行為要件に基づく契約解除)

- 第15条 甲又は丙は、乙又は丁が自ら又は第三者を利用して次の各号の一に該当する行為をした場合は、何らの催告を要せず、本契約を解除することができる。
- 一 暴力的な要求行為
 - 二 法的な責任を超えた不当な要求行為
 - 三 取引に関して脅迫的な言動をし、又は暴力を用いる行為
 - 四 偽計又は威力を用いて支出負担行為担当官の業務を妨害する行為

2019年4月1日

五 その他前各号に準ずる行為

(契約期間等)

第16条 この契約の有効期間は、平成31年(2019年)4月1日から平成32年(2020年)3月31日までとする。

ただし、この契約の有効期間の終了1か月前までに、甲又は乙より別段の意思表示がないときは、終期の翌日において向こう1か年間契約の更新をしたものとみなす。なお、契約の更新は2回を限度とする。

(補則)

第17条 この契約の定めない事項については、必要に応じ、丙の代理人たる甲と丁の代理人たる乙が協議してこれを定める。

この契約の証として本書2通を作成し、当事者記名押印の上、甲及び乙が各自1通を保有することとし、その写しを甲は丙に、乙は丁にそれぞれ通知するものとする。

平成31年(2019年) 4月 1日

甲 東京都千代田区平河町2丁目6番3号 都道府県会館6階

全国知事会

代表者 会長 上田 清司

乙 東京都文京区本駒込2丁目28番16号

公益社団法人日本医師会

代表者 会長 横倉 義武

風しんの第5期の定期接種実施要領

風しんの抗体検査及び風しんの第5期の定期接種に係る委託契約書第5条第3項により、これを定める。

第1 対象者

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。ただし、以下の(1)～(6)に該当する者を除く。なお、平成31年度においては、昭和47年(1972年4月2日)～昭和54年(1979年)4月1日生まれの方を対象に市区町村から風しんの第5期の定期接種に係るクーポン券が送付されるが、当該期間に生まれた方以外の対象者が希望すれば、市区町村からクーポン券が交付されるため、定期接種の対象となることに留意すること。平成32年度以降の対象者については、別途、厚生労働省通知等に従うこと。

- (1) 当該予防接種に相当する予防接種を受けたことのある者で当該予防接種を行う必要がないと認められるもの
- (2) 明らかな発熱を呈している者
- (3) 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな者
- (4) 当該疾病に係る予防接種の接種液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
- (5) 風しんに係る抗体検査を受けた結果、十分な量の風しんの抗体があることが判明し、定期の予防接種を行う必要がないと認められる者*
- (6) その他、予防接種を行うことが不適当な状態にある者

※ 抗体検査の結果、十分な量の風しんの抗体があることが判明し、定期の予防接種を行う必要がないと認められる者は、以下の抗体価を超える抗体価が認められる者とし、今後、厚生労働省通知等により、測定キットの追加、抗体価の単位等が変更となった場合は、それに従うこととする。

測定キット名(製造販売元)	検査方法	抗体価(単位等)
風疹ウイルスHI試薬「生研」 (デンカ生研株式会社)	赤血球凝集抑制法 (HI法)	8倍以下(希釈倍率)
R-HI「生研」 (デンカ生研株式会社)	赤血球凝集抑制法 (HI法)	8倍以下(希釈倍率)
ウイルス抗体EIA「生研」ルベラIgG (デンカ生研株式会社)	酵素免疫法 (EIA法)	6.0未満(EI価)

エンザイグノスト B 風疹/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)	酵素免疫法 (EIA 法)	1.5 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・ビオメリユール株 会社)	蛍光酵素免疫法 (ELFA 法)	2.5 未満 (国際単位 (IU) /ml)
ランピア ラテックス RUBELLA (極東製薬工業株式会社)	ラテックス免疫比濁法 (LTI 法)	1.5 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)	化学発光酵素免疫法 (CLEIA 法)	2.0 未満 (国際単位 (IU) /ml)
i-アッセイ CL 風疹 IgG (株式会社保健科学西日本)	化学発光酵素免疫法 (CLEIA 法)	1.1 未満 (抗体価)
BioPlex MMRV IgG (バイオ・ラッド ラボラトリーズ株 会社)	蛍光免疫測定法 (FIA 法)	1.5 未満 (抗体価 AI*)
BioPlex ToRC IgG (バイオ・ラッド ラボラトリーズ株 会社)	蛍光免疫測定法 (FIA 法)	1.5 未満 (国際単位 (IU) /ml)

* 製造企業が独自に調整した抗体価単位

第2 実施方法

(1) 実施に当たっての準備等

- ア 予診票を実施機関の窓口に着けるとともに、予防接種に必要なワクチン及び諸資材の確保すること。
- イ 集合契約における風しんの第5期の定期接種は、乾燥弱毒生麻しん風しん混合ワクチン (MR ワクチン) を使用すること。
- ウ 予防接種を実施する際は、被接種者や使用ワクチンの種類・量・有効期限など十分に確認を行い、事故の防止に努めること。また、被接種者に副反応がみられた場合に備え、救急措置物品を備えるとともに、速やかに医療機関において適切な治療が受けられるよう、関係医療機関との連携を図っておくこと。
- エ 接種医は、被接種者本人が予防接種不適合者又は予防接種要注意者か否かを確認するため、予診票に記載されている質問事項に対する回答に関する本人への問診を通じ、抗体検査の結果により定期接種の対象者であることを確認するとともに、診察等を実施した上で、接種を行うこと。なお、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、定期接種の対象者又はその保護者がその内容を理解し得るよう適切な説明を行い、予防接種の実施に関して文書により同意を得

た場合（予診票への署名により確認）に限り接種を行うこと。

オ 接種終了後、接種医は、予診票の医師記入欄、ワクチン名、ロット番号、実施場所、医師名、接種年月日等の必要事項を記載した上で、予診票の原本に「国保連提出用」のクーポン券を貼付し、国保連合会に提出すること。本人控え（兼接種済証）のクーポン券を貼付する予診票には、上記の必要事項を転記する他、原本の複写を使用しても差し支えない。

（2）接種液・接種時の注意等

ア 接種液

（ア）接種液の使用に当たっては、標示された接種液の種類、有効期限内であること及び異常な混濁、着色、異物の混入その他の異常がない旨を確認すること。

（イ）接種液の貯蔵は、生物学的製剤基準の定めるところによるほか、所定の温度が保たれていることを温度計によって確認できる冷蔵庫等を使用すること。また、ワクチンによって、凍結させないこと、溶解は接種直前に行い一度溶解したものは直ちに使用すること、溶解の前後にかかわらず光が当たらないよう注意することなどの留意事項があるので、それぞれ添付文書を確認の上、適切に使用すること。

