

# 新しい結核予防法への取り組み

と き ● 平成16年9月29日

と ころ ● 結核予防会会議室

座 長：森 亨 (結核研究所長)

演 者：(50音順)

阿彦 忠之 (山形県村山保健所長)

牛尾 光宏 (厚生労働省健康局結核感染症課長)

加藤 誠也 (結核研究所対策支援部長)

櫛 時子 (東京都福祉保健局健康安全室感染症対策課結核係次席)

豊田恵美子 (国立国際医療センター呼吸器科医長)

## ● 結核予防法改正の柱，関係者の反応

**森** この度複十字誌創刊50年，第300号ということで，複十字誌のみならず結核予防会にとっても節目の時を迎えました。折しも，結核予防法の53年ぶりの改定にもぶつかっており，この号はまさにタイミングの



森 亨氏

いい特集号になると思います。今日は新しい結核予防法や関連制度の改定をめぐって，今後それをどのように生かすかについて議論を展開して頂きたいと思います。

まず，厚生労働省の結核感染症課長として，今回の結核予防法改正に一番ご苦労頂いた牛尾課長から。

**牛尾** 今回の改正には4つの大きな柱があります。1つは，感染症法と現在の結核予防法との比較をすると，国の基本指針が感染症法にあって，結核予防法にはない。むしろ，急性感染症を中心とした感染症法よりは，長期間のさまざまな施策を計画的に展開していかなくてはならない結核予防法にそれがなく，ぜひ盛り込みたいと思いました。そういう意味で，国の基本指針，それに基づく都

道府県の予防計画の策定というのが，今回の1つの大きな柱です。

2番目は，現在の制度が出来た昭和26年と結核罹患状況を比較すると大幅に改善されてきており，より効率的な健診を行うため，19歳以上を対象とした毎年の健診でなく，より重点的でリスクに応じた健診を実施すべきということ。

3番目がツ反なしでのBCG接種。今の小児の罹患状況とできるだけ早く接種すべきということ踏まえての改正です。

それから，法律の中でDOTSの考え方を盛り込みたいというのが，4番目の柱でした。

そのほか，例えば結核診査協議会等の名称や委員の構成等々ほかにも改正点はございますが，大きな柱は4点です。



牛尾 光宏氏

**森** 1999年の緊急事態宣言以来，厚生労働省，厚生科学審議会が検討を重ねて方向性を作ってきた制度ですが，阿彦先生は審議会委員として新しい法律をどうお考えになりますか。

**阿彦** 医療や積極的疫学調査，サーベイランスなどに関する法改正がもう1段階ないと，現場では

不都合という部分もありますが、感染症法と同様に結核予防法にも体系づけられたらいいと思ったことの半分くらいは、今回の改正で入ったのではないかと思います。



阿彦 忠之氏

ただ、国と自治体でお金がかから

なくなる対策ばかりが優先されて、業務を減らすためにEBMが切り札にされているという状況があります。ツ反をやめてBCG直接接種、健診も大幅に対象を削るということがまず優先されていますが、単なるリストラではなくて、地域の実情に応じた計画性のある結核対策を、どこの県でもやってもらえるようにしないといけない。我々山形県で言えば、「結核は全国で3番目に低いから」と予算を削られる方向に議論がいつてしまう危険があります。そこで、都道府県予防計画を作ることの意義は非常に大きいので、この部分の改正はぜひ生かしていかなければならないと思います。

**牛尾** 私どもも今回の改正が100%のものとは思っておりません。とりわけ入院治療の問題は、医療法にも関わりますが、国立療養所が独立行政法人化されたりして、今のままの結核病床制度でいいのかというのが長年の課題になっておりますから、引き続き検討しなければならぬと思っております。

ただ、今回の改正について、健診やツ反なしのBCG接種が行政の負担を軽くしただけ、と受け止められておりますが、新たに何か展開するためには、昔背負っていた荷物を下ろさなければなりません。私どもの思いは、結核予防法改正を契機としてぜひ時代や地域のニーズをくみ取って、より実効性の上がる結核対策を進めていきたいというものです。

