

意見及び要望一覧

法条項	改正法案	意見及び要望
3	普及啓発	学校・職域・地域やハイリスクグループに対する、多様な媒体を用いた結核の普及・啓発。
6-3, 10	定義	二類感染症には、結核のうち喀痰塗抹陽性のものとするなど、活動性分類に基づいた定義をしていただきたい。【理由】喀痰塗抹陽性、喀痰塗抹陰性、耐性菌結核では感染の危険度に大きな差があり一様に同様な対応が必要とは限らないため。
		現在、結核菌喀痰塗抹陽性をもって入所命令要件とされているが、感染拡大を予防する観点から疾病の原因となる病原体の判明前に結核対策として必要な対応がとられ、菌判明後に入所命令の取消を行っている実情がある。結核菌判明まで医療費公費負担が適用されない状況は、高まん延地域においては感染をいらずに拡げることにつながることから、二類感染症として位置づけられる以上、非結核性抗酸菌症等の疑似症患者を患者とみなし、入院勧告（延長勧告を含む）を行える体制を整備すべきと考える。疑似症患者を患者とみなす感染症に結核が加わるかどうかについて確認をお願いしたい。
	初感染結核	初感染結核は、「無症状病原体保有者」に含まれるのかどうか明確にしていきたい。【理由】初感染結核は、結核を発病していない段階であり、他の感染症の無症状病原体保有者とは対応が異なるため。
		初感染結核について、INHの投与は年齢制限をなくしていただきたい。
		現状ではツ反実施しているが、QFTの実施についても基準を示していただきたい。
		公費負担の対象としてほしい。
		初感染結核は、法律上結核患者ではないが、発病のリスクが高い人なので届出、公費負担の対象としてほしい。
12-1	届出基準	結核の届出基準を明確にしていきたい（特に、排菌していない場合）
		届出基準を明確にしてほしい。 1．排菌している場合：塗抹・培養検査での検出時点か、PCR等による結核菌群確認時点か 2．排菌していない場合：肺結核のほか、結核性胸膜炎、リンパ節結核、粟粒性結核など 3．初感染結核（無症状病原体保有者）：ツ反のほか、QFT検査
		結核は下記の情報の組み合わせである。塗抹陽性の肺結核でPCR(+)だけを命令入所の対象に限定することは出来ないと考える。 ・部位：肺結核，肺外結核 ・結核菌：喀痰塗抹陽性・陰性，喀痰以外の塗抹陽性・陰性 ・同定検査：培養結果前の免疫学的同定，培養菌の同定 ・診断：確定診断（非結核性疾患の合併も可）・臨床診断（結核でない場合を含む） 初診患者に対し、問診等の診察を行い、適切に検査計画を立て実施しても、即日で判定可能なのは、X線検査と喀痰塗抹検査結果のみである（赤血球沈降速度やSTAT検査可能な血液検査項目を含む）。PCR等は翌日以降になるのが通例であるが、呼吸器疾患の専門医なら、初診日に結核と診断してきたし、今もそうしていると考えられる。以前は、同定検査は培養された大量の菌を使う生化学的検査であったので、結核と同定された検査結果は約12週経過後のことであった。今回、感染症法に統合され2類に組み込まれた場合、診断後直ちに届け出なければならない。同定検査結果後でないという受理しないということになれば、僅かの期間であっても、診断が遅れ、その間に新たな感染者を増やすおそれがあることから、保健所が取り組んできた「感染症の拡大予防対策」に照らして懸念するところである。 そこで以下の通り考えた。 ア．喀痰塗抹陽性であっても、同定されていない場合 イ．画像のみで菌検査がない場合 ウ．肺外結核の場合 何れの場合でも、「結核症の届出」は受理する。その内、「ア」については命令入所対象とする（喀痰塗抹陽性の結核症と診断されたときと同じとする）。 【理由】疑似症は確定例と見なすという、2類での従来からの取扱いを踏襲。 ただし、イ・ウの場合、喀痰細菌検査結果が判明するまで判定を保留する。 ということで整理できるとは思います。ご如何。
		結核の診断基準（医師の届け出基準）および「感染性あり」の定義をきちんとしめしていただきたい。現状では医師が結核として届け出たものが、結核となっている。 塗沫(-)でPCR(+), 塗沫(-)で培養(+)も「感染性あり」と判断すべきか。 この判断が以下のもの全てに関係してくると考える 入退院の基準 治療中止の基準 定期外検診が必要か否かの判断

法条項	改正法案	意見及び要望
		喀痰塗沫検査などで抗酸菌が検出されてから、核酸増幅法検査などで結核菌と同定されるまで、実際には数日間のタイムラグが生じます。現実には抗酸菌を検出した病院は結核を疑って自院への入院を渋りやすく、一方結核専門病院は医療費の徴収が確実にできるかどうかの懸念から、19条入院でないと渋る傾向があります。このような状態下で核酸増幅検査等での結核菌の確定を入院勧告の条件とすると、確定までの間、確実なまん延防止ができない、あるいは患者受け入れ病院を探すことができないなどの懸念が生じます。抗酸菌検出の段階でも、感染性の結核が強く疑われる場合には、疑似症などで入院勧告が可能になるような施策を望みます。
		第12条第1項にかかる医師の届け出（直ちに）の結核患者の症例定義の基準を明確にしたい。 理由 ・ 肺結核の喀痰塗沫陽性であっても、同定検査で非定型抗酸菌症の場合がある。 ・ 結核性胸膜炎の場合にも直ちに届けるのか？
