

带状疱疹の予防接種についての説明書

1 予防接種を受ける前に

説明書などをよく読み、予防接種の効果や副反応などについてご確認ください。気にかかることや分からないことがあれば、予防接種を受ける医師にご相談ください。十分に納得できない場合には、接種を受けないでください。

予診票は接種する医師にとって、予防接種の可否を決める大切な情報です。基本的には、接種を受ける本人が責任をもって記入し、正しい情報を接種医に伝えてください。

(1) 予防接種を受けることができない人

- ア 明らかに発熱している人
- イ 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな人
- ウ ワクチンの成分によってアナフィラキシーショックを起こしたことがある人
- エ その他、医師が接種不適当な状態にあると判断した人

(2) 予防接種を受けるのに注意が必要な人

- ア 心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患、血液疾患などの基礎疾患がある人
- イ 予防接種を受けて2日以内に発熱のみられた人や全身性発疹などのアレルギーが疑われる症状が出た人
- ウ 過去にけいれんの既往のある人
- エ 過去に免疫不全の診断がなされている人及び近親者に先天性免疫不全症の人がいる人
- オ ワクチンの成分に対してアレルギーを起こすおそれがある人

2 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。

带状疱疹は、70歳代で発症する人が最も多くなっています。

3 対象となる人

- ①年度内に65歳を迎える人
- ②60～64歳でヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障がいがあり日常生活がほとんど不可能な人
- ③令和11年度までの5年間の経過措置として、その年度内に70、75、80、85、90、95、100歳となる人も対象となります。

4 带状疱疹ワクチンとは

带状疱疹ワクチンには生ワクチン（阪大微研:乾燥弱毒生水痘ワクチン「ビケン」）、組換えワクチン（GSK社:シングリックス）の2種類があり、接種回数や接種方法、接種スケジュール、接種条件、効果とその持続期間、副反応などの特徴が異なりますが、いずれのワクチンも、带状疱疹やその合併症に対する予防効果が認められています。

	生ワクチン（阪大微研）	組換えワクチン（GSK 社）
接種回数（接種方法）	1 回（皮下に接種）	2 回（筋肉内に接種）
接種スケジュール	—	通常、2 カ月以上の間隔を置いて 2 回接種 ※病気や治療により、免疫の機能が低下したまたは低下する可能性がある人等は、医師が早期の接種が必要と判断した場合、接種間隔を 1 カ月まで短縮できます。
接種できない人	病気や治療によって、免疫が低下している人は接種できません。	免疫の状態に関わらず接種可能です。
接種に注意が必要な人	輸血やガンマグロブリンの注射を受けた人は治療後 3 カ月以上、大量ガンマグロブリン療法を受けた人は治療後 6 カ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がいをする人、抗凝固療法を実施されている人は注意が必要です。

5 带状疱疹ワクチンの効果

		生ワクチン（阪大微研）	組換えワクチン（GSK 社）
带状疱疹に対するワクチンの効果（報告）	接種後 1 年時点	6 割程度の予防効果	9 割以上の予防効果
	接種後 5 年時点	4 割程度の予防効果	9 割程度の予防効果
	接種後 10 年時点	—	7 割程度の予防効果

※合併症の一つである、带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割以上と報告されています。

6 带状疱疹ワクチンの安全性

ワクチンを接種後に以下のような副反応がみられることがあります。また、頻度は不明ですが、生ワクチンについては、アナフィラキシー、血小板減少性紫斑病、無菌性髄膜炎が、組換えワクチンについては、ショック、アナフィラキシーがみられることがあります。

接種後に気になる症状を認めた場合は、接種した医療機関へお問い合わせください。

主な副反応の発現割合	生ワクチン（阪大微研）	組換えワクチン（GSK 社）
70%以上	—	注射部位の疼痛
30%以上	注射部位の発赤	注射部位の発赤、筋肉痛、疲労
10%以上	注射部位のそう痒感、熱感、腫張、疼痛、硬結	注射部位の腫れ、胃腸症状、悪寒、発熱
1%以上	発疹、倦怠感	痒み、倦怠感、全身疼痛