## ●● 都道府県予防計画策定に際して

**森** 国が基本指針を作り、それに呼応して都道府県が独自の計画を作って地域独自の問題に対応す

るという点は目新しいことですね。その中で地域の結核対策の拠点である保健所の役割が重要ですが…。

**阿彦** 「都道府県結核予防計画は感染症予防計画と一体のものとして策定してもいい」という条文があるので、多くの都道府県は、感染症予防計画の焼き直しのような形で結核予防計画も作るのではないかと想像するのですが、結核予防計画と感染症予防計画とは性格がかなり異なるということを強く提案したいと思います。最も異なるのは、結核は地域ごとのサーベイランス情報が豊富であるということ。まん延状況の地域格差だけではなくて、予防対策、患者発見やハイリスク集団の特徴、治療成績などの各地域の問題点や特徴が明らかになっていきますので、それを計画の中に明記して、県民や県内の医療関係者の方々に周知を図ることが、非常に重要だと思えます。一方、感染症の予防計画はどちらかと言うと各都道府県で金太郎飴ですので、お手本の言葉を少し直せば作れたはずで

それから、達成目標とそのための戦略を具体的にイメージするという面で、結核予防計画を今の感染症予防計画にそのまま入れ込むのは、実際は難しいのではないかと思いますね。別立てにしなければ、期待するような計画にはならないんじゃないかと思います。

保健所については、DOTS戦略を地域で進めるための人材育成や環境整備が1番大きい役割だと思います。それから、地域の結核情報センターということで、登録漏れをなくす、発生動向調査の精度を上げる、各保健所単位で対策をきちんと評価して公表する機能は、これからも強化しなければいけないと思います。結核対策の質の保証的な機能は、例えばBCG接種なども市町村支援という中で、直接接種下での接種率や、接種技術の確保に向けた対策など、保健所が強化をしなければいけないと思います。最後に、集団感染対策などの危機管理は、結核以外の感染症でも今重要になっていますし、国も将来は、保健所を安全安心の拠点ということで再構築・機能強化をしようという方針もあるようですので、やらないといけないと思います。

**牛尾** 法律に感染症の予防計画との統合規定を設けた趣旨は、感染症対策と一体で計画し、推進するためであり、統合するしないは最終的には都道府県の判断ですが、当局としては基本的には、統合を勧めるスタンスです。

現在、感染症法とは別に、結核予防法と狂犬病予防法という2つの法律が、厳然として残っています。個人的には10年、20年先だと思いますが、結核も狂犬病も感染症法へ統合されることを視野に入れて、都道府県の予防計画は一体のものとして作成することが望ましいという含みを残しております。

**森** 一体のものという中に、第1部感染症編、第2部結核編という形は。

**牛尾** ええ、結構でございます。つけ加えさせていただきますと、計画自体よりも、策定の段階において、多くの関係者がその都道府県の現状をよく理解し、それを改善するにはどうすればいいか考えるプロセスの方が、むしろ重要ではないかと思っています。その時に、目標や戦略をできるだけ明示することは不可欠であろうと思っております。

**森** 東京都は1番大きい地方公共団体ですけども、予防計画策定の準備は、どういうふうになっていますか。

**梶** 当初は感染症予防計画に準じて作成できるのではないかという考えもありました。しかし、実際には結核予防計画として、基本から考えなければ策定できないと分かり、まず現状分析を行い、いわゆる大都市の問題が東京都においては具体的にどのような状況なのかなどを検討しているところです。



梶 時子 氏

東京都は複雑な行政体系になっており、特別区は各区で、多摩地域は都の保健所と市町村で分担するなど地域により異なり、それぞれが対策を行うという状況でした。計画

を策定することで、役割分担も明確になります。

計画策定には、区、都、市町村それぞれからも策定委員にと考えています。計画の中に市町村への技術的支援について、どのように表していくか、非常に難しいところです。

**加藤** 結核研究所では都道府県予防計画策定に関する「手引き」の検討を始めています（結核研究所ホームページwww.jata.or.jp参照）。ある程度データを入力したら解析して計算結果が出てくるというような、より容易にその地域の結核問題の特徴が明らかになるツールを早急に開発していきたいと思っております。予防計画策定に当たっても、都道府県からご要望があれば、技術的な支援をしたいと思っております。



