



結核 “ゼロ” 宣言

結核死ゼロ、新感染ゼロ、
結核による苦しみゼロ

公益財団法人結核予防会結核研究所 所長 石川 信克



INDEX	結核“ゼロ”宣言	1
	潜在性結核感染症治療指針	2
	首都圏及び近畿地区における 小児結核症例検討会の継続的開催	3
	結核対策指導者 養成研修修了者による全国会議	4
	Tスポット®.TB	6
	・改訂学校検診マニュアル ・第71回日本公衆衛生学会総会	7
	相談件数/研修案内	8

今、結核をめぐる世界の動きの中で、世界ミレニアム開発目標 (MDGs) の一区切りである 2015 年以降、結核やエイズを含む感染症をどう位置づけるかが問題になっています。従来、問題にされてこなかった非感染症 (NCD: Non-Communicable Disease) への関心の移行、結核のように個別の対策よりも、全ての人々がケアを受け易くできる仕組み (UHC: Universal Health Coverage; 国民皆保険制度など) が優先されるべきだ、という議論です。それら自体には新しい課題として意味があります。しかし、その結果、世界的な資金の流れが、感染症対策から他へ移り、結核対策 (抗結核薬や DOTS への支援など) への力が弱まってしまいう危険があります。

結核の危険因子としての非感染症 NCD

それに対抗して出てきている動きは、まず、非感染症疾患と結核の関係への注目です。従来あまり関心が払われなかった糖尿病、喫煙、飲酒、低栄養など結核対策の危険因子として取り組んでゆこうという点です。これまでの文献からは、糖尿病の結核発病相対リスクは 3 倍、喫煙の相対リスクは 2 倍、飲酒過多は 3 倍などの報告、多剤耐性患者の喫煙率は普通の結核患者より有意に高いという報告もあります。結核をさらに減らしてゆくためには、NCD への取り組みを同時にやる必要があります、その中でまた結核対策への関心や予算を減らさないようにしていこうという狙いがあります。

結核ゼロは達成できる

もうひとつの動きは、結核ゼロ宣言です。これは市民社会グループの掛け声でもあります。

- (一) 結核は予防でき、治療できる、
 - (二) 結核死、結核感染、結核による苦悩や差別は起こってはいけないことで、その原因は政治的な決意の欠如による、
 - (三) 世界のどの国も、このゼロを達成できる可能性をもつ、
- という確信から、従来の MDGs の目標のように、結核死を半減させよう、増加から減少の流れを作ろう、などの中途半端なものでなく、はっきりした目標、結核ゼロを打ち出そうという動きで、これは叫びとも言えます。

昨年、世界結核肺疾患予防連合の世界大会でも、ストップ結核パートナーシップ調整理事会でも、この宣言が支持されました。

米国では、すでに結核制圧 (elimination) を国策にして、成果を上げています。まず政治的決断、予算配分、社会的弱者への対策、積極的な患者発見、接触者健診、予防的治療、加えて住民、市民社会、民間組織の協力は必須です。多くの国々でもこの路線で結核対策を推進し始めています。

私たちの地域、県、国全体、そして世界から結核をゼロにするには、さらに大きな政治的関心のうねりをつくりださねばなりません。そのためにどうすべきか、ご一緒に考えてゆきたいです。

潜在性結核感染症治療指針

Guideline Of Latent Tuberculosis Infection Treatment

公益財団法人結核予防会結核研究所

副所長 加藤 誠也

潜在性結核感染症治療は予防指針の方針にもあるように今後の低まん延状態に向けて重要な戦略になると考えられる。結核病学会予防委員会・治療委員会はさらに積極的に進めるための「潜在性結核感染症治療指針（仮称）」の検討を行っている。

策定の背景

日本の結核罹患率は 2011 年には人口 10 万対 17.7 になっており、今後、低蔓延に向けた対策の強化が求められている。2011 年 5 月に厚生労働省告示として今後の対策の方針を示した「結核に関する特定感染症予防指針」では医療提供に関する事項として、結核医療提供体制の再編成、地域連携体制の強化とともに、潜在性結核感染症 (Latent Tuberculosis Infection; LTBI) の患者に対する治療を積極的に推進することが明記されている。

これに先立つ 2005 年 2 月に日本結核病学会は「さらに積極的な化学予防の実施について」を発表し、中高年の過去に感染を受けた人を含めて、疾患や治療による免疫抑制要因があるために発病リスクが高い人に対する化学予防を推進することとした。

