

新採用者のウイルス抗体検査とワクチン接種の証明書提出について

感染制御部

本院では、病院で働く業務を行う全ての職員に対して小児ウイルス疾患等のワクチン接種を徹底することとしている。そのため、新規採用予定者に、麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎・B型肝炎に対する抗体価検査及び同検査結果に基づくワクチン接種の採用前実施について、協力をお願いしている。

平成29年度以降に採用予定の職員は、麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎・B型肝炎に関する免疫能があることを証明した別紙の「**小児ウイルス疾患、B型肝炎に対する感染対策証明書**」を作成し、勤務開始の1ヶ月前までには所属長の確認が必要である。なお、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**ワクチン免除申告書**を提出する。

所属長は、新規採用者（空白期間のある再採用者を含む^{※注}）がある毎に、本人に依頼文書を渡ししていただき、「小児ウイルス疾患、B型肝炎に対する感染対策証明書」を必ず作成・提出すること。

同証明書は、各診療科等長が接種状況等を確認し原本を保管の上、コピー1部を採用日1週間前までに、安全衛生部保健衛生課鹿田安全衛生グループへ提出すること（同一採用予定年月日の者については各科で取りまとめて提出）。

ワクチン接種が完遂していない場合は、終了するまで各診療科等長が継続して確認、指導すること。
(図2参照)

関係の問合せ先

院外から問い合わせする場合は、まず本院の代表番号（086-223-7151）に電話し、各担当の内線番号を伝えること

- (1) 感染に関する問い合わせ先：感染制御部（内線7906）
- (2) 再採用者で本院でのワクチン接種の経歴がある場合での過去のワクチン接種データに関する
問合せ先：安全衛生部保健衛生管理課鹿田地区担当（内線7204）
- (3) 岡山大学出身者の本学でのデータの確認先：保健管理センター鹿田室（内線7487）
- (4) 採用手続きに関すること：病院総務課人事担当（内線7517, 7518, 7009）

※ 再採用者のうち、安全衛生部保健衛生管理課鹿田安全衛生グループで基準に達していることが確認できた者は除く。

<提出するにあたっての注意事項>

- 証明書には、記載した医師の署名及び署名者の医療機関・施設名の記載が必須（本人による記入は不可）。日付は西暦で記入。
- “既往歴” についての記載は不要。
- ワクチン接種が必要でない「免疫能がある」場合とは、次の要件の一つを満たすことである。

◎麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎（図1、表1参照）

1. 今まで（1歳以降）に2回以上ワクチンを接種している。
2. 満18歳以降に抗体検査などを行っており、表1の基準を満たしている（赤枠で囲んだところ）。
3. 業務開始までに必要回数のワクチンを終了していれば良いので、証明書を出す時点で接種の終了が間に合わない場合は、ワクチン接種見込み予定日を記入する。