		排菌の有無、非定型、初感染結核、等の扱いはどうなるのか
		「直ちに届出」とした場合の閉庁時間帯における標準的な対応について明記していただきたい。【理由】都市部では、結核は他の感染症に比べ発生件数が多く、閉庁時間帯での届出も相当数にのぼると見込まれるため、閉庁時における標準的な対応を示していただきたい。
12-4	慢性の感染症	「慢性の感染症」に係る厚生労働省令については、疾病の範囲及び届出をする目的を明記していただきたい。【理由】患者数が多い慢性疾患については、医療機関も多岐にわたるため、届出医師の理解を得ることが困難と思われるため。
14	発生動向調査事業	感染症発生動向システムにおいて、二類感染症は全数報告が必要となっているが、結核については別途結核登録者情報システム（平成19年1月稼働予定）において月報報告を行うことになっていること、また、都市部においては新規発生患者が多く事務的な負担が増大することから、対象から結核を除外することについての検討を要望したい。
		予算の確保
15	発生状況調査	「必要な調査」として、結核患者に対する結核菌の遺伝子検査を明記していただきたい。【理由】結核まん延防止対策のためには、全国的に統一した遺伝子検査データの蓄積が重要であるため。
		予算の確保
16	情報の公開	条文に「積極的に公表しなければならない。」とあり法定受託事務でもありながら、事務処理基準が提示されていない。事務処理基準を明示した厚生労働省通知を発していただきたい。
		「積極的に公表」するための基準を示していただきたい。【理由】風評被害をはじめ個人情報保護との兼ね合いの判断が困難なため。
17-1	定期外検診	「当該感染症にかかっていると疑うに足りる正当な理由」について、結核接触者健診のガイドラインを早急に作成していただきたい。【理由】必要な対象者を見逃すおそれがあり、また、地域によって均一な対応困難になるため。
		以前示されていた接触者検診についてのガイドラインは現在活用されていないが、今後も新たなガイドラインを示していただきたい。
		H17年度に改正結核予防法施行にともない廃止された定期外健康診断ガイドラインに代わるものの整備
		ガイドラインを示してほしい
		保健所内にレントゲン装置をおかず、外部委託する保健所が増えてきているが、その委託基準について一定の指針を出せないか
		特に医療機関で発生した結核感染について、定期外検診を行政検査（保健所の定期外検査）で行うか院内感染症として医療機関で行うか、基準を示せないか
		現在結核予防法施行規則においては、健康診断の方法にQFTの使用及び適用基準等は明確にされていない。定期外健診においてQFTを活用する事例が増えているため、補助金対象にするとともに、適用基準についても明確にして欲しい。QFTの法的位置づけを明確にすること及び補助金対象にすること
		QFTについて、最近その活用が見られるが、その対象等取り扱いの基準について明記していただきたい。
		QFTも含めてほしい
		定期、定期外健診の方法にQFTの追加
		「医師の健康診断」の内容に、QFT検査等、現行の医療技術に見合った項目を含んでいただきたい。【理由】従来のツ反による判定では十分な判断が困難なため。
		QFTなどの技術的な指針を明らかにして欲しい。

法条項	改正法案	意見及び要望
		定期外検診におけるQFT検査の導入、位置づけ
18	就業制限	結核予防法の従業禁止が、感染症法では就業制限として位置付けられる以上、別途結核を多数の者に接触する業務の従事者を対象とする旨規定され、また期間については症状消失（実質的に感染性が消失）するまでということが予想される。従来からも従業禁止を適用するケースが極めて少なかったことに加え、診査会にも諮る必要があること、また、入院期間が大幅に短縮され感染性消失前に退院するケースも考えられことなどから、混乱を生じることがないように明確な規定となるよう要望していただきたい。退院基準にも関わることだが、入院期間＝就業制限期間となるようことが望ましいと考える。
		従来、感染症法では一律に就業制限をしていたのを、その必要性を知事の判断に任せることにする改正だと思えます。この改正により、一類から三類の患者と保菌者全てについて、就業制限の必要性を判断するデータを集める作業が新たに生じることになりますので、理念的には合理的ではありますが、手続き的には煩雑になる可能性があります。この点をクリアする基準のようなものが必要だと思えます。
		「まん延を防止するため必要があると認めるときは、・・・通知することができる」と改正されるが、その具体的運用。すでに入院中の者や幼児は除外されると思われるが、感染性が疑われるも症状消失で退院する者やアルバイトの可能性もありうる中高生等への対応を明確にしていきたい。
		病原体を保有しなくなるまでの期間または主治医が感染の可能性がないと判断するまでの期間にしてはいいかが。（軽症の感染症で就業制限が長すぎる場合の対応）
