

3 重点対象への保健所や自治体の共同の取組

Q 5 次の対象に対して、都や特別区の連携の下に、戦略的かつ統一的な取り組みを行うべきだと思いますか？また、具体的な提案があれば記載してください

1) 乳児に関する施設（ベビーホテルや託児所など）

<input type="checkbox"/> 全都的に統一して 取り組むべき	<input type="checkbox"/> 2次医療圏ごとなど、地域 の特徴に応じて連携すべき	<input type="checkbox"/> 保健所(区)ごとの取り 組みで良い	
4 1 %	1 2 %	4 1 %	無回答 6 %

( 具体的な提案 )

Q5-1 提案	合計
区立以外の施設の非常勤職員に対するTB検診	1

2) 幼児に関する施設（保育園や幼稚園など）

<input type="checkbox"/> 全都的に統一して 取り組むべき	<input type="checkbox"/> 2次医療圏ごとなど、地域 の特徴に応じて連携すべき	<input type="checkbox"/> 保健所(区)ごとの取り 組みで良い	
3 5 %	6 %	5 3 %	

( 具体的な提案 )

Q5-2 提案	合計
区立以外の施設の非常勤職員に対するTB検診	1

3) 小中学校とその生徒・職員

<input type="checkbox"/> 全都的に統一して 取り組むべき	<input type="checkbox"/> 2次医療圏ごとなど、地域 の特徴に応じて連携すべき	<input type="checkbox"/> 保健所(区)ごとの取り 組みで良い	
2 4 %	6 %	5 3 %	

( 具体的な提案 )

4) 高校・大学・各種学校とその学生・職員

<input type="checkbox"/> 全都的に統一して 取り組むべき	<input type="checkbox"/> 2次医療圏ごとなど、地域 の特徴に応じて連携すべき	<input type="checkbox"/> 保健所(区)ごとの取り 組みで良い	
3 5 %	1 2 %	4 1 %	

( 具体的な提案 )

Q5-4 提案	合計
職員は法に基づく定期健診が毎年度あるが、学生は入学時のみなので何らかの強化が望ましい。	1

5) 塾・予備校の通学者や職員

<input type="checkbox"/> 全都的に統一して 取り組むべき	<input type="checkbox"/> 2次医療圏ごとなど、地域 の特徴に応じて連携すべき	<input type="checkbox"/> 保健所(区)ごとの取り 組みで良い	
5 3 %	1 8 %	1 8 %	

（ 具体的な提案 ）

Q5-5 提案	合計
患者発生時の対応のみであり、予防と早期発見の取り組みが必要である。まずは状況把握が必要である。	1
業界を通じた啓発	1

6) 一般企業とその勤労者

<input type="checkbox"/> 全都的に統一して 取り組むべき	<input type="checkbox"/> 2次医療圏ごとなど、地域 の特徴に応じて連携すべき	<input type="checkbox"/> 保健所(区)ごとの取り 組みで良い
12%	24%	53%

（ 具体的な提案 ）

7) 小規模企業とその勤労者

<input type="checkbox"/> 全都的に統一して 取り組むべき	<input type="checkbox"/> 2次医療圏ごとなど、地域 の特徴に応じて連携すべき	<input type="checkbox"/> 保健所(区)ごとの取り 組みで良い
6%	24%	65%

（ 具体的な提案 ）

8) 一般の医療機関と医療従事者（特に院内感染対策について）

<input type="checkbox"/> 全都的に統一して 取り組むべき	<input type="checkbox"/> 2次医療圏ごとなど、地域 の特徴に応じて連携すべき	<input type="checkbox"/> 保健所(区)ごとの取り 組みで良い
47%	12%	29%

（ 具体的な提案 ）

Q5-8 提案	合計
医療機関については指導監査権限を行使できる体制での関与が効果的。	1

9) 精神病院と入院患者、医療従事者

<input type="checkbox"/> 全都的に統一して 取り組むべき	<input type="checkbox"/> 2次医療圏ごとなど、地域 の特徴に応じて連携すべき	<input type="checkbox"/> 保健所(区)ごとの取り 組みで良い
59%	12%	29%

（ 具体的な提案 ）

10) 障害者施設と障害者および職員

<input type="checkbox"/> 全都的に統一して 取り組むべき	<input type="checkbox"/> 2次医療圏ごとなど、地域 の特徴に応じて連携すべき	<input type="checkbox"/> 保健所(区)ごとの取り 組みで良い
29%	12%	59%

（ 具体的な提案 ）

11) 高齢者入居・通所施設の利用者と職員および介護保険サービス従事者

<input type="checkbox"/> 全都的に統一して 取り組むべき	<input type="checkbox"/> 2次医療圏ごとなど、地域 の特徴に応じて連携すべき	<input type="checkbox"/> 保健所(区)ごとの取り 組みで良い
47%	6%	47%

{ 具体的な提案 }

12) 日本語学校とそこに通学する外国人（主に来日5年以内の者）

<input type="checkbox"/> 全都的に統一して 取り組むべき	<input type="checkbox"/> 2次医療圏ごとなど、地域 の特徴に応じて連携すべき	<input type="checkbox"/> 保健所(区)ごとの取り 組みで良い
53%	12%	35%

