

05/10/05 第 2 3 回厚生科学審議会感染症分科会(議事録)(午前)

第 2 3 回厚生科学審議会感染症分科会

日時 平成 17 年 10 月 5 日 (水)
 10:00 ~ 16:30
 場所 厚生労働省 省議室 (9 階)

(照会)

厚生労働省健康局結核感染症課
 担当: 清水 (内) 2379
 平塚 (内) 2386
 TEL : 03-5253-1111

○倉田分科会長 それでは、13時になりましたので、会議を再開いたします。

初めに「生物テロを含めた人為的感染に対処できる総合的な感染症の内容について」説明をしていただくために、3人の参考人にお越しいただいております。御紹介いたします。日本患者同盟会長の小林参考人。よろしくお願いします。

日本結核病学会の常務理事の長尾参考人。よろしくお願いします。

弁護士の光石参考人。よろしくお願いします。

それでは、最初に事務局より「生物テロを含めた人為的感染に対処できる総合的な感染症の内容について」の説明をお願いします。

○新規長補佐 お手元の資料 3 及び資料 4 で御説明をさせていただきたいと思います。前回は、ウイルス等の A ~ D のカテゴリーの問題と、それに対する規制措置等について御説明をさせていただいたおりましたけれども、感染症法の全体がどのようになるのかという問題と今回の主な対策、あるいは法改正の内容について整理をさせていただいたものが、今、申し上げた資料でございまして、前回並びに今日の午前中の中での御説明ともかなり重複をしておりますので、その部分は重要なことをお許しをいただきたいと思います。前回の御議論と一部反映しておりますが、今回の午前中の御議論、あるいは今後の御議論は、今のところ一つひとつを検討して反映する否かというのではなくて、いつまで、その辺のタイムラグについてもお許しをいただきたいと思います。

10 ページにございます資料 3 につきましては、生物テロの対策を契機としたとして、午前中の審議でも申し上げましたように、総合的な感染症対策ということで、主には病原微生物等の管理体制の強化を中心とした内容でございますが、感染症法全体の図を整理させていただきました。

ちょっと見にくのですが、網かけになっておるところが、今回の制度改正なりで、法律あるいは委任を受けた命令の中で対応していくことを考えておる部分でございます。一番上の枠につきましては、厚生労働省なり国の機関が直接権限を持っておると整理をしておる部分でございます。勿論、条文の中で、都道府県知事の権限というのも規定されておりますが、法定受託事務などということと、国民の利便性等から受託・委任の関係で、そちらをお願いしておるものについても、本来は国の責任でやるということで整理させていただきたいと思います。

「厚生労働省」の枠の中で、主に一番左の欄につきましては、病原微生物の関係で許可・届け出あるいは施設の指定、あるいは関係大臣への要請等々でございます。内容につきましては、資料 4 の方で後ほど説明させていただきますが、そういった病原微生物の一元的な事前把握というところでございます。

左から 2 番目の部分に位置づけておりますのは、現在の感染症法で厚生労働大臣、国が行つておる権限でございます。

その右側の左のところにつきましては、今回の制度改正で、主には生物テロによる感染症の発生の場合を想定しておりますが、緊急あるいは大規模、広域、重大性といったものにつきましては、現在一次権限、あるいはそれに対する指示という規定がございませんが、実際の執行の際の責任が必ずしも明確でないということと、広域にわたる場合に、やはり都道府県の方で対応するのが難しいことを踏まえまして「緊急時の直接執行」ということで、対人措置、対物措置等々がございます。

これは予防接種法の部分になりますけれども、同じく都道府県の権限でございますけれども、現在、臨時の予防接種についても場合によっては厚生労働大臣の責任において、臨時の予防接種を直接行うということを検討してはどうかということで掲げさせていただいております。

一番右の欄につきましては、検疫法に基づく「検疫所」の権限でございますが、感染症法とリンクした形で必要な水際対策が講じられているというものでございます。

これは平面で見ていただいて、真ん中の欄には個々の病原微生物等管理者と政府機関との関係、警察との関係、都道府県で現在やっておられる一般の事務との関係、獣医師、医師等の診察に携わる方からの潜行テロとの把握の関係といったものを図に示してございます。体系的に後ほど説明いたします。

こういったことで、現在この図は感染症が発生してからの対応を中心に、都道府県あるいは一部国ということで、権限を規定しておりますけれども、こういった形で総合的なものに対する対応をしていかたいということで考えておるところでございます。

11 ページにつきましては、現在の案の中で、A ~ D の午前中御審議をいただきましたウイルス等の分類にどういった規定の適用があるかということについて、表にまとめたものでございます。勿論これには基の部分が変わらざるものですが、整理をさせていただいております。

制度改正ということで、政府として考えておる「施行期日」というものについても、表 2 ということで掲げさせていただいておりますので、ごらんいただきたいと思います。

12 ページ以降の資料 4 につきまして、順次御説明をさせていただきたいと思います。これまでの御説明と重複しているところは、お許しをいただきまして、全体を説明させていただきたいと思います。

資料 4 の感染症対策の概要ということでございますが、まず、感染症等の定義に関する部分でございますけれども、1 の (1) ということで、今日、午前中御審議いたしました A ~ D の分類を設けるものであると。これにつきましては、別紙のとおりでございますが、午前中の表に替えていただきたいということでございます。そういう分類を設けて規定のレベルと対応させていただいくことでございます。

A ~ D の病原体・毒素等については、対物規制を中心としたものでございますので、法律ですべて細かい限定等も書けるかどうかということでございますので、法律またはその委任を受けた命令、政令や省令といふことになるかと思います。

(2) につきましては、従前の、いわゆる感染症の疾患分類の追加見直しについてでございますが、これも御議論いただいた内容のものが中心でございますが、1 類感染症に南米出血熱を追加する。

SARS について 2 類感染症に改める。それから、結核は御議論がございますので、当局の仮の案ということで御了承いただきますが、2 類に結核を位置づける。

コレラ、細菌性赤痢等々については 3 類感染症に改める。

4 類感染症に新たに鼻疽、類鼻疽等、表の中の星印で、現在の感染症法に規定のないものについて、4 類感染症に追加するというものが生じますので、ここで規定しております。

2 番については、国の責務に新たに病原微生物の取扱い推進の体制の整備等の責務を追加するという趣旨でございます。

3 番は、一般国民の責務についても規定がございますけれども、特に病原微生物等を管理する者についての責務規定というのを設けたいということでございます。

4 番につきましては、カテゴリーの A, B についての規定でございますが、従前御説明のとおりでございます。

5 番につきましても、C のカテゴリーのものでございますが、(1) で届出義務があるということです。

(2) につきましては、その都度の届出を必要とせず、病原体の管理をしている施設を捕捉できるような、常時取扱いが予想されるような施設、病院、検査機関等について

は、あらかじめ大臣の指定を受けるという例外規定といいますか、そういう規定が考えられるというものでございます。

6番につきましては、これは定期的な報告でございまして、年に1回の報告とか、半期に1回の報告。こういった物質に応じて、どういった取扱い状況かというものを把握するという趣旨でございます。

7番につきましては、A、Bにつきましての取扱いの責任者を選任していただくという規定でございます。

8番につきましては、管理基準等々の議論がございましたけれども、こういったものに関する遵守の規定でございます。

9番は、警察署への届出の運搬の規制の関係でございます。

10番は、午前中御説明をしましたが、警察官の警察法等の関係法令の執行について、直ちに措置を取るという点を義務づけるものでございます。

11番につきましては、病原微生物等が盗まれた場合、所在不明になった場合、あるいは事故が生じた場合には、警察官へ届け出るというものでございます。

12番につきましては、業に伴いまして病原微生物を管理されているものにつきまして、共通の行政指導等が必要な場合を想定いたしまして、関係の事業所管大臣に対して、厚生労働大臣が要請を行うというものでございます。

(2)につきましては、都道府県知事に対して必要な協力を求めるというものでございます。

13番、14番につきましては、いわゆる報告徴収、臨検、それから勧告、改善命令という手続でございまして、病原微生物の管理に関する職権による情報の捕捉のための報告徴収、立入検査、物件の無償収去でございます。

公安委員会については、運搬に関する権限があるということでございます。

勧告、改善命令については、行政指導または行政処分によって取扱い基準等を命ずるものでございます。

14ページにまいりまして、15番につきましては、いわゆる潜行型のテロの把握のための症候群発生動向調査と言われるものの規定でございまして、医師または獣医師の関係者につきましては、厚生労働大臣がテロの危険性等を勘案して、機関、地域、それから臨床症状等を定めた場合にございまして、こういったものを把握したときには、病気の確定診断を待たない段階で届出ないしは報告というものをお願いするというものでございます。具体的には、オンラインで入力をするとか、そういう手法でございますけれども、発生動向の調査に新たに権限を加えたいというものでございます。

16番は、先ほど申し上げました緊急の必要、つまり大規模、広域、重大のような場合においては、厚生労働大臣が自ら入院措置等の都道府県知事の権限を行なうことができるということ、そういうことも可能なようにしていかたいと思います。現在は、指示ができるということになっております。

17番につきましては、これまでの禁止規定あるいは届出等の行政上の義務の不履行、あるいは立入検査の忌避等々に関する所要の罰則の規定でございます。

施行期日につきましては、先ほどの表にもございましたとおりでございますが、法律改正ということでおこないますが、生物テロへの対策ということで、迅速な対応も求められておりとございまして、全体的には、原則として18年10月1日を考えているところでございます。

物質の製造輸入等の禁止の規定につきましては、基本的には公布の日ということで、直ちに施行すると。

处罚規定等につきましては、公布の日から20日の周知期間を持って行うと。

運搬に関するもの、また、これは別の議論を踏まえてですが、結核予防法の廃止等に関する特例措置について、結核予防法の廃止等の実施とワンセットでございますので、19年4月1日にしております。

運搬に関する規定につきましては、都道府県公安委員会の体制に関するもので、現在のところ調整中でございますが、4月1日というのを考えております。

関係法令の改正等につきましては、現在のところ法制度の整理中ではございますけれども、主なものとのいたしましては、結核予防法の廃止、予防接種法が、先ほど申し上げました緊急時の直接執行の規定がイロハのイ。口については、結核を対象疾患に規定。

これは、前回も議論がありましたけれども、あくまで結核予防法廃止に伴う法制上の措置ということです。現在の規定ぶりを参酌いたしまして、1類の疾患に規定といいます。

それから、検疫法の一部改正でございますが、コレラを3類感染症に規定することに伴い、検疫感染症からコレラを削除するというものでございます。

このほかにも、関係法令が感染症法等の改正に伴いまして、法案の中で整理といいますか、整備といいうものが要りますけれども、同じ考え方でございます。

(3)につきましては、結核に関する経過措置あるいは特例措置といふことでございまして、これは今後の御議論ですので、仮で書かせていただいておりますが、結核に固有の規定である定期健康診断、一般通院医療、登録・医師の指示、これはDOTSのことですが、こういったもの等につきましては、法律事項につきましては、経過措置あるいは特例措置といふ、表現や条文の位置といふものは、法制上の検討で政府として統一的なルールがある中での対応になりますが、法律上の規定といふことで措置をさせていただきたいたい。また、ここには慢性感染症に特例の規定とか、あるいはこれ以外の規定についても当然議論をうなげども、今のところメジャーなものとして規定を置いておりますけれども、そういう法律上の規定でございます。

午前中の御意見の中では経過措置なり、そういう表現はともかく措置について、いつ廃止になるのかという議論がございましたけれども、法律上、位置づけた場合には、法律を改正しないと、そういうものは削除といいますか、効力を消滅させることはできませんので、立法措置で経過措置や特例措置、固有の規定といふものを設けた場合には、同様の立法措置がなければ、法律上は当分の間とか、いろんな表現がございますが、恒久的にそれは存置されるというものです。

経過措置といふ表現を使った場合には、例えば結核の患者が一定の数以下、ほとんどなくなってしまって、その固有の規定の意味がなくなったという立法事実が生じた場合には、法改正により削除するということが論理上は出てまいりますけれども、表現はともかく立法上の措置として考えているということで補足をさせていただきたいと思います。

この概要につきましては、こういった対策のスキームを体系的に整理させていただいだということでおございますので、今後、関係省庁との調整や、当局での審査あるいは政府全体としての法案の検討という中では修正等もございますので御了承いただきたいと思います。

3と4の資料の御説明については以上でございます。

○倉田分科会長 次に行っていいですか。

○新課長補佐 はい。

○倉田分科会長 それでは、ただいまの説明に対して御質問がございましたらどうぞ。○岡部委員 結核関連のことは、さておいてですけれども、感染症法の中には、1つの根幹としては感染症に関する情報収集して、分析してフィードバックすると。公表すると。つまりサーベイランスが重要であるということがうたわれているのですが、この病原体がこの中に入ってきた場合、その情報の取扱い、あるいは公表ということはどういうふうに考えておられるか。あるいは、サーベイランスの中に入ることなのかどうか、お尋ねしたいのですが。

○新課長補佐 病原体管理の関係で、前回の審議でもございましたように、厚生大臣の方で届出の受理とか、こういったもので一元的に把握をさせていただきまして、生物テロ対策といふこともございますので、公表の取扱いについては、情報公開法の規定と同様に国家の安全とか、国民の生命とか、あるいは企業や保有機関の情報の保護という観点から、原則非公開になるものと考えております。

一般的な公開が否かという点については非公開になるものと考えております。

それから、現在、行っている積極的疫学調査の権限とは別の形で厚生労働大臣が対処するという形で考えております。

○倉田分科会長 ほかにいかがでしょうか。

どうぞ。

○阿彦委員 2点、質問があるのですが、1つは事務局というよりは委員の先生方だと思いますけれども、この分類のところで、2類感染症から3類感染症にコレラ、赤痢、思子チフス、パラチフスを移行するということで大体合意は得られたと思いますが、ボリオはなぜ2類にとどめるんででしょうかというのが1点です。

もう一つは、聞き忘れたのかかもしれません、資料3の都道府県等の役割の中に、新しく入った無償収去というのはどういう役割なのか、ちょっと聞き逃したと思うので、お伺いしたいと思います。

○倉田分科会長 どうぞ。

○前田課長補佐 2類から3類への話につきましては、前回御議論いただいたので、事務局としては消化器系の2類感染症ということで、赤痢、コレラ、チフス、パラチフスについては、入院勧告措置が必要ないのではないかという案を提示させていただいて御議論いただいたというところでございます。

ですので、ボリオとジフテリアが2類に残るということでございますが、一応それは消化器系感染症と違うということで、引き続き2類として残すということで考えているところでございます。

○倉田分科会長 よろしいでしょうか。

○阿彦委員 それは適切なのでしょうか。

○倉田分科会長 ボリオにつきましては、今、根絶寸前で、2000年ですか、随分前になくなっていますが、日本は更に10年以上前からなくなっているわけです。

ボリオのウイルスの扱いということに関しては、非常にWHOが危惧しています。現在、ないところはできるだけレベルを高くして扱えと。患者さんの問題に関しても、どこから来たかというウイルスのフォローアップをきちんととするということから、それから患者さんのところから、またほかの人へ広がらないようにするということで非常に神経を使っていて、そここの扱いは、ちょっとほかの抗生素質はどうという話と違いますので、そういう取扱いになつていています。

なくなってしまうと、ボリオの扱いそのものが、ウイルスの扱いそのものがレベル3になり、ワクチンをやめたところでレベル4に持つていています。現在、それに対応できる国が幾つもないで、ほかのも一緒しない、アイソレートされたP3で、かつそれにP4で扱うようなソフト面の対応をするということで、ウイルスの扱いを非常に厳重に考えています。そういうことで、ほかの赤痢とは扱いがちょっと違うかなと。

○阿彦委員 もし、万が一、ボリオが患者さんに発生したときに、やはり入院措置の対象になるのでしょうか。

○倉田分科会長 岡部さん。

○岡部委員 2類のままであるから、なると思うのですが、更にワイルドボリオだけではなくて、サーチュレーションのワクチン株とか、あるいはVAPPに関してもきちんと、この中で読んでいただくという形で、今、考えられていると思います。

○倉田分科会長 いいですか。

○阿彦委員 それは患者さんから、例えば便から排出された菌などの管理も必要なので、是非患者さんも入院してもらわなければ困るということなのでしょうか。

○倉田分科会長 それでは、もう一つの点、新さんの方からお願いします。

○新課長補佐 無償収去の規定についてもおきました。いわゆる質問権や立入権等々とともに調査権というのがござりますけれども、前回の2類から3類の議論のときに併せて御意見をいただきましたように、必要な検体、その他の物件を無償収去と通常呼んでおりますけれども、そういうものを職権で取るという規定が、現在の感染症法にはございませんので、当然必要な最小限の範囲ではございますけれども、感染症の発生予防、蔓延防止等々の調査の際に、そういう物件の収去が必要な場合には、その権利が必要であろうということで、法律上、そういう規定を設けている。