18-5,6	就業制限における協議会関連手続き	法18条の通知を実施する際に感染症診査協議会の意見を聞かなければならないとあり、所在地（入院地）と居住地を管轄する保健所が異なる場合に2カ所同時に協議会を開催することになる。この場合において、所在地（入院地）管轄保健所に同事務を依頼可能として欲しい。
		感染症診査協議会からの答申を得る前に届出内容通知を実施した場合、協議会に報告義務が生じるが、報告にあたっては協議会を開催する必要があるのかそれとも協議会構成員に対して情報を伝達するだけでよいのか明示していただきたい。
19, 20	入院	72時間入院に係る勧告及び措置を実施した場合、協議会への報告義務が生じるが、報告にあたっては協議会を開催する必要があるのかそれとも協議会構成員に情報を伝達するだけでよいのか明示していただきたい。
		技術的な読み替えに係る政令については、第19条第1項の結核患者の入院は「結核病床を有する医療機関」とする旨を明記していただきたい。【理由】緊急時の特例については第42条で規定があることから、第19条第1項の読み替えについては結核予防法第29条との整合性を保つ必要があるため。
		現在、結核菌喀痰塗抹陽性をもって入所命令要件とされているが、感染拡大を予防する観点から疾病の原因となる病原体の判明前に結核対策として必要な対応がとられ、菌判明後に入所命令の取消を行っている実情がある。結核菌判明まで医療費公費負担が適用されない状況は、高まん延地域においては感染をいたずらに拡げることにつながることから、二類感染症として位置づけられる以上、非結核性抗酸菌症等の疑似症患者を患者とみなし、入院勧告（延長勧告を含む）を行える体制を整備すべきと考える。疑似症患者を患者とみなす感染症に結核が加わるかどうかについて確認をお願いしたい。
		勧告入院（命令入所）に相当する排菌者が入院・外来通院の勧告に応じない場合の対応
		「勧告に従わないときに・・・入院させる」ための具体的な方法について明記していただきたい。【理由】入院に対して拒否的である場合に、法的な強制力が必要であり標準化した方法を明記していただきたい。
		35条の適用が、国の指導と全国各自治体でまちまちとなっている問題で、同じ病院でも異なる扱いを受ける患者が混在しており、行政への不信が服薬支援に支障を来すに至っている。当市では、国の指導に従い入院中の患者には35条を適用していないが、全国的には極めて少数派であり、それに対する国の指導も徹底されておらず患者や病院医師の理解が得られにくい状況である。法改正後は、全国でまちまちな適用にならないよう法体系の中でわかりやすく明確に適用の基準を明らかにされるよう要望します。
		結核患者に対する入院の特例について：結核患者に対する入院の勧告又は入院の措置に関し、入院の延長の期間を30日以内とすることになっているが、多剤耐性結核患者については、30日以内での塗抹陰性化は難しいと思われるので特例を設けてほしい。
20-6	意見聴取の機会	感染症法の目的自体を毀損していると思えない。現場の事務を繁雑化させるだけでなく、特に急性感染症の急速な蔓延を招きかねない。急性感染症の蔓延防止については初動が最も重要であるが、その阻害原因になると思料されるからである。人権の尊重については、事後救済のシステムをしっかりと構築することで担保されると思料する。
		入院勧告（行政指導）に対する人権配慮の規定（指定職員に対し意見を述べる機会を与える）が法文に新設されているが、行政手続法の適用は受けないと思われるので、その具体的手続等を明確にしていきたい。

法条項	改正法案	意見及び要望
		入院時の「弁明の機会の付与」は不要になるのか。
21	移送	結核は二類感染症に位置付けられるため、入院移送の問題がからんでくる。それに伴う結核診査協議会の開催は、現状では72時間以内の開催となっているため、これらに関して柔軟な対応ができるよう配慮をお願いしたい。
		患者の移送は「法定受託事務」だと思うので、これに係る「事務処理基準」等で取り扱いを示していただきたい。救急（消防）との連携（結核を理由に救急搬送を忌避・拒否されないような配慮）などを含めた実効性のあるものにしていただきたい。
		感染症法の改正案においては、赤痢等も一般医療機関での対応となっているが、現場の救急においては、「感染症」との名称のみで、搬送の拒否が発生している状況がある。これに対し、地域でも情報提供等を行っているが、今回の改正にあわせて、厚生労働省におかれましても、総務省等関係省庁に情報提供いただき、医学的に救急である患者等の搬送について、協力を得られるようお願いしたい。
		2類に位置づけられる患者搬送を「行うことができる」と改正される点について、結核等高度医療が求められる場合等があり、救急対応が必要な時に依頼出来るかなど、搬送体制や財政的な面についても通知等で示してほしい。
		「移送することができる」要件及び移送に要する費用負担を明確にしていきたい。
		多剤耐性の場合等の結核患者の移送(自宅 医療機関、医療機関 医療機関)について、移送費用の負担を含め、対応を明確にして法令上の根拠を整備していただきたい。