{ 具体的な提案 }

Q5-12 提案	合計
学生の住所地が学校所在地と異なることが多いため。	1

13) 外国人が働く・集まる店舗とその外国人（主に来日5年以内の者）

<input type="checkbox"/> 全都的に統一して 取り組むべき	<input type="checkbox"/> 2次医療圏ごとなど、地域 の特徴に応じて連携すべき	<input type="checkbox"/> 保健所(区)ごとの取り 組みで良い
47%	12%	41%

{ 具体的な提案 }

14) 矯正施設や生活保護法・婦人保護法にもとづく施設

<input type="checkbox"/> 全都的に統一して 取り組むべき	<input type="checkbox"/> 2次医療圏ごとなど、地域 の特徴に応じて連携すべき	<input type="checkbox"/> 保健所(区)ごとの取り 組みで良い
29%	12%	59%

{ 具体的な提案 }

Q5-14 提案	合計
入所者が各自治体にまたがる可能性があるため	1

15) 路上生活者およびその支援施策・支援施設

<input type="checkbox"/> 全都的に統一して 取り組むべき	<input type="checkbox"/> 2次医療圏ごとなど、地域 の特徴に応じて連携すべき	<input type="checkbox"/> 保健所(区)ごとの取り 組みで良い
53%	18%	29%

{ 具体的な提案 }

Q5-15 提案	合計
施設に入所する前の健診の徹底	1

16)生活不安定者および一時宿泊施設・仮眠機能を有する店舗

<input type="checkbox"/> 全都的に統一して 取り組むべき	<input type="checkbox"/> 2次医療圏ごとなど、地域 の特徴に応じて連携すべき	<input type="checkbox"/> 保健所(区)ごとの取り 組みで良い
47%	24%	29%

{ 具体的な提案 }

17)その他の対象について、具体的な提案がありますか

4 保健所および自治体間の連携

Q6 貴方の保健所が結核対策を実施するうえで、過去一年間に、他の保健所（自治体）や関係機関との連携について、対策に支障を生じるような経験がありましたか？「ある」場合には、具体的に記載してください（相手の保健所名は不要）。

1) 患者発生時の関係保健所への連絡<連絡する側で>

ない ある  
18%

具体的に

Q6-1 具体的	合計
拘置所出所者の連絡時に「住民票があっても居住の実態がない」という実態がある	1
届出の第一報の入れ方—電話orFaxなど統一されていない。	1
文書依頼に手間取り連絡のタイミングが遅れた	1

2) 患者発生時の関係保健所への連絡<連絡を受ける側で>

ない ある  
18%

具体的に

Q6-2 具体例	合計
HPの最寄の保健所に発生届けが届いた場合、池袋保健所に郵送で送っていただくことが多いが、telで一報を入れて頂けないことがある。	1
菌所見、病状経過など情報が不十分なことがあった。	1
連絡が非常に遅れ、対象施設との関係が混乱した	1

3) 接触者検診の依頼と結果報告<依頼する側で>

ない ある  
24%

具体的に

Q6-3 具体例	合計
①集団検診の場合、接触度・環境要因により依頼先で検診範囲等を決めるべきかと思うが、患者居住地に支持を求められることもある。②接触者が多数の場合、感染・発病をタイムリーに把握できない。実名でもやりとりできるセキュリティーを検討し、共有できるシステムを構築してほしい。	1
検診実施の必要性、役割分担、計画について合意を結ぶのに時間を要した。	1
毎回依頼をだしてほしいといわれた	1

4) 接触者検診の依頼と結果報告<依頼を受ける側で>

ない ある

65%

→ 以下のようなケースはありましたか？

- 35%4)①  検診1回だけを依頼されたのか、一定期間（例、2年間）の継続的な検診を依頼されたのか不明確のため混乱した。
- 18%4)②  依頼された検診の対象者（居住者）が既に転出済、あるいは継続的な検診の実施中に転出したが、転出先への再依頼をどちらの保健所が行うべきかで混乱した。
- 18%4)③  依頼された検診の対象者（学生・勤労者）が既に卒業や退職していた、あるいは継続的な検診の実施中に卒業や退職したが、今後の検診を行う居住地保健所への依頼をどちらの保健所が行うべきかで混乱した。
- 35%4)④  その他（具体的に）

Q6-4-4 具体的	合計
依頼される時、感染源の情報がない。以前の結果の記載がない。対象者に住所地保健所から連絡あることを伝えていない。依頼自体が遅い。	1
患者所轄保健所が検診対象事業所、対象者への事前連絡を全くしないまま検診の以来が届き、結核発生の事実を伝えるところから始まり、調査・対象の選定・検診実施に至るまでに多大な時間と労力を費やすことがあった。	1
検診対象者を把握すべき情報が十分に得られない。対象者、対象施設との連絡が不十分なまま依頼をうけた。	1
個人情報保護のため、と患者名を伏せて依頼される場合があり、接触殿聞き取りが不可能になった。	1
接触者健診が必要と判断した事例に対して当該保健所より依頼がなされなかった。	1
定期外健診の依頼でなく情報提供として文書收受し、返信すべきかどうか混乱した。	1

