

## 2011年1月28日 第23回感染症分科会結核部会議事録

厚生労働省健康局結核感染症課

○日時 平成23年1月28日(金)  
10:00~12:00

○場所 厚生労働省(中央合同庁舎第5号館)  
16階専用第17会議室

○議題 (1)結核に関する特定感染症予防指針について  
(2)その他

○議事

○水野補佐 それでは、定刻でございますので、これより第23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、また、参考人の先生におかれましては、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。  
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、高橋委員、深山委員、保坂委員、川城委員、菅沼委員から御欠席の御連絡をいただいております。  
また、南氏は1月11日付で任期満了のため、結核部会の委員総数は11名となっております。本日の部会は6名の御出席をいただいているため、成立いたしますことを御報告いたします。  
また、本日の参考人について紹介をさせていただきます。国立病院機構京都病院内小児科、徳永参考人です。  
小児結核の現場で御活躍なさっているお立場より、小児結核の現状や医療提供体制などについて御意見をいただく予定です。  
ここでカメラ撮りは終了させていただきますので、御協力のほど、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。  
本日の資料でございますが、最初に議事次第がございまして、その後に資料が1~4まで、その後ろに参考資料が1~3までございます。御確認ください。  
また、御不足等ございましたら、事務局までお知らせください。  
それでは、後の進行は、坂谷部会長、よろしくお願いいたします。  
○坂谷部会長 心得ました。委員の皆様方、お忙しいところお集まりいただきありがとうございます。本日、引き続き結核に関する特定感染症予防指針の見直しについて議論を深めてまいります。  
本日は「第八 施設内(院内)感染の防止等」「第九 具体的な目標等」「前文」についての議論、この3つを行いたいと思います。  
それでは、事務局より、本日の議論の進め方と資料についての説明をお願いします。また、続きまして、資料1「第八 施設内(院内)感染の防止等について」の「A自治体アンケート結果(抜粋)」についても、続けて説明をお願いいたします。よろしくお願いいたします。  
○水野補佐 まず、最初に議論の視点を確認をさせていただきます。  
本日の議論の視点でございますが、まず、資料1の1ページ目でございます。「第八 施設内(院内)感染の防止等について」の議論の視点でございますが、視点1については、小児重症患者発生時の医療提供体制についての視点になってございます。  
視点2におきましては、結核対策における、対策実施組織の集約化についての視点になってございます。  
次に、資料2の1ページ目でございます。  
資料2は、具体的な目標等についての資料になっておりますが、視点といたしましては、具体的な目標としてどのようなものが考えられるかというような視点になってございます。  
資料3をごらんください。  
資料3は、前文についての資料になっております。資料3の1ページ目をごらんください。視点は4つございます。ひとつめは、「国際的には多剤耐性結核、HIV/AIDS合併結核が大きな課題となっている」ということで、国際的な観点からの議論の視点でございます。  
2番目につきましては、結核の診断、治療について新しい技術があると、そこからの視点でございます。  
3番目につきましては、低まん延化に向けた施策の一層の重点化を検討することが必要かというような視点になっております。  
4番目につきましては、適正技術の維持や医療提供体制の再構築等の罹患率減少によって生ずる新たな課題についての視点になっております。  
この前文の視点につきましては、すべて前文で触れられるべき事項かどうかという視点で議論をいただくことになるかと思います。  
それと、資料1と資料2に戻っていただきまして、資料1と資料2につきましては、各議論の視点につきまして、これまでどおり、付随する資料の説明をいただきまして、その後、議論を行うというスタイルでございます。  
資料3の前文につきましては、各視点に基づきまして、これまでの対応策の欄を確認していただきまして、この視点につきまして検討いただくということです。  
また、坂谷部会長より前文の案の提出がございまして、これを基に議論を行っていただくというような形でございます。  
最後に資料4でございますが、これは、これまでの対応策につきまして、前回の部会におきましては、第三の医療の提供体制まで対応策のところを御確認いただいたところですが、第四の研究開発の推進以降、新たに記載してございますので、そこを最後に確認いただければと思います。  
それでは、引き続き、資料1の自治体アンケートの結果について説明させていただきます。  
資料1の2ページ目をごらんください。自治体アンケートの結果で「第八 施設内(院内)感染の防止等」に関するところの抜粋でございまして、施設内感染についてのアンケートでございまして、表37につきましては、自治体から医療機関への医療監視立入検査(結核院内感染対策調査)の実施の有無についての質問でございまして、これについて、行っているとした自治体が82自治体あったという結果でございまして、表38につきましては、立入検査での確認の有無の内容でございまして、感染対策委員会感染対策チームにおける結核責任者の有無については、有は46。  
感染対策マニュアルにおける結核の記載の有無については、有は76。  
入院患者における結核早期診断の仕組みの有無については、有は48。  
結核患者発生時の保健所への連絡体制の有無については、有は71という結果でございました。  
また、表39に移りまして、これは院内集団感染が発生した自治体の分布で、2008年、2009年の数でございまして、まず、この集団感染の定義についてでございますが、同一感染源が2家族以上にわたり、それから20人以上感染させた場合に、集団感染と定義しております。  
また、発病者1人は6人に感染させたというような数え方をしております。  
この表につきましては、2008年について返答のあった自治体105自治体中、有が7自治体、2009年については返答のあった106自治体中、有は3自治体でございました。  
表40に移らせていただきます。表40の方ですが、院内集団感染での感染者数の分布ということでございまして、1件当たりの感染者数を書いてございますけれども、10名以上の院内集団感染を出した事例が2008年では4件、2009年では2件見られたということでございます。  
表41の方につきましては、院内集団感染での発病者数の分布でございまして、1件当たりの発病者数の分布は5例以上が2008年は2件、2009年が1件という結果でございました。  
また、次に、表42の方に移らせていただきます。表42の方は、先ほど御説明いたしました集団感染の定義に達しない院内感染者での感染者数の分布という表でございまして、

この表42をごらんいただきますと、集団感染以外の院内感染者数の分布は、院内感染があったという自治体が101自治体中、2008年は46自治体、2009年は101自治体中、52自治体あったということでございます。  
また、発病者数についても、数は少なくなりますが、ご覧の発病者数が見られるというような表でございまして、

表44は、施設内感染対策に関する施設等に対する情報提供の有無と情報提供先についての表でございます。有とした自治体が88自治体あるということで、老人施設と学校、教育委員会の数が多く見られております。

表45につきましては、その情報提供方法でございますけれども、研修や資料配付といった情報の提供方法が多いというような結果でございました。

総括しますと、院内感染を経験している自治体が、経験していない自治体数とほぼ同数である、まれな事象ではないということがわかります。

また、医療機関、立入検査の機会に結核院内感染対策について検討しているところは多いが行っていないところもありまして、今後、結核院内感染対策は医療監視などでも積極的に行うべきであろうという示唆がございます。

また、施設における施設内感染の予防の情報提供を指針の中でうたっているんですけれども、老人施設では多く行われているが、学校などへの情報提供を広げる必要があるという示唆でございました。

次の表の説明の方に進みます。これから小児結核のお話になりますが、表46です。小児結核乳幼児の結核発病者の診断治療を行っている医療機関数の表でございます。1自治体にある医療機関数が割と少ないというような事実が、この表から見て取れると思います。

また、表47にいきまして、小児結核診断治療の問題でございますけれども、自治体から出された問題点でございますが、有としたところが75自治体あり、その内容でございすけれども、医療機関がないとか、少ない、また、入院医療機関がない、専門医がいない、専門医が少ないというような問題があるということでございます。

また、表48は、これも自治体からの回答でございますが、小児結核感染診断の問題点として挙げているものでございます。

有としたところが65自治体あるということでございますけれども、主な内容は、診断技術の困難さを挙げているというところが多いという結果でございました。小児結核のまとめとしては、専門家の数が少ないことを問題と考えている自治体が多いが、数が少ないために多数の医師が診ていると、経験数も少なくなり、専門家は逆に存在不足してしまうようなことがありまして、広域の地域連携が必要であるという示唆がございました。

また、一方で、接触者健診については、技術的に接触者の健診の方法が確立していないことを問題視する自治体が多いということで、小児の結核病学はまだ課題が大きいという示唆がありました。

