第7章 健康で安全な生活の確保

第1節 予防接種の推進などの感染症対策

1 予防接種施策の推進

(1) 予防接種施策の現状について

感染症の発生とまん延の予防を目的として、一定の疾病に対しては、市町村を実施主体とした定期の予防接種が、予防接種法に基づき行われている。その対象は、ジフテリア、百日せき、破傷風、麻しん、風しん、ポリオ、日本脳炎、結核、Hib感染症、小児の肺炎球菌感染症、ヒトパピローマウイルス感染症、インフルエンザと11の疾病となっており、接種する年齢、接種回数及び接種間隔、接種に用いるワクチンの種類等を、予防接種法施行令（昭和23年政令第197号）などの関係政省令に規定している。

予防接種は感染症の発生とまん延の予防に大きな効果を持つ反面、その性質上ごく稀にではあるが重い副反応[*1]の発生も避けられないものであるため、予防接種の効果、安全性、副反応、健康被害が生じた時の救済制度等に関して、接種を受ける者やその保護者の十分な理解の下に実施されるべきものであり、厚生労働省や各地方公共団体はホームページやリーフレット等の各種媒体を通じて適切な情報提供に努めている。

定期の予防接種（インフルエンザを除く。）については、接種対象者は接種を受ける、また、その保護者は接種対象者に接種を受けさせる努力義務があり、市町村による普及啓発や勧奨、接種を行う医師による事前の説明により、予防接種に関する理解と合意の下に予防接種が実施され、高い接種率が維持されている。

(2) 予防接種法の改正について

他の先進諸国と比べて公的に接種するワクチンの種類が少ない、いわゆるワクチン・ギャップの問題の解消や、予防接種施策を総合的かつ継続的に評価・検討する仕組みの構築等のため、2012（平成24）年5月に厚生科学審議会感染症分科会予防接種部会で取りまとめられた「予防接種制度の見直しについて（第二次提言）」を踏まえ、「予防接種法の一部を改正する法律」が2013（平成25）年3月30日に公布され、同年4月1日に施行された。この改正により、新たにHib感染症、小児の肺炎球菌感染症及びヒトパピローマウイルス感染症を定期の予防接種の対象とし、また、我が国における予防接種の総合的な推進を図るため、厚生労働大臣は予防接種に関する基本的な計画を策定することとされ、さらに、副反応報告制度を法律に位置付けて医療機関から厚生労働大臣への報告を義務化する等、定期の予防接種等の適正な実施のための措置に関する規定の整備が行われた（図表7-1-1参照）。あわせて、予防接種施策を総合的に評価・検討する仕組みとして、厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会とその下に予防接種基本方針部会、研究開発及び生産・流通部会、副反応検討部会を設置し、検討が開始されている。

＊1 ワクチン接種により免疫をつけることに伴って発生する、免疫の付与以外の反応。通常の医薬品で言う「副作用」と同様の意味

図表7-1-1 予防接種法改正の概要

1．改正の背景

○ 先進諸国と比べて公的に接種するワクチンの種類が少ない、いわゆるワクチン・ギャップの問題の解消や、予防接種施策を総合的かつ継続的に評価・検討する仕組みの構築等のため、予防接種制度について幅広い見直しを行う必要がある。

○ 予防接種施策の総合的な推進を図るため、平成24年5月に厚生科学審議会感染症分科会予防接種部会で取りまとめた「予防接種制度の見直しについて(第二次提言)」を踏まえ、定期接種の対象疾病の追加等所要の措置を講ずるもの。

2．改正の概要

（1）．予防接種の総合的な推進を図るための計画の策定

○ 予防接種施策の総合的な推進を図るため、厚生労働大臣は、「予防接種の総合的な推進を図るための計画」を策定することとする。
○ 予防接種を取り巻く状況の変化や施策の効果への評価等を踏まえ、少なくとも5年に一度検討し必要に応じ計画を変更するものとする。

（2）．定期接種の対象疾病の追加

○ 一類疾病はA類疾病、二類疾病はB類疾病に変更。
○ 定期接種の対象疾病として、A類疾病にHib感染症、小児の肺炎球菌感染症及びヒトパピローマウイルス感染症を追加する。
○ B類疾病について、新たなワクチンの開発や感染症のまん延に柔軟に対応できるよう、政令で対象疾病を追加できることとする。

（3）．副反応報告制度の法定化

○ 予防接種施策の適正な推進を図るため、今まで実施してきた副反応報告制度を法律上に位置付け、医療機関から厚生労働大臣への報告を義務化する。
○ 医療機関からの報告に関する情報整理及び調査については、(独)医薬品医療機器総合機構に行わせることができることとする。
○ 厚生労働大臣は、報告の状況について(4)の評価・検討組織に報告し、その意見を聴いて、必要な措置を講ずるものとする。

（4）．評価・検討組織への付議

○ 厚生労働大臣は、予防接種施策の立案に当たり、専門的な知見を要する事項について、評価・検討組織(厚生科学審議会に予防接種・ワクチン分科会を設置)に意見を聴かなければならないこととする。

3．施行期日

○ 平成25年4月1日

(3) 長期にわたり療養を必要とする疾病にかかった者に対する特例措置

長期にわたり療養を必要とする疾病等にかかっていたこと等により定期の予防接種を受けることができなかった者に対し、接種の機会を確保するため、予防接種法施行令の改正を行い、接種対象者となる年齢を過ぎてしまった場合であっても、疾病ごとに定める一定の期間に限り、定期の予防接種を受けることが可能となった。

(4) 不活化ポリオワクチンの導入について

ポリオの予防接種については、1961（昭和36）年の予防接種法改正で定期の予防接種に位置付けられ、1964（昭和39）年以降は生ポリオワクチンが使用されるようになった。

この生ポリオワクチンは、ポリオウイルスの病原性を弱めて製造しているため、これを接種した場合、ごく稀にポリオにかかったときと同じ症状が出ることがある。

このため、生ポリオワクチンから不活化ポリオワクチンへの切り替えについて、2011（平成23）年8月から「不活化ポリオワクチンの円滑な導入に関する検討会」で議論を続けてきたが、2012（平成24）年4月27日に不活化ポリオワクチンが薬事承認されたことを受け、検討会で合意された接種の具体的な方針に沿って、同年9月1日から接種が開始された[*2]。

2 インフルエンザ対策の推進等について

(1) 2012/2013シーズンのインフルエンザの流行状況と総合対策について

インフルエンザは冬季を中心に毎年流行を繰り返す感染症の一つであり、感染力も強いため、日本国内では毎年約1,000万人、約10人に1人の割合でインフルエンザにり患し

＊2 ポリオワクチン 厚生労働省 http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/polio/

ている。

2009（平成21）年に発生した新型インフルエンザ（A/H1N1）についても、2011（平成23）年3月31日付けで、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（平成10年法律第114号。以下「感染症法」という。）における新型インフルエンザ等感染症と認められなくなった旨の公表を行い、その後は通常の季節性インフルエンザ対策の中で対応している。

2012/2013シーズンのインフルエンザの患者発生報告数は、第50週（12月10日の週）に全国の定点当たりの受診者数が[*3]1.17となって流行入りし、2013（平成25）年第4週（1月21日の週）の流行のピーク時には36.44となるなど、流行規模、流行時期はともに例年の季節性インフルエンザと同様であった（図表7-1-2参照）。

図表7-1-2　インフルエンザの流行状況

2012/2013シーズンは、第50週(12月10日の週)に流行入り(1.17)（※）し、2013年第4週(1月21日の週)に流行のピーク(36.44)を迎えた。
2011/2012シーズンは、第49週(12月5日の週)に流行入り(1.11)（※）し、2012年第5週(1月30日の週)に流行のピーク(42.62)を迎えた。
※全国約5,000箇所のインフルエンザ定点医療機関から報告された外来患者数が、1定点あたり1以上（1週間に1人以上のインフルエンザ様患者が受診）になると、流行が拡大。

資料：厚生労働省「感染症発生動向調査」
(注)　2011年3月28日から2013年3月24日の報告まで/厚生労働省

また、2012/2013シーズンでは、A香港型のウイルスが流行の原因の大半を占め、次いでB型、2009年に発生した新型インフルエンザ（A/H1N1）ウイルスであるA/H1N1pdm09の順に多く見られ、2011/2012シーズンと同様であった。

厚生労働省では、2012/2013シーズンのインフルエンザの流行に備え、2012（平成24）年11月9日に「今冬のインフルエンザ総合対策」を取りまとめ、厚生労働省のホームページにインフルエンザに関する情報等を掲載した専用のページを開設[*4]し、流行状況や予防接種に関する情報提供、日常的なインフルエンザ予防のための啓発用のポスター等の作成、ツイッター発信による情報提供、動画等（インフルエンザ一問一答）による感染予防の普及啓発を行っている。

＊3　全国約5,000か所のインフルエンザ定点医療機関から報告された1医療機関あたりの外来患者数
＊4　平成24年度今冬のインフルエンザ総合対策について
厚生労働省　http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/influenza/index.html

(2) 新型インフルエンザ等対策特別措置法等について

新型インフルエンザ対策については、従来から行動計画を策定する等、発生時に備え体制の整備を図ってきたが、2009（平成21）年に発生した新型インフルエンザ（A/H1N1）の経験等を踏まえて、対策の実効性を更に高めるために、「新型インフルエンザ等対策特別措置法」（平成24年法律第31号。以下「特措法」という。）[*5]が2012（平成24）年5月11日に公布され、2013（平成25）年4月13日に施行された。

特措法は、病原性が高い新型インフルエンザや同様の危険性のある新感染症に対して、国民の生命・健康を保護し、国民生活・国民経済に及ぼす影響が最小となるようにすることを目的とし、政府対策本部の設置や新型インフルエンザ等緊急事態における不要不急の外出の自粛要請など新型インフルエンザ等の発生時における措置の法的根拠の整備を図ったものである。

新型インフルエンザ等対策の円滑な推進のため、新型インフルエンザ等対策閣僚会議の下に、新型インフルエンザ等対策有識者会議が設置され、関係政令、政府行動計画、ガイドライン等について検討が行われ、2013年2月7日「新型インフルエンザ等対策有識者会議中間とりまとめ」がまとめられた。これを踏まえ、4月12日に関係政令が公布、4月13日に施行され、6月7日に「新型インフルエンザ等対策政府行動計画」が策定された[*6]。従来の行動計画からの変更点の主な内容としては、特措法に基づき、新型インフルエンザ等緊急事態宣言の運用、施設使用制限の要請等、特定接種の対象となり得る業種等、住民接種の接種順位の基本的な考え方等を新たに記載した。（図表7-1-3参照）また、ガイドラインは6月26日に策定された[*7]。

(3) 抗インフルエンザウイルス薬の備蓄とワクチン供給体制について

抗インフルエンザウイルス薬については、「新型インフルエンザ等対策政府行動計画」において、諸外国における備蓄状況や最新の医学的な知見などを踏まえ、国と都道府県を合わせて国民の45％に相当する量を目標として、計画的かつ安定的に備蓄することとしている。2013（平成25）年3月末時点で、国における備蓄については、オセルタミビルリン酸塩（商品名：タミフル）約3,000万人分、ザナミビル水和物（商品名：リレンザ）約300万人分が、各都道府県における備蓄については、タミフル：約2,420万人分、リレンザ：約602万人分がそれぞれ備蓄されており、国全体として目標数量を確保している。

また、ワクチンについては、細胞培養法を開発することにより、現在の鶏卵培養法では1年半～2年を要する全国民分の新型インフルエンザワクチンの生産期間を約半年に短縮することを目的として、2009（平成21）年度補正予算で「新型インフルエンザワクチン開発・生産体制整備臨時特例交付金」を措置し、基金管理団体である一般社団法人未承認薬等開発支援センターに基金を造成した。

2010（平成22）年度に1次事業として基礎研究の実施や実験用の生産施設の整備等を行い、2011（平成23）年8月に2次事業を採択した。現在、採択事業者において、ワク

＊5 「新型インフルエンザ等対策特別措置法」
内閣官房　http://www.cas.go.jp/jp/influenza/120511houritu.html
＊6 「新型インフルエンザ等対策政府行動計画」
内閣官房　http://www.cas.go.jp/jp/seisaku/ful/keikaku.html
＊7 「新型インフルエンザ等対策ガイドライン」
内閣官房　http://www.cas.go.jp/jp/seisaku/ful/keikaku.html

図表7-1-3 行動計画：発生段階ごとの対策の概要

	海外発生期	国内発生早期	国内感染期	小康期
対策の考え方	・国内発生をできる限り遅らせる ・国内発生に備えての体制整備	・流行のピークを遅らせるための感染対策を実施 ・感染拡大に備えた体制整備	・対策の主眼を早期の積極的な感染拡大防止から被害軽減に変更 ・必要なライフライン等の事業活動を継続	・第二波に備えた第一波の評価 ・医療体制、社会経済活動の回復
実施体制	**国、地方公共団体、指定公共機関等を挙げての体制強化**			
	・対策本部の設置（政府・都道府県） ※疑いの段階で必要に応じ、閣僚会議を開催 ・基本的対処方針の決定 等	・国内発生の初期に必要に応じ政府現地対策本部の設置 ★必要に応じて緊急事態宣言（市町村対策本部の設置） 等	・国内感染の拡大に伴う基本的対処方針の変更 等	・基本的対処方針の変更 ・対策の見直し 等
サーベイランス・情報収集	**発生段階に応じたサーベイランスの実施**			
	・国際的な連携による情報収集 ・国内発生に備えたサーベイランス体制の強化 等	・新型インフルエンザ等患者の全数把握 ・患者の臨床情報把握 等	・入院患者、死亡者の発生動向を調査、重症化の状況を把握 ・集団発生の把握（患者の増加に伴い全数把握は中止） 等	・各国の対応に係る情報収集 ・引続き学校等における集団発生状況の把握 等
情報提供・共有	**一元的な情報発信、国民への分かりやすい情報提供**			
	・海外での発生状況情報提供 等	・地方公共団体との情報共有の強化、国民への情報発信の強化 ・コールセンター等の充実・強化 等	同左	・情報提供のあり方の見直し ・コールセンター等に寄せられた問い合わせのとりまとめ 等

（注）段階はあくまで目安として、必要な対策を柔軟に選択し、実施する。

	海外発生期	国内発生早期	国内感染期	小康期
対策の考え方	・国内発生をできる限り遅らせる ・国内発生に備えての体制整備	・流行のピークを遅らせるための感染対策を実施 ・感染拡大に備えた体制整備	・早期の積極的な感染対策から被害軽減に変更 ・必要なライフライン等の事業活動を継続	・第二波に備えた第一波の評価 ・医療体制、社会経済活動の回復
予防・まん延防止	・水際対策の開始 ・ワクチンの確保 ・特定接種の準備・開始 等	・住民接種の準備・開始 ・住民等に対する手洗い、咳ｴﾁｹｯﾄ等の勧奨 ★不要不急の外出の自粛要請 ★学校等の施設の使用制限 等	・住民等に対する手洗い、咳ｴﾁｹｯﾄ等の勧奨 ・住民接種の継続 ★不要不急の外出の自粛要請 ※ ★学校等の施設の使用制限 ※ ※患者数増加に伴い医療体制の負荷が過大となる特別な場合 等	・第二波に備えた住民に対する予防接種の継続 等
医療	・国内発生に備えた医療体制整備 ・「帰国者接触者外来」の設置 等	・専用外来における医療提供の継続 ・必要に応じた一般医療機関における診療の開始 ・診断・治療に資する情報等の医療機関への提供 ・抗インフルエンザウイルス薬の適正な流通指導 等	・ファクシミリによる処方せん送付 ・備蓄している抗ｲﾝﾌﾙｴﾝｻﾞ薬の使用 ・医療従事者に対する従事要請及び補償 ★臨時の医療施設の設置 等	・抗インフルエンザウイルス薬の備蓄 等
国民生活及び国民経済の安定の確保	・指定公共機関等の事業継続に向けた準備 ・職場における感染対策の準備 等	・消費者としての適切な行動の呼びかけ、事業者に買占め・売惜しみが生じないよう要請 ★指定公共機関は業務の実施のための必要な措置を開始 ★緊急物資の運送 ★生活関連物資等の価格の安定 等	・消費者としての適切な行動の呼びかけ、事業者に買占め・売惜しみが生じないよう要請 ★緊急物資の運送 ★生活関連物資等の価格の安定 ★物資の売渡しの要請 ★新型インフルエンザ等緊急事態に関する融資 ★権利利益の保全 等	★新型インフルエンザ等緊急事態に関する融資 等

（注）段階はあくまで目安として、必要な対策を柔軟に選択し、実施する。　★新型インフルエンザ等緊急事態宣言時のみ必要に応じて実施する措置

未発生期（事前の準備）

・行動計画等の作成（国、地方公共団体、指定公共機関等）／・訓練の実施／・感染症や公衆衛生に関する情報提供／・ワクチンの研究開発／・ワクチンの備蓄／・ワクチンの接種体制の整備／・抗インフル薬の備蓄／・地域医療体制の整備

チン生産のための実生産施設の整備、治験等を行い、実用化に向けて取り組んでいるところである。

さらに、高病原性の鳥インフルエンザに由来する新型インフルエンザが流行することに備え、鳥インフルエンザに感染した患者や鳥から分離されたウイルスを基に製造されるプレパンデミックワクチンの原液の製造・備蓄を進めている。新型インフルエンザ発生初期に医療従事者や国民生活・国民経済の安定に寄与する業務に従事する者に接種できるよう、現在は、A/H5N1亜型を用いて、ウイルス株の種類を変更しながら製造・備蓄を進めるとともに、有効性・安全性に関する研究を行っている。

(4) 鳥インフルエンザ等への対応について

鳥インフルエンザ（H5N1）は、感染した鳥に触れるなど濃厚接触をした場合などに、極めて稀ではあるがヒトに感染することから、家きんや野鳥等にA/H5N1亜型の鳥インフルエンザウイルスの感染事例が発生した際には、都道府県等において、防疫作業者に対する適切な防護措置の指導や接触者の健康調査等、ヒトに対する感染対策が行われている。

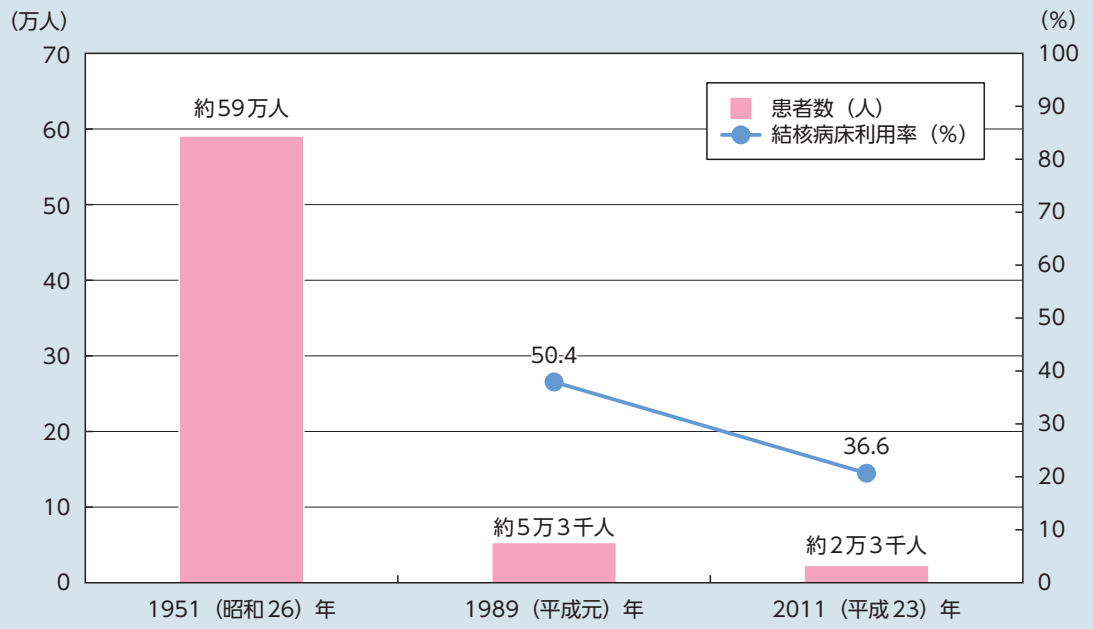
2013（平成25）年3月末より中国においてヒトへの感染事例が報告されている鳥インフルエンザA（H7N9）については、WHO等を通じて迅速な情報収集を行い、適時、HP等で公表するとともに、検疫所のポスター等を通じて、渡航者や帰国者に対して注意喚起を行っている。さらに、国内で患者が発生した場合に備え、鳥インフルエンザ（H7N9）を感染症法における指定感染症及び検疫法における検疫感染症に指定するなど、関係法令等の整備を行うとともに、患者に対する検査体制を全国的に整備している。

また、2012（平成24）年9月以来、重症呼吸器感染症である中東呼吸器症候群（MERS）がアラビア半島諸国を中心に発生が報告されている（2013年6月末までに患者数77名（うち死亡者40名）が報告されている。）。厚生労働省では、自治体を通じて患者についての情報提供を医療機関に依頼し、また、検査体制を整備するほか、WHO等を通じた情報収集や国民への注意喚起等を行っている。

3 結核対策の推進について

結核は、かつて「国民病」とも言われ、我が国の死因第1位を占めるなど、国民の生命と健康を脅かす感染症の一つとして恐れられていた。1951（昭和26）年に結核予防法が制定され、国をあげての取組みにより、結核患者数が大幅に減少するなど、結核をめぐる状況は飛躍的に改善されてきた。2007（平成19）年には結核予防法を感染症法に統合し、他の感染症とともに総合的な結核対策を推進している。結核患者数の激減に伴い、結核は国民の間でも「過去の病気」としてその認識も薄れてきているが、現在においてもなお、年間約2万3千人の新規患者が発生（図表7-1-4参照）するなど、結核は依然として我が国の主要な感染症である。

図表7-1-4 結核患者の発生数の推移



資料：厚生労働省「平成23年結核登録者情報調査年報集計結果（概況）」及び「平成23年病院報告」より厚生労働省健康局作成

特に近年、高齢者の割合が増加し結核のみならず他疾患を同時に加療する必要があるなど、患者の背景が複雑化している。また、抗結核薬に耐性を有する多剤耐性結核の発生、住所不定者や外国人の感染等が大きな課題となってきており、これらに対する対策の強化が求められている。

このほか、結核患者の減少による結核病床の利用率の低下等に伴い、結核病棟を閉鎖する医療機関が相次ぐなど、地域によっては結核医療へのアクセスの悪化が懸念されている。

こうした状況を踏まえ、感染症法等に基づき、健康診断、公費負担医療、予防接種、患者への服薬管理を徹底し確実に治療を行う直接服薬確認療法（Directly Observed Treatment, short-course：DOTS）による対策、地域医療連携体制の強化など、総合的な結核対策を推進するとともに、厚生科学審議会感染症分科会結核部会での議論を踏まえ、今後の結核対策や医療の在り方を含めた「結核に関する特定感染症予防指針」を2011（平成23）年5月に改正した（平成23年厚生労働省告示第161号）。この改正では、多剤耐性結核などの複雑な管理を要する結核治療を担う中核的な病院や地域ごとに合併症治療を担う基幹病院の確保を行うとともに、医療機関や保健所等複数の関係機関が連携して直接服薬確認療法（DOTS）を推進することで、必要な結核病床の確保と患者中心の医療提供体制を再構築することなどが明記され、今後はこの指針に基づいて結核対策を推進していくこととしている。

