

2. アドボカシーについて
有効性について

	方法	特に有効	有効	小計	疑問	無効	無回答
1	政治家（国会議員など）に陳情する。	12 33.3%	15 41.7%	27 75.0%	4 11.1%	2 5.6%	3 8.3%
2	多くの一般の人に政治家に手紙を書いてもらう。	5 13.9%	8 22.2%	13 36%	14 38.9%	6 16.7%	3 8.3%
3	ジャーナリスト（新聞、雑誌など）に接触し、記事にしてもらう。	21 58.3%	14 38.9%	35 97.2%	1 2.8%	0 0%	0 0%
4	新聞に投稿する。（論説、論壇など）	11 30.6%	16 44.4%	27 75.0%	8 22.2%	1 2.8%	0 0%
5	専門誌（医学雑誌など）に投稿する。	2 5.6%	18 50.0%	20 55.6%	6 16.7%	8 22.2%	2 5.6%
6	専門学会（日本結核病学会等）が声明を出す。	16 44.4%	16 44.4%	32 88.9%	2 5.6%	0 0%	2 5.6%
7	学会・専門団体が協力して、新聞に意見広告を出す。	7 19.4%	19 52.8%	26 72.2%	7 19.4%	2 5.6%	1 2.8%
8	関係団体（医師会、患者団体、NGO など）と連携する。	11 30.6%	19 52.8%	28 83.3%	5 13.9%	1 2.8%	0 0%

参加の可能性、自ら実施あるいは参加できない理由

	方法	参加の可能性			できない理由				
		あり	なし	無回答	a	b	c	d	e
1	政治家（国会議員など）に陳情する。	10 27.8%	7 19.4%	19 52.8%	3 11.5%	10 38.5%	7 26.9%	1 3.8%	5 19.2%
2	多くの一般の人に政治家に手紙を書いてもらう。	3 8.3%	6 16.7%	27 75.0%	7 21.2%	3 9.1%	7 21.1%	0 0%	2 6.1%
3	ジャーナリスト（新聞、雑誌など）に接触し、記事にしてもらう。	11 30.6%	8 22.2%	17 47.2%	2 8.0%	12 48.0%	7 28.0%	0 0%	4 16.0%
4	新聞に投稿する。（論説、論壇など）	7 19.4%	8 22.2%	21 58.3%	3 10.3%	5 17.2%	5 17.2%	0 0%	4 20.7%
5	専門誌（医学雑誌など）に投稿する。	7 19.4%	7 19.4%	22 61.1%	0 0%	1 3.4%	2 6.9%	0 0%	5 17.2%
6	専門学会（日本結核病学会等）が声明を出す。	15 41.7%	4 11.1%	17 47.2%	3 14.3%	0 0%	4 19.0%	0 0%	3 14.3%
7	学会・専門団体が協力して、新聞に意見広告を出す。	10 27.8%	4 11.1%	21 58.3%	4 16.0%	2 8.0%	4 16.0%	0 0%	4 16.0%
8	関係団体（医師会、患者団体、NGOなど）と連携する。	13 36.1%	5 13.9%	18 50.0%	6 26.1%	2 8.7%	2 8.7%	0 0%	4 17.4%

設問3 今回の改正内容についての中で評価できる点、不満の点を自由記載してください。

評価できる点

- ・ DOTS の方向性を法的に裏付けたこと。(臨床)
- ・ 結核対策を抜本的に改正しようと検討しようとした社会の流れを作れたこと (行政)
- ・ ツ反を省略しての BCG 直接接種を導入した。(臨床)
- ・ DOTS の施行につき明文化された。(臨床)
- ・ DOTS 法定化 (行政)
- ・ DOTS を明文化していること (臨床)
- ・ なし (行政)
- ・ 地方自治体に対策の主導権を委ねていくのはよいと思います (ただし、国の責任や援助どころか現場の足を引っ張る奇条例は許容できない) (臨床)
- ・ 感染リスクに応じた対応がより求められるようになったこと。例えば、予防接種、健康診断、定期外健康診断など。(行政)
- ・ 都道府県計画の策定が義務づけられたこと。(行政)
- ・ 人権尊重を盛り込んだ点 (行政)
- ・ 地域 DOTS を保健所に位置づけたのは前進 (行政)
- ・ 本来の法の主旨に則った改正については、評価できる。(行政)
- ・ 服薬支援の位置づけ (保健所と医療機関に DOTS の役割を示したこと。(行政)
- ・ 予防指針の策定と都道府県等自治体の計画策定を示したこと。(行政)
- ・ 人権への配慮、特に不要な命令入所を止めること。(行政)
- ・ なし (臨床)
- ・ ツ反なしで BCG 接種ができるようになったこと。(臨床)
- ・ 入退院基準については日本の入院が多すぎ、長すぎたので、是正される。(行政)
- ・ BCG 直接接種の導入(行政)
- ・ DOTS の位置づけがされた。(行政)
- ・ 人権への配慮が明文化された(行政)
- ・ 都道府県を単位に計画を作成させたこと (研究)
- ・ 患者支援の重要性を明確にしたこと (研究)
- ・ BCG 早期直接接種、服薬支援については旗をあげた。(臨床)
- ・ ダイレクト BCG で手間が減り、ツ反手技 (乳幼児) の難しい点が略されるなど受診率が上がる期待あり。(予防)
- ・ 診査会に公益代表 (医療関係者以外の人) が入ることになり、診査の民主制が高まること。(予防)
- ・ 日本の結核の疫学的状況が「遍在」から「偏在」に転換したことを行政的に認識したこと (行政)
- ・ 全年齢での胸部 X 線検査の廃止、定期ツベルクリン反応検診の廃止など、学会、審議会等との良好なコンセンサスの元に、きわめて evidence-based に政策決定したこと。(行政)

- ・ 結核対策が現状の疫学的状況、社会・医療体制において、法制度も含めて抜本的な再構築が必要であることを図らずも明らかにしたこと。(行政)
- ・ 結核予防法の医療関連条文の改正を先送りした厚生労働省の対応が誤りであったことが明らかになったこと。(行政)
- ・ 厚生労働省にとって自らの責任回避の方が、現場での対策の推進よりも優先順位が高いことが明らかになったこと。(行政)
- ・ 厚生労働省では、技官の課長より法令系課長補佐の方が、権限がありかつ優秀であることが明らかになったこと(行政)
- ・ 結核予防法を感染症法に統括せず、単独法で残した点。これにより、これまで構築されてきたわが国の結核対策の流れを継承しつつ、都道府県計画の策定を通じて、地域特性に応じメリハリをつけた結核対策を推進できるようになった。(行政)

