

令和7年度寒河江市風しん予防接種促進事業実施要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、風しんウイルスによる風しん及び先天性風しん症候群を予防し、市民の健康の保持増進を図るため、風しんの抗体検査及び定期以外の風しんの予防接種の実施に要する費用の一部を寒河江市（以下「市」という。）が助成することに關し、必要な事項を定めるものとする。

(定義)

第2条 この要綱において「抗体検査」とは、次の各号に掲げる検査法のいずれかにより風しんの抗体について検査することをいう。

(1) H I 法

(2) E I A 法

(3) L T I 法

2 この要綱において「予防接種」とは、次の各号に掲げる風しんワクチンのいずれかを接種することをいう。

(1) 風しん単抗原ワクチン

(2) 麻しん風しん（MR）混合ワクチン

(抗体検査の対象者)

第3条 抗体検査の対象となる者は、検査を受ける日に市の住民基本台帳に記録されている者で、次の各号のいずれかに該当するものとする。ただし、過去に市の助成を受けて抗体検査又は予防接種を受けたことがある者、風しんのり患歴又は2回の予防接種歴のある者及び妊娠中又は現在妊娠している可能性のある女性を除く。

(1) 令和7年4月1日時点で30歳から50歳の妊娠を希望する女性（以下「妊娠希望者」という。）

- (2) 妊娠希望者又は妊婦のうち、抗体価が十分でないことが確認されている者の配偶者及び同居する家族（以下「同居家族等」という。）
(予防接種の対象者)

第4条 予防接種の対象となる者は、予防接種を受ける日に市の住民基本台帳に記録されている者で、次の各号のいずれかに該当するものとする。

- (1) 前条の規定により抗体検査を実施した者で、抗体価が十分でないことが確認されたもの
(2) 妊娠希望者又は同居家族等のうち、過去の抗体検査で抗体価が十分でないことが確認されているもの
(3) 前条に規定する要件を満たす者で、国の実施する風しん抗体検査事業により抗体価が十分ではないことが確認されているもの
(抗体検査等実施)

第5条 抗体検査及び予防接種（以下「抗体検査等」という。）は、市が抗体検査等の実施を委託する医療機関（以下「指定医療機関」という。）で実施するものとする。

(抗体検査等の手続)

第6条 抗体検査を受けようとする者は、指定医療機関に予約を行い、健康保険被保険者証を持参の上、指定医療機関に備え付けてある寒河江市成人風しん抗体検査申込書（様式第1号。以下「申込書」という。）に必要事項を記入し、指定医療機関に提出しなければならない。

- 2 指定医療機関は、抗体検査を実施したときは、抗体検査を受けた者に成人風しん抗体検査証（様式第2号）を交付するものとする。
- 3 抗体検査により抗体価が十分でないと認められ、予防接種を受けようとする者は、指定医療機関に予約を行い、低抗体価であることを示す書類及び健康保険被保険者証を持参の上、指定医療機関に備え付けてある成人風しん予防接種予

診票（単抗原・MR）（様式第3号。以下「予診票」という。）に必要事項を記入し、指定医療機関に提出しなければならない。

- 4 指定医療機関は、予防接種を実施したときは、予防接種を受けた者に対し、成人風しん予防接種済証（様式第4号）を交付するものとする。
(助成額)

第7条 市は、抗体検査費用のうち、5,000円を助成するものとする。ただし、助成回数は1人につき1回限りとする。

- 2 抗体価が十分でないと認められた者については、予防接種費用のうち、その接種したワクチンが風しん単抗原ワクチンの場合は6,578円、麻しん風しん（MR）混合ワクチンの場合は10,142円を市が助成するものとする。ただし、助成回数は1人につき、いずれか1回限りとする。
- 3 抗体検査等を受けた者は、抗体検査等に係る費用から助成額を減じた額を指定医療機関に支払わなければならない。
- 4 抗体検査等を実施した指定医療機関は、寒河江市成人風しん予防接種等委託業務完了報告書及び委託料請求書（様式第5号）に予診票を添えて、当該抗体検査等を実施した月の翌月の10日まで市長に請求するものとする。
(市民への周知)