また、結核の予防接種については、厚生科学審議会感染症分科会結核部会や予防接種部会において、予防接種による予防効果である小児結核への影響と、予防接種による副反応（骨炎・骨髄炎）への影響、また、予防接種スケジュールへの影響の観点から議論を重ね、対象者を「生後6月に至るまでの間にある者」から「生後1歳に至るまでの間にある者」とする予防接種法施行令の改正を行った。

4 性感染症対策の推進について（HIVは別掲載）

性器クラミジア感染症、性器ヘルペスウイルス感染症、尖圭コンジローマ、梅毒及び淋菌感染症（以下「性感染症」）は、性的接触を介して誰もが感染する可能性があり、生殖年齢にある男女を中心とした大きな健康問題のひとつである。

性感染症は、感染しても無症状あるいは症状が軽く、感染者が治療を怠りやすいという特性があることから、本人に自覚がないまま、感染が拡大する可能性や、感染者本人にとって不妊などの後遺障害、生殖器がんの要因となる場合などがありうることも問題点である。

性感染症のまん延を防止するための具体的な対策としては、保健所での性感染症検査や性感染症に関する相談事業及び普及啓発事業について、都道府県、政令市及び特別区に対して補助を実施し、毎年11月25日から12月1日の間を「性の健康週間」と位置づけ、性感染症予防のための普及啓発活動を特に集中的に行うなどの取組みを行っている。

また、2012（平成24）年6月に厚生労働省ホームページに性感染症に関する専用ページを新たに開設し、性感染症に関する情報発信に努めている。

なお、性感染症対策については、2012年1月19日に一部改正した「性感染症に関する特定感染症予防指針」を踏まえ、コンドーム以外の予防方法などに関する情報提供を進めることや、性器クラミジア感染症・淋菌感染症については、より精度の高い病原体検査を推進していくこと、学会などと連携して医療の質の向上や、若者などが受診しやすいよう医療アクセスの向上に取り組んで行くことなど、更に性感染症対策を推進していくこととしている。

5 HTLV-1対策について

ヒトT細胞白血病ウイルス-1型（Human T-cell Leukemia Virus type1：HTLV-1）の感染者は、全国に約100万人以上と推定されており、成人T細胞白血病（Adult T-cellLeukemia：ATL）やHTLV-1関連脊髄症（HTLV-1 Associated Myelopathy：HAM）といった重篤な疾病を発症する可能性がある。

2010（平成22）年12月に取りまとめられた「HTLV-1総合対策」において、国は、地方公共団体、医療機関、患者団体などと密接な連携を図り、総合対策を強力に推進することとされている。厚生労働省においては2011（平成23）年から、HTLV-1対策に携わる患者団体、学識経験者その他の関係者から意見を求めるため「HTLV-1対策推進協議会」を2013（平成25）年6月末までに4回開催している。

具体的な対策としてHTLV-1抗体検査を妊婦健康診査の標準的な検査項目に追加し、2011年度から、HTLV-1母子感染対策事業として、都道府県において「HTLV-1母子感染対策協議会」を開催するとともに、医師、助産師、市町村職員等に対しての研修や妊婦等への普及啓発を実施している。また、都道府県、政令市及び特別区に対して、保健所におけるHTLV-1検査及び相談への補助事業を行っている。

加えて、各都道府県、政令市及び特別区に相談窓口を設置するとともに、医療関係者への研修などを実施し、相談支援体制の充実を図るとともに、厚生労働省のホームページに専用ページを作成するなど、普及啓発・情報提供を行っている[*8]。

＊8　HTLV-1（ヒトT細胞白血病ウイルス1型）に関する情報
厚生労働省　http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou29/

さらに、2011年より厚生労働科学研究費補助金においてHTLV-1関連疾患研究領域を設け、治療法などの研究を戦略的に推進している。

6 麻しん・風しん対策について

2007（平成19）年に10代～20代を中心に麻しんの流行がみられ、社会的問題となり、また、国際的にも麻しんの輸出国として批判を受けたことから、予防接種の強化として、2008（平成20）年度からの5年間を麻しんの排除のための対策期間と定め、定期の予防接種の対象者に、中学1年生と高校3年生に相当する年齢の者を時限的に追加する措置（以下「時限措置」という。）を実施した。

結果として、麻しんの予防接種を2回接種した者が大きく増加し、2008年には11,013件あった麻しんの報告数も、2012（平成24）年には293件と大幅に減少した。

このような状況を踏まえ、「麻しんに関する特定感染症予防指針」が改正され、2013（平成25）年4月1日から適用された。本指針においては、

- 2015（平成27）年度までに麻しんを排除し、かつ、その後も排除状態を維持することを目標とすること
- 今後は、麻しん患者が一例でも発生した場合の迅速な対応を強化することが必要であること
- 国は、麻しんが排除・維持されているかを判定し、世界保健機関に報告する排除認定会議を設置すること、

等が記載されており、麻しんを特に総合的に予防対策に取り組むべき感染症として位置づけ、排除に向けた新たな取組みを推進していくこととしている。

また、風しんは、かつて全国的に大きな流行を繰り返していたが、予防接種の進展とともに、流行は小規模化し、2004（平成16）年（約39,000人の推計患者）以降、大きな流行は見られていなかった。しかし、2012年より、首都圏や関西地方などの都市部において、20～40代の成人男性を中心に患者数が増加し、2013年は7月3日までに11,991例の患者、7例の先天性風しん症候群も報告されている。

風しんの患者は定期予防接種の機会がなかった2013年時点において35～51歳の男性や、予防接種の実施率が低かった26～34歳の男女に多いことから、2012年5月以降、定期接種対象者への積極的な接種勧奨、妊婦への感染を抑制するための任意接種に関する情報提供、感染した妊婦に対する情報提供の依頼等の通知の発出など、情報提供や普及啓発を行っている。また、ワクチン不足については、任意接種における優先接種者の周知、ワクチンの需給状況に関する情報提供、製造販売会社に対する前倒し出荷・増産の要請、助成事業を開始する自治体に対して抗体検査測定を併用した事業の検討依頼等、安定供給のための対策を実施した。

7 重症熱性血小板減少症候群（SFTS）について

中国で2009（平成21）年頃より発生が報告され、2011（平成23）年に初めて原因ウイルスが特定された新しいダニ媒介性疾患「重症熱性血小板症候群（Severe Fever with Thrombocytopenia Syndrome:SFTS）」の症例が2013（平成25）年1月に国内で初めて確認された。これを受け、同月、医療機関に対し、同様の症状の患者を診察した際は情報提供を行うよう、協力要請を行った。また、SFTSを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（平成10年法律第114号）における4類感染症に指定する政令改正を行った（2013年2月22日公布、同年3月4日施行）。

SFTSの病原体を媒介するマダニは、日本各地の森林や草地等に生息しており、家庭内に生息するダニとは種類が異なる。感染予防には、マダニに咬まれないことが重要であり、草むらや藪などマダニが多く生息する場所で活動する場合は、長袖・長ズボン等を着用し、肌の露出を少なくすることなどが必要である。

厚生労働省では、「重症熱性血小板減少症候群に関するQ＆A」を作成して、HP等に公表し、疾患の特徴や予防方法等を広く国民に対して周知している。また、本年度より、マダニ類や動物のSFTSウイルスの保有状況調査、迅速診断法の開発等、多方面にわたる研究調査が進められている。

第2節　がん・生活習慣病（NCDs（非感染性疾患）対策の総合的かつ計画的な推進）

1　がん対策の総合的かつ計画的な推進

（1）がん対策の推進

がんは、我が国において1981（昭和56）年より死因の第1位であり、2010（平成22）年には、年間35万人以上が亡くなり、生涯のうち約2人に1人ががんにかかると推計されている。さらに、人口の高齢化とともに、がんの罹患者や死亡者の数は今後とも増加していくものと見込まれている。

このため、政府においては、1984（昭和59）年度から「対がん10カ年総合戦略」、1994（平成6）年度から「がん克服新10か年戦略」、そして2004（平成16）年度から「第3次対がん10か年総合戦略」を策定し、がんの罹患率と死亡率の減少を目指し、研究、予防、医療等の総合的な推進に取り組んできた。さらに、2006（平成18）年6月に議員立法により成立した「がん対策基本法」に基づき、2007（平成19）年6月に「がんによる死亡者の減少」と「すべてのがん患者とその家族の苦痛の軽減と療養生活の質の向上」を目標とした「がん対策推進基本計画」（以下「基本計画」という。）を閣議決定した。基本計画については、がん対策基本法に基づく5年目の見直しを2012（平成24）年6月に行った。新たな基本計画では、「がんになっても安心して暮らせる社会の構築」を新たな目標として掲げ、がん患者とその家族やがんの経験者を社会全体で支えていくこととしている。

（2）がん医療及び相談支援等

全国どこでも質の高いがん医療を提供できるよう、全国に397（2013年（平成25）年4月現在）の「がん診療連携拠点病院（以下「拠点病院」という。）を指定し、集学的治療の提供、地域のがん診療の連携協力体制の構築、セカンドオピニオンの提供、がん患者に対する相談支援及び情報提供等を行っている。

また、拠点病院には、がん患者及びその家族に対する不安や疑問に適切に対応するため、「相談支援センター」が設置されており、電話や面接等により、がん医療に関する相談支援及び情報提供を行っている。

さらに、厚生労働省においては、2011（平成23）年度から、患者と同じような経験を持つ者による支援（ピア・サポート）を推進するための事業を実施している。

(3) がんと診断された時からの緩和ケアの実施

がん患者の多くは、がんと診断された時から身体的苦痛や精神心理的苦痛、社会的苦痛を抱えており、また、その家族も様々な苦痛を抱えていることから、全人的な対応が求められている。

このため、厚生労働省においては、2008（平成20）年4月に「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針」に研修内容についてのプログラム等を定め、各地域において、がん診療に携わる医師を対象とした緩和ケア研修を行っており、2012（平成24）年3月現在、約3万人が修了している。また、緩和ケアに携わる専門的な知識及び技能を有する医師や看護師などを構成員とする緩和ケアチームの整備、外来において緩和ケアを提供できる体制の整備など、適切な緩和ケアを提供できる体制を整備している。

2013（平成25）年度からは、都道府県拠点病院において、これまでの緩和ケアの提供体制をさらに強化した緩和ケアセンターを設置し、より迅速かつ適切な緩和ケアを切れ目なく提供する体制を整備することとしている。このほか、一般国民を対象とした緩和ケアに関する普及啓発等にも取り組んでいる。

(4) がん登録の推進

がん登録は、がんの発生状況や治療後の経過等、罹患の状況を把握・分析する仕組みであり、「地域がん登録」と「院内がん登録」等に分けられる。いずれも、エビデンスに基づいたがん対策や質の高いがん医療を実践するため、また、国民や患者への情報提供を通じてがんに対する理解を深めるために必要なものである。

「地域がん登録」は、健康増進法に基づく事業として、全都道府県で実施されている。「院内がん登録」は、院内でがんの診断、治療を受けた患者について、診断、治療、予後などの情報を登録する仕組みである。院内がん登録の実施は、拠点病院の指定要件としており、院内がん登録の集計結果等を国立がん研究センターに情報提供すること等を義務づけている。また、拠点病院は、都道府県が行う地域がん登録事業に協力することとされている。2010（平成22）年の院内がん登録の集計結果では、拠点病院で65％以上のがんの患者をカバーしていると推定されている。

(5) がん検診の推進

がん検診は健康増進法（平成14年法律第103号）に基づく市町村（特別区を含む。）の事業として実施されており、厚生労働省では、科学的根拠に基づくがん検診として、胃がん、肺がん、大腸がん、乳がん、子宮頸がんのがん検診を推奨している。

がん検診の受診率は、20～30％程度にとどまっており、国際的にみても低い状況にあることから、がん検診の受診率の向上を総合的に推進するため、2009（平成21）年7月に厚生労働大臣を本部長とする「がん検診50％推進本部」を設置し、同年より毎年10月を「がん検診受診率50％達成に向けた集中キャンペーン月間」と定め、この期間中に「がん検診50％推進全国大会」を開催するなど、国民一人ひとりが、検診を受診するという行動につなげるための各種施策を展開している。

また、2009年度より「がん対策推進企業連携実施本部（2012（平成24）年度までがん検診受診促進企業連携本部【略称：がん検診企業アクション事務局】）」を設置し、職域におけるがん検診受診率の向上や、がん受診勧奨事業等への企業からの協力を得るために推進パートナー企業を募集している。

さらに、子宮頸がん、乳がんについては特に検診受診率が低い状況にあることから、2009年度より、一定年齢の女性を対象に、女性特有のがん検診の「がん検診無料クーポン」と、がんについて分かりやすく解説した「検診手帳」を配布する事業を実施している。2011（平成23）年度からは事業の対象を大腸がんにも拡大し、一定年齢の男女を対象に、「がん検診無料クーポン」及び「検診手帳」の配布を行っている。

コラム　子宮頸がん検診率向上のための地方自治体の取組みについて

がんはわが国において1981（昭和56）年から死亡原因の第1位であり、がんによる死亡者数は年間30万人を超える状況である。しかし診断と治療の進歩により、早期発見、早期治療が可能となってきていることから、がんによる死亡者数を減少させるためには、がん検診の受診率を向上させ、がんを早期に発見することが極めて重要である。

そのため従来から実施されているがん検診事業に加え、受診勧奨事業方策の一つとして、子宮頸がん、乳がん及び大腸がん検診を対象としたがん検診推進事業を実施し、対象者に無料クーポンを配布するなど、地方自治体におけるがん検診の受診率の向上が図られている。

≪子宮頸がんとは≫

子宮頸がんとは、ヒトパピローマウイルス（HPV）の持続的な感染によって発症する、子宮の入り口（頸部）にできるがんで、近年、20代～30代の若い世代で急増しているがんであるが、7割程度が治ると考えられ、早期がんであれば完治の可能性も十分高い。ただ、初期段階ではほとんどが無症状であり、検診による発見が多いがんであるため、子宮頸がんの検診の有効性については各国でも証明されている。

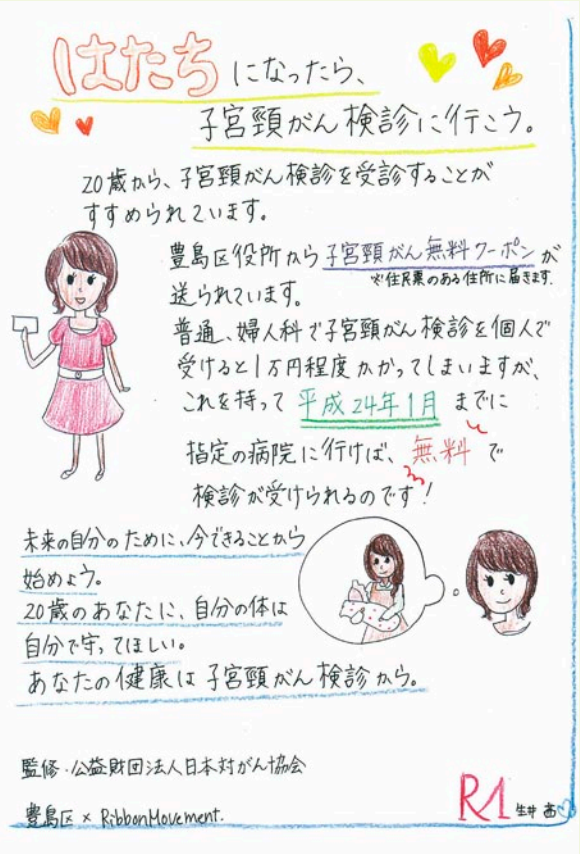
≪豊島区の子宮頸がん検診率向上の取り組み≫

豊島区では2009（平成21）年度より、20歳、25歳、30歳、35歳、40歳の女性に子宮頸がん検診の無料クーポンを、20歳以上の偶数歳の女性に区の無料チケットを配布している。

無料のクーポンやチケットの配布により以前から比べると受診率は上がったが、こういったクーポンやチケットを配布した検診対象者の中でも、検診を受診されない方は多い。そのため区では2010（平成22）年度より、クーポンやチケットを配布したが検診未受診の方に対して、再度検診の受診を勧奨する際にある工夫を始めた。

≪豊島区の検診未受診者への再勧奨方法≫

豊島区は、女子大学生らを中心とした子宮頸がん予防推進活動啓発グループ、「リボンムーブメント」と協力をして、無料クーポン対象者の中で検診受診率が最も低い20歳の検診未受診者に対して、リーフレットと手書きのメッセージカードを送付するという取り組みを開始した。リボンムーブメントが刊行しているリーフレットと、検診対象年齢になったばかりの20歳の女性に向けてメンバーが書いた手書きのメッセージカード。これらは子宮頸がんについての正しい知識を身につけ予防に少しでも感心を持ってもらおうと、同じ世代の女子大生らが考えて作成したものだ。リーフレットだけではなく、カラフルでカワイイ手書きのイラスト付きカードが入っていると、目に留める女の子は多いはず。同世代からのメッセージということも、子宮頸がん検診をより身近に感じてもらえる効果がある。実際に、この取り組みを始めて豊島区の2010年度の20歳の子宮頸がん検診受診率は、前年の約2倍に増加した。



翌年の2011年度、区では20歳へのリーフレットとメッセージカードの送付に加え30歳以上の無料クーポン対象者の検診未受診者にも、リーフレットのみ送付を始めたところ、30代での検診受診率が大きく向上した。平成24年度には更に24歳の検診未受診者も加え、それぞれの対象年齢に合ったメッセージカードやリーフレットをリボンムーブメントと区で新たに作成し送付をした。

結果、豊島区の子宮頸がん検診受診率は2009年度の12.4%から、2010年度19.2%、2011年度25.2%と年々向上している。こういった取り組みが、区民の子宮頸がん検診への積極的な受診に繋がっているようだ。

豊島区では、この他にもがん検診の受診促進イベントを毎年行っている。イベントにはリボンムーブメントも参加しており、身近にある「手紙」を使った催しを行っている。その場で大切な人に感謝の手紙を書いてもらい、後日書いた手紙がリボンムーブメントから届くというもの。感謝を伝えることで、大切な人の健康を一緒に守ることや、自身の健康の大事さに目を向けてもらえるよう企画したものだ。毎年多くの参加者があり、がん検診の受診向上に繋がる活動として区民に感心を持ってもらえている。

(6) がん研究の推進

がんの研究については、第3次対がん総合戦略及び基本計画の下、がんの本態解明の研究とその成果を幅広く応用するトランスレーショナル・リサーチの推進、がん医療水準の均てん化を目的とした効果的な治療法の確立、緩和ケア等の療養生活の質の維持向上に関する研究、がんの実態把握とがん情報の発信に関する研究、がん医療水準の均てん化を促進する体制整備等の政策課題に関する研究等に取り組んでいる。

2013（平成25）年度には第3次対がん10か年総合戦略が最終年度を迎えることから、平成25年度中に、国内外のがん研究の推進状況を俯瞰し、関係省庁が連携して戦略的かつ一体的に推進するため、今後のあるべき方向性と具体的な研究事項等を明示する新たな総合的ながん研究戦略を策定することを予定している。

(7) 小児がん対策の推進

新たな基本計画においては、「働く世代や小児へのがん対策の充実」が重点的に取り組むべき課題として盛り込まれた。「がん」は小児の病死原因の1位である。小児がんは成人のがんと異なり生活習慣と関係なく、乳幼児から思春期、若年成人まで幅広い年齢に発症し、希少で多種多様ながん種からなる。一方、小児がんの年間患者の数は2,000人から2,500人と少ないが、小児がんを扱う施設は約200程度と推定されており、小児がん患者が必ずしも適切な医療を受けられていないことが懸念されている。

こうした現状を踏まえ、2012（平成24）年度は、全国に15の小児がん拠点病院を指定した。今後、小児がん拠点病院を中心として地域における連携をすすめ、小児がん患者とその家族が安心して適切な医療や支援を受けられるような環境の整備を目指すとともに、小児がん拠点病院の中核となる機関の整備を行うこととしている。

(8) がん患者の治療と職業生活の両立の推進

新たな基本計画においては、がん患者の就労を含めた社会的な問題に関する事項が新たに盛り込まれた。長期の治療が必要ながん患者は、仕事と治療の両立や仕事への復帰方法等に悩みを持っており、在職中の就労を維持するための情報や相談体制の整備が望まれていることから、基本計画に基づき、2013（平成25）年度には拠点病院の相談支援センターにおける就労に関する相談及び情報提供機能を強化することとしている。

2 国民健康づくり運動の展開

がん、循環器疾患、糖尿病などの生活習慣病は、日本人の死因の約6割を占めるなど、日本人の健康にとって大きな課題となっている。厚生労働省では、2000（平成12）年から生活習慣の改善などに関する目標を盛り込んだ「21世紀における国民健康づくり運動」（「健康日本21」）を開始し、一次予防の観点を重視しながら健康増進を図るための国民運動を進めてきた。その間、2003（平成15）年には、健康増進法が施行され、2011（平成23）年からは、幅広い企業連携を主体とした取組みとして「Smart Life Project」を開始するなど、様々な取組みを進めてきた。さらに、2013（平成25）年度からは、「健康日本21」の取組結果などを踏まえ、新たに策定した「健康日本21（第二次）」を開始することとしており、健康寿命の延伸と健康格差の縮小を最終的な目標として掲げるとともに、生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底などを図ることとしている。

近年、がん、循環器疾患、糖尿病、慢性閉塞性肺疾患（COPD）などを非感染性疾患（Non Communicable Diseases、NCDs）という概念で一括りに捉え、包括的な社会政策として取り組むことが国際的な潮流となっている。これは、NCDsの発症や悪化は、個人の意識と行動だけでなく、個人を取り巻く社会環境による影響が大きいため、地域、職場等における環境要因や経済的要因等の幅広い視点から、社会政策として包括的に健康対策に取り組む必要があるという考えに基づくものである。「健康日本21（第二次）」の推進に当たっては、こうした視点に立った対応が求められる。

また、非感染性疾患対策の重要性の増大等、近年の地域保健を取り巻く環境の変化等を踏まえ、2012（平成24）年7月に「地域保健対策の推進に関する基本的な指針」を大幅に改正し、地域のソーシャルキャピタル（信頼、社会規範、ネットワークといった社会関係資本等）を活用して、住民による自助及び共助への支援の推進や地域の特性をいかした健康なまちづくりの推進を図るなど、地域保健対策の推進の基本的な方向性や重要事項を改めて示した。

さらに、地域保健を担う行政保健師が保健活動を行う上で留意すべき事項について、現行の指針が発出されてから約10年が経過し、この間、保健・福祉関連の制度の新設・見直しが相次ぎ、地域保健や保健師を取り巻く社会経済状況も大きく変化してきた。このため、地域における保健師の保健活動に造詣の深い有識者による検討を踏まえ、新たに「地域における保健師の保健活動に関する指針」を策定した。今後は、各自治体で保健師を含めた保健活動の方向性について、地域の健康課題や実状に応じた検討が進められることが期待される。また、熱中症予防については、2013年度から、熱中症関係省庁連絡会議において、熱中症にかかる方が急増する7月を熱中症予防強化月間と定め、予防法や応急処置等に係る普及啓発の取組みの効果を高めていくこととした。

(1) 栄養・食生活

栄養・食生活は、生命を維持し、子どもたちが健やかに成長し、また人々が健康で幸福な生活を送るために欠くことのできない営みであり、生活習慣病の予防のほか、生活の質の向上及び社会生活機能の維持・向上の観点から重要である。また、健康な社会環境づくりとして、企業等による食環境の改善を促進することも重要である。