不満な点

- ・ 35条入院の扱いに関わる入院医療提供や感染防止に関する部分の医学的配慮が不十分である。(臨床)
- ・ 法改正後の実際の対策の変更にあたって、厚生労働省の独断で行われたため、実際の結核対策への影響が十分考慮されなかったこと。また、変更に際しての補完策などの検討が全くなされなかったこと。効率的・効果的な変更と言いながら、実際は廃止や効率化(縮小)の方向ばかりが目立ってしまっていること(行政)
- ・ わが国の偏在化する疫学像の対応について、地方分権として、都道府県や市町村の自治体の責務としてしまうことにより、国の責任が不明確になったこと。(行政)
- ・ 公費負担が大幅に制限され、本当に入所しての治療が必要な患者たちの治療を行うことがままならなくなった。(臨床)
- ・ 厚労省の今後、結核も感染症法に組み込んで一括して対応しようと言う考えが先走っており、現状での結核罹患率の低下に対する十分な方策が示されることなく、概念のみが提唱されてしまっている。(臨床)
- ・ ①患者の人権は大切だが、そればかりが強調され、被感染者の人権が一切無視されている。(命令入所の対象及び強制力が担保されなかった) ②診査会の随時開催が求められるなど、現場の状況が無視した改正となっている。 ③BCGの接種期間が3ヶ月というのは短すぎる。接種率の低下が懸念される。(行政)
- ・ 29条は以前から「同居者の感染」に限定しており、それが改正されなかったこと。
- ・ 強制力のある入院命令制度が導入されなかったこと、即ち、感染を受ける側の権利が認められなかったこと。
- ・ 不満な点ではなく疑問点ですが、主に問題になっているのは、予防法の改正ではなく予防法の解釈や施行規則ではないでしょうか？29条の同居者規定や、遡及を認めないこと(35条は29条が遡及されなければ認められるはずはない。また、診査会は28条・29条・34条を審査するのであって35条を審査するものではない)などは法が変わっていても従来の方法を否定されているわけですから。また、乳児のBCGは、予防法では生後直後からとなっていて、施行規則で3ヶ月から12ヶ月と定めるのでは問題がある

- のでしょうか？厚労省の退院基準を厳密に守るのであれば、今後 28 条→35 条も考慮する必要があると思われま（密室で働く患者など）（臨床）
- ・ アンケート 1 の 1,5,6,7,13,19,20。国は誰の立場に立って仕事をしているのか。（行政）
 - ・ 入所命令の基準の変更を厳しくすると、入所しないで排菌しつづける人が増えると思われま（臨床）
 - ・ 厚労省の法改悪の目標は費用の縮小に思えます。専門家の意見をどのように聞いていたのでしょうか。専門知識がなくとも、公費負担の縮小（隔離への公費負担＝隔離された人への補償としても）については理論的におかしいことはすぐにわかります。伝染病の危機管理として隔離するなら被結核性抗酸菌症だったとしても補償しなければ人権侵害で訴えたい。厚生省役人の馬鹿さかげんは国民にばらすしかありません。我々が無理にでも従いカバーすると計算してやっているのか？それなら国民をばかにしている。マスクミに上手に訴えましょう。もっと結核を知ってもらうチャンスです。（臨床）
 - ・ 非結核性抗酸菌症の取り扱いが明記されなかったこと。（行政）
 - ・ 命令入所に強制力が付与されなかったこと。（行政）
 - ・ 原理主義的解釈により個々の患者家族への不利益が生じるおそれが高い。例）命令入所における諸問題。（行政）
 - ・ 感染防止策が取りにくくなった。（行政）
 - ・ 現場の意見・実情が反映されていない点（行政）
 - ・ 命令入所要件として、国療の退院基準を参考とすべきではないか。単身者でかつ服薬継続が困難である場合には退院が不可となるが、このことは当然当初から入所命令とすべきケースがある。
 - ・ BCG 接種期間については、特別区ではもともと 4 ヶ月健診と合わせて実施しており、その接種率も 95%とたかいため、6 ヶ月までとされても大きな影響はありません。ただ、医学上は接種直後からとされていたものは重症複合型免疫不全等への反応などがあり、混乱をきたす元です。予防接種である以上、副反応がでるのは避けられないところですが、それでも想定される可能性を避けて対象者や期間を定めていくのが当たり前のことと思えます。（行政）
 - ・ 入所命令を同居者に限ったことは影響が大きく、厚労省は単身やホームレス患者は社会生活をせず、誰にも会わずそれで感染させる人などいないと思っているのでしょうか？むしろ患者を気遣う同居者がいないほうが、あちこち動き回り、他者へ感染させている実態がわかっていないのでしょうか？これまで、会社や学校など集団感染事例があつて、法に同居者と規定されていても、いわゆる「通知」で入所命令を拡大解釈してきたわけですから、その通知を今回撤廃するならば、感染の実態に合わせて、法のほうの条文の書き換えがあつてしかるべきであつたと思えます。（行政）
 - ・ 公費負担が診査会前は遡及できないことにより単に患者負担が増えることだけでなく、負担が増えることを回避するために治療開始のタイミングが遅れ、感染が拡大してしまう恐れもでてくることになりま（す）し、その結果治療期間が延びれば、却って公費の負担が増えることにもなりかねません。早期治療開始のモチベーションを患者が持たなくなる制度では困ります。また、診査会前に遡及ができないために届け出がでたらすぐに診

査会を開催するなどの事務の手間と診査委員報酬のよけいな出費がかかるほか、菌情報も不十分でレントゲンの添付もないようなものでも診査会にかけるしかなくなり、適正な診査ができないことも考えられます（行政）

- ・ 感染症法に準じて、入院勧告と入院命令をわけて入院命令をかけるべき人は強制力を持たせた法とすべきだったと思います。その上で、公費負担制度を入院命令と勧告入院で国や自治体の負担割合をどうするかという議論をすべきと思います。通院等に適応される一般医療を含めて結核の公費負担制度は適正な医療の推進のためにも、また、患者の適正な医療を受ける権利上からも維持すべきです。（行政）
- ・ 現在の状況を鑑みず、また、受け皿となる準備を全くせずに、理想と考える形を無理矢理に法改正という手段で押しつけてきたこと。現場の現状を全く知らない机上の空論である。（行政）
- ・ 法改正後の通知や施行令、規則が現状を混乱させるものであること。（行政）
- ・ 法改正の意図（数年かけて準備した専門家や実務者の意見や指針）をその後の国の対応によって踏みにじったこと。（行政）
- ・ 法の文言を全うすることが法の遵守であるという無理矢理な理屈を強行していること。結核を減らしていくという大前提、最大目標を忘れたような法にしていること。（行政）
- ・ （人権への配慮、特に不要な命令入所を止める）主旨から、待ち望まれた法改正であるにも拘わらず、現場との整合性が取れておらず、保健所及び医療現場等での取り扱いが混乱を来していること。（行政）
- ・ 改正されなかった条文との関係で齟齬を来している。結核患者さんのためではなく、法律を杓子定規に守るための法令解釈となっている。（行政）
- ・ 結核予防法の運用に関する通知等の改正や廃止にあたって、厚生科学審議会（結核部会）が開催されないまま、専門家の意見が反映されなかったことが一番問題だと思います。（臨床）
- ・ 結核医療費は全額無料が国際標準であり、貧しい人が多い結核患者に5%負担させるのも過大である。BCG接種は他の予防接種同様安全と余裕を持った接種時期にすべきである。（行政）
- ・ 専門家との意見の食い違いが生じていること。（行政）
- ・ 経過措置がないため、BCGの集団接種を進めてきた本県にとって個別接種の体制整備が追いつかないまま、走らざるを得なくなってしまったこと。（行政）
- ・ アンケート項目の1,2,3,4,5,6,9,15,18,19(臨床)
- ・ 感染症対策としての結核対策の推進に転換できていない（低蔓延下、高齢者・社会的弱者に偏在している現実に対応できていない）（研究）
- ・ 保健所制度への信頼感のない、行政事務ベースの対策になっていく方向にあることに懸念がある。（研究）
- ・ 現場でどうなっているのかの認識、予測がない。もしくは誤っている。例えば、BCGの接種期間について医学的認識の誤り、実施期間の限定による接種率の確保困難。患者の人権尊重を強調しているが、現実には経済的負担増。服薬支援が完璧であることを前提

