



福岡医発第 474 号 (地)
令和 6 年 5 月 9 日

各 医 師 会 長 殿

福岡県医師会
会 長 蓮 澤 浩 明
(公 印 省 略)

令和 6 年度「福岡県風しん抗体検査事業」の実施について

時下ますますご清祥の段、お慶び申し上げます。

標記の件につきましては、福岡県保健医療介護部がん感染症疾病対策課より協力依頼があり、令和 6 年 4 月 25 日開催の全会第 3 回全理事会において委託契約を締結し、本事業に協力することを承認いたしました。

本事業の概要は、別紙「事業概要」および「福岡県風しん抗体検査業務実施要領」をご参照ください。

新規登録または登録内容の変更および登録辞退を希望する医療機関につきましては、別紙「福岡県風しん抗体検査実施医療機関 新規・登録内容変更・辞退届出書」を、本会地域医療課宛てにお送りくださいますよう、よろしくお願いいたします。

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、

- 1) 年度の途中においても、新規登録・登録内容変更・登録辞退は可能です。
- 2) 新規の登録医療機関には、同課より直接、関係書類一式（問診票、請求書、結果票等）が送付されます。
- 3) 問診票が不足した場合は、別添「問診票送付依頼」を FAX にて、同課まで送付ください。
- 4) 実施医療機関は福岡県のホームページ
(<https://www.pref.fukuoka.lg.jp/contents/fushinkoutai-2019.html>)
に医療機関名、住所、電話番号が掲載されております。
- 5) 本事業の助成対象者は、福岡市、北九州市、久留米市以外に住民票がある福岡県民となります。



小郡三井医師会より

感染症対策担当理事 橋本朋也
会長 島田昇二郎

事業概要（事務フロー）

先天性風しん症候群の発生予防のため、妊娠希望者等に対する風しん抗体検査を実施する。

対象者 対象者は福岡県内（北九州市、福岡市及び久留米市を除く。）に住民票があり、次の要件に該当する者。

（１）妊娠希望者（妊婦は除く。）

（２）妊娠希望者及び妊婦の

ア 配偶者（パートナーを含む。）

イ 同居者（生活空間を同一にする頻度が高い家族など。）

（１）（２）の者について、過去の検査で、十分な免疫を保有していること（福岡県風しん抗体検査業務実施要領（以下、「要領」という。）別表の第１欄に定める方法ごとに、第２欄に定める抗体価以上であること。）が判明している場合は対象としない。

（２）の者について、妊娠希望者及び妊婦が、検査で十分な免疫を保有していること（要領別表の第１欄に定める方法ごとに、第２欄に定める抗体価以上であること。）が判明している場合は対象としない。

実施場所 県内協力医療機関

実施時期 令和６年４月１日～令和７年３月３１日

受検者の検査費用 無料

医療機関に支払われる委託料

・HI法、LTI法：１件あたり 5,423円（税込）

・EIA法、ELFA法、CLEIA法、FIA法、CLIA法：１件あたり 6,952円（税込）

受検者に持参いただくもの

住所及び年齢を証明する書類（運転免許証、健康保険被保険者証、住民票等）

※受検者が未成年の場合は、保護者の同意書の提出もしくは保護者が受検時に付き添いで来ているかを確認すること。

【風しん抗体検査の流れ】（医師会に加入している医療機関の場合）

①対象者へ問診と適切な説明を行い、検査を実施する。

②風しん抗体検査結果を受検者に通知し、予防接種が推奨されると判断されたものについては、風しん予防対策等について説明を行う。

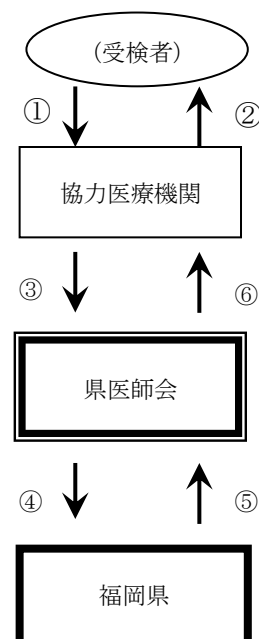
※予防接種につきましては、各市町村で助成等を行っている場合があります。

③協力医療機関は、実施報告書兼請求書等を県医師会に送付する。

④県医師会は、③の書類を取りまとめ、福岡県に請求する。

⑤福岡県は、審査のうえ、県医師会へ検査委託料を支払う。

⑥県医師会は協力医療機関へ検査委託料を振込む。



【留意事項】

- 検査は、「福岡県風しん抗体検査実施要領」に基づき実施してください。
- 問診票は、助成対象者を確認するため、受検者と担当医による自署欄を設けています。複写式になっていますので、下敷き等を使用してご使用ください。

