

II 現代型・都市型結核の現状

東京の結核を分析し、対応策を構築する

東京の結核には、現在、大きく2つの特徴があります。

第1は、戦後の結核根絶に向けた国民的な取組を経た21世紀初頭における現代的な特徴です。

第2は、人口や産業が集積し、就学・就労形態等、多様な生活が営まれる大都市であることに起因する特徴です。

本章では、こうした東京の結核の現状について分析します。

1 都における結核感染の状況

全体的傾向 ～ 全国と比較した都の“り患”状況 ～

- 2004年(平成16年)の都における新登録結核患者数は、3,764人、り患率は、30.2(*)となっています。

* 結核患者の定義について

1998年(平成10年)から、国は、結核に関する統計指標(患者数、り患率)を示す際の定義を変更し、「非定型抗酸菌(*)」を除外しました。

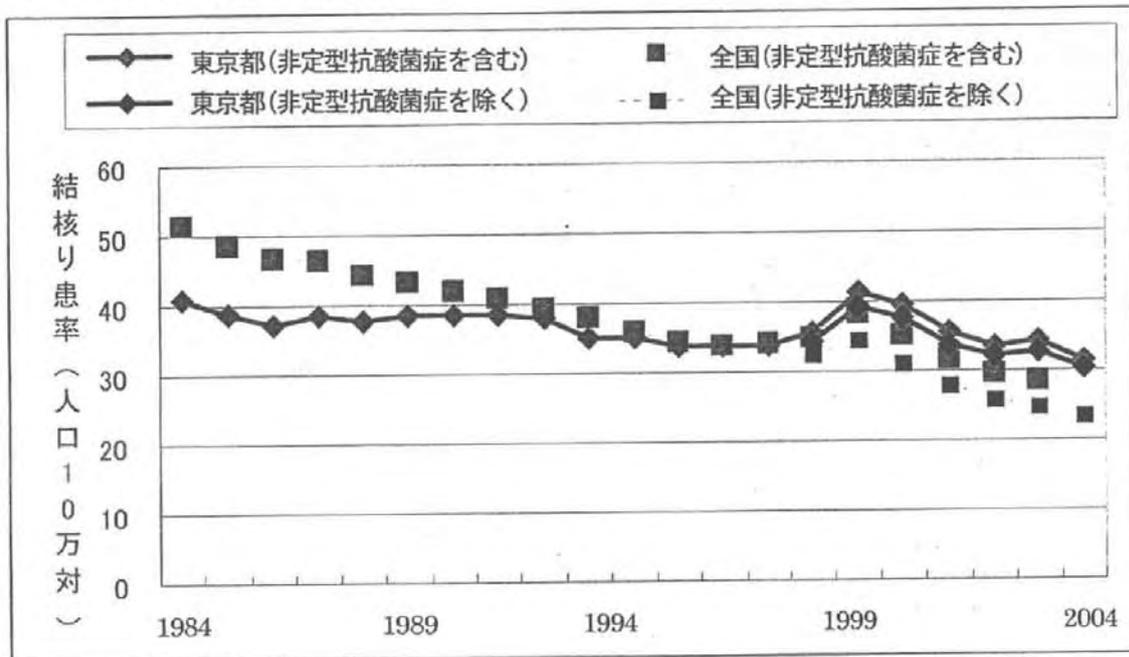
* 非定型抗酸菌について

自然界に存在する微生物は、ウイルス・細菌・真菌(カビ)・原虫の4つのグループに分かれますが、結核菌は、細菌の中の抗酸菌という種類に属します。

抗酸菌の中で、結核菌など一部の菌を除いたものを非定型(非結核性)抗酸菌と言います。非定型抗酸菌は、水、塵、土壌など広く自然界に分布しています。喀痰塗抹検査では、抗酸菌を検出することができますが、それが非定型抗酸菌か結核菌かについては、さらに別の検査を行わないと判別できません。

- 過去20年間の結核り患率の推移をみると、全国的には、低下していますが、都においては、ほぼ横ばいです。その結果、都のり患率は、1996年(平成8年)に、全国平均を超え、以後格差は広がる傾向にあります。

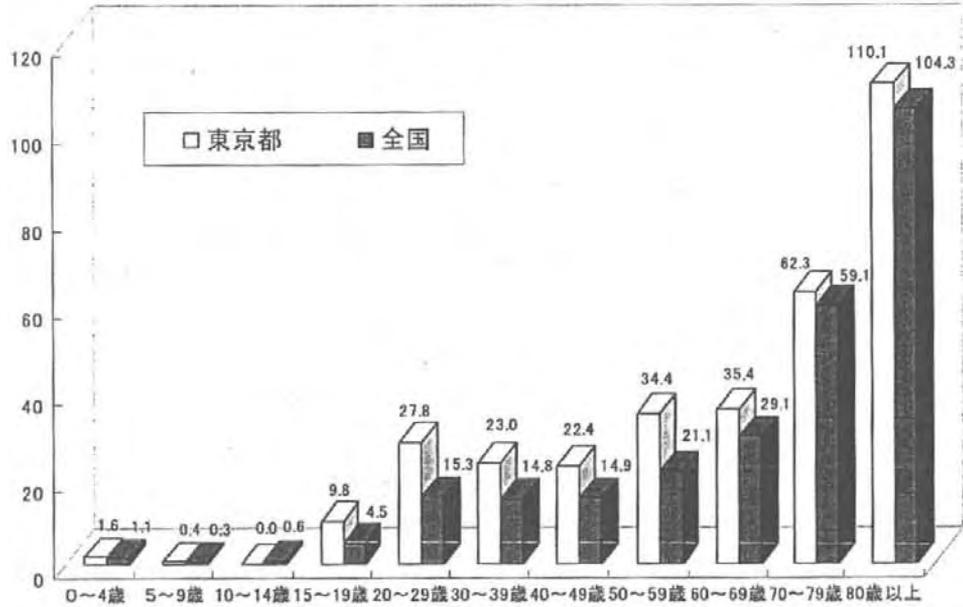
過去20年間の結核り患率の推移(都、全国)



- 2003年(平成15年)における都と全国のり患率を、年齢階層別に比較すると、両者とも、高齢者におけるり患率が高くなっていますが、都では、20歳代(格差14.8)及び50歳代(同13.3)におけるり患率が、全国よりも顕著に高くなっています。

また、それらに挟まれた世代も年少者層や高齢者層に比べると、全国との格差が大きくなっています。

平成16年 年齢階層別結核り患率(人口10万人あたり)

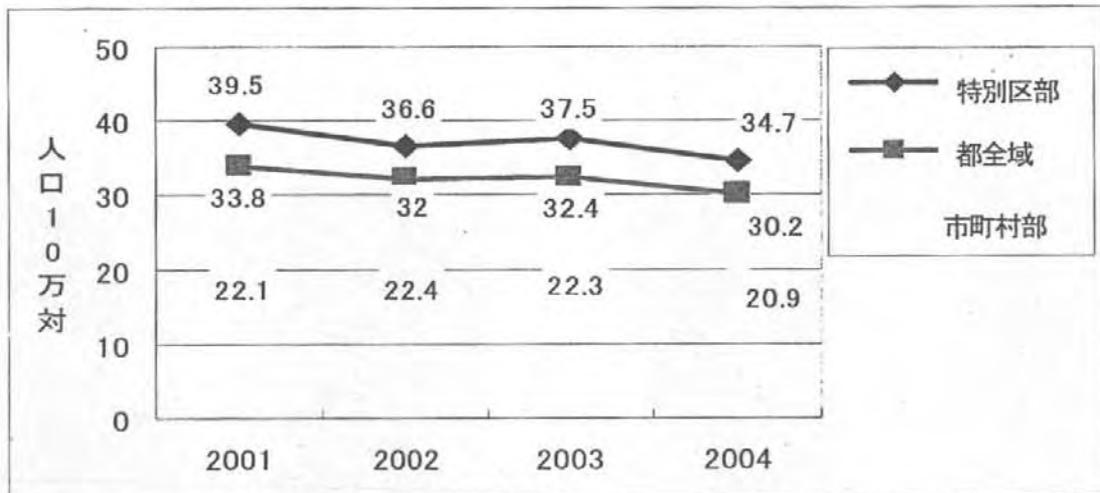


このように、若年層（20歳代）、壮年層（50歳代）及びそれらに挟まれた世代のり患率の高さが、いわば全体を押し上げる形になっています。

都内の結核の特徴

- 都内のり患率を地域ごとに分析すると、市町村部（島しょ地域を含む）は全国平均（23.3）を下回る20.9であるのに対して、特別区部では34.7であり、全国平均を大きく上回っています。

特別区部、市町村部、都全域別り患率の推移



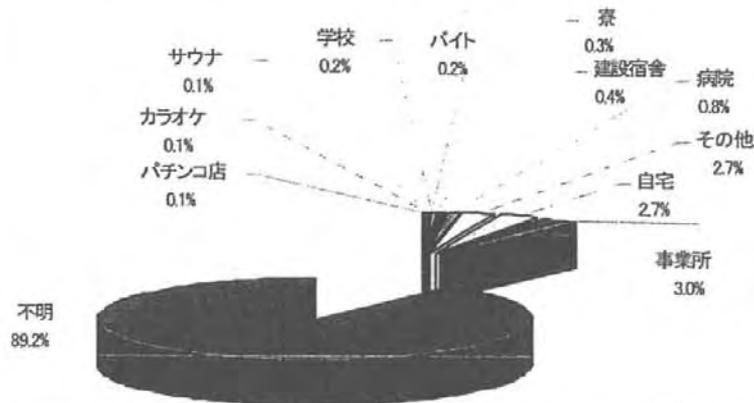
- また、自治体ごとに見ると、り患率が全国平均を下回るものから、その4倍にせまるものまであり、地域の実情に合わせた結核対策が必要です。

区市町村別結核り患率一覧(2004年)

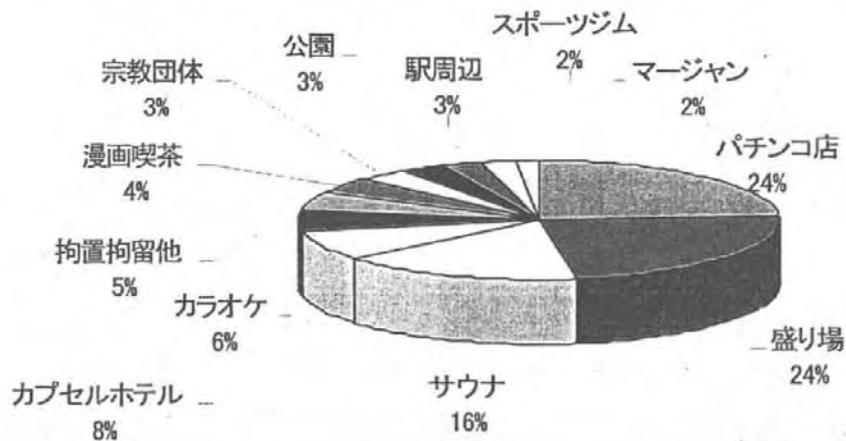
特別区名	り患率	市町村名	り患率	市町村名	り患率
千代田	55.6	青梅市	11.2	大島町	34.1
中央	25.2	福生市	24.6	利島村	0.0
港	34.0	羽村市	14.2	新島村	0.0
新宿	59.7	瑞穂町	8.9	神津島村	0.0
文京	29.8	奥多摩町	29.0	三宅村	—
台東	86.4	あきる野市	13.8	御蔵島村	0.0
墨田	48.0	日の出町	12.4	八丈町	54.9
江東	30.1	檜原村	66.6	青ヶ島村	0.0
品川	35.2	八王子市	19.2	小笠原村	0.0
目黒	21.9	日野市	19.5		
大田	31.3	多摩市	15.7	特別区部	34.7
世田谷	22.9	稲城市	18.5	市町村部	20.9
渋谷	27.2	町田市	15.3	都全体	30.2
中野	37.7	立川市	25.2		
杉並	26.2	昭島市	10.0	全国	23.3
豊島	54.2	国分寺市	21.6		
北	43.4	国立市	19.1		
荒川	48.7	東大和市	7.5		
板橋	31.6	武蔵村山市	27.1		
練馬	25.4	府中市	24.1		
足立	37.0	小金井市	32.4		
葛飾	38.5	調布市	26.2		
江戸川	33.3	狛江市	20.6		
		武蔵野市	24.9		
		三鷹市	29.9		
		小平市	16.9		
		西東京市	25.6		
		東村山市	28.2		
		清瀬市	34.3		
		東久留米市	23.6		

○ り患率が急上昇する20歳代から、次のピークを示す50歳代までの新登録患者の状況を、感染原因別にみると、ほとんどが不明ですが、不明者の生活状況をみると、長時間過ごす場所として、パチンコ店（24%）、盛り場（24%）、サウナ（16%）の順となっています。

20歳代～50歳代 感染源特定



20歳代～50歳代 感染源不明者の生活状況（総数 229人）



2 現代型結核としての再興

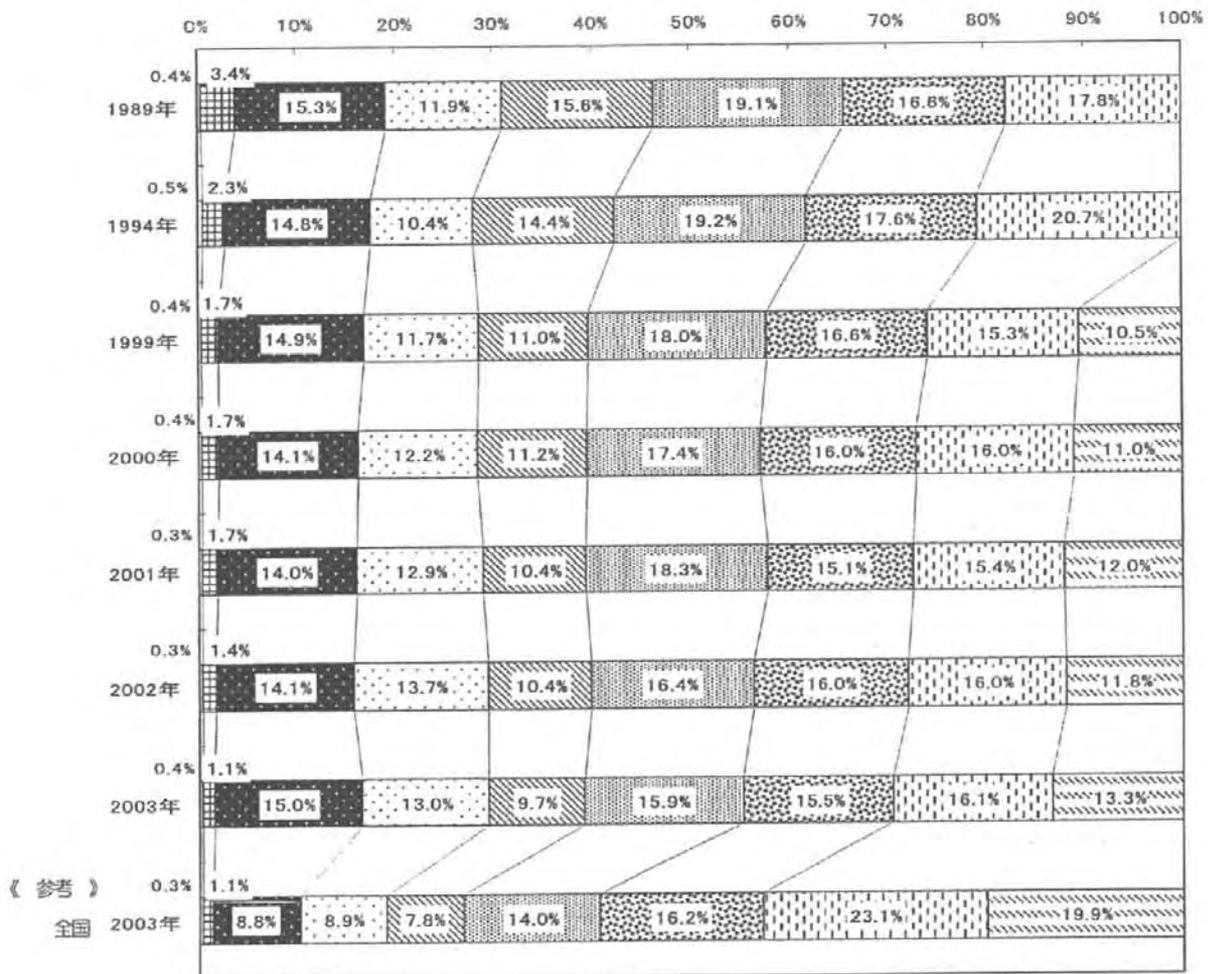
現代型結核について

かつての“国民病”としての結核は、時代の変遷を経た21世紀初頭の現在、これまでとは違う、幾つの特徴を示しています。

ここでは、これをわが国に共通する現代型結核として、現況を分析します。

(1) 高齢者と結核

- 新登録患者に占める70歳以上の割合は、全国よりは低いが、年々増加しています。
東京都における年齢階層別新登録患者数の推移



□ 0～9歳 □ 10～19歳 □ 20～29歳 □ 30～39歳 □ 40～49歳 □ 50～59歳 □ 60～69歳
□ 70～79歳 □ 80歳以上

○ 一般に、高齢者の結核は、新たに感染した事例のほか、若い時代に感染したものの、発病せずに「冬眠状態」に入り、その後の加齢や合併症などによる免疫力の低下により、発病する事例が多く含まれていると考えられています。

従って、こうした傾向は、今後も、高齢化の進展とともに、顕著になると予想されます。まさに、結核の現代的発現形態の一例です。

○ 特に、都における結核死亡者数に占める70歳以上の割合は、全体の7割を超えています。

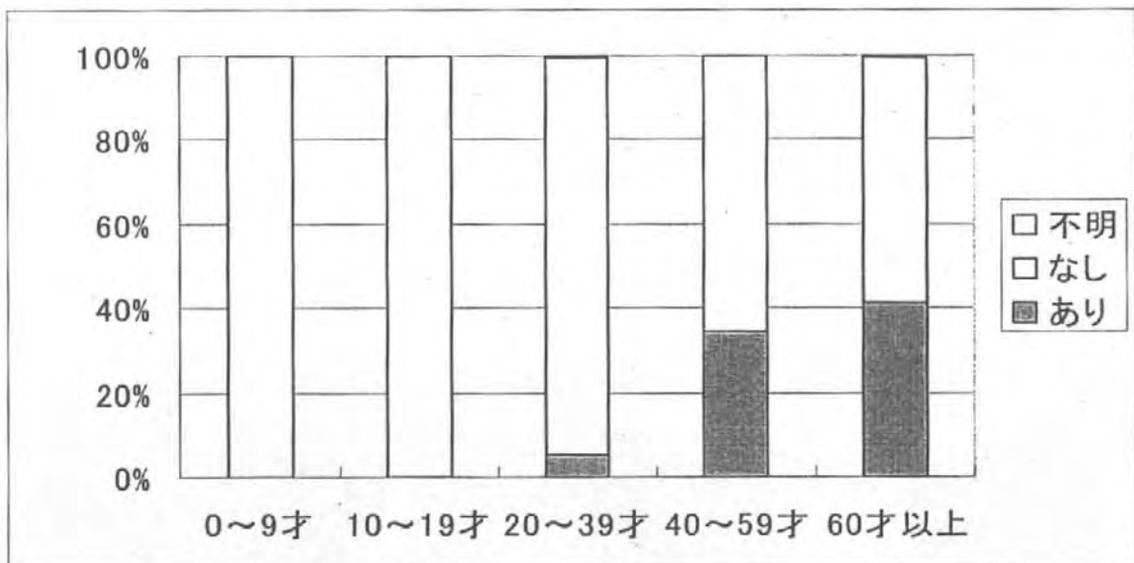
年齢階層別 性別 結核死亡者数

(単位:人)

		計	19歳以下	20歳代	30歳代	40歳代	50歳代	60歳代	70歳代	80歳以上	不詳
国		2,337	0	6	30	56	163	298	706	1,076	2
都	計	259	0	0	6	7	26	38	87	95	0
	男	180	0	0	5	7	22	33	60	53	0
	女	79	0	0	1	0	4	5	27	42	0

○ 合併症は、年齢とともに高くなり、60歳以上では、新登録患者の40%を超えています。

合併症の有無(新登録患者)



○ なお、都における65歳以上の結核患者の入院期間は、103.3日であり、全国平均入院期間85.2日の1.2倍となっています。

(2) 多発する集団感染

- 本年6月、都内の学習塾で、生徒・講師等が結核に集団感染する事例が発生しました。その後、接触者調査が進むにしたがい、発病者は62人にのぼり(同年10月末日現在)、国勢統計を取り始めた1992年(平成4年)以降では、全国で最大の規模となるものでした。

大規模な集団感染事例(全国)

都道府県名	発生年次	施設種別	発病者数
東京都	2005年	学習塾	62人
宮崎県	2001年	障害者施設	38人
高知県	1999年	中学校	32人

(2005年10月末日現在)

都と関係する特別区(*)では、広域的な対応と情報の集約を行うため、緊急に合同対策会議を設置し、感染拡大防止に努めました。

* 保健所について

保健所は、結核に関する多くの事務を担当しています。

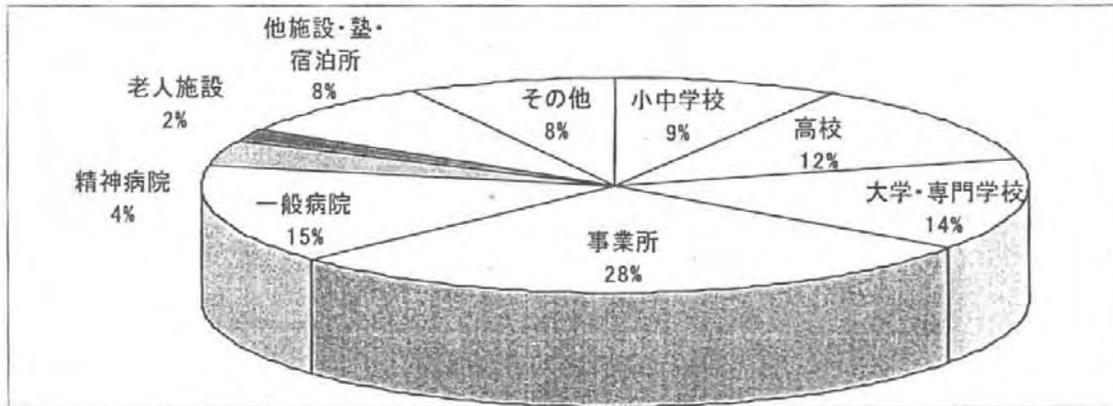
保健所の設置については、地域保健法第5条に基づき、特別区の区域においては各特別区が、市町村の区域においては都がそれぞれ行うこととされています。

- 結核予防法は、事業者、学校長その他施設の長に対し、定期的に健康診断を行うことを義務付けるなど、必要な措置を規定していますが、過去5年間(2000年~2004年)の集団感染の発生状況は、全国では170件(うち都では37件)にも上ります。その約3分の1は、学校でしたが、約8%が「その他」、つまり飲食店などの営業施設(*)であり、今後の対策上の重要な課題となっています。
- このように、集団感染も、結核の現代的特徴の一つとして忘れることができません。

* 「その他」の補足説明

東京では、24時間営業する施設が多数存在し、事実上、そこで仮眠あるいは恒常的に寝泊まりする人も多く存在します。感染源不明者に長時間過ごす場所を聞くと、不特定の人々が集まるこうした施設を挙げる人が多くあります。

全国における最近の集団感染の発生集団(2000年～2004年 総数170件)



(3) 多剤耐性結核の脅威

- 化学薬品や抗生物質などに感受性の低い菌(つまり薬が効きにくい菌)を耐性菌といい、その中でも、いくつもの薬剤に耐性を示す菌を多剤耐性菌といいます(*)。
結核菌の場合は、単剤治療や治療の中断などにより通常の結核菌が突然変異し、抗結核薬に殺されずに生き残り、増えるものと考えられています。

* 多剤耐性結核についての補足説明

一般に、結核の場合、少なくとも、主たる治療薬であるイソニコチン酸イソプロパイル(Drugs)とリファンピシン(RFP)の2剤に耐性の結核菌を「多剤耐性結核菌」といいます。

