



福島医発第1622号(地)

平成26年 9月 8日

各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会

会 長 松 田 峻一良

( 公 印 省 略 )

水痘、高齢者の肺炎球菌ワクチンの定期接種化に関する  
広域接種について

平成26年4月24日付福島医発第0230号(地)にてお知らせしておりました通り、本年10月より定期の予防接種に、水痘、高齢者の肺炎球菌ワクチンが追加されることとなりました。貴会においてもご準備が進んでいることと思われませんが、本会においても、新たな2ワクチンについて、かかりつけ医による安心・安全な接種を可能とするため広域接種について各市町村と手続きを進めているところです。

つきましては、本件について貴会管下予防接種広域化実施協力医療機関への周知方お願い申し上げますとともに、

- 1) 今回追加される2ワクチンについて、広域接種を希望される医療機関については、貴会にて別添委任書をお取り纏めいただき、本会宛てにご送付下さいますようお願いいたします。
- 2) 既に委任書を提出している医療機関であっても、今回追加される2ワクチンについて新たに広域接種を希望される場合は委任書が必要となりますのでご注意ください。
- 3) 本件につきましては、請求書等の様式および関連書類を本会ホームページに掲載いたします。
- 4) 平成26年度より、委任書記載の広域接種可能なワクチンを本会ホームページ上に一般公開することについて、希望をとるよう様式(委任書・変更届)を変更しておりますのでご注意ください。(※医療機関名等は広域接種実施医療機関としてホームページ上に掲載されます。)
- 5) 現段階で、各市町村が広域接種について本会と契約を締結する意向は確認できておりますが、接種料金、請求方法等につきましては、未定である市町村が多数ありますので、詳細についてはあらためてご連絡いたします。

【添付資料】(※電子データ添付)

- ・福島県定期予防接種広域化医療機関用マニュアル(平成26年10月)
- ・委任書(様式第1号)
- ・辞退届(様式第3号)
- ・請求書(様式第2号-1~3)
- ・変更届(様式第4号)

小郡三井医師会より

予防接種担当理事 田中泰之  
会長 廣瀬真恵

水痘、高齢者肺炎球菌の広域化予防接種を希望される医療機関は、様式第1号の委任書を当医師会事務局へ9月19日までに提出ください。(FAX不可)

# **福岡県定期予防接種広域化 医療機関用マニュアル**

平成26年10月1日

## **予防接種広域化の目的**

予防接種法に定められた予防接種は、市町村事業として実施されており、対象者が予防接種を受ける場合、住所地の市町村が発行した予防接種予診票等に基づき住所地の市町村と契約した医療機関または保健センター（集団）等において実施されています。

このため、かかりつけ医による個別接種が推奨されているにもかかわらず、予防接種対象者は、例えばかかりつけ医が住所地以外の市町村にある場合や病気治療で住所地以外の医療機関に入院されている場合等には、それらの医療機関では予防接種を受けることができません。

予防接種広域化は、予防接種対象者の身体状況等を日頃から把握している、かかりつけ医による予防接種を推進し、被接種者が安心して接種を受けられる体制を整備することで、予防接種機会の拡大を図るために行われるものです。

## **広域化における対象予防接種について**

各市町村が予防接種法に基づいて行う定期の予防接種のうち、下記予防接種を広域接種の対象とする。※市町村によって実施方法・項目が異なります。

- 1) DPT－IPV（四種混合）
- 2) DPT（三種混合）
- 3) DT（二種混合）
- 4) 麻しん
- 5) 風しん
- 6) MR（麻しん風しん混合）
- 7) 日本脳炎（乾燥細胞培養ワクチン）
- 8) BCG
- 9) インフルエンザ（65歳以上）

①60歳以上65歳未満の者であって、心臓、じん臓又は呼吸器の機能に自己の身の日常生活行動が極度に制限される程度の障害を有する者及びヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障害を有する者も含む。

