

結核予防法と感染症法の統合問題に関する論点整理

阿彦忠之（村山保健所）

1. 法律改正議論の背景の違い

1) 結核予防法の改正を求める主な理由

- 「同居者に感染させるおそれがある場合」にのみ入所命令ができるという現在の法律の条文では、近年の社会状況の下では、結核の感染拡大を防止できない事例が多い。
- 診査協議会の意見を聴く前に応急的に入院を勧告・措置できる制度がない。（結核罹患率の高い地域では、入所命令に先立ちあらかじめ診査協議会の意見を聴くためには、ほぼ毎日、同協議会を開催しなければならないことになるが、現実的とはいえない）
- △ 感染症法第 15 条（いわゆる積極的疫学調査）に準じた都道府県知事による調査権限が、結核の場合は規定されていない。（ただし、患者や接触者等の理解と協力を得ることにより、実際は大部分の調査が実施可能）

2) 感染症法の改正を求める主な理由

- 生物テロ対策を目的とした病原微生物等（多剤耐性結核菌を含む）の適正管理について法定化する必要がある。
- 感染症の分類の見直しが必要（2年毎の見直しが衆参両院での附帯決議事項）

2. 結核対策が独立した法体系のもとで継続される意義

1) わが国の結核問題の大きさ

感染症法との統合問題については、平成 13 年度に厚生科学審議会感染症分科会結核部会でも審議され、その結果が平成 14 年 3 月 20 日の「結核対策の包括的見直しに関する提言」となった。

同提言では次のようにまとめているが、わが国の結核問題の大きさは当時と変わらない。

- ・ 結核は我が国における最大の感染症であることにかんがみ、現段階では、結核及び結核対策を取り巻く特殊性に基づいて独立した対策を維持することが適当である。
- ・ 将来的に結核罹患患者数及び死亡数等が減少した場合には、他の感染症対策とともに一貫した対策を行うことも必要である。
- ・ そのためには、我が国が WHO のいう中蔓延国・結核改善足踏み国を脱し、結核の公衆衛生上の脅威の程度を一層引き下げるのが重要。

2) 結核対策の推進体制の維持・強化

結核の中蔓延国から低蔓延国への移行を目指して、対策の充実強化が望まれる中で、仮に結核予防法を廃止した場合は（上記の提言を踏まえた廃止のように勘違いされ）、「結核は過去の病気」あるいは「低蔓延化の目標が達成されたための廃止」という誤った意識が広まり、地方自治体（保健所等）の結核対策に関わる組織や人員体制の弱体化を招くおそれがある。

3. 結核予防法の特徴（感染症法との違い）を踏まえた両法律の統合の問題点

1) 症例定義（届出基準）の違い

- ・ 医療や予防対策の対象となる患者の定義に関する考え方が感染症法とは大きく異なる

- ・ 感染症法では、現在の病状が感染源となり得ることを重視した考え方に基づく症例定義
→ ①患者、②疑似症患者、③無症状病原体保有者の3つに分類
- ・ 結核予防法では、適切な治療（発病前治療を含む）を行われなければ病状が進行し感染源となりうる確率が高い者を治療すべきとの考え方に基づく症例定義（現在の感染性の有無にかかわらず、要治療者を症例とみなす）
→ ①患者（活動性により複数の病型等に分類；菌陰性の結核症を含む）
②潜在性結核感染症（初感染結核症、発病のおそれの高い感染者で予防内服の対象）

2) 定期健康診断

- ・ 感染症法には、定期健診に関する規定がない。
- ・ ハイリスク者やデインジャー集団に対する健診（従来は都道府県知事等による定期外健診）が市町村長による定期健診に変更・改正され、本年4月に施行されたばかりである

3) 定期外健康診断

- ・ 小児・若年者が結核に感染していること（未発病の潜在性結核感染症の段階を含む）がわかった場合には、その周囲に感染源である結核患者の存在が考えられるので、家族や同僚等を対象に定期外健診（接触者健診）を実施する必要がある。
- ・ 感染症法による症例定義の考え方では、「潜在性結核感染症」の把握が困難になり、感染源探求のための定期外健診の機会が失われる可能性が高い。

4) 予防接種（BCG接種）（※予防接種法との違い）

- ・ 結核予防法では、費用徴収規定がない（予防接種法では、実費徴収できる）
- ・ BCG接種を受けることは「努力義務」（→ 予防接種法による「1類疾病」に相当）
- ・ 都道府県知事による「定期外予防接種」の制度がある（予防接種法にはない）

