

2021/5/28時点

新型コロナウイルス ワクチン接種実施体制における 薬剤師の活動事例

公益社団法人 日本薬剤師会

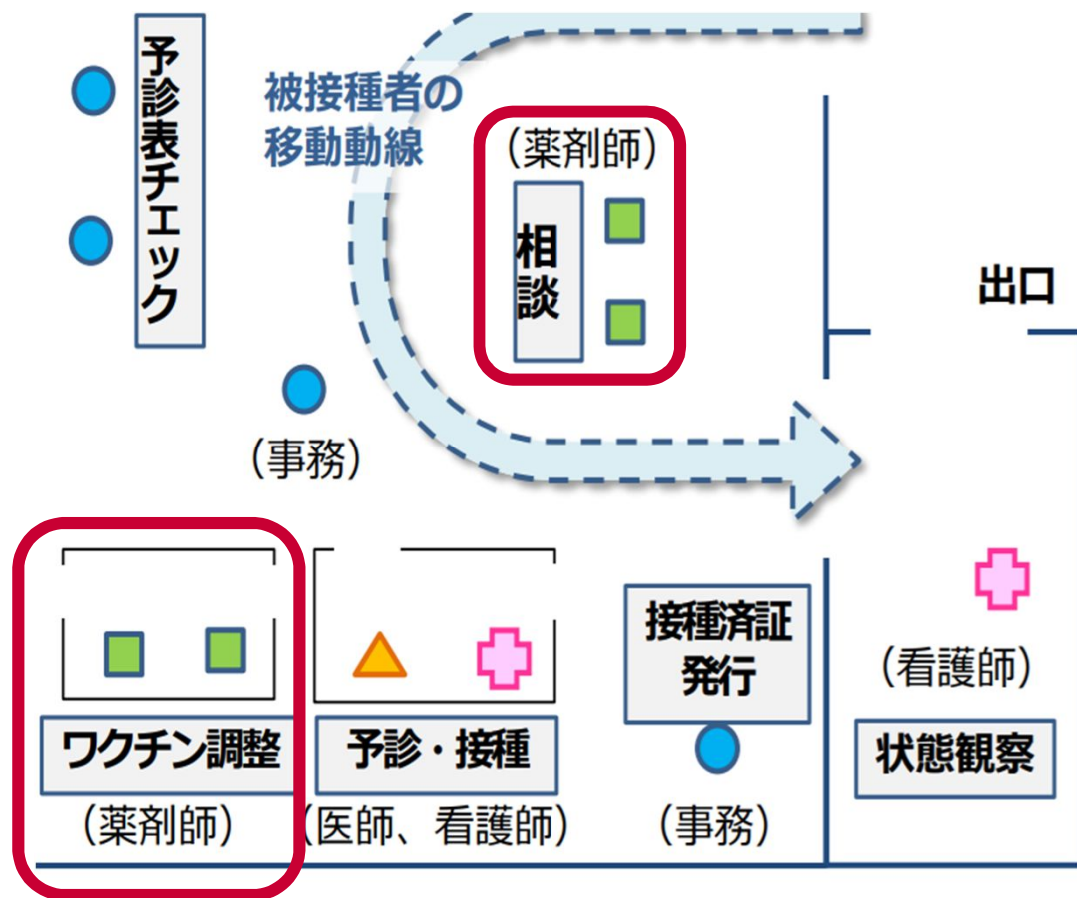
ワクチン接種会場での薬剤師の業務

【接種会場における業務】

- 医師との連携の下で予診の前に必要に応じ服用中の薬剤等の確認
- ワクチンの調製（溶解、希釈、充填）
- 必要な医薬品の管理（ワクチンの検収や小分けの管理・監督を含む）
- 会場となる施設の消毒や換気に関する助言・相談対応 など

ワクチン接種会場での薬剤師の業務

集団接種会場における各職種の役割分担（広島県広島市の事例）



職種	役割
医師	予診
看護師	接種 接種後の状態観察
薬剤師	ワクチン調整 相談
事務職	受付 予診表チェック 接種済証発行

※ 運営管理責任者を配置

8

ワクチン接種会場での薬剤師の業務

予診前の服用中薬剤等の確認（山形県尾花沢市の事例）



予診前の確認を看護師3名と薬剤師1名で実施

ワクチン接種会場での薬剤師の業務

医師等と連携した予診前の確認オペレーション (京都府京丹後市の事例)

