

新型コロナワクチン  
接種実行計画

令和3年3月  
北海道岩内町



## 1. 接種対象者

| 順位 | 区 分                                                      | 詳 細                                                               | 対象者数<br>(R3.2月末現在)                                               | 接種人数<br>(接種率70%)                                                |
|----|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| 1  | 医療従事者等                                                   | 新型コロナウイルス感染症患者に直接医療を提供する施設の医療従事者等。                                | ( 357人)<br>※総人口の3.0%                                             | ( 249人)                                                         |
| 2  | 高齢者<br>80歳以上<br>75～79歳<br>70～74歳<br>65～69歳               | 令和3年度中に65歳以上に達する方。                                                | 4,467人<br>(1,526人)<br>( 832人)<br>(1,107人)<br>(1,002人)            | 3,126人<br>(1,068人)<br>( 582人)<br>( 775人)<br>( 701人)             |
| 3  | 高齢者施設等の従事者                                               | 高齢者等が入所・居住する社会福祉施設等において、利用者に直接接する職員。<br>(障害者施設や居宅サービス事業所等の従事者を含む) | ( 157人)<br>※高齢者施設分のみ積算                                           | ( 109人)                                                         |
|    | 基礎疾患を有する者                                                | 令和3年度中に65歳以上に達しない者であって、国が定める病気や状態の方で、通院や入院している方、又はBMI30以上の肥満の方。   | (1,335人)<br>※総人口の11.2%                                           | ( 934人)                                                         |
|    | 60～64歳の者                                                 | ワクチンの供給量によっては、基礎疾患を有する者と同じ時期に接種を行う。                               | 814人                                                             | 570人                                                            |
| 4  | 上記以外の者<br>50～59歳<br>40～49歳<br>30～39歳<br>20～29歳<br>16～19歳 | ワクチンの供給量を踏まえ、順次接種。                                                | 5,468人<br>(1,695人)<br>(1,504人)<br>(1,052人)<br>( 858人)<br>( 359人) | 3,828人<br>(1,187人)<br>(1,053人)<br>( 736人)<br>( 601人)<br>( 251人) |

注 ファイザー製ワクチンは16歳以上が対象。

計 10,749人

7,524人

## 2. 新型コロナワクチンの詳細

### (1) ワクチンの特性

| 新型コロナワクチンの特性（現時点での想定）        |                                                                                                                                                                                                                                                    |                                               |                                                                          |
|------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
|                              | ファイザー社                                                                                                                                                                                                                                             | アストラゼネカ社                                      | 武田／モデルナ社                                                                 |
| 接種回数                         | 2回(21日間隔)                                                                                                                                                                                                                                          | 2回(28日間隔)                                     | 2回(28日間隔)                                                                |
| 保管温度                         | -90℃～-60℃                                                                                                                                                                                                                                          | 2～8℃                                          | -20℃±5℃                                                                  |
| バイアル開封後の保存条件<br>(温度、保存可能な期間) | (冷蔵庫で解凍する場合は、解凍及び希釈を5日以内に行う)<br>(室温で解凍する場合は、解凍及び希釈を2時間以内に行う)<br>希釈後、室温で6時間                                                                                                                                                                         | (一度針をさしたものの以降)<br>室温で6時間<br>2～8℃で48時間<br>希釈不要 | (一度針をさしたものの以降)<br>2～25℃で6時間(解凍後の再凍結は不可)<br>希釈不要                          |
| 備考                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>医療機関では、ドライアイス又は超低温冷凍庫で保管</li> <li>※医療機関でのドライアイス保管は10日程度が限度</li> <li>※最大5日間、追加で冷蔵保管可(2～8℃)</li> <li>• -25～-15℃に移し、-25～-15℃で最長14日間保存することができる。なお、1回に限り、再度-90～-60℃に戻し保存することができる。いずれの場合も有効期限内に使用すること。</li> </ul> |                                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>医療機関では、冷凍庫で保管(-20℃±5℃)</li> </ul> |

※アストラゼネカ社、武田/モデルナ社については、薬事承認前であり、全て予定の情報です。

※接種開始当初はファイザー製ワクチンが配送予定。

### (2) ワクチンの留意事項

| 新型コロナワクチンの接種運営の留意事項（現時点での想定）   |                                                              |                                                                    |                     |
|--------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|---------------------|
|                                | ファイザー社                                                       | アストラゼネカ社                                                           | 武田／モデルナ社            |
| 1バイアルの単位                       | 一般的な針・シリンジを用いると5回分/バイアル                                      | 10回分/バイアル                                                          | 10回分/バイアル           |
| 最小流通単位<br>(一度に接種会場に配送される最小の数量) | 195バイアル<br>(一般的な針・シリンジを用いると975回接種分。特殊な針・シリンジを用いると1,170回接種分。) | 10バイアル(100回接種分)<br>※供給当初300万バイアル分<br>2バイアル(20回接種分)<br>※残り900万バイアル分 | 10バイアル<br>(100回接種分) |

※アストラゼネカ社、武田/モデルナ社については、薬事承認前であり、全て予定の情報です。

### (3) ワクチン接種料金

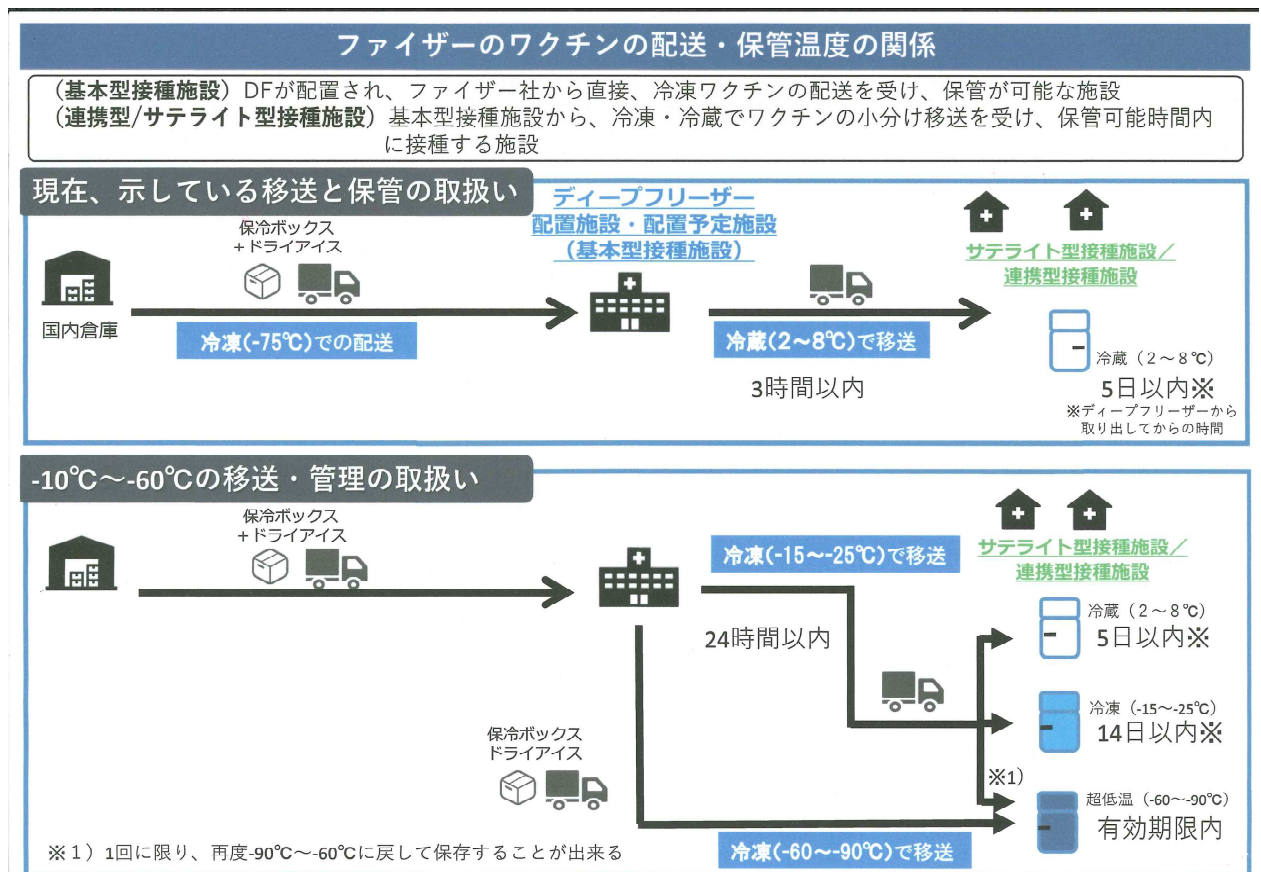
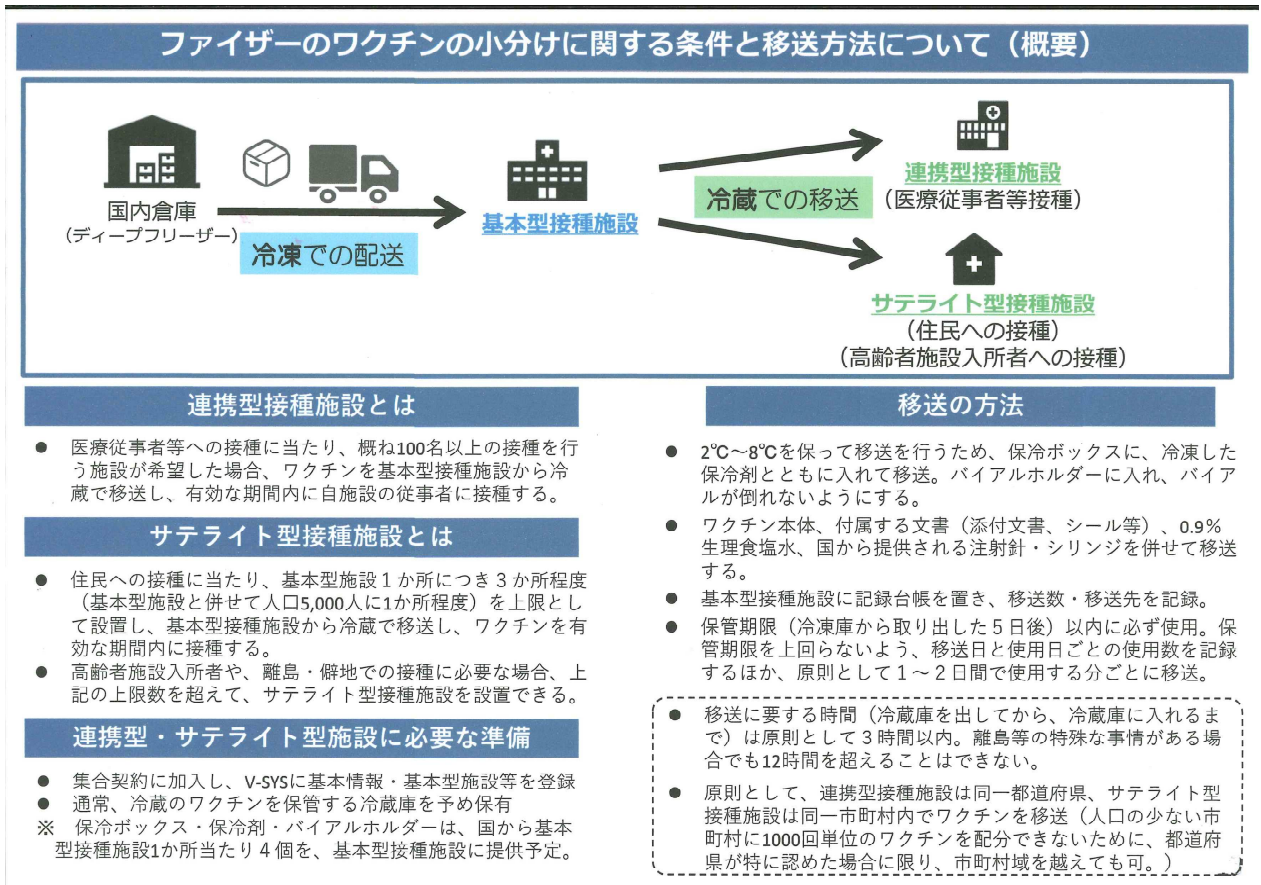
全額公費

