

## 風しん抗体検査実施要領

### 第1 目的

この要領は、特定感染症検査等事業（平成14年3月27日健発第0327012号厚生労働省健康局長通知）をうけ、高知県民に対し、かかりつけ医等の医療機関において風しん抗体検査（以下「検査」という。）を実施するとともに風しんに関する予防啓発を行うことにより、風しん及び先天性風しん症候群の発生の予防・まん延防止を図ることを目的とする。

### 第2 事業主体

この事業の実施主体は、高知県（以下「県」という。）及び高知市（以下「市」という。）とする。

### 第3 実施期間

この事業の実施期間は、令和6年4月1日から令和7年3月31日までとする。

### 第4 検査対象者

本検査の対象者は、高知県内に住所を有する者で検査を希望する以下の者とする。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。

- 1 妊娠を希望する女性
- 2 妊娠を希望する女性または風しんの抗体価が低い妊婦の配偶者などの同居者（生活空間を同一にする頻度が高い者。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）

### 第5 検査実施場所

検査の実施場所は、高知県内に所在する医療機関で、県及び市から委託を受けた医療機関（以下「実施機関」という。）とする。

### 第6 検査の実施

検査手順は、次のとおりとする。

#### 1 検査実施期間

検査の実施期間は、令和6年4月1日から令和7年3月31日までとする。

#### 2 申請

検査を希望する者（以下「受診者」という。）は、実施機関にて別紙1-1風しん抗体検査受診票（以下「受診票」という。）に必要事項を記載し、当該機関に提出する。

当該検査は、受診者1人につき1回とする。

#### 3 問診

実施機関は、受診者に対し過去の検査実施の有無、風しんの罹患歴等について聴取し、検査の内容、結果の返し方、抗体価が低い場合の対応について説明を行う。

また、検査の実施に当たっては、必ず、本人の同意を得るものとする。

#### 4 検査の実施

検査は、H I法で行うものとする。

ただし、ガチョウ血球の供給不足等、やむを得ない理由でH I法が行えないと事前に県及び市が認めた場合については、E I A法等も可能とする。その場合は、県もしくは市より実施機関に文書で通知する。

### 第7 検査結果の判定及び通知

#### 1 検査結果の基準

検査結果は、検査結果により以下の区分で判定する。

E I A法等による検査結果からH I法への結果換算は別表1のとおりとする。

- ・ A判定：抗体価が、H I法において8倍未満の者またはE I A法等において陰性又は判定保留の者
- ・ B判定：抗体価が、H I法において8倍の者またはE I A法等で陽性（H I法において8倍に相当）の者
- ・ C判定：抗体価が、H I法において16倍の者またはE I A法等で陽性（H I法において16倍に相当）の者
- ・ D判定：抗体価が、H I法において32倍以上の者またはE I A法等で陽性（H I法において32倍以上）の者

#### 2 検査結果の通知

実施機関は、検査の結果を受診票に記入し、受診者に速やかに検査結果を通知すること。通知の方法は、再来院か郵送のうちで、受診者の希望に基づき行うものとする。

検査の結果「A」、「B」又は「C」と判定された者については、風しんの予防対策の必要性について、別紙1－2風しん抗体検査判定結果を用いて十分な説明を行うこと。

なお、通知に際しては、個人のプライバシーの保護に十分な注意を払うこと。

### 第8 受診者からの検査料金の徴収

本要領に基づき行う検査に要した費用は、受診者からは徴収しないこと。

ただし、結果通知のため再来院し、診察を行った場合はこの限りでない。

### 第9 検査委託料

1 県又は市が実施機関に支払う委託料の額は、別紙2の単価により算出した額とする。

2 検査単価の変更等が生じたときは、県は医師会と協議して委託料の額を改定し、これを実施機関に連絡するものとする。

### 第10 実施機関への検査委託料の支払等

1 実施機関は、当該事業に要した費用の請求書及び検査結果を記入した別紙1－3高知県・高知市保管用の受診票（以下「請求書等」という。）を、事業を行った月の翌月10日までに高知県

国民健康保険団体連合会（以下「国保連合会」という。）に提出すること。

- 2 国保連合会は、提出された請求書等についてその内容を審査し、審査が終了した日の属する月の翌月の末日までに実施機関に対して事業の費用の支払を完了すること。
- 3 国保連合会は、前項に規定する審査等が終了したときは、県又は市に対して所定の書類を添えて、原則として、審査が終了した日の属する月の翌月7日までに事業の費用及び審査支払手数料を請求するとともに、実施機関から提出された請求書等を送付すること。
- 4 前項の請求を受けた県又は市は、審査が終了した日の属する月の翌月の国保連合会の指定する日までに、事業の費用及び審査支払手数料を国保連合会に支払うこと。
- 5 国保連合会は、実施期間外に検査を実施している請求書等が提出されたときは、県又は市と協議するものとする。

