

広域的予防接種における令和4年度（2022年度）契約の手続き並びに請求における留意事項について

福井県医師会

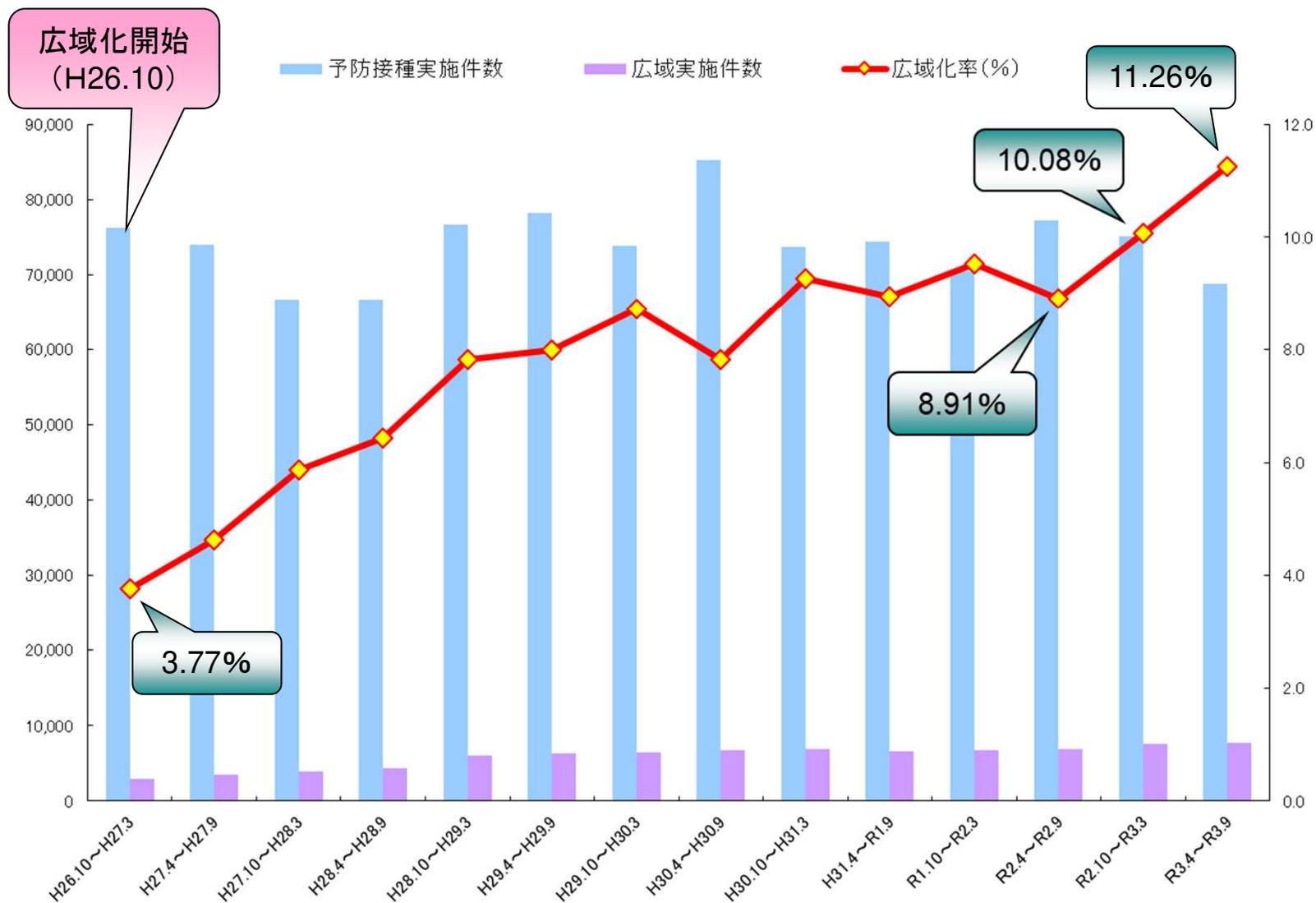


説明内容

- A類定期予防接種の広域接種率の推移
- B類定期予防接種の広域接種率の推移
- 定期予防接種のワクチンについて
- 広域的予防接種の対象者
- 広域的予防接種の委託契約料金
- 契約の流れ
- 請求手続き
- 請求における留意事項
- 契約の変更、辞退をする場合

