

新型インフルエンザワクチン接種事業に係る提出物等のイメージ

◎郡市医師会にとりまとめていただく資料

- (1) 受託医療機関リスト
- (2) 新型インフルエンザ(A/H1N1)ワクチン接種に係る医療機関意向調査票
- (3) 委任状

県医師会に提出

(1) 及び (3)

【県医師会の事務】

- ⇒◆受託医療機関リストを取りまとめ
- ◆契約書を作成のうえ、受託医療機関リストを添付し、国と契約を締結

県に提出

(1) 及び (2)

【県の事務】

- ⇒◆受託医療機関を把握のうえ、住民へ周知（市町村と連携）
- ◆医療機関ごとのワクチン必要量を把握し、配送量を決定
- ◆決定した配送量を各医療機関に通知するとともに、卸売販売業者に配送量に応じた流通を要請

市町村に提出

(1) のみ

【市町村の事務】

- ⇒◆受託医療機関を把握のうえ、住民へ周知（県と連携）
- ◆「受託医療機関リストの医療機関だけでは接種体制が不十分」と判断される場合は、他の医療機関に個別に交渉し、医療機関を確保
- ◆接種場所確保のため、保健所、保健センター等の施設の活用が必要となった場合の調整

平成21年10月6日

山形県医師会長 殿

山形県健康福祉部長

(公 印 省 略)

新型インフルエンザワクチン接種事業について(依頼)

平素より、本県保健医療行政に多大な御理解と御協力を賜り、厚くお礼申し上げます。さて、現在流行している新型インフルエンザに対応するため、国ではワクチン接種事業の準備を急いでいるところですが、ワクチンの生産量に限りがあることから、国と医療機関が直接委託契約を締結し、優先接種対象者を定め、早急に実施されることとなっております。

当該事業を円滑かつ迅速に実施するため、各医療機関におけるワクチンの必要量等について把握する必要があることから、今般、下記について調査することとしましたので、ご了知いただくとともに、各郡市医師会への協力依頼及び報告のとりまとめ並びに県等への御報告につきまして御協力賜りますようお願い申し上げます。

記

1 「受託医療機関リスト」、「意向調査票」、「委任状」の調査

- (1) 受託医療機関となることの希望の有無……………別添「受託医療機関リスト」(※①)
- (2) 受託医療機関となることを希望する場合は、委任状……………別添「委任状」(※②)
- (3) ワクチンの受入れに係る卸売販売業者
- (4) ワクチン接種を行う優先接種対象者等
- (5) ワクチン接種が必要な医療従事者等の人数
- (6) 入院又は通院している妊婦の人数

別添「新型インフルエンザ(A/H1N1)ワクチン接種に係る医療機関意向調査票」(※③)

報告先 (イメージ図を参考にしてください)

- ①及び② 各郡市医師会でとりまとめ、県医師会へ
- ① 及び③ 各郡市医師会でとりまとめ、県(保健薬務課)あて
- ① 各郡市医師会でとりまとめ、貴管内市町村あて

報告期限

平成21年10月9日(金)

2 「基礎疾患患者数調査」

「新型インフルエンザ（A/H1N1）ワクチン接種に係る医療機関意向調査票」の別紙2
「新型インフルエンザ（A/H1N1）ワクチン接種に係る医療機関基礎疾患患者数調査票」

報告先

県保健薬務課

報告期限

平成21年10月15日(木)

山形県健康福祉部保健薬務課

感染症予防担当：堀、高橋

TEL：023-630-2314

FAX：023-632-8176

受託医療機関リスト

郡市医師会名

受託医療機関名	所在地(住所)	代表者名	一般来院者の対応(※)
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			

※自院の医療従事者及び入院又は通院する者以外の者に接種をしない受託医療機関の場合は、「一般来院者の対応」に×を記入してください。

委任状

厚生労働大臣と本医療機関との間で、新型インフルエンザ（A／H1N1）のワクチン接種に係る業務の実施に関し、別添契約書により契約を締結する件について、社団法人山形県医師会に委任いたします。

平成 21 年 月 日

医療機関名

医療機関住所

代表者名

⑩

新型インフルエンザ(A/N1H1)ワクチン接種に係る医療機関意向調査票

平成21年10月 5日
山形県健康福祉部

1 医療機関概要

施設名 _____	本調査票についての問合せ先
代表者名 _____	
施設全体の従事者数 _____ 人(常勤 _____ 人、非常勤 _____ 人) (平成21年10月8日 現在)	
所在地 _____	
山形県 _____	
電話番号 _____ () _____	担当者氏名 _____
F A X _____ () _____	

2 受託医療機関となることの希望の有無 (○で囲んでください。)

- 1) 希望する 2) 希望しない (理由: _____)

* 「希望しない」を選択された場合は、本調査票の記入はここで終了です。
「希望する」を選択された場合は、以下の調査項目にご回答願います。

3 参考までにワクチンの納入先として希望する医薬品卸販売業者を以下より1業者のみ選択してください。(○で囲んでください。)

