

止めるぞ風しん



国の風しん対策 実践セミナー

～定期健診等でクーポン券を
利用できる
ようにするには～



厚生労働省

Ministry of Health, Labour and Welfare

ひと、くらし、みらいのために

健康局

結核感染症課

健康課予防接種室

企業の協力の必要性

ニーズ その1

- ・対象者の居住地だけでなく、職場や職場の近辺でも受けられた方が良い。
⇒配布したクーポン券は**全国**で使える

ニーズ その2

- ・検査や接種に行く時間の確保が困難。
- ・健康診断で抗体検査も済ませたい。
⇒健康診断の実施主体である企業の協力が必要 ←ココが重要!!

国の風しん対策（3年間限定）



- 4月現在40歳～57歳の男性を対象
- 全国で抗体検査・予防接種を原則無料で受けられるクーポン券を送付。
- ~~○ 健診でも利用可能なクーポン券~~

この方法を解説

正確には・・・

- 健診でも利用可能に『できる』クーポン券₂

〒***** 12345678
 ○○県○○市○○999.99
 ○○コーポ ○号
 日本 太郎 様

¥0!

クーポン券在中

自己負担なしで
 抗体検査と予防接種が
 受けられます。

転送不要

料金納郵便
 ○○市

00000000

00000000#

大切な
 お知らせ

風しんにおける
 抗体検査および予防接種のご案内

〇〇市役所 〇△〇△課 〇× 〇× 係
 〒1000-0000 〇× 〇△市 〇〇市 〇〇番地 電話番号 000-000-0000

その予防が、あなたとあなた大切な人を守ります。

ここから開封してください。

今すぐ抗体検査と予防接種の実施をお願いします。

このクーポン券は風しんの抗体検査率が低い昭和47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
 市区町村が実施する風しん抗体検査及び予防接種法5条
 第1項の規定に基づき風しんの定期の予防接種についての
 案内となります。
 居住する市区町村以外の医療機関においても窓口での
 自己負担無しで抗体検査・予防接種を実施していますので、
 お近くの医療機関において遅やかに抗体検査・予防接種に
 ついての実施をお願いします。

【感染拡大防止のためにご協力ください】
 風しんの報告数が増加しています。風しんは感染者の発する（唾液のしずき）などに
 よって他の人につく感染症、風疹によく似ており、感染すると、発熱、発疹、リンパ節
 腫大といった症状が現れられ、多くの場合は数日で治癒しますが、心臓などの妊産婦
 の発症が風しんにかかると、出生児が先天性風しん症候群（眼や耳、心臓に障害が
 出るなど）になる可能性が高いため、注意が必要です。
 風しんは咳・くしゃみで他人につくため、特に、学校、職場、公共交通機関などの
 人が集まる場所での感染が拡大する恐れがあります。

姓	名	抗体検査料	1
姓	山田 太郎	331040	
氏名	1234567890	電話番号00000000	
住所	〒1234567890 〇〇市 〇〇番地		

13310401234567890

姓	名	抗体検査料	1
姓	山田 太郎	331040	
氏名	1234567890	電話番号00000000	
住所	〒1234567890 〇〇市 〇〇番地		

13310401234567890

姓	名	抗体検査料	1
姓	山田 太郎	331040	
氏名	1234567890	電話番号00000000	
住所	〒1234567890 〇〇市 〇〇番地		

13310401234567890

姓	名	抗体検査料	2
姓	山田 太郎	331040	
氏名	1234567890	電話番号00000000	
住所	〒1234567890 〇〇市 〇〇番地		

2331040123456789002000

姓	名	抗体検査料	2
姓	山田 太郎	331040	
氏名	1234567890	電話番号00000000	
住所	〒1234567890 〇〇市 〇〇番地		

2331040123456789002000

姓	名	抗体検査料	2
姓	山田 太郎	331040	
氏名	1234567890	電話番号00000000	
住所	〒1234567890 〇〇市 〇〇番地		

2331040123456789002000

姓	名	抗体検査料	3
姓	山田 太郎	331040	
氏名	1234567890	電話番号00000000	
住所	〒1234567890 〇〇市 〇〇番地		

3331040123456789010000

姓	名	抗体検査料	3
姓	山田 太郎	331040	
氏名	1234567890	電話番号00000000	
住所	〒1234567890 〇〇市 〇〇番地		

3331040123456789010000

姓	名	抗体検査料	3
姓	山田 太郎	331040	
氏名	1234567890	電話番号00000000	
住所	〒1234567890 〇〇市 〇〇番地		

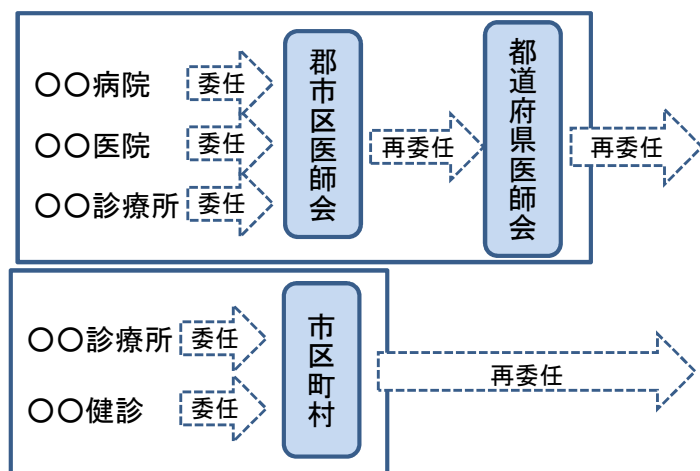
3331040123456789010000

お住まいの市区町村から自宅に送付されるクーポン券。
 本年7月までにほぼ全ての市区町村で配布済み。

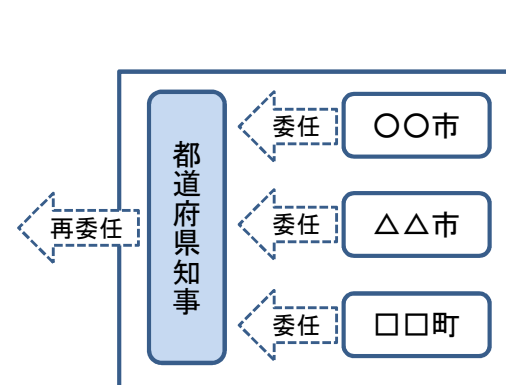
抗体検査・予防接種の集合契約

- 市区町村が医療機関に委託して実施。
 - 居住地以外で検査や接種を受けるには、全国の医療機関と市区町村の契約が必要だが、契約事務が膨大。
- ⇒ 事務負担を軽減するため、委託側と受託側の代表者が一括して集合契約を締結。クーポン券の利用が可能に。

受託側（医療機関）



委託側（市区町村）



企業健診の典型例

パターン 1

特定の
医療機関に
健診を委託
(健診先を**企業が指定**)

パターン 2

社内診療所で
健診を実施

パターン 3

複数の医療機関に
健診を委託
(健診先を**職員が選択**)

