

DOTSとエンパワメント

財団法人 結核予防会 結核研究所 所長 石川 信克

CONTENTS

- 1 DOTSとエンパワメント
- 2 感染症法下の結核対策
- 4 結核菌検査に関する話題について
- 5 プライマリーヘルスケア30周年と結核対策
- 6 ロス視察/外国人患者向け教材について
- 7 自由集会報告/HP案内
- 8 相談の報告/研修案内

新年早々、東京は新宿の神田川の川べりで“青空ドッツ”に同席させてもらった。70歳を越えるAさんは、10年以上に及ぶ路上生活の中で結核にかかった。しかし、どの病院にもなじめず自己退院、強制退院の連続であった。見かねた保健師の発案で、住処の近くに薬を届けて飲んでもらうことになった。名付けて“青空ドッツ”。毎日、保健師が近くの公園に持っていき、そこで薬を飲む。お弁当と味噌汁が貴重なインセンティブだ。

一緒に冷たい階段に座って話を聞く。「これで最後ですね。9カ月もよくやりましたね。結核が治って良かったと思う？」

「最初は俺なんかもうどうでもいいと思った。でも治って良かったよ」続けて「でも、レントゲンも痰検査もしないで、治ったって言えるんか？」

「今度施設に移ったら、そこに痰もらいに行くから」と保健師。

薬とお茶を飲み終わったAさんの顔は、人生の皺こそ刻まれているが悲惨さを感じさせない、むしろ生き生きし

ているように見える。

「きれいな姉ちゃんに毎日来てもらって良かったでしょ」

「そんなことはどうでもええ。…俺は入院してえな。糖尿病がどうなるか調べてもらいてえ」

ドッツのもつダイナミックスは、人と人のかかわりの中で「生きがい」や「やる気」が啓発されることである。もちろん、ドッツをやるほうと受けるほうの双方が、である。

「ところでAさん、今度ドッツミーティングでしゃべってくれる？ 他の患者さんに、『俺みたいに薬続けて飲めよ』って、言ってくれないかなあ」

確かにうなずいたように見えた。Aさんが施設での生活ができるようになり、他の患者に自分の体験を語れるようになることが、これからの課題だと思った。Aさん、がんばれ。

その数日前、私は昨年同様、タイ北部の国境地区チェンライにいた。結核研究所が10年以上もエイズ合併結核(TB/HIV)の研究をしてきたところだ。

HIV陽性者は結核になりやすく、エイズ患者の最大の死因は結核である。結核患者の2割以上がHIV陽性で、結核の治療中にエイズで亡くなってしまうケースも多く、エイズ対策と結核対策が緊密に連携していかなばならない。

今回、チェンライ病院の一角にあるホリスティックケア室を訪ねた。そこ

▼ホリスティックケアのボランティア



で働く2人の女性は夫からうつされた“HIVとともに生きる人(感染者)”だ。1人は夫も子どももエイズで亡くしている。しかし、2人は輝いていた。

彼女たちは自らART(抗ウイルス剤治療)を受けつつ、新たにHIV陽性の診断を受けた人たちにわずかな謝金でピア・カウンセリングを行い、結核や他の感染予防やARTについても説明するボランティアだ。

ここで確信したことは、患者や当事者たちが積極的に参加し、①自分の治療や生活作り、②他の患者への支援、そして③対策作りへの協力ができるようになることが、これからの疾病対策のあり方であるということだ。

結核対策は、なまじ6～9カ月の治療で治ってしまうようで、患者の参加への試みが健康教育にとどまっている。しかし、患者のエンパワメントのもつダイナミックスは、対策の強化に患者自身が参加することが目指されるべきであろう。HIVとともに生きる人たちのやり方から学ぶことが多い。



▲青空ドッツ

感染症法下の結核対策

感染症法施行に伴う対策の運用

感染症施行に伴い、以下の通知等が新たに出され、運用方針が変更になった。本稿ではそのポイントを説明する。詳細は参考文献を参照いただきたい。

1. 結核患者の届け出基準

届け出基準の「結核症の定義」は「結核菌群 (*Mycobacterium tuberculosis* complex, ただし *Mycobacterium bovis* BCG を除く) による感染症」となっており、BCGによるものを除外している。したがって、BCGの副反応として起こったものは届け出の対象でなく、公費負担にならない。

