

令和 7 年度

**高知県・高知市
風しん抗体検査実施マニュアル**

妊娠を希望する女性及びその家族
を対象とした風しん抗体検査用

(委託医療機関用)

令和 7 年 4 月

問合せ先

高知県健康政策部健康対策課 ・ 高知市保健所地域保健課
(TEL : 088-823-9677) (TEL : 088-821-6514)

目次

序 風しん抗体検査事業について	…p1
■ 目的	
■ 風しん抗体検査事業の流れ	
I 実施内容	…p2
1 実施期間	
2 検査対象者	
3 検査実施場所	
4 検査料金	
5 検査委託料	
II 風しん抗体検査の流れ	…P3
III 実施手順	…P3
1 対象者の確認	
2 受診票の記入	…P4
3 問診	…P5
4 検査	
5 検査結果の通知及び指導	…P6
6 要精密検査者の事後フォロー	…P7
IV 国保連合会への請求事務	…P7
1 風しん抗体検査委託料の内容	
2 検査委託料の請求	
3 請求書の記入の仕方	…P8
4 請求書の過誤返戻	…P9
別添 風しん抗体検査希望者用チラシ	

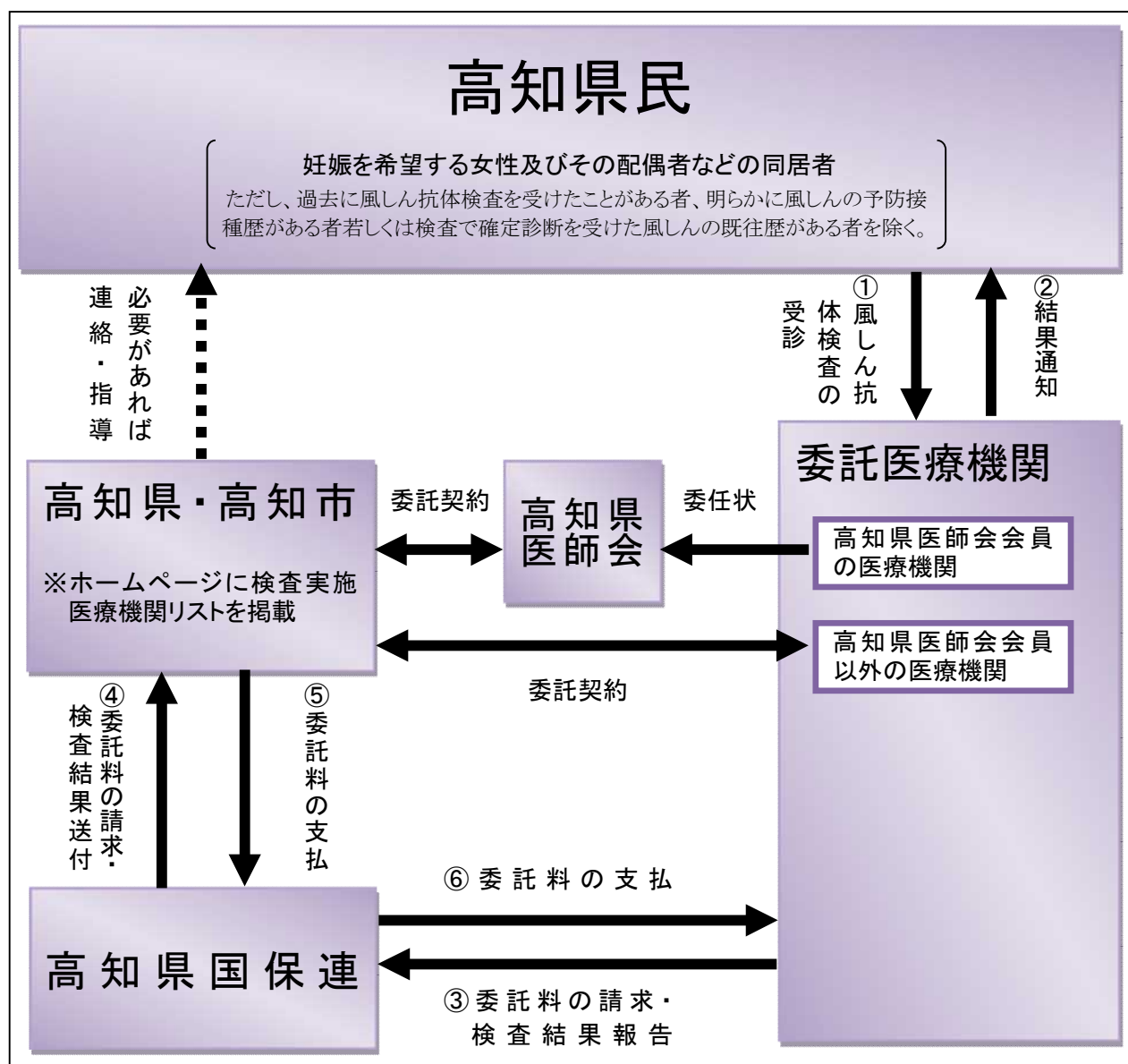
序 風しん抗体検査事業について

■ 目的

風しん抗体検査事業は、かかりつけ医等の医療機関において風しんウイルス抗体検査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しています。

■ 風しん抗体検査事業の流れ

本事業において実施する風しん抗体検査は、高知県及び高知市との風しん抗体検査委託契約に基づき委託した医療機関において実施します。



I 実施内容

1 実施期間(医療機関での検査実施期間)

令和7年4月1日(火)～令和8年3月31日(火) (休診日を除く)

2 検査対象者

高知県内に住所を有する者で検査を希望する以下の者。**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。**(以下、「受診者」という。)

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(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)などの同居者(生活空間を同一にする頻度が高い者)。

3 検査実施場所

高知県内の委託医療機関

(高知県・高知市風しん抗体検査事業の委託医療機関)

4 検査料金

無料(受診者から検査費用は徴収しない)

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。

例:

