

07/07/30 第12回厚生科学審議会感染症分科会結核部会議事録

第12回 厚生科学審議会感染症分科会結核部会 議事録

日時：平成19年7月30日（月）13:57～15:58
場所：三田共用会議所3階 B～E会議室

1. 開 会
2. 議 事 題

(1) 議 題

1) 潜在性結核感染症に対する公費負担について

2) 結核に係る入退院基準等について

(2) 報 告

1) 結核の接触者健康診断の手引きについて

2) 平成12年度全国結核緊急実態調査時における薬剤感受性試験結果について

3) 結核研究所あり方検討委員会報告について

(3) その他
3. 閉 会

○三宅補佐 では、定刻前でございますが、今日出席していただく委員の方は全員そろっていただきましたので、始めさせていただきます。よろしくお願いいたします。

では、これより、「第12回厚生科学審議会感染症分科会結核部会」を開催いたします。委員の皆様方には御多忙のところ御出席いただきまして、誠にありがとうございます。私は、健康局結核感染症課の三宅でございます。しばらくの間、再度進行役を務めさせていただきますのでよろしくお願いいたします。

それでは、本部会の開催に当たりまして、三宅結核感染症課長よりごあいさつを申し上げます。

○三宅課長 結核感染症課長の三宅でございます。本日は、委員の皆様におかれましては、御多忙の中にもかかわらず、本「第12回厚生科学審議会感染症分科会結核部会」に御出席をいただきまして、誠にありがとうございます。

前回、5月に開催いたしました結核部会におきましては、結核の届出の基準について貴重な御意見をいただきました。その結果に基づきまして、6月15日に一部改正された基準が適用されているところでございます。おかげさまで大変わかりやすく基準を示すことができたこと、誠にありがとうございます。

また、結核対策が感染症法に統合されましたけれども、厚生労働省といたしましては、結核が国内の主要な感染症であることには変わりがないということで、DOTSの推進等を図るなど、更に一層の対策の推進をしていく必要があると考えて取り組んでいるところでございます。

そういった中で、本日は、潜在性の結核感染症に対する公費負担についてということが1点。もう1点、結核に係る入退院基準等につきまして、結核施策の措置に必要な事項につきまして、先生方に専門的かつ大局的な御見地から貴重な御意見をいただきまして、方針を示していければと考えてございます。

簡単でございますけれども、本日の会議はそういうことでございますので、どうぞよろしく願います。

○三宅補佐 開会に先立ちまして、委員の出欠状況の報告をさせていただきます。本日の出欠状況につきましては、飯沼委員、高橋委員から御欠席の御連絡をいただいております。

現在の部会委員総数12名のうち、10名の御出席をいただいております。出席委員が過半数に達しておりますので、本日の部会が成立いたしますことを御報告いたします。

次に、今回初めて出席していただく事務局の職員を紹介させていただきます。法令の安里補佐でございます。

○安里補佐 安里と申します。7月から結核感染症課に座っておりまして、法令担当の補佐をしております。どうぞよろしくお願いいたします。

○三宅補佐 蛭川補佐です。

○蛭川補佐 蛭川と申します。同じく、7月から結核感染症課にやっております、結核の担当をさせていただきます。よろしくお願いいたします。

○三宅補佐 ここで、カメラ撮りの方は終了させていただきますので、御協力のほどお願いいたします。

続きまして資料の確認をさせていただきます。本日は、大分、資料数が多いでございます。大きく分けて、資料、報告資料、参考資料の3つの分類であります。まず「資料一覧」を見させていただきますと、その一覧があります。

資料1が「潜在性結核感染症の扱いについて（案）」。

資料2-1が「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における結核の入退院基準等について」。

資料2-2が「結核の入退院基準、就業制限基準の概略について（図解）」。これにつきましては、既に送付させていただいたものとは若干異なっておりまして、差し替えをさせていただきます。

次が、報告資料でございます。

報告資料1、分厚い「結核の接触者健康診断の手引きについて」。

報告資料2が「結核研究所あり方検討委員会報告書の概要について」。

参考資料でございます。

参考資料1-1「初感染結核に対するINHの投与について」という通知。

参考資料1-2「さらに積極的な化学予防の実施について」という結核学会の予防委員会の報告、提言でございます。

4ページが、参考資料1-3、加藤先生による研究成果「潜在性結核感染症に対するイソニアジド投与に関する研究」でございます。

10ページが、参考資料1-4、感染症の届出基準の一部改正についての通知でございます。

次に、参考資料2-1もまた続けさせていただきます。

1ページ目が「欧米における結核の入退院」加藤先生の提出資料でございます。

5ページ目が、参考資料2-2「結核の入院と退院の基準に関する見解（日本結核病学会治療・予防・社会保険合同委員会）」の報告でございます。

7ページ目が、参考資料2-3「独立行政法人国立病院機構における結核患者の退院基準について」でございます。

12ページ目が、参考資料2-4「結核予防法第29条第1項の規定に基づく入所命令等に関する取扱い基準について」でございます。

参考資料2-5が、また別刷りになっておりまして「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（抄）」でございます。この(1)につきましては、結核に關して既に準用規定を中に入れて読んで読みやすくしたものでございます。

参考資料2-5の(2)の方が、それを主体に読み替え前の法律そのまま、そしてそれを

https://www.mhlw.go.jp/content/shingi_2007_07_txt_s0730-1.txt

2005年にはイギリスのリーズ、2006年にはアメリカのサンフランシスコ及びCDC、2007年にはオランダのハーグ市の保健センターを訪問する機会があった際に、それぞれ現地の担当者から直接、入退院の状況について聴取した内容でございます。

1番ではロンドンです。イギリスには結核を専門に取り扱う専門制度としての専門ナースがありますが、2004年の時点で、ロンドンの結核専門の方から聴取した内容でありまして、塗抹陽性患者でも入院期間は通常2週間ということでありまして、退院に当たっては、結核専門ナースが周囲への感染予防について健康教育を行っているということでもあります。なお、イソニアジドの耐性の集団感染があった事例があったということですが、この場合、入院期間を延長しているということ、つまり1週間から2週間の入院というわけではなく、2週間ほど行っていた北の方にあります。次にイギリスのリーズというのは、ロンドンから電車でも2時間ほど行った北の方にあります。この教育病院の呼吸器科医師から聞いた内容として、結核患者が入院する場合は、患者の状況が悪いときとしまして、結核患者の中で入院するのは、せいぜい5～10%以下ということでありました。サンフランシスコの方には、結核対策を担当していて、クリニックも担当している医師から聴取した内容です。サンフランシスコでも、結核患者は原則として外来治療ということでございます。なお、多剤耐性の患者さん、これは今後の検討課題かもしれませんが、自宅隔離ということもあります。なお、文献上、アメリカでの2000年の調査の結果について調べたものでありますけれども、アメリカの結核患者の67.2%が、一度は入院していると推計されておりまして、その平均入居期間は、14.2日／中央値9日と報告されています。これは論文のデータありまして、全アメリカの入院の約20%のサンプル調査とされております。

更に、オランダのハーグに参ったときには、オランダでも結核患者は原則外来治療ということで、患者の病状によって入院が必要、入院することがあるということでありました。なお、オランダにおける2003年のサーベイランス報告によるデータを入手しました。2003年のときに、全治療期間中、入院している患者の割合が全体の45%ということです。平均の入院期間は約4週間ということです。この調査で、入院期間が判明したのは40%ということで、代表性に多少問題がある可能性があります。参考までに、日本の2005年のサーベイランス上の平均入院期間は、3.9か月ということにして、オランダに比べて約4倍の長さという状況になっています。