- 多剤耐性結核を作ってしまうと、治療が難しくなります。感受性のある3剤以上の薬を用いた長期間の治療が必要です(*)。

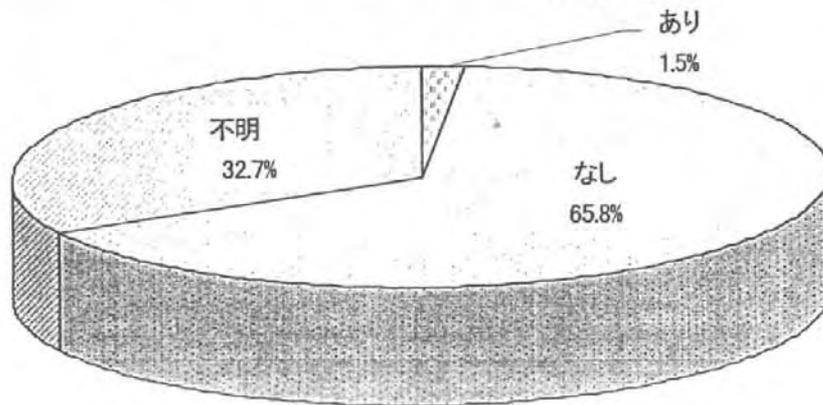
* 多剤耐性結核を作らないためには

結核の治療では、耐性菌を作らないように多剤併用で治療するのが原則です。世界保健機関(WHO)は、4剤併用で治療することを推奨しています。

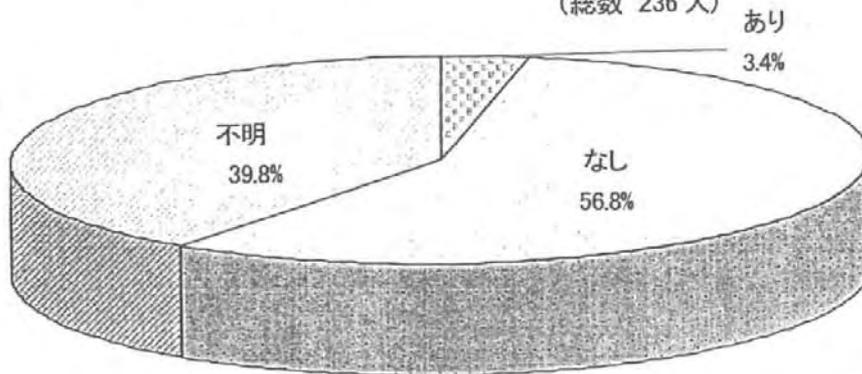
- 都における多剤耐性結核患者を、国籍別に、20歳代から50歳代までの新登録患者について分析すると、日本人は1.5%であるのに対し、外国人は3.4%と2倍以上になっています。

また、日本人に限れば、住所不定者については、2.4%であり、全体よりも高いことが指摘できます。

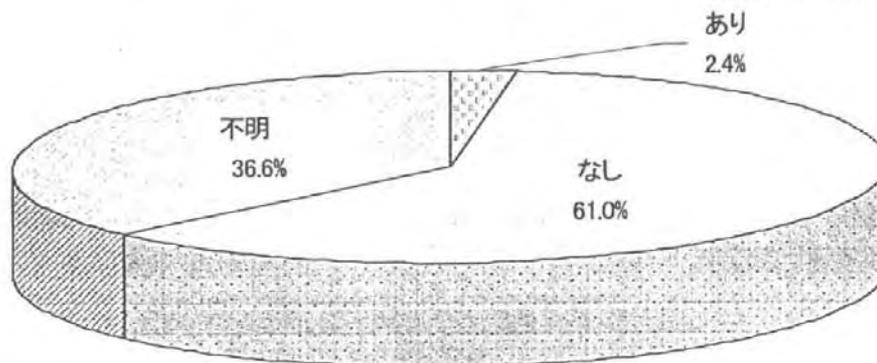
2003年 新登録患者 多剤耐性結核 20~50歳代 日本人
(総数 1895人)



2003年 新登録患者 多剤耐性結核 20~50歳代 外国人
(総数 236人)



2003年 新登録患者 多剤耐性結核 20~50歳代 住所不定者等(日本人)
(総数 205人)



3 都市型結核としての再興

都市型結核について

結核は、都市化の進展の中で、その時々^{（1）}の社会状況に合わせて、生存を続けています。全国の都道府県ごとのり患率の推移からも、結核が大都市に集中的にまん延している傾向がうかがえます。

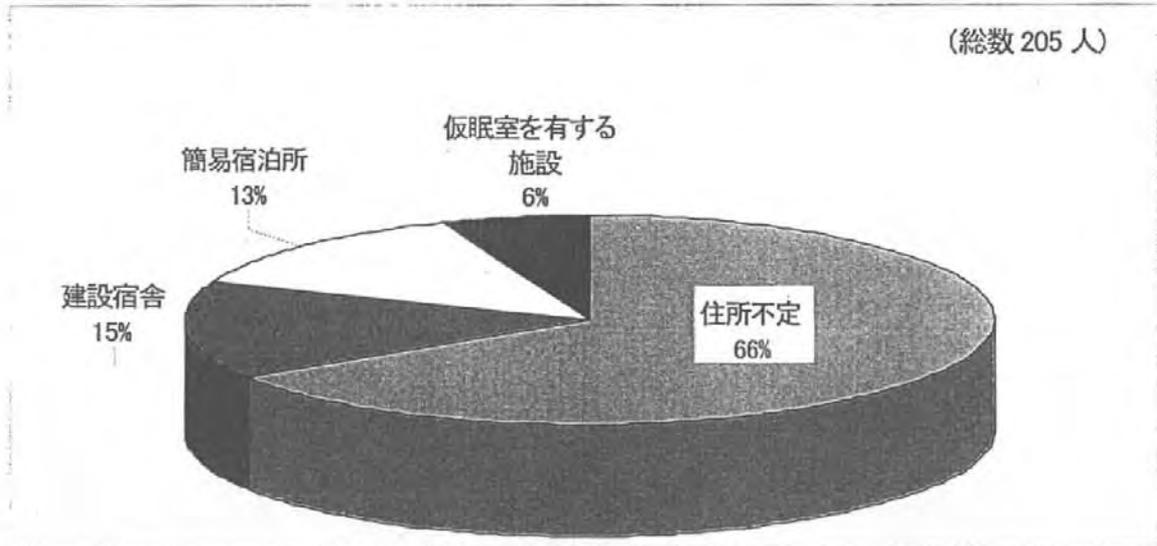
そこで、ここでは、大都市に顕著な結核の特徴を、都市型結核として分析します。

(1) 住所不定者の感染

- 都の結核感染の特徴的な年代である20歳代～50歳代までの新登録患者数は、2003年（平成15年）には、2,161人でしたが、そのうち、約1割の205人が、住所不定者等でした。

これをさらに分析すると、路上（住所不定）66%、建設宿舍15%、簡易宿泊所13%、仮眠室を有する施設6%と続いています。

2003年 新登録患者 住所不定者等(20～50歳代)内訳

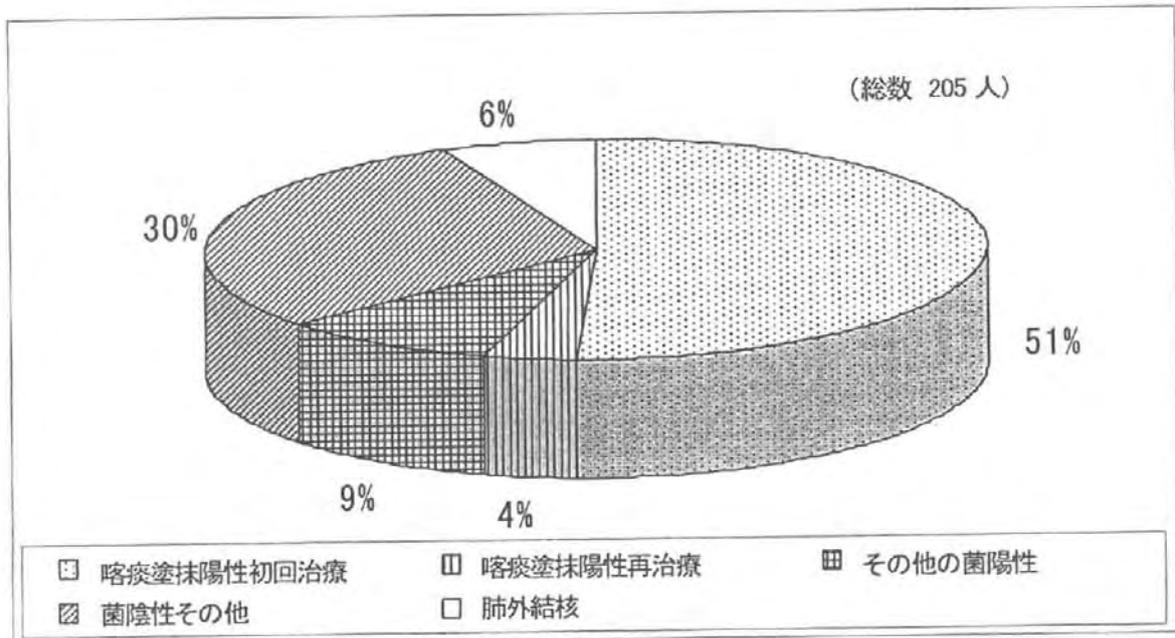
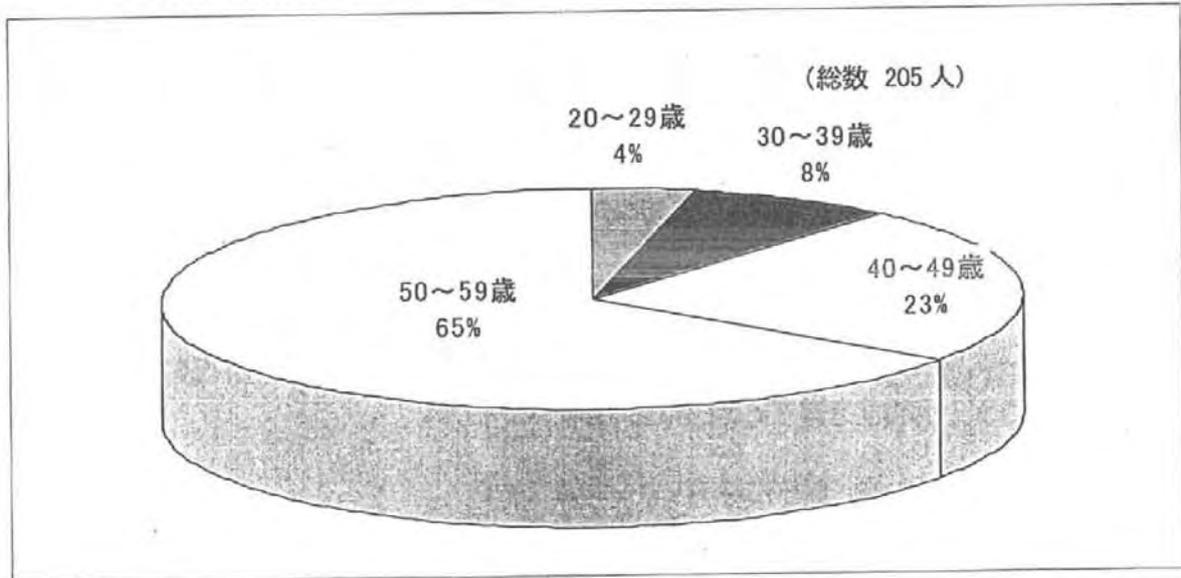


- さらに、この住所不定者等を年代別に見ると、50歳代が65%を占めています。また、排菌状況を見ると、周囲の人に感染させるおそれがある^{かくたんともつ}喀痰塗抹陽性者(*)は、54.6%を占めています。

* 喀痰塗抹陽性患者について

痰をガラスの板(スライドグラス)に塗りつけて染色し、顕微鏡で観察する検査方法を喀痰塗抹検査といい、この検査で陽性反応を示した患者を喀痰塗抹陽性患者といいます。

2003年 新登録患者 住所不定者等(20~50歳代) 年齢階層別割合(上段)
 /登録時の排菌状況(下段)



- 住所不定者問題は、都市部における深刻な社会問題ですが、結核対策においても、極めて重要な課題です。特別区部における路上生活者の結核り患率を、路上生活者概数（5,585人：平成14年調査結果）と結核患者数（132人：平成14年路上生活患者数）とをもとに計算すると、人口10万人対比で、2,363.5となり、他と比較できない高い率であることがわかります。
- なお、先に都の特徴として、50歳代にもピークがあることを指摘しましたが、50歳代を中心としたり患率の高い地域は、住所不定者等の問題を抱えた地域と重なっています。
- 住所不定者に関する結核対策では、生活に困窮していること、不規則な生活から治療中断が生じやすく、再発や薬剤耐性化を招きやすいこと、結核に対する知識の不足から治療拒否を招く傾向が強いことなどが、特に留意すべき課題です。

(2) 外国人結核

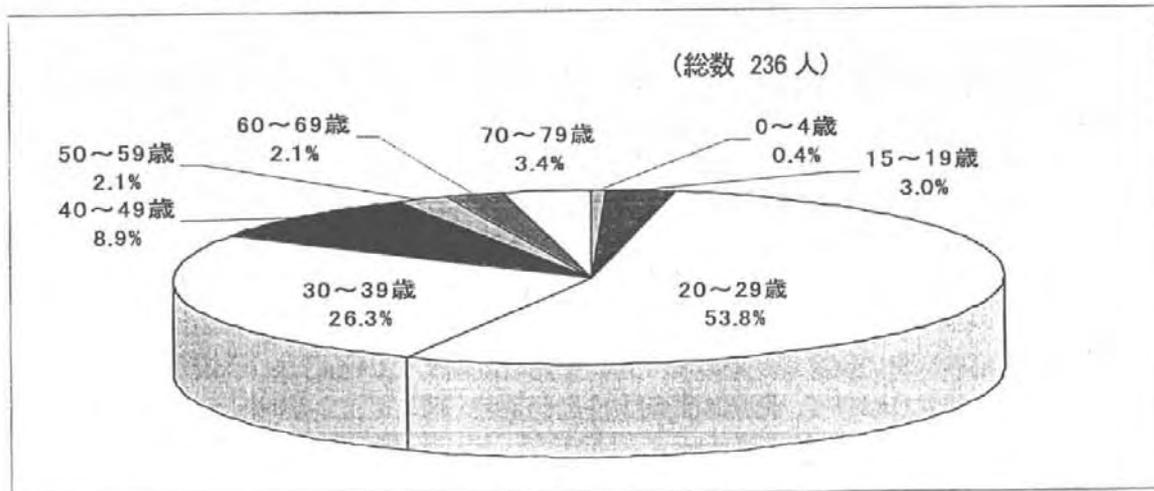
- 2003年（平成15年）の都における新登録患者数は、4,029人でしたが、このうち外国人は、235人（5.8%）でした。

新登録患者における外国籍の推移

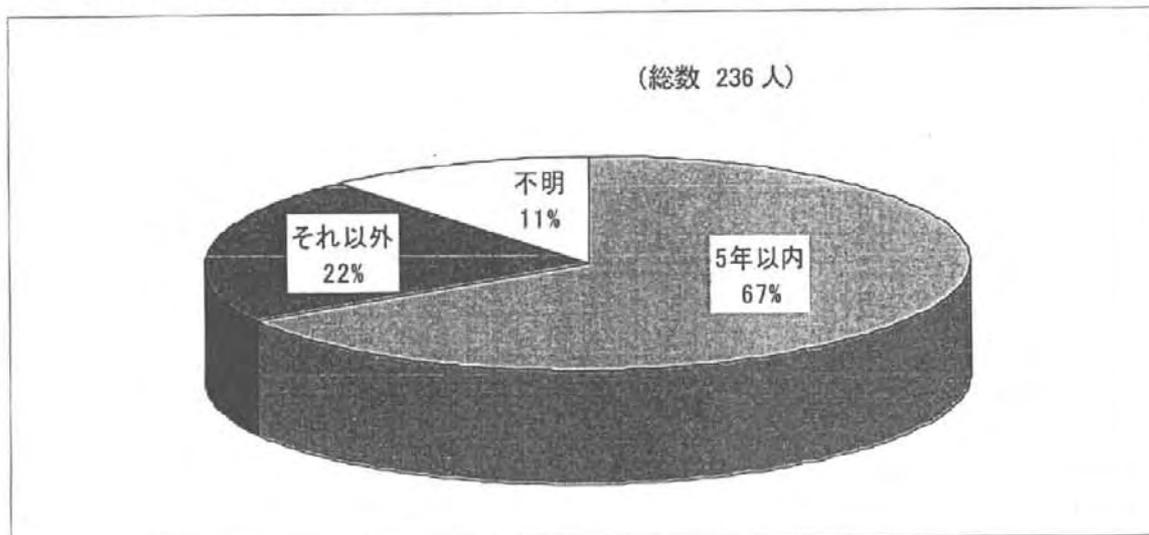
	東京都		全国	
	総数（人）	内 外国籍（割合）	総数（人）	内 外国籍（割合）
1999年	4,693	202人（4.3）	43,818	821人（1.9）
2000年	4,541	231人（5.1）	39,384	837人（2.1）
2001年	4,116	229人（5.6）	35,489	866人（2.4）
2002年	3,936	224人（5.7）	32,828	824人（2.5）
2003年	4,029	235人（5.8）	31,638	906人（2.9）

- 特徴的なのは、年代別に分析すると、20歳代が53.8%、30歳代が26.3%で、この2つの年代で、8割を超えていることです。
また、在住5年以内の者が67%を占めています。

2003年 新登録患者 外国人 年齢階級

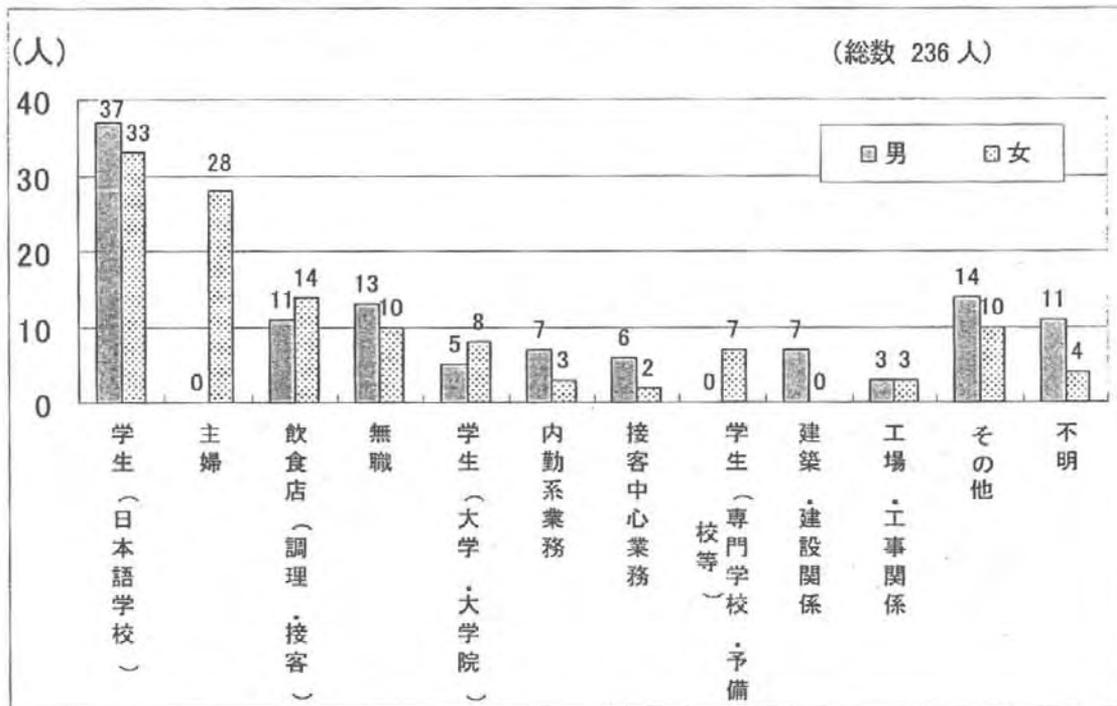


2003年 新登録患者 外国人 日本在住期間



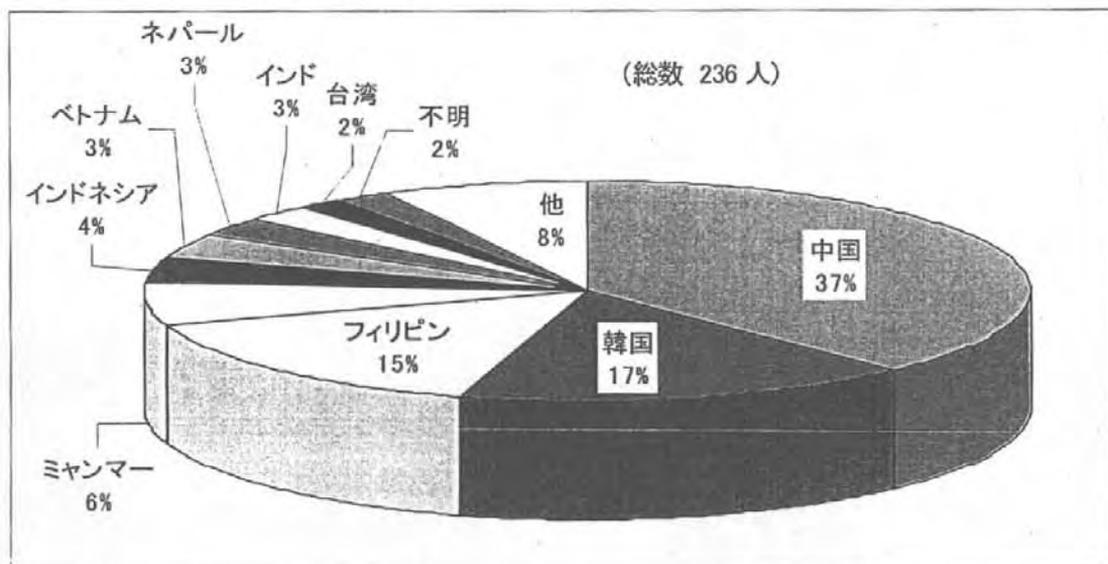
○ 職業別に見ると、学生（日本語学校）が約3割であり、以下、主婦、飲食店従事者、無職となります。

2003年新登録患者 外国人 性別・職業別人数



○ 国籍別では、次図のとおりです。

2003年 新登録患者 外国人 国籍



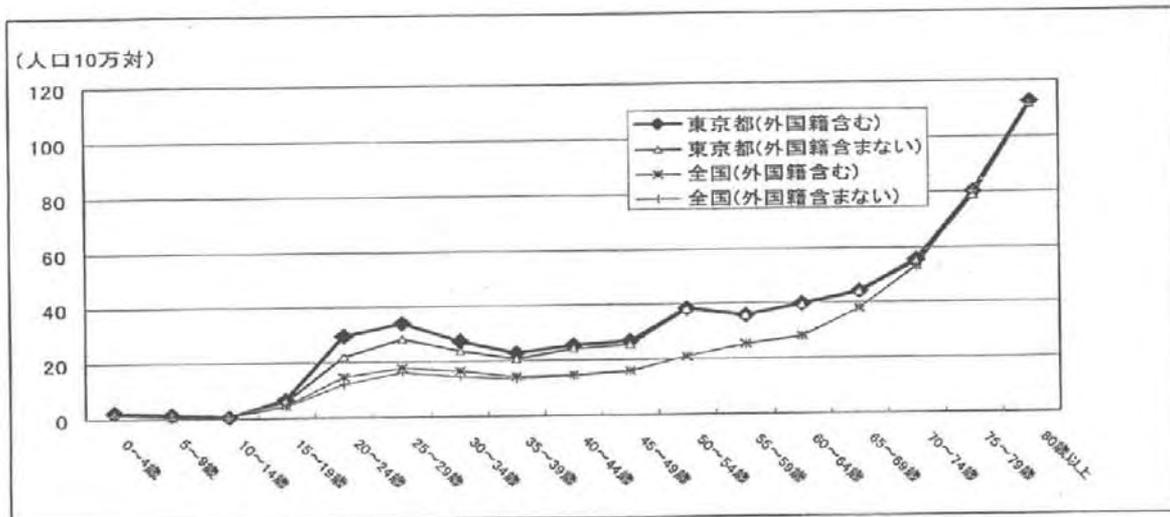
○ 新登録患者数に占める外国人の割合は、全国的にも年々増加していますが、都では、その割合が2倍以上であり、外国人の結核対策も、重要な課題となっています。

- 来日したばかりの外国人では、結核の症状がある場合でも、会話の困難性や慣習の相違などから医療機関による治療を受けにくいこと、学校や職場における健康診断を受診しにくいこと、医療保険が適用されないこと、また超過滞在者も存在することなど、様々な特殊事情を抱えているケースもあります。

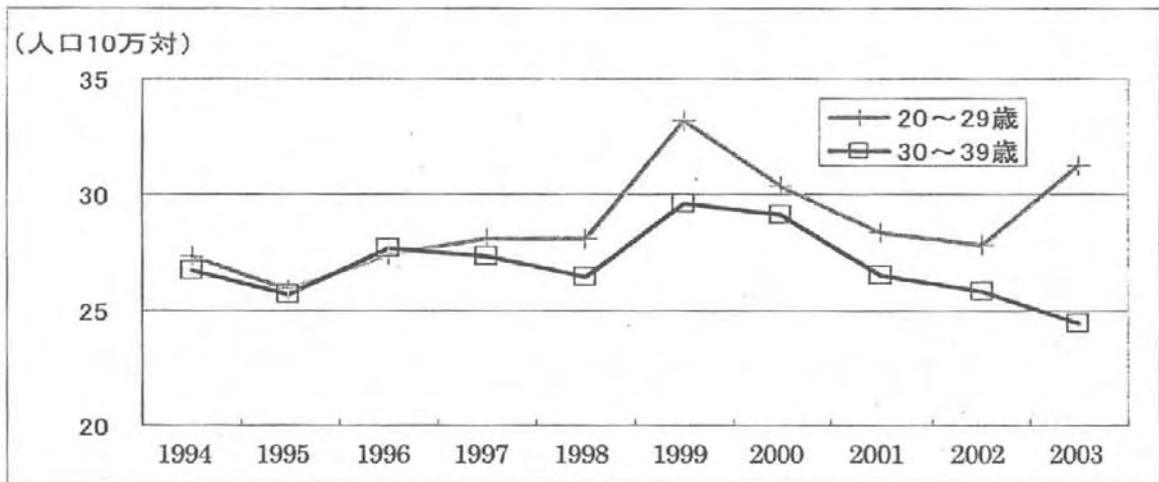
(3) 若年層への広がり

- 先に見たように、都の若年層、特に20歳代の結核り患率は、全国水準よりも著しく高く、社会生活が始まる世代を中心に新たな感染が生じている状況がうかがえます。この傾向は、他の大都市でも同様であり、今後、結核が高齢者から、若年層を中心とした都市型結核へ移る可能性が高いことを示唆しています。若年時に感染し、「冬眠状態」を経て、加齢等に伴う免疫力の低下とともに発病するという結核の特性を踏まえるならば、対策を進めるうえで、若年層への広がりを防止することはとても重要です。

