

CONTENTS

- 1 ワークショップで学びと気づきを起こす
- 2 感染症法改正について
- 4 地域DOTSの展開
- 5 DOTSからSTOP TB10か年戦略へ
- 6 新しく始まった「結核登録者情報システム」
- 7 研修に参加して/自由集会報告
- 8 相談のまとめ/研修:講習会日程

ワークショップで 学びと気づきを起こす

財団法人 結核予防会 結核研究所 所長 石川 信克

2006年暮れから正月にかけて、バンラデシュの首都ダッカとタイ北部のチェンライで結核の会議に出席してきた。ともに結核研究所が現地の政府や団体と協力して行ったものである。私たちの役割は、そこにいるだけの触媒のようなもので、実際は現地側が進めたのだが、参加した多くのかたに喜んでいただけた。

ダッカでは5年以上前から都市結核の研究を行っており、今回はこれまで結核対策に関係なかった大学病院や一般大病院、スラムに診療所をもつ幾つかの民間組織を集めてワークショップを開催した。バラバラだった諸団体が情報交換し、問題点を話し合った。例えば、ある患者がほかの病気で通っていた大学病院で結核の診断を受けたとしても、結核の治療はできるだけ患者の家の近くの診療所に紹介し、そこでDOTSを行って最後まで治療を完了できるようにする。紹介すると言っても、紹介状の作成や経過の情報を共有する等、連携は必ずしも容易ではない。しかし、今まで多くの患者が診断後どうなったのか不明であったのが連携をとることで追跡できるようになり、また、それぞれの役割分担が明確になることで仕事の内容に皆が納得できるようになった。更に、薬代や検査代を基本的に国が負担するというのが、それぞれの

機関にとって魅力である。

チェンライでは、結核とエイズに関するセミナーを開催した。ここはタイ、ミャンマー、ラオスの3か国がメコン川で接する国境の山岳地域に位置し、世界最大の麻薬生産地として名高いゴールデントライアングル(黄金の三角地帯)と呼ばれる地帯がある。HIVや結核がともに多く、当然その合併症も多い

場所である。国境を越えて患者がやってくるが、言語や文化も違い、治療完了は大変難しい。結核研究所では、この地域で過去12年間も結核とエイズに関する研究を行ってきた。年に1回関係者が集まり成果の発表や討議をするのだが、この会には、日ごろ結核やエイズ対策を別々に行っている現場の人、NGOの団体、中央政府の結核課長やエイズ課長、県の衛生部長、日本から結核研究所のスタッフ、英国の大学の先生も特別講師で参加した。「今までとは違う、新しい視点ややり方を学ぶことができた」と皆さんに喜ばれた。

結核対策の原則は、早期発見、早期治療開始、治療完了で、これらをしっかりやればいいのだが、これがなかなかスムーズに行かないのが現実である。都市での貧困やHIVの合併などが重なればますます複雑になる。国、地



▲黄金の三角地帯を望む山上にて。筆者中央

方自治体、保健所、病院、診療所、福祉、民間組織等々パートナーが多くなる。それらの団体がときどき一堂に会して話し合いや連絡会をもつと、情報の共有、共通項や相互の問題発見、解決の糸口、やる気などへと展開されることが多いものである。ときには忙しい日常からちょっと離れ、自分の仕事をまとめたり見直したり、他の人の仕事をのぞいたり、また講義を聴いたりすると面白い気づきとやる気が出て、また違った展開ができるものだ。これを推し進める中で、仕事の改善が進むのである。ワークショップは「参加型アクション研究」と呼ぶサイクルのかなめの一つと言えよう。

結核研究所は、今年もこの方式で多くの現場のかたたちのかねめになって、ともに学びながらより良い対策のあり方を探っていきたいと願っている。

感染症法改正について

感染症法改正（結核予防法廃止）の背景

2005年9月29日に開催された第23回厚生科学審議会に資料として提出された「結核対策の法制上の課題」によると、結核予防法を廃止して感染症法に統合する理由は以下のとおりである。