6) 接触者検診のリスクコミュニケーションにおける、検診対象者の居住地保健所と職場や学校の所在地保健所の方針の相違

ない ある

47%

（具体的に）

Q6-6 具体的	合計
ツ反の適応	1
ツ反結果などから予防内服対象と紹介し、服薬開始となっても、居住地の診査会で不承認とされたケースがあった。	1
検診依頼した際に対象者所在地保健所で検診スケジュールが変わった。	1
最重要対応を依頼したのに相談もなく計画が変更された	1
住所地HCが接触者検診「否」と判断した事業所から結核の二次発生(2名)が起きていた。	1
所在地保健所として依頼を受けたが、健診が必要なかった。	1
職場所在地保健所が会社から得た情報から接触者の範囲拡大の必要ありと判断し、居在保健所に伝えたが、居在保健所はその必要はないと判断した。	1
必要と考える検診の時期の相違	1

7) QFT検査やRFLP検査の実施基準や費用負担での方針の相違

ない ある  
24%

具体的に

Q6-7 具体例	合計
QFTの実施基準(ツ反結果・接触度など)が異なり、一定の集団で検査体制がばらついたことがあった。	1
RFLPに関する個人情報、本人への説明について解釈の相違があった。QFT検査の対象者選定についてツ反を基準とするか否かについての見解の相違。QFT検査実施の要否についての見解の相違。	1
定期外集団検診でツ反強陽性者の予防内服紹介先によってQFT検査をすすめられてしまった。集団としての統一性が図られなかったこと。個人としても混乱を生じさせてしまった。	1
保健所によっては公費(というか保健所負担)でQFTを施行しているが、池袋では複十字HPの受診をお願いしている。同じ感染源なのに住んでいる区によって費用がかからないというのは対応に非常に苦慮します。QFTはまだ予防法上の定期外検診の項目には入っていないので、自費であるべきではないでしょうか。	1

8) 予防内服の判断基準での他の保健所との方針の相違

ない ある

59%

→ 以下のようなケースはありましたか？

- 24% 8)① 30歳以上の者に予防内服指導を行うか否かの方針の相違  
 8)② BCG未接種児に、ツ反の実施を待たずに、暫定的な予防内服を行うか否かの方針の相違  
 35% 8)③ 予防内服対象者を選定する基準の相違（ツ反の場合）  
 24% 8)④ 予防内服対象者を選定する基準の相違（QFT検査の解釈）  
 6% 8)⑤ その他（具体的に）

Q6-8-5 具体的	合計
同じ会社の定期外健診で当区はQFTを実施し判断しているが、他区ではQFT未実施でのツ反のみの判断になってしまった。	1

9) 複数の自治体や保健所管轄に及ぶ集団感染が発生した場合で、合同対策会議の設置、プレス対応、専門家への依頼などの役割分担などの方針の相違

ない ある

24%

具体的に

Q6-9 具体的	合計
開催すべきかどうかの意見の相違、開催主体はどこか等	1
事例がない	1
集団感染発生時にその中心となる自治体が合同会議設置に消極的だった。	1
初発患者管轄HCであっても広域の場合情報を得にくいことがある。同一集団で患者が発生していたが、患者間の接触関係が明らかでない場合、一番初めに診断されたケースの管轄、施設管轄____など、どこが主導をとるべきか難しいことがあった。	1

10) DOTSの実施基準や実施方法における、他の保健所（自治体）との相違

ない ある

18%

具体的に

Q6-10 具体的	合計
移管されたケースにDOTS実施の説明をした際前の保健所ではそんなことをしないと拒否された。	1
今後、勤務先でのDOTSまたはDOTS中に転居した場合など体制派頻度、費用など異なると患者や他自治体でギャップがある可能性あり。	1
相違はあるが支障はない	1
保健所DOTSについては当区では路上生活者を対象としている。	1



11) 路上生活者の結核対策における、他の保健所（自治体）との相違

□ない □ある  
1 2%

具体的に

Q6-11 具体的	合計
ホームレス健診で3年間発見ゼロ	1
事例がない	1
保護地の住所で生保が受給できなかった。	1

12) その他の事柄で、他の保健所（自治体）と軋轢があった

□ない □ある  
1 2%

具体的に

Q6-12 具体的	合計
35条の開始時期のずれによるもの	1
入院先が遠隔地(他県)であり、病院訪問を依頼した時。どんなに遠くとも(どんな場合も)住所地の保健士が訪問すべきなのでしょうか。このケースは本人の実家近くの病院でしたが、本人は海外単身赴任中一時帰国し治療を受けていました。家族の居住地(住所地)は**でした。	1

Q7 貴方の保健所は、以下の事項について、

- ① 統一的な方針（文章化されたマニュアル、または慣例）を持っていますか
- ② 仮に、都と区が合同の行動計画を策定する場合には、統一的な方針を持つべきだと思いますか

1) 患者発生時の関係保健所への連絡方法

35%	59%	6%
① □マニュアル等を整備している	□明文化していないが、慣例がある	□その都度に、職員が判断している
65%	—	29%
② □全都的に統一すべき	□2次医療圏ごとなど、地域の実情に応じて標準化すべき	□統一する必要はない

