

平成 24 年度岩手県感染症対策委員会 議事録

平成 25 年 2 月 13 日 (水) 16 時～17 時 30 分

岩手県産業会館 6・7 号会議室

○野原 医療推進課総括課長 定刻となりましたので、ただ今から岩手県感染症対策委員会を開催いたします。開会にあたりまして、岩手県保健福祉部長の小田島より御挨拶を申し上げます。

○小田島 保健福祉部長 本日はお忙しいところ、また足元の悪い中お集まりいただきまして誠にありがとうございます。

また、委員の先生方には保健・医療・福祉の様々な分野におきまして、多大なる御支援をいただいております。改めまして感謝を申し上げます。

さて、県内におきましては、この冬もインフルエンザやノロウイルスによる感染性胃腸炎等が発生してございます。県としましても、流行の状況について情報提供するとともに、予防方法について県民に呼びかけているところでございます。

また、昨年 9 月には、アラビア半島とその周辺国において新種のコロナウイルスによる感染症が報告されましたし、また、今年に入り、ダニが媒介するとされます重症熱性血小板減少症候群の国内初の患者が報告されたりと、本県としても関係者の皆様と協力しながら、健康危機管理についてしっかりとした対応をしていかなければならないものと考えております。

一方、新型インフルエンザ対策であります。昨年 5 月に新型インフルエンザ等対策特別措置法が公布をされました。これに伴い、国に新型インフルエンザ等対策有識者会議が設置され、法律の施行に向けた検討が進んでいるところであります。本県におきましても、対策本部の条例を 2 月議会に提案することとしております。

本日は、岩手県結核予防計画（案）について御協議をいただきますほか、地域医療連携体制及び次期保健医療計画における結核・感染症基準病床数、新型インフルエンザ対策、いわて感染制御支援チームの活動について、事務局から御報告を申し上げます。

委員の皆様方には、本県の感染症対策について、忌憚の無い御意見をいただきますようお願い申し上げます。開会にあたっての挨拶とさせていただきます。

ます。本日はよろしく申し上げます。

○野原 医療推進課総括課長 それでは、委員の皆様方を御紹介申し上げます。次第の 2 ページ目にございます委員名簿の順に従いまして御紹介を申し上げます。なお、本日、岩手医科大学の佐藤委員、同じく黒坂委員、宮古市長の山本委員、軽米町長の山本委員におかれましては、業務のため欠席ということで連絡をいただいております。

まず、岩手医科大学医療安全部感染症対策室長の櫻井委員でございます。岩手大学名誉教授・特任教授、品川委員でございます。岩手県立大学総合政策学部教授、石堂委員でございます。岩手県医師会常任理事の山口委員は、御出席の連絡をいただいておりますが、今少し遅れているようでございます。次に同じく岩手県医師会常任理事の和田委員でございます。委員長をお願いしてございます。同じく岩手県医師会、岩手県産婦人科医会顧問、利部委員でございます。岩手県獣医師会会長、多田委員でございます。岩手県保健所長会、盛岡市保健所長、高橋委員でございます。岩手県予防医学協会専務理事、田郷委員でございます。岩手県臨床衛生検査技師会、岩手県立磐井病院臨床検査技師長、高橋委員でございます。岩手県立中央病院副院長、武内委員、望月委員の代理でございます。国立病院機構盛岡病院長、菊池委員でございます。盛岡市立病院長、加藤委員でございます。教育委員会教育長、菅野委員の代理でございます。本日は、スポーツ健康課施設・学校健康担当課長の菊池委員に代理で出席いただいております。

事務局につきましては、名簿が次のページに記載がございますので、紹介を割愛させていただきます。私、医療推進課総括課長をしております野原と申します。どうぞよろしく申し上げます。なお、ここで小田島部長につきましては、業務のため退席をさせていただきます。

(山口委員到着)

全員が揃いました。岩手県医師会常務理事の山口委員でございます。

それでは、これからは設置要綱の規定によりまして、委員長が会議の議長を務めることとなっておりますので、以降の議事進行を和田委員長にお願いいたします。

○和田 委員長 それでは、本日は協議事項1件、報告事項が3件ございます。会議の予定時間ですが、だいたい5時半までに終了したいと思っておりますので、御協力をお願いします。

