

# 概要（事前分析表（案）のポイント）

## 施策目標 I - 5 - 1

**新興感染症への対応を含め、  
感染症の発生・まん延の防止を図ること**

# 確認すべき主な事項（事前分析表）

背景・課題について	
1	<p>施策目標の実現に向けて、どのような課題があるかを過不足なく記載できているか。</p> <p>（注1）課題の分析に漏れがあると、その後が続く、達成目標の設定が不十分となる可能性あり。</p>
達成目標について	
2	<p>課題に対応した達成目標を設定できているか。</p>
3	<p>施策目標の実現に向け、適切にブレイクダウンできているか、抽象的なものとなっていないか。</p> <p>（注2）達成目標に含まれる内容が多すぎる場合は、適宜分割をすることも要検討。</p>
測定指標、参考指標について	
4	<p>達成目標の進捗度合いを測定する指標として、合理的な指標が設定されているか（達成目標と測定指標の関係性は明確か）。</p>
5	<p>測定指標はアウトプットとアウトカムの双方が設定されているか。</p> <p>（注3）最終的なアウトカムだけでなく、アウトプットと直接的な関係性のある短期的なアウトカムや、最終的なアウトカムを実現するための中期的なアウトカムを設定することが望ましい。</p>
6	<p>測定指標のうち「主要な指標」とそれ以外の指標が区分されているか。また、「主要な指標」とする理由は明確で、適切に選定されているか。</p>
7	<p>当該年度の目標値が記載されているか。</p>
8	<p>目標値は過年度実績や最終目標年度の目標値を踏まえ、適切な水準に設定されているか。</p>
9	<p>目標値を設定することは困難だが、実績値を経年的に把握することで、評価の参考となる情報について、参考指標として設定されているか。</p>
達成手段について	
10	<p>測定指標と関連する達成手段数が0となっていないか。</p>
11	<p>達成目標と関連する達成手段が多数になっているなど、達成目標と達成手段との関係が複雑な構造となっていないか。（注2）参照</p>

# 【概要】令和7年度事前分析表（案）（施策目標 I -5-1）

基本目標 I：安心・信頼してかけられる医療の確保と国民の健康づくりを推進すること

施策大目標5：新興感染症への対応を含め、感染症の発生・まん延を防止するとともに、感染症による健康危機発生時に迅速かつ適切に対処する体制を整備すること

施策目標1：新興感染症への対応を含め、感染症の発生・まん延の防止を図ること

## 現状（背景）

### 1. 新興・再興感染症等対策

- 新型コロナウイルス感染症の流行を背景に、輸入感染症等の報告数は少なくなっていたが、新型コロナウイルス感染症の類型見直しに伴う国際的な往来の再開等による流入により一部の感染症では前年よりも報告数が増加しているため、新型コロナウイルス感染症も含め、国立健康危機管理研究機構（JIHS）による情報収集等を踏まえ感染症の発生状況を注視しつつ、次の感染症危機に備える必要がある。
- 結核は、罹患率・患者数ともに減少傾向（令和5年の罹患率（新登録結核患者数を人口10万対率で表したものは8.1。令和3年以降、結核低まん延国の水準を維持）。しかし、令和4年と比較したときの新登録患者数の減少率は大幅に縮小。引き続き、今後の結核の発生動向を注視する必要がある。

#### 課題 1

- 新興・再興感染症等の様々な感染症に対する、感染症対策の充実・強化。

#### 達成目標1

感染症の発生状況を把握するとともに、患者への医療提供体制の整備、感染症の発生予防措置の徹底を図る。

【測定指標】太字・下線が主要な指標

- 1 第一種感染症指定医療機関を設置している都道府県数（アウトプット）**
- 2 結核患者罹患率（アウトカム）**
- 3 人口1,000人あたり一日抗菌薬使用量（アウトカム）**

### 2. 予防接種の実施

- 「予防接種に関する基本的な計画」(※)において、定期の予防接種の接種率の向上を目標としている。  
〔※予防接種に関する施策の総合的かつ計画的な推進を図るため、予防接種法に基づき平成26年に策定。令和7年4月に改定予定。〕
- 麻しん・風しんについては、特定感染症予防指針において、国は、都道府県を通じ、各市町村に対し、第1期・第2期の定期接種率がそれぞれ95%以上となるよう積極的に働きかける必要があるとされているが、令和5年度の接種率は93.5%（前年度比0.4p減）。

#### 課題 2

- 感染症の発生・まん延の予防のため、予防接種の実施等の必要な措置を講ずることが必要。

#### 達成目標2

定期の予防接種の接種率を向上させ、高い接種率を維持する。

- 4 予防接種の接種率（麻しん）（アウトプット）**
- 5 予防接種の接種率（風しん）（アウトプット）**

### 3. 肝炎対策

- B型肝炎ウイルス患者はウイルスの排除ができないため、医療費助成対象者数が増加傾向。また、C型肝炎ウイルスの治療に係る受給者証の交付件数は、根治を目的とした治療薬の普及を背景に近年減少傾向。
- 肝炎は、適切な治療を行わないまま放置すると慢性化し、肝硬変や肝がんといったより重篤な病態に進行するおそれがある。

#### 課題 3

- 肝炎が慢性化・重篤化しないよう、関係者全てが肝炎に対する理解を深め、肝炎患者等が安心して生活できる環境作りに取り組むことが必要。

#### 達成目標3

肝硬変又は肝がんへの移行者を減らし、肝がんのり患率をできるだけ減少させる。

- 6 都道府県における肝炎対策に関する数値目標を含んだ計画等の策定数（アウトプット）**
- 7 肝炎医療費の助成者総数（アウトカム）**

【参考】8 肝炎医療コーディネーターを設置している都道府県

# 感染症患者入院医療費

## 1 事業の目的

感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律に基づき、都道府県等が負担した感染症患者の入院医療に要する経費の一部を負担する。

## 2 事業の概要・スキーム等

感染症類型	医療体制	公費負担医療
新感染症	特定感染症指定医療機関 (国が指定、全国に数ヶ所)	全額公費 (医療保険の適用なし) 負担割合:国3/4 県1/4
一類感染症	第一種感染症指定医療機関 (都道府県知事が指定、各都道府県に1ヶ所)	医療保険を適用 自己負担を公費負担 (自己負担なし) 負担割合:国3/4 県1/4
二類感染症	第二種感染症指定医療機関 (二次医療圏に1ヶ所)	
三類感染症	一般の医療機関	公費負担なし (医療保険を適用)
四類感染症		
五類感染症		
新型インフルエンザ等感染症	特定、第一種、第二種感染症指定医療機関	医療保険を適用 自己負担を公費負担 (自己負担なし) 負担割合:国3/4 県1/4
指定感染症	一～三類感染症に準じた措置	