2) 接触者検診の依頼と結果報告の方法

41%	59%	—%
① □マニュアル等を整備している	□明文化していないが、慣例がある	□その都度に、職員が判断している
59%	6%	29%
② □全都的に統一すべき	□2次医療圏ごとなど、地域の実情に応じて標準化すべき	□統一する必要はない

3) 依頼された検診を実施または継続することが出来なくなった時の対応（責任の所在）

	6 %	6 5 %	2 9 %
①	<input type="checkbox"/> マニュアル等を整備している	<input type="checkbox"/> 明文化していないが、慣例がある	<input type="checkbox"/> その都度に、職員が判断している
②	3 5 % <input type="checkbox"/> 全都的に統一すべき	1 2 % <input type="checkbox"/> 2次医療圏ごとなど、地域の実情に応じて標準化すべき	4 7 % <input type="checkbox"/> 統一する必要はない

4) 感染の場となった職場や学校等とのリスクコミュニケーション

	2 4 %	4 1 %	3 5 %
①	<input type="checkbox"/> マニュアル等を整備している	<input type="checkbox"/> 明文化していないが、慣例がある	<input type="checkbox"/> その都度に、職員が判断している
②	4 1 % <input type="checkbox"/> 全都的に統一すべき	1 8 % <input type="checkbox"/> 2次医療圏ごとなど、地域の実情に応じて標準化すべき	3 5 % <input type="checkbox"/> 統一する必要はない

5) QFT検査やRFLP検査の実施基準と責任・費用負担の明確化

	1 2 %	5 3 %	3 5 %
①	<input type="checkbox"/> マニュアル等を整備している	<input type="checkbox"/> 明文化していないが、慣例がある	<input type="checkbox"/> その都度に、職員が判断している
②	5 3 % <input type="checkbox"/> 全都的に統一すべき	1 8 % <input type="checkbox"/> 2次医療圏ごとなど、地域の実情に応じて標準化すべき	1 8 % <input type="checkbox"/> 統一する必要はない

6) 予防内服の判断基準（QFTの活用、BCG未接種の乳児へのツ反前の予防内服等）

	1 8 %	5 3 %	2 9 %
①	<input type="checkbox"/> マニュアル等を整備している	<input type="checkbox"/> 明文化していないが、慣例がある	<input type="checkbox"/> その都度に、職員が判断している
②	7 1 % <input type="checkbox"/> 全都的に統一すべき	1 2 % <input type="checkbox"/> 2次医療圏ごとなど、地域の実情に応じて標準化すべき	1 2 % <input type="checkbox"/> 統一する必要はない

7) 複数の自治体や保健所管内に及ぶ集団感染が発生した場合の  
 合同対策会議の設置、プレス対応、専門家への依頼などの役割分担

①	12% □マニュアル等を 整備している	18% □明文化していないが、 慣例がある	65% □その都度に、職員が 判断している
②	59% □全都的に統一すべき	12% □2次医療圏ごとなど、地域 の実情に応じて標準化すべき	24% □統一する必要はない

8) DOTSの実施基準や実施方法、評価基準

①	65% □マニュアル等を 整備している	24% □明文化していないが、 慣例がある	6% □その都度に、職員が 判断している
②	47% □全都的に統一すべき	18% □2次医療圏ごとなど、地域 の実情に応じて標準化すべき	29% □統一する必要はない

9) 路上生活者の結核が発生した場合の生活保護分野との連携方法

①	-% □マニュアル等を 整備している	35% □明文化していないが、 慣例がある	59% □その都度に、職員が 判断している
②	29% □全都的に統一すべき	18% □2次医療圏ごとなど、地域 の実情に応じて標準化すべき	47% □統一する必要はない

Q8 以下の事項について、仮に、都と区が合同の行動計画を策定する場合には、統一的な方針を持つべきだと思いますか

<計画>

1) 計画の評価指標

65% □全都的に統一すべき	24% □2次医療圏ごとなど、地域 の特徴に応じて設定すべき	0% □統一する必要はない
-------------------	--------------------------------------	------------------

2) 計画の目標設定

41% □全都的に統一すべき	35% □2次医療圏ごとなど、地域 の特徴に応じて設定すべき	12% □統一する必要はない
-------------------	--------------------------------------	-------------------

<対策のインフラ>

3) 保健所を結ぶオンライン情報ネットワークの活用 (例、広域集団感染発生時対応)

82% □全都的に統一すべき	6% □2次医療圏ごとなど、地域 の特徴に応じて設定すべき	6% □統一する必要はない
-------------------	-------------------------------------	------------------

4) 専門家との連携体制の構築 (例、結核版FETPなど)

71% □全都的に統一すべき	6% □2次医療圏ごとなど、地域 の特徴に応じて設定すべき	12% □統一する必要はない
-------------------	-------------------------------------	-------------------

5) 調査・研究体制 (健康安全研究センターとの連携、共同調査など)

76% □全都的に統一すべき	12% □2次医療圏ごとなど、地域 の特徴に応じて設定すべき	6% □統一する必要はない
-------------------	--------------------------------------	------------------

