

# 熊本市新型コロナウイルスワクチンの 住民向け接種に係る説明会【第2回】

令和3年(2021年)2月20日  
健康福祉局保健衛生部  
感染症対策課

1 熊本市のワクチン接種体制について

P1~

2 各種手続き・事務処理について

P9~

# 1 熊本市のワクチン接種体制について

## 事業の目的

新型コロナウイルスワクチンの接種を行うことで、新型コロナウイルス感染症を予防し、**死亡者や重症者の発生をできる限り減らし、結果として新型コロナウイルス感染症のまん延の防止**を図ることを目的とする。

また、新型コロナウイルスワクチンの供給が可能になった場合に、速やかに市民に対する接種ができるよう体制確保を行う。

なお、ワクチンの保管方法等に条件があるため、**ワクチンの特性に応じた接種体制の整備が必要**となる。

## 接種順位

### 医療従事者等

- 病院・診療所において、新型コロナウイルス感染症患者（疑い患者含む。以下同じ。）に頻繁に接する機会のある医師その他の職員。 ※ 診療科、職種は限定しない。委託業者も医療機関の判断により可。
- 薬局において、新型コロナウイルス感染症患者に頻繁に接する機会のある薬剤師その他の職員。  
※ 店舗販売業務等と併設されている場合、薬剤師以外の職員については、専ら薬局に従事するとともに、主に患者の対応を行う者に限る。
- 自治体等の新型コロナウイルス感染症対策業務において、新型コロナウイルス感染症患者に頻繁に接する業務を行う者（患者と接する業務を行う保健所職員、検疫所職員等、宿泊療養施設で患者に頻繁に接する者、自宅・宿泊療養施設や医療機関の間の患者搬送を行う者）
- 新型コロナウイルス感染症患者を搬送する救急隊員等、海上保安庁職員、自衛隊員

### 65歳以上高齢者

#### 高齢者施設に従事する者

★ 入所高齢者と同時期に接種

- 高齢者が入所・居住する介護保険施設、居住系介護サービス施設において、利用者に直接接する職員。  
※ サービスの種類・職種は限定しない。

#### 基礎疾患を有する者

- 慢性の呼吸器の病気、心臓病、腎臓病、肝臓病等で通院・入院している者
- BMI30以上の肥満の者

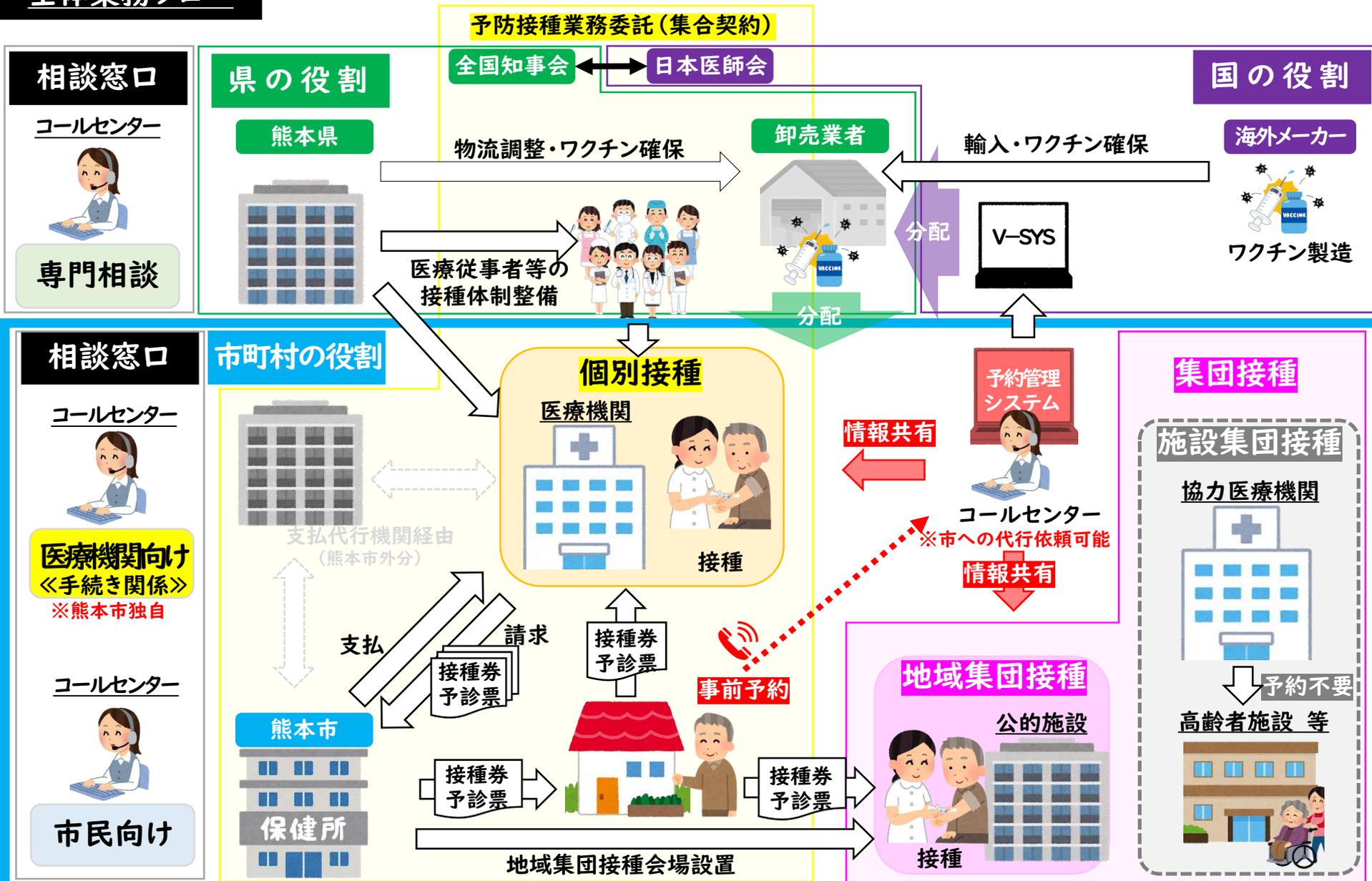
#### 高齢者施設等に従事する者（65歳以上の高齢者と同時期に接種する方を除く）