イ 接種時の注意

次に掲げる事項を遵守すること。

（ア）予防接種に従事する者は、手指を消毒すること。

（イ）ワクチンによって、凍結させないこと、溶解は接種直前に行い一度溶解したものは直ちに使用すること、溶解の前後にかかわらず光が当たらないよう注意することなどの留意事項があるので、それぞれ添付文書を確認の上、適切に使用すること。

（ウ）接種液の使用に当たっては、有効期限内のものを均質にして使用すること。

（エ）バイアル入りの接種液は、栓及びその周囲をアルコール消毒した後、栓を取り外さないで吸引すること。

（オ）接種液が入っているアンプルを開口するときは、開口する部分をあらかじめアルコール消毒すること。

（カ）原則として上腕伸側に皮下接種により行うこと。接種前には接種部位をアルコール消毒し、接種に際しては注射針の先端が血管内に入っていないことを確認すること。

（キ）接種用具等の消毒は、適切に行うこと。

（ク）被接種者に対して、次に掲げる事項を要請すること。

① 接種後は、接種部位を清潔に保ち、接種当日は過激な運動を避けるよう注意し、又は注意させること。

② 接種後、接種局所の異常反応や体調の変化を訴える場合は、速やかに医師の診察を受け、又は受けさせること

③ 被接種者は、この場合において、被接種者が医師の診察を受けたときは、速やかに被接種者が居住している（住民票のある）市区町村の担当部局に連絡すること。

(3) 予防接種の間違いの報告

接種医は、定期接種を実施する際、予防接種に係る間違いの発生防止に努めるとともに、間違いの発生を迅速に把握できる体制をとり、万が一、誤った用法用量でワクチンを接種した場合や、有効期限の切れたワクチンを接種した場合、血液感染を起こしうる場合等の重大な健康被害につながるおそれのある間違いを把握した場合には、以下の①から⑥までの内容を任意の様式に記載し、被接種者が居住している（住民票のある）市区町村に速やかに報告すること。

- ① 予防接種を実施した機関
- ② ワクチンの種類、メーカー、ロット番号
- ③ 予防接種を実施した年月日（間違い発生日）
- ④ 間違いに係る被接種者数
- ⑤ 間違いの概要と原因
- ⑥ 健康被害発生の有無（健康被害が発生した場合は、その内容）

第3 予防接種による健康被害等への対応

(1) 接種医の所属する医療機関の開設者又は接種医は、被接種者に予防接種による副反応（予防接種法施行規則第5条に規定する症状）を診断した場合は、必要な処置などを行うとともに、「定期の予防接種等による副反応の報告等の取扱いについて」（平成25年3月30日健発0330第3号、薬食発0330第1号厚生労働省健康局長、医薬食品局長連名通知）に基づき、速やかに独立行政法人医薬品医療機器総合機構へFAX（FAX番号：0120-176-146）にて報告すること。

(2) 予防接種による健康被害の救済措置は、予防接種法第15条により、被接種者の居住する（原則として住民票がある）市区町村が対応する。

実施機関一覧表

とりまとめ団体名:

医師会名・団体名等を記入

別紙2

医療・健診機関 コード <small>(半角数字10桁または7桁)</small>	実施機関名	郵便番号 <small>(半角数字・ハイフンあり)</small>	所在地 ※1	電話番号 ※2 <small>(半角数字・ハイフンあり)</small>	受託範囲 ※3	
					風しんの 抗体検査	風しんの第5期の 定期接種
XXXXXXXX	〇〇病院	XXX-XXXX	〇〇県〇〇市〇〇 〇丁目〇番地	XXX-XXX-XXXX	○	○
XXXXXXXXXXXX	〇△病院	XXX-XXXX	〇〇県〇〇市〇〇 〇-〇-〇	XXX-XXX-XXXX	○	○
XXXXXXXXXXXX	〇□病院	XXX-XXXX	〇〇県〇〇市〇〇 〇丁目〇番地	XXX-XXX-XXXX	○	○
XXXXXXXX	△〇病院	XXX-XXXX	〇〇県〇〇市〇〇 〇丁目〇番地	XXX-XXX-XXXX	○	○
XXXXXXXX	△△病院	XXX-XXXX	〇〇県〇〇市〇〇 〇丁目〇番地	XXX-XXX-XXXX	○	○
XXXXXXXX	△□クリニック	XXX-XXXX	〇〇県〇〇市〇〇 〇丁目〇番地	XXX-XXX-XXXX	○	
XXXXXXXX	□〇医院	XXX-XXXX	〇〇県〇〇市〇〇 〇丁目〇番地	XXX-XXX-XXXX	○	○
XXXXXXXX	□△診療所	XXX-XXXX	〇〇県〇〇市〇〇 〇丁目〇番地	XXX-XXX-XXXX	○	○
XXXXXXXX	□□医院	XXX-XXXX	〇〇県〇〇市〇〇 〇丁目〇番地	XXX-XXX-XXXX	○	

風しんの抗体検査・風しんの第5期の定期接種用

※必ずコピーを保管ください。

年 月 日

委任状

【委任者】

①市区町村コード	
②市区町村名	
③郵便番号	
④所在地(要都道府県)	
⑤電話番号(要市外局番)	
※契約代表者役職・氏名	印

*※は本契約代表者を記入し、必ず捺印すること

(記入担当者)

部署・氏名	
メールアドレス	

*メールアドレスについては、共有アドレスでもよいので出来るだけご記入ください。

〇〇市区町村は、〇〇都道府県へ、次の事項についての権限を委任いたします。
記

- ① 予防接種法施行令(昭和23年政令第197号)附則第3項の規定による読替え後の同令第1条の3第1項の表風しんの項第3号の「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」に対して市町村(東京都特別区を含む。以下「市区町村」という。)が実施する風しんの抗体検査及び予防接種法(昭和23年法律第68号)第2条第4項の定期の予防接種(以下「風しんの第5期の定期接種」という。)について、下記に記入した業務範囲のうち、「委託する」に〇を記したものに限り、日本医師会等を代理人とした医療機関及び健診機関との委託契約を締結すること。
- ② 上記①に係る契約の締結についての権限を、全国知事会に再委任すること。

