

## 新潟市風しん抗体検査事業実施要綱

### (趣旨)

第1条 市長が風しん抗体検査を実施し（以下「検査業務」という。）、風しんの流行による「先天性風しん症候群」の発生を防止するため、必要な事項を定める。

2 この要綱に定める検査事業を「新潟市風しん抗体検査事業」（以下「本事業」という。）という。

### (実施内容)

第2条 本事業の内容は、風しん抗体検査に係る費用の助成とする。

### (実施方法)

第3条 医療機関において個別検査方式で実施する。

2 市長は、検査業務の一部を一般社団法人新潟市医師会長（以下「市医師会長」という。）、新潟市民病院長、西新潟中央病院長及びその他市長が適当と認める医療機関の長に委託するものとする。

3 検査業務は、新潟市民病院、西新潟中央病院、市医師会長に本事業を行う旨を申し出た医療機関（以下「市医師会医療機関」という。）及びその他市長が適当と認める医療機関（以下これらを「委託医療機関」という。）において行うものとする。

4 委託医療機関は、検査希望者からの申し出に基づき、第4条または第5条に定める対象者であることを確認したうえで第10条から第12条に定める検査業務を行うものとする。

5 前項に定める検査業務は、委託医療機関の医師が行うものとする。

### (対象者)

第4条 本事業の対象者は、検査日において新潟市に住所を有し、次の各号のいずれかに該当する者とする。

(1) 妊娠を予定または希望している女性

(2) (1)の女性の夫等の同居者

(3) 風しん抗体価が低い、または陰性の妊婦の夫等の同居者

2 前項の規定にかかわらず、市長が必要と認める場合には、本事業の対象者としてすることができる。

3 第1項の規定にかかわらず、次の各号に該当する者は本事業の対象者から除く。

(1) 過去に風しん抗体検査を受けたことがある者

- (2) 2回の予防接種歴が記録で確認できる者
- (3) 検査で確定診断を受けた風しんの既往歴がある者  
(特例対象者)

第5条 次の各号のすべてに該当する者のうち、検査実施日において避難元市町村が検査業務を実施していない者を特例対象者とする。

- (1) 東日本大震災による避難者
- (2) 避難先として本市に主たる居住地を有する者
- (3) 前条に該当する対象者

2 本事業による検査を希望する特例対象者は、検査の前に市長から新潟市風しん抗体検査事業依頼書（別記様式第4号）の交付を受け、委託医療機関に提出することとする。  
(実施期間)

第6条 本事業の実施期間は、令和5年4月1日から令和6年3月31日までとする。  
(被接種者の自己負担)

第7条 被検査者からは検査に要する費用を徴収しないこととする。  
(委託料)

第8条 市長が本事業の対価として委託医療機関へ支払う委託料については、医療機関と締結する「新潟市風しん抗体検査事業委託契約書」に定めるとおりとする。  
(検査対象者への周知)

第9条 市長は「市報にいがた」等により、検査対象者に必要な事項の周知を行うものとする。  
(検査の実施)

第10条 市長は、委託医療機関に「新潟市風しん抗体検査申込票（兼）結果通知書（A票）」（別記様式第1号，以下「申込票（兼）結果通知書（A票）」という。），「新潟市風しん抗体検査申込票（兼）結果通知書（B票）」（別記様式第2号，以下「申込票（兼）結果通知書（B票）」という。），新潟市風しん抗体検査申込票（兼）結果通知書（C票）」（別記様式第3号，以下「申込票（兼）結果通知書（C票）」という。なお，申込票（兼）結果通知書（A票）から申込票（兼）結果通知書（C票）までの総称を申込票（兼）結果通知書という。）を配布し、本事業の円滑な実施に備えることとする。

2 第4条及び第5条に定める検査対象者が検査を希望するときは、当該検査対象者が申込票（兼）結果通知書を記載のうえ委託医療機関に申し出るものとする。

3 委託医療機関は、健康保険被保険者証等により検査対象者の確認を行うものとする。  
ただし、第4条第1項第3号に規定する者については、母子健康手帳により確認するものとする。

また、風しん抗体検査歴、風しんの予防接種歴および罹患歴について聴取し、対象者の確認を行う。

4 検査は、原則としてH I法により実施する。ただし、H I法での検査が困難な場合はE I A法による検査も可とする。

(検査結果の通知等)

