

# 令和6年度柏市予防接種医療機関説明会

日 時：令和6年3月21日（木）19時～

開催形式：柏市医師会事務所より Web 配信

主 催：柏市医師会・柏市

## 次 第

### 1. 開会

### 2. 挨拶

### 3. 議事

(1) 「令和6年度の主な変更事項」【資料1】

柏市健康増進課

(2) 「診療の場面での注意」【資料2】

柏市医師会 予防医療委員会

### 4. 閉会



資料（１）



# 柏市予防接種医療機関説明会 「令和6年度の主な変更事項」

---

令和6年3月21日（木）  
柏市健康医療部 健康増進課

# 本日のご説明内容



## 1. 主な変更事項について

- (1) 高齢者肺炎球菌
- (2) 5種混合
- (3) 小児用肺炎球菌：15価
- (4) HPV
- (5) 筋肉注射の方法
- (6) 予診票と請求書
- (7) 委託料
- (8) その他：MR, 風しん(第5期)

## 2. 予防接種の間違い防止について

# 1 - (1) 高齢者肺炎球菌：対象者



令和6年4月から**定期接種対象者が変更**になります

- **65歳**・・・【接種期限】 66歳の誕生日前日まで
- 60歳～64歳：心臓・腎臓・呼吸器・免疫機能に一定の障がいを持つ者



国が2014年度～2023年度まで、「経過措置」として実施していた「70歳～100歳まで：5歳刻み年齢」における接種は終了となります。

● **昭和33年4月2日～昭和34年4月1日生まれ**の方は、令和5年度の対象者でしたが「**66歳の誕生日の前日**」までは接種可能です。（※令和6年度柏市から通知はいたしません）



接種したい



【事前申請】  
ご本人が健康増進課に連絡する

市が予診票を発行



 柏市  
KASHIWA CITY

● **原則、令和5年度予診票は使用不可です**  
事前申請なく来院された場合は、接種履歴を確認しますので、健康増進課へご連絡ください。

# 1 - (1) 高齢者肺炎球菌：通知方法



令和6年度  
対象者

65歳の誕生日到達後，1週間以内に**自動的に**，柏市から対象者へ予診票を発送

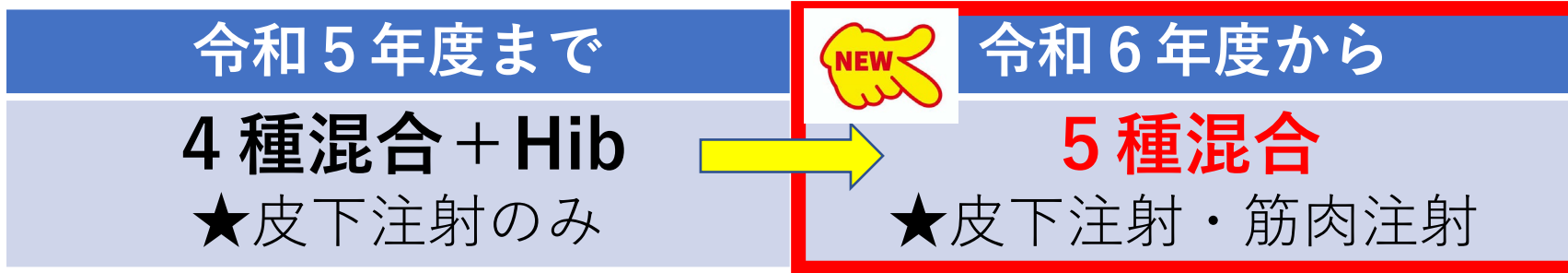
令和5年度  
対象者

接種希望者からの**申し出(連絡)**により予診票を交付

(66歳未満の  
未接種者)

※令和5年4月に送付している「令和5年度の予診票＝有効期限が書かれていない予診票」は使用できませんので，ご確認をお願いいたします

# 1 - (2) 5種混合：ワクチンの種類



## KMバイオロジクス：クイントバック

## 阪大微研：ゴービック



クアトロバック皮下注シリンジ (4混ワクチン)



用時溶解



Hib製剤



液状シリンジ製剤

用時調製不要

※写真は4混のもの

- いずれの原薬（4混、Hib）もKMバイオロジクス製
- Hibは、アクトヒブと同じ破傷風トキソイド結合体
- 生後2か月から接種を開始 (注) し、計4回の接種を想定した治験を実施
- 皮下接種と筋肉内接種の両方を想定

- 4混の原薬は、テトラビック皮下注シリンジと同一
- Hibは、田辺三菱から導入する国内未承認品で、無毒性変異ジフテリア毒素 (CRM<sub>197</sub>) ※結合体  
※既承認ワクチンで使用されている
- 生後2か月から接種を開始 (注) し、計4回の接種を想定した治験を実施
- 皮下接種と筋肉内接種の両方を想定

# 1 - (2) 5種混合：対象者と接種スケジュール



生後2か月から生後90か月（7歳6か月）に至るまでの間の者

## 【接種スケジュール】

- 初回接種：20日以上の間隔をあけて3回
- 追加接種：初回接種終了後6か月以上の間隔をあけて1回

対象年齢	期(回数)	標準的な接種期間	定期接種の接種間隔	標準的な接種間隔	接種量(接種方法)
生後2か月～ 90か月未満	第1期初回 (3回)	生後 2か月～7か月	20日以上	20日～56日 までの間隔をおく	各0.5ml 皮下 又は 筋肉内
	第1期追加 (1回)	初回接種(3回目) 終了後 6か月～18か月	3回目接種後 6か月以上	3回目接種後 6か月～18か月 の間隔をおく	

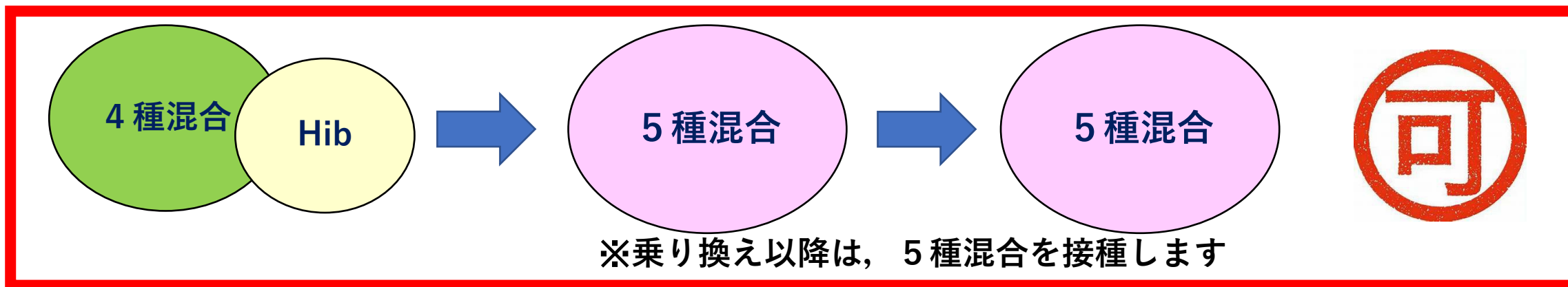
①口タ ②小児用肺炎球菌 ③B型肝炎 ④5種混合の1回目 ⇒ ①～④は同時接種可能

