

08/02/14 第13回厚生科学審議会感染症分科会結核部会議事録

第13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20年2月14日（木） 10:05～11:18
場 所：国立国際医療センター3階 会議室1・2

1. 開 会

2. 議 事

- (1) 議 題
結核医療の基準について
- (2) その他の
結核病床の在り方について

3. 閉 会

○三宅課長補佐 それでは、定刻を少し遅れてしまいましたが、これより第13回厚生科学審議会感染症分科会結核部会を開会いたしたいと思います。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、結核感染症課長補佐の三宅でございます。しばらくの間進行役を務めさせていただきますので、よろしくお願ひいたします。

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。
○三宅結核感染症課長 皆様おはようございます。本日はちょっとと場所が違うところで、いろいろ御不便をお掛けいたします。厚生労働省もだんだん手狭になっておりまして、会議室がなかなかとれない状況が出ておりまして、申し訳ありませんでした。
また、本日はお忙しい中、感染症分科会結核部会に御出席いただきましてありがとうございます。第13回ということになります。昨年7月に開催させていただきましたが、感染症分科会結核部会に御出席いただきましてありがとうございます。第13回ということになります。昨年7月に開催させていただきましたが、本日はお忙しい中、感染症分科会結核部会に御出席いただきましてありがとうございます。第13回ということになります。昨年7月に開催させていただきましたが、本日はお忙しい中、感染症分科会結核部会に御出席いただきましてありがとうございます。第13回ということになります。昨年7月に開催させていただきましたが、本日はお忙しい中、感染症分科会結核部会に御出席いただきまして、貴重な御意見を賜りました。誠にありがとうございます。
先生方の御意見を踏まえまして、潜在性結核感染症に対する公費負担、また、結核に係る入退院基準等につきましては昨年9月に、それぞれ新たな通知として発出させていただきました。昨年度の感染症法の改正に引き続きまして、いろいろ進歩している結核の現状を踏まえまして、新たな結核対策の推進をまた図っていきたいと考えております。

厚生労働省といたしましては、国内ではいまだに結核が主要な感染症であるという現実を踏まえまして、平成20年度予算ではDOTSの推進を図るために、いろいろ厳しい状況ではあるんですけども、予算の増額を今国会でお願いしております。国会で予算を通していただければ、そういうDOTS対策も更に増額できるのではないかと期待しております。

結核対策、高齢化の問題、また外国人の問題等、課題はまだ山積しております。耐性結核の問題もございます。そうしたことを一層推進していく必要があると考えております。

本日は、厚生労働大臣告示で定めております結核医療の基準につきまして、先生方の御助力をいただきまして、最新の知見や結核医療を取り巻く状況の変化に対応した質の高い結核医療を実現していくために、専門的かつ大局的見地から先生方にいろいろ御議論いただきますようお願いを申しまして、簡単ではございませんけれども、あいさつさせていただきます。よろしくお願ひいたします。

○三宅課長補佐 続きまして、資料の確認をさせていただきます。

(配付資料確認)

○三宅課長補佐 委員の出欠状況でございますが、本日につきましては川城委員から欠席の御連絡をいただいております。

また、今回初めて事務局職員で出席をさせていただいている者がおりますので、紹介させていただきます。

大森 感染症情報室長でございます。

宮本 健康対策調整官でございます。

資料の過不足等はございませんでしようか。

それでは、後の進行につきましては、部会長よろしくお願ひいたします。

○坂谷部会長 皆様、本日はよろしくお願ひいたします。
本日の会議の進行でございますが、お手元の議事次第に沿って進めてまいりたいと思います。どうぞ円滑な議事に御協力をよろしくお願ひいたします。

それでは、まず、本日の議題でございます。結核医療の基準についてでございます。改正の経緯を含めまして、事務局より御説明願います。どうぞよろしくお願ひします。

○平山専門官 資料1-1に沿って説明していきます。本日、改正について議論していただく結核医療の基準につきましては、感染症法第37条の2におきまして「厚生労働省令で定める医療を受けるために必要な費用の百分の九十五に相当する額を負担することができる」となっております。この厚生労働省令で定める医療とは、法施行規則第20条の2において以下のように規定しております。法第37条の2第1項に規定する厚生労働省令で定める医療とは、結核性疾患に対して行う次の各号に掲げる医療となっております。第1号～第6号まで下にありますが、第1～4号につきましては「厚生労働大臣の定める基準によって行う医療に限る」となっております。