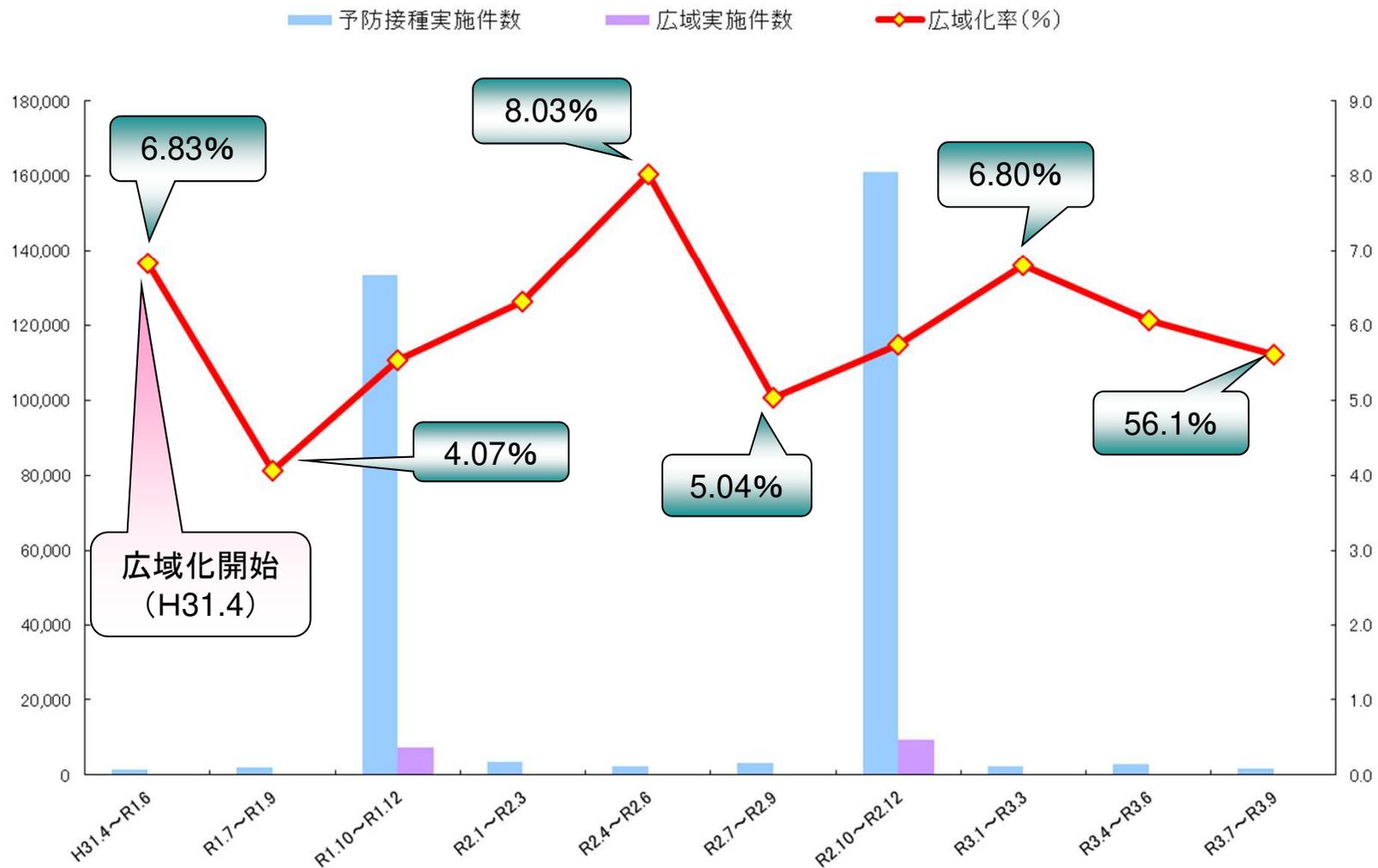


A類定期予防接種の広域接種率の推移 ～半期ごと～



※A類定期接種は、令和2年度より広域化率が10%を上回っている。

B類定期予防接種の広域接種率の推移 ～3ヶ月ごと～



※B類定期予防接種のインフルエンザワクチンは、10月～12月の間で行われることから接種件数が高くなっている。

予防接種ワクチンの分類について

「定期の予防接種」とは、予防接種法に規定された疾病に対する予防接種で、接種目的によりA類とB類に分類される。

【A類疾病】

目的：疾患の発生及び集団でのまん延を予防

※A類疾病に対する予防接種の対象者には、接種を受けるための**努力義務**が課せられています。



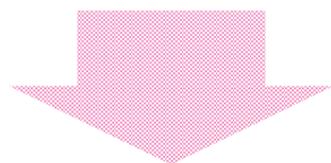
【B類疾病】

目的：個人の発病及びその重症化を予防し、併せてその集団でのまん延を予防



広域的予防接種対象ワクチンについて

A類の定期予防接種のワクチンが対象

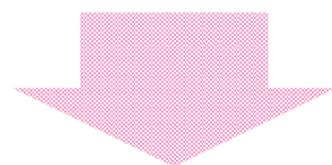


DPT-IPV（4種混合）、DPT（3種混合）、
DT、不活化ポリオ、MR、麻しん単独、風
しん単独、日本脳炎、BCG、ヒブ、小児用
肺炎球菌、子宮頸がん予防HPV）、
水痘、B型肝炎、ロタウイルス

計 15 種類

広域的予防接種対象ワクチンについて

B類の定期予防接種のワクチンが対象



インフルエンザ
高齢者用肺炎球菌ワクチン

計2種類

B類定期予防接種の対象年齢など

インフルエンザ（インフルエンザHAワクチン）

対象者	65歳以上の者 60歳以上65歳未満で心・腎・呼吸器疾患、A I D S患者で障害を有する
接種回数	年1回
接種量	0.5ml
接種方法	皮下接種

高齢者の肺炎球菌（23価肺炎球菌莢膜ポリサッカライド ワクチン）

対象者	65歳の者（2019年度～2023年度までの予定） 60歳以上65歳未満で心・腎・呼吸器疾患、A I D S患者で障害を有する <u>※2019年度から2023年度までの5年間、引き続き「65歳、70歳、75歳、80歳、85歳、90歳、95歳又は100歳となる日の属する年度の初日から当該年度の末日までの間にある者」を定期接種の対象者（過去に23価肺炎球菌莢膜ポリサッカライド ワクチンを一度も接種したことがない方）とする。</u>
接種回数	1回
接種量	0.5ml
接種方法	皮下接種または筋肉内注射

広域的定期予防接種の対象者

次のいずれかに該当する者

- ① かかりつけ医が指定区域外にいる者
- ② 基礎疾患を有する等の医学的な理由により、接種の判断を行うに際し注意を要する者であって、主治医が指定区域外にいる者
- ③ 母親の出産等に伴い、指定区域外に長期間滞在している者
- ④ 指定区域外の施設等に入所している者
- ⑤ その他、やむを得ない事情により指定区域で予防接種を受けることが困難な者

ただし、事前に市町長の承諾(市町への連絡)を必要とすることができる。

POINT!

小児への接種については、特別な理由なく複数の医療機関で接種するいわゆる「はしご」を防止することで接種事故を防ぐことが重要である。

窓口での確認事項（A類の場合）

- ✓予診票（各市町発行のもの）
- ✓母子健康手帳
- ✓子ども医療費受給資格者証や健康保険証
- ✓保護者は同伴しているか

※ 15歳未満に至るまでの接種希望者は、母子健康手帳が必須です。15歳以上を超える接種希望者も、原則として母子健康手帳を持参。

窓口での確認事項（B類の場合）

✓接種前に、予防接種の通知書その他の本人確認書類（保険証や運転免許証等）の提示を求めるなど、対象者であることを慎重に確認する。

✓老健施設については従来どおり個別での契約となっています。広域での予防接種可能な医療機関は福井県医師会会員が属する医療機関で本会に対し委任状の提出をなされた機関のみとなる。