5) 医療（DOTS、適正医療）

- ・ 感染症法には、公的関与（公費負担を含む）による通院医療の規定がない。
- ・ 結核は複数の抗結核薬を最短でも6ヶ月間、定期的に服薬することが治療成功の鍵である。治療方式の世界標準はDOTS（直接服薬確認治療を基本とした治療戦略）であり、本年4月施行の改正結核予防法にDOTS推進に関する条文（第25条、26条）が整備されたばかりである。
- ・ WHOは、「DOTSは最も費用効果の高い医療の一つ」としており、DOTSへの公的関与の意義は大きい。特に最近では、社会的経済的弱者への結核の偏在化が目立つ中で、通院DOTSの重要性が高まっており、これを支える公費負担医療の継続が必要である。

6) 登録制度と療養支援

- ・ 感染症法には、患者を登録して療養支援や精査等を行うという規定がない
- ・ 結核予防法では、患者の長期間の治療を公的関与のもとで支援するために、全国の保健所で登録票を作成し、保健師等による家庭訪問指導やDOTS関連の情報管理を行っている。
- ・ 結核予防法では、登録中の患者に対する精査（第24条の2：いわゆる管理健診）の制度がある。治療終了後の精査（再発の有無の検査）の意義は低下しているが、治療中断者等の精査ができる意義は大きい。

FAX 送信書

厚生科学審議会感染症分科会 事務局様

高知市保健所 植田和子

TEL 088-822-0577

fax 088-822-1880

結核予防法の廃止について

29日の分科会の開催では大変お世話になりました。全国市長会推薦の立場ではあります。市長会の意見をまとめる時間がないので私見を述べさせていただきます。(5日の会議に出席できませんので)

この度の結核予防法の改正に伴い、一連の関係通知が徹底して見直され、整理されました。このことで余りにも明らかになりすぎて、単独法で残すことができないことになったのでしょうか。しかしながら、わが国の結核罹患率の不名誉な地位を脱却しようと現場で努力してきた者にとりましては、これまでの仕事を否定されたような気分になっております。私たちの一番の武器は医療費の公費負担です。結核対策の不備ゆえに感染を受けた患者さんが最大の被害者であり、また、社会防衛上即治療に結びつけることが感染拡大を防ぐことと、患者さんの人権を尊重しながら結核対策に取り組んでまいりました。

医療の現場では感染性の患者を発見した時、「入院も服薬も結核診査会が認めてからですからそれまでお待ちください。」とは言えません。医学的にも公衆衛生上も即入院が自然です。ほとんどの事例で、命令という強い表現を用いなくても医師の指示に従います。従わない場合は強制力を有する権限の行使ではなく、病気の治療を妨げる要因を一緒に取り除くという姿勢で粘り強く支援する活動が最も有効なことを経験しています。従来、治療方針を主治医が決定し、遅れずに手続きがなされれば結核診査会の診査を経て、遑って適用されるということで混乱無くきています。

老人医療費の自己負担額が年々増加して、一定の所得がある方でも医療費の自己負担に随分抵抗感を示されます。高齢者の結核は病弱な方や認知症など要介護者に集中していますが、ケアワーカーは若い人が圧倒的に多いので、たとえ独居であっても感染のリスクは高いのが実情です。自覚症状の有無に関わらず長期にわたって服薬しなければならないので、医療費を心配することなく治療に専念できる制度は結核対策上是非とも必要です。

また、結核予防法改正の目玉とも言うべきDOTSは目の前で服薬を確認するのですが、この行為自体信頼関係がなければ人権侵害行為と指摘されるのではないのでしょうか。感染症法に統一することができるのでしょうか。結核予防法が廃止された場合、標準治療の完遂が保証されるかどうか危惧します。

いずれにしても、結核予防法の廃止は私たち従事者にとっては悲願です。心から納得してその時期を早く迎えたいと思います。残念ながら今はまだその時期ではないことを種々の指標が示しているのではないのでしょうか。

感染症法と結核予防法の統合についての意見

千葉県山武健康福祉センター長

大野 由記子

まず、はじめに、他の委員の方々にはもっと早く送られたのかは存じませんが、このような重要な案件に対する意見聴取を実質1日で求められること自体が無理があると考えています。もちろん、委員は皆何らかの専門家であるので、考えている思いはあるとは思いますが、例えば、偶々不在の委員さんからはどのように意見を聴取（聴衆ではありません）なさるのでしょうか？

課題、意見としては、

まず第一に、法の策定に際して、結核の各方面の専門家の意見をしっかり聴いていただき、十分な議論を尽くした上で成案としていただきたいことです。

具体的な点は、結核予防法にあって、感染症法にない条項について、十分検討した上で、必要事項をもらさないように盛り込んでいただきたいことです。せっかく、改正法に入りました地域DOTSですとか、慢性感染症ならではの「患者管理」の部分をしっかりとして入れていただきたい。

