

高齢者施設内ワクチン接種体制マニュアル

追加接種（3回目）ver.2

東大阪市 福祉部

目次

1. はじめに.....	4
2. 定義.....	5
3. 追加接種（3回目）の概要.....	7
(1) 接種が受けられる時期.....	7
(2) 接種の対象.....	7
(3) 追加接種（3回目）の時期.....	8
(4) 接種券・予診票等の郵送時期等.....	9
(5) ワクチンの種類.....	9
(6) ワクチンの確保.....	10
(7) 接種券未到達時の接種事務について.....	10
(8) 高齢者入所施設従事者の接種について.....	10
4. ファイザー社製ワクチンについて.....	12
(1) ワクチンについて.....	12
(2) 接種方法.....	12
(3) 有効性について.....	12
(4) 安全性について.....	12
(5) 予防接種を受けることができない人、注意が必要な人.....	13
(6) 接種後の留意点.....	14
(7) ワクチンの保管方法（※実際の接種時には接種医と相談してください）.....	14
(8) 接種液の用法.....	14
(9) その他.....	14
5. モデルナ社製ワクチンについて.....	15
(1) ワクチンについて.....	15
(2) 接種方法.....	15
(3) 有効性について.....	15
(4) 安全性について.....	15
(5) 接種を受けられない人、注意が必要な人.....	16
(6) 接種後の留意事項.....	17
(7) ワクチンの保管方法（※実際の接種時には接種医と相談してください）.....	17
(8) 接種液の用法.....	17
6. ワクチン等の受け取り・保管.....	18
(1) ワクチンの発注について.....	18
(2) ファイザー社製ワクチンと同封される物品について.....	18
(3) モデルナ社製ワクチンと同封される物品について.....	19

7. ワクチン接種後の作業	19
(1) 接種後の体調の変化のチェック	19
(2) 接種者数を市へ報告（接種日当日に市ウェブサイトのフォームにて）	19
(3) ワクチン接種日に入所者の体調が急変した場合の対応.....	19
8. その他.....	20
(1) コアリング防止.....	20
(2) ワクチンをシリンジに充填して移送する場合に留意すること.....	20
(3) 季節性インフルエンザワクチン等との接種間隔について	21

1. はじめに

現在、接種が進められている新型コロナウイルスワクチン（以下「ワクチン」という。）は、高い発症予防効果があり、感染や重症化を予防する効果も確認されています。しかしながら、感染予防効果等は時間の経過に伴い、徐々に低下していくことが、様々な研究結果等から示唆されています。

今般、国では、他国におけるワクチンの効用等のデータをもとに、厚生労働省が所管する審議会で議論された結果を踏まえ、感染拡大防止及び重症化予防の観点から、2回目の接種完了から原則8ヶ月以上経過した方（現在は対象者により「8ヶ月以上」から「6ヶ月から7ヶ月以上経過」に短縮）への、追加接種（3回目）を決定しました。そして、各自治体に接種体制の構築について通知が行われたところです。

本市においては、令和3年4月より高齢者へのワクチンの1・2回目接種を実施してきましたが、高齢者施設入所者（以下「入所者」という。）へのワクチン接種にあたり、接種場所への移動や接種後の健康観察などを勘案し、適切な環境下でのワクチン接種の実施に向けて、施設内でのワクチン接種を奨励し、ご協力により多くの入所者へのワクチン接種を行うことができました。

入所者の接種にあたっては、地域の個別接種会場や集団接種会場などの接種場所への移動には困難が伴います。また、接種券や予診票の準備、接種前・接種後の健康観察など、入所者自身では解決しきれない課題が多く、施設従事者の皆さんのサポートが必要です。

追加接種（3回目）にあたっては、このマニュアルを参考として、引き続き、施設内接種に向けて体制や計画を策定いただき、円滑なワクチン接種にご協力をお願いします。

2. 定義

高齢者

令和3年度中に65歳以上に達する、昭和32年4月1日以前に生まれた方

高齢者施設

対象の高齢者等が入所・居住する施設で、本市では次の施設をいいます。

施設累計	該当する施設
介護保険施設	・介護老人福祉施設・地域密着型介護老人福祉施設 ・施設入所者生活介護・介護老人保健施設・介護医療院 ・介護療養型医療施設
居住系介護サービス	・特定施設入居者生活介護・地域密着型特定施設 ・施設入居者生活介護・認知症対応型共同生活介護
老人福祉法による施設	・養護老人ホーム・軽費老人ホーム・有料老人ホーム
高齢者住まい法による住宅	・サービス付き高齢者向け住宅
生活保護法による保護施設	・救護施設
障害者総合支援法による障害者支援施設等	・障害者支援施設・共同生活援助事業所

従事者

- ・施設の従事者で、施設において利用者に直接接する職員

ワクチン

この通知におけるワクチンはmRNAワクチン（ファイザー社製・モデルナ社製）を指します。

追加接種（3回目）に使用するワクチンは1回目・2回目に用いたワクチンの種類にかかわらず、mRNAワクチン（ファイザー社製・モデルナ社製）を使用します。

交互接種

このマニュアルにおいては、1・2回目に使用したワクチンと異なるワクチンを接種することを指します。

シリンジ

接種用の注射器を指します。今回の接種に使用するシリンジと接種用注射針は国が購入し、接種場所に送付されます。

バイアル

注射剤を入れる容器の名称であり、この定義においてはワクチンが入った容器を指します。

なお、1 バイアルにおける接種可能人数の単位は以下のとおりです。

- ・ファイザー社製ワクチンの1 バイアルの単位は6回～7回分（本市からは7人分の針とシリンジを供給します。）
- ・モデルナ社製ワクチンの1 バイアルの単位は15回～20回分（本市からは20人分の針とシリンジを供給します）