届け出基準の運用に当たっては、結核として治療の対象になるものは菌検査所見にかかわらず、「患者（確定例）」として届け出を行う。また、潜在性結核感染症として治療を行う場合には、年齢にかかわらず「無症状病原体保有者」として届け出をする。この治療は法第37条の2に基づく公費負担の対象になる。この届け出に際してツ反またはQFTを実施することが条件となっている。したがって、リウマチの治療のためにTNF- α 阻害剤を使用するに先だって、INHなどによる治療を行う場合にもツ反またはQFTを実施して届け出をする。

潜在性結核感染症は「臨床的に症状や病変は認められないが、結核菌に感染していることが、潜在的な疾病状態

である」との考え方が基本となっている。従来「予防内服」あるいは「化学予防」は疾患の予防として行われてきたが、「潜在性結核感染症という疾患の治療」という考え方に変わった。したがって、治療の要否は対象となる患者の有用性を基本に決めることになり、年齢制限は撤廃された。

2. 入退院・就業制限の基準

従来の入院基準では臨床症状や胸部X線検査所見から感染性が高いと疑われるが、喀痰塗抹検査結果が陰性である場合は入院勧告の対象にならなかった。また、多剤耐性結核は排菌量が少なくても、治療が進まないため長期に及ぶことから、本来的に入院による確実な治療実施が望ましい。新基準はこのような患者にも柔軟に対応できるようになった。

一方、退院基準は、症状が消失し、培養検査3回連続陰性となったことから感染性が否定され、法に基づく人権制限の継続が問題となる「退院させなければならぬ基準」と、症状が消失し、菌数が極めて少なくなったこと（塗抹検査連続3回陰性）から、治療継続と感染防止を確実にを行うことを条件に「退院させることができる基準」に整理された。

入退院基準は以下のような考え方で運用することが望ましい

(1)法第22条の2の「必要最小限の措置」

を原則に、不必要な入院がないよう、入院期間はなるべく短期にする

- (2)塗抹陰性であっても、必要に応じて周囲への感染拡大の防止が優先する
- (3)患者が多剤耐性結核である場合、またはその可能性がある場合には入院治療とする

- (4)確実な治療が行われるようにする

就業制限は喀痰が菌陽性であるときに「接客業その他多数の者に接触する業務」が対象となっており、解除基準は「退院させなければならない基準」が原則となっているが、入院を必要としなかった患者は緩和されている。

3. 接触者健診

従来、法的な根拠がなかった初発患者の調査は、法第15条の積極的疫学調査として実施されることになった。これにより、対象者には調査へ協力する「努力義務」が課せられ、個人情報保護法等に基づく「利用制限」の適用除外規定が適用される。

初発患者の感染性の評価は、初発患者の診断名、喀痰検査および胸部X線検査の結果に基づいて、「高感染性」と「低感染性」に区分する。

初発患者の感染性の期間は基本的に従来どおり、咳などの症状出現時点とするが、感染性があり症状がない場合は診断日の1カ月前、以前から慢性の咳があるなど特定困難な場合は診断日の3カ月前を始期とする。また、過

感染症法に基づく結核対策が始まって1年。施行当初、届け出基準等を巡っては若干の混乱があったが、6月の修正で「潜在性結核感染症」が取り入れられた。7月にはQFTを取り入れた新しい「接触者健診の手引き」が出され、9月には入退院基準も改訂された。さらに、課題の解決に向けて検討が進められている。結核対策は新しい時代に向けて進化を続けている。

去のX線所見や菌検査所見から、排菌開始時期が症状出現より前と推定される場合は、その時期を始期とする。

健診の範囲は接触者の発病リスク・重症化リスクによる「ハイリスク接触者」および「濃厚接触者」「非濃厚接触者」の2区分に簡略化した接触度を組み合わせて決定する。

感染の有無の検査はQFTを最優先とし、ツ反は年齢要因や集団感染などQFTが実施できない場合、補助的に用いることとした。

発病についてのX線検査は、経過観察を含めてQFTの陽性者を対象とする。ただし、QFTを実施できない場合には従来どおり、登録直後のほか、半年後および1年後にも実施する。

