

# 松江市予防接種 従事者研修会

R8年度変更点



# A類疾病の変更点



# 1. RSウイルス予防接種事業

# RSウイルスワクチン（A類疾病）

対象者：松江市に住民票のある、妊娠28週0日～36週6日までの妊婦

使用ワクチン：組換えRSワクチン

接種方法：妊娠中1回/0.5mlを筋肉内に接種

自己負担額：なし

委託料：30,096円

開始時期：令和8年4月1日（水）～

令和8年4月1日から  
妊婦を対象とした  
RSウイルスワクチンが  
無料で受けられます！

**RSウイルス感染症とは**  
RSウイルスに感染することによって起きる呼吸器の病気で、乳幼児に多い病気で、重症化すると細気管支炎や肺炎を発症する場合があります。特に生後6か月未満のお子さんが感染すると症状が重くなる可能性があります。

**ワクチンについて**  
妊娠中のお母さんがワクチンを接種することにより、RSウイルスに対する抗体が胎盤を通して赤ちゃんに移行されます。生後6か月ごろまで免疫が未発達な赤ちゃんを感染から守る効果が期待できます。

**接種の対象者**  
接種日時点で、松江市に住民票のある妊娠28週0日から36週6日までの妊婦（出産予定日の14日前までに接種を完了させることが望ましい）  
※里帰り出産で松江市外で接種を受けたい場合は、事前申請が必要な場合があります。予防接種室にお問い合わせください。

**接種開始日・接種場所**  
令和8年4月1日（水）※それ以前の接種は全額自己負担です  
接種場所は表面の医療機関のとおり  
※妊婦健診を受けている医療機関以外での接種は、健診を受けている医療機関の医師に、RSウイルスワクチンを接種してよいかどうか事前に確認しておいてください。

**費用と接種に必要なもの**  
費用：無料  
接種に必要なもの：出産予定の児の母子健康手帳（予診票は医療機関にあります）

お問い合わせ 松江市健康推進課予防接種室  
松江市乃白町32番地2 ☎0852-60-8173

【医療機関設置のチラシ】

# 実施方法



- ① **受託医療機関に白紙の予診票を、事前に設置**

※市から対象者に配布しません **(予診票の色：オレンジ)**

- ② 予約時に、**出生予定の児の母子健康手帳を持参する**  
よう説明

- ③ 接種日に、マイナンバーカード等で**松江市に住民票**  
**があることを確認**のうえ、医療機関に設置の予診票  
に必要事項を記入

# 実施方法

- ④ **母子健康手帳で妊娠週数の確認及び問診**のうえ、  
予防接種を実施

※任意接種を含め当該ワクチンを接種していないか、  
母子健康手帳や口頭で確認すること



- ⑤ 委託料請求は当月末日締め、翌月10日までに請求  
(※郵送の場合も必着)

# 留意事項

Q 1) 対象者について、妊娠28週0日から36週6日の判断は？

A 1) 接種する医師が母子健康手帳の情報を元に、接種日時点で妊娠28週0日から36週6日であると判断したら対象

分娩予定日を40週0日とし、妊娠週数を計算

妊娠中の記録(1)

ご自身の体調や妊婦健康診査の際に尋ねたいこと、赤ちゃんを迎える気持ちなどを書き留めておきましょう。

妊娠 <妊娠3か月> 妊婦8週 ~ 妊婦11週 ( 月 日 ~ 月 日)

※妊娠・出産について気軽に相談できる人を見つけておくを安心です。

妊娠 <妊娠4か月> 妊婦12週 ~ 妊婦15週 ( 月 日 ~ 月 日)

※妊娠初期の血液検査結果を確認しましょう(以降も各種検査結果について確認しましょう。)  
※里帰り出産を予定している場合は、医師や助産師、家族と話し合い、準備しましょう。