この際なので、感染性の高い患者で入院や医療を拒む者に対しての、必要時は強制も含む受療の体制を考えていただきたい。（もちろん、人権に十分配慮して）

結核は感染性が強くないとあるが、例えば多剤耐性結核が乳幼児に感染することを考えた場合などは、その感染の健康影響は経口感染症の比ではないとも言える。結核は飛沫・空気感染であり、患者と全く無関係な多くの接触者にも十分感染させうる病気だということを十分考慮して、命令入所の対象者や接触者検診の範囲・方法などについても、周囲への感染を出来るだけ防ぐという視点で、法文でその対象者を広げるなどの方策を採っていただきたい。

今までの要望書等にもありますが、命令入所は人権制限というよりも、本人の健康回復のための大きな支援です。そして、公費できちんと治癒させることで、周辺への感染防止が図られてきました。先だつての通知などのように解釈を現実を越えて狭めるやり方を続ければ、かえって、結核の感染者を増やし、結果的に公費も多く使わざるを得ないことになると思います。

結核予防法が感染症法に変わろうが、それで患者への「偏見」が軽くなるとは思えません。多くの偏見・差別は年齢の高い世代の「誤解」が生んでいると思います。(結核は治らない、遺伝だ、周りの皆がうつってしまう他・・・)むしろ、この病気をできるだけ早く発見・治療する、という努力を続けていくことで、軽症のうちに結核が治ることがごく普通になれば、特に今の若い世代では過去の多発時期の経験もないし、大きな偏見・差別を抱くとは思えません。保健所で日常結核の業務をしていて、ずっと、そう感じています。

まとまりのない書き方で恐縮です。

ただ、最初に書きましたように、私ども現場の関係者などからも意見を聴いていただき、現実的に患者の治療や感染予防業務がしやすい法律になることを心から祈ります。

現場の保健師・その他職員たちは非常に真摯にこの仕事に取り組んでいます。所長としても、少しでも早く患者を治療に結び付けて、周囲の感染をもらさずにチェックすることに努力しております。

どうぞ、よろしくお願い申し上げます。

細かい点はまだまだありますが、策定作業の中で聴いていただけると大変ありがたいのですが。

では、まずは以上です。

大野 積

1 該当すると思われる条文が感染症法にない条項について、何らかの形で、法律上の規定を設けるべき事項

1) 定期の健康診断に関する規定

① 該当条文

・結核予防法第4条、第7条～第12条

② 理由

・昨年度の結核予防法の改正により、より重点的に必要な集団に対して定期健康診断の実施を規定したところである。従って、集団感染の防止の観点から必要な集団については定期健康診断の規定を残すべきである。

2) 患者支援に関する規定

① 該当条文

・結核予防法第23条～第27条

② 理由

・世界的な結核対策の流れとして、DOTSによる患者支援が行われており、昨年度の結核予防法の改正により明確化された条項である。従って、蔓延防止対策として患者支援・患者管理は重要であり、同様の規定を残すべきである。

3) 一般医療に関する規定

① 該当条文

・結核予防法第34条

② 理由

・一般医療については、蔓延防止対策としての患者支援・患者管理の一貫として重要であり、同様の規定を残すべきである。

4) 定期外の予防接種に関する規定

① 該当条文

・結核予防法第14条

② 理由

・定期の予防接種については、予防接種法に統合しても良いと思われるが、定期外の予防接種については、感染の可能性のある場合の発病を阻止し、結核の蔓延の防止対策として重要であり、同様の規定を残すべきである。

2 該当すると思われる条文はあるが、結核の蔓延防止のために、結核感染の特徴に見合った条文への変更又は追加が必要な事項

・感染症法は、急性感染症を念頭において作られており、結核のように、感染から発病までの日数が長く、一定していないような慢性的な感染症に対する対応は十分ではなく、疾病の特徴にあつた形での条文の変更又は追加が必要である。

結核予防法の感染症法統合に関する課題

財団法人結核予防会結核研究所

加藤 誠也

1. 結核問題の現状認識

我が国の結核は近年も減少傾向にあるが、緊急事態宣言等とその後の対策の推進によるところが大きいものと考えられる。ところが、先の改正やその後の通知では対策の後退と受け取られるものが多く見受けられ、今後のまん延に対する懸念となっている。アメリカでは1980年代に結核患者が急増した時期があるが、その理由として①ホームレスや薬物中毒者の増加、②高まん延国からの移民の増加、③HIV/AIDSの増加、④結核に関する関心の低下とそれによる予算の減少が挙げられた。これらの要因はいずれも我が国で起こりつつある、あるいは起こりうる可能性が高いと考えられることから、結核問題の将来は楽観できない。結核予防法の感染症法への統合によって対策が後退する事態を生じて、将来患者の増加が起こると、歴史的な汚点を作ることになる。

