

令和4年度岩手県風しん抗体検査事業実施要領

(目的)

第1 風疹に関する特定感染症予防指針（平成26年3月28日厚生労働省告示第122号）を踏まえ、風疹予防接種が必要である者を抽出するための抗体検査を行うことにより、効果的な予防接種を実施し、風疹の感染予防やまん延防止をすることにより先天性風しん症候群の発生の予防を図ることを目的とする。

(実施主体)

第2 この事業の実施主体は、岩手県（以下「県」という。）とする。

(実施期間)

第3 令和4年4月1日から令和5年3月31日まで

(対象者)

第4 本事業の対象者は、県内（盛岡市内を除く）に居住し、次の(1)のいずれかに該当する者とする。ただし、(2)に該当する者は除く。

(1) 本事業の対象者

ア 妊娠を予定している女性

イ 「風しん抗体価が低い※¹妊娠を予定している女性」の配偶者※²及び同居者※³

ウ 「風しん抗体価が低い※¹妊婦」の配偶者※²及び同居者※³

(2) 本事業の対象から除く者

ア 過去に本事業による抗体検査を受けたことがある者

イ 本事業以外の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※⁴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

ウ 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（緊急風しん抗体検査等事業の対象者）

※1、※4 抗体価については、別紙の示す通りとする。

※2 配偶者には、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。

※3 同居者とは、生活空間を同一にする頻度が高い者とする。

(実施機関)

第5 県は、「岩手県風しん抗体検査業務委託契約書」により、検査に必要な委託契約を一般社団法人岩手県医師会（以下、「県医師会」という。）と締結する。

検査は、事業に協力することを希望する県内の医療機関（以下、「協力医療機関」という。）で行う。

協力医療機関になることを希望する者は、県医師会に契約締結に要する事務作業を委任する。（参考様式参照）

なお、協力医療機関が、事業のうち風しん抗体価測定を検査機関に委託することは差し支えないものとする。

(事業内容及び実施方法)

第6 事業内容及び実施方法は、次のとおりとする。

(1) 問診及び採血

協力医療機関は、対象者に対し、様式1「問診票」により問診等を行った後、採血を行うものとする。

(2) 検査

検査は、原則H I法で行うものとする。ただし、検査キットの不足等のやむを得ない事情がある場合は、E I A法で実施することも可能とする。

(3) 検査結果の判定

検査結果は、別紙の区分で判定する。

(4) 検査結果の通知等

協力医療機関は、検査結果を様式2「風しん抗体検査結果」により対象者に通知する。

また、検査結果の判定が「免疫を保有していない」又は「免疫はあるが確実な感染予防には不十分」の者については、風しんの予防対策の必要性について、適切な資料を配布するなどにより十分な説明を行うものとする。

(5) 実施報告

協力医療機関は、実施結果を様式3「風しん抗体検査実施報告書」により、実施月の翌月15日までに県に提出する。なお、3月分については、3月31日までに提出する。

(検査経費)

第7 協力医療機関は、事業に要した費用を集計し、様式4「風しん抗体検査委託料請求書」により、実施月の翌月の15日までに県に提出し、知事に請求する。

(秘密の保持)

第8 検査の実施に当たっては、プライバシーが保護されるよう細心の配慮をすることとし、知りえた情報については、それを他に漏らしてはならないものとする。

(資料の保存)

第9 対象者の関係資料は、県及び協力医療機関において5年間保存する。

(その他の事項)

第10 この要領に定めのない事項、その他この事業を実施するにあたって必要な事項については、別に定めるものとする。

【別紙】

検査方法と風しん抗体価について

検査方法	測定キット名 (製造販売元)	風しん抗体価 (単位等)		
		風しん抗体価が低い		十分な量の風しん抗体がある
		免疫を保有していない	免疫はあるが確実な感染予防には不十分	風しんの感染予防に十分な免疫がある
赤血球凝集抑制法 (HI 法)	—	8 倍未満 (希釈倍率)	8 倍・16 倍 (希釈倍率)	32 倍以上 (希釈倍率)
酵素免疫法 (EIA 法)	ウイルス抗体 E I A 「生研」ルベラ 1gG 〔デンカ生研株式会社〕	陰性又は判定保留	8.0 未満 (E I A 価)	8.0 以上 (E I A 価)
	エンザイグノスト B 風疹/1gG 〔シーメンスヘルスケア・ダイアグノスティクス株式会社〕	陰性又は判定保留	30 IU/ml 未満 (国際単位)	30 IU/ml 以上 (国際単位)

