

令和6年度柏市予防接種（新型コロナ定期接種・その他の接種等）
医療機関説明会

日 時：令和6年9月18日（水）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）新型コロナワクチン定期接種

（2）その他の接種

（小児肺炎球菌・4種混合・小児インフルエンザ・HPV）

4. 閉会

※令和6年9月9日時点の情報となります

令和6年度

新型コロナウイルスワクチン定期接種 ・その他の接種について



令和6年9月

柏市健康医療部健康増進課

目次

- 1 新型コロナウイルスワクチン
- 2 小児肺炎球菌20価ワクチン
- 3 四種混合ワクチン
- 4 小児インフルエンザ助成
- 5 HPVワクチン

1-1 令和6年度新型コロナワクチン接種の概要

柏市新型コロナウイルスワクチン接種
第12回医療機関向け説明会

令和6年1月22日

原則として、費用の一部または全額を**自己負担**

○**定期接種**：次の条件に該当するかたについて、市が接種費用の一部を助成して、医療機関に委託して実施

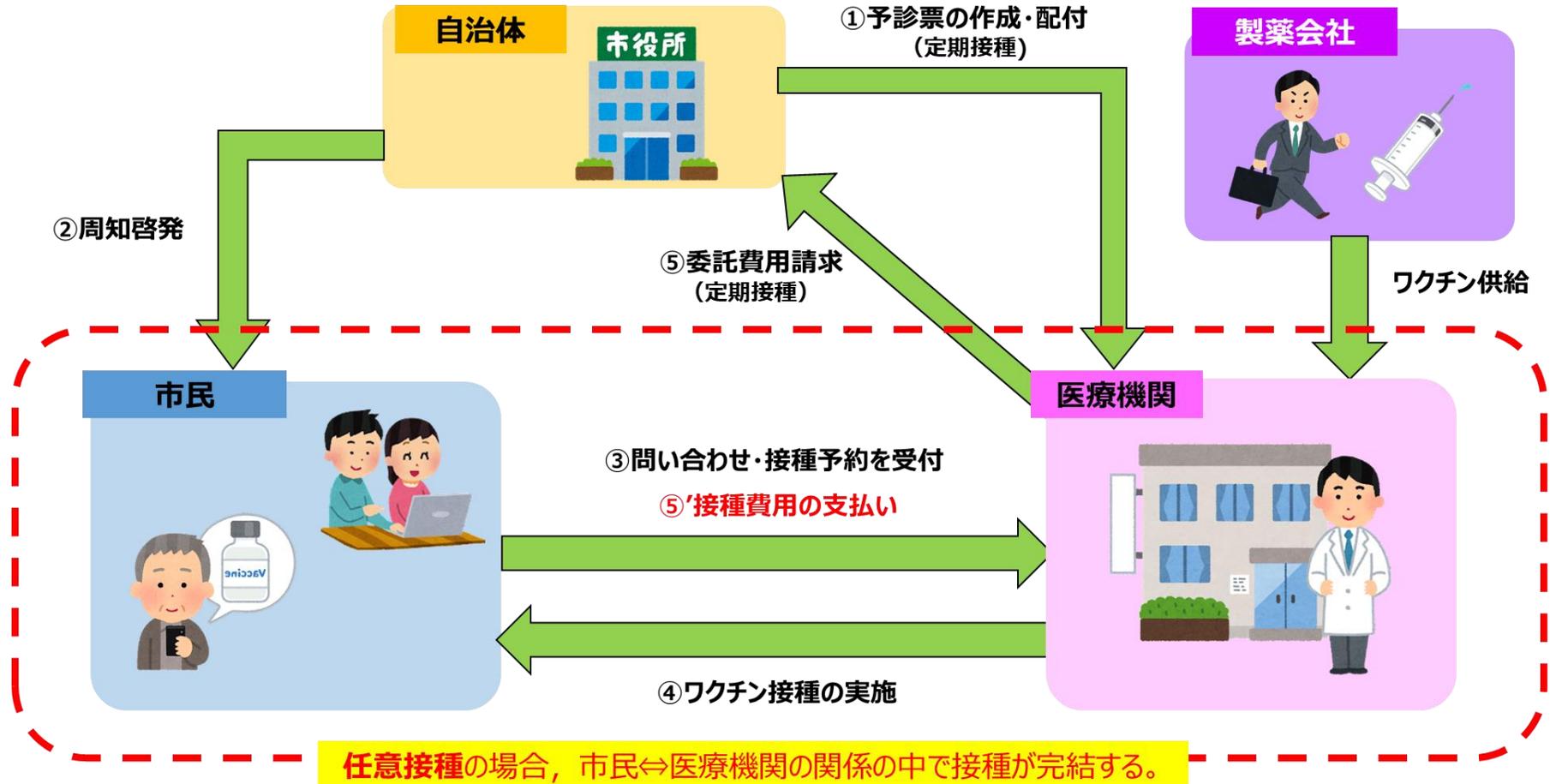
対象者：**65歳以上の方・60～64歳の基礎疾患を有する方**

(※65歳誕生日の前日から接種可能)