次に、同じ資料の2ページをごらんください。これは、私も結核研究所の伊藤主任研究員が、欧米の8か国9地域の入退院の基準等に関する文献とか、インターネットの情報を探した結果であります。本日の議題の入退院基準というものは、感染症法19条及び20条に基づく入院というものであります。この資料で述べている「(3)入院基準(他社への感染症を考慮した隔離基準とは異なる)」あるいは「(4)退院基準(一般)」というのは、こういった法的な基準に関する入院基準ではなくて、患者の状況を含めての議論であります。恐らくここに(2)で示されている「陰圧室隔離解除基準」というのが、本日の退院基準の議論に適合する内容かなと思います。まず(1)に書いてあるのは、退院の議論の前提になる感染性に関する見解であります。この98年のUKというのはイギリスです。97年のフランスのこの基準の中では、2週間見当ということですが、アメリカとか2006年のイギリスには具体的な感染性に関する見解という記載はありません。

(2)の「陰圧室隔離解除基準」ということですが、これはアメリカ、ニューヨーク、カナダ、イギリス、フランス、イタリアについてこの記載がございますけれども、おおむねこれは3つの条件が挙げられています。

1つ目として、治療の継続期間がおおむね2週間以上であること。
2つ目として、臨床的に改善が見られること。これは恐らく、多剤耐性のないことを示す所見と考えられます。

3つ目として、塗抹陰性化ということです。この陰性化を見る条件としまして、連続3回の塗抹陰性化というところが条件になっているところがほとんどであります。次に、下の方に、入院についての基準。これは先ほど申し上げましたとおり、他者への感染性を考慮した隔離基準とは異なっております。

これに基づきまして、入院については基本的に外来治療が可能という記載が見られておりまして、感染性があっても、外来治療が行えるということが書かれています。基準の内容としまして、いろいろ細々ございますけれども、大まかなところを申し述べますと、重症とか合併症といった患者の病状。

2つ目として、確実な治療が困難な場合。
3つ目として、外来治療が可能である自宅隔離といったことが難しい状況といったことがおおむね挙げられていると思います。

その3ページの一番下の方に「(4)退院基準」ということが書かれています。この退院基準については、今の入院基準の逆です。

確実な治療が行える状況にあること。
本人が感染予防処置ができるなど、周囲の感染予防が可能なが条件になっているということでもあります。

更に「(5)多剤耐性の場合」の中では、多剤耐性についての退院基準に書かれている。「(6)退院先にハイリスク者がいる場合の退院」といったことが基準に述べられたのが、アメリカあるいはイギリスに若干ある。このようなところが解説でございます。

○坂谷部会長 ありがとうございます。続きまして、重藤委員から国立病院機構の基準につきまして、御説明願います。

○重藤委員 学会の方もです。
○坂谷部会長 ごめんなさい。学会の基準に関する見解及びですね。
○重藤委員 はい。日本では、ただいま、加藤委員が御説明くださいました外国の状況と比較しても、非常に入院期間が長いという現状がありまして、そういうものを適正化するために見解を出さなければいけないということでまとめたのが、この基準、見解です。

従来、日本では、退院できる基準として、培養を重視して、培養陰性確認2回というような基準が全国的に浸透していたんですが、それではちょっと長過ぎるということで、以下のようにまとめた。

ただし、医学的に治療困難な患者や、治療を定期的に継続することが困難な患者が増加しているということも考慮しまして、いろいろな条件を付けて入れております。

まず、入院の基準ですけれども、3つ条件を挙げております。
まず、感染性が高い。周囲に感染させるおそれが高い状態。

2番目に、現時点では感染性は特に高くはない。感染性だけでは入院の必要性は高くないけれども、入院治療でなければ、将来、感染性が高くなるであろうと予想される状況も入れております。

第3には、結核治療のために医療提供が外来では困難な場合。特に、日本におきましては、高齢者が非常に多いということで、このような患者さんは多くなります。

入院の基準の問題としては、2番目になると思うんですが、現時点での感染性は特に高くはないけれども、入院治療でなければ、近い将来、感染性。特に、薬剤耐性は結核となる可能性が高い場合で以下のような治療途中の再排菌であるとか、以前の治療で不規則治療があって、更に薬剤耐性があつたもの。もしくは、更に薬剤耐性が増えるであろうもの。可能性があるもの。こういう状況も入れております。特に、こういう状況の場合には、以前の結核予防法で入所命令の対象にしてほしいというような事項を入れております。

それから、退院につきましては、入院の基準から外れた場合ですけれども、まず感染性が消失したと考えられる。
2番目が、退院後の治療の継続性が確保される。この2つともを満たされた場合としております。

感染性が消失しただけで、退院した後の治療の継続性が確保できず、もうほぼ必ず感染性になると考えられる。その場合には、薬剤耐性の可能性が高いということで、この第2番目の条件を非常に重視しております。