今後の課題

1. 長期入院患者の取り扱い

入退院基準は治療によって排菌量が減少し、他者への感染性の危険性が消失することを前提としているが、多剤耐性、または重篤な副作用のために治療が進まず感染性がなくなる患者をどのように取り扱うかは課題として残っている。諸外国で行われているような「自宅隔離」がわが国でも可能であるか、可能であればどのような条件が必要かについて、厚生科学研究で検討を行っている。

2. 拘束下治療

入院勧告には「即時強制」と呼ばれる強制力があるとされるが、実際には、入院を拒否する患者への対応は極めて難しい。幾つかの国で行われている「拘束下治療」の可否について併せて検討を行っている。

3. 医療基準の改訂

医療基準は、新しい技術・知見の適用や感染症法との整合性の観点から改訂される予定になっている。

4. 活動性分類

潜在性結核感染症が届け出基準に取り入れられたこともあり、改訂が必要になっている。活動性分類が関係する患者管理、さらに登録削除についても、QFTなどの新技術の普及を踏まえて再検討する必要がある。

5. 入院病床のあり方

結核患者（病床）の減少および感染症分類の改正によって二類感染症がポリオ、SARS、ジフテリアと結核になったことから、二種感染症医療機関における結核患者の治療の可否を含めて検討を行う必要がある。

6. 病原体管理・輸送の運用

改正感染症法によって多剤耐性結核菌は三種病原体に指定されたことから、輸送等に大きな問題が生じている。これについては、厚生科学研究班において検討が始まっている。

7. 職場の定期健康診断

平成18年度の労働基準局の検討会報告では、労働安全衛生法に基づく健康診断は「検査の実施の対象年齢を40歳以上、40歳未満については医師の判断により省略することが可能」としたが、①報告書の内容に関する科学的なデータの収集、②40歳未満であっても省略できない範囲、③医師による省略の判断基準、④デジタル撮影を念頭においた撮影条件、の検討が行われている。これらの検討結果を踏まえた制度改正が20年度内に行われるものと見込まれる。

終わりに

法改正に当たり、結核予防法が廃止されることによって結核対策が後退するのではないかと、との懸念が聞かれたが、結核対策特別推進事業費は2年連続で増額されており、上述のように新しい技術・考え方に基づく方針が示されている。医療機関・保健所等において低まん延化に向けて、今後とも積極的な対策が進められることを期待している。

(結核研究所副所長 加藤誠也)

参考文献

- 1) 加藤誠也. 改正感染症法における結核対策. 病原微生物検出情報 2007; 27: 190-2.
- 2) 加藤誠也. 入退院基準とその運用について. 保健師・看護師の結核展望 2008; 90.
- 3) 阿彦忠之, 森亨, 石川信克. 改正感染症法に基づく結核の接触者健康診断の手引きとその解説. 東京: 結核予防会, 2007.

結核菌検査に関する話題について

結核菌の検査技術が進歩するに従って、これまで長期間を要していた検査が迅速化・高精度化されつつある。検査の高度化の背景には、多剤耐性結核(MDR-TB; INHとRFPへの同時耐性)など複雑化する薬剤耐性や疾病構造の変化がある。分子疫学的方法を含めた新しい技術は結核対策上の利益をもたらすと思われるが、その臨床的解釈や精度の維持にも十分な注意を払う必要がある。

結核菌検査の結核対策および個々の患者管理における意義は、結核の確定診断、感染性の評価、治療内容の決定、結核対策の基礎情報の提供など、多岐にわたっている。近年では特にケースマネジメントや、新たな感染を発生させないための感染コントロールの重要性から、抗結核薬に対する耐性等を含めた患者の病態に関する検査情報の迅速化と高精度化が求められている。この状況に鑑みて、日本結核病学会抗酸菌検査法検討委員会では、2007年に7年ぶりに結核菌検査指針を改訂した(以下、「新指針」:結核予防会発行『結核菌検査指針2007』)。

