

事務連絡  
令和4年7月22日

各 

|      |
|------|
| 都道府県 |
| 市町村  |
| 特別区  |

 衛生主管部（局） 御中

厚生労働省健康局予防接種担当参事官室

### 新型コロナウイルスワクチンの4回目接種の対象拡大について

予防接種行政につきましては、日頃より御理解と御協力を賜り厚く御礼申し上げます。

新型コロナウイルス感染症に係る予防接種については、「新型コロナウイルス感染症に係る予防接種の実施に関する手引き」（令和2年12月17日付け厚生労働省健康局長通知別添。以下「自治体向け手引き」という。）等に基づき適切に御対応いただいているところです。

本日開催された第33回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会（以下「分科会」という。）では、新型コロナウイルスワクチンの4回目接種について、新たに18歳以上60歳未満の医療従事者等及び高齢者施設等の従事者を対象とする方針が取りまとめられました。

これを踏まえ、本日付けで「新型コロナウイルス感染症に係る予防接種の実施について（指示）」（令和3年2月16日付け厚生労働省発健0216第1号厚生労働大臣通知）の一部を改正し、18歳以上60歳未満の医療従事者等及び高齢者施設等の従事者に対する4回目接種の実施を可能としています。

医療従事者等及び高齢者施設等の従事者に対する4回目接種が速やかかつ円滑に実施されるよう、実施に当たっての留意事項を下記のとおりお知らせいたしますので、各自治体におかれては、十分に御了知いただくとともに、関係機関等への周知をお願いいたします。

### 記

#### 1. 対象拡大の範囲について

今般の通知改正により、4回目接種の対象者として、18歳以上60歳未満の「医療従事者等及び高齢者施設等の従事者」を規定したところであるが、分科会の議論を踏まえ、具体的には、重症化リスクが高い多くの方々に対してサービスを提供する医療機関や高齢者施設・障害者施設等の従事者を対象とする。

対象者の把握に当たっては、初回接種や3回目接種において医療従事者等への接種を行った場合と同様、都道府県と市町村（特別区を含む。以下同じ。）で適宜連携しつつ対

応すること。

## 2. 接種券の発行等について

接種券の発行に当たっては、「新型コロナワクチン追加接種（4回目接種）の体制確保について（その3）」（令和4年5月10日付け厚生労働省健康局健康課予防接種室事務連絡。以下「5月事務連絡」という。）で示した5つの方法を参考に対応することが考えられるが、これに加え、別添の参考様式を活用して、医療機関等ごとに対象者を取りまとめた上で、市町村への申請を行うこととする方法も考えられる。この点、各市町村においては、自市町村において取りまとめ申請の方法をとっていない場合であっても、他市町村に所在する医療機関等から別添の参考様式による申請があった場合には、柔軟に対応すること。

なお、やむを得ず接種券なしでの接種を実施する場合には、「例外的な取扱いとして接種券が届いていない追加接種対象者に対して新型コロナワクチン追加接種を実施する際の事務運用について」（令和3年11月26日付け厚生労働省健康局健康課予防接種室事務連絡）及び「追加接種の速やかな実施のための接種券の早期発行等について」（令和4年1月27日付け厚生労働省健康局健康課予防接種室事務連絡）に沿って対応すること。

（参考）5月事務連絡で示した5つの方法

- ①対象者の申請により接種券を発行する方法
- ②接種会場において接種券を発行する方法
- ③接種券情報が印字されていない予診票を接種会場に据え置く方法
- ④一部の4回目接種対象者となる可能性の高い者に接種券を送付する方法
- ⑤18歳以上60歳未満の3回目接種完了者全員に接種券を送付する方法

## 3. ワクチンの供給について

医療従事者等及び高齢者施設等の従事者に対する4回目接種の実施に当たっては、基本的にはすでに配送しているファイザー社ワクチン及び武田/モデルナ社ワクチンを使用することが考えられるが、「新型コロナワクチン追加接種（4回目接種）に使用する武田/モデルナ社ワクチンの追加配送等について」（令和4年7月15日付け厚生労働省健康局予防接種担当参事官室事務連絡）で示したとおり、8月1日の週の後半及び8月8日の週の前半に武田/モデルナ社ワクチンを追加配送することも可能であるため、適宜活用を検討すること。