その後の状況の変化として、①LTBI が医療基準に含められ、LTBI 治療の年齢制限が撤廃された、②感染診断法としてインターフェロン γ 遊離試験 (Interferon Gamma Release Assay; IGRA) が広く使われるようになった、③TNF α 阻害剤の種類が増加し、適用疾患も拡大しリウマチ、免疫性皮膚疾患、消化器疾患等にも使われるようになった、④免疫疾患を治療する医師に対して結核に関する制度等が周知されていない等がある。

以上のような状況から、日本結核病学会予防委員会と治療委員会は合同で「潜在性結核感染症治療指針（仮称）」を策定することとし、以下のような検討を行っている。

LTBI 治療対象選定の考え方

治療対象の選定に際して、次のようなことを総合的に検討する必要がある。

①個々の疾患・病態の感染・発病リスク、②IGRA を用いた感染診断の妥当性、③胸部画像診断：活動性病変、または陳旧性病変の有無、④発病した場合の影響：二次患者発生のリスク及び治療対象者の合併疾患の病態への影響、⑤副作用出現の可能性、⑥治療完了の見込み（服薬コンプライアンスの問題が疑われる場合）

発病リスク要因と LTBI 治療対象

LTBI 治療対象と考えられるのは、発病リスク要因の中で相対危険度が高く、結核あるいは LTBI の治療を受けたことがないものである。ただし、菌の曝露状況や免疫抑制状態を考慮して、再感染の可能性が高い場合には再治療の検討が必要な場合もありうる。

具体的なリスク要因として、最近の感染者（感染性患者との接触者）、HIV/AIDS、臓器移植（予定者を含む）、TNF α 阻害剤の投与を受ける者、慢性腎不全、胸部 X 線検査での線維結節病変（陳旧性肺結核）及びこれらに相当する発病リスクがある場合と考えられる。ただし、慢性腎不全や陳旧性肺病変を有する患者は高齢者が多いことから、副反応出現の可能性等を考慮すると対象者は必ずしも多くない可能性がある。

これらに次ぐ発病リスクがある場合で、複数のリスクが重複する場合や、個々の患者の病態を考慮して、LTBI 治療の実施を検討すべき状態として、副腎皮質ステロイド剤使用（経口、高用量の吸入）、その他の免疫抑制剤使用、コントロール不良の糖尿病、低体重、喫煙、胃切除等がある。高まん延国出身者は、出身国・地域の罹患率・年齢・生活環境を考慮して、適応を検討する。医療従事者の雇用時の健康診断で IGRA 陽性になった場合には、最近の感染が疑われる場合に LTBI 治療対象と考えられる。

終わりに

この手引きでは上記の他に、LTBI 治療の薬剤と治療期間、副作用とその対策、経過観察の方法、DOTS の必要性、また、結核医療を専門としてない医療機関のために、結核対策に関する制度等が含められる予定である。今後、結核病学会予防委員会・治療委員会合同でさらに検討の上、学会誌や学会のホームページで発表される予定であるので、ご参照いただきたい。

首都圏及び近畿地区における小児結核症例検討会の継続的開催

国立病院機構南京都病院 小児科

医長 徳永 修

医療・保健行政関係者が一堂に会して、発症に至った小児結核症例を振り返り、各症例が抱える予防・診断・治療支援に係わる問題点について討議し、共有できた情報を今後の小児結核対策・診療に活用することを目的に、近畿地区及び首都圏において「小児結核症例検討会」が継続して開催されている。毎回、100 名を超える医療・保健行政関係者が参加しており、症例数が順調に減少してきた小児結核に対する関心を再度喚起する重要な機会となっている。

わが国の小児結核症例は順調に減少しており、2006 年以降の年間新登録患者数は 100 例未満で推移し、小児に限った罹患率は低蔓延国の代表である米国を下回る状況に改善してきた。一方で、子どもたちの周囲で生活する成人の結核罹患率は未だ中蔓延と評価される状況に留まっており、子どもたちにとっての結核感染機会は未だ無視できる状況に至っていない。特に成人症例も偏在する首都圏や近畿地方などの大都市部を中心に小児結核症例の発生が続いており、診断の遅れにより重症化に至った例や学校における大規模な集団感染事例へと進展した事例も散見されている。医療・保健行政関係者が小児結核症例に遭遇する機会が少なくなったことにより、小児結核に対する関心が低下し、結果として感染・発病例の診断精度低下につながっている可能性も推測され、小児結核に対する関心喚起と正確な知識の普及啓蒙は益々重要となっている。