### (4) 超低温冷凍庫(ディープフリーザー)の設置場所

- ・岩内協会病院(R3. 3. 25設置済)
- ・岩内町保健センター(R3. 6設置予定)

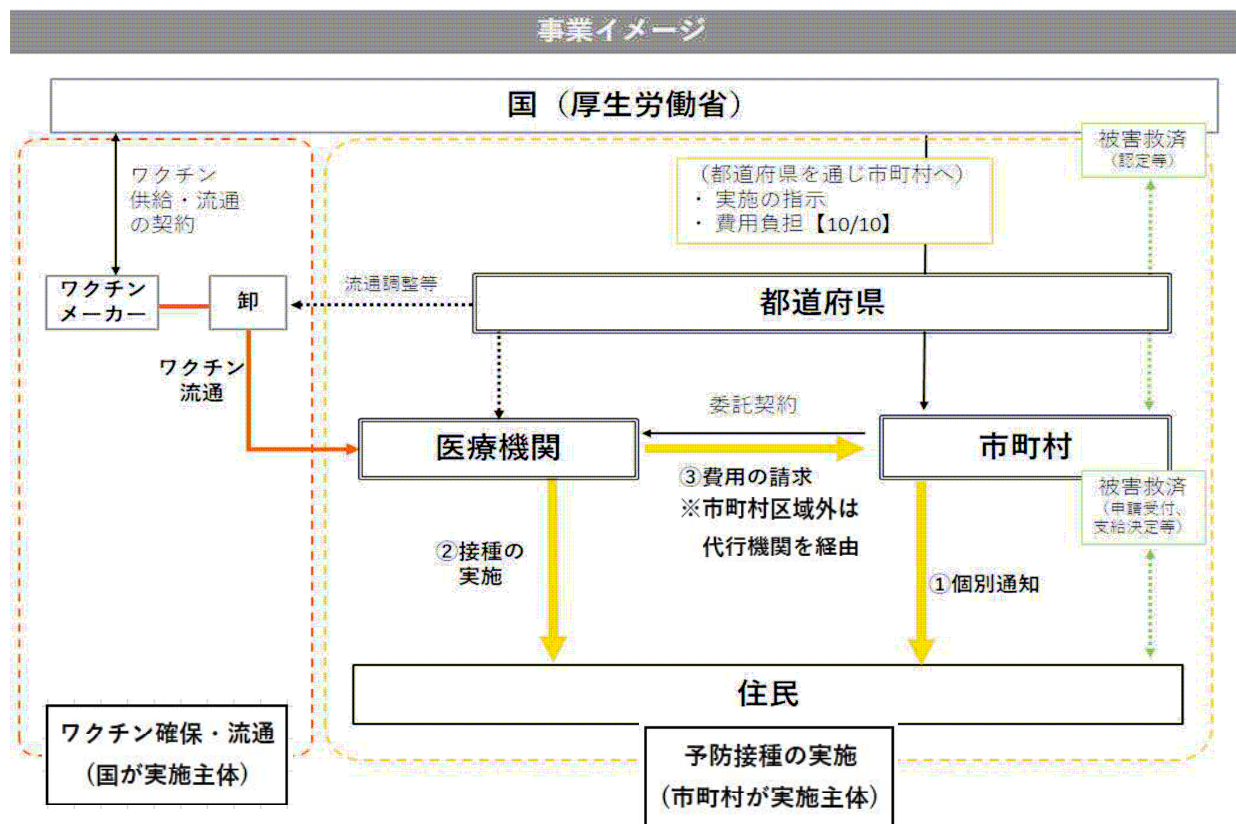


(5) ワクチンの移送等



### 3. 接種体制

#### (1) 全体的な事業フロー



#### (2) 岩内町のスケジュール(別紙1のとおり)

医療従事者等の接種開始後、町では高齢者施設入所者及び当該施設従事者への接種を実施し、その後はワクチン供給量に応じ、段階的に在宅高齢者の接種を開始する。

## ●コロナワクチンの接種スケジュール（予定）

- ・ 国は、高齢者向けのファイザー製ワクチンを「令和3年4月5日の週」から各都道府県に配送開始の予定であり、岩内町には「4月26日の週」に1箱（195バイアス：975回分）が配送予定。
- ・ 国は、「65歳以上の高齢者の接種を約3か月で完了」としているが、ワクチン供給の遅れから、段階的接種の開始時期が見通せないため、ワクチンの在庫や予約状況を踏まえ、随時、調整を行う。

※ ①接種は「予約受付の開始日」の目安。

| 対象者区分 |                | 3月     | 4月                          | 5月             | 6月              | 7月              |
|-------|----------------|--------|-----------------------------|----------------|-----------------|-----------------|
| ①     | 医療従事者等（保健所が調整） | ①協病で接種 | ②協病で接種                      |                |                 |                 |
| ②     | 高齢者施設の入居者      |        | 名簿作成                        | ①巡回接種4/30～5/10 | ②巡回接種           |                 |
| ③     | 高齢者施設の従事者      |        | 名簿作成                        | ①巡回接種4/30～5/10 | ②巡回接種           |                 |
| ④     | 在宅の高齢者         | 80歳以上  | 4/19案内送付 ①接種5/10 (or 4/30)～ |                | ②接種             |                 |
|       |                | 75～79歳 | 4/20コールセンター<br>予約受付の開始      |                | 5/10案内 ①接種5/17～ | ②接種             |
|       |                | 70～74歳 |                             |                | 5/24案内 ①接種5/31～ | ②接種             |
|       |                | 65～69歳 |                             |                | 6/7案内 ①接種6/14～  | ②接種             |
| ⑤     | 在宅事業所の従事者      |        |                             | 名簿作成           | ①接種             | ②接種             |
| ⑥     | 上記以外の方         | 60～64歳 |                             |                |                 | 6/21案内 ①接種6/28～ |
|       | 基礎疾患のある方       |        |                             |                | 6/21以降          | ①本人申出により接種      |
|       |                | 59歳以下  |                             |                | (順次案内)          |                 |

(3) 個別接種

① 岩内町内における高齢者施設等の接種

| 大分類                         | 中分類                                                                                                                   | 施設数                          |
|-----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| 高齢者施設等<br>(従事者は入所者と同時接種)    | <ul style="list-style-type: none"> <li>・介護老人保健施設</li> <li>・介護老人福祉施設</li> <li>・介護付有料老人ホーム</li> <li>・グループホーム</li> </ul> | 1 か所<br>1 か所<br>1 か所<br>1 か所 |
| 障害者支援施設等<br>(従事者は高齢者の次に接種)  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・障害者支援施設</li> <li>・グループホーム</li> </ul>                                          | 1 か所<br>1 か所                 |
| 居宅サービス事業所<br>(従事者は高齢者の次に接種) | <ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問介護事業所</li> <li>・通所介護事業所</li> <li>・居宅介護支援事業所</li> <li>・地域包括支援センター</li> </ul> | 3 か所<br>1 か所<br>3 か所<br>1 か所 |

② 参加医療機関

| 区 分        | 医療機関名         | 接種回数／1 週 |
|------------|---------------|----------|
| 基本型接種施設    | 岩内協会病院        | 1 2 0 回  |
| サテライト型接種施設 | 大井内科消化器科医院    | 5 0 回    |
|            | 万代クリニック       | 2 0 回    |
|            | 北内科クリニック      | 1 0 0 回  |
|            | 千葉外科医院        | 2 0 回    |
|            | 小林整形外科医院      | 2 5 回    |
|            | 岩内大浜医院        | 1 9 0 回  |
|            | 石山内科循環器科クリニック | 2 5 回    |
|            | 前田医院          | 3 0 回    |
| 合 計        | 9 か所          | 5 8 0 回  |

(令和3年3月31日現在)

③ 在宅高齢者への対応

在宅高齢者のワクチン接種については、原則個人がかかりつけの医療機関で接種を行うものとする。

医療機関まで行くことができない場合、下記のとおり対応を予定し、状況に応じて役場が調整を行う。

| 区 分  | 対 応 内 容         |
|------|-----------------|
| 公的制度 | 通院介助（ヘルパー）の利用。  |
| 支援団体 | 民生委員や町内会に支援を依頼。 |
| 地域住民 | 家族、近所の住民に対応を依頼。 |

④ 物資の確保

新型コロナワクチンの接種に用いるシリンジや針、副反応対応時に用いるエピペン等は各医療機関が調達を行う。

#### (4) 集団接種

##### ① 接種日程(別紙2のとおり)

ファイザー製ワクチンは、3週間後に2回目の接種を行う必要があることから、原則として3週間おきに集団接種を行う予定。

##### ② 集団接種会場(別紙3のとおり)

集団接種会場には超低温冷凍庫を設置するため、非常用電源装置が必要となる。

また、集団接種スペースや、接種後15分から30分観察を行うスペース等が必要のため、岩内町保健センターを集団接種会場として選定した。

##### ③ 人員体制

| 区 分    | 確 保 方 法        | 配置人数 |
|--------|----------------|------|
| 医師の確保  | 岩内古宇郡医師会に委託    | 1～2名 |
| 看護師の確保 | 岩内協会病院に委託      | 2～4名 |
| 薬剤師の確保 | 北海道薬剤師会後志支部に委託 | 1～2名 |
| その他    | 岩内町健康福祉部保健師    | 4名   |
|        | 岩内町健康福祉部看護師    | 2名   |
|        | 岩内町健康福祉部事務職    | 5名   |

