

障害福祉サービス事業所内
ワクチン接種体制マニュアル

(Ver. 1)

東大阪市 福祉部

目次

1. 定義	4
2. ワクチンについて	6
(1) 接種回数と接種間隔	6
(2) 有効性について	7
(3) 安全性について	7
(4) 予防接種を受けることができない人、注意が必要な人	7
(5) 接種後の留意点	8
(6) 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）	8
3. 事業所内接種に向けた事前準備 接種計画	9
(1) 事業所内接種の検討	9
(2) 接種医の確保	9
(3) 利用者への説明	10
(4) 接種予定者の把握および接種医への報告	10
(5) 接種券の確認	10
(6) 接種日の伝達	10
4. 接種日当日の作業	10
(1) ワクチン等の受け取り・保管	11
(2) 接種券の確認	11
(3) 予診票の確認	11
(4) 当日の接種体制	11
(5) 事業所内接種に必要な備品・消耗品	13
5. ワクチン接種後の作業	13
(1) 接種後の体調の変化のチェック	13
(2) 接種券の保管（1回目終了後）	13
(3) ワクチン接種日に利用者の体調が急変した場合の対応	14
6. 事業所内での従事者への接種	14
(1) 事業所内での従事者への接種	14
(2) 接種会場の運営者としての接種	15
(3) 留意事項	15
(4) リストの提出について	15

改定履歴

改定日	Ver.	改定内容
令和3年6月28日	Ver.1	—

1. 定義

接種順位

国ではワクチン供給量を勘案して一定の順位を決めて、ワクチン接種を行っています。現時点での接種順位は以下のとおりです。

- (1) 医療従事者等
- (2) 高齢者（令和3年度中に65歳に達する、昭和32年4月1日以前に生まれた方）
- (3) 高齢者以外で基礎疾患を有する方（※1）や高齢者入所施設等で従事されている方
- (4) 上記以外の方

基礎疾患を有する者

1. 以下の病気や状態の方で、通院／入院している方

- (1) 慢性の呼吸器の病気
- (2) 慢性の心臓病（高血圧を含む。）
- (3) 慢性の腎臓病
- (4) 慢性の肝臓病（肝硬変等）
- (5) インスリンや飲み薬で治療中の糖尿病又は他の病気を併発している糖尿病
- (6) 血液の病気（ただし、鉄欠乏性貧血を除く。）
- (7) 免疫の機能が低下する病気（治療中の悪性腫瘍を含む。）
- (8) ステロイドなど、免疫の機能を低下させる治療を受けている
- (9) 免疫の異常に伴う神経疾患や神経筋疾患
- (10) 神経疾患や神経筋疾患が原因で身体の機能が衰えた状態（呼吸障害等）
- (11) 染色体異常
- (12) 重症心身障害（重度の肢体不自由と重度の知的障害とが重複した状態）
- (13) 睡眠時無呼吸症候群
- (14) 重い精神疾患（精神疾患の治療のため入院している、精神障害者保健福祉手帳を所持している、又は自立支援医療（精神通院医療）で「重度かつ継続」に該当する場合）や知的障害（療育手帳を所持している場合）

2. 基準（BMI 30以上）を満たす肥満の方

*BMI30の目安：身長170cmで体重約87kg、身長160cmで体重約77kg。

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ファイザー社製ワクチンが入った容器を指します。ファイザー社製ワクチンの1バイアルの単位は6回分※となります。

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。

接種券

接種券は市町村が住民基本台帳の情報から作成し、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順次作成して送付されます。

接種券は1、2回目分の「接種券」と、1、2回目分の「診察したが接種できない場合」の計4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。

