

感染症予防のための受講前ワクチン接種等について (インテンシブコース生)

受講者におかれては、以下のことを遵守いただくようお願いいたします。

神戸大学医学部附属病院では、医療職員だけでなく、全ての学生やトレーニング受講者に対しても病院での実習や受講前に4種の伝播性ウイルス感染症（麻疹、風疹、流行性耳下腺炎、水痘）で2回の予防接種とB型肝炎ワクチンの接種をしておくことを強く勧告しています。

詳細は、「神戸大学医学部附属病院ワクチンプログラム」をご覧ください。これにしたがって、「ワクチン接種または抗体保有証明書」に必要事項を記入し、証明する書類（コピー）を添付して提出してください。

「ワクチン接種または抗体保有証明書」にこれら証明書類（コピー）を添えて、採用時に提出してください。なお、ワクチン接種が間に合わないなどで証明書の記載ができない場合は、受講時にその旨伝えていただき、後日提出してください。

抗体保有が不十分で、ワクチン接種を受けることができない方については、当該疾患感染防止のために、受講内容の調整をさせていただくことがあります。

なお、これら抗体検査およびワクチン接種に係る費用については、自己負担となります。

この件につきまして、お問い合わせがありましたら、下記までご連絡ください。

〒650-0017 神戸市中央区楠町 7-5-1
神戸大学医学部 がんプロ事務局
ganpro-kobe@med.kobe-u.ac.jp

※ 証明書の内容については下記の感染制御部へ
お問い合わせ下さい

神戸大学医学部附属病院 感染制御部
電話（直通）：078-382-5531

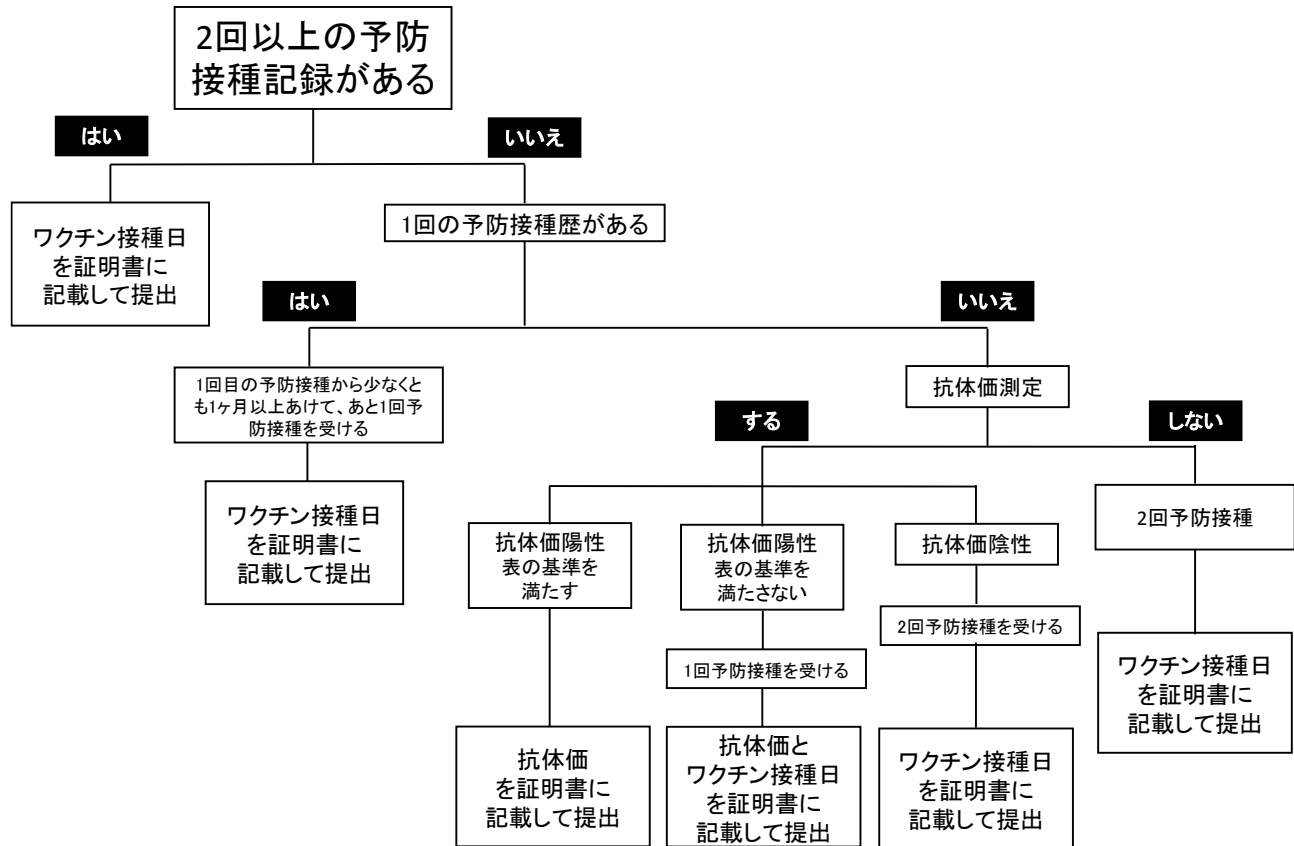
神戸大学医学部附属病院ワクチンプログラム

インテンシブコース生にキャンパス内での麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎の流行を防止するために、「ワクチン接種または抗体保有証明書」を提出していただきます。