第11条 委託医療機関は、受検者に対して、申込票(兼)結果通知書(C票)により確実に結果を通知するとともに、抗体価が低い、または陰性の者には、風しんワクチンの予防接種を推奨するものとする。

(検査後の事務等)

第12条 委託医療機関は、検査後の事務として以下の各号に掲げる事項を実施するものとする。

(1) 申込票(兼)結果通知書等の処理

委託医療機関は、検査を行った場合は、申込票(兼)結果通知書に必要な事項を記入し、申込票(兼)結果通知書(A票)をとりまとめ、接種を行った月の翌月15日までに市医師会へ提出するものとする。ただし、市医師会医療機関以外の委託医療機関は、委託料請求時に直接市保健所へ提出するものとする。

(2) 申込票(兼)結果通知書の保存

申込票(兼)結果通知書(B票)は、委託医療機関において検査日から5年間保存するものとする。また、市保健所長は、必要があるときは、委託医療機関に対して申込票(兼)結果通知書(B票)の提出を求めることができるものとする。

(3) 検査者数の報告

委託医療機関は、本要綱に基づく検査を行った者の数を毎月取りまとめ、市保健所長に報告するものとする。

(委託料の請求及び支払い)

第13条 市医師会長は、第8条に定める委託料を請求するときは、請求書に「新潟市風しん抗体検査事業委託料請求明細書」及び第11条第1項第1号の申込票(兼)結果通知書(A票)を添えて、市保健所へ提出することとする。

2 市医師会医療機関以外の委託医療機関は、委託料を請求するときは、請求書に「新潟市風しん抗体検査事業集計表」及び第11条第1項第1号の申込票（兼）結果通知書（A票）を添えて、市保健所へ提出することとする。

3 市長は、第8条に定める委託料の適法な請求書を受理した時は、委託契約書の定めによりこれを支払うこととする。

（市が行う事務）

第14条 上記の定めのほか、市長は次の各号に掲げる事務を行うこととする。

（1） 委託料の支払いに関すること。

（2） 委託医療機関から提出された申込票（兼）結果通知書（A票）に基づいて、被験者を記録するとともに、申込票（兼）結果通知書（A票）を保存すること。

（3） その他、本事業の連絡調整等に関すること。

附 則

この要綱は、平成26年4月28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

（施行期日）

1 この要綱は、平成31年4月1日から施行する。

（経過措置）

2 この要綱の施行の際現に存する改正前の様式の書式による用紙は、当分の間、所要の調整をして使用することができる。

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。

# 新潟市風しん抗体検査事業 申込票（兼）結果通知書

①

検査対象者	フリガナ		生年月日	平成	年	月	日
	氏名	(男・女)		昭和	(検査時満年齢)	歳	
	住所	新潟市 区	電話番号				

実施医療機関

↓

ご自身について、当てはまる番号に○をお願いします。※以下に当てはまらない場合は本事業の対象外です。

①	妊娠を希望する女性 *ただし、過去に風しんの抗体検査を受けたことがある、風しんの予防接種（麻しん風しん混合ワクチンを含む）を2回受けた記録がある、検査により風しんと確定診断を受けたことがある場合は、本事業の対象外です。	1	
②	①の項目に該当する女性（検査対象となる女性）の	夫（パートナーを含む）	2
③		夫（パートナーを含む）以外の同居者	3
④	風しんの抗体価が低い又ははない妊婦の	夫（パートナーを含む）	4
⑤	*「抗体が低い又ははない」とは、抗体検査の結果がHI法で16倍以下、EIA法で8.0未満の場合をいいます。 母子手帳・検査結果通知等でご確認ください。	夫（パートナーを含む）以外の同居者	5

市医師会

↓

新潟市（請求用）

過去の抗体検査受検歴、既往歴について、はい、いいえ、わからないのいずれかに○をお願いします。

※以下に1つでも「はい」にチェックがある場合は本事業の対象外です。

①	過去に風しんの抗体検査（妊婦健康診査や自費での検査等）を受けたことがありますか。	はい	いいえ	わからない
②	風しん（麻しん風しん混合ワクチン含む）の予防接種を2回受けた記録がありますか。（2回未満の方・記録のない方は「いいえ」に○）	はい	いいえ	わからない
③	検査で風しんと確定診断を受けたことがありますか。	はい	いいえ	わからない