この見解を出しました時点で、DOTSという方向性ははっきりしておりましたけれども、現実になかなか完璧に保障されないということで、特にこの条件は重視しております。

6 ページです。
「感染性が消失した」と考えられる条件とし、これは菌の検査結果だけに頼らず、総合的な判断がなされるという条件とし、薬剤感受性を考慮した適切な治療が行われているということ。特にこれらは2週間以上ですね。菌量が増え、かつ、喀痰の抗酸菌検査で塗抹の陰性化。陰性化がはっきり得られなくても、菌量が減少して、総合的に改善していると判断される場合。こういう場合も退院可能としております。
ただし、一段下ですが、退院後の生活の場が、病院施設など集団生活である場合。または新たに乳幼児、免疫不全状態の者と同居する場合というのは、感染性の消失というのは厳しく確認する必要があります。菌陰性化した塗抹検査で連続2回陰性、または培養、陰性多剤耐性の場合には、この条件は適応できないということで、培養、陰性2回ということも挙げられております。
「退院後の治療の継続性が確保できる」ということは、DOTSに載るかどうかという点もDOTSの体制がきちんとしていて、外来DOTSもしくは外来DOTSを含めた地域DOTSが可能であって、その患者さんに適合する場合という条件の下になります。
以上が、学会の基準、見解です。
参考資料が、国立病院機構にあり、結核患者の退院基準。こちらは入院してからの話になりますから、退院基準にはありません。
国立病院機構における退院の基準というのは、まず、学会における見解を待ちまして、それを基にしまして、わかりやすくより具体的にという形で出しております。
9 ページです。
基本的な方針は、今、申しましたとおり「1）結核病学会案に沿ったものとする」。
「2）結核病学会案をより具体的にわかりやすくする」ということでつくっております。
「条件としては、先ほど言いました感染性の消失と退院後の治療の継続性の確保」という2点を重視しております。
10 ページです。
わかりやすくというために、まず、基準を2つにわけております。「一般的な退院基準」ともう一つ真ん中から下ですが、「一般病床への移動、施設への入所等の場合」。
と出ております。
下の方は、感染性について厳しく見ないといけない。上の方は、ほぼ自宅に帰る場合ということですから、感染性に関しては少し緩く見ているということです。
「一般的な退院基準」としまして。
副作用なく、標準化学療法が副作用なく2週間以上実施されていること。
症状が改善されている。
多剤耐性の可能性がほぼないであろうと推定できること。もしくは検査で確認されていること。
退院後のDOTS等のシステムにより、服薬継続が保障されていることということになります。
一般病床への移動等の場合には、4）ですが、異なった日の検査において、連続2回塗抹陰性または連続2回培養陰性を確認することとしております。
これは、よりわかりやすく患者さんにお渡しするパンフレットとしては、上の方をA基準、下の方をB基準と分けて、入院してしばらくしたところに、患者さんにお渡しして説明しているという状況です。
基準につきましては以上です。
○坂谷部会長 ありがとうございます。加藤委員より欧米における現状ですね。重藤委員から学会及び病院機構の基準、我が国における現状ということで、御説明いただきました。
時間が若干ありますので、お二方の委員に何か御質問ないでしょうか。ほかの委員。
川城委員。
○川城委員 加藤先生にちょっと教えてもらいたいです。とても外国のことを視察されて、とても興味あるんです。
まず、多剤耐性結核についてはどんな考え方をしているんですか。日本ではかなりいろいろな経緯があって難しいんですけども、外国ではどんな対応の仕方をしているかをちょっと教えてください。
○加藤委員 イギリスの方では、リーズというところの病院に実際に見てきたんです。多剤耐性については非常に厳しい基準、対応して、基本的に入院治療といった考え方で、私、ちょうど行ったときに聞いた話では、4年間陰圧個室に入院している人がいる。こういうことであります。
一方、アメリカの方は、ここにも書いてございますとおり、自宅隔離ということで、必ずしも入院しているわけではございません。これは、実は3月に私どもが行った国際セミナーのときに、サンフランシスコの結核対策部長のDr. Masae L. Kawamuraという方がいらして、フロアからそういう質問が出たんですけども、そのときには、多剤耐性の患者によって、医療従事者の感染の危険がある発言が聞かれまして、私どもは非常に驚いたものです。いずれにしても、アメリカでは、必ずしも入院しているわけではないと聞いております。
○坂谷部会長 ありがとうございます。ほかはいかがでしょうか。
どうぞ。
○川城委員 加藤先生にお聞きしたいんです。諸外国、先進国では、非常に入院期間は短いんですね。という点、日本と比べてやはり知りたいのは、排菌状態でも一般社会にいられているということで、要するに、DOTSあるいは社会のそういう人たちに服薬を確実にさせるためのシステムというのは日本と比べてはるかにいいんでしょうか。
○加藤委員 服薬者については、イギリスに、例えば、いわゆる毎日服薬確認するDOTはすべてやっているわけではなくて、DOTの対象になるのは、日本版DOTSのAタイプのような、再発であるとかあるいはホームレスとか、そういった服薬中断のリスクの高い人については、毎日服薬確認というようなことでして、必ずしも全部DOTで行われているというわけではないんです。
もう一点、先ほどの多剤耐性に関連して思い出したのですが、イギリスに行ったとき、多剤耐性の場合をどういうふう考えているのか。2週間耐性かかわるかどうかという質問をしました。BTSのガイドラインをつくっていた先生が対応してくださったんですが、一部の疑いは、そのリファンピシンの耐性遺伝子を見る検査、これは日本でも今、できまして、それを行っているという答えだったんですけども、どうも全部の患者をそれで見ていくわけではないようです。
それで、先ほどちょっとお話ししたように、TBナースに、「では感染の可能性は完全に否定するわけではないだろう」という話をしましたところ、先ほど言ったように、「退院に当たって、感染予防についての健康教育をしている」とのことでした。
「退院という話です。先ほどもちょっと議論になっているとおり、感染性がなくなるまで退院できない。あるいは感染性のあるうちは入院しなければいけない」といった考え方を基本的に持っている。それが日本と違うところだろうと思います。
○坂谷部会長 ありがとうございます。いかがでしょうか。今の感染治療後の感染性がなくなっただけかとかということに関して、それぞれの資料、先生のお話を聞きますと、陰圧個室の解除の基準というのは、菌の量であるとかを重視していますけれども、一般的な感染性の部分の推移に関しては、欧米では日本ほど菌の動きというのは重視していないというか、そういうふう理解してよろしゅうございますか。
○加藤委員 そのように見えます。
○坂谷部会長 ありがとうございます。ほか、いかがでしょうか。よろしゅうございますか。三宅補佐。
○三宅補佐 済みません。今更ですけども、資料の2ページ目「2. 欧米の入退院基準」で、「(2) 陰圧室隔離解除基準」で3、4、5と、その退院の基準、入院の基準になっていますが、この陰圧室という考え方というのは、まず入院のときは陰圧に入れて、しばらくしたら普通のところに入れる。そういうふうに入退院は決まっているんですか。
○加藤委員 それについては、具体的にそういうふうな話を聞いていたのはリーズです。リーズでは、結核患者は原則として陰圧個室に入院ということでありまして、ただ、陰圧個室といっても、結核病床の陰圧個室という考え方ではなくて、一般感染症病棟の中に陰圧個室があるということですので、結核のみならず、空気感染する疾患については、この陰圧個室に入院させるということでもあります。
実際は、私も行ったリーズ教育病院というのは2床しかなかったものですから、病床が足りないようなときには、一般の個室に結核患者を入院させることもあるとのこと

す。感染性等を考えた場合、結核以上に厳密な隔離が必要な疾患というのは、勿論、あると思うので、そうしている疾患を優先する場合には、必ずしも陰圧個室ではないこともあるような運用を個室と聞いてまいりました。原則としては、結核患者は空気感染するということでも陰圧個室とごさいました。よろしくごさいますか。いかがですか。ほかにはないでしょうか。先生方、ありがとうございます。

それでは、本題に戻しまして「結核に係る入退院基準等について」の事務局案でございしますが、御説明をお願いしたいと思います。

〇平山専門官 よろしくお願いたします。結核の入退院基準等につきましては、資料２－１と資料２－２の差し替えを基に説明していきます。

〇初めに、加藤先生からも御説明がありましたように、結核に対する化学療法の進歩と、その有効性に対する認識の深まりによって、結核患者の隔離を目的とした入院治療の方針については、世界的に考え方が改められてきています。

また重藤先生からの御説明のように、我が国における結核患者の医学的な入院基準、退院基準については、これまで結核病学会や独立行政法人国立病院機構から示されているところがあります。これを踏まえて、感染症法における結核患者の入退院、及び就業制限についての具体的な基準案を、加藤先生、重藤先生と検討しております。本日の部会にて、更なる検討をお願いいたします。

まず「２．入院基準について」（１）としまして、感染症法上は「まん延を防止するため必要があると認めるとき」は患者に対して入院勧告等を行うことができるとなっております。

そこで、入院基準における「（２）検討課題」としましては、喀痰塗抹検査が陽性であれば、排菌量が多く、感染性が高いため、入院すべきであるといえます。

また、喀痰塗抹検査では陰性であります、喀痰培養検査もしくはPCR検査等が陽性である場合は、微量排菌状態でありまして、感染性が完全に否定できないことからこの状態をどう扱うかが問題となってきます。

いずれの場合におきましても、診断後、数週間の治療を徹底することによって、感染性を低下させることが感染拡大の防止に重要であるとししました。

このような検討を基に、次のような「（３）入退院基準案」を作成しております。

感染症法第19条、20条における「まん延を防止するために必要があると認めるとき」とは、症状を有する結核患者が以下の（１）または（２）の状態にあるときとしております。

（１）が、肺結核または咽頭、喉頭、気管支結核等で喀痰塗抹陽性の所見が得られた場合。

（２）としまして、喀痰塗抹陰性であるが、喀痰、胃液、気管支鏡検査で培養もしくは核酸増幅法が陽性であり、以下のいずれかに該当する場合。

i が、呼吸器等の症状から感染防止のために入院が必要と判断される場合。

ii としまして、以下のような外来治療中に排菌量の増加が見られた場合や、不規則治療や治療中断により再発した場合により、近い将来、感染性が高くなると判断される場合としております。

