

島根県定期予防接種広域化事業実施要領

1. 目的

予防接種法（昭和 23 年法律第 68 号）に基づく定期予防接種について、島根県内各市町村が実施する予防接種事業が円滑に行われるよう、被接種者が県内住所地以外の市町村の医療機関でも予防接種を受けることができる体制を整備し、接種機会の確保とかかりつけ医による予防接種を推進することを目的とする。

2. 対象者

- (1) かかりつけ医または主治医が住所地の市町村外にいる者
- (2) 住所地以外で長期入院または入所している者
- (3) 里帰り出産、家庭内暴力、虐待等のため、住所地の市町村外での予防接種を希望する者
- (4) 集団接種の形態をとっている市町村においては、住所地の市町村が定めた接種期日に予防接種が受けられず、次の予防接種期日までに期間があり、法で定められた期間に予防接種が受けられない者

3. 対象予防接種

対象は定期接種のすべて。接種期間は各市町村が定めた期間とする。

なお、市町村は、定期接種の中から実施する接種を選択することができるものとする。

4. 接種協力医療機関

- (1) 接種を行う医療機関は、本事業に賛同する医療機関（以下「接種協力医療機関」という。）とする。
- (2) 接種協力医療機関は、予防接種の質を高めるために、島根県、市町村又は一般社団法人島根県医師会（以下「県医師会」という。）が開催する予防接種に関する研修又は講習を受講するように努める。
- (3) 接種協力医療機関は、予防接種法に基づき、適切に接種するとともに被接種者のスケジュール管理を行い、事故防止に努める。

5. 定期予防接種の取り扱い

接種希望者が、本事業に参加する他の市町村が実施する定期の予防接種を期間内に受けた場合は、その予防接種は住所地の市町村の実施する定期の予防接種とみなすものとする。

6. 接種の手続き

- (1) 接種希望者は、住所地の市町村の予防接種担当部署に本事業での接種を希望する旨を連絡した上で、接種協力医療機関に接種の申し込みをする。
- (2) 接種協力医療機関は、接種希望者から申し込みがあった時は、住所地の市町村を確認した上で予約を受け、接種当日にも健康保険証等により住所地の市町村を確認する。
接種協力医師は、接種希望者の住所地の市町村が使用する予診票により予診を行った後、接種を行うものとする。
- (3) 接種協力医師は、接種後、母子健康手帳又は予防接種済証に必要事項を記載して被接種者に交付する。

7. 予防接種による健康被害等への対応

- (1) 接種協力医師は、被接種者に予防接種による副反応疑いを認めた場合には、必要な処置などを行う。また、予防接種法施行規則第5条に規定する症状を診断した場合は速やかに、独立行政法人医薬品医療機器総合機構に速やかに報告する。
- (2) 被接種者への救済措置は、予防接種法に基づき、被接種者の住所地の市町村がすべての対応を行う。
- (3) 市町村は結核予防接種（BCG）の実施にあたり、事前に保護者に対しコッホ現象に関する情報提供及び説明資料を配布し、コッホ現象と思われる反応が出現した場合には、速やかに接種協力医療機関を受診するように周知する。
- (4) コッホ現象を診断した接種協力医師は被接種者の住所地の市町村に報告する。
- (5) 接種協力医師は、誤った用法用量でのワクチン接種、有効期限の切れたワクチン接種等の予防接種の事故が発生した場合、速やかに被接種者の住所地の市町村に報告する。