2003年 年齢階級別り患率 男女計

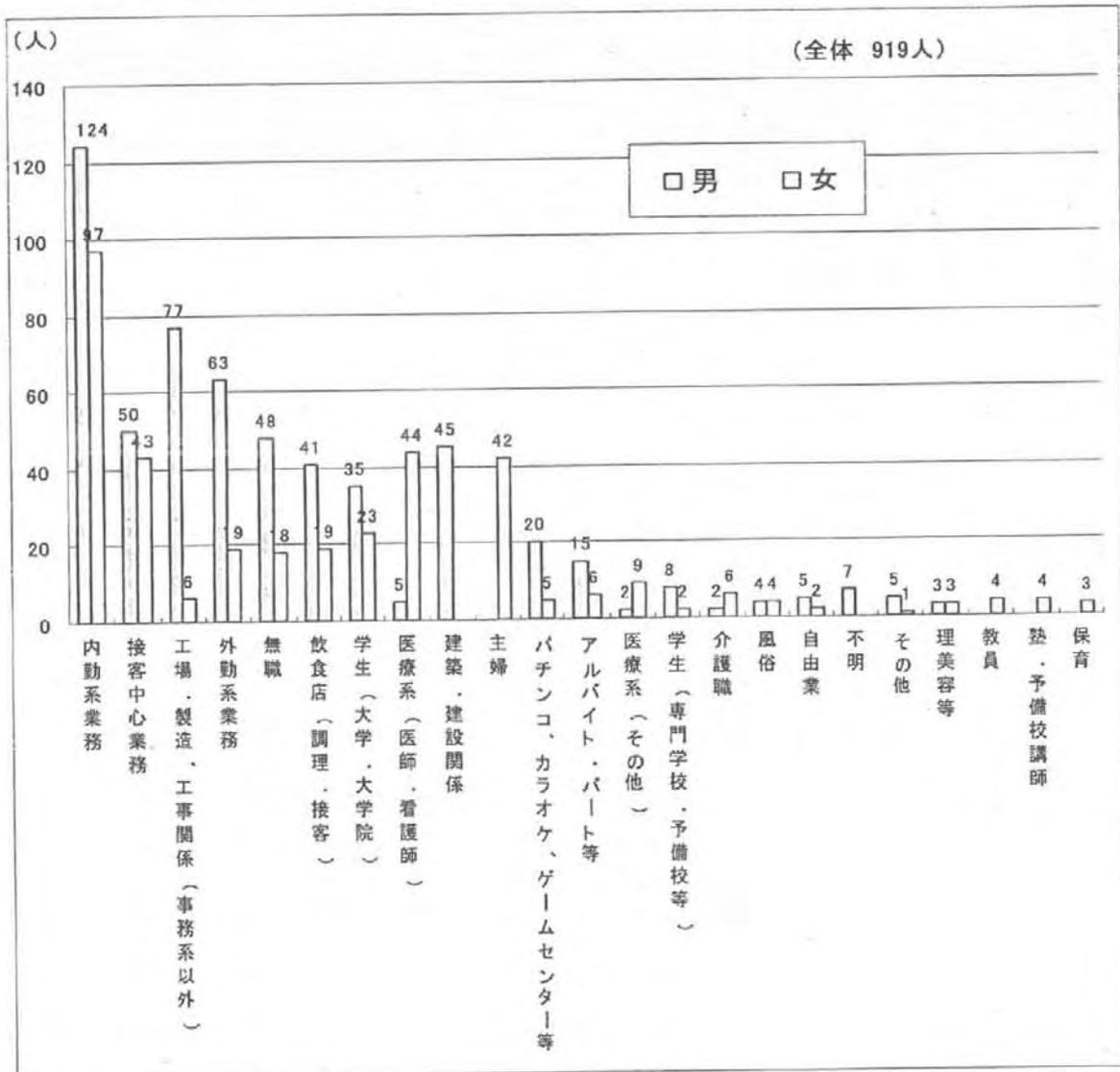


20歳代・30歳代のり患率の年次推移



- 都における20歳代及び30歳代（日本人のみ）の新登録患者を職業別にみると、事務などの内勤系業務が男女とも最も多く、男性では、工場・製造・工事関係（事務系以外）が、女性では、医療系（医師・看護師）が続いています。

2003年 新登録患者20~39歳(日本人)職業別 男女



○ かつて、国民病と呼ばれた頃に結核を経験した世代とは異なり、若年層には、結核に対する知識が不足しています。

例えば、都が実施した調査では、20歳代男性の半数以上が、「結核がまわりの人に感染するおそれがある病気」であることを認識していませんでした。

対策上の重要な課題です。

Ⅲ 現代型・都市型結核を克服する都の戦略指針

現代型・都市型結核から、都民の安全・安心を確保します

本章では、これまで分析してきた現代型・都市型結核に対する処方箋として、都の総合的な取組を、独自の数値目標を含めた“戦略指針”として構築し、結核感染の脅威から、都民の安全・安心を確保します。

☆ 基本的な考え方

現代型・都市型結核を克服するための都の戦略指針を構築するために、次の4つを基本的な考え方として位置付けます。

1 科学的根拠に基づいた効率的な結核対策の推進

統計情報の分析や最新の医学的知見に基づいた個別的対応など、科学的な根拠に基づき、課題を明確にした上で、効率的な結核対策を推進します。

2 重点対象への集中的取組

現代型・都市型結核の撲滅に向けた取組を進めていくため、感染・発病を起こしやすい対象や施設に対しては、集中的な対策を行います。

3 予防から治療までを支える地域における仕組みづくり

結核のまん延防止には、予防のための取組はもちろん、早期発見・早期治療に努めることなど適切な医療の提供を確保することが必要です。

このため、医療機関、保健所、福祉事務所等の地域の関係機関を含めた予防から治療までを支える仕組みづくりを進めていきます。

4 広域的な連携体制の構築

的確かつ効率的な結核対策を進めていくため、自治体の枠を越えた広域的な連携体制を構築することが必要です。

そのため、保健所を設置、運営する都と特別区が、共通目標を設定することなど、一層の連携を進める必要があります。

また、法律上、予防接種や定期健康診断などを行うこととされている市町村と都の保健所とが施策を協調し、総合的に結核対策を進めていく必要があります。

1 予防対策の徹底(戦略1)

【目標1】

☆ 2010年(平成22年)における都内の生後6か月時点におけるBCG接種率の目標を、95%以上とします。

《主な取組》

- ツベルクリン反応検査の廃止・直接BCG接種制度への的確な対応
- 現代型・都市型結核患者への検診の重点化
- 院内感染防止対策の徹底、研修等の充実

(1) 予防接種

- 結核の予防対策として、BCG(*)接種は、特に乳幼児期における結核の発病・重症化防止に極めて有効とされています。

* BCG ワクチンについて

BCG ワクチン(Bacille de Calmette-Guerin)は、フランスのパスツール研究所で、カルメット(Calmette)とゲラン(Guerin)により開発された弱毒化ウシ型抗酸菌を用いたワクチンで、広く世界的に用いられています。

1909年に乳牛より分離された強毒ウシ型菌を、230代育て、実験動物に接種しても発病させないことが確認され、1921年に人体試験が開始されました。

我が国へは、1925年に持ち込まれ、1965年172代目の菌が標準株(TOKYO172)と定められ、ワクチン製造に用いられています。

- 予防接種には、区市町村長が、乳児に対して行う定期の予防接種と都道府県知事が結核予防上特に必要があると認めるときに行う定期外の予防接種とがあります。
- このうち、定期の予防接種について、2005年(平成17年)4月から、改正結核予防法の施行に合わせて、次のように取扱いが変更されました。

第1に、予防接種に先立って行われていたツベルクリン反応検査(*)が廃止されました。

* ツベルクリン反応検査について

ツベルクリンとは、コッホにより発見された抗原物質のこと。

結核菌の感染を受けた生体等に、ツベルクリンを皮内注射すると、その局所に48時間をピークとし

て出現する発赤・硬結を主体とする皮膚反応が起こります。これをツベルクリン反応といい、わが国では、長径が10mm以上のものを陽性と判定しています。

但し、全身状態が悪い場合や乳児、免疫不全の場合など、結核に感染していても、ツベルクリン反応が陰性になる場合も多く、絶対的な検査ではありません。

- これまでは、結核に感染していないことをツベルクリン反応検査で確認してから、予防のためにBCG接種を行っていましたが、結核り患率の低下に伴い、乳幼児の感染が減少したことから、ツベルクリン反応検査を廃止し、BCGの直接接種を行うことにしたものです。

ただし、今後は、既感染者に対してBCG接種を行う可能性が出てくることから、区市町村は、健康被害対策が速やかに行えるよう、保健所、医療機関との連携体制の強化や、コッホ現象(*)、副反応などについて、最新の医学的知見を深め、関係者に周知するよう努めていく必要があります。

* コッホ現象について

コッホは、動物の皮膚に結核菌を接種した場合、結核に、既に感染している場合には、感染していない場合に比べて、局所反応が早くかつ強度に出現し、治癒も早いことを発見しました。これをコッホ現象といいます。免疫のある個体に菌が侵入したときに起こる局所の防衛過程であると理解されています。

なお、コッホ現象が出現した場合には、結核感染の有無を確認する必要性が高いことから、区市町村は、接種を受けた者から報告を受けるとともに、報告をした者に医療機関で必要な検査等を受けるよう勧奨することが望まれます。

第2に、予防接種は、これまで4歳に達するまでの期間に行うこととされていましたが、原則として、生後6か月に達するまでの期間に行うこととされました(*)。

* 例外措置(接種が、医学的に不相当であると判断された場合)

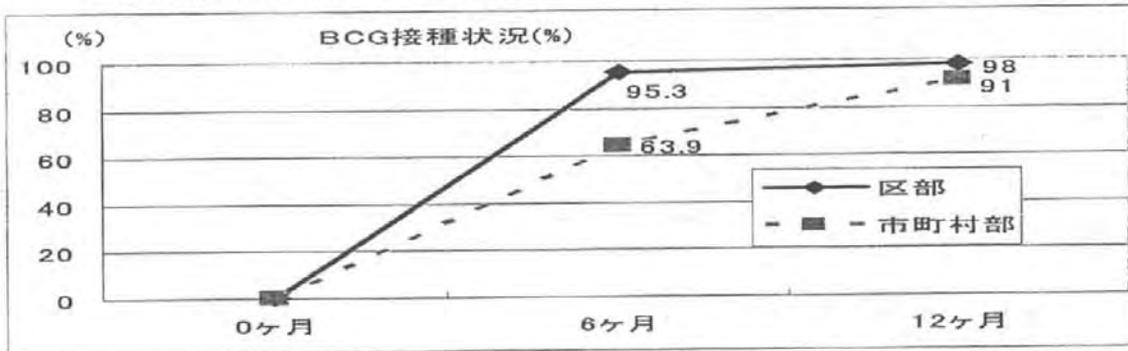
生後6か月に達するまでの期間に、医学的に接種を行うことが不相当であると判断された乳児については、1歳に達するまでの期間に、法に基づかないBCG接種として、区市町村が実施している場合があります。

- 今後は、まず予防接種の実施主体である各区市町村長が、生後6か月に達するまでの期間にBCG接種を完了するよう、地域の医師会や近隣の自治体との十分な連携、乳幼児健康診断との同時実施、個別接種の推進等により、接種の機会を確保し、接種率の向上を図ることが必要です。

また、未接種者へのフォローや共働き家庭等に対する予防接種を受けやすい体制整備を検討していく必要があります。

- 取扱いが変更になる前の都におけるBCGの接種率は、生後6か月時点では、特別区部95.3%、市町村部63.9%、生後1年時点で、特別区部98.0%、市町村部91.0%となっています(特別区部は、2001年、市町村部は、2004年の数値)。

* BCG接種状況(特別区部・市町村部)



<備考> 特別区部は2001年、市町村部は2004年の数値

- 都は、BCG接種技術の確保・向上のため、必要な調査・研究を行うとともに、保健所職員や医療関係者等を対象にした講習会や研修等を積極的に推進して行くことにより、予防対策の拡充に努めていきます。

(2) 健康診断(定期検診・定期外検診)

- 結核患者の発見を方法別に分析すると、医療機関での受診によるものが大きな割合を占めていますが、健康診断によるものも2割を超えており、患者本人の治療はもとより、社会への感染拡大防止の観点からも、健康診断は有効な手法となっています。

都における発見方法別新登録患者数(平成15年)

(単位:件数)

総数	医療機関受診	健康診断	その他	不明
4,029	2,969	882	139	39

- 健康診断は、大別、次のように区分されます。
 - ① 定期検診
 - 結核予防法に基づき、区市町村長、学校長、事業所の長、施設(社会福祉施設等)の長が行うもの。
 - ② 定期外検診
 - 結核予防法に基づき、都道府県知事が、結核の予防上、特に必要があると認めるときに、感染を疑う正当な理由がある者に対して行わせるもの。
 - ③ 個別健康診断
 - 結核予防法に基づかない健康診断。入学・就職のための健康診断、人間ドック等。
 - ④ その他の集団検診
 - 結核予防法以外の法令、制度による集団検診。
- 定期検診で発見された患者は、約8割が排菌していない段階にあり、早期発見のために極めて有効な手段です。このため、都は、区市町村長、学校長等が行う定期検診の積極的な支援を通じて、結核のまん延防止に努めていきます。

- また、都が直面する現代型・都市型結核対策を進める上では、特にリスクの高い対象に重点的な対応をとる必要があることから、都は、区市町村との連携を図りながら、以下の施策を推進していきます。
 - ・ 第1に、簡易宿泊所を中心に、建設宿舍・サウナなどの利用者を対象とした住所不定者対策としての健康診断を重点的に行います。
 - ・ 第2に、外国人の結核対策として、日本語学校就学生や保険未加入者を対象とした特別対策としての検診を行うほか、外国人一般を対象にした対策を充実していきます。
 - ・ 第3に、高齢者施設など、ハイリスクな人々が集まる施設の管理者に対しては、健康診断の重要性や結核に関する正しい知識についての普及啓発を進めていきます。
 - ・ 第4に、集団感染対策としては、学習塾やベビーホテルなど、従業者が感染源となった場合に、深刻な影響を引き起こす可能性が高い事業所に対する予防対策の充実を図ります。
- 以上の対策を進めるに際しては、リスクに応じた効率的な健康診断（特に、定期検診）を実施していくため、地域の結核罹患率の状況やハイリスクグループの情報を的確に把握し、地域の実情に合わせた健康診断方法や対象を選定する必要があります。
- 都には、様々な地域特性があり、定期検診の実施にあたっては、全域を画一的に捉えるのではなく、各区市町村が、罹患率等の地域の実情を踏まえて対象者を選定することが求められます。その際、国は、患者発見率0.02～0.04%を基準とすることを推奨しています。

また、選定した対象者に健康診断が確実かつ効果的に実施されたか否かを検証するため、受診率、要精密検査率、同受診率、患者発見率などを的確に把握し、評価を行うことが重要です。
- 定期外検診は、「結核にかかっていると疑うに足る正当な理由のある者」を対象に行うものであり、集団感染などの場合における患者の早期発見・早期治療及び感染拡大防止の双方の観点から、極めて有効なものです。

ただし、感染源となった患者の接触者が複数の自治体にわたって広域に居住することが多く迅速な対応がとりにくい側面があります。

そのため、都は、保健所間の連携を図り、総合的な調整を行い、積極的に対策を進めていきます。

(3) その他

- 自覚症状などに基づく、医療機関での自発的な受診により発見された患者は、全体の74%（2003年（平成15年）の都内の実績）にのぼりますが、さらなる自発的な受診率の向上のため、普及啓発を進めていきます。
また、医師、看護師など医療機関従事者に対して、最新の結核医療に関する知識を修得する機会を提供する研修・講習会についても、充実していきます。
- さらに、都市型結核を若年層について分析した際に述べたように、新登録患者を職業別にみると、医師・看護師など医療系業務の従事者が高い割合を示しています。
従って、院内感染対策についても、改めてその重要性が認識されなければなりません。院内感染対策は、感染源をサーベイランスすることを基本に据え、換気のコントロールなどの施設構造上の課題を含めた感染経路に関する対策や感染性のある結核患者に接する場合に、結核菌を透過させない特殊フィルターをついたマスクを使用することなどの対策を徹底しなければなりません。
また、通院患者やデイケア等を利用する通所者に対しても十分な配慮が必要です。
都は、各種講習会や広報活動を通じて、院内感染防止に関する啓発活動を引き続き行います。
- なお、感染性結核患者について、結核予防法は、就業制限や結核療養所への入所命令などを規定していますが、感染拡大防止の観点からは、周囲へ感染を拡大させるおそれのある状態を速やかに解消することが必要です。
このため、結核患者の発生に関する医師の届出が迅速に行われるとともに、患者に対して、速やかな治療や入院を勧めることなど、感染拡大防止の仕組みを、都、区市町村及び国の責任の下に、充実強化していきます。

2 適切な医療の提供(戦略2)

【目標2】

☆ 都内の全保健所で DOTS を積極的に推進するとともに、2010年(平成22年)までに、治療失敗・脱落率を2003年(平成15年)の7.8%から、5%以下とすることを目標とします。

《主な取組》

- 多様なニーズに対応できる医療提供体制の拡充
- DOTS(直接服薬確認療法)の積極的な推進
- 住所不定者、外国人、高齢者への積極的支援

(1) 医療提供体制の確保

- 本年4月現在、医療法で許可された都内の結核病床数は1,005床です。
- 近年、合併症、精神疾患、アルコール依存症等を併発する高齢者を中心とした結核患者や薬剤耐性菌への対応など、結核をめぐる医療ニーズは深刻化、多様化しつつあります。
このため都では、高度な合併症等を有する結核患者が、医療上の必要性から、一般病院又は精神病院で入院治療を受けることができるようにするため、結核患者収容モデル病床の整備を進めています。
- また、空き病床の不足により、結核が疑われる患者の受入れが困難な場合に備え、都独自に、一般の救急病院において、緊急受入れ及び治療が行えるようエアフィルター装置等の個別空調設備を持つ病床(緊急一時入院施設)を整備してきました。
- これらの施策を含め、都では現在、「東京都結核緊急医療ネットワーク」を構築し、適切な医療の確保に努めていますが、今後とも、深刻化・多様化する結核医療に係るニーズに的確に応えることができるよう、医療提供体制の拡充を図っていきます。
- そのほか、地域の医療機関に対して、結核医療の最新情報の提供が行われるよう、保健所と医療関係機関との連携関係を強化していきます。
保健所は、地域における結核対策の中核的機関としての役割を果たしていくことが重要です。
- さらに、現代型・都市型結核の克服に向け、医療機関に対し、薬剤感受性検査(*)

の徹底を図るよう働きかけるほか、現在、諸外国で深刻化し、今後、都でも深刻化することが予想されるHIV感染者が結核を併発した場合の対応についての先進的な取組を進めていきます。

*** 薬剤感受性検査**

結核であることが診断された後、治療に有効な薬を調べるための検査のこと。

- なお、小児結核対策の分野では、接触者検診の迅速な実施、化学予防(*)の徹底、結核診断能力の向上、小児結核発生病動向調査等の充実を図ることが重要であり、都は、区市町村、保健所、医療機関等と綿密に連携し取組を進めていきます。

*** 化学予防について**

結核発病を予防する目的で抗結核薬を投与することを、化学予防又は予防内服といいます。化学予防を受けている者は、日常生活は、普段どおりで構いませんが、服薬を確実に行うことが必要です。

- 結核医療のための医薬品の研究開発については、民間の研究機関等の活動を促しつつ、国の責任において、着実に進められるべきものです。

特に、現状では治療が困難な多剤耐性結核患者の治療法など、新たな抗結核薬の開発等についての国の責任は重大です。そのため、都は、その実現に向け、国に働きかけていきます。

(2) 患者支援体制の充実

- 結核の治療は、通常6か月から1年程度の期間を要し、患者には、大きな負担となっています。

しかし、服薬を中断することは、症状の悪化を招くほか、薬剤に対する耐性を持つ菌を作ってしまう可能性があります。

- したがって、治療中の患者に対して、結核の特性や服薬を中断しないことの重要性を、正確に伝えるとともに、長期に及び治療を支援していく必要があります。

そのためには、単に治療を行う医療機関だけではなく、薬局や保健所などが連携し、地域における支援体制を確立するとともに、より広域的な対応を都と区市町村とが、協力して、進めていく必要があります。

- 2005年(平成17年)4月に施行された改正結核予防法では、「直接服薬確認療法(DOTS)」(*)を推進するための規定を整備しました。

具体的には、保健所長は、必要があると認める場合には、保健師又はその他の職員を、患者の家庭に訪問させ、服薬指導を行うこと及び医師は薬剤を確実に服用すること等を指示しなければならないこととされました。

*** 「直接服薬確認療法(DOTS)」について**

Directly Observed Treatment Short-course の略で、患者の服薬を医師等が直接確認して行う治療

法。

WHO(世界保健機関)は、次の5要素を柱とする包括的な結核対策を、「DOTS 戦略」として提唱しました。① 喀痰塗抹陽性患者を最重要とする。② 患者が薬を飲むのを確認する。③ 患者の治療成績を確認し、報告する。④ 適切な化学療法剤を必要期間投与する。⑤ 政府はDOTS 戦略を指示し、実施に責任を持つ。

- 都では、既に山谷地域結核特別対策事業としてDOTSを実施していましたが、2004年(平成16年)10月からは、「東京都版21世紀型DOTS事業」として、市町村部において、患者や地域の特性にあわせた包括的服薬支援を実施しています。今後は、治療中断を起こしやすい患者に対する服薬支援を効果的に行うため、特別区との連携を強化し、広域的なDOTS戦略を推進していきます。
- また、都は、現代型・都市型結核の克服を目指し、住所不定者等のハイリスク集団に対する結核対策を効果的に行うため、保健・医療・福祉・住宅・労働等の関連分野との連携を強化するほか、早期発見・治療完了のために地域の様々な社会資源の積極的活用や複数の区市町村を移動する住所不定者等の結核患者を完治まで支援するための広域ネットワークの構築などを検討します。
- さらに、外国人の結核患者に対し、治療内容及び服薬の必要性などを的確に説明するための新たな試みも進めていきます。
- そのほか、コホート観察(*)の結果を活用し、治療失敗、中断・脱落等の背景を分析し、的確に対策に反映できるよう努めていきます。

* コホート観察について

コホート観察とは、適切な医療により二次感染を防ぐことを目的として、患者の発生時点から治療経過と検査結果を時系列で追跡し、治療完了の確認や治療効果(成功・失敗)を把握するもの。

- なお、都では、結核の後遺症による呼吸機能障害者に対する生活支援策として、在宅医療を支援するための講習会を実施しているほか、急性呼吸不全などで呼吸困難になった場合に備え、低肺機能患者(*)の緊急入院事業による医療の確保に努めています。

* 低肺機能患者について

低肺機能患者とは、種々の原因により肺活量が著しく減少した状態の者。酸素療法を必要とする場合が多い。

- 保健所は、地域における総合的な結核情報の発信拠点、直接服薬確認を軸とした患者支援の拠点としての役割を果たしていきます。

3 施策を支える基礎的取組(戦略3)

《主な取組》

- 発生動向調査の有効活用
- 最新の知見に基づく人材育成
- 結核に関する正確な知識・情報の普及啓発

(1) 調査研究

- 現代型・都市型結核を克服するための取組を進めていく中で、結核感染の基礎的情報を取りまとめる発生動向調査は、現状分析、結核対策の評価及び新たな政策立案を行ううえで、極めて有効な情報源です。
都では、調査の正確性を維持し、有効活用できるよう、情報を取り扱う保健所職員への研修・指導体制の充実強化に努めていきます。
- 国その他の研究機関の調査・研究に対しても、積極的な協力・支援を行います。
- さらに、結核対策を進めていく中で、適切で精度の高い検査を活用することは、極めて重要です。そのため、薬剤感受性検査や集団感染発生時などに特に有効な RFLP 検査(*) などに加え、新たな結核菌感染診断法(QFT 検査(*) などが有効に活用されるよう、東京都健康安全研究センターの検査体制の充実強化に努めます。

* RFLP(Restriction Fragment Length Polymorphism)検査

DNA の分析により、複数の菌の同一性を調べる検査のこと。集団感染発生時などに、感染経路を明確にし、その後の対策を検討するうえで有効な検査。

* QFT(全血インターフェロン(INF γ)応答測定法(QuantIFERON-TB第二世代)の略)検査

採血した血液を BCG には存在しない結核菌抗原で刺激した後に産生される INF γ 量を測定することにより、結核感染を BCG 接種の影響を受けることなく診断する方法。

ツベルクリン反応検査では、結核感染による反応と BCG 接種をしたことによる反応とを識別することに限界がありましたが、QFT 検査により、更に詳細な分析が可能となりました。

