

各医療機関の長 様

広島市長 松井 一 實  
(健康福祉局保健部健康推進課)

小児用 20 価肺炎球菌ワクチン（プレベナー20）の定期接種化について（依頼）

時下、ますます御清栄のこととお喜び申し上げます。

平素より本市の保健衛生行政に御協力を賜り厚くお礼を申し上げます。

さて、令和6年7月26日付け「小児用 20 価肺炎球菌ワクチンの定期接種化について（依頼）」において、当該ワクチンの定期接種化について御案内したところです。国からの事務連絡が未発出の状況ではありますが、円滑な接種体制を確保するため、今後の対応等についてお知らせいたしますので、下記について御確認いただきますようお願いいたします。

記

1 開始時期

令和6年10月1日

2 接種方法等

定期接種の対象者、接種間隔、接種方法等は現行の 15 価ワクチン（バクニューバンス）と同様であり、皮下接種又は筋肉内接種が可能です。

3 交互接種

令和6年10月1日以降、使用するワクチンは 20 価ワクチンが基本となります。また、13 価ワクチン（プレベナー13）で接種を開始している場合は、20 価ワクチンに切り替えて接種することが可能です。

なお、当面の間は 15 価ワクチンも使用することができますが、15 価ワクチンと 20 価ワクチンの交互接種については、原則として、同一のワクチンで接種を行うこととしつつ、同一のワクチンで接種できない場合についても接種が実施可能となるよう、必要な規定が設けられる予定です。

※ 令和6年10月1日以降、13 価ワクチンは定期接種としての使用ができなくなります。

4 予防接種券

これまでと同じ予防接種券を使用してください。

なお、マイナポータル等で確認可能な予防接種歴について、この度、小児用肺炎球菌ワクチンの種類（15 価、20 価等）を区別して管理していく方針を国が示したため、令和6年10月1日以降の接種分については、予防接種券の中央上部に、20 価ワクチンを使用した場合は「②①」と、15 価ワクチンを使用した場合は「①⑤」と記入してください。（「②①」等を記入する代わりにワクチンのロットシールを当該箇所へ貼付していただいても差し支えありません。）

※ 来年度交付する母子健康手帳には、使用するワクチン種類のチェック欄を盛り込んだ予防接種券を添付します。

【 記 入 例 】

|                                                      |  |                          |  |                           |              |
|------------------------------------------------------|--|--------------------------|--|---------------------------|--------------|
| 広島市                                                  |  | 小児用肺炎球菌ワクチン (20 価) (甲)   |  | 1 回目                      | 医療機関コード (7桁) |
| 1                                                    |  | ※住民登録している住所と氏名を記入してください。 |  | 接種No. 1351                |              |
| 住所                                                   |  | 区 町 丁目 番 号               |  | 接種年月日                     | 令和 . .       |
| 保護者の氏名                                               |  | 氏名                       |  | 医療機関所在地・医療機関名・電話番号・接種医師氏名 |              |
| 接種を受ける乳幼児の氏名                                         |  | 氏名                       |  |                           |              |
| 生年月日                                                 |  | 令和 . .                   |  |                           |              |
| 男                                                    |  | 女                        |  |                           |              |
| 名前シールをお持ちの場合は、保護者氏名の記入は不要です。<br>シールを住所欄下の「」内に貼って下さい。 |  |                          |  |                           |              |

令和6年10月1日以降の接種分について、  
接種券の中央上部に、②① 又は ①⑤ を記入してください。  
※2回目～4回目の接種券も同様に記入してください。

## 5 予診票

現行の予診票の接種方法欄に「皮下・筋肉内（15 価に限る）」の記載がありますが、20 価ワクチンも筋肉内接種が可能ですので、引き続き使用してください。

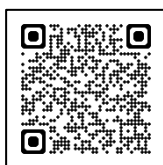
※ 今後、接種方法欄を改訂した予診票を作成する予定です。

| 使用ワクチン名            | 接種量                      | 医療機関所在地・医療機関名・医師名・接種(予診)年月日 |
|--------------------|--------------------------|-----------------------------|
| ワクチン名              | 皮下・筋肉内(15 価に限る)<br>0.5mL | 所在地                         |
| Lot No.            | 接種部位                     | 医療機関名                       |
| (注)有効期限が切れていないか要確認 | 右腕・左腕・右足・<br>左足・その他( )   | 医師名                         |
|                    |                          | 接種(予診)年月日 令和 年 月 日          |

## 6 予防接種マニュアルの改訂について

20 価ワクチンの定期接種化等に伴い、本市予防接種マニュアルを改訂します。

令和 6 年 10 月 1 日以降、本市ホームページから最新版をダウンロードできますので、御活用ください。



【U R L】 <https://www.city.hiroshima.lg.jp/soshiki/72/2966.html>  
【ページ番号】 2 9 6 6

保健予防係  
担当 田中  
TEL 082-504-2882