

鳥取県保健所風しん抗体価検査・相談事業実施要領

第1 目的

この要領は、保健所における風しん抗体価検査・相談事業に関して、必要な事項を定め、当該業務の円滑な運営を図ることを目的とする。

第2 事業の内容

保健所は住民の求めに応じて次に掲げる業務を行うものとする。

- 1 検査
- 2 相談

第3 実施主体

第2の業務の実施主体は保健所であるが、検査業務の一部を他の機関（以下「受託検査機関」という。）に委託し行うことができるものとする。

なお、保健所では、原則として医師及び保健師（以下「担当職員」という。）が対応にあたるものとする。

第4 対象者

鳥取県内に在住する者であって、本事業の実施を希望する者とする。

第5 事業内容

本事業の内容は、次のとおりとする。

- 1 検査
風しんウイルス抗体HI法により、抗体価検査を実施する。
- 2 相談
電話、面接等により、風しんに関する事項全般について相談を行う。

第6 実施時期等

本事業を実施する期間、時期、日時等は保健所長が別途定めるものとする。

第7 相談の実施

担当職員は、次の事項に留意して相談を実施するものとする。

- 1 相談者のプライバシーが守られるよう配慮すること。
- 2 面接による場合は、専用の部屋を用いる等相談に適した場所で行うこと。

第8 検査の実施

担当職員は、次の手順により検査を実施するものとする。

- 1 受付
(1) 受検者に不安を与えないように配慮すること。
(2) 検査を希望する者には、「鳥取県風しん抗体価検査申込（問診）書」（別紙様式1）を記入させること。

2 検 診

- (1) 担当職員は、受診者に対して検査の内容を説明した上で、採血を行う。
- (2) 担当職員は、検査結果を説明する日時等を掲載した「鳥取県風しん抗体価検査のお知らせについて（別紙様式2）」を受検者に渡し、検査結果の通知方法を説明する。

第9 検 体

1 採血量

検査の採血量は、保健所と受託検査機関が別途協議し、定める量とする。

2 採血日時

保健所における採血日時は別に定めるものとする。

3 検体の取扱

(1) 採 血

- ア 採血に当たっては、原則として血清分離剤入の真空採血管を使用する。
- イ 採血後は、一定時間室温放置し、血液を2000rpm/10分程度遠心分離後、冷蔵保管する。
- ウ その他の必要事項は、保健所と受託検査機関が別途協議し、定める方法とする。

(2) 検体の搬送

- ア 搬送方法は、保健所と受託検査機関が別途協議し、定める方法とする。

(3) その他

- ア 検体の採取に使用した器材は医療廃棄物の廃棄専用容器に廃棄する。
- イ 検体容器には、申込書の検体番号を記入したラベルをあらかじめ貼付しておく。
- ウ 搬送の際には検体搬送容器に保冷材を入れる等の措置を行う。
- エ 検査の際には、検査器具等の物品管理、検体搬送時の梱包等、検査手順に配慮の上、実施する。

第10 結果の通知及び指導等

検査結果の通知及び指導は、原則として担当職員のうち医師である者が次の手順により適切に行うものとする。ただし、やむを得ない場合は、担当職員のうち医師以外の者が医師である者の指示に基づいて行うものとする。

1 受託検査機関からの通知

- (1) 受託検査機関は、検査結果を保健所長へ親展で通知する。
- (2) 検査結果の通知は、保健所と受託検査機関が別途協議し、定める書式とする。

2 結果の通知

受託検査機関からの報告に基づき、「鳥取県風しん抗体価検査結果通知書」（別紙様式3）（以下「結果通知書」という。）を作成し、受検者に面接の上、検査結果を説明する。ただし、当該受検者が郵送希望者である場合は、この限りでない。

3 面接における指導等

検査結果の説明の際には、検査結果にかかわらず、相談・指導等を行う。
なお、検査結果によっては、医療機関でのワクチン接種勧奨等必要な措置を行う。

4 郵送による結果の通知

郵送希望者に対し結果通知を行うに当たっては、結果通知書を作成し、送付するものとする。

なお、検査結果によっては、医療機関でのワクチン接種勧奨等、必要な措置を行う。

第11 実績報告

保健所長は、本実施要領に基づく事業を行った場合は、鳥取県風しん抗体価検査実績報告書（別紙様式4）により、各四半期の翌月15日までに健康政策課長へ報告する。

第12 検査費用等

1 第4の対象者のうち、次のいずれかに該当する者の検査に要する費用は、保健所の使用料及び手数料の減免に関する規則（昭和44年鳥取県規則第21号）第2条により無料とする。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又は昭和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にある者を含む）などの同居者（妊娠を希望する女性が居住する空間を同一にする頻度が高い者）

