

【重要】

厚生労働省及び経済産業省より、職域接種のニーズに関するアンケート調査がまいりましたので、お送りいたします。医療従事者等の人員や、接種会場等を自ら確保いただけることを前提に、自治体によるワクチン接種とは別に、各学校・法人等において職域接種の希望がある場合、本アンケートに御協力くださいますようお願いいたします。

事 務 連 絡

令和3年6月3日

各 都 道 府 県 専 修 学 校 主 管 課
各 都 道 府 県 教 育 委 員 会 専 修 学 校 主 管 課
厚 生 労 働 省 医 政 局 医 療 経 営 支 援 課
厚 生 労 働 省 社 会 ・ 援 護 局 障 害 保 健 福 祉 部 企 画 課

御中

文部科学省総合教育政策局生涯学習推進課

新型コロナワクチン職域接種の要望確認について（調査）

新型コロナワクチン接種希望者への接種の加速化に関連して、厚生労働省及び経済産業省より別添のとおり、職域接種に関するアンケート調査の依頼がありました。

自治体によるワクチン接種とは別に、自らで医師等を確保いただくことを前提に、各学校・法人等による職域接種を実施する場合の希望の有無等を確認するものです。

各都道府県及び都道府県教育委員会（以下「都道府県等」という。）におかれては、各専修学校に対して、添付の説明書等を参照のうえ、下記により教職員及び18歳以上の生徒の職域接種に関してアンケート票への回答にご協力いただくよう周知をお願いします。職域接種の希望及び人員・会場等の体制がない学校・法人等におかれては、回答は不要です。

また、各省庁向け説明資料について参考に添付させていただきますが、同内容については今後変更の可能性のあることを申し添えます。

各都道府県等において域内の専修学校を対象に含む職域接種を実施する場合には、各都道府県等と職域接種を希望する専修学校との間で人員・会場等の体制整備の調整をする必要があることに鑑み、各都道府県等でアンケート票の回答結果を取りまとめの上、下記まで提出ください。

なお、本調査については、文部科学省において回答をとりまとめた後に、厚生労働省及び経済産業省へ回答予定です。

また、既に各都道府県等において、各専修学校との間で、医師等の派遣や施設等の提供により、ワクチン接種の調整が行われている場合は、各都道府県等の判断に基づき、引き続き、適切な対応をお願いします。

各都道府県におかれては所轄の専修学校に対して、各都道府県教育委員会におかれては所管の専修学校に対して、厚生労働省におかれては所管の専修学校に対して、本件について周知いただきますようお願いいたします。

記

1. アンケート調査対象

専修学校高等課程（以下「高等専修学校」という。）、専修学校専門課程（以下「専門学校」という。）、専修学校一般課程

※法人単位で回答いただくことも可能

※職域接種の希望及び人員・会場等の体制がない学校・法人等におかれては回答不要

2. 調査方法

都道府県等において域内高等専修学校、専門学校、専修学校一般課程の調査票を取りまとめの上、同一フォルダに格納し、データでご提出ください。

3. 提出方法

以下の提出先にメールによりご提出ください。

提出先：syosensy@mext.go.jp

※提出メールの件名は「【都道府県名】職域接種の要望確認について（回答）」としてください。

※提出メールの本文には、回答のあった高等専修学校、専門学校、専修学校一般課程それぞれの学校数及び学校名を記載してください。法人単位で回答のあった場合はその専修学校の内訳（学校数及び学校名）を記載してください。