特定の医療機関に健診を委託している場合

パターン1 特定の医療機関に健診を委託



風しんの抗体検査を追加で委託

主な確認・調整事項（パターン1）

- ① 社内関係者・職員の理解
- ② 委託先が集合契約に入り、クーポンを使った抗体検査が可能であること
（委託先と連携した）対象者への案内方法、
- ③ 結果を会社が把握することへの本人確認の方法
- ④ 検査結果が陰性だった職員※への予防接種の案内方法（※免疫を持っていない方）
- ⑤ 未実施者への再案内の頻度・方法

① 社内関係者・職員の理解のために

風しん対策の必要性

厚生労働省の啓発動画 等

『止めるぞ風しん』で検索



【約2分】<https://www.youtube.com/watch?v=IUQZN1J4zI4>

企業の協力の必要性

本セミナーの厚生労働省の説明資料 等

社内で説明できなくなった場合には

厚生労働省 健康局まで御相談ください。

今日も、相談ブースで相談や面談依頼をお受けします。

② 委託先への打診

Step 1 委託先に確認

健診に風しんの抗体検査を追加できるか？

Step 2 委託先に依頼

集合契約に入ってもらいたい。

Step 3 断られてしまったら、、、

- (抗体検査だけ) 別の健診機関を探す。
- 厚生労働省や会社がある自治体に相談 9

③ 抗体検査の実施前の調整

対象者への案内方法

- ・クーポン券の持参が最重要
- ・健診機関からの案内と社内の案内で重層的に
- ・健診の実施率を上げた工夫・経験がヒントにも!?

結果の取扱いの意思確認

- ・陰性だった方に予防接種の案内が必要。
 - ・未実施者へのリマインドにも情報が必要。
- ⇒抗体検査の結果を社内で把握することについて、
本人から意向を事前に確認しておく。

④ 陰性だった方への予防接種

【方法1】 健診の委託先で予防接種も

⇒職員が予防接種を受ける時間の確保を。

【方法2】 職員が選ぶ医療機関で予防接種

⇒全国で4万以上の医療機関から選択可。

職員が予防接種を受ける時間の確保を。

p23参照

【方法3】 社内で予防接種

⇒インフルエンザワクチン等の社内接種の経験がある会社が望ましい！？

インフルエンザワクチンとの同時接種で職員の手間(時間)を省略するアレンジ可能

企業健診の典型例（パターン2）

パターン2 社内診療所で健診を実施

① 社内診療所で採血



② 外注先で測定



③ 検査結果の評価 & 職員への伝達

企業 & 社内診療所

主な確認・調整事項（パターン2）

- ① 社内関係者・職員の理解
- ② 社内診療所が**集合契約**に入る。
口座番号の登録をする。
- ③ 検査実施の注意事項。
- ④ 検査結果が陰性だった職員※への**予防接種の案内**方法（※免疫を持っていない方）
- ⑤ **費用請求**の方法
- ⑥ 未実施者への**再案内**の頻度・方法

② -1 集合契約に入る方法

委任状(A4で1枚)を提出するだけ

p24参照

⇒市区町村への費用請求が可能に

約1,700ある全国の市区町村と抗体検査・予防接種の
実施について、委託/受託の契約を結ぶことを委任

【委任状の提出先】

医師会、病院団体、健診団体等に属していなければ、
会社の所在地の市区町村

例：千代田区：千代田保健所 健康推進課保健予防係

中央区：中央区保健所 健康推進課予防係

港区：みなと保健所 保健予防課保健予防係

② -2費用請求のための手続きの方法

届出(A4で1枚)を提出するだけ

p25参照

⇒口座情報が登録完了。

【届出の提出先】

会社の所在地の国保連合会

例：東京都江戸川区：東京都国保連合会

千葉県船橋市：千葉県国保連合会

大阪府堺市：大阪府国保連合会

③-1 抗体検査の実施前の調整

検査の外注先に確認

検査の種類、風しん抗体検査の外注価格、
結果の送付時期 等

対象者への案内方法

- ・クーポン券の持参が最重要
- ・健診の実施率を上げた工夫・経験がヒントにも!?

結果の取扱いの意思確認

- ・陰性だった方に予防接種の案内が必要。
- ・未実施者へのリマインドにも情報が必要。

⇒抗体検査の結果を社内で把握することについて、
本人から意向を事前に確認しておく。

③-2 抗体検査の実施

p26,27参照

検査の受付⇒検査実施

クーポン券の受領、受診票に必要事項の記載、
受診票にクーポン券を貼付、採血 等

注) 受診票は3枚1セット。医療機関保管用、本人控え、費用請求用

血液検査⇒結果の記入

- ・採取した血液を検査会社(外注先)に提出
- ・検査結果や判定結果(陰性or陽性)を記入

本人への結果伝達

- ・受診票1枚(本人控え)を送付。
- ・健診結果とともに返却することも可能。

④ 陰性だった方への予防接種

【方法 1】 検査結果の際に予防接種

⇒（陰性患者だけでも、）結果を直接伝達。
その際に、ワクチンも接種。

【方法 2】 職員が選ぶ医療機関で予防接種

⇒全国で4万以上の医療機関から選択可。
職員が予防接種を受ける時間の確保を。

【方法 3】 社内で予防接種

⇒インフルエンザワクチン等の社内接種の
経験がある会社が望ましい！？

インフルエンザワクチンとの同時接種で
職員の手間（時間）を省略するアレンジ可能^{1.8}

⑤ 費用請求の流れ

Step 1

医療機関から
国保連を経由して
一括請求

請求総括表 (抗体検査分)		Xクリニック		2019年6月分	合計10,000円
内訳	市町村名	請求数	単価	請求額	
	A県X市	2	2,500円	5,000円	
	A県Y市	1	2,500円	2,500円	
	B県A市	1	2,500円	2,500円	
請求総括表 (予防接種分)		Xクリニック		2019年6月分	合計40,000円
内訳	市町村名	請求数	単価 (クーポン券に 記載されてる費用)	請求額	
	A県X市	2	10,000円	20,000円	
	A県Y市	1	9,000円	9,000円	
	B県A市	1	11,000円	11,000円	

請求書の作成ルール有 p30参照

Step 2

市区町村の確認・支払

請求から入金までの期間(例) **6月実施分**

- ・7月10日までに医療機関から国保連に請求
- ・8月末までに国保連から医療機関に入金

Step 3

国保連を経由して
医療機関へ一括入金

送金概要 (抗体検査分)		Xクリニック		2019年4月分	合計10,000円
内訳	市町村名	請求数	単価	送金額	
	A県X市	2	2,500円	5,000円	
	A県Y市	1	2,500円	2,500円	
	B県A市	1	2,500円	2,500円	
送金概要 (予防接種分)		Xクリニック		2019年4月分	合計40,000円
内訳	市町村名	請求数	単価	送金額	
	A県X市	2	10,000円	20,000円	
	A県Y市	1	9,000円	9,000円	
	B県A市	1	11,000円	11,000円	

19

参考資料

風しん抗体検査価格（全国统一価格）

	HI法、LTI法	EIA法、ELFA法、 CLEIA法、FIA法
保健所で行う場合	790円	2,180円
健診等の機会に 行う場合	1,290円 (税込：1,393円)	2,680円 (税込：2,894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※を除く)	4,930円 (税込：5,324円)	6,320円 (税込：6,825円)
上記以外の時間に医療機関を 受診して行う場合	5,430円 (税込：5,864円)	6,820円 (税込：7,365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、12月29－31日