- 高齢者が入所・居住する障害者施設・救護施設等において、利用者に直接接する職員。  
※ サービスの種類・職種は限定しない。

#### その他一般の者

# 1 熊本市のワクチン接種体制について

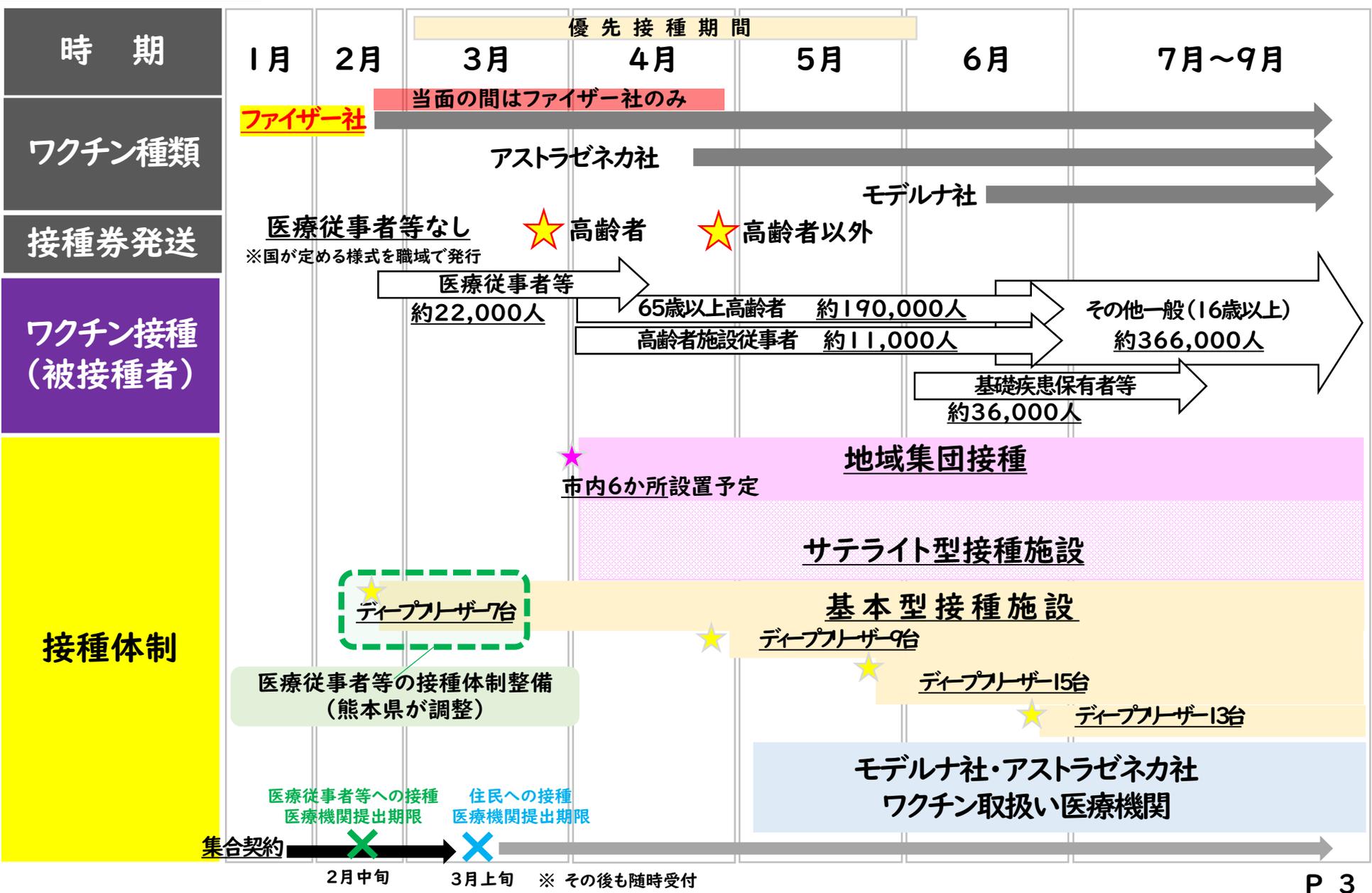
## 全体業務フロー



# 1 熊本市のワクチン接種体制について

## 接種スケジュール

※ 供給時期・量等が未定の中で、国の動向をみながら想定したもの



## 接種体制の検討

新型コロナウイルスワクチンについては、供給量や保管方法等の課題があり、医療機関における個別接種の、実施が可能な医療機関が限定されると全国的に懸念されている。

しかし、熊本市においては、新型コロナウイルスワクチンの接種の実施にご協力いただける医療機関が多数存在する。

よって、この熊本市特有の医療資源を最大限活用し、身近な医療機関において個別接種を実施するための体制を整備を行う。

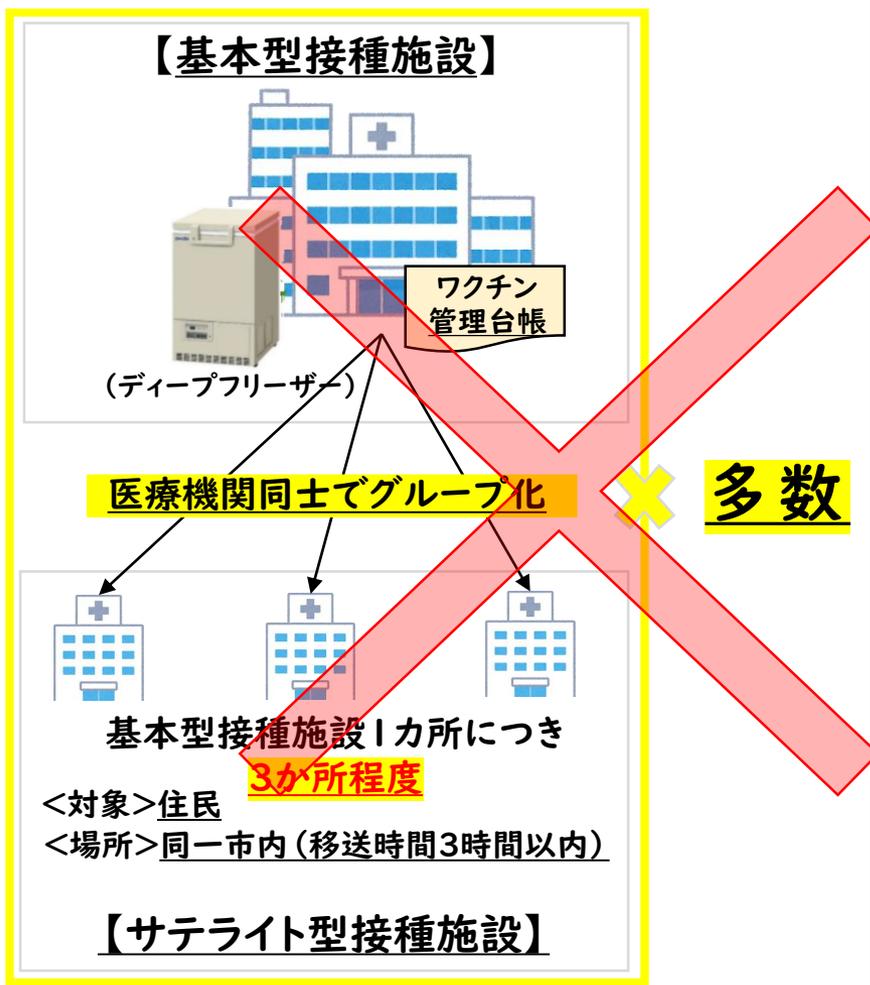
また、医療機関での接種体制が少ない土日祝日や接種のピーク時において、市民の接種機会を確保するため、地域集団接種の実施を検討する。

# 熊本市のワクチン接種体制について

## ● 個別接種について

国の当初の見解では、基本型接種施設1か所につき、サテライト型接種施設の上限数が3か所までとされており、基本型接種施設とサテライト型接種施設をマッチングして、多数のグループを構築する必要があった。

### 国の当初の見解に基づく接種体制



### <移送の方法>



#### 【移送物品】

- ・ワクチン本体
- ・付属文書(添付文書、シール等)
- ・0.9%生理食塩水
- ・注射針、シリンジ

冷蔵(2~8℃)

保管期限(解凍後5日)以内に必ず使用。保管期限を上回らないよう、移送日と使用日ごとの使用数を記録するほか、原則として1~2日間で使用する分ごとに移送

1つの基本型接種施設 + 3つのサテライト型接種施設  
**計 4つの医療機関**において10日間で975回の接種

### 国の当初の見解に基づく接種体制の課題

- ワクチン管理を行う必要があるため、基本型接種施設の業務が大きい。
- 小分けのワクチンの移送は、基本型医療機関又はサテライト型医療機関で行う必要がある。
- 基本型接種施設とサテライト型接種施設のマッチングが必要

# 熊本市のワクチン接種体制について

## ● 個別接種について

サテライト型接種施設の上限数は目安であり、ワクチンの管理を適切に実施するとともに、無駄なく使用できるよう接種する場合には、必要に応じ、サテライト型接種施設を増やすことができる旨の国の新たな見解を受け、熊本市独自の接種体制を検討。

### 熊本市の独自接種体制

サテライト型接種施設への小分け配送を熊本市で一元管理

サテライト型接種施設分も含め大量のワクチンを納入

**【基本型接種施設】**  
(ワクチン配送拠点)



ファイザー社  
(国内倉庫)

ディープフリーザーで保管して自院のみのスケジュールで実施

自院で使用する分のみの  
ワクチンを納入

**【基本型接種施設】**

※ ディープフリーザーを設置する接種数の大きな医療機関



《最大2か月保管可能》



**【サテライト型接種施設】**

市が契約した配送業者による冷蔵配送



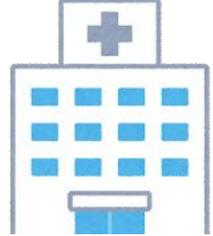
### 熊本市の独自接種体制で期待される効果

- 基本型接種施設の業務負担軽減と協力医療機関のさらなる確保。
- 配送業者による効率的で確実な配送を実施。
- 基礎疾患を把握するかかりつけ医や身近な医療機関で安心して接種を実施。
- 基本型接種施設とサテライト型接種施設の複雑なマッチングが不要。
- マッチングが難しい小規模医療機関を含めた、本市の医療資源を最大限活用し、市民の接種機会を拡充。

## 施設集団接種について

### 個別接種

協力医療機関  
(サテライト型接種施設)



個別接種



① 医療機関へ  
来院して接種

協力医療機関  
(サテライト型接種施設)



訪問診療



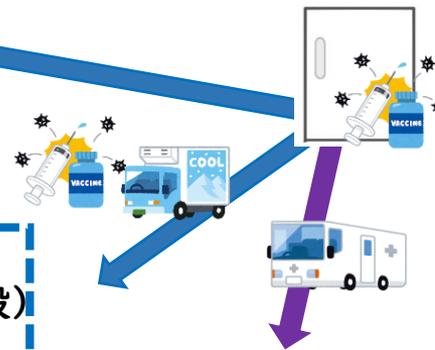
② 協力医療機関がある  
かつ  
訪問診療による接種可能

診療所扱いの施設  
(サテライト型接種施設)



③ 施設の医師による  
接種可能

個別に医療機関への来院が可能な施設（サービス付き高齢者向け住宅等）は、個別接種と同様の流れで接種を実施する。①  
来院が困難な施設では、インフルエンザ等の予防接種の方法と同様に、日頃から施設と協力している医療機関により接種を実施する。②・③  
それ以外の施設については、熊本市から健診機関等へ業務委託し、巡回接種により接種を実施する方法を検討中。④



基本型接種施設  
(ワクチン配送拠点)