〒100-8916 東京都千代田区霞が関1-2-2 厚生 太郎			案
新型コロナウイルスワクチンを受けられます。 費用負担はありません。 年齢等により接種いただける時期が異なります。 ご自身の接種の時期が来るまで、こちらのクーポン券は大切に持ち下さい。			
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 接種記録票(複写) Certificate of Vaccination for COVID-19 接種券番号 2021年 氏 姓 接種場所 接種券番号 氏 姓 接種券番号
券 種 2 カナシキ接種 1 国保 票 番号 00800000 122476 氏 名 厚生 太郎	券 種 1 予防給付 1 国保 票 番号 00800000 122476 氏 名 厚生 太郎	券 種 2 予防給付 2 国保 票 番号 00800000 122476 氏 名 厚生 太郎	
券 種 2 カナシキ接種 2 国保 票 番号 00800000 122476 氏 名 厚生 太郎	券 種 1 予防給付 1 国保 票 番号 00800000 122476 氏 名 厚生 太郎	券 種 2 予防給付 2 国保 票 番号 00800000 122476 氏 名 厚生 太郎	
接種を受ける方へ ●シールは削ぎます。お戻りした際も大切に保管してください。 ●お戻りの予約受付時間は接種が終わった後大切に保管してください。			
00800000 122476			

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。

新型コロナウイルスワクチン接種の予診票

※未枠内に記入またはチェックを入れてください。

※氏名に合わせ、添貼に添ってまっすぐに貼り返してください
(クーポン貼付)

所在地(市町村) <input type="text"/>	郵便番号 <input type="text"/>	市区町村 <input type="text"/>
フリガナ <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
氏名 <input type="text"/>	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢 <input type="text"/>
生年月日(西暦) <input type="text"/>	身長(センチ) <input type="text"/>	体重(キログラム) <input type="text"/>
接種歴 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	既往歴 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	医師記入欄 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

新型コロナウイルスの接種を初めて受けますか。(接種を受けたことがある場合 1回目: 月 日、2回目: 月 日)	<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、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接種書」を読んで、効果や副作用などについて理解しましたか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
接種部位の上位となる対象グループに該当しますか。 (医師従事者等 [16歳以上] [160-164歳] [高齢者施設等の従事者]) [基礎疾患を有する(病名)]	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
現在、何らかの病状にかかって、治療(投薬など)を受けていますか。 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] [その他()] 治療内容: [血をサラサラにする薬()] [その他()]	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
その病状を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいと言われましたか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
最近1ヶ月以内に熱が出たり、病状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せんか。 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

以上の問診及び診察の結果、今日の接種は 可能 見合わせる

医師記入欄: 本人に対して、接種の種類、反応及び予防接種後経過観察制度について、説明した。
 観察期限は6歳未満である(該当する場合は返りつけてください)

医師署名又は記名押印

新型コロナウイルス接種希望書
医師の診察・説明を受け、接種の利便や副反応などについて理解した上で、接種を希望します。(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。
このことを理解の上、本予診票が市町村、国民健康保険中央会、
及び国民健康保険団体連合会に提出されることに同意します。
年 月 日 接種者自署
(※本署で発行された接種券を提出し、行政部又は市民生活課健康課までお持ち帰りください)

ワクチン名・ロット番号 <input type="text"/>	接種量 <input type="text"/>	実施場所(医師名、接種年月日) <input type="text"/>	実施時間 <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

接種年月日: 接種券に添付されている接種券の記載内容に従って記入してください
2022年 月 日

2. ワクチンについて

今回、接種するワクチンはファイザー社製です。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) 接種回数と接種間隔

ワクチンは2回接種です。1回目の接種後、通常、3週間の間隔で2回目の接種を受けてください(接種後3週間を超えた場合は、できるだけ速やかに2回目の接種を受けてください。)

(2) 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。

(3) 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。

(4) 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(※1)
- ・重い急性疾患にかかっている人
- ・本ワクチンの成分(※2)に対し過敏症(※3)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

(※1) 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。

(※2) 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) アザンジール] ビス（ヘキサン-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

(※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。

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（※2）に対して、アレルギーが起こるおそれがある人

（5）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。

（6）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事業所（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事業所の冷蔵庫（2～8℃）で保管します。作業は室温の直射日光があたらない場所で必ず行ってください。

ワクチンは解凍後30日間以内に接種を完了してください。

3. 事業所内接種に向けた事前準備 接種計画

事業所内において利用者を対象とするワクチン接種を行う際には、事前準備も含めて計画的に取り組んでいく必要があります。

ワクチン接種に向けて必要な事前の準備や当日の手順、必要なスペース、物品等について、以下に記載をしていますので参考としてください。

なお、お示しするスケジュールや必要なスペース、レイアウト図等は例示であり、事業所内の構造や接種希望者の状況によっては対応が難しい場合があります。必要な工程は確保しつつ、接種希望者の負担が少なく、かつ、安全・安心に接種機会が提供できるように、事業所にあった対応をしてください。

