

特徴の異なるワクチンが2種類あります

ワクチンの種類	生ワクチン(ビケン)	組換えワクチン(シングリックス)
接種回数・方法	1回(皮下接種)	2回(筋肉内に接種) 通常、2か月以上間隔を置いて2回接種 ※病気や治療で免疫機能が低下している方等で、医師が早期の接種が必要と判断した場合は接種間隔を1か月まで短縮可能。
効果	接種後1年	6割程度の予防効果
	接種後5年	4割程度の予防効果
	接種後10年	—
	合併症の一つである、帯状疱疹後神経痛に対するワクチンの効果は、接種後3年時点で、生ワクチンは6割程度、組換えワクチンは9割程度と報告されています。	
主な副反応の発現割合	70%～	—
	30%～	注射部位の痛み
	10%～	注射部位の赤み
	1%～	注射部位のかゆみ・腫れ・痛みなど
	頻度不明	注射部位の腫れ、胃腸症状、悪寒、発熱
副反応は通常、2～3日で消失します。症状が強かったり長く続く場合は、接種医に相談しましょう。		かゆみ、倦怠感、全身の痛み
接種できない方	頻度不明	ショック、アナフィラキシー
	副反応は通常、2～3日で消失します。症状が強かったり長く続く場合は、接種医に相談しましょう。	
接種に注意が必要な方 ※接種の可否などについては、かかりつけ医にご相談ください。	病気や治療で免疫が低下している方	免疫の状態にかかわらず接種可能
	・接種当日に37.5℃以上の発熱 ・本剤の成分でアナフィラキシー(急激な全身性のアレルギー反応)を起こしたことがある方	・急性で重症な病気にかかっている方 ・本剤の成分でアナフィラキシー(急激な全身性のアレルギー反応)を起こしたことがある方
接種に注意が必要な方 ※接種の可否などについては、かかりつけ医にご相談ください。	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。	筋肉内に接種をするため、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。
	・心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患、血液疾患等の基礎疾患がある方 ・予防接種を受けて2日以内に発熱や全身の発疹などのアレルギー症状があった方 ・けいれんを起こしたことがある方 ・近親者に先天性免疫不全症の方がいる方 ・本剤の成分でアレルギーを起こすおそれのある方	

厚生労働省「帯状疱疹の予防接種についての説明書」より

他のワクチンとの接種間隔、同時接種

生ワクチンと組換えワクチンのどちらも、医師が特に必要と認めた場合は、インフルエンザ・新型コロナウイルス・高齢者肺炎球菌等の他のワクチンと同時接種できます。ただし、注射生ワクチンは、他の注射生ワクチンと27日以上の間隔を置いて接種してください。

接種後の注意点

- ・体に異常を感じたら速やかに医師に相談しましょう
- ・接種当日は激しい運動は避けましょう
- ・注射したところは清潔に保ちましょう
- ・接種当日の入浴は問題ありません

予防接種健康被害救済制度

極めてまれですが、定期の予防接種により重い健康被害が発生し、医療機関での治療が必要な場合や生活が不自由になった場合は、法律に定められた救済制度があります。制度の利用を申請する際は、感染症・疾病対策課予防接種係にご相談ください。

問 福島市保健所 感染症・疾病対策課 予防接種係 TEL 024-597-6203
FAX 024-525-5701

令和8年度 福島市

高齢者帯状疱疹定期予防接種のお知らせ



令和7年4月から帯状疱疹ワクチンが定期接種となりました。帯状疱疹は痛みを伴う水疱(水ぶくれ)が現れる皮膚の病気です。過去にみずぼうそうにかかった時に体内に潜伏したウイルスが再活性化することで発症します。70歳代で発症する方が最も多く、症状が治った後も痛みが残ることがあり、日常生活に支障をきたすこともあります。

福島市では定期接種の対象となる方の接種費用を一部助成します。対象者のうち接種を希望される方は、このお知らせをよくご覧いただき、ご理解、ご納得されたうえで、裏面の医療機関にご予約ください。

