

10/03/12 第16回厚生科学審議会感染症分科会結核部会議事録

10/03/12 第16回厚生科学審議会感染症分科会結核部会

第16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22年3月12日（金）10:00～12:00
場所 厚生労働省中央合同庁舎5号館5階専用第12会議室

1. 開会
2. 議題
(1) 今後の結核医療のあり方について
(2) 結核に関する特定感染症予防指針について
(3) その他
3. 閉会

○水野専門官 これより第16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。委員の皆様方にはご多忙中のところ、ご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で専門官をしております水野と申します。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いいたします。

それでは、本部会の開催に当たりまして、上田健康局長よりご挨拶を申し上げます。○上田局長 おはようございます。上田でございます。委員の皆様方におかれましては、ご多忙中にもかかわらず、第16回の厚生科学審議会感染症分科会結核部会にご出席いただきましてありがとうございます。

まず初めに、昨年10月、本部会でご審議いただきました結核登録票に係る活動性分類等につきましては、本部会のご意見を踏まえ、本年1月、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施行規則の一部を改正する省令が施行され、併せて関係通知を発出することができましたことをご報告申し上げますとともに、貴重なご意見をいただきましたことに、改めて感謝を申し上げます。

皆さんも存じのように、近年、結核患者の減少による結核病床の利用率低下等に伴い、結核病棟を閉鎖する医療機関が相次ぐなど、地域によっては結核病床の不足が懸念をされているところでございます。これらの状況を踏まえ、今回の診療報酬改定におきましては、結核病棟入院基本料の平均在院日数要件の廃止や、小規模な結核病棟を一般病棟の一部とする際の要件の緩和を行うなど、結核医療の充実が図られることになったところでございます。

このほかにも多剤耐性の問題や若年者を中心とする集団発生の問題、さまざまな結核の問題がございます。結核を取り巻く状況の変化、新たな課題に対処するために、地方自治体及び関係団体の皆様方と連携を図りながら、結核対策を一層推進していきたいと考えております。

本日は、前回部会に引き続きまして、今後の結核医療のあり方についてご審議をいただくことになっております。また、平成19年3月に策定されました、結核に関する特定感染症予防指針について見直しの時期となっておりますので、その必要性や議論の進め方についてご審議をいただきたいと考えております。また、平成19年3月に策定されました、結核に関する特定感染症予防指針について見直しの時期となっておりますので、その必要性や議論の進め方についてご審議をいただきたいと考えております。また、平成19年3月に策定されました、結核に関する特定感染症予防指針について見直しの時期となっておりますので、その必要性や議論の進め方についてご審議をいただきたいと考えております。

○水野専門官 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、東海林委員、高橋委員からご欠席の連絡をいただいております。重藤委員は少し遅れのご出席というご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、現在のところ9名のご出席をいただいております。出席委員の過半数に達しておりますので、本日の部会は成立いたします。次にご事務局の職員を紹介いたします。福島結核感染症課長、中嶋感染症情報管理室長、江浪課長補佐でございます。

ここでカメラ撮りは終了させていただきますので、ご協力のほどよろしくお願いいたします。

続きまして、資料の確認をさせていただきます。初めに議事次第、座席図、委員名簿があります。そのあとに資料1-1、資料1-2、資料1-3、資料2-1、資料2-2、参考資料1～6まで、そのあとに追加資料があります。不足等ありましたら事務局までお知らせください。

それでは進行を坂谷部会長、よろしくお願いいたします。

○坂谷部会長 それでは皆さん、本日はよろしくお願いいたします。今日の会議の進行ですが、お手元の議事次第に沿って進めてまいりますのでよろしくお願いいたします。円滑な議事進行にご協力のほどをよろしくお願いいたします。

まず議題(1)「今後の結核医療のあり方について」です。事務局よりご説明をお願いいたします。○水野専門官 資料1-1をご覧ください。今後の医療のあり方に関するこれまでの議論について概要をまとめさせていただいております。

1. 「近年の結核医療の現状」について、結核病床についてと地域連携体制についての2つに分けてまとめております。これに関しましては、内容をご確認いただいて、認識に間違いがあれば指摘いただければと思います。

2. 「今後の結核医療のあり方について」です。初めに基本的な考え方について、次に今後の結核医療の提供体制及び地域連携体制の強化について、これまでの議論に基づきましてまとめております。(1)の今後の結核医療の提供体制については、結核医療提供体制モデルが前回の部会において提示されましたので、資料1-1の最後に添付されています図1、表1もご参照ください。

3. は、2.の「今後の医療のあり方について」を踏まえまして、「今後の検討の進め方」についてお示ししております。これらの各項目について、順次データ等を揃えつつ、今後本部会で検討を進めていくことが必要ではないかと考えております。

結核患者・病床については、結核にかかる入院医療の実態の把握、具体的には合併症の割合、医療従事者におけるDOTSにかかる作業負担等について、必要な調査を行っていくことが必要ではないか。モデル病床、ユニット化病床等の課題を明確化しつつ、再整備の促進方法について、検討することが必要ではないか。具体的にはモデル病床については、一般患者が入院しているために、必要時に結核患者が入院できないなどの理由で有効利用されていないことが多いとの指摘があります。今後、どのように病室調整を行っていくかについて検討が必要ではないか。結核病床（ユニット化病床を含む）、モデル病床について、院内感染予防、療養環境を考慮した施設基準の検討が必要ではないか。感染症病床と結核病床の今後のあり方について、引き続き、検討することが必要ではないか。