なお、選択した医薬品卸販売業者が必ず納入先になるとは限りませんので御了解願います。

- 1) (株)バイタルネット 2) (株)アスカム 3) (株)メディセオ(旧・クラヤ三星堂) 4) (株)恒和薬品
5) (株)スズケン 6) 東邦薬品(株) 4) (株)マルタケ

4 貴院でワクチン接種を行う優先接種対象者等

貴院で接種を行う優先接種対象者等の範囲を以下の4つのパターンから選択してください。(○で囲んでください。)

- 1) 貴院の医療従事者のみ
2) 上記1)及び、貴院に入院する者
3) 上記1)、2)及び貴院に通院する者
4) 上記1)～3)の者及び、貴院での接種を希望する者

※ 上記2)～4)を選択された医療機関にあつては、「別紙2」により基礎疾患を有する者の人数の調査にも御協力お願いいたします。

5 ワクチン接種が必要な貴院の医療従事者等の人数 (平成21年10月8日 現在)

_____ 人 内 医師 _____ 人、 看護師 _____ 人、 その他() _____ 人

6 貴院に入院又は、通院している妊婦の人数 (平成21年10月8日 現在)

_____ 人、 内入院中の者: _____ 人、 通院中の者: _____ 人 必要なワクチン数 _____ 人分

別紙2

新型インフルエンザ(A/N1H1)ワクチン接種に係る医療機関基礎疾患患者数調査票

1 医療機関概要

施設名 _____	<p>本調査票についての問合せ先</p> <p>担当者氏名 _____</p> <p>所属部署 _____</p>
代表者名 _____	
施設全体の従事者数 _____ 人(常勤 _____ 人、非常勤 _____ 人)	
所在地	
山形県 _____	
電話番号 () _____	
F A X () _____	

2 貴院でワクチン接種を行う優先接種対象者等

貴院で接種を行う優先接種対象者が、貴院の医療従事者に加え、通院、入院する者等も対象とする場合は、貴院に通院・入院している基礎疾患を有する者の数について御回答願います。

- 1) 貴院の医療従事者及び、貴院に入院する者
- 2) 上記1) 及び貴院に通院する者
- 3) 上記1)～2)の者及び、貴院での接種を希望する者

*ここで基礎疾患とは、以下の9つの疾患をさしますが、それぞれの基準については、別添『新型インフルエンザ(A/N1H1)ワクチン接種に係る医療機関意向調査票記載要領』及び、『受託医療機関等における新型インフルエンザ(A/N1H1)ワクチン接種実施要領 別紙1「新型インフルエンザワクチンの優先接種の対象とする基礎疾患の基準手引き」』を参照。

1) 慢性呼吸器疾患	_____ 人、内入院中の者: _____ 人、通院中の者: _____ 人
2) 慢性心疾患	_____ 人、内入院中の者: _____ 人、通院中の者: _____ 人
3) 慢性腎疾患	_____ 人、内入院中の者: _____ 人、通院中の者: _____ 人
4) 慢性肝疾患	_____ 人、内入院中の者: _____ 人、通院中の者: _____ 人
5) 神経疾患・神経筋疾患	_____ 人、内入院中の者: _____ 人、通院中の者: _____ 人
6) 血液疾患	_____ 人、内入院中の者: _____ 人、通院中の者: _____ 人
7) 糖尿病	_____ 人、内入院中の者: _____ 人、通院中の者: _____ 人
8) 疾患や治療に伴う免疫抑制状態	_____ 人、内入院中の者: _____ 人、通院中の者: _____ 人
9) 小児科領域の慢性疾患	_____ 人、内入院中の者: _____ 人、通院中の者: _____ 人
	必要なワクチン数 _____ 人分

* 御回答人数は、概数で結構です。また、基礎疾患を有する患者数の合計と必要なワクチン数が一致しなくてもかまいません

* この調査は、供給されるワクチンが、10mlバイアル単位と1mlバイアル単位に分けて提供されることから、各医療機関ごとに必要となる配分量算定の参考とするためのものです。

「新型インフルエンザ（A/H1N1）ワクチン接種に係る医療機関意向調査票」 記入要領

平成 21 年 10 月 5 日
山形県健康福祉部

1 医療機関概要

貴院の概要について回答願います。

- (1) 施設名 貴院の正式名称を記載願います。
- (2) 代表者名 施設管理者又は、院長名を記載願います。
- (3) 施設全体の従事者数
- (4) 本調査についての問合せ先 本調査について記載された方、ないしは記載内容について回答できる方の連絡先等を記載願います。

2 受託医療機関となることの希望の有無（意向）

新型インフルエンザ（A/H1N1）のワクチン接種の受託医療機関になることの意向について回答願います。

今回の新型インフルエンザ（A/H1N1）のワクチン接種については、国（厚生労働省）が事業の主体として実施するものですが、御協力いただける医療機関とは国（東北厚生局）が、原則として県医師会を通じて委託契約を結ぶこととなります。

