

令和6年度秋田県風しん抗体検査事業実施要領

(目的)

第1 この要領は、秋田県（以下「県」という。）が、主として、先天性風しん症候群の予防のために、妊娠を予定している女性等に対して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、医療機関における無料の風しん抗体検査（以下「検査」という。）の実施に関し、必要な事項を定めることを目的とする。

(実施期間)

第2 令和6年4月1日から令和7年3月31日まで

(対象者)

第3 本事業の対象者は、県内（秋田市内を除く）に居住し、次の(1)のいずれかに該当する者とする。ただし、(2)のいずれかに該当する者は除く。

(1) 本事業の対象者

- ① 妊娠を予定している女性
- ② 「妊娠を予定している女性」の配偶者^{※1}
- ③ 「風しんの抗体価が低い^{※2}妊婦」の配偶者^{※1}

(2) 本事業の対象から除く者

- ア 過去に本事業による抗体検査を受けたことがある者
- イ 本事業以外に風しんに係る抗体検査を受けた結果、十分な量の風しんの抗体がある^{※3}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
- ウ (1)の②に該当する者については、その配偶者が過去に風しんに係る抗体検査を受けた結果、十分な量の風しんの抗体がある^{※3}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場合
- エ 昭和37年4月2日から昭和54年4月1日までの間に生まれた男性（市町村が実施する「緊急風しん抗体検査等事業」の対象者）

※1 配偶者には、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が、生活空間を同一にする頻度が高い者とする。

※2 第5の2(3)判定区分「ア」又は「イ」に該当する場合をいう。

※3 第5の2(3)判定区分「ウ」に該当する場合をいう。

(実施機関)

第4 県は、「秋田県風しん抗体検査業務委託契約書」により、検査に必要な委託契約を一般社団法人秋田県医師会（以下、「県医師会」という。）と締結する。

2 検査は、事業に協力することに同意する県内の医療機関（以下、「協力医療機関」という。）で行う。

3 協力医療機関の要件は、県が定める検査を実施し検査結果に応じて適切に指導を行い、指導の結果風しん予防接種を希望する者に対し接種ができる医療機関とする。

4 協力医療機関になることに同意する者は、県医師会に契約締結に要する事務作業を委任する。

5 協力医療機関の辞退を希望する場合は、県医師会に辞退届を提出する。

(事業内容及び実施方法)

第5 検査は、検査を希望する者が、協力医療機関に事前に予約を行い、健康保険証等を持参し受診するものとする。

2 協力医療機関が実施する検査に係る事項は、問診、風しん抗体検査及び検査結果の判定に基づく感染症予防対策の指導とする。

(1) 問診

協力医療機関は、検査を希望する者に対し、様式1「問診票」により本事業の対象者であることを確認の上、検査についての説明を行い、本人の同意を必ず確認するものとする。

(2) 検査

採血し、原則として赤血球凝集抑制法（H I 法）で行うものとする。ただし、検査試薬の不足等の理由によりH I 抗体検査の実施が困難の場合、酵素免疫法（E I A法）も可とする。

(3) 検査結果の判定

検査結果は、次の区分で判定する。

区分	検査方法	風しん抗体価	判定
ア	H I 法	8倍未満（希釈倍率）	免疫を保有していない
	E I A法	陰性又は判定保留	
イ	H I 法	8倍・16倍（希釈倍率）	免疫はあるが確実な感染予防には不十分
	E I A法	8.0未満（E I A価） 30IU/ml 未満（国際単位）	
ウ	H I 法	32倍以上（希釈倍率）	十分な免疫を保有している
	E I A法	8.0以上（E I A価） 30IU/ml 以上（国際単位）	

(4) 検査結果の通知等

協力医療機関は、検査結果を様式2「風しん抗体検査結果通知書」により受検者に速やかに通知する。

また、検査結果の判定が「ア」又は「イ」の者については、風しんの予防対策の必要性について十分な説明を行うものとする。

(5) 実施報告

協力医療機関は、実施結果を様式3「風しん抗体検査実施報告書」により、実施月の翌月10日までに県に提出する。ただし、3月実施分については、同月31日までに提出する。

