

新型コロナウイルスワクチン職域接種における

# オンライン診療 活用ガイド

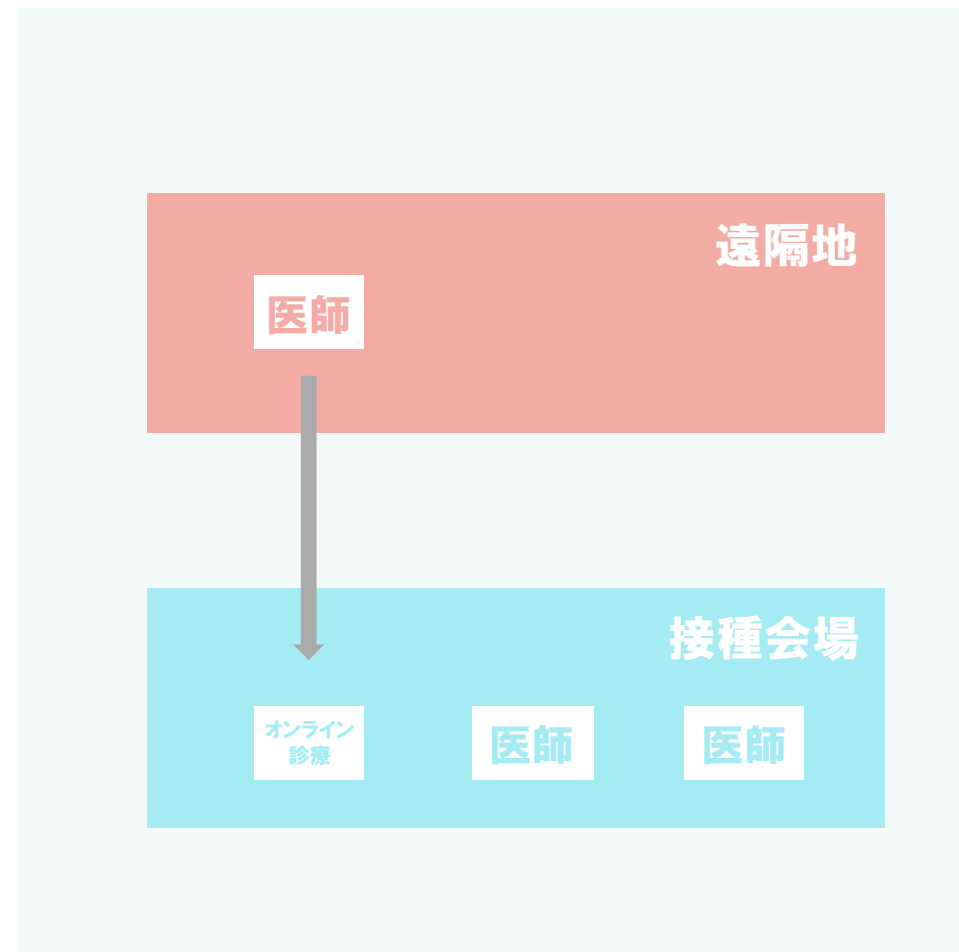
## オンライン診療とは

医師—患者間において、情報通信機器を通して、患者の診察及び診断を行い診断結果の伝達や処方等の診療行為をリアルタイムにより行う行為をいいます。

## 職域接種における活用

オンライン診療を活用することで、例えば、本社に勤務する医師が、遠隔地の支社の接種会場における予診を行うことが可能となり、会場において予診を行う医師を増員することができます。

