



港区男子HPVワクチン任意接種助成事業 実施の手引き

令和 7 年 4 月

みなと保健所保健予防課

1. 港区男子HPVワクチン任意接種助成事業について

(1) 事業の概要

ヒトパピローマウイルス（HPV）ワクチンについては、男性が接種することで、HPVの感染による肛門がんや尖圭コンジローマの発症等の予防や、性交渉によるパートナーへの感染の広がりを抑える効果が期待できます。

区は、接種を希望する対象者の保護者等への経済的負担の軽減を図ることを目的に、港区民の男子へのHPVワクチン任意接種の費用助成を令和6年12月1日から開始しています。

(2) 対象者

接種日時点で港区に住民登録のある小学6年生から高校1年生相当年齢までの男子

※ただし令和7年度のみ高校2年生相当年齢の男子で、令和6年度中に1回以上の接種を本助成事業によって受けた者に限り、令和7年度末を限度に助成期間を延長しています。有効期限は予診票の右上に記載しております。

(3) 委託料

定期予防接種と同額

(4) 助成回数

未接種回数分(最大3回)

(5) 接種ワクチン

4価ガーダシル®ワクチン

※9価シルガード®9は、男性への接種が日本では薬事承認されていないため助成対象になりません。

(6) 実施方法

- ① 港区医師会と業務委託契約を締結、実施協力の意向確認に応じた医療機関で実施します。
- ② 実施協力に応じた医療機関の一覧を作成し、ホームページ等にて公表します。
- ③ 区に助成を申請した接種希望者が任意接種予診票を持参したら接種を実施してください。自己負担額はありません。
- ④ 翌月の指定日(毎月8日)までに、「港区任意接種助成事業実施報告書」に請求用の予診票を添えて、医師会にご提出ください。

(7) 実施期間

令和7年4月1日～令和8年3月31日

予診票の有効期限は対象者が16歳(高校1年生相当年齢)となる日の属する年度の末日までとなり年度を

またいで助成が受けられます。

※高校 2 年生相当年齢の男子で、令和6年度中に1回以上の接種を本助成事業によって受けた者に限り、令和7年度末を限度に助成期間を延長しています。

(8) 医療機関への支払い額(委託料)

