

予防接種 Update

2026年7月6日(月)

中野貴司
川崎医科大学 小児科学

2026年4月～ の変更事項

令和 8 年度からの定期接種について

令和8年度からの定期接種について

- ▶ 小児のRSウイルス感染症：定期A類疾病に追加（2026年4月～）
 - ※ 組換えRSウイルスワクチン（母子免疫ワクチン）
 - ※ 妊娠28週から37週に至るまでの者が対象（妊娠28週0日～36週6日）
- ▶ ヒトパピローマウイルスワクチン：使用ワクチンを一部除外（2026年4月～）
 - ※ 定期接種に用いるのは9価ワクチンのみとする
 - ※ 2価と4価のワクチンは定期接種ワクチンから除く
- ▶ 高齢者の肺炎球菌感染症：使用ワクチンを変更（2026年4月～）
 - ※ 23価ポリサッカライドワクチン⇒20価結合型ワクチンに変更
 - ※ 65歳の者が対象（現行どおり）
- ▶ 高齢者インフルエンザ：高用量ワクチンの使用開始（2026年10月～）
 - ※ 現行のHAワクチンに加えて、高用量HAワクチンの使用を可とする
 - ※ 高用量HAワクチンは75歳以上の者が対象

小児におけるRSウイルス感染症の予防

令和 8 年度からの定期接種について （１）

RSウイルス感染症

乳幼児期

学童期

青年期

妊娠期

成人・高齢期

下気道感染症

反復性喘鳴

気管支喘息やCOPDの増悪

増悪性呼吸器疾患

上気道感染症

RSウイルス感染症

病原体特異的な治療薬はなく
予防が大切

- ➡ 潜伏期間は2～8日（4～6日が多い）
- ➡ ウイルス排出期間は通常3～8日間（早期乳児や免疫不全宿主ではより長い）
- ➡ 乳児の初感染は20～30%が下気道疾患（細気管支炎/肺炎）
- ➡ 乳児の1～3%は下気道疾患により入院（大多数は6か月未満児）
- ➡ 早産児、心肺疾患や免疫不全などの基礎疾患があると重症化
- ➡ 2回目以降の再感染ではより軽症化
- ➡ 年長児や成人では軽症や無症状感染者も多い

RSウイルス感染症の予防ワクチン

製造販売元	グラクソ・スミスクライン	ファイザー
一般名	組換えRSウイルスワクチン	組換えRSウイルスワクチン
有効成分	CHO細胞*で産生されたRSV膜融合前型立体構造保持の融合タンパク質(PreF3)抗原	CHO細胞*で産生されたRSV-AとRSV-Bの融合前Fタンパク質抗原
アジュバント	AS01 _E	含有せず
対象	・60歳以上の者 ・18歳以上の重症化ハイリスク者	・24～36週の妊婦 (28～36週が望ましい) ・60歳以上の者
用法・用量	0.5mLを筋注	0.5mLを筋注

*CHO細胞：チャイニーズハムスター卵巣細胞

(薬剤電子添文より演者作成)

組換えRSウイルスワクチン（通常、60歳以上が対象）

製造販売元	グラクソ・スミスクライン（株）
一般名	組換えRSウイルスワクチン
販売名	アレックスビー筋注用 AREXVY intramuscular injection
有効成分	CHO細胞*で産生されたRSVの膜融合前型立体構造を保持した融合タンパク質 (PreF3)抗原120μg
アジュバント	AS01 _E
対象	・60歳以上の者 ・18歳以上の重症化ハイリスク者
効能・効果	RSウイルスによる感染症の予防
用法・用量	0.5mLを筋注

*CHO細胞：チャイニーズハムスター卵巣細胞

(2) 製剤の外観及び性状

販売名	アレックスビー筋注用 抗原製剤	アレックスビー筋注用 専用溶解用液
剤形・性状	白色の凍結乾燥注射剤 抗原製剤を専用溶解用液で溶解したとき、 乳白光を呈する無色～微褐色の液	乳白光を呈する無色～微褐色の液
外観	バイアル 	バイアル 

（医薬品インタビューフォームより）

妊婦には接種しません！

組換えRSウイルスワクチン【① 母子免疫 ・ ② 60歳以上）

製造販売元	ファイザー（株）
一般名	組換えRSウイルスワクチン
販売名	アブリスボ筋注用 ABRYSVO intramuscular injection
有効成分	CHO細胞*で産生されたRSVサブグループAとRSVサブグループBの融合前Fタンパク質抗原（60+60=120μg）
アジュバント	含有せず
対象	1) 24～36週の妊婦 （28～36週が望ましい） 2) 60歳以上の者
効能・効果	1) 新生児/乳児におけるRSウイルスによる下気道疾患の予防 2) RSウイルスによる感染症の予防
用法・用量	0.5mLを筋注

*CHO細胞：チャイニーズハムスター卵巣細胞

（薬剤電子添文より）

（2）製剤の外観及び性状

販売名	アブリスボ筋注用 抗原製剤	アブリスボ筋注用 専用溶解用液
外観		
性状	白色の塊 抗原製剤を専用溶解用液で溶解したとき、無色透明の液	無色透明の液

（医薬品インタビューフォームより）

**妊婦に接種する
母子免疫ワクチンです**

表 21 2 回目の中間解析時点における RSV を原因とする MA-LRTI 確定例に基づく VE (主要解析結果)
(C3671008 試験、評価可能有効性集団)

	本剤群 N=3495	プラセボ群 N=3480	VE [CI ^{a)}] (%)
	n (%)	n (%)	
生後 90 日以内	24 (0.7)	56 (1.6)	57.1 [14.7, 79.8]
生後 120 日以内	35 (1.0)	81 (2.3)	56.8 [31.2, 73.5] ^{b)}
生後 150 日以内	47 (1.3)	99 (2.8)	52.5 [28.7, 68.9] ^{b)}
生後 180 日以内	57 (1.6)	117 (3.4)	51.3 [29.4, 66.8] ^{b)}

N : 解析対象例数、n : 確定例数

a) CI は、90 日以内は両側 99.5%、それ以降は両側 97.58%。生後 90 日時点の中間解析の有意水準は Lan-DeMets 法による O'Brien-Fleming 型の α 消費関数を用いて設定され、Bonferroni の調整により 2 つの主要評価項目に対して有意水準を分配した (各主要評価項目の有意水準は 0.005)。生後 90 日時点で試験の成功基準を満たさなかったため、生後 120 日時点以降については事後解析として評価時点の多重性を調整せず最終解析の有意水準を名目上の有意水準として適用し、2 回目の中間解析時点に残っている有意水準 0.0483 を Bonferroni の調整により 2 つの評価項目に分配した (各主要評価項目の有意水準は 0.0242)。

b) 事後解析結果

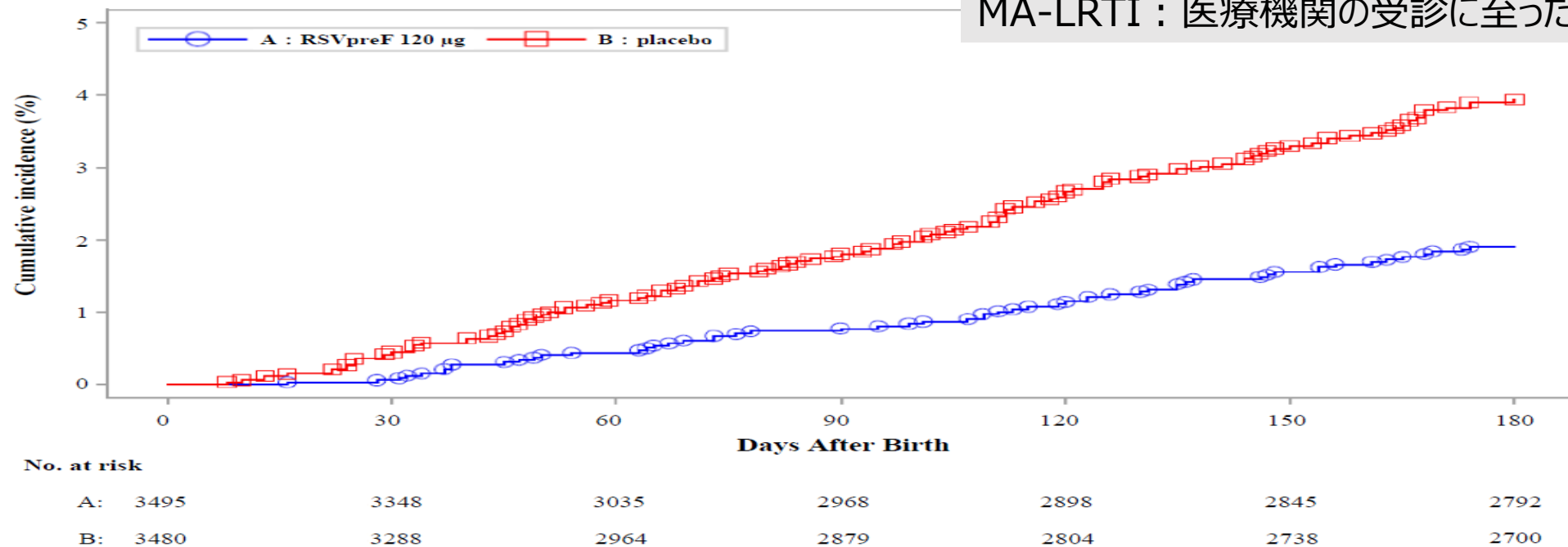


図 1 2 回目の中間解析時点における RSV を原因とする MA-LRTI 確定例の累積発現率 (C3671008 試験、評価可能有効性集団)
RSVpreF 120 µg : 本剤群、Placebo : プラセボ群

有効性

表2 妊婦への能動免疫による乳児参加者における生後6ヵ月までのRSV
を原因とする高度のMA-LRTIに対するVE

評価時点	本剤群（例） 解析対象例数 3495	プラセボ群（例） 解析対象例数 3480	VE（%） （信頼区間） ^{a)}
生後90日	6	33	81.8（40.6, 96.3）
生後120日	12	46	73.9（45.6, 88.8）
生後150日	16	55	70.9（44.5, 85.9）
生後180日	19	62	69.4（44.3, 84.1）

a) 中間解析の実施及び2つの主要評価項目の設定による評価の多重性を考慮し、生後90日時点では両側99.5%信頼区間、それ以降の評価時点では両側97.58%信頼区間を示した。

RSVを原因とする高度の
MA-LRTI
に対するVaccine Efficacy

表3 妊婦への能動免疫による乳児参加者における生後12ヵ月までのRSVを
原因とするMA-LRTIに対するVE

評価時点	本剤群（例） 解析対象例数 3495	プラセボ群（例） 解析対象例数 3480	VE（%） （99.17%信頼区間）
生後210日	70	127	44.9（17.9, 63.5）
生後240日	76	133	42.9（16.1, 61.6）
生後270日	82	137	40.1（13.0, 59.2）
生後360日	92	156	41.0（16.2, 58.9）

生後12か月までのRSVを原因
とするMA-LRTI
に対するVaccine Efficacy

有効性

MA-LRTI：医療機関の受診に至った下気道疾患

（薬剤電子添文より）

表6 母親参加者より電子日誌に報告された注射部位反応及び全身性の事象の発現状況

	発現例数（発現割合 [%]）	
	本剤群 （評価例数：3663）	プラセボ群 （評価例数：3639）
注射部位疼痛 ^{a)}	1488 （40.6）	369 （10.1）
注射部位紅斑 ^{a)}	264 （7.2）	8 （0.2）
注射部位腫脹 ^{a)}	227 （6.2）	8 （0.2）
38℃以上の発熱	94 （2.6）	107 （2.9） ^{b)}
疲労	1688 （46.1）	1594 （43.8）
頭痛 ^{a)}	1134 （31.0）	1004 （27.6）
悪心	732 （20.0）	700 （19.2）
筋肉痛 ^{a)}	972 （26.5）	623 （17.1）
関節痛	424 （11.6）	382 （10.5）
嘔吐	287 （7.8）	254 （7.0）
下痢	412 （11.2）	417 （11.5）

a) 副反応として特定された事象

b) 評価例数：3638

接種後の有害事象

（薬剤電子添文より）

5. 効能又は効果に関連する注意

〈妊婦への能動免疫による新生児及び乳児におけるRSウイルスを原因とする下気道疾患の予防〉

- 5.1 本剤の臨床試験において生後6ヵ月までの有効性が検証されている。
生後6ヵ月以降の有効性は確立していない。
- 5.2 本剤の接種後14日以内に出生した乳児における有効性は確立していない。
本剤の有効性は妊婦への能動免疫により産生された抗体が胎児に移行することにより得られることから、本剤の接種後14日以内に出生した乳児においては、胎児への抗体の移行が十分でない可能性がある。

