

令和7年度 明石市風しん抗体検査事業実施要領

1 目的

妊娠を希望する女性等に対して風しんの抗体検査を行い、自身の抗体の有無を確認し感染予防をしてもらうことにより、風しんの発症及びまん延の防止並びに胎児への感染を防ぎ先天性風しん症候群の発生予防につなげる。

2 実施内容

・対象者に風しんの抗体検査を無料で受けられるクーポン券を交付します。

(1) 助成回数 : 1人につき生涯1回

(2) 実施期間 : 令和7年4月1日～令和8年3月31日

3 対象者

・下記①～③のいずれかに該当する明石市民。

過去に本制度を利用したことがない、下記のいずれかに該当する明石市民

①妊娠を希望する女性

②妊娠を希望する女性の同居家族

③妊婦の同居家族

ただし、未就学児、国の風しん追加的対策の対象の方（昭和37年4月2日から昭和54年4月1日生まれの男性）は、対象外です。

4 クーポン券

(1) 正式名称 : 明石市風しん抗体検査費用助成クーポン券

※クーポン券下部に検査結果表（本人控え）が付いています。

(2) 交付方法 : 保健予防課への申し込みにより交付

(3) 申込方法 : 市ホームページ、電話、窓口（要本人確認書類）、郵送等で受付。

(4) 有効期間 : 事業の実施期間に準ずる

5 受付のながれ

(1) 受診の予約について

・予約受付時にクーポン券を持っているかを確認してください。

※持っていない場合は、保健予防課へお申し込みいただくようお願いください。

・当日は、クーポン券兼検査結果表、本人確認書類（免許証、健康保険証等）、受診票（クーポン券に同封）を持参するようお願いください。

(2) 受診当日の受付について

- ・窓口に来た対象者のクーポン券を検査結果表と併せて預かってください。その際、本人確認書類を提示してもらい、本人確認を行ってください。

※クーポン券発行時に明石市民であることや対象要件に該当することを確認しています。受診前に必ずクーポン券の現物確認をしてください。また、クーポン券は、市外へ転出したり有効期限を過ぎると使用できません。

- ・対象者に受診票の太線枠内の事項とクーポン券の電話番号欄を記入してもらい、記入漏れがないか確認してください。

- ・クーポン券の「整理番号」を、受診票の「受診者番号」欄へ転記してください。

6 抗体検査の実施のながれ

(1) 問診

- ・対象者が記入した受診票を確認後、風しん抗体検査の受診歴等を聞き取りし、問診の結果を受診票の「医師記入欄」に記入してください。
- ・抗体検査が必要と判断された場合は「医師記入欄」の「必要」に○を、不要と判断された場合は、「不要」に○をし、医師の署名または記名押印をしてください。

(2) 検査

- ・別添1「明石市風しん抗体検査事業における市指定の検査方法」に記載の方法により、抗体検査を実施してください。

※やむを得ず年度途中で市指定の検査方法が変更になる場合があります。

(3) 結果の確認

- ・検体を検査会社へ提出（又は自院で検査）し、結果がわかり次第、下表のとおり必要事項を記入してください。

記入する帳票（用途）	記入する内容
①クーポン券（市提出用）	受診日、医コード（6桁）、風しんの抗体検査結果、実施医療機関名 ※種類・修C・回数の欄は記入不要です。
②検査結果表（本人控え）	受診日、風しんの抗体検査結果、実施医療機関名
③受診票（医療機関保管）	実施医療機関・医師名、受診日、検査方法、結果判明日、検査結果（抗体価）

- ・検査結果の記載方法については以下のとおりです。

測定キット名 (製造販売元)	検査方法	予防接種推奨 の抗体価 (単位等)
風疹ウイルスHI試薬 「生研」 (デンカ生研㈱)	赤血球凝集抑制法 (HI法)	16倍以下 (希釈倍率)
R-HI「生研」 (デンカ生研㈱)	赤血球凝集抑制法 (HI法)	16倍以下 (希釈倍率)
ランピア ラテックス RUBELLA (極東製薬工業㈱)	ラテックス 免疫比濁法 (LTI法)	30未満 (国際単位 (IU)/ml)

結果の記載方法(例)			
検査方法	抗体価	単位	判定結果
HI法	32	倍	予防接種の 必要はないに○
HI法	8未満	倍	予防接種を 推奨するに○
LTI法	16	IU/mL	予防接種を 推奨するに○

※予防接種推奨の抗体価基準については、検査会社の基準と異なる場合がありますが、別添
1「明石市風しん抗体検査事業における市指定の検査方法」に記載の基準により、判定結
果を記載してください。

(4) 結果通知

- ・対象者へ対面又は送付により結果を通知（検査結果表を渡す）してください。
- ・明石市では風しん予防接種費用の一部助成を行っています。風しん抗体検査の結果、予
防接種を推奨すると判定された方にはリーフレット等を用い、助成制度をご案内くだ
さい。