地区医師会と事前に摺り合わせ、確認・説明内容と予診票への記載方法（ラインマーカーや丸印、✓など）を決めておき、医師の予診時に特に確認が必要な事項が分かるように整理している。

「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。」

「今日の予防接種について質問がありますか。」の問いに「はい」との回答がある場合は薬剤師に誘導。

その他、薬が多く内容や疾病の確認が複雑な場合や、相談事のある人は薬剤師が一次対応している。

「✓」は、必要に応じて資料を配布し、予診票確認時に事前説明を済ませている内容

ラインマーカーを引いた箇所のうち、丸印記載の項目が、医師の予診時に特に確認が必要な事項

ポイントとなる事項にはラインマーカーを引き薬剤師が行った対応と医師への申し送り事項を記載

注意が必要な内容により、ファイルを色分けして予診へ回す

ワクチン接種会場での薬剤師の業務

ワクチンの調製（広島県広島市、神奈川県鎌倉市の事例）



【報告された事例】

- **ディープフリーザー設置施設からワクチン接種会場へのワクチンの輸送の際の品質・数量管理（静岡県清水市ほか）**
- **ワクチンの小分け、個別接種を行う医療機関への配送（東京都豊島区）**

接種会場以外での薬剤師の取組

【薬局での取組】

- **かかりつけ薬剤師によるワクチンにかかる質問や相談への対応**
- **ワクチンを受ける方が使用薬剤の情報をあらかじめ把握できるよう丁寧な説明や支援**
- **接種後の体調変化等の確認や副反応が疑われる場合の対応 など**

接種会場以外での薬剤師の取組

かかりつけ薬剤師によるワクチンにかかる質問や相談への対応

薬剤師から一般の方々に向けた
新型コロナウイルスワクチンに関する FAQ

2021年5月13日版

公益社団法人 日本薬剤師会

1. ファイザー社のワクチンは新しいタイプのワクチンとのことですが、どのようなものですか？
2. 今回接種されるファイザー社のワクチンは安全ですか？
3. ファイザー社のワクチンは冷凍保存が必要と聞いていますが、流通は大丈夫でしょうか？
4. ワクチンは2回接種する必要がありますか？
5. 一番効果のあるワクチンを接種したいので、選べますか？
6. ワクチン接種を受けなかったら、どうなりますか？
7. ワクチン接種に費用はかかりますか？
8. ワクチン接種直後の副反応について教えてください。
9. ワクチン接種会場から帰宅後に出る可能性のある副反応について教えてください。
10. ワクチン接種後に自宅で副反応と思われる症状が出た場合、どうしたら良いですか？
11. ワクチン接種の副反応により障害が生じたときの保障はありますか？
12. ワクチン接種を受けた後は他人にうつすことはありませんか？
13. ワクチンは子供にも接種できますか？
14. ワクチンは妊婦でも接種できますか？
15. ワクチンは授乳婦でも接種できますか？
16. アレルギーがありますがワクチン接種できますか？
17. どんな順番でワクチン接種が開始されますか？
18. ワクチン接種までの流れは？
19. ワクチン接種を受けられない人は？
20. ワクチン接種当日の発熱や体調不良の場合は、どうしたら良いですか？

日本薬剤師会においてFAQを作成・公開、薬局において相談対応に活用

接種会場以外での薬剤師の取組

コールセンター（福岡県の事例）

福岡県・公益社団法人 福岡県薬剤師会

新型コロナウイルス ワクチン専用ダイヤル

- ワクチンの副反応等に関するご相談
- ワクチンの有効性・安全性に関する情報提供
- 副反応発生時の対応に関するアドバイス
- ワクチンの保管・管理に関する情報提供

などの専門的相談

薬剤師が
対応いたします!!