加藤 誠也 氏

## ● 市町村への支援が鍵

**森** 新しい制度では市町村の裁量が非常に大きいですね。これは地方分権の尊重ということが土台にあると思うんですけども、市町村に相当しっかりして頂かないと、骨抜きになる部分がたくさん出てきますよね。

**阿彦** 例えばBCG接種が1歳まで\*になるということで、早速管内の市町村に集団接種のところは来年の3月31日までに何回接種機会があるか聞いていくと、1回しかないというところもありますので、現状で4歳未満の未接種者の人数などを把握して、1回では無理であれば、回数を増やす必要がある。あるいは個別接種の市もあるんですが、小学校1年生の問診票の申し出の評価をしてみたところ、個別接種の市では接種率が低く、小学校1年生でBCG接種歴がない子が多いんです。そこで、個別を基本にしているところは、休日等に集団接種日の設定を試みてはどうか。そういったことで、来年の3月までに何とか接種漏れ対策を保健所から支援したい。予防接種については法律の中にも、

\*平成17年4月から施行される結核予防法施行令における予防接種の定期：生後6月（地理的条件、交通事情、災害の発生その他の特別の事情によりやむを得ないと認められる場合においては、1歳に達するまでの期間）

「市町村長は保健所長の指示を受けて…」というような条文があり、市町村の方でも的確な指示を待っているわけです。きちんとした指示を行えない保健所は、あてにならない保健所だと言われてしまうということ、保健所長会でも言っていますので、そういった支援をまず年度内にはきちんとしたいと思います。

健診についても、例えば、ホームレスは住所がもともとないわけだから、市町村が決めると言っても、なかなか難しい問題ですね。広域的な見地から、都道府県がこういった方は対象者だということを示すという計画に示すということも、市町村支援になるのではないかと思います。

**森** 65歳以上の健診、ホームレスや中小零細企業の健診などの実施に対して、市町村長の判断を保健所が支援することは可能ですか。

**阿彦** 可能だと思います。山形県の高齢者の患者の割合の高さは、全国でもトップレベルで、80歳以上の患者が新登録者の30～35%です。介護老人保健施設、あるいは介護支援センターなどの職員の方々に研修を行えば、患者発見などのキーパーソンになってもらえる場合が多いと思います。従来の結核健診は、市町村の健康課といったところとの関係が強かったんですけども、これからは高齢者福祉の関係部署との連携がより重要になってくると考えています。

**森** 加藤先生、結核研究所の研修、あるいは対策支援一般というのは、保健所がお客さんで、市町村にはなかなか直接届かないんですけども、そこら辺何かお考えがありますか。

**加藤** 今後、結核まん延度が低下する一方で対応が技術的に難しくなっていくという傾向は変わらないと思います。その中で技術的水準を保障するのは保健所です。しかし、現実には優秀な保健所だけではない、という懸念は残ります。例えば集団発生の技術的援助などでも結核研究所がより一層きちんと対応しなければいけない部分があります。

ロンドンの結核対策の視察（スタディツアー）に行ってきましたが、英国ではhealth protection agencyという国の機関があり、集団感染のような大きな問題には、中央からかなり介入して支援を行っています。日本では事の重大さによっては、

このようかなり強力な支援の方式を作るべき部分があると思います。実質的に市町村や保健所が困ったケースについては、結核研究所がかなり技術的支援をしていますが、必ずしも常に相談して下さるわけではない。