2、この厚生労働大臣の定める医療につきましては、厚生労働大臣告示で定められておりまして、昨年の法改正を契機としまして、上記の省令及び告示について最新の知見や結核医療を取り巻く状況の変化に対応して主に改正が必要があります。

資料にありますように、改正案を一部の委員とともに作成しております。この医学的背景につきまして、重藤委員に説明していただきます。よろしくお願ひします。

○坂谷部会長 それでは、技術的な面からの改正点の説明につきまして、重藤先生からよろしくお願ひします。

○重藤委員 医療の基準は以前よりあります、学会の方で新しいものがほぼできておりますけれども、それと矛盾しない形でということで私もかかわって、このようにつくりました。

要点は、古い検査が入っていたり、新しい検査が入っていないかったりという技術的な進歩に対応するためと。それから、化学療法につきましては、特に日本の結核医療の基準というのがこれまで国際基準と少し違ったところがあるというか、違うところがありましたので、その調整をしました。それから、DOTSを進めていくために必要な具体的な事項も入れなければいけないだらうということが主なポイントです。

お手元の「結核医療の基準」を見ながら説明させていただきます。

「第1 結核医療の一般的基準」として検査と治療、それから、説明と同意というのがありますが、まず検査のところでは、現行のものと比べて特に違うところは、エックス線検査が単純だけでなく、必要に応じCT検査を行うということ。

それから、血沈を削除しました。これは私もかなり参考にはしますけれども、あまり効率的な検査ではないので外してもいいだらうと。

それから、潜在性結核感染症の診断についての具体的な方法を入れてあります。ツベルクリン反応だけでなく、菌特異抗原刺激によるインターフェロンγ放出試験。

それから、治療中の検査として診断だけではなくて安全に治療を行うために、特に肝機能障害などをチェックするための検査も必要であると。それから、菌検査につきましては、以前は毎月1回と指定されていたんですけども、これは患者さんの感染性を見るため、経過を見るために必要に応じてということです。

それから、治療に関しましては後ほど詳しく述べて御説明します。

患者への説明と同意というのは、もともとは指導という形がありましたけれども、記載を改めているということです。

「第2 化学療法」ですが、原則はほぼ一緒です。一般方針の(3)で「受療中の患者に対する、保健所との連携の下に」ということで「支援」という言葉が入っております。

それから、化学療法剤の種類及び使用法についてですが、これはどちらかといえば次のページにわたって詳しく書かれていたものが、かなり簡略化されたことになります。これにつきましては、もともと9ページに別表として抗結核薬の種類、現行のものは基準投与量及び投与方法、それから、耐性濃度の基準も記載があったんですけども、それを全部外してあります。

用法用量につきましては、一律に書いてありますと患者さんそれぞれの状況に応じて細かく調整しにくいというか、これを機械的に当てはめるという傾向もありますので、細かいことに関しては学会の基準、ガイドラインなどを見させていただくということで、こういう記載をばっさりなくしているということです。

学会の基準につきましては、基準投与量、体重当たりで詳しく記載しておりますし、もちろん耐性濃度も記載しております。薬剤の方はこれにキノロン剤も加えて書いてあります。現実的に処方する場合にはガイドライン、結核会の方の基準を見させていただくということになると思います。

3ページで化学療法の欄ですけれども、まず、初回治療で薬剤耐性結核が疑われない場合、これが一番多い状況だと思うんですが、これは大きくは変わりません。初期の4剤併用、維持期の原則2剤の併用と。維持期におきましてここで間欠療法が入っております。

それから、ピラジナミドが使えない3剤治療で始める場合の維持期に関してですが、これが少し変わっております。従来アイナー、リファンピシン、エタシントールまたはストレプトマイシンを6か月、その後、アイナー、リファンピシン2剤を3か月というのが基準でしたけれども、維持期においてアイナー、リファンピシン、エタシントールなどを使いまして薬剤感受性が確認できれば、エタシントールまたはストレプトマイシンを外して、あとはずっと2剤でいいということにしております。

