

鹿児島県風しん抗体検査事業実施要綱

第1 目的

この事業は、生まれてくる子どもの先天性風しん症候群の発生を防ぐために、妊娠を希望する女性やその配偶者等を対象とした無料の風しん抗体検査（以下「検査」という。）を実施し、ワクチン接種の必要性を判断できるようにする。

第2 対象者等

県内に住所を有する検査希望者（以下「受検者」という。）で、

- (1) 妊娠を希望する女性
- (2) (1)の配偶者（婚姻の届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にある者を含む。）などの同居者（生活空間を同一にする頻度が高い者）
- (3) 風しんの抗体価が低い妊婦の配偶者などの同居者
但し、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若しくは検査の確定診断を受けた風しんの既往歴がある者は除く。

第3 実施場所

検査は、県と委託契約を締結した鹿児島市以外に所在する医療機関（「以下「医療機関」という。）により実施する。

第4 実施期間

令和5年4月1日から令和6年3月末日まで

第5 実施方法

- (1) 医療機関は、受検者に「風しん抗体検査申込書」（様式第1号）を記入させ、第2の(2)に該当していることを、住所及び年齢を証明する書類（運転免許証、健康保険被保険者証、住民票など）の提示により確認する。
また、第2の(3)に該当する場合は、上記(1)の書類に加え、母子健康手帳の提示等により確認する。
- (2) 医療機関は、風しん抗体検査をE I A法（酵素免疫法）又はH I法（赤血球凝集抑制反応）のいずれかを用いて行う。

第6 検査費用

- (1) 第5に示した検査に要する費用は、県が負担することとし、医療機関に委託料として支払うこととする。
- (2) 委託料の額は、別途契約書により定めることとする。
なお、上記(1)に要した費用には、検査結果の通知に要する費用を含むものとする。検査日と検査結果の通知の日が異なっても、契約した委託料以上の負担は行わない。

第7 結果通知

医療機関は、受検者に対して、「風しん抗体検査 結果通知書」（様式第2号）により、確実に結果を通知するとともに、抗体を有していない者及び抗体価が低かった者には、風しんワクチンの予防接種を推奨するものとする。

第8 報告等

- (1) 医療機関は、毎月の検査結果を「風しん抗体検査 結果報告書」(様式第3号)に「風しん抗体検査申込書」(様式第1号)の原本を添付し、翌月10日までに県に報告しなければならない。
- (2) 県は、上記(1)により「風しん抗体検査 結果報告書」等を受理したときは、委託業務の完了を確認するための検査をしなければならない。
- (3) 医療機関は、上記(2)の検査の合格通知を受けたときは、県に対し業務委託料の請求を「風しん抗体検査委託料 請求書」(様式第4号)により行うものとする。
- (4) 県は、上記(3)により「風しん抗体検査委託料 請求書」を受理したときは、その日から30日以内に委託料を支払うものとする。

第9 その他

医療機関及び当該事業に関わる検査機関等は、事業を実施するにあたり、個人に関する情報を漏らし、その情報を目的外に使用してはならない。

附 則

この要綱は、平成26年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成27年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成28年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成29年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成30年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成31年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和2年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和3年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和4年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和5年4月1日から施行する。

風しん抗体検査申込書

各医療機関の長 殿

検査(申込)日	年 月 日
対象要件 (該当番号に○)	1. 妊娠を希望する女性 上記のとおり妊娠を希望する女性であることに相違ありません。 (自署) _____
	2. 妊娠を希望する女性の配偶者などの同居者 妊娠を希望する女性の氏名 () 住所 ()
	3. 抗体価が低い妊婦の配偶者などの同居者 妊婦の氏名 () 抗体価 () 住所 ()
	※ 上記に記載した対象要件等に相違ありません。 (自署) _____ (男・女)
ただし、1～3の方でも、過去に検査を受けたことがある方、明らかに風しんの予防接種歴がある方若しくは検査の確定診断を受けた風しんの既往歴がある方は対象になりません。	
(保護者氏名)	※未成年の場合に記入
生年月日	S・H 年 月 日 (歳)
住 所	〒 鹿児島県 市・郡
電話番号	

※各設問に対する回答について、あてはまる数字に○を付けてください。

設 問	回 答
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？	1. ある 2. ない 3. わからない
これまでに、風しんのワクチン接種を受けたことがありますか？	1. ある 2. ない 3. わからない

【医療機関 記入欄】

上記申込者が、対象要件を満たしていることについて、以下の書類等により確認しました。

- 妊娠を希望する女性
[必須]上記に妊娠を希望する女性の自署
- 妊娠を希望する女性の配偶者などの同居者：
 - [必須]上記に妊娠を希望する女性の配偶者などの同居者の自署
 - 住所を確認する書類(いずれか1つに○印)
・運転免許証 ・健康保険被保険者証 ・住民票 ・その他()
- 抗体価が低い妊婦の配偶者などの同居者：
 - [必須]上記に抗体価が低い妊婦の配偶者などの同居者の自署
 - [必須]母子健康手帳
 - 住所を確認する書類(いずれか1つに○印)
・運転免許証 ・健康保険被保険者証 ・住民票 ・その他()

医療機関名 _____

確認者 _____

風しん抗体検査 結果通知書

様

1. 採血年月日 : 年 月 日

2. 風しんウイルス抗体価検査結果 (いずれかの数値を記入する。)

EIA価 : _____

HI抗体価 : _____ 倍

※風しんの感染予防に十分な抗体価は、EIA価 8.0以上及びHI抗体価 32倍以上です。

3. 判定

あなたは、風しんの感染予防に十分な抗体 (免疫) を持っていると考えられます。

あなたは、風しんの抗体 (免疫) が無いか、感染予防に十分な抗体 (免疫) を持っていないと考えられます。

別紙「風しん抗体検査の結果について」をお読みください。

検査結果は上記のとおりです。

年 月 日

(医療機関)

(様式第3号)

風しん抗体検査 結果報告書

____年 ____月実施分

EIA法 ・ HI法 (いずれかに○)

〒

所在地

医療機関

受検者数	名
------	---

抗体を有していない者又は抗体価の低かった者	名
-----------------------	---

※EIA価 8.0未満及びHI抗体価 32倍未満の者です。

	在住市町村	年齢	性別	検査結果(数値)	受検理由		在住市町村	年齢	性別	検査結果(数値)	受検理由
1						16					
2						17					
3						18					
4						19					
5						20					
6						21					
7						22					
8						23					
9						24					
10						25					
11						26					
12						27					
13						28					
14						29					
15						30					

<受検理由>

1. 妊娠を希望する女性
2. 上記1の配偶者などの同居者
3. 抗体価が低い妊婦の配偶者などの同居者

名
名
名

(様式第4号)

年 月 日

風しん抗体検査委託料 請求書

鹿児島県知事

殿

〒

所在地

医療機関

代表者名

印

委託契約に基づく風しん抗体検査を実施したので、下記のとおり請求します。

記

請求金額 金 _____ 円

(内訳)

単 価 (A)	実施人数 (B)	委 託 料 (A) × (B)
EIA法 6,750円	人	円
HI法 5,480円	人	円

振込先

金融機関名・支店名 _____

(普通・当座) 座番号 _____

(フリガナ)

座名義 _____