②インフルエンザの接種期間は被接種者の住所地の設定期間に限る。

③各市町村のインフルエンザ接種期間一覧は、シーズン前に別途送付予定。

10) ポリオ

11) 子宮頸がん予防

1 2) ヒブ

1 3) 小児用肺炎球菌

1 4) 水痘

1 5) 高齢者の肺炎球菌（65歳以上）

①65歳以下の対象者については9) インフルエンザの①に準ずる。

②市町村によって定期接種以外の任意接種対象者も同様に接種可能となる場合もあることに留意する。

## **接種対象者について**

- 1) かかりつけ医が住所地市町村以外にある者
- 2) 病気治療等で住所地以外の病院等に入院している者

## **接種料金について**

広域化における接種料金は被接種者の住所地市町村の料金とする。

※ただし、福岡市の住民については接種地の料金とする。

## **接種手続きについて**

- 1) 事前予約を受ける。

接種希望者の住所地市町村の広域接種実施開始日を確認のうえ、接種希望日、接種希望ワクチン等の確認をする。従来の「予防接種依頼書」は必要ない。

※各医療機関で実施可能な予防接種が異なるため、接種できない場合は、その旨を接種希望者へ伝える。

- 2) 接種当日に必要なものを希望者に伝える。

例)「乳幼児医療費受給資格者証（インフルエンザは除く）」

「健康保険証」、「母子健康手帳（インフルエンザを除く）」等

※インフルエンザにおいて自己負担金免除となる生活保護受給者等で、従来より接種時に住所地市町村の証明が必要な場合は、定められた住所地の証明書が必要。詳しくは、接種希望者もしくは医療機関から各

市町村担当課へ問い合わせのうえ、接種を行うこと。

- 3) 当日は、住所等接種に必要な事項を確認のうえ接種を行う。  
予診票は、接種希望者の住所地もしくは医療機関所在地市町村のものを使用する。(統一された様式はない。)
- 4) 接種後は、実績報告書兼請求書（広域化分）に予診票を添付して、被接種者住所地市町村もしくは医師会へ提出する。  
※各市町村接種料金一覧及び各市町村予防接種担当課一覧を参照。  
※粕屋地区への請求については、粕屋地区専用の報告書兼請求書を使用。  
※前年度接種分の請求については、各市町村とも支払会計処理の期限があるため、早急に提出する。
- 5) 料金の支払いは、市町村が請求を受理した日から起算して30日以内に、医師会もしくは直接市町村より支払われる。

## **広域化の契約（委任書）について**

広域実施契約については、各市町村長と福岡県医師会長との間で締結し、福岡県医師会長は、予防接種の広域化実施協力を承諾した医師（医療機関）の代理人として契約する。

実施協力医療機関として委任書（様式第1号）を提出の場合は、各市町村への周知、請求支払事務等の関係上、提出月の翌月1日から、広域化の接種が可能となる。

委任書を提出した医療機関が、諸事情により広域接種を取り止める場合には、速やかに辞退届（様式第3号）を、届出内容に変更があった場合には変更届（様式第4号）を提出すること。

＊広域化協力医療機関に対しては、「福岡県定期予防接種広域化実施医療機関ステッカー」を地域医師会より配布。

平成26年度より、委任書記載の広域接種可能なワクチンについて、福岡県医師会ホームページ上への一般公開について希望をとる。

(※医療機関によっては、入院患者のみを想定して広域接種を実施している場合もあるため。ただし、委任書を提出した時点で、医療機関名はホームページ上に掲載。)

※ご不明な点等ありましたら、各市町村担当課もしくは各医師会へお問い合わせ下さい。

# 委任書

私は、公益社団法人福岡県医師会長を代理人と定め、定期予防接種広域化に係る契約について、その手続きに関する一切の権限を委任します。

平成 年 月 日

〒

医療機関所在地

フリガナ  
医療機関名

フリガナ  
管理者名 印

電話番号

## 【ホームページについて】

貴医療機関での広域接種可能なワクチンについて、福岡県医師会ホームページ上での一般公開を、

・希望する。

・希望しない。

「希望する」に○を付けた場合、下記の項目から公開を希望するワクチン欄に○をご記入ください。

(※平成26年10月以降実施可能なすべてのワクチンについて○を付けてください)

| DPT-IPV    | DPT         | DT   | 麻しん<br>1・2期 | 麻しん<br>3・4期    | 風しん<br>1・2期 | 風しん<br>3・4期 |
|------------|-------------|------|-------------|----------------|-------------|-------------|
|            |             |      |             |                |             |             |
| MR<br>1・2期 | MR<br>3・4期  | 日本脳炎 | BCG         | 高齢者<br>インフルエンザ | ポリオ         | 子宮頸<br>がん予防 |
|            |             |      |             |                |             |             |
| ヒブ         | 小児用<br>肺炎球菌 | 水痘   | 高齢者<br>肺炎球菌 |                |             |             |
|            |             |      |             |                |             |             |