その後は、治療期間を初期4剤を使った場合の6か月、3剤の場合の9か月というのを延長する条件、それから、薬剤耐性が判明した場合の治療方法につきましては、おおむね学会が以前出しております基準に従って、こちらの方はかなり治療期間などを詳しく記載しております。

これは基準でありまして、いろいろなケースがあると思いますから、余り細かく細かく書くことがいいかどうかというのを少し迷ったところでありますけれども原則を記載しております。

6ページ、潜在性結核感染症の治療ということで、ここに具体的な内容を入れております。リファンピシンの単独療法も入っております。

それから、細かいことは7ページ、肺外結核の化学療法のところで、局所注射というのが削除されております。

「第3 外科的治療」に関しましては、そういうものを適用する頻度が減ってきておりますし、技術も日々進歩しますしということで、細かい記載はかなり省略するという形になっております。

以上です。

○坂谷部会長 重藤委員、ありがとうございました。平山専門官と重藤委員からの解説がございましたけれども、御意見・御質問等がございましたらお願いいたしたいと思います。いかがでしようか。資料を前もってお送りさせていただいていると思いますので、既にチェックが入っているかと思いますが、いかがでしようか。

まず、平山専門官からの説明にありましたように、この基準の根拠ですけれども、資料1-1を見ていただいたらわかりますように、法律第37条の2においてということで、いわゆる全額公費負担でない方の基準なんですね。それが現場では少しこんがらがって、入院の第37条の方もこれでいくべきであると間違って認識されている部分があるように伺っております。そういう意味で、改正の2行目に書かれてはおるんですけども、これを強調してはいかがでという意見があつたように聞いていますが、この点については事務局、いかがでしようか。

○三宅課長補佐 そのような意見もいろいろありますと書かれてはおるんですけども、これを強調してはいかがでないと思いますが、そのものの中のその旨をちゃんと書き込むということは、基準とか法律の施行規則のつくり方からいってなかなか難しいと思っておるのですが、テクニカルな面もいろいろございまして、これが告示された後に説明回答もござりますので、そういう中で、どういう性質のもののかということはきちんとお話をしながら、周知を図っていきたいと考えております。

○坂谷部会長 ありがとうございます。いかがでしようか。よろしくうござります。

○加藤委員 きちんと1行書かれているのは間違いないので、きちんと説明はわかるということです。

○加藤委員 その点につきまして、坂谷部会長のおっしゃるところ、法律はそういう分け方であるということは明白なんですけれども、一つ最近の耐性の問題等々も含めて考えますと、やはり技術的な確かさ、技術的適正性をいかに確保するかというのが今後の医療上の大きな課題かと思うんです。そういう意味では、公費負担の対象として提供されるのは記載のとおりなんですけれども、やはり適正医療を守るために結核診査協議会等が問題があるものについては助言といたしますか、そういう機能を持つことが今後の対策として大事ではないかと。というのは、もちろん坂谷部会長のいらっしゃる専門病院は間違いないくされど、そこは確かだとと思いますけれども、だんだん患者さんが減ってきてきますと、個々の医療機関で医療レベルを保つのがだんだん難しくなってくることが今後予想されますので、そういう意味では、そういう法律的な負担の問題とちょっと離れるかもしれないけれども、審査会はそれなりに医療内容をきちんとチェックして、アドバイスできるようなことが大事ではないかと思います。

○坂谷部会長 通知を出すだけではなくて、特に名前は挙がりませんでしたけれども、保健所さんレベルではきちんと把握していただいて、現場に対する御指導をよろしくお願いしたいととりましてもうろいろですが、感染症診査協議会で専門家が見ていることが大事ということでございます。

○坂谷部会長 それから、基準の中身につきましていかがでしようか。よろしくうござりますか。例えば、1ページでCT検査の話、結核菌検査の話、それから、指導と説明の話が重藤委員からありましたけれども、結核菌検査の最初の部分ですが、現行では「必ず」とあったのが、改正後は「可能な限り」となっているんですけれども、これはどういう意味ですか。