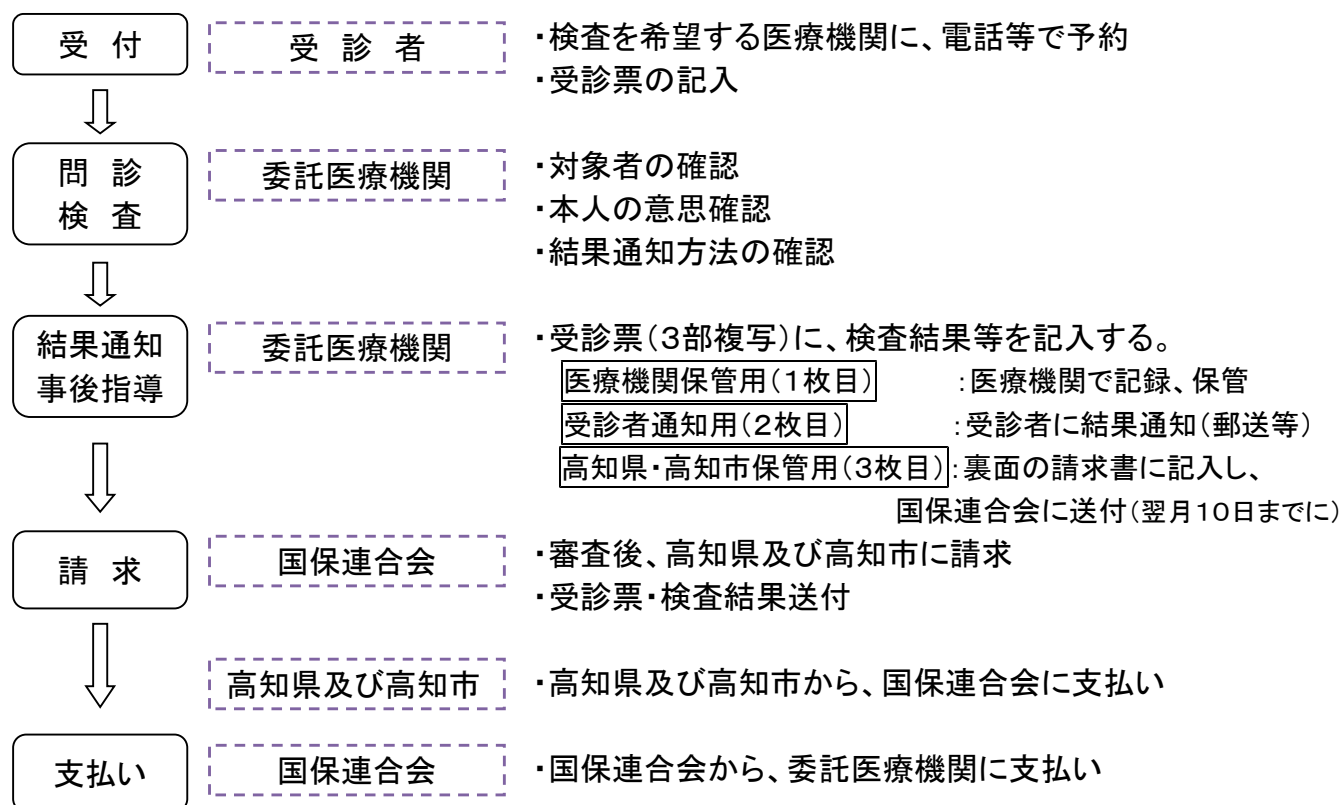
○結果を来院して手渡す場合

- ・判定結果(別紙1-2:受診票の2枚目)を受付で手渡すのみの場合は費用徴収しない
- ・判定結果により、医師が診察等の医療行為が必要と判断した場合は、本人の了解のもと実施してください。この場合は、受診者より費用を徴収してください。

5 検査委託料

検 査 内 容	委 託 料
HI法(LTI法を含む) ・LTI法については、ガチョウ血球の供給不足等、やむを得ない理由でHI検査が行えないと事前に県及び市が認めた場合に検査可能とする。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。	5,654円
EIA法(ELFA法、CLEIA法を含む) ・ただし、ガチョウ血球の供給不足等、やむを得ない理由でHI検査が行えないと事前に県及び市が認めた場合に検査可能とする。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。	6,985円

II 風しん抗体検査の流れ



III 実施手順

1 対象者の確認

風しん抗体検査を希望する者が、下記の対象者要件を満たしているか確認してください。

対象者要件	☐ 妊娠を希望する女性。(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。) ☐ 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)。(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。) ※高知県に住所を有するもので上記の要件のどちらかを満たしていること。