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。

ワクチンの確保について

麻しん風しん混合ワクチン(MRワクチン)は確保できるのか？

⇒風しん対策の取り組みを進めたために、
ワクチンの増産をメーカーに依頼した。
今は、十分量を確保できている。

なお、今秋に接種されるインフルエンザ
ワクチンも平成28年度以降、最高の供給
量となる見込み。

クーポン券を使用できる医療機関



全国で4万件
以上

例) 皇居近辺
厚労省HPに
掲載中

集合契約に参加する

1. 委任状を作成しましょう

- ① 様式は厚生労働省ホームページからExcelファイルでダウンロードできます。
※ →「医療機関・健診機関向け情報」の「様式等」を参照。
- ② 委任状に必要事項（黄色部分）を記入してください。
※「医療機関コード」は空欄にする。
- ③ 実施する業務（抗体検査・予防接種）が正しく記入されているか、必ず確認してください。

2. 取りまとめ団体に提出しましょう

右の様式が完成したら、貴社の取りまとめ団体（貴社の所在する市区町村）に委任状を提出します。

例：千代田区・・・千代田保健所健康推進課保健予防係
中央区・・・中央区保健所健康推進課予防係
港区・・・みなと保健所保健予防課保健予防係

「実施機関一覧」

一般的な医療機関や診療所が委任状を提出した場合、「実施機関一覧表」に掲載され、厚生労働省及び各取りまとめ団体のホームページにおいて確認できますが、貴社の職員のみに対して抗体検査や予防接種を実施する場合は、掲載されません。

(別添1)

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	(空欄で提出)
②医療機関名	
③郵便番号	
④所在地(東京都府県)	
⑤電話番号(区市外局番)	
※契約代表者役職・氏名	印

*⑤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、実用アドレスでもよいので出来るだけ記入ください。

当〇〇は、……、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)別添第3項の規定による代替後の同令第1条の3第1項の表風しんの項第2号の「昭和57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、下記に記入した委託範囲のうち、「委託する」に〇を記したものに限り、全額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、東京都に再委任すること。

⑤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		●風しんの第5期の定期接種	
委託する	委託しない	委託する	委託しない

費用請求のための手続きをする

1. 国保連（国民健康保険団体連合会）への届けを作成しましょう

- ① 様式は厚生労働省ホームページからExcelファイルでダウンロードできます。
- ② 取りまとめ団体への委任状提出後、費用請求用のコードが採番され、国保連から連絡がきます。
- ③ 委任状に必要事項を記入してください。
※「医療機関番号コード」は空欄にする。
- ④ 実施する業務（抗体検査・予防接種）が正しく記入されているか、必ず確認してください。

2. 国保連に提出しましょう

右の様式が完成したら、貴社の所在地（都道府県）の国保連に提出します。
これにより、費用の振込先口座情報が登録され、費用請求が可能となります。

風しんの抗体検査・風しんの第5期定期接種に係る費用の請求及び受領に関する届									
20 年 月 日 提出									
国民健康保険団体連合会 御中									
開設者（代表者） 住所					氏名 印				
風しんの抗体検査等に係る費用の請求及び受領に関する届を下記のとおり記入・捺印のうえ提出いたします。									
医療機関等番号					TEL	— —		連合会使用欄	
フリガナ					FAX	— —			
医療機関等名称					振込先	金融機関コード			
郵便番号	—				支店名	支店コード			
フリガナ					預金種目	1: 普通 2: 当座		振込番号に○を付けて下さい。	
所在地					口座番号			右語で記載して下さい。	
フリガナ					フリガナ				
請求者					口座名義人※				
届出理由（該当番号に○を付けて下さい。）					請求開始（変更）年月		旧医療機関等番号		
1	新設				20 年 月 より				
2	請求者または口座名義人の変更								
3	振込先及び口座番号の変更								
4	その他（ ）								
備 考									

※開設者（代表者）と口座名義人が異なる場合には、委任状も添付いただく必要があります。

26

抗体検査の実施と結果の説明等について

1. 検査をしましょう

- ・受診票に必要事項が記入されていることを確認し、風しん抗体検査を実施する。
- ・貴社で実施する検査方法を予め確認する。
(血液検査の委託会社(外注先)等)

2. 受診票にクーポン券を貼付し、検査方法を記入しましょう

- ・受診票の右上にクーポン券を貼付する。
- ・検査方法の記入は、風しんの抗体検査受診票の裏面の様式等を参考に記入する。

3. 受診票に検査結果を記入しましょう

- ・検査結果が判明次第、受診票の左下に結果を記入する。

※同一の検査方法でも、使用する測定キットによって定期接種の対象となる抗体価が異なる場合があることに注意する。

4. 受診票を本人に返却し、結果を説明しましょう

- ・健診等の機会を活用して、抗体検査を受検した方には、本人控えを健診結果とともにご本人に返却しても差し支えない。

【風しんの抗体検査受診票】

シールは左上隅の「**が**」隠れるように貼付

(国保連提出用)を貼付

東京都 千代田市 霞が関1-2-2		抗体検査券 1
氏名	厚生 太郎	〒100-0001 東京都千代田市千代田 1-2-3 456
生年月日	昭和 52 年 4 月 1 日 生 (満 42 歳)	U123456789 10111213141516171819202122232425262728293031323334353637383940414243444546474849505152535455565758596061626364656667686970717273747576777879808182838485868788899091929394959697989900

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 ☐	
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 ☐	
(「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 ☐ いいえ ☒	
(「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 ☐ いいえ ☒	
(「はい」の場合) そのときの予防接種の記録はありますか。	はい ☐ いいえ ☒	
予防接種の種類 (後記に○) (風しんワクチン・MRワクチン・MMRワクチン)		

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い。
☐ 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 (医師の署名の結果、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。)

20## 年 ○ 月 □ 日 被検査者 厚生 太郎

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)
以上の結果、定期接種の対象は(対象・非対象)と判断した。

医師署名又は記名押印 労働 次郎

風しんの抗体検査の結果 (※裏面の付表1を参照)		判定結果 (いずれかに○)	実施場所
検査方法:	HI 法	風しんの第5期の定期接種 対象	労働クリニック
抗体価	単位: EIA価・IU/mL・その他()	風しんの第5期の定期接種 非対象	医師名 労働 次郎
8			検査年月日 20## 年 ○ 月 □ 日
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□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。

風しんの予防接種の受付について

1. 予診票を準備しましょう

- 職員がクーポン券を持参して、風しんの予防接種を実施できるよう、事前に「風しんの第5期の定期接種予診票」を準備しておきます。

※集合契約で実施する風しんの予防接種では、統一様式を用いる必要があります。様式は厚生労働省ホームページからExcelファイルでダウンロードできます。

2. 職員（対象者）にクーポン券を用意してもらいましょう

- 風しん抗体検査を集合契約で実施するには、**クーポン券**が必須です。

!!!! 要注意!!!!

