

別紙①

令和4年度 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を含む。）	
	・ 四種混合	
	接種1回につき	11,198円
	・ 三種混合	
	接種1回につき	5,729円
	・ 二種混合（DT）	
	接種1回につき	5,056円
	・ ポリオ	
	接種1回につき	10,071円
	・ 麻しん風しん混合（1期）	
	接種1回につき	12,508円
	・ 麻しん風しん混合（2期）	
	接種1回につき	11,078円
	・ 麻しん（1期）	
	接種1回につき	8,947円
	・ 麻しん（2期）	
	接種1回につき	7,517円
	・ 風しん（1期）	
	接種1回につき	8,945円
	・ 風しん（2期）	
	接種1回につき	7,515円
	・ 日本脳炎（1期）	
	接種1回につき	8,237円
	・ 日本脳炎（1期特例、2期、2期特例）	
	接種1回につき	7,192円
	・ BCG	
	接種1回につき	11,363円
	・ Hib感染症	
	接種1回につき	8,628円
	・ 小児の肺炎球菌感染症	
	接種1回につき	11,988円
	・ ヒトパピローマウイルス感染症	
	接種1回につき	16,824円
	・ 水痘	
	接種1回につき	10,796円
	・ B型肝炎	
	接種1回につき	7,110円
	・ ロタウイルス感染症	
	1価 経口接種1回につき	15,116円
	5価 経口接種1回につき	9,489円
	・ 風しん（第5期）風しん単味	
	何らかの事情による風しん単味接種1回につき	6,602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, 256円（消費税及び地方消費税を含む。）

## 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を含む。)
四種混合1期	沈降精製DPT-IPV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, 990円
麻疹及び風疹	乾燥弱毒生麻疹風疹混合ワクチン	6, 612円
麻疹	乾燥弱毒生麻疹ワクチン	3, 051円
風疹	乾燥弱毒生風疹ワクチン	3, 049円
日本脳炎	乾燥細胞培養日本脳炎ワクチン	3, 551円
Hib感染症	乾燥ヘモフィルスb型ワクチン	4, 547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, 907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, 183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, 424円
ロタウイルス感染症	1価経口弱毒生ヒトロタウイルスワクチン	10, 650円
	5価経口弱毒生ロタウイルスワクチン	5, 628円

### ※風疹第5期

風疹単味	乾燥弱毒生風疹ワクチン	3, 049円
------	-------------	---------

別紙②

令和4年度 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を含む）

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）。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相当となった場合は、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	4,989 円	1,000 円	8,288 円	4,000 円	1,900 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

		受診回数（全14回）	A券 5回分					B券 9回分		
			第1回	第2回	第3回	第4回	第5回	9回分		
			適正受診の週数の目安		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	A B O血液型、R h血液型	○						
			赤血球不規則抗体検査	○						
			梅毒（T P H A試験（定性））	○						
			梅毒（梅毒脂質抗原使用検査）	○						
			B型肝炎抗原検査（H B s抗原（定量））	○						
			C型肝炎抗体検査（H C V抗体検査）	○						
			H I V抗体検査（定性）	○						
			風疹ウイルス抗体検査	○						
	H T L V-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				○			
			B群溶血性レンサ球菌（G B S） （細胞培養同定検査）						○	
病理検査		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			18,400円	6,290円	9,650円	10,170円	11,300円	1回上限 4,000円		

（消費税及び地方消費税は非課税）

## 産婦健康診査

	上限 助成回数	実施時期 (産後56日以内)	内 容	委託料
健康診査の内容	2回	<ul style="list-style-type: none"> <li>・産後2週間前後</li> <li>・産後1か月前後</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 問診（生活環境、授乳状況、育児不安、精神疾患の既往歴、服薬歴等）</li> <li>2 診察（子宮復古状況、悪露、乳房の状態等）</li> <li>3 体重、血圧測定</li> <li>4 尿検査（蛋白、糖）</li> <li>5 産婦の精神状況について、エジンバラ産後うつ病質問票（EPDS）を用いた客観的なアセスメントを行う。</li> </ol> <p>（EPDS未実施の場合は補助対象外。ただし、対象者が精神科に通院している場合等で精神状態の把握をしている場合を除く。受診票の所見内容にはその旨記載のこと。）。</p> <p>※ 本事業の対象となる者には、死産及び流産した者を含む。</p> <p>※ 健康診査結果は母子健康手帳（出産後の母体の経過等）に記入する。</p>	1回あたり 5,000円

（消費税及び地方消費税は非課税）

## 別紙④ 検診単価表

種 別	詳 細	単 位	単価 (円) (税込)
胸部検診	肺がん・結核検査 (胸部 X 線検査)	1 件	2,420
	肺がん検診 (胸部 CT 検査)		6,490
	喀痰細胞診検査 (3日間蓄痰YM法)		2,750
胃がん検診	バリウム検査		5,775
子宮頸がん検診	液状検体法		5,280
子宮頸がん検診 (割増)	液状検体法 休日割増 (土曜日)		12,800
子宮頸がん検診 (割増)	液状検体法 休日割増 (日曜日)		25,600
乳がん検診	マンモグラフィ 2 方向		4,950
乳がん検診	乳房超音波検査		5,170
腹部超音波検診			4,950
C型・B型肝炎ウイルス検査			1,642
C型肝炎ウイルス検査			964
B型肝炎ウイルス検査			718
大腸がん検診	免疫便潜血検査 (2日法)		1,760
前立腺がん検診	PSA		2,200
骨粗鬆症検診	超音波方式		1,980
健康診査	身体計測、血液検査、医師の問診等		8,285
結果報告書作成	経年管理、控え、連名簿等		121
集団検診希望者対応業務	資材発送費		154
	封入封緘費		165
	専用封筒費	66	
結果送付業務	結果報告発送業務	154	
	封入封緘費	165	
	専用封筒費	66	
予約業務	電話対応・電算登録・管理費	605	
	資材発送費	154	
	封入封緘費	165	
	専用封筒費	66	
	変更連絡等対応費 (日程・項目等)	110	

別紙⑤

契約業者一覧

業者名	契約日
医療法人 かどた内科	R4.4.1
医療法人 鎌井内科	
医療法人 中川内科	
医療法人 西村医院	
医療法人 みずほ整形外科	
医療法人 よしおか内科	
医療法人誠志会 砥部病院	
医療法人光陽会 介護老人保健施設とべ和合苑	
砥部町国民健康保険診療所	
豊島医院	
柳田医院	
山本クリニック	
医療法人 小泉小児科	

## 別紙⑥

## 内訳書

区 分		1人当たり委託料単価	支払条件
		消費税及び地方消費税の額を含む	
特定保健指導 (動機付け支援)	A 初回面接による支援	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	2,640 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	11,000 円	初回面接終了後に支払う。
	B 初回面接後の支援	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	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	4,400 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。