委託料は単価表をご確認ください。

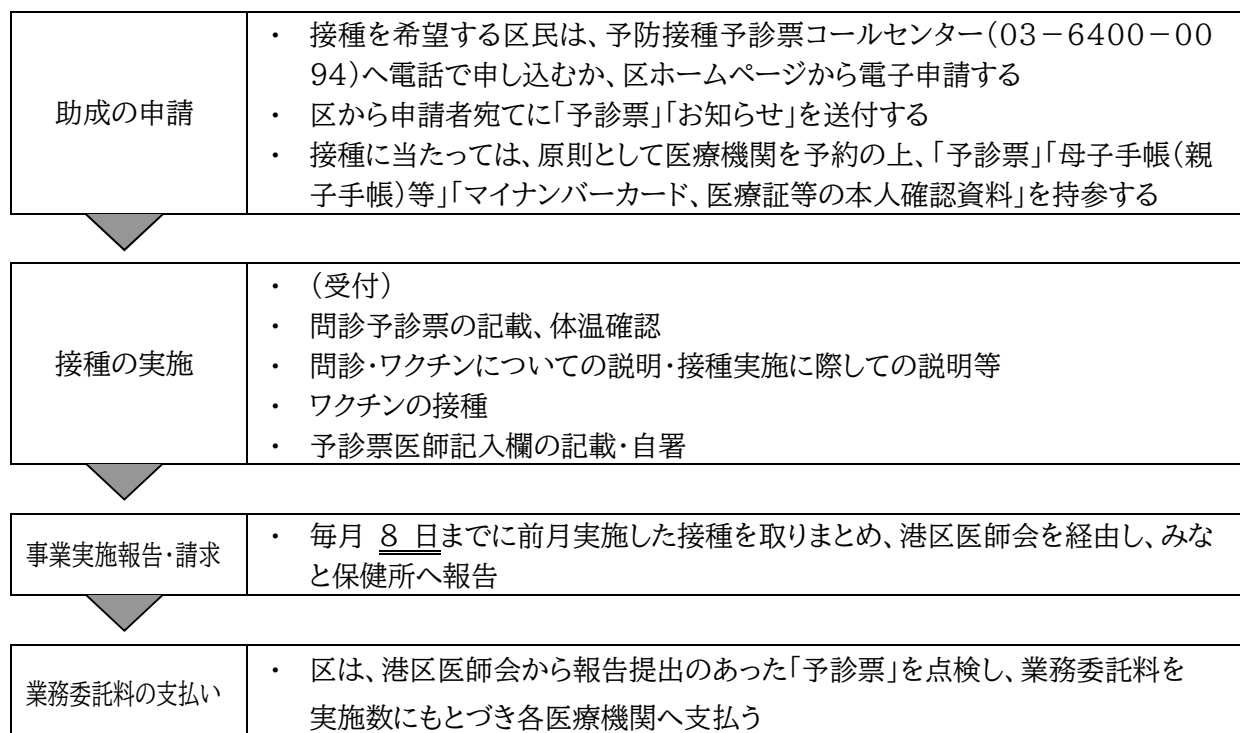
公費負担となりますので、被接種者への費用の徴収はしないでください。

4 価ガーダシル®ワクチン以外のHPVワクチンを使用した場合や、ワクチンの添付文書に沿わない接種を行った場合、予診票に記載された有効期限を超えて接種した場合は、委託料をお支払いできないことがあります。

(9) 実施にあたって

- ① 「任意接種予診票」については、事前の申請によってみなと保健所が発行します。区が発行した予診票を持参された方のみが助成を受けられます。
- ② 接種後に費用を請求できる償還払い制度はありません。
- ③ 本事業は、港区独自の事業となります。住民票が港区にある方(港区民)への助成制度です。
- ④ 港区民以外の方が、ワクチン接種を受けに来院された場合は、自己負担となります。定期接種のように23区での協定は行っておりません。
- ⑤ 予診のみの場合も請求できます。
- ⑥ 予診票は、2 枚複写(請求用・医療機関控)になっています。
- ⑦ 有効期限の過ぎた予診票での助成はできません

(10) 事業の流れ



2. 接種について

(1) 当日の受付

接種希望者には、来院する際の必要書類を次のとおりとしております。

- ・任意接種予診票
- ・健康保険証又はマイナンバーカード等(港区民であることがわかる書類)

上記の書類により、本事業の助成対象(接種日現在港区民)であることをご確認ください。

※任意接種の予診票の枠色は「緑」です。「オレンジ」の女子の定期予防接種とは制度が異なります。

(2) 問診・ワクチン接種の事前説明

接種を行うに際しては、被接種者が自らの意思で接種を希望していることを確認する必要があります。被接種者(接種を希望する方)が、その必要性を理解しているか、接種不適当者または、接種要注意者に該当していないか、当日の体調がよいか等を判断するためには、予診票を活用し、十分な問診・説明を行ってください。

任意接種予診票は、安全に接種可能であるかを判定する重要な資料です。

(3) 健康被害制度の説明について

ワクチン接種にあたっては、副反応の説明と健康被害への対応を説明し、接種を行ってください。予防接種法に基づく接種ではないため、接種後に副反応による入院、生活に支障が出るような障害を残す等健康被害が生じた場合は、独立行政法人医薬品医療機器総合機構法(平成 14 年 12 月 20 日法律第 192 号)及び港区予防接種事故災害補償要領(平成 23 年 4 月 1 日 22 港総総第 1958 号)の定めによる補償の対象となる場合があります。

(4) ワクチン接種

接種を実施するにあたっては、質問(問診)項目を確認し、診察・説明を行い、接種の効果や目的、副反応の可能性、医薬品副作用被害救済制度などを被接種者へ説明し、接種実施の同意を得てください。