◎B型肝炎

1. 抗HBs抗体価が10mIU/ml以上である。
2. B型肝炎ワクチンを3回以上接種した終了月を証明する。

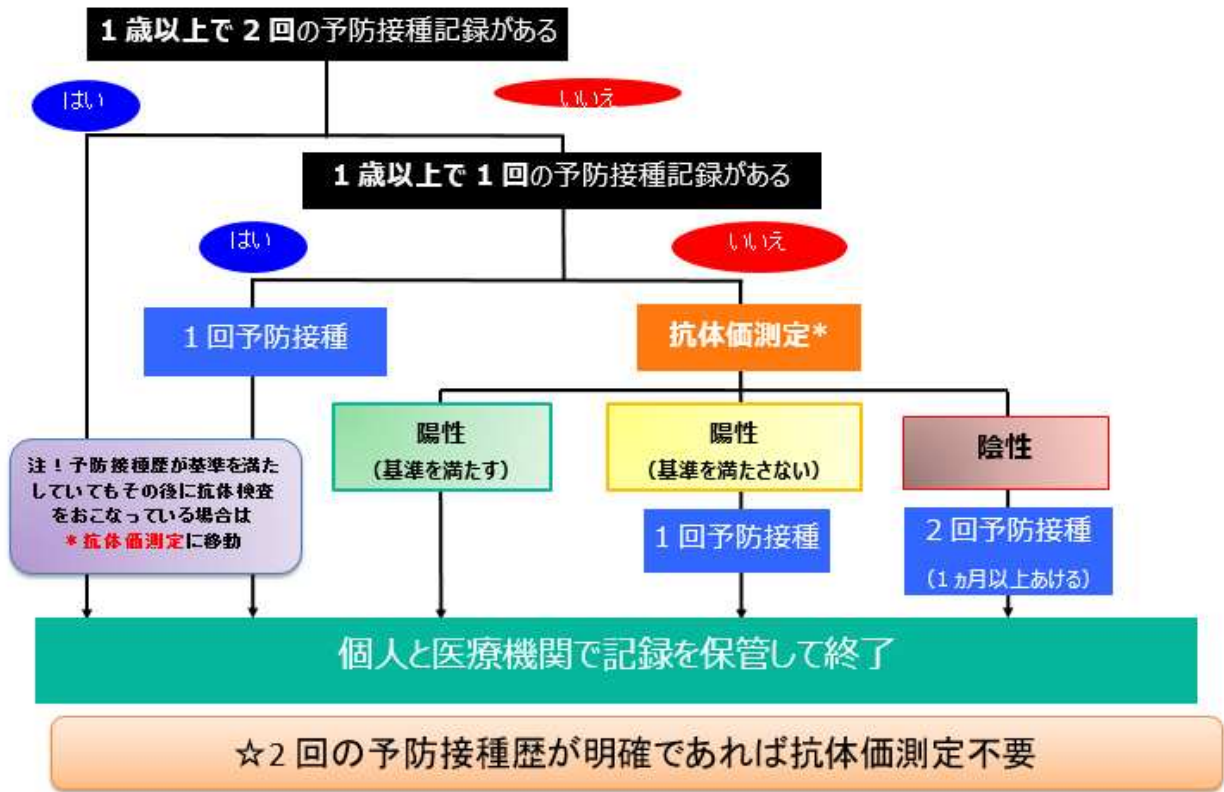
B型肝炎ワクチン接種が必要な場合で、その接種の終了がどうしても採用までに間に合わない場合は、自分を守るためのことなので、所属長とよく相談すること。また採用後、安全衛生部保健衛生管理課鹿田安全衛生グループに連絡し、不足分のワクチン接種について相談するよう指導すること。B型肝炎ワクチンは0，1，6ヶ月の3回接種で1シリーズである。2回でやめた場合は十分な効果の持続が望めない可能性が生じる。

○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「ワクチン免除の申告書」を提出。

○妊娠のためワクチン免除申告した場合は産後復帰時にワクチン接種可能な状況であれば必ずワクチン接種し、領収書などのコピーを上司と鹿田安全衛生グループに提出すること。

2018年9月作成	
2019年10月改訂	図1フローチャートを実習生に準じて予防接種歴が基準を満たしているも、その後に採血をしていたら*抗体価測定のところ飛ぶように、を追加した。また妊娠のためのワクチン免除の場合、復帰時にワクチンすることを追加。証明書にワクチン実施証明のコピー添付を追加
2020年9月改訂	抗HBs抗体の検査方法から EIA法を削除した。（検査方法がEIAだけではないため）。
2021年9月改訂	表1 麻疹・水痘・風疹・流行性耳下腺炎 抗体価の検査方法と判断基準の改訂（第3版より）

図1 麻疹・風疹・風疹・流行性耳下腺炎のフローチャート



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2版」より引用改変

表1 麻疹・水痘・風疹・流行性耳下腺炎 抗体価の検査方法と判断基準

	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 PA法 1:16未満 中和法 1:4未満	EIA法 (IgG) 2.0以上16.0未満 PA法 1:16、1:32、1:64、1:128 中和法 1:4	EIA法 (IgG) 16.0以上 PA法 1:256以上 中和法 1:8以上
風疹	HI法 1:8未満 EIA法 (IgG) (A) 2.0未満 EIA法 (IgG) (B) ΔA0.100未満 ※:陰性 ELFA法 (C) 10IU/mL未満 LTI法 (D) 6IU/mL未満 CLEIA法 (E) 10IU/mL未満 CLEIA法 (F) 抗体価4未満 FIA法 (G) 抗体価1.0AI未満 FIA法 (H) 10IU/mL未満 CLIA法 (I) 10IU/mL未満	HI法 1:8、1:16 EIA法 (IgG) (A) 2.0以上8.0未満 EIA法 (IgG) (B) 30IU/mL未満 ELFA法 (C) 10以上45IU/mL未満 LTI法 (D) 6以上30IU/mL未満 CLEIA法 (E) 10以上45IU/mL未満 CLEIA法 (F) 抗体価4以上14未満 FIA法 (G) 抗体価1.0以上3.0AI未満 FIA法 (H) 10以上30IU/mL未満 CLIA法 (I) 10以上25IU/mL未満	HI法 1:32以上 EIA法 (IgG) (A) 8.0以上 EIA法 (IgG) (B) 30IU/mL以上 ELFA法 (C) 45IU/mL以上 LTI法 (D) 30IU/mL以上 CLEIA法 (E) 45IU/mL以上 CLEIA法 (F) 抗体価14以上 FIA法 (G) 抗体価3.0AI以上 FIA法 (H) 30IU/mL以上 CLIA法 (I) 25IU/mL以上
水痘	EIA法 (IgG) 2.0未満 IAHA法 1:2未満 中和法 1:2未満	EIA法 (IgG) 2.0以上4.0未満 IAHA法 1:2 中和法 1:2	EIA法 (IgG) 4.0以上 IAHA法 1:4以上 中和法 1:4以上
おたふくかぜ	EIA法 (IgG) 2.0未満	EIA法 (IgG) 2.0以上4.0未満	EIA法 (IgG) 4.0以上

