



福岡医発第584号(地)
令和元年5月24日

各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会
会長 松 田 峻一良
(公 印 省 略)

福岡県予防接種センターにおける風しん第5期の予防接種について

今般、風しん第5期予防接種が定期予防接種に追加されたことから、福岡県保健医療介護部県がん感染症疾病対策課において、福岡県予防接種センターにおける当該接種に係る留意点をまとめたリーフレットを作成した旨、本会に対し周知依頼がありました。

つきましては、貴会におかれましても本件についてご了解いただき、貴会会員への周知方よろしくお願いいたします。

なお、県内の予防接種センターに対しては、同課より通知されておりますことを申し添えます。

記

(1) 予防接種センターでの接種対象者について

風しん第5期の対象者は成人ですが、福岡県に住所地を有し、要注意者に該当すれば、福岡県予防接種センター（以下、「センター」）での接種の対象となりますので、該当する方が接種を受けに来院された場合は、適切にセンターへの紹介を行ってください。※センターでは風しん抗体検査は行いません。

(2) 紹介状について

乳幼児の要注意者を紹介する際と同様に、紹介状（3枚複写式）に記入の上、1枚目を控えとして保管、2枚目と3枚目を要注意者へ渡してください。なお、要注意者から紹介手数料を徴収しないようにご注意ください。

(3) リーフレットについて

紹介状、センター地図と併せて、別紙リーフレットを要注意者に渡してください。その際、クーポン（別紙図1）の「予防接種券」（最下段）はセンターでの接種には使用しない旨を確実にお伝えください。

(4) 予診料の請求について

予診料の請求は、集合契約に則り、福岡県国民健康保険団体連合会に対して行います。手順は以下のとおりです。

1. 要注意者が持参したクーポンのうち「予防接種予診券」(中段)を予診票(別紙図2)に添付
2. 請求総括書(別紙図3)及び市区町村別請求書(別紙図4)を作成
3. 予診を実施した日の属する月の翌月10日までに1と2の予診票、請求総括書、市区町村別請求書を下記の住所に送付

〒812-8521 福岡市博多区吉塚本町13-47

福岡県国民健康保険団体連合会 審査業務部 システム管理課 請求支払係

【福岡県内の予防接種センター】

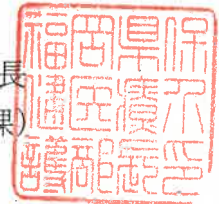
- 産業医科大学病院
- 九州大学病院
- 地方独立行政法人福岡市立病院機構福岡市立こども病院
- 福岡歯科大学医科歯科総合病院
- 飯塚病院
- 久留米大学病院

1 疾病第706号
令和元年5月16日

公益社団法人福岡県医師会長
公益社団法人福岡県病院協会長
一般社団法人福岡県私設病院協会長
公益社団法人全国自治体病院協議会福岡県支部長
一般社団法人福岡県精神科病院協会長

殿

福岡県保健医療介護部長
(がん感染症疾病対策課)



福岡県予防接種センターにおける風しん第5期の予防接種について

本県の保健医療介護行政の推進につきましては、平素から格別の御高配を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、本県では、平成16年度から「福岡県予防接種センター機能推進事業実施要綱」に基づき、各福岡県予防接種センター（以下、「センター」という。）における予防接種要注意者（心臓血管系疾患等の基礎疾患を有する者、全身性発疹等のアレルギーを疑う症状を呈したことのある者等をいう。以下同じ。）に対する予防接種等を実施しているところです。

今般、風しんの第5期の予防接種が定期接種に追加されたことから、センターにおける当該接種に係る留意点を下記のとおりまとめましたのでお知らせします。

つきましては、貴会会員に対し、別添リーフレットを配布するなど、周知に御協力くださいますようお願いいたします。

なお、福岡県予防接種センターとして指定しております各医療機関に対しては、当課から通知していますので申し添えます。

記

1 センターにおける風しん第5期の予防接種について

- (1) 風しんの第5期の予防接種の対象者（予防接種法施行令（昭和23年政令第197号）附則第3項の規定による読替え後の同令第1条の3第1項の表風しんの項第3号の「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」をいう。）である予防接種要注意者（以下、「該当者」という。）は、センターにおける接種の対象とする。

