

福岡医発第1865号(地)

令和元年10月16日

各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会

会長 松 田 峻一良

(公 印 省 略)

令和元年度福岡県風しん抗体検査業務実施要領の改定及び
消費税増税に伴う請求について

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、対象となる検査方法が追加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。

また、消費税率が10%に引き上げられるに伴い、10月1日以降の検査委託料が1件あたり6,663円(検査方法問わず)に変更されました。10月分以降の請求につきましては、請求金額が変更されますのでご留意いただきますようお願いいたします。

つきましては、貴会におかれましても本件についてご了知いただき、対象医療機関への周知方よろしくお願いいたします。

なお、詳細につきましては別紙「令和元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。

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

1 疾病第 1896 号

令和元年 9 月 26 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)



令和元年度福岡県風しん抗体検査業務実施要領の一部改正について

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、別添新旧対照表のとおり一部改正しますのでお知らせしま
す。

つきましては、契約医療機関に対して周知していただきますようお願いします。

—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 今村、長田

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

E-mail: imamura-t6219@pref.fukuoka.lg.jp



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																							
令和元年度福岡県風しん抗体検査実施要領 1～6 (略) 別表 <table> <tr> <th>方法</th><th>抗体価</th></tr> <tr> <td>HI法</td><td>32 倍</td></tr> <tr> <td rowspan="2">EIA法</td><td>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</td></tr> <tr> <td>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・ダイアグノスティックス株式会社)の場合、 30 IU/mL</td></tr> <tr> <td>ELFA法</td><td>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・ビオメリュー株式会社)の場合、 45 IU/mL</td></tr> <tr> <td>LTI 法</td><td>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</td></tr> <tr> <td rowspan="2">CLEIA 法</td><td>使用する検査キットがアクセル ルベラ IgG(ベックマン・コールター株式会社)の場合、 45 IU/mL</td></tr> <tr> <td>使用する検査キットがトアッセイ CL 風疹 IgG(株式会社保健科学西日本)の場合、 抗体価 14</td></tr> <tr> <td rowspan="2">FIA 法</td><td>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</td></tr> <tr> <td>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</td></tr> </table> * 製造企業が独自に調整した抗体価単位	方法	抗体価	HI法	32 倍	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	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・ダイアグノスティックス株式会社)の場合、 30 IU/mL	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・ビオメリュー株式会社)の場合、 45 IU/mL	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	CLEIA 法	使用する検査キットがアクセル ルベラ IgG(ベックマン・コールター株式会社)の場合、 45 IU/mL	使用する検査キットがトアッセイ CL 風疹 IgG(株式会社保健科学西日本)の場合、 抗体価 14	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	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	令和元年度福岡県風しん抗体検査実施要領 1～6 (略) 別表 <table> <tr> <th>方法</th><th>抗体価</th></tr> <tr> <td>HI 法</td><td>32 倍</td></tr> <tr> <td>EIA 法 (注)</td><td>①の場合、EIA 価 8.0 ②の場合、30 IU/mL ③の場合、45 IU/mL</td></tr> </table> 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・ダイアグノスティッ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。	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
方法	抗体価																							
HI法	32 倍																							
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																							
	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・ダイアグノスティックス株式会社)の場合、 30 IU/mL																							
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・ビオメリュー株式会社)の場合、 45 IU/mL																							
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																							
CLEIA 法	使用する検査キットがアクセル ルベラ IgG(ベックマン・コールター株式会社)の場合、 45 IU/mL																							
	使用する検査キットがトアッセイ CL 風疹 IgG(株式会社保健科学西日本)の場合、 抗体価 14																							
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																							
	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																							
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																							

※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。

様式 1 (略)

様式 1 (略)

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 : 令和 年 月 日

2. 風しんウイルス抗体価検査結果 : _____

※用いた測定キットのチェック欄にチェックしてください。

キット名	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試験「生研」 (デンカ生研株式会社)	HI法	32倍 (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 (EIA値)
	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)		
	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)	ELFA法	45 (国際単位IU/mL)
	ランピア ラテックス RUBELLA (徳島製薬工業株式会社)	LTI法	30 (国際単位IU/mL)
	アクセル ルベラIgG (ベクマン・コールター株式会社)	CLEIA法	45 (国際単位IU/mL)
	アッセイCL 風疹 IgG (株式会社厚木科学工業)		
	BioPlex MMRV IgG (n'代・ラボ・システム株式会社)	FIA法	3.0 (抗体価AU)
	BioPlex ToRC IgG (n'代・ラボ・システム株式会社)		

*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未満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: _____ 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 : 令和 年 月 日

2. 風しんウイルス抗体価検査結果 : _____

方法	結果	基準値
HI法		32倍
EIA法 (注)	①	EIA値 8.0
	②	30 IU/mL
	③	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徳島製薬工業株式会社
- ③ シスメックス・バイオメリュー株式会社又はベクマン・コールター株式会社

※基準値に掲げる抗体価未満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: _____ 印

令和元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日から令和2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。

附 則 この要領は、令和元年7月1日から施行し、改正後の風しん抗体検査業務実施要領の規定は平成31年4月1日から適用する。

附 則 この要領の改正は、令和元年10月1日から施行する。

別表

方法	抗体価
HI法	32 倍
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
	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・ダイアグノスティックス株式会社)の場合、 30 IU/mL
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・ビオメリュー株式会社)の場合、 45 IU/mL
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
CLEIA 法	使用する検査キットがアクセル ルベラ IgG(ベックマン・コールター株式会社)の場合、 45 IU/mL
	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
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
	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

* 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	〒 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）
☐ 妊娠希望者の同居者（生活空間を同一にする頻度が高い家族など。）
☐ 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、大牟田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（ ）

—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

※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	〒 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）
☐ 妊娠希望者の同居者（生活空間を同一にする頻度が高い家族など。）
☐ 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、大牟田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（ ）

—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

※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	〒 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）
☐ 妊娠希望者の同居者（生活空間を同一にする頻度が高い家族など。）
☐ 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、大牟田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（ ）

—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

※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	32 倍 (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 (EIA 価)
	エンザイグノストB風疹/IgG (シーモンヘルスケア・ダイアグノスティクス株式会社)		30 (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・バイオメー株式会社)	ELFA法	45 (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 (国際単位(IU)/mL)
	アクセル ルベラ IgG (ベックマン・コールター株式会社)	CLEIA 法	45 (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 (抗体価)
	BioPlex MMRV IgG (バイオ・ラット ラボラトリーズ株式会社)	FIA 法	3.0 (抗体価 AI*)
	BioPlex ToRC IgG (バイオ・ラット ラボラトリーズ株式会社)		30 (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未満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 :

印

事業概要

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2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 **6,663 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（**H I 法・E I A 法・E L F A 法・L T I 法・C L E I A 法・F I A 法**）を実施する。

※いずれ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。

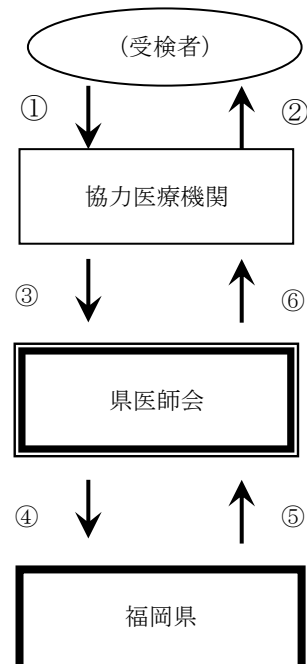
※予防接種につきましては、各市町村で助成等を行っている場合があります。

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）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）」と「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」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