

令和6年6月6日
(地域保健課扱い：E)

各郡市医師会長 殿

鹿児島県医師会
会長 池田琢哉
(公印省略)

「鹿児島県風しん抗体検査事業実施要綱」の一部改正について（通知）

標記の件につきまして、鹿児島県保健福祉部感染症対策課長より別添の通り通知がありました。

本件は、風しん抗体検査事業について、別紙新旧対照表の通り実施要綱の一部改正を行った旨、周知を依頼するものです。

つきましては、ご多用中誠に恐れ入りますが、貴会会員への周知方についてご高配賜りますようお願い申し上げます。

※本件は、pdf ファイルにて送付いたします。

感対第 1000- 1 号
令和 6 年 4 月 23 日

鹿児島県医師会長 様

鹿児島県保健福祉部感染症対策課長

「鹿児島県風しん抗体検査事業実施要綱」の一部改正について（通知）

本県の保健福祉行政につきましては、日頃から格別の御協力をいただき、厚くお礼申し上げます。

さて、風しん抗体検査事業について、別紙新旧対照表のとおり実施要綱の一部改正を行いましたので通知します。

つきましては、貴会員への周知方よろしく申し上げます。

〔連絡先〕

〒890-8577 鹿児島市鴨池新町 10 番 1 号
鹿児島県保健福祉部感染症対策課
感染症保健予防係 担当：伊藤
TEL：099-286-2724 FAX：099-286-5551
mail：kansensy@pref.kagoshima.lg.jp

「鹿児島県風しん抗体検査事業実施要綱」一部改正 新旧対照表

改正後	現 行	備 考
<p>第1 目的 ～ 第3 実施場所 (略)</p> <p>第4 実施期間 <u>令和6年4月1日から令和7年3月31日まで</u></p> <p>第5 実施方法 (略)</p> <p>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。 <u>(2) 委託料は、1人あたりE I A法による検査の場合6,750円、H I法による検査の場合5,540円とする。(単価には、消費税及び地方消費税に相当する額を含む。ただし免税事業者を除く。)</u> 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。</p> <p>第7 結果通知 ～ 第9 その他 (略)</p> <p>附 則 (略)</p> <p><u>附 則</u> <u>この要綱は、令和6年4月1日から施行する。</u></p>	<p>第1 目的 ～ 第3 実施場所 (略)</p> <p>第4 実施期間 <u>令和5年4月1日から令和6年3月末日まで</u></p> <p>第5 実施方法 (略)</p> <p>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。 <u>(2) 委託料の額は、別途契約書により定めることとする。</u> 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。</p> <p>第7 結果通知 ～ 第9 その他 (略)</p> <p>附 則 (略)</p> <p><u>(追加)</u></p>	<p>実施期間の変更</p> <p>実施要綱で委託料の額を定める</p> <p>附則の追加</p>

「鹿児島県風しん抗体検査事業実施要綱」一部改正 新旧対照表

改正後	現 行	備 考																		
<p>様式第1～3号様式（略）</p> <p>（様式第4号）</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">風しん抗体検査委託料 請求書</p> <p>鹿児島県知事 殿</p> <p style="margin-left: 100px;">所在地 医療機関 代表者名</p> <p style="margin-left: 100px;">発行責任者及び担当者 責任者 担当者 連絡先</p> <p>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。</p> <p style="text-align: center;">記</p> <p style="text-align: center;">請求金額 金 _____ 円</p> <p>（内訳）</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>単 価 (A)</th> <th>実施人数 (B)</th> <th>委 託 料 (A) × (B)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>EIA法 円</td> <td>人</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td>HI法 円</td> <td>人</td> <td>円</td> </tr> </tbody> </table> <p>振込先</p> <p>金融機関名・支店名 _____ (普通・当座) □座番号 _____ (フリガナ) _____ □座名義 _____</p>	単 価 (A)	実施人数 (B)	委 託 料 (A) × (B)	EIA法 円	人	円	HI法 円	人	円	<p>様式第1～3号様式（略）</p> <p>（様式第4号）</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">風しん抗体検査委託料 請求書</p> <p>鹿児島県知事 殿</p> <p style="margin-left: 100px;">所在地 医療機関 代表者名</p> <p style="margin-left: 100px;">〒 _____</p> <p style="margin-left: 100px;">所在地 医療機関 代表者名</p> <p style="text-align: right;">印</p> <p>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。</p> <p style="text-align: center;">記</p> <p style="text-align: center;">請求金額 金 _____ 円</p> <p>（内訳）</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>単 価 (A)</th> <th>実施人数 (B)</th> <th>委 託 料 (A) × (B)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>EIA法 円</td> <td>人</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td>HI法 円</td> <td>人</td> <td>円</td> </tr> </tbody> </table> <p>振込先</p> <p>金融機関名・支店名 _____ (普通・当座) □座番号 _____ (フリガナ) _____ □座名義 _____</p>	単 価 (A)	実施人数 (B)	委 託 料 (A) × (B)	EIA法 円	人	円	HI法 円	人	円	<p>請求書の押 印廃止</p> <p>会計課だよ り(第19号) 参照</p>
単 価 (A)	実施人数 (B)	委 託 料 (A) × (B)																		
EIA法 円	人	円																		
HI法 円	人	円																		
単 価 (A)	実施人数 (B)	委 託 料 (A) × (B)																		
EIA法 円	人	円																		
HI法 円	人	円																		

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6年4月1日から令和7年3月31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) 委託料は、1人あたりE I A法による検査の場合6,750円、H I法による検査の場合5,540円とする。（単価には、消費税及び地方消費税に相当する額を含む。ただし免税事業者を除く。）
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。

附 則

この要綱は、令和6年4月1日から施行する。

～先天性風しん症候群の発生を防ぐために～

風しん抗体検査を実施しています



※ 県では、風しん抗体検査を実施しています。

妊婦、とくに妊娠初期の女性が風しんにかかると、生まれてくる赤ちゃんが「先天性風しん症候群」*という病気にかかることがあります。風しんの予防には、ワクチンを接種し、風しんに対する免疫を持つことが有効です。風しんに対する十分な免疫があるかどうかは、抗体検査で確認することができます。風しんのワクチン接種の前に抗体検査を受けることをご検討ください。

*先天性風しん症候群：

妊娠20週頃までに（主に妊娠初期）、妊婦が風しんウイルスに感染すると、難聴・心疾患・白内障などの障害をもった赤ちゃんが生まれる可能性があります。その後、発育のおくれが見られることがあります。

○医療機関での抗体検査について

・対象者等 県内に住所を有する方で、

- ① 妊娠を希望する女性
- ② 妊娠を希望する女性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

但し、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。

・実施場所 検査可能な医療機関については、県ホームページをご覧ください。県庁感染症対策課（電話099-286-2724）にお問い合わせください。

・実施期間 令和7年3月末日まで

・当日持参品

対象者②の方は、住所等を証明する書類（運転免許証・健康保険被保険者証・住民票など）

対象者③の方は、上記に加え、妊婦の抗体価を確認するための母子健康手帳

・検査費用 無料

※詳細な情報は、県ホームページをご覧ください。

鹿児島県 風しん関連情報

検索