

## 5 受託実習生・研修生・見学者受け入れ時の職業感染予防のための指針 (院内感染防止に係る抗体検査およびワクチン接種について)

### 1 はじめに

当院では職員全員の感染予防(うつさない)と健康の確保(もらわない)の一環として、患者と接触する可能性のある職員全員を対象に ワクチン接種及び抗体検査の徹底を行っている。これらの職業感染予防は当院職員のみでは予防は困難であり、年間を通じて受け入れている実習生についても同様の対策が求められる。

当院でのこれらの対策は一般財団法人日本環境感染学会医療従事者のためのワクチンガイドライン第 2 版に準じて作成した。

### 2 要綱

(1) 職業感染予防のために、実習生等は、「3 抗体検査とワクチン接種の種類」を全て満たすことが望ましい。

#### (2) 対象者

患者に接触の有無に関わらず、1週間以上、当院で実習、研修、見学を行う場合は抗体・ワクチン調査票と必要書類の提出を必須とする。

※5日以内の短期間の実習、研修、見学を行う場合には任意提出とするが、抗体調査票については、できるだけ記入をお願いする。

(3) ワクチン接種禁忌者の情報があれば、庶務課は実習・研修等を受け入れる所属長に連絡する。所属長は感染管理室と対応を協議する。ワクチン接種禁忌者であっても抗体検査は行う。

(4) 実習・研修等の承諾が得られた際に、庶務課から研修申請様式と抗体調査票を対象機関または本人に送付する。

(5) 実習生等は、研修申請様式と抗体調査票を庶務課へ提出する。

※5日間以内の短期間の実習、研修、見学者は、ワクチン接種を義務付けないが、抗体調査表の提出を任意で求める。

(6) 庶務課は抗体調査票の基準を満たしているか確認する。

(7) 抗体価の考え方は、一般財団法人日本環境感染学会医療従事者のためのワクチンガイドライン第 2 版に準拠する。

### 3 抗体検査とワクチン接種の種類

#### (1) 4 種のウイルス抗体検査・ワクチン接種

① 当院で実習等を行う者は、麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎について EIA 法による抗体検査の結果、各基準値を満たすことを確認する。ワクチン接種が必要なものはワクチン接種を済ませて実習等に参加する。

② 「抗体・ワクチン接種調査票」を記入の上、提出する。

## (2) B 型肝炎ウイルス

- ①当院で実習等を行う者は、B 型肝炎について 1 シリーズ接種終了後の EIA 法による抗体検査の結果、基準値を満たすことが望ましいが、本抗体検査は任意とする。
- ②「抗体・ワクチン接種調査票」を記入の上、提出する。
- ③ワクチンは原則 3 回接種する。ただし、平成 30 年 6 月までの実習・研修対象者は、ワクチン接種 2 回でも可とする。

## (3) インフルエンザワクチン

12 月～3 月までの時期に実習を行う場合は、事前にワクチン接種を受ける。結果を抗体調査表に記入する。結果を抗体調査票に記入する。

## 4 提出書類

### (1) 抗体・ワクチン接種調査票

検査結果の証明書は、①医療機関の証明書(検査結果、ワクチン接種証明)、②母子手帳 の写し、③本人と分かる検査結果(所属施設の検査結果のコピー)、④本人の検査結果を 施設長(または感染管理室長)が押印した記録物、のいずれかを提出する。

(2) 抗体検査およびワクチン接種の証明書類は、所属機関が名簿など一覧を作成して提出してもよい。

## 附則

本指針は、平成 30 年 4 月 1 日より施行する。

東京都立墨東病院 実習・研修・見学者用抗体・ワクチン接種 調査票

所属 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_

記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

実習・見学部署 \_\_\_\_\_ (実習開始日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日)

1.麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎(必須)

当院では感染対策のため、4種のウイルス(麻疹、風疹、水痘、ムンプス)について、実習生・研修・見学者にワクチン接種歴の証明あるいは基準値以上の抗体保有の証明を求めています。ワクチン接種歴を証明出来ない場合は抗体検査を受けて基準値以上の抗体価があることの証明を提出してください。抗体価が基準値に満たない場合は、ワクチンを最低1回は接種してください(抗体価が陰性の場合、2回接種が望ましい)。下表に結果を記入し、本用紙と証明書(検査結果、ワクチン接種証明)を併せて当院庶務課へ提出してください。

注意事項

- ・短期間(7日以内)の実習・研修・見学者はワクチン接種は必須ではありませんが、抗体価の測定、記入にご協力ください(任意)。
- ・指定した検査方法以外では感染予防可能か判定出来ませんので、指定の方法(EIA法)で検査をお願いします。
- ・開始までに全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場合があります。
- ・ワクチン接種は複数接種時に接種間隔を1ヶ月空けないといけないものもございます。検査、ワクチン接種は十分な時間的余裕を持って受けてください。
- ・アレルギーでワクチン接種を受けることが出来ない場合は、その旨を明記し、提出をしてください。

抗体検査とワクチン接種 下表を記入し、検査結果証明書類、接種を証明する書類を添付してください。

疾患ごとに記入してください						
項目	検査日	検査方法	測定値 (記入)	ワクチン接種基準(該当する測定値に○)		ワクチン接種日
				接種不要	最低1回接種 (陰性の場合2回推奨)	
麻疹	年 月 日	EIA(IgG)		16以上	15.9未満	年 月 日
風疹	年 月 日	EIA(IgG)		8.0以上	7.9未満	年 月 日
水痘	年 月 日	EIA(IgG)		4以上	3.9未満	年 月 日
ムンプス	年 月 日	EIA(IgG)		4以上	3.9未満	年 月 日
特記事項(アレルギーなど):						

2.結核(必須)

・実習開始前1年以内の胸部エックス線写真で異常が無いことを確認します。クオンティフェロン、結核菌特異的IFN-γ(T-spot)の検査値もあれば参考とします。測定していれば記入をお願いします。

胸部エックス線	撮影日	年	月	日	異常	有・無	(いずれかに○)
QFT/T-SPOT	測定日	年	月	日	結果	陰性・判定保留・陽性	

3.インフルエンザ予防接種(実習時期に応じて必須)

12月から3月の期間で実習を行う場合は季節性インフルエンザの予防接種を受けてください。アレルギー等で接種が出来ない場合はその旨を記入してください。

ワクチン接種日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

4.B型肝炎(任意だが抗体を獲得していることが望ましい)

B型肝炎抗体陽性は実習に必須ではありませんが、院内で血液・体液曝露を受ける可能性があり、できるだけ抗体陽性であることを推奨します。抗体検査、ワクチン接種済みの方は下記に結果を記入してください。

HBs抗体	測定日	年	月	日	検査方法	EIA・CLIA	測定値
ワクチン接種	1回接種済 2回接種済 3回接種済 (いずれかを囲む)						

問い合わせ先:墨東病院庶務課