**桐** 都内の保健所間でも罹患率が大きく異なり、活動も異なります。市町村への支援がしっかりとできるように、保健所が支援すべき部分を予防計画の中で明確にして、技術向上を図るほかないと思います。

今のところ市町村では法改正についての認識が薄いような気がします。BCG直接接種についてはある程度周知されていますが、健診対象者について、市町村が検討して決める部分については、十分に周知されていませんし、難しいと思います。保健所の支援がないと混乱すると思います。

## ● 医療従事者への普及啓発を

**森** 新しい体制の実施に関して、あるいは広く結核全般について、第一線の医療関係者に啓発することの重要性ですが…。

**豊田** これまで医療現場の人たちにとって、とくに若い人ほど、結核という病気自体が理解しがたいものでした。結核予防法となるとさらに理解できなかった。その点、今回の改正に際して、一般の方々や医療従事者に対して、もっと啓発・広報のキャンペーンがあってもいいかなと思います。私たちも若い先生たちに教育をしなくてはならず、今回教材を組み直そうと思っていますので、いいチャンスではあると思っています。



豊田 恵美子 氏

**森** 保健所による医療施設の監視の中で院内感染対策はどのように扱われていますか。

**阿彦** 医療法第25条に基づく立ち入り検査は、病院は年1回、診療所は3年から5年に1回行われ

ています。院内感染対策については、全国保健所長会の研究班が提案した自主管理票というチェックリストがあります。院内感染対策は365日の対応が必要で、しかも院内感染対策委員会が各病院にありますので、委員会で定期的にその自主管理票を用いて点検することを保健所から要望しておき、立ち入り検査に先立ちそれに記入したものを頂きます。立ち入り検査当日は、自己評価結果を見ながら現場を確認するということが、全国のかなり多くの保健所がやっていると思います。そしてその中に結核の院内感染対策も盛り込まれています。例えば職員に2段階法のツベルクリン反応検査をやっているかどうか、咳がひどい患者さんをきちんとトリアージできるような環境になっているのかなど、結核の院内感染対策マニュアルに載っているような重要ポイントは、きちっと入るような形のチェックリストになっています。

## ● 人材育成はどこが中心となるか

**加藤** 結核研究所では、医師、保健師・看護師、放射線技師、検査技師、行政担当者に対し、職種に応じた研修をやっています。研修修了者がこれまでに8万数千人おりますが、その方々がその内容をずっとキープできるか、あるいは日々状況が変わっている中で、知識を新たにしてくる機会があるかという問題があり、技術水準確保のための仕組みが、やはり必要であろうと思います。

特に、研修の多くが補助金（特対費）で行われていますので、今後特対がなくなると参加が困難になると思います。財政面を含め、人材育成・技術レベルの確保に誰が本当に責任を持つかということが大事な問題じゃないかと思っています。

**森** 研修の必要性に関しては、基本指針に随分詳しく繰り返し出ていますね。

**牛尾** 基本指針は、多くの先生方のご意見を取り入れる形で作った面がございます。そういう意味では研修なり普及啓発、あるいはどこが責任を持つかを明確にしてほしいという声、それだけ強かったことの反映であろうと思っています。

普及啓発について言えば、行政主体がメインの責任を有する。院内感染となると、医療機関が責任主体でしようし、行政担当者などの結核対策従

事者の問題は、従事者本人と同時に雇用している行政主体の責任になるのかなと思います。都道府県予防計画のなかで、各対策を実践するのは誰であるかということを確認していくことが必要ではないかと思っております。

**森** 対策の中で市町村の裁量が大きくなっているとき、市町村職員の資質の向上も重要ですが、結核研究所の研修に市町村からの参加を奨励するような方法があるでしょうか。

**牛尾** 合併が進められている中で、市町村は今後10年ぐらいでだいぶ変わる可能性があると思いますが、今の段階では市町村よりは保健所が中心となって、技術的な担保を行ってもらうのが、1番スムーズではないかと思います。もちろん、市町村からの研修参加は排除するものではありませんが、全市町村まで一定のレベルを維持するというのは難しい。市町村の担当者は数も少ないし、結核以外にもいろんなことを担当している現状を考えると、やっぱり都道府県、保健所が中核になるべきではないかと思っております。