⑥委託業務

風しんの抗体検査及び風しんの第5期の定期接種について、貴市区町村における委託の可否について御記入下さい。

●風しんの抗体検査

委託する	委託しない

●風しんの第5期の定期接種

委託する	委託しない

(委任とりまとめ者)

〇〇県〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号
〇〇都道府県知事
〇〇 〇〇

委任状

平成 年 月 日

全国知事会

代表者 会長 上田清司 殿

〇〇都道府県知事 印

予防接種法施行令（昭和23年政令第197号）附則第3項の規定による読替え後の同令第1条の3第1項の表風しんの項第3号の「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」に対して市町村（東京都特別区を含む。以下「市区町村」という。）が実施する風しんの抗体検査及び予防接種法（昭和23年法律第68号）第2条第4項の定期の予防接種（以下「風しんの第5期の定期接種」という。）について、日本医師会等を代理人とした医療機関及び健診機関との委託契約の締結に当たり、別添「委任元市区町村一覧表」に記載する市区町村から委任された日本医師会等を代理人とした医療機関及び健診機関との委託契約の締結についての下記の権限を貴殿に委任いたします。

記

- 風しんの抗体検査及び風しんの第5期の定期接種について、別添「委任元市区町村一覧表」に記載する市区町村が、日本医師会等を代理人とした医療機関及び健診機関との委託契約を締結すること

(連絡先)

担当部署：

担当者：

電話番号：

メールアドレス：

風しんの抗体検査・風しんの第5期の定期接種用

※必ずコピーを保管ください。

年 月 日

委任状

【委任者】

①医療機関コード	
②医療機関名	
③郵便番号	
④所在地(要都道府県)	
⑤電話番号(要市外局番)	
※契約代表者役職・氏名	印

*※は本契約代表者を記入し、必ず捺印すること

(記入担当者)

部署・氏名	
メールアドレス	

*メールアドレスについては、共有アドレスでもよいので出来るだけご記入ください。

当院は、【●●(とりまとめ団体)】へ、次の事項についての権限を委任いたします。
記

- ① 予防接種法施行令(昭和23年政令第197号)附則第3項の規定による読替え後の同令第1条の3第1項の表風しんの項第3号の「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」に対して市町村(東京都特別区を含む。以下「市区町村」という。)が実施する風しんの抗体検査及び予防接種法(昭和23年法律第68号)第2条第4項の定期的予防接種(以下「風しんの第5期の定期接種」という。)について、下記に記入した業務範囲のうち、「受託する」に○を記したものに限り、全国知事会を代理人とした市区町村との委託契約を締結すること。
- ② 上記①に係る契約の締結についての権限を、日本医師会に再委任すること。

⑥受託業務

風しんの抗体検査及び風しんの第5期の定期接種について、貴医療機関における受託の可否について御記入下さい。

●風しんの抗体検査

受託する	受託しない

●風しんの第5期の定期接種

受託する	受託しない

(委任とりまとめ者)

○○県○○市○○町○丁目○番○号
【●●(とりまとめ団体)】
○○ ○○

委任状

平成 年 月 日

日本医師会長 殿

【●●都道府県医師会】長 印

予防接種法施行令（昭和23年政令第197号）附則第3項の規定による読替え後の同令第1条の3第1項の表風しんの項第3号の「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」に対して市町村（東京都特別区を含む。以下「市区町村」という。）が実施する風しんの抗体検査及び予防接種法（昭和23年法律第68号）第2条第4項の定期の予防接種（以下「風しんの第5期の定期接種」という。）について、全国知事会を代理人とした市区町村との委託契約（以下「本契約」という。）の締結に当たり、別添「実施機関一覧表」に記載する医療機関及び健診機関から委任された本契約の締結についての下記の権限を貴殿に委任いたします。

記

- 風しんの抗体検査及び風しんの第5期の定期接種について、別添「実施機関一覧表」に記載する医療機関及び健診機関が、全国知事会を代理人とした市区町村との委託契約を締結すること

(連絡先)

担当部署：

担当者：

電話番号：

メールアドレス：

委任状

平成 年 月 日

【●●（とりまとめ団体）】長 殿

【●●（とりまとめ団体）】長 印

予防接種法施行令（昭和23年政令第197号）附則第3項の規定による読替え後の同令第1条の3第1項の表風しんの項第3号の「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」に対して市町村（東京都特別区を含む。以下「市区町村」という。）が実施する風しんの抗体検査及び予防接種法（昭和23年法律第68号）第2条第4項の定期の予防接種（以下「風しんの第5期の定期接種」という。）について、全国知事会を代理人とした市区町村との委託契約（以下「本契約」という。）の締結に当たり、別添「実施機関一覧表」に記載する医療機関及び健診機関から委任された本契約の締結についての下記の権限を貴殿に委任いたします。

記

- 風しんの抗体検査及び風しんの第5期の定期接種について、別添「実施機関一覧表」に記載する医療機関及び健診機関が、全国知事会を代理人とした市区町村との委託契約を締結すること
- 本契約の締結についての権限を日本医師会に再委任すること

(連絡先)

担当部署：

担当者：

電話番号：

メールアドレス：

風しん抗体検査の価格

付属資料6-1

	HI法、LTI法、ICA法	EIA法、ELFA法、CLEIA法、 FIA法、CLIA法
保健所で行う場合※ ¹	790円	2,180円
健診等の機会に行う場合	■ ¹ ※ ³ 1,290円 (税込：1,419円)	■ ² ※ ³ 2,680円 (税込：2,948円)
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※ ² を除く）	■ ³ ※ ³ 4,930円 (税込：5,423円)	■ ⁴ ※ ³ 6,320円 (税込：6,952円)
上記以外の時間に医療機関を受診して行う場合	■ ⁵ ※ ³ 5,430円 (税込：5,973円)	■ ⁶ ※ ³ 6,820円 (税込：7,502円)

※¹ 参考価格。今回の集合契約には含まれない。

※² 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

※³ 抗体検査の受診票における「検査番号」に相当する番号を記載。

注¹ 国保連合会に支払い事務を委託する場合には、上記価格以外に事務手数料として300円（税込）が必要となる。

注² 注¹の事務手数料は、消費税率の引上げを含め、必要に応じて価格改定を実施予定。

〇〇都道府県国民健康保険団体連合会 御中

〇〇県〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号

代表者氏名 労働次郎

電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

風しん対策 請求総括書（実績報告書）

施設等区分 1:医療機関
 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

	区分	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

※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、本総括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。