※問診票が不足した場合は、「問診票送付依頼」をFAXにて送付ください。追加分を郵送します。

《問診票等追加送付 連絡先》

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
TEL 092-643-3597 FAX 092-643-3331

- 委託料の請求は、「実施報告書兼請求書」に「問診票」「県医師会控」「県庁控」（2・3枚目）及び「風しん抗体検査結果」を添付し、検査を実施した月の翌月の10日までに、下記あてに送付してください。

※風しん抗体検査結果は、受検者へ検査結果を通知するためのもので、様式第2号又は任意様式を添付してください。

《実施報告書兼請求書 送付先》

〒812-8551 福岡市博多区博多駅前南 2-9-30
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

※「問診票送付依頼」「実施報告書兼請求書」「風しん抗体検査結果（様式第2号）」は適宜コピーしてご使用ください。

FAX送信票

保健医療介護部がん感染症疾病対策課感染症対策係 担当者あて

FAX：092-643-3331

福岡県風しん無料抗体検査問診票送付依頼

住所 〒 _____

医療機関名 _____

部署/担当者名 _____

問診票の部数 _____部（1部5名分です。）

※ 問診票は、依頼を受けてからお手元に届くまで1～2週間程度の期間を要しますので、お早めにお申し込みください。

令和6年度福岡県風しん抗体検査業務実施要領

1 目的

この要領は、風しん抗体検査（以下「検査」という。）を医療機関において無料で受けられる体制を整備し、先天性風しん症候群の発生を効果的に防ぐために必要な事項を定めるものとする。

2 実施期間

令和6年4月1日から令和7年3月31日まで。

3 対象者

対象者は福岡県内（北九州市、福岡市及び久留米市を除く。）に住民票があり、次の要件に該当する者。

ただし、過去に検査を受けた結果、十分な免疫を保有していること（別表の第1欄に定める方法ごとに、第2欄に定める抗体価を上回っていること。）が判明し、当該予防接種を行う必要がないと認められる者は除く。

なお、（2）については、妊娠希望者及び妊婦が、検査で風しんの感染予防に十分な免疫を保有していること（別表の第1欄に定める方法ごとに、第2欄に定める抗体価を上回っていること。）が判明している場合は対象としない。

また、過去に県の風しん抗体検査業務により受検したことがある者は対象としない。

（1）妊娠希望者（妊婦は除く。）

（2）妊娠希望者及び妊婦の

ア 配偶者（パートナーを含む。）

イ 同居者（生活空間を同一にする頻度が高い家族など。）

4 実施機関

検査業務を実施する県内の医療機関（以下、「協力医療機関」という。）

5 検査費用

受検者の費用負担は無料とする。

6 業務概要

（1）実施内容

風しんウイルス抗体検査

なお、検査は別に定める委託料の範囲内で行うものとする。

（2）検査の準備について

ア 協力医療機関は、受検を希望する者に対し、助成の対象となる要件について説明を行う。

イ 助成対象者であることを確認するために、住所を証明する書類（運転免許証、健康保険被保険者証、住民票等）の提示、風しん抗体検査を受けている場合はその結果等の提示を求める等行い、検査対象者であることを確認する。

ウ 受検者に対し、別紙様式第 1 号「風しん抗体検査問診票」に必要事項を記入させ、問診と適切な説明を行った後、採血を行う。

(3) 検査の結果について

ア 予防接種が推奨される風しん抗体価

別表の第 1 欄に定める方法ごとに、第 2 欄に定める抗体価とする。

イ 結果の通知と受検者への対応

協力医療機関は、別紙様式第 2 号「風しん抗体検査結果」により、検査結果を受検者に通知し、予防接種が推奨されると判断された者については、風しんの予防対策等について必要な説明を行う。