# 1 - (2) 5種混合：交互相種について



## 原則

	令和6年4月以降のワクチンの選択
初めて予防接種を行う場合	5種混合
すでに4種混合とHibを接種している場合	4種混合 + Hib



- ◆5種混合ワクチン同士の交互相種については、例外的であると認められた場合は接種が許容されます。
- ◆各製薬会社間で交互相種に関するデータはなく、有効性・安全性についてのエビデンスはない状況です。



# 1 - (2) 5種混合：周知について



生後2か月のお子さんに  
「柏市予防接種ノート」  
を郵送しています



**令和6年2月以降に生まれた  
お子さんには①②を予防接種  
ノートの中に入れていきます**  
※4種混合・Hibの予診票は  
抜いてあります



## ① ご案内文

### 令和6年4月以降の予防接種について

●令和6年4月1日より、「4種混合」と「Hib」ワクチンが一体となった「5種混合」の接種が開始します。

予防接種ノートに記載されている4種混合+Hibではなく、4月以降は、原則5種混合での接種となります。同封の5種混合の予防接種予診票を使い、接種してください。（予防接種ノートから4種混合とHibワクチンの予診票を切り取ってあります）

●小児用肺炎球菌予防接種については、令和6年4月1日より、現行の「13価」から、「15価」のワクチンが接種できるように変更となります。  
なお、予診票は予防接種ノートの予診票がそのまま使用できます。

【参照：5種混合ワクチンの接種スケジュール】

接種	対象年齢	標準的な接種期間	回数	間隔
5種混合	【第1期】 生後2か月 ～7歳6か月未満	【第1期】 生後2か月～7歳6か月未満	3回	20日以上 (標準的には20日から 56日までの間隔を約)
	【第2期】 生後2か月 ～7歳6か月未満	【第2期】 生後2か月～7歳6か月未満	1回	1期回目3回目終了後 6か月以上 (標準的には6か月～18か 月の間隔をおく)

※予防接種ノートP12（ヒブ）及びP13（4種混合）を抜き替えてください

お問い合わせ 柏市 健康増進課  
TEL：04-7128-8166

現在、国からの正式な通知が未着のため、詳細が決まり次第、柏市ホームページでご案内します。

## ② 5種混合：予診票

5種混合（ジフテリア・百日咳・破傷風・不活化ポリオ・ヒブ）予防接種予診票  
対象年齢：（第1期）生後2か月以上7歳6か月未満

柏市

接種回数	接種日	西暦	年	月	日	接種前の体質	備考	区分	
			1回	2回	3回			追加	
接種回数									
住所	柏市								
予防接種番号									
お名前					生年月日	西暦	年	月	日
届ける人の氏名					(関・姓)	(職)	歳	ヶ月	
保護者の氏名					電話番号				

質問事項	はい	いいえ	不明
今日接種する予防接種について市町村から知られている病歴を教えてください	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
あなたのお子さんの病歴についておたずねします			
出生体重（ ）kg	あった	なかった	
分娩時に異常がありましたか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
出生後に異常がありましたか	あった	なかった	
母乳育児で異常があったとわかれたことがありますか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
今日、体に異常の多いところがありますか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
具体的な症状を書いてください			
過去1か月以内に発熱がわかりましたか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
発熱			
1か月以内に嘔吐や下痢、嘔吐、血しん、赤痢、おたずねかぜなどの病気のようがありましたか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(病名)			
1か月以内に予防接種を受けましたか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
予防接種を受けた日と種類（ 日 回 ）			
生まれてから今までに先天性異常、虫歯、腎臓、脳神経、免疫不全症その他の病気がかかると、医師の診察を受けていますか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
病名（ ）			
【「はい」と回答した場合は】その病気を添っていらっしゃる医師に今日の予防接種を受けてよいといわれたら	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ひきつけ（けいれん）をおこしたことがありますか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
けいれん			
そのときおたずねしましたか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
発熱や嘔吐で前日に接種せよと指示が出たり、体の異常が高くなったことがありますか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
( ) 嘔吐 ( ) 血しん ( ) 赤痢 ( ) 便秘 ( )			
直観的に先天性免疫不全と診断されている方はいませんか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
これまで予防接種を受けて異常が高くなったことはありませんか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
直観的に予防接種を受けて異常が高くなった人はいませんか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射を受けましたか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
今日の予防接種について異常がありますか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
理由（ ）			

医師記入欄

以上の問診及び病歴の経緯、今日の予防接種は

実施できる・実施させる（理由： ）

保護者に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種後観察指導制度について、説明しました。

保護者記入欄

医師の説明・説明を受け、予防接種の必要性や目的、標準的な接種期間、予防接種後観察指導制度などについて理解した上で、実施することに同意します。

同意します・同意しません どちらかに○

この予診票は、予防接種が安全性の確保を目的としています。このことを理解の上、本予診票が有効日に提出されることに同意します。

接種のワクチン	接種量	接種場所・接種日
ワクチン名	接種量（mL） (標準的な接種量)	接種場所： 接種日：西暦 年 月 日
Lot No.	接種回数	接種日：西暦 年 月 日
接種期間	接種回数	接種日：西暦 年 月 日

(注) ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎の感染防止や予防接種の効果を高めるために使用されることがあり、この注射を3～6か月以内に受けた方は、血しんなどの予防接種の効果が増進することがあります。

2024/4/1

# 1 - (2) 5種混合：予診票について



5種混合が導入され、接種方法が変更になりました。  
**5種混合の予診票には「接種方法」を選択して、○をつけてください**



使用ワクチン名	接種量	
ワクチン名	接種量0.5mL (どちらかに○)	
Lot No.	<b>筋肉接種</b>	皮下接種
有効期限 (注)有効期限が切れていないか要確認	年 月 日	