〇〇〇市区町村長様
市区町村番号

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

〇〇県〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号
 代表者氏名 労働次郎
 電話番号 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇〇

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

%

※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。

個人情報取扱注意事項

（基本的事項）

第1 丁は、個人情報（個人に関する情報であつて、特定の個人を識別することができるもの（他の情報と照合することにより、特定の個人を識別することができることとなるものを含む。）をいう。以下同じ。）の保護の重要性を認識し、この契約による業務を行うに当たっては、個人の権利利益を害することのないよう、個人情報の取扱いを適正に行わなければならない。

（秘密の保持）

第2 丁は、この契約による業務に関して知り得た個人情報を他に漏らしてはならない。この契約が終了し、又は解除された後においても同様とする。

（収集の制限）

第3 丁は、この契約による業務を行うために個人情報を収集するときは、その業務の目的を明確にし、目的を達成するために必要な範囲内で、適法かつ適正な方法により行わなければならない。

（適正管理）

第4 丁は、この契約による業務に関して知り得た個人情報について、漏えい、滅失又はき損の防止その他の個人情報の適正な管理のために必要な措置を講じなければならない。

（目的外利用及び提供の禁止）

第5 丁は、丙の指示又は承諾があるときを除き、この契約による業務に関して知り得た個人情報を、契約の目的以外に利用し、又は第三者に提供してはならない。なお、他の法令に特別の定めがある場合を除く。

（複写又は複製の禁止）

第6 丁は、丙の承諾があるときを除き、この契約による業務を行うため丙から提供を受けた個人情報が記録された資料等を複写し、又は複製してはならない。

（再委託の禁止）

第7 丁は、丙が承諾をしたときを除き、この契約による個人情報を取り扱う業務については、第三者に委託してはならない。

（資料等の返還）

第8 丁は、この契約による業務を行うため丙から提供を受け、又は丁が収集し、若しくは作成した個人情報が記録された資料等は、この契約の終了後直ちに丙に返還し、又は引き渡すものとする。ただし、丙が別に指示したときはその指示に従うものとする。

（従事者への周知）

第9 丁は、この契約による業務に従事している者に対して、在職中及び退職後においても当該業務に関して知り得た個人情報をみだりに他人に知らせ、又は不当な目的に利用してはならないことその他個人情報の保護に関し必要な事項を周知させなければならない。

（調査）

第10 丙は、丁がこの契約による業務を行うに当たり、取り扱っている個人情報の状況について、随時調査することができる。

（事故報告）

第11 丁は、この特記事項に違反する事態が生じ、又は生ずるおそれのあることを知ったときは、速やかに丙に報告し、丙の指示に従わなければならない。

風しんの第5期の定期接種の対象となる抗体価基準

測定キット名（製造販売元）	検査方法	抗体価（単位等）
風疹ウイルスHI試薬「生研」 （デンカ生研株式会社）	赤血球凝集抑制法 （HI法）	8倍以下（希釈倍率）
R-HI「生研」 （デンカ生研株式会社）	赤血球凝集抑制法 （HI法）	8倍以下（希釈倍率）
ウイルス抗体EIA「生研」ルベラIgG （デンカ生研株式会社）	酵素免疫法 （EIA法）	6.0未満（EIA価）
エンザイグノスト B 風疹/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）	酵素免疫法 （EIA法）	1.5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）	蛍光酵素免疫法 （ELFA法）	2.5未満 （国際単位（IU）/ml）
ランピア ラテックス RUBELLA （極東製薬工業株式会社）	ラテックス免疫比濁法 （LTI法）	1.5未満 （国際単位（IU）/ml）
ランピア ラテックス RUBELLA II （極東製薬工業株式会社）	ラテックス免疫比濁法 （LTI法）	1.5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）	化学発光酵素免疫法 （CLEIA法）	2.0未満 （国際単位（IU）/ml）
i-アッセイ CL 風疹 IgG （株式会社保健科学西日本）	化学発光酵素免疫法 （CLEIA法）	1.1未満（抗体価）
BioPlex MMRV IgG （バイオ・ラッド ラボラトリーズ株式会社）	蛍光免疫測定法 （FIA法）	1.5未満 （抗体価 AI*）
BioPlex ToRC IgG （バイオ・ラッド ラボラトリーズ株式会社）	蛍光免疫測定法 （FIA法）	1.5未満 （国際単位（IU）/ml）
Rubella-G アボット （アボットジャパン株式会社）	化学発光免疫測定法 （CLIA法）	1.5未満 （国際単位（IU）/ml）
バイオライン ルベラ IgG/IgM （アボット ダイアグノスティクスメディカル株式会社）	イムノクロマト法 （ICA法）	陰性

* 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）


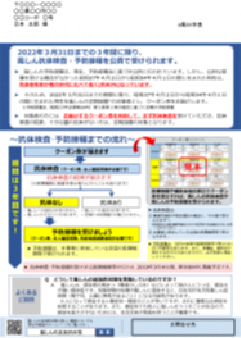
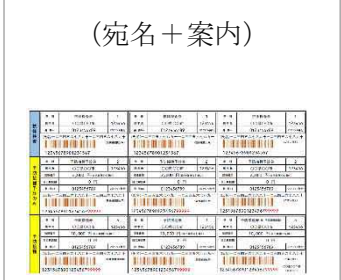

送付用クーポン券の仕様(長形3号封筒で発送する委託様式)

