

事 務 連 絡
令和3年(2021年)7月9日

各高齢者施設・事業所 管理者 様

滋賀県健康医療福祉部医療福祉推進課

滋賀県広域ワクチン接種センターでの接種予約開始について

平素は、本県高齢者福祉の推進にご尽力いただきお礼申し上げます。

さて、滋賀県健康医療福祉部ワクチン接種推進室から、下記のとおり滋賀県広域ワクチン接種センターの予約開始案内がありましたので、お知らせいたします。

なお、お問い合わせについては、予約システムに関しては、下記のコールセンターに、その他に関しては、滋賀県ワクチン接種推進室までお願いします。

記

1 予約開始日

入所(居住)施設…令和3年7月12日(月)13時から

その他施設…令和3年7月19日(月)13時から

2 予約方法

次の URL または二次元バーコードから予約サイトにアクセスしてください。

<https://jump.mrso.jp/shiga/>



3 お問い合わせ先

予約システムに関するコールセンターを設置します。

名 称:滋賀県広域ワクチン接種予約コールセンター

受付時間:毎日 午前9時から午後5時まで(土日・祝日含む)

連 絡 先:050-3612-4542

なお、滋賀県ワクチン接種推進室では予約の変更・キャンセル等はお受けできませんので
コールセンターへお願いします。

4 接種会場

滋賀県広域ワクチン接種センター(別添アクセス図参照)

南部会場:Oh!Me 大津テラス3階(大津市打出浜 14-30)

北部会場:滋賀県立大学 体育館(彦根市八坂町 2500)

(両会場ともに、武田/モデルナ社製のワクチンを使用します。)

5 接種当日の持ち物

- ・予診票
- ・接種券
- ・本人確認書類(運転免許証、健康保険証、パスポート等)
- ・職員証(勤務施設がわかるもの)

接種の受付にて、対象の職種の方であることを確認するために、職員証を提示いただきます。職員証がない、または勤務施設の明記がない場合、各施設の管理者の方はお手数ですが、接種される方に対して関係者証明書の発行をお願いします。

※お忘れの場合、接種できないことがありますのでご注意ください。

6 その他

- ・予約対象者は、県内に所在する施設、事業所、施術所に従事する者であって、市町村から接種券が手元に届いている別表に該当する者。(市町村で接種予約をしている場合は除く。)
- ・接種にあたっての注意事項は「滋賀県広域ワクチン接種センターからのお知らせ」をご確認ください。
- ・既に他の会場(地域の医療機関等)で1回目の接種が終了している方は、お申し込みできません。
- ・準備したワクチンが無駄になるので市町村で行っている接種予約との二重予約は厳に慎んでください。(二重予約した場合は必ず一方の予約をキャンセルしてください。)
- ・滋賀県広域ワクチン接種センターで使用するワクチンは武田/モデルナ社製であり、市町村等で実施している接種とワクチンが異なる場合があるため、滋賀県広域ワクチン接種センターで1回目の接種を受けた方は、2回目の接種も同会場で受けてください。
- ・予約システムにご入力いただいた情報は、二重予約を防ぐため、県内市町に情報提供を行いますのでご了承ください。

滋賀県健康医療福祉部ワクチン接種推進室
広域ワクチン接種センター運営係:池尻、河部
電話:077-528-3695
e-mail:coronataisaku12@pref.shiga.lg.jp