第8条 市長は、抗体検査等の実施について、市広報紙、市ホームページ等により市民への周知を図るものとする。

(健康被害及び損害賠償)

- 第9条 市長は、予防接種に起因する事故により予防接種を受けた者に健康被害が発生した場合は、寒河江市予防接種事故災害補償規程（平成29年市告示第13号）に基づき、補償するものとする。
- 2 前項に規定する事故が指定医療機関の故意又は重大な過失により発生した場合は、市長は、当該補償額を指定医療機関に求償するものとする。

(連絡協議)

第10条 市は、抗体検査等を円滑に実施するため、指定医療機関及び医師会等と相互に連絡し、必要に応じて協議するものとする。

(委任)

第11条 この要綱に定めるもののほか、この要綱の施行に関し必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

この要綱は、令和7年4月1日から施行する。

寒河江市成人風しん抗体検査申込書

年 月 日

寒河江市長様

申請者 住所 寒河江市

氏名

電話

私は、下記のとおり寒河江市成人風しん抗体検査及び予防接種費助成事業に該当するため、風しん抗体検査を申し込みます。

次の質問についてお答えください。

(①～②のいずれかに該当し、すべての回答が「いいえ」の方が対象となります)

質問事項	解答欄	
次の①・②のうち該当する方の番号をご記入ください ①妊娠を予定又は希望する30歳～50歳（令和7年4月1日時点）の女性 ②上記①に該当する女性又は妊婦のうち抗体価が十分でないと確認されている者の夫及び同居家族		
これまで風しんにかかったことがありますか	はい	いいえ
これまで風しんワクチン又は麻しん風しん混合ワクチンを2回接種していますか	はい	いいえ
これまで風しん抗体検査に係る市の助成を受けましたか	はい	いいえ
（女性の方のみ記入） 現在妊娠している又は妊娠している可能性がありますか	はい	いいえ
（30歳～50歳の女性又は妊婦の夫又は同居家族の方のみ記入） 30歳～50歳の女性又は妊婦の風しん抗体価をご記入ください		

寒河江市長様

抗体検査結果報告書

寒河江市成人風しん抗体検査及び予防接種費用助成事業により、風しん抗体検査を行った結果を下記のとおり報告します。

検査方法	抗体価
・ HI法	
・ その他 ()	

参考：予防接種の対象となる抗体価

HI価：16以下

医療機関名

EIA価（デンカ生研キット）：8未満

代表者氏名

印

成人風しん 抗体検査済証

住 所

氏 名

生年月日 昭和・平成 年 月 日 生

抗体価	
抗体検査を行った日	年 月 日

年 月 日

山形県寒河江市長 委託医

住 所

医療機関・施設名

医師氏名

印

備考 この用紙は、日本産業規格A4列4番とすること。

成人風しん予防接種予診票(単抗原・MR)

下記の太線内の必要事項を記入してください。

診察前の体温 度 分

住所	寒河江市						
フリガナ 受ける人の氏名			男 ・ 女	生年 月日	昭和 平成	年 (満 歳)	月 日 生 力月)
抗体検査日 及び抗体価	年 月 日 (抗体価)			■			
被接種者が夫及び同居家族の場合女性又は妊婦氏名							