新潟市風しん抗体検査事業による無料の抗体検査を受けるにあたり、上記について回答します。

年 月 日 署名

検査年月日		年 月 日
検査結果	HI法	8倍未満 ・ 8倍 ・ 16倍 ・ 32倍 ・ 64倍 ・ 128倍以上
	EIA法	陰性 ・ 判定保留 ・ 陽性（EIA-IgG 8.0未満） ・ 陽性（EIA-IgG 8.0以上）
実施場所		医療機関名 担当医師名

※今回の検査の結果、抗体価がない又は低いとの判定の方は、この結果通知書が「新潟市風しん予防接種事業」をご利用される際の確認書類となりますので、大切に保管してください。

参考 【 予防接種が推奨される風しん抗体価について 厚生労働省 】

HI法	EIA法	
8倍未満	陰性・判定保留	免疫を保有していないため予防接種を推奨します。
8倍 ・ 16倍	8.0未満	過去の感染や予防接種により風しんの免疫はありますが、風しんの感染予防には不十分です。そのため感染によりお腹の赤ちゃんなどへ影響が生じる可能性があります。確実な予防のため、予防接種を推奨します。
32倍以上	8.0以上	風しんの感染予防に十分な免疫を保有していると考えられます。予防接種は基本的に必要ありません。

# 新潟市風しん抗体検査事業 申込票（兼）結果通知書

⑤ 実施医療機関控用

検査対象者	フリガナ		生年月日	平成	年	月	日
	氏名	(男・女)		昭和	(検査時満年齢 歳)		
	住所	新潟市 区	電話番号				

ご自身について、当てはまる番号に○をお願いします。※以下に当てはまらない場合は本事業の対象外です。

①	妊娠を希望する女性 *ただし、過去に風しんの抗体検査を受けたことがある、風しんの予防接種（麻しん風しん混合ワクチンを含む）を2回受けた記録がある、検査により風しんと確定診断を受けたことがある場合は、本事業の対象外です。	1	
②	①の項目に該当する女性（検査対象となる女性）の	夫（パートナーを含む）	2
③		夫（パートナーを含む）以外の同居者	3
④	風しんの抗体価が低い又ははない妊婦の	夫（パートナーを含む）	4
⑤	*「抗体が低い又ははない」とは、抗体検査の結果がHI法で16倍以下、EIA法で8.0未満の場合をいいます。 母子手帳・検査結果通知等でご確認ください。	夫（パートナーを含む）以外の同居者	5

過去の抗体検査受検歴、既往歴について、はい、いいえ、わからないのいずれかに○をお願いします。

※以下に1つでも「はい」にチェックがある場合は本事業の対象外です。

①	過去に風しんの抗体検査（妊婦健康診査や自費での検査等）を受けたことがありますか。	はい	いいえ	わからない
②	風しん（麻しん風しん混合ワクチン含む）の予防接種を2回受けた記録がありますか。（2回未満の方・記録のない方は「いいえ」に○）	はい	いいえ	わからない
③	検査で風しんと確定診断を受けたことがありますか。	はい	いいえ	わからない

新潟市風しん抗体検査事業による無料の抗体検査を受けるにあたり、上記について回答します。

年 月 日 署名

検査年月日		年 月 日
検査結果	HI法	8倍未満 ・ 8倍 ・ 16倍 ・ 32倍 ・ 64倍 ・ 128倍以上
	EIA法	陰性 ・ 判定保留 ・ 陽性（EIA-IgG 8.0未満） ・ 陽性（EIA-IgG 8.0以上）
実施場所		医療機関名 担当医師名

※今回の検査の結果、抗体価がない又は低いとの判定の方は、この結果通知書が「新潟市風しん予防接種事業」をご利用される際の確認書類となりますので、大切に保管してください。

参考 【 予防接種が推奨される風しん抗体価について 厚生労働省 】

HI法	EIA法	
8倍未満	陰性・判定保留	免疫を保有していないため予防接種を推奨します。
8倍 ・ 16倍	8.0未満	過去の感染や予防接種により風しんの免疫はありますが、風しんの感染予防には不十分です。そのため感染によりお腹の赤ちゃんなどへ影響が生じる可能性があります。確実な予防のため、予防接種を推奨します。
32倍以上	8.0以上	風しんの感染予防に十分な免疫を保有していると考えられます。予防接種は基本的に必要ありません。