# 新型コロナワクチン 集団接種実施想定スケジュール

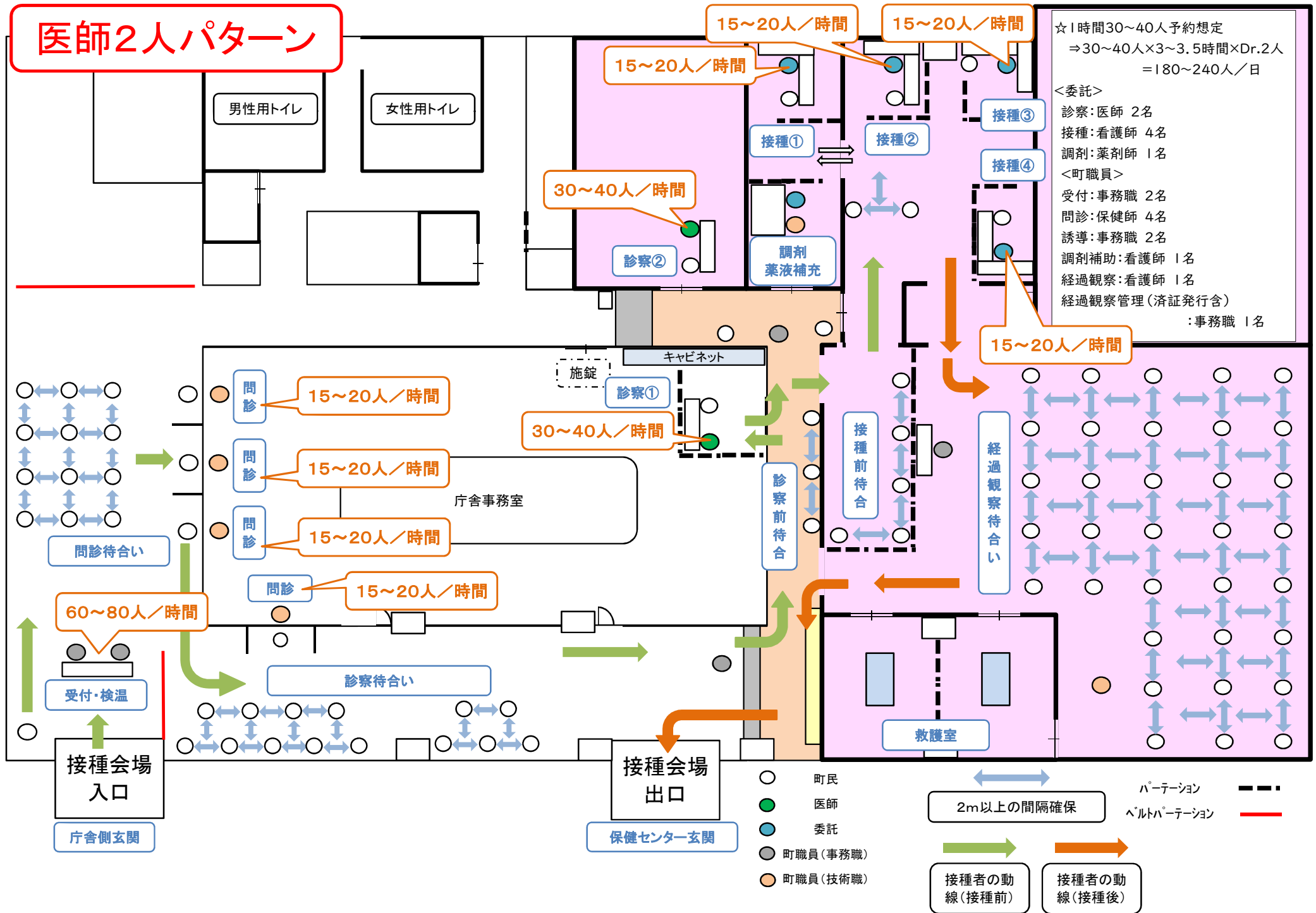
実施想定日  
※日曜午前を  
想定

委託事業実施日  
終日実施不可

※3週間ベース：全5回（接種間隔：3～4週間）

| 4月 |   |              | 5月 |   |               | 6月 |   |         | 7月 |   |                | 8月 |   |              |
|----|---|--------------|----|---|---------------|----|---|---------|----|---|----------------|----|---|--------------|
| 1  | 木 |              | 1  | 土 |               | 1  | 火 |         | 1  | 木 |                | 1  | 日 | 3-② 4-①      |
| 2  | 金 |              | 2  | 日 |               | 2  | 水 |         | 2  | 金 |                | 2  | 月 |              |
| 3  | 土 |              | 3  | 月 | 憲法記念日<br>(祝日) | 3  | 木 |         | 3  | 土 |                | 3  | 火 |              |
| 4  | 日 |              | 4  | 火 | みどりの日<br>(祝日) | 4  | 金 |         | 4  | 日 | 2-② 3-①        | 4  | 水 |              |
| 5  | 月 |              | 5  | 水 | こどもの日<br>(祝日) | 5  | 土 |         | 5  | 月 |                | 5  | 木 |              |
| 6  | 火 |              | 6  | 木 |               | 6  | 日 |         | 6  | 火 |                | 6  | 金 |              |
| 7  | 水 |              | 7  | 金 |               | 7  | 月 |         | 7  | 水 |                | 7  | 土 |              |
| 8  | 木 |              | 8  | 土 |               | 8  | 火 |         | 8  | 木 |                | 8  | 日 | 山の日<br>(祝日)  |
| 9  | 金 |              | 9  | 日 |               | 9  | 水 |         | 9  | 金 |                | 9  | 月 | 振替休日<br>(祝日) |
| 10 | 土 |              | 10 | 月 |               | 10 | 木 |         | 10 | 土 |                | 10 | 火 |              |
| 11 | 日 |              | 11 | 火 |               | 11 | 金 |         | 11 | 日 |                | 11 | 水 |              |
| 12 | 月 |              | 12 | 水 |               | 12 | 土 |         | 12 | 月 |                | 12 | 木 |              |
| 13 | 火 |              | 13 | 木 |               | 13 | 日 | 1-② 2-① | 13 | 火 |                | 13 | 金 |              |
| 14 | 水 |              | 14 | 金 |               | 14 | 月 |         | 14 | 水 |                | 14 | 土 |              |
| 15 | 木 |              | 15 | 土 |               | 15 | 火 |         | 15 | 木 |                | 15 | 日 |              |
| 16 | 金 |              | 16 | 日 |               | 16 | 水 |         | 16 | 金 |                | 16 | 月 |              |
| 17 | 土 |              | 17 | 月 |               | 17 | 木 |         | 17 | 土 |                | 17 | 火 |              |
| 18 | 日 |              | 18 | 火 |               | 18 | 金 |         | 18 | 日 |                | 18 | 水 |              |
| 19 | 月 |              | 19 | 水 |               | 19 | 土 |         | 19 | 月 |                | 19 | 木 |              |
| 20 | 火 |              | 20 | 木 |               | 20 | 日 |         | 20 | 火 |                | 20 | 金 |              |
| 21 | 水 |              | 21 | 金 |               | 21 | 月 |         | 21 | 水 |                | 21 | 土 |              |
| 22 | 木 |              | 22 | 土 |               | 22 | 火 |         | 22 | 木 | 海の日<br>(祝日)    | 22 | 日 |              |
| 23 | 金 |              | 23 | 日 | 1-①           | 23 | 水 |         | 23 | 金 | スポーツの日<br>(祝日) | 23 | 月 |              |
| 24 | 土 |              | 24 | 月 |               | 24 | 木 |         | 24 | 土 |                | 24 | 火 |              |
| 25 | 日 |              | 25 | 火 |               | 25 | 金 |         | 25 | 日 |                | 25 | 水 |              |
| 26 | 月 |              | 26 | 水 |               | 26 | 土 |         | 26 | 月 |                | 26 | 木 |              |
| 27 | 火 |              | 27 | 木 |               | 27 | 日 |         | 27 | 火 |                | 27 | 金 |              |
| 28 | 水 |              | 28 | 金 |               | 28 | 月 |         | 28 | 水 |                | 28 | 土 |              |
| 29 | 木 | 昭和の日<br>(祝日) | 29 | 土 |               | 29 | 火 |         | 29 | 木 |                | 29 | 日 | 4-②          |
| 30 | 金 |              | 30 | 日 |               | 30 | 水 |         | 30 | 金 |                | 30 | 月 |              |
|    |   |              | 31 | 月 |               |    |   |         | 31 | 土 |                | 31 | 火 |              |

# 医師2人パターン





④ 物資の確保

<医師・看護師用品>

| 商品名・規格                            | 数量  | 単位 |
|-----------------------------------|-----|----|
| 非接触体温計                            | 4   | 個  |
| 手指消毒剤 ヒビスコールS 5ℓ                  | 20  | 本  |
| 手指消毒剤 ヒビスコールS 500ml               | 20  | 本  |
| 手指消毒剤 ヒビスコールS 150ml               | 10  | 本  |
| サージカルマスクTC 50枚入                   | 10  | 箱  |
| 消毒綿（白十字 ショットメン 100包）              | 30  | 箱  |
| ディスポーザブル舌圧子(200本入り)               | 5   | 箱  |
| ディスポーザブル手袋 Sサイズ 100枚×20箱          | 1   | 組  |
| ディスポーザブル手袋 Mサイズ 100枚×20箱          | 1   | 組  |
| ディスポーザブル手袋 Lサイズ 100枚×20箱          | 1   | 組  |
| スタンダード アイソレーションガウン 25枚入×4箱        | 1   | 組  |
| フェイスシールド                          | 100 | 枚  |
| ペーパータオル（クリーンテックス エコノミー 200枚入×42個） | 1   | 箱  |

## < 事務用品 >

| 商品名・規格                              | 数量 | 単位 |
|-------------------------------------|----|----|
| レタートレイ                              | 2  | 個  |
| レタートレイ ジョインター                       | 3  | 個  |
| 貼ってはがせる半透明テープ                       | 10 | 個  |
| コクヨ 個別フォルダー(カラー PP性 5冊パック)          | 15 | 個  |
| カモフラージュホルダー 5枚パック ブルー               | 6  | 個  |
| カモフラージュホルダー 5枚パック ライトブルー            | 6  | 個  |
| カモフラージュホルダー 5枚パック ライトグリーン           | 6  | 個  |
| カモフラージュホルダー 5枚パック オレンジ              | 6  | 個  |
| カモフラージュホルダー 5枚パック ピンク               | 6  | 個  |
| クリップボード                             | 10 | 個  |
| スーパーノック                             | 20 | 本  |
| シストレー(フタ付) 黄                        | 3  | 個  |
| データネームEX スタンド式15号(上段:岩内町 下段:保健センター) | 1  | 個  |
| データネーム専用補充インキ 赤(光沢紙用)               | 2  | 個  |
| Xスタンパー 5×29mm角                      | 7  | 個  |
| Xスタンパー 5×40mm角 岩内町保健センター            | 1  | 個  |
| Xスタンパー専用補充インキ 黒                     | 1  | 個  |

## <会場運営用品>

| 商品名・規格               | 数量 | 単位 |
|----------------------|----|----|
| 電話機台                 | 1  | 個  |
| デジタル温湿度計             | 4  | 個  |
| 掛け時計                 | 1  | 個  |
| 置き時計                 | 1  | 個  |
| 半透明ゴミ袋(45ℓ 50枚入り)    | 5  | 個  |
| EFハンド(SSサイズ 100枚入り)  | 5  | 個  |
| 電池                   | 10 | 個  |
| 抗菌ビニールスリッパ Mサイズ      | 10 | 個  |
| ペーパータオルケース           | 1  | 個  |
| 会場消毒用アルコール 500ml     | 3  | 本  |
| 会場消毒用アルコール 5ℓ        | 10 | 本  |
| サルバ ドライタオルソフト 50枚入   | 50 | 個  |
| 空気清浄機                | 3  | 台  |
| 冷蔵庫(集団接種ワクチン保管用)     | 1  | 台  |
| 超低温冷凍庫(岩内町保健センター配置分) | 1  | 台  |
| 酸素ボンベ                | 1  | 本  |
| パーテーション              | 12 | 枚  |
| 診察台                  | 2  | 台  |
| 救急用品                 | 1  | 式  |
| 救急医薬品                | 1  | 式  |