クーポン券に記載された「請求先市区町村」と、対象者の「住民票のある市区町村」が異なる場合、**費用請求ができない**可能性がありますので、職員に確認してください！

クーポン券に記載された「予診費用」「接種費用」は、クーポン券を発行した市区町村毎に異なります。また、接種費用は**乾燥弱毒生麻しん風しん混合ワクチン(MRワクチン)**の金額です。

3. 予診票に、必要事項を記入してもらいましょう

- 対象者の記載項目は、予診票の太枠内です。

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。			
住所(記載されている住所)	都 道 府 県	市 区 町 村	(クーポン貼付)
氏 名	男 ・ 女		
生年月日	昭和 年 月 日生 (満 歳)	診察前の体温	
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

券 種	抗体検査券	1
請求先	〇〇県〇〇市	123456
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	(西暦連続出力)	
12345678901234567		
券 種 <th>予防接種予診券(予診のみ)</th> <th>2</th>	予防接種予診券(予診のみ)	2
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)	
自己負担額 (税抜)	0 円	
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	(西暦連続出力)	
123456789012345679999		
券 種 <th>予防接種券(予診・接種)</th> <th>3</th>	予防接種券(予診・接種)	3
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)	
自己負担額 (税抜)	0 円	
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	(西暦連続出力)	
123456789012345679999		

ここを確認！

29

費用請求（抗体検査・予防接種）について

1. クーポン券を貼った受診票・予診票を、市区町村ごとにまとめておきましょう
2. 月ごとの実施分をまとめて、市区町村別請求書を作成しましょう
3. 市区町村別請求書をまとめて、請求総括書を作成しましょう

〇〇〇市区町村長様

市区町村番号

□□□□□□

クーポン券に記載の
6桁の番号を転記

(記載例)

