

風しんの追加的対策に係る説明会

嶺北会場 : 令和元年5月9日 (木)

嶺南会場 : 令和元年5月15日 (水)

【資料1】

風しんの追加的対策の概要について

福井県健康福祉部健康増進課

感染症対策グループ

平成31年4月
1日現在

18歳～40歳
H13.4.1生～S54.4.2生

40歳～57歳
S54.4.1生～S37.4.2生

57歳～
～S37.4.1生

男性

妊娠を希望する女性や風しん抗体価の低い(HI法32倍未満)妊婦の配偶者、同居者

県と福井市が実施
(風しんの無料抗体検査事業)

風しんの追加的対策の対象者
(クーポン券を持参)

各市町が実施

妊娠を希望する女性や風しん抗体価の低い(HI法32倍未満)妊婦の配偶者、同居者

県と福井市が実施
(風しんの無料抗体検査事業)

女性

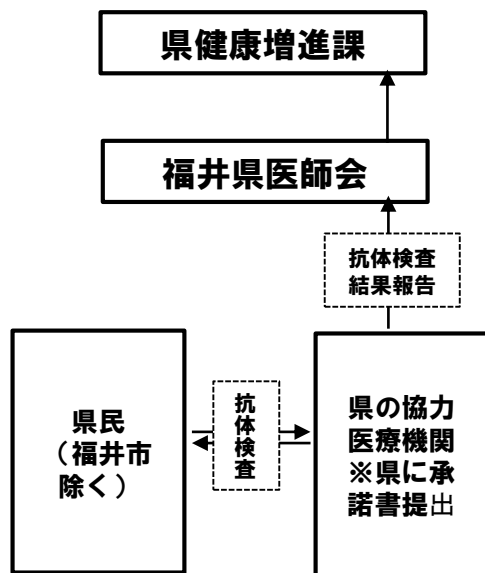
・妊娠を希望する女性
(明らかな予防接種歴がない、抗体検査歴がない)
・妊娠を希望する女性や風しん抗体価の低い妊婦(HI法32倍未満)の同居者
県と福井市が実施 (風しんの無料抗体検査事業)

平成31年度の風しんの抗体検査について

- ① 福井県内在住（福井市を除く。）の妊娠希望者、妊娠希望者等の配偶者や同居者に風しん抗体検査を実施（実施パターン①）
 - ② 福井市内在住の妊娠希望者、妊娠希望者等の配偶者や同居者に風しん抗体検査を実施（実施パターン②）
 - ③ 昭和37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風しん抗体検査を実施（実施パターン③）
- ①の実施主体は県健康増進課、請求先は福井県医師会
 - ②の実施主体は福井市保健所、請求先は福井市医師会
 - ③の実施主体は各市町、請求先は福井県国保連合会

