

# 千葉県風しん抗体検査委託事業取扱要領

## 第1 目的

この取扱要領は、千葉県風しん抗体検査委託事業実施要綱（平成26年5月28日付疾病第226号）（以下、「実施要綱」という。）に基づき、委託医療機関が実施する風しん抗体検査委託事業の事務細目を定め、当該事業の適正かつ円滑な運営を図ることを目的とする。

## 第2 検査の対象者

検査の対象者は、実施要綱5に定める対象者の要件を満たす者である。

なお、要件の確認方法については、居住地は健康保険証・運転免許証等（以下、「健康保険証等」という。）のいずれかとし、その他の項目は、本人の自署のある申込書や母子手帳などで行う。

## 第3 検査の内容

実施要綱6に定める検査の実施方法は次のとおりとする。

- (1) 検査を希望する者は、事前に医療機関に検査予約した上で、健康保険証等及び母子手帳を保管している場合は母子手帳を持参した上で来院する。  
また、妊婦の抗体価については、母子手帳等により、HI法で32倍未満、EIA（IgG）法で8.0未満であることを確認する。
- (2) 医療機関は、検査を希望する者に「風しん抗体検査申込票」（様式1）に必要事項を記入させ、健康保険証等により対象者要件を確認した上で、検査を実施する。
- (3) 検査はEIA法IgGまたはHI法とする。
- (4) 医療機関は、「風しん抗体検査結果通知書（様式3）」に検査結果を記入の上、下表を参考に受検者本人に説明することとする。

抗体価		妊娠を希望する女性	妊娠を希望する女性の同居者
EIA法IgG	HI法	抗体価の低い妊婦の同居者	
陰性又は判定保留	8倍未満	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。	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。
陽性（EIA 価 8.0 未満又は国際単位① 30IU/ml 未満、国際単位② 45IU/ml 未満）	8倍・16倍	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。	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を予防できると考えられます。 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、かかりつけ医等と接種についてよくご相談ください。
陽性（EIA 価 8.0 以上又は国際単位① 30IU/ml 以上、国際単位② 45IU/ml 以上）	32倍以上	風しん含有ワクチンの接種は、基本的に必要はありません。 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、基本的に必要はありません。

\*H26.2 厚生労働省「予防接種が推奨される風しん抗体価について（EIA法）」EIA 価はデンカ生研社製、国際単位①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はシスマックス・ビオリユ株式会社、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。

#### 第4 個人情報及びプライバシーの保護

この事業の実施に当たり、個人情報及びプライバシーの保護については最大限の配慮をする。

#### 第5 委託契約

(1) 公益社団法人千葉県医師会（以下、「県医師会」という。）会長は、この検査事業に参加を希望する会員医療機関を代表して、千葉県知事と一括して委託契約するものとする。

なお、県医師会会長は、契約締結後、速やかに本事業に参加する会員医療機関の一覧表を作成し、千葉県知事に報告しなければならない。

また、県医師会会長は、参加会員に変更があった場合は、速やかに千葉県知事に報告しなければならない。

#### 第6 実績報告書兼請求書の提出及び委託料の支払い

(1) 委託医療機関は、風しん抗体検査を実施した月の翌月末日までに、千葉県風しん抗体検査実績報告書兼請求書（様式4）に「風しん抗体検査申込票「県疾病対策課控」（様式2）」を添付し、千葉県健康福祉部疾病対策課へ提出する。

(2) 千葉県は請求を受けた日から30日以内に委託料を支払うものとする。

附 則

この要領は、平成26年5月28日から施行する。

附 則

この要領は、平成27年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成28年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成30年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成30年9月20日から施行する。

附 則

この要領は、令和元年10月1日から施行する。

附 則

この要領は、令和2年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、令和3年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、令和4年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、令和5年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、令和6年6月1日から施行する。

