

倉敷医療生活協同組合への採用が決まった方へ

感染予防措置について（麻しん・風しん・流行性耳下腺炎・水痘）

～ 感染症に関する情報提供と、検査および予防接種に係る費用負担のお願い ～

厚生労働省健康局健康課長通知（平成31年4月19日）「麻しん」に関する特定感染症予防指針の一部改正についてにより、医療機関と医療機関の職員には、以下の協力を求められるようになりました。

- “麻しん”のり患歴及び予防接種歴を確認すること
- “麻しん”に未り患又は“麻しん”のり患歴が不明であり、かつ、麻しんの予防接種を必要回数である2回受けていない又は“麻しん”の予防接種歴が不明である場合には、予防接種を受けることを推奨すること
- 特に定期の予防接種の対象となる前であり抗体を保有しない零歳児と接する機会が多い者に対しては、当該予防接種を受けることを強く推奨すること

上記の通知を受けて、倉敷医療生活協同組合は、職員の感染、あるいは職員から患者・利用者さんへの感染防止措置として、新たに採用する全ての職員を対象に、4つの感染症（麻しん・風しん・流行性耳下腺炎・水痘）の“予防接種履歴”と“抗体検査結果”を申告していただくことをお願いしています。

また、申告していただいた内容が、“倉敷医療生活協同組合が定める基準”を満たしていない場合には、ご本人の費用負担により、抗体検査や予防接種を受けていただくことをお願いしています。

“倉敷医療生活協同組合が定める基準”と、予防接種や検査の費用は、以下の【表1】と3ページの【表2】でご確認ください。医療・介護従事者として働かれる皆様には、感染防止へのご理解とご協力をお願いいたします。 ※裏面も必ずお読みいただき、必要な対応をお願いします。

倉敷医療生活協同組合が求める基準

感染症ごとに、以下（1）（2）のいずれかを満たすこと

- （1） 1歳以上で「2回」の予防接種履歴が確認できること
- （2） 抗体価が【表1】の“抗体陽性”に値する数値以上であること ※（低抗体価）でないこと

【表1】 MMRV抗体価と必要予防接種回数：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」を元に組合が設定した基準 ※下線部分のみ組合で設定した基準（ガイドラインは16.0以上）、その他はガイドラインに準拠

	抗体陰性 あと2回の予防接種が必要	抗体陽性（低抗体価） あと1回の予防接種が必要	抗体陽性 組合が定める基準を満たしている
麻しん	EIA法(IgG) 2.0未満	EIA法(IgG) 2.0以上 <u>8.0未満</u>	EIA法(IgG) <u>8.0以上</u>
風しん	EIA法(IgG) 2.0未満	EIA法(IgG) 2.0以上8.0未満	EIA法(IgG) 8.0以上
	HI法 8倍未満	HI法 8倍以上32倍未満	HI法 32倍以上
水痘	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
流行性耳下腺炎	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

■ 感染防止措置への対応にあたって（必ずお読みください） ■

1. 「予防接種履歴」及び「抗体検査結果」の申告書（組合様式79-1）は、記載した事実を証明できる書類を添えて、採用時健診実施予定日の前日までに、配属先の事業所担当者へ提出してください（必要な場合は、組合様式79-2も提出してください）。
2. 提出書類（組合様式79-1、79-2）は、案内文書をお読みのうえ、専用のフロー図【図1】を活用して、十分に確認をおこなったうえで作成してください。
3. 2で作成した書類（組合様式79-1、79-2）を提出する際は、記入した内容が事実であることを証明できる書類が添付されていることを再度確認してください。
※ 添付する書類については、以下の【添付書類等】を参考に確認してください。
4. 抗体検査を受けずに予防接種を必要回数分接種することを選択する場合は、事業所担当者にその旨をお申し出ください。申し出により、事業所担当者が採用時健診時に実施する抗体検査項目を調整し、予防接種の実施をフォローします。

※ ご不明な点については、事業所担当者に連絡のうえ、確認をお願いします。

【添付書類等】

予防接種の履歴

- (1) 母子手帳等に記載された内容により確認した場合 ※①②両方添付
 - ①母子手帳の表紙（本人の名前が確認できること）のコピー
 - ②予防接種記録欄（予防接種の名称、接種日、接種機関を確認できること）のコピー※ “過去にり患した記載”のみでは不十分です
- (2) 過去に接種した医療機関等の証明により確認した場合
お手持ちの証明書のコピー（検査機関、検査日、検査方法と結果を確認できること）
- (3) これから接種して医療機関で証明を受ける場合
母子手帳に記録をしてもらった場合は、(1)に準じてください
母子手帳がない場合は、組合様式79-2に証明を受けてください

