

概要（実績評価書（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

【概要】令和7年度実績評価書（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、罹患率が減少傾向。令和6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。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 医療機関によるオンライン届出報告率（アウトプット）
- 2 結核患者罹患率（アウトカム）
- 3 人口1,000人あたりの一曰抗菌薬使用量（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。〕
- 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6年度の接種率は91.9%（前年度比1.6p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

【概要】令和7年度実績評価書（案）（施策目標Ⅰ-5-1）

総合判定

赤字は主要な指標

【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。】

指標1:×(目標達成率74.3%) 指標2:△(目標達成率86%)

指標3:×(目標達成率▲183%)

【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。】

指標4:△(目標達成率97%) 指標5:△(目標達成率97%)

【達成目標2: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。】

指標6:△(目標達成率98%) 指標7:○(目標達成率102%)

【目標達成度合いの測定結果】

⑤(目標に向かっていない)

【総合判定】

C(達成に向けて進展がない)

(判定理由)

- ・ 主要な測定指標の一部(指標3)が「×」となった
- ・ 以上より、上記のとおり判定した。

施策の分析

《有効性の評価》

- ・ 指標1については、特に医師や医療機関がFAX等の従来の登録方法に慣れていることや、システムからの入力負担に感じているといった要因によりオンラインによる届出が進んでおらず、目標未達。感染症法上一部の医療機関ではオンラインによる届出は努力義務となっているが、次の感染症危機に備え、国や自治体から周知することにより、医療機関のシステム利用を促進し、引き続き目標達成を目指す。
- ・ 指標3については、新型コロナウイルス感染症の影響により抗菌薬使用機会が減少していたことが影響し、想定より高い目標設定となり、また、百日咳等の流行と共に抗菌薬使用量が大きく増減したことが影響し、目標未達。他方で、これは、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が整備されていることを反映。適切な治療の推進は感染症の更なる発生の予防措置となり、患者への医療提供体制の整備に関する施策が有効に機能していると評価できる。

《効率性の評価》

- ・ 指標1については、目標値を達成できていないものの、予算の範囲内において、システムの運用保守や利便性向上等につながる改修を実施しており、システムの安定的稼働、利便性向上等の改修及びその周知は、医療機関からのオンラインによる届出率の上昇に繋がることが期待されることから、引き続き効率性の観点からも確認を行う。
- ・ 指標3については、予算の範囲内で抗菌薬の適正使用に関するガイドラインの改訂を行い、内容の更新・普及啓発に取り組んできた。内服第3世代セファロスポリン系薬の使用割合の減少より抗菌薬の適正使用の推進が示唆され、効率的な取組が行われていると評価できる。

《現状分析》

- ・ 指標1については、令和5年度以降医療機関からのオンラインによる届出率は横ばいだが、感染症危機において発生届の提出が医療機関や保健所の業務のひっ迫とならないようにする必要があり、医療機関からのオンラインによる届出率が上昇することで、保健所等におけるFAX等の紙情報の手入力の減少、システムによる情報管理が容易となり、医療機関や保健所等の負担軽減を図りつつ、確実な感染症の発生状況の把握につながることが期待されるため、引き続き、取組を進める。
- ・ 指標3については、百日咳等の流行によって抗菌薬を使用する機会が増加したことより全抗菌薬の消費量は増加したが、新型コロナウイルスの流行時には効果の無い抗菌薬の処方量が減少していることや、AMR対策アクションプランの目標の1つである内服第3世代セファロスポリン系薬については全抗菌薬における使用割合をもって評価した場合、減少を続けていることから、抗菌薬の適正使用推進に向かっていくことが示唆され、感染症の患者に対して適切な医療提供体制の整備が有効に機能していると評価できる。

次期目標等への反映の方向性(施策及び測定指標の見直しについて)

【達成目標1】

- ・ 指標1については、次の感染症危機に備え、オンライン届出のシステムの利用を平時から促進することが、有事への備えにつながることから、引き続き同様の指標を設定し、オンラインでの届出について周知し、医療機関のシステム利用を促す。
- ・ 指標2については、引き続き、目標達成に向け、着実に取組を進めていく。
- ・ 指標3については、抗微生物薬の不適切な使用を抑制するため、AMR対策アクションプラン(2023-2027)の目標設定及び指標の現状について要因分析を行い、引き続き積極的な取組を進めていく。アクションプラン改定に向けて施策及び評価指標の見直しを検討する。