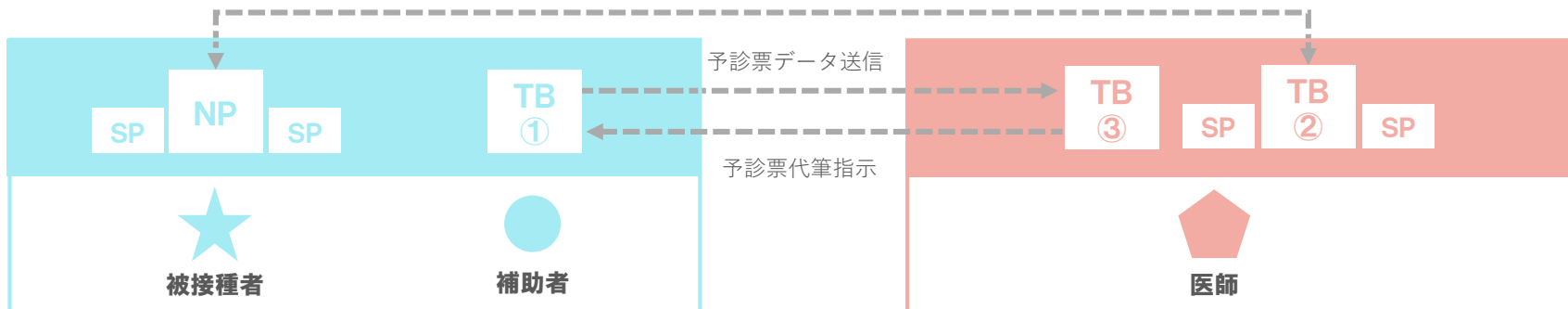
※ただし、オンライン診療を行う場合であっても、接種会場には、副反応の発生に迅速に対応できる医師の配置は必要になります。



# 例 実施イメージ

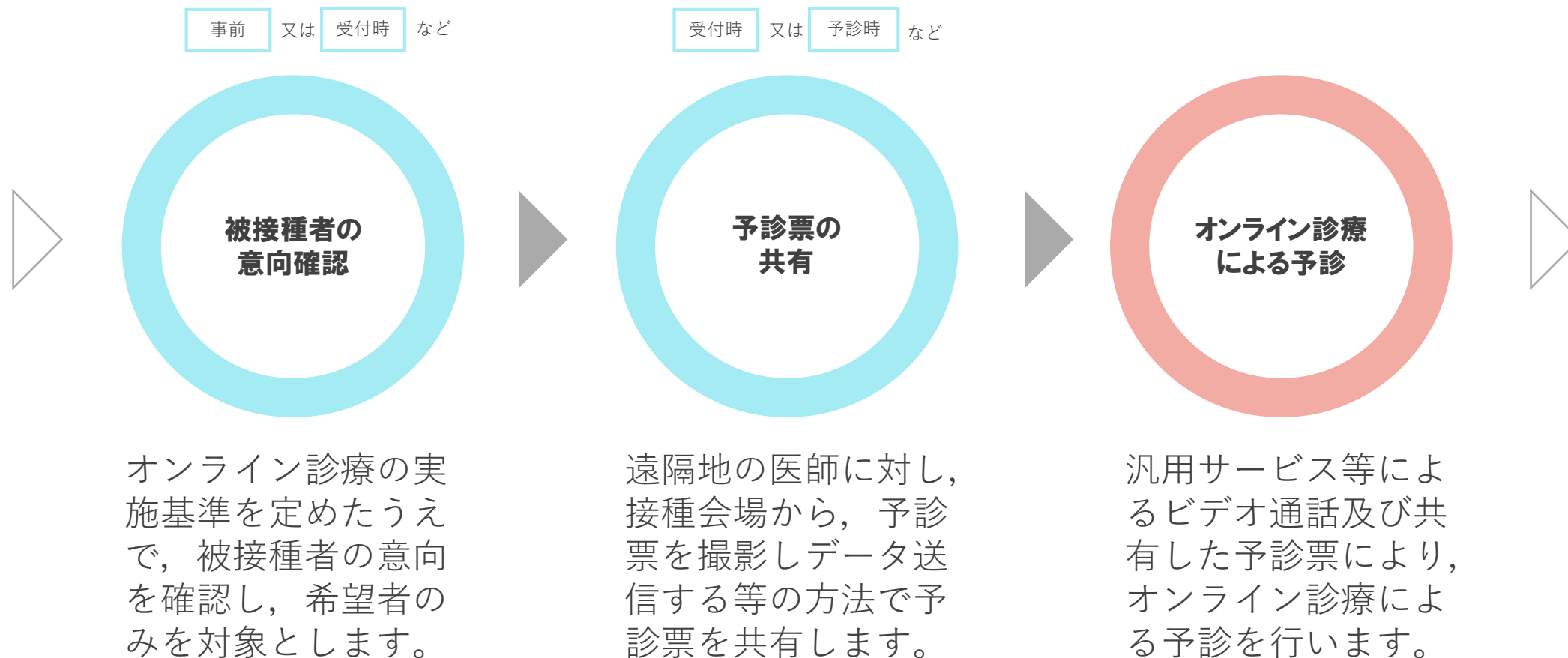
場所	使用機材	準備物
接種会場側	 タブレット:TB①  ノートPC:NP  スピーカー:SP	 ハンコ (記名押印用)  タブレットスタンド (撮影用)
医師側	 タブレット:TB② タブレット:TB③  スピーカー:SP (またはヘッドセット)	 予診票様式 (診療記録用)