風しん抗体検査申込票

<医療機関記入欄>

受付番号 番	受 付 日	年 月 日
	結 果 説 明 日	年 月 日
要件確認欄	健康保険証 ・ 運転免許証 ・ 母子手帳 ・ その他	

<受検者記入欄>

氏名	生年月日	年 月 日
	年齢 ( ) 歳	性別 男・女
※県内市町村（千葉市・船橋市・柏市を除く）に居住地のある方が対象となります。 住所 市・郡 町・村 (電話番号) 自宅： - - 携帯： - -		
対象者要件	妊娠を希望する女性 (☑にチェック)	同居者 (☑にチェック)
	1 <input type="checkbox"/> 県内市町村に居住地（千葉市・船橋市・柏市を除く）を有している	1 <input type="checkbox"/> 県内市町村に居住地（千葉市・船橋市・柏市を除く）を有している
	2 <input type="checkbox"/> 妊娠を希望する女性	2 <input type="checkbox"/> 同居者に、妊娠を希望する女性又は風しんの抗体価が低い（HI法で32倍未満、EIA(IgG)法で8.0未満）妊婦がいる
	3 <input type="checkbox"/> 過去に風しんの抗体検査を受けたことがないまたは、十分な風しんの免疫保有を確認できていない（十分な免疫：EIA法8.0以上、HI法32倍以上）	3 <input type="checkbox"/> 過去に風しん抗体検査を受けたことがない、または、十分な風しんの免疫保有を確認できていない（十分な免疫：同左）
	4 <input type="checkbox"/> 過去に検査により風しんと診断されたことがない	4 <input type="checkbox"/> 過去に検査により風しんと診断されたことがない
ー受検者署名欄ー 私は、上記の1～4の全項目の条件を満たす対象者となりますので、風しん抗体検査を申し込みます。 本人自署： _____		

<医療機関記入欄>

ー結 果ー	
風しん抗体検査 (EIA 法) :	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 判定保留 <input type="checkbox"/> 陽性 (8.0 未満) <input type="checkbox"/> 陽性 (8.0 以上)
	(HI 法) : <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 (8 倍・16 倍) <input type="checkbox"/> 陽性 (32 倍以上)
検査結果及び予防接種の必要性についての説明 →	<input type="checkbox"/> 説明済 <input type="checkbox"/> 説明未実施
※ 予防接種必要者 → 予防接種	<input type="checkbox"/> 未実施 (理由: <input type="checkbox"/> 妊娠 <input type="checkbox"/> 来所せず <input type="checkbox"/> その他)
	<input type="checkbox"/> 実施 (予定) 日 ( 年 月 日)
医療機関名 :	
住 所 :	
電 話 :	担当医 : _____

風しん抗体検査申込票

<医療機関記入欄>

受付番号 番	受 付 日	年 月 日
	結 果 説 明 日	年 月 日
要件確認欄	健康保険証 ・ 運転免許証 ・ 母子手帳 ・ その他 ( )	

<受検者記入欄>

氏名	生年月日	年 月 日
	年齢 ( ) 歳	性別 男・女
※県内市町村（千葉市・船橋市・柏市を除く）に居住地のある方が対象となります。 住所 市・郡 町・村 (電話番号) 自宅： - - 携帯： - -		
対象者要件	妊娠を希望する女性 (☑にチェック)	同居者 (☑にチェック)
	1 <input type="checkbox"/> 県内市町村に居住地（千葉市・船橋市・柏市を除く）を有している	1 <input type="checkbox"/> 県内市町村に居住地（千葉市・船橋市・柏市を除く）を有している
	2 <input type="checkbox"/> 妊娠を希望する女性	2 <input type="checkbox"/> 同居者に、妊娠を希望する女性又は風しんの抗体価が低い（HI法で32倍未満、EIA(IgG)法で8.0未満）妊婦がいる
	3 <input type="checkbox"/> 過去に風しんの抗体検査を受けたことがないまたは、十分な風しんの免疫保有を確認できていない（十分な免疫：EIA法8.0以上、HI法32倍以上）	3 <input type="checkbox"/> 過去に風しん抗体検査を受けたことがない、または、十分な風しんの免疫保有を確認できていない（十分な免疫：同左）
	4 <input type="checkbox"/> 過去に検査により風しんと診断されたことがない	4 <input type="checkbox"/> 過去に検査により風しんと診断されたことがない
ー受検者署名欄ー 私は、上記の1～4の全項目の条件を満たす対象者となりますので、風しん抗体検査を申し込みます。 本人自署： _____		