【達成目標2】

- ・ 指標4・5については、国から都道府県を通じ、各市町村に対し、第1期及び第2期の定期接種率が各95%以上となるよう積極的に働きかけを進め、特に、接種率が減少している地域では、より積極的な広報活動に努めるよう周知を行っていく。また、接種機会の確保のため、ワクチンの安定供給の徹底に向けて引き続き取り組む。

【達成目標3】

- ・ 指標6・7については、引き続き目標達成に向け、着実に取組を進めていく。

発生届及び退院届の電磁的方法による届出

第80回(令和5年10月27日)
厚生科学審議会感染症部会 資料1抜粋・一部改変

類型	令和6年3月までの類型				令和6年4月から追加された類型	
	発生届の電磁的方法による届出の義務及び退院届の届出の対象				発生届の電磁的方法による届出の努力義務の対象	
	特定感染症 指定医療機関	第一種感染症 指定医療機関	第二種感染症 指定医療機関	結核指定医療機関	第一種協定指定 医療機関	第二種協定指定 医療機関
指定者	厚生労働大臣	都道府県知事	都道府県知事	都道府県知事	都道府県知事	都道府県知事
対象施設	病院	病院	病院	病院・診療所・ 薬局	病院・診療所	病院・診療所・薬 局・訪問看護事業所
対応 する 感染症	新感染症・一類感 染症・二類感染症・新 型インフルエンザ等 感染症	一類感染症・二類感 染症・新型インフル エンザ等感染症	二類感染症・新型イ ンフルエンザ等感染 症	結核	新型インフルエンザ等 感染症・指定感染症・ 新感染症	新型インフルエンザ 等感染症・指定感染 症・新感染症
設置 基準	(全国で数か所)	各都道府県に1つ	2次医療圏に1つ	なし	なし	なし
設置数 (R4.4. 1現在)	4病院	56病院	533病院	病院：8,026 診療所：67,824 薬局：63,035	— (参考) コロナ対応の最大規模 (R4.12) の医療機関：約3千	— (参考) コロナ対応の最大規 模(R4.12) の診療・検査医 療機関：約4.2万
概要	- いかなる場合でも万全の感染症対策を講じることができる医療機関 - 厚生労働大臣が指定するため、指定基準なし	- 主に一類感染症の患者の入院を担当する医療機関 - 空気感染にも対応できる各種設備等を有するもの	- 主に二類感染症・新型インフルエンザ等感染症の患者の入院を担当する医療機関 - 主に接触感染・飛沫感染に対応できる設備等を有するもの	- 結核患者の通院医療を担当する病院、診療所、薬局 - 第一種、第二種感染症指定医療機関と異なり、指定基準なし	- 感染症発生・まん延時に感染症患者の入院を担当する医療機関 - 院内感染対策を適切に実施しながら、必要な医療を提供することが可能であるもの	- 感染症発生・まん延時に発熱外来又は自宅療養者等への医療の提供を担当する医療機関 - 最新の知見に基づく適切な感染の防止のための措置を実施することが可能であるもの

退院届の届出対象

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6年の新登録結核患者数は10,051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6年の新登録結核患者においては80歳以上が42.7%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6年の外国生まれ新登録結核患者数は1,980人（全体の19.7%）であり、前年から361人増（3.7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。

