

令和6年度北海道風しん抗体検査事業について  
(協力医療機関用)

1 配置様式

- (1) リーフレット「風しん抗体検査の費用を補助します！」
- (2) 「北海道風しん抗体検査事業の補助金申請を希望される方へ」
- (3) 「令和6年度北海道風しん抗体検査事業補助金交付申請書」
- (4) 「令和6年度北海道風しん抗体検査事業チェックシート」

2 チェックシートによる事業対象者の確認について

- (1) 居住地が事業対象の市町村であることの確認  
住所欄に札幌市、小樽市、函館市、旭川市と記載されている場合は対象外
  - (2) 事業対象者であることの確認  
対象者は「1 どの受検資格に該当しますか。」欄のいずれかに必ずチェックがつくため、チェックがない場合は対象外  
また、配偶者や同居者との同時受検は補助対象外。(出産経験がなく、かつ免疫疾患等で風しん抗体ができない女性の配偶者や同居者を想定しているため、女性の風しん抗体価を先に検査する必要がある)
  - (3) 除外者に該当していないことの確認
    - ア 「2 過去に抗体検査を受けたことがありますか。」  
「あり」の場合は対象外
    - イ 「3 過去に風しんの予防接種を受けたことがありますか。」  
「あり」の場合は口答で回数を確認し、2回受けていれば対象外
    - ウ 「4 過去に検査で確定診断を受けた風しんの罹患歴がありますか。」  
「あり」の場合は対象外
- ※いずれも「わからない」の場合は対象とみなす。

3 検査後の取り扱い

- (1) 検査費用  
事業対象者から検査費用の全額を徴収してください。なお、補助上限額は以下のとおりであり、超過分は事業対象者の自己負担となります。  
E I A法の場合 6, 7 5 0円  
H I 法の場合 5, 4 8 0円 (令和6年5月31日まで)  
5, 5 4 0円 (令和6年6月1日から)
- (2) 令和6年度北海道風しん抗体検査事業補助金交付申請書様式の配布  
医療機関証明欄に記入又は押印をお願いします。  
また、「検査方法」欄の選択も忘れずをお願いします。

\*裏面もあります

### (3) 領収書の発行

上記申請書中の医療機関証明欄に記入しない場合、領収書の中に風しん抗体検査を行ったことがわかる内容「〇年〇月〇日（\*検査年月日を記載）風しん抗体検査料（〇〇法）として」等と記載してください。

### 4 検査結果の通知について

診察時または郵送により、検査結果等を通知願います。

風しんの抗体価は、厚生労働省の平成26年4月25日付け「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、EIA法では8.0未満、HI法では16倍以下の場合低いと判断されます。

風しん抗体価が低いと判断された場合、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。

連絡先

北海道保健福祉部感染症対策局感染症対策課

感染症係

電話 011-234-4111（内線 25-518）