にした命令入所の解除基準。(臨床)

- ・ 公費負担を従来より増すべきであった(予防)
- ・ 検査法などの公費負担への導入を行いやすくする配慮がほしい (QFT など) (予防)
- ・ なし (行政)
- ・ BCG 定期接種の月齢や入所命令の基準などが審議会や専門学会の意見を聞くことなく、限定された適用になったこと (行政)
- ・ 上記や幾つかの通知の廃止に伴い、市町村、保健所での結核対策の推進に大きな混乱が生じたこと (行政)

その他

- ・ 法改正までの時間が不足し、関連機関との調整不足だったと思われます。三位一体改革以降の財源不足が補助金カットや市町村の単独事業のお仕着せになったのではないでしょうか (行政)
- ・ 昨年末まではよい方向かと思っていた。どうして急に足を掬う逆転劇になるのか? (臨床)

設問 4 このアンケートの結果をアドボカシー活動に役立てることを検討しています。添付した政策決定者等に効果的なアドボカシーを行う際のポイントを参考にメッセージをお書き下さい。

- ・ 結核対策は、患者発見から始まって医療とその支援にいたるまでのトータルシステムとして機能しなければ効果的なものとはならない。その点から考えると、改正前の結核予防法のように保険医衛生部局が結核予防法を背景に広く事業が実施できる体制の方が現場では運用がしやすかったと考えている。今回は現在の地方分権の流れも加わって法改正がなされているため、健診、医療、保健の施策がそれぞれのセクションの権限と明記されたため、保健衛生部局がトータルに運用することができず、それぞれのセクションのいわば自主的ながんばりまかせになってしまう可能性がある。(例えば、ホームレスの結核患者であれば、健診は定期外、公費負担は 35 条などの対応ができたが、今後は健診は市町村、公費は 34 条までとなってしまう、市町村の保健部局や福祉部局の協力がなければ、進みようがない)。結核対策を効果的なトータルシステムとして機能するためには、分権的にそれぞれの政策決定者(責任者)が存在する構造ではなく、結核対策の政策統括決定者が誰なのか(結核対策の統括責任者が誰なのか)を明確にする必要であると考えています。(行政)
- ・ 一端、決定したことをアドボカシーにて覆すことは、非常に困難であることだと思います。だからといって、この改正(改悪かも?)をただ見過ごすわけにはいかないでしょう。少しずつ、訴えていってもなかなか世論には伝わらないと思うので、実現可能な幾つかの方法を下準備した上で、連携を取ってほぼ同時に、一気に訴えていく方法しか有効な手だてはないかと思います。そのためにも、立場上かなり難しい部分もあるかと思いますが、結核研究所が中心になって調整していただき、是非、一貫した強い訴えを起すべきだと思います! よろしく、お願いします。(臨床)

- ・ 今後の外国人労働者の増加に伴って結核患者が増加する可能性についても、よく認識してもらおうをお願いします。(臨床)
- ・ 今の時点としては、このままで対応できるだけの努力をして、不足するところは、そのデータを早急に解析し来年度以降に反映させられるような道を考えてもらいたい。(行政)
- ・ 現在問題になっているのは、35 条の改正そのものではなく、「改正予防法に伴う通知」が、改正されていない部分についていろいろ言及していることだと考えます。こうした厚労省の動きは、間違いなく結核対策の後退であり、潜在性結核感染を増加させ、10 年後、20 年後の罹患率の悪化が危惧されます。(臨床)
- ・ 患者様の意見をよく取り入れた方がよいと思います。また、結核に対する認識ももっと高める必要があると思います。(臨床)
- ・ これで国民を結核の脅威から守れるのか？伝染病として感染源を即隔離できない法令は役に立たない。厚労省では政策医療が破綻しているのか、超楽観的なのか理解に苦しむ。結局その場限り一夜漬けで何も考えていないのですね。いつでも後手後手の行政で国民は苦しい。(臨床)
- ・ 学会・保健所長会等専門家集団が意見を出すこと。ロビー活動（与党の有力者に陳情する）(行政)
- ・ えっっ！！結核対策の後退？結核はわが国の最大の感染症です。これまで、結核医療公費負担制度により、安心して、結核医療を適正に受けることができました。しかし、今回の結核予防法の制度改正により、排菌していても、同居者のいない单身の方やホームレスなどの方には、命令入所の対象とならず、結核の入院医療費助成ができなくなりました。結核は高齢者や社会的弱者と言われるかたに偏在化してきていますが、これでは、感染拡大を防止することもできず、また、適正な結核医療を受ける権利も保障することもできません。(行政)
- ・ 単純でわかりやすいメッセージにする。法（国、厚労省）の論点は人権であるが、こちら（現場）の意図は患者の不利益や公衆衛生上の問題として強調すること。(行政)
- ・ 地方政府職員の立場上国に対する反論をマスコミ、政治家に訴えるのはルール違反になる。むしろ、保健所長会、結核病学会で意見をまとめて出した方が、信頼を崩さなくてよい。大学関係者であれば、新聞に投稿していただくのと有り難い。(行政)
- ・ 保健所、国療関係者の多くは問題認識できているように思われるが、公衆衛生学会、大学の公衆衛生講座関係者の認識が薄いように思います。そこへのアドボカシーが課題ではないかと思われます。(研究)
- ・ 結核患者の人権を真に尊重するとは、できるだけ患者の生活を守りつつ結核を治癒に導くこと。しかし、今回の種々の政策変更は患者の負担増、治療成績の悪化をもたらします。(臨床)
- ・ 相変わらず採算性の低い結核対策では医療関係者の関心が減少し、アメリカの二の舞になりかねません。HIV の増加する現代に「勝って兜の緒を締めよ」と思います(予防)
- ・ 「わが国の公衆衛生の原点は、資本主義発達の過程において社会における格差、健康の不平等をなくすためには、環境問題、予防問題というものに着目すれば、相当防げるの

ではないかという原理的発想があった。そうした原理的発想、人間への思いを欠いた公衆衛生は魂の無い人形か影絵でしかないのです。」(橋本正巳、大谷藤郎「公衆衛生の軌跡とベクトル」より抜粋)(行政)