(5) 高齢者施設における入所者・従事者の接種

- ① 町内の入居・入所系高齢者施設は4施設あり、令和3年3月9日現在で、入所者数が194人、従事者数は157人となっている。
- ② 各施設の接種方法については、下表のとおり想定して各施設と調整中。

| No  | 施設名                     | 接種方法(予定)               | 入所者数 | 従事者数 |
|-----|-------------------------|------------------------|------|------|
| 1   | 介護老人保健施設<br>コミュニティホーム岩内 | 施設医による接種<br>(サテライト型施設) | 98人  | 77人  |
| 2   | 介護老人福祉施設<br>岩内ふれ愛の郷     | 嘱託医による接種               | 47人  | 43人  |
| 3   | 介護付有料老人ホーム<br>七福神恵比寿館   | 巡回医による接種               | 40人  | 26人  |
| 4   | グループホーム<br>「そよかぜ」岩内     |                        | 9人   | 11人  |
| 合 計 |                         |                        | 194人 | 157人 |

※合計数のうち、施設への調査を通じて、接種希望人数を把握。

(6) 高齢者施設での接種スケジュール

| スケジュール             | 3月  |             | 4月             |              |    | 5月 |    |
|--------------------|-----|-------------|----------------|--------------|----|----|----|
|                    | 中旬  | 下旬          | 上旬             | 中旬           | 下旬 | 上旬 | 中旬 |
| ①高齢者施設の利用者数・従事者数調査 | 調査済 |             |                |              |    |    |    |
| ②接種についての説明         |     | 実施中         | 情報が更新次第、説明     |              |    |    |    |
| ③施設内の希望調査・名簿作成     |     | 利用者・従事者に確認  |                |              |    |    |    |
| ④接種方法の決定           |     | 接種医に接種可否の確認 |                |              |    |    |    |
| ⑤医師会との調整※          |     | 接種医の相談・決定   |                |              |    |    |    |
| ⑥接種日時の決定・実施        |     |             | 日時の決定          | 4/30～5/10 接種 |    |    |    |
| ⑦利用者の接種券配布         |     |             | 施設にまとめて接種券送付   |              |    |    |    |
| ⑧従事者の接種券配布         |     |             | 施設にまとめて接種券付与診票 |              |    |    |    |

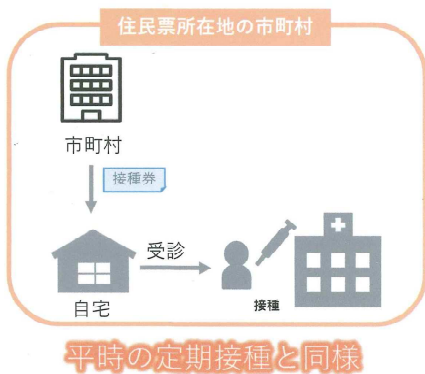
## (7) 住所地外接種

### 接種券の発行が受けられない者

- 新型コロナウイルスワクチンの接種は、各地域で住民向けの接種体制を構築することから、住民票所在地の市町村で接種を受けることを原則とする。
- 一方、やむを得ない事情があり、住民票所在地の自治体から接種券の発行が受けられない者について、居住の実態が認められた場合は居住地の市町村が接種券を発行し、接種を行うこととする。

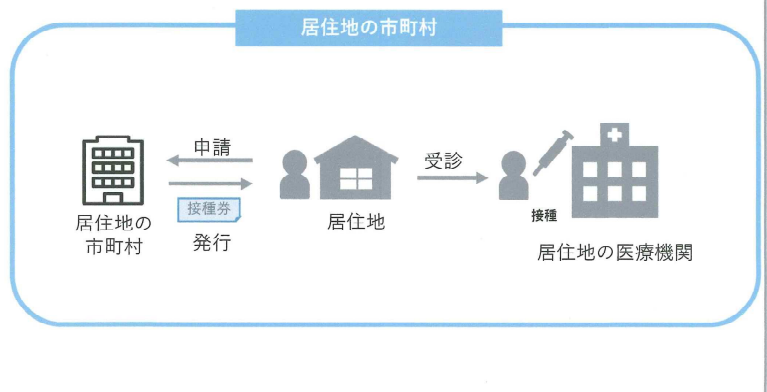
#### 原則（住民票所在地で接種）

- ・住民票所在地の市町村から接種券を発行を受けることを原則とする。
- ・市町村は住民向けの接種体制を構築する。



#### 例外（居住地で接種）

- ・外交官等の住民基本台帳に記載のない外国人、ホームレス等の居住の実態はあるが、接種券を住民票所在地の市町村から受け取ることができないやむを得ない事情がある者は、居住地の市町村に申請等を行い、接種券の発行を受け、接種を受ける。

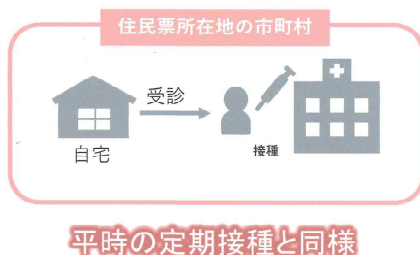


### 接種場所の原則と例外について

- 新型コロナウイルスワクチンの接種は、平時の定期接種と同様に、各地域で住民向けの接種体制を構築することから、住民票所在地の市町村で接種を受けることを原則とする。
- ただし、長期入院、長期入所している等のやむを得ない事情による場合には、住民票所在地以外でワクチン接種を受けることができることとする。

#### 原則（住所地内で接種）

- ・住民票所在地の市町村に所在する医療機関等で接種を受けることが原則とする。
- ・市町村は住民向けの接種体制を構築する。



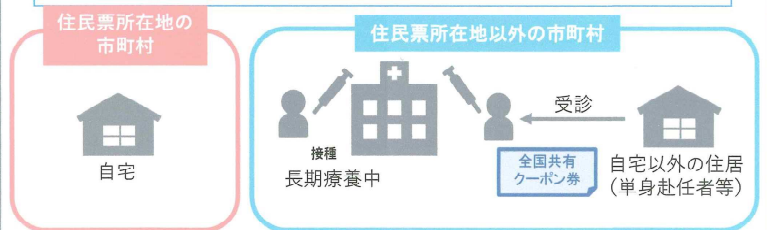
#### 例外（住所地外で接種）

- ・長期入院、長期入所している方等のやむを得ない事情による場合には、例外的に住民票所在地以外でワクチン接種を受けることができる。

##### やむをえない事情で住民票所在地以外に長期間滞在している者の例

- 市町村への申請が必要な方
- ・出産のために里帰りしている妊産婦
  - ・遠隔地へ下宿している学生
  - ・単身赴任者 等

- 市町村への申請が不要な方
- ・入院・入所者
  - ・基礎疾患を持つ者が主治医の下で接種する場合
  - ・災害による被害にあった者
  - ・拘留又は留置されている者、受刑者 等





## 4. 住民周知

### (1) 広報紙（令和3年3月号）

## 新型コロナワクチン接種に向けて準備中です

#### 【ワクチン接種事業の概要について】

新型コロナウイルス感染症のまん延防止のため、皆さんがワクチン接種を受けられるよう準備を進めています。ワクチンは国から順次供給されるため、優先順位を決めて接種を行う必要があります。

#### ◎ワクチン接種を受ける際の同意

コロナワクチンの接種は強制ではありません。感染症予防の効果と副反応のリスクを理解したうえで、ご自身の意思で接種していただきます。

ワクチン接種を受ける際は、ご本人の同意のもとに接種を行います。

#### ◎ワクチン接種の流れ

- ① 始めに、役場から「**ワクチン接種のお知らせ**」「**ワクチン接種券**」「**予診票**」が届きます。  
ご自身の「お知らせなどが届く時期」と「接種時期の目安」を、下記の表でご確認ください。
- ② ワクチン接種を受けたい日時を電話または相談窓口で「**事前予約**」していただきます。  
予約先や実施医療機関などは調整中です。決定次第お知らせします。
- ③ 実施医療機関などでワクチン接種を受ける際は、「ワクチン接種券」「予診票」「本人確認書類（健康保険証や運転免許証など）」をご持参いただきます。

| 対象者区分      | お知らせなどが届く時期                                                                             | 接種時期の目安 |
|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| 医療従事者等     | 医療従事者等の方のワクチン接種は、勤務先にご確認ください。<br>なお、ワクチン接種済みでもワクチン接種のお知らせなどが届きますが、「ワクチン接種券」は使用しないでください。 | 3月以降    |
| 65歳以上の方    | 3月下旬以降                                                                                  | 4月以降    |
| 高齢者施設等の従事者 |                                                                                         |         |
| 基礎疾患を有する方  | 4月下旬以降                                                                                  | 5月以降    |
| 上記以外の方     |                                                                                         | 6月以降    |

注：ワクチンの供給時期などにより、内容や対象者が変更となる場合があります。

#### ◎ワクチン接種費用など

ワクチン接種費用は無料です。

1人につき2回の接種が必要です。

※詳しくは、「広報4月号」と順次発送予定の「ワクチン接種のお知らせ」でお知らせします。

■問合せ 健康推進係 ☎67-7086

※随時住民周知を実施。

(2) 個別通知

① ワクチン接種券

〒045-  
岩内町字

様

**同封書類**

- ① 「ワクチン接種券」(本票) 1枚
- ② 「新型コロナワクチン接種のお知らせ」 1枚
- ③ 「新型コロナワクチン接種の予診票」 2枚  
(ワクチン接種の1回目、2回目に使用します。)
- ④ 「新型コロナワクチン予防接種についての説明書」 1枚

**新型コロナウイルス「ワクチン接種」を受けられます。  
費用負担はありません。**

ご自身の接種の時期は、同封の「接種のお知らせ」でご確認ください。  
このワクチン接種券は、大切に保管してください。

| 接 種 券              |            |        |        | 予診のみで接種できない場合      |            |         |        | ワクチン予防接種済証 |                          |  |  |                  |
|--------------------|------------|--------|--------|--------------------|------------|---------|--------|------------|--------------------------|--|--|------------------|
| 券 種                | 2          | ワクチン接種 | 1 回目   | 券 種                | 1          | 予 診 の み | 1 回目   | 1 回目       | メーカー／Lot No.<br>(シール貼付け) |  |  |                  |
| 請 求 先              | 北海道岩内町     |        | 014028 | 請 求 先              | 北海道岩内町     |         | 014028 | 接種年月日      |                          |  |  | 年<br>月 日<br>接種場所 |
| 券 番 号              | 0000000000 |        |        | 券 番 号              | 0000000000 |         |        |            |                          |  |  |                  |
| 氏 名                |            |        |        | 氏 名                |            |         |        |            |                          |  |  |                  |
| 210140280000000000 |            |        |        | 110140280000000000 |            |         |        |            |                          |  |  |                  |
| 券 種                | 2          | ワクチン接種 | 2 回目   | 券 種                | 1          | 予 診 の み | 2 回目   | 2 回目       | メーカー／Lot No.<br>(シール貼付け) |  |  |                  |
| 請 求 先              | 北海道岩内町     |        | 014028 | 請 求 先              | 北海道岩内町     |         | 014028 | 接種年月日      |                          |  |  | 年<br>月 日<br>接種場所 |
| 券 番 号              | 0000000000 |        |        | 券 番 号              | 0000000000 |         |        |            |                          |  |  |                  |
| 氏 名                |            |        |        | 氏 名                |            |         |        |            |                          |  |  |                  |
| 220140280000000000 |            |        |        | 120140280000000000 |            |         |        |            |                          |  |  |                  |