それでは、早速でございますが、協議事項の岩手県結核予防計画（案）についてと、報告事項の1、次期保健医療計画における結核・感染症基準病床について、関連がございますので、一括して事務局より説明をお願いします。

○工藤 感染症担当課長 感染症担当課長の工藤でございます。結核予防計画とこれと関連する地域医療連携体制について、一括して説明させていただきたいと思っております。

資料ナンバーは、1から4までが結核予防計画の資料になります。資料ナンバー5については、報告事項でございます。資料が非常に多いものですから、基本的に資料ナンバー1が計画の骨子となっております。資料ナンバー2が結核予防計画本文、資料ナンバー3は、パブコメ前にお示しした素案とパブコメを受けまして修正したものの新旧対照表となっております。その右側の備考欄に意見 No. 18 とか書いてございますけれども、こちらは、資料ナンバー4に各関係者から示されました意見がございまして、その左側のナンバーに対応しているものでございます。

資料ナンバー4を先に御説明させていただきますと、結核予防計画（案）に係る意見一覧となっておりますので、左側にナンバー、その次に提案者ということで、県関係ですとか団体、市町村といった区分が記されております。パブコメと関係団体への意見照会を同時に行いましたが、一般の方からの意見はございませんでした。ほとんどが関係者の方からでございます。そして、その右側に項目の番号ですとか、意見の内容、そして意見への対応という形で記載されておまして、一番右側に反映状況ということで、A B C Dと書いてございますが、AとBは基本的にそのまま取り入れる、あるいは一部修正の上取り入れるということでございますし、Cについては、ほぼ同じことが既に記載されておりますということ、Dについては、計画そのものを修正する必要

は無いですけれども、実施段階にあたって参考にさせていただくという内容になっております。Eについては、ご提案いただいたけれども、県の考え方、あるいは委員の皆様の考え方とは異なりますので、今回は見送らせていただいたという中身になります。

この資料ナンバー4の中身を入れたのが、資料ナンバー3でございますが、ごちゃごちゃして見にくいかと思いますので、資料ナンバー1を基本としながら、資料ナンバー2の本文を必要に応じて、説明させていただくという形にさせていただきたいと思っております。

では、資料ナンバー1をお開きいただきたいと思います。こちらの見方でございますが、上の方からいきますと、現状といたしまして、左の上の方に、結核の罹患率、あるいは、年齢階級別の罹患率を記しております。平成23年でございますが、岩手県は全国一低率ということになっております。人口10万人対の罹患率で8.9人ということで、全国が17.7でございますので、かなり低いレベルにございます。年齢階級別については、高齢者が罹患率が高いというのは、本文にグラフで示しているところでございます。こういった現状を受けまして、右側の方に目指す姿としておりますが、既に全国一低率になっておりますので、どのように目標値を定めればよいのか、正直言って少々苦慮したところでございます。かなり冒険的ではございますが、人口10万人対8.0と、今まで見たことも無いような数字を目標として掲げさせていただきました。実現出来るかどうかはちょっとわかりませんが、かなりハードルの高い目標だなと考えております。

では、この目指す姿を達成するためにどうするかというようなことでございますが、下の現状、課題、施策、そして指標としておりますけれども、それぞれポイントを絞ってやっていくことがいいのではないかと考えておまして、1つ目のポイントとしては予防対策、2つ目が結核医療、3つ目がその他と書かせていただきました。

まず予防対策でございますが、左の上の方に、第2-2(1)定期健康診断、その次に接触者健診、予防接種、発生動向調査、施設内・院内感染対策、普及啓発というポイントをお示しさせていただきました。

まず定期健康診断でございますけれども、現状としましては、受診率は横ばいという状況でございます。かなり高いところで横ばいになっておりますけれども、一方で、一般住民の健診受診率は40%台ということで必ずしも高いわけではない。では、この

