

## 感染対策に係わる抗体価検査結果・ワクチン接種の証明について

当院は、小児の専門医療施設で、感染症に弱い患者を含むたくさんの患者が治療を受けています。これらの患者や院内の医療関係者への感染源とならないよう、研修・実習及び見学など院内の来院者を対象に、流行性ウイルス感染症（麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎）等、免疫獲得状況の確認を行っています。

### 1.当院における免疫獲得基準について

一般財団法人 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」に準じて、以下のいずれかに該当する場合に“感染症の免疫を獲得している”と定義する

- ・1歳以降に2回のワクチン接種を証明できる
- ・抗体価が医療関係者のためのガイドラインに示された基準を満たしている
- ・抗体価が基準を満たさない陽性と判断されたが、その後のワクチン接種記録がある

### 2.感染症免疫獲得状況・提出資料確認

- ・麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎ワクチン接種フローチャート（図1）に従い「感染症免疫獲得状況調査票」資料1を作成。
- ・抗体検査方法と基準値は、2）検査方法と検査基準値（表1）を参照
- ・抗体検査項目は、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3版に記載されている検査方法で必ず測定する。

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3版：

[http://www.kankyokansen.org/uploads/uploads/files/jsipc/vaccine-guideline\\_03-5.pdf](http://www.kankyokansen.org/uploads/uploads/files/jsipc/vaccine-guideline_03-5.pdf)