「３．退院基準について」。感染症法上の取扱いでは、退院については「病原体を保有していないこと又は当該感染症の症状が消失したこと」が確認されたときは「退院させなければならない」としております。

それにおける検討課題としましては、強制的な措置は最小限にとどめるべきという原則をかんがみ、退院基準を改めて示す必要があります。なお、慢性的に経過する結核の疾患特性から以下の項目を勘案して「退院させることができる基準」と「退院させなければならない基準」の２つの基準を検討することとしました。

その「検討の際に留意する項目」としましては、

（１）感染性の判断をどうするか。

（２）入院治療の評価に必要な最低限の基準期間をどうするか。一般的に約２週間の標準治療にて症状の改善と排菌量の低下がみられることから、評価するための期間を治療開始から２週間としてはどうか。

（３）退院後の治療継続が担保できているかどうか。

（４）同居者などに結核の高感受性者がいるかどうかということを考えております。

それを踏まえて、退院の基準案を作成しております。

「１」退院させなければならない基準は、感染症法第22条及び第26条に基づき「（１）病原体を保有していないこと又は（２）当該感染症の症状が消失したこと」が確認された場合は「退院させなければならない」となっております。

結核は、治療により病原体が完全に消失することが期待できないために、（１）「病原体を保有していない」という状態は考えられないことから、（２）「症状が消失したこと」が「退院させなければならない」基準となると考えております。

それを踏まえて、以下のように規定しました。

せき、発熱、結核菌を含むたん等の症状が消失した場合。

なお、結核菌を含むたん等の消失は、異なった日の喀痰検査において連続３回の培養または核酸増幅法が陰性結果が得られたことで確認することとしております。

資料では培養と核酸増幅法が「共に」となっておりますが培養または核酸増幅法が陰性に修正させていただきます。

「２」退院させることができる基準」としまして、入院基準におきます「まん延を防止するため必要がある」と認められない場合は、感染症法第19条、第20条に基づく入院勧告の対象とはならないため、退院させることができると考えております。

以下の（１）、（２）及び（３）を満たした場合を、蔓延を防止するために必要があると認められなくなったと既定しました。

「（１）最低２週間の標準的化学療法が実施され、咳、発熱、喀痰等の臨床症状が消失している」。

「（２）異なった日の検査において、連続３回の塗抹陰性または培養、核酸増幅法の陰性の結果が得られている」。

「（３）患者が治療継続及び感染拡大防止の重要性を理解しており、退院後の治療継続、感染拡大防止ができると確認されている」と規定しました。

「４．就業制限基準について」。

これにつきまして、感染症法上の取扱いですけれども、感染症法では「まん延を防止するため必要があると認めるとき」は、省令で定める事項を通知することができ、蔓延させる「おそれがなくなるまでの期間」は定められた業務に従事してはならないとされております。

また、省令では「接客業その他の多数の者に接触する業務」に「その病原体を保有しなくなるまでの期間又はその症状が消失するまでの期間」就業制限を行うとされております。

「（２）就業制限基準案」としまして、

「１」就業制限の開始時期は、塗抹陽性又は培養、核酸増幅法が陽性の場合とする。

「２」就業制限の解除時期は、退院させなければならない基準と同様とする」と規定しました。

５番目としまして「５．今後の検討課題」を挙げさせていただいております。

「〇長期の入院患者に対する対応」としまして、入院中に十分な検討による治療を行った後も、薬剤耐性や薬剤の副作用や合併症等により治療が奏功せず、排菌が持続する等の理由で退院基準に該当しない患者が存在しております。そのような患者でありましても、以下のような要件に合致する場合には退院させてもよいのではないかとわれ、今後その適否について検討することとします。

「退院を検討する要件（案）」としましては、

「（１）病態が安定している」。

「（２）治療継続が可能な場合、その必要性について患者が十分に理解し、同意していることが確認できている」。

「（３）患者が感染拡大防止のための措置の必要性を十分に理解し、同意していることが確認できている」。

「（４）感染拡大防止を可能とする、退院後の住環境が十分整備されている」。

「（５）保健所との、訪問を含めた定期的な連絡を行うことができる」というようなことを考えられております。

この検討につきまして、具体的にどのように行うかですが、それにつきましては、長期入院患者の実態調査を行うとともに、詳細な検討を進めていきます。

また、長期入院患者や治療困難例への対応に關しまして、多剤耐性菌保有者の入院基準を拡大すべきか、治療や入院に非協力的な患者にどう対応していくかといった論点についても同時に検討していくこととしていきます。

以上であります。

〇坂谷部会長 ありがとうございます。事務局からの御説明が済みしました。この件に關しまして、御質問、御意見等ございましたらよろしくお願したいと思います。いか

6/12

○重藤委員 入院の場合には、まだ治療が入っていないわけですから、出れば生きた菌であろうということで、治療途中の核酸増幅は死菌の場合が多い。ですから、使い方でして、入院時には進めるけれども、治療経過を見るためには進めないというのはそういうことです。

○丹野委員 もう一つ、入院の基準で培養が陽性というのにも配したんです。培養で陽性が出るまでの間、先ほど言ったように、8週間ずっとどうなるのかな。

○重藤委員 ですから、順調に治療が進みそうな方であれば、それこそ今更、入院する必要はないと考えられるけれども、2ページですが、以下のiかiiに該当する場合には、やはり確実に治療、もしくはくちよって遅まきながらも何らかの薬剤耐性があつた場合、外感感染が起る可能性があると考えて入院というのは、特に薬剤耐性の可能性が高いということですね。

○丹野委員 今、勧告をすることになるので、そうしますと、先生からの届出を見て、菌は今のところ陰性だけれども、こういう条件が書いてあれば入院勧告をするということになりますか。

○重藤委員 なると思います。

○丹野委員 わかりました。

○三宅補佐 全部陰性でいいんですか。

○重藤委員 というのは、培養というのはすぐ出ないからです。

○三宅補佐 少なくとも陽性が出るまでは。

○丹野委員 それまでほっとく。

○重藤委員 ほっとくというのか、それは勧告をかけるかどうかというのは、法的なものですね。医学的に見て、した方がいいですよと進めることはしますね。

○丹野委員 現実にはそうだけれども、こちら側とすると、72時間に勧告をしななければいけないという中で、実はちょっと一例があつて、ある病院で3日間検疫したんですね。

2日目までの菌陰性結果で保健所には届出が出されたのですが、専門の病院に送ることになり、転院当日に3日目の喀痰で塗末陽性だったので看護記録等には記載し、専門病院に入院になった患者さんがいました。その後転院先の病院からしばらくして入院届病が出され、なぜ勧告をしなかったのかという問いで保健所としては初めて菌陽性結果の情報が入ったのです。

そういうすき間ができるのかなと。保健所が届出医療機関にもう一回聞けばよかったかもしれないんですけども、届出の用紙で陰性と書いてあれば、これは当然、勧告は必要ない。入院したと聞いても、感染を抑えるための入院ではなくて、個人的な入院だろうという意識があつたのです。

