

- 1 医療保険の不適正利用に係るレセプト全数調査の結果、不適正事案の可能性が残る事例（※1）が2件、また、既に出国しており確認が取れなかったものが5件あった。

（※1）在留資格が「経営・管理」であるにもかかわらず、給与所得の申告がある事例

- 2 この調査は、疑わしい事例も含めた全国的な状況を把握することを目的としており、不正か否かを個別に判定するために行ったものではないので、不適正事案として確定したものではない。

2018年11月30日

衆議院 厚生労働委員会

立憲民主党 市民クラブ 尾辻かな子

出典 厚生労働省資料

老人施設で6人死亡

鹿児島・鹿屋 1カ月で 県が調査

いた。死亡した6人はいずれも寝たきりで、点滴で栄養を補給されていたという。県は施設の運営が適切

だったか調べるため、16日に老人福祉法に基づいて立ち入り検査をした。
県はその結果や入居者の死因などについて明らかにしていない。県は「必要があれば業務改善命令などを検討する」としている。
(大崎浩義)

鹿児島県鹿屋市の住宅型有料老人ホームで、11月中旬までの約1カ月間に入居者6人が死亡していたことが21日、県への取材で分かった。そのうち4人は11月上旬の3日間のうちに相次いで死亡しており、県と鹿屋市は施設に立ち入るなどして原因を調べている。

県や市などによると、この施設は2012年に開設され、高齢者約40人が入居していた。今年8月から9月にかけて介護職員8人全員が退職し、系列の病院から看護師が訪問看護をして

軽介護109自治体運営難

大手撤退サービス低下懸念

市区町村が手掛ける軽度者向け介護サービスが、約100の自治体で運営難になっていることが共同通信の調べで分かった。地元介護事業者のスタッフ不足に加え、これまで請け負ってきた大手の撤退が追い打ちをかけ、訪問介護の回数が減るなどの影響が出ている。厚生労働省はサービスの低下を懸念し、実態把握に乗り出した。

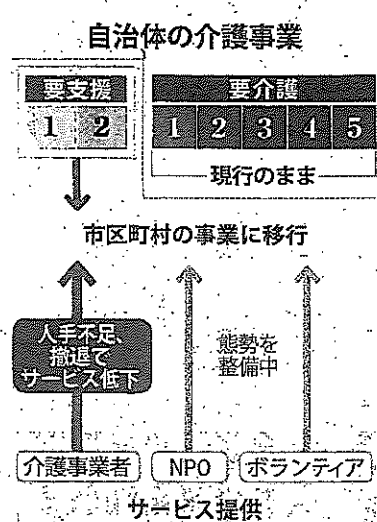
昨年4月までに市区町村の事業となった自治体では、住民が助け合うボランティアの仕組みをつくる一方、入浴の手助けや身体機能の回復訓練といったサービスのほか、認知症の利用者のケアには専門事業者の確保が不可欠になっている。サービスの種類によっては自治体の財政事情で報酬が移行前より安く、撤退が相次ぐ要因になっている。

菅に不安を感じていると回答。昨年末から年明けに個別に取材した結果、109の自治体で業者を十分確保できていないと答えた。このうち75の自治体は地元事業者の人手不足など大手の撤退、24の自治体は大手の撤退だけを理由に挙げた。報酬の安さを補うため、国からの支援を受けて移行前と同じ水準にするサービスも設けたが、効果は乏しい。大手と地元事業者の撤退で4月から完全に人が足りなくなる(山形県のある市)との回答もあった。