広域的定期予防接種の委託契約料金

接種希望者が居住する市町が定める委託単価（郡市区等医師会との契約単価）

・予診のみの場合は、原則市町は負担しません。ただし、一部の市町においては、市町が定める料金を助成するため、請求することができる。

（令和3年度実績）

＜A類の場合予診のみで助成を行っている市町＞

福井市・鯖江市・越前市・敦賀市・南越前町・池田町・美浜町

＜B類の場合予診のみで助成を行っている市町＞

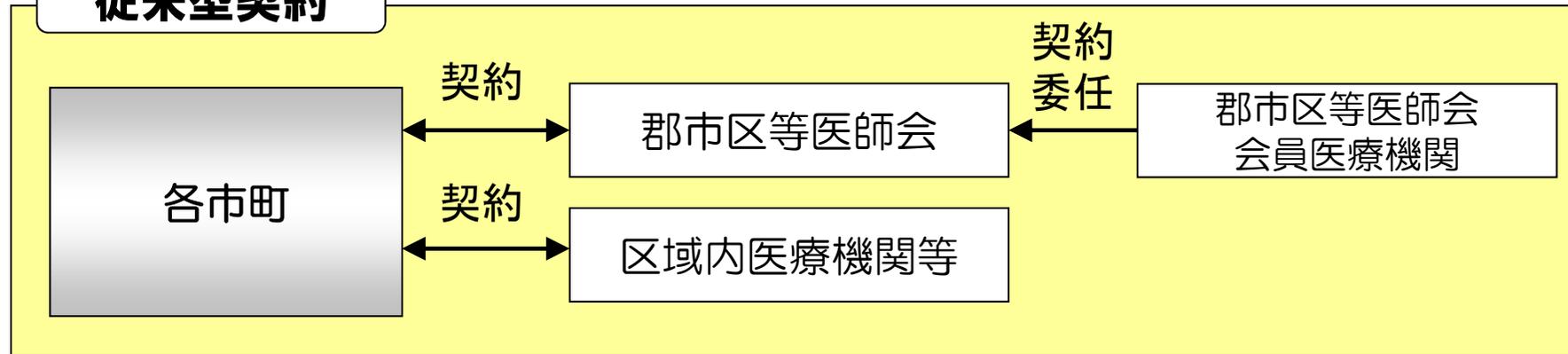
福井市・鯖江市・越前町・越前市・南越前町・池田町

※委託料金一覧は4月上旬ごろ送付予定（医療情報ネットふくいにも掲載）

※インフルエンザワクチンの委託料金は10月上旬に送付予定

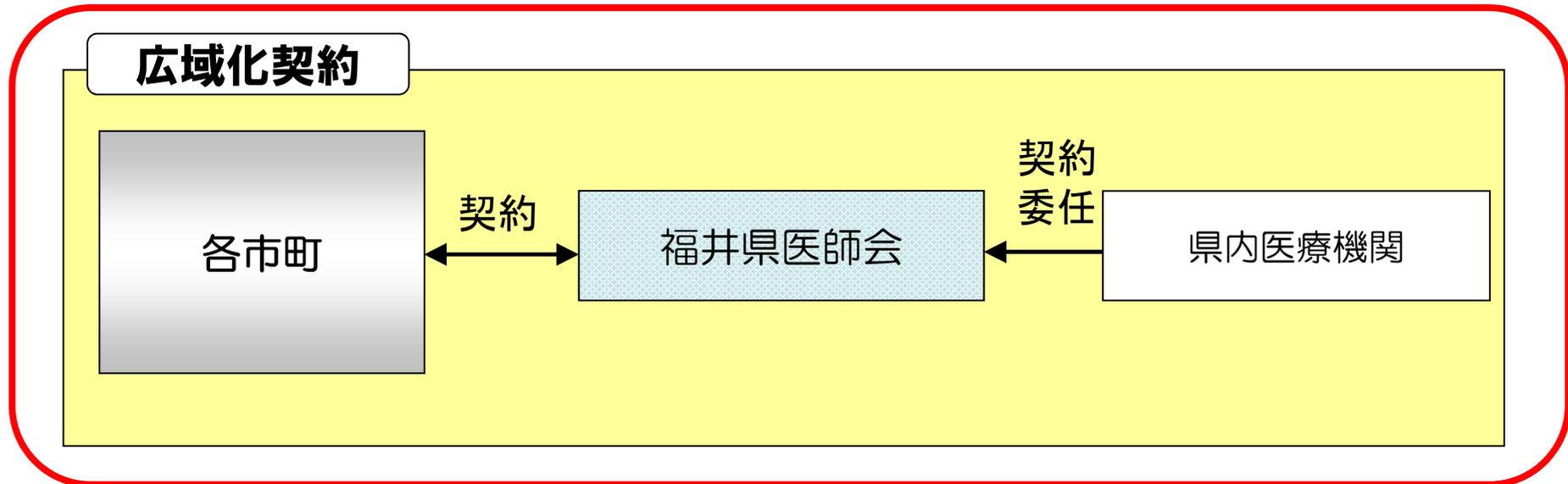
広域予防接種の契約体系

従来型契約



+

広域化契約



定期予防接種の委託料等請求書送付先

①医療機関の所在地	②対象者の住所	③委託料等請求書送付先	
福井市	福井市、永平寺町	福井市医師会	従来型契約
	その他	福井県医師会	広域
永平寺町	永平寺町、福井市	福井市医師会	従来型契約
	その他	福井県医師会	広域
あわら市	あわら市	あわら市	従来型契約
	坂井市	坂井市	
	その他	福井県医師会	広域
坂井市	坂井市	坂井市	従来型契約
	あわら市	あわら市	
	その他	福井県医師会	広域
大野市	大野市	大野市	従来型契約
	その他	福井県医師会	広域
勝山市	勝山市	勝山市	従来型契約
	その他	福井県医師会	広域
鯖江市	鯖江市、池田町	鯖江市医師会	従来型契約
	その他	福井県医師会	広域
越前町	越前町	丹生郡医師会	従来型契約
	その他	福井県医師会	広域
越前市	越前市、南越前町	武生医師会	従来型契約
	その他	福井県医師会	広域
南越前町	南越前町、越前市	武生医師会	従来型契約
	その他	福井県医師会	広域