結核菌検査法の高度化は、言うまでもなく診断能力の向上が目的であるが、診断感度の良否は臨床検体の質の良否にかかっていると看做しても過言ではない。新指針では検査材料の項に「排痰指導」と「排痰の原理」を付記し、良好な喀痰材料を得るための基礎的な考え方と、医師、看護師、理学療法士と臨床検査技師が協力することの重要性を強調している。良質な喀痰を採取することが、抗酸菌検査システムの有用性を最大限に発揮させる。

近年、検査の迅速化に寄与する技術として、遺伝子検査や液体培地による培養・感受性検査が導入され、その利用が年々拡大している。米国疾病予防管理センター(CDC)では、抗酸菌培

養検査結果を検査開始から21日以内、薬剤感受性試験を30日以内に報告するよう勧奨しているが、新指針では、液体培地による自動的薬剤感受性試験を標準的方法として採用したほか、RFPに対する耐性遺伝子検出検査も導入し、勧奨に対応できるシステム作りを勧めている。また、核酸増幅法を用いた結核菌検出法でも簡素化・迅速化が進行しており、およそ1時間で結核菌の検出と同定が可能な検査法も実用化されつつある。この方法が実用化されれば、従来最も簡便・迅速な検査法として広く普及している抗酸菌塗抹検査の代用とすることも可能かと思われる。

これらの遺伝子検査、液体培養検査技術は先進国のみならず、途上国にも急速に導入されようとしている。これは抗結核短期化学療法の世界的な拡大に伴う薬剤耐性の増加を背景としており、世界保健機関(WHO)はMDR-TBが世界中で毎年40万人以上発生すると予測している。また2006年後半には、アフリカのHIV感染患者での集団的高度耐性結核菌感染と高致死率がセンセショナルに報告され、新たにExtensively Drug-Resistant Tuberculosis (XDR-TB; 超多剤耐性結核菌)という概念が成立した。このXDR-TBは、多剤耐性に加えて、一つ以上のニューキノロン薬と、注射二次薬(カナマイシン、アミカシン、カ

プレオマイシン)のいずれかに耐性がある結核菌と定義されている。日本でもその存在が確認されて話題となったが、日本ではカプレオマイシンが製造中止のため使用できず、アミカシンの薬剤感受性試験基準がないため、現状では少なくともINH, RFP, カナマイシン、レボフロキサシンの4薬剤に耐性をもつ結核菌がXDR-TBに相当すると考えられる。2002年度の結核療法研究協議会による耐性結核菌の全国調査では、MDR-TBが全体の1.9%を占めており、さらに少なくとも全体の0.5%がXDR-TBであると評価されている。同時に、MDR-TBに占めるXDR-TBの割合はわが国では30.9%と報告されており、これは世界的にもトップクラスの高頻度である。これらのXDR-TB株の中には初回治療患者から分離された結核菌も含まれており、既に成立したXDR-TBが新たな個人に感染して発病したことを示唆している。耐性結核菌については、個々の患者の治療上の困難もさることながら、結核感染対策も重要な問題と考えられる。

結核菌検査は、結核対策上重要な技術であり、今後は分子疫学的方法の応用も必要となる。検査技術の臨床的意味を解釈するための臨床細菌学がますます重要となると考える。

(抗酸菌レファレンスセンター細菌検査科
御手洗 聡)

プライマリーヘルスケア30周年と結核対策

1978年にWHOのマーラー事務局長によって世界に打ち出された「プライマリーヘルスケア（PHC）に関するアルマ・マタ宣言」から30年が経過した。途上国の保健政策として導入されたPHCであるが、近年エイズ・結核・マラリア等、個別の感染症対策に重点が置かれた結果、ややその影が薄くなってきた感がある。2007年に就任したマーガレット・チャン事務局長はPHCを重点政策に掲げている。世界の結核対策は今後どうなるのか？