(3) 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にある者を含む）などの同居者（風しん抗体価が低い妊婦が居住する空間を同一にする頻度が高い者）

(4) 昭和54年4月2日から昭和62年10月1日までの間に生まれた男性

2 第4の対象者のうち、第12の1以外の者の検査に要する費用は、鳥取県保健所条例（平成12年鳥取県条例第6号）第3条（1）により手数料を徴収する。

第13 秘密の保持

1 本事業の実施に当たっては、相談者、受検者等のプライバシーの保護に最大の配慮を払うこと。

2 本事業により知り得た秘密を本事業の目的以外に使用してはならないこと。

3 関係書類の保管は厳重に行うこと。

※「十分な量の抗体価」について

本事業は先天性風しん症候群予防を目的としているため、平成26年2月に厚生労働省が公表している「予防接種が推奨される風しん抗体価について」の考え方に基つき、HI法で32倍以上とする。

附 則

- 1 この要領は、平成26年4月1日から施行し、平成26年度事業から適用する。
- 2 この要領の制定に伴い、昭和56年6月12日付受健第854号衛生環境部長通知は廃止する。

附 則

この要領は、平成27年7月14日から施行し、平成27年度事業から適用する。

附 則

この要領は、平成29年3月22日から施行する。

附 則

- 1 この要領は、平成30年12月20日から施行する。
- 2 この要領の規定のうち、第12の1(4)は、平成31年1月1日以降に検査を受ける者から適用する。

附 則

この要領は、平成31年3月22日から施行し、平成31年度事業から適用する。

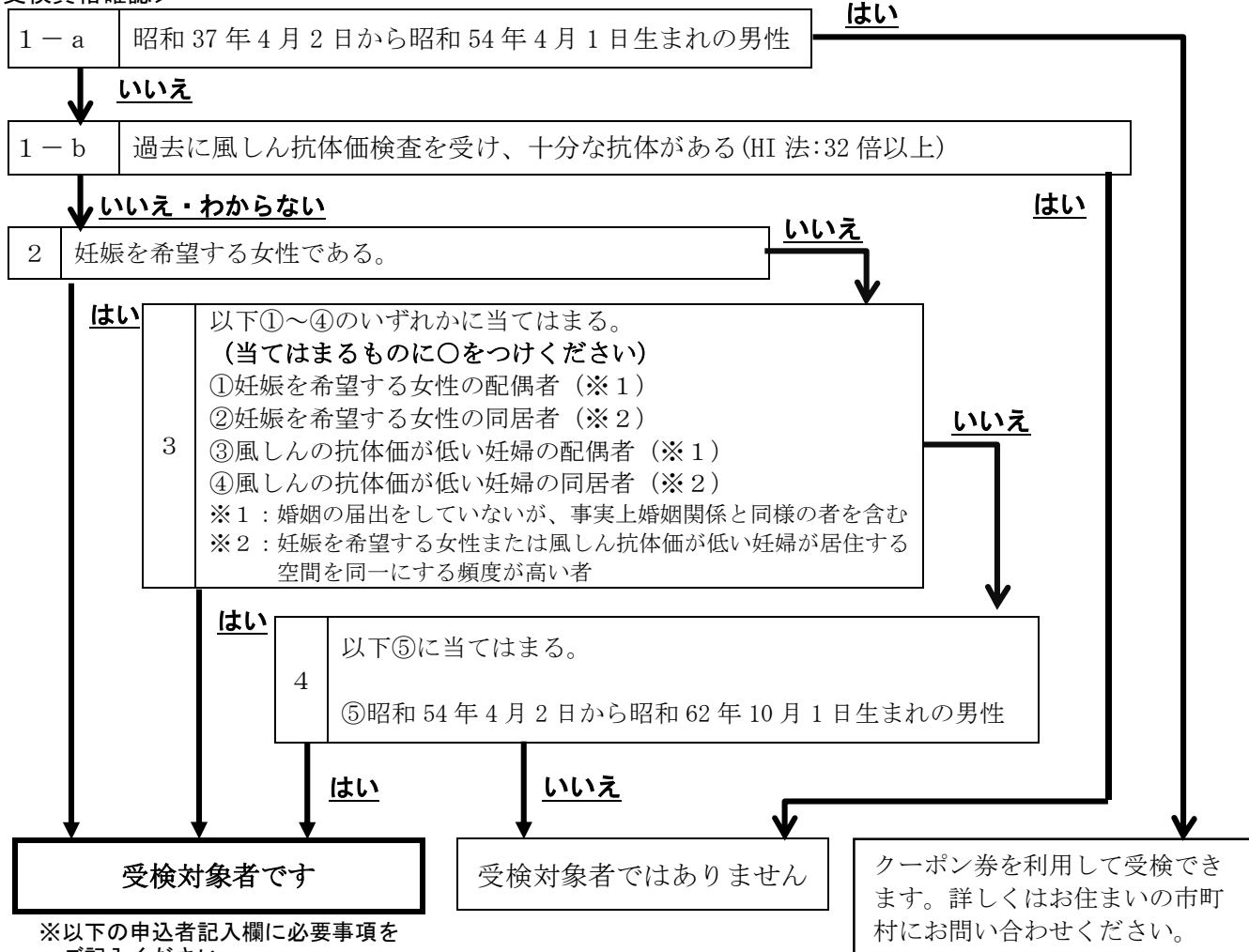
附 則

この要領は、令和3年2月24日から施行し、令和3年度事業から適用する。

鳥取県風しん抗体価検査受検申込（問診）書

検査を希望される方は、以下の質問について、該当するものを○でお困みください。
 ※「受検対象者」に該当された方のみ受診申込みを行うことができます。

<受検資格確認>



※以下の申込者記入欄に必要事項をご記入ください

年 月 日

〇〇保健所長 様

以下に掲げる承認事項について承諾の上、鳥取県風しん抗体価検査の受検を申し込みます。

○受検申込者記入欄

※自署で記入願います。

フリガナ		住 所	電話番号 () -
氏 名	(男・女)		
生年月日	年 月 日 (満 歳)		

□郵送による検査結果の送付を希望します。

(承認事項)

県が検査結果を個人が特定されない形で各種統計情報としてとりまとめ、傾向分析及び国への報告等に活用すること。(個人を特定できる形で検査結果を公表することはありません。)