なお、県は提出された実施報告について、速やかに検査確認を行うものとする。

3 協力医療機関が、事業のうち風しん抗体価測定を検査機関に委託することは差し支えないものとする。

（検査経費）

第6 協力医療機関は第5の2(5)の検査に合格したときは、事業に要した費用を集計し、様式4-1または4-2「風しん抗体検査委託料請求書」により県に請求する。

2 協力医療機関は、受検者から本要領により実施する検査に係る費用を徴収しないものとする。

（検査医療機関の変更）

第7 県医師会は、協力医療機関に変更があった場合は、速やかに県に通知するものとする。

（秘密の保持）

第8 検査の実施に当たっては、プライバシーが保護されるよう細心の配慮をすることとし、知り得た情報については、それを他に漏らしてはならないものとする。

（資料の保存）

第9 対象者の関係資料は、県及び協力医療機関において5年間保存する。

（その他の事項）

第10 この要領に定めのない事項、その他この事業を実施するに当たって必要な事項については、別に定めるものとする。

秋田県風しん抗体検査申込書 (問診票)

<申込者記入欄>

申込者	住所	〒 _____ 秋田県 <small>※住所地在秋田市にある方はこの事業の対象になりません。</small> TEL : _____			
	フリガナ	男 ・ 女	生年月日	昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 平成 _____ (_____ 歳)	
対象区分 ※該当に☑ をつける	<input type="checkbox"/>	(1) 妊娠を予定している女性			
	<input type="checkbox"/>	(2) 「妊娠を予定している女性」の配偶者			
	<input type="checkbox"/>	(3) 「風しんの抗体価が低い妊婦」の配偶者 (妊婦の抗体価: _____)			
(2) 又は (3) に 該当する場合	配偶者 (妻) ・住所 _____ 氏名 _____ ・生年月日 昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)				
確認事項 ※いずれか 一つに○	自身が過去に風しんに係る抗体検査を受けた結果、十分な量の風しんの抗体がある (HI 抗体価 32 倍以上又はEIA 価 8.0 以上相当) ことが判明している。			はい	いいえ
	【対象区分 (2) に該当する場合】自身の配偶者 (妻) が過去に風しんに係る抗体検査を受けた結果、十分な量の風しんの抗体がある (HI 抗体価 32 倍以上又はEIA 価 8.0 以上相当) ことが判明している。			はい	いいえ
注意事項	ア) 確認事項について一つでも「はい」に該当する方は、本事業の対象にはなりません。 イ) 過去に本事業を利用したことのある方は、対象にはなりません。 ウ) 昭和 37 年 4 月 2 日から昭和 54 年 4 月 1 日までの間に生まれた男性は、本事業の対象にはなりません。				
<p>上記について事実と相違はありません。また、この問診票及び検査結果は秋田県に提出されることに同意の上、風しん抗体検査を申込みます。</p> <p>令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 署名 (本人) _____</p>					

<医療機関記入欄>

申込者記入欄について、健康保険証等により住所、氏名及び生年月日を、風しんの抗体価が低い妊婦の配偶者に該当する場合は妊婦の母子健康手帳等により妊婦の抗体価を、確認事項については問診、母子健康手帳等により確認しました。			
医療機関名: _____		担当医: _____ 印	
検査年月日	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	結果通知日	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
検査方法及び 検査結果	<input type="checkbox"/> HI 法 <input type="checkbox"/> EIA 法		結果数値 (_____)
	検査結果が、HI 抗体価 16 倍以下又はEIA 価 8.0 未満相当の場合の予防接種 <input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施 (理由: _____)		
検査医療機関 及び担当医	上記について相違ありません。 医療機関名: _____ 担当医: _____		

※原本を医療機関が保管し (5 年以上)、写しを県に提出してください。

様式 2

令和 年 月 日

様
(受検者氏名)

医療機関名

医 師 名

印

秋田県風しん抗体検査結果通知書

このことについて、次のとおり検査結果をお知らせします。

検査年月日： 令和 年 月 日

検査方法： HI法 EIA法

検査結果：

検査結果 (抗体価)	抗体価と予防接種について
<input type="checkbox"/> HI法 ・ 8倍未満 (希釈倍率) EIA法 ・ 陰性又は判定保留	あなたは、風しんに対する免疫を保有していないため、 ワクチンの接種を推奨します。
<input type="checkbox"/> HI法 ・ 8倍・16倍 (希釈倍率) EIA法 ・ 8.0未満 (EIA価) ・ 30IU/ml未満 (国際単位)	あなたは、風しんに対する免疫はありますが、確実な 感染予防には不十分です。 確実な予防のため、 ワクチンの接種を推奨します。
<input type="checkbox"/> HI法 ・ 32倍以上 (希釈倍率) EIA法 ・ 8.0以上 (EIA価) ・ 30IU/ml以上 (国際単位)	あなたは、風しんの感染予防に十分な免疫を保有して いると考えられます。風しん含有ワクチンの接種は、基 本的に必要なありません。