最終月経開始日	年	月	日
この妊娠の初診日	年	月	日
分娩予定日	年	月	日

# 留意事項

Q2) 予防接種の判断を行うに際して注意を要する人は？

	接種の判断を行うに際して注意を要する人
1	心臓疾患、肝臓疾患、血液疾患、発育障害等の基礎疾患を有する人
2	予防接種で接種後2日以内に発熱のみられた者及び全身性発疹等のアレルギーを疑う症状を呈したことがある人
3	過去にけいれん既往のある人
4	過去に免疫不全の診断がされている者及びに近親者に先天性免疫不全症の者がいる人
5 (追加)	妊娠高血圧症候群の罹患歴があるまたは発症リスクが高いと考えられる人

A2) 通常の注意を要する人に加え、**妊娠高血圧症候群の罹患歴があるまたは発症リスクが高いと考えられる人**

※各医療機関で判断、対処方法を検討してください

## 留意事項

Q3) 里帰り出産で松江市外の医療機関で予防接種を受けたい場合は？

A3) 松江市に市外接種の事前申請が必要です。  
申請者には、予診票を直接送付します。

※予防接種広域化事業で島根県内の医療機関で接種希望の場合も、松江市に事前に連絡が必要です。（対象者に予診票を直接送付します。）

## 留意事項

Q4) 対象者が16歳以上の場合、同伴者は必要？

A4) 同伴者は不要です。  
説明同意欄には本人が署名します。



# 留意事項

## Q5) 接種後の母子健康手帳への記載方法は？

予防接種の記録 (5)				
その他の予防接種				
ワクチンの種類 Vaccine	接種年月日 Y/M/D (年齢)	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
RSウイルス	26/4/1	アブリスボ筋注用 LOT:AB1234 ファイザー	健康 医院	右 0.5

A5) 妊娠している児の母子健康手帳の「予防接種の記録」その他の予防接種の記録の欄へ記入してください。  
多胎児を妊娠している場合、それぞれの母子健康手帳へ記録します。  
ロットシールが不足している場合には、手書きで記録してください。



## 2 .HPVの変更

# HPVワクチンの変更点

- キャッチアップはR7年度末で終了
- 定期接種で使用するワクチンは9価（シルガード）のみ
- 小学6年生に予診票を発送  
（R8年度は中学1年生にも予診票を発送）

 DT接種時にHPVの接種勧奨をお願いします 

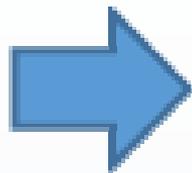


## 3. 予診票

# 予診票の医師記入欄

予診票下部の『使用ワクチン名』で「使用したワクチン名を○で囲む」は不要としました。

使用ワクチン名 (○で囲む)	
ワクチン名	組換え沈降B型肝炎ワクチン
メーカー名	KMB00012 MSD00011
Lot No. (ラベル貼付可)	ヘプタバックス Z005503 BF Ex. 2027.08.29
(注) 有効期限が切れていないか要確認	



使用ワクチン名	
ワクチン名	組換え沈降B型肝炎ワクチン
メーカー名	KMB00012 MSD00011
Lot No. (ラベル貼付可)	ヘプタバックス Z005503 BF Ex. 2027.08.29
(注) 有効期限が切れていないか要確認	

必須：ロットシールの貼付



## 4. その他

## ◎ 以下の特例についてはR8年度末で終了予定です

- ・ 日本脳炎（対象：H18.4.2～H19.4.1生）
- ・ MR1期（対象：R4.2～R5.4.1生）
- ・ MR2期（対象：H30.4.2～H31.4.1生）

必ずご確認ください！

## ◎ 実施要領を見直しました

法令で定められた接種間隔・年齢については赤字で表記  
(標準接種は別枠に表記)





# B類疾病の変更点



# 1. 高齢者肺炎球菌ワクチン の変更

# 使用ワクチンの変更について

	令和 8 年 3 月 31 日まで	→	令和 8 年 4 月 1 日から
ワクチン	23 価肺炎球菌莢膜ポリサッカライドワクチン(PPSV23)		沈降 20 価肺炎球菌結合型ワクチン(PCV20)
ワクチン代	4,812 円(税込)		7,920 円(税込)
委託料	8,310 円(税込)		11,418 円(税込)
自己負担額	3,200 円		4,500 円
接種方法	皮下・筋肉 0.5ml		筋肉 0.5ml