他法令でも通常関係物件を無償で収去させることができるという規定がございますけれども、こういったものを検討しているという趣旨でございます。

○倉田分科会長 よろしいですか。ほかに何かござりますか。

○どうぞ、岡部さん。

○岡部委員 分類のことなんですが、A、B、C、Dに分けるというところの分類の病原体、これは感染症法に規定されている疾患から取れた病原体であるというような御説明だったような気がしたんですけども、違いますか、それでいいですか。

○新課長補佐 感染症法に規定する感染症という疾病を引き起こす病原体、原因となる毒素などです。

○岡部委員 そうすると、これで類型の方に入るのですが、病気の類型ですけれども、南米出血熱とか、そういうのが入るのはわかるんですが、ほかに、例えばヘンドラ、リフトバレーとか、ベネズエラ馬脳炎といったような、これに入っていないものの取扱いはどういうふうに考えられるんですか。

○前田課長補佐 資料2の2ページのところをございます。

○先ほど委員が御指摘のとおり、Aのところに入っている南米出血熱ウイルスがAの対象となりますので、1類感染症に南米出血熱を入れることを考えてございます。

Cのところの下の半分ぐらいでございますが、鼻疽菌・類鼻疽菌がCの対象というこ

とです。今のところ4類感染症に鼻疽・類鼻疽、そしてベネズエラ馬脳炎・東部馬

脳炎・西部馬脳炎、ロッキー山紅斑熱、ダニ媒介性脳炎、ヘンドラウイルスですから馬

モルビリ脳症が入ります。それからリフトバレー熱というものを4類感染症に加えると

いうことを考えているところでござります。

○岡部委員 この等の中に入るという意味ですか。

○新課長補佐 別紙に説明を委ねさせていただきまして、すべてここに書きました。列記するところになりますので、分類は資料2の方のA、B、C、Dの菌ウイルスの後の括弧書きが案でございます。物件を介して感染するものということで、4類感染症とい

う案を提示させていただいているだけです。

○倉田分科会長 岡部さん、いいですか。

○岡部委員 はい、わかりました。済みませんでした。

○倉田分科会長 ほかに、いかがでしようか、田代さんどうぞ。

○田代委員 14ページの「15 症候群発生動向調査」ですけれども、さつき岡部先生か

らも質問がありましたけれども、これは通常のときは、医師から保健所もくしは地衛研

を通して、疾患の場合は直接県庁というルートで入るわけですけれども、ここはこれが

バイオテロだと、そういうことを厚生労働大臣がまず認識して「症状を定めた場合」と

書いてありますけれども、何かそういう通知というか、そういう宣言を出した後、直接

医師は厚生労働大臣に届けるように、そこから変わるわけですか。

○前田課長補佐 この症候群発生動向調査のイメージとしては、以前、2002年のワールドカップが開催されたときに、ワールドカップ開催圏で試みたなことが行われたところ

でござりますが、実際にその期間、ワールドカップ開催の日とか、あと地域としてワー

ルドカップ開催のサッカー場の周辺何キロメーターとか、あと症状として消化器症状で

とか、皮膚症状ですか、あと脳炎症状ですか、そういうものを宣言というか、

厚生労働大臣が定め、また通知をさせていただいた上で届出をお願いするということで

ございます。○田代委員 ワールドサッカーのときには、大体地域が最初から想定され

ているわけだったのですが、バイオテロの場合はどうで起こるかわからないわけですね。

最初にこういう患者の発生があったという最初の報告は、通常のサーベイランスに乗っ

かって行われる。そういうことでよろしいですか。

○倉田分科会長 どうぞ。

○前田課長補佐 例えば、予告がある場合とか、どこどこの場所を攻撃するとか、テロ

などの予告があつた場合に、あらかじめ指定することが可能かと思いますが、大体予告

がないケースが多くございますので、その場合は1例目が発生して、それが例えば天然

痘のように非常に国内で発生する可能性が、一度根絶された病気ですから、そういうの

が発生したときにその周辺地域を厚生労働大臣より指定するということは考えられます。

○倉田分科会長 ほかにいいですか。14ページの、今、言われたところの下の下の「

17罰則」ですが、実験室でちょっとしたのは、実験停止とか、いろいろ研究所の中で

やりますが、例えはどんなことが想定されているんでしょうか。

○新課長補佐 それそれについてですか。

○倉田分科会長 いや、何でもいいですよ、例を挙げてください。

○新課長補佐 発散罪というのは、故意に公共の危険を生じさせるような。

○倉田分科会長 それはわかりますね、刑事罰でしようけれども。

○新課長補佐 それから、輸入禁止違反、届出義務違反については、そういう法律に

違反して。

○倉田分科会長 それはわかるんです。そうではなくて、処罰というのは、罰金だとか禁固だとか、いろいろあるじゃないですか。どんな程度のことが想定されているのでしょうか。

○新課長補佐 量刑については、刑事当局の審査を経てということでございますので、あくまで厚生労働省がどの程度のものを考えているかということでございますけれども、発散罪等については、重罰化を考えておりますので、懲役でございます。発散罪は無期懲役とか長い懲役を考えています。

それから、行政上の義務違反につきましては、短期の懲役または罰金刑を考えておりま

す。

○倉田分科会長 ほかにいかがでしようか。

どうぞ。

○山田委員 基準を設けることになると思うのですが、その基準の中にも恐らく施設の要件や何かが入ってくると思うんです。そうすると、GLPだとか、GMPなんかと同じように、それが本当に担保できているかどうかを調べなければならないと。

○山田委員 恐らく、大学等も含めると相当な機関になると思うのですが、その辺は実質上どのようになっていくのか。

○倉田分科会長 どうぞ。

○前田課長補佐 基準の内容については、まだ骨子の段階でございますが、先ほど9ページで病原微生物の使用、保管及び廃棄の基準の骨子ということで、簡単ですが、御説明させていただいたいたいところですけれども、実際に、先ほどどの御質問の点につきましては、第2章の「1 実験室の安全設備及び運営に関する基準」というハード面のことになります。

これは、病原微生物で現在では国立感染症研究所の安全管理規定によって、バイオセーフティーレベル1から4にそれぞれに該当する細菌ですか、ウイルスが決められていて、それに対応する物理的封じ込めレベルとして1から4まで定められているところでございます。

ただ、あれはオールジャパン、全国に波及させるかどうか、適応するかどうかということには今後現場の方々の御意見を聞きながら検討していく必要があるうかと思いますけれども、1つの目安としては安全管理規定が1つの考え方になるうかと思います。ただ、実際に前回もなかなか適用するのは難しいものもあるという話をございましたので、その辺りはまた検討させていただきたいと思いますが、イメージとしては、今のところ安全管理規定のイメージを、もう少し使用とか保管、廃棄の点で内容として盛り込んでいくということを現在考えているところでございます。

○倉田分科会長 どうぞ。

○山田委員 その基準どおりに施設ができているかどうかということは、どのように担保していくのかということなのですが。

○前田課長補佐 申し訳ございませんでした。そのチェックにつきましては、まず内部のチェックとしては、施設ごとに置かれるバイオセーフティー委員会の内部チェックも必要だと思います。外部からのチェックということにつきましては、この基準を遵守していいのかどうかということをチェックする点について、この資料2の2ページのところでございますが、厚生労働大臣による報告、聴取、立入検査という点がございます。これは、その基準どおりバイオセーフティーレベル3のところで、3の菌が扱われているかどうか。そして、バイオセーフティーレベル3とされている施設が本当に物理的封じ込めレベルが3のところどうか、そういうものを含めたことも考えられると思いますが、それがルーチンで行うのか、それとも何か事件が起こったときに行うのか、その辺りについてはまた検討させていただきたいと思います。

○倉田分科会長 この基準というか、保有する場合の施設の条件というのは、これは既にWHOが最初のWHOセーフティーマニュアルを出してから、既に23年目になりますし、一番新しい3版が出てから、まだ数か月ですが、非常にそういうことに関する教育とか宣伝というのは、もう多岐にわたってやられているわけですね。

○倉田分科会長 感染研も既に20年以上前につくって、それがまた文科省の方にも7~8年前に移管されて、似たようなものが文科省でもできていると。ですから、扱うということに関しては、施設及びその中の設備に関して、当然それを満たしていくべきで、それがないからと/or言つて、研究所の場合なかったら、とにかくそれは改善するか、できなければレベルによってはそれを保有しないとか。

○倉田分科会長 また、もう一つ病院のいろいろ出てきている話の中の病原体の管理というのは、はっきり言うと日本の病院は非常に、ルースと言つたら申し訳ないかもしないけれども、例えば、病原体によってはまた米国やヨーロッパの例を引き合いに出して悪いのですが、病院が病原体を3つも6つ、多いところでは10ぐらい持っているんです。研究所とは別ですよ。例えば、教育をやる微生物学教室とは別ですね。そういうところがルーチン化しているところで、日本もそういうものに合わせていく方向で努力すべきだろうと、私は基本的に思つております。バイオセーフティーのことをずっとやってきた関係からすれば。

○倉田分科会長 ですから、病院の問題に関しては、今、言われた移行組織とかいろいろな問題というのは、多く考慮されねばならないだろうと、バイオセーフティ学会でいろいろ病院の方も実情も聞いておりますが、研究所の研究室の医療のレベルに比べれば、非常に厳しい状況にあるというのは事実だと思います。

○倉田分科会長 これについて、相楽先生、いかがですか。病院が病原体を持っていますね。それに関する実情といふ面で、今、施設の問題が出来ました。

○相楽委員 バイオセーフティー学会で、何回か病院の検査室のバイオセーフティーということを取り上げておられますけれども、実情はかなり貧しいと言つては失礼なんですが、きちんと行われているところは少ないというふうには感じておりますので、やはり施設基準はきちんとされたものが必要ではないかと思っております。

○倉田分科会長 これについては、私、事務局とも話した経緯から言えば、これは病院とか研究所、あるいは大学等の研究室と分けて基準のつくり方というのがあると思いますので、そこはまた後で議論してもらえばいいと思います。

○倉田分科会長 それでいいですか。それでは、ほかに質問ございますか。

どうぞ。

○雪下委員 15ページのところの「(3)結核に関する経過措置、特例措置」というのがあるわけですが、これはそれ以前に結核予防法の廃止がどうかという議論がまだ確定されておりませんが、もしも結核予防法を廃止するということになった場合に、なお申しますと結核予防法は予防法でありまして、これを感染症法という形にすると、結核予防法ではそれによる公費でもって賄われるわけですが、感染症法においては保険診療報酬の枠内で見られるという事になるわけで、そうしますと結核予防法で認めている、いわゆる予防策については、今の健康保険の診療報酬の中には全く認められてないわけで、例えば、予防策としての予防投与とか、定期健診とか、あるいは外来通院治療とか、そういうような形のものを、これも経過措置、特例措置で担保するという形で書かれていると思うのですが、この程度のところでそれは十分、後退することなく今までの結核予防法の現状というものをちゃんと担保できるのかどうか、その辺のところをお伺いしたいと思います。

○倉田分科会長 課長、どうぞ。

○結核感染症課長 感染症法の中になくて大丈夫かという御指摘が、先ほど来何人かの先生からもありましたので、それも併せてということでありますけれども。

細かい話を言えば、たくさんあるのかかもしれませんけれども、今、御指摘になられましたような、例えば、定期健診、結核予防法で規定されている健康診断がどうなるか。あるいは住院公費負担制度がどうなるか。それから、患者登録制度、医師の指示というのも含めた、結核予防法では規定をされているけれども、感染症法では規定されていない、結核対策上重要な事項がござります。

○倉田分科会長 これについては、先ほど私たちの方からも概要案で御説明をいたしましたけれども、これは基本的に必要だと私たち認識していますので、法律のスキームが変わったからといって、その対策がなくなってしまうということは我々は適切でないと思っていますので、そこはきちんとした形で、仮にこの議論の中で予防法と感染症法の統合が、それは1つの選択肢であるではないかという御結論を仮にいただければ、そういう方向できちんと感染症法の中できちんと担保していくと、法律の中で担保していくということについては、私たちの方針としては、そこはしっかりと持つて今後検討していくないと、各省との協議もしていきたいと思っております。

○倉田分科会長 よろしいですか。それでは、これについてはまた後の方でたしか出るんですね。ですから、そこでまた議論をしたいと思います。

○倉田分科会長 それでは、お約束の時間が来ましたので、参考の方々に御意見をいただきたいと思います。

○小林参考人 初めに、小林参考人、よろしくお願ひいたします。

○小林参考人 日本患者同盟会長の小林でございます。私どもは、昭和23年に結成以来、日本から結核の苦しみをなくそう、結核者をなくそう、その一点で今日まで、この資料にもありますように「結核医療五者共闘会議」成るものを組織しまして、志を一つにして今まで頑張ってまいりました。

○小林参考人 本日の分科会に出席して、私ども、「結核医療五者共闘会議」としての意見を述べさせていただくことは、大変光栄でありますし、是非諸先生方に私どもの思いもかなえていただきたいという一点で、これから意見書全体を「結核医療五者共闘会議」としてつくり上げたものですから、私見を交えずにその全文を読み上げて御提言に代えたいと思います。座ったまま失礼します。

○小林参考人 「日夜国民の医療と福祉、生活を守るためご尽力いただいておりますことに、一同心

から感謝しております。

私どもは、「亡国病」と恐れられた、結核を日本から撲滅することをねがい、関係者の皆様と力を合わせ今まで運動を続けてきました。

結核はかつての「不治の病」から、関係者のご尽力により『治る病気』となり結核の死亡も1950（昭和25年）の12万人から、2004年には2,300人まで減少されることが出来ました。

しかし、減少はしても撲滅することは出来ず、安心や油断から今日も集団発生がなくならないことも事実です。1999（平成11）年には、厚労省（当時）から『結核緊急事態宣言』が出され、結核対策を強化・拡充させてきたことは記憶に新しいところです。

昨年6月には、『結核予防法の一部改正案』が全会一致で可決され、本年3月8日には厚生労働省から『結核予防法の入所命令等に関する取り扱い基準について』の通知が出されました。しかし、この通知の内容には多年にわたり結核医療にたずさわってきた関係者から、危惧と困惑の声がおきました。

通知の中で出されている、公費で入院治療ができる『命令入所』対象者の制限により、単身者が外されたため結核蔓延が危惧されています。『入所命令の取り消し用件』の是正による退院促進では、退院後に十分な結核の治療の継続が出来るのか？その体制は整えられています。『非結核抗酸菌』の患者を公費負担から外すことは、結核後遺症の患者の治療がおろそかになることが心配されています。命令入所は月2回ほどの審査で承認されたあとで有効となり、それ以前の入院分については命令入所の取扱いにならざる患者負担となります。また、連続して2回陰性になれば、命令入所は取り消されることとなり、早期の通院が迫られます。医療費の自己負担割合が増える中で、命令入所の結核が医療費負担増となることになり大変厳しくなります。

国会の付帯決議で『結核の患者及び患者に対し、その人権を配慮した良識かつ適切な医療が提供されるように』とされたことからすると、実質的に反することとなり大変残念なことがあります。

8月24日に行われた厚生科学審議会感染症分科会では、来年通常国会に向けての結核

予防法の廃止が視野に入れて結核症法への統合が表明されました。9月15日付けの新聞

では、『厚生労働省はウイルスなどを使った生物テロを防ぐため、感染症法を改正する

方針を固め、結核予防法を廃止することを視野に入れて検討を始めた』という内容が報

道されました。

結核予防法が廃止されることになると、本年4月に結核予防法の一部改正がされたばかりという事からしても、戦後一貫して追求してきた結核制圧・撲滅の対策とは大きな方針転換となり、これまでの結核予防と対策が大きく後退することが危惧されます。

感染症法の中でも同じ対策として結核を扱うことになると、現在でも新規の感染者が3万人もいて、死亡も2千3百人もいる日本最大の伝染病である結核を、今後どういう基準で入所とするのか、また退所とするのか、退所後の対策はどうするのかが大きな課題となります。