22	退院基準	法第26条（法第22条第1項準用）に規定されるように「病原体を保有していないこと又は症状が消失したこと」をもって退院させなければならないことになるが、入院期間が大幅に短縮されることが予想されるなか大きな混乱を生じないよう、感染性消失をもって症状消失と捉えるような明確な基準を示すよう要望していただきたい。
		結核の治療期間をやみくもに短縮するのではなく、必要に応じて弾力な運用ができるようにして欲しい。
24	委員構成等	新たに「法律に関し学識経験を有する者」を委員として加えることを要求しているが、地域の実情を考慮した基準を作成していただきたい。
		1 感染症法での診査協議会が存在していても、別に結核のみを診査するための協議会を設置することは可能か。 更に、届出後72時間以内の案件に限って診査する協議会を設置することは可能か。これら3診査協議会委員の兼務は差し支えないのか。 2 「並びに」の解釈について 法第24条第4項で協議会は、委員3人以上で組織するとあるが、第5項の協議会委員の構成の中で「法律に関し学識経験を有する者並びに医療及び法律以外の学識経験を有する者」とあるのは、どちらかの要件を有している者1名ということで差し支えないのか。
		厚生労働省から、委員は(1)感染症指定医療機関の医師から1名以上、(2)感染症の患者の医療に関し学識経験を有する者(感染症指定医療機関の医師を除く)から1名以上、(3)法律に関し学識経験を有する者並びに医療及び法律以外の学識経験を有する者のうちから1名以上を任命するよう指導があったと伺っています。しかし結核の場合、地域のほとんどの医療機関が感染症指定医療機関(結核指定医療機関)になっており、それ以外の医療機関から、結核患者の医療に関し学識経験を有する者を選定することが極めて困難です。(1)と(2)と(3)のいずれかから3名以上、ないしは(1)か(2)から2名以上、(3)から1名以上としていただけると、委員任命が容易になり、協議会の活性化も図られるようになると思います。
		委員構成の中で、「感染症の患者の医療に関し学識経験を有する者(感染症指定医療機関の医師を除く)」の規定中、感染症指定医療機関に全ての結核指定医療機関を含むのか。
		委員構成の中に「法律に関し学識経験を有する者」とあるが、どのような方が該当するのか具体的に示してほしい。また、法第24条第4項に委員は3人以上で組織するとあるが、同第5項中では4人(医師2人、法律に関し学識経験を有する者、医療並びに法律以外の学識経験を有する者)となっている。4人以上で組織するという解釈になるのではないか。
		協議会の委員構成について、「法律に関し学識経験を有する者」と、「医療及び法律以外の学識経験を有するもの」は、どちらか一方の任命で差し支えないかご教示頂きたい。また、それが可能であれば、法律に関する学識経験者が優先されるとか、どのような人が好ましいとか要件を示して頂きたい。
		結核予防法においては、結核の診査に関する協議会の委員構成に結核病床を有する医療機関の医師を含める必要がなかったことから、従来どおりとすることが実情に合うものとする(本市のように市内に結核病床を有する医療機関がない場合、委員の選任は困難である)。

法条項	改正法案	意見及び要望
	協議会形態	従前の説明においては、開催の特例は「都市部等」となっているが、診査協議会の開催については、必要な専門家（特に結核）は偏在しており、（都市部でない地域を含む）各地域に十分に配置されているとは言いがたい状況にある。このため、都市部でなくても、診査委員等の制約から、診査会の円滑な開催が困難である地域が多数発生するおそれが強く、ひいては、結核患者の人権が十分に担保されなくなる可能性すらある。そのため、都市部等の「等」については、結核発生状況要件だけでなく非都市部における専門化確保の観点をご考慮いただきたい。
		診査会委員の確保と適切な診査が可能となるよう、一般の感染症診査協議会と結核についての感染症診査協議会を、地域の実情に併せて別途設置できる規定を設けていただきたいと思います。
		現行では「結核診査協議会」と「感染症の診査に関する委員会」が別々に組織され、開催頻度、委員構成、審議内容を全く異にしている。今後法律が統合になった際の両協議会のあり方については、一つの協議会であるが共通の委員が両方を兼務するとか、委員会内で結核と感染症に分かれるとか、実際の運用に関する部分について示して頂きたい。
		現在の感染症診査協議会メンバーの医師は、必ずしも結核の専門医でなく専門的な意見を求めるのは無理である。結核の治療を審議するには、結核の専門医を確保する必要がある。また開催回数も結核診査会は月2回開催している。結核部会のような形で、現在の結核診査会を継続していく事は可能か。
		診査会としては他の感染症の審議と併せてひとつのものとして存在することになるが、例外的な簡素化による事後審査を行う結核のみ別の審査体系となるため、部会制のような仕組みも当然検討されうると考える。診査会に関する必要な事項は条例委任事項とはいえ、条例改正へのスケジュールもあり、速やかにモデル的なものを示すよう要望していただきたい
