

# 令和6年度

## 鹿児島市子どもの定期予防接種 実施上の留意事項

○令和6年4月からの変更点

- ① 定期予防接種に5種混合ワクチン（沈降精製百日せきジフテリア破傷風不活化ポリオヘモフィルスb型混合ワクチン(DPT-IPV-Hib)）、小児の肺炎球菌感染症の沈降15価肺炎球菌結合型ワクチン(PCV15)が追加。
- ② 5種混合ワクチン及び小児用肺炎球菌15価ワクチンについては、皮下注射に加え、**筋肉内注射が可能。**

### 【目次】

	ページ
1 概要	1～3
2 接種対象者への個別通知（予診票の送付）	3
3 実施手順	3・4
4 コッホ現象の報告	4
5 予防接種による間違い	5
6 副反応疑い報告	6
7 予防接種健康被害救済制度	6
8 委託料（消費税相当額を含む）	7
9 委託料の請求及び支払い方法	8
10 その他	8
定期予防接種における対象者の解釈について	参考1
HPVワクチンについて	参考2
5種混合・PCV15について、予診票・母子健康手帳記入例	参考3

### 【様式】

1	予防接種実施における確認チェックリスト	<ul style="list-style-type: none"><li>・あらかじめコピーしてご利用ください。</li><li>・本市ホームページから様式をダウンロードできます。</li></ul>
2	予防接種による間違い発生報告書	
3	コッホ現象事例報告書	
4	予防接種後副反応疑い報告書	
5	急性散在性脳脊髄炎（ADEM）調査票	
6	ギラン・バレ症候群（GBS）調査票	
7	予防接種済証	
8	予防接種不可者受診券	
9	【医師会医療機関用】請求書兼内訳書	
10	【医師会外医療機関用】実施報告書及び請求書	

### 【お問い合わせ先】

鹿児島市保健部感染症対策課  
〒892-8677 鹿児島市山下町11番1号  
TEL(直通)：099-803-7023  
FAX(代表)：099-803-7026

# 1 概要

対象疾病	接種対象年齢 ( ) 内は標準的な接種年齢	回数	接種間隔等 ( ) 内は標準的な接種間隔等	接種量 (m l)	接種方法	
5種混合 (ジフテリア 百日せき 破傷風 急性灰白髄炎 (ポリオ) Hib 感染症)	生後2か月以上7歳6か月未満 (1期初回：生後2か月以上7か月未満)	(1期初回) 3回	それぞれ20日以上の間隔をあけて3回 (それぞれ20日～56日の間隔をあけて3回)	0.5	皮下 または 筋肉内	
		(1期追加) 1回	初回の3回目終了後6か月以上の間隔をあけて1回 (クイントバック：初回の3回目終了後6か月～18か月の間隔をあけて1回) (ゴービック：初回の3回目終了後6か月～13か月の間隔をあけて1回)			
4種混合 (ジフテリア 百日せき 破傷風 急性灰白髄炎 (ポリオ))	生後2か月以上7歳6か月未満 (1期初回：生後2か月以上1歳未満)	(1期初回) 3回	それぞれ20日以上の間隔をあけて3回 (それぞれ20日～56日の間隔をあけて3回)	0.5	皮下	
		(1期追加) 1回	初回の3回目終了後6か月以上の間隔をあけて1回 (初回の3回目終了後12か月～18か月の間隔をあけて1回)			
2種混合 (ジフテリア 破傷風)	11歳以上13歳未満 (11歳以上12歳未満)	1回	-	0.1	皮下	
BCG (結核)	1歳未満 (生後5か月以上8か月未満)	1回	-	規定のス ポイトで 滴下	経皮	
麻しん 風しん混合	1歳以上2歳未満	(1期) 1回	-	0.5	皮下	
	平成30年4月2日～平成31年4月1日生 (小学校就学前の1年間)	(2期) 1回	-			
日本脳炎	「第1期」生後6か月以上7歳6か月未満 (初回は、3歳以上4歳未満) (追加は、4歳以上5歳未満)	(初回) 2回	6日以上の間隔をあけて2回 (6日～28日の間隔をあけて2回)	0.5	皮下	
		(追加) 1回	初回の2回目終了後6か月以上の間隔をおいて1回 (初回の2回目終了後おおむね1年の間隔をおいて1回)			
	「第2期」9歳以上13歳未満 (9歳以上10歳未満)	1回	-	※3歳未満 の接種量は 0.25		
	「特例」 平成16年4月2日～平成19年4月1日生 で接種が完了していない者	1・2期 未接種分	20歳になる前まで			
ヒブ感染症	生後2か月 以上 5歳未満	初回接種開始時に 生後2か月以上7か月未 満の場合	(初回) 3回	それぞれ27日以上の間隔をあけて3回、2回目および3回目は1歳未満までに終了 (それぞれ27日～56日の間隔をあけて3回)	0.5	皮下
			(追加) 1回	初回の3回目終了後7か月以上の間隔をあけて1回 (初回の3回目終了後7か月～13か月の間隔をあけて1回)		
		初回接種開始時に 生後7か月以上1歳未満 の場合	(初回) 2回	それぞれ27日以上の間隔をあけて2回、2回目は1歳未満までに終了 (それぞれ27日～56日の間隔をあけて2回)		
			(追加) 1回	初回の2回目終了後7か月以上の間隔をあけて1回 (初回の2回目終了後7か月～13か月の間隔をあけて1回)		
初回接種開始時に 1歳以上5歳未満の場合	1回	-				