#### 第11 実施機関からの検査結果報告

実施機関は、県及び市に対して、検査結果報告書を提出すること。ただし、検査結果報告書については、国保連合会を経由して提出される請求書等をもって代えることができること。

#### 第12 その他

この要領に定めのない事項及び疑義が生じたときは、関係者が協議のうえ定めるものとする。

#### 附則

##### （施行期日）

この要領は、平成31年2月7日から施行する。

この要領は、平成31年4月1日から施行する。

この要領は、令和元年10月1日から施行する。

この要領は、令和2年4月1日から施行する。

この要領は、令和3年4月1日から施行する。

この要領は、令和4年4月1日から施行する。

この要領は、令和5年4月1日から施行する。

この要領は、令和6年4月1日から施行する。

別表 1

E I A法等の検査結果からH I法への換算は以下のとおり。

測定キット名（製造販売元）	測定原理	抗体価の 単位	判定及びH I法における抗体価			
			A	B	C	D
			8倍未満	8倍 相当	16倍 相当	32倍以 上相当
ランピア ラテックス RUBELLA (極東製薬工業株式会社)	LTI 法	国際単位 (IU/mL)	陰 性 又 は 判 定 保 留	15 未満	15 以上 30 未満	30 以上
ウイルス抗体EIA「生研」ルベラ IgG (デンカ生研株式会社)	EIA 法	EIA 価		6.0 未満	6.0 以上 8 未満	8 以上
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)	EIA 法	国際単位 (IU/mL)		15 未満	15 以上 30 未満	30 以上
バイダス アッセイキット RUB IgG (シスメックス・バイオメリュー株式 会社)	ELFA 法	国際単位 (IU/mL)		25 未満	25 以上 45 未満	45 以上
アクセス ルベラ IgG (ベックマン・コールター株式会 社)	CLEIA 法	国際単位 (IU/mL)		20 未満	20 以上 45 未満	45 以上
i-アッセイ CL 風疹 IgG (株式会社保健科学西日本)	CLEIA 法	(抗体価)		11 未満	☆	☆

☆値が確定しだいホームページ等で公表する。

# 風しん抗体検査 受診票

(別紙1-1)

風しん抗体検査を希望される方は、以下の項目についてご記入ください。

※医療機関保管用

氏名	ふりがな	性別	生年月日	平成 昭和 大正	年	月	日
		男・女					
住所	〒 高知県	TEL:	検査日		年	月	日

該当する□にシ印をいれ、( )に数字を記入してください。

1. 検査対象となるのは、以下の方となります。当てはまるのはどちらですか？

妊娠を希望する女性

妊娠を希望する女性または風しんの抗体価が低い妊婦の配偶者などの同居者(生活空間を同一にする頻度が高い者。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)

どちらでもない → 検査対象外

2. これまでに風しんにかかったことがありますか？

ない  よくわからない  ある( )年頃 → 検査対象外

3. これまでに風しんの抗体検査を受けたことがありますか？

ない  よくわからない  ある( )年頃

検査結果で抗体価は32倍以上ありましたか？

ない  よくわからない  あった( )倍 → 検査対象外

4. これまでに風しんの予防接種を受けたことがありますか？

ない  よくわからない  ある( )回 → 検査対象外

5. これまで採血をして気分や体調が悪くなったことはありますか？

ない  ある

6. 結果の通知方法は以下のどちらを希望しますか？

郵送  来院

※ 検査の結果、「抗体価が低い」と判定された場合は、高知県又は高知市から、お電話をさせていただくことがありますのでご了承ください。

氏名 \_\_\_\_\_  
(自署してください)