2013（平成25）年度から始まる「健康日本21（第二次）」では、①適正体重を維持している者の増加（肥満、やせの減少）、②適切な量と質の食事をとる者の増加、③共食の増加（食事を1人で食べる子どもの割合の減少）、④食品中の食塩や脂肪の低減に取り組む食品企業及び飲食店の登録数の増加、⑤利用者に応じた食事の計画、調理及び栄養の評価、改善を実施している特定給食施設の割合の増加について、具体的な数値目標を設定した。

「健康日本21（第二次）」の推進に当たり、2013年3月に、地域における行政栄養士による健康づくり及び栄養・食生活の改善の基本指針を改正しており、行政栄養士による健康づくり及び栄養・食生活の改善に関する施策の充実やその推進を図ることとしている。

国民の健康・栄養状態を把握するために毎年実施している国民健康・栄養調査において、社会経済的要因についての調査を実施（2011（平成23）年）した結果、近年摂取量の減少している生鮮食品（野菜、果物、魚、肉等）の入手が困難な理由は、「価格が高い」が最も多かった。世帯の年間収入別食品摂取量については、世帯収入600万円以上の世

帯員に比べて、200万円未満の世帯員において、野菜類の摂取量が男性で、果物類と肉類の摂取量は男女ともに少なかった。2012（平成24）年の調査は、全国の代表値の把握に加え、「健康日本21（第二次）」の指標となる項目について、地域格差を把握するため、調査地区数を拡大して実施した。

また、国民の健康の保持・増進や生活習慣病の一次予防等を目的に、エネルギーや栄養素をどのくらい摂取したらよいかを示す「日本人の食事摂取基準」を5年ごとに改定しているが、2015（平成27）年度から使用する「日本人の食事摂取基準（2015年版）」では、高齢化の進展や糖尿病有病者数の増加等を踏まえ、従来の目的に加えて、生活習慣病の重症化予防も視野に入れることとし、2013年2月より検討会を開催している。

栄養指導・食生活支援を担う人材の育成について、2013年は、栄養面で複雑かつ解決困難な課題を抱える者に対して、高水準の栄養ケアを提供することができる管理栄養士の育成、さらに今後増大する在宅療養者に対する支援を担う管理栄養士等の確保や育成を重点的に進めていくこととしている。

さらに、急速に進む高齢化、生活習慣病の増大や食の安全・安心を脅かす問題など食生活を取り巻く社会環境とともに、厨房機器の多様化など調理を巡る環境も変化してきている。こうした現状を踏まえ、調理師養成施設におけるカリキュラムの見直しなどについて検討するため、「調理師の養成のあり方等に関する検討会」を開催し、2013年2月に報告書をとりまとめた。

(2) 身体活動

身体活動（生活活動・運動）には、生活習慣病に至るリスクを下げる効果があるため、厚生労働省では、2006（平成18）年に「健康づくりのための運動基準2006～身体活動・運動・体力～ 報告書」（以下「旧基準」という）と「健康づくりのための運動指針2006～生活習慣病予防のために～＜エクササイズガイド2006＞」を策定し、これらを活用して身体活動・運動に関する普及啓発等に取り組んできた。

2013（平成25）年度から始まる「健康日本21（第二次）」では、①日常生活における歩数の増加、②運動習慣者の割合の増加、③住民が運動しやすいまちづくり・環境整備に取り組む自治体数の増加、についての具体的な数値目標を設定している。上記の旧基準等の策定から6年以上経過し、身体活動に関する新たな科学的知見が蓄積されてきたこと、国民の歩数の減少等が指摘されており、身体活動の重要性について普及啓発を一層推進する必要があること等を踏まえ、「健康日本21（第二次）」の始期に合わせて旧基準の改定を行い、「健康づくりのための身体活動基準2013」を策定することとした。

旧基準と異なる主な点は、①身体活動全体に着目することの重要性が国内外で高まっていることから、「運動基準」から「身体活動基準」に名称を改めたこと、②身体活動の増加でリスクを低減できるものとして、従来の糖尿病・循環器疾患等に加え、がん、ロコモティブシンドローム（運動器症候群）及び認知症が含まれることを明示したこと、③こどもから高齢者までライフステージに応じた基準を検討し、科学的根拠があるものについて基準を定めたこと、④保健指導の現場で生活習慣病予備群の方々にも安全に運動指導を行っていただけるよう、保健指導の一環として運動指導を検討する際の具体的な手順を示したこと、⑤身体活動を推進するための社会環境整備を重視し、まちづくりや職場づくりにおける保健事業の活用例を紹介したことである。

また、新たな基準の内容を、指針として国民にわかりやすく伝えるため、親しみやすいパンフレットを作成し、自治体や団体、個人でカスタマイズして自由に印刷・配布できる電子媒体で提供することとした。（図表7-2-1参照）

これらにより、身体活動に関する普及啓発を推進し、健康日本21（第二次）の目標達成に向けて取り組んでいくこととしている。

図表7-2-1　アクティブガイド

(3) たばこ

喫煙は、喫煙者本人の健康のみならず、周りの人や妊娠中の胎児の健康に様々な悪影響（がん、循環器疾患、早産、死産、出生体重の減少など）を与える。

2005（平成17）年2月には、公衆衛生分野で初の国際条約である「たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約」が発効した。我が国は2004（平成16）年にこの条約を批准しており、基本理念である「たばこの消費及び受動喫煙が健康、社会、環境及び経済に及ぶ破壊的な影響から現在及び将来の世代を保護すること」という基本理念に沿って、たばこ対策の充実強化に取り組んでいる。

具体的な取組としては、毎年5月31日をWHOが定める世界禁煙デーとして、その日から1週間を禁煙週間と定め、厚生労働省では、たばこの自動販売機の停止などを実施し、世界禁煙デー記念シンポジウムと題して、各種イベントを実施している。

また、2012（平成24）年6月8日付けで閣議決定された「がん対策推進基本計画」及び2013（平成25）年度から始まる「健康日本21（第二次）」においては、①成人の喫煙率低下、②未成年者の喫煙をなくす、③受動喫煙の機会を有する者を減らす、④妊娠中の喫煙をなくす、について具体的な数値目標を設定した。

これを踏まえて、成人の喫煙率低下に関して、たばこをやめたい人がやめられるよう支

援するため、「禁煙支援マニュアル（第二版）」を作成することとしているなど、禁煙治療と共に禁煙支援の充実を図っているところである。また、受動喫煙防止対策については、健康増進法第25条に、多数の者が利用する施設の管理者は、受動喫煙を防止するために必要な措置を講ずるよう努めなければならない旨が規定されており、2010（平成22）年2月25日付け厚生労働省健康局長通知「受動喫煙防止対策について」及び、2012年10月29日付け厚生労働省健康局長通知「受動喫煙防止対策の徹底について」により、今後の受動喫煙防止対策の基本的な方向性として、多数の者が利用する公共的な空間については、原則として全面禁煙であるべき旨を、各自治体宛てに周知したところである。

引き続き、禁煙支援や受動喫煙防止対策を含め、たばこによる健康被害から国民を守る対策を積極的に進めていくことが重要である。

(4) アルコール

アルコールの健康に対する影響としては、短時間内の多量飲酒による急性アルコール中毒、慢性影響として肝疾患やがん等の疾患との関連、未成年者の飲酒による精神的・身体的発育への影響、妊婦による飲酒を通じた胎児への影響などが指摘されている。

2005（平成17）年5月のWHO総会において、「アルコールの有害な摂取によって引き起こされる公衆衛生上の問題」の決議が採択され、加盟国には、アルコールの有害な摂取による健康や社会への悪影響を低減するための効果的な戦略及びプログラムを作成、実行、評価すること等が要請された。これに伴い、WHO地域委員会等で議論が行われ、「アルコールの害を軽減するための西太平洋地域戦略」が承認されるとともに、2010（平成22）年5月のWHO総会において、「アルコールの有害な使用を軽減するための世界戦略」が採択されるなど、国際的に見てもアルコール対策は重要な課題となってきている。

こうした状況を踏まえ、厚生労働省では、国税庁を始め関係省庁と連携を図りながら、2013（平成25）年度から開始する「健康日本21（第二次）」において、①生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者（1日当たりの純アルコール摂取量が男性40g以上、女性20g以上の者）の割合の減少、②未成年者の飲酒をなくす、③妊娠中の飲酒をなくす、について具体的な数値目標を立て、シンポジウムの開催等による情報提供、飲酒習慣の改善や未成年者飲酒防止に関する研究等を実施している。

また、2012（平成24）年度には、健診・保健指導の現場で活用されている「標準的な健診・保健指導プログラム」を改訂し、飲酒量を判断するスクリーニング（AUDIT）や保健指導として減酒支援（ブリーフインターベンション）を実施する際の具体的な方法等を示すこととした。「健康日本21（第二次）」で目指す生活習慣病の発症予防・重症化予防を多角的に推進していくためには、保健・医療の現場における生活習慣の改善支援の一環として、食生活・身体活動・禁煙の支援とともに減酒支援を推進していくことが重要である。

(5) 歯・口腔の健康

歯・口腔の健康は、摂食と発音を良好に保つために重要であり、食事や会話を楽しむなどの生活の質（QOL）の向上にも大きく寄与する。厚生労働省では、1989（平成元）年から80歳になっても自分の歯を20本以上保つことにより、健やかで楽しい食生活を過ごそうという「8020（ハチマル・ニイマル）運動」を推進しており、8020達成者の割合

は1987（昭和62）年の7.0%から2011（平成23）年には40.2%へ増加している。

2011年8月に成立した「歯科口腔保健の推進に関する法律」に基づき、国や地方公共団体が歯科口腔保健に関する施策を総合的に推進するための基本的事項を、2012（平成24）年7月に制定した。この基本的事項は、高齢化が進む中で将来を見据え、ライフステージごとの特性等を踏まえつつ、乳幼児期からの生涯を通じた歯科疾患の予防、口腔機能の獲得・保持等により、すべての国民が心身ともに健やかで心豊かな生活ができる社会の実現を目的とするものである。また、2013（平成25）年度から開始した「健康日本21（第二次）」では、歯・口腔の健康に関する生活習慣及び社会環境の改善について示している。「歯科口腔保健の推進に関する基本的事項」と「健康日本21（第二次）」の調和を保ちつつ、各ライフステージに応じた歯・口腔の健康づくりに取り組むことが重要である。

各ライフステージの取組として、むし歯が発生しやすい時期である乳幼児期では、1歳6か月児歯科健康診査、3歳児歯科健康診査とともに歯科保健指導を行い、「食べる」機能の確立の支援を行っている。成人期では、歯の喪失を予防することを目的とし、市町村を主体として歯周疾患検診、歯周疾患にかかる健康教育や健康相談が実施されている。高齢期では、おいしく、楽しく、安全な食生活を営めるよう、「口腔機能の向上」が介護予防として導入されている。

歯・口腔の健康が、国民が健康で質の高い生活を営む上で基礎的かつ重要な役割を果たしていることから、より一層歯科保健対策を推進していくことが求められている。

第3節 肝炎対策

B型・C型ウイルス性肝炎は、国内最大級の慢性感染症であり、その対策は国民的課題である（国内感染者は、B型・C型合わせて、300万人以上とも推計される）。

肝炎は自覚症状が現れにくいため、肝炎ウイルスに感染していることに気がつかないまま、肝硬変・肝がん等の重い病気に進行してしまうことが多い。しかしながら、早期に適切な治療を実施すれば、肝炎の治癒あるいは肝がん等への進行を遅らせることが可能である。このため、国民の健康保持の観点から、B型・C型肝炎ウイルスの感染を早期に発見し、早期かつ適切な治療を推進することが非常に重要である。

厚生労働省では、2002（平成14）年度から、肝炎ウイルス検査を開始するなど各種の取組みを実施しており（**図表7-3-1**参照）、とりわけ、2008（平成20）年からは、都道府県等が委託した医療機関における無料検査や、インターフェロン治療に対する医療費助成を行うなど、肝炎総合対策を強化している（**図表7-3-2**参照）。また、肝炎対策基本法に基づき2011（平成23）年5月に策定した肝炎対策基本指針に沿って肝炎対策を推進している。

2012（平成24）年度には、第1回日本肝炎デー記念イベントを始めとした普及啓発事業を実施した。2013（平成25）年度には、肝炎に関する知識や肝炎ウイルス検査の必要性を分かりやすく伝え、あらゆる国民が肝炎への正しい知識を持ち、早期発見・早期治療に向けて自ら積極的に行動していく新たな国民運動を展開することとする（**図表7-3-3**参照）。

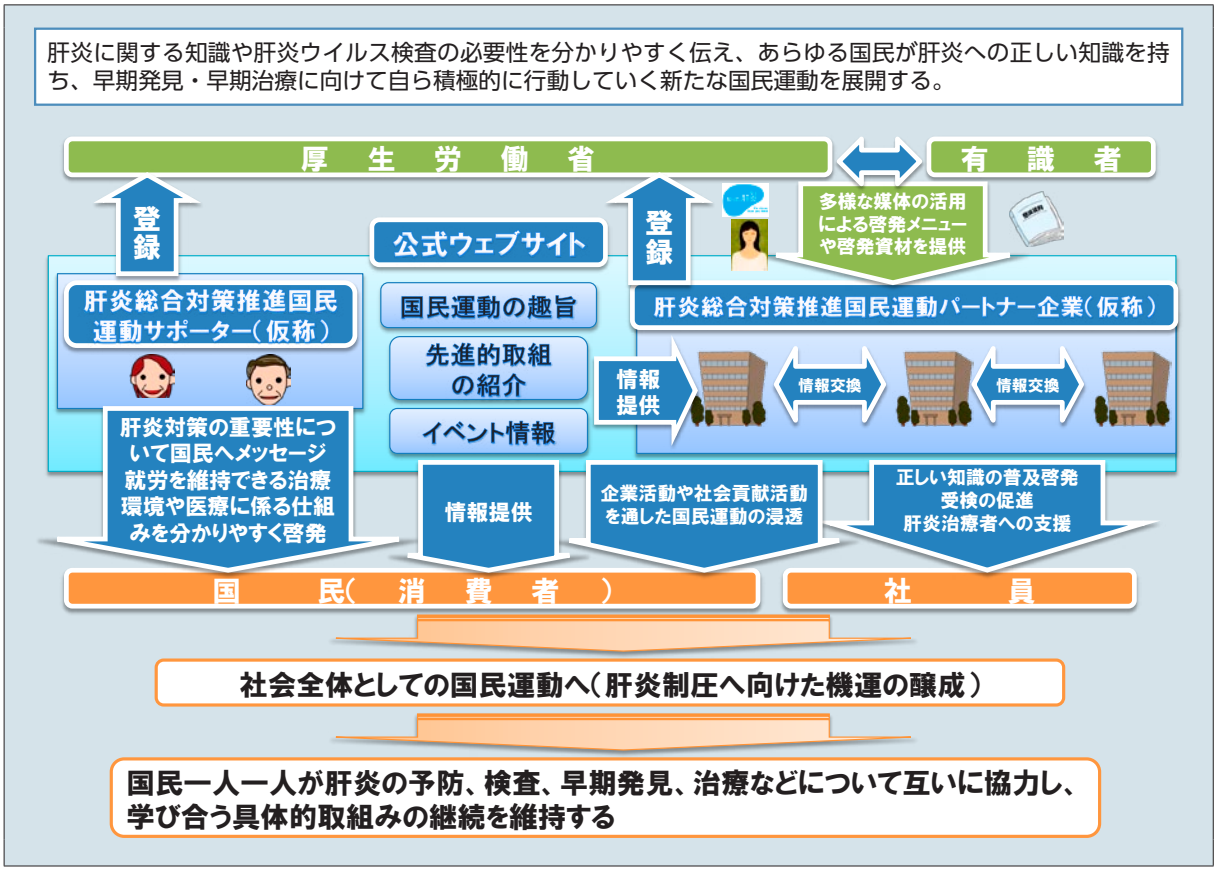
図表7-3-1 肝炎対策に係る近年の動き

H14.4	・C型肝炎等緊急総合対策の開始 肝炎ウィルス検査の開始
H19.1	・都道府県における肝炎検査後肝疾患診療体制に関するガイドライン（全国C型肝炎診療懇談会取りまとめ） ・肝疾患診療体制の整備開始
H20.1	＜緊急肝炎ウイルス検査事業の開始＞ ・委託医療機関での検査を無料化
H20.4	＜肝炎総合対策の開始＞ ・インターフェロン治療に対する医療費助成の開始
H21.4	・インターフェロン医療費助成の運用変更 ①助成期間の延長（72週投与への対応） ②所得階層区分の認定に係る例外的取扱い
H22.1	・肝炎対策基本法施行
H22.4	・肝炎医療費助成の拡充 ①自己負担限度額の引下げ 所得に応じ、1、3、5万円→原則1万円（上位所得階層2万円） ②B型肝炎の核酸アナログ製剤治療への助成開始 ③インターフェロン治療に係る利用回数の制限緩和
H23.5	・肝炎対策基本指針策定
H23.7	・肝炎医療費助成の拡充 C型代償性肝硬変に対するペグインターフェロン＋リバビリン併用療法への助成開始
H23.9	・肝炎医療費助成の拡充 B型肝炎に対するペグインターフェロン療法への助成開始
H23.11	・肝炎医療費助成の拡充 C型肝炎に対するテラプレビルを含む3剤併用療法への助成開始
H24.7	・第1回日本肝炎デー

図表7-3-2 肝炎対策の5本柱

1. 肝炎治療促進のための環境整備
2. 肝炎ウイルス検査の促進
3. 肝疾患診療体制の整備、医師等に対する研修、相談体制整備などの患者支援　等
4. 国民に対する正しい知識の普及啓発
5. 研究の推進

図表7-3-3 肝炎総合対策推進国民運動



第4節 難病などの各種疾病対策、移植対策の推進

1 難病対策について

難病対策については、「調査研究の推進」、「医療体制の整備」、「医療費の自己負担の軽減」、「地域における保健医療福祉の充実・連携」、「生活の質（QOL）の向上を目指した福祉施策の推進」を五つの柱として対策の推進を図っている。

難病に関する研究については、患者数が少なく、原因が不明で、根本的な治療法が確立されておらず、かつ後遺症を残すおそれが少なくない難治性疾患（ベーチェット病、筋萎縮性側索硬化症（ALS）等）について、原因の解明や治療方法の確立を図るため、厚生労働科学研究の「難治性疾患克服研究事業」の臨床調査研究分野で130疾患を対象に研究を推進し、研究奨励分野でこれまで十分に研究が行われていない疾患について、診断法の確立や実態把握のための研究を行っている。そのほか、2011（平成23）年度からは、次世代遺伝子解析装置を用いて患者の全遺伝子を解析し、疾患の早期解明と新たな治療法の開発を加速度的に推進する「難病・がん等の疾患分野の医療の実用化研究事業（難病関係研究分野）」を設け、難治性疾患に関する調査・研究の充実を図っている。

また、難病患者の医療費負担の軽減を図るため、「特定疾患治療研究事業」として、56疾患を対象に難病患者への医療費助成を行っている。

難病患者の生活支援や保健医療福祉の充実については、難病相談・支援センターを全都道府県に設置し、難病患者等の療養上、日常生活上の悩みや不安等の解消を図るととも

に、難病患者が安心して在宅療養ができるよう、難病患者地域支援対策推進事業を実施するなど、様々なニーズに対応したきめ細やかな相談や支援を通じて、地域の難病患者等の生活支援や保健医療福祉の充実を図っている。

難病患者等の生活の質（QOL）の向上を図るため、これまでは、難病患者等居宅生活支援事業により、ホームヘルプ事業や短期入所、日常生活用具給付等を行ってきたが、2013（平成25）年4月からは、障害者総合支援法により、難病患者等にも障害福祉サービス等の給付を行うこととなった。

また、難病患者やその家族並びに医療関係者が求めている最新の医学・医療情報について、難病情報センター（http://www.nanbyou.or.jp/）を設け、難病に関する情報提供を行っている。

その他、2007（平成17）年2月に国内における最初のvCJD（variant Creutfeldt-Jakob Disease：変異型クロイツフェルト・ヤコブ病）症例が確認されたことを踏まえ、CJDサーベイランス体制の強化を図っている。

さらに、難病対策については、医療費助成や研究の対象疾患の拡大に関する要望がある一方で、医療費助成のための安定的な財源確保等様々な課題がある。こうした課題に対応するため、厚生科学審議会疾病対策部会難病対策委員会において、平成2011年9月より、難病対策全般の見直しに係る検討が精力的に進められている。2013年1月には、同委員会で、「難病対策の改革について（提言）」が取りまとめられ、難病対策の改革の基本理念及び原則と、改革の3つ柱（①効果的な治療方法の開発と医療の質の向上、②公平・安定的な医療費助成の仕組みの構築、③国民の理解の促進と社会参加のための施策の充実）が示された。また、2013年1月に、総務大臣、財務大臣、厚生労働大臣により合意された「平成25年度における年少扶養控除等の見直しによる地方財政の追加増収分等の取扱い等について」においては、「特定疾患治療研究事業については、平成26年度予算において超過負担の解消を実現すべく、法制化その他必要な措置について調整を進めること」とされた。これらを踏まえ、今後も引き続き、難病対策の改革の実現に向けて検討を進めていく。

2 リウマチ・アレルギー対策について

今後のリウマチ・アレルギー対策を総合的・体系的に実施するため、2011（平成23）年8月に、「リウマチ対策の方向性等」、「アレルギー疾患対策の方向性等」を見直し、都道府県及び関係団体などに通知し、「医療提供等の確保」、「情報提供・相談体制の確保」、「研究開発等の推進」の三つの柱に基づき、リウマチ・アレルギー対策を推進している。

このうち、「医療提供等の確保」については、喘息死を減少させることを目的に「喘息死ゼロ作戦」を2006（平成18）年度より実施しており、2010（平成22）年度から、リウマチ及びアレルギー疾患の新規患者数の減少を目的とする都道府県向けのリウマチ・アレルギー特別対策事業として事業を拡充し、2012（平成24）年度からは、補助先に政令市、中核市を追加し事業の見直しを行っている。また、「情報提供・相談体制の確保」については、相談員養成研修会の充実の他に、シンポジウム開催、アレルギー相談センターの開設、普及啓発の推進に努めている。さらに、「研究開発等の推進」については、厚生労働科学研究において、リウマチ・アレルギー疾患の病因・病態の解明、治療法の開発などに関する研究の推進を図っている。

3 エイズ（AIDS/後天性免疫不全症候群）対策の推進

国連合同エイズ計画（Joint United Nations Programme on HIV/AIDS：UNAIDS）によると、全世界のヒト免疫不全ウイルス（Human Immunodeficiency Virus：HIV）感染者は、2011（平成23）年末で3,400万人に上ると推計されている。HIV流行が最も深刻な地域はサハラ以南のアフリカであるが、HIV感染が急増しているのは中東・北アフリカ・東欧・中央アジアである。

我が国の状況を見ると、2012（平成24）年の新規HIV感染者/エイズ患者報告数は1,449件となり、累積HIV感染者報告数は14,706件、累積エイズ患者報告数は6,719件（いずれも血液凝固因子製剤の投与に起因する感染者数1,439件を除く。）となっている。新規HIV感染者報告数は、2008（平成20）年以降、増減を繰り返していたが、近年横ばいに転じており、新規エイズ患者報告数も、近年は横ばいが続いている。また、年間1,500件程度のHIV感染者・エイズ患者の新規報告が続いている。こうした状況を踏まえ、引き続き普及啓発等のエイズ対策の充実・強化が必要である。