対象疾病	接種対象年齢 ( ) 内は標準的な接種年齢		回数	接種間隔等 ( ) 内は標準的な接種間隔等	接種量 (ml)	接種方法
肺炎球菌 感染症 (13価) (15価)	生後2か月 以上 5歳未満	初回接種開始時に 生後2か月以上7か月未 満の場合	(初回) 3回	それぞれ27日以上の間隔をあけて3回、2回目及び3回目は2歳未満までに終了。ただし、2回目接種が1歳以上の場合、3回目の接種は行わない。 (それぞれ27日以上の間隔をあけて3回、2回目および3回目の接種は1歳未満までに終了)	0.5	皮下 (13価) (15価)  ・  筋肉内 (15価)
			(追加) 1回	初回の3回目終了後60日以上の間隔をあけて1歳以降に1回 (初回の3回目終了後60日以上の間隔をあけて1歳以上1歳3か月までに1回)		
		初回接種開始時に 生後7か月以上1歳未満 の場合	(初回) 2回	それぞれ27日以上の間隔をあけて2回、2回目は2歳未満までに終了 (それぞれ27日以上の間隔をあけて2回、2回目の接種は1歳未満までに終了)		
			(追加) 1回	初回の2回目終了後60日以上の間隔をあけて1歳以降に1回 (初回の2回目終了後60日以上の間隔をあけて1歳以上1歳3か月までに1回)		
		初回接種開始時に 1歳以上2歳未満の場合	(初回) 1回 (追加) 1回	60日以上の間隔をあけて2回		
		初回接種開始時に 2歳以上5歳未満の場合	1回	-		
HPV (子宮頸がん)  <small>子宮頸がん予防接種に関する情報</small> 	【従来の定期接種】 12歳になる日の属する年度の初日から16歳となる日の属する年度の末日までの間にある女子  【キャッチアップ接種】 平成9年4月2日～平成20年4月1日生まれの女子【従来の定期接種の対象者を除く】	(2価) サーバリックス	3回	1か月以上間隔をあけて2回、1回目から6か月以上間隔をあけて1回 ※「1か月以上」…次の月の同じ日以降	0.5	筋肉
		(4価) ガーダシル	3回	2か月以上間隔をあけて2回、1回目から6か月以上間隔をあけて1回		
		(9価) シルガード9	3回	2か月以上間隔をあけて2回、1回目から6か月以上間隔をあけて1回		
			2回	<b>1回目の接種を15歳になるまでに受ける場合に限り、6月の間隔をおいて1回。 ただし、5月未満の間隔で2回目の接種した場合、2回目の接種から3月以上の間隔をおいて3回目の接種をすること。</b>		
水痘	1歳以上3歳未満 (1回目は1歳以上1歳3か月未満) ※水痘既往歴がある者は定期接種対象外		2回	1回目終了後3か月以上の間隔をあけて1回 (1回目終了後6か月～12か月の間隔をあけて1回)	0.5	皮下
B型肝炎	1歳未満 (生後2か月以上9か月未満)		3回	27日以上の間隔をあけて2回、1回目から139日以上の間隔をあけて1回	0.25	皮下
ロタウイルス 感染症	ロタリックス (1価)	出生6週0日後～ 24週0日まで	2回	27日以上の間隔をあけて2回	1.5	経口
	ロタテック (5価)	出生6週0日後～ 32週0日まで	3回	27日以上の間隔をあけて3回	2.0	

※ロタウイルスワクチンの初回接種については、生後2月に至った日から出生14週6日後までの間を標準的な接種期間として実施すること。出生15週0日後以降の初回接種については安全性が確立されておらず、出生15週0日後以降に初回接種をおこなう場合、十分に説明を行い、同意を得られた場合に接種すること。

## 2 接種対象者への個別通知（予診票の送付）

予診票の種類	送付時期
<ul style="list-style-type: none"> <li>・5種混合</li> <li>・4種混合</li> <li>・BCG(結核)</li> <li>・麻しん風しん混合(1期)</li> <li>・日本脳炎(1期)</li> <li>・ヒブ感染症</li> <li>・肺炎球菌感染症</li> <li>・水痘</li> <li>・B型肝炎</li> <li>・ロタウイルス</li> </ul>	<p>誕生月の翌月の中旬頃に送付 (1つの封筒にまとめて送付)</p> <p>※令和5年4月生まれの乳幼児から左記予診票がまとまった「こどもの予防接種手帳」(『5種混合』については、当面の間「4種混合」の予診票を使用いただき、印刷物が出来次第、5種混合の予診票を新生児等に送付する予定)を送付しています。また、手帳には、麻しん風しん混合第2期、おたふくかぜの予診票も含まれています。</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・日本脳炎(2期)</li> </ul>	9歳の誕生月の翌月に送付
<ul style="list-style-type: none"> <li>・麻しん風しん混合(2期)</li> </ul>	6歳になる年度の4月に送付 (幼稚園・保育園の“年長組”の年度)
<ul style="list-style-type: none"> <li>・2種混合</li> </ul>	小学6年生へ、4月に送付
<ul style="list-style-type: none"> <li>・HPV(子宮頸がん)</li> </ul>	中学1年生の女子へ、4月に送付 (中学2年生以上の対象者は令和5年度までに送付済)