7 関係書類の保存

受検者の関係書類は、県及び協力医療機関において、5 年間保存する。

8 個人情報及びプライバシーの保護

検査業務の実施にあたり、個人情報及びプライバシーの保護については最大限の配慮をする。

9 その他

この要領に定めのない事項については、県及び協力医療機関が協議し、別に定める。

附 則 この要領は、令和 6 年 4 月 1 日から施行する。

別表

方法	予防接種が推奨される風しん抗体価の基準(県事業)
HI法	16 倍以下
EIA法	使用する検査キットがウイルス抗体EIA「生研」ルベラIgG(デンカ生研株式会社)の場合、 EIA 価 8.0 未満
	使用する検査キットがエンザイグノスト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)の場合、 30 IU/mL 未満
ELFA法	使用する検査キットがバイダス アッセイキット RUB IgG(シスメックス・バイオメリュー株式会社)の場合、 45 IU/mL 未満
LTI 法	使用する検査キットがランピア ラテックス RUBELLA(極東製薬工業株式会社)の場合、 30 IU/mL 未満
	使用する検査キットがランピア ラテックス RUBELLA II(極東製薬工業株式会社)の場合、 35 IU/mL 未満
CLEIA 法	使用する検査キットがアクセス ルベラ IgG(ベックマン・コールター株式会社)の場合、 45 IU/mL 未満
	使用する検査キットが i-アッセイ CL 風疹 IgG(株式会社保健科学西日本)の場合、 抗体価 14 未満
CLIA 法	使用する検査キットが Rubella-G アボット(アボットジャパン株式会社)の場合、 25 IU/mL 未満
FIA 法	使用する検査キットが BioPlex MMRV IgG(バイオ・ラッド ラボラトリーズ株式会社)の場合、 抗体価 AI* 3.0 未満
	使用する検査キットが BioPlex ToRC IgG(バイオ・ラッド ラボラトリーズ株式会社)の場合、 30 IU/mL 未満

* 製造企業が独自に調整した抗体価単位

※平成 26 年 2 月 25 日付厚生労働省健康局結核感染症課事務連絡「予防接種が推奨される風しん抗体価について」を参考。

風しん抗体検査問診票

受付番号		受付日	年 月 日
氏 名		生年月日	S・H・R 年 月 日生
性 別	男 ・ 女	年 齢	歳
住 所 連絡先	〒 市 町 村 電話番号：（ ）		

- あなたは次のどちらに該当しますか？（該当するもの全て選択）【検査理由】
- ☐ 妊娠希望者（妊婦は除く。）
- ☐ 妊娠希望者及び妊婦の配偶者（パートナーを含む）
- ☐ 妊娠希望者及び妊婦の同居者（生活空間を同一にする頻度が高い家族など。）
- これまでに風しんにかかったことはありますか？【既往歴】
- ☐ ある ☐ ない ☐ 不明
- （「ある」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。
- ☐ ある ☐ ない ☐ 不明
- これまでに風しんの抗体検査（妊婦健診を含む）を受けたことはありますか？【受検歴】
- ☐ ある ☐ ない ☐ 不明
- （「ある」の場合）そのときの風しんの抗体検査の結果はありますか。
- ☐ ある ☐ ない ☐ 不明
- これまでに風しんワクチン（麻しん風しん混合ワクチン（MRワクチン）を含む）の接種を受けたことはありますか？【ワクチン接種歴】
- ☐ ある ☐ ない ☐ 不明
- これまでに採血をして気分や体調が悪くなったことはありますか？
- ☐ ある ☐ ない
- 現在、発熱、発疹、リンパ節の腫れ等の症状がありますか？
- ☐ ある ☐ ない
- 3週間以内に風しん患者との接触がありましたか？
- ☐ ある ☐ ない ☐ 不明