先生の方で、これはおそれがあるので入院勧告してくださいというようなことを言ってもらえればいいのか。

○重藤委員 いいです。だから、2ページの1行目「以下のiかiiに該当する場合」でなければ、やはり塗抹が陰性であれば、すぐに入院勧告がかかるわけではない。

○坂谷部会長 もう一度、元へ戻って、退院の基準案のことで話が始まっていますから、3ページの核酸増幅法を入れる、残すか削るかの話に戻ります。

ですから、これは退院させなければならぬ基準ですね。だから、患者は必ず入る入っていただきたい。あるいは医療側が入れておきたいということがあつても、こういう事実が判明したときには、もう退院させなければならぬ。こういうことの材料に使うための判断基準ですね。

だから、入院の希望があつて、もっと入っておきたい、家族が入れておきたいというようなことがあつても、そういう事実を提示すれば、少なくとも37条によるところの延長というのとはまた、こういうための基準に使うわけで、別にそれがおしりをたたくようなことでもなく、ここまで延長したからもういいだろうというぐらいいいわけですね。

○丹野委員 その基準でやることについては、保健所としては、問題ないんですけども、迷つてしまうという感じがないようにしていただけないと思います。

今も、直近の菌検査で陰性確認できた場合には、退院という形でやっておりますので、そこが3回培養陰性なり、PCRでもいいですし、何しろ3回陰性確認できていけばいいという基準であれば、それに基づいて保健所は対応できると思いますので、それはどちらでもいいと思っています。

○坂谷部会長 そうですね。それから、重藤先生、三宅補佐の方から話があつた、3回は3回とも培養でなくともいいだろう。先ほど、議論はもう済んだかもしれませんが、けれども、2回ないし1回は培養。それで、残りの1回か2回はPCR。ただその場合に、培養がマイナスになったからといって、PCRもマイナスかと思つてやると、陽性だということが多くなる。だから、それは比較的かえって逆。現場ではそうなんです。

といううなことがありますが、確かにそういう使い方をされる方もありますから、ここにはPCRを残して、平山専門官がおっしゃった培養または核酸増幅法が陰性結果が得られたことで確認することとするが、一番いいかもしれませんね。

○三宅補佐 そうしたら、これをもう少し通知等で落とすときに、言葉を考えているのですが、確認ですが、培養または核酸増幅法とともに連続3回陰性だ。それは組み合わせてもOKなこと。少なくとも1回は培養であること。そういう条件を付けた方がよろしいですか。

○坂谷部会長 内容的には全くおっしゃるとおりだと思います。

○三宅補佐 では、あとは法令等を協議して。

○坂谷部会長 加藤委員何か。

○加藤委員 先ほど、私が申し上げたように、例えば、2回培養陰性の間の1回PCR陽性というのは、意味がない所見の可能性はあるわけですね。だから、3回培養陰性で1回の陰性はPCRで置き換えてもいいというような、何かそういう言い方でしょうかね。

○重藤委員 はい。私もそう思います。

2回培養陰性で、3回目をPCRで代用してもいいというのであれば、何か現場でもスムーズに考えやすいんですけども、間に入ってしまったPCRを1回陽性があった場合に、ではこう書かれると無視できない。私たちは、これは死菌だと思ふんですけど、これでいくと無視できないですね。

させなければならぬという基準と考えれば、別にそれでなくてもさせることができる基準に該当すればいいといえいいんです。

○坂谷部会長 菅沼委員。

○菅沼委員 ちょっと御質問ですが、そうしますと、培養2回陰性でPCRが陽性、死菌であろうけれども、出た場合は、3回陰性が出ないと退院ができませんね。すると、最後のPCRでプラスに出るとまた延長ということになりませんか。

○坂谷部会長 いや、そのとおりです。だから、入院をさせておきたければそうすればいいんです。本当にそうなんです。

だから、そのときに、本来は時間がこのごろですと、ムジツで液体培養になりますから、8週間もかからなくて6週間ほどで最終結果が出ますが、ただで本来はもう一度培養でやる方が、6週間延びますが、それでも確実です。

○重藤委員 結局、まだDOTSの受入れができていないような、退院すると治療脱落の危険性が私たちから見て高いような人は、なるべく退院させたくないということですね。そういう人が、もう2週間待つて培養陰性出たらねということで、その間にいろいろ体制を整える。これは大丈夫というのか、体制も整っていてちゃんと治療も継続できるという人は、させることができる基準でどんどん退院していただいて結構です。させなければならぬ基準はということだと思ふんですが、そうではないでしょうか。

○坂谷部会長 川城委員。

○川城委員 今回の議論の最初の部分に戻ってしまうかもしれないんだけど、させなければならぬところの基準は、培養3回連続陰性。それが出たときはさせなければならぬ。そこにはPCRはもう書かない。というのは、どうしても書き込んだのでした。先ほど、専門官が説明してくれたような気がするんですけども、抜いたら一番シンプルでわかりやすいのではないですか。

○三宅補佐 先ほど、私が理由として挙げたのは、やはり人権の解除の人権制限を解除するところをなるべく早くという時間的なものを考えて、今の御議論を聞くと、かえって長くなるという話もあります。

○川城委員 もう一つ、学会のPCRの使い方の勧告の中では、他人には使わないということになってるんです。それは先ほどの死菌問題です。ということだから、シンプルに培養3回連続陰性。このときは帰さなければならぬよというのはいかがでしょう