時 期：**年1回, 令和6年10月～3月で実施**

○**任意接種**：定期接種に該当しないかたが、接種費用の全額を自己負担して実施

1-2 令和6年度接種体制の構図



他のワクチンと同じ構図となります

1-3 柏市新型コロナウイルスワクチン定期接種の接種体制①

● 接種期間

令和6年10月1日(火)から令和7年3月31日(月)まで

● 接種対象者

65歳以上の方・60～64歳の基礎疾患を有する方

高齢者インフルエンザ
と同じ対象者です

● 使用するワクチン

「JN.1系統及びその下位へのより高い中和抗体を誘導する抗原を含むこと」に対応するワクチン



1-3 柏市新型コロナウイルスワクチン定期接種の接種体制②

- **自己負担額** **2,500 円**
(生活保護受給者は自己負担なし) 1回限り/年



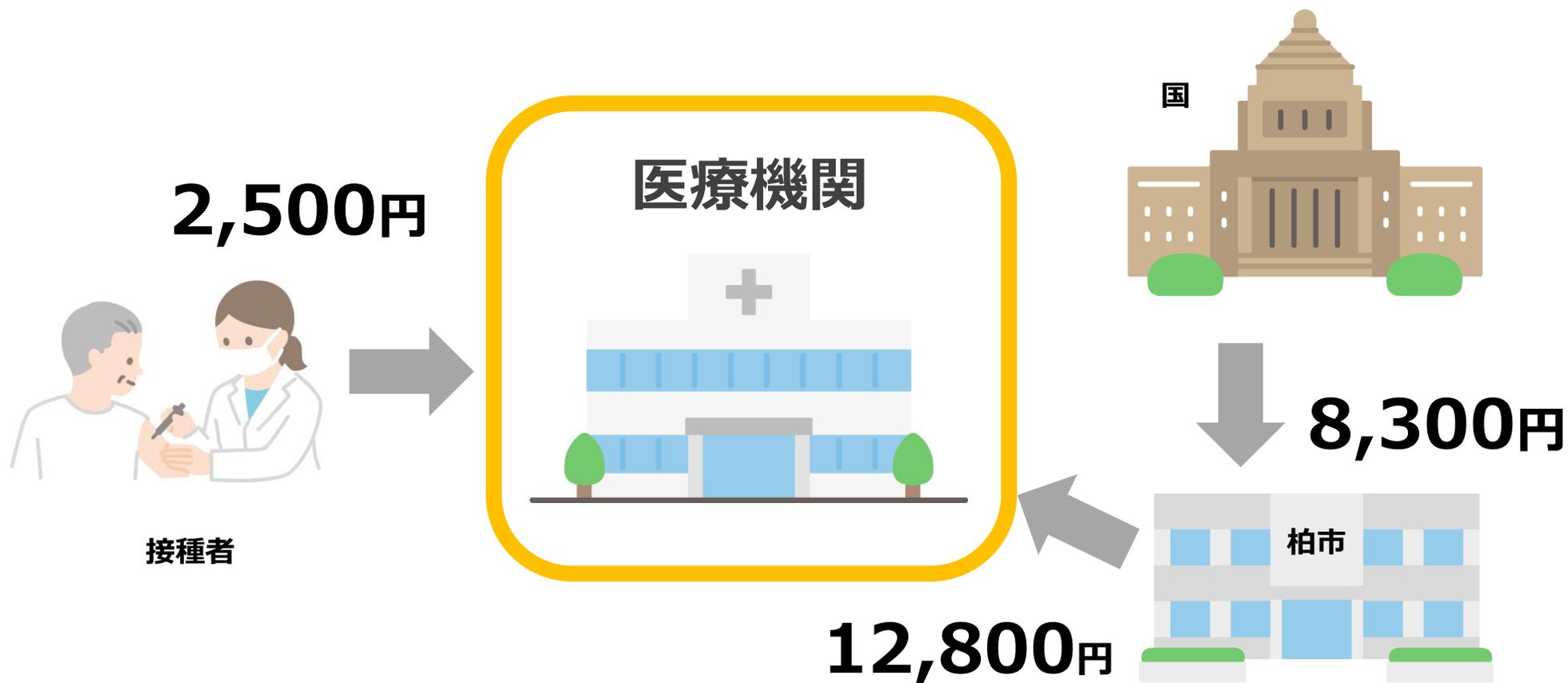
- **委託料** **12,800 円**

(生活保護受給者は15,300円)