4. 提出期限

回答受付開始日：令和3年6月7日（月）より

※これよりも前に回答いただいたものについては受付できませんので、予め御承知おきください。

回答締切：令和3年6月9日（水）17時（厳守）

5. アンケート票や本調査に関する問合せ先

・厚生労働省 健康局予防接種室

電話：03-6812-7811 E-MAIL：yoboseshu@mhlw.go.jp

・経済産業省 生活物資等供給確保戦略室 ワクチン接種支援チーム

電話：03-3501-1538 E-MAIL:vaccine-team@meti.go.jp

6. 留意点

- 今回の調査は、厚生労働省及び経済産業省において、各事業者がどの程度職域接種を希望するかの意向を飽くまで基礎情報として調べるものであり、今回の調査への回答の有無や回答内容が今後の各専修学校の判断を拘束するものではありません。一方で、今後のワクチンの需要について規模感を把握する上で重要な情報となりますので、職域接種を希望する場合には、可能な限り御回答いただくようお願いします。
- 同一の接種会場で2回接種を完了すること、最低 2,000 回（1,000 人 × 2 回接種）程度の接種を行うことを基本とすることが求められております。
- 今回の調査については、職域接種の希望がある場合、かつ、自前で医療従事者等の人員・接種会場等を確保できる場合のみ回答いただくものですので、調査票の回答項目 1 及び 2 のどちらにも○がつく場合のみ回答を提出ください（両者に○がつかない場合、回答の必要はありません）。
- 接種方法や会場の数、開設時間の設定により、必要な医師数や期間が異なることから、各専修学校の実情に合わせ、必要な医療従事者数は算定されます。具体的な医療従事者等の数の例としては、少なくとも予診・接種に関わる者として、予診を担当する医師 1 名、接種を担当する医師、歯科医師又は看護師・准看護師 1 名、薬液充填及び接種補助を担当する看護師又は薬剤師等 1 名を 1 チームとすることが想定されます。
- 今回のワクチン接種については、1 回接種当たり 2,070 円（税抜き、休日・夜間加算あり）の接種費用が委託契約に基づき、接種実施医療機関等に対して支払われる予定です。

【送付資料】

- 職域接種の要望確認について【別紙 1】
- 新型コロナワクチン予防接種についての説明書【別紙 2】
- 企業による職域接種に関するアンケート【別紙 3】
- アンケート回答様式【別紙 4】
- 6 月 2 日 新型コロナワクチン職域接種各省庁向け説明会(第 1 回)配布資料【別紙 5】

<本件連絡先>

文部科学省総合教育政策局

生涯学習推進課専修学校教育振興室

電話：03-6734-2915

職域接種の要望確認について

令和 3 年 5 月 2 8 日
厚生労働省 健康局予防接種室
経済産業省 生活物資等供給確保戦略室

現在政府では、新型コロナワクチン接種希望者への接種の加速化に向けた検討を行っています。そのなかで、企業による職域接種に関するアンケート調査を実施することといたしました。

本調査は、自治体によるワクチン接種とは別に、自社で医師等を確保いただけることを前提として、企業による職域接種の意向の有無等を確認させていただくものです。

ご多忙中とは存じますが、関係業界の企業の意向確認のご協力を賜りたく何卒よろしくお願ひします。ご回答は、下記要領に従い、電子媒体（Excel）で提出いただけますようお願いいたします。

1. 作業要領

- (1) 所管省庁から関係業界（別紙参照）において職域接種を希望する企業に対して、「新型コロナワクチン予防接種についての説明書」を示しつつ、資料「企業による職域接種に関するアンケート」に記載している調査項目について確認してください。
- (2) (1) でご確認いただいた内容を所定のフォーマット「アンケート回答（Excel）」にご記入いただき、所管省庁で取りまとめの上、いずれかの期日までに下記提出先まで提出してください。
一次締切：6月 4日（金）10：00
二次締切：6月 11日（金）10：00
- (3) アンケート調査内容について疑問がある場合は、「2. 問い合わせ先」に記載されている担当までご相談ください。

2. 提出先・問い合わせ先

- ・厚生労働省 健康局予防接種室
電話：03-6812-7811 E-MAIL：yoboseshu@mhlw.go.jp
- ・経済産業省 生活物資等供給確保戦略室 ワクチン接種支援チーム
電話：03-3501-1538 E-MAIL：vaccine-team@meti.go.jp

企業による職域接種のニーズが想定される業種のイメージ

○ 以下は、職域接種のニーズがあり、かつ、一定の規模が見込まれる業種のイメージであり、実際の職域接種はこれらの業種に限られるものではない。

警察庁：警備 等

総務省：郵政、放送（TV、ラジオ）、通信（NTT、携帯、ネット） 等

財務省、金融庁：金融機関、保険会社、JT、酒造 等

文科省：大学（学生、職員）、小・中・高校 等

厚労省：製薬、医薬卸、生活衛生業、（医療、介護） 等

農水省：農協、食品 等

経産省：製造（自動車・自動車部品、機械・電機電子、化学、ガラス、セメント、鉄・金属、金属加工、製紙、繊維、日用品、化粧品等）、エネルギー（電力、ガス）、貿易（商社）、情報（出版・印刷、コンテンツ、ゲーム、データ、広告代理店）、流通（スーパー、コンビニ、百貨店）等

国交省：公共交通（鉄道、バス、航空、船舶、タクシー）、港湾、宿泊・旅行、運輸、建設、造船、住宅、不動産 等

環境省：廃棄物処理 等

新型コロナワクチン予防接種についての説明書

武田／モデルナ社製用

新型コロナウイルスワクチン接種について

本ワクチンの接種は国と地方自治体による新型コロナウイルス（SARS-CoV-2）ワクチン接種事業の一環として行われます。本ワクチンの接種は公費対象となり、希望者は無料で接種可能です。なお、本ワクチンは 18 歳以上の方が対象です。