RSウイルス母子免疫ワクチンの定期接種化

対象者

- 妊娠28週から37週に至るまでの者
(すなわち、妊娠28週0日～36週6日の妊婦)

使用ワクチン

- 組換えRSウイルスワクチン
(ただし、妊婦への能動免疫により出生した児のRSウイルス感染の予防に寄与するワクチンに限る)

開始時期

- 2026年4月1日

その他の事項

- 接種に際しては母子健康手帳の提示を求める
- 妊娠高血圧症候群の発症リスクが高いと考えられるものは「接種要注意者」

RSウイルス感染症を予防する

抗体製剤の定期接種化に向けての検討

RSウイルス感染症の予防（重篤な下気道疾患の発症抑制を含む）

ワクチン

*CHO細胞：チャイニーズハムスター卵巣細胞

製造販売元	グラクソ・スミスクライン	ファイザー
一般名	組換えRSウイルスワクチン	組換えRSウイルスワクチン
有効成分	CHO細胞*で産生のRSV膜融合前型立体構造保持の融合タンパク質(PreF3)抗原	CHO細胞*で産生のRSV-AとRSV-Bの融合前Fタンパク質抗原
アジュバント	AS01 _E	含有せず
対象	・60歳以上の者 ・18歳以上の重症化ハイリスク者	・ 24～36週の妊婦（28～36週が望ましい） ・60歳以上の者

抗体製剤

RSウイルスRNAワクチン（モデルナ・ジャパン）
2025年5月19日薬事承認

製造販売元	アストラゼネカ	アストラゼネカ/サノフィ
薬効分類	抗RSV抗体製剤	抗RSV抗体製剤（長期間作用型）
有効成分	パリビズマブ	ニルセビマブ
効能・効果の対象	早産児、BPD、心疾患、免疫不全、ダウン症候群 肺低形成、気道狭窄、先天性食道閉鎖症など	早産児、BPD、心疾患、免疫不全、ダウン症候群 健常児も含めたRSV下気道疾患の予防
用法・用量	15mg/kgを流行期に月1回	単回・50mg(<5kg), 100mg(5kg≤), 200mg

G7諸国における健常小児に対するRSV感染症予防の現状（2026年4月～）

国	健常児へのニルセビマブ	母子免疫ワクチン（在胎週数など）
米国	8か月未満児に推奨	推奨（32-36週）
英国	公的費用負担なし	推奨（28-36週）
フランス	8か月未満児に推奨	推奨（32-36週）
カナダ	8か月未満児に推奨	オンタリオ州のみ推奨（32-36週）
イタリア	いくつかの州でAll infantsに推奨	推奨（24-36週）
ドイツ	All infantsに推奨	Private marketのみ（24-36週）
日本	国としての公的な費用負担制度なし	定期A類接種（妊娠28週0日-36週6日）

（各国の保健当局ウェブサイトなどから演者作成）

予防接種法の一部を改正する法律案の概要

改正の趣旨

近年における医薬品技術の高度化を踏まえ、ワクチンと同程度に疾病の予防に有効であることが確認されている医薬品を予防接種法に基づく予防接種に用いることができることとする。

改正の概要

○ 予防接種に用いる医薬品の範囲の見直し

- ・ ワクチン（※）と同様に使用により免疫の効果の獲得が期待される抗体製剤についても予防接種に用いることができるよう、予防接種に用いる医薬品の範囲について必要な見直しを行う。
- ※ 現行の予防接種法において、予防接種とは「疾病に対して免疫の効果を得させるため、疾病の予防に有効であることが確認されているワクチンを、人体に注射し、又は接種すること」とされているため、ワクチン以外の医薬品を同法上の予防接種とはできない。
- ・ 具体的には、本改正により、今後、審議会において、既に薬事承認を得ているRSウイルス感染抗体製剤の定期接種化に係る議論が可能となり、そこで認められた場合には、政省令の必要な改正により、RSウイルス感染症の予防接種について、母子免疫ワクチンに加え、抗体製剤を用いることになる。

施行期日

公布の日から起算して6月を超えない範囲内において政令で定める日

▶ PDF 参照条文 [4.2MB]

照会先

健康・生活衛生局感染症対策部予防接種課（内線8907）

検索

統計情報・白書

所管の法

2
7
(略)

(新設)
(新設)

(定義)
第二条 この法律において「予防接種」とは、疾病に対して免疫の効果を得させるため、疾病の予防に有効であることが確認されているワクチンを、人体に注射し、又は接種することをいう。

現

行

(傍線部分は改正部分)

改
正
案

○ 予防接種法（昭和二十三年法律第六十八号）（抄）（本則関係）

(定義)

第二条 この法律において「予防接種」とは、疾病に対して免疫の効果を得させるため、疾病の予防に有効であることが確認されている特定医薬品（次に掲げる医薬品（医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和三十五年法律第百四十五号）第二条第一項に規定する医薬品をいう。第二号において同じ。）をいう。以下同じ。）を、人体に注射し、又は接種することをいう。

一 ワクチン
二 単クローン抗体を有効成分として含有し、かつ、ワクチンと同程度にその効果が長期間にわたる医薬品

2
7
(略)



ヒトパピローマウイルスワクチン

令和 8 年度からの定期接種について （2）

HPVワクチンに関するこれまでの経緯

- ▶ 2010年11月26日～2013年3月31日 補正予算により子宮頸がん等ワクチン接種緊急促進事業（基金）を実施
- ▶ 2013年4月1日 予防接種法改正により、HPVワクチンの定期接種を開始

接種した児において、疼痛や運動障害を中心とした多様な症状が報告され、マスコミでも報道

- ▶ 2013年6月14日 厚労省審議会で、**積極的勧奨差し控え**（健康局長通知）“ワクチンとの因果関係を否定できない持続的な疼痛の発生頻度等がより明らかになり、国民に適切な情報提供ができるまでの間、定期接種を積極的に勧奨すべきではない”

①HPVワクチンのリスク（安全性）とベネフィット（有効性）

②接種後の症状で苦しんでいる方に寄り添った支援をどう進めていくのか

③ワクチンの安全性と有効性に関する情報提供をどう進めていくのか などを審議会で検討

- ▶ 2022年4月1日 **積極的勧奨再開** と キャッチアップ接種（2025/3まで3年間）開始

- ▶ 2023年4月1日 9価HPVワクチンを定期接種に用いるワクチンとして位置付け

- ▶ 2025年4月1日 キャッチアップ接種の経過措置（1年間）を開始

- ▶ 2026年4月1日 2価＆4価ワクチンを定期接種に用いるワクチンから除外→9価のみを使用

HPVワクチンによる子宮頸がんの予防

子宮頸がん について

- ▶ 日本で年間約1.1万人が罹患、約2,900人が死亡
- ▶ 患者は20代から増え始め、40代が最多
- ▶ HPV持続感染により、数年～数十年かけて前がん病変から浸潤がんになる

HPVワクチン について

- ▶ 2価・4価は原因となるHPVの約6～7割を、9価は約8～9割を予防
- ▶ 予防接種法に基づく対象者は、小学校6年～高校1年相当の女子
- ▶ 標準的な接種時期は、中学1年

海外の状況

- ▶ WHOはワクチンの接種を推奨
- ▶ 米・英・独・仏などの先進諸国において公的接種に位置付けられている

わが国で使用されるHPVワクチン（2026年2月現在）

価数	有効成分として含有される HPV遺伝子型	アジュバント	一般名	販売名	製造販売メーカー
9価	6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58型	アルミニウムヒドロキシ ホスフェイト硫酸塩 （アルミニウムとし て） 500μg	組換え沈降9価ヒトパピ ローマウイルス様粒子ワク チン（酵母由来）	シルガード9水性 懸濁筋注シリン ジ	MSD
4価	6, 11, 16, 18型	アルミニウムヒドロキシ ホスフェイト硫酸塩 （アルミニウムとし て） 225μg	組換え沈降4価ヒトパピ ローマウイルス様粒子ワク チン（酵母由来）	ガーダシル水性 懸濁筋注シリン ジ	MSD
2価	16, 18型	AS04アジュバント複 合体*	組換え沈降2価ヒトパピ ローマウイルス様粒子ワク チン（イラクサギンウワバ細 胞由来）	サーバリックス	グラクソ・スミス クライン

* AS04アジュバント複合体：グラム陰性菌 *Salmonella minnesota* R595株のリポ多糖の非毒性型誘導体である3-脱アシル化-4'-モノ
ホスホリルリピッドA（MPL）と水酸化アルミニウムからなる

（各薬剤の電子添文から演者作成）

(参考) 日本人女性の子宮頸がんにおけるHPV型分布について

- 9価ヒトパピローマウイルス（HPV）ワクチンファクトシートにおいて、日本人女性の子宮頸がんにおけるHPV型分布について以下のとおり報告されている。

日本人女性の子宮頸がんにおけるHPV型分布について

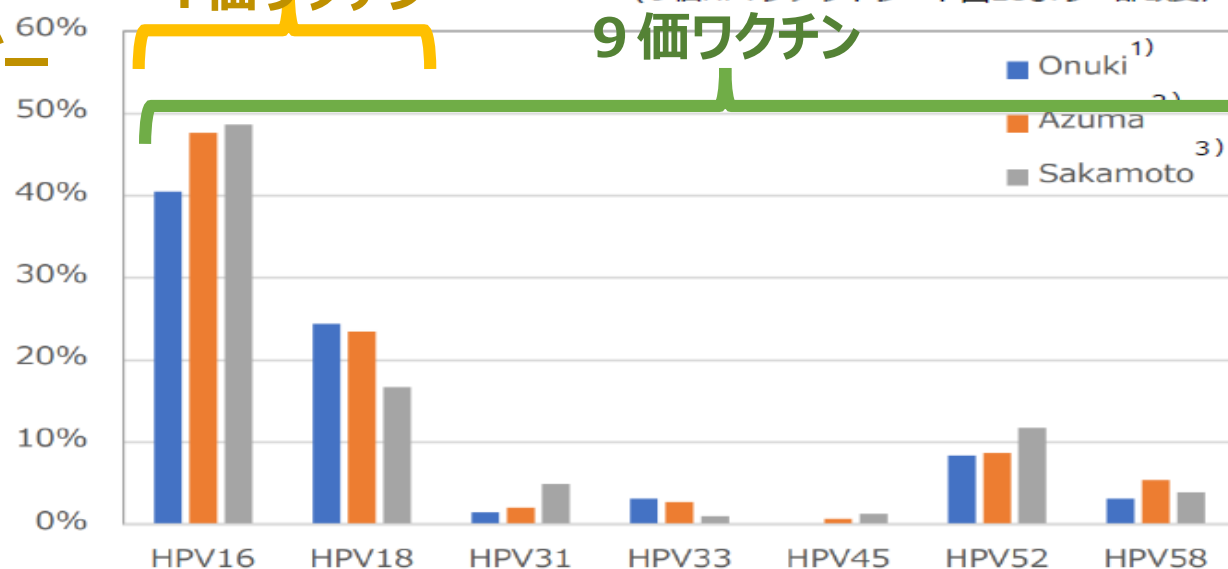
- 9価ヒトパピローマウイルス（HPV）ワクチンファクトシートにおいて引用されている3つの論文における、日本人女性の子宮頸がんにおけるHPV遺伝子型の分布は、HPV16, 18型の合計がそれぞれ、64.9%¹⁾, 71.2%²⁾, 65.4%³⁾であり、HPV16, 18, 31, 33, 45, 52, 58型の合計がそれぞれ、81.0%¹⁾, 90.7%²⁾, 88.3%³⁾であった。

4価ワクチン

64.9～71.2%をカバー

日本人女性の子宮頸がんにおけるHPV 遺伝子型の分布

(9価HPVファクトシート図18より一部改変)



9価ワクチン

81.0～90.7%をカバー

1) Onuki, M., et al. (2009). Human papillomavirus infections among Japanese women: age-related prevalence and type-specific risk for cervical cancer. Cancer Sci 100(7): 1312-1316.

2) Azuma, Y., et al. (2014). Human papillomavirus genotype distribution in cervical intraepithelial neoplasia grade 2/3 and invasive cervical cancer in Japanese women. Jpn J Clin Oncol 44(10): 910-917.