2008年1月のWHO執行理事会で、チャン事務局長はPHCを重点政策に掲げる演説を行った。

1950～60年代の天然痘およびマラリア撲滅計画（疾病対策）、70～80年代のPHC（保健システム）、90年代以降のエイズ・結核・マラリア対策（疾病対策）、そして今後は再びPHC（保健システム）が重視されるかの様相を呈している。この周期的な変化は、しばしば“振り子”に例えられる。感染症対策に振れていた過去15年が、今や逆方向に振り出しつつある。エイズ・マラリア・結核世界基金の創設により、世界の感染症対策への支援が大きく前進したことも、関心が再びPHCに向かう理由である。

世界のこの動きに日本も無縁ではない。今年5月にアフリカ開発会議（TICAD）、7月にG8サミットがわが国で開催される。それに合わせて日本政府の世界の保健医療改善への今後の支援方針も注目されるどころだが、疾病（感染症）対策ではなく保健システム強化が重視されるようだ。わが国でも過去約15年間は感染症対策重視の方針を掲げてきたのであるから、そろそろ振り子が逆方向に振れ始めるのもうなずける。

実はこれには国連のミレニアム開発目標（MDG）も大きく関与している。MDG4（幼児死亡率の削減）とMDG5（妊産婦の健康の改善）の進捗状況が、MDG6（感染症削減）に比してやや遅れ

ており、母子保健の強化を通じた保健システムの支援が叫ばれているためだ。

なぜ振り子は周期的に振れる方向を変えるのか？ 疾病（感染症）対策は個別の感染症対策を縦割りで進める傾向があり、ともすれば資源の無駄が生じやすく、保健政策全体のアンバランスが起りやすい。例えば、HIV診療所では豊富な資源を背景に最新医療機器が導入されているが、近くの政府の医療施設では旧式の検査試薬も不足しているとか、結核の研修に1週間参加した職員が再び他の研修に1～2週間駆り出され、日々の保健所の運営に支障を来す、などである。

一方、PHC強化は、理論的にはこの縦割り疾病対策の無駄をなくす効率的なシステムと思われるが、現実にはそう簡単にはいかない。人材育成、医療サービス、疫学情報管理等の制度を、疾患ごとではなく医療全体として構築しようとするために、包括的な計画、予算配分、実施が可能である反面、個々の疾患に特徴ある注意点、特異的な対策方法が無視され、結果として感染症に病む人々の増加をもたらすことがある。

例えば、中央から末端への結核対策プログラムがなくなれば、地域全体、国全体の結核対策がどんな状況にあるかを確かむことはできなくなる。

では、世界のこの流行の変化は何を

意味するのだろうか？ 保健医療へのアプローチは、個人を対象として行う臨床医学と、地域住民を対象として行われる公衆衛生に大きく分けられるが、どちらの道をとってもその目的が「人々の心身の健康を保つこと」に異論はないだろう。この「人々」には、途上国で健康を害している多くの貧しい人々が含まれる。

彼らの多くは病気の知識も乏しく、貧困にあえぎ、地域の保健医療サービス（システム）も脆弱な社会で暮らしている。そして貧困の親友である結核、エイズ、マラリアやその他の疾病（感染症）と暮らしている。そんな人々にとっては、世界の保健政策の振り子がどちらに振れようと関係ない。適切な医療が受けられ、貧しくても健康な生活を送れさえすればよいのだ。先の議論は、貧困とは無縁な先進国の知識人エリートに関心ごとにすぎない。

“疾病（感染症）対策”と“保健システム強化”は、“健康”という織物の“縦糸”と“横糸”のようなものである。どちらを欠いても、どちらかが弱くても織物は長持ちしない。世界の保健医療も、旧来の“振り子”からバイオエネルギーを用いた車の“両輪”に、そろそろ移行してもよいのではないだろうか？ 途上国の現場で苦しむ人々は“両輪”を必要としているのだから。

（国際部長 大菅克知）

ロサンゼルス視察／ 外国人患者向け教育教材について

ロサンゼルス郡の結核対策、中央保健所の結核の取り組みや保健師活動、エイズ対策との連携を学ぶため、日本の結核看護の有志10人が2007年4月16日から4日間の現地視察を行った。視察のコーディネートをしてくださったのは、1992年から南カリフォルニア大学メディカルセンターでエイズ外来クリニックリサーチナースとしてエイズ患者の結核の早期発見で活躍されている大田屋道子氏(保健師)であった。



