

岐阜県広域化予防接種事業実施要領

第1 目的

市町村長が行う予防接種法（昭和23年法律68号）第5条に規定する定期の予防接種の実施医療機関の範囲を、県内全域とすることにより、定期の予防接種対象者の利便性を増し、感染症予防の手段である予防接種率の向上及び健康被害の防止を図ることを目的とする。

第2 対象者

- (1) 居住する市町村以外の市町村にかかりつけ医がいる者
- (2) やむを得ない事情により居住する市町村で予防接種を受けることが困難な者

第3 対象予防接種

対象となる予防接種は、予防接種法に規定する定期の予防接種とする。

第4 接種協力医師

- 1 予防接種による健康被害を最小限にするため、接種を行う医師は、下記(1)、(2)のいずれかを満たす医師のうち、本事業に賛同する者（以下「接種協力医師」という。）とする。
 - (1) 前年度に市町村の定期の予防接種の委託契約を締結している医療機関（以下「前年度市町村事業受託医療機関」という。）に所属する医師（法人化等により開設者を変更し、管理者が同一である前年度市町村事業受託医療機関に所属する医師である場合を含む。）
 - (2) 岐阜県が認める次に掲げるいずれかの講習を受講した医師
 - ① 岐阜県が開催する予防接種に関する講習（委託事業を含む。）
 - ② 一般社団法人岐阜県医師会（以下「県医師会」という。）が開催する予防接種に関する講習
 - ③ 岐阜県広域化予防接種事業に関するオンライン講習
- 2 接種協力医師は、予防接種の安全性と質を高めるため、1(2)①又は②の講習を受講するよう努める。
- 3 接種協力医師は、第3に規定する対象予防接種のうち接種可能な予防接種について実施する。

第5 定期予防接種の取扱い

接種希望者が、本事業に参加する他の市町村長が実施する定期の予防接種の期間内に予防接種を受けた場合は、その予防接種は居住する市町村長の実施する定期の予防接種となるものとする。

第6 接種の手続き

- 1 接種希望者は、居住する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、接種協力医師の所属する医療機関（以下「接種協力医療機関」という。）に接種の申し込みをする。

ただし、対象者に制限を設けない市町村については、事前連絡は不要とし、接種希望者にその旨を周知する。

- 2 接種協力医療機関は、接種希望者からの申し込みがあった時は、居住している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居住している市町村を確認する。

接種協力医師は、接種希望者が居住する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（被接種者が予防接種済証用紙を持参した場合に限る。）に必要な事項を記載して被接種者に交付する。

被接種者の居住する市町村は、接種協力医療機関から予診票が送付された時点で、市町村長の予防接種済証を交付（すでに、母子健康手帳又は予防接種済証に必要な事項を記載して被接種者に交付した場合を除く。）する。

第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を認めた場合は、必要な処置などを行う。

また、予防接種法施行規則（昭和23年厚生省令第36号）第5条に規定する症状を診断した場合は、速やかに「定期の予防接種等による副反応疑いの報告等の取扱いについて」（平成25年3月30日付け健発0330第3号・薬食発0330第1号厚生労働省健康局長・厚生労働省医薬食品局長連名通知）に基づき報告を行う。

- 2 市町村長は、結核（BCG）予防接種の実施に当たって、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等を配布し、コッホ現象と思われる反応が出現した場合は、速やかに接種協力医師を受診するよう周知する。
- 3 コッホ現象を診断した接種協力医師は、被接種者の居住する市町村長に報告する。
- 4 予防接種による健康被害の救済措置は、予防接種法第15条により、被接種者の居住する市町村長が対応する。

第8 契約

- 1 現在行われている市町村長と予防接種に協力する医師（又は、接種に協力する医師の代理人としての地域医師会長）等との契約が優先され、これとは別に本事業の実施に係る契約を締結する。

- 2 次のとおり接種協力医師・医療機関名簿等を作成する。

(1) 県医師会を通じ契約する場合

- ① 本事業への参加を希望する医療機関の長又は管理者は、「岐阜県広域化予防接種事業協力承諾書兼委任状」（様式1）及び「岐阜県広域化予防接種事業協力医師名簿」（様式1-2）を所属する地域医師会に提出する。
- ② 地域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、「岐阜県広域化予防接種事業協力医師・医療機関名簿（地域医師会）」（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 県医師会は各地域医師会から送付された名簿を取りまとめ、「岐阜県広域化予防接種事業協力医師・医療機関名簿（県医師会）」（様式3）を作成又は更新し、岐阜県健康福祉部感染症対策推進課（以下「感染症対策推進課」という。）を通じ、市町村へ送付する。

