预防接种与儿童健康

2026年度版

撰稿、监修　预防接种指南编审委员会
出版商　公益财团法人预防接种研究中心

前言

儿童常会生病而且有时会病得很厉害，有可以通过接种疫苗预防的疾病。

本手册旨在为您提供关于接种的信息并让您的孩子安全地接种疫苗。

我们希望本手册能有助于您孩子的健康成长。

目录

1　让您的孩子接种！ · 2
2　什么是预防接种？ · 2
3　接种的有效性 · 3
4　常规接种与自愿接种 · 3
5　为您的孩子制订接种计划 · 4
6　在让您的孩子接种之前 · 9
7　关于通过接种可预防的疾病及疫苗 · 12
　轮状病毒感染症 · 12
　乙肝 · 14
　小儿肺炎球菌感染症 · 16
　白喉、百日咳、破伤风、脊髓灰质炎（急性脊髓灰质炎）、Hib感染症 · · · 18
　结核 · 25
　麻疹和风疹 · 27
　水痘 · 30
　流行性乙型脑炎 · 32
　人乳头瘤病毒感染症（预防宫颈癌） · 34
　针对孕妇的呼吸道合胞病毒感染症（母体免疫） · · · · · · · · · · · · · · · · · · 38
8　出现不良反应时的对策 · 40
［附录1］新型冠状病毒感染症 · 42
［附录2］主要的自愿预防接种对象疾病及疫苗概要 · · · · · · · · · · · · · · · · · 45
　季节性流感疫苗 · 45
　流行性腮腺炎疫苗 · 46
［附录3］预防接种问卷 · 47
［附录4］预防接种后的健康状况调查 · 48

2026 年度版是基于截至 2026 年 2 月的修订编制而成。

最新信息请通过您所在的地方政府（包括特别区。以下相同。）确认，同时还可访问日本厚生劳动省、国立健康危机管理研究机构（感染症信息发布网站）的官方主页进行确认。

修订日本国家法律或制度时，在 Public Foundation of the Vaccination Research Center 官网（https://www.yoboseshu-rc.com）上刊登修订通知等内容。

1　让您的孩子接种！

婴儿体内来自母体的抵抗力（免疫力）中，百日咳在出生 3 个月后几乎完全消失，麻疹则在出生 12 个月后几乎完全消失。因此，在过了这个时期后，婴儿必须通过自身产生免疫力来抵抗疾病。接种疫苗会加强这种抵抗能力。

随着儿童的成长，他们会越来越多地接触外面的世界和他人，因此，他们感染疾病的风险也更高。我们建议您正确了解什么是预防接种，并为了您孩子的健康而让他／她接种疫苗。

● 感染症

感染症是由病毒或细菌等微生物入侵人体，并在体内繁殖而引起的。根据病原体的类型，会出现发烧、咳嗽、头痛、发疹和腹泻等各种各样的症状。

2　什么是预防接种？

“预防接种”是指通过注射、口服或鼻吸疫苗（用于预防接种的药物）等方式，使人体获得或增强对疾病的免疫力。疫苗的类型包括：将引发感染症的病毒或细菌的毒力减弱后制成的疫苗（减毒活疫苗），以及消除细菌、细菌外毒素或病毒的传染力后制成的疫苗（灭活疫苗）。近年来还出现了使用信使核糖核酸（mRNA）技术制造的新冠疫苗，这种疫苗含有病原体表面蛋白质的设计图。预防接种的目的是通过接种疫苗，预防个体患上感染症，并阻止感染症的社会传播。此外，接种过疫苗的人即使患上感染症，其发展成重症的可能性也会大大降低。并非所有感染症都能研制出疫苗，由于细菌和病毒等病原体的特性，目前仍有一些疾病无法制造疫苗，但世界各地仍在为此持续进行研究。

3　接种的有效性

接种的目的是为了预防目标疾病或者即使得病也不至于加重，但有些儿童因自身体质和接种时的身体状况未能获得抵抗力(免疫力)。要想确认是否已获得抵抗力(免疫力)，可通过血液化验的方式测量血液中的抗体水平。

另外，有些疫苗抵抗力（免疫力）会在获得后逐渐消失，为了长期保持抵抗力（免疫力），有些疫苗需要以规定的间隔加强接种。（请参阅第 5 页 5(3)“疫苗类型和特性”）

4　常规接种与自愿接种

预防接种包括常规接种和自愿接种。常规接种根据《预防接种法》定义了对象疾病、接种对象和接种计划。

根据疾病的不同，分别有适合的接种期。关于建议接种期（标准接种期），请参阅第 8 页的“常规接种（A 类疾病）接种期一览表”。

常规接种是什么？

常规接种是《预防接种法》规定的接种，分为 A 类疾病和 B 类疾病的接种。A 类疾病的接种原则上由地方自治体支付费用，因此，接种对象可以公费接种。B 类疾病的接种有时由公费负担部分费用。另外，自 2013 年 1 月 30 日起，对因长期患有重病等原因而无法接受常规接种的儿童采取了特别措施。详情请向所在地的保健所或地方政府有关部门确认。

A类疾病	重点主要是大规模预防和严重疾病的预防。 本人（家长/监护人）有配合预防接种的义务，且国家鼓励接种。
・轮状病毒感染症　・乙肝　・小儿肺炎球菌感染症　・白喉　・百日咳　・破伤风 ・脊髓灰质炎（急性脊髓灰质炎）　・Hib感染症　・结核（BCG）　・麻疹　・风疹 ・水痘　・流行性乙型脑炎　・人乳头瘤病毒（HPV）感染症 ・针对孕妇的呼吸道合胞病毒感染症	

B类疾病	重点主要是个人预防。 本人（家长/监护人）没有配合预防接种的义务， 且国家未鼓励接种。
・季节性流感※　・老年人肺炎球菌感染症 ・老年人新型冠状病毒感染症　・老年人带状疱疹	

※针对儿童的季节性流感和新冠病毒感染症的预防接种属于自愿接种。

自愿接种是什么？

自愿接种是《预防接种法》规定的“常规接种”以外的接种。接种所需费用原则上由个人负担。此外，一些地方自治体会根据该接种的必要性负担部分或全部费用。请向所在地的保健所或地方政府有关部门确认。

5　为您的孩子制订接种计划

(1)　实施接种的通知

常规接种由地方政府依据《预防接种法》实施。接种通知在不得已的情况以外，将个别发放到每位家长／监护人手中。由于要根据居民基本信息台账及在留卡发布个别通知，婴儿出生或搬家时请务必上报备案。

(2)　决定合适的目标接种期

常规接种原则上根据个人情况计划。接种顺序和日程，请根据地方政府的计划、您孩子的身体情况以及当时的流行病等情况，向您经常就诊的医生咨询后决定。

另外，也有地方集体接种卡介苗（在指定的时间去往保健所等指定的地点接种），请注意查询您所在地区的情况。

(3)　疫苗类型和特性

用于接种的疫苗除了活疫苗和灭活疫苗这两种类型外，新冠疫苗使用了称为mRNA 疫苗的类型。

活疫苗

活疫苗由减活的活细菌和病毒（病原体）制备。接种活疫苗会获得与人感染该疾病时一样的抵抗力(免疫力)。由于接种后毒性(病原体)减弱的细菌或病毒在体内开始增殖，因此，疫苗可能会导致轻度症状，包括发烧或皮疹等，其症状取决于疫苗的性质。获得足够的抵抗力（免疫力）需要大约 1 个月的时间。但是，由于免疫力可能会逐渐下降和变弱，因此，有些疫苗需要进行加强接种。

活疫苗的类型	・轮状病毒疫苗　・BCG疫苗 ・麻疹风疹二联（MR）疫苗　・麻疹疫苗 ・风疹疫苗　・水痘疫苗 ・流行性腮腺炎疫苗　・黄热病疫苗 ・鼻喷流感疫苗 ・天花疫苗（猴痘预防）

灭活疫苗

灭活疫苗是利用从杀死的病毒或细菌中提取抵抗力（免疫力）所需的成分消除其毒性（病原体）制备的。细菌和病毒并不在体内增殖，因此为获得抵抗力（免疫力）需要多次接种。按规定间隔进行两次或三次接种可建立抵抗力（基础免疫力），在几个月到 1 年后进行加强接种，可确保足够强的抵抗力（免疫力）。但抵抗力（免疫力）会逐渐减退。为了维持长期的抵抗力(免疫力),需要根据疫苗的特性按固定的间隔时间进行加强接种。

灭活疫苗、类毒素的类型	・乙肝疫苗 ・肺炎球菌疫苗 ・五联疫苗（DPT-IPV-Hib） ・三联疫苗（DPT） ・二联疫苗（DT） ・脊髓灰质炎疫苗（IPV） ・Hib 疫苗 ・流行性乙型脑炎疫苗 ・人乳头瘤病毒疫苗 ・季节性流感疫苗 ・脑膜炎奈瑟球菌疫苗 ・甲肝疫苗 ・狂犬病疫苗 ・破伤风类毒素（T） ・蜱传脑炎疫苗 ・伤寒疫苗 ・带状疱疹疫苗 ・呼吸道合胞病毒疫苗 ・新冠疫苗

mRNA 疫苗

新冠疫苗有 mRNA 疫苗(即将新冠病毒表面抗原蛋白的信使核糖核酸(mRNA)，可以理解为该蛋白的“设计图”，包裹在脂质膜中制成的疫苗)，其不同于传统制造方法，因此这类疫苗无法归入传统的减毒活疫苗或灭活疫苗的范畴，而是归入其他类型。此外，属于灭活疫苗的新冠病毒疫苗也已投入实际使用，活疫苗也正在研发中。

mRNA疫苗的类型	・新冠疫苗

(4) 接种不同类型疫苗时的接种间隔

自 2020 年 10 月 1 日起，对接种不同类型疫苗时的接种间隔进行了调整，除接种多剂注射类活疫苗外，不再限制接种间隔。

用于预防接种的疫苗分为活疫苗、灭活疫苗和 mRNA 疫苗，在接种注射类活疫苗后，若要接种不同类型的注射类活疫苗，则需要遵守接种间隔。

您的孩子有时需要同时接种不同类型的疫苗。详情请向医生咨询。

另外，若您的孩子准备多次接种同一种疫苗，请确保按照规定的间隔进行。

不同类型疫苗的接种间隔

・关于同一种疫苗的接种间隔，请遵守附件等的规定。

注射活疫苗

常规　卡介苗、MR、麻疹、风疹、水痘（包括老年人的带状疱疹预防）

自愿　流行性腮腺炎、黄热病、天花（猴痘预防）

间隔27天以上 → 注射活疫苗

无间隔规定 → 口服或鼻喷活疫苗、灭活疫苗、类毒素、mRNA疫苗

※从注射活疫苗接种之日的次日起到其他注射活疫苗接种之日的间隔时间应为27 天以上
※注射活疫苗接种后，到口服或鼻喷活疫苗和灭活疫苗、类毒素、mRNA疫苗接种的间隔时间没有规定

口服或鼻喷活疫苗

常规　轮状病毒感染症

自愿　鼻喷减毒活流感疫苗

灭活疫苗、类毒素、mRNA疫苗

常规　乙型肝炎、小儿肺炎球菌感染症、DPT-IPV-Hib联合疫苗、DPT三联疫苗、DT二联疫苗、脊髓灰质炎、b型流感嗜血杆菌感染症、日本脑炎、人乳头瘤病毒感染症、老年人（季节性流感、肺炎球菌感染症、新冠病毒感染症、带状疱疹）、针对孕妇的呼吸道合胞病毒感染症（母体免疫）

自愿　甲型肝炎、狂犬病、破伤风、呼吸道合胞病毒感染症、脑膜炎球菌感染症、蜱传脑炎、伤寒

无间隔规定 → 注射活疫苗、口服或鼻喷活疫苗、灭活疫苗、类毒素、mRNA疫苗

（注意事项）
・接种后几天内可能会出现诸如发烧、肿胀等症状。即使按规定处于可以接种的时期，也要务必先确认身体状况没有异常，如没有出现发烧、接种部位肿胀等症状后再进行接种。
・尤其在医生同意的情况下，可以进行同时接种。