—受検者署名欄—

上記内容に間違いがないことを確認します。自 署：_____

【医師記入欄】担当医は□欄にチェックして下さい。

- ・対象者の住所は北九州市、福岡市及び久留米市を除く居住地と確認した。

確認書類：☐ 運転免許証 ☐ 健康保険被保険者証 ☐ 住民票 ☐ その他（ ）

☐ 対象者が感染予防に十分な免疫を保有していない、又は不明であることを確認した。

- ・（対象者が妊娠希望者以外の場合）妊娠希望者及び妊婦が感染予防に十分な免疫を保有していない、又は不明であることを確認した。

確認書類：☐ 風しん抗体検査結果書 ☐ 母子健康手帳

☐ 問診（受けていない、結果がわからない場合等） ☐ その他（ ）

- ・検査方法：☐ HI 法、LTI 法 ☐ EIA 法、ELFA 法、CLEIA 法、FIA 法、CLIA 法

—担当医署名欄—

上記内容を受検者に確認し、対象者に該当したため、風しん抗体検査を実施する。

医療機関名：

住 所：

電 話 番 号：

担当医：_____

※検査の結果抗体価が低かった場合、結果通知時点における予防接種実施状況を教えてください。

☐ 予防接種実施済み ☐ 予防接種実施予定あり ☐ 予防接種実施予定未定

風しん抗体検査問診票

受付番号		受付日	年 月 日
氏 名		生年月日	S・H・R 年 月 日生
性 別	男 ・ 女	年 齢	歳
住 所 連絡先	〒 市 町 村 電話番号：（ ）		

- あなたは次のどちらに該当しますか？（該当するもの全て選択）【検査理由】
- ☐ 妊娠希望者（妊婦は除く。）
- ☐ 妊娠希望者及び妊婦の配偶者（パートナーを含む）
- ☐ 妊娠希望者及び妊婦の同居者（生活空間を同一にする頻度が高い家族など。）
- これまでに風しんにかかったことはありますか？【既往歴】
- ☐ ある ☐ ない ☐ 不明
- （「ある」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。
- ☐ ある ☐ ない ☐ 不明
- これまでに風しんの抗体検査（妊婦健診を含む）を受けたことはありますか？【受検歴】
- ☐ ある ☐ ない ☐ 不明
- （「ある」の場合）そのときの風しんの抗体検査の結果はありますか。
- ☐ ある ☐ ない ☐ 不明
- これまでに風しんワクチン（麻しん風しん混合ワクチン（MRワクチン）を含む）の接種を受けたことはありますか？【ワクチン接種歴】
- ☐ ある ☐ ない ☐ 不明
- これまでに採血をして気分や体調が悪くなったことはありますか？
- ☐ ある ☐ ない
- 現在、発熱、発疹、リンパ節の腫れ等の症状がありますか？
- ☐ ある ☐ ない
- 3週間以内に風しん患者との接触がありましたか？
- ☐ ある ☐ ない ☐ 不明

—受検者署名欄—

上記内容に間違いがないことを確認します。自 署：_____

【医師記入欄】担当医は□欄にチェックして下さい。

- ・対象者の住所は北九州市、福岡市及び久留米市を除く居住地と確認した。

確認書類：☐ 運転免許証 ☐ 健康保険被保険者証 ☐ 住民票 ☐ その他（ ）

☐ 対象者が感染予防に十分な免疫を保有していない、又は不明であることを確認した。

- ・（対象者が妊娠希望者以外の場合）妊娠希望者及び妊婦が感染予防に十分な免疫を保有していない、又は不明であることを確認した。

確認書類：☐ 風しん抗体検査結果書 ☐ 母子健康手帳

☐ 問診（受けていない、結果がわからない場合等） ☐ その他（ ）

- ・検査方法：☐ HI 法、LTI 法 ☐ EIA 法、ELFA 法、CLEIA 法、FIA 法、CLIA 法

—担当医署名欄—

上記内容を受検者に確認し、対象者に該当したため、風しん抗体検査を実施する。

医療機関名：

住 所：

電 話 番 号：

担当医：_____

※検査の結果抗体価が低かった場合、結果通知時点における予防接種実施状況を教えてください。

☐ 予防接種実施済み ☐ 予防接種実施予定あり ☐ 予防接種実施予定未定

風しん抗体検査問診票

受付番号		受付日	年 月 日
氏 名		生年月日	S・H・R 年 月 日生
性 別	男 ・ 女	年 齢	歳
住 所 連絡先	〒 市 町 村 電話番号：（ ）		

- あなたは次のどちらに該当しますか？（該当するもの全て選択）【検査理由】
- ☐ 妊娠希望者（妊婦は除く。）
- ☐ 妊娠希望者及び妊婦の配偶者（パートナーを含む）
- ☐ 妊娠希望者及び妊婦の同居者（生活空間を同一にする頻度が高い家族など。）
- これまでに風しんにかかったことはありますか？【既往歴】
- ☐ ある ☐ ない ☐ 不明
- （「ある」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。
- ☐ ある ☐ ない ☐ 不明
- これまでに風しんの抗体検査（妊婦健診を含む）を受けたことはありますか？【受検歴】
- ☐ ある ☐ ない ☐ 不明
- （「ある」の場合）そのときの風しんの抗体検査の結果はありますか。
- ☐ ある ☐ ない ☐ 不明
- これまでに風しんワクチン（麻しん風しん混合ワクチン（MRワクチン）を含む）の接種を受けたことはありますか？【ワクチン接種歴】
- ☐ ある ☐ ない ☐ 不明
- これまでに採血をして気分や体調が悪くなったことはありますか？
- ☐ ある ☐ ない
- 現在、発熱、発疹、リンパ節の腫れ等の症状がありますか？
- ☐ ある ☐ ない
- 3週間以内に風しん患者との接触がありましたか？
- ☐ ある ☐ ない ☐ 不明

