償還払い用

**帯状疱疹ワクチン接種費用助成のご案内**

**●帯状疱疹とは**

帯状疱疹は、多くの人が子どものときに感染する水ぼうそうウイルスが原因で起こります。治った後もこのウイルスは神経節に潜んでいるため、ストレスや過労、病気、加齢など免疫力が低下した際に、再び活性化して帯状疱疹を発症します。発症すると、主に体の片側の一部にピリピリとした痛みがあらわれ、その部分に赤い発疹ができます。

日本では、80歳までに約３人に１人が発症するといわれており、皮膚症状が治った後も、50歳以上の約２割の人に帯状疱疹後神経痛（PHN）と呼ばれる長い痛みが続くことがあります。

**●帯状疱疹ワクチン予防接種について**

定期接種対象外の方については、接種対象者の希望により受けるもので、法律上の義務はありません。予防接種による効果や副反応等十分にご理解いただいたうえで、接種の判断をしてください。

**●帯状疱疹ワクチンの種類と特徴**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 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 | １回 | ２回※ |
| 有効性 | ５０～５９歳：69.8％６０～６９歳：64％７０～７９歳：41％８０歳以上 ：18％　　　　　　　　　 | ５０～５９歳：96.6％６０～６９歳：97.4％７０～７９歳：91.3％８０歳以上 ：91.4％　　 　　　　　  |
| 予防効果 | ５～７年程度 | 10年以上（11年目以降は延長試験を実施中） |
| 副反応 | ■頻度１０％以上の副反応発　赤（44.0％）　掻痒感（27.4％）熱　感（18.5％）　腫　脹（17.0％）疼　痛（14.7％）　硬　結（13.5％）■重大な副反応（いずれも頻度不明）アナフィラキシー、血小板減少性紫斑病、無菌性髄膜炎 | ■頻度１０％以上の副反応疼　痛（79.1％）　発　赤（37.4％）腫　脹（24.2％）　筋肉痛（36.9％）疲　労（34.6％）　頭　痛（28.3％）悪　寒（21.4％）　発　熱（16.7％）胃腸症状（12.0％）■重大な副反応（いずれも頻度不明）ショック、アナフィラキシー |
| 助成金額 | **4，000円** | **10，000円/回**（２回まで） |

※組換えワクチン標準接種間隔：１回目の接種から２か月後、遅くとも６か月後までに２回目を接種する（例外として、医師と相談のうえ１か月に短縮できる場合があります）

※帯状疱疹ワクチンは２種類あり、接種費用の助成は**どちらかのワクチンで生涯１度限り（定期・任意接種問わず）**ですのでご注意ください。

＜引用文献＞

ZostavaxのSPS・STPS・LTPS試験（50歳代はZEST試験）（国内での有効性について試験を行っていないため、本質的に同じワクチンとされているZostavaxの試験結果から引用）、Shingrix　Zoster-００６・０２２・０４９試験、医薬品添付文書

**１．対象者**

・長泉町に住民登録があり接種日に５０歳以上の方

・町税等の滞納がない方

※接種日時点で定期予防接種対象の方、定期予防接種で帯状疱疹予防接種を受けている方（組換えワクチン１回目の接種を定期予防接種で実施し、２回目の接種を任意接種で接種する方は除く）、過去にこの助成制度を利用した方（組換えワクチン１回目の接種料の助成を受けた方で同ワクチンによる２回目の予防接種を受ける方は除く）は対象外です。

**２．接種までの流れ**

※助成制度は、接種を希望する医療機関によって事前に申請する方法と

接種後に申請する方法があります。接種を希望する医療機関をご確認ください。

**★協力医療機関以外で接種する場合 接種後に申請**

1. 医療機関に予約し予防接種を受ける。
2. 接種料金を全額支払う。（接種費用は医療機関によって異なります）
3. 健康増進課窓口で必要書類を揃えて申請する。

（指定医療機関以外で接種した場合、接種日から起算して１年以内に払戻しの申請をしてください。）

1. 申請から１～２か月後に指定口座に該当する助成金額が振込まれます。

**申請の際に必要なもの（必要書類が不足する場合には申請できません）**

１．領収書、接種記録等の写し（氏名、接種日、ワクチンの種類、実施医療機関名が分かるもの）

２．振込先口座番号が分かるもの

３．印鑑

４．本人確認書類（運転免許証、マイナンバーカード、健康保険証　等）

**●予防接種を受けることができない人**

・明らかに発熱（37.5度以上）している方

・重い急性疾患にかかっていることが明らかな方

・過去にこのワクチンの成分によってアナフィラキシーを起こしたことがある方

・（生ワクチンの場合）妊娠している方

・（生ワクチンの場合）免疫不全状態の方、他の病気などにより免疫抑制状態にある方

・（生ワクチンの場合）他の生ワクチンを接種して２７日以内の方

・その他、医師が予防接種を受けることが不適当と判断した方

**●予防接種を受けるに際し、担当医師とよく相談しなくてはならない人**

・心臓や血管、腎臓、肝臓、血液の障害などの基礎疾患がある方

・他のワクチンの接種を受けて、２日以内に発熱があった人や全身性の発疹などアレルギーが疑われる症状が出たことがある方

・このワクチンの成分に対して、アレルギーをおこすおそれのある方

・過去にけいれん(ひきつけ)を起こしたことがある方

・過去に免疫に異常があると診断されたことがある人や両親や兄弟に先天性免疫不全症の人がいる方

・（組換えワクチンの場合）血小板減少症や凝固障害のある方、抗凝固療法を受けている方

・（組換えワクチンの場合）授乳中の方、妊娠している方、または妊娠している可能性がある方

**●その他**

・（生ワクチンの場合）女性の方は、接種後２か月は妊娠を避けましょう

**【問い合わせ】**長泉町健康増進課 成人保健チーム　０５５-9８６-８７６９

★以下の方については**定期接種**の対象となります

・年度内に65歳を迎える方

・令和7年度から令和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歳となる方（100歳以上の方は令和7年度に限り全員対象）

・60～64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