

別紙① A類予防接種契約単価表 委託料の額

1 予防接種委託料（ワクチン代・消費税及び地方消費税8%を含む。）

・ 四種混合	
接種1回につき	10,956円
・ 三種混合	
接種1回につき	5,587円
・ 二種混合（DT）	
接種1回につき	4,899円
・ ポリオ	
接種1回につき	9,822円
・ 麻しん風しん混合（1期）	
接種1回につき	12,213円
・ 麻しん風しん混合（2期）	
接種1回につき	10,809円
・ 麻しん（1期）	
接種1回につき	8,715円
・ 麻しん（2期）	
接種1回につき	7,311円
・ 風しん（1期）	
接種1回につき	8,713円
・ 風しん（2期）	
接種1回につき	7,309円
・ 日本脳炎（1期）	
接種1回につき	8,041円
・ 日本脳炎（1期特例、2期、2期特例）	
接種1回につき	6,997円
・ BCG	
接種1回につき	8,931円
・ Hib感染症	
接種1回につき	8,432円
・ 小児の肺炎球菌感染症	
接種1回につき	11,723円
・ ヒトパピローマウイルス感染症	
接種1回につき	16,448円
・ 水痘	
接種1回につき	10,535円
・ B型肝炎	
接種1回につき	6,935円

2 予診委託料

予診委託料は、予診の結果接種不相当となったときに適用する（医療に移行したときを除く。）。ただし、何種類かの予防接種を同時に予診した際に接種不相当となった場合は、予診1回としての委託料を適用する。

予診1回につき 3, 132円（消費税及び地方消費税8%を含む。）

### 3 その他

接種しようとする接種液の成分に対して接種後のアナフィラキシー等のアレルギーを呈するおそれのある者に対して、事前に接種ワクチンによる皮膚テストを行い、接種不相当と判断され接種を行わなかった場合、前第2項による予診委託料に加えて、次の表によるワクチン代相当額を加算して請求することができる。

予防接種の種類	名称	ワクチン代相当額 (消費税及び地方消費税8%を含む。)
四種混合1期	沈降精製DPT-I PV混合ワクチン	6, 987円
	沈降DT混合トキソイド	1, 389円
三種混合	沈降精製DPT混合ワクチン	1, 618円
二種混合(DT)	沈降DT混合トキソイド	1, 389円
ポリオ	不活化ポリオワクチン	5, 853円
麻しん及び風しん	乾燥弱毒生麻しん風しん混合ワクチン	6, 489円
麻しん	乾燥弱毒生麻しんワクチン	2, 991円
風しん	乾燥弱毒生風しんワクチン	2, 989円
日本脳炎	乾燥細胞培養日本脳炎ワクチン	3, 487円
H i b感染症	乾燥ヘモフィルスb型ワクチン	4, 463円
小児の肺炎球菌感染症	沈降13価肺炎球菌結合型ワクチン	7, 754円
ヒトパピローマウイルス感染症	組換え沈降2価ワクチン若しくは組換え沈降4価ワクチン	12, 938円
水痘	乾燥弱毒生水痘ワクチン	4, 811円
B型肝炎	組換え沈降B型肝炎ワクチン	2, 381円

## 委託料の額

### 1 予防接種委託料（ワクチン代・消費税及び地方消費税 10%を含む。）

- ・ 四種混合  
接種1回につき 11,159円
- ・ 三種混合  
接種1回につき 5,691円
- ・ 二種混合（DT）  
接種1回につき 4,990円
- ・ ポリオ  
接種1回につき 10,004円
- ・ 麻しん風しん混合（1期）  
接種1回につき 12,439円
- ・ 麻しん風しん混合（2期）  
接種1回につき 11,009円
- ・ 麻しん（1期）  
接種1回につき 8,877円
- ・ 麻しん（2期）  
接種1回につき 7,447円
- ・ 風しん（1期）  
接種1回につき 8,874円
- ・ 風しん（2期）  
接種1回につき 7,444円
- ・ 日本脳炎（1期）  
接種1回につき 8,190円
- ・ 日本脳炎（1期特例、2期、2期特例）  
接種1回につき 7,126円
- ・ BCG  
接種1回につき 9,097円
- ・ Hib感染症  
接種1回につき 8,588円
- ・ 小児の肺炎球菌感染症  
接種1回につき 11,940円
- ・ ヒトパピローマウイルス感染症  
接種1回につき 16,753円
- ・ 水痘  
接種1回につき 10,730円
- ・ B型肝炎  
接種1回につき 7,064円

