

令和 7 年度 高齢者带状疱疹予防接種実施要領（案）

資料 2-3

1. 目的

予防接種法に基づくワクチン接種により、肺炎球菌に対する免疫を獲得させ、個人の発症、重症化及びまん延を防止することを目的とする。

2. 対象者

松江市に住民登録がある方で、以下の人

(1) 令和 7 年度に以下の年齢になる人

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

※101 歳以上の人については令和 7 年度のみ対象

(2) 松江市に住民登録があり、満 60 歳以上満 65 歳未満であって、ヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障害を有する人（厚生労働省令で定めるもの）

3. 対象者から除かれる人

(1) 過去に带状疱疹予防接種を受けたことのある人

(2) 2. 対象者 (2) に該当する者として既に当該予防接種を受けたことのある人

ただし、(1) または (2) に該当する場合であっても、医師が当該予防接種を行う必要があると判断した場合は対象とする。

4. 接種期間

令和 7 年 4 月 1 日～令和 8 年 3 月 31 日

5. 接種回数及び接種量

(1) 乾燥弱毒生水痘ワクチンを用いる場合

0.5 ミリリットルを 1 回皮下に注射する。

(2) 乾燥組換え带状疱疹ワクチンを用いる場合

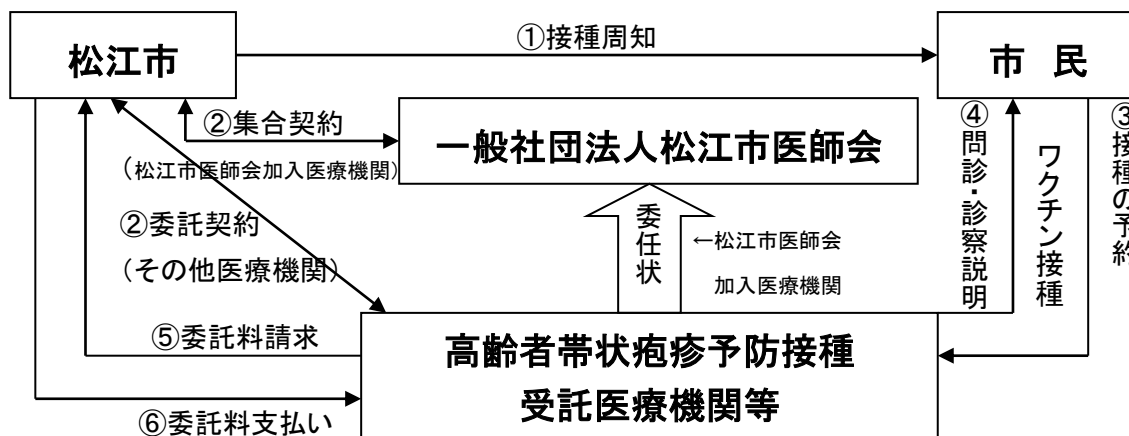
1 回 0.5 ミリリットルを 2 か月以上 7 か月未満の間隔をおいて 2 回筋肉内に接種する。

ただし、疾病または治療により免疫不全であるもの、免疫機能が低下したものまたは免疫機能が低下する可能性があるもの等については、医師が早期の接種が必要と判断した場合、1 回 0.5 ミリリットルを 1 か月以上の間隔をおいて 2 回筋肉内に接種する。

6. 周知方法

個別通知（4 月頃）、ホームページ、市報、ポスター等

7. 高齢者带状疱疹予防接種実施フロー図



8. 実施方法

(1) 実施準備

- ア 受託調査の結果、市は一般社団法人松江市医師会（以下「医師会」と表記）と集合契約締結する。医師会会員ではない医療機関については、該当する医療機関と委託契約を締結する。受託医療機関（以下「医療機関」と表記）は医師の承諾書を市に提出する。
- イ 市は医療機関に実施要領、予診票、接種済証、説明書、ポスター（1部）、委任状または契約書、委託料請求書、医師承諾書、副反応疑い報告書等を配布する。
- ウ 市は予防接種の種類、対象者の範囲、期間及び場所、医師名、予防接種を受けるに当たって注意すべき事項等を公告する。