3) Sakamoto, J., et al. (2018). Single type infection of human papillomavirus as a cause for 1724 high-grade cervical intraepithelial neoplasia and invasive cancer in Japan. Papillomavirus Res 1725 6: 46-51

HPVワクチンの年齢別累積初回接種率

令和7年7月25日時点

- 各年度の接種実績を踏まえた、生まれ年度ごとの累積初回接種率（推計）は以下の通り。
 - キャッチアップ接種対象者のうち、緊急促進事業の対象外であった世代※1の累積初回接種率は、40～55%程度まで増加した。
 - 定期接種の対象の最終学年※2の累積初回接種率は、令和6年度末では54.9%まで増加した。
- また、定期接種において、標準的接種期間に初回接種する方の割合が増加傾向にある。

※1：2000年度～2007年度生まれ ※2：2008年度生まれ

生まれ年度	2024年度内に達する年齢	2010年度	2011年度	2012年度	2013年度	2014年度	2015年度	2016年度	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	累積	生まれ年度(再掲)
1994	30	29.7%	23.7%														53.3%	1994
1995	29	11.1%	62.3%	1.0%													74.4%	1995
1996	28	11.9%	59.6%	6.7%													78.3%	1996
1997	27	10.3%	59.2%	9.0%	1.0%									2.0%	1.5%	4.6%	87.6%	1997
1998	26	0.7%	64.9%	12.1%	0.7%	0.0%								2.7%	2.0%	5.0%	88.3%	1998
1999	25		1.2%	64.7%	2.3%	0.1%	0.0%							2.4%	2.3%	7.7%	80.7%	1999
2000	24			1.2%	12.3%	0.2%	0.2%	0.1%						7.5%	5.7%	22.3%	49.5%	2000
2001	23				0.9%	0.3%	0.1%	0.1%	0.2%					8.0%	8.2%	24.5%	42.2%	2001
2002	22					0.0%	0.2%	0.0%	0.1%	0.5%				9.4%	9.1%	26.0%	45.4%	2002
2003	21						0.0%	0.1%	0.1%	0.3%	1.2%			9.5%	9.0%	25.1%	45.3%	2003
2004	20							0.0%	0.1%	0.1%	0.7%	9.2%		9.5%	8.8%	22.9%	51.4%	2004
2005	19								0.0%	0.3%	0.4%	2.8%	20.3%	4.8%	6.2%	19.1%	53.9%	2005
2006	18									0.1%	0.7%	1.2%	7.0%	16.0%	7.1%	19.6%	51.8%	2006
2007	17										0.2%	2.0%	4.5%	10.7%	14.3%	21.3%	53.0%	2007
2008	16											0.6%	4.6%	6.6%	19.6%	23.5%	54.9%	2008
2009	15												1.8%	8.6%	10.3%	22.8%	43.5%	2009
2010	14													2.4%	14.3%	10.9%	27.6%	2010
2011	13														5.0%	19.6%	24.6%	2011
2012	12															6.7%	6.7%	2012

・緊急促進事業対象世代の接種率は、80%程度

・緊急促進事業対象外の世代の接種率は、
キャッチアップにより40～55%程度まで増加

出典：令和5年度以前は地域保健・健康増進事業報告（地域保健編）市区町村編「定期の予防接種被接種者数」、令和6年度数値は予防接種課調べ（速報値・令和6年度については一部の自治体を除く）より
大阪大学上田豊先生ご協力のもと作成。

	定期接種対象者
	キャッチアップ世代
	標準的接種期間
	緊急促進事業

・2024年度末の定期接種対象最終学年の
初回接種率は54.9%

高齢者に対する肺炎球菌ワクチン

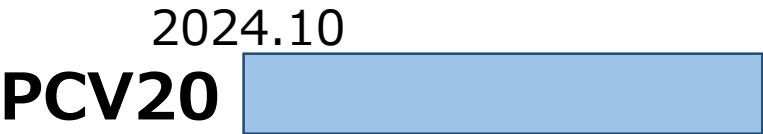
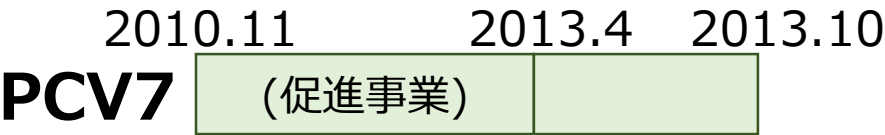
令和 8 年度からの定期接種について (3)

高齢者に対する肺炎球菌ワクチンのこれまでの経緯

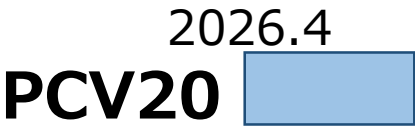
年. 月	出来事
1988. 3	23価莢膜ポリサッカライドワクチン（PPSV23）が薬事承認
2012. 5	予防接種部会（当時）による第2次提言「PPSV23の広い接種促進が望ましい」
2014. 6	13価結合型ワクチン（PCV13）の適応が高齢者に拡大
2014.10	定期B類疾病への追加＆経過措置を開始（使用ワクチンはPPSV23）
2022. 9	15価結合型ワクチン（PCV15）の高齢者に対する使用が薬事承認
2022.12	ワクチン評価小委員会において高齢者でのPCVの使用について検討を開始
2023. 8	20価結合型ワクチン（PCV20）の適応が高齢者に拡大
2025. 7	定期接種ワクチンをPPSV23からPCV20に変更することが妥当と結論（小委員会）
2025. 8	21価結合型ワクチン（PCV21）の高齢者に対する使用が薬事承認
2025.10	PCV20を定期接種で用いるワクチンに位置付け（基本方針部会） 65歳を超える者について、70歳で接種機会を設けることを軸に、あらためて検討する
2025.12	PCV20を用いた定期接種を2026.4から開始。経過措置なし（基本方針部会）

定期接種で使用する肺炎球菌ワクチン

小児



高齢者



成人・高齢者に使用可能な肺炎球菌ワクチン

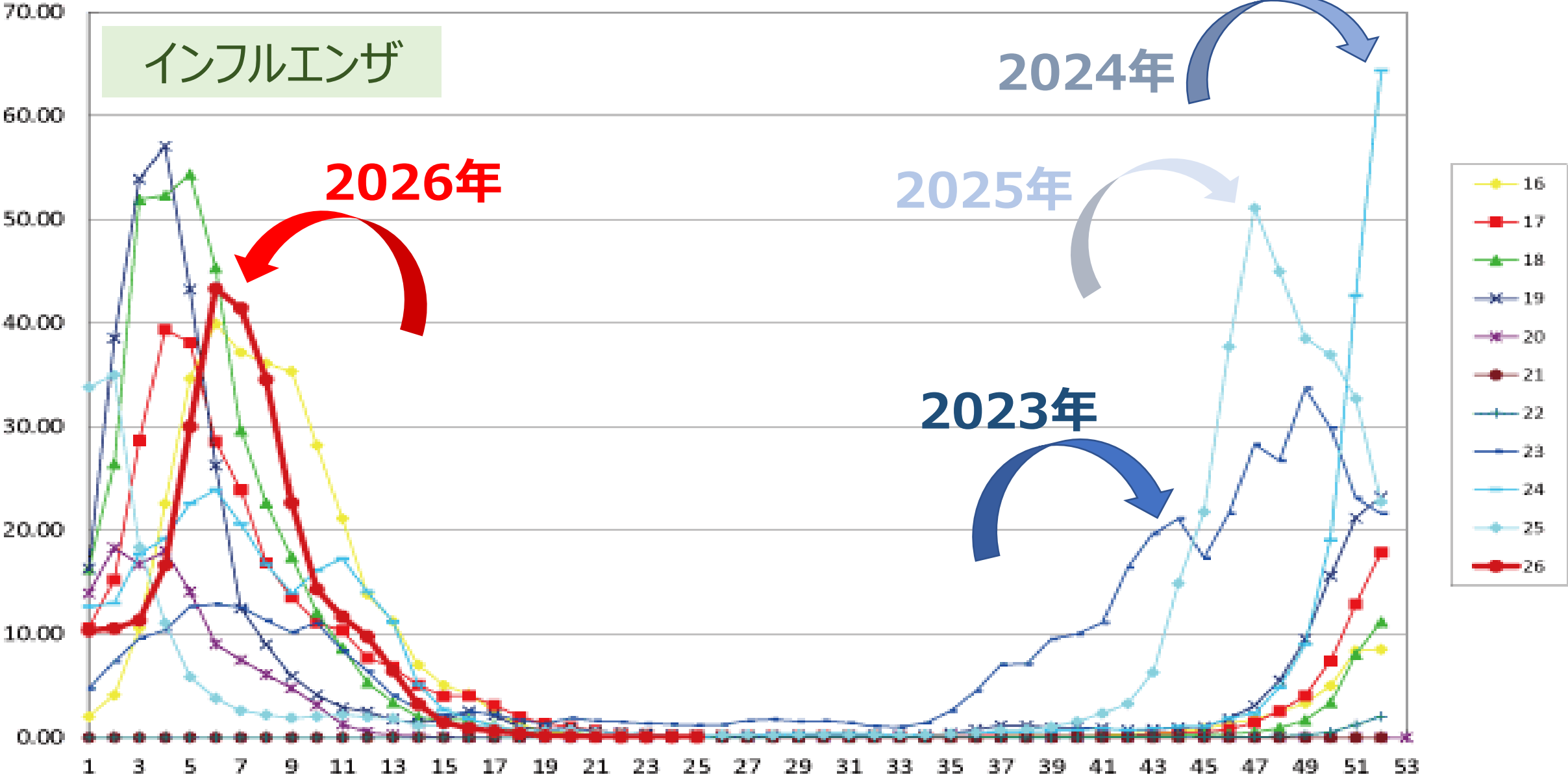
ワクチンの種類	有効成分として含有される肺炎球菌の莢膜血清型	成人・高齢者に対する薬事承認	定期接種（高齢者）	製造販売メーカー
PPSV23	1, 2, 3, 4, 5, 6B, 7F, 8, 9N, 9V, 10A, 11A, 12F, 14, 15B, 17F, 18C, 19A, 19F, 20A, 22F, 23F, 33F 型	1988. 3	2014.10～ 2026.3	MSD
PCV15	1, 3, 4, 5, 6A, 6B, 7F, 9V, 14, 18C, 19A, 19F, 22F, 23F, 33F 型	2022. 9	使用せず	MSD
PCV20	1, 3, 4, 5, 6A, 6B, 7F, 8, 9V, 10A, 11A, 12F, 14, 15B, 18C, 19A, 19F, 22F, 23F, 33F 型	2023. 8	2026. 4～	ファイザー
PCV21	3, 6A, 7F, 8, 9N, 10A, 11A, 12F, 15A, 15B, 15C, 16F, 17F, 19A, 20A, 22F, 23A, 23B, 24F, 31, 33F, 35B 型	2025. 8	使用せず	MSD