7段階ある要介護度のうち軽度の「要支援1」を対象にした訪問介護と通所介護(デイサービス)は国の介護保険制度から移行し、

共同通信は昨年6〜9月、全国自治体に軽度介護サービスについてアンケートしたところ、約300自治体が担い手不足などで運

2018年11月30日
衆議院 厚生労働委員会
立憲民主党 市民クラブ 尾辻かな子
出典 2018年11月21日 朝日新聞
2018年01月29日 毎日新聞



「利用者に影響が生じないよう事業者を調整する必要がある。実態を踏まえ、自治体を支援した」としている。

低報酬介護利用1割

軽度者対象 事業者参入進まず

本紙全国調査

介護保険制度の訪問・通所介護で、介護の必要度が最も軽い要支援1、2（軽度者）に対し、市町村が実施する新方式の利用率が、政令中など主要140自治体で約1割にとどまる。これが毎日新聞の全国調査で明らかになった。報酬が低いため事業者参入が乏しく、人材育成も進まず、体制が未整備だ。厚生労働省は「助け合う地域作り」のため新方式を始めたが、財務省は費用を抑え、介護の人材不足に備えるため5月、訪問・通所介護を使う全軽度者（約102万人）を新方式に移し、より重度の要介護1、2（約155万人）も移すことを来年度末までに決める案をまとめた。受け皿のない移行は見直しが求められる。（3面にクロースアップ）

政令市、東京23区、中核 今年2、3月、電話で調査 介護の直近1カ月あたりの市など主要140自治体に一した。新方式の訪問、通所 利用者数を聞き、新方式に

取り組む直前の利用者数で割り「利用率」とした。その結果、訪問介護（有効回答の97自治体）の利用率は平均13・8％。通所介護（同77自治体）は平均11・2％。訪問・通所介護全体で新方式前の利用者計約40万人に対し、新方式の利用者は約3万7000人。従来に比べ報酬は8割に至

らず、事業者は1・3割しか参入していない。大手は新方式から撤退、中小も受け入れを制限する例があった。利用者の大半は従来報酬の介護を継続して受けている。

新方式の低報酬介護は、2025年に約33万人と見込まれる介護の担い手不足に備え、地域での「自助・共助」の助け合いに期待して、厚生労働省が主導し主な自治体が15年度から順次導入している。訪問介護では、簡単な研修を受けた高齢者や地域住民が掃除や調理、買い物などの「生活援助」を担う。だが名古屋市など26自治体の追跡調査では研修修了者は平均28・4％しか担い手に回っていない。期待された元氣な高齢

者も、労働意欲は低調だ。

専門職のヘルパーではない地域住民が介護する想定で利用者にはリスクがあり、介護事業者は採算が合わない。利用者側、提供側とも二の足を踏んでいる。だが、人手不足による介護保険制度の行き詰まりを懸念する財務省主計局は「利用率1割は少ないが、（低報酬介護に）一斉に移行させる」と市町村に求めている。

【斎藤義彦、稲田佳代】

制度停滞明白

介護保険に詳しい結城康博・淑徳大教授の話。調査で低報酬設定の制度の停滞は明白で、現状は失敗だ。要介護1、2の生活援助などをこの制度に移す財務省の主張はほぼ無理。抜本的な見直しが必要だ。

軽度者向け訪問・通所介護を巡る動き
※人数は2018年1月分

要支援1,2の利用者 約102万人

★低報酬サービス
=約1割が利用
■従来報酬サービス
=大半が利用

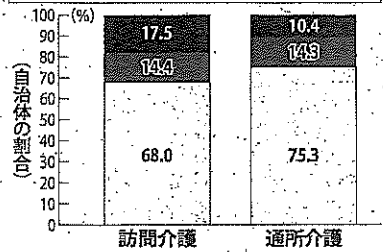
★低報酬サービスへの一斉移行を2019年度までに決定?