現在の結核予防法の中での命令入所は強制力にはかけており、命令されても入所しない患者もいて、その対策については急がねばなりません。しかし、入所に際しては雇用の保証や生活の保障は、入所となる患者にとては重大な問題ですので、そのことも法律で権利を保障することは人権の観点からも求められています。また、命令入所は単身者も対象としなければ、結核の蔓延を防ぐ対策として極めて不十分なものと言わざるを得ません。本年4月に結核予防法の一部改正でも、患者の中心が高齢化する中、『高リスク』の方の対策として検診による対応について触れられていますが、具体的な対策や財政的問題には触れておらず現実性が期待できるものにはなっていません。

戦後これまで続けて来た結核耐性結核を後退させることになります。結核患者は増え

ることになり、結果的には多剤耐性結核を増えることになります。

1980年代後半から90年代初頭にかけて、米国にみられた過ちを日本で繰り返す事は断じて許されません。多剤耐性結核をテロ対策として位置づけで新たな対策を取ることは必要ではありませんが、多剤耐性結核の患者登録や患者管理もされておらず、患者の実態や治療現場の状況も充分把握されていない現状では、多剤耐性結核の治療を行なう病院や施設を行なうべきです。

今回の法改正でも触れられるとは思いますが、一部分だけの結核・多剤耐性結核対策は、感染を防ぐことにも予防をすることににもならずかえつて危険性が増すことが危惧されます。戦後一貫して進めてきた結核対策は、結核の検診などによる予防対策、結核の研究、普及啓蒙活動や出版物の発行、研修などによる人材の育成、命令入所による感染拡大の抑制と治療、退所後の治療やフォローです。そして、これまで総合的に行なわれて来た対策が、非常に大きな成果となり、結核の劇的な減少につながっています。

日本の結核対策が大きな成果を上げたことは、アジア諸国との結核対策にも広く浸透していること、アジア諸国から日本に研修に来ていること、日本からの支援が重要なものとなっていることからも明らかです。

こうした事実からも現状の結核対策を更に前進させることが重要あります。今後のさらなる課題は、国内では患者の高齢化が進むことに対する検診などの具体的な対策、結核患者の治療の充実と人権と保護、制度が高く早くなったり検査薬の普及と承認など、ないない集団発生への具体的な対策と検査などの予防対策、結核の研究と研修や普及啓蒙活動、こうした事こそが必要なのです。

油断してこれまでの結核対策が後退するようなことになれば、結核が増えて国民の生命と健康を守ることは出来ません。現在も、日本で最大の伝染病であり新たに多くの患者が発生し、死亡している現実を重く受け止める必要があります。

結核予防法の廃止、感染症法への統合がされたためにこれまでの結核対策が後退することや、これから必要な結核対策がおろそかになるようなことのないよう強く求めるものであります」。

以上を意見として発表します。終わります。

○倉田分科会長 ありがとうございました。

何か小林参考人に御質問ございますか。もしありましたら後でまた。

それでは、次に長尾参考人、よろしくお願ひいたします。

○長尾参考人 長尾でござります。私は、日本結核病学会の常務理事という立場で、こちらにまいりました。

先週、そして今日と2回、かなり短期間の間に、このような非常に重要な会議が開かれています。というのは、正直、私、戸惑っております。今年の4月に法改正があつたばかりで、またなぜ今かと、しかもそれが伺いますところによりますと、きっかけがテロ対策であるということです。

私は、前回の会議は参加しておりませんでしたので、資料を昨日お送りいただきました。そして拝見し、そして今日午前中の議論を伺つた上で若干の意見を述べさせていただきます。座らせていただきたいと思います。

まず、結核と結核菌のことをついて確認をしてみたいのですが、結核というのは御存じのように、紀元前の、それこそミイラにもいろいろな結核による病変が見られる等、数千年間にわたって人と共生してきた微生物ということが言えます。

そして、現在世界で3分の1以上は感染者ということも特異な感染症と考えていいかと思います。

したがいまして、最近遺伝子変化で新たに登場したというような新たな感染症とは全く違います。しかも、その分裂の時間も10時間以上かけて分裂するということで、かなり特異な病原菌であるといふことを御理解いただきたいと思います。

そのしぶとさといふことを、当然筆舌に尽くし難いものがあります。現在、人間に結核が悪さをするといふことになりますと、その病態といふのは千差万別であります。胸水を起こしたり、肺に空洞を起こしたり、それから頭に行ったり、とにかく極めて一定してない病気であります。

しかも、それが午前中の議論にありましたように、非常に慢性的に振興する疾患でございますので、慢性的疾患といふに取り扱われてきました。しかししながら、そのほかのH.I.Vとか、エキノコックスなど違いまして、その経過といふものは全く予測できません。感染しても、感染者の中では、普通の方ですと10%がいつか発病してくると、したがいまして、感染と発病といふものを分けて考えなければいけないといった特徴がございます。

そう考えますと、朝から問題になっておりますバイオテロの材料になるのかどうか、それがよしんば多剤耐性結核であっても、すぐに発症するわけではありませんので、正直これがもしハイオテロに使われた場合には、それこそ大変なことになるのはわかっています。

したがいまして、菌の管理というものに関しては、重々何らかの法律でしっかりとやる。これはもう私どもも全く同感でございます。

あととは疫学的に結核を見ますと、この偏在の仕方も特異でございます。何が特異かと申しますと、まず一番有名なのは、貧困層に多いということが言われております。それ

は社会的な弱者ということも言われます。しかし、一方で飽食によって糖尿病になる。それで、糖尿病になった方も、今度はハイリスクになってくる。それから、職業です。職業によっても、ハイリスクのグループが出てくるわけです。また一方で、その人が発症すると今度デンジャラな職業者集団、これもある意味結核の偏在ということで、この偏在もほかの疾患、感染症とは全然異なっておりまます。しかも、なおかつ先ほどからお話しになつております空気感染というのは、非常に閉鎖した空間では、一人が排菌すれば数時間いれば確かに全員に感染するようなリスクが一などころもあります。しかしながら、結核菌というのは、紫外線に非常に弱いわけですから、それが一旦外に出て太陽光線に当たりますと、比較的早目にそれは死滅してしまうということもわかつております。それから、私は昨日、前回の資料を拝見ておりましたらば、結核予防法のごとく疾患者を冠した法律、これは差別につながるというような文言がございました。しかし、そう考えますと、では感染症といふのはどうなんだとということになりますと、感染症といふのをやはり同じように広い意味での疾患のくくりであります。こういう法律を問うというのは、やはりどういくくりでやるかということが問題でありますし、では結核が差別といふことで忌避されるものであれば、感染症はどうかということになりますと、感染症も私から見ればやはりリーダーティーなイメージですし、やはり何か後ろめたいことがあったのではないかと、そういうことにつながる、ある意味それも差別的なくくりではないかと、したがいまして、結核が差別かどうかといふのは、比較論にすぎないような話があります。これは、勿論その御専門の方から見れば大変な問題かもしませんけれども、私も結核を撲滅しようという立場の者にとっては、その議論は余り大きいものではないようになります。

これも先ほどから大きな問題になつておりますが、もし多剤耐性菌がそういったものを使われるのであれば、それを賛成しないようにする、そちらの努力の方が大事ではないかという議論がありました。それはもっと大きく考えれば、結核の最良の予防といふのは、早期発見と完全な治療、つまり治療の完遂です。それが最良のプロセスであるというのは、これはもう世界の常識になっております。そういうことですと、これは先ほどから問題になつておりますと、結局治療の脱落者を出さないということ、これは先ほどから問題になつておりますと、公費負担等のことなどがございます。もしも結核が弱者の病気であれば、やはり弱者の多くは貧困のある者、または意識の低い者、そういった者たちをどうやって治療を完遂するかといふことで、やはり公費負担、それからその後の管理、こういったものを怠つては、また先ほどから言つておりますバイオテロの原因となり得る多剤耐性結核を増やしてしまいます。これはごもっともだと思っております。私も全く同感であります。

その件に関して、先ほどちょっと議論がありましたけれども、そのようなことは経過措置、特例措置、そういうことで措置していくと、それはしかも法改正がなければ永劫に続くのだということですが、やはり私どもから見ますと、これはもし感染症法として、何か将来考えていくのであれば、ここにのところは、やはり結核は減ったとは言え、一旦起りますと、それこそエクスボンニーシャル以上にもつと空気感染で広く感染症法にさせるとしても、法の中に入れていっていただきたいと考えております。

それから、サーベイランスのことは、先ほどから問題になつておりますけれども、このサーベイランスに関しては、ほかの単なる報告と違いまして、これは私どもの学会でも指導しております、保健師、看護師、こういったもの、それから市の福祉関係の方たちが、総力を挙げて患者訪問等をやっておりまして、これがきめ細かな現在まで効果を挙げてきた方であります。つまり日本版と言つておりますけれども、このよくな方策、これもどうにか受けられるように、是非していかなければいけないと思っております。

それから、事ほどさように、バイオテロと多剤耐性結核がどうして結び付くかといふことが言つてきましたか、まだ私はどうしても理解できないのですが、もしこのテロとの関係で感染症法を云々といふことであれば、どこかの類型にということで、先ほどから意見を見聞いておりますと、2類といふお話をございました。しかし、2類でもなかなか整合を取りるのは難しいのではないかと思ひます。

むしろ、感染症法の類型を拝見しておりますと、どこにも入れない。逆に言いますと、だから今まで結核は別格だといふことだったのですが、もしもあだたら新たな類型を立ち上げるなんていうことは視野にないのかどうか、それは私として伺いたいところでございます。

改めて私どもの学会でも、こういったことはある程度表にしておきそうでしたらば、学会として改めて厚労省様に意見書ということで提案をさせていただくべく準備を始めております。

強引だと思っておられる方に、拙速のそしりを受けかねないわけですから、十分な御議論を重ねていただいて、より慎重に御検討いただければと思っております。

以上です。

○倉田分科会長 ありがとうございました。あとで関連のことをお答えいただくことにいたします。

それでは、光石参考人、よろしくお願ひいたします。
○光石参考人 発言の機会を与えていただいたので、ありがとうございます。
私のこれから申し上げることは、今お手元に4枚刷りのもの。意見書と書きましたが、これです。

バイオテロの問題のお陰でと言いますか、こういう感染症立法の基本的な問題をまた考える機会がめぐってきて、私にとっては大変ありがたいことだと思っております。

私は勿論、感染症の患者といふ経験もしております。ただ、弁護士会においては感染症の患者さんないし、元患者さんの問題。例えば、ハンセン病とかエイズとかといふ問題で関わつてまいりまして、以前、公衆衛生審議会伝染病予防部会の基本問題検討小委員会で、委員長の倉田先生を始め、ここに何名もおられます、そこでいろいろと議論させていただいて、その後、ハンセン病問題検証会議に今年の3月まで関わつてまいりました。

今日申し上げたい点は、主として6点なのですが、まず1つは、今の長尾先生のお考えと少し違う考え方だと思いますが、感染症の病名ごとの立法といふものを廃止して、包括的な感染症立法に統合するといふことと自体は望ましいことだと、私は思います。

その理由はその病気にに対する差別、偏見を抑止していくという観点。この感染症に対する基準とか手続が統一化できるといふ観点。

何かわからぬ、新しい感染症が生じてきたときのどの法律で行くとかいうことについての混乱を避ける。効率的な対応をするといふ観点から望ましいと思います。

本文のところに書きましたように、昔は性病予防法とか、これは広いカテゴリーに使つたのです。らい予防法はもううぱり特定の病名。後天性免疫不全症候群予防法は病気の症状名で立法したんです。

こういうことをやつた結果、結局その病気になった人、ないしはそれを疑われた人に烙印を押して、法律の存在それ自体が差別の温床になつた。そればかりか、むしろそういう差別偏見を国家が基礎づけて醸成するという大変惨たんたる結果になつたわけであります。

そういう歴史的な事実を考えますと、先ほど申し上げたように、こういうふうな包括的な立法で統合するといふことは、やはり差別偏見の抑止といふ観点が一番大きいと思いますが、これは望ましいのだと私は思います。

第二点ですが、しかし、その現行の感染症予防法に統合する場合には、今の現行法の強制措置といふものを感染症の病名によって分類しているんです。そういうデイジーズ・スペシフィック・プロセッションと言いますが、そういう規定といふものはやはり同じ理由で差別偏見の抑止といふ観点から見直す必要があるのだと、これが第2点です。

本文2ページ目ですが、結局ちょっと考えますと、精神保健福祉法といふような分野

では統合失調症といふ病気の患者さんはこういう強制措置を取ると、そんなこ

とは決して規定していません。やはり自傷他害のおそれとか、そういう要件でもつて強制措置を規定しているのです。

そういうことを考えますと、ここに「第一に」と書きましたように、公衆衛生上の介入、強制入院とかそういうことですが、そういうものをリスクの程度とか、費用も含めてですけれども、リスクに対応していくときにかかるコスト。効率的かどうか。そういうことと、あとは人権に対する負担。長いこと就業させないと、あるいは長いこと入院させると、そういうこと。そういうことが人権に対する負担になるわけですが、

そういうことによってこの介入といふものを定めるという考え方方に立つております。

第2にそういうリスクの判断要素。これは基本問題検討小委員会でもさんざん議論したことですが、リスクの性質、リスクの期間、リスクの蓋然性、重症度とか、人権への負担というものが、そういう入院措置が強制措置の有効性とバランスが取れる

いうことです。

例えれば、1種感染症などははどういうのかというようなことは書いてございますが、危険性が極めて高いということが書いてありますけれども、そういうものは要するに、して条文化していくということが可能なのではないかと。これが第2点でございます。

第3点は、結核予防法の第1条で、公共の福祉の増進ということを明記しております。これを廢止するということと、関連して、この感染症立法の背後にある公共の福祉といふ概念を明確にする必要がある。そのためには法の目的規定にやはり患者や感染者、いわゆる概念が含まれるものとの人権を尊重して、それでも、これを保護するということを明記するということを明記する必要があります。これが必要ですし、人権に対する制限があいまいで無制限となるおそれのある公共の福祉を含んでいます。

本文の方は2ページの3と書いています。つまり公共の福祉という概念をもう少し絞り込むように超えてやるのだと書いてあります。つまり規約上、可能な限り公的機関が行うべきことと必要だとしているところですが、これは国連の規約人権委員会が日本政府に対して何度も勧告してきています。つまり規約上、可能なかぎり無制限になってしまふ。それは規約上、可能なかぎり無制限になってしまふ。それは規約上、可能なかぎり無制限になってしまふ。

その個人は、それが何であるかを理解する。しかし、それは必ずしも現実の世界における現象ではなく、抽象的な概念である。したがって、その個人は、現実の世界における現象を理解する。しかし、それは必ずしも現実の世界における現象ではなく、抽象的な概念である。

それに対して保護というのは、第三者による侵害から権利を保護するという積極的な義務です。

思ふところです。が、差別主義は、この権利を尊重するべきであることを明記する。この権利を尊重するべきであることを明記する。

の公は、約束を守るに心を尽す。一方で、権利を制する者は、その公は、約束を守るに心を尽す。一方で、権利を制する者は、その公は、約束を守るに心を尽す。

うとも選択の権利がある。しかし、人業選択の権利は、その選択によって生じる結果をもたらす。つまり、選択によって生じる結果が、選択の権利をもたらす。つまり、選択によって生じる結果が、選択の権利をもたらす。

者に居て、要でござります。同様に、この点合意範囲内に困る場合第3の者の居る所で、改めて現行の二段階法規を規定する法規が、それが今居る所で、予め立てる所であります。入ることもあれば、出ることもあれば、必ずしも必結局は、この所であります。

しかし、これらは有事の状況の下でも感染者等の人の権が尊重され、これらは保護されるべきです。これらは信頼できる法律システムであるといううえで、これらは法律問題です。だからこそ、これらは公衆衛生の要請からも必要で、こんな命と金といふものが同居者に限られないのだということになりますと、やはりそこまでして、これらは法律問題です。

もしも人所部品かといふのが向居店に限られないのだと云ふことになりますと、やはり職場とか学校とかその他の場所での強制措置での合理性とか信頼性が明示される必要があるわけです。そうでないと結局、恣意的な運用が行われるおそれがあるわけです。
そこでここに4つの基本原則を掲げましたが、これに限られるわけではないのですがまず(1)が、もともと感染症のコントロールについては公衆の理解と任意の自発的な協力が第一義的に重要なんだと。これは例の精神保健福祉法では任意入院の原則というものが規定されております。