- 健康な人にも優しく、結核患者の心強い支援となる、結核対策の実現を望みます。(行政)
- 通知に従った場合どうなるかを具体的に明らかにすることが必要だと思います。診断された人を治しきること、感染の拡大を防ぐことという感染症対策の基本を国はどのように考えているのか?日本の現状を知っているのかしらないのか?通知に従った場合どういことが起こるのか国はわかっているのか?と疑問だらけです。人口密度が低く、すべての患者さんにDOTSが完全に提供できるのなら可能だと思います。ハンセン病を例に出すなど見るに耐えないすり替えですね。人権を逆手にとって責任放棄も甚だしいものだと思います。かたくなにならず、専門家の意見に耳を傾けて誤りは正すという姿勢を期待します。公式には審議会を開いて議論していただきたいと思います。関係団体との連携、専門家集団としての意見広告は、結核は関係ないと思っている大部分の国民の世論を味方につけるという意味では大変重要だと思います。医師の世論づくりとしては、まずは日経メディカルで取り上げてもらうのがいいと思います。(臨床)

結核予防法と感染症法と比較とそれらの統合の可能性に関する研究

目的

この研究課題は、結核予防法と感染症法という2つの法令の比較を行い、近時、議論される両法の統合の可能性について多角的に検討することを目的とする。

方法

平成17年4月、平成16年4月からそれぞれ施行されている結核予防法、感染症法に基づき、両者の共通点、相違点とその背景を明らかにし、結核対策の向上のために両者を統合する可能性、とくに克服されるべき問題点について、結核対策の行政・臨床現場および対策研究に従事する専門家の立場から文献調査およびブレインストーミングを行う。

結果

1. 両法の成立の経過

1.1 結核予防法

結核予防のための法律は明治37年に制定された「肺結核予防ニ関スル件」（俗称：痰壺条例）に遡るとされるが、法体系として整備されたのは大正3年制定の「療養所設置及び国庫補助に関する法律」（旧結核予防法）に始まる¹⁾。1951年にこの法律は換骨奪胎され、新結核予防法として化学療法、予防接種、健康診断等の近代的な予防手段を採り入れた法律として生まれ変わった。当時国民の3%が罹患しており、この法律は文字通り国民的課題であった結核に、国が最優先保健施策として取り組む姿勢をみせただけに、その体系は予防から医療に到るまで極めて包括的かつ周到なものであった。

この法律はその後の結核をめぐる状況の変化に即応して大小の改定を経ながら平成16年の大幅な改定を迎えたものである。この最後の改定の背景には、結核を取り巻く状況の変化（低蔓延化、対策技術・知識の蓄積、医療環境の変化）および対策理念の変化（EBM、効果・効率、人権、地方分権等の尊重）などがあり、これにともない従来の集団対応から個別的対応の重視、予防偏重から治療の拡充（日本版DOTSの導入・普及など）などが法制度として実現することとなった。

この改正の骨格となった厚生科学審議会感染症分科会結核部会報告として提出された「結核対策の包括的見直しに関する提言」（2002年3月）²⁾には、結核対策の枠組みとして「結核は依然として我が国における歳代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」「しかしながら、将来的に結核罹患者数及び死亡者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と考えられ、（後略）」とされており、時期尚早との考え方が示されている。従って、統廃合の議論の中では、どのように状況が変わったから適当な時期になったかについて、明らかな検証と説明が必要と考えられる。

1.2 感染症法

感染症法は平成11年に、それまでの伝染病予防法、性病予防法、およびエイズ予防法を統合して成立した法律である。この法律が提示する新たな理念として、高橋は、(1) 感染症対策を実効的に進めていくのと同時に、感染症罹患者の人権を適切に保証し、かつ、良質な医療を提供していくという視点を保持していること。(2) 感染症のまん延予防を行い得る体制を整備することをあげている³⁾。このために、以下のような対策が取られた。

- ・ 感染症発生動向調査体制の整備・確立
- ・ 国が感染症予防基本指針、都道府県は予防計画を策定し公表
- ・ インフルエンザ、性感染症、エイズ等特定感染症予防指針の策定
- ・ 感染症類型と医療体制の再整理
- ・ 患者等の人権尊重に配慮した入院手続きの整備
- ・ 感染症のまん延防止に資する必要十分な消毒等の措置の整備
- ・ 検疫体制、動物由来感染症対策の整備

さらに、成立以来5年を経た平成16年には折からのSARSパニックや輸入感染症問題を契機に国民の生命、健康を守るための危機管理能力の向上を目的とした一部改正を行い、新たな施行に入った。

2. 結核予防法改定成立後の展開

平成16年に「結核予防法の一部を改定する法律」が成立後、関連政省令、通知類の整備の過程において専門機関・団体（日本結核病学会、日本小児科学会、全国保健所長会等）の見解と異なる対応が続いたほか、「法令遵守」との考えを全面に押し出して、これまで現実的な必要性から発せられていた通知の改廃を行った。その結果、

- ① BCG接種期間を6ヶ月未満に制限する一方で、重篤な副反応を防ぐためにこれまで行われなかった新生児期接種を容認。
- ② 命令入所対象の制限（同居者がいる場合に限定する）
- ③ 公費負担期間の制限

など、現場における結核患者への医療確保および感染予防の観点からは容認しがたい通知が発出されたため、多くの自治体や全国知事会から、撤回・再考を求める要望が出されている。

一方、上述の提言に唱われていて、改定に取りこまれなかった「勧告・措置による入院制度」の導入については厚生科学審議会感染症分科会結核部会の下に「医療に関する検討小委員会」を設置して議論を深めることとした。ところが、小委員会において十分な議論がないまま、「結核で強制力のある入院制度を実現するためには、感染症法へ統合するしか方法はない」との事務局の結論が押し通されることとなった。本来はそれ以前に「結核対策において強制力のある入院制度がどうしても必要なのか」、「どのように行うべきなのか」を小委員会で議論するべきところであり、それなしに一般感染症と同じように「措置入院」が行われれば、対策への影響と患者や国民への人権問題も持ち上がるであろう。

3. 感染症法と結核予防法の比較

3.1 結核と一般感染症の対策の比較

基本的に感染症法における規制的対応が必要な対策については、急性感染症を中心的な標的としてその体系が構築されている。また、HIVやエキノコッカスなどの慢性感染症については、サーベイランスなどの面で十分な対応が難しいことが課題として挙げられている。結核はまさに典型的な慢性感染症であり、かつ、空気感染という感染経路から個人防衛のみでは予防が果たし得ないという特徴を持っている。これらへの対策の目的や方法などは表1のような対比が可能である。これから知られるように、慢性疾患とは単に発病から治癒までの経過が長期にわたるということで急性疾患と区別されるのではなく、病気の感染から発病、進展、治癒の経過が複雑かつ変異に富んでいる点が重要なのであり、その対策には個々の変化に的確に対応することが求められている。

また対策を実施するにあたって重要な点に「結核患者は社会経済的弱者に多い」という

ことがある。ホームレスにおける結核の罹患率は推定 1,500 程度（日本全国平均の 60 倍）といわれる。ホームレスまで行かない、より広範な生活困窮者の結核問題はますます増大していると考えられる。結核対策はこのような純粹に病気以外の要因に配慮したものでなければならぬ。この点も感染症一般と対策の上で大きく異なる問題である。