か。だめですか。○坂谷部会長 ありがとうございます。いかがでしょうか。○三宅補佐 事務局、一応、我々の考えを述べただけで、培養3回という話の方がより学問的または全体的に考えてよろしければ、そちらの方が勿論いいと考えております。○坂谷部会長 重藤委員、いかがですか。○重藤委員 私も、結局のところ、その方がすっきりしてわかりやすいし、学会の今までの考え方とも矛盾しない。○坂谷部会長 保健所さんはいかがですか。○丹野委員 保健所もそのようにしていただいた方が見やすいし、PCRだと、先生方おっしゃるよりずっと査読も思えます。○坂谷部会長 加藤委員もよろしくうございますか。○三宅補佐 まともな陰性結果が得られたことで確認するというのが「1」退院させなければならぬ基準」○坂谷部会長 自動的に多分2)の方は、連続3回の塗抹陰性または培養の陰性の結果が得られているということ、ここも核酸増幅法を抜くということでしょうか。そして、これについては、組み合わせを認めるということでしょうか。○重藤委員 はい、そうです。塗抹陰性であったら拡散増幅はもうしない方がいいと思います。塗抹が入っていれば拡散増幅は必要ないです。○坂谷部会長 今回の先生、どこのことをおっしゃっているのですか。○重藤委員 (3)の(2)の(2)で、塗抹陰性または培養核酸増幅法の陰性ですけれども、この場合の核酸増幅法陰性というのは、塗抹陰性で全部カバーできている。かえって、核酸増幅を入れると敏感で陽性にどんどん出かねない。出るであろうと思います。○坂谷部会長 (2)も核酸増幅法は取るということですね。三宅補佐、よろしゅうございますか。○三宅補佐 はい。いいと思います。あと、何かあれば。○安里補佐 済みません。もう一度だけ確認をしたいんですが、退院させなければならぬ基準の方で、今、3回連続培養でいいこうというお話になりましたが、2回培養の後、PCRで陰性になる方もいらつしやるんですか。であれば、例えば、連続3回培養にする。ただし、3回目については核酸増幅法を選んでよいという形で、現場の裁量を増やしておいた方が、早めに確実に出られる方が出られたりとか、そういうことはあるんでしょうか。○坂谷部会長 いかがですか。○安里補佐 それで、確認で言いますと、連続3回という言い方を、例えばPCRでプラスが出たときにカウントしませんというのを付くませて、例えば、PCRは今おっしゃられたように、死菌でもプラスになることがあるということを考えると、2回連続培養になって、もう一回確認でPCRをやって、プラスになりました。そのときは、次、培養で、もう一回、PCRでマイナスになってもいいのかどうかはちょっとこの場でお聞きしたいんですが、そういう形で、もし1日でも早く出られる方がいるのであれば、そういうその要件を残しておきたいなと思うんですが、いかがでしょうか。○坂谷部会長 なるほど。○重藤委員 医学的には、問題ないと思います。○坂谷部会長 文章上は、そういうふうに書けますか。○安里補佐 はい。書き方はいいと思いますが、書き方はいかにいかにできますので、そこらはまた事務局の方で案を作成してお持ちしたいと思うんですが、基本的には連続3回の培養とする。ただし、3回目については、核酸増幅法に変えてもいいということにまた例外を付けなければいけません、書き方を誤解がないように工夫をして、また御相談をさせていただければいいと思います。○坂谷部会長 ありがとうございます。ということに決したいと思います。ですから、少し、また追加の作業が必要ですが、専門家とともに作業をしていただきたいと思います。ほかの委員の方々もよろしゅうございますか。○坂谷部会長 (「異議なし」と声あり)○坂谷部会長 ありがとうございます。それでは、この件に関しまして、そのほかの質問いかがでしょうか。○菅沼委員 4ページの「退院を検討する要件(案)」の(3)感染拡大防止の措置ということ、具体的には、具体的にどういうことかということ、退院後の住環境が十分整備されているということ、具体的には、具体的にどういうことかということを御説明いただけますでしょうか。○坂谷部会長 事務局、いかがでしょうか。○坂谷部会長 この件に関しましては、今日は、一般的な退院基準についてのみ合意をいただきまして、「5. 今後の検討課題」に関しましては、まさしく今後の検討課題ということで、ここに書かれている要件(案)のみについて検討するということではなくて、例えば、こういうことについて検討を続けてやりましょう。こういうことでございますけれども、せっかく御質問が出ましたから、事務局の方から。○三宅補佐 まさにこれからこれをどういうふうに表示するのか、どのような条件にするのかを詰めていっていただくことを考えております。○坂谷部会長 よろしゅうございますか。ありがとうございます。そのほかいかがでしょうか。どうぞ。○菅沼委員 入院基準についてもよろしいでしょうか。○坂谷部会長 はい。○深山委員 専門のところは、いつ退院していただくかが問題になると思うんですが、でも、一般のところでは、やはり入院のところが非常に問題になってきます。現状では、入院勧告を行うことができるかと、入院すべきであるというようなことで、余り強制力がなくて、明らかに感染性があるにもかかわらず、全然、耳を貸さずにいなくなってしまう方がときどきおられるんですね。そういう方に対しての強制力が、現在では余りないので、重藤先生がおっしゃったように、近い将来には、場合によっては強制力を発揮できるような内容にしたいだけだと思います。要望です。○坂谷部会長 ありがとうございます。何か事務局の方から御意見ありますでしょうか。○三宅補佐 長期の入院患者に対する対応の今後の検討課題のところの1つといたしまして、まさに治療にいやに非協力的な患者にどう対応していくかといった論点も同時に検討を行いたいと考えております。ありがとうございます。○坂谷部会長 それでよろしゅうございますか。検討課題のひとつに入れてございます。そのほか、いかがでしょうか。どうぞ。○丹野委員 済みません。確認という意味でもあるんですが、今までは、入院させる方は喀痰で陽性ということだったんですが、これで言いますと、胃液とか気管支鏡検体でも塗抹陽性でいいということでもよろしいでしょうか。○坂谷部会長 そうですね。○三宅補佐 そうですね。こちらの差し替えの資料2-2を見ていただくとわかりやすいと思うんですが、塗抹の陽性であれば、そのまま入院勧告だろう。塗抹が陰性であるか、また塗抹が培養、塗抹が陰性であるけれども、培養または核酸増幅法であれば、この症状があったり、近い将来に感染性が高くなるという更に要件を課した上で、入院勧告を行うんだらうと考えております。また、それのお答えにプラスして何かありますか。○丹野委員 ということ、今まで胃液であると、喀痰ではないということに対応していたんですが、それもいいということでもよろしいんですか。○安里補佐 今の基準案の書き方は、喀痰塗抹陽性にしていますので、胃液で陽性の場合が入らない書き方になっているんですが、これで何か問題がありましたら、この場で言っていいただければと思います。○坂谷部会長 いかがですか。1ページの一冊下ですね。「(2) 喀痰塗抹陰性であるが、喀痰、胃液、気管支鏡検体で培養もしくは核酸増幅法が陽性であり、以下のいずれかに該当する場合」ということですね。○安里補佐 はい。そうです。済みません。最初の喀痰で陰性だった人は、胃液の検査で陽性になれば入れるというのが今の1ページの(2)に書かれている内容になっております。○丹野委員 というのは、今まで、喀痰で塗抹陽性の方が対象ということで保健所では対応していたんです。○坂谷部会長 重藤委員。○重藤委員 感染性が高い一番上は、喀痰の塗抹陽性ですね。その他、喀痰でない気管支液からの塗抹陽性、胃液からの塗抹陽性は、喀痰の塗抹は陰性の人の場合ですね。喀

痰塗抹陰性で胃液の塗抹が陽性の場合には、とにかく塗抹陰性に入る。この表で2番目の枠に入る。

ですから、その他で塗抹陽性は、やはり喀痰は塗抹陰性、その他、菌陽性ということ、で、勿論、治療中に改めて菌量が増えたとか菌が検出された場合には、入院対象になるということだと思えます。

○坂谷部会長 1ページの最後の行、(2)の1行目及び2ページの1行目だけではなく、その次のiかiiを併せ持っている場合ということであります。単純に胃液陽性ということだけではなくて、いかがでしょう。

○丹野委員 そうしますが、届出の中に胃液で陽性だけれども、コメントとしてこういう状況であるということがあれば、入院の対象になるということですね。

○坂谷部会長 そういうことですね。

○重藤委員 です。画像上、空洞があってもせきも激しい。でも、なかなか喀痰の塗抹が出ないという場合には、やはりこれは入院すべきと、そういう条件があった場合だと思えます。

○丹野委員 そうしますと、もしそのコメントがなくてよくわからない場合には、保健所の方からお聞きするという形になりますかね。あと、ちょっとお聞きしたいのですが、プラスマイナスというのは陽性というところからええ方ではよろしいのでしょうか。

○坂谷部会長 先生、プラスマイナスという結果は出ますか。

○重藤委員 プラスマイナスは、イコール要再検ということであつたと思います。プラスマイナスは、抹陽性で見えて、以前ガフキー1号相当ということで、プラスマイナスでもPCR陽性なら、私は塗抹陽性と考えております。原則、要再検ですね。

○丹野委員 は塗抹陽性な話で、そういう形で届出が出るときがあるんですけども、それはどのよう判断したらよろしいですか。

○重藤委員 やはり、そこまでは総合的な判断というか、診査会の機能になるのではないかと思います。

○坂谷部会長 今、原則を決めているわけですから、先生がおっしゃる御質問については、それこそ保健所から施設側へ指示が返戻していただければいいわけで、プラスマイナスとしか書いていないのは、その後、再検されたらいかがでしたとか、胃液プラスとしか書いてないですけども、せきが激しくて、入院が必要なわけですかとか、御質問になればいいことだと思うんです。

