埼医業Ⅰ第１０８９号
令和７年　８月　１日

郡 市 医 師 会 長　　殿
（担 当 理 事）

埼 玉 県 医 師 会 長　　金井　忠男
（担当常任理事　　髙木　学）
（公印省略）

令和７年度埼玉県風しん抗体検査事業実施要綱の周知について（依頼）

時下、益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。

標記事業につきまして、令和７年３月５日付、埼医業Ⅰ第２８７６号を以て参加医療機関のお取りまとめをいただいた際に、要綱（案）を添付させていただきましたが、このたび、埼玉県感染症対策課から確定した要綱等が送付されました。参加医療機関におかれましては既に事業を行っていただいているところでありますが、ご周知くださるようお願いします。

なお、標記事業につきましては、埼玉県のホームページ(http://www.pref.saitama.lg.jp/a0701/fuusinn-kanzyazouka.html）に掲載されており、検査申込書や請求書の様式等がダウンロードできますことを申し添えます。

記

＜留意事項＞

１．申込書兼検査結果通知書（様式１）の原本は、医療機関が保管してください。

２．**契 約 期 間**：令和７年４月１日～令和８年３月 31 日

３．**検 査 対 象**：実施要綱の３ 検査対象者 に記載のとおり。対象要件を満たさない場合、検査委託料が支払われませんので、ご注意ください。

４．**検 査 方 法**：原則、ＨＩ法です。検査キットの不足等により、ＨＩ法による検査が不可能な場合のみ、ＥＩＡ（ＩgG）法での検査が対象となります。

５．**検査委託料**：１件当たり　ＨＩ法での検査 5,540 円（ＥＩＡ法での検査 6,750 円）

６．**請求書送付・問合せ先**：埼玉県保健医療部感染症対策課　感染症担当あて
〒330-9301　埼玉県さいたま市浦和区高砂 3-15-1
TEL　０４８－８３０－７３３０

※検査を実施した月の翌月 15 日まで（３月実施分については、３月 31 日まで）必着で、請求は毎月行ってください。

※要綱内の様式２、３、５は、当会および埼玉県の関連様式のため割愛しました。

担当：埼玉県医師会　業務Ⅰ担当（飯野）
ＴＥＬ：０４８－８２４－２６１１
ＦＡＸ：０４８－８２２－８５１５
E-mail：iino@office.saitama.med.or.jp

令和７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３月２７日健発０３２７第２５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７年４月１日から令和８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往歴がある者は除く。

（１）妊娠を希望する１８歳以上５０歳未満の女性。

（２）（１）の同居者*1。

（３）風しんの抗体価が低い*2妊婦*3の同居者*1。

＊１　同居者とは、生活空間を同一にする者であり、現に同居している者に限る。

＊２　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。

＊３　検査日時点で妊婦の妊娠週数２０週以下の者に限る。

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。

（５）医療機関は、抗体価が低いと判明した受検者に対して早期の予防接種を促すこと。

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５，５４０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６，７５０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（３月実施分については、３月３１日まで）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

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。

附　則

この要綱は、令和７年４月１日から施行する。

様式1

原本は医療機関が保管

埼玉県風しん抗体検査申込書兼検査結果通知書

注意事項
1. 検査日時点で**さいたま市、川越市、越谷市及び川口市を除く**県内市町村に住民登録がある方がこの事業の助成を受けられます。
2. 当事業で助成の対象となる検査は**令和8年3月31日**までに実施した検査です。(検査の前に提出してください)
3. 下記に記載いただいたことを医療機関で確認するため、**健康保険証、生活保護受給証、運転免許証、マイナンバーカード**のいずれかを医療機関の窓口に提示してください。また、予防接種歴を確認するため、**母子手帳**の提示を求める場合があります。
4. 低抗体価の妊婦の同居者である場合は、妊婦の方の**母子手帳**も提示してください。

