

福井県風しん抗体検査実施要綱

第1 目的

妊婦が風しんに感染すると、胎児に先天性の障害が生じる先天性風しん症候群が発生することがあることから、女性が風しんの免疫が不十分なまま妊娠することの無いよう、また、妊婦が周囲の者から感染することのないよう、予防接種が必要である風しん感受性者を効率的に抽出するため、風しん抗体検査を医療機関で実施する。

第2 実施主体

本事業の実施主体は、福井県とする。

なお、福井県は、本事業を一般社団法人福井県医師会（以下「県医師会」という。）に委託して実施するものとする。

第3 検査の対象者

本事業による風しん抗体検査（以下「検査」という。）の対象とする者（以下「対象者」という。）は、福井県内（福井市内を除く。以下同じ。）に居住地を有する者であって、次のいずれかに該当するものとする。

ただし、過去に検査を受けたことがある者、明らかに風しんの予防接種歴がある者、血液検査で確定診断を受けた風しんの既往歴がある者および市町が実施する緊急風しん抗体検査等事業の対象者（昭和 37 年 4 月 2 日から昭和 54 年 4 月 1 日生まれの男性）を除く。

- (1) 妊娠を希望している女性
- (2) (1)の配偶者などの同居者
- (3) 風しんの抗体価が低い妊婦の配偶者などの同居者

※①「配偶者」には、事実上婚姻関係と同様の事情にある者を含む。

②「同居者」には、生活空間を同一にする頻度が高い者を含む。

③「抗体価が低い」とは、第7に定めるとおりとする。

第4 検査の実施機関

検査の実施は、次の全ての要件に該当する医療機関（以下「協力医療機関」という。）を知事が指定する。なお、指定に当たっては、県医師会を通じて募集を行い、本事業に協力する医療機関は、「福井県風しん抗体検査実施要綱に定める協力医療機関となることについての承諾書」（様式第1号）を、県に提出するものとする。

- (1) 県が定める検査を適正に実施することができること。
- (2) 風しんの抗体価が低い者に対して、検査結果および風しん予防対策の必要性について、適切な説明が行えること。
- (3) 風しんの予防接種を適正に実施することができること。

第5 検査項目および方法

検査は、HI法（HI抗体価）またはEIA法（EIA価）により実施する。

第6 検査結果の判定

- 1 HI法（HI抗体価）
16倍以下を「抗体価が低い」とする。
- 2 EIA法（EIA抗体価）
EIA抗体価 8.0未満または国際単位 30IU/mL未満（シーメンスヘルスケア・ダイアグノスティクス株式会社、極東製薬工業株式会社製の風しんIgG測定キットを使用した場合）または国際単位 45IU/mL未満（シスメックス・バイオメリュー株式会社、ベックマン・コールター株式会社製の風しんIgG測定キットを使用した場合）を「抗体価が低い」とする。