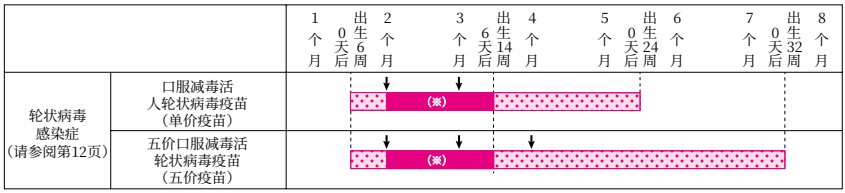
多次接种相同类型疫苗时的接种间隔

・多次接种相同类型的疫苗时，必须遵守每种疫苗规定的接种间隔。

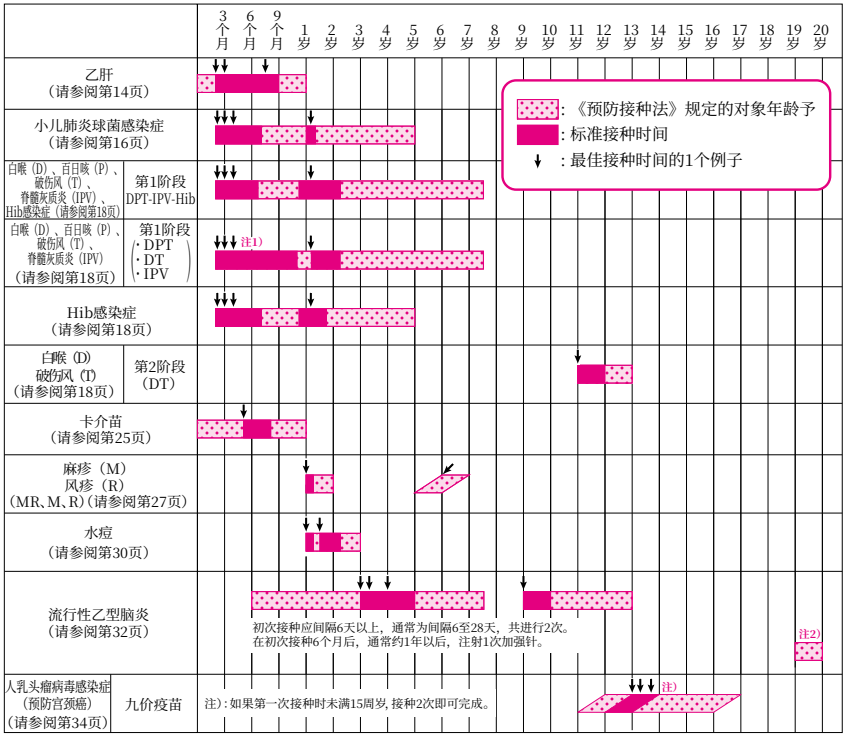
例：轮状病毒疫苗（单价）：第1次 → 间隔27天以上 → 第2次

常规接种 (A 类疾病) 接种期一览表

(注) 计算接种间隔的起始日是接种的第二天。接种间隔按照法律法规规定的天数，
比如“间隔1周”请理解为“1周后的同一天以后”。

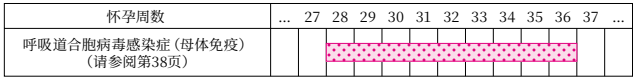


（※）：从出生后2个月到14周6天作为标准的接种期进行初次接种。



注1)：如果在第1阶段接种白喉破伤风联合疫苗(DT)，则接种时间为出生后3个月起。
注2)：1995年4月2日起至2007年4月1日期间出生的，尚未接受第1阶段、第2阶段疫苗接种的不满20岁的青少年，成为常规接种对象。

针对孕妇的呼吸道合胞病毒感染症



※ 对象为怀孕28周0天至36周6天的女士

6　在让您的孩子接种之前

请在接种前确认以下事项

1　您的孩子身体状况如何?
2　关于今天要接种的疫苗，您是否理解其必要性、效果（作用）和潜在风险（不良反应）等?
若您有任何疑问，请写下来。
3　您是否随身携带母婴保健手册?
4　您是否填写了接种问卷?

(1)　一般注意事项

原则上，接种应在身体状态好时进行。平时就注意孩子的体质和身体状况等健康状态。若有担心之事，请预先向经常就诊的医生、保健所或地方政府有关部门咨询。

为了能做到安全接种，建议您在考虑以下事项后，决定当日是否接种：

① 从接种当日早晨开始认真观察孩子的状态，并确认孩子与平常一样健康。即使已经计划要接种，但若孩子看起来不舒服，请向您经常就診的医生咨询并决定是否接种。

② 仔细阅读地方政府提供的接种信息（接种通知、手册等），以便您完全理解疫苗的必要性和不良反应。若有任何疑问，请在接种前向为您孩子接种的医生咨询。

③ 请务必随身携带《母婴保健手册》。

④ 接种问卷是提供给负责接种医生的重要信息。请认真准确地填写问卷。

※ 自 2026 年 6 月起，在已启动预防接种事务数字化的自治体，可以通过 Mynaportal（个人编号卡门户网站）填写接种问卷。

⑤ 建议由熟悉孩子平常身体状况的家长 / 监护人，陪同孩子去接种。

仅限在完全理解接种的效果和不良反应的基础上同意让孩子接种时，方可为孩子接种。

(2) 不能接种疫苗的情况

① 有明显发热症状（通常指体温在 37.5℃以上）的儿童。

另外，如果由于平时体温偏高等原因导致体温略高于 37.5℃，负责接种医生和监护人（接种者）应仔细观察身体状况并进行判断。

② 明显患有严重急性疾病。

患有急性且严重疾病的儿童，因无法预测接种后的病情变化，原则上当天不能接种。

③ 对当天所使用疫苗中的任何成分，已判明有过敏反应史的儿童。

“过敏反应”是一种严重的急性全身过敏反应，通常在接种后 30 分钟内发生，包括大量出汗、面庞肿胀、严重的全身性荨麻疹、恶心、呕吐、声音嘶哑和呼吸窘迫或导致休克。

④ 麻疹、风疹、水痘和流行性腮腺炎疫苗的接种对象已判明有怀孕迹象

（本规定考虑了自愿接种者的情况，与儿童没有直接关系）。

⑤ 因外伤等而产生疤痕瘤的儿童不能接种 BCG 疫苗（以下简称“卡介苗”）。

⑥ 在轮状病毒感染症的预防接种的接种对象中，已判明有肠套叠病史的儿童、患有先天性消化道畸形的儿童（已治好的儿童除外）。以及观察结果被认为患有严重联合免疫缺陷的儿童。

⑦ 其他医生认为不适当的其他情况。

即使没有上述①～⑥的情况，但若医生判断不应接种，则不能接种。

· 在乙肝预防接种的对象中，为预防母婴传播，出生后通过健康保险给付接种了乙肝免疫球蛋白及乙肝疫苗的儿童，不属于常规接种的对象，但其后的疫苗接种等将通过健康保险继续进行。

(3)　接种时需要留意的情况

符合以下条件的儿童，若有经常就诊的医生，监护人应在预防接种前让该医生给儿童进行检查，并决定是否接种。接种疫苗时，建议由经常就诊的医生进行接种，或由经常就诊的医生提供诊断书或医生意见书，然后到别的医疗机构进行接种。

① 因心脏、肾脏、肝脏，血液疾病或发育异常而接受治疗的儿童。

② 在接种后 2 天内有发烧或皮疹和荨麻疹等过敏反应史的儿童。

③ 有惊厥史的儿童。

惊厥发生的年龄、是否发烧、之后是否惊厥过，根据接种疫苗的类型条件各异。请在接种前向经常就诊的医生咨询。

④ 曾被诊断为免疫缺陷或近亲中有免疫缺陷者的儿童（例如，婴幼儿时期，肛门周围反复长脓疱者）。

⑤ 对疫苗所有制备步骤中使用于培养的鸡蛋成分、抗生药或稳定剂等过敏的儿童。

⑥ 卡介苗接种时，怀疑曾经感染结核的儿童，例如与患结核家里人长期接触的儿童。

⑦ 接种轮状病毒感染症疫苗时，患有胃肠动力性疾病、腹泻等胃肠道疾的儿童。

⑧ 在进行呼吸道合胞病毒感染症的预防接种时，曾有妊娠期高血压疾病病史或被认为存在较高发病风险的人员

(4)　接种后的一般注意事项

① 在接种后 30 分钟内停留在医疗机构观察或做到随时能联系到医生。这期间偶尔会突然出现不良反应。

② 接种后在 4 周（活疫苗、mRNA 疫苗）或 1 周（灭活疫苗）内注意可能出现的不良反应。

③ 保持接种部位洁净。允许洗澡，但要避免揉搓接种部位。

④ 接种当天避免剧烈运动。

⑤ 若接种后，接种部位出现异常反应或身体状况有变，请立即就医。

7　关于通过接种可预防的疾病及疫苗

每名儿童的体质都不一样，所以，偶尔会出现轻重程度不同的不良反应。重要的是，让了解您孩子身体状况的医生仔细检查孩子的身体状况，并且向该医生就能否接种进行详细咨询后，决定是否让您的孩子接种。

◆轮状病毒感染症

(1)　起因和病程

轮状病毒在世界各地都普遍存在，主要是在不满 5 岁的婴幼儿身上常见的引发急性肠胃炎的病毒。主要症状有腹泻、呕吐、发烧，引发脱水、痉挛、肝功能不全、肾功能衰竭，极少但还会引发急性脑病等并发症。不管年龄可多次感染发病，婴幼儿时期第一次感染时症状最严重，然后随着感染的重复而变得较轻。

(2)　轮状病毒疫苗（活疫苗）

轮状病毒疫苗是口服疫苗，有两种，一种是对人轮状病毒进行减毒的口服减毒活人轮状病毒疫苗（以下简称单价疫苗）（Rotarix®），另一种是牛—人轮状病毒重配株五价口服减毒活轮状病毒疫苗（以下简称五价疫苗）（RotaTeq®）。两种疫苗对

轮状病毒感染引发的肠胃炎均有约 80% 的预防效果，对严重轮状病毒感染症也有约 95% 的预防效果。

轮状病毒感染症是不管年龄可多次感染发病，婴幼儿时期第一次感染时症状最严重，然后随着感染的重复而变得较轻，因此婴幼儿早期接种疫苗，最大的目的是预防第一次的感染。

美国投入使用的最早的轮状病毒疫苗被发现在很多婴幼儿身上引发了严重的肠套叠病等不良反应，因此该产品已被停售。目前世界上广泛使用的两种轮状病毒疫苗做了大规模临床试验，并确认其引发肠套叠病的风险低于美国投入使用的最早的轮状病毒疫苗。

第 1 次接种轮状病毒疫苗后的 1 周内，会增加引发肠套叠病的风险。

对接种轮状病毒疫苗的风险（引发肠套叠病等不良反应）和好处（预防严重轮状病毒感染症）进行比较后，认为预防轮状病毒感染症对儿童更加有利，于是在全世界投入使用轮状病毒疫苗的国家正在增多。

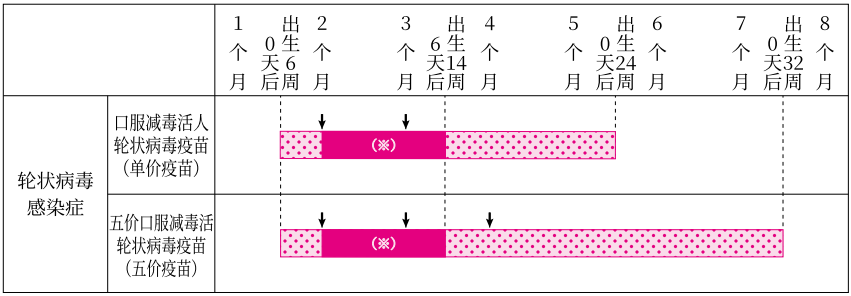
接种了轮状病毒疫苗后，如果出现周期性的情绪低落、腹痛、反复呕吐、大哭、便血之一的症状，很有可能患了肠套叠病，请立即就医。

自 2020 年 10 月 1 日起，轮状病毒疫苗成为常规接种的疫苗，自 2020 年 8 月 1 日起出生的儿童成为常规接种的对象。

接种周龄和接种次数因所使用的疫苗而异。出生 6 周 0 天到出生 24 周 0 天的儿童，间隔 27 天以上 2 次接种单价疫苗(Rotarix®)，出生 6 周 0 天到出生 32 周 0 天的儿童，间隔 27 天以上 3 次接种五价疫苗（RotaTeq®）。此外，为了避开肠套叠病的多发期，出生 14 周 6 天为止最好完成初次接种。

医疗机构报告的疑似不良反应案例（不良状况）中，严重病例（报告者判断为严重的病例）的发生率为单价疫苗（Rotarix®）0.0030%、五价疫苗（RotaTeq®）0.0021%。（2013 年 4 月 1 日至 2025 年 9 月 30 日的数值。摘选自 2026 年 2 月第 110 次厚生科学审议会预防接种与疫苗分科会不良反应讨论部会资料 2-27、2-28。）

(3)　接种计划



（※）: 从出生后2个月到14周6天作为标准的接种期进行初次接种。

◆乙肝

从 2016 年 10 月起，对 2016 年 4 月 1 日及以后出生的所有幼儿实施乙肝（HB）疫苗常规接种。对于乙肝病毒（HBs 抗原）呈阳性的母亲生下的新生儿，其接种费用由健康保险负担，对于意外接触乙肝病毒呈阳性的血液等事故，接种费用由工伤保险和 / 或健康保险等负担，这一点与以往保持不变。

(1)　起因和病程

感染乙肝（HB）病毒的人可能会患上急性肝炎后就此恢复，也有可能由急性肝炎转化为慢性肝炎。部分情况下，感染者可能患上急性重型肝炎，甚至因症状严重而导致死亡。还有些情况下，患者并无明显症状，但病毒一直潜伏在肝脏内部，经过日积月累转化成慢性肝炎、肝硬化、肝癌等。尤其是患者年龄越小，急性肝炎的症状就越轻，或是症状越不明显，但是其因病毒潜伏而容易受到持续感染。由乙肝病毒 (HBs 抗原) 呈阳性的母亲生下的新生儿、直接接触乙肝病毒呈阳性者血液和体液、与乙肝病毒呈阳性者进行性接触等都会产生感染。

(2)　乙肝疫苗（灭活疫苗）

尤其是对于幼童而言，乙肝疫苗接种的主要目的不仅仅在于预防肝炎，更在于预防病毒的持续感染，以及预防将来可能发生的慢性肝炎、肝硬化、肝癌等。

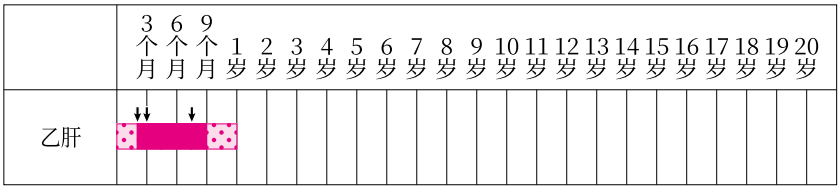
过去对于由乙肝病毒呈阳性的母亲所生下的幼童，在其出生后尽早进行乙肝人免疫球蛋白和乙肝疫苗接种，这是一直以来实施的母子感染预防项目。而现在为了让更多的人接种乙肝疫苗，尽量减少未来受到慢性肝炎、肝硬化、肝癌的折磨的人数，除母子感染预防项目外，从 2016 年 10 月起，对 2016 年 4 月 1 日以后出生的所有幼童实施常规接种。