- (1)近時の判例や人権への意識の高まりによって、差別・偏見の温床となる病名を冠した分類や法律については、人権上問題がある
- (2)現行の結核予防法の問題として、
 - ①命令入所は同居者がいる場合に限り、同居者がいないときには入院勧告、即時強制措置ができない
 - ②接触者健診のための調査に関する規定がないことから、原因究明に必要な調査（積極的疫学調査）に法的根拠がない
 - ③国の権限、責任に関する具体的規定がなく、広域・緊急対応について、個人情報保護の制約により支障が生ずる
 - ④動物のヒト型菌感染に対する規定がないため、例えばサルが発病した場合に獣医からの届け出、それに基づく調査などが実施できない
 - ⑤生物テロ対策として不備である
- (3)通知行政の問題として、同居者を学校や職場での接触者に拡大解釈した通知は、法令の範囲（結核予防法第29条）を超えており、法令に適合しない入所命令の運用が行われた

- (4)国民の権利保護に関する新法等の制定（行政手続法等）によって、公衆衛生上の措置の必要性と国民の権利保護に資する一般法の提要との調整が不十分である

厚生科学審議会における議論と その後の経過

- 以上のような厚生労働省の説明に対して、厚生科学審議会感染症分科会では、次のような議論が行われた。
- ・2002年の厚生科学審議会感染症分科会結核部会報告書では、結核予防法を廃止し、感染症法に統合することは「時期尚早」とされていたが、その時点から何が変化して廃止するのか
 - ・結核予防法を廃止することによって結核軽視になり、特に地方自治体では予算や人員の確保に問題が生ずる可能性がある
 - ・感染症法には、定期健康診断、入院届、患者登録・管理、適正医療と公費負担制度、家庭訪問指導、医師の指示（DOTS）など結核予防対策

に必要な要素がない

- ・病原体管理の一つとして、多剤耐性菌を所持・輸送時の届け出対象にする必要性は疑問であり、診療や疫学的調査研究の障害になる懸念がある
- ・入院勧告・措置のため、72時間のいわゆる「応急入院」の後に感染症の診査に関する協議会（協議会）を開催することは困難である。また、自己退院する患者への対応は法的には強制力をもつが、困難で実効性に乏しい。逆に、長期間感染性がなくなる耐性菌患者をいつまで入院勧告するかについては、十分な議論が必要である
- ・感染症法は感染症対策の一般法ということであるが、HIVやクロイツフェルト・ヤコブ病など慢性感染症への対応には不十分なところがある

以上から、日本結核病学会と日本呼吸器学会は連名で、全国保健所長会も結核予防法廃止に関する反対声明を出した。また一部の新聞は結核予防法廃

表1 感染症類型の改正

類型	現行感染症法	改正感染症法
一類	エボラ出血熱、クリミア・コンゴ出血熱、痘そう、ペスト、マールブルグ、ラッサ熱、 <i>重症急性呼吸器症候群</i>	エボラ出血熱、クリミア・コンゴ出血熱、痘そう、ペスト、マールブルグ、ラッサ熱、 南米出血熱
二類	急性灰白髄炎、ジフテリア、コレラ、 <i>細菌性赤痢、腸チフス、パラチフス</i>	急性灰白髄炎、ジフテリア <i>重症急性呼吸器症候群、結核</i>
三類	<i>腸管出血性大腸菌感染症</i>	腸管出血性大腸菌感染症、コレラ、 <i>細菌性赤痢、腸チフス、パラチフス</i>

結核予防法は、結核が著しいまん延状況にあった1951年から、幾多の改正を経ながら、時代の結核対策を方向付けてきた。2005年4月施行の改正結核予防法後の混乱が続く同年9月から、結核予防法を廃止して感染症法に統合する議論が行われ、改正法案は2006年12月に可決成立した。本稿ではその背景および改正点を概説し、今後の対策について言及する。