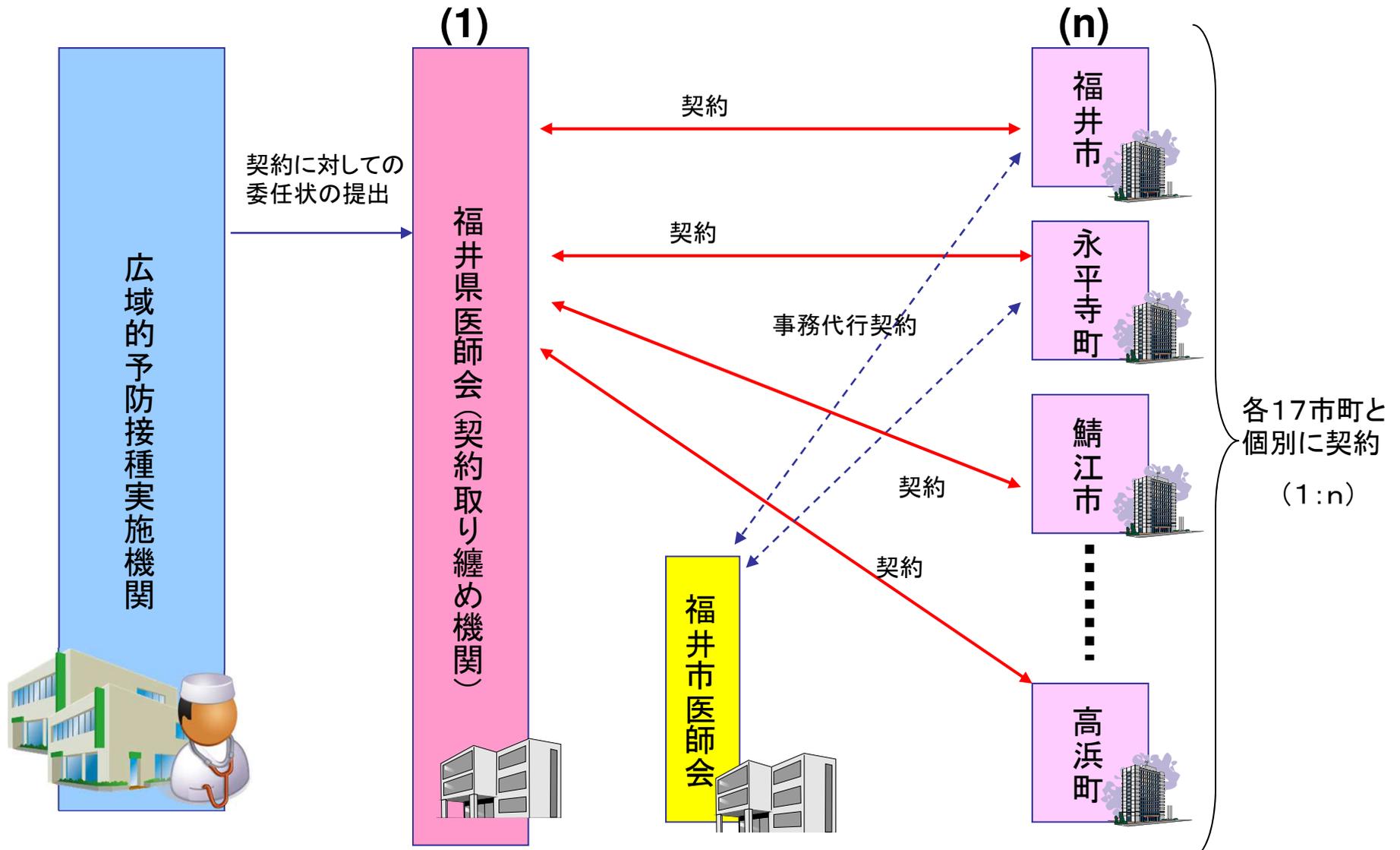
定期予防接種の委託料等請求書送付先

①医療機関の所在地	②対象者の住所	③委託料等請求書送付先	
池田町	池田町、鯖江市	鯖江市医師会	従来型契約
	その他	福井県医師会	広域
敦賀市	敦賀市	敦賀市	従来型契約
	美浜町	美浜町	
	若狭町	若狭町	広域
	その他	福井県医師会	
美浜町	美浜町	美浜町	従来型契約
	若狭町	若狭町	広域
	その他	福井県医師会	
小浜市	小浜市	小浜市	従来型契約
	若狭町	若狭町	
	おおい町	おおい町	
	高浜町	高浜町	
	その他	福井県医師会	広域
若狭町	若狭町	若狭町	従来型契約
	小浜市	小浜市	従来型契約 (一部を除く)
	おおい町	おおい町	
	高浜町	高浜町	広域
	その他	福井県医師会	
おおい町	おおい町	おおい町	従来型契約
	小浜市	小浜市	
	高浜町	高浜町	
	若狭町	若狭町	従来型契約 (一部を除く)
	その他	福井県医師会	広域
高浜町	高浜町	高浜町	従来型契約
	若狭町	若狭町	
	おおい町	おおい町	
	その他	福井県医師会	広域
福井大学医学部 附属病院(入院のみ)	その他	福井県医師会	広域

注) 上記に該当しない医療機関もありますので、不明な場合は市町予防接種担当課または郡市区等医師会に確認してください。

注) 広域的予防接種の手引きのP16~18をご参照ください。

広域予防接種の実施に伴う契約の方法



今後のスケジュール

1 2月28日（火）よりWEB研修を開始、資料等を確認する。
募集案内を医療機関へ配布

参加申込をする場合には3点を県医師会へ提出

- ①様式1：福井県広域的予防接種協力承諾書兼委任状
- ②確認シート
- ③研修内容チェックシート

参加募集提出期日は**1月27日（木）（必着）**までに

参加医療機関一覧を作成し、前年度郡市区等医師会が各市町と契約されている定期予防接種（従来型）の契約に参加されているかについて各郡市区等医師会に対し確認依頼（2月下旬）

今後のスケジュール

参加医療機関一覧を作成し、県へ提出（3月上旬）

県は参加医療機関一覧を各市町へ提出（3月中旬）

参加医療機関に対し委託料金一覧を送付
（3月下旬～4月上旬）

※（インフルエンザは10月上旬）ごろに送付

各市町と個別契約を実施（4月1日）

提出様式

1

(様式1：県医師会提出用)

福井県広域的予防接種協力承諾書兼委任状

年 月 日

一般社団法人福井県医師会長 様

医療機関名

所在地

電話

法人名

代表者名

Ⓜ

(法人にあつては、代表印を押印すること)

当医療機関の予防接種業務を行う医師は、福井県広域的予防接種の業務に協力することを承諾します。

また、一般社団法人福井県医師会長を代理人と定め、当該業務について福井県内の市町長と委託契約を締結する権限を委任します。

記

1 実施する予防接種の種類

予防接種の種類	実施	予防接種の種類	実施
4種混合(DPT-IPV)		日本脳炎	
3種混合(DPT)		BCG	
2種混合(DT)		ヒブ	
不活化ポリオ		小児用肺炎球菌	
麻しん風しん混合(MR)		子宮頸がん	
麻しん		水痘	
風しん		B型肝炎	
ロタウイルス		高齢者用肺炎球菌	
インフルエンザ(高齢者)			

※ 広域的予防接種として実施するものに○をつけてください。

2 実施期間

年4月1日から

年3月31日まで

(参考様式：医療機関の管理者提出用)