第7 実施方法

- 1 検査の予約
協力医療機関で検査を受けようとする者（以下「受診希望者」という。）は、原則として、直接、協力医療機関へ事前に連絡し、検査を予約するものとする。
- 2 問診および検査の実施
受診希望者は、「風しん抗体検査申込（問診）票」（様式第2号）（以下「申込（問診）票」という。）を協力医療機関に提出し、協力医療機関は、申込（問診）票に基づき問診等を行い、受診希望者が対象者に該当することを確認のうえ、検査を実施する。
なお、この場合において、協力医療機関は、受診希望者が福井県内（福井市内を除く。）に居住地を有する者であることを、健康保険被保険者証、運転免許証等により確認しなければならない。
- 3 受診者の費用負担
対象者が受診した検査（第6に掲げる検査に限る。）にかかる費用について、対象者の負担は無料とする。
- 4 検査結果の通知
 - (1) 協力医療機関の医師は、検査結果を受診者本人に面談またはそれに相当する方法により告知する。
 - (2) 検査の結果、風しんの抗体価が低い者に対して、本人の希望の下、風しんの予防接種を行い、申込（問診）票に予防接種に関する事項を記載する。
- 5 報告
 - (1) 協力医療機関は、月ごとに、「福井県風しん抗体検査実施要綱に基づく風しん抗体検査実績報告書兼請求書」（様式第3号）（以下「医療機関報告書」という。）を作成し、検査を実施した日の属する月の翌月10日までに、申込（問診）票を添えて、県医師会へ提出する。
 - (2) 県医師会は、月ごとに、「福井県風しん抗体検査実施要綱に基づく風しん抗体検査等実績報告書」（様式第4号）（以下「医師会報告書」という。）を作成し、医療機関報告書を受理した日の属する月の20日までに、医師会報告書に申込（問診）票等を添えて、県（保健予防課）へ提出する。
 - (3)(1),(2)について、3月実施分については、協力医療機関は翌月8日までに県医師会に提出し、県医師会は、医療機関報告書を受理した日の属する月の12日までに県（保健予防課）へ提出する。
- 6 委託料の支払
 - (1) 県は、請求書を受理した日から30日以内に委託料を支払う。
 - (2) 県医師会は、協力医療機関に検査料を支払う。

第8 関係者の留意事項

本事業の関係者は、この事業によって知り得た事実の取扱いについて慎重に配慮するよう留意するとともに、特に個人が特定されうるものに係る情報（個人情報）の取扱いについては、その保護に十分に配慮するものとする。

第9 本事業の周知等について

県、県医師会および協力医療機関は、本事業による風しん抗体検査の対象者、実施機関、実施期間、実施方法等の周知に努めるものとする。

附 則

- 1 この要綱は、平成26年 4月 1日から施行する。

附 則

- 1 この要綱は、平成27年 4月 1日から施行する。

附 則

- 1 この要綱は、平成28年 4月 1日から施行する。

附 則

- 1 この要綱は、平成29年 4月 1日から施行する。

附 則

- 1 この要綱は、平成30年 4月 1日から施行する。

附 則

- 1 この要綱は、平成31年 4月 1日から施行する。

- 2 この要綱における改元後の日付については、新元号の該当日付に読み替えるものとする。

附 則

- 1 この要綱は、令和 2年 4月 1日から施行する。

附 則

- 1 この要綱は、令和 3年 4月 1日から施行する。

附 則

- 1 この要綱は、令和 4年 4月 1日から施行する。

附 則

- 1 この要綱は、令和 5年 4月 1日から施行する。

附 則

- 1 この要綱は、令和 6年 4月 1日から施行する。

(様式第1号)

年 月 日

福井県知事 様

医療機関 名 称

代表者

福井県風しん抗体検査実施要綱に定める
協力医療機関となることについての承諾書

当院は、下記事項を理解し、福井県風しん抗体検査実施要綱（以下「実施要綱」という。）に基づく風しん抗体検査の実施機関（以下「協力医療機関」という。）となることを承諾します。

記

- 1 実施要綱に基づき、当該事業を適正に実施します。
- 2 風しんの抗体価が低い者に対して、検査結果および風しん予防対策の必要性について、適切に説明します。
- 3 本人の希望の下、風しんの予防接種を適正に実施します。
- 4 実施要綱に基づく協力医療機関を広く県民に周知するため、当院の名称・所在地・連絡先・受付窓口が公表されることに同意します。

名 称	
所 在 地	(〒)
連 絡 先	TEL () — FAX () — E-mail
受入可能な 対象者 (○を付ける)	(1) 妊娠を希望する女性 (2) (1)の配偶者などの同居者 (3) 風しんの抗体価の低い妊婦の配偶者などの同居者
受付窓口 (部署名)	

【提出先】

福井県健康福祉部健康医療局保健予防課

FAX : 0776-20-0643

(様式第2号)