3.2 現行の感染症法と結核予防法の逐条比較

両法の逐条比較を行ったものが表 2 である。このうちとくに重要なものを採り上げて検討を加える。

3.2.1 患者の定義

感染症法では、第 12 条による届け出を求める者を、一定の報告基準に適合した「患者」、「無症状病原体保有者」「疑似患者」として、これらの者に関してもろもろの直接的な法的措置を規定している。これらの者は、基本的には「感染源となりうる者」である。

一方、結核予防法においてそれに対応する者（第 22 条）は、「結核症として治療を要する者」であり、そのなかには現時点で感染源となるリスクの大きい者から将来において感染源となりうる者までを含んでいる。さらに、近年、結核対策においては「患者」の感染リスクを潜在的なレベルまでとらえ、適切な治療を行われなければ早晩発病し感染源となりうる確率が大きいものを治療するべきとの考え方が医学的に確立されている。この観点から結核では「無症状病原体保有者」「疑似患者」という概念は馴染まない。

特に、小児あるいは若年者が感染を起こした場合には、その周囲に感染源である結核患者が存在する可能性が高いことから、接触者健診の対象とする必要がある。このようなことから、結核感染者は公衆衛生学的に、他の感染症における無症状病原体保有者以上の意味を持っており、発症患者と同様の届け出の対象とすべきである。

なお、感染症法では同第 12 条で当該感染症による死体を検案した場合についても届け出を求めている。一方、結核予防法では第 27 条で「結核を伝染させるおそれがある患者の死亡を診断（死体を検案）した医師による伝染防止の規定」を規定しているが、届け出に関する規定はない。

3.2.2 患者登録／患者管理

結核予防法では 24 条に患者登録制度があり、保健所は一定期間登録票を保存することとなっている。これは全国一律に行われていることにより、患者の転居などに際しても、それまでの管理や指導についての情報提供を円滑にしている。また、登録制度は次の 25 条に基づく家庭訪問指導・日本版 DOTS 実施のベースとなっている。このような登録制度や家庭訪問指導は結核が慢性感染症であり、治療に長期間を要することに由来するものである。

3.2.3 医療

患者の医療に関しては両法の間には大きな違いがある。主な点は以下のとおり。

医療機関：感染症法では感染症指定医療機関を規定している（第 38 条）。これは法の規定によって一類、二類、新感染症など感染性が高く重篤な疾患に罹患した患者の入院治療を行う施設にかかるものであり、感染防止に必要な設備基準が設けられ、これを満たしたかなりの専門性のある限定された施設となっている。また通常このような疾患の場合、外来治療はあまり行われませんが、行われるとしても多くはこのような専門的な医療施設で行われると考えられる。ただし、規定上は一般医療機関が外来治療を行うことも可能である。

一方、結核予防法第 36 条で規定している結核予防法指定医療機関は法に基づく公費負担制度による入院あるいは外来の医療を行う施設であり、結核予防法制定当時、非常に多くの患者が存在し、治療が必要であったことから、その指定要件は緩やかであって、必ずしも高い専門性は要求されていない。

医療給付：

感染症法における公費負担制度（第 37 条）は入院中の患者のみを対象としており、罹患した場合の重篤性等に基づく総合的な観点からみた危険性が高い感染症の患者に対して確実に医療を受けさせるための入院医療を支援する性格を持つ。公費負担の対象となる入院が必要な感染症では外来治療は通常あまり行われないうことも、そのための公的支援の必要性を小さくしていると考えられる。なお、HIV 感染者に対する外来治療に対する給付があるが、これは身体障害者保健福祉法に基づくものである。

結核予防法 35 条による公費負担は 29 条による命令入所患者を対象としているが、居宅における療養上の管理及びその世話その他の看護も対象としている点では、命令に対する給付以上の意味を持っている。結核予防法が制定された当時は、感染性から命令入所が出されても、病床の不足その他の理由で必ずしも全ての患者が入院できた訳ではなく、そのような患者に対しても医療給付を行うことによって、確実に治療を行う必要があったものと思われる。また、命令入所の対象でなくとも、適正医療の普及のために一般患者に対しても薬代など一定の医療給付が行われる。

「良質・適正な」医療の内容：

感染症法には第 3 条に国及び地方公共団体が「良質かつ適正な医療を受けられるよう必要な措置を講ずる」よう努力する責務が規定されているが、第 9 条の基本指針で挙げられているのは「感染症の医療を提供する体制の確保」であり、治療の内容に関する具体的な規制は全くなく、医療機関に一任されている。医療機関の高い専門性を前提としたものであろう。

これに対して、結核予防法には「適正医療」の概念が確立しており、それが制度として機能するような仕組みになっている。すなわち、① 大臣告示による「結核医療の基準」が定められており ② 公費負担制度によって申請が提出され、③保健所における結核の診査に関する協議会（法 48 条）において適正医療に一致するか審査を行う。

治療支援：結核予防法では患者が処方された薬剤を服用するように保健所長、医師（主治医）の責務を規定している（第 25、26 条）。これは結核の治療が長期にわたり、治療が不規則になりがちであり、それによる感染の拡大や耐性菌の出現を防止するための規定である。感染症法にはこのような規定はない。

なお、欧米では結核は他の感染症治療と同様に医療（入院・外来を問わず）は公的責任で行うのが常であり、その中には毎日服薬確認に係る行政サービスを含む。

3.2.4 行動の制限（入院・従業禁止など）

結核予防法では結核で登録されている者のうち「公衆に結核を伝染させるおそれのある業務に就く者」に対して従業を禁止し（第 28 条）、また同様に、登録されている者のうち「同居者に結核を伝染させるおそれのある者」に対して入院を命令する（第 29 条）としている。前者の命令に従わない者には罰金が課せられる（第 63 条）。これらは結核診査にかかる協議会の意見を聴かなければならない（第 28、29 条）。通常この協議会は毎月 2 回程度の頻度で開催されており、実効上かなりのケースにおいて入院は命令に先行して行われている。また入院の期間は 1 回の診査で最長 6 カ月まで認められる。

感染症法においては、届け出られた者（病原体保有者を含む）は、「同感染症を公衆に蔓延させるおそれのある業務（感染症ごとに規定）」に従事することを禁止している。同様に感染症法は一類感染症、二類感染症、新感染症の場合、届け出られた患者に対して入院を勧告する（第 19 条、26 条、46 条）。これら従業制限や入院勧告にあたっては、結核予防法と同様の協議会の意見を聴くことが必要であるが、入院については協議会の意見を聴かずとも 72 時間以内の入院を勧告・措置できる、いわゆる応急入院の制度があり、また 1 回の協議では 10 日間の入院が認められる。