(1) 事業所内接種の検討

利用者の利便性や安全・安心の面から、平時の接種体制や、以下の手順を参考に事業所内での実施方法を検討ください。

なお、1回の接種機会での接種が可能な人数の目安は、例年のインフルエンザワクチン接種等を参考に※1計画していただくこととなります。

※1 高齢者の平時のインフルエンザワクチンの事業所内接種の場合、2時間（接種後の経過観察の時間を含む）で20人から30人程度※の接種者数が目安とされています。（あくまで目安であり、利用者の状況を勘案して接種者数を判断してください。）

また、ワクチン接種には予診などの接種前確認や、ワクチン希釈も含めた接種作業にあたるスペースの確保、そして接種後に15分から30分程度の経過観察が必要となります。

(2) 接種医の確保

医療機関がワクチンを接種するためには、ワクチン接種実施医（以下、「接種医」という。）の登録が必要となります。接種医は医療機関が所在する市町村と契約を行うこととなります。地域の医師会に加入している医療機関は医師会が取りまとめて市と契約し、未加入の医療機関は市と直接、契約をします。

接種を依頼する管理医師、嘱託医、外部医師等が接種医契約を行っているかを確認してください。

接種医が決定した後は、準備から接種までの流れ等について、打ち合わせしてください。

(3) 利用者への説明

ワクチンの接種は本人の希望により実施しますので、本人に接種の意思があるかを確認してください。本人の意思確認が難しい場合は、ご家族や嘱託医等の協力を得ながら、本人の同意を得るようにしてください。

なお、必要に応じてご家族へも説明文書を郵送するなど、説明については丁寧な対応を心掛けてください。

(4) 接種予定者の把握および接種医への報告

事業所内でワクチン接種を希望する利用者の数が把握できたら、接種医に報告し必要数のワクチンを確保してもらいます。なお、事業所内での接種が複数回に亘る可能性があることや、ファイザー社製ワクチンは3週間間隔での2回接種であることから、適切な管理のために接種者の状況を記したリストを作成し、それによる進行管理を推奨します。

また、ワクチンは2回接種が必要であることから、2回目の接種も含めて、確実に接種できる方を対象としてください。

(5) 接種券の確認

ワクチン接種時には接種券が必要となります。接種券は住民票所在地に送付されます。接種日当日には接種券が必要となりますので確認ください。

(6) 接種日の伝達

ワクチンが確保され、接種日が決定しましたら、接種希望者に接種日を伝えてください。

なお、接種日までに予診票の記入が必要です。記入の補助や、必要に応じて家族、嘱託医等に相談をしていただき、接種日当日までに予診票に必要事項が記入できるようにサポートをお願いします。

4. 接種日当日の作業

接種日当日に事業所が必要な作業および接種医が行う作業工程や必要なスペース、用意する備品等を以下に示しますので参考としてください。

(1) ワクチン等の受け取り・保管

【接種医 事業所】

本市ではワクチン等を保健所から接種医に送付します。

接種医がワクチンを持参して希釈するまでの間、もしくは接種が複数日に亘る場合の保管期間については『2. ワクチンについて (6) ワクチンの保管方法』を参考に適切に保管してください。なお、冷蔵庫は家庭用でも差し支えありませんが、ワクチン保管中は開閉を控えてください。

なお、ワクチンと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
- ・予診票
- ・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）

また、初回のワクチン配送に合わせて、医療機関に対してアドレナリン製剤と副腎皮質ホルモン剤も送付されます。

- ・アドレナリン注 0.1% シリンジ「テルモ」 10本
- ・ソル・コーテフ注射用100mg 5バイアル（溶解用液 2ml 5アンプル 含む）

※医薬品のみ。針等の必要物品は各医療機関にて準備をお願いしています。

(2) 接種券の確認

【本人・家族、事業者】

接種前に接種券を用意してください。

(3) 予診票の確認

【本人・家族、事業者】

接種前に再度、予診票の記入漏れが無いかを確認してください。

(4) 当日の接種体制

【接種医等・事業者】

①接種前確認

【事業者】

感染症予防対策として、体温計（非接触型体温計が望ましい）を用いて、被接種者の体温を

確認してください。体温が37.5度以上の場合は接種を行わないでください。

また、倦怠感等、当日の体調も確認してください。倦怠感がある等、体調が優れない時は予診の際に申し出ていただき、接種医の判断を仰いでください。

②ワクチンの希釈

【接種医等】

ファイザー社製ワクチンの場合、看護師等がワクチンを規定量の生理食塩水で希釈し、必要量をシリンジ（注射器）に充填しておく必要があります。作業スペースの確保が必要となります。