要介護1,2の利用者 約135万人

全国一律

低報酬介護の利用率別の自治体の割合

利用率 10%以下 10~30% 30%超



四捨五入しているため、合計が100にならない場合があります。訪問介護は97自治体、通所介護は77自治体が対象。厚生労働省のガイドラインに基づくサービスを実施

施設「経営は不可能」 担い手不足も露呈

介護保険制度で、要支援向けの新方式の低報酬訪問・通所介護の利用率が低いことがわかった。より重度の要介護1、2まで低報酬訪問・通所介護を含める財務省案に、自治体から「無理だ」と批判が出ている。

要介護移行「無理」

昨年9月、東京都北区の通所介護「フィットネスデイ」もあが閉鎖された。北区が昨春導入した新方式の通所介護の報酬が低く、「収入が3割減った」（関係者）ためだ。約150人の利用者は区が他施設に移した。元利用者の女性(86)は「なまぬんない施設が閉鎖されるのか。設備も内容もよかったのに」とうなずき、理解できないと不満を漏らす。

「も」は2003年、要支援だけを対象に運動に特化した「機器を使い2時間くらいはリハビリしていた。国が06年に要支援の介護予防を推奨した後、流行したりハビリた。新方式の報酬は従来より約4割低く、直撃を受けた。「国の政策を他に先駆けて行ったのはじこを舐された」と関係者は嘆く。北区の低報酬訪問・通所介護の利用率は約1割。地元21の事業者は今年4月、「経営は不可能」と低報酬の中止を区に要請した。区は「想定を越えた。見直す」と増額の検討を始めた。

新方式の利用率が低いのは経済原則に合わない低い報酬と無資格の地域住民を低賃金で雇ったためだ。大分市では昨年度から従来より5割低い報酬で生活援助だけを行う訪問介護を導入したが利用率は2・7割。低報酬サービスへの一斉移行を2019年度までに決定?

クロアツ 2018

低報酬訪問・通所 自治体が批判



「フィットネスデイ」もあが閉鎖されたため、別の通所介護施設に移された女性(東京都北区、斎藤隆彦撮影)

省の横やりにも困惑しても表面は反発しておらず、財務省の要求が実現される可能性もある。財務省は「介護の担い手を増やすため」、担い手が数十万人不足すると予想される中、要介護1、2にも「介護の担い手の裾野を住民などに広げ」、有資格者への横やりにも困惑しても表面は反発しておらず、財務省の要求が実現される可能性もある。財務省は「介護の担い手を増やすため」、担い手が数十万人不足すると予想される中、要介護1、2にも「介護の担い手の裾野を住民などに広げ」、有資格者への横やりにも困惑しても表面は反発しておらず、財務省の要求が実現される可能性もある。

15市サービス選択制限

低報酬介護の利用率が低いため、名古屋、大阪、神戸市など15市がサービス選択を制限している。

各15市は昨年、訪問介護で従来報酬が、報酬が割安な介護が、対象者を振り分ける基準を作った。従来報酬が使えない基準を、1人で外出できない程度か、認知症で「たいたひ道に迷う」程度と厳しく設定した。それ以外は低報酬介護を利用させられる。従来報酬が可能な併せで入浴時の介護を受けられない恐れがある。市の低報酬訪問介護の利用率は16・4%と高くはないが、制度発足時に比べ昨年末の利用者は約10倍の18005人になった。

従来報酬に厳しい基準

大阪市も昨年、従来報酬が、報酬が25%低い方が振り分ける基準を作った。従来報酬を使うには、認知症で「日

介護保険の枠組み内で2015年から市町村が実施。従来報酬の介護ととも低報酬だが職員の資格要件などが緩和された介護が行われている。厚生労働省がガイドラインを設けている。介護の人手不足に備え住民が担い手となる地域を作る「介護予防・日常生活支援総合事業」の一つ。今回の調査はガイドラインに基づき低報酬介護を実施する自治体を有効回答とした。未実施などガイドラインと合致しない自治体は、計算できないため除外した。

2018年11月30日
衆議院 厚生労働委員会
立憲民主党 市民クラブ
尾辻かな子
出典 2018年06月21日
毎日新聞

訪問介護多い人 チェック開始

介護保険で訪問介護（ホームヘルプ）の掃除や調理といったサービスを使う回数が全国平均を大幅に上回る場合、その人のケアプランが妥当かどうかを医師らがチェックすることになりました。今月分以降のプランが対象です。国は「『回数が多いから制限する』という趣旨ではない」と言いますが、現場では混乱もあるようです。