別表

対象職種	例
児童福祉従事者	<p>○児童福祉施設等…助産施設、乳児院、母子生活支援施設、保育所、認定こども園(幼稚園型を除く)、児童厚生施設、児童養護施設、児童心理治療施設、児童自立支援施設、児童家庭支援センター、認可外保育施設 等</p> <p>○児童福祉に関する事業等…児童自立生活援助事業、地域子ども・子育て支援事業、小規模住居型児童養育事業、地域型保育事業、里親、そのほか乳幼児・児童に接する事業に従事する者等</p>
障害福祉サービス従事者	<p>○障害福祉サービス等事業所…居宅介護や生活介護、放課後等デイサービス、障害者支援施設、相談支援事業所 等</p> <p>○県・市町が実施する以下の事業等に係る業務(委託等を含む。)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域生活支援事業に基づく手話通訳・盲ろう者向け通訳、高次脳機能障害支援センター、発達障害者支援センター、障害者働き・暮らし応援センター、日中一時支援、相談支援事業 等 ・障害者福祉センター、視覚障害者センター、聴覚障害者センター、盲ろう者支援センター ・身体障害者相談員、知的障害者相談員 ・こころのほっと相談 ・滋賀型地域活動支援センター、社会的事業所 ・地域アドボケート ・滋賀県依存症民間団体支援事業
介護従事者	<p>○介護保険施設…介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院</p> <p>○居宅サービス事業所(予防サービス、総合事業含む)…訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、通所介護(老人福祉センター)、通所リハビリテーション、短期入所生活介護、短期入所療養介護、福祉用具貸与(販売)、特定施設入居者生活介護</p> <p>○居宅介護支援事業所、介護予防支援事業所(地域包括支援センター)</p> <p>○地域密着型サービス事業所…定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、看護小規模多機能(複合型サービス)</p> <p>○居住系施設…養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅</p>
柔道整復師	柔道整復師法第19条第1項に基づき届出のある施術所
あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師	あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師等に関する法律第9条の2第1項に基づき届出のある施術所

※上記の職種であれば、常勤、非常勤問わず施設管理者が必要と認めた者は、予約可能。

滋賀県広域ワクチン接種センターからのお知らせ

1. 接種会場について

- ・接種会場は以下の2か所です。

南部会場：Oh!Me 大津テラス3階（大津市打出浜 14-30）

北部会場：滋賀県立大学 体育館（彦根市八坂町 2500）

* 滋賀大学ではありませんので御注意ください。

※各会場へのアクセスは別添資料をご確認ください。

2. 接種当日の流れ

1. 受付：本人確認を受けます。
2. 予診：接種前に予診票を基に、医師による問診を受けます。
3. 接種：看護師がワクチンを接種します。
4. 経過観察：接種後一定時間観察を行います。

3. 感染防止

- ・会場へは、必ずマスクを御着用のうえ御来場ください。また、隣の人と距離をとり、会話を控えるなど感染防止に御協力をお願いいたします。
- ・混雑緩和（待ち合いスペースが狭いため）や待ち時間短縮のため、予約より大幅に早い来場は御遠慮いただき、予約時間ちょうどにお越しください。
- ・接種会場へ御案内するまでに30分程度の時間を要する場合があります。
- ・ワクチンの接種後もマスクの着用など、感染予防対策の継続をお願いします。

4. 持ち物・服装

- ・予診票：太枠部分は事前にご記入ください。フリガナ、電話番号等も必ずご記入ください。お薬手帳を併せて持参いただくと予診がスムーズになります。（記入例を参照してください。）
- ・接種券：市町村から送付された接種券を持参ください。
- ・本人確認書類：運転免許証、保険証、パスポート等
- ・職員証（勤務施設がわかるもの）
受付にて、対象の職種の方であることを確認するために、職員証を提示いただきます。職員証がない、または勤務施設の明記がない場合、各施設の管理者の方はお手数ですが、接種される方に対して関係者証明書の発行をお願いします。
※上記の持ち物は必ずお持ちください。お忘れの場合、接種ができない場合があります。
- ・ワクチン接種は上腕部にいたしますので、肩を出しやすい服装でお越しください。

5. ワクチンについて

- ・ 滋賀県広域ワクチン接種センターでは、武田／モデルナ社製ワクチンを使用します。
(参考) 武田／モデルナ社の新型コロナワクチンについて (厚生労働省ホームページ)
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/vaccine_moderna.html
- ・ 以下にあてはまる方は、本ワクチンの接種ができない、または接種に注意が必要です。当てはまるかどうかや、ワクチンの接種を受けて良いか、御不明な方は、その病気を診てもらっている主治医に御相談ください。また、当てはまると思われる方は、必ず接種前の予診時に医師へ伝えてください。