<重点対象への取組>

6) 対策推進上の重点対象の設定

35%	47%	12%
<input type="checkbox"/> 全都的に統一すべき	<input type="checkbox"/> 2次医療圏ごとなど、地域の特徴に応じて設定すべき	<input type="checkbox"/> 統一する必要はない

<その他>

7) その他に、都と区が統一的な方針を持つべきと考える事柄があれば記載してください

Q8-7	合計
医療機関からの情報収集体制について→菌情報等継続的に把握したい情報についてFaxまたは決められたフォーマットでの文書交換で迅速に把握できるような仕組みづくりを望みます。各HCがHPへ逐次Tel照会をする現在の方法は双方にとって負担です。またTel照会不可というHPもあり大変苦労しています。	1
今でもH15年2月発行のマニュアルが頼りです。集団感染発生時または発生が疑われる場合の対応については全都的な基準・方針が必要と思います。	1

ご協力、ありがとうございました。

英国リーズスタディツアー報告

- I. 概要
- II. 参加者
- III. 日程
- IV. 結果

ツアーリーダー総括（石川信克）

- 1. 疫学とサーベイランス（大角晃弘）
- 2. 結核専門組織（高鳥毛敏雄）
- 3. 中央と地方の役割（加藤誠也）
- 4. 対策現場の活動（當山紀子）
- 5. 結核の医療（吉山崇）
- 6. 新しい試み（加藤誠也）
- 7. リーズから何を学ぶか（田中慶司）

- V. 面会者一覧

## I. 概要

我が国の結核は戦後の著しい罹患状況から結核予防法の下に、国を挙げての対策に取り組んだ成果として 1980 年代に入る少し前までは、急激な減少を遂げることができた。その後は罹患率の鈍化、さらには一時的に逆転上昇を示したときもあったが、近年再び少しずつ減少している。一方で、患者の高齢化や社会経済的弱者への偏在、著しい地域格差、都市の結核、院内施設内感染、集団感染、多剤耐性結核など新たな課題に取り組む必要がある。このような状況の解決策を探るために、既にこのような新たな課題に直面している諸外国の状況を直接視察することは大きな意義がある。

財団法人結核予防会結核研究所では、2004 年には、ロンドン大学看護学部との共同研究を行い、都市結核対策、結核専門ナースの活動について、ロンドンにおいてスタディツアーを行った。このツアーにおいて、イギリスは 2002 年から感染症、化学物質、放射性物質による健康危機管理対策を一元的に扱う Health Protection Agency(以下、HPA)を創設して、結核対策についても、技術的な支援を行っていることを知った。

平成 17 年度厚生労働科学研究(新興・再興感染症研究事業)「効果的な結核対策に関する研究」の一環として、平成 17 年 11 月、英国リーズにおいてスタディーを実施した。このツアーの目的は、ロンドンと違って罹患率が低下した状況での結核対策のあり方、新しい組織である HPA の地方での出先機関が対策現場に対してどのように関わっているのか、患者発見、患者管理、医療提供などがどのように行われているかを視察し、我が国のこの後の対策のあり方を検討することであった。

1 週間(実質 5 日間)のツアーであったが、West Yorkshire HPA の Dr. Martin Schweiger の持つネットワークと調整力によって、大変充実した視察とすることが出来た。さらに、平成 18 年 3 月 9 日に、第 11 回国際結核セミナーにおいて、Dr. Martin Schweiger を招待し講演をいただき、参加者がツアーの成果を全国から 200 名以上の参加者と共有することが出来た。

## II. 参加者

石川信克(財団法人結核予防会結核研究所、副所長)

田中慶司(財団法人結核予防会結核研究所、顧問)

高鳥毛敏雄(大阪大学大学院医学系研究科社会環境医学、助教授)

加藤誠也(財団法人結核予防会結核研究所 研究部長)

吉山崇(財団法人結核予防会複十字病院、第一診療部、部付部長)

大角晃弘(財団法人結核予防会結核研究所研究部、主任研究員)

富山紀子(埼玉県朝霞保健所保健師)

### III. 活動日程

平成 17 年 11 月 19 日より 11 月 26 日 まで 8 日間。

月 日	行程	内容
11 月 19 日	成田→ロンドン ロンドン→リーズ	
20 日午後	ホテル、ヨーク市他 Dr. Shcweiger 宅	時差調整 オリエンテーション
21 日午前	Health Protection Agency	NHS、HPA、結核対策、ヨークシャーの結核の疫学について
午後	Health Protection Agency	看護サービス、指示に従わない患者の管理
22 日午前	Thackray 博物	イギリスの結核対策ワークショップ ホームレス対策について (John Flounders of St George's Crypt)
午後	St James University Hospital	結核対策ワークショップ (つづき) 第 16 病棟 (感染症病棟) 見学
23 日午前	St Luke's Hospital、Bradford	①呼吸器専門医(Dr.)の外来で、症例検討
午後	HPA Unit at Saltaire. Bradford	②TB Nurse の活動調査 Demonstration of HPZone Dr Chakib Kara-Zaitri and Bob Hamilton
24 日午前	4 班に分かれて、調査	①サーベイランスシステムについて ②Leeds Chest Clinic ③Dewsbury の TB Service Team Office ④Wakefield の HPU Office
午後	Nuffield Institute、 Upper chapel	“Community DOTS in Bangladesh”、 Global aspects of TB at Nuffield Institute
夜	Swarthmore Centre	Session on homeless people. John Arnison
25 日午前	HPA Laboratory.	Wash up and review session
午後	リーズ→ロンドン ロンドン発	復路
26 日	成田着	

