

福岡医発第437号(地)

令和元年5月10日

各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会

会 長 松 田 峻一良

(公 印 省 略)

2019年度「福岡県風しん抗体検査事業」の実施について

標記の件につきまして、別紙のとおり、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、平成31年4月25日開催の本会第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。

つきましては、平成30年度で登録されている貴会管下の風しん抗体検査実施医療機関名簿をお送りいたしますのでご確認いただき、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のみを、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」にてお取りまとめのうえ、5月24日(金)までに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。(※昨年度に引き続きご協力いただける医療機関で、現在の登録内容に変更がない場合はご提出不要です。)

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) 昨年度の医療機関名簿より変更がない場合もご連絡いただきますようお願いいたします。
- 3) 登録医療機関には、福岡県保健医療介護部がん感染症疾病対策課より直接、関係書類一式が送付されます。
- 4) 新規の協力医療機関をお取りまとめいただく際には、必ず「委託料入金指定口座」欄に指定口座が記載されていることをご確認ください。
- 5) 協力医療機関は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。
- 6) 本事業の助成対象者は、福岡市、北九州市、久留米市及び大牟田市以外に住民票がある福岡県民となりますことにご留意下さい。
- 7) 昨年度、医療機関より月遅れの請求が多数ございましたので、貴会におかれましても改めて会員医療機関に対し、検査実施の翌月10日までに実績報告書兼請求書と問診票をご送付いただくようご高配の程よろしくお願いいたします。
- 8) 本事業は、先般実施医療機関をお取りまとめいただきました、厚生労働省の風しんの追加的対策における抗体検査事業と対象者、接種料金等が異なりますのでご留意下さい。対象者を確認するためのフローチャートを平成31年3月2日付け福岡医発第3156号(地)にてお送りしておりますので、ご参照いただきますようお願いいたします。

小郡三井医師会より

感染症対策担当理事 田中泰之
会長 島田昇二郎

現在登録されている医療機関の名簿を付けておりますので、新規登録、変更、辞退の希望がありましたら、5月22日までに当医師会事務局へ別紙届出書をご提出ください。

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 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欄に定める抗体価以上であること。）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欄に定める抗体価以上であること。）が判明している場合は対象としない。

（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。）

実施場所 県内協力医療機関

実施時期 平成31年4月1日から令和元年3月31日まで。

受検者の検査費用 無料

医療機関に支払われる委託料 1件あたり 6,542 円（検査方法問わず）

受検者に持参いただくもの

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）

対象者②の方は、上記の他、風しん抗体検査を受けている場合はその結果

【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（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委託料は一律です。

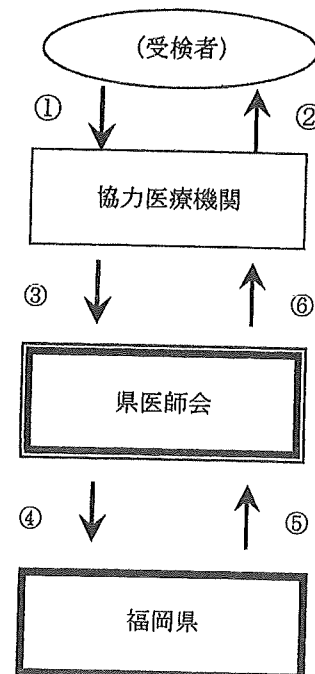
②風しん抗体検査結果（様式第2号）を受検者に通知し、予防接種が推奨されると判断されたものについては、風しん予防対策等について説明を行う。
※予防接種につきましては、各市町村で助成等を行っている場合があります。

③協力医療機関は、実績報告書兼請求書と問診票（2・3枚目）を月締めの翌月10日までに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。
- 様式第1号（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。

※不足した場合は、早めに下記連絡先までお知らせください。追加分を郵送します。

《様式等追加送付 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 092-643-3268 FAX 092-643-3331

- 様式第2号（検査結果書）は、受検者へ検査結果を通知するためのものです。適宜コピーしてご使用ください。
 - 「実績報告書兼請求書」は委託料の請求の際に必要です。適宜コピーしてご使用ください。
 - 委託料の請求は、「実績報告書兼請求書」に「様式第1号（問診票）」を添付し、検査を実施した月の翌月の10日までに、下記あて送付してください。
- ※「様式第1号（問診票）」は「県医師会控」「県庁控」（2・3枚目）を送付し、「医療機関控」（1枚目）は保管してください。

《実績報告書兼請求書 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

無料風しん抗体検査の報告方法について

問診票、実績報告書兼請求書の様式を変更しました。

請求時には下記のとおり対応をお願いします。

1 添付書類について

これまでの、実績報告書兼請求書と問診票に加え、風しん抗体検査結果（様式第2号もしくは任意の様式）の写しの提出をお願いします。

2 実績報告書兼請求書の記入方法について

実績報告書兼請求書の内訳は①妊娠希望者、②妊婦の同居者、③その他で分類してください。

分類方法は以下のとおりです。

- ・ 問診票：妊娠希望者 → 請求書：①妊娠希望者
- ・ 問診票：妊婦の同居者 → 請求書：②妊婦の同居者
- ・ 問診票：上記以外 → 請求書：③その他

問診票

様式第1号

「医療機関控」

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？（該当するもの全て選択）【検査理由】

女性 ☒ 妊娠希望者 ☒ 妊婦の同居者 ☐ 妊娠希望者の同居者

男性： ☐ 妊婦の配偶者（パートナーを含む） ☒ 妊婦の同居者

☐ 妊娠希望者の配偶者（パートナーを含む） ☐ 妊娠希望者の同居者

実績報告書兼請求書

福岡県風しん抗体検査実績報告書兼請求書

公益社団法人 福岡県医師会 殿

住 所
医療機関名
代 表 者

印

平成 年度 月分の風しん抗体検査が完了いたしましたので、下記のとおり請求します。

記

1 請求額

右の金額を 請求します	請求 金額																	円
----------------	----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---