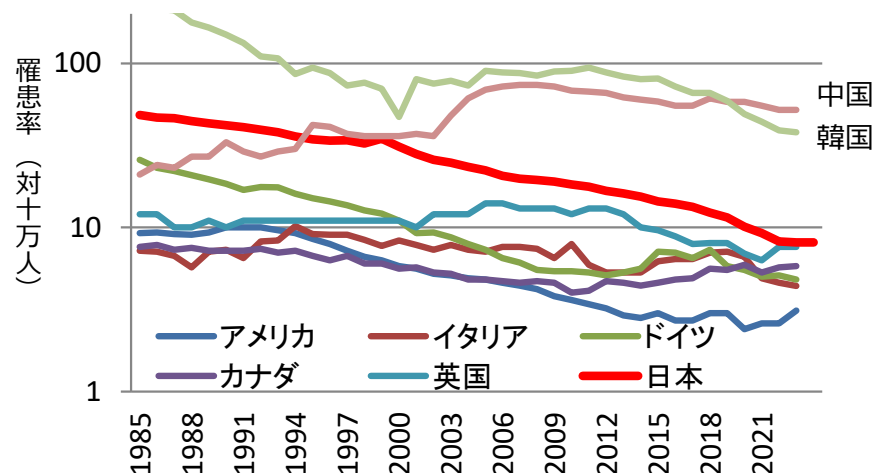
【80歳以上の高齢者への対策強化】

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。

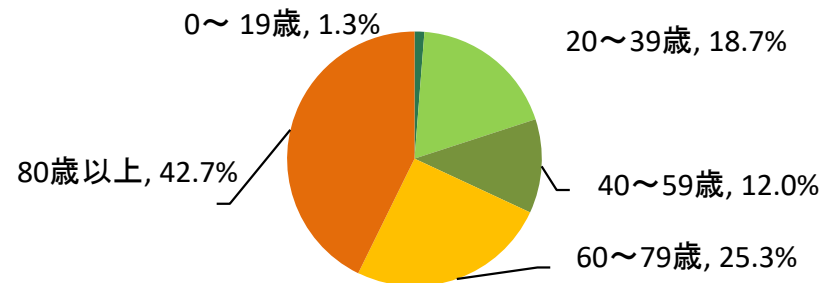
【入国前結核スクリーニング】

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。

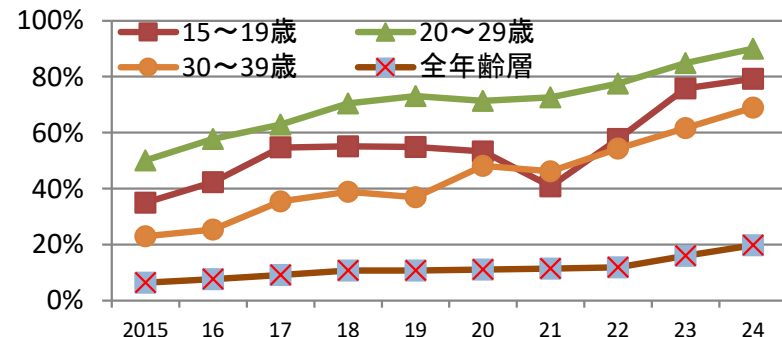
各国の罹患率の比較



新登録結核患者の年齢別割合（令和6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、2024年度中から制度を順次開始した。

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。

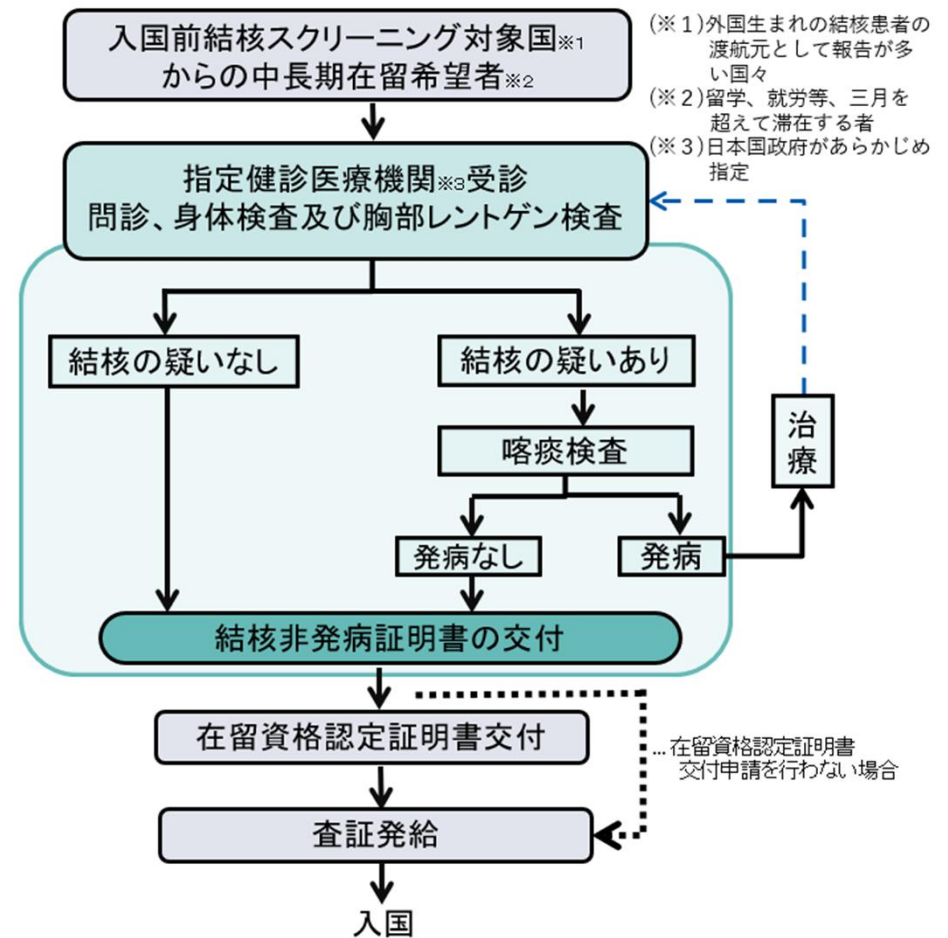
ただし、例外として、居住国の滞在許可証等により、現在の居住地が対象国以外の国又は地域であることが確認された場合は対象外とする。