高用量インフルエンザワクチン

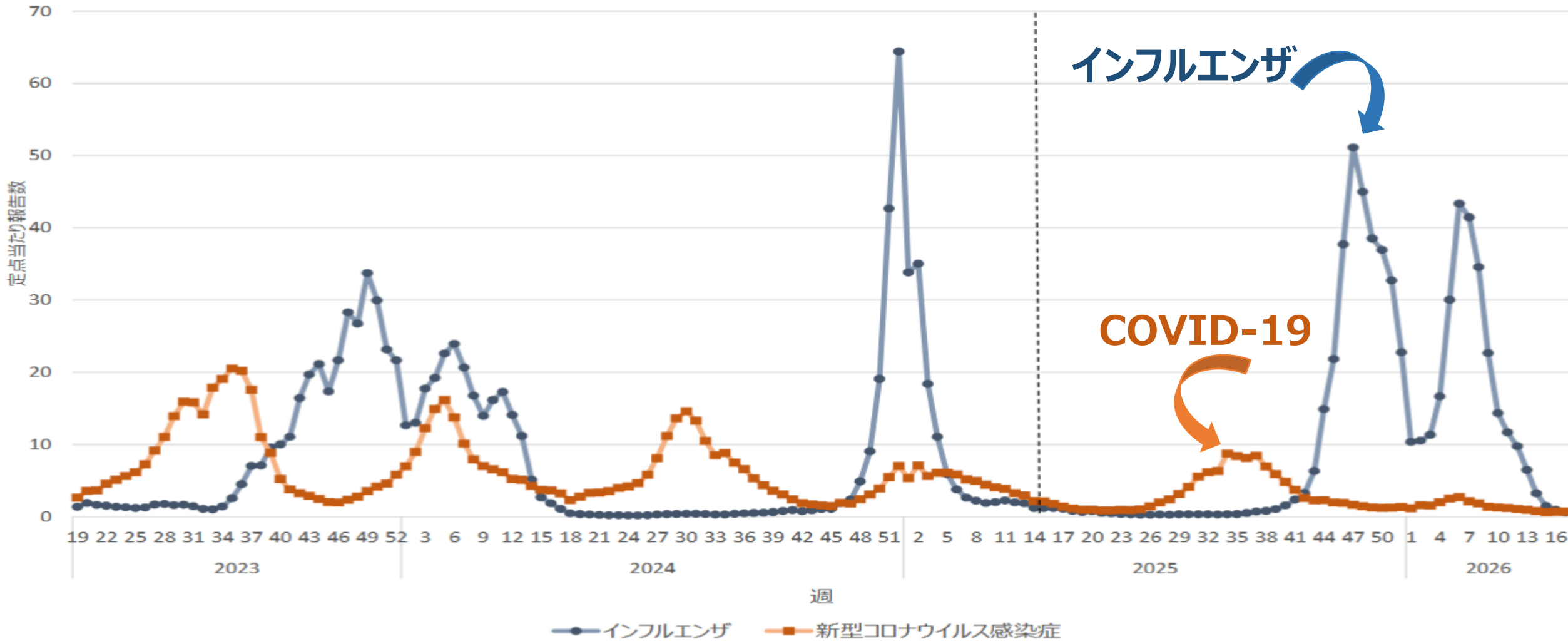
令和 8 年度からの定期接種について （４）

＊ 2～18歳子どもたちには、2シーズン前から経鼻弱毒生インフルエンザワクチンも任意接種で使われています

感染症発生動向調査 過去10年間との比較グラフ（週報；2026/7/3更新）



インフルエンザ・新型コロナウイルス感染症の 定点当たり報告数の推移（全国；2023年第19週以降）

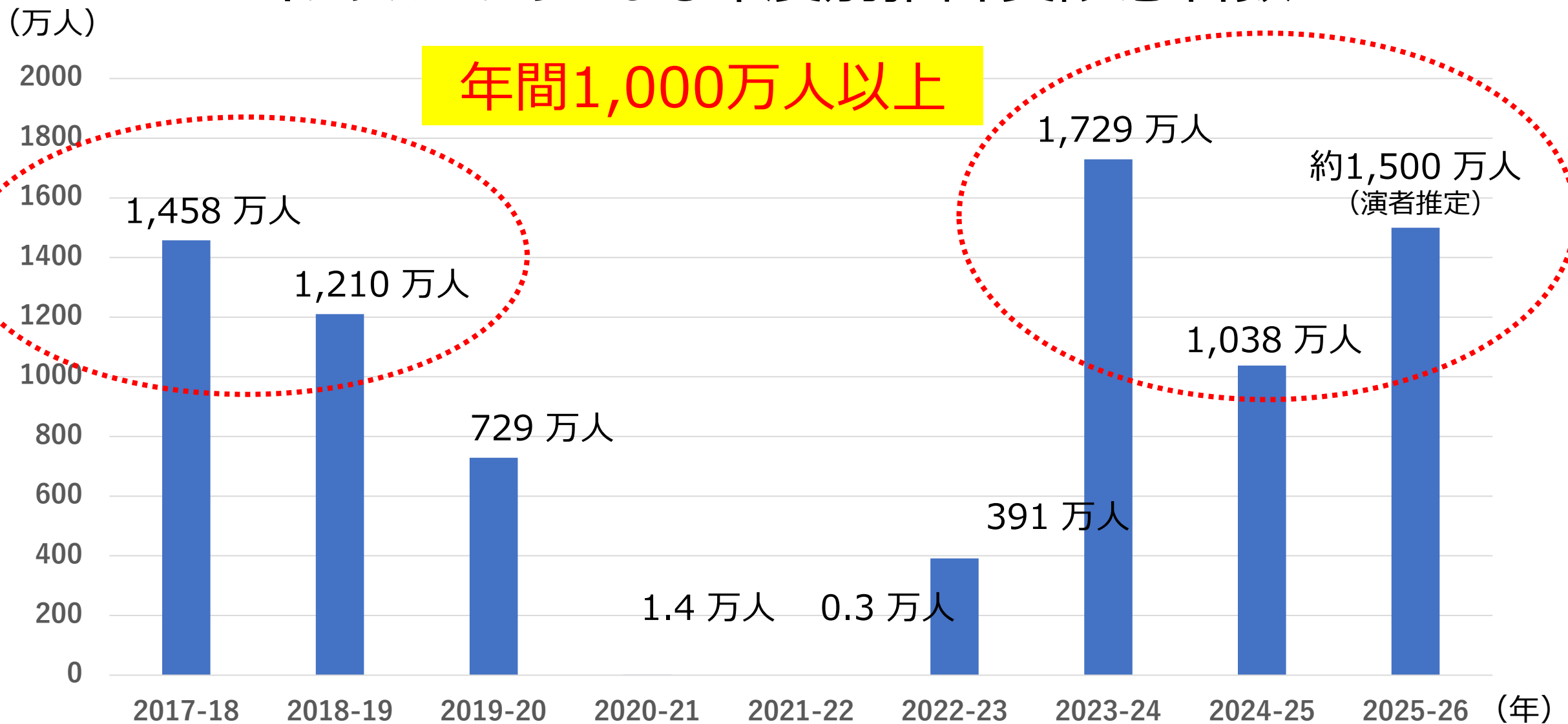


※2025年第15週（4月7日～13日）以降の数値は、急性呼吸器感染症サーベイランス開始による
定点医療機関設置基準の変更に伴い定点数に変更されているため、データの解釈には留意が必要となります

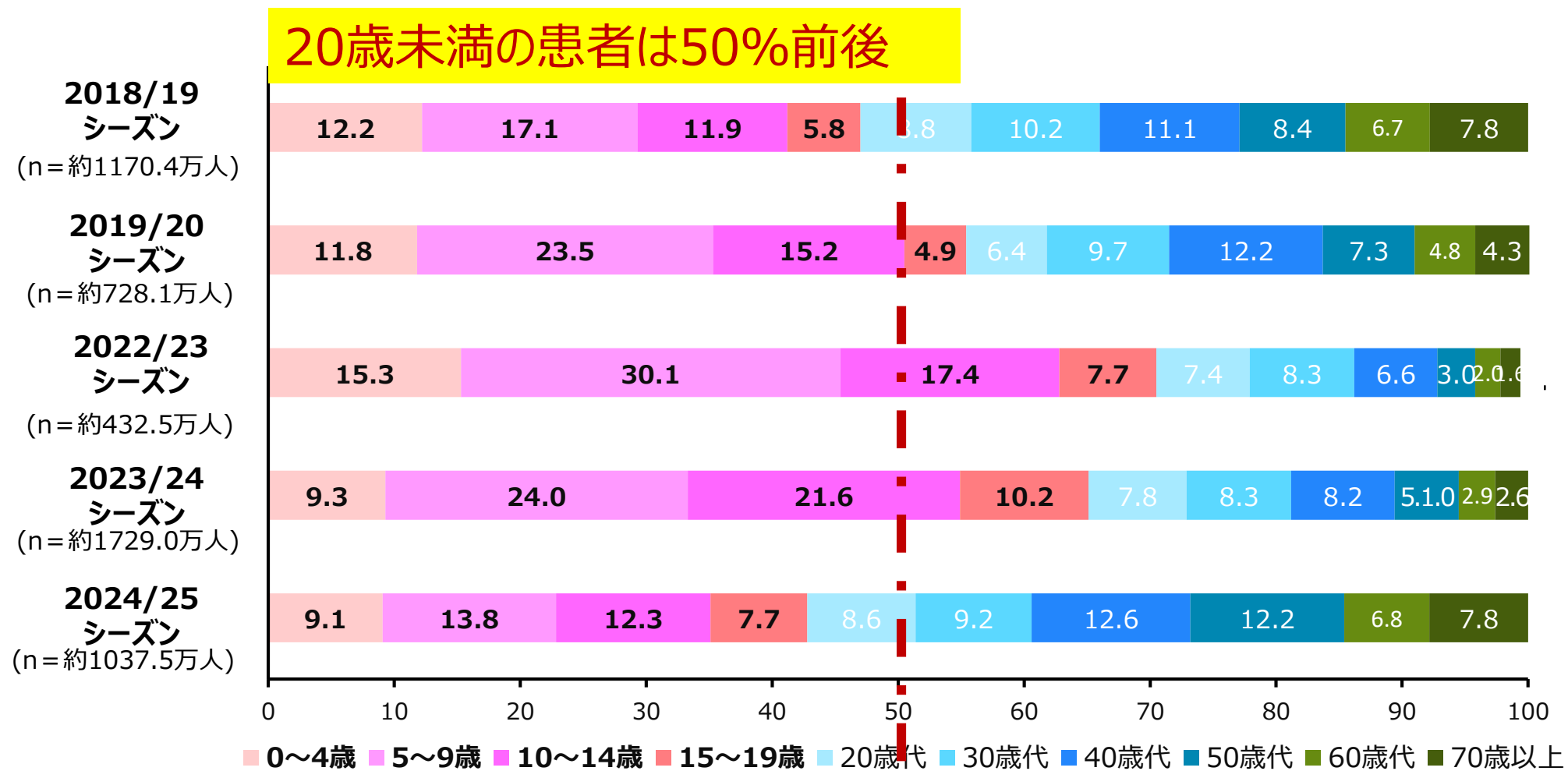
近年のインフルエンザ流行の特徴

年度	流行の特徴	推計受診患者数	流行ウイルス
2023-24年シーズン	# 秋から患者発生 # 冬のピークは高くなかった # 春を過ぎても発生あり	1,729万人	A/H1, A/H3, B
2024-25年シーズン	# 年末にA/H1の急峻なピーク # 12月下旬は過去最高数 # 流行の持続期間は短かった	1,038万人	A/H1 >> A/H3, B
2025-26年シーズン	# 11月にA/H3の流行ピーク # 1～2月にB型の流行 # 2回の警報レベル報告数	約1,500万人 (演者推定)	A/H3 > B >> A/H1

インフルエンザによる年度別推計受診患者数



インフルエンザの累積推計受診者の年齢群別内訳



※インフルエンザの流行が少なかった2020/21、2021/22シーズンは除いています

国立感染症研究所「今冬のインフルエンザについて(2020/21シーズン)」令和3年12月10日
 国立感染症研究所「今冬のインフルエンザについて(2021/22シーズン)」令和4年8月19日
 国立感染症研究所「インフルエンザ流行レベルマップ」2023年6月14日
 国立感染症研究所「インフルエンザ流行レベルマップ」2024年3月27日現在
 国立健康危機管理研究機構「インフルエンザ流行レベルマップ」2025年3月12日現在

わが国の季節性インフルエンザワクチンの歴史

年	出来事
1957	全粒子（whole virion）ワクチン販売
1962	小中学生に対する接種の勧奨（任意接種）
1972	HAワクチン（海外での呼称はsplit vaccine）販売
1976	予防接種法改正によりHAワクチンの学童への接種を規定
1977	学童集団接種開始
1987	個人（保護者）の意思に基づいた接種に変更→学童集団接種の接種率低迷
1994	予防接種法改正時にインフルエンザは対象疾病から除外
2001	高齢者に対する接種を予防接種法に位置付け（二類疾病→その後B類疾病と呼称）
2009	「院内感染対策としてのワクチンガイドライン」（日本環境感染学会）→「医療関係者のためのワクチンガイドライン」
2024	経鼻弱毒生インフルエンザワクチン販売
2024	高用量インフルエンザHAワクチン承認（2026年秋頃販売開始予定）

わが国のインフルエンザワクチン

ワクチンの種類	対象 (薬事承認)	投与経路	投与量	接種回数	定期接種
標準量 インフルエンザ HAワクチン	6か月齢以上	皮下注射	0.5mL (3歳未満0.25mL)	毎年1回 (13歳未満2回)	2001年～ (65歳以上)
高用量 インフルエンザ HAワクチン	60歳以上	筋肉内注射	0.7mL	毎年1回	2026年～ (75歳以上)
経鼻弱毒生 インフルエンザ ワクチン	2歳以上 19歳未満	経鼻噴霧	左右鼻腔に 各0.1mL	毎年1回	使用せず

