

ワクチン接種歴・抗体価検査等の結果報告書作成にあたっての注意事項

医療機関において、医療関係者（実習生・研修生を含む。）が感染症に罹患しないように、また、受診者や入院患者への感染源とならないように、感染症の罹患状況の把握やワクチン接種が求められています。当院で実習や研修を行うにあたり、所定のワクチン接種・検査の実施をお願いします。

- ※ ワクチンの接種歴は、1歳以降の接種歴を母子手帳や学校の各種証明書等を確認して記載してください。
- ※ 以前に当院での研修・実習時等に提出したことのある場合においても再度提出願います。
- ※ アレルギー等のためワクチン接種が受けられない場合は、別紙「ワクチン接種免除申告書」を提出願います。

○ 結核対策について

- ・実習開始前1年以内の胸部レントゲンで結核を疑う所見がないことを確認してください（必須）。
- ・また、実習開始前1ヶ月以内に2週間以上続く咳、微熱がみられた場合は、医療機関を受診し胸部レントゲンに異常がないことの証明を受け実習開始までに当院総務課総務係へご連絡ください。
- ・実習期間が検査後1年以降に渡る場合は、再度検査を受け結果の提出をお願いします。
- ・上記に加え、インターフェロンγ遊離試験（クオンティフェロン(QFT)または T-SPOT.TB)による結核感染の評価がされていることが望ましいです。
- ・胸部レントゲン検査の結果、結核を疑う所見があった場合は、活動性結核が否定されるまで本院で実習・研修を行うことはできません。

○ B型肝炎、麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎について

日本環境感染学会「医療関係者のためのワクチンガイドライン第4版」に基づく対応をお願いします。

(http://www.kankyokansen.org/uploads/uploads/files/jsipc/vaccine-guideline_04.pdf)

- ・B型肝炎について（患者との直接接触や血液・体液曝露の可能性がない場合は必須ではありません）

1) 3回目の接種終了後から1~2ヵ月後に HBs 抗体検査を行い、すでに抗体値が10mIU/ml 以上であることが確認されている方

B型肝炎ワクチンの接種は不要です。

2) それ以外の方

ワクチンは3回接種し、3回目の接種終了の1ヵ月後に抗体価測定を行ってください。

※1回のシリーズで免疫獲得とならなかった医療関係者に対してはもう1シリーズのワクチン接種を考慮してください。

- ・麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎について

以下のフローチャートに沿って判定してください。各疾患について1歳以降で2回のワクチン接種をしたことが記録で確認ができる方は、抗体価検査は不要です。ワクチン接種歴が2回ない場合又は不明な場合、抗体価の測定を行ってください

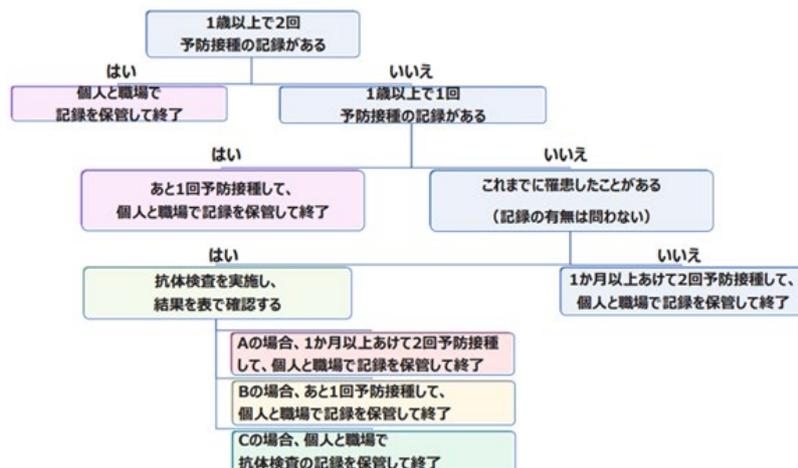


図1 医療関係者のワクチンガイドライン MMRV 対応フローチャート

抗体価を測定した場合、以下の基準に基づき判定してください。抗体価陽性（基準を満たす）に該当しない場合は、上記フローチャートに沿って予防接種を検討してください。なお、これら4疾患のワクチンはいずれも生ワクチンであるため、妊娠中や免疫機能に異常のある場合など、ワクチン接種不適合者は接種できませんので、ご注意ください。

疾患名	検査方法	A：陰性 (-)	B：判定保留 (±)	C：陽性 (+)
		あと2回の予防接種が必要	あと1回の予防接種が必要	今すぐの予防接種は不要
麻疹	EIA法(IgG)	2.0未満	2.0～15.9	16.0以上
風疹	HI法	1：8未満	1：8、1：16	1：32以上
	EIA法(IgG)	2.0未満	2.0～7.9	8.0以上
水痘	EIA法(IgG)	2.0未満	2.0～3.9	4.0以上
	IAHA法	1：2未満	1：2	1：4以上
流行性 耳下腺炎	EIA法(IgG)	2.0未満	2.0～3.9	4.0以上

- 抗体検査を実施する場合、指定された検査方法以外では判定できませんので、必ず指定した方法で検査を受けるようお願いします。
- 実習開始までにすべての項目で検査結果が基準を満たすか、ワクチン接種が終了しない場合、実習内容の一部、または全部が制限される事があります。
- ワクチン接種を完了するには、一定の期間を要する場合がありますので、十分な時間的余裕を持って受けるようお願いします。
- ワクチン接種を受ける事が出来ない場合など、ご不明な場合はその旨を総務課総務係へご相談ください。

【各問い合わせ先】

(提出書類・期間等、実習に係ることについて)

医学・病院管理部総務課総務係

TEL: 059-231-5428

(感染対策に係るご相談)

三重大学医学部附属病院感染制御部

TEL: 059-232-1111 (内線 5658)

ワクチン接種免除申告書

三重大学医学部附属病院長 殿

記載日 年 月 日

養成機関名／医療機関名： _____ 申請者氏名： _____

下記のとおりワクチン接種の免除を申告します。

尚、免除申告により伴う感染リスクについて、承知した上で実習の申込みをいたします。

記

1. 接種できないワクチン（ワクチン名に○を付してください）

B型肝炎 ・ 麻疹 ・ 風疹 ・ 水痘 ・ 流行性耳下腺炎

2. 接種できない理由（該当する番号に○を付してください）

(1) 妊娠

(2) ワクチンアレルギー、持病等

(3) その他

理由をお書きください

※ (1)の場合は母子手帳のコピー又は医師の診断書を添付してください

※ (2)の場合は医師の診断書を添付してください

接種できない理由が解消された場合は、速やかに接種のうえ結果報告書を提出してください