※本通知書は、紛失しないよう大切に保管してください。

様式 3

令和 年 月 日

(宛先) 秋田県知事

医療機関所在地

医療機関名

開設者名

代表者職・氏名

(電話番号)

秋田県風しん抗体検査実施報告書

風しん抗体検査に係る令和 年 月実施分について、次のとおり報告します。

検査名	検査件数	検査結果	備考
赤血球凝集抑制法 (H I 法)	件	別添問診票のとおり	
酵素免疫法 (E I A法)	件	別添問診票のとおり	

※ 様式 1 「問診票」の写しを添付すること

※ 「検査件数」は、検査結果を対象者に通知した件数を計上すること

(内訳)

結果判定区分	件数	予防接種の実施 (人)	
		実施	未実施
H I 法	8 倍未満		
	8 倍・16 倍		
	32 倍以上		
	小計		
E I A法	陰性又は判定保留		
	E I A価 8.0 未満相当		
	E I A価 8.0 以上相当		
	小計		
合計			

(宛先) 秋田県知事

医療機関所在地
医療機関名
開設者名
代表者職・氏名
(電話番号)

印

秋田県風しん抗体検査委託料請求書

秋田県風しん抗体検査事業委託契約書第8条1項の規定により次のとおり委託料を請求します。

請求金額 _____ 円

請求内訳

実施月	検査件数 (A)	単価 (B)	金額 (A)×(B)	備考
令和 年 月	件	6,028円	円	

※「検査件数」は、検査結果を対象者に通知した件数を計上

口座振込先

金融機関名 ()	店舗名 ()							
預金種別 (1 普通、 2 当座、 3 その他)								
口座番号	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> (右づめ)							
口座名義 () (カタカナ書き)								

(宛先) 秋田県知事

医療機関所在地
 医療機関名
 開設者名
 代表者職・氏名 印
 (電話番号)
 登録番号

秋田県風しん抗体検査委託料請求書

秋田県風しん抗体検査事業委託契約書第8条1項の規定により次のとおり委託料を請求します。

請求金額 _____ 円 (税込)

【請求内訳】

実施月 令和 _____ 年 _____ 月

検査件数(※) (A)	単価(税抜) (B)	消費税額(10%) (C)	請求額 (A×(B+C))	備考
件	5,480 円	548 円	円	1件あたりの税込額 6,028 円
10%対象 (A×(B+C))	円		消費税額 (A×C)	円

※「検査件数」は、検査結果を対象者に通知した件数を計上

【口座振込先】

金融機関名 (_____)	店舗名 (_____)							
預金種別 (1 普通、 2 当座、 3 その他)								
口座番号	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> (右づめ)							
口座名義 (_____) (カタカナ書き)								

備考 適格請求書として発行する場合は、適格請求書として必要な事項を記入してください。

(参考様式1)

令和 年 月 日

一般社団法人秋田県医師会長 様

医療機関所在地

医療機関名

開設者名

代表者職・氏名

印

※「請求書」の請求者と同じであること。

委任状

秋田県が実施する「風しん抗体検査事業」について、秋田県と「風しん抗体検査業務委託契約」を締結することについて、「一般社団法人秋田県医師会」を代理人と定め、次の条件を附して委任します。

・委任するに当たっての条件

検査を実施した際の費用（委託料）の請求及び受領は、秋田県と協力医療機関との間で直接行うものとする。

委任者名

医療機関所在地	〒 ー
医療機関名	
開設者名	
代表者職・氏名	

連絡先

電話番号	
FAX番号	
担当者所属・氏名	

(参考様式2)

令和 年 月 日

一般社団法人秋田県医師会長 様

医療機関所在地

医療機関名

開設者名

代表者職・氏名

印

辞 退 届

秋田県が実施する「風しん抗体検査事業」の協力医療機関を辞退します。

辞退年月日 令和 年 月 日

辞退者名

医療機関所在地	〒 ー
医療機関名	
開設者名	
代表者職・氏名	

連絡先

電話番号	
FAX番号	
担当者所属・氏名	