

# 北海道の「風しん抗体検査事業」に係る「協力医療機関」としての参加のご依頼について

北海道保健福祉部健康安全局地域保健課

北海道風しん抗体検査事業は、平成26年度から北海道医師会の協力のもと先天性風しん症候群の発生の予防のために実施してきましたが、31年度におきましても引き続き同事業を実施いたします。

つきましては、事業内容をご理解の上、今年度、ご協力いただける医療機関におかれましては、次ページの届出書に必要事項を記載の上、北海道保健福祉部健康安全局地域保健課に提出願います。

## 1. 本事業の目的

先天性風しん症候群の発生防止が必要との観点から、妊娠を希望する出産経験のない女性等を対象に抗体検査を推進することにより、必要な者に対しての効果的な予防接種の実施につなげることを目的とする。

## 2. 事業の内容

風しん抗体検査

## 3. 事業対象者（抗体検査歴、2回の予防接種歴、既往歴のある者は除く）

- (1) 妊娠を希望する出産経験のない女性
- (2) 妊娠を希望する出産経験がなく、かつ風しん抗体ができない女性の配偶者及び同居者
- (3) 風しんの抗体価が低い妊婦の配偶者・同居者

厚生労働省の「予防接種が推奨される風しん抗体価について（HI法・EIA法）」に基づき、HI法で16倍以下、EIA法で8.0未満の抗体価と判断された方に対して、風しんにかかる可能性があることを説明し、風しんの予防接種の推奨をお願いします。※市町村が行う風しんの追加的対策とは基準値が異なります。

## 4. 事業の単価

EIA法（6,740円） HI法（5,350円）※検査は1回のみ、結果通知、診察の費用も含む。

## 5. 支払い方法

受検者が協力医療機関に上記金額を支払後、道立保健所で還付の手続きをする。

## 6. 協力医療機関の対応手順

- ①北海道風しん抗体検査事業費交付申請書、風しん抗体検査事業チェックシートを設置していただきます。
- ②希望者が来院したら、風しん抗体検査事業チェックシートを渡し、本人がチェックしたものを確認の上、検査を実施します。
  - \*1 北海道在住で、札幌市、函館市、小樽市、旭川市以外の方か？  
→4市（札幌市、函館市、小樽市、旭川市）の住民の方は道事業の対象外であることを説明（4市在住以外の対象者であれば、4市に所在する医療機関においても事業の対象となります）
  - \*2 過去の風しん抗体検査歴、2回の予防接種歴、罹患歴等はないか？  
→いずれかに該当がある場合は、対象外であることを説明
- ③風しん抗体検査（EIA法又はHI法）の実施
- ④事業費の徴収 … 検査費用は窓口で徴収してください。
- ⑤領収書の発行 … 受検者は北海道風しん抗体検査事業費交付申請書を管内の道立保健所（支所）に提出し、償還払いを受けますので、交付申請書をお渡しいただくとともに領収書の発行をお願いします。（申請書の医療機関記入欄に記入していただくことで、領収書の発行に代えることができます）
- ⑥検査結果の通知（医療機関の判断により来院による通知または郵送で対応願います）

## 7. 実施予定期間

平成31年4月1日～平成32年3月16日

## 8. その他

その他不明な点については地域保健課担当にお問い合わせ願います。

《連絡先》北海道保健福祉部健康安全局地域保健課 担当：佐藤

[電話 011-231-4111 (内線) 25-532]

北海道 保健福祉部 健康安全局 地域保健課（FAX：011-232-2013）にご提出願います。

## 平成31年度北海道風しん抗体検査事業 参加届出書

平成31年度北海道風しん抗体検査事業において

協力医療機関として事業に参加いたします。

年 月 日

医療機関名	
医療機関住所	(〒            —            )
電話番号	

### 留意事項

本届出書を提出いただいた場合には、北海道風しん抗体検査事業の協力医療機関として北海道のホームページ等で公表されます。

また、風しん抗体検査を下記の検査料の範囲で実施いただき、対象者から費用を受領することに同意されたこととなりますので了知願います。

札幌市、函館市、小樽市及び旭川市内の医療機関が道内の4市を除く他自治体住民に対して実施する場合も本事業の対象となります。

記

検査料	E I A法	6, 7 4 0円
	H I 法	5, 3 5 0円