以上

別添

接種券発行申請書（新型コロナウイルス感染症）【4回目接種用（代理申請）】

注1：4回目接種は、3回目接種を受けてから5か月以上経過した方のうち、60歳以上の方、基礎疾患がある18～59歳の方等が対象です。

注2：本様式は、施設や医療機関が被接種者の代理で接種券の申請を行い、当該施設や医療機関にその送付を求めるための様式です。

注3：市町村によっては、18歳以上60歳未満の3回目接種完了者全員や障害者手帳の保持者等に接種券を送付するところがあります。そのような市町村の住民については、送付される接種券をご利用ください。

令和 年 月 日

〇〇市町村長宛

代理申請を行う施設等の名称

\_\_\_\_\_

担当者 氏名

\_\_\_\_\_

住所 〒

\_\_\_\_\_

電話番号

\_\_\_\_\_

※ 本申請書に、施設等の指定、許可、認可等を証する書類の写しを添付してください。

代理して申請を行う被接種者

| 氏名 | 住民票に記載の住所 | 生年月日 | 申請理由<br>(選択) | 対象となる理由<br>(選択) ※1 | 3回目接種<br>の日付※2 |
|----|-----------|------|--------------|--------------------|----------------|
|    |           |      |              |                    |                |
|    |           |      |              |                    |                |
|    |           |      |              |                    |                |
|    |           |      |              |                    |                |
|    |           |      |              |                    |                |
|    |           |      |              |                    |                |
|    |           |      |              |                    |                |
|    |           |      |              |                    |                |
|    |           |      |              |                    |                |
|    |           |      |              |                    |                |
|    |           |      |              |                    |                |
|    |           |      |              |                    |                |
|    |           |      |              |                    |                |
|    |           |      |              |                    |                |
|    |           |      |              |                    |                |
|    |           |      |              |                    |                |
|    |           |      |              |                    |                |
|    |           |      |              |                    |                |
|    |           |      |              |                    |                |
|    |           |      |              |                    |                |
|    |           |      |              |                    |                |
|    |           |      |              |                    |                |

※1 対象となる理由が②の場合、合わせてAからPを選択し、記入すること。

※2 可能な限り記載。

申請理由：①18～59 歳だが、基礎疾患がある等の理由で、4 回目接種を希望している

②接種券が届かない

③接種券の紛失・破損

④届いた接種券は、接種に使わず医師との相談（予診）のみで使用した

対象となる理由：

①60 歳以上である

②18 歳以上 60 歳未満であるが、A～N（※）に掲げる基礎疾患があり通院／入院しているか、OかPに該当する。

※ Nのうち精神障害者保健福祉手帳又は療育手帳を所持している方については、通院又は入院していない場合でも対象となります。

A 慢性の呼吸器の病気

B 慢性の心臓病（高血圧を含む。）

C 慢性の腎臓病

D 慢性の肝臓病（肝硬変等）

E インスリンや飲み薬で治療中の糖尿病又は他の病気を併発している糖尿病

F 血液の病気（ただし、鉄欠乏性貧血を除く。）

G 免疫の機能が低下する病気（治療や緩和ケアを受けている悪性腫瘍を含む。）

H ステロイドなど、免疫の機能を低下させる治療を受けている

I 免疫の異常に伴う神経疾患や神経筋疾患

J 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）

K 染色体異常

L 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）

M 睡眠時無呼吸症候群

N 重い精神疾患（精神疾患の治療のため入院している、精神障害者保健福祉手帳を所持している、又は自立支援医療（精神通院医療）で「重度かつ継続」に該当する場合）や知的障害（療育手帳を所持している場合）

O 18 歳以上 60 歳未満であるが、BMI が 30 以上である

P 18 歳以上 60 歳未満であるが、新型コロナウイルス感染症にかかった場合の重症化リスクが高いと医師に認められた

③18 歳以上 60 歳未満の医療従事者等である

④18 歳以上 60 歳未満の高齢者施設等の従事者である