ワクチンの効果と投与方法

今回接種するワクチンは武田／モデルナ社製のワクチンです。新型コロナウイルス感染症の発症を予防します。

本ワクチンの接種を受けた人は、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。）

販売名	COVID-19 ワクチンモデルナ筋注 [®]
効能・効果	SARS-CoV-2 による感染症の予防
接種回数・間隔	2 回（通常、4 週間の間隔） ※筋肉内に接種
接種対象	18 歳以上（18 歳未満の人に対する有効性・安全性はまだ明らかになっていません。）
接種量	1 回 0.5 mL を合計 2 回

- 1 回目の接種後、通常、4 週間の間隔で 2 回目の接種を受けてください。（接種後 4 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。）
- 1 回目に本ワクチンを接種した場合は、2 回目も必ず本ワクチンの接種を受けてください。
- 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たのは、2 回目の接種を受けてから 14 日以降です。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。

予防接種を受けることができない人

下記にあてはまる方は本ワクチンを接種できません。該当すると思われる場合、必ず接種前の診察時に医師へ伝えてください。

- 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

（※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）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。

予防接種を受けるに当たり注意が必要な人

下記にあてはまる方は本ワクチンの接種について、注意が必要です。該当すると思われる場合は、必ず接種前の診察時に医師へ伝えてください。

- 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
- 本ワクチンの成分に対して、アレルギーが起こるおそれがある人

（うらへ続く）

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。

本剤には、これまでのワクチンでは使用されたことのない添加剤が含まれています。過去に、薬剤で過敏症やアレルギーを起こしたことがある人は、接種前の診察時に必ず医師へ伝えてください。

接種を受けた後の注意点

- 本ワクチンの接種を受けた後、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）、接種を受けた施設でお待ちいただき、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できます。）
- 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。
- 通常の生活は問題ありませんが、激しい運動や過度の飲酒等は控えてください。

副反応について

主な副反応は、注射した部分の痛み（※）、頭痛、関節や筋肉の痛み、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ましょう。

（※）接種直後よりも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。

予防接種健康被害救済制度について

予防接種では健康被害（病気になったり障害が残ったりすること）が起こることがあります。極めてまれではあるものの、なくすことができないことから、救済制度が設けられています。

新型コロナワクチンの予防接種によって健康被害が生じた場合にも、予防接種法に基づく救済（医療費・障害年金等の給付）が受けられます。申請に必要な手続きなどについては、住民票がある市町村にご相談ください。

新型コロナウイルス感染症について

SARS-CoV-2 による感染症が発症すると、熱や咳など風邪によく似た症状がみられます。軽症のまま治癒する人も多い一方、重症化すると、呼吸困難などの肺炎の症状が悪化し、死に至る場合もあります。

今回接種する新型コロナウイルスワクチン（武田／モデルナ社製のワクチン）の特徴

本剤はメッセンジャーRNA（mRNA）ワクチンであり、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です。本剤接種により 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。

本剤には、下記の成分が含まれています。

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)オクタン酸エステル ◇ 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-ジミリストイル-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

新型コロナワクチンの詳しい情報については、厚生労働省のホームページをご覧ください。

厚生労働省

ホームページをご覧になれない場合は、お住まいの市町村等にご相談ください。



企業による職域接種に関するアンケート

令和3年5月28日

現在政府では、新型コロナワクチン接種希望者への接種の加速化に向けた検討を行っています。そのなかで、**企業等が持っている医療資源（場所、医療従事者等）による職域接種のご希望がある場合について**、その具体的な検討に向けたアンケートへご協力をお願いいたします。

○企業による職域接種は、以下の様な状況・体制で行うことを検討しています。

- ・**予防接種法に基づく臨時接種**とし、**接種の副反応による健康被害**については、救済制度が設けられている
- ・接種費用は、被接種者の居住する市区町村から負担金を支給
- ・接種に必要な、**ワクチン・注射器等は、国が準備し、事前にお届けする。**
- ・**モデルナ社製ワクチンを使用**
- ・**同一会場において、2回の接種を実施（4週間の接種間隔が必要）**
- ・接種の実施に要する**医療従事者等の人員・接種会場等を自前で準備できる企業等**に限る
- ・接種対象は、接種する企業の関係者（社員等（**正規・非正規、契約・派遣など雇用形態によらず、企業において本人確認が行える者**））、及び**社員の家族等**）

