

鹿市医第22号  
令和6年4月9日

鹿児島市予防接種事業受託  
医療施設長 様

鹿児島市医師会  
会長 上ノ町 仁

**令和6年度の定期予防接種等事業について（お知らせ）**

かねてから、本会の保健事業にご理解とご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、標記の件について、別紙のとおり鹿児島市感染症対策課長から周知依頼がございました。

つきましては、別紙をご確認のうえ、ご対応いただきますようお願い申し上げます。

事務連絡  
令和6年4月5日

予防接種委託医療機関の長様

鹿児島市感染症対策課長  
(公印省略)

### 令和6年度の定期予防接種について（再周知）

時下、貴院におかれましては、ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

さて、定期予防接種において、令和6年度で例年から大きく変更する点があるため、事前に情報提供させていただいておりましたが、厚生労働省より正式に通知がきましたので、情報共有いたします。

内容は下記のとおりですので、ご確認いただき、貴院の予防接種関係者の皆様への周知方よろしくお願い申し上げます。

特に、こどもの予防接種受託医療機関の皆様につきましては、3月下旬に送付した子どもの定期予防接種実施上の留意事項の、「参考3 5種混合・PCV15について」の「2. 小児用肺炎球菌13価ワクチンとの交互接種の取扱い」の内容について、通知内容と変更点があるため、今回添付している資料に差替えをお願いいたします。

また、HPVワクチンについて、接種間隔を誤って接種する等間違いを防ぐ観点から、他の予防接種と同様、母子健康手帳など接種記録を十分に確認したうえで接種を行っていただきますようお願いいたします。

### 記

#### 1 5種混合ワクチンの定期接種化

- (1) 現行の「4種混合ワクチン」に「ヒブワクチン」を混合した「5種混合ワクチン」が令和6年4月1日から定期接種として追加。
- (2) 接種対象者は現在の4種混合と同様の「生後2月から生後90月（7歳6か月）に至るまでの間の者」。
- (3) 接種方法は、皮下または筋肉内注射が可能。（4種混合は現行どおり皮下接種のみ）
- (4) 4月以降定期接種で使用するワクチンは「5種混合ワクチン」を基本とするが、当面の間は4種混合ワクチン及びヒブワクチンも使用可能。
- (5) 5種混合ワクチン、4種混合ワクチンにおいて使用するワクチンを選択することが可能な場合であっても、原則として、同一種類のワクチンを必要回数接種すること。ただし、市町村長が、この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、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ないこととする。
  - ア 初回接種の1回目に4種混合ワクチン及びヒブワクチンを接種した者であって初回接種の2回目又は3回目を接種していない者が、前回の注射から20日以上の間隔をおいて5種混合ワクチンを2回接種し、同ワクチンにより追加接種として初回接種終了後6月以上、標準的には6月から18月までの間隔をおいて1回接種する方法。
  - イ 初回接種の1回目及び2回目に4種混合ワクチン及びヒブワクチンを接種した者であって初回接種の3回目を接種していない者が、前回の注射から20日以上の間隔をおいて5種混合ワクチンを1回接種し、同ワクチンにより追加接種として初回接種終了後6

月以上、標準的には6月から18月までの間隔において1回接種する方法。

ウ 4種混合ワクチンを接種した者であって初回接種を完了した者が、5種混合ワクチンを初回接種終了後6月以上、標準的には6月から18月までの間隔において1回接種する方法。

- (6) 予診票について、5種混合ワクチンを接種する際、保護者が5種混合の予診票を所持していない場合は、4種混合の予診票を使用してください。なお、予診票の記入については、別紙の記入例をご確認いただいたうえでご対応ください。また、接種するワクチンは5種混合か4種混合どちらか保護者に確認を行ったうえで接種してください。
- (7) 5種混合ワクチンを接種する際、母子健康手帳の記載については、4種混合及びヒブ両方の欄に記録するようにしてください。詳細は別紙の記入例をご確認ください。

## 2 ヒブワクチンに係る定期予防接種の接種対象者は従来通りの扱い（生後2月から生後60月のまま変更なし）

5種混合ワクチンの導入に伴い、ヒブワクチンの接種対象年齢を「生後2月から生後60月」から「生後2月から生後90月」に拡大する見込みとしておりましたが、ヒブ単体ワクチンについては、従来通り「生後2月から生後60月」のまま変更はありませんので、ご了承ください。