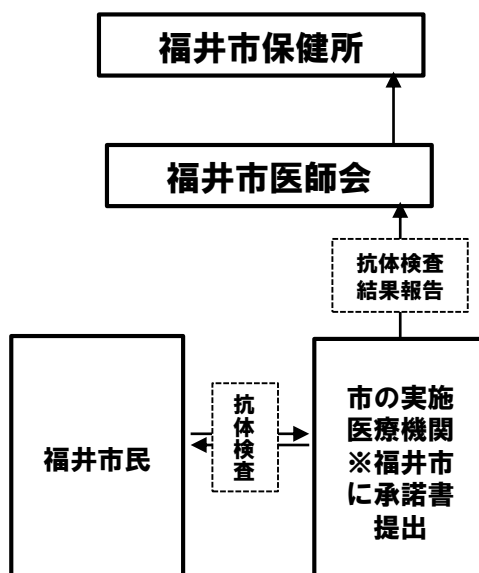
実施パターン①

○ 協力医療機関において抗体検査を実施



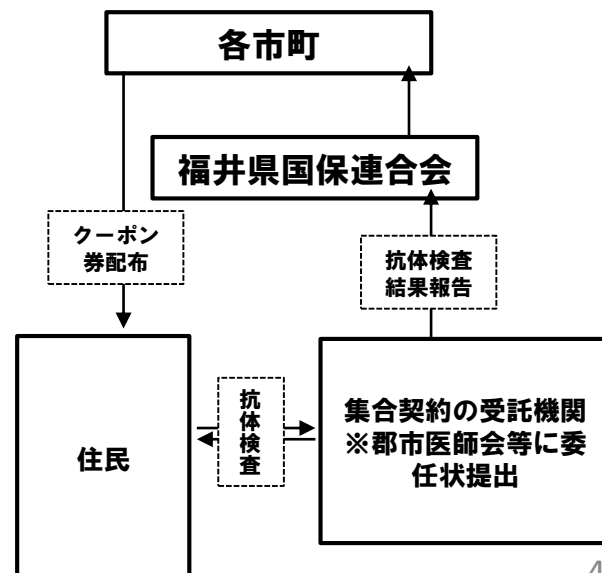
実施パターン②

○ 実施医療機関において抗体検査を実施