### 2 予診委託料

予診委託料は、予診の結果接種不相当となったときに適用する（医療に移行したときを除く。）。ただし、何種類かの予防接種を同時に予診した際に接種不相当となった場合は、予診1回としての委託料を適用する。

予診1回につき 3, 190円（消費税及び地方消費税10%を含む。）

### 3 その他

接種しようとする接種液の成分に対して接種後のアナフィラキシー等のアレルギーを呈するおそれのある者に対して、事前に接種ワクチンによる皮膚テストを行い、接種不相当と判断され接種を行わなかった場合、前第2項による予診委託料に加えて、次の表によるワクチン代相当額を加算して請求することができる。

予防接種の種類	名称	ワクチン代相当額 (消費税及び地方消費税10%を含む。)
四種混合1期	沈降精製DPT-I PV混合ワクチン	7, 117円
	沈降DT混合トキソイド	1, 415円
三種混合	沈降精製DPT混合ワクチン	1, 648円
二種混合(DT)	沈降DT混合トキソイド	1, 415円
ポリオ	不活化ポリオワクチン	5, 962円
麻しん及び風しん	乾燥弱毒生麻しん風しん混合ワクチン	6, 609円
麻しん	乾燥弱毒生麻しんワクチン	3, 047円
風しん	乾燥弱毒生風しんワクチン	3, 044円
日本脳炎	乾燥細胞培養日本脳炎ワクチン	3, 551円
H i b感染症	乾燥ヘモフィルスb型ワクチン	4, 546円
小児の肺炎球菌感染症	沈降13価肺炎球菌結合型ワクチン	7, 898円
ヒトパピローマウイルス感染症	組換え沈降2価ワクチン若しくは組換え沈降4価ワクチン	13, 178円
水痘	乾燥弱毒生水痘ワクチン	4, 900円
B型肝炎	組換え沈降B型肝炎ワクチン	2, 425円

別紙② B類予防接種契約単価表（委託料の額）

1 予防接種委託料（ワクチン代・消費税及び地方消費税8%を含む）

接種1回につき下記のとおり市町別の料金とする。

2 予診委託料（消費税及び地方消費税8%を含む）

予診委託料は、予診の結果接種不適当となったときに適用する（医療に移行したときを除く）。予診1回につき下記のとおり市町別の料金とする。ただし、高齢者インフルエンザと高齢者の肺炎球菌感染症の各予防接種を同時に予診した際に接種不適当となった場合は、高齢者の肺炎球菌感染症の予診委託料は適用しない。

市 町 名	高齢者インフルエンザ		高齢者の肺炎球菌感染症		予 診 委 託 料
	予防接種委託料	自己負担金	予防接種委託料	自 己 負 担 金	
松 山 市	4,700円	1,000円	8,000円	4,000円	1,800円
今 治 市					
宇 和 島 市					
八 幡 浜 市					
新 居 浜 市					
西 条 市					
大 洲 市					
伊 予 市					
四国中央市					
西 予 市					
東 温 市					
上 島 町					
久万高原町					
松 前 町					
砥 部 町					
内 子 町					
伊 方 町					
松 野 町					
鬼 北 町					
愛 南 町					

（委託料の額）

1 予防接種委託料（ワクチン代・消費税及び地方消費税 10%を含む）

接種 1 回につき下記のとおり市町別の料金とする。

2 予診委託料（消費税及び地方消費税 10%を含む）

予診委託料は、予診の結果接種不適当となったときに適用する（医療に移行したときを除く）。予診 1 回につき下記のとおり市町別の料金とする。ただし、高齢者インフルエンザと高齢者の肺炎球菌感染症の各予防接種を同時に予診した際に接種不適当となった場合は、高齢者の肺炎球菌感染症の予診委託料は適用しない。

市 町 名	高齢者インフルエンザ		高齢者の肺炎球菌感染症		予 診 委 託 料
	予防接種委託料	自己負担金	予防接種委託料	自己負担金	
松 山 市	4, 7 0 0 円	1, 0 0 0 円	8, 2 0 0 円	4, 0 0 0 円	1, 8 0 0 円
今 治 市					
宇 和 島 市					
八 幡 浜 市					
新 居 浜 市					
西 条 市					
大 洲 市					
伊 予 市					
四国中央市					
西 予 市					
東 温 市					
上 島 町					
久万高原町					
松 前 町					
砥 部 町					
内 子 町					
伊 方 町					
松 野 町					
鬼 北 町					
愛 南 町		なし			

