

静医発第138号

令和4年4月19日

郡市医師会長様

一般社団法人静岡県医師会
会長 紀平 幸一

静岡県風しん抗体検査事業に係る契約の締結について

時下、ますますご健勝のこととお慶び申し上げます。

さて、標記契約の締結につきましては、種々ご協力をいただいたところですが、令和4年4月1日付けをもって、別添契約書のとおり契約を締結いたしましたので、ご報告申し上げます。

つきましては、貴職におかれましても本件についてご了知いただき、貴会会員への周知方についてご高配を賜りますようよろしくお願い申し上げます。

なお、本契約書は、本会ウェブサイト「会員専用ページ」にて閲覧可能となっておりますので、併せてご周知いただきますようお願いいたします。

静岡県風しん抗体検査業務委託契約書

静岡県（以下「甲」という。）は、一般社団法人静岡県医師会（以下「乙」という。）との間に、次のとおり委託契約を締結する。

この場合において乙は、乙の会員で風しん抗体検査業務に協力する旨を承諾し、かつ、本契約の締結についての権限を乙に委任した医師（以下「丙」という。）の代理人として契約するものとする。

（目的）

第1条 甲は、甲が別に定める「静岡県風しん抗体検査事業実施要領」（以下「要領」という。）における風しん抗体検査業務を乙に委託し、乙は、これを受託する。

2 乙は、丙に、当該風しん抗体検査を実施させるものとする。

（委託期間）

第2条 委託期間は、令和4年4月1日から令和5年3月31日までとする。

（委託内容）

第3条 乙は、要領に定める実施方法等により風しん抗体検査（以下「検査」という。）を実施するものとする。

（検査費用）

第4条 乙及び丙は、検査受診者から検査にかかる費用を徴収しないものとする。

（委託費）

第5条 甲は、丙の所属する医療機関に対し、委託業務を処理するための費用（以下「委託費」という。）として、別表「風しん抗体検査費委託単価表」の単価に検査件数を乗じた額を支払うものとする。

（支払方法）

第6条 丙の所属する医療機関は、第3条の風しん抗体検査を行った場合、「委託費」を委託業務を実施した検査月ごとに管轄の保健所を経由して要領に定める請求書に実施報告書を添付して、直接甲に請求するものとする。

2 甲は、前項の請求書を受領したときは、その内容を審査し、適正であると認めるときは、請求書を受領した日から起算して30日以内に、直接丙の所属する医療機関に委託費を支払うものとする。



(契約の解除)

第7条 甲又は乙は、天災その他その責めに帰さない理由によりこの契約を解除しようとするときは、その理由を記載した書面により、その相手方に申し出なければならない。

2 甲は、次のいずれかに該当するときは、この契約を解除することができる。

- (1) 乙が委託期間内に委託業務を履行しないとき、又は履行の見込みがないと甲が認めるとき。
- (2) 甲がこの契約について不正の事実を発見したとき。
- (3) 乙が故意又は重大な過失により甲に損害を与えたとき。
- (4) 乙が次のアからキに該当したとき。

ア 暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成3年法律第77号。以下「法」という。）第2条第2号に該当する団体（以下「暴力団」という。）

イ 個人又は法人の代表者が暴力団員等（法第2条第6号に規定する暴力団員（以下「暴力団員」という。）又は暴力団員でなくなった日から5年を経過しない者をいう。以下同じ。）である者

ウ 法人の役員等（法人の役員又はその支店若しくは営業所を代表する者で役員以外の者をいう。）が暴力団員等である者

エ 自己、自社若しくは第三者の不正な利益を図る目的又は第三者に損害を与える目的をもって暴力団又は暴力団員等を利用している者

オ 暴力団若しくは暴力団員等に対して、資金等提供若しくは便宜供与する等直接的又は積極的に暴力団の維持運営に協力し又は関与している者

カ 暴力団又は暴力団員等と社会的に非難されるべき関係を有している者

キ 相手方が暴力団又は暴力団員等であることを知りながら、下請契約、資材又は原材料の購入契約その他の契約を締結している者

(損害賠償責任)

第8条 乙は、次のいずれかに該当したときには、直ちにその損害を被害者に賠償しなければならない。

- (1) 乙が委託業務の実施に関し、甲又は第三者に損害を与えたとき。
- (2) 前条によりこの契約が解除された場合において、乙が甲に損害を与えたとき。

(委託費の処理)