①シール材質及び仕様	
	1) 上質紙 55Kg ベース 2) 普通粘着以上の糊 3) OCR の読取に影響の無い用紙 4) 「抗体検査券」 = 浅葱(あさぎ) 色・「予防接種予診券および予防接種券」 = 黄色
②クーポンサイズ	
	1) 抗体検査券 シールサイズ：タテ 32.0mm×ヨコ 63.0mm 数字部分フォントとサイズ：OCR B 9pt ※OCR 読取における条件 枠内数字：上下 1.5mm の余白 最下段：OCR ライン (17 桁)：上下 2mm 以上の余白
	2) 予防接種券 (予診のみ) および予防接種券 シールサイズ：タテ 41.0mm×ヨコ 63.0mm 数字部分フォントとサイズ：OCR B 9pt ※OCR 読取における条件 枠内数字：上下 1.5mm の余白 金額表記：表 3 段目および 4 段目：金額と「円」の間にスペース 最下段：OCR ライン (22 桁)：上下 2mm 以上の余白
③クーポン内の記載事項	
1) 券種	1：抗体検査券 2：予防接種予診券 (予診のみ) 3：予防接種券
2) 請求先	・自治体名「都道府県+市区町村」 ・自治体 No (総務省 全国地方公共団体コード 6 桁) ※コード誤りが多数発生しており、支払請求事務に支障を来していることから、誤りのないよう留意されたい。
3) 接種費用 ※抗体検査券は除く	・接種に係る費用 (市区町村が定める額を記載、自己負担額を除く) ・税抜き価格を記載すること
4) 自己負担額 ※抗体検査券は除く	・接種に係る自己負担額 ・税抜き価格を記載すること
5) 発券 No	・10 桁 ・市区町村において一意となる管理番号とすること
6) 有効期限	・当該年度末 (多少早めに設定することも可) ・なお、風しんの第 5 期の定期接種については、市区町村の実情に応じて、年度を超えて有効期限を設定して差し支えない。
7) 氏名	・20 文字
8) バーコード ※任意記載事項	・市区町村システム入力用 ・NW-7 規格 ・サイズ：タテ 5.6mm×ヨコ 37.31mm 程度を想定
9) OCR ライン	・国保連システム入力用 ・抗体検査 (17 桁) → 券種 (1 桁) + 市区町村コード (6 桁) + 券番号 (10 桁) ・予防接種予診券、および予防接種券 (22 桁) → 券種 (1 桁) + 市区町村コード (6 桁) + 券番号 (10 桁) + 予診費用又は接種費用 (5 桁) ※例) 費用 (2,000 円) = 02000・(10,000 円) = 10000
10) 予防接種券 兼 予防接種済証 ※右下のクーポンのみ	予診票に貼付することで予防接種法施行規則(昭和 23 年 8 月 10 日厚生省令第 36 号) 第 4 条に基づく「予防接種済証」として取り扱うことができるため、「都道府県名+市区町村長名」を記載

再発行用クーポン券の仕様(国統一様式の案内文書との統合様式)

① シール材質及び仕様	
	1) 上質紙 55Kg ベース 2) 普通粘着以上の糊 3) OCR の読取に影響の無い用紙 4) 「抗体検査券」 = 浅葱(あさぎ) 色・「予防接種予診券および予防接種券」 = 黄色
② クーポンサイズ	
	1) 抗体検査券 シールサイズ：タテ 32.0mm×ヨコ 63.0mm 数字部分フォントとサイズ：OCR B 9pt ※OCR 読取における条件 枠内数字：上下 1.5mm の余白 最下段：OCR ライン (17 桁)：上下 2mm 以上の余白
	2) 予防接種券 (予診のみ) および予防接種券 シールサイズ：タテ 41.0mm×ヨコ 63.0mm 数字部分フォントとサイズ：OCR B 9pt ※OCR 読取における条件 枠内数字：上下 1.5mm の余白 金額表記：表 3 段目および 4 段目：金額と「円」の間にスペース 最下段：OCR ライン (22 桁)：上下 2mm 以上の余白
② クーポン内の記載事項	
1) 券種	1：抗体検査券 2：予防接種予診券 (予診のみ) 3：予防接種券
2) 請求先	・自治体名「都道府県+市区町村」 ・自治体 No (総務省 全国地方公共団体コード 6 桁) ※ コード誤りが多数発生しており、支払請求事務に支障を来していることから、誤りのないよう留意されたい。
3) 接種費用 ※抗体検査券は除く	・接種に係る費用 (市区町村が定める額を記載、自己負担額を除く) ・税抜き価格を記載すること
4) 自己負担額 ※抗体検査券は除く	・接種に係る自己負担額 ・税抜き価格を記載すること
5) 発券 No	・10 桁 ・市区町村において一意となる管理番号とすること
6) 有効期限	・当該年度末 (多少早めに設定することも可) ・なお、風しんの第 5 期の定期接種については、市区町村の実情に応じて、年度を超えて有効期限を設定して差し支えない。
7) 氏名	・20 文字
8) バーコード ※任意記載事項	・市区町村システム入力用 ・NW-7 規格 ・サイズ：タテ 5.6mm×ヨコ 37.31mm 程度を想定
9) OCR ライン	・国保連システム入力用 ・抗体検査 (17 桁) → 券種 (1 桁) + 市区町村コード (6 桁) + 券番号 (10 桁) ・予防接種予診券、および予防接種券 (22 桁) → 券種 (1 桁) + 市区町村コード (6 桁) + 券番号 (10 桁) + 予診費用又は接種費用 (5 桁) ※例) 費用 (2,000 円) = 02000・(10,000 円) = 10000
10) 予防接種券 兼 予防接種済証 ※右下のクーポンのみ	予診票に貼付することで予防接種法施行規則(昭和 23 年 8 月 10 日厚生省令第 36 号) 第 4 条に基づく「予防接種済証」として取り扱うことができるため、「都道府県名+市区町村長名」を記載

(納品物イメージ)

	委託による一括印刷	再発行（市区町村窓口）
封筒	<p>長形 3 号</p>  <p>※既存の封筒で対応可能であれば様式は問わない。</p>	<p>既存の窓あき封筒 もしくは 委託で作成する封筒</p> <p>※既存の封筒で対応可能であれば様式は問わない。</p>
宛名送付状 (兼事業案内) ※統一様式	<p>A 4 サイズ</p> 	<p>A 4 サイズ</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; text-align: center;"> <p>(宛名+案内)</p>  </div> <p>(説明文)</p> <p>※一括印刷時から再発行用 A4 サイズとしても差し支えない。</p>
クーポン券	<p>長形 3 号封筒用サイズ</p> 	<p>※一括印刷時から再発行用 A4 サイズとしても差し支えない。</p>