アンケートの説明は、以上でございます。

○坂谷部会長 ありがとうございます。ただいまの事務局、水野さんからの自治体アンケートの結果について、御質問あるいは御感想でも結構ですが、何か御意見はありませんでしょうか。

まとめとして、前半の院内感染対策につきましては、4ページから5ページにかけて、言葉で書かれています。

それから、小児結核に関しては、後半の部分にかけては、6ページの下半分に言葉でまとめが書かれております。このとおりだと思います。

何か御意見はないでしょうか。

徳永先生、何か御自身の御説明の前で悪いですが、後半の小児結核についての自治体のアンケートの結果について、何か御意見、御感想はありますか。

○徳永参考人 今の結核の診療の実態を表しているかなと思うんですけれども、確かに見ていただける医療機関なり、医師が少ないということは、非常に問題になって、結局は、患者さんなり、あるいは患者さんの御家族に負担が大きくなっているということです。

もう一つは、診療の内容、その制度の果たして適切な診療ができていくかという課題もあるかとは思います。

○坂谷部会長 前回まで、結核全体に関して日本で専門家が少なくなっている、医療に関しても密ではなく疎になっていることが話題になってきたんですけれども、もろに小児科領域では、更にその問題は先鋭化して出ていると考えたらいいんでしょうかね。

それから、前半の院内感染防止に関しましても、すべての項目を押し並べてではなくて、やはり責任者の有無であるとか、法的にどうか、規則で定められていることは守れませんが、実際はどうなのかということがあると思います。

それから、前半のデータについて、我が国の今の結核の患者の数あるいは発生の状況から見て、院内感染対策というのは、よくやられているという結論になるか、そうではない、案外甘いぞという結果になるのか、その辺については、御議論というか御意見あるいは御感想はいかがでしょうか。諸外国と比べてどうかということについて、加藤先生、何かデータとか御意見はないですかね。

○加藤委員 外国のデータは持っていませんけれども、私は立入検査で保健所はもう少しきっちり見ているかと正直思っていましたので、ちょっと意外でした。これは公的に実施する検査ですので、やろうと思えばできるはずなので、厚生労働省は、きちんと指導していただければ徹底できるものと思いました。

○坂谷部会長 5ページの一冊上に書いてありますね。医療監視などでも積極的にと、勿論、これの対象は、結核病床を持っている病院だけではなくて、すべての医療機関に関してのことであります。

○加藤委員 結核病床を持っていないところの方が抜けやすいので、そういう機会にきちんとチェックするようにした方がいいと思いました。

○坂谷部会長 丹野委員、何か御意見がないですか。

○丹野委員 表37で、医療監視立入検査実施の有無で、行っていないというのがこれだけあったというのがどういう状況か、細かいところまでやらないというのはあるかもしれませんが、保健所は立入に行ったときは、院内感染として感染マニュアル等を見て、きちんと結核対策もやっているということは確認しております。

ですから、実際はやっているんだけれども、このアンケートのときの回答がちょっとおかしいのかなという気がします。

○坂谷部会長 ですから、表の37で、行っていないが17あるというのは信じられないと、こういうことですな。

○丹野委員 ただ、場合によっては、今まできちんとやっているところは、たまたまこの年はやらなかったということもあるかと思っはおります。

○坂谷部会長 ありがとうございます。ほかに御意見はないですか。よろしゅうございますか。

それでは、引き続きまして、視点の議論に入っていきたいと思います。まず、視点の1、小児重症患者発生時の医療提供体制の確保について、この指針に記述することが必要かというのが大テーマであります。

それに関係して、本日、参考人として来ていただいている徳永先生から、関係する資料の説明をお願いしたいと思います。よろしく願います。

○徳永参考人 よろしく願います。

重症結核に限らず、小児結核の現況に関して、まず、御説明させていただいて、その後、小児結核全般に関しての課題に関して説明させていただきます。

資料1の7ページをごらんください。

今回、小児結核の実態を明らかにするために、厚生労働省の結核感染症課の御協力も得て、厚生労働科学研究の一環として、結核登録者情報システムに2008年、2009年に登録された小児結核症例全例に関して、登録のあった保健所あてに調査票を配布して、実態調査を行いました。

まず、その結果から説明させていただきます。

2008年には95症例、それから2009年には73症例、計168例が登録者情報システムに登録されておりましたが、調査票が未回収であったもの、あるいは当初、小児結核症例として登録されましたけれども、その後、登録ミスだったために除外された、あるいは起炎菌がBCGワクチンによるものであるとわかったもの等々を除外して、今回、141症例に関してのデータを集めることができました。

その結果をお話しさせていただきます。

まず、後ろの方にも図表がありますけれども、それも参考にしながらごらんになっていただきたいと思います。

症例の年齢分布でございますけれども、0～2歳、それから12歳～14歳という2つのピークがありました。これは以前と同様の傾向です。

それから、発生症例の地域分布ですけれども、大阪20例、東京都17例、神奈川15例等、大都市部に集中する傾向が顕著でした。

それから、成人の結核でも課題となっておりますけれども、外国籍あるいは高曼延国での居住歴のある患者、集団からの発生に関して検討を行いました。外国籍の症例が10例、それから、高曼延国での居住歴のあった例、多くは国籍は日本であるけれども、父または母が高曼延国の出身というケースですけれども、それを合わせると20例、今回の調査対象のうち14%を占めておりました。

それから、BCG接種歴に関してですが、こういう実態調査を行ったものとして、2003年に高松先生が医療機関を対象にした調査をされておられますけれども、そのときに比べると、BCG未接種例が割合としてかなり少なくなっているという印象がありました。2005年以降に生後3から6ヶ月でのBCG直接接種が導入されましたけれども、そういったことが、現在の小児結核症例の減少傾向にも結び付いているのではないかと推察されました。

病型としては、空洞を有しない肺結核あるいは肺門リンパ節結核というような病型が4分の3以上占めておりましたが、結核性髄膜炎・粟粒結核というような重症例も6例発症していました。

菌検査所見としては、小児結核の特徴として、その多くが喀痰塗抹陰性、感染性を有しない症例がほとんどですけれども、中には塗抹2プラス、3プラスというような多量排菌例が含まれていました。こういったケースというのは、全例が中学生の症例でした。

菌検査の結果で追加ですけれども、なかなか子どもから菌を証明することというのは、難しいんですが、患者あるいは感染源症例の薬剤感受性検査では2例が多剤耐性例でした。

診断契機としては、接触者健診が最も多く90例を占めましたけれども、家族での健診例が79例、それから家族以外での接触者健診例が11例でした。

それから、37例有症状受診から診断に至っております。

子どもにとっての感染源ですけれども、今回の調査対象のうち108例で同定可能で、その60%は患児の父母、以下、祖父母、兄弟姉妹というふうに続いています。家族内の感染源が多いわけですから、それ以外にも学校教師、塾講師などが感染源となった例も5例見られております。

有症状受診例では、発熱等の全身症状、それから呼吸器症状、あとはリンパ節腫脹等の局所症状等で診断に至るわけですから、有症状で診断に至った37例のうち半数以上が1か月以上にわたって、そういった症状が続いていました。

診断に至るまで長期に症状が持続していた例の特徴としては、中学生の塗抹陽性肺結核症例、あるいは外国籍／高曼延国での居住歴があった、それか

ら、リンパ節・骨などを病変とする肺外結核症例などがみられました。

小児結核を診療する医療機関ですけれども、自分も勤務しておりますような、旧国立療養所などの結核病床を有する結核専門病院で治療を受けた例というのは、現在は28%にとどまっています。ほかは、一般総合病院が38%、小児医療センターで16%、大学病院で14%といった機関で治療を受けておられます。

小児結核症例はその対象年齢から小児科の守備範囲ということになるんですが、中学生の症例を中心に、呼吸器内科で治療を受けていた例というのも26例、特に10歳未満であっても、呼吸器内科で治療を受けた例が6例含まれておりました。

治療としては、42%が入院の上で治療が開始されています。入院期間としては、2週間未満が25%、2週間から1か月が10%、2か月までが36%ということですので、2か月以上の長期入院例も29%含まれておりました。