こどもの予防接種手帳のイメージ



予診票の紛失、不達等により手元に予診票がない場合は、保護者等からの依頼により送付します。また、転入者(0歳～2歳児)へは、転入時の年齢に応じて、転入された月の翌月に送付します。  
※3歳以上の方の未接種分については感染症対策課へ問い合わせが必要です。

## 3 実施手順

### (1) 対象者の確認

- ① 鹿児島市に住所を有しない方への接種は、鹿児島市から委託料は支払われません。  
※鹿児島県内に住所を有する方への接種は、鹿児島県の相互乗り入れ医療機関で接種を行えば県の医師会を通じて住所を有する自治体から委託料が支払われます。(P.8の「10 その他」鹿児島県相互乗り入れ制度についてを参照してください。)
- ② 母子健康手帳で、接種対象年齢や接種間隔、予防接種の履歴を確認し、予防接種による間違いが起らないようにしてください。  
※接種対象年齢や接種間隔等については、1、2ページの「概要」や「予防接種ガイドライン」等を参考にしてください

### (2) 予診票の記入

- ① 予診票は、2枚複写(「鹿児島市提出用」(もしくは『保健所提出用』)と「医療機関控用」)になっています。
- ② 予診票右上の「予防接種シール貼付欄」に8桁の数字を記したシールが貼付(もしくは手書きで記載)してあるかを確認してください。無い場合は、感染症対策課にお問い合わせください。

### (3) 医師の予診・説明

- ① 体温を測定してください。
- ② 接種前に、医師は予診票をチェックし、必要に応じて追加質問し、さらに診察した上で、接種の可否を決定してください。
- ③ ワクチンの効果、副反応、健康被害救済制度等について保護者に十分説明をし、保護者が理解し、同意していることを確認してください。

### (4) 署名等

- ① 接種可能となった場合、医師記入欄の（実施できる）に○印と、医師の氏名を記載してください。
- ② 予診票下の保護者自署欄（同意します・同意しません）のいずれかに○印と、保護者署名（フルネームで）を記入してもらってください。

### (5) 接種

- ① 予防接種関係法令、ワクチンの添付文書等に従って接種してください。
  - ・関係法令等：予防接種法、予防接種法施行令、予防接種施行規則、予防接種実施規則、定期の予防接種実施要領
  - ・冊子：予防接種ガイドライン、予防接種における間違いを防ぐために等
  - ・ホームページ：厚生労働省ホームページ (<http://www.mhlw.go.jp/>)  
公益財団法人予防接種リサーチセンター (<http://www.yoboseshu-rc.com/>)
- ② 接種後は、予診票下の実施場所・医師名・接種年月日・使用ワクチン名及び接種量を記入してください。接種年月日は、母子健康手帳の記入と異ならないように、楷書体で明瞭にお願いします。  
特にゴム印を使用される際は、他のスタンプなどで不明瞭にならないようにしてください。

### (6) 母子健康手帳への記載

- ① 予防接種後は母子健康手帳の「予防接種の記録」欄に接種年月日・使用ワクチンロット番号・実施場所等の記入をしてください。
- ② 保護者が母子健康手帳を持参しなかった場合には、「予防接種済証」に必要事項を記載してお渡しください。
- ③ 「予防接種済証」の様式は、本市ホームページからダウンロードできます。  
鹿児島市ホームページ>子どもの予防接種>予防接種済証の交付

### (7) 予診票の保管

予診票（医療機関控用）はカルテに貼付し5年間保管しておいてください。

## 4 コッホ現象の報告

健常者がBCGを初めて接種した場合は、接種後10日頃に針痕部位に発赤が生じ、接種後1月から2月までの頃に化膿巣が出現します。

一方、結核菌の既感染者にあっては、接種後10日以内に接種局所の発赤・腫脹及び針痕部位の化膿等を来し、通常2週間から4週間後に消炎、癒痕化し、治癒する一連の反応が起こることがあり、これを「コッホ現象」といいます。

### (1) コッホ現象の報告

- ① コッホ現象と診断された場合は、「コッホ現象事例報告書」と「予診票」をFAXにて感染症対策課に提出し、ご連絡ください。（後日、原本はご郵送ください。）
- ② 局所の経過を観察するため、保護者へ写真等での記録をしておくように依頼してください。必要に応じ、中央保健センター（鴨池）にてツベルクリン反応検査を実施します。
- ③ なお、コッホ現象は副反応疑い報告基準には該当しませんので、副反応疑い報告は不要です。