ケアプランは、自治体などが選んだ医師や作業療法士がチエ

■ケアプランチェックの対象となる生活援助の利用回数（目安）

要介護 1	27回
要介護 2	34回
要介護 3	43回
要介護 4	38回
要介護 5	31回

（厚労省の手引から。回数は1カ月あたり。身体的介護の必要度が高まる要介護4、5では、目安回数より減る。）

ックする。訪問介護の生活援助サービスを使う回数が厚生労働省が示した要介護度ごとの目安を超えたら、プランを作った介護事業者が自治体に届け出て、医師ら専門家がプランをチェックする流れだ。専門家は現在のプランの妥当性を確かめ、利用者の自立支援や重度化防止にも役立つプランがあれば、自治体や事業者に助言する。チェックの導入は、生活援助サービスを月100回以上使っている人がいることを、財務省

「回数減らす」と誤解 現場で混乱も

が「使いすぎでは」と問題視したことを受けたものだ。

厚労省は10月、自治体や専門家向けに、具体的な事例に基づいた利用状況のチェックポイントなどを盛り込んだ手引をまとめた。ただ、その中で「一定回数以上となったことをもってサービスの利用制限を行うものではない」と注意喚起をしている。だが、介護現場では、この理解が不十分とみられる事態が起きている。

「10月から回数制限が始まるから、生活援助を1日1回に減らしましょう」。東京都内に住む会社員の男性は今春、近くで一人暮らしをする父親のケアマネジャーから連絡を受けた。

80代の父親は重い糖尿病で要介護2。自分で食事を用意する

ことが難しく、ホームヘルパーに栄養バランスの取れた食事を毎日2回、朝と夕に作ってもらっている。父親はヘルパーが決まった時間に訪れることで生活のリズムが整い、男性はヘルパー訪問が父親の見守りにもなっていると感じて安心できる。

男性が生活援助の回数減に納得がいけないと伝えると、ケアマネから「自分の周りのケアマネは、すでに減らしているから」と言われた。自ら自治体などに問い合わせると、「回数を制限する必要はない」との回答があったため、これまで通りのサービスを受けられている。

「ケアマネには利用者側の生活を一番に考えてほしい」と男性は振り返る。

厚労省の担当者は「『利用回数が多い』『悪』ではない」と話し、チェックの目的について周知を図るとしている。

（船橋）

2018年11月30日

衆議院 厚生労働委員会

立憲民主党 市民クラブ 尾辻かな子

出典 2018年10月19日 朝日新聞

介護入門研修、16都府県のみ

中高年ら対象に4月導入

2018/10/28 16:56

©一般社団法人共同通信社

介護の人手不足対策の一環で、経験のない中高年らを介護職場に呼び込もうと厚生労働省が自治体に要請している「入門的研修」を来年3月までに開催するのは47都道府県のうち16都府県にとどまることが28日、分かった。介護職に関心を持ってもらい就労の促進を図ろうと4月に導入されたものの出足は低調だ。安倍政権は外国人労働者の受け入れ拡大と同時に国内人材の確保にも力を入れるが、思惑通りに進まない実態が浮き彫りになった形だ。

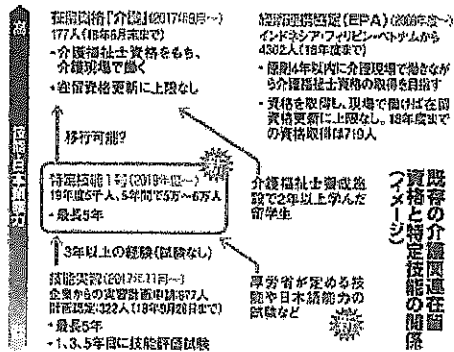
研修は、介護サービスの内容や認知症予防に役立つ体操を学ぶ基礎講座と、入浴や食事といった生活支援の基本的な方法や認知症の症状を理解する入門講座で構成。