另外, 对于一直以来进行的母子感染预防项目, 依然和过去一样通过健康保险实施。

常规接种的对象，为除母子感染预防项目对象的新生儿以外的所有在 2016 年4 月 1 日以后出生的不满 1 岁的婴儿，标准接种时间为出生后已满 2 个月到 9 个月之前的期间。接种方法是以 27 天以上的间隔时间，皮下注射 2 次乙肝疫苗后，从初次注射间隔 139 天以上，再进行 1 次（第 3 次）皮下注射。

关于乙肝疫苗的不良反应，以往的接种结果报告显示，接种者当中 10% 左右有倦怠感、头痛、局部肿胀、皮肤发红、疼痛等现象，不过对新生儿及婴儿进行接种也并没有问题。医疗机构报告的疑似不良反应案例（不良状况）中，严重病例（报告者判断为严重的病例）的发生率为 0.0009%。（2013 年 4 月 1 日至 2025 年 9 月 30 日的数值。摘选自 2026 年 2 月第 110 次厚生科学审议会预防接种与疫苗分科会不良反应讨论部会资料 2-24。）

(3)　接种计划



◆小儿肺炎球菌感染症

(1) 起因和病程

肺炎球菌是由细菌引起的儿童感染性疾病的两大原因之一。这种细菌残留在大多数儿童的鼻腔内，有时会引起细菌性脑膜炎、菌血症、肺炎、鼻窦炎和中耳炎等疾病。

由肺炎球菌导致的细菌性脑膜炎的患病率，在引入疫苗之前，不满 5 岁的儿童中每 10 万人就有 2.6 到 2.9 人患病，每年约有 150 人患病 *。死亡率和后遗症（脑积水、重听和精神发育迟缓等）病例的发生率比 Hib 导致的脑膜炎高，约有 21% 的人预后不良。（*摘选自厚生科学审议会感染症分科会预防接种部会的资料）现在已全面普及肺炎球菌疫苗接种，患肺炎球菌性脑膜炎等的侵袭性感染症的人数锐减。

(2) 肺炎球菌结合疫苗（灭活疫苗）

儿童肺炎球菌疫苗（肺炎球菌结合疫苗）是针对儿童容易罹患重症疾病的血清型，为了预防儿童细菌性脑膜炎等疾病而研发的疫苗。

这种疫苗于 2000 年在美国首先作为 7 价疫苗开始接种，从 2010 年起更换为 13 价疫苗。目前有 100 多个国家常规使用肺炎球菌结合疫苗。许多国家的报告中显示，通过接种此疫苗，患细菌性脑膜炎和菌血症的人数有所减少。在日本国内，自 2010 年 2 月开始提供 7 价疫苗接种，2013 年 11 月起开始提供 13 价疫苗接种，侵袭性肺炎球菌感染症也随之呈减少趋势。自 2024 年 4 月起，15 价疫苗也纳入常规接种，自同年 10 月起，20 价疫苗也纳入常规接种之列。（此前使用的 13 价疫苗因生产销售企业有意停止供应，自同年 10 月起已从常规接种疫苗中移除。）

已证实有下列不良反应：接种部位的红斑（57.3 到 66.2%）、肿胀（45.1 到 50.9%）、以发热（39.4 到 55.6%）为主的全身性反应。（Prevenar20®：2024 年 8 月修订（第 2 版）、VAXNEUVANCE®：2024 年 2 月修订（第 4 版），请参阅附带文献）

医疗机构报告的疑似不良反应案例（不良状况）中，严重病例（报告者判断为严

重的病例）的发生率分别为：20 价 0.0017%、15 价 0.0014%。（自发售起至 2025 年 9 月 30 日期间的数值。摘选自 2026 年 2 月第 110 次厚生科学审议会预防接种与疫苗分科会不良反应讨论部会资料 2-20、2-21。）

关于小儿肺炎球菌感染症的预防接种，初次接种开始时，各月龄的婴儿分别按以下方法接种。①的方法为标准接种方法。

原则上使用 20 价疫苗，但目前也可以使用 15 价疫苗。

① 初次接种开始时为出生后 2 到 7 个月的婴儿

使用 20 价或 15 价肺炎球菌结合疫苗，初次接种通常在出生后 12 个月内间隔 27 天以上进行，共进行 3 次接种。加强针接种，以出生后 12 到 15 个月为标准接种时间，初次接种结束后，间隔时间超过 60 天以上，出生 12 个月以后接种 1 次。但是，初次接种的第 2 次及第3次注射应在出生后 24 个月之内进行接种，超过该期限时不再进行接种（可进行加强针接种）。另外，初次接种的第 2 次注射应在出生后 12 个月之内进行，超过该期限时，不再进行初次接种的第3次注射（可进行加强针接种）。

② 初次接种开始时为出生后满 7 个月的次日到出生后满 12 个月为止的婴儿

使用 20 价或 15 价肺炎球菌结合疫苗，初次接种时，通常在出生后 12 个月内间隔时间超过 27 天进行 2 次接种。加强针接种时，在出生后 12 个月以后，初次接种结束后，间隔时间超过 60 天以上进行 1 次接种。但是，初次接种的第 2 次注射应在出生后 24 个月之内进行，超过该期限时，不再进行接种（可进行加强针接种）。

③ 初次接种开始时为出生后满 12 个月的次日到满 24 个月为止的婴儿

使用 20 价或 15 价肺炎球菌结合疫苗，间隔时间为 60 天以上进行 2 次接种。

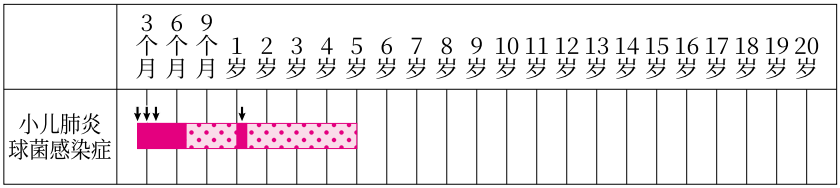
④　初次接种开始时为出生后满 24 个月的次日到出生后满 60 个月为止的儿童

使用 20 价或 15 价肺炎球菌结合疫苗，接种 1 次。

另外，对于经确认因患有需要长期疗养的疾病或其他原因而无法接受预防接种的儿童，也按同样方法对待。

⑤　在为同一位儿童进行肺炎球菌感染症的预防接种时，原则上应使用与其既往接种史相同的疫苗类型。然而，若该儿童在完成部分剂次接种后迁居，而迁入地的市町村在实施后续常规接种时，因仅提供 20 价疫苗等原因，导致无法遵循上述原则，且该情况经迁入地市町村长认定为不可避免的特殊情况，则对于已开始接种 15 价疫苗的儿童，其剩余剂次可使用 20 价疫苗进行接种。与上述情况相符时，如有疑问，请咨询所在市町村负责接种的部门。

(3)　接种计划



◆白喉、百日咳、破伤风、脊髓灰质炎（急性脊髓灰质炎）、Hib 感染症

(1)　起因和病程

①　白喉（Diphtheria）

白喉由白喉杆菌（Corynebacterium diphtheriae）引起并通过飞沫感染传播。

改良型白喉、百日咳、破伤风三联疫苗（DPT）（无细胞型）于 1981 年被引进，现在日本国内每年发现的患者数持续为 0，但在亚洲地区偶尔会流行。

白喉杆菌主要感染咽喉，也能感染鼻子。感染者当中，只有约 10% 的人表现出症状，而其余 90% 的人则是不表现出症状的隐性带菌者，人们有可能通过他们受到感染。其症状包括高烧、咽痛、犬吠样咳嗽和呕吐等，并且还会在喉咙里形成导

致窒息死亡的假膜。患者必须得到全面监控，因为此病菌会在出现症状 2 到 3 周后产生一种可导致严重心肌紊乱或神经麻痹的毒素。

② 百日咳（Pertussis）

百日咳由百日咳杆菌（Bordetella pertussis）引起并通过飞沫感染传播。

虽然自 1950 年起接种百日咳疫苗以来，百日咳的患者人数一直在减少，但是最近发现了以长期咳嗽为特点的学龄儿童、青少年、成人百日咳，其成为传染给婴幼儿的传染源，特别是有些新生儿、婴儿出现症状恶化的现象，因此请多加注意。

典型的百日咳的症状类似于普通感冒。然后患者会开始剧烈和反复咳嗽，同时脸色通红。咳嗽后，因患者急迫吸气而发出笛鸣声。通常不会发烧。婴幼儿有时因咳嗽不能呼吸而出现嘴唇发蓝（紫绀）和惊厥（痉挛）或突然呼吸停止等症状。易引起肺炎或脑病等严重并发症，有时，新生儿或婴幼儿也可能会因此病而死亡。

● 飞沫感染

唾沫和呼吸道分泌物中的病毒和细菌通过咳嗽和打喷嚏、说话传播到空气中，感染约 1 米范围内的人。

③ 破伤风（Tetanus）

破伤风杆菌不在人与人之间传播。这种病菌通常生活在土壤中，并通过伤口进入人体感染。这种病菌在人体内繁殖，并产生一种毒素，引起肌肉的强直性痉挛。起初表现为无法张口等症状，不久将出现全身强直性痉挛，若延误治疗甚至会导致死亡。半数患者是通过他们自己或周围的人察觉不到的轻度刺伤导致感染的。土壤中就有病菌，随时有感染的可能。另外，若母亲有免疫力，新生儿就不会在分娩过程中感染破伤风。

④ 脊髓灰质炎（急性脊髓灰质炎）（Polio）

脊髓灰质炎（急性脊髓灰质炎）也被称为“小儿麻痹”，直到 1960 年代前半期曾在日本反复流行。由于预防接种效果显著，1980 年日本国内的野生型脊髓灰质炎

病毒引起的病例已灭绝，2000 年 WHO 宣布包括日本在内的西太平洋地区国家已经彻底消灭脊髓灰质炎。目前流行脊髓灰质炎的国家仅有巴基斯坦、阿富汗两个国家，从世界上彻底消灭脊髓灰质炎也已不再是梦想，但世界各地对脊髓灰质炎依然保持着警惕。

经口进入身体的脊髓灰质炎病毒会在咽喉和小肠细胞中增殖。据说存活于小肠细胞的病毒会在 4 到 35 天（通常为 7 到 14 天）内迅速繁殖起来。这种病毒通过接触感染者的粪便传播，再次进入口中并在毫无抵抗力（免疫力）的人的肠道内繁殖，在人与人之间传播开来。即便感染上此病毒，大多没有任何症状并可获得终生免疫力。出现症状时，该病毒感染会通过血液扩散到脊髓并引起麻痹。每 100 名感染脊髓灰质炎病毒的人中，有 5 到 10 名会出现类似普通感冒的症状，伴有发烧，然后是头痛和呕吐。

此外，感染此病毒的人中约有 1/1000 到 1/2000 的人会出现手脚麻痹症状。其中部分人会永久瘫痪。麻痹症状恶化，也会因呼吸窘迫而导致死亡。

⑤　Hib 感染症

Hib 感染症是由 b 型流感嗜血杆菌引起的疾病，流感嗜血杆菌，尤其是 b 型，除了引起中耳炎、鼻窦炎、支气管炎等表浅性感染症外，还会引起脑膜炎、败血症、肺炎等严重的深部（全身性）感染症（也称为侵袭性感染症），对于婴幼儿来说是会引发问题的病原细菌。2010 年以前，每 10 万名 5 岁以下儿童中由 Hib 引起的脑膜炎有 7.1 到 8.3 人，每年约有 400 人发病，约 11% 的人被推断预后不良*。此外，出生 4 个月到 1 岁的婴儿占一半以上。（*摘选自厚生科学审议会感染症分科会预防接种部会的资料）现在由于全面接种 Hib 疫苗，患侵袭性 Hib 感染症的人数出现了锐减，几乎消失。

(2)　百日咳 - 白喉 - 破伤风 - 脊髓灰质炎灭活疫苗及乙型流感嗜血杆菌五联疫苗（DPT-IPV-Hib）、百日咳 - 白喉 - 破伤风三联疫苗（DPT）、白喉 - 破伤风二联疫苗（DT）（灭活疫苗）

第 1 阶段的初次接种在出生后 2 个月进行，之后间隔 20 天以上进行接种，通常间隔时间为 20 到 56 天。DPT-IPV-Hib、DPT 疫苗任选一种，共接种 3 次。使用

DT 疫苗时，在出生 3 个月后接种 2 次。第 1 阶段的加强针应在完成初次接种后间隔 6 个月以上（标准间隔：DPT-IPV-Hib 为 6 个月至 18 个月）接种 1 次。因为要求多次注射，所以请记住不要忘记接种。另外，作为第 2 阶段，在 11-12 岁时接种 1 次 DT 常规接种。基本上第 1 阶段接种应统一使用与初次接种相同的疫苗完成，但若存在特殊情况且获得当地市町村长的认可，也可以选择不同类型的疫苗。