(2) 人材育成

- 戦後の結核克服に向けた国民的取組により、り患率が低下し、結核病床が減少する中で、結核医療に専門的に従事する医療関係者が減少しています。
また、一般的な医療に従事する医師、看護師等においても、結核に対する意識が低下し、結核発病の発見の遅れが指摘されるようになっていきます。
さらに、年々進化する結核医療にも対応していかなければなりません。

このため、都は、結核対策を健康危機管理の一つとして位置付け、医療関係者が最新の知識・情報を得られるよう、講習会等を開催するほか、国等が行う研修への保健所職員等の積極的参加などを通じて、人材育成を進めていきます。

(3) 普及啓発

- 一般に、結核は過去の病気というイメージが強く、特に、国民病として恐れられていた時代を経験していない若年層は、結核についての認識が薄くなりつつあります。
したがって、結核対策を進めていく上では、結核に関する正確な知識、情報を提供するための普及啓発活動を進めていくことが重要です。
- このため、現代型・都市型結核の克服を目指す都は、大学、専門学校、学習塾などへパンフレット等を作成し、配布することにより、特に若年層に重点化した啓発活動を積極的に行うとともに、企業内診療所・産業医を対象とした研修の実施、公共の場へのポスターの掲示など、結核に関する知識の普及に努めていきます。
- 外国人向けの広報としては、都のホームページ外国語版への結核医療の基礎的な情報（医療費・支援体制等）の掲載などを行っていきます。
- また、福祉施策との連携を進め、高齢者に関する様々な施設や医療機関、介護関係者への結核に関する啓発を行い、最新情報の提供、早期発見への注意喚起を行っていきます。
- 結核は、感染症であるため、誤った知識や偏見などによる差別や人権侵害が起きる可能性があります。
そのため、都は、結核に関する正確な情報を、理解しやすい形で提供するとともに、患者が安心して治療に専念できるように、人権に配慮した対策の充実を進めていきます。

4 広域的な連携体制の構築(戦略4)

《主な取組》

- 広域的、総合的な行動計画の策定
- 近隣自治体との自治体連携の推進

(1) 区市町村との一体的取組

- 都市部では、住居地と就業地、学校の所在地の間など、人々は、区市町村や保健所の管轄区域を越えた移動を日常的に繰り返しています。そして、店舗、教室、電車やバスの中など、気密性の高い空間で、人々が接触する機会も数多くあります。
このため、結核は、短期間で、自治体の境界を越え、伝播されていき、感染拡大防止に向けた対策を一層困難なものにしています(*)。

* 集団感染事例について

既に述べました本年6月に都内の学習塾を中心に発生した集団感染事例では、感染者の所在は、4区7市(うち都外2市)に及んでいます(2005年10月末日現在)。

- 結核対策を効果的に進めるためには、区市町村の枠を超えた一体的対策が必要です。
感染発生時はもちろん、対策上必要な目標の設定、施策の立案・実施・評価のすべての過程で、情報の共有化や対策の一体化が求められています。
特に、現代型・都市型結核の特徴として分析した外国人、住所不定者対策あるいは集団感染時の対応などは、単独の自治体で解決することは困難であり、都と関係する区市町村が連携して、総合的に対応することが効果的です。
- そのため、都は、保健所の設置主体である各特別区との連携を図り、広域的な結核対策のための更なる連携関係を推進していきます。
また、予防接種や定期検診の実施主体である各市町村と都が設置する保健所との協力関係を構築し、総合的な結核対策に取り組んでいきます。
- 都は、特別区、市町村との一体的取組を円滑に進めるためのコーディネートを行い、都の全域を対象とした結核対策に関する共通目標の設定や広域的、総合的な対応に関するルールを明確化するため、都(保健所を含む)と特別区、市町村の連携による行動計画の策定を検討していきます。

(2) 結核根絶に向けた自治体連携

- その他、都道府県の境界を越えた自治体の連携による結核対策も重要です。
現在、結核感染拡大のおそれがある場合には、患者の居住地を管轄する保健所から患者の日常生活の場である職場や学校等を所管する保健所へ、情報提供が行われるとともに、接触者調査を行うための要請がなされるなど、実務レベルでの連携関係は構築されていますが、今後はさらにこうした関係を発展させていくことが必要です。
- 都は、結核を含めた感染症のまん延防止を実行的に確保する観点から、埼玉県・千葉県・神奈川県・さいたま市・千葉市・横浜市・川崎市と連携・共働して、八都県市感染症対策連絡会議を設置しており、自治体連携による対策を推進しています。
- 今後とも、結核根絶に向けた自治体連携を積極的に進めていきます。

5 結核の実態を踏まえた法制度に向けて（戦略5）

《主な取組》

- 半世紀ぶりの結核予防法の大改正への対応
- 結核予防法の廃止・感染症法への統合に向けた国の動向に対して

(1) 半世紀ぶりの結核予防法の大改正への対応

- 本年4月から、改正結核予防法（*）が施行されました。
その主要な改正点としては、以下のとおりです。
 - ① 結核の予防・早期発見のための対策の充実強化
 - ・ 定期健康診断・定期外健康診断の対象者、方法等の見直し
 - ・ ツベルクリン反応検査の廃止・直接 BCG 接種の実施
 - ② 直接服薬確認療法（DOTS）の推進
 - ③ 国及び地方公共団体等の責務規定の整備
 - ④ 国及び都道府県の結核対策に係る計画の策定
 - ⑤ 結核診査協議会の見直し

* 結核予防法(昭和26年3月31日法律第96号)、改正法(平成16年12月1日法律第150号)

- これらの改正は、最新の医学的知見に基づくものやこれまで不明確であった国や自治体の責務を明確にするものであり、都は積極的に対応していきます。
しかし、現代型・都市型結核を克服するために、施策を推進する都の立場からは、今回の法改正は、必ずしも十分なものではありませんでした。
- 例えば、結核予防法は、医療費を公費で行政が負担する場合に前提要件となる入所命令の対象を、同居者のある者に限定していますが、一人暮らしの人々が数多く暮らす大都市の生活実態を考えるならば、学校や職場など社会生活の中での接触も重要な課題です。
- こうした観点から、都は、全国の自治体と連携しながら、現行の結核予防法及びそれを具体化する制度を、結核の実態を踏まえたものへと改めるよう、国に強く働きかけています（*）。
特に、感染の危険性に着目し、また、迅速な対応を可能とするよう確固たる仕組みを構築し、結核対策を強力に推進することが重要です。

* 地方自治体の結核予防法の改正に関する最近の要望活動について

- ① 東京都：平成17年5月23日
「結核対策を後退させる国の新たな方針の即刻撤回について」
- ② 全国知事会：平成17年7月13日
「平成18年度 国の施策並びに予算に関する提案・要望」
- ③ 特別区長会：平成17年7月26日
「結核予防法取扱基準の変更に対する要望」 など

(2) 結核予防法の廃止・感染症法への統合に向けた国の動向に対して

- こうした経緯を踏まえ、国は、本年11月現在、生物テロ対策（多剤耐性結核菌を含む病原体の所持・保有を規制）のための感染症法（*）の改正を契機に、結核予防法を廃止し、同法に統合する方針を示しています。

* 正式には、「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」（平成10年10月2日法律第114号）。

- 都は、大都市における結核対策の充実を図る観点から、国の動向を見極めるとともに、制度の見直しに際しては、事前に事務を執行する全国の自治体その他関係者等の意見を踏まえること、国民、自治体その他関係者に対して、見直しの趣旨、内容、影響等に関する十分な説明責任を果すことを、引き続き、国に求めています。

IV 現代型・都市型結核の克服に向けて

【目標3】

☆ 5つの戦略を着実に実施することにより、2010年(平成22年)における人口10万人当たりの結核罹患率を、2003年(平成15年)の32.6から、27以下へと引き下げることが目標とします。

- 我が国では、過去半世紀にわたり、結核克服に向けた国民的取組を進め、目覚ましい成果をあげてきました。
しかし、その後も結核を根絶するには至らず、21世紀初頭の現在、現代型・都市型結核として新たな形で結核は発現しています。
- 今後、さらに結核克服に向けた取組を進めていくためには、結核に対する正確な知識を普及させること、住民、国、都、区市町村、医療機関等の関係者が、それぞれの役割を認識し、責務を果たすことが改めて求められます。
- 都は、広域自治体として、区市町村の活動をコーディネートするとともに、国に対する提案要求活動や近隣自治体・全国の大都市との連絡調整など連携体制の構築・発展を進めながら、この計画に即して、現代型・都市型結核の克服に向けた対策に取り組んでいきます。

参 考 资 料

<参考>

東京都感染症予防医療対策審議会の審議経過

- 平成17年1月19日
東京都知事が、東京都感染症予防医療対策審議会に、「『東京都結核予防計画』策定に向けた基本的な考え方について」を諮問。

- 同 日
東京都感染症予防医療対策審議会が、結核予防部会を設置。
第1回結核予防部会開催。

- 平成17年5月19日
第2回結核予防部会開催。

- 平成17年7月11日
第3回結核予防部会開催。
東京都感染症予防医療対策審議会開催、東京都知事に対して答申。

東京都感染症予防医療対策審議会 委員名簿

(平成17年7月11日)

学識経験者

No	氏名	役職
1	今村 聡	社団法人東京都医師会 理事
2	岩本 愛吉	東京大学医科学研究所附属病院 院長
3	大西 健児	東京都立墨東病院感染症科 部長
4	大森 正子	*財団法人結核予防会結核研究所 主任研究員
5	奥村 二郎	東京検疫所 所長
6	加藤 誠也	*財団法人結核予防会結核研究所 対策支援部長
7	川邊 芳子	*独立行政法人国立病院機構東京病院 内科医長
8	倉田 毅	国立感染症研究所 所長
9	辻 守康	杏林大学名誉教授
10	平山 宗宏	◎日本子ども家庭総合研究所 所長
11	藤田 明	*東京都立府中病院 呼吸器科部長
12	丸山 知子	弁護士(東京弁護士会所属)
13	森山 弘子	社団法人東京都看護協会 会長
14	湯藤 進	*社団法人東京都医師会 理事
15	和田 雅子	*財団法人結核予防会結核研究所 研究主幹

関係行政機関

16	赤穂 保	*東京都多摩立川保健所長 (17年4月1日から)
17	長野 みさ子	東京都多摩立川保健所長 (17年3月31日まで)
18	大倉 慶子	*中央区保健衛生部長 (17年4月1日から)
19	吉村 伸子	台東区保健福祉部長 (17年3月31日まで)
20	金田 麻里子	東京都健康安全研究センター所長
21	竹内 健祐	*府中市福祉保健部長

◎ : 会長 * : 結核予防部会委員

長野県の感染症の予防のための施策の実施に関する計画

平成 11 年長野県告示第 500 号
平成 11 年 9 月 2 日
一部改正 平成 16 年 6 月 10 日
一部改正 平成 18 年 9 月 19 日
一部改正 平成 20 年 1 月 10 日

はじめに

感染症を取り巻く状況は、医学・医療の進歩、公衆衛生水準の向上、国際交流の活発化等により著しく変化し、また、特に近年においては、エボラ出血熱やエイズ等の新興感染症、結核やマラリア等の再興感染症の出現が注目されている。その一方で、感染症関係施策においては、感染症の患者等の人権を尊重し、積極的な情報の公表や厳格な手続の保障等を行う透明で公正な行政についても、新しい時代の感染症対策の基本として求められている。

このような状況の変化に対応するため、旧伝染病予防法等に基づく感染症対策の枠組みを抜本的に見直し、健康危機管理の観点からの迅速かつ的確な対応と人権尊重等の要請の両立を基本とする感染症対策に転換する必要がある。

このため、国は、「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」（以下「法」という。）を制定し、法に基づき「感染症の予防の総合的な推進を図るための基本的な指針」（以下「基本指針」という。）を策定した。

長野県（以下「県」という。）においては、基本指針を踏まえて、「長野県の感染症の予防のための施策の実施に関する計画」（以下「予防計画」という。）を策定し、感染症の発生予防及び発生時の適切な対応のための総合的な施策の推進を図るものとする。

なお、基本指針は、少なくとも5年ごとに再検討を加え、必要があると認めるときは変更されることとなっており、予防計画についても再検討を加え、必要があると認めるときは変更するものとする。

第1 感染症の予防の推進の基本的な方向

1 事前対応型行政の構築

感染症が発生してから防疫措置を講ずるだけでなく、感染症発生動向調査体制の整備をはじめとした、予防計画及び国が策定する特定感染症予防指針に基づく取組を通じて、普段から感染症の発生予防及びまん延防止に重点を置いた事前対応型の行政を構築する。

2 県民に対する感染症の予防及び治療に重点を置いた対策

感染症の発生の状況、動向及び原因に関する情報の収集及び分析の結果並びに感染症の予防及び治療に必要な情報の県民への公表を積極的に進めつつ、県民個人個人における予防及び感染症の患者等に対する良質かつ適切な医療の提供を通じた早期治療の積み重ねによる社会全体の予防の推進を図る。

3 人権の尊重

- (1) 感染症の患者等を社会から切り離すといった視点ではなく、感染症の予防と患者等の人権の尊重の両立を基本とする観点から、患者等の個人の意思や人権を尊重し、一人一人が安心して社会生活を続けながら良質かつ適切な医療を受けられ、入院の措置が講じられた場合には早期に社会復帰できるよう努める。
- (2) 感染症に関する個人情報の保護には十分に留意する。また、感染症に対する差別や偏見の解消のため、報道機関に協力を求めることを含め、あらゆる機会を通じて感染症に関する正しい知識の普及啓発に努める。

4 健康危機管理の観点に立った迅速かつ的確な対応

感染症は、ひとたび発生して拡大すれば個人の健康のみならず社会全体に深刻な影響を及ぼすおそれがあることから、県民の健康を守るための迅速かつ的確な対応が求められる。そのため、感染症の発生状況の把握が不可欠であり、感染症の病原体の検査を含めた総合的な感染症発生動向調査体制の確立に向けて、疫学的視点を重視しつつ、県等（県及び県内の保健所を設置する市をいう。以下同じ。）は、国、市町村及び医師会等医療関係団体等と連携して体制を整備するとともに、予防計画に基づき、また健康危機管理の段階に応じた行動計画等策定及びその周知を通じ、健康危機管理体制を構築する。

5 県等、保健所及び環境保全研究所の果たすべき役割

- (1) 県等は、国、市町村及び医師会等医療関係団体等と相互に連携し、感染症の発生予防及びまん延防止のための施策を講ずるとともに、正しい知識の普及、情報の収集及び分析並びに公表、研究の推進、人材の育成及び資質の向上並びに確保、迅速かつ正確な検査体制や社会福祉等の関連施策との有機的な連携に配慮した医療提供体制の整備等の感染症対策に必要な基盤を整備する。この場合、感染症の発生予防及びまん延防止のための施策に関する国際的動向を踏まえるとともに、感染症の患者等の人権を尊重する。
- (2) 保健所は地域における感染症対策の中核的機関として、また、環境保全研究所は感染症の技術的かつ専門的な機関として、それぞれの役割を十分に果たすよう、これらの機能強化をはじめとした対応を進める。
- (3) 県等は、複数の都道府県等（都道府県、保健所を設置する市及び特別区をいう。以下同じ。）にわたる広域的な地域に感染症のまん延のおそれがあるときには、近隣の都道府県等や、人及び物質の移動に関して関係の深い都道府県等と相互に協力しながら感染症対策を行う。また、このような場合に備え、国と連携を図りながらこれらの都道府県等との協力体制についてあらかじめ協議するよう努める。

6 県民の果たすべき役割

県民は、感染症に関する正しい知識を持ち、その予防及びまん延防止に必要な注意を払うよう努めなければならない。また、感染症の患者等について、偏見や差別をもって患者等の人権を損なわないようにしなければならない。

7 医師等の果たすべき役割

- (1) 医師その他の医療関係者は、県民の果たすべき役割に加え、医療関係者の立場で県の施策に協力するとともに、感染症の患者等が置かれている状況を深く認識し、患者等に対する適切な説明を行い、その理解の下に迅速に良質かつ適切な医療を提供するよう努めなければならない。

らない。

- (2) 病院、診療所、病原体等の検査を行っている機関、老人福祉施設等の開設者又は管理者は、施設における感染症の発生予防及びまん延防止のために必要な措置を講ずるよう努めなければならない。

8 獣医師等の果たすべき役割

- (1) 獣医師その他の獣医療関係者は、県民の果たすべき役割に加え、獣医療関係者の立場で県の施策に協力するとともに、感染症の予防に寄与するよう努めなければならない。
- (2) 動物等取扱業者は、県民の果たすべき役割に加え、自らが取り扱う動物及びその死体が感染症を人に感染させることがないように、感染症の予防に関する知識及び技術の習得、動物等の適切な管理その他の必要な措置を講ずるよう努めなければならない。

第2 感染症の発生予防のための施策

1 感染症発生動向調査体制の構築

- (1) 感染症に関する情報を収集及び分析し、県民や医師等医療関係者に対して感染症に関する情報を公表する感染症発生動向調査は、感染症の予防のための施策の推進に当たり、基本的な事項であるため、県等は、特に現場の医師等に対して、感染症発生動向調査の重要性についての理解を求め、医師会等を通じ、その協力を得ながら適切に進める。
- (2) 県等は、医師等が感染症の患者等を診断した時の届出の義務について、適切に行われるよう医師会等を通じて周知を行い、病原体の提出を求めるとともに、最新の医学的知見を踏まえながら、感染症発生動向調査の実施方法について必要に応じて検討を行う。また、知事は、法第14条の規定により県内の医療機関のうち定期的に患者発生数の届出を行う医療機関を指定する。なお、指定に当たっては、医師会等の協力を得て、感染症の発生の状況及び動向を的確に把握するために必要な医療機関数の確保に努める。
- (3) 法第13条の規定による届出を受けた知事等（長野県知事及び県内の保健所を設置する市長をいう。以下同じ。）は、当該届出に係る動物又はその死体が感染症を人に感染させることを防止するため、速やかに第3の2に定める積極的疫学調査の実施その他必要な措置を講ずる。また、この場合においては保健所、環境保全研究所、家畜保健衛生所等が相互に連携して対応する。
- (4) 二類感染症、三類感染症、四類感染症及び五類感染症の疑似症については、感染症の発生予防及びまん延防止のための措置が迅速かつ適切に行われる必要があることから、法第14条に規定する指定届出機関からの届出について適切に行われるよう周知を行う。
- (5) 感染症の病原体を迅速かつ正確に特定することは、患者等への良質かつ適切な医療の提供のために不可欠であり、さらに、感染症の発生予防及びまん延防止のために極めて重要な意義を有している。このため、環境保全研究所を中心として、病原体に関する情報を統一的に収集及び分析し、その結果を公表する体制を構築する。
また、環境保全研究所は必要に応じて医療機関等の協力を得ながら、病原体の収集

及び分析を行う。

- (6) 海外の感染症情報については、検疫所及び国立感染症研究所等と連携して積極的に情報収集を進め、県民や医師等医療関係者に情報を提供する。

2 結核に係る定期の健康診断

- (1) 高齢者、地域の実情に即した疫学的な解析により結核発病の危険が高いとされる住民層、発病すると二次感染を起こしやすい職業に就労している者等定期の健康診断の実施が政策上有効かつ合理的であると認められる者については、重点的な健康診断の実施が重要であるとの認識の下、健康診断の受診率の向上を目指す。
- (2) 学校、社会福祉施設等その他従事者に対する健康診断が義務付けられている施設のみならず、学習塾、幼稚園、保育所等の集団感染を防止する要請の高い事業所の従事者に対しても、有症状時の早期受療の勧奨及び必要に応じた定期の健康診断の実施等の施設内感染対策を講ずるよう県等が周知を行う。また、精神科病院を始めとする病院、老人保健施設等の医学的管理下にある施設に収容されている者に対しても、施設の管理者は必要に応じた健康診断を実施するよう努める。
- (3) 市町村は、定期の健康診断の対象者を定める際には、患者発見率 0.02 パーセントから 0.04 パーセントを基準とするが、人口規模が小さく又は結核患者発生数が少なく、患者発見率がその有効性の参酌基準として妥当性が低い場合等は、地域における結核罹患率等に応じて、定期の健康診断の対象者を定める。また、医療を受けていないじん肺患者等に対しては、結核発症の危険性に関する普及啓発とともに、健康診断の受診の勧奨に努める。
- (4) 結核の高まん延地域を管轄する市町村は、その実情に即して当該地域において結核の発症率が高い住民層（住所不定者、職場での健康管理が十分とはいえない労働者、海外の高まん延地域からの入国者等）に対する定期の健康診断その他の結核対策を総合的に講ずるよう努める。
- (5) 外国人の結核患者の発生が多い地域における結核対策については、外国語で説明したパンフレットを備えておく等の取組、市町村が特に必要と認める場合には、外国人に対する定期の健康診断の体制への配慮、外国籍県民に対しては、一般の保健施策が提供されにくい場合、関係機関の協力のもと保健所は結核予防対策の提供に努めるものとする。なお、これらの対策を行う際には人権の保護に十分配慮しなければならない。
- (6) 健康診断の手法として、寝たきりや胸郭の変形等の事情によって胸部エックス線検査による診断が困難な場合、過去の結核病巣の存在により現時点での結核の活動性評価が困難な場合等においては、積極的に喀痰（特に塗抹検査陽性の有無の精査）を活用するよう努める。

3 食品保健対策及び環境衛生対策との連携

(1) 食品保健対策との連携

飲食に起因する食品媒介感染症の発生予防に当たっては、食品の検査及び監視を要する業種や給食施設への発生予防指導については他の食中毒対策と併せて食品保健部門が主体となり、二次感染によるまん延防止等の情報の公表や指導については感染症対策部門が主体となり、連携して対策に当たる。

(2) 環境衛生対策との連携

ア 水や空調設備、ねずみ族及び昆虫等を介する感染症の発生予防のため、感染症を媒介するねずみ族及び昆虫等（以下「感染症媒介昆虫等」という。）の駆除並びに防鼠及び防虫に努めることの必要性等の正しい知識の普及、蚊を解する感染症が流行している海外の地域等に関する情報の提供、カラス等の死亡鳥類の調査、関係業種への指導等について、感染症対策部門と環境対策部門が連携を図り対策に当たる。

イ 日常の感染症媒介昆虫等の駆除並びに防鼠及び防虫は、地域の実情に応じて、市町村が各々の判断で適切に実施する。また、駆除に当たっては、過剰な消毒及び駆除とならないよう配慮する。

4 予防接種

予防接種は、感染症の予防対策の中で重要なものであり、ワクチンの有効性及び安全性を十分に確認しながら、ワクチンに関する正しい知識の普及を進め、県民の理解を得つつ、適切に推進する。

また、市町村は医師会等と十分な連携を図り、個別接種の推進を図るとともに、対象者が安心して接種が受けられるよう体制を整備する。

さらに、県及び市町村は、予防接種を受けられる場所、機関等についての情報を県民に積極的に提供する。

5 市町村及び医師会等医療関係団体等との連携

県等は、市町村及び医師会等医療関係団体等と、感染症発生動向調査をはじめとする感染症に関する情報交換を行うことにより、感染症の発生の動向を早期かつ的確に把握し、発生予防に努める。

第3 感染症のまん延の防止のための施策

1 対人措置及び対物措置を講ずる際の留意点

(1) 知事等は、対人措置を講ずるに当たって、患者等に感染症の発生及びまん延に関する情報を提供し、理解と協力を求めながら行うことを基本とし、人権の尊重の観点から必要最小限のものとするとともに、審査請求に係る教示等の手続及び法第 20 条第 6 項の規定による意見の陳述の機会の付与を厳正に行う。

(2) 知事等が行う健康診断の勧告等は、病原体の感染経路及びその他の事情を十分に考慮した上で、当該感染症にかかっていると疑うに足りる理由のある者を対象とする。

また、健康診断の勧告等以外にも知事等が情報の公表を的確に行うことにより、県民が自発的に健康診断を受けるよう勧奨する。

(3) 就業制限は、その対象者の自覚に基づいて自発的に行われることが基本であり、県等は、対象者及び関係者に対し制限の必要性について十分な説明を行う。

(4) 入院の勧告等による入院においては、医師から患者等に対する十分な説明と同意に基づいた医療の提供が基本である。県等は、医療機関と連携し、入院後も法第 24 条の 2 の規定による処遇についての知事等に対する苦情の申出や、必要に応じて説明及びカウンセリング（相談）を通じ、患者等の精神的不安の軽減が図られるよう努める。

知事等が、入院の勧告を行う際には、患者等に対して、入院の理由、退院請求、審査請求に関することなど、入院の勧告の通知に記載する事項を含め十分な説明を行う。また、入院

勧告等を実施した場合は、県等は、講じた措置の内容、提供された医療の内容及び患者の病状等について、患者ごとに記録票を作成する。

- (5) 入院勧告等により入院している患者等から退院請求があった場合は、知事等は当該患者が病原体を保有しているかどうかの確認を速やかに行う。
- (6) 患者等に対する行動制限を伴う措置は、必要最小限のものとし、知事等は、措置を講ずるに当たって、患者等の人権に十分尊重する。
- (7) 感染症診査協議会を保健所に設置し、感染症のまん延防止の観点から、感染症に関する専門的な判断をするとともに、患者等への医療及び人権の尊重についても審議する。
- (8) 消毒、ねずみ族及び昆虫等の駆除、物件に対する措置、建物への立入制限又は封鎖、交通の制限及び遮断等の措置を講ずるに当たっては、知事等及び知事の指示を受けた市町村長は、可能な限り関係者の理解を得ながら実施する。また、これらの措置は、必要最小限のものとする。