## 5 予防接種による間違い

予防接種の実施にあたっては、かねてから適正な接種に努めるようお願いしていますが、本市において、令和5年度に起こった接種間違い事例は30件でした（令和6年3月21日時点）。近年、接種スケジュールが複雑化しておりますので、接種に際しては、これまで以上に接種対象年齢や接種間隔等の確認を徹底し、接種間違いの発生防止に努めていただきますようお願いいたします。

特に、日本脳炎予防接種は、『1期初回2回目』と『追加接種』との間隔の間違いが増えております。最低6か月以上の間隔を空ける必要がありますので、ご注意ください。（日本脳炎特例の年齢の方が接種する場合で、平成23年5月23日までに1回以上接種したことがある場合にのみ、例外的に6か月未満の間隔で接種することを認めています。）このほか、3歳未満で接種する場合は接種量が半量（0.25ml）になるため、接種量を間違わないように十分ご注意ください。

なお、接種間違い分については、鹿児島市から委託料の支払いはできませんのでご注意ください。

### (1) 予防接種による間違いが発生した場合の対応

- ① 被接種者の健康状態を確認し、必要に応じ、適切な処置を行う。
- ② 感染症対策課に電話で接種間違いの連絡を行う。
- ③ 「（公財）予防接種リサーチセンター」（TEL：03-6206-2121）に、今後の接種について確認する（再接種が必要か、今後の接種スケジュール等）。
- ④ 「予防接種による間違い発生報告書」に必要事項を記載し、予診票と合わせてFAXにて感染症対策課へ提出する。

### (2) 令和5年度 本市における接種間違い発生状況（一部）

	間違いの内容	具体例	件数
1	不必要な接種	<ul style="list-style-type: none"> <li>・日本脳炎第2期において、2回目の接種を行った。</li> <li>・ロタリックスにおいて、規定回数を超えて追加接種を行った。</li> </ul>	2件
2	接種間隔	<ul style="list-style-type: none"> <li>・日本脳炎ワクチン（追加接種）を、初回2回目から6か月以上あけて接種しなければならないところ、初回1回目から間隔が数年空いていると思い、1か月の間隔で接種</li> <li>・B型肝炎ワクチン（3回目）を、1回目から139日以上あけて接種しなければならないところ、124日目で接種</li> <li>・ヒブワクチン（追加接種）において、初回接種が生後2か月以上7か月未満の場合、3回目から7か月以上空けて接種すべきところ、6か月で接種</li> <li>・小児用肺炎球菌ワクチン（追加接種）において、初回接種が生後7か月以上1歳未満の場合、2回目から60日以上空けて1歳以降に接種すべきところ、30日目に接種</li> </ul> <p style="text-align: right;">など</p>	27件
3	接種量	<ul style="list-style-type: none"> <li>・日本脳炎ワクチン（初回1回目）を、3歳未満の場合0.25ml接種すべきところ、1歳8か月の者に対し、0.5ml接種</li> </ul>	1件

## 6 副反応疑い報告

予防接種後に生じた副反応を診断した医師は、速やかに独立行政法人医薬品医療機器総合機構へ報告することが義務付けられています（保護者の同意は不要です）。定期接種だけではなく、任意接種も同じ様式で報告できます。

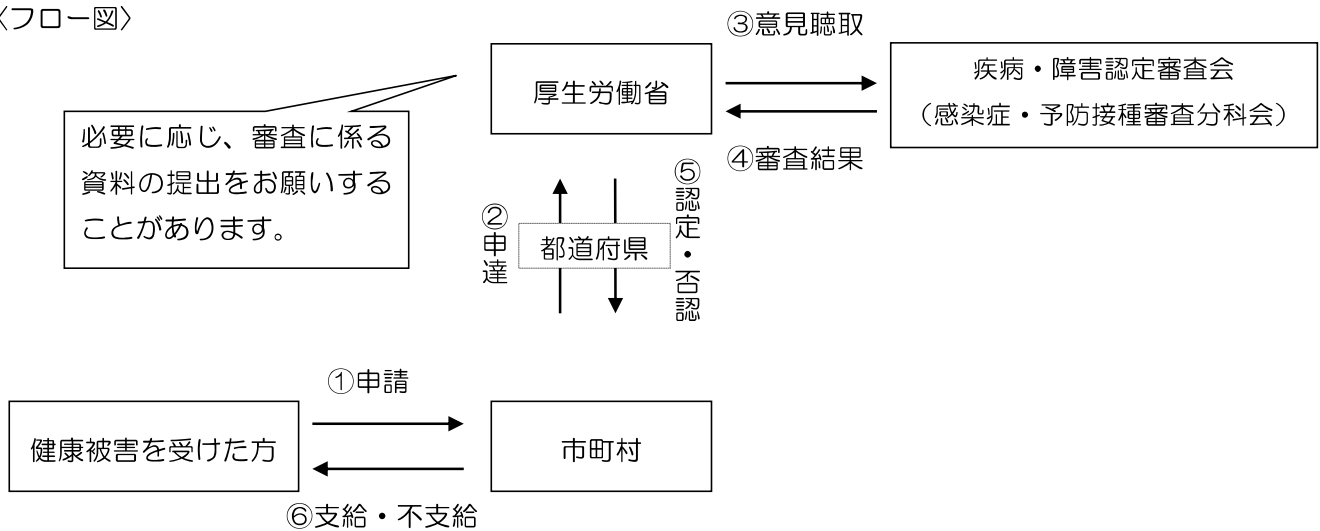
この報告は「医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律」の規定による報告としても取り扱うこととするため、改めて報告することは不要となります。