7 他のワクチンとの同時接種・接種間隔

いずれの带状疱疹ワクチンについても、医師が特に必要と認めた場合は、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。

ただし、生ワクチン（阪大微研）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。

8 接種を受けた後の注意点

- (1) 接種当日は激しい運動を避けてください。
- (2) 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。
- (3) 接種後は健康管理に注意し、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、ただちに医師の診察を受けてください。

9 予防接種健康被害救済制度について

予防接種は、感染症を予防するために重要なものですが、健康被害（病気になったり障がいが残ったりすること）が起こることがあります。極めてまれではあるものの、副反応による健康被害をなくすることはできないことから、救済制度が設けられています。

給付申請のご相談は、感染症対策課（連絡先:053-453-6108）にご連絡ください。

带状疱疹ワクチン
 予防接種予診票

ボールペンで、この票のあいているところに記入し、
 その他は該当項目を○で囲んでください。
 (太枠の部分は、特にていねいにご記入下さい。)

診察前の体温		度	分
--------	--	---	---

医療機関確認欄									
ワクチン種類・接種回数		1 対象年齢	対象年齢外 5免疫	区 分	無料 6 生保		7 非課税		
シングリックス		ビケン		接種券番号					
1回目	2回目								

住 所	浜松市			電話			
フリガナ		男	生年月日	大正	年	月	日生(歳)
受ける人の氏名		女		昭和	(		

質問事項	回答欄	医師記入欄
带状疱疹の予防接種を受けたことがありますか。 (今回の接種が2回目以降の場合)前回接種したワクチンの種類、接種年月日を記載してください。 (注1)ワクチンの種類は①シングリックス®(組換えワクチン)、②乾燥弱毒生水痘ワクチン「ビケン」® (生ワクチン)、③その他のうち、いずれか一つを○で囲んでください。	はい / いいえ	
今日の带状疱疹の予防接種について説明書を読みましたか。 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。 現在、何か病気にかかっていますか。 病 名 () 治療(投薬など)を受けていますか。 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。 免疫不全と診断されたことがありますか。 今日、体に具合の悪いところがありますか。 具合の悪い症状を書いてください。() 薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。 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。 予防接種の種類 () ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。 1カ月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の種類 () 心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患などの慢性疾患にかかったことがありますか。 病 名 () 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。 最近1カ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。 病 名 () 6カ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射を受けましたか。 今日の予防接種について質問がありますか。	はい / いいえ	
医師の記入欄 以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は 接種を受ける本人に対して、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、説明した。	可 能 見合わせる	医師のサイン (注)ワクチンの種類・有効期限を要確認

使用ワクチン	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名 Lot No. (注)有効期限が切れていないか要確認	筋肉内・皮下 (接種量) 0.5 mL	実施場所 医師名 接種年月日(非接種判定日) 20 年 月 日

(医療機関(医師)控)

带状疱疹予防接種希望書 (医師の診察の後に記入してください。)
 医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性などについて理解した上で、接種を希望しますか。
 (接種を希望する ・ 接種を希望しない)
 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、本予診票が浜松市に提出されることに同意します。
 年 月 日 被接種者自署
 (代筆者 続柄)
 (※自署できない方は代筆者が被接種者氏名を署名し、代筆者氏名および被接種者との続柄を記載)

带状疱疹ワクチン予防接種済証

回数	1回目	2回目
----	-----	-----

住 所	浜松市				電話					
フリガナ					男	生年	大正	年	月	日生
受ける人の氏名					女	月日	昭和	(		歳)

この接種済証は、予防接種の大切な記録です。大切に保管してください。

20 年 月 日

浜 松 市 長

〔接種済証〕

使用ワクチン	接 種 量	実 施 場 所 ・ 医 師 名 ・ 接 種 年 月 日
ワクチン名	筋肉内・皮下	実施場所
Lot No.	(接種量)	医師名
(注)有効期限が切れていないか要確認	0.5 mL	接種年月日(非接種判定日) 20 年 月 日