

(地 561)

令和 3 年 3 月 1 2 日

都道府県医師会

副会長 殿

公益社団法人日本医師会

副会長 猪 口 雄 二

(公印省略)

### 新型コロナウイルスワクチンの供給体制に関するアンケート調査について

時下益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。

さて、標記のワクチンについては、現在、医療従事者向けの接種が行われており、今後、順次、高齢者より住民への接種も開始されます。

希望される方が安心して速やかに接種を受けられるためには、地域の実情に応じた集団接種、かかりつけ医による個別接種を組み合わせた体制作りと、滞りなくワクチンが配送されることが重要です。

現在、使用できるワクチンはコミナティ筋注（ファイザー社）ですが、基本型接種施設から連携型・サテライト型接種施設へのワクチン移送は各自治体の責任において事業者へ委託されることとなっており、各地域において配送の手配を進めていただいているところです。

一方、本ワクチンは、保管、管理など取扱いが難しく、配送については運送業者のみならず、医薬品の取り扱いを専門に扱い、地域の医療機関を熟知している地域卸の協力が不可欠です。

日本医師会は日本医薬品卸売業連合会との協議を重ね、コミナティの配送についても、同連合会より地域の会員各社へ協力を呼びかけ、地域の卸会社が実情に応じて可能な限りのご協力をいただけると伺っております。

このような状況を踏まえ、日本医師会として、ファイザー社製ワクチンの接種方法についての現在の協議の進行具合を把握すべく、郡市区医師会を対象としてアンケートを実施することにいたしました。これから本格的に国民への接種を進めていくなかで、本会として積極的にこれを支援していくためのデータを集めることを目的とします。調査目的、問い合わせ先や調査項目等につきましては、別添のとおりになります。

つきましては、本会より貴会管下郡市区医師会に対して直接本調査への協力依頼をさせていただきますので、誠に恐れ入りますが、貴会におかれましてはご了知賜りますようお願い申し上げます。



(地 562)

令和 3 年 3 月 1 2 日

郡市区医師会長 殿

公益社団法人日本医師会

副会長 猪 口 雄 二

(公印省略)

新型コロナウイルスワクチンの供給体制に関するアンケート調査について（依頼）

時下益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。

さて、標記のワクチンについては、現在、医療従事者向けの接種が行われており、今後、順次、高齢者より住民への接種も開始されます。

希望される方が安心して速やかに接種を受けられるためには、地域の実情に応じた集団接種、かかりつけ医による個別接種を組み合わせた体制作りと、滞りなくワクチンが配送されることが重要です。

現在、使用できるワクチンはコミナティ筋注（ファイザー社）ですが、基本型接種施設から連携型・サテライト型接種施設へのワクチン移送は、各自治体の責任において事業者へ委託されることとなっており、各地域において配送の手配を進めていただいているところです。

一方、本ワクチンは、保管、管理など取扱いが難しく、配送については運送業者のみならず、医薬品の取り扱いを専門に扱い、地域の医療機関を熟知している地域卸の協力が不可欠です。

日本医師会は日本医薬品卸売業連合会との協議を重ね、コミナティの配送についても、同連合会より地域の会員各社へ協力を呼びかけ、地域の卸会社が実情に応じて可能な限りのご協力をいただけると伺っております。

このような状況を踏まえ、日本医師会として、ファイザー社製ワクチンの接種方法についての現在の協議の進行具合を把握すべく、郡市区医師会を対象としてアンケートを実施することにいたしました。これから本格的に国民への接種を進めていくなかで、本会として積極的にこれを支援していくためのデータを集めることを目的とします。調査目的、問い合わせ先や調査項目等につきましては、別添のとおりになります。

また、貴会よりいただきました情報につきましては、本調査の目的以外に使用することはございませんことを申し添えます。

つきましては、会務ご多忙の折誠に恐れ入りますが、本調査にご協力を賜りますようお願い申し上げます。

## 新型コロナウイルスワクチンの供給体制に関するアンケート

### 1. 調査目的

これから本格的に国民への接種を進めていくなかで、日本医師会として積極的にこれを支援していくためのデータを集めることを目的とします。

そこで、ファイザー社製ワクチンの接種方法についての現在の協議の進行具合を把握すべく、本アンケートの回答にご協力よろしくお願いいたします。アンケート集計結果は郡市区医師会にご報告します。また、関係の都道府県医師会と日本医師会との間でも回答内容を共有し、課題の解決に対応するための資料にいたします。