**接種を受ける方へ**

- シールは、はがさずに、台紙ごと、接種場所へお持ちください。
- 右側の予防接種済証は、接種後も大切に保管してください。

|      |      |
|------|------|
| 氏 名  |      |
| 住 所  | 岩内町字 |
| 生年月日 |      |

北海道岩内町長 木村 清彦



② 新型コロナ「ワクチン接種のお知らせ」  
(接種対象者に個別送付)

岩 内 町  
《高齢者向け》

# 新型コロナ 「ワクチン接種のお知らせ」

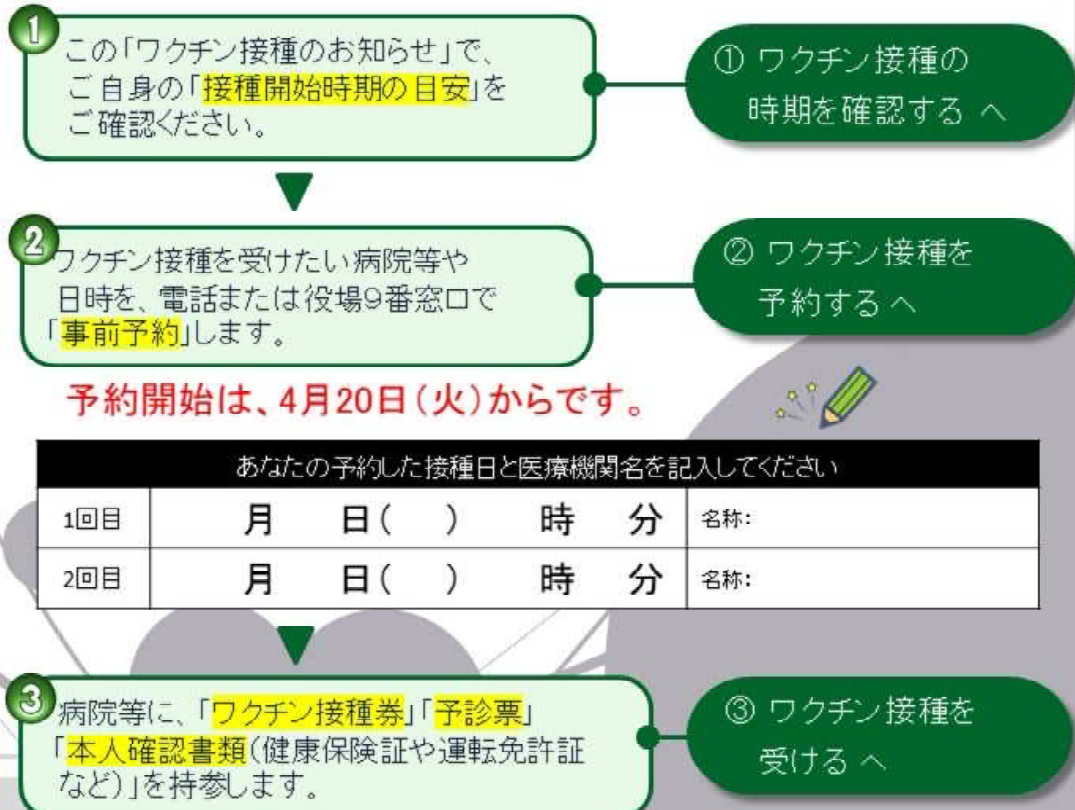


この「ワクチン接種のお知らせ」は、高齢者や重症化リスクの高い方から、順に、時期をずらして送付しています。

同封の「ワクチン接種券」にお名前がある方は、事前予約により、ワクチンを接種することができます。

接種費用  
**無料**  
(全額公費)

## ワクチン接種の流れ



予約開始は、4月20日(火)からです。

あなたの予約した接種日と医療機関名を記入してください

|     |   |      |   |   |     |
|-----|---|------|---|---|-----|
| 1回目 | 月 | 日( ) | 時 | 分 | 名称: |
| 2回目 | 月 | 日( ) | 時 | 分 | 名称: |

## 1 ワクチン接種の時期を確認する

国から段階的にワクチンが届くため、「ワクチン接種のお知らせ」を年齢ごとに時期をずらして送付しています。



| 対象者区分        | お知らせが届く時期                           | 接種開始時期の目安    |
|--------------|-------------------------------------|--------------|
| 高齢者施設の入所者    | 4月下旬以降                              | 5月上旬以降       |
| 高齢者施設の従事者    |                                     |              |
| 在宅の高齢者 80歳以上 | 4月下旬以降、<br>年齢段階ごとに順次、<br>送付します。     | 5月上中旬以降      |
| 75歳以上        |                                     |              |
| 70歳以上        |                                     |              |
| 65歳以上        |                                     |              |
| 在宅介護事業所の従事者  | 5月上旬以降                              | 事業所ごとに対応します。 |
| 基礎疾患のある方 ※1  | 高齢者への送付終了後、<br>年齢段階ごとに順次、<br>送付します。 | (未定)         |
| 上記以外の方 ※2    |                                     |              |

※1 基礎疾患のある方は、「ワクチン接種のお知らせ」が自宅等が届いていない場合でも優先的に接種できますので、岩内町コールセンターへご相談ください。

※2 現在、承認されているファイザー製ワクチンは、16歳以上が対象です。

### ◎ 基礎疾患のある方とは

#### 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                             | 8. ステロイド等の免疫の機能低下の治療中                                         |
| 2. 慢性の心臓病（高血圧を含む）                        | 9. 免疫の異常に伴う神経疾患や神経筋疾患                                         |
| 3. 慢性の腎臓病                                | 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）                          |
| 4. 慢性の肝臓病<br>（脂肪肝や慢性肝炎を除く）               | 11. 染色体異常                                                     |
| 5. インスリンや飲み薬で治療中の糖尿病<br>又は他の病気を併発している糖尿病 | 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）                          |
| 6. 血液の病気（鉄欠乏性貧血を除く）                      | 13. 睡眠時無呼吸症候群                                                 |
| 7. 免疫の機能が低下する病気<br>（治療中の悪性腫瘍を含む）         | 14. 精神疾患で入院中、精神障害者保健福祉手帳を所持、自立支援医療の精神通院医療で「重度かつ継続」に該当、療育手帳を所持 |

#### 2. 基準（BMI 30以上）を満たす肥満の

$$\text{BMI} = \text{体重(kg)} \div \text{身長(m)} \div \text{身長(m)}$$

「BMI 30」の目安：「身長170cmで体重87kg」「身長160cmで体重77kg」など

## 2 ワクチン接種を予約する

ワクチン接種は、**必ず事前予約**が必要です。

**ワクチン接種券が届いていない方は予約できません。**

かかりつけ医のいる方は

**かかりつけ医での  
接種をお願いします**

**個人病院** ①～⑧を  
ご希望の方

(予約受付: 平日9:00～16:00)

岩内町コールセンター

**☎67-8911**

または

岩内町役場

**9番窓口**

| ※個人病院には<br>直接予約できません。 | 各個人病院の接種日時<br>～ 都合により、日時が変更となる場合があります ～                                               |
|-----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| ①石山内科循環器科クリニック        | 月～金 11:30～12:00                                                                       |
| ②岩内大浜医院               | 月～金 9:00、10:00、11:00、12:00、14:00、<br>15:00、16:00 (17:00は月水金のみ)<br>※予約時間の15分前に受付してください |
| ③大井内科消化器科医院           | 月～金 10:30～11:30、14:30～16:00                                                           |
| ④北内科クリニック             | 月火木金 9:00～12:00、13:00～16:00<br>水土 9:00～11:00                                          |
| ⑤小林整形外科医院             | 月火木金 8:30～11:30、13:30～16:30<br>水 8:30～11:30                                           |
| ⑥千葉外科医院               | 月火木金 9:30～11:30、14:30～16:30                                                           |
| ⑦前田医院                 | 月～土 8:00～ 8:30                                                                        |
| ⑧万代クリニック              | 月火木金 13:30～15:00                                                                      |

**岩内協会病院**  
をご希望の方

(予約受付: 平日14:00～15:30)

岩内協会病院 予約専用

**☎62-1126**

接種日時: 火木金

8:30～11:30 15:00～16:00

**※平日に都合がつかない場合は、集団接種をご利用ください。**

**集団接種**をご希望の方

(予約受付: 平日9:00～16:00)

岩内町コールセンター

**☎67-8911**

または

岩内町役場

**9番窓口**

|     |                                                                                         |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| 場 所 | 岩内町保健センター (1日で120～240人に接種します。)                                                          |
| 日 時 | 1回目は、 <b>5月23日(日) 午前中</b> を予定しています。<br>2回目以降は、月に1～2回、日曜日に行う予定です。<br>詳しくは、広報いわないをご覧ください。 |



### 3 ワクチン接種を受ける

#### 当日の 持ち物

- ・**ワクチン接種券** — この「ワクチン接種のお知らせ」に同封しています。
- ・**予診票** — ワクチン接種券は、切り離さず、台紙ごとお持ちください。
- ・**本人確認書類**（健康保険証や運転免許証 など）

※ 当日の朝、自宅で体温を測定し、**発熱がある場合や体調が悪い場合などは接種を控え**、予約した際の電話番号にご連絡ください。

【個人病院：岩内町コールセンター ☎ 67-8911】 【岩内協会病院 ☎ 62-1126】

※ ファイザー製ワクチンは、約3週間後に2回目を接種する必要があります。

※ ワクチン接種後、経過観察のため15～30分間の待機が必要です。

※ 肩を出しやすい服装でお越しください。



#### 住民票がある場所以外での接種

- ・**町外で入院中・入所中の方**  
→ 医療機関や施設にご相談ください。
- ・**住民票がある場所以外を希望する方**  
→ 希望する市町村にご相談ください。

#### 病気治療中や妊娠中の方

現在、**病気治療中の方や体調に不安がある方、妊娠中や授乳中の方、アレルギーのある方は**、かかりつけ医等とご相談のうえ、ワクチン接種を受けるかどうか、ご検討ください。

#### 接種後の副反応

ファイザー製のワクチンの場合、接種後に、注射した部分の痛み・疲労・頭痛・筋肉や関節の痛み・寒気・下痢・発熱等がみられることがあります。こうした症状の大部分は接種後数日以内に回復しています。

ワクチンを接種後、**熱が2日以上続く場合や、症状が重い場合**には、医療機関への受診や相談をしてください。

#### 予防接種健康被害救済制度

ワクチン接種によって健康被害が生じ、**医療機関での治療が必要になったり、障害が残った場合には**、予防接種法に基づく救済（医療費・障害年金等の給付）を受けられます。