治療レジュメ、治療内容としては、世界的な小児結核の標準的治療、塗抹陰性例に対してはHRZの3剤治療、それから塗抹陽性例に関しては、HRZEあるいはHRZSという4剤治療が行われるわけですが、それぞれが選択された割合が47%、26%でした。一方で現在は推奨されていないような2剤治療が7%、それからそれ以外の治療、この中に感染源あるいは患児の耐性が判明した例も含まれますけれども、それ以外の理由で、標準的でないような治療レジュームが選択されていた例も多く見られました。

今回の視点にもなっております重症例への対応という点では、今回の調査対象になった中で、結核性髄膜炎・粟粒結核などの重症例が6症例ありました。こういった例を診療した機関としては、2例が小児医療センター、2例が大学病院で診療が行われていました。

この中で、特に2008年に人工呼吸管理を要する新生児結核症例があったわけですが、この例では、当該自治体の大学病院で特別な診療体制を組み、他府県の小児結核専門医の診療アドバイスを受けながら集中的な治療が行われておりました。

小児結核が発症に至る要因としては、以前から言われていることですが、感染源症例発見・治療開始の遅れ、それからBCG未接種、周産期での感染機会、感染源発見後の接触者健診における不備などが挙げられていました。

自由記載として、小児結核診療に関する課題・問題点を挙げていただいたんですが、先ほどのアンケート調査と同様に、小児結核を診断・治療できる医師、医療機関が少ないこと、各都道府県での小児結核診療体制の整備あるいは症例に関する診断窓口の整備等の必要性が挙げられていました。

こういった実態に基づいての今後の小児結核医療の課題を次に挙げさせていただきます。

1番目としては、やはり小児結核が診療できる体制を維持あるいは整備していくということが非常に大切かと思っております。

症例数が少なくなったことで、診療経験を持つ小児科医が減少しており、結果として、診療レベルの低下が懸念されます。

まだ、子どもたちの周りにいる大人での結核罹患状況であるとか、あるいは高蔓延国から転入した小児での発症例が増加する傾向ということを考えると、小児を対象とした接触者健診を適切に行うこと、あるいは有症状受診で小児科を訪れた子どもたちに対して、適切な診断を行うことは未だ非常に重要であると考えます。

そういった診療体制を維持するために、1つは小児結核を診療できる専門家を育成する取組みがあれば、それから小児結核症例の診断治療に関しての相談窓口の確保、さらに、成人結核に関しては、結核医療の基準という中で、標準的な治療に関するガイドラインが示されていますけれども、小児結核に関しても標準的な医療に関するガイドラインづくりが必要かと思えます。

次に、視点に挙げております、重症例の対応ですが、少数例ではありますが、全身播種性結核で呼吸管理を含む集中管理が必要な症例であるとか、あるいは子どもであっても多剤耐性の結核症例、あるいは免疫不全等の基礎疾患を伴って発症に至った例などの小児重症結核症例に対して診療体制の構築も必要だろうと考えております。

ただ、今まで主に小児結核症例を見てきた旧国立療養所等の結核専門の医療機関ではなかなか総合的に重症の子どもを診ることができないということが実情であります。

そういうことを考えますと、こういった小児重症結核症例に関しては、各都道府県の大学病院であるとか、小児医療センター等、高度機能医療の提供が可能な医療機関の感染症対応の陰圧病床において、院内感染対策を徹底しながら集中管理を行うことが適当ではないかと考えます。

なお、その際には、小児結核を専門とする小児科医あるいは結核治療に精通した呼吸器内科医がその治療であるとか、院内感染対策等に関して指導・助言を行うシステムの構築が必要であると思えます。

最後に、今回、こういった調査を行わせていただいて、それでいろいろ課題等が明らかになったわけですが、小児結核症例独自の症例登録システムを構築することも必要かと考えています。

年間70例前後まで減ってきて、全数把握が可能な症例数となっています。症例に関しての詳細な情報を収集して、各症例の予防可能性、診断治療に関する課題について検討を行って、その結果を小児科臨床あるいは保健衛生の現場にフィードバックすることは非常に有益であると考えています。小児独自の症例登録システムの構築と、小児結核専門家による登録症例の評価の実施が必要かと考えています。

以上です。

○坂谷部会長 ありがとうございます。ただいまの徳永参考人の御説明、小児結核領域における分析結果及びこの指針の中に特別に小児科領域の項を設けて記載をすべきかどうか、この2つについての御意見を求めます。

まず、今の徳永先生の御発表、御説明に対する御質問はございませんか。まず、中学生までの段階で2つのピークがあると、この理由はということでしょうか。

○徳永参考人 1つは、一般的に言われていることですが、感染を受けて発症に至る率が、乳児、幼児早期のケースでは高いということが挙げられます。

それから、今回、ゼロ歳児で発症に至ったケースというのは、すべてBCG未接種だったわけですが、そういう結核に対しての免疫を持っていないベビーが発症に至ったということで、ゼロ歳が多かったということです。

あと、中学生の年代に関しては、これも以前からこの年代で感染を受けた例は発症に至る率が高いということは言われていますので、そういったことに基づくのかなと思います。

○坂谷部会長 ありがとうございます。それで、6ページの一冊上に、BCG接種の話、今、先生からの答弁の方にもありましたが、制度を改変して、ツ反なしに押し並べての早期接種ということをやっているわけですが、それを評価するというところでよろしいですか。

○徳永参考人 小児結核症例が少なくなったことに関しては、BCGを早期の直接接種に変更にしたということの意義が大きいのだと思います。実際、接種率も以前に比べると、高くなって、今、97%程度確保されています。ただ、この部会で、以前御議論があったと思うんですが、BCGワクチンの副反応に関する評価も一方でしっかりしていく必要はあるかと思えます。

○坂谷部会長 ありがとうございます。それから、診てもらえる機関、患者及び患者家族、それからそれを診断したドクターにも混乱があるといいますが、かなり、どこへ送って専門家に診てもらおうかということがどうもはっきりしないというか、現場で混乱とは言いませぬけれども、スムーズに行っていないという感じが、この話から受け取れたのですけれども、そうでしょうか。

○徳永参考人 地域によって、いろんな事情があるかとは思いますが、例えば関東地域であれば、結核専門病院に遠方から患者を送っているというのが実態だろうと思います。やはり小児結核を診たことがないということと、実際に診療に当たられる先生が不安に思われて、いろいろ専門の医師に相談されるケースであれば、問題は少ないんですが、相談されずに、不適切な診断をされるようなケースの中にはあるかと思えます。

○坂谷部会長 そうですね。それから、わずかなかどうか、とにかくかなり数が減っているわけですが、御存じのように、結核全体に関しては、日本は先進国とは、まだ言いづらいと、中進国であるということになりますが、小児結核に関して、これだけ患者の数が減っているんですが、先進諸国に比べて、子どもの数に対する発生比率というのは、よくやっている方なのか、やはり大人の結核同様に中進国並みなのか、その評価は、いかがですか。

○徳永参考人 よく言われることですが、小児結核だけを取り上げると、既に罹患率はアメリカを下回っています。1つには、BCGを積極的に接種している効果もあるんだろうと思いますけれども、小児結核に関しては、非常にいい数字だと。

○坂谷部会長 ありがとうございます。それから、最後に重症例に対するケアというか、治療です。それに関して、重症例が6例あったと、こういう話ですが、死亡例はあるんですか。それから、後遺症を残した症例はありますか。

○徳永参考人 今回の対象症例の中には、死亡例はありません。

それから、後遺症に関しては、具体的な記載、ちょっとそこまで確認できていないんですが、診断時期というのは、そんなに遅いケースではなかったようなので、多分ないのではないかと思います。十分な確認は取れておりません。

○坂谷部会長 そういうことを含めて、日本では小児結核対応というのは、よくやっている方だと、こういうふう考えていいでしょうかね。まだ、不足を言うと、幾らもあるんでしょうけれども。

○徳永参考人 結果としては、数も減ってきていますけれども、そこで行われている診断なり、治療が適切かどうかというのは、事例資料を見ると、課題はあるのかなと思います。

