

ヒトパピローマウイルス感染症の予防接種に関する
相談支援・医療体制強化のための地域ブロック拠点病院整備事業
公募要綱

令和4年2月 厚生労働省健康局

1. 目的

ヒトパピローマウイルス感染症の予防接種後に生じた症状の診療については、「ヒトパピローマウイルス感染症の予防接種後に生じた症状の診療に係る協力医療機関の選定について」（平成26年9月29日健感発0929第2号、厚生労働省健康局健康課長通知）において、ヒトパピローマウイルス感染症の予防接種後に広範な疼痛又は運動障害を中心とする多様な症状を呈する患者に対して、より身近な地域において適切な診療を提供するため、都道府県単位でヒトパピローマウイルス感染症の予防接種後に生じた症状の診療に係る協力医療機関（以下単に「協力医療機関」という。）が選定されています。

今般、「ヒトパピローマウイルス感染症に係る定期接種の今後の対応について」（令和3年11月26日健発1126第1号、厚生労働省健康局長通知）において、市町村からの個別の勧奨については、基本的に令和4年4月から順次実施することを周知しました。また、「ヒトパピローマウイルス感染症に係る定期接種を進めるに当たっての相談支援体制・医療体制等の維持、確保について」（令和3年12月28日健感発1128第1号、厚生労働省健康課長通知）において、ヒトパピローマウイルス感染症に係る定期接種を進めるに当たっての相談支援体制・医療体制等について、都道府県、市町村（特別区を含む。以下同じ。）、協力医療機関及び地域の医療機関に求められる役割を具体的にお示したところです。

ヒトパピローマウイルス感染症に係る定期接種を進めるに当たっての相談支援体制・医療体制等をさらに強化する観点から、ヒトパピローマウイルス感染症の予防接種に関する相談支援・医療体制強化のための地域ブロック拠点病院整備事業（以下、「拠点病院整備事業」という）を通して、地域ブロック別に拠点病院を選定し、医療機関の診療体制の強化を図るとともに、医療機関、都道府県、市町村や医師会等の関係者の連携をより強化し、十分な相談支援体制や医療体制を築くことを目的とします。

2. 事業内容

下表に示す地域ブロックごとに、拠点病院を原則1機関選定し、拠点病院に選定された医療機関は、ブロック内に属する医療機関、都道府県、市町村や医師会等と連携を構築するとともに、厚生労働省や厚生労働行政推進調査事業研究班（以下、「研究班」という。）とも密に連絡を取り、定期接種の実施に係る機関の中核として、下記のような役割を担います。

（1）医療機関との連携の構築

ブロック内の協力医療機関と連携を構築し、研修会等の実施を通して、ブロック内での事例（ヒトパピローマウイルス感染症の予防接種後に広範な疼痛又は運動障害を中心とする多様な症状を呈して受診した患者に対する包括的な支援の実例等）を共有したり、最新の知見（ヒトパピローマウイルス感染症の予防接種に関するエビデンスや研究班の取りまとめた研究データ等）を共有したりすることにより、よりよい診療体制の構築に寄与する。また、厚生労働省や研究班等からの伝達事項が、ブロック内の協力医療機関に対して確実に伝わる体制を構築する。

協力医療機関でない医療機関に対しても、研修会等の実施を通して、ヒトパピローマウイルス感染症の予防接種や接種後に体調の変化等の症状が生じた方に対する診療に関する情報提供を行うとともに、適宜相談に応じる。

- (2) 都道府県・市町村・医師会・学校関係者・予防接種センター等との連携
 都道府県・市町村・医師会・学校関係者・予防接種センター（予防接種センターについては、予防接種センター機能推進事業実施要綱を参照）等との連携を構築し、予防接種に関する情報やブロック内の診療状況等に関する情報の提供を行うとともに、適宜相談に応じる。また、必要に応じて、研修会や意見交換の場を提供する。
- (3) その他
 必要に応じ、厚生労働省や研究班が行う調査・研究について、ブロック内の医療機関の調査結果を取りまとめるなどの補助を行う。

拠点病院整備事業における地域ブロック

ブロック名	都道府県
北海道・東北	北海道 青森県 岩手県 宮城県 秋田県 山形県 福島県
関東・甲信越	茨城県 栃木県 群馬県 埼玉県 千葉県 東京都 神奈川県 新潟県 山梨県 長野県
北陸	富山県 石川県 福井県
東海	岐阜県 静岡県 愛知県 三重県
近畿	滋賀県 京都府 大阪府 兵庫県 奈良県 和歌山県
中国・四国	鳥取県 島根県 岡山県 広島県 山口県 徳島県 香川県 愛媛県 高知県
九州・沖縄	福岡県 佐賀県 長崎県 熊本県 大分県 宮崎県 鹿児島県 沖縄県

3. 事業の実施期間と交付金額

本事業は採択通知後から令和5年3月31日までとし、事業費として本事業実施期間に6,000,000円程度を医療機関に交付します。想定される補助対象経費は、本事業の実施に必要な諸謝金、賃金、旅費、備品費、印刷製本費、借料及び損料、会議費、通信運搬費、雑役務費、委託費（ただし、上記の対象経費に限る）となります。

