会長		担当理事		会計	

埼医業Ⅰ第５０９号
令和３年６月７日

郡市医師会長　殿

埼玉県医師会長　金　井　忠　男
（担当常任理事　丸　木　雄　一）

令和３年度埼玉県風しん抗体検査事業における実施要綱の
改正について参加医療機関へ周知のお願い（依頼）

時下、益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。

さて、標記事業につきまして、令和３年３月２日付け埼医業Ⅰ第２５５７号にて参加医療機関のお取りまとめをいただき、令和３年５月１４日埼医業Ⅰ第３２２号にて要綱の周知をお願いしてります。

令和３年度より埼玉県が各種事業の各様式において押印省略をすすめておりましたが、本風しん事業はその段取りが間に合わず、押印ありにて昨年同様のご案内となっておりました。しかしながら、事業において手続きがまちまちであるのは、医療機関にとって分かりづらく、煩雑であるため、再考をお願いしおりました。

ついては、６月４日付けにて要綱を改定し（附則を追加）様式４号が改正となりましたので、お忙しいところ恐れ入りますが、貴会管下参加医療機関あて必ずご周知くださいますようお願いいたします。

特に、新規参加されました医療機関には、丁寧なご説明をよろしくお願いいたします。

また、標記事業につきましては、埼玉県庁のＨＰに掲載されておりますので、一度ご確認いただくとともに、各医療機関あてにもご教示ください。

記

１）申込書（様式１）は、医療機関で備えてください。
県ホームページ　感染症対策「風しん抗体検査が無料で受けられます」
http://www.pref.saitama.lg.jp/a0701/fuusinn-kanzyazouka.html

（検査申込書や請求書様式のダウンロード）

２）請求書等の送付先
〒330-9301　埼玉県さいたま市浦和区高砂 3-15-1
埼玉県保健医療部感染症対策課　感染症・新型ｲﾝﾌﾙｴﾝｻﾞ対策担当

担　当：業務Ⅰ課　石田

加入期医師会 収受 3.6.-9 329 号

感対第１９９－１号
令和３年６月４日

一般社団法人埼玉県医師会
会長　金井　忠男　様

埼玉県保健医療部長　関本　建二
（公印省略）

令和３年度埼玉県風しん抗体検査事業実施要綱の改正について（通知）

本県の感染症対策の推進につきましては、日頃格別の御協力をいただき、厚くお礼申し上げます。

さて、令和３年度埼玉県風しん抗体検査事業実施要綱の制定につきまして、令和３年４月１日付け感対第８１－１号によりお知らせしたところですが、検査委託料の請求に係る押印を不要とするため、様式４を改正し、本日から施行することとしましたので通知いたします。

つきましては、貴会会員の事業に参加する医療機関に御周知いただきますようお願いいたします。

なお、従前の様式により押印のうえ提出していただいても差し支えありませんから、念のため申し添えます。

記

送付資料
令和３年度埼玉県風しん抗体検査事業実施要綱

担　当　感染症対策課
感染症・新型インフルエンザ対策担当
電　話　０４８－８３０－３５５７
ＦＡＸ　０４８－８３０－４８０８

令和３年度埼玉県風しん抗体検査事業実施要綱

１　目的

この要綱は、「特定感染症検査等事業実施要綱」（最終一部改正平成３１年２月８日健発０２０８第２号厚生労働省健康局長通知）に基づき、風しん抗体検査（以下「検査」という。）事業を実施し、県民に先天性風しん症候群の予防と風しんの感染拡大防止を促すことを目的とする。

２　検査事業実施期間

令和３年４月１日から令和４年３月３１日まで

３　検査対象者

この検査事業の対象者は、検査日時点で埼玉県内の市町村（さいたま市、川越市、越谷市及び川口市は除く。）に住民登録がある者で、次のいずれかの要件に該当する者とする。ただし、過去に風しん抗体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で確定診断を受けた風しんの既応歴がある者は除く。

（１）妊娠を希望する１６歳以上５０歳未満の女性

（２）（１）の同居者又は風しんの抗体価が低い妊婦の同居者。ただし、昭和３７年４月２日から昭和５４年４月１日の間に生まれた男性を除く。

（抗体価が低いとは、ＨＩ法で３２倍未満、ＥＩＡ（ＩｇＧ）法で８．０未満をいう。）

４　検査実施医療機関

この検査事業の実施について埼玉県と委託契約を締結した県内の医療機関（以下「検査実施医療機関」という。）

５　検査の実施方法

検査の実施方法は次の各号のとおりとする。

（１）検査を希望する者は、「埼玉県風しん抗体検査申込書兼検査結果通知書（様式１）」（以下「申込書兼検査結果通知書」という。）に必要事項を記入の上、検査実施医療機関に提出する。

（２）検査実施医療機関は、検査を希望する者が提出した申込書兼検査結果通知書に基づき、検査対象者であること（上記３の対象者要件）を保険証等及び本人への問診等で確認した上で、検査を実施する。