（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 新	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）
関連動物にて	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 新	0.058	20%減
関連動物にて	畜産分野の動物用抗菌剤の全使用量 新	626.8t	15%減
	畜産分野の第二次選択薬（※）の全使用量 新 ※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 8

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。

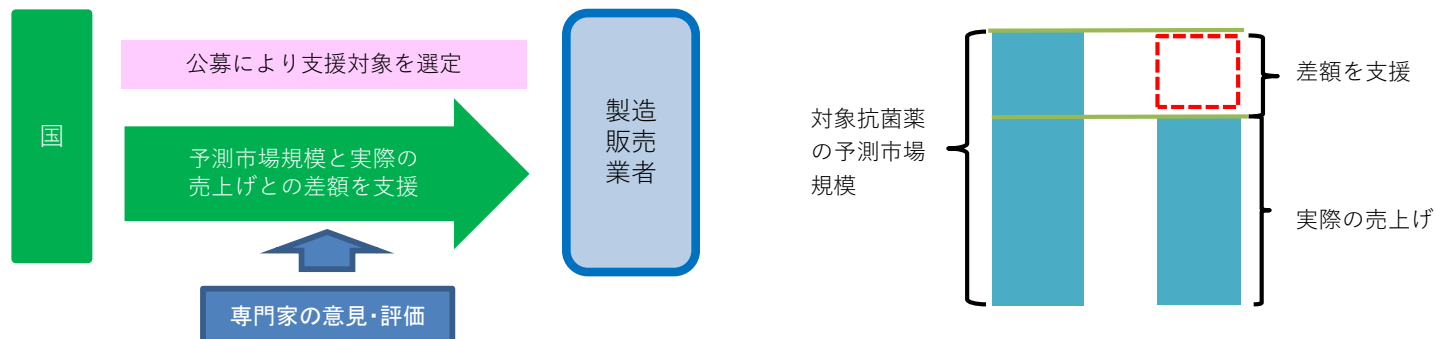
米国のFDAにおける抗菌薬の承認数は1983年～1992年30剤、1993年～2002年17剤、2003年～2012年7剤、2013年～2016年5剤。

(※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

麻しん（5類感染症 全数把握）

疾患概要

○症状：感染後通常10～12日間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。

○合併症：肺炎、中耳炎、脳炎等。麻しんは死亡率が約0.1%と比較的高く、さらに感染から数年後に亜急性硬化性全脳炎（SSPE）等の脳症を発症する可能性がある。また、感染後は全身の免疫機能が低下するといわれている。

○感染経路：**空気感染**、飛沫感染、接触感染。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。
（インフルエンザの場合：1.2～2、新型コロナウイルスの場合：2～3、風しんの場合：6～7）