此外，作为自愿接种，第 2 阶段接种可使用 DPT 疫苗，以加强对百日咳的免疫力。

为获得足够的免疫力必须按照规定的间隔接种。即使接种间隔超过了规定时间，也能采取多种方法弥补，请向您经常就诊的医生或地方政府咨询。

此外，感染过百日咳、白喉、脊髓灰质炎（急性脊髓灰质炎）、破伤风中任何一种疾病的儿童，也可以使用 DPT-IPV-Hib。

DPT（白喉 - 百日咳 - 破伤风）及 IPV（脊髓灰质炎灭活疫苗）的四联疫苗 Quattrovac®（KM 生物制品公司生产、最终批次有效期至 2025 年 6 月 5 日）和 Tetrabik®（阪大微研生产，最终有效批次至 2025 年 12 月 12 日）自 2012 年 11 月起发售；DPT-IPV 的四联疫苗 Squarekids®皮下注射剂（第一三共公司生产）自 2015 年 12 月起发售；但随着五联疫苗 Quintovac®（KM 生物制品公司生产）和 GOBIK®（阪大微研生产）开始列入常规接种范围，日本国内的四联疫苗已全部停止销售或结束供货。

医疗机构报告的疑似不良反应案例（不良状况）中，严重病例（报告者判断为严重的病倒）的发生率分别为：DPT-IPV-Hib 为 0.0017%；DPT-IPV 为 0.0012%；DPT 疫苗为 0.0016%，DT 疫苗为 0.0003%。（2013 年 4 月 1 日至（仅限五联疫苗为自 2024 年 3 月开始发售起）2025 年 9 月 30 日的数值。摘选自 2026 年 2 月第 110 次厚生科学审议会预防接种与疫苗分科会不良反应讨论部会资料 2-17、2-16、2-11、2-12。）

但若孩子情绪不好，肿块明显，也请向医生咨询。

虽然患有白喉、破伤风、脊髓灰质炎（急性脊髓灰质炎）的人数有所减少，但这些疾病都可能会引发严重并发症，留下影响日常生活的后遗症，甚至会导致死亡。另外，百日咳于 2025 年在日本国内发生了大规模流行。为了让您的孩子远离这些疾病，建议接种。

(3) 脊髓灰质炎疫苗（灭活疫苗）

到 2012 年 8 月为止，日本已经通过口服脊髓灰质炎活疫苗（Oral Polio Vaccine：OPV），彻底消灭了脊髓灰质炎这种疾病，并一直维持着这种状态，但是尽管是每 100 万人接种中仅 1 例左右的超低发生率，为避免出现 OPV 引起的严重不良反应的疫苗相关麻痹型脊髓灰质炎（Vaccine Associated Paralytic Poliomyelitis：VAPP），自 2012 年 9 月 1 日起已将常规接种的脊髓灰质炎疫苗从 OPV 变更为了脊髓灰质炎灭活疫苗（Inactivate Polio Vaccine：IPV）。自 2012 年 9 月起，开始使用单价 IPV 疫苗 Imovax Polio®皮下注射液（Sanofi 公司生产）；自 2012 年 11 月起，开始使用同时预防白喉、百日咳、破伤风的四联疫苗（DPT-IPV，KM 生物制品公司及阪大微研生产）。但由于停售，四联疫苗在 2025 年 12 月 12 日最后有效期限届满后，已无法继续使用。自 2024 年 4 月起，进一步引入了增加预防乙型流感嗜血杆菌的五联疫苗（DPT-IPV-Hib，KM 生物制品公司及阪大微研生产）并投入使用。

IPV 中，Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ型这 3 种类型的脊髓灰质炎疫苗病毒的抗原体（免疫源）混为一体。通过接受 3 次 IPV 接种，人体几乎可以获得 100% 的针对各种类型病毒的抵抗力（免疫力），但是由于 IPV 与 OPV 相比免疫持续时间较短，因此需要进行第 4 次接种。

关于 IMOVAX POLIO® subcutaneous 皮下注射，日本国内临床试验报告显示，进行 3 次接种后，疼痛发生率为 18.9%、红斑发生率为 77.0%、肿胀发生率为 54.1%、发烧（37.5℃以上）出现率为 33.8%、嗜睡状态出现率为 35.1%、易怒发生率为 41.9%。尽管发生频度尚不明确（偶见），但是附带文献上记载了须注意休克、过敏性休克症状，因惊厥发生率为 1.4%，所以应当对其采取相应对策等注意事项。（请参阅 2025 年 2 月修订版（第 4 版）附带文献）

医疗机构报告的疑似不良反应案例（不良状况）中，严重病例（报告者判断为严重的病例）的发生率为 0.0010%。（2013 年 4 月 1 日至 2025 年 9 月 30 日的数值。

摘选自 2026 年 2 月第 110 次厚生科学审议会预防接种与疫苗分科会不良反应讨论部会资料 2-15。）

虽然世界各地都正在进行从 OPV 到 IPV 的变更，但 OPV 衍生病毒（circulating Vaccine Derived Polio Virus：cVDPV，循环疫苗衍生脊髓灰质炎病毒）可能还潜伏在污水和河水中，疫苗接种率降低的地区接连发生未接种疫苗者感染 cVDPV 而导致麻痹的病例。最近，美国、以色列、英国、印度尼西亚、巴布亚新几内亚等也有相关报告，各国都需要提高脊髓灰质炎疫苗接种率。虽然日本国内的 DPT-IPV 接种率维持在较高水平，且尚未监测到 cVDPV（循环型疫苗衍生脊髓灰质炎病毒），但为了防范 cVDPV 从海外输入等情况发生时导致疫情在日本国内蔓延，建议务必按规定接种含有 IPV 的疫苗。

（4）乙型流感嗜血杆菌疫苗（灭活疫苗）

流感嗜血杆菌分为 7 种，其中引发重病的主要是 b 型，所以疫苗都使用 b 型。此疫苗在世界范围内得到广泛使用，日本从 2008 年 12 月开始接种，自 2013 年 4 月起成为常规接种疫苗。

在欧美国家，自从引入该疫苗以后，侵袭性 Hib 感染症急剧减少。在日本作为常规接种引入后，侵袭性 Hib 感染症也同样出现了锐减，几乎消失。1998 年，世界卫生组织（WHO）强烈建议对婴幼儿进行 Hib 疫苗常规接种，至此，该疫苗已被引入全世界 190 多个国家，其效果受到了高度评价。

不良反应以局部反应为主，包括皮肤发红 44.2%、肿胀 18.7%、硬结（硬块）17.8%、疼痛 5.6%，而全身性不良反应为发烧 2.5%、情绪低落 14.7%、食欲不振 8.7% 等（批准时）。（请参阅 2025 年 2 月修订版（第 5 版）附带文献）

医疗机构报告的疑似不良反应案例（不良状况）中，严重病例（报告者判断为严重的病例）的发生率为 0.0019%。（2013 年 4 月 1 日至 2025 年 9 月 30 日的数值。摘选自 2026 年 2 月第 110 次厚生科学审议会预防接种与疫苗分科会不良反应讨论部会资料 2-18-1。）

Hib 感染症的预防接种，基本采用五联疫苗（DPT-IPV-Hib）的接种方法，但如果使用该 Hib 疫苗，则根据首次接种开始时的月龄，按以下方法进行，其中①的方法为标准接种方法。

① 初次接种开始时为出生后 2 到 7 个月的婴儿

使用 Hib 疫苗接种，初次接种要间隔 27 天（医生认为必要时可缩短为 20 天）以上进行，通常间隔 27 天（医生认为必要时可缩短为 20 天）到 56 天，共进行 3 次接种。加强针接种要在初次接种结束后间隔 7 个月以上，通常为间隔 7 到 13 个月，注射 1 次加强针。但是，初次接种的第 2 次及第 3 次的注射应在出生后 12 个月内进行，超过 12 个月后不再进行接种。此时，尽管可以注射加强针，但要在初次接种的最后一次注射完成后间隔 27 天（医生认为必要时可缩短为 20 天）以上进行 1 次接种。

② 初次接种开始时为出生后满 7 个月的次日到出生后满 12 个月为止的婴儿

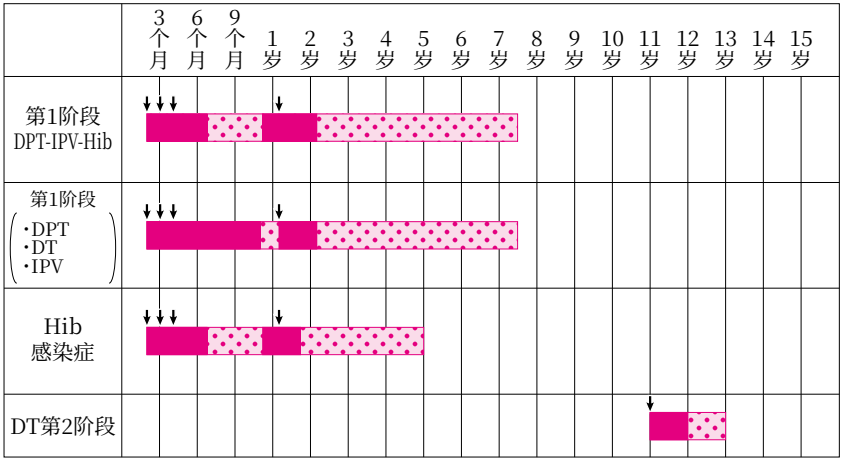
使用 Hib 疫苗接种，初次接种要间隔 27 天（医生认为必要时可缩短为 20 天）以上进行，通常间隔 27 天（医生认为必要时可缩短为 20 天）到 56 天，共进行 2 次接种。加强针接种要在初次接种结束后间隔 7 个月以上，通常为间隔 7 到 13 个月，接种 1 次加强针。但是，初次接种的第 2 次注射要在出生后 12 个月内进行，超过 12 个月后不再进行接种。此时，尽管可以注射加强针，但要在初次接种的最后一次注射完成后间隔 27 天（医生认为必要时可缩短为 20 天）以上进行 1 次接种。

③ 初次接种开始时为出生后满 12 个月的次日到满 60 个月为止的婴儿

使用 Hib 疫苗接种 1 次。

另外，对于经确认因患有需要长期疗养的疾病或其他原因而无法接受预防接种的儿童，也按同样方法对待。

(5)　接种计划



・即使在明显患有百日咳的情况下，也可以使用DPT-IPV-Hib、DPT或DT疫苗。
　使用DT时的初次接种次数为在出生3个月后接种2次。另外，即使患有白喉、破伤风、脊髓灰质炎、Hib的儿童，也不限制使用DPT-IPV-Hib、DPT或DT疫苗。
・第1阶段初次接种时，原则上同一类型的疫苗进行必要次数的接种。
・如果第1阶段接种五联疫苗，请参阅最上方的说明。

◆结核

(1)　起因和病程

结核由结核分枝杆菌（Mycobacterium tuberculosis）引发。虽然日本的结核患者人数已显著下降，2024 年结核病发病率（每 10 万人）为 8.1，低于结核病低负担国家水平的 10.0, 但也有不少成人传染给儿童的情况。结核的抵抗力（免疫力）不能由母亲传给胎儿，因此新生儿也存在感染风险。婴幼儿对结核的抵抗力（免疫力）较低，因此有可能得全身性结核病或结核性脑膜炎，从而留下严重后遗症。

已确认卡介苗具有预防容易发展成重症的脑膜炎或粟粒性肺结核等婴幼儿期结核病的功效，因此，规定婴幼儿应在出生后 1 周岁前，接种该疫苗。

另外，标准接种时间为出生后 5 到 8 个月。

(2)　卡介苗疫苗（活疫苗）

卡介苗疫苗是由减活的牛分枝杆菌（Mycobacterium bovis）制备。

在日本，卡介苗的接种方法是使用一种多针头装置在上臂两个部位接种的经皮注

射方法。不可在身体的其他部位注射疫苗，因这样有可能出现形成瘢痕瘤等的不良反应。接种部位应在阴凉处晾干约 10 分钟。

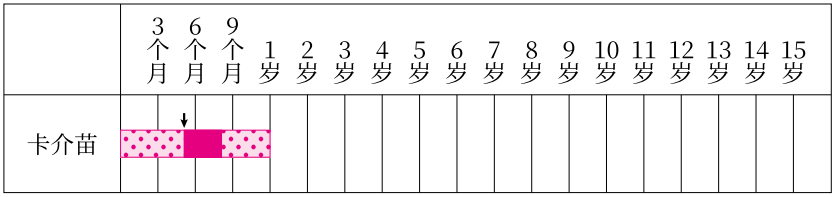
接种部位会在接种 10 天后出现红色痘痕，其中有些会出脓。此反应在接种 4 周后达到顶峰，随后痘痕会被痂覆盖并在接种最多 3 个月后完全愈合，只留下很小的疤痕。这样的疤痕不是异常反应，而是表明已经通过接种卡介苗获得了抵抗力（免疫力）。保持接种部位干净，不要使用绷带或创可贴，因为它会自行愈合。但若接种部位在接种 3 个月后仍然渗出液体，请向医生咨询。

另一个可能出现的不良反应是腋下淋巴结肿大，偶见于接种部位同侧。此反应一般无需治疗，但若此部位有溃烂、严重肿胀或化脓渗出脓水，请向医生咨询。

医疗机构报告的疑似不良反应案例（不良状况）中，严重病例（报告者判断为严重的病例）的发生率为 0.0026%。（2013 年 4 月 1 日至 2025 年 9 月 30 日的数值。摘选自 2026 年 2 月第 110 次厚生科学审议会预防接种与疫苗分科会不良反应讨论部会资料 2-22。）

此外，如果您的孩子在接种前已经被家人等身边的人传染了结核分枝杆菌，则有可能在接种后 10 天内（大多在 3 天内）会出现郭霍现象（一系列反应，包括接种部位发红、肿胀和接种部位化脓，一般在 2 到 4 周后发红及肿胀消失、结痂（留下疤痕）愈合）。与一般反应引起接种部位出现反应的发现时期（约 10 天左右）不同，这些现象会在接种后几天内的早期阶段发现。如怀疑孩子出现郭霍现象，请立即向地方政府咨询或到医疗机构就诊。有时可能需要治疗。此时建议任何可能将结核传染给孩子的家人等身边的人也立即到医疗机构接受检查。