地域体制・広域連携につきまして、各都道府県が管内の事情を勘案できるような医療提供体制・地域連携モデルとなっているかの確認を行っていくことが必要ではないか。症例の相談体制確保のため、結核研究所、高度専門施設を中心とした広域ネットワークの構築や、既存のネットワーク（NHQ、結核療法研究協議会など）の活性化の具体的な方法を検討していくことが必要ではないか。結核病床・モデル病床があっても医療スタッフが不足（医師不足、看護師の結核病床離れ）使用できないことがあるとの指摘に対応するために、学会等との連携や、卒後教育との連携をどのように図っていくかについて、検討することが必要ではないか。地域連携が進むためには、それが当たり前になる雰囲気作りが重要であることから、国・地方自治体等によるどのような普及啓発が有効か等について検討を行っていくことが必要ではないかということです。

今後の部会では、地域体制・広域連携について、各都道府県が管内の事情を勘案できるような医療提供体制、地域連携モデルとなっているかの確認を行っていくための資料を用意させていただいております。

資料1-2をご覧ください。「医療提供体制のモデルの適用事例について」です。前回の部会において議論いただいた医療提供体制モデルについて、地域における特性に十分対応できるモデルとなっているかどうかを検証することを目的として、下記の自治体のご協力を得まして、各地域における今後の医療提供体制について検討を行った上で、現時点における医療提供体制モデルについての課題をまとめてご報告いただきました。

全部で5県ですが、都市圏であり罹患率が高い県として大阪府、結核病床の集約化が進んでいる県として青森県、山形県、A県。島嶼という地域特性のある県として沖縄県からいただいております。これらの報告をもとに、医療提供体制モデルの課題を把握するために、下記の点についてどのように考えるかです。具体的には、各都道府県が管内の事情を勘案できるような医療提供体制・地域連携モデルとなっているか、地域の医療提供体制構築について、モデルに示された内容以外に検討が必要な事項があるかということにつきまして議論いただければと思います。

この適用事例についてですが、資料1-3に、各自治体から出てきております報告がまとめてありますが、量も多いので、追加資料「ご協力をいただいた県から提出いただいた今後の結核医療提供体制についての資料のまとめ」をご覧ください。こちらのほうを中心に説明させていただきます。資料1-3にも各自治体の圏域図やその他の図表が付いておりまして、わかりやすいものがありますので、適宜合わせてご覧ください。

それでは大阪府の(案)から説明させていただきます。罹患率32.8、死亡率2.5、高齢患者の割合においては65歳以上が過半数ということです。結核患者の特徴ですが、あいりん地域の結核患者、罹患率が高くて高い。公衆衛生上の問題のほか、アルコールや薬物依存、就労や住宅などの様々な問題が複雑に関係する都市問題であること。経済的に困窮しているケースが多い、とあります。

二次医療圏の数が8ということですが、これは資料1-3の6頁の圏域図を見ていただければと思います。結核病床を有する病院が8、モデル病床を有する病院が3です。病床利用率が約7割。保健医療従事者の状況につきましては、一部の病院で専門医不足、経験豊富な看護師の減少、若い看護師の結核病床の忌避がある。これに対し医師・看護師を対象とした結核研修会を開催しているという会議と実施中である。結核療養・地域連携の状況ですが、各保健所において、DOTS事例検討会やコホート会議を実施中である。結核病床を有する病院主催の研修会や連絡会に保健所が参加している。これによって病院と保健所間の連携を行う。広域連携の状況ですが、近隣県との府県境を越えた連携がある。その他については結核病床の減少傾向があり、地域の基幹病院における一般病床を活用することが重要である、ということです。

次の頁にいきまして、今後の取り組みや再構築案におけるポイントや問題点なのですが、大阪府では、案ですが、結核治療の基幹的病院である4病院を特に専門医療機関として再編成し、地域との連携・コンサル体制を確立する。感染症病床・モデル病床を含む地域基幹病院においては、合併症等のある自院の入院患者のみならず、新たな結核患者を受け入れてもらえる環境を作る。地域の外来医療機関を、非排他患者や退院後の治療の主体として再編成する。DOTSをキーワードにした外来医療機関同士の連携を図る。具体的には指定医療機関研修会、症例検討会、病院連絡会議等の拡充を図る。問題点として、結核合併症患者に対する広域連携については、患者家族の負担など検討すべき課題が多いということです。

これより説明します3県は、病床の集約化が進んでいる県です。まず青森県ですが、罹患率が21.3、死亡率2.2、高齢者の割合については60歳以上が68.9%。特徴ですが、「発症から初診まで2カ月以上の割合」が33.7%と全国で一番高く、発見の遅れがあるということです。入院期間の中央値は90日と全国より1カ月ほど長い。社会的な支援が必要な結核患者、例えば精神疾患患者、高齢者、要介護者、単身の生活保護者等の増加がある、ということです。