ワクチンを接種することができない方

- 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。

注意が必要な方

- 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 (血友病など) 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
- 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。

6. その他

- ・ 市町村等での接種予約と重複している場合は、速やかにどちらかの予約を取り消してください。
- ・ ご提供いただきました情報については二重予約を防ぐため、県内市町に情報提供を行いますのでご了承ください。

7. 参考

- ・ 予約に関するコールセンター

予約システムの利用方法、予約の変更・キャンセル等の内容についてのコールセンターを設置します。

名 称：滋賀県広域ワクチン接種予約コールセンター

設置期間：令和3年7月12日から令和3年12月24日まで

受付時間：毎日午前9時から午後5時まで（土日・祝日含む）

連絡先：050-3612-4542

- ・ 副反応等に関する医学的知見が必要な相談

副反応等に関する医学的知見が必要な相談について、市町等で対応が困難な内容について、県の相談窓口を設置しています。

名 称：滋賀県新型コロナウイルスワクチン専門相談窓口

設置期間：令和4年3月31日まで

受付時間：毎日24時間（土日・祝日含む）

連絡先：電話番号 077-528-3588（9時から18時まで）

077-528-3621（上記以外の時間）

FAX 番号 077-528-4867

Mail corona_vaccination_shiga@medi-staffsup.com

【南部会場アクセス案内】

南部会場へは公共交通機関でのご来場をお願いいたします。

Oh!Me 大津テラス併設の駐車場は台数に限りがあり大変な混雑が予想され、入出庫に時間がかかる場合がございます。そのため、ワクチン接種ご予約時間に間に合わない場合がございます。

また、Oh!Me 大津テラス併設駐車場および近隣のびわ湖ホール駐車場は有料となります。(大津テラス：基本料金1時間/300円、びわ湖ホール：基本料金1時間/210円)

(※Oh!Me 大津テラス併設駐車場、びわ湖ホール駐車場をご利用の際はそれぞれのホームページをご確認ください。)