#### IV. 結果

ツアーリーダー総括（石川信克）

英国の結核疫学状況はわが国より 20 年近く先を行くと考えられるが、様々な社会的、医療保健制度上の違いがあるとしても、そのシステムを見ることはいくつかの点で、これからの日本の結核対策を考える上で、重要である。まず、結核対策は縦割りではなく、一般のプライマリケア（NHS）の中に統合されている点は、日本の保健システムに近い背景で、結核の低蔓延状況下で、感染症対策（危機管理）としての中央と地方の関係のあり方、患者の絶対数が多くない地方都市での結核対策のあり方、途上国からの人口流入の多い地域での外国人結核患者への対応、ホームレス等社会的弱者や貧困層の患者への対応等々、学ぶ点が多いと考え、今回のツアーが企画された。

得られた情報や見聞は様々な点で今後低蔓延状況に入っていく日本の結核対策を考えるために有効であった。基本医療は国が責任を持つため無料という NHS の実態、一般開業医から専門医への紹介制度が確立している 2 次医療の実態、HPA(Health Protection Agency)の地方での働きの実態と、専門家が少ない地方都市での PASWAY づくりのような作業とその結果のフローチャート、結核保健師（TB Nurse）や感染症調整官の働き、など興味深い多くの発見があった。

結核は、相当減少しても、社会的な病気として残り続けること、減れば減るほど、危機管理の中で重要になってくること、結核の生物学的、社会学的特色に合わせたシステム作りと個別の患者への柔軟な対応が必要であることを確信した。そこには必ずしも理論や法律ではなく、常識（コモンセンス）とネットワークを機能させる社会の仕組みが必要である。

また結核問題が大きい日本のシステムや取り組みの良さが感じられた面もあった。特に DOTS・DOT への考え方は、英国はやや保守的ないし自由である。DOT は脱落の危険性が高い人のみへの適用が一般的で、米国の厳しさと対照的である。日本式 DOTS の良さが感じられた。クウオンティフェロンの経験の紹介や、大学での国際的なフィールド研究の発表や討議も相互により刺激を得る機会となった。



## 1. 疫学、サーベイランス（大角晃弘）

### (1) ヨークシャー・ハンバー地域における結核の疫学<sup>1</sup>

2004年に同地域内で登録された全結核患者は561人で、人口10万対年間全結核患者登録率は11.3であった。人種別内訳は、白人160人(28.5%)、アフリカ系黒人94人(16.8%)、南アジア人(インド、パキスタン、バングラデシュ)252人(44.9%)、その他55人(9.8%)で、居住人口10万対で見ると白人3.5、アフリカ系黒人943.5、南アジア人120.0、その他56.4となり、白人と比較してそれ以外の人種における結核患者登録率が高く、特にアフリカ出身の黒人における結核登録率が近年急増している。同登録率には地域による偏りがあり、リーズ市北東部やブラッドフォード市中心部の結核登録率が高い傾向がある<sup>2</sup>。年齢分布では近年25歳から34歳までの若年層における登録結核患者数が増加しており<sup>3</sup>、海外出身結核患者の年齢分布に影響されている。

2004年のデータでは、全結核の中で肺結核が63%、肺外結核が37%。肺外結核でリンパ節結核が38%、播種型/多臓器が27%、胸膜炎12%、骨7%、中枢神経6%であった。発見の遅れ(症状出現から治療まで)は、肺結核が肺外よりも短かった。中央値で肺外結核は55-64歳の50日程度から15-24歳の100日弱程度。ただし、症状出現から受診、受診から診断といった分析は行われていない

The Index of Multiple Deprivation (IMD2000 score) は収入、雇用、健康損失と障害、教育、技術と研修、住居、サービスへの地理的なアクセスに基づき損失のレベルを測定する指標である。現在、損失を知る最もよい指標である。この指標と結核罹患の相関は少なくともPCTレベルでは必ずしも高くない

2001年以降2003年までの3年間に登録された結核患者の治療成績は、白人における高年齢層で死亡が多いことと、アフリカ系黒人において治療結果不明と治療中断の率が高い傾向にあることを除いて、全体としては良好な結果となっている(治療完了率は約83%)。

### (2) ヨークシャー・ハンバー地域における結核サーベイランスについて

結核サーベイランスに関する情報源としては、医師が結核患者を診断(疑いを含む)した場合に、HPA職員である感染症専門官(the Consultant in Communicable Disease Control, CCDC)に、届出感染症(The statutory Notification of Infectious Diseases, NOIDS)の1つとして届け出ることが法的に義務付けられているものである(The Public Health (Control of Disease) Act 1984)<sup>4</sup>。更に、NOIDSの情報を補足するものとして結核強化サーベイランス(Enhanced TB Surveillance、ETS、NOIDSの情報を含める)情報も同時に収集されて、NHS病院内にある結核対策担当部局(胸部疾患クリニック等)でコンピュータに情報が入力される。地域HPA(The Yorkshire & Humber HPA)でNHS病院内の各結核対策担当部局

<sup>1</sup> Neill Keppie, personal communication on November 21, 2005 in Leeds.