請求総括書（小計）

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

印

任意の印鑑で
請いません

風しん対策 市区町村別請求書

医療機関・健診機関番号

医療機関・健診機関名称

請求年月

1234567890

厚労病院〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

2019年〇〇月分

	請求件数	請求金額 (税込)	請求金額 (税引)
①健診・HI法	0	0	0
②健診・EIA法	0	0	0

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 印

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）

任意の印鑑で
構いません

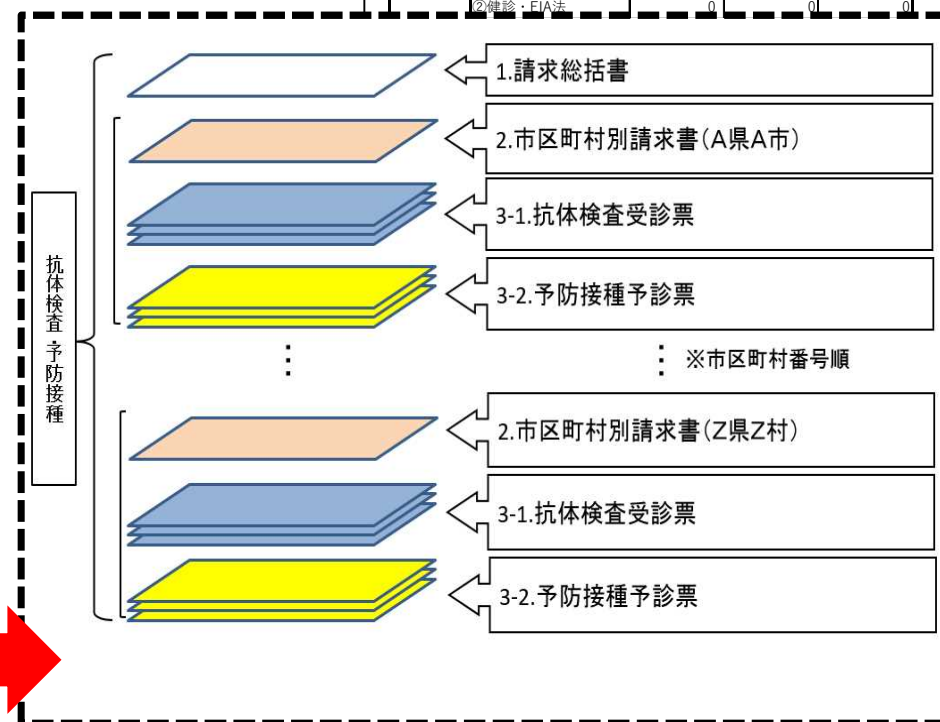
施設等区分 1:医療機関

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

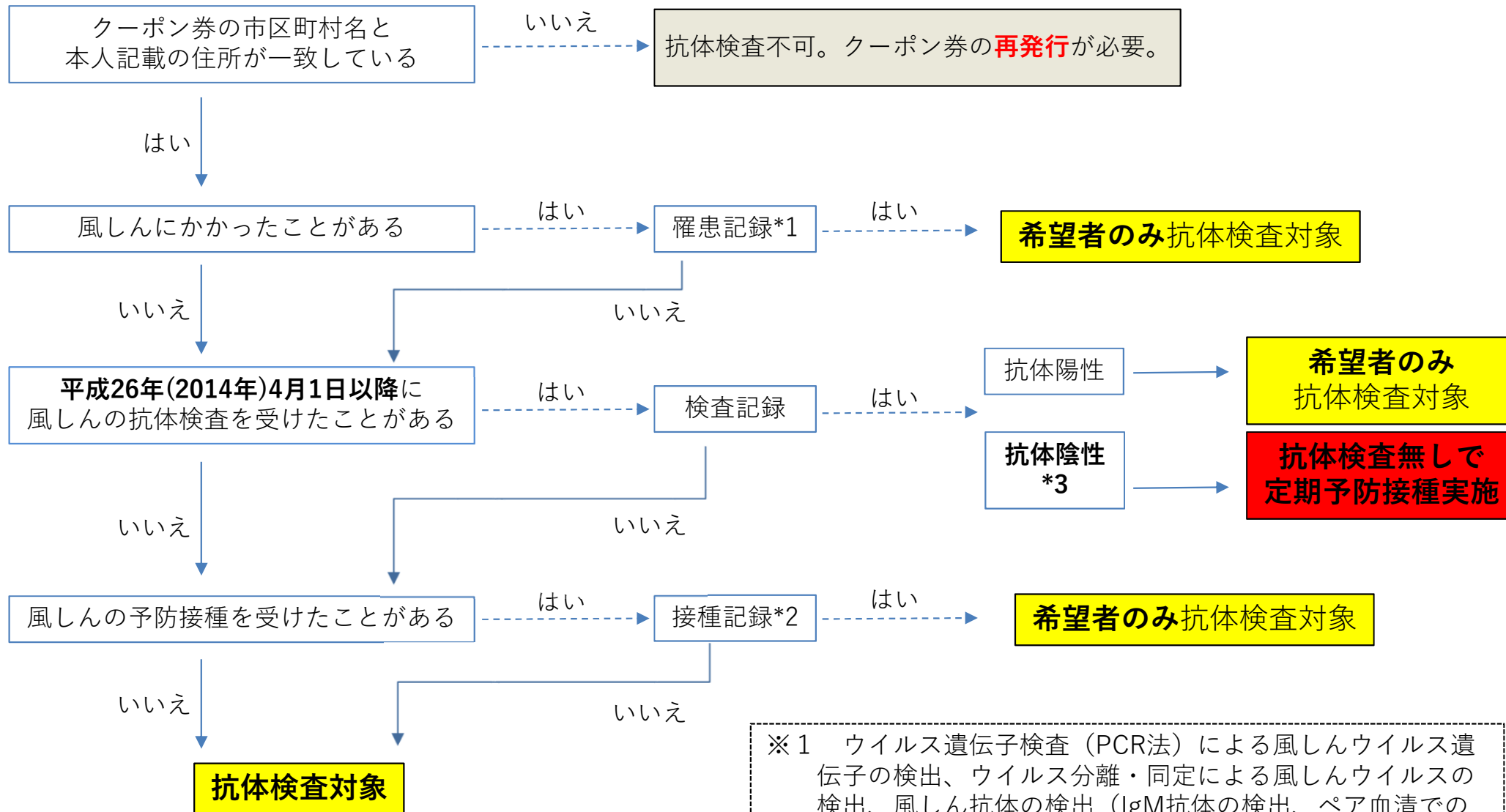
請求年月 2019年〇〇月分

	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
	計	0	0	0



- #### 4. 所定の方法で編綴して、所在地（都道府県）の国保連へ送付し費用を請求しましょう

風しんの抗体検査実施フロー



- 「抗体検査を希望しない」に☑ がない
- 個人情報取り扱いに関する同意サインがある

以上確認できたら抗体検査実施可能です

- ※1 ウイルス遺伝子検査（PCR法）による風しんウイルス遺伝子の検出、ウイルス分離・同定による風しんウイルスの検出、風しん抗体の検出（IgM抗体の検出、ペア血清での抗体陽転又は抗体価の有意な上昇）
- ※2 風しんの予防接種とは、風しんワクチン、麻しん・風しん混合（MR）ワクチン、麻しん・風しん・おたふくかぜ（MMR）ワクチンのいずれかをいう。
- ※3 抗体検査結果が陰性であるとは、「風しんの第5期の定期接種の対象となる抗体価基準」を満たすものをいう。

風しんについて

概要

症状：発熱、発疹、リンパ節腫脹が特徴。**無症状（15～30%）**。

合併症：妊娠中の女性が感染すると児に**先天性風しん症候群(CRS)**が出現。

経路：飛沫。感染力が強い（基本再生産数：6-7（インフルエンザは1-2））

先天性風しん症候群(CRS)とは

風しんに対して免疫のない女性が、特に妊娠初期に罹患した場合に出生児に引き起こされる障害。先天性心疾患、難聴、白内障が三大症状。

風しんとCRSの発生報告数

年	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
風しん (定点)	2,972	3,123	2,561	2,971	2,795	4,239	895	509	463
CRS	0	1	1	1	1	10	2	0	0

年	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
風しん (全数)	294	147	87	378	2,386	14,344	319	163	126	91	2,917	2,079
CRS	0	2	0	1	4	32	9	0	0	0	0	3

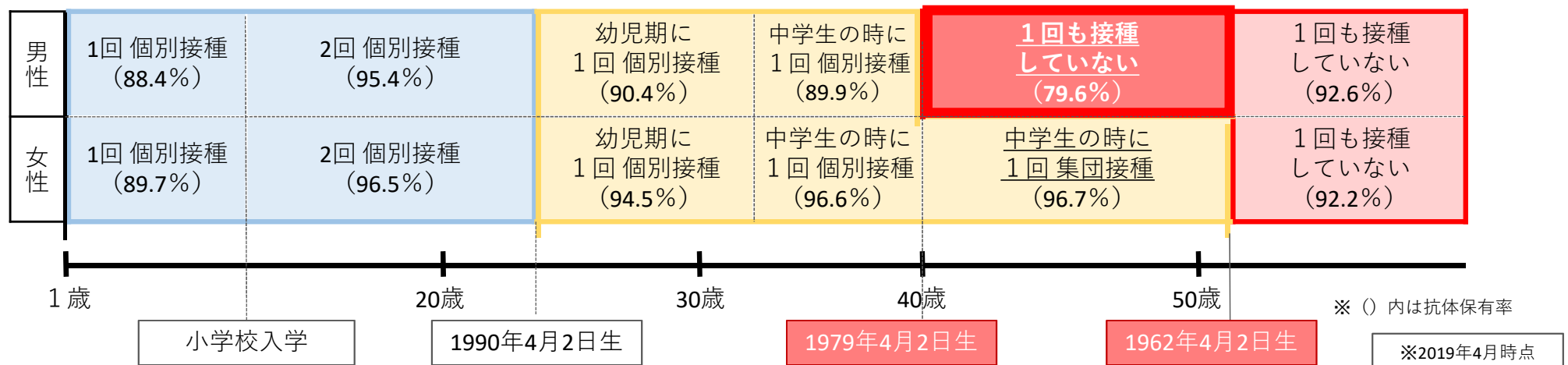
【出典】「感染症発生動向調査」に基づき健康局結核感染症課において作成。2018年は週報速報値（暫定値）、2019年は2019年8月14日時点の暫定値。

風しんに関する追加的対策

追加的対策のポイント

特に抗体保有率が低い昭和37年4月2日から昭和54年4月1日生まれ（平成31年度40歳から57歳）の男性に対し、

- ① 予防接種法に基づく定期接種の対象とし、3年間、全国で原則無料で定期接種を実施
- ② ワクチンの効率的な活用のため、まずは抗体検査を受けていただくこととし、補正予算等により、全国で原則無料で実施
- ③ 事業所健診の機会に抗体検査を受けられるようにすることや、夜間・休日の抗体検査・予防接種の実施に向け、体制を整備