接種券

接種券は市町村がワクチン接種記録システム（VRS）の情報から作成し、新型コロナウイルスワクチンの接種対象者個人ごとに送付します。市町村単位で対象者ごとに2回目接種日から一定期間※1を経過した対象者から順次作成して送付されます。

追加接種（3回目）の接種券は3回目分の「接種券」と、3回目分の「診察したが接種できない場合」の2種類のシールとなっており、接種医が必要なシールを予診票に貼って、市もしくは国保連合会に請求を行います。

接種券		診察したが接種できない場合		新型コロナウイルスワクチン（接種記録システム） Certificate of Vaccination for COVID-19	
券種	2 (□ 予防のみ) 3 回目	券種	1 (■ 予防のみ) 3 回目	3回目	
接種先	〇〇市	接種先	〇〇市	接種年月日	〇〇年〇〇月〇〇日 (シール貼付)
番 号	1234567890	番 号	1234567890	年	
氏 名	氏名	氏 名	氏名	月	
	大塚		大塚	日	
211234561234567890		111234561234567890			
接種を受ける方へ ●シールは剥がさず、台紙ごと接種場所へお持ちください。 ●右側の予防接種記録は接種が終わった後も大切に保管してください。				氏 名 氏名 大塚	
				住 所 〇〇市〇〇区 〇〇-〇〇	
				生年月日 〇〇年 〇〇月 〇〇日 生	
				〇〇市〇〇区	

(※1) 一定期間は「3. 追加接種（3回目）の概要 (2) 接種の対象」を参照ください。

予診票

予診票は、接種前に問診、検温及び診察を医師が行うために必要な用紙です。

接種券の発送時期に合わせて、市町村から接種券と合わせて対象者に配布します。

なお、3回目接種の予診票は1・2回目接種時に使用したのから様式が変更されています。

新型コロナウイルスワクチン接種の予診票（追加接種用）

※本欄内にご記入またはチェックを入れてください。

※主治医に合わせ、診療に当たって適切に記入してください。

接種券の 市区町村	市 区 町	診療所の 市区町村	診療所の 市区町村
フリガナ 氏名	姓	名	フリガナ
性別	男	女	診療所の体温
年齢	歳	月	日
接種回数	1回目	2回目	3回目
接種日(1回目)	年	月	日
接種日(2回目)	年	月	日
接種を受けたワクチン	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
現時点で住民票のある市町村と、接種券又は右上の請求先に記載されている市町村は同じですか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
新型コロナウイルスの説明書を読んで、効果や副反応などについて理解しましたか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
現在、何らかの病気にかかって、治療(投薬など)を受けていますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
病名：「心臓病」「腎臓病」「肝臓病」「血液疾患」「血が止まりにくい病気」「免疫不全」「糖尿病」「高血圧」「アレルギー」「その他」			
治療内容：「血をサラサラにする薬」() 「その他」()			
最近1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。病名()	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
今日、体に具合が悪いところがありますか。症状()	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
薬や食品などで、重いアレルギー症状(アナフィラキシーなど)を起こしたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
薬・食品など原因になったもの()			
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
種類() 症状()			
現在妊娠している可能性(生理が予定より遅れているなど)はありますか。または、授乳中ですか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
2週間以内に予防接種を受けましたか。種類() 受けた日()	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
今日の予防接種について疑問がありますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
医師記入欄	以上の記載が診療の結果、今日の接種と <input type="checkbox"/> 可決 <input type="checkbox"/> 見合わせる		
医師記入欄	本人に対して、接種の適否、副作用及び副反応に関する説明について、説明した。		
医師記入欄	接種の効能・説明を受け、接種の効果や副反応などについて理解の上、接種を希望します。(<input type="checkbox"/> 接種を希望します・ <input type="checkbox"/> 接種を希望しません)		
医師記入欄	この予診票は、接種の安全や副作用を目的としています。		
医師記入欄	このことを理解の上、本予診票が市町村、市区町村保健センター及び接種券が郵送で届く場合に提出されることを同意します。		
医師記入欄	接種日	接種場所、法務省・接種2回目	接種券の受付番号
医師記入欄	接種日	接種場所	接種券の受付番号
医師記入欄	接種日	接種場所	接種券の受付番号

3. 追加接種（3回目）の概要

(1) 接種が受けられる時期

接種を行う期間は、令和3年12月1日から令和4年9月30日までの予定です。

(2) 接種の対象

新型コロナウイルスワクチンの追加接種（3回目接種）の対象は、以下を全て満たす方全員※2です。

◇2回目接種を完了した日から、一定の期間が経過した方

◇18歳以上の方

(※2) 「一定の期間」は、『表1 対象者別追加接種可能時期』のとおりです。なお、海外等で1・2回目のワクチンを接種した入所者等については、高齢者施設入所者等ワクチン接種支援チームに相談してください。

表1：対象者別追加接種可能時期一覧

対象者（18歳以上の方）	令和4年1月	令和4年2月	令和4年3月以降
・医療従事者等 ・高齢者施設等の入所者等	2回目接種完了から 6 か月以上経過	同 6 か月以上経過	同 6 か月以上経過
上記以外の65歳以上の高齢者	同 8 か月以上経過	同 7 か月以上経過	同 6 か月以上経過
64歳以下の方	同 8 か月以上経過	同 8 か月以上経過	同 7 か月以上経過