**加藤** 結核予防会は今後とも普及啓発を最も大事な仕事の1つとして続けなければならない。特に政策決定の裁量が都道府県や市町村に移るとすれば、その意義や内容をそこに分かりやすく伝えることがますます求められていくと思います。

## ● 日本版DOTSと病院・保健所連携

**森** 今まで実施体制に関して議論してきましたが、ここで具体的な話に移ります。まず日本版DOTSについて、現場に1番近い立場にいる梶さんから。

**梶** 日本版DOTSについて、平成15年度末に都内の保健所と結核病床を持つ医療機関にアンケートを行いました。まだ法的根拠はありませんでしたが、何らかの形でDOTSを実施している保健所は約7割、事業としては4区が実施していました。

今回法改正に伴い、保健所でDOTSを事業として実施したいという問い合わせが複数の区からあり、保健所としてのスタンスは、ある程度は整ってきていると感じています。東京都はこの10月から東京都版21世紀型DOTSとして、事業を開始することになりました。マニュアルを整備し、アセスメント票やDOTSノートを作成して多摩地域に

ある東京都保健所が実施します。

医療機関については、DOTSに対する認識にばらつきがあり、アンケートでは23病院中12病院で何らかの形で院内DOTSを実施している、という回答が得られましたが、院内DOTSの必要性を感じないという回答の病院も3病院あり、訪問調査をしてもその回答は変わりませんでした。「直接服薬確認をするのは患者さんに失礼ではないか」、「DOTSをやらなければならないのであれば、結核病床はもう持てない」、という病院もありました。逆に、DOTSへの取り組みが進んでいる病院ではDOTSカンファレンスで地域との連携を行い、DOTSノートも独自に作っています。結核病床を有する病院の間にさえ、これだけ格差があります。DOTSへの認識にばらつきある病院と、これから事業に取り組む保健所でどのように連携していくかが非常に大きな課題です。

**森** 医療機関と保健所は1対1に対応していませんが、連携の取り方は。

**豊田** 私どもの病院では院内DOTSは全患者に実施しており、全然問題は生じていませんし、結核医療全体がDOTSによってうまくいっていると私は思っているので、都のアンケート結果にはびっくりしました。患者の治療の完遂が最優先事項で、DOTS戦略は国際的な常識だと思っています。入院中は患者さんがその場にいるので、何ら問題なく事は運ぶのですが、外来に移られてからは、やはり保健所の力を借りなければ難しい。最近、都から何らかのDOTSはやるべしということを知りたくしたので、私たちも保健所に対して「退院後の患者さんに外来で何らかのDOTSをやらなければいけないことになっているので」とお願いできるんです。

DOTS会議では月に1回外来・入院患者全員の治療状況などについて話し合っています。私どもの病院がある新宿区は患者数が多く、都全体からの、時には他県からの患者さんもいたりして、すべての保健所の保健師さんなどにその場に来て頂いて話し合いに参加してもらうのは難しいんですが、患者さんの個別の面接で来院された時には必ず担当が患者さんと一緒にお話しているようです。

それから、プライバシーの問題に注意しながら

も、保健所とは電話などで密接に連絡を取り合うようにしており、「この患者さんはそろそろ退院しますので、どういうDOTSをやってくれますか」と保健所に電話したり、来院して頂いて相談したりしています。

**阿彦** 山形は患者さんが少ないので、結核病床を有する病院は県内1カ所のみで、病床数は50床です。これに対して保健所は4カ所あって、四半期に一度は必ず保健所の担当者とそれから県庁の担当者が病院へ出向き、合同の連絡会議を持っています。患者が一番多いのは私どもの保健所で、担当保健師が院内のDOTSカンファレンスがある時に出席しています。

保健師が患者面接をすると、院内DOTSを受けている方も看護師さんに言えなかった不満などを保健師に言って、そこで調整することもあるなど、保健師がカンファレンスに加わる利点もあるようです。