開設



④ 左記以外の施設

# 1 熊本市のワクチン接種体制について

## ● 地域集団接種について

医療機関での接種体制が少ない土日祝日や接種のピーク時において、市民の接種機会を確保するため、地域集団接種の実施を検討する。

### 接種業務(医療従事者)

- 予診  
(接種の可否の判断)
- ワクチン接種

### 接種補助業務(有資格者)

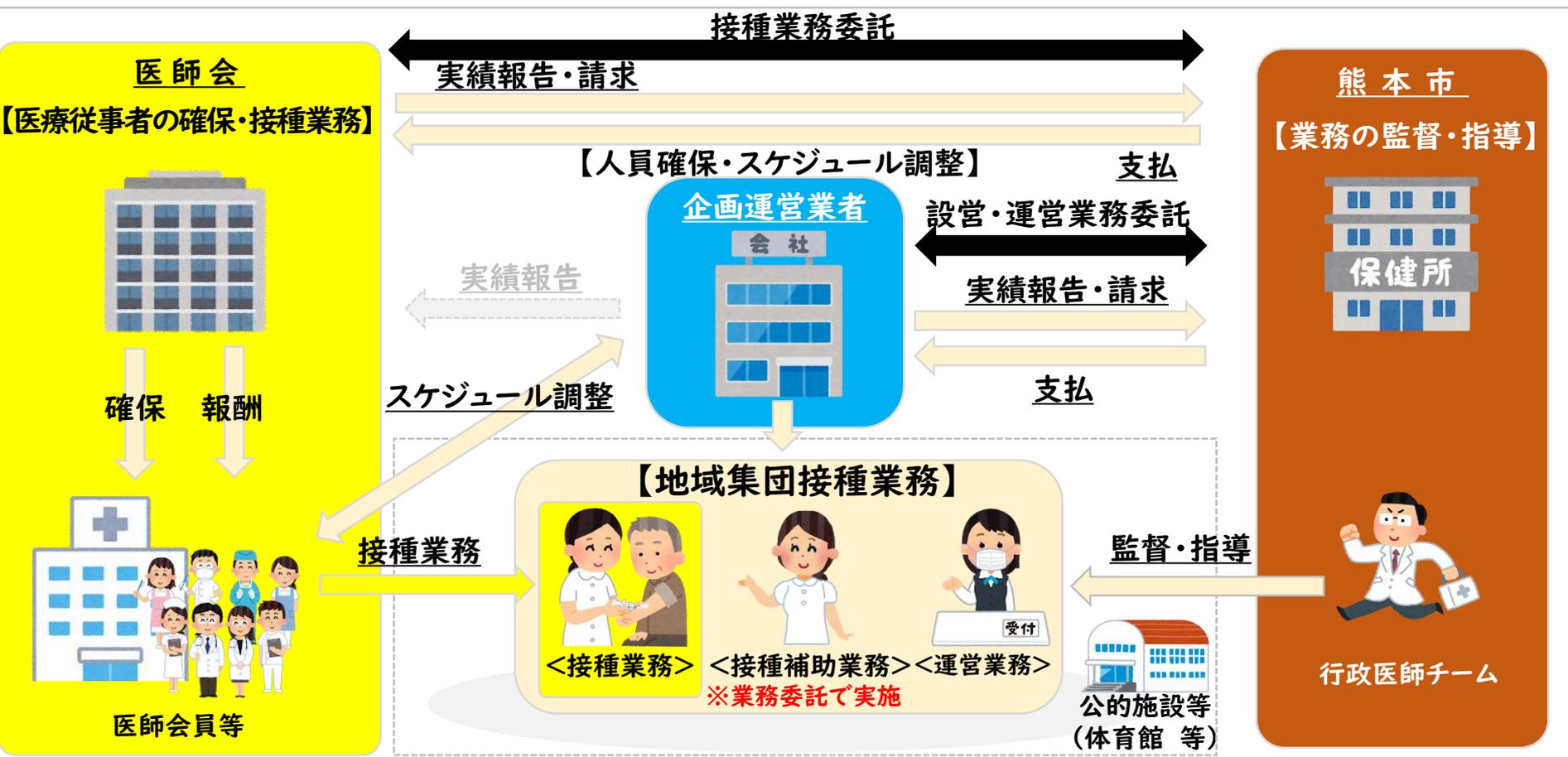
- ワクチンの管理・充填
- 状態観察
- 副反応への対応 等

### 運営業務(事務スタッフ)

- 予約受付 ※市で一元化を検討中
- 被接種者(車両)の誘導・案内
- 受付・本人確認・予診票の記載指導
- 予診票・接種券の回収
- 接種済証の交付 等

### 会場確保

- 施設借り上げ
- 冷蔵庫設置
- 診療所開設届 等



【熊本市が診療所を開設】

1 熊本市のワクチン接種体制について

P1~

2 各種手続き・事務処理について

P9~

## 2 各種手続き・事務処理について

個別接種の実施にあたっては、各医療機関において、次の各種手続き・事務処理が必要となる。

### I 初回登録時の手続き・事務処理

① 集合契約（委任状の提出）

② ワクチン接種円滑化システム（V-SYS）の入力

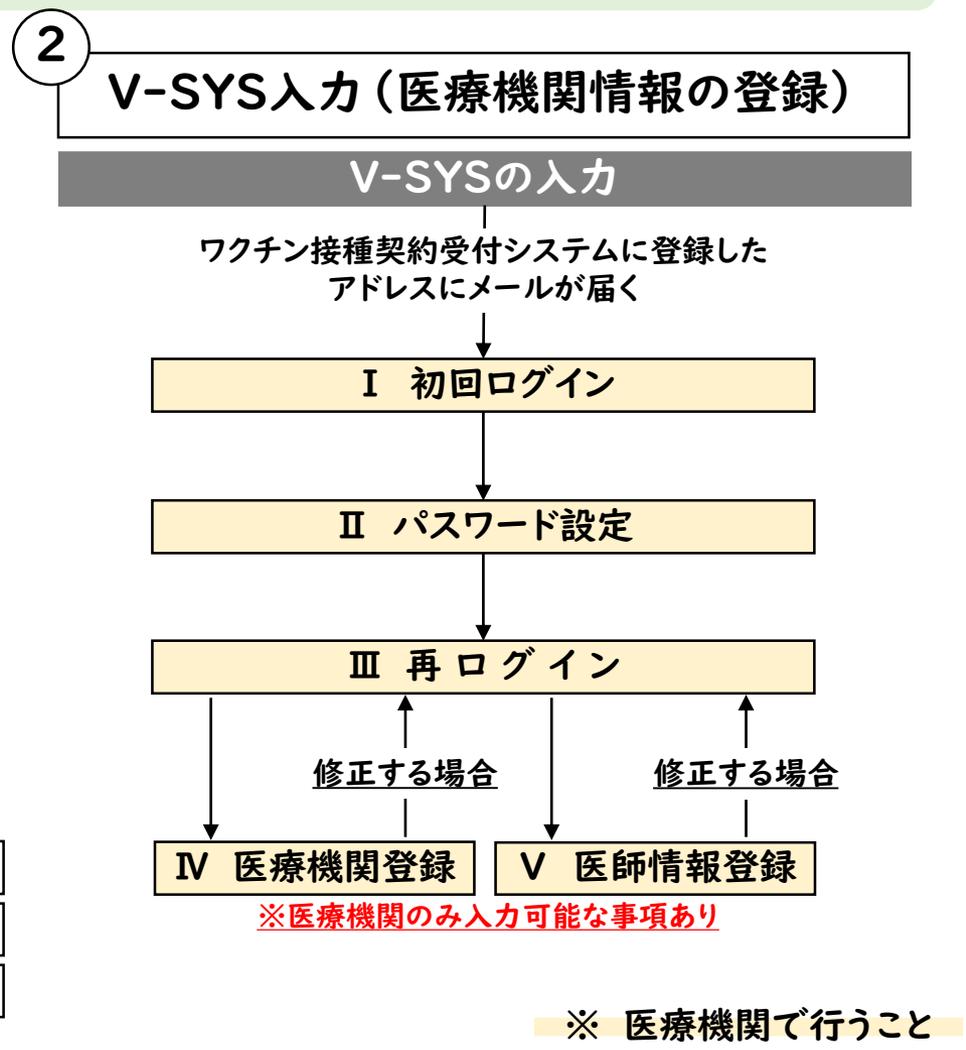
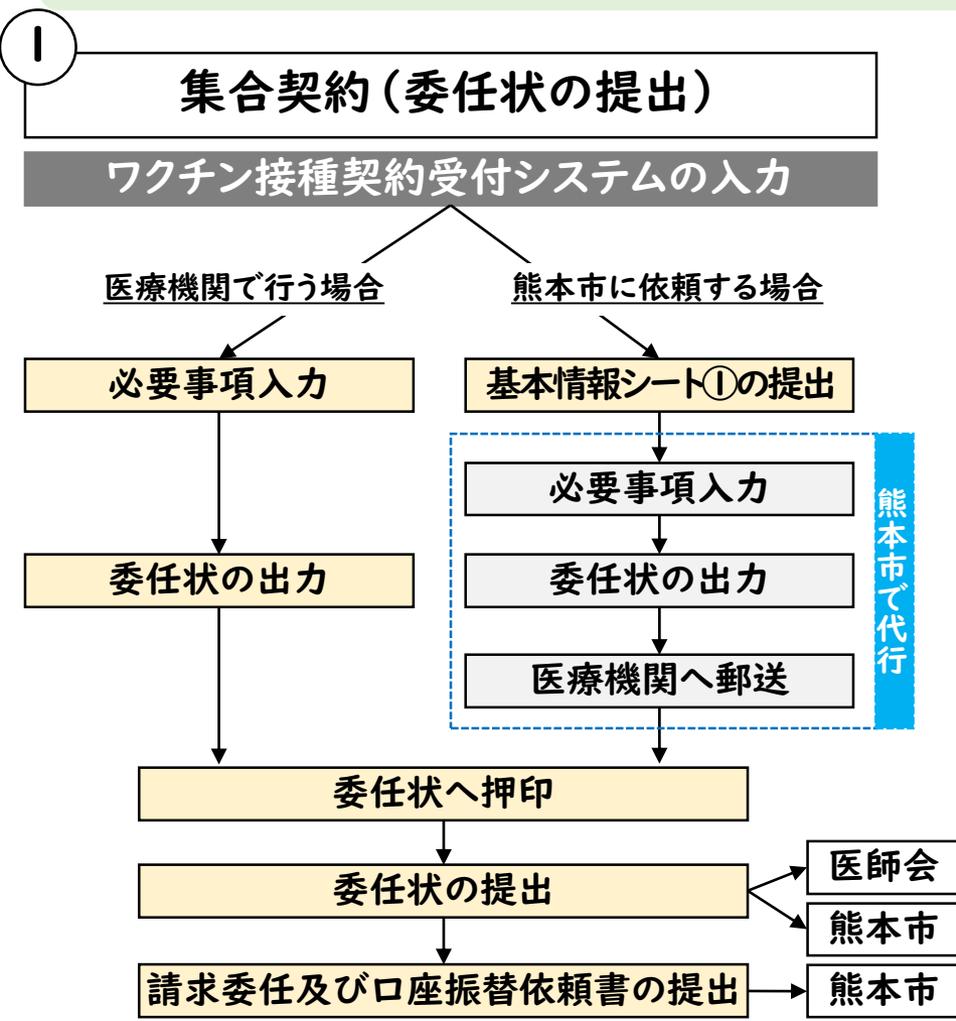
### II 定例的な手続き・事務処理

① 予約受付管理

② 予防接種時の事務

③ 実績報告・接種費用の請求

# 初回登録時の手続き・事務処理フロー図



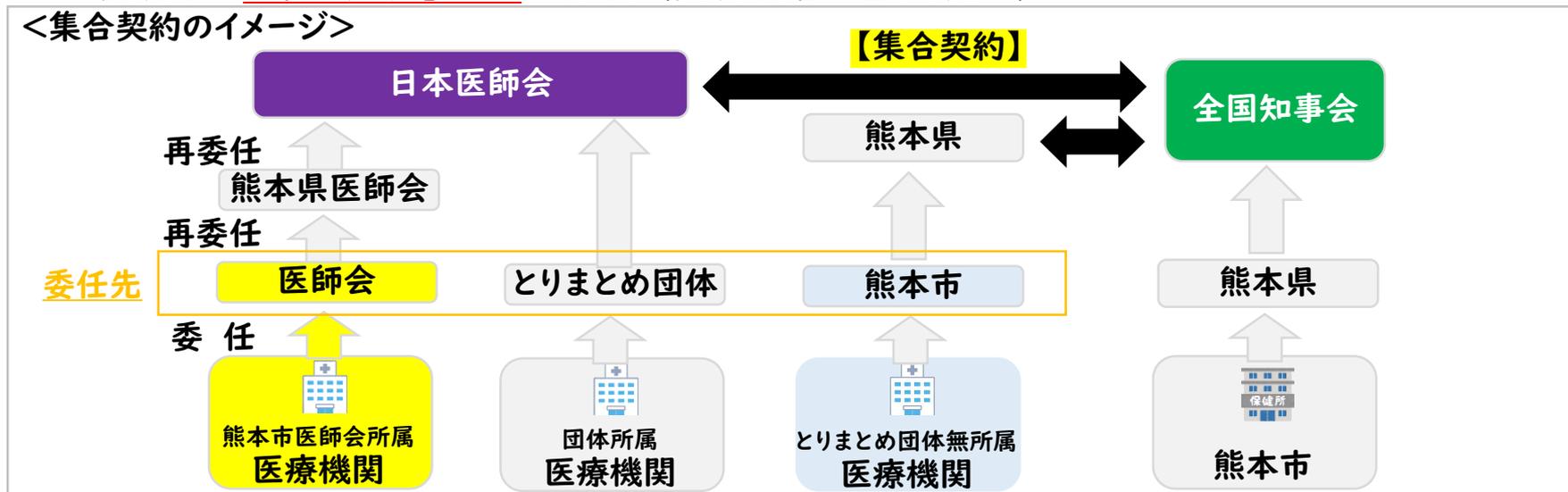
医療従事者向け接種を実施する連携型医療機関で既に委任状の提出やV-SYSの登録がお済みの医療機関は、「請求委任及び口座振替依頼書」のみ熊本市へ提出する。