【受付時間】

24時間（4月1日より）
※3月中は9:00-18:00
（土日・祝日も実施）



0570-072972

ナビダイヤル

※通話料がかかります

- ・会員含む薬剤師が24時間体制で常駐
- ・5月23日までに7,924件の相談に対応
- ・県民のみならず、医療従事者等からの問い合わせにも対応

令和3年3月19日

福岡県新型コロナウイルス感染症対策本部
（がん感染症疾病対策課）

担当者：服部、塚本

内線：3319、3398

直通：092-643-3620

新型コロナウイルスワクチン専用ダイヤルを開設します！

- 新型コロナウイルスワクチン接種については、医療従事者等や高齢者、基礎疾患を有する方等、一定の接種順位により接種が行われ、順次拡大していきます。
- 福岡県では、新型コロナウイルスワクチン接種後の副反応など医学的な知見が必要となる専門的な相談に対応するため、新型コロナウイルスワクチン専用ダイヤルを開設します。
- 県のワクチン専用ダイヤルでは、専門的な知識を有する薬剤師が相談に応じます。

実施体制

福岡県新型コロナウイルスワクチン専用ダイヤル

- ・実施団体：公益社団法人福岡県薬剤師会（福岡市博多区住吉2-20-15）
- ・開設日：令和3年3月23日（火）

接種会場以外での薬剤師の取組

かかりつけ薬剤師による予診票記入の支援（鹿児島県奄美市の事例）

3. 予診票記入例（鉛筆・ボールペン両方可）

新型コロナウイルスワクチン接種の予診票 (記入例)

※本枠内にご記入またはチェック印を入れてください。

※左欄に合わせ、点線に沿ってまっすぐに貼り付けてください (クーポン貼付)

住所 〒916-0001 鹿児島県奄美市名瀬幸町25番8号	市町村 奄美市
フリガナ アマミ アラク	電話番号 099-55-XXXX
氏名 奄美 太郎	性別 男
生年月日(西暦) 1950年1月1日生(満71歳)	診察前の体温 度 分

質問事項	回答欄	医師記入欄
新型コロナウイルスワクチンの接種を初めて受けますか。 (接種を受けたことがある場合 1回目: 月 日、2回目: 月 日)	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
現時点で住民票のある市町村と、クーポン券に記載されている市町村は同じですか。	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
「新型コロナウイルスワクチンの説明書」を読んで、効果や副反応などについて理解しましたか。	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
接種順位の上位となる対象グループに該当しますか。 <input type="checkbox"/> 医療従事者等(65歳以上) <input type="checkbox"/> 60~64歳 <input type="checkbox"/> 高齢者施設等の従事者 <input type="checkbox"/> 基礎疾患を有する(病名:)	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
現在、何らかの病気にかかって、治療(投薬など)を受けていますか。 病名: <input type="checkbox"/> 糖尿病 <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 その他(<input checked="" type="checkbox"/> 高血圧)	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
治療内容: <input checked="" type="checkbox"/> 血をサラサラにする薬(<input checked="" type="checkbox"/> バイアスピリン等) <input type="checkbox"/> その他()	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
最近1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。 病名()	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> いいえ	
薬や食品などで、重いアレルギー症状(アナフィラキシーなど)を起こしたことがありますか。 薬・食品など原因になったもの()	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか。 種類() 症状()	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> いいえ	

医師記入欄 本人に対して、

新型コロナウイルスワクチン接種希望書
医師の診療・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、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。

被接種者又は保護者自筆 奄美 太郎

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
【血をサラサラにする薬の使用有無などを確認】
※接種後の出血に注意が必要

薬や食品などで、思いアレルギー症状（アナフィラキシーなど）を起こしたことがありますか。
【薬・食品など原因になったものを確認】

奄保健第29号
令和3年4月1日

奄美薬剤師会長 岡村 芳和 殿

健康増進課長 徳永 明子

新型コロナウイルスワクチン接種に係る予診票記入の際の協力依頼について

日頃から本市の保健福祉行政にご理解とご協力を賜わり誠にありがとうございます。
さて、本市におきましては、4月中旬に高齢者へ向けて、ワクチン接種に係る接種券と予診票を送付いたします。集団接種を安全かつ円滑に進めるためには、ご自身の健康状態や服薬状況などの情報が予診票にあらかじめしっかりと記入されていることが重要と考えます。
つきましては、予診票の項目のうち、服薬状況やアレルギーの項目等の内容確認や記入に係る相談への対応について、かかりつけ薬局の皆様のご協力を賜りますようお願いいたします。
お忙しい中誠に恐縮ですが、ご協力を賜りますようお願いいたします。