**森** このごろ結核研究所の研修に看護師さんが結構参加していて、保健師さんと机を並べて同じ勉強をしています。非常にいいことだと思っています。

**加藤** 最近の保健師・看護師研修の参加者の3割以上は看護師さんですね。

**阿彦** 病院のDOTSは、国立療養所の看護師さんを結核研究所の研修に派遣して頂けるようになってかなり変わったと思います。ですから、全国の結核病床を有する病院の看護師さんなどリーダー的な人に参加して頂くというのは非常に効果的だと思います。

**森** DOTSが突破口になって、保健師と看護師が一緒にものを考え、言えるようになったという、結核以外の医療の分野でもモデルになりそうな話ですね。

医療に関して、DOTSに失敗して多剤耐性などの重症結核など、難しい状況に陥った人たちのマネジメントでのご苦労について...

**豊田** ここ10年の間に、ホームレスの方であるとか、健診を非常に受け難いような社会経済的弱者に関しては、最近なぜかとてもよい進展が見られていると思います。DOTSを始めたのは、ホームレスからだったということもあるのですが、並

行して健診も実施して頂いているので、10年前ほど前には多かったホームレスの重症者は、私どもの病院ではほとんど見られなくなってきています。

私どもの病院では多剤耐性結核で長く入院している方はいませんが、国立病院機構のネットワークでは、多剤耐性結核はやはり大問題で、対応はまだ研究段階だと思しますので、それに期待するところ大です。

**森** 先生の病院は、政策的に短期入院を行っていますね。

**豊田** 医療センターでは国際的な退院基準に合わせて昨年退院基準を変更しました。確かに短くなって、1～2カ月間で退院して行かれる人たちも多い。ただやっぱり以前と変わらず長い人もいらっしゃる。退院の根拠を培養から塗抹へ変えただけではなかなか全体的には短くはなりません。結果的には平均入院期間は70日ですが。

## ● 健康管理の機会に恵まれない人々への対策

**阿彦** 結核発病のハイリスク者として、全国的に多いのは高齢で基礎疾患を有する人だと思います。その患者発見方法や背景を山形県の新登録者を対象にこの1年分析しているのですが、発見方法としては基礎疾患で受診している「かかりつけ医」のもとで、年1回レントゲンを撮ったら見つかったという人も、市町村の定期健診による発見患者と同じくらいいるんですね。80歳以上の方ですと9割方「かかりつけ医」にかかっていますので、そこで年1回胸部レントゲンを撮る方が比較読影もできますし、市町村の健診にこだわらなくても、そういうやり方をむしろ推奨した方がいいんじゃないかと思っています。

また、医療機関受診ということであれば、糖尿病や悪性腫瘍（がん）の患者に偏在化しているというデータをきちっと示して、そういう患者が長引く咳を訴えている場合などは、とにかく結核を疑えといった啓発を医療機関向けに行うことによって、早期発見が促進されるのではないかと思います。

**森** 同じようなことから、基本指針には、老健施設や精神病院とか、本来医療の管理の下にあると考えられる人たちに関しても、結核に十分配慮した健康チェックをするようにと書かれていますね。社

会経済的弱者のるつぼを抱えている東京都は…。

**梶** 都のハイリスク集団としては若年層、住所不定者、在日外国人が問題になっています。昨年の統計では、15歳から29歳まででは罹患率が全国の約2倍です。集団発生の状況を見てみると、学校関係など若年層の集団で多く起こっています。フリーターや学生が多く、接触者健診を計画しても実施できず、また、その人がほかで感染源になってしまうなどということも問題になっています。

住所不定者は「山谷」地区に多く、受診の遅れや治療中断による重症化、再発が多い。山谷地区を主に管轄している区では罹患率が100を超えており、対策に苦勞しています。昭和38年から山谷地区の健康相談室で結核の健診を実施し、平成9年から特対事業でDOTSを実施しております。9年から15年度までに84人が対象になり、67人が治療完了しています。今後はいかに患者発見を早期に行い、DOTSにのせていくかが課題です。