* 高用量インフルエンザHAワクチンは2026年秋頃販売開始予定

ワクチンの種類（モダリティ）

- モダリティ（Modality）とは、医療分野でしばしば使われる用語であるが、一般的には「種類」や「タイプ」と呼ぶ方が理解しやすいかもしれない。
- これまでワクチンは、大きく「生ワクチン」と「不活化ワクチン（トキソイドや組換えタンパク質ワクチンを含む）」に分類されていたが、COVID-19ワクチンとして新しいモダリティの「メッセンジャーRNA（mRNA）ワクチン」や「ウイルスベクターワクチン」が広く使われるようになった。

生ワクチン

弱毒化した病原微生物（ウイルス、細菌など）を生きたままワクチンとして接種するもの

麻疹・風疹
(MR)

水痘

おたふくかぜ

ロタウイルス

BCG

黄熱

不活化ワクチン

細菌やウイルスを処理し免疫原性を保持したまま感染力を失わせたもの

破傷風

ジフテリア

トキソイド

細菌が産生する毒素（トキシン）を分離精製し抗毒素の産生力を保持したまま無毒化したもの

コンポーネントワクチン

高用量インフルエンザHA

インフルエンザHA

無菌体百日咳

組換えタンパク質ワクチン

B型肝炎

不活化带状疱疹

COVID-19

ウイルス様粒子ワクチン

ヒトパピローマウイルス

mRNAワクチン

抗原となる蛋白質を作り出すmRNAを投与するもの。

細胞に取り込まれたmRNAから蛋白質が翻訳され、それに対する免疫応答によって中和抗体や細胞性免疫が誘導される。

COVID-19

ウイルスベクターワクチン

ベクターウイルスのゲノム遺伝子に、病原体の防御免疫誘導抗原（たとえばSARS-CoV-2のスパイク蛋白）をコードする遺伝子を組み込んで作成する。感染細胞や抗原提示細胞が、個体の免疫応答を誘導する。

インフルエンザワクチン

高用量インフルエンザHAワクチン

ワクチン評価に関する小委員会（2025年10月22日）における 高用量インフルエンザワクチンについての議論のまとめ

有効性

- ▶ 標準量HAワクチンの4倍の抗原を含み、より強い免疫応答を誘導する
- ▶ 標準量と比較して優れた発症予防効果、入院予防効果が確認されている
- ▶ 標準量と比較した相対的な有効性は、年齢が上がるほど高い傾向にある

安全性

- ▶ 標準量HAワクチンよりも局所反応や筋肉痛、頭痛、発熱などの全身性の有害事象の頻度が高い傾向にあるが、軽度から中等度の一過性のものが多く、重篤な有害事象の頻度は同等であり、重大な懸念は認められない

費用対効果

- ▶ 高用量HAワクチンの価格を5,000円程度とする場合、65歳以上全員に導入する方針であっても費用対効果は良好であるが、75歳以上に導入する場合が最も費用対効果に優れる

(参考) 研究班における費用対効果分析：年齢階層別の分析

第32回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会
予防接種基本方針部会ワクチン評価に関する小委員会

資料
1-2

2025(令和7)年10月22日

- 高用量インフルエンザワクチンの価格を5,000円、高用量インフルエンザワクチンの選択率は100%とし、65歳、70歳、75歳、80歳以上に高用量インフルエンザワクチンを導入する各方針について費用対効果分析を実施した。
- 75歳以上に高用量インフルエンザワクチンを導入する方針が最も費用対効果が良好であった。

○ 65歳以上の集団に対して各方針を実施することの費用対効果分析の結果（シナリオ分析）

方針	標準量 ワクチン	高用量 ワクチン	コスト	コスト差分 (vs 非接種)	QALY	QALY差分 (vs 非接種)	ICER (万円, vs 非接種)	ICER (万円, vs 標準量)
1. ワクチン接種なし			2,455		0.95732			
2. 標準量ワクチン接種 (現行)	65歳以上	-	6,403	3,948	0.95936	0.00204	193.5	
3. 65歳 以上に導入（※）	-	65歳以上	9,671	7,216	0.96005	0.00273	263.9	470.9
4. 70歳 以上に導入（※）	65～69歳	70歳以上	8,988	6,534	0.96000	0.00268	243.8	404.3
5. 75歳 以上に導入（※）	65～74歳	75歳以上	8,270	5,815	0.95988	0.00256	226.9	357.6
6. 80歳 以上に導入（※）	65～79歳	80歳以上	7,561	5,107	0.95957	0.00225	227.1	557.0

※ 65歳以上の集団を対象とし、基準年齢未満の者は標準量ワクチンのみ接種し、基準年齢以上の者の**100%**が高用量ワクチンを接種すると仮定。

- ・令和7年度厚生労働科学研究「公的医療及び社会の立場からのワクチンの費用対効果の評価法及び分析方法の確立のための研究」による分析結果。
- ・保健医療費支払者の立場として、ワクチン接種費用及び医療費を100%分析に組み込み。
- ・インフルエンザの罹患率はSomes et al.のデータ等、入院率はArashiro et al.のデータ等を使用。
- ・ワクチンの有効性は、非接種に対する標準量の発症予防効果を50.0%（Goveart et al.）、標準量に対する高用量の発症予防効果を24.2%（DiazGranados et al.）とした。また非接種に対する標準量の入院予防効果を28.0%（Beyer et al.）、標準量に対する高用量の入院予防効果を14.4%（Lee et al.）とした。ただし論文の通常型ワクチンは国内で上市されているワクチンとは異なることに留意が必要。ワクチンの効果持続期間は1シーズンを仮定した。
- ・インフルエンザ罹患時のQOL値は、外来受診時で0.737（NakagawaらのQOLデータ）を使用した。
- ・ワクチン価格は、事務局において企業にヒアリングを行い、高用量インフルエンザワクチンについて**5,000円**、標準量インフルエンザワクチンについて1500円、接種費用3,200円と設定した。

インフルエンザワクチン

経鼻弱毒生インフルエンザワクチン

生ワクチン

弱毒化した病原微生物（ウイルス、細菌など）を生きたままワクチンとして接種するもの

経鼻弱毒
生インフル
エンザ

麻疹・風疹
(MR)

水痘

ロタウイルス

おたふくかぜ

BCG

黄熱

不活化ワクチン

細菌やウイルスを処理し免疫原性を保持したまま感染力を失わせたもの

破傷風

ジフテリア

高用量インフルエンザHA

トキソイド

細菌が産生する毒素（トキシン）を分離精製し抗毒素の産生力を保持したまま無毒化したもの

コンポーネントワクチン

インフルエンザHA

無菌体百日咳

組換えタンパク質ワクチン

B型肝炎

不活化带状疱疹

COVID
-19

ウイルス様粒子ワクチン

ヒトパピローマウイルス

mRNAワクチン

抗原となる蛋白質を作り出すmRNAを投与するもの。

細胞に取り込まれたmRNAから蛋白質が翻訳され、それに対する免疫応答によって中和抗体や細胞性免疫が誘導される。

COVID-19

ウイルスベクターワクチン

ベクターウイルスのゲノム遺伝子に、病原体の防御免疫誘導抗原（たとえばSARS-CoV-2のスパイク蛋白）をコードする遺伝子を組み込んで作成する。感染細胞や抗原提示細胞が、個体の免疫応答を誘導する。

経鼻弱毒生インフルエンザワクチン（フルミスト®点鼻液）

－リアソータント株の特徴－

- 低温馴化（ていおんじゅんか；cold adapted）

低温で効率良く増殖する

- 温度感受性

B 型株は37℃、A 型株は39℃で増殖しにくくなる

- 弱毒化

ヒトのインフルエンザ発症モデルであるフェレットでインフルエンザ様症状を引き起こさない

経鼻弱毒生インフルエンザワクチン

【Vaccine Efficacy】
ウイルス陽性の
Flu発症者の頻度
を評価指標とした
VE [両側95%CI]は
28.8 [12.5, 42.0]%

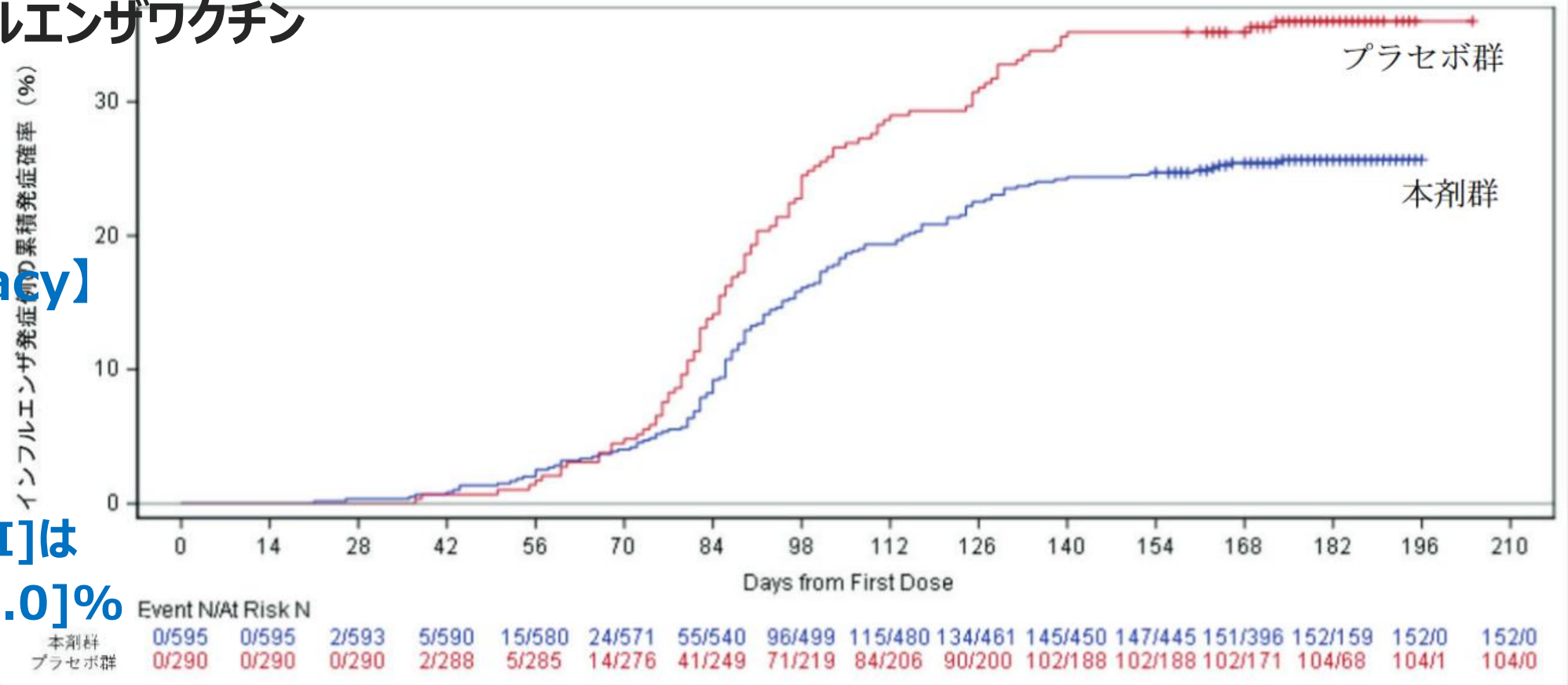


図 1 治験薬接種日から調査終了日までのインフルエンザ累積発症率 (J301 試験、PPS)

2023年3月27日薬事承認
2024年10月販売開始

- 【用法および用量】
- ・2歳以上19歳未満の者に
 - ・0.2mLを1回、鼻腔内に噴霧（各鼻腔内に0.1mLを1噴霧）

フルミスト®点鼻液 第1回 使用成績比較調査
ーフルミスト®点鼻液のインフルエンザ発症予防効果の
経年的な検討に関する症例対照研究ー
集計結果速報

「フルミスト®点鼻液 第1回 使用成績比較調査 ーフルミスト点鼻液のインフルエンザ発症予防効果の経年的な検討に関する症例対照研究ー」の結果速報を第一三共株式会社 医療関係者向けサイト（第一三共 Medical Community）に掲載しました。
本剤のリスク管理ならびに適正使用にお役立てください。

