



福岡医発第2403号(地)
平成30年11月28日

各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会
会長 松 田 峻一良
(公 印 省 略)

平成30年度福岡県風しん抗体検査業務実施要領の改定について

今般、福岡県保健医療介護部より標記の件について別添の通り本会へ周知方依頼がありました。

本件は、現在実施されております福岡県風しん抗体検査業務において、対象者が拡大されることに伴う実施要領の改定について周知するものです。

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ますようよろしくお願いいたします。

なお、

- 1) 主な改訂は下記のとおりですが、詳細につきましては別紙「平成30年度風しん抗体検査業務実施要領一部改正新旧対照表」をご確認ください。
- 2) 実施医療機関に対しては、福岡県保健医療介護部から別途通知しておりますことを申し添えます。

記

3. 対象者

(旧)

(2) 妊婦の配偶者(パートナーを含む。)

[妊婦が、検査で抗体価が低いことが確認されている場合又は検査未実施の場合に限る。]

(新)

(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。)

[妊娠希望者及び妊婦が、検査で抗体価が低いことが確認されている場合又は検査未実施の場合に限る。]

30疾病第3061号
平成30年11月22日

公益社団法人福岡県医師会
会長 松田 峻一良 様

福岡県保健医療介護部長
(がん感染症疾病対策課感染症対策係)



平成30年度福岡県風しん抗体検査業務実施要領の改定について（通知）

本県の保健医療行政の推進につきましては、平素から格別の御協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、標記について、別添のとおり改定しますのでお知らせします。

なお、関係医療機関に対しては、当課から別途通知していますので申し添えます。

—問合せ先—

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 東

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

E-mail: higashi-y3148@pref.fukuoka.lg.jp



平成30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

平成30年4月1日から平成31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、次の要件に該当する者。

ただし、過去に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。

（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。）

[妊娠希望者及び妊婦が、検査で抗体価が低いことが確認されている場合又は検査未実施の場合に限る。]

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、平成30年4月1日から施行する。

附 則 この要領は、平成30年12月1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・ビ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。

平成30年度風しん抗体検査業務実施要領一部改正新旧対照表

下線部分は改正部分

改 正 後	現 行
1～2 (略) 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、次の要件に該当する者。 <u>ただし、過去に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。</u> (1) 妊娠希望者（妊婦は除く。） (2) <u>妊娠希望者及び妊婦の</u> ア 配偶者（パートナーを含む。） イ <u>同居者（生活空間を同一にする頻度が高い家族など。）</u> [妊娠希望者及び妊婦が、検査で抗体価が低いことが確認されている場 合又は検査未実施の場合に限る。] 4 (略) 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	1～2 (略) 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、<u>原則20歳以上で</u>次の要件に該当する者。 <u>ただし、過去に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。</u> (1) 妊娠を希望する女性（妊婦は除く。） (2) 妊婦の配偶者（パートナーを含む。） [妊婦が、検査で抗体価が低いことが確認されている場合又は検査未実 施の場合に限る。] 4 (略) 5 検査費用 受検者の費用負担は<u>原則</u>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。

7～9 (略)

附 則 この要領は、平成30年4月1日から施行する。

附 則 この要領は、平成30年12月1日から施行する。

別表 (略)

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。

7～9 (略)

附 則 この要領は、平成30年4月1日から施行する。

別表 (略)

無料風しん抗体検査の対象者の拡大と申請について

実施期間：平成30年12月1日～

これまでの対象者に加え、

「①妊娠希望者の配偶者（パートナーを含む）」

「②妊娠希望者と妊婦の同居者※」

が対象になります。

※生活空間を同一にする頻度が高い家族など。

様式は変更しませんので、そのままご使用ください。

問診票記入の際は、お手数ですが、下記のとおりご記載ください。

様式第1号

検査結果

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：（ ）	

●あなたは次のどちらに該当しますか？【検査理由】
☐ 妊娠を希望する者 ☐ 妊婦の配偶者（パートナーを含む）

●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

●これまでに風しん抗体検査（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

●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—
上記内容に間違いのないことを確認します。自 署： _____

（助成対象者確認）担当医は口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：口運転免許証 ☐ 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：口母子健康手帳 ☐ 妊娠届出書 ☐ 問診のみ ☐ その他（ ）
☐ 妊婦の配偶者（パートナーを含む）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：口風しん抗体検査結果書 ☐ 母子健康手帳 ☐ 妊娠届出書、
口その他（ ）

—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： _____ 印

今後の風しん対策の参考とするため、検査結果の記入をお願いいたします。

新しく追加された対象者の場合、上記の対象者の番号（①もしくは②）を記入してください。

問診票記入方法（受検者用）

様式第1号

「医療機関控」

風しん抗体検査問診票

受付番号	
氏 名	
性 別	男
住 所	〒
連 絡 先	

該当しない場合、

- ①妊娠希望者の配偶者（パートナーを含む）
- ②妊娠希望者と妊婦の同居者（生活空間を同一にする頻度が高い家族など）

に該当するときは、右側余白に番号を記入してください。

●あなたは次のどちらに該当しますか？【検査理由】

☐ 妊娠を希望する者 ☐ 妊婦の配偶者（パートナーを含む）

①or②を記入

●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

●これまでに風しん抗体検査（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

該当する箇所にチェックしてください。

●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—

上記内容に間違いのないことを確認します。自 署： _____

（助成対象者確認）担当医は□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：□母子健康手帳 □妊娠届出書 □問診のみ □その他（ ）

□妊婦の配偶者（パートナーを含む）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： _____ 印