

会 員 各 位

柏 市 医 師 会  
担 当 理 事 岡 田 剛

### 令和 6 年度柏市個別予防接種の実施について

令和 6 年度の柏市個別予防接種事業の実施協力依頼が柏市よりありましたので、参加される医療機関におかれましては、承諾書を提出し接種医師の登録をお願い申し上げます。

**承諾書(原本：押印した承諾書)は、医師会事務所へ令和 6 年 1 月 12 日(金)までに  
ご提出下さい**(期限を過ぎて提出の場合は、市民への広報名簿(初版)に掲載されません)。

\* 承諾書用紙は柏市医師会ホームページからもダウンロードできます。

\* 委託期間：令和 6 年 4 月 1 日から令和 7 年 3 月 31 日まで

但し高齢者インフルエンザ予防接種は、10 月 1 日から翌年 1 月 31 日まで

\* 委託料：下記の通り

\* 原本のコピーを自院控えとして下さい。

\* 令和 5 年度からの変更点につきましては別紙「令和 6 年度予防接種について」をご覧ください。

< 定期予防接種 > 単位 円

A 類	予防接種の種類	委託料	予防接種の種類	委託料
		小児用肺炎球菌	11,960	子宮頸がん(サーバリックス、ガーダシル)
	ヒブ(Hib)	9,325	子宮頸がん(シルガード)	27,908
	4種混合(DPT-IPV)	11,190	BCG	10,650
	3種混合(DPT)	5,701	麻しん1期	8,263
	2種混合(DT)	4,680	麻しん2期	6,963
	不活化ポリオ(IPV)	9,885	風しん1期	8,263
	麻しん風しん混合(MR)1期	11,805	風しん2期	6,963
	麻しん風しん混合(MR)2期	10,505	水痘	10,100
	日本脳炎(6ヶ月~7歳6ヶ月)	7,465	乳児B型肝炎	6,436
	日本脳炎(9歳~20歳未満)	5,600	ロタ(ロタリックス)	14,340
	不適格者(A類)	2,370	ロタ(ロタテック)	9,313
B 類	予防接種の種類	委託料	受診者負担額	
	高齢者インフルエンザ	2,764	1,500	
	高齢者インフルエンザ	4,264	0	生活保護受給世帯の者
	高齢者肺炎球菌	5,459	3,000	
	高齢者肺炎球菌	8,459	0	生活保護受給世帯の者
	不適格者	1,805		

< 柏市風しん等予防接種費用助成による予防接種(柏市風しん予防接種費用助成事業) >

委託料(助成額)：風しん：3,000円、MR：5,000円

< 風しん抗体検査(感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律) >

委託料(助成額)：EIA法6,952円、HI法5,423円 \*風しん追加的対策に併せて変更の可能性があります。

< 柏市任意おたふくかぜ予防接種費用助成 >

委託料(助成額)：1回2,500円を上限として、2回までを予定

承諾書の提出について

- ・ 承諾書は、医療機関代表者の印が押された原本の提出が必要になります。
- ・ 原本を郵送または持参で医師会事務所にお届けください。
- ・ 接種医師 20 名までは、様式 1 にて提出してください。接種項目が同じである医師が 20 名以上になりましたら、様式 2 を使用して、必ず様式 1 にホチキス等で留めて接種項目が同定できるようにしてください。(様式 1、2 共に、柏市医師会ホームページからエクセル形式でダウンロードできます。様式 1 をダウンロードする場合は、用紙サイズ A 3 で印刷して下さい。)
- ・ 情報共有用メールアドレスについて、ご記載のご協力をお願いいたします。

【様式 1】同封の用紙をご使用ください。ダウンロードの場合は用紙サイズ A 3 でご提出ください。

柏市医師会 令和 年 月 日

柏市長 様 医師機関名 所在地 電話番号 病(医)院長氏名

令和 6 年度 柏市個別予防接種等実施協力承諾書

私は、予防接種及び乳幼児検診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 承諾期間  
令和 6 年 4 月 1 日から令和 7 年 3 月 31 日まで  
※高齢者インフルエンザは令和 6 年 10 月 1 日から令和 7 年 1 月 31 日まで