「筋肉接種」・「皮下接種」  
**いずれかに○を付けてください**

5種混合(ジフテリア・百日咳・破傷風・不活化ポリオ・ヒブ) 予防接種予診票  
 対象年齢：(第1期)生後2か月以上7歳6か月未満

柏市

接種回数	1回	2回	3回	追加
住所	柏市			
予診接種番号				
接種者の氏名	(姓・名)	生年月日	(西暦 年 月 日)	
保護者の氏名	(姓・名)	電話番号		

予防接種について市町村から知られている状態を教えてください	はい	いい	
あなたの子どもは発熱についておたずねします			
出生後( )ヶ月	発熱に異常がありましたか	あった	なかった
	出生後に異常がありましたか	あった	なかった
	乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	ある	ない
今日、体に異色の高いところがありますか	はい	いい	
具体的な症状を書いてください( )			
最近1か月以内に高熱にかかりましたか	はい	いい	
病名( )			
1か月以内に家庭や遊び仲間、通い、お泊り、おたずねなどの病気の人がいましたか	はい	いい	
病名( )			
1か月以内に予防接種を受けましたか	はい	いい	
予防接種を受けた日と種類( )	月 日		
生まれてから今までに先天性異常、手術、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	はい	いい	
病名( )			
【“はい”と回答した場合は】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	いい	
けいふけ(けいふけ)をおこしたことがありますか	はい	いい	
病名( )			
その他お熱の出ましたか	はい	いい	
薬や食品でアレルギー反応やじんましんが出たり、体の異色が高くなったことがありますか	はい	いい	
( ) 薬名( ) 症状( )			
近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	はい	いい	
これまで予防接種を受けて異常がなかったことはありますか	はい	いい	
予防接種の種類( )			
近親者に予防接種を受けて異常が高くなった人はいますか	はい	いい	
病名( )			
1か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射を受けましたか	はい	いい	
今日の予防接種について異常がありますか	はい	いい	
原因( )			

以上の状態及び接種の前後、今日の予防接種は

実施できる・異合わせる(理由: )

保護者に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明をしました。

保護者の署名

保護者の氏名

署名

同意します・同意しません どちらかに○

この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。このことを理解の上、本予診票が有効に認められることと同意します。

ワクチン名	接種量0.5mL (どちらかに○)	接種方法	筋肉接種	皮下接種
Lot No.				
有効期限 (注)有効期限が切れていないか要確認	年 月 日			

# 1 - (2) 5種混合：母子健康手帳について



つぐくも  
つなぐ。

【令和5年度までに発行した母子健康手帳を使用している場合の対応】

## ① Hibワクチンの欄

Hib(インフルエンザ菌b型) Haemophilus influenzae type b					
時期	接種年月日 Y/M/D(年齢)	接種時年齢	メーカー又は製剤名/ロット Manufacturer or Brand name/Lot No.	接種者署名 Physician	備考 Remarks
1回	2024/4/15	歳 ヶ月	5種混合として接種済		
2回		歳 ヶ月			
3回		歳 ヶ月			
追加		歳 ヶ月			

1：接種年月日に日付を記入する  
2：ハンコを押す

【**例外的に** 4種混合・Hibを接種しているが5種混合を接種する場合の対応】

## ① Hibワクチンの欄

Hib(インフルエンザ菌b型) Haemophilus influenzae type b					
時期	接種年月日 Y/M/D(年齢)	接種時年齢	メーカー又は製剤名/ロット Manufacturer or Brand name/Lot No.	接種者署名 Physician	備考 Remarks
1回	2024/3/12	歳 ヶ月	ロット番号シール	●●病院	
2回	2024/4/15	歳 ヶ月	5種混合として接種済		
3回		歳 ヶ月			
追加		歳 ヶ月			

1：接種年月日に日付を記入する  
2：ハンコを押す

## ② 4種混合の欄

5種混合(ジフテリア・百日咳・破傷風・ポリオ・Hib) ワクチン DPT-IPV-PRP (Diphtheria・Pertussis・Tetanus・Polio・Hib)				
時期	接種年月日 Y/M/D(年齢)	メーカー又は製剤名/ロット Manufacturer or Brand name/Lot No.	接種者署名 Physician	備考 Remarks
第1期 初回	2024/4/15	ロット番号シール	●●病院	右皮下
第1期 追加				
第2期 (DT)				

1：予防接種の種類シールを貼付する  
2：備考に接種方法等記入

## ② 4種混合の欄

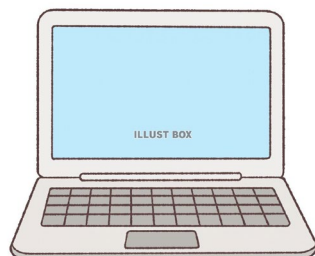
4種混合(ジフテリア・百日咳・破傷風・ポリオ) ワクチン DPT-IPV (Diphtheria・Pertussis・Tetanus・Polio)				
時期	接種年月日 Y/M/D(年齢)	メーカー又は製剤名/ロット Manufacturer or Brand name/Lot No.	接種者署名 Physician	備考 Remarks
第1期 初回	2024/3/12	ロット番号シール	●●病院	右皮下
第1期 追加	2024/4/15	5種混合 ロット番号シール	●●病院	右皮下
第2期 (DT)				

1：5種混合のハンコを押す  
2：備考に接種方法等記入

# 1 - (2) 5種混合：実施協力承諾書について



4月1日からの予防接種に間に合うように  
柏市ホームページに医療機関名簿を掲載し、  
市民のみなさまに周知をしたいと思います。



ご協力をお願いいたします

提出方法

**柏市医師会へFAX**

提出期限

**3月22日（金）午後5時まで**

柏市 ← 送付先 柏市医師会 (FAX: 04-7147-1711) ←  
提出締切: 令和6年3月22日 (金) 17時厳守 ←  
\* 締切以降のご提出は受付できない場合がございます。 ←