確認方法	・医療保険の資格情報が確認できる書類や運転免許証などの身分証明書を提示してもらい、氏名、住所、年齢(生年月日)を確認。 ・受診票の問診欄により、過去の風しん既往歴や予防接種歴等を確認。

2 受診票の記入

- (1) 検査希望者には、受診票に記入していただく前に、まず風しん抗体検査の啓発チラシ(別添)を必ず読んでもらい、検査目的や内容等について理解してもらってください。
- (2) 受診票は、3部複写(1枚目: 医療機関保管用、2枚目: 受診者通知用、3枚目: 高知県・高知市保管用)になっており、1枚目の用紙に問診欄・検査結果欄があります。
また、高知県・高知市保管用(3枚目)の裏面が請求書になっています。

(3) 受診票や風しん抗体検査のチラシが不足した場合は、下記までご連絡下さい。

高知県健康対策課(Tel088-823-9677)

(4) 受診票の記入に当たっての注意事項

受付時に、ボールペンで記入してもらってください。

風しん抗体検査 受診票	
風しん抗体検査を希望される方は、以下の項目に	
氏名	ふりがな 男・女 月日 昭和 大正 年 月 日
住所	〒 高知県 TEL: 検査日 年 月 日
該当する□にレ印をいれ、()に数字を記入してください。	
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	
問 診 欄	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)
	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)
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)	
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きますのでご了承ください。	
氏名 (自署してください)	