血液曝露事故に関わる検査協力	(□にレ印を入れること)		
	○検査の必要性につき説明を受け、内容を理解した上で下記の項目の検査に協力することを同意します。		
	<input type="checkbox"/> B型肝炎ウイルス(HBV)	<input type="checkbox"/> C型肝炎ウイルス(HCV)	<input type="checkbox"/> エイズウイルス(HIV)
	○血液検査結果報告の希望の有無		
	<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない	

鳥取県風しん抗体価検査結果のお知らせについて

年 月 日

(検査受検者) 様

〇〇保健所長

年 月 日の検査結果について、次のようにお知らせします。

1. 面接による結果の通知

日 時	年 月 日 () 時 分
場 所	
方 法	この通知をお持ちいただいたご本人に、医師が面談のうえで、お知らせします。

2. 郵送による結果の通知

後日、受診申込書へ記載の住所へ検査結果を送付します。

<注意事項>

- 1 この通知を紛失されますと、検査結果がお知らせできなくなりますので、大切に保管していただき、結果を聞きにお越しになるときは、必ずお持ちください。
- 2 上記の日時にお知らせ場所にお越しになれないときは、下記の担当にご連絡いただき、改めて日時などについてご相談ください。
- 3 電話による検査結果についてのお問い合わせには一切お答えできませんので、ご理解ください。
- 4 検査結果について、当所から電話等で連絡することはありませんので、予め、御承知おきください。

<連絡先>

保健所名	
電話番号	
担 当	

鳥取県風しん抗体価検査結果通知書

年 月 日

(検査受検者) 様

○保健所長 ○○○○

先日実施した風しん抗体価検査の結果について、下記のとおりお知らせします。

記

1 検査成績 (検査方法 HI法)

採血日	抗体価
年 月 日	

2 判定 ※「予防接種が推奨される風しん抗体価について」(平成26年2月 厚生労働省作成) 参考

1. HI法 8倍未満
免疫を保有していないため、風しん含有ワクチンの接種を推奨します。
2. HI法 8倍または16倍
過去の感染や予防接種により風しんの免疫はありますが、風しんの感染予防には不十分です。そのため、感染によりお腹の赤ちゃんなどへ影響が生じる可能性があります。
確実な予防のため、風しん含有ワクチンの接種を推奨します。
3. HI法 32倍以上
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。

* HI法: Hemagglutination Inhibition test (赤血球凝集抑制法)

担当医師名