This kiji is produced by 共同通信

2018年11月30日
衆議院 厚生労働委員会
立憲民主党 市民クラブ 尾辻かな子
出典 2018年10月28日 共同通信

介護、在留資格が乱立 既に3種、検証不十分 現場は期待と困惑

2018年11月16日05時00分



既存の介護関連在留資格と特定技能の関係 (イメージ)

政府が来年4月導入を目指す新たな在留資格「特定技能」の対象14業種のうち、外国人受け入れ見込み数が最も多いのが介護だ。2019年度に5千人、同年度から5年間に5万〜6万人で、介護現場には深刻な人手不足の改善につながるのの期待もある。ただ、介護関連の在留資格はすでに三つあり、その検証が十分でない状況での新制度導入には困惑が広がる。

15日の参院法務委員会では、出入国管理法(入管法)改正案をめぐる、激しい議論があった。

5年間に特定技能で最大約35万人を受け入れるとの政府試算について、立憲民主党の小川敏夫氏は「どのような技能を有している人が対象か」と質問。法務省の担当局長は「具体的な水準は各省庁で検討しており、決まっていない」と答弁した。小川氏が「技能の中身が決まっていないのに、なぜ見込み人数を算定できるのか」と重ねて問うと、山下貴司法相は「様々なニーズを総合的に考慮して出した」とかわした。

外国人労働者の受け入れ拡大を主導したのは菅義偉官房長官だ。昨秋、菅氏の元に介護事業者から介護人材不足への対応を求める声が寄せられたことがきっかけだった。厚労省推計によると、25年度には介護人材は約34万人不足する。

介護関連ではすでに「介護」「特定活動(経済連携協定=EPA)」「技能実習」の在留資格がある。政府は「経済連携の強化」「国際貢献」などが目的とするが、実際は「人手不足への対応」の側面が強い。

一方、特定技能は名実ともに「労働力」と位置づけられる。特定技能は「1号」と、より熟練した人が対象の「2号」がある。1号の技能や日本語能力などは技能実習より高く、在留資格「介護」やEPAより低い水準が想定される。2号については在留資格「介護」があるため、政府は導入を見送った。

9日に都内で開かれたシンポジウムで、技能実習生の受け入れを予定している特別養護老人ホームの富家隆樹理事長は、特定技能の導入について「変な建前がなくなるのは大きな一歩。新しい光が差し込んできた」と歓迎した。

ただ、在留資格「介護」や技能実習が始まってから1年しか経っておらず、その影響や効果は十分検証されていない。首都圏にある介護老人保健施設(老健)の理事長は「介護での外国人人材活用が本当にうまくいくのか判断できない」と漏らす。

関西地方の老健事務局長は、特定技能(1号)の在留期間が5年に限られ、適正な労働条件の確保や生活支援策も不明確な状況に、「一時的な安い労働力と位置づけられるのではないかと懸念を深める。

政権内には、多くの外国人に来てもらうため、求める日本語能力の水準は低く設定するべきだとの意見もある。これに対し、東北地方の特別養護老人ホームの施設長は、利用者の安全や生活の質を確保できる水準の日本語を身につけることが大前提だと反論。「日本の文化や慣習などを理解してもらうことも必要で、国の責務として研修などを実施するべきだ」とクギを刺す。(船崎桜)

介護業

1. 人手不足の見込み数の考え方

- 第7期介護保険事業計画に基づく介護人材必要数の推計（本年5月公表）では、年間6万人程度（※）の介護人材を追加で確保することが必要とされている。
（※）2018年度：約190万人→2020年度末：約216万人 2025年度末：約245万人
- この推計に基づき、現時点6万人、5年後には30万人と算出している。