第9条 甲又は乙が第7条の規定によりこの契約を解除した場合の委託費の処理は、甲が認める既履行部分に相当する金額をもって清算する。

(個人情報保護)

第10条 乙は、この契約による業務を処理するため個人情報を取り扱う場合は、別記「個人情報取扱特記事項」を遵守しなければならない。

(合意管轄)

第11条 この契約に関する訴訟については、静岡地方裁判所を管轄裁判所とすることに合意する。

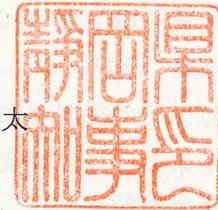
(定めのない事項の処理)

第12条 この契約に定めるもののほか、必要な事項については、甲、乙協議の上、決定するものとする。

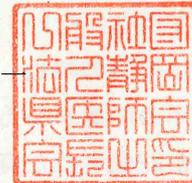
上記の契約の成立を証するため、この契約書2通を作成し、甲乙記名押印の上、各自その1通を所持する。

令和4年4月1日

(甲) 静岡市葵区追手町9番6号
静岡県知事 川 勝 平 太



(乙) 静岡市葵区鷹匠3-6-3
一般社団法人静岡県医師会
会 長 紀 平 幸



個人情報取扱特記事項

第1 基本的事項

一般社団法人静岡県医師会（以下「乙」という。）は、この契約による業務を処理するため個人情報を取り扱うに当たっては、個人の権利利益を侵害することのないよう、個人情報の適正な取扱いに努めなければならない。

第2 取得の制限

乙は、この契約による業務を処理するため個人情報を取得するときは、適法かつ適正な方法により取得しなければならない。

第3 安全管理措置

乙は、個人情報の漏えい、滅失又はき損の防止その他の個人情報の適切な管理のために必要な措置を講じなければならない。

第4 従業者の監督

乙は、その従業者に個人情報を取り扱わせるに当たっては、当該個人情報の安全管理が図られるよう、当該従業者に対する必要な監督を行わなければならない。

第5 再委託の禁止

乙は、静岡県（以下「甲」という。）の同意がある場合を除き、個人情報の取扱いを第三者に委託してはならない。

第6 複写又は複製の禁止

乙は、甲の同意がある場合を除き、この契約による業務を処理するため甲から提供された個人情報が記録された資料等を複写し、又は複製してはならない。

第7 目的外利用・提供の禁止

乙は、甲の同意がある場合を除き、この契約による業務以外の目的のために個人情報を自ら利用し、又は提供してはならない。

第8 取扱状況の報告等

甲は、必要があると認めるときは、個人情報の取扱状況を乙に報告させ、又は自らその調査をすることができる。

第9 事故発生時における報告

乙は、この契約に違反する事態が生じ、又は生じるおそれがあることを知ったときは、直ちに甲に報告し、甲の指示に従わなければならない。

別 表

風しん抗体検査費委託単価表

検査項目	単価（税込み）	うち消費税及び地方税
H I 法 L T I 法	5, 4 4 9 円	4 9 5 円
E I A 法 C L E I A 法 E L F A 法 F I A 法	6, 8 6 5 円	6 2 4 円

静岡県風しん抗体検査事業実施要領

1 目的

平成 25 年の風しんの流行により、この年の風しん患者報告数は、全国で 14,357 人、本県は 149 人となり、平成 20 年の全数把握調査の開始以降、全国、県ともに最大の流行となった。

また、流行の中心は、20 代から 50 代の男性であったが、この世代は、風しんの定期の予防接種を受ける機会がなかったことや未接種者の割合が高いことから、風しんの再流行が懸念されている。

これまで、先天性風しん症候群は、本県では報告されていないが、全国では平成 11 年から令和 3 年までに 70 人報告されている。

当事業は、医療機関において無料で風しん抗体検査を受けられる体制を整備することで、出産に対する不安感の軽減やこどもの健康保持のため、風しんの感染予防及びまん延防止を図り、先天性風しん症候群を予防することを目的とする。