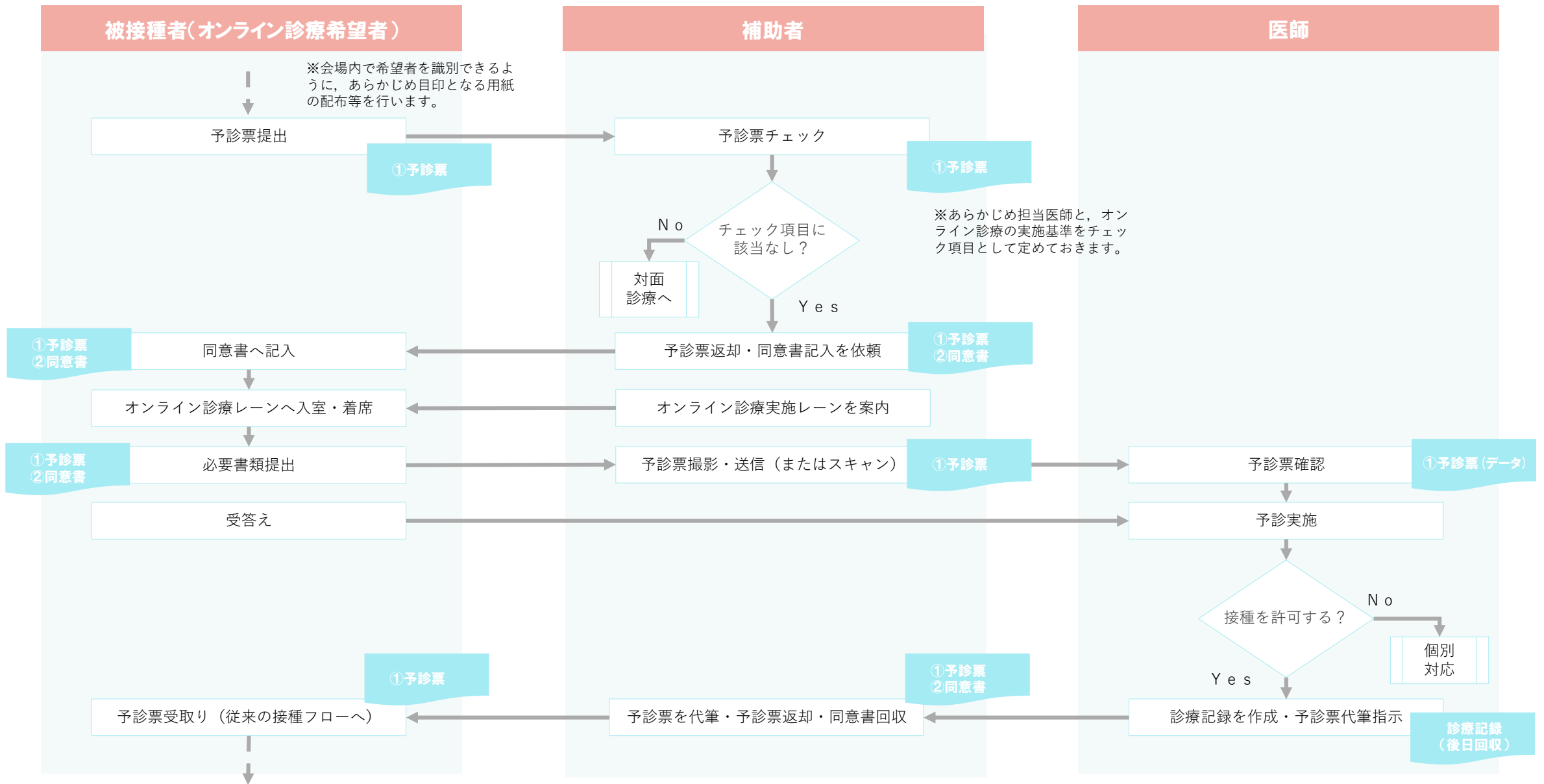
ビデオ通話によるオンライン診療



# 例 実施フロー①

一般的な接種フロー（受付→予診→接種）のうち，予診をオンライン診療に置換えて実施します。実施にあたり，あらかじめ被接種者の意向確認と予診票の共有が必要です。





# 例 実施におけるポイント①

## 実施基準の設定

オンライン診療の実施にあたり、被接種者側の意向に加え、医学的な観点から実施の可否を判断する必要があります。

そのため、予診票等を参考に、担当医師※が定めた実施基準を満たす者のみを対象とすることなどにより対応します。

※担当医師は、厚生労働省が指定する「オンライン診療を行う医師向けの研修」を受講した上で、オンライン診療を行うようにしてください。

### 実施基準の例

服薬による治療を現在おこなっていないか

一回目接種後の体調はよかったか

アレルギー症状をおこしたことがないか

血をサラサラにする薬を飲んでいないか

今回のワクチン接種について不安や質問がないか

など

# 例 実施におけるポイント②

## 適切な事前準備

円滑な会場運営等を図るため、オンライン診療の特性を踏まえて適切な機材・環境を用意するなど、事前の準備を行います。

### 被接種者の意向確認

- 接種の予約時にあらかじめ希望の有無を確認し対象者を把握
- 会場で目印となる用紙等を希望者に対して事前に配布
- 事前に希望者の数を把握し適切にレーンの数を配置

### 予診票の共有

- 機材やソフトを適切に選択・設定しセキュアな環境を確保
- 撮影に適した環境（撮影用タブレットスタンドなど）を用意
- 撮影ではなくスキャンしたデータをセキュアな共有フォルダへ保存

### オンライン診療による予診

- 有線・無線を組合せて安定した通信が可能な回線を複数確保
- 外付けスピーカーやヘッドセットを活用して適切な通話環境を確保
- 被接種者側・医師側双方に遮音性の高い環境を用意

# 予診票への記入例

接種会場の予診票の医師署名欄には、予診医から接種の指示の伝達を受けた者が署名することができます。ただし、予診医の署名等により接種の許可を診療記録として残し、後日、会場の予診票とひとまとめにして管理する必要があります。

**新型コロナウイルスワクチン接種の予診票**

※本枠内にご記入またはチェック印を入れてください。

※ワクチン接種後に医療機関において  
記入してください。  
※念頭に合わせ、尚順に沿ってまっすぐに  