在日外国人対策としては、日本語学校健診及び外国人検診を行っています。日本語学校は健診を希望した学校のうち、受診を希望した在学生に対して行っており、昨年は0.28%という発見率でした。外国人検診は、外国人が多い地域に検診車を出し、昨年は3回実施しました。241人に実施し、有症状者7人が出ています。ただ、その後治療に結びつけて治療完了までいくのが非常に難しく、転居や帰国を理由に行き先が分からなくなることが多い。



排菌したまま脱落し、別の場所で感染源となる可能性が非常に高いと思います。

**森** 法改正では、このあたりに実効性ある規定、その運用が考えられているのでしょうか。

**牛尾** まず、法制上、一律に外国人を規制することが適切かどうか非常に問題で、すべての外国人が問題でもありませんし、また、年齢で区切ることもできないだろうということで、市町村において、対象者の捉え方は、かなり柔軟にできるような書きぶりにしておつもりです。

これは主に東京なり大阪なりの大都市の問題で、全国的に考えればそんなに大きな課題にはなっていないのかもしれませんが、むしろ、最近では地方にもそういった方々が移動されているというような話も聞きますから、近い将来そういう問題が地方でも出てくるかもしれませんですね。

## ● 国際協力 日本が果たすべき貢献

**加藤** 日本の感染症対策全体に対する貢献は、沖縄サミット以来、エイズ・結核・マラリア基金の設立に至った経緯からしても、海外からも高く評価されていますし、その中で結核対策には特に大きな貢献をしていると思っています。専門機関の中でも、結核研究所はWHO、IUATLD、米国CDCなどと共に貢献した機関として認識されています。私が長期専門家として派遣されていたフィリピンのJICAプロジェクトのように、また結核予防会独自のミャンマープロジェクトのように現場での活動もありますし、いわゆる後方支援も多くしています。関わっているJICAの結核対策プロジェクトは、ほかにもカンボジア、ネパール、イエメン、アフガニスタン、パキスタン、ザンビアなどがあります。

**森** 世界的には先進国だけの結核の根絶は無理、自国のためにも途上国の結核を減らさなければ、という認識になりつつありますが、この国際協力に対して日本政府としてどうかかわるべきとお考えでしょうか。

**牛尾** そもそも私が厚生労働省へ入ったのは、学生時代の難民医療活動、国際保健に携わりたいという気持ちを原点としております。また約15年ぐらい前には自身もWHO西太平洋地域事務局に2年

間、APOとして勤務いたしました。日本が特に結核予防会を中心として、とりわけアジア地域において大きな貢献をされているということが、世界的に大きな評価を受けているにもかかわらず、日本国内であまり知られてないのは非常に残念なことです。現在も結核予防会がさまざまな活動を世界において展開されており、国際研修を通じて各国のリーダーが育っているということに非常に喜んでおります。結核に限らず、感染症全般はわが国だけで防止できることではありませんが、特にアジア地域においてはやはり日本が大きなリーダーシップをとっていくということがますます求められる。国としてもそういった方面について、まず啓発、あるいは関心を呼び起こすとともに、できる限りのことをやるべきだと思っております。

## ● 研究の推進と応用

**加藤** 結核研究所は一昨年機構改革をし、基礎研究については、それを応用して対策に役立てるような研究をすべく抗酸菌リファレンスセンターを立ち上げました。私どもの対策支援部は、その研究を現場に還元できるようにという活動をしています。研究所は基礎研究を応用につなげる調整という大きな役割を持っており、今後とも果たさなければならぬと思っております。

**豊田** 研究成果の臨床への応用といった面では、やはり薬がもっと欲しいと考えます。現存の薬では、リファマイシン誘導体、現に広く使われているのに承認されていないニューキノロン製剤等を、正規に使えるようにして頂きたい。それから、米国にはあるが日本では使えない静注用リファンピシンとか、リファブチンも欲しい。診断の面では、クウォンティフェロンなどが早く使えるといいなと思います。

