

## 千葉県麻しん風しん混合ワクチン任意予防接種費用助成事業実施要綱

### (目的)

第1条 この要綱は、麻しん風しん混合ワクチン任意予防接種（以下「予防接種」という。）を実施することにより、麻しん・風しんの発症及び流行並びに先天性風しん症候群の発生を予防し、もって市民の健康増進を図ることを目的とする。

### (実施主体)

第2条 この予防接種の実施主体は千葉県とする。

### (実施方法)

第3条 この要綱に基づく予防接種は、市長が一般社団法人千葉県医師会及び市内の医療機関と委託契約を締結し、個別接種によりこれを行うものとする。

### (対象者)

第4条 対象者は本市に住民登録がある者であって、次の各号に掲げる者とする。

- (1) 風しん抗体検査の結果、風しんの抗体価が低かった者（別表のとおり）とする。ただし、予防接種法（昭和23年法律第68号）第5条第1項の規定により千葉県が実施する定期予防接種の対象者のうち、麻しん風しん混合ワクチン定期予防接種の対象者を除く。
- (2) 2歳から昭和47年10月2日以降に生まれ、麻しんワクチン（混合ワクチンを含む）を過去に1回も接種していない者（造血細胞移植後に麻しんワクチン（混合ワクチンを含む）を接種していない者を含む）とする。ただし、予防接種法（昭和23年法律第68号）第5条第1項の規定により千葉県が実施する定期予防接種の対象者のうち、麻しん風しん混合ワクチン定期予防接種の対象者を除く。
- (3) 昭和47年10月1日以前に生まれ、麻しんの抗体価が陰性（EIA法2.0未満、PA法1:16未満、中和法1:4未満）の者。ただし、造血細胞移植後に麻しんワクチン（混合ワクチンを含む）を接種していない者は、麻しんの抗体価が陰性とみなす。

### (接種回数)

第5条 予防接種の回数は1人1回とする。

### (協力医療機関)

第6条 対象者は、原則として一般社団法人千葉県医師会の会員又は市長と委託契約を締結した医療機関等（以下「協力医療機関」という。）にて予防接種をうけるものとする。

2 協力医療機関は、ワクチンの添付文書の記載事項を遵守し、医療機関に通常求められる注意義務のもと適切に予防接種を実施するものとする。

### (予診票)

第7条 第4条第1号の対象者は、千葉県麻しん風しん混合ワクチン任意予防接種予診票（風しん対策事業用）（様式第1号）を、同条第2号、3号の対象者は、千葉県麻しん風しん混合ワクチン任意予防接種予診票（麻しん対策事業用）（様式第2号）を使用するものとする。

(医療機関からの報告)

第8条 協力医療機関は、前条の予診票を月ごとに取りまとめ、千葉市麻しん風しん混合ワクチン任意予防接種費用助成実施報告書兼請求書(様式第3号)とともに、翌月10日までに市長へ提出するものとする。

(接種費用)

第9条 予防接種にかかる費用は、全額市の負担とし、予防接種を受けた者(以下「被接種者」という。)からは、費用を徴収しない。

(副反応の報告)

第10条 協力医療機関は、所定の副反応症状を診断した場合、速やかに独立行政法人医薬品医療機器総合機構へ報告するものとする。

(事故防止等)

第11条 協力医療機関は、事故防止に努めるものとし、当該予防接種にかかる事故等が発生した場合は、速やかに市長に報告するものとする。

2 市長は、前項の規定により報告を受けたときは、速やかに医療専門家等により構成する委員会を開催し、その意見に基づいて必要な措置を講ずるものとする。

(健康被害に対する措置)

第12条 被接種者が疾病にかかり、障害の状態になり、又は死亡した場合において、当該健康被害が予防接種を受けたことによるものであると認められた場合は、千葉県市町村予防接種事故補償等条例(昭和52年千葉県市町村総合事務組合条例第19条)により救済手続きを行う。

2 前項の規定は、予防接種により健康被害を受けた者が独立行政法人医薬品医療機器総合機構法(平成14年法律第192号)に基づく救済手続きを行うことを妨げるものではない。

(その他)

第13条 この要綱に定めのない事項については、医療機関に通常求められる注意義務のもと、適切に実施するものとする。

附 則

この要綱は、平成30年11月24日から施行する。

この要綱は、平成31年4月1日から施行する。

この要綱は、令和元年12月1日から施行する。

この要綱は、令和2年4月1日から施行する。

この要綱は、令和4年4月1日から施行する。

この要綱は、令和6年4月1日から施行する。

この要綱は、令和7年4月1日から施行する。

この要綱は、令和8年4月1日から施行する。

(別表)