## 2 各種手続き・事務処理について

### I 初回登録時の手続き・事務処理

#### ① 集合契約（委任状の提出）方法について

- 新型コロナウイルス感染症の予防接種については、**実施主体が市町村**となっていることから、医療機関で実施するためには、市町村と医療機関との間で**委託契約を締結する必要**がある。
- 契約が複雑化しないように、「全国知事会」と「日本医師会（及び都道府県）」が各市町村・医療機関の代理人として契約する「**集合契約**」の形で行う。（契約内容は全国统一）



#### 基本的に熊本市で代行で出力する

- (1) 医療機関基本情報シート①を熊本市に提出する。【様式は熊本市HPに掲載予定】
- (2) 熊本市で委任状を出力し、医療機関へ郵送する。
- (3) 医療機関で、押印の上、委任先に提出する。

#### 自院にてウェブサイト委任状を出力する場合

- (1) ワクチン接種契約受付システムのURLを入力する。
- (2) 入力フォームに「医療機関コード」、「担当者情報（担当者名、役職、電話番号、メールアドレス）」、委任先（熊本市医師会）、「取り扱うワクチンの製造会社」を入力する。
- (3) PDFで出力される委任状を印刷して、委任先に郵送する。

## 2 各種手続き・事務処理について

### ● 熊本市に代行入力を依頼する場合

ワクチン接種契約受付システム代行入力用

#### 医療機関基本情報シート①

① 保険医療機関コード（診療報酬請求時に使用する10桁の番号）

※ 介護医療院又は介護老人老人施設の場合は、介護保険事業所番号

|   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 4 | 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|

② 契約代表者情報

役 職  氏 名

③ 担当者情報

氏 名  担当部署

番号番号  FAX番号

アドレス  **このアドレスに仮登録のメールが送信される。24時間以内に再ログインが必要。**

④ 委任先（ア～エのいずれかに○を付けてください。）

ア 熊本市医師会

イ 鹿本医師会

ウ その他のとりまとめ団体

エ 熊本市（いずれのとりまとめ団体に属していない場合や不明な場合）

⑤ 取り扱いワクチン・接種形態（ア～オのいずれかに○を付けてください。）

ア ファイザー（基本型接種施設）

イ ファイザー（サテライト型接種施設）

ウ 武田モデルナ（基本型接種施設）

エ 武田モデルナ（サテライト型接種施設）

オ アストラゼネカ

後日、熊本市で委任状を発行して医療機関宛に郵送しますので、医療機関にて契約代表者の押印の上、⑤の委任先へご提出ください。

① 医療機関基本情報シート①を熊本市に提出する。  
（様式は熊本市HPへ掲載予定）

➡ 熊本市で代行入力する。

※ **登録から24時間以内に再ログインが必要。**

➡ 後日、熊本市から委任状を医療機関へ送付します。

|  |                                       |                    |
|--|---------------------------------------|--------------------|
| 新型コロナウイルスに係るワクチン接種用  |                                       | ※必ずコピーを保管ください。     |
|  |                                       | 委任状作成日：2021年01月03日 |
| <h3>委任状</h3>   |                                       |                    |
| 【委任者】  | ① 医療機関コード<br>（又は介護老人保健施設コード、介護医療院コード） | 01111111           |
|  | ② 医療機関名                               | 結合テスト第一病院          |
|  | ③ 郵便番号                                | 111-1111           |
|  | ④ 所在地(東京都府県)                          | 東京都品川区結合テスト1-1     |
|  | ⑤ 電話番号(区市外局番)                         | 11-1111-1111       |
|  | ※契約代表者役職・氏名                           | 院長 結合 太郎 印         |
| *※は本契約代表者を記入し、必ず捺印すること   |                                       |                    |
| 【記入担当者】  | 部署・氏名                                 | テスト テスト            |
|  | メールアドレス                               | test@test.com      |
| *ワクチン接種円滑化システムの利用の際に、メールでの情報伝達が頻繁に行われることから、メールアドレスを必須の入力項目としています。やむを得ない事情がある場合は、市町村に事情を説明した上で、FAX番号をご登録ください。 |                                       |                    |
|  | FAX番号                                 |                    |

② 契約代表者の印を押印の上、委任先に提出する。  
※ **必ず写しを医療機関で保管してください。**

## 2 各種手続き・事務処理について

### ● 医療機関で入力する場合

#### 《ワクチン接種契約受付システムの操作手順》

※ ワクチン接種契約受付システムのURL

<https://cont-mhlw.force.com/mhlw/vs/ininJyoTouroku>



#### 新型コロナウイルス感染症に係るワクチン接種の契約受付システム

集合契約に加入するための委任状を作成するために、以下の内容をご入力ください。ご入力頂いた情報が反映された委任状が、PDFファイルとしてお手元に出力されます。

1 「保険医療機関コード」もしくは「介護保険事業所番号(老健施設コード又は介護医療院コード)」をご入力ください。

この情報から医療機関名等を特定して、委任状に自動記載します。  
(コードは診療報酬又は介護報酬の請求時に使用する10桁のコードです。お待ちでない場合は、サービスデスクにお問い合わせください。)

保険医療機関コード

介護保険事業所番号

※ 介護医療院又は介護老人老人施設の場合

2 契約代表者の情報

契約代表者役職※

契約代表者氏名※

3 担当者の情報

担当者の氏名※

担当部署名

担当者連絡先(TEL)※

担当者連絡先(メール)※

(半角で市外局番から記載ください。「-」(ハイフン)は不要です。)

FAX番号

4 委任先の情報 委任先をいずれか一つ入力してください。

#### 【医師会に委任】

都道府県

委任先となる市区医師会

【医師会に所属している場合】  
→ 熊本市医師会 ・ 鹿本医師会

#### 【医師会以外の団体に委任】

委任先となる医師会以外の団体

※ 医師会以外のとりまとめ団体に所属している場合(不明な場合は、熊本市)

#### 【市町村に委任】

都道府県

委任先となる市町村

【とりまとめ団体に属していない場合】  
→ 熊本市

#### 【都道府県に委任】

委任先となる都道府県

5 (参考情報) 取り扱うワクチンの種類を選択(原則、1種類のワクチンを選択してください。)

委任状を提出後、取り扱うワクチンを変更することは可能です。

ファイバー

「基本型」、「サテライト型」を選択

武田モデルナ

アストラゼネカ(選)

6

確認

①～⑤を入力後「確認」をクリック

医療機関コードを入力し、 をクリック

※ 介護医療院又は介護老人老人施設の場合は、介護保険事業所番号を入力する。

※ 保険医療機関の指定を受けていない医療機関は、コード設定が必要なため、サービスデスクにご連絡ください。

契約代表者役職・氏名を入力

※ 理事長、院長 など

担当者情報を入力

※ 契約事務を担当する方の、「氏名(必須)」、「担当部署名」、「電話番号(必須)」、「メールアドレス(必須)」、「FAX番号」を入力する。

委任先を選択

※ 医師会に所属する場合は、「熊本市医師会」もしくは「鹿本医師会」を選択する。

※ とりまとめ団体に属さない場合は、「熊本市」を選択する。

【参考:医師会以外のとりまとめ団体】

- ・ 日本人間ドック学会 ・ 結核予防会
- ・ 日本総合健診医学会 ・ 予防医学事業中央会
- ・ 全日本病院協会 ・ 全国労働衛生団体連合会
- ・ 労働者健康安全機構 ・ 国立大学付属病院長会議
- ・ 全国公私病院連盟 ・ 全国自治体病院協議会
- ・ 地域包括ケア病棟協会 ・ 日本医療法人協会
- ・ 日本社会医療法人協議会 ・ 日本私立医科大学協会
- ・ 日本精神科病院協会 ・ 日本病院会
- ・ 日本慢性期医療協会 ・ 国立病院機構
- ・ 日本リハビリテーション病院・施設協会
- ・ 地域医療機能推進機構 ・ 国立がん研究センター
- ・ 国立循環器病研究センター
- ・ 国立精神・神経医療研究センター
- ・ 国立国際医療研究センター
- ・ 国立成育医療研究センター
- ・ 国立長寿医療研究センター

## 2 各種手続き・事務処理について

### 7 内容確認画面が表示されるので、確認する

|   |                |                   |               |
|---|----------------|-------------------|---------------|
| 医療機関情報                                    |                |                   |               |
| 保険医療機関コード                                 | 9111111        | 老健施設コード           |               |
| 医療機関名                                     | 結合テスト第一病院      |                   |               |
| 郵便番号                                      | 111-1111       |                   |               |
| 所在地                                       | 東京都品川区結合テスト1-1 |                   |               |
| 病院・診療所・その他                                | クリニック          |                   |               |
| 契約代表者                                     | 結合 太郎          | 契約代表者役職           | 院長            |
| 担当者の情報                                    |                |                   |               |
| 委任状記載者名                                   | テスト            | 委任状記載者部署          | テスト           |
| 委任状記載者部署連絡先(TEL)                          | 11-1111-1111   | 委任状記載者部署連絡先(mail) | test@test.com |
| 委任先の情報                                    |                |                   |               |
| 委任先                                       | 医師会            |                   |               |
| 医師会名                                      | 結合テスト医師会       |                   |               |
| 取り扱うワクチンの種類(委任状を提出後、取り扱うワクチンを変更することは可能です) |                |                   |               |
| ファイザー                                     | 一般型            |                   |               |
| 武田モデルナ                                    |                |                   |               |
| アストロビネカ                                   |                |                   |               |
| V-SYS IDの発行予定数: 1                         |                |                   |               |

### 8 委任状の出力(PDF)をクリック

委任状の出力(PDF)

### 9 登録画面が表示されるので、OKをクリック

contmhlw-comture.cs111.force.com の内容

登録してもよろしいでしょうか

OK

キャンセル

### 10 登録画面が表示されるので、OKをクリック

ダウンロードされたPDF ファイルを開き、内容を確認のうえ、印刷してください。

※ **必ず写しを医療機関で保管してください。**

|   |                                      |                     |
|---|--------------------------------------|---------------------|
| 新型コロナウイルス感染症に係るワクチン接種用  |                                      | ※必ずコピーを保管ください。      |
|   |                                      | 委任状作成日: 2021年01月03日 |
| 委任状   |                                      |                     |
| 【委任者】   | ①医療機関コード<br>(又は介護老人保健施設コード、介護医療院コード) | 9111111             |
|   | ②医療機関名                               | 結合テスト第一病院           |
|   | ③郵便番号                                | 111-1111            |
|   | ④所在地(都道府県)                           | 東京都品川区結合テスト1-1      |
|   | ⑤電話番号(区市外局番)                         | 11-1111-1111        |
|   | ※契約代表者役職・氏名                          | 院長 結合 太郎 印          |
| * ※は本契約代表者を記入し、必ず捺印すること   |                                      |                     |
| 【記入担当者】   | 部署・氏名                                | テスト テスト             |
|   | メールアドレス                              | test@test.com       |
|   | FAX番号                                |                     |
| * ワクチン接種円滑化システムの利用の用に、メールでの情報伝達が構築が行われることから、メールアドレスを必須の入力項目としています。やむを得ない事情がある場合は、市町村に事情を説明した上で、FAX番号をご登録ください。 |                                      |                     |