4. 1回目の接種が終了したら、同様に2回目も予約をして接種を受けます。

奄美市「新型コロナウイルスワクチン接種のご案内」よりご確認ください。



接種会場以外での薬剤師の取組

ワクチンを受ける方が使用薬剤の情報をあらかじめ把握できるよう丁寧な説明や支援（茨城県 ひたちなか市の事例）

ご存じですか？

新型ワクチン接種の時に
コロナ

予診票でお薬の種類をおたずねしています。

check!
血をサラサラにする薬を
飲まれている方は、ワクチンを受
けることはできますが、接種後
の出血に注意が必要です。



集団接種会場での問診の際に混乱を避ける為に、
薬剤師が予めチェックした
「お薬確認書」を無料で
ご用意致します。



詳しくは薬剤師にご相談ください。

ひたちなか薬剤師会・ひたちなか市医師会 / ひたちなか市

お薬確認書
(新型コロナウイルスワクチン接種のための服用薬剤確認書)
接種会場での待ち時間を減らし、密を避けるために事前にご記入お願い致します。

氏名: _____ 住所: ひたちなか市 _____

_____ 以下、薬剤師が記入します _____

薬剤師の方へ：服用薬すべてを確認し、以下をご記入ください。

服用中の薬に以下に該当するものはありません。

抗凝固薬を服用中です。 薬剤名: _____

抗凝固薬（医薬品名）：ワーファリン、ブラザキサ、イダザレト、エリキュース、リクシアナ
注：抗血小板薬などはこれに該当しません。抗血小板薬など：アスピリン、チクロピジン、クロビドグレル、プラスグレル、シロスタゾール、チカグレロル、イコサペント、ペラプロスト、サルボグレラート

β遮断薬を服用中です。 薬剤名: _____

β遮断薬（一般名）：プロプラノロール、プフェトロール、ナドロール、ビンドロール、カルテオロール、メトプロロール、アテノロール、ビソプロロール、ベタキソロール、ランジオロール、アセプトロール、エスモロール、セリプロロール、ラベタロール、カルベジロール、ベバントロール、アモスラロール、アロチノロール、ニブラジロール

※これらの確認理由：抗凝固薬を服用中の方は、接種後2分間以上、しっかり押さえる必要があります。β遮断薬を服用中の方は、アナフィラキシー反応に対するエピネフリンの効果が減弱する可能性があり対応に注意が必要となります。なお、これらの薬剤を中止する必要はなく、自己判断で中止しないようご説明ください。

確認日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 薬剤師名: _____
所属薬局名: _____

お薬確認書
(新型コロナウイルスワクチン接種のための服用薬剤確認書)
接種会場での待ち時間を減らし、密を避けるために事前にご記入お願い致します。

氏名: _____ 住所: ひたちなか市 _____

_____ 以下、薬剤師が記入します _____

薬剤師の方へ：服用薬すべてを確認し、以下をご記入ください。

服用中の薬に以下に該当するものはありません。

抗凝固薬を服用中です。 薬剤名: _____

抗凝固薬（医薬品名）：ワーファリン、ブラザキサ、イダザレト、エリキュース、リクシアナ
注：抗血小板薬などはこれに該当しません。抗血小板薬など：アスピリン、チクロピジン、クロビドグレル、プラスグレル、シロスタゾール、チカグレロル、イコサペント、ペラプロスト、サルボグレラート

β遮断薬を服用中です。 薬剤名: _____

β遮断薬（一般名）：プロプラノロール、プフェトロール、ナドロール、ビンドロール、カルテオロール、メトプロロール、アテノロール、ビソプロロール、ベタキソロール、ランジオロール、アセプトロール、エスモロール、セリプロロール、ラベタロール、カルベジロール、ベバントロール、アモスラロール、アロチノロール、ニブラジロール

※これらの確認理由：抗凝固薬を服用中の方は、接種後2分間以上、しっかり押さえる必要があります。β遮断薬を服用中の方は、アナフィラキシー反応に対するエピネフリンの効果が減弱する可能性があり対応に注意が必要となります。なお、これらの薬剤を中止する必要はなく、自己判断で中止しないようご説明ください。

確認日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 薬剤師名: _____
所属薬局名: _____

接種会場以外での薬剤師の取組

ワクチンを受ける方が使用薬剤の情報をあらかじめ把握できるよう
丁寧な説明や支援（広島県薬剤師会の取組）

広島県の皆様へ

ワクチン接種前の相談は お済みですか？

接種の前に不安は解決しておきましょう



ワクチン接種時には
「おくすり手帳」を
忘れずに！

「接種済証」と「お薬手帳」を薬局にお持ちいただいた方には「ワクチン接種しましたシール」で「お薬手帳」に記録します。



ワクチン接種しましたシール