## 3 『小児用肺炎球菌15価ワクチン（バクニューバンス）』の定期接種化

- (1) 現行の小児用肺炎球菌ワクチンとして使用されている「13価プレベナー」に加え、「15価ワクチン（バクニューバンス）」が令和6年4月1日から定期接種に追加。
- (2) 対象者、接種間隔、接種回数、接種量は現行の13価ワクチンと変更はないが、接種方法で新たに15価ワクチンのみ「筋肉内注射」が可能。
- (3) 4月以降定期接種で使用するワクチンは、原則として15価ワクチンを基本とすることとするが、当面の間、13価ワクチンも使用できること。また、13価ワクチンを使用して1回目、2回目又は3回目までの接種を終了した者の接種について、残りの接種を15価ワクチンを用いて行うことができること。
- (4) 予診票については、既存のものを使用できますが、筋肉内注射を行う場合、記入の仕方は、別紙の記入例をご確認ください。

## 4 成人用肺炎球菌ワクチン予防接種の経過措置終了に伴う対象者変更

成人用肺炎球菌ワクチン予防接種の経過措置終了に伴い、対象者が65歳の者（または60～64歳で心臓、腎臓又は呼吸器の機能に障害を有する方等（内部障害1級相当）のみ）となり、対象者への通知時期については、誕生日月の下旬になります。

## 5 新型コロナウイルス感染症の発生に伴う定期の予防接種の実施に係る令和6年4月以降の対応は終了

新型コロナウイルス感染症の流行に伴い規定の接種時期に定期接種を行うことができず接種を延期されていた方が、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、特例として定期接種の取扱いをしておりましたが、令和6年4月以降、新たに、新型コロナウイルス感染症に起因する事情により対象期間内に接種できなかった方は、特例の対象とはなりませんのでご注意ください。

### 【問合せ先】

〒892-8677 鹿児島市山下町11-1  
鹿児島市感染症対策課 担当：上平・名越・内野・凶師  
TEL) 099-803-7023 FAX) 099-803-7026

## 5種混合ワクチンについて

### 1. 5種混合ワクチンの定期接種化について

- (1) HPV ワクチンは現行の「4種混合ワクチン」に「ヒブワクチン」を混合した「5種混合ワクチン」が令和6年4月1日から定期接種となります。
- (2) 接種対象者は現行の4種混合と同様の「生後2月から生後90月（7歳6か月）に至るまでの間の者」となります。
- (3) 接種方法は、皮下または筋肉内注射が可能となります。（4種混合は現行どおり皮下接種のみ）
- (4) 4月以降定期接種で使用するワクチンは「5種混合ワクチン」を基本とするが、当面の間は4種混合ワクチン及びヒブワクチンも使用可能です。

### 2. 4種混合ワクチン及び5種混合ワクチンの「クイントバック<sup>®</sup>」と「ゴービック」との交互相種の取扱いについて

- (1) 4混及びHibワクチンと5混ワクチンについては、原則として同一種類のワクチンを必要回数接種することとしていますが、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交互相種が可能です。（5種混合ワクチンの「クイントバック<sup>®</sup>」と「ゴービック」の交互相種についても同様です。）ただ、交互相種については、科学的知見が十分あるわけではなく、接種スケジュールも複雑化するので、標準的方法を網羅的に示すことはできませんが、国の審議会での議論等を踏まえ、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ないとされています。

- 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。

- (2) 4混及びHibワクチンの接種回数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

※ なお、接種間隔については、後から接種するワクチンから見て、前の接種との間隔が添付文書の通りとなるよう、必要な間隔を確保してください。

### 3. 予診票の記載について

- (1) 予診票について、5種混合ワクチンを接種する際、保護者が5種混合の予診票を所持していない場合は、4種混合の予診票を使用してください。なお、予診票の記入については、別紙の記入例をご確認いただいたうえでご対応ください。また、接種するワクチンは5種混合か4種混合どちらか保護者に確認を行ったうえで接種してください。
- (2) 5種混合ワクチンを接種する際、母子健康手帳の記載については、4種混合及びヒブ両方の欄に記録するようにしてください。詳細は別紙の記入例をご確認ください。

## 小児用肺炎球菌 15価ワクチンについて

### 1. 小児用肺炎球菌 15価ワクチンの定期接種化について

- (1) 現在使用されている小児用肺炎球菌 13価ワクチンが対象とする血清型に新たに2つの血清型を加えた、小児用肺炎球菌 15価ワクチンが令和6年4月1日から定期接種となります。
- (2) 対象者、接種間隔、接種回数、接種量は現行の13価ワクチンと変更がない予定ですが、接種方法で新たに15価ワクチンのみ「筋肉内注射」が可能となります。
- (3) 4月以降定期接種で使用するワクチンは15価ワクチンを基本とすることとなるが、当面の間は既存の13価ワクチンも使用可能です。