止に疑問を投げかける社説を掲載した。法案は2006年3月に国会に上程され、12月の臨時国会で可決成立した。

感染症法の改正内容

主な改正点は、(1)生物テロや事故による感染症の発生・まん延を防止するための病原体管理体制の確立、(2)最新の医学的知見に基づく感染症の分類の見直し、(3)結核を感染症法に位置付けての総合的な対策の実施、となっており、BCG接種は予防接種法に位置付けられる。

(1)病原体管理体制の確立については、病原体を一種から四種に分類し、管理・規制される。「一種病原体」はエボラウイルス、痘そうウイルス等で、原則所持等の禁止。「二種病原体」はSARSコロナウイルス、ボツリヌス菌（毒素）等で、所持等の許可を要する。「三種病原体」は**多剤耐性結核菌**、熱コクシエラ、狂犬病ウイルス等で所持等の届け出を要する。た

だし、業務に伴い所持することとなった場合で、滅菌譲渡するまでの間の所持については届け出が不要とされており、診療や調査研究に障害とならないような配慮がなされた。「四種病原体」は**多剤耐性結核菌以外の結核菌**、インフルエンザウイルス(H2N2)、クリプトスポリジウム等で、基準の遵守が求められているが、それ以上の規制はない。また一～三種病原体は輸送の際に公安委員会への届け出をしなければならない

(2)感染症の分類は、表1のような分類の見直しが行われた

(3)結核対策の変更点としては、**届け出**はこれまで結核予防法第22条に基づき診断後2日以内であったが、今後は感染症法第12条によって診断後直ちに届け出が必要となる。**入院**については、結核予防法第29条では「入院命令」であったが、感染症法第19条以下で「入院勧告」となり、それに従わない場合には「入院措置」となり強制力（即時強制）をもつ。ただし、拘束下治療を行う施設はないので、実効性は疑問が残る。先の結核予防法改正の際に通知によって、同居者がいない場合には「命令入所」の対象にならないことになっているが、感染症法による「入院勧告」は同居者の有無は問わない。「命令入所」はあらかじめ協議会における診査が必要で、それまでの入院医療

費は公費負担の対象にならなかったが、感染症法では都道府県知事（実際は保健所長）が72時間以内のいわゆる「応急入院」の決定をして、その後、協議会の意見を聞いたうえで「入院勧告」を行う。入院期間はこれまで最長6か月であったが、感染症法における通常の入院勧告期間は10日以内に対して、結核は特例として30日間となった

結核予防法にあって感染症法になかった項目は、新たな条項として加えられる（表2）。また接触者健診については結核予防法第5条にあった「定期外健康診断」という用語はなくなるが、感染症法第17条に「健康診断」として規定されている。

今後の結核対策

改正感染症法では、上記のように厚生科学審議会における意見はかなり取り入れられ、結核対策に必要な枠組みは基本的に変わることはない。また、国会審議において、政府側から結核対策は後退することはないことが繰り返し述べられている。入院勧告は同居者の有無を問わず可能となり、接触者健診のための調査に法的根拠（積極的疫学調査）が与えられる等々の改正の利点が活かされ、これまで以上に対策が推進されるよう期待している。

（結核研究所副所長 加藤誠也）

表2 改正感染症法で変わらない項目

事項	結核予防法	改正感染症法
定期健康診断	第4条、第7～12条	第53条の2～9
接触者健診	第5条(定期外健診)	第17条(健康診断)
病院管理者の届け出	第23条	第53条の11
結核登録票	第24条	第53条の12
精密検査	第24条の2	第53条の13
家庭訪問指導	第25条	第53条の14
医師の指示	第26条	第53条の15
一般患者への医療	第34条	第37条の2

地域DOTSの展開

継続したDOTSを提供するために

日本版DOTS戦略体系図が発表されて4年が経過した。DOTS事業を立ち上げたものの、地域DOTSの展開に苦慮している自治体も多くみられる。その中で、すべての患者が安心して治療完遂できることを目標に、DOTS支援者が地域DOTSの基本理念を共有した地域DOTSガイドラインの作成や地域連携パスの取り組みが始まった。