2. 生産性向上と国内人材の確保の取組等

- 生産性向上については、介護ロボットの導入支援や生産性向上のガイドラインの作成など、介護ロボット・ICT活用推進の加速化等に取り組んでいるところであり、「2040年を見据えた社会保障の将来見通し」（本年5月21日 経済財政諮問会議）では、2018年度から2040年度までの22年間で5%程度業務の効率化が図られると見通しが示されていること等を踏まえ、2023年時点では1%程度の生産性向上（2万人程度）につなげていくと試算している。
- 国内人材の確保については、高齢者、女性の就業促進、職場環境の改善による離職の防止など、処遇改善をはじめとした総合的な介護人材確保対策に引き続き取り組み、5年後において、20万人余りの国内人材確保の実現を目指す。
- こうした生産性向上と国内人材の確保の取組を最大限行ってもなお、人手不足の状況にあると考えている。

3. 受入れ見込み数の考え方

- 介護分野においては、約16%の施設等が外国人材の活用を希望しているという調査結果に基づき、外国人材の受入対象となる施設等の数が約11.3万箇所であることを踏まえ試算している。
- 試算に当たっては、受入施設の受入れに向けた準備が必要となる点を考慮し、制度開始5年目までの間に受入れが段階的に増えていく（※）ものと想定している。
（※）制度開始1年目：受入希望施設の1/4
制度開始2年目～3（4）年目：受入希望施設の1/2
制度開始4（5）年目～：受入希望施設のすべてが受入れを開始すると仮定。
- また、介護分野は、昨年11月に技能実習の対象職種に追加され、本年7月に第1陣が入国した状況にあり、受入実績が少ないため、試験等による入国を基本的に想定している。

4. 分野の見通し

- 介護業においては、技能実習同様、介護分野1つでの受入れを想定している。

厚生労働大臣 塩崎 恭久 様
厚生労働副大臣 古屋 範子 様

ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害の 認定基準に関する要望書

早期に抗 HIV 薬による治療を開始することにより、合併症の発生リスクを低く抑えることができ、かつ生命予後が改善すること、またウイルス量が検出限界以下であれば、他者への感染リスクを低下させることができることが明らかとなり、国際的なガイドラインが変更された(*1)。一方で、日本国内では障害認定の基準が1998年当時の知見により作られており、治療ガイドラインの変更に追いついていない。その結果、国際基準では、治療を開始すべきでありながら、障害認定による治療助成の利用が制限され、抗 HIV 薬の服薬時期が遅れている現状がある。

- 1) CD4が500以上、RNAウイルス量が5000未満の場合、多くのエイズ拠点病院では、身体障害認定が難しいため、経過観察となっている。
- 2) 2013～14年、ぶれいす東京の研究グループが実施した。厚生科学研究費助エイズ対策研究事業「HIV陽性者の健康と生活に関する実態調査」の結果では、ACC、AIDSブロック拠点病院9か所の外来患者4割を対象にした調査では、回答者1084人のうち、59人(5.4%)が未服薬であった(*2)。
- 3) 全国から HIV 陽性者が多数参加して企画・実施された「HIV FUTURES JAPAN プロジェクト」による調査では、全有効回答者数913人中、過去1年間に HIV 治療のために医療機関に通院しており、かつ免疫機能障害での身障者手帳を取得していない人は101人(全体913人中11.1%・申請中は除く)であり、そのうち血漿中 HIV-RNA 量(ウイルス量)が検出されている(検出限界以下でない)人は61%であった。また、上記101人中、過去1年間に性交渉があった人は78人(77.2%)であった(*3)。
- 4) ぶれいす東京の HIV 陽性者を対象にした相談に寄せられた相談は以下のようなものがある。