2 積極的疫学調査

一類感染症、二類感染症、三類感染症又は四類感染症の患者が発生、又は発生した疑いがある場合、五類感染症の発生の状況に異常が認められる場合、国内で発生していない感染症であって国外でまん延しているものが発生するおそれがある場合、動物が人に感染させるおそれがある感染症が発生し、又は発生するおそれがある場合、その他、知事等が必要と認める場合に的確に判断して積極的疫学調査を行う。調査の実施に当たっては、保健所、環境保全研究所、家畜保健衛生所等と密接な連携を図り、地域における流行状況の把握並びに感染源及び感染経路の究明を迅速に進める。

3 新感染症の発生時の対応

新感染症は、感染力やり患した場合の重篤性が極めて高く、病原体が不明であるという特徴を有するものであり、県等は、新感染症の疑いのある患者等を診断した医師等から届出を受けた場合は、速やかに国に通報し、入院、医療の提供その他の対応について技術的援助及び助言を受ける。

4 食品保健対策及び環境衛生対策との連携

(1) 食品保健対策との連携

ア 食品媒介感染症が疑われる疾患が発生した場合には、感染症対策部門は患者に関する情報を収集するとともに、食品保健部門と連携して病原体の検査等を行う。

イ 病原体、原因食品、感染経路等が判明した場合には、食品保健部門は一次感染を予防するため、原因物質に汚染された食品等の販売禁止、営業停止等の行政処分を行うとともに、感染症対策部門は、必要に応じ、消毒等を行う。

ウ 二次感染による感染症のまん延防止については、感染症対策部門が感染症に関する情報の公表のほか必要な措置を講じ、その防止に当たる。

(2) 環境衛生対策との連携

水や空調設備、ねずみ族及び昆虫等を介した感染症のまん延防止については、感染症対策部門と環境衛生部門は、相互に連携を図り対策に当たる。

第4 感染症に係る医療を提供する体制の確保

1 感染症指定医療機関における患者に対する医療提供

(1) 第一種及び第二種感染症指定医療機関

患者に対しては、感染症のまん延防止のための措置を講じた上で、できる限り感染症以外の患者と同様の療養環境において医療を提供する。また、通信の自由が実効的に担保されるよう必要な措置を講ずるとともに、患者や家族がいたずらに不安に陥らないように、患者の心身の状況を踏まえつつ十分な説明及びカウンセリング(相談)を行う。

(2) 結核指定医療機関

患者に薬物療法を含めた治療の必要性について十分に説明し、理解及び同意を得て治療を行う。

2 第一種感染症指定医療機関及び第二種感染症指定医療機関の指定

(1) 第一種感染症指定医療機関

知事は、主として、一類感染症の患者の入院を担当し、併せて二類感染症の患者の入院を担当する医療機関として、総合的な診療機能を有し、厚生労働大臣の定める基準に適合するものについて、開設者の同意を得て、県内に1か所指定する。病床は2床とする。

(2) 第二種感染症指定医療機関

知事は、二類感染症の患者の入院を担当する医療機関として、総合的な診療機能を有し、厚生労働大臣の定める基準に適合するものについて、開設者の同意を得て、第2次保健医療圏ごとに原則として1か所指定する。

なお、指定病床数は、当該第2次保健医療圏の人口規模に応じ、国が定める基準により、佐久医療圏4床、上小医療圏4床、諏訪医療圏4床、上伊那医療圏4床、飯伊医療圏4床、木曾医療圏4床、松本医療圏6床、大北医療圏4床、長野医療圏6床、北信医療圏4床とする。

(3) 結核指定医療機関

知事は、結核患者に対する適正な医療を担当する医療機関として、病院等のうち、厚生労働大臣の定める基準に適合するものについて、開設者の同意を得て指定する。

(4) 第一種感染症指定医療機関、第二種感染症指定医療機関及び結核指定医療機関は、その機能に応じて、それぞれの役割を果たすとともに、県等、他の感染症指定医療機関及び国立国際医療センター等と連携を図り業務に当たる。

3 感染症の患者の移送のための体制

(1) 一類感染症及び新感染症の患者等の移送は、国の協力を得て、県が迅速かつ適切に行う。

- (2) 二類感染症の患者が発生し、知事等が入院の勧告等を行ったときは、保健所長が当該患者を第二種感染症指定医療機関に移送する。

なお、患者の移送に当たっては、医師と相談の上、迅速かつ適切に行う。

- (3) 一類感染症又は二類感染症が集団発生した場合や新型インフルエンザの汎流行時の患者の移送は、民間事業者等の理解と協力を得て、感染症の情報を提供しつつ、まん延防止に考慮して行う。
- (4) 消防機関が移送した傷病者が、届出を必要とする感染症患者等であった場合には、医療機関から消防機関に対して、当該感染症等に関し適切な情報等を提供する。

4 感染症指定医療機関以外における医療体制の整備

一類感染症又は二類感染症が集団発生した場合や新型インフルエンザの汎流行時には、一般の医療機関に緊急避難的にこれらの患者が入院することがあるため、必要な対応についてあらかじめ検討する。

5 医薬品の備蓄

新型インフルエンザ等の感染症の汎流行時に、地域におけるその治療に必要な医薬品の供給及び流通を的確に行うため、医薬品の備蓄を行う。

6 その他感染症に係る医療の提供のための体制

- (1) 感染症患者等が最初に診察を受ける医療機関は、一般の医療機関であることが多い。また、三類感染症、四類感染症又は五類感染症の患者においては、原則として一般の医療機関において医療が提供されるものである。
- (2) 一類感染症、二類感染症等で、国内に病原体が常在しないものについて、国内で患者が発生するおそれが高まる場合は、県は外来診療を担当する医療機関を選定し、保健所が当該医療機関に感染が疑われる患者を誘導するなど初期診療体制を確立し、地域における医療提供体制に混乱が生じないようにすることについて検討する。
- (3) 一般の医療機関においても、県等が公表した感染症に関する情報について積極的に把握し、医療機関内におけるまん延防止のための必要な措置を講ずる。

7 医師会等医療機関団体等との連携

感染症の患者等に対して良質かつ適切な医療の提供が行われることが重要であるため、県等は医師会等医療関係団体等と緊密な連携を図る。

第5 感染症及び病原体等に関する調査及び研究並びに感染症の病原体等の検査体制の整備

1 保健所及び環境保全研究所の役割

- (1) 感染症対策は、科学的な知見に基づいて推進されるべきものであることから、県等は、県内の感染症の発生状況及び病原体等に関する情報等を的確に把握し、積極的に調査及び研究並びに病原体等の検査を推進する。
- (2) 保健所は、環境保全研究所と連携を図り、地域の感染症の発生状況に即した疫学的調査及び病原体等に関する調査を行い、地域における感染症対策の中核的機関として、総合的な感

感染症の情報発信拠点としての役割を果たす。また、自らの検査能力の範囲において迅速かつ的確な検査を実施するとともに、試験検査機能の充実に努める。

- (3) 環境保全研究所は、国立感染症研究所、他の都道府県等の地方衛生研究所等と連携を図り、感染症及び病原体等に関する調査、研究、検査及び感染症及び病原体等に関する情報等の収集、分析等の業務を行い、感染症及び病原体等の技術的かつ専門的な機関としての役割を果たす。また、感染症の病原体等に関する検査について、その有する検査能力に応じて迅速かつ的確に実施し、自らの試験検査機能の向上に努めるとともに、保健所をはじめとする地域の検査機関の資質の向上と精度管理に向けて、積極的な情報の収集及び提供並びに技術的指導を行う。

2 関係各機関及び関係団体との連携

県等は、感染症及び病原体等に関する調査及び研究並びに病原体等の検査に当たっては、国の研究機関をはじめ、医師会等医療関係団体等や民間検査機関等と連携を図りながら進める。

第6 感染症の予防に関する人材の育成

- 1 現在、新興感染症、再興感染症などの多様な感染症対策に対応できる人材が求められている。県及び市町村は、感染症に関する幅広い知識や研究成果を県民や医療現場に普及させる役割を担うことができる人材の育成及び資質の向上並びに確保を行う。
- 2 県等及び感染症指定医療機関をはじめとした医療機関は、感染症に関する学会、国立保健医療科学院、国立感染症研究所等で実施される研修会に、職員等を積極的に派遣する。また、感染症に関する知識を習得した者の活用を図る。
- 3 県等は、医師会等の協力を得て、保健所の職員及び感染症指定医療機関をはじめとした医療機関の医師等を対象とした研修会を開催する。
- 4 医師会等の医療関係団体においては、会員等に対して感染症に関する情報提供及び研修を行うことが重要である。

第7 感染症に関する啓発及び知識の普及並びに感染症の患者等の人権の尊重

1 感染症に関する啓発及び知識の普及

- (1) 県及び市町村は、予防についての正しい知識の定着と患者等への差別や偏見の排除のため、キャンペーンや各種研修会の実施、相談窓口の開設、パンフレットの配布等、必要な施策を講ずる。
- (2) 県等は、市町村及び医師会等医療関係団体等と緊密な連携を図り、感染症に関し、常に最新かつ正しい情報を共有することにより、啓発及び知識の普及に当たる。

2 個人の情報の流出防止の方策

県及び市町村は、患者に関する個人の情報の流出防止のため、医療機関を含む関係機関の職員等に対し、研修等を通じて個人情報の保護に関する意識の高揚を図るとともに、適切な指導を行うなどその徹底を図る。

3 患者等のプライバシーの保護

- (1) 患者等のプライバシーを保護するため、知事等は、医師が保健所長へ患者等に関する届出を行った場合には、原則として患者等へ当該届出の事実を通知するものとする。
- (2) 県等は、感染症予防とまん延防止のための県民や関係機関への情報提供に当たり、患者等の個人の情報については必要最小限のものとし、患者等のプライバシーの保護に努める。

第8 緊急時における施策

1 緊急時における感染症の発生予防及びまん延防止並びに医療の提供のための施策

- (1) 一類感染症、二類感染症又は新感染症の患者の発生又はそのまん延のおそれが生じた場合は、県は、当該感染症の患者が発生した場合の具体的な医療提供体制や移送の方法等について必要な計画を定め、公表する。なお、重症急性呼吸器症候群（病原体がコロナウイルス属SARSコロナウイルスであるものに限る。）及び痘そうについては、別に定める行動計画等によるものとする。
- (2) 県等は、感染症の患者の発生を予防し、又はそのまん延を防止するために緊急の必要があると認めるときには、感染症の患者の病状、数その他感染症の発生及びまん延の状況を勘案して、当該感染症の発生を予防し、又はそのまん延を予防するために必要な措置を定め、医師その他の医療関係者に対し、当該措置の実施に対する必要な協力を求め、迅速かつ的確な対策が講じられるようにすることとする。

2 緊急時における国との連絡体制

- (1) 知事等は、国への報告等を確実に行うとともに、特に新感染症への対応を行う場合その他感染症への対応について緊急と認める場合は、国との緊密な連携を図る。
- (2) 緊急時においては、県等は患者の発生状況(患者と疑われる者に関する情報を含む。)等についてできるだけ詳細な情報を国に提供することにより緊密な連携を図る。

3 緊急時における他の地方公共団体との連絡体制

- (1) 関係地方公共団体は緊密な連絡を保ち、感染症の発生状況、緊急度等を勘案し必要に応じて、相互に応援職員等の派遣を行う。
- (2) 複数の市町村にわたり感染症が発生した場合であって緊急を要するときは、県は、県内の統一的な対応方針を提示するほか、市町村間の連絡調整を行うなどの指導的役割を果たす。
- (3) 県等は、複数の都道府県等にわたり感染症が発生した場合又はそのおそれがある場合には、関係する都道府県等で構成する対策連絡協議会を設置するなどの連絡体制の強化に努める。

第9 その他感染症の予防の推進

1 後天性免疫不全症候群対策

後天性免疫不全症候群（HIV／エイズ）については、「長野県エイズ対策促進事業実施要領」及び「長野県HIV／エイズ対策重点事業計画」等に基づき、正しい知識の普及啓発、保健所等における検査及び相談体制の充実、医療提供体制の整備などの対策の推進を図る。

2 施設内感染の防止

県等は、病院、診療所、老人福祉施設等において感染症が発生し、又はまん延しないよう、最新の医学的知見等を踏まえた施設内感染に関する情報をこれらの施設の開設者又は管理者に適切に提供する。また、これらの施設の開設者又は管理者にあつては、施設内感染の防止に関する職員の意識の高揚を図るための研修等必要な措置を講ずるとともに、普段から施設内の患者及び職員の健康管理を進めることにより、感染症が早期に発見されるように努める。さらに、医療機関においては、院内感染対策委員会等を中心に院内感染の防止に努めることが重要であり、実際に講じたこれらの措置等に関する情報について、県等や他の施設等に提供することによりその共有化を図るよう努める。

また、県等は、施設内感染に関する情報や研究の成果を、医師会等医療関係団体等の協力を得て、病院、診療所、老人福祉施設等の現場の関係者に普及する。

3 災害防疫

災害発生時の感染症の発生予防及びまん延防止の措置は、生活環境が悪化し、被災者の病原体に対する抵抗力が低下するなどの悪条件の下に行われるものであるため、知事及び市町村長は、「長野県地域防災計画」に基づき迅速かつ的確に措置を講じ、感染症の発生予防及びまん延防止に努める。その際、保健所等を拠点として、迅速な医療機関の確保、防疫活動、保健活動等を実施する。

4 動物由来感染症対策

- (1) 県等は、動物由来感染症に対する必要な措置が速やかに講じられるよう、獣医師に対し、感染症の届出の義務について周知するとともに、獣医師会等関係団体との連携を図り、県民へ情報を提供する。
- (2) ペット等の動物を飼育する者は、動物由来感染症に関する正しい知識を持ち、その予防に必要な注意を払うよう努める。
- (3) 県等は、積極的疫学調査の一環として動物由来感染症の病原体の動物における保有の状況について、広く情報を収集するため、保健所、環境保全研究所、家畜保健衛生所等と連携を図りながら調査に必要な体制を構築する。
- (4) 動物由来感染症の予防及びまん延防止の対策は、媒介動物対策や動物取扱業者等への指導、獣医師との連携等が必要であることから、感染症対策部門は、ペット等の動物に関する施策を担当する部門と適切に連携を図りながら対策を講じる。

5 外国人に対する適用

法は、国内に居住し、又は滞在する外国人についても同様に適用されるため、保健所等の窓口感染症対策の外国語パンフレットを備えるなどの取組をする。

島根県結核対策推進計画

島根県

平成20年8月

島根県結核対策推進計画 目次

第1章 結核対策推進計画の基本的な考え方.....	- 1 -
第1 推進計画の趣旨	- 1 -
第2 推進計画の期間	- 2 -
第3 基本方針	- 2 -
第2章 島根県における結核の現状と課題.....	- 3 -
第1 結核患者の状況	- 3 -
第2 定期の健康診断・予防接種	- 13 -
第3 接触者健康診断	- 14 -
第4 結核病床	- 14 -
第3章 結核対策の目標と取り組み.....	- 15 -
第1 接触者健康診断の徹底	- 16 -
第2 早期発見の推進	- 17 -
第3 適正医療の普及	- 17 -
第4 患者管理の徹底	- 18 -
第5 院内感染・施設内感染対策	- 19 -
第6 定期の健康診断・予防接種	- 19 -
第7 関係機関との連携	- 20 -
第8 結核発生動向調査の精度向上	- 20 -
第9 人材の育成	- 21 -
第10 人権の尊重	- 21 -
付録 結核管理図とその使い方（平成18年）	- 24 -

第1章 結核対策推進計画の基本的な考え方

第1 推進計画の趣旨

我が国の結核指標は、昭和40年代まで急速に改善してきましたが、現在でも26,384人(平成18年)もの患者が新規に登録されており、罹患率も昭和60年以降、減少傾向にあるものの、目立った改善はみられておりません。そのため、国は平成11年に「結核緊急事態宣言」を行い、国民や関係団体に対し結核対策への取り組みの強化を促しました。また、最近では、多剤耐性結核の出現、医療機関や福祉施設等での集団感染事例の増加、高齢者における患者の増加、在日外国人やいわゆる社会的弱者の問題など、結核対策において緊急に対応を図らなければならない課題が出てきました。

こうしたなか、平成14年3月には、厚生科学審議会感染症分科会結核部会から「結核対策の包括的見直しに関する提言」が報告され、我が国の結核対策の基本的な考え方を、集団的で画一的な施策から個別的で集中的な施策へと変更し、質的に改善を図るよう提言されたことに伴い、結核予防法の一部が平成16年6月に改正され、平成17年4月1日から施行されました。その後、厚生科学審議会感染症分科会並びに国会における十分な議論を踏まえ、平成18年12月8日に感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律等の一部を改正する法律(法律第106号)が成立しました。この法律の施行により結核予防法が廃止され、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律(以下「感染症法」という。)及び予防接種法に統合され、平成19年4月1日から感染症法下の結核対策が施行されることとなりました。

国における具体的な結核予防対策については、平成16年10月18日に結核予防法に基づく「結核の予防の総合的な推進を図るための基本的な指針」(以下、「基本的な指針」という。)が策定されましたが、結核予防法の感染症法への統合に伴いこの基本的な指針が廃止され、平成19年3月30日には感染症法に基づく「結核に関する特定感染症予防指針」(以下、「予防指針」という。)が策定されているところです。

一方、島根県では、近年、結核患者は漸減傾向にあるものの、高齢化が進むなかで新規登録者のうち70歳以上の占める割合が年々増加するとともに、定期の健康診断(現感染症法第53条の2の規定に基づく定期の健康診断(以下、「定期の健康診断」という。))の受診率が年々低下傾向にあり、結核患者が増加に転じる危惧がありました。

そこで「結核緊急事態宣言」を受け、平成12年度に「島根県結核対策行動指針」を策定し、結核対策に対する行動目標を明確にするとともに、目標達成のために取り組むべき結核対策の方向性を具体的に示しました。そして、毎年度、保健所単位で活動の評価検討を行いながら、地域課題に即した結核対策を推進することで、一定の成果を上げてきました。

その後、平成17年の一部改正施行後の結核予防法では、国の基本的な指針に即して、結核予防のための施策実施に関する都道府県結核予防計画を定めることとされましたが、この規定に基づき平成17年10月に「島根県結核予防計画」を策定しました。この「島根県結核予防計画」は、平成16年度までの「島根県結核対策行動指針」を踏まえ、この行動指針と連動させた計画とするとともに、具体的な行動内容についても盛り込んでいます。

現在、島根県における結核対策は、「島根県結核予防計画」の計画期間中にあり、この予防計画に基づき実施しています。結核予防法の廃止に伴いこの予防計画の策定根拠が失効しましたが、結核が主要な感染症である現実を踏まえ結核対策の一層の充実を図る必要性があることから、この予防計画を感染症法に沿った内容となるよう規定を見直したうえで、感染症法第10条の規定に基づき策定した「島根県感染症予防計画」の下、この計画における結核対策を補完する具体的な県の行動計画として位置づけるものとし、名称を「島根県結核対策推進計画」として引き続き対策を実施するものとし、

第2 推進計画の期間

この推進計画の期間は、平成17年に策定した「島根県結核予防計画」を踏まえ、引き続き平成17年度から平成21年度までの5年間とします。必要に応じて進捗状況等についての評価や見直しを行うなど、弾力的な運用を図るものとします。

第3 基本方針

この推進計画では、「島根県結核予防計画」を踏まえ、引き続き10の基本方針を設定します。

- 1 感染症法第17条の規定に基づく結核に係る健康診断(以下、「接触者健康診断」という。)の徹底
- 2 早期発見の推進
- 3 適正医療の普及
- 4 患者管理の徹底
- 5 院内感染・施設内感染対策
- 6 定期の健康診断・予防接種
- 7 関係機関等との連携
- 8 結核発生動向調査の精度向上
- 9 人材の育成
- 10 人権の尊重

第2章 島根県における結核の現状と課題

第1 結核患者の状況

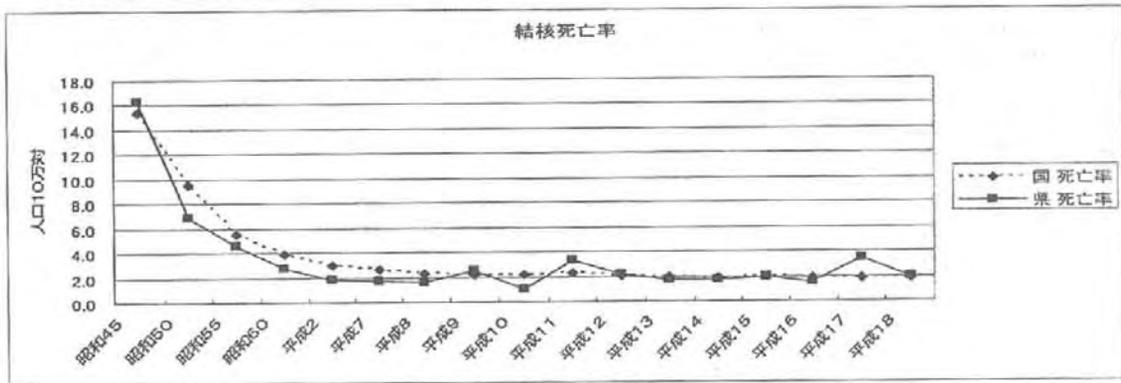
本推進計画の「第1 結核患者の状況」では、「島根県結核予防計画」で用いた平成15年現在の指標値を現況として採用しました。併せて本推進計画策定にあたり直近の指標値（平成18年）を併記することにより指標値の推移を確認できるようにしています。

1 結核死亡率について

島根県は、多少の変動はあるものの高齢者人口の比率が全国で最も高いにもかかわらず、結核死亡率は全国とほぼ同様の傾向を示しています。

	平成15年	平成18年
全国	1.9	1.8
島根	2.0 (40位)	2.0 (37位)

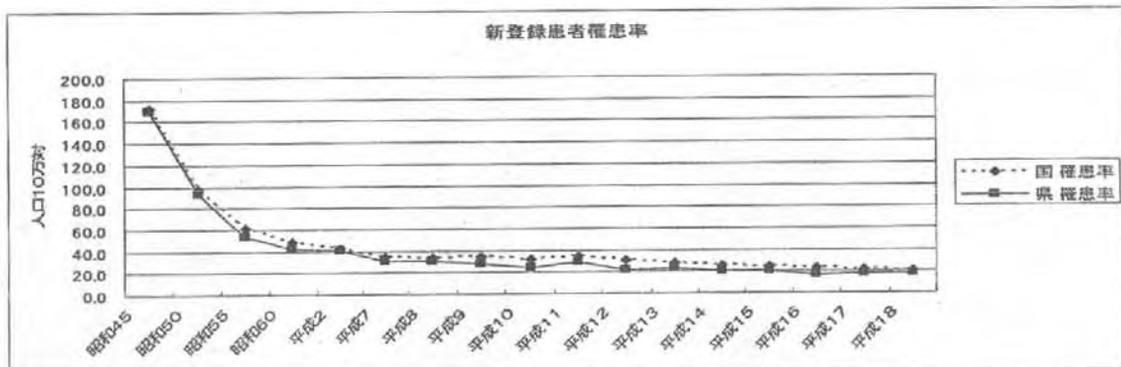
※出典：人口動態統計(概数) 厚生労働省

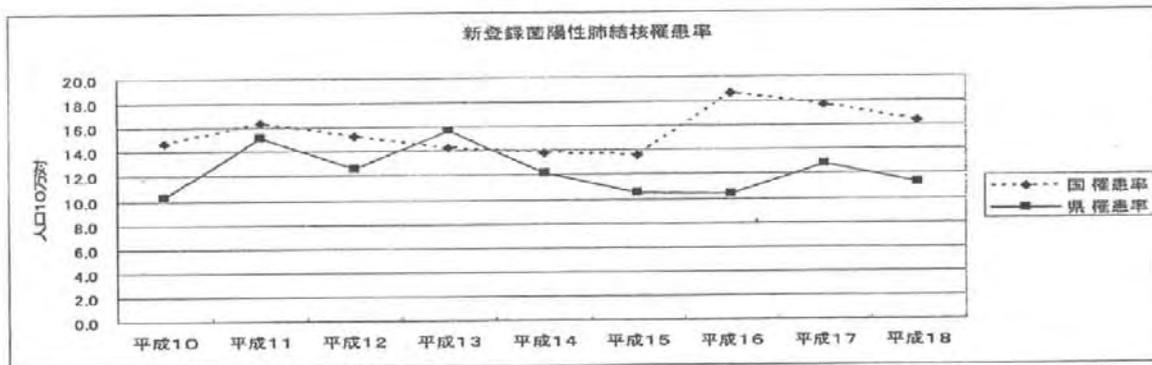


2 結核罹患率について

新規登録結核患者の罹患率は、平成7年以降、全国平均より低く、漸減傾向にあります。国の基本指針では、平成22年の目標を罹患率1.8以下としています。

新 登 録		新菌陽性肺結核			
	平成15年	平成18年		平成15年	平成18年
全国	24.8	20.6	全国	13.6	16.3
島根	19.9 (19位)	17.5 (30位)	島根	10.5 (16位)	11.3 (19位)