○坂谷部会長 それから、早期に診断をして、すばやく対応するという制度というか、システム、その構築がまだ望まれる段階であるとも言えるかもしれませんね。

私ばかりしゃべりましたけれども、委員の方々から、徳永先生の質問、意見、それから視点1に関しての御議論はありませんでしょうか。

加藤委員、どうぞ。

○加藤委員 私どももいろんな病院とか自治体とか相談を受ける立場ですが、結核研究所も複十字病院にしても、小児科の専門医がいまないので、小児の相談が本当に来て困ったときには、いつも徳永先生頼みです。東京にも勿論結核の専門家がいらしゃいますけれども、全国的には小児専門医がいない状況になっているというのは、間違いない事実です。

2009年の全国の発生例が73ですから、1年間に1人も小児結核が出ない都道府県もあるわけで、実質上は、県単位でそついつシステムをつくるのが難しくなっています。全体としては、医療提供体制の議論の中では都道府県に1つの拠点病院という議論を進めていると思うんですけども、小児については、都道府県ではもうカバーし切れない状態までいっているのではないだろうかと思います。

全国的なシステムができないと、特に重症例あるいは難しい症例については、医療のレベルを維持できない状況に既に陥っていると思います。

患者が発生していないところは、そういうことすら意識しませんので、症例に遭遇してから大慌てという状況になっていると思います。実は、人工呼吸管理を必要として症例が発生したのは、1月1日と聞いています。

保健所等、病院から私どもの研修に来ている先生たち、あるいは保健師さんに、もし1月1日にあなたの県でこういうことが起こったらどうなりますかという、ほとんどの人は絶句されます。そういう意味では、やはりしっかりとした注意喚起と対応できるシステムをつくらなければいけない時期になっているんじゃないかと考えます。

以上です。

○坂谷部会長 ありがとうございます。最初に言いましたように、結核全体を考えますと、まだ、先進諸国に比べて遅れている部分がある。しかし、その中でもよくやっていて、先行して患者の数が減っている。ただ、減っているがゆえに悩みが出てきているということでもあります。

まとめますと、小児結核を診療できる医師の育成、小児結核症例の相談の対応、ガイドラインの作成、重症例の取組み、全体として小児結核診療体制の確保のための取組みが、やはり必要であろうと、こういうことでもあります。

それで、小児結核症例の登録システム、全患者の登録システムは、一応あるんですけども、その中でも小児結核については特別にシステムをするのがいindyではなかろうかという視点で、研究班にて引き続き検討を行っていくというか、それが適切でなかろうかと、こういうふうに思います。何か御議論はありますかでしょうか。

東海林委員、どうぞ。

○東海林委員 保健所の立場から言うと、やはり大変貴重なデータで、それで私たちがほとんど小児の結核を見る機会がないというか、やはり健診をやっている限り、いつ病院から連絡があるかわからないという、かなり不安な状況にあると考えております。

ただ、このデータを見ますと、やはり小児という、どうしても小さい子どもさんと考えますけれども、都内では特に塾とか、そうなってくると、小学校の高学年とかあるいは中学生となると、何か小児という感覚と少し違った感覚になりますので、やはりこの辺のデータを、本当に私たちが参考にしながら対策を取っていくのがいいのかなと思います。

ここまで小児結核が非常に対策としてはうまくいっているというふうになれば、もう一息更にきちんと保健所としても対策が必要であるところを改めて認識していったらいいかと。

やはり一例一例の症例が起こるとどうしようかというのが本当はあって、やはり専門の先生に相談しなければならない立場がありますので、また、診療をやっている先生方にはよろしくお願ひしたいというお願ひもあるんですが、大変貴重なデータだと思っております。

○坂谷部会長 ありがとうございます。ほかにいかがでしょうか。

それで、徳永先生、これだけ患者が減ってしまつと、先ほど小児結核の診療できる医師の育成と、それが大事なんですけども、具体的に医師の臨床教育というか、経験をどこでさせればいいのかね。

○徳永参考人 非常に難しいとは思いますが、ただ、実際に症例に当たるとい、そういう症例を見る機会が一度あると、非常に興味を持っていただけ先生方はおられて、そういうチャンスを利用して、今、自分たちが取り組んでいるのは、厚生労働科学研究の研究班の中に、積極的にメンバーとして入っていたので、常にいろんな症例を見るチャンスを持っていたということもさせてもらっています。

○坂谷部会長 ありがとうございます。個人的にちょっと思ったんですけども、結核が諸外国での指導者を育てるために研修を日本へ呼んでやっていますね。逆にその大元の来られる研修生が来るお国では、まだ小児結核なんか当たり前のことというか、随分患者がいるはずですよ。

ですから、逆に全日本人の研修医がするわけにいかないですけども、小児結核の多い土地へ実習に出かけて、あちらで小児結核の症例というのを経験してくるというような、それを日本へ持ち帰って、また、伝達講習をやるというようなこともいいかもしれないと、ひょっと思ったりしました。

ほかに、小児結核のことに関して、いかがでしょうか。

それでは、次の視点の議論に進みたいと思います。

視点の2でございます。結核対策における技術的適正性の維持のために、国や民間の研究機関の技術的支援の下、対策実施組織の集約化を図っていくことが必要かどうか。こういうことではありますが、まず、加藤委員から資料がございますので、説明をお願いいたします。

○加藤委員 それでは、資料1の22ページをごらんください。

議論の中では集約化ということでお話が進んでございますけれども、結核患者が減ってきますと、それぞれの施設に経験が少なくなってくるということで、広い意味で技術的適正性をどう保つかということが問題になりますので、そういう観点で諸外国の調査をした結果に基づいて少し御説明したいと思います。

厚生科学研究で、私どもは、イギリス、アメリカ、ノルウェー、ドイツ、オランダ等々の現地視察に行っていました。そこからの情報をお示ししますと罹患状況も随分違っています。患者数は、アメリカでも1万2,000、イギリスで8,600、また、オランダとかノルウェーは比較的人口の小さい国で、患者数も1,000以下になっているので、これらの国の実施方法がそのまま日本に持ち込めるわけではございません。

オランダでは、90年代に既に結核含む感染症組織を全国7か所に再編成し、この時点である程度集約化しているようです。入院を必要とするような患者さんは、全国で2か所の専門病院に紹介されると聞いてきております。

また、公衆衛生医の研修の後に、1年間の専門研修を受けた者、あるいは呼吸器科の専門医の中まら40人が専門医として認定されておりまして、技術的なものについてはオランダ結核予防会、これは私どもの結核研究所のような組織ですけれども、技術的なことを一手に担っているということです。

イギリスでは、実際に2002年に放射線、化学物質、感染症に伴う健康危機管理を全てに担うヘルス・プロテクション・エージェンシー、HPAをつくりました。感染症はロンドンに1か所のセンターがありまして、ここの出先機関を通して現場を支援しているということです。これも2005年に34か所あったのが、最近、26か所に統廃合されたというふうなことを聞いております。中央からの支援が強力に行き届いています。

また、感染症専門医。これは、保健所、公衆衛生側ですけれども、制度化されていますし、ナースにつきましては、結核専門のナースという制度になっています。

アメリカは、CDCが非常に大きな力を持っていて、専門家を州や都市に派遣したり、州の要請に基づいて職員を派遣する制度を持っています。

それから、研修とかホームページからの情報提供を積極的に行っていますし、各州の結核対策担当専門官をブロックごとにネットワーク化して、毎年あるいは2年に1回会議を持って研修あるいは議論をしているそうです。

ドイツのベルリンは市内の8か所に保健所があるということですから、8か所の中に結核対策を担っているところを一旦3か所に集約、さらに、最近、更に1か所に集約したと聞いています。

ここでも技術的なことは、ドイツ中央結核対策委員会、DZK、これは民間組織ですけれども、ここでも中央からの技術的な支援をしているということです。

ノルウェーは、患者さんが少ないことでもありますけれども、多剤耐性結核の治療施設は、全国で4行政単位に1か所から2か所ということですから、実質的にはもう1か所に集約されていると聞いています。

こういったことから、低蔓延国になっている欧米諸国では、この技術的なレベルを保つために、結核対策の組織の集約化・再編。それから、中央、これは国の機関であることもありますし、NGO、結核予防会だったり、さまざまですけれども、技術的な支援を強めている。

それから、専門家の研修とか、資格制度、これは先般のこの部会で御議論があったとおりですけども、こういう制度をつくる。あるいはこの専門家のネットワークによって技術的な適正性の維持を図っているということです。