「未服薬なので、半年に一度の検査となっていたため、通院の動機を保つのが難しく、通院中断してしまい、発症に至ってしまった。」

「他者への感染を防ぐ意味で服薬を早めに開始したいが、CD4が高いため手帳がとれず、それができない。つい恋愛や結婚に消極的になりがち。」

「B型肝炎があり、肝炎の状況からも治療を早期に開始したいが、手帳が取得できず治療がなかなか始められない。」

「自分は、海外で陽性が判明し、治療を受けながら生活していた日本人だが、帰国後に医療機関にいくと、既に服薬しているため、身体障害認定を満たすのが難しく、医療者からは、一度、服薬を中断し、基準を満たすしかないと言われた。」

「経過観察中、子作りをしたいが、未服薬のため制限されてしまう。」(男女共にあり)

「医療従事者として勤務。服薬してウイルス量を抑えて安心して働きたいが、手帳が取得できずもやもやした状態が続いている。就労を継続していいのか戸惑う。」(他に介護従事者などもあり)

こうした、治療へのアクセスを難しくしている、身体障害者〔ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害認定基準〕の認定基準の見直しをお願いしたい。

特定非営利活動法人ぶれいす東京 代表 生島嗣

特定非営利活動法人日本 HIV 陽性者ネットワーク・ジャンププラス 代表 高久陽介

(参考)

*1

国立国際研究センターエイズ治療・研究開発センターホームページから

抗 HIV 療法(治療ガイドラインのご紹介) 更新日:2017年4月18日

抗 HIV 療法の進歩に伴い、HIV 感染者の生命予後は劇的に改善した。最新の知見によれば、早期に診断され適切に管理されている HIV 感染者の生命予後は、HIV 感染症以外の疾患(ウイルス性肝炎など)の合併がない場合には、非 HIV 感染者と大きく変わらないと考えられている。

未治療の HIV 感染者においては、非エイズ合併症(動脈硬化性疾患・腎疾患・悪性腫瘍などエイズ指標疾患に含まれない疾患)の頻度が増加する。これは HIV 血症に伴う炎症状態の持続や血管内皮障害によるものと考えられており、抗 HIV 療法の目的は「障害された細胞性免疫能の回復・維持」から「HIV 増殖を抑制することによる非エイズ合併症の予防」に変化しつつある。2015年に報告された START 試験の最終報告では、CD4 陽性 T リンパ球数 500/ μ L 以上であっても抗 HIV 療法が様々な合併症のリスクを低下させることが明確に示された。さらに、有効な抗 HIV 療法が性的パートナーへの HIV 感染リスクを低下させることも前向き試験で実証された(HPTN052 試験・PARTNER 試験)。

無症候性 HIV 感染者における初回治療開始のタイミングに関するガイドライン推奨は、早期治療開始の有用性を支持する知見の集積を受けて年々早期化している。2012年3月27日付以降の米国保健福祉省(DHHS)ガイドラインでは、CD4 陽性 T リンパ球数に関わらずすべての HIV 感染者に対する抗 HIV 療法開始が推奨されている。さらに、いわゆる先進工業国より医療資源に乏しい地域も考慮した WHO ガイドラインにおいても、2013年6月の改訂で CD4 数 500/ μ L 未満の全例で治療を開始することが推奨され、さらに 2015年9月の改訂において(DHHS ガイドライン同様)CD4 陽性 T リンパ球数に関わらずすべての HIV 感染者に対する抗 HIV 療法開始が推奨された。

*2

第3回「HIV 陽性者の健康と生活に関する実態調査」

<http://www.chiiki-shien.jp/image/pdf/atyouasa.pdf>

*3

HIV FUTURES JAPAN プロジェクト

<http://survey.futures-japan.jp/>

2018年11月30日 衆議院 厚生労働委員会 立憲民主党 市民クラブ 尾辻かな子
出典 特定非営利活動法人ぶれいす東京

梅 毒 発 生 届

都道府県知事（保健所設置市長・特別区長） 殿

感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第12条第1項（同条第6項において準用する場合を含む。）の規定により、以下のとおり届け出る。