### ● 請求委任及び口座振替依頼書の提出（委任状と同時期に熊本市へ提出する書類）

#### 請求委任及び口座振替依頼書

予防接種法（昭和23年法律第68号）附則第7条第1項により同法第6条第1項の規定による予防接種とみなして行われる新型コロナウイルス感染症に係る予防接種について、接種費用の請求を熊本市感染症対策課長に委任します。

また、この支払については下記の金融機関指定口座に入金されますよう依頼します。

令和 年 月 日

|       |   |
|-------|---|
| 住 所   |   |
| 医療機関名 |   |
| 代表者氏名 | 印 |

記

|       |              |      |      |    |    |
|-------|--------------|------|------|----|----|
| 金融機関名 |              |      | 銀行   | 本店 |    |
|       |              |      | 信用金庫 |    |    |
|       |              |      | 信用組合 |    | 支店 |
|       |              |      | 労働金庫 |    |    |
|       |              |      | 共同組合 |    |    |
| 口座種別  | 1 普通<br>2 当座 | 口座番号 |      |    |    |
| フリガナ  |              |      |      |    |    |
| 口座名義人 |              |      |      |    |    |

#### 予約受付に関する確認事項

新型コロナウイルスワクチンの接種にあたり、市民の予約受付方法について、次のア～ウのいずれかに○を付けてください。

- ア 自院の受付システムを活用して、自院で受付を行います。
- イ 熊本市が導入する受付システムを活用して、自院で受付を行います。  
★オンライン申請の利用の有無について、☑を付けてください。  
 オンライン申請機能を利用します。  
 オンライン申請機能を利用しません。（電話のみで予約を受付します。）
- ウ 熊本市に予約受付業務の代行を依頼します。  
★熊本市が導入する予約受付システムの閲覧・操作の可否について、☑を付けてください。  
 閲覧・操作できます。（インターネットに接続して、予約状況の確認、予約枠の入力ができます。）  
 閲覧・操作できません。（インターネット環境がない又は操作方法がわからないので、接続できません。）

#### ① 感染症対策課長への請求委任

医療機関の業務負担を軽減するため、請求事務を熊本市（感染症対策課長）が代行して、とりまとめて行います。

詳細はP31で説明

#### ② 接種費用の振込先口座の確認

#### ③ 予約受付方法の確認

詳細はP25で説明

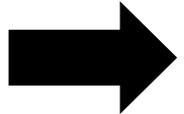
※ 医療従事者等向け接種のみを行う医療機関であっても①②の確認が必要なため、「**請求委任及び口座振替依頼書**」の提出が必要

## 2 各種手続き・事務処理について

### ② ワクチン接種円滑化システム (V-SYS) の入力

#### 医療機関の入力項目

- ★ 初回ログイン時 (適宜、変更可能)
- 医療機関情報の登録



### 医療機関で入力

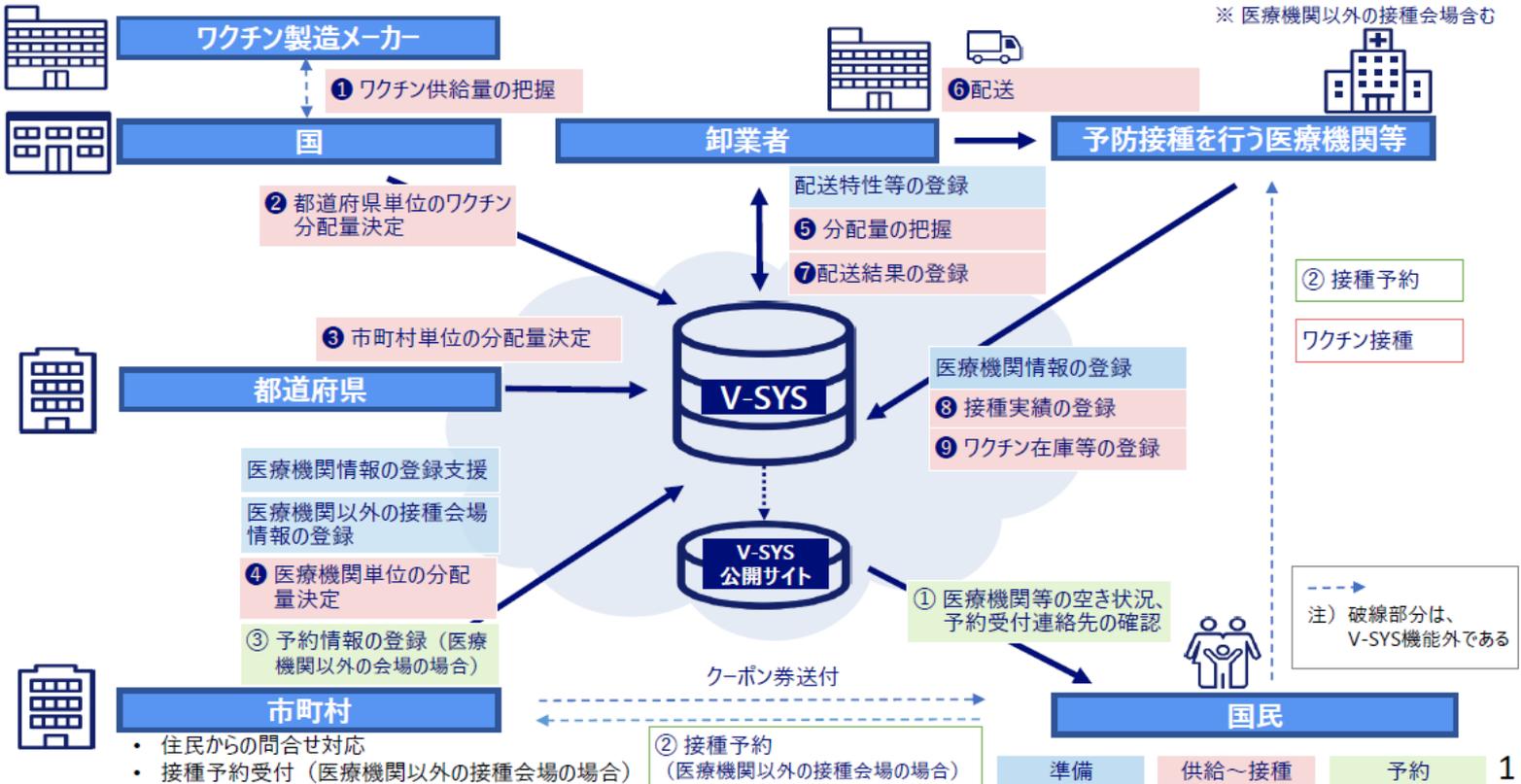
※ 医療機関でのみ入力ができる項目があるため、医療機関での入力が必要。

- ★ 定例的な事務処理
- 接種実績の登録
- ワクチン在庫等の登録



### 全て熊本市で代行入力

※ 詳細は、P31







## 2 各種手続き・事務処理について

ワクチン接種円滑化システムV-SYS操作マニュアル【第1版】抜粋

### Ⅲ 再ログイン

ワクチン接種円滑化システム (V-SYS) のURL

[\[https://v-sys.my.salesforce.com\]](https://v-sys.my.salesforce.com)



《ワクチン接種円滑化システム (V-SYS) の操作手順》

👉 V-SYSのURLを開く

① 「ユーザ名」と「パスワード」を入力する。

- ※ ユーザ名:P17参照
- ※ パスワード:P18参照

② ログインをクリックする。

③ 「メール確認コード入力画面」が表示される。

④ 自動的に👉のメールが届く。

⑤ 「メール確認コード入力画面」に戻り、「**確認コード**」を入力する。

⑥ 「個人情報同意画面」が表示される。

⑦ 「同意する」に☑を付け、次へをクリック。

※「厚生労働分野における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン等」をご確認ください。

## 2 各種手続き・事務処理について

ワクチン接種円滑化システムV-SYS操作マニュアル【第1版】抜粋

### IV 医療機関情報の登録



《ワクチン接種円滑化システム (V-SYS) の操作手順》

👉 ホーム画面が表示される。

① 「この医療機関の情報をみる」をクリックする。

② 「医療機関・接種会場」画面が表示される。

③ 「編集」をクリックする。

👉 「医療機関・接種会場の編集」画面が表示されるので、情報を入力する。

詳細はP21

## 2 各種手続き・事務処理について

ワクチン接種円滑化システムV-SYS操作マニュアル【第1版】抜粋

### IV 医療機関情報の登録(つづき)

| 入力項目一覧  | 入力区分 | 備考                              |
|---|------|---------------------------------|
| <b>医療機関情報の更新</b>                                      |      |                                 |
| ホームページ  | 任意   | 全ての医療機関(ナビ公開)                   |
| ディープリザーバー台数   | 任意   | 該当する場合                          |
| 駐車場台数   | 任意   | 全ての医療機関(ナビ公開)                   |
| 一般型(基本型)接種施設名   | 任意   | サテライト型の場合                       |
| 製薬メーカー等によるワクチンの詳細説明の可否                                | 任意   | 不要になったら「求めない」に変更する              |
| <b>ワクチン接種の責任者等(医師)</b>                                |      |                                 |
| ワクチン接種の責任者の配属先  | 必須   |                                 |
| ワクチン接種の責任者(医師)氏名                                      | 必須   |                                 |
| ワクチン接種の担当部署の電話番号                                      | 必須   |                                 |
| ワクチン接種の担当部署のメールアドレス                                   | 任意   |                                 |
| メールアドレス登録を希望しない                                       | 任意   | チェックボックス                        |
| <b>ワクチンの保管管理の責任者等 ※医療機関の施設分類が「診療所」の場合表示されないので不要</b>   |      |                                 |
| ワクチンの保管管理の責任者の配属先                                     | 必須   |                                 |
| ワクチンの保管管理の責任者   | 必須   |                                 |
| ワクチンの保管管理の担当部署の電話番号                                   | 必須   |                                 |
| ワクチンの保管管理の担当部署のメールアドレス                                | 任意   |                                 |
| <b>針・シリンジの保管管理の責任者等 ※医療機関の施設分類が「診療所」の場合表示されないので不要</b> |      |                                 |
| 担当部署名(針・シリンジ)   | 任意   |                                 |
| 担当部署責任者名(針・シリンジ)                                      | 任意   |                                 |
| 担当部署の電話番号(針・シリンジ)                                     | 任意   |                                 |
| 担当部署のメールアドレス(針・シリンジ)                                  | 任意   |                                 |
| <b>ドライアイスの保管管理の責任者等 医療機関の施設分類が「診療所」の場合表示されない</b>      |      |                                 |
| 担当部署名(ドライアイス)   | 任意   |                                 |
| 担当部署責任者名(ドライアイス)                                      | 任意   |                                 |
| 担当部署の電話番号(ドライアイス)                                     | 任意   |                                 |
| 担当部署のメールアドレス(ドライアイス)                                  | 任意   |                                 |
| <b>コロナワクチンナビ公開用の補足情報</b>                              |      |                                 |
| 予約受付の電話番号   | 任意   | 熊本市に受付業務を依頼する場合は、コールセンターの電話番号   |
| 予約受付サイトURL  | 任意   | 熊本市に受付業務を依頼する場合は、接種受付サイトのURL    |
| 予約可否(電話)  | 任意   | チェックボックス                        |
| 予約可否(Web)   | 任意   | チェックボックス                        |
| 受付時間  | 任意   | 午前〇時〇分～午後〇時〇分                   |
| 外来(初診含む)  | 任意   | 一般の方向けに外来受付を実施し、誰でも接種可能な場合      |
| 外来(初診除く)  | 任意   | 一般の方向けに外来受付を実施し、かかりつけ患者の接種可能な場合 |
| 外来以外  | 任意   | 特定の人のみ 企業内診療所等で外来受付を実施していない場合   |
| 医療従事者等向け接種に対応可  | 任意   | 医療従事者等向け接種が可能の場合                |
| 医療機関・会場名(ふりがな)  | 任意   | 正式名称(ふりがな)                      |
| 医療機関・接種会場名(以後)  | 任意   |                                 |
| 医療機関・接種会場からのお知らせ                                      | 任意   | 例:詳細はホームページをご覧ください。URL:〇〇〇〇〇〇   |
| 医療機関・接種会場からのお知らせ(やさしい日本語)                             | 任意   | 例:くわしくはホームページをみてください。URL:〇〇〇〇〇〇 |
| 医療機関・接種会場からのお知らせ(英語)                                  | 任意   |                                 |