別紙③ 妊婦一般健康診査単価表

		受診回数(全14回)	A 5回分					B 9回分	
			第1回	第2回	第3回	第4回	第5回	9回分	
			初回又は 8週頃～	18～22週	22～27週	27～33週	33～38週	健診機関 が必要と 認める週	
健康診査の内容	基本的な 妊婦健康診査	問診・診察、尿検査、保健指導	○	○	○	○	○	健診機関 が必要と 認める 項目	
	血液	血液学的 検査	末梢血液一般	○			○		○
		生化学的 検査	グルコース	○			○		
		免疫学的 検査	ABO血液型、Rh血液型	○					
			赤血球不規則抗体検査	○					
			梅毒(TPHA試験(定性))	○					
			梅毒(梅毒脂質抗原使用検査)	○					
			B型肝炎抗原検査(HBs抗原(定性))	○					
			C型肝炎抗体検査(HCV抗体検査)	○					
			HIV抗体検査(定性)	○					
	風疹ウイルス抗体検査	○							
	HTLV-1抗体検査	○							
	子宮粘液	微生物学的 検査	性器クラミジア検査				○		
病理検査		B群溶血性レンサ球菌(GBS) (細胞培養同定検査)					○		
	子宮頸がん細胞診(ベセスダシステム) (細胞診検査:婦人科材料)	○							
	超音波検査		○	○	○	○			
委託料			17,730円	6,280円	6,280円	13,530円	11,240円	1回上限 4,000円	

(消費税及び地方消費税は非課税)

別紙④ 乳児一般健康診査単価表

全2回とし、原則として適正受診の月齢を目安に受診するよう指導すること。

	回数	実施時期 (適正受診の 月齢の目安)	内容	委託単価
全 2 回	第1回	月齢3～6か月	心身の異常の発見 股関節脱臼 心臓の異常 行動発達の異常 精神発達の異常等 悪性腫瘍の発見 離乳指導 育児生活指導等	5,767円
	第2回	月齢9～11か月	※指導の際は、家族の育児面での情緒を養い、乳児に対する虐待防止等が図られるよう十分留意した指導を行うものとする。	5,767円

(消費税及び地方消費税含む)



別紙⑤ 検診業務単価表

種 別	詳 細	単 位	単 価 (円) (税込)	
			消費税 8%	消費税 10%
胸部検診	肺がん・結核検査 (CR)	1 件	2,268 円	2,310 円
	肺がん検診 (CT)	〃	6,326 円	6,443 円
	喀痰細胞診検査 (3日間蓄痰YM法)	〃	2,705 円	2,755 円
胃がん検診		〃	5,184 円	5,280 円
子宮頸がん検診	液状検体法	〃	4,777 円	4,866 円
子宮頸がん検診 (割増)	液状検体法 (土曜日)	1 日	12,800 円	13,037 円
子宮頸がん検診 (割増)	液状検体法 (日曜日)	〃	25,600 円	26,074 円
乳がん検診	マンモグラフィ 2 方向	1 件	4,536 円	4,620 円
乳がん検診	乳房超音波検査	〃	4,968 円	5,060 円
腹部超音波検診		〃	4,860 円	4,950 円
C型・B型肝炎ウイルス検査		〃	1,612 円	1,642 円
C型肝炎ウイルス検査		〃	947 円	964 円
B型肝炎ウイルス検査		〃	705 円	718 円
大腸がん検診	免疫便潜血検査 (2日法)	〃	1,728 円	1,760 円
前立腺がん検診	PSA	〃	2,160 円	2,200 円
骨粗鬆症検診	超音波方式	〃	1,852 円	1,886 円
結果報告書作成	経年管理、控え、連名簿等	〃	118 円	121 円
電話による 予約対応業務	電話対応 (通信費込)	〃	216 円	220 円
	資材発送費	〃	151 円	154 円
	封入封緘費	〃	54 円	55 円
	専用封筒費 (砥部町専用)	〃	64 円	66 円
	電算登録・管理費	〃	124 円	126 円
	時間割振手数料	〃	37 円	38 円
	変更連絡等対応費 (日程・項目等)	〃	108 円	110 円
	未受診者受診勧奨 (予約者)	〃	216 円	220 円
ハガキ等紙面による 予約対応業務	資材発送費	〃	151 円	154 円
	封入封緘費	〃	54 円	55 円
	専用封筒費 (砥部町専用)	〃	64 円	66 円
	電算登録・管理費	〃	124 円	126 円
	時間割振手数料	〃	37 円	38 円
	変更連絡等対応費 (日程・項目等)	〃	108 円	110 円
	未受診者受診勧奨 (予約者)	〃	216 円	220 円
	日程等調整電話対応費	〃	216 円	220 円

