

風しんは、風しんウイルスによっておこる急性の発疹性感染症です。風しんへの免疫がない集団において、1人の風しん患者から5～7人にうつる強い感染力を有します。

また、症状が出る前に、他人にうつしてしまう可能性もある病気です。

妊婦が感染すると、高い確率で子どもに障害（先天性風疹症候群）が残ることがあります。

過去に風しんの定期予防接種の対象とならなかった昭和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を対象に、市区町村から、原則無料で「抗体検査」と「予防接種」を受けられるクーポン券が配布※されます。

（※一部自治体では、2019年度から2021年度の間に配布されたクーポン券の期限延長による対応となる可能性があります）

主催者側の費用負担なしで導入できますので、対象世代の職員が速やかに風しんの抗体検査を受けられるよう、以下4点について御対応をお願いします。

1

風しん対策の実施にかかる担当責任者を決定

例：人事課長、人事室長 等

2

対応方針の決定

【方法その1】 定期健診の機会に抗体検査も実施

【方法その2】（健診の機会とは別に）集団で抗体検査を実施 等

3

健診の委託先等に相談

医療機関・健診機関に風しん抗体検査の実施依頼を連絡、相談。（裏面参照）

様式例 https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/000116890_00009.html

4

風しん対策の実施状況・進捗状況の報告

【提出時期】 令和4年9月30日時点の状況を10月16日まで。
令和5年2月28日時点の状況を3月12日まで。

【提出先】 <https://www.mhlw.go.jp/form/pub/mhlw01/fushin05>



(1) 地方自治体名	
(2) 対象職員数	約 人
(3) 風しん対策の実施状況 1. 健診の項目に風しん抗体検査がはいつている 2. 職場内で集団風しん抗体検査を実施した 3. 人間ドックを受検する対象者に風しん抗体検査の受検勧奨を行った(方法は問わない) 4. 1.2.3.のどれも行ってない	1・2・3・4
(4) 対象職員の内、クーポン券を使用して抗体検査を受検した職員数	約 人

お問い合わせ先：厚生労働省健康局結核感染症課 <tel:03-5253-1111>（内線2097,2923）

以下の様式(例)を用いて、医療機関・健診機関に御相談ください。

健診の機会に抗体検査も実施したい場合（医療機関・健診機関宛て）

健診の機会にクーポン券を利用して無料で風しんの抗体検査を受けられるように、御調整をお願いします。詳細は以下のとおりです。 【記入例】

地方自治体名	厚生労働省(本省)
担当部署名	厚生労働省健康局
担当者名	厚生 太郎
電話番号	03-3595-3287
メールアドレス	xxxxxxx@mhlw.go.jp
対象職員数	200 人程度
抗体検査の結果の通知 (自治体への通知を希望しない職員がいないか、実施の案内等の際に御確認ください。)	<input type="checkbox"/> 本人にのみ通知 <input checked="" type="checkbox"/> 本人及び自治体に通知
予防接種が必要と判明した者(陰性者)に対する予防接種	<input checked="" type="checkbox"/> 検査と同様に集団接種の実施を希望 <input type="checkbox"/> 職場近辺の医療機関の紹介を希望 <input type="checkbox"/> 両方
備考欄(自由にご記載ください)	

様式はこちら https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/000116890_00009.html

事業場内で集団の抗体検査を実施したい場合（医療機関・健診機関宛て）

自治体内の対象職員がクーポン券を利用して無料で集団の抗体検査を受けられるように、御調整をお願いします。詳細は以下のとおりです。 【記入例】

地方自治体名	厚生労働省(本省)
担当部署名	厚生労働省健康局
担当者名	厚生 太郎
電話番号	03-3595-3287
メールアドレス	xxxxxxx@mhlw.go.jp
対象職員の数	200 人程度
希望する集団検査の時期等	【時 期】 2022年5月中旬～下旬 【時間帯】 午前中で1日に1～2時間程 【日 数】 平日5日間程度
集団検査の場所等	<input type="checkbox"/> 自治体内の診療所等 <input checked="" type="checkbox"/> 自治体内の会議室等 (約 60 m ²) <input type="checkbox"/> 場所なし(健診バスなどの手配が必要)
事業場の職員のサポート等	<input checked="" type="checkbox"/> 産業医 <input checked="" type="checkbox"/> 保健師又は看護師 <input type="checkbox"/> 事務職員
抗体検査の結果の通知 (自治体への通知を希望しない職員がいないか、実施の案内等の際に御確認ください。)	<input type="checkbox"/> 本人にのみ通知 <input checked="" type="checkbox"/> 本人及び自治体に通知
予防接種が必要と判明した者(陰性者)に対する予防接種	<input checked="" type="checkbox"/> 検査と同様に集団接種の実施を希望 <input type="checkbox"/> 職場近辺の医療機関の紹介を希望 <input type="checkbox"/> 両方
備考欄(自由にご記載ください)	

様式はこちら https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/000116890_00009.html