 **注意!** ※市町村によって 自己負担額・委託料 が異なります のでご注意ください

※ (千葉県内定期予防接種の相互乗り入れ事業)

1-4 令和6年度の柏市接種費用スキーム



※ 定期接種については、令和6年度に限り、国より市に対し**1回当たり8,300円**の助成がなされることになりました

1-5 使用ワクチン

					
製造企業	ファイザー	モデルナ	武田	第一三共	Meiji Seika ファルマ
販売名	コミナティ筋注 シリンジ12歳以上用	スパイクバックス筋注	ヌバキソビッド筋注	ダイチロナ筋注	コスタイベ筋注
接種量	0.3mL	0.5mL	0.5mL	0.6mL	0.5mL
ワクチンの種類	mRNAワクチン	mRNAワクチン	組換えタンパクワクチン	mRNAワクチン	mRNAワクチン (レプリコン)
前回からの接種間隔	3か月以上	3か月以上	6か月以上	3か月以上	3か月以上
1剤形あたりの接種数	1人用シリンジ	5回分 (1バイアル2.5mL)	2回分 (1バイアル1mL)	2回分 (1バイアル1.5mL)	16回分 本剤を生食10mlにて 溶解
保存期間	2~8℃で8か月	-20℃±5℃で12か月 2~8℃ 最長30日間	2~8℃ 9か月	2~8℃ 7か月	-20℃±5℃で18か月 2~8℃ 1か月

1-6 予診票について



ご提出前にご確認をお願いします

新型コロナウイルス感染症 予防接種 予診票

対象年齢：65歳以上の高齢者、高齢者もしくは接種対象の機能減退はヒト免疫不全ウイルスにより生じた免疫不全状態に罹患する者

生体記録用紙（生体記録）の提出があった場合は無効

柏市	受診日	西暦	年	月	日	診療者の体系	度	分
住所	柏市							
ふりがな			生年月日	大正・昭和				
受ける人の氏名			年	月	日 (満 歳)			
電話番号								

質問事項	回答	医師記入欄
今日の新型コロナウイルス感染症の予防接種について市町村から配られている説明書を読みましたか	はい/いいえ	
今日の予防接種の意義や留意点について理解しましたか	はい/いいえ	
現在、何か病気にかかっていますか（高血圧など、定期的に薬を処方されている疾患も含む）	はい/いいえ	
病名（ ）		
心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患などの慢性疾患にかかったことがありますか	はい/いいえ	
病名（ ）		
治療（投薬など）を受けていますか	はい/いいえ	
【上記質問に“はい”と回答した場合】		
その病気を治してもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいと言われましたか	はい/いいえ	
今日、体に具合の悪いところがありますか	はい/いいえ	
具合の悪い症状を書いてください（ ）		
最近1か月以内に熱が出たり、病気がかかったりしましたか	はい/いいえ	
病名（診断名）（ ）		
ひきつけ（けいけん）をおこしたことがありますか 最後のけいけんは（ ） 経過	はい/いいえ	
免疫不全と診断されたことがありますか	はい/いいえ	
薬や食べ物で発疹やしんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか	はい/いいえ	
（ ） 薬名 薬名・食品名（ ） 症状（ ）		
1か月以内に予防接種を受けましたか	はい/いいえ	
予防接種を受けた日と種類（ ） 月 日		
新型コロナウイルス感染症の予防接種を受けたことがありますか	はい/いいえ	
①その際に具合が悪くなったことはありますか	はい/いいえ	
②新型コロナウイルス感染症以外の予防接種を受けた際に具合が悪くなったことはありますか	はい/いいえ	
予防接種の種類（ ）		
今日の予防接種について質問がありますか	はい/いいえ	