紙1-1) 関係保管用

問診項目は必ず、記入してもらってください。

住所: 住民票に記載されている住所
TEL: 日中連絡がつく番号
を記入してもらってください。

検査対象 検査対象外
となった場合は、本人が検査を希望しても検査を受けることはできませんので、ご注意ください。

希望する結果の通知方法について、必ず本人にチェックをしてもらってください。

結果を通知する際は、本人の希望に沿って実施してください。

なお、郵送の場合の郵送費用は委託料に含まれますので、費用徴収はしないでください。

原則、検査対象者本人に署名(自筆サイン)してもらってください。

3 問診

- (1) 受診者に対し、既往歴や予防接種歴等について聴取し、検査対象者であるかどうかを確認してください。
- (2) 結果通知の方法を確認してください。郵送の場合は、医療機関より発送をお願いします。来院の場合は、日時等を指定し結果の通知(手渡し)をお願いします。
- (3) 検査の実施に当たっては、受診者が検査内容等について理解し得るよう適切な説明を行った上で、自らの意思で検査を希望し、文書により同意を得るため、最後に受診者に署名してもらってください。

4 検査

- (1) 検査は、HI法で行ってください。
- (2) ただし、ガチョウ血球の供給不足等、やむを得ない理由でHI検査が行えないと事前に県及び市が認めた場合については、EIA法等も可能とします。その場合は、県もしくは市より実施機関に文書で通知いたします。

5 検査結果の通知及び指導

- (1) 検査結果は、以下の区分で判定します。
 - ・A判定: 抗体価が、HI法において8倍未満の者またはEIA法等において陰性又は判定保留の者
 - ・B判定: 抗体価が、HI法において8倍の者またはEIA法等で陽性(HI法において8倍に相当)の者
 - ・C判定: 抗体価が、HI法において16倍の者またはEIA法等で陽性(HI法において16倍に相当)の者
 - ・D判定: 抗体価が、HI法において32倍以上の者またはEIA法等で陽性(HI法において32倍以上)の者
- (2) 検査結果等を下記により受診票に記入してください。

風しん抗体検査結果 (医療機関記入欄)		判定	
検査法	抗体価		
☒ HI法	_____ 倍	A (HI法8倍未満相当)	免疫を有していないため、 風しん含有ワクチンの接種を推奨します。
☐ HI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、 風しんの感染予防には不十分です。 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、 <u>医師と接種についてご相談ください。</u>
☐ EIA法	_____ IU/mL	C (HI法16倍相当)	なお、「 妊娠を希望される女性 」や「 十分な免疫を有していない妊婦の同居者 」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、 風しん含有ワクチンの接種を推奨します。
☐ EIA法	_____ 抗体価	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。 風しん含有ワクチンの接種は、基本的に必要ありません。
☐ FA法	_____ IU/mL		

実施した検査法にチェックを入れ、抗体価を記入してください。

検査結果に応じた判定結果(A, B, C, D)を点線に沿って囲んでください

医療機関名 _____ 医師名 _____

医療機関名、医師名を必ず記入して下さい。

(3) 受診票の2枚目(受診者通知用)を用いて、検査結果を本人に通知してください。通知する際は、本人の希望により、郵送もしくは来院しての手渡しのどちらかとしてください。

受診者通知用(2枚目)を本人に渡し、検査結果を通知してください。

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 昭和 大正	年	月	日
		男 ・ 女					
住所	〒 高知県	TEL:	検査 日		年	月	日

(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		
☐ HI法	_____倍	A (HI法8倍未満相当)	免疫を有していないため、 風しん含有ワクチンの接種を推奨します。
☐ 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、 風しんの感染予防には不十分です 。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、 医師と接種についてご相談ください。
☐ EIA法	_____IU/mL	C (HI法16倍相当)	なお、「 妊娠を希望される女性 」や「 十分な免疫を有していない妊婦の同居者 」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、 風しん含有ワクチンの接種を推奨します。
☐ CLEIA法	_____抗体価	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。 風しん含有ワクチンの接種は、基本的に必要ありません。
☐ ELFA法	_____IU/mL		