風しん抗体検査申込（問診）票

申 込 者 記 入 欄	申込日	年 月 日	受付番号		
	ふりがな		性別	生年月日（年齢）	
	氏名		男・女	昭平	年 月 日（満 歳）
	住所 （福井市 除く。）	（〒 - ）		電話番号（ ） -	
	質問事項			回答欄	
	① いずれかにチェックが入りますか。 (2)(3)の場合、昭和37年4月2日から昭和54年4月1日生まれの男性を除く。				<input type="checkbox"/> (1)妊娠を希望（または予定）する女性 <input type="checkbox"/> (2)(1)の配偶者や同居者 <input type="checkbox"/> (3)風しんの抗体価が低い妊婦の配偶者や同居者
	② 検査の結果、抗体価が低い場合、風しんの予防接種を希望しますか。				はい いいえ
	③ これまでに、風しんの抗体検査を受けたことがありますか。				いいえ はい または （ 年頃） わからない
	④ 明らかに風しんの予防接種歴がありますか。				いいえ はい または （ 年 わからない 月）
	⑤ 医療機関で、血液検査の結果、風しんにかかったと確定診断されたことはありますか。				いいえ はい または （ 年 月） わからない
上記のとおり相違ありません。風しんの抗体検査を希望します。 また、私の検査結果について医療機関から福井県へ報告すること、および検査の結果、「抗体価が低い」と判定された場合、福井県（健康福祉センター）から風しんの予防接種の実施状況について確認があることを承諾します。 受検者氏名 _____（自署）					
医療機関記入欄	問診の結果、風しんの抗体検査を 1 行う。 医療機関名 2 行わない。 医 師 名				

検査判定結果

H I 法	H I 抗体価	1 抗体価が高い（32倍以上）
		2 抗体価が低い（16倍以下：予防接種推奨）
E I A 法	E I A 価 国際単位	1 抗体価が高い（EIA 価 8.0 以上または国際単位 30IU/mL 以上 ※ ¹ または国際単位 45IU/mL 以上※ ² ）
		2 抗体価が低い（EIA 価 8.0 未満または国際単位 30IU/mL 未満 ※ ¹ または国際単位 45IU/mL 未満※ ² ：予防接種推奨）
判定日	年 月 日	
結果告知日	年 月 日	

※¹：シーメンスヘルスケア・ダイアグノスティクス（株）、極東製薬工業（株）社製 ※²：シスメックス・ピオメリュー（株）、ベックマン・コールター（株）社製

予防接種の実施（「抗体価が低い」と判定された者に限る。）

使用ワクチン名	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名	実施場所 医師名 接種年月日 年 月 日

(様式第3号)

年 月 日

一般社団法人福井県医師会長 様

医療機関 名称

代表者

福井県風しん抗体検査実施要綱に基づく
風しん抗体検査実績報告書兼請求書

年 月分の風しん抗体検査が完了しましたので、下記のとおり請求します。

記

1 請求額

検査種類	1件当たりの料金 (a)	件数 (b)	計 (a × b)
H I 法	円	(c)	円
E I A 法	円	(d)	円
合 計		(c + d)	円

2 検査結果および予防接種実施結果

検査項目	受検者数 (e)	(e)のうち、抗体価が低い者 (f)	(f)のうち、予防接種を受けた者
H I 法	(c)		
E I A 法	(d)		

振込先	銀行	支店
口座番号	普通 ・ 当座	
フリガナ		
口座名義		

(押印を省略する場合は記載してください)

発行責任者氏名

担当者氏名

連絡先(電話番号)

(様式第4号)

年 月 日

福井県知事 様

福井市大願寺3丁目4-10
一般社団法人福井県医師会長

福井県風しん抗体検査実施要綱に基づく
風しん抗体検査実績報告書 (年 月分)

年 月分の風しん抗体検査が完了しましたので、下記のとおり報告します。

記

1 検査結果および予防接種実施結果

検査項目	受検者数 (a)	(a)のうち、抗体価が低い者 (d)	(d)のうち、予防接種を受けた者
H I 法	(b)		
E I A 法	(c)		