なお、今年度の対象者が定期接種として助成を受けられるのは、今年度のみです。5年後に再び対象となるわけではございませんのでご注意ください。

対象者	福島市に住民登録があり、帯状疱疹の予防接種を今までに受けたことがない方で、接種を希望する①または②の方																
	①下記の生年月日に該当する方																
	<table border="1"> <tbody> <tr><td>65歳</td><td>昭和36年4月2日～昭和37年4月1日生まれ</td></tr> <tr><td>70歳</td><td>昭和31年4月2日～昭和32年4月1日生まれ</td></tr> <tr><td>75歳</td><td>昭和26年4月2日～昭和27年4月1日生まれ</td></tr> <tr><td>80歳</td><td>昭和21年4月2日～昭和22年4月1日生まれ</td></tr> <tr><td>85歳</td><td>昭和16年4月2日～昭和17年4月1日生まれ</td></tr> <tr><td>90歳</td><td>昭和11年4月2日～昭和12年4月1日生まれ</td></tr> <tr><td>95歳</td><td>昭和 6年4月2日～昭和 7年4月1日生まれ</td></tr> <tr><td>100歳</td><td>大正15年4月2日～昭和 2年4月1日生まれ</td></tr> </tbody> </table>	65歳	昭和36年4月2日～昭和37年4月1日生まれ	70歳	昭和31年4月2日～昭和32年4月1日生まれ	75歳	昭和26年4月2日～昭和27年4月1日生まれ	80歳	昭和21年4月2日～昭和22年4月1日生まれ	85歳	昭和16年4月2日～昭和17年4月1日生まれ	90歳	昭和11年4月2日～昭和12年4月1日生まれ	95歳	昭和 6年4月2日～昭和 7年4月1日生まれ	100歳	大正15年4月2日～昭和 2年4月1日生まれ
	65歳	昭和36年4月2日～昭和37年4月1日生まれ															
70歳	昭和31年4月2日～昭和32年4月1日生まれ																
75歳	昭和26年4月2日～昭和27年4月1日生まれ																
80歳	昭和21年4月2日～昭和22年4月1日生まれ																
85歳	昭和16年4月2日～昭和17年4月1日生まれ																
90歳	昭和11年4月2日～昭和12年4月1日生まれ																
95歳	昭和 6年4月2日～昭和 7年4月1日生まれ																
100歳	大正15年4月2日～昭和 2年4月1日生まれ																
※誕生日を迎える前でも接種できます。 ※帯状疱疹の定期予防接種の対象になるのは、 <u>一生で1回限り、今年度(令和8年4月から令和9年3月)のみ</u> です。5年後に再び対象となるわけではありません。 ※過去に帯状疱疹にかかったことがある方も、定期予防接種として助成を受けられます。																	
期間	②接種当日60～64歳で、ヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に障がいをもち、身体障害者手帳1級の方																
	<p>! 帯状疱疹の予防接種を今までに受けたことがある方へ この通知前に、すでに帯状疱疹ワクチンの接種を完了された方(生ワクチンは1回、組換えワクチンは2回)は、原則、対象になりません。ただし、医師が帯状疱疹ワクチンを接種する必要があると認める場合には、助成の対象となります。過去の接種歴を確認した上で、医師にご相談ください。</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>過去の接種歴</th> <th>助成の対象</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>帯状疱疹ワクチンの接種歴なし</td> <td>○</td> </tr> <tr> <td>生ワクチンを1回接種した</td> <td>×</td> </tr> <tr> <td>組換えワクチンを1回接種した</td> <td>残り1回は今回の助成対象</td> </tr> <tr> <td>組換えワクチンを2回接種した</td> <td>×</td> </tr> </tbody> </table>	過去の接種歴	助成の対象	帯状疱疹ワクチンの接種歴なし	○	生ワクチンを1回接種した	×	組換えワクチンを1回接種した	残り1回は今回の助成対象	組換えワクチンを2回接種した	×						
過去の接種歴	助成の対象																
帯状疱疹ワクチンの接種歴なし	○																
生ワクチンを1回接種した	×																
組換えワクチンを1回接種した	残り1回は今回の助成対象																
組換えワクチンを2回接種した	×																
助成後の自己負担額・回数	以下のどちらかのワクチンを選んでください。その1種類のワクチンのみ助成の対象です。 生ワクチン 4,200円×1回 組換えワクチン 10,800円×2回 (通常2か月以上の間隔をあけて2回) ※各ワクチンの特徴は次ページに記載。 ※上記対象者で生活保護受給中の方は無料。																
場所	福島市内の登録医療機関(裏面参照) ※県内の「福島県広域予防接種実施医療機関」でも受けられます。 詳しくは医療機関へお問合せください。																
持ち物	・今回送付された「封筒一式」(予診票は黒ボールペンで記入。消えるペン使用不可) ・「マイナンバーカード」「資格確認書」などの住所、氏名、生年月日が確認できるもの ・お持ちの方は「お薬手帳」など接種記録ができるもの ・対象者②の方は、「身体障害者手帳」 ・生活保護受給中の方は「生活保護受給証明書」または「保護決定通知書」																