④ 接種協力医療機関の長又は管理者は、「岐阜県広域化予防接種事業協力承諾書兼委任状」（様式1）及び「岐阜県広域化予防接種事業協力医師名簿」（様式1-2）の内容に変更があった場合は「変更届」（様式4）、当該事業への協力を辞退する場合は「辞退届」（様式5）により地域医師会を通じ県医師会に届け出を行い、県医師会は、感染症対策推進課を通じ、その旨を市町村へ連絡する。

⑤ 接種協力医療機関の長の死亡又は失踪等の理由により、事実上、廃止となっている医療機関にあって、前記④の辞退届（様式5）の受理が困難な場合には「削除届」（様式5-3）により、地域医師会から県医師会に届け出を行うことができる。県医師会は、感染症対策推進課を通じ、その旨を市町村へ連絡する。

(2) (1)以外の方法で契約する場合

① 本事業への参加を希望する医療機関の長又は管理者は、「岐阜県広域化予防接種事業協力申込書」（様式1-3）及び「岐阜県広域化予防接種事業協力医師名簿」（様式1-2）を作成し、感染症対策推進課を通じ、各市町村へ送付する。

② 本事業へ参加する医療機関の長又は管理者は、「岐阜県広域化予防接種事業協力申込書」（様式1-3）及び「岐阜県広域化予防接種事業協力医師名簿」（様式1-2）の内容に変更があった場合は「変更届」（様式4-2）、当該事業への協力を辞退する場合は「辞退届」（様式5-2）を感染症対策推進課に提出し、感染症対策推進課はその旨を市町村へ連絡する。

3 2の(1)及び(2)の接種協力医師・医療機関との契約を希望する市町村は、契約書を作成し、(1)の場合は県医師会長と、(2)の場合は接種協力医療機関・医師と契約を締結する。

4 感染症対策推進課は、原則、毎年3月（インフルエンザ及び新型コロナウイルス感染症については9月）に市町村のワクチン毎の契約単価を取りまとめ、「岐阜県広域化予防接種事業料金表」（様式6）を市町村が契約した機関に送付する。

市町村は、年度途中に当該単価を変更したときは、「岐阜県広域化予防接種事業料金表」（様式6）を速やかに感染症対策推進課に提出する。

第9 委託料

1 委託料は、接種希望者が居住する市町村における定期予防接種の委託契約で定める委託料単価と同一とする。なお、定期予防接種の委託契約が集団接種の場合又は個別接種でワクチン購入費を含まない場合は、その市町村において接種委託料単価を別に定める。

2 B類疾病の予防接種については、前記1に加え、以下のとおりとする。

(1) 被接種者が居住する市町村の負担額を接種委託料とする。

(2) 被接種者自己負担金は居住する市町村が定める料金を接種医療機関において徴収

する。

第10 実績報告

接種協力医療機関の長は、委託業務の毎月の実施状況を「広域化予防接種事業実施報告書兼請求書」（様式7）に取りまとめ、予診票を添付し、契約書に定める期日までに被接種者の居住する市町村長へ送付する。

第11 委託料の支払い

市町村長は、接種協力医療機関の長から「広域化予防接種事業実施報告書兼請求書」（様式7）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、接種協力医療機関の長に対し、「広域化予防接種事業委託料確定通知書」（様式8）を必要に応じて交付するとともに、「広域化予防接種事業実施報告書兼請求書」（様式7）を受領した日から契約書に定める期日までに委託料を支払うものとする。

第12 情報提供

感染症対策推進課は、岐阜県広域化予防接種協力医療機関又は岐阜県広域予防接種事業料金表に変更があった場合は保健所及び各市町村へ情報提供するとともに県ホームページに掲載する。

附 則

この要領は、平成24年11月30日から施行する。

附 則

この要領は、平成25年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成26年2月28日から施行する。

附 則

この要領は、平成26年8月6日から施行する。

附 則

この要領は、平成28年7月27日から施行する。

附 則

この要領は、令和元年11月21日から施行する。

附 則

この要領は、令和2年10月1日から施行する。

附 則

この要領は、令和4年2月21日から施行する。

附 則

この要領は、令和6年8月23日から施行する。

附 則

この要領は、令和7年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、令和 8 年 4 月 1 日から施行する。

(様式1)

岐阜県広域化予防接種事業協力承諾書兼委任状

令和 年 月 日

一般社団法人岐阜県医師会長 様

医療機関名
所在地
電話
医療機関の長
又は管理者名

私は、県内各市町村長が予防接種法第5条の規定に基づき実施する定期の予防接種に係る岐阜県広域化予防接種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市町村長との岐阜県広域化予防接種事業に関する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岐阜県医師会長に委任いたします。

なお、当機関に所属する接種協力医師は別添岐阜県広域化予防接種協力医師名簿（様式1-2）のとおりであり、事業参加にあたり下記を満たすことを申し添えます。

記

- 前年度に市町村の定期の予防接種の委託契約を締結している医療機関に所属する医師
(法人化等により開設者を変更し、管理者が同一である前年度市町村事業受託医療機関に所属する医師である場合を含む。)
- 岐阜県が認める講習を受講した医師