令和7年度当初予算案 5.9億円 (4.1億円) ※()内は前年度当初予算額 令和6年度補正予算額 23億円

## 1 事業の目的

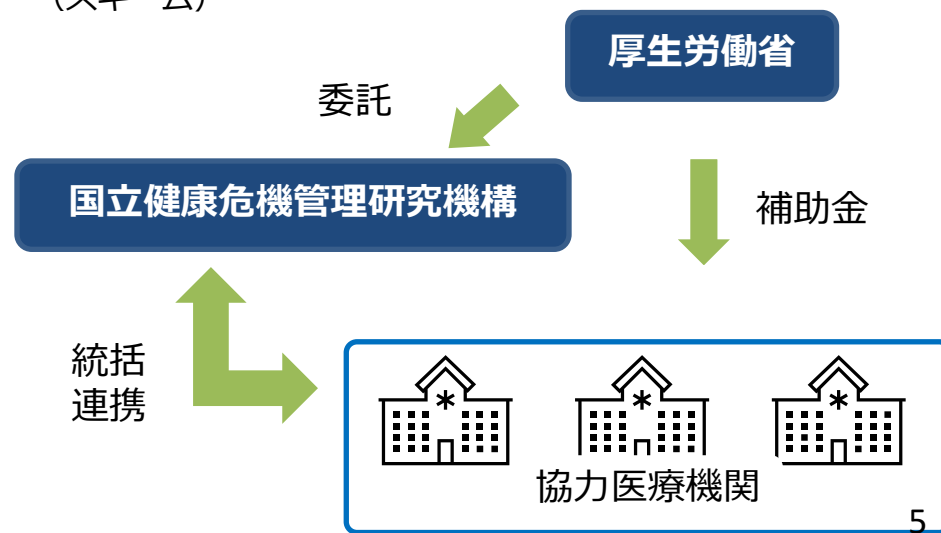
- 今後新たに発生する感染症に対しては、科学的根拠を迅速に創出するとともに、医薬品等の臨床研究開発を推進することが求められる。
  - 感染症法では、新たに医薬品の臨床試験の実施等の協力を求めることその他の関係医療機関との緊密な連携を確保するとともに医薬品の研究開発を推進することが規定されている。
- ※(第56条の39第1項)国は、医薬品の臨床試験の実施等の協力を求めることその他の関係医療機関との緊密な連携を確保することにより、感染症患者に対する医療提供の基盤となる医薬品の研究開発を推進することとする。
- (第56条の39第3項)研究開発の推進に係る事務について、国立研究開発法人国立国際医療研究センターその他の機関に委託することができることとする。
- 今般、「新型インフルエンザ等対策政府行動計画」(令和6年7月2日閣議決定)において、「国及びJIHSは、AMEDと連携し、新型インフルエンザ等の発生時に、初動期から治療薬・治療法の速やかな研究開発の推進及び支援を行うため、平時から、基礎研究から治験等臨床研究に至る感染症研究のハブとしてJIHSが機能する体制を整備する。」と明記された。
  - 臨床情報・検体等を速やかに収集し、検査方法や治療薬・ワクチン等研究開発の基盤となる新興・再興感染症データベース(REBIND)と連携し、平時より感染症に関する医薬品の研究開発に協力可能な医療機関のネットワークにより、感染症の医薬品開発等の臨床研究を実施する体制を構築する。

## 2 事業の概要・スキーム等

### (事業概要)

- ・ 今後新たに発生する感染症に対し、根拠のある対策を迅速にとるため、臨床情報・検体等を速やかに収集し、迅速に病態解明や検査方法や治療薬・ワクチン等の研究開発を行う基盤となる感染症指定医療機関等の協力医療機関からなる臨床研究ネットワークを活用し、平時においては、国内で発生のみられる感染症について、継続的な研究開発を行う。
- ・ 感染症事案発生時には、医薬品等を迅速に研究開発するための臨床試験(治験)を多施設で実施できる体制を確保するため、REBIND事業と連携し、平時から本ネットワークの活用を図る。
- ・ 令和7年度からの本格運用においては、感染症指定医療機関等から成る臨床研究ネットワークを形成し、協力医療機関の管理、事務等を担当する事務局を設置し、本ネットワークの協力医療機関での臨床研究を推進する。

### (スキーム)



# 結核対策について

## 現状

(※) 外務省、厚生労働省、JICA、公益財団法人結核予防会、ストップ結核パートナーシップ日本において策定

- 令和5年の新登録結核患者数は10,096人、結核罹患率（新登録結核患者数を人口10万対率で表したもの）は8.1となり、初めて結核低まん延国となった令和3年以降、結核低まん延国の水準を維持しているが、他の先進国における罹患率より高い状況にある。
- 「2021年改定版ストップ結核ジャパンアクションプラン」(※)では、2025年までに罹患率を7とすること、2035年までに罹患率を2とすることを目指している。

## 課題

- 近年では結核患者の多くを高齢者が占め、令和5年の新登録結核患者においては80歳以上が42.9%を占めている。
- 国内で新たに結核になった患者のうち、外国生まれの割合は増加している。令和5年の外国生まれ新登録結核患者数は1,619人（全体の16.0%）であり、前年から405人増（4.1ポイント増加）である。特に若年者においては、新登録結核患者数の大半を外国出生者が占めている。

