

平成17年(2005年)9月30日(金) 19:46

厚生労働省健康局結核感染症課

清水様 平塚様

FAX 03-3581-6251

感染症分科室

川城丈夫

(国立病院機構東埼玉病院川城丈夫)

「感染症法と結核予防法の統合についての課題および意見の聴取について」

昨日は出席することができませんでした。申し訳ありませんでした。昨日の会議がどのような雰囲気であったか分かりませんが、私の意見を申し上げます。京都まで来ておりまして、返事が提出期限を過ぎてしまいました。ご高配を頂きたく存じます。

- ・ 感染症である結核を感染症法に取り込むこと自体は感染症法の精神と合致するといえる観点から理解できます。
- ・ しかしながら生物テロの対策菌とするために統合するという理由は不自然に感じられます。より正面から取り組むべきと思います。
- ・ 慢性感染症である結核独自の問題を踏まえただうえで、いままで続いてきた結核感染予防体制・耐性菌発生子防体制・追跡調査体制・治療困難例対策などが崩壊することがないように、極めて慎重に検討・対応するべきと思います。
- ・ 日本における結核はいま制度し先進国並みになれるか、再び罹患率が上昇するかの分岐点にあると認識しています。
- ・ 結核部会を開催しないでこの問題の結論を急ぐことは不思議であります。部会で結核独自の問題をあげ、その問題に感染症法と統合しても支障が発生しないことを検討・確認するべきと思います。

## 1) 医療に関して

適正医療の普及の重要性、そのための外来治療における医療給付、結核医療の基準は感染症法にはない概念ですが、結核医療においては極めて重要な事項です。感染症法のなかにどのように調和させ、存続させるのかが問題であると考えます。

たとえば、仮に34条は経過措置とする場合、この経過措置を変更、あるいは廃止する場合にどのような手続きが行われる必要があるのか、事務局として示していただく必要がある。

## 2) 措置入院について、人権保障に裏打ちされた強制措置が可能になることについての意見

急性感染症に対しての結核の特殊性は、治療が長期にわたること、治療の中断・失敗の結果が見えにくいことである。失敗の結果（多剤耐性化）は患者個人にとっても公衆衛生上も取り返しがつかない。そして、自覚症状が軽い慢性排菌者が現在の陰圧病室で一生を過ごすことは、結核医療においてもこれまでにない過酷な状況である。このような患者に対する米国での対応は、home isolationである。しかし、感染源となるような行動をとる患者もある。

これまでの結核部会において、「感染性があるにもかかわらず入院を拒否あるいは無断離院して公衆衛生的な脅威となっている多剤耐性結核患者」についてなんとか強制力をもたせた入院をさせられないかという議論があった。大半の感染症は、治療によりまたは自然経過により、まもなく感染性はなくなり入院の必要はなくなる。人権の制限は一時的である。通常の結核も多少時間がかかるが同様である。しかし、前述した様な多剤耐性結核患者の多くは菌陰性化の見通しが無い。感染症法の「措置入院」に該当させるとして、一生入院させることが可能であるのか？ いずれにせよ、上記のような患者の診療を経験した者としての予想は、「鍵をかけた場所に監禁する以外無理」である。

結核予防法による入所命令は、現在「同居者があるかどうか」に焦点が当てられているが、いずれにせよ「感染させるおそれがある場合」に限られる。感染症法においても同様である。結核病学会の入院と退院の基準に関する見解にも一部記したように、結核患者のうち強制力を行使することが最も必要かつ有用であるのは、「現在感染性が高いかどうかに関わらず、治療不能の多剤耐性結核

になる可能性が高いがまだ治療可能であってその治療の指示に従わない患者」である。感染症法に統合することで、すぐにこのような患者への対応が可能になるわけではない。結核における措置入院は通常感染症における措置入院と同じには考えにくい。

さらに、「感染性にかかわらず、将来多剤耐性慢性排菌となることを防止するための入院」に強制力をもたせることが出来ない一方で、「感染性であって治療不能、すなわち隔離だけが目的の入院」の勧告・措置が可能になることには危険性もあることを考えておく必要がある。