報告年月日 平成 年 月 日

医師の氏名 _____ 印 _____
 （署名又は記名押印のこと）

従事する病院・診療所の名称 _____

上記病院・診療所の所在地(※) _____

電話番号(※) (_____) _____

(※病院・診療所に従事していない医師にあつては、その住所・電話番号を記載)

1 診断（検案）した者（死体）の種類	
・患者（確定例） ・無症状病原体保有者 ・感染症死亡者の死体	
2 性別	3 診断時の年齢（0歳は月齢）
男 ・ 女	歳（ か月）
病 型	
① 病型 1) 早期顕症梅毒(Ⅶ,Ⅰ期Ⅰ,Ⅱ期) 2) 晩期顕症梅毒、 3) 先天梅毒、4) 無症候（無症状病原体保有者） ② HIV感染症合併の有無 1) 有 2) 無 3) 不明 4 症 状 ・初期硬結（性器、肛門、口唇、口腔咽頭、その他（ ）） ・硬性下疳（性器、肛門、口唇、口腔咽頭、その他（ ）） ・鼠径リンパ節腫脹（無痛性） ・梅毒性バラ疹 ・丘疹性梅毒疹 ・扁平コンジローマ ・ゴム腫 ・心血管症状 ・神経症状 ・眼症状 ・骨軟骨炎 ・実質性角膜炎 ・感音性難聴 ・Hutchinson 歯 ・その他（ ） ・なし	1 1 感染原因・感染経路・感染地域 ① 感染原因・感染経路（ 確定・推定 ） 1 性的接触 （A.性交 B.経口） （ア.同性間 イ.異性間 ウ.不明） （性風俗産業の従事歴（直近6か月以内） 1) 有 2) 無 3) 不明） （性風俗産業の利用歴（直近6か月以内） 1) 有 2) 無 3) 不明） 2 静注薬物使用 3 母子感染（ア.胎内・出産時 イ.母乳） 4 輸血・血液製剤 （輸血・血液製剤の種類・使用年月・状況： ） 5 その他（ ） 6 不明 ② 感染地域（ 確定 ・ 推定 ） 1 日本国内（ 都道府県 市区町村） 2 国外 （国名： ） 詳細地域：) 3 不明 ③ 過去の治療歴 1) 1年より前 2) 1年以内 3) なし 4) 不明 1 2 感染症のまん延の防止及び当該者の医療のために必要な事項として厚生労働大臣が定める事項 ・ 妊娠の有無 1) 有（ 週） 2) 無 3) 不明
5 診断方法	① 患者（確定例）の場合 ・病変からの病原体の検出（染色法、PCR 検査） ・次の1)、2)の両方の抗体検査による血清抗体の検出 1) カルジオリピンを抗原とする検査 2) <i>T. pallidum</i> を抗原とする検査 ② 無症状病原体保有者の場合 ・次の1)、2)の両方の抗体検査による血清抗体の検出 1) カルジオリピンを抗原とする検査 （抗体価を記載、16倍相当以上が必要） 結果：（ 倍、R.U.,U又はSU/ml） 2) <i>T. pallidum</i> を抗原とする検査 ・その他の検査方法（ ） 検体（ ） 結果（ ）
6 初診年月日	平成 年 月 日
7 診断（検案(※)）年月日	平成 年 月 日
8 感染したと推定される年月日	平成 年 月 日
9 発病年月日（*）	平成 年 月 日
10 死亡年月日（※）	平成 年 月 日

この届出は診断から7日以内に行つていただくこと

(1, 2, 4, 5, 11, 12 欄は該当する番号等を○で囲み、3, 6 から 10 欄は年齢、年月日を記入すること。
 (※) 欄は、死亡者を検案した場合のみ記入すること。
 (*) 欄は、患者（確定例）を診断した場合のみ記入すること。
 4, 5 欄は、該当するものすべてを記載すること。)

2018年11月30日 衆議院 厚生労働委員会
 立憲民主党 市民クラブ 尾辻かな子
 出典 厚生労働省資料