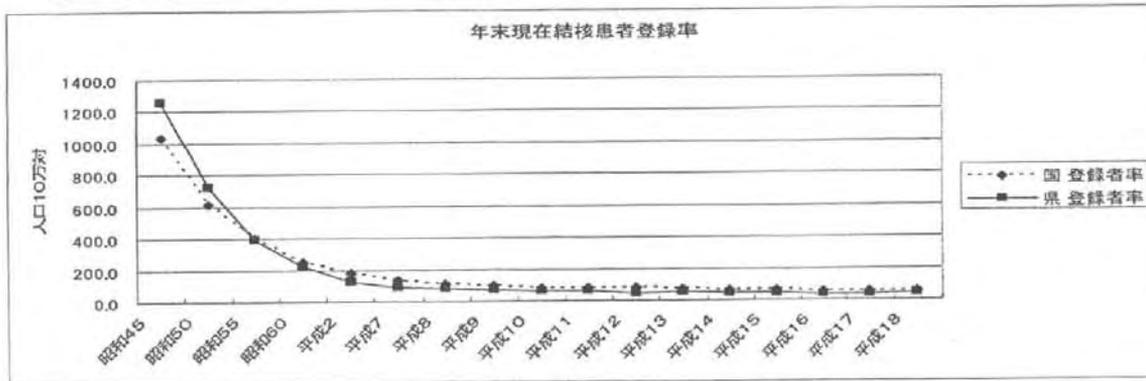




3 結核登録率について

年末現在の結核患者登録率は、全国平均とほぼ同様の傾向で、漸減傾向にあります。

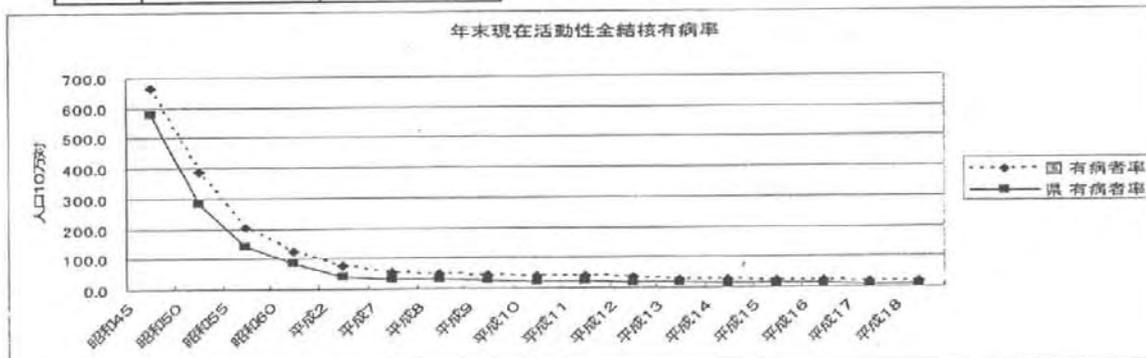
	平成15年	平成18年
全国	60.5	51.4
島根	43.4	43.2



4 結核有病率について

年末現在の活動性全結核患者有病率も、全国平均より常に低く、漸減傾向にあります。

	平成15年	平成18年
全国	23.3	17.2
島根	13.5 (5位)	10.0 (4位)

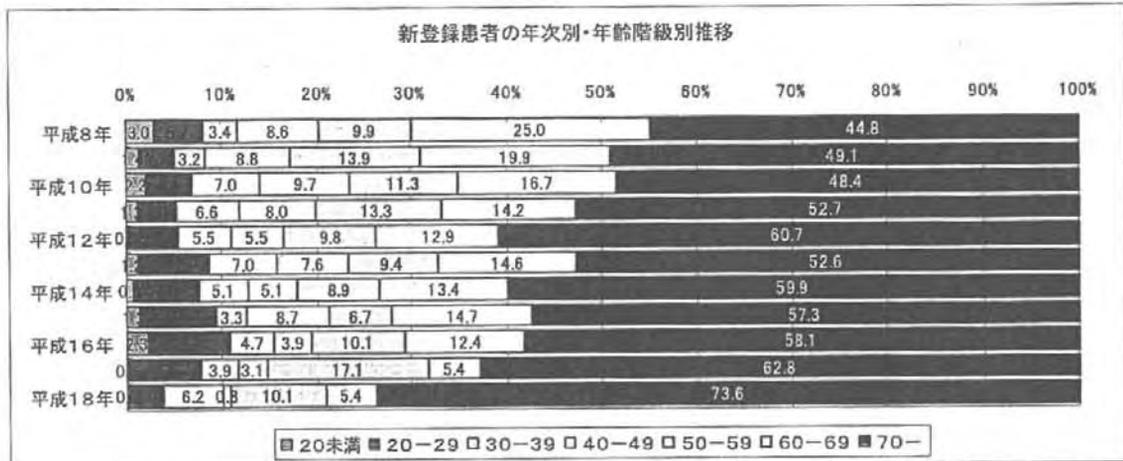


*各グラフにおいて、平成7年までは国勢調査時ごと、それ以降は毎年で表示

5 新登録者の年次別・年齢階級別推移について

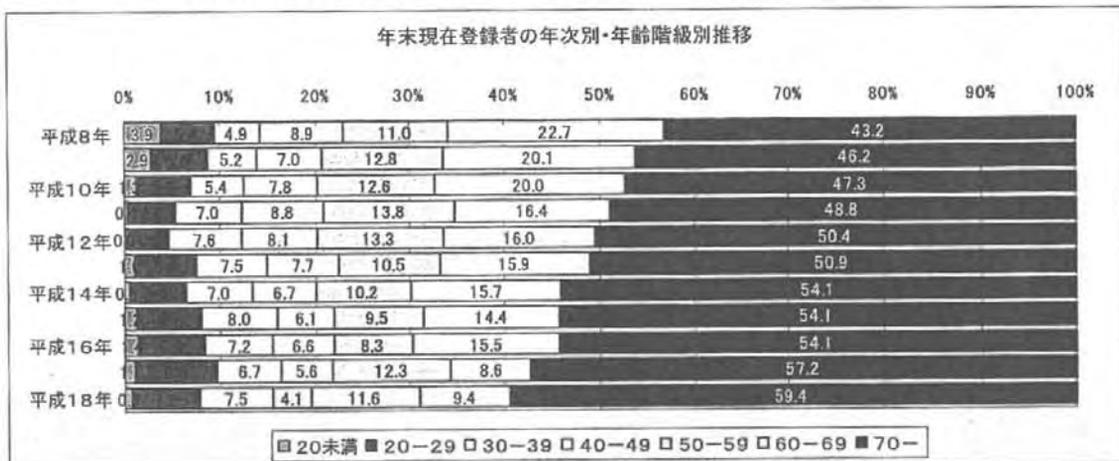
新登録者のうち高齢者の占める割合が年々高くなっており、高齢者に対する結核対策が重要となっています。とりわけ新登録者のうち70歳以上の人占める割合が、平成15年は57.3%（新登録者150人中）から、平成18年には73.6%（新登録者129人中）となるなど、その割合が急速に拡大しています。

一方、平成17年以降は減少に転じたものの、新登録者のうち20代の割合も増加傾向にあり、若年者の感染対策も必要です。



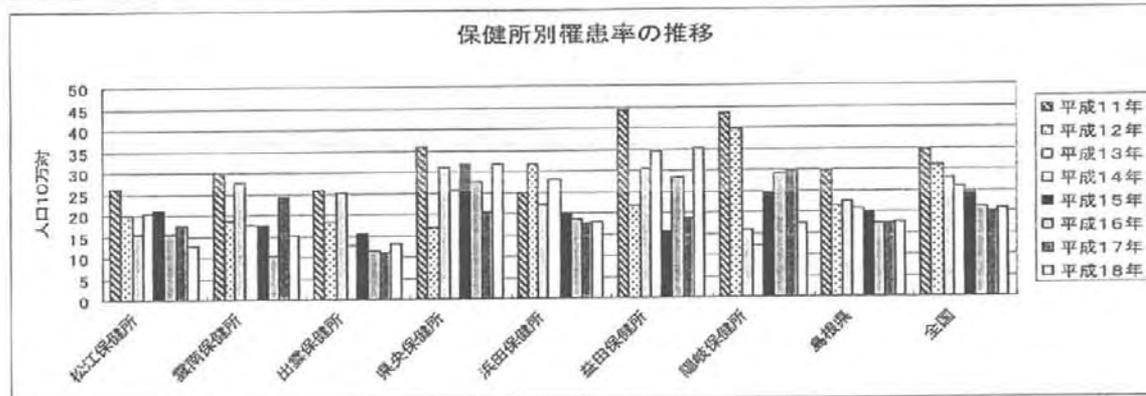
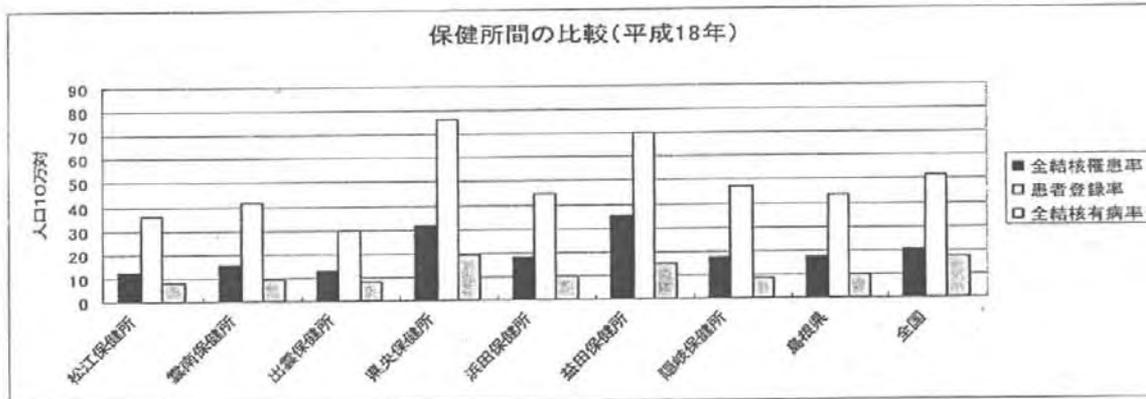
6 年末現在登録患者の年次別・年齢階級別推移について

平成15年末の登録者数は327人で60歳以上が68.5%を、平成18年末の登録者数は318人で68.8%を占めています。ここ数年、登録者のうち概ね70%が60歳以上となって推移しています。なかでも70歳以上の登録者の割合が半数以上を占めており、年々、70歳以上の高齢者の占める割合が増加しています。



7 保健所別罹患率等の比較

平成18年における保健所ごとの罹患率・登録率・有病率について比較すると、保健所間格差がみられます。また、罹患率を年次別にみると、全国傾向と同様に島根県も漸減傾向にあります。保健所別にみると増加傾向となっている地域もあります。そのため地域特性に応じた取り組みが必要です。



8 患者発見の遅れに関する指標

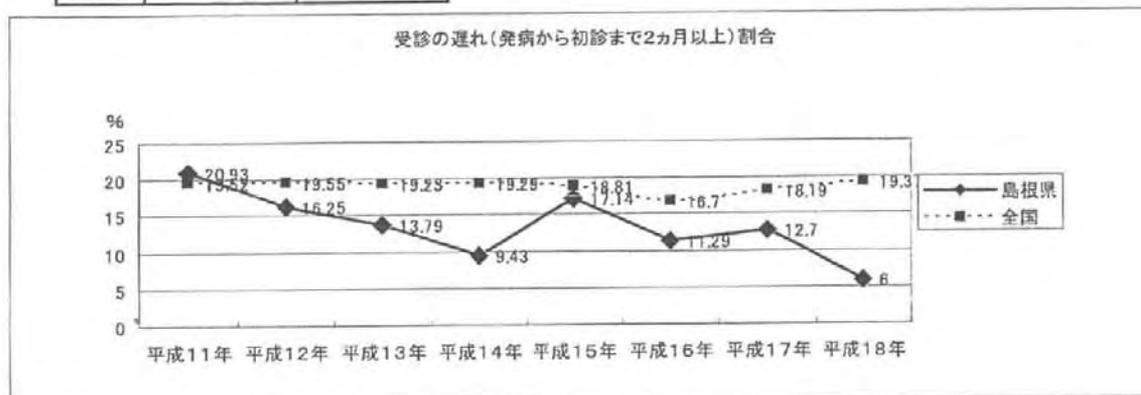
結核は感染症ですから早期発見・早期治療が大切です。患者発見の遅れには症状があっても受診しない患者側の遅れ、及び、受診後の確定診断まで時間がかかる医師側の遅れがあります。

(1) 受診の遅れ(発病～初診まで2ヵ月以上の割合)

症状が出現してから医療機関受診までの期間が2ヵ月以上あった割合は、全国に比して年々減少傾向にあります。平成15年は上昇しましたが、その後減少に転じています。

今後も有症状者に対する早期受診勧奨が必要です。

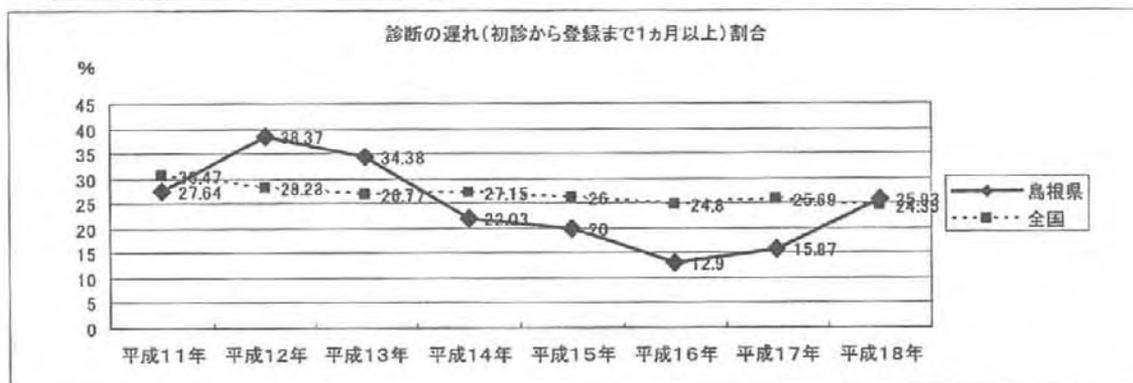
	平成15年	平成18年
全国	18.81	19.37
島根	17.14	6.00



(2) 診断の遅れ(初診～登録まで1ヵ月以上の割合)

初診から確定診断までの期間が1ヵ月以上あった割合は、全国に比して、平成14年、平成15年と5～6ポイント低くなっていましたが、平成18年は全国並みとなりました。引き続き診断のための技術向上が望まれます。

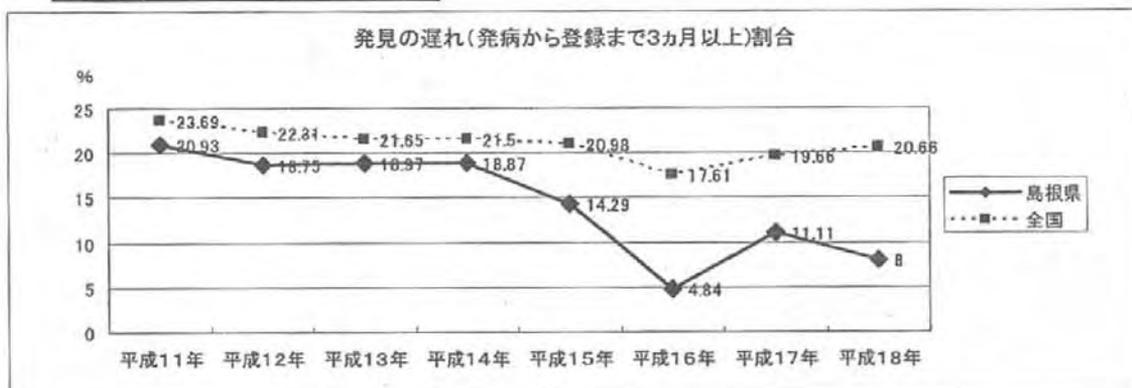
	平成15年	平成18年
全国	26	24.35
島根	20	25.93



(3) 発見の遅れ(発病～登録まで3ヵ月以上の割合)

発病から確定診断までの期間が3ヵ月以上あった割合は全国より常に低く、年々、改善されてきています。

	平成15年	平成18年
全国	20.98	20.66
島根	14.29	8.00

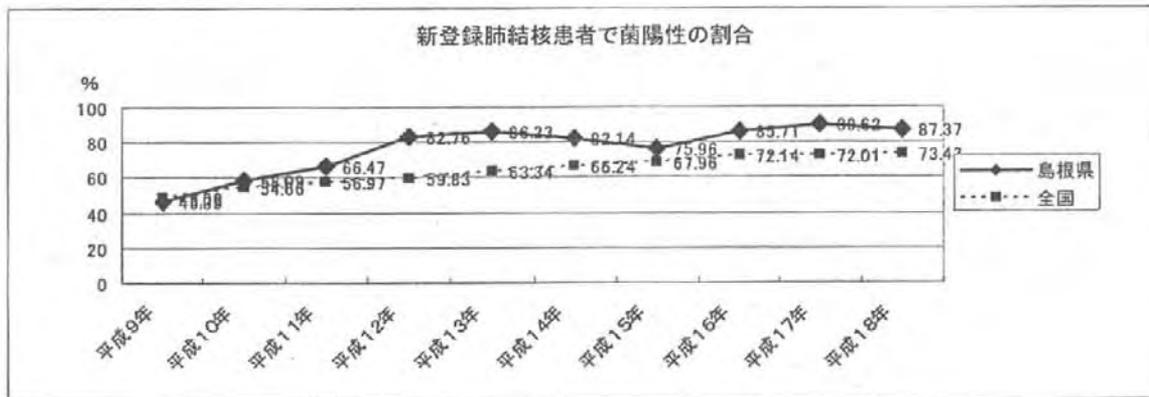


9 診断に関する指標

(1) 新登録肺結核患者の菌陽性割合

菌所見(塗抹検査及び培養等検査)を重視した診断が行われている程度を示す指標です。平成12年以降、新規肺結核患者の7割以上が菌陽性であり菌検査結果による診断が行われていますが、平成15年までの数年は下降傾向にありました。平成16年以降は上昇に転じています。

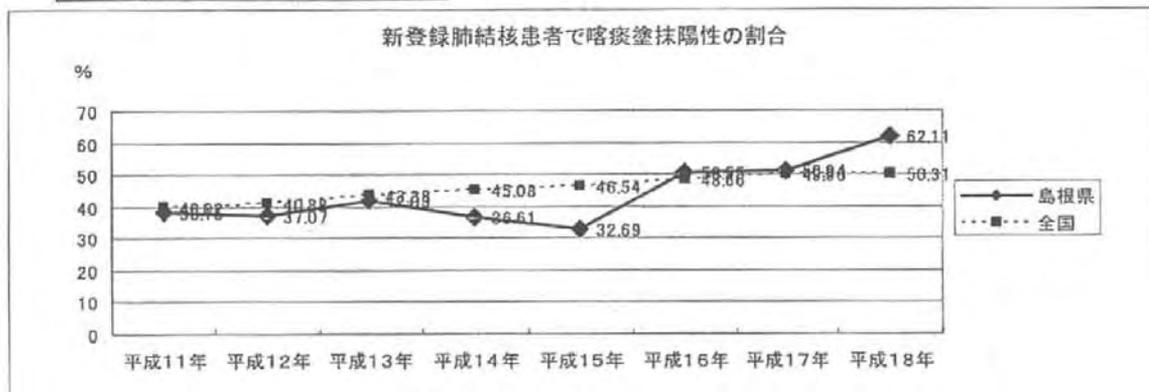
	平成15年	平成18年
全国	67.96	73.43
島根	75.96	87.37



(2) 新登録肺結核患者の喀痰塗抹陽性割合

感染の危険が高い患者の発生程度を示す指標です。平成15年以降50%を超えた状態が続いています。重症化しない段階での早期発見のための啓発が必要です。

	平成15年	平成18年
全国	46.54	50.31
島根	32.69	62.11



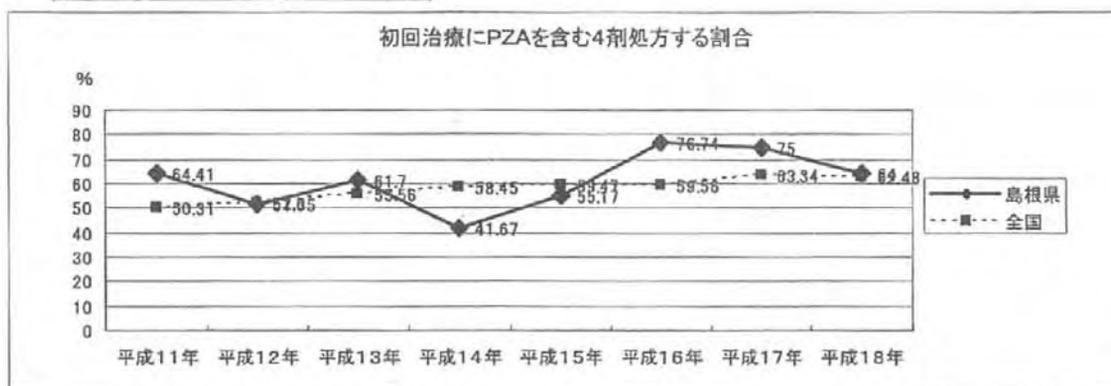
- 患者登録：医師の届出に基づき保健所において患者登録し、原則完治するまで患者管理します
- 新登録患者数：1年間に新たに結核患者として登録された人の数
- 年末現在登録患者数：当年の年末時点で登録されている結核患者数
- 罹患率（人口10万対）：新登録結核患者数÷人口（当年10月1日推計人口）×10万
- 登録率（人口10万対）：年末現在登録患者数÷人口（当年10月1日推計人口）×10万
- 有病率（人口10万対）：年末現在活動性結核患者数÷人口（当年10月1日推計人口）×10万
- 喀痰塗抹検査：痰をガラス版に塗りつけ染色し、痰の中の結核菌を検出する方法
- 薬剤耐性：結核菌が結核治療薬に耐性を示すこと（⇨薬剤感受性）
- コホート分析：
 - 一定期間内に治療を開始した患者の集団を『コホート』と言い、この患者集団の治療経過を追跡し、その間の菌所見の変化やその他の出来事、たとえば脱落、死亡、転出などを観察し、分析する方法（治療成績の結果評価）

10 治療に関する指標

(1) 新登録喀痰塗抹陽性肺結核の初回治療で、PZAを含む4剤を処方する割合

結核治療では、PZAを含む4剤の治療が標準化学療法であり、これは初期強化療法の普及の程度をみる指標です。平成13年までは全国平均以上でしたが、平成14年、平成15年は全国を下回っています。平成16年以降は全国平均以上に転じました。

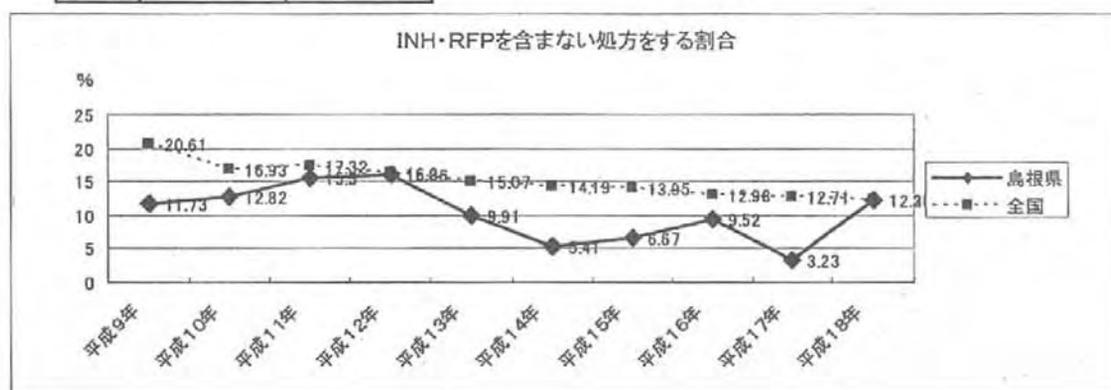
	平成15年	平成18年
全国	59.47	62.48
島根	55.17	64.00



(2) 年末活動性肺結核で、INH, RFPを含まない処方の割合

この指標も、標準療法の普及を示すものです。また、標準療法を使用できない多剤耐性結核や薬剤の副作用等で使用できない患者もこの中に含まれます。島根県は割合が低いことから標準療法が確実に行われていることが示されています。

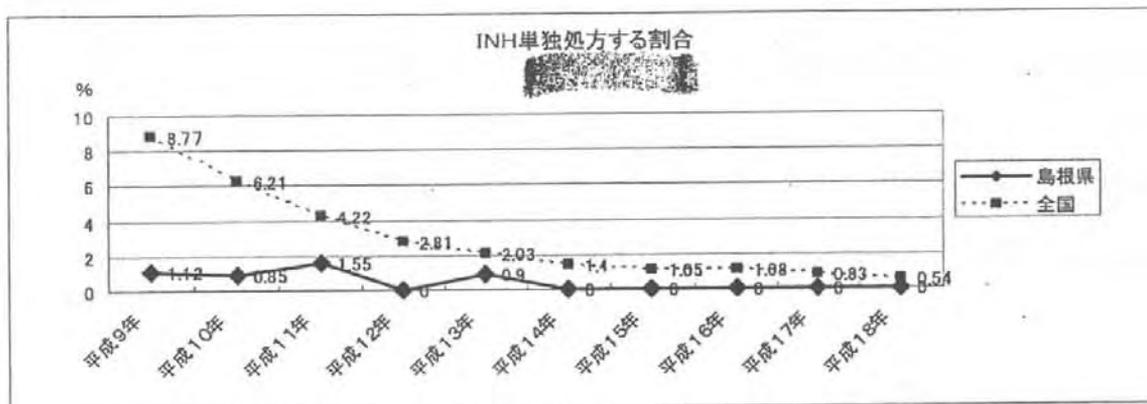
	平成15年	平成18年
全国	13.95	12.35
島根	6.67	12.28



