

職員を風しんから守るため 職場の健診を強化しませんか

「風しん」は、2018年に日本で大流行しました。そのため、免疫を持っていない可能性が高い**43～60歳の男性**（2022年4月2日時点）を対象に、原則無料で「抗体検査」と「予防接種」を受けられるように、お住まいの市区町村からクーポン券を配布（※）しています。

この度、**無料期間を2024年度まで延長**しました！ 対象者がこの期間中にクーポン券を使用できるよう、ぜひご協力をお願いいたします。

（※一部自治体では、2019年度から2021年度に配布されたクーポン券の期限延長とする可能性があります）

43～60歳の男性は、周囲に風しんの感染を拡大させる可能性があります

「風しん」は、風しんウイルスによっておこる急性の感染症です。発熱や、咳、発疹等が主な症状で、軽症や無症状の方が多いですが、稀に重症化もします。非常に**強い感染力**をもち、**症状が出る前や無症状でも、人から人へうつる**可能性があります。妊婦の方が感染すると、生まれてくる赤ちゃんの目や耳、心臓などに重篤な影響がおこることがあります。**43～60歳の男性は、特に周囲に風しんの感染を拡大させる可能性があります。**職員を風しんから守ることは、社会全体を守ることに繋がります。

職員の方の健診ご担当者様へお願い

企業側の費用負担なし！

1 対象者のクーポン券を利用する機会の向上にご協力ください

忙しい働く世代の男性でも、職場の健診や人間ドックの“ついで”なら、無料の期間中に検査を受けたいと思う方も多いはずです。職場の健診や人間ドックの機会など、対象者のクーポン券の利用機会の向上に、ぜひ、今春からご協力をお願いします。

【方法その1】健診機関に風しんの抗体検査の実施可否を確認

定期健診や人間ドックの機会に、クーポン券が使えるか、職員の方の健診委託先の医療機関にご確認いただき、健診の委託内容に風しん抗体検査を含めていただくようお願いいたします。

【方法その2】職場内で風しんの集団検査を実施

健診の機会とは別に、職場内で風しんの集団検査を行うこともできます。

2 対象者へクーポン券を利用するよう呼びかけにご協力ください

職場の健診や人間ドック、医療機関受診時などにクーポン券を持参して風しんの抗体検査を受けよう、対象者への普及啓発にご協力ください。

実施のサポートや個別説明も対応いたします

風しん集団検査を実施する方法など、ご不明な点については、個別説明も対応いたします。以下のリンク先の厚生労働省お問い合わせフォームからご質問下さい。都道府県または市区町村の担当職員から折り返しご連絡いたします。

○ 厚生労働省お問い合わせフォーム

<https://www.mhlw.go.jp/form/pub/mhlw01/fushin07>



風しん対策の更なる向上のために、従業員が1,000人以上の大規模事業場には今後アンケート調査を行わせていただく予定です。よろしければ、こちらにもご協力ください。

健診機関・医療機関に風しんの抗体検査の実施可否を確認する場合、以下の様式をご利用ください。 確認・相談がスムーズに進むよう、必要項目を含む様式例をご紹介します。

様式はこちらでダウンロード可能です https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/000116890_00006.html

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）

対象職員が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、ご調整をお願いします。詳細は以下のとおりです。

【記入例】

事業場名	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 (事業場への通知を希望しない従業員がいないか、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"/> 本人及び事業場に通知
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)	

事業場内で風しんの集団検査を実施したい場合（医療機関・健診機関宛て）

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】

事業場名	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"/> 事業場内の診療所等 <input checked="" type="checkbox"/> 事業場内の会議室等 (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 (事業場への通知を希望しない従業員がいないか、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"/> 本人及び事業場に通知
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)	