7 医師会への報告

- ・以下の書類を翌月5日までに明石市医師会へ提出してください。

①クーポン券（市提出用）

②明石市風しん抗体検査実施報告書

※複写式ではありませんので、必要な場合はコピーを取り、原本を提出してください。

【お問い合わせ】事業内容、クーポン券の発行等

明石市 保健予防課	
〒674-0068 明石市大久保町ゆりのき通1丁目4-7 あかし保健所内	
電話 078-918-5668	FAX 078-918-5584

明石市風しん抗体検査事業における市指定の検査方法（令和7年度）
（国立感染症研究所資料より抜粋）

検査方法	測定キット名 (製造販売元)	予防接種を 推奨する抗体価 (単位等)
H I 法	風疹ウイルスH I 試薬「生研」 (デンカ生研㈱)	16 倍以下 (希釈倍率)
	R－H I 「生研」 (デンカ生研㈱)	
L T I 法	ランピア ラテックス RUBELLA (極東製薬工業㈱)	30 未満 (国際単位 IU/mL)
	ランピア ラテックス RUBELLA II (極東製薬工業㈱)	35 未満 (国際単位 IU/mL)

※LTI法は測定キットをよく確認し予防接種の推奨要否を判断、結果表へ記入して下さい。

その他の検査方法

E I A 法	ウイルス抗体E I A 「生研」 ルベラ 1 g G (デンカ生研㈱)	8.0 未満 (EIA 価)
	エンザイグノストB風疹／ 1 g G (シーメンスヘルスケア・ダイアグノスティクス㈱)	30 未満 (国際単位 IU/mL)
E L F A 法	バイダス アッセイキット RUB 1 g G (シスメックス・バイオメリュー㈱)	45 未満 (国際単位 IU/mL)
C L E I A 法	アクセス ルベラ 1 g G (ベックマン・コールター㈱)	45 未満 (国際単位 IU/mL)
	i－アッセイCL風疹 1 g G (㈱保健科学西日本)	14 未満 (抗体価)
F I A 法	B i o P l e x M M R V 1 g G (バイオ・ラッド ラボラトリーズ㈱)	3.0 未満 (抗体価A I ※)
	B i o P l e x T o R C 1 g G (バイオ・ラッド ラボラトリーズ㈱)	30 未満 (国際単位 IU/mL)
C L I A 法	R u b e l l a－Gアボット (アボットジャパン(株))	25 未満 (国際単位 IU/mL)

※製造企業が独自に調整した抗体価単位

※原則、H I 法またはL T I 法の検査試薬による実施をお願いします。

ただし、当該検査試薬の不足が発生する等の場合には、医療機関でご判断のうえ、その他の検査方法を使用することも差し支えありません。

明石市風しん抗体検査費用助成クーポン券(見本)

※有効期限内のクーポン券のみ有効

○ 年度 明石市 風しん抗体検査費用助成クーポン券

〒 000-0000

住所

氏名

様

sample

年 月 日

明石市

検査の前に下記の説明をよくお読みのうえ、ご使用ください。

◎風しん抗体検査を受けられる方へ

・検査前に必ず指定実施医療機関へ予約してください。

・このクーポン券を、検査当日、指定医療機関へ提出することで無料で検査が受けられます。

・このクーポン券は、市外へ転出したり、有効期限を過ぎると使用できません。

・当日持っていくもの

①このクーポン券兼検査結果表

②同封の受診票

③健康保険証や運転免許証などの本人確認書類

●明石市指定実施医療機関以外で検査を希望する場合

このクーポン券は使用できません。

指定外の医療機関で受診をご希望の場合は、保健予防課へお問い合わせください。

◎医療機関へお願い

右の明石市風しん抗体検査結果表に必要事項をご記入のうえ、本人にお渡しください。

★★★お問い合わせ 明石市保健予防課 TEL. 918-5668★★★

○ 年度 明石市 風しん抗体検査費用助成クーポン券

有効期限		有効期限を過ぎると使用できません。	
○ 年4月1日～		○ 年3月31日	
助成対象者			
氏名			
生年月日		自宅の電話番号	
昭和○年○月○日			
整理番号	99999999	種類	記入不要
		券の	記入不要
		回数	記入不要
受診日(和暦)	5	照コード	

風しんの抗体検査結果		判定結果	予防接種を推奨する	予防接種の必要はない
検査方法	HI・LTI その他()			
抗体価		実施医療機関名		
単位				
倍・IU/mL その他()				

(市提出用)

明石市 風しん抗体検査結果表

住所 住所

氏名 氏名

生年月日 昭和○年○月○日

【医療機関記入欄】

受診日	年 月 日			
風しんの抗体検査結果				
検査方法	HI・LTI その他()	結果	予防接種を推奨する	予防接種の必要はない
抗体価	単位	実施医療機関名		
倍・IU/mL その他()				

(本人控え)

別添3

(医療機関保管)

明 石 市 風 し ん 抗 体 検 査 受 診 票

※太線枠の中をご記入ください

受診者番号				検査受診日	年 月 日		
ふりがな				連絡先	()		
氏 名					—		
住 所	〒						
生年月日	年 月 日			年齢	満 歳		
受診区分 ※いずれかに✓	☐ 妊娠を希望する 女性（本人）		☐ 妊娠を希望する 女性の同居家族		☐ 妊婦の同居家族		