抗体検査結果

- (1) 過去に検査した結果で確認した場合
お手持ちの検査結果（検査機関、検査日、検査方法と結果を確認できること）
※提出されたものは返却しませんので、必要な場合はコピーを提出してください
- (2) 過去に検査した機関でこれから証明を受ける場合
組合様式79-2に証明を受けてください
- (3) これから検査する場合（採用時健診と一緒に検査します）
事業所担当者にて対応しますので添付は不要です
※検査結果は、ご本人と事業所の両方に通知されることをご了承ください

4つの感染症（麻しん・風しん・流行性耳下腺炎・水痘）の

“予防接種履歴”と“抗体検査結果” 申告フロー図 【図1】

※ 感染症それぞれについて、フロー図を活用して確認する

※ 裏面にて“ワクチンの接種不適当者に該当しないことを確認する（該当者は申し出ること）”

【図1】

A	1歳以上で「2回」の予防接種記録を確認できる	OK → 完了
B	1歳以上で予防接種の記録が「1回」確認できる	B-① 又は B-②へ
B-①	「あと1回(2回目)」の予防接種を受ける <small>予防接種： 母子手帳がある場合は母子手帳に記録してもらう ない場合は、予防接種実施証明書(様式79-2)の作成を依頼する</small>	追加 1回接種で 完了
B-②	採用時健診と一緒に「抗体検査」を受ける <small>検査結果が出たら抗体価が基準を満たしているか確認する</small>	要フォロー * 事業所の担当者が確認する
	<抗体陽性> の場合	OK → 完了
	<抗体陽性(低抗体価)> または <抗体陰性> の場合 →「あと1回(2回目)」の予防接種を受ける ※推奨する <small>予防接種： 母子手帳がある場合は母子手帳に記録してもらう ない場合は、予防接種実施証明書(様式79-2)の作成を依頼する</small>	要フォロー 追加 1回接種で 完了
C	1歳以上で予防接種の記録が確認できない	C-① 又は C-②へ
C-①	過去にり患している場合、採用時健診と一緒に「抗体検査」を受ける <small>検査結果が出たら抗体価が基準を満たしているか確認する</small>	要フォロー * 事業所の担当者が確認する
	<抗体陽性> の場合	OK → 完了
	<抗体陽性(低抗体価)> の場合 →「1回」の予防接種を受ける ※推奨する <small>予防接種： 母子手帳がある場合は母子手帳に記録してもらう ない場合は、予防接種実施証明書(様式79-2)の作成を依頼する</small>	要フォロー 1回接種で 完了
	<抗体陰性> の場合 →「2回」の予防接種を受ける ※推奨する <small>※2回接種する場合は、4週間以上間隔をあけて接種する</small> <small>予防接種： 母子手帳がある場合は母子手帳に記録してもらう ない場合は、予防接種実施証明書(様式79-2)の作成を依頼する</small>	要フォロー 2回接種で 完了
C-②	り患の有無にかかわらず「2回」の予防接種を選択する場合 →「2回」の予防接種を受けることを選択する ※推奨する <small>※2回接種する場合は、4週間以上間隔をあけて接種する</small> <small>予防接種： 母子手帳がある場合は母子手帳に記録してもらう ない場合は、予防接種実施証明書(様式79-2)の作成を依頼する</small>	要フォロー 要フォロー 2回接種で 完了

【表2】抗体検査及び予防接種にかかる費用（本人負担分）

	麻しん	風しん	水痘	流行性耳下腺炎
抗体検査（職員価格）	1,300円	1,300円	1,200円	1,200円
予防接種（組合員価格）	MRワクチン(2種混合) 7,150円		6,270円	4,730円

※ 予防接種の料金は組合員価格でご案内しています(採用後には医療生協への加入をお願いします)
 ※ 消費税率の改定があった場合は、税の差額分について料金も変動します

以下の説明は、必ずお読みください。

接種不適合者に該当する方はお申し出ください



（接種不適合者について）

※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3版」より部分抜粋

4. 注意事項

本稿の4疾患のワクチンはいずれも生ワクチンであるため、以下の者（接種不適合者）は接種を受けることができない(24),25)。

女性の接種に際しては、プライバシーに十分配慮した上で、妊娠していないこと、妊娠している可能性がないことを確認し、接種後2ヵ月間は妊娠を避けるように注意することが重要である。

接種不適合者に該当する場合、勤務・実習に当たっては、疾患毎に感染経路（2. 接種対象者の項 参照）に応じた感染予防策を講じるとともに、ワクチン接種を受けられないことによる不利益がないよう十分に配慮する。