年 月 日 ←

柏市長 太田 和美 まで ←

区医療関係者 ←

所在地 ←

電話番号 ←

病 (区) 院長氏名 ←

**令和6年度 柏市5種混合予防接種実施協力承諾書**

私は、5種混合予防接種の実施に関する要請について、下記の  
内容で協力することを承諾します。

1 予防接種の種類と期間 (承諾欄に○を記入) ←

ワクチンの種類	承諾期間	承諾
5種混合	令和6年4月1日から 令和7年3月31日まで	○

2 周知について (いずれかに○を記入) ←

内容	承諾
医療機関名簿への掲載、柏市ホームページ等での周知	可 否

3 柏市健康増進課から情報提供する際のメールアドレス ←

□ コロナワクチンのメールアドレスと同じ (□へチェック) ←

別のアドレスの場合は、下記へ御記入ください。 ←

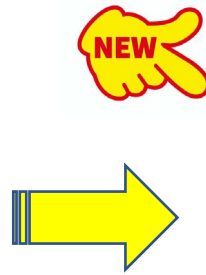




# 1 - (3) 小児用肺炎球菌：種類と接種スケジュール

令和6年4月1日から

1 3 価



1 5 価

原則として  
15価を  
接種します

- 初回接種：27日以上の間隔をあけて3回
- 追加接種：初回接種終了後60日以上の間隔をおいて、生後12月に至った日以降において1回

対象年齢	期 (回数)	接種間隔	標準的な接種期間	接種量 (接種方法)	注意事項
生後2か月 ～5歳未満	初回 (3回)	27日以上	生後 2か月～7か月 未満	各0.5ml皮下 又は 筋肉内	接種開始月齢，接種時月齢 によって接種回数が異なる
※追加は 生後1歳以上	追加 (1回)	3回目接種後 60日以上	1歳以上	0.5ml皮下 又は 筋肉内	※月齢別接種スケジュールは 手引きをご参照ください



# 1 - (3) 小児用肺炎球菌：注意点について



- 4月以降に使用するワクチンは「**1 5 価**」が**基本**となります。
- 「1 3 価」と「1 5 価」の**互換性は確認**されています。
- 当面の間、**過去に接種履歴がある場合は「1 3 価」のワクチンを接種**することが可能です。  
その場合には、被接種者の保護者に十分に説明をしてください。
- 「1 3 価」から「1 5 価」へ**途中で切り替える**場合には、**残りの接種回数は必ず「1 5 価」**を接種してください。  
※1 5 価から1 3 価への切り替えはできませんのでご確認ください。
- 「**1 5 価**」は**筋肉接種が可能**ですが、「**1 3 価**」は**皮下接種のみ**ですので、ご注意ください。

# 1 - (3) 小児用肺炎球菌：予診票について



「筋肉接種」・「皮下接種」  
いづれかに○を付けてください

使用ワクチン名		接種量	
ワクチン名		接種量0.5mL (どちらかに○)	
Lot No.		<input checked="" type="radio"/> 筋肉接種	<input type="radio"/> 皮下接種
有効期限	年 月 日		
(注) 有効期限が切れていないか要確認			



## 旧予診票を使って筋肉接種を行う場合

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名 Lot No. 有効期限 年 月 日 (注) 有効期限が切れていないか要確認	皮下接種 0.5 mL	実施場所： 医師名： 接種年月日： 西暦 年 月 日

接種量
<input checked="" type="radio"/> 筋肉接種
<del><input type="radio"/> 皮下接種</del>
0.5 mL

皮下接種を二重線で消し、  
筋肉接種と記載してください。

小児肺炎球菌感染症 予防接種 予診票  
対象年齢：生後 2 か月以上 5 歳未満 (接種開始年齢により接種回数異なります)

柏市

接種回数	1回	2回	3回	追加
接種日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
住所	区市			
予約接種番号				
子供の氏名			生年月日	西暦 年 月 日
接種者の氏名	(親・父)		電話番号	(国 番 月 日)

質問事項	はい	いいえ	不明
昨日接種する予診票について市町村から送られてきた印刷書を読みましたか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
あなたのお子さんの特徴についておたずねします			
出生体重 ( ) kg	あった	なかった	
出生後に異常がありましたか	あった	なかった	
乳児健診で異常があるとわかれたことがありますか	ある	ない	
今日 体に異常の多いところがありますか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
異体の症状を書いてください ( )			
過去 1 か月以内に発熱に気づきましたか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
発熱 ( )			
1 か月以内に咳痰や遊び行動に異変、嘔吐、下痢、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか (病名: )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 か月以内に予防接種を受けましたか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
予防接種を受けた日と種類 ( 月 日: )			
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が、病名 ( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
【 "はい" と回答した場合 】 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ひきつけ (けいれん) をおこしたことがありますか 経過のけいれんは ( ) 経過	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
式のと違病が出ましたか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
薬や注射で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の異変が起きたことがありますか ( ) 症状 ( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
注射後に先天性免疫不全と診断されているはいいますか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
これまで予防接種を受けて異常がなかったことはありませんか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
予防接種の種類 ( )			
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった人はいいますか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
近 1 か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射を受けましたか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
今日の予防接種について異常がありますか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
別冊 ( )			

医師の診察書又は処方箋を  
医師 記入欄

実施できる・異合わせる (理由: )

接種者に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種継続義務等について、説明をいたしました。

医師の診断・説明を聞き、予防接種の必要性や副作用、接種可能な時期、多剤接種順序等特別なことについて理解した上で、同意すること  
同意します・同意しません 家どちらかに○

この同意書は、予防接種の安全性の確保を目的としています。このことと関係なく、本接種券が有効

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名 Lot No. 有効期限 年 月 日 (注) 有効期限が切れていないか要確認	接種量0.5mL (どちらかに○) <input checked="" type="radio"/> 筋肉接種 <input type="radio"/> 皮下接種	実施場所： 医師名： 接種年月日： 西暦 年 月 日

この接種券を 3 ～ 6 か月以内に受けた方は、詳しくは今日の予防接種の効果を十分に説明いたします。



# 1 - (4) HPV：個別通知について



	定期接種	キャッチアップ接種			
対象者	小学6年生～高校1年生相当の女子	平成9年度～平成19年度（平成20年4月1日） 生まれの女性 <b>新</b> 高校2年生が追加			
通知発送者	中学1年生相当 ※小学6年生時点で、 申し出により通知 した方を除きます	高校1年生相当 接種が完了して いない方	高校2年生 接種が完了して いない方	平成9～19年度生まれ 接種が完了して いない方	
発送時期	令和6年3月末				
送付物	封書 案内文・説明文・予診票	大判ハガキ	大判ハガキ	大判ハガキ	大判ハガキ