（必要な物品：作業机 トレイ シリンジ ワクチン 消毒用アルコール 手指消毒剤 使い捨て手袋）

③予診

【接種医等】

医師が予診票をもとに接種希望者からの聞き取りにより予診を行いますので、予診スペースを確保してください。

（必要な物品：記載用の机・椅子 聴診器 ペンライト 使い捨て舌圧子 消毒用アルコール 手指消毒剤 使い捨て手袋 ゴミ箱 ボールペン等の文具）

④ワクチン接種

【接種医等】

医師もしくは看護師が接種を行います。消毒用アルコールやワクチンが充填されたシリンジ（注射器）、医療廃棄物容器、針捨て容器等が置ける作業台が必要です。

（必要な物品：作業用の机・椅子 トレイ 消毒用アルコール 手指消毒剤 医療廃棄物容器 針捨て容器 使い捨て手袋）

⑤接種済証交付

【接種医等・事業者】

接種を行った人には予診票に接種券を、接種済証及び予診票にワクチンのロット番号が記載されたシールを貼付し、接種日等を記入します。

接種ができなかった人は、予診票に接種券の「診察したが接種できなかった場合」シールを貼り、予診票（本人控え）と接種券を本人に渡し、終了となります。

（必要な物品：作業用の机 日付印 スタンプ台 ボールペン 書類仕分け用カゴ）

※事業所の職員が事務作業をサポートいただくと接種がスムーズに進みます。

⑥経過観察場所

【接種医等】

看護師等が、接種済証交付時に貼付した付箋紙に記載された時間をもとに、接種後15～30分経過していること、健康状態に異常がないことを確認します。

確認が終われば接種終了となります。

（5）事業所内接種に必要な備品・消耗品

事業所内接種時に必要となる備品・消耗品は以下の物が想定されます。なお、あくまで例示であり、接種医と相談しながら必要な物品をご用意いただきますようお願いいたします。

接種医等が用意するもの	事業所で用意するもの
消毒用アルコール	冷蔵庫（ワクチン保管用）
トレイ	ボールペン（赤・黒）
医療廃棄物容器 針捨て容器	スタンプ台
手指消毒剤	日付印
救急用品	はさみ
マスク	机（予診用 希釈用 接種・接種済証用）
使い捨て手袋	椅子
使い捨て舌圧子	体温計
膿盆	ゴミ袋
聴診器	《その他》
ペンライト	カゴ（書類入 代用品可）

5. 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、接種者の体調に変化が無いかを見守ってください。

（2）接種券の保管（1回目終了後）

2回接種となりますので、1回目の接種後も接種券を保管ください。本人保管が基本ですが、本人依頼のある場合は事業者で保管をお願いします。

(3) ワクチン接種日に利用者の体調が急変した場合の対応

ワクチン接種後、15分～30分は医師もしくは看護師が経過観察を行います。それ以降で接種日当日に利用者の体調等が急変した場合、まずは接種医に相談をしていただくこととなります。

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

受付時間：24時間（土、日、祝を含む）

6. 事業所内での従事者への接種

(1) 事業所内での従事者への接種

事業所の従事者は優先接種にあたる『高齢者入所施設従事者』にはあたらないため、接種順位では基礎疾患を有する方や高齢者施設従事者のあとの順位となります。

ただし、事業所内で接種を行っていただく際に発生するワクチンの残余について、例外的に以下の①②に該当する場合は従事者への接種を可能とします。

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6人接種分となります。希望する利用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、従事者に接種いただいても差し支えありません。

Ex) 接種希望者数23人の場合、必要なバイアル数は4瓶となり、バイアルでの接種可能人数は24人分となるため、1人分のワクチン残余が生じる。

② 当日キャンセル等による残余

当日、接種を予定する基礎疾患を有する方等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ついては、従事者に接種いただいても差し支えありません。

