

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者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）

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H I 法、E I A法、E L F A法、L T I 法、C L E I A法、F I A法またはC L I A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感染症対策センター所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」の考え方及び令和3年2月に国立感染症研究所が公表している「風しんのHI抗体価と他法による抗体価の相関性および抗体価の読み替えに関する検討」に基づき、以下のとおりとする。

検査方法	抗体価(単位等)	測定キット名(製造販売元)
HI 法 (赤血球凝集抑制法)	3.2倍以上(希釈倍率)	風疹ウイルスHI試薬「生研」 (デンカ生研株式会社)
	3.2倍以上(希釈倍率)	R-HI「生研」 (デンカ生研株式会社)
EIA 法 (酵素免疫法)	8.0以上(EI A 価)	ウイルス抗体EIA「生研」ルベラIgG (デンカ生研株式会社)
	3.0以上 (国際単位(IU)/ml)	エンザイグノストB風疹/IgG (シーメンスヘルスケア・ダイアグノスティクス株式会社)
ELFA 法 (蛍光酵素免疫法)	4.5以上 (国際単位(IU)/ml)	バイダスアッセイキットRUB IgG (シスメックス・ビオリュー株式会社)
LTI 法 (ラテックス免疫比濁法)	3.0以上 (国際単位(IU)/ml)	ランピアラテックスRUBELLA (極東製薬工業株式会社)
	3.5以上 (国際単位(IU)/ml)	ランピアラテックスRUBELLA II (極東製薬工業株式会社)
CLEIA 法 (化学発光酵素免疫法)	4.5以上 (国際単位(IU)/ml)	アクセスルベラIgG (ベックマン・コールター株式会社)
	1.4以上 (抗体価)	i-アッセイCL風疹IgG (株式会社保健科学西日本)
FIA 法	3.0以上	BioPlexMMRV IgG (バイオ・ラッドラボラトリーズ株式会社)

(蛍光免疫測定法)	(抗体価 AI※)	
	30 以上 (国際単位 (IU) / ml)	BioPlexToRC IgG (バイオ・ラッドラボラトリーズ株式会社)
CLIA 法 (化学発光免疫測定法)	25 以上 (国際単位 (IU) / ml)	Rubella-G アボット (アボットジャパン株式会社)

※AI：製造企業が独自に調整した抗体価単位

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。

附 則

この要領は、令和5年2月21日から施行し、令和5年度事業から適用する。

附 則

この要領は、令和7年2月6日から施行し、令和7年度事業から適用する。

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○でお囲みください。
※鳥取県内在住で「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	過去に風しん抗体価検査を受け、十分な抗体がある
---	-------------------------

いいえ・わからない

2	妊娠を希望する女性である。
---	---------------

いいえ

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
---	---

はい

いいえ

はい

はい

受検対象者です

受検対象者ではありません

※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)

☐ H I 法 : _____ 倍 (基準値 : 32 倍)
☐ E I A 法 (ウイルス抗体 EIA 「生検」 (ルベラ IgG テンカ生検株式会社)) : _____ (基準値 : 8.0)
☐ E I A 法 (エンザイグノスト B 風疹 / IgG (シーメンスヘルスケア・ダイアグノスティクス株式会社)) : _____ IU/ml (基準値 : 30IU/ml)
☐ その他 : _____ (検査方法 : _____)
医療機関名 : _____ 担当医 : _____

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 検査結果

採 血 日	抗 体 価
年 月 日	

2 使用した測定キット (以下のいずれかにチェック)