福井県広域的予防接種協力承諾書兼委任状

年 月 日

医療機関の長 様

住 所

氏 名

Ⓜ

私は、福井県広域的予防接種の業務に協力することを承諾します。

また、一般社団法人福井県医師会長を代理人と定め、当該業務について福井県内の市町長と委託契約を締結する権限を委任します。

実施期間

年4月1日から

年3月31日まで

医療機関所属の広域的予防接種に協力する医師から承諾書兼委任状を取り纏める(県医師会への提出は不要)

令和4年度福井県医師会広域的予防接種に関する研修を
修了したことを証明する確認シート

この確認シートは、広域的予防接種に関する研修を履修したことを証明する書類として、福井県医師会に提出していただくものです。以下について回答し、必要書類とあわせてご提出ください。未記入・誤記入等ある場合は、研修を修了したものと認められませんのでご注意ください。

医療機関名	
記載者名 (受講者名)	① (自署または押印必要)
記載者職種	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 事務 <input type="checkbox"/> その他 ()
記載年月日	西暦 年 月 日

次の資料を読みましたら、チェック欄に☑してください。

- (1) 広域的予防接種の概要と留意点
- (2) 予防接種における誤接種を防ぐために
- (3) 広域的予防接種における令和4年度契約の手続き並びに請求における留意事項について
- (4) 実施要領・手引き

(1)～(4)の説明資料を読みました。

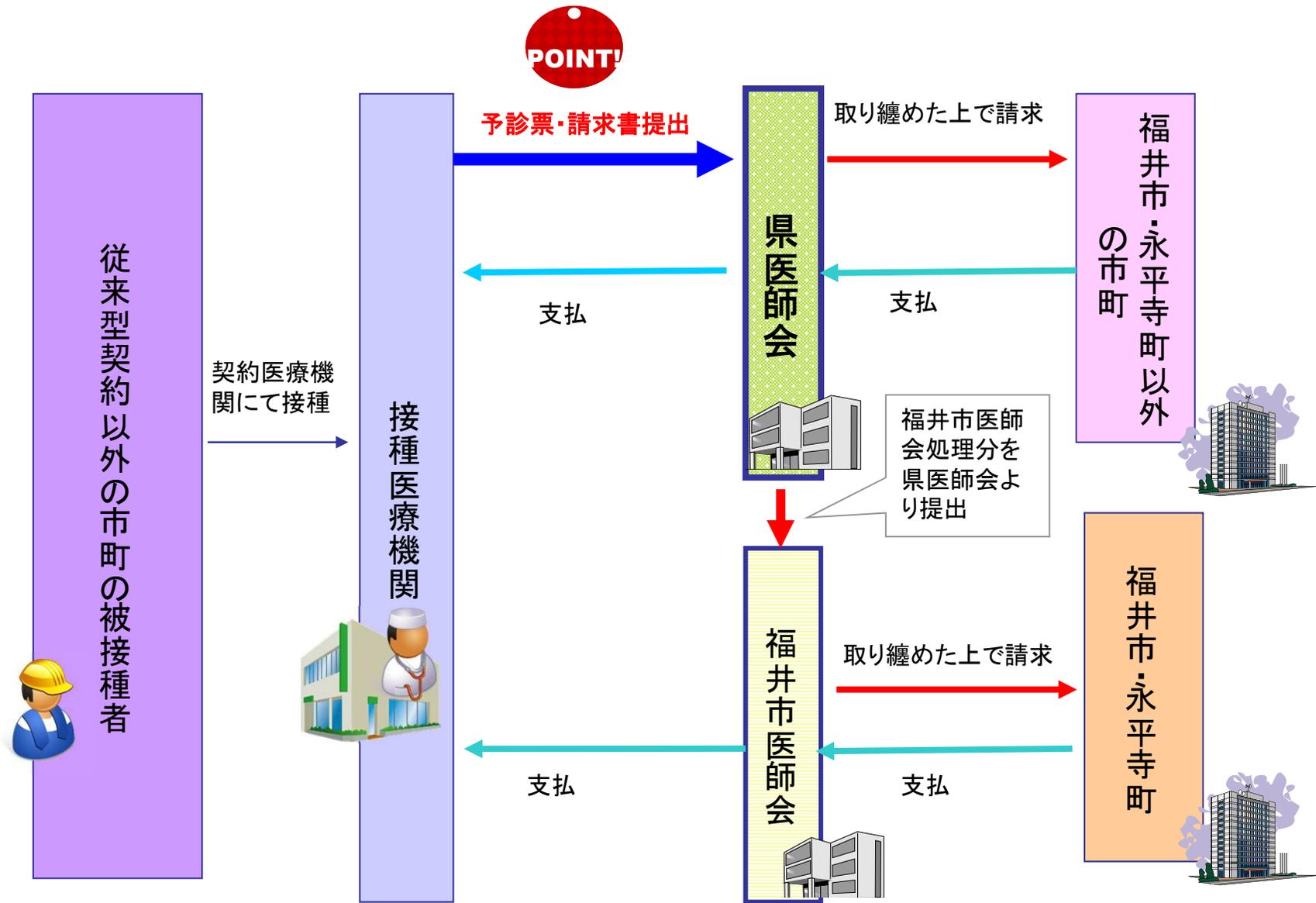
研修内容チェックシート

以下の質問について、○か×で解答してください。

	質問内容	解答欄
1	予防接種法において定期予防接種の対象となっている疾患について、新型コロナウイルス感染症に係るワクチン接種も含まれる。	
2	地域の定期予防接種事業への契約に令和3年度参加をしていることが条件の一つになっているが、更にA類定期予防接種を広域で実施する場合の条件として、地域の定期予防接種事業への契約に令和3年度参加をし、なおかつ毎年研修会への受講が必要である。またB類定期予防接種を広域で実施する場合にも参加を行う初年度のみ研修会への受講が必要であるが、2年日以降は研修への参加は免除され自動更新となる。	
3	他県の方の接種を本事業にて実施することは可能である。	
4	2種類以上の予防接種を同時に同一の接種対象者に対して行う同時接種は、医師が特に必要と認めた場合に行うことができるが、複数のワクチンを混合して同じ注射器内に入れて接種してはならない。	
5	予防接種における接種間隔は予防接種法において同じ種類のワクチンを複数回接種する場合は、定められた接種間隔にて接種を行う必要があるが、異なるワクチンを接種する際の接種間隔の規定はない。	