1. 麻疹、風疹、流行性耳下腺炎、水痘

上記の4疾患は、成人が罹患するとより重症化するだけでなく、周囲の患者や医療関係者への感染源となることもあります。全ての医療関係者は十分な免疫を獲得した上で勤務・実習に当たることが原則です。当院では具体的に、①其々の疾患に対して2回以上のワクチン接種歴があること。あるいは②抗体検査で十分な抗体価（表参照）を持つこと。を、「十分な免疫を獲得したもの」と定義しています。

下記のフローチャートに従い、各々該当する項目について対応してください。



検査方法と判断基準の目安

疾患名	基準を満たさない（陰性）	基準を満たさない（陰性ではない）	基準を満たす（十分な免疫あり）
麻疹	EIA法（IgG）で陰性 あるいは PA法で1:16未満	HIA法（IgG）で±及び16.0未満 あるいは PA法で1:16～1:128	EIA法（IgG）で16.0以上 あるいは PA法で1:256以上
風疹	HI法で1:8未満 あるいは EIA法（IgG）で陰性	HI法で1:8、1:16 あるいは EIA法（IgG）で±及び8.0未満	HI法で1:32以上 あるいは EIA法（IgG）で8.0以上
水痘	EIA法（IgG）で陰性	EIA法（IgG）で±	EIA法（IgG）で陽性
流行性耳下腺炎	EIA法（IgG）で陰性	EIA法（IgG）で±	EIA法（IgG）で陽性

※文献：日本環境感染学会「院内感染対策としてのワクチンガイドライン」2014年を改変

2. B型肝炎

B型肝炎は、患者の血液・体液に曝露することで伝播する懸念があるウイルス性疾患です。よって医療機関では、患者や患者の血液・体液に直接的・間接的に接触する可能性のある医療従事者は、B型肝炎ワクチンの接種を受けておくことが原則です。

ワクチンは3回接種で1シリーズですが、全員に抗体ができるわけではありません。

十分な免疫を獲得できなかった方は、当院感染制御部（Tel078-382-5531）にご相談ください。

3. 情報の管理と目的

麻疹、風疹、流行性耳下腺炎、水痘、B型肝炎ワクチンの接種歴、及び抗体の保有状況については、総務課福利厚生係と感染制御部で管理しており、院内感染対策及び職員の健康管理に役立てています。

*** この用紙は証明書を発行される医師にも見せてください。**

神戸大学医学部附属病院 採用者 ワクチン接種または抗体保有証明書

フリガナ	
氏名	

性別	生年月日	ID番号(病院側記入欄)
男 ・ 女	年 月 日	

【注意事項】

① ワクチン接種により健康状態の悪化が危惧される者・・・抗体検査結果のコピーと、医師による証明が必要です。
 出産予定、妊娠中等の特殊事情ですぐに接種できない時は、接種可能となった時点でワクチン接種を速やかに受けてください。

② 宗教的信条によりワクチン接種ができない場合・・・抗体検査の結果のコピーが必要です。

勧告の対象となるワクチン接種: ワクチン接種日と抗体検査日を記入してください。

麻疹、風疹、流行性耳下腺炎、水痘

以下のものを添付してください。

- ・1歳の誕生日以降に、上記の4種疾患のワクチンを4週間以上間隔をあけて2回接種したことが証明できる。
 (母子手帳の当該頁、医療機関の発行した証明書等をコピーして添付してください。)
- ・抗体検査の結果については、検査日と測定抗体価の結果コピーと、測定法の基準値コピーを添付してください。

	ワクチン接種日		抗体検査日及び結果
麻疹	初回 年 月 日	2回目 年 月 日	基準値 以上・未満 年 月 日
風疹	初回 年 月 日	2回目 年 月 日	基準値 以上・未満 年 月 日
流行性耳下腺炎	初回 年 月 日	2回目 年 月 日	基準値 以上・未満 年 月 日
水痘	初回 年 月 日	2回目 年 月 日	基準値 以上・未満 年 月 日

B型肝炎(患者に直接的、間接的に接触する医療関係者全て)

3回のワクチン接種が必要です。接種した記録が残っていない場合は、本人の記憶で結構ですので、だいたいの日付をご記入ください。	初回 年 月 日	2回目 年 月 日	3回目 年 月 日
	且つ、3回接種後の抗体検査で10mIU/ml(基準値)以上が必要 貴殿の抗体価 ()mIU/ml ⇒右の欄に判定結果と日付を記入		基準値 以上・未満 年 月 日

上記のとおり相違ありません。

年 月 日	医師署名	印
医療機関名		