2. 「包括的見直しの提言」における統合に関する結論への説明

2002年に厚生科学審議会感染症分科会結核部会から提出された「結核対策の包括的見直しに関する提言」には「時期尚早」との結論を出したが、この3年間でその時期が来たとする明確な説明が必要である。バイオテロ対策は検討するための要素ではあろうが、そのみで統合を行うというのは、対策全体を検討したとはいえない。

3. 政府の関与

結核予防法を持っていること自体 Governmental Commitmentがある大きな証左と見なされる。途上国の対策の現場でも日本に結核予防法が存在することは評価されている。わが国の結核は罹患率が減少したとはいえ、未だ中進国状態であり、この時期に廃止することは、国際的な評価という点からも十分慎重に議論する必要がある。仮に、統合することになった場合には政府の関与が後退することがないように、また、現行の予防法が持っている特質が確実に盛り込まれる必要がある。

4. 結核の疾患としての性質を踏まえた対策の推進

結核は慢性感染症で、感染源が人で（人から人への感染）、空気感染（個人レベルでは感染源からの暴露を逃れることができない）を起こし、治療法が確立しているにも関わらず、治療が長期にわたる。そのために、治療成績が思わしくないために多剤耐性菌の問題が生じているという特質に、対応できる対策が担保される必要がある。

5. 結核対策として必要な要素が国の責任において確保されること。感染症法との統合にあたって、特に問題となるのは以下のような点である。

- 定期健康診断

定期健康診断は患者発見の方法として意義があることから法律本体にあり、より効率化して行うために、平成16年結核予防法改正によってハイリスクグループ、デ

ンジャーグループに焦点をあてる方法に変更された。施行して1年もたないうちに法律的な位置づけが再度変更になるのは合理性に欠くことになることから、統合になっても感染症本体に残される必要がある。

・ 患者医療の公費負担制度と患者支援

患者の治療費を公費負担することは、患者の福祉的観点のみではなく、確実な治療が感染源対策として結核対策の根幹であるために必要である。公衆衛生学的な視点から入院期間中のみならず外来治療においても公費負担制度によって治療費を保証しつつ、DOTS による確実が必要である。これは、結核対策における世界的な標準である。

・ 患者登録

患者登録制度は患者管理の根幹になっている。個人保護条例は地方自治体により若干の差があるが、条例による規制の除外とするには法律に盛り込まれる必要がある。先の法律改正で、日本版 DOTs に法的根拠が付与されたことは結核対策の大きな進歩と評価されるが、患者登録の根拠なしに DOTs の推進は不可能である。

・ 強制的な入院制度

単なる法的な強制力のみでは実効性が伴わない可能性がある。多剤耐性菌を大量排菌している患者が自己退院した場合どのように対応するのか。陰圧コントロール可能な拘禁施設が必要か。逆に治療に反応せず、長期に排菌する患者への対応については、患者の人権と感染を受ける可能性のある人の人権の両面から十分な議論が必要である。このようなことについては、先の小委員会においても議論が尽くされていない。

6. 平成 16 年の結核予防法改正では、改正のプロセスで審議会は開催されず、議論が不十分なまま、「法令遵守」の考え方のみから対策現場を考慮しない通知が発せられ、混乱させる結果になった。従って、今回は公衆衛生学的な視点を十分に踏まえ、将来を見据えた確かな考え方と、対策の現場に適用できる対策を取れるような形での統廃合の議論が必要である。

7. 多剤耐性結核患者は現在数百人存在し、年間 200 人弱の新規患者発生が推定される。これらの患者は有効な治療法が極めて限られているために不安と絶望の中にある。患者数と疾患としての病期期間の長さに関しては、他の規制対象となる感染症とは比類ないものである。自らが持っている菌がバイオテロ対策として使われる可能性があることによって、疾患の治療と予防のための法律の枠内で規制の対象とされることに、どのような心情をいただくことになるか。一方で、現行の感染症法には多剤耐性菌防止の鍵となる確実な治療の大きな要素である外来治療に対する公費負担制度がないために、この点では後退することになる。こういった点から、患者団体の意見も聴取し、これに対して十分な説明をする必要があるものと思われる。