表 6 2024/2025 年シーズンの本剤接種のオッズ比

	Crude ^{a)}				Adjusted ^{a),b)}			
	PCR 検査結果陽性 N=641	PCR 検査結果陰性 N=1751	オッズ比 [95% CI]	p 値	有効率(%) [95% CI]	オッズ比 [95% CI]	p 値	有効率(%) [95% CI]
今シーズンのインフルエンザ ワクチン接種状況 ^{c)}								
インフルエンザワクチン未接種	444	924	Reference	<0.0001		Reference	0.0003	
本剤接種	24	112	0.396 [0.244, 0.643]		60.4 [35.7, 75.6]	0.433 [0.252, 0.743]		56.7 [25.7, 74.8]

a) 層別因子は地域（北海道|関東|北陸|東海|関西|九州）、登録週（第 1～5 週|第 6～9 週|第 10～14 週）、最高体温（39℃未満|39℃以上）とした。

b) 調整変数を性別（男性|女性）、年齢（6 歳未満|6 歳以上 13 歳未満|13 歳以上）、発症から受診までの期間（0 日以上 3 日未満|3 日以上）、現在の通院の有無（あり|なし）、過去 1 年間の疾病等のための病院受診歴（0 回|1～4 回|5～9 回|10 回以上）、受診日から 1 週間以内の同居家族のインフルエンザ罹患有無（あり|なし）、昨シーズンのインフルエンザワクチン接種の有無（あり|なし）、昨シーズンのインフルエンザ罹患の有無（あり|なし）とした。

c) 今シーズンのインフルエンザワクチン接種状況（本剤接種|インフルエンザワクチン未接種|本剤以外のインフルエンザワクチン接種）を説明変数とした。

特定有害事象（治験薬との因果関係ありと担当医が評価）（安全性解析対象集団）

項目	本剤群 (n=608)	プラセボ群 (n=302)
特定有害事象 全体	411 (67.6)	192 (63.6)
38.0℃以上の発熱	36 (5.9)	9 (3.0)
鼻汁／鼻閉	360 (59.2)	159 (52.6)
咽頭痛	109 (17.9)	52 (17.2)
咳嗽	169 (27.8)	111 (36.8)
頭痛	68 (11.2)	32 (10.6)
全身性筋肉痛	11 (1.8)	2 (0.7)
活動性低下（嗜眠）又は疲労／脱力	40 (6.6)	17 (5.6)
食欲減退	33 (5.4)	18 (6.0)

発現例数（%）

15. その他の注意

15.1 臨床使用に基づく情報

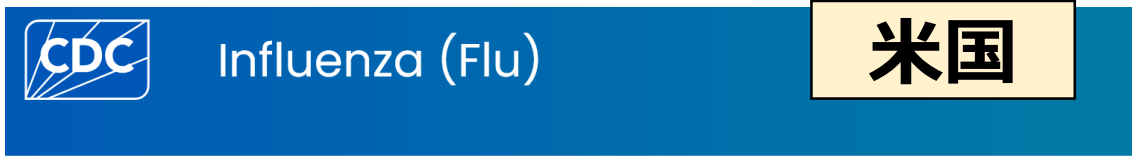
15.1.1 神経系障害(ベル麻痺を含む脳神経障害、脳炎、けいれん(熱性けいれんを含む)及びギラン・バレー症候群)及び血管炎が海外で市販後に報告されている。

15.1.2 海外で実施された経鼻弱毒生インフルエンザワクチンの臨床試験において、接種25日後にもワクチンウイルスが検出された¹⁾ことから、本剤接種4週間以内はワクチンウイルスが残存している可能性がある。[8.5、9.6、10.2 参照]

15.1.3 本剤接種後一定期間は、本剤由来のワクチンウイルスがインフルエンザの迅速検査で陽性反応を示す可能性がある。

1) Mallory RM, et al. : Vaccine. 2011 ; 29(26) : 4322-4327

FluMist®被接種者からの弱毒ワクチン株水平伝播のリスクについて（海外の指針）



Home Seasonal Flu

About Flu

Safety of Influenza Vaccines

[Español](#) | [Other Languages](#) | [Print](#)

Live Attenuated Influenza Vaccines

Shedding, transmission, and phenotypic stability of LAIV

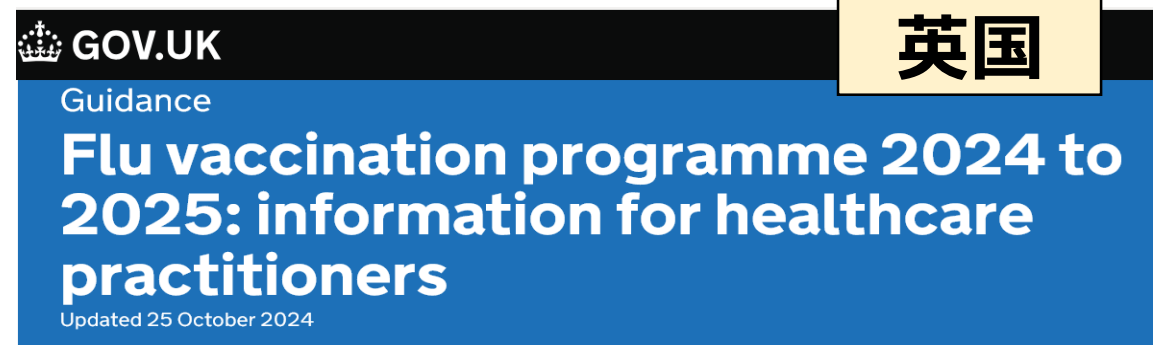
viruses: Children and adults vaccinated with LAIV can shed vaccine viruses after vaccination, although in lower amounts than occur typically with shedding of wild-type influenza viruses.

Rarely, shed vaccine viruses can be transmitted from vaccine recipients to unvaccinated persons. However, serious illnesses have not been reported among unvaccinated persons who have been infected inadvertently with vaccine viruses.

- ・接種後に弱毒ワクチン株の排出は起こり得るが、自然罹患と比べてウイルス量は少ない。
- ・排出された弱毒ワクチン株の水平伝播は稀に起こるが、重篤な疾患を発症したという報告は無い。

米国CDCウェブサイト. 2025年6月14日アクセス

<https://www.cdc.gov/flu/professionals/acip/app/safety.htm>



Transmission of vaccine virus in LAIV

There is a theoretical potential risk of transmission of the live attenuated flu virus in LAIV to very severely immunosuppressed contacts (for example bone marrow transplant patients requiring isolation) for 1 to 2 weeks following vaccination. Following extensive use of LAIV in the UK (over 30 million doses), there have been no reported instances of illness or infections from the vaccine virus among immunosuppressed patients inadvertently exposed. Where close contact with very severely immunosuppressed contacts (for example close/household members) is likely or unavoidable however, consideration should be given to using an appropriate inactivated flu vaccine instead.

- ・水平伝播は理論上起こり得るが、弱毒ワクチン株により重篤な疾患を発症した報告は無い。
- ・被接種者周囲の重度の免疫不全者に対しては、他の感染症と同様の一般的な注意は考慮される。

英国UKHSAウェブサイト. 2025年6月14日アクセス

<https://www.gov.uk/government/publications/flu-vaccination-programme-information-for-healthcare-practitioners/flu-vaccination-programme-2023-to-2024-information-for-healthcare-practitioners#the-live-attenuated-influenza-vaccine-laiv>

A Randomized, Double-Blind Study of the Safety, Transmissibility and Phenotypic and Genotypic Stability of Cold-Adapted Influenza Virus Vaccine

Timo Vesikari
R. Vainionpää,
Ahmad Razmi
William Gruber, et al.

TABLE 1. Demographic Characteristics of Vaccine Recipients

Characteristic	n (%)
Sex	
Girls	98 (50.0)
Boys	99 (50.0)
Race	
White	98 (50.0)
Black	99 (50.0)
Asian	98 (50.0)
Other	99 (50.0)
Age at dose 1 (mean, SD)	22.5 (1.5)
Median	22
Range	18–27

*P values for the Haenszel general association test were calculated using a 2-sided test. SD indicates standard deviation.

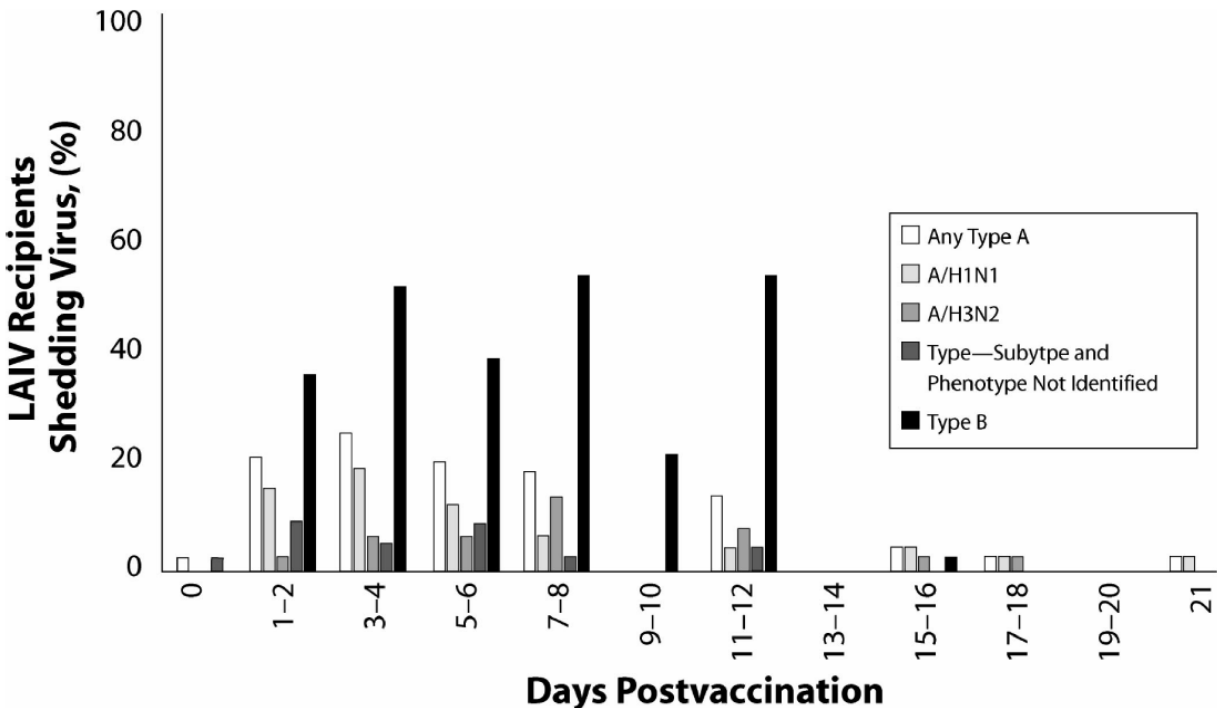


FIGURE 1. Shedding profile of vaccine viruses shed by live attenuated influenza vaccine recipients.

TABLE 2. Number (%) of Children 8 to 36 Months of Age Reporting Reactogenicity Events Within 10 Days Following Dose 1 of Live Attenuated Influenza Vaccine (LAIV) or Placebo

Reactogenicity Event	Treatment Group, n (%)		P Value [‡]
	Vaccine* (n = 98) [†]	Placebo* (n = 99) [†]	
Temperature $\geq 38^{\circ}\text{C}$ [§]	43 (51.2)	44 (51.2)	>0.99
Temperature $\geq 39.1^{\circ}\text{C}$ [§]	3 (4.0)	8 (10.4)	0.21
Cough	47 (50.5)	49 (50.5)	>0.99
Diarrhea or nasal congestion	77 (80.2)	73 (75.3)	0.49
Sore throat	11 (12.0)	13 (13.5)	0.83
Stomach pain	39 (41.5)	32 (33.7)	0.30
Headache	4 (4.5)	3 (3.2)	0.71
Itchy eyes	4 (4.4)	6 (6.3)	0.75
Itchy nose	6 (6.3)	6 (6.3)	>0.99
Itchy throat	19 (20.2)	21 (22.3)	0.90
Muscle aches	2 (2.3)	3 (3.3)	>0.99
Other medication given	13 (13.7)	16 (16.8)	0.69

Subjects with missing values were excluded from analyses of a particular reactogenicity event unless that subject was scored positive at any time. Percentages for each event were calculated based on n. For LAIV recipients, n ranged from 75 to 96 for each event based on the number of known values. For placebo recipients, n ranged from 77 to 97 for each event based on the number of known values. P values were calculated using Fisher exact test, 2-sided. [§]Rectal temperature.