(※注 委任書をご提出いただいた時点で「医療機関名」はホームページに掲載されます。)

平成 年 月 日

# 定期予防接種実績報告書兼請求書（広域分） （ 月分）

市町村長 殿

所在地  
医療機関名  
※代表者名  
電話番号

印

添付予診票のとおり、予防接種が完了いたしましたので、下記のとおり請求します。

記

| ワクチン                  | 単価 | 件数 | 請求額 | ワクチン               | 単価 | 件数 | 請求額 |
|-----------------------|----|----|-----|--------------------|----|----|-----|
| 四種混合                  |    |    |     | 小児用肺炎球菌            |    |    |     |
| 三種混合                  |    |    |     | ポリオ                |    |    |     |
| 二種混合                  |    |    |     | 水痘                 |    |    |     |
| 麻しん                   |    |    |     | 高齢者肺炎球菌            |    |    |     |
| 風しん                   |    |    |     | 高齢者肺炎球菌<br>自己負担免除者 |    |    |     |
| M R                   |    |    |     | 不可問診               |    |    |     |
| 日本脳炎<br>乾燥細胞ワクチン      |    |    |     |                    |    |    |     |
| BCG                   |    |    |     |                    |    |    |     |
| 高齢者インフルエンザ            |    |    |     |                    |    |    |     |
| 高齢者インフルエンザ<br>自己負担免除者 |    |    |     |                    |    |    |     |
| 子宮頸がん<br>予防           |    |    |     |                    |    |    |     |
| ヒブ                    |    |    |     |                    |    |    |     |
|                       |    |    |     | 合 計                | 円  |    |     |

※ 年齢等により単価が異なる場合は、空欄をご利用のうえ請求して下さい。

| (振込先金融機関) |                      |          |  | 口座名義人       |  |
|-----------|----------------------|----------|--|-------------|--|
| 銀行        |                      | 支店       |  | フリガナ<br>氏 名 |  |
| 預金<br>種目  | 普通預金<br>当座預金<br>貯蓄預金 | 口座<br>番号 |  |             |  |

※ 代表者名は、委任書（福岡県医師会へ提出）に記載した管理者名となります。

平成 年 月 日

# 定期予防接種実績報告書兼請求書（広域分） （ 月分）

医師会長 殿

所 在 地

医療機関名

※代表者名

印

電 話 番 号

添付予診票のとおり、予防接種が完了いたしましたので、下記のとおり請求します。

記

| ワクチン<br>市町村 | 四種混合 | 三種混合        | 二種混合 | 麻しん | 風しん         | M R                        | 日本脳炎<br>乾燥細胞<br>ワクチン | BCG | 高齢者<br>インフルエンザ | インフルエンザ<br>自己負担<br>免除者 | 子宮頸<br>がん予防 | 計 |
|-------------|------|-------------|------|-----|-------------|----------------------------|----------------------|-----|----------------|------------------------|-------------|---|
|             |      |             |      |     |             |                            |                      |     |                |                        |             |   |
|             |      |             |      |     |             |                            |                      |     |                |                        |             |   |
|             |      |             |      |     |             |                            |                      |     |                |                        |             |   |
|             |      |             |      |     |             |                            |                      |     |                |                        |             |   |
|             |      |             |      |     |             |                            |                      |     |                |                        |             |   |
| ワクチン<br>市町村 | ヒブ   | 小児用<br>肺炎球菌 | ポリオ  | 水痘  | 高齢者<br>肺炎球菌 | 高齢者<br>肺炎球菌<br>自己負担<br>免除者 | 不可問診                 |     |                |                        |             | 計 |
|             |      |             |      |     |             |                            |                      |     |                |                        |             |   |
|             |      |             |      |     |             |                            |                      |     |                |                        |             |   |
|             |      |             |      |     |             |                            |                      |     |                |                        |             |   |
|             |      |             |      |     |             |                            |                      |     |                |                        |             |   |
|             |      |             |      |     |             |                            |                      |     |                |                        |             |   |

| (振込先金融機関) |                      |          |  | 口座名義人      |  |
|-----------|----------------------|----------|--|------------|--|
| 銀行        |                      | 支店       |  | フリガナ<br>氏名 |  |
| 預金<br>種目  | 普通預金<br>当座預金<br>貯蓄預金 | 口座<br>番号 |  |            |  |