## 対応

結核は、感染が広がりやすく（空気感染する）、潜伏期間が長く（大半は半年～2年）、一般的な治療期間が6か月以上と長い。



従来の国内結核対策(※)を徹底させるとともに、以下2点を実施。

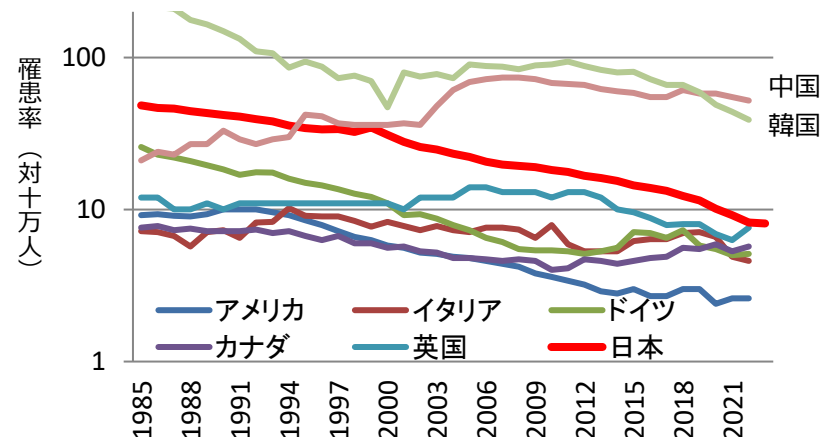
### 【80歳以上の高齢者への対策強化】

80歳以上の高齢者に対し、感染症法に基づく定期健康診断の強化として健診の個別勧奨の実施や個別健診の推進等を実施。

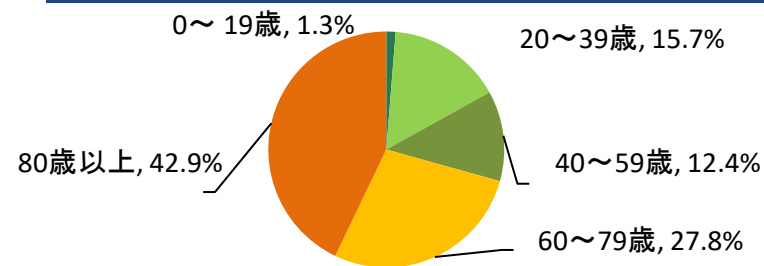
### 【入国前結核スクリーニング】

我が国における結核患者数が多い国から我が国に中長期間在留しようとする者に対し、結核を発病していないことを求める入国前結核スクリーニングを導入。

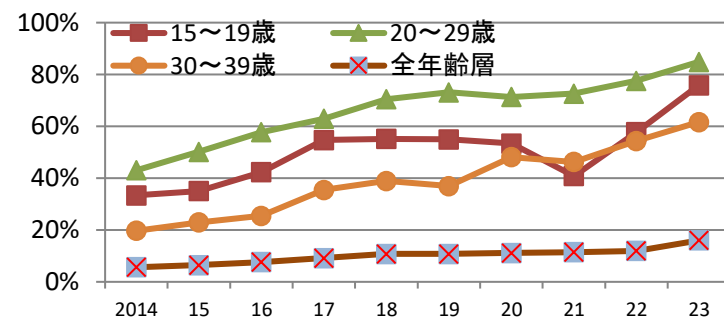
## 各国の罹患率の比較



## 新登録結核患者の年齢別割合（令和5年）



## 新登録結核患者数に占める外国生まれの割合



(※) 健康診断、結核医療費の公費負担、予防接種、直接服薬確認療法（DOTS）の推進等の総合的な対策を引き続き実施。

# 入国前結核スクリーニングの対象国、対象者及び申請の流れ

## 対象国

日本における新登録結核患者数のうち、外国生まれの患者数の8割を占めるフィリピン、ベトナム、インドネシア、ネパール、ミャンマー、中国の6か国から制度を導入する方向で進めており、調整のついたフィリピン、ベトナム、ネパールの3か国については、今年度中（2024年度中）から制度を順次開始する。

## 対象者

対象国の国籍を有し、中長期在留者（注）（再入国許可を有する者を除く。）並びに特定活動告示第53号及び同第54号（デジタルノマド及びその配偶者又は子）として我が国に入国・在留しようとする者とする。

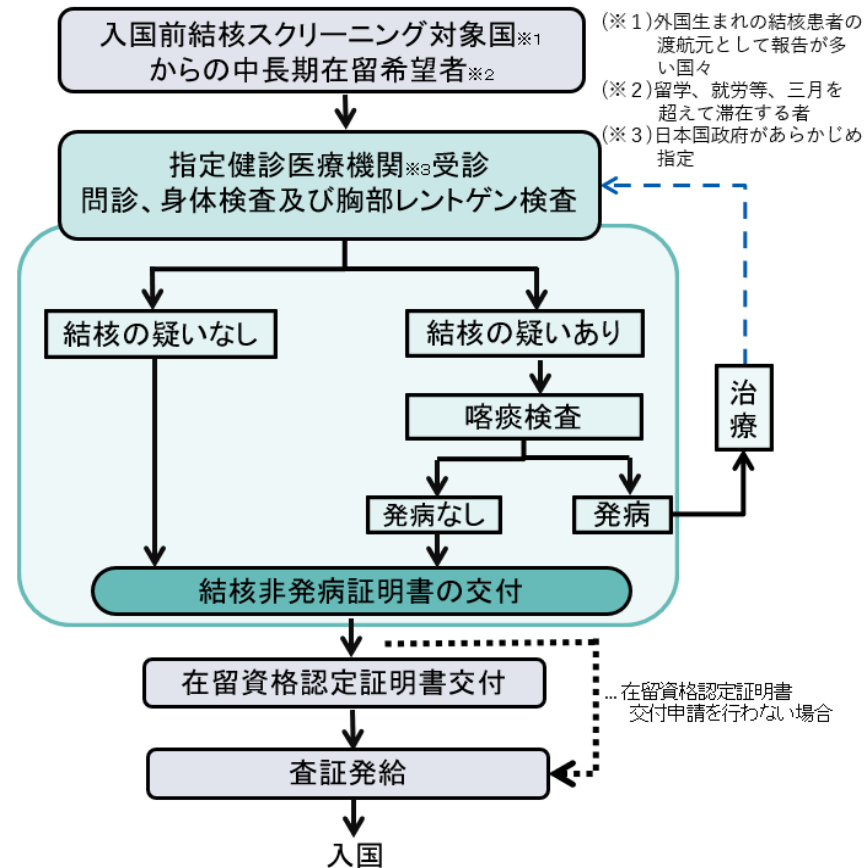
ただし、例外として、居住国の滞在許可証等により、現在の居住地が対象国以外の国又は地域であることが確認された場合は対象外とする。

（注）「中長期在留者」とは、入管法第19条の3に定める者（本邦に在留資格をもって在留する外国人のうち、①3月以下の在留期間が決定された者、②短期滞在の在留資格が決定された者、③外交又は公用の在留資格が決定された者、④③に準ずる者として法務省令で定めるもの、のいずれか以外の者）をいう。

## 申請の流れ

- 1 申請者は対象国にある指定健診医療機関で、医師の診察及び胸部レントゲン検査を受診する。
- 2 当該検査で結核を発病していないと判断された者には、指定健診医療機関から結核非発病証明書が発行される。
- 3 在留資格認定証明書交付申請又は査証申請時に結核非発病証明書を提出する。

※ 結核を発病していると診断された者については、治療完了後、再度指定医療機関で結核検査を受診する必要がある。



（注）対象国の指定健診医療機関については、検査・診療の質を保つため、対象国内の医療機関に対して日本国政府があらかじめ指定する。医師は問診、診察及び胸部レントゲン検査を実施し、結核の疑いがある者に対しては喀痰検査を実施する。結果はJ-IMS（JPETS情報管理システム）にアップロードされる。結核を発病していないことを確認した場合には、結核非発病証明書を発行する。

# 薬剤耐性(AMR)対策アクションプラン (2023-2027) 概要

## アクションプランの概要

- AMRに起因する感染症による疾病負荷のない世界の実現を目指し、**AMRの発生をできる限り抑えるとともに、薬剤耐性微生物による感染症のまん延を防止**するための対策をまとめたもの。
- **6分野（①普及啓発・教育、②動向調査・監視、③感染予防・管理、④抗微生物剤の適正使用、⑤研究開発・創薬、⑥国際協力）の目標に沿って、具体的な取組を記載するとともに、計画全体を通しての成果指標（数値目標）を設定。**

## 主な新規・強化取組事項

### <目標1 普及啓発・教育>

- ・医療関係者等を対象とした生涯教育研修における感染管理（手指消毒の重要性など）、抗微生物剤の適正使用等に関する研修プログラムの実施の継続・充実

### <目標2 動向調査・監視>

- ・畜産分野に加え、水産分野及び愛玩動物分野の薬剤耐性動向調査の充実
- ・畜産分野の動物用抗菌剤の農場ごとの使用量を把握するための体制確立
- ・薬剤耐性菌に関する環境中の水、土壌中における存在状況及び健康影響等に関する情報の収集
- ・環境中における抗微生物剤の残留状況に関する基礎情報の収集