（３）検査はＨＩ法を原則とする。ただし、検査キットの不足等によりＨＩ法による検査が不能となった場合はＥＩＡ（ＩｇＧ）法での検査をこの事業の対象検査とする。

（４）医療機関は、申込書兼検査結果通知書に検査結果を記入の上、検査申込者に風しん予防接種の必要性について下表に従って判定し説明する。

性　別	女　　性 男性（抗体価が低い妊婦の同居者）				男性（妊娠を希望する女性の同居者）					
検　査 方　法	ＨＩ法		ＥＩＡ(IgG)法		ＨＩ法			ＥＩＡ(IgG)法		
抗体価	32倍 未満	32倍 以上	8.0 未満	8.0 以上	8倍未満	8倍・16倍	32倍 以上	陰性又 は判定 保留	8.0未満の 陽性	8.0以上 の陽性
風しん予防接種の必要性	免疫が不十分なため、予防接種を推奨する。	十分な免疫があり、予防接種は必要ない。	免疫が不十分なため、予防接種を推奨する。	十分な免疫があり、予防接種は必要ない。	免疫が不十分なため、予防接種を推奨する。	発症や重症化を予防できる免疫はある。確実な予防を希望される方は予防接種について医師にご相談ください。	十分な免疫があり、予防接種は必要ない。	免疫が不十分なため、予防接種を推奨する。	発症や重症化を予防できる免疫はある。確実な予防を希望される方は予防接種について医師にご相談ください。	十分な免疫があり、予防接種は必要ない。

6　検査の費用負担

検査にかかる費用の全額を県が負担し、検査対象者からは検査に係る費用を徴収しないものとする。

7　委託契約

（1）一般社団法人埼玉県医師会（以下「県医師会」という。）会長は、この検査事業に参加を希望する会員医療機関を代表して、様式２により埼玉県知事（以下「県」という。）と一括して委託契約するものとする。なお、県医師会会長は、契約締結後、速やかに本事業に参加する会員医療機関の一覧表を作成し、県に報告しなければならない。また、県医師会会長は、参加会員に変更があった場合、速やかに県に報告しなければならない。

（2）県医師会の会員以外で、本事業に参加を希望する埼玉県内（さいたま市、川越市、越谷市及び川口市は除く。）に病院又は診療所を置く医療機関は、様式３により県と個別に委託契約を締結するものとする。

8　検査委託料

（1）ＨＩ法で検査を行った場合

検査１件当たり５，４６０円（消費税及び地方消費税を含む。）

（2）ＥＩＡ（ＩｇＧ）法で検査を行った場合

検査１件当たり６，７９０円（消費税及び地方消費税を含む。）

９　検査実施状況等の報告並びに検査委託料の支払い等

（１）検査実施医療機関は、検査を実施した月の翌月の１５日まで（３月実施分については、３月３１日まで）に、「埼玉県風しん抗体検査実施状況報告書兼請求書（様式４）」（以下「報告書兼請求書」という。）に、検査結果等を記入した「申込書兼検査結果通知書（様式１）」及び「検査機関が発行した検査結果票（写し可）」を添付の上、郵送により県に検査実績を報告するとともに、検査委託料を請求する。（送付先：埼玉県保健医療部感染症対策課）

（２）県は、報告書兼請求書を受理したときは、その日から１０日以内に実施状況を確認するための検査を行うものとする。県は、当該検査の結果、実施状況を適正と認めたときは、その日から３０日以内に、検査実施医療機関に検査委託料を支払うものとする。

（３）県は、検査実施医療機関からの報告に基づき、風しん抗体検査実施状況表（様式５）を作成する。

１０　業務の調査等

（１）県は、必要があると認めるときは、検査実施医療機関に対して業務の処理状況について調査し、又は報告を求めることとする。

（２）県は、この事業の適正な予算執行を行うため、必要があると認めたときは検査実施医療機関が所有するこの事業に関する書類や帳簿等の写し（県の部分に限る。）の提出について、協力を要請することとする。

１１　その他

この要綱に定めるもののほか、必要な事項は県が別に定める。

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

１　この要綱は、令和３年６月４日から施行する。

２　様式４については、なお従前の例によることができる。

様式4（検査実施医療機関→埼玉県知事）

令和3年度埼玉県風しん抗体検査実施状況報告書兼請求書

請求金額＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（消費税及び地方消費税を含む）

（内訳）

検査方法	委託単価（円）（消費税及び地方消費税を含む）	検査件数	金額（円）
HI法抗体検査	**5,460**		
EIA（IgG）法抗体検査	6,790		
合計			

検査委託料を上記のとおり請求しますので、下記の口座に振り込んでください。

令和　　年　　月　　日

（あて先）埼玉県知事
（保健医療部感染症対策課）

＜検査実施医療機関＞

所在地	〒　－	
電話番号		
医療機関名		
代表者名		

＜振込口座＞

金融機関名	銀行	支店 出張所
預金種目	□に✔をつけてください　□ 普通　□ 当座	
口座番号	No.	
フリガナ 口座名義	（フリガナ） （口座名義）	

提出期間	検査翌月の1日～15日
添付書類	① 検査結果等が記入済みの埼玉県風しん抗体検査申込書兼結果通知書（様式1）（写し可） ② 検査機関が発行した検査結果票（写し可） ③ 振込先の口座情報が分かる書類（通帳の表紙の裏の見開きの写し等）
送付先	〒330-9301　埼玉県さいたま市浦和区高砂三丁目15番1号 埼玉県保健医療部感染症対策課　感染症・新型インフルエンザ対策担当