お疲れ様でした。福井県医師会のホームページに上記質問の解答をアップロードしておりますので、必ず御確認ください（誤答があれば赤字で修正してください）。解答を御確認後、ホームページの案内に沿って、必要書類の提出をお願いします。

広域予防接種の場合の提出・請求の流れ(2022/4月実施、5月請求分より)
(A類・B類定期予防接種の場合)



県医師会への請求書類＜通常のケース＞ ①

（福井市・永平寺町以外の被接種者の場合）

様式7-1

(様式7-1)

請求書

金 _____ 円

但し、 _____ 年 _____ 月分、広域的予防接種委託料として
（内訳：別紙7-2実績報告書のとおり）

市町名	料金(円)	市町名	料金(円)
福井市		敦賀市	
永平寺町		美浜町	
あわら市		小浜市	
坂井市		高浜町	
大野市		おおい町	
勝山市		若狭町	
船江市			
越前町			
越前市			
池田町			
南越前町			

上記のとおり請求します。
 _____ 年 _____ 月 _____ 日

福井県医師会長 様

医療機関所在地 〒 _____

医療機関名 _____

代表者職氏名 _____ 印

連絡先電話番号 _____

振込先	銀行	支店
口座番号	普通・当座	
フリガナ		
口座名義		

※口座名義は銀行に登録されている正式名称を正確で確認の上、必ずカタカナでふり仮名を振ってください。
 ※請求の際は、実施月分の本請求書（様式7-1）、実績報告書（様式7-2）、予診票を提出してください。

様式7-2

(様式7-2)

実績報告書

医療機関名 _____

合計金額 _____ 円

月分実績報告（市町名： _____ ）

予防接種名	単価(円)	件数	計(円)
4種混合(DPT-IPV)			
3種混合(DPT)			
2種混合(DT)			
不活化ポリオ(IPV)			
麻疹風しん混合(MR)			
麻疹			
風しん			
日本脳炎			
BCG			
ヒブ			
小児用肺炎球菌			
子宮頸がん(ヒトパピローマウイルス)			
水痘			
B型肝炎			
インフルエンザ			
高齢者用肺炎球菌			
予診のみ			
計			

※1 市町ごとに作成してください。
 ※2 予診票を添付してください。

予診票

実施要領に添付

市町ごとに作成

県医師会への請求書類＜予診のみで請求可能なケース＞② (福井市・永平寺町以外の被接種者の場合)

様式7-1

(様式7-1)

請求書

金 _____ 円

但し、 _____ 年 _____ 月分、広域的予防接種委託料として
(内訳：別紙7-2実績報告書のとおり)

市町名	料金(円)	市町名	料金(円)
福井市		敦賀市	
永平寺町		美浜町	
あわら市		小浜市	
坂井市		高浜町	
大野市		おおい町	
勝山市		若狭町	
鯖江市			
越前町			
越前市			
池田町			
南越前町			

上記のとおり請求します。
_____ 年 _____ 月 日

福井県医師会長 様

医療機関所在地 〒 _____

医療機関名 _____

代表者職氏名 _____ 印

連絡先電話番号 _____

振込先	銀行	支店
口座番号	普通・当座	
フリガナ		
口座名義		

※口座名義は銀行に登録されている正式名称を正確で確認の上、必ずカタカナでふり仮名を振ってください。
※請求の際は、実施月分の本請求書(様式7-1)、実績報告書(様式7-2)、予診票を提出してください。

様式7-2

(様式7-2)

実績報告書

医療機関名 _____

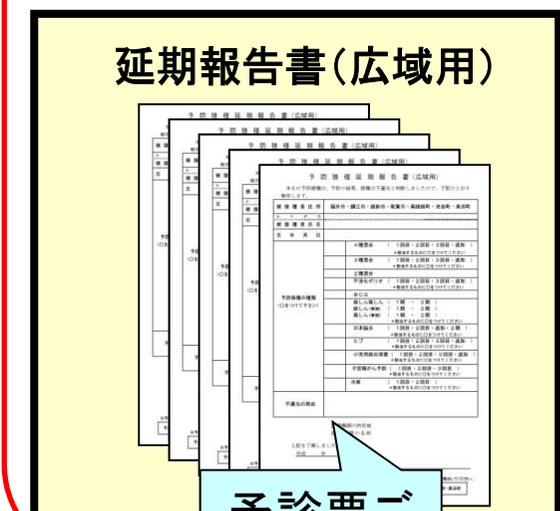
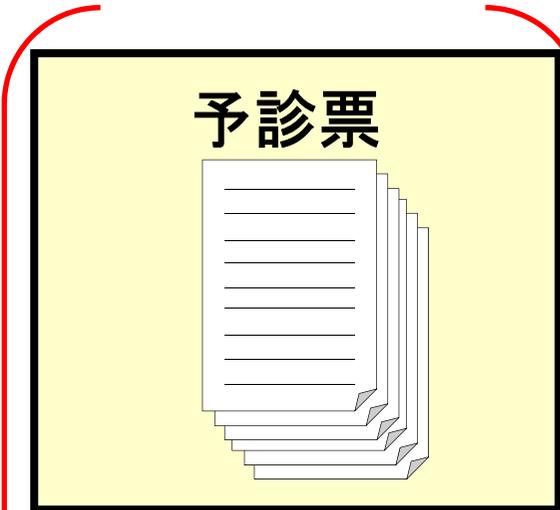
合計金額 _____ 円

月分実績報告(市町名: _____)

予防接種名	単価(円)	件数	計(円)
4種混合(DPT-IPV)			
3種混合(DPT)			
2種混合(DT)			
不活化ポリオ(IPV)			
麻疹風しん混合(MR)			
麻疹			
風しん			
日本脳炎			
BCG			
ヒブ			
小児用肺炎球菌			
子宮頸がん(ヒトパピローマウイルス)			
水痘			
B型肝炎			
予診のみ			
計			

※1 市町ごとに作成してください。
※2 予診票を添付してください。

市町ごとに作成



予診票ごとに1枚

県医師会への請求書類〈通常のケース〉 (福井市・永平寺町の被接種者の場合)