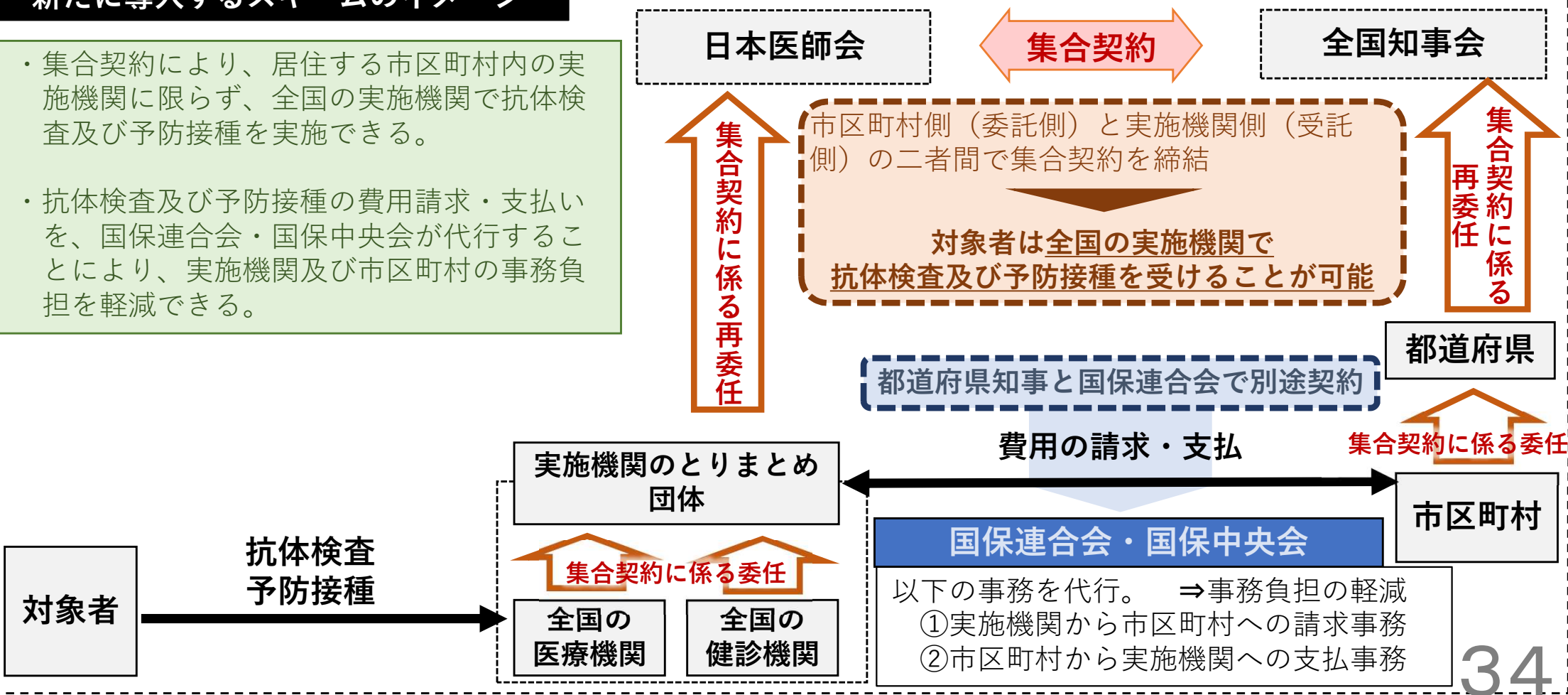
居住地以外でも抗体検査及び予防接種を受けられる体制整備

以下のスキームを導入することにより、居住地以外でも抗体検査及び予防接種を受けられる体制を整備する。

- ①集合契約により、全国の市区町村が全国の実施機関に対し、抗体検査及び予防接種の実施を委託する契約を締結。
- ②抗体検査及び予防接種の費用請求・支払いについては、国保連合会・国保中央会が代行することにより、実施機関、全国の市区町村の事務負担を軽減。

新たに導入するスキームのイメージ

- ・集合契約により、居住する市区町村内の実施機関に限らず、全国の実施機関で抗体検査及び予防接種を実施できる。
- ・抗体検査及び予防接種の費用請求・支払いを、国保連合会・国保中央会が代行することにより、実施機関及び市区町村の事務負担を軽減できる。



抗体検査及び予防接種の実施スキーム（概要）

（全国の医療機関に常備）
3枚1セット

【全国統一】予診票、
兼同意書、兼請求書
〔医療機関控え〕

..... クーポン貼付箇所

本人署名
医療機関名 XXクリニック

【全国統一】予診票、
兼同意書、兼請求書
〔国保連提出用〕

..... クーポン貼付箇所

本人署名
医療機関名 XXクリニック

【全国統一】予診票、
兼同意書、兼請求書
〔ご本人控え〕

..... クーポン貼付箇所

本人署名
医療機関名 XXクリニック

（全国の医療機関に常備）
3枚1セット

【全国統一】予診票、
兼同意書、兼請求書
〔医療機関控え〕

..... クーポン貼付箇所

本人署名
医療機関名 XXクリニック

【全国統一】予診票、
兼同意書、兼請求書
〔国保連提出用〕

..... クーポン貼付箇所

本人署名
医療機関名 XXクリニック

【全国統一】予診票、
兼同意書、兼請求書
〔ご本人控え〕

..... クーポン貼付箇所

本人署名
医療機関名 XXクリニック

Step 1
対象者への
クーポン券送付
（抗体検査＆
予防接種）

Step 2
医療機関/
健診機関を
受診

Step 3
関係書類に
サイン

Step 4
医療機関/
健診機関で
予診
→抗体検査

Step 5 - 1
対象者への
結果報告

Step 6 - 1
関係書類に
サイン
医療機関で
予診
→予防接種

Step 5 - 2
市町村への
結果送
付＆費用
請求

Step 6 - 2
市町村への
結果送
付＆費用
請求

費用請求・支払のスキームへ

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
予防接種予診のみ	(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)	(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)	(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		
	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
予防接種	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	
予防接種	発 券No	U123456789	有効期限2020年03月	発 券No	U123456789	有効期限2020年03月	発 券No	U123456789	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)	(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)	(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 予防接種履歴)	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)	
予防接種	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	U123456789	有効期限2020年03月	発 券No	U123456789	有効期限2020年03月	発 券No	U123456789	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)	(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)	(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)
予防接種	1234567890123456799999			1234567890123456799999			1234567890123456799999		
	〇〇県〇〇市			〇〇県〇〇市			〇〇県〇〇市		
	〇〇〇〇〇			〇〇〇〇〇			〇〇〇〇〇		

風しん追加的対策の実施方法について

【対象】 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

【目標】 ①2020年7月までに、対象世代の男性の抗体保有率を85%に引き上げる

②2021年度末までに、対象世代の男性の抗体保有率を90%に引き上げる

【実施方法】

○ 対象者に対しては、市町村から受診券を送付し、抗体検査の受検を積極的に案内する。

○ 受診券の送付については、今後3年間の抗体検査の受検目標を効率的に達成するため、3か年計画で、段階的に行う。

※ 事業開始当初に受検希望者が集中した場合、短期的な供給不足が生じ、医療機関や対象者に混乱が生じる懸念がある。

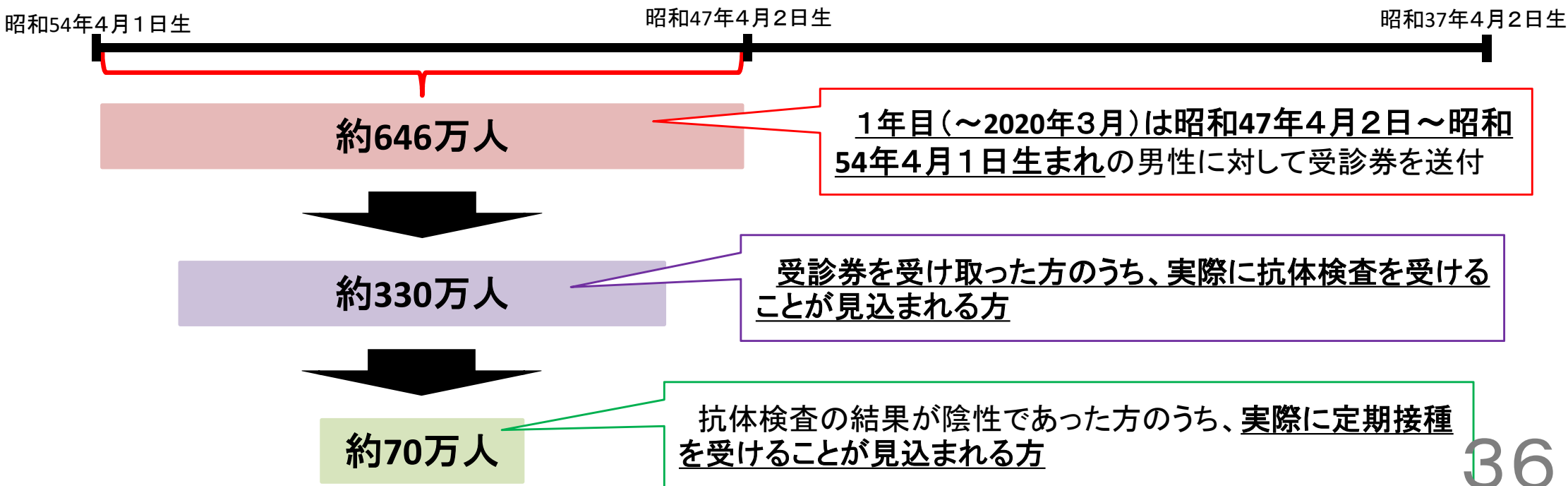
○ 1年目(～2020年3月)は、まずは昭和47年4月2日から昭和54年4月1日の間に生まれた(約646万人)男性に対して受診券を送付する。

