

※ 回答については、質問時の基準に沿って回答しておりますので、現時点とは異なっている場合もございます。

Q12（職業感染予防策、予防接種、HBV、ワクチン）

院内の新入職員へは通常法より加速接種法を施行してきましたが、今年度の接種時期になりまして、他医療機関より来られた医師より文献と採用ワクチンメーカー等の問い合わせがありました。加速接種法の推奨文献等ありましたら、ご教授願います。

A12

B型肝炎ワクチンの加速接種法については、当初旅行医学（出発までの短い期間に免疫を賦与する）あるいは感染リスクの高い環境（刑務所など）での迅速な免疫賦与を目的に検討されてきました。結果的には、文献にもありますように、通常法（0、1、6月）と加速法（0、7、21日）では1年後の抗体陽性率は差はなく、早期（1月以内）の陽性率は加速法が高くなっており、早期の免疫賦与に効果的と結論づけられています。当初、加速法は抗体価の低下がより早い傾向にあるため、1年後の追加接種なども検討されましたが、一度抗体陽性になった場合には、抗体価が低下しても感染リスクは極めて低いことが証明されてきており、追加接種の必要性については現在は重要視されません。

医療従事者における適応については、免疫が不十分な状態で勤務することのリスクと、接種コンプライアンス向上のために基本的に推奨されると考えています。またワクチンについては、現在わが国で利用できるワクチンはほぼ限られる（ビームゲン、ヘプタバックス-Ⅱ）ので、そちらを使用することになります。回答者の施設での経験では、特筆する副作用等は見られておりません。ただし、添付文書に則った方法ではないため、実施許可については各施設でご検討いただくこととなります。

文献

Keystone JS. Travel-related hepatitis B: risk factors and prevention using an accelerated vaccination schedule. The American Journal of Medicine 2005;118,635-685.

※ 回答については、質問時の基準に沿って回答しておりますので、現時点とは異なっている場合もございます。

Q13（職業感染予防策、標準予防策、HBV）

当院は分娩件数900件前後の開業産婦人科です。分娩介助の際の職業感染防止対策についてご教示下さい。

当院の分娩介助はスタンダードプリコーションを用いているのではなく、昔からの慣行通り、感染症の有無により感染対策を実施しております。（感染症検査項目の検査は、梅毒・B型肝炎ウイルス・C型肝炎ウイルス・ヒト免疫不全ウイルス・成人T細胞白血病（非感染扱い））

感染症（-）の場合：未滅菌の簡易エプロン（前掛け）と滅菌プラスチック手袋を装着。

感染症（+）の場合：感染力の強弱に関わらず、マスク・ゴーグル・ガウン・二重手袋・シューズカバーを装着

最近、医師の中にHBs抗原のみ陽性の場合、感染力が弱いので普通どおり（当院での非感染扱い）でよいのではないかという意見が出てまいりました。

1. HBs抗原のみ（+）の場合の取り扱いは、感染扱いか・非感染扱いどちらでしょうか？
2. 非感染扱いだとすれば出生直後の沐浴も必要がないのでしょうか？
3. 『感染力が弱い（感染の可能性が0ではない）』と『感染しない』ことは別のことだと考えますが、HBs抗原（+）のみでは、具体的に粘膜や損傷した皮膚からの曝露による感染は何パーセントくらいでしょうか。HBe抗原（+）との感染力の違いは何パーセントでしょうか？

A13

感染症（+）（-）にて対応が異なっているとのことですが、やはり標準予防策の適用が必要かと思います。すなわち、すべての患者は何らかの病原体に感染しているという前提での対応が大切だと思います。

今回のご質問はHBs抗原（+）HBe抗原（-）を非感染者扱いにしてもよいかという質問でした。HBVは極微量のウイルスにて感染を成立させることができる病原体であり、環境表面でも1週間生きているウイルスでもあります。目に見えないほどの切り傷などから体内に侵入して感染することもあります。そのため、HBs抗原（+）であればHBe抗原（-）であったとしても感染性を保持していると考えてください。

出生直後の沐浴についてはその必要性ですら議論されてきておりますが、実施するとしたらHBs抗原陽性の児のあとに、HBs抗体陰性の児を沐浴するのは感染の危険性があると思います。そのため、沐浴のあとの対処は不可欠です。

針刺しの場合には、曝露源の患者がHBs抗原およびHBe抗原に両方とも陽性であれば、受傷した医療従事者が肝炎を発症する危険性は22～31%であり、HBV感染の血清学的エビデンスがみられる危険性は37～62%です。一方、HBs抗原が陽性でもHBe抗原陰性の場合には医療従事者が肝炎を発症する危険性は1～6%であり、HBV感染の血清学的エビデンスがみられる危険性は23～37%です¹⁾。粘膜や損傷した皮膚からの曝露による感染の頻度については、それが何パーセントかのデータはありませんが、この割合よりはかなり低くなると思います。しかし、それを危険性が無いと判断することは難しいと考えます。

1) Werner BG, Grady GF. Accidental hepatitis-B-surface-antigen-positive inoculations: use of e antigen to estimate infectivity. Ann Intern Med 1982;97:367-9.