		専門性、機動性を確保する必要から結核に関する診査会は協議会の部会とするなど別立てでも可能とする。
	協議会運営等	例外的簡素化する手段としてもちまわり決済による議決、協議会の会長による専決処分と事後報告といったものが可能とされているが、それを通知等書面で明記してもらいたい。
		合議体となっているが、合議体では突発的な開催に対応できないため、運営方法については自治体の裁量で定めたい。
		都市部における例外的な簡素化についてあらためて要望していただきたい。
		緊急的な感染症診査会の運用が図れるような方策を検討して欲しい。
		厚生労働省の回答では、結核患者の入院勧告の適用期間「72時間」を延ばすようなことは考えていない。ただ、公益性・緊急性に鑑み診査会の手続きを例外的に簡略化することは可能であり、定型的な事例であって、事前に簡素化について全委員が了承されている場合等は、診査会の会長による専決処分と事後報告といった手段として差し支えないとされている。診査会の会長による専決処分で行う必要がある場合、患者発生数の多い都市部では、診査会の会長と常に連絡をとり専決を仰ぐ必要があるため、診査会の開催日以外でも会長の自由を拘束するケースが多々生じることになる。このため、診査会の会長職の確保が非常に困難になるほか、委員報酬や診査会の運営経費の増加が見込まれる。この点について、どのようにお考えかご意見をお伺いしたい。とりわけ、金曜の時間外や深夜帯に医療機関からFAXによる届出があった場合、日曜までに入院延長の専決を行う必要があるものの、事務局として物理的に届出を把握出来ない場合や、診査会の会長と連絡がとれないケースも十分に起こりえるため、簡略化した診査会方式でも対応しきれない事態となる。従って、結核患者の入院勧告の適用期間「72時間」は法的にどうしても延長出来ないのであれば、土日祝日や年末年始を間にはさむ事例の場合は、特例を設けこの間を除外するなどの方法により、簡略化した診査会の手続きが円滑に行えるよう配慮されたい。
		結核と感染症の診査会の関係について、弾力的に運用できるようにしてほしい。
		72時間以内の診査を簡略化できる基準を示してほしい。
		診査会については、改正案における1類及び2類感染症が、頻度上まれである疾患から、日本最大の結核まで幅広い分布となっている。このことから、想定される診査会の状況は、通常は成人の結核の診査を行い、事例発生時は稀なウイルス性疾患や小児科疾患を診査するということになる。このため、医学の専門化の動向等を踏まえ診査会において、委員以外の専門家の意見を必要に応じ柔軟に聴取し、適切な診査が行われるよう、ご配慮いただきたい。

法条項	改正法案	意見及び要望
		<p>簡便な診査会の運営のしくみは結核対策の現場にとって不可欠である。排菌中の患者であるという診断があれば、通常、結核病床をもつ医療機関に入院することになり、どのような場合に退院可能かも医療の中で説明を受けることになる。定型的な場合には、診査会内の意見が分かれることは想定しがたい。簡便な診査により、すみやかに意思決定できるしくみの方が、患者、医療機関ともに今後のスケジュールを予想しやすくなる意味でも好ましい。逆に、診査会がいつ開けるかわからないとか、(合理的な理由もないのに)診査会でどういう結論になるかわからないということになると、その方が人権面で不要な不安を患者に与えることになろう。</p>
		<p>診査協議会においては、19条入院の妥当性と、37条医療の公費負担の妥当性の両方を審議することになる。公費負担の妥当性については、X線写真や検査結果などの詳細な情報が必要で、入院の妥当性についてまでこれらの情報を求めると、医療機関の事務作業が極めて膨大、煩雑になると思われる。19条入院の72時間以降の最初の診査協議会と6か月ごとの37条公費負担の診査にはエックス線写真や検査結果などの情報を求める代わりに、19条入院の2回目以降の延長申請には申請様式や添付書類の一部を省略できるようにするとよいのではないかと考える。</p>
		<p>今年度の全国保健所長会総会における正林調整官のご発言中、診査協議会を例外的に簡略化する場合の条件となっている「簡素化しなければ感染の拡大の生じる具体的危険がある」とは、どのような場合なのか具体的に明確にいただきたい。簡素化しても年末年始の休日、5月の大型連休などで72時間以内での入院継続の診査が必要な患者があった場合の対応は実際に可能でしょうか。現行の感染症法の2類で入院継続の必要なケースは1年に1件あるかないかであり、長期休暇中に対応した事例はない。簡素化した場合の診査会の委員報酬等はどうか処理されるのが適当ですか。補助金には関係ないと思うが、全国の協議会で余りに格差がでてはおかしいと思われるため。</p>
		<p>機械的に30日ごとに診査が必要となると平均入院期間が約2.24月である現状では、書類提出が増え煩雑である。平均的入院でも1人につき退院までに1-3回となると考えられ、また高齢者や多剤耐性の人など入院が長期になる人もある。命令入所については、取消要件を満たせば速やかに解除となるシステムになっているのであれば、30日ごとにこだわる必要はないと考える。30日ごとの診査の意義と2回目以降の有効期間の延長や書類の簡略化などを検討してほしい。</p>