長形3号封筒+送付状(統一様式)+クーポン券様式



抗体検査	券種	抗体検査券	1	券種	抗体検査券	1	券種	抗体検査券	1
	請求先	〇〇県〇〇市	123456	請求先	〇〇県〇〇市	123456	請求先	〇〇県〇〇市	123456
	発券No	0123456789	有効期限2020年03月	発券No	0123456789	有効期限2020年03月	発券No	0123456789	有効期限2020年03月
	(氏名)一三四五六七八九十一二三四五六七八九十  (国保連提出用)			(氏名)一三四五六七八九十一二三四五六七八九十  (医療機関控え)			(氏名)一三四五六七八九十一二三四五六七八九十  (ご本人控え)		
	12345678901234567			12345678901234567			12345678901234567		
予防接種予診のみ	券種	予防接種予診券(予診のみ)	2	券種	予防接種予診券(予診のみ)	2	券種	予防接種予診券(予診のみ)	2
	請求先	〇〇県〇〇市	123456	請求先	〇〇県〇〇市	123456	請求先	〇〇県〇〇市	123456
	予診費用 (税抜)	9,999 円(自己負担分を除く)		予診費用 (税抜)	9,999 円(自己負担分を除く)		予診費用 (税抜)	9,999 円(自己負担分を除く)	
自己負担額 (税抜)	0 円		自己負担額 (税抜)	0 円		自己負担額 (税抜)	0 円		
発券No	0123456789	有効期限2020年03月	発券No	0123456789	有効期限2020年03月	発券No	0123456789	有効期限2020年03月	
	(氏名)一三四五六七八九十一二三四五六七八九十  (国保連提出用)			(氏名)一三四五六七八九十一二三四五六七八九十  (医療機関控え)			(氏名)一三四五六七八九十一二三四五六七八九十  (ご本人控え)		
	1234567890123456799999			1234567890123456799999			1234567890123456799999		
予防接種	券種	予防接種券	3	券種	予防接種券	3	券種	予防接種券(兼 予防接種済証)	3
	請求先	〇〇県〇〇市	123456	請求先	〇〇県〇〇市	123456	請求先	〇〇県〇〇市	123456
	接種費用 (税抜)	9,999 円(自己負担分を除く)		接種費用 (税抜)	9,999 円(自己負担分を除く)		接種費用 (税抜)	9,999 円(自己負担分を除く)	
自己負担額 (税抜)	0 円		自己負担額 (税抜)	0 円		自己負担額 (税抜)	0 円		
発券No	0123456789	有効期限2020年03月	発券No	0123456789	有効期限2020年03月	発券No	0123456789	有効期限2020年03月	
	(氏名)一三四五六七八九十一二三四五六七八九十  (国保連提出用)			(氏名)一三四五六七八九十一二三四五六七八九十  (医療機関控え)			(氏名)一三四五六七八九十一二三四五六七八九十  (ご本人控え)		
	1234567890123456799999			1234567890123456799999			1234567890123456799999 〇〇県〇〇市長 〇〇〇〇		

風しんの抗体検査受診票

※太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 府 県	市 区 町 村
氏 名	男 ・ 女	
生年月日	昭和 年 月 日生（満 歳）	

（クーポン券貼付）

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」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」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」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、 <u>今回の抗体検査は（ 必要 ・ 不要 ）</u> 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：	法	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			
	抗体価		単位	医師名			
	倍 ・ EIA価 ・ IU/mL ・ その他（ ）	風しんの第5期の定期接種 非対象	検査年月日 （西暦）	年 月 日			
検査番号（※裏面の付表1を参照）							
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 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、ICA法	1, 290円 (税込: 1, 419円)
2		EIA法、ELFA法 CLEIA法、FIA法 CLIA法	2, 680円 (税込: 2, 948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、ICA法	4, 930円 (税込: 5, 423円)
4		EIA法、ELFA法 CLEIA法、FIA法 CLIA法	6, 320円 (税込: 6, 952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、ICA法	5, 430円 (税込: 5, 973円)
6		EIA法、ELFA法 CLEIA法、FIA法 CLIA法	6, 820円 (税込: 7, 502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、1 2 月 2 9 - 3 1 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）	風疹ウイルス 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 風疹/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 ランピアラテックス RUBELLA II (極東製薬工業株式会社)
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 風疹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)
CLIA法（科学発光免疫測定法）	1. 5 未満 (国際単位 (IU) /ml)	Rubella-Gアボット (アボットジャパン株式会社)
ICA法（イムノクロマト法）	IgG 陰性	バイオライン ルベラ IgG/IgM (アボットダイアグノスティクスメディカル株式会社)

* 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 市 区 府 県 町 村		(クーポン貼付)
	住所		
氏名	男 ・ 女		
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	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <th colspan="10">医療機関等コード</th> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>		医療機関等コード																		
医療機関等コード																								
Lot No.		医師名																						
(注)有効期限が切れていないか確認		接種年月日 (西暦)	年	月 日																				

2019年度風しん抗体検査及び定期の予防接種の費用の支払に係る委託契約（案）

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対象に地方公共団体が実施する風しん抗体検査（以下「風しん抗体検査」という。）及び予防接種法第5条第1項の規定に基づく風しんの定期の予防接種（以下「風しんの定期接種」という。）について、〇〇都道府県を本件契約のとりまとめ者とする別紙委託元一覧表に示す市町村（特別区を含み、以下「甲」という。）と〇〇都道府県国民健康保険団体連合会（以下「乙」という。）との間に、次の条項により委託契約を締結する。

（契約事項）

第1条 甲は、医療機関及び健診機関（以下「医療機関等」という。）に対して、甲が支払うべき風しん抗体検査及び風しんの定期接種（以下「風しん抗体検査等」という。）の費用の支払を乙に委託し、乙はこれを受託する。

（医療機関等からの請求）

第2条 乙は、医療機関等から直接又はとりまとめ者を經由して風しん抗体検査の結果が判明した日の属する月の翌月以降の10日又は風しんの定期接種を実施した日の属する月の翌月以降の10日（ただし、土曜日、日曜日又は国民の祝日に関する法律に規定する休日に当たる場合は、これらの日の翌日、また、風しん抗体検査の結果が判明した日の属する月及び風しんの定期接種を実施した日の属する月が2019年4月の場合は、2019年6月以降）までにそれぞれ提出された風しん抗体検査受診票又は風しんの定期接種予診票及び実績報告書（請求総括表）（以下「請求書等」という。）について、請求金額の確認（請求に関する記載内容に不備があった場合の医療機関等への返戻を含む。）を行った上で、甲に対する請求金額を集計する。

（委託事務手数料）

第3条 甲は、本契約に定める事務の手数料として、風しん抗体検査等1件につき金300円（消費税及び地方消費税を含む。）を乙に支払うものとする。

（市町村への請求）

第4条 乙は、甲に対し、第2条に規定する請求金額の集計後、原則として医療機関等から請求のあった日の属する月の翌月10日（ただし、土曜日、日曜日又は国民の祝日に関する法律に規定する休日に当たる場合は、これらの日の翌日）までに、同条による確認の結果不備のなかった請求書等を添えて、当該風しん抗体検査費用又は風しんの定期接種費用（以下「抗体検査費用等」という。）及び前条に定める事務手数料を請求するものとする。