- (2) 該当者に対する接種に係る費用及び費用請求の手続きは、各市町村と公益

社団法人福岡県医師会との間の契約において定めるものを適用する。

※全国知事会と公益社団法人日本医師会との間の委託契約（以下、「集合契約」という。）における費用及び費用請求手続きは適用しない。

- (3) 該当者に対する風しん抗体検査及び予防接種予診に係る費用及び費用請求の手続きは、集合契約において定めるものを適用する。

※請求にはクーポン券等を使用する。

※集合契約に参加していない医療機関等は、集合契約に基づく風しん抗体検査及び予防接種予診はできない。

【担当】

〒812-8577 福岡市博多区東公園7番7号
福岡県保健医療介護部がん感染症疾病対策課
感染症対策係 今村、磯野

TEL : 092-643-3268 FAX : 092-643-3331

E-mail : imamura-t6219@pref.fukuoka.lg.jp
isono-h8778@pref.fukuoka.lg.jp

医療機関の皆様へ

風しん第5期の定期接種対象者（※1）である 予防接種要注意者（※2）を 予防接種センターに紹介する場合の留意点

（※1）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のうち、風しんに係る抗体検査を受けた結果、十分な量の風しんの抗体がないことが判明した者。

（※2）次のいずれかに該当する者。

- ①心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患、血液疾患、発育障害等の基礎疾患を有する者
- ②予防接種で2日以内に発熱のみられた者及び全身性発疹等のアレルギーを疑う症状を呈したことがある者
- ③過去にけいれんの既往のある者
- ④過去に免疫不全の診断がされている者
- ⑤接種しようとする接種液の成分に対してアレルギーを呈するおそれのある者

1. 風しん第5期対象者も、予防接種センターでの接種対象です。

風しん第5期の対象者は成人ですが、福岡県に住所地を有し、要注意者に該当すれば、福岡県予防接種センター（以下、「センター」）での接種の対象となりますので、該当する方が接種を受けに来院された場合は、適切にセンターへの紹介を行ってください。**※センターでは風しん抗体検査は行いません。**

2. 紹介状は通常通りご使用ください。

乳幼児の要注意者を紹介する際と同様に、紹介状（3枚複写式）に記入の上、1枚目を控えとして保管、2枚目と3枚目を要注意者へ渡してください。なお、**要注意者から紹介料を徴収しないようご注意ください。**

3. リーフレットも渡してください。

紹介状、センター地図と併せて、別紙リーフレットを要注意者に渡してください。その際、クーポン（図1）の「予防接種券」（最下段）はセンターでの接種には使用しない旨を**確実に**お伝えください。

4. 予診料の請求は国保連まで（**集合契約参加機関のみ**）。

予診料の請求は、集合契約に則り、福岡県国民健康保険団体連合会（以下、「国保連」）に対して行います。手順は以下のとおりです。

- （1）要注意者が持参したクーポンのうち「予防接種予診券」（中段）を予診票（図2）に添付。
- （2）請求総括書（図3）及び市区町村別請求書（図4）を作成。
- （3）予診を実施した日の属する月の翌月10日までに、（1）（2）の予診票、請求総括書、市区町村別請求書を下記の住所に送付。