※ΔA は、ペア穴の吸光度の差（陰性の場合、国際単位への変換は未実施）

A：デンカ生研株式会社

B：シーメンスヘルスケアダイアグノスティックス

C：シスメックス・ビオメリュー株式会社

D：極東製薬工業株式会社

E：ベックマン・コールター株式会社

F：株式会社保健科学西日本

G：バイオ・ラッド ラボラトリーズ株式会社

H：バイオ・ラッド ラボラトリーズ株式会社

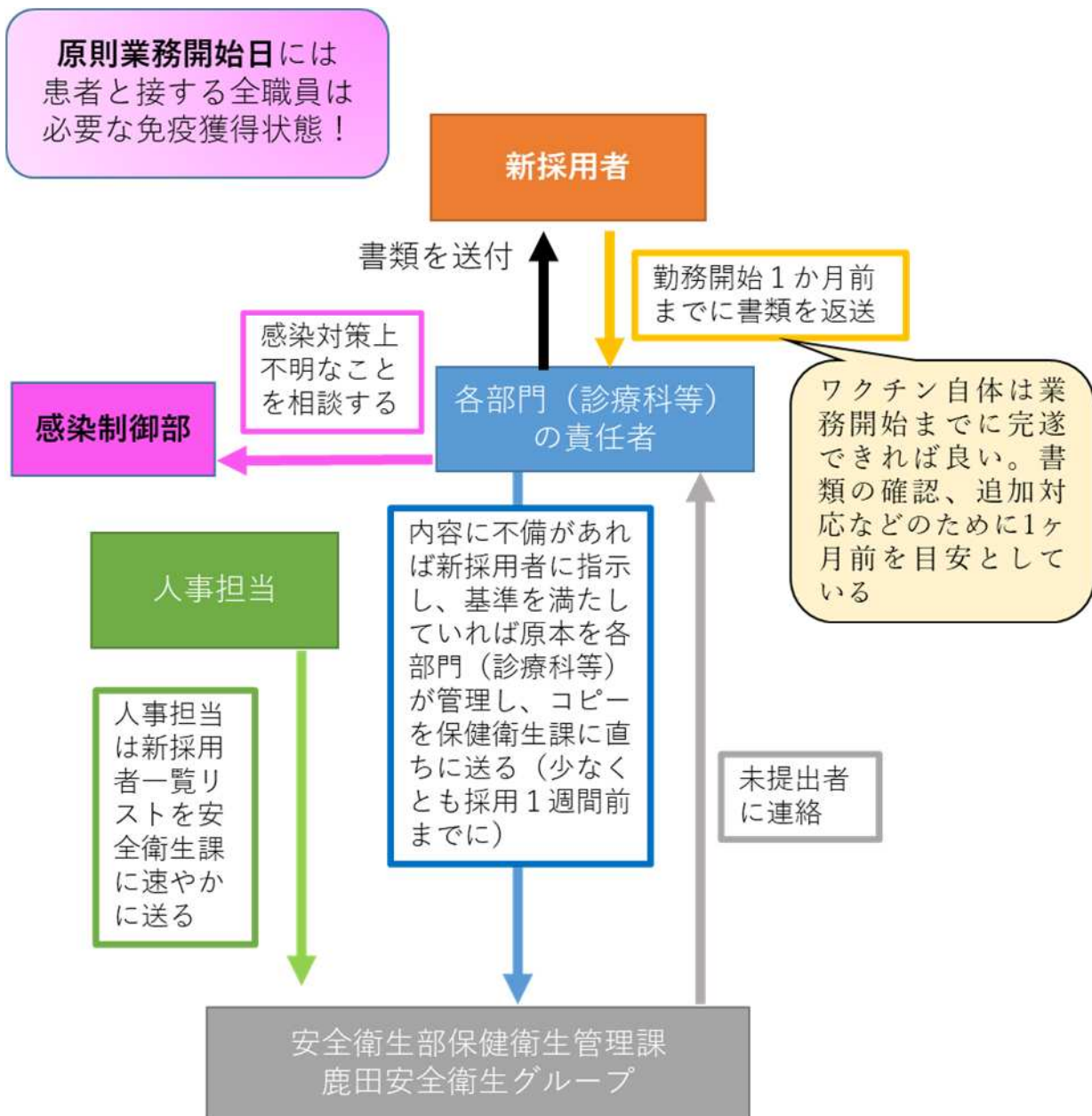
I：アボットジャパン株式会社

〔参考〕医療関係者のためのワクチンガイドライン第3版、日本環境感染学会 2020

注意 検査方法は、上記の検査方法に限るものとする。検査受診の場合はご注意ください。

岡山大学病院の推奨検査方法： EIA法 (IgG)

図2 患者と接するすべての業務の新採用者に対する感染対策フローチャート



- ・ 検査・ワクチン接種のデータ入力を行う。
- ・ 未提出者書類を提出するよう連絡を行う

(様式1)

関係医療機関 御中

岡山大学病院

採用時ウイルス抗体検査とワクチン接種の証明について(依頼)

以下の者に係る証明をお願いいたします。

機関名	岡山大学				
所属		氏名	生年月日	性別	男・女
職名			西暦 年 月 日生(昭和・平成 年)		

当院では感染対策のため4種のウイルス《麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎(ムンプス)》とB型肝炎に関する免疫能があることを証明した証明書の提出を求めています。
4種のウイルスに関しては、今までに1歳以降に2回以上ワクチンを接種しているか、抗体検査で基準を満たしていることが必要です。ワクチンを2回接種していたら、抗体検査は不要です。ただし、抗体検査をして、陰性なら2回のワクチン接種、陽性でも基準(別紙)を満たしていないなら1回のワクチン接種が必要になります。
B型肝炎に関しては、抗HBs抗体価が10mIU/ml以上であること、またはB型肝炎ワクチンを3回以上接種していることを確認して、証明してください。
※この証明書は、提出日から逆算して3ヶ月以内に作成してください。
※既往歴を記載する必要はありません。