○丹野委員 そのことは聞いても特に失礼ではないということですか。わかりました。ありがとうございます。

○坂谷部会長 加藤委員。

○加藤委員 今の(3)の(2)ですけれども、この書きぶりも問題ですけれども、胃液の塗抹陽性はこれでは入らないことになりますか。

○三宅補佐 入らないですね。

○加藤委員 入れた方がいいですね。

○三宅補佐 喀痰、胃液、気管支鏡検体で塗抹(ただし喀痰を除く培養もしくは核酸増幅法で陽性があり)という、そういうふうな言葉はもう少しきれいにするとしても。

○三宅課長 最初に塗抹陰性であるからいいのではない。

○三宅補佐 そうですね。最初に喀痰塗抹陰性であるが、喀痰、胃液、気管支鏡検体で塗抹培養もしくは核酸増幅法が陽性でありの方が、現場としてはよろしいということですかね。ただし、勿論、喀痰の塗抹陽性は(1)に入るから関係ない。では、それでやらせていただきます。ありがとうございます。

○坂谷部会長 加藤先生、よろしゅうございますか。

○加藤委員 はい。結構です。

○坂谷部会長 今いただきました御意見につきましては、事務局で整理をしていただきまして、一般的な入院基準(案)への反映の検討をお願いしたいと思えます。

具体的修正につきましては、事務局で作業を行っていただくとともに、本部会として取扱いにつきましては、私に一任をいただきたいと思えますが、よろしゅうございますか。川城委員。

○川城委員 今もう座長が締め言葉に入ってしまったんで言おうと思っていたんです。一般的な話ですけれども、喀痰の検査の不確実性。具体的に言うと、うちの病院であったんですけども、塗抹陰性だというふれ込みで来て入院させてしまったら、ガフキー9号だったということが起こる。

この文書を読むと、例えば(2)の上から3行目。「塗抹では陰性で」と書いてあるんですけども、この塗抹陰性はすごく意味が深いことで、これは確実な検査をした上でこの言葉ですね。ただ塗抹陰性、たぶん検査して1回、つば出して1回陰性。「はい、どうぞ」ということではないこと、これは長年皆さん苦労していることだと思っております。そういうことというのは、こういう通知みたいなものの中に、そういうことを喚起するとかいう意味のことを書けないものだろうか、私は長年ずっと思っているんです。すっきりやれよと、喀痰の検査というのは、血液の検査と違うんだぞということを何かうまく書いていただければ、私は非常に幸いです。

以上です。

○坂谷部会長 ありがとうございます。

○安里補佐 事務局として、そういうような文言を入れていきたいと思えます。また、表現ぶりが、しっかりとやれよというときに具体的にこうしてくれというようなのがあるかもしれません。そういうこともアイデアいただきながらまとめたいと思えますので、よろしくお願ひいたします。

○坂谷部会長 何か米印付けすべきようなことですよ。実際、そういうことはよくあるんです。こんなものが出るはずだということですけども、マイナスで送られてきて入ってそれ見ると、9号出ている、10号出ているということとはよくありますね。

川城委員、ありがとうございます。

ただいま、入退院基準に関しまして、御検討いただいた中で話題となりました薬剤耐性等による「長期の入院患者に対する対応」につきましては、どのように検討を続けていくか。総論的には、4ページの「5. 今後の検討課題」というところにありますけれども、具体的にどういう作業をするかということに関しまして、事務局から何か御案がございましょうか。

○三宅補佐 「長期の入院患者に対する対応」につきましては、現在、平成19年度の厚生労働科学研究費補助金でございします新興・再興感染症研究事業におきまして、結核に関する研究を本部会の加藤委員になさっていただいております。その研究課題の中の追加の課題としてこの問題に関する調査・研究をしていただきまして、その報告を基にして、部会において検討していけたらどうかと考えております。

○坂谷部会長 ありがとうございます。加藤委員、いかがでございましょう。

○加藤委員 かしこまりました。承ります。

○坂谷部会長 ありがとうございます。こういうふうな事務局の案でいこうかと思えますけれども、御意見、御質問等がございましたら、よろしくお願ひします。よろしゅうございますか。

それでは「長期の入院患者に対する対応」につきましては、まず加藤委員の分担研究として調査並びに研究を進めていただくという形でいきたいと思えます。御異議ございませんでしょうか。

(「異議なし」と声あり)

○坂谷部会長 ありがとうございます。それでは、加藤委員よろしくお願ひします。なお、本調査・研究、これは今後の部会における検討材料となりますので、事務局は調査等が円滑に進むように、配慮をお願いいたします。どうぞよろしくお願ひいたします。次に、報告事項に進みますけれども、時間の都合上、先にすべての報告を行った上で、皆様からの御意見、御質問等をお聞きしたいと思います。

まず、報告1)「結核の接触者健診手引きについて」でございます。事務局より説明をお願いいたします。

○平山専門官 よろしくお願ひします。

報告資料1にあります「結核の接触者健康診断の手引き」は、平成18年度の厚生労働科学研究の「効果的な結核対策に関する研究班」の分担研究の成果として、主として、保健所職員向けの結核の接触者健診の新たな技術指針として策定されております。この新指針は、平成11年度の厚生労働科学研究班が作成した「保健所における結核対策強化の手引き」を基礎としたものであり、その改訂版といえます。

この手引きを保健所における接触者健診の参考として活用していただけるように、各自治体に事務連絡として送付する予定としております。

本日は、これを旧手引きと比較しての主な変更点について説明していきます。

1つ目として、この新指針では、感染症法に基づき、法第15条による調査と法第17条による健康診断の組み合わせなどを結核の接触者健診の効果的な実施方法について解説しております。

[illegible]

４番目に、接触者として、旧手引きに基づき、改訂した区分により、目録の１つ目の「糖尿病」に該当する者を、臓器移植例、人工透析患者など、感染した場合に発病のリスクが高く、重症結核が発症しうる者と見做す。評価は、濃厚接触者のみならず、濃厚接触者等も考慮すべきなので、新しい手続きとして、乳幼児及び免疫不全疾患や治療管理不良の結核発病のリスクを高める薬剤治療

[illegible]

以上であります。○坂元会長、報告として、受性試験結果、この受性率、平成12年、この受性率、慢性排菌例という、菌義でございます。受性検査のデータについては、H/OがExtensively Drug Resistant Tuberculosis (XDR-TB)、そして超多剤耐性結核というのを定義、しめて超多剤耐性結核というのを検討したものであります。この程度であれば、データとを資料として配付できるようにするべきところでございますけれども、誠に申し訳ございません。現在、学芸会誌に投稿中であるというところで、詳細を配付することができません。結果の概要につきましては、おおむね400名を若干超える程度集まった菌株の中で約4分の3程度が、多剤耐性に該当しまして、更に、その多剤耐性の株の半数以上が、このWHOが新たに提唱したXDR、超多剤耐性の定義に当てはまる。この超多剤耐性には、結核療法学研究会における調査結果も既に発表されております。この中で、慢性排菌例というのは非常に長い経過を持っているという例です、そのデータがかなり大きい多剤耐性の半数以上が、超多剤耐性に該当するという結果でございます。

○以上でございます。
○坂谷部長 ありがとうございます。とうございました。「結核研究所あり方検討委員会報告について」でございます。最後の御報告（３）に移ります。「結核研究所あり方検討委員会報告について」でございます。工藤参考人より御報告を願います。
○工藤参考人 工藤でございます。このような機会をつくっていただきありがとうございます。