キャッチアップ接種  
大判ハガキ  
中面（共通）



種類	2価ワクチン (GSK製/MSD製)	4価ワクチン (MSD製)	9価ワクチン (MSD製)
特徴	HPVの14種を予防 （子宮頸がん予防 効果率約92%）	HPVの14種、18種、 45種、51種、56種を予防 （子宮頸がん予防 効果率約91%）	HPVの14種、18種、 31種、33種、 45種、51種、56種を予防 （子宮頸がん予防 効果率約90%）
効果	子宮頸がんのリスクを <b>50～70%低減</b>	子宮頸がんのリスクを <b>80～90%低減</b>	子宮頸がんのリスクを <b>80～90%低減</b>
接種時期	年齢別接種スケジュール	年齢別接種スケジュール	年齢別接種スケジュール

※20歳になったら子宮頸がん検診を受けましょう  
子宮頸がんは、20歳から25歳に、10年以上に1回（10年以上に1回）受診することが推奨されています。

柏市  
料金無料  
郵便  
（各区区別）

※本通知書を受け取るには、平成26年度から平成27年度の国民健康保険料を納入していただく必要があります。納付済みの状態であることを確認する必要があります。

子宮頸がんからあなたを守る  
HPVワクチン接種

?子宮頸がんとは?  
年間約1.1万人がかかる病気  
年間約3000人が死亡  
30歳未満で、がんの発生で  
妊娠できなくなる可能性がある約1000人

【問い合わせ先】 柏市健康推進課  
〒277-0004 柏市柏下5-1-1 3F  
電話 04-7128-8166 FAX 04-7164-1363

柏市  
料金無料  
郵便  
（各区区別）

※本通知書を受け取るには、平成26年度から平成27年度の国民健康保険料を納入していただく必要があります。納付済みの状態であることを確認する必要があります。

子宮頸がんからあなたを守る  
HPVワクチン接種

?子宮頸がんとは?  
年間約1.1万人がかかる病気  
年間約3000人が死亡  
30歳未満で、がんの発生で  
妊娠できなくなる可能性がある約1000人

【問い合わせ先】 柏市健康推進課  
〒277-0004 柏市柏下5-1-1 3F  
電話 04-7128-8166 FAX 04-7164-1363

柏市  
料金無料  
郵便  
（各区区別）

※本通知書を受け取るには、平成26年度から平成27年度の国民健康保険料を納入していただく必要があります。納付済みの状態であることを確認する必要があります。

子宮頸がんからあなたを守る  
HPVワクチン接種

?子宮頸がんとは?  
年間約1.1万人がかかる病気  
年間約3000人が死亡  
30歳未満で、がんの発生で  
妊娠できなくなる可能性がある約1000人

【問い合わせ先】 柏市健康推進課  
〒277-0004 柏市柏下5-1-1 3F  
電話 04-7128-8166 FAX 04-7164-1363

# 1 - (5) 筋肉注射の方法：標準的な接種部位



## ① 1歳未満

大腿前外側部に接種する。  
接種する筋肉は外側広筋で、中央 1/3 が  
その接種部位である。

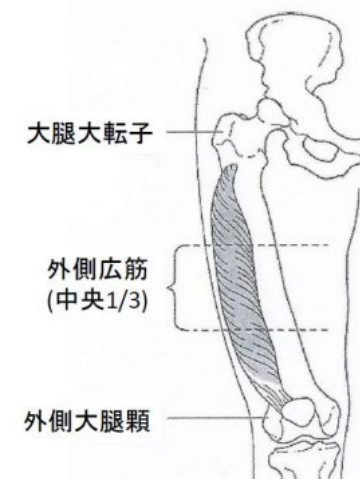
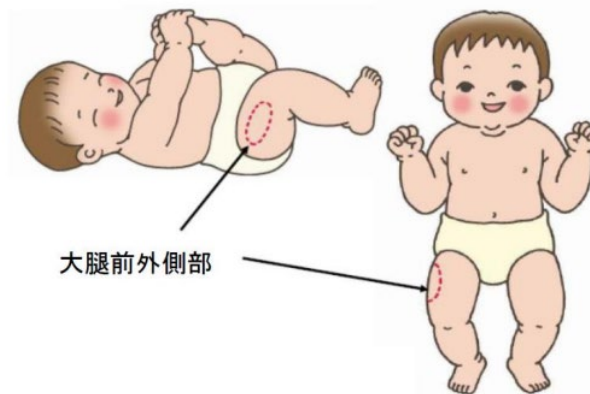
## ② 1～2歳

大腿前外側部または三角筋中央部に接種する。

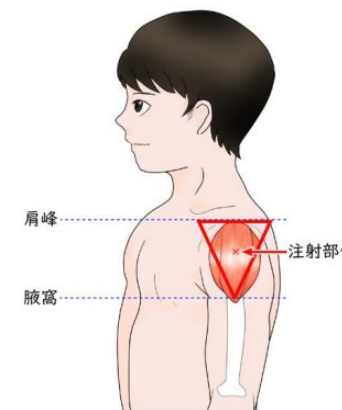
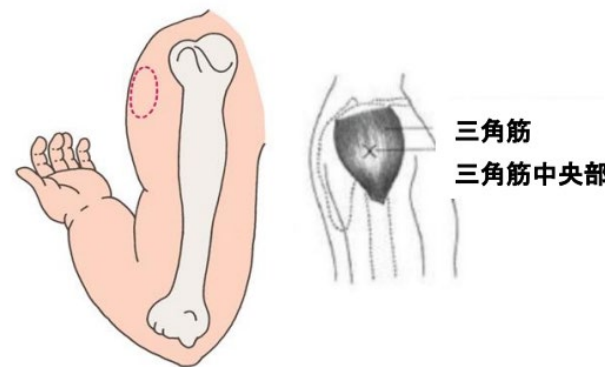
## ③ 3歳以上

三角筋中央部に接種する。

(A) 大腿前外側部



(B) 三角筋中央部



「三角筋中央部」とは、肩峰の高さの水平線を底辺とし  
腋窩の高さを頂点とした逆三角形の中央部である。



- ・明らかに筋肉量が少ない場合等、年齢に関係なく大腿前外側部に接種することも可能です。
- ・臀部は、筋肉の容積が小さく、脂肪組織や神経組織が多く、坐骨神経損傷の可能性があるため、適切な接種部位ではありません。