この「小児結核症例検討会」は発症に至った小児結核症例の社会的背景、予防・診断・治療に係わる問題点を個別に検討し、今後の個別かつ重点的な小児結核対策へと反映することを目的に、結核対策に関する厚生労働科学研究の一環として平成 15 年度に大阪地区でスタートした。当初は大阪府下で発生した症例のみを対象としていたが、平成 17 年度からは対象を近畿地区全域へと拡げて開催されており、近年は毎回 100 名以上の医療・保健行政関係者が参加している。さらに、平成 22 年度からは首都圏でも同様の症例検討会がスタートし、今年度は近畿地区で第 10 回目の、そして首都圏においても第 3 回目の症例検討会開催を迎えた。毎回の検討会では過去 1 年間に各地域で発症に至った小児結核症例から

症例背景、診断・治療経過などに特に課題を有する 3～5 症例を抽出し、診療に当たった医療機関及び健診や治療支援等に係わった保健所から、それぞれの視点で事例呈示を行っている。開催当初より多く見られる「家族の社会的機能に課題を有する例」や「感染源症例が判明した後の事後対応に問題があり発病に至った例」の他、最近では「医療機関における診断の遅れ (Doctor's delay) が重症化につながった例」や「結核高蔓延国からの転入小児例」、さらに「多剤耐性結核症例との接触後、感染・発病に至った例」などが呈示されており、最近の小児結核を取り巻く状況の変化も反映している。参加者は各症例が抱える問題点について建設的なディスカッションを行い、今後の小児結核対策・診療に活かすべき教訓を共有する場となっている。それぞれの症例検討会の後半部分では小児結核診療に関連するトピックス（例えば、「小児を対象とした IGRA の適用」、「コッホ現象」、「小児結核発病例全国調査」など）をテーマとした講演も企画されており、参加する医療・保健行政関係者が小児結核に関する知識をアップデートする機会ともなっている。

米国の小児結核の大家である J.Starke は「小児結核症例はその地域における結核の伝播状況を鋭敏に反映しており、現在適用されている結核対策の有用性を評価する重要な指標である。」と述べている。今後も小児結核症例検討会を継続して開催し、共有できた貴重な症例を今後の小児結核対策に活用するのみならず、地域全体における結核対策の課題も検討しその改善に役立てる機会としたい。

結核対策指導者 養成研修修了者による全国会議

平成24年12月1日(土)～2日(日)

厚生労働省結核感染症課課長補佐 吉澤 大

結核対策指導者養成研修は、結核全般にわたって精通し地方自治体に対して指導的な役割が果たせる専門家を養成する目的で平成4年以来、国の委託のもと結核予防会結核研究所が1年に1回開催している研修会である。今年度で21回目の開催となり、120名ほどの先生方が研修を済まされ、地域の結核対策指導者として第一線で活躍されている。

今回12月1日～2日にわたり、結核対策指導者養成研修を修了された先生方による全国会議が結核研究所で開催された。平成4年度に1期生として受講された先生から昨年受講終了された先生まで初日には計46名の先生方が参加されていた。結核に関する施策を考えるにあたり現場での実情を把握することは非常に重要なことと考え、今回の講習の中で時間をいただけたことから、①医療供給体制について、②患者発見：外国人、高齢者等という議題で1班6名程度に別れて討論していただいた。

①については、如何にして医療アクセスを確保しつつ適正な結核病床を確保するかについて、課題点も踏まえて討議頂いた。結核患者数減少とともに、結核病床の必要数も低下してきている。現在、一病棟単位での結核病床を確保できる医療機関は少なく、結核病床を維持するには不採算性が問題になっているという意見もあった。一方で、県内に結核病床を有する医療機関が少なく医療アクセスの観点で非常に入院加療に支障が出ているという声も出された。感染症病床と結核病床の法的あり方についても検討された。結核を診療できる医師が少ないことで、結核病床以外での結核患者の診療については慎重な意見も出された。合併症を有する肺結核罹患高齢者の診療は今後増加する可能性がある。そのなかで感染

対策について施設の整備も含め対応が必要となる。国全体での結核病床数は減少が求められるものの、自治体にとっては地域の実情に基づいて適正な配置が必要となりその調整に苦心していることが浮かび上がってきた。