○重藤委員 菌がどうしても得られない、例えば、肺外結核では菌はなかなか得られない場合が多い。例えば、どうしても穿刺して菌をつかまえようじゃないかと、それで陰性でも結核と診断する場合はあるわけですね。検査そのものが患者さんの非常に負担になる場合には、菌検査を行わないで総合的に診断するということもありますから、もちろん菌検査が必要ではあるけれども、状況に応じて「可能な限り」という表現にしていただきたいなということです。

○坂谷部会長 よろしくうござりますか。御意見ございませんか。

それでは、2ページ以降で降すけれども、御解説がありましたように、あまり細かく1~10まで規定をするのかいかがなものかということで、少しあいまいな部分も残してあるという総論的な御説明がありました。

それから、第2の化学療法の(3)のところに確実な服用が必要でありますから、保健所との連携のもとに策定された支援機計画に基づき、これをやること

が大事だといふことが特記されました。

2の「(1)抗結核薬」のところでは、重藤委員から話がありましたように、学会のガイドラインで十分書かれているので、それを参照しなさいという意味

であるということです。

それから、一つ追加で御解説いただきたいのは3ページの3の「ア 初回治療で薬剤耐性結核が疑われない場合」の一番下「4月間の2剤使用期間について」は、すべての対面服薬の確認ができる場合、間欠療法の禁忌でなければ、間欠療法を行ってもよいとなっています。間欠療法もいいですよということなんですねけれども、実は3剤で間欠療法をされる場合もあるわけで、3剤については書かれていなくて2剤に限るというか、そういう意味にとれるわけですが、この御説明はありますか。

○重藤委員 学会の基準としまして、PZAを加えた4剤療法で開始され、結核菌が培養で確認されて、リファンピシン、アイナーの両剤に感受性であることが確認された例を対象とするとしております。ピラジナミド加えない治療、または途中でいずれかの薬剤、アイナー、リファンピシン、ピラジナミドが中止された例では、間欠療法は不可ととしております。それから、H1Vの感染者も間欠療法は不可としております。

○坂谷部会長 加藤委員あるいは事務局から何か追加の御説明はございませんか。

○三宅課長補佐 追加の説明と申しましょうか、今回この改正で一番議論があったところの一つは、この間欠療法でございまして、患者さんの服薬がしっかりされる、または、患者さんにとつては樂になるということで、これを是非入れたいといういろいろな先生方の御要望があったんですか、間欠療法とニューキノロンについて学会で要望をずっといたしましたが、間欠療法は結局、倍量を使わなければならぬということで、薬の適用外使用になってしまふのではないかということで、いろいろな課に連絡をとって議論したところ、ここについては間欠療法を倍量でもやることは可能だろうということで、今回この中に入れることができたという背景がございます。

一方、ニューキノロンという抗生物質の使用が、先ほど学会ガイドラインには入っているけれども、この改正案に入っていないという事実を少し重藤委員から言っていたりましたが、そこについていろいろ議論したのですが、現在ニューキノロンというのが薬の適用外使用になってしまふということで、やはりこの中に適用外については入れられないだろうと。それについては、引き続き学会から適用外を適用内にするということをきちんと厚生労働省に要望していくということで、担当課と我々も一緒に動きまして、それを実現できるように引き続き連携しながらやっていると思っておりますが、今回ニューキノロンについては、ここには入れていないということです。

○坂谷部会長 とりあえず間欠療法に關係しましては、その2点について御説明させていただきました。

○坂谷部会長 もう一度申しますけれども、3ページの一番下の下線を引いた3行の上に「4剤併用療法を2月間行い、その後INH及びRFPの2剤併用療法又はINH、RFP及びEBの3剤併用療法を4月間行う」と書いてございます。ただし、4か月間の2剤使用期間については間欠療法を行ってもよいと。上の下線の引いていない2行には2剤併用療法と3剤併用療法のどちらかを4か月間行うと書いてあるんですね。ですから、下線を引いてある最後の3行は、4剤使用期間に2剤だけを認める説めることであります。