#### ワクチン接種の相談窓口

岩内町コールセンター

☎ **67 - 8911**

相談受付：平日8:45～17:15

厚生労働省  
新型コロナワクチン コールセンター

☎ **0120 - 761770**

9時～21時 土日・祝日も実施

官邸 コロナ ワクチン 検索



③ 新型コロナワクチン接種の予診票  
(表面)

| 新型コロナ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。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                       |                                                        |                |      |                                                  |  |  |   |  |                                                                                                             |      |       |  |    |                                                        |        |  |  |   |  |   |
| 住民票に記載されている住所                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 都 道 市 区 町 村<br>府 県                                    |                                                        |                |      |                                                  |  |  |   |  |                                                                                                             |      |       |  |    |                                                        |        |  |  |   |  |   |
| フリガナ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                       |                                                        |                | 電話番号 | ( ) -                                            |  |  |   |  |                                                                                                             |      |       |  |    |                                                        |        |  |  |   |  |   |
| 氏 名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                       |                                                        |                |      |                                                  |  |  |   |  |                                                                                                             |      |       |  |    |                                                        |        |  |  |   |  |   |
| 生年月日(西暦)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                       |                                                        |                |      | 年                                                |  |  | 月 |  |                                                                                                             | 日生(満 |       |  | 歳) | <input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女 | 診察前の体温 |  |  | 度 |  | 分 |
| 質問事項                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                       |                                                        |                |      |                                                  |  |  |   |  | 回答欄                                                                                                         |      | 医師記入欄 |  |    |                                                        |        |  |  |   |  |   |
| 新型コロナワクチンの接種を初めて受けますか。<br>(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、ワクチン接種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                                                    |      |       |  |    |                                                        |        |  |  |   |  |   |
| 『新型コロナワクチン予防接種の説明書』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。<br><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<br><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。<br>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<br><input type="checkbox"/> その他( )<br>治療内容: <input type="checkbox"/> 血をサラサラにする薬( ) <input type="checkbox"/> その他( ) |                                                       |                                                        |                |      |                                                  |  |  |   |  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ                                                    |      |       |  |    |                                                        |        |  |  |   |  |   |
| その病気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か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。<br>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。<br>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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                       |                                                        |                |      |                                                  |  |  |   |  | 医師署名又は記名押印                                                                                                  |      |       |  |    |                                                        |        |  |  |   |  |   |
| 以上の問診及び診察の結果、今日の接種は( <input type="checkbox"/> 可能 ・ <input type="checkbox"/> 見合わせる )<br>本人に対して、接種の効果、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。<br><input type="checkbox"/> 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)                                                                                                                                                        |                                                       |                                                        |                |      |                                                  |  |  |   |  |                                                                                                             |      |       |  |    |                                                        |        |  |  |   |  |   |
| 新型コロナワクチン接種希望書                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                       |                                                        |                |      |                                                  |  |  |   |  |                                                                                                             |      |       |  |    |                                                        |        |  |  |   |  |   |
| 医師の診察・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。( <input type="checkbox"/> 接種を希望します ・ <input type="checkbox"/> 接種を希望しません)<br>この予診票は、接種の安全性の確保を目的としています。<br>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 被接種者又は保護者自署<br>(※自署できない場合は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載)<br>(※被接種者が16歳未満の場合は保護者自署、成年被後見人の場合は本人又は成年後見人自署) |      |       |  |    |                                                        |        |  |  |   |  |   |
| 医師記入欄                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | ワクチン名・ロット番号                                           | 接種量                                                    | 実施場所・医師名・接種年月日 |      | ※医療機関等コード・接種年月日は枠内に収まるよう記入してください。                |  |  |   |  |                                                                                                             |      |       |  |    |                                                        |        |  |  |   |  |   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | シール貼付位置<br>※枠に合わせてまっすぐに貼り付けてください<br>(注)有効期限が切れていないか確認 | <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> ml | 実施場所<br>医師名    |      | 医療機関等コード<br>接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日<br>202 年 月 日 |  |  |   |  |                                                                                                             |      |       |  |    |                                                        |        |  |  |   |  |   |



(裏面)

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。

**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。

**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、なくする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。申請に必要となる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（ファイザー社製のワクチン）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 | ◇ トジナメラン（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  | ◇ A L C - 0 3 1 5 : [ ( 4 - ヒドロキシブチル ) アザンジル ] 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 ) |
|      | ◇ A L C - 0 1 5 9 : 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                       |
|      | ◇ D S P C : 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                                                                                           |

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。

厚労 コロナ ワクチン

検索



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。

## ④

ファイザー社製

## 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16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ファイザー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。  
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。（発症予防効果率は約 95%と報告されています。）

|         |                                            |
|---------|--------------------------------------------|
| 販売名     | コミナディ®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、3 週間の間隔） ※筋肉内に接種                    |
| 接種対象    | 16 歳以上（16 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 0.3 mL を合計 2 回                         |

- 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。）
- 1回目に本ワクチンを接種した場合は、2回目も必ず同じワクチン接種を受けてください。
- 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1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。

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。

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
- 過去にいけい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のある人は、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、失神等を経験したことがある方は 30 分以上）、接種を受け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、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。

### 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。

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、なくする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（ファイザー社製のワクチン）の特徴

本剤はメッセンジャー-RNA (mRNA) ソリッドであり、SARS-CoV-2 のスパイクタンパク質 (ウイルス粒子への細胞内侵入のために必要となるバググ) の設計図となる mRNA を細胞の核内に包み込んで製剤です。本剤投与により mRNA が核内に取り込まれ、その mRNA は細胞内に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 | <ul style="list-style-type: none"> <li>トランプタン：(細胞膜に結合する働きを持つイタリタンパク質)の全長をコードするmRNA</li> <li>ALC - 0 3 1 5 : [ (4-ヒドロキシベンジル) アミノ酸] の (8-ヒドロキシ-6-イソボルネン) 2-(2-ヒドロキシエチル)エステル</li> <li>ALC - 0 1 5 9 : 2-[(4-ヒドロキシベンジル) - 2000] -N,N-ジステラデルアセトアミド</li> <li>D S P C : 1,2-ジステアロイル-sn-グリセロ-3-ホスホチリン</li> <li>ユスアゲリン</li> <li>塩化カルウム</li> <li>リン酸ナトリウム水素カルウム</li> <li>塩化ナトリウム</li> <li>リン酸水素ナトリウム二水和物</li> <li>塩化ナトリウム</li> </ul> |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

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。

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。



⑤

長3封筒 デザイン(案)





## 5. コールセンター等

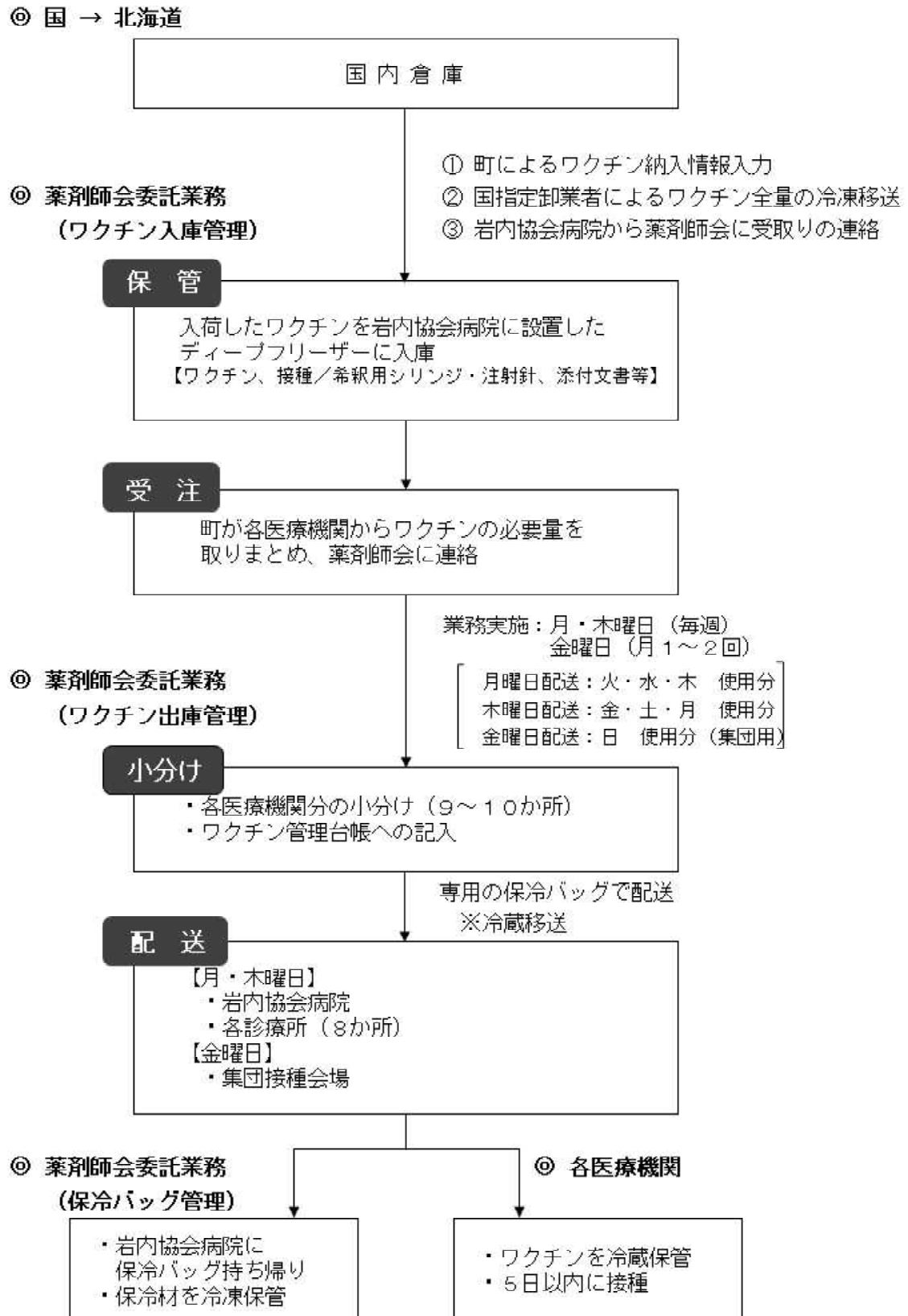
### (1) ワクチン接種の流れ



|   |                                                                                                                       |
|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ① | <p><u>診療所で個別接種又は保健センターで集団接種を希望する場合</u></p> <p>町から接種対象者に接種券が送付され、接種対象者が診療所又は保健センターで接種を希望する場合、町のコールセンターに予約し、接種を受ける。</p> |
| ② | <p><u>岩内協会病院で個別接種を希望する場合</u></p> <p>町から接種対象者に接種券が送付され、接種対象者が岩内協会病院で接種を希望する場合、岩内協会病院に予約し、接種を受ける。</p>                   |
| ③ | <p><u>高齢者施設が巡回接種を受ける場合</u></p> <p>町から施設に施設入所者分として接種券が、従事者分として接種券付き予診票が送付され、施設がまとめて町に予約を行い、事前に調整済の医療機関に巡回接種を受ける。</p>   |