皆様にはご不便をおかけしますがよろしくお願い申し上げます。

■電車利用

「JR 膳所駅」、「京阪膳所駅」より徒歩約7分

「京阪石場駅」より徒歩約5分

■バス利用

近江・京阪バス（湖岸経由）「大津警察署前」下車すぐ



〒520-0806 滋賀県大津市打出浜14-30

【北部会場アクセス案内】



交通案内

JR 南彦根駅からバスで約 15 分
（南彦根駅西口：南彦根県立大学線）

JR 彦根駅からバスで約 25 分
（彦根駅：三津屋線）

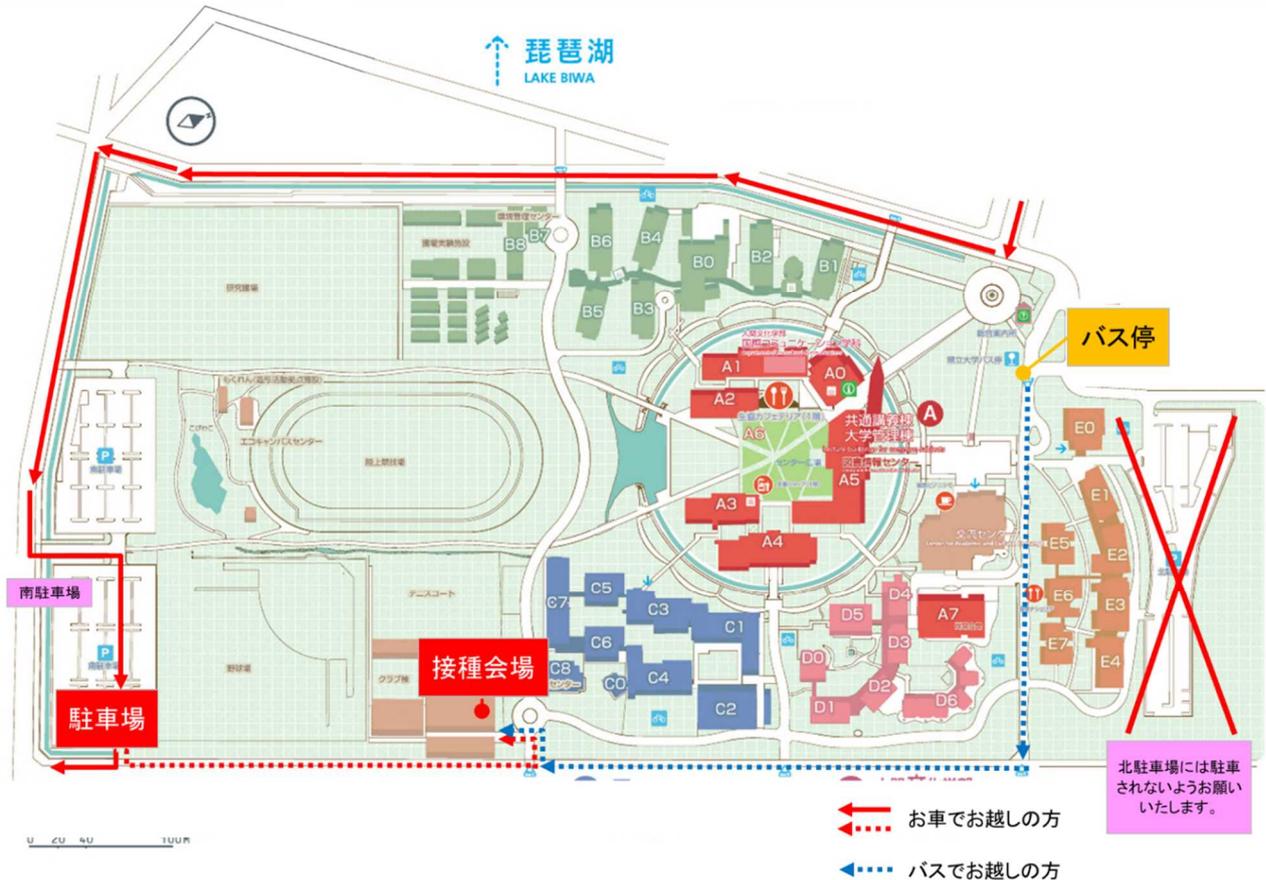
※バスの時刻表は以下の URL あるいは QR コードにアクセスし、「停留所」に「南彦根駅西口」あるいは「彦根駅」と入力し、「県立大学」行き路線の時刻表を御参照ください。

<https://ohmitetudo-bus.jorudan.biz/diagram>

名神彦根 IC から
大学まで車で約 20 分
（6.5km）



大学構内案内図



【記入例】

新型コロナワクチン接種の予診票

住民票に記載されている住所	滋賀 府 大津 市 区 村	
〒	京町四丁目1-1	
フリガナ	シガ タロウ	(077)
氏名	滋賀 太郎	528-0000
生年月日(西暦)	1970年1月1日生(満51歳)	<input checked="" 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。 (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 <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 <input type="checkbox"/> 基礎疾患を有する(病名:)	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" 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"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> その他(高血圧) 治療内容: <input type="checkbox"/> 血をサラサラにする薬() <input type="checkbox"/> その他()	<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	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) 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。 <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)	医師署名又は記名押印
-------	--	------------

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 checked="" type="checkbox"/> 接種を希望します・ <input type="checkbox"/> 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。	2021年 8月 1日 被接種者又は保護者自署 滋賀 太郎
<small>(※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) (※被接種者が16歳未満の場合は保護者自署、成年被授乳者の場合は本人又は成年被授乳者自署)</small>	

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
シール貼付位置			実施場所	
※枠に合わせてまっすぐに貼り付けてください (注)有効期限が切れていないか確認		ml	医師名	接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日
				2021年 月 日

接種券は貼らずに、予診票と一緒に
お持ちください。

接種会場にて検温しますので記入不要です。

1回目の方は「はい」にチェックしてください。
2回目の方は1回目の日付を記入し、「いいえ」にチェックしてください。(2回目の日付は記入しないでください。)

基礎疾患のある方は該当するものにチェックしてください。
服薬中の方はお薬手帳をお持ちください。

接種当日の日付を記入してください。