		<p>診査会の診査は、本来、公費負担申請書の「診断書」部分+胸部エックス線単純撮影フィルムにより診査することとなっているが、特に「モデル診査会」による診査会機能強化が言われ出した頃から、医療機関ないし主治医の厚意により、CTフィルム等を併せて提出してもらうことが多い。CTフィルムについては、本当に診査に不可欠なものならば、提出を義務付けねばならないし、公費負担の対象にすべきでは。おそらく、CTフィルムは診査に必要ではないというのが現在の結核予防法のスタンダードだろうと思われます。診査会機能強化の部分は、DOTSシステムの機能強化(DOTSカンファレンスやコホート検討会等による医療機関連携)にシフトしていくべきと考えますがいかがでしょうか。</p>
		<p>72時間以内の開催が困難、専門医等委員の確保が困難、休日等がある場合日程が確保出来ない場合の対応は? 30日単位での期間延長についても診査会回数が増す。定型的なものは診査協議会の簡略可について、国・県での指針が必要。</p>
		<p>結核診査会の命令入所は72時間以内の委員長先決で他の委員は事後承諾という方法にしたいと思っています。</p>
		<p>10月24日の全国保健所長会総会全員協議会資料を拝見しますと、診査会の簡素化については結核患者の多い都市部に限定され、例外的とされています。しかしながら、診査会委員に頻回に集まっていたくのは現実的に非常に困難であり、診査会の運営および委員の確保に大変支障を来すと思料されます。人権に配慮して対応することを前提としながらも、診査会の簡素化(定型的な事例についての持ち回り決裁や委員長専決等の弾力的な運営)が、全国一律で可能となるよう強く要望します。</p>
		<p>入院勧告後72時間以内に診査協議会を開くようになるが、結核は他の感染症に比べて発生数が多いこと、ほとんどが入院延長になることから診査協議会の結核の特例について検討してほしい。</p>
		<p>72時間以内に開催する診査委員会で結核の場合は、定型的例については診査会の簡略化との説明があったとのことだが、現在FAX等での臨時診査会を開催しているものが、今後も認められると考えてよいか。</p>
		<p>結核の命令入所に伴う72時間以内の診査協議会の開催につきましては、現実的に開催することが難しいため、もちまわり決裁や診査協議会会長による専決処分と診査協議会への事後報告で対応が可能になるように、取り扱いをお願いいたします。</p>

法条項	改正法案	意見及び要望
		<p>勧告入院における期間及び審査請求できる入院日数については、結核について、柔軟な対応ができるようにすること。【理由】従来の命令入所の要件となる喀痰塗抹陽性肺結核の場合、72時間を超える入院がほとんどであり、入院延長のために頻繁に診査協議会を開くことは、り患率の高い大都市にとって、事務手続き上煩雑であり、診査委員及び自治体にとって多大な負担が生じる。また、多剤耐性結核のように、30日を超える入院も少なくないため、審査請求が頻繁に起こった場合、自治体として対応しきれない。</p>
		<p>結核患者について、72時間以内に感染症審査協議会を開催する予定となっているが、臨時の開催では、委員の招集が非常に困難であるとともに、開催回数の増加が見込まれるため、委員の負担が大きくなることが懸念され、委員の選出にも影響を与えるものとする。また、電話や委員長委任等の手段をもって対応するとしても、開催までの間に患者情報等を詳細に収集するのは、結核患者数から考えても、時間的に極めて困難であるとする。</p>
		<p>法案どおり72時間以内の開催となると、時期によっては委員を確保し開催することが難しくなるケースも出てくると思われるので（臨時の開催）、14日以内に開催できるように変更を要望します。そうすれば、定例の開催日で対応できるので最善であると思います。</p>
		<p>72時間以内の診査協議会を行う場合、メールなど電子媒体の利用が可能であること</p>
	他の感染症の診査会	<p>2類以上の感染症の入院延長に関する72時間以内の感染症審査会については、結核の典型例について開催時の簡略化（TV会議や委員長専決など）が正林氏の話にありましたが、2類の他の感染症の審査会についても同等に扱っていただきたい。</p>
37-2	結核の医療	<p>入院（従来の命令入所）、通院及び初感染結核における公費負担の継続</p>
		<p>現在、月の途中から治療開始するケースでも、開始月を含む最長6か月の末日までの承認となっており、たとえば「ア法」の場合、最後の数日～数十日分を再申請する必要がある。「ア法」「イ法」にかかわらず、治療期間と一致した期間で、承認できるようにする必要がある。</p>
		<p>今後の結核の根絶に向けては、今後ハイリスク層対策の重要性がますます高まっていくが、住所不定者、外国人などで医療費がネックになって適切な治療の継続が難しくなることが少なからず考えられる。公的医療保険制度との整合性をとる手続きが結核治療の機動性を損なうことのないように希望する。</p>