【特に追加接種（3回目）をお勧めする方】

- ① 高齢者、基礎疾患を有する方などの「重症化リスクが高い方」
- ② 重症化リスクが高い方の関係者・介助者（介護従事者など）などの「重症化リスクが高い方との接触が多い方」
- ③ 医療従事者などの「職業上の理由などによりウイルス曝露リスクが高い方」

（3）追加接種（3回目）の時期

高齢者施設入所者等の場合、追加接種（3回目）が可能な日は2回目のワクチン接種後、6ヶ月以上経過した日となり、接種可能な日は2回目の接種日が属する月に「プラス6か月」を足した日以降となります。

ただし、該当する日が存在しない場合は翌月の1日となります。

Ex)

2回目接種日7月31日→6か月後に該当する日が存在するため『1月31日』以降で追加接種

2回目接種日8月31日→6か月後に該当する日が存在しない※3ため『3月1日』以降で

追加接種

(※3) 2022年2月は2月28日まで

(参考) 予防接種行政における「8か月以上の間隔をおいて」の意味について

「8か月以上の間隔をおいて」とする場合は、2回目接種を行った日から8か月後の同日から接種可能である(例1)と見え、8か月後に同日がない場合は、その翌月の1日から接種可能である(例2)と見える。

例1：6月1日に新型コロナワクチンの2回目の接種をした場合
⇒ 2月1日から追加接種を受けることができる

例2：6月30日に新型コロナワクチンの2回目の接種をした場合
⇒ 3月1日から3回目の接種を受けることができる

日	月	火	水	木	金	土
例1	1 接種 2回目	2	3	4	5	6
	7	8	9	10	11	12
	14	15	16	17	18	19
	21	22	23	24	26	27
	28	29	30			

8か月後に同じ日がある

日	月	火	水	木	金	土
	1 接種 可能	2	3	4	5	6
	7	8	9	10	11	12
	14	15	16	17	18	19
	21	22	23	24	26	27
	28	翌月1日 接種 可能				

8か月後に同じ日がない

(4) 接種券・予診票等の郵送時期等

追加接種にかかる接種券と予診票(以下、「接種券等」という。)は2回目の接種日より一定の期間以上経過※2をめどに、週単位で順次発送を行う予定です。

接種券等は1回目、2回目同様、住民票所在地に郵送します。各施設管理者は必要に応じて入所者の家族に連絡し、接種券をとりまとめ予診票記載の補助をお願いします。

また、自治体により接種券等の発送時期が異なるため、他市に住民票がある入所者の接種券等については当該自治体に確認してください。

(5) ワクチンの種類

追加接種(3回目)に使用するワクチンは1回目・2回目に用いたワクチンの種類にかかわらず、mRNAワクチン(ファイザー社製ワクチンとモデルナ社製ワクチン)を供給します。

なお、モデルナ社ワクチンは1バイアルあたり15人から20人分の接種液の採取が可能であることから、多人数に接種を行う施設内や事業所内での接種を行う際には、モデルナ社

ワクチンの使用をご検討をお願いします。

(6) ワクチンの確保

ワクチンの確保については、接種医から本市健康部新型コロナワクチン接種事業課に依頼をお願いします。また、接種医の医療機関が他市に所在する場合、接種医の医療機関が所在する自治体で確保することになっています。

(7) 接種券未到達時の接種事務について

接種券到達前にワクチン接種を行う場合は以下の事務を行ってください。

①接種医への相談・接種対象者の確認について

6か月で前倒し接種を行う際に、接種券が到達していない場合があることから、接種医の請求事務が接種券到達後となります。まずは接種医に6か月での前倒し接種が可能であるかを相談してください。

また、接種対象者の接種日記録の確認は接種済証等により行い、2回目の接種日から6か月以上経過していることを確認したうえで接種してください。なお、6か月未満で接種を行った場合は事故報告を厚労省に提出する必要がありますのでご注意ください。

②接種日当日の事務について

(ア) 予診票に必要事項を記載のうえ、接種医の問診を受けてワクチンを接種してください。

(イ) 予診票に接種医等の情報を記載したうえで、ワクチンに付随するロットシールを貼付してください。

(ウ) 接種記録書にワクチンメーカーから送付されたシールを貼付してください。(不足する場合はロットシールを代用してください。) なお、接種記録書は被接種者に交付してください。

③接種券到達後の事務

(ア) 接種券を予診票に貼付してください。

(イ) 接種済証の交付を希望する場合は接種日や接種場所など、必要な事項を転記して被接種者に交付してください。

(ウ) 接種医は接種券を添付した予診票をワクチン接種記録システム(VRS)で読み取り、請求を行ってください。

(8) 高齢者入所施設従事者の接種について

追加接種(3回目)は2回目接種日から一定の期間が経過した者を対象とするため、1回目・

2回目の接種時のように優先順位はなく、一定の期間が経過した者から接種が可能となります。接種券が手元に到達した従事者は、住民票所在地の自治体の設置する集団接種会場や個別接種医で接種が可能です。

