

風しん抗体価検査委託業務手順書（実施機関）

1. 実施機関は、風しん抗体検査業務委託を実施する際に、所属地区医師会（以下「地区医師会」という。）を委託契約の代理人とする委任状（風しん様式 A）を地区医師会に提出する。なお、委任状提出後に取り下げを申し出る場合は委任取り下げ書（風しん様式 C）を所属する地区医師会に提出する。
2. 実施機関は、「風しん抗体検査申込書兼結果通知書」（風しん様式 1）を沖縄県または那覇市公式ホームページよりダウンロードし、受検者記入用に準備しておく。
3. 実施機関は、「風しん抗体検査を受けましょう!!」（風しん別紙 1）を配布し、受検者に風しん様式 1 に受検者記載欄の個人情報、設問の記載、検査結果等の取扱についての同意について「受検者署名欄」に署名してもらう。
4. 実施機関は、検査対象者であることを確認するために、住所等を証明する書類（運転免許証、健康保険被保険者証、住民票など）の提示を求め、沖縄県在住であることを確認する（目視確認のみで可）。
5. 実施機関は、風しん様式 1 の設問の①にチェックがあり、②-④のいずれか及び⑤-⑦のいずれかにチェックがあり、かつ、受検者署名欄に署名があるかを確認する。
6. 実施機関は、5で検査対象者であることが確認できれば、「問診の結果、今回の抗体検査を（必要・不要）と判断した」の「必要」を丸で囲む。検査内容説明後、「風しん別紙 1 を用い風しんに関する情報提供を行った」にチェックし、医師の署名、又は記名・押印をする。
7. 実施機関は、受検者への結果通知は、（来院・郵送）とする旨を伝える。
8. 実施機関は、抗体検査用の採血を行う。（検査方法は原則 HI 法又は LTI 法。ただし、検査キットの不足等で HI 法又は LTI 法での実施が出来ない場合に限り、別表 1 で定めた方法での実施を認める。）
9. 実施機関は、風しん様式 1 の欄外にある「実施機関区分」において、風しん抗体検査のみ行う場合は「医療機関」に、健診等の機会を利用して風しん抗

体検査を追加する場合は「健診機関」にチェックを入れる（区分により請求金額が異なるので記入漏れに注意すること）。

10.実施機関は、検査結果が判明したら、別表 1 を参照し、風しん様式 1 に検査法・抗体価（数値）・風しん予防接種の必要性（判定結果）のチェックを記載し、年月日・医療機関名・医療機関住所・医療機関電話番号・代表者名を記入する。

11.実施機関は、判定結果を記載した風しん様式 1 のコピーをとり、風しん抗体価が高い予防接種勧奨対象外者には風しん様式 1（コピー）のみ、風しん抗体価の低い予防接種勧奨対象者には、風しん様式 1（コピー）・「風しんの予防接種を受けましょう！！」（風しん別紙 2）を添付し、郵送又は来院時に本人に説明する。

12.実施機関は、請求に関して、月末締めで検査結果が判明している受検者の風しん様式 1 をもとに、那覇市・那覇市外別、実施機関区分別、検査方法別の検査件数等を記入した「風しん抗体検査実績報告書」（風しん様式 2）を作成し、実施機関保管用として風しん様式 1 及び風しん様式 2 のコピーを取った上で、検査結果判明日が属する月の翌月の 5 日までに風しん様式 1 及び風しん様式 2 の原本を地区医師会へ提出する。なお、風しん様式 1（原本）は那覇市分・那覇市外分と分けてまとめておくこと。

13.実施機関は、請求に関して、月末時点で検査結果が判明していない受検者の分は、翌月の請求に持ち越すこととする。ただし、令和 7 年 3 月 31 日までに検査結果が判明した分までを支払の対象とする。

14.実施機関は、地区医師会にて書類チェックを行い、必要書類に未記入等不備があれば差し戻された書類について再度確認の上、地区医師会に提出する。

15.様式のダウンロード先

那覇市：那覇市保健所 TOP ページ＞感染症＞医療機関向け＞妊娠希望女性等の風しん抗体検査委託事業

<https://www.city.naha.okinawa.jp/nahahokenjyo/kansensyou/iryoukikan/huushinitaku.html>