（医療機関等への支払）

第5条 乙から前条の規定による請求を受けた甲は、原則として医療機関等から乙に対する請求のあった日の属する月の翌月22日（以下「支払期限」という。）までに、当該

請求を受けた抗体検査費用等を乙に支払うものとし、乙は原則としてその支払を受けた日の属する月の末日までに、医療機関等に対しこれを支払うものとする。

(支払遅延損害金)

第6条 支払期限までに第4条の規定により請求した抗体検査費用等が甲から支払われな
いときは、乙は、当該抗体検査費用等を立て替えて医療機関等に支払うものとする。こ
の場合、甲は、速やかにこの立替金及び支払期限の翌日から支払日までの日数に応じて
年5.0%の割合で計算した立替金利を乙に支払わなければならない。2 支払期限ま
でに第3条に規定する事務手数料が甲から支払われない場合、甲は、速やかに当該事務
手数料及び支払期限の翌日から支払日までの日数に応じて年5.0%の割合で計算した
金額を遅延利息として乙に支払わなければならない。

(閲覧および説明)

第7条 甲は、この契約の実施に必要な限度において、乙の帳簿ほか関係書類を閲覧し、
又は乙に対し説明若しくは報告を求めることができるものとする。

(個人情報の保護)

第8条 乙は、この契約による業務遂行に当たり知りえた個人情報の取扱いについては、
別記「個人情報取扱注意事項」を遵守しなければならない。

(契約の解除)

第9条 この契約の当事者いずれか一方が、正当な理由なくこの契約の全部若しくは一部
を履行しないとき、又は履行の見込みがなく事業の遂行に著しく支障を来たすおそれが
あるときは、その当事者の相手方は本契約を解除することができるものとする。

(協議事項)

第10条 この契約に定めのない事項又はこの契約に規定されている事項で疑義が生じた
事項については、甲乙協議して解決するものとする。

(委託期間)

第11条 この契約の有効期間は2019年4月1日から2020年3月31日までとする。

なお、この契約の有効期間終了1か月前までに甲又は乙から、何等の意思表示をしな
いときは、終期の翌日においてさらに1か年契約の更新をしたものとみなす。ただし、
更新は2022年3月31日までとする。

2 前項の規定に関わらず、この契約は、乙が第5条に規定する医療機関等への支払を完
了した日まで効力を有するものとする

この契約が成立したことを証するため、本契約書を2通作成し、甲乙記名押印のうえ、各1通を所持するものとする。

2019年 月 日

甲 代理人

〇〇県〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号

〇〇都道府県知事 〇〇 〇〇

乙 〇〇県〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号

〇〇都道府県国民健康保険団体連合会

理事長 〇〇 〇〇

別記

個人情報取扱注意事項

(基本的事項)

第1条 乙は、この契約による個人情報の取扱いに当たっては、個人の権利利益を侵害することのないよう努めなければならない。

(秘密の保持)

第2条 乙は、この契約による事務に関して知ることのできた個人情報を他に漏らしてはならない。この契約が終了し、又は解除された後においても、同様とする。

(目的外収集・利用の禁止)

第3条 乙は、この契約による事務を処理するため、個人情報を収集し、又は利用するときは、受託事務の目的の範囲内で行うものとする。

(第三者への提供の禁止)

第4条 乙は、この契約による事務を処理するため甲から提供を受け、又は乙自らが収集し、若しくは作成した個人情報が記録された資料等を、甲の承諾なしに第三者に提供してはならない。

(複写・複製の禁止)

第5条 乙は、この契約による事務を処理するため甲から提供を受け、又は乙自らが収集し、若しくは作成した個人情報が記録された資料等を、甲の承諾なしに複写し、又は複製してはならない。

(適正管理)

第6条 乙は、この契約による事務を処理するため甲から提供を受け、又は自らが収集し、若しくは作成した個人情報の滅失及びき損の防止に努めるものとする。

(資料等の返還等)

第7条 乙がこの契約による事務を処理するために、甲から提供を受け、又は乙自らが収集し、若しくは作成した個人情報が記録されたすべての資料等は、その契約完了後直ちに甲に返還し、又は引き渡すものとする。ただし、甲が別に指示したときは当該方法によるものとする。

(事故の場合の措置)

第8条 乙は、この契約に違反する実態が生じ、又は生じるおそれのあることを知ったときは、速やかに甲に報告し、甲の指示に従うものとする。

委任状

平成 年 月 日

【〇〇都道府県】知事 殿

【〇〇市区町村】長 印

予防接種法施行令（昭和23年政令第97号）附則第3項の規定による読替後の同令第1条の3第1項の表風しんの項第3号の「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」に対して市町村（東京都特別区を含む。以下「市区町村」という。）が実施する風しんの抗体検査及び予防接種法（昭和23年法律第68号）第2条第4項の定期の予防接種（以下「風しんの第5期の定期接種」という。）について、全国知事会を代理人とした市区町村と、日本医師会を代理人とした医療機関及び健診機関との委託契約における、費用の支払いに係る委託契約の締結についての下記の権限を貴殿に委任いたします。

記

- 風しんの抗体検査及び風しんの第5期の定期接種における費用の支払いに係る事務について、【〇〇都道府県】国民健康保険団体連合会との委託契約を締結すること

(連絡先)

担当部署：

担当者：

電話番号：

メールアドレス：

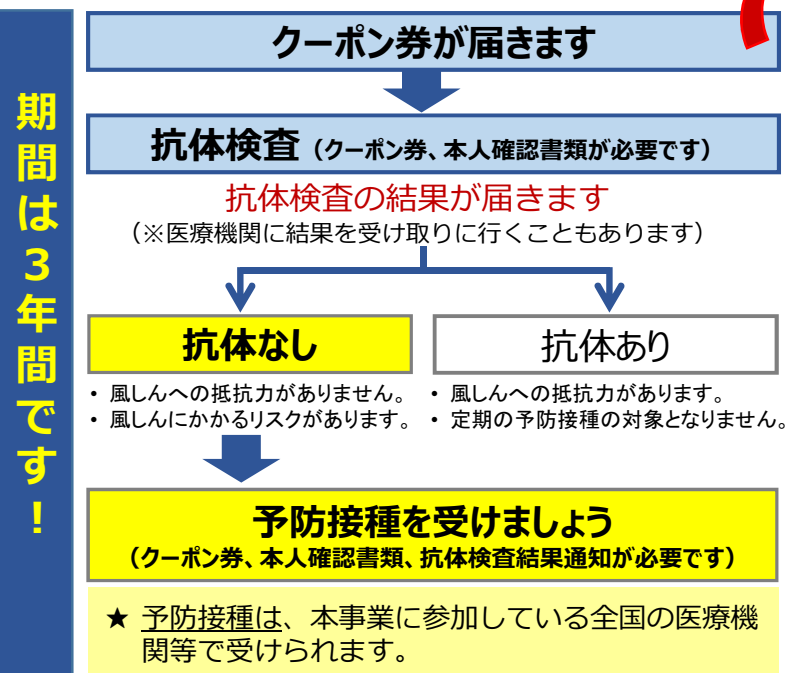
〒〇〇〇〇—〇〇〇〇〇
 〇〇県〇〇市〇〇
 〇〇コーポ 〇号
 日本 太郎 様