②については外国籍の患者の流入をどの段階で抑止するかについて、また高齢者問題については高齢者施設からの患者の出口問題についても議論された。外国籍患者対策には、入国前での胸部単純撮影での検診の妥当性や入国時の検査あるいは、入国後の市町村での住民検診の活用など具体的な意見が出された。対費用効果や患者発見率などの問題で課題が山積していることが認識された。薬剤耐性結核患者の国内への流入についても議論され、入院勧告に従わない結核患者への法的限界とその対応について事例を踏まえて討議された。高齢者問題については退院後の受入施設選定困難により在院日数が増加する事案も報告され、今後受入時の高齢者施設との具体的な連携の必要性が議論された。

多くの先生方から現場での経験の基づく現状報告や具体的な提言が多く出され、今後の結核対策に大いに重要な意見をいただいた。一方で、結核病床の不採算性、病床数の減少、高齢者対策、薬剤耐性結核対応や外国籍患者対策など多くの問題が複雑に関連しており、様々な意見を集約して施策の方向性を定めていく必要性を感じた。併せて結核行政については多くの関係者の熱意によって保たれている実情も垣間見ることができた。今後、若手の後継者育成の重要性と、結核患者数の増加を来さないよう国としても一層の施策の構築が必要であると感じた。

平成20年度より、結核対策指導者養成研修修了者のネットワーク構築と最新情報の提供を目的に「全国会議」を開催している。今回は、LAMP法、IGRA、新抗結核薬、LTBI治療指針、BCG接種、改訂学校健診マニュアルに関して最新の情報を提供し、医療提供体制、患者発見、DOTSをテーマに班討議を行い、地域における実施状況や課題に関する情報共有の機会になった。
(結核研究所対策支援部)

山形県置賜保健所所長 山田 敬子

今回も昨年同様、2日間にわたり現在課題となっている事項について討議を行いました。3つの課題に対してトータルで7時間を超えて(2日目は昼食の時間も含めて)熱い討議が繰り広げられましたが、医療・行政・健診機関・研究機関、また北は北海道から南は九州までの広い地域の方々と討論できたのは、非常に刺激的でした。

特に1日目は、厚生労働省の吉澤課長補佐が、①医療提供体制については病床利用率の低迷の一方で合併症患者の受け入れの課題を、②患者発見については外国籍患者が増える中での課題と、高齢者結核の問題点を発言いただいてから討議を進めたので、大いに盛り上がりました。具体的に①では、すでに地方の結核が少ない地域で病床削減が進んだ結果アクセスが非常に悪くなり、高齢者では社会的(長期入院)な問題や専門医不足が深刻と話題になりました。モデル病床は通常使用していないため拒否されることがあり、感染症病床での受け入れを進め、専門医と一般医間のネットワークづくり(その際、それぞれが行う診療の基準を作成することや研修の工夫など)が提案されました。将来的には結核病床区分をなくす方向へとの意見もあり、そのため初期研修医の診療経験目標に結核が必須であると強調されました。②では、入国者のスクリーニング検査を行うタイミングや項目、また診断後に途中で母国へ帰ってしまうことが多く、その際の交通手段や耐性結核のことが問題になりました。高齢者の発見では画像上の見逃しが多いため、喀痰検査を積極的に行うことの重要性が話題となりました。実際、電子カルテで結核菌検査をルーチン化している病院もありましたが、福

祉の場や在宅では喀痰検査が実施しにくい課題もあり、(嘱託医を含めた)関係者の啓発と連携が重要であるとの意見が多数出ました。2日目の③DOTSの課題と今後については、生物製剤使用におけるLTBI治療により対象患者が増え負担が大きくなった保健所がある一方で、届出が不十分であったり、支援する保健師の数が余りにも少ないこと、若年者支援の困難性が話題となりました。それに対してLTBI独自の服薬手帳全国版(医師・患者向け)、ITの活用(若年者向け)が提案され、また「予防内服」という用語が誤解を招く要因との指摘もありました。地域連携ではパスの活用と合わせて、高齢者では特に生活支援、その際のソーシャルキャピタルの重要性が増すことが話題になりました。最後にBeyond DOTSでは、高齢者結核の発見の遅れによりDOTS対象にならない診断直後の死亡例が後を絶たないことから、早期発見の重要性が繰り返し強調され、加えてVNTRの活用で感染性の高い菌の絞り込みを試みることや糖尿病患者などのハイリスク者に対する節目健診などのユニークな提案もありました。