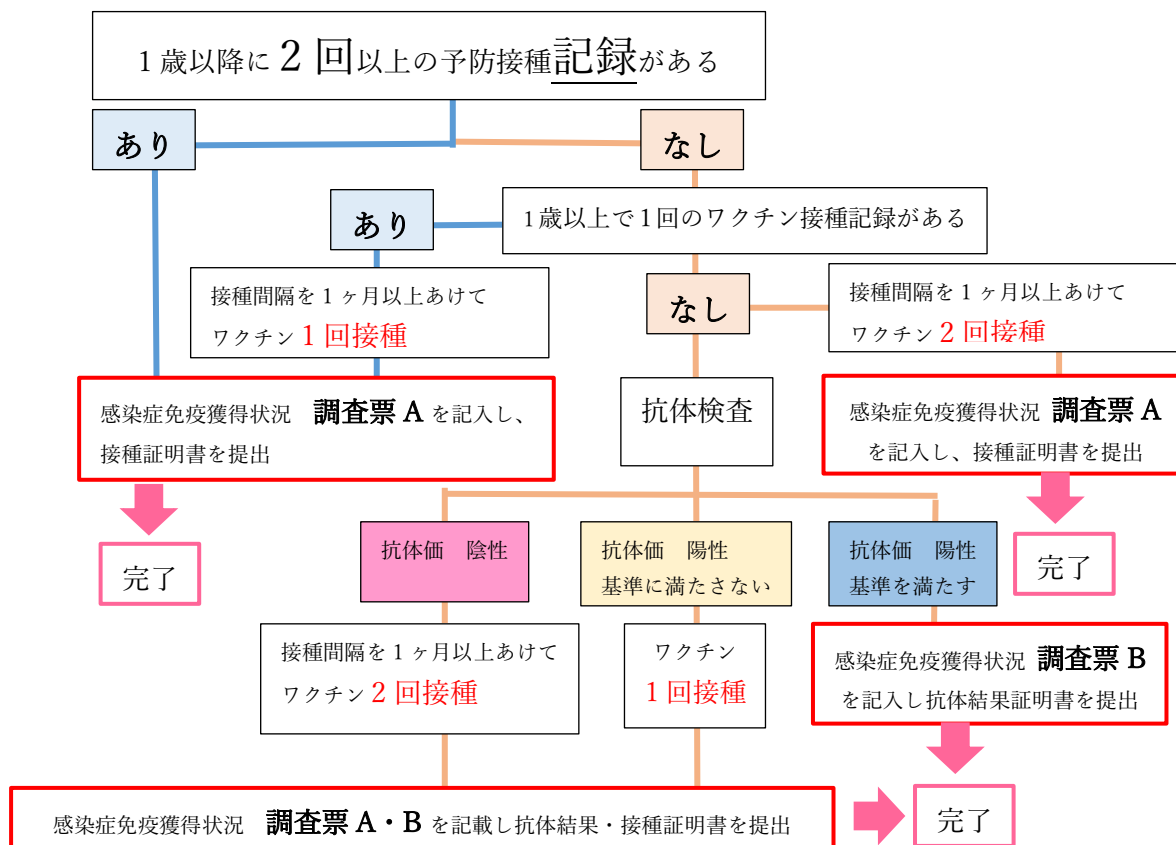
### 3.免疫獲得提出書類について

- ・麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎ワクチン接種歴が分かる書類  
（母子手帳、学校、医療機関が発行した証明書等のコピー可）
- ・抗体検査値を証明する医療機関の証明書（学校、医療機関が提示する検査結果のコピー可）

## 感染対策に係るワクチン接種・抗体価検査結果の証明について

### 1. 麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎

#### 1) 麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎ワクチン接種フローチャート (図 1)



#### 2) 検査方法と検査基準値 (表 1)

| 疾患名            | 検査方法        | 基準を満たさない<br>(陰性) | 抗体価陽性<br>(基準を満たさない) | 抗体価陽性<br>(基準を満たす) |
|----------------|-------------|------------------|---------------------|-------------------|
| 麻疹<br>(はしか)    | EIA 法 (IgG) | 2.0 未満           | 2.0 以上 16.0 未満      | 16.0 以上           |
|                | PA 法        | 16 倍未満           | 16・32・64・128 倍      | 256 倍以上           |
|                | NT 法        | 4 倍未満            | 4 倍                 | 8 倍以上             |
| 風しん<br>(三日はしか) | EIA 法 (IgG) | 2.0 未満           | 2.0~7.9             | 8 以上              |
|                | HI 法        | 8 倍未満            | 8 倍、16 倍            | 32 倍以上            |
| 水痘             | EIA 法 (IgG) | 2.0 未満           | 2.0~3.9             | 4.0 以上            |
|                | IAHA 法      | 2 倍未満            | 2 倍                 | 4 倍以上             |
|                | NT 法        | 2 倍未満            | 2 倍                 | 4 倍以上             |
| 流行性耳下腺炎        | EIA 法 (IgG) | 2.0 未満           | 2.0~3.9             | 4.0 以上            |

一般社団法人 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3版」改変

### 2. B型肝炎

患者や患者の血液・体液に接する可能性のある場合は、「感染症免疫獲得状況調査票」B型肝炎抗体値、ワクチン接種歴を記載

# 感染症免疫獲得状況調査票

資料 1

記入日 年 月 日

|      |  |      |       |
|------|--|------|-------|
| ふりがな |  | 生年月日 |       |
| 氏名   |  | (西暦) | 年 月 日 |

\* 麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎ワクチン接種フローチャート(図1)に従い「感染症に関する免疫獲得状況調査票」を記載してください。

\* ワクチン接種歴及び抗体検査結果を証明書類(提出書類)にチェックし提出してください。

**【必須】麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎**

| 調査票 A  | 麻疹               | 風疹   | 水痘   | 流行性耳下腺炎  |
|--------|------------------|--|--|--|
| ワクチン接種 | 接種回数             | 回  | 回  | 回  |
|        | 接種日<br>(西暦)      | 年 月 日<br>年 月 日   | 年 月 日<br>年 月 日   | 年 月 日<br>年 月 日   |
|        | 提出書類<br>(チェックする) | <input type="checkbox"/> 母子健康手帳<br><input type="checkbox"/> 医療機関証明書<br><input type="checkbox"/> 学校証明書<br><input type="checkbox"/> その他<br>( ) | <input type="checkbox"/> 母子健康手帳<br><input type="checkbox"/> 医療機関証明書<br><input type="checkbox"/> 学校証明書<br><input type="checkbox"/> その他<br>( ) | <input type="checkbox"/> 母子健康手帳<br><input type="checkbox"/> 医療機関証明書<br><input type="checkbox"/> 学校証明書<br><input type="checkbox"/> その他<br>( ) |