A県XX市長

2025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、2025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、クーポン券をお届けします。
 ※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～



クーポン券(イメージ)

医療機関提出用		国保連提出用		ご本人控え	
種別	医療機関番号	種別	国保連番号	種別	ご本人控え番号
抗体検査券	〇〇〇〇〇〇〇	抗体検査券	〇〇〇〇〇〇〇	抗体検査券	〇〇〇〇〇〇〇
予防接種券	〇〇〇〇〇〇〇	予防接種券	〇〇〇〇〇〇〇	予防接種券	〇〇〇〇〇〇〇

見本

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、当日の体調や基礎疾患等で受けられない可能性もあります。また、接種後、副反応が発生するおそれもありますので、必ず医師と相談してください。

★ 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に掲載予定です。

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細情報については、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

<参考> 国保連における確認項目について
 実施機関から提出された原票については、国保連において以下の項目に記載漏れ等がないか確認する。

《請求総括書》

〇〇都道府県国民健康保険団体連合会 御中

〇〇県〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号 ①

開設者氏名 労働次郎 ② 印

電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 ③

風しん対策 請求総括書(実績報告書)

施設等区分 1:医療機関 ④

医療機関・健診機関番号 1234567890 ⑤

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 ⑥

請求年月 2019年〇〇月分 ⑦

	区分	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

※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、本総括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。

《確認項目》

- ①医療機関等の所在地
- ②開設者氏名(印)
- ③電話番号
- ④施設等区分
- ⑤医療機関・健診機関番号
- ⑥医療機関・健診機関名称
- ⑦請求年月
- ⑧抗体検査の区分
 - 請求件数
 - 請求金額(税抜)
 - 請求金額(税込)
- ⑨予防接種の区分
 - 請求件数
 - 請求金額(税抜)
 - 請求金額(税込)
- ⑩合計の請求件数
 - 請求金額(税抜)
 - 請求金額(税込)

※請求総括書は市区町村へ送付しない

《市区町村別請求書》

〇〇〇市区町村長様
市区町村番号

①

〇〇県〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号 ②
 開設者氏名 労働次郎 ③ 印
 電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 ④

風しん対策 市区町村別請求書

医療機関・健診機関番号 1234567890 ⑤
 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 ⑥
 請求年月 2019年〇〇月分 ⑦

		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% ⑪

※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。

《確認項目》

- ①市区町村番号
- ②医療機関等の所在地
- ③開設者氏名(印)
- ④電話番号
- ⑤医療機関・健診機関番号
- ⑥医療機関・健診機関名称
- ⑦請求年月
- ⑧抗体検査の区分
 - 請求件数
 - 請求金額(税抜)
 - 請求金額(税込)
- ⑨予防接種の区分
 - 請求件数
 - 請求金額(税抜)
 - 請求金額(税込)
- ⑩合計の請求件数
 - 請求金額(税抜)
 - 請求金額(税込)
- ⑪消費税率

《抗体検査受診票》

風しんの抗体検査受診票			
<small>※本票は、昭和47（1972）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。</small>			
<small>住民票に記載されている住所</small>	都 道 市 区 府 県 町 村	①	(クーポン券貼付)
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		
<small>(「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。</small>	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		
<small>(「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。</small>	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		
<small>(「はい」の場合) そのときの予防接種の記録はありますか。</small>	はい いいえ		
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。 <input type="checkbox"/> 私は、風しんの抗体検査を受けることを希望いたします。			
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 <small>(※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)</small>			
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:	法	実施場所	②
抗体価	単位	医師名	③
	倍・EIA価・IU/mL・その他()	検査年月日	年 月 日
		(西暦)	
④	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。			

《確認項目》

(受診票記載項目)

- ①クーポン券に記載の市区町村名と「住民票に記載されている住所」の市区町村名の一致
- ②医療機関等コード
- ③検査年月日
- ④検査費用額区分

《予防接種予診票》

風しんの第5期の定期接種予診票			
住民票に記載されている住所		都道府県	市区町村
氏名		男・女	(クーポン貼付)
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、何か病気がかかっていますか。(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)			
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.		医師名	
(注)有効期限が切れていないか確認		接種年月日	年 月 日
		(西暦)	

※予防接種券(ご本人控え)は、予防接種済証を兼ねているため、予診票に貼付された場合は返戻処理とする。抗体検査券及び予防接種券(予診のみ)において国保連提出用以外のクーポンが貼付された場合は、記載内容が国保連提出用と同一であることから、国保連においては請求通りとする。

《確認項目》

(受診票記載項目)

- ①クーポン券に記載の市区町村名と「住民票に記載されている住所」の市区町村名の一致
- ②医療機関等コード
- ③接種年月日

市区町村番号	生年月日	抗体検査の実施日	検査番号	抗体検査の結果	定期接種の実施日
123456	1978/4/2	2019/4/10	1	1	2019/5/1
123456	1977/1/1	2019/4/10	2	2	
123456	1979/4/1	2019/4/10	3	2	
123456					
123456					
123456					
123456					
123456					
123456					
123456					
123456					
123456					
123456					
123456					
123456					
123456					
123456					
123456					
123456					
123456					
123456					
123456					
123456					
123456					
123456					
123456					
123456					
123456					
123456					
123456					
123456					
123456					
123456					
123456					
123456					
123456					
123456					
123456					
123456					
123456					
123456					

クーポン券に記載の6桁A6のセルを記

受診票の「検査番号」1～6
自治体独自事業の場合は7or8を記載

定期接種対象は「1」
定期接種非対象は「2」