アンケート

自治体によるワクチン接種とは別に、自社で医療従事者等の人員・接種会場等を確保いただけることを前提として、ご回答をお願いします。

※接種会場が、複数準備できる場合は、会場毎にご回答をお願いします。

<職域接種の意向>

- 1 企業によるワクチン接種を実施したい【○】
- 2 自治体によるワクチン接種とは別に、自前で医療従事者等の人員・接種会場等を確保できる【○】

<医療従事者等の確保>

- 3 医療従事者等の所属医療機関名
- 4 1日あたりの接種会場に従事する医師・看護師の数
- 5 1日あたりの接種会場に従事するその他の者の数

<接種会場>

- 6 接種会場【企業立病院、社内診療所、社内会議室・講堂、駐車場など】
- 7 接種会場の住所
- 8 ワクチン保管用冷凍庫等の有無【ワクチン保管用の-20℃冷凍庫の有無】
※ワクチン保存用の冷凍設備（-20℃±5℃）、冷蔵設備（2～8℃）の有無（接種会場で活用できるもの）、その他自己手配が難しい物の有無

<接種人数等>

- 9 被接種対象者の見込み人数（社員等●人）
※社員のうち職域接種を想定する範囲、人数を記載
- 10 接種実施期間（●月●日～●月●日）
- 11 1日あたりの接種の見込み人数、接種時間（一日あたり ●人/●時間）
- 12 うち、委託先の提携医療機関等に出向いて接種する場合の接種想定人数（1日あたり ●人/●時間）

<回答企業情報>

13 企業名

14 企業内接種の調整担当部署、窓口担当者

15 連絡先 メールアドレス

16 連絡先 電話番号

17 従業員数（単独・グループ含む）、年齢構成

※「単独」とは、親会社のみ従業員数、「グループ含む」とは、親会社のほか子会社毎のグループ会社、協力会社や取引先等の者を含めた合計数

18 企業内診療所の有無（ある場合には、その名称、所在住所（複数ある場合は各々記載）

19 企業内診療所の医療従事者数（医師、薬剤師、歯科医師、看護師）

※常勤・非常勤の別も記載

20 産業医の人数

※専属・嘱託の別も記載

21 自治体等への企業内医師等派遣状況（人数・頻度・期間等）

22 企業内診療所での集団接種経験（インフルエンザワクチンなど）

※外部委託の場合は、外部委託と記載

以上

＜職域接種の可否＞	1	企業によるワクチン接種を実施したい【○】	○
	2	自治体によるワクチン接種とは別に、自前で医療従事者等の人員・接種会場等を確保できる【○】	○

＜職域接種の可否＞において、「○」とご判断頂いた企業のみ回答にご協力をお願いいたします。

			【記入例】	接種会場①	接種会場②	接種会場③
＜医療従事者等の確保＞	3	医療従事者等の所属医療機関名	企業内診療所職員、産業医			
	4	1日あたりの接種会場に従事する医師・看護師の数	2名			
	5	1日あたりの接種会場に従事するその他の者の数	5名			
＜接種会場＞	6	接種会場【企業立病院、社内診療所、社内会議室・講堂、駐車場など】	社内診療所	教職員○名 生徒○名 その他○名 (従業員家族等)	教職員○名 生徒○名 その他○名 (従業員家族等)	教職員○名 生徒○名 その他○名 (従業員家族等)
	7	接種会場の住所	〇〇県〇〇市〇〇111-1			
	8	ワクチン保存用の冷凍設備(-20℃±5℃)の有無(接種会場で活用できるもの)	有			
		ワクチン保存用の冷蔵設備(2~8℃)の有無(接種会場で活用できるもの) その他自己手配が難しい物	有 医療用手袋			
＜接種人数等＞	9	被接種対象者の見込み人数(社員等●人)	正規社員5,000名			
	10	接種実施期間(●月●日~●月●日)	7月下旬~9月下旬			
	11	1日あたりの接種の見込み人数、接種時間(一日あたり●人/●時間)	一日あたり 200人/5時間			
	12	うち、委託先の提携医療機関等に出向いて接種する場合の接種想定人数(1日あたり●人/●時間)	実施予定なし			
＜その他＞	-	自由記載欄				