なおこの場合の従業者は、接種券をお持ちの本市に住民票がある方に限ります。

(2) 接種会場の運営者としての接種

事業所内で接種を行う際に、接種業務に従事いただく法人の職員については、接種会場の運営者として優先接種を行っていただいても差し支えありません。

ただし、直接会場で予診や接種の補助業務にあたる職員を対象とし、単に送迎や会場設営を行う者は含みません。また、基礎疾患を有する方への接種を最優先とするため、接種会場の運営者として接種可能な方は事業所内で接種する利用者の数を上回らない数までとします。

なお、接種会場の運営者として優先接種を行う場合は、接種券の有無、本市住民票の有無にかかわらず、接種券付き予診票を本市で作成することになります。

「接種券付き予診票」（1人につき2枚）作成のため、事業所は「高齢者施設従事者リスト（以下「リスト」）」を作成し、本市に提出していただきます。

(3) 留意事項

リスト作成にあたっては下記の事項に留意してください。

- ・特例での従事者接種に際しては、ファイザー社ワクチンが2回の接種が必要であることから、事業所内で2回の接種が可能な従事者に接種をしてください。障害福祉サービス事業所（施設入所支援及び共同生活援助事業所の一部を除く）の従事者は優先接種の対象ではないため、事業所での接種時に2回の接種を受けていただけないと、2回目の接種までに長期に間隔が生じる恐れがありますのでご注意ください。

- ・同一の従事者が複数の事業所においてリストに載らないように、接種対象となる従事者に対し、他の事業所において接種を予定していないかを確認してください。

- ・従事者の住民票所在地の住所を十分に確認してください。（誤記載があった場合には接種記録の適切な管理に支障が生じるだけでなく、接種実施医療機関の請求事務に支障をきたすことになるため注意が必要です。）

- ・リスト内の「医療従事者・高齢者施設等従事者」欄については、プルダウンから「高齢者施設等従事者」を選んでください。

(4) リストの提出について

作成したリストはパスワード（任意の半角数字6桁）を設定し、e-mail に添付していただき、fukushi-vaccine@city.higashiosaka.lg.jpまで提出をお願いします。

メールタイトルは『【事業所名称】 従事者リスト』としていただき、送信後に電話でリストを送信した旨をお伝えください。その際にはパスワードを口頭でお伝えください。

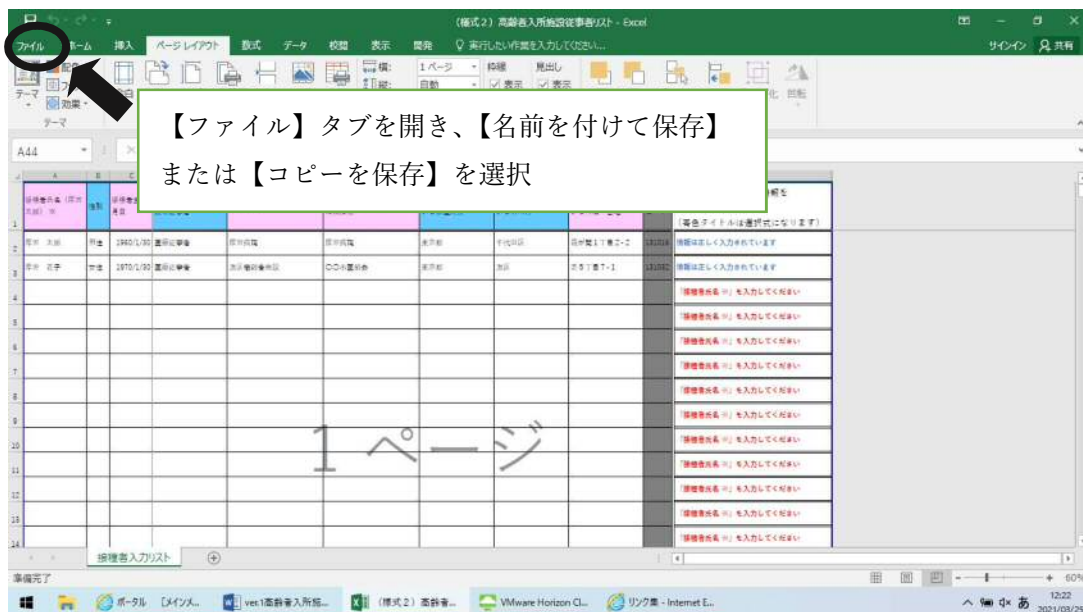
エクセルでのパスワード設定については、「別添資料」を参照ください。お手数ですが、個人情報保護の観点からご協力をお願いします。