資料1-3の11頁の青森県の圏域図を見ていただきますと、二次医療圏数が6で保健所数が7、結核病床については、国立病院機構青森病院が60床、青森県立中央病院、これはユニット化しておりますが16床の2つがあります。モデル病床はございません。感染症指定医療機関は4施設あります。圏域図にも▲で載っております。平均病床利用率は37%ですが、26から53%の幅があるということです。

保健医療従事者等の状況ですが、青森病院では専門医が退職しまして、退職後は2名の内科医で対応しています。

結核療養・地域連携の状況ですが、青森病院では主たる結核患者、県立中央病院は合併症例または対応困難例に対応しているという意味では医療連携がある。両病院でDOTSカンファレンスが開かれ、保健所職員が参加している。これにより院内DOTSから地域DOTSへのスムーズな移行が可能となる。入院中から退院後までの共通服薬手帳を試行的に使用している。患者早期発見のための地域の内科における入院以外での診療が適切に進められるよう、県や保健所において研修会を開催している。保健所による老人福祉施設等における研究会を開催している。広域連携の状況ですが、遠隔地である下北地域、県南地域においては、保健所でマニュアルを作成し、近隣県医療機関との連携を行っているということです。その他として、不採算性や医師の確保が困難という理由で、今後の結核病床不足が懸念される。結核病床のある病院まで、アクセスの悪い地域があるということです。

今後の取り組みや再構築案におけるポイントや問題点ですが、基準病床数を98床から平成22年度に65床に変更予定である。病床数が不足した場合や、患者の利便性を考慮すると、感染症病床を活用できるとよい。医療法上の整備が必要である。これにより社会的支援が必要な結核患者に対応する。地域連携パスの導入を検討しているということです。

山形県に移ります。山形県は罹患率11.9、死亡率1.4、60歳以上が68.8%、80歳以上が34.8%と80歳以上の超高齢者の割合が高い。高齢者の結核の診断の遅れがある。糖尿病や悪性腫瘍などの結核発病高危険因子が、菌陽性肺結核の5割弱に合併している。結核を疑って検査をする前から、病院や各施設に入院・入所中の結核診断例の増加、介護保険サービス利用中の結核診断例の割合も高い。単身者や認知症、老老介護などによる服薬継続困難者も増加傾向にあるという特徴があります。

資料1-3の28頁、29頁の山形県の圏域図を見ていただければと思います。二次医療圏数が4、保健所数が4、結核病床は国立病院機構山形病院に50床です。モデル病床はございません。感染症指定医療機関は第一種が1施設2床、第二種が4施設16床になります。病床利用率は48%です。保健医療従事者等の状況ですが、山形病院では結核診療経験豊富な医師が2名勤務している。感染症指定医療機関には第一種の結核診療経験豊富な医師が1名勤務、第二種では結核診療対応可能な医師が合計6名勤務しているということです。

結核療養・地域連携の状況ですが、通常結核患者は山形病院に入院している。ただし合併症例、妊婦、小児などの場合は、保健所の関与のもと、臨時応急の場合として、第一種感染症指定医療機関や、特定機能病院の大学病院に入院している。結核医療連絡会は、結核専門病院医師及びスタッフ、県及び各保健所の担当者が参加して開催している。結核対策研修会を、保健所ごとに結核指定医療機関、医師会、福祉施設関係者等を対象に実施している。山形病院でDOTSカンファレンスを開催しており、これには保健所職員や外部の関係者も参加している。その他として、結核病床のある病院が1か所のため、医療のアクセスが悪い。そのような地域の患者の場合は、患者及び患者の家族の身体的・精神的負担が大きい。菌陰性化後の福祉施設の受入先の調整が困難な事例もあるということです。

今後の取り組みの再構築案におけるポイントや問題点ですが、特に結核の早期診断を促すという意味で、(1)「かかりつけ医」が結核発病の高危険因子を念頭において、高齢患者に定期的な胸部X線の検査を実施する方法の普及を行う。また、院内・施設内感染を防止するための研修会を保健所単位で定期的に開催する。(2)に、結核拠点病院(山形病院)の確保と、機能向上、(3)に地域の患者は地域で診察することができる体制へということで、感染症病床、または基幹病院の陰圧病床の活用ができること。(4)に、各二次医療圏で結核を含めた感染症の治療体制を整えた老人保健施設を整備することを提案したい。これは制度面の支援が必要である。(5)として、地域における結核診療コンサルト機能の構築が必要である。方法として、呼吸器専門医師等を結核研究所の医師研修に派遣、呼吸器専門医師等が主治医と交えて行う症例検討会の開催など提案したい。感染症診療協議会の役割として、主治医に助言する機能を明確化することも重要。(6)として、地域連携の強化のため、研修会の対象の拡充、福祉施設関係職員や薬局薬剤師を含める、連携パスのさらなる活用を図るということです。

A県に移ります。罹患率が12.4、死亡率が1.6です。高齢者の割合としては60歳以上が67.5%、特徴といたしまして、外国籍登録患者の割合が10.0%と、外国籍患者の割合が高くDOTSなどの服薬指支援に苦慮しているという現状があります。

A県は資料1-3の41頁に医療機関の状況がございます。二次医療圏数10、保健所数10、結核病床としまして、国立大学法人A病院が9床、国立病院機構B病院が50床、財団法人C病院が10床、モデル病床として県立病院で精神病床が3床。第二種感染症指定医療機関が10施設あります。病床利用は空床が増大しているということです。保健医療従事者等の状況ですが、専門医師または看護師が不足状況にあるということです。

