



福岡医発第0739号(地)

平成26年 6月 6日

各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会

会 長 松 田 峻一良

(公 印 省 略)

風しん抗体検査事業の開始に伴う協力医療機関について

一昨年からの風しんの流行の影響により、全国では多くの先天性風しん症候群の報告がなされており、福岡県においても患者の発生が懸念されるため、昨年8月より保健福祉環境事務所において風しん抗体検査が開始されました。

このような状況のもと、より多くの県民が風しん抗体検査を受検できるよう、医療機関においても別紙要領に基づき、風しん抗体検査を実施することとなりました。

本事業の概要は別紙要領のとおりですが、風しん抗体検査実施医療機関につきましては、手挙げ方式にて指定いたします。

つきましては、貴会におかれましても本事業の趣旨をご理解いただくとともに、会員各位にご周知いただき、風しん抗体検査の実施にご協力いただける会員医療機関をお取りまとめのうえ、6月25日(水)までに別紙様式にて本会までe-mail (fpma-chiiki@fukuoka.med.or.jp) にご回報下さいますようお願い申し上げます。

なお、

- 1) 本事業において協力医療機関に支払われる検査料は、検査方法をとわず、6,542円(消費税含む)となりますので、ご留意ください。
- 2) 協力医療機関をお取りまとめいただく際には、検査料をお振込みするため、別添入金指定口座届出書を必ずご添付頂きますようお願いいたします。
- 3) 協力医療機関は本会および福岡県のホームページに医療機関名、住所、電話番号が掲載されます。
- 4) 北九州市、福岡市、大牟田市、久留米市につきましては各市独自で助成を行っておりますのでご留意下さい。

小郡三井医師会より

感染症対策担当理事 白石恒明
会長 蒲池 壽

上記事業にご協力いただける医療機関は、別紙「入金指定口座届出書」を6月20日(金)までに小郡三井医師会事務局へご提出ください。

26保衛第390号
平成26年5月13日

公益社団法人福岡県医師会長 殿

福岡県保健医療介護部長
(保健衛生課感染症係)

風しん抗体検査事業の実施について

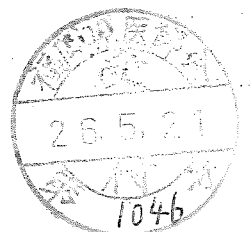
本県の保健医療行政の推進につきましては、日頃から格別の御高配を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、一昨年からの風しんの流行の影響により、全国では、多くの先天性風しん症候群の患者の発生の報告がなされており、本県におきましても患者の発生が懸念されております。

このような中、本県では、昨年8月から先天性風しん症候群の発生予防のため、保健福祉環境事務所において風しん抗体検査を実施しているところです。

今年度におきましては、より多くの県民が風しんの抗体検査を受検できるよう、別添「医療機関における福岡県風しん抗体検査業務実施要領(案)」に基づき、県内の医療機関に対し風しんの抗体検査を委託したいと考えておりますので御理解と御協力いただきますようお願いいたします。

併せて、貴会会員に対し、風しん抗体検査事業の実施について、御協力いただきますよう周知をお願いいたします。



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

契約締結の日から平成27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、大牟田市及び久留米市を除く。）に住民票があり、原則20歳以上で次の要件に該当する者。

（1）妊娠を希望する女性（妊婦は除く。）〔過去に風しん抗体検査を受けたことがある者、又は風しんの予防接種歴が明らかである者、若しくは検査で確定診断を受けた風しんの既往歴がある者は除く。〕

（2）妊婦の配偶者（パートナーを含む。）〔①妊婦が、抗体検査で抗体価が低いことが確認されている場合又は抗体検査未実施の場合〕、ただし、〔②受検者本人が過去に風しん抗体検査を受けたことがある者、又は風しんの予防接種歴が明らかである者、若しくは検査で確定診断を受けた風しんの既往歴がある者は除く。〕

4 実施機関

風しん抗体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原則無料とする。

6 業務概要

（1）実施内容

風しんウイルス抗体検査（以下「検査」という。）

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、住所や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）の提示、母子健康手帳あるいは妊娠届出書の発行を受けている場合は、併せて当該母子健康手帳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。（母子健康手帳の風しん抗体検査の結果と父名が記載されたページの写しでも可。）

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
別表のとおりとする。

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、契約締結日から施行する。

別表

予防接種が推奨される風しん抗体価は次に掲げる抗体価未満とする。

方法	抗体価
HI 法	32 倍
EIA 法（注）	①の場合、EIA 価 8.0 ②の場合、30 IU/mL ③の場合、45 IU/mL

注：使用する検査キットのメーカー

①デンカ生研

②シーメンスヘルスケア・ダイアグノスティクス株式会社又は極東製薬工業株式会社

③シスメックス・バイオメリュー株式会社又はベックマン・コールター株式会社

※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	H 年 月 日
氏 名		生年月日	S・H 年 月 日生
性 別	男 ・ 女	年 齢	() 歳
住 所 連 絡 先	〒 電話番号： ()		