日本版DOTSは、医療機関と保健所の綿密な連携の下で、入院中は看護師等による直接観察下の服薬確認（院内DOTS）を行い、退院後は患者や地域の実情に応じた服薬の確認方法（地域DOTS）を取り入れ、治療完遂を目指そうというものである。

2004年、厚生労働省は全国の自治体を通して、DOTS体制の実態を調査した。その結果、結核病床を有する医療機関の75%が院内DOTSを導入し、79%の保健所が地域DOTSを実施していた¹⁾。しかし、2005年の全国保健所長会による調査では、43%の保健所が「院内DOTSを実施していた患者を地域DOTSにつなげることができていない」と回答した²⁾。入院期間の短縮によって地域での服薬期間が延長される中、院内DOTSから地域DOTSへスムーズで一貫した服薬支援が求められている。

地域DOTSをみえる形に

「保健所でこんなに丁寧な患者支援がなされていることを知りませんでした」。

研修に参加した看護師からよく聞か



全国から保健師・看護師が集まり、地域DOTSの展開について協議した。平成18年11月、結核研究所

れる感想である。保健所が行っているDOTS活動を医療機関側に十分伝えきれていない地域も多いように思われる。

何をしているか知らない相手との連携は難しい。ある病院のDOTSカンファレンスでは、保健師から定期的に退院後の患者支援について報告してもらうことにより、保健所のDOTS活動への理解を深めている。また、ある地域では、病院と保健所が協働して服薬支援を実施した事例を発表する地域DOTS報告会を開催し、お互いの役割を認識することに努め、DOTS支援体制の構築を図っている。医療機関との連携をもう一歩進めたい保健所には、まず自分たちが行っている患者支援の実際を目に見える形で伝えることをお勧めしたい。その上で、「お互いがやれること」を話し合ってはどうかだろう。

地域連携パスの実践

退院後の継続した療養指導を目的に、外来患者へのクリティカルパスを作成する病院が増えている。しかし、退院後地元の医療機関に転院した患者では、外来でのDOTSによる服薬確認を依頼しても断られることが多い。その結果、外来パスが中断され、医療の継続ができない状況が生じる。治療開始から治療終了まで一貫した診療方針の下で、服薬支援にかかわるすべての者たちが同じメッセージを患者に届けながら治療終了まで見守る体制作りが

急がれる。そのためのツールとして、一部の地域で「地域連携クリティカルパス」の導入が始まった。DOTS事業の中で開発された「服薬手帳」や「アセスメント票」を地域連携パスに取り入れるなど、保健所と医療機関の積極的な協働を進めなければならない。

すべての結核患者がDOTSの対象

確実な服薬確認を通して治療を完遂し、感染の鎖を断ち切ることが、日本版DOTS戦略の目的である。すべての結核患者が治療終了まで安心して療養できるためには、患者の生活スタイルに合わせた支援の提供が必要になってくる。しかし、DOTSにかかわる保健師から「DOTSタイプにとらわれ、訪問や面接という単一のメニューになりがちで、優先すべき患者の意見が十分に取り入れられていない³⁾」という声がある。実際、地域DOTSの主たる服薬支援者は「常勤保健師」が8割を占めている²⁾ことから、今後、患者の生活にかかわる人々や関係機関への積極的な協力依頼や身近な地域服薬支援者の発掘がますます必要となる。

(対策支援部長 小林典子)

参考文献

- 1) 佐藤 愛. DOTSの実態調査 自治体へのアンケートから. 保健師・看護師の結核展望 2006; 87: 73-5.
- 2) 新谷幸弘. DOTSの実態調査 全国保健所へのアンケートから. 保健師・看護師の結核展望 2006; 87: 76-8.
- 3) 藤 亜希子ほか. 地域DOTSの工夫. 保健師・看護師の結核展望 2006; 88: 70-5.

