

# 青森県内広域予防接種実施要領（平成18年1月24日制定）

## 1 目的

市町村が行う定期予防接種について、県内住所地市町村外の医療機関においても円滑に接種できる体制を整備することにより、予防接種率の向上及び接種希望者の利便性を考慮した接種体制を推進することを目的とする。

## 2 対象者

(1) 県内広域予防接種の対象者は、次の各号のとおりとする。

- ① やむを得ない事情により接種機会を逃した者
- ② 里帰り出産等のため実家などで予防接種を希望する者
- ③ 接種要注意者（基礎疾患を有する者等）でかかりつけ医がいるなど住所地市町村外での予防接種を希望する者 等

(2) ただし、市町村の判断により、かかりつけ医が住所地市町村外にいる者等も対象者とすることができる。

## 3 対象予防接種

- (1) 四種混合
- (2) 二種混合
- (3) MR混合（第1期及び第2期に限る）
- (4) 日本脳炎
- (5) BCG
- (6) ポリオ
- (7) HPV
- (8) ヒブ
- (9) 小児用肺炎球菌
- (10) 水痘
- (11) B型肝炎
- (12) ロタウイルス

## 4 実施方法

(1) 市町村の依頼書の発行は必要としない。

(2) 予診票は、住所地市町村の既存のものを使用する。

(3) 接種手続きは次のとおりとする。

- ① 接種希望者は、事前に住所地市町村に対し、住所地市町村外での接種を希望する旨を電話等で申し出する。
- ② 住所地市町村は、接種希望者から申し出があった際に、住所、希望する予防接種の種類及び医療機関名、広域予防接種を希望する理由等を確認する。

対象者の要件に該当すると認められるときは承諾する旨回答し、接種手続きについて説明する。

- ③ 医療機関は、接種希望者から申込みがあった際に、接種希望者から

住所、希望する予防接種の種類及び住所地市町村からの承諾の有無等を確認し、対象者であると判断された場合に予約を受ける。

また、接種当日に母子手帳等により住所を確認するほか、住所地市町村から事前に承諾を得ているか不明確な場合は、医療関係者が住所地市町村に電話で確認した後に接種を行う。

- ④ 接種協力医師は、接種後、母子健康手帳に必要事項を記載する。

## 5 契約

### (1) 現行の定期予防接種委託契約

市町村と郡市医師会又は医療機関との間で締結している現行の定期予防接種委託契約はそのまま存続させ、これを優先する。

### (2) 県内広域予防接種委託契約

- ① 各市町村長と青森県医師会長との間で、毎年度、別紙様式1により契約を締結する。

青森県医師会長は、県内広域予防接種について協力することを承諾した医師の代理人として契約を行う。

- ② 県内広域予防接種に協力することを承諾した医師の所属する医療機関（以下「広域予防接種協力医療機関」という。）の代表者は、青森県医師会長に委任状（別紙様式2）を提出する。

ただし、委任状の内容に変更がないと認められる場合は、契約期間にかかわらず、継続して有効なものとして取り扱うことができる。

- ③ ②で提出した委任状の内容に変更がある又は辞退する場合には、青森県医師会長に変更届（別紙様式7）又は辞退届（別紙様式8）を提出する。

### (3) 県内広域予防接種協力医療機関名簿

青森県医師会は、毎年度、「青森県内広域予防接種協力医療機関名簿」（別紙様式3）を作成し、各市町村長に配布する。

また、年度中途に広域予防接種協力医療機関の廃止、(2) ③の提出等があった場合は、各市町村長に随時通知する。

## 6 委託料

### (1) 委託料の決定

- ① 市町村は、広域予防接種に係る委託料を決定する。  
「予診のみ」の場合は、委託料を支払わない取り扱いとすることができるものとする。
- ② 委託料は、個別接種料金とし、接種手技料とワクチン代を合算した金額（消費税10%を含む）とする。