＜企業基本情報＞	13	企業名	〇〇株式会社	〇〇専門学校 (必ず専門課程・高等課程・一般課程の別を記載すること) 法人単位の場合: 〇〇法人(〇〇専門学校・〇〇専門学校)		
	14	担当部課室名	人事部			
		窓口担当者氏名	政府 太郎			
	15	担当者連絡先(メールアドレス)	seifutaro@mmm.go.jp			
	16	担当者連絡先(電話番号)	03-3500-0000			
＜企業詳細情報＞	17	(単独)従業員数	2,000名			
		(単独)従業員年齢構成(65歳以上)	0名			
		(単独)従業員年齢構成(64歳未満)	1,990名			
		(グループ合計)従業員数	5,000名			
		(グループ合計)従業員年齢構成(65歳以上)	10名			
		(グループ合計)従業員年齢構成(64歳未満)	4,990名			
	18	企業内診療所の有無	有			
		企業内診療所数	1施設			
		①有(施設名称、所在住所)※施設毎に記載	本社診療所(〇〇県〇〇市〇〇111-1)			
		②有(施設名称、所在住所)※施設毎に記載	-			
		③有(施設名称、所在住所)※施設毎に記載	-			
		④有(施設名称、所在住所)※施設毎に記載	-			
		⑤有(施設名称、所在住所)※施設毎に記載	-			
		⑥有(施設名称、所在住所)※施設毎に記載	-			
	⑦有(施設名称、所在住所)※更にある場合は当該セル内にまとめて記載	-				
19	企業内診療所の医療従事者数(合計)	9名				
	うち、医師の人数(常勤)	2名				
	うち、医師の人数(非常勤)	0名				
	うち、薬剤師の人数(常勤)	0名				
	うち、薬剤師の人数(非常勤)	0名				
	うち、歯科医師の人数(常勤)	1名				
	うち、歯科医師の人数(非常勤)	0名				
	うち、看護師の人数(常勤)	4名				
	うち、看護師の人数(非常勤)	2名				
20	産業医の人数(専属)	1名				
	産業医の人数(嘱託)	0名				
21	自治体等における集団接種への企業内医師等派遣状況(人数・頻度・期間等)	5月下旬から医師2名、週末のみ集団接種会場にて従事				
22	過去の企業内診療所での集団接種経験(インフルエンザワクチンなど)	有(外部委託)				
【〇〇省】	-	部局名	〇〇局〇〇部			
	-	課室名	〇〇課			
	-	担当者名	〇〇〇			

新型コロナウイルスワクチン職域接種 各省庁向け説明会（第1回）

令和3年6月2日

パターン1 企業内診療所で実施

- ・対象は社員のみが基本（入館管理の都合等）
- ・接種体制は一時的

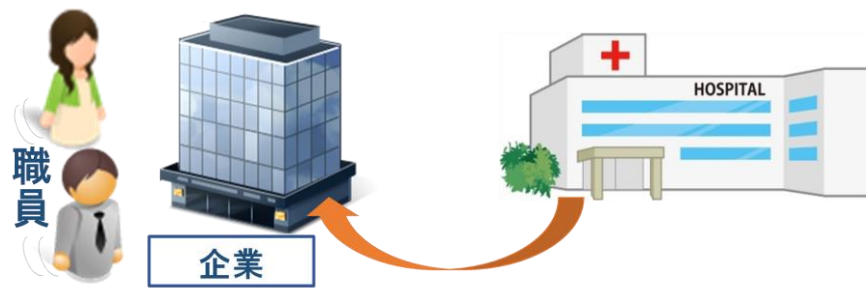
契約者：企業又は企業内診療所



パターン2 外部機関が出張して実施

- ・外部の医療機関が企業内の会議室などで実施
- ・実施医療機関は複数の企業から委託を受けることも多い

契約者：医療機関（巡回診療所等）
※新規に医療機関を開設するケースも想定される



パターン3 外部機関に出向いて実施

- ・企業が指定した医療機関で実施
- ・実施医療機関は複数の企業から委託を受けることも多い

契約者：医療機関（地域の医療機関）



職域接種の協力依頼の内容（たたき台）

職域接種とは

- （１）地域の負担を軽減し、接種の加速化を図るため、賛同する企業や大学等において職域単位での接種を可能とする。
- （２）医療従事者や会場などは企業や大学等が自ら確保し、自治体の接種事業に影響を与えないこと。

企業等に求めること

- （１）医師・看護師等の医療職の他、会場運営のスタッフ等、必要な人員を企業や大学等が自ら確保すること。
また、副反応報告などの必要な対応を行うことができること。
- （２）接種場所・動線等の確保についても企業や大学等が自ら確保すること。
- （３）社内連絡体制・対外調整役を確保すること。（事務局を設置すること。）
- （４）同一の接種会場で２回接種を完了すること、最低2000回（1000人×2回接種）程度の接種を行うことを基本とする。
- （５）ワクチンの納品先の事業所でワクチンを保管の上、接種すること。