(3)　接种计划



◆麻疹和风疹

(1)　起因和病程

①　麻疹（Measles）

由感染麻疹病毒引发。麻疹的传染力很强，不仅是飞沫、接触，还可以通过空气传播，如果不进行接种，很多人都可能会患上此疾病，甚至引发该病流行。典型的麻疹症状有高烧、咳嗽、鼻涕、眼结膜充血、眼屎、皮疹。在前 3 到 4 天内，患者体温可达 38℃左右，而且看起来会下降但会再次升高到 39℃到 40℃，同时皮疹扩散到全身。高烧将在 3 到 4 天内退去，而皮疹也会逐渐消失。受皮疹影响的皮肤可能短期内一直发暗。

其主要并发症包括支气管炎、肺炎、中耳炎和脑炎。100 名感染麻疹的患者中约有 7 到 9 名会患中耳炎，约 1 到 6 名会患肺炎。1,000 名中约有 1 到 2 名患脑炎。另外，一种叫亚急性硬化性全脑炎（SSPE）的慢性脑炎，在麻疹患者中的发生率为每 10 万例中出现约 1 到 2 例。也有报告指出，5 岁以下儿童感染后发病的频率较高。

即便是医疗技术先进的发达国家，大约每 1,000 名麻疹患者中就有 1 名死亡，属于重病。在日本，虽然 2000 年前后的麻疹流行曾导致每年约 20 ～ 30 人死亡，但在 2015 年 3 月，世界卫生组织西太平洋区域办事处（WPRO）认定日本已处于麻疹消除状态。另一方面，麻疹在世界各地有再次蔓延的趋势，发展中国家的许多婴幼儿因为患了麻疹而丧命。

● 空气传播（飞沫核传播）

这种传播方式是病毒或细菌被释放进入空气，在广阔的空间中使人感染。麻疹、水痘和结核杆菌都通过空气传播。

② 风疹（Rubella）

风疹由通过飞沫传播、接触传播的风疹病毒引发。其潜伏期是 2 到 3 周。典型的风疹一开始会出现类似轻度感冒的症状，而其主要症状包括皮疹、发烧和颈后部淋巴结肿大等。也会出现眼结膜充血症状。年龄较大的儿童或成年人患关节炎的概率高，预防后一般情况会良好，但会引发血小板减少性紫癜、脑炎并发症，极少但还会引发溶血性贫血。经感染症爆发趋势调查，在 2018 年～2019 年的风疹流行期间（累计 5,239 人）被报告出现了 21 名血小板减少性紫癜患者和 2 名脑炎患者。成人的症状较重。

若孕妇在怀孕 20 周之前感染风疹病毒，新生儿患有被称为先天性风疹综合征的先天性心脏病、白内障、听力障碍、发育迟缓等异常的可能性增高。

另外，世界卫生组织西太平洋区域办事处（WPRO）于 2025 年 9 月新认定日本处于风疹消除状态。

(2) 麻疹风疹二联（MR）疫苗、麻疹（M）疫苗、风疹（R）疫苗（活疫苗）

此疫苗是减活麻疹和风疹病毒的活疫苗。

建议孩子在 1 岁后尽快进行第 1 阶段的预防接种。

无论是麻疹疫苗，还是风疹疫苗，95% 以上的儿童可在第 1 次接种时获得免疫力，为了预防没能完全获得免疫力和随着年龄增长免疫力下降，需要进行第 2 次接种（第 2 阶段接种）。

即使出生后未满 12 个月时紧急接种了麻疹及风疹疫苗，由于 0 岁时接种的疫苗不能获得足够的免疫力，因此不算接种次数。请在第 1 阶段预防接种的指定年龄，即 1 岁时接受常规接种。第 2 阶段接种也同样请达到指定年龄时进行接种。

第 2 阶段的接种时间为就读小学前的 1 年内，即以幼儿园或保育园等的大班儿童为对象。

在第 1 阶段、第 2 阶段接种时，使用麻疹风疹二联（MR）疫苗。

患有麻疹或风疹疾病之一的儿童也可以使用麻疹风疹二联（MR）疫苗。

另外，如您的孩子因治疗、预防疾病等接受过注射人免疫球蛋白制剂的治疗，请

在接种前向您经常就诊的医生咨询接种时期。

至今的麻疹和风疹疫苗不良反应的数据显示，过敏反应、血小板减少性紫癜、脑炎和惊厥也会在极少情况下发生。

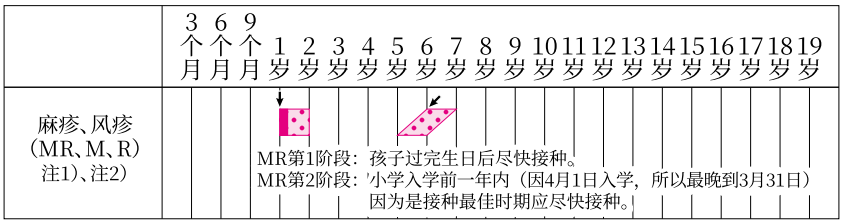
还有，接种麻疹疫苗后会出现伴随高烧的热惊厥（三百分之一）。另外，以极低的比率发生脑炎 / 脑病（低于一百万到一百五十万分之一）。

医疗机构报告的疑似不良反应案例（不良状况）中，严重病例（报告者判断为严重的病例）的发生率为 0.0010%。（2013 年 4 月 1 日至 2025 年 9 月 30 日的数值。摘选自 2026 年 2 月第 110 次厚生科学审议会预防接种与疫苗分科会不良反应讨论部会资料 2-1。）

风疹疫苗也是活疫苗，因此与麻疹病毒一样在人体内繁殖，但接种后不会传染周围的人。

患麻疹后有可能会出现严重的症状，留下后遗症甚至是死亡。患有风疹的孕妇生出的婴儿有可能会患有被称为先天性风疹综合征的心脏异常、白内障、视网膜病变、听力障碍、生长发育迟缓等先天性缺陷。为了让您孩子远离这些疾病，请进行接种。

(3)　接种计划



注1）：同时进行第1阶段、第2阶段麻疹及风疹的预防接种规定使用麻疹风疹二联（MR）疫苗接种。
注2）：当判明接种者患有麻疹或风疹时，无论是使用另一方未感染症状的疫苗，还是使用麻疹风疹二联（MR）疫苗均无妨，不过通常是接种MR疫苗。

(4)　关于因麻疹风疹联合减毒活疫苗供应不均等情况采取的特例对应措施

鉴于 2024 年度出现的麻疹风疹疫苗供应不均等情况，针对预计在接种对象期间内无法完成接种的人员，根据《预防接种法施行令》第 3 条第 2 款之规定，相关部门已发布事务通知（2025 年 3 月 11 日），允许超过以下接种对象期间进行接种。

・对象期间

2025 年 4 月 1 日至 2027 年 3 月 31 日，为期 2 年

・对象人员

第 1 阶段	在 2024 年内满 24 个月或已满 24 个月（2022 年 4 月 2 日至 2023 年 4 月 1 日出生者），且经市町村长认定因麻疹风疹疫苗供应不均等原因导致未能接种疫苗的儿童
第 2 阶段	2024 年内第 2 阶段的对象人员（指年满 5 周岁、未满 7 周岁，且处于自小学入学起始日期前 1 年起至该入学起始日期前 1 日止期间内的人员），且经市町村长认定因麻疹风疹疫苗供应不均等原因导致未能接种疫苗的儿童
第 5 阶段	于 1962 年 4 月 2 日至 1979 年 4 月 1 日之间出生的男性，且在 2024 年末前已接受抗体检测，结果显示风疹抗体水平不足，且经市町村长认定因麻疹风疹疫苗供应不均等原因未能接种疫苗的人员 （注）自 2025 年起接受抗体检测者不适用。

◆水痘

(1)　起因和病程

水痘是初次感染水痘 - 带状疱疹病毒（以下称 VZV）时产生的急性感染症，是通过直接接触、飞沫感染或空气传播而感染的，是传染力最强的感染症之一。一旦感染，一生都会在身体内（三叉神经节等脑神经节和脊髓背根神经节）潜伏感染，随着年龄增长和免疫抑制状态等的激活，引发带状疱疹。

水痘的潜伏期通常为 2 周左右（10 到 21 天）。典型的水痘症状主要表现为有特征性的出疹，并伴有瘙痒。也有伴随发烧的情况。发疹初期表现为斑点状红色丘疹，过 3 到 4 天变为水疱，最后形成痂皮，然后痊愈。发疹的特点为多出现于腹部、后背、脸部等处，还会出现于头部等被头发覆盖的部分。

水痘感染症通常发病一周左右即会自然痊愈，但在极少情况下，会伴随脑炎、肺炎、肝功能异常等并发症，现也有使用针对水痘的抗病毒药物（阿昔洛韦等）治疗

的情况。而且，经皮肤感染细菌，导致化脓的情况也并不罕见，甚至有可能出现并发败血症等严重细菌感染症的情况。高风险患者（急性白血病等恶性肿瘤患者及由于治疗导致免疫功能下降的人群以及有此风险的人群）尤其容易出现严重症状。

根据学校保健安全法实施规则等，感染水痘的儿童在所有发疹结痂前禁止上保育园、幼儿园、学校。

此外，成人一旦感染水痘，其症状往往比儿童更为严重。

(2)　水痘疫苗（活疫苗）

此疫苗是日本在世界率先开发的，为对水痘带状疱疹病毒进行弱毒化而制成的活疫苗。接种过 1 次此疫苗的人之中，约有 20% 的人日后仍会得水痘。虽说即便发病也只是轻微症状，但为了彻底预防需要进行 2 次接种。

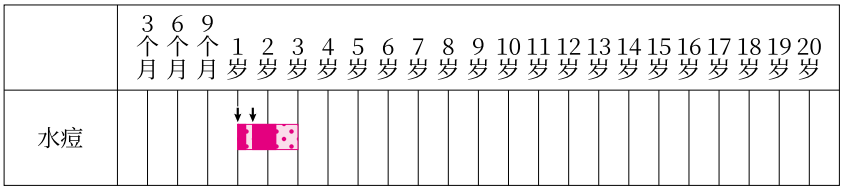
接触水痘患者后，如在 3 天内及时接种疫苗可预防发病，也可用于预防医院内感染等。

对健康儿童、成人几乎没有不良反应，但偶尔伴有发烧、出疹症状，极少情况下会出现局部发红、肿胀和注射部位硬结（硬块）。即使是高风险患者（急性淋巴性白血病及肾病综合症等，受治疗的影响免疫功能下降的患者）在达到一定的接种标准之后也可以进行接种，但接种之后14到30天可能有伴有发烧的发疹、水疱的情况。（请参阅 2025 年 12 月修订版（第 6 版）附带文献）

医疗机构报告的疑似不良反应案例（不良状况）中，严重病例（报告者判断为严重的病例）的发生率为 0.0010%。（2013 年 4 月 1 日至 2025 年 9 月 30 日的数值。摘选自 2026 年 2 月第 110 次厚生科学审议会预防接种与疫苗分科会不良反应讨论部会资料 2-5。）

2014 年 10 月起成为常规接种疫苗，从此水痘的发生急剧减少。也可与麻疹风疹二联（MR）疫苗同时接种。针对出生后 12 个月到 36 个月之间的幼童，使用冻干水痘减毒活疫苗，在出生后 12 个月到 15 个月的标准接种时间进行初次注射，间隔3个月以上，通常间隔6到 12 个月后进行第 2 次注射。曾患过水痘的儿童不属于常规接种的对象人员。

(3)　接种计划



◆流行性乙型脑炎

(1)　起因和病程

流行性乙型脑炎由流行性乙型脑炎病毒引发。该病毒不在人与人之间直接传播，病毒在猪体内增殖，通过携带病毒的蚊子传播。在 7 到 10 天的潜伏期后，有时会发展为急性脑炎，出现高烧、头痛、呕吐、丧失意识和痉挛等症状。不会在人与人之间传播。

每 100 到 1,000 个流行性乙型脑炎病毒感染者中有 1 人出现脑炎等症状。除脑炎外，还有些人仅出现脑膜炎或夏季感冒一样的症状。脑炎患者的死亡率约为 20% 到 40%，治愈后，有许多患者会留下神经系统后遗症。

虽然日本国内的患者主要出现在日本西部地区，流行性乙型脑炎病毒是以日本西部为中心，分布于全国各地。由饲养家猪引起的流行性乙型脑炎在每年6月到 10 月左右之间持续蔓延，这期间某些地区约 80% 以上的家猪感染。流行性乙型脑炎曾在婴幼儿、学龄儿童中很常见，但是由于疫苗接种的普及、生活环境的变化等，患者人数出现了减少。虽然最近的患者主要是以老年人为主，但千叶县报告称 2015 年出现 10 个月的婴儿被确诊为流行性乙型脑炎的病例。另有报告显示，2016 年出现了 11 名流行性乙型脑炎患者，患者主要为老年人。这是自 1992 年以来报告的患者人数首次一年超过 10 人。截至 2025 年已报告患者人数 4 人。(摘自国立健康危机管理研究机构感染症趋势调查 IDWR 周报（2025 年第 52 周))