結核療養・地域連携の状況ですが、国立病院機構B病院には県内患者の7割が集中し、合併症例など専門医療も行う拠点的な医療機関となっている。結核病床を有する医療機関とのDOTSカンファレンスの実施を行っている。感染症診療協議会は、4保健所で行っているが、そこにおけるコホート検討会も実施をしている。第二種感染症指定医療機関との連携もあるということです。広域連携の状況ですが、結核病床減少に伴い、隣接する県外医療機関での患者受入れが必要となっているという現状です。その他ですが、結核病棟の不採算の拡大により、結核病床の削減及び廃止を行う、または予定する医療機関が増加をしており、それには国立病院機構のB病院も含まれるということです。また、集団感染等の発生時には、結核病床の不足も危惧される。医療アクセス面で不備な地域があるということです。

今後の取り組みや再構築案におけるポイントや問題点ですが、国立病院機構B病院が拠点病院として位置づけられる。一病棟単位で運営が困難な結核病床については、ユニット化を推奨する。第二種感染症指定医療機関での受入れ体制を整備している。結核病床のない二次医療圏では、モデル病床の設置を行う。しかし、結核病床のない二次医療圏では、結核病床の創設に係る費用や専門医師の確保が困難であるうえに、結核治療の中心の不採算性もあることから、地域の結核療養の体制整備が進まない状況である。拠点病院を中心とした地域の診療所、病院及び社会福祉施設等が、結核療養に係る地域連携ネットワークを構築していく。近隣の県外医療機関との広域連携ネットワークを構築していく。また、専門医師の登録制度を構築、看護師の不足している状況から、奨励金等の制度を設け、地域の看護協会と連携し人材を確保する。外国人の問題に関しましては、通訳者の登録制度の構築、登録された通訳者は、結核に関する専門的教育を受ける。外国籍患者に対する適切な医療提供のため、通訳が必要とされる医療機関への通訳者の派遣を行う、ということです。

沖縄県に移ります。罹患率20.1、死亡率2.0。70歳以上の高齢者の割合は54.5%。糖尿病患者の割合は17.8、透析合併症患者数は15名でございます。

[illegible]

[illegible]

もう1つ、いままで、結核対策とか体制という視点を中心に考えているのですけれども、患者中心というところを一つ頭に置きながら進めてはいかかかと思いましたが、実際には患者さんは結核という疾患があつて、それに合わせて合併症を持てるとか、いろいろな生活基盤の問題、地域における問題とか様々な問題を抱えているわけですから、そういった視点が私どもも議論から少し抜けたので、そこを有意識しながらもう少し考えてらうとかということも思いました。以上です。○坂谷部長　そこをありがとうございます。他の先生方、いかがでしょうか。現状の分析、現状につ

[illegible][illegible]

るしつて、解き明かす工
んが、理の通り、さ
さむ、何を、踏むとど
野も、ジが、うすな
北り、一側も、ウッ
をよめる、ミで
核、アイ、ア、ミ
結、イ、受て、イ、込
が、メ、うて、き、デ、ミ
ま、字、だ、く、に、は
見、な、と、は、略、さ
ど、う、た、イ、マ、で、
で、人、側、マ、度、字
な、も、て、る、イ、程、活
レ、ド、見、信、題、あ、い、
テ、私、を、発、問、ら
告、す、あ、の、核、と、も
広、ま、は、う、結、こ、の、持
機、て、と、告、先、を
構、れ、す、ン、広、に、心
告、ら、で、ヨ、の、に、関、
広、象、見、シ、あ、さ、
共、く、一、印、
公、こ、う、ケ、す、た、い、か、ま
近、は、と、ユ、の、そ、に、は、の、感
最、の、か、ミ、な、で、切
ね、い、な、コ、事、は、要、求
す、あ、は、で、が、う、と、
で、あ、で、題、と、い、け、う、と、
う、の、問、こ、と、掛、る、
そ、い、が、う、を、仕、あ、
て、き、と、い、解、な、
員、い、大、こ、と、理、の、要、
委、し、響、い、う、か、ん、だ、複、合、
の、コ、話、影、と、す、込、か、ま

せんつしの恐光
までささいの
上げ公表とて
りなま前解味も
取人ま名理意は
か国のていしめ
な外そし理解
な人があ正理
人題もかいた
と問とすすま
い10うまの感
なういなて怖
なううと思こ
にさなこの必
故者がだも目
事患すい要と
件るかねをこ
のねがらをも
るか夫せこつ
はしエリう言
事いもりり
聞とだに限か
新あ生るはき
もバう生す道
えとを伝衆衆
し例が感の欠
うの偏が「症
すなでずが不
にまは地の本
う出でるうす
が例す思症て
た査な対と染
しうり国のそ
申うりるすも
もかたれての
にば。まら単
前へ。おま影
例すとはと

[illegible][illegible]