直ちに実施出来そうなことから、法改正が必要な事項までの幅広い意見交換でしたが、自由な発想からの提案が、今後の結核対策の推進の一助になればと願うばかりです。



T スポット®.TB

公益財団法人結核予防会結核研究所
副所長 加藤 誠也

■結核感染診断

結核の感染診断法として、従来、ツベルクリン反応（ツ反）が使われてきたが、BCG や非結核性抗酸菌の影響を受けるため特異性が弱点であった。結核菌特異抗原刺激によって血液中のリンパ球から遊離されるγインターフェロンを測定して感染診断する検査法は Interferon Gamma Release Assay (IGRA) と呼ばれ、高い特異性が得られるのが特長であり、広く使われるようになってきている。これまでクオンティフェロン®TB（以下、QFT）が唯一の IGRA 検査であったが、2012 年 11 月に T スポット®TB（以下、T-Spot）が保険適用となった。

■検査原理

現在使用されている QFT-G（いわゆる第 3 世代）では結核菌特異抗原である ESAT-6, CFP-10、TB7.7 が専用試験管に予め添加されている。採血した全血を陰性コントロール用、特異抗原用、非特異抗原用の 3 本の試験管に分注し 16-24 時間培養した後に、インターフェロンを ELISA 法で測定する。これに対して、T-Spot は末梢血からリンパ球を分離して規定の細胞数となるよう調整してから ESAT-6, CFP-10 とそれぞれ反応させて、刺激に反応しインターフェロンを産生したリンパ球に対応する SPOT の数を計測する。

T-Cell Xtend® を用いることにより採血後、32 時間まで検査を行うことができる。T-Cell Xtend® の添加は採血後から検査開始までのいつでもいい。

■判定基準

ESAT-6 及び CFP-10 で刺激したスポット数から陰性コントロールのスポット数のそれぞれの差を判定値とする。

表 1	判定基準	
測定値(最大値)	判定	
8以上	陽性	
6,7	陽性・判定保留	
5	陰性・判定保留	
4以下	陰性	

結核菌特異抗原を用いて刺激し、リンパ球から遊離されるインターフェロンを測定し感染診断する方法は Interferon Gamma Release Assay (IGRA) と総称され、ツ反にはない優れた特異性からこれまでクオンティフェロン®TBゴールド広く使われている。これに加えて 2012 年 11 月より保険適応になった T スポット®TB も同様な使い方ができると考えられる。

「判定保留」の場合、検査結果の信頼性がやや低下する可能性があるため、再検査が推奨されている。また、陰性コントロールのスポット数が 10 を超える場合及び陽性コントロールのスポット数が 20 未満になる場合は「判定不可」となり、再検査が推奨される。

判定上の注意は、QFT と同様、以下のとおりである。
①ESAT-6, CFP-10 と交差反応を示す *M. kansasii*, *M. szulgai*, *M. marinum*, *M. gordonae* 感染の場合は区別できない、
②結核菌に暴露されてから、検査結果が陽性になるまで（ウィンドウ期間）は QFT の経験から 8-10 週間、場合によってはさらに長時間を必要とする場合もあるので結果の解釈の際に考慮に入れる必要がある。
③検査結果が陽性であっても最近起こった感染か、長期間経過したものかは判定できない。

■適用

T-Spot の適用は QFT と同様で、
①接触者健診、
②医療従事者の健康診断、
③免疫抑制状態にある患者に対する LTBI 治療適応の診断、
④菌陰性活動性結核の補助診断、が考えられる。QFT と T-Spot は一方で明確な結果が得られない場合に他方を実施するようなことはありうるが、通常は当初から組み合わせる用いることはない。

■QFT との違い

QFT は採血時に 3 本の専用試験管に 1ml ずつ分注し、震盪する必要があるが、T-Spot はヘパリン加採血管 1 本の採血のみである。しかし、T-Spot の検査自体はリンパ球分離のプロセスがあるなど、QFT よりも複雑である。

診断特性については T-Spot の方が感度は高いが、特異度は低いとの報告が多かったが、近年、特異度は QFT と変わりがないとの報告もある。免疫能が低下する病態においては、T-Spot はリンパ球を分離して数を調整する過程があるため、QFT よりも感度低下が小さいとの報告がある。