一般住民の健診受診率を上げていくことが効果的なのではないかと考えているところをごさいます。課題の欄にもそういった部分を記載させていただきました。特に、高齢者ですとか、ハイリスクの方をターゲットにしたような健診で、どのような取組みをするのかというのが、右側にごさいますけれども、(1)として高齢者、ハイリスク者等対象の健診の計画的かつ確実な実施という形で重点化を図りたい。あるいは、(5)でごさいます。市町村における計画的な定期健診、この際には、ハイリスク者としてのじん肺患者等に対する受診勧奨等を進めたいのではないかと考えております。それを担保するための指標ということで、一つ一つが目標というわけでは無いのですけれども、市町村における定期健診受診率を指標として位置付けていきたいと考えております。

続きまして、保健所で行う接触者健診でごさいます。現在の患者発見率は0.09%となっております。この接触者健診は手当り次第やれば良いというわけではないわけですし、人権の関係等もごさいますので、的確な対象者を選定しまして実施することが必要である。施策としましては、接触者健診と積極的疫学調査を両輪で的確に実施していくことが必要である、そして、対象者をしっかりと選定していくということ。あるいは、(3)のところでごさいます。最近の検査手法は、徐々に進んでおまして、QFTですとか、その他様々な検査手法がごさいますので、そういうものを的確に使い分けていくということが必要だということを記載させていただいております。

次のポイントの予防接種でごさいます。小児の結核につきましては、ここ5年間で1名という状況でごさいます。予防接種でごさいますので、結核の場合はBCG接種という形になります。予防接種自体は市町村が実施主体とされておりますので、適切な時期に予防接種を実施していただくことが肝要かと思っております。既にBCGの接種率は、97%、98%いっておりますので、これを100%にするまで個別面談までするかみたいなことよりも、現在の水準を維持しながらというのが適切ではないかと考えております。指標においても、そういった考え方で記載させていただいております。

続いて、発生動向調査、いわゆるサーベイランスでごさいます。現状を申し上げますと、診断日当日の届出は、約8割となっております。それは、まああのラインだと思うのですけれども、培養検査

の結果把握率は若干全国を下回っております。あるいは、病原体サーベイランスは、全国的に構築されている都道府県もごさいますけれども、岩手県ではまだ構築されていないという現状でごさいます。こういった部分を受けまして、右側の施策の欄に行きますと、サーベイランスによる情報収集、あるいは、情報精度の向上を図っていく必要がある。さらには、(4)の病原体サーベイランスを構築していく必要があるのではないかとすることを記載させていただいております。指標としては、菌情報の把握率が若干低いものですが、これを上げていきたいと考えております。

ポイントの5つ目になりますが、施設内あるいは院内感染ということでごさいます。集団感染は5件発生しております。これについては、病院は大丈夫かと思っておりますが、学校ですとか、特別養護老人ホーム等の社会福祉施設に対する啓発、あるいは、施設内感染対策を強化していく必要があるということをごさいます。

それから普及啓発でごさいます。結核が過去の病気と思われている方も少なくないのかもしれませんが、そういった部分、適切に一般の県民の方に知識を提供していく、あるいは、情報提供していくということをごさいます。ここまですべての部分がごさいます。次からが結核医療という区分になります。

その1番目が、医療提供体制でごさいます。現状を申し上げますと、結核病床は県内で10医療機関で137床という現状でごさいます。一方で、結核医療に従事する医師が非常に減少しておまして、実は137床あるとは言いながら、医師が対応出来ていないがために、実際使われていない病床も少なからずあるという現状でごさいます。従いまして、一番右側でごさいます。結核病床数必要数を確保するのが大前提でごさいます。その次に、地域の中でどのように医療連携を構築していくかということが、一つ考えられると思っております。それから、医師の減少につきましては、県全体として結核以外の医師も少ないという現状でごさいますので、その中でどのようにしていくかというものを、なかなか切り札的なものはないのでごさいます。限られた条件の中で工夫していきたいということをごさいます。

続きまして、(2)の標準治療でごさいます。国のガイドラインに基づく治療の割合は8割近くにはな

っておりますが、まだ2割前後が基準からちょっと外れたような治療になっているということで、この基準から外れた場合に、多剤耐性結核という非常に厄介な、薬が効かないような結核が発生する可能性がございますので、そういった部分をきちんと標準治療にもっていくということを記載させていただいております。従いまして、指標としても、パブコメを受けて追加させていただいたものでございますが、新登録全結核80歳未満の中でZ剤を含む4剤治療割合を指標とさせていただきます。