要するに、精神保健福祉法の場合には判断能力に問題のあるあるかのケースが少なくなはないわけで、それほども、この感染症の場合にもそういうこともあるかも知れませんが、いずれにしてはやはり自発的な協力、そして理解と協力が絶対大事なのだということ。これが基本原則。(2)は、強制措置というものは、やはり必要ないと。これは現行法を見ますと、物的に最小限で均衡の取れたものでなければいけないと。34条に消毒その他の措置については必要最小限度の措置。という条文がありますが、物的なことについて、こういう基本原則を言えるなら、もうひとつの大切なこと。感染がないし感染が疑われるに対する強制措置についても、そういう必要最小限度の均衡の取れたものであるという原則を明記する必要があると思います。そこから、より本

(3)が、強制力の行使についてはさき申し上げたようなとおりです。

(4)に、これは(1)と関係がありますすけれども、検査や治療や入院への積極的、自発的な協力を得るために患者の諸権利、なまかん原則、もしくは仮に入所した場合への最善の医療を保護する権利、インフォームドコンセント原則、プライバシーの権利。こういったものの権利。他の法律で医療法で医療法で医療症立法における、人々が明確にするための大事なことですので、ダブってもこれはこの法律で明確に記載されています。

以上が第4点です。第5点、これはむしろ手続論なのですが、この結核予防法を見ますと、従業禁止命令に検査協議会の意見を聞くというような規定がござります。もしこういう法律を廃止するといふことはなりますと、現行法は就業制限には検査協議会の関与を規定していないように、私は読めるのですが、間違っているかもしれません。
するに、現行の所定医療法の検査協議会についての規定をちょっと見直す必要がある

要するに、現行の予防医療法の診査協議会についての規定をちょっと見直す必要があるのではないか。これは本文の3ページの5というところですけれども、要するに現行の診査協議会の何を協議するのだという守備範囲や権限や責任が狭過ぎるよう、私は思えます。

再検討する場合には、やはりともとこの診査協議会の性質とか目的とか構成員といったものも感染者等の人権の尊重及び保護という法の目的に沿う独立かつ公正な診査機関とする必要があるのだとか。そのための強制措置を行う場合の書面による通知であるとか、代理人の援助を受けける権利であるとか、分かつ公正な聴聞を受けるとか、異議申し立て権があるとか、措置を誤った場合の補償を受ける権利があるといったことを設ける必要があります。それによって初めて憲法、国際人権規約、国連原則の中には「あらゆる形態の拘束、拘禁下にあつては保護するための原則」というのがあります、これらに違反しないように見直すべきではないか。

しかし単純には現行の72時間の限時的入院勧告とか命令を事後評価するということは絶対必要ではないかと思ひますし、就業制限にもやはり闇を認めることが必要なのでないか。以上が第5点です。

場合には、その場合の行政上の強制執行についてについて基本法はないんです。これは日本の法体系が先進国と言えるのかどうかは別として、日本において、その基本法がないというは極めておかしい状態として、本文の最後のページに書ききましたように、戦前は行政執行法という法律があったのです。これが人権侵害のおそれがある強いといふことで廃止されたのです。ところがその後、これに代わる基本法ができてないのです。よく考えてみると、

どうかその後、これに代わる基本法ができるといいのですが。よく考えしますと、

人権侵害が起きないようにするには、行政強制。この場合で行きますと即時強制というのが今、現行法で決まっておりますが、この即時強制についての一体どういう場合までできるんだ。

先ほど、小林参考人の方からも、命令されて入院しない患者がいるというお話をありますけれども、こういう場合にどういう限界でもってやれるのかということも法律全体の問題として考える場合に、こういう個別法だけで即時強制を決めているというのは極めて不自然な法体系上の問題があるといふことが第6点。

以上でございます。どうもありがとうございました。

○倉田分科会長 ありがとうございました。いろいろ問題を御指摘いただきました。

それでは、3人の参考人の方々に御質問等ありましたら、どうぞ。

○高松委員 光石先生にちょっとお聞きしたいと思います。私は不勉強で法律にことはわかりませんが、先生の3のこところで、国連規約人権委員会の日本政府に対する度重なる勧告に、初めのことだから全然勧告に応えていなかったという経過があるのかもしれませんけれども、そこら辺の経過と、ここで先生が強調されている中身のことを教えていただきたいというのが一つ。

先生のお話を聞いていますと、結核予防法が単独で人権侵害に当たる強制はよくないという先生の御主張はわかるのですが、もう一方、先生の今日のお話では、現行の感染症法に統合すれば、それが解決するのではなくて、現行の感染症法ももっと強化しなければならないところが幾つもあるって、それに対する現行の感染症法の強化も課題であるというふうに今、御指摘いただいたのがなあとお聞きしたいんですけども、そこら辺のことを教えていただけたら、また確認いただけたらと思います。

○光石参考人 ありがとうございます。まず2番目の論点からですけれども、おっしゃるとおり、統合自体は望ましいことですけれども、今の感染症法も今までいいのかと言われれば、先ほど長尾先生の御指摘のあるように、結核はかなり特別いろいろな規定が必要だということがありましてけれども、要是そういうことも含めてなんでしょうけれども、統合されれば、やはり今のこの法律でも感染症について全部やっていくということになるわけですから、そうするといふことを申し上げたような点を少し変えないと、今まででは問題があるのではないかといふことを申し上げたわけで、変えない限り統合してはいけないと、そんな強硬なことをさしあげているつもりはございません。

やはりそういうことを考えて改正をしていただきたい。改正をするなら、省庁横断的にいろいろなことを想定して、そもそもこの生物テロというものが今回のきっかけになつたようですねけれども、それがある種、改正の1つの機会が与えられたのなら、これも1つの機会と考えて、少しでもいい方向に直していただければと、こういうふうに私は希望しているのです。

最初の方の、国連規約人権委員会が何度も日本国政府に懸念事項及び勧告をしているのは、一番最初は、1998年11月19日に国連規約人権委員会が主なる懸念事項及び勧告として、公共の福祉に基づき規約上の権利に服し得る制限に対する懸念。これはここで再度表明すると言っていますから、98年が再度だったのでしょうか。

この公共の福祉という概念はあいまい無制限で、規約上可能な範囲を超えた制限を可能とし得るのだと。だから、前回の見解に引き続いて、委員会は再度日本国に対して国内法を規約に合致させるよう強く勧告するということを明記しております。

これはハンセン病検証会議の法曹界に対する対応責任というパートで、私なども勉強してまとめてみたのですが、この国連規約人権委員会に何とか応えるということも今回せっかく改正するのなら大事なことではないかと思っております。

以上です。

○倉田分科会長 ありがとうございました。

ほかにどなたか、3人の方々に御質問はありますか。

どうぞ。

○加藤委員 光石先生にお伺いしたいと思います。先生の資料の4の(1)に、感染症の制御に関して公衆の理解と任意の協力が第一義的に重要であるとお書きになつています、特に入院についてお話をされまして、これは基本的に当然のことかと思うんですけども、これに対する裏打ちとしての入院治療等に関する公費負担の問題があると思うんです。

先生がメンバーになられたとおっしゃっているハンセン病に関する検証会議の最終報告におきましても、感染症医療とか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、入院等の各部において、法律の強制の由がない限り予算措置を講じないという、これまでに見られた予算編成上の慣行なし方針が人間の人権の尊重に対して、もやは破綻しているということを認識し、パブリックヘルスの目的がある場合には強制の由がなくても予算措置を講ずるよう努力するのが原則ということが報告に書かれていますけれども、こういった観点から考えた場合、今、事務局がおっしゃっているように、今、結核予防法が持っていることを特例措置として書き込むこと。

ここら辺は法律家としてどのようなことになるか、ちょっとお聞きしたいと思います。

○光石参考人 ありがとうございます。

まず、これは厚生労働省の方が財務省などで折衝されるときにいつも、この強制的な措置であるから公費だということで何とか財務省を説得してきた。私はよく考えてみますと、強制措置というのは確かに法制度として必要なだけれども、確率から言うと非常に少ないので。

しかし、では、自発的に任意に協力された方について、公費を一切負担しないというのは、私はそれがおかしいので、ハンセン症の検証会議の最終報告で、財務省に対する提言の中にそれを言っております。つまり、社会全体に対して理解した上で、自分は積極的に入院しますという人に対して、公費を全部負担するかどうかは別として、なぜしてはいけないのかというものが私の疑問です。

ですから、それは今までの財務省の各省に対する要求というのが間違っているというのが私の考え方です。

○倉田分科会長 ありがとうございました。

ただいまの問題もそうですが、先ほどの感染症法にもし入れるとすれば、もっと違う格好で、今の1~5ではなくて別の類型として、こういうものを考える、そういう発想はあるのかという御質問がありましたが、ただいまの光石さんの話も含めまして、その辺のお答えをいただけますか。

○新課長補佐 現在の分類は、どの分類にどの規制を適用するかということのみで分類がされていますし、非常に実務的ではあるのですが、光石先生の御指摘のように、どういったものが1類だといふような、類型的性格を条文に明記していないという分について政府全体の法律のつくり方の問題を別としまして、欠点があるというのはそのとおりだと思います。

そのことをクリアできるのが望ましいと思いますけれども、新たに分類をつくるかどうかといふことについては特に考えておらなくて、今の分類で適切な措置が講じられる、あるいは慢性感染症に適切な措置が講じられるような規定を設ければ対応できると思いますので、分類を再度つくり直すということは今のところ念頭に置いておりません。任意のときは公費が一切入らないのかといふような御指摘もありましたけれども、現行の感染症法は勧告前置プラスやむなき場合に即時強制ということを担保していますが、勧告自体は任意性を尊重するための手段としまして、勧告に従っていただいている場合には公費の医療の対象となっておるということで、全くその任意性を排除して強制の場合のみ公費負担ということではないということは御理解いただきて、前回お示しました2種感染症の入院措置手続についても即時強制はゼロ件で公費負担をしておりますので、そこには御理解をいただければと思います。

通院医療については勿論、現在と同じように結核に関しては法律上の措置を講じたいと思っておりますので、それも勿論、強制の要素を講じるものではございませんので、そこには補足をさせていただきます。

○倉田分科会長 それでは、ほかに何か、参考人の方に御質問は。せっかくの機会ですから、参考人の方から事務局あるいは先生方に問題を投げかけていただくと非常にいいことですが、何かございましたら、どうぞ。

○光石参考人 今までの御説明ありがとうございます。勧告の場合には現状ですと、命令でない場合には公費負担なんだという説明だったんですね。

○新課長補佐 そうです。感染症法で勧告を前置しておられます、その勧告に任意で従つていただいて、通常入院しましたら、公費で当然負担しております。

○光石参考人 そうですね。だから、それは大変いいことです。ただ、今の結核予防法ですと、勧奨とか勧告という言葉がなかった。

○新課長補佐 行政処分がいきなり講じられることがあるのです。

○光石参考人 ですので、医師が勧告して、こうしてくださいよと言って、それに積極

的に同意して検査なり入院なりをした方に公費で行くということについては全然問題ないと理解していいわけですね。

○新課長補佐 医師の勧告ではなくて、行政です。それは公費負担という性格上、行政が若干の関与が必要だということございます。

○光石参考人 そうすると公費負担が問題になるのは、通院でも今の場合は公費で負担できていると。

○新課長補佐 結核に関しましては通常の入院手続を経られた方について、申請があれば、申請主義は外せませんけれども、公費は出ておるということで、任意性を前提としております。

○光石参考人 結核以外の感染症の方々でも、例えば、そういう勧告に従って通院したりする方については、これは公費ないでしょ。

○新課長補佐 通院はございません。

○光石参考人 それはやはり、そこがおかしいのではないか。つまり、結局は社会のために通院されて、自分のためが勿論第一にありますけれども、やはりそれによって感染が起こらないようにするという考え方からして通院するのであれば、やはり何分の1かはわかりませんけれども、公費を負担していいのではないかと、私は思います。

○倉田分科会長 何かそれに対応してありますか。いいですか。

○新課長補佐 公費の関係については持ち分を超えますので、失礼いたします。

○倉田分科会長 わかりました。ありがとうございました。

ほかに何かございますか。どうぞ。

○阿彌委員 今の続きですけれども、例えばということで、今回、結核予防法については特例措置とかがいろいろな案として出ておりますが、各項目ごとにいいんですけれども、結核予防の本体自体がなくなるというと、やはり目的条項とか基本理念とかという大きいところがすぱっとなくなるような形がありまして、その辺は今回の光石先生の説明の中の3番に、目的条項というところが結核と感染症法で微妙に違うんですけれども、患者に対する医療とか福祉とか、そういういった福祉という言葉は感染症法にはないんですけども、統合となつた場合に、個別の通院医療だと定期健診だとか、この部分は経過措置をするというようなところで、それが後退しないかどうかというところを御意見いただきたいと思います。

○倉田分科会長 いかがでしょうか。

○光石参考人 すごくいい点だと思います。現行法はつくられるときに、前文がつくれて、そこに初めて人権を尊重するという言葉が入ったのです。これはすごいことだつたと思っています。

ただ、残念なのは前文でしか言わなくて、あとは全部、人権に配慮するという規定にな終わっています。やはり尊重とか保護ということと配慮は違うのです。配慮は当たり前のことなのです。人権を配慮しない人はいないのです。だけれども、尊重し保護するということを法律の基本原則にうたってほしいのだと思っておりました。やはりその中には今おっしゃるような予防医療だけではなくて、福祉ということをうたうべきなんだろう。そうでないと一応医療施設は出たけれども、あと福祉の施設を使わなくてはいけないという方もおられるだろうと思うので、そういうことについての原則規定もやはり必要だと思います。

○倉田分科会長 ありがとうございました。それについて、何か御意見はありますか。いいですか。

ほかに何かございますか。どうぞ。

○重藤委員 午前中に私の意見を申し上げましたけれども、光石先生に御質問なのです。私も結核部会で、今まで強制力をもつた入院ができるのかという意味のことを申してまいりました。ただ、それに関して、もう治療不能になって、要するに感染性でいう面では一生永続する方ではなくて、それになる直前の方に対して強制力を発揮できないかということを主張してきたのですが、それに関しては今までのところ無理といふ返事をいたしておりますが、そのようなことに関して、法律的にはどのようなことでしょうか。今回の結核予防法から感染症に入る一点として、事務局の方が挙げられていますけれども、強制力が使えると、それに関して、私はかえって危ないのではないかと。

長期の感染性ということに関して、一生命命される人が出てくるのではないか。そうでなくして、そうならないようにしなければいけないのが、まさに結核の特異的なところであると考えています。

○倉田分科会長 先生、何かお考えがありますか。

○光石参考人 これは本当に長尾先生の範囲だらうと思いますけれども、ただ、一生そういうやつて治療を続けなければいけないという患者さんですか。

○重藤委員 いえ、現在の医学では治療の可能性がない元気な方という意味なのです。

○光石参考人 だけれども、感染性が相当あると。

○重藤委員 それは勿論、医学的には条件が整えば感染性があるということです。

○光石参考人 だから、その辺が、私が先ほど、本文の2のところでリスクの性質とか期間とか蓋然性とかいろいろ書きましたけれども、これの点数というのは基本問題検討委員会でも少しずつ変わっていくものだろうと思うのです。医学の進歩その他によつてですね。

だから、時代によって変わっていくだろうし、かつここに書きましたように、やはりデーターというものが何か合理的な根拠に基づいて、この強制力を行使するという場合のデーターの合理性とか、そういうものをしっかりと検討するということがあれば、それはやむを得ないかなと。

ただ、今の現行法ですと、72時間から10日間とか、少しずつ延期延期となっていますね。その辺のところについては先ほど申し上げたような、独立かつ公正な審査機関といふものがあれば、人々は安心するだろう。

そうでないと今のよう、例えば、現行法ですとこの診査協議会の守備範囲が非常に狭いですね。狭い上に審査請求をやれというふうになっています。審査請求というのは厚労省のやつたことに対して厚労省が判断するんですから、これはどうせ裏議申し立てでもだめだろうと、みんな思います。

だから、そういうのではなくて、これは別に裁判所という必要はないのですが、やはり独立かつ公正な審査機関というものがちゃんとできれば、少し長引いてもそれに対して、いちいち裏議申し立てをしたりして、それに対して診断が下れば、場合によってはもう少し長引くのはやむを得ないということになっていくから、法的に考へるとその手続きをいかに公正かつ科学的にやるかという、そこに依拠しているような気がするんですが、先生、どうですか。

○倉田分科会長 長尾先生、是非何か。

○長尾参考人 今の問題をちょっとそらすような言い方になりますけれども、結核の場合は適正医療というものが担保されていないくてはいけないということになつていて、例えば、多剤耐性菌がずっと出ている人は実際にいるわけです。それをこの感染症法のように全く100%準拠してしまったら、その人はそれこそ一生入院していなくてはいけない。そういうケースが実際に出てきて、そうするとそれこそハンセン病と全く同じリスクを背負っているわけです。