医師記入欄	以上の問診及び診療の結果、今日の予防接種は 実施できる・見合わせる（理由：） 本人に対して、予防接種の意義、留意点及び予防接種接種者教育制度について、説明しました。	医師の自筆署名又は記名押印
本人記入欄	新型コロナウイルス感染症予防接種希望書（医師の診断の結果、接種が可能と判断された場合に記入して下さい。） 医師の診断・説明を受け、予防接種の必要性や留意点などについて理解した上で、接種を希望します。 （希望します・希望しません） ※どちらかに○ この予防接種は、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、本手紙に添付の用紙に提出されることに同意します。 接種を受ける者（接種者）の自筆署名 [※] ○ 代筆者氏名及び接種者との続柄 [※] ○（続柄） 代筆理由 [※] □手が不自由なため □目が見えづらいため □認知症のため（本人の希望あり） □その他（ ） （※）接種者が出席できない場合は、代筆者の接種者氏名（）を記入し、さらに代筆者の氏名及び接種者との続柄を記入する。また、代筆理由の該当するものにチェックをつける。接種者が希望しない場合は、接種接種の対象外となります。	
接種ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名 Lot No.	筋肉内注射 0.5 ml	実施場所： 接種者氏名： 接種年月日：西暦 年 月 日
有効期限 年 月 日		

新型コロナウイルス感染症 COVID-19 vaccine [新注 原 封 封]

▶ 医師記入欄（実施できる・見合わせる）に○で困って下さい。見合わせる場合は理由を御記載ください

▶ 医師署名欄は自筆署名もしくはゴム印などで記名した場合は医師の押印を行ってください

▶ ワクチンの接種量をご記入ください。メーカーによって接種量が異なりますのでご注意ください

▶ 実施場所・医師名・接種年月日を必ずご記入ください

1-7 注意事項(新型コロナワクチン)

Q1. 接種券は個別通知するのか



市からの個別通知は行わず，高齢者インフルエンザワクチン接種と同様，医療機関に予診票をお配りし，ご使用いただく形へ変更となります。

Q2. 10月1日以降にXBB対応型1価ワクチン（旧型）を接種した場合は，定期接種に該当しないのか。



P7にお示しした5つのJN.1株ワクチン以外を使用した場合は，定期接種に該当せず，委託料のお支払いはしかねます。

Q3. 10月1日に至る前に接種した場合は，定期接種に該当しないのか



令和6年10月1日～令和7年3月31日の期間に行われた接種が定期接種となります。それ以外での接種の場合は委託料のお支払いはしかねます。

1-7 注意事項(新型コロナワクチン)

Q4. 生活保護受給証明書は写しでも可か



高齢者インフルエンザワクチン接種でも「保護受給証明書」を使用することから写しも可です。

Q5. 新型コロナワクチンと他のワクチン（インフルエンザや肺炎球菌ワクチン等）は同時に接種可能か。また接種間隔を空ける必要はあるか。



新型コロナワクチンと他のワクチンとの同時接種は医師が特に必要と認めた場合に可能です。また、他のワクチンとの接種間隔に制限はありません。

Q6. 65歳に到達しないと接種できないのか



65歳の誕生日の前日から定期接種の対象となります。

1-8 お願い事項

1. メールの確認について

新型コロナワクチン接種については、前年同様、国の方針変更等が想定されます。その際は、市より**実施協力承諾書に御記載いただいたメールアドレスに連絡**しますので**定期的にメールのチェック**をお願いします。

2. 令和7年3月の接種件数について

現時点では、市から国への助成金申請は、3月末の実施と言われています。このことから、3月接種分につきましてはメールにて照会させていただく予定です。

3. 間違い接種の取り扱いについて

特例臨時接種では、間違い接種の場合であっても市に請求できましたが、定期接種に変更となりましたため、**他のワクチンと同様に委託料のお支払いはできかねます。**

目次

- 1 新型コロナワクチン
- 2 小児肺炎球菌20価ワクチン
- 3 四種混合ワクチン
- 4 小児インフルエンザ助成
- 5 HPVワクチン

2-1 小児用肺炎球菌の定期接種で使用するワクチン

令和6年10月1日から



13価



20価



20価ワクチンが導入されます

▶ 10月から定期接種で使用するワクチンは20価が基本となります。
当面の間、現行の15価も使用可能です。

10月以降に13価ワクチンは使用できません。

▶ 接種対象者・接種スケジュールは現行と変わりません。

2-1 小児用肺炎球菌の定期接種で使用するワクチン②

予診票の取り扱いについて

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.	筋肉接種 (15価のみ可)	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		