○治療・予防：対症療法のみ。**予防は、ワクチンが最も有効。**



学校における麻しん対策ガイドラインより

対策の概要

○目標：2015年に麻しんの排除認定を受け、引き続き麻しんの排除の状態を維持すること。

○発生原因の究明：麻しん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、**感染源調査や遺伝子検査、患者と接種した者に対して健康観察等**を実施している。

○発生の予防及びまん延の防止：

・診断した**医師の届出**は、診断後**直ちに届出**を行うことを求めている。**定期予防接種の接種率が95%以上**となることを**目標**としている。
（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、医療関係者に対しての普及啓発。

○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の整備。

○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、麻しん・風しん対策推進会議の開催。
「麻しん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）

日本の麻しん排除認定の状況

○ 2010年5月を最後に麻しんの土着株の感染伝播は確認されておらず、近年の麻しん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、日本は麻しんの排除を達成したとの認定（※）を受け、排除状態を維持。

※適切なサーベイランス制度の下、麻しんの土着株の感染伝播が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。（2026年4月21公表時点の速報値）

年	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
麻しん	11,013	732	447	439	283	229	462	35	165	186	279	744	10	6	6	28	45	265	299

風しんについて

風しんの概要

- ・ 症状 : 発熱、発疹、リンパ節腫脹を特徴とする。**無症状（15～30%）**～重篤な合併症の併発まで幅広い。
- ・ 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(Congenital Rubella Syndrome : CRS)**が出現。
- ・ 潜伏期間 : 14～21日間
- ・ 感染経路 : 飛沫感染・接触感染。感染力が強い※1（**発症約1週間前～発疹出現後1週間程度感染力がある**）。
- ・ 治療・予防 : 対症療法のみ。予防にはワクチンが有効。

風しんの基本再生産数（R0）：6-7（インフルエンザは1-2）

- ・ 基本再生産数：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。
- ・ 集団免疫：集団において高い抗体保有率が達成されれば、感染症の伝播を防ぐことができ感受性者も感染から保護される。
この効果を集団免疫という。
- ・ 集団免疫閾値：集団免疫を獲得するために達成すべき、集団内における抗体保有者の割合。
風しんの集団免疫閾値は基本再生産数より求めることができ、CDCやWHO等によるとおおむね85%とされている。※2

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週頃までに風しん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。

国内の風しん排除認定状態

2020年5月を最後に土着株による風しんの発生は散发例の報告のみであり、風しんウイルス土着株の感染伝播は認められていない状況。2025年9月26日、WHOにより、日本は風しんの排除を達成したとの認定（※）を受け、2026年6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、土着株による麻しんの感染が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。

※1 「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）

※2 [CDC and WHO, History and Epidemiology of Global Smallpox Eradication, CDC Stacks PUBLIC HEALTH PUBLICATION, 2014](#) 11

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。

感感発1226第3号
感予発1226第1号
令和6年12月26日

各都道府県衛生主管部（局）長 殿

厚生労働省健康・生活衛生局
感染症対策部感染症対策課長
（公印省略）
厚生労働省健康・生活衛生局
感染症対策部予防接種課長
（公印省略）

麻しん及び風しんの定期接種対象者に対する積極的な接種勧奨等について（依頼）

麻しん及び風しんの定期接種の実施状況については、令和5年度の麻しん・風しんワクチンの接種実施率を公表（※1）しているところ、第1期及び第2期の全国平均はそれぞれ94.9%と92.0%と、いずれも特定感染症予防指針で定める目標に達しておらず、都道府県や市町村ごとにばらつきが存在しています。

このため、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。

なお、第2期接種について、別添のとおり、文部科学省初等中等教育局健康教育・食育課長に対し、教育関係部局における保健衛生関係部局と連携した情報提供及び積極的な接種勧奨の協力について依頼しています。ついては、貴職におかれも、教育関係部局と連携し、令和7年度の小学校入学手続の機会を通じて把握された未接種者及びその保護者に対して、情報提供及び積極的な接種勧奨を行うなど、取組を進めていただきますようお願いいたします。