○重藤委員 原則2剤としたいと学会は考えておりますが、残念ながら、日本ではなかなか薬剤感受性が出なかつたりして、2か月を過ぎてもなかなかエタントルールをやめられないという状況もあります。その場合には3剤も認めるかという話にはなるんですが、そのような場合には、わかるまでは間欠にしないで、判明してからオール・オ・ノンでエタンブトールを2か月でやめるか4か月で続けるかという、この記載ではそのようにとれないともないんですけれども、わかつたれた点で外して間欠療法にということは可能だと思います。

○坂谷部会長 どうありますと、例えばエタンブトールは4か月なんだけれども、最初の2か月だけはエタンブトールをやっていて、やめた場合にはその後の2か月は間欠療法を認める。4か月の間に途中で2剤になつたら、そこから認めるということになりますか。

○坂谷部会長 審査会でそういう申請が来たときに、これは3剤だけれども、書いてあることにはちょっと外れるけれども認めるということになろうかと思うんですね。

○丹野委員 3剤で認めるのか、エタンブトールをあと1か月やって外して、2剤になつたら間欠療法をやってもいいということになるんでしょうか。

○重藤委員 薬剤感受性が確認されているというのが条件ですから、確認されればEBは外していいということになります。

○坂谷部会長 加藤委員、それでよろしくうござりますか。

○加藤委員 今の御説明で了解できました。一般的には、維持期間に間欠療法をするということなんですけれども、それに対して更に薬剤感受性が判明しているということを条件に加えるという考え方ですね。

○重藤委員 そうですね。やはり現実にあったんですが、感受性を確認しないで2剤に落として多剤耐性ができてしまつたということもたまにありますし、アメリカなどは薬剤感受性は必ず2か月目には出ているという原則で動いてると思うんですけど、日本の場合にはかなり遅れることもありますし、菌量が少ない方、ある意味軽症の人の方が結果が遅く出る、菌量の多い人の方が早く出るという矛盾はあるんですけども、そのところは致し方ないのではないかと思います。できれば、検査が早くできるように液体培地の薬剤感受性検査が普及するようにということなんですねけれども。

○坂谷部会長 ありがとうございます。そして、先ほど三宅補佐から説明がありましたように、間欠療法というのは患者の利便性もありますし、効果も十分あるということが世界的にわかっているんですけども、そのトライアルはH・R2剤についてのみ事実がわかっています。日本のように3剤で4か月治療という実験をされたことがなくて、当たり前のようすに思つますけれども、3剤の間欠療法の有効性についてははつきりされてないということがあります。だから、ここに3剤で4か月の間欠療法を認める、その根拠はどこかと言われることがありますように漏れ聞いています。

○重藤委員 もう一つ言いますと、やはり日本のピラジナミドの使用規範が諸外国と比べて非常に低いということが一つの問題だとは思います。高齢者の比率がすごく高いというのが日本の問題点でもありますけれども。

それから、やはり副作用の問題も考えれば、2剤で有効性がここまで高いということが確認されているのに、それを加える意味はない、副作用を考えれば外すべきあるということです。

○坂谷部会長 ということで、もし現場から質問がありましたときには、そういうことで整理をすることにしたいと思います。

○三宅課長補佐 そうすると、「ただし、4月間の2剤治療期間については、全ての」云々ということで、「4月間の」という文言を削除した方がよろしいですか。「ただし、2剤使用期間については、全ての」云々ということで、「4月間の」という文言を削除させていただきます。

○坂谷部会長 そうですね。各委員の方々、それはよろしいですね。

それから、新しいこととして、5ページにH・Rのいずれにも耐性がある場合で、感受性のある薬剤が3剤使用可能な場合の治療期間は菌陰性化後24か月間とする。幸いにして、菌が消えまして外来治療、通院治療に移ります。それをいつまで続けたらいいかというのを、菌陰性が2年間続いているれば観察のみにしてよろしいということが明記されることになりました。

