

## 職域接種の要望確認について

令和3年5月28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いします。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](mailto: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](mailto:vaccine-team@meti.go.jp)

# 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、**企業等が持た  
れている医療資源（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たことを前提として、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、親会社のみの従業員数、「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