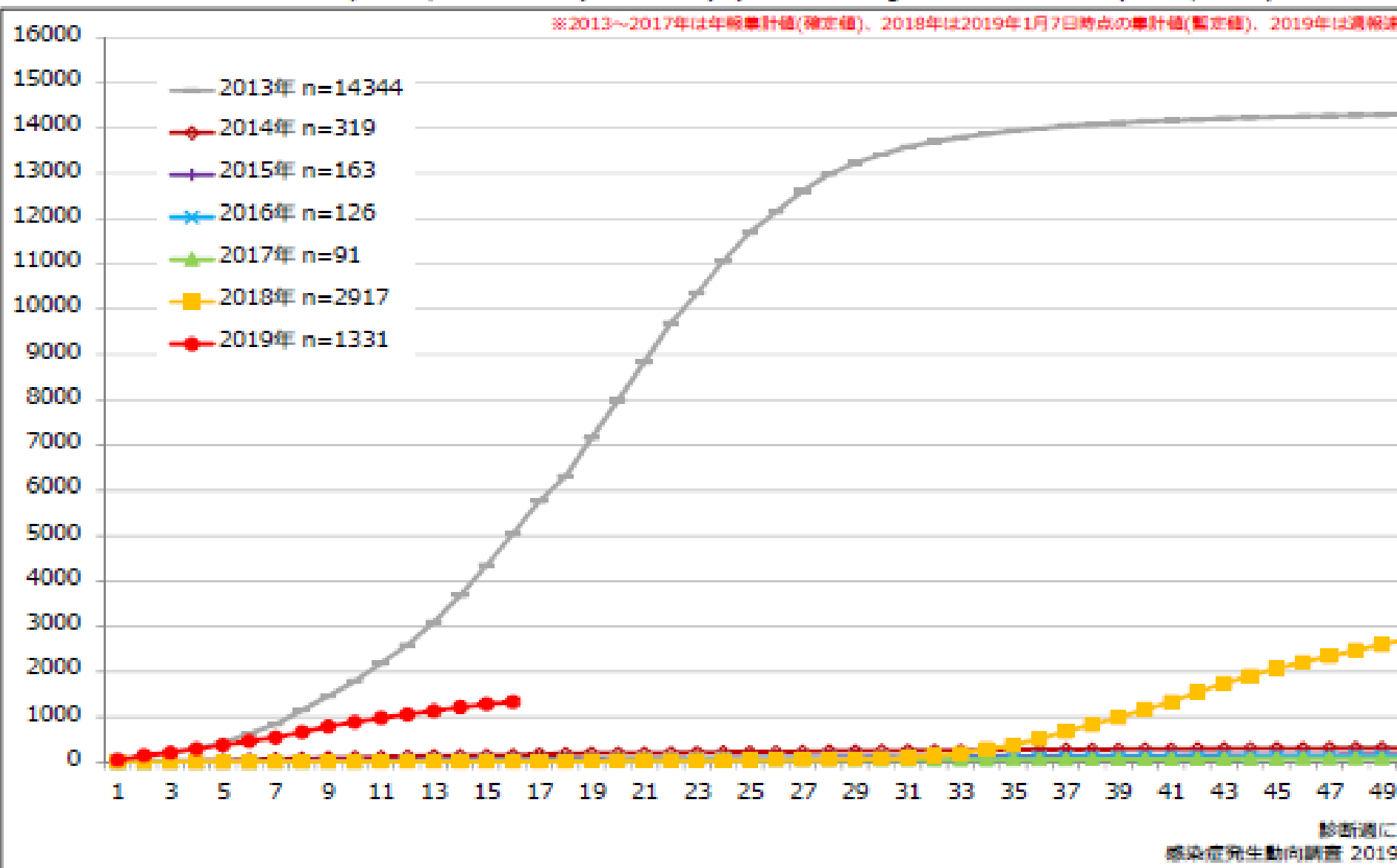
実施パターン③

○ 医療機関/健診機関において抗体検査を実施



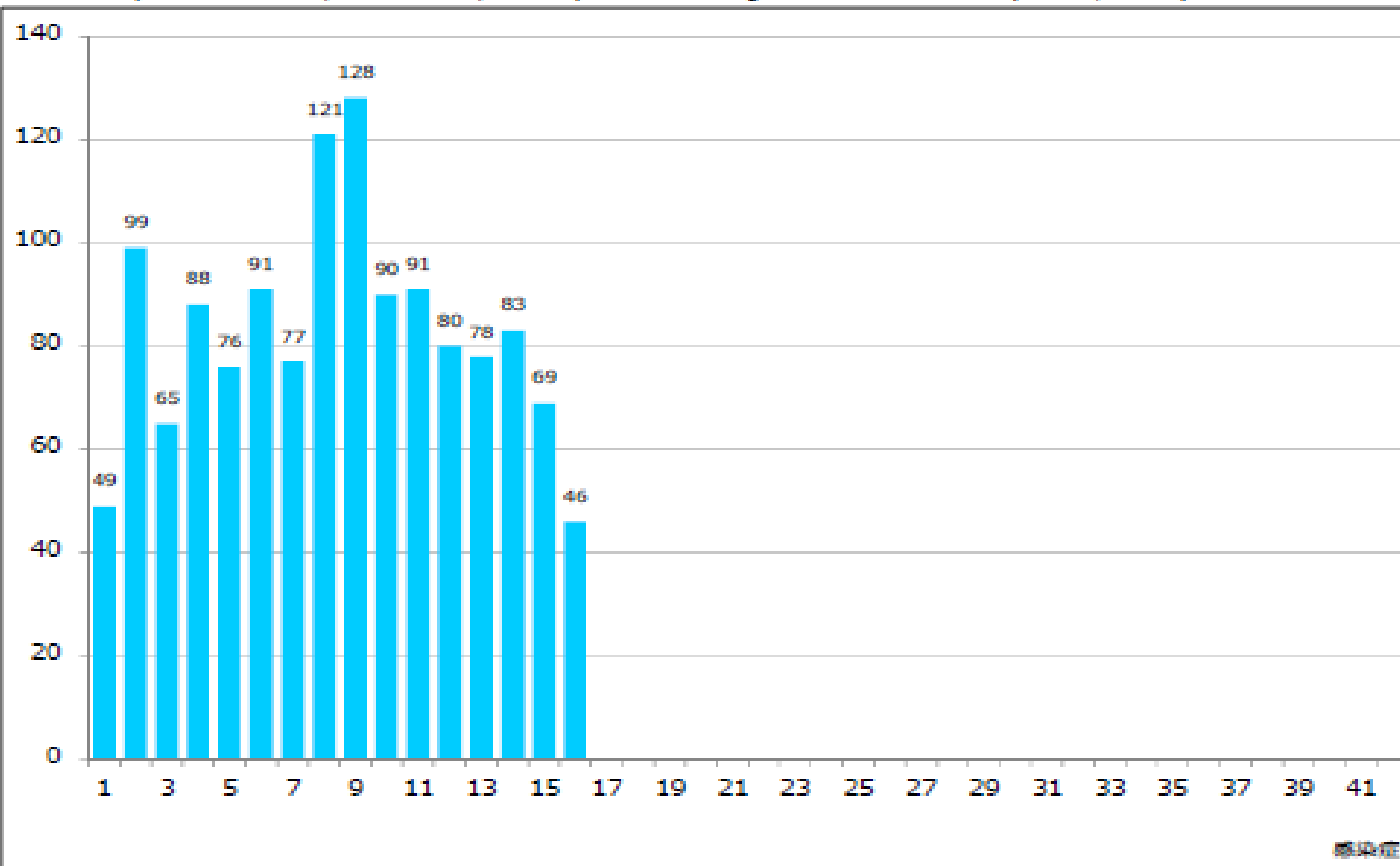
1. 風しん累積報告数の推移 2013~2019年 (第1~16週)