(2)　干燥细胞培养流行性乙型脑炎疫苗（灭活疫苗）

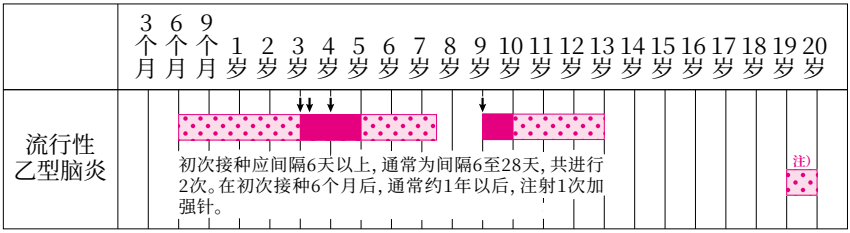
现在日本国内使用的干燥细胞培养流行性乙型脑炎疫苗，是用名为非洲绿猴肾细胞（Vero cell）的细胞繁殖病毒，再用福尔马林等杀死病毒（灭活）后精制而成的疫苗。

医疗机构报告的疑似不良反应案例（不良状况）中，严重病例（报告者判断为严重的病例）的发生率为 0.0007%。(2013 年 4 月 1 日至 2025 年 9 月 30 日的数值。

摘选自 2026 年 2 月第 110 次厚生科学审议会预防接种与疫苗分科会不良反应讨论部会资料 2-23。）

第 1 阶段的常规接种对象是出生后6个月到 90 个月的儿童。标准的接种方法是在 3 到4岁期间进行 2 次接种,其中间隔6到 28 天时间。4到 5 岁期间再进行 1 次接种。另外,第 2 阶段的常规接种对象为9岁以上到不满 13 岁的儿童。标准的接种方法是在9到 10 岁期间进行 1 次接种。

(3)　接种计划



注）: 1995年4月2日起至2007年4月1日期间出生的，尚未接受第1阶段、第2阶段疫苗接种的不满20岁的青少年，成为常规接种对象。

(4)　接种特例（确保因受到 2005 年不积极鼓励接种的影响而未积极接种的儿童的接种机会）

为确保因受到 2005 年 5 月 30 日不积极鼓励接种的影响而可能未接受第 1 阶段(3 次)、第 2 阶段（1 次）接种的 1995 年 4 月 2 日到 2007 年 4 月 1 日期间出生的不满 20 岁青少年的接种机会，采取以下措施：

(1) 接种者进行第 1 阶段和第 2 阶段的剩余 3 次流行性乙型脑炎预防接种时（已进行过 1 次第 1 阶段初次接种的青少年（已进行过第 1 次接种的青少年)），使用干燥细胞培养流行性乙型脑炎疫苗，间隔 6 天以上进行剩余 2 次的接种，针对 9 岁以上的青少年，在完成第 3 次接种后，间隔 6 天以上进行第 4 次接种。

(2) 接种者进行第 1 阶段和 2 阶段的剩余 2 次流行性乙型脑炎预防接种时（已进行过 2 次第 1 阶段初次接种的青少年（已进行过第 2 次接种的青少年)），使用干燥细胞培养流行性乙型脑炎疫苗，间隔 6 天以上进行第 3 次的接种，针对 9 岁以上

的青少年，在完成第 3 次接种后，间隔 6 天以上进行第 4 次接种。

（3）接种者进行第 2 阶段（1 次）的流行性乙型脑炎预防接种时（已完成第 1 阶段接种的青少年（已进行过第 3 次接种的青少年），使用干燥细胞培养流行性乙型脑炎疫苗，针对 9 岁以上的青少年，在完成第 3 次接种后，间隔 6 天以上进行第 4 次接种 .

（4）如接种者完全未接受过第 1 阶段和第 2 阶段的接种，使用干燥细胞培养流行性乙型脑炎疫苗，需间隔 6 天以上，通常间隔 6 到 28 天进行第 1 次及第 2 次接种，在第 2 次接种后 6 个月以上，通常间隔约 1 年后进行第 3 次接种。针对 9 岁以上的青少年，在完成第 3 次接种后，间隔 6 天以上进行第 4 次接种。

对 13 岁以上者（女性）接种时，若其处于怀孕期间或可能怀孕，原则上不进行接种。仅在判定接种的益处大于危险性时可以接种。

若对疫苗接种有任何疑问或相关最新信息请咨询您所在的地方政府，同时还可浏览厚生劳动省“关于流行性乙型脑炎接种问答”（https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou21/dl/nouen_qa.pdf）。

◆人乳头瘤病毒感染症（预防宫颈癌）

(1) 起因和病程

人乳头瘤病毒（HPV）对人类来说并非特殊的病毒，感染人数众多，并且其中一部分人会引发宫颈癌等疾病。在具有 100 多种基因类型的 HPV 中，约 50 到 70% 的宫颈癌是由 HPV16、HPV18 型感染引起的。即使感染 HPV，多数情况下病毒会自然变得无法检测出来，但一部分人在经过数年到几十年癌前病变的状态后会引发宫颈癌。据推测，日本国内每年新增超过 1 万名女性宫颈癌患者，每年约有 3,000 名女性死于宫颈癌（数据来源：国立癌症研究中心癌症信息服务）。利用疫苗防止 HPV 感染的同时，通过宫颈癌筛查早期发现癌前病变并早期进行治疗，有望减少宫颈癌发病及死亡的人数。

(2)　HPV 疫苗（灭活疫苗）

截至 2025 年度，日本国内作为常规接种使用的 HPV 疫苗共有三种：包含针对国内外子宫颈癌患者中检出率最高的 HPV 16 型及 18 型抗原的二价疫苗（Cervarix®）和在上述基础上增加了可引起尖锐湿疣及复发性呼吸道乳头状瘤病的 6 型和 11 型的四价疫苗（Gardasil®）；以及进一步涵盖了 31、33、45、52 和 58 型的九价疫苗（Silgard®9）。但自 2026 年度起，九价疫苗已成为唯一可作为常规接种的疫苗。以 HPV 未感染者为对象的国外研究报告显示，关于感染及癌前病变的预防效果，各种疫苗均表现出较高的有效性，各国都建议对于处于初次性交前的年龄段者进行接种。

以下是日本国内附带文献记载的不良反应：注射部位疼痛（83 到 98%）、皮肤发红（30 到 85%）、肿胀（25 到 81%）等局部反应，以及轻微的发烧（3 到 6%）、疲劳感等全身反应，但大多数为短暂的，可自行恢复。（请参阅二价疫苗（Cervarix®）：2023 年 12 月修订版（第 1 版），四价疫苗（Gardasil®）：2026 年 2 月修订版（第 5 版），Silgard®9：2026 年 2 月修订版（第 4 版）附带文献）

医疗机构报告的疑似不良反应案例（不良状况）中，严重病例（报告者判断为严重的病例）的发生率为 Cervarix® 0.0079%、Gardasil® 0.0054%、Silgard®9 为 0.0017%。（自发售起至 2025 年 9 月 30 日期间的数值。摘选自 2026 年 2 月第 110 次厚生科学审议会预防接种与疫苗分科会不良反应讨论部会资料 2-8、2-9、2-10。）

即使是已进行过疫苗接种的情况下，也有可能出现免疫力不足或疫苗中所含有的病毒类型以外的其他类型引发宫颈癌的情况，所以定期接受宫颈癌的检查诊断尤为重要。

① 使用九价疫苗进行人乳头瘤病毒感染症的预防接种时，接种期限是自被接种人年满 12 周岁的当天所属年度的第一天到年满 16 周岁的所属年度最后一天；从被接种人年满 13 周岁的当天所属年度的第一天到该年度最后一天的期间为标准接种期间，采用以下任意一种方法（关于（1）所述的方法，仅限针对第 1 次接种时年满 12 周岁的当天所属年度的第一天到 15 周岁的期间的人员进行该

预防接种时）进行接种。

i) 标准接种方法是间隔 6 个月进行 2 次接种。但是，无法采用这种方法时，则间隔 5 个月以上进行 2 次接种。

ii) 标准接种方法是间隔 2 个月进行 2 次接种，然后，自第 1 次注射后间隔 6 个月再进行 1 次注射。但是，无法采用该方法时，则间隔 1 个月以上进行 2 次接种，然后，自第 2 次注射后间隔 3 个月以上再进行 1 次注射。

② 曾接种 1 剂或 2 剂二价或四价疫苗的人员，若希望在 2026 年度以后接种九价疫苗，应按以下任一方法进行。另外，同一人员接种二价疫苗或四价疫苗与九价疫苗时的安全性、免疫原性和有效性在一定程度上已得到证实。

i) 第 1 次接种使用了二价疫苗或四价疫苗的人，自第 1 次注射后间隔 2 个月进行 1 次九价疫苗的肌内注射，然后，自第 1 次注射后间隔 6 个月再注射 1 次同种疫苗。但是，无法采用这种方法时，则自第 1 次注射后间隔 1 个月以上进行 1 次九价疫苗的肌内注射，然后，自第 2 次注射后间隔 3 个月以上，再进行 1 次同种疫苗的肌内注射。

ii) 第 1 次和第 2 次接种使用了二价疫苗或四价疫苗的人，自第 1 次注射后间隔 6 个月进行 1 次九价疫苗的肌内注射。但是，无法采用这种方法时，则自第 2 次注射后间隔 3 个月以上，进行 1 次九价疫苗的肌内注射。

③ 如果以往接种的人乳头瘤病毒状颗粒疫苗的种类不明，请由负责接种的医疗机构医生与接种者充分商量后，选择接种的疫苗种类。

④ 进行人乳头瘤病毒感染症的预防接种后，有时会出现血管迷走神经反射导致的昏厥，为防止因昏厥而跌倒等症状发生，注射后走动时，监护人或医护人员应采取扶助胳膊等保护措施，在接种后的 30 分钟左右，要让被接种人坐在能够承受体重的地方，尽量不要让其站起来，并且要观察被接种人的状态。

(3)　接种计划

		3个月	6个月	9个月	1岁	2岁	3岁	4岁	5岁	6岁	7岁	8岁	9岁	10岁	11岁	12岁	13岁	14岁	15岁	16岁	17岁	18岁	19岁	20岁
人乳头瘤病毒感染症（预防宫颈癌）	九价疫苗	注）：如果第一次接种时未满15周岁，接种2次即可完成。																注）						

(4)　关于 HPV 疫苗的常规接种

在 2013 年 6 月 14 日召开的厚生科学审议会预防接种与疫苗分科会不良反应讨论部会、药事与食品卫生审议会医药品等安全对策调查会（联合举办）中，认定“鉴于接种 HPV 疫苗后，出现不能否定与疫苗有因果关系的持续性疼痛等，因此在进一步明确该不良反应的发生频率，并能够向国民提供适当的信息之前，不应该积极鼓励常规接种”，因此厚生劳动省决定暂停积极鼓励接种。之后，在 2021 年 11 月的该会议中，继续就关于 HPV 疫苗的有效性和安全性的评估、HPV 疫苗接种后出现症状的治疗、HPV 疫苗相关信息提供的措施等进行了讨论，证实安全性方面没有格外的担心，且认为接种带来的有效性明显高于不良反应的风险。于是，2021 年 11 月发布了结束“暂停积极鼓励接种”的通知，作为针对因暂停积极鼓励接种而错过接种机会的人的应对，2021 年 12 月发布了限期对超过以往常规接种对象年龄者进行接种（以下称“补种”）的通知。《预防接种法施行令》（1948 年政令第 197 号）已经修订，并于 2022 年 4 月 1 日施行。

关于因暂缓积极鼓励接种而错过接种机会者，为确保公平的接种机会，自 2022 年度至 2025 年 3 月 31 日，以 1997 年度至 2007 年度出生的女性为对象，对超出以往常规接种年龄的人员进行了接种。

另外，考虑到 2024 年夏季以后因需求大幅增加导致的限定供货情况，为了使在追赶接种（Catch-up）期间内已接种至少 1 剂的人员在期间结束后仍能公费完成共 3 剂接种，政府针对出生于 1997 年 4 月 2 日至 2009 年 4 月 1 日之间、且在

2022 年 4 月 1 日至 2025 年 3 月 31 日这三年期间内接种了至少 1 剂的女性，设立了接种期限延长到 2025 年 4 月 1 日至 2026 年 3 月 31 日的过渡性措施。

另外，WHO 和日本医学会均将此疫苗定位为“保护女性免患‘癌症’所必需的疫苗”；为预防男性的部分癌症，日本国内于 2020 年 12 月指定将四价疫苗的适用范围扩大至男性，后又于 2025 年 8 月追加了九价疫苗，现在 9 岁以上的男性均可接种（自愿接种）。关于男性 HPV 疫苗纳入常规接种的议题，目前仍在审议中。

关于 HPV 疫苗的安全性和有效性的详细信息，厚生劳动省的官方网站上刊登了 HPV 疫苗相关的宣传册（https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou28/index.html）。请确认厚生劳动省及居住地市町村发布的最新信息。

◆针对孕妇的呼吸道合胞病毒（RS 病毒）感染症（母体免疫）

(1)　起因和病程

RS 病毒在全球范围内广泛分布。据统计，50% 以上的幼儿在 1 岁前、几乎 100% 的幼儿在 2 岁前都会感染该病毒。在首次感染中，20% ～ 30% 的儿童会引发细支气管炎或肺炎等下呼吸道感染。特别是出生不满 6 个月的新生儿及婴儿感染后易转为重症，除下呼吸道感染外，还可能导致新生儿及婴儿出现呼吸暂停或急性脑病。

RS 病毒感染症占婴幼儿肺炎病例的约 50%、细支气管炎病例的 50% ～ 90%，对婴幼儿而言是一种可怕的感染症。在日本，每年约有 12 万至 14 万名 2 岁以下儿童被诊断为 RS 病毒感染症，据推算其中约四分之一（约 3 万人）需要住院治疗。虽然人的一生会多次感染 RS 病毒，但通常症状会随着感染次数的增加而减轻。因此，年长儿童及成人极少转为重症，但老年人或患有基础疾病（如免疫功能低下、心肺疾病等）的人士可能会引发严重的下呼吸道感染。