測定キット名（製造販売元）	検査方法	抗体価の単位	抗体価
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）	（希釈倍率）	16 倍以下
R-HI「生研」（デンカ生研株式会社）	赤血球凝集抑制法 （HI 法）	（希釈倍率）	16 倍以下
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）	EIA 価	8.0 未満
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）	国際単位 （IU/mL）	4.5 未満
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）	国際単位 （IU/mL）	3.0 未満
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）	国際単位 （IU/mL）	3.0 未満
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）	国際単位 （IU/mL）	4.5 未満
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）	（抗体価）	1.4 未満
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）	抗体価 （AI*） * 製造企業が独自に調整 した抗体価単位	3.0 未満
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）	国際単位 （IU/mL）	3.0 未満

住所	千葉県 区	電話	— —
フリガナ		性別	※医療機関記載欄 実施日
氏名		男・女	西暦 年 月 日
生年月日	年 月 日 ( 歳 )	※医療機関記入欄	風しん抗体検査結果の確認書類等
あなたは、次のどれに該当しますか、(いずれかにチェック)	<input type="checkbox"/> 妊娠希望の女性 <input type="checkbox"/> 妊娠希望女性の同居家族*又は抗体価が低い妊婦の同居家族* <input type="checkbox"/> いずれにも該当しない ※この事業を利用して助成を受けられるのは1人1回までです。	確認書類 <input type="checkbox"/> 抗体検査結果通知 (実施日 年 月 日) <input type="checkbox"/> 母子手帳 <input type="checkbox"/> その他 ( )	抗体検査法 <input type="checkbox"/> HI法 <input type="checkbox"/> EIA法 <input type="checkbox"/> その他
あなたが受けた風しん抗体検査は、次のどれに該当しますか、(いずれかにチェック)	<input type="checkbox"/> 千葉県が実施する風しん抗体検査 <input type="checkbox"/> 自費の抗体検査 <input type="checkbox"/> 千葉県・船橋市・柏市が実施する風しん抗体検査 <input type="checkbox"/> 妊婦健診時の風しん抗体検査 <input type="checkbox"/> その他 ( )	診察前の体温	度 分

※1 同居に生んでいる方

質問事項	回答欄	医師記入欄
今日受ける予防接種について、この予診票の裏面に記載の効果や副反応について理解しましたか。	いいえ はい	
千葉県が行っている麻しん風しん混合ワクチン任意予防接種費用助成を受けたことがありますか。 ※回答が「はい」の方は対象外です。	はい いいえ	
今日、体に具合の悪いところがありますか。(具体的な症状: )	はい いいえ	
最近1か月以内に病気にかかりましたか。(病名: )	はい いいえ	
1か月以内に、家族や親しい友人に、はしか、風しん、みずぼうそう、おたふくかぜなどの病気がありましたか。病名( 月 日: )	はい いいえ	
今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症、その他の病気にかかり、医師の診察(投薬など)を受けていますか、病名( )	はい いいえ	
その病気の主治医には、今日の子防接種を受けてよいと言われましたか。	いいえ はい	
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。( 歳 か月頃)	はい いいえ	
そのとき熱がでましたか。	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がありますか。	ある ない	
子防接種名( )		
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	
1か月以内に予防接種を受けましたか。(日付: 月 日: ) ( 月 日: )	はい いいえ	
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	
今日の子防接種について質問がありますか。ある場合( )	はい いいえ	
女性の方に伺います。現在、妊娠をしていますか(または妊娠している可能性がありますか)。 ※接種後2か月間は妊娠を避けることが必要です。	はい いいえ	

※この用紙は黒ボールペンで丁寧に書いてください

メーカー名		実施医療機関名
Lot.No.		
有効期限	西暦 年 月 日	
接種量及び接種方法		接種医師名
0.5ml	皮下接種	

医師の記入欄 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をしました。  
医師署名又は記名押印

【接種者(被接種者が16歳未満で、かつ、保護者もしくは代理人が同伴する場合は保護者もしくは代理人)の記入欄】  
 (※保護者に代わって代理人が記入する場合は、別途「委任状」が必要です)  
 医師の診察・説明を受け、予防接種の効果・目的、重篤な副反応の可能性、千葉県市町村予防接種事故補償制度などについて理解したうえで、接種を受けることに同意します。また、この予診票が千葉県市に提出されることに同意します。

本人自署(本人が未成年の場合保護者) 代筆者署名 続柄

本人が署名できない場合は、本人の意思を確認したうえで代筆者が署名し、続柄を記入してください。

【保護者の同意欄】(※被接種者が13歳以上16歳未満で保護者が同伴しない場合は、この欄の保護者の署名が必要です)  
 麻しん風しん混合ワクチン予防接種を受けるにあたっての説明を読み、予防接種の効果・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うえで、接種を受けることに同意します。また、この予診票が千葉県市に提出されることに同意します。

保護者自署 緊急時の連絡先

(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は用いられていますが、この注射を30日以内に受けた方は、麻しんなどの予防接種の効果が出ないことがあります。

麻しん風しん子防接種(医療機関控)

1 被接種者名	2 生年月日	年 月 日
3 接種年月日	年 月 日	4 メーカー名・Lot No.