▲カサ・マダーマ
(HIV女性自立支援の家)の壁掛け

ロサンゼルス郡の結核

ロサンゼルス郡の2005年結核罹患率は、人口10万対9.5(アメリカ国内は4.8)である。その中でも中心部Metoro地区は16.5と高い。カリフォルニア州の患者の31.2%、全米の患者の6.4%を占める。2005年のカリフォルニア州各管轄区の罹患率ランクでは第11位(全61管轄区中)で、年次推移をみると毎年2~3%程度減少している。年齢別では65歳以上の罹患率が最も高く、20.7%である。人種別ではヒスパニックの割合が47.1%と最も高く、次いでアジア系など35.7%である。外国出生患者は77.7%でメキシコが一番多く、他にフィリピン、ベトナム、中国、グアテマラ、エルサルバドル、韓国などである。HIV感染者の割合は全体の7.2%である。ホームレス患者の割合は全体の5%を占めている。

中央保健所のDOT

潜在性結核感染症も含むすべての患者がDOTの対象者であるが、最優先でDOTを行わなければならないのは、ホームレスと過去に結核の治療歴がある患者であるとされている。保健所のクリニックナースが薬を前日に準備(一包化)し、翌日DOT専門スタッフのコミュニティーワーカーが持っていく。

DOT対象者は、55~60人/日であり、4人のコミュニティーワーカーが分担して毎日DOTを行っている。内服の

前にチェックリストを用いて、毎回体調や副作用の有無などについて問診を行い、異常があれば保健師に電話し、内服が可能か確認する。必要があれば保健師が訪問し、受診を促す。保健師の面接は月1回であり、医師の診察がある日には医師がDOTを行う。保健所内のクリニックにDOTに通うこともできる。スタッフ同士が顔を知っていると患者もごまかせないので、クリニックと保健所間、協力機関とのネットワークが大切である。患者が「もう結核治療は終わった」と言っても、嘘であれば見破ることができるのである。

コミュニティーワーカーやクリニックナースへの教育研修などが月1回定期的に行われている。また、ロサンゼルス郡においても結核患者へのHIV教育はこれからで、HIVと結核を一緒に取り組んでいく必要がある。

エイズ外来クリニックでの結核対策 (大田屋氏の活動から)

エイズ外来クリニックのナースへの結核の教育が重要となる。HIV/エイズ患者の結核合併の場合、胸部X線写真は悪くない、塗抹陰性、培養陽性のみという早い段階で結核を診断できるようになっている。

クリニックにおいて大田屋氏はリサーチナースとして「HIV感染者の中から結核を早期発見し、入院させない」

という方針を出している。非結核性抗酸菌症がある中で結核を早く診断するためには、「勘、気づき、意識、結核を疑う目、1人のスタッフだけでなくチームスタッフ全員のチームプレーが大事なこと」と、大田屋氏は熱く語られた。日本においても、患者を中心とした結核対策とエイズ対策の連携はこれからの課題であることを、経験豊富な大田屋氏のお話から再認識することができた。

外国人患者向け教育教材

ロサンゼルス郡では多くの外国語のパンフレットや通訳の導入が行われ、外国人への丁寧な支援が充実していた。また、初期のかかわりが最も重要であることも同時に学んだ。

日本では外国人患者はまだ結核患者の3.3%であるが、着実に増加している。看護の立場ですぐに取り組めることとして、外国人患者向け教育教材の作成がある。結核研究所保健看護学科では、メッセージ(「薬を飲み続けることの大切さ」)を23カ国の言語で各1分間が入ったCD教材を作成している。協力は結核研究所の外国人研修生や外国人支援員などである。この温かいメッセージが届き、外国人患者が安心して結核治療を受けられるよう願っている。(このCDは2008年春ごろ、全国の保健所に配布予定。)

(対策支援部保健看護学科長 永田容子)