質 問 事 項	回 答 欄			医師記入欄
これまでに風しん抗体検査を受けた記録がありますか。	はい	いいえ	不明	
これまでに風しんに感染した記録がありますか。	はい	いいえ	不明	
これまでに風しんの予防接種を受けた記録がありますか。	はい	いいえ	不明	
【受診者署名欄】 抗体検査結果等の受診情報は、明石市に報告されますが、検査結果を含む個人情報 は 厳重に管理され、個人のデータが外部に公開されることはありません。 以上のことを理解したうえで、風しん抗体検査を希望します。 ※署名のない場合は検査を無料で受けることはできません。 年 月 日 自署				

【医療機関記入欄】 以上の問診の結果、今回の抗体検査は（ 必要 ・ 不要 ）と判断した。 医師署名または記名押印				
医療機関 ・ 医師名	受診日	年 月 日		
	検査方法	HI法 ・ LTI法 ・ ()		
	結果判明日	年 月 日		
	検査結果 (抗体価)	倍 ・ IU/mL その他 ()		

令和7年度明石市風しん予防接種費用助成制度について

明石市では下記のとおり風しん予防接種（任意接種）にかかる接種費用の一部助成を行っています。

市事業の風しん抗体検査実施医療機関におかれましては、対象者へ検査結果返却時に案内文「風しん予防接種費用の一部を助成します！」（裏面：明石市風しん予防接種費用助成金申請書兼請求書）をお渡しいただきますよう、ご協力をお願いいたします。

◆対象者

過去に本制度を利用したことがない、下記のいずれかに該当する明石市民のうち、風しん抗体検査の結果、予防接種を推奨する（H I 法16倍以下相当※）と判定された方

- ①妊娠を希望する女性
- ②妊娠を希望する女性の同居家族
- ③妊婦の同居家族

ただし、定期接種の対象である未就学児や風しん第5期定期接種（昭和37年4月2日から昭和54年4月1日生まれの男性）の抗体検査を受診済の方は、対象外。

※他の検査方法を使用した場合の基準となる抗体価については、「令和7年度 明石市風しん抗体検査事業実施要領」の別添1「明石市風しん抗体検査事業における市指定の検査方法」を参照してください。

◆対象となる予防接種

令和7年4月1日～令和8年3月31日に受けた風しん予防接種

※MR（麻しん風しん混合）ワクチン、風しん単独ワクチンどちらでも可。

※請求期限は接種日の属する年度の末日から起算して6週間以内です。

◆助成方法

- (1) 対象者は、風しん予防接種（MRワクチンまたは単独ワクチン）を受けた後、医療機関が請求する金額をいったん全額支払う。
- (2) 後日、対象者が市へ還付請求を行うことで、市から対象者の指定口座へ助成金（接種料金または市が定める上限額5,000円の低い方の金額）を振込します。
※市から予防接種券の発行は行いません。
※医療機関から市へ予防接種委託料を請求いただく必要はありません。

◆助成回数

生涯1回

Q. 予防接種を受ける医療機関に指定はあるのか？（どこで受けられるのか？）

- A. ワクチン取扱い医療機関であれば市内・市外を問わずどこで受けても問題ありません。
※自院で予防接種を実施されていない抗体検査実施医療機関におかれましては、予防接種を推奨する受診者がいた場合、市民向け案内文「明石市風しん抗体検査・予防接種のご案内」裏面を参考に予防接種を実施している医療機関をご案内ください。

Q. 予診票の市指定様式はあるのか？

- A. 市指定様式はありません。一般的な任意接種用の予診票を、ワクチンディーラー等から取り寄せてご使用ください。

Q. 市事業の抗体検査を受け、予防接種推奨と判定された場合のみ対象となるのか？

- A. 市事業の抗体検査受診は問わず、過去の妊婦健診等で受けた抗体検査結果も有効です。

Q. 予防接種費用の助成申請方法は？

- A. 案内文「風しん予防接種費用の一部を助成します！」に掲載している二次元コードより電子申請または同案内文裏面「明石市風しん予防接種費用助成金申請書兼請求書」により申請が可能です。必要書類は下記①～③のとおり。

①予防接種の領収書原本

②予診票等接種したことが分かる書類

※予防接種を実施する医療機関におかれましては、接種後、予診票のコピーや予防接種済証を対象者へ必ずお渡しいただきますようお願いいたします。

③抗体価が低いと判定された抗体検査の結果

Q. 接種時の注意事項は？

- A. 各ワクチンの製造販売元が提示している添付文書に従い、接種を行ってください。

Q. 健康被害が起こった場合の取り扱いは？

- A. 本制度は市独自事業で任意接種となるため、対象となる健康被害が生じた場合は、独立行政法人医薬品医療機器総合機構法に基づく救済（医薬品副作用被害救済制度）が適用されます。詳しくは、独立行政法人医薬品医療機器総合機構にお問い合わせください。

明石市風しん予防接種費用助成制度についてのお問い合わせ

明石市 保健予防課

〒674-0068 明石市大久保町ゆりのき通1丁目4-7 あかし保健所内

電話 078-918-5668 FAX 078-918-5584