【別添資料】

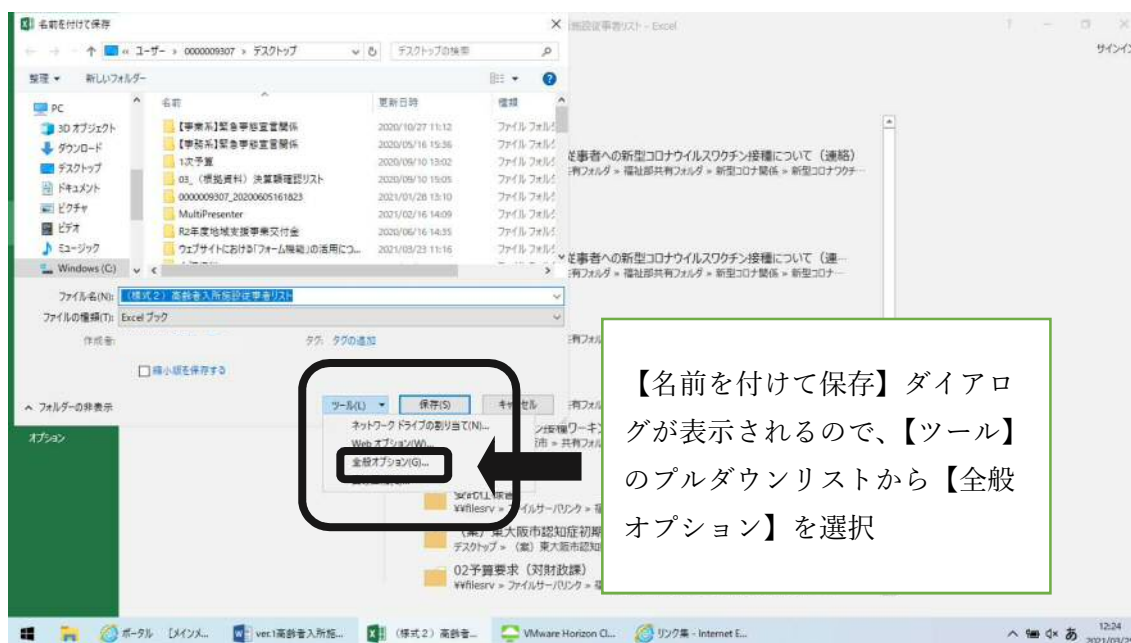
パスワード設定方法について

送付いただく高齢者施設従事者リストには以下の手順に沿って半角で任意の数字6桁のパスワードを設定してください。

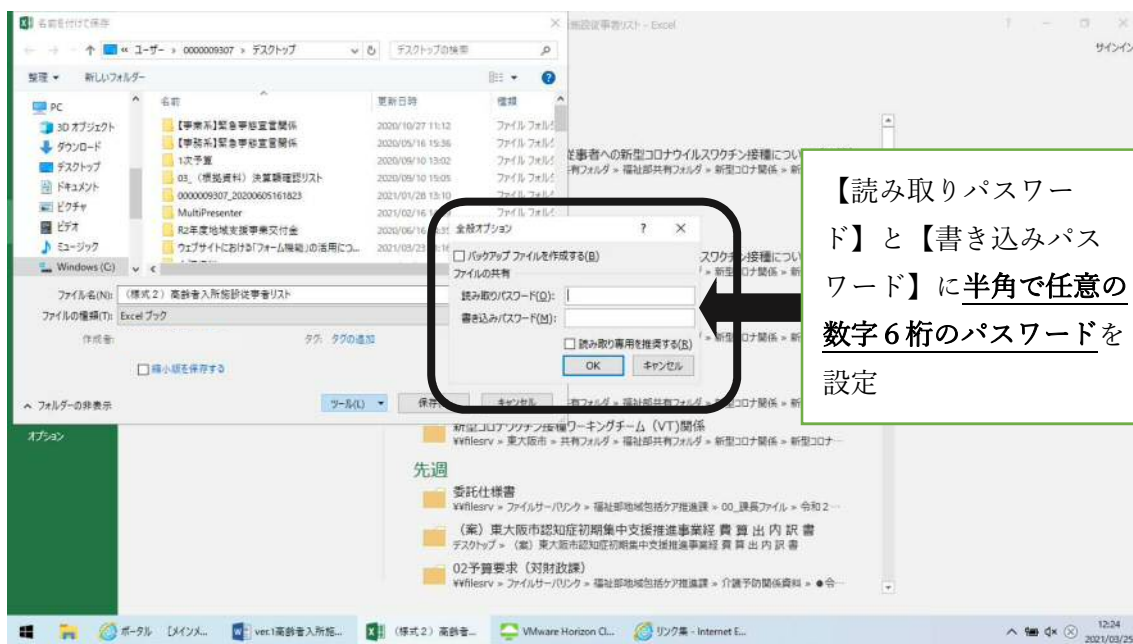
①【ファイル】タブを開き、【名前を付けて保存】または【コピーを保存】を選択してください。