**ワクチンの変更に伴い、予診票・自己負担額が変更になります!!**



種別番号 201 **接種当日に65歳の方が対象です** 松江市

### 高齢者肺炎球菌(20価)予防接種予診票

※ 本枠内を黒ボールペンで記入してください。(鉛筆不可)  
 ※ 松江市に住居票のある人のみ接種できます。

整理番号 **9999999**

住所	松江市 <b>〇〇町 〇〇-〇</b>		自己負担	〒4,500円
ふりがな	<b>まつえ たろう</b>	電話番号	<b>000-0000-0000</b>	<input type="checkbox"/> 無:生保証明書
氏名	<b>松江太郎</b>	診察前の体温		
生年月日	<b>大・00年0月0日</b>	性別	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	接種当日年齢
			<b>満歳 65</b>	<b>36度5分</b>

今までに肺炎球菌(20価)の予防接種を受けたことがありますか  はい  いいえ 接種日 年 月 日 / いいえ

## ③対象者が20価予診票（むらさき）に必要な事項を記入。

質問事項	回答欄	医師記入欄
1 今日の高齢者肺炎球菌予防接種について、おまけられている説明書と薬品を渡しましたか	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	
2 今回の予防接種の効果や副反応などについて理解しましたか	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	
3 現在、何か病気にかかっていますか → 高血圧、心臓病、脳血管疾患、呼吸器疾患、糖尿病、腎臓病、腎臓病、血液異常症、腎臓病、その他	<input type="radio"/> はい <input checked="" type="radio"/> いいえ	
4 治療(投薬など)を受けていますか	<input type="radio"/> はい <input checked="" type="radio"/> いいえ	
5 その病気の主治医は、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか	<input type="radio"/> はい <input checked="" type="radio"/> いいえ	
6 免疫不全と診断されたことがありますか	<input type="radio"/> はい <input checked="" type="radio"/> いいえ	
7 今日体に具合の悪いところがありますか 症状	<input type="radio"/> はい <input checked="" type="radio"/> いいえ	
8 薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、具合が悪くなったことがありますか	<input type="radio"/> はい <input checked="" type="radio"/> いいえ	
9 ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか	<input type="radio"/> はい <input checked="" type="radio"/> いいえ	
10 1か月以内に予防接種を受けましたか → 接種日 月 日	<input type="radio"/> はい <input checked="" type="radio"/> いいえ	
11 予防接種の種類(インフルエンザ、新型コロナウイルス、帯状疱疹、その他)	<input type="radio"/> はい <input checked="" type="radio"/> いいえ	
12 これまでに次の病気にかかったことがありますか	<input type="radio"/> はい <input checked="" type="radio"/> いいえ	
13 心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患、呼吸器系疾患(喘息等)、その他	<input type="radio"/> はい <input checked="" type="radio"/> いいえ	
14 その病気の主治医は、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか	<input type="radio"/> はい <input checked="" type="radio"/> いいえ	
15 最近1か月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたが 病名	<input type="radio"/> はい <input checked="" type="radio"/> いいえ	
16 今日の高齢者肺炎球菌(20価)の予防接種について何か質問がありますか。質問内容	<input type="radio"/> はい <input checked="" type="radio"/> いいえ	

- ・ 住所（23価予診票から変更なければ転記不要）
- ・ 氏名、ふりがな
- ・ 生年月日
- ・ 整理番号
- ・ 電話番号
- ・ 接種当日の年齢
- ・ 過去の接種履歴
- ・ 質問事項の回答
- ・ 接種希望の有無
- ・ 同意日
- ・ 接種を受ける人の氏名
- ・ 代筆者がいる場合代筆者氏名、続柄

医師記入欄	現病歴(有/無) ハイリスク疾患(有/無) (心臓疾患、呼吸器疾患、腎臓疾患、免疫不全)	身体所見	予接種前診察で異常有/無	医師の及ぶ診察の結果、今日の予防接種は「可能/見合わせる」と判断しました。本枠内にて、予防接種の効果・副反応及び予防接種種別審査制度について説明しました。
使用ワクチン	20価肺炎球菌(20種類)結合型7価インフルエンザA型・14種ノロウイルス(10種類)結合型	接種部位・量	接種日等	接種日等
			接種日等	接種日等