記入してください。

(クーポン貼付)

住所：〒 市 区 町 村  
氏名：( )  
性別：男  女   
生年月日(西暦)： 年 月 日 生(漢) 歳 月 日 分  
接種歴： 接種済  未接種  接種済の経過： 度 分

新型コロナウイルスワクチンの接種を受けていますか。  
(接種を受けたことがある場合 1回目： 月 日、2回目： 月 日)  
 はい  いいえ

接種会場が任意のある市町村と、クーポン券に記載されている市町村は同じですか。  
 はい  いいえ

「新型コロナウイルスの印刷券」を提示し、効果や副作用などについて理解しましたか。  
 はい  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。  
 医療従事者等  65歳以上  80～84歳  高齢者施設等の従事者  
 基礎疾患を有する(病名： )

現在、何らかの病気にかかって、治療(投薬など)を受けていますか。  
病 名：  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( )

最近1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。 病名( )  
 はい  いいえ

今日、体に具合が悪いところがありますか。 症状( )  
 はい  いいえ

1か月前(10月)に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。  
 はい  いいえ

薬や食品などで、重いアレルギー反応(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( )  
 はい  いいえ

これまでに予診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( )  
 はい  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。  
 はい  いいえ

2週間以内に予診接種を受けましたか。 種類( ) 受けた日( )  
 はい  いいえ

今日の予診接種について質問がありますか。  
 はい  いいえ

医師記入欄  
以上の接種及び接種の経路、今日の接種は  可也  其れをせよ  
本人に対して、接種の効果、副反応及び予診接種後医療従事者選別について、説明した。  
医師署名又は製剤印