医療機関名

医師名

結果が複写されます。

6 抗体価が低かった者の事後フォロー

基本的に受診者には結果通知のみで事後フォローは行いません。ただし、市町村において成人向けの風しんワクチン接種費用の助成制度が開始された場合は、高知県及び高知市の担当者より、制度等のお知らせをする場合があります。

IV 国保連合会への請求事務

1 風しん抗体検査委託料の内容

高知県及び高知市は、高知県・高知市風しん抗体検査促進事業委託契約により、検査を医療機関に委託して実施しています。

委託医療機関は、風しん抗体検査の実施に要した経費については、受診者の住民登録地に応じて、高知県又は高知市に請求してください。

令和7年度の風しん抗体検査委託料の費目・単価(1人当たり)については、次表のとおりです。

	費 目	単 価
5	HI法(LTI法を含む)	5,654円
6	EIA法(ELFA法、CLEIA法を含む) ・ただし、ガチョウ血球の供給不足等、やむを得ない理由でHI検査が行えないと事前に県及び市が認めた場合に検査可能とする。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。	6,985円

(1) 検査委託料についての注意事項

- ①検査委託料は、検査項目により2区分で請求することになりますので注意してください。
- ②検査委託料は、受診者の住所地に応じて、「高知県(高知市以外住民分)」又は「高知市(高知市住民分)」に請求することになります。
- ③新税率が適用となった月以降に実施したものは、新税率での請求となります。

2 検査委託料の請求

- (1) 高知県国民健康保険団体連合会(以下「国保連合会」という。)に請求書(受診票の3枚目裏面)を提出してください。
- (2) 具体的には、請求書(受診票の3枚目の裏面)に必要事項を記入し、月末締めで翌月10日までに国保連合会に請求書を提出してください。
- (3) 国保連合会への請求書の提出は、**令和8年4月10日までに必ず完了(期限厳守)**してください。
期限(令和8年4月10日)を超えて請求があった場合には、検査委託料の支払いができない場合がありますのでご注意ください。

3 請求書の記入の仕方

風しん抗体検査請求書（医療機関用） 1

(和暦)
令和6年5月2日

負担者番号 8 4 3 9 0 0 1 3

高知 県知事 市長 様

2

医療機関コード 1234567

所在地 高知市丸ノ内1-2-20

医療機関の名称 健康対策病院
土佐 次郎

健康対策病院
院之印

(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。

4

金額 円

請求金額(該当する数字に○印を付してください)

5	HI法又はLTI法	5,654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)	6,985円

5

(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 8 4 3 9 0 0 1 3 を、
受診者住所が高知市以外の場合は 8 4 3 9 0 0 0 0 を、記入してください。

① 請求日を記入してください。

② 請求先のコードを記入し、県知事又は市長を○印で囲んでください。

受検者の住所地	請求先	請求先コード
高知市以外	高知県 ⇒ 県知事に○印	0000
高知市	高知市 ⇒ 市長に○印	0013

③ 国保連合会に登録している医療機関コード、医療機関の所在地・名称・代表者氏名を記入してください。また、押印する印鑑は、国保連合会に登録しているものを使用してください。

④ 受診票(請求書の裏面)に記入している検査日を転記してください。

⑤ 請求金額は、請求内容に応じて記入し、あわせて請求内容の番号を○印で囲んでください。また、請求金額の訂正は、訂正印を押印し、正しい金額を記入してください。

4 請求書の過誤返戻

提出された請求書(受診票)は、審査した上で、次の(1)～(5)のようなケースに該当した場合、その請求書は返却されます。事前に慎重に点検・確認してから請求するようにしてください。