### <目標3 感染予防・管理>

- ・家畜用、養殖水産動物用及び愛玩動物用のワクチンや免疫賦活剤等の開発・実用化の推進

### <目標4 抗微生物剤の適正使用>

- ・「抗微生物薬適正使用の手引き」の更新、内容の充実、臨床現場での活用の推進

### <目標5 研究開発・創薬>

- ・産・学・医療で利用可能な「薬剤耐性菌バンク」での分離株保存の推進、病原体動向調査、AMRの発生・伝播機序の解明、創薬等の研究開発の推進、海外における分離株のゲノム情報の収集
- ・「抗菌薬確保支援事業」による新たな抗微生物薬に対する市場インセンティブの仕組みの導入
- ・医療上不可欠な医薬品のサプライチェーンの強靱化を図り、我が国における安定確保医薬品の安定供給に資するよう、「医薬品安定供給支援事業」の実施
- ・適切な動物用抗菌性物質の使用を確保するため、迅速かつ的確な診断手法の開発のための調査研究の実施

### <目標6 国際協力>

- ・「薬剤耐性(AMR)ワンヘルス東京会議」の年次開催の継続を通じた、アジア諸国及び国際機関の関係者間の情報共有、各国のAMR対策推進を促進



# 薬剤耐性(AMR)対策アクションプラン(2023-2027) 成果指標

- 「薬剤耐性(AMR)対策アクションプラン(2016-2020)」では、計画全体を通しての数値目標を設定し、目標達成に向けてAMR対策に取り組んできた。
- 取組により、一部の指標は改善傾向にはあるが、改善の乏しい指標や新たに生じた課題が未だ多くあることから、新たな数値目標を設定し、引き続き、国際的な動きと協調しつつ継続的にAMR対策に取り組んでいく。

## 微生物の薬剤耐性率

	指標	2020年	2027年(目標値)
ヒトに関して	バンコマイシン耐性腸球菌感染症の罹患数 <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">新</span>	135人	80人以下 (2019年時点に維持)
	黄色ブドウ球菌のメチシリン耐性率	50%	20%以下
	大腸菌のフルオロキノロン耐性率	35%	30%以下 (維持)
	緑膿菌のカルバペネム耐性率	11%	3%以下
	大腸菌・肺炎桿菌のカルバペネム耐性率	0.1-0.2%	0.2%以下 (維持)
動物に関して	大腸菌のテトラサイクリン耐性率	牛19.8%、豚62.4%、鶏52.9%	牛20%以下、豚50%以下、鶏45%以下
	大腸菌の第3世代セファロスポリン耐性率	牛0.0%、豚0.0%、鶏4.1%	牛1%以下、豚1%以下、鶏5%以下
	大腸菌のフルオロキノロン耐性率	牛0.4%、豚2.2%、鶏18.2%	牛1%以下、豚2%以下、鶏15%以下

※2027年のヒトにおける目標値は、保菌の影響を除く観点から黄色ブドウ球菌メチシリン耐性率、緑膿菌カルバペネム耐性率は検体を血液検体、大腸菌フルオロキノロン耐性率は尿検体の耐性率とする。

## 抗微生物剤の使用量

	指標	2020年	2027年 (目標値) (対2020年比)
ヒトに関して	人口千人あたりの一日抗菌薬使用量	10.4	15%減
	経口第3世代セファロスポリン系薬の人口千人あたりの一日使用量	1.93	40%減
	経口フルオロキノロン系薬の人口千人あたりの一日使用量	1.76	30%減
	経口マクロライド系薬の人口千人あたりの一日使用量	3.30	25%減
	カルバペネム系の静注抗菌薬の人口千人あたりの一日使用量 <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">新</span>	0.058	20%減
動物に関して	畜産分野の動物用抗菌剤の全使用量 <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">新</span>	626.8t	15%減
	畜産分野の第二次選択薬 (※) の全使用量 <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">新</span> ※第3世代セファロスポリン、15員環マクロライド (ツラスロマイシン、ガミスロマイシン)、フルオロキノロン、コリスチン	26.7t	27t以下に抑える

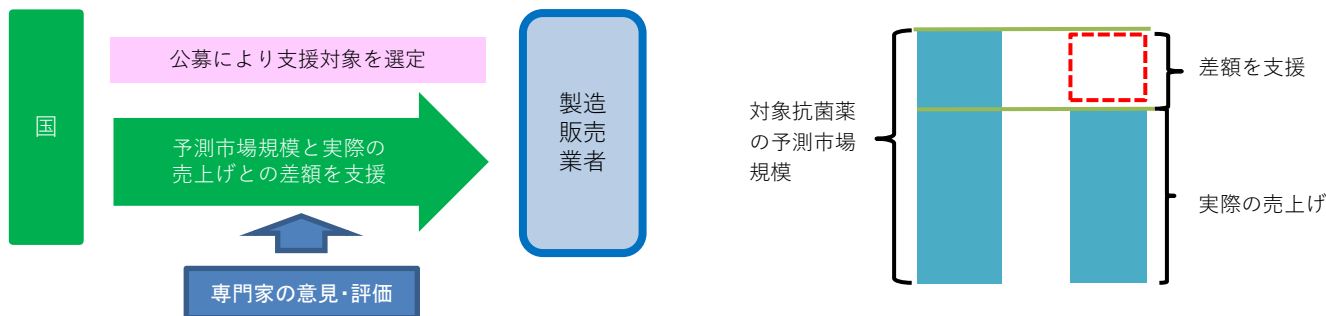
令和7年度当初予算案 13億円 (12億円) ※()内は前年度当初予算額 ※令和6年度補正予算額 8百万円

## 1 事業の目的

- 薬剤耐性 (AMR) による死亡者数は今後増大するとされている。(※1)  
 (※1) AMRに起因する死亡者数は低く見積もって世界で127万人。何も対策を取らない場合(耐性率が現在のペースで増加した場合)、2050年には1,000万人の死亡が想定されている。  
 (Antimicrobial Resistance Collaborators. Global burden of bacterial antimicrobial resistance in 2019: a systematic analysis. Lancet 2022; 399: 629-55. O'Neill J, Chair. Tackling Drug-Resistant Infections Globally: Final Report and Recommendations. London, UK: Review on Antimicrobial Resistance; 2016; p. 1-84.)
- 耐性菌に対する新たに承認された抗菌薬の数は近年減少傾向である。(※2)  
 また、新規抗菌薬の開発には、多額の費用を要するが、高い薬価がつかないなど収益性が低いこと、また、使用量を適正な水準にコントロールすることが求められる抗菌薬の特性(※3)による販売での制約といった収益予見性の低さから、製薬企業の参入ハードルが高くなっているのが世界的な傾向である。  
 (※2) 日本の抗菌薬の承認数は1990年~1999年27剤、2000年~2009年16剤、2010年~2019年11剤。  
 米国のFDAにおける抗菌薬の承認数は1983年~1992年30剤、1993年~2002年17剤、2003年~2012年7剤、2013年~2016年5剤。  
 (※3) 抗菌薬が必要でない病態に投与するなどの不必要な使用や投与量・投与期間が標準的な治療から逸脱した不適切な使用を行うと、耐性菌が増加し、結果として抗菌薬が使用できなくなる。
- 2023年5月のG7長崎保健大臣会合では、薬剤耐性(AMR)対策としてプル型インセンティブの重要性について認識を一致し、上市後の新規抗菌薬に対して一定額の収入を支援すること等により研究開発を促進する仕組みであるプル型インセンティブについてさらに取組をすすめることを強調した。