### (2) 県内広域予防接種委託料金表（一覧表）

- ① 市町村は、毎年度、「青森県内広域予防接種委託料金表」（別紙様式4）を作成し、青森県医師会へ提出する。
- ② 青森県医師会は、毎年度、各市町村の「青森県内広域予防接種委託

料金表」をとりまとめの上、「青森県内広域予防接種委託料金一覧表」  
(別紙様式5)を作成し、各広域予防接種協力医療機関に配布する。

## 7 請求・支払事務

### (1) 請求事務

広域予防接種協力医療機関は、「青森県内広域予防接種委託料請求書」  
(別紙様式6)に予診票を添えて、契約書に定める期日までに被接種  
者の住所地市町村長へ送付する。

### (2) 支払事務

市町村長は、請求書を審査の上、適正と認めた場合は契約書に定める  
期日までに広域予防接種協力医療機関に対し委託料を支払うものとす  
る。

## 8 広域予防接種協力医療機関

予防接種による健康被害の発生を最小限にするため、広域予防接種協力医  
療機関は、前年度に市町村と定期予防接種の委託契約を締結している医療機  
関(集団接種を行っている医師が所属する医療機関を含む。)のうち、県内  
広域予防接種に協力することを承諾した医療機関とする。

また、実施する予防接種の種類は、定期予防接種において実施している種  
類の範囲内とする。

## 9 健康被害発生時の対応

予防接種法の規定に基づき、被接種者の住所地市町村長が対応する。

## 10 事務処理

本実施要領に関する事務手続きは、県保健衛生課が行う。

### 附 則

この要領は、平成18年4月1日から施行する。

### 附 則

この要領は、平成19年4月1日から施行する。

### 附 則

この要領は、平成22年10月15日から施行する。

### 附 則

この要領は、平成24年9月1日から施行する。

### 附 則

この要領は、平成24年11月1日から施行する。

**附 則**

この要領は、別に通知する日（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4月1日から施行する。

**附 則**

この要領は、平成26年10月1日から施行する。

**附 則**

この要領は、平成28年10月1日から施行する。

**附 則**

この要領は、平成31年2月1日から施行する。

**附 則**

この要領は、平成31年3月12日から施行する。

**附 則**

この要領は、令和元年10月1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3年4月1日から施行する。

**附 則**

この要領は、令和4年4月1日から施行する。

**附 則**

この要領は、令和5年4月1日から施行する。

(別紙様式1)(5の(2)の①関係)

## 青森県内広域予防接種委託契約書

〇〇市町村長(以下「甲」という。)と公益社団法人青森県医師会長(以下「乙」という。)は、予防接種法(昭和23年法律第68号)第5条及び第6条の規定に基づく予防接種のうち、甲が県内他市町村に所在する医療機関において行う予防接種(以下「県内広域予防接種」という。)の実施について、次のとおり委託契約を締結する。

この場合において乙は、公益社団法人青森県医師会の会員等で県内広域予防接種に協力する旨を承諾し、かつ、本契約の締結についての権限を乙に委任した接種協力医師(以下「丙」という。)の代理人として契約をするものとする。

ただし、甲と郡市医師会又は医療機関との間で締結している現行の定期予防接種委託契約は、これを優先する。

(総則)

第1条 甲は、予防接種率の向上及び接種希望者の利便性を考慮した接種体制を推進するため、甲が実施する定期予防接種の対象者のうち、第2項に規定する者が県内他市町村に所在する医療機関において予防接種を受けることを希望した場合に、本契約に基づき県内広域予防接種を実施するものとする。

2 県内広域予防接種の対象者は、次の各号のとおりとする。

(1) やむを得ない事情により接種機会を逃した者

(2) 里帰り出産等のため実家などで予防接種を希望する者

(3) 接種要注意者(基礎疾患を有する者等)でかかりつけ医がいるなど住所地市町村外での予防接種を希望する者 等

3 ただし、市町村の判断により、かかりつけ医が住所地市町村外にいる者等も対象者とすることができる。

(委託業務)

