

# 鳥取県風しん抗体価検査業務（委託医療機関）実施要領

## 第1 目的

主として先天性風しん症候群の予防のために、妊娠を希望する女性等に対して予防接種が必要である風しん感受性を効率的に抽出するため、医療機関における無料の風しん抗体価検査を実施する。

## 第2 実施主体

事業の実施主体は鳥取県とし、総合事務所において地区医師会と委託契約を締結することにより事業を実施するものとする。

## 第3 受検対象者

医療機関風しん抗体価検査（以下「検査」という。）を受検することができる者は、鳥取県内に在住する者で、次のいずれかに該当する者とする。ただし、過去に風しんに係る抗体検査を受けた結果、十分な量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又は昭和37年4月2日から昭和54年4月1日までの間に生まれた男性は除く。

- (1) 妊娠を希望する女性
- (2) 妊娠を希望する女性の配偶者（婚姻の届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にある者を含む）などの同居者（妊娠を希望する女性が居住する空間を同一にする頻度が高い者）
- (3) 風しんの抗体価が低い妊婦の配偶者（婚姻の届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にある者を含む）などの同居者（風しん抗体価が低い妊婦が居住する空間を同一にする頻度が高い者）
- (4) 昭和54年4月2日から昭和62年10月1日までの間に生まれた男性

## 第4 委託医療機関

この検査を実施する医療機関（以下「委託医療機関」という。）は、地区医師会に対して本検査事業への協力を申し出た医療機関とする。

## 第5 受検の手続き

- (1) 受検の申込み  
検査を受検しようとする者（以下「検査希望者」という。）は、委託医療機関に対して「鳥取県風しん抗体価検査申込（問診）書」（別紙様式1）（以下「申込書」という。）により受検を申し込むものとする。
- (2) 受検対象者の確認等  
委託医療機関は、第3の受検対象者の確認を行うため、(1)により検査希望者から提出された申込書の記載事項を元に受検対象者であることを確認する。  
なお、受検の必要が認められないときには、その旨を説明するものとする。
- (3) 結果通知に関する説明  
委託医療機関は、検体の採取後、「鳥取県風しん抗体価検査のお知らせについて」（別紙様式2）に検査結果を説明する日時を記載の上、これを受検者に引き渡すとともに、当該日時に来院する旨を説明する。ただし、当該受検者が郵送による結果通知を希望した者（以下「郵送希望者」という。）である場合は、この限りではない。

## 第6 検診の内容

この検診の内容は次のとおりとする。

- (1) 問診
- (2) 風しんウイルス抗体価検査
- (3) 結果通知及び指導

## 第7 検査項目

風しん抗体価検査の検査項目はHI法またはEIA法とする。

## 第8 検査結果の通知及び指導

### (1) 面接による結果の通知

委託医療機関は、検査結果について「鳥取県風しん抗体価検査結果通知書」（別紙様式3）（以下「結果通知書」という。）を作成し、受検者に速やかに通知するとともに、説明及び指導を行うものとする。

### (2) 郵送による結果の通知

郵送希望者に対し結果通知を行うに当たっては、結果通知書を作成し、送付するものとする。

## 第9 実績報告

委託医療機関は、当該月に実施した検査結果について申込書に記入の上、当該月の翌月10日までに総合事務所に報告するものとする。

総合事務所長は当該報告を「鳥取県風しん抗体価検査実績報告書」（別紙様式4-1）及び「鳥取県風しん抗体価検査委託料支払い状況」（別紙様式4-2）において四半期毎に取りまとめ、各四半期の翌月15日までに鳥取県福祉保健部健康医療局健康政策課長に報告するものとする。

## 第10 秘密の保持

本事業の実施にあたり、関係者は秘密の保持に関して次のとおり留意するものとする。

- (1) 受診者等のプライバシーの保護に最大限の配慮を払うこと。
- (2) 本事業により知り得た秘密を本事業の目的以外に使用しないこと。
- (3) 関係書類の保管は厳重に行うこと。