3.2.5 患者移送

結核予防法では入所命令患者の移送を誰が行うかに関する規定はないが、有料の移送サービスを利用した場合は移送費を第 35 条による公費負担の対象とすることができる。これに対して、感染症法では、勧告・措置による入院患者を第 21 条に基づき、都道府県（その委任を受けた保健所職員等）が移送しなければならない。現在、感染症法の改正に関する議論の中で、二類感染症に該当する疾患の大幅な見直し案（赤痢・コレラ・腸チフス等の腸管感染症は、隔離治療の必要性がないので三類に変更する）が提案されている。また、現在一類感染症に分類されている SARS については、「感染性がそれほど高くない」との理由から二類感染症に変更する案が提案されている。このような分類変更案とその理由を考慮すると、勧告・措置による入院時の患者移送の義務は、一類感染症に限定して適用してもよいと考えられる。結核は二類相当の感染症と考えられるので、仮に結核予防法が感染症法に統合された場合でも、入院時の患者の移送を都道府県知事に義務付ける必要はないと考える。

3.2.6 定期健康診断

結核予防法においては第 4 条において、市町村長、事業者、施設の長、学校長の責務として特定の健康者に対する定期の健康診断が規定されている。感染症法にはこれに相当する規定はまったくない。

3.2.7 接触者健診と調査

感染症法では、当該感染症に「かかっていると疑うに足りる正当な理由のある者」に対して健康診断を行う（受けるよう勧告する）ことができる。これに関して、都道府県知事は感染原因を究明するための「積極的疫学調査」の考え方によって、職員をして患者や関係者に対して調査・情報収集を行わせることができ、関係者にはこれに協力する努力義務が課せられている。（第 15 条）。

結核予防法では、今回の改正によって感染症法における「健康診断」と全く同じ考え方で「結核にかかっていると疑うに足りる正当な理由のある者」に対して健康診断を受けることを勧告することができる（第 5 条）として、患者接触者の定期外健康診断を制度化している。ただし家屋や患者の感染源等に関する調査権限が与えられているが、感染症法の積極的疫学調査に相当する調査・情報収集に関しては明確な規定がなく、同居者（家族）以外の対人接触状況に関しては、法 25 条に基づく保健指導の際に得られる患者や関係者の任意の協力による情報に頼っている。

3.2.8 発生動向調査

発生動向調査（いわゆるサーベイランス）について、感染症法では第 3 章感染症に関する情報の収集及び公表において第 12 条（医師の届け出）、13 条（獣医師の届け出）、14 条（発生状況及び動向の把握）などで、当該感染症の蔓延状況に関する情報の収集、解析、配布を規定している。これに対して結核予防法では、大臣告示である「基本指針」に考え方が示されているが、法・政省令に明確なものは規定されていないことから、実際には通知に基づく予算措置で運営されている。また、結核に関する結核発生動向調査は感染症一般における調査内容よりもはるかに詳細なものであり、かつ対策の普及に関する指標が充実している点で特異的ともいえる。

4. 結核予防体系と感染症法との適合性

4.1 基本指針

法律本体（感染症法 9 条、結核予防法三条の三）に書かれている基本指針に必要とされる項目では、上記 3.2.3 で見てきたように医療に関する部分であり、結核では「適正な医療

の提供のための施策」であるのに対して感染症では「医療を提供する体制の確保」とされており、感染症法では「適正医療」という概念がない。しかし、後述するように、結核対策においては、これは患者の治癒のためのみならず、公衆衛生的にも必須な要素の一つであることから、仮に統合される場合であっても、法律本体の中に明記され、基本指針にも書き込まれる必要がある。

エイズ、インフルエンザの並びとして「結核に関する特定感染症予防指針」を設けることも考えられるが、その場合にも感染症基本指針と整合性をとる必要がある。

4.2 予防接種

仮に結核予防法が感染症法に統合された場合、結核の予防接種（BCG）については、予防接種法で規定することになると思われる。その場合、昨年政令（結核予防法施行令）改正により、平成17年度からはBCGの定期接種が生涯1回となり、乳児期の高い接種率の確保（基本指針に明示された目標は、生後6ヶ月時点で90%、1歳時点で95%）、および接種技術の確保が重要課題となっていることに鑑み、結核については予防接種法の「1類疾病」（対象者に対して接種を受ける努力義務を規定）に位置づけることが適当である。また、同政令の改正により、定期の期間が生後6ヶ月までに限定されたが、乳児期の高い接種率を確保する観点から、生後12ヶ月までを定期とすべきである。

また、現行の結核予防法14条に基づく定期外予防接種は、都道府県知事（通常は権限を委任された保健所長）が「結核予防上特に必要がある」の判断したときに、接種を行う制度であり、今後とも存続させる意義があると思われるが、その方法については別途検討を要する。なお、予防接種法第6条に規定されている臨時の予防接種は「まん延予防上緊急の必要があると認めるとき」とされており、結核のような慢性感染症は想定されていないものと考えられる。

結核予防法では昭和32年に費用徴収規定が廃止され、健康診断や予防接種は無料化した。予防接種法には費用徴収規定が残っている。多くの市町村では少子化対策などによって無料化しているが、一部の市町村では麻疹などで実費を徴収しているところがあることから、このような所ではBCG接種が後退する懸念がある。

さらに、結核予防法の基本指針に基づき、都道府県の予防計画の中でもBCGの技術評価や接種率目標などを規定し、これに関する保健所の指導的関与を予防接種法の下で維持することが必要である。

4.3 定期健康診断

平成16年の結核予防法の改正によって、長らく結核対策の柱の一つであった定期健診が従来の一律的な対象設定を見直し、患者発見効率等を考慮して、よりリスクの高い集団を対象とした選択的健診に衣替えしたばかりであるが、感染症法には定期健康診断に該当する規定がない。

結核予防法（政令）で意図している選択的健診の対象を、いわゆる高危険群およびデインジャー群とした場合、感染症法の「健康診断」の対象（当該感染症にかかっていると疑うに足りる正当な理由がある者）にこれらを含めるとの解釈はやはり無理であろう。

強いて適合性をとるために考えられるのは、事業者におけるデインジャー職場の結核健診を労働安全衛生法に委ねることも考えられるが、労働安全衛生法における結核健診自体基本的な考え方を結核予防法に基づいているので、元になる法律がなくなると、根拠がなくなる懸念がある。

また同様に学校保健法による定期健康診断も労働安全衛生法と同様の懸念がある。

結核対策における定期健康診断は早期発見によってまん延を防止するとう対策本来の必要性のために定められている。特に、高危険群およびデインジャー群に絞り込んで効率よ

く患者発見を行う方針は平成 16 年の改正結核予防法で取り入れられた考え方である。従って、仮に結核予防法を感染症法に統合する場合には、対象群への健診が確実に実施されるよう、法律本体の中に書き込まれる必要がある。

4.4 定期外健康診断

改定結核予防法において定期外健診の対象者及び実施方法は感染症法に準じて条文が規定されているので、感染症法に適合している。また、現行の結核予防法は対象者の選定にあたって患者や関係者からの対人接触状況等の調査（いわゆる積極的疫学調査）に関する規定がなく、3 で述べたようにもっぱら患者や関係者の任意の協力による情報提供に頼っている。したがってこの点においては感染症法の規定のほうが結核に対しても有用性は大きい。