結核集団発生対策に関する自由集会 2007年10月24日 愛媛県民文化会館本館

結核集団発生への対策は、日本の結核が低まん延化するに従って重要性が高まると考えられる。本集会では、新しい接触者健診方法の紹介に続いて四つの報告（三つの事例報告と一つの研究報告）を行った。集会を通して、接触者の特徴（集団生活、保育園児、透析）による健診実施の難しさと、QFT検査結果の解釈およびその後の対応が、今後の検討課題として明確になった。なお、参加者数は153人と盛会であった。

講演：新しい接触者健診の手引きの内容について、作成の中心を担った山形県健康福祉部の阿彦忠之先生に解説をしていただいた。従来の接触者健診の内容と比べると、接触者健診の法的根拠、初発患者の評価、接触者の評価と優先度、検査の内容と実施方法や結果の評価などが新しくなっていた。今後も、QFT検査などに関する新しい知見を適宜取り入れて改訂する予定であり、手引きの内容のさらなる充実が期待される。

報告：まず足立保健所の尾高朋子先生より、多数の成人が集団生活をする施設における集団発生が事例報告された。今後の検討事項として、QFT検査の適応年齢、疑陽性者や陰性者への対応が挙げられた。続いて、板橋区保健所の渡辺芳子先生より、医師を初発患者とした保育園児への接触者健診の事例が報告された。BCG未接種児に対するツ反検査の有用性が示され、QFT検査の適応範囲が検討事項となった。3事例目に江東区城東保健相談所の小池梨花先生より、MDR-TBに接触した複数の透析患者の事例が報告された。免疫抑制状態のQFT検査感度への影響やMDR-TB感染者の管理が検討課題となった。最後に足立保健所の郡山洋一郎先生より、QFT検査の経済効率に関する研究報告があり、QFT検査の高い特異度により、ツ反を用いた場合の過剰な潜在性結核感染治療や人件費を回避し、高い経済効率を得られることが示された。

まとめとして、阿彦先生、結核研究所 森亨 名誉所長、同じく加藤誠也副所長から各発表に対するコメントがあり、今後の日本の結核集団発生対策に向けて検討すべき課題が示されて閉会となった。

ブース：今年も結核研究所は一般ブースに展示参加した。例年、学会参加者の方々から結核の基礎知識に関するご質問があるため、今回は結核予防会が作成したポスター（結核の感染様式、発病のメカニズム、主な検査と標準的な治療）の展示を行い、加えて結核研究所の対策支援活動（セミナー、各種会議と研修、検査サービス、ホームページ）を掲示した。

足を止めてくださった方々に心から御礼申し上げます。来年、福岡でまたお会いしたいと思います。

（対策支援部企画医学科 星野齊之）



結核研究所ホームページ <http://www.jata.or.jp/>

「結核について分からない言葉が出てきたが、今さら上司に尋ねにくい」「来週結核について話すのに、手ごろな教材はないかな？」そんなときこそ結核研究所のHPをご利用ください。主要検索サイトで「結核」と検索すれば、必ずトップ5に入っています。

人気の秘密は、結核について知りたいことがすぐ分かる「調べやすさ」と「情報の信頼性」にあります。自然に囲まれた研究所の四季折々の美しい写真、フレームから研究成果や結核対策の最新情報を閲覧できるほかに、トップページの以下のボタンから結核関連用語の解説やテーマ別記事を見ることができます。

★**新 結核用語辞典：**日本結核病学会が編纂した結核用語辞典から、使用頻度の高い用語の解説を掲載しました。また、最新の用語の解説も随時追加しています。

★**テーマ別記事目録：**DOTSやVNTRなどテーマ別の記事のリストを作りました。

★**教材・勧告集：**保健医療従事者のための学習教材、CDCやWHOのガイドラインの和訳などがダウンロードできます。自己学習や講演の資料作成に最適です。また、外国人結核患者向けの服薬手帳や外国語版紹介状は、外国人結核患者の治療支援に役立ちます。