Cumulative rubella cases by week, 2013-2019 (week 1-16) (based on diagnosed week as of April 24, 2019)



2. 週別風しん報告数 2019年 第1~16週 (n=1331)

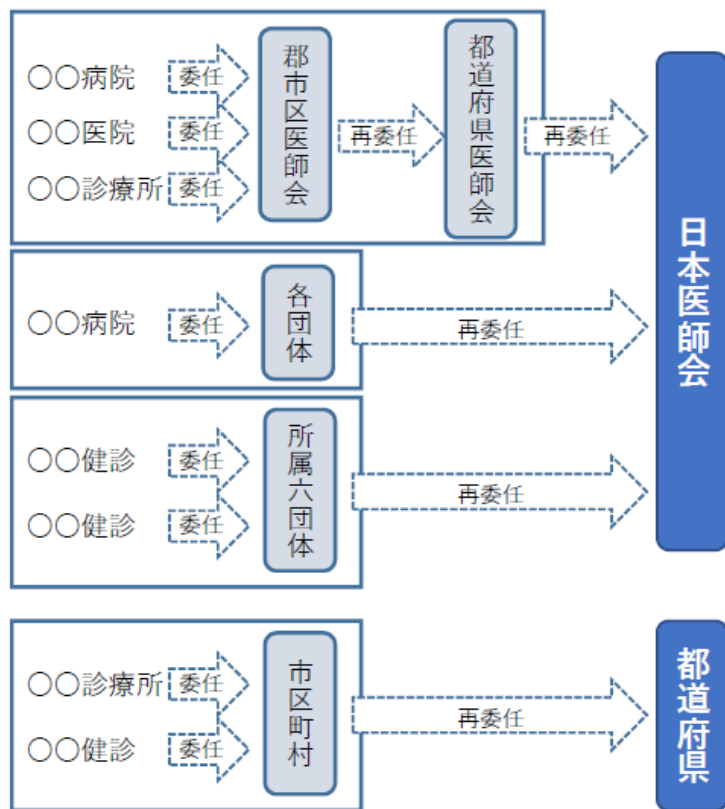
Weekly rubella cases, week 1-16, 2019 (based on diagnosed week as of April 24, 2019)