(2) ワクチン配送の流れ

新型コロナウイルスワクチン管理業務 全体フロー図

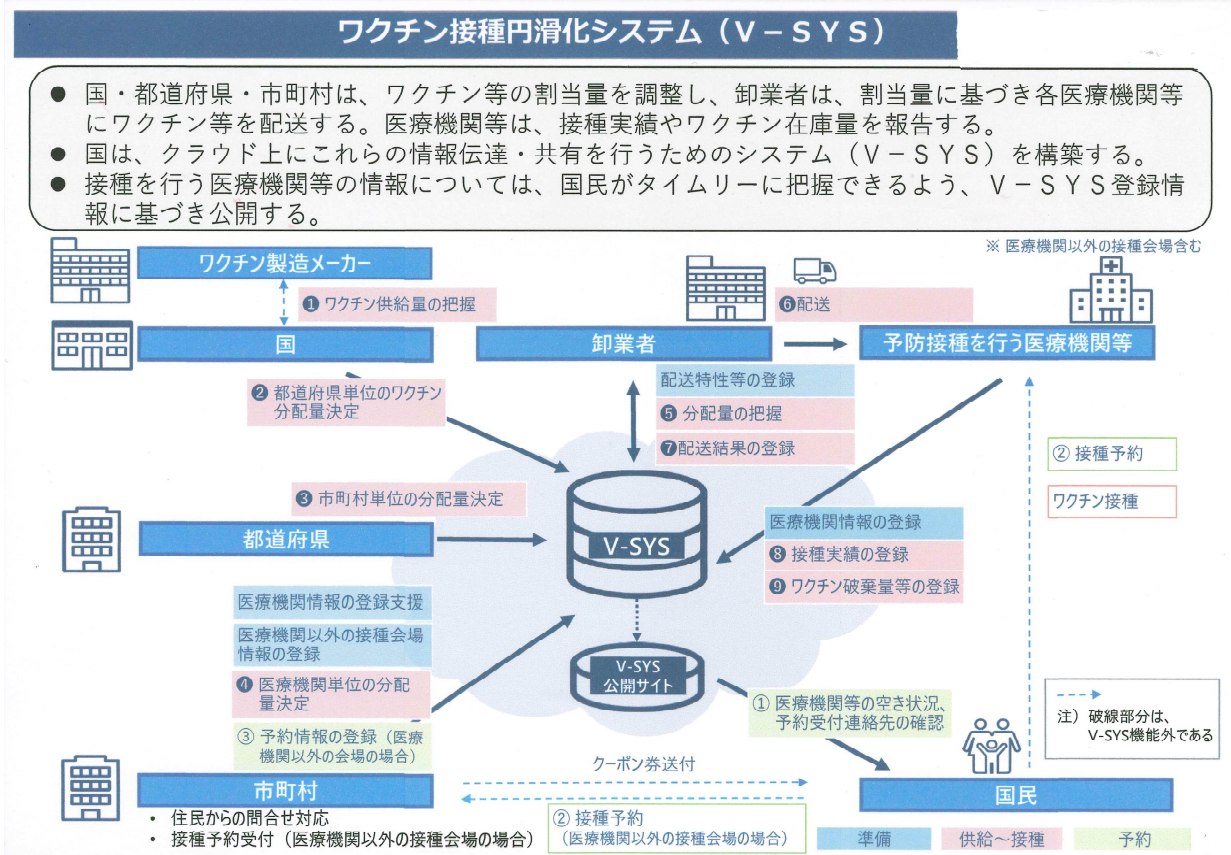


(3) 岩内町コールセンター(岩内町役場)

| 区 分         | 内 容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ① 開設日       | 令和3年4月20日(火)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| ② 受付方法      | <ul style="list-style-type: none"> <li>・電話：0135-67-8911</li> <li>・役場9番窓口</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                           |
| ③ 受付時間      | <b>【予約】</b> 平日：午前9：00から午後4：00<br><b>【相談】</b> 平日：午前8：45から午後5：15                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| ④ 受付内容      | <ul style="list-style-type: none"> <li>・診療所におけるワクチン接種1、2回目の予約。</li> <li>・ワクチンの有効性や接種手続きなどの相談受付。</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                    |
| ⑤ 体制        | <b>【主担当】</b> 健康福祉部健康づくり課 主事 1名<br>会計年度任用職員 3名<br><b>【副担当】</b> 健康福祉部健康づくり課 係長 1名<br>主任 1名<br>健康福祉部長寿介護課 係長 2名<br>計 8名                                                                                                                                                                                                                          |
| ⑥ コールセンター業務 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ワクチン接種の予約受付             <ul style="list-style-type: none"> <li>└ 個別接種(8診療所)</li> <li>└ 集団接種(岩内町保健センター)</li> </ul> </li> <li>・ワクチン接種の相談受付。</li> <li>・診療所に翌日の予約状況伝達。</li> <li>・ワクチン接種円滑化システム(V-SYS)に診療所のワクチン接種実績と廃棄量を入力。</li> <li>・ワクチン接種記録システム(VRS)に接種券情報の取込み。</li> <li>・健康管理システムに接種情報の取込み。</li> </ul> |

#### (4) コールセンターでのシステム入力

##### ① ワクチン接種円滑化システム(V-SYS)について





## V-SYSに関する詳細説明

### V-SYSが実現できること

#### V-SYSとは？

A. 一元的な情報管理を通じてムリ・ムダ・ムラを予備的に排除し、予防接種の効率的、かつ着実な実行を支援するためのシステムです。



#### 接種会場の属性・キャパシティ等の情報集約

- ✓ アナログ管理では、情報の見える化も、収集された情報の粒度感が揃いません。
- ✓ V-SYSの活用で横ぐしを刺しつつ、国内の接種会場を網羅的に把握できます。



#### ワクチン在庫・発注量の正確な把握

- ✓ 国内の接種会場におけるワクチンの偏在を防ぎつつ、効率的な分配を促します。
- ✓ 在庫量と発注量のバランスを全国を俯瞰した形で把握できます。



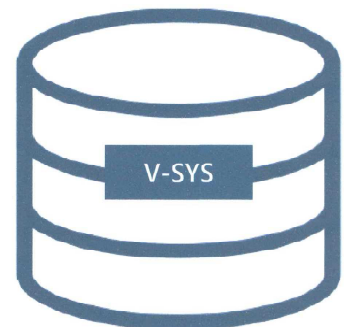
#### 接種実績の登録・進捗率の正確な把握

- ✓ 全国で統一された接種人数登録の仕組みを導入することで迅速な接種率が把握できます。



#### 国民への正確な情報提供

- ✓ 住民が近隣の接種会場・取扱いワクチンを閲覧できるようにすることで情報収集の手間を省くことが出来ます。
- ✓ V-SYSを介して、予防接種に対応する医療機関を国民に周知し、医療従事者・行政の負荷の軽減を図ります。