※ここから下は記入の必要はありません。

## 風しん抗体検査結果 (医療機関記入欄)

実施した検査法にチェックを入れ抗体価を記入し、判定の該当欄を点線に沿って囲んで、医療機関名、医師名を記入してください。

検査結果		判定	
検査法	抗体価		
<input type="checkbox"/> HI法	_____ 倍	A (HI法8倍未滿相当)	免疫を有していないため、 <b>風しん含有ワクチンの接種を推奨します。</b>
<input type="checkbox"/> LTI法	_____ IU/mL	B (HI法8倍相当)	過去の感染や予防接種により風しんの免疫があり、風しんの発症や重症化は予防できると考えられますが、 <b>風しんの感染予防には不十分です。</b> 確実な予防のため、風しん含有ワクチンの接種を希望される方は、 <b>医師と接種についてご相談ください。</b>
<input type="checkbox"/> EIA法	_____ EIA価	C (HI法16倍相当)	なお、「 <b>妊娠を希望される女性</b> 」や「 <b>十分な免疫を有していない妊婦の同居者</b> 」には、感染により赤ちゃんなどへ影響が生じる可能性がありますので、 <b>風しん含有ワクチンの接種を推奨します。</b>
<input type="checkbox"/> CLEIA法	_____ IU/mL	D (HI法32倍以上相当)	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。 <b>風しん含有ワクチンの接種は、基本的に必要ありません。</b>
<input type="checkbox"/> ELFA法	_____ 抗体価		
<input type="checkbox"/> ELFA法	_____ IU/mL		

医療機関名	医師名
-------	-----

# 風しん抗体検査 判定結果

(別紙1-2)

※受診者通知用

氏名	ふりがな	性別	生年月日	平成	年	月	日
		男・女		昭和			
住所	〒		検査日				
	高知県	TEL:					

( 注意事項 )

● 今回の検査で「A」、「B」又は「C」と判定された方へ

「免疫を保有していない」又は「感染予防には不十分」と判定された方は、**風しんに感染するリスクが高い方**です。風しんの感染力は、インフルエンザウイルスの数倍とも言われています。ご自身だけでなく、周りの人たちを感染のリスクにさらさないためにも、予防接種を受けることをご検討ください。

**Q1: なぜ風しんにかかるとよくないの？**

- 1番よくないのは、妊婦を経由して赤ちゃんが先天性風しん症候群になることです。
- ・妊娠した女性（とくに妊娠20週頃まで）が風しんにかかると、耳が聞こえにくくなる、心臓に奇形が生じる、目が見えにくくなる、精神や身体の発達に遅れが生じるなどの障がい（先天性風しん症候群）を持った赤ちゃんが生まれる可能性があります。

**Q2: そもそも風しんってどんな病気？**

- ・風しんウイルスが感染者の飛まつ（唾液のしぶき）などによって他の人にうつります。
- ・主な症状として発疹、発熱、リンパ節の腫れ（3つの主な症状）が認められます。3つの症状がそろわない人も多く、感染しても症状がでない人は約15～30%程度います。
- ・通常は自然に治りますが、まれに脳炎になったり、血小板という血液の成分が減少して、皮膚に紫斑が現れる人もいます。関節が痛くなる人もいます。症状が出る前後の約1週間は、周りの人にうつす可能性があります。

**Q3: 風しんにかかってしまったら？**

- ・勤務先と相談の上、感染を周りに広げないように自宅で休みましょう。
- ・やむを得ず外出する際には、マスクを着用し、できるだけ人混みを避けましょう。
- ・風しんを疑う症状を認めたら、無理をして職場に行くことはやめ、医療機関に相談しましょう。

**Q4: 予防接種を受けるには？**

- ・予防接種は、風しん単独のワクチンと麻しん風しん混合ワクチンがあります。予防接種を受ける場合は、麻しん対策の観点も考慮して、麻しん風しん混合ワクチンを接種することをお勧めしています。
- ・予防接種の実施医療機関については、お住まいの市町村にお問い合わせください。

**風しん抗体検査結果（医療機関記入欄）**

実施した検査法にチェックを入れ抗体価を記入し、判定の該当欄を点線に沿って囲んで、医療機関名、医師名を記入してください。

検査結果		判 定	
検査法	抗体価		
<input type="checkbox"/> HI法	_____ 倍	<b>A</b> (HI法8倍未満相当)	免疫を有していないため、 <b>風しん含有ワクチンの接種を推奨します。</b>
<input type="checkbox"/> LTI法	_____ IU/mL	<b>B</b> (HI法8倍相当)	過去の感染や予防接種により風しんの免疫があり、風しんの発症や重症化は予防できると考えられますが、 <b>風しんの感染予防には不十分です</b> 。確実な予防のため、風しん含有ワクチンの接種を希望される方は、 <b>医師と接種についてご相談ください</b> 。
<input type="checkbox"/> EIA法	_____ EIA価	<b>C</b> (HI法16倍相当)	なお、「 <b>妊娠を希望される女性</b> 」や「 <b>十分な免疫を有していない妊婦の同居者</b> 」には、感染により赤ちゃんなどへ影響が生じる可能性がありますので、 <b>風しん含有ワクチンの接種を推奨します</b> 。
<input type="checkbox"/> CLEIA法	_____ IU/mL	<b>D</b> (HI法32倍以上相当)	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。 <b>風しん含有ワクチンの接種は、基本的に必要ありません。</b>
<input type="checkbox"/> ELFA法	_____ 抗体価		
<input type="checkbox"/> ELFA法	_____ IU/mL		