(3) 年末活動性肺結核で、INH単独処方の割合

この指標は不適切な投薬治療の割合を表します。活動性結核に対してINH単独療法を行うことは、INH耐性結核を作りやすくなるため推奨されていません。島根県では平成14年以降、0例となっており、この点からも適切な治療が行われていることが示されています。

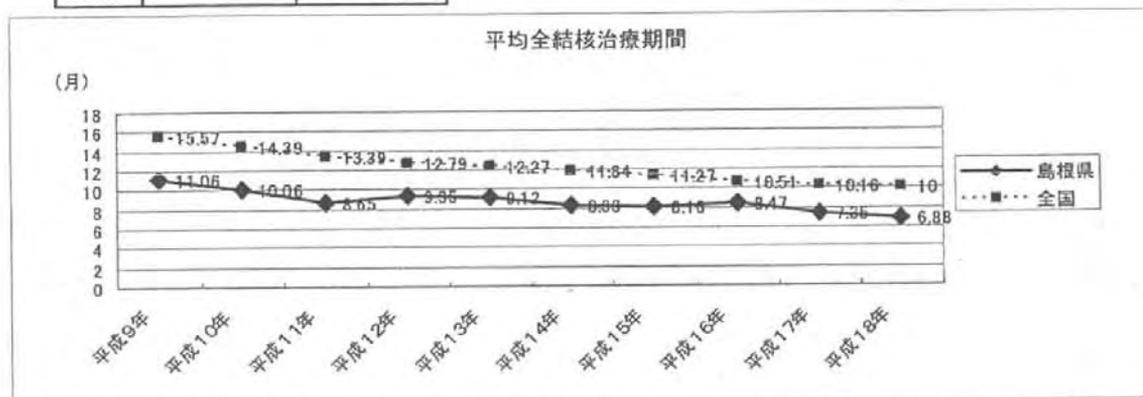
	平成15年	平成18年
全国	1.05	0.54
島根	0	0



(4) 平均全結核治療期間

これは年末に活動性として登録されている患者数を新登録数で除して推計し、単位を月とするために12を乗じたものです。全国および島根県とも減少傾向で治療期間は短縮して、今では12ヵ月を切っています。特に、島根県は全国に比し3～4ヵ月短くなっています。

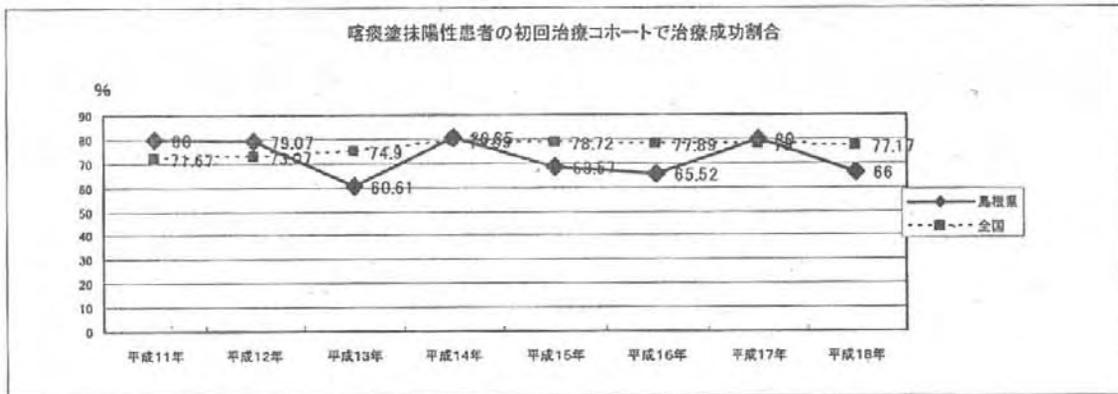
	平成15年	平成18年
全国	11.27	10.00
島根	8.16	6.88



(5) 喀痰塗抹陽性患者の初回治療コホートにおける治療成功の割合

喀痰塗抹陽性患者について、コホート法による下記の(7)の情報不明者を除いた初回治療成績を示す指標です。平成15年の治療成功割合をみると、全国78.72%、島根県68.57%となっています。平成18年も同様の状況です。

	平成15年	平成18年
全国	78.72	77.17
島根	68.57	66.00

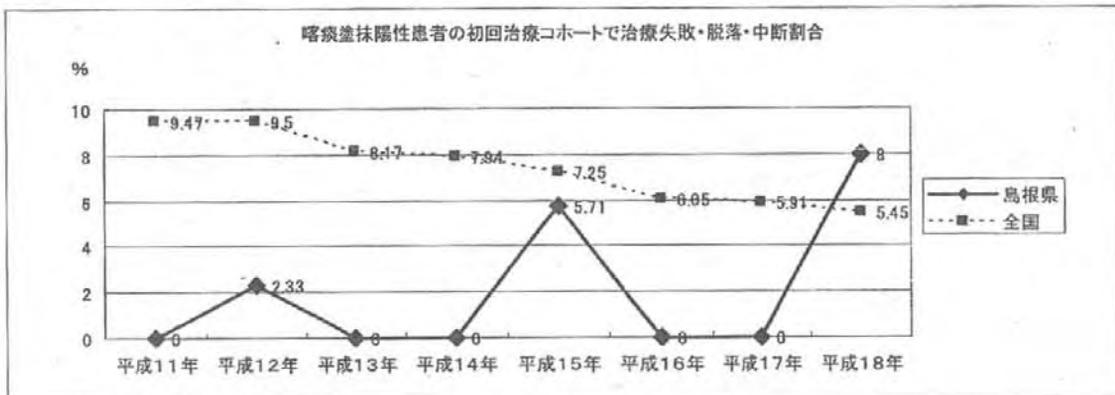


(6) 喀痰塗抹陽性患者の初回治療コホートにおける治療失敗・脱落・中断の割合

喀痰塗抹陽性患者について、コホート分析の結果、初回治療において治療失敗や脱落及び中断した割合を示す指標です。島根県は平成14年まで良い成績でしたが、平成15年の治療失敗等の割合が5.71となっています。その後もよい成績となりましたが、平成18年は8.00となり、全国平均を上回りました。

国の予防指針における具体的な目標では、治療失敗・脱落率を5%以下としています。

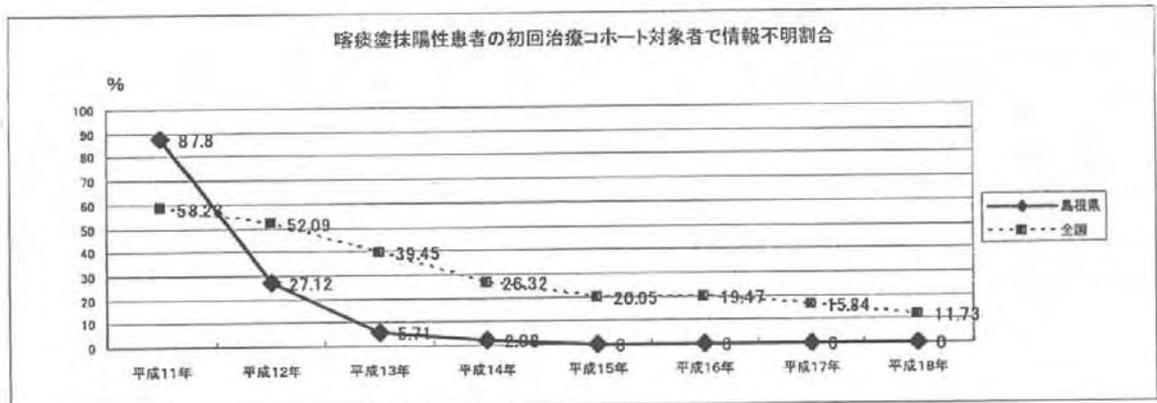
	平成15年	平成18年
全国	7.25	5.45
島根	5.71	8.00



(7) 喀痰塗抹陽性患者の初回治療コホート対象者における情報不明割合

コホート法において治療経過に関する情報入力(特に菌所見)が無い割合を示す指標です。全国でも不明割合が減少していますが、島根県では情報収集に務め平成15年以降は不明割合が0%となりました。

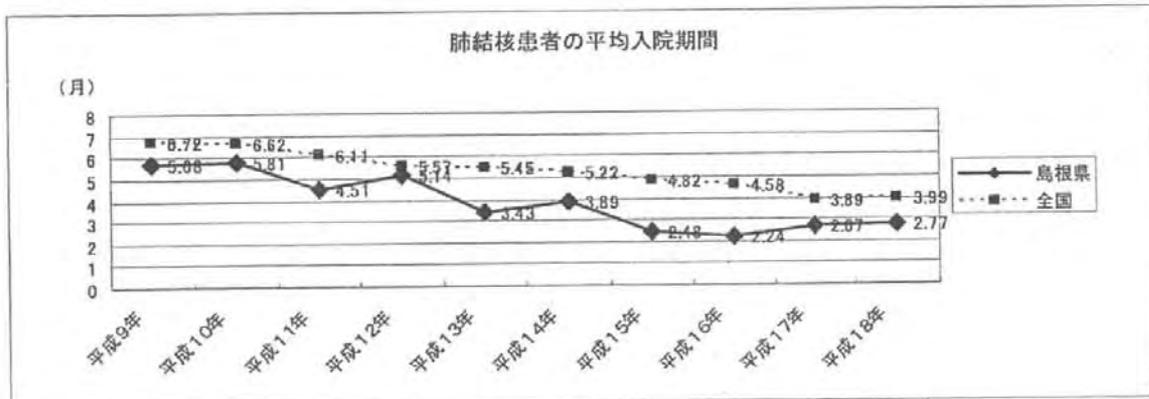
	平成15年	平成18年
全国	20.05	11.73
島根	0	0



11 肺結核患者の入院期間

平均肺結核入院期間は、年末現在活動性肺結核患者で現在の受療状況が入院中の数を、新登録肺結核患者で登録時の受療状況が入院中の数で除して、単位を月にするため12を乗じたものです。全国および島根県とも短縮傾向にあり、平成15年は、全国で4.82ヵ月、島根県で2.48ヵ月と3ヵ月を切っており、全国に比して2.34ヵ月も短くなっています。一方、平成16年からは微増に転じています。

	平成15年	平成18年
全国	4.82	3.99
島根	2.48	2.77



12 患者情報管理

(1) 新登録肺結核患者で培養等検査結果が未把握の割合

新登録時に肺結核患者であって培養検査結果が未把握の者の割合です。菌検査の必要性及びその結果把握の重要性を認識し、検査結果を確実に把握する必要があります。なお、未把握には、検査中、検査未実施、不明を含み、統計上は圧倒的に検査中の者が多いとされています。

島根県の平成18年の状況 (保健所調べ)

保健所名	島根県	松江	雲南	出雲	県央	浜田	益田	隠岐
対象者数	95	24	6	21	12	12	18	2
未把握者数	7	0	3	1	0	0	3	0
未把握割合	7.4	0	50.0	4.8	0	0	16.7	0

(2) 年末総登録患者の病状不明の割合

年末総登録者のうち、この1年間に病状に関する情報が一度も無い者の割合を示したものです。全国では16%～18%の間でほぼ横ばいです。島根県は、ばらつきはあるものの全国より低く、登録患者の病状把握に務めるよう努力しています。

	平成15年	平成18年
全国	16.76	15.01
島根	1.22	5.97



第2 定期の健康診断・予防接種

本推進計画（仮称）の「第2 定期の健康診断・予防接種」では、結核予防法の一部改正施行後の平成17年度現在の指標値を現況として採用しました。併せて本推進計画（仮称）策定にあたり直近の指標値（平成18年度）を併記することにより指標値の推移を確認できるようにしています。

1 定期の健康診断受診状況

(1) 年次別・市郡別一般住民健診受診状況

結核予防法の一部改正に伴い、平成17年度からはリスクに応じた定期の健康診断を行うために対象者の見直しが図られました。市町村長が行う定期の健康診断については、対象年齢が19歳以上からハイリスクである65歳以上に引き上げられ、毎年1回実施することとなりました。そのため、高齢者等、市町村の定めた受診対象者に対して定期の健康診断の必要性について啓発を図ることで受診率向上を目指す必要があります。

なお、平成16年度以前の一般住民健診の受診率は、市部に比して郡部での受診率が高くなっていましたが、どちらも減少傾向にありました。平成17年度以降は市町村合併の進展と受診対象者の変更に伴い、受診率の分析を検討する必要があります。

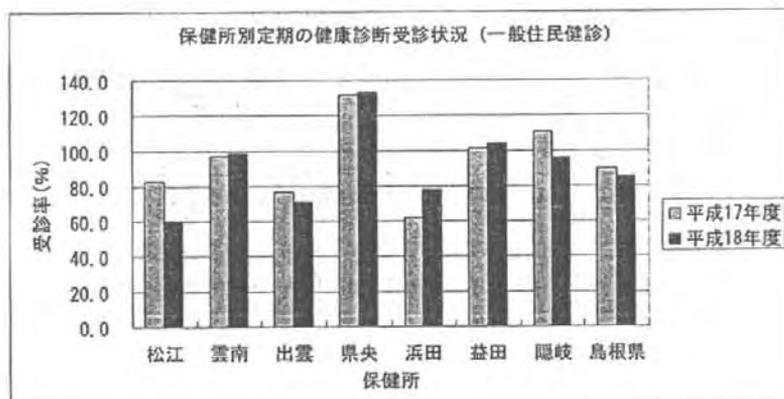
(2) 保健所別定期の健康診断受診状況（一般住民健診）

一般住民健康診断の受診率は保健所間で大きなばらつきがあるとともに、2年間で大きく低下している保健所もあります。そのため、地域の実情に即した効果的な啓発により、地域格差をなくし島根県の受診率を高める必要があります。

保健所名	島根県	松江	雲南	出雲	県央	浜田	益田	隠岐
平成17年度	89.8	82.7	96.9	76.4	131.6	62.2	100.8	110.8
平成18年度	84.7	60.4	98.0	71.0	133.2	77.7	103.7	95.9

※平成20年度公衆衛生関係行政事務指導監査資料の算定方法に従い対象者数を算定

算定における受診者数は、市町村からの実報告数による



2 乳児のBCG予防接種の状況

予防接種（BCG）は結核予防法の一部改正により、平成17年度からツベルクリン反応を行わずに生後6ヶ月まで（状況によっては1歳まで）の乳児への1回接種となりました。

平成17年度以降、1歳時点の接種率は90%以上となっています。

なお、平成19年度以降は予防接種法において対策が継承されています。

	平成17年度	平成18年度
BCG接種率（生後6月時点）	88.0%	83.2%
BCG接種率（1歳時点）	93.9%	93.9%

※対象者数・被接種者数とも市町村報告数により算定

第3 接触者健康診断

接触者健康診断は、各保健所で概ね良好に行われています。平成17年・平成18年の各保健所の受診率は以下のとおりです。

平成18年度以前は国通知の「結核定期外健康診断に関する処理基準」に基づき接触者健康診断を実施してきました。法改正に伴い平成19年度以降は国通知の「結核の接触者健康診断の手引き」に基づいて実施する必要がありますが、対象者選定については結核にかかっていると疑うに足りる者とし、この健康診断勧告者に対しては全員が受診されるよう指導することが重要です。

保健所名	島根県	松江	雲南	出雲	県央	浜田	益田	隠岐
平成17年	97.8	98.4	100.0	99.4	96.9	94.0	100.0	100.0
平成18年	97.6	97.9	98.6	98.6	98.0	96.1	96.9	100.0

第4 結核病床

島根県内の結核病床を有する第二種感染症指定医療機関の病床数は次のとおりです。

なお、済生会江津総合病院の新築に合わせて、平成19年4月に結核モデル病床（一般病床）4床が整備されました。

また、「島根県保健医療計画」に基づく結核病床の基準数は、島根県全域で25床ですが、これを上回る結核病床数が確保されています。

結核病床を有する第二種感染症指定医療機関名	既存病床数 (平成19年末現在)
独立行政法人国立病院機構松江病院	80床
益田赤十字病院	8床
合計	88床

○結核モデル病床

「結核患者収容モデル事業実施要領」に基づき、結核患者の高齢化等に伴って複雑化する、高度な合併症を有する結核患者又は入院を要する精神障害者である結核患者に対して、医療上の必要性から、一般病床又は精神病床において収容治療するためのより適切な基準を策定するためにモデル事業として整備されるものです。モデル事業は、医療法第7条第2項第1号(一般病床)及び第5号(精神病床)において行われますが、整備されたモデル病床は結核患者の収容を行うことが可能となります。

○基準病床数

「医療法」第30条の4第2項の規定に基づき、都道府県の区域ごとに結核の予防及び結核患者に対する適正な医療の提供を図るため必要なものとして都道府県知事が定める数です。算定は、平成17年7月19日厚生労働省健康局結核感染症課長通知「医療計画における結核病床の基準病床数の算定について」により行います。この通知により、1日当たりの結核の入院患者数や退院までに要する平均日数等を踏まえ算定した結果、島根県では、県全域で25床となります。

第3章 結核対策の目標と取り組み

島根県における結核対策は、罹患率の低下、治療期間の短縮、患者情報把握の改善などのかたちで一定の成果を上げています。しかし、定期の健康診断受診率の低下、予防接種率の更なる向上など、これからの対策を考える上で重要な課題も残されています。

結核対策の目標を設定するにあたり、大きな目標として平成21年における結核罹患率を人口10万人あたり15.0とします。この目標は、平成17年現在の罹患率低下のペースと、高齢化の進展を併せて考慮した目標ですが、これを達成するために、平成12年度から取り組んできた「島根県結核対策行動指針」の成果と、平成17年に策定した「島根県結核予防計画」の取り組みを踏まえ、結核対策の基本方針（10本柱）について、それぞれの目標を設定します。

指標	現状		目標
	平成15年	平成18年	平成21年
全結核罹患率(人口10万人対)	19.9	17.5	15.0

第1 接触者健康診断の徹底

1 背景

結核既感染者が減少し、感受性者（未感染者）が増えている中、結核集団感染や院内（施設内）感染の事例は依然として発生しています。このような状況で、接触者健康診断は結核感染源の特定や二次感染者の発見、感染拡大の防止などを行うために重要性が増しています。このため、結核発生届を受理した保健所は早急に患者や家族・関係者への調査を行い、接触者に対する接触者健康診断の計画を立て、確実に実施する必要があります。

2 目標

- (1) 保健所は、接触者健康診断の受診率を100%とします。
 - ア 医師による結核発生届は診断後直ちに行うこととされていますが、迅速な対応を取るために、届出期限遵守を励行します。
 - イ 結核発生届受理後の初回対応について2週間以内に100%行い、接触者健康診断の対象者を適切に設定します。
- (2) 結核感染の有無を診断できるインターフェロノン測定法により、接触者の結核感染を的確に把握します。

3 達成指標

指標	現状（保健所毎）		目標
	平成15年	平成18年	平成21年
接触者健康診断の受診率	84.2~100%	96.1~100%	100%
結核発生届受理後の2週間以内の初回対応	—	98.5%	100%

○インターフェロノン測定法：

ツベルクリン反応検査は結核感染の有無を判定するために長年利用されてきました。しかし、日本のようにBCG接種率が高い地域においては、ツベルクリン反応検査の結果が結核菌感染によるものか、BCG接種によるものか判断が難しい為、結核菌感染をより確実に判断する方法として開発されました。

第2 早期発見の推進

1 背景

結核を早期に診断し、早期に適切な治療を行うことは、患者の予後にとっても、感染拡大防止の側面からも非常に重要です。結核既感染者が減少し、定期の健康診断が見直された中で、咳や痰などの呼吸器症状が長く続いた場合には、結核も考えて医療機関を受診できることが大切です。また、医療機関では適切に結核を診断し、治療につなげられることが重要です。

島根県では発見の遅れは少ない傾向にありますが、県民に対して引き続き啓発を行うとともに、医療機関に対しても研修会などを通じて情報提供を行う必要があります。

2 目標

県全体で、発病から登録までの期間が3ヶ月以上の割合を10%以下とします。

ア 受診の遅れ（発病から医療機関初診までの期間が1ヶ月以上）を10%以下とするため、県及び保健所は、市町村等との連携を取りながら、様々な機会を捉えて有症状者が早期に受診するための知識の啓発を行います。

- ・結核予防週間（9月24日から30日）における啓発活動
- ・住民健康診断時の啓発
- ・老人保健福祉施設および学校等への学習会等での啓発

イ 診断の遅れ（初診から登録までの期間が1ヶ月以上）を10%以下とするため、県及び保健所は、医師の診断技術を更に向上させるために、結核に関する情報を継続して提供し、次のような研修会を開催します。

- ・画像の読影力の向上、喀痰検査の普及等を目的とした研修会
- ・感染症診査協議会結核部会、感染症診査協議会結核部会合同会議等を利用した事例検討会

ウ 発病から登録までの期間が3ヶ月を超えた症例が生じた場合は、保健所が実態調査を行い、早期発見を促進するための資料とします。

3 達成指標

指標	現状		目標
	平成15年	平成18年	平成21年
発病から登録までの期間が3ヶ月以上の割合	14.3%	8.0%	10%以下

第3 適正医療の普及

1 背景

結核医療は近年めざましく発展しており、抗結核薬4剤を併用する標準化学療法が普及して、治療期間も大幅に短縮されました。島根県は全国でも治療期間が最も短い地域の一つとなっています。今後も適切な医療を維持することで結核患者を確実に治癒させ、治療期間を短縮し、薬剤耐性結核菌の出現を防止することが必要です。

2 目標

県及び保健所は、医療機関と協力しながら、標準化学療法の処方割合の向上を通して、治療期間の短縮を目指します。

ア 新登録肺結核塗抹陽性患者初回治療時の標準化学療法（PZAを含む4剤）処方割合を70%以上とします。

イ 肺結核患者の平均入院期間については2.5ヶ月以内を維持します。

ウ 全結核患者の平均治療期間は9ヶ月以内を維持します。

3 達成指標

指標	現状		目標
	平成 15 年	平成 18 年	平成 21 年
初回治療時の標準化学療法処方割合	55.17%	64.00%	70%以上
肺結核患者の平均入院期間	2.48ヶ月	2.77ヶ月	2.5ヶ月以内を維持
全結核患者の平均治療期間	8.16ヶ月	6.88ヶ月	9ヶ月以内を維持

第4 患者管理の徹底

1 背景

結核医療に携わる医療機関及び行政は、潜在性結核感染症を含む結核患者が適切な医療を受けること、また1日も早く社会復帰できるよう指導援助すると共に、結核の再発を減らすために患者の服薬管理を徹底することとします。また、患者の高齢化が進んでいるため、患者の自己管理が困難なことや、結核以外の疾患の治療も必要な患者が増加していることから、患者の服薬が継続できる仕組み作りが必要です。

結核を治療する最大の決め手は規則的な服薬であることから、県及び保健所は地域DOTSを推進して患者の服薬状況確認を徹底し、効果的な治療が行われるよう支援します。

2 目標

(1) 地域DOTSを推進し、患者の服薬管理を通して治療を支援します。

ア 患者の治療期間中における服薬状況を確認し、治療終了まで継続して確実な服薬が行われるよう支援を行います。そのために医療機関と保健所の連携を強化します。

イ 医療機関での入院患者に対する病院DOTSの実施を推進し、すべての患者に実施されるようにします。

ウ 保健所と医療機関は、退院前のDOTSカンファレンスをすべての結核患者に実施し、患者の状況に合わせた地域DOTSが実行できるようにします。

エ 県及び保健所は、DOTSに関する講習会等を開催して、結核病棟を持たない結核指定医療機関に対しても地域DOTSに協力を求めます。

(2) 県全体で、新規登録喀痰塗抹陽性肺結核患者の初回治療成功割合を80%以上とします。また治療失敗、脱落割合を5%以下とします。

ア 保健所は、地域DOTSの推進に加え、適正な医療が行われていることを確認するため、菌検査結果(培養、薬剤耐性結果)等の情報収集を医療機関の協力を得て行います。

イ 病状不明者がなく、治療終了後も保健師による訪問、電話連絡を行い、感染症法第53条の13の規定に基づく精密検査などにより患者の状況を把握します。

3 達成指標

指標	現状		目標
	平成 15 年	平成 18 年	平成 21 年
入院患者に対する病院DOTSの実施	—	100%	100%
退院前のDOTSカンファレンスの実施	—	100%	100%
新規登録喀痰塗抹陽性肺結核患者の初回治療成功割合	68.57%	66.00%	80%
新規登録喀痰塗抹陽性肺結核患者の治療失敗、脱落割合	5.71%	8.00%	5%以下

ODOTS:

DOTSとは、Directory Observed Treatment, Short course(直接監視下短期化学療法)の略語で、薬の飲み忘れがないように、誰かに見届けてもらいながら服用を続ける方法のことです。また、そのような服薬確認を行うための態勢を構築することを含めてDOTSという呼称を用います。