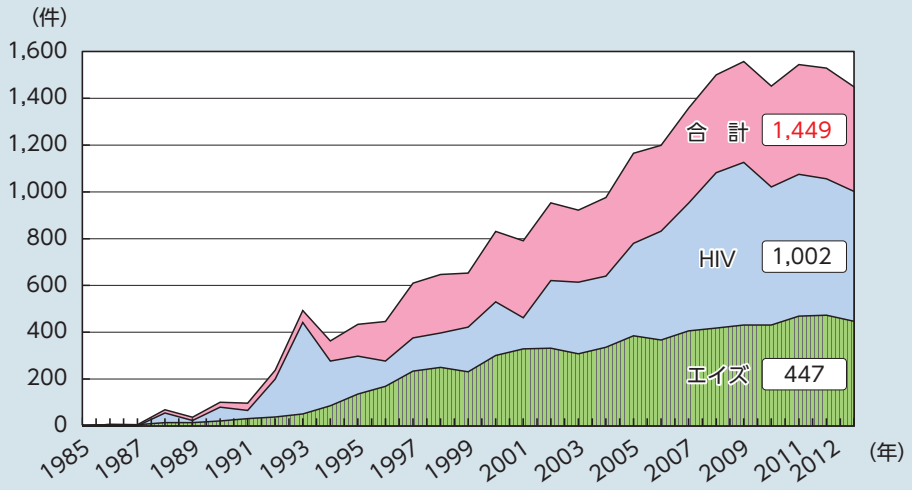
2011年9月に取りまとめられた「エイズ予防指針作業班報告書」などを踏まえ、「後天性免疫不全症候群に関する特定感染症予防指針」（エイズ予防指針）を見直し、2012（平成24）年1月19日から施行している。

同指針では、引き続き施策の重点化を図るべき3分野（普及啓発及び教育、検査・相談体制の充実、医療の提供）を中心に、新たに、

①検査・相談体制の充実
②個別施策層に対する検査に係る目標設定
③地域における総合的な医療提供体制の充実
④NGO等との連携

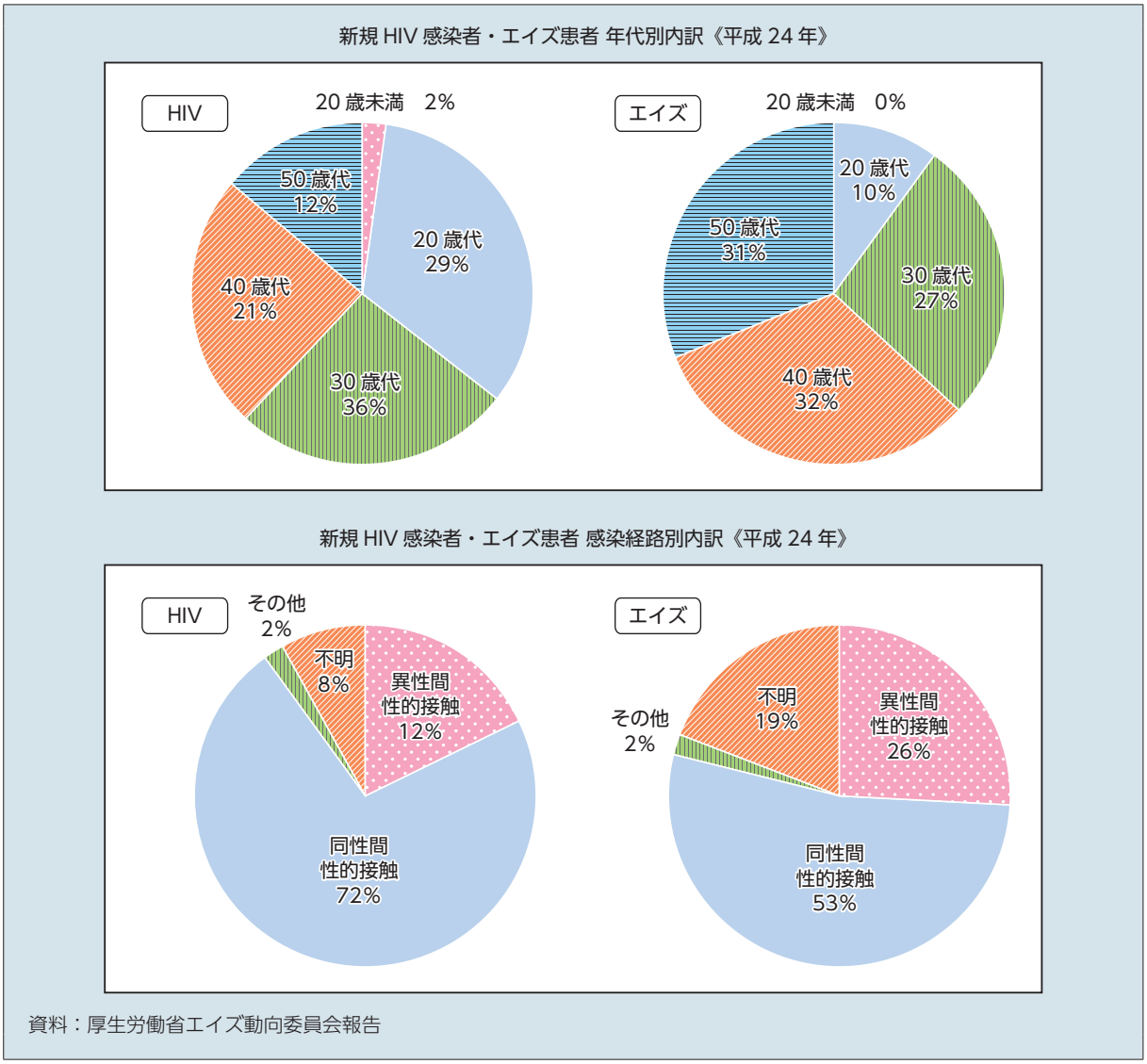
に重点的に取り組み、国、地方公共団体、医療関係者や患者団体を含むNGOなどが共に連携して、HIV感染者/エイズ患者の人権に配慮しつつ、予防や医療に係る総合的施策を展開することとしている。

図表7-4-1 新規HIV感染者・エイズ患者報告数の推移



資料：厚生労働省エイズ動向委員会報告

図表7-4-2 新規HIV感染者・エイズ患者の状況



資料：厚生労働省エイズ動向委員会報告

4 臓器移植の適切な実施

(1) 臓器移植の実施状況

「臓器の移植に関する法律」（以下「臓器移植法」）が、1997（平成9）年に施行されたことにより、本人の書面による意思表示があり、かつ家族が拒まない場合に、脳死した方の身体からの眼球（角膜）、心臓、肺、肝臓、腎臓などの移植を行うことが制度化された。

また、2010（平成22）年には、「臓器の移植に関する法律の一部を改正する法律（以下「改正臓器移植法」）」が全面施行され、親族へ臓器を優先的に提供する意思表示を行うことが可能となったほか、本人の臓器提供に関する意思が不明な場合であっても、家族の書面による承諾により脳死判定・臓器摘出が可能となり、15歳未満の小児からの臓器提供もできるようになった。

臓器移植の状況を見ると、臓器移植法が施行された1997年から2013（平成25）年3月末までの間に、臓器移植法に基づき214名の方から脳死下での臓器提供が行われている。2012（平成24）年度においては、臓器移植法に基づき、脳死下及び心停止下における提供を合わせて、心臓は30名の提供者から30件、肺は31名の提供者から35件（心臓・肺のうち、心臓と肺を同じ方に同時に移植した事例は0件）、肝臓は35名の提供者か

ら38件、腎臓は97名の提供者から181件、膵臓は29名の提供者から29件（腎臓・膵臓のうち、膵臓と腎臓を同じ方に同時に移植した事例は20件）、小腸は1名の提供者から1件、角膜は939名の提供者から1,456件の移植が行われた。臓器を提供した方に対しては、その崇高な心をたたえ、感謝の意を表するため、ご家族に対して厚生労働大臣感謝状を贈呈している。

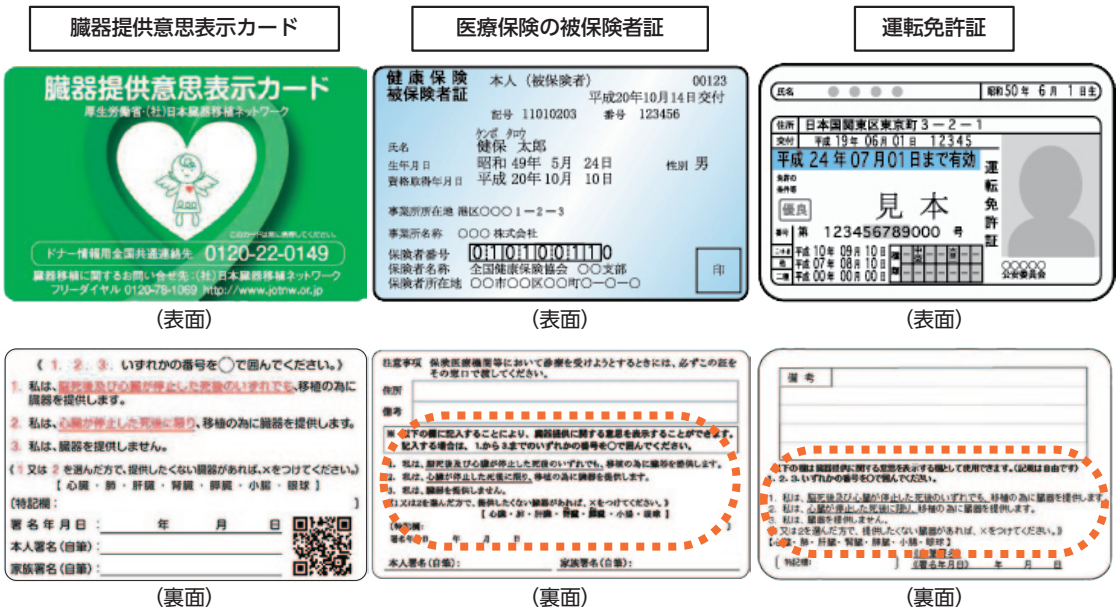
一方、移植希望登録者数は、2013年3月末現在、心臓242名、肺200名、肝臓386名、腎臓12,598名、膵臓44名、小腸2名、眼球2,282名となっている。

なお、脳死下での臓器提供事例については、厚生労働大臣が有識者を参集して開催する「脳死下での臓器提供事例に係る検証会議」において、臓器提供者に対する救命治療、法的脳死判定等の状況及び社団法人日本臓器移植ネットワークによる臓器のあっせん業務の状況などについての検証が行われている。2013年5月には、これまでの事例（150例）について総括が行われ、報告書として取りまとめられた。

(2) 臓器移植の適切な実施に向けた普及啓発

改正臓器移植法により、本人の意思が不明な場合にも家族の承諾で脳死判定と臓器提供が可能となった。家族の承諾で臓器提供を行う場合であっても、家族は本人の臓器提供に対する考えを推測しながら最終的な判断をしていることから、引き続き、一人ひとりが臓器移植について考えるとともに、「臓器を提供する」「提供しない」に関わらず、意思を表示していただくことが重要である。

改正臓器移植法においては、国及び地方公共団体が移植医療に関する啓発及び知識の普及に必要な施策を講ずることとされており、これを受け、厚生労働省においては、関係府省や社団法人日本臓器移植ネットワークと連携し、運転免許証や医療保険の被保険者証の裏面に臓器提供に関する意思の記入欄を設けることを進めているほか、臓器移植に関する知識や意思の記入方法等の説明書きと「臓器提供意思表示カード（又はシール）」が一体となったリーフレットの作成・配布など、一人でも多くの方が臓器移植について理解し、臓器提供に関する意思表示を行うことが可能となる環境の整備を図っている。



(3) 造血幹細胞移植について

骨髄移植や、さい帯血移植などの造血幹細胞移植は、重い血液疾患に有効な治療法の一つであり、近年、治療成績（生存率）が向上し、白血病などが半数程度は治るようになってきた。

移植の際には、患者と提供者（ドナー）又は保存されているさい帯血のヒト白血球抗原（Human Leukocyte Antigen：HLA）（白血球の型）が適合する必要があり、HLAは、きょうだい間では4分の1の確率で一致するものの、きょうだいがいてもHLAが一致しない場合やきょうだいがいない場合などには、非血縁者間での移植が必要になる。非血縁者間でHLAが一致する確率は数百分の1から数万分の1と言われており、造血幹細胞移植を必要とするすべての患者に移植の機会を提供するためには、多くのドナーやさい帯血の確保が重要となる。こうした中で、骨髄バンクのドナー登録者数は年々増加し、2013（平成25）年6月末現在433,336人となり、また、さい帯血保存公開数は24,378個となるなど、造血幹細胞移植に関する協力の輪は着実に広がっている。今後も、骨髄等のドナー登録を推進するとともに、質の高いさい帯血の採取・保存の推進を図ることとしている。

一方、高齢化の進展に伴い血液疾患を有する患者が増加し、非血縁者間での造血幹細胞移植を希望する患者数は2012（平成24）年度末で38,288名となっており、治療成績の向上とあいまって、2012年度における非血縁者間の造血幹細胞移植の実施件数は、過去最高の2,536件（骨髄移植1,323件、さい帯血移植1,198件、末梢血幹細胞移植[*9] 15件）となった。

このような状況のもと、2012年9月には、「移植に用いる造血幹細胞の適切な提供の推進に関する法律」が成立した。この法律は、造血幹細胞の適切な提供の推進に関する基本理念を明らかにするとともに、骨髄バンクやさい帯血バンクについて必要な規制や助成について定めるもので、移植を希望する患者の方々にとって、病気の種類や病状に合った最適な移植が行われるとともに生活の質の改善が図られることが期待されている。現在、施行に向けて関係審議会等において検討が進められている。

第5節　健康危機管理対策の推進

厚生労働省においては、医薬品、食中毒、感染症、飲料水その他何らかの原因により生じる国民の生命、健康の安全を脅かす事態に対して、「厚生労働省健康危機管理基本指針」に基づき必要な体制を整備して、健康危機管理に取り組んでいるところである。

具体的には、省内に「健康危機管理対策室」を設置し、平素から、関係部局や国立試験研究機関を通じて内外からの情報収集を行っている。また部局横断的な組織である「健康危機管理調整会議」において、幹事会と合わせて毎月2回情報交換を行うとともに、有事には緊急の調整会議を招集し、対策本部の設置、職員や専門家の現地派遣、国民の皆様への健康危機情報の提供等を行っている。

＊9　末梢血幹細胞移植とは、末梢血幹細胞移植は骨髄やさい帯血からの造血幹細胞移植と同様、白血病等に有効な治療法の一つ。造血幹細胞は、通常でも血液の中に存在するが、極めて少ないために移植に用いることが出来ない。そのため、「顆粒球コロニー刺激因子（G－CSF）」と呼ばれる造血幹細胞を増やす作用のある薬剤を4～6日間連続して皮下注射することにより、血液中の造血幹細胞を増やし、成分献血と同様の手法によって移植に必要な造血幹細胞を採取する。骨髄採取と異なり、全身麻酔による骨髄採取や自己血採血、手術室の確保が不要である。

また平時の健康危機管理業務としても、①健康危機情報の監視、②公衆衛生対応及び初動期医療の整備（通信環境や資材の整備、希少医薬品等の備蓄等）、③危機管理関連の調査研究（被害予測や対策等）、④ガイドラインの整備、訓練・研修会の開催等を行っている。

第6節 医薬品・医療機器の安全対策の推進等

1 医薬品等の安全対策

医薬品等は、基本的にヒトの身体に何らかの影響を及ぼして疾患の治療等を行うものであるため、それが期待通りに治療効果などとして現れる一方で、予期しない副作用が起きることも避けられない。これら有効性と安全性のバランスが重要であるため、治験等のデータに基づき有効性と安全性の両面についての検討を行い、厚生労働大臣の承認を得てから販売される。しかし、治験等を通じて医薬品の承認までに得られる安全性に関する情報には限界があるため、市販後に副作用情報等を的確に収集し、その情報を適切に分析・評価した上で、必要な安全対策上の措置を迅速に講じていくことが必要である。

また、薬害肝炎事件等を踏まえ、医薬品等による健康被害の発生及び拡大防止の観点から、医薬品、医療機器等の安全性の確保が強く求められている。このため、薬事法の目的規定の見直しや医薬品等の添付文書の届出義務化等を内容とする薬事法改正法案を2013（平成25）年度通常国会に提出し、継続審議となっている。

（1）副作用等の報告制度

市販後の副作用情報等については、薬事法に基づいて医薬品等の製造販売業者、医薬関係者から厚生労働大臣に報告することとされている。医薬品等の製造販売業者は、副作用等によると疑われる疾病等の発生を知ったときは、厚生労働大臣に報告しなければならず、また、医師、歯科医師、薬剤師等の医薬関係者も、同様に「医薬品・医療機器等安全性情報報告制度」に基づいて厚生労働大臣に報告することとされている。これら薬事法に基づく副作用等の報告件数は、2012（平成24）年度においては、医薬品については年間約4万6千件、医療機器については約2万3千件に上っている。その他新薬等特に安全性の検証に慎重を期す必要がある医薬品について、製造販売業者は、市販直後調査等の実施が義務づけられ、定期的な医療機関の訪問等によって適正使用のための情報を提供し、重篤な副作用等の発生を速やかに把握している。

（2）副作用情報等の評価及び提供

厚生労働省は、独立行政法人医薬品医療機器総合機構（PMDA）と連携し、企業や医薬関係者から報告された副作用情報等について、迅速・的確に評価するとともに、その結果に基づいて、必要に応じて安全対策上の措置を講じている。特に、緊急かつ重要な情報については、企業に対して緊急安全性情報（イエローレター）の配布を指示する等により、医療機関等へ迅速に情報提供を行う。また、毎月発行する「医薬品・医療機器等安全性情報」により使用上の注意の改訂等について情報提供している。

(3) 予測・予防型の積極的な安全対策

こうした従来の安全対策に加え、学会、医療機関、企業と連携して予測・予防型の安全対策の充実・強化を図っている。医療現場において患者の重篤な副作用を早期に発見し対応できるよう、2005（平成17）年度より、関係学会等と連携の上、初期症状、診断法等を取りまとめた「重篤副作用疾患別対応マニュアル」を作成し、情報提供している。

また、国立成育医療研究センターに設置した「妊娠と薬情報センター」において、服薬の影響を心配する妊婦等からの相談業務を通じ、出生児への薬の影響に関する情報を収集している。

さらに、2006（平成18）年1月からPMDAが運営する医薬品医療機器情報提供ホームページ（http://www.info.pmda.go.jp）において、製薬企業からの副作用報告や特に患者に注意喚起すべき情報のある医薬品について各製薬企業が作成した「患者向医薬品ガイド」を公表し、医療関係者及び患者・家族等への情報提供を行っている（図表7-6-1）。

また、同ホームページに掲載された、医薬品等の安全対策情報や、通知等の情報が迅速に入手できるよう自動メール配信サービス「医薬品医療機器情報配信サービス（愛称：PMDAメディナビ）」の提供を行っている（図表7-6-2）。

図表7-6-1　患者・国民向けの情報提供～「患者向医薬品ガイド」

患者向医薬品ガイドは、患者や家族の方などに、医療用医薬品の正しい理解と、重大な副作用の早期発見などに役立てていただくために提供しており、医薬品を使用するときに特に知っていただきたいことを、医療関係者向けに作成されている添付文書を基に平易に記載している(http://www.info.pmda.go.jp/guide_ippan/guide.html)。

一般の皆様向け情報

＜記載内容の例＞
- この薬は？
  販売名、一般名、１グラム中の有効成分の含有量
- この薬の効果は？
  作用、処方される対象となる疾患名　等
- この薬を使う前に、確認すべきことは？
  薬を使うことができない方、慎重に使う必要がある方、併用に際し注意が必要な薬について医師・薬剤師への相談の促し
- この薬の使い方は？
  使用量・回数、飲み方、飲み忘れたときの対応、多く使用した時（過量使用時）の対応
- この薬の使用中に気をつけなければならないことは？
  重大な副作用と主な自覚症状（副作用名称別、副作用の現れる身体の部位別）
- この薬の形は？
  色、におい/味、剤型
- この薬に含まれているのは？
  有効成分、添加物
- その他
  保管方法は？　薬が残ってしまったら？
- 問い合わせ先
  メーカーのお客様相談室の電話番号　等

図表7-6-2 医薬品・医療機器の安全情報提供の取り組み

医薬品医療機器総合機構（PMDA）においては、医療関係者等や患者・国民に向け積極的に医薬品・医療機器の安全性に関する情報を伝えるサービスを行っているところであり、「第一次提言」を踏まえ、その充実に努めている。

【医療関係者向けのメールによる情報提供】
登録した医療関係者等に直接メールを無料配信して、能動的に医療現場に安全性に係る情報を伝えている。

〈配信内容の例〉
・緊急安全性情報（イエローレター）
　厚生労働省が製薬企業に指示して発出させる、緊急に安全対策上の措置をとる必要がある情報
・医薬品・医療機器等安全性情報
　厚生労働省が発出する医薬品や医療機器の安全性に関する情報を原則月1回とりまとめたもの
・使用上の注意の改訂指示通知（医薬品）
　厚生労働省が製薬企業に指示した、医薬品を使う上での新たな注意事項の情報
・DSU（医薬品安全対策情報）
　医薬品を使用する上での新たな注意事項について、月1回製薬業界が取りまとめたもの
・回収情報クラスⅠ
　医薬品の回収（リコール）のうち、その製品の仕様等が重篤な健康被害又は死亡の原因となりうる情報 等

2 一般用医薬品の販売制度に係る最近の動向

（1）一般用医薬品の販売制度の概要

近年の国民の健康意識の高まりや医薬分業の進展等の一般用医薬品を取り巻く環境の変化に対応するため、「薬事法の一部を改正する法律」（以下「改正薬事法」）が2006（平成18）年6月14日に公布され、一般用医薬品の販売制度が見直された。

具体的には、一般用医薬品をリスクの程度に応じて三つに分類し、そのリスクの程度に応じて専門家が情報提供を行うなど、一般用医薬品の販売等に係る体制及び環境整備を図ることとされた（図表7-6-3）。

この改正薬事法については、リスク区分の指定は2007（平成19）年4月1日、登録販売者に関する試験は2008（平成20）年4月1日と順次施行され、2009（平成21）年6月1日から全面施行された。

図表7-6-3 リスクの程度に応じた情報提供

リスク分類	対応する専門家	購入者から質問がなくても積極的に行う情報提供	購入者から相談があった場合の応答
第1類医薬品	薬剤師	書面を用いて、適正使用のために必要な情報提供を行わなければならない。	義　務
第2類医薬品	薬剤師 又は 登録販売者※	適正使用のために必要な情報提供に努めなければならない。	
第3類医薬品		不　要	

※改正薬事法により新たに導入された、都道府県知事の行う資質確認のための試験に合格し、登録を受けた専門家

(2) 一般用医薬品販売制度の内容

1 リスク区分の指定

一般用医薬品のうち第1類医薬品[*10]・第2類医薬品[*11]を指定する告示が2007（平成19）年3月30日に公布された。この分類については、最新の適正使用情報を収集・評価し、見直すこととしており、リスク区分の変更があった場合には、順次告示を改正している。2011（平成23）年度には、生薬製剤と漢方製剤について全体のリスク区分の見直しを実施した。

一般用医薬品販売制度に関する周知用ポスター

2 登録販売者に関する試験制度

試験の出題範囲や実施方法等を検討する「登録販売者試験実施ガイドライン作成検討会」を開催し、2007年6月に報告書を取りまとめた。これを踏まえ、「薬事法施行規則の一部を改正する省令」が2008（平成20）年1月31日に公布され、2008年度から各都道府県で実施されている。

2012（平成24）年度の登録販売者試験の合格者数は、延べ12,261人（受験者数28,050人、合格率43.7%）となっており、2013（平成25）年3月末現在の登録販売者数としては121,137人となっている。