医薬品医療機器総合機構への報告専用FAX番号：0120-176-146

## 7 予防接種健康被害救済制度

定期の予防接種により重篤な健康被害が発生し、厚生労働大臣が認定したときには、予防接種法の規定により、発生した健康被害の救済が行われることになっています。本市から県を経由して、厚生労働省へ認定手続きをすることになりますので、市民の方から相談された際は、感染症対策課へご連絡ください。

〈フロー図〉



## 8 委託料（消費税相当額を含む）

### (1) 委託料単価

対象疾病(ワクチン)		委託料単価
5種混合	沈降精製百日せきジフテリア破傷風不活化ポリオヘモフィルスb型混合ワクチン(DPT-IPV-Hib)	20,460 円
4種混合	沈降精製百日せきジフテリア破傷風不活化ポリオ混合ワクチン(DPT-IPV)	11,660 円
3種混合	沈降精製百日せきジフテリア破傷風混合ワクチン(DPT)	6,061 円
不活化ポリオ	不活化ポリオワクチン(IPV)	10,395 円
2種混合	沈降精製ジフテリア破傷風混合トキソイド(DT)	5,005 円
結核	BCGワクチン	12,980 円
麻しん風しん混合	乾燥弱毒生麻しん風しん混合ワクチン	11,110 円
日本脳炎1期	乾燥細胞培養日本脳炎ワクチン	7,975 円
日本脳炎2期		7,150 円
日本脳炎特例		
ヒブ感染症	乾燥ヘモフィルスb型ワクチン	9,242 円
小児の肺炎球菌感染症	沈降13価肺炎球菌結合型ワクチン	12,320 円
	沈降15価肺炎球菌結合型ワクチン	
HPV(子宮頸がん)	組換え沈降2価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン	16,775 円
	組換え沈降4価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン	16,775 円
	組換え沈降9価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン	26,928 円
水痘	乾燥弱毒生水痘ワクチン	9,350 円
B型肝炎	組換え沈降B型肝炎ワクチン	6,769 円
ロタウイルス感染症	経口弱毒生ヒトロタウイルスワクチン(ロタリックス)	14,663 円
	5価経口弱毒生ロタウイルスワクチン(ロタテック)	9,636 円

### (2) 接種不可者委託料

令和6年度の1件あたりの接種不可者委託料（消費税及び地方消費税の額を含む）は次のとおりです。

	1件あたりの単価
接種不可者委託料（予診料）	3,168円

※接種不可者とは、予防接種前の予診の結果、異常が認められ当日の予防接種が不適当と判断した者をいいます。ただし、診療を行った場合には接種不可者の対象とならないのでご注意ください。



## 9 委託料の請求及び支払い方法

	市医師会会員の医療機関	市医師会会員ではない医療機関
提出書類	<p>① 鹿児島市定期予防接種 請求書兼内訳書 (3枚複写)</p> <p>1/3〔鹿児島市提出用〕 2/3〔医師会提出用〕 } 市医師会へ提出</p> <p>3/3〔医療機関控用〕 → 各医療機関で保管</p> <p>② 予診票(2枚複写)</p> <p>1枚目…市医師会へ提出 2枚目…各医療機関で保管</p>	<p>① 予防接種委託契約実施報告書</p> <p>② 請求書</p> <p>③ 予診票(2枚複写)</p> <p>1枚目…鹿児島市へ提出 2枚目…各医療機関で保管</p>
提出期限	接種した翌月 10日まで	接種した翌月 15日まで
提出先	鹿児島市医師会事務局	鹿児島市
振込時期	本市が市医師会から請求書を受領後、30日以内に市医師会へ支払い、その後、市医師会から各医療機関に支払われます。	本市が各医療機関から請求書を受領後、30日以内に指定された口座に支払われます。

- ・予診票の保護者の署名の記入漏れ等がないこと等不備がないことを確認してください。
- ・ワクチンの種類ごとに件数を数えてください。
- ・5種混合、4種混合、ヒブ感染症、日本脳炎などの接種が複数回ある予診票は、接種回数の順番ごとに揃えてから添付してください。

## 10 その他

### 「鹿児島県相互乗り入れ制度」について

鹿児島県医師会が実施している相互乗り入れ制度に参加している医療機関については、鹿児島市外に住民登録がある者でも公費負担による定期接種が可能です。その際、使用する予診票は住民登録がある自治体のものになります。

### 「償還払い制度」について

鹿児島市に住民登録がある者が里帰り等の理由により、県外(任意予防接種は市外)の医療機関において予防接種を公費負担にて接種しようとする場合、必ず、接種前に手続きを行う必要があります。保護者から相談があった場合には、感染症対策課をご案内いただきますようお願いいたします。