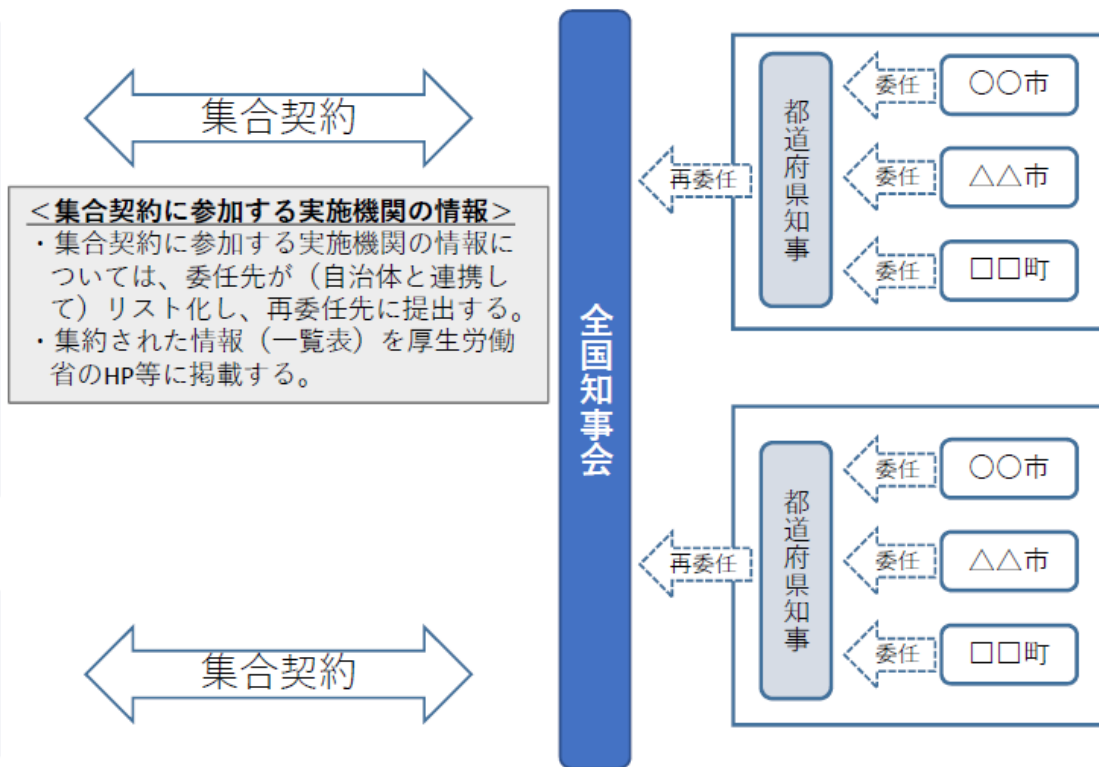
感染症

- 抗体検査及び予防接種に係る集合契約の締結について、市区町村は都道府県に委任し、都道府県は全国知事会に再委任する。
- 抗体検査及び予防接種に係る集合契約の締結について、実施機関はそれぞれが所属する郡市区医師会等の取りまとめ団体に委任し、取りまとめ団体は日本医師会に再委任する。なお、取りまとめ団体のいずれにも所属しない実施機関は市区町村に委任し、市区町村は都道府県に再委任する。
- 契約の締結について委任を受けた全国知事会と、日本医師会（及び都道府県）がそれぞれ集合契約を行う。