接種券が手元に届いていなくても、高齢者入所施設従事者については入所者と同様に6ヶ月を経過した以降から施設内において追加接種（3回目）が可能となり、入所者への追加接種（3回目）に合わせて、施設内で従事者に追加接種（3回目）行っていただいても差支えありませんが、ワクチンの供給量が、ワクチン接種記録システム（VRS）の情報による1・2回目接種を受けた市民分となり、余剰分の供給が見込めないことから、施設内で追加接種（3回目）を行う従事者は本市に住民票のある方のみとしてください。

ただし、以下の場合には他市に住民票のある従事者であっても、施設内で追加接種（3回目）いただいて差支えありません。（在住自治体から送付される接種券や、接種券未達の場合は接種済証等により6ヶ月を経過している対象者であることを確認のうえ接種してください。）

① 1バイアルの単位の残余

ワクチンは1バイアルあたりファイザー社製で6～7人、モデルナ社製で15～20人分※4となります。希望する入所者へ計画的に接種を行っていく中で、バイアルにワクチンが残余した場合については、他市に住民票がある従事者に追加接種（3回目）いただいて差支えありません。

Ex) 接種希望者数23人の場合、必要なバイアル数はファイザー社製ワクチンでは「4瓶」となり、接種可能人数は最大28人分となる。このため、ファイザー社製で最大5人分のワクチン残余が生じる。

また、モデルナ社製ワクチンでは「2瓶」となり、接種可能人数は最大40人分となる。このため、モデルナ社製で最大7人分のワクチン残余が生じる。

（※4）本市ではファイザー社製ワクチンと一緒に7人分の針とシリンジを供給します。また、モデルナ社製ワクチンと一緒に20人分の針とシリンジを提供します。

② 当日キャンセル等による残余

当日、接種を予定する高齢者が体調不良等により接種が行えず、ワクチンが残余した場合には、他市に住民票のある従事者に追加接種（3回目）を実施いただいて差支えありません。

4. ファイザー社製ワクチンについて

ファイザー社製ワクチンについて、現時点で得られている情報は以下のとおりです。（厚生労働省ウェブサイトより抜粋）

（1）ワクチンについて

本剤はメッセンジャーRNA（mRNA）ワクチンです。SARS-CoV-2 のスパイクタンパク質（ウイルスがヒトの細胞へ侵入するために必要なタンパク質）の設計図となる mRNA を脂質の膜に包んだ製剤になります。本剤を接種し、mRNA がヒトの細胞内に取り込まれると、この mRNA を基に細胞内でウイルスのスパイクタンパク質が産生され、スパイクタンパク質に対する中和抗体産生及び細胞性免疫応答が誘導されることで、SARS-CoV-2 による感染症の予防ができると考えられています。

（2）接種方法

通常は、三角筋（上腕の筋肉）に、1回 0.3mL を筋肉注射という方法で接種します。※5
（※5） 追加接種（3回目）のワクチンの接種量は前回と同様の 0.3mL となります。

（3）有効性について

新型コロナウイルス感染症の発症を予防します。

ワクチンを受けた人が受けていない人よりも、新型コロナウイルス感染症を発症した人が少ないということが分かっています。（発症予防効果は約 95%と報告されています。）

なお、本ワクチンの接種で十分な免疫ができるのは、2回目の接種を受けてから7日程度経って以降とされています。現時点では感染予防効果は明らかになっていません。ワクチン接種にかかわらず、適切な感染防止策を行う必要があります。

（4）安全性について

主な副反応は、頭痛、関節や筋肉の痛み、注射した部分の痛み、疲労、寒気、発熱等があります。

また、まれに起こる重大な副反応として、ショックやアナフィラキシーがあります。

なお、本ワクチンは、新しい種類のワクチンのため、これまでに明らかになっていない症状が出る可能性があります。接種後に気になる症状を認めた場合は、接種医あるいはかかりつけ医に相談してください。

(5) 予防接種を受けることができない人、注意が必要な人

以下にあてはまる方は、本ワクチンの接種ができない、または接種に注意が必要です。当てはまるかどうかや、ワクチンを受けて良いか、ご不明な方は、その病気を診てもらっている主治医にご相談ください。

また、当てはまると思われる方は、必ず接種前の診察時に医師へ伝えてください。

① 受けることができない人

- ・明らかに発熱している人（※6）
- ・重い急性疾患にかかっている人
- ・本ワクチンの成分（※7）に対し過敏症（※8）の既往歴のある人
- ・上記以外で、予防接種を受けることが不適当な状態にある人

（※6）明らかな発熱とは通常 37.5℃以上を指します。ただし、37.5℃を下回る場合も平時の体温を鑑みて発熱と判断される場合はこの限りではありません。

（※7）本ワクチンの成分

▷有効成分 ・トシナメラン（ヒトの細胞膜に結合する働きを持つスパイクタンパク質の全長体をコードする mRNA）
▷添加物 ・ALC-0315：[(4-ヒドロキシブチル) アザンジイル] ビス（ヘキサ-6,1-ジイル）ビス（2-ヘキシルデカン酸エステル） ・ALC-0159：2- [(ポリエチレングリコール) -2000] -N,N-ジテトラデシルアセトアミド ・DSPC：1,2-ジステアロイル-sn-グリセロ-3-ホスホコリン ・コレステロール ・塩化カリウム
・リン酸二水素カリウム ・塩化ナトリウム ・リン酸水素ナトリウム二水和物 ・精製白糖