沖縄県：沖縄県ホームページ

<https://www.pref.okinawa.jp/iryokenko/shippeikansensho/1005861/1018>

別表 1：風しん抗体検査測定キット一覧

| | 測定キット名（製造販売元） | 測定原理 | 抗体価の単位 | 接種勧奨抗体価 |
|----|--|-----------------------|--------|---------|
| 1 | 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） | 32 倍未満 |
| 2 | 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） | 32 倍未満 |
| 3 | ランピア ラテックス RUBELLA （極東製薬株式会社） | ラテックス免疫比濁 法（LTI法） | IU/ml | 30 未満 |
| 4 | ランピア ラテックス RUBELLA II （極東製薬株式会社） | ラテックス免疫比濁 法（LTI法） | IU/ml | 35 未満 |
| 5 | 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 |
| 6 | 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 スティックス株式会社） | 酵素免疫法 （EIA法） | IU/ml | 30 未満 |
| 7 | バイダス アッセイキット RUB IgG （シスメックス・ピオメリュー株式会 社） | 蛍光酵素免疫法 （ELFA法） | IU/ml | 45 未満 |
| 8 | アクセスルベラ IgG （バックマン・コールター株式会社） | 化学発行酵素免疫法 （CLEIA法） | IU/ml | 45 未満 |
| 9 | i-アッセイ CL 風疹 IgG （株式会社保健科学西日本） | 化学発行酵素免疫法 （CLEIA法） | 抗体価 | 14 未満 |
| 10 | 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） | AI | 3.0 未満 |
| 11 | 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） | IU/ml | 30 未満 |
| 12 | Rubella-G アボット （アボットジャパン株式会社） | 化学発光免疫測定法 （CLIA法） | IU/ml | 25 未満 |

風しん抗体価検査委託業務手順書（地区医師会）

1. 地区医師会は、沖縄県及び那覇市と委託契約を結ぶ。
2. 地区医師会は、協力可能な実施機関から提出された委任状（風しん様式A）の原本を保管するとともに「風しん抗体検査実施機関一覧表」（風しん様式B）を作成し、沖縄県及び那覇市へ提出する。地区医師会は実施機関からの委任状の提出があれば、委託契約の締結後であっても随時受け付けるとともに、実施機関に変更があった場合は風しん様式Bを更新し、沖縄県及び那覇市に毎月第2・第4金曜日までに再提出する。なお、実施機関からの委任取り下げ書（風しん様式C）の提出があった場合も同様とする。
3. 地区医師会は、実施機関より送付された風しん様式1（原本）の内容を確認し、不備があれば対処する。（別紙チェックリスト参照）
4. 地区医師会は、実施機関ごとに風しん様式1（原本）の結果記載欄の実施機関区分及び検査方法を確認し、風しん様式2（原本）のHI法とLTI法、EIA法その他の方法のそれぞれの検査件数の相違がないか確認する。確認後、風しん様式2のコピーを取る。
5. 地区医師会は、各実施機関の検査件数を那覇市分と那覇市外の分に分けて合算し、那覇市分は「風しん抗体検査実績報告書兼委託料請求書」（風しん様式3-1、那覇市長宛）に記載し、那覇市外分は、風しん様式3-2（沖縄県知事宛）に分けて記載し、それぞれを地区医師会保管用としてコピーを取る。
6. 地区医師会は、風しん様式1の原本及び風しん様式2の写しについて那覇市分と那覇市外分に分け、風しん様式3-1又は風しん様式3-2の原本を添え、那覇市分は那覇市保健総務課へ、那覇市外分は沖縄県感染症対策課へ検査結果判明日が属する月の翌月の10日までに提出する。
7. 地区医師会は、那覇市及び沖縄県からの振り込みを確認後、風しん様式2に基づき各実施医療機関へ委託料を支払う。
8. 地区医師会は、この業務の関係書類（風しん様式A、風しん様式C及び風しん様式2）を契約期間の満了後、5年間保存する。

地区医師会用別紙チェックリスト

| 風しん様式1チェック事項 | | | |
|---|--|----------------|--------------|
| 風しん様式1の各項目を確認し、記入漏れ等については下記のとおり対応お願い致します。 | | | |
| | | 医療機関への 電話確認 | 確認後の 処理方法 |
| 1：受検者記載部分 | | | |
| a | 検査日 | 要 | 代筆 |
| b | 氏名・生年月日・性別・年齢・住所・電話番号 | 要 | 代筆 |
| c | 設問（①及び②-④いずれかひとつ及び⑤-⑦いずれかに チェックがあるか確認） | 要 | 代筆 |
| d | 受検者署名欄（結果の取扱いに係る同意） | 要 | 差し戻し |
| 2：医療機関記入欄 | | | |
| a | 「以上の問診の結果、今回の抗体検査は（必要・不 要）」のいずれかに丸がついているか確認 | 要 | 代筆 |
| b | 「風しん別紙1による風しんの情報提供」にチェックがあ るか確認 | 要 | 代筆 |
| c | 担当医氏名の自署又は記名押印 | 要 | 差し戻し |
| d | 医療機関名・住所・電話番号 | 要 | 代筆 |
| e | 年月日（検査結果が判明した日） | 要 | 代筆 |
| f | 代表者名（医師名） | 要 | 代筆 |
| g | 検査結果（検査方法）HI法・LTI法・EIA法その他の方法 いずれかにチェック | 要 | 代筆 |
| h | 検査結果（抗体価（数値）） | 要 | 代筆 |
| i | 風しん予防接種の必要性 （「免疫が不十分なため予防接種を推奨します」又は 「十分な免疫があり予防接種は必要ありません」のいずれ かにチェック） | 要 | 代筆 |
| j | 欄外「実施機関区分」のうち、医療機関または健診機関 のいずれかにチェックが入っているかを確認 | 要 | 代筆 |

風しん抗体検査請求書類の流れ

風しん抗体検査請求書類の流れ