# 1 - (5) 筋肉注射の方法：適切な接種方法



## 【必要な針の選択】

接種年齢と接種場所によって、適切な長さの針を用いる必要がある。

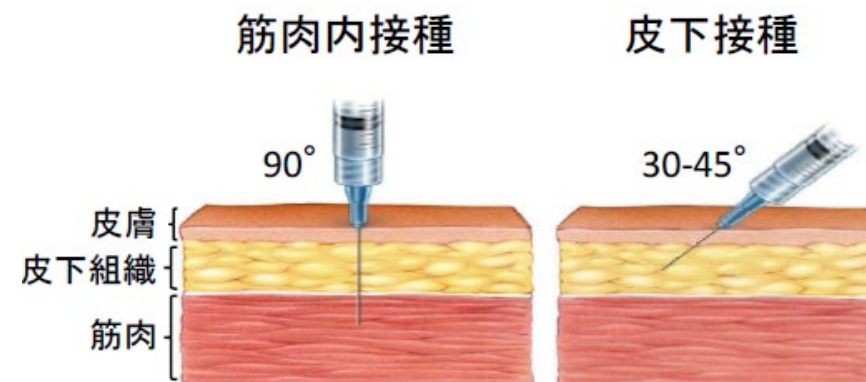
一般的に、針の長さは皮下組織や神経、血管、骨などの筋肉下組織に至らず、筋肉内に留まるものを選択する必要がある。その際、児の接種部の筋肉量、脂肪組織の厚さなどを考慮する。

年齢	接種部位	標準的な針の太さ (ゲージ)	標準的な針の長さ (mm)
新生児	大腿前外側部	25	16
乳児 (1歳未満)	大腿前外側部	25	16*-25
1-2歳	大腿前外側部	23-25	25-32
	三角筋中央部	23-25	16-25
3-18歳	三角筋中央部	23-25	16-25

## 【接種方法】

注射器を持たない手の親指と人差し指で接種部位の筋肉をつまみ、針を接種部位に対して垂直(90度)の角度で針全体を挿入する。

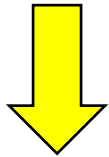
一方、世界保健機関は、親指と人差し指で接種部位を伸展してから接種する方法を推奨している。



# 1 - (6) 予診票と請求書：予診票の記載事項



記載漏れが多い箇所



- ①実施可否
- ②医師の署名
- ③代筆理由

①	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 <b>実施できる・見合わせる（理由：</b> ) 本人に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明をしました。	②	医師の自筆署名又は記名押印
インフルエンザ予防接種希望書（医師の診察の結果、接種が可能と判断された後に記入して下さい。） 医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応などについて理解した上で、接種を希望しますか （希望します・希望しません） ※どちらかに○ この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。このことを理解の上、本予診票が市町村に提出されることに同意します。			
③	接種を受ける者（被接種者）の自筆署名* ①	代筆者氏名及び被接種者との続柄* ② (続柄)	
代筆理由* <input type="checkbox"/> 手が不自由なため <input type="checkbox"/> 目が見えづらいため <input type="checkbox"/> 認知症のため（本人の希望あり） <input type="checkbox"/> その他（ ）			
(*）被接種者が目書できない場合は、代筆者が被接種者氏名①を記入し、さらに代筆者の氏名及び被接種者との続柄②を記入する。 また、代筆理由の該当するものにチェックをつける。被接種者が希望しない場合は、定期接種の対象外となります。			
使用ワクチン名		接種量	
ワクチン名		皮下接種 0.5 mL	
Lot No.		実施場所・医師名・接種年月日	
有効期限 年 月 日		実施場所： 医師名： 接種年月日： 西暦 年 月 日	



ご請求いただく前に、今一度、記載漏れがないかをご確認ください。



# 1 - (6) 予診票と請求書：自署欄と保護者同伴について



年齢	自署をする者	保護者の同伴
12歳以下	保護者	必須
13歳～15歳	保護者	不要
16歳～17歳	本人	不要
18歳以上	本人	不要



満16歳以上の者は、本人の同意の有無によって接種の実施を判断するよう留意しなければならないため、保護者の自署だけで接種することはできないとされています。

# 1 - (6) 予診票と請求書：請求書について



①



年度表記となっています。  
ご請求の月が何年度に該当するのかご確認ください。

なお、3月分の請求書は  
令和5年度の書類を用いて  
4月にご請求いただきます  
よう、お願いいたします。

①

令和6年度 柏市予防接種等請求書

柏市長 まで

②

所在地  
医療機関名

②

医療機関名 = 法人名称  
をご記入ください

③

代表者 職名  
代表者 氏名

③

職名 = 「理事長」「院長」  
をご記入ください

①

令和6年度予防接種等業務委託料として、下記の金額を請求します。

# 1 - (7) 委託料



	R5年度	R6年度	
BCG	10,650円	12,300円	※ワクチン単価の変更
5種混合	—	20,177円	

- ◆ **小児用肺炎球菌** : 「13価」と「15価」のワクチン単価は同額のため、委託料の変更はありません。
- ◆ **新型コロナワクチン** : ワクチン単価が未発表のため、現時点では委託料は未定となります。

# 1 - (8) その他：MR



◆ **特別な事情による予防接種**：定期接種の期間を過ぎた場合でも公費助成を認める時限措置

事由	対象となる予防接種	期間	
新型コロナウイルス感染症のまん延	全ての予防接種	令和3年1月8日 ～令和5年6月30日まで	→ <b>終了</b>
MRワクチン接種率の伸び悩み	MR 1期・2期	令和5年6月1日 ～令和6年3月31日まで	→ <b>まもなく終了</b>



麻疹患者が国内で相次いで発生しています！

適切な時期の予防接種について、引き続き市民のみなさんへ接種勧奨をしていきます

厚生労働省

**「麻しん(はしか)」**  
の感染事例が報告されています！

海外渡航後の感染、また国内での感染にも注意が必要です。

**感染経路** 麻しんウイルスは感染力が非常に強く、空気感染等により、簡単に人から人に感染します。麻しんの免疫が不十分な人が感染すると、高い確率で発症します。

**症状** 高熱、全身の発しん、せき、鼻水、目の充血など  
肺炎や中耳炎になることがあり、まれに、重い脳炎を発症することもあります。先進国であっても、1,000人に1人が死亡するといわれています。

**症状がある場合** 医療機関に電話等で麻しんの疑いがあることを伝え以降は医療機関の指示に従ってください。医療機関への移動の際は公共交通機関の利用を可能な限り避けてください。

**予防** ワクチン接種が有効です。定期接種対象者(1歳児、小学校入学前1年間の幼児)、医療・教育関係者、海外渡航を計画している方は、予防接種が済んでいるかご確認ください。

※新型コロナウイルス感染症の流行に伴い、接種を延期されていた方は、規定の接種時期ではない時期に接種を行った場合についても、定期接種として取り扱われますので、お住まいの市町村にご相談ください。