DOTSからSTOP TB 10か年戦略へ

2006年1月のダボス会議（世界賢人会議）において、“STOP TB Strategy 2006-2015”が発表された。“DOTS”を旗印としてきた過去10年間の結核対策を更に進めようというもので、公衆衛生対策から患者中心の医療への変化も併せて提言している。DOTSは既に過去のものになったのか？ 最近の世界の結核対策の動きを以下に概説する。

2006年後半の結核対策分野における最大の話題は、超多剤耐性結核（XDR-TB）であった。南アフリカで多くのエイズ合併患者が、非常に短期間のうちにXDR-TBで命を落としていることが報告された。これは1990年前後に北米で起きた、感染症・エイズ病棟で医療スタッフを含む多くの死者を出した集団感染事件の再現ともデジャビュ（既視感）とも言われており、決して新しいことではない。しかし、このことをきっかけにRFPとINHに耐性である多剤耐性結核菌の多くが、カプレオマイシンなどのアミノグリコシド系注射剤やニューキノロン系薬剤に対しても既に耐性を獲得していることが、各地で明らかになってきた。ここで注目したいことは、このXDR-TBに対して世界は今までとはまったく異なる反応を示そうとしていることである。それは、「途上国の患者であっても薬剤耐性結核が正しく診断され、適切な治療が受けられる体制を整えていくべきだ」とするもので、新

たな結核対策の方向性を象徴する動きと言える。

2006年からの新戦略は、国連ミレニアム開発目標に呼応し、2015年までに結核有病率と死亡率の半減を具体的なターゲットとしており、以下の六つの柱が活動の中心となっている。①DOTSの更なる拡大と質的向上、②TB/HIVや多剤耐性結核などの問題への取り組み、③ヘルスシステムへの貢献、④すべてのセクターの医療従事者の動員・参加、⑤患者の権利拡大とコミュニティの活性化、⑥新たな技術の開発やオペレーショナル研究などの活動の推進である。

WHOや長く結核対策に取り組んできた従来からの技術支援機関の多くは、“DOTS”を結核対策の根幹と位置付けていることに変わりはないが、“DOTS”の5要素には変化がみられる。診断では、ハイリスク者の検診での発見も見据え、“有症状受診者を対象に”という言葉が消え、また培養検査などの普及を考慮して“塗抹顕微鏡検査”が“結核菌検査”に置き換わった。更に治療では、患者の人権重視の観点から服薬直接監視（DOT）という表現が消えて“服薬指導・支援”が前面に出ており、これをもって「DOTSは過去のものになった」ととらえる動きも出てきた。モニター・評価では、従来の治療成績のコホート評価だけでなく、対策プログラムそのものの疫学的効果を測ることが提唱され、結核有病率調査が多く

の国で計画されるようになった。

途上国でも抗エイズウイルス治療が拡大する中、結核の迅速な診断治療が得られるか否かが、HIV感染者の健康な生活維持を規定する大きな因子となる。X線検査の早期の活用も新たな診断アルゴリズムに加えられた。エイズ医療に引っ張られる形ではあるが、途上国での結核対策でも“患者中心の医療”が実施されるべきであることが提唱されている。塗抹検査の限界も認め、子どもでもエイズでも多剤耐性であっても、すべての結核患者が診断・治療の対象になることが目指されている。また私立医療機関の結核対策への参加を視野に入れた「結核医療の国際標準」*が出版され、各国でその普及が試みられている。

新薬・新診断技術の開発も進み、フィールドテストの準備も始まっている。今後10年の間に、尿などの検体による簡易迅速試験により活動性結核の診断ができ、治療期間も2か月以内となるという夢も実現される勢いである。

世界基金の登場や研究開発費の増加もあり、今、世界の結核対策は大きな転換期を迎えている。2006年はその象徴とも言える年であったが、患者を早く診断し確実に治癒するという原則には変わりはない。現場の状況を理解した対策の継続・進展が、新戦略・新技術の導入でもかぎとなるであろう。

（国際協力部長 小野崎郁史）



▲ストップ結核世界計画2006-2015

* 「結核医療の国際標準」：日本語版を結核研究所にて制作中。6月のシンポジウムで配布予定

新しく始まった「結核登録者情報システム」

「結核発生動向調査」の名称で親しまれてきた電算化結核サーベイランスは、「結核登録者情報システム」として2007年1月から出発した。なお、改正後の感染症法の施行に伴い、2007年4月から結核発生届は「感染症発生動向調査システム」にも入力されることとなる。