チェック 欄	測定キット名(製造販売元)	検査方法	基準値(単位等)
	・風疹ウイルス HI 試薬「生研」 (デンカ生研株式会社) ・R-HI「生研」 (デンカ生研株式会社)	HI 法	3 2 倍(希釈倍率)
	ウイルス抗体 EIA「生研」 ルベラ IgG (デンカ生研株式会社)	EIA 法	8. 0 (EIA 価)
	エンザイグノスト B 風疹/IgG (シーメンスヘルスケア・ダイアグノスティクス株式会社)		3 0 (国際単位 (IU) / ml)
	バイダスアッセイキット RUB IgG (シスメックス・ビオリュー株式会社)	ELFA 法	4 5 (国際単位 (IU) / ml)
	ランピアラテックス RUBELLA (極東製薬工業株式会社)	LTI 法	3 0 (国際単位 (IU) / ml)
	ランピアラテックス RUBELLA II (極東製薬工業株式会社)		3 5 (国際単位 (IU) / ml)
	アクセスルベラ IgG (ベックマン・コールター株式会社)	CLEIA 法	4 5 (国際単位 (IU) / ml)
	i-アッセイ CL 風疹 IgG (株式会社保健科学西日本)		1 4 (抗体価)
	BioPlexMMRV IgG (バイオ・ラッドラボラトリーズ株式会社)	FIA 法	3. 0 (抗体価 AI)
	BioPlexToRC IgG (バイオ・ラッドラボラトリーズ株式会社)		3 0 (国際単位 (IU) / ml)
	Rubella-G アボット (アボットジャパン株式会社)	CLIA 法	2 5 (国際単位 (IU) / ml)

3 判定 (以下のいずれかにチェック)

	基準値未満	風しんの免疫がないか、感染予防に十分な免疫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。
	基準値以上	風しんの感染予防に十分な免疫を持っていると考えられます。

※「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)、「風しんの HI 抗体価と他法による抗体価の相関性および抗体価の読み替えに関する検討」(令和 3 年 2 月 国立感染症研究所) 参考

担当医師名	
-------	--

(参考)

「十分な量の抗体価」について

検査方法	抗体価(単位等)	測定キット名(製造販売元)
HI 法 (赤血球凝集抑制法)	3 2 倍以上(希釈倍率)	風疹ウイルス HI 試薬「生研」 (デンカ生研株式会社)
	3 2 倍以上(希釈倍率)	R-HI「生研」 (デンカ生研株式会社)
EIA 法 (酵素免疫法)	8. 0 以上(EIA 価)	ウイルス抗体 EIA「生研」ルベラ IgG (デンカ生研株式会社)
	3 0 以上 (国際単位(IU)／ml)	エンザイグノスト B 風疹／IgG (シーメンスヘルスケア・ダイアグノスティクス株式会社)
ELFA 法 (蛍光酵素免疫法)	4 5 以上 (国際単位(IU)／ml)	バイダスアッセイキット RUB IgG (シスメックス・ビオリュー株式会社)
LTI 法 (ラテックス免疫比濁法)	3 0 以上 (国際単位(IU)／ml)	ランピアラテックス RUBELLA (極東製薬工業株式会社)
	3 5 以上 (国際単位(IU)／ml)	ランピアラテックス RUBELLA II (極東製薬工業株式会社)
CLEIA 法 (化学発光酵素免疫法)	4 5 以上 (国際単位(IU)／ml)	アクセスルベラ IgG (ベックマン・コールター株式会社)
	1 4 以上 (抗体価)	i-アッセイ CL 風疹 IgG (株式会社保健科学西日本)
FIA 法 (蛍光免疫測定法)	3. 0 以上 (抗体価 AI※)	BioPlexMMRV IgG (パイオ・ラッドラボラトリーズ株式会社)
	3 0 以上 (国際単位(IU)／ml)	BioPlexToRC IgG (パイオ・ラッドラボラトリーズ株式会社)
CLIA 法 (化学発光免疫測定法)	2 5 以上 (国際単位(IU)／ml)	Rubella-G アボット (アボットジャパン株式会社)

※「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)、「風しんの HI 抗体価と他法による抗体価の相関性および抗体価の読み替えに関する検討」(令和 3 年 2 月 国立感染症研究所) 参考

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、LTI法 件数 5,540円/件	小計(a)	EIA法、ELFA 法、CLEIA 法、FIA法、 CLIA法件数 6,750円/件	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、LTI法 件数 5,540円/件	小計(a)	EIA法、ELFA 法、CLEIA 法、FIA法、 CLIA法件数 6,750円/件	小計(b)	
年度計					