※ 高齢者肺炎球菌予防接種希望書(医師の診察の結果、接種が可能と判断された後に記入してください)  
 医師の診察、説明を受け予防接種の効果・副反応や予防接種健康被害救済制度などについて理解した上で、接種を希望します。 → (希望します・希望しません)  
 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、本予診票が松江市に提出されることに同意します。

西暦 **2025**年**0**月**0**日 接種を受ける人の氏名 **松江太郎** 自署  
 (自署できない場合は代筆者が代筆)

本人が自署できない場合は代筆者が自署(続柄)





# 医療機関へのお願い①



- ◎ **令和8年4月1日から、きみどり色の予診票（23価用）をむらさき色の予診票（20価用）に差し替えをお願いします。**
- ◎ きみどり色の「当日接種できなかった人用」予診票と白色の接種済証は、4月に入り次第、廃棄処分をお願いします。

## 医療機関へのお願い②

- ◎ 接種不適合者には、むらさき色の「当日接種できなかった人用」予診票（20 価用）を渡してください。
- ◎ **予診票を差し替えた人は、氏名、生年月日等を新しい予診票（むらさき色）に記入していただくこととなります。**  
ご説明いただきますようお願いいたします。

※差し替えの対象者には、接種時に医療機関で予診票の差し替えが必要であることを事前にお知らせしています。



## 2. 高齢者インフルエンザ ワクチンの追加 (情報提供)

# 現在の状況

- ・ 高用量インフルエンザワクチンが定期接種で使用するワクチンとして追加される予定
- ・ 開始時期：令和8年10月1日から（予定）



高用量ワクチンとは

- ・ 定期接種で使用されているインフルエンザワクチンの抗原量が4倍となっているもの
- ・ 免疫反応が弱い高齢者に効果が高い

# 令和8年度の想定

## 【2種類のインフルエンザワクチン】

### ○従来のワクチン

対象者： 満65歳以上の人

60～64歳で心臓、腎臓、呼吸器、免疫に障がいのある人

自己負担額： 1,500円

### ○高用量ワクチン

対象者： 満75歳以上の人

自己負担額： 未定

定期接種対象者数

満65歳以上の松江市民 約62,950名

(うち75歳以上38,000名)





## 3. 予診票の変更

※太枠内を黒ボールペンで記入してください。 (鉛筆不可)  ※松江市に住居票のある人のみ接種できます。		自己負担	
		<input type="checkbox"/> 生 2,500円	<input type="checkbox"/> 不活化 9,000円
		<input type="checkbox"/> 無・生証明書	
生年月日	整理番号	接種当日年齢	診察前の体温
		満 歳 度 分	

B類予診票の質問事項  
 文言や順番を揃えました

今までに带状疱疹ワクチンの予防接種を受けたことがありますか  
 < はい 生・不活化 接種日 西暦 年 月 日 / い/え / 不明  
 任意での接種履歴がある場合でも、医師が接種が必要と判断した場合、定期接種

質問事項		はい	いいえ
1	今日の带状疱疹の予防接種について、市から配られている説明書を読みましたか		
2	今日の予防接種の効果や副反応などについて理解しましたか		
3	現在、何か病気にかかっていますか → 高血圧、心臓病、脳血管疾患、糖尿病、肝臓病、腎臓病、脂質異常症、胃腸病、その他 (治療 (投薬など) を受けていますか)		
4	その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか		
5	免疫不全と診断されたことがありますか		
6	今日、体に具合の悪いところがありますか 症状 (薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、具合が悪くなったことがありますか)		
7	これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか		
8	ひきつけ (けいれん) を起こしたことがありますか		
9	1か月以内に予防接種を受けましたか → 接種日 月 日		
10	予防接種の種類 (インフルエンザ、新型コロナウイルス、肺炎球菌、その他) 慢性疾患にかかったことがありますか		
11	心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患、その他 (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言われましたか)		
12	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 病名 ( )		
13	今日の予防接種について質問がありますか 質問内容 ( )		