DOTSカンファレンスとは、主治医や担当看護師、保健師等が集まって患者の服薬状況や退院後の生活環境等を考慮して、どのような服薬支援が必要かを検討する会議です。

第5 院内感染・施設内感染対策

1 背景

近年、医療機関や施設における結核集団感染が全国的に増加しています。院内・施設内で結核患者の発生があった場合に、適切な対応が取られないと多数の感染者を生じるなど多大な影響を及ぼすおそれがあります。島根県ではこのところ集団感染事例は生じていませんが、多数の人が集まり長時間を過ごす医療機関・施設において予防や早期発見について特に注意し、日常の備えをしておくことが必要です。

2 目標

(1) 県及び保健所は、医療機関・施設での二次感染を最小限にとどめるよう次の対策を行います。

ア 職員の定期検診受診率を高めるよう、医療機関の立ち入り検査の機会などを捉えて指導します。

イ 職員採用時の健康診断の実施及び適切な情報管理を行うよう指導します。

ウ 院内・施設内感染対策委員会における結核対策を充実するよう指導します。

エ 施設において結核を含めた感染症対策の責任者を設置するよう指導します。

(2) 県及び保健所は、医療機関及び施設と協力して患者の早期発見対策を行います。

ア 施設入所者の定期の健康診断受診率を95%以上とします。受診の利便性向上のために島根県環境保健公社が導入した、寝たきり者対応レントゲン車等を活用します。

イ 施設入所者等で結核が疑われる場合に速やかに嘱託医や保健所に相談できるよう、連携体制を構築します。

3 達成指標

指標	現状		目標
	平成15年	平成18年	平成21年
施設入所者の定期の健康診断受診率	—	95.7%	95%以上

第6 定期の健康診断・予防接種

1 背景

定期の健康診断は結核を発病した患者を早い時期に発見するために重要です。65歳以上の高齢者や、ハイリスク・デインジャー層など対象者に対して確実に健康診断を行うことが結核のまん延を防止する基本となります。しかし、島根県における現在の定期の健康診断受診率は、地域差が見られる状態です。

また、予防接種（BCG）は結核予防法の一部改正後、平成17年度からツベルクリン反応を行わずに生後6ヶ月まで（状況によっては1歳まで）の1回接種となりました。BCG接種は小児結核の重症化防止に有効であり、接種率を高めること、また接種技術を高めることが重要です。

2 目標

(1) 県は、定期の健康診断の実施主体と協力して、定期の健康診断受診率の向上を図ります。

ア 市町村の実施する、65歳以上を対象とした定期の健康診断受診率を80%以上とします。

イ 職域の定期の健康診断では、結核健診対象者の定期の健康診断受診率を95%以上とします。

ウ 定期の健康診断で要精密検査となった方の精密検査受診率を100%とします。

(2) 県は、市町村と協力して、生後6ヶ月までのBCG接種率を90%以上、1歳時点で95%以上とします。またBCG接種技術の向上を図ります。

- ア 市町村は、広報誌、出生届出時、3ヶ月検診時などの機会を捉えて、BCG定期接種の趣旨の周知を図ります。
- イ 県及び保健所は、接種率の低い市町村に対しては重点的に働きかけを行います。
- ウ 県及び保健所は、医師会及び病院の医師、特にBCG接種を行う医師に対して技術研修会を定期的に行います。また針痕数調査を医師会及び市町村と協力して必要に応じて実施し、接種技術の評価を行い、接種者に還元してその技術向上を助けます。
- エ 保健所は、BCG接種後に見られたコッホ現象を確実に把握出来るよう市町村と連携し、報告があった場合は結核感染源の調査につなげます。

3 達成指標

指標	現状		目標	
	平成17年度	平成18年度	平成21年度	
65歳以上を対象とした定期の健康診断受診率	89.8%	84.7%	80%	
職域の定期の健康診断受診率	95.4%	95.7%	95%	
定期の健康診断で要精密検査となった方の精密検査受診率	—	68.5%	100%	
BCG接種率	生後6月時点	88.0%	83.2%	90%
	1歳時点	93.9%	93.9%	95%

※実績は、市町村並びに各対象機関からの報告に基づき各保健所が集計したもの

○コッホ現象：

通常BCG接種後10日目以降に起こるはずの局所の発赤などが10日以内に見られた場合を指します。この反応は、結核菌に既に感染している人にBCGを接種した場合に見られます。

第7 関係機関との連携

1 背景

結核患者の管理や接触者健康診断の確実な実施には、医療機関や学校、市町村等との連携が欠かせません。患者が発生した後の対応だけにとどまらず、患者が発生する前の連携体制の構築が必要です。

2 目標

- (1) 県及び保健所は、医師会と協力して結核に関する講習会等を開催し、情報提供に努めます。
- (2) 保健所は、医療機関との間で、患者・接触者に関する情報交換を円滑に行い、結核対策の強化を図ります。
- (3) 保健所は、学校・教育機関との連携強化を図ります。
 - ア 保健所は結核対策委員会に参加し、学校における結核対策に協力します。
 - イ 学校での結核発生があった場合は、保健所は学校・市町村・教育委員会・教育事務所などと連携し、十分に情報交換を行います。また、保健所は感染拡大防止、発病者の早期発見、確実な治療の実施などで専門性を発揮し、中心的な役割を担います。
- (4) 保健所は、市町村との連携強化を図ります。
 - ア 定期の健康診断の受診率の向上を図ります。
 - イ BCG接種率の向上、接種技術の向上に努めます。
- (5) 県及び保健所は、他都道府県および市町村と連携し、接触者健康診断の実施や患者の移動に伴う治療の継続などが確実に行われるよう努めます。

第8 結核発生動向調査の精度向上

1 背景

結核患者の情報を収集・分析することで、結核対策の立案・評価を行うために、結核発生動向調査は重要です。調査の精度を維持・向上させるためには十分な情報収集と、結核発生動向調査への適切な入力が必要です。鳥根県は現在のところ結核発生動向調査については、病状不明割合も低く、全国的に見ても精度は良好といえますが、今後もこの状態を維持していく必要があります。

2 目標

- (1) 保健所は、結核発生動向調査について情報収集及び適切な入力に努めます。
 - ア 喀痰塗抹陽性患者の初回治療コホート対象者で情報不明割合は0%を維持します。
 - イ 年末時点における登録患者の病状不明の割合を3%以下とします。
- (2) 県は、発生動向調査担当者の研修を行い、入力の精度を維持します。

3 達成指標

指標	現状		目標
	平成 15 年	平成 18 年	平成 21 年
喀痰塗抹陽性患者の初回治療コホート対象者で情報不明割合	0%	0%	0%
年末時点における登録患者の病状不明の割合	1.22%	5.97%	3%以下

第9 人材の育成

1 背景

結核患者のほとんどが医療機関の受診で発見されている一方で、結核に関する知見を十分に有する医師が少なくなっている現状を踏まえ、結核の早期の確実な診断のために、結核の予防、治療に関わる人材の育成を行います。

2 目標

- 結核の予防、治療に関わる人材の育成を行います。
- ア 専門機関等が開催する結核に関する研修会に保健所等の職員を積極的に派遣します。
 - イ 結核に関する講習会等を開催し、保健所等の職員に対する研修の充実を図ります。
 - ウ 医師会と協力して、医師に対する研修会等を行います。

第10 人権の尊重

1 背景

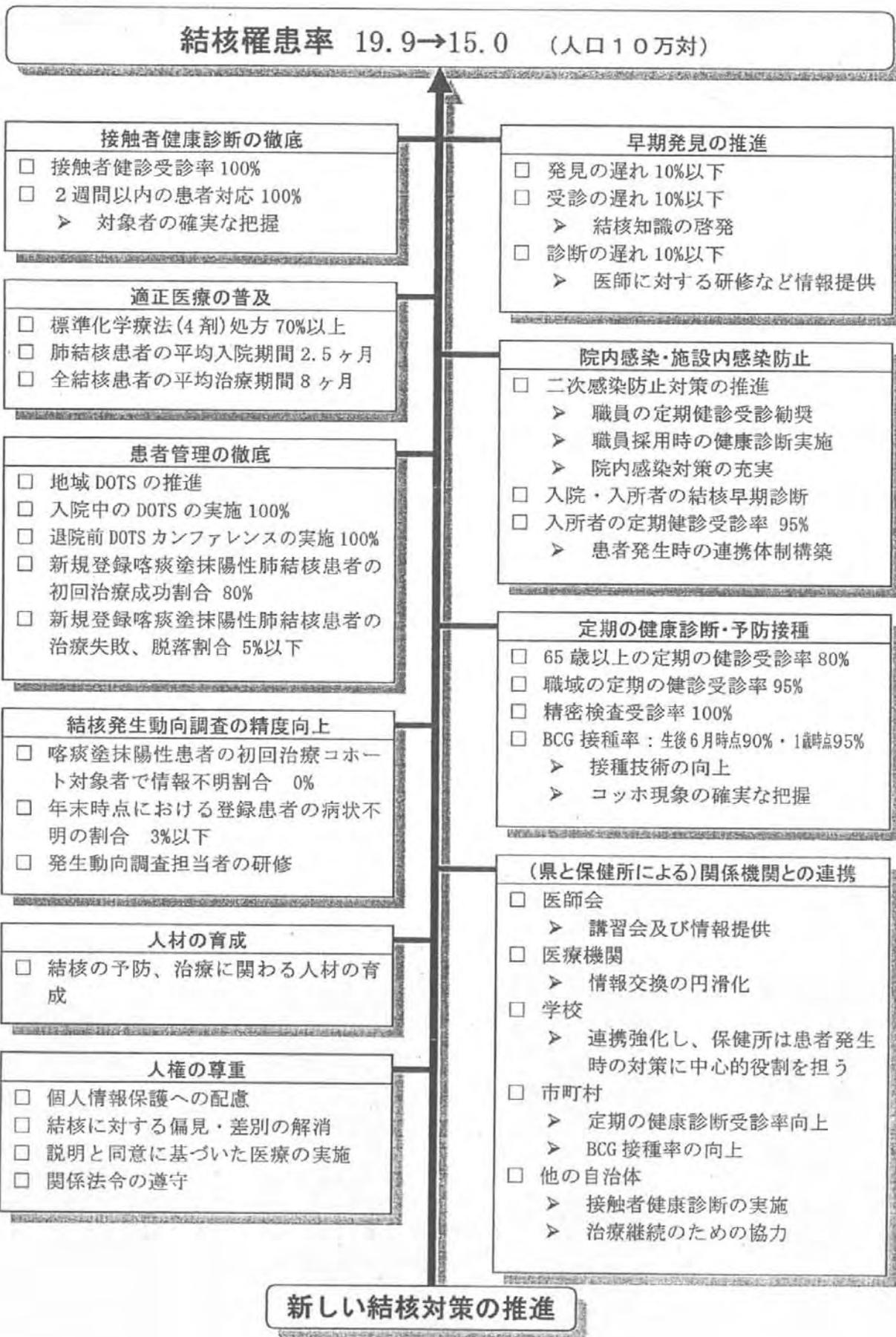
結核の治療には、病状によって入院治療が必要になること、また治療終了まで長時間を要することから、医療機関及び保健所は患者の人権を尊重した対応をとる必要があります。結核の予防および患者の人権の尊重を両立させるためには、全ての県民は患者の個人の意思や人権を尊重し、一人一人が安心して社会生活を続けながら良質かつ適切な医療を受けられるような環境の整備に努める必要があります。

2 目標

- 県は、患者の個人情報十分保護され、患者の自己決定を尊重した医療が提供されるなど、患者の人権が尊重される社会を実現できるよう努めます。
- ア 保健所は、患者情報の収集、利用にあたって個人情報の保護に努めます。
 - イ 県は、結核に関する情報を県民に公表すると共に、正しい知識の普及啓発に努め、結核に対する偏見や患者への差別の解消を図ります。
 - ウ 県及び保健所は、医療機関に対して、患者に十分な情報を提供し、説明と同意に基づいた医療が行われるように求めます。

エ 県及び保健所は、結核対策の実施にあたっては関係法令等に従い、患者の人権を尊重した対応をとります。

結核対策の目標一覧図



付録 結核管理図とその使い方（平成 18 年）

■概略

都道府県別の結核管理図では、別紙のような 36 個の指標が用いられています。

管理図では、指標値が全国と比較して好ましくない方向に偏る場合に、右に棒が突出するように決めています。大部分の指標値ではその値が大きいほど好ましくなく、(13), (14), (15), (16), (18), (19), (25), (29)の指標は、逆に値が大きいほど好ましいと考えられる場合が多く、管理図の棒の方向は基準化偏差値の符号とは逆になるようにしています。なお(7)の指標に関しては上のような一般的な良否の価値づけが難しいので、現状では(6)と逆相関するという便宜上の理由によって棒の方向を(6)と逆になるようにしています。

■まん延状況、年齢の偏り、肺外結核

- ・(1)～(5)は結核のまん延状況を示す指標（すべて人口 10 万対）。
- ・(6), (7)は年齢に関する指標。(6)は新登録患者総数のうち 30～59 歳の割合、(7)は 60 歳以上の割合。
- ・(8)は、新登録患者総数のうち肺外結核の者の割合。

[参考]

- ・平成 15 年以前の結核管理図には、(6)はマル初(予防投薬)者数の全年齢人口 10 万対の率が記載されていました。マル初対象者は 29 歳までですが、人口はまん延状況の指標と同じ全年齢の総人口を用いています。平成 19 年度以降は法改正により年齢にかかわらず潜在性結核感染者として治療の対象とされています。

■発見の遅れ、発見方法

- ・(9)～(11)は発見の遅れに関する指標。
新登録肺結核有症状者について、(9)はそのうち発病から初診までの期間が 2 カ月以上の者の割合、(10)は初診から登録までの期間が 1 カ月以上の者の割合、(11)は(9)と(10)の合計期間で発病から登録までの期間が 3 カ月以上の者の割合。(9)～(11)のそれぞれで期間が不明の者については、分母から除いています。
- ・(12)～(14)は発見方法に関する指標。
それぞれ新登録肺結核患者について、(12)は医療機関受診発見者の割合、(13)は接触者健診発見者の割合、(14)は新登録患者 1 名当たり接触者健診実施数。

■診 断

- ・(15)～(18)は診断の内容・精度に関する指標。
これらの指標の反映する内容に応じて(15)と(16)、(17)と(18)の 2 群に分けています。(15)は新登録肺結核中菌陽性の者の割合、(16)は新登録肺結核中喀痰塗抹陽性の者の割合で、ともに菌所見を重視した診断が行われている程度を示しますが、特に(16)は感染の危険が高い患者の発生の程度も反映していると言えます。(17)は新登録肺結核中再治療の者の割合。治療歴が不明の場合は初回治療として取り扱われることに注意する必要があります。(18)は新登録肺結核再治療中菌陽性の者の割合。再発という診断の場合は排菌していることが重視されますので、再発診断の精度をみる指標となります。

■治 療

- ・(19)～(27)は治療に関する指標。
それらの内容に応じて(19)、(20)～(23)、(24)～(27)の 3 群に分けています。(19)は新登録喀痰塗抹陽性肺結核初回治療患者のうち登録時に PZA を含む 4 剤の標準化学療法を受けた者の割合であり、初期強化療法の普及の程度をみる指標となりえます。(20)は年末現在活動性肺結核患者のうち現在 INH・RFP を含まない化学療法を受けている者の割合ですが、これには次の INH 単独療法の者も含まれますので、耐性菌などの発現により標準化学療法が実施できなくなった可能性の大きさをこの指標から類推しようとするのであれば、(20)から(21)を差し引く必要があります。(21)は年末現在活動性肺結核患者のうち現在 INH 単独療法を受けている者の割合ですが、この割合の大きいところは次の平均治療期間が長いという特徴がみられます。(22)は平均全結核治療期間であり、年末に活動性と登録されている患者数を新登

録数で除して推計し、単位を月とするために12を乗じたものです。(23)は年末現在活動性結核患者のうち2年以上治療している者の割合であり、これも(22)と同じく長期治療をみる指標です。(25)～(27)は、コホート法による治療成績を示す指標ですが、治療経過に関する情報入力(特に菌所見)が十分に行われていない登録者(コホート情報不明者)を除いて計算されています。(24)に示すコホート情報不明の割合を考慮しながら(25)～(27)の指標を観察してください。

■入院

- ・(28)～(30)は入院に関する指標。

それらの内容に応じて(28)、(29)と(30)の2群に分けて示しています。(28)は平均肺結核入院期間です。年末現在活動性肺結核患者で現在の受療状況が入院の者の数を、新登録肺結核患者で登録時の受療状況が入院の者の数で除して、単位を月とするために12を乗じたものです。(29)は新登録肺結核菌陽性患者のうち登録時の受療状況が入院であった者の割合、(30)は新登録肺結核菌陰性・その他のうち登録時の受療状況が入院であった者の割合です。

■患者情報管理、その他

- ・(31)～(35)は患者情報と患者管理に関連する指標。

それらの内容に応じて、(31)と(32)、(33)、(34)、(35)の4群に分けて示しています。(31)は発見の遅れに関する指標値(11)の計算で、分母からあらかじめ除かれた発病から登録までの期間が不明の者の割合です。登録時期は不明ということはないので、これは発病の時期が不明を指します。(32)は登録時肺結核の培養検査結果が未把握の者の割合です。未把握には、検査中、検査未実施、不明を含むが、圧倒的に検査中の者が多い。(33)は年末総登録者のうち病状不明(1年間に病状に関する情報が一度もなし)の者の割合、(34)は年末現在活動性肺結核患者のうち受療状況が治療なしの者の割合、(35)は年末総登録者のうち登録後3年以上経過している者の割合です。そして(36)は、年末現在活動性結核患者のうち生活保護を受けている者の割合です。

■鳥根県の概要

□まん延状況、年齢の偏り、肺外結核

結核罹患率など(1)～(4)は概ね全国平均より低い数値となっており、まん延状況を示す指標は比較的良好であると言えます。結核死亡率が高い(5)こと、患者に占める高齢者の割合が多い(7)ことが特徴です。

□発見の遅れ、発見方法

結核の自覚症状がでて(発病)から登録されるまで3ヶ月以上かかった割合は全国平均と比較して少なく(11)、発病から受診、診断というプロセスは良好に働いていると考えられます。

□診断

新登録肺結核患者中、菌所見(塗抹・培養・遺伝子検査等)陽性割合は全国平均に比べて高い(15)ので、鳥根県では菌所見を重視した結核診断が行われていることが分かります。

□治療

鳥根県における標準治療の実施状況は非常に良好であると言えます。治療が短期間に確実に行われており(22)、長期間治療が必要な患者も少ない(23)ことが分かります。初回治療者のコホート中治療成功割合は全国平均と比べて低い(25)ですが、これは死亡割合が高いことも一因(26)です。

□入院

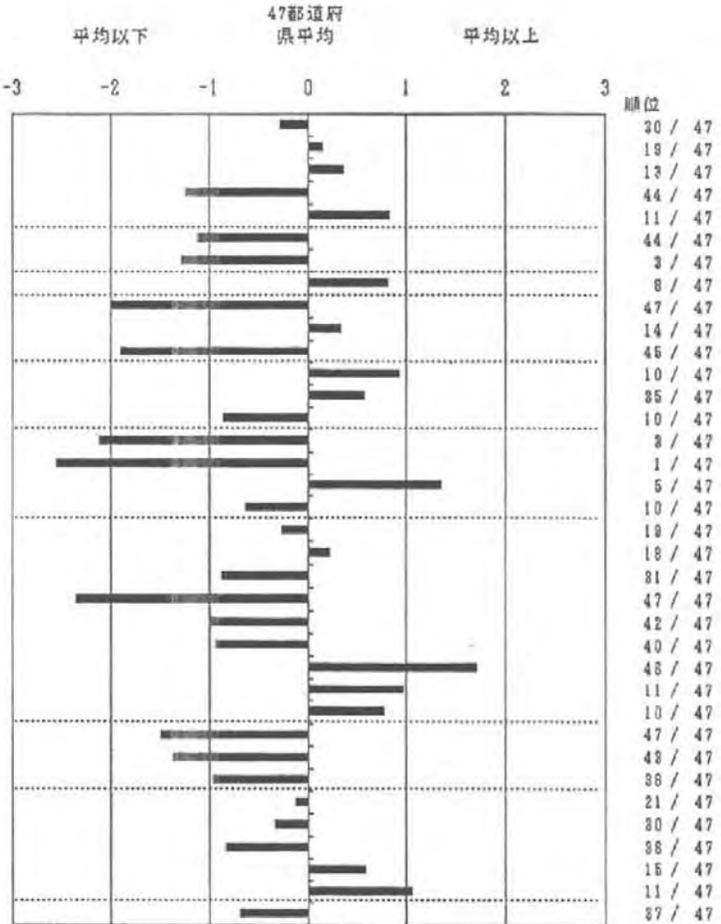
平均肺結核入院期間は全国と比較して短期間(28)であり、早期発見と確実な治療が行われている結果といえるでしょう。また菌陰性他の入院割合が低い(30)ということは、結核を発病しても他の人にうつす可能性のない患者は、入院ではなく外来治療を行っていることを示しています。

□患者情報管理、その他

患者情報管理(31)～(35)は、保健所が医療機関と患者の協力を得ながら情報を収集し、療養状況を把握していることを示していますが、適切な情報の管理が必要です。

人口 788,544
 新登録者数 128
 年末活動性結核者数 74
 年末総登録数 318

項目	単位	47都道府		標準化	順位	
		指標値	県平均			偏差
まん延状況	1 全結核罹患率	10万対	17.51	18.80	-0.28	30 / 47
	2 菌陽性肺結核罹患率	10万対	11.27	10.85	0.15	18 / 47
	3 喀痰塗抹陽性肺結核罹患率	10万対	8.01	7.29	0.37	13 / 47
	4 全結核有病率	10万対	10.05	15.32	-1.23	44 / 47
	5 結核死亡率	10万対	2.05	1.68	0.83	11 / 47
年齢の偏り	6 新登録中30～59歳割合	%	17.05	24.12	-1.11	44 / 47
	7 新登録中80歳以上割合	%	79.07	68.61	1.29	3 / 47
肺外結核	8 新登録中肺外結核割合	%	26.35	22.30	0.82	8 / 47
発見の遅れ	9 発病～初診2ヵ月以上割合	%	6.00	17.30	-1.99	47 / 47
	10 初診～登録1ヵ月以上割合	%	25.93	23.71	0.33	14 / 47
	11 発病～登録3ヵ月以上割合	%	3.00	18.15	-1.80	45 / 47
発見方法	12 新登録肺結核中医療機関受診発見割合	%	85.26	80.02	0.92	10 / 47
	13 新登録肺結核中定期外検診発見割合	%	2.11	2.97	-0.57	35 / 47
	14 新登録患者1名あたり接触者検診実施数	延人数	3.67	2.33	0.88	10 / 47
診断	(1) 15 新登録肺結核中国陽性割合	%	87.37	75.07	2.12	3 / 47
	(2) 16 新登録肺結核中喀痰塗抹陽性割合	%	82.11	50.98	2.55	1 / 47
	(3) 17 新登録肺結核中再治療割合	%	11.58	7.70	1.36	5 / 47
治療	(1) 18 新登録肺結核再治療中菌陽性割合	%	81.82	71.87	0.63	10 / 47
	(2) 19 新登録肺結核中HRを含む4剤処方割合	%	84.00	81.02	0.26	19 / 47
	(3) 20 年末活動性肺結核中HRを含まない処方割合	%	12.28	11.82	0.22	18 / 47
	(4) 21 年末活動性肺結核中H単独処方割合	%	0.00	0.65	-0.88	31 / 47
	(5) 22 平均全結核治療期間	月	6.88	8.77	-2.35	47 / 47
	(6) 23 年末活動性全結核中2年以上治療割合	%	2.70	4.79	-0.99	42 / 47
	(7) 24 肺喀痰塗抹陽性初回治療コホート中情報不明割合	%	0.00	11.93	-0.82	40 / 47
	(8) 25 肺喀痰塗抹陽性初回治療コホート中治療成功割合	%	56.00	76.21	-1.70	46 / 47
	(9) 26 肺喀痰塗抹陽性初回治療コホート中死亡割合	%	20.00	14.48	0.37	11 / 47
	(10) 27 肺喀痰塗抹陽性初回治療コホート中治療失敗脱落中断割合	%	8.00	5.65	0.77	10 / 47
入院	(1) 28 平均肺結核入院期間	月	2.77	3.99	-1.49	47 / 47
	(2) 29 新登録肺結核菌陽性中登録時入院割合	%	80.24	73.78	-1.38	43 / 47
患者情報	(1) 30 新登録肺結核菌陰性他中登録時入院割合	%	18.87	31.83	-0.95	38 / 47
	(2) 31 新登録肺結核有症状者中発見の遅れ情報不明割合	%	7.41	8.43	-0.12	21 / 47
	(3) 32 新登録肺結核中培養等検査結果未把握割合	%	37.93	43.78	-0.33	20 / 47
	(4) 33 年末総登録中病状不明割合	%	5.97	11.20	-0.83	38 / 47
管理	(1) 34 年末活動性肺結核中医療なし割合	%	1.75	1.17	0.59	15 / 47
	(2) 35 年末総登録中3年以上登録割合	%	17.81	12.47	1.03	11 / 47
その他	36 年末活動性全結核中生活保護割合	%	2.70	5.01	-0.89	37 / 47



グラフと偏差の符号が逆：
 指標番号：7, 13, 14, 15, 16, 18, 19, 25

順位は指標値
 による降順位

5. 結核死亡率は人口動態による。
 14. この指標値は前年の成績であり、接触者検診実施数は地域保健・老人保健事業報告の定期外患者家族検診実施数より抜粋した。