（※8）アナフィラキシーや、全身性の皮膚・粘膜症状、喘鳴、呼吸困難、頻脈、血圧低下等、アナフィラキシーを疑わせる複数の症状。

② 注意が必要な人

- ・抗凝固療法を受けている人、血小板減少症または凝固障害（血友病など）のある人
- ・過去に免疫不全の診断を受けた人、近親者に先天性免疫不全症の方がいる人
- ・心臓、腎臓、肝臓、血液疾患や発育障害などの基礎疾患のある人
- ・過去に予防接種を受けて、接種2日以内に発熱や全身性の発疹などのアレルギーが疑われる症状がでた人
- ・過去にけいれんを起こしたことがある人
- ・本ワクチンの成分（※7）に対して、アレルギーが起こるおそれがある人

(6) 接種後の留意点

ワクチン接種を受けた後、15分以上（過去にアナフィラキシーを含む重いアレルギー症状を起こしたことがある方や、気分が悪くなったり、失神等を起こしたりしたことがある方は30分以上）は接種場所でお待ちいただき、体調に異常を感じた場合には、速やかに医師へ連絡してください。（急に起こる副反応に対応します。）

注射した部分は清潔に保つようにし、接種当日の入浴は問題ありませんが、注射した部分はこすらないようにしてください。

当日の激しい運動は控えてください。

(7) ワクチンの保管方法（※実際の接種時には接種医と相談してください）

ワクチンは基本型接種施設（本市においては保健所）から必要数が保冷バックで届きます。受取り後はすみやかに施設の冷蔵庫（2～8℃）で保管します。作業は、必ず常温の室内で、直射日光が当たらない場所で行ってください。

(8) 接種液の用法

- ・ 冷蔵庫（2～8℃）で解凍する場合は、解凍及び希釈を1か月以内に行ってください。
- ・ 室温で解凍する場合は、解凍及び希釈を2時間以内に行ってください。
- ・ 解凍後は再冷凍しないでください。
- ・ 希釈前に室温に戻し、無菌操作で希釈を行ってください。
- ・ バイアルに生理食塩水 1.8mL を加え、白色の均一な液になるまでゆっくりと転倒混和してください。その際には振り混ぜないでください。
- ・ 希釈後の液は、2～30℃で保存し、希釈後6時間以内に使用してください。希釈保存の際には、室内照明による曝露を最小限に抑えて、直射日光及び紫外線が当たらないようにしてください。

(9) その他

追加接種後に確認された様々な有害事象は、2回目の接種後に確認されたものと比較して、その発現傾向は概ね同様であるとされています。

ただし、初回接種時と比較して、リンパ節の腫れの発現割合が高いこと（5%程度）が報告されています。追加接種の1～4日目に、主に腋窩リンパ節で多く発現しますが、ほとんどの場合が軽度であり、発現後短期間で症状が治まっていることも確認されています。

5. モデルナ社製ワクチンについて

モデルナ社製ワクチンについて、現時点で得られている情報は以下のとおりです。（厚生労働省ウェブサイトより抜粋）

(1) ワクチンについて

モデルナ社製ワクチンはメッセンジャーRNA（mRNA）ワクチンです。SARS-CoV-2 のスパイクタンパク質（ウイルスがヒトの細胞へ侵入するために必要なタンパク質）の設計図となる mRNA を脂質の膜に包んだ製剤になります。本剤を接種し、mRNA がヒトの細胞内に取り込まれると、この mRNA を基に細胞内でウイルスのスパイクタンパク質が産生され、スパイクタンパク質に対する中和抗体産生及び細胞性免疫応答が誘導されることで、SARS-CoV-2 による感染症の予防ができると考えられています。

(2) 接種方法

通常は、三角筋（上腕の筋肉）に、1回 0.25mL を筋肉注射という方法で接種します。

(3) 有効性について

新型コロナウイルス感染症の発症を予防します。

本ワクチンを受けた人は受けていない人よりも、新型コロナウイルス感染症を発症した人が少ないということが分かっています。（発症予防効果は約 94 %と報告されています。）

なお、臨床試験において、本ワクチンの接種で十分な免疫が確認されるのは、2回目の接種を受けてから 14 日以降です。また、感染を完全に予防できる訳ではありません。ワクチン接種にかかわらず、適切な感染防止策を行う必要があります。

(4) 安全性について

主な副反応は、注射した部分の痛み※7、頭痛、関節や筋肉の痛み、疲労、寒気、発熱等があります。

（※8）接種直後よりも接種翌日に痛みを感じる方が多いです。接種後 1 週間程度経ってから、痛みや腫れなどが起きることもあります。

まれに起こる重大な副反応として、ショックやアナフィラキシーがあります。

また、ごくまれではあるものの、ワクチン接種後に軽症の心筋炎や心膜炎が報告されていま

※9。接種後数日以内に胸痛、動悸、息切れ、むくみ等の症状が現れたら医療機関を受診してください。

(※9) 1回目よりも2回目の接種の後に多く、若い方、特に男性に多い傾向が見られます。

なお、本ワクチンは、新しい種類のワクチンのため、これまでに明らかになっていない症状が出る可能性があります。接種後に気になる症状を認めた場合は、接種医あるいはかかりつけ医に相談してください。

(5) 接種を受けられない人、注意が必要な人

以下にあてはまる方は、本ワクチンの接種ができない、または接種に注意が必要です。当てはまるかどうかや、ワクチンを受けて良いか、ご不明な方は、その病気を診てもらっている主治医にご相談ください。また、当てはまると思われる方は、必ず接種前の診察時に医師へ伝えてください。