それからもう一つ、先ほどとお話になりますが、これだけ医療提供体制が昔と変わってきて、どこでも診てあげようという基本的な考え方はいいのだと思うけれども、技術が集約されてきて、もう一つは医者の仲間、大学を卒業した子どもたちも含めて、医者の中で内科医で呼吸器をやると言う人は、非常に減っています。昔と全然違いますが、呼吸器の中でも結核をやるとする人は、または非常に少ないわけですね。だから、これも結構先生がいるというのを考えているところなんです。これは間違いを起こすと思いますので、ある程度、例えば先生も集約するということを考えると、これは絶対に必要だと私は思うんです。ただ、その辺のところで合併症や老人の対応というところは、こういう問題になる話になっちゃうんですよね。一方でするべきだと思います。さき般がおっしゃったように、先のデバ谷部会さんあたりがいうように、先般の資料1-1の最後の頁に書かれていたような降圧の先生方経験者をお招きして、モデル図1、表1はこれでよいかどうか、追加しようかなんかありますし、ご披露をいただきたいというふうに思います。

5/9

例ぐらいしか診ていないのですが、やはりずっと診るチャンスがなければ、能力も何も全然開発されないうし、維持もされない。なので、まずここで診れるような機構を作るのが大事なのではないかなと思います。

SARSのときの逸話なのですが、ここの病院ではSARSを受け入れますよと。実際にSARS疑い例が入ったのですが、そのときに患者さんに、「入りますよ。嫌だったら、別の病棟に移る手配をします」、あるいは「別の病棟に行くことを手配します」という情報をお渡ししたのですが、どなたも動かれていないのです。「ここは専門病院だから、ちゃんとやっているはずで、大丈夫です」と、入院されている方はおっしゃるような所で、どんどん診始めたらいいのではないかなと感じています。〇坂谷部会長 後半でどう出てまいりましたが、事務局にいまの議論を整理していただいて、次の部会で報告をお願いします。医療提供体制については、本部会で引き続き議論ができますように、議論の概要の最後に列挙された項目、資料1-1の最後の項目について、既存のデータがあるものなどについて、次回、資料を用意していただくことにしたいと思います。

続きまして、議題(2)に移りたいと思います。「結核に関する特定感染症予防指針について」です。

水野さんのほうからご説明をお願いします。

〇水野専門官 資料2-1、「『結核に関する特定感染症予防指針』に関する検討の進め方について」です。まず、1.概要を説明いたします。結核対策の基本的な枠組みとして、平成に入ってから、国内の結核罹患率の減少の停滞、平成8年の罹患率の上昇傾向を受けて、平成11年6月に公衆衛生審議会結核予防部会において、「21世紀に向けての結核対策（意見）」が取りまとめられました。さらに、平成11年の結核緊急事態宣言を受けて、平成14年3月に本部会において、「結核対策の包括的見直しに関する提言」が取りまとめられております。この提言において、国の基本指針、（結核制圧5カ年計画）の策定の必要性が指摘されたことを受けて、平成16年に結核予防法を改正し、国の基本指針の策定に関する条文を追加し、同年10月に当該規定に基づいて厚生科学審議会の意見を踏まえ、「結核の予防の総合的な推進を図るための基本的な指針」（旧指針）が策定されております。

感染症法においては、特に総合的に予防のために施策を推進する必要がある感染症に対しては、原因の究明、発生の予防及びまん延の防止、医療の提供、研究開発の推進、国際的な連携その他当該感染症に応じた予防の総合的な推進を図るための指針を策定することが、第11条に規定されております。平成18年に結核予防法が感染症法に統合されたために、感染症法施行規則第2条において、結核を当該指針を作成する感染症に規定して、平成19年3月、厚生科学審議会の意見をおまえて、国、地方公共団体、医療関係者、民間団体等が連携して、取り組んでいくべき課題について、発生の予防及びまん延の防止、良質かつ適切な医療の提供、正しい知識の普及等の観点から、新たな取り組みの方向性を示すことを目的とした「結核に関する特定感染症予防指針」（新指針）が、旧指針の内容を引き継ぐ形で策定されております。

新指針においては、下記のとおり、平成22年までの具体的な目標が設定されており、専門家等の意見を聴きながら評価を行うこととされております。また、本指針については、結核の発生動向、結核の治療などに関する科学的知見、本指針の進捗状況の評価などを勘案して、少なくとも5年ごとにつき再検討を加え、必要があると認めるときは変更していくこととされておりますから、本指針に基づく施策の進捗状況について確認を行うとともに、本指針の見直しの必要について議論をしていただくことが必要であります。

具体的な目標については、喀痰塗抹陽性肺結核患者に関する直接服薬確認治療率を95%以上、治療失敗・脱落率を5%以下、人口10万人対罹患率を18以下とされております。

次の頁で、2.今後の進め方についてですが、今後、本部会で5回～8回程度、自治体ヒアリング等により、各地域の結核対策の進捗状況について、現状の課題の把握を行った上で、指針に示された項目毎に検討を行い、指針の見直しの方向性と具体的な目標について、本年中をめどとして議論を取りまとめることとしてはどうかということについて審議いただきたいと思います。イメージとしては、第1回議論は今回ですが、指針に関する検討、進め方などについて自由議論を行っていただき、次回以降は自治体ヒアリング、項目ごとの検討、指針の見直しの方向性と具体的な目標の項目について、それぞれ1回から2回程度検討し、本年中を目途として、最後に議論の取りまとめを行うという進め方はどうかということです。