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、裏面の説明等を読み、ご理解いただけましたか	はい いいえ	
これまでに風しん予防接種に係る市の助成（定期予防接種費用に係る助成を除く。）をうけたことがありますか	はい いいえ	
今日体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状を書いてください()	はい いいえ	
最近1カ月以内に病気にかかりましたか (病名)	はい いいえ	
1カ月以内に家族や学校、職場など、周囲に麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか(病名)	はい いいえ	
生まれてから今までに家族など身のまわりに結核にかかった方がいましたか	はい いいえ	
1カ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	
生まれてから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、医師の診察を受けていますか 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いわれましたか	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 () 歳頃	はい いいえ	
そのとき熱が出ましたか	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、体の具合が悪くなつたことがありますか	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	
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなつたことはありますか 予防接種の種類()	ある ない	
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなつた人はいますか	はい いいえ	
6カ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	
今日の予防接種について質問がありますか	はい いいえ	
女性の方で現在妊娠している可能性（生理が予定より遅れているなど）はありますか (注) 妊娠している方は接種できません。接種後2カ月間は、妊娠を避けることが必要です。	はい いいえ	

医師記入欄 抗体検査の結果及び以上の問診ならびに診察の結果、今日の予防接種は（実施できる・見合せた方がよい）と判断します。接種を受ける本人又は保護者に対して、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

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 Lot No.	(皮下接種) m l	実施場所 接種年月日	医師名	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注射されることがあります。この注射を3～6カ月以内に受けた方は、予防接種の効果が十分に出ないことがあります。

はじめに風しんの抗体検査を行い、抗体価が十分でないことが確認された方について、接種をお勧めしています。
抗体検査の結果、抗体価が十分であると確認された場合、市が実施する風しん予防接種促進事業の対象になりません。
また、これまでに風しん予防接種に係る市の助成（定期予防接種費用への助成は除く。）を受けた方は、助成対象なりません。

1 風しん

（1）風しんと風しんワクチンについて

風しんウイルスの飛沫感染によって起こります。潜伏期間は2～3週間です。軽いかぜ症状にはじまり、発疹、発熱、後頸部リンパ節腫脹などが主症状です。そのほか、眼球結膜の充血もみられます。発疹も熱も約3日間で治るので「三日ばしか」とも呼ばれますことがあります。合併症として、関節痛、血小板減少性紫斑病、脳炎などがあり、血小板減少性紫斑病は患者3,000人に1人、脳炎は患者6,000人に1人の割合とされています。また、成人において罹患した場合、重症化する恐れがあります。

また、妊婦が妊娠初期において感染した場合には、先天性風しん症候群と呼ばれる病気により、心臓病、白内障、聴力障害などの障害を持ったお子さんが生まれる可能性が高くなります。

なお、風しんワクチンは風しんウイルスを弱毒化してつくったワクチンです。生ワクチンですので、ウイルスが体内で増えることで抗体を得るものですが、予防接種を受けた人から周りの人に感染することはありません。

2 麻しん風しん（MR）混合ワクチン（生ワクチン）

風しん単抗原ワクチンが不足している場合、麻しん風しん（MR）混合ワクチンでの接種となります。MR混合ワクチンは乳幼児の予防接種にも使用されているワクチンです。また、麻しん及び風しんのいずれかに罹患したことがある方についても、MR混合ワクチンを接種することが可能とされています。なお、ガンマグロブリンの注射を受けたことがある方の接種時期については、医師にご相談ください。

（1）MR混合ワクチンについて

麻しんウイルス及び風しんウイルスを弱毒化してつくったワクチンです。定期接種として、抗体価が低下する乳幼児の時期に2回接種の必要があり、1歳のお子さんと、小学校就学前の1年間、いわゆる幼稚園・保育所等の年長児を対象者として接種されています。

（2）麻しん（はしか）について

麻しんウイルスの空気感染によって起こります。感染力が強く、多くの人がかかる病気です。発熱、せき、鼻汁、めやに又は発疹を主症状とします。最初3～4日間は38℃前後の熱で、一時おさまりかけたかと思うとまた39～40℃の高熱と発疹が出てきます。3～4日で解熱し、しばらく色素沈着は残りますが次第に発疹も消失します。