○申し込む理由は何ですか？【検査理由】

☐ 妊娠を希望する者 ☐ 妊婦のパートナー

○これまでに風しんに罹患したことはありますか？【既往歴】

☐ ある ☐ ない ☐ 不明

○これまで風しんワクチン（MR ワクチン含む）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

○これまでに風しん抗体検査を受けたことはありますか（妊婦健診も含む）？【受検歴】

☐ ある ☐ ない ☐ 不明

○これまで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

—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：_____

（助成対象者確認）□欄にチェックして下さい。

□住所（北九州市、福岡市、大牟田市及び久留米市を除く居住地）及び年齢の確認
確認書類：□運転免許証 □健康保険被保険者証 □住民票 □その他（ ）

□風しん既往歴・風しんワクチン接種歴・風しん抗体検査受検歴がないことの確認
確認書類：□問診のみ、□母子健康手帳、□妊娠届出書、□その他（ ）

□妊婦の配偶者（パートナー含む。）の場合で、妊婦が風しんの抗体検査において抗体価が低いこと又は抗体検査未実施であることの確認

確認書類：□風しん抗体検査結果書、□母子健康手帳、□妊娠届出書、□その他（ ）

—担当医署名欄—

上記内容を受験者に確認し、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：

担当医：_____ 印

様式第2号

風しん抗体検査結果

____様

1. 抗体検査実施年月日 : 平成 年 月 日

2. 風しんウイルス抗体価検査結果 : HI法 ・ EIA法
()

検査結果は上記のとおりです。

※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。

平成 年 月 日

医療機関名 :

住所 :

電話 :

担当医 : _____ 印

風しん抗体検査の結果について

先日の風しん抗体検査の結果、別紙のとおり、あなたは、風しんの抗体（免疫）が無いかあるいは、感染予防に十分な抗体（免疫）を持たないことがわかりました。

ご自身だけでなく、周囲の人を感染のリスクにさらさない、赤ちゃんが生まれつきの病気（先天性風しん症候群）にならないよう、予防接種を受けることを検討してください。

風しん（三日ばしか）

○ 風しんは、風疹ウイルスによっておこる急性の発疹性感染症で、流行は春先から初夏にかけて多くみられます。

潜伏期間は2－3週間（平均16－18日）で、主な症状として発疹、発熱、リンパ節の腫れが認められます。

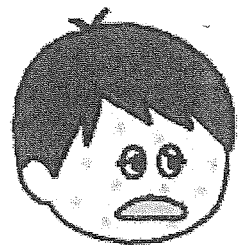
○ 大人がかかると、発熱や発疹の期間が子供に比べて長く、関節痛がひどいことが多いとされています。一週間以上仕事を休まなければならない場合もあります。

○ 風しんは通常、感染しても重症になることはありませんが、妊娠初期の女性が風しんにかかると、生まれてくる赤ちゃんが「先天性風しん症候群」※という病気にかかることがあります。

○ 妊婦はワクチン接種を受けることができません。妊婦の配偶者等の方が感染を予防し、妊婦を守ることが重要です。

※ 先天性風しん症候群

耳が聞こえにくい、目が見えにくい、生まれつき心臓に病気がある、発達がゆっくりしているなど、生まれつきの病気になることがあります。



ワクチン.netより

○ ワクチン接種を希望される場合は、予防接種法に基づかない任意の接種となりますので、医師にご相談ください。

○ 成人のワクチン接種に要する費用は医療機関によって異なります。また、全額自己負担になりますが、一部の市町村では、このワクチン接種に要する費用の助成事業を行っていますので、お住まいの市町村にお問い合わせください。

福岡県風しん抗体検査の流れ

①対象者（北九州市・福岡市・大牟田市及び久留米市に住民票がある者を除く）へ問診（3枚複写）と適切な説明を行い、検査（HI法、EIA法）を実施する。

※HI法、EIA法どちらの検査方法でも検査費用は一律ですのでご注意ください。

②風しん抗体検査結果（様式第2号）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、風しん予防対策等について説明を行う。

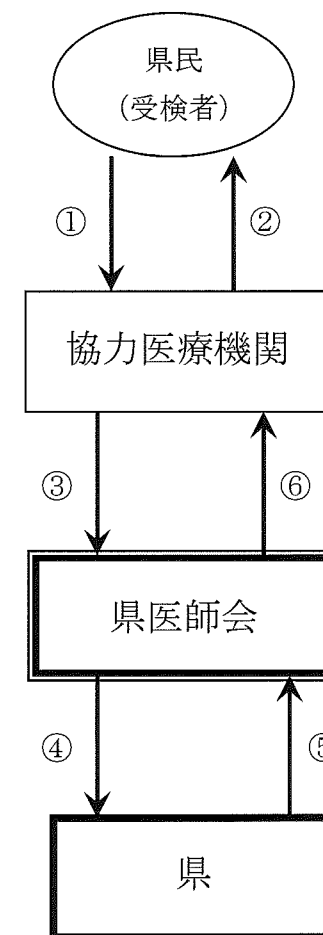
※風しんの予防接種につきましては、各市町村で助成等を行っている場合がございますのでご注意ください。

③指定医療機関は、問診票（2・3枚目）を月末締め翌月10日までに県医師会へ送付する。

④県医師会は、問診票（3枚目）を取りまとめ、福岡県風しん抗体検査実績報告書兼請求書を付けて県へ送付する。

⑤県は、問診票と実績報告書兼請求書を審査し、県医師会へ検査費用を支払う。

⑥県医師会は協力医療機関へ検査費用を振込む。



風しん抗体検査協力医療機関

医師会

No.	医療機関名	郵便番号	住所	電話番号
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

入金指定口座届出書

風しん抗体検査委託料ついて、下記の指定口座へ
振り込みいただきますようお願いいたします。

銀行名	銀行	支店名	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			

平成 年 月 日

住 所 _____

医療機関名 _____

管理者名 _____