### 2. 調査対象

郡市区医師会

### 3. 回答期限

**令和3年3月19日（金）**

### 4. 回答方法

F A X、電子メール（エクセル）、Web

Webアンケートフォーム（スマートフォン対応）

<https://forms.gle/XsFqprX3FV5xK4MR6>



### 5. 回答先

日本医師会 地域医療課

F A X 03 - 3946 - 2140

Email chiiki\_1@po.med.or.jp

### 6. 問い合わせ先

日本医師会 地域医療課、健康医療第2課

T E L 03 - 3942 - 6137

※貴会よりいただきました情報は、本調査の目的以外に使用することはありません。  
また、個別の内容や医師会名・市区町村名・事業者名等は公表いたしません。

# 日本医師会 コロナウイルスワクチンの供給体制に関するアンケート

## 質問票

以下、市区町村ごとに、次のページの表にてご回答をお願いします。

問1 【必須】貴会管下の市区町村名をご記入ください。

問2 【必須】貴会は、ワクチンの供給について、市区町村と直接調整されていますか？  
<一つのみお選びください。>

- |      |                          |                     |                  |       |
|------|--------------------------|---------------------|------------------|-------|
| 1.はい | 2.いいえ 都道府県医師会で取りまとめをしている | 3.いいえ 市区町村単独で実施している | 4.関与していないのでわからない | 5.その他 |
|------|--------------------------|---------------------|------------------|-------|

問3 (1) 【必須】医療従事者接種に関して、当該市区町村において、ファイザー社製ワクチンの基本型接種施設から連携型・サテライト型への供給体制は決まっていますか？  
<一つのみお選びください。>

- |             |           |           |      |       |
|-------------|-----------|-----------|------|-------|
| 1.はい 医薬品卸業者 | 2.はい 運送業者 | 3.決まっていない | 4.不明 | 5.その他 |
|-------------|-----------|-----------|------|-------|

問3 (2) 【必須】高齢者接種に関して、当該市区町村において、ファイザー社製ワクチンの接種方法（集団、個別、もしくはそれらの組み合わせ）・供給体制は決まっていますか？  
<一つのみお選びください。>

- |                  |                |                    |                    |
|------------------|----------------|--------------------|--------------------|
| 1.集団接種：医薬品卸      | 2.集団接種：運送業者    | 3.集団接種：未定          | 4.個別接種：医薬品卸        |
| 5.個別接種：運送業者      | 6.個別接種：未定      | 7.集団・個別の組み合わせ：医薬品卸 | 8.集団・個別の組み合わせ：運送業者 |
| 9.集団・個別の組み合わせ：未定 | 10.全体的に決まっていない | 11.不明              | 12.その他             |

問4 【必須】ファイザー社製ワクチンの供給について、当該市区町村において、配送を行う事業者（医薬品卸、運送業者）が決まっている場合は、医療従事者接種・高齢者接種ごとに事業者の名称をご記入ください。決まっていない場合は「未定」、ご存じない場合は「不明」とご記入ください。

問5 ご要望、解決すべき課題などご意見をお聞かせください。

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。

送付先：日本医師会 地域医療課  
FAX 03-3946-2140 Email chiiki\_1@po.med.or.jp

都道府県名： \_\_\_\_\_

医師会名： \_\_\_\_\_

ご担当者のお名前・ご役職： \_\_\_\_\_

メールアドレス \_\_\_\_\_

No.	問1 管下市区町村名	問2	問3 (1)	問3 (2)	問4	
					医療従事者分の配送事業者 (卸、運送業者)	高齢者分の配送事業者 (卸、運送業者)
例	日医市	1	2	4	●●運輸	〇〇薬品
1						
2						
3						
4						
5						

※自治体数が6以上ある場合は、行を追加してください。

問5 ご要望、ご意見

ご回答について電話やメールにてお伺いする場合があります。

公益社団法人 日本医師会