### 2. 小児用肺炎球菌 13価ワクチンとの交接種の取扱いについて

13価ワクチンを使用して1回目、2回目又は3回目までの接種を終了した者の接種について、残りの接種を15価ワクチンを用いて行うことができます。

### 3. 予診票の記載について

予診票については、既存のものを使用できますが、筋肉内注射を行う場合、記入の仕方は、別紙の記入例をご確認ください。

**予診票及び母子健康手帳の記入例については、次ページを参照**

# 《予診票の記入例》

裏面もご確認ください

(5種混合)

2-1 (鹿児島市提出用)		<b>5 4種混合予防接種予診票</b> (ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ)		1期初回 1回目	
接種対象年齢：生後2か月以上7歳6か月未満		予防接種シール貼付欄			
受ける人の住所	鹿児島市	丁目	番	号	TEL ( )
(フリガナ) 受ける人の氏名	( )	男・女	生年月日	年	月 日 生 (満 歳 月 日 生 月 日 生 月 日 生)
保護者の氏名	( )	診察前の体温		度	分
質問事項			回答欄	医師記入欄	
今日受ける予防接種についての「説明書」を読み、理解しましたか			はい	いいえ	
お子さんの発育歴についておたずねします					
出生体重 ( ) g	分娩時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	出生後に異常がありましたか	あった	なかった		
今日体に具合の悪いところがありますか	具体的な症状 ( )	はい	いいえ		
最近1か月以内に病気にかかりましたか	病名 ( )	はい	いいえ		
1か月以内に家族や遊び仲間、麻しん、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	いいえ		
1か月以内に予防接種を受けましたか	予防接種の種類 ( )	はい	いいえ		
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 ( )	はい	いいえ		
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	いいえ			
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか ( ) 歳頃	はい	いいえ			
そのとき驚きましたか	はい	いいえ			
薬品や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか	薬品・食品名 ( )	はい	いいえ		
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	いいえ			
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありませんか	予防接種の種類 ( )	ある	ない		
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか	はい	いいえ			
6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	いいえ			
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◆ 以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は ( 実施できる ・ 見合わせた方がよい ) と判断します。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。					
保護者署名 ( )					
◆保護者記入欄◆ 医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、予防接種健康被害救済制度などについて理解した上で、接種することに ( 同意します ・ 同意しません ) ※かっこの中のどちらかを○で囲んでください。 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、本予診票が鹿児島市に提出されることに同意します。					
保護者署名 ( )					
ワクチン名	使用ワクチン名	接種量	接種場所	実施場所・医師名・接種年月日	
Lot No.	皮下接種	接種量	医師名	接種年月日 令和 年 月 日	

「4」に二重線を引き、余白に「5」と記入してください。

5種混合を接種する場合のみ、「筋肉内接種」をする場合は、余白に「キ」と記入してください。

(小児用肺炎球菌)

「筋肉内」の文言有の場合

2-1 (鹿児島市提出用)		<b>小児の肺炎球菌感染症予防接種予診票</b>		初回 1回目	
接種対象年齢：生後2か月以上5歳未満		予防接種シール貼付欄			
受ける人の住所	鹿児島市	丁目	番	号	TEL ( )
(フリガナ) 受ける人の氏名	( )	男・女	生年月日	年	月 日 生 (満 歳 月 日 生 月 日 生 月 日 生)
保護者の氏名	( )	診察前の体温		度	分
質問事項			回答欄	医師記入欄	
今日受ける予防接種についての「説明書」を読み、理解しましたか			はい	いいえ	
お子さんの発育歴についておたずねします					
出生体重 ( ) g	分娩時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	出生後に異常がありましたか	あった	なかった		
今日体に具合の悪いところがありますか	具体的な症状 ( )	はい	いいえ		
最近1か月以内に病気にかかりましたか	病名 ( )	はい	いいえ		
1か月以内に家族や遊び仲間、麻しん、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	いいえ		
1か月以内に予防接種を受けましたか	予防接種の種類 ( )	はい	いいえ		
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 ( )	はい	いいえ		
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	いいえ			
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか ( ) 歳頃	はい	いいえ			
◆医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、予防接種健康被害救済制度などについて理解した上で、接種することに ( 同意します ・ 同意しません ) ※かっこの中のどちらかを○で囲んでください。 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、本予診票が鹿児島市に提出されることに同意します。					
保護者署名 ( )					
ワクチン名	使用ワクチン名	接種量	接種場所	実施場所・医師名・接種年月日	
Lot No.	皮下接種	接種量	医師名	接種年月日 令和 年 月 日	