それについても、現場でいつまでやつたらいいんだという話が時々ありますので、はつきりした次第です。

ほかにいかがでしようか。改めて見直していただいて、ちょっと私が気付いた点のみ述べましたけれども。

それから、潜在性結核につきましては、日本では予防という観点からの服薬でございましたけれども、先般の通知でありましたように、病気であると規定して「予防内服」という言葉が残っておりますが、治療に属することであるということで、今回は医療の基準の中ではっきりそれが書かれることになりました。

ほかに何か御意見ありませんか。ありがとうございます。ほかに御意見がありませんようですが、部会としては今回いただいた御意見、今の間欠療法につきまして事務局で整理をしていただきまして、案案への反映の検討をお願いいたします。修正につきましては既に結論が出たようなものでござりますけれども、作業いただいて最終的にはこの部会で了解を得たと理解してもらおうとしますが、形式的には後で修正案を私に見せていただいて一任させていただくということにいたしたいと思いますが、それでよろしくうござりますか。

(「異議なし」と声あり)

○三宅課長補佐 ありがとうございます。修正点等承りました。

一言付け加えさせていただきますと、6ページで「(3)潜在性結核感染症の治療」というところも新しく入っておりまして、今までこの部会でいろいろ議論していただいた潜在性結核感染症を積極的に病気として認めて、それを治療していこうという方針、そして、予防投薬という言い方ではなくて、治療といふことでしっかりとやっていくという中で、ここにしっかりと書き込ませていただいたことを御報告と申しますか、ありがたく承らせていただいております。

それから、今後のこの動きでございますが、結核医療の基準は大臣告示でございますので、今後パブリックコメントを経まして、国民の皆様の御意見をい

ます。この部会としても引き続き検討が必要ではなかろうかと思っているんですけれども、最後に、三宅課長から一言ちょうどいいと思います。

○三宅結核感染症課長 いろいろ御議論ありがとうございました。

今、先生のお話にもありましたけれども、結核は戦後最大の死亡原因であったわけですが、皆様方のいろいろな御努力によりまして、患者数の着実な減少、平均在院日数も着実に減少を果たしてきております。しかしながら、参考資料2-2にありますように、病床利用率というものは3分の1ぐらいいに減つてきているという状況でございます。患者数の少ない地域の中では、医療機関にとつて病棟単位で結核病床を確保するということが経済的には非常に困難な状況になりつつあると。結核病床数の減少傾向も続いているというところでございます。

しかしながら、新規の結核患者はまだ年間に2万人以上発生しておりますので、塗抹陽性患者に限っても年間1万人前後発生しているという状況ですし、多剤耐性結核の問題等、依然として我が国の公衆衛生上の大きな課題であるということです。

このような中で、結核医療の質を維持し、結核病床を確保するためには、やはり地域の実情を考慮していただいた上で、一定の集約化ということにも有効な方策であると考えております。今後とも結核医療を適正に維持していくために、この要望書に書いてある点についても、昨日、医療費改定が決まっておりますけれども、関係部局ともよく相談して、できる限り結核医療の維持のために努力してまいりたいと思います。

それから、余談ですけれども、先ほど飯沼先生から新型インフルについての御提言がございました。これはまさに今、我々も新型インフルエンザ対策行動計画に基づいていろいろ対応を迫られてやっているところのですけれども、実はここはこの国立国際医療センターというのは、感染症病床の中でも一番高度な特定感染症病床がございます。日本に3か所しかない新感染症といふ新感染症が出てたときにも対応できる病床がございます。それから、1種、2種とありますが、それらがやはり新型インフルの患者さんで満床になった場合には、結核病床で対応をお願いしていただきたいということで計画を立てております。

人員の配置については、一定の集約化というのは致し方ないのかなと考えておりますけれども、今ある結核病床を物理的な形で維持していただいて、いざというときには活用していただきたい形で残していただきたいことは、本当に我々も必要なことではないかと思っていますので、それでどういうことがでできるかというのは検討していただきたいと思っております。よろしくお願ひいたします。

○坂谷部会長 ありがとうございました。

実は、この2月5日の緊急要望が出された後、これは西山健康局長あてに出ておりますが、三宅課長が同席して、私も健康局長にお会いして少し話をさせていただく機会をつくっていただきました。そのときに、決定事項ではないんですけども、今、三宅課長がおっしゃったことそのものですが、結核病棟、結核病床を持つ病院としては、新型インフルエンザ対策についても十分考えていただきたい。決定事項ではございませんが、陰圧個室の整備を進めていただきたい。そのためには、健康局としても援助を惜しまないという御発言があったということを御報告しておきます。