参考1として、指針における2010年（平成22年）までの具体的な目標について、現時点であるデータを挙げております。参考2に結核に関する特定感染症予防指針について、概要と構成と主な内容が付けてあります。参考3には、感染症法に基づく基本指針等の体系図があります。参考4に、感染症の予防および感染症の患者に対する医療に関する法律の抜粋と、法律施行規則の抜粋が載せてあります。ご参照ください。参考資料1に、新指針の全文が載っておりますので、適宜ご参照ください。以上になります。

〇坂谷部会長 いまご説明がありましたように、我が国において結核の対策を進めていくに当たって、過去10年間、今年がその10年目に当たるわけですが、参考1、3頁に書かれているような数値目標があるわけですね。こういう目標を立てて、それを到達するためにどうしたらいいかということを進めていくのがオーソドックスなやり方であると考えられます。これが今年まとめの年であること。それを検証して、次期5年、10年はどういう目標を立てていったらいいかということ、我々は考えないといけないということなのです。

地域、特に大阪で同様な手法で、明確な目標を立てて、それを実現するのにどうしたらいいかということ、綿密に考えられて、達成してこられた事例があるわけです。今回は、特定感染症予防指針の見直しについての議論の第1回目になりますので、各委員のご意見をフリーディスカッションの形でいただきたいと考えますが、その叩き台になるといいますが、結核の下内参考人から、大阪市における結核対策の例および米国のCDCの例についてご紹介をいただきます。それを踏まえて、我々が国の目標としてどういうことを考えたらいいかと、こういう議論に進めていきたいと思います。下内参考人、大阪の事例をご披露いただきますように、どうぞよろしくお願いします。

〇下内参考人 資料2-2を説明いたします。過去を振り返ると、現在、人口10万対19という罹患率ですが、40未満から半減するのに15年かかったと。それから、低まん延に近付けば近づくほど、罹患率減少が鈍化するのではないかということで、10にいくには15年あるいは20年かかるという予測もあります。しかし、感染症対策というのは、しっかりと効果的対策をして、感染の連鎖を断ち切れれば、十分罹患率減少速度を促進できるということは、国際的にも理解されています。特に我が国では小児結核が非常に少なく、14歳以下は人口10万対0.55と低いので、さらに減少させる可能性もあります。ということで、今後とも各地域、疫学分析および対策の評価に基づいて、対策を推進していくことは重要であると思います。

大阪市は戦後、全国が罹患率600ぐらいのときに、大阪は1,200という、住民の1、2%は結核という時代がありましたから、過去の負の遺産を持っていました。1970年まではどんどん減ったのですが、1980年代、1990年代というのは、全国が減っているときですが、全く横這いでした。そのときは、いまから思えばなぜ何もしなかったのかということ、全然対策、モダナイゼーションができていなかったといういろいろなことがありまして、実際には市長宛、助役宛に島尾先生が手紙を書いたところから始まりますが、それが助役に届きました。そして、対策を何とかしようということで、2001年からの基本指針を森前所長が準備委員として作りました。私は2002年から7年間、去年の3月まで、この対策の実施に当たることができたので、報告します。

当時、1980年代、1990年代は、罹患率が人口10万対100、全国の3倍でしたが、2008年は50.6、そして去年が概数値で49.8ということで、ぎりぎり9年目に成功しました。罹患率半減というのは難しいと思いましたが、やるべきことをやればできると。それから、乳幼児、4歳以下0を目指していたのですが、患者さんが1,300人いるうち、14歳以下は何と2人。しかも、4歳以下は0とか1とか、非常に少なくなりました。その成功要因は、効果目標、英語でoutcomeというのは罹患率というコントロールできないところですが、それを達成するためには事業で、英語ではinput、throughput、outputといいますが、例えば培養検査把握しようとか、保健師が面会に来しようとか、DOTSをしようとか。それで、DOTSが実施できる率、それから治療成功率と。そういう事業にいちばん近いところから評価はどんどん出てきますが、その経過を入力して、常に評価して進捗状況を確認し、必要に応じて事業方針を修正してきたということに尽きます。実際に客観的評価は非常に多くて24個ありますが、保健師が活動したことをコンピューターで、保健師とか事務の方がそこで入力したものを大阪市では毎月、結核発生動向調査委員会、あるいは解析評価委員会といまして、そこに統計数値と、さらに個別の19歳以下の患者については事例報告があつて、なぜうつったか。15歳以下で大体感染源はわかりますが、例えば10年前に化学予防をしていなかった、中断したといった事例が挙がってきますと、もっと化学予防をしっかりしようなどということ、非常に事例検討を重要視しました。それから、これは坂谷先生にも評価委員長になっていたいただきましたが、年1回の評価委員会でも外から来た先生方から厳しく助言いただくことが重要でした。

その実際の資料が4頁以降にあります。「STOP結核」作戦ということで、項目が5頁の適正な治療、早期発見、予防・普及啓発、情報の収集・分析、そして6頁以降、細かく書かれております。例えば7頁の下から2つ目、「適切な患者管理の実施」ということで、2週間以内に喀痰塗抹陽性患者本人に面接を行う。これはいま3日以内になりました。治療開始時の塗抹・培養・感受性を確実に把握する。