「筋肉接種」「皮下接種」いずれかに○をつけてください

20価ワクチンは15価ワクチン同様
「筋肉接種」と「皮下接種」が可能です

2-2 注意事項(小児肺炎球菌)

Q1. 20価切り替えに伴い委託料は変わるのか

▶ ワクチン単価に変更がないことから、委託料は同額となります。

Q2. 13価または15価から20価へ交互接種は可能か

▶ 13価から20価への交互接種は差し支えありません。15価から20価の交互接種については、その有効性・安全性について知見が乏しいため原則として15価ワクチンで接種を完遂します。しかしながら、やむを得ないと認める場合は接種が許容されます。

Q3. 13価のワクチンを在庫として持っている

▶ 10月以降、13価は定期接種扱いとならないことから誤接種となります。引き上げ（返品）に関しては購入卸にお問い合わせください。

目次

- 1 新型コロナワクチン
- 2 小児肺炎球菌20価ワクチン
- 3 四種混合ワクチン
- 4 小児インフルエンザ助成
- 5 HPVワクチン

3-1 クアトロバック(四種混合ワクチン)の販売終了

令和6年11月頃

KMバイオロジクス(株)製



クアトロバック皮下注シリンジ
(4混ワクチン)

販売終了



クイントバック水性懸濁注射用(5混ワクチン)

クイントバック水性懸濁注射用(五種混合)に切り替わります

▶ 11月頃KMバイオロジクス(株)製「クアトロバック皮下注シリンジ」が販売終了することに伴い「クイントバック水性懸濁注射用」を使用することとなります。

▶ この場合は「やむを得ない事情があると認める場合として交互接種(5種混合ワクチンにて接種)を実施して差し支えない」に該当となります。

3-2 注意事項(四種混合ワクチン)

Q1. 4種混合ワクチンとHibワクチンの接種を開始した者について、やむを得ない場合に5種混合ワクチンに切り替える場合はどのように接種を進めたらよいか

やむを得ない事情があると認める場合には、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。

パターン例	接種済	残りの初回接種	追加接種
ア	4混×1回 4 Hib×1回 H	5混×2回 5 5	5混×1回 5
イ	4混×2回 4 4 Hib×2回 H H	5混×1回 5	5混×1回 5
ウ	4混×3回 4 4 4 Hib×3回 H H H	(初回接種は完了)	5混×1回 5

3-2 注意事項(四種混合ワクチン)

Q2. 4種混合ワクチンとHibワクチンの接種回数が異なる場合の対応は

4種混合ワクチン及び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、かつ過剰にならないよう接種してください。

パターン例	接種済	残りの初回接種	追加接種
例1	4混×2回 4 4 Hib× 1 回 H	5混×1回 5 Hib×1回 H ※Hibを接種してから5混	5混×1回 5
例2	4混×3回 4 4 4 Hib× 1 回 H	Hib×2回 H H	5混×1回 5

目次

- 1 新型コロナワクチン
- 2 小児肺炎球菌20価ワクチン
- 3 四種混合ワクチン
- 4 小児インフルエンザ助成
- 5 HPVワクチン

4-1 小児インフルエンザ助成事業①

1. 小児インフルエンザ接種助成事業について

令和6年度も接種日時時点で柏市に住民登録がある生後満6か月から小学6年生の方を対象に1,500円（年2回上限）助成を実施します。今年度より流通予定の経鼻弱毒生インフルエンザワクチンについても同額（1,500円）にて助成します。



経鼻弱毒生ワクチン（フルミスト）接種の場合は、2歳以上から小学校6年生までが助成対象です。



鼻腔内に1回噴霧

4-1 小児インフルエンザ助成事業①

1. 小児インフルエンザ接種助成事業について

	不活化インフルエンザHAワクチン	経鼻弱毒生インフルエンザワクチン
	KMB、微研、デンカ	第一三共
効能又は効果	インフルエンザの予防	インフルエンザの予防
用法及び用量	<ul style="list-style-type: none">・ 6か月以上3歳未満のものには0.25mLを皮下に、3歳以上13歳未満のものには0.5mLを皮下におよそ2～4週間の間隔をおいて2回注射する。・ 13歳以上のものについては、0.5mLを皮下に、1回又はおよそ1～4週間の間隔をおいて2回注射する。	<ul style="list-style-type: none">・ 2歳以上19歳未満の者に、0.2mLを1回（各鼻腔内に0.1mLを1噴霧）、鼻腔内に噴霧する。
用法及び用量に関連する注意	<ul style="list-style-type: none">・ 2回接種を行う場合の接種間隔は、免疫効果を考慮すると4週間おくことが望ましい。・ 医師が必要と認めた場合には、他のワクチンと同時に接種することができる。	<ul style="list-style-type: none">・ 医師が必要と認めた場合には、他のワクチンと同時に接種することができる。