結核病床の在り方につきましては、次回以降の本部会におきまして検討をお願いすることにしたいと考えておりますので、よろしくお願ひしたいと思います。

ありがとうございました。これですべての議題・報告を終えることができました。事務局から何か伝達事項はございますか。

○三宅課長 1つ追加で、その他ということで話題を提供させていただきたいんですけども、本年6月にG8サミットがございます。また、その後にティカット4というアフリカ諸国が集まっているいろいろな会議が日本でございます。その中で国際保健医療というのが課題に挙がっております。また、7月には西太平洋事務局(WPRO)の今、尾身さんという日本の方が事務局長ですけれども、その中の結核に関するTAGミーティング、Technical Advisory Groupという会議がございます。世界の各地方事務局というのがWHOのもとになりますが、その中で唯一結核対策が成功しているのがWPRO地域でございます。いろいろな目標を立ててこの間取り組まけておりますが、確実に死亡率が減ってきてているのはWPRO地域ということです。そういうことで成果を上げてきております。そういうことをこれまでの成果を振り返って、また、これからどう向かっていくかというのを一つのターニングポイントにしようということで、そういう会議がございます。

国内での結核対策は着実に成果を上げてきておりますが、アジアでの成果、それを世界に向かっていろいろ発信していこうというようなことで、今、結核予防会を中心いろいろな動きが出てきております。多分4月以降賑やかになってくると思います。それがまた日本の貢献ということで非常に大事なことだと思います。外務省、厚生労働省と一緒にになって、そういう予防会の活動を推進していきたいということで、今いろいろな動きがございます。

○坂谷部会長 ちょっと話題ということでお話をさせていただきました。

○坂谷部会長 ありがとうございました。

三宅課長から追加の御発言がありましたので、私からもまとめの直前に一つ。

先般、部会が頑張りまして通知として入退院基準につきまして出させていただいた次第でございます。それについて現場から幾つかの質問や御意見等が寄せられていると漏れ聞いておりますけれども、これについて事務局としてどのように把握されているか御報告いただけたことがあつたら、この場で追加としてお願いしたいと思いますけれども、いかがですか。

○三宅課長補佐 入退院基準を出させていただきましてから、就業制限のところで少し御意見いただきまして、それについて改正案みたいなことを出させていただいたわけでございます。そのほかについて、いろいろ意見があるのかもしれませんけれども、特にここをすぐには改正すべきでありますとか、そういう意見は今のところ把握しておりませんので、皆さんに議論していただいたおかげで、どうにか適正な医療をより進める、そして、それを国際的な基準に近づけ、患者の人权を制限しないようにしながらも適正な医療が確保され、なるべく早くしっかり家に帰っていただくという方向でおおむね進んでいるものと我々は認識しております。

○坂谷部会長 ありがとうございました。

今一点出された就業制限のことも何とか整理がついていますか。保健所の方に何かクレームが出てるとか、そういう話はないですか。

○丹野委員 当所においては特に、東京の方はいかがですか。

○東海林委員 特にないですね。

○加藤委員 私どもは、いろいろなところから御質問を受けたり、御相談を受ける立場ですけれども、やはり制度が変わることで質問があつたり、こういうときはどうだろうかという相談があるんですけども、考え方をよく説明させていただくと十分御理解いただけていると思っています。研修会等々でお話しする機会もありますが、御説明させていただくと、よくわかりましたと言つていただいていると思っております。

○坂谷部会長 御苦労を掛けますけれども、どうぞよろしくお願ひいたします。

それでは、時間が随分余りましたので、追加で予定ない御質問させていただいたり、議論をさせていただきましたけれども、これですべて終えることができたと考えます。

今後の部会の日時や議題につきましては、追って事務局より連絡をちょうだいすることになってございます。

それでは、本日の部会は閉会いたしたいと思います。お忙しい中、誠にありがとうございました。