詳しくはこちら [麻しん 厚生労働省](#) [検索](#) 厚生労働省 麻しんについて

← 厚生労働省作成リーフレット



# 1 - (8) その他：風しん（第5期）



お知らせ

風しん追加的対策：「第5期風しん抗体検査」は令和7年2月28日  
「第5期風しん予防接種」は令和7年3月31日までとなります。

## クーポン券の送付

対象者	<ul style="list-style-type: none"><li>・昭和37年4月2日～昭和54年4月1日生まれの男性</li><li>・風疹抗体検査が未受検の方</li></ul>
送付時期	令和6年6月上旬までに送付予定



令和5年度以前に発行されたクーポン券を持参された場合

有効期限：2024年3月

有効期限を二重線で訂正し

「2025年2月」

と記載してください

有効期限：2023年3月以前

原則、再発行となります



健康増進課をご案内ください

## 2. 予防接種間違い防止（1）発生件数と内容



※令和5年11月30日時点

	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	
				高齢者インフルエンザ含む	高齢者インフルエンザ除く
全接種件数	93,838件	88,184件	95,225件	113,176件	63,086件
間違い件数 (延件数)	36	31	36	17(※)	16(※)
間違い発生率	0.038%	0.032%	0.038%	0.015%	0.025%

### 【間違いの内容】

※定期接種 17件  
任意接種 2件

- (1) **接種間隔間違い**： 13件
- (2) **ワクチンの種類間違い**： 1件
- (3) **不必要な接種**： 1件
- (4) **対象年齢外での接種**： 1件
- (5) **接種量の間違い**： 2件
- (6) **期限切れワクチンの使用**： 1件

※定期接種のみ

## 2. 予防接種間違い防止 (2) 実際の事例 ①



	ワクチンの種類	状況
生ワクチン⇒生ワクチン	MR⇒おたふくかぜ	27日以上あいていない
同一ワクチン	HPV 2回目⇒3回目 (ガーダシル)	3か月以上あいていない
	4種混合 3回目⇒追加接種	6か月以上あいていない
	日本脳炎 2回目⇒追加接種	6か月以上あいていない
	B型肝炎 1回目⇒3回目	139日以上あいていない
	小児肺炎球菌 2回目⇒3回目	27日以上あいていない
	ヒブ 3回目⇒追加接種	7か月以上あいていない



間違いが起こりやすい場面

- ① 数か月間の間隔をあけるもの  
例) 追加接種, 日本脳炎 3回目, HPV 3回目
- ② 生ワクチン接種時  
★ 1歳児と幼稚園年長は同時期に複数の生ワクチンを接種
- ③ 予約の変更, 保護者から「早く接種したい」という希望

## 2. 予防接種間違い防止（3）実際の事例②



### 不必要な接種（重複接種）

日本脳炎2期を重複接種した事例 ⇒ 1件

同じ医療機関での重複接種



### ご確認ください！

接種するお子さんの年代や、母子健康手帳を発行した自治体により「**予防接種の記録欄**」の仕様が異なります。

特に**学童期の予防接種**（例：日本脳炎2期）は母子健康手帳の「**その他の予防接種**」の欄や数ページ後ろにある「**学童期の予防接種**」の欄をご確認ください

## 2. 予防接種間違い防止（3）実際の事例③



### 対象年齢外での接種

MR2期を対象年齢前に接種した事例 ⇒ 1件



ご確認ください！

- ◆対象年齢は「[柏市予防接種事業の手引き](#)」をご参照ください。
- ◆予診票に記載のある年齢だけでなく、**生年月日**もあわせてご確認ください。
- ◆予診票によって生年月日の欄は、「**西暦表記**」と「**元号表記**」が混在しています。  
「[年齢早見表](#)」もご活用ください。

## 2. 予防接種間違い防止（3）実際の事例④



### 接種量の間違い

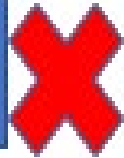
3歳未満のお子さんに対して0.5ml接種した事例 ⇒ 2件

※小児インフルエンザ:1件, 日本脳炎:1件

3歳未満



日本脳炎  
0.5ml | 接種



本当は、0.25ml  
| だったはず



### ご確認ください！

- ◆ ワクチンを準備する前に、対象者の年齢を **予診票と口頭**にてご確認ください。
- ◆ 予診票に記載のある年齢だけでなく、**生年月日**もあわせてご確認ください。  
その際には「**年齢早見表**」もご活用ください。
- ◆ 「**ワクチン種別**」「**年齢**」「**予診票に記載された接種量**」を「**保護者と一緒に**」ご確認ください。



## 2. 予防接種間違い防止（3）実際の事例⑤



### 期限切れワクチンの使用

開封後24時間経過したワクチンを接種した事例 ⇒ 1件

※高齢者インフルエンザ



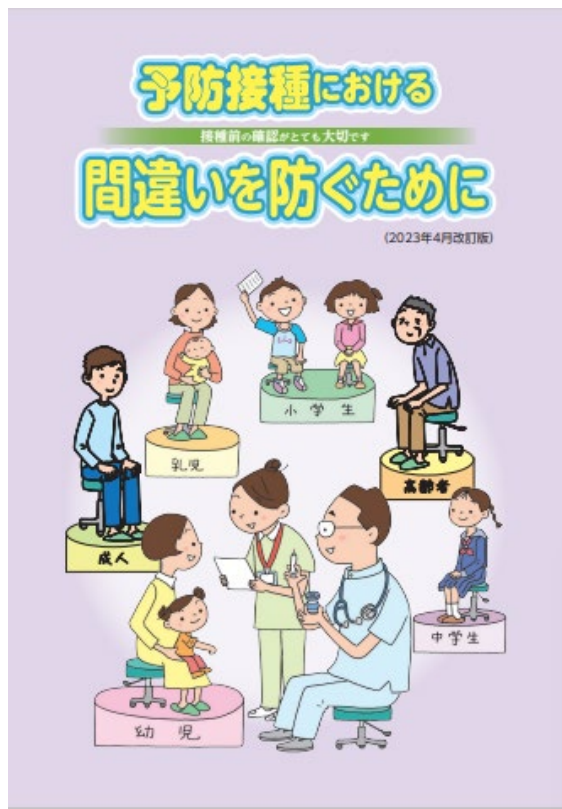
前日に準備した  
残りのワクチン  
(24時間経過)  
を使ってしまった



### ご確認ください！

- ◆ ワクチンは適切に管理し，準備してからすぐに使用しない場合には，「**作成日時・時間**」を各ワクチンごとに明記して，ご確認ください。
- ◆ 当日の業務終了時に，「**ワクチン管理簿**」を用いて，**ワクチンの在庫状況**をご確認ください。