※赤字は不活化ワクチンと経鼻ワクチンで主に異なる箇所を表す。

第2024(令和6)年5月23日

25回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会 予防接種基本方針部会ワクチン評価に関する小委員会資料より抜粋

4-1 小児インフルエンザ助成事業②

2. 予診票の取り扱いについて

配布した予診票のほかに柏市ホームページからダウンロード可能です。
保護者が事前記入を希望した場合や予診票が不足した際にご活用ください。
ダウンロードした予診票は、**A4サイズ**のみ有効です。
また、請求書には、**原本**を添付してください。

こちらからダウンロードできます



経鼻弱毒生インフルエンザワクチンの場合は、
接種量の欄をバツ印で消し、欄外下部に
「経鼻接種0.2mL」と記載してください。

使用ワクチン名		接種量	
ワクチン名		皮下 接種	3歳未満： 0.25mL
Lot No.			3歳以上： 0.5mL
有効期限	年 月 日		

(注) 有効期限が切れていないか要確認

経鼻接種 0.2mL

4-2 注意事項(小児インフルエンザ助成事業)

Q1. 経鼻弱毒生インフルエンザワクチンは助成対象者は

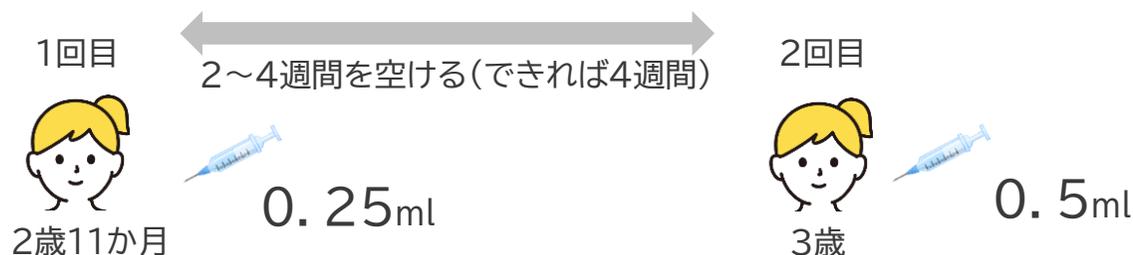
▶ 当ワクチンは、2歳以上19歳未満の方が使用可能ですが、柏市小児インフルエンザ助成の対象者は2歳から小学6年生までです。
従いまして、中学生以上19歳未満の方が接種した場合は、全額自己負担となります。

Q2. 不活化ワクチン2回目の接種の時に3歳（誕生日の前日）に到達した場合の接種量は

▶ 3歳（誕生日の前日）に到達していれば、3歳以上 0.5mlとなります。

【例】 1回目：2歳11か月 0.25ml

2回目：3歳誕生日の前日 0.5ml



目次

- 1 新型コロナワクチン
- 2 小児肺炎球菌20価ワクチン
- 3 四種混合ワクチン
- 4 小児インフルエンザ助成
- 5 HPVワクチン

5 HPVワクチンの実績・10月以降について

1. 令和6年度接種実績について

接種件数が**大幅に増加**しています！！

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
令和5	579回	450回	468回	453回	604回	381回	495回	402回	438回	381回	372回	650回	5,673回
令和6	673回	498回	678回	957回	-	-	-	-	-	-	-	-	
令6-令5	94回	48回	210回	504回									
増加率	16%	11%	45%	111%									

※9月4日時点

2. HPVワクチンに関する10月以降の対応について

キャッチアップ接種（平成9年度から平成19年度生まれ）は**今年度をもって終了**，
 加えて，高校1年相当の女性についても，定期接種の対象者の最終年度となります。
 公費負担で年度内にHPVワクチンを3回接種するには，最短の接種間隔で
11月の接種でも可能となることから引き続き，接種体制の構築に御協力をお願いします



令和7年4月からは任意接種
（全額自己負担）

説明会に関する御質問につきましては下記メールに御連絡をお願いします。

後日、医師会事務局を通じて回答いたします。

柏市健康増進課 予防接種担当

☎04-7128-8166

✉kenkozoshin@city.kashiwa.chiba.jp