### ※「十分な量の抗体価」について

本事業は先天性風しん症候群予防を目的としているため、平成26年2月に厚生労働省が公表している「予防接種が推奨される風しん抗体価について」の考え方に基づき、HI法で32倍以上、EIA法で8.0以上又は国際単位(1)30IU/mL以上又は国際単位(2)45IU/mL以上とする。

(EIA価はデンカ生研社製、国際単位(1)(IU/mL)はシーメンスヘルスケア・ダイアグノスティクス株式会社、極東製薬工業株式会社、国際単位(2)(IU/mL)はシスメックス・ビオメリュー株式会社、ベックマン・コールター株式会社製の風しんIgG測定キットを使用した場合の判定基準である。)

### 附 則

この要領は、平成26年4月1日から施行する。

### 附 則

- 1 この要領は、平成30年12月20日から施行する。
- 2 この要領の規定のうち、第3の(4)は、平成31年1月1日以降に検査を受ける者から適用する。

### 附 則

この要領は、平成31年3月22日から施行し、平成31年度事業から適用する。

### 附 則

この要領は、平成31年4月1日から施行する。

### 附 則

この要領は、令和3年2月24日から施行する。

鳥取県風しん抗体価検査受検申込（問診）書

検査を希望される方は、以下の質問について、該当するものを○でお困みください。

※「受検対象者」に該当された方のみ受診申込みを行うことができます。

<受検資格確認>

1-a 昭和 37 年 4 月 2 日から昭和 54 年 4 月 1 日生まれの男性 はい

↓ いいえ

1-b 過去に風しん抗体価検査を受け、十分な抗体がある  
 (HI 法:32 倍以上、EIA 法: 8.0 以上又は国際単位(1)30IU/mL 以上又は国際単位(2)45IU/mL 以上)  
※EIA 価はデンカ生研社製、国際単位(1) (IU/mL) はシーメンスヘルスケア・ダイアグノスティクス株式会社、極東製薬工業株式会社、国際単位(2) (IU/mL) はシスメックス・バイオメリュー株式会社、ベックマン・コールター株式会社製の風しん IgG 測定キットを使用した場合の判定基準である。

↓ いいえ・わからない

2 妊娠を希望する女性である。 はい

↓ はい

3 以下①～④のいずれかに当てはまる。  
 (当てはまるものに○をつけください)  
 ①妊娠を希望する女性の配偶者 (※1)  
 ②妊娠を希望する女性の同居者 (※2)  
 ③風しんの抗体価が低い妊婦の配偶者 (※1)  
 ④風しんの抗体価が低い妊婦の同居者 (※2)  
※1: 婚姻の届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の者を含む  
 ※2: 妊娠を希望する女性または風しん抗体価が低い妊婦が居住する空間を同一にする頻度が高い者

↓ いいえ

4 以下⑤に当てはまる。  
 ⑤昭和 54 年 4 月 2 日から昭和 62 年 10 月 1 日生まれの男性

↓ はい

受検対象者です

↓ はい

受検対象者ではありません

↓ はい

クーポン券を利用して受検できます。詳しくはお住まいの市町村にお問い合わせください。

※以下の申込者記入欄に必要事項をご記入ください

年 月 日

総合事務所長  
 (委託医療機関) 様

以下に掲げる承認事項について承諾の上、鳥取県風しん抗体価検査の受検を申し込みます。

○受検申込者記入欄

※自署で記入願います。

フリガナ		住所	
氏名	(男・女)		
生年月日	年 月 日 (満 歳)	電話番号 ( )	-

□郵送による検査結果の送付を希望します。

(承認事項)

①医療機関が検査結果を事業実施主体である県へ報告すること。②県が検査結果を個人が特定されない形で各種統計情報としてとりまとめ、傾向分析及び国への報告等に活用すること。(個人を特定できる形で検査結果を公表することはありません。)