企業等が行うこと（準備から接種までの流れ）

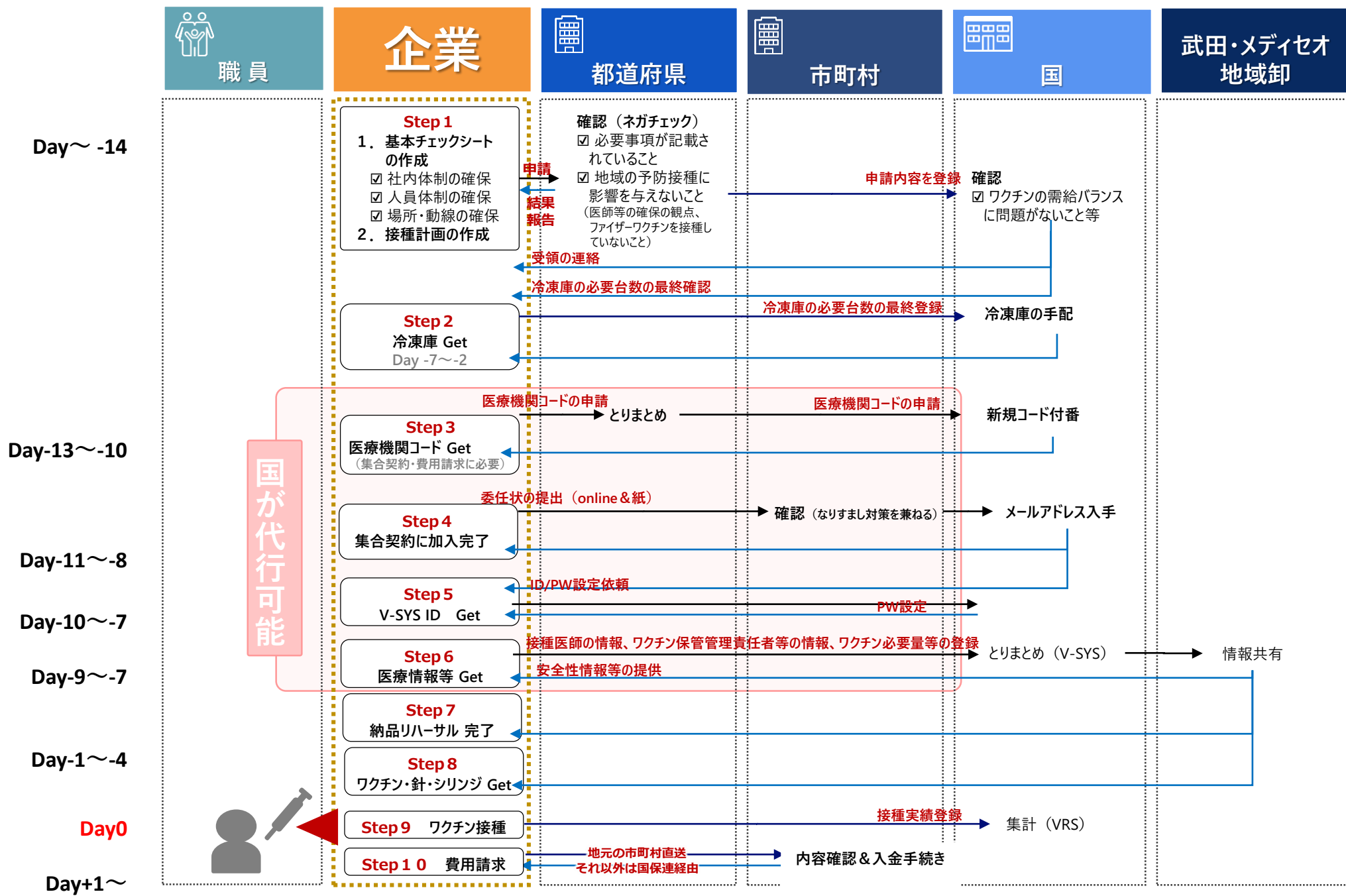
- ＜準備１＞ 上記企業要件の（１）、（２）、（３）を確保の上、接種計画を作成し、基本チェックシートを作成。
- ＜準備２＞ 基本チェックシートを都道府県に提出し、了承を得る。（地域の予防接種に影響を与えないことを確認）
- ＜準備３＞ 基本チェックシートを都道府県から厚労省に提出。

国が代行業務
(NEC)