特記は色付けしてあります。

問診及び診察の結果、今日の予防接種は (可能・見合わせる) と判断しました。  
 本人に対して、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しました。  
 医師署名 (自署)

こちらの医師記入欄は署名のみ

乾燥剤付生ワクチン 「ピケン」 坂大薬研 00005 皮下	带状疱疹ワクチン 「シングリックス」 GSK 00010 筋肉内	接種部位・量 左・右 上腕 0.5ml	接種日時等 接種年月日 西暦 年 月 日
Lot No. (ラベル貼付可)		実施医療機関名称: 実施医師名:	

\* 高齢者带状疱疹予防接種希望書 (医師の診察の結果、接種が可能と判断された後に記入してください。)  
 医師の診察、説明を受け予防接種の効果・副反応及び予防接種健康被害救済制度などについて理解した上で、接種を希望しますか。 → (希望します・希望しません)  
 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、本予診票が松江市へ提出されることに同意します。 接種を受ける人の氏名 ( ) 自署  
 西暦 年 月 日 (自署できない場合は代筆者が氏名)  
 本人が自署できない場合の代筆者氏名 ( ) 自署 (読名)

## \*\*P\_NENDO年度 高齢者带状疱疹予防接種予診票（2回目）

※ 太枠内を黒色ボールペンで記入してください。（鉛筆不可）

整理番号

住所	松江市			自己負担
ふりがな		電話番号		<input type="checkbox"/> 不活化 9,000円 <input type="checkbox"/> 無・生保証明書
氏名		診療前の体温		
生年月日	大・昭	年	月	日
	接種	満	歳	度
	当日			分
	年齢			

1 回目接種日 接種日 西暦 年 月 日

質問事項	回答欄	医師記入欄
1 今日の高齢者帯状疱疹の予防接種について、市から配られている説明書を読みましたか	はい いいえ	
2 今日の高齢者帯状疱疹の予防接種の効果や副作用などについて理解しましたか	はい いいえ	
3 現在、何か病気にかかっていますか → 高血圧、心臓病、脳血管疾患、呼吸器疾患、糖尿病、肝臓病、腎臓病、脂質異常症、胃腸病、その他（ ）	はい いいえ	
4 治療（投薬など）を受けていますか	はい いいえ	
5 その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか	はい いいえ	
6 免疫不全と診断されたことがありますか	はい いいえ	
7 今日、体に具合の悪いところがありますか 症状（ ）	はい いいえ	
8 薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、具合が悪くなったことがありますか	はい いいえ	
9 これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか	はい いいえ	
10 ひきつけ（けいれん）を起こしたことがありますか	はい いいえ	
11 1か月以内に予防接種を受けましたか → 接種日 年 月 日	はい いいえ	
12 予防接種の種類（インフルエンザ、新型コロナウイルス、肺炎球菌、带状疱疹、その他）	はい いいえ	
13 慢性疾患にかかったことがありますか	はい いいえ	
14 心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患、その他（ ）	はい いいえ	
15 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言われましたか	はい いいえ	
16 最近1か月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか 病名（ ）	はい いいえ	
17 今日の高齢者帯状疱疹の予防接種について質問内容（ ）	はい いいえ	

医師の診察の結果、今日の予防接種は（可能・見合わせる）と判断しました。  
本人に対して、予防接種の効果・副作用及び予防接種健康被害救済制度について説明しました。

免疫機能の低下等により2か月未満での接種が必要

使用ワクチン	带状疱疹ワクチン （ジングリックス） 558 0010 瓶内用	接種部位・量	左・右 上腕 0.5ml	接種日等	接種年月日 西暦 年 月 日
実施場所	実施医師名	実施医師印	実施医師名	実施医師印	接種年月日 西暦 年 月 日

\* 高齢者带状疱疹予防接種希望書（医師の診察の結果、接種が可能と判断された後に記入してください。）  
医師の診察・説明を受け予防接種の効果・副作用及び予防接種健康被害救済制度などについて理解した上で、接種を希望しますか。 → （希望します・希望しません）  
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、本予診票が松江市に提出されることに同意します。