②【名前を付けて保存】ダイアログが表示されるので、【ツール】のプルダウンリストから【全般オプション】を選択してください。



③【読み取りパスワード】と【書き込みパスワード】の設定が表示されますので、ここに半角で任意の数字6桁のパスワードを設定し、【OK】ボタンを押してください。



④設定後は【保存】ボタンを押して保存してください。これで終了です。

《 参考資料 》

接種時のタイムスケジュール①

- 運営時間：13:00～15:30
- 接種人数：30人
- 1人あたり3分程度

時間	作業	誰が	経過観察者
13:10	会場設営作業	施設者・接種医等	
	ワクチン希釈・充填	接種医等	
13:20	検温・予診票の確認	施設従事者	
13:30	施設内接種開始	接種医等	
13:33	1人目接種終了	接種医等	
13:45	5人目接種終了	接種医等	
14:00	10人目接種終了	接種医等	
14:30	20人目接種終了	接種医等	
15:00	30人目接種終了	接種医等	
	会場撤収作業	施設者・接種医等	
15:15	接種終了後15分経過	接種医等	
15:30	経過観察終了	接種医等	

接種時のタイムスケジュール②

- 運営時間：13:00～15:30
- 接種人数：25人
- 1人あたり3.5分程度

時間	作業	誰が	経過観察者
13:10	会場設営作業	施設者・接種医等	
	ワクチン希釈・充填	接種医等	
13:20	検温・予診票の確認	施設従事者	
13:30	施設内接種開始	接種医等	
13:34	1人目接種終了	接種医等	
13:47	5人目接種終了	接種医等	
14:05	10人目接種終了	接種医等	
14:40	20人目接種終了	接種医等	
14:57	25人目接種終了	接種医等	
	会場撤収作業	施設者・接種医等	
15:12	接種終了後15分経過	接種医等	
15:27	経過観察終了	接種医等	

接種時のタイムスケジュール③

- 運営時間：13:00～15:30
- 接種人数：20人
- 1人あたり4.5分程度

時間	作業	誰が	経過観察者
13:10	会場設営作業	施設者・接種医等	
	ワクチン希釈・充填	接種医等	
13:20	検温・予診票の確認	施設従事者	
13:30	施設内接種開始	接種医等	
13:35	1人目接種終了	接種医等	
13:53	5人目接種終了	接種医等	
14:15	10人目接種終了	接種医等	
15:00	20人目接種終了	接種医等	
	会場撤収作業	施設者・接種医等	
15:15	接種終了後15分経過	接種医等	
15:20	経過観察終了	接種医等	