そこで大事なことは、やはり光石先生がおっしゃったような診査協議会の機能をちゃんとこれから持たせる必要があるのではないかと。それは現行の感染症法ではしっかりとしないので、その辺りで今の診査協議会は若干問題があるようにも言われていますけれども、実際に私どももやっておりまますけれども、それがちゃんと機能すれば、今のような懸念は心配ないのではないかと考えています。

○倉田分科会長 ありがとうございました。

それでは、いろいろな話をどうぞ。

○新課長補佐 私どもからは、感染症法に統合した場合の対応について御説明した中で、当然、即時行政手続は最終的には担保するということは申し上げましたけれども、当然それは合理的な基準とか適正手続というのが前提でございまして、排菌するところは賛否ある議論ではございませんけれども、行政当局からはそういう隔離措置長期化についてのことを申し上げたつもりはありません。

あくまで法に基づいて、適正手続を経て即時強制も担保する仕組みという趣旨でございますので、現行のように解釈等で命令を出すということではなくて、適正手続だといふ文脈で申し上げましたので、そこは補足をさせていただきたいと思います。

○倉田分科会長 ほかにいかがですか。どうぞ。

○雪下委員 単純な問題かもしれません、今の人権に対する尊重、保護というのは当然のことで納得されるわけですけれども、当事者とその周辺に与える影響に対しての周辺の人々の権に対する尊重、保護というものを光石先生にお伺いしたいと思います。その辺はどういうふうに考えておられるのか。

例えば、先日の例で、今の命令入院のところで、同居者がいない場合には命令入院させないということだとすると、それは差別ではないかということで、同居者に準じた者がいる場合は認めるかということを言いましたら、今度はそれがマスコミで取り上げられまして、それは人権の侵害だと。命令で入院させるというのはおかしいではないかという議論があつたのですが、その辺について、光石先生はどういうふうにお考えか、お教え願いたいと思います。

○光石参考人 ありがとうございます。
私のレジュメの2ページの方に、「人権相互間の矛盾衝突を調整する原理」と書きましたが、これはつまり感染から保護される人々。つまり周辺の人々ですね。周辺の人々もやはりそういう生命身体上の人の人権といふものを持っているわけです。

そういうふうに考えますと、そういう人の人権と、今、感染が疑われている人ないし

は感染者の人の人権とが衝突する。感染が疑われる人の居住権の自由とかそういうことですが、そうすると、そういうふうに単に公共の福祉みたいな、さっき言ったような

あいまいなところをしないで、こういう人権の衝突の問題としてとらえて、では、具

体的にどう判断するかというときに、このページの2で書いたようなことでもって、現

場で評価していくんだ。そういうことをすれば、今の現行法の結核予防法で言っている

ような同居者という、そういうことをすれば、現段階においての話ですけれども、ちよ

と不自然な要件になつていて、同居者でなければいかぬというような書き方になつています。

しかし、もしも同居者という要件を取ってしまうなら、すなわちどんな場合でもやれる

のか。それはやはり国民は不安になるわけですから。その場合にはそういう疑われる人

々の人権というものを考えて、こういうリスクの性質とか期間とか蓋然性とか、そうい

つたものを総合評価してやっていただくということで何とかなるのではないか。

そういう意味で人権の衝突というふうに先ほど申し上げたのですが、よろしいでしょ

うか。

○雪下委員 それをだれが判定するのですか。

○光石参考人 ですから、それはまず行政が判定するわけです。それに対して、もし異

議があると。そんなことは困るとか、そういう場合には、さっき申し上げた、現行法で

言いますと診査協議会というところで、いろいろな立場の人が、中には患者側の人権を、

考える人たちも入ってもらわなくてはいけませんが、勿論医療の専門家もおりますから、

そういうことでしっかりと審議して、やはりそれが正しかったのか、正しくなかったのか

かといふことを判断していただいくと。

そういう意味では、行政と過ちを犯さないということはないという前提で、そい

うシステムをしっかりとつくらざるを得ないというのが私の考え方です。

○雪下委員 今、後に申し上げた、特殊環境下の人に対して入院をさせるべきなのか。

させない方がいいのか。客観的にそれについて、どういう判断を下されますか。

○倉田分科会長 雪下先生、どなたに。

○雪下委員 光石先生に。

○光石参考人 結局はその場合に、先ほど言いました、その方のリスクの蓋然性、感染

のおそれなどというのがどの程度あるのかとか、そういうものがデータによって示され

て、またそれが感染した場合の重症度とか感染期間がどのくらいあるのかとか、そうい

つたことでもって判断する以外にないのではないかと思います。これは余りにも抽象的

的なファクターですから、ケース・バイ・ケースいろいろあるのでしょうか。例えば、

ホームレスの方々のような人たちが、何か感染のおそれがあるというケースが仮にあつ

たとすれば、その場合でもやはり同じように今、言ったようなファクターを全部考慮し

て、客観的にやってもらわうということではないかと思います。

○倉田分科会長 今のお話しになつたようなケースは結核関係の先生方は経験されてい

ると思いますが、何か御意見は。

高松先生、いかがですか。

○高松委員 ケース・バイ・ケースで具体的なあれで、その方の周りの感染性という問

題が現実にあるとは思うのですが、現在の結核予防法下の現場での運用というものは、

命令入院と非常にきつい言葉にはなっているんですけれども、多くは実際に医療に

に入る時点での医療保障というものが、現実には多くの患者さんが結核医療を受ける上での

同意した上ででの入院と、そこでの医療保障を実現しているというのが多くの場合の現実

だと思います。

私もでも、実際何回も入院していただけなくて、患者の中には自由を愛する人々が

多くいらっしゃるのです。そういう方で、入院していただけない患者さんというものが現

実にはいらっしゃるのですが、そういう方はいろんな意味で説得を尽くして、それとい

わゆる福祉面のサポートとか、医療だけではやはり解決できない居住の問題、いろんな

ことでのサポートを含めて接しているというのが現状のところだと思っています。

○倉田分科会長 ありがとうございました。ほかに。

どうぞ。

○坂谷委員 今、座長のおっしゃったこと、光石先生のおっしゃったこと、データに基

づくべきだとおっしゃいますけれども、そのデータがないのです。結核の耐性菌であろ

うが、なかろうが、閉鎖空間である程度の期間、同一の空気を吸っているとうつるとい

うこととはわかっているのですが、常識的には戸外ではうつらぬといふうな話にはなつ

ているんですけども、ある都市である患者が出て、その人がどこから菌をもらったのかわからぬ。ところが、研究所が持っているいろんな菌株を調べると、同一の株が見つ

かかった。その方が、その菌が新しく発生した患者の同じ都市のホームレスであったとい

うふうな実例があると聞いています。

ということは、どこかでそれ違つただけうつっているという事例があるみたいでし

て、ですから、それを基準に取ると、排菌者は全例という話になりますし、教科書的に

常識になっている、法律にも載っている同居家族に限るという話も一つの基準というこ

とになりますけれども、どの辺に線を引くかは現在、データがないというのが本当のことろだと思います。

○倉田分科会長 この際ですから、参考人の方に何か御質問とか。

廣田先生、どうぞ。

○廣田委員 長尾先生にお尋ねしたいと思います。

罹患率を欧米の数値と比較するときのディジーズ・エンティティーです。日本では、

細菌学的に証明された患者と、レントゲン、エックスレイ・サスペクティッドが一緒に

なってカウントされていると思うのですが、欧米では国によっては細菌学的に証明され

た患者だけカウントして、エックスレイ・サスペクティッドは除外しているところがあ

りますね。そういうところと、この結核の罹患率というがどの程度比較性があるのかとい

ことにならうかと思うんですけれども、余り適切な質問ではないかもしれませんけれど

も、何か情報をお持ちでしたら教えてください。

○長尾参考人 私は、数値としては何もございません。確かに、先生がおっしゃるよう

に、今、結核の登録制度というのは治療とリンクしてしておりますので、治療される場合

にはその人は結核が確定したと。その場合に、塗抹陽性、塗抹陰性に関するははつきり

した数値がございますけれども、培養陽性と培養陰性が治療の結果とリンクしたもの

はありませんので、勿論オーバーエステーションしている可能性はございます。

日本で言う結核患者というのは、菌を検出したものの、菌を検出されないものまで含ま

れているのは確かです。私は、その数値は持っています。

坂谷先生、何かお持ちですか。

○坂谷委員 どうぞ。

○坂谷委員 今日、事務局からお出ししているデータは、簡略化してありますけ

れども、総患者数で出ておりますけれども、国の統計といいますか、予防会で集約して

おられる統計の中には非排菌者、排菌者、排菌者の中にも塗抹陽性者、培養陽性者とち

ゃんと区別して数字も出ておりますし、率も出ておりますので、どれを取るかによって

諸外国との比較は可能であります。

○廣田委員 諸外国と比較するときに、ではどれを比較すれば一番比較性が高いんでし

ょうか。

○坂谷委員 やはり、排菌陽性者、塗抹陽性のみでもよろしいし、培養陽性者の両方を

含めてよろしいけれども、菌陽性者で比較する方が通常だと思っています。

○廣田委員 そうしますと、日本で出ている罹患率の数値は半分ぐらいの可能性を考

えて諸外国とのデータと比較するということになるのでしょうか。

○坂谷委員 おっしゃるとおりだと思います。

○倉田分科会長 先に、長尾先生どうぞ。

○長尾参考人 途上国と先進国で、そこは全く違います、途上国ですと培養で止まつ

るところはPCRなどをやっているんです。日本ではPCRまで含めた数値ですので、そ

こはかなり違うかと思います。

○倉田分科会長 どうぞ。

○阿彦委員 今、おっしゃられたとおりで、国によって、菌陽性だけではなくて菌陰性の結核症も登録になっている国もありますので、統一はされていませんが、統計上菌陽性の肺結核ということで、各國のものを、先進国の場合を集めればここで比較できると思います。

日本の場合は、先ほど申し上げましたように、菌陰性の結核の割合は年々減っています。菌陽性の割合が増えていて、菌陽性の罹患率は1980年代から20年間ほぼ一定で、そこが結核対策の足踏み国と言われているところのゆえんですので、1982年からの統計を持っていますけれども、2000年までほとんど変わっていません。そういう状況です。

今の菌陽性罹患率は、10万対13ぐらいだと思います。

○倉田分科会長 先ほどどの表では、23になっていますね。患者の罹患数10万に対して

23が、菌陽性が

○阿彦委員 13か14ぐらいではないかと思います。

○倉田分科会長 どうぞ。

○白井委員 患者同盟の小林さんにお聞かせいただきたいのですが、お答えにくいことかもしれませんけれども、先ほどから単独名の疾患についての法律、こういうことがステイグマされて偏見の温床になるという話もありましたけれども、当事者といいますか、この五者が共闘会議の中でそのような法律の名前についての御議論、またそのような感覚がありましたら、教えていただきたいと思います。

○小林参考人 済みません、ポイントのところをもう一声頼みます。

○白井委員 結核予防法という、結核というような特化した法律の名前ということに対する、患者さん方のお気持ちというのはとても心情として耐え難いものなのかどうかと

いうことをお聞きしたいと思います。

○小林参考人 大勢の患者さんから別に意見を求めているということはないのですが、率直に言いまして、今、結核はそんなに、周りでも驚いていないけれども、本人も驚いていない。要するに、ギターを持って入院するというような時代になったことは事実です。

それから、私どもは冒頭申し上げたように、患者を増やすために運動しているわけではありませんから、日本から結核をなくすために運動してまいりました。それで、確実に先生方の御努力もあって減っていました。あと一歩なんです。ですから、結論的に言えば、結核予防法、結核感染症課を私どもは頼りにしているといいますか、ある意味では守り抜いてきたこの名前は残したい。名は体をあらわすとはよく言ったものです。

これがなくなればどうということになるかというの、冒頭申し上げたとおりです。それは間違いません。私ども60年の運動の経験がそのことを言わせています。どうぞよろしくお願ひします。

○倉田分科会長 ほかに何かございますか。

どうぞ。

○菅沼委員 今のことに関してなんですが、いろいろな会社の産業医をしておりまして、結核をびっくりしないというのはすごくして、したたかな患者さんという気がするのですが、健康診断などで結核が見つかることがこのごろ非常に増えてきております。

そうしますと、本人もそうなんですが、会社の社内の方たちはすごいパニックにはなっています。ですから、一律には言えないのかなという気がいたしますので、ちょっとお知らせいたします。

○倉田分科会長 ありがとうございました。

どうぞ。

○小林参考人 私が申し上げたのは、結核はそんなに恐れる病気ではなくなった、先生方の努力もあって、治る時代です。治さなければいけません。なくさなければいけません。そういう意味で、かつてのことほどではありませんといふことを申し上げたので、私どもも啓蒙、宣伝はそのようにしておられます。最も恐れるべき、最大の感染症です。しかし、治る病気ですという点を強調して、本当になくすために皆さんで力を合わせる。恐ろしい恐ろしいと言っているのは、テロに使うことはここで言はしませんが、怖い怖いではやはり違うと思います。治る病気だ。このことに自信を持って運動を進めできましたし、その方向をたどっていることには率直に言って一定の誇りは持っています。

あえて言なれば、かつては数万もいた私どもの仲間も確実に減ってきました。何回も言いますが、なくすために運動しているのですから、いいことなんです。そういう意味で、今、先生がおっしゃるような点で、確かに心配することはあると思うんです。

しかし、私どもが申し上げたいのは、結核の啓蒙、宣伝を、そういう知識を含めてきちんとお話をしたり、あるいは診断ができる先生がないのではないか、減ったのではないかですか。むしろ、そのことの方が怖いのではないかですか。そのことは率直に指摘したいと思います。

ですから、専門医を増やしてくださいと。結核研究所の先生方にもお願いしていますが、本当にいい研究、あるいはそういう指導をされているのです。たくさんの方が、外国の先生方も含めて見えています。しかし、まだまだ各自治体も含めて、結核予防週間でどれだけの運動をやりますか。第一、本来なら結核をなくすために責任を持たないところが恐る恐るお手を挙げているような状況があるのではないかでしょうか。そのことを、私はこの場で指摘をしておきたいと思います。

○倉田分科会長 今、阿彦先生のところに非常に面白いデータがあるので、説明してもらえますか。

○阿彦委員 先ほどから申し上げている、1982年で菌陽性肺結核の罹患率は13、14か、その程度だと思うのですが、それが2003年、平成15年度で13.6ですから、菌陰性を含む全結核は、その当時罹患率が1980年代で10万対53くらいなんですかけれども、それが平成15年度で24.8となっていますから、全結核は二十数年で半分以下に減っているんですけれども、菌陽性的肺結核は減っていないんです。10万対1とか2とか、その程度しか減っていないという状況でして、ですから、その辺りの問題で、診断精度は上がって、菌の検出率が上がったことも確かかもしれませんけれども、結核でない人が結核と診断されなくなってしまったこともあります。

でも、公衆衛生上、対策が必要な結核患者さんの減り方は非常に足踏みしているというのが現実の数字としてあるということです。

○倉田分科会長 これは非常に大事なお話だと思います。

それでは、ちょっと時間をあれしましたが、10分間休憩させてもらいます。その後、今日の予定した最後のお話しをしていただいて、議論をするということにしたいと思いますので、今、1~2分前ですが、10分まで休憩を取ります。いいですね。

よろしくお願ひします。

(休憩)

○倉田分科会長 それでは、再開したいと思います。
残っておりますところで、事務局から結核予防法に対する考え方等についての説明をお願いします。つくられた資料がたくさんありますので、いいですか。

○前田課長補佐 では、資料の16ページ、資料5と資料6を説明させていただきます。
午前中から御議論がございました結核の包括的見直しに関する提言以降、時期尚早ではないかという御意見もございましたが、平成14年3月以降の経過・新たな事情への対応についてということでござります。

午前中から、正面からの議論とテロ対策の議論というふうなお話をございましたので、2番として書いているところでございますが、結核についての従来の通知とか、運用を是正したことには伴う結核予防法の問題の顕在化からます説明させていただきます。
まず、2番のOの1つ目でございますが、結核予防法に基づく入所命令の適用を中心には、従来、法の趣旨とか規定に適合しない通知による運用が行われてきたということでございますが、ハンセン病問題に関する検証会議報告、平成16年法改正の施行、内容といたしまして人権の保護に配慮する責務規定の施行を契機といたしまして、基本的人権の制約に関する規定等の適用法の範囲内で適法に行なうようにしたところでござります。