そして、8頁でDOTS。DOTSの中にはあいりんDOTSといって、あいりん地域におけるDOTS。ホームレスの場合は、2000年以前には治療中断率が30%以上でした。入院してどこかにいなくなるというののがごく普通でしたが、そのころは病院に任せっぱなしで何もしていなかった時代ですから当然です。それを実際には早期退院をしていただいでDOTSをするということで、大阪社会センターで

実施しました。そして、院内感染対策を強化して、定期健診、接触者検診、10頁では特にあいりん健診です。年間4,000人以上、(毎週)火曜日、月3回して、大体ここでも患者発見率は1%以上です。100人すれば必ず1人見つかるということで、年間40~50人、健診で見つかっております。ですから、ホームレスの患者自体が200人ちょっとですから、かなりの割合で健診で見つかっていきます。

あとはBCGの接種率を97%にする。12頁では研修もしております。13頁では、先ほども言いましたように、とにかく情報はコンピューターに入れて、毎月フィードバックしなければいけないと。それから、随時入力である。以前は年1回ということでしたから、必ず抜けが出ます。それを四半期ごと、月1回と、だんだんと厳しくしてきて、具体的に各区の数字が出てきますね。そのときにこの数字が間違いか正しいかというのは聞かれますから、そうするとフィードバックして訂正するということで、中断者が何人か。そういったことで、厳しく評価するために、入力については98%ぐらいに上がりました。

15頁が具体的な数字です。2001年から短期、中期、長期目標として、それに達成しているかどうかを確認します。そして添付資料で18頁ぐらいになりますが、非常に細かくしています。これが実際に先ほど言いました、11月ぐらいに年1回行われる外部評価委員会に提出する資料です。これは数字は非常に細かいのですが、元の数字は夏ごろから事務と保健師でこれを全部作り上げてきました。例えば3段目のDOTS実施というの、具体的には数字を挙げてみんなで計算して、現在は死亡を除けば80%達成しているということでしておりますが、もちろんDOTSを実施するための検討会も四半期ごとに行っております。その下は、あいりん健診の実施率で、これは全部あいりん関係で合計すると年間4,000人以上実施されています。こういったことで、大阪市では成功してきました。

次に、1頁に戻って米国CDCの結核対策指標ということ。米国は既に人口10万対4.2と罹患率が下がっており、米国生まれの患者は2.0ですから、患者数減少ということで、かつて予算とか人員を削った時代がありました。そのときに1980年代半ばからエイズ、移民、多剤耐性菌によって、院内感染増加で一挙に罹患率が上がったということがあり、米国CDCではもう一度それから結核対策を強化しました。そのときに何百万ドルという負担があったので、それを思えば決して予算は削ってはいけなかったということで、現在続けております。

昨年の夏に、日本でいうブロック講習会に当たりますが、各地域でCDCがしています、その南太平洋地域です。実際には米国の影響を受けている国々が集まっていますが、その会議に出席しました。そこで勉強したものを今日提示しますが、3日間ぐらいの会議で、医師、保健師、検査技師の研修ですが、その前後に各指標をチェックします。指標が15項目もありまして、それを21頁に付けています。添付資料3に1~15まであります。特に日本から見て新しいところは、3番目にContact Investigationとあります。この3、4というのは、潜在性結核感染症と認めた場合に、治療開始率が88%を目指す。これは2015年までです。それから、治療完了率を79%ぐらいにしよう。ちなみに、大阪市で調べたところ、化学予防の完了率は80%ぐらいでしたから、このぐらいはいけるだろうと思いますが、それを指標にしていると。

そして、22頁の7番、Data Reportingとありますが、先ほど言いましたように、いくら良い評価指標を作っても入力しないという意味がありませんので、ここは99で100%化を目指している。

9番目はUniversal Genotypingといいまして、培養陽性菌を遺伝子分析すると。日本ではいまVNTRを使っており、結核研究所を中心に研修をしてしておりますが、これをやろうということが出ました。

2頁に戻って、そういった両方を見て結論として、高まん延であった大阪市で対策が成功したのは、明確な目標を定めて、各事業の目標を達成したことである。例えば臨床家であれば、患者さんが来て治るということがもう立派な指標で、名医ということもわかるのですが、公衆衛生のほうは過去の大阪市みたいに20年間全く成果が上がっていかなくとも、事業はあったわけですね。だから、成果が上がっていかなくて事業していたことは意味があったのかと。そういうことから考えれば、結果が出なくても、公衆衛生のほうは法律があつて予算があれば、それを消化すればいいという考えもなり得るのです。そうではなくて、やはり結果を出さないと意味がないというのが結核対策の非常に重要なところですから、やはりそういったことを意識していくと。

ですから、アメリカでも低まん延に向かっていけば行くほど、これだけ指標を使っているのだから、日本も今後は同じように厳密に目標と指標を決めるべきではないかと。過去10年間、DOTSとかPZAはやってきましたが、これは大体飽和になってきましたから、アメリカのほうから言えば接触者検診の強化、潜在結核感染者の治療、多剤耐性結核の患者管理・予防がいまは非常に問題となっております。それから、地域ごとのハイリスクグループも、最近オランダ結核予防会の元所長のブルという方に、あいりん、大阪に来ていただきましたが、もっと頑張れと。いまだに健診をしますと1%見つかるのです。これだけ高まん延であれば、もっとレントゲンをしなさいということ、レントゲンの集団健診はもう意味がないと言われていると思ったのですが、オランダでもそういうハイリスクが見つかればどんどんやるのだということですから、もう古くなったと思われる手法もやはり要る所には要ると。