受託医療機関となることを希望されない場合は、その理由を記載願います。（可能な範囲内で結構です。）

なお、貴院の医療従事者のみに接種する場合でも受託医療機関になることが必要です。

3 ワクチンの受入に係る卸販売業者について

県下 7 医薬品卸売販売業者の中からワクチンの納入先として希望される 1 社をお選び下さい。

山形県下 7 卸売販売業者にあつては、県からの各医療機関別納入量の通知に基づき、各医療機関に統一価格で納入します。（なお、銘柄指定はできませんので御留意願います。）今回のワクチンの各医療機関への納入については、国（厚生労働省）が製造販売業者から一定期間の製造全量を買上げ、各販売業者（販社）に統一価格で売り払いを行い、各販売業者（販社）は、季節性ワクチン数量シェアにより卸売販売業者（県下 7 社）に販売します。

4 貴院でワクチン接種を行う優先接種対象者等

受託医療機関は、国と委託契約を締結したことをもって、すべての優先接種対象者等に接種を行うことが求められるわけではなく、医療機関の判断において、接種を行う優先接種対象者等の範囲を選択することができます。

受託医療機関が、選択する接種の範囲によって、以下4つのパターンに分類されますのでそのうちの1パターンを選んでください。

	パターン1	パターン2	パターン3	パターン4
医療従事者	○	○	○	○
自院に入院する者	×	○	○	○
自院に通院する者	×	×	○	○
上記以外の者	×	×	×	○

- 1) パターン1 自院の医療従事者のみに接種
- 2) パターン2 自院の医療従事者及び、自院に入院する者に接種
- 3) パターン3 自院の医療従事者及び、自院に入院・通院する者に接種
- 4) パターン4 上記1)～3)以外の自院での接種を希望する者にも接種

※入院病床を有していない医療機関で、通院する者への接種を行う場合は、上記「3)のパターン3」を選んでください。

5 ワクチン接種が必要な貴院の医療従事者等の人数

今回、優先接種の対象になるのは「インフルエンザ患者の診療に直接従事する医療従事者」とされています。これは、原則として医業をなす病院又は診療所において新型インフルエンザ患者の診療に直接従事する医療従事者とされています。

また、診療科については、内科、小児科、救急科等、新型インフルエンザの診療を行う診療科を基本とするものの、その他の診療科であっても新型インフルエンザ患者の診療を行う特段の事情がある場合は対象となります。職種については、医師、看護師、准看護師等、新型インフルエンザ患者の診療に直接従事する職種を基本としますが、その他の職種であっても新型インフルエンザ患者の診療を行う場合は医療現場の判断で対象とすることができます。

6 貴院に入院又は通院している妊婦の数

妊婦については、その体質や症状等を正確に把握した上で、接種の可否を適切に判断でき、かつ、接種後も体調の変化を見守りやすい主治医において接種を行うことが望ましいと考えられることから、貴院に入院又は、通院する妊婦の人数及び、必要なワクチン数についてお聞きするものです。

別紙2「新型インフルエンザ（A/H1N1）ワクチン接種に係る医療機関基礎疾患患者数調査票」について

基礎疾患を有する者についても、妊婦と同様にその体質や症状等を正確に把握した上で、接種の可否を適切に判断でき、かつ、接種後も体調の変化を見守りやすい主治医において接種を行うことが望ましいと考えられることから、貴院に入院又は、通院する基礎疾患を持つ者の人数及び、必要なワクチン数についてお聞きするものです。

また、ここで基礎疾患とは以下の9の疾患を指しますが、それぞれの疾患の詳細な基準は『受託医療機関等における新型インフルエンザ（A/N1H1）ワクチン接種実施要領 別紙1 新型インフルエンザワクチンの優先接種の対象とする基礎疾患の基準 手引き』を参照願います。

<基礎疾患の分類>

1. 慢性呼吸器疾患	気管支喘息やCOPD、気道分泌物の誤嚥のリスクのある者（脳性麻痺、認知機能障害、精神運動発達障害等）を含む。
2. 慢性心疾患	血行動態に障害がある者を対象とする。ただし、高血圧を除く。
3. 慢性腎疾患	透析中の者、腎移植後の者を含む。
4. 慢性肝疾患	慢性肝炎を除く。
5. 神経疾患・神経筋疾患	免疫異常状態、あるいは呼吸障害等の身体脆弱状態を生じた疾患・状態を対象とする。
6. 血液疾患	鉄欠乏性貧血、免疫抑制療法を受けていない特発性血小板減少性紫斑病と溶血性貧血を除く。
7. 糖尿病	妊婦。小児、併発症のある者。または、インスリン及び経口糖尿病薬による治療を必要とする者。
8. 疾患や治療に伴う免疫抑制状態	悪性腫瘍、関節リウマチ・膠原病、内分泌疾患、消化器疾患、HIV感染症等を含む。
9. 小児科領域の慢性疾患	染色体異常症、重症心身障害児・者を含む。