麻しん風しん子防接種(本人控)

1 被接種者名	医療機関名
2 接種年月日	年 月 日
3 メーカー名・Lot No.	接種医師名

住所	千葉県 区		電話	— —	
フリガナ		性別	※医療機関記載欄 実施日		
氏名		男・女	西暦	年	月 日
生年月日	年 月 日 ( 歳)		※医療機関記入欄 確認方法		
あなたは、右のどちらに該当しますか。(どちらかにチェック)	<input type="checkbox"/> 昭和47年10月2日以降生まれで、過去に麻しんワクチン(混合ワクチンを含む)の接種を受けたことがない(0歳児、定期接種対象者を除く) <input type="checkbox"/> 昭和47年10月1日以前生まれで、麻しんの抗体価が低い		<input type="checkbox"/> 母子健康手帳(接種歴なし) <input type="checkbox"/> 自己申告 <input type="checkbox"/> 抗体検査結果通知(実施日 年 月 日)		
			診察前の体温	度	分

質問事項	回答欄		医師記入欄
今日受ける予防接種について、この予診票の裏面に記載の効果や副反応について理解しましたか。		はい	
千葉県が行っている麻しん風しん混合ワクチン任意予防接種費用助成を受けたことがありますか。 ※回答が「はい」の方は対象外です。	はい	いいえ	
今日、体に具合の悪いところがありますか。(具体的な症状: )	はい	いいえ	
最近1か月以内に病気にかかりましたか。(病名: )	はい	いいえ	
1か月以内に、家族や親しい友人に、はしか、風しん、みずぼうそう、おたふくかぜなどの病気がいましたか。病名( 月 日: )	はい	いいえ	
今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症、その他の病気にかかり、医師の診察(投薬など)を受けていますか。病名( )	はい	いいえ	
その病気の主治医には、今日の子防接種を受けてよいと言われましたか。	いいえ	はい	
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。( 歳 か月頃)	はい	いいえ	
そのとき熱がでましたか。	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がありますか。 予防接種名( )	ある	ない	
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	
1か月以内に予防接種を受けましたか。(日付: 月 日: ) ( 月 日: )	はい	いいえ	
5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	
今日の子防接種について質問がありますか。ある場合( )	はい	いいえ	
女性の方に向います。現在、妊娠をしていますか(または妊娠している可能性がありますか)。 ※接種後2か月間は妊娠を避ける必要があります。	はい	いいえ	

※この用紙は黒ボールペンで丁寧に書いてください。

メーカー名	実施医療機関名	
Lot.No.		
有効期限	西暦 年 月 日	
接種量及び接種方法		接種医師名
0.5ml	皮下接種	

医師の記入欄 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をしました。  
医師署名又は記名押印

**【被接種者(被接種者が16歳未満で、かつ、保護者もしくは代理者が同伴する場合は保護者もしくは代理者)の記入欄】**  
 (※保護者に代わって代理者が記入する場合は、別途「委任状」が必要です)  
 医師の診察・説明を受け、予防接種の効果・目的、重篤な副反応の可能性、千葉県市町村予防接種事故補償制度などについて理解したうえで、接種を受けることに同意します。また、この予診票が千葉市に提出されることに同意します。

本人自署(本人が未成年の場合保護者) 代筆者署名 続柄  
 本人が署名できない場合は、本人の意思を確認したうえで代筆者が署名し、続柄を記入してください。

**【保護者の同意欄】** (※被接種者が13歳以上16歳未満で保護者が同伴しない場合は、この欄の保護者の署名が必要です)  
 麻しん風しん混合ワクチン予防接種を受けるにあたっての説明を読み、予防接種の効果・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うえで、接種を受けることに同意します。また、この予診票が千葉市に提出されることに同意します。

保護者自署 緊急時の連絡先

(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注射されることがあり、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出ないことがあります。

麻しん風しん子防接種(医療機関控)

1 被接種者名	2 生年月日	年 月 日
3 接種年月日	年 月 日	4 メーカー名・Lot No.

麻しん風しん子防接種(本人控)

1 被接種者名	医療機関名 接種医師名
2 接種年月日	
3 メーカー名・Lot No.	

**【任意】 千葉市麻しん風しん混合ワクチン  
任意予防接種費用助成実施報告書兼請求書**

( 年 月実施分 )

積算 区分	人数 (人)	単価 (円)	請求額 (円)
接種者数 (風しん対策)	A	9,782 円	B
接種者数 (麻しん対策)	C	9,782 円	D

※単価は、消費税を含む。

年 月分 千葉市麻しん風しん混合ワクチン任意予防接種費用助成

A+C \_\_\_\_\_ 件

B+D \_\_\_\_\_ 円

上記のとおり報告（請求）します。

千葉市長 様  
年 月 日

住 所  
医療機関名  
医 師 名