2012年11月以降、登録販売者試験に係る実務経験の証明について、複数の自治体にまたがって不正が行われた、又は不正が疑われる事案等が判明した。このため、これらの不正事案について、現在、都道府県を通じて実態調査を行っている。

(3) 一般用医薬品のインターネット販売等の新たなルールに関する検討会について

現行制度においては、

・郵便等販売は、第3類医薬品に限って行うことができること

・第1類医薬品及び第2類医薬品の情報提供は対面で行うこと

等とされているが、一般用医薬品のインターネット販売を行う事業者が、第1類医薬品及び第2類医薬品の郵便等販売を行う権利を求めた裁判において、厚生労働省令で一律に第1類医薬品及び第2類医薬品の郵便等販売を禁止していることは、薬事法の委任の範囲内と認めることはできないとする旨の最高裁判所の判決が下された。

このため、従来の規制に代わる一般用医薬品のインターネット販売等についての新たなルールを検討するため、「一般用医薬品のインターネット販売等の新たなルールに関する検討会」を2013（平成25）年2月14日から5月31日までに11回開催し、取りまとめが行われた。

また、2013年6月14日に閣議決定された成長戦略においては

・一般用医薬品については、インターネット販売を認めることとする。その際、消費者の安全性を確保しつつ、適切なルールの下で行うこととする。

・ただし、「スイッチ直後品目」及び「劇薬指定品目」については、他の一般用医薬品

＊10「第1類医薬品」とは、①その副作用等により日常生活に支障を来す程度の健康被害が生ずるおそれがある医薬品のうちその使用に関し特に注意を要するものとして厚生労働大臣が指定するもの、②既に製造販売の承認を与えられている医薬品と有効成分等が明らかに異なる医薬品であって製造販売の承認を受けてから一定期間を経過しないものをいう。

＊11「第2類医薬品」とは、その副作用等により日常生活に支障を来す程度の健康被害が生ずるおそれがある医薬品（第1類医薬品を除く。）であって厚生労働大臣が指定するものをいう。また、「第3類医薬品」とは、第1類医薬品・第2類医薬品以外の一般用医薬品をいう。

とはその性質が異なるため、医療用に準じた形での慎重な販売や使用を促すための仕組みについて、その成分、用法、用量、副作用の発現状況等の観点から、医学・薬学等それぞれの分野の専門家による所要の検討を行う。本年秋頃までに結論を得て、所要の制度的な措置を講ずる。

・検討に当たっては、インターネット販売か対面販売かを問わず、合理的かつ客観的な検討を行うものとする。

とされている。

(4) 一般用医薬品販売制度の定着に向けた取組み

1 制度の周知のための広報

厚生労働省の公式サイトに専用ホームページ[*12]を設けるほか、ポスターやリーフレットを作成し、都道府県等を通じて全国に配布している。

また、「薬と健康の週間」(毎年10月17日から10月23日に開催)や2012(平成24)年8月の「子ども霞が関見学デー」において新制度の普及啓発のイベントを行った。

2 一般用医薬品販売制度定着状況調査

2009(平成21)年度から、一般消費者を調査員として、全国の薬局・店舗等を対象に、①現行の医薬品販売制度による販売体制が構築されているか、②同制度による適切な情報提供が行われているか等の調査を行っている。

3 偽造医薬品対策

偽造医薬品(その容器又は被包の形状、色彩、図案等が他の医薬品に似せて作られているもの)は、国内で未承認の医薬品成分が含有されているもの、国内で承認されていない成分量が含有されているもの等、多種多様なものが発見されており、これらを個人輸入等で購入し、自己判断で服用したことによる健康被害が発生している。このため個人輸入等により入手した医薬品等に関する危険性について国民への啓発や注意喚起を行うとともに、関係省庁及び都道府県と連携しながら監視・指導を行っている。

2013(平成25)年2月から個人輸入・指定薬物等適正化対策事業による「あやしいヤクブツ連絡ネット」を開設し、個人輸入された医薬品等に関連する健康被害事例等の収集、広報啓発ホームページ(http://www.yakubutsu.com)等を通じた消費者等への情報提供、及び消費者等からの相談対応(コールセンター)業務を実施している。これにより国民が一元的に違法ドラッグを含む指定薬物等の危険性等に関する情報にアクセスできるようにし、健康被害や乱用を防ぐための正しい情報の広報・啓発を推進している。

4 薬剤師の資質向上と薬局機能の強化等

(1) 薬剤師の資質向上

医療の高度化、医薬分業の進展などに伴う医薬品の適正使用の推進といった社会的要請に応えるため、質の高い薬剤師が求められており、大学における薬学教育及び卒後の生涯学習の充実を図ることにより、薬剤師の資質向上に努める必要がある。

---

*12 医薬品新販売制度ホームページ
http://www.mhlw.go.jp/bunya/iyakuhin/ippanyou/index.html

質の高い薬剤師養成に向けて、大学における薬学教育については、臨床に係る実践的な能力を培うことができるよう、2006（平成18）年度から、修業年限を4年から6年に延長し、6年制課程を修めて卒業した者に薬剤師国家試験の受験資格を与えることとした。

2012（平成24）年3月3日及び4日に、薬学教育6年制に対応した初めての国家試験が実施された。新薬剤師国家試験は「物理・化学・生物」「衛生」「薬理」「薬剤」「病態・薬物治療」「法規・制度・倫理」「実務」の7科目345問が、「必須問題」「一般問題（薬学理論問題）」「一般問題（薬学実践問題）」の3つの問題区分に分かれて出題される。

また、2010（平成22）年度から、チーム医療について先行・先端的に取組みを行っている薬局・医療機関を実務研修機関として指定し、医療に従事している薬剤師を対象に実地研修を実施している。

また、2008（平成20）年4月以降、医道審議会の意見を踏まえ行政処分を実施するとともに、行政処分を受けた薬剤師に対して再教育研修を実施している。

（2）薬局機能の強化と医薬分業の推進

薬局は、2007（平成19）年4月の「良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法の一部を改正する法律（2006年）」により、医療提供施設として位置づけられ、地域医療計画の下、在宅医療や医薬品などの供給拠点としての貢献が期待されている。

また、医薬分業については、医薬品の適正使用の観点から、その推進に努めているが、2012（平成24）年度の院外処方箋発行枚数は約7億5千万枚に達し、いわゆる医薬分業率は前年度に比べて1.0ポイント増加し、66.1％（公益社団法人日本薬剤師会「処方せん受取率の推計」（2012年度））と推計されている。

引き続き、国民が利点を実感できるような質の高い医薬分業を地域の実情に応じた医療計画等に基づいて推進していく必要があり、厚生労働省ホームページ上の「おくすりe情報[*13]」や「薬と健康の週間」での広報活動等を通じて、医薬品の適正使用等の啓発を行っている。

また、薬局における医療安全のため、2009（平成21）年度から薬局医療安全対策推進事業（2012年度までは、「薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業」）を開始し、医薬分業の質の向上に努めている。

5 化学物質の安全対策

（1）化学物質の安全性情報の取得と評価

「化学物質の審査及び製造等の規制に関する法律」（以下「化審法」という。）に基づき、新しく製造・輸入される化学物質については、その安全性等を事前に審査し、製造・輸入等に関して必要な規制を行っている。他方で、化審法制定以前から存在していた既存化学物質については、国による安全性点検を順次実施してきたほか、経済協力開発機構（Organisation for Economic Co-operation and Development：OECD）における国際的な取組みや、産業界と連携して推進する「官民連携既存化学物質安全性情報収集・発信プログラム」（通称「Japanチャレンジプログラム」）において安全性情報の収集・公表を行ってきた。

＊13 おくすりe情報　http://www.mhlw.go.jp/bunya/iyakuhin/okusuri/index.html

また、化学物質管理を取り巻く国際的環境の大きな変化などを踏まえ、厚生労働省においては、経済産業省及び環境省と共同で化審法の見直しを行い、改正法が2009（平成21）年5月に公布、2011（平成23）年4月から全面施行された。改正法に伴い、包括的な化学物質の管理を行うことを目的として、既存化学物質を含むすべての一般化学物質を一定数量以上の製造・輸入を行った事業者に対して、毎年度その数量等を届け出る義務を課しており、届出により把握した製造・輸入数量及びその性状などを踏まえ、リスク評価を優先的に行う必要のある化学物質として、優先評価化学物質を指定している（2013（平成25）年7月現在、140物質を指定）。さらに、優先評価化学物質について順次リスク評価を実施することにより、我が国における厳格な化学物質管理を推進している。

(2) 家庭用品の安全対策

家庭用品（薬事法及び食品衛生法で規制されないもの。以下同じ。）に使用される化学物質による健康被害を防止するため、有害物質を含有する家庭用品の規制に関する法律に基づき、繊維製品、洗浄剤、ガーデニング用木材等について規制基準を定めている（2013（平成25）年1月現在、20物質を指定）。また、家庭用品の使用に伴い生じた重大製品事故のうち、化学物質が原因であることが推定されたものの公表や、医療機関から収集した家庭用品に係る健康被害情報などを活用し、事故防止の指導や啓発に努めている。

(3) 毒物及び劇物の安全対策

毒物及び劇物取締法に基づき、急性毒性作用がある化学物質を毒物又は劇物に指定し、毒物又は劇物の取扱事業者などに対する規制を実施している。なお、2013（平成25）年1月末現在、同法に基づき117項目を毒物に指定し、377項目を劇物に指定している。

第7節 薬物乱用・依存症対策の推進

1 薬物乱用防止対策

我が国における薬物事犯の検挙人員は、2011（平成23）年には14,200人であり、このうち覚醒剤事犯は12,083人と前年に比べてやや減少したものの、全薬物事犯における検挙人員の約8割を占めている。また、大麻事犯は1,759人と過去最高を記録した2009（平成21）年をピークに近年は減少傾向にあるものの、全薬物事犯における検挙人員の割合は覚醒剤に次ぐ高比率で推移している。特に、20歳代を中心とした若年層の乱用が顕著であり、憂慮すべき状況にある。

このような深刻な薬物情勢を踏まえ、政府が策定した「第三次薬物乱用防止五か年戦略」*14、「薬物乱用防止戦略加速化プラン」*15及び「合法ハーブ等と称して販売される薬物に関する当面の乱用防止対策」*16に基づき、関係省庁が連携し、各種の薬物乱用対策を進めており、厚生労働省においても、薬物事犯の取締りや乱用防止対策を中心に更なる充実強化を図ることとしている。

＊14，15，16 第三次薬物乱用防止五か年戦略、薬物乱用防止戦略加速化プラン、合法ハーブ等と称して販売される薬物に関する当面の乱用防止対策
http://www8.cao.go.jp/souki/drug/know.html

薬物乱用防止対策は、社会が薬物を受け入れない環境をつくることが非常に重要である。この観点から、厚生労働省においては、地域における啓発として、「麻薬・覚醒剤乱用防止運動」等の国民的運動や、「薬物乱用防止キャラバンカー」の派遣等によって、効果的な活動を展開している。また、薬物の有害性・違法性[*17]に関する正しい知識の周知に努めるとともに、文部科学省と連携し、小学校から大学生等に向けて、広く薬物乱用防止に係る啓発資料を作成し配布している。

薬物の再乱用を防止するための取組み[*18]として、都道府県と連携し、薬物依存症についての正しい知識の普及を行い、また、保健所及び精神保健福祉センターの薬物相談窓口において、薬物依存症者やその家族に対する相談事業、家族教室の実施等により再乱用防止対策の充実を図っている。薬物事犯の取締りは、各地方厚生局麻薬取締部（全国8部、1支所、3分室）[*19]において実施されている。最近の薬物事犯は、暴力団や外国人密売組織による組織的な密輸・密売に加え、インターネットを利用した非対面の密売が横行するなど、より複雑化・巧妙化している。これに対応するため、新たな捜査機材の導入等により、捜査体制の充実を図っている。

2 違法ドラッグ対策

違法ドラッグ（いわゆる脱法ドラッグ）については、乱用者自身の健康被害や、麻薬等の乱用につながるなどの保健衛生上の危害のおそれのある物質が含まれているが、「合法ドラッグ」、「合法ハーブ」等と称して販売されているため、危険性の認識が低いまま使用されている。近年、繁華街等において販売店舗が増加し、若者を中心に乱用の広がりが見られることや、違法ドラッグとの関連が疑われる交通事故等の事例が散見されていることから、乱用が見られる薬物を薬事法の指定薬物[*20]として指定し、その取締りを図っている。また、指定薬物を指定した際には、都道府県・警察・税関等の関係機関に分析法等の情報を提供し、当該機関が指定薬物の監視・指導、取締りを行うとともに、都道府県が警察と連携して、違法ドラッグを販売する事業者に対する監視・指導、取締りを強化している。

指定薬物の指定においては、国内で検出された未規制物質に加え、国内流通前の物質の指定についても検討し、健康被害を発生するおそれのある物質を速やかに規制対象とすることとしており、2012（平成24）年以降、大麻類似成分である合成カンナビノイド32物質を含む66物質を、指定薬物として新たに個別指定している。また、化学構造が類似した特定の物質群をまとめて指定薬物として指定する方法（包括指定）を導入し、ナフトイルインドール骨格を有する合成カンナビノイドの一群（772物質）を包括的に指定したところである（2013（平成25）年6月末現在881物質を指定）。なお、2012年7月、2013年1月及び4月には、指定薬物のうち、更に依存性、精神毒性等が確認された12物質を麻薬として新たに指定し、一層厳格に規制している。

さらに、本年5月に成立した麻薬及び向精神薬取締法及び薬事法の一部を改正する法律

＊17 薬物乱用防止に関する情報
http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iyakuhin/yakubuturanyou/index.html
＊18 薬物の再乱用を防止するための取組み
http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iyakuhin/yakubuturanyou/index.html
＊19 地方厚生局麻薬取締部
http://www.nco.go.jp/shimei.html
＊20 指定薬物
http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iyakuhin/yakubuturanyou/index.html

（平成25年法律17号）により麻薬及び向精神薬取締法及び薬事法の一部が改正され、麻薬取締官及び麻薬取締員に指定薬物に関する取締権限が付与されること等を受け、地方厚生局麻薬取締部に指定薬物対策官を設置する等、より強力に指定薬物に関する取締りを実施することとしている。

国民への啓発については、2013年2月から個人輸入・指定薬物等適正化対策事業による「あやしいヤクブツ連絡ネット」を開設し、違法ドラッグを含む指定薬物等に関連する健康被害事例等の収集、広報啓発ホームページ（http://www.yakubutsu.com）等を通じた消費者等への情報提供、及び消費者等からの相談対応（コールセンター）業務を実施している。これにより国民が一元的に違法ドラッグを含む指定薬物等の危険性等に関する情報にアクセスできるようにし、健康被害や乱用を防ぐための正しい情報の広報・啓発を推進している。

3 薬物依存症対策

薬物依存症対策については、全国の保健所及び精神保健福祉センターで薬物依存症に関する相談を行うとともに、厚生労働科学研究において、薬物依存症の治療プログラムの研究を行っている。また、2010（平成22）年度より、薬物やアルコールを中心とした依存症回復施設の職員に対して依存症に関する基礎的な知識、薬物の身体への影響、依存症患者が利用可能な支援内容などについて研修を行うとともに、2012（平成24）年度から、依存症者の家族に対し、依存症者を支える家族関係や依存症の正しい理解等を図ることを目的とした研修を行っている。また、2009（平成21）年度から2011（平成23）年度にかけて実施した地域依存症対策推進モデル事業の結果等を踏まえ、2012年度から、本モデル事業において特に評価の高い依存症対策の実施等を目的とした地域依存症対策支援事業を実施している。さらに、2012年度において、精神科医や自助団体、依存症者の家族等を構成員とした「依存症者に対する医療及びその回復支援に関する検討会」を開催し、依存症治療及び回復支援の現状及び今後求められる取組等について議論し、報告書を取りまとめた。

第8節 血液製剤対策の推進

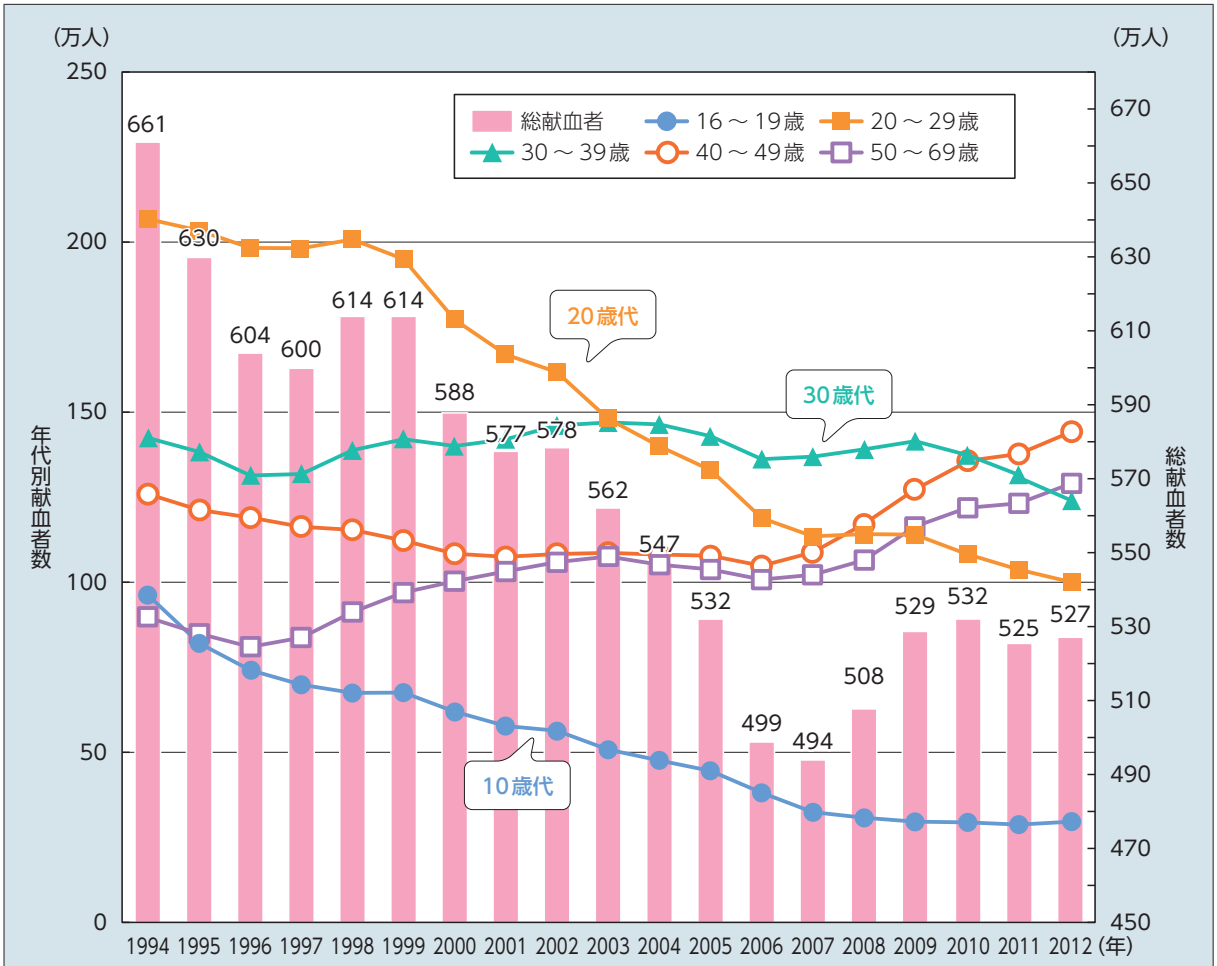
1 献血の推進について（図表7-8-1、図表7-8-2）

2012（平成24）年の総献血者数は約527万人（対前年比約2万人、0.4%増）で、約204万Lの献血量を確保したところである。年代別献血者数の推移を見ると、10歳代については2012年は増加に転じたが、20歳代、30歳代の献血者数については、依然として減少傾向が続いている。

厚生労働省では、将来にわたり血液の安定供給を行える体制を確保するため、2014（平成26）年度までの達成目標「献血推進2014」（①若年層献血者数の増加、②安定的な集団献血の確保、③複数回献血の増加）を設定し、特に若年層を対象とした「はたちの献血」キャンペーンの実施、高校生への普及啓発のための副読本の配布などの広報活動を行っている。

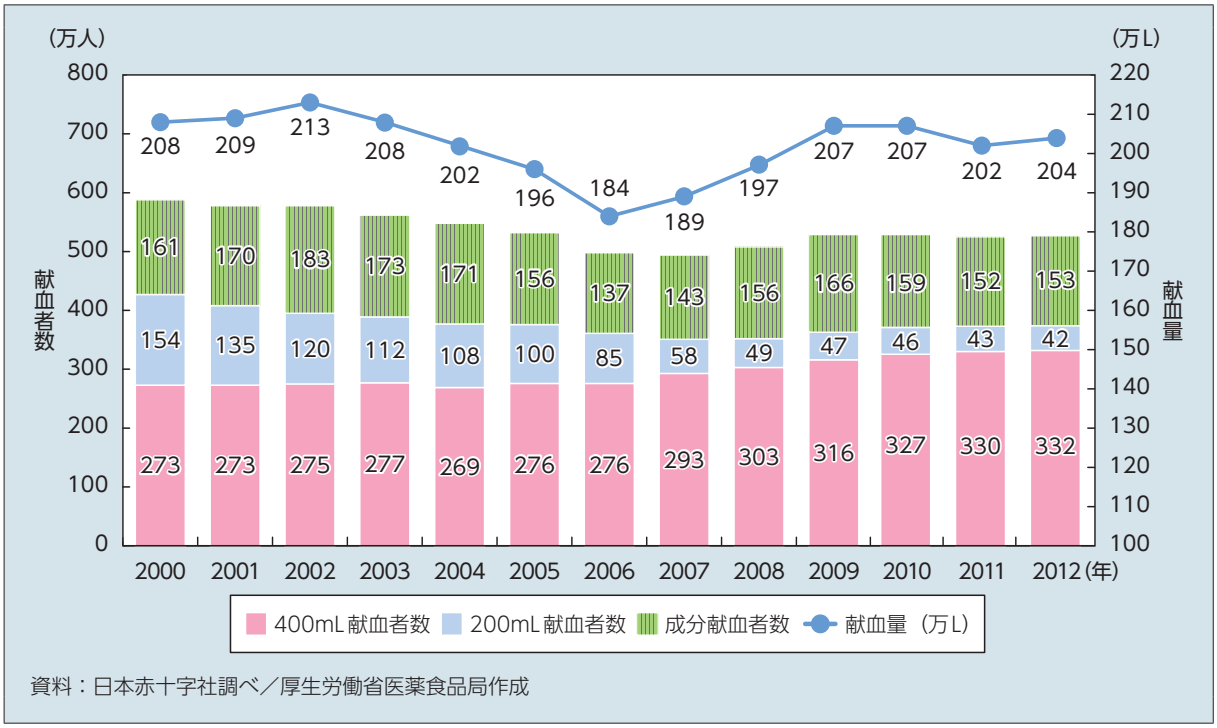
また、2011（平成23）年4月1日から施行された採血基準により、これまで18歳以上であった400ミリリットル献血について、男性に限り17歳から実施可能になっている。