2 事業主体

本事業は、静岡県(以下「県」という。)が、医療機関の協力を得て行う。

3 実施期間

令和 4 年 4 月 1 日から令和 5 年 3 月 31 日まで

4 検査対象者

検査対象者は、県内（静岡市・浜松市を除く）に住民票の住所を有する「妊娠を希望する女性、妊娠を希望する女性の同居者又は抗体価の低い妊婦の同居者（いずれも過去に風しんにかかる抗体検査を受けた結果、十分な量の風しんの抗体があることが判明し、当該予防接種を行う必要がないと認められる者は除く※）」であって、居住地を所管する保健所長に対して様式第 1 号により申請を行い、保健所長が風しん抗体検査受診券（様式第 1 号の 2）（以下「受診券」）を発行した者とする。

※ 「H I 法において抗体価が 32 倍以上の者」、
「E I A 法(ルベラ I g G 抗体)において抗体価が 8.0 以上の者」、
「E I A 法(風疹 / I g G 抗体)において抗体価が 30 以上の者」、
「E L F A 法において抗体価が 45 以上の者」、
「L T I 法において抗体価が 30 以上の者」、
「C L E I A 法(ルベラ I g G 抗体)において抗体価が 45 以上の者」、
「C L E I A 法(風疹 I g G 抗体)において抗体価が 14 以上の者」、
「F I A 法(BioPlex MMRV I g G 抗体)において抗体価が 3.0 以上の者」、
「F I A 法(BioPlex ToRC I g G 抗体)において抗体価が 30 以上の者」、
「その他の検査法において、これらに相当する抗体価が認められる者」

