

久留米大学病院における抗体価検査および予防接種について

久留米大学病院では、病院内の見学者や実習者に対し、抗体価測定とワクチン接種証明書の提出について、下記のように定めています。

1. 病院内で実習（病室に出入りし、患者に接触する）する者、手術室および心臓カテーテル検査室や血管造影室に入室し見学する者（職種を問わない）については、抗体価証明書に指定する抗体価検査（麻疹、水痘、風疹、流行性耳下腺炎、B型肝炎）を下記の1～4に留意し行い、久留米大学病院 管理課への証明書を提出する。
（原則、1年以内の検査結果であれば有効）
2. 原則、患者に濃厚接触しない場合でも、4日以上の見学を要する者

1. 麻疹、風疹、流行性耳下腺炎、水痘に対する抗体価検査および予防ワクチン接種について

- 1) 各感染症の抗体価検査方法およびワクチン接種基準値は、添付資料を参照してください。
（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」に基づく）
- 2) 見学者や実習者の受入・管理責任者（以下、責任者）は抗体価証明書に交代の有無を確認して下さい。抗体が陰性または擬陽性の場合には、該当疾患に対する予防接種を任意で受け、接種記録証明を併記、あるいは追加提出してください。
- 3) 原則、1年以内の検査結果であれば有効とします。

2. B型肝炎検査および予防ワクチン接種について **研修会までに2回目まで接種が必要です。**

- 1) HBs 抗体陰性の場合、針刺し・切創・体液曝露による感染防止のため、訪問前に3回のHBワクチン接種を終了することが望まれます。

3. 結核検査について **NST研修では結核検査は必要ありません。**

- 1) 国外在住者でインターフェロンγ遊離試験ができない場合には、ツベルクリン反応検査で代用可能ですが、胸写レントゲンの所見が必ず必要です。

4. 抗体価証明書の提出について

- 1) 見学者や実習者は実習・見学などの届出書類を提出する際に、抗体価証明書を一緒に添付し、見学者や実習者の責任者が内容を確認した上で、管理課へ提出して下さい。ただし、業者や臨時職員の見学の場合は、各部署にて保管して下さい（保管期間は原則20年）
- 2) 上記1～3の結果によって、複数の予防接種を受ける場合、接種終了まで長期間を要する事が予想されます。訪問時までに接種が終了するように手配して下さい。

抗体価測定以前のワクチン接種歴を記入する必要はありません。

*久留米大学病院海外旅行・ワクチン外来で接種を希望される場合完全予約制です。
インターネット、または電話、メールにて予約をお願いします。

○WEB 予約：<http://ssc3.doctorqube.com/Kurume-u-travel-clinic/>

（久留米大学病院海外旅行・ワクチン外来ホームページ掲載）

○電話：内線 3213 外線 0942-31-7549

【本紙に関するお問い合わせ先】感染制御部 内線 5023 外線 0942-31-7534

（書類の流れ）責任者→見学者・実習者・業者→責任者→管理課（業者や臨時職員などは各部署にて保管）



WEB 予約サイト QR コード

【 添付資料 】

表 1. 各種抗体検査法と感受性者(ワクチン接種が必要な方)の基準について

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2版(2014)」に基づく

感染症	抗体価 測定方法	感受性者の基準		
		陰 性	擬陽性 (基準を満たさない)	抗体価 陽性 (基準を満たす)
		2 回接種	1 回接種	接種不要
麻 疹	EIA 法	陰 性	(±)~16.0	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 疹	HI 法	8 倍未満	8 倍、16 倍	32 倍以上
	EIA 法	陰 性	(±)~8.0	8.0 以上
流行性耳下腺炎	EIA 法	陰 性	(±)	陽 性
水 痘	EIA 法	2.0 未満	2.0~4.0	4.0 以上
	IAHA 法	2 倍未満	2 倍	4 倍以上
	中和法	2 倍未満	2 倍	4 倍以上

(注1) HBs 抗体については 10mLU/mL 以上を陽性とする。それ以下の値は
証明書の枠に○をすること。またワクチン接種をすること。

(注2) 判定が「陰性」または「擬陽性」に該当する方は、訪問日まで原則、
予防接種を行う

抗体価測定とワクチン接種証明書
(久留米大学病院 見学者・実習者用)

フリガナ 氏 名	男 女	生 年 月 日	西 暦 年 月 日 (満 歳)
目 的	☐ 病院内の実習（患者接触あり） ☐ 手術室・心カテ室・DSA 室見学 ☐ 病院内の見学（3日間以内、患者接触なし） ☐ その他（理由： ）		職 種
			緊急連絡先

注 意

* 下記の 1~4 ウィルス性疾患抗体価について、検査法を○で囲んでください。

* 判定が「陰性」または「擬陽性」に該当する方は訪問日まで、原則、予防接種を行ってください。

1. 麻 疹	検 査 法	EIA 法・PA 法・中和法	検 査 日	年 月 日
	測 定 値		判 定	陰 性・擬陽性・陽 性
	予防接種	1 回目（ 年 月 日） ロット番号		
		2 回目（ 年 月 日） ロット番号		
2. 風 疹	検 査 法	HI 法・EIA 法	検 査 日	年 月 日
	測 定 値		判 定	陰 性・擬陽性・陽 性
	予防接種	1 回目（ 年 月 日） ロット番号		
		2 回目（ 年 月 日） ロット番号		
3. 流行性 耳下腺炎	検 査 法	EIA 法	検 査 日	年 月 日
	測 定 値		判 定	陰 性・擬陽性・陽 性
	予防接種	1 回目（ 年 月 日） ロット番号		
		2 回目（ 年 月 日） ロット番号		
4. 水 痘	検 査 法	EIA 法・IAHA 法・中和法	検 査 日	年 月 日
	測 定 値		判 定	陰 性・擬陽性・陽 性
	予防接種	1 回目（ 年 月 日） ロット番号		
		2 回目（ 年 月 日） ロット番号		
5. B 型肝炎	検 査 法	* 定量法で行ってください	検 査 日	年 月 日
	HBs 抗原		判 定	陰 性・陽 性
	HBs 抗体		判 定	陰 性・陽 性
	予防接種	1 回目（ 年 月 日） ロット番号		
		2 回目（ 年 月 日） ロット番号		
		3 回目（ 年 月 日） ロット番号		
記 入 日 : 年 月 日				
施 設 名 :				
住 所 :				
電話番号 : 担当医師 氏名 印				

受付日・受付者

印