図表7-8-1　献血者数の推移



資料：日本赤十字社調べ／厚生労働省医薬食品局作成
（注）　2009年の献血者数は速報値

図表7-8-2 血液確保量及び採血種類別採血人数



資料：日本赤十字社調べ／厚生労働省医薬食品局作成

キャンペーンポスター

普及啓発のための副読本

2 欧州等滞在歴のある方の献血制限について（図表7-8-3）

我が国では、2005（平成17）年2月に国内で初めて変異型クロイツフェルト・ヤコブ病（vCJD）の患者が確認されたことから、輸血等によるvCJDの伝播防止に万全を期するため、同年6月から当分の間の暫定措置として、1980（昭和55）年から1996（平成8）年までの間に英国に1日以上滞在歴のある方からの献血を制限していた。その後、2009（平成21）年12月に、vCJDの国内外での発生状況、数理モデルを用いたリスク評価の結果、諸外国での献血制限状況、血液製剤の供給状況等に基づき、この献血制限措置を見直し、1980年から1996年までの間に英国に通算1か月以上の滞在歴のある方からの献血を制限することを決定し、2010（平成22）年1月27日から実施している。

また、中南米地域に棲息するサシガメ（昆虫）を介する感染症であるシャーガス病について、我が国での輸血による感染事例はこれまで報告されていないが、輸血伝播を未然に防止するための措置として、中南米諸国に通算4週間以上滞在歴のある方、中南米諸国出

身の方、あるいは母親が中南米諸国出身の方の献血血液については、血漿分画製剤の原料にのみ使用することを決定し、2012（平成24）年10月15日より実施している。

図表7-8-3　欧州等滞在歴による献血制限

		滞在国	滞在期間	滞在時期
A注)	①	英国	通算1か月以上（96年まで） 通算6か月以上（97年から）	1980年～2004年
	②	アイルランド、イタリア、オランダ、スペイン、ドイツ、フランス、ベルギー、ポルトガル、サウジアラビア	通算6か月以上	
	③	スイス	通算6か月以上	1980年～
B注)	①	オーストリア、ギリシャ、スウェーデン、デンマーク、フィンランド、ルクセンブルグ	通算5年以上	1980年～2004年
	②	アイスランド、アルバニア、アンドラ、クロアチア、サンマリノ、スロバキア、スロベニア、セルビア、モンテネグロ、チェコ、バチカン、ハンガリー、ブルガリア、ポーランド、ボスニア・ヘルツェゴビナ、マケドニア、マルタ、モナコ、ノルウェー、リヒテンシュタイン、ルーマニア	通算5年以上	1980年～

（注）　Bに掲げる国の滞在歴を計算する際には、Aに掲げる国の滞在歴を加算するものとする。

第9節　医薬品・医療機器による健康被害への対応

1　C型肝炎訴訟への対応

(1)「C型肝炎救済特別措置法」に基づく感染被害者の救済

「特定フィブリノゲン製剤及び特定血液凝固第Ⅸ因子製剤によるC型肝炎感染被害者を救済するための給付金の支給に関する特別措置法」（2008（平成20）年成立。以下「C型肝炎救済特別措置法」という。）に基づき、フィブリノゲン製剤等の特定製剤を投与されてC型肝炎に感染した患者に対し、製剤投与の事実等について裁判所での確認を経て、給付金の支給を行っている（2013（平成25）年4月末日現在、2,012名の方と和解等が成立している。）。

厚生労働省としては、フィブリノゲン製剤や血液凝固因子製剤の納入先医療機関名の公表等により、これらの製剤を投与された可能性のある方に対し、肝炎ウイルス検査の呼びかけを行うとともに、同法の内容の周知を図っている。また、感染被害者の方々が給付金の請求をしやすくなるよう、給付金の請求に関する仕組みや手続について、「給付金支給等に関するQ＆A」（2012（平成24）年12月改訂）を作成し、厚生労働省のホームページ等で周知するとともに、独立行政法人医薬品医療機器総合機構（PMDA）のフリーダイヤルでも相談を受け付けているところである。

なお、2012年9月にC型肝炎特別措置法が改正され、給付金の請求期限の5年間延長（2018（平成30）年1月15日まで）、症状が進行した場合に支給される追加給付金の対象者の見直しが行われた。

(2) 薬害肝炎事件の検証及び再発防止のための医薬品行政のあり方検討委員会

C型肝炎救済特別措置法の成立を受け、2008（平成20）年1月に薬害肝炎全国原告団及び弁護団と厚生労働大臣との間で合意された「基本合意書」等を踏まえ、厚生労働省は、2008年5月、「薬害肝炎事件の検証及び再発防止のための医薬品行政のあり方検討委員会」（以下「検証・検討委員会」）を開催した。

検証・検討委員会では、市販後安全対策の強化や薬害肝炎事件の検証等について議論を行い、2010（平成22）年4月に「最終提言」を行った。

この最終提言を受けて、2011（平成23）年3月、厚生科学審議会に医薬品等制度改正検討部会を設置し、①薬害再発防止の観点から安全対策への対応とともに、②医療上必要性の高い医薬品・医療機器等を迅速に提供できるための方策について議論を行い、2012（平成24）年1月に報告書である「薬事法等制度改正についてのとりまとめ」を取りまとめた。

これらを踏まえ、医薬品等による健康被害の発生及び拡大防止の観点から、薬事法の目的規定の見直しや医薬品等の添付文書の届出義務化等を内容とする薬事法改正法案を2013（平成25）年通常国会に提出し、継続審議となっている。

(3) フィブリノゲン資料問題

2002（平成14）年、三菱ウェルファーマ社（当時）から報告命令を受けて提出されたフィブリノゲン製剤投与に関連する418名の症例一覧表を含む資料はマスキング（個人情報等の箇所を黒くぬりつぶすこと）をして公表されているが、厚生労働省の地下倉庫にマスキングのされていない患者2名の実名の入った資料が2007（平成19）年10月19日に確認された。

この資料問題及びその背景について、厚生労働副大臣を主査とした「フィブリノゲン資料問題及びその背景に関する調査プロジェクトチーム」の調査の結果、資料の引継・管理が極めて不十分であったことや、当該資料に基づいて418名の患者個人を特定して通知することについての検討が省内で行われなかったことが明らかとなった。

これを受けて、厚生労働省では省内の文書管理の適正化に向けた取組みを進めるとともに、フィブリノゲン製剤、血液凝固因子製剤の納入先医療機関名の公表等を行い、一日も早く肝炎の検査・治療を受けていただくための対策に、全力を挙げて取り組んでいる。

2 HIV問題及びクロイツフェルトヤコブ病（CJD）問題

(1) HIV問題及びCJD問題における訴訟の和解成立と確認書の締結等

血液製剤によりHIVに感染し、被害を被ったことに関する国、製薬企業等を被告とする損害賠償請求訴訟は、1996（平成8）年3月29日和解が成立した。また、ヒト乾燥硬膜「ライオデュラ」を介してCJDに感染し被害を被ったことに関する国、製薬企業等を被告とする損害賠償請求訴訟は、2002（平成14）年3月25日和解が成立した。

(2) 各種恒久対策の推進

厚生労働省では、HIV及びCJD訴訟の和解を踏まえ、恒久対策として、以下のような方策を講じている。

1 医療体制の整備

地域におけるエイズ医療水準の向上と地域格差の是正を図るため、国立国際医療研究センターにエイズ治療・研究開発センターを設置するとともに、全国8地域に整備された地方ブロック拠点病院、各都道府県の中核拠点病院及び地域のエイズ治療拠点病院が連携して適切な医療の確保に努めている。また、CJD患者等の安定した療養生活を確保するため、都道府県に配置した専門医による在宅医療支援チームの派遣体制を整備するとともに、CJD患者を診察した医師への技術的サポート体制を整備している。

2 患者及び遺族等への支援

血液製剤によるHIV感染により子や配偶者等を亡くした遺族等の精神的な苦痛の緩和を図るため、遺族等相談会の開催等を実施しているほか、2010（平成22）年度から、国立国際医療研究センター及び独立行政法人国立病院機構大阪医療センターに遺族が必要な医療を円滑に受けられるための相談窓口を設置するとともに、2012（平成24）年度からは遺族に対する健康診断を開始した。また、CJD患者及びその家族・遺族の福祉の向上を図るため、CJD患者の遺族等が行う電話相談を中心としたサポート・ネットワーク事業に対する支援を行っている。さらに、HIV感染症等に対する偏見差別の撤廃に取り組んでいる。

3 弔意事業

鎮魂・慰霊の措置として、HIV感染のような医薬品による悲惨な被害を再び発生させることのないよう医薬品の安全性・有効性の確保に最善の努力を重ねる決意を銘記した「誓いの碑」を厚生労働省前庭に設置した（1999（平成11）年8月）。

3 医薬品副作用被害救済制度・生物由来製品感染等被害救済制度

国民の健康の保持増進に欠かせない医薬品は、適正に使用しても副作用の発生を完全に防止できず、時に重い健康被害をもたらす場合があることから、迅速かつ簡便な救済を図るため、1980（昭和55）年5月に、医薬品製造販売業者等の社会的責任に基づく拠出金を財源とする医薬品副作用被害救済制度が創設され、2004（平成16）年度には、適正に使用された生物由来製品を介した感染等による健康被害に対して生物由来製品感染等被害救済制度が設けられている。

医薬品副作用被害救済制度では、これまでに約11,700名（2012（平成24）年度末時点）の方々に救済給付が行われており、近年給付件数が増加している。これまでも、請求期限の延長など、利用者の便宜向上に資する取組みが行われているが、さらに、必要な時に制度が適切に活用されるよう、特に医師、薬剤師等の医療関係者を中心に、より効果的に周知するための取組みを行っている。

また、現行の医薬品副作用被害救済制度で給付対象外とされている抗がん剤等の副作用による健康被害についても、近年、制度の対象にすべきとの指摘があることから、厚生労働省は、2011（平成23）年6月から「抗がん剤等による健康被害の救済に関する検討会」を開催し、抗がん剤の副作用による健康被

害の救済制度の実現可能性等について議論を行い、2012年8月に報告書をとりまとめた。

4 薬害を学ぶための教材

若年層が医薬品に関する基本的知識を習得し、薬害事件を学ぶことにより、医薬品に関する理解を深めること等を目的として、厚生労働省は、2010（平成22）年7月から「薬害を学び再発を防止するための教育に関する検討会」を開催している。同検討会における議論に基づき、2011（平成23）年度から、全国の中学3年生を対象とした薬害を学ぶための教材「薬害を学ぼう」を作成し、全国の中学校に配布している。

コラム　くすりミュージアムについて

第一三共株式会社は、2012（平成24）年2月3日、「くすりの街　日本橋」に「Daiichi Sankyoくすりミュージアム」（東京都中央区日本橋本町3-5-1）を開館し、「くすりの情報発信基地」としての活動を行っている。

「くすりミュージアム」は、『くすりと、もっと仲良くなれる』をテーマに、「見て・聞いて」「触れて」「体験する」ことを通じて薬の成り立ち（「創薬」）等を分かりやすく紹介する施設で、単に一企業の歴史や製品紹介といった企業活動のPRに重点を置くのではなく、言わば、公共性を有した施設となっている。

くすりミュージアム　正面入口

2階　受付

同社の開館の趣旨は、次のとおりである。

(1) くすりについて楽しみながら学ぶことで、くすりの大切さを正しく理解してもらうこと。その背景には学校指導要領により「くすり教育」が本格的に始まりつつあることや、社会が企業に対し「安心・安全・信頼」できる情報開示を要望していることがある。

(2) 創薬に関する企業活動を紹介し、当社及び製薬業界への理解と信頼をつくること。
多様な医療ニーズに応えるため革新的な医薬品の継続的な創出を目指す当社をはじめとした製薬企業の使命感、想いを伝えたい。

(3) 日本橋地域における文化・交流機能を備えた施設として町の活性化に貢献すること。

来館者のターゲットとしては、社会人、学生・生徒、買い物客等を想定し、くすりについて「わかりやすく楽しみながら学ぶこと」ができる工夫として双方向のコミュニケーションが可能となるよう設計されている。従来型の博物館では、展示物が主な情報公開手段であったが、より興味を引く手段としてCGや3Dパズル等を駆使した情報提供を行っているのが特徴である。

受付を済ませ、順路の最初となる1階では、「一粒のくすりがどのようにして誕生するのか」についてデータや映像での説明があ

る。また、各コーナーの情報等を提供するデジタル・ライブラリーが置かれている。

順路に沿い2階に移動し、自分の性別、言語等の属性をICチップの入ったメダルに入力する。来館者はこのメダルを持って各ゾーンを巡り、「くすりのターゲット」では「からだに入ったくすりがどこを目指しているのか」について、CG画面と超指向性スピーカーを駆使した機器を通じて説明を受け、「くすりの動き」では「くすりは体内でどのような動きをするのか」を透明の人体模型とモニター映像で見る事が出来る。

くすりの動き

くすりをかたちづくる

さらに、「くすりの働き」ではウイルスや細菌を敵に見立てた対戦型のゲームを行いながら、くすりが作用する仕組みを学ぶことができる。またCG画面による「くすりの種：化学」では、自然界や化合物の中からくすりの種を見つけ出す創薬スクリーニングがゲーム感覚でシミュレーションできたり、「くすりを組み立てる」では3D画面のパズルでヒット化合物の組み立てを疑似体験できる。

「くすりをかたちづくる」では製剤開発の状況や「くすりを確かめる」ではくすりづくりの最終段階である臨床試験、さらに、「くすりをつくる」ではくすりの生産工程を見ることができる。いずれも、バーチャル工場の見学や製剤・品質管理・包装の各工程に携わっている担当者の話を映像を通して聞ける等、如何に多数の人達が気の遠くなるほどの努力と時間をかけてくすりが作られていくかを学ぶことができる。

昨年の開館以来ほぼ1年が経過し、当初の予想を上回る約一万七千人以上が来場したという。社会科見学で訪れる学校も増えており「理科系離れ」が言われる中、来館後に将来「薬学部に進学したい」という生徒からの手紙も届いている。人類の健康の歴史に貢献してきた「くすり」の歴史と未来について、楽しく学べることと社会的な意義を同調させた先駆的な施設と言える。

第10節　食の安全・安心の確保

1　厚生労働省に求められる食品の安全性確保対策

近年の食生活の多様化、食品流通のグローバル化、健康意識の高まりなどを背景として、食品の安全についての国民の関心は、非常に高まっている。2011（平成23）年には東日本大震災に伴う東京電力福島第一原子力発電所の事故により、食品中の放射性物質が大きな問題となった。2012（平成24）年には、浅漬けを原因とする腸管出血性大腸菌O157による食中毒により8名もの方が亡くなるという事件が発生するなど、我が国の食

をめぐる環境は日々変化しており、食品の安全性の確保も一層求められている。

こうした中、2003（平成15）年に制定された食品安全基本法や同年の食品衛生法等の改正で明確化された、食品の健康に及ぼす影響を評価するリスク評価機関及び規格基準の策定やそれに基づく監視指導の業務などを担うリスク管理機関の役割を踏まえ、厚生労働省は、リスク管理機関として、関係省庁及び地方公共団体とも連携しつつ、国民の協力を得ながら食品の安全の推進を図っている。

2 最近の食品安全行政の主な動き

（1）BSE対策の再評価について

（これまでの経緯）

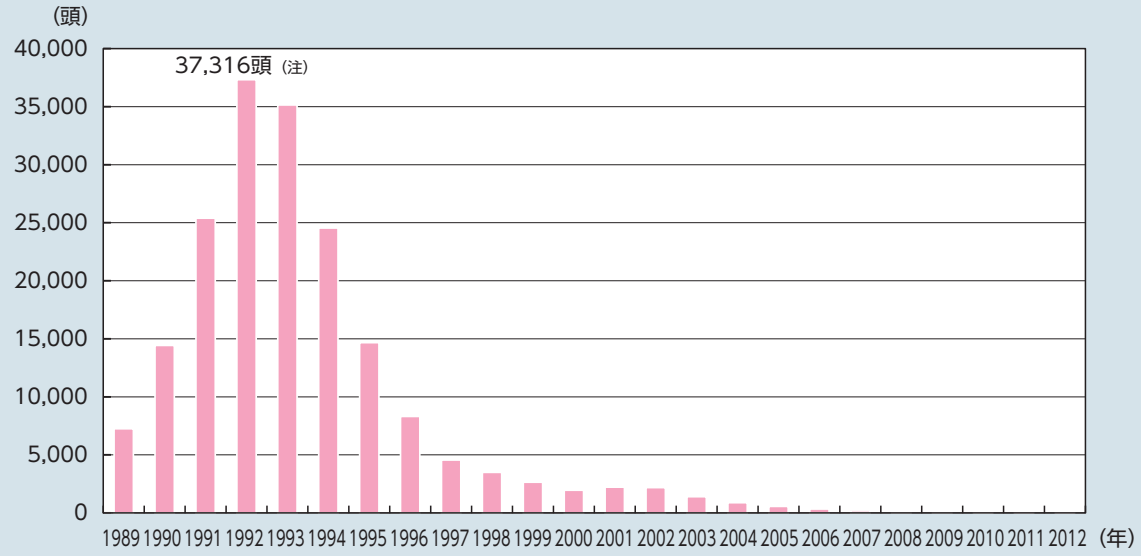
BSE（牛海綿状脳症）対策については、1996（平成8）年3月に英国、2000（平成12）年12月にEU諸国等からの輸入を禁止した。2001（平成13）年9月、国内で初めてBSEの発生が確認されたことを受け、同年10月から、食用として処理されるすべての牛を対象として特定危険部位（SRM）の除去・焼却及びBSE検査を開始した。2003（平成15）年5月と12月には、それぞれ新たにBSEの発生が確認されたカナダ、米国からの輸入を禁止した。

その後、食品安全委員会の評価結果を踏まえ、2005（平成17）年8月より、BSE検査の対象月齢を20か月齢超とするとともに、同年12月に米国とカナダについて、20か月齢以下の牛肉に限定して輸入を再開した。

（BSE対策の見直し）

BSE対策については、2001年10月の国内での対策開始から10年以上が経過し、国内外のBSEの発生リスクが低下している（**図表7-10-1**）ことから、最新の科学的知見に基づき、国内の検査体制、輸入条件といった対策全般の再評価を行うこととし、2011（平成23）年12月に食品安全委員会に諮問し、2012（平成24）年10月に1次答申、2013（平成25）年5月に2次答申が出された。

図表7-10-1 世界のBSE発生件数の推移



出典：OIE World Health Situation（2013年4月30日現在）
(注)　1992年は最大のBSE症例報告年次

単位：頭

	1992	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	累計
全体	37,316	2,215	2,179	1,389	878	561	329	179	125	70	45	29	21	190,643
欧州全体	36	1,010	1,032	772	529	327	199	106	83	56	33	21	16	5,961
アメリカ	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	3
カナダ	0	0	0	2 (注1)	1	1	5	3	4	1	1	1	0	20 (注2)
日本	0	3	2	4	5	7	10	3	1	1	0	0	0	36
イスラエル	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
ブラジル	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1

(注)　1. うち1頭はアメリカで確認されたもの。
　　2. カナダの累計数は、輸入牛による発生1頭、米国での最初の確認事例（2003年12月）1頭を含む。

厚生労働省では、1次答申に基づき、2013（平成25）年2月に国内措置及び輸入措置の見直しを行った。輸入については、定期的な現地調査の実施や検疫所における検査等により、各国の対日輸出プログラムの遵守状況の検証を行っていくこととしている。（**図表7-10-2**）

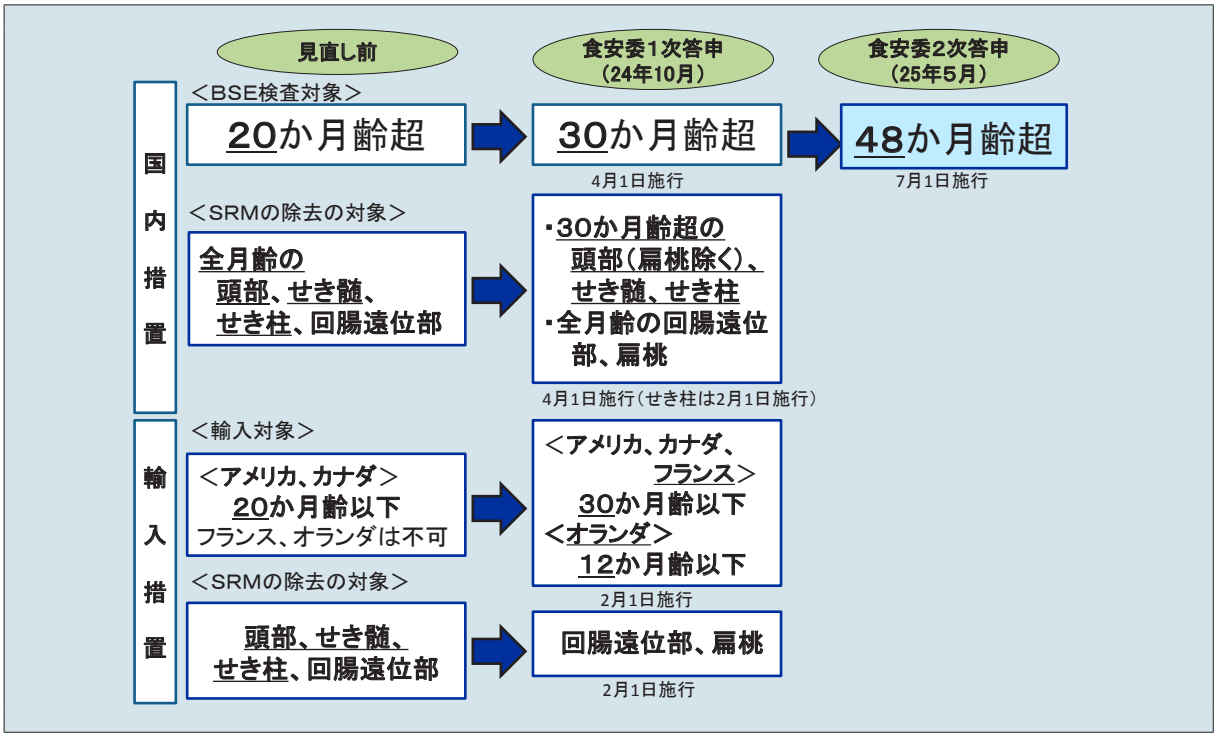
また、厚生労働省では、2次答申に基づき、2013年6月に国内措置に係る省令を改正した。これに際し、これまで全都道府県等が行ってきた全頭検査を、同年7月より省令に規定する48ヶ月齢超への検査に見直した。

なお、我が国は平成25年5月に開催された国際獣疫事務局（OIE）の総会において最上位の「無視できるBSEリスク」の国に認定され、我が国のBSE対策は世界的にも評価された。

このように、我が国のBSE対策が国内外で評価され、国産牛肉の安全性が確認されている状況にある。

今後とも、BSE対策全般の見直しについて消費者等に対する適切な情報の提供を図っていく。

図表7-10-2 BSE対策の見直し内容



(2) 食品中の放射性物質への対応について

食品中の放射性物質については、東京電力株式会社福島第一原子力発電所事故の発生直後に、緊急的な対応として、原子力安全委員会（当時）が、食品から受ける線量の上限を5ミリシーベルト/年として定めていた「飲食物摂取制限に関する指標」を、食品衛生法上の暫定規制値として設定した。

2012（平成24）年4月には、事故後の長期的な状況に対応し、より一層の安全・安心を確保するため、食品安全委員会の評価結果を受けて、暫定規制値に代え、食品から受ける線量の上限を1ミリシーベルト/年として、現行の基準値を施行した。この基準値は、子どもを含むすべての世代に配慮されたものになっている。