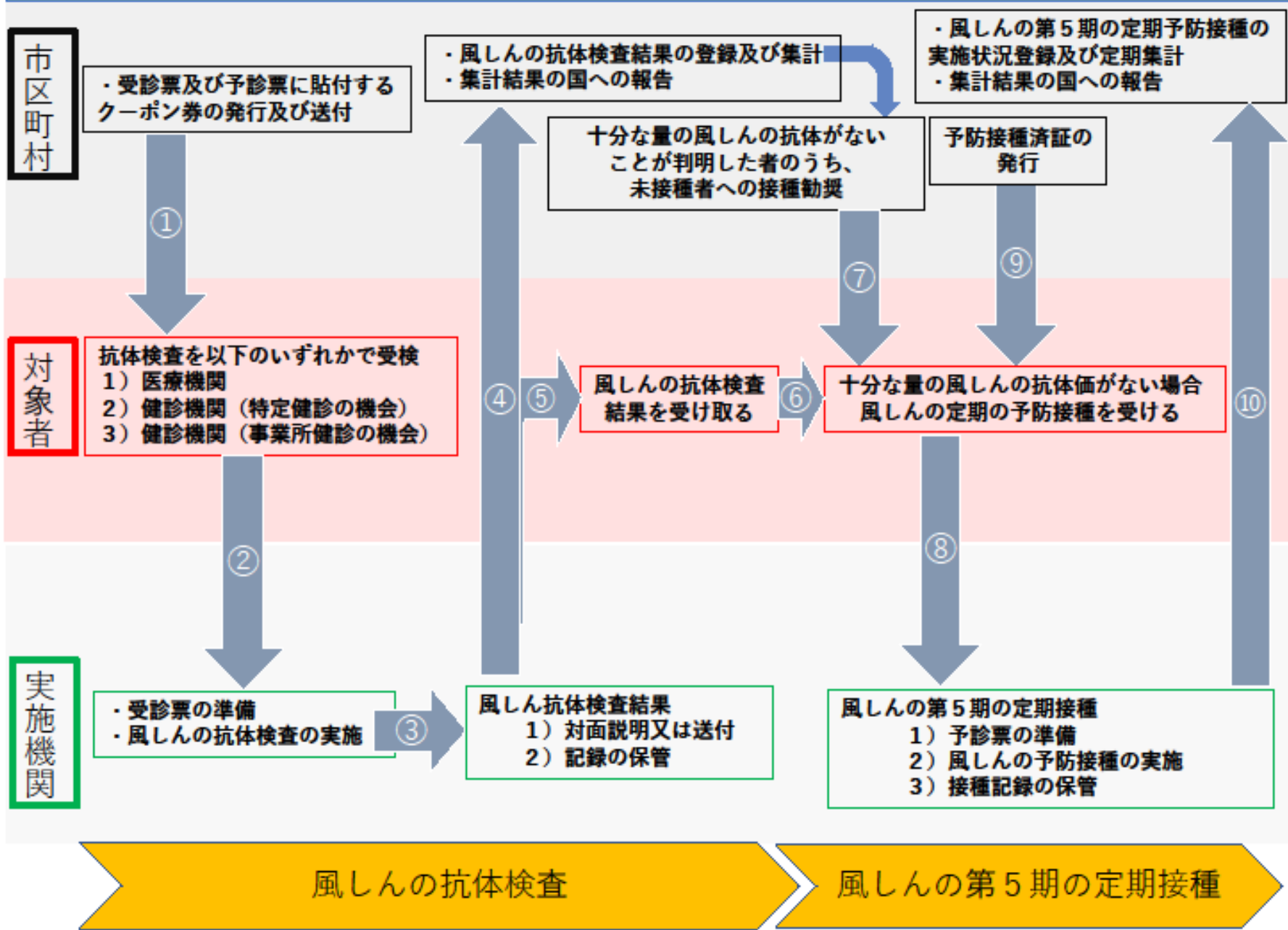
実施委託を受ける側



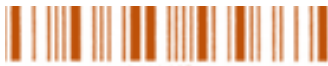
実施委託を行う側




具体的な運用の概念図



抗体検査

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		
		
12345678901234567		

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		
		
12345678901234567		

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		
		
12345678901234567		

予防接種予診のみ

券種	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		
		
1234567890123456799999		

券種	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		
		
1234567890123456799999		

券種	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		
		
1234567890123456799999		

予防接種

券種	予防接種券	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		
		
1234567890123456799999		

券種	予防接種券	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		
		
1234567890123456799999		

券種	予防接種券(兼 予防接種済証)	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		
		
1234567890123456799999		
〇〇県〇〇市長 〇〇〇〇〇		

クーポン券の見本



抗体検査/予防接種の実施スキーム

実施パターン③の場合

(全国の医療機関に常備)
3枚1セット

【全国统一】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

【全国统一】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

【全国统一】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

結果通知様式

【全国统一】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

【全国统一】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

【全国统一】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

【全国统一】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

Step1
対象者への
クーポン券送付
(抗体検査&
予防接種)

Step2
医療機関/
健診機関を
受診

Step3
関係書類
にサイン

Step4
医療機関/健
診機関で予診
→抗体検査

Step5-1
対象者への
結果報告

Step6-1
関係書類に
サイン
医療機関で
予診
→予防接種

Step5-2
市町への結
果送付&費
用請求

Step6-2
市町への結
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
	券番号	0123456789	有効期限2020年03月	券番号	0123456789	有効期限2020年03月	券番号	0123456789	有効期限2020年03月
予防接種予診のみ	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
	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
	券番号	0123456789	有効期限2020年03月	券番号	0123456789	有効期限2020年03月	券番号	0123456789	有効期限2020年03月
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 予防接種済証)	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
	券番号	0123456789	有効期限2020年03月	券番号	0123456789	有効期限2020年03月	券番号	0123456789	有効期限2020年03月

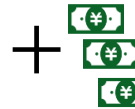
費用請求・支払のスキーム

送金概要 (抗体検査分)				
	A 県 X 市		2019年4月分	合計20,000円
内訳	医療機関名	請求数	単価	送金額
	Xクリニック	2	2,500円	5,000円
	Yクリニック	6	2,500円	15,000円