2 予防接種 承諾内容 (協力する種別)に○を記入してください

予防接種の種類	承諾可否	予防接種の種類	承諾可否
1 日本脳炎 (IPV)		2 麻疹特異抗体	
2 破傷風 (IPV)		3 百日咳 (IPV)	
3 水痘 (IPV)		4 小児用肺炎球菌 (13価)	
4 肺炎球菌 (13価)		5 生後 6 ヶ月以降のインフルエンザ	
5 肺炎球菌 (23価)		6 高齢者インフルエンザ	
6 高齢者インフルエンザ		7 高齢者インフルエンザ (MR) 薬	
7 高齢者インフルエンザ (MR) 薬		8 乳幼児検診	

3 乳幼児検診 承諾内容 (協力する場合は○を記入してください)

承諾可否

4 予防接種実施協力医師の医師が予防接種に協力します。

No.	接種医師氏名	柏市医師会	No.	接種医師氏名	柏市医師会
1		会長・非会員	11		会長・非会員
2		会長・非会員	12		会長・非会員
3		会長・非会員	13		会長・非会員
4		会長・非会員	14		会長・非会員
5		会長・非会員	15		会長・非会員
6		会長・非会員	16		会長・非会員
7		会長・非会員	17		会長・非会員
8		会長・非会員	18		会長・非会員
9		会長・非会員	19		会長・非会員
10		会長・非会員	20		会長・非会員

5 総合指定医療機関名簿の掲載、柏市ホームページでの掲載について市民への情報提供として周知してよい場合は○を記入してください。また、特記事項があれば記入してください。(例) 〇歳以上のみ受付

指定医療機関名簿の掲載、柏市ホームページ等での周知

6 情報共有用メールアドレスについて

柏市個別予防接種等実施協力承諾書

柏市長 様 (一社) 柏市医師会 会長 柏市 医師会

本紙の通り届けがありましたので、報告します。

\* 予防接種法施行令第 4 条により、市長は予防接種を行う医師の氏名及び予防接種の場所を公告して行うこととされていますので、変更のある場合は、速やかに「個別予防接種承諾書変更届」(柏市医師会ホームページからダウンロードできます) を利用し届出を行ってください。

※ 定期予防接種を行うにあたって

柏市医師会では、定期予防接種を行う医師向けに「予防接種研修プログラム(令和 5 年 6 月版)」を用意しています(医師会ホームページに掲載)。設問に答える形式で、「問題編」「回答用紙」「解説編」の 3 部構成です。

新規開設医療機関で乳幼児の定期接種を行う場合は必須ですが、普段通りに予防接種を行っている場合でも、この「予防接種研修プログラム」を改めてご覧になって、法律に基づく定期接種についてご確認頂き、誤接種の防止にお役立て頂けましたら幸いです。

Q&A (例)

21. 定期接種にあたり、不明な点があった場合は、どこに問い合わせるでしょうか?

柏市保健所の健康増進課予防接種担当 電話：04-7128-8166

## 令和 6 年度 予防接種について

## 1 : 変更事項

	項目	令和 5 年度	令和 6 年度
定期接種 高齢者 肺炎球菌	対象者	65 歳、70 歳、75 歳、80 歳、85 歳、 90 歳、95 歳、100 歳  ※ H25～R5（10 年間）経過措置として、 70～100 歳の 5 歳刻みの年齢の方も 定期接種の対象として接種が可能	<b>6 5 歳の方のみ</b>
	接種 期間	令和 5 年 4 月 から 令和 6 年 3 月まで	<b>6 5 歳誕生日～ 6 6 歳の誕生日前日</b>
	予診票 発送	令和 4 年度末に一斉 発送	<b>誕生日の前月に発送</b>

## 2 : 現在検討されている事項

	項目	令和 5 年度	令和 6 年度
<b>5 種混合</b>	接種方法	4 種混合・ヒブ ※皮下接種のみ  (百日せき, ジフテリア, 破傷風, 不活化ポリオ)	<b>5 種混合</b> ※皮下接種・筋肉内接種選択可 4 種混合・ヒブ も継続
<b>小児用 肺炎球菌</b>	接種方法	1 3 価 : 皮下接種	<b>1 5 価</b> : 皮下接種又は筋肉内接種
	接種費用	※ ワクチン単価 は 同額の見込み	
<b>小児 インフルエンザ</b>	接種費用助成については, 継続の是非について検討しています。決定次第ご報告いたします。		