本人記入欄	検査日時点住民票のある住所	**左枠内には市町村名のみご記入ください** 番地等は枠外にご記入ください (電話)	確認方法	医療機関記入 ☐ 健康保険証 ☐ 生活保護受給証 ☐ 運転免許証 ☐ マイナンバーカード ☐ その他( )
	氏名	フリガナ 漢字	性別	☐ 男 ☐ 女
			年齢	歳
			生年月日	西暦 月 日

● 次の質問のうち該当するものに、ご本人が✔をつけてください。
● 下記の回答で①～③のすべてと、④～⑥のいずれかに該当した方が、風しん抗体検査の対象です。

【設問1】 すべての方が記入してください

☐① 過去に風しんの抗体検査を受けたことがない(妊婦健診含む)	妊婦健診を受けたことがある方も対象外です
☐② 過去に風しんの予防接種を受けたことがない	1回でも予防接種を受けたことがある方は対象外です
☐③ 過去に風しんにかかったことがない	

【設問2】 妊娠を希望する女性本人が記入してください

☐④ 年齢が18歳以上(令和4年4月1日の時点で16歳以上)50歳未満で妊娠を希望している(概ね1年以内)

【設問3】 同居者の方が記入してください

☐⑤「年齢が18歳以上50歳未満で妊娠を希望している(概ね1年以内)女性」の同居者である				
☐⑥－1 「風しん抗体価が低い(HI法で32倍未満、EIA法で8.0未満)妊婦」の同居者である	☐ 医療機関が母子手帳確認後✔を記入			
☐⑥－2 「風しん抗体価が低い妊婦」は妊娠週数20週以下である	☐ 医療機関が母子手帳確認後✔を記入			
同居している妊娠を希望する女性、または同居している風しん抗体価が低い妊婦の氏名・生年月日・あなたとの続柄を記入してください	氏名	続柄	生年月日(西暦) 年 月 日	

☐ 記載内容が事実と異なり、埼玉県風しん抗体検査の対象者でないことが判明した場合は、全額自己負担することに同意のうえ検査を申込みます。
☐ 検査の結果、風しん抗体価が低いことが判明した場合は、風しんの予防接種を受けます。

検査申込日: 令和 年 月 日 **検査申込者署名:**

検査は*HI法*を原則とする

※検査結果判明後、下表を記入の上、検査申込者に予防接種の必要性について説明してください。
*説明後、この用紙をコピーして、検査申込者に交付してください。**(原本は医療機関が保管)***

医療機関記入欄										
性別	☐ 妊娠を希望する女性 ☐ 抗体価が低い妊婦の同居者				☐ 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(数値)	倍				倍					
抗体価(数値区分選択)	☐ 32倍未満	☐ 32倍以上	☐ 8.0未満	☐ 8.0以上	☐ 8倍未満	☐ 8、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、予防接種を推奨します。	十分な免疫があり、予防接種は必要ありません。	免疫が不十分なため、予防接種を推奨します。	十分な免疫があり、予防接種は必要ありません。	免疫が不十分なため、予防接種を推奨します。	発症や重症化を予防できる免疫はあります。確実な予防を希望される方は予防接種を医師にご相談ください。	十分な免疫があり、予防接種は必要ありません。	免疫が不十分なため、予防接種を推奨します。	発症や重症化を予防できる免疫はあります。確実な予防を希望される方は予防接種を医師にご相談ください。	十分な免疫があり、予防接種は必要ありません。

検査結果及び予防接種の必要性について説明しました。

⇒抗体価が低い場合のみ記載
☐ 予防接種は当院で実施します。接種(予定)日:令和 年 月 日
☐ 予防接種ができる医療機関を紹介しました。医療機関名:

検査実施医療機関名: **担当医師署名欄:**

埼玉県記入欄

様式4（検査実施医療機関→埼玉県知事）

令和7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	**5,540**		
EIA（IgG）法抗体検査	6,750		
合　　計			

備考：EIA法は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に限ります。

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	〒　　－	埼玉県
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	№.	
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（3月実施分については、3月31日まで）**
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（通帳の表面＋通帳を開いた1・2ページ目　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　感染症担当