## 2 事業の概要・スキーム

- 我が国においても、抗菌薬による治療環境を維持しつつ、国際保健に関する国際的な議論で主導的な役割を果たすため、市場インセンティブの事業(企業が国の薬剤耐性対策(販売量の適正水準維持)に協力することで生じる減収に対して、一定額の収入を国が支援すると同時に、抗菌薬の開発を促す仕組み)を実施する。
- 支援対象として、公衆衛生上脅威となる薬剤耐性菌の治療薬を選定し、日本における市場インセンティブの実現可能性を具体的に検証することを目標とする。
- 抗菌薬の適正使用を保ちつつ、新規抗菌薬の開発を促進し、耐性菌の治療の選択肢を確保することに資する。
- 薬剤耐性菌の発生状況、抗菌薬の使用状況等を踏まえ必要な予算額を確保する。  
 → 令和7年度は薬価等を踏まえた予測市場規模の変化に伴う所要額増を計上する。



※ 予測市場規模は、専門家の意見・評価を踏まえて設定する

# 麻疹について

## 麻疹の概要

- ①**症状**：感染後約12日程度の潜伏期間を経て発症し、**発熱、上気道炎症状、結膜炎炎症状**等が現れる。  
発症の2～4日後**発疹**が生じ、**再度発熱**し、3～4日後解熱する。
- ②**合併症**：**肺炎、中耳炎、脳炎**等。 ※ 稀に亜急性硬化性全脳炎（SSPE）が発生する。
- ③**感染経路**：**空気感染**等。感染力が非常に強い。**発症前日から解熱後3日間程度**他者へ感染させる可能性がある。  
※ 基本再生産数（R0）：12～18（基本再生算数とは、免疫がない人々の集団で、一人の患者から平均何人に二次感染させるかを示す数字。）
- ④**届出**：医師は臨床診断後、直ちに保健所等に届出をしなければならない。
- ⑤**治療・予防**：対症療法のみ。予防としては、ワクチンが有効。  
※ 届出を受け、保健所等が患者本人に聞き取りを行い、患者本人と接種した者に対して健康観察等を実施している。

## 麻疹対策の概要

「麻疹に関する特定感染症予防指針」（平成19年厚生労働省告示第442号、平成31年4月19日一部改正）

- 目標**：引き続き**麻疹の排除の状態を維持**すること。
- 発生原因の究明**：麻疹についての情報の収集および分析、正確かつ迅速な発生動向の調査の実施。
- 発生の予防及びまん延の防止**：定期予防接種により**対象者の95%以上の2回接種完了**。  
※ 2008年度から2012年度に、抗体保有率の低かった当時中学1年生と高校3年生相当の者に対して、追加の定期接種を実施し、全世代において高い抗体保有率を実現した。
- 医療の提供**：早期発見及び早期治療のための医療関係者に対する普及啓発。
- 研究開発の推進**：ワクチン、治療薬などの研究開発の促進。定期予防接種歴の確認を容易にするシステム整備。
- その他**：国際的な連携、評価及び推進体制と普及啓発の充実、麻疹・風しん対策推進会議の開催。

## 国内の麻疹の発生状況等

- 2010年5月を最後に土着株（過去1年間持続的に国内で感染伝播したウイルス株）による麻疹の発生は確認されておらず、**近年の麻疹の発生は海外から持ち込まれたもの**と考えられている。2015年3月27日、WHOにより、**日本は麻疹の排除を達成したとの認定（※）**を受け、**2024年12月現在まで排除認定を維持**。  
※ 適切なサーベイランス制度の下、土着株による麻疹の感染が3年間確認されないこと、又は遺伝子型の解析によりそのことが示唆されること。
- 2023年度感染症流行予測調査より、麻疹EIA法抗体価が2.0以上の割合は96.2%である一方で、16.0以上の割合は38.4%であった。
- COVID-19パンデミックで減少していた国内の麻疹届出数は、2023年には海外からの輸入症例が契機と考えられる事例の発生もあり、前年より大きく増加した。

【麻疹の発生報告数の年次推移】

年	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022*	2023*	2024**
報告数	11,013	732	447	439	283	229	462	35	165	186	279	744	10	6	6	28	45

「感染症発生動向調査」より（\*）暫定値（\*\*）2024年12月29日までの累積数（2025年1月10日公表値）

# 風しんについて

## 風しんの概要

- ① 症状 : 発熱、発疹、リンパ節腫脹を特徴とする。**無症状(15~30%)**~重篤な合併症併発まで幅広い。
- ② 合併症 : 血小板減少性紫斑病(1/3,000~5,000)、急性脳炎(1/4,000~6,000)、関節炎など。  
妊娠中の女性が感染すると出生児に**先天性風しん症候群(CRS)**が出現。
- ③ 潜伏期間 : 14~21日間
- ④ 感染経路 : 飛沫感染・接触感染。感染力が強い※(**発症約1週間前~発疹出現後1週間程度感染力がある**)。
- ⑤ 治療・予防 : 対症療法のみ。予防にはワクチンが有効。

※基本再生産数(R0):6-7(インフルエンザは1-2)  
基本再生産数とは、免疫がない人々の集団で、一人の患者から平均何人に二次感染させるかを示す数字。

## 先天性風しん症候群(CRS)とは

風しんに対して免疫の不十分な女性が、特に妊娠20週頃までに風疹ウイルスに感染した場合に出生児に引き起こされる障害。先天性心疾患、難聴、白内障が三大症状。他、低出生体重、網膜症、肝脾腫、血小板減少、糖尿病、発育遅滞、精神発達遅滞、小眼球など多岐にわたる。

「風しんに関する特定感染症予防指針」(平成26年厚生労働省告示第442号、平成30年1月1日一部改正)

## 風しん対策の概要

- 目標: CRSの発生をなくすとともに、2020年までに風しんの排除を達成する。
- 定期予防接種の実施: 定期接種率の目標をそれぞれ95%以上とする。(令和元年度: 第1期95.4%、第2期94.1)
- 抗体検査・予防接種の推奨: 普及啓発、自治体に対する抗体検査補助事業を実施。
- 自治体に対する技術支援: 風しん発生時の届出や、対応手順の手引き等を作成し、自治体に配布。
- 麻しん・風しん対策推進会議の開催: 施策の実施状況に関する評価、必要に応じた当該施策の見直し。