こういった国々は、先ほど申し上げたように、人口とか罹患状況も違いますから、そのまま日本に当てはめるとはできませんけれども、対策組織の集約化ということも考える必要があると思います。

以上でございます。

○坂谷部会長 ありがとうございます。この表に出ております5か国、英国とほかの4か国とは、ちょっと罹患率が違いますので状況は違いますが、英国のように、まだ日本に近いといいますが、ほかの4か国より発生率が高いところでも集約化をしなければいけないようになってきている。

それから、加藤委員がおっしゃったように、集約化イコール中央化という意味も入っております。

それから、米国以下の4か国の中で、オランダは日本の結研と同様な組織を持って、いまだに後進国と言いますが、まだ、発展途上国の結核医療に対する責任を感じている、一時期、世界国家であった時期がありますから、地球全体に対して責任があると彼らは考えているんだと思います。

それで、国内の対策だけでは、ある一定の人数で済むんだと思いますが、諸外国に対しても面倒をみる義務があると考えているんだと思います。意思の問題だと思ひます。

日本もいずれといいますが、そろそろそういう時期に来ていると、こういうことだと思います。集約化、中央化、必須のことだと思います。

引き続き、議論は次の御説明の後にいたします。続いて、事務局から国内の事例についての御紹介をいただくことになっています。

水野さん、よろしくお願ひします。

○水野補佐 資料1の24ページをごらんください。これは、第17回の結核部会におきまして、自治体よりヒアリングを行いましたけれども、そのまとめの抜粋でございます。このまとめ自体は、第18回結核部会のときに資料として提出しています。

その1例ですけれども、高知県の事例です。下線部をごらんください。

患者の減少により保健所によっては非常に事例が少なくなってきた、保健所が連携して合同で施策を組む必要が出てきた。単独の保健所で診査会を開く



のが困難な状況であり、県内の高知市以外の5つの保健所は台所で開催している。また、台所で感染症診査協議会を開催することにより、診査会機能の強化を図っている、ということでございました。

診査会のレベルにおいては、既に集約化が起きている自治体があるというような事例の紹介でございます。

以上です。

○坂谷部会長 ありがとうございます。今回の先進諸国に関することは加藤委員から、それから国内の状況については事務局から説明がございました。これと、視点2に対する御意見を併せて、御議論、御意見の聴取をしたいと思います。どうぞ、よろしくお願いします。いかがでしょうか。

重藤委員、何か御意見はございますか。

○重藤委員 保健所ごとに開くのが困難だという、そういう要素の1つのうちに診査委員自信が診療している人を見ざるを得ないという、そういう自分で出して、自分で診査をしなければいけないという現状があります。

○坂谷部会長 それは、それでいいんだということか、それは困ることですか。

○重藤委員 原則、困るというか、よくないことだと思います。ですから、私がおかしくなったら全部おかしくなってしまうわけですね。だれもチェックしてくれる人がいない、お互いにチェックする機構というのが働いていないというふうに考えられます。

○坂谷部会長 今、診査会のことが出てまいりましたが、いかがでしょうか。これは、やはり保健所さんの方の御意見を求めますかね。丹野先生からいきますか。

○丹野委員 それと診査会委員が任期というのがあって、専門の先生が少ない中で交代しなければいけないと、それもすぐ保健所とするとネックといいますか、本当にいい診査会ができるか気になります。

それから、保健所ごとでもケースの数が全然違います。埼玉県においても川口保健所は、まだかなり罹患率が高く、1回に出るケースが20から30ケースくらいで、そのうちの5、6ケースが菌陽性者という状況です。少し過疎地の保健所ですと、1回に5例前後で菌陽性者は余りいないという状況ですと、保健所の負担が違ってくるというのがあると思います。

先ほどから、専門の先生がいないという中で、やはり診査会の先生も小児の部分においては、なかなかわからない部分があり、埼玉県は、東京都に結構頼っていただいて、子どもは清瀬小児に、ずっとお願いをしているような状況だったのですが、遠くなったということで、物理的には行くのが大変になっています。

もう一つ、保健師の数が増えない。これは、定数削減の中職員が増えないということがあるので、結核感染症課だけではなくて、地域保健担当と共に、結核感染症対策をやるためには、やはり人材の必要性を出していただけるとありがたいという気はしております。

診査会も、専門の先生がいない中でどうするのかというのが常に困っておりまして、川口保健所でも今回、委員を代えるに当たって、何とかもう一期だけお願いを、県に申し入れを対応しているところですので、是非、この辺も検討していただくとありがたいと思います。

○坂谷部会長 ありがとうございます。地域を超えて、ブロックというほどではないですけれども、幾つかの地域が合同して1つの診査会を持つということは、制度上は可能なんですかね。それは問題ないですか。

○丹野委員 実際には、やっているところはありますが、例えば川口保健所にどこか合併するとすると、かなりの量になって、診査会の先生も大変な状況になると思います。多分、どこの保健所も事前審査でチェックをしていると思いますが、その時間だけでも午前中いっぱい取られてしまうような状況になっています。

ですから、集約できるところと、集約できないところがあると思うので、なかなか全国一律に対応というのは難しいのかなという気がしております。

○坂谷部会長 そうですね。東海林委員、何かございますか。

○東海林委員 特別区の場合は、1区に1つずつの保健所があるわけです。それで、最近、大変いい傾向なんです、実際、診査に挙がる件数が非常に減ってきたということで、時には症例なしということがあるということも言っていました。

ですから、そういう中で、ただ、保健所の役割としては、やはり結核対策を重点的なやっていかなければならないということがありますので、診査の先生をお願いをして、きちんとやっていくということです。

1つは、専門家の先生、それから後は地区の医師会、うちの中には2つの医師会がありますので、それぞれの医師会から呼吸器を主にやっている内科の先生を出してもらって、推薦してもらって構成する。

もう一つは、大きな病院がありますので、そこは感染症の専門の先生がいますし、診査対象としては非常に少ない中で、それぞれの専門の立場からきちんと診ると言っております。

ただ、やはりそれぞれの先生方も、わからないことはいろいろあって、その指摘された点は、保健所がまた専門の先生とか、結核予防会とか、そちらの方にいろいろお伺いを立てて、次の回までに結論を出すというようなこともやっていますので、今のところは、よその区と一緒にやってやろうとか、そういうところがまだないので、自分たちのところとしっかりやっていければと思っています。

大変委員の先生も、なかなか見つけるというか、お願いするのことも大変なところもあるんですが、何とか東京都は、医師が多いせいもありますので、診査会は維持できているということです。症例が少ないから、ではいいのかというの言い切れないところもありますし、今のままでいきたいなと考えております。

○坂谷部会長 ありがとうございます。2人から少しニュアンスの違う御意見がありましたけれども、加藤委員、どうぞ。

○加藤委員 御参考までということで、山形は、診査会を集約しているそうです。

県の1つだけある結核病床を持つ病院で診療している先生は、診査委員から外れてもらっているということで、今、重藤委員の御指摘された、自分の申請を自分で診査すると、排除しているということで、これは専門家が少ない中で、やはり集約化したからできるようになったということもお聞きしています。

○坂谷部会長 ありがとうございます。診査医自分が自分の属する地域でやるからで、もし、次の述べるのが物理的に可能であれば、例えば重藤先生、広島ではなくて、岡山まで行かなくていいですけれども、ほかの地域の診査員をするとか、そういうことでしのげるかもしれませんね。

視点2、結核的なことは言いませんけれども、結核対策における技術的適正性の維持のために、診査会を代表して、今、話が進みましたけれども、ここには民間の研究機関の技術的支援の下、小児科で重症をどこで診るか、適切な医療機関をどういうふうに設定するかということですが、対策実施組織の集約化、中央化を図っていくことが必要かというテーマですけれども、どうも必要そうですね。

しかし、今、いただいた御意見につきまして、事務局の方でまとめていただきたいと、こういふふうに思います。

余談になりますが、これも、例えは労災で、私が絡んでいる塵肺という病気がありますが、あれも患者数が減りまして、都道府県単位で1つの管理区分の決定をする診査会があるんですが、その診査会によって非常に能力がまちまちになってきておりまして、近い将来、ブロック単位で診査会を持とうかというような案が出ている、ほかの領域の疾患がありますが、よく似た話だと思います。