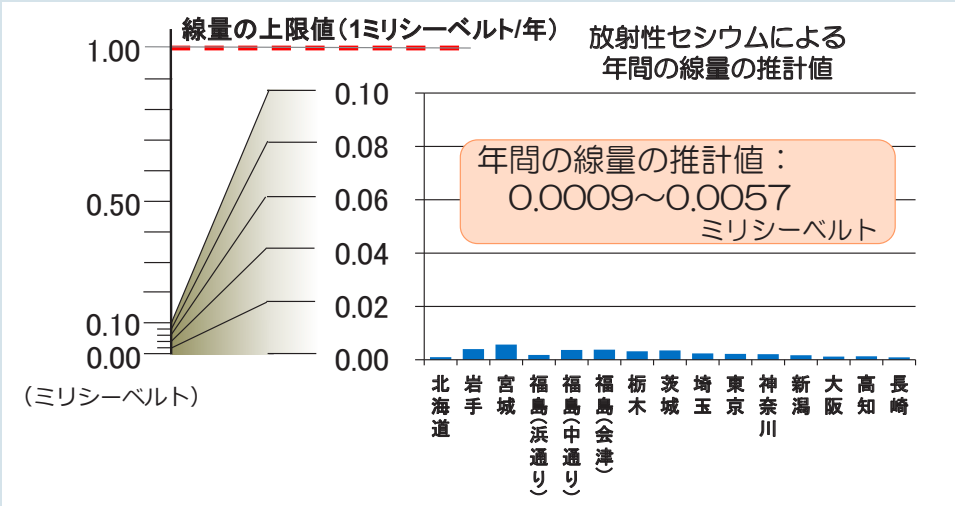
食品中の放射性物質の状況については、原子力災害対策本部が定めたガイドラインに基づき、地方自治体において、主に出荷段階でモニタリング検査を実施しており、検査の結果については厚生労働省で取りまとめ、基準値を超えない場合を含め、すべて公表している。

直近約1年間の検査結果では、食品から検出される放射性物質のレベルは全体的に低下し、基準値を超える食品も、一部の水産物、きのこ類、山菜類、野生鳥獣肉などが中心となっている。こうした中で、福島県をはじめとする各地域で実際に流通している食品を購入して調査した結果、食品中の放射性セシウムから受ける線量は、食品から追加で受ける線量の上限（1ミリシーベルト/年）の1パーセント以下であり、十分小さい値に留まっている（図表7-10-3）。引き続き、食品の汚染状況や摂取状況を調査していくこととしている。

また、関係省庁と連携して、基準値の内容や検査の結果等について全国各地で説明会を開催するなど、多様な媒体を活用して周知を行った。今後とも、消費者、生産者、事業者など、様々な立場の方々に、十分に安全な基準値であることを理解されるよう、丁寧に説

明していく。

図表7-10-3 食品からの放射性物質の年間線量の推定について



（3）生食用食肉等の安全対策

2011（平成23）年4月に、飲食チェーン店での腸管出血性大腸菌を原因とする食中毒により、5名が死亡する事件が発生した。従来の衛生基準には法的な強制力がなく、事業者において衛生基準が十分に遵守されていなかったことを受け、食品衛生法に基づく生食用食肉（牛肉）の規格基準として、加工段階における肉塊の加熱殺菌の規定等を定め、同年10月から適用している。

また、牛肝臓については、2011年秋に厚生労働省が実施した汚染実態調査において肝臓内部から腸管出血性大腸菌及び大腸菌が検出され、また、現時点において牛肝臓を安全に生食するための有効な予防対策について見出せないため、これらの新たな知見が得られるまでの間、国民の健康保護の観点から食品衛生法に基づく規格基準として、生食用としての牛肝臓の販売を禁止する旨等を定め、2012（平成24）年7月から適用している。

さらに、豚肝臓については、E型肝炎等のリスクがあるが、生食用として提供している飲食店があるとの報道があったことから、都道府県等に対し、事業者に対する加熱の徹底の指導等を通知するとともに、消費者に対し、ホームページを通じて、生食のリスクや加熱の徹底等について周知した。

3 食品安全行政の概要

（1）規格基準の設定及び見直し

1 既存添加物の使用・流通実態及び安全の確認

1947（昭和22）年の食品衛生法制定時より、化学的合成品である食品添加物については、安全性が確認され、厚生大臣（当時）が指定したものに限り、その製造、使用、販売等を認めてきた。その後、それまで食経験のない動植物から抽出した物質が食品添加物として使用される可能性が出てきたこと等に対応するため、1995（平成7）年の食品衛生法改正において、この指定制度の対象となる添加物の範囲を化学的合成品に限定せずに天然添加物（天然香料及び一般に食品として飲食に供されているものであって添加物として

使用されるものを除く。）にまで拡大した。

この指定制度の拡大に当たり、1995年当時に流通していた489品目の天然添加物については、長い使用実績があり、安全性に問題があるとの個別報告はないこと等から、「既存添加物」として継続使用を認めることとしたが、これらの既存添加物については、厚生労働省が中心となって安全性確認を計画的に進めているとともに、使用・流通実態のないものについては既存添加物名簿（平成8年厚生省告示第120号）から消除する手続を進めている。これまで安全性に問題があるとされた1品目と使用実態がないとされた123品目が消除され、2013（平成25）年6月末現在、365品目の既存添加物の使用・流通等が認められている。

2 国際的に安全性評価が確立している添加物の指定の検討

国際的に安全性評価が確立して広く使用されている食品添加物については、2002（平成14）年から、国際的な整合性を図る方向で対応している。

具体的には、①国連食糧農業機関（Food and Agriculture Organization：FAO）/世界保健機関（World Health Organization：WHO）合同食品添加物専門家会議（Joint FAO/WHO Expert Committee on Food Additives：JECFA）で一定の範囲内で安全性が確認されており、かつ、②アメリカ及びEU諸国等で使用が広く認められていて、国際的に必要性が高いと考えられる添加物については、企業からの要請がなくとも、指定に向け個別品目ごとに安全性及び必要性を検討していくとの方針をとっている。

2012（平成24）年7月までに、上記選定基準を満たす食品添加物30品目と香料45品目について、薬事・食品衛生審議会における審議を経て指定を行った。

さらに、「規制・制度改革に係る方針」（平成24年7月10日閣議決定）において、当時指定がなされていなかった15品目について、迅速に処理することとされ、指定に向けた手続を進めている。

3 食品添加物公定書の改訂

食品添加物の規格基準については、「食品添加物公定書」に収載することとしている。食品添加物公定書は、食品添加物の製造・品質管理技術及び試験法の発展等に対応するため、おおむね5年ごとに改訂を行っている。

現在、2007（平成19）年に刊行された第8版食品添加物公定書の改訂に向けた検討を進めている。

4 食品中に残留する農薬等のポジティブリスト制度

食品中に残留する農薬等（農薬、飼料添加物及び動物用医薬品）の規制について、2006（平成18）年5月からいわゆるポジティブリスト制度（一定の量を超えて農薬等が残留する食品の流通を原則禁止する制度）が施行されている。

2013（平成25）年6月末現在、残留基準が設定されている農薬等の数は、本制度の施行後に残留基準が設定されたものを含め、803品目となっている。また、本制度の導入に当たり、暫定的に基準を設定した農薬等については、2006年度から年度ごとに計画を策定し食品安全委員会に食品健康影響評価を依頼しており、これらの評価結果を踏まえ薬事・食品衛生審議会の審議を経て、順次、残留基準の見直しを行っている。

今後も引き続き、本制度の普及啓発に努めるとともに、分析法の開発を進め、本制度の適切かつ円滑な実施を推進していくこととしている。

5 食品中の汚染物質対策

食品中の汚染物質については、薬事・食品衛生審議会において、規格基準の設定に係る基本的な考え方が示されている。具体的には、国際規格が定められている食品については、我が国でも規格基準の設定を検討し、国際規格を採用すること、また、我が国の食料生産の実態等から国際規格を採用することが困難な場合は、関係者に対し汚染物質の低減対策に係る技術開発の推進等について要請を行うとともに、必要に応じて関係者と連携し、「合理的に達成可能な範囲でできる限り低く設定する」というALARA（As low as reasonably achievable）の原則に基づく適切な基準値又はガイドライン値等の設定を行うこと等としている。

この考え方に基づき、米中のカドミウムに係る規格基準の見直しや、農林水産省及び環境省に対する農産物中のカドミウム低減対策の推進の要請、食品中のアフラトキシンに係る規制の見直し、妊婦への魚介類の摂食と水銀に関する注意事項の周知等の措置を講じている。

6 器具・容器包装及びおもちゃの対策

食品用の器具・容器包装についても、飲食に起因する衛生上の危害を防止する観点から、食品衛生法に基づく規格基準の設定を行っている。食品用の器具・容器包装に使用されるフタル酸エステル及びビスフェノールAについては、食品安全委員会に食品健康影響評価を依頼しているところであり、今後その評価結果を踏まえ、必要な措置を講ずることとしている。

また、おもちゃについては、乳幼児が摂食することによりその健康を損なうおそれのあるものとして厚生労働大臣が指定するおもちゃ（以下「指定おもちゃ」）について、食品衛生法において規格基準を設定している。指定おもちゃに使用されるフタル酸エステルについて、国際的な整合性を踏まえ、2010（平成22）年9月に規制対象となる種類を拡大した。

(2) 監視・検査体制の整備

1 計画に基づく監視指導

食品の安全性を確保するためには、厚生労働省や都道府県等関係行政機関が連携して、食品衛生法に基づく監視指導を実施することが重要である。これを重点的・効率的かつ効果的なものとするため、「食品衛生に関する監視指導の実施に関する指針」を定め、輸入時については厚生労働省が、国内流通時については各都道府県等が地域の実情に応じて、毎年度、監視指導計画を策定・公表の上、実施している。

また、食品の衛生管理の手法として国際的に推奨されているHACCP（Hazard Analysis Critical Control Point）の導入を推進するため、食鳥肉、食肉、液卵、乳・乳製品（チーズ等）、冷凍食品等の食品について、導入に当たって危害になる可能性のある病原微生物、化学物質等の危害物質の種類や特性の情報、殺菌の方法等の危害の管理方法等の技術的な内容を厚生労働省ホームページに掲載している他、都道府県等の職員

が適切な助言ができるよう育成するための講習会の実施や、関係団体が実施する講習会等への講師派遣などを行っており、今後ともHACCPの導入の推進を図ることとしている。

2 輸入食品の安全性確保

食品流通のグローバル化の進展、消費者ニーズの多様化などを背景に、輸入食品の届出件数は年々増加している。増加する輸入食品の安全性を確保するため、年度ごとに「輸入食品監視指導計画」を策定し、重点的、効率的かつ効果的な監視指導の実施に取り組んでいる。この計画では、輸出国、輸入時（水際）、国内流通時の3段階で関係行政機関が対策を講じることとしている（図表7-10-4）。

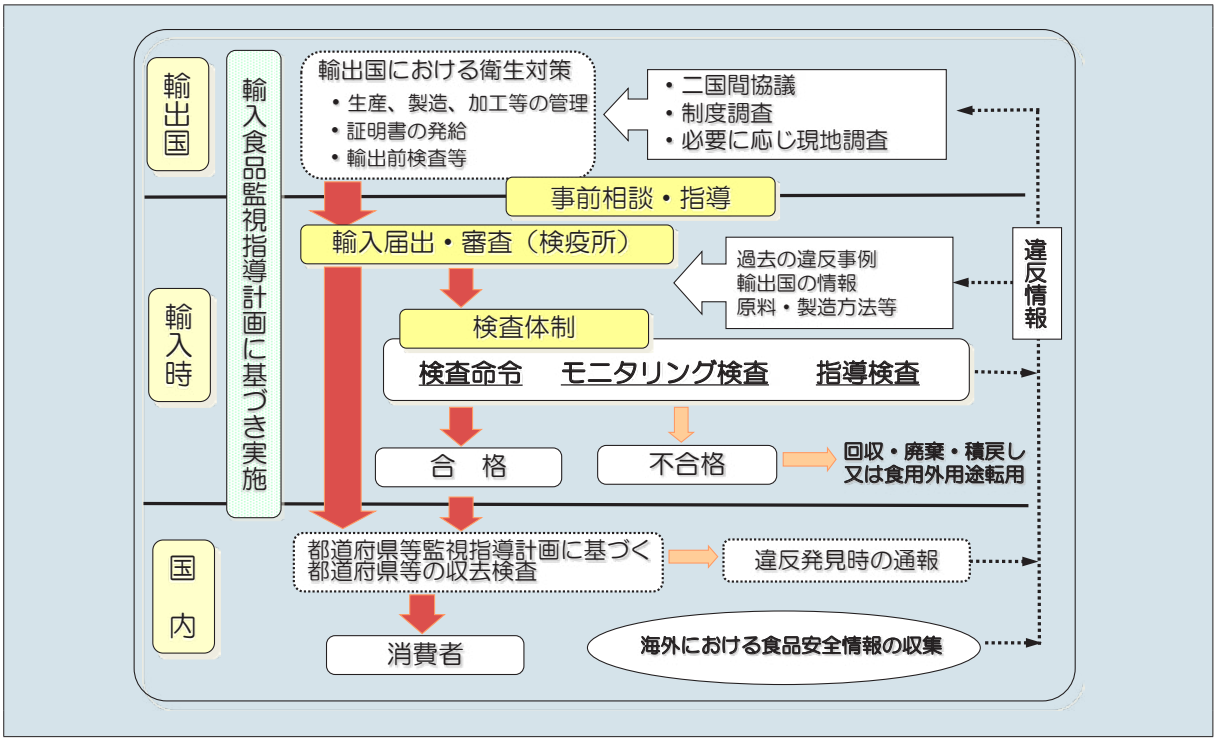
検疫所でのロブスターのサンプリング風景

輸出国での安全対策として、輸入食品について違反が確認された場合は、輸出国政府等に対して原因の究明及び再発防止対策の確立を要請するとともに、二国間協議を通じて生産等の段階での安全管理の実施、監視体制の強化、輸出前検査の実施等の推進を図っている。また、必要に応じ担当官を派遣し、輸出国の安全対策の調査等を実施しており、2012（平成24）年度は、中国及びカナダの現地日本大使館へ引き続き「食の安全担当官」を配置するとともに、豪州やエクアドル等には担当官を派遣し食品安全に関する情報収集等を行った。引き続き、二国間協議及び現地調査を通じて輸出国段階の安全対策を検証するほか、計画的に主要な輸出国の安全管理体制に関する情報収集を進めていく。また、日中間における食品の安全性向上のため、2010（平成22）年5月、日中両国担当大臣により署名が行われた「日中食品安全推進イニシアチブ覚書」に基づき、閣僚級会議を開催し、日中両国で輸出入される食品等の安全分野における交流及び協力の促進を目的とした行動計画を策定するとともに、実務者レベル協議及び現地調査を実施している。

日中食品安全推進イニシアチブ第二回閣僚級会議の様子

輸入時（水際）の対策では、多種多様な輸入食品を幅広く監視するため、年間計画に基づくモニタリング検査を実施しており、モニタリング検査の違反の状況を踏まえ、違反の可能性が高いものと見込まれる輸入食品については、輸入の都度、輸入者に対して検査命令を実施している。また、検疫所の食品衛生監視員の増員や検査機器の整備等、輸入食品の安全性確保体制の強化を図っている。2011（平成23）年度には、約210万件の輸入届出に対して49,799件のモニタリング検査、99,117件の検査命令及び101,675件の指導検査等を実施しており、そのうち、違反と確認されたものは1,257件（届出件数の0.1%）である。違反の内容としては、冷凍食品の成分規格違反、添加物の使用基準違反、野菜の残留農薬基準違反など食品の成分規格違反が多く、こうした違反が確認された食品については、廃棄、積戻し等の措置を講じている。

図表7-10-4 監視体制の概要



3 輸出食品の安全性確保

近年の世界的な日本食ブームや日本食品の持つ高品質で安全であるといったイメージから、日本産食品の需要が拡大していたが、東京電力株式会社福島第一原子力発電所での事故の発生に伴い、輸出相手国での日本産食品の検査強化や輸入禁止などの措置により日本からの輸出が停滞している現状にある。厚生労働省においても、関係省庁と連携し、日本産食品の安全性をアピールするために、定期的に国内での食品の放射性物質の検査結果を公表するなど、世界に向けた情報発信を継続して行っている。

また、輸出食品の衛生管理について、衛生部局が証明するように相手国から要請がある場合には、厚生労働省では、農林水産省と連携しつつ、輸出相手国との間で輸出のための衛生要件及びその手続きを取り決めている。さらに、輸出しようとする食品が国内で問題なく流通していることを証明するいわゆる自由販売証明書の発行を相手国から求められた場合には、従来は我が国に当該証明書を発行する国の機関が存在せず、輸出が阻害される事例が発生していたことを受け、当該証明書の発行体制の構築を行った。

4 食中毒対策

食中毒の事件数は1998（平成10）年をピークにおおむね減少傾向を示しており、近年では、事件数は1,000から2,000件、患者数は20,000人から30,000人程度で推移している。食中毒による死者数は2009（平成21）年、2010年は0人であったが、2011年、2012年は11人となっている。

食中毒の原因としては、従前からカンピロバクターやサルモネラなどの細菌が大半を占めているが、近年ではノロウイルスなどのウイルスによる事例が増加している。特にノロウイルスによる食中毒については、2005（平成17）年以前の患者数は年間1万人前後であったが、2006（平成18）年には2万人を超える患者が報告された。

厚生労働省では、細菌性食中毒やウイルス性食中毒の対策の基礎的な研究を進めるとともに、食中毒に関する正しい知識と予防対策等について国民の理解を深めることができるよう、カンピロバクターやノロウイルス等に関するQ＆A[*21]のほか、家庭でできる食中毒予防6つのポイントのイラストやアニメーションを作成し、厚生労働省ホームページに公開している。

さらに、2012年8月に発生した浅漬を原因とする腸管出血性大腸菌による食中毒事件を受け、厚生労働省では、「漬物の衛生規範」を改正し、漬物製造における衛生管理の徹底を通知するとともに、リーフレット等を作成し、事業者への周知徹底を図った。

5 健康食品の安全性確保

国民の健康に対する関心の高まり等を背景として、これまで一般に飲食に供されることのなかったものや特殊な形態のもの等、様々な食品が「健康食品」として流通する中で、消費者にとってより安全性の高い製品が供給されるよう、2008（平成20）年7月に、「『健康食品』の安全性確保に関する検討会」の報告書が取りまとめられた。

同報告書を踏まえ、製造段階における安全性確保のため、第三者組織による指定を受けた認証機関が、厚生労働省の指針に沿って原材料に加え製造工程管理の認証を行うとともに、健康被害情報の収集・処理体制の強化を図るための新たな研究を進めている。さらに消費者が「健康食品」の利用について正しい知識を持つようパンフレット[*22]を作成し、普及啓発に努めている。

6 遺伝子組換え食品等の安全性確保

2001（平成13）年4月から、食品衛生法による安全性審査を経ていない遺伝子組換え食品等（食品及び食品添加物）の輸入、販売等は禁止されている。安全性審査においては、食品安全委員会における安全性評価を受け、安全性に問題がないと判断された食品等を厚生労働省が公表しており、2013（平成25）年5月末現在、とうもろこし、大豆などの食品8種類（253品目）、食品添加物16品目について安全性審査を経た旨公表している。

2011年11月以降、安全性審査を経ていなかった遺伝子組換え微生物を利用した5品目の添加物の輸入販売が判明した。厚生労働省は、これらの添加物の輸入が判明した事業者に対して、直ちに輸入、販売を停止するよう求めるとともに、今後、同様の事例が発生しないよう、業界団体を通じて関係事業者に注意喚起を行った。その後、3品目については食品安全委員会において安全性が確認され、1品目については安全性審査の対象ではないと判断されたため、これらの添加物の輸入、販売の自粛を解除した。残り1品目については、安全性評価に必要となる情報が確認できないため回収を実施した。

また、国内で遺伝子組換え食品等を製造する場合には、その製造所について、定められた製造基準の適合確認を受ける必要があり、申請があった1施設（2品目）について、2012年7月に製造基準への適合を確認したところである。

＊21 カンピロバクター食中毒予防について（Q＆A）
http://www.mhlw.go.jp/qa/syokuhin/campylo/index.html
＊22 健康食品の正しい利用法
http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/iyaku/syoku-anzen/dl/kenkou_shokuhin00.pdf

4 国民への正確でわかりやすい情報提供等

(1) リスクコミュニケーションの取組み

リスクコミュニケーション（リスクに関する情報及び意見の相互交換）については、2003（平成15）年、リスク分析手法の重要な一要素として、食品安全基本法にその実施に関する規定が盛り込まれたほか、個別の食品の安全性確保に係る施策（リスク管理措置）について定める食品衛生法等においても、より具体的な形で、国民や住民からの意見聴取の規定（いわゆるリスクコミュニケーション規定）が盛り込まれた。

厚生労働省においては、食品安全委員会、農林水産省、消費者庁及び地方公共団体等と連携しつつ、リスクコミュニケーションに関する取組みを進めているところであり、2005（平成17）年度以降は、2005年3月に取りまとめられた「食の安全に関するリスクコミュニケーションの在り方に関する研究会」の検討結果を踏まえ、年度当初に事業運営計画を策定し、意見交換会等を計画的に開催している。2012（平成24）年度には、食品中の放射性物質対策、BSE対策の見直し、輸入食品の安全性確保等をテーマとした意見交換会を開催した。このほか、各種パンフレットの作成・配布、ホームページの充実、関係団体・消費者団体との連携の推進等に取り組んでいる。

食品に関するリスクコミュニケーション
（意見交換会）

今後とも、消費者等関係者との意見交換会を積極的に開催していくとともに、意見交換会の在り方や情報発信の手法について、より良いものを目指して改善を重ねていくこととしている。

(2) 食品の安全性確保に関する情報収集及び研究について

食生活の多様化に伴い、飲食に起因するリスクもまた多様化している。このような中、食品の安全性確保のためには、国内外の様々な情報を収集し、関係機関が情報を共有することや、科学に基づいたリスク管理措置を講じることが必要となる。

情報収集体制については、国立医薬品食品衛生研究所安全情報部において国内外の食品安全に関する情報を収集・分析し、関係者への情報発信等を行っている。また、食品の安全性確保に関する研究は、国立試験研究機関において行われているほか、厚生労働科学研究費補助金により、規格基準策定のための調査研究、公定検査法確立のための研究開発、安全性に関する研究等が幅広く行われている。

5 食品の安全性確保のための国際的な取組み

コーデックス委員会は、1963（昭和38）年にFAO及びWHOが設置した国際政府間組織であり、国際貿易に重要な食品の安全と品質の規格や基準の策定を通じて、消費者の健康を守るとともに、食品貿易における公正な取引を確保することをその目的としている。コーデックス委員会が策定した食品規格は、世界貿易機関（World Trade Organization：WTO）の多角的貿易協定の下で、国際的な制度調和を図るものとして位置づけられている。2013（平成25）年5月末現在、185か国及び1機関（EU）がコー

デックス委員会に加盟しており、我が国は1966（昭和41）年に加盟した。

コーデックス委員会には、総会、執行委員会を始めとして、一般問題部会（10部会）、個別食品部会（11部会）、特別部会（1部会）と地域調整部会（6部会）が置かれている。コーデックス委員会が策定した食品規格は、我が国の食品のリスク管理にも大きな影響を及ぼすものであることから、我が国では、厚生労働省の他、農林水産省を始めとする関係行政機関、研究機関などが連携しながらコーデックス委員会の活動に参画している。

©CODEX/Roberto Sciotti

第11節 水道の安全・強靱・持続の確保

1 新水道ビジョン

人口減少社会の到来、東日本大震災による水道施設の大規模な被災の経験など、水道を取り巻く環境の変化に対応すべく、2013（平成25）年3月に新水道ビジョンを策定した。新水道ビジョンでは、水道関係者が将来を見据え、共通した課題に挑戦していくため、「地域とともに、信頼を未来につなぐ日本の水道」を基本理念に、「安全」「強靱」「持続」を目指す方向性として位置づけ、以下に示す取り組みを推進していくこととしている。