また、過誤返戻は、国保連合会から直接返却されるものもあれば、高知県又は高知市から国保連合会を通じて返却されるものもあります。

(1) 受診票の不備

住所・氏名・検査日等の記入欄及び医療機関記入欄に不備があった場合。

(2) 対象外検査

対象者の要件に該当しない者に検査した場合など。この場合、当該風しん抗体検査は任意検査となり、検査委託料の支払いは不可となります。

(3) 請求先誤り

受診者の住所と請求先が異なる場合。

受診票に記載された受診者の住所は必ず確認してください。

(4) 請求額誤り

請求内容を誤って請求した場合。

(5) その他

次のような場合は、検査委託料の支払いが不可となる可能性がありますので、ご注意ください。

- ① 実施期間(令和7年4月1日～令和8年3月31日)以外に風しん抗体検査を実施した場合。
- ② 国保連合会への請求が、令和8年4月11日以降になった場合。

風しん 抗体検査 実施中

～先天性風しん症候群の発生を予防するために～

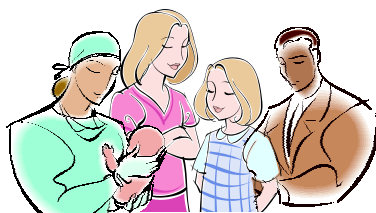
無料の風しん抗体検査 を実施しています



妊婦、とくに妊娠初期の女性が風しんにかかると、生まれてくる赤ちゃんにも感染し「先天性風しん症候群」という病気にかかってしまうことがあります。

風しんの予防には、ワクチンを接種し、風しんに対する免疫を獲とくすることが有効です。風しんに対する十分な免疫があるかどうかは、抗体検査で確認することができます。

赤ちゃんが生まれつきの病気にならないよう家族みんなで風しん抗体検査を受け、免疫がない場合は予防接種を受けることをご検討ください。



Point

風しんは、今は成人に多い病気で、特に10代後半から50代前半の男性、10代後半から30代前半の女性が多く発病しています

Point

特に昭和54年4月2日から平成7年4月1日生まれの男女は予防接種の接種率が低く、昭和54年4月1日以前生まれの男性は子どもの頃に予防接種を受けるチャンスがありませんでした

Point

風しんの予防接種を希望する場合は、まずは抗体検査を受け、抗体価が低い場合に、はしか(麻しん)も一緒に予防できる麻しん風しん混合(MR)ワクチンでうけることをお勧めします

●医療機関での風しん抗体検査無料実施について

- ・対象者 高知県内に住所を有する者で検査を希望する以下の者。
(ただし、過去に風しん抗体検査を受けたことがある者、明らかに風しんの予防接種歴がある者若しくは検査で確定診断を受けた風しんの既往歴がある者を除く。)
 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。)
- ・実施時期 令和7年4月1日から令和8年3月31日まで
- ・実施場所 高知県及び高知市から委託を受けた医療機関。
(医療機関名は県のホームページでご確認ください。)
- ・検査費用 無料
- ・検査受付 実施医療機関ごとに異なりますので、受診を希望する医療機関に事前にお問い合わせください。
- ・持参品 住所を証明する書類(運転免許証、健康保険被保険者証等)
- ・検査結果 検査後、1～2週間後に郵送もしくは再来院にてお知らせいたします。
(受診時に郵送か来院か希望する方法をお知らせください)

※注意 風しんの予防接種への助成ではありません。お住まいの市町村によっては、予防接種への助成を行っている場合がありますので、市町村役場でご確認ください。

風しんについてのお問い合わせ先

安芸福祉保健所 TEL0887-34-3177
中央東福祉保健所 TEL0887-53-0297
中央西福祉保健所 TEL0889-22-1247

須崎福祉保健所 TEL0889-42-1875
幡多福祉保健所 TEL0880-34-5120
高知市保健所 TEL088-821-6514

 **高知県** 健康政策部健康対策課
TEL. 088-823-9677

詳細な情報は県ホームページをご覧ください。

高知県 風しん抗体検査

検索