それでは、次の議論、視点3に移ります。

今後、効果的な結核対策の計画、実施、評価を行うために、具体的な目標としてどのようなものが考えられるか。実際、これから5年間でどういう数値にもっていくかと、こういふことでもありますが、関連する資料がございました。加藤委員より、説明をお願いいたします。

○加藤委員 それでは、資料2の2ページ目、3ページ目からということで、御説明させていただきます。

ちょっと長い資料で12ページにもなっていますので、要点をかいつまって御説明させていただきます。

3ページ目からは報告書ですけれども、2ページの表は事務局の方でまとめていただいたものです。

3ページ目から話をさせていただきますけれども、特定感染症予防指針、先般から御説明があったとおり、ここに基づいてつくったものでありまして、現行では、3ページの中段にありますけれども、塗抹陽性患者に関する直接服薬確認治療率が95%、治療失敗が5%、人口10万対罹患率18以下が指標になってますが、それ以外にどのような指標が考えられるかということを資料の提出をいただいた吉山先生が素案をつくって、ほかのさまざまな指標に関する報告あるいは現存で使われているものも含めて、特定感染症予防指針にふさわしいものはどういふものかということ、厚生科学研究として検討したものです。

この特定感染症予防指針に載せるべき指標としての条件として、考えたのは、1つとして既存のデータが得られる。あるいは既存のデータから得られない場合は、データの収集等を整備することによって、必要かつ可能なデータが得られること。

2つ目として、罹患率の低下のために明らかに有用であるもの。

それから、数値目標を十分に妥当性を持って設定できる、こういう条件を満たす候補を検討してございます。

4ページ目に行きまして、指標として、いわゆるアウトカム・インジケータと呼ばれる最終的に死亡あるいは健康状態の悪化を減らすような指標となるものの。

もう一つ、各対策の実施に当たっての実施目標、プログラム・インジケータ、この2種類について検討しています。

アウトカム・インジケータの候補として、50歳未満の結核死亡率というのが挙げられました。これは、当然、死亡は非常に大きな問題ということで、考え方として、若年層の死亡をゼロに近づけよう、本来あってはならない死亡はなくなさなければいけない、ということから指標としてどうだろうか検討しました。実際、防げるような死亡がまだあるということを意識したものです。

ただし、基礎疾患があって死亡するもの、あるいは結核死亡かどうかははっきりしないものがあることは、検討事項であります。

2つ目として、全結核罹患率。これは、対策をちゃんとやっていると罹患率は減るはずである、例えば、アメリカではかつて、HIVという問題がありましたけれども、非常に大きな努力をすることによって、罹患率は減ったということから、やはりこれは大事であろうと考えました。

ただし、結核解釈に当たっては、日本の場合は、高齢者の既感染率、つまり過去の感染による影響があって、既感染が減っている年代なので、罹患率が減っているという状況もありますし、今後の問題として、高蔓延国からの移民が増えれば、増えてしまうといったこともありますから、解釈上は、いろいろ課題があるんですが、やはりこれは必要な指標であろうということです。数値として、例えば年率5%減ると、全国で日本で2015年には10万対14、2020年には10万対10.8ということになるだろうということです。

3つ目として検討したのは、下から4行目、3.Cと書いてあります肺結核中再治療割合です。

これは、治療をちゃんとしていれば、再発が減るはずだろうと、こいつことから、この指標としてはどうかということでもあります。

ただし、もう一つは、5ページ目にまゐりますけれども、上から6行目、耐性の出現率も候補として挙げられました。これは治療をちゃんとやると減るので、この指標になるのではないかとということですが、日本ではINHの耐性は5%以下、多剤耐性でも1%以下で、数値としてきちんとしたものが出せないのではなさそうかということで留保に至っています。

5ページ目の真ん中からプログラム・インジケーター、対策実施に当たる指標です。日本はさまざまな対策をやっていますけれども、WHOの考え方に基づいて、政府の関与、2番目として有症状受診のシステムの構築、治療システム等々、今、実施しているものについて検討していったものであります。

1つとして、政府の関与ということで、人員の配置については、一応、今回の全国調査の結果を見ますと、保健師数はほぼ一定数で、極端に少ない場合は是正が必要ですが、予防計画の指標にはなじまないと考えました。

それから、サーベイランスの評価システムの存否ということも考えましたけれども、これも指標にしてはどうかという検討結果でありました。

患者発見の指標として、次のページに行きまして、6ページの5行目、再治療の中での菌陽性割合、菌が見つかる割合は高い方がいいということがありまして、これは指標になるのではないかとということですが、再治療が必要かどうかということで、菌陰性だけれども、再治療が必要であるといった人が、報告されない危険があることも検討しなければいけないものですが、一応、これも候補となり得るだろうと考えました。

次は、6ページの4.3に書いていますけれども、コホート分析の失敗・治療割合、これは現在も指標で5%になっています。国際的には治療成功率を使っていますが、日本は、死亡とか、判定不能が多いので、こっちの方が指標としていだろうということですが、

その後、治療薬についてはPZA等々の問題もありますけれども、最近、日本では、ここら辺は悪い状況ではないので、あえて指標として載せる必要があるだろうかという議論でもあります。

入院施設についても、入院期間については、医療費の軽減という面では役立ちますが、患者減少は特別役立たないということで、この特定感染症予防指針としての指標としては疑問が残るということです。

それから、外来治療についても患者満足度みたいな指標はいいでしょうけれども、設定は難しい。

DOTSの実施率については、現行は塗抹陽性患者なんですけれども、全患者についての形で対象を改定して可能かというようなことの議論をしています。

その他、ほかの研究班ではデータがありますけれども、今回の検討では保留ということになっています。

7ページの一番下で、発生動向調査の指標が幾つかあり、必要なものではあります、特定感染症予防指針としての指標としては、少し優先度が低いかなということでもあります。

8ページ目に行きまして、研修については大事なことですけれども、これは、改善したかどうかの指標の設定が困難ということで、これは難しいだろうと考えました。

接触者健診については、いろんなことで、先般の接触者健診の議論の中でも若干出ましたけれども、挙げる必要があるということで、1つは50歳未満、これの場合は、再燃例が多いので、ちょっと影響を受けますので、そういった意味で50歳未満の発見された患者の中での接触者健診がどのくらい見つかったかと、数が少ないので3年平均でどうだろうということでもあります。

その次は、接触者健診の受診率です。実際は対象の中からどのくらい受診したかといった数。

それから、下から2行目の発病検査については、対象の中からどのくらいちゃんと検査を受けたか。

9ページ目の真ん中に行きまして、潜在結核感染症と診断された中で、薬をちゃんと飲み始めた人、これはアメリカとかヨーロッパの指標の中にあります。

それから、同じように治療を開始した人の中から、治療完了した人、これもアメリカとかヨーロッパの指標にありますけれども、こういったものもどうだろうということでもあります。

その他の代替指標として、登録患者1人当たりの接触者健診とか、塗抹陽性患者の中での潜在結核感染治療対象者がどのくらいなのかということでもありますけれども、技術的な問題で、QFTで多く見つかるということは、もしかして患者発見が遅いといった問題もあるので、本当にいい指標かどうかということも議論にありました。

それから、健診の質は、本当は大事ですけれども、ここは評価システムがないので難しいだろうということですが、

10ページに行きまして、その他の健診の問題として、一般的な健診については、発見率については意義が低いだろうということですが、社会的なハイリスク者グループ、高蔓延国の出身者とか、住所不定者の中での健診発見割合は役立つかもしれないということです。

それから、4.8Bとしてデインジャーグループとしての医療機関、社会福祉施設等の実施率、これは正確にデータが出るので、候補としてどうだろう。

その下に行きましてBCGの6か月未満の接種率は既にある程度データはいいんですけれども、挙げておいていいだろうということでもあります。

11ページに行きまして、院内感染対策としては、20～59歳の就労年齢における患者の中での看護師の割合は従来から日本はまだ高いということですので、指標になるんじゃないだろうかということでもあります。