带状疱疹は水痘-带状疱疹ウイルス（varicella-zoster virus : VZV）の再活性化による病態であるため、周りに VZV に対する免疫を保有していない者がいる場合は、VZV の感染により水痘を発症させる可能性があるため、十分な注意が必要である。

2回の予防接種歴があっても、修飾麻疹を発症する場合がある(7)。ただし、修飾麻疹の症状は軽症で、感染力も弱いことが報告されている(26)。一方、典型麻疹症例については感染力が極めて強いため(26)、1歳以上で2回の予防接種の記録があっても、抗体陽性が確認されていても、典型麻疹症例に担当として携わる場合は、N-95 マスクを装着することが望ましい。

5. ワクチンの接種不適合者

本稿での4ワクチンの接種不適合者は以下の通りである。

- (1) 明らかな発熱を呈している者（明らかな発熱とは通常 37.5℃以上をいう）
- (2) 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな者
- (3) 本剤の成分によってアナフィラキシーを呈したことがあることが明らかな者
- (4) 明らかに免疫機能に異常のある疾患を有する者及び免疫抑制をきたす治療を受けている者
- (5) 妊娠していることが明らかな者
- (6) 上記に掲げる者のほか、予防接種を行うことが不適当な状態にある者

なお、(3)に該当するものを除いては、その状態が解消した後に接種を考慮する。

以上

「予防接種履歴」及び「抗体検査結果」の申告書

私は、倉敷医療生活協同組合に入職するにあたり、4つの感染症に対する予防接種履歴と抗体検査結果について、以下のとおり申告します。
 また、2回の予防接種を受けていない感染症については、自身の負担により、必要な検査を実施することに同意します。

※裏面のフロー図【図1】の記入もお願いたします。

申告日： 20 年 月 日
 事業所名 (個人コード:)

部署 氏名 (印)

予防接種の種類	予防接種履歴		抗体検査結果		※事業所判定欄	予防接種推奨	予防接種完了
麻しん	1回目接種日	年 月 日	検査実施日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 2回予防接種を済ませている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2回目接種日	年 月 日	抗体価 ()	※基準値は、EIA法(IgG) 8.0以上	<input type="checkbox"/> 抗体価は基準を満たしている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
風しん	1回目接種日	年 月 日	検査実施日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 2回予防接種を済ませている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2回目接種日	年 月 日	抗体価 ()	※基準値は、EIA法(IgG) 8.0以上 または、HI法 32倍以上	<input type="checkbox"/> 抗体価は基準を満たしている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
水痘 (水ぼうそう)	1回目接種日	年 月 日	検査実施日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 2回予防接種を済ませている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2回目接種日	年 月 日	抗体価 ()	※基準値は、EIA法(IgG) 4.0以上	<input type="checkbox"/> 抗体価は基準を満たしている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
流行性耳下腺炎 (ムンプス)	1回目接種日	年 月 日	検査実施日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 2回予防接種を済ませている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2回目接種日	年 月 日	抗体価 ()	※基準値は、EIA法(IgG) 4.0以上	<input type="checkbox"/> 抗体価は基準を満たしている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

※ 事実を証明できる書類を添付してください

- 予防接種履歴： 母子手帳の記録のコピー
接種した医療機関の証明
- 抗体検査結果： 検査結果(コピーでも可)
検査した医療機関の証明

→ 「麻しん」と「風しん」
2つの欄にも記入する【再掲】

→ 「麻しん」と「風しん」と「ムンプス」
3つの欄にも記入する【再掲】

★裏面のフロー一図の記入もお願いたします

予防接種実施証明書

感染症抗体検査結果証明書

住 所：

氏 名：

生年月日： 年 月 日

上記の者に以下の「予防接種」を実施したことを証明します。

上記の者に実施した「抗体検査」の結果を以下のとおり証明します。

	予防接種	抗体検査結果		
	接種日	検査日	検査方法	抗体価
麻しん	年 月 日	年 月 日	EIA法	
	年 月 日			
風しん	年 月 日	年 月 日	EIA法 HI法	
	年 月 日			
水痘	年 月 日	年 月 日	EIA法	
	年 月 日			
流行性耳下腺炎	年 月 日	年 月 日	EIA法	
	年 月 日			
MRワクチン	年 月 日	<div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> 年 月 日 医療機関名 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> 所在地 医師名 (印) </div>		
	年 月 日			
MMRワクチン	年 月 日			
	年 月 日			

年 月 日

医療機関名

所在地

医師名

(印)