(2) 予約受付

- ア 接種予約を受け付ける。（一部予約不要の医療機関あり）
予約者に予防接種は接種希望者の体調が良いときに受けることを伝える。
- イ 接種希望者に、市から送付した予診票に同封している説明文を必ずよく読み、予診票の質問事項等を記入するよう説明する。

(3) 予防接種実施

- ア 接種前にマイナンバーカード等により被接種者が本人であること、松江市に住民登録していること、対象年齢であることの確認を行う。
- イ 原則として、市の予防接種に協力する旨を承諾した医師が医療機関で行う個別接種とする。ただし、予防接種の実施に適した施設において集団を対象にして行うこと（集団接種）も差し支えない。また、定期接種の対象者が寝たきり等の理由から、医療機関において接種を受けることが困難な場合においては、実施の際の事故防止、副反应对策等の十分な準備がなされた場合に限り、医療機関外で実施して差し支えない。これらの場合、応急治療措置、救急搬送措置等安全対策を整えておく。
- ウ 高齢者施設等については、当該施設に入所している者のみを対象として行うこと。
- エ 接種医師は、被接種者に問診・視診・聴診を行ったうえ、予防接種の説明、本人の接種希望の意思を確認してから接種する。
- オ ワクチン接種後 24 時間以内の健康状態の変化、特に 30 分以内の急激な健康状態の変化に注意を要すること等副反応について被接種者に十分に説明をする。
- カ 医師の診察・説明を受けた上で同意する場合に予診票に本人が氏名を自署する。（被接種者で意思確認は出来るが自署できない人は、代筆者が被接種者氏名、代筆者氏名、続柄を記入するかまたは本人が意思表示として「－」や「✓」等の記載ができれば、自署の代わりとして取り扱う。）

- キ 接種後、被接種者本人に接種済証を交付する。
 - ク 被接種者から市が定める自己負担金（乾燥弱毒生水痘ワクチン 2,500 円、乾燥組換え帯状疱疹ワクチン 1 回につき 9,000 円）を徴収する。
ただし、生活保護受給者は保護証明書提出により自己負担を無料とする。（保護証明書は予診票裏面に貼付する）
 - ケ 領収書発行希望者には、医療機関の領収書を交付する
- (4) 接種不適当者と接種要注意者の取り扱い
- 『接種不適当者』
- 以下のいずれかに該当する接種不適当者と認められる場合は予防接種を実施しない。
（予診票右上に接種不適当者と赤字で記入する）
- ア 接種当日、明らかな発熱を呈している人（通常 37.5℃以上）
 - イ 重篤な急性疾患にかかっている人
 - ウ 予防接種の接種液の成分によってアナフィラキシーショックを呈したことが明らかな人
 - エ その他、予防接種を行うことが不適当な状態にある人
- 『接種要注意者』
- 以下に該当する接種の判断を行うに際し注意を要する人は健康状態及び体質を勘案し慎重に予防接種の適否を判断するとともに、説明に基づく同意を確実に得る。
- ア 心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患、血液疾患、発育障害等の基礎疾患を有する人
 - イ 予防接種で、接種後 2 日以内に発熱のみられた人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
 - 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 間質性肺炎、気管支喘息等の呼吸器疾患を有する人
 - カ 接種しようとする接種液の成分に対してアレルギーを呈するおそれのある人
- (5) その他
- 予防接種後、アナフィラキシーショックやけいれん等の重篤な副反応がみられたとき、応急処置ができない可能性があるため、松江市の定期予防接種における医師の自己接種は認めない。ただし、医療機関に複数医師がいる場合は、他の医師が接種することは差支えない。

9. 委託料（消費税込）

接種者（1 回につき）

乾燥弱毒生水痘ワクチン : 8,448 円

乾燥組換え帯状疱疹ワクチン : 21,648 円

接種不適当者 : 3,201 円

※税法の改正等が施行されず消費税等の税率が変動しない場合は、委託者（松江市）受託者（医療機関）双方協議の上、契約単価を変更するものとする。

10. 自己負担

被接種者（1 回につき）

乾燥弱毒生水痘ワクチン : 2,500 円

乾燥組換え帯状疱疹ワクチン : 9,000 円

ただし、生活保護受給者は保護証明書の提出により自己負担金を無料とする。

1 1. 委託料の請求方法

(1) 「予診票」(桃色)を月毎に集計し、速やかに市へ提出する。予診票の補正の指示等がない場合は、翌月 10 日必着(土・日・祝の場合はその前日)で「請求書」を提出する。