日本における評価は今後データの集積が待たれるところである。

改訂学校検診マニュアル

Revised Manual of TB Screening in
Primary and Junior High School

公益財団法人結核予防会結核研究所 副所長 加藤 誠也

■改訂の背景

学校における結核検診は平成 15 年に問診票方式になったが、文部科学省では「学校における結核検診に関する検討会」において検討を行った。全国の保健所の協力によって行われた調査では 2003 年から 08 年までの 6 年間に発生した小中学生の結核は 295 人、その中で学校検診によって発見された患者は 19 人（年平均約 3 人）と判明した。検診発見患者中、問診項目で該当が多かったのは「家族の結核罹患歴」、「高まん延国居住歴」であった。また検討会では、結核対策委員会は保健所と学校の情報共有や学校が専門家から助言を得る機会となり連携を強める意義があったが、近年はインフルエンザ対策等で連携の機会が増えたことから、積極的に維持する必要性は少なくなった、との意見が出された。

■改訂マニュアルによる検診

以上のような結果を踏まえて、文部科学省は平成 24 年 3 月に「学校における結核対策マニュアル」を発刊し、検診実施方法を改正することとした。検診の流れは、問診による情報の把握→学校医による診察→教育委員会への報告→精密検査→事後措置となった。問診票は保健調査票に併合しても差し支えな

結核で結ばれた二つの「一期一会」

—第 71 回日本公衆衛生学会総会—

結核研究所対策支援部放射線学科 科長 星野 豊

「一期一会」という言葉は、元は千利休による茶道の教えが語源となっています。「今の出会いは生涯に一度きり、互いに誠意を尽くすべき」というこの心得は、対策支援部が研修会や事業を開催する時に忘れてはならないものです。平成 24 年 10 月に山口県で開催された第 71 回日本公衆衛生学会総会でも、二つの「一期一会」がありました。

一つめの出会いは、研究所の事業や結核対策の重要性を啓発するための展示ブースです。今回のブースでは基礎知識のポスターや自由集会の案内、研究所 Web の紹介などを行い、多くの来場者とお話できました。そんな中、東北地方の新人保健師さんから「結核対策の仕事をしてみたい！！」との声を聞くことができ、研修会での再会をお約束しました。

い。結核対策委員会は必置でなく、精密検査対象者の選定にあたって教育委員会は必要に応じて地域の保健所や結核の専門家等の助言を受けることとなった。

問診項目は従来通りの 6 項目であるが、①本人の結核罹患歴、②本人の潜在性結核感染症治療歴、③家族等の結核罹患歴については、保健所の管理健診または接触者健診の対象であることから、保健所に任せる方針とし、保健所の健診等の対象に該当しながら、受診していない場合には保護者に対して保健所に相談するよう指導する。⑤自覚症状（2 週間以上の長引く咳や痰）は結核であった場合に周囲の者に感染させる可能性があることから、精密検査まで待つことなく医療機関で診断を受ける。⑥BCG 未接種は、乳幼児に対する直接接種が始まる前に、BCG 接種時にツ反陽性のため未接種となった者は極めて小さながらも感染・発病のリスクを持つ可能性があることから、精密検査の対象とした。しかし、24 年度以降の入学児童は BCG 直接接種であるため、未接種が感染リスクに関わることはなかった。しかし、集団感染の可能性のある事件での迅速な対応が必要な者として把握することとした。以上より、精密検査対象者は実質的には④ 6 か月以上高まん延国に居住歴がある者の入学時または転入時の 1 回のみとなった。対象国は WHO が指定している 22 の高まん延国で最も罹患率が低いブラジル以上の罹患率を持つ国となった。

■終わりに

小児結核は減少しており、健診発見の対象は極めて限られる状況になったが、感染予防のためには、日常の健康観察の中で、長引く咳・痰有などの症状時に、早期に医療機関受診を勧め、受診を確認することが重要である。

もう一つの出会いは、自由集会の開催による参加者との交流です。美しい紅葉に包まれた山口県教育会館での集会では、高齢者施設や遊技場での事例報告を行いました。参加いただいた方々のほとんどが研修会の受講生や講師、結核対策の指導者であり、旧交を温めると共に情報交換に花が咲きました。

平成 25 年 10 月に三重県津市で開催される次期総会でも、「一期一会」の心得を忘れずに皆様とまたお会いしたいと思います。山口では「瀬祭（だっさい）」という銘酒と出会いましたが、三重県のお酒も楽しみです。