- 市町村との集合契約に必要な医療機関コード付番申請する。
- 集合契約へ加入する（委任状に押印箇所があり、廃止には総務省の協力が必要）。
- 接種責任医師名、ワクチン保管管理責任者等の必要情報をV-SYS上で登録する。
（※委任状に上記情報を記載する様子を添付し提出頂く。）
- ディープフリーザーの手配
- ワクチンの必要量等をV-SYS上に登録する。

- ＜最終準備＞ ディープフリーザーを設置し、ワクチンの納品リハーサルを実施。
- ＜接種本番＞ ワクチン接種を実施。実績報告。
- ＜費用請求＞ 費用請求を行い、後日、入金を確認。

職域接種の準備工程のフロー図（暫定版）



会場における人員確保について

医師・看護師等の医療職の他、会場運営のスタッフ等、必要な人員を企業や大学等が自ら確保いただく必要があります。

＜具体的に必要な人数について（例）＞

- ・ 接種人数：400人/日 ・ 接種時間：8時間（9時～18時※1時間休憩）
- ・ 3レーン設置 15人程度/1レーン/1h
- ・ 医師2名（問診）、看護師6名（接種3、予診票2、希釈1）事務職6名（受付2、誘導2、消毒等の対応2）
会場責任者1

準備するもの、接種場所等について

会場を設置するに当たっては、接種場所・導線等についても企業や大学等が自ら確保いただくとともに、各種物品を確保いただく必要があります。武田／モデルナ社ワクチンについては、納品先の事業所でワクチンを保管の上、接種することになりますので、御留意ください。

＜具体的な準備（例）＞

- （1）（医療機関でない場所で接種を実施する場合）医療法上の開設届け
- （2）会場レイアウトの作成、導線確認（次ページ参照）
- （3）卸売販売業者立ち会いのもと、ワクチンの配送訓練の実施
- （4）消毒用アルコール綿、体温計、救急用品、針捨て容器、使い捨て手袋等の必要物品の用意 など

事務局で実施すること

企業において社内連絡体制・対外調整役を確保し、医療機関や都道府県等との連絡調整等を行っていただく必要があります。実際に接種を担当する医療機関等との役割分担を確認しつつ、円滑に接種会場を運営できるようにお願いします。

＜具体的に対応する必要がある事項（例）＞

- （1）従業員等のうち、接種を希望する者の把握、必要なワクチン量の算定
- （2）スケジュール設定（接種計画の作成）
- （3）会場運営にかかる企画・全体調整（医療機関、都道府県、ワクチンを配送する卸売販売業者等との連絡調整などを含む）
- （4）集合契約への加入等の行政手続き
- （5）医療機関と連携しつつ、予防接種に係る費用の請求

必要な準備

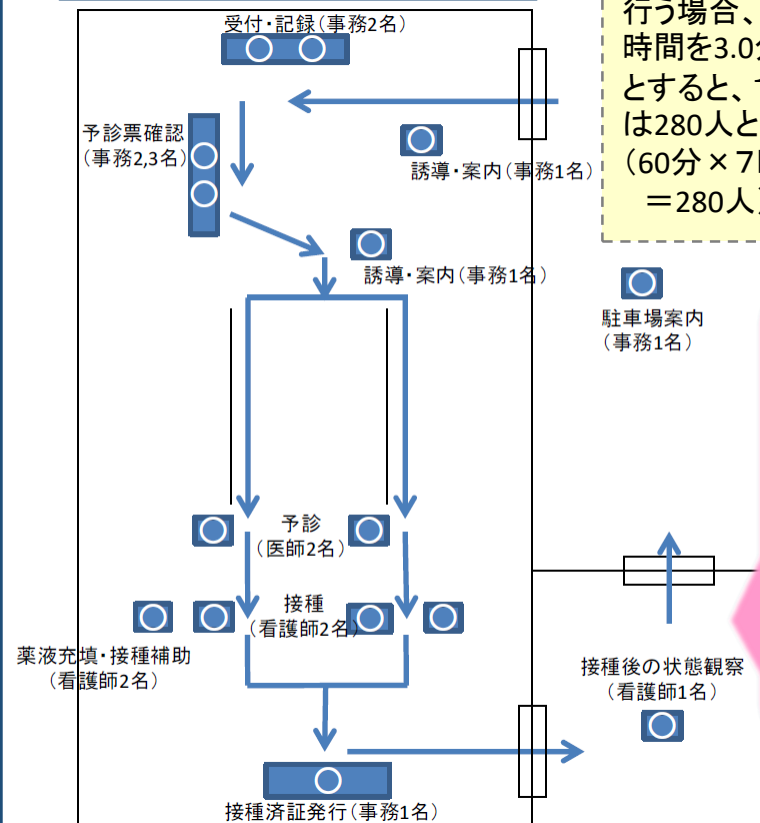
- 会場の確保 ※医療機関でない場所を接種会場として用いる場合は、診療所開設の届出等が必要
- 運営方法の検討：直営／委託、運営管理責任者の明確化、予約受付方法、応急対応の方法 等
- 従事者の確保
- ワクチン等の配送先の登録：V-SYSに配送場所、担当者名、担当者連絡先等の情報を登録
- 必要物品の確保・保管