委員 予な有す。び政
核ま外部医療
結まびど結医
法さ、再こ、保
財で、のう央
で、証したも中
る核るれます
をの探るれま
とをを討さ地
方核ごごま回
をう方核ごご
り果てと家お
と成在れく門
のし革後織た
の組今組い成
過改今組い成
経織たがて臨
を組えにらま
間まま開及か
年積員を提名
5実を委基8
約の核付一の
後、間、変、等
のの方1の門
ここりのに家
提、一ありの
言、二所定の
をこ結の所
をの予行在
さの防備換い
せをこ結を
をの予行在
告い予評輕
をの予行在
御書委員は
速報財部
早会財部
員部車二に

- (1)「趣旨」。
- (2)「結核の現状と今後の対策」。
- (3)「結核研究所の実績」。
- (4)「目標と期待される役割」。
- (5)「役割遂行のための必要な活動のあり方」。
- (6)「人材と財源の確保」。
- (7)「まとめ」。

[illegible]

次に「結核研究所の実績」が2ページにございます。併せて別添資料に結核研究所の

業績というのが後ろの方に付いてございますので、ごらんいただきたいと思います。

結核研究所は、御存じのように、1939年の設立でございます。以来、日本の結核対策の要として歴史的に他の機関ができない重要な役割を果たしてきたということを改めて確認いたしました。

最近では、短期化学療法の開発と普及、結核発生病動向調査システムの開発と解析、結核菌の薬剤耐性サーベイランスの中心的な役割、日本版DOTSの開発と普及、あるいは分子疫学の研究の対策への応用、感染の新しい診断法であるクオアンティフェロンの導入と対策への応用、新抗結核薬の研究開発、更に、中央や地方行政への対策に関する支援と普及、そしてWHOにあるJICA等と協力して進めております日本を代表する国際協力、3ヶ所に関わります。目標と期待される役割」に関してでございます。我が国が、早期に罹患する10万対10といは、低蔓延国にすること。更に、続いて、100万対1の制圧を達成する。そのためには、アメリカのCDCあるいはイギリスの健康保全局（HPA）のようである。機関の存在が、必須であるかと思っております。結核研究所はその役割を果たすことが期待される。その唯一の機関であるかと思っております。今後は、この目標を特化した活動が期待される。と感ずる。結核を適切に結核対策の政策立案あるいは政策の実施及びその評価が行えるようになる。新たな科学的な根拠を示し、技術的な支援を行う機関としての役割は、従来に増して重要となる。おきなな基礎を築き、我が国が特に医療の分野で得意としてきた結核分野の協力に、中心に機能する。期待されるのは、いかということであり、3ヶ所から、ページにかけて記載してございます。「役割遂行のための必要な活動のあり方」であります。

従来から4つの機能を持っています。第1に「研究」、第2に「対策支援」、第3に「抗酸菌のフレレンスセンター」、第4に「国際協力」でございます。これら4つの機能は極めて重要である。と評価いたしました。したがって、その中でも、「研究」は、研究の強化、実施体制の見直しによって、有用かつ質の高い成果を産出して社会への還元を推進することとしております。

また、「抗酸菌のフレレンス機能」、「対策支援機能」については、ニーズの動向に沿った活動の見直しをしております。特に、菌バンクの設立の重要性が述べられております。沿って「国際協力」についてです。とりわけ、アジア、更にはアフリカ等における戦略的なポイントに、本来的な役割を果たす。そして、必要性を強調しております。

最後に6ヶ所から、ページをさします。「人材と財源の確保」であります。

定員等、減少している。現在、研究所としての機能を維持するのに、まさにぎりぎりのところにある。と評価しております。今後、流動研究員あるいは外国人のなをい含めて、さまざまなシステムあるいは雇用形態を用いた研究員の確保に関する提言をいたしております。

その重要な機能を維持するために必要な基本財源の確保については、従来どおり、また先進諸国のような、中央（国）の関与がこれからの一層必要である。とともに、研究所自らによる多様な資金の獲得を努力するように、このような提言を行いました。

以上が要旨でございます。このような報告書に示された方向性に沿って、結核予防会及び関係機関におかれましては、研究所の今後の方向付け、改革を進められるように期待をしております。

以上でございます。

○坂谷部会長 工藤先生、ありがとうございます。以上3つの御報告でございましたが、委員の皆様方から、この3つを兼ねまして、何か御意見ございますでしょうか。ありがとうございました。

それでは、全体を通じまして、何か委員の方々と及び工藤参考人から、全体を見渡して何か御発言、是非ともこの機会に御意見あるようでしたらお願いをいたします。

工藤参考人 今、御報告をさせていただいたことにも関わりがございますけれども、1つ申し上げたいことがあります。今日、中蔓延国、更に低蔓延国へ移行していくというときに、国全体としては、技術的な適正性、あるいは専門的な人材確保というのが非常に重要な課題になってきており、また難しくなっている点で申し上げます。

これは、2つの報告書でも申し上げたように、一定の集中化というか、アメリカのCDCあるいはイギリスのHPAといったような、中央的な組織。ここに人材、財政的な集中的な投入を行って、研究所がその役割は十分に果たし得ると私自身は思っております。集まりました。結核研究所がその役割は十分に果たし得ると私自身は思っております。

もう一つの問題は、戦中、戦後の10万対600あるいは700といったような時代から、今日の10万対20というようになっている。結核罹患率になってまいりますと、国民医療費の中での結核医療費は非常に減ってきている。これは、戦後、国を挙げて、営々とした努力の中、逆で達成した、この60年間の成果だと思っております。同時に、患者さんが減ってきた今こそ、逆に結核医療の採算性の問題に手をつけた方がいではないかと思っております。

不採算がゆえに、結核医療から手を引く、あるいは人材が集まらない。こういうことを是非とも避けねばならない。タイミグとしては結核予防法が廃止されて感染症法に統合されたことは大変いい機会であって、その視点で是非、御検討いただけないかと考えております。

以上でございます。

○坂谷部会長 ありがとうございます。これで、すべての議題と御報告、御意見を終えることができました。事務局から最後に何か伝達事項がありましたら、お願いいたします。

○三宅補佐 ありがとうございます。次回以降でございますが、先ほども申し上げましたが「長期入院患者に対する対応」につきましては、加藤委員の研究課題といたしまして、調査・研究をまず進めていただきました上で、本部会におきまして御検討をお願いするということと考えております。

また、並行して、本部会におきましては、ほかにもいろいろ課題がございますので、必要検討課題につきまして御議論いただきたいと思います。

○坂谷部会長 ありがとうございます。方向性につきまして、先ほど、工藤参考人から御意見もございましたけれども、そのほか御意見、御質問がありましたら、この機会にどうぞ。川城委員。

○川城委員 希望ですけれども、国立病院機構で退院基準、入院基準をやって2年半になっているんですが、データ、楽しみに待っています。

以上です。

○坂谷部会長 ありがとうございます。最後の2年目に入りまして、2年が過ぎましたといいますが、それでデータをまとめつつございますので、もし機会をいただければ、本部会でも御報告を申し上げたいと思います。

事務局から何かございますか。

○三宅補佐 今後の部会の日時・議題等におきましては、追って事務局より連絡をさせていただきますので、よろしくお願いいたします。

○坂谷部会長 ありがとうございます。わずか2分ほどですけれども、時間を残しまして終了いたします。本日の部会、これで閉会にしたいと思います。

本日は、お忙しい中、誠にありがとうございます。御苦労さまでございました。

（照会先）
厚生労働省健康局結核感染症課
TEL: 03-5253-1111
（内線2381）