公衆衛生上の人権の制約が必要な場合の措置を始めまして、感染症の基本原則につきましては、法律の規定に基づくことが必要ということでございまして、ただ結核予防法につきましては、一般法に統合せず固有の法律として残したということの効果といたしまして、感染症対策に必要な権限規定が網羅されていないということで、現に必要な公衆衛生上の措置について対応できないという問題が顕在化してきているというふうな問題の顕在化の論点が1つ目でございます。

その中で、また1点新たな動きといたしまして「1. 生物テロ対策等の必要性の高まり」ということでござります。

今回、事務局の考えております感染症法の改正につきましては、大規模・無差別テロ

の脅威が、我が国の周辺地域まで及んできているといった国際テロの状況を踏まえまして、政府として迅速に対応すべきテロの未然防止に関する行動計画の一環といたしまして、生物テロ等を念頭に置きました。人為的感染を含めた感染症の発生、蔓延の防止に対処し得る感染症対策の総合的な法体系を整備していくうどするものでござります。

結核につきましても、その他の感染症と同様の事情が当てはまるものでございまして、午前中も箇所数を説明いたしましたが、多剤耐性結核菌を始め現に複数の施設・機関での保管の事実が確認されるとということは、国民の生命を預かる上で適当ではない、人権にも配慮した一般法でございます感染症法体系的確に対処すべきと考えているところでございます。

また、固有の疾病に対応する結核予防法の改正いたしまして、昨年の法改正で一定の対応が取られたところでございますが、結核予防法におきまして、新たな人権保障、入院措置等の感染症一般の基本原則に関わる規定とか、テロ対策等を含めました広範な権限規定を新たに規定していくことは、適当ではないと考えているところでございます。

「3. 結核発生動向の変化」につきましては、先ほども種々御議論いただきましたが、患者数・罹患率は減少しているというところでございますが、菌陽性の患者数については、先ほど横ばいではないかとという御指摘があつたところでございます。

18ページでございます。こちらが「結核に関する措置・入院状況等調査結果(速報版)」というところでございます。こちらが「結核に関する措置・入院状況等調査結果(速報版)」という集計したものでございます。

平成15年における新登録患者数、3万件程度ございますが、その中で命令入所実施数が1万4,349件、入所命令に従わなかつた件数が15件あつた。

入所命令の解除前に命令対象者が自己判断で退所した件数が159件とか、あとは入所または自己退所の防止に關して、公権力の直接行使が必要との印象を持った件数も88件あつた。これが都道府県の割合でいきますと30%程度。

19ページの一番上ですが、1行重複してございますが、政令市では53%、中核市では20%程度ということでございます。

そして、公権力の直接行使が必要との印象を持った事例ということで、先ほどもいろいろ御議論ございましたが、住所不定者で入院直後の自己退所事例とか、あとは家族への感染を承知の上で自己退所とかそういうふうに、やはり公権力行使が必要と思われる事例も、この自治体からの調査でいろんな実例が挙がってきたというふうなところでございます。

以上でございます。

○倉田分科会長 ありがとうございました。

どうぞ。

○結核感染症課長 実はこの資料をつくりっているのと並行して、委員の先生方からいろいろな貴重な御意見をペーパーでいただきましたし、本當は、今お答えをきちつとできればいいのですが、それに対する準備が整っていないということもありまして、網羅的にはそれに一つひとつお答えするというのは次回にならうかと思うんですけれども、今の段階で私の方から今までの議論と、前田、それから新しい御説明から重複する部分があるかと思いますけれども、メリットとデメリットという観点から事務局サイトで考えていることにつきまして、少しお時間をいただきましてお話をさせていただきたいと思います。

まず、メリットについては再三事務局の方からも申し上げておりますし、委員の先生方からも御指摘があるところですが、メリットについては大きく2つあるのではないかと考えています。

1つは、同居者がいないと入所命令がかけられないのだというような公衆衛生学上の問題が幾つかあるわけありますけれども、これについては感染症法に規定をするといふことでもって公衆衛生学上の問題は解決でき、なおかつ72時間以内に審査会できちつと評価をするというようなことで、人権上の手続も今この結核予防法の現行法によりはより配慮された形で対応ができるのではないかということが一つ大きなメリットと考えています。

逆に、デメリットが評価されていないというようなおしかりも前回あったわけありますけれども、デメリットについて午前中以来、いろんな形で御指摘をいただいているのであります。幾つかまとめて申し上げたいと思うのでありますけれども、結核予防法に規定されているけれども、感染症法にはそういう想定される条文がなくて、単純に移しただけでは対策の漏れが出てしまうのではないかという御懸念であります。

これについては、全くもともとお話しであります。私ども、単純に移行して、規定がないものについても書いてしまっていいとは思っておりませんので、法律できちつと書いていく部分については、先ほど新からも御説明いたしましたように、法律の中で、具体的に書くことがありますと、附則といふ形にならうかと思いませんけれども、そういう形できちつと経過措置を書くこと、これが必要だという認識を持つています。具体的に申し上げますと、定期健康診断のこと、あるいは通院公費医療負担制度といったものについては、そういうたぐいの対応が必だらうと考えております。

それから、今日は余り個別具体的なお話をなかつたかもしませんけれども、もうちょっと具体的かつ細かい運用の部分でも、そこがあるのではないかという御指摘が多分これから出るのではないかと思うのですが、その点につきましては、法律のレベルでないレベルでも、例えば特定感染症指針とか、HIVとか、ほかの疾患でも感染症法の中で疾病ごとに重要なものについては指針をつくっておりますので、そういう指針の中でもより具体的に書き込んでいくといふことでは対策が維持される、継続されるということは担保できるのではないかと考えております。

もう一つ、結核の特定の病気が冠されている法律を残すことのメリット、デメリットについては、定量的には評価が難しいのですが、そういう御主張について私ども、それはないんだといふことを申し上げるつもりはありません。

ただ、ハンセンの検証会議の場でも、特定の病気が冠されている法制度というものはないべくなくした方がいいというものが基本的な御指摘でありますので、それについては厚生労働省とともに全体的にコミットしている話でありますので、厚生労働省の中で疾病ごとに重要なものについては指針をつくっておりますので、そういう指針の中では担保できるのではないかと考えております。

逆に一般的な結核という名前が付いた法律がなくなることによって、いろんな人の関心が薄くなるのではないかという御懸念については、例えば先ほどお申しました特定感染症指針といふようなことで、法律ではないかもしませんけれども、きちつとしたもので関係者の皆さんあるいは国民の皆さんにお示しをしていくことができると思っております。むしろ、国民の皆さんとか、都道府県、保健所あるいは医療関係団体の皆さんと連携をしながら、そういうような形で十分、国民の関心、病気に対する認識というのは維持していくのではないかと思つております。

そういうことで、確かに議論の取つかかりはテロといふことでお話しが始まりましたので、唐突な感じではないかとか、皆さんにとつては違和感があるたといふことはあろうかと思いますけれども、決してテロの問題だけではなくて、今、申し上げましたような問題を解決し、なおかつ新たな問題が発生しないよう対応を十分取ることによって、委員の皆さん御懸念というものはお応えができるのではないかといふことで、前回のこの審議会の中で事務局の方から御提案をさせていただいたことです。前回の

事務局として望むらくは、今、申し上げましたようなことに御理解いただければ、結核予防法を感染症法に統合するにとよって、今、議論されていない、もうちょっと具体的な懸念・懸案事項についてより深まる議論をしていただいて、こう解決すれば大丈夫ではないかといふような方向での御議論をしていただければ大変ありがたいと思っておりまして、是非その辺のところの御理解をいただければと思います。

以上です。

○倉田分科会長 今日、皆さんから一昨日までにいただいた御意見及び今日発言していただいたいろいろなコメントについて、行政としては行政なりの判断なり、先ほど私も幾つかの代表的なことだけ申し上げましたけれども、また検討しなければお答えできないことがあるわけです。

そういうことについては、今、課長がおっしゃったように、行政として皆さんが納得できるようそななりの答えを御用意できるかどうかはともかくとして、それをきちんと出してもらうということに関して、異存はないということですので、それをやつても

らう。そういうことを含めまして、今、課長のおっしゃったこと、それから先ほどどの前田補佐のおっしゃったことを含めまして、今日幾つか先生方に指摘されたこと、そこから更に皆さん方がお考えになつたことでありましたら、今、問題提起をどんどんしていただきまして、次回、行政側の判断も示していただいて、更に議論を深めたいと思います。何かありますか。

どうぞ、岡部さん。

○岡部委員もう一つ伺つておきたいことがあるのですが、先ほども申し上げましたように、感染症法というのはサーベイランスの重要性ということを最初にうたつてあって、基本指針の中では感染症法に規定されている疾患のサーベイランスは感染症研究所が中央感染症情報センターとしてやるべきであるというような形になつていると思うんです。これに結核といふ大きい病気が入つてきた場合にはどういうふうにしたらいいのか。そういうことにに関する構想はどういうふうにお考えでしようか。

○結核感染症課長 現行は、結核研究所の方でおとりまとめてをいただいているのであります。

○岡部委員 これはどういう形で、恐らく法律が一本化されたら、もうちょっと別々に、例えは感染症は感染研、結核は結核研究所といふうな整理があるにしても、もうちょっと

と思つてますが、それをどちらかに一本化してしまうかどうかとということについては、

先生方の御意見も聞かないといけないと思いますけれども、今のところ、そんな考へ

ます。

○岡部委員 基本的なデータを取るということが非常に重要で、現在までも結核病にはいろんな分析がなされて、私たちもその他の感染症といいますか、感染症法内の疾患についても随分努力をしているつもりですけれども、これは統合した場合にどうなつてしまうのであろうかといふのは非常に問題でありまして、わざわざな期間でそこまでできるかどうか。組織の問題にも入つてくると思うので、これについてもある一定の構想をお聞かせいただかないと判断ができないと思います。

○倉田分科会長 H.I.V.については担当課があつて、更に動向委員会がありますね。そ

んなようなことで、担当課は結核感染症課にせよ、そのような結核に関するきちっとしたそういうサーベイランスの委員会をつくつて、他の、今までのものとは違つた格好で

何かそういうことをしないと、今いろいろ指摘されたフォローはできないのではないかと危惧しているのですが、その辺はいかがですか。

問題提起ですから、きちんと次回に。

○結核感染症課長 先ほど、連携が必要だと申し上げましたけれども、たしかH.I.V.、C.J.D.も疾病対策課ですね。ですから、その辺の情報というのがどこに集約するかというのではなく、自分のところが集約してもいいと思うのですが、その情報をどう共有させるか、連携するかといふところは、今、十分なのかどうか、私もよく存じませんが、その辺はよく整理をさせていただきたいと思います。

○倉田分科会長 それは先ほどからお出でで感染症情報センターが非常に苦労してやつ

いるわけですが、今の結核の場合の話は非常に長期にわたることをきちっとフォローアップしていく話で、ちょっと違うかなという気がするんです。

○岡部委員 ですから、経験を含めて、きちっとしたそういうものがついて、ここではこういった

ことがあって、そこから積極的に出てくるようなことがないと、少しふにやふにやにな

るのではないかとものすごく危惧する。そこだけです。

ほかに何かござりますか。

○岡部委員 感染症指定医療機関のものだけ、御参考までに意見を申し上げたいのですが、先ほど先生方の御心配の中で、排菌者は一生隔離されているのではないかといふような御意見があつたかと思いますが、2類感染症では、先ほどもございましたけれども、弁護士の先生とか、人権問題の専門家とかそういう方が集まって「感染症診査協議会」を開いておりまして、なおかつ30日以上拘束されるのような場合には患者さんの方から異議申立ができるというようなシステムがござりますので、そういうものをもう少しきちんと整備すれば患者さんにに対する対応は可能ではないかと思います。

○岡部委員 もう一件、患者さんのフォロー・アップが難しくなるといふような御意見もございまして、感染症の方でも病原体を持っている患者さんにつきましては、亡くなるま

できちんとフォローするシステムができておりますので、それも流用することは可能で

はないかと思つておりますので、御参考までに申し上げます。

○倉田分科会長 ありがとうございました。ほかに何か。

○阿彦委員 今回の2類感染症の入院施設のことについて出しましたが、結核を2類にするという構想の下に進めた場合に、今の2類の患者さんの入院施設として対象になつて、いる第1種、第2種の感染症指定医療機関も、結核の入院施設とみなして進めるという構想でしようか。

○倉田分科会長 どうぞ。

○前田課長補佐 現行では、1類、2類感染症については第1種、第2種感染症指定医療機関、結核の患者については結核病床といふうな区割りになってございます。

○岡部委員 そちらにつきましては、今回の法律の統合と病床の統合とは別といふうに考えてございまして、現行どおり、結核病床に結核の患者さんに入つていただくということは考えてござります。

○倉田分科会長 よろしいですか。

○岡部委員 どうぞ。

○阿彦委員 ただ、これは将来的な課題になると思うのですが、統合するメリットと、もう一つあるとすれば、結核病床といふのがかなりたくさんあって、同じ2類であれば結核病床と感染症病床を同じように運用したらどうかといふうな、多分また議論としては出てくると思うんです。

○岡部委員 今の段階では、前田の方から別々にといふうことで整理をしたいと申し上げましたけれども、将来的には感染症と結核の患者さんが大部屋ではなくて個室化が進むとか、いろいろな状況の下では相互利用ができるようなことも今後の課題としてはあるのではないかと思います。

○倉田分科会長 どうぞ。

○阿彦委員 わかりました。

○岡部委員 それから、課長さんの説明で統合を了解したという趣旨の発言ではないのですが、例えは経過措置で残すといった場合には、今の結核予防法の体系のまま一部の、欠ける部分をそのまま残すというのではなく、それが我々にあるわけです。

○岡部委員 先ほど、休憩前の質問で、菌陽性の肺結核は全く足踏み状態で、人にうつる結核は全く足踏み状態だ、20年以上続いているといふことは、今の結核予防法の体系では減らなくなつてきているわけですから、そこでDOTSを入れて、それにプラス、提言の中ではDOTSを徹底することによって再度カーブを下降させようとか、あと、高齢者では感染者が多いし、生活習慣病とかいろんなことで再燃する人が多いので年齢を取り払つて、潜在感染の方で発病のリスクの高い人には積極的に、それは予防内服ではなくて発病リスクの高い感染者の治療だといふことです。

○岡部委員 例えば、H.I.V.たつて無症候性の方をH.I.V.の発病前の段階で治療するケースがあるわけで、そういう面では発病前だから予防はだめだといふわけではなくて、発病リスクの高い感染者の治療だといふことで、年齢制限を撤廃して積極的に発病を抑えようといふ対策を進めようとしていた矢先で、それがストップされている状況がありますので、我々としては今以上にDOTSを徹底できることで、それができるような法体系にきちんと、もう一踏ん張りしてほしいといふことと、感染の治療をきちんとできるようにしてほしいとか、単なる結核予防法を、改正されたばかりのものでそれほども、これをやつた上でといふことがあるので、結核予防法の再改正を求めていわゆる改定です。そういう趣旨があるんです。

○倉田分科会長 今日はたくさん言つておいていただければ、できるとか、できないとか最終判断する前に行政側のお答えもいただけるということですから、是非いろんなことを言つていただく方がいいんです。

○加藤委員 阿彦委員の質問と関連するのですが、今、潜在性結核感染症の発病前予防をするためには、感染症予防法の6条の患者とか無症状病原体保有者と定義をいじらな

い限りできないのではないかと思うわけです。ということは、今スキームとして議論されている結核予防法の中に繰り入れる今の感染症法の中にどういふうなことができないのではないかと思うんです。

○岡部委員 ですから、今、阿彦委員のお話があつたように、これを繰り入れるだけではなくて、更に新しい結核の体系として、あるいは先ほど光石参考人からお話をありましたような、現在持つてゐる感染症法の不足の部分をきちんと改めた上で再構築するような発想にな

っているのかどうか、今の時点でのお考えをお聞きしたいと思います。
○新課長補佐 先ほど、経過措置や特例措置という、言葉はそういった言い方をしていますけれども、当然、今の結核予防でやっていることはきっちりやりますし、将来あることは今回充実させたいということでも、感染症法の体系の中であつたような仕組みにしていかないと考えておりましますし、今、御指摘のあつたような問題についても、今日、光石参考人から出たようなことについても、すべてができるかどうかというの、いろいろございますけれども、そういう上での提示をさせていただきたいと考えておられます。