## 結核予防法と感染症法の統合問題に関する意見（追加および補足）

白井千香（神戸市兵庫区保健福祉部）

1はテロ対策と結核問題との分離、2～3は感染症全般について、5～7は結核に関して、

それぞれ意見を述べる。

1. 結核予防法廃止と生物テロ対策を分離して考えること。
  - ・ 結核菌を生物テロの標的とし管理することは、テロ予防対策にはなじまない。
  - ・ 諸外国における結核菌（多剤耐性含む）の扱いはテロの対象ではないため、日本だけが結核菌管理をテロ対策に含めることは国際的な解釈を超えており、無用の雑務となる。
  - ・ 多剤耐性結核菌であっても生物テロの効力は考えがたく、この時期の感染症法と結核予防法の統合の論理には無理がある。
2. 感染症の「類型分類」および「人為的感染に対処できる…病原微生物の管理体制」を医学的、生物学的に熟考すべき。
  - ・ 感染症（患者について）類型分類のレベルの定義について、明記すべき
  - ・ 病原微生物（患者は含まず）の管理は、生物テロに利用するために融合や変異などの加工を含め、殺傷度や感染様式を踏まえて分類すべき。
  - ・ 感染症の類型分類と病原微生物の管理体制を混同すべきではなく、保健所や自治体の現場でそれらの分類について理解できるよう、整理すべき。
3. 感染症全般の基礎研究を充実強化が必要。
  - ・ 「感染症」を政治的に一元化して考えることは、疾病に応じた予防や患者の医療に関して効果的なきめ細かい対応を阻害する恐れがある。
  - ・ 病原微生物の管理についても、それぞれの病原微生物の基礎レベル（遺伝子解析、分子疫学、病理学、生理学等）の研究を研究者の属人的興味関心に頼るだけでなく、国の方針として強化すべきである。
4. 「結核の予防の総合的な推進を図るための基本的な指針」（平成16年10月厚生労働大臣）の評価を待たずして、法改正を急ぐのは指針の目的に反する。
  - ・ 指針第一の二 国及び地方公共団体の果たすべき役割、第一項に記された「結核対策に必要な体制の確保」から逸脱する。
  - ・ 指針第一の七 具体的な目標として2010年（5年後）までに、直接服薬確認治療率95%以上、失敗・脱落率5%以下、結核罹患率を1.8にするという数値目標があるが、この評価を待たずして予防法廃止はありえない。（現時点は時期尚早）
  - ・ 指針第二の四 BCG接種について、1歳までの接種率95%という数値目標が掲げ

られているが、この遂行を確実にするためには結核予防法の中にBCG接種の位置づけが必要。

5. 今回の統合（案）の経過においては、結核対策への国のイニシアチブがみえない。DOTS対策の継続は理念（政府の強い関与）から崩れる。

6. 「結核予防法廃止」により「結核予防法の名前がなくなる」ことの弊害

- ・ 自治体トップの意識は「結核問題は解決」という誤解を生み、人的資源や財源の確保が困難となる。
- ・ 大都市の保健衛生組織が「保健所」を核としていない現場に移り、保健所のランチである保健センターに業務が下りている。その場合、区役所の一部の保健センターであれば、区全体の行政の仕事から「結核対策」は既に優先順位が下がっている。
- ・ 国からの補助金が減り自治体の独自予算枠がへる懸念から国と自治体の信頼関係が悪化。
- ・ 結核対策にかかる人的予算的削減が現実化すると、必要な対策の遂行が困難になり、公衆衛生の現場（保健所及び大都市における保健センター）の職員の士気が下がる。
- ・ 新しい法体系において諸手続がふえ、制度としての法の遵守が求められれば、業務の優先順位が変化し、結核患者の治療支援や二次感染予防の活動に支障が出る。

7. 結核診査協議会を感染症診査協議会にあわせることの是非は単純には判断できない。

- ・ 応急入院期間の延長を人権擁護とした目的で審査するため、72時間を越えない協議会の開催を必須とするなら、結核患者の多い大都市（大阪市・神戸市）の診査協議会は毎日、専任の職員が従事する必要がある。
- ・ 既に毎週1回の結核診査協議会を開催していても、患者発生（届出）から患者訪問や医療機関からの情報収集を経て、協議会での審議を助ける準備を1週間未満で行っており、診査協議会の為に職員は毎日、何らかの業務で関わっている現実である。よって毎日の協議会にすることは不可能である。
- ・ 現在の結核診査協議会では、外来で治療が可能な一般医療を担当する医師への診断・治療の助言もおこなっており、臨床の専門医の協力により標準治療の普及推進にはかなり貢献している。これが毎日では、専門医の協力を得ることは無理で、質の確保もできない。
- ・ 形骸化する診査協議会を最初から了とするのであれば、結核対策は後退になる。

以上、10月5日までの意見を補足し、10月18日時点の意見を追加し、まとめた。

結核予防法を感染症法に統合することを考えるときの問題点

結論：以下の理由で感染症法との統合は時期尚早と考えます。

1. 今回の「結核予防法廃止へ 感染症法に統合」の方針は、厚生科学審議会感染症分科会結核部会報告「結核対策の包括的見直しに関する提言－2002年(平成14年)3月20日の内容であった、「現在、結核とその他の感染症対策との整合性について議論があるが、結核は依然として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。」[III-今後の結核対策についての具体的な提案－(今後の結核対策のさらなる改善アプローチ)－1 基本理念(社会的な背景を踏まえた結核の疫学像の変化と対策の基本的考え方(対策の枠組み)]の提言がなされた2002年3月から3年間しか経っていない状況で、状況の改善が質的に大きくなされたという事実があるのであろうか？