2 摘要

委託業務名		福岡県風しん抗体検査実施業務
請求金額内訳	¥	／件 × 検査実績件数（ ）件
		→ ① 妊 婦 希 望 者 （ ） 件
		→ ② 妊 婦 の 同 居 者 ← （ ） 件
		③ そ の 他 （ ） 件
請求区分		精算請求

平成31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31年4月1日から平成32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欄に定める抗体価以上であること。）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欄に定める抗体価以上であること。）が判明している場合は対象としない。

（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欄に定める抗体価未満とする。

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31年4月1日から施行する。

別表

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。

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**

平成 年 月 日

福岡県風しん抗体検査実績報告書兼請求書

公益社団法人 福岡県医師会長 殿

住 所
医療機関名
代 表 者 印

平成 年度 月分の風しん抗体検査が完了いたしましたので、下記のとおり請求します。

記

1 請求額

右の金額を 請求します	請求 金額											円
----------------	----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---

2 摘要

委託業務名	福岡県風しん抗体検査実施業務										
請求金額内訳	¥ /件 × 検査実績件数 () 件										
	① 妊 娠 希 望 者 () 件										
	② 妊 婦 の 同 居 者 () 件										
	③ そ の 他 () 件										
請求区分	精算請求										

3 振込先金融機関（※先に提出した内容に変更がある場合のみご記入ください。）

銀行			支店	口座名義人
預 金 種 目	普通預金 当座預金 貯蓄預金	口 座 番 号		フリガナ 氏名

風しん抗体検査協力医療機関

小郡三井医師会

No.	医療機関名	郵便番号	住所	電話番号
1	熊谷医院	830-1102	久留米市北野町八重亀194	0942-78-4322
2	田中内科医院	830-1122	久留米市北野町今山639-5	0942-78-4156
3	医療法人壽光会蒲池医院	830-1122	久留米市北野町今山129-2	0942-78-3065
4	医療法人まつゆき小児科医院	830-1122	久留米市北野町今山471	0942-78-3105
5	田中まさはるクリニック	830-1122	久留米市北野町今山516-1	0942-41-3535
6	神代病院	830-1101	久留米市北野町中川900-1	0942-78-3177
7	医療法人やなぎ医院	830-1225	三井郡大刀洗町下高橋18	0942-77-0858
8	医療法人朋和会平和クリニック	830-1221	三井郡大刀洗町高樋2499-21	0942-77-1307
9	弥生ファミリークリニック	838-0136	小郡市上西鯨坂524	0942-72-2414
10	医療法人協和病院	838-0144	小郡市祇園2丁目1-10	0942-72-2121
11	医療法人祥成会富安医院	838-0122	小郡市松崎764	0942-73-1271
12	赤松医院	838-0112	小郡市干潟676	0942-72-2519
13	渡辺内科胃腸科医院	838-0102	小郡市津古815-1	0942-75-3733
14	医療法人豊泉会丸山病院	838-0113	小郡市山隈字弥八郎273-11	0942-73-0011
15	松隈産婦人科クリニック	838-0141	小郡市小郡1504-8	0942-73-3511
16	松尾医院	838-0143	小郡市小板井279	0942-72-2011
17	医療法人牛嶋産婦人科クリニック	838-0143	小郡市小板井494-1	0942-73-3955
18	中原内科クリニック	838-0103	小郡市三国が丘1丁目13	0942-75-8021
19	梯 医院	838-0144	小郡市祇園1丁目4-3	0942-72-2800
20	黒岩医院	838-0125	小郡市二タ字川原田1264-4	0942-72-3077

風しん抗体検査協力医療機関

No.	医療機関名	郵便番号	住所	電話番号
21	井手胃腸科内科医院	838-0136	小郡市上西鯨坂10-1	0942-73-1112
22	医療法人山下こどもクリニック	838-0105	小郡市横隈735-5	0942-41-7400
23	医療法人さとう産婦人科	838-0102	小郡市津古1210	0942-75-5366
24	医療法人権藤内科循環器科	838-0143	小郡市小板井429-1	0942-72-3000
25	ひやまクリニック呼吸器内科	838-0127	小郡市大崎1020-2	0942-23-8550
26	田中クリニック	838-010	小郡市美鈴が丘5丁目12-3	0942-75-5377
27	河原内科クリニック	838-0141	小郡市小郡670-1	0942-41-2330
28	大刀洗診療所	830-1221	三井郡大刀洗町高樋1252-1	0942-77-0220
29	医療法人格心会 蒲池病院	838-0141	小郡市小郡1342-1	0942-72-2007
30	西原内科医院	838-0141	小郡市小郡693-7	0942-72-4701
31	医療法人北野三清会 石田医院	830-1113	久留米市北野町中3286-2	0942-78-3295
32	かわち内科循環器科医院	838-0141	小郡市小郡1504-1	0942-41-2244
33	倉岡医院	838-0106	小郡市三沢3949-7	0942-75-5111
34	仏坂内科医院	838-0106	小郡市三沢4225-28	0942-75-7802
35	まどかファミリークリニック	838-0109	福岡県小郡市あすみ1-40	0942-23-0066
36	医療法人古川医院	838-0141	福岡県小郡市小郡330-18	0942-72-2415