

## 麻疹抗体検査・MR ワクチン接種委託業務手順書

### 実施医療機関

#### A. 抗体検査

1. 実施医療機関は、麻疹抗体検査及び MR ワクチン接種委託業務を実施する際に、所属地区医師会（以下「地区医師会」という。）を委託契約の代理人とする委任状（麻疹様式A）を地区医師会に提出する。なお、委任状提出後に取り下げを申し出る場合は委任取り下げ書（麻疹様式C）を所属する地区医師会に提出する。
2. 実施医療機関は、「麻疹（はしか）抗体検査申込書兼結果通知書」（麻疹様式1）を沖縄県公式ホームページよりダウンロードし、受検者記入用に準備しておく。
3. 実施医療機関は、「麻疹（はしか）抗体検査を受けましょう（麻疹別紙1）」を配布し、受検者に麻疹様式1に受検者記載欄の個人情報、設問の記載、検査結果等の取扱についての同意について「受検者署名欄」に署名してもらう。
4. 実施医療機関は、検査対象者であることを確認するために、住所等を証明する書類（運転免許証、健康保険被保険者証、住民票など）の提示を求め、沖縄県在住であることを確認する（目視確認のみで可）。
5. 実施医療機関は、麻疹様式1の設問の①②の両方にチェックがある方が対象です。

ただし、S44年4月2日～H11年4月1日までの間に生まれた男性は①～③全てにチェックがある方が対象です。上記に該当する方は市町村が実施する麻疹抗体検査（抗体検査クーポン券利用）を優先して受ける必要があります。さらに、検査の結果、麻疹抗体価が基準値以下の方は予防接種クーポン券でMRワクチン（麻疹混合ワクチン）を接種する必要があります。MRワクチンで麻疹も予防できるため、クーポン券を用いた麻疹抗体検査がまだの方は本事業の対象外としています。ただし、クーポン券を用いて麻疹の抗体検査を受けた結果、麻疹の抗体が基準値以上でワ

クチンを接種する必要が無いと判断された方や、今回、同時に抗体検査クーポン券を用いて風しんの抗体検査を受ける方は対象とします。

6. 受検者署名欄に署名があるかを確認する。
7. 実施医療機関は、5及び6で検査対象者であることが確認できれば、「問診の結果、今回の抗体検査を（必要・不要）と判断した」の「必要」を丸で囲む。検査内容説明後、「麻しん別紙1を用い麻しんに関する情報提供を行った」にチェックし、**医師の署名、又は記名・押印**をする。
8. 実施医療機関は、受検者への結果通知は、（来院・郵送）とする旨を伝える。
9. 実施医療機関は、抗体検査用の採血を行う（検査方法は原則PA法）。
10. 実施医療機関は、麻しん様式1の欄外にある「実施機関区分」において、**麻しん抗体検査のみ行う場合は「医療機関」に、健診等の機会を利用して麻しん抗体検査を追加する場合は「健診機関」にチェックを入れる**（区分により請求金額が異なるので記入漏れに注意すること）。
11. 抗体検査の補助金額は、およそ半額を補助することとしているため、医療機関で実施する場合は、2,500円（税込）、健診等の機会を利用して実施する場合は、650円（税込）県から補助しますが、差額は抗体検査を実施する方へ請求してください。医療機関で行う場合でも同じ採血で他の検査を同時に行う場合は、「650円」としてください。
12. 実施医療機関は、検査結果が判明したら、麻しん様式1に抗体価（数値）・麻しん予防接種の必要性（判定結果）のチェックを記載し、年月日・医療機関名・医療機関住所・医療機関電話番号・代表者名を記入する。
13. 実施医療機関は、判定結果を記載した麻しん様式1のコピーをとり、麻しん抗体価が高い予防接種勧奨対象外者には麻しん様式1（コピー）のみ、麻しん抗体価の低い予防接種勧奨対象者には、麻しん様式1（コピー）・「麻しんの予防接種を受けましょう！！」（麻しん別紙2）を添付し郵送、又は来院時に本人に説明する。

## B. MR ワクチン接種

- 14.実施医療機関は、検査結果を証明する書類を確認する。麻疹抗体検査の結果、PA 法で 16 倍以下、E I A 法ー I g G で 2.0 以下、HI 法で 8 倍以下、NT 法で 4 倍以下の方は、MR ワクチン全額補助（¥10,197 税込）の対象者です。
- 15.実施医療機関は、ワクチン接種を希望する者に、「MR ワクチン（麻疹風疹混合予防接種）説明書」（麻疹別紙 3）を配布し予防接種後の注意点などを確認する。
- 16.実施医療機関は受診者に「MR ワクチン（麻疹風疹予防接種）予診票」（麻疹様式 4）の太枠内を記入させる。住所、氏名、性別、生年月日、診察前の体温及び質問事項の回答欄にすべて回答が記載されているか確認する。質問事項で医師記入欄に記載されている「いいえの場合対象外」に該当する場合は、今回、補助対象外である。
- 17.麻疹予防接種（MR ワクチン）希望書欄に「接種を希望する」に○印が記載されているか確認する。
- 18.被接種者自署欄に署名がなされ、日付が記入されているか確認する。
- 19.MR ワクチンの費用は、県から¥10,197（税込）を補助する、ただし、差額が発生する場合は、受診者へ請求する。
- 20.様式のダウンロード先  
沖縄県地域保健課（結核感染症班）ホームページ  
<https://www.pref.okinawa.jp/site/hoken/chiikihoken/kekkaku/1701.html>