(別表2) 個人負担金

がん検診等の種類	がん検診等の対象となる者	がん検診等の費用の額 (税込)
肺がん検診 (CR 検査)	40 歳以上の者	700 円
肺がん検診 (CT 検査)	40 歳以上の者	3,200 円
肺がん検診 (喀痰細胞診検査)	40 歳以上の者	400 円
胃がん検診	40 歳以上の者	1,000 円
子宮頸がん検診	20 歳以上の女性	1,200 円
乳がん検診 (マンモグラフィ)	40 歳以上の女性	1,300 円
乳がん検診 (乳房超音波検査)	30 歳代の女性	2,000 円
腹部超音波検診	40 歳以上の者	1,800 円
B・C 型肝炎ウイルス検査	40 歳以上の者	500 円
C 型肝炎ウイルス検査	40 歳以上の者	300 円
B 型肝炎ウイルス検査	40 歳以上の者	200 円
大腸がん検診	40 歳以上の者	500 円
前立腺がん検診	50 歳以上の男性	1,000 円
骨粗鬆症検診	40 歳以上の女性	600 円

別紙⑥ 特定保健指導単価表

内訳書

区 分		1人当たり委託料単価		支払条件
		消費税 8%	消費税 10%	
特定保健指導 (動機付け支)	A 初回面接による支援	10,368 円	10,560 円	初回面接終了後に支払う。 (ただし、初回面接による支援の終了に至らなかった場合は、委託料は支払わない。)
	B 初回面接後の支援	2,592 円	2,640 円	実績評価終了後に支払う。 (注1) (注2)
特定保健指導 (積極的支援)	A 初回面接による支援	10,800 円	11,000 円	初回面接終了後に支払う。
	B 初回面接後の支援	20,520 円	20,900 円	実績評価終了後に支払う。 (注1) (注2)
	※ 中間面接以降に資格喪失・中途脱落した場合	10,800 円	11,000 円	支援中、中間面接以降に資格喪失や中途脱落の理由により実績評価に至らない場合は、その事実が判明後に支払う。(注2) (ただし、中間面接に至らなかった場合は中止とし、委託料は支払わない。)(注1)
一般保健指導	検査結果の説明および生活習慣改善についての一般保健指導を実施した場合	4,320 円	4,400 円	初回面接終了後に支払う。

(注1) 実績評価時に対象者と連絡がとれず、その後3回の手紙・電話による案内を行ったにもかかわらず連絡がとれずに評価できなかった場合は、案内の実施記録を保存し、実施記録の提出をもって終了とみなす。(積極的支援は中止とする。)

(注2) 初回面接後の支援が次年度にまたがる場合の請求は、この内訳書の委託料単価とする。

★今回の事業における風しん抗体検査の単価★

厚生労働省が示した全国一律の単価になります。

検査方法は何れを選択しても構いません。

税込価格は今後変更の可能性があります。

	HI法、LTI法	EIA法、ELFA法、CLEIA法、 FIA法
保健所で行う場合	790円	2,180円
健診等の機会に行う場合	1,290円 (税込：1,393円)	2,680円 (税込：2,894円)
月～金曜日午前8時から午後6時までの間、または土曜日午前8時から正午までの間に医療機関を受診して行う場合（休日※を除く）	4,930円 (税込：5,324円)	6,320円 (税込：6,825円)
上記以外の時間に医療機関を受診して行う場合	5,430円 (税込：5,864円)	6,820円 (税込：7,365円)

※日曜日、国民の祝日に関する法律第3条に規定する休日、1月2日、3日、12月29－31日

## ★今回の事業における第5期の風しん予防接種の単価★

国の方針として、**本事業の集合契約では、MRワクチンのみを使用することになります。**風しん単抗体ワクチンは使用しません。

**接種料金（予診のみを含む）はクーポン券に印字されている金額（税抜表示）です。**

**料金設定は全国の市区町村で異なりますが、愛媛県内の20市町が設定する料金は、予防接種広域化のスキームを適用した県内統一の料金です。**

### 【参考：愛媛県内20市町の料金】

○麻しん風しん混合（MR）	9,179円（税抜）＝クーポン券に印字される額
国保連合会への請求額	
消費税 8%の場合	$9,179円 \times 1.08 = 9,913円$
消費税 10%の場合	$9,179円 \times 1.10 = 10,096円$
○予診のみ	1,692円（税抜）＝クーポン券に印字される額
国保連合会への請求額	
消費税 8%の場合	$1,692円 \times 1.08 = 1,827円$
消費税 10%の場合	$1,692円 \times 1.10 = 1,861円$