4. 応募の条件

本事業の実施主体は、「ヒトパピローマウイルス感染症の予防接種後に生じた症状の診療に係る協力医療機関の選定について」（平成26年9月29日健感発0929第2号、厚生労働省健康局健康課長通知）における、協力医療機関であって、2に掲げた役割を担う体制が整備可能な医療機関です。現在、協力医療機関となっていない場合でも、応募時に協力医療機関であれば、応募することができます。

5. 応募に当たっての留意事項

(1) 提出期間

規定の書式に従って必要書類を作成の上、(2)の提出先に送付してください。

令和4年2月14日（月）～令和4年2月25日（金）（到着日）

申請書類は、簡易書留等、配達されたことが証明できる方法で、提出期間内に到着するよう余裕をもって投函してください。

提出先

厚生労働省健康局健康課予防接種室宛

〒100-8916 東京都千代田区霞が関1-2-2

(2) 提出書類

本事業に応募する医療機関の代表者は、規定の様式に従って事業計画書を提出してください。なお、評価委員会において評価を行う際に、別途資料を求める場合があります。

6. 添付資料について

本事業については、添付資料もご参照ください。

別添1 HPV感染症の予防接種に関する相談支援・医療体制強化のための地域ブロック拠点病院整備事業（概要）

別添2 地域におけるHPVワクチン接種にかかる診療・相談体制の強化のイメージ

令和 年 月 日

厚生労働大臣 殿

医療機関名
代表者名 印

ヒトパピローマウイルス感染症の予防接種に関する相談支援・医療体制
強化のための地域ブロック拠点病院整備事業

ヒトパピローマウイルス感染症の予防接種に関する相談支援・医療体制強化のための
地域ブロック拠点病院整備事業に応募したいので、次のとおり応募書類を提出す
る。

1. 申請者について

医療機関名	
代表者氏名	
住所	〒
電話番号	
ファックス番号	

ヒトパピローマウイルス感染症の予防接種後に生じた症状の診療に係る協力医
療機関に選定されていますか。

はい ・ いいえ

2. ヒトパピローマウイルス感染症の予防接種後に生じた症状の診療に主としてあたる
診療科について

診療科名	
診療科代表者 氏名 役職名 E-mail アドレス	
電話番号	
ファックス番号	

3. 診療体制について

1) 主として診療にあたる診療科における診療体制について

当該診療科に常勤している医師の人数	人
上記のうち、ヒトパピローマウイルス感染症の予防接種後に生じた症状に対する診療に従事している医師の人数	人
医師以外で診療に従事している職種および人数	職種： 人 職種： 人 職種： 人

2) 連携可能な診療科における診療体制について

主たる診療科と連携して診療が可能な診療科名、およびヒトパピローマウイルス感染症の予防接種後に生じた症状に対する診療に従事している医師の人数	診療科名： 人 診療科名： 人 診療科名： 人 診療科名： 人
---	--

4. 診療状況について

主として診療にあたる診療科における、ヒトパピローマウイルス感染症の予防接種後に生じた症状に対する診療状況について

新規に受診した患者数	平成 29 年度： 人 平成 30 年度： 人 令和元年度： 人 令和 2 年度： 人 令和 3 年度： 人
年間のべ受診患者数	平成 29 年度： 人 平成 30 年度： 人 令和元年度： 人 令和 2 年度： 人 令和 3 年度： 人
令和 4 年 1 月 1 日時点で、継続的に受診中の患者数	人

5. 研究の実施状況について

- 1) これまでにヒトパピローマウイルス感染症の予防接種後に生じた症状に関連する研究を実施したことはありますか（ヒトパピローマウイルス感染症の予防接種によるものではない疼痛や運動障害等に関する研究も含みます）。

はい ・ いいえ

実施したことがある場合は、下記に研究概要・実施時期・獲得した外部競争資金の詳細（時期・課題名・金額等）等を記入してください。

- 2) ヒトパピローマウイルス感染症の予防接種に関連する厚生労働行政推進調査事業研究班の研究に協力したことはありますか。

はい ・ いいえ

協力したことがある場合は、下記に協力した研究の研究課題名・時期・協力内容等を記入してください。

6. 他の医療機関・関係機関・関係団体との連携の構築状況について

これまでに他の医療機関や都道府県、市町村、医師会等と連携して、ヒトパピローマウイルス感染症の予防接種後に生じた症状の診療にあたったことはありますか。

はい ・ いいえ

ある場合は、診療内容や連携内容等を具体的に記入してください。

7. 事業計画について

- 1) 都道府県・市町村・医師会・学校関係者・予防接種センター等との連携を構築するにあたり、具体的にどのようなことを計画していますか。

- 2) 本事業の実施に必要な事業費について、その内訳を記入してください。補助対象経費は、本事業の実施に必要な諸謝金、賃金、旅費、備品費、印刷製本費、借料及び損料、会議費、通信運搬費、雑役務費、委託費となります。

区 分	支 出 予 定 額			
	員 数	単 価	金 額 (円)	
○○○費 ○○○ ○○○ ・ ・ ○○○費 ○○○ ○○○				

(作成上の留意事項)

1. 本事業計画書は、申請事業の採択の可否等を決定するための評価に使用されます。
2. 各項目の記入量に応じて、適宜、欄を引き伸ばして差し支えありません。