★**感染症法関係資料：**感染症法とその関係通知を掲載しました。

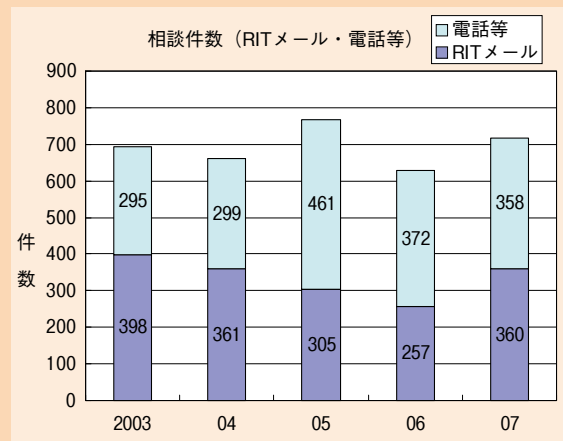
なお、用語のより詳しい説明や個々の事例の相談をしたい場合には、フレームの「お問い合わせ」から、所内の結核研究者や対策担当者とメールでやりとりすることもできます。ご利用をお待ちしております。

「これさえあれば、あなたも今日からencyclotubera.かな？」

相談件数が約100件増えました (昨年比)

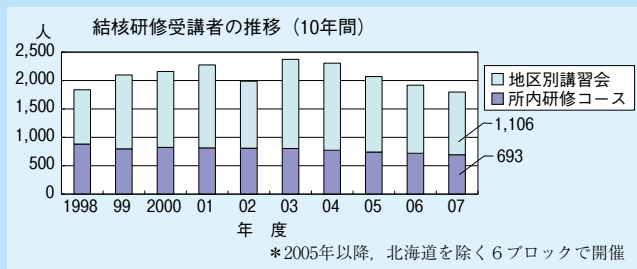
結核研究所ホームページからのメール（RITメール）は、対策支援部が窓口となり皆様からの相談をお受けしています。2007年はRITメールによる相談が前年より約100件増加し、電話やFAX等によるものを加えると、一年間に718件の相談が寄せられました。最も多かったのは接触者健診に関する相談で、全体の2割を占めています。昨年4月より結核予防法が感染症法に統合されたことに伴う相談も多く寄せられました。事例に関しては、経過を追って継続して相談に応じえています。

結核に関するご質問・ご相談は、rit@jata.or.jpまでお寄せください。



研修のご案内

結核研究所は設立以来、結核対策従事者の研修事業に力を注いできました。過去10年間の所内外の研修受講者数は下図のとおりです。院内DOTSの導入に伴い、医療機関から看護師の参加が増え、その成果は保健所との連携に基づいた日本版DOTS事業の推進につながっています。



2007年度の研修日程は下記のとおりです。詳細につきましてはホームページをご覧ください。なお、結核予防技術者地区別講習会のお申し込みは、各地区の開催県が窓口となります。開催県からのお知らせも併せてご覧ください。

(対策支援部)

●2008年度研修日程 (於：結核研究所)

- 医師.....

医師8日間コース	6月11日～20日
医師臨床コース	9月25日～27日
胸部X線読影コース	10月28日～31日
結核対策合同アドヴァンスコース	2009年1月26日～2月6日
- 保健師・看護師.....

保健師対策5日間コース	6月30日～7月4日, 9月8日～12日
夏期集中コース	7月28日～29日
保健師・看護師等基礎・実践コース	10月7日～10日, 11月11日～14日, 12月2日～5日
結核対策合同アドヴァンスコース	2009年1月26日～2月6日
- 臨床検査技師.....

抗酸菌検査実習 応用コース	8月29日～9月2日
抗酸菌検査実習 基礎コース	9月1日～5日

- 診療放射線技師.....

夏期コース	8月20日～22日
結核対策とX線画像コース	10月28日～31日
結核対策と医療監視コース	11月25日～28日
結核対策合同アドヴァンスコース	2009年1月26日～2月6日

- 結核事務担当者.....

結核行政担当者等短期コース	10月14日～17日
---------------	------------

*各研修の詳細はホームページをご覧ください。

●2008年度結核予防技術者地区別講習会

- | | |
|----------------|----------------|
| 宮城県：7月24日・25日 | ／東京都：7月3日・4日 |
| 石川県：7月31日・8月1日 | ／滋賀県：7月22日・23日 |
| 島根県：7月10日・11日 | ／福岡県：7月16日・17日 |