#### 【対象となる予防接種】

- ・定期予防接種(高齢者のインフルエンザ及び肺炎球菌を除く)
- ・おたふくかぜ予防接種(任意予防接種)

## 定期の予防接種における対象者の解釈について

## 『●歳に達した時』の考え方

年齢は出生の日から起算され、期間はその末日の終了をもって満了するため、翌年の誕生日の前日（24時）に1歳年をとると考えます。

例えば、令和2年4月1日生まれの人であれば、令和3年3月31日（24時）に1歳に達したと考えます。

## 『●歳に達するまで』の考え方

誕生日の前日（24時）に1歳年をとると考えますので、令和2年4月1日生まれの人であれば、『1歳に達するまで』と言った場合、『令和3年3月31日まで』という意味になります。

\*『達するまで』は、『至るまで』、『至った日まで』と同義であり、3月31日は含まれます。

## 『●歳以上』の考え方

誕生日の前日（24時）に1歳年をとると考えますので、令和2年4月1日生まれの人であれば、『1歳以上から接種可能』と言った場合、『令和3年3月31日から接種可能』という意味になります。

\*厳密には24時に1歳年をとるので、3月31日であっても0時から24時に至るまでは、1歳に達していませんが、真夜中の24時に接種を受けられることは通常想定されないため、日中でも接種を受けられるように配慮したものです。

## 『●歳未満』の考え方

誕生日の前日（24時）に1歳年をとると考えますので、令和2年4月1日生まれの人であれば、『1歳未満まで接種可能』と言った場合、『令和3年3月31日まで接種可能』という意味になります。

\*『●歳以上』の考え方では、被接種者の都合を考慮して、厳密には接種対象年齢には達していない時間帯も含めて、3月31日の丸一日を接種可能日としました。

一方、『●歳未満』の考え方では、厳密に前日（24時）に1歳年をとると考えて、3月31日24時に至るまでは接種可能とするものです。

## 『●歳に至った日』の考え方

誕生日の前日（24時）に1歳年をとると考えますので、令和2年4月1日生まれの人であれば、『1歳に至った日』は、『令和3年3月31日』を指します（3月31日は含まれます。）。

## 『●歳に至った日の翌日』の考え方

誕生日の前日に1歳年をとると考えますので、令和2年4月1日生まれの人であれば、『1歳に至った日の翌日』と言った場合、『令和3年4月1日』を指します。

## 『●歳に至るまで』の考え方

誕生日の前日（24時）に1歳年をとると考えますので、令和2年4月1日生まれの人であれば、『1歳に至るまで』と言った場合、『令和3年3月31日まで』という意味になります（3月31日は含まれません。）。

#### 『生後1月に至るまで』の考え方

単位が月になった場合、暦に合わせて翌月の同日の前日に、1月が経過したと考えます。したがって、令和2年4月1日生まれの人であれば、翌月の同日（5月1日）の前日（4月30日）に生後1月を迎えたと考えます。

なお、翌月に同日となる日が存在しない場合には、翌月の最後の日に1月経過したと考えます。例えば、令和2年1月31日生まれの人であれば、2月29日に生後1月を迎えたと考えます。

#### 『●歳に至るまでの間』の考え方

誕生日の前日（24時）に1歳年をとると考えますので、令和2年4月1日生まれの人であれば、『1歳に至るまでの間』と言った場合、『令和3年3月31日になるまで』という意味になります。

\*3月31日までは対象となりますが、4月1日は対象外となります。

#### 『生後3月から生後6月に至るまでの間』の考え方

令和2年4月1日生まれの人であれば、7月1日の前日（6月30日）に生後3月を迎えたと考えます。同様に、生後6月であれば、10月1日の前日（9月30日）に生後6月を迎えたと考えます。

したがって、この場合、『生後3月から生後6月に至るまでの間』とは『6月30日から9月30日までの期間内』ということになります。

#### 『出生●週●日後から』の考え方

生まれた日の翌日から起算して、生まれた日の翌日を出生0週1日後と考えます。また、『出生●週●日後から』とは、『●週●日後』の日を含みます。

例えば、令和2年4月1日生まれの人であれば、『出生1週後から』と言った場合、『令和2年4月8日から』という意味になります（4月8日は含まれます。）。

\*『出生●週●日後から』は、『生後●週に至った日の翌日から』と同義であり、4月8日は含まれます。

#### 『出生●週●日後まで』の考え方

生まれた日の翌日から起算して、生まれた日の翌日を出生0週1日後と考えます。また、『出生●週●日まで』とは、『●週●日後』の日を含みます。

例えば、令和2年4月1日生まれの人であれば、『出生1週6日後まで』と言った場合、『令和2年4月14日まで』という意味になります（4月14日は含まれます。）。

\*『出生●週●日まで』は、『生後●週に至る日の翌日まで』と同義であり、4月14日は含まれます。

## HPVワクチンについて

### 1. ヒトパピローマウイルス感染症（HPV）ワクチン予防接種の接種勧奨の再開について

HPVワクチンは平成25年4月に定期接種化されたものの、積極的勧奨が差し控えられてきましたが、令和4年4月から接種勧奨が再開されました。また、積極的な接種勧奨の差し控えにより、接種機会を逸した女性に対し、令和4年4月から令和7年3月までの3年間、対象年齢を超えて接種を行います。