調査票 A にて 2 回以上のワクチン接種歴及び証明書提出ができる場合、調査票 B の記入は任意

| 調査票 B | 麻疹                            | 風疹   | 水痘   | 流行性耳下腺炎  |  |
|-------|-------------------------------|--|--|--|--|
| 抗体検査  | 検査日<br>(西暦)                   | 年 月 日  | 年 月 日  | 年 月 日  |  |
|       | 検査法<br>(チェックする)               | <input type="checkbox"/> EIA 法<br><input type="checkbox"/> PA 法<br><input type="checkbox"/> NT 法(中和法)  | <input type="checkbox"/> EIA 法<br><input type="checkbox"/> HI 法<br><input type="checkbox"/> その他  | <input type="checkbox"/> EIA 法<br><input type="checkbox"/> IAHA 法<br><input type="checkbox"/> その他  |  |
|       | 抗体値                           |  |  |  |  |
|       | 抗体価判定<br>表1) 検査方法と<br>検査基準値参照 | <input type="checkbox"/> 陰性<br><input type="checkbox"/> 基準を満たさない<br><input type="checkbox"/> 基準を満たす  | <input type="checkbox"/> 陰性<br><input type="checkbox"/> 基準を満たさない<br><input type="checkbox"/> 基準を満たす  | <input type="checkbox"/> 陰性<br><input type="checkbox"/> 基準を満たさない<br><input type="checkbox"/> 基準を満たす  | <input type="checkbox"/> 陰性<br><input type="checkbox"/> 基準を満たさない<br><input type="checkbox"/> 基準を満たす  |
|       | 提出書類<br>(チェックする)              | <input type="checkbox"/> 母子健康手帳<br><input type="checkbox"/> 医療機関証明書<br><input type="checkbox"/> 学校証明書<br><input type="checkbox"/> その他<br>( ) | <input type="checkbox"/> 母子健康手帳<br><input type="checkbox"/> 医療機関証明書<br><input type="checkbox"/> 学校証明書<br><input type="checkbox"/> その他<br>( ) | <input type="checkbox"/> 母子健康手帳<br><input type="checkbox"/> 医療機関証明書<br><input type="checkbox"/> 学校証明書<br><input type="checkbox"/> その他<br>( ) | <input type="checkbox"/> 母子健康手帳<br><input type="checkbox"/> 医療機関証明書<br><input type="checkbox"/> 学校証明書<br><input type="checkbox"/> その他<br>( ) |

**【任意】B型肝炎**

|        | ワクチン接種日 | ワクチン 1 シリーズ後の HBs 抗体価 |
|--------|---------|-----------------------|
| HBs 抗体 | 1 回目    | 年 月 日                 |
|        | 2 回目    | 年 月 日                 |
|        | 3 回目    | 年 月 日                 |
|        | 不明な場合   | 年頃                    |

HBs 抗体価が 10mIU/ml 以上が確認された: はい いいえ

検査日: 年 月 日

検査方法:  CLEIA 法 ・  CLA 法

測定値: mIU/ml

## ワクチン接種免除申告書

年 月 日

福岡市立こども病院 病院長殿

氏名

下記のとおりワクチン接種の免除を申告します。

## 記

1. 接種できないワクチン（ワクチン名に○をしてください。）

麻疹・風疹・水痘・ムンプス・B型肝炎

2. 接種できない理由（該当する番号に○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。

( )

※1) の場合は母子手帳のコピーを添付してください。

※2) 3) の場合は医師の診断書を添付してください