続いて(3)の治療の成功率でございまして、院内の場合は特に問題は無いのかもしれませんが、退院後がメインでございます。治療失敗あるいは脱落中断者の割合が4.5%あります。全保健所でDOTSと言われる直接服薬確認の取組みは行われております。ただし、全保健所で実施しているからと言って、全ての患者に実施出来ているかというところ、必ずしもそうではないというところがございます。右側の施策・取組み欄の方に参りますと、(2)のところでございますが、DOTSを軸とした患者の支援、あるいは保健所だけでは出来ない部分がございますので、地域連携をしながら、例えば、薬局などを使ったDOTSというのもよその都道府県などで実施されておりますので、そういったものなども考えていくというようなことを記載しております。そのための指標として、DOTS実施率あるいは治療失敗・脱落率を指標として掲げております。

(4)が有症状受診ということで、現状と致しまして、医療機関での発見率が82.1%と圧倒的に高いわけでございます。定期健診は、実はあまり発見が出来ていないというか、あまり沢山発見出来るようだと逆に困るのですけれども、症状が出てから発見されるというものが多ということでございます。また、初診まで2ヶ月以上かかるような場合、あるいは受診から診断まで1ヶ月以上かかるような場合が、結構な割合であるという状況がございます。これを受けまして、右側の施策の欄でございますが、一般医療機関における結核の診断の精度を上げていきたい、いかに出来ないかと考えております。それが、ある意味、院内感染を防止することにも当然つながるということでございます。従って、その他の医療提供体制にも記載しておりますが、専門的な相談体制ですとか、迅速遺伝子検査体制といったものを出来るだけ県内で充実させていくこと、そして、医療連携ですとか介護福祉分野との連携も考えられるのではないかと考えております。こういった

ことで、出来るだけ速やかに診断をつけられるようなことをやっていければいいかなというところがございます。

最後のポイントとしては、その他でございますが、調査研究と人材の養成という形でございます。調査研究につきましては、感染源、あるいは感染経路を特定するといったものがこういった感染症では非常に重要になるものですから、発生動向調査を活用しました感染源あるいは感染経路の特定、調査研究を進めていきたいと考えております。

人材の養成につきましては、現在でも保健所あるいは結核指定医療機関につきましては、結核研究所あるいは学会等への派遣、研修を実施しております。これまでと同様に研修会への派遣ですとか、県内の研修会の開催といったものを通じて、特に医療人材に限られてきているということ踏まえて、そういった部分を強化していかなくてはならないのではないかと考えております。

最後に、本計画の進捗管理につきましては、感染症対策委員会が年1回ないし数回開催ということで、この中で進捗管理あるいは検証を進めて参りたいと考えております。

資料ナンバー2で、若干補足の部分をお話したいと思いますが、結核予防計画は、前は平成18年の1月に策定いたしました。今回は、本年の2月あるいは、3月に策定して、平成24年から28年までの5ヶ年計画として策定したいと考えております。

2ページ、3ページにグラフがございます。2ページの下のグラフをご覧いただきますと、岩手県の罹患率、人口10万人対が徐々に下がってきて、2011年で8.9となっているのが、御覧いただけるかと思っております。ちょっと急激に落ちましたので、今年がどうなるのかというのが気になるところでございます。

それから、5ページに表がございます。培養検査結果把握率ということで、岩手県の場合ですと、平成23年が72.2、平均すると56.4とやや低い状況にある。平成19年、20年が低かったのですが、最近では上がってきているという状況でございます。

6ページには、標準治療ということで4剤の割合で、岩手県は平成23年で81.3ということで、かなり上がってきているということがお分かりいただけるのではないかと思います。それから表3でございますが、治療失敗・脱落中断の割合は、平成23年で4.5ですが、かなり下がってきている、これをさらに下げていければいいのかなと考えております。

ちょっと飛びますが、8ページの表6、診断の遅

れでございますけれども、平成23年が25.7。こちら
も徐々に落ちてきているのですが、なかなか国のレ
ベルまでは到達していないというところでございま
す。

9ページのところに、目指す姿と基本方針が記載
されておりますけれども、目指す姿として、平成28
年の目標値を8.0以下と設定するとさせていただきます。
意見の中では低すぎるのではないかという
意見も正直ございましたが、なんとか出来るかもし
れないというようなところでございます。このため
に(2)のところでございますが、適切な医療の提供
ときめ細かな患者支援の中で、地域医療連携体制を
整備するということが記載されております。これは、
後ほど報告申し上げるものに関連することございま
す。