儿童转为重症 RS 病毒下呼吸道感染的风险因素包括早产、慢性肺病、伴有血流动力学异常的先天性心脏病、免疫缺陷、唐氏综合征等，针对患有这些基础疾病的儿童，目前已使用抗 RS 病毒人源化单克隆抗体制剂（帕利珠单抗、尼塞韦单抗）

来抑制重症下呼吸道感染的发生。然而，因 RS 病毒感染症住院的病例中，绝大多数其实是并无基础疾病的儿童，由于这些抗体药物并不适用于上述儿童或不在医保覆盖范围内，因此一直迫切需要能够保护所有新生儿及婴儿免受 RS 病毒下呼吸道感染伤害的方案。

(2)　RS 病毒疫苗（灭活疫苗）

1960 年代曾研发过甲醛灭活 RS 病毒疫苗，但不仅未能预防婴儿期的重症下呼吸道感染，反而导致其后的 RS 病毒感染症症状加重，最终宣告失败。因此，RS 病毒疫苗的研发曾长期陷入停滞。近年来，母体免疫疫苗研发成功，通过为孕妇接种，使母体产生的高浓度抗 RS 病毒抗体传递给胎儿，从而保护出生的婴儿免于 RS 病毒感染症的重症化。2026 年 4 月，重组 RS 病毒疫苗“Abrysvo®肌注用”母体免疫疫苗正式列入常规接种。

常规接种的对象为妊娠 28 周 0 天至 36 周 6 天之间的孕妇。据获批前的临床试验显示，针对重症 RS 病毒相关下呼吸道感染，疫苗在婴儿出生后 90 天内的有效性为 81.8%，180 天内为 69.4%；针对需要就医的 RS 病毒相关下呼吸道感染，在出生后 90 天内的有效性为 57.1%，180 天内为 51.3%。另外，由于在接种后 14 天内出生的婴儿中尚未建立有效性数据，若计划在妊娠 36 周 6 天前分娩，请咨询医生。经医生诊断认为确有必要时，可与其他疫苗同时接种；但海外研究报告指出，与含有百日咳防御抗原的疫苗同时接种时，可能会导致对百日咳抗原的免疫应答降低，因此请就接种间隔等事项咨询医生。

另外，在接受 RS 病毒疫苗常规接种时，请参阅第 9 页“6 在让您的孩子接种之前”的注意事项并结合自身情况，自行判断是否接受预防接种。

(3)　接种计划

怀孕周数	…	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	…
呼吸道合胞病毒感染症（母体免疫）													

※ 对象为怀孕28周0天至36周6天的女士

8　出现不良反应时的对策

(1)　常见反应

根据疫苗类型而不同，发烧、注射部位发红、肿胀和硬结（硬块）以及皮疹等症状反应频率较高 (从数 % 到数十 %)。通常, 这些症状会在几天内消失, 可不必担心。

(2)　严重不良反应

接种后，若出现接种部位严重肿大或发高烧或惊厥等症状，请立即就医。当孩子的症状符合疑似预防接种后不良反应报告标准时，由医生向独立行政法人医药品医疗器械综合机构报告。

根据疫苗类型不同，会以极少（约为一百万到数百万分之一）的频率导致脑炎和神经系统疾病等严重的不良反应。该情况下，按照日本一直以来的救济制度的基本思路“无需严密的医学性因果关系证明，无法否定接种后出现的症状是起因于预防接种的情况，也属于救济对象”，将实施救济审查，获得厚生劳动大臣认定时，按照预防接种法会成为健康受害救济的补偿对象。

(3)　混入反应

接种不久后出现什么症状，常被认为是由接种所致。但有时这些症状判明是由恰巧在同时期发病的其他感染症所致。这叫做“混入反应”。

(4)　救助接种疫苗时产生相关不良反应患者的制度即健康受害救济制度

① 因常规接种或临时接种而引起的不良反应导致出现影响生活的残疾等健康问题时，按照《预防接种法》由政府提供补偿。

② 根据受害的严重程度，支付医疗费、医疗补助、残障儿童养育年金、残疾年金、一次性死亡补助以及丧葬费用，这些补偿按法律规定额度支付。所有的补偿，除一次性死亡补助以及丧葬费用外，均持续支付直到治疗完成或治愈。

③　补偿将在政府评审委员会认定相关受害是由接种疫苗导致之后才向患者支付。该委员会由预防接种、感染医学、法律和相关学科的专家组成，将讨论接种疫苗和相关受害之间的因果关系，即相关受害是否由接种疫苗或其他因素（接种前后的感染症或其他原因）导致；经审议，若判定无法否定与预防接种的因果关系，患者可以根据厚生劳动大臣的认定获得给付。

④　若希望在根据《预防接种法》指定的常规接种或临时接种的期间外接种，则视为不受《预防接种法》的保护（自愿接种）。若因此项接种而健康受损时，则会根据《独立行政法人药品和医疗器械综合机构法》获得补偿；但是，与《预防接种法》相比，补偿对象、补偿金额等有所不同。

※ 若您需要申请补偿，请咨询您所在地方政府负责接种的部门。

※ 下述项目刊登了公益财团法人预防接种研究中心《预防接种指南 2026 年度版》中关于新冠疫苗接种的部分内容。

[附录 1] 新型冠状病毒感染症

(1) 疾病概要

2019 年 12 月底，中国湖北省武汉市爆发原因不明的肺炎，2020 年 1 月 9 日，公布疾病原因为新型冠状病毒感染，该疾病的国际命名为 COVID-19，致病病毒为 SARS-CoV-2（severe acute respiratory syndrome coronavirus 2）。WHO（世界卫生组织）于 2020 年 1 月 30 日宣布“受到国际关注的公共卫生紧急事件（Public Health Emergency of International Concern：PHEIC）”，同年 3 月 11 日，因这种新的传染病在全球范围的疫情扩大，危害加重，宣布本次疫情为大流行（全球性流行）。

在日本，2020 年 1 月 28 日，新型冠状病毒感染症被指定为《感染症法》规定的“指定感染症”，《学校保健安全法》根据《感染症法》规定，将其列为一类学校感染症。同年 3 月 13 日，对《新型流感等特别措施法》进行了修订，根据该法实施针对此疾病的对策。同年 12 月 9 日，新型冠状病毒感染症成为临时预防接种对象疾病。此后，直到 2023 年 5 月，日本国内遭受了 8 波疫情的袭击，2023 年 5 月 8 日，第 8 波疫情呈现减弱趋势，新冠病毒感染症被定义为《感染症法》的第五类疾病，在疫情趋势调查中该疾病属于定点监测疾病，随之在《学校保健安全法》中被列为第二类感染症。

此外，同年 5 月 5 日，WHO（世界卫生组织）发出警告，称 COVID-19 依然是巨大的国际性威胁，但宣布终止 PHEIC。

自从出现奥密克戎变异株后，潜伏期基本上缩短至 2 至 3 天。感染途径主要是飞沫感染，但密闭空间也有气溶胶感染。虽然也存在接触感染的可能性，但不太常见。

由于是呼吸道感染症，所以症状主要是发烧、咽喉痛、咳嗽等。疫情暴发之初，儿童被认为感染的可能性较小，即使感染后也往往无症状或仅有轻微症状，但在奥

密克戎变异株流行后，儿童感染者也有所增加，热性惊厥和哮吼的并发症也增多了。据认为，不满 2 岁和有基础疾病的人存在重症风险。老年人的重症率和死亡率较高。

(2) 预防接种的效果

国内外众多报告已证实，疫苗接种具有预防发病和预防重症（住院）的效果。另外，即使是既往感染者，再次感染的情况也并不少见。同时也已证实，接种疫苗可以获得额外的发病预防效果。另一方面，也证实了在所有年龄段，预防重症（住院）的效果高于预防发病效果。

(3) 疫苗的特点

日本和海外的新冠疫苗的开发均取得了进展，但最早实现实用化的疫苗是一种在脂质纳米粒中包含了 SARS-CoV-2 刺突基因 mRNA 的 mRNA 疫苗。并且，以对人类无致病性的病毒为载体，植入 SARS-CoV-2 刺突基因的重组病毒载体疫苗以及灭活疫苗等已投入实际使用。在日本，辉瑞公司的 mRNA 疫苗于 2021 年 2 月 14 日获准生产和销售，并自同年 2 月 17 日和 4 月 12 日起分别开始对医务人员和老年人等进行《预防接种法》规定的特例临时接种。2021 年 5 月 21 日，武田 / 莫德纳公司生产的 mRNA 疫苗与阿斯利康公司生产的重组猴腺病毒载体疫苗获准生产和销售，武田 / 莫德纳公司生产的 mRNA 疫苗于同年 5 月 24 日起在大型接种中心开始对老年人等进行接种，并自同年 6 月 21 日起开始职场接种。阿斯利康公司生产的基因重组黑猩猩腺病毒载体疫苗已于 2022 年 9 月底停止接种。

自 2024 年度起，新冠病毒感染症被列为《预防接种法》中的 B 类疾病，并自 2024 年 10 月起作为常规接种项目接种 1 剂。在 2025/26 流行季常规接种所使用的疫苗抗原组成方面，参照 WHO 的建议，确定为“包含针对单价 JN.1、KP.2 或 LP.8.1 的抗原，或包含针对截至 2025 年 5 月流行的 JN.1 系变异株显示出广泛且稳健的中和抗体应答或有效性的抗原”。另外，各制药厂报告了有关 XEC 变异株的疫苗研发进展，因被认定符合“针对截至 2025 年 5 月流行的 JN.1 系变异株显示

出广泛且稳健的中和抗体应答或有效性的抗原”，已被纳入日本使用的疫苗抗原组成中（第 3 次厚生科学审议会预防接种及疫苗分科会 研究开发及生产流通部会 季节性流感疫苗及新冠疫苗制造株研讨小委员会：2025 年 5 月 28 日）。关于新冠病毒疫苗的接种，由于使用与流行毒株相对应的疫苗有望获得更高的中和抗体滴度上升等效果，因此不仅期待其提高预防重症化的效果，也期待其带来更强的发病预防效果。基于这些科学认知，厚生劳动省的审议会讨论结果认为，常规接种所使用的新冠病毒疫苗类型（疫苗所含毒株）暂定为每年进行调整。

(4) 接种时的注意事项

目前所有新冠疫苗都是肌肉注射。接种前切实确认接种对象人员的年龄和所使用的疫苗。

目前，65 岁以上人群以及 60 岁至 64 岁之间患有特定基础疾病的人群属于常规接种对象。

(5) 不良反应

现已确认到接种疫苗后会出现接种部位疼痛、疲劳感、头痛和发烧等各种症状，但根据目前掌握的信息，大多数为轻微或中度症状，因此判断认为不存在重大的安全问题。另外，年长者的不良反应发生率较低。然而，日本国内的研究报告显示，主要在年轻男性中出现了符合 Brighton 过敏等级 1 至 3 级的心肌炎和心包炎病例。此外，作为严重的不良反应，在日本有过敏反应的报告，接种疫苗后 30 分钟内应在接种现场观察接种者的健康状况，接种疫苗后几天内如出现胸痛、心悸、气短或水肿等症状的，应及时前往医疗机构就诊。

[附录 2] 主要的自愿预防接种对象疾病及疫苗概要

不属于《预防接种法》对象的自愿接种，是接种者（监护人）和医生商量判断进行的而不是政府机关负责费用推荐的接种，但使用的疫苗是经厚生劳动省根据确保医药品和医疗器械的品质、有效性及安全性等相关法律（医药品和医疗器械法）许可的。

自愿接种疫苗包括预防季节性流感、新冠病毒感染症、带状疱疹（65 岁以上为常规接种）、流行性腮腺炎、甲肝、黄热病、狂犬病、破伤风、脑膜炎球菌感染症、呼吸道合胞病毒感染症（妊娠 28 周 0 天至 36 周 6 天的孕妇为常规接种）、蜱传脑炎、伤寒、猴痘的疫苗，以及在非常规接种的年龄或时间进行的常规接种疫苗等。

接下来就多数儿童接种的季节性流感、流行性腮腺炎疫苗进行介绍。

此外，若因自愿接种而健康受损时，根据独立行政法人药品和医疗器械综合机构法也有可能获得赔偿。但是，与预防接种法（常规接种）相比，赔偿对象、赔偿金额等有所不同。

※ 若您需要申请补偿，请咨询您所在地方政府负责接种的部门。

◇季节性流感疫苗（灭活疫苗、鼻喷活疫苗）

根据《预防接种法实施办法》，针对老年人的季节性流感接种（灭活疫苗）定性为常规接种，而针对儿童的季节性流感接种则定性为自愿接种。

(1) 起因和病程

季节性流感是急性呼吸道感染症，会突发发烧、恶寒、头痛、肌肉痛等全身症状。潜伏期为 24 到 72 小时。呼吸道症状一般较晚出现，如鼻塞、咽喉痛、咳嗽等。若无并发症 2 到 7 天即可痊愈。并发症，特别是并发肺炎或脑病时，可能严重到威胁生命。

(2) 疫苗概要

共有两种季节性流感疫苗：一种是将 A 型的 2 种（H1N1 型和 H3N2 型）与 B 型的 1 种（维多利亚株）季节性流感病毒分别植入孵化中鸡蛋的浆尿膜腔内繁殖，