西暦 年 月 日 接種を受ける人の氏名  自署  
本人が自署できない場合の代筆者氏名  自署（続柄）

## 带状疱疹の2回目

2か月未満の接種が必要な場合は  
チェックしてください。



## 4. その他

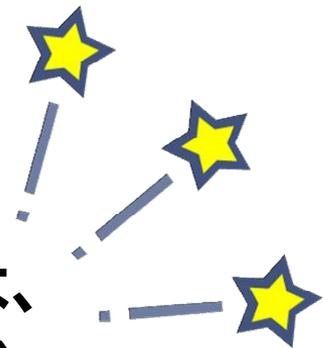
**ご注意ください!!**

**高齢者带状疱疹ワクチンのR7年度の対象者は、  
R8年3月31日までに接種を完了してください。**

※不活化ワクチンの2回目に注意!!

R8年4月1日以降は任意接種となります。

対象者の生年月日を確認してから接種を勧めてください。  
早見表をご活用ください





～よくある質問・注意事項～

# 日本脳炎1期が未完了で、2期を接種予定です。 今後の進め方、記載方法は？

予防接種の記録 (3)

時期	接種年月日 Y/M/D (西 暦)	メーカー/ロット Manufacturer/ Lot.No.	接種者署名 Physician	備 考 Remarks

日本脳炎1期

1期（3回）の未接種分は、  
任意接種勧奨を行い  
「任意接種」と記入し、  
1期の欄へ記入します。

任意接種

予防接種の記録 (4)

ワクチンの種類 Vaccine	接種年月日 Y/M/D (西 暦)	メーカー/ロット Manufacturer/ Lot.No.	接種者署名 Physician	備 考 Remarks
ジフテリア破傷風 Diphtheria・ Tetanus				

ワクチンの種類 Vaccine	接種年月日 Y/M/D (西 暦)	メーカー/ロット Manufacturer/ Lot.No.	接種者署名 Physician	備 考 Remarks
B型肝炎 Hepatitis B				

日本脳炎2期

2期の対象年齢の人は  
まずは2期の定期接種を優先

2期の対象年齢の人（9～13歳未満）は、まず2期の定期接種を優先し、  
2期の欄に記入。1期の未接種分を任意接種で接種する場合には1期の  
欄を使用し、その場合「任意接種」と記入。

**注意!!**

# HPVの接種間隔、回数

第1回目の接種時に15歳未満の場合は2回接種が可能です



2回目が5か月未満である場合は3回目の接種が必要になります



# 風疹予防接種（任意）の費用助成

目的は、生まれてくる赤ちゃんの「先天性風しん症候群」を予防するためです。

よって、予防接種費用助成の対象条件は

**「妊娠を希望する女性 または 妊婦が 風しん抗体価が低いこと」** です。



申請には、この抗体検査の結果が必要です



**上記の人**のうち、

配偶者または同居者も風しん抗体価が低い場合には、配偶者または同居者も予防接種費用助成の対象となります。（予防接種ができないわけではありません）

## B類（65歳）の対象者

- ✦ 高齢者肺炎球菌は65歳の誕生日～66歳の誕生日前日
- ✦ 高齢者帯状疱疹は65歳の誕生日を迎える年度（64歳でも接種できます！）



# B類予診票を紛失した場合の再発行手順

- ① 本人が予防接種室へ電話で依頼をする。  
(☎ 60 - 8173)  
※医療機関からの依頼は受け付けできません。
- ② 受付後 1 週間以内に本人の住所地へ到着するよう郵送します。



A cluster of overlapping, semi-transparent geometric shapes in shades of green, blue, and purple, located in the top-left corner of the page.

～お願い～

医療機関のみなさまへお伝えしたいことは、  
不定期ですが、FAXで連絡しております。

重要な内容ですので、必ず目を通してください。  
(保存していただくと、喜びます)

よろしくお願ひします





予防接種について分からないことやご相談がありましたら、  
遠慮なく予防接種室にご相談ください。

令和8年度の予防接種事業もどうぞよろしく申し上げます。

松江市健康推進課 予防接種室

☎ (0852) 60-8173

mail : [yobou-sessyu@city.matsue.lg.jp](mailto:yobou-sessyu@city.matsue.lg.jp)