## 風しんとCRSの発生報告数の年次推移

年	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
風しん										294	147	87	378	2,386	14,344	319	163	126	91	2,941	2,298	101	12	15	12	7
CRS	0	1	1	1	1	10	2	0	0	0	2	0	1	4	32	9	0	0	0	0	4	1	1	0	0	0

※ CRSは1999年4月~開始(2006年の報告から感染地域が報告対象となった)

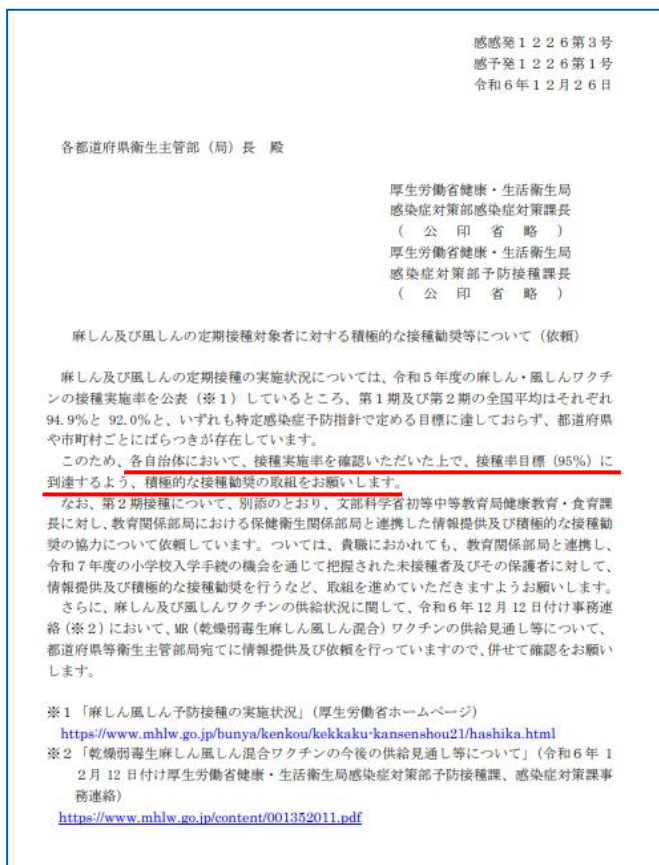
※「感染症発生動向調査」に基づき健康・生活衛生感染症対策部において作成。2023年は週報速報値(暫定値)、2024年は2025年1月7日時点の速報値。

# 麻しん・風しんの定期接種に係る市町村向けの周知について

麻しん・風しんの定期接種実施率が目標を下回っていること、実施率が自治体ごとにばらついていることを踏まえ、予防接種実施主体である自治体に対して、未接種者への勧奨をしていただくよう周知。

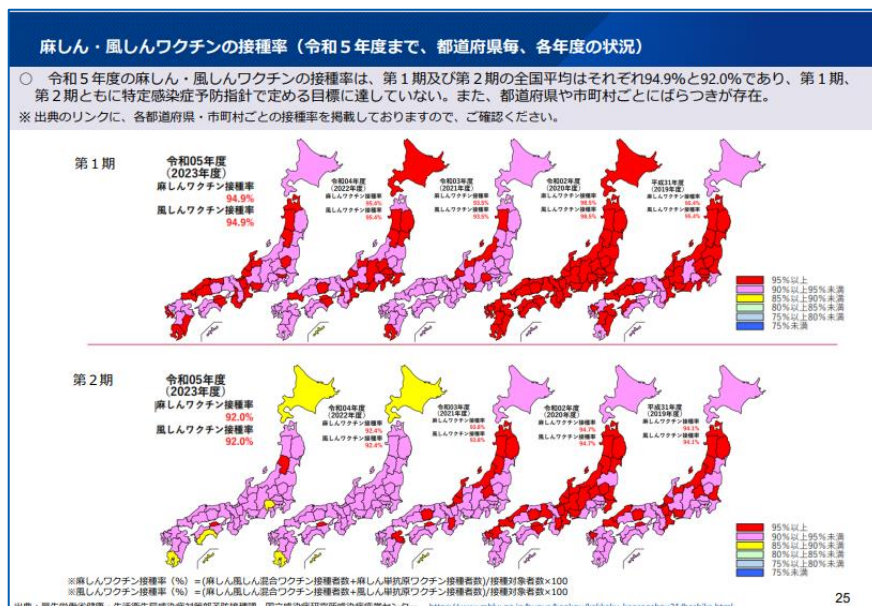
## 自治体宛て通知の発出

「各自治体において、接種実施率を確認いただいた上で、接種率目標（95%）に到達するよう、積極的な接種勧奨の取組をお願いします。」と記載。



## 自治体説明会における周知

各都道府県ごと、各年度ごとの接種率の状況について説明し、説明会参加自治体に向けて呼びかけ。



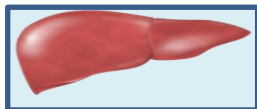
○令和6年度第3回予防接種自治体向け説明会資料（令和6年12月19日開催）  
<https://www.mhlw.go.jp/content/10906000/001359165.pdf>

# 肝炎の進行と対策のイメージ

感染

10~40年

無症候



慢性肝炎



肝硬変



肝がん



肝炎ウイルス検査 (保健所や委託医療機関で実施。原則無料)

検査結果が陽性的場合

重症化予防対策

初回精密検査 (無料。職域、妊婦健診、手術前の肝炎ウイルス検査で陽性的の場合も含む)

経過観察を要する場合

定期検査 (年2回、所得等に応じ、無料、2000円/回又は3000円/回)

肝炎医療費助成

インターフェロン治療

B型

C型

核酸アナログ製剤治療

B型

(肝がんについては、慢性肝炎、肝硬変の段階から助成を受けている者)

インターフェロンフリー治療

C型

(非代償性肝硬変も含む)

所得に応じ、自己負担  
1万円/月又は2万円/月

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業

(年収約370万円以下、高額療養費3ヶ月目以降、自己負担1万円)

入院治療

肝がんの通院治療

障害認定(肝硬変) / 自立支援医療(移植のみ)  
障害年金 (肝硬変)

B型肝炎  
特措法

無症候性キャリア  
600万円 (50万円)

慢性肝炎  
1,250万円  
(300万円/150万円)

肝硬変(軽症)  
2,500万円  
(600万円/300万円)

肝硬変(重度)・肝がん  
3,600万円 (900万円)