新型コロナウイルスワクチン接種希望書  
医師の指導、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。(  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、必ず接種が市町村、医師署名欄に完全な  
記入が確認された後に接種会場へ参加することができます。

ワクチン名、ロット番号、接種量、接種場所、医師署名、接種年月日、接種履歴  
接種年月日 接種量(1月1日～6月31日)  
2022年 月 日

後日、ひとまとめにして管理

オンライン診療により指示  
医師：○○ ○○  
代筆：△△ △△

**新型コロナウイルスワクチン接種の予診票**

※本枠内にご記入またはチェック印を入れてください。

※ワクチン接種後に医療機関において  
記入してください。  
※念頭に合わせ、尚順に沿ってまっすぐに  
記入してください。

(クーポン貼付)

住所：〒 市 区 町 村  
氏名：( )  
性別：男  女   
生年月日(西暦)： 年 月 日 生(漢) 歳 月 日 分  
接種歴： 接種済  未接種  接種済の経過： 度 分

新型コロナウイルスワクチンの接種を受けていますか。  
(接種を受けたことがある場合 1回目： 月 日、2回目： 月 日)  
 はい  いいえ

接種会場が任意のある市町村と、クーポン券に記載されている市町村は同じですか。  
 はい  いいえ

「新型コロナウイルスの印刷券」を提示し、効果や副作用などについて理解しましたか。  
 はい  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。  
 医療従事者等  65歳以上  80～84歳  高齢者施設等の従事者  
 基礎疾患を有する(病名： )

現在、何らかの病気にかかって、治療(投薬など)を受けていますか。  
病 名：  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( )

最近1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。 病名( )  
 はい  いいえ

今日、体に具合が悪いところがありますか。 症状( )  
 はい  いいえ

1か月前(10月)に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。  
 はい  いいえ

薬や食品などで、重いアレルギー反応(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( )  
 はい  いいえ

これまでに予診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( )  
 はい  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。  
 はい  いいえ

2週間以内に予診接種を受けましたか。 種類( ) 受けた日( )  
 はい  いいえ

今日の予診接種について質問がありますか。  
 はい  いいえ

医師記入欄  
以上の接種及び接種の経路、今日の接種は  可也  其れをせよ  
本人に対して、接種の効果、副反応及び予診接種後医療従事者選別について、説明した。  
医師署名又は製剤印

新型コロナウイルスワクチン接種希望書  
医師の指導、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。(  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、必ず接種が市町村、医師署名欄に完全な  
記入が確認された後に接種会場へ参加することができます。

ワクチン名、ロット番号、接種量、接種場所、医師署名、接種年月日、接種履歴  
接種年月日 接種量(1月1日～6月31日)  
2022年 月 日

会場で補助者が代筆

医師が記入(診療記録)



オンライン診療の実施にあたり、留意事項の説明がなされた文書等を用いて、被接種者がオンライン診療を希望する旨を書面（電子データを含む。）において署名等をしてもらうことが必要です。

会場名：

### 新型コロナウイルスワクチン接種に係るオンライン診療の利用について

#### 【注意事項等】

- オンライン診療では対面による診療と比べ、患者側の心身の状態に関し得られる情報が限られることを正しく理解した上で受診をお願いいたします。
- 予診においては、問診・検温を行う必要がありますが、身体診察を全員に行うことは求められていないため、電話や情報通信機器を通じた予診により、接種の判断を行うことが可能であるとされています。
- 予診において、対面での診察が必要と判断された場合には、接種会場に配置された別の医師が必要な診察を含めた予診を行うことで、改めて接種の判断を行うことができます。