請求書

R2年10月1日改訂
R2年度用

福井市 予防接種実施委託料請求書(広域接種)
但し、年 月 分として

予防接種名	接種者数	単価	金額	予防接種名	接種者数	単価	金額
四種混合	1回目	名	円	不活化ポリオ	1回目	名	円
	2回目	名	円		2回目	名	円
	3回目	名	円		3回目	名	円
	追加	名	円		追加	名	円
三種混合1期	1回目・追加	名	円	子宮頸がん予防ワクチン	1回目	名	円
	2回目・3回目	名	円		2回目	名	円
二種混合2期(DT)	名	円			3回目	名	円
麻疹	1期	名	円	ヒブ	1回目	名	円
	2期	名	円		2回目	名	円
麻疹(単独)	1期・2期	名	円		3回目	名	円
麻疹(単独)	1期・2期	名	円		追加	名	円
BCG		名	円	小児用肺炎球菌	1回目	名	円
日本脳炎	1回目	名	円		2回目	名	円
	2回目	名	円		3回目	名	円
	追加	名	円		追加	名	円
B型肝炎	1期	名	円	水痘	1回目	名	円
	2期	名	円		2回目	名	円
	追加	名	円	ロタウイルス(ロタテック)	1回目	名	円
ロタウイルス(ロタテック)	1回目	名	円		2回目	名	円
	2回目	名	円		3回目	名	円
	高齢者用肺炎球菌(自己負担あり)	名	円	高齢者用肺炎球菌(自己負担なし)	名	円	
インフルエンザ(自己負担あり)	名	円	インフルエンザ(自己負担なし)	名	円		
問診のみ(A類)	名	円	問診のみ(B類)	名	円		
合計							

医療機関コード：
※データ入力の際に必要となりますので、コードのご記入をお願いします。

上記のとおり請求します。

年 月 日

福井市医師会長 様

所在地

名称

代表者氏名

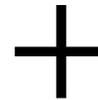
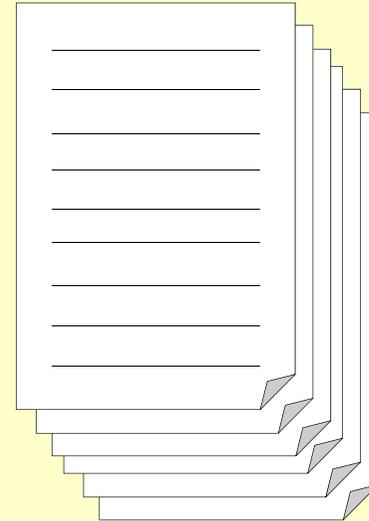
印

振込先ご記入欄(初めて請求される場合、振込先を変更される場合にご記入下さい。)

金融機関名		預金科目	普通・当座	口座番号
支店名				
ふりがな口				
口座名義				

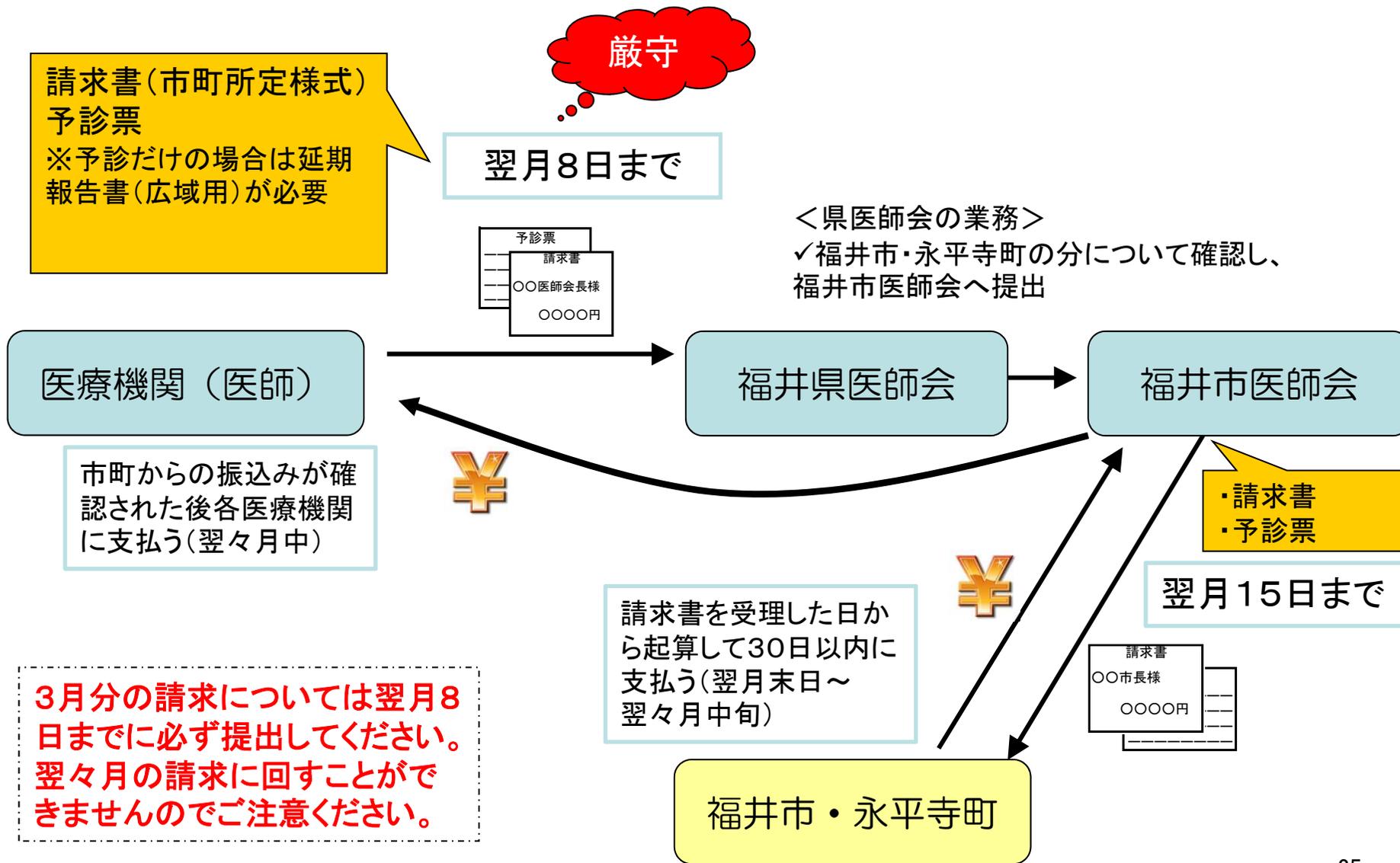
※お手数ですが、請求書ご提出の際は、「広域予防接種請求書-在中」と併せてご提出下さいませ。お願いします。