小児ウイルス疾患、B型肝炎に対する感染対策証明書

(採用時提出用)

4種ウイルス

各疾患ごとに(1)または(2)のどちらかを選択してください。ワクチン接種の確認は親子手帳や接種した医療機関の証明書をご確認の上、記載をお願いします。該当する結果に○をしてください。

(1) ワクチン接種2回		(2) 抗体検査と結果に応じたワクチン接種				
項目	ワクチン接種日(西暦)	検査日(西暦)	検査方法	測定値	結果	ワクチン接種日(西暦)
麻疹	① 年 月 日	年 月 日			陽性(満たす)	① 年 月 日
	② 年 月 日				陽性(基準以下)・陰性	② 年 月 日
風疹	① 年 月 日	年 月 日			陽性(満たす)	① 年 月 日
	② 年 月 日				陽性(基準以下)・陰性	② 年 月 日
水痘	① 年 月 日	年 月 日			陽性(満たす)	① 年 月 日
	② 年 月 日				陽性(基準以下)・陰性	② 年 月 日
ムンプス	① 年 月 日	年 月 日			陽性(満たす)	① 年 月 日
	② 年 月 日				陽性(基準以下)・陰性	② 年 月 日

B型肝炎

HBs抗体 陽性基準 10mIU/ml以上。実際の値の記載と該当する結果に○をしてください。

B型肝炎ワクチンシリーズ(全3回接種)を完了した時期を以下に記載すること。

B型肝炎	HBs抗体 検査日 年 月 日 測定値 陽性・陰性
	3回目のワクチン接種時期: 年 月

*注意

・4種ウイルス抗体価、HBs抗体価の検査結果とワクチン接種したことがわかるもののコピーを添付すること

上記の結果のとおり相違ないことを証明する。 西暦 年 月 日 医療機関名 及び住所 医師氏名 (印)

(様式2)

ワクチン免除の申告書

岡山大学病院 病院長殿

申請日 西暦 年 月 日

採用予定所属名

職名

氏名

接種できないワクチン名に○をしてください

麻疹 風疹 水痘 流行性耳下腺炎 B型肝炎

理由に○をしてください

- 1) 妊娠
- 2) ワクチンアレルギー
- 3) その他

理由をお書きください

※「妊娠」の場合は、親子手帳のコピーを添付すること

※「ワクチンアレルギー」、「その他」の場合は、医師の診断書を添付すること。