【受けることが出来ない人】

- ・明らかに発熱している人※10
- ・重い急性疾患にかかっている人
- ・本ワクチンの成分に対し重度の過敏症※2の既往歴のある人
- ・上記以外で、予防接種を受けることが不適当な状態にある人

(※10) 明らかな発熱とは通常 37.5℃以上を指します。ただし、37.5℃を下回る場合も平時の体温を鑑みて発熱と判断される場合はこの限りではありません。

(※3) アナフィラキシーや、全身性の皮膚・粘膜症状、喘鳴、呼吸困難、頻脈、血圧低下等、アナフィラキシーを疑わせる複数の症状。

注意が必要な人

- ・抗凝固療法を受けている人、血小板減少症または凝固障害（血友病など）のある人
- ・過去に免疫不全の診断を受けた人、近親者に先天性免疫不全症の方がいる人
- ・心臓、腎臓、肝臓、血液疾患や発育障害などの基礎疾患のある人
- ・過去に予防接種を受けて、接種後2日以内に発熱や全身性の発疹などのアレルギーが疑われる症状がでた人
- ・過去にけいれんを起こしたことがある人
- ・本ワクチンの成分※11に対して、アレルギーが起こるおそれがある人

妊娠中、又は妊娠している可能性がある人、授乳されている人は、接種前の診察時に必ず医師へ伝えてください。

(※11) 本ワクチンの成分

▷有効成分

- ・CX-024414 (ヒトの細胞膜に結合する働きを持つスパイクタンパク質の全長体をコードする mRNA)

▷添加物

- ・SM-102 : ヘプタデカン-9-イル 8-((2-ヒドロキシエチル)(6-オキソ-6-(ウンデシルオキシ)ヘキシル)アミノ)オクタ酸エステル・コレステロール・DSPC : 1,2-ジステアロイル-sn-グリセロ-3-ホスホコリン
- ・1,2-ジミリスチル-rac-グリセロ-3-メチルポリオキシエチレン (PEG2000-DMG)・トロメタモール
- ・トロメタモール塩酸塩・氷酢酸・酢酸ナトリウム水和物・精製白糖

(6) 接種後の留意事項

ワクチン接種を受けた後、15分以上(過去にアナフィラキシーを含む重いアレルギー症状を起こしたことがある方や、気分が悪くなったり、失神等を起こしたりしたことがある方は30分以上)は接種場所でお待ちいただき、体調に異常を感じた場合には、速やかに医師へ連絡してください。(急に起こる副反応に対応します。)

注射した部分は清潔に保つようにし、接種当日の入浴は問題ありませんが、注射した部分はこすらないようにしてください。

当日の激しい運動は控えてください。

(7) ワクチンの保管方法 (※実際の接種時には接種医と相談してください)

ワクチンは基本型接種施設(本市においては保健所)から必要数が保冷バックで届きます。受取り後はすみやかに施設の冷蔵庫(2~8℃)で保管します。作業は、必ず常温の室内で、直射日光が当たらない場所で行ってください。

(8) 接種液の用法

- ・希釈は不要です。
- ・使用前であれば、冷蔵庫(2~8℃)で解凍する場合は、最長30日間保存することができます。
- ・8~25℃で解凍する場合は、最長12時間保存することができます。解凍後は再冷凍しないでください。いずれの場合も有効期間内に使用してください。
- ・吸引の際には容器の栓及びその周囲をアルコールで消毒してください。また、注射針をさし込み、容器を静かに回しながら所要量を吸引し、振り混ぜないでください。この操作に当

たっては、雑菌が迷入しないよう注意してください。一度針を刺したバイアルは、遮光して2～25℃で保存し、6時間以上経過したものは廃棄してください。

- 使用前は2～8℃へ移行し2時間半の解凍、または15～25℃へ移行し1時間の解凍が必要です。

- 接種直前は常温で15分放置してください。

シリンジの充填後は6時間以内に使用してください

【参考】ファイザー社製ワクチン・モデルナ社製ワクチン対比表

	ファイザー社製	モデルナ社製
保管温度	<ul style="list-style-type: none"> • -20℃±5℃ 14日 • 2～8℃ 1か月 	<ul style="list-style-type: none"> • -20℃±5℃ 9か月 • 2～8℃ 30日
1バイアルの単位	6～7回分/バイアル	15回～20回分/バイアル (針・シリンジ一体型)
希釈	希釈が必要	希釈は不要
1回あたりの接種量	0.3ml	0.25ml (1・2回目の半量)
その他	希釈後は常温で6時間以内に接種	2～25℃で6時間以内に接種

6. ワクチン等の受け取り・保管

(1) ワクチンの発注について

本市ではファイザー社製ワクチン、モデルナ社製ワクチンともに健康部 新型コロナワクチン接種事業課に必要数を接種医から発注いただき、接種医（施設内診療所等においては施設）に送付します。なお、接種医の医療機関が他市に所在する場合、接種医の医療機関が所在する自治体で確保することになっています。

受け取ったワクチンの保管については接種医と相談してください。

(2) ファイザー社製ワクチンと同封される物品について

ファイザー社製ワクチンは一緒に次の物品も送付されます。

- ワクチンに付属する書類（添付文書 接種シール）
- 0.9%生理食塩水（20ml）

- 接種用注射針および接種用シリンジ
- 希釈用針およびシリンジ
- 情報提供シート（バイアル数および超低温冷凍庫から取り出した時刻の記載）

（３）モデルナ社製ワクチンと同封される物品について

モデルナ社製ワクチンは一緒に次の物品も送付されます。

- ワクチンに付属する書類（添付文書 接種シール）
- 接種用注射針および接種用シリンジ
- 情報提供シート（バイアル数および超低温冷凍庫から取り出した時刻の記載）

