令和3年10月13日

医療機関の長様

大阪市新型コロナウイルスワクチン接種推進監

新型コロナワクチンの3回目接種にかかる意向調査について

平素は、本市の感染症対策をはじめ、保健・衛生行政の推進にご理解ご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

また、新型コロナウイルスワクチン接種につきましては、貴医療機関のご尽力により、円滑に市民への接種が進んでおりますこと、改めて感謝申し上げます。

さて、新型コロナウイルス感染症にかかる予防接種について、令和3年9月17日に開催された第24回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会において追加接種（3回目接種）を行う必要があります、その実施の時期は2回接種完了からおおむね8か月以上後とすることが妥当であるとの見解が示されました。

つきましては、本市の接種体制を整えるため、次のとおり調査を実施いたしますので、お忙しいところ恐縮ではございますが、ご回答いただきますようお願いいたします。

1・2回目接種では、ワクチン不足により大変ご迷惑をおかけしたことを深くお詫び申し上げますとともに、3回目接種におきましても貴医療機関のお力添えにより、希望する全ての市民へ円滑にワクチン接種を進めてまいりたいと考えておりますので、引き続き、ご理解ご協力賜りますよう、よろしく願いいたします。

なお、追加接種時期等、詳細につきましては決定次第お知らせします。

記

1 調査内容

別紙「**【重要】**新型コロナワクチンの3回目接種にかかる意向調査」のとおり

2 回答期限

令和3年10月20日（水）

3 3回目の個別接種体制について

3回目接種につきましては、多くの接種機会を生み出し、広く市民に周知することが必要であるため、大阪市ホームページ等での医療機関情報の公表、一般の方の受入のご協力をお願いいたします。

問い合わせ先

大阪市健康局保健所感染症対策課
（ワクチン接種等調整チーム）

電話：6647-0813 F A X：6786-8003

【重要】新型コロナワクチンの3回目接種にかかる意向調査

本調査は、新型コロナワクチンの3回目接種体制の調整を目的に行います。また国からのワクチン供給は、時期によって限定されると見込まれることから、本調査で参加の意向をお示しいただける医療機関に対し本市からのワクチン配送を行うこととさせていただきます。3回目接種開始時期等は決定次第お知らせいたしますので、本市ワクチン接種事業にご協力いただける医療機関の皆様は、メール及びFAXにて必ずご回答いただきますようお願いいたします。

【回答期日】 令和3年10月20日（水）

(提出先) 大阪市保健所感染症対策課（ワクチン接種等調整チーム）

E-mail: v-sys-i600@city.osaka.lg.jp

FAX: 06-6786-8003

医療機関コード	2	7	1							
医療機関名										
医療機関所在地	〒		—							
	大阪市		区							
予約受付電話番号										
医療機関責任者	(氏名)					(問い合わせ先)				
ワクチン受取担当者	(氏名)					(問い合わせ先)				

回答欄に該当する数字及びカッコ内に必要事項の記入をお願いします。

Q1 3回目接種は、2回目接種から8ヶ月以上後に接種を開始すると国から連絡を受けています。現在のところ最短では令和3年12月から開始する予定であり、3回目接種が始まった場合、接種に参加していただけますか。

A1	1 参加する (Q2以降の回答にご協力をお願いします。)
	2 参加しない (参加しない場合、以降の回答は不要です。ありがとうございました。)

Q2 1・2回目接種時に多くの市民の方から接種協力医療機関情報に係るお問い合わせをいただいたことから、3回目接種参加医療機関には大阪市HPにて医療機関名・所在地・電話番号等・受入体制（一般orかかりつけ）を原則公表とさせていただきますと考えております。つきましては公表へのご協力をお願いします。

A2	1 全ての情報を公表する
	2 公表するが備考欄に次の記載が必要 (該当項目に✓し、必要事項を記入してください。)
	☐ 予約はwebのみ
	☐ 予約は来院のみ
	☐ 電話予約を受け付ける場合、受付時間は、() 曜日 (: ~ :)
	☐ その他 ()
	3 公表しない (本市から確認させていただきますのでご協力願います。)

Q3 本市では3回目接種において、多くの接種機会の確保ができるよう、他院の医療従事者やかかりつけ患者以外の受入をお願いしたいと考えております。貴医療機関での受入体制を教えてください。(複数回答可。)

A3	1 他院の医療従事者
	2 かかりつけ患者以外の一般市民
	3 原則かかりつけ患者の受入であるが、一部、一般の方の受入が可能である
	4 かかりつけ患者

(医療機関名：

) ←医療機関名の記入をお願いします。

2/2

Q 4 国から3回目接種の具体的な方針が示された場合、貴医療機関ではいつから接種開始できますか。

A 4

- 1 令和3年12月～(医療従事者への接種が始まるとされています。)
- 2 令和4年1月～(引き続き医療従事者への接種となります。)
- 3 令和4年2月～(高齢者施設入所者への接種が始まるとされています。)
- 4 令和4年3月～(65歳以上の市民、以降各年代への接種が始まるとされています。)

Q 5 国から3回目接種の具体的な方針が示され、妊娠中の方や12歳以上17歳以下が対象者となった場合、接種のご協力をいただけるでしょうか。(複数回答可)

A 5

- 1 妊娠中の方に接種できる
- 2 12歳以上15歳以下に接種できる
- 3 16歳、17歳接種にできる
- 4 できない

Q 6 3回目接種において、貴医療機関では週あたり何回の接種が可能でしょうか。(この回答が、貴医療機関での最大接種可能回数とさせていただきます、ワクチン配送数の上限として考慮します。)

週あたり()回

Q 7 配送ルートについて、今後の配送を原則週1回でお願いしたいと考えております。希望曜日をお示してください。

【月・木】ルートの医療機関は月か木、【火・金】ルートの医療機関は火か金からお選びください。

なお、現在の【月・木】、【火・金】ルートに変更はございません。また、選んだ曜日が祝日に当たる場合は、前の週に祝日の週のワクチンを配送します。(配送ルート未決定の医療機関は回答不要)

A 7

【月・木医療機関】	1 月	3 木
【火・金医療機関】	2 火	4 金

Q 8 貴医療機関ではワクチン保管用のディープフリーザーをお持ちでしょうか。

A 8

- 1 有
- 2 無

Q 9 本市から貴医療機関への連絡について、これまで郵送やFAX等を用いて行っていましたが、今後、業務効率化の観点から電子メールで連絡を行います。電子メールでの連絡を希望される医療機関は、メールアドレスをお教えください。(個人の携帯メールは除きます。貴医療機関で確認できるメールアドレスをお願いします。)また、電子メールを使用できない医療機関は従来どおりです。

A 9

- 1 電子メールでの連絡を希望する

メールアドレス記入欄 ()

- 2 従来どおり郵便・FAX等での連絡を希望する

調査項目は以上です。ご協力ありがとうございました。

1・2回目接種では、ワクチン不足により医療機関の皆様にご迷惑をおかけしたことをお詫び申し上げます。3回目接種につきましては、多くの接種機会を生み出し、広く市民に周知することが必要であるため、大阪市ホームページ等での医療機関情報の公表、一般の方の受入のご協力をお願いします。