〒812-8521 福岡市博多区吉塚本町13-47

福岡県国民健康保険団体連合会 審査業務部 システム管理課 請求支払係

5. ご不明な点は下記の連絡先にお尋ねください（ご覧ください）。

【予防接種センター機能推進事業について】

福岡県保健医療介護部がん感染症疾病対策課
TEL:092-643-3268 FAX:092-643-3331

【センター紹介状、地図等の様式について】

公益社団法人福岡県医師会地域医療課
TEL:092-431-4564 FAX:092-411-6858

【風しんの追加的対策について】

【国保連への請求手続、医療機関向け手引き・様式の入手方法について】

厚生労働省ホームページ

風しん 追加的対策

検索

図1 クーポン券

抗体検査	※ 種別	抗体検査券		1	※ 種別	抗体検査券		1	※ 種別	抗体検査券		1
	請求本	〇〇黒〇〇市		123456	請求本	〇〇黒〇〇市		123456	請求本	〇〇黒〇〇市		123456
	請求番号	U123456789		有効期限(有効開始日)	請求番号	U123456789		有効期限(有効開始日)	請求番号	U123456789		有効期限(有効開始日)
	氏名	氏名＝一二三四五六七八九一二三四五六七八九		(請求開始日)	氏名	氏名＝一二三四五六七八九一二三四五六七八九		(請求開始日)	氏名	氏名＝一二三四五六七八九一二三四五六七八九		(請求開始日)
		123456/89U1234567				123456/89U1234567				123456/89U1234567		
予防接種予防診のみ	※ 種別	予防接種予防診(予防のみ)		2	※ 種別	予防接種予防診(予防のみ)		2	※ 種別	予防接種予防診(予防のみ)		2
	請求本	〇〇黒〇〇市		123456	請求本	〇〇黒〇〇市		123456	請求本	〇〇黒〇〇市		123456
	請求費用	税別	9,999	円(自己負担分)	請求費用	税別	9,999	円(自己負担分)	請求費用	税別	9,999	円(自己負担分)
	自己負担額	税別		0	自己負担額	税別		0	自己負担額	税別		0
	請求番号	U123456789		有効期限(有効開始日)	請求番号	U123456789		有効期限(有効開始日)	請求番号	U123456789		有効期限(有効開始日)
	氏名	氏名＝一二三四五六七八九一二三四五六七八九		(請求開始日)	氏名	氏名＝一二三四五六七八九一二三四五六七八九		(請求開始日)	氏名	氏名＝一二三四五六七八九一二三四五六七八九		(請求開始日)
		123456/89U1234567/999999				123456/89U1234567/999999				123456/89U1234567/999999		
予防接種	※ 種別	予防接種		3	※ 種別	予防接種		3	※ 種別	予防接種		3
	請求本	〇〇黒〇〇市		123456	請求本	〇〇黒〇〇市		123456	請求本	〇〇黒〇〇市		123456
	請求費用	税別	9,999	円(自己負担分)	請求費用	税別	9,999	円(自己負担分)	請求費用	税別	9,999	円(自己負担分)
	自己負担額	税別		0	自己負担額	税別		0	自己負担額	税別		0
	請求番号	U123456789		有効期限(有効開始日)	請求番号	U123456789		有効期限(有効開始日)	請求番号	U123456789		有効期限(有効開始日)
	氏名	氏名＝一二三四五六七八九一二三四五六七八九		(請求開始日)	氏名	氏名＝一二三四五六七八九一二三四五六七八九		(請求開始日)	氏名	氏名＝一二三四五六七八九一二三四五六七八九		(請求開始日)
		123456/89U1234567/999999				123456/89U1234567/999999				123456/89U1234567/999999		

図2 予診票

[illegible]

図3 請求総括書

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
開設者氏名　　 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）

施設等区分

医療機関・健診機関番号

医療機関・健診機関名称

請求年月

1：医療機関

1234567890

厚労病院○○○○○○○○○○

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
	予防接種	通常	0	0
予診のみ		0	0	0
小計		0	0	0
合計		0	0	0

※予診のみの費用を市区町村が設定していない場合（０円の場合）は、本総括書に計上しないこと。その場合、予診票の原本を国民健康保険団体連合会に送付しないこと。

図3 市区町村別請求書

○○○市市区町村長様 市区町村番号 		○○県○○市○○町○丁目○番○号 開設者氏名 労働次郎 印 電話番号 ○○○-○○○-○○○○	
風しん対策 市区町村別請求書			
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○○○○○○○○○○○○○○		
請求年月	2019年○○月分		

	請求件数	請求金額 (税抜)	請求金額 (税込)
抗体検査	①健診・H1法	0	0
	②健診・E1A法	0	0
	③H1法	0	0
	④E1A法	0	0
	⑤夜間休日・H1法	0	0
	⑥夜間休日・E1A法	0	0
予防接種	小計	0	0
	通常	0	0
	予防のみ	0	0
	小計	0	0
合計		0	0

	消費税率	8%
--	------	----

※予防のみの費用を市区町村が設定していない場合（0円の場合）は、本請求書に計上しないこと。その場合、予防票の原本を国民健康保険団体連合会に送付しないこと。

昭和37年4月2日～昭和54年4月1日生まれの 男性で、風しんの十分な免疫がない方へ

定期の予防接種の対象になるらしいから
受けたいけど、かかりつけの医師から
「予防接種に注意を要する」と言われた
ことがあるんだよなあ・・・。



そういう方は、
福岡県予防接種センター
で接種を受けられますよ！

こんな方が対象です！

- ①心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患、血液疾患、
発育障害等の基礎疾患がある方
- ②前回の予防接種で2日以内に発熱のあった方
又は全身性発疹等のアレルギーを疑う症状のあった方
- ③過去にけいれんの既往がある方
- ④過去に免疫不全の診断がなされている方
- ⑤接種液の成分に対して、アレルギーが起こる可能性が
ある方

左の**いずれか**に該当する、
S37年4月2日～
S54年4月1日生まれの
福岡県に住所地を有する男性で、
風しん抗体検査を受けた結果、
風しんに対する免疫が十分でない
ことが明らかになった方。

接種料金はかかりません！

要注意者でない方への接種と同様、公費接種となりますので、
特別に料金がかかることはありません。

ただし、予防接種センターでの接種にはクーポン券（右図）
の「予防接種券」（一番下の段）は使用しませんので、ご注意
ください。



予防接種センターで接種を受けるには

かかりつけ医の紹介が必要ですので、まずはご相談ください。

**予防接種センターでの
接種には使用しません！**

