

## 千葉県風しん抗体検査事業実施要綱

### (目的)

第1条 この要綱は、国の特定感染症検査等事業実施要綱に基づく風しん抗体検査（以下「抗体検査」という。）を実施することにより、風しんの発症及び流行並びに先天性風しん症候群の発生を予防し、もって市民の健康増進を図ることを目的とする。

### (実施主体)

第2条 実施主体は、千葉市とする。

### (実施方法)

第3条 抗体検査は、市長が一般社団法人千葉市医師会（以下「千葉市医師会」という。）及び市内の国立病院機構等と委託契約を締結し実施するものとする。

2 検査方法は、原則としてH I法による。ただし、やむを得ない事情によりH I法を用いることができない場合は、E I A-I g G法、E L F A法、L T I法、C L E I A法、F I A法を用いることができる。

### (対象者)

第4条 対象者は、本市に住民登録がある者であつて、次のいずれかの要件に該当するものとする。

ただし、妊娠している者、検査で確定診断を受けた風しんの既往歴がある者、過去に風しんに係る抗体検査を受けた結果、十分な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方を含む）及び同居家族

(3) 風しんの抗体価の低い（別表に記載された値）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方を含む）及び同居家族

### (実施場所)

第5条 実施場所は、本事業への協力を表明し、千葉市医師会から推薦を受けた医療機関又は市長と個別に委託契約を締結した医療機関（以下「協力医療機関」という。）とする。

### (実施回数)

第6条 この要綱において実施する抗体検査の実施回数は、1人1回とする。

### (申込書等)

第7条 抗体検査を希望する者は、千葉県風しん抗体検査申込書（様式第1号、以下「申込書」という。）を協力医療機関へ提出するものとする。

### (費用負担)

第8条 抗体検査にかかる費用は、全額市の負担とし、検査を受けた者からは費用を徴しない。

(医療機関の報告)

第9条 協力医療機関は、千葉市風しん抗体検査事業実施報告書兼請求書（様式第2号）に申込書を添えて、翌月10日までに市長に提出するものとする。

(事故防止等)

第10条 協力医療機関は、事故防止に努めるものとし、抗体検査にかかる事故等が発生した場合は、速やかに市長に報告するものとする。

2 市長は、前項の規定により報告を受け、必要と判断したときは、速やかに医療専門家等により構成する調査委員会を設置し、その意見に基づいて所要の措置を講ずるものとする。

(その他)

第11条 この要綱に定めのない事項については、医療機関に通常求められる注意義務のもと、適切に実施するものとする。

#### 附 則

この要綱は、平成26年4月1日から施行する。

この要綱は、平成27年4月1日から施行する。

この要綱は、平成28年4月1日から施行する。

この要綱は、平成30年10月15日から施行する。

この要綱は、平成31年4月1日から施行する。

この要綱は、令和2年4月1日から施行する。

この要綱は、令和4年4月1日から施行する。

この要綱は、令和7年4月1日から施行する。

この要綱は、令和8年4月1日から施行する。

(別表)

測定キット名（製造販売元）	検査方法	抗体価の単位	抗体価
風疹ウイルスHI 試薬「生研」 （デンカ生研株式会社）	赤血球凝集抑制法 （HI 法）	（希釈倍率）	16 倍以下
R-HI 「生研」（デンカ生研株式会社）	赤血球凝集抑制法 （HI 法）	（希釈倍率）	16 倍以下
ウイルス抗体 EIA 「生研」ルベラ IgG （デンカ生研株式会社）	酵素免疫法 （EIA 法）	EIA 価	8.0 未満
バイダス アッセイキット RUB IgG （シスメックス・ビオメリュー株式会社）	蛍光酵素免疫法 （ELFA 法）	国際単位 （IU/mL）	4.5 未満
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）	酵素免疫法 （EIA 法）	国際単位 （IU/mL）	3.0 未満
ランピア ラテックス RUBELLA （極東製薬工業株式会社）	ラテックス免疫比濁法 （LTI 法）	国際単位 （IU/mL）	3.0 未満
ランピア ラテックス RUBELLA II （極東製薬工業株式会社）	ラテックス免疫比濁法 （LTI 法）	国際単位 （IU/mL）	3.0 未満
アクセス ルベラ IgG （ベックマン・コールター株式会社）	化学発光酵素免疫法 （CLEIA 法）	国際単位 （IU/mL）	4.5 未満
i-アッセイ GL 風疹 IgG （株式会社保健科学西日本）	化学発光酵素免疫法 （CLEIA 法）	（抗体価）	1.4 未満
BioPlex MMRV 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 （FIA 法）	抗体価 （AI*） * 製造企業が独自に調整した抗体価単位	3.0 未満
BioPlex ToRC 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 （FIA 法）	国際単位 （IU/mL）	3.0 未満

### 【千葉市】風しん抗体検査申込書

住 所	千葉市 区	電話	— —
フリガナ		性別	
受ける人の氏名		生年月日 (年齢)	年 月 日生 ( 歳)