5 受診券の有効期限

受診券の有効期限は、発行日から2か月後又は、令和5年3月10日のいずれか早い日とし、保健所長は、受診券の発行時にこの有効期限を記入する。

なお、検査前に受診券の有効期限が到来した場合は、当初の申請書を基に、保健所長が再発行をする。

また、未使用で有効期限の切れた受診券は保健所へ返納することとする。

6 協力医療機関

県と委託契約を締結し、検査に協力する医療機関は、風しん抗体検査事業協力医療機関リストのとおりとする。

7 検査方法等

検査は、4に規定する検査対象者のうち、有効期限内の受診券を有する者に対して、6の協力医療機関において実施する。

検査方法は、原則HI法で行うものとするが、4の※であげた検査でも可能とする。

8 結果の通知及び予防接種の勧奨

協力医療機関は、様式第2号により、検査受診者に検査結果を令和5年3月31日までに通知する。

なお、以下の者は「十分な量の抗体がない」者とみなし、予防接種の勧奨を行う。

「HI法において抗体価が16倍以下の者」

「EIA法(ルベラIgG抗体)において抗体価が8.0未満の者」

「EIA法(風疹/IgG抗体)において抗体価が30未満の者」

「ELFA法において抗体価が45未満者」

「LTI法において抗体価が30未満の者」

「CLEIA法(ルベラIgG抗体)において抗体価が45未満の者」

「CLEIA法(風疹IgG抗体)において抗体価が14未満の者」

「FIA法(BioPlex MMRV IgG抗体)において抗体価が3.0未満の者」

「FIA法(BioPlex ToRC IgG抗体)において抗体価が30未満の者」

「その他の検査法において、これらに相当する抗体価が認められる者」

9 検査費用の徴収

検査に係る費用は、検査受診者からは徴収しない。

10 委託事業実施報告及び委託料請求

協力医療機関は、受診券を発行した保健所へ毎月末日までに前月分の実施報告書(様式第1号の2)及び請求書(様式第3号)を提出する。

ただし、令和5年3月実施分については、令和5年4月14日までに提出する。

11 プライバシーの保護

事業の実施に当たっては、個人情報の保護について十分留意する。

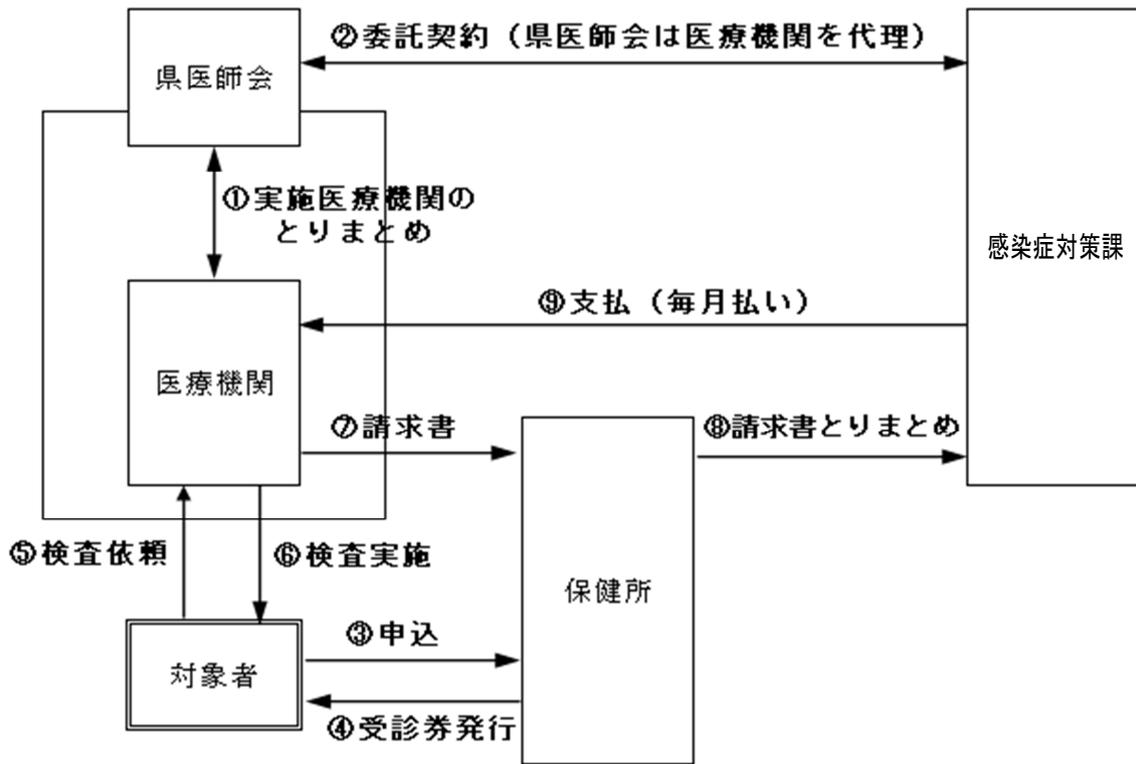
12 その他

この要領に定めのない事項については、県と県医師会が協議の上、決定する。

附 則

この要領は、令和4年度に適用する。

風しん抗体検査事業の流れ



県保健所の連絡先一覧

番号	市町名	管轄保健所	担当課	住所	電話番号
1	下田市	賀茂保健所	地域医療課	〒415-0016 下田市中 531-1	0558-24-2052
	南伊豆町				
	東伊豆町				
	河津町				
	松崎町				
	西伊豆町				
2	熱海市	熱海保健所	医療健康課	〒413-0016 熱海市水口町 13-15	0557-82-9125
	伊東市				
3	沼津市	東部保健所	地域医療課	〒410-8543 沼津市高島本町 1-3	055-920-2082
	三島市				
	裾野市				
	伊豆市				
	伊豆の国市				
	函南町				
	清水町				
長泉町					
4	御殿場市	御殿場保健所	医療健康課	〒412-0039 御殿場市竈 1113	0550-82-1224
	小山町				
5	富士宮市	富士保健所	医療健康課	〒416-0906 富士市本市場 441-1	0545-65-2206
	富士市				
6	島田市	中部保健所	地域医療課	〒426-0075 藤枝市瀬戸新屋 362-1	054-644-9273
	焼津市				
	藤枝市				
	牧之原市				
	吉田町				
	川根本町				
7	磐田市	西部保健所	地域医療課	〒438-8622 磐田市見付 3599-4	0538-37-2253
	掛川市				
	袋井市				
	御前崎市				
	菊川市				
	森町				
	湖西市				

風しん抗体検査申請書

※太枠内を御記入ください。

風しん抗体検査受診券の交付を申請します。

年 月 日

保険証に登録されている住所を記入願います。

郵便番号 _____

住 所 _____

※受診券の送付を希望する住所を御記入願います。(上記と同じ場合は不要です。)

郵便番号 _____

住 所 _____

ふりがな
氏 名 _____ (男・女)

電話番号 _____

生年月日 大正 昭和 平成 _____ 年 月 日生 (歳)

いずれかにチェックをつけてください。

- 妊娠を希望する女性
 妊娠を希望する女性の同居者
 抗体価の低い妊婦の同居者

※以下の質問事項 Q2 で十分な量の風しんの抗体がある場合は、静岡県の風しん抗体検査費用助成の対象になりません。※詳しくは静岡県のHPを御覧ください。

質 問 事 項	回 答 欄	
Q1 風しん抗体検査を受けたことがありますか。 (妊娠経験のある方は妊婦健康診査で風しん抗体検査を実施しています。)	は い	いいえ
Q2 Q1で「はい」の方に質問します。 過去に受けた抗体検査の方法と数値を記入願います。	方法	数値