<医療機関記入欄>

ー結 果ー	
風しん抗体検査 (EIA 法) :	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 判定保留 <input type="checkbox"/> 陽性 (8.0 未満) <input type="checkbox"/> 陽性 (8.0 以上)
	(HI 法) : <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 (8 倍・16 倍) <input type="checkbox"/> 陽性 (32 倍以上)
検査結果及び予防接種の必要性についての説明 →	<input type="checkbox"/> 説明済 <input type="checkbox"/> 説明未実施
※ 予防接種必要者 → 予防接種	<input type="checkbox"/> 未実施 (理由: <input type="checkbox"/> 妊娠 <input type="checkbox"/> 来所せず <input type="checkbox"/> その他)
	<input type="checkbox"/> 実施 (予定) 日 ( 年 月 日)
医療機関名 :	
住 所 :	
電 話 :	担当医 : _____

### 風しん抗体検査申込票

＜医療機関記入欄＞

受付番号 番	受 付 日	年 月 日
	結 果 説 明 日	年 月 日
要件確認 欄	健康保険証 ・ 運転免許証 ・ 母子手帳 ・ その他	

＜受検者記入欄＞

氏名	生年月日	年 月 日
	年齢 ( ) 歳	性別 男・女
※県内市町村（千葉市・船橋市・柏市を除く）に居住地のある方が対象となります。		
住所	市・郡	町・村
(電話番号) 自宅： — — 携帯： — —		

＜推奨される風しん抗体価（EIA法IgG・HI法）の考え方＞

抗体価		妊娠を希望する女性	妊娠を希望する女性の同居者
EIA法IgG	HI法	抗体価の低い妊婦の同居者	
陰性又は判定保留	8倍未満	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。	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。
陽性(EIA価8.0未満又は国際単位①30IU/ml未満、国際単位②45IU/ml未満)	8倍・16倍	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。	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を予防できると考えられます。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、かかりつけ医等と接種についてよくご相談ください。
陽性(EIA価8.0以上又は国際単位①30IU/ml以上、国際単位②45IU/ml以上)	32倍以上	風しん含有ワクチンの接種は、基本的に必要はありません。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、基本的に必要はありません。

※ H26.2厚生労働省「予防接種が推奨される風しん抗体価について」（EIA法・HI法）

＜検査結果＞

風しん抗体検査（EIA法）：陰性 判定保留 陽性（8.0未満）陽性（8.0以上）  
 （HI法）：陰性 陽性（8倍・16倍） 陽性（32倍以上）

※ 1回の予防接種で95%の方が免疫を獲得します。また、2回の予防接種を受けることにより、免疫を獲得することがより確実（約99%）となります。  
 予防接種は、麻しん対策も考慮して「麻しん風しん混合ワクチン」を推奨します。

医療機関名：  
 住 所：  
 電 話： 担当医： \_\_\_\_\_

本検査結果通知書は、大切に保管して下さい。必要に応じて、検査後の予防接種状況について電話等で確認させていただきます。

## 千葉県風しん抗体検査実績報告書兼請求書

千葉県知事 熊谷 俊人 様

医療機関所在地

医療機関名

開設者

印

令和 年 月実施分の風しん抗体検査が完了いたしましたので、下記のとおり請求します。

## 記

## 1) 請求額

※実施検査方法にチェックしてください。以下の検査方法以外は本事業の対象外です。

項目	単価（消費税込）A	受検者数 B	請求額 A×B
風しん抗体検査	1人あたり		
(EIA法 IgG)	<input type="checkbox"/> 6,750円	人	円
(HI法)	<input type="checkbox"/> 5,540円	人	円
	合計	人	円

## 2) 振込先金融機関

銀行 支店		口座名義人
預金種別	口座番号	氏名 フリガナ
普通・当座		

## &lt;留意事項&gt;

口座名義人が法人の場合は、上記「開設者」に法人名称・代表者 職 氏名をご記入ください。

## &lt;この報告書兼請求書の送付先&gt;

〒260-8667（住所不要）

千葉県健康福祉部疾病対策課 風しん抗体検査担当

※実施月の翌月末日までに上記あて送付をお願いします。

※検査申込票の様式2「風しん抗体検査申込票「県疾病対策課控」」を添付して下さい。