		<p>現行の喀痰検査、胸部Iyck線検査、聴診、打診のみでは不十分なため。「厚生労働省令で定める医療」として、CT、QFT等の治療に必要な検査を含んでいただきたい。</p>
38	結核病床の確保	<p>各病院の裁量で、結核病床の削減が進んでいるが、結核対策強化の観点から、病床の確保を図るための具体的な対策を実施して欲しい。結核病床の確保をはかるための対策を実施すること</p>
		<p>結核の入院治療を行う医療機関については、合併症を有する患者や、多剤耐性結核等への対応をより強化する方向で、検討をお願いしたい。</p>
		<p>結核病床の確保</p>
	指定医療機関	<p>厚生労働省では、改正法案第6条第11項及び第15項において「感染症指定医療機関」である「結核指定医療機関」は、結核患者に対する適正な医療を担当させる医療機関として都道府県知事が指定した病院若しくは診療所又は薬局と定義している。これは、結核予防法第36条に規定する「指定医療機関」と同じものと推量される。一方で、改正法案第24条第5項（感染症の診査に関する協議会の委員構成）に規定する感染症指定医療機関に関して、厚生労働省では、結核については、結核病床を有する医療機関を想定しているようであるが、その場合、第6条の規定と矛盾するため、政令において矛盾点の整理をする必要があると思われる。</p>
41	診療報酬	<p>結核以外の疾患により同一の指定医療機関以外の医療機関に継続して入院中の患者が、治療中に結核と診断されたものやむを得ない理由により当該医療機関に72時間入院した場合、結核と診断後の医療費の公費負担額の算出はどのように行なうのか等、明記していただきたい。【理由】包括医療の場合には日割りの費用算定が困難なため。また、自治体により差異があれば混乱をきたすため。</p>
		<p>現行の保険診療では、喀痰検査の回数に制限があるが、改正では喀痰検査が現行より増える可能性があるため、保険診療で対応できるようにしてほしい。</p>
53-2	定期健康診断	<p>特別養護老人施設には結核定期健康診断を課していたが、介護老人保健施設には課していなかった。政令で定める施設に介護老人保健施設も加えていただきたい。（理由）ハイリスク集団に対する健診重点強化という方針の一貫性堅持のため。</p>

法条項	改正法案	意見及び要望
53-9		定期、定期外健診の方法にQFTの追加
		結核予防法施行令二条第2項第二号 結核患者の発見率のところを結核患者の発見率および結核患者の発生数（あるいは罹患率）にかえてはどうか。
		結核予防法施行令一条 定期健診必要施設として介護保険法に規定する施設を加えていただきたい。
		結核予防法施行令二条 定期健診対象では、19歳以上毎年1回を労働安全法に合わせて40歳以上但し20歳未満は医師の判断で、20歳から40歳までは5歳ごとの節目年齢とするという方法でいかがか。（労安法は平成20年度以降での実施ではありません。）大学、高校の学生などは地域によっては毎年度にできるようにしてはどうか。
53-12	患者管理・管理検診	患者の住所地の扱いについて、日常の居住場所としてほしい。 住民票と居住場所が異なるケースあり（福祉施設入所者等）
		結核については、住所地を管轄する保健所が勧告することになる方針とのことであるが、入院医療機関は限られており、逆に住所地保健所からは遠方になることがある。したがって入院勧告に際して患者さんとのやりとりの部分については医療機関もしくはその管轄保健所に委託するのが合理的と考える。是非とも、この面で弾力的な運用を可能にしていきたい。
		住所地を緩和した措置が必要ではないか？
		結核患者が、住所地と違う市町村に住んでいる場合の診査協議会を開催する保健所についてですが、この場合の住所地とは、住民票のあるところでのいいのか、または、実際に患者が現在住んでいる（民法第22条の規定）市町村を管轄する保健所で診査協議会を開催するのか、どちらになるのでしょうか。・民法第22条の規定（生活の本拠を住所とする）の場合、医療費の公費負担は住民票のない市（保健所設置市）が患者の医療費を負担することになりますので、一般医療分の公費負担は、原則的に住民票のある市町村を管轄する保健所において、診査協議会を開催し、公費負担をするようお願いいたします。
		再発率が非常に低いという事を考えると、標準治療をきちんと終了した人すべてを何年も追いかける必要はあるか。ハイリスク以外は原則不要ではないかと考えます。
		実施方法について基準を示してほしい
		結核予防法施行規則十四条の二 結核回復者は、治療終了後1年でいいのでは？
	結核登録票	結核予防法に関する技術的助言に相当する通知から結核登録票削除に関する基準が平成17年3月に削除され、新通知において結核登録票削除基準についての言及がないため、結核登録票削除は出来ないとの誤解が生じている。現代の結核治療の医学的現状を鑑み、結核登録票登録者の結核登録票からの削除が3年を待たずして可能であることを明示していただきたい。すなわち、地方公共団体の実情に応じてフレキシブルに対応できるよう具体的例示を挙げて、技術的助言として明示していただきたいと思料する。