15価ワクチン (バクニユバンス) を接種する場合のみ、「筋肉内接種」をする場合は、「筋肉内」に○をつけてください。

「筋肉内」の文言無の場合

2-1 (鹿児島市提出用)		<b>小児の肺炎球菌感染症予防接種予診票</b>		初回 1回目	
接種対象年齢：生後2か月以上5歳未満		予防接種シール貼付欄			
受ける人の住所	鹿児島市	丁目	番	号	TEL ( )
(フリガナ) 受ける人の氏名	( )	男・女	生年月日	年	月 日 生 (満 歳 月 日 生 月 日 生 月 日 生)
保護者の氏名	( )	診察前の体温		度	分
質問事項			回答欄	医師記入欄	
今日受ける予防接種についての「説明書」を読み、理解しましたか			はい	いいえ	
お子さんの発育歴についておたずねします					
出生体重 ( ) g	分娩時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	出生後に異常がありましたか	あった	なかった		
今日体に具合の悪いところがありますか	具体的な症状 ( )	はい	いいえ		
最近1か月以内に病気にかかりましたか	病名 ( )	はい	いいえ		
1か月以内に家族や遊び仲間、麻しん、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	いいえ		
1か月以内に予防接種を受けましたか	予防接種の種類 ( )	はい	いいえ		
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 ( )	はい	いいえ		
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	いいえ			
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか ( ) 歳頃	はい	いいえ			
◆医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、予防接種健康被害救済制度などについて理解した上で、接種することに ( 同意します ・ 同意しません ) ※かっこの中のどちらかを○で囲んでください。 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、本予診票が鹿児島市に提出されることに同意します。					
保護者署名 ( )					
ワクチン名	使用ワクチン名	接種量	接種場所	実施場所・医師名・接種年月日	
Lot No.	皮下接種	接種量	医師名	接種年月日 令和 年 月 日	

15価ワクチン (バクニユバンス) を接種する場合のみ、「筋肉内接種」をする場合は、余白に「キ」と記入してください。

## 《 5 種混合ワクチン接種時の母子健康手帳の記入例 》

### 予防接種の記録 (1)

Immunization Record

感染症から子ども（自分の子どもはもちろん、周りの子どもたちも）を守るために、予防接種は非常に効果の高い手段の一つです。子どもたちの健康を守るために予防接種の効果と副反応をよく理解し、子どもに予防接種を受けさせましょう。

ワクチンの種類 Vaccine	接種年月日 Y/M/D (年 月 日)	メーカー又は製剤名/ロット Manufacturer or brand name/Lot No.	接種者名 Physician	備 考 Remarks
インフルエンザb型 (Hib) Haemophilus type b	1回	00.00.00	5混	
	2回	00.00.00	5混	←「5混」と記載
	3回	△△.△△.△△	-5混	
	追加	ヒブ欄にも同じ日付で記入		
小児肺炎球菌 Streptococcus pneumoniae	1回			
	2回			
	3回			
	追加			
B型肝炎 Viral Hepatitis type B	1回			
	2回			
	3回			
ロタウイルス Rotavirus <small>※ 5 種類口服衛生 ロタウイルス ワクチンのみ 3 回目を接種</small>	1回			
	2回			
	3回			

### 予防接種の記録 (2)

Immunization Record

ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ  
Diphtheria・Pertussis・Tetanus・Polio

時期	ワクチンの種類 Vaccine	接種年月日 Y/M/D (年 月 日)	メーカー又は製剤名/ロット Manufacturer or brand name/Lot No.	接種者名 Physician	備 考 Remarks
第1期 初回	DPT-IPV-Hib	00.00.00	(メーカー名) A 1 1 1 1	(医師名)	
	DPT-IPV-Hib	00.00.00	(メーカー名) B 2 2 2 2	(医師名)	
	DPT-IPV-Hib	△△.△△.△△	(メーカー名) C 3 3 3 3	(医師名)	
第1期 追加	5種混合分を4種混合欄に記入				
第2期 ジフテリア・破傷風 Diphtheria・Tetanus					

  

BCG			
接種年月日 Y/M/D (年 月 日)	メーカー又は製剤名/ロット Manufacturer or brand name/Lot No.	接種者名 Physician	備 考 Remarks

  

ワクチンの種類 Vaccine	接種年月日 Y/M/D (年 月 日)	メーカー又は製剤名/ロット Manufacturer or brand name/Lot No.	接種者名 Physician	備 考 Remarks
麻疹 Measles + 風しん Rubella	第1期			
	第2期			
水痘 Varicella	1回			
	2回			

52

53