### 2. 9価HPVワクチンの定期接種化と9価HPVワクチンの2回接種について

令和5年4月から9価HPVワクチンは、定期予防接種に追加され、15歳未満の女子に限り、少なくとも5か月以上の接種間隔を空けて2回で接種を完了することも可能となりました。（次ページ参照）

### 3. HPVワクチンの交互接種の取扱いについて

#### ① キャッチアップ接種対象者について

HPVワクチンは、原則として、1回目に接種したワクチンと同じワクチンを継続して3回目まで接種しますが、キャッチアップ接種対象者のうち、過去に接種したワクチンの種類が不明である場合、キャッチアップ接種を実施する医療機関の医師と被接種者とで十分に相談した上で、接種するワクチンの種類を選択することとなっております。

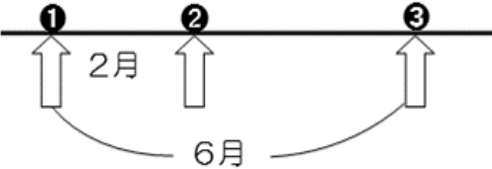
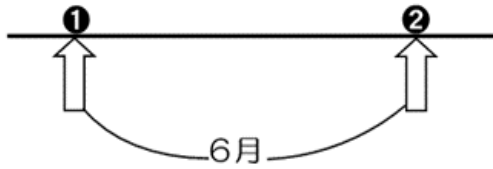
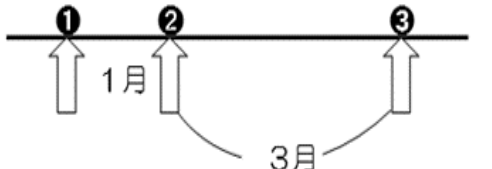
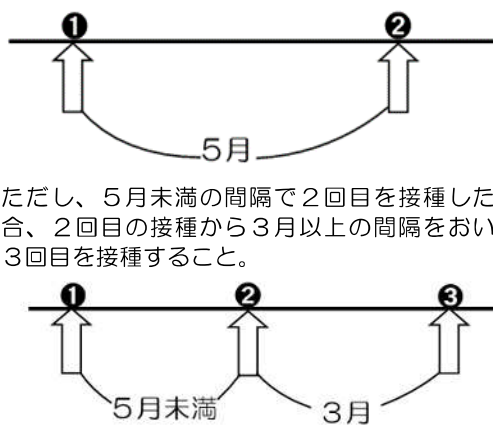
#### ② 9価ワクチンについて

これまでに2価または4価ワクチンを1回または2回接種した方は、同じ種類のワクチンを接種することを原則としていますが、適切な情報提供に基づき、医師と被接種者等がよく相談した上であれば途中から9価ワクチンに変更し、残りの接種を完了することができます。

### 4. 接種間隔について

ワクチン	2価（サーバリックス®）	4価（ガーダシル®）
標準的な接種間隔	<ul style="list-style-type: none"> <li>初回接種から1か月後に2回目</li> <li>初回接種から6か月後に3回目</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>初回接種から2か月後に2回目</li> <li>初回接種から6か月後に3回目</li> </ul>
上記の方法をとることができない場合	<ul style="list-style-type: none"> <li>初回接種から1月以上の間隔をおいて2回目</li> <li>初回接種から5月以上、かつ2回目の接種から2月半以上の間隔をおいて3回目</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>初回接種から1月以上の間隔をおいて2回目</li> <li>2回目の接種から3月以上の間隔をおいて3回目</li> </ul>

9価ワクチンの接種間隔については、次ページを参照

9価（シルガード®9）		
接種回数	3回	2回
接種年齢	1回目の接種を15歳以上で受ける場合	1回目の接種を15歳未満で受ける場合
標準的な接種間隔	<ul style="list-style-type: none"> <li>初回接種から2か月後に2回目</li> <li>初回接種から6か月後に3回目</li> <li>（4価ワクチンと同様）</li> </ul> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>初回接種から6月の間隔をおいて2回目</li> </ul> 
上記の方法をとることができない場合	<ul style="list-style-type: none"> <li>初回接種から1月以上の間隔をおいて2回目</li> <li>2回目の接種から3月以上の間隔をおいて3回目</li> <li>（4価ワクチンと同様）</li> </ul> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>初回接種から5月以上の間隔をおいて2回目</li> </ul> <p>ただし、5月未満の間隔で2回目を接種した場合、2回目の接種から3月以上の間隔をおいて3回目を接種すること。</p> 

## 5. HPVワクチンに関する相談窓口

### ●鹿児島県の相談窓口

（総合窓口）

- ・鹿児島県保健福祉部感染症対策課感染症保健予防係
- ・電話番号：099-286-2724
- ・受付時間：月曜日から金曜日の午前9時から午後5時（祝日、年末年始を除く）