【入力可】

【代行入力可】

「医療機関・接種会場の編集」画面が表示される。

① 各項目へ入力する。

**必須事項**

**代行入力不可**

任意事項であるが、**代行入力不可**

代行入力可能な項目については、お問い合わせいただければ、市で代行入力します。

※アカウントの取得に時間がかかるので、**対応可能時期は未定**

② 「申請・保存」をクリックする。

③ サイトからのメッセージ(申請確認)が表示されるので、「OK」をクリックする。

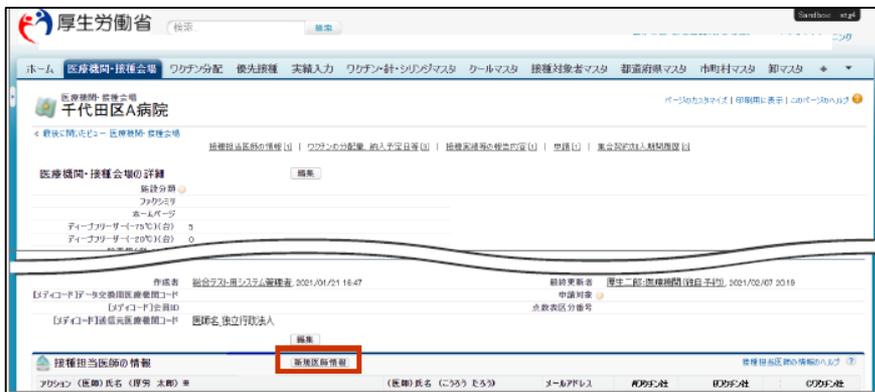
④ サイトからのメッセージ(申請完了)が表示されるので、「OK」をクリックする。



## 2 各種手続き・事務処理について

ワクチン接種円滑化システムV-SYS操作マニュアル【第1版】抜粋

### V 医師情報の登録



接種を担当する医師には新薬を使用するに当たっての情報提供を行うことになっていることから、接種医が分かった時点で、できる限り事前に氏名やメールアドレスの入力が必要。