TABLE 3. Summary of Influenza Virus Shedding From 98 Live Attenuated Influenza Vaccine Recipients

Influenza Virus Vaccine Strain	n = 98
Subjects shedding any virus, n (%)	78 (80)
Mean duration of shedding, d (SD)	7.6 (3.4)
Median duration of shedding, d	8
Range, d (minimum–maximum)	1–21
Subjects shedding any type A* virus, n (%)	43 (44)
Mean duration of shedding, d (SD)	6.1 (4.6)
Median duration of shedding, d	6
Range, d (minimum–maximum)	1–21
Subjects shedding A/H1N1 virus, n (%)	31 (32)
Mean duration of shedding, d (SD)	5.3 (5.0)
Median duration of shedding, d	3
Range, d (minimum–maximum)	1–21
Subjects shedding A/H3N2 virus, n (%)	12 (12)
Mean duration of shedding, d (SD)	8.5 (3.7)
Median duration of shedding, d	8
Range, d (minimum–maximum)	3–17
Subjects shedding B virus, n (%)	72 (74)
Mean duration of shedding, d (SD)	7 (2.7)
Median duration of shedding, d	8
Range, d (minimum–maximum)	1–15

*Six of 43 vaccine recipients who shed type A influenza virus had no subtype identified. SD indicates standard deviation.

- 1999/2000年、フィンランドの託児所での無作為化二重盲検研究
- 8～36か月齢の健康小児197名（フルミスト98名、プラセボ99名）
- 弱毒生ワクチン株の伝播率や安全性を評価
- フルミストによる二次感染が確認されたのは1例のみ
- 統計モデルを用いた伝播確率は0.58%と推定された

Vesikari T, et al. A randomized, double-blind study of the safety, transmissibility and phenotypic and genotypic stability of cold-adapted influenza virus vaccine.

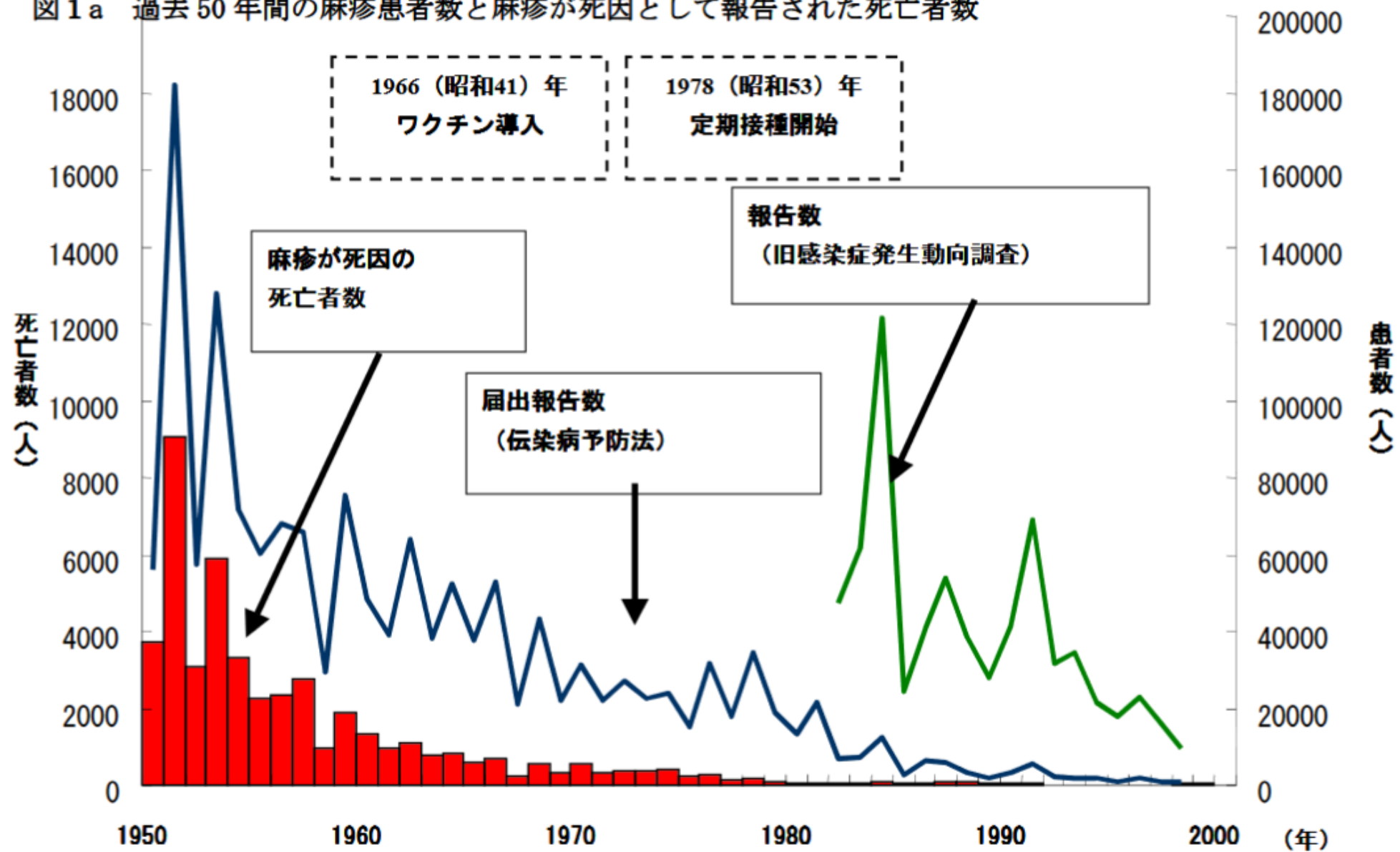
Pediatr Infect Dis J 25(7): 590–595, 2006

（一部適応外情報が含まれている成績ですが、適正使用推進のため紹介します）

麻しん・風しん・水痘・おたふくかぜ

ワクチンによる予防が可能な疾患（VPD）

図1a 過去50年間の麻疹患者数と麻疹が死因として報告された死亡者数

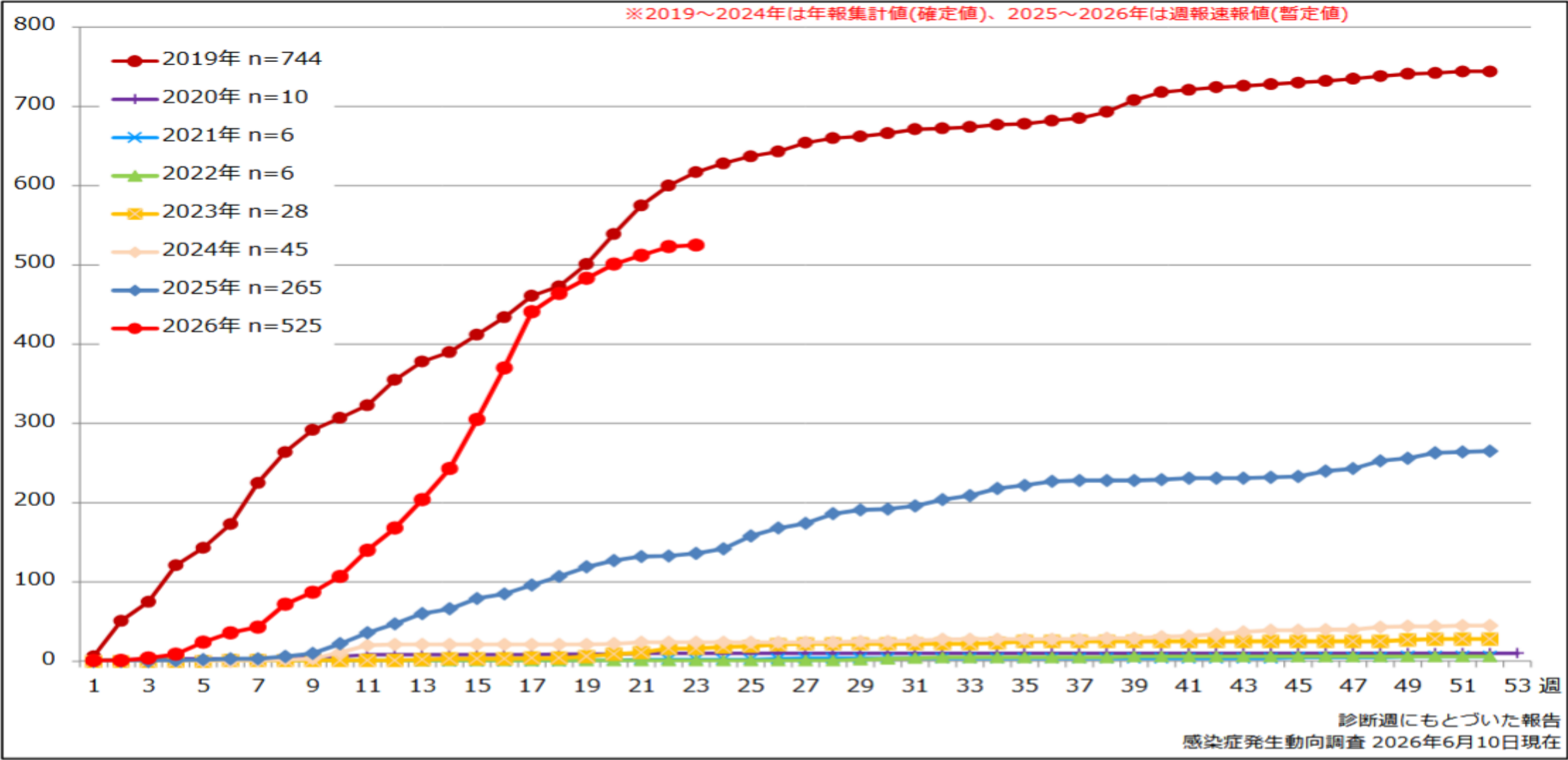


(国立健康危機管理研究機構 感染症情報提供サイト. 麻疹の現状と今後の麻疹対策について. 平成14年10月)

<https://id-info.jihs.go.jp/niid/ja/measles-e/588-measlestop.html>

1. 麻疹累積報告数の推移 2019～2026年 (第1～23週)

Cumulative measles cases by week, 2019-2026 (week 1-23) (based on diagnosed week as of June 10, 2026)



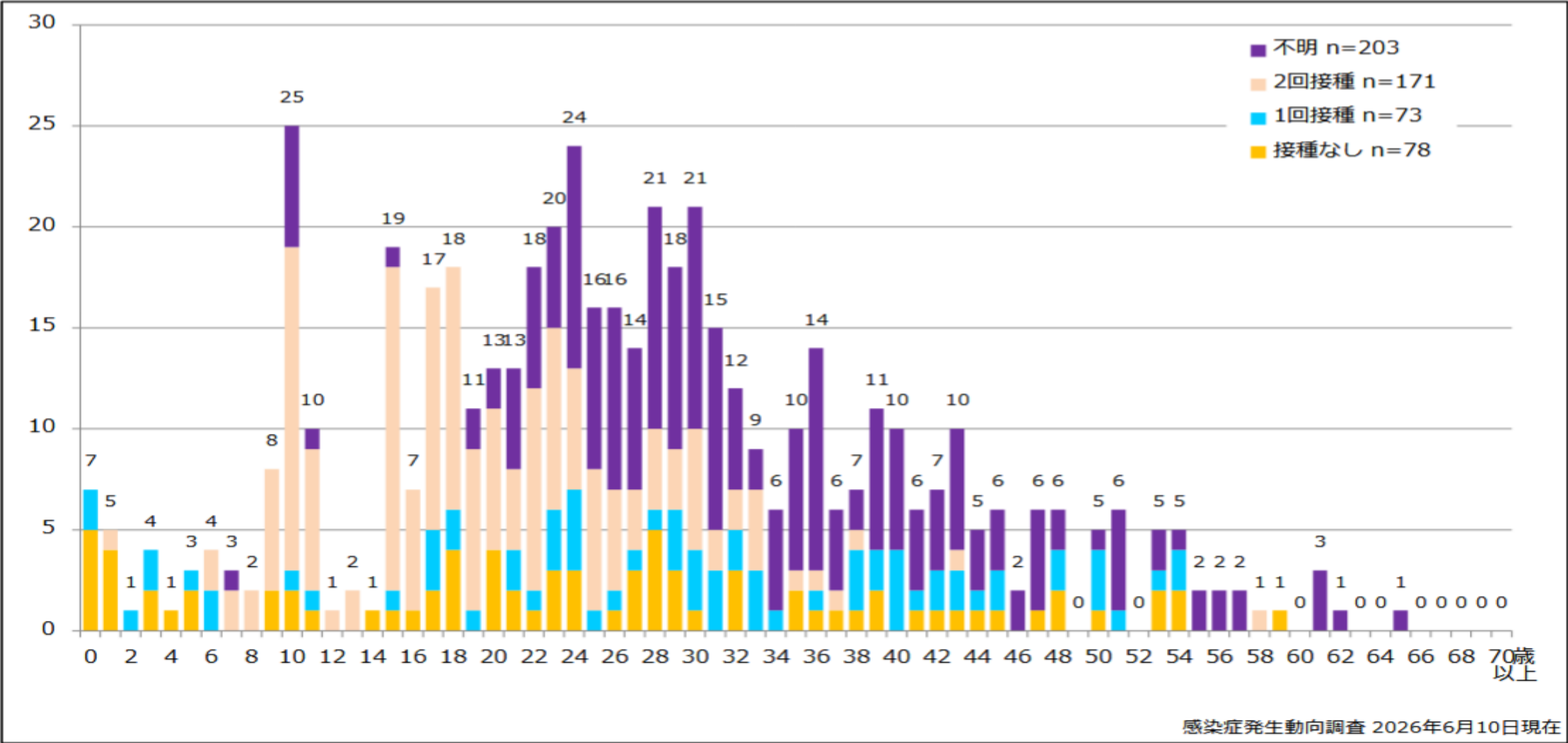
国立健康危機管理研究機構(JIHS)感染症情報提供サイト. 麻疹発生動向調査(2026/06/10現在)