岩手県風しん抗体検査申込書（問診票）

～検査を受ける方は、こちらを必ずお読みください～

この検査は、岩手県が医療機関に委託して実施している事業であり、この問診票及び検査結果は岩手県に提出されます。対象者は、県内（盛岡市を除く）に居住する妊娠を予定している女性、「抗体価の低い^{※1}妊娠を予定している女性」の配偶者及び同居者、「抗体価の低い^{※1}妊婦」の配偶者及び同居者です。

ただし、次の方は対象とはなりません。

- 1 過去に岩手県風しん抗体検査事業を利用して風しん抗体検査を受けたことがある方
- 2 過去に風しん抗体検査を受けて十分な抗体がある^{※2}ことが判明している方
- 3 昭和37年4月2日から昭和54年4月1日の間に生まれた男性（第5期の風しんの定期予防接種に係る風しん抗体検査の対象者）

<申込者記入欄>

申込者	住所	〒 ー ー 岩手県 ※ 住所が盛岡市にある方は対象外			TEL : ー ー
	フリガナ		男 ・ 女	生年 月日	年 月 日 (歳) ※ S37.4.2～S54.4.1 生の男性は対象外
	氏名				

検査対象者 該当項目	(※(1)～(3)の該当する項目に☑をつける)					
	<input type="checkbox"/>	(1) 妊娠を予定している女性	<input type="checkbox"/>	(2) 「抗体価の低い ^{※1} 妊娠を予定している女性」の配偶者及び同居者	<input type="checkbox"/>	(3) 「抗体価の低い ^{※1} 妊婦」の配偶者及び同居者

【(2)(3)の場合記入】※ 抗体価の低い^{※1}妊娠を予定している女性・抗体価の低い^{※1}妊婦の情報を記入してください。

住所： _____ 氏名： _____

生年月日： _____ 年 月 日 (歳) _____

(医療機関は、(2)(3)の対象者が持参する「妊婦」又は「妊娠を予定している女性」の風しん抗体検査結果により抗体価を確認してください。)

	質 問	回 答 (※該当する項目に☑をつける)
確認項目	①過去に本事業又は本事業以外の風しん抗体検査を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> 岩手県風しん抗体検査を受けた ⇒対象外
		<input type="checkbox"/> 岩手県風しん抗体検査以外（妊婦健診含む）の風しん抗体検査を受けた ⇒②～
		<input type="checkbox"/> 過去に風しん抗体検査を受けたことがない ⇒抗体検査対象
		<input type="checkbox"/> 過去に風しん抗体検査を受けたか分からない ⇒抗体検査対象
	②風しん抗体検査の結果通知等の記録を持っていますか	<input type="checkbox"/> はい ⇒③～ <input type="checkbox"/> いいえ ⇒抗体検査対象
	③抗体検査の結果を記入してください	検査方法 [_____] 抗体価 [_____] ※十分な抗体がある ^{※2} 方は対象外

※1 HI法：16倍以下、EIA法：8.0未満(EIA価)又は30 IU/ml未満(国際単位)

※2 HI法：32倍以上、EIA法：8.0以上(EIA価)又は30 IU/ml以上(国際単位)

<医療機関記入欄>

検査年月日	年 月 日
検査方法	HI法 ・ EIA法 (※該当する検査に○をつける)
結果数値	(倍・EIA価・IU/ml) (※結果数値を記入し、単位に○をつける)
判定	<input type="checkbox"/> 免疫を保有していない <input type="checkbox"/> 免疫はあるが確実な感染予防には不十分 (※該当する項目に☑をつける) <input type="checkbox"/> 風しんの感染予防に十分な免疫がある
検査医療機関及び代表者名	上記のとおり相違ありません _____ 年 月 日 <div style="text-align: right;">※結果通知完了日 印</div>