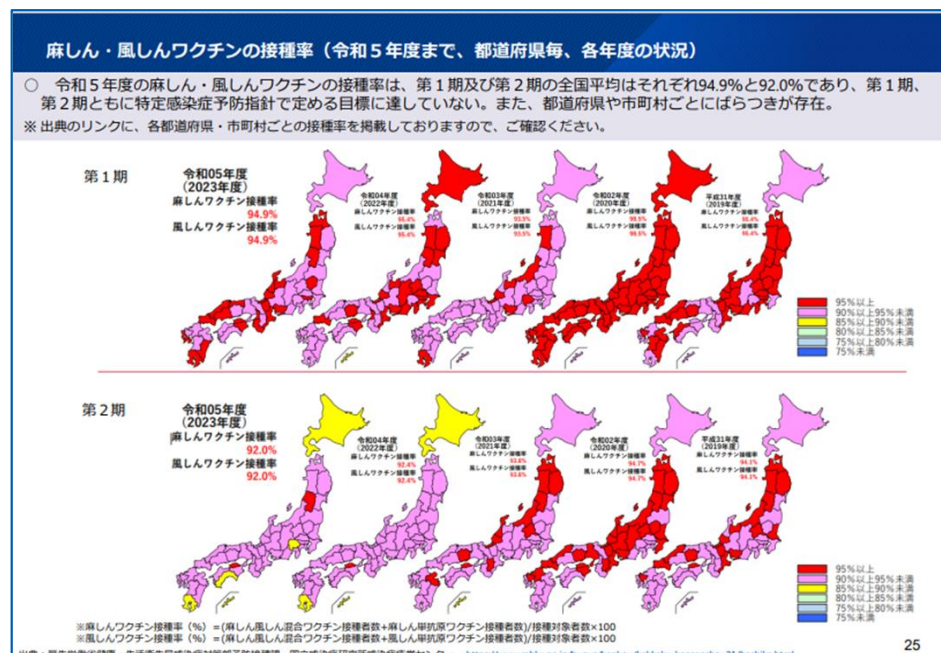
さらに、麻しん及び風しんワクチンの供給状況に関して、令和6年12月12日付け事務連絡（※2）において、MR（乾燥弱毒生麻しん風しん混合）ワクチンの供給見通し等について、都道府県等衛生主管部局宛てに情報提供及び依頼を行っていますので、併せて確認をお願いします。

※1「麻しん風しん予防接種の実施状況」（厚生労働省ホームページ）
<https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou21/hashika.html>

※2「乾燥弱毒生麻しん風しん混合ワクチンの今後の供給見通し等について」（令和6年12月12日付け厚生労働省健康・生活衛生局感染症対策部予防接種課、感染症対策課事務連絡）
<https://www.mhlw.go.jp/content/001352011.pdf>

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。



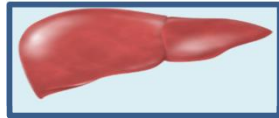
○ 令和6年度第3回予防接種自治体向け説明会資料（令和6年12月19日開催）
<https://www.mhlw.go.jp/content/10906000/001359165.pdf>

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）

検査結果が陽性の場合

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）※治療後の経過観察を含む

重症化予防対策

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2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