主な合併症としては、気管支炎、肺炎、中耳炎、脳炎があります。患者100人中、中耳炎は7～9人、肺炎は1～6人に合併します。脳炎は約1,000人に1～2人の割合で発生がみられます。また、亜急性硬化性全脳炎（SSPE）という慢性に経過する脳炎は約10万例に1～2例発生します。また、麻しん（はしか）にかかった人は数千人に1人の割合で死亡します。

（3）MR混合ワクチンの副反応

副反応の主なものは、発熱と発疹です。他の副反応として、注射部位の発赤・はれ・しこりなどの局所反応、じんましん、関節痛、熱性けいれんなどがみられます。これまでの麻しんワクチン、風しんワクチンの副反応のデータから、アナフィラキシー、血小板減少性紫斑病、脳炎、けいれんなどの副反応が、まれに生じる可能性もあります。

3 接種にあたっての注意事項

予防接種の実施においては、体調の良い日に行なうことが原則です。健康状態が良好でない場合には、医師と相談の上、接種するか否かを判断してください。

また、以下の状態の場合には予防接種を受けることができません。

- ①明らかな発熱（一般的に37.5℃以上）がある場合
- ②重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな場合
- ③受けるべき予防接種の接種液の成分によってアナフィラキシーを起こしたことがある場合
- ④明らかに免疫機能に異常のある疾患有する場合及び免疫抑制をきたす治療を受けている場合
- ⑤その他、医師が不適当な状態と判断した場合

※ 妊娠している方は接種ができません。また妊娠の可能性がある方についても注意が必要ですので、医師とご相談ください。

4 予防接種による健康被害救済制度について

任意の予防接種によって引き起こされた副反応により、医療機関での治療が必要になったり、生活に支障がでるような障害を残すなどの健康被害が生じた場合には、「医薬品副作用被害救済制度」「生物由来製品感染等被害救済制度」に基づく救済の対象となります。

健康被害の程度等に応じて、医療費、医療手当、障害児養育年金、障害年金、遺族年金、遺族一時金、葬祭料の区分があり、法律で定められた金額が支給されます。死亡一時金、葬祭料以外については、治療が終了する又は障害が治癒する期間まで支給されます。

ただし、その健康被害が予防接種によって引き起こされたものか、別の要因（予防接種をする前あるいは後に紛れ込んだ感染症あるいは別の原因等）によるものなのかの因果関係を、予防接種・感染症医療・法律等、各分野の専門家からなる国の審査会にて審議し、予防接種によるものと認定された場合に補償を受けることができます。

※ 給付申請の必要が生じた場合には、診察した医師、保健所、お住まいの市区町村の予防接種担当課へご相談ください。

成人風しん 予防接種済証

住 所

氏 名

生年月日 昭和・平成 年 月 日 生

ワクチンの種類 (○で囲んでください)	風しん単抗原ワクチン・麻しん風しん混合ワクチン
予防接種を行った日	年 月 日

年 月 日

山形県寒河江市長 委託医

住 所

医療機関・施設名

医 師 氏 名

印

備考 この用紙は、日本産業規格A4列4番とすること。

令和 年 月 日

寒河江市成人風しん予防接種等委託業務完了報告書及び委託料請求書

寒河江市長 様

住 所

医療機関・施設名

代表者職氏名

印

(電話番号： — — —)

年 月分の委託業務が完了したので、予防接種業務委託契約に基づき、
 年 月分の委託料を請求します。

請求金額 円 (消費税含む)

(内訳)

検査・予防接種の種類	単価	件 数	金 額
風しん抗体検査	5,000円		円
風しん単抗原ワクチン	6,578円		円
麻しん風しん混合ワクチン	10,142円		円

債権者番号

口座振替（送金）払い依頼

振込先	フリガナ					フリガナ			
	金融機関名					本・支店名	本店・支店		
	金融機関コード					店番号			
	フリガナ								
	口座名義								
	口座種別	普通・当座・その他()							
	口座番号								

(以下は市町村で記入)

寒河江市長 様

上記のとおり完了し、検査に合格したことを証明します。