(様式 1 - 3)

岐阜県広域化予防接種事業協力申込書

令和 年 月 日

岐阜県健康福祉部感染症対策推進課長 様

医療機関名
所在地
電話
医療機関の長
又は管理者名

私は、県内各市町村長が予防接種法第 5 条の規定に基づき実施する定期の予防接種に係る岐阜県広域化予防接種事業に協力いたします。

なお、当機関に所属する接種協力医師は別添岐阜県広域化予防接種協力医師名簿（様式 1 - 2）のとおりであり、事業参加にあたり下記を満たすことを申し添えます。

記

- 前年度に市町村の定期の予防接種の委託契約を締結している医療機関に所属する医師
（法人化等により開設者を変更し、管理者が同一である前年度市町村事業受託医療機関に所属する医師である場合を含む。）
- 岐阜県が認める講習を受講した医師

(様式4)

変 更 届

令和 年 月 日

一般社団法人岐阜県医師会長 様

医療機関名
所在地
電 話
医師名又は
管理者名

定期の予防接種に係る岐阜県広域化予防接種事業に係る届出内容について、下記のとおり変更しますので届け出ます。

変更事項

(変更前)

(変更後)

変更年月日

(様式4-2)

変 更 届

令和 年 月 日

岐阜県健康福祉部感染症対策推進課長 様

医療機関名
所在地
電 話
医師名又は
管理者名

定期の予防接種に係る岐阜県広域化予防接種事業に係る届出内容について、下記のとおり変更しますので届け出ます。

○ 変更事項

(変更前)

(変更後)

○ 変更年月日

(様式5)

辞 退 届

令和 年 月 日

一般社団法人岐阜県医師会長 様

医療機関名
所在地
電 話
医師名又は
管理者名

定期の予防接種に係る岐阜県広域化予防接種事業に係る契約について、下記理由により
辞退します。

辞退理由

辞退年月日

(様式5-2)

辞 退 届

令和 年 月 日

岐阜県健康福祉部感染症対策推進課長 様

医療機関名
所在地
電 話
医師名又は
管理者名

定期の予防接種に係る岐阜県広域化予防接種事業に係る協力について、下記理由により
辞退します。

辞退理由

辞退年月日

(様式5-3)

削 除 届

令和 年 月 日

一般社団法人岐阜県医師会長 様

地域医師会名
会長名

岐阜県広域化予防接種事業に係る届出内容について、事実上、廃止となっている医療機関であると確認しましたので、当該医療機関の削除をお願いします。

記

1 医療機関の名称、所在地

2 確認年月日

令和 年 月 日

(様式6)

岐阜県広域化予防接種事業料金表

市町村名

【問い合わせ先】

市町村担当課名		電 話	
郵便番号		F A X	
所在地		※記載欄が足りない場合は、適宜行を追加してください。	

	ワクチンの種類	年齢区分	委託料(消費税含む)	備考	
A 類	百日せきジフテリア 破傷風混合(DPT)				
	ジフテリア破傷風混合 (DT)				
	急性灰白髄炎				
	百日せきジフテリア 破傷風急性灰白髄炎 ヘモフィルスb型混合				
	麻しん風しん混合(MR)				
	麻しん				
	風しん				
	日本脳炎				
	結核(BCG)				
	ヘモフィルスインフルエンザ 菌b型(Hib)				
	小児用肺炎球菌				
	ヒトパピローマウイルス				
	水痘				
	B型肝炎				
	ロタウイルス感染症				
	RSウイルス感染症				
	B 類	ワクチンの種類	年齢区分等	委託料(消費税含む)	自己負担金
		インフルエンザ			
新型コロナウイルス感染症					
高齢者用肺炎球菌					
带状疱疹					
特記事項					

(様式7)

広域化予防接種事業実施報告書兼請求書

令和 年 月 日

市町村長 様

所在地 _____
医療機関名 _____
電話番号 _____
医師名及び
管理者名 _____

令和 年 月分を別添のとおり予診票を添付し報告するとともに、これに係る委託料を請求します。

記

広域化予防接種事業

ワクチンの種類	年齢区分	委託単価 (円)	接種件数	金額 (円)
合計				

振込口座

銀行・信金 信組・農協		支店
普通・当座 (どちらかに○印を)		
口座番号		
フリガナ		
口座名義人氏名		

(様式8)

広域化予防接種事業委託料確定通知書

令和 年 月 日

様

市町村長

令和 年 月 日付けで実施報告のありました令和 年 月分の広域化
予防接種事業に係る委託料については、次のとおり確定しました。

記

ワクチンの種類	年齢区分	委託単価 (円)	接種件数	金額 (円)
合 計				