7. ワクチン接種後の作業

（１）接種後の体調の変化のチェック

ワクチン接種直後はアナフィラキシー症状がないか、医師もしくは看護師が確認しますが、その後、入所者の体調に変化が無いかを見守ってください。

（２）接種者数を市へ報告（接種日当日に市ウェブサイトのフォームにて）

高齢者施設での接種状況を把握するため、接種後はすみやかに報告をお願いします。

フォームは以下のリンク先となります。

<https://www.city.higashiosaka.lg.jp/cmsform/enquete.php?id=325>



もしくは市ウェブサイトで『高齢者施設・接種状況』で検索ください。

（３）ワクチン接種日に入所者の体調が急変した場合の対応

ワクチン接種後、30分は医師もしくは看護師が経過観察を行いますが、それ以降で接種日当日に入所者の体調等が急変した場合、まずは接種医に相談をしてください。

また、大阪府ではワクチン接種後の副反応など新型コロナウイルスワクチンに係る医学的見地が必要となる専門的な相談窓口を設置しています。

【大阪府新型コロナウイルスワクチンに関する専門相談窓口】

電話番号：[0570-012-336](tel:0570-012-336)

受付時間：24時間（土、日、祝を含む）

8. その他

（1）コアリング防止

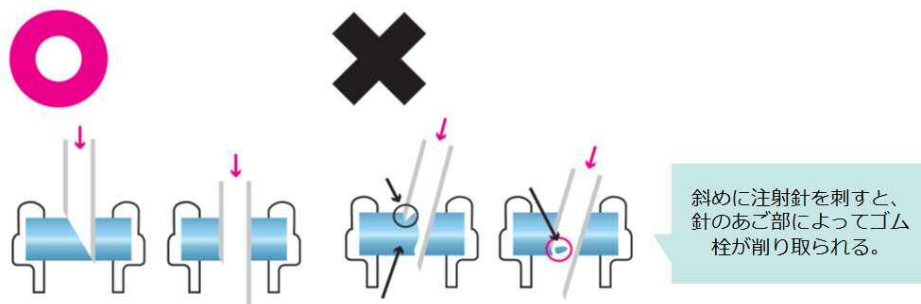
コアリング※12を防ぐために、注射針をバイアルに穿刺する際は、ガイドマーク（中心円）の内側に、針を垂直に押し込んでください。また、刺しながら注射針を回転させたり、同じ場所に何度も穿刺しないでください。

（※12）注射針の先端は、横から見ると斜めになっており、ゴム栓に対して斜めに針を刺すと、針のあご部でゴム栓が削り取られてしまうことがある。これを「コアリング」という。

「コアリング」の防止

コアリングと注射針の正しい刺し方

- 注射針の先端は、横から見ると斜めになっています。ゴム栓に対して斜めに針を刺すと、針のあご部でゴム栓が削り取られてしまうことがあります。これを「コアリング」といいます。
- 「コアリング」は、刺しながら針を回転させたりすることでも起こります。何度も穿刺する場合は、同じ場所に針を刺すと前回刺した穴の側面を削り取ってしまい、「コアリング」の危険性が高まります。さらに、ゴム栓の材質や形状、注射針の径や形状にも影響されます。
- 注射針を正しくバイアルに穿刺するには、ガイドマーク(中心円)の内側に、針を垂直に押し込むことが大切です。



参考：輸液製剤協議会ウェブサイト（<https://www.yueki.com/measure1>）

（2）ワクチンをシリンジに充填して移送する場合に留意すること

やむを得ず施設を移動して別の場所において接種を行う場合は、ファイザー社製ワクチン、モデルナ社製ワクチンをシリンジに充填した状態で移送することは可能です。ただし、以下の点に留意してください。

- ・シリンジの充填作業は1か所で行うこと

- シリンジでの移送保管は慎重に取り扱うこと
- シリンジに充填した状態のワクチンを他施設へ融通しないこと

具体的には、ファイザー社のワクチンについては、接種場所を訪問する前に、接種医等において、ワクチンを生理食塩水で希釈し、シリンジに充填してください。ワクチンを充填したシリンジは、添付文書の記載に従い、2～30℃で管理し、揺らさないよう慎重に取り扱うとともに、直射日光及び紫外線が当たらないように留意してください。また、希釈後6時間以内に使用しなかったものは廃棄してください。

モデルナ社製のワクチンについては、接種場所を訪問する前に、接種実施医療機関等において、シリンジに充填してください。ワクチンを充填したシリンジは、添付文書の記載に従い、2～25℃で管理し、揺らさないよう慎重に取り扱うとともに、直射日光が及び紫外線が当たらないように留意してください。また、充填後6時間以内に使用しなかったものは破棄してください。

(3) 季節性インフルエンザワクチン等との接種間隔について

新型コロナワクチンの接種前及び接種後に、季節性インフルエンザ等他の予防接種を行う場合においては、「2週間後の同じ曜日の日」以降に接種が可能となるため、2週間以上の間隔を空けて接種してください。

2種類以上の予防接種を同時に同一の接種対象者に対して行う同時接種は行わないでください。

(問合せ先)