### C. 麻しん抗体検査・MR ワクチン委託料の請求

21. 実施医療機関は、請求に関して、月末締めで検査結果が判明している受検者の麻しん様式 1 をもとに、実施機関区分別、検査方法別の検査件数等を記入した「麻しん抗体検査実績報告書」（麻しん様式 2）を作成し、実施医療機関保管用として麻しん様式 1 及び麻しん様式 2 のコピーを取った上で、検査結果判明日が属する月の翌月の 5 日までに麻しん様式 1 及び麻しん様式 2、麻しん様式 4 の原本を地区医師会へ提出する。
22. 実施医療機関は、請求に関して、月末時点で検査結果が判明していない受検者の分は、翌月の請求に持ち越すこととする。ただし、令和 2 年度事業は令和 3 年 2 月 28 日（日）までに検査を実施した分が支払の対象となる（3 月に検査を実施した分は支払の対象とならない）ことに留意し、2 月検査実施分は 3 月に結果が判明した分も含め、令和 3 年 3 月 8 日（月）までに地区医師会に提出すること。
23. 実施医療機関は、地区医師会にて書類チェックを行い、必要書類に未記入等不備があれば差し戻された書類について再度確認の上、地区医師会に提出する。

## 地区医師会

1. 地区医師会は、沖縄県と委託契約を結ぶ。
2. 地区医師会は、協力可能な実施医療機関から提出された委任状（麻しん様式 A）の原本を保管するとともに「麻しん抗体検査実施医療機関一覧表」（麻しん様式 B）を作成し、沖縄県地域保健課へ提出する。地区医師会は実施医療機関からの委任状の提出があれば、委託契約の締結後であっても随時受け付けるとともに、実施医療機関に変更があった場合は麻しん様式 B を更新し、沖縄県地域保健課に毎月第 2・第 4 金曜日までに再提出する。なお、実施医療機関からの委任取下げ書（麻しん様式 C）の提出があった場合も同様とする。
3. 地区医師会は、実施医療機関より送付された麻しん様式 1（原本）の内容を確認し、不備があれば対処する。（別紙チェックリスト参照）
4. 地区医師会は、実施医療機関ごとに麻しん様式 1（原本）の結果記載欄の実施機関区分及び麻しん様式 4（原本）の件数を確認し、麻しん様式 2（原本）の検査件数及び MR ワクチン接種件数の相違がないか確認する。確認後、麻しん様式 2 のコピーを取る。
5. 地区医師会は、各実施医療機関の検査件数及び MR ワクチン接種件数を合算し、「麻しん抗体検査実績報告書兼委託料請求書」（麻しん様式 3）に記載し、地区医師会保管用としてコピーを取る。
6. 地区医師会は、麻しん様式 1（原本）・麻しん様式 2（写し）・麻しん様式 3（原本）・麻しん様式 4（原本）とともに検査結果判明日が属する月の翌月の 10 日までに沖縄県地域保健課へ提出し、請求する。なお、2 月分については 3 月 15 日（月）までに沖縄県地域保健課へ提出し請求する。
7. 地区医師会は、沖縄県からの振り込みを確認後、麻しん様式 2 に基づき各実施医療機関へ委託料を支払う。
8. 地区医師会は、この業務の関係書類（麻しん様式 A、麻しん様式 C 及び麻しん様式 2）を契約期間の満了後、5 年間保存する。

地区医師会用別紙チェックリスト（麻しん様式1）

麻しん様式1（はしか（麻しん）抗体検査申込書兼結果通知書）チェック事項			
麻しん様式1の各項目を確認し、記入漏れ等については下記のとおり対応お願い致します。			
		医療機関への 電話確認	確認後の 処理方法
1：受検者記載部分			
a	検査日	要	代筆
b	氏名・生年月日・性別・年齢・住所・電話番号	要	代筆
c	設問（①及び②の両方に該当し、かつ③に該当する場合は④にチェックがあるか確認）	要	代筆
d	受検者署名欄（結果の取扱いに係る同意）	要	差し戻し
2：医療機関記入欄			
a	「以上の問診の結果、今回の抗体検査は（必要・不要）」のいずれかに丸がついているか確認	要	代筆
b	「麻しん別紙1による麻しんの情報提供」にチェックがあるか確認	要	代筆
c	担当医氏名の自署又は記名押印	要	差し戻し
d	医療機関名・住所・電話番号	要	代筆
e	年月日（検査結果が判明した日）	要	代筆
f	代表者名（医師名）	要	代筆
g	検査結果（PA抗体価（数値））	要	代筆
h	麻しん予防接種の必要性 （「免疫が不十分なため予防接種を推奨します」又は「十分な免疫があり予防接種は必要ありません」のいずれかにチェック）	要	代筆
i	欄外「実施機関区分」のうち、医療機関または健診機関のいずれかにチェックが入っているかを確認	要	代筆

# 麻しん抗体検査請求書類の流れ