この時点で、提言は「(今後、結核を感染症法、予防接種法の枠組みに統合すること)のためには、我が国が WHO のいう中まん延国 (intermediate burden country)・結核改善足踏み国 (stagnation country) 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であり、21世紀中盤には結核を公衆衛生上の課題から解消できるような状況に至ることを目標とすべきである。現在の主要な問題点は、近年、特に結核を取り巻く状況の変化として指摘されている高齢者、大都市部の問題を中心に、対策を充実・強化する必要がある。また、今後、問題化するであろうとの指摘がある外国人や HIV 感染との合併結核の問題についても、認識しておくことが重要である。」としているが、これが実現された経過があるのであろうか？

これは国が国民に見解を表明し、結核事情の改善に決意を表明したものあり、この議論経過を踏まえれば、感染症法との統合は時期尚早と考えざるをえない。

2. 統合時の問題点

以下のような問題を持つと考えます。

<1>1951年に制定された結核予防法は、以降ずっと「世界に冠たる結核予防法」といわれ、「公衆衛生対策のモデル」といわれてきました。

1) 予防、診断、治療のすべてを統合した対策

結核をなくすためには予防、診断、治療、これら全ての運営管理全体をカバーし、これを結核対策という一本の政策に統合していること。含まれる内容は、主要な項目だけでも以下のように極めて広範で多岐にわたる。制定当時から指摘されている内容は、以下のようです。

- ① 結核健康診断の範囲
- ② BCG接種の対象者
- ③ 結核患者を保健所に登録し、必要に応じて家庭訪問を行って患者の支援を行うこと、
- ④ 結核療養所設置の費用の国庫補助、
- ⑤ 適正な医療の普及、
- ⑥ 医療費は保険に優先して本法が二分の一を支払い (ここは現在は保険優先に変わっていますが)
- ⑦ 住居の関係で他人に結核を伝染させるおそれのあるときは療養所への入院を命令できるとし、この場合の費用は生活保護に優先して本法で負担すること

このため結核予防法は六十八条に上る長い法律です。

## 2) 責任の所在の明確化

結核の予防、診断、治療のすべてを国の責任で行うということは大変なことであり、この壮大な法律の空文化を防ぐために、法律ではこれらの対策の実施責任をひとつひとつ明確に規定し、空文化を避けたことも特徴のひとつです。

国、都道府県、市町村、保健所、事業所、学校、施設、医師、そしてひとりひとりの国民それぞれが実施すべき事項、負うべき責任を明瞭に規定して対策を実施しています。

このような、「予防、診断、治療のすべてを統合した対策」、「世界に冠たる結核予防法」といわれ、「公衆衛生対策のモデル」といわれてきた結核予防法が規定する結核対策の機能や内容を「感染症法への統合」で代行することは不可能であり、「感染症法への統合」は結核対策の大幅な後退をもたらすものでしかありません。

<2>対象とする疾患の特徴の違いによる相違を配慮しなければならない。すなわち、感染症法は主として急性感染症を対象とし患者が発生して、その患者と周辺の接触者対策を実施するものですが、結核は主として経過の長い慢性感染症であり、その対策としては長期にわたる治療支援や早期発見対策としての健診などといった予防的な視点の対策が必要です。(NY等の結核低まん延地域における minority への結核対策を減じたために地域として結核が再興した経験をふまえて、施策が届きにくい層への漏れのない対策の提供が、結核また延防止上において必要であることを認識すべきである。)

さらに、結核予防法で扱う患者数も遙かに多数の患者を扱っています。年間31000名の新規発生患者数をきめ細かに対応は困難です。また、それに止まらず、「予防法」の名の通り、結核発病ハイリスク層を積極的に検診し、また、化学予防していきます。その数は大きなものがあります。

これを感染症法の枠内で抱え込むことは困難と考えます。

(結核予防対策の力点が、QFT等の導入を控え、化学予防から潜在性結核感染症の治療へ転換していくことを考えると、対策を現前の医療の中で行おうとする感染症法概念にあわず、化学予防を独自に捉えていた結核予防法の考え方のほうがむしろ対策を展開しやすいと考えられる。)

<3>また、結核予防法の特徴は、発生届け後の患者登録制であり、患者管理(今では言葉があまり適切でないところがありますが、とりあえず従来の表現を用います)にあります。保健師が受け持ちになりケースを1例ずつ治療支援や家族健診・定期外健診などを実施していきます。このように、現行の保健所の仕事として日常積み上げられてきており、この地道な保健所での日常の公衆衛生活動と大きく不可分に結びついているのが特徴です。

このような積極的な関わりは、結核予防法にその規定があるからで、現行の感染症法上では形式的にはめ込んで、質的に同レベルの対応を行うことは困難です。

(これらの活動は、今後の対策の中心となるDOTS戦略の骨子である患者中心主義の対策提供の根幹を成すものである。改正予防法で盛り込まれた治療支援の考え方が、感染症法への統合によって後退してはならない。)

感染症法に統合したために生じる結核対策の低下は様々な部門に大きな影響を与えます。とりわけ小児は、地域社会の結核感染発病の連鎖を最も鋭敏に受け、高いリスクにさらされてきました。今回の感染症法への統合によって、結核対策が後退をすれば、最も深刻な影響を受けることが必至です。

この、小児との観点を考えれば、なおさら感染症法との統合は時期尚早と考えます。