8. 契約

- (1) 本事業の実施について、市町村は接種協力医療機関と委託契約を締結する。この委託契約は接種協力医療機関の委任を受けて県医師会を通じて行うものとする。
- (2) 県医師会を通じ契約する際に必要な接種協力医療機関名簿を作成する。
 - ① 本事業への参加を希望する接種協力医療機関は、「島根県定期予防接種広域化事業協力承諾書兼委任状」（様式1-1）、「島根県定期予防接種広域化事業協力医療機関名簿」（様式1-2）を所属する郡市医師会に提出する。
 - ② 郡市医師会は、管内接種協力医療機関から提出された委任状により、「島根県定期予防接種広域化事業協力医療機関名簿一覧」（様式2）を作成又は更新し、委任状とともに県医師会へ送付する。
 - ③ 県医師会は、各郡市医師会から送付された名簿一覧をとりまとめ市町村へ送付する。
 - ④ 接種協力医療機関は、「島根県定期予防接種広域化事業協力承諾書兼委任状」（様式1-1）及び「島根県定期予防接種広域化事業協力医療機関名簿」（様式1-2）の内容に変更があった場合は「島根県定期予防接種広域化事業変更届」（様式3）、当該事業への協力を辞退する場合は「島根県定期予防接種広域化事業辞退届」（様式4）により郡市医師会を通じ県医師会に提出する。
 - ⑤ ①②③④については、接種協力医療機関が年度途中に本事業に参加する場合についても同様とする。
- (3) (2) の①との契約を希望する市町村は、契約書を作成し、県医師会と契約を締結する。
- (4) 県医師会は、委託契約締結期間内に契約内容の変更、接種医療機関の追加、又は契約の取り消しがあった場合は速やかに市町村に通知するものとする。
- (5) 県医師会は、原則、毎年3月（インフルエンザは9月）に市町村のワクチン毎の契約単価を取りまとめ、「島根県定期予防接種広域化事業料金表」（様式5）を市町村が契約した接種協力医療機関に送付するとともに、県医師会のホームページに掲載する。

9. 接種委託料

- (1) 市町村は、ワクチン代を含めた個別接種料金を各々設定し、接種委託料金は被接種者の住所地の市町村の料金とする。
- (2) 予防接種を中止した場合（接種不可）の委託料は、各市町村の定めた接種不可料金とする。

- (3) 市町村が自己負担金を設けている場合には、接種協力医療機関は市町村が定めた自己負担金を徴収する。
- (4) 接種委託料金は被接種者の住所地の市町村が定めた接種委託料金を接種協力医療機関に支払う。

10. 実績報告、接種委託料の請求及び支払い

- (1) 接種協力医療機関は、委託業務の毎月の実施状況を「島根県定期予防接種広域化事業実施報告書」(様式ア)にとりまとめ、予診票を添付し、「島根県定期予防接種広域化事業実施請求書」(様式イ)とともに、「島根県定期予防接種広域化事業料金表」(様式5)に定められた期日までに被接種者の住所地の市町村へ送付する。
- (2) 市町村は、接種協力医療機関から「島根県定期予防接種広域化事業実施報告書」(様式ア)の提出を受け、その内容を審査し適当であると認めたときは、接種協力医療機関に対し、「島根県定期予防接種広域化事業料金表」(様式5)に定められた期日までに接種委託料を支払うものとする。

11. ワクチン

接種協力医療機関は、厚生労働省が認可したワクチンを用意するものとし、ワクチン製造メーカーは特定しない。

12. 予診票

- (1) 予診票は被接種者の住所地の市町村で発行しているものを使用する。
- (2) 被接種者は住所地の市町村の予診票を接種協力医療機関に持参する。
- (3) 県内での統一予診票の作成を検討する。

13. 事務手続き

契約に必要な書類はあらかじめ準備する。

附則 この実施要領は平成29年4月1日より施行する。

附則 この実施要領は平成30年4月1日より施行する。

附則 この実施要領は令和2年4月1日より施行する。

附則 この実施要領は令和5年4月1日より施行する。

附則 この実施要領は令和6年4月1日より施行する。

附則 この実施要領は令和8年4月1日より施行する。

(様式 1 - 1)

島根県定期予防接種広域化事業協力承諾書兼委任状

令和 年 月 日

一般社団法人 島根県医師会長 様

医療機関名
所在地
電話番号
開設者又は管理者名

私は、県内各市町村が予防接種法の規定に基づき実施する定期の予防接種に係わる島根県定期予防接種広域化事業に協力いたします。

また、当該予防接種の協力に関する下記の業務委託契約にあたっては、その契約締結の権限を一般社団法人島根県医師会長に委任いたします。

記

1. 市町村との島根県定期予防接種広域化事業に関する業務委託契約

添付書類：島根県定期予防接種広域化事業協力医療機関名簿（様式 1 - 2）

(様式1-2)