#### 【参考：厚生労働省事務連絡】

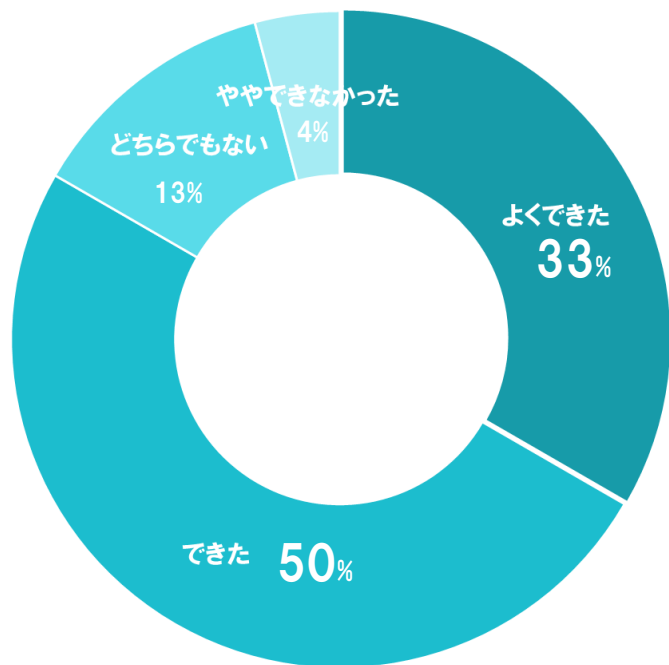
- ・令和2年4月10日付け「新型コロナウイルス感染症の拡大に際しての電話や情報通信機器を用いた診療等の時限的・特例的な取り扱いについて」
- ・令和3年5月25日付け「新型コロナウイルス感染症に係る予防接種の実施における電話や情報通信機器を用いた診療の活用について」

新型コロナウイルスワクチン接種の予診について、上記を確認の上、オンライン診療の利用を希望します。

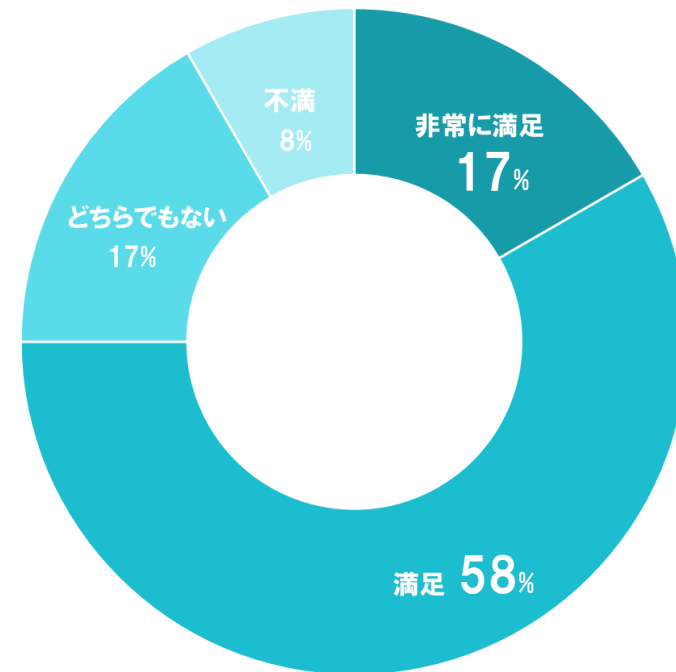
年 月 日 氏名\_\_\_\_\_

# ワクチン接種におけるオンライン診療についてのアンケート結果(被接種者)

Q 医師とのコミュニケーションは円滑に行えましたか。



Q 総合的に満足のいく診療でしたか。



# 参考資料

## 厚生労働省

[オンライン診療の適切な実施に関する指針（平成30年3月，令和元年7月一部改訂）](#)

[「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に関するQ & A（平成30年12月，令和元年7月一部改訂）](#)

[令和2年4月10日付け事務連絡「新型コロナウイルス感染症の拡大に際しての電話や情報通信機器を用いた診療等の時限的・特例的な取り扱いについて」](#)

[令和2年8月26日付け事務連絡「新型コロナウイルス感染症の拡大に際しての電話や情報通信機器を用いた診療等の時限的・特例的な取り扱いに関する留意事項等について」](#)

[令和3年5月25日付け事務連絡「新型コロナウイルス感染症に係る予防接種の実施における電話や情報通信機器を用いた診療の活用について」](#)

[令和3年5月28日付け事務連絡「新型コロナワクチン接種に当たっての診療録の作成について」](#)

## 北海道

[新型コロナウイルス感染症に係る予防接種の実施におけるオンライン予診の手引き（6月30日15：00時点）](#)