**森** 日本の結核の臨床研究は、今まで療研や国療化研という優れた共同研究の組織があり成果を上げてきた。そういう組織を今後も大事にしていかなければいけませんね。例えば、有力な抗結核薬が日本で開発され、治験をやる場合、日本でできるでしょうか。

**豊田** 日本で治験をする場合、二重盲検というところが、やはり苦手ですね。他の治験も実

際、私たちも治験管理室というようなところをお願いしたりして、やりやすくはなっているんですけど、実際患者さんを選ぶところで躊躇することもあります。しかし今後は積極的にすべきだと思っています。

### ● 結核予防会へのメッセージ

**森** 最後に、私どもの結核予防会、種々難しい問題があります。公益法人に対する補助の見直しということで、結核研究所の補助金が削られ、このまま2、3年しますと、今の枠組みが保てない状況になっています。一方結核対策の変換期でやることは山積している。そういう問題を抱えた結核予防会ですが...

**豊田** 結核予防会はリーダーシップをとって頂く意味で、大変重要な存在だと思っていますが、結核の専門家の先生方はみんな紳士的で遠慮深いところがあるのか、もっと遠慮せずに大きな声で号令をかけて頂ければ、治験等に、医療機関としてはもっと積極的に参加させて頂けるのではないかと思います。

**梶** 結核予防会は様々な研究をされていて、それが行政の事業に反映されますので、ぜひこれからも研究や研修において先駆的な分野に取り組んで頂きたい。また、結核予防会東京都支部には様々な事業で協力を頂いていますので、専門の知識を持った医師や保健師が支部にもいらっしやると、さらに連携が図りやすくなると思います。

**阿彦** これからも人材育成や研究のリーダーシップを発揮して頂きたいと思います。地方にいますと、例えば我々保健所が1ランク上の検査を必要とする場合、感染症だと地元の衛生研究所に頼めば大体ほぼ完結できる。しかし結核になると、衛生研究所に頼んでも対応できない場合が多いので、結核研究所を本当に頼りにしています。そこで結核研究所については、国立感染症研究所と同じぐらいの研究施設として位置づけるよう工夫して頂きたいと思うのが1つです。

支部については、山形県も結核予防会山形県支部に普及啓発部分は大部分おんぶしてもらっています。歴史の中でどこの支部の事業も定期健診中心になっていますが、今回健診が大幅に間引きさ

れる状況ですので、支部のあり方を各県の保健所なり、関係者と一緒に考える時期に来ているのではないかと思います。

**森** 支部が都道府県結核予防計画の策定に参画できるといいですね。

**牛尾** 結核研究所及び結核予防会のあり方について、2つを区分した方が話しやすいと思うんですけども、結核研究所については、本来国の責任で結核に関する研究を行うべきところを、歴史的な背景から研究所にお願いしているということで、人件費などの補助を行っていますが、国の財政も厳しくなっているところから、現在いろんな問題が生じているんです。しかし、それをまた、国の機関とするのが是か非かは、今の研究所・予防会を合わせた形態を考えますと、むしろ民間団体のままの方がフレキシブルな対応も可能ではないかと思っております。

ただ、もう一方の支部も含めた予防会を考えますと、地方自治体と手と手を取り合っただけで進んできましたが、結核全体の罹患率の低下と共に、そのあり方も変遷をきています。その中で、やはり公益法人としての活動のほか、収益も念頭に置きながらさまざまな事業展開をされるということが、さらに求められているのではないかなと思っております。

**加藤** 皆様から、結核予防会、研究所に大きな期待を頂いたことを、非常にありがたく思います。地方に行ってお話をさせて頂くと、例えば難病を担当している保健師さんが、結核は困ったら研究所があるからうらやましいと。これは非常にありがたい言葉だと思っていますし、それに応え続ける必要がございます。結核が減れば減るほど、技術レベルの維持については役割が決して減ることはない、むしろより大事な役割を持って、場合によってはもっと機動性を持ってトラブルシューティングに行かなければならないと考えています。期待にそぐわないように、今後とも努力したいと思います。

**森** 本日はどうもありがとうございました。