(5) 予診票への記入及び接種記録票の交付

予診票は、2 枚複写(請求用、医療機関控)となっています。ワクチン接種の可否等、「(7)任意接種予診票の記入について」に沿って医師が記入・署名してください。

(6) 接種にかかる費用について

全額公費負担となりますので被接種者が負担する費用はありません。委託金額は定期予防接種の金額に準じています。

(7) 任意接種予診票の記入について

予診票記入の注意

港区 男子HPV(ヒトパピローマウイルス感染症)ワクチン任意接種予診票

港区民のみ 請求用

有効期限が切れていないか確認してください。

港区内に転出した場合、この予診票は使用できません。

受ける人の氏名

生年月日 (満 歳 か月) 性別

前回の接種履歴を確認してください。
2 回目は初回接種から 1 か月以上の間隔を置く
3 回目は 2 回目から 3 か月以上の間隔を置く

今日の接種は「○」をつけてください。
また、過去にHPVワクチンを接種したことがある場合は、接種年月日を記入ください。

1 回目接種	2 回目接種	3 回目接種
(西暦) 年 月 日	(西暦) 年 月 日	

下の太枠内の質問項目に必要事項を記入し、回答欄のどちらかに○をつけてください

質問事項	回答欄	医師記入欄
1 今日受ける予防接種について区から配られているお知らせを読みましたか。	はい いえ	
2 今日、体に具合の悪いところがありますか。 具体的な症状を書いてください。()	はい いえ	
3 最近 1 か月以内に病気にかかりましたか。 病名 ()	はい いえ	
4 1 か月以内に家族や遊び仲間に麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか。 病名 ()	はい いえ	
5 1 か月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種名 () 接種日 ()	はい いえ	
6 生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症その他の病気にかかり、医師の診察を受けていますか。 病名 () その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいといわれましたか。	はい いえ	
7 現在、ステロイド剤(内服)や免疫抑制剤など、特別な薬の投与を受けていますか。	はい いえ	
8 ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。() 歳頃 そのときに熱が出ましたか。	はい いえ	
9 薬や食品で皮膚に発疹やじんまじんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。	はい いえ	
10 近親者に先天性免疫不全と診断されている方がいますか。	はい いえ	
11 これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか。 予防接種名 ()	はい いえ	
12 近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった方がいますか。	はい いえ	
13 今日の予防接種について質問がありますか。	はい いえ	

太枠内は接種希望者が記入します。
記入漏れがないか、ご確認ください。

医師記入欄

以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は(実施できる・見合わせたほうがよい)と判断します。
保護者または接種を受ける者が満16歳以上の場合は本人に対して、予防接種の効果、副反応及び独立行政法人医薬品医療機器総合機構法による「医薬品副作用被害救済制度」に基づく救済になる場合などについて、説明をしました。

医師署名又は記名押印

【保護者又は被接種者等記入欄(自署欄)】 どちらかに○を入れてください

「保護者又は代理人(同伴者)が同伴する場合・被接種者が満16歳以上の場合
医師の診察・問診を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、独立行政法人医薬品医療機器総合機構法による「医薬品副作用被害救済制度」に基づく救済になる場合などについて理解した上で接種すること、及びこの予診票の目的が予防接種の安全性の確保であることを理解の上、本予診票が区に提出されることに同意します。
保護者(被接種者が満16歳以上の場合は本人)又は代理人署名

「被接種者が満13～15歳で保護者が同伴しない場合
HPVワクチンを受けるに当たっての説明書を読み、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、独立行政法人医薬品医療機器総合機構法による「医薬品副作用被害救済制度」に基づく救済になる場合などについて理解し、接種を受ける方の病歴・健康状態・接種高等を考慮した上で、接種することに同意します。また、この予診票の目的が予防接種の安全性の確保であることを理解の上、本区に提出されることに同意します。

保護者自署 緊急の連絡先(携帯)

使用ワクチン	接種量	実施場所・医師名
ガーダシル Lot No.	0.5ml	実施機関名・住所・電話番号
	接種部位(筋肉内接種)	
	左 上腕	
	右 その他()	

(注)有効期限が切れていないか要確認

医師名
接種(予診)年月日(西暦) 年 月 日

ガーダシルのみ助成の対象です。
シルガード 9 は男性への接種が薬事承認されていないため助成できません。接種した「Lot No.(ワクチンシールの貼付)」「接種部位」「実施した医療機関名」「接種医師名」「接種年月日」を記載漏れのないようにご注意ください。

接種希望者が同意署名する欄です。記入漏れのないようご確認ください。

接種年月日の記入漏れがないようご注意ください。

3. 実施報告・費用請求について

「任意接種予診票」の1枚目「請求用」を1か月分にとりまとめ、「任意接種助成事業実施報告書」を添えて、翌月8日までに港区医師会事務局へ提出してください。

その後、港区では、港区医師会から提出された書類を点検し、委託料として、貴医療機関の届出口座へ振り込みます。

4. 問合せ

本事業に関して不明な点がありましたら、お問い合わせください。

港区みなと保健所 保健予防課保健予防係

住 所 〒108-8315 港区三田一丁目4番10号

電 話 03-6400-0081

FAX 03-3455-4460