※ 代表者名は、委任書（福岡県医師会へ提出）に記載した管理者名となります。

平成 年 月 日

# 定期予防接種実績報告書兼請求書（広域分） （ 月分）

市町村長 殿

所 在 地  
医 師 会 名  
会 長 名

印

添付予診票のとおり、予防接種が完了いたしましたので、下記のとおり請求します。

記

| ワクチン                  | 単価 | 件数 | 請求額 | ワクチン               | 単価 | 件数 | 請求額 |
|-----------------------|----|----|-----|--------------------|----|----|-----|
| 四種混合                  |    |    |     | 小児用肺炎球菌            |    |    |     |
| 三種混合                  |    |    |     | ポリオ                |    |    |     |
| 二種混合                  |    |    |     | 水痘                 |    |    |     |
| 麻しん                   |    |    |     | 高齢者肺炎球菌            |    |    |     |
| 風しん                   |    |    |     | 高齢者肺炎球菌<br>自己負担免除者 |    |    |     |
| M R                   |    |    |     | 不可問診               |    |    |     |
| 日本脳炎<br>乾燥細胞ワクチン      |    |    |     |                    |    |    |     |
| BCG                   |    |    |     |                    |    |    |     |
| 高齢者インフルエンザ            |    |    |     |                    |    |    |     |
| 高齢者インフルエンザ<br>自己負担免除者 |    |    |     |                    |    |    |     |
| 子宮頸がん<br>予防           |    |    |     |                    |    |    |     |
| ヒブ                    |    |    |     |                    |    |    |     |
|                       |    |    |     | 合 計                | 円  |    |     |

※ 年齢等により単価が異なる場合は、空欄をご利用のうえ請求して下さい。

（振込先金融機関）

| 銀行 支店 |                      |      |  | 口座名義人      |
|-------|----------------------|------|--|------------|
|       |                      |      |  | フリガナ<br>氏名 |
| 預金種目  | 普通預金<br>当座預金<br>貯蓄預金 | 口座番号 |  |            |

(様式第3号)

## 辞 退 届

定期予防接種広域化に係わる契約について、下記理由により辞退  
いたします。

平成    年    月    日

住    所 \_\_\_\_\_

医療機関名 \_\_\_\_\_

管理者名 \_\_\_\_\_ 印

辞退理由 \_\_\_\_\_

平成 年 月 日

## 変 更 届

定期予防接種広域化に係わる契約について、下記のとおり変更いたします。

## 【変更前】

住 所 \_\_\_\_\_

医療機関名 \_\_\_\_\_

管理者名 \_\_\_\_\_

その他 \_\_\_\_\_

## 【変更後】

住 所 \_\_\_\_\_

医療機関名 \_\_\_\_\_

管理者名 \_\_\_\_\_

その他 \_\_\_\_\_

【広域接種実施項目の変更の有無】 ☐有 ☐無 (※いずれかに☑を入れてください。)【変更後の実施項目をホームページに掲載する】 ☐はい ☐いいえ※実施項目を変更される場合は、変更項目だけでなく、変更後の実施項目全てに

○をご記入下さい。

| DPT-IPV     | DPT         | D T  | 麻しん<br>1・2期 | 麻しん<br>3・4期 | 風しん<br>1・2期 | 風しん<br>3・4期 |
|-------------|-------------|------|-------------|-------------|-------------|-------------|
|             |             |      |             |             |             |             |
| M R<br>1・2期 | M R<br>3・4期 | 日本脳炎 | BCG         | 高齢者<br>インフル | ポリオ         | 子宮頸がん<br>予防 |
|             |             |      |             |             |             |             |
| ヒブ          | 小児用<br>肺炎球菌 | 水痘   | 高齢者<br>肺炎球菌 |             |             |             |
|             |             |      |             |             |             |             |

住 所 \_\_\_\_\_

医療機関名 \_\_\_\_\_

管理者名 \_\_\_\_\_