

# 令和6年度福岡県風しん抗体検査業務実施要領

## 1 目的

この要領は、風しん抗体検査（以下「検査」という。）を医療機関において無料で受けられる体制を整備し、先天性風しん症候群の発生を効果的に防ぐために必要な事項を定めるものとする。

## 2 実施期間

令和6年4月1日から令和7年3月31日まで。

## 3 対象者

対象者は福岡県内（北九州市、福岡市及び久留米市を除く。）に住民票があり、次の要件に該当する者。

ただし、過去に検査を受けた結果、十分な免疫を保有していること（別表の第1欄に定める方法ごとに、第2欄に定める抗体価を上回っていること。）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。

なお、（2）については、妊娠希望者及び妊婦が、検査で風しんの感染予防に十分な免疫を保有していること（別表の第1欄に定める方法ごとに、第2欄に定める抗体価を上回っていること。）が判明している場合は対象としない。

また、過去に県の風しん抗体検査業務により受検したことがある者は対象としない。

（1）妊娠希望者（妊婦は除く。）

（2）妊娠希望者及び妊婦の

ア 配偶者（パートナーを含む。）

イ 同居者（生活空間を同一にする頻度が高い家族など。）

## 4 実施機関

検査業務を実施する県内の医療機関（以下、「協力医療機関」という。）

## 5 検査費用

受検者の費用負担は無料とする。

## 6 業務概要

（1）実施内容

風しんウイルス抗体検査

なお、検査は別に定める委託料の範囲内で行うものとする。

（2）検査の準備について

ア 協力医療機関は、受検を希望する者に対し、助成の対象となる要件について説明を行う。

イ 助成対象者であることを確認するために、住所を証明する書類（運転免許証、健康保険被保険者証、住民票等）の提示、風しん抗体検査を受けている場合はその結果等の提示を求める等行い、検査対象者であることを確認する。

ウ 受検者に対し、別紙様式第1号「風しん抗体検査問診票」に必要事項を記入させ、問診と適切な説明を行った後、採血を行う。

(3) 検査の結果について

ア 予防接種が推奨される風しん抗体価

別表の第1欄に定める方法ごとに、第2欄に定める抗体価とする。

イ 結果の通知と受検者への対応

協力医療機関は、別紙様式第2号「風しん抗体検査結果」により、検査結果を受検者に通知し、予防接種が推奨されると判断された者については、風しんの予防対策等について必要な説明を行う。

7 関係書類の保存

受検者の関係書類は、県及び協力医療機関において、5年間保存する。

8 個人情報及びプライバシーの保護

検査業務の実施にあたり、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。

9 その他

この要領に定めのない事項については、県及び協力医療機関が協議し、別に定める。

附 則 この要領は、令和6年4月1日から施行する。

## 別表

| 方法      | 予防接種が推奨される風しん抗体価の基準(県事業)  |
|---------|---|
| HI法     | 16 倍以下  |
| EIA法    | 使用する検査キットがウイルス抗体EIA「生研」ルベラIgG(デンカ生研株式会社)の場合、<br>EIA 価 8.0 未満            |
|         | 使用する検査キットがエンザイグノスト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)の場合、<br>30 IU/mL 未満 |
| ELFA法   | 使用する検査キットがバイダス 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)の場合、<br>45 IU/mL 未満    |
| LTI 法   | 使用する検査キットがランピア ラテックス RUBELLA(極東製薬工業株式会社)の場合、<br>30 IU/mL 未満             |
|         | 使用する検査キットがランピア ラテックス RUBELLA II(極東製薬工業株式会社)の場合、<br>35 IU/mL 未満          |
| CLEIA 法 | 使用する検査キットがアクセス ルベラ IgG(ベックマン・コールター株式会社)の場合、<br>45 IU/mL 未満              |
|         | 使用する検査キットが i-アッセイ CL 風疹 IgG(株式会社保健科学西日本)の場合、<br>抗体価 14 未満               |
| CLIA 法  | 使用する検査キットが Rubella-G アボット(アボットジャパン株式会社)の場合、<br>25 IU/mL 未満              |
| FIA 法   | 使用する検査キットが BioPlex MMRV IgG(バイオ・ラッド ラボラトリーズ株式会社)の場合、<br>抗体価 AI* 3.0 未満  |
|         | 使用する検査キットが BioPlex ToRC IgG(バイオ・ラッド ラボラトリーズ株式会社)の場合、<br>30 IU/mL 未満     |

\* 製造企業が独自に調整した抗体価単位

※平成 26 年 2 月 25 日付厚生労働省健康局結核感染症課事務連絡「予防接種が推奨される風しん抗体価について」を参考。