○倉田分科会長 今、新さんの言われたことを実現するためには、先生方のかなり細かい要望が出ていかないと、行政側が勝手に判断して何かやることはまずできないと思うのです。ですから、今、言わされた数つかの点を、ほかの先生方も含めて出していただき、それが可能なら変わることはあるだろうし、可能でなければ現行がいいかという話がきっと出るかと思うのです。

そういう意味では、今、言われた点を、具体的な点をもう一度、今日お帰りになってから、明日でもばんばんファックスを送っていただいて、こういう点をどうするか。どうするかといふ判断を仰ぐのではなくて、こうしてやらないと今の問題点は解決できません。なぜならば、そんなことを書いていただからといって、何にくるかと思うのです。

それで、もし、一緒になるとということにしたときに、この点が入っていないではないかといふとき、それが指摘されなかつたら入らないんです。施行されて5年ぐらいいい患者さんが逆に力一歩が上がってきた。そうしたら、今日のメンバーは物笑いになるわけです。それは非常に大きなことなので、そのときに担当した課長はだれだ、そのときに担当した分科会長はだれだと、それは絶対になります。

私は、そのとき生きていたら面白くないですから、5年は多分元気でいると思いますから、そういう意味では、これは余り、ばかりみたいとは大変失礼ですが、そのときの一時的な何かで、うなづくことではないし、結核の先生方の今日のお話を聞いて非常にわかりましたけれども、そういうポイントを全部具体的に、更にこう変えるべきである、こういふうにしなければ、これはという具体性を持つた提言あるいは指摘をしていたかないと答えたくてこないと思うのです。是非そこをお願いします。

よけいなことを言いましたが、ほかにいかがですか。

まず、神谷先生どうぞ。
○神谷委員 BCGのことですが、この間のときには予防接種法に統合して2類にするというお話をあって、今日のをいろいろ探ししたんでもしかれども、見つからないんですね、そこは相変わらず2類にしようといふうなことを探してほしいということを申し上げておいたんですけれども、どういうふうにいなりましたか。どこに書いてあるのですか。○新課長補佐 感染症法の改正と結核予防法の廃止を前提とした場合には、これに伴うと新しいことで新たな政策判断は入れられませんので、現在の規定を精査したところ、1類疾病と同等の規定であるという御意見をいたしていることも併せ勘案しまして、今日御提示しております概要の中では1類疾病というふうにお示しをさせていただいています。

それとは別に、予防接種については別途基本的な、横断的な検討をしていただいておりますので、それはそれと見てやっていますが、今回はあくまで結核予防法廃止といふことになつた場合には、これに伴う法律の移行ということですので、規定ぶりのまま存続するということで、検討経過の資料に基づいて、前回混乱をさせてしまったことについては訂正をさせていただきたいのですが、今日の御提示では1類ということにしています。

○神谷委員 追加でお聞きますけれども、要するに今後もし一緒にするという場合に、今、結核予防法の中でBCGは6か月までになってしまって、今、非常にいろいろ混乱をしているわけなのですから、今後やるときに、そこのところももう一遍考え方を

それも含めて考え方をしてほしいと思っておりますので、よろしくお願ひします。

○新課長補佐 橫断的なことで、予防接種法の取扱いについては予防接種の御専門の先生、あるいはBCGの先生に入っていたいので、さまざま立場の方の意見も反映しつつ判断するということで、今回は結核予防法廃止に伴う改正に限るということで御理解をいただきたいと思います。

○倉田分科会長 それでは、担当の方がおられるわけですから、是非。

どうぞ、岡部さん一言。

○岡部委員 BCGに関連して、現状の問題点なのですが、もし感染症法の中で結核がこのままの形で入ったとすると、予防接種歴は現在一切取れないというのが結核感染症課の見解になっていますので、患者さんのBCG歴についても今後は取れなくなる可能性があります。これも是非改善をしていただきたい部分で、結核だけではなく、もしさうであるならば、ほかの疾患についても予防接種可能疾患については同様のことを考えていただきたいと思います。

○倉田分科会長 何かお答えありますか。

どうぞ。

○新課長補佐 予防接種歴の把握については、法令上の根拠をちゃんとやるという御意見であれば、当方としても当然検討できます。

別のところで、通知でどういうような議論もあったので、若干そういったものは難しいではないかといふようなことも当局から御説明していたようでございますけれども、あくまで法令に基づいて必要な情報を把握するということの必要性については理解しております。

○倉田分科会長 さっきも言ったように、今、岡部先生と神谷先生が言われたことを是非文章にして、日付とあれば本人のところにコピーを残して向こうに送ってください。折々には勿論、私も気をつけるようにします。

それでは、ほかにどなたか。

○工藤先生、どうぞ。

○工藤委員 前回も含めて、今朝から随分いろんな危惧あるいは注文というのが、項目数としては数えられないほどたくさんあったと思うのです。私も、頭の中に収容し切れないので、大体それぞれについては必ず何らかの形で対応しますという答えが出ているのですが、これだけの大きな、歴史のある法律を廃止するということは持っていくわけですから、やはり今まで出た要望なりを全部箇条書きにされて整理していただいて、それに対する回答をきちんと文章として残さないと、とてもではないけれども、ありますと言ふだけでは、あとは事務局にお任せくださいといふような形では不安があります。

やはり、この50年ぶりの結核予防法の今回の改定にしても、「公衆衛生審議会」以来、何回も会議を開いて、そこで事務局から非常に細かな提案がなされて、しかもヒアリングをやり、また現地調査までやってまとめていたものが、今回は1週間足らずの間にばたばたと持つていてしまうというわけですから、これは議論が尽くされているようでいて、本当にそれでいいのかといふことはやはり残ります。

どうしてもその辺が残って、何でそんなに急がなければならぬのですか。要するに、通常国会がすぐにあるから12月ということなのでしょうが、しかしそういうような政治日程の中やすりつけていいのかといふようなことは、本当に心配をしております。本当によろしいんですか。それが私の思いです。

○倉田分科会長 どうぞ。

○結核感染症課長 そこは、非常にショートノーティスといいますか、タイトな期間に詰めるべきことを詰めなくてはいけないということは私どもも認識をしています。ですから、是非先生方にも、これはという、まだ書き損じていたということがあれば、改めて次回の日程までに十分な余裕を持って私どもの方にお送りをいただきたいと思います。

もう一つ、これは医学的な話といふよりは立法していくためのいろんな諸条件といふことなのです。ありますけれども、やはり法律の改正といふのはいつでもできるというわけではなくて、何らかのタイミングといいますか、その法律そのものについて変える事情が生じてくるとどういうふうなことが勿論あるのです。

そのほかに、やはり一つの省庁で1回の国会に出せる法案の数というのもそれなりに制約があるのは事実でして、例えば来年の通常国会で言いますと、厚労省の方からもいろいろ重要な法案が出ていくといふ中で、いろんな重要な法案が出ていけば、社会保障の関係でありますけれども、そういうるとやはりプライオリティーというものが省内ではどうして付けてざるを得ないといふふうなことがあります。

そうなりますと、やはり先生方から見ると非常に唐突のように見えて、何で今やらなくてはいけないのだといふような御意見が出てくるのはよくわかるんですけども、行政側の都合で、こちらの都合で法律を出していくといふことは先生方がお考えになるよりは、いろんな諸条件の中でなくてはいけないことがありますので、そこは

御理解いただければということあります。

ただ、拙速に適当にやってしまうというつもりは全くありませんので、そこはよく、短期間でありますけれども、議論は深めて、将来的に何であのときはと言われないよう対応はしっかりとしたいと考えています。

○倉田分科会長 ほかにいかがでしようか。

どうぞ。

○白井委員 結核予防法の名前がなくなると関心がなくなるではないかという懸念よりも、それ以上に、前回も申し上げましたけれども、自治体の中で係がなくなるという恐れがあります。

それで人が減ると思います。
特定感染症予防指針でのよりどころということをおおっしゃっていたのですが、やはり法律でないとなかなか根拠としては弱い部分が出てくると思います。去年つくられました基本指針を1年で見直して、また改めて特定感染症予防指針ということをつくられるのかということなんですが、先般、エイズと性感染症の方の特定感染症予防指針を5年ごとに見直すということを見直した中で、国と地方公共団体の役割の明確化ということが見直しの中で挙げられました。

もし、見直しということであれば、もう少し結核に関しても国と地方公共団体というまとめた言い方ではなくて、国はこうだ、地方公共団体はこうだということを明示していくべきだと思いますし、エイズと性感染症については、国は財源の確保に努力するという

ことを入れていただきまして、そのとおりになつたかどうかはわかりませんけれども、

そのようにお願い申し上げましたし、保健所で機能強化が、前回の基本指針にも挙げていただいているんですが、それはやはり残していただかないといけないですし、保健所の機能強化の中いろいろな部分では、地域保健法とか問題検討委員会の中でも触れていくと思うのですが、結核予防法とか感染症についてのそういう議論がそちらの問題検討委員会では余り触れていないのではないかと思うんです。

やはり、そこにも情報提供をしていただきまして、保健所がやらなければいけない仕事を多方面から取り組むという意味では、この結核感染症が地域保健法の中で、例えば

がん対策であるとか、糖尿病対策であるとか、その中でも含まれてくると思いますので、

地方としてはどちらからお金を取り付けるという考え方も含めまして、いろんなところで

結核対策に関わるような財源を考えながら対応したいと思いますので、廃止について

そういうような方向になつていてるような議論になつているのですが、賛成はしておりますけれども、是非御協力いただきたいと思います。

○倉田分科会長 1つ質問しますが、結核というキーワードが一つの法律からなくなる。

そうすると、結核感染症課は感染症課となって、厚生労働省から結核という文字が消えるのですか。

○結核感染症課長 まだ、そこまで検討していません。

○倉田分科会長 そこまでって、消したら日本の厚生労働省は何をやっているかという

ような話になります。

○岡部委員 エイズ結核感染症課のエイズ課はなくなつたのですか。

○倉田分科会長 エイズは取れたのですか。そうすると、結核を取るつもりなのですか。

○結核感染症課長 今お答えしたつもりなのですが、率直にまだそこまで課の名前まで

は議論しておりません。

○倉田分科会長 なつた場合の話を聞いていますので、皆さんの最終的な判断でならないかもしれませんないわけです。私は座長としてどちらの意見を言う立場では全然ありませんので、皆さんの意見をまとめるということだけですから、是非これは皆さんの具体的な

ことをいろいろ挙げていただく方がいいと。

○菅沼委員 今この結核感染症課のことと、本日、高橋先生御欠席なのですが、前回、私

の隣に座つておりましたものですから、お聞きしましたら、法律がそういうふうに変わつたらば、結核の字もなくなるだろう、感染症課になるであろうと言つてしまつたが、私見でござります。

○倉田分科会長 H.I.V.の場合は、疾病対策課ははつきりスタートからありますから、

エイズという文字が取れてもそんなに変わらないかもしれません、結核の場合はちょ

っと違うでしょうね。それは私の意見です。

ほかに何か。

どうぞ 田代さん。

○田代委員 今日の議論は、最初はバイオテロ対策で感染症法を改正していくという話

だったのですが、後半の話というのは一応、きっかけは多剤耐性の結核菌の話から入つたわけですが、どちらも、さっきの課長の話から理解しているのは、バイオテロ対策として

結核予防法を統合するのではなくて、むしろ結核対策をより強化する。現行の法律でい

るいろいろ問題があるから、それを解決することを含めて、そういう目的で統合するという

ふうにしてよろしいんですか。

○結核感染症課長 はい。

○倉田分科会長 ほかにいかがですか。

どうぞ。

○高松委員 午前中にも言わせていただいたのですが、私が問題の中で一番考えている

点は、いわゆる総合的な対策として持っている結核予防法のところです。

それから、いわゆる患者登録制度を含めて、今の結核予防法というの非常に包括的に、総合的に機能を持っているわけです。それが感染症法に入った時点での機能低下にな

るのではないかという指摘を午前中にいたしました。

それに対しては、特例措置がある、経過措置があるという形で配慮するという御回答

だったと思うのです。それはいわゆる副次的に対応するという意味に聞こえるのです。

基本的なところの問題をどうするかという議論をしているときに、副次的に対応します

というお答えであるように聞こえるのですが、それはやはり結核対策の低下になるの

ではないかということを懸念しているわけです。

私も、確かに命入所の問題で弱みを持っているということは思つておりますけれども、

その問題がその前に現行の結核予防法が結核患者さんの治療という点、結核の今

の医療に果たしている大きな役割、前進面、積極面、そしてそれが患者さんの治療を促

して、予防で発病を未然にとめているという意味での人権上も大いに役に立つていて

いう点について、それを半ば放棄して弱点だけを強化するという点は、やはり末代にわ

たつて大きな汚点を残すのではないか。

むしろ、その問題は結核予防法の、今は、将来的には統合で解決すべきでしょうね

ども、一時的に問題を持つにしても、結核予防の総体が持つてある結核医療の中での積

極性を、全体を殺すのではなくて、それを残しながらその面を強化していくということ

で、単独法の強化という形で、本来なら春にすべきことだったのではないかと思うのです

が、何で春にしなかったんだろうかということは単純な疑問で思うんですけども、

そういう点での方向の解決がやはり結核医療を受けている現場の患者さん、結核対策を

している現場の保健所や末端の医者の持っている今の正直な気持ちだと思うのですが、

その点での整理をしていただきたいというのが私のあれです。

先ほどの課長さんのお話、非常に強い御決意だということを受け止めましたけれども、

患者の医療という点を考えて、是非考慮いただきたいと思っております。

○倉田分科会長 課長、何か。

○結核感染症課長 そこは、御趣旨をよく反映させるように、制度を具体的に仕組むと

きにまず考えたいと思います。

○倉田分科会長 ほかに何かございますか。

どうぞ。

○菅沼委員 そうしますと、次があと1回この会議の予定がございまして、2時間足ら

ずだと思いつつですが、それまでに結核感染症課としては感染症に組み入れた場合のそ

ういう法律の素案というのをおつくりになるんでしょうか。

○結核感染症課長 考え方を、非常に抽象的な考え方ではありません、より具体的な考

え方をしてお示しをさせていただきたいと思いますけれども、何条、何条という条文の

ような形でつくるまでは、その段階では行かないと思います。

○倉田分科会長 条文というよりも、基本的な問題点に対する回答は出るのですか。

○結核感染症課長 はい。具体的に言つていただいたものについては、どうするかと

いうことについてはきちっと資料で御提示をする。それで議論をしていただくとい

うにしたいと思います。

○倉田分科会長 ほかに。

岡部さん、どうぞ。

○岡部委員 つまらない心配なのかもしれないのですが、ここしばらくの結核感染症課

との話し合いにいろいろ審議会等々出していたいるんですが、いろいろ審議し

た結果、了解しました、資料も出していただきました。それで条文ができてきましたときは

もう決まりましたなんです。その間の議論が全くないので、具体的にどういうふうにな

るかという議論が積み残されていることが往々してあります。恐らく、ここにおられる方の多くはそこを危惧しているのだと思うんですが、これらの計画はどういうふうになるんでしょうか。もし、仮に、この次の審議会で、では基本的に組み合わそうとしたときに、そうすると今度は条文が出てきて、これです、決まりましたという形になるのですか。それとも、審議を何回か経て、細かい部分を、例えば分科会のようなところで討論するのでしょうか。

先ほどから、工藤先生、川城先生がおっしゃっていたように、やはり専門家の意見を聞かないと、テクニカルな部分というのは法律だけではなくて、極めて医学的なところでの裏づけが必要だろうと思うのです。

○倉田分科会長 いかがでしょうか。
○結核感染症課長 そこは、どういう場面で議論するかというのは委員長ともよく相談したいのですが、確かに具体的に物を見てみないと心配だということについてはわかりますので、そこも検討させてください。

○倉田分科会長 どうぞ。
○雪下委員 先ほど、課長の返事では、いわゆるテロ対策による病原微生物の管理体制とは、今の結核予防法の廃止は運動していないという返事をさつきの質問ではされましたね。そうではないですか。

○結核感染症課長 運動していなくはないのですが、今ある結核予防法の問題点、結核対策の問題点を解決するということがまずメインになって、テロ対策との関係についても、これは全く無関係ではございませんで、それについても多剤耐性結核菌を管理の評価に入れるのかどうかということは、やはり議論としてありますので、全く無関係ではありません。