C型肝炎  
特措法

無症候性キャリア  
1200万円

慢性肝炎  
2,000万円

肝硬変・肝がん  
4,000万円

一般施策

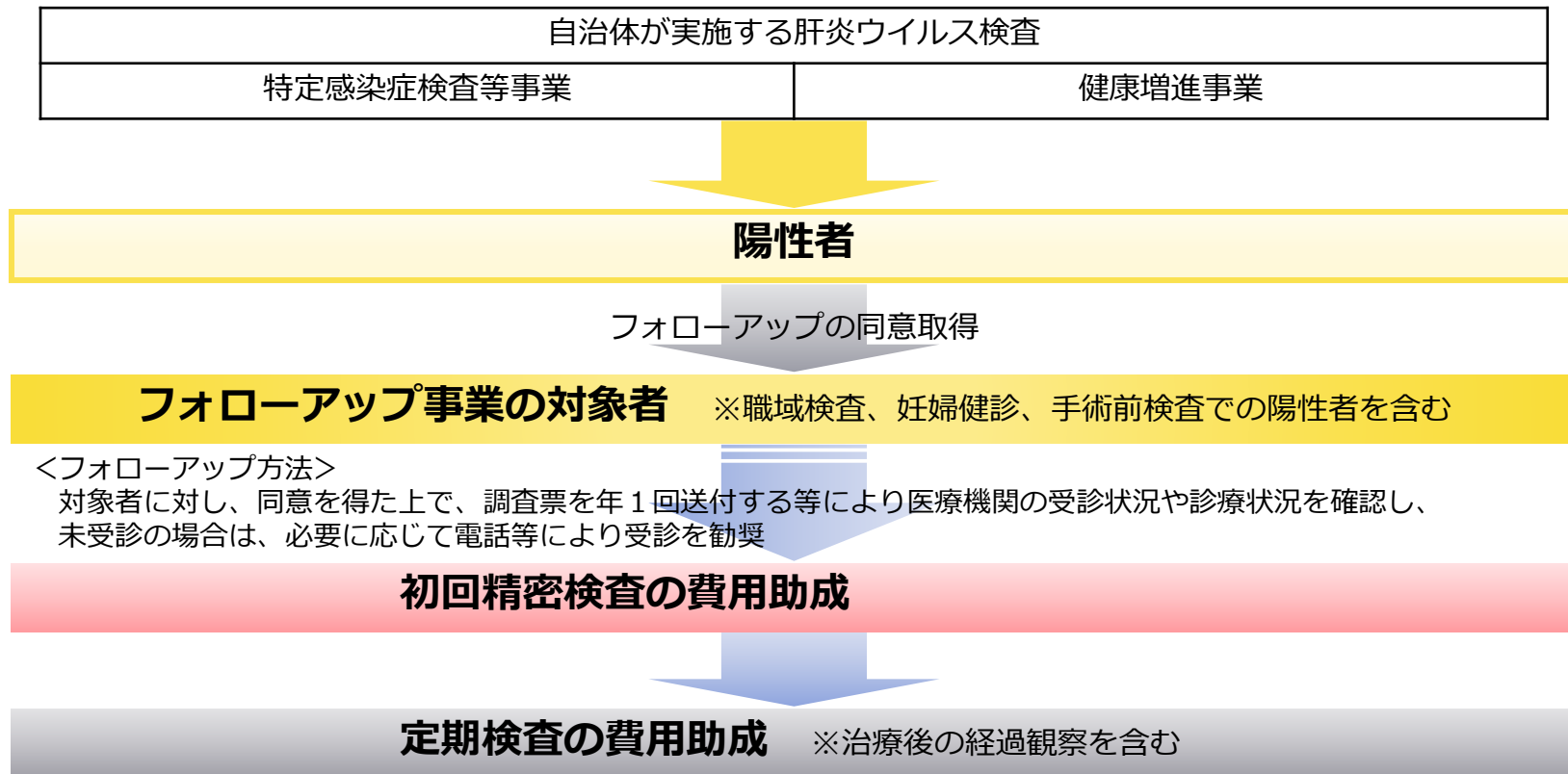
特措法対象者

# 肝炎患者等の重症化予防の推進

## 1 事業の目的

肝炎ウイルス陽性者を早期に発見するとともに、相談やフォローアップにより陽性者を早期治療に繋げ、ウイルス性肝炎患者等の重症化予防を図る。

## 2 事業の概要・スキーム、実施主体等



◆事業実績（令和4年度実績）

B型肝炎ウイルス検査：786,219人 C型肝炎ウイルス検査：776,202人 初回精密検査費用の助成：751人 定期検査の費用助成 3,073人

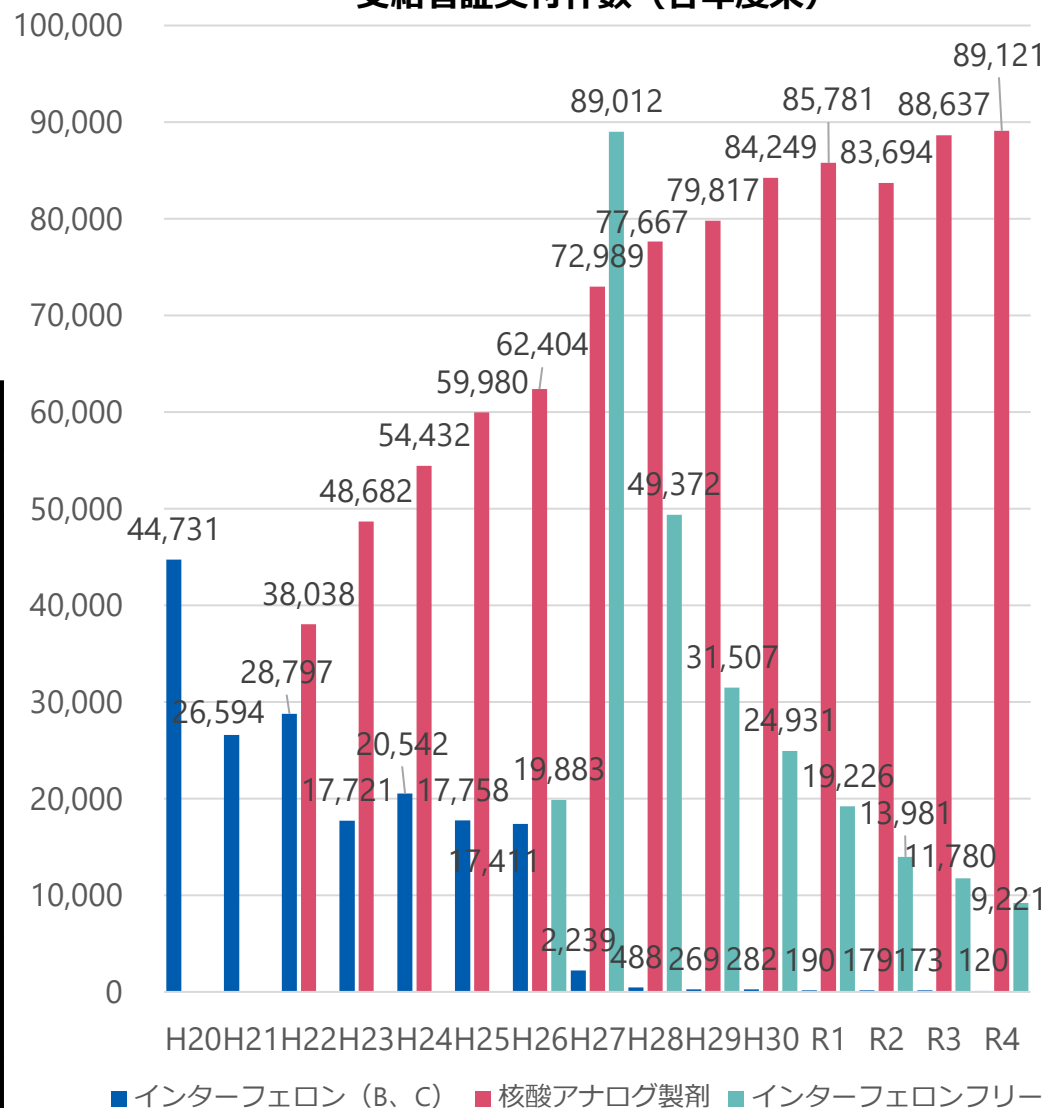
# 肝炎治療促進のための環境整備

## 肝炎治療特別促進事業（医療費助成）

B型ウイルス性肝炎に対するインターフェロン治療と核酸アナログ製剤治療、C型ウイルス性肝炎の根治を目的としたインターフェロン治療とインターフェロンフリー治療への医療費助成を行う。

実施主体	都道府県
対象者	B型・C型ウイルス性肝炎患者
対象医療	<b>B型慢性活動性肝炎に対するインターフェロン治療</b> ・インターフェロンあるいはペグインターフェロン単剤 <b>B型慢性肝疾患に対する核酸アナログ製剤治療</b> <b>C型慢性肝疾患の根治を目的としたインターフェロン治療</b> ・インターフェロンあるいはペグインターフェロン単剤 ・インターフェロンあるいはペグインターフェロン+リビリン併用 <b>C型慢性肝疾患の根治を目的としたインターフェロンフリー治療</b>
自己負担限度月額	原則1万円（ただし、上位所得階層については2万円）
財源負担	国：1/2 都道府県：1/2

受給者証交付件数（各年度末）





# 特定B型肝炎ウイルス感染者給付金等の支給に関する特別措置法の概要

集団予防接種等の際の注射器の連続使用によるB型肝炎ウイルスの感染被害の全体的な解決を図るため、当該連続使用によってB型肝炎ウイルスに感染した者及びその者から母子感染した者等を対象とする給付金等を支給するため、所要の措置を講ずるもの。(平成24年1月施行。令和3年度改正法(6月18日公布・施行)により、令和8年度末まで延長)

## 1. 対象者

- (1) 対象者は、昭和23年から昭和63年までの集団予防接種等における注射器の連続使用により、7歳になるまでの間にB型肝炎ウイルスに感染した者及びその者から母子感染した者等(特定B型肝炎ウイルス感染者)
  - (2) 対象者の認定は、裁判上の和解手続等(確定判決、和解、調停)において行う。
- ※ 給付金等を受けるためには提訴する必要がある。

## 2. 特定B型肝炎ウイルス感染者を対象とする給付金等の支給

- (1) 特定B型肝炎ウイルス感染者給付金：  
① 死亡・肝がん・肝硬変(重度) 3600万円 ② 除斥期間が経過した死亡・肝がん・肝硬変(重度) 900万円  
③ 肝硬変(軽度) 2500万円 ④ 除斥期間が経過した肝硬変(軽度) 600万円(300万円\*)  
⑤ 慢性B型肝炎 1250万円 ⑥ 除斥期間が経過した慢性B型肝炎 300万円(150万円\*)  