どこの医療機関で検査を受ける予定であるかを記入してください。

受検予定	医療機関名	
医療機関	住 所	

保 健 所 記 入 欄

<input type="checkbox"/> 該 当	《受付番号》	受付印
<input type="checkbox"/> 非該当		

風しん抗体検査受診券

受付番号 _____

生年月日 大正 昭和 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 (_____ 歳)

住 所 _____

氏 名 _____

上記の者を本事業の対象者として認めます。

※未受検のまま有効期限を超えた場合は、保健所に返納ください。

有効期限： _____ 年 _____ 月 _____ 日

発行日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

静岡県〇〇保健所長

印

風しん抗体検査実施報告書（保健所への報告用）

_____ 年 _____ 月 _____ 日

静岡県知事 様

医療機関名

住 所

氏 名

印

検査結果を報告します。

検 査 日	年 月 日
検査方法	<ul style="list-style-type: none">・ H I 法・ E I A法(ルベラ I g G抗体)・ E I A法(風疹 / I g G抗体)・ E L F A法・ L T I 法・ C L E I A法(ルベラ I g G抗体)・ C L E I A法(風疹 I g G抗体)・ F I A法(BioPlex MMRV IgG抗体)・ F I A法(BioPlex ToRC IgG抗体)
検査結果	抗体価：

※医療機関は検査実施後、結果を記入し請求書（様式第3号）と一緒に保健所に提出してください。

風しん抗体検査の結果について（本人への結果通知用）

今回実施した風しん抗体検査の結果は、下記のとおりですのでお知らせします。

記

1 受診者氏名 _____ 様

2 生年月日 大正 昭和 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日生（ _____ 歳）

3 検査年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

4 検査結果 検査方法： _____ 抗体価： _____

判 定	お 知 ら せ
<input type="checkbox"/> H I 法：16 倍以下 E I A法(ルベラ I g G抗体)：8.0 未満 E I A法(風疹 / I g G抗体)：30 未満 E L F A法：45 未満 L T I 法：30 未満 C L E I A法(ルベラ I g G抗体)：45 未満 C L E I A法(風疹 I g G抗体)：14.0 未満 F I A法(BioPlex MMRV IgG 抗体)：3.0 未満 F I A法(BioPlex ToRC IgG 抗体)：30 未満	風しんの抗体がないか、感染予防に十分な抗体を持っていないと考えられますので、風しんの予防接種を受けることをお勧めします。
<input type="checkbox"/> H I 法：32 倍以上 E I A法(ルベラ I g G抗体)：8.0 以上 E I A法(風疹 / I g G抗体)：30 以上 E L F A法：45 以上 L T I 法：30 以上 C L E I A法(ルベラ I g G抗体)：45 以上 C L E I A法(風疹 I g G抗体)：14.0 以上 F I A法(BioPlex MMRV IgG 抗体)：3.0 以上 F I A法(BioPlex ToRC IgG 抗体)：30 以上	風しんの感染予防に十分な抗体を持っていると考えられます。

予防接種については、接種費用の一部を補助している市町もありますので、お住まいの市町の予防接種担当課にお問合せください。

年 月 日

医療機関名

住 所

氏 名

風しん抗体検査費用請求書



年 月 日

静岡県知事 様

医療機関名

住 所

氏 名

印

※ 振込先が法人名義の場合は、法人名、法人の住所、代表者名を記載のうえ、
代表者印を押印してください。

年 月の風しん抗体検査実施分について委託料を請求します。

請求金額							円
------	--	--	--	--	--	--	---

風しん抗体検査費用請求内訳

検査項目	単価(A) (税込み)	件数(B)	合計金額(A)×(B)
H I 法 L T I 法	5,449円	件	円
E I A 法 C L E I A 法 E L F A 法 F I A 法	6,865円	件	円

※ 実施報告書（様式第1号の2）及び請求書（様式第3号）の提出期限は、検査月の翌月
末までです。（ただし、3月実施分については、提出期限を4月14日までとします。）

【振込先】

金融機関・支店名

口座種別

口座番号

口座名義