○雪下委員 次回、私、世界医師大会出席のため出席できないので、今の岡部先生とのやりとりで心配なので申し上げます。

例えは、病原微生物の管理体制というのは以前から気にしておりましたけれども、これはテロ対策で内閣官房から出され、それによって各省庁が集まって会議をつくって出したという、それに源を発しているわけですが、それはもともと有事七法の一つの国民保護法から発しているものであることから、前回資料で出されたテロ対策の内閣官房からの書類の最後の方を見ていたら、明記されていますので、そこの中では各省庁から3月までにこういう意見をまとめて、それについて平成18年度に都道府県あるいは市町村にそれに対して行動計画をつくるとして、平成19年度から実施するというのがありますので、恐らくそれで来年3月までどうしてもそれを上げなければいけないので急いでおられるのだとと思っているのです。そうだとすれば、結核予防法の廃止というものが運動していないとさつき聞いたものですから、していいとすれば、結核予防法の廃止を何で急がれるのか。その理由を、この次まででも結構ですから、述べてほしいと思うのです。もし、そんな大事なものを見ても大変大事なことで、それをあと1回か2回のこの会合、朝から晩までやってもまとまりはしないで、例えは今の中でも、いわゆる経過措置その他でもって枠組みを決めて入れるのだといふことだと何とか思はずけれども、そうではなくて、抜本的な見直しとか改善策をつくらんなどうだとは思はずそれは、とてもとも今のこの要素を見ていると3回5回では決まりそうもない。

私は、やはり結核の専門家の先生の集まりの部会で十分検討されて、それを分科会に上げてこられて、そこで国に対してまとまった意見を申し上げるという経過を是非取つてほしいと思います。

○倉田分科会長 どうぞ。
○木村（哲）委員 先ほどの議論にも関連するのですが、これだけいろいろ議論があつて、懸念が出されていますので、例えは仮に統合した場合にこういう形になりますけれども、どうですかというのを示してもらわないと、これはいいとも悪いともなかなか判断が難しいように思っています。

次回が2週間後ですから、それまでは難しいのかもしれないですが、やはりそれを見た上でないと統合してどうなるのかというところがどうも見えてこないよう思って、原則だけいいです、悪いですと言うわけにもいかないような気がしているんですけども、いかがでしょうか。

○倉田分科会長 その点、いかがですか。

○結核感染症課長 時間的に間に合うのかどうか、事務的に、まだ次回に間に合いますということを言えるかどうかわからぬものですから、それはこちらの方で、御指摘は十分わかりますので、検討させてください。

○倉田分科会長 今、雪下委員の指摘されたことは非常に大事なことで、来年3月までにきっちりしなければならないのは、管理すべき病原体がどれだけかということであるならば、まさに言われたまゝ、最初から急ぎ過ぎかなということは紛れもない事実ですが、そうするといろいろ考え方があると思うのですが、米国は多剤耐性結核の人が大勢いる。それから、結核も非常に多い。国民の率からいくと低いのですが、ボビュレーションのところではどんどん1、2といふところと、20、50あるということがあるんです。

そういうこともあって、入れ方とか、菌を持つている人の管理の体制という問題と、医療の問題は少し違う。病原体の方の管理の強化というのは、私ども一番責任もありますし、日本では多分一番書きちょっとやっていると思うのですが、そういう研究室、実験室レベルで物事を管理することと患者さんがいる問題のところを同時にごちゃごちゃやることと患者さんは最初からほとんど不可能なんんです。そここのところを少しひききりした方がよろしいと思うのですが、そうしないと皆さんの疑問は払拭できません。それでいいかと言われたのではわからないのはそのとおりで、今日指摘された現在の結核予防法の少し足りない点を強化し、更にいいものにし、今までの問題だったところが解決するような方法の策がきっちりとした格好で示されないと、委員の方はなかなか納得しないのではないかという気がするんですが、そういうことについて、条文はともかくして、対応できるとか、こういう疑問に関してはできないとかそういうことができてこないと、やはり短時間の間に結論を出すというのばかり難しくなるかもしれません。

今日、皆さんからあつたように、担当の人たちの意見も聞けということも十分あります。ここで聞くのも一つですが、またいろいろなやり方もあるかもしれませんけれども、指摘されたように「結核部会」を開けとかいろいろありますけれども、そういうことを考へた上で、次回にそれを示してもらうことは可能なのです。

○結核感染症課長 条文のレベルというのは無理なのですが、具体的な考え方について、今日いろいろ出ましたところについてはお答えができるような資料を準備して御説明をします。

○倉田分科会長 それから、結核菌及び多剤耐性結核菌を位置付けることによって、この予防法がひつかつてくるというのは、私はよくわかるのですが、さつき言ったように、2つの位置を少しペンドティングしたままで、あのリストはあれでいいとなつたわけですね。

こちらの問題がはっきりしたところで、今度、多剤耐性側のCでいいとか、あるいは結核菌がDでいいかということをもう一回きっちりしなければいけないと思うのです。そういう限り、もしこれが改定にならないのなら、その場合に、その位置づけはペンドティングにしておくとか、いろいろなやり方があると思うのです。

米国でも入っていないし、一番テロによるうるさい米国がその部分を抜いてあるところの意味というのは非常に大事な意味があるわけで、そういうのを我々もそういうテロといふものを、オウムがやったサリンを除くささやかなテロ以外のバイオに関しましては違う、程度の低いものだった、幸い被害者が出てなかつたということで、そこで結核菌の問題は大勢の、先ほど指摘されましたように、万の単位の患者さんがおられる。排菌している人に対して、10万で十万人おられるということの中で、それを位置付けることがテロ対策になるかといいますと、テロはそもそも非常にまれなもので、なかなか診断ができないようなものでやつていかないといふ意味がないといふのは世界の常識なんです。

そういうこともあって、その位置づけについては少し考えることがあってもいいのではないか、もう一回考えていただくことはしていただいた方がいい。同じなら同じでいいのですが、その場合にはちゃんと根拠を示す必要があると、よりわかりやすいということだと。今日の皆さんの質問あるいは御意見を聞いていて思います。

それで、時間も迫ってきてきましたが、今日、是非何か言っておいていただいて、事務局に検討していただいて、きっちりとしたものを出していただくという前提で何かありましたら、よろしく。

○深山委員 実際に感染症を扱っている病院の者として伺いたいのですが、次回出されるときには結核予防法を感染症に入れたとしたら、結核は2類としてお話しされるわけ

ですね。それで現在の2類が3類になるわけですね。今のチフスとかコレラとかの腸管感染症は2類でいいわけですか。

○結核感染症課長 チフス、赤痢の腸管感染症自体も3類にするということで、前回ほぼ合意していると認識しています。

○深山委員 そして、その次に、それでは今ある第2種指定医療機関は2類も扱うのでしょうか。将来的にはというようなことをおっしゃいましたけれども、それは同時になんでしょうか。

○前田課長補佐 前回、御議論いただきまして、2類から3類に移行するものとして、コレラ、赤痢、チフス、パラチフスですので、ボリオとジフテリアが2類に残りますので、2類感染症として、あとSARSが1類から2類に移行するということですので、現在の事務局案として2類感染症は結核、SARS、ジフテリア、ボリオの4種類といふことでございます。

医療機関の件につきましては、結核病床と感染症病床というのは現行どおりというこ

とで残すということで分かれております。○深山委員 分かれると。そうすると、現実的には第2種は何もすることがほとんどなくなるというわけですね。だって、実際に患者さんがおられないのだから。

そういうことでよろしいのですが。

○前田課長補佐 現行の第1種感染症医療機関とほぼ同様の形になるかも知れませんが、入院勧告の実績としては赤痢、チフス、パラチフス、コレラが今までほとんどだったと。昨年1年間の実績でも、ジフテリアとボリオの入院勧告事例がなかったというの

は事実でございますが、感染症医療機関の性質上、健康危機管理が発生したときの空床というところでございますので、その点を考慮して厚生労働省も補助金を確保していると

いうことでございますので、その辺りはそういう危機管理上のものということで考えて

いただければと思います。

○深山委員 わかりました。

○倉田分科会長 ほかに何かございますか。

どうぞ。

○阿彦委員 何回も済みませんが、弁護士の先生方もおられるところでお伺いしたいの

です。

今回、同居者問題のほかに、審査協議会の意見を聞く前に応急的な入院という形で、

今72時間情報があるわけですけれども、赤痢、コレラ等は72時間のうちに症状が収まつてそのまま審査協議会を開く前に退院するという方が間々あるわけですから、そ

ういう病気と違つて、結核の場合は72時間などというのではなくて1か月とかになるわけ

ですけれども、感染症法で2種になったときに勧告による入院といった場合の審査協議会を開くまでの期間が72時間ということは、実質的に罹患率の高い地域では余りメリットがないといいますか、やはり毎日のように審査協議会を開かないといけない状況にな

つてくるのではないかと。

山形県は、罹患率が長野県に次いで2番目に低いという統計がさつきありましたけれども、それでも私の保健所でも昨日と今日と合わせて3人緊急審査会、先ほども電話が

来たところですが、緊急審査会を3回開いているのです。罹患率が低いどころでも昨日と今日と3回やってますので、事前にやらなければいけないということを受けてやつ

ているのです。

大阪のようなどころでは、72時間があったから実質的にメリットがあるかといいます

とやる側の問題ですけれども、それを法律的にといいますか、人権的に72時間とい

うところをどこまで延ばすことが可能なのかとそういうところは、ほかの法律でも精

神保健も72時間ですし、多分事務局に聞けば法制上の問題なので、これはほかの法律と

の釣合いなので72時間を超えることはできないとお答えなのはわかるので、事務局でな

いところに、山川先生とか弁護士の方に聞きたいと思うのです。

○倉田分科会長 いかがでしょうか。

高松先生。

○高松委員 大阪は、現在どうしようかということで、毎日ファックスでやりとりして

現美にはできないです。坂谷先生の方がよく御存じなので、坂谷先生から御発言い

ただければ。

○坂谷委員 この会、1週間前の初日に申し上げたとおりです。大阪市辺りでは毎週開

いていますけれども、大体毎回100件ずつぐらいありますから、それは発生するたびに

云々ということになったら、まず物理的に不可能だと思われます。

○倉田分科会長 何かアイデアはございますか。

どうぞ。

○結核感染症課長 それでは、結核の患者さんは72時間以上審査会を開かなくて人権上

問題ないのか、いいのであるという理屈はどうひっくり返しても出てこないのでない

かと思うのです。ですから、72時間ということは3日ですから、毎日やらなくてはいけ

ないという事態ではないと思うのです。

ですから、これは机上の話みたいな御批判はあるかもしれませんけれども、例えば審

査会のメンバーが、今3人以上でしたね。例えば、保健所ごとにAチーム、Bチームを

つくっていただいて、月曜日と木曜日にやつていただくというふうにするか、例えば複

数の保健所で輪番制にしていただくとか、現実的ではないというような御批判を受ける

かもしれませんけれども、そこは現実にそういう取組をしていく都道府県もあると聞

いていますので、毎日開かないでも工夫してできるのではないかとは思いますけれども、

逆にこちらの方からお伺いしたいと思います。

○倉田分科会長 いかがでしょうか。

○菅沼委員 後でいいです。

○倉田分科会長 山川委員、いかがでしょうか。

○山川委員 難しい問題で、なかなかクリアーなお答えを即答できかねますけれども、

他の法令との比較等からしますと、72時間というのはある意味ではやむを得ない、それ

なりに合理的な時間なのかななどいう気もいたしますけれども、ただ、今お伺いいたしま

したように、たくさん審査事案があるという場合には、連日開廷しなければいけないとい

うことになって、それが運用上、可能なのかどうなのかということもあるので、なかなか

か私も判断に窮するところあります。

○倉田分科会長 ほかにいかがですか。

○菅沼委員 別のことでもよろしいですか。

○倉田分科会長 はい。これは御意見もまた後で感染症課からいただくことにして、ど

うぞ。

○菅沼委員 感染症法の2類に結核が入るとしますと、そのほかがSARSとジフテリ

アとボリオでございますね。SARSは、出たとすると、また1類に戻るのかなとかと

思うのですが、ジフテリアとボリオを3類にして、2類は結核だけとかということは乱

暴でしょうか。そうしますと、結核予防法をそのまま2類に適用するということは不可

能でしょうか。

○倉田分科会長 岡部さん。

○岡部委員 3類ですと、入院の勧告ができなくて、主なところは就業制限なのです。

そうすると、ジフテリアとボリオという病気が入院しなくてもいいかといいますと、こ

れはやはり大問題だと思うのです。

○岡部委員 入院すべき、しかも国の規則に従って入院していただくというのが2類だと思うので、

3類扱いといふのはやはりジフテリア、ボリオを担当している、病気を診る側としては、

余りありがたくないことだと思います。

○菅沼委員 勿論、そういう病気の特異性というのはわかっているつもりなのですが、

法律とすると、全く結核とジフテリア、ボリオは違うと思うので、2類のところに入れ

たときに、法律が非常に煩雑になるのではないかと危惧をいたしました。

○倉田分科会長 これは、先ほど言っているように、結核についてはという注釈が付

かないところは、今の話は当然通らない話ですね。ですから、2類でみんな同じ扱い

ということではないとずっと聞いていましたけれども、違いますか。2類はみんな同じ扱

いにしてしまうという話ではないですね。

○新課長補佐 ですから、特例措置とか表現は別として、結核に着目した考え方を持

っているということをございます。

ただ、72時間の話は人権侵害の問題とも関係しますので、軽々に課長から申し上げに

くかったということでお理解いただきたいと思います。

○倉田分科会長 特例措置が20年続けは、今の数値が1けたになるかもしれないから、

2か3に、それもまた一つの考え方でいいのではないかですか。特例措置が5人と決まつ

ているわけではなくて、また2~3になるまで、少なくとも5を切るまでとかいろいろ

コメントの付け方は委員会としてあると思うのです。それで、部会としてまた考えてい

ただければですか。それはまた後のことで、いろいろ条件が付くと思います。

ほかに何かありますか。時間が迫ってきたのでそろそろ。

どうぞ。

○重藤委員 先ほどからの議論に重なるのでしょうか、先ほど専門家からいろいろ意見を出せ、出さなかつたら後で困るのではないかと言われました。事務局の方も、条文までは出せないとおっしゃいました。結局、無理ではないですか。

私たちも、落ちのないようによく出しません。一応、私も専門家と言われているのだと思います。やはり落ちるところがいっぱいあると思うのです。その部分は、今からゆっくりと必要に応じて検討していくべきといふと言われましたけれども、私も6年以上ここに出てきていますけれども、やはりだんだん不安になってきております。

以上です。

○倉田分科会長 不安を払拭してください。

○結核感染症課長 微に入り細に入り法律で決めるわけではないので、法律で決めるような性質のものと、特定感染症指針できちっと書けば足りるものがあると思うのです。

特定感染症指針で書けば足りるものについてまで網羅的に、このショートノーティスで出していただくには及ばないと思っていますので、少なくとも基本的な部分、大きな話、法律できちと議論するような部分について漏れないようにしていただければ、特定感染症指針をつくるときはまたこういった場で御議論いただくことに当然なろうかと思いますので、全部、微に入り細に入り、網羅的にということではなくていいと思うのです。

○倉田分科会長 それでは、次回にそういうきちっとした案が出てくるということを期待しまして、それでおかしい場合は、納得できない場合は是非皆さんの意思で、これはおかしいのではないか、元へ戻しますようということも一つの選択だと思います。

そういうように考えておいていただきて、ただしコメントについては、先ほど言いましたように、もっと具体的な点についてこういうことが、配慮ではなくて、きちんと盛り込まれると。配慮という言葉は、実に日本語としていい言葉で、これは英語で何と言いうのかなと思うと、配慮というのは英語に固執することとは本当にないです。そういう文章で書こうと思うとなかなかないです。絶対に英語になりません。英語から日本語にするときは、配慮というのは実に英語の単語を幾つか持ってきて、それがそのままなると思うのですが、逆はほとんど使えないような言葉です。何でも使いますが、結局ゼロでもだれも文句を言わないというようなところがあるんです。

ですから、そういうことで、配慮という言葉は使わないでください。きちんと具体的に、これは非常に大事なことなんです。日本語のあいまいさをそのまま出して、この配慮というののはだれも責任を取れない言葉なんです。いいですか。是非よろしくお願いします。

それでは、今日はこれで終わりにしたいと思うのですが、次のスケジュールについて事務局で御説明を。

○前田課長補佐 次回の分科会につきましては、10月18日14時よりこの部屋、省議室にて予定をいたしておりますので、よろしくお願ひいたします。

○倉田分科会長 2時から5時ですね。

○前田課長補佐 2時から5時の予定でございます。

○倉田分科会長 済みませんが、また時間をいただきますけれども、よろしくお願いします。

それでは、次回ということで、今日は終了させていただきます。お忙しいところ、本当に長時間ありがとうございました。