

带状疱疹ワクチンの予防接種の対象者の方へ

令和7年4月1日から带状疱疹ワクチンが定期予防接種ワクチン（国が国民に接種を推奨するワクチン）に指定されたため、今年度、接種の対象となる方にこのお知らせをしております。

接種を希望される方は同封の予診票に必要事項を記入の上、接種実施医療機関にご持参いただきますようお願いいたします。

【带状疱疹とは】

带状疱疹は、過去に水痘にかかった時に体の中に潜伏した水痘带状疱疹ウイルスが再活性化することにより、神経支配領域に沿って、典型的には体の左右どちらかに帯状に、時に痛みを伴う水疱が出現する病気です。合併症の一つに皮膚の症状が治った後にも痛みが残る「带状疱疹後神経痛」があり、日常生活に支障をきたすこともあります。

●令和7年度定期接種対象者

年齢	生年月日
65歳	昭和35年4月2日～昭和36年4月1日生の方
70歳	昭和30年4月2日～昭和31年4月1日生の方
75歳	昭和25年4月2日～昭和26年4月1日生の方
80歳	昭和20年4月2日～昭和21年4月1日生の方
85歳	昭和15年4月2日～昭和16年4月1日生の方
90歳	昭和10年4月2日～昭和11年4月1日生の方
95歳	昭和5年4月2日～昭和6年4月1日生の方
100歳	大正14年4月2日～大正15年4月1日生の方
100歳以上	大正14年4月2日以前に生まれた方

※令和7年度に限り、100歳以上の方は全員対象となります。

補助内容

【対象者】①年度内に65歳を迎える方

②60～64歳でヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害があり日常生活がほとんど不可能な方

③年度内に70、75、80、85、90、95、100歳となる方

*注意事項（過去1度でも町の補助を受けた方は対象外となります。）

【接種回数・自己負担額・補助回数】

ワクチンの種類	接種回数（接種方法）	自己負担額	補助回数
不活化ワクチン	2回（筋肉内に接種）	6,000円/回	2回
生ワクチン	1回（皮下に接種）	2,000円/回	1回

*接種費用の内、上記金額を自己負担していただき、自己負担額を差し引いた額を町が補助します。補助対象にも関わらず医療機関で全額をお支払いされた場合は、接種済証と領収書をお持ちの上、役場窓口にて償還払いの申請をしてください。

【持参するもの】予診票（定期接種の方のみ役場から通知いたします。）、資格確認書等

【申し込み方法】接種実施医療機関（佐久総合病院小海分院等）へ電話で予約をしてください。

【接種が不適当な方】

次のいずれかに該当すると認められる場合には、接種を行ってはいけません。

- ① 明らかな発熱を呈している方
- ② 放射線、免疫抑制剤等で治療中の方（免疫抑制剤による治療を受けられる方は、少なくとも14日以上前までに接種を行ってください。）
- ③ 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな方
- ④ 本剤の成分によってアナフィラキシーを呈したことがあることが明らかな方
- ⑤ 上記に掲げる方のほか、予防接種を行うことが不適当な状態にある方

【接種要注者】

健康状態及び体質を勘案し、次のいずれかに該当すると認められる場合には、注意して接種しなければいけません。

ワクチンの種類	接種に注意が必要な方
不活化ワクチン	筋肉内に接種するため、血小板減少症や凝固障害を有する方、抗凝固療法を実施されている方は注意が必要です。
生ワクチン	輸血やガンマグロブリンの注射を受けた方は治療後3か月以上、大量ガンマグロブリン療法を受けた方は治療後6か月以上置いて接種してください。

- ① 心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患、血液疾患及び発育障害等の基礎疾患を有することが明らかな方
- ② 予防接種で接種後2日以内に発熱のみられた方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方
- ③ 過去にけいれんの既往のある方
- ④ 過去に免疫不全の診断がなされている方及び近親者に先天性免疫不全症の方がいる方
- ⑤ 本剤の成分に対してアレルギーを呈するおそれのある方

【接種後の注意】

- ① 接種当日は激しい運動を避けてください。（接種当日の入浴は差し支えありません。ただし注射したところをこすらないでください。）
- ② 接種後に発熱したり、接種した部位が腫れたり、赤くなったりすることがありますが、一般にその症状は軽く、通常、数日中に消失します。
- ③ 接種後は自らの健康管理に注意し、もし、高熱や体調の変化、その他局所の異常反応に気づいた場合は、ただちに医師の診療を受けてください。

その他

- ① いずれの帯状疱疹ワクチンについても、インフルエンザワクチンや新型コロナワクチン、高齢者肺炎球菌ワクチン等の他のワクチンと同時接種が可能です。詳しくはかかりつけ医にご相談ください。
- ② 生ワクチンについては、他の生ワクチンと27日以上の間隔を置いて接種してください。

問い合わせ：小海町役場町民課保健係
電話：0267-92-2525
FAX：0267-92-4335