予診票



福井市と永平寺町ごとに作成

広域的予防接種の請求手続きについて (請求、予診票確認の流れ)福井市・永平寺町の場合



令和3年度中での請求における不備が多かった事項

＜不備の多い事項＞

- ✓実施日の記載がない。
- ✓実施場所の記載がない。
- ✓医師名の記載がない。
- ✓保護者の氏名がない。
- ✓保護者同意欄への記載がない。
- ✓医師記入欄の実施可能欄への記載が抜けている。
- ✓請求単価を間違って記載してくるケースがある。（契約単価が違う）
- ✓接種量の記載がない。
- ✓医療機関名の記載がない。
- ✓生年月日が間違っている。（保護者の記入ミス）
- ✓被接種者自署欄への記載がない（B類定期予防接種）

重 要

今日の予防接種について質問がありますか

署名は医師の直筆あるいは医師氏名をゴム印等で記名した場合には**医師の押印**が必要

医師記入欄

以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は（ 実施できる・見合わせた方がよい ）と判断します。

保護者に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明をしました。

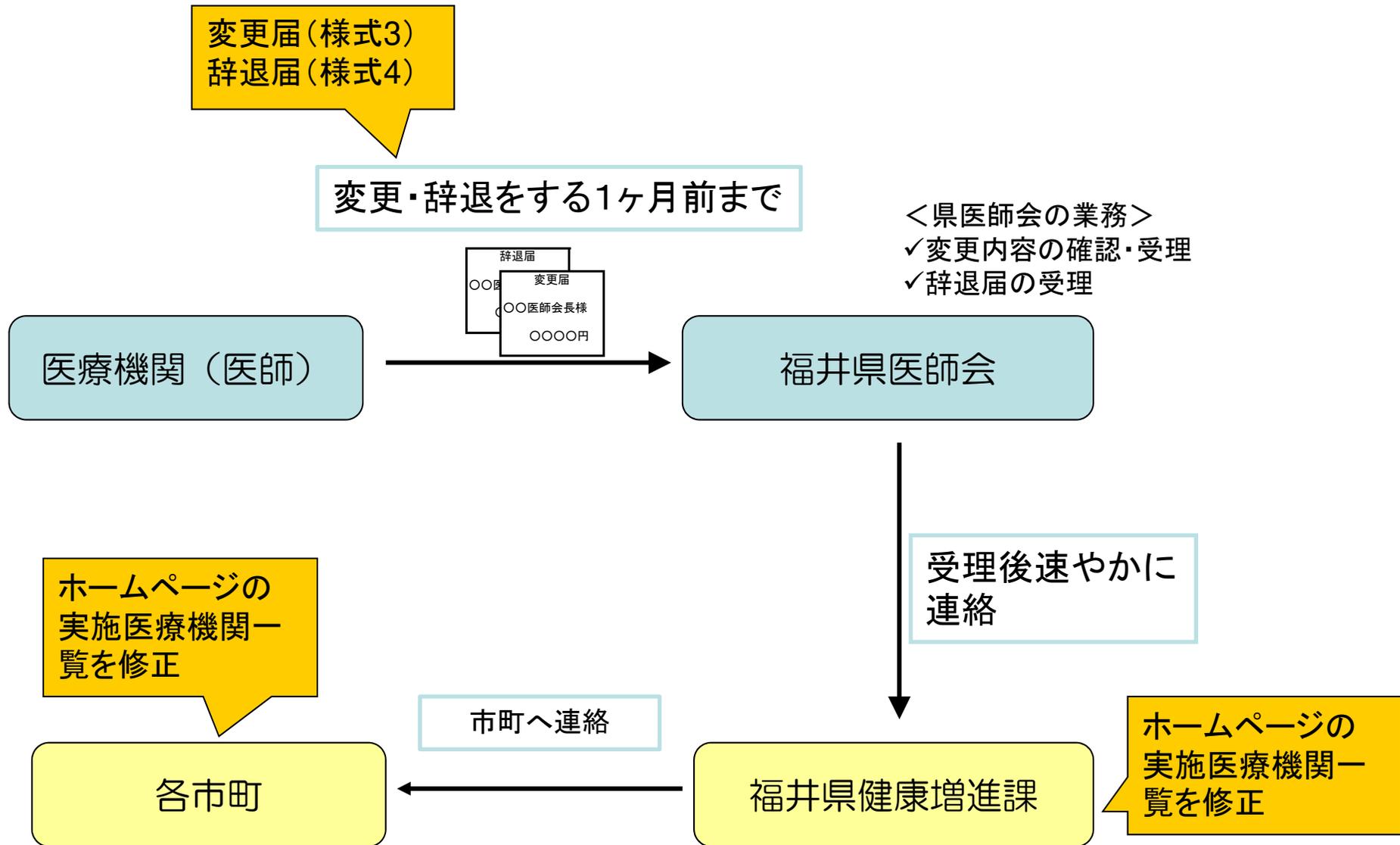
医師署名又は記名押印 福井 太郎 印

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、予防接種健康被害救済制度などについて理解した上で、接種することに（ 同意します・同意しません ）※かつこの中のどちらかを○で囲んでください。

この予診票は、予防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、本予診票が市町村に提出されることに同意します。

保護者自署

変更の場合、辞退の場合の手続き



(様式3：県医師会提出用)

変更届

年 月 日

一般社団法人福井県医師会 会長 様

医療機関名
所在地
電話
法人名
代表者名 ㊟
(法人にあつては、代表印を押印すること)

福井県広域的予防接種に係る契約について、下記のとおり変更しますので届け出ます。

記

	変更の内容
変更後	
変更前	

※本届出は、変更する1か月前までに提出すること。

(様式4：県医師会提出用)

辞退届

年 月 日

一般社団法人福井県医師会 会長 様

医療機関名
所在地
電話
法人名
代表者名 ㊟
(法人にあつては、代表印を押印すること)

福井県広域的予防接種に係る契約について、年 月 日をもって解除し、予防接種の実施を辞退します。

ご不明な点がある場合には！！

1. 福井県医師会

(請求手続きの不明な点等についての問い合わせ、事故の報告など)

電話 0776-24-0387

FAX 0776-21-6641

2. 広域接種の事務代行を行う市医師会（福井市医師会）

(請求手続きの不明な点等についての問い合わせ)

電話 0776-23-0587

FAX 0776-22-0347

3. 市町予防接種担当窓口

(予診票の記載方法、保護者同伴などの各種手続きについての問い合わせ、事故の報告など)

4. 福井県健康福祉部保健予防課

(手引きや実施要領等についての問い合わせ)

電話 0776-20-0351

5. 各種様式・手引き・要綱はホームページに掲載

福井県広域的予防接種に関するホームページ

URL : <https://www.pref.fukui.lg.jp/doc/kenkou/kouikisessyu.html>