○検査結果 (医療機関記入欄)

・HI 法 : \_\_\_\_\_ 倍

・EIA 法 : \_\_\_\_\_

医療機関名 : \_\_\_\_\_ 担当医 : \_\_\_\_\_ 印

## 鳥取県風しん抗体価検査結果のお知らせについて

年 月 日

(検査受検者) 様

(委託医療機関の長)

年 月 日の検査結果について、次のようにお知らせします。

1. 面接による結果の通知

日 時	年 月 日 ( ) 時 分
場 所	
方 法	この通知をお持ちいただいたご本人に、医師が面談のうえで、お知らせします。

2. 郵送による結果の通知

後日、受診申込書へ記載の住所へ検査結果を送付します。

<注意事項>

- 1 この通知を紛失されますと、検査結果がお知らせできなくなりますので、大切に保管していただき、結果を聞きにお越しになるときには、必ずお持ちください。
- 2 上記の日時にお知らせ場所にお越しになれないときには、下記の担当にご連絡いただき、改めて日時などについてご相談ください。
- 3 電話による検査結果についてのお問い合わせには一切お答えできませんので、ご理解ください。
- 4 検査結果について、当院から電話等で連絡することはありませんので、予め、御承知おきください。

<連絡先>

医療機関名	
電話番号	
担 当	

## 鳥取県風しん抗体価検査結果通知書

年 月 日

(検査受検者) 様

(委託医療機関の長)

先日実施した風しん抗体価検査の結果について、下記のとおりお知らせします。

## 記

## 1 検査成績 (検査方法 HI法 ・ EIA法)

採血日	抗体価
年 月 日	

## 2 判定 ※「予防接種が推奨される風しん抗体価について」(平成26年2月 厚生労働省作成) 参考

1. HI法8倍未満 (EIA法陰性又は判定保留)  
免疫を保有していないため、風しん含有ワクチンの接種を推奨します。
2. HI法8倍または16倍 (EIA法8.0未満又は国際単位(1)30IU/mL未満又は国際単位(2)45IU/mL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、風しん含有ワクチンの接種を推奨します。
3. HI法32倍以上 (EIA法8.0以上又は国際単位(1)30IU/mL以上又は国際単位(2)45IU/mL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。  
風しん含有ワクチンの接種は、基本的に必要ありません。

\* HI法: Hemagglutination Inhibition test (赤血球凝集抑制法)

\* EIA法: Enzyme Immunoassay (酵素抗体法)

\* EIA価はデンカ生研社製、国際単位(1) (IU/mL) はシーメンスヘルスケア・ダイアグノスティクス株式会社、極東製薬工業株式会社、国際単位(2) (IU/mL) はシスメックス・バイオメリュー株式会社、ベックマン・コールター株式会社製の風しん IgG測定キットを使用した場合の判定基準である。

担当医師名



## 鳥取県風しん抗体価検査委託料支払い状況

保健所名 \_\_\_\_\_

検査実施月	委託料(件数・小計)						支払総額 (a+b)
	HI法件数 5,460円/件	HI法件数 5,460円/件 (再掲:国庫補助対象外分)	小計(a)	EIA法件数 6,790円/件	EIA法件数 6,790円/件 (再掲:国庫補助対象外分)	小計(b)	
年4月							
年5月							
年6月							
第1四半期							
年7月							
年8月							
年9月							
第2四半期							
年10月							
年11月							
年12月							
第3四半期							
年1月							
年2月							
年3月							
第4四半期							

検査実施月	委託料(件数・小計)						支払総額 (a+b)
	HI法件数 5,460円/件	HI法件数 5,460円/件 (国庫補助対象外分)	小計(a)	EIA法件数 6,790円/件	EIA法件数 6,790円/件 (国庫補助対象外分)	小計(b)	
年度計							