わが国では1987年、世界に先駆けて、保健所における結核登録者管理に電算化結核サーベイランスシステムが導入された。その後、92年に履歴情報の追加、98年に活動性分類の変更に伴う総合患者分類の導入とコホート情報が加わった。このたび9年ぶりにシステムの変更が行われ、2007年1月から運用が開始された。新しいシステムは、これまでの保健所、都道府県・政令指定都市（区市）、国の3階層に替わり、保健所（LDB）、国（CDB）の2階層となった。LDBとCDBはOn-line（WISH/LGWAN）でつながっており、LDBに入力されたデータの一部は、同時にCDBにも反映される。月報は定められた日時にCDBから自動出力され、保健所ならびに区市は直接CDBにアクセスして閲覧ならびにCSVデータをダウンロードすることが可能である。年報は基本的に月報と同様に作られるが、年報の場合には修正期間が準備される。以下、内容を中心に新しいシステムの概要を述べる。

①整理番号は自動発番

これまで整理番号の付け方は保健所に一任されていたが、全国でただ一つの番号が保健所で自動発番される。転出者は、転出先でも同じ番号が使われる。

②届け出の迅速化

自治体によっては発生届を受理してもすぐに登録せず、結果的に月報報告時期に間に合わないこともあった。そこで届け出の迅速化を図るため、名前、住所等最少の情報があれば登録可能な「仮登録」が導入された。

③転出入情報の自動転記

都市部の保健所では1年間に10%の登

録者が転出することも珍しくない。転出入に伴う入力作業業務の軽減と情報の正確な転記のために、システムに入力された個人情報（名前、生年月日、住所）を除くすべての情報は、転出先の保健所に自動で転送されるようになった。

④登録中の再治療の取り扱い

治療終了後フォローアップ中に再排菌し、治療が再開されることがある。しかし、これまでは整理番号を変えて登録し直すことはしなかったため、統計上は治療終了期間も含めて継続して治療していたと見なされた。今回、除外区分に「登録中の再登録」という区分が加わった。これによって、登録中の再治療者には自動的に新たな整理番号が発番され、再登録されることとなった。

⑤治療成績判定の見直し

治療は結核対策の最も重要な要素である。医療基準に従った確実な治療を支援するため、また治療成績の判定を先進国の国際基準に合わせるため、自動判定方法が見直された。これまで転出者や治療開始時にINH、RFPの未使用者は対象から除かれていたが、今回これらも含め肺結核全員が対象となった。判定区分にはこれまでの「その他」「不明」がなくなり、新たに「転出」「12か月を超える治療」「判定不能」が加わった。また、治癒と完了の判定には6か月、9か月と固定した評価期間を決めず、実際に治療終了した月を起点に培養検査結果から判断されるようになった。

⑥コホート・DOTS支援

コホート情報を管理する画面はこれまでと同じ1画面であるが、他の情報と関連し、履歴で入力された菌情報や治療状況は自動的にコホート情報として反映さ

れるようになった。治療中に転出する者は「転出」となるが、転出先では治療継続しているものとして判定される。多くの自由設定項目が準備されているので、保健所の目的に合わせての運用が可能である。コホート検討会用帳票出力機能も準備された。

⑦結核診査協議会支援

入力された登録者情報の有効活用を目指し協議会前後の情報管理と資料の出力を準備した。

⑧検索システムの強化

保健所では、過去の登録記録の確認や管理検診対象者の打ち出し、監査資料作成のための情報検索など、さまざまな目的で患者検索の必要性が高い。これまでも項目を指定した検索機能はあったが、これが更に拡充されクイック検索となった。また項目、コードをさまざまな条件で組み合わせ検索できる詳細検索も準備された。検索された情報はCSVデータとしてダウンロードできる。