<sup>2</sup> 2004年のLeeds North East PCT地区における人口10万対結核患者登録率は43.0、Bradford City PCTにおける同率は59.9で、Yorkshire and Humber地域全体における同率11.3と比較して高い傾向がある。

<sup>3</sup> Accessed at [http://www.hpa.org.uk/infections/topics\\_az/tb/epidemiology/table6.htm](http://www.hpa.org.uk/infections/topics_az/tb/epidemiology/table6.htm) on March 22, 2006.

<sup>4</sup> BTS. Control and prevention of tuberculosis in the United Kingdom: Code of Practice 2000. Thorax 2000; 55: 887-901.

で収集された情報がまとめられ、HPA 本部に電子ファイルでインターネットを介して送付されている。結核患者が登録されてから約 1 年後に患者の治療結果について報告する結核治療結果サーベイランス(Tuberculosis Treatment Outcome Surveillance)が ETS の一部分として、NHS 病院内結核対策担当部局の胸部疾患専門医師又は結核専門保健師により記入されて、地域 HPA に送付されている<sup>5</sup>。

### (3) ヨークシャー・ハンバー地域における結核菌サーベイランス

英国内には HPA に所属する 7 つの HPA レファレンス検査機関があり、各地域の NHS 病院内検査室や HPA 細菌検査室で分離培養された抗酸菌は、全て最寄りの HPA レファレンス検査機関に送付されることになっている<sup>6</sup>。結核患者又は結核が疑われた患者は、主に GP から NHS 病院内の胸部疾患専門外来に紹介されて、病院内又は HPA 内の細菌検査室において喀痰検査（塗抹検査及び培養検査）が実施されている。各地域の HPA 細菌検査室では、抗酸菌検査に関しては塗抹検査（蛍光法及び Ziel-Nielsen 法）と液体培地の MGIT 法及び固形培地の L-J 法とによる抗酸菌培養を実施している。薬剤耐性菌が疑われる場合には、担当医師からの要請に基づいて、遺伝子検査による INH 及び RFP の薬剤感受性検査（MTBDR、HAIN、Germany）を実施している。The Yorkshire & Humber HPA を管轄する HPA のレファレンス検査機関は Newcastle レファレンス検査センターで、全菌株の抗酸菌同定、抗結核薬剤感受性試験及び MIRU-VNTR を実施している。これらの検査結果は、検体が採取されてから約 2 - 3 週間で担当者に報告することになっている。結核菌 DNA 指紋法に関しては、全国 7 箇所の HPA レファレンス検査機関で収集されている全結核菌株に関して実施することになっている。現在のところ、DNA 指紋型の情報は、集団感染が疑われた場合や特に同一菌株であることが疑われた場合の補足情報として用いられている<sup>7</sup>。近い将来全国規模の結核菌 DNA 指紋型データベースが構築されて、リアルタイムでクラスター情報を関係者に情報提供することにより、日常収集されている結核患者に関する疫学調査では把握されていない結核菌の感染経路の把握と必要な接触者検診等の為に用いる予定である<sup>7</sup>。結核菌 DNA 指紋法を実施するためには、各患者からの同意文書を取得していない。結核菌 DNA 指紋法は結核菌株同定の一部である事、HPA による公衆衛生サービスの一環として結核菌 DNA 指紋型を含めた患者情報を用いるのであり研究目的ではない事が主な理由との事である<sup>7</sup>。

抗酸菌検査情報に関するサーベイランスである Mycobnet は、全国 7 箇所の HPA レファレンス検査機関を結んで抗酸菌に関する情報を共有している<sup>8</sup>。収集した抗酸菌の同定、結核菌の薬剤感受性試験、VNTR 法による結核菌 DNA 指紋型等の情報を収集解析しており、HPA 本部である HPA Colindale に全国の情報が収集解析されている。

<sup>5</sup> Martin Schweiger, personal communication on March 9, 2006 in Tokyo.

<sup>6</sup> Accessed at [http://www.hpa.org.uk/infections/topics\\_az/tb/epidemiology/tables.htm#mycob](http://www.hpa.org.uk/infections/topics_az/tb/epidemiology/tables.htm#mycob) on March 22, 2006.

<sup>7</sup> Timothy Collins, Deborah Gascoyne-Binzi, personal communication on November 24, 2005 in Leeds.

<sup>8</sup> Ohkado A., Williams G., Ishikawa N., et al. The management for tuberculosis control in Greater London in comparison with that in Osaka City: lessons for improvement of TB control management in Osaka City urban setting. Health Policy 2005; 73: 104-123.