▲日本公衆衛生学会総会

展示ブース▶

結核研究所への相談件数について (電子メール、FAX、電話など)

結核研究所 対策支援部 企画・医学科科長 平山 隆則・安川 文

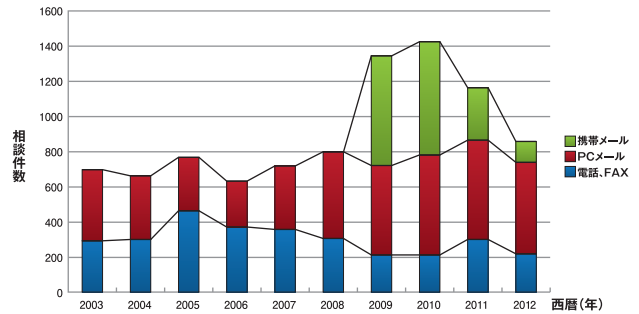
2012年1月から12月までの相談窓口を通じた総相談件数は856件で、前年より310件減少しております。これとは別に、臨床・疫学部への直接の相談は149件でした。相談者の内訳では、医師や保健師等の医療関係者や自治体や保健所からの相談件数は大きな変化がないのに比べ、医療関係者以外の一般の方からの相談件数は、2009年から2012年にかけて、691件から652件、327件、146件と毎年減少しております。2009年は芸能人の結核発病のニュースの影響もあり、一般の方の結核への関心が高まっていたと考えられますが、これからも結核への関心が低下しないように知識を普及させる活動を継続していく必要があると考えております。

相談内容別に見てみますと、一般の方からの相談件数の低下に伴い、結核の基礎知識に関する相談件数が2009年から2012年にかけて666件から、663件、323件、159件と毎年減少しております。患者支援に関する相談件数は43件から52件と毎年増加しており、地域における個々の患者支援の重要性が高まり、服薬支援計画から評価活動や関連機関の連携形成が進んできて

いる影響と考えられます。接触者対応に関する相談件数は昨年より44件減少の149件と、まだまだ対応に迷う事例が多数相談されているものの、少しずつ「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」の活用が浸透してきていると考えられます。なかでも、IGRA検査の考え方については、「現場で役立つクオンティフェロンTBゴールド使用の手引き」に過去の相談例をもとにQ&Aが紹介されており、現場で参考になっていると推測されます。また、外国人患者への対応に関する相談件数も昨年同様に62件と多数寄せられており、自治体での外国人患者への対応の困難さと苦勞を表していると考えられます。

結核研究所では2012年8月にホームページを改訂し、結核に関する知識がわかりやすく検索できるようにしました。その結果、一般の方からの基礎知識に関する相談件数もさらに減少傾向にあります。また今後は、よくある相談事例をホームページで紹介することで、結核医療や行政の日常業務に役立つ情報を提供する予定です。

結核研究所相談件数の推移



2013年度結核研究所研修のご案内

● 医師

- 医師・対策コース 6月10～14日, 11月11～15日
- 医師・臨床コース 9月26～28日
- 結核対策総合コース 2014年1月20～31日

● 保健師・看護師等

- 保健師・対策推進コース 6月3～7日, 6月24～28日, 9月9～13日
- 保健師・看護師等基礎実践コース 10月1～4日, 11月19～22日, 12月10～13日
- 最新情報集中コース 7月29・30日
- 結核対策総合コース 2014年1月20～31日

● 診療放射線技師

- 結核対策とX線画像コース 6月11～14日
- 最新情報集中コース 7月29・30日
- 結核対策と医療監視コース 11月12～15日
- 結核対策総合コース 2014年1月20～31日

● 臨床検査技師

- 抗酸菌検査実習コース 7月1～5日

● 結核事務担当者

- 結核行政担当者コース 10月8～11日

● 結核対策担当者

- 結核対策指導者養成研修 第1期5月27～31日, 第2期*, 第3期*

*第2期と第3期は研修生と協議の上決定いたします。

● 2013年度結核予防技術者地区別講習会

- 北海道 : 8月27・28日 / 岩手県 : 9月5・6日
- 神奈川県 : 7月11・12日 / 福井県 : 8月8・9日
- 大阪府 : 7月18・19日 / 鳥取県 : 7月25・26日
- 鹿児島県 : 8月1・2日

*各研修の詳細はホームページをご覧ください。