<https://id-info.jihs.go.jp/surveillance/idwr/diseases/measles/graph/index.html>

6. 年齢群別接種歴別麻疹累積報告数 2026年 第1~23週 (n=525)

Cumulative measles cases by age and vaccinated status, week 1-23, 2026 (as of June 10, 2026)

None MCV1 MCV2 Unknown



麻疹への備え～ワクチンの有効な活用を！

麻疹（MR）ワクチンの接種推奨（私案）

- ✚ 1歳以上で2回の接種記録を確認し、不足回数を接種

第1期定期：1歳児

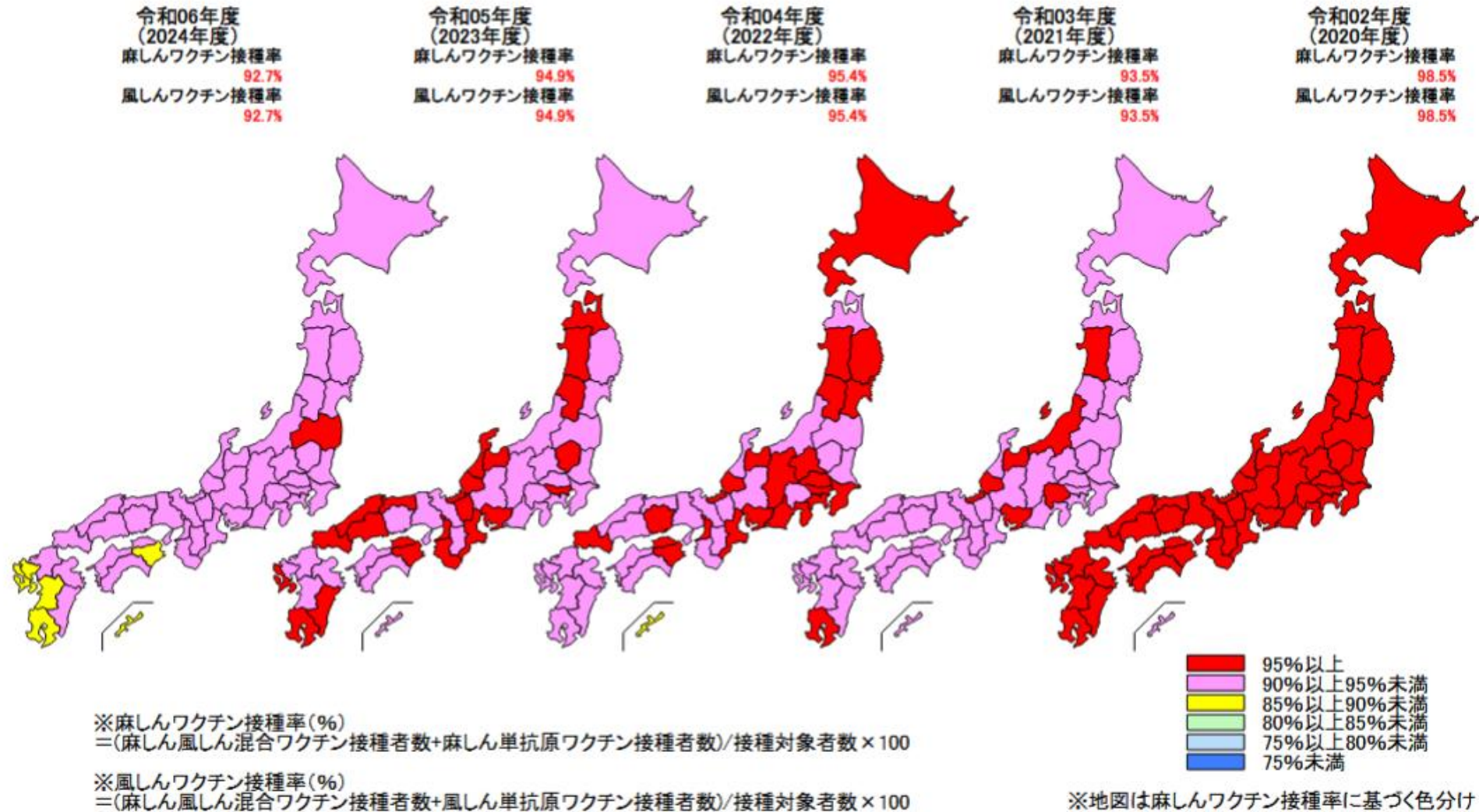
第2期定期：小学校入学前1年間

- ✚ 1990年4月以前の出生者（おおむね35歳以上）には
ワクチンのキャッチアップ接種*

- ✚ 予防効果は、接種歴無 < < 1回接種 < 2回接種

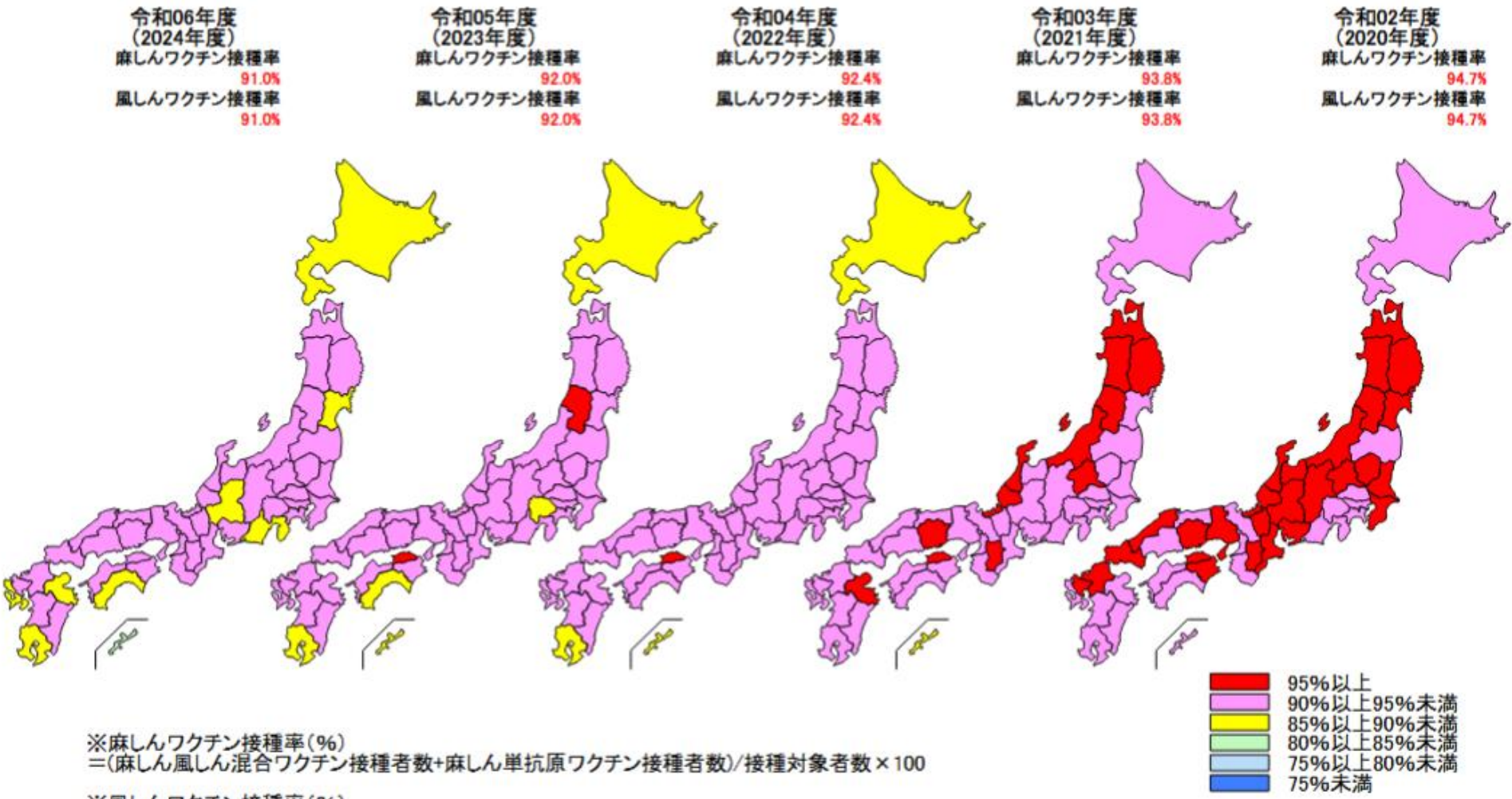
*接種年齢上限（過去に罹患済みであることが推測される年齢）は
麻疹については「60歳以上」がひとつの目安。

第1期 麻疹風疹ワクチン接種状況



厚生労働省健康・生活衛生局感染症対策部予防接種課、国立健康危機管理研究機構国立感染症研究所予防接種研究部

第2期 麻疹風しんワクチン接種状況



※地図は麻疹ワクチン接種率に基づく色分け

厚生労働省健康・生活衛生局感染症対策部予防接種課、国立健康危機管理研究機構国立感染症研究所予防接種研究部

テーマ別に探す

報道・広報

政策について

厚生労働省について

統計情報・白書

所管の法令等

申請・募集・情報公開

議題

(1) 令和9年度からの定期接種について（報告）

(2) おたふくかぜワクチンについて

(3) 後天的な要因による免疫獲得状況への影響を踏まえた予防接種の考え方について

(4) その他

第34回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会
予防接種基本方針部会ワクチン評価に関する小委員会
2026(令和8)年6月19日
資料
2-1

おたふくかぜワクチン ファクトシート 第2版

令和8(2026)年6月19日改訂

国立健康危機管理研究機構
国立感染症研究所

第34回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会
予防接種基本方針部会ワクチン評価に関する小委員会
2026(令和8)年6月19日
資料
2-4

おたふくかぜワクチンについて

1. 開発経緯

- 麻しんおたふくかぜ風しん(MMR)ワクチンについて、2013年7月の第3回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会予防接種基本方針部会の議論を踏まえ、2013年12月厚生労働省健康局結核感染症課長名にて一般社団法人日本ワクチン産業協会宛に開発要請(「開発優先度の高いワクチンの研究開発について(平成25年12月26日付健感発1216第1号)」)が発出され、2018年5月には予防接種推進協議会から「おたふくかぜワクチンの定期接種化に関する要望」が、厚生労働省健康局に提出されている。
- 上記の状況を踏まえ、当社は、ワクチン接種による予防効果と無菌性髄膜炎が発生するリスクを考慮し、より高い安全性が期待できるワクチンを日本に導入するため、既存の麻しん風しん(MR)ワクチンに海外の使用実績からより高い安全性のムンプスウイルス株(Jeryl-Lynn株由来のRIT4385株)を混合した新規のMMRワクチンを開発した。



第一三共株式会社

2