第2条 甲は、本契約をもって県内広域予防接種に係る業務の実施を丙に委託し、丙はこれを受託するものとする。

2 前項の規定に基づき丙が行う業務の範囲は、次の各号のとおりとする。

(1) 接種対象者の確認

(2) 予診

(3) ワクチンの接種

(4) 母子健康手帳への必要事項の記載

(5) その他予防接種業務を行うために必要なこと

(委託業務の履行)

第3条 乙は、委託業務が円滑に遂行されるよう甲に協力するものとする。

2 丙は、予防接種法その他関係法令等を遵守し、業務を実施するものとする。

3 前項のほか、丙は、業務の実施に関して甲の指示に従わなければならない。

(委託期間)

第4条 この契約の有効期間は、令和〇〇年〇月〇日から令和〇〇年〇月〇日までとする。

(予防接種の種類)

第5条 県内広域予防接種の対象となる予防接種の種類は、次の各号のとおりとする。

- (1) 四種混合
- (2) 二種混合
- (3) MR混合（第1期及び第2期に限る）
- (4) 日本脳炎
- (5) BCG
- (6) ポリオ
- (7) HPV
- (8) ヒブ
- (9) 小児用肺炎球菌
- (10) 水痘
- (11) B型肝炎
- (12) ロタウイルス

(委託料)

第6条 第2条に規定する委託業務に係る委託料は、別表のとおりとする。

(委託料の請求及び支払)

第7条 丙の所属する医療機関は、委託業務を実施した月ごとにとりまとめ、実施翌月の15日までに、別紙様式6による青森県内広域予防接種委託料請求書（以下「請求書」という。）に予診票を添付して、直接甲に請求するものとする。

2 甲は、前項の請求書を受理したときは、その内容を審査し、適正であると認めるときは、請求書を受理した日から起算して30日以内に、直接丙に委託料を支払うものとする。

(予防接種事故に対する措置)

第8条 甲は、この契約に基づき丙が実施した予防接種により健康被害等の事故が生じたときは、甲はその処理に当たるものとし、乙及び丙は甲に協力するものとする。

2 前項の場合において、甲は、当該事故に対する救済措置を講ずるとともに、被接種者に生じた損失を補償するものとする。

3 前項の規定により甲が損失の補償を行う場合は、当該損失の発生について丙に故意又は重大な過失がある場合を除き、甲は丙に対する求償権を有しないものとする。

(契約の解除)

第9条 甲又は乙の事情によりこの契約の履行が不可能となったときは、甲又は乙はこの契約を解除することができる。

2 この契約を解除する場合は、甲又は乙が1か月前までに相手方に文書で通知するものとする。

(守秘義務)

第 10 条 乙及び丙は、業務上知り得た秘密を他人に漏らしてはならない。

(協議事項)

第 11 条 この契約書に定めのない事項及び疑義が生じた事項については、甲乙協議して定めるものとする。

上記契約の成立を証するため、この契約書を 2 通作成し、甲乙記名押印の上、各自 1 通を保有するものとする。

令和 年 月 日

甲 (住所)

市(町・村)長

Ⓜ

乙 青森市新町二丁目 8 番 2 1 号

公益社団法人 青森県医師会

会長

Ⓜ

## 別表（第6条関係）

市町村名

## 青森県内広域予防接種委託料

予防接種の種類	委託料金（消費税含む）
四種混合	円
二種混合	円
MR混合（第1期及び第2期に限る）	円
日本脳炎	円
BCG	円
ポリオ	円
HPV	円
ヒブ	円
小児用肺炎球菌	円
水痘	円
B型肝炎	円
ロタウイルス	円
予診のみ	円

(別紙様式2)(5の(2)の②関係)

## 委任状

年 月 日

公益社団法人青森県医師会長 殿

所在地

連絡先 (電話)

(FAX)