○ 2020年3月までにこの世代の男性に抗体検査・定期接種を受けていただき、4月以降更に対策を進めることにより、2020年7月までに抗体保有率85%の目標を目指す。

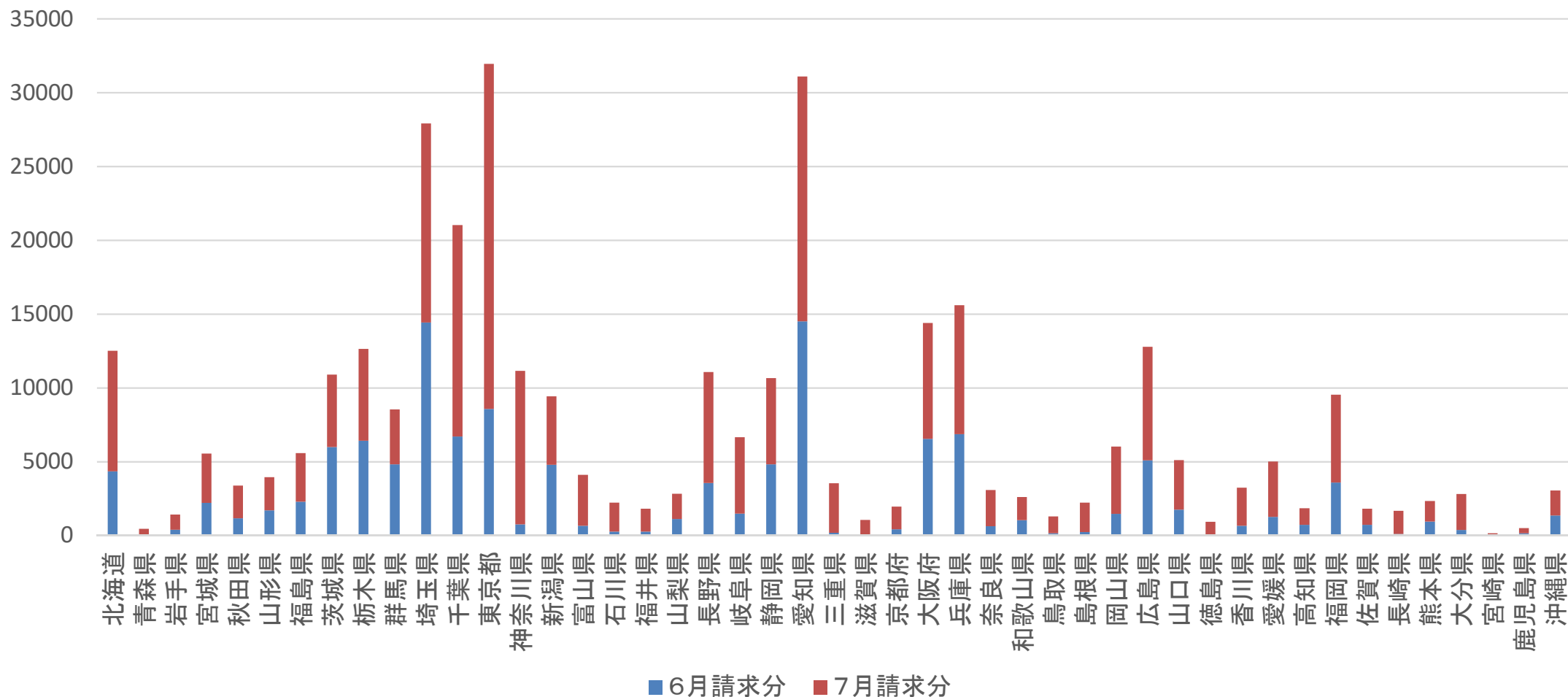
○ なお、1年目に市町村から受診券を送付しない昭和37年4月2日から昭和47年4月1日の間に生まれた男性についても、市町村に希望すれば、受診券を発行し抗体検査を受検できることとする。