## 新潟市風しん抗体検査事業 申込票（兼）結果通知書

© 実施医療機関

↓ 受診者

検査対象者	フリガナ		生年月日	平成	年	月	日
	氏名	( 男・女 )		昭和	(検査時満年齢 歳)		
	住所	新潟市	区	電話番号			

**ご自身について、当てはまる番号に○をお願いします。** ※以下に当てはまらない場合は本事業の対象外です。

①	妊娠を希望する女性 <small>*ただし、過去に風しんの抗体検査を受けたことがある、風しんの予防接種（麻しん風しん混合ワクチンを含む）を2回受けた記録がある、検査により風しんと確定診断を受けたことがある場合は、本事業の対象外です。</small>		1
②	①の項目に該当する女性（検査対象となる女性）の	夫（パートナーを含む）	2
③		夫（パートナーを含む）以外の同居者	3
④	風しんの抗体価が低い又ははない妊婦の	夫（パートナーを含む）	4
⑤	<small>*「抗体が低い又ははない」とは、抗体検査の結果がHI法で16倍以下、EIA法で8.0未満の場合をいいます。母子手帳・検査結果通知等でご確認ください。</small>	夫（パートナーを含む）以外の同居者	5

**過去の抗体検査受検歴、既往歴について、はい、いいえ、わからないのいずれかに○をお願いします。**

※以下に1つでも「はい」にチェックがある場合は本事業の対象外です。

①	過去に風しんの抗体検査（妊婦健康診査や自費での検査等）を受けたことがありますか。	はい	いいえ	わからない
②	風しん（麻しん風しん混合ワクチン含む）の予防接種を2回受けた記録がありますか。（2回未満の方・記録のない方は「いいえ」に○）	はい	いいえ	わからない
③	検査で風しんと確定診断を受けたことがありますか。	はい	いいえ	わからない

**新潟市風しん抗体検査事業による無料の抗体検査を受けるにあたり、上記について回答します。**

年 月 日 署名

検査年月日		年	月	日			
検査結果	HI法	8倍未満 ・ 8倍 ・ 16倍 ・ 32倍 ・ 64倍 ・ 128倍以上					
	EIA法	陰性 ・ 判定保留 ・ 陽性（EIA-IgG 8.0未満） ・ 陽性（EIA-IgG 8.0以上）					
実施場所		医療機関名 担当医師名					

※今回の検査の結果、抗体価がない又は低いとの判定の方は、この結果通知書が「新潟市風しん予防接種事業」をご利用される際の確認書類となりますので、大切に保管してください。

参考 【 予防接種が推奨される風しん抗体価について 厚生労働省 】

HI法	EIA法	
8倍未満	陰性・判定保留	免疫を保有していないため予防接種を推奨します。
8倍 ・ 16倍	8.0未満	過去の感染や予防接種により風しんの免疫はありますが、風しんの感染予防には不十分です。そのため感染によりお腹の赤ちゃんなどへ影響が生じる可能性があります。確実な予防のため、予防接種を推奨します。
32倍以上	8.0以上	風しんの感染予防に十分な免疫を保有していると考えられます。予防接種は基本的に必要ありません。



## 新潟市風しん抗体検査事業依頼書

委託医療機関 様

新潟市保健所長

○下記の人は、新潟市民と同様の自己負担金で検査をお願いします。

※太枠内を記入し、検査を受ける医療機関に提出してください。

住所 (避難前の住所)		連絡先電話	
住所 (新潟市の滞在住所)		連絡先電話	
氏名 ふりがな		連絡先電話	
生年 月 日	昭和・平成 年 月 日 生	年齢	歳
事業名：風しん抗体検査			

発行日： 年 月 日

発行元：新潟市 区健康福祉課

&lt;問い合わせ先&gt;

新潟市保健所 保健管理課：025-212-8123

※ 本依頼書を予診票に添付して提出してください

## 新潟市風しん抗体検査事業依頼書 (控)

○下記の人は、新潟市民と同様の自己負担金で検査をお願いします。

※太枠内を記入してください。

住所 (避難前の住所)		連絡先電話	
住所 (新潟市の滞在住所)		連絡先電話	
氏名 ふりがな		連絡先電話	
生年 月 日	昭和・平成 年 月 日 生	年齢	歳
事業名：風しん抗体検査			

発行日： 年 月 日

発行元：新潟市 区健康福祉課

&lt;問い合わせ先&gt;

新潟市保健所 保健管理課：025-212-8123