最後、19ページをご覧ください。目標及び指標とい
う形で別表を記載させていただいております。目標
としては、先ほど申し上げた罹患率8.0で、これを
達成するための指標という形で、それぞれ掲載させ
ていただきました。BCG接種率は、現状98.7%を
目標95%以上で、下げるのかという話がございま
したけれども、そういうことではなくて、あくまでも
95%以上で、現状を維持する程度であればいいの
ではないかと考えているものでございます。それから、
下から2つ目のDOTS実施率につきましては、現
状100%となっておりますが、実施保健所数が100%
というものでございまして、指標の考え方を変えま
した。全結核患者数中の95%と、もっときめ細かな
指標にさせていただいたというものでございますの
で、決して目標を下げたというものではございま
せん。

ということで、結核予防計画につきましては、説
明を終わらせていただきまして、資料ナンバー5、
基準病床数の算定について、と記載されたものを始
めに説明させていただきますけれども、この資料は、
昨年12月20日の第2回岩手県医療審議会医療計画
部会の資料でございます。基準病床数の算定自体は、
こちらの医療計画部会の所掌事項となっております
ので、感染症対策委員会については、情報提供とい
う扱いになります。

この中で、1基準病床数の制度、(1)制度の概要、
の○の2つ目を御覧いただきたいと思っております。
都道府県は、既存病床数が基準病床数を超える地域、病
床過剰地域では、病院開設・増床を許可しないこと
が出来るとされている、ということで、新規に病床
を開設したい場合は、駄目ということが出来るわけ

ですが、既に病床が過剰になっている場合、それを
基準病床数まで下げろというものではございません。
基準病床数の算定の表がございまして、種別がござ
います。一般病床と療養病床、精神、結核、感染症と
いう区分になっております。2番の基準病床数の算
定のところを御覧いただきたいと思っておりますが、下
の2つ、結核病床と感染症病床については、二次保健
医療圏ではなく、県全体の区域で30床、あるいは40
床というのが基準病床となります。これは後ほど考
え方を説明いたしますが、現行計画では、結核は126
でございましたので、大幅に減るということにはな
りません。ちなみに、療養病床や精神病床につきま
しては、医療ニーズに応じてという形になるのですが、
結核病床と感染症病床、特に感染症病床については、
ほぼ使われないことが前提でございまして、ニー
ズというよりも危機管理という意味合いが強いので
はないかと考えております。

続きまして2ページでございますが、次期保健医
療計画における結核基準病床数でございまして、1番
でございますが、国の通知に基づいて作成することになっ
てございまして、国の通知に基づいて機械的に当てはめ
ますと、細かいことは抜きにして20床となります。
しかし、20床ではあまりではないかということで、
様々なことを調べました。2番のところ、1日平
均稼働病床数ですとか、月末在院患者数ですとか、
そういったものを調べてみますと、平成23年はそう
でもないのですが、それまでは、20床を超えている
平均稼働病床数であったり、(2)の平成23年でも7
~9月と20床を超えている患者数がある。それから、
最も多かった日の患者数を足し合わせますと、その
日はそれぞれ病院によってずれているのですけれど
も、33であったり30であったりするということから
すると、やはり30床ぐらいないと非常にリスクだ
ということを考えまして、3番のところ、知事が
特に定める場合というもので、最高が1.5でござ
いまして、それを掛け算しまして、30というのが適
当ではないかと考えているところでございます。

3ページのところに参考1としまして、東北各県
の現状ということで、平成22年の状況でございま
すが、岩手県の基準病床数が他に比べて3桁で非常に多
い、病床利用率も17.5とかなり利用率が低いとい
う状況がお分かりいただけることと思っております。参考2
では、県内の結核病床数、10病院の状況について記
載しております。病床数としては、合計すると137
でございまして、医師がいないために受け入れてい
ないということもございまして、実際受け入れ