様式 2

_____様
(対象者氏名)

医療機関名

医療機関代表者名

印

岩手県風しん抗体検査結果

このことについて、次のとおり検査結果をお知らせします。

1 検査方法・結果通知

検査方法	H I 法 ・ E I A 法	※該当する検査に○をつける
結果数値	(倍・EIA 価・IU/ml)	※結果数値を記入し、単位に○をつける

2 抗体価と予防接種について

<input checked="" type="checkbox"/>	抗体価と予防接種について
<input type="checkbox"/>	あなたは、風しんに対する免疫を保有していないため、 <u>ワクチンの接種を推奨します。</u>
<input type="checkbox"/>	あなたは、風しんに対する免疫はありますが、 確実な感染予防には不十分です。 確実な予防のため <u>ワクチンの接種を推奨します。</u>
<input type="checkbox"/>	あなたは、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。

[判定表]

検査方法	測定キット名 (製造販売元)	風しん抗体価 (単位等)		
		免疫を保有していない	免疫はあるが確実な感染予防には不十分	風しんの感染予防に十分な免疫がある
赤血球凝集抑制法 (HI 法)	—	8 倍未満 (希釈倍率)	8 倍・16 倍 (希釈倍率)	32 倍以上 (希釈倍率)
酵素免疫法 (EIA 法)	ウイルス抗体 E I A 「生研」ルベラ 1gG (デンカ生研株式会社)	陰性又は判定保留	8.0 未満 (E I A 価)	8.0 以上 (E I A 価)
	エンザイグノスト B 風疹/1gG 〔シーメンスヘルスケア・ダイアグノスティクス株式会社〕	陰性又は判定保留	30 IU/ml 未満 (国際単位)	30 IU/ml 以上 (国際単位)

様式3

年 月 日

岩手県知事 様

所在地

法人名

医療機関名

代表者職・氏名

印

岩手県風しん抗体検査実施報告書

風しん抗体検査に係る 年 月実施分について、次のとおり報告します。

検査名	検査方法	検査件数	検査結果	備考
風しん抗体検査	H I 法	件	別添問診票のとおり	
	E I A法	件	別添問診票のとおり	

※ 様式1「問診票」の写しを添付すること

※ 「実施月」は、「検査結果を対象者に通知した月」であることに留意すること

実施医療機関連絡担当者

部署名：

氏 名：

電 話：

メー ル：

様式 4

年 月 日

岩手県知事 様

所在地

法人名

医療機関名

代表者職・氏名

印

岩手県風しん抗体検査委託料請求書

岩手県風しん抗体検査事業委託契約書第 第 項の規定により次のとおり委託料を請求します。

請求金額 _____ 円

請求内訳

実施月	検査方法	検査件数 (A)	単価 (B)	金額 (A)×(B)	備考
年 月	H I 法	件	円	円	
	E I A 法	件	円	円	
合計		件		円	

※ 「実施月」は、「検査結果を対象者に通知した月」であることに留意すること

口座振込先

金融機関名 ()	店舗名 ()							
預金種別 (1 普通、2 当座、3 その他)								
口座番号	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> (右づめ)							
口座名義 ()	(カタカナ書き)							

参考様式

年 月 日

一般社団法人岩手県医師会長 様

所在地

法人名

医療機関名

代表者職・氏名

印

(電話番号)

※「請求書」の請求者と同じであること。

委任状

岩手県が実施する「風しん抗体検査事業」について、岩手県と「風しん抗体検査業務委託契約」を締結することについて、「一般社団法人岩手県医師会」を代理人と定め、次の条件を附して委任します。

・委任するに当たっての条件

検査を実施した際の費用（委託料）の請求及び受領は、岩手県と協力医療機関との間で直接行うものとする。

委任者名

所在地	
法人・医療機関	
施設名	
代表者職・氏名	

連絡先

電話番号	
FAX番号	
E-mailアドレス	