当日の流れ

以下のうち、医師が必須なのは③予診のみ

- ① 受付
検温、身分証明書の確認、予診票記載の案内
- ② 予診票確認
記載項目の抜け漏れ・不備のチェック、（2回目接種の場合）接種間隔や1回目接種ワクチン種別の確認
- ③ 予診（医師）
体調や持病を確認する等必要な診察を接種前に行い、予防接種を受けることが適当でない者または予防接種の判断を行うに際して注意を要する者に該当するか否かの確認
- ④ 接種（看護師等）
薬液を充填する者（薬剤師等）も別に配置が必要
- ⑤ 接種済証の交付
接種したワクチンのワクチンシールを接種済証に貼用し、接種日・接種場所を記載する
- ⑥ 接種後の状態観察
アナフィラキシーや血管迷走神経反射等の症状が生じることがあるため、一定期間観察を行う

会場設営のイメージ



1会場あたり2列体制で接種を行う場合、予診から接種までの時間を3.0分、実施時間を7時間とすると、1日あたりの接種人数は280人となる
 $(60分 \times 7時間 \div 3.0分 \times 2列 = 280人)$

・ **少なくとも15分間**は被接種者の状態を観察
 ・ 重いアレルギー症状を引き起こしたことがある方、過去に採血等で気分が悪くなったり失神等を起こしたことがある方については**30分程度**、状態を観察する必要があるため、状態観察ができるスペースの確保が必要

ワクチンの保管用冷凍庫の詳細

ツインバード社

- (1) 商品名 (品番)
ディープフリーザー SC-DF25WL
(武田モデルナワクチン輸送標準機器と同じ)
- (2) 温度帯
設定温度 : +10°C ~ -40°C (1°C刻みで温度設定可能)
- (3) サイズ・重量
内容量 : 25リットル、重量16.5Kg
外形寸法 : 幅 695 x 奥行 350 x 高さ 460 (mm)
内径寸法 : 幅 335 x 奥行 225 x 高さ 340 (mm)
- (4) ロガー情報
データ読み込みインターフェース : Bluetooth 5.0
スマートフォンで温度データ読み込み (iOS/Android対応)
※電池は約180日を目安に交換
- (5) 電源
壁コンセントから : SC-AD70 ACアダプター
車載時 : シガレットプラグケーブル (3m、DC12V)
※分岐ソケットや二股コンセント、又は延長コードは使用しないこと。
- (6) 設置場所
水平な場所に、蓋を上にして設置すること。
水のかからない場所に設置すること。
風通しがよく湿気の少ない場所に設置すること。
付属のマットを敷いて使用すること。
吸排気口は壁や障害物から20cm以上離して設置すること。
直射日光の当たらない場所や埃の少ない場所に設置すること。
- (7) お問い合わせURL : <https://www.twinbird-ec.jp>
お問い合わせ番号 (フリーダイヤル) : 0120-28-4625
- (8) 停電時
停電時 -20°Cから -15°Cまでの時間 : 約25~30分

ディープフリーザー25L SC-DF25WL

主な特徴

- ・ 軽量・コンパクト・可搬型
- ・ 1°C刻みの温度設定
- ・ ノンフロン・CO2排出ゼロ
- ・ 低消費電力



付属品：ロガー

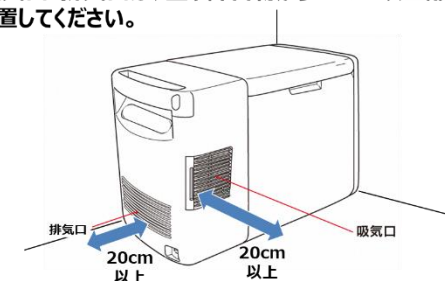


付属品：ACアダプター



設置場所

- 吸気口・排気口は、壁や障害物から20cm以上離して設置してください。



※注)仕様は予告なく変更される場合があります。ご注文前にご確認ください。