(2) 請求書への押印は不要とする。

※請求書の日付は、翌月 2 日から 10 日(土・日・祝以外)までの日付を記入する。

(3) 市は請求書受理後、その日から起算して 30 日以内に委託料を医療機関指定口座に振り込む。

1 回当たりの振込金額は以下の通り。

○接種者(委託料から自己負担金を差し引いた金額) ※生活保護受給者は委託料の全額

乾燥弱毒生水痘ワクチン : 5,948 円

乾燥組換え带状疱疹ワクチン : 12,468 円

○接種不適当者 : 3,201 円

1 2. 長期にわたり療養を必要とする疾病にかかった者等の定期接種の機会の確保

高齢者带状疱疹予防接種については、特別の事情があることにより予防接種を受けることができなかったと認められる者について、当該特別の事情がなくなった日から起算して 1 年を経過する日までの間、定期接種の対象者とする。

特別の事情については、被接種者が疾病にかかっていたことや、やむを得ず定期接種を受けることができなかったと判断した理由等を記載した医師の診断書や理由書(特例措置対象者該当理由書)、接種歴等により総合的に市が判断する。(接種の実施については、被接種者が市へ申請する必要がある。)

(1) 特別の事情

ア 次の①～③に掲げる疾病にかかったこと

(やむを得ず定期接種を受けることができなかった場合に限る)

①重症複合免疫不全症、無ガンマグロブリン血症、その他免疫の機能に支障を生じさせる重篤な疾病

②白血病、再生不良性貧血、重症筋無力症、若年性関節リウマチ、全身性エリテマトーデス、潰瘍性大腸炎、ネフローゼ症候群その他免疫の機能を抑制する治療を必要とする重篤な疾病

③①又は②の疾病に準ずると認められるもの

イ 臓器の提供を受けた後、免疫の機能を抑制する治療を受けたこと

(やむを得ず定期接種を受けることができなかった場合に限る)

ウ 医学的知見に基づきア又はイに準ずると認められるもの

エ 災害、ワクチンの大幅な供給不足その他これに類する事由が発生したこと

(やむを得ず定期接種を受けることが出来なかった場合に限る。)

1 3. 副反応・事故発生時の対応、健康被害救済制度

(1) 接種医療機関において被接種者本人に対し、予防接種後に副反応や体調不良がみられる場合は、まず、接種医療機関を受診し、相談するよう事前に説明する。

(2) 接種医療機関において、予防接種による副反応で厚生労働省令に定める症状であると診察した場合は、「予防接種後副反応疑い報告書」を作成し、これを用いて速やかに電子申請、または F A X で下記へ報告すること。

(独) 医薬品医療機器総合機構

〒100-0013 東京都千代田区霞が関 3-3-2 新霞が関ビル **FAX : 0120-176-146**

- (3) 接種医療機関において、予防接種後に生じた健康被害が、当該予防接種と因果関係があると判断した場合は、申請に必要な手続き等については、松江市に相談するよう説明する。

申請後、予防接種後に生じた健康被害が、当該予防接種と因果関係があると厚生労働大臣が認定した場合、予防接種健康被害救済制度により松江市が救済措置を行う。

- (4) 接種にあたって不適切な事由があった場合、速やかに松江市に連絡し、「予防接種事故報告書」を提出する。

※なお、夜間・休日・祝日に急を要する事例が発生した場合は、松江市役所（代表 TEL0852-55-5555）に連絡する。折り返し担当課より連絡する。

1 4. その他

- (1) 予防接種の実施にあたっては、「予防接種ガイドライン」を熟読し、遵守すること。
(2) 接種医師の変更、追加、医療機関名・住所・代表者の変更の場合は、松江市健康推進課まで連絡すること。

1 5. 予防接種のお問い合わせについて

〒690-0045 松江市乃白町 32-2 松江市保健福祉総合センター内
松江市健康推進課 予防接種室

TEL (0852) 60-8173

FAX (0852) 60-8160

メール yobou-sessyu@city.matsue.lg.jp

附 則

この要領は、令和 7 年 4 月 1 日から施行する。