2 すべての国民が安心しておいしく飲める水道水の供給

水質基準に適合した安全で良質な水道水の確保を図るため、水質管理を徹底し、最新の科学的知見を踏まえて常に水質基準の見直しを行っている。また、水道水の安全性を確認する水質検査の信頼性を確保するため、水道事業者等が登録検査機関に委託する水質検査について、水道事業者等、登録検査機関及び国が行うべき具体的な方策をまとめ、取組みを進めている。さらに、耐塩素性病原生物について、対策指針に基づいた水道施設整備、モニタリング等の対策の徹底を図る。また、ビル・マンション等の貯水槽について管理の徹底等を推進している。

3 危機管理への取組み

地震等の自然災害時や水質事故等の非常時においても、国民生活への安定的な給水を確保するため、水道事業者等には基幹的な水道施設の安全性の確保や迅速な復旧体制が求められる。このため、厚生労働省では、水道施設の耐震診断等を速やかに行い、その耐震性能を把握し、早期に耐震化計画を策定した上で計画的な耐震化を図る取組みを推進している。また、東日本大震災を教訓として、東海地震や東南海・南海地震など、大地震の切迫

性が高いと想定される地域を重点対象として水道の耐震化を推進している。

4 運営基盤の強化に向けた取組み

厚生労働省では、水道を取り巻く厳しい環境に対応し、水道事業の運営基盤の強化を図るため、広域化や官民連携、更新計画策定の推進とその支援を行っている。

官民連携の支援の一環として、2010（平成22）年度より、厚生労働省と経済産業省が連携し、人口減少社会に対応して、水道事業者等と民間事業者双方の強みを活用できるような官民のマッチングの促進を目的とした「水道分野における官民連携推進協議会」を全国各地※で実施している。

また、更新需要と財政収支を踏まえた更新計画の策定を支援するため、2009（平成21）年7月に「水道事業におけるアセットマネジメント（資産管理）に関する手引き」を策定し、支援ソフトと併せて各水道事業者に送付した。さらに、2013（平成25）年6月には小規模水道事業者でも容易にアセットマネジメントの実施が可能となるよう支援ソフトの改良を行い、各水道事業者に送付した。

※2010（平成22）年度：仙台市、さいたま市、名古屋市
2011（平成23）年度：広島市、福岡市、さいたま市
2012（平成24）年度：札幌市、郡山市、仙台市、盛岡市、大阪市

5 東日本大震災からの復興に関する取組み

厚生労働省では、2012（平成24）年12月に東日本大震災による水道施設の被害状況について報告書をとりまとめ、公表した。

津波の被災地域や東京電力福島第一原発の事故による避難区域を除いて復旧はほぼ完了したが、復興は今後本格化する。こうした地域の水道の復興を支援するため、引き続き復興予算の迅速な執行に努めていく。また、十分な職員を確保できないために復興計画の立案等が困難な事業者を支援するため、「東日本大震災水道復興支援連絡協議会」を開催し、情報共有や支援者と被災事業体のニーズのマッチング等を行っている。

6 水道産業の国際展開に向けた取組み

世界では、いまだ約8億人が安全な飲料水の供給を受けられない状況にあり、我が国は、このような状況にある国に対し政府開発援助等の国際協力を行ってきている。今後、これらの国々において水ビジネス市場の成長が見込まれることから、厚生労働省では、今までの国際協力に加え、地方自治体（水道事業者）や（公社）日本水道協会と連携し、アジア各国において民間企業等の進出を支援するための水道セミナー、案件発掘調査などを実施し、我が国の水道産業の国際展開を推進している。

第12節 生活衛生関係営業の活性化や振興など

1 生活衛生関係営業の振興

国民生活に密着した営業である理容業、美容業、クリーニング業、旅館業、浴場業、興

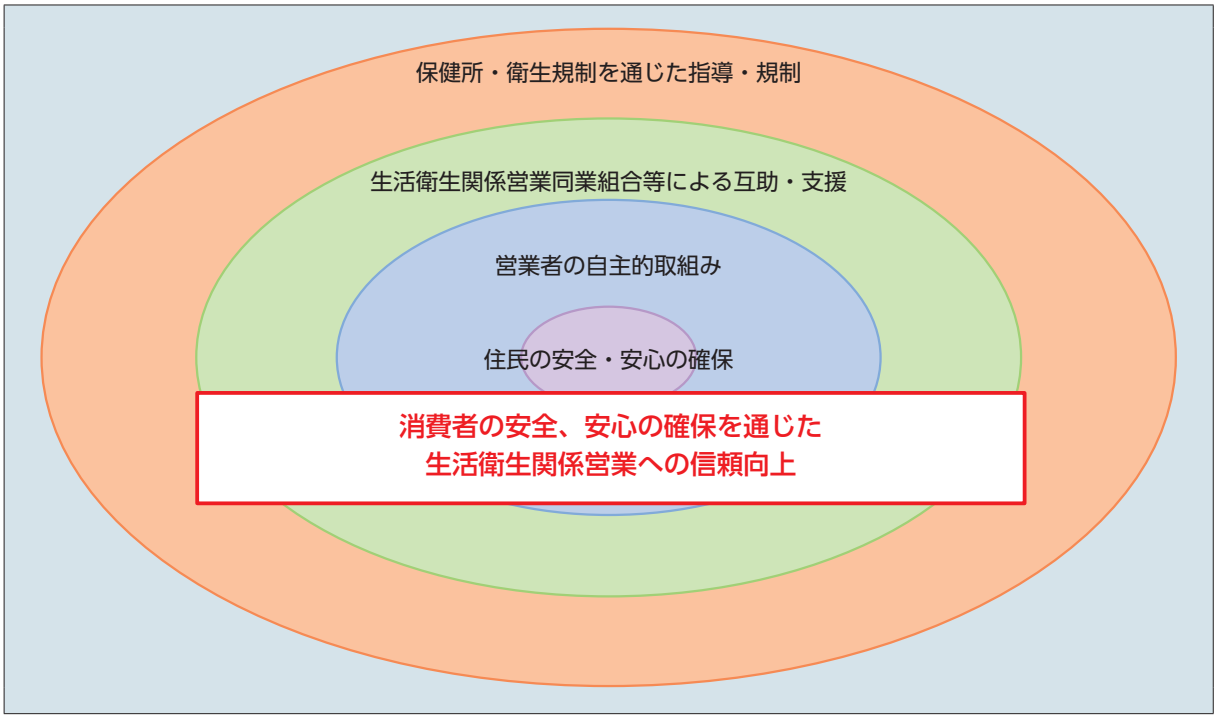
行場営業、飲食店営業、食肉販売業、食鳥肉販売業、氷雪販売業をあわせて「生活衛生関係営業」（以下「生衛業」という。）といい、全国で約115万店が営業している[*23]。これらの衛生水準の維持向上や営業の振興を図り、公衆衛生の向上・増進及び国民生活の安定に寄与する観点から、予算や日本政策金融公庫の政策融資、税制措置等の施策を実施している。

公衆衛生の確保の観点からは、営業者自身の自主的取組、ソーシャルキャピタル[*24]である生活衛生関係営業同業組合等の互助・支援、保健所・衛生規制を通じた指導・規制の組み合わせにより衛生水準を向上させ、消費者の安全、安心の確保を図っている。

他方、生衛業の大半は中小零細業者であり、市場が成熟する中で、大規模チェーン店等との競争の激化もあり、厳しい経営環境にある。こうした中で、生衛業の経営者には、消費者のニーズを的確に把握し、専門性や対面販売、地域密着等の経営特質を活かしながら、顧客満足や付加価値を高めていくことが求められる。また、高齢化等の進展により、地域で身近に必要な商品・サービスの提供が得られにくくなる、いわゆる「買い物弱者」問題も懸念されている。生衛業の多くは住民に身近な事業者であり、買い物弱者対策のほか、地域の健康づくりや地域コミュニティの活性化等に積極的に貢献していくことが期待される。

生衛業の振興については、こうした課題も踏まえ、生活衛生関係営業対策事業費補助金に先進的モデル事業（特別課題）を設けて各営業が抱える課題に対応していくとともに、生活衛生関係事業者の連携促進を通じた地域活性化等の施策を進めている。

図表7-12-1 生活衛生関係営業に係る衛生水準の向上［消費者を取りまく組み合わせ］



＊23 総務省「平成21年経済センサス－基礎調査」を厚生労働省で再編加工。
＊24 ソーシャルキャピタルとは、人々の協調行動を活発にすることによって、社会の効率性を高めることのできる、「信頼」「規範」「ネットワーク」といった社会組織の特徴をいう。

図表7-12-2 身近な生活衛生関係営業

地域で身近な業種	生活衛生関係営業の概要
事業所数	1,146千店
1中学校区あたりの数	105.5店
従業者数	6,667千人
経営特質（強み）	■ 専門性、技術 ■ 対面販売（顔の見えるサービス） ■ 独自性、個性 ■ 個別ニーズ対応、小回り ■ 地域密着、地域性 ■ 顧客基盤、つながり、温もり
経営課題（弱み）	■ 大規模チェーン店等との競争激化 ■ 小規模零細、経営基盤の脆弱性 ■ 経営者の高齢化、後継者の確保難 ■ 市場の成熟 ■ 顧客の価格志向

地域で身近な生活衛生関係営業の事業所数

種別	事業所数	1中学校区あたりの数
飲食店（喫茶店を含む）	596千店	54.9店
美容業	176千店	16.2店
理容業	112千店	10.3店
喫茶店	77千店	7.1店
洗濯業	73千店	6.7店
宿泊業	60千店	5.5店
食肉販売業	21千店	1.9店
一般公衆浴場	4千店	0.4店
興行場（映画館を含む）	4千店	0.4店
（参考） 商店街	13千箇所	1.2箇所

（注） 事業所数及び従業者数は総務省「平成21年経済センサス（民営事業所）」、1中学校区あたりの数は経済産業省「平成19年商業統計表」による

2 建築物における衛生対策の推進

「建築物における衛生的環境の確保に関する法律」に基づき、興行場、百貨店、店舗、事務所、学校等の用途に供される建築物で相当の規模[*25]を有するもの（特定建築物）については、特定建築物の維持管理について権原を有する者（特定建築物維持管理権原者）に対して建築物環境衛生管理基準に従って維持管理するよう義務づけるなど、建築物内の衛生の確保を図っている。

建築物の衛生管理については、空気環境、給排水、清掃、ねずみ等防除と多岐にわたっており、建築物清掃業等の8業種について都道府県知事の登録制度が設けられている。2013（平成25）年度からは登録事業者の従事者研修制度について最新の知見を踏まえたものとする等の見直しを行ったところであり、今後も建築物をめぐる状況に適切に対応しながら、建築物の衛生的環境の確保のための取組を進めていく必要がある。

第13節 B型肝炎訴訟の給付金などの支給

1 B型肝炎訴訟への対応について

過去の集団予防接種等（予防接種及びツベルクリン反応検査）の際の注射器の連続使用により、B型肝炎ウイルスに感染したとして国を提訴した5名の原告について、2006（平成18）年6月の最高裁判決により国の損害賠償責任が認められた。

その後、これらの原告と同様の状況にあるとして、全国の地方裁判所において集団訴訟が提起された。裁判所の仲介の下、国と原告団・弁護団との間で協議が進められた結果、

＊25 興行場、百貨店、美術館等においては3,000m^{2}以上、小学校、中学校等では8,000m^{2}以上が対象となる。

2011（平成23）年6月に全国B型肝炎訴訟原告団・弁護団と厚生労働大臣との間で「基本合意書」が締結された。

この問題は、かつて例のない非常に大きな広がりを持つものであり、長期にわたって責任ある対応をとることが必要であることから、今後提訴される方々を含めた全体の解決を図るため、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が2012（平成24）年1月13日に施行され、救済が進められている。また、基本合意書に基づき、2012年5月から、「集団予防接種等によるB型肝炎感染拡大の検証及び再発防止に関する検討会」を開催し、感染拡大の実態及びその経緯等の検証、再発防止策の検討を行い、2013（平成25）年6月に報告書[*26]をまとめた。本報告書においては、国において、予防原則の徹底が不十分で、リスク認識が不足し、また、適期に更新されず、行政としての対応が適期に成されなかった国の体制と体質が大きな問題であり、国の予防接種行政における体制や制度の枠組み、具体的運用等において課題があったことから、B型肝炎訴訟にあるB型肝炎の感染拡大を引き起こしたと考えられるとした上で、

・国は、集団予防接種等での注射針・注射筒の連続使用によるB型肝炎感染拡大の被害者の肉体的・精神的・経済的負担及び社会的差別・偏見の実態を受け止め、早期の被害回復の実現に努力すべきであり、また、原因の如何にかかわらずB型肝炎ウイルスの拡大防止とB型肝炎対策に引き続き取り組んでいく必要があること

・国の予防接種を担当する部署の体制充実、国立感染症研究所・地方衛生研究所等の関係機関の体制充実と国の連携強化、予防接種のリスク管理・対応の役割を担う組織として厚生科学審議会の予防接種制度評価、検討組織の充実等に取り組むこと・　予防接種が、現在は自治事務になっていることを踏まえつつ、各行政機関の責任と役割分担の下、国は現場への技術的助言の徹底のため、きめ細かな取り組みに努めていくこと

・医療従事者の予防接種に関する知識・技術レベルの向上を図るための取組を強化すること

等の再発防止策の提言がなされている。

第14節　原爆被爆者の援護

被爆者援護法[*27]などに基づき、被爆者健康手帳を交付された被爆者に対しては、従来から、①健康診断の実施、②公費による医療の給付、③各種手当等の支給、④相談事業といった福祉事業の実施など、保健・医療・福祉にわたる総合的な援護施策を推進している。

また、厚生労働大臣は被爆者援護法に基づく原爆症の認定（医療特別手当を支給）を行うに当たっては、「疾病・障害認定審査会原子爆弾被爆者医療分科会」において、科学的・医学的見地からの専門的な意見を聴いている。2008（平成20）年4月以降、「新しい審査の方針」に基づいて審査を行っており、2013（平成25）年6月末現在で、約10,700件の認定を行っている。

＊26　集団予防接種等によるB型肝炎感染拡大の再発防止策について
厚生労働省　http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000034y5f-att/2r98520000034yd7.pdf
＊27　原子爆弾被爆者の援護に関する法律

原爆症認定集団訴訟については、2009（平成21）年8月6日、集団訴訟の早期解決と原告の早期救済を図るため、総理と被爆者団体との間で、「原爆症認定集団訴訟の終結に関する基本方針に係る確認書」を締結した。この確認書の内容を踏まえ、2009年12月1日に、「原爆症認定集団訴訟の原告に係る問題の解決のための基金に対する補助に関する法律」が、議員立法として全会一致で成立し、集団訴訟原告に係る問題の解決のための支援を行う基金が設けられた（2010（平成22）年4月1日施行）。

さらに、この法律の附則において、原爆症認定制度の在り方について検討を加える旨規定されたことも踏まえ、2010年12月に「原爆症認定制度の在り方に関する検討会」を開催した。2012（平成24）年7月には中間取りまとめを行う等、現在までで計21回開催し、原爆症認定制度の見直しに向けて議論を進めている。

在外被爆者については、手当の支給や医療費助成など、各種支援を図っている。2008年に被爆者援護法が改正され、国外からの被爆者健康手帳の交付申請が可能となった。また、この改正法の附則において、在外被爆者の原爆症認定申請の在り方について検討を行う旨規定されたことから、事務処理の方法も含めて検討を行い、2010年4月1日から、国外からの原爆症認定申請を可能とした。

第15節 ハンセン病対策の推進

1 ハンセン病問題の経緯について

1996（平成8）年4月に「らい予防法の廃止に関する法律」が施行され、入所者などに対する必要な療養、社会復帰の支援などを実施してきた。その後、国を被告とした国家賠償請求訴訟が熊本地裁などに提起され、2001（平成13）年5月に熊本地方裁判所で原告勝訴の判決が言い渡された。政府は控訴しないことを決定し、同月25日に「ハンセン病問題の早期かつ全面的解決に向けての内閣総理大臣談話」を発表、同年6月22日に「ハンセン病療養所入所者等に対する補償金の支給等に関する法律」（以下「補償法」）が公布・施行され、入所者などに対する補償を行うこととした。さらに、2006（平成18）年2月に補償法が改正され、国外療養所の元入所者についても補償金を支給することとした。

その後も、厚生労働省と患者・元患者の代表者との間で、定期的に「ハンセン病問題対策協議会」を開催し、名誉の回復や福祉の増進の措置などについて協議を行っている。

患者・元患者の方々に対しては、裁判による和解金に加え、2002（平成14）年度より、退所者の生活基盤の確立を図るための「ハンセン病療養所退所者給与金」、死没者の名誉回復を図るための「国立ハンセン病療養所等死没者改葬費」、2005（平成17）年度より、裁判上の和解が成立した入所歴のない患者・元患者が平穏で安定した平均的水準の社会生活を営むことができるための「ハンセン病療養所非入所者給与金」の支給などを行っている。

2 「ハンセン病問題の解決の促進に関する法律」について

これらの取組みにより、ハンセン病の元患者の方々などが受けた被害の回復については一定の解決が図られていたが、元患者の方々などの名誉の回復、福祉の増進等に関し、未

解決の問題が残されていた。このような状況を踏まえ、これらの問題の解決の促進に関して、必要な事項を定めた「ハンセン病問題の解決の促進に関する法律」（以下「促進法」）が、2008（平成20）年6月に議員立法により成立し、2009（平成21）年4月1日より施行された。

これにより「らい予防法の廃止に関する法律」は廃止され、促進法の下、①国立ハンセン病療養所等における療養及び生活の保障、②社会復帰の支援並びに日常生活及び社会生活の援助、③名誉の回復及び死没者の追悼、④親族に対する援護などに関する施策が実施されることとなった。

3 ハンセン病の歴史に関する普及啓発の取組みについて

ハンセン病及びハンセン病対策の歴史に関する正しい知識の普及啓発として、2002（平成14）年度より中学生向けのパンフレットを作成し、全国の中学校などに配付するとともに、厚生労働省の主催で「ハンセン病問題に関するシンポジウム」を開催している。さらに、2009（平成21）年度より新たに、補償法の施行の日である6月22日を「らい予防法による被害者の名誉回復及び追悼の日」とし、厚生労働省主催の追悼、慰霊と名誉回復の行事を実施している。2011（平成23）年度は、厚生労働省玄関前に「らい予防法による被害者の名誉回復及び追悼の碑」を建立し、追悼の行事に併せて除幕式が執り行われた。

国立ハンセン病資料館については、2007（平成19）年4月の再オープン以来、①普及啓発の拠点、②情報発信の拠点、③交流の拠点として位置づけ、ハンセン病及びハンセン病の対策の歴史に関するより一層の普及啓発に向けた取組みを行っている。また、国立療養所栗生楽泉園に設置されていた重監房の再現・展示を行うための施設として重監房資料館を整備することとしており、ハンセン病に対する偏見・差別の早期かつ抜本的な解消が実現されるよう、更なる啓発活動を実施することとしている。

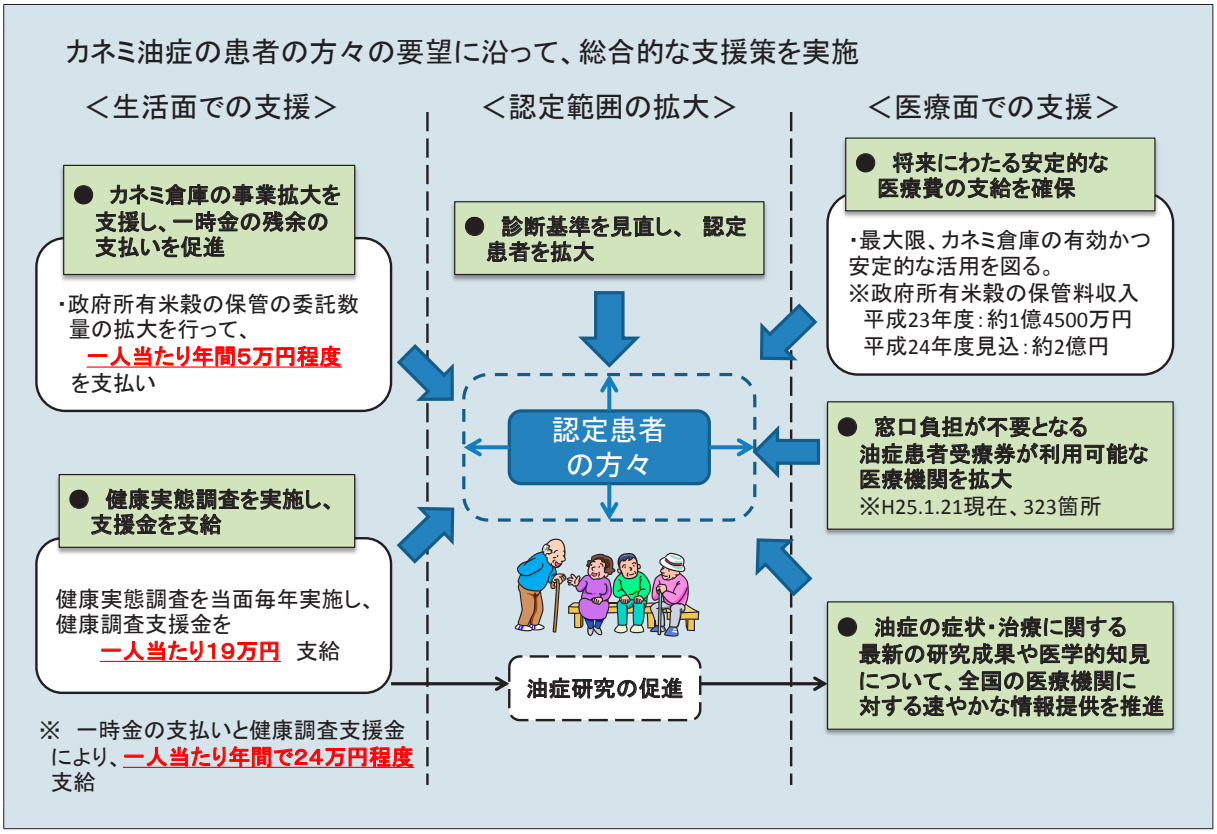
第16節 カネミ油症患者に対する新たな総合的な支援策の実施

カネミ油症事件は、1968（昭和43）年10月、カネミ倉庫株式会社製造のライスオイル中に、脱臭工程の熱媒体として用いられたカネクロール（PCB及び不純物としてのPCDF等）が混入したことを原因とする大規模な食中毒事件で、被害は、西日本を中心に広域に及んだ。

カネミ油症の患者への支援については、これまで、原因企業であるカネミ倉庫株式会社（以下「カネミ倉庫」という。）が医療費等の支払を行ってきたが、政府としても油症治療研究班による研究・検診・相談事業の推進やカネミ倉庫に対する政府所有米穀の保管委託を行ってきた。

2012（平成24）年8月には、超党派の議員連盟等における新たな総合的な支援策を講じるべきとの意見を踏まえ、「カネミ油症患者に関する施策の総合的な推進に関する法律」（議員立法）が成立し、今後は、この法律に基づいて、カネミ油症患者の支援を行ってい

くこととなった。

具体的には、図表7-16-1のとおり、①生活面での支援、②認定範囲の拡大③医療面での支援の3つの取組みを実施していくこととしている。

図表7-16-1　カネミ油症患者に対する総合的な支援策の体系