并加入乙醚提取出病毒表面的 HA 成分，再用福尔马林灭活的疫苗；另一种是针对 2 岁以上 19 岁以下人群的鼻喷活疫苗（A 型 2 种和 B 型 1 种（维多利亚株）。流感灭活疫苗和鼻喷活疫苗在有效性上没有显著差异，且不良反应方面也没有重大问题。季节性流感疫苗所含的毒株根据每年流行的季节性流感情况和病毒情况来确定。

关于婴幼儿流感疫苗有效性，虽然各种报告存在不同见解，但 2015/2016 季针对不满 6 岁的儿童进行的一项研究报告称，流感疫苗预防发病的有效率为 60%，对于预防流感发病，以及预防发病后的重症化和死亡，具有一定的效果。（摘自厚生劳动省官网“季节性流感疫苗 Q & A”(Q1)。）另外，关于鼻喷流感减毒活疫苗，日本小儿科学会指出：由于该疫苗采取鼻喷接种方式，对于患有较严重哮喘或出现喘鸣症状的人士，以及考虑到疫苗病毒可能通过飞沫或接触进行水平传播，建议哺乳期妇女或周围有免疫功能低下患者的人员，优先使用灭活流感 HA 疫苗。

在季节性流感疫苗的生产过程中使用孵化中鸡蛋，但鸡蛋成分在精制阶段就已经去除。不过，在给对鸡蛋过敏的人接种时需要注意。对鸡蛋、鸡肉曾经有过敏反应者希望接种时请向专业机构咨询。

医疗机构报告的疑似不良反应案例（不良状况）中，严重病例（报告者判断为严重的病例)的发生率为 0.00011%。(2024 年 10 月 1 日至 2025 年 3 月 31 日的数值。摘选自 2025 年 7 月第 107 次厚生科学审议会预防接种与疫苗分科会不良反应讨论部会资料 2-31。)

◇流行性腮腺炎疫苗（活疫苗）

(1) 起因和病程

流行性腮腺炎是通过飞沫感染、接触感染而传染上腮腺炎病毒，病毒繁殖后会扩散至全身，引起各脏器病变。潜伏期为 2 到 3 周。可能感染周围人的时间为发病前几日到耳下腺、鄂下腺或舌下腺开始肿胀后的 5 天期间。主要症状表现为耳下腺肿胀，形状不明显分布均匀且柔软有痛感。也有颚下腺、舌下腺肿胀的情况，同时可能伴有发烧现象。若是年龄较大的儿童或成年人罹患这种病，临床症状更明显，产

生并发症的概率也更高。在并发症中最多的是无菌性脑膜炎，确诊概率为 1-10%。虽然概率较低，但同时还会伴有脑炎、胰腺炎等。过了青春期的男性可能并发睾丸炎，女性可能并发卵巢炎。尤其需要注意难以治愈的重听并发症。

(2) 疫苗概要

此疫苗是减活腮腺炎病毒的活疫苗。疫苗接种后的抗体阳转率高达 90% 以上，据在日本国内疫情调查结果显示，该疫苗约能达到 80% 的效果。接种疫苗后仍然发病的人群中大部分为较轻症状。（预防接种部会流行性腺腮炎疫苗工作团队报告书）

现在市面上销售的流行性腮腺炎疫苗所产生的不良反应为，约有 1% 的人会出现轻度耳下腺肿胀。据记载，无菌性脑膜炎的不良反应报告频率为每 10 万剂次接种中出现 13.4 例（参阅 2026 年 1 月（第 4 版）附带文献）；虽然频率因年龄而异，但报告显示其发生率均低于 0.1%，处于较低水平 。考虑到因自然感染而产生的无菌性脑膜炎并发症有 1 ～ 10%，同时可能会患上重听并发症，而且一旦患上此病，将长期无法去保育所或学校，由于 3 ～ 6 岁期间发病较多，因此如已接种过麻疹风疹疫苗（MR）第 1 阶段、水痘疫苗第 1 剂次、五联疫苗加强针、小儿用肺炎球菌疫苗加强针等，建议让您孩子在同一时期或尽量在早期至少在高发病年龄的 3 岁之前进行接种。并且，日本小儿科学会为了彻底保障预防效果，建议在麻疹风疹二联疫苗（MR）第 2 阶段的同时期接受第 2 次接种。

［附录 3］预防接种问卷

关于接种问卷的格式，请参考您居住地市町村通知的格式或厚生劳动省主页进行确认。

（预防接种研究中心的主页也有刊登。请参阅二维码。）

本表基于厚生劳动省 2024 年度预防接种后健康状况调查统计报告书，汇总了相对常见的代表性症状的数值。其中既包含了单独接种的情况，也包含了同时接种的情况；关于同时接种后的健康状况详情，请参阅该报告书。

2024 年度预防接种后健康状况调查

* 包括了调查期间内（28 天）的所有发现率。（只有卡介苗的调查期是 4 个月）

预防接种类型*	调查数(人)	所有发烧(%)	其中37.5~38.4℃(%)	其中38.5℃以上(%)	局部反应(%)
DPT-IPV 第 1 阶段基础免疫第 1 剂次 ※1	1	0.0	0.0	0.0	0.0
DPT-IPV 第 1 阶段基础免疫第 2 剂次 ※1	1	0.0	0.0	0.0	0.0
DPT-IPV 第 1 阶段基础免疫第 3 剂次 ※1	6	0.0	0.0	0.0	16.7
DPT-IPV 第 1 阶段注射加强针	408	9.6	3.7	5.9	5.6
DPT-IPV-Hib 第 1 阶段基础免疫第 1 剂次	477	9.2	6.3	2.9	2.7
DPT-IPV-Hib 第 1 阶段基础免疫第 2 剂次	343	10.2	8.2	2.0	8.5
DPT-IPV-Hib 第 1 阶段基础免疫第 3 剂次	306	7.5	5.6	2.0	4.6
DPT-IPV-Hib 第 1 阶段加强	44	20.5	9.1	11.4	4.5
DT 第 2 阶段	592	2.7	1.2	1.5	7.3
MR 第 1 阶段	412	16.7	4.6	12.1	2.2
MR 第 2 阶段	358	4.5	2.0	2.5	1.4
流行性乙型脑炎 第 1 阶段初次第 1 次	343	9.3	3.8	5.5	0.6
流行性乙型脑炎 第 1 阶段初次第 2 次	253	4.7	2.4	2.4	1.6
流行性乙型脑炎 第 1 阶段注射加强针	310	5.2	1.9	3.2	0.6
流行性乙型脑炎 第 2 阶段	319	4.1	1.6	2.5	3.4
Hib 基础免疫第 1 剂次 ※1	16	12.5	12.5	0.0	0.0
Hib 基础免疫第 2 剂次 ※1	13	0.0	0.0	0.0	0.0
Hib 基础免疫第 3 剂次 ※1	12	0.0	0.0	0.0	0.0
Hib 注射加强针	330	13.9	5.2	8.8	3.6
小儿肺炎球菌感染症初次第 1 次	365	12.6	9.3	3.3	7.1
小儿肺炎球菌感染症初次第 2 次	279	13.6	9.7	3.9	7.2
小儿肺炎球菌感染症初次第 3 次	267	10.5	6.7	3.7	9.0
小儿肺炎球菌感染症注射加强针	309	15.9	5.5	10.4	12.9
水痘第 1 次	460	11.7	4.6	7.2	2.6
水痘第 2 次	422	7.8	4.5	3.3	1.7
乙肝初次第 1 次	345	7.2	6.1	1.2	1.7
乙肝初次第 2 次	257	10.5	5.8	4.7	8.9
乙肝初次第 3 次	339	3.8	1.2	2.7	3.5

※1　自2024年4月起常规接种使用 DPT-IPV-Hib，因此回复数量显著减少。

预防接种类型*	调查数(人)	所有发烧(%)	其中37.5~38.4℃(%)	其中38.5℃以上(%)	腹泻(%)
轮状病毒初次第 1 次	563	7.8	5.0	2.8	3.9
轮状病毒初次第 2 次	389	7.2	4.6	2.6	4.4
轮状病毒初次第 3 次	106	5.7	2.8	2.8	8.5

预防接种类型	调查数(人)	淋巴结肿大(%)	局部浸润(%)	所有症状 合计(%)
卡介苗	759	0.0	0.0	0.0

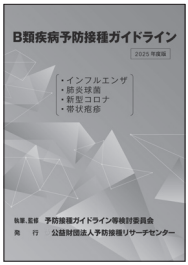
预防接种类型*	调查数(人)	局部反应(%)	全身倦怠感(%)	头痛(%)	所有症状 合计(%)
HPV 第 1 次	435	5.3	2.8	3.2	9.7
HPV 第 2 次	547	3.1	2.4	2.6	6.9
HPV 第 3 次	179	3.4	2.8	1.7	6.1

参考图书(详情请浏览https://www.yoboseshu-rc.com/publics/index/7。)

1 《预防接种指南》

2026年3月修订版(A5纸)
为使一线医务工作者安心正确地接种疫苗,对有关预防接种的医学及规则等知识进行了概述。

2 《B类疾病预防接种指南》

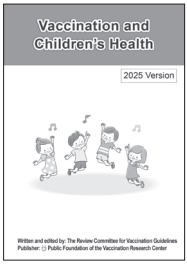


2025年度版(A5纸)
关于流感、老年人肺炎球菌感染症、新冠感染症和带状疱疹的常规预防接种,就其医学及规则等知识进行了概述。

3 《预防接种必携》

2025年度(A4纸)
本书是为了有助于实施接种的医生及地方政府的预防接种相关人员的业务而编辑的。

4 外文版《预防接种与儿童健康》



2025年3月修订版
本书是面向监护人编写的有关预防接种的正确知识,现已将《预防接种与儿童健康》和《接种问卷》译成下列语言,并在官网上公开,有需要者可下载浏览。
https://www.yoboseshu-rc.com/publics/index/8/
本手册译成10种语言
英语、中文、韩语、越南语、西班牙语、葡萄牙语、泰语、印尼语、菲律宾他加禄语、尼泊尔语
仅将接种问卷译成7种语言
阿拉伯语、意大利语、德语、法语、蒙古语、俄语、乌克兰语

5 “亲子共学预防接种知识”

本书汇总了面向儿童的漫画讲解及面向家长的指南,所载内容更加便于理解预防接种相关知识。

预防接种指南编审委员会成员

	姓 名	机 构、职 务
	矶部 哲	庆应义塾大学法务研究科　教授
○	冈田贤司	福冈看护大学　客座教授 福冈齿科大学医科齿科综合医院预防接种中心 主任
◎	冈部信彦	川崎市健康安全研究所　干事
	神谷 元	三重大学大学院医学系研究科公共卫生 / 产业医学 / 实践流行病学领域　教授
	笹本洋一	公益社团法人　日本医师会　常务理事
	高梨彩（音）	国立健康危机管理研究机构　国立感染症研究所 预防接种研究部 第一室长
	多屋 馨子	神奈川县卫生研究所　所长
	德永 修	国立医院机构南京都病院　小儿科　院长
	中山 久仁子	医疗法人 MEFA 仁爱会我的家庭诊所蒲郡　理事长兼院长
	细矢光亮	福岛县立医科大学周产期 / 小儿地区医疗支持讲座　教授
	南砂	读卖新闻东京总公司　常务董事调查研究主管
	横田 俊一郎	一般社团法人　小田原医师会 顾问 横田儿科医院　院长
	渡边 博	帝京大学老人保健中心　设施负责人

◎：委员长、○：副委员长　　（50 音图顺序 / 省略敬称）

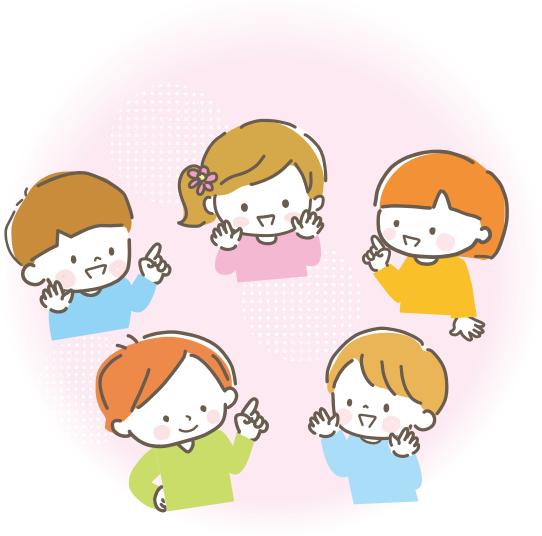
截至 2026年 3月

公益财团法人预防接种研究中心

〒 103-0011　东京都中央区日本桥大传马町 14-1

电话（03）6206-2113　传真（03）5643-8300

https://www.yoboseshu-rc.com

（1994 年 9 月第 1 版发行）
（1995 年改编第 1 版第 1 次印刷）
（1998 年改编第 1 版第 4 次印刷）
（2002 年改编第 1 版第 5 次印刷）
（2003 年 11 月修订版）
（2005 年改编）
（2006 年 3 月修订版）
（2007 年 3 月修订版）
（2008 年 3 月修订版）
（2009 年 3 月修订版）
（2010 年 3 月修订版）
（2011 年 3 月修订版）
（2012 年 3 月修订版）
（2013 年 4 月修订版）
（2014 年 4 月修订版）
（2015 年 4 月修订版）
（2016 年 4 月修订版）
（2017 年 4 月修订版）
（2018 年 3 月修订版）
（2019 年 3 月修订版）
（2020 年 3 月修订版）
（2021 年 3 月修订版）
（2022 年 3 月修订版）
（2023 年 3 月修订版）
（2024 年 3 月修订版）
（2025 年 3 月修订版）
（2026 年 3 月修订版）

法律禁止未经许可进行复制、转载。