

加病機庶第 494 号
平成 28 年 12 月吉日

関係施設長 様

地方独立行政法人加古川市民病院機構
加古川中央市民病院
院長 大西 祥男
(公印省略)

平成 29 年度臨床実習生の受入手続きについて

時下ますますご清祥のこととお喜び申し上げます。

平素は、当法人業務の運営に格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、標記の件につきましては、次年度の臨床実習生の受入にあたり、申請手続き及び受託実習料を定めましたので別紙のとおりご案内申し上げます。

各施設に置かれましては、臨床実習の受入申請手続き及び平成 29 年度の実習料の予算措置に遺漏のないようご配慮の程、よろしく願い申し上げます。

また、臨床実習生の安全確保並びに当法人の感染対策強化のため、4 種ウイルス感染症と B 型肝炎ウイルス (HBV) の免疫確認も必須条件としておりますので、ワクチン接種及び感染症 (抗体保有) 検査報告書については、条件を満たしていることを必ず確認のうえ、ご提出ください。

また、針刺し・切創・粘膜曝露等の事故後の経過観察のための血液検査は、自己負担で行っていただくこととなりますので、それらに対応できる保険への加入を推奨いたします。

なお、提出された申請書類に含まれる個人情報、受入れに関する手続き以外には利用しないことを申し添えます。

記

送付書類

- 1) 別紙資料 1
- 2) 別紙資料 2
- 3) 臨床実習生受け入れに係る事前感染症対策について (依頼)

1. 申請に必要な書類

- ①病院実習生受入申請書（別記様式第1号）
- ②実習生名簿（様式任意）
- ③ワクチン接種及び感染症（抗体保有）検査報告書（別記様式第4号）
- ④セキュリティカード利用申請書（※別添参照）

※申請書類は、**実習・研修開始日より1ヶ月前まで**には必ずご提出ください。

※ワクチン接種及び感染症（抗体保有）検査報告書内容に不備・不足がある場合、申請いただいた実習・研修の受入許可の取消しを行うことがあります。

各種書類の提出には、十分なお配慮の程、よろしく申し上げます。

（書類の提出が遅れたり、内容に不備がありますと、希望日に実習・研修が開始できない場合がございます。不明な点がございましたら担当者にお早めにご連絡ください。）

2. 申請受理後の手続き

申請受理及び契約締結後、当院より許可書、請求書、振込依頼書を送付いたしますので、期限までに指定口座へ実習委託料を振り込んでください。

3. 実習料単価について

各種実習料単価につきましては、「地方独立行政法人加古川市民病院機構臨床実習生受け入れに関する要綱」にて定めさせていただいています。内容をご確認の上、予算措置、契約手続きへの十分なお配慮の程、よろしく申し上げます。

4. 申請書類の提出先、研修・実習に関する問い合わせ先

地方独立行政法人加古川市民病院機構 事務部庶務課

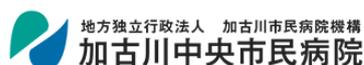
〒675-8611 兵庫県加古川市加古川町本町 439 番地

TEL 079-451-8609 FAX 079-451-5548

E-mail w.soumu@kakohp.jp（お問い合わせはメールで頂けると幸いです）

地方独立行政法人加古川市民病院機構ホームページ内にて関係要綱、臨床実習受け入れに関する様式をダウンロードできます。

※当法人ホームページより「サイト検索」にて検索ください。



▶交通アクセス

▶お問い合わせ

配色変更 ■ 文字サイズ

標準

大きく

臨床実習生 受け入れ |

ウイルス感染症の免疫確認とワクチン接種歴について

実習生及び引率教員等におかれては、以下のことを遵守いただくようお願い致します。

院内感染防止と安全確保のため、当院では研修生・実習生に麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎（以下4種抗体）、B型肝炎ウイルス（HBV）及びインフルエンザウイルスに対する免疫の確認を義務づけております。検査結果が基準をみたしていることを各施設でご確認いただき、別紙「ワクチン接種及び感染症（抗体保有）検査報告書」のご提出をお願いいたします。

免疫状態を確認できない（証明書類の不足等）方は受入れをお断りいたしますので、各施設で必要条件を満たしていることを必ずご確認ください。

1、麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎について

1) 各種ワクチンを2回接種したことが記録で確認できる方

抗体検査は不要です。その結果を別紙「ワクチン接種及び感染症（抗体保有）検査報告書」に記入し、提出してください。

2) それ以外の方

以下の方法で抗体検査を受診してください。4年以内の検査結果を記録で確認できれば、その結果も有効とします。抗体検査の結果、基準をみたさない場合は医師と相談の上、本人の責任のもと、ワクチン接種をしてください。抗体検査とワクチン接種の記録を別紙「ワクチン接種及び感染症（抗体保有）検査報告書」に記入し、提出してください。ワクチンを接種できなかった場合はその理由を別紙様式にご記入ください。

疾患名	基準を満たさない (陰性) → 2回接種	基準を満たさない (抗体価陽性) → 1回接種	基準を満たす → (陽性) ワクチン不要
麻疹	EIA法 (IgG) : 陰性 PA法 : <1:16	EIA法 (IgG) : (±) ~16.0 PA法 : 1:16, 1:32, 1:64, 1:128	EIA法 (IgG) : 16.0以上 PA法 : 1:256以上
風疹	HI法 : <1:8 EIA法 (IgG) : 陰性	HI法 : 1:8, 1:16 EIA法 (IgG) (±) ~8.0	HI法 : 1:32以上 EIA法 (IgG) : 8.0以上
水痘	EIA法 (IgG) : <2.0 IAHA法 : <1:2	EIA法 (IgG) : 2.0~4.0 IHAAH法 : 1:2	EIA法 (IgG) : 4.0以上 IAHA法 : 1:4以上
ムンプス (流行性耳 下腺炎)	EIA法 (IgG) : 陰性 (-)	EIA法 (IgG) : (±)	EIA法 (IgG) : 陽性 (+)

(参考文献 : 医療関係者のためのワクチンガイドライン 第2版環境感染誌 S7 Vol. 29, Suppl. III, 2014)

2、B型肝炎ウイルス（HBV）について

1) すでに HBs 抗体検査で 10 mIU/ml 以上であることが確認されている方

4年以内の検査結果を有効とします。その結果を別紙「ワクチン接種及び感染症（抗体保有）検査報告書」に記入し、提出してください。

2) それ以外の方（ワクチン接種前の HBs 抗体検査は必ずしも必要ではありません）

0、1、6ヶ月（1シリーズ）の3回HBVワクチンを接種し、接種終了後1か月以上の間隔でHBs抗体検査を行ってください。結果が10 mIU/ml以上の方はその結果を別紙「ワクチン接種及び感染症（抗体保有）検査報告書」に記入し、提出してください。

検査結果が10 mIU/ml未満の方は、もう1シリーズの接種を行い、接種終了後に再度HBs抗体検査を行い、その結果を報告書に記入して提出してください。

B型肝炎ウイルスのワクチン接種は完了するまでに長い期間を要しますので、早めの確認・対応をお願いします。

3、インフルエンザ予防接種について

当該実習期間が12月～3月となる場合、インフルエンザウイルスの流行時期となるため、実習開始までに予防接種を受けることを強く推奨しています。

研修又は実習に付き添われる貴施設の教員についても臨床実習生同様の取扱いとさせていただきますので、「ワクチン接種及び感染症（抗体保有）検査報告書」の提出をお願いいたします。