※上記の括弧内の金額は、除斥期間を経過した者の場合

肝炎患者等の重症化予防推進事業の流れ

事業概要

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。

自治体が実施する肝炎ウイルス検査		その他（職域検査、妊婦健診、手術前検査）
特定感染症検査等事業	健康増進事業	

陽性者

フォローアップの同意取得

フォローアップ事業の対象者

<フォローアップ方法>

対象者に対し、同意を得た上で、調査票を年1回送付する等により医療機関の受診状況や診療状況を確認し、未受診の場合は、必要に応じて電話等により受診を勧奨



初回精密検査の費用助成

定期検査の費用助成



肝炎治療特別促進事業 （医療費助成）

治療対象



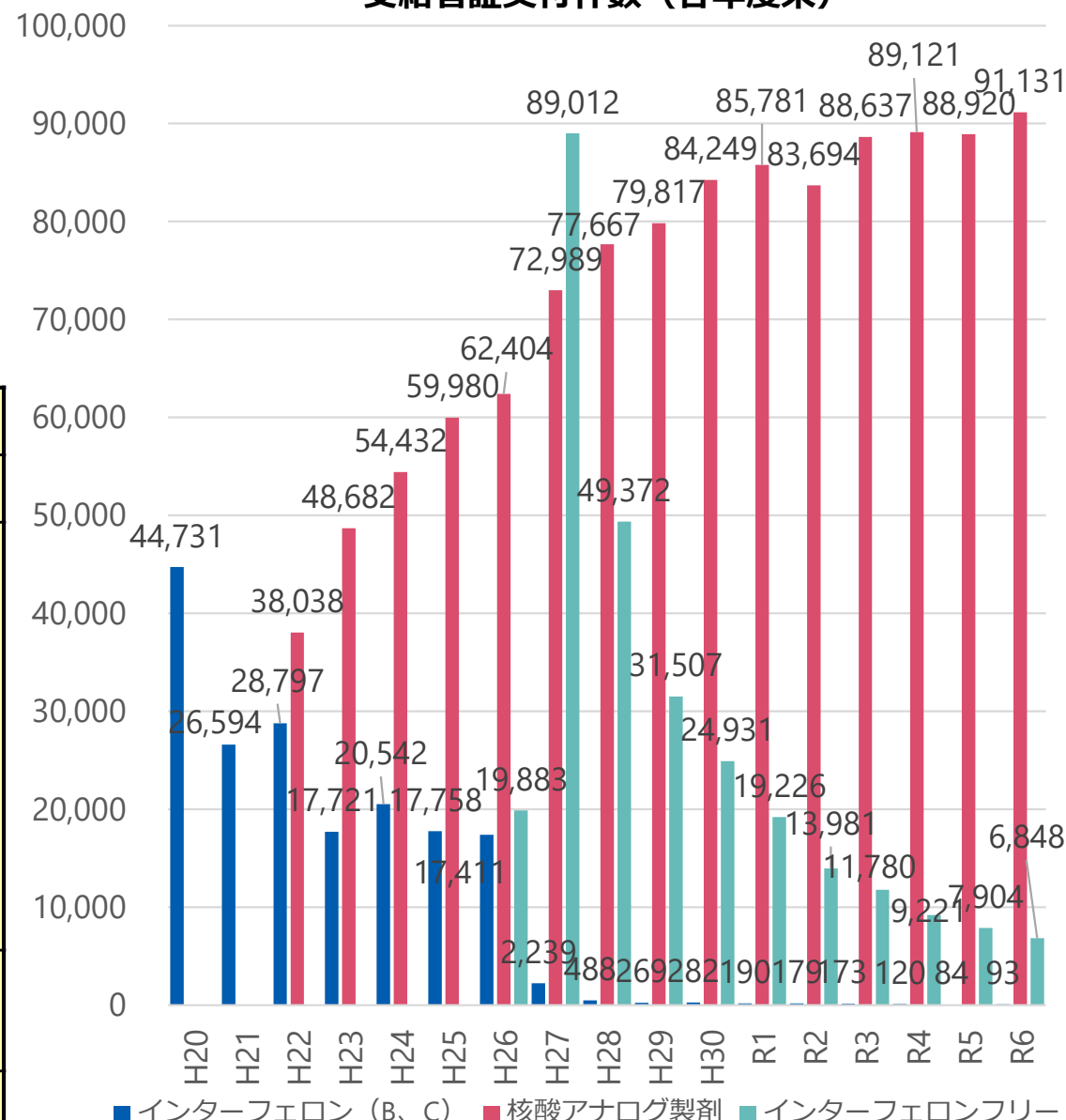
肝炎治療促進のための環境整備

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型慢性活動性肝炎に対するインターフェロン治療 ・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型慢性肝疾患に対する核酸アナログ製剤治療 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 ・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 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
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： ※ 支給事務は、社会保険診療報酬支払基金が実施。

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。

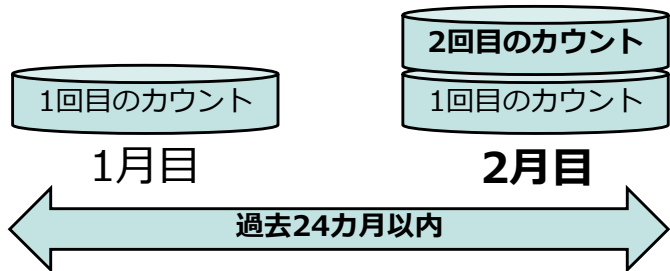
（※）年齢・所得区分ごとの高額療養費の限度額

【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

- 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