※ 施行に当たっては、事務手続に関する手引き(ガイドライン)を自治体に示し、丁寧に説明。

【初年度(2019年度)における取組】



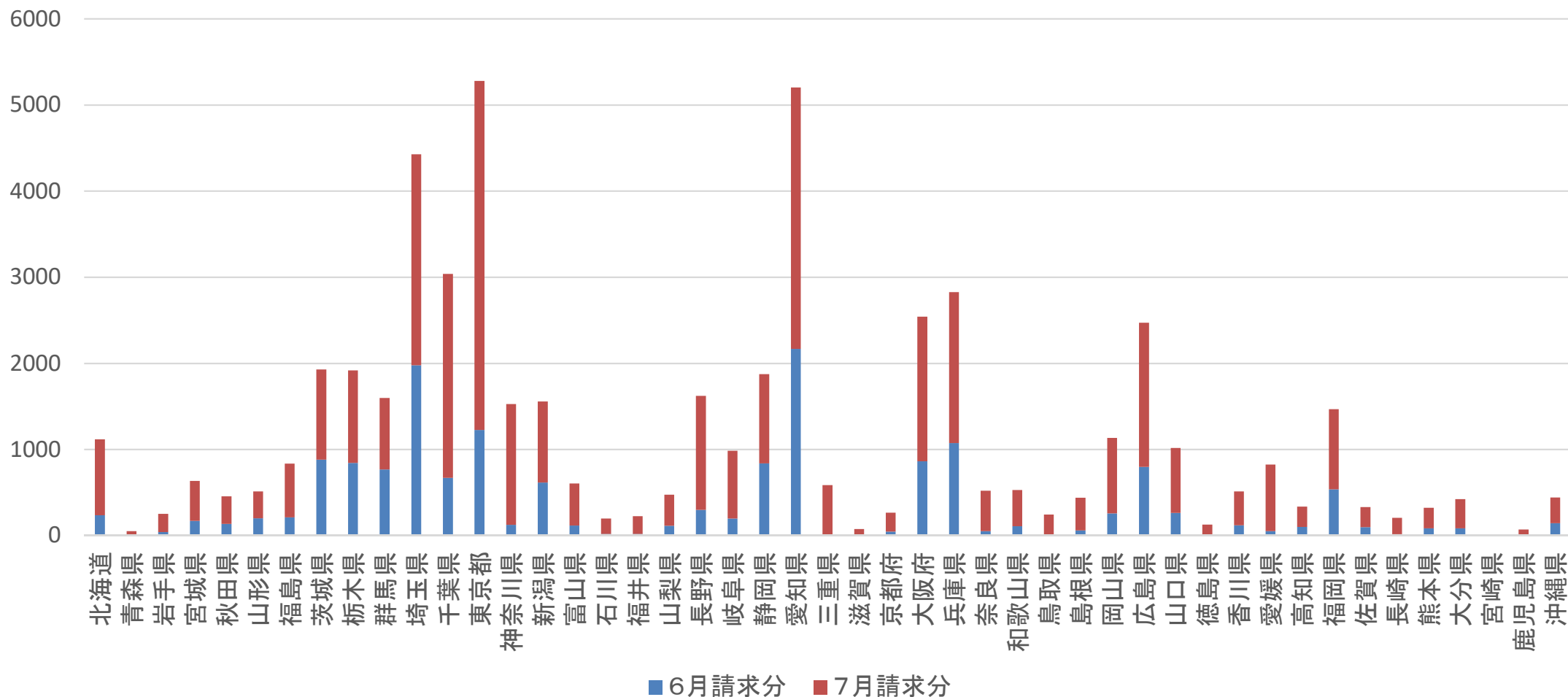
2019年度風しんの追加的対策抗体検査実績



6月請求分 4月5月実施分	125,859件
7月請求分 6月実施分	213,743件

※クーポン券を利用した件数(国保連が処理した実績件数)

2019年度風しんの追加的対策予防接種実績



6月請求分 4月5月実施分	16,672件
7月請求分 6月実施分	37,382件

※クーポン券を利用した件数(国保連が処理した実績件数)

対象：1962(昭和37)年4月2日～1979(昭和54)年4月1日生まれの男性の皆様

風しん排除には—— 君たちの行動が 必要なのさ

対象の男性は
クーポン券を使って
抗体検査と
予防接種を受けようぜ

抗体検査を
受けてないキミたちー！

※2019年4月に随時、順次クーポン券が届く予定ですが、
自治体により事業の開始時期や対応が異なるため、
お住まいの市区町村にお問い合わせ下さい。

©北条司/NSP・[2019] 映画版「シティーハンター」製作委員会

風しんから、あなた自身と周りの人を守るためにあなたにできること

1. あなたが風しんへの抵抗力があるかチェックするため、抗体検査を受けましょう。
2. 風しんへの抵抗力が無いこと（抗体なし）がわかった場合、
風しんへの抵抗力（免疫）をつけるため、予防接種を受けましょう。



1962(昭和37)年4月2日～1979(昭和54)年4月1日生まれの男性の皆様

⚠ 風しんの感染を拡大させる可能性があります

風しんから、あなた自身と周りの人を守るために
風しんに対する抵抗力を確認・獲得しましょう

1962(昭和37)年4月2日～1979(昭和54)年4月1日生まれの男性の方は、
風しんの抗体検査及び予防接種が原則無料*となります。

WHY?

Q:なぜ風しんへの抵抗力が必要なの？

A・成人は小児に比べて症状が重くなることがあります。



WHAT?

Q:風しんに感染すると何が問題なの？

- A・電車や職場など人が集まる場所で、
多くの人に感染させる可能性があります。
・妊娠早期の妊婦に風しんを感染させると、
赤ちゃんが先天性風しん症候群になる可能性があります。



HOW?

Q:では、どうしたら良いの？

- A・まずは、風しんへの抵抗力を確認するため、抗体検査を受けましょう。
2019年4月以降、クーポン券が届きますのでクーポン券に従って抗体検査を受けて下さい。
2019年度は、1972(昭和47)年4月2日～1979(昭和54)年4月1日生まれの男性に市区町村がクーポン券を送付します。
なお、2019年度にクーポン券が送付されない対象者も市区町村に希望すればクーポン券を発行し、抗体検査を受けられます。
注意：子どもの頃に風しんに感染したかどうか記憶が曖昧な場合も抗体検査を受けましょう。
・風しんへの抵抗力が無いこと（抗体なし）がわかった場合、
風しんへの抵抗力（免疫）をつけるため、予防接種を受けましょう。



抗体検査

職場での健康診断や近隣の
病院・診療所で受けられます。
クーポン券を使えば抗体検査は無料となります。

抗体あり

・風しんへの抵抗力があります。

抗体なし

・風しんへの抵抗力がありません。
・風しんにかかるリスクがあります。

予防接種を受けましょう
原則無料となります。*

風しんとは

感染者の咳やくしゃみ、会話などで飛び散るしぶき（飛沫）を吸い込んで感染します。
小児は発熱、発疹、首や耳の後ろのリンパ節が腫れて、数日で治ります。まれに、高熱
や肺炎になって入院することがあります。
成人は高熱・発疹の長期化や関節痛など重症化の可能性があります。

先天性風しん症候群とは

妊娠初期（20週以前）に風しんに感染する
と、赤ちゃんが先天性心疾患・白内障・難聴
を特徴とする先天性風しん症候群をもって
生まれてくる可能性が高くなります。



#止めるぞ_風しん

トライなんてさせない
タックルで止める
感染なんてさせない
ワクチンで止める



One for all,
ひとりみんなのために、
みんなはひとりのために
all for one

対象:1962(昭和37)年4月2日～1979(昭和54)年4月1日生まれの男性の皆様

・無料抗体検査クーポンが届きましたら、健康診断の機会などで、**抗体検査**をお願いします



1962(昭和37)年4月2日～1979(昭和54)年4月1日生まれの男性の皆様



あなたが風しんの感染を拡大させてしまう
可能性があります



1 お手元に届くクーポン券※により、健康診断の機会や
お近くの医療機関で抗体検査を受けましょう。

2 風しんへの抵抗力が無いこと(抗体なし)がわかった場合、
予防接種を受けましょう。

対象者は**風しんの抗体検査及び予防接種が原則無料※**となります。

2019年度は、1972(昭和47)年4月2日～1979(昭和54)年4月1日生まれの男性に市区町村がクーポン券を送付します。
なお、2019年度にクーポン券が送付されない・届いていない対象者も市区町村に希望すればクーポン券を発行し、抗体検査を受けられます。※
子どもの頃に風しんに感染したかどうか記憶が曖昧な場合も抗体検査を受けましょう。

Q:なぜ風しんへの
抵抗力が必要なの?

A・成人は小児に比べて
症状が重くなることが
あります。



Q:風しんに感染すると
何が問題なの?

A・電車や職場など人が集まる場所で、
多くの人に感染させる可能性があります。
・妊娠早期の妊婦に風しんを感染させると、
赤ちゃんが先天性風しん症候群になる可能性があります。



抗体検査

職場での健康診断や近隣の
病院・診療所で受けられます。*
クーポン券を使えば抗体検査は無料となります。

抗体あり

・風しんへの抵抗力があります。

抗体なし

・風しんへの抵抗力がありません。
・風しんにかかるリスクがあります。

予防接種を受けましょう
原則無料となります。*

風しんとは

感染者の咳やくしゃみ、会話などで飛び散るしぶき(飛沫)を吸い込んで感染します。
小児は発熱、発疹、首や耳の後ろのリンパ節が腫れて、数日で治ります。まれに、高熱
や脳炎になって入院することがあります。
成人は高熱・発疹の長期化や関節痛など重症化の可能性があります。

先天性風しん症候群とは

妊娠初期(20週以前)に風しんに感染すると、赤ちゃんが先天性心疾患・白内障・難聴
を特徴とする先天性風しん症候群をもって
生まれてくる可能性が高くなります。