⑦ 無症候性持続感染者 600万円 ⑧ 除斥期間が経過した無症候性持続感染者 50万円  
※ 訴訟手当金として、弁護士費用(給付金の4%)、検査費用を支給。  
\* 現にり患しておらず、治療を受けたこともない者に対する給付額
- (2) 追加給付金：(1)の受給者について、病態が進展した場合、既に支給した金額との差額(②、④、⑥及び⑧は全額)を支給他に、⑧については、定期検査費等に係る一部負担金相当等を支給

## 3. 請求期限

- ・令和9年3月31日までに提訴(和解日等から1か月以内に請求)
- ・なお、追加給付金は、病態が進展したことを知った日から5年以内に請求(新規の提訴は不要)
- 定期検査費等は、当該検査等を受けたときから5年以内に請求(新規の提訴は不要)

## 4. 費用及び財源

- ・社会保険診療報酬支払基金に基金を設置し、政府が資金を交付。
- ・政府は、平成24年度から令和8年度までの各年度において支払基金に対して交付する資金については、平成24年度において必要な財政上及び税制上の措置を講じて、確保(法附則)。

# 肝がん・重度肝硬変の治療研究の促進

## 1 事業の目的

B型・C型肝炎ウイルスに起因する肝がん・重度肝硬変は、予後が悪く長期の療養が必要となる等の特徴があることから、患者の医療費の負担の軽減を図りつつ、患者からの臨床データを収集し、予後の改善や生活の質の向上、肝がんの再発の抑制などを目指したガイドラインの作成など、肝がん・重度肝硬変の治療研究を促進するための支援を実施。（平成30年12月開始）

## 2 事業の概要・スキーム、実施主体等

- **B型・C型肝炎ウイルスによる肝がん・重度肝硬変の患者が、**
  - ・ **年収約370万円以下**（※）で、
  - ・ **肝がん・重度肝硬変の入院治療又は肝がんの通院治療の医療費について、高額療養費の限度額（※）を超える月が過去2年間（24ヶ月）で2月以上ある場合、****当該2月目以降の医療費について、自己負担額が1万円となるよう助成。**

なお、2月目以降（助成が行われる月）については、都道府県が指定する指定医療機関で治療を受けている必要がある。

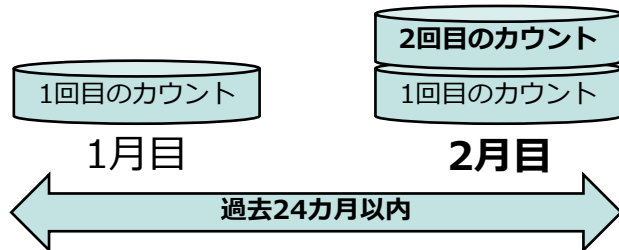
（※）年齢・所得区分ごとの高額療養費の限度額

【70歳未満】	負担割合	高額療養費の限度額
年収約370万円以下	3割	57,600円 ※1
住民税非課税		35,400円 ※2

【70歳以上】	負担割合	高額療養費の限度額	
		外来	
年収約370万円以下	70-74歳 2割	18,000円 ※3	57,600円 ※1
住民税非課税 II			24,600円
住民税非課税 I	75歳以上 1割又は2割	8,000円	15,000円

※1：多数回該当44,400円  
（12月以内に4回目以上）  
 ※2：多数回該当24,600円  
 ※3：年上限14.4万円  
 後期高齢者2割負担の方  
 については令和7年9月  
 末まで配慮措置あり

- 実施主体：都道府県（補助率1/2）



※令和6年4月より、高額療養費の限度額を超える月数の要件を緩和  
 過去1年間（12ヶ月）で3月以上 ⇒ 過去2年間（24ヶ月）で2月以上