一応、ざっとかいつまんでということですが、こんな形で検討してございます。

○坂谷部会長 ありがとうございます。今の資料の12ページに、検討されたワークショップの参加者というのが出ております。

事務局と、それから加藤先生の御尽力で、こういう人たちが集まってこういう検討をやったと。

それで、2ページの目標候補(案)の中に盛り込まれている項目と、3ページ以降には書かれているけれども、盛り込まれていない項目がありますが、これはどういうふうに理解したらいいんですかね。

○加藤委員 一応、候補ということで、今回は挙げさせてもらっていますので、実際は、全部このまま使うというわけにはいかないのかなということで、少し議論いただいた上で、適切なものについては、数値についても更に検討したいと思っております。

○坂谷部会長 わかりました。ありがとうございます。ただいまの加藤委員の御説明、それから2ページの目標候補(案)、これについて見ていただきまして、この項目は、指標は必要であるとか、これは入れたらどうかとか、こういう御議論を願いたいと思います。

当たり前のことで、最終的にはアウトカムの方であって、それを達成するために、必須の要件としてプログラム・インジケーターも満足していなければ、アウトカムはいいものが得られないだろうと、こういうことだと思います。

どうぞ、御意見を願います。

まず、これが出ましたからではないんですけれども、前々回でしたか、自治体のアンケートの結果でも、各自治体でもって同様な予防計画を立てて、その自治体独自のもので、それで目標候補は立てております。すべての自治体がそうであるとは思いませんけれども、かなりの率で各自治体で目標数値の設定というのはされていますね。

具体的な数字は、どのくらいの比率でされているとか、例えば私、大阪市の分は担当というか、委員の1人ですけれども、つい最近、来年以降の5年間、10年間の目標の数値を細かく立てましたが、例えば東京では。

○東海林委員 最近、東京都は非常に、全国に比べまして、結核が多い時期にかかっているんで、東京都全体としてのある程度の目標の設定と、それから各地域によって、先ほども言いましたが、非常に患者さんの数が、それでも昔に比べれば減ってきているという状況がありますので、数値目標よりは、むしろ個別の対応の方に重点的に行っているかと。

ただ、その評価システムというのは、余りうちの保健所でも、それほどきちんとしたものがなくて、また、こういう機会をとらえながらつくっていかなければならないかなと思っています。

○坂谷部会長 ありがとうございます。国の目標値でありますから、自治体が設けますような微細ではないですが、細目まで設定する必要はないのかもしれませんが。加藤委員がおっしゃったように、重要なポイントだけを取り上げて書けばいいことかとは思われます。委員として参加されている重藤先生、何か御意見はございますか。

○重藤委員 委員としてというのは、この検討。

○坂谷部会長 そうです。ワークショップの。

○重藤委員 いや、いろいろ意見があったということで、ここに書いてあるとおりで、なかなか決まらないというのが感想なんですけれども。

○坂谷部会長 そうですね。実際にどれを拾い出して、どういう数値にするか。ですけれども、大阪市、自分自身の経験から言うと、今の傾向をつかんで、それが自然に到達する目標というのは掲げるべきでない。それは放っておいてもどうか、今の流れでもって、まず、到達してくるであろうということであって、是非とも、もう一歩努力をしないと、達成しない目標数値を掲げるべきであると、こういうことをみんなで合意した覚えがあります。大阪市の例であります。

ですから、特段の努力が必要である。しかし、到達できるはずである、やりましよう、というふうな数値を掲げるのが重要なことであると。余り高過ぎてもいけない。勿論、低過ぎても何の意味もないと、こういうことみたいであります。

追加の御意見、何かございませんでしょうか。

○加藤委員 十分な御説明はできてございませんけれども、いろんな指標をかなり検討したつもりです。ところが、国の計画として本当に適当なものというのは、なかなか難しいというのは、正直なところでもあります。

例えば、全体の計画の下に、実施計画、アクション・プログラムみたいな形でつくるのであれば、もう少し細かい項目をいろいろとつくって、政策ごとにしていく必要があると思うんですけれども、特定感染症予防指針としてどの程度まで掲げるのが妥当かなといった判断はしなければいけないのかなと思います。また、技術的にどういう意味があるのかといったことと合わせて考えていく必要があると思いましたが。

以上です。

○坂谷部会長 既に動いていただいているわけですから、ワークショップの参加者、各領域といいますか、分野の専門家の御意見を集約していただいて、

以降、16ページ「第六 人材の養成」。国における基本的な考え方が書かれておりますが、国における人材の養成、これについての対応策というのは、まだ

書かれておりません。それから、予防指針、都道府県における結核に関する人材の養成、やられておりますが、今日の議論にありましたように、また、不十分であるということ。

啓発及び人権の尊重につきましては、地区別講習会などを通した国・地方、現場の連携は重要である。今後も講習会を継続していくことが必要であるということ以上に、連携においては密接な意思の疎通と意識共有のための作業が必要である。総論的な話が対応策として書かれております。

以下は、今日、院内感染防止のことについては議論がございました。これを踏まえて対応策が書かれます。

小児科領域に関しまして、今日議論がありまして、それを踏まえて、対応策が具体的に書かれます。

それから、九に具体的な目標設定、これについても一応目を通して、実際どういう項目にするか、数値はどうするかについては、対応策のところに書かれるはずでございます。

それから、さかのぼって、既に決めました対応策のところを含めて、何か、今の時点で是非とも意見具申をしておかれる必要があると考える委員の方がいましたら、御発表をお願いしたいと思います。

どうぞ。

○重藤委員 書いてあるかもしれないんですが、都道府県等の役割と、国等の役割とあるんですが、都道府県だけでカバーできない、先ほどの小児結核のような、そういう対策についてもう少しはっきり役割分担みたいな、広域に關しての記載があるといいと思うんですが。

○坂谷部会長 事務局、いかがですかね。きちんとどこかに書かれたものがありましたか。役割分担をしようというのは、総論的には間違いのないことで、別に新しく出てきたことはないんですが、重藤委員がおっしゃったのは、具体的にもう少しどういうふうな役割分担をするかということも考えて書いた方がいいと、こういうことでしょうか。

○水野補佐 現在、小児結核対策については1段のみで、役割分担に関しては、余り書いてございませんので、検討したいと思います。

○重藤委員 今のままでは、都道府県単位でやってしまいそうということなんですね。それだけで、なかなか連携を取る体制が取りにくいんじゃないかと。小児結核に限らず、もう少し。

○坂谷部会長 何か事務局の方から今の重藤先生のことで。

○重藤委員 小児結核のように、都道府県単位ではできない。ほかにいろいろあると思うので、より広域に強力体制を組むと。

○水野補佐 医療の提供のところにつきましては、10ページのところでございますけれども、こちらの方に広域ネットワークの形成について言及がございます。17目の黒丸ですけれども、都道府県で対応困難な症例を広域で受け入れる専門施設を定める。国レベルでの話ですけれども、この辺りが対応するところかと思えます。書きぶりにつきましては、また、御意見を参考にしたいと思えます。

○坂谷部会長 10ページ、それから11ページの右の欄にずっと書かれていることです。この結核のことだけではなくて、そのすべての国・自治体のやるミッションに関しては、今、国の役割、地方自治体の役割が、御存じのように議論されているというか、そういう時期にあって、結核もその1つのことだろうと思えます。なかなか、どっちがどんなことをやり、主導権ではないですけれども、今までは大筋を国が立てて、それを実施するのは自治体であるということが原則だったろうと思えますけれども、その権限や裁量権をもっと自治体を持つべきであるとか、それから物事については、自治体ではなくて、国が中心になって、もっと国が1から10まで責任を持ってやるべきだと、こういう意見もあって、その中に結核対策も含めたらどうかという意見もあろうかと思えます。そういうことをおっしゃる自治体もあるというふうに、私は理解しております。

重藤先生の御質問に対して、はっきり、くっきり、明確に区分するというか、書くというのは、なかなか難しいことですね。

○重藤委員 ただ、埋もれた感じで、ではだれがどんどんやっていくのかということになると、都道府県は一步踏み出せないし、では、国がやってくれるのかというと、この状況では余り降りてこないような気がします。

○坂谷部会長 加藤委員、どうぞ。

○加藤委員 今の議論は、大変大事な議論だと思います。と申しますのは、今日の資料でも明確に書いていないのですが、一般的に罹患率が下がってくると、少なくとも技術的なレベルでは、地方だけでは支え切れないという問題があります。

