

久留米市風しん抗体検査事業実施要領（案）

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

平成31年2月8日から平成31年3月31日まで

3 対象者

久留米市に住民票があり、次の（１）～（３）のいずれか一つ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）妊娠を希望する女性（妊婦は除く）及びその配偶者（パートナーを含む）・同居者※

（２）妊婦の配偶者（パートナーを含む）及び同居者※

ただし、妊婦の抗体検査で抗体価が低いか、未実施の場合のみ

※同居者とは：生活空間を同一にする頻度が高い家族など

（３）1962（昭和37）年4月2日から1979（昭和54）年4月1日までの間に生まれた男性

4 実施機関

風しん抗体検査を実施する市内の医療機関（以下、「受託医療機関」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。）

（２）検査の準備について

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

イ 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、対象であることの確認をする。（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、「久留米市風しん抗体検査申込票」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

受託医療機関は、「久留米市風しん抗体検査申込票」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 委託料

風しん抗体検査委託契約書に基づき、次の額とする。

1件につき 6,542円(税込)

8 関係書類の保存

受検者の関係書類は、県及び受託医療機関において、5年間保存する。

9 個人情報及びプライバシーの保護

検査の実施にあたり、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。

10 その他

この要領に定めのない事項については、市及び受託医療機関が協議し、別に定める。

附 則 この要領は、平成31年 月 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
H I 法	3 2 倍
E I A 法 (注)	①の場合、E I A 価 8 . 0 ②の場合、3 0 IU/mL ③の場合、4 5 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。