## 2. 結核専門組織（高鳥毛敏雄）

### （1）わが国の結核専門組織について

明治時代から昭和初期の衛生制度において最大の課題は急性感染症であったが、しだいに結核問題が深刻化し、結核対策の推進は国家の存亡に関わる問題であった。このために、当時の社会の知恵と総力が注ぎ込みこまれ、厚生省、保健所、結核予防会をはじめ結核対策を推進するための専門組織がつけられ、わが国の結核対策は「公衆衛生対策のモデル」とも言われるまでのものに発展してきている。

具体的には、一つの法律が設けられ、予防、診断、治療、管理のすべてをカバーした対策を、保健所制度が整備され、包括的な結核対策を社会あげて統一的にすすめてきた。警察の取り締まり行政型の過去の感染症対策から脱皮して、保健所制度を核にした新しいスタイルで結核対策をすすめることができたことも画期的なことであると思われる。

保健所は当初からわが国は自由開業医制度をとっていたこともあり、プライマリケアの仕事は地域医療に委ね、公衆衛生行政専門の組織として発展してきた。結核医療については、保健所とは別に患者の医療のための結核病床を計画的に整備し、結核医療を行う「指定医療機関」制度が設けられてきた。

### （2）英国の結核専門組織

英国の結核対策の実務を行っている Bradford にある St Luke's Hospital の TB Office を訪問し、そこに過去からの英国における結核対策の結核専門組織の基本形をみることができた。結核患者の登録と管理については、NHS 病院の中に、TB Office を設け、ここに TB Specialist Nurse（結核専門保健師）を配置し、患者管理を行う。結核患者の診断と治療については、NHS 病院の一角に、Chest Clinic を設けて、呼吸器科医が呼吸器科外来を行う。Chest Clinic の呼吸器科医に結核専門保健師がアタッチメントすることにより地域の結核対策、結核患者の管理を行うというものである。このような基本的な形態が、近年、NHS (National Health service) のトラスト制度移行と、HPA (Health Protection Agency) の新設による感染症対策の強化の新しい組織をつくられたことにより、結核対策の組織やスタッフ間の役割分担は少しずつ再編されている状況にあった。

### （3）英国の公衆衛生組織

英国における公衆衛生組織は地方自治体であり、1974 年までは地方自治体に公衆衛生医師と公衆衛生職員が雇用されていた。1948 年の英国における NHS の導入によって、政府は地方自治体の管理下では質の高い保健医療サービスを難しいと考え、すべての病院（地方自治体病院および慈善病院）を国営化し、保健省管轄の地方病院局管理下に移した。しかし、公衆衛生業務は地方自治体の支配下に残されて、公衆衛生医師も地方自治体に所属していたのであるが、1974 年の NHS 機構改革により、公衆衛生（感染症）業務は地方自治体のままだに残し、公衆衛生医師だけが NHS 機構の中に組み込まれた。

公衆衛生業務は、一つの専門分野としては、地域、医療機関のいずれの中であろうとも、臨床サービスの管理に直接に巻き込まれるべきではないもののはずであったのであるが、英国においては、これ以来公衆衛生の体制が曖昧のものとなってしまった。英国の公衆衛生制度に関する委員会のレポート（Public Health in England -The report of the Committee of Inquiry into the future development of the Public Health Function-、1988）をみると英国人も公衆衛

生体制が不備であることを認識していたようである。食中毒や感染症問題が発生する度に批判がなされた。2003年になり英国の首席医務監の勧告に基づき公衆衛生体制が再興された。

#### (4) 日英の結核専門組織の比較

わが国の結核対策は、全国画一な保健所網をもとに、フォーマルには組織としては保健所、患者管理の専門スタッフとしては保健所保健師として発展してきた。Bradford の St Luke's Hospital を訪問したところ、わが国の保健所は医療サービスとは独立しているのに対し、英国においては、結核対策の専門スタッフ（結核専門看護師等）は、NHS 病院併設の TB Office に拠点を置き、同じく病院併設の Chest Clinic の呼吸器科医と連携して患者管理を行ってきたと思われる。

表1 英国と日本の結核専門組織

	英国	日本
患者診断	GP, Chest Clinic(PCT)	一般医療機関
治療	Chest Clinic(PCT)	結核病院(療養所)、結核指定医療機関
患者管理	NHS:TB Office (NHS病院)	保健所
患者支援スタッフ	NHS:TB Nurse(PCT)	保健所医師、保健師
結核菌検査、結核のサーベイランス	HPA, HPU	保健所、結核研究所

NHS: National Health Service,  
PCT: Primary Care Trust,  
SHA: Strategic Health Authority  
HPU: Health Protection Unit

#### (5) 結核対策の専門組織の有り様について

結核対策として必要な活動は、患者発見、診断、治療、管理、接触者検診などがあるが、これらをどのような組織を設けて対応するかについては、地域の経済事情や医療事情、また結核の蔓延状況により一様ではない状況にある。結核対策の専門組織の有り様を整理してみると表2の通り整理することができる。この中で、英国とわが国の専門組織の状況について比較してみる。

1 特別な保健医療施設	
1) 医療サービスを含めた専門組織の形態	① ニューヨーク方式(フルセット: 独立型)
	② 途上国方式(プライマリケア型: 限定的)
	③ 英国方式(アタッチメント: 連携型)
2) 医療サービスを含まない専門組織	日本の保健所制度