【参考】年齢早見表 2021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。

年齢	元号	西暦	年齢	元号	西暦
64歳	昭和32年	1957年	38歳	昭和58年	1983年
63歳	昭和33年	1958年	37歳	昭和59年	1984年
62歳	昭和34年	1959年	36歳	昭和60年	1985年
61歳	昭和35年	1960年	35歳	昭和61年	1986年
60歳	昭和36年	1961年	34歳	昭和62年	1987年
59歳	昭和37年	1962年	33歳	昭和63年	1988年
58歳	昭和38年	1963年	32歳	昭和64年/平成元年	1989年
57歳	昭和39年	1964年	31歳	平成2年	1990年
56歳	昭和40年	1965年	30歳	平成3年	1991年
55歳	昭和41年	1966年	29歳	平成4年	1992年
54歳	昭和42年	1967年	28歳	平成5年	1993年
53歳	昭和43年	1968年	27歳	平成6年	1994年
52歳	昭和44年	1969年	26歳	平成7年	1995年
51歳	昭和45年	1970年	25歳	平成8年	1996年
50歳	昭和46年	1971年	24歳	平成9年	1997年
49歳	昭和47年	1972年	23歳	平成10年	1998年
48歳	昭和48年	1973年	22歳	平成11年	1999年
47歳	昭和49年	1974年	21歳	平成12年	2000年
46歳	昭和50年	1975年	20歳	平成13年	2001年
45歳	昭和51年	1976年	19歳	平成14年	2002年
44歳	昭和52年	1977年	18歳	平成15年	2003年
43歳	昭和53年	1978年	17歳	平成16年	2004年
42歳	昭和54年	1979年	16歳	平成17年	2005年
41歳	昭和55年	1980年	15歳	平成18年	2006年
40歳	昭和56年	1981年	14歳	平成19年	2007年
39歳	昭和57年	1982年	13歳	平成20年	2008年
			12歳	平成21年	2009年

《参考》 接種時の事務処理について（予診票・接種済証）

案

〒100-8916
東京都千代田区霞が関1-2-2
厚生 太郎

**新型コロナウイルスワクチンを受けられます。
費用負担はありません。**

年齢等により接種したける時期が異なります。
ご自身の接種の時期が来るまで、こちらのクーポン券を大切に持ち下さい。

接種券		診察した記録できない場合	
券番号	接種回数	券番号	接種回数
00000000000000000000	1	00000000000000000000	1
1234567890	123456	1234567890	123456

接種を受ける方法
●シールは剥がさずに、接種ごとに接種場所へお持ちください。
●接種済の予防接種済証は接種が終わった後も大切に保管してください。

新型コロナウイルスワクチン接種の予診票

※受付時間にご記入またはチェック印を入れてください。 ※広範囲に合わせて、点線に沿ってまっすぐに折り付けてください。

(クーポン貼付)

姓 氏 名	〒	道	市	区	町	番	号
〒	道	市	区	町	番	号	分
性別	年齢	職業	接種回数	接種日	接種場所	接種日	接種場所

新型コロナウイルスワクチンの接種を初めて受けますか。 (接種を受けたことがある場合 1回目: 月 日、2回目: 月 日)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
現時点で往來票のある市町村と、クーポン券に貼ら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ワクチンの説明書」を読んだことや副作用などについて理解しましたか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
接種前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"/> 60～64歳 <input type="checkbox"/> 高齢者施設等の従事者)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
基礎疾患を有しますか。 (現在、何らかの病気にかかっている、治療(薬など)を受けていますか。 病名: <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 許難病 <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> 血が止まりにくい病気 <input type="checkbox"/> 免疫不全病 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
除いてもっている医師に今日の予防接種を受けてよいと書かれたり、 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、保ち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せんか。 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

以上の問診及び診察の結果、今日の接種は 可 可 見合わせる

医師記入欄 本人に対して、接種の効果、副作用及び予防接種接種券消滅制度について、説明した。
 接種券は9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券書

医師の診察、問診後、接種の適否や副作用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。)

この接種券は、接種の安全性の確保を目的としています。

この接種券は、本接種券が有効で、有効期限満了後の使用はできません。

※接種券の発行は、接種券の発行日(接種券の発行日)に限り有効です。接種券の発行日(接種券の発行日)に限り有効です。

ワクチン名: ロット番号	接種券番号	接種券発行日	接種券有効期限

接種券発行日: 2022年 月 日

接種券有効期限: 2022年 月 日

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

③ワクチンロットシールを貼る

④接種量、実施場所（事業所名称）、医師名、医療機関コード、接種日を記載する

ファイザー社
提供シール

ロットシール

(問合せ先)

東大阪市福祉部地域福祉室地域福祉課

高齢者事業所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