東大阪市福祉部地域福祉室地域福祉課

高齢者施設等新型コロナウイルスワクチン接種支援チーム

(電話) 06-4309-3005

(FAX) 06-4309-3815

【参考】年齢早見表 2022年度版

※今年度に誕生日を迎えられた後の年齢を記載しています。

※ワクチン接種者リスト及び予診票の生年月日は西暦でご記入願います。

年齢	元号	西暦	年齢	元号	西暦
111歳	明治44年	1911年	85歳	昭和12年	1937年
110歳	明治45年/大正元年	1912年	84歳	昭和13年	1938年
109歳	大正2年	1913年	83歳	昭和14年	1939年
108歳	大正3年	1914年	82歳	昭和15年	1940年
107歳	大正4年	1915年	81歳	昭和16年	1941年
106歳	大正5年	1916年	80歳	昭和17年	1942年
105歳	大正6年	1917年	79歳	昭和18年	1943年
104歳	大正7年	1918年	78歳	昭和19年	1944年
103歳	大正8年	1919年	77歳	昭和20年	1945年
102歳	大正9年	1920年	76歳	昭和21年	1946年
101歳	大正10年	1921年	75歳	昭和22年	1947年
100歳	大正11年	1922年	74歳	昭和23年	1948年
99歳	大正12年	1923年	73歳	昭和24年	1949年
98歳	大正13年	1924年	72歳	昭和25年	1950年
97歳	大正14年	1925年	71歳	昭和26年	1951年
96歳	大正15年/昭和元年	1926年	70歳	昭和27年	1952年
95歳	昭和2年	1927年	69歳	昭和28年	1953年
94歳	昭和3年	1928年	68歳	昭和29年	1954年
93歳	昭和4年	1929年	67歳	昭和30年	1955年
92歳	昭和5年	1930年	66歳	昭和31年	1956年
91歳	昭和6年	1931年	65歳	昭和32年	1957年
90歳	昭和7年	1932年	64歳	昭和33年	1958年
89歳	昭和8年	1933年	63歳	昭和34年	1959年
88歳	昭和9年	1934年	62歳	昭和35年	1960年
87歳	昭和10年	1935年	61歳	昭和36年	1961年
86歳	昭和11年	1936年			

《参考》 接種時の事務処理について（予診票・接種済証）

①接種券シール等を貼る

②接種済証にメーカーのシールを貼る

ファイザー社 提供シール

※7回分採取できる針・シリンジを使用した場合はシールが不足するので小さい方のシールを貼付してください。

③ワクチンロットシールを貼る

ロットシール

④接種量、実施場所（施設名称）、医師名、医療機関コード、接種日を記載する

新型コロナウイルスワクチン接種の予診票

※太枠内にご記入またはチェック☑を入れてください。

住所 〒 <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> 市 <input type="text"/> 区 <input type="text"/> 町 <input type="text"/> 村	接種券 氏名 <input type="text"/>
フリガナ 氏名 <input type="text"/>	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日 (西暦) <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	診察前の体温 <input type="text"/> 度 <input type="text"/> 分

※ワクチン接種後に医療機関において貼り付けてください
※虫歯に合わせ、点線に沿ってまっすぐに貼り付けてください
(クーポン貼付)

質問事項	回答欄	医師記入欄
新型コロナウイルスの接種を希望しますか。 (接種を受けた回数: 1回目: 月 日、2回目: 月 日)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
接種を受ける市町村と、クーポン券に記載されている市町村は同じですか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
新型コロナウイルスの説明書を読んで、効果や副反応などについて理解しましたか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
接種順位の上位となる対象グループに該当しますか。 <input type="checkbox"/> 医療従事者等 <input type="checkbox"/> 65歳以上 <input type="checkbox"/> 60~64歳 <input type="checkbox"/> 高齢者施設等の従事者 <input type="checkbox"/> 基礎疾患を有する(病名:)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
現在、何らかの病気にかかって、治療(投薬など)を受けていますか。 病名: <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> 血が止まりにくい病気 <input type="checkbox"/> 免疫不全 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
治療内容: <input type="checkbox"/> 血をサラサラにする薬() <input type="checkbox"/> その他()		
最近1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。病名()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
今日、体に具合が悪いところがありますか。症状()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
薬や食品などで、重いアレルギー症状(アナフィラキシーなど)を起こしたことがありますか。 薬・食品など原因になったもの()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか。 種類() 症状()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
現在妊娠している可能性(生理が予定より遅れているなど)はありますか。または、授乳中ですか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
2週間以内に予防接種を受けましたか。種類() 受けた日()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	

医師記入欄
以上の問診及び診察の結果、今日の接種は 可能 具合合わせ
本人に対して、接種の結果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明した。
 被接種者は6歳未満である(該当する場合は塗りつぶしてください)

医師署名又は記名押印

新型コロナウイルス接種希望書
医師の説明を受け、接種の効果や副反応などについて理解した上で、接種を希望しますか。(接種を希望します・ 接種を希望しません)
この予診票は、接種の安全性の確保を目的としています。
年 月 日 接種者又は保護者(自署)
(※自治体によっては保護者が署名し、接種者本人及び接種者との捺印を要する場合があります。)
(※接種者及び保護者の署名は接種券裏面に提出されることに同意します。)

ワクチン名・ロット番号	接種量	実施場所	医療機関コード
シールを貼付する			
に合わせまっすぐに貼り付けてください (有効期限が切れている場合は貼付しないでください)			

接種年月日 西暦年 月 日 日
2022年 4月 1日 04月 01日

医師印

