

事業概要

先天性風しん症候群の発生予防のため、妊娠希望者等に対する風しん抗体検査を実施する。

○対象者

福岡県内（北九州市、福岡市及び久留米市を除く。）に住民票があり、次の要件に該当する者ただし、過去に検査を受けた結果、十分な免疫を保有していること（別表の第1欄に定める方法ごとに、第2欄に定める抗体価を上回っていること。）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は除く。

なお、(2)については、妊娠希望者及び妊婦が、検査で風しんの感染予防に十分な免疫を保有していること（別表の第1欄に定める方法ごとに、第2欄に定める抗体価を上回っていること。）が判明している場合は対象としない。

また、過去に県の風しん抗体検査業務により受検したことがある者は対象としない。

(1) 妊娠希望者（妊婦は除く。）

(2) 妊娠希望者及び妊婦の

ア配偶者（パートナーを含む。）

イ同居者（生活空間を同一にする頻度が高い家族など。）

○実施場所 県内協力医療機関

○実施時期 令和8年4月1日から令和9年3月31日まで。

○受検者の検査費用 無料

○医療機関に支払われる委託料

・HI法、LTI法：1件あたり5,929円（税込）

・EIA法、ELFA法、CLEIA法、FIA法、CLIA法：1件あたり7,458円（税込）

受検者に持参いただくもの

住所を証明する書類（運転免許証、健康保険被保険者証、住民票等）

対象者(2)の方は、上記の他、風しん抗体検査を受けている場合はその結果

【風しん抗体検査の流れ】（医師会に加入している医療機関の場合）

①対象者へ問診（3枚複写）と適切な説明を行い、検査（HI法・EIA法・ELFA法・LTI法・CLEIA法・FIA法）を実施する。

②風しん抗体検査結果（様式第2号）を受検者に通知し、予防接種が推奨されると判断されたものについては、風しん予防対策等について説明を行う。

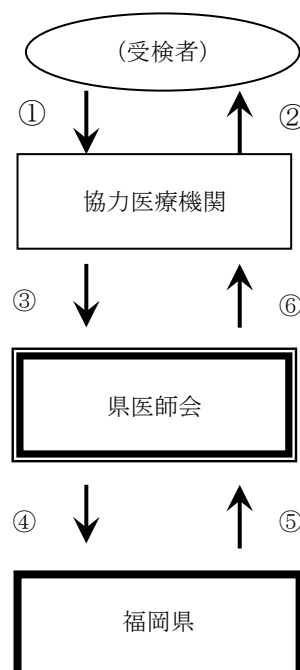
※予防接種につきましては、各市町村で助成等を行っている場合があります。

③協力医療機関は、実績報告書兼請求書と問診票（2・3枚目）に加え、**風しん抗体検査結果（様式第2号もしくは任意の様式）の写し**を月締めの翌月10日までに県医師会に送付する。

④県医師会は、③の書類を取りまとめ、福岡県に請求する。

⑤福岡県は、審査のうえ、県医師会へ検査委託料を支払う。

⑥県医師会は協力医療機関へ検査委託料を振込む。



【留意事項】

- 検査は、「福岡県風しん抗体検査実施要領」に基づき実施してください。
- 問診票は、助成対象者を確認するため、受検者と担当医による自署欄を設けています。複写式になっていますので、下敷き等を使用してご使用ください。

※不足した場合は、早めに下記連絡先までお知らせください。追加分を郵送します。

《様式等追加送付 連絡先》

福岡県保健医療介護部 がん感染症疾病対策課 感染症対策係
TEL 092-643-3597 FAX 092-643-3331

- 様式第2号（検査結果書）は、受検者へ検査結果を通知するためのものです。適宜コピーしてご使用ください。
 - 「実績報告書兼請求書」は委託料の請求の際に必要です。適宜コピーしてご使用ください。
 - 委託料の請求は、「実績報告書兼請求書」に「様式第1号（問診票）」と「風しん抗体検査結果（様式第2号もしくは任意の様式）の写し」を添付し、検査を実施した月の翌月の10日までに、下記あて送付してください。
- ※「様式第1号（問診票）」は「県医師会控」「県庁控」（2・3枚目）を送付し、「医療機関控」（1枚目）は保管してください。

《実績報告書兼請求書 送付先》

〒812-8551 福岡市博多区博多駅前南 2-9-30
公益社団法人福岡県医師会 地域医療課
TEL 092-431-4564 FAX 092-411-6858