# 2. 予防接種間違い防止：（4）改善策



## ≪西暦・元号対照表≫

令和6年3月作成

予診票の生年月日は、西暦で記載します。間違いのないように、ご確認ください。

元号	西暦	年齢※	学年	
			1/1～4/1 生まれ	4/2～12/31 生まれ
令和 6年	2024	0	0歳児	0歳児
令和 5年	2023	1	1歳児	0歳児
令和 4年	2022	2	2歳児	1歳児
令和 3年	2021	3	3歳児(年少)	2歳児
令和 2年	2020	4	4歳児(年中)	3歳児(年少)
令和 1年 平成31年	2019	5	5歳児(年長)	4歳児(年中)
平成30年	2018	6	小1	5歳児(年長)
平成29年	2017	7	小2	小1
平成28年	2016	8	小3	小2
平成27年	2015	9	小4	小3
平成26年	2014	10	小5	小4
平成25年	2013	11	小6	小5
平成24年	2012	12	中1	小6
平成23年	2011	13	中2	中1
平成22年	2010	14	中3	中2
平成21年	2009	15	高1	中3
平成20年	2008	16	高2	高1

※年齢は、令和6年誕生日以降の満年齢です。誕生日までの年齢は上記年齢より1引いてください。

## 受付・看護師・医師によるトリプルチェックリスト

受付日:	氏名:		
	受付	看護師	医師
接種するワクチンを確認	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
接種回数を確認	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
氏名、生年月日、住所を確認	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
接種対象年齢を確認	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
予診票の回答欄を確認	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
同種ワクチンの接種間隔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
直前の接種からの接種間隔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1か月以内の接種からの接種間隔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ワクチンの有効期限	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
接種量の確認	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
カルテのチェック	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



各医療機関にて  
さまざまな取組みを  
実施していただいています

- 医療事務，看護師，医師による  
予診票のトリプルチェックの徹底
- 院内に年齢早見表やチェックリスト  
の掲示
- 各種通知の院内スタッフへの周知
- 院内での間違い接種防止のための  
研修会の開催



## 2. 予防接種間違い防止：（5）間違い発生時の対応



### 間違い報告の流れ



接種医



#### ① 柏市健康増進課 予防接種担当

【被接種者が柏市民でない場合は、下記に報告してください】

#### ② 被接種者が居住している（住民票のある）市町村

※間違いに係る被接種者の市町村が複数にわたる場合には、各市町村に報告してください。



都道府県（千葉県）



厚生労働省

#### 【接種医から市町村への報告】

速やかにお電話にて以下の内容についてご一報ください。

- ・ 予防接種を実施した機関
- ・ ワクチンメーカー・ロット番号
- ・ 間違い発生日時
- ・ 間違いの概要
- ・ 対象となる人数
- ・ 健康被害発生の有無  
（有の場合は、その内容）

ご一報後、**間違い接種の報告書**を作成いただき、**郵送にてご提出**をお願いいたします。

間違い発生後は、速やかに被接種者へ謝罪し、**健康状態の確認**を行ってください。  
**免疫学的な効果や今後の接種スケジュールについてのご説明**をお願いします。  
事故の原因分析、再発防止策等を院内で十分にご検討いただけますよう、お願いいたします。

「柏市予防接種事業の手引き：p.29」をご参照ください

# 診療の場面での注意

柏市予防接種医療機関説明会

R6.3.21

柏市医師会 予防医療委員会

# 5種混合ワクチン

	ゴービック	クイントバック
製造販売元	阪大微研	Kmb
販売元	田辺三菱	Meiji
製剤型	プレフィルド	用時溶解

用時溶解の際、従来のヒブワクチン（アクトヒブ）を使わない  
追加接種時期に注意（標準：初回接種終了後6か月において可能）  
交接種は原則に従いながら流通状況等で都度の変更もあり

# 交互接種について（3/15自治体説明会）

- 原則的な方法によることができないやむを得ない事情がある と認める場合には、例えば以下のいずれかの方法 又はこれに準ずる方法により接種を実施して差し支えありません。
  - ア 4混及びHibを初回接種として1回実施 → 5混を初回接種として2回接種した後、追加接種として1回接種。
  - イ 4混及びHibを初回接種として2回実施 → 5混を初回接種として1回接種した後、追加接種として1回接種。
  - ウ 4混及びHibを初回接種として3回実施 → 5混を追加接種として1回接種。
- なお、4混及びHibワクチンの接種回数が異なる場合 については、4混ワクチン及びHibワクチンに含まれる各成分について、添付文書に定められる接種回数以上の回数接種した場合の科学的知見が明らかになっていないことから、成分毎に必要な回数が充足し、かつ過剰とならないよう接種してください。

## 【接種方法の一例】

- 初回接種で4混を2回、Hibを1回実施 → 初回接種として5混を1回、Hibを1回接種。追加接種として5混を1回接種
- 初回接種で4混を3回、Hibを1回接種 → Hibは2回接種。追加接種として5混を1回接種

# 15価肺炎球菌ワクチン

15価は筋注も可、13価は筋注×

15価から13価への変更は×

# 筋肉注射について

- 今回 5 種混合、15価肺炎球菌ワクチンに筋注が認められた
- 予診票のチェックを忘れずに
- 乳幼児への筋注の手技の再確認（資料参照）

# HPVワクチン

- 個別通知
- HPの更新、動画配信（デジタルサイネージ）
- 養護教員向け講習（R5.6月）
- 市内中学校女子の保護者対象のリーフレット配布（R5.11月）
- 開智国際大学との連携：出張講座（R5.12月）
- 予防接種週間/カシワグリーンデイにての啓発（R6.3月）

キャッチアップ世代（H9から19年度生まれ）の接種期間がR5.3月まで



接種完了までに最低6か月かかる

# その他

- 麻疹（はしか）の流行とMRワクチン
- 日本脳炎ワクチン：千葉県では生後6か月からを推奨
- 日脳Ⅱ期とDTⅡ期の母子手帳への記載はⅠ期に続けて