医療機関名	医師名
-------	-----

# 風しん抗体検査 受診票

(別紙1-3)

風しん抗体検査を希望される方は、以下の項目についてご記入ください。

※高知県・高知市保管用

氏名	ふりがな	性別 男・女	生年月日	平成 昭和 大正	年	月	日
	〒 高知県	TEL:	検査日		年	月	日

該当する□にシ印をいれ、( )に数字を記入してください。

1. 検査対象となるのは、以下の方となります。当てはまるのはどちらですか？

妊娠を希望する女性

妊娠を希望する女性または風しんの抗体価が低い妊婦の配偶者などの同居者(生活空間を同一にする頻度が高い者。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)

どちらでもない → 検査対象外

2. これまでに風しんにかかったことがありますか？

ない  よくわからない  ある( )年頃 → 検査対象外

3. これまでに風しんの抗体検査を受けたことがありますか？

ない  よくわからない  ある( )年頃

検査結果で抗体価は32倍以上ありましたか？

ない  よくわからない  あった( )倍 → 検査対象外

4. これまでに風しんの予防接種を受けたことがありますか？

ない  よくわからない  ある( )回 → 検査対象外

5. これまで採血をして気分や体調が悪くなったことはありますか？

ない  ある

6. 結果の通知方法は以下のどちらを希望しますか？

郵送  来院

※ 検査の結果、「抗体価が低い」と判定された場合は、高知県又は高知市から、お電話をさせていただくことがありますのでご了承ください。

氏名 \_\_\_\_\_  
(自署してください)

※ここから下は記入の必要はありません。

## 風しん抗体検査結果 (医療機関記入欄)

実施した検査法にチェックを入れ抗体価を記入し、判定の該当欄を点線に沿って囲んで、医療機関名、医師名を記入してください。

検査結果		判定	
検査法	抗体価		
<input type="checkbox"/> HI法	_____ 倍	<b>A</b> (HI法8倍未満相当)	免疫を有していないため、 <b>風しん含有ワクチンの接種を推奨します。</b>
<input type="checkbox"/> LTI法	_____ IU/mL	<b>B</b> (HI法8倍相当)	過去の感染や予防接種により風しんの免疫があり、風しんの発症や重症化は予防できると考えられますが、 <b>風しんの感染予防には不十分です。</b> 確実な予防のため、風しん含有ワクチンの接種を希望される方は、 <b>医師と接種についてご相談ください。</b>
<input type="checkbox"/> EIA法	_____ EIA価	<b>C</b> (HI法16倍相当)	なお、「 <b>妊娠を希望される女性</b> 」や「 <b>十分な免疫を有していない妊婦の同居者</b> 」には、感染により赤ちゃんなどへ影響が生じる可能性がありますので、 <b>風しん含有ワクチンの接種を推奨します。</b>
<input type="checkbox"/> CLEIA法	_____ IU/mL	<b>D</b> (HI法32倍以上相当)	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。 <b>風しん含有ワクチンの接種は、基本的に必要ありません。</b>
<input type="checkbox"/> ELFA法	_____ 抗体価		
<input type="checkbox"/> ELFA法	_____ IU/mL		

医療機関名	医師名
-------	-----

# 風しん抗体検査請求書（医療機関用）

(和暦)

年 月 日

負担者番号

8	4	3	9				
---	---	---	---	--	--	--	--

高知

県知事

様

市長

医療機関コード

所在地

医療機関の名称

印

(和暦)

年 月 日の風しん抗体検査に要した費用を下記のとおり請求します。

金額		円
----	--	---

請求金額(該当する数字に○印を付けてください)

5	HI法又はLTI法	5,621円
6	EIA法、CLEIA法又はELFA法 (注:やむを得ない理由でHI検査が実施できないと 事前に高知県または高知市が認めた場合のみ)	7,018円

(医療機関へのお願い)

- この請求書は、翌月の10日までに高知県国保連合会に提出してください。
- 負担者番号は、受診者住所が高知市内の場合は  を、  
受診者住所が高知市以外の場合は  を、記入してください。



(別紙2)

風しん抗体検査種類及び委託料（消費税を含む）

風しん抗体検査の種類	単価 (消費税含む)
H I 法（L T I 法を含む） (L T I 法については、県及び市が事前に実施を認めた場合)	5, 6 2 1 円
E I A 法（E L F A 法、C L E I A 法を含む） (県及び市が事前に実施を認めた場合)	7, 0 1 8 円