4.5 適正医療（34 条公費負担）と患者管理

3.1 に見たように結核は長期の確実な治療を必要とする病気であり、それが確保されなければ悪化・再発、そして最終的には薬剤耐性をきたし、不治の状態に陥る。このことは患者個人にとってのみならず、周囲の者への感染とくに薬剤耐性結核の感染を予防するためにも重要である。さらに結核患者が社会経済弱者に偏在しつつある今日、規則的な治療が確保されにくい条件の患者が増えており、一方、治療技術の進歩や医療費節減の圧力の中で結核医療においても入院治療が短期化し、外来治療の比重が大きくなり、こうした患者の治療支援体制の強化がますます望まれるようになってきている。

日本の結核医療が総体として時代に見合った最善の治療を確実に現場に適用し、患者及び公衆衛生対策として裨益してきたことは、他の医療分野に比して特筆すべきことであり、これが公費負担に裏打ちされた適正医療（標準治療方式の策定とその診査）によることは論を待たない。そしてこれが患者死亡の減少、薬剤耐性結核の予防（薬剤耐性結核の発生頻度は、日本は先進国の中では少ない部類に属する）、そして結核医療費の節減を果たしていることも明らかである。

この観点から結核対策としては適正な治療が確実に行われるようにすることが最も肝要であり、予防を含めた結核対策の重点が健診や隔離といった古典的な予防から治療へと移っている現在、適正・確実な治療の確保が今後の結核対策の最重要課題である。

このような流れを受けて改正結核予防法では「日本版 DOTS」の導入強化を第 25、26 条で規定し、重ねて基本指針にもその確実な実施を明確に求めているところである。既に以前からこのような患者支援のコンセプトは結核対策において「患者管理」として伝統的に実践されてきたが、日本版 DOTS はこれをさらに強化しようとするものである。

これらの考え方を前提にして第 34 条による医療費の公費負担制度があり、発生届に始まる一連の登録・患者管理制度の下で運用されている。また第 29 条による命令入所等も、それに続く外来治療を中心とする確実な結核医療の一要素としてとらえられる必要がある。

一方、現行の感染症法には外来治療を公的責任で行う規定はない。現に、感染の危険性が小さくなってから行われる赤痢の外来治療のような場合には公費による医療費の給付はない。HIV 感染者に対する治療については、身体障害者福祉法に基づく医療費等の給付が行われているが、HIV については個人のレベルで感染予防策を取りうる疾患であることから、疾患対策における意義が大きく異なっており、結核について福祉的な考え方に基づく医療費の給付を行うことは、上述のような結核対策における治療の意義を考えると、問題を取り違える結果になる。従って、公衆衛生学的な見地から疾患対策として、外来を含めた公費負担制度が法律本体に明記される必要がある。この制度を感染症法の下で暫定的に「経過措置」として残存させるという議論もあり得ようが、「経過措置」は最終的には公費負担制度がなくなることを前提としており、上述のような疾患対策としての治療という基

本的な考え方に反することになる。

4.6 潜在性結核症の発病前治療

この問題は、3.2.1.で検討した患者定義にも関連する問題である。現行の感染症法における病原体検査所見を重視した患者の定義を適用した場合には、結核対策として医学的に確立している潜在性結核症の発病前治療（いわゆる化学予防）は、医療給付の対象にならない。健康保険は予防に対する給付は行わない原則であるし、混合診療は認められていない現状から、公費負担の対象としない場合には、自費で治療を受けることになる。INH は比較的安価な薬剤であるが、初診料などを含めた診察費用や検査費用の負担は、個人が負担する限界を越えていることから、實際上治療は困難となる。また、化学予防の適用に関する現行の29歳までという年齢制限は医学的根拠を失っており、この見直しも必要である。

4.7 感染防止・命令入所

感染防止のための入院治療という点で結核対策における入院と感染症法による入院治療は共通な点が多い。強制力のない現行結核予防法の「入所命令」に代わり、感染症法における勧告及びこれに従わない場合に措置という人権に配慮した手続きによる入院制度は、まん延防止対策上有意義と考えられる。

しかし「感染性の期間＝入院期間」の定義に関しては、結核の場合単純に「肺結核で喀痰塗抹陽性」と限定できるか否かに関しては議論があり、関係者の合意形成への努力や制度の調整が必要である。例えば、「喀痰塗抹陰性・培養陽性」の多剤耐性結核患者、あるいはいったん塗抹陰性になったが外来で治療継続の「困難そうな」患者はどう考えるか、などである。後者については、現在は主治医や診査協議会の裁量に委ねられているが、議論の余地が大きい。逆にこれが全く否定されれば、喀痰検査における患者の協力・熱意の程度によって入院の適応決定が恣意に流れるおそれもある（喀痰提出の拒否など）。

現行の感染症法では勧告に基づく入院に対して、人権制限に対する裏打ち的な公費負担制度が設けられているが、結核対策における公費負担は確実な治療を行うことによって、感染性の患者を感染性でなくし、確実な治療が将来の再発を防ぎ、耐性菌結核の発症を防ぐという公衆衛生学的な意義を持っている。

平成17年3月に報告された「ハンセン病問題に関する検証会議最終報告書」において、「感染症医療、精神医療等に関連する予防、検査、スクリーニング、治療、リハビリテーション、入通院等の各場面において、『法律上の強制の要素がない限り予算措置を講じない』とのこれまでに見られたような予算編成上の慣行ないし方針が人間の尊厳、人権の尊重に照らし最早破綻していることを認識し、公共保健（パブリック・ヘルス）の目的が存在する場合には強制の要素がなくても予算措置を講ずるよう努力するとの原則」が提言としてまとめられている。

入院の適応や機関の決定を「現実の感染性の期間」に限定し、「潜在的な感染性期間」については現行の34条に相当する適正医療として入院を条件付きで認めるという折衷案も考えられる。これについては現行制度の「結核医療の基準」にあらたな基準を設け、審査の対象とするような工夫が必要である。

現行結核予防法では、入院治療の大半を占める命令入所は、診査協議会の診査に基づく「入所命令」が出されてから認められるのが建前である（昨年度までは、厚生労働省からの通知に基づき、便宜的に診査時点から実際の入院時点まで遡った命令が認められていたために、最近そのやり方が見直されるに及んで現場で混乱が生じている）。

一方、現行の感染症法では保健所の判断により診査に先立つ応急的な入院を72時間を限度として認めている。二類感染症のように発生頻度がごく希な事例に関しては発生に応じて診査協議会を開催することも可能であろうが、菌陽性肺結核のように1保健所あたり平

均年間 30 件の発生する結核については（多いところでは、毎月数十件）の発生届のある結核については（全市 1 保健所といういくつかの政令指定都市は言うに及ばず）、この条件は厳しすぎる。