⑨接触者管理システムの追加

接触者管理システムは保健所のみ置くシステムである。情報は(1)初発患者、(2)接触グループ、(3)接触者の順にすそ広がり登録される。初発患者が自保健所の登録者であれば、初発患者情報は登録者管理システムから自動転記される。検診未受診者警告機能があり、検診記録がチェックされる。勧告書、措置書、検診依頼書等の設定と出力が可能である。

このように新しい登録者情報システムは現場を重視し、多くの新機能が追加された。地域の結核対策のために新システムが有効に活用されることを期待する。

(研究部主任研究員 大森正子)

Tuberculosis Case Management and Contact Investigation Intensive

結核患者管理と接触者健診強化研修に参加して

今回私は、サンフランシスコ市にある The Francis J. Curry National Tuberculosis Center において、2006年3月7～10日に行われた上記研修に参加する機会を得ました。アメリカ西部ブロック各州（カリフォルニア、アイダホ、ハワイ、ワシントン、アラスカ、ネバダ）の結核担当部署で働く看護師、保健師、ケースマネージャー、コーディネーター、接触者健診調査担当者など20人が参加していました。

講義は、基礎的な知識の確認およびケーススタディや演習を多く取り入れた、実践的な患者面接技術の向上を目指した内容でした。参加者が持参した接触者調査票や患者アセスメント票などの書式は、コンピュータで処理できるものや手書きで使うものなど、その州によってさまざまでした。結核対策の精度保障（Quality assurance）で使用したコホートケーススタディでは、演習を通して具体的な手技を学びました。コホートケーススタディは西部ブロックではまだワシントン州でしか行われておらず、すべての州への展開はこれからとのことでした。治療評価だけでなく接触者健診の実施状況や結果の評価も含まれ、結核対策の評価としてこのようなコホートケーススタディを行うことは、大変重要なことと再認識しました。

アウトリーチ（ヘルス）ワーカーのDOT訪問（7人のDOT；中国人5人、ロシア人1人、フィリピン人1人）に同行しました。訪問時、言葉が通じない中国人との会話はジェスチャーでしたが、必ず握手をするなどのスキンシップがあり、確実に服薬を見守る毎日の訪問の積み重ねが、信頼関係を築くことにつながると感じました。

結核看護の質の高さとは、治療開始の早い段階で信頼関係を築くことにどれだけ力を注げるかにかかっており、これによりその後の接触者健診への患者の協力度が決まります。アメリカでは多剤耐性結核、薬物中毒、アルコール、外国人、再発者など、日本よりもはるかに多くの問題を抱えています。研修参加者たちからは、「罹患率4.9となった今こそ気を緩めない！」という真剣な姿勢と考え方を学びました。この熱意を受け、これからの日本の結核看護活動に還元していきたいと思います。

なお、この研修は、結核研究所主催第9回国際結核セミナーの講師であった Dr. M. Kawamura のご厚意と森 亨 結核研究所名誉所長の推薦により受講が認められました。両先生に深謝いたします。（対策支援部保健看護学科長 永田容子）

▼サンフランシスコ風景



▲DOTワーカーによる訪問DOT（右は薬・水・喀痰容器）



▲中国人患者とその家族

2006年度日本公衆衛生学会総会自由集会について

結核研究所では、日本公衆衛生学会において毎年、集団発生の対策に関する自由集会を開催しています。第65回目の今回は10月25～27日に富山で開催されました。会場となった「サンシップとやま」の外観は、「新しい福祉の船出」を表現してヨットの帆の形を模しており、総ガラス張りの近代的な施設でした。主会場と離れていたにもかかわらず、120人以上のかたがたがお越しくださいました。

集会では最近話題の二つの分子疫学的最新技術を取り上げました。まず、QFT-2Gについては川崎市の大家吾郎先生に事例紹介をお願いしました。川崎市では生活保護受給者や野宿生活者からの結核発生が多く、若年者の集団感染事例も後を絶たないようです。そのような中で、QFT検査を公費で行うためのガイドラインを作成するなど、積極的にQFTを活用されていることが印象的でした。もう一つのRFLP・VNTRについては、大角晃弘研究部主任研究員が都内繁華街での集団感染事例の解析内容を紹介しました。