令和 年 月 日

島根県定期予防接種広域化事業協力医療機関名簿

医療機関名	
所在地	
電話番号	
開設者又は管理者名	

接種可能ワクチン

(可能な予防接種に「○」を記入)

A類	B型肝炎	
	ヘモフィルスインフルエンザ菌b型 (Hib)	
	小児用肺炎球菌	
	五種混合	
	BCG	
	麻しん風しん混合 (MR)	
	水痘	
	日本脳炎	
	ヒトパピローマウイルス感染症 (HPV)	
	ジフテリア破傷風混合 (DT)	
	ロタウイルス感染症	
	RSウイルス感染症	
その他 (ポリオ、麻しん (単独)、風しん (単独)、三種混合)		
B類	インフルエンザ (高齢者)	
	高齢者用肺炎球菌	
	新型コロナウイルス感染症	
	帯状疱疹	

(様式3)

島根県定期予防接種広域化事業変更届

令和 年 月 日

一般社団法人 島根県医師会長 様

医療機関名
所在地
電話番号
開設者又は管理者名

島根県定期予防接種広域化事業に係る届出内容について、下記の通り変更いたします。

○変更事項

(変更前)

(変更後)

○変更年月日

(様式4)

島根県定期予防接種広域化事業辞退届

令和 年 月 日

一般社団法人 島根県医師会長 様

医療機関名

所在地

電話番号

開設者又は管理者名

島根県定期予防接種広域化事業に係る契約について、辞退いたします。

○辞退年月日

(様式5)

島根県定期予防接種広域化事業料金表

市町村名

問い合わせ先

担当課名	
所在地	〒 (住所)
電話番号/FAX	(TEL) (FAX)

	ワクチンの種類	年齢区分	① 委託料 (円) (消費税を含む)	② ①の委託料の中の ワクチン代の有無	③ ②のワクチン代が別 の場合のワクチン料 金(円)	備考 (自己負担金等)	接種不可料金 (円)
A類	B型肝炎			ワクチン代 込 ・ 別			
	ヘモフィルスインフルエンザ菌 b 型 (Hib)			ワクチン代 込 ・ 別			
	小児用肺炎球菌			ワクチン代 込 ・ 別			
	五種混合			ワクチン代 込 ・ 別			
	B C G			ワクチン代 込 ・ 別			
	麻しん風しん混合 (MR)			ワクチン代 込 ・ 別			
	水痘			ワクチン代 込 ・ 別			
	日本脳炎			ワクチン代 込 ・ 別			
	ヒトパピローマウイルス感染症 (HPV)			ワクチン代 込 ・ 別			
	ジフテリア破傷風混合 (DT)			ワクチン代 込 ・ 別			
	ロタウイルス感染症			ワクチン代 込 ・ 別			
	R S ウイルス感染症			ワクチン代 込 ・ 別			
その他 (ポリオ、麻しん (単独)、風しん (単独)、三種混合)			ワクチン代 込 ・ 別				
B類	インフルエンザ (高齢者)			ワクチン代 込 ・ 別			
	高齢者用肺炎球菌			ワクチン代 込 ・ 別			
	新型コロナウイルス感染症			ワクチン代 込 ・ 別			
	帯状疱疹			ワクチン代 込 ・ 別			

①医療機関からの請求締切日

②医療機関への委託料支払日

(様式イ)

島根県定期予防接種広域化事業実施請求書

令和 年 月 日

市町村長 様

医療機関名

所在地

電話番号

開設者又は管理者名

㊞

令和 年 月分について委託料を請求します。

定期予防接種広域化事業

ワクチンの種類	年齢区分	委託単価 (円)	自己負担金単価 (円)	自己負担金控除後の額 (円)	接種件数	金額 (円)
合 計						

定期予防接種を中止した場合の接種不可料金

ワクチンの種類	年齢区分	接種不可料金単価 (円)	件数	金額 (円)
合 計				

振込口座

銀行・信金・信組・農協			支店
預金種目	普通・当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義			

※振込口座欄は、1回目の請求時の記載内容に変更がない場合、2回目以降の請求時には記載する必要はありません。