53-8	他の行政機関との協議	事業者による結核に係る定期健康診断の実施率の向上を図るために、労働基準監督署長にも御協力いただけるような法的骨組みを政省令にて整備していただきたい。
		「労働基準監督署長との協議」の内容等と労働基準監督署の役割について明記していただきたい。【理由】事業所の所在については、保健所で把握できるものではないので、同条第2項及び第3項と同様に保健所と労働基準監督署の役割を明確にしていきたい。
53-13	精密検査	精密検査の中に明示的に結核感染検査であるQFTが含まれてはいないため、一部の地方公共団体において、積極的運用がなされていない。省令制定の際、明示的に、QFT検査を加えていただきたい。
53-14	DOTS	法改正により、現行より入院期間の短縮が予想され、退院後の確実な服薬の重要性がますます高まる。現行法でも服薬における保健所の役割は明記されているが、現状ではDOTS対策の具体的な方法については各保健所に任されている。しかし、現状ではマンパワーの面で、「必ず何日ごとに確認する」というような確実な服薬確認は困難である。特に当市では、感染症対応と並行して結核の服薬支援を行っているため、訪問日程の変更や電話となることもしばしばである。DOTS支援員制度も設けているが、人材確保も困難な現状である。確実な服薬確認が実施できるよう、法改正後は、「DOTS支援員を必ず設置すること」を明記していただきたい。それにより、支援員は身分保障の面でも充実し、人員確保がしやすくなるのではないかと。予算の上でも、特に人件費などの服薬支援が確実に行えるよう配慮していただきたい。



法条項	改正法案	意見及び要望
	個人情報保護に関連して	個人情報保護が優先される中、保健所の患者管理（菌情報や治療内容情報）に関して医療機関は保健所に協力をする義務があるなどの記載をどこかに入れることはできませんでしょうか。
	その他	感染症予防法施行規則六条の五 細菌性髄膜炎をHib髄膜炎と肺炎球菌髄膜炎とその他の細菌性髄膜炎に分けてはいかが。また、バンコマイシン耐性表皮ブドウ球菌とBLNARなどをいれてはいかが。
56	特定病原体	特定病原体所持者（施設）に対する監視体制（保健所等との協働の有無）についても規定されるのか。
		特定病原体所持者（施設）に関する自治体への情報提供に関しても、可能な範囲で規定できないか。
予防接種法	BCG定期接種	今回の改正を期に接種期間を定期接種期間（～12ヶ月）標準接種期間（3～6か月）といった変更が望まれる。
		結核予防法改正以前よりは、6か月以内の接種率は上がったが、（平成17年度都内接種率98.8%）、6か月以内では医学的理由で接種できないものがあるため、接種機会を提供する上でも、定期接種期間は12か月とし、標準接種期間は3から6か月とした変更が望まれる。なお、都内自治体で6か月以上1歳未満の接種機会を提供しているのは2/3にとどまっている。
		生後1歳までを定期として位置づけられるよう改めて要望したい。
		予防接種（BCG）法定接種期間の延長（12ヶ月まで）
	BCG定期外接種	定期外の予防接種（BCG接種：結核予防法第14条）は現状としてはあまり実施していないが、法改正後の位置づけはどうなるのか。
その他		今後、一般病床における感染症患者の治療が一般化すると考えられるため、感染症の専門家の確保、医学教育における感染症教育の強化等について、国の責務として取り組んでいただきたい。
		医療機関のみならず、福祉・児童施設等における感染症対策については、偏見の除去等の今回の改正の趣旨に合わせて、一般的啓発、事前監査体制の確保、事例発生時の関係部局との連携による対応等が円滑に進むように記述願いたい。
		個々の施策の実施については、各自治体が責任をもって対応するものであるが、国としての責務も十分に大きい。特に、自治体が円滑に結核対策を進めることができる環境づくりに際して国の果たす役割は極めて大きい。自治体の現場の状況について、正しく理解いただいた上、十分な自覚を持って対応いただきたい。
		本法律の施行は平成19年4月1日に予定されているが、特に結核にかかわる事項については、条文根拠が大幅に変わることから、医療機関への事務手続きの変更説明、様式などの作成が必要とあることから、早期に政令、省令を提示していただきたい。
		改正準備のため、より迅速な情報提供をお願いしたい。
		前回の改正では、非現実的な対応行わざるを得ないような部分もあったため保健所での対応が円滑に行いうるよう十分に留意されたい。
		地域における結核対策の推進のため、その役割が十分果たせるように国は地方自治体への技術支援とともに財政的支援を果たすこと。政省令、通知の発出については自治体への十分な説明をすること
		状況の変化に応じた政省令改正や通達などが迅速に行うことを目的として、厚生科学審議会感染症部会など何らかの専門的な合議体会議を基本的には定期開催し、諮問に対する意見具申ではなくその合議体から主体的に意見具申できる体制整備などを検討されたい。