👉 ホーム画面が表示される。

① 「この医療機関の情報をみる」をクリックする。

② 「医療機関・接種会場」画面が表示される。

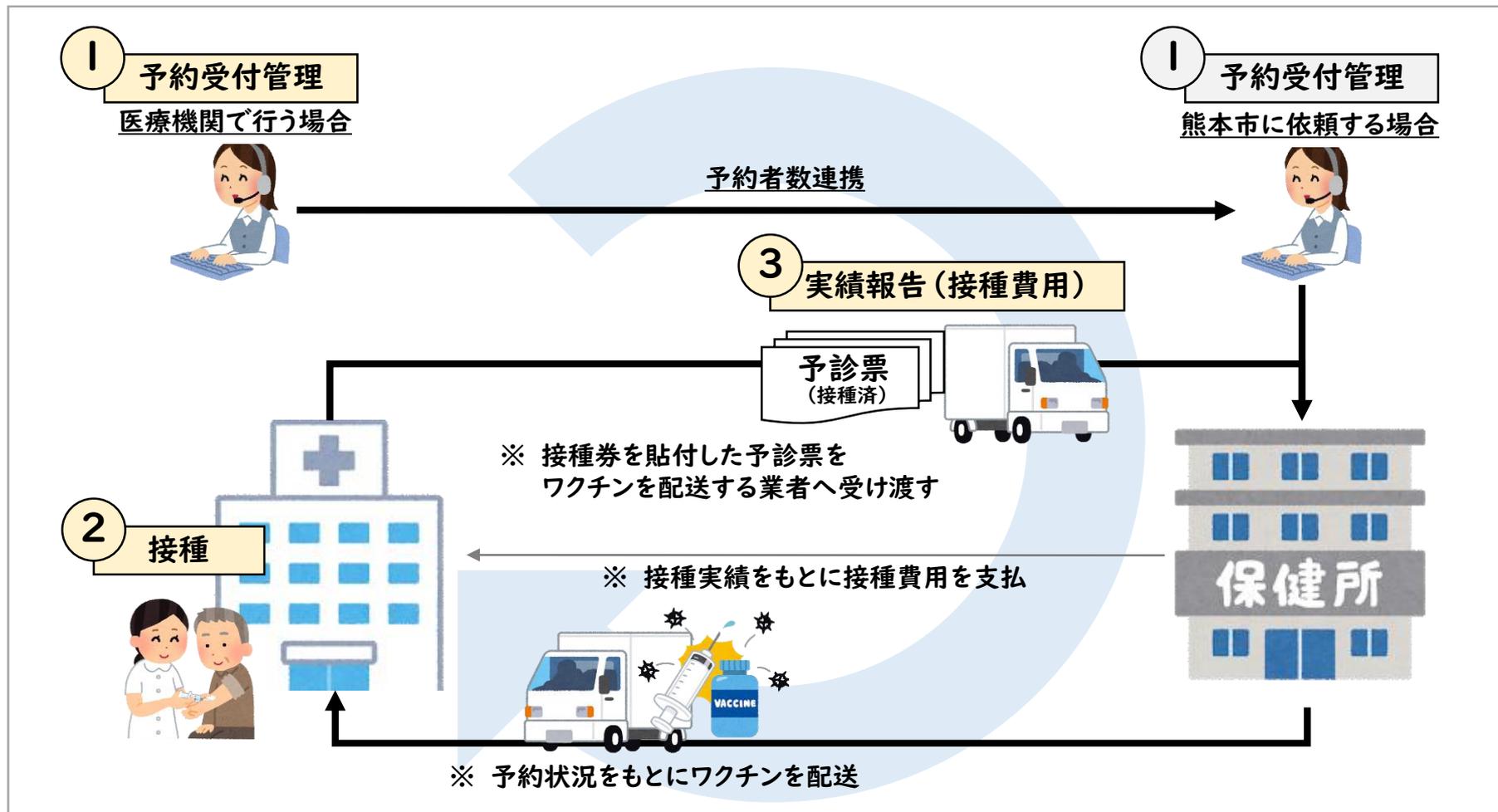
③ 「新規医師情報」をクリックする。

④ 「医療機関・接種会場の編集」画面が表示されるので、情報を入力する。

⑤ 「保存」をクリックする。

接種を担当する医師全員を登録する

# 定例的な手続き・事務処理フロー図



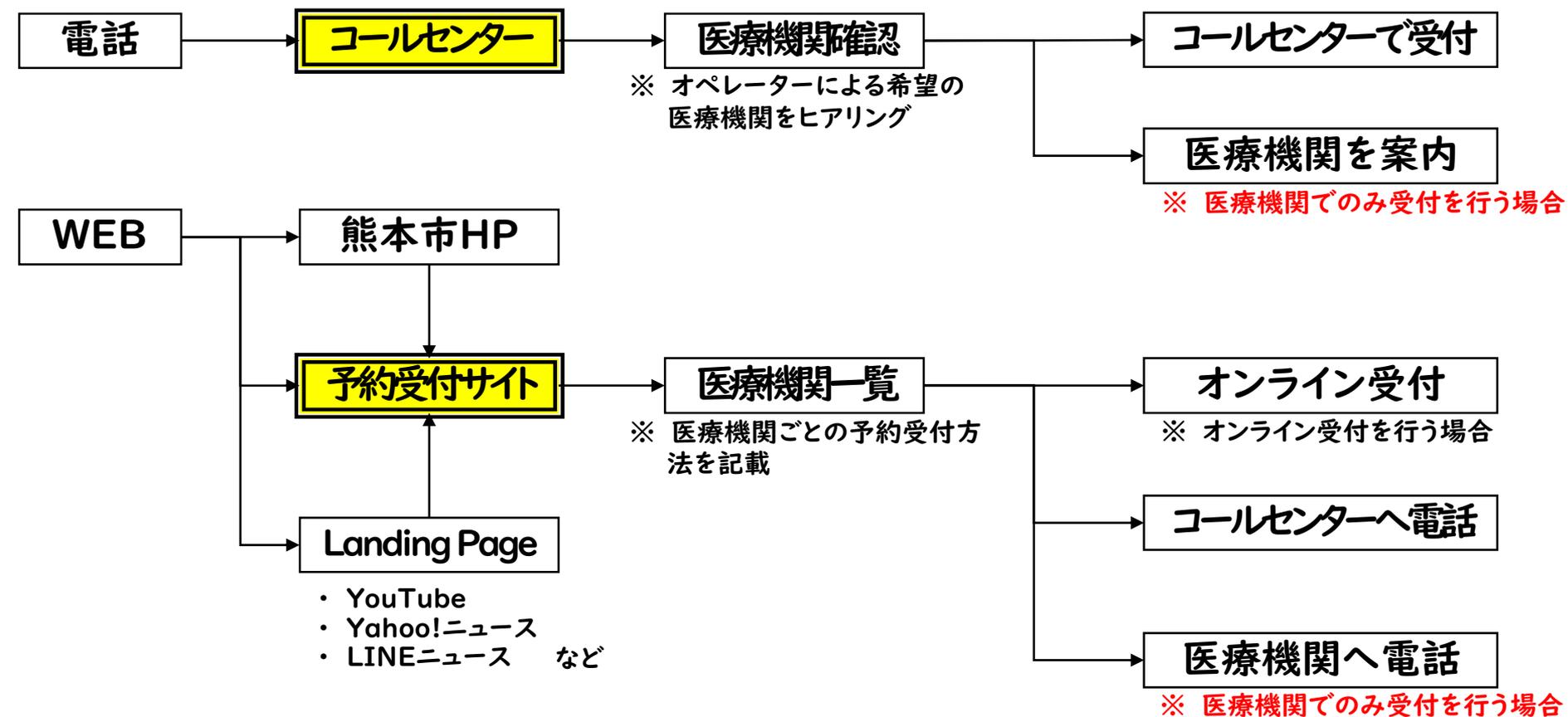
**定期的なサイクルで繰り返し行う**

## 2 各種手続き・事務処理について

### II 定例的な手続き・事務処理

#### ① 予約受付管理 【医療機関における予約受付方法とワクチンの配送について】

#### 予約受付オペレーション



予約受付の案内は「新型コロナワクチンコールセンター」と「予約受付サイト」に集中させ、医療機関への問い合わせを少なくすることで**負担軽減を図る**

さらに

# 医療機関における業務負担軽減のため、熊本市で予約受付業務の代行が可能 C

熊本市が導入するシステムの活用を推奨しています。

**A** 医療機関の既存の予約受付の仕組みを活用



各医療機関のワクチン所要量(予約数)を確認

**B** 市が導入するツールを使って医療機関で予約受付

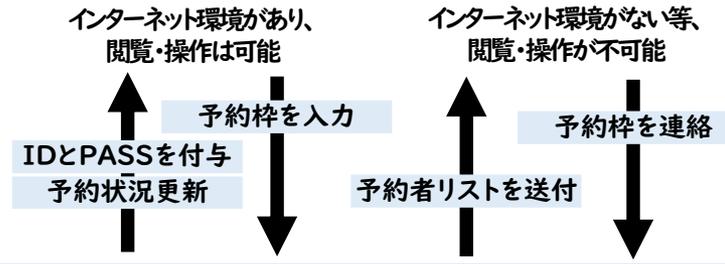


※ 医療機関でPC、インターネット環境の準備が必要です。

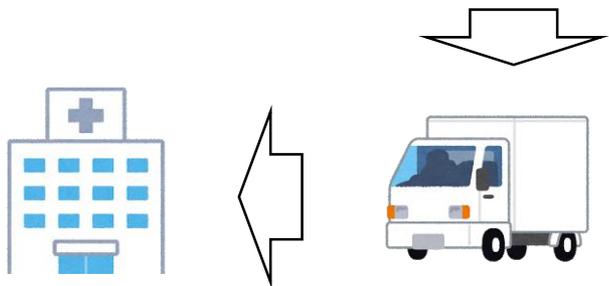


予約受付システムにより各医療機関のワクチン所要量(予約数)を把握

**C** 市に予約受付を代行依頼



### <熊本市新型コロナワクチンコールセンター>



ワクチンセット

予約者リスト

情報提供シート ①-②の場合

<医療機関ごとに小分け> 詳細はP27

※ 基本型接種施設は、ファイザー社から直接配送される。

## 2 各種手続き・事務処理について

### 《ワクチンの配送スケジュールについて》

#### サテライト型接種施設の場合 (ファイザー社)

- 熊本市が管理するワクチン配送拠点から医療機関へ配送
- 週に2回程度(火・金曜日)の配送を想定

#### 【基本的な配送スケジュールの考え方】



※ 実際には、土日祝日など開院日を考慮して、具体的なスケジュールを作成する。

#### 【参考:スケジュール表イメージ】

|        | 3月       |          |          | 4月      |         |         |         |         |         |         |         |         |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |   |
|--------|----------|----------|----------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|---|
|        | 29日<br>月 | 30日<br>火 | 31日<br>水 | 1日<br>木 | 2日<br>金 | 3日<br>土 | 4日<br>日 | 5日<br>月 | 6日<br>火 | 7日<br>水 | 8日<br>木 | 9日<br>金 | 10日<br>土 | 11日<br>日 | 12日<br>月 | 13日<br>火 | 14日<br>水 | 15日<br>木 | 16日<br>金 | 17日<br>土 | 18日<br>日 | 19日<br>月 | 20日<br>火 | 21日<br>水 | 22日<br>木 | 23日<br>金 | 24日<br>土 | 25日<br>日 | 26日<br>月 | 27日<br>火 | 28日<br>水 | 29日<br>木 | 30日<br>金 |   |
| 接種日    |          |          |          | ①       |         | ②       |         |         | ③       |         | ④       |         |          | ⑤        |          | ⑥        |          |          | ⑦        |          | ⑧        |          |          | ⑨        |          |          |          |          |          |          |          |          |          |   |
| 配送日    |          | ①        |          |         | ②       |         |         |         | ③       |         |         | ④       |          |          |          | ⑤        |          |          | ⑥        |          |          |          | ⑦        |          |          | ⑧        |          |          |          |          | ⑨        |          |          | ⑩ |
| 小分け日   |          | ①        |          |         | ②       |         |         |         | ③       |         |         | ④       |          |          |          | ⑤        |          |          | ⑥        |          |          |          | ⑦        |          |          | ⑧        |          |          |          |          | ⑨        |          |          | ⑩ |
| 所要量確認日 | ①        |          |          |         | ②       |         |         |         | ③       |         |         | ④       |          |          |          | ⑤        |          |          | ⑥        |          |          |          | ⑦        |          |          | ⑧        |          |          |          |          | ⑨        |          |          | ⑩ |

## 2 各種手続き・事務処理について

### 《ワクチンと一緒に配送するものについて》

| 情報提供シート<br>(基本型接種施設記入欄)            | (サテライト型接種施設記入欄)  |      |      |      |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------------------------|--|------|------|------|----------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 基本型接種施設名：<br>●●区ワクチン配送拠点           | 冷蔵保管期限：<br>令和 3 年 4 月 7 日  |      |      |      |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 受け渡し先のサテライト型接種施設名：<br>●●クリニック      | 午前・午後 9 時 00 分   |      |      |      |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 受け渡した日付：<br>令和 3 年 4 月 2 日         | (注) 冷蔵保管期限は、左の「超低温冷凍庫から取り出さした時刻」に+5日して記入すること。<br>(例：超低温冷凍庫から取り出した時刻が4月1日午前10時の場合、使用期限4月6日午前10時になる。)  |      |      |      |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 超低温冷凍庫から取り出した時刻：<br>令和 3 年 4 月 2 日 | <table border="1"> <thead> <tr> <th>使用日</th> <th>使用本数</th> <th>残り本数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;"><b>サテライト型接種施設で記入</b></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table> | 使用日  | 使用本数 | 残り本数 | <b>サテライト型接種施設で記入</b> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 使用日                                |  | 使用本数 | 残り本数 |      |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>サテライト型接種施設で記入</b>               |  |      |      |      |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                    |  |      |      |      |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                    |  |      |      |      |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                    |  |      |      |      |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 午前・午後 9 時 00 分                     | 次回配送予定日：<br>令和 3 年 4 月 6 日   |      |      |      |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 受け渡したバイアル数：<br>5 本                 |  |      |      |      |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 受け渡したロット番号(製造番号)：<br>*****         |  |      |      |      |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

### 配送物(国支給分)

- ワクチン
- ワクチンに付随する書類(添付文書等)
- 希釈用生理食塩液
- 接種用の注射針(25G)
- シリンジ

### 配送用保冷ボックスのイメージ

ワクチン到着後は、すみやかに冷蔵庫で保管する

保冷ボックスから取り出す

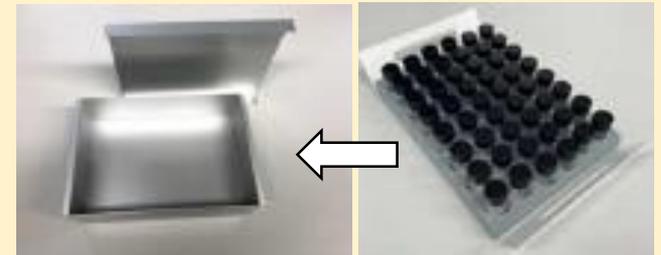


保冷ボックス(外観)

保冷ボックス(内側)

保冷剤の配置

【アルミ内箱ごと冷蔵庫で保管】



アルミ内箱

バイアルホルダー

### 《熊本市が導入する予約受付システム》 ● Sciseed (サイシード)

<https://saichat.jp/covid19/vaccine-reservation/#/>

( Sciseed HP記事「コロナワクチン接種予約管理システムの使い方を紹介」)

#### ● シンプルで分かりやすい画面・操作方法

#### ● 予約受付業務の補助機能が充実

- ・ 1回目に接種したワクチンと違う種類のワクチンを取り扱う医療機関に予約しようとする警告が表示される。
- ・ 接種間隔の条件に合わない予約をしようとする警告が表示される。 など

### 《市民の操作画面イメージ》

〇〇市健康部住民接種担当課

新型コロナウイルスワクチン接種予約システム

接種券番号 必須  
012345

生年月日 必須  
19700101

次へ

お問い合わせ

〇〇市健康部住民接種担当課

接種会場検索

接種会場  
B会場

所在地  
〇〇〇町 3丁目 4番地

電話番号  
09000000000

アクセス方法  
 駅から徒歩5分 Google マップで見る

取り扱いワクチン  
Aワクチン お問い合わせ

〇〇市健康部住民接種担当課

接種日時予約

接種会場  
B会場

ワクチンの種類 必須  
Aワクチン

Aワクチンについて知りたい方は[こちら](#)

希望日時 必須  
■ 2021年 3月 2日 (火)

選択日時: 2021年 3月 2日 (火)

| 日 (月)     | 3月2日 (火)        | 3月3日 (水)        |
|-----------|-----------------|-----------------|
| ~ 09:15 ○ | 09:00 ~ 09:15 ○ | 09:00 ~ 09:15 ○ |
| ~ 〇:30 ○  | 09:15 ~ 09:30 ○ | 09:15 ~ 09:30 ○ |
| ~ 09:45 △ | 09:30 ~ 09:45 △ | 09:45 ~ 10:00 △ |
| ~ 10:00 △ | 09:45 ~ 10:00 △ | 09:45 ~ 10:00 △ |

お問い合わせ

システムは現在**準備中**のため操作方法等の詳細は後日熊本市HPでお知らせします。

### ② 予防接種時の事務

#### ● 接種前の確認

新型コロナウイルス感染症の予防接種については、原則として住所地の市町村で接種を受けることとなっているので、受付時に接種券と本人確認書類（運転免許証、被保険者証等）で熊本市民であるかの確認が必要。 ※ 接種券交付後に転出した方は、新しい住所地で接種を受ける必要がある。