これからは日本では、先ほどありましたが外国人対策というのはもっと頑張るべきである。それから、米国、オランダで実施されている、低まん延だからこそ菌遺伝子分析による感染経路解明が重要になってくるということです。これは大体、保健師の疫学調査で見つかるのですが、例えば堺市で最初関連がわからなかったのですが、3人の菌が一緒になって、その株を見ると駅前の飲み屋だったということがわかったので、そこへ行ってその関係者をもっと調査したということです。保健師の努力ではわからないところが本当に合致すれば、新しい感染経路に行つて、新しいところで対策ができるということで、これは是非重要と言われました。そういったことを盛り込んではどうとか。そうすれば、今後10年間で10万対10以下も可能であろうと。同時に、小児罹患も0.2まで減少するであろうということ、これは一応、結核研究所内部で議論して、頑張れば可能であると、10年間で減少も可能であるということと言われました。

最後に、3頁に掲げているのは、私がちよつと書いただけです。全くの叩き台で、ゼロから皆さんで議論していただいて、今後10年間、あるいは5年で中間評価が必要と思いますが、どういった指標を作つてやれば減るだろうとかということを議論していただければと思います。○坂谷部会長 日本の結核を減らしていかないとけない。そのためには、まず具体的な到達可能な目標の項目を決めないとけない。それから、到達可能な数値を決めないとけない。それを実現するための事業、戦略を考えなければいけないということです。いまでも何もやってこなかったわけではなくて、指針が既に出来上がっていて今年が5年目の検証の年になるのです。大阪市にたとえて言うと、国全体がまだ下内先生が行かれる前の状況にあるのではなからうか、という感じがするのです。本腰を入れて、いま言いました目標項目を設定し、数値を決定し、戦略を具体的に考えるとということ。今日この場で決めるわけではないのですが、進めていこうではなからうかということなのです。

この件についての議論は3つに分けて、まず下内参考人からご紹介いただきました大阪の事例について、ご質問をしたいと思います。2番目に、事務局からご提案のありました特定感染症予防指針、事務局からのご提案は感染症予防指針に関する検討の進め方という提案ですが、それについてのご意見。最後に、特定感染症予防指針の見直しや必要性や方向性に関する先生方の忌憚のないご意見をいただくと。残りの時間で、こういう3つのことについてやりたいと思うのです。

まず、下内参考人からご紹介いただいた大阪の事例について、ご質問を適宜お願いしたいと思います。大阪は、下内先生のお力でのまいことといったと感じるわけですが、ご質問をお願いいたします。いかがでしょうか。項目はあれですが、いままでのやり方でも自然に減つていっているわけですが、それで5年後、こういう数値になるだろうと。ですけれども、それを目標に掲げて意味がないのですよね。だから、ある程度努力をして、自然に到達する数値をさらに下げることを目標にしないと意味がないわけです。それから、現状の半分であるとか、数値の設定の仕方のごつという

か、下内先生、何かありますか。○下内参考人 最初に掲げたように、過去、半減に15年かかったと。ですから、今後、半減するのは10年か20年ぐらいの幅があるのですが、頑張れば10年は可能であろうという専門家の意見です。その頑張ればというところがミソですが、頑張るというところは、先ほど言いましたようにDOTSだけでなく、接触者検診と化学予防です。それと、まだまだ広がっていませんが、菌株を全部同定して、感染経路というのはいままでは空気感染なので、濃厚接触はわかったはずなのですが、例えば最近問題になったインターネットカフェとか、大阪ではパチンコ屋が多いのですが、そういう特定の地域があつたものかなかなか入っていきません。ただ、いまでも、わからなかったのが同じ人が同じ所で使った、あるいはそのインターネットカフェに行つて、その人たちの従業員の健診とか、環境をよくするとか、それは新しいことです。

基本的には、私はいまやっているDOTSが十分でいいれば、まず問題ないと思うのです。それから、少しずれていますが、多剤耐性というのは現場では非常に振り回されていますので、これをしっかりとできれば、多剤耐性というのは、必ずインフェクション・コントロール、感染制御ですから、これは世界的に、途上国でも多剤耐性の、インフェクション・コントロールを言い出しています。そうすると、先ほど院内感染を発生している話がありましたが、大阪では毎年、大体200ある病院の3分の1の病院で結核患者が発生しているのです。だから、別に外から入れなくても自分の所で患者が発生しているのです。そこはもっとしないと、看護士の罹患率が3倍であると。そこと比べても、院内感染から始めて、まだ十分でないところがあるので、そこを強化していけば10には下がると。ですから、新しい対策をどんどんやっていかないと、10年で10に下げるといのは難しいのではないかと思います。だから、評価を拡大しないといけないという考えです。

[illegible]

[illegible]

(照会先)
厚生労働省健康局結核感染症課
TEL: 03-5253-1111 (内線2931、2381)