—受検者署名欄—

上記内容に間違いがないことを確認します。自 署：_____

【医師記入欄】担当医は□欄にチェックして下さい。

- ・対象者の住所は北九州市、福岡市及び久留米市を除く居住地と確認した。

確認書類：☐ 運転免許証 ☐ 健康保険被保険者証 ☐ 住民票 ☐ その他（ ）

☐ 対象者が感染予防に十分な免疫を保有していない、又は不明であることを確認した。

- ・（対象者が妊娠希望者以外の場合）妊娠希望者及び妊婦が感染予防に十分な免疫を保有していない、又は不明であることを確認した。

確認書類：☐ 風しん抗体検査結果書 ☐ 母子健康手帳

☐ 問診（受けていない、結果がわからない場合等） ☐ その他（ ）

- ・検査方法：☐ HI 法、LTI 法 ☐ EIA 法、ELFA 法、CLEIA 法、FIA 法、CLIA 法

—担当医署名欄—

上記内容を受検者に確認し、対象者に該当したため、風しん抗体検査を実施する。

医療機関名：

住 所：

電 話 番 号：

担当医：_____

※検査の結果抗体価が低かった場合、結果通知時点における予防接種実施状況を教えてください。

☐ 予防接種実施済み ☐ 予防接種実施予定あり ☐ 予防接種実施予定未定

風しん抗体検査結果

様

1. 抗体検査実施年月日 ： 令和 年 月 日
2. 風しんウイルス抗体価検査結果 ： _____
使用した測定キットのチェック欄にチェックしてください。

チェック 欄	測定キット名(製造販売元)	測定原理	基準値 (単位等)
	風しんウイルス HI 試薬「生研」 (デンカ生研株式会社)	HI 法	16 倍以下 (希釈倍率)
	R-HI「生研」 (デンカ生研株式会社)		
	ウイルス抗体EIA「生研」ルベラIgG (デンカ生研株式会社)	EIA法	8.0 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)		30 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・ビオメリュー株式会社)	ELFA法	45 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)	LTI 法	30 未満 (国際単位(IU)/mL)
	ランピア ラテックス RUBELLA II (極東製薬工業株式会社)		35 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)	CLEIA 法	45 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)		14 未満 (抗体価)
	Rubella-G アボット (アボットジャパン株式会社)	CLIA 法	25 未満 (国際単位(IU)/mL)
	BioPlex MMRV IgG (パイオ・ラット ラボラトリーズ株式会社)	FIA 法	3.0 未満 (抗体価 AI*)
	BioPlex ToRC IgG (パイオ・ラット ラボラトリーズ株式会社)		30 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

※基準値に掲げる抗体価の場合は予防接種が推奨されます。
※予防接種については、接種費用の一部を補助している市町もありますので、
お住まいの市町予防接種担当課にお問い合わせください。

検査結果は上記のとおりです。

令和 年 月 日

医療機関名：
住所：
電話：
担当医： _____

福岡県風しん抗体検査実施医療機関 新規登録・登録内容変更・辞退届出書

所属都市医師会 _____ 医師会 _____

管理者名 _____

医療機関名 _____

〒 _____

住 所 _____

電 話 番 号 _____

※いずれか1つに☑してください

☐ **新規登録**
(※上記枠内の内容を登録)

委託料入金指定口座

	銀行				支店			
預金種目	普通預金 ・ 当座預金							
口座番号								
(フリガナ)								
口座名義								

(※新規の場合のみご記入下さい。)

☐ **登録内容変更**
(※変更前の内容をご記入ください。変更後は上記枠内の内容を登録します。)

医 療 機 関 名 _____

〒 _____

住 所 _____

電 話 番 号 _____

☐ **辞 退**