4.8 患者発生届、登録と患者管理

結核対策において患者の発生届は疫学的サーベイランス上の意義と並んで登録・患者管理の入り口としての意味が大きい。つまり、発生届によって保健所に認知された患者は「登録」というデータベースに収載され、これによってその後の経過の追跡が行われる。これはとりもなおさず患者が治療を完遂するのを保健所が主治医とともに支援するためである。さらに患者管理の一部として患者家族や接触者への健診が行われる（4.5 参照）。

3 で論じたように、結核において患者管理のような行政サービスが必要なのは病気の経過が一般的に長く、その間に起こる様々な障害を克服することが、流行対策として不可欠であることから来ている。これに対し、急性感染症においてはそのような必要性は小さく、たとえあっても個別的な支援で解決できると考えられ、そのため現行感染症法においては、結核におけるような患者管理という体系的なコンセプト（さらに具体的にしたもののが日本版 DOTS）は適合しない。

さらに、結核対策の中での患者管理が体系化されていることは患者の数の問題も無視できない。それが二類感染症の程度の散発発生であれば、考えられる最善の対応を個別に行えば済むであろうが、年間 3 万人という圧倒的な数で全国的に発生する問題に対する行政対応には、当然体系的なものが必要となる。

4.9 発生動向調査

3 で述べたように結核発生動向調査は情報源が結核登録であり、この制度が何らかの形で維持される限り、現状の発生動向調査事業は形態上現行の感染症発生動向調査の一部として運用することは可能である。ただし電算化システムに限って言えば、結核のシステムは感染症のシステムとその様式が全く相容れない。（前者は登録者全員の個人別データ、後者は観測定点等での発生件数を中心としたもの）

問題はやはり 4.5、4.7 でみた患者管理と発生動向調査システムの連携である。結核における患者管理制度や医療に関する行政の関わりは、発生動向調査の情報入手とその還元に関与する重大な影響を及ぼすことから、感染症発生動向調査システムと別個のシステムが必要である。

4.10 都道府県予防計画

結核予防法 3 条の 3、および感染症法 9 条に基づき、各都道府県がそれぞれ結核および感染症の「予防計画」を策定したところである。上に議論した以上に、対策現場に近い都道府県のレベルにおいては結核と感染症の対策実施の違いは大きく、結核については地域格差に対応した実効性のある計画を策定した都道府県の予防計画は、国レベルの「基本計画」における差違よりもさらに大きいものと思われる。したがって結核予防計画を現行よりも大幅に後退させることなく感染症予防計画に単純に取りこむことは非常に困難と思われる。

4.11 その他

今回の議論の発端は生物テロ対策のための感染症法改正の必要性であるが、感染した場合の発病率が低く、慢性の経過であり、多剤耐性でない限りは治癒する結核菌が生物テロに使われる可能性は非常に低い、というのが世界的認識である。病原体という物件（結核の場合は結核菌）の保管管理に関する規制にからめて結核の治療完遂を目的とした患者支援や公衆衛生対策を柱とする法律体系の改廃を議題とし、拙速に議論を進めようとする姿勢は適当でない。日本には 700 人を越える患者が多剤耐性菌を排菌しながら、決定的な治

療がないまま苦悩している現在、あたかもこの患者たちがテロの凶器になり得るような偏見を引き起こす結果にもなりかねないという懸念もあり、患者の人権の観点からも慎重を要する。

5. 結論

現行結核予防法の感染症法への統合は、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」（厚生科学審議会感染症分科会結核部会）にあるように、将来的に結核罹患患者数及び死亡数等が減少し、わが国が WHO のいう「中蔓延国」を脱し、結核の公衆衛生上の脅威の程度が低蔓延国並みに低下した状態が視野に入った段階で検討すべきである。また、具体的な統合については、結核医療や対策関係者の合意形成の努力と同時に、両法の基になっている対策制度間の綿密な調整とそのため慎重な検討をまって初めて可能である。とくに改正結核予防法の中心施策の一つである「日本版 DOTS」を含む患者支援と医療、および重点的・選択的な定期健康診断による早期発見方策の位置づけと実効性の確保に関しては問題が大きい。

【文献】

- 1) 青木正和：結核の歴史. 講談社. 138, 2003.
- 2) 厚生科学審議会感染症分科会結核部会：結核対策の包括的見直しに関する提言. 2002.
- 3) 高橋滋：新しい感染症予防の理念からみた結核予防法の課題. pp 興再興感染症としての結核対策のあり方に関する総合的研究報告書 55-66, 平成 12 年 3 月.

<研究協力者>

阿彦忠之（山形県村山総合支庁保健福祉環境部医療監（兼）村山保健所長）、稲垣智一（東京都福祉保健局健康安全室感染症対策課長）、犬塚君雄（愛知県健康福祉部技監）、重藤えり子（国立病院機構東広島医療センター感染症診療部長）、高鳥毛敏雄（大阪大学大学院医学系研究科社会環境医学講座）、前田秀雄（新宿区保健所副所長兼健康部予防課長事務取扱）、石川信克（結核研究所副所長：主任研究者）、森亨（結核研究所所長）。

表 1. 対策分野別にみた両法（対策内容）の比較

焦点	結核予防法	感染症法
予防接種 定期健康診断	BCG 接種（定期、定期外） 要医療者の早期発見が、患者本人のためのみならず、公衆の感染防止のために必要なことから、定期健診として、ハイリスク者およびデザインジャー層に対して市町村、学校、施設、事業所が実施する。	なし (予防接種法)
接触者対応	既発見の患者に関して、その患者から感染を受けた者（未発見患者および未発病者を含む）およびその患者に感染を及ぼした未発見患者を発見して、それらに対する早期かつ適正な対応をすることを目的とする。感染は即時には診断ができない場合があるので、患者接触後年余にわたり複数回の検査することが必要である。	対象者：結核に同じ 目的：発病者及び病原体保有者の発見。 方法：普通 1 回。
医療	治療を要する者としては、現在大量排菌中で感染源となりうる者を始め、少量排菌の者や排菌はないが臨床的に結核であることが強く疑われ、放置すれば早晚大量排菌になるおそれが大さい者を含む。さらに臨床的に結核ではないが、結核の感染を受け発病のおそれが大さい者を含む。 治療は長期間を要し、規則的な利用が確保されなければ再発（および感染性化）や薬剤耐性獲得のおそれが大さいので、全期間公費負担および DOTS 体制下で行う。 医療は指定医療機関で、国の定める医療基準にもとづく保健所の診査にもとで適正医療として行う。	大半が急性疾患で、感染性の期間中は公費で入院隔離、大半の患者は入院のみで治癒するが、例外的に外来治療が必要な者は保険診療のみ。 HIV 陽性者については福祉的な観点から外来も公費医療。 治療内容は医療機関（大半は感染症病棟を保有する専門病院）に一任。
隔離・入院	感染性患者は感染防止目的で入院する必要がある。感染性患者としては塗抹陽性肺結核患者が最も重要であるが、それ以外の患者（当初塗抹陽性の者が陰性化した場合も含む）でも規則的な治療の継続が確保されない場合などでは入院治療も	特定の疾患の健康保菌者、HIV 陽性者以外では、他に感染を及ぼすおそれがある者に入院治療を勧告。同時に就業制限も。