質 問 事 項	回答欄	医師記入欄
1. 風しん抗体検査を希望するすべての方にお聞きします。		
次のいずれかに✓をしてください。(複数該当する場合は、上部及び左部を優先してください) <input type="checkbox"/> 妊娠を希望する女性 <input type="checkbox"/> 妊娠を希望する女性の配偶者 <input type="checkbox"/> 妊娠を希望する女性の同居家族 <input type="checkbox"/> 風しんの抗体値が低い妊婦の配偶者 <input type="checkbox"/> 風しんの抗体値が低い妊婦の同居家族 ※この事業を利用して助成を受けられるのは1人1回までです。		
今までに、検査により風しんにかかったと診断されたことがありますか。 ※回答が「はい」の方は対象外です。	はい    いいえ	
過去に風しん抗体検査を受けた結果、十分な風しんの抗体があることが判明し、予防接種を行う必要がないことが明らかですか。 ※回答が「はい」の方は対象外です。	はい    いいえ	
今日受ける検査の目的及び内容について理解しましたか。	いいえ    はい	
2. 女性の方にお聞きします。		
現在妊娠している、または妊娠している可能性はありますか。	はい    いいえ	

<b>本人署名欄</b>	
医師の説明を受け、検査の目的・方法などについて理解した上で、検査を受けることに同意します。	本人署名

<b>医療機関の記入欄</b>	
上記内容を確認し、検査を実施しました。また、検査結果及び予防接種の必要性について説明しました。	
実施年月日	年 月 日
検査結果 (抗体価)	<input type="checkbox"/> 未 満
検査方法	HI法・EIA法・ELFA法・LTI法・CLEIA法・FIA法
単 位	希釈倍率・EIA値・国際単位(IU/mL)・抗体価
※予防接種必要者 → 予防接種【 未定 ・ 実施(予定)日 ( 年 月 日)】 ※基準は裏面参照	
医療機関名	<input type="checkbox"/> 月～金の8時～18時又は土曜日の8時～12時に実施 <input type="checkbox"/> 上記以外の時間に実施
医師氏名	
印	
医師本人が手書きしない場合は、記名押印してください。	

#### 【千葉市】風しん抗体検査 (医療機関控)

氏 名		生年月日	年 月 日生
実施年月日	年 月 日	検査方法	HI法・EIA法・ELFA法・LTI法・CLEIA法・FIA法
検査結果 (抗体価)	<input type="checkbox"/> 未 満	単 位	希釈倍率・EIA値・国際単位(IU/mL)・抗体価

#### 【千葉市】風しん抗体検査結果通知書 (申込者用)

氏 名		生年月日	年 月 日生
医療機関名			
実施年月日	年 月 日	検査方法	HI法・EIA法・ELFA法・LTI法・CLEIA法・FIA法
検査結果 (抗体価)	<input type="checkbox"/> 未 満	単 位	希釈倍率・EIA値・国際単位(IU/mL)・抗体価

※HI法で16倍以下、EIA-IgG法でEIA値8.0未満又は国際単位45IU/ml未満の方等は、麻しん風しん混合ワクチンの予防接種を受けることをお勧めします。  
 ※本検査結果通知書は、大切に保管してください。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くことがあります。

予防接種対象の基準

測定キット名(製造販売元)	検査方法	抗体価の単位	予防接種の対象となる抗体価の基準
風疹ウイルスHI試薬「生研」 (デンカ生研株式会社)	赤血球凝集抑制法 (HI法)	希釈倍率	16倍以下
R-HI「生研」 (デンカ生研株式会社)	赤血球凝集抑制法 (HI法)	希釈倍率	16倍以下
ウイルス抗体EIA「生研」ルベラIgG (デンカ生研株式会社)	酵素免疫法 (EIA法)	EIA価	8.0未満
バイダス アッセイキットRUB IgG (シスメックス・ビオメリュー株式会社)	蛍光酵素免疫法 (ELFA法)	国際単位 (IU/mL)	45未満
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)	酵素免疫法 (EIA法)	国際単位 (IU/mL)	30未満
ランピア ラテックス RUBELLA (極東製薬工業株式会社)	ラテックス免疫比濁法 (LTI法)	国際単位 (IU/mL)	30未満
ランピア ラテックス RUBELLA II (極東製薬工業株式会社)	ラテックス免疫比濁法 (LTI法)	国際単位 (IU/mL)	30未満
アクセスルベラ IgG (ベックマン・コールスター株式会社)	化学発光酵素免疫法 (CLEIA法)	国際単位 (IU/mL)	45未満
i-アッセイCL 風疹 IgG (株式会社保健科学西日本)	化学発光酵素免疫法 (CLEIA法)	抗体価	14未満
BioPlex MMRV IgG (「ハ・イ・ラッド・ラボラトリーズ」株式会社)	蛍光免疫測定法 (FIA法)	抗体価(AI)	3.0未満
BioPlex ToRC IgG (「ハ・イ・ラッド・ラボラトリーズ」株式会社)	蛍光免疫測定法 (FIA法)	国際単位 (IU/mL)	30未満

## 千葉県風しん抗体検査等事業 実施報告書兼請求書

( 年 月実施分 )

### 抗体検査

検査方法	実施人数	単価 (税込)		請求額
HI 法・LTI 法	人	月～金曜日 8時～18時 または 土曜日 8時～12時	5,423 円	円
	人	上記以外の時間	5,973 円	円
EIA 法・ELFA 法・ CLEIA 法・FIA 法	人	月～金曜日 8時～18時 または 土曜日 8時～12時	6,952 円	円
	人	上記以外の時間	7,502 円	円
合計	人			円

「風しん抗体検査申込書 (様式第1号)」を添付してください。

上記のとおり、報告 (請求) します。

千葉県長 様

年 月 日

医療機関名

住 所

代表者職名・氏名

印

(※) 法人の場合は、記名押印してください。

法人以外でも、本人 (代表者) が手書きしない場合は、記名押印してください。