数が減ってきますと、地方ですと、なかなか結核の問題自体に関心が集まりにくい。特に首長さんまで、そこら辺の意識が徹底しないと、とかこの予算が削減されがらで、現場では頑張るつもりなんだけれども、なかなか維持できないというか、もっと言ってしまうと、後退してしまう懸念もあるわけです。

実は、この前、ニューヨークに行って、非常に驚いたことがありまして、世界一リッチニューヨークでも、義務的な経費は市で確保しているんですが、いわゆる政策的経費のほとんどはCDCから来ているというのを聞きました。結核対策のように幸いにも患者が減ってきたような問題については、技術的にも、政策としての重要性も国がしっかりしていけないと、支え切れないという状況になっていると思えます。

一方で、医療提供体制のような問題を考えますと、地方間で格差が出てきますから、都道府県が主体的に、その地域に合った政策を展開しなければいけないということですので、すべてが国というわけでは決まてないと思うんですが、少なくとも、そういう重要性とか、技術的なもの、それから予算の一部についても、やはり低蔓延国の状況等を見ましても、国がやはりしっかりやらなければいけない。

住民のサービスについて、あるところの医療提供体制については、ちゃんと都道府県が責任を持つと、こういった形で進めていくのが、非常に大事なことでないかと思えます。

○坂谷部会長 ありがとうございます。アメリカのことを真似する必要はないかもしれませんが、今のニューヨーク市の話は、末端の現場でのやり方を含めてCDCが細かく決めて、これをこういうお金を付けるからやりなさいということなんですか。それとも、これだけのお金を配付するから、これを使って自由にとは言いませんけれども、具体的な使い方、やり口については、市が考えてよろしいですよということなんですか。

○加藤委員 アメリカは、基本的に連邦政府と州政府というのは基本的には独立しているというのが前提にあります。

その中で、例えば先ほど言った接触者健診のときにCDCがサポートに来るんですが、これも原則は、州が要請を出さないと行かないということで、そこは州の自律性というのは、確保された上で、必要なときはちゃんとサポートに行くと、そういう仕組みができています。

ですから、上から何でも降りてくるということは、決まてないんですが、実質的にも州レベルではなかなか支え切れなくなっているということが、背景にあるのかなというふうに思っています。

そういう意味では、国サポートが必要と思えます。

○坂谷部会長 今の話は、アメリカの自治体に地域と人材が払底していると、こういう意味ですか。自前でやろうとしても人材がないからCDCの応援を頼まないといけないということですか。

○加藤委員 そういうことはあると思うんです。実は、ニューヨーク市の結核のトップはCDCに派遣された人で、生えぬきの人ではないというのが事実です。

州においては、結核患者は非常に少なくなっていくけれども、自分のたちのところだけでは技術的に担保できない。小さい州だと特にそういう状況になっているということでもあります。

○坂谷部会長 ありがとうございます。日本と比較はできないかもしれませんが、アメリカにしろ、人材とお金もそういうふうなコラボレーションが必須の時代になってきていると、こういうことだと思います。

翻って日本ではどうするか。総論的には、協力して分担してやらないといけないということまでは自明のことですし、うたっているんですが、具体的にどういうふうなコラボレーションするか、分担するかというのは、残念ながら1年間かけて具体的に何事も考えてきていないんですね。何とかはつきりさせる必要があらうかと思えますが、先生方、何か御意見、御議論はありませんか。

丹野先生。

○丹野委員 先ほど重藤先生がおっしゃってくださったように、多分こういう書き方をすると、都道府県がやれというだけになって、今、医療再生という形で、そういう部分では、きちんと医療計画があるので、ある程度それは各自治体でも予算とか取れる場合があるんですが、結核感染症については、新たなものが出れば、何らかの対応ということで、国がきちんと出していただかないと、予算も、それから人も付かない。

ですから、多分、どこの保健所も結核感染症を同じ担当がやっていますけれども、四苦八苦して対応しているという状況だと思います。

これは、罹患率が減っても、先ほど会長さんがおっしゃったように、菌陽性者が減っているわけではないので、そこをきちんとやらなければいけないということを示していただいて、そして、国がきちんと首領をとっていただかないと、進まないと思えますので、その責任というか、役割というのをきちんとお願いできればと思います。

○坂谷部会長 ありがとうございます。ほかにいかがでしょうか。

多分、国の方が先に、国はこういうことをやるから、自治体の方は、こういうことをしてくださいと、こういうふうな言いぶりの方がいいかもしれませんね。ですから、まず、自治体はこういうことをするんだと、そうしたら国がこういうことをやるのではなくて、国が率先して、国としてはこういうことを分担するから、自治体はこういうことを分担してくれと、こういう持って行き方なんでしょうね。そういうことだと思います。

事務局の方から、何か、ちょっとテーマ外のことになりましたけれども、重要なポイントだと思いますので、何か御意見というか、なかなか事務局として確定的なことを言えないとは思いますが、御発言はありますか。

どうぞ。

○亀井課長 今、いただいた国と地方の役割分担の話は、非常に重要だと思います。

これは、多分結核でも非常に大事なことでありますし、それ以外の施策の中でも非常に重要なことで、今、まさにそれが国の中でも議論が進んでいるというところだと思います。

多分、今の丹野先生のお話なんかを伺うと、現場では予算なんか、どのように必要な予算を確保するかということで、当局と議論を重ねていらっしゃるという感じがしましたが、今、私どもとしても、できれば医療計画の見直しなんかもやっておりますので、その中で、まさに御指摘のありましたとおり、こう



いった分野を取り上げていただくようなことはできないかということの働きかけもしようと考えております。

また、先生方の、そういった貴重な御意見をいただきながら対応してまいりたいと思います。指針にどのように盛り込むかということについては、また、御質問させていただきながら対応させていただきたいと思いますが、先ほど部会長からも、ちょっとお言葉がございましたけれども、この指針は、指針として、指標のところでもちょっとコメントされたことでございますけれども、実際のアクションプランでございます。そういったレベルでどのようにそれが具体的に盛り込めるかということとを少し分けて考えさせていただきながら、この点についても対応させていただきたいと、このように考えます。

○坂谷部会長 ありがとうございます。医療の中でも結核対策、結核問題は政策医療の代表的なものでありますから、これまでも医療現場、それから自治体、それから国が役割分担もし、コラボレーションもし、上手にやってきた分野だと思いますけれども、時代が進んで、今のところ結核だけが単独で集約して独自に進むということではできないような状況になっているんだと思います。

時代の流れに即して、今、課長がおっしゃったように、焦点を当てるべきところを中心にして、めり張りをつけてやっていかないといけないと思います。

今の段階で、本日の部会を通して、何か気づくことがありましたらということを、ここで、シナリオでは言うことになっているんですが、既に話が進んでおつたと、こういうことであります。

その他のことで、重要なポイントが出てまいりました。これで、本日の議題はすべて終えることができましたが、事務局から伝達事項、次回のことなどを含めてお願いをいたします。

○水野補佐 次回の部会につきましては、既にこちらから御連絡を差し上げておりますけれども、2月24日木曜日10時に開催いたします。場所は厚生労働省6階共用第7会議室でございます。

○坂谷部会長 それで、今年度の最後になるんですね。

○水野補佐 はい、そうです。

○坂谷部会長 それで、課長がまいられましたので、後先になったかもしれませんが、課長からごあいさつをお願いします。

○亀井課長（挨拶）

○坂谷部会長 ありがとうございます。何回も割合和やかにやってきたんですけれども、でも、よく考えますと、これから5年間の日本の結核対策の大方針を決める部会でありまして、非常に重要な会議なのであります。どうぞ、心得てやっていただきたい、私自身もそうであると、こういうふうに思います。

では、時間がまいりましたので、これで本日の部会は閉会にいたしたいと思います。

お忙しい中をたくさんお集まりいただきまして、誠にありがとうございました。閉会いたします。

（了）

<照会先>

健康局結核感染症課  
03-5253-1111(内線2381)



〒100-8916 東京都千代田区霞が関1-2-2 電話:03-5253-1111(代表)

Copyright © Ministry of Health, Labour and Welfare, All Right reserved.