ディスカッションでも活発な意見交換が行われ、これら最新技術への関心の高さを伺っていました。今後は、全国的にもこれらの技術が活用されていくことが望まれます。

2007年度のお誘いで学会でも自由集会を開催いたしますので、近隣のかたは奮ってご参加ください。

（対策支援部放射線学科長 星野 豊）

結核研究所に寄せられた相談のまとめ

結核研究所では、電話、FAX、Eメール等により結核の相談への対応を行っている。今回は、2006年（1月～12月）に寄せられた相談の報告を掲載する。

どのようなかたから相談があるか？

今回、結核研究所に寄せられた相談の総数は629件、そのうち電話やFAXによるものが372件（59%）、代表メール宛が257件（41%）であった。相談者の所属は保健所が最も多く323件（51%）、次いで医療機関122件（19%）、都道府県庁48件（8%）の順であった。相談者は保健師が最も多く205人（33%）、医師155人（25%）、一般55人（9%）であった。

表 相談内容

内 容	件 数
定期外健診	141
BCG	84
治療	64
症状・感染・発病	58
患者支援	35
化学予防	32
定期健診	30
外国人	22
法改正関連	9
その他	173
合計	648※

※いただいた629件の質問のうち、内容が複数の分類にまたがる場合は複数にカウントしている

相談内容 一定期外健診の相談が多数一

相談の内容は、表のとおりである。

最も多かった定期外健診に関しては、個々の事例への対応や、新しい感染診断法であるQFTの使用法に関するものが多く見られた。BCGについては、小児の接種が直接接種に変わったことに伴い、接種時期やコッホ現象に関する質問が寄せられた。治療に関する質問は副作用や治療期間についてのものなど、さまざまであった。症状や感染・発病に関する質問は、医療機関で結核と診断された一般の方より、病気に対する不安を訴える声が多く寄せられた。また、対応が難しい外国人の患者に関する相談も寄せられている。

*

*

*

*

結核研究所では、いただいた質問を、その内容を専門とする職員に割り振って回答いたしており、定期外健診などは経過を追って継続して相談に応じています。

今後も結核に関するご質問・ご相談に対応させていただきますので、rit@jata.or.jpまでお寄せください。

また、ホームページ（www.jata.or.jp）で結核に関する最新の情報を提供していますのでぜひご活用ください。

（対策支援部企画・医学科 森田恵子）

Information

●2007年度研修日程（於：結核研究所）

- 医師.....
 - 医師8日間コース 6月12日～21日
 - 胸部X線読影コース 11月13日～16日
 - 医師臨床コース 10月18日～20日
 - 結核対策合同アドヴァンスコース 2008年1月28日～2月8日
- 保健師・看護師.....
 - 保健師対策5日間コース 6月25日～29日, 9月10日～14日
 - 夏期集中コース 7月23日～24日
 - 保健師・看護師等基礎・実践コース 10月2日～5日, 11月19日～22日, 12月4日～7日
 - 結核対策合同アドヴァンスコース 2008年1月28日～2月8日
- 臨床検査技師.....
 - 抗酸菌検査実習 応用コース 8月31日～9月4日
 - 結核菌検査実習 基礎コース 9月3日～7日

- 診療放射線技師.....
 - 夏期コース 8月22日～24日
 - 結核対策とX線画像コース 11月13日～16日
 - 結核対策と医療監視コース 11月27日～11月30日
 - 結核対策合同アドヴァンスコース 2008年1月28日～2月8日
- 結核事務担当者.....
 - 結核行政担当者等短期コース 10月9日～12日

*各研修の詳細はホームページをご覧ください。

●2007年度結核予防技術者地区別講習会

- 山形県：7月12日・13日／山梨県：6月14日・15日
- 静岡県：8月2日・3日／大阪府：7月19日・20日
- 愛媛県：6月21日・22日／長崎県：7月26日・27日