送金概要 (予防接種分)				
	A 県 X 市		2019年4月分	合計30,000円
内訳	医療機関名	請求数	単価	送金額
	Xクリニック	2	10,000円	20,000円
	Yクリニック	1	10,000円	10,000円



+ 国保連の手数料
(抗体検査)



+ 国保連の手数料
(予防接種)

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10日までに国保連から市町に請求
- ・8月22日までに市町から国保連に支払
- ・8月末までに国保連から医療機関に入金

Step 1

医療機関
/健診機関
から請求

Step 2

国保連で
振分け
(請求)

Step 3

各市町の
確認・支払

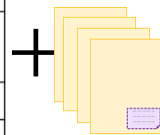
Step 4

国保連で
振分け
(支払)

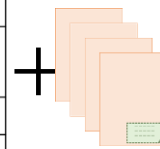
Step 5

医療機関
/健診機関
への入金

請求総括表 (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 (クーポン券に 記載されてる費用)	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4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



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



風しん抗体検査の価格

	HI法、LTI法	EIA法、ELFA法、CLEIA法、FIA法
保健所で行う場合 ^{※1}	790円	2,180円
健診等の機会に行う場合	■1 ^{※3} 1,290円 (税込: 1,393円)	■2 ^{※3} 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 ^{※2} を除く)	■3 ^{※3} 4,930円 (税込: 5,324円)	■4 ^{※3} 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 ^{※3} 5,430円 (税込: 5,864円)	■6 ^{※3} 6,820円 (税込: 7,365円)

※1 参考価格。今回の集合契約には含まれない。

※2 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

※3 抗体検査の受診票における「検査番号」に相当する番号を記載。

風しんの定期接種の対象となる抗体価

○風しんの抗体価測定キットにおいて、以下の抗体価の場合は定期接種の対象となる。

○HI法の抗体価では8倍以下であり、その他の検査法で相当する抗体価の値は、それぞれ以下のとおり。

測定キット名（製造販売元）	検査方法	抗体価（単位等）
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）	8倍以下（希釈倍率）
R-HI「生研」 （デンカ生研株式会社）	赤血球凝集抑制法 （HI法）	8倍以下（希釈倍率）
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）	6.0未満（EIA価）
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）	1.5未満 （国際単位（IU）/ml）
バイダスアッセイキットRUB IgG （シスメックス・ピオメリユー株式会社）	蛍光酵素免疫法 （ELFA法）	2.5未満 （国際単位（IU）/ml）
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）	1.5未満 （国際単位（IU）/ml）
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）	2.0未満 （国際単位（IU）/ml）
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）	1.1未満（抗体価）
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）	1.5未満（抗体価AI*）
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）	1.5未満 （国際単位（IU）/ml）

* 製造企業が独自に調整した抗体価単位（測定キットについては今後追加の可能性有り）

市町のクーポン券発送予定

市町名	4月	5月	6月	7月	8月	9月	
福井市				○			
永平寺町						○	
あわら市						○	
坂井市						○	
大野市		○					
勝山市	○						4月23日発送
鯖江市			○				
越前町			○				
越前市			○				
南越前町			○				
池田町			○				
敦賀市		○					
美浜町	○						3月発送
小浜市			○				
おおい町			○				
高浜町			○				
若狭町			○				

市町名	発送前の対応有無	償還払いの対応
福井市	有	無
永平寺町	有	無で検討中
坂井市	有	検討中
あわら市	有	無（検討中）
大野市	検討中	無
勝山市	無	有
鯖江市	無	無
越前町		
越前市	未定	無
南越前町	無	無
池田町	実施予定	実施予定
敦賀市	検討中	検討中
美浜町		未定
小浜市	実施予定	有（対応中）
おおい町	無	有
高浜町	未定（償還払いで対応するよう調整中）	対応予定
若狭町	無	有

最後に

本日は、お忙しい中、説明会に御出席いただき、ありがとうございます。

今後も医師会等関係機関の御協力の下、より良い予防接種制度を目指しますので、御協力よろしくをお願いいたします。