#### 熊本市外住民の接種可能な例外的な取り扱い

熊本市外住民であっても、次のような事情のある方は、例外的に熊本市で接種することができるので、来院者が、熊本市外住民の場合には、その方の事情の確認が必要。

なお、事情に応じて、熊本市への届出が不要な場合と必要な場合がある。

#### ＜＜ 届出が不要な場合 ＞＞

- 医療機関に入院している場合や施設に入所している場合
- 基礎疾患を持つ者が主治医の下で接種する場合
- 災害による被害にあった場合、拘留又は留置されている場合等

#### ＜＜ 届出が必要な場合 ＞＞

※居住地外接種証明書の確認が必要

- 出産のために里帰りしている妊産婦、遠隔地へ下宿している学生、単身赴任者等



※ 熊本市の場合は、原則として事前予約制としており、予約時に事情を確認していることから、予約をして来院している方は接種可能である。

不明な点があれば、熊本市新型コロナワクチンコールセンターへ確認する。

# 2 各種手続き・事務処理について

## 接種後の確認

### 予診票

#### 新型コロナウイルスワクチン接種の予診票

※太枠内にご記入またはチェック☑を入れてください。

※左欄に合わせ、点線に沿ってまっすぐに貼り付けてください  
(クーポン貼付)

|   |   |                  |
|---|---|------------------|
| 住民票に記載されている住所   | 都道府県  | 市区町村             |
| フリガナ  |   |                  |
| 氏名  | 電話番号  |                  |
| 生年月日(西暦)  | 年 月 日 生(満 歳)  | ☐男・☐女 診察前の体温 度 分 |
| 質問事項  | 回答欄   | 医師記入欄            |
| 新型コロナウイルスワクチンの接種を初めて受けますか。<br>(接種を受けたことがある場合 1回目: 月 日、2回目: 月 日)   | ☐はい ☐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。  | ☐はい ☐いいえ  |                  |
| 「新型コロナウイルスワクチンの説明書」を読んで、効果や副反応などについて理解しましたか。  | ☐はい ☐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。<br>☐医療従事者等 ☐65歳以上 ☐60~64歳 ☐高齢者施設等の従事者<br>☐基礎疾患を有する(病名: )   | ☐はい ☐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。<br>病名: ☐心臓病 ☐腎臓病 ☐肝臓病 ☐血液疾患 ☐血が止まりにくい病気 ☐免疫不全<br>☐その他( )<br>治療内容: ☐血をサラサラにする薬( ) ☐その他( ) | ☐はい ☐いいえ  |                  |
| その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいと言われましたか。  | ☐はい ☐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( )  | ☐はい ☐いいえ  |                  |
| 今日、体に具合が悪いところがありますか。 症状( )  | ☐はい ☐いいえ  |                  |
| けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。  | ☐はい ☐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。<br>薬・食品など原因になったもの( )  | ☐はい ☐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せんか。<br>種類( ) 症状( )  | ☐はい ☐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)はありますが、または、授乳中ですか。   | ☐はい ☐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( )  | ☐はい ☐いいえ  |                  |
| 今日の予防接種について質問がありますか。  | ☐はい ☐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(☐可能・☑具合合わせる)  | 医師署名又は記名押印       |
|   | 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。  |                  |
|   | ☐ 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)   |                  |
| 新型コロナウイルス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。(☐接種を希望します・☐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。  | 接種者又は保護者自署  |                  |
|   | (※血液できない場合は化膿者が署名し、行筆者氏名及び被接種者との関係を記載)<br>(※被接種者が16歳未満の場合は保護者自署、成年被接種者の場合は本人又は成年被接種者自署) |                  |
| ワクチン名・ロット番号   | 接種日時  | 実施場所・医師名・接種年月日   |
| 医師記入欄   | 医師名   | 実施場所             |
| ※枠に合わせてまっすぐに貼り付けてください<br>(注)有効期限が切れないか確認  | ml  | 医師機関等コード         |
|   | 接種年月日 ※記入欄) 4月1日~04月01日   | 接種年月日            |
|   | 2022年 月 日   |                  |

### 接種券・接種済証 (市民が医療機関に持参するもの)

| 接種券                |               | 診察したが接種できない場合  |               | 新型コロナウイルスワクチン 予防接種済証(臨時)<br>Certificate of Vaccination for COVID-19 |                            |
|--------------------|---------------|--|---------------|---|----------------------------|
| 券種                 | 2 ワクチン接種 1 回目 | 券種   | 1 予診のみ 1 回目   | 1 回目  | メーカー / Lot No.<br>(シール貼付け) |
| 請求先                | 熊本県熊本市 431001 | 請求先  | 熊本県熊本市 431001 | 接種年月日   |                            |
| 券番号                |               | 券番号  |               | 2021年   |                            |
| 氏名                 |               | 氏名   |               | 月 日   |                            |
| 214310010902843818 |               | 114310010902843818   |               | 接種場所  |                            |
| 券種                 | 2 ワクチン接種 2 回目 | 券種   | 1 予診のみ 2 回目   | 2 回目  | メーカー / Lot No.<br>(シール貼付け) |
| 請求先                | 熊本県熊本市 431001 | 請求先  | 熊本県熊本市 431001 | 接種年月日   |                            |
| 券番号                |               | 券番号  |               | 2021年   |                            |
| 氏名                 |               | 氏名   |               | 月 日   |                            |
| 224310010902843818 |               | 124310010902843818   |               | 接種場所  |                            |
| 接種を受ける方へ           |               | ●シールは剥がさずに、台紙ごと接種場所へお持ちください。<br>●右側の予防接種済証は接種が終わった後も大切に保管してください。 |               | 氏名  |                            |
|                    |               |  |               | 生年月日  |                            |
|                    |               |  |               | 住所  |                            |
|                    |               |  |               | 熊本県熊本市長 大西 一史   |                            |

### ワクチン名・ロット番号シール

BNT162 XXXXXXXX  
2022-EXP-YYYY.DD.MM



- 予診票に、**接種券のシール**を貼付。
- 予診票に、**ワクチン名・ロット番号のシール(小)**を貼付。
- 予診票の医療機関控え(複写2枚目)を医療機関において保管。
- 接種済証に**ワクチン名・ロット番号のシール(大)**を貼付。
- 接種済証に**接種日・医療機関名**を記載する。

## 2 各種手続き・事務処理について

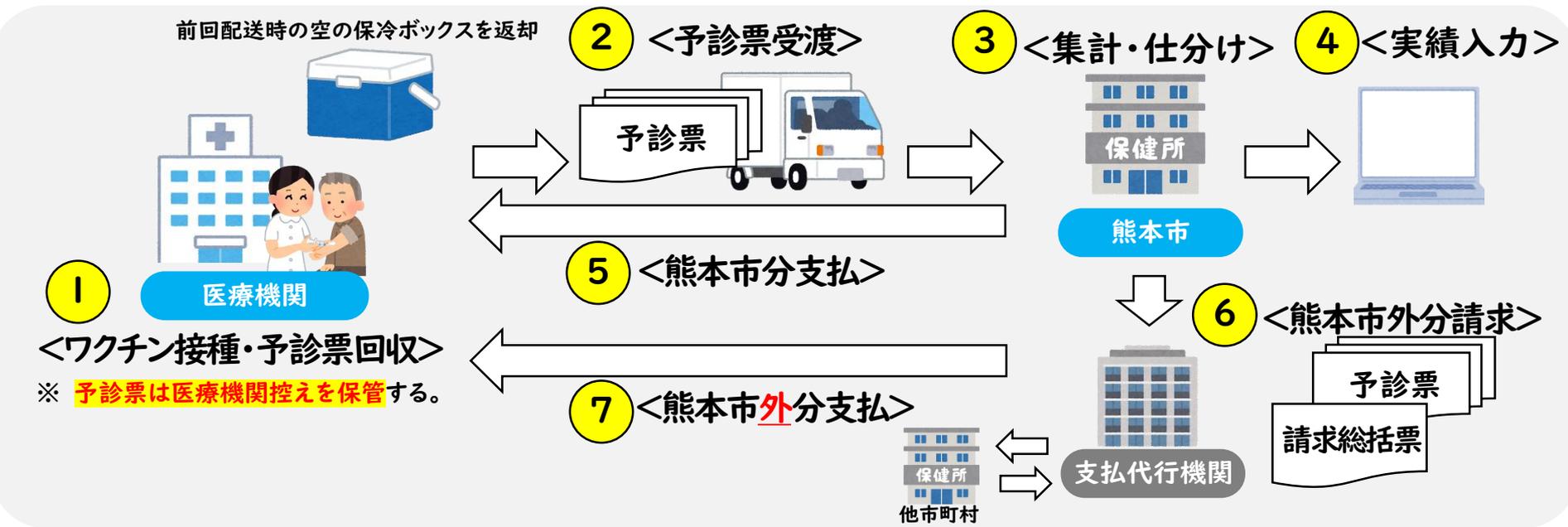
③ 実績報告・接種費用の請求方法について  
ワクチン接種の実績報告と接種費用の請求は、医療機関の業務負担軽減の観点から、熊本市で代行して行うため、医療機関での事務処理は不要である。

実務的には②のみ

### 実績報告・接種費用の請求の流れ

- ① 医療機関でワクチン接種を行い、予診票を回収する。
- ② **定期的にワクチンを配送する業者に予診票(熊本市外住民分を含む)を受け渡す。**
- ③ 熊本市で接種実績を集計し、熊本市分、熊本市外分を仕分けする。
- ④ 熊本市で全ての医療機関分の接種実績をV-SYSに代行入力する。
- ⑤ 熊本市分の接種費用をそれぞれの医療機関に支払う。
- ⑥ 熊本市外分の接種費用をそれぞれの市町村別に集計した総括票を作成して、支払代行機関に提出する。
- ⑦ 支払代行機関から熊本市外分の接種費用がそれぞれの医療機関に支払われる。

※ 熊本市分・熊本市外分の支払を、それぞれ予診票(医療機関控え)の件数を照合し、金額に相違がないか確認する。



● 各種手続き・事務処理に関するお問い合わせについて

各種手続き・事務処理に関する「医療機関専用」の問い合わせダイヤルを熊本市新型コロナワクチンコールセンター内に設置。

(3月1日(月)開設予定)

★ 熊本市独自 ★

「医療機関専用」お問い合わせダイヤル

 電話番号 096-300-9377

 FAX番号 096-247-6645

 メールアドレス

[office@vaccines-city-kumamoto.jp](mailto:office@vaccines-city-kumamoto.jp)

※ その他、熊本市HP上にお問い合わせフォームを作成予定

本日の説明会についての質疑は、  
上記メールアドレス宛にお送りください。