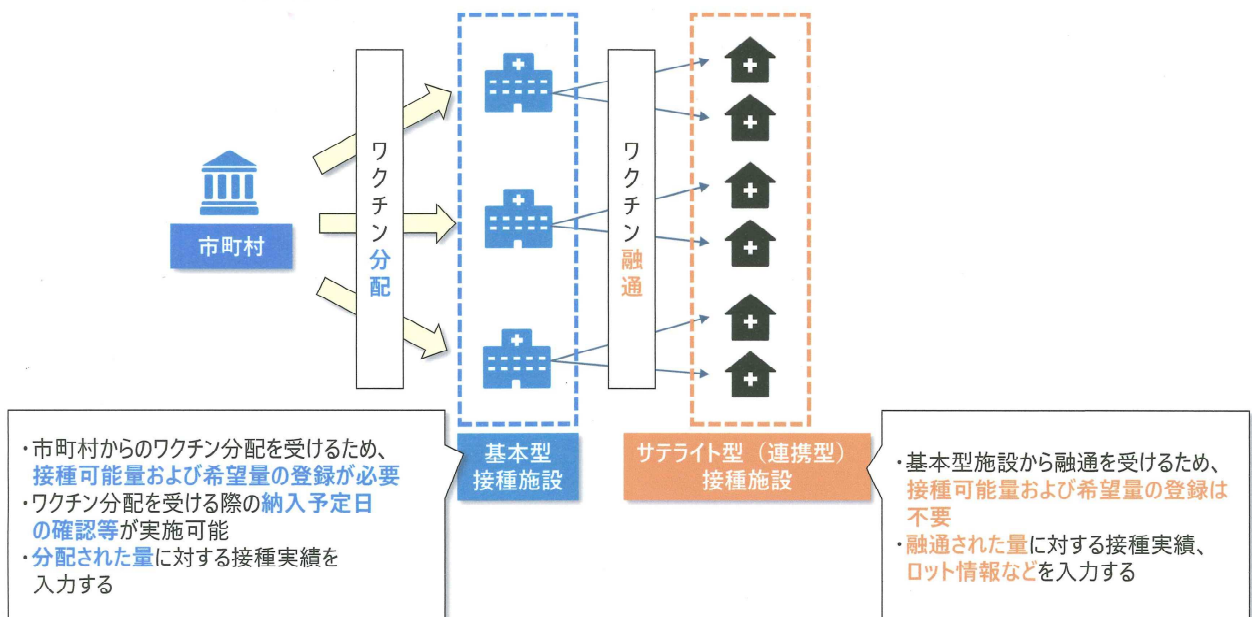


## V-SYSについて

### ワクチン接種円滑化システム（V-SYS）

■ 接種施設には、基本型とサテライト型（連携型）があり、それぞれでV-SYSを使用した業務に違いがあります

< 基本型とサテライト型（連携型）の違い >

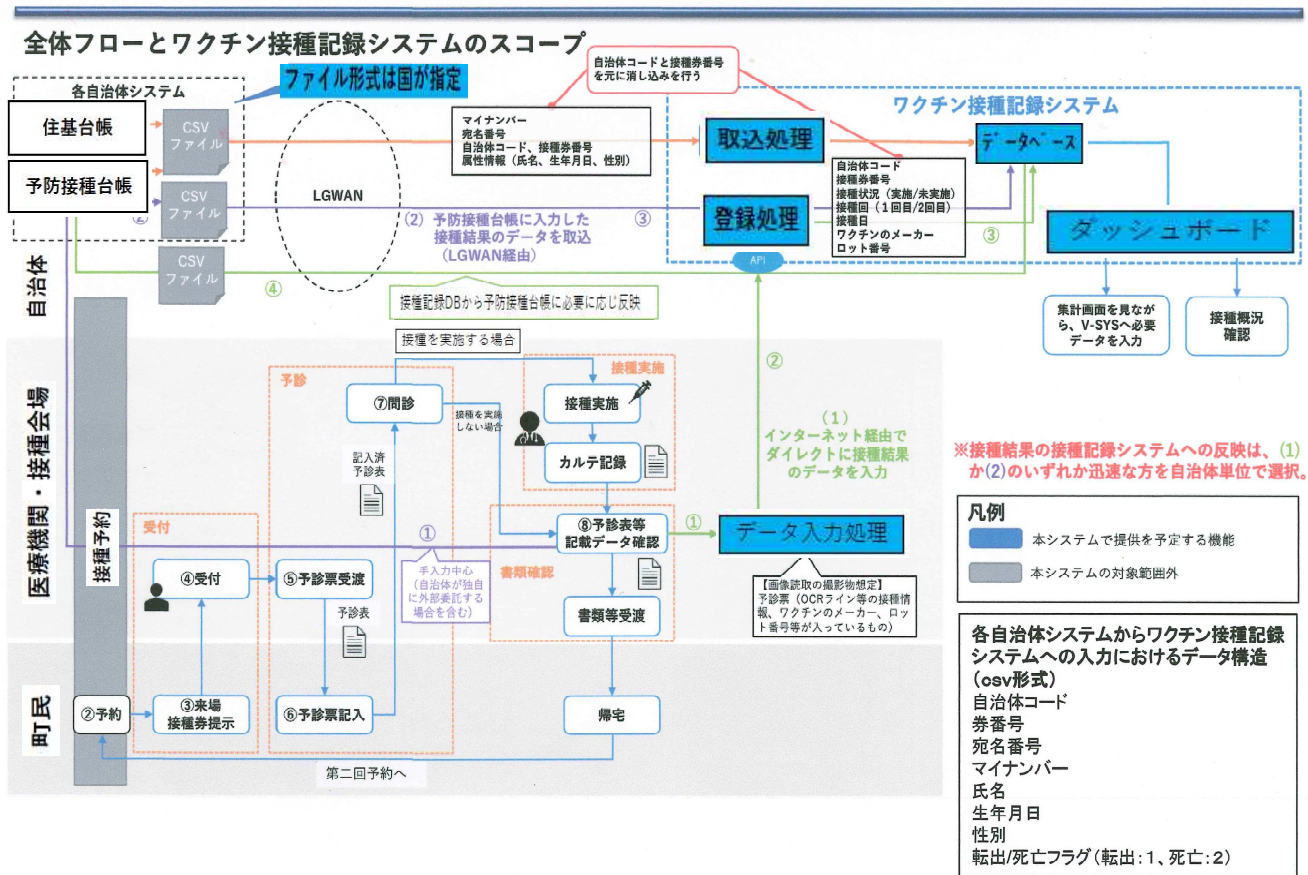






## ② ワクチン接種記録システム(VRS)について

## ＜ワクチン接種記録システムの全体フロー＞

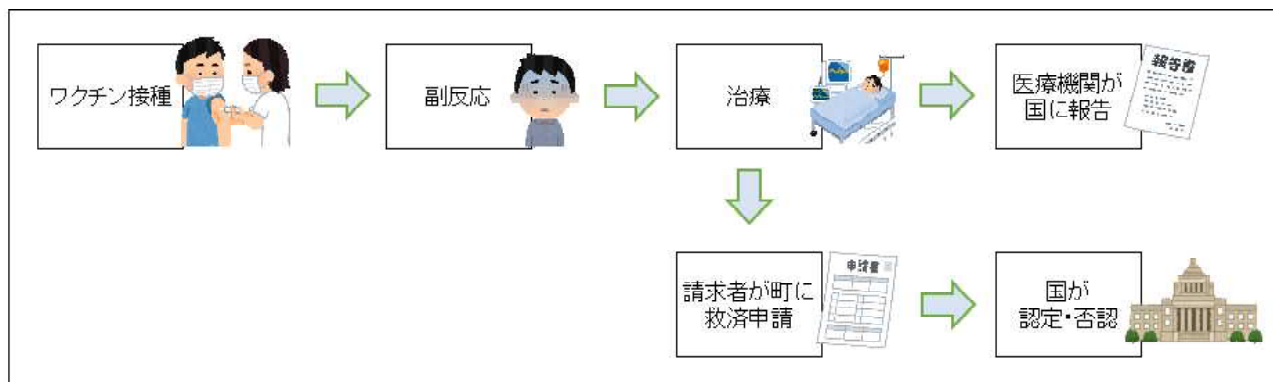


(5) 岩内協会病院

| 区 分        | 内 容                              |
|------------|----------------------------------|
| ①開設日       | 令和３年５月(予定)                       |
| ②電話番号      | ０１３５－６２－１１２６                     |
| ③受付時間      | 【予約・相談】 平日：午後２：００から午後３：３０        |
| ④受付内容      | 岩内協会病院におけるワクチン接種１回目、２回目の予約、相談受付。 |
| ⑤コールセンター業務 | ①ワクチン接種の予約受付。<br>②ワクチン接種の相談受付。   |

## 6. 重篤な副反応対応

### (1) 全体的フロー



### (2) 接種不適当者等

#### 接種不適当者と接種要注意者

##### 接種不適当者

新型コロナウイルス感染症に係る予防接種については、以下の者を接種不適当者（予診の結果これらの者に該当すると認められるときは、接種を行わない）とする。

- ①当該予防接種に相当する予防接種を受けたことのある者で当該予防接種を行う必要がないと認められるもの
- ②明らかな発熱を呈している者
- ③重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな者
- ④当該疾病に係る予防接種の接種液の成分によってアナフィラキシーを呈したことがあることが明らかな者
- ④上記に該当する者のほか、予防接種を行うことが不適当な状態にある者

##### 接種要注意者

【接種要注意者】（接種の判断を行うに際して注意を要する者）

- 心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患、血液疾患、発育障害等の基礎疾患を有する者
- 予防接種で接種後2日以内に発熱のみられた者及び全身性発疹等のアレルギーを疑う症状を呈したことがある者
- 過去にけいれんの既往のある者
- 過去に免疫不全の診断がされている者及び近親者に先天性免疫不全症の者がいる者
- 接種しようとする接種液の成分に対してアレルギーを呈するおそれのある者
- バイアルのゴム栓に乾燥天然ゴム（ラテックス）が含まれている製剤を使用する際の、ラテックス過敏症のある者（ファイザー社ワクチンはラテックスを使用していない）

※「基礎疾患を有する者」に関し、抗凝固療法を受けている者、血小板減少症又は凝固障害を有する者については、接種後に出血又は挫傷があらわれることがあり、接種要注意者に該当することに留意。

### (3) 基礎疾患を有する者

| その他の注意事項 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 接種の判断    | <p>■ 基礎疾患を有する者等については十分な予診を行い、<b>基礎疾患の状況が悪化している場合や全身状態が悪い者等</b>については、接種の延期を含め、特に慎重に予防接種の適否を判断する必要があること。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 接種後の観察   | <p>■ 接種後にアナフィラキシーを呈することがあるため、<b>接種後少なくとも15分間は被接種者の状態を観察</b>する必要があること。また、過去にアナフィラキシーを含む<b>重いアレルギー症状を引き起こしたことがある者については、接種後30分程度、状態の観察</b>をする必要があること。</p> <p>■ 接種後に血管迷走神経反射として失神があらわれることがあるため、<b>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者については、接種後30分程度、</b>体重を預けられるような場所で座らせるなどした上で、なるべく立ち上がらないように指導し、被接種者の状態を観察する必要があること。なお、予診の結果等から血管迷走神経反射による失神が生じる可能性が高いと考えられる者については、ベッド等に横たわらせて接種するといった予防策も考えられること。</p> |

### (4) 重篤な副反応への対応

| アナフィラキシーに対する対応について                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>● ワクチンの接種により稀に発生しうるアナフィラキシーについては、発生リスクをできるだけ減らすための予診時の工夫、発生した場合の早期発見や早期対応、万一副反応により健康被害（病気になったり障害が残ったりすること）が発生した場合の被害救済など、複数の対策により備える。</p>                                                                         |                                                                                                                                                                                                                    |
| <pre> graph LR     1[1 予診] --&gt; 2[2 接種]     2 --&gt; 3[3 観察]     3 --&gt; 4[4 報告]     3 -.-&gt; 5[5 被害救済]     4 --&gt; 5     3 --&gt; A["(発症せず)"]     A --&gt; 4     3 --&gt; B["発症・治療"]     B --&gt; 4     </pre> |                                                                                                                                                                                                                    |
| ① 接種前の対応                                                                                                                                                                                                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>接種前の説明や問診・診察における注意点を研究班において取りまとめ、周知</li> <li>予診の際、予防接種の有効性・安全性、予防接種健康被害救済制度等について接種対象者等に適切な説明を行うとともに、文書同意を得た場合に限り接種を実施</li> </ul>                                            |
| ② 接種後の観察                                                                                                                                                                                                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>適切な観察時間や見守り体制の設定等、接種直後・施設内での注意点や帰宅後の注意点について研究班において取りまとめ、周知</li> <li>過去に、アナフィラキシーを含む、重いアレルギー症状を引き起こしたことがある者については、接種後の経過観察を30分間行うこととし、その他の者については、少なくとも15分間行うこととする。</li> </ul> |
| ③ アナフィラキシーの発症に備えた対応                                                                                                                                                                                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>アドレナリン製剤等、救急処置に必要な物品を、各接種会場に常備</li> <li>発症者の速やかな治療や搬送に資するよう、医療機関との適切な連携体制の確保</li> </ul>                                                                                     |
| ④ 副反応の発生が疑われる症例が発生したことの報告                                                                                                                                                                                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>発症を確認した医療機関が、予防接種法及び医薬品医療機器等法に基づき、（独）医薬品医療機器総合機構（PMDA）に対し、「副反応疑い報告」を速やかに実施、当該情報を厚労省とも共有</li> </ul>                                                                          |
| ⑤ 万一、健康被害が発生した場合の対応                                                                                                                                                                                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>予防接種法上の臨時接種として、予防接種健康被害救済制度により、定期接種と同等の被害救済</li> </ul>                                                                                                                      |

※接種会場においては、応急処置が可能な救急処置用品や薬液等も常備する。

※上記の「研究班」とは、国の副反応調査班をいう。



## (5) 副反応時の医療体制

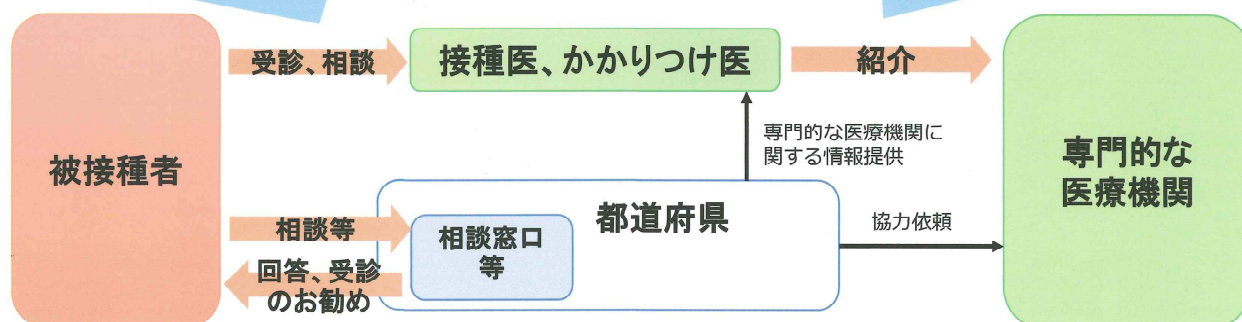
### ワクチン接種後の副反応等に対応する医療体制の確保

- 新型コロナワクチン接種後の副反応を疑う症状について、被接種者が受診を希望する際は、まず、身近な医療機関（接種した医療機関や、かかりつけの医療機関等）を受診し、受診した医療機関は、専門的な対応が必要であると判断された場合に専門的な医療機関を紹介。
- 必要に応じて専門的な医療機関に円滑に受診できる体制を確保するため、都道府県は、様々な症状に総合的な対応ができる、専門的な医療機関に協力依頼を行う。

まずは、接種を受けた医療機関や、かかりつけ医等に受診するよう促す。

※ 頻度の高い軽度の副反応は、接種医・かかりつけ医等で対応。

診察の上、さらなる対応が必要な場合、専門的な医療機関を紹介。



専門的な医療機関の要件としては、

- ・ 総合診療科や複数の内科診療科等を有し、総合的な診療ができること
- ・ 円滑な紹介受診のため、地域連携室にワクチン接種後患者の対应用窓口を設けること
- ・ 接種医、かかりつけ医から紹介を受けた時に、できる限り紹介を断らないこと
- ・ 接種医、かかりつけ医からの相談に応じる体制を設けること

があげられる。

また、受診を希望される方が通院できる範囲内に最低1箇所は設置されることが望ましい。

## (6) 健康被害救済手続きフロー