医療機関名

代表者名

印

私及び当医療機関の予防接種業務を行う医師は、青森県内広域予防接種の業務に協力することを承諾します。

つきましては、公益社団法人青森県医師会長を代理人と定め、当該業務について青森県内の市町村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

四種混合	二種混合	MR混合 (第1期・第2期)	日本脳炎	BCG	ポリオ	HPV	ヒブ	小児用肺炎球菌	水痘	B型肝炎	ロタウイルス

※ 広域予防接種として実施するものに○をつけてください。

#### 2 特記事項

※ 医療機関の都合により広域予防接種の実施期間を限定するなどの事情がある場合は、その内容を記載してください。

★ 実施する予防接種の種類や特記事項等委任内容に変更が生じた場合は、速やかに青森県医師会に変更届(別紙様式7)を提出してください。



(別紙様式4) (6の(2)の①関係)

市町村名

## 青森県内広域予防接種委託料金表

### 1 委託料

予防接種の種類	委託料金 (消費税含む)
四種混合	円
二種混合	円
MR混合 (第1期及び第2期に限る)	円
日本脳炎	円
BCG	円
ポリオ	円
HPV	円
ヒブ	円
小児用肺炎球菌	円
水痘	円
B型肝炎	円
ロタウイルス	円
予診のみ	円

※ワクチンの種類や年齢等の区分を設定してもかまいません。  
※予診のみの場合は、委託料を支払わない扱いとすることができます。

### 2 特記事項

※ 医療機関に対し特に周知を図る必要がある場合に記載すること。

### 3 連絡先

担当課・係名 \_\_\_\_\_

〒

住 所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

FAX番号 \_\_\_\_\_





(別紙様式6)(7の(1)関係)

## 青森県内広域予防接種委託料請求書

年 月 日

市(町・村)長 殿

所在地

医療機関名

代表者名

㊤

年 月実施の予防接種に係る委託料として、次のとおり請求します。

請求金額 ￥ \_\_\_\_\_ 円

### 1 内訳

予防接種の種類	人数	単価(円)	金額
四種混合			
二種混合			
MR混合(第1期及び第2期に限る)			
日本脳炎			
BCG			
ポリオ			
HPV			
ヒブ			
小児用肺炎球菌			
水痘			
B型肝炎			
ロタウイルス			
予診のみ			
計			

### 2 振込先

金融機関名	銀行	本・支店
口座種別	普通	当座 其他
口座番号		
(フリガナ)		
口座名義人		

(別紙様式7)(5の(2)の③関係)

## 変更届

年 月 日

公益社団法人青森県医師会長 殿

所在地

連絡先 (電話)  
(FAX)

医療機関名

代表者名

印

青森県内広域予防接種に係る委任の内容を下記のとおり届け出ます。

### 記

- 1 広域予防接種協力医療機関に係る変更(変更年月日: 年 月 日)  
(医療機関の所在地、医療機関名、代表者氏名、連絡先(電話・FAX))  
※変更する項目に○で囲む。

変更前:

変更後:

- 2 実施する予防接種の種類の変更(変更年月日: 年 月 日)  
※広域予防接種として実施するものに○を記入。実施しない場合は空欄。

四種 混合	二種 混合	MR混 合(第1 期・第2期)	日本 脳炎	BCG	ポリオ	HPV	ヒブ	小児用 肺炎球 菌	水痘	B型 肝炎	ロタ ウイル ス

- 3 特記事項に係る変更(変更年月日: 年 月 日)  
※変更後の内容を記入してください。

※医療機関の都合により広域予防接種の実施期間を限定するなどの事情がある場合は、その内容を記載してください。

(別紙様式8)(5の(2)の③関係)

## 辞 退 届

年 月 日

公益社団法人青森県医師会長 殿

所 在 地

連 絡 先 (電話)  
(F A X)

医療機関名

代 表 者 名

㊞

当医療機関は、 年 月 日付けで、青森県内広域予防接種の実施に関する協力を辞退します。