ているところの病床数を足し合わせると82という状況になっているところでございます。この表の右側の方は説明を省略させていただきます。参考3でございますが、結核病床を取り巻く状況ということで、①の感染症病床での結核患者の受入れについてでございますが、厚生労働省において、現在そういったことを検討中と考えております。そのために法改正が必要なのか、通知で出来るのかということもでございます。ここに書いていないこととございますが、現行法でも、仮に何らかのやむを得ない事情が認められれば、病床の区分を超えて入院させることが可能なことはあります。また、ちょっと趣旨は違うのですが、新型インフルエンザの特別措置法の方では、パンデミックが起きたような時については、例えば、空いている結核病床を使って、新型インフルエンザの患者を入院させるということも方向としては可能ということが示されております。それは、許可ではなくて届出で出来るというようなこととございます。

続きまして4ページに、先ほど申し上げた予防計画の方で、地域医療連携体制の整備を検討するということに記載されておりますので、そちらを現段階で考えられるものを記載させていただきました。上の方の図のポンチ絵の点線の左側の方に、結核に関する特定感染症予防指針という国のガイドラインが示されておりますけれども、そういったものに基づく区分、中核的な病院、地域の基幹病院、そして結核病床を有する一般医療機関、あるいは、普通の診療所、一般病院といった区分がございます。これに岩手県の医療機関を当てはめていくと、こんな関係図になるのではないかとということで、私どもの方で、作成してみたものでございます。中核的な病院と致しましては、これまでの経緯もございまして、国立病院機構盛岡病院さんをお願いしたいと考えております。地域の基幹病院につきましては、本来であれば、9つの保健医療圏があるわけでございますが、実際そこまでの医療資源が現在あるわけでございませぬので、県南と県央・県北、それから沿岸と3つの区分にさせていただきました。県央・県北につきましては、全県的な中核病院である国立病院機構盛岡病院さんをお願いしたい。県南部につきましては、胆沢病院と中部病院、この2つの病院が核になっていただきたい。沿岸部につきましては、県立宮古病院が核になっていただきたい、という考え方でございます。磐井病院、繋温泉病院につきましては、繋温泉病院は、結核病床2床でございますし、磐井病院は、今、呼吸器科医が不在ではございますけれど

も、南光病院と隣併せになっている医療機関で、精神の患者さんで結核を発病した方を、実質診ていらっしゃるということもあって、なんとかそのまま引き続きやっていただけないかなということとございます。点線で囲んである遠野病院、江刺病院、二戸病院、大船渡病院につきましては、現状として呼吸器内科医がいるわけではないので、患者を受け入れるというわけにはいかないのですが、万が一というか危機管理的な部分として、陰圧の病床を持っているということは、医療資源的には非常に貴重でございますので、このまま維持していただけないかなということで、下の方には、結核病床を有する第二種感染症指定医療機関の一覧を記載させていただきました。私どもとしては、こういった病床の現状維持を基本として、各医療機関さんにそういった部分をお願いしたいと考えております。ちなみに結核に関して基準病床といった場合に、最低基準と考えているという辺りは、国の担当課とも情報交換する中で、助言いただいております。

続いて5ページでございますが、これは、どこを基幹病院に位置付ければよいのかということ进行分析するために、私どもで過去の状況を分析したものでございまして、例えば盛岡圏域からどこの病院へ入院しているかということを図示させていただいたものでございます。下の方のグラフが付いたものでございますが、別のポンチ絵でお示したものでございます。二戸圏域では、地図でいいますと、ほとんどが盛岡圏域の方に入院している。例えば、釜石ですと、多くは宮古の方に行っているのですけれども、点線が書いてありますように盛岡に行っちゃる方もいる、という形でご覧になっていただければと思います。これは、参考でございます。

続いて6ページ目でございます。これは結核ではなくて、いわゆる感染症病床の方でございます。結核の地域連携図を作ったので、感染症についても作ってみようということで作ってみたものでございます。左側に医療法上の配置基準ということで、第一種感染症指定医療機関については県1ヶ所2床、第二種感染症指定医療機関ということでは、二次医療圏ごとで人口に応じて4床から6床とされております。第一種につきましては、盛岡市立病院に2床でございます。第二種でございますが、ご覧のとおり10病院に38床あるということになっておりますが、県立大槌