（教育に関する総合窓口）

- ・鹿児島県教育庁保健体育課健康教育係
- ・電話番号：099-286-5318

- 鹿児島県では、HPVワクチンの予防接種後に生じた症状の診療に係る協力医療機関として、「鹿児島大学病院」が設置されています。

電話番号：099-275-5168

## 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」となりません。
- (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」との交接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接種が可能**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」の交接種についても同様です。）ただ、交接種については、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

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接種が可能

### 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)

### 5種混合予防接種予診票

接種対象年齢：生後2か月以上7歳未満

接種種別：5種混合(ジフテリヤ・破傷風・ポリオ)

1期(7回)1回目

受ける人の住所 鹿児島市 丁目 番 号  
 (フリガナ) 受ける人の氏名 ( ) 男・女 生年月日 ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日 生  
 保護者の氏名 ( ) 診察前の体温 ( ) 度 ( ) 分

質問事項

質問事項	回答	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
お子さんの高熱歴についておたずねします 出生後( ) 日 発熱に異常がありましたか	あった	なかった
出生後( ) 日 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
今日体に具合が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か月以内に肺炎にかかりましたか 病名 ( )	はい	いいえ
1か月以内に家族や遊び仲間(祖しん、孫しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方)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 ( ) 産前	はい	いいえ
そのとき熱が出ましたか	はい	いいえ
薬品や食品でアレルギー反応が起きましたか 薬品・食品名 ( )	はい	いいえ
接種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、予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか 予防接種の種類 ( )	ある	ない
接種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
1か月以内に輸血あるいはサングラ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) ( ) ※かっこの中のとらからかっこで囲んでください。  
 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。 保護者自署 ( )

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  
 ワクチン名 Lot No. 皮下接種 ( ) 医師名 ( )  
 (注)有効期限が切れている場合は要確認

「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「㊦」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)

### 小児の肺炎球菌感染症予防接種予診票

接種対象年齢：生後2か月以上5歳未満

接種種別：肺炎球菌7価結合型

初回(1)回目

受ける人の住所 鹿児島市 丁目 番 号  
 (フリガナ) 受ける人の氏名 ( ) 男・女 生年月日 ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日 生  
 保護者の氏名 ( ) 診察前の体温 ( ) 度 ( ) 分

質問事項

質問事項	回答	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
お子さんの高熱歴についておたずねします 出生後( ) 日 発熱に異常がありましたか	あった	なかった
出生後( ) 日 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
今日体に具合が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か月以内に肺炎にかかりましたか 病名 ( )	はい	いいえ
1か月以内に家族や遊び仲間(祖しん、孫しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方)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 ( ) 産前	はい	いいえ
そのとき熱が出ましたか	はい	いいえ
薬品や食品でアレルギー反応が起きましたか 薬品・食品名 ( )	はい	いいえ
接種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、予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか 予防接種の種類 ( )	ある	ない
接種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
1か月以内に輸血あるいはサングラ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) ( ) ※かっこの中のとらからかっこで囲んでください。  
 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。 保護者自署 ( )

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  
 ワクチン名 Lot No. 皮下接種 ( ) 医師名 ( )  
 (注)有効期限が切れている場合は要確認

15価ワクチン(バクニュバンス)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)

### 小児の肺炎球菌感染症予防接種予診票

接種対象年齢：生後2か月以上5歳未満

接種種別：肺炎球菌7価結合型

初回(1)回目

受ける人の住所 鹿児島市 丁目 番 号  
 (フリガナ) 受ける人の氏名 ( ) 男・女 生年月日 ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日 生  
 保護者の氏名 ( ) 診察前の体温 ( ) 度 ( ) 分

質問事項

質問事項	回答	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
お子さんの高熱歴についておたずねします 出生後( ) 日 発熱に異常がありましたか	あった	なかった
出生後( ) 日 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
今日体に具合が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か月以内に肺炎にかかりましたか 病名 ( )	はい	いいえ
1か月以内に家族や遊び仲間(祖しん、孫しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方)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 ( ) 産前	はい	いいえ
そのとき熱が出ましたか	はい	いいえ
薬品や食品でアレルギー反応が起きましたか 薬品・食品名 ( )	はい	いいえ
接種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、予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか 予防接種の種類 ( )	ある	ない
接種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
1か月以内に輸血あるいはサングラ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) ( ) ※かっこの中のとらからかっこで囲んでください。  
 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。 保護者自署 ( )

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  
 ワクチン名 Lot No. 皮下接種 ( ) 医師名 ( )  
 (注)有効期限が切れている場合は要確認

15価ワクチン(バクニュバンス)を接種する場合のみ、「筋肉内接種」をする場合は、余白に「㊦」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
インフルエンザ菌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	00.00.00 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	1回			
	2回			
	3回			

※ 5歳前には麻疹・ロタウイルスワクチンのみ3回目を接種

### 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	1回	00.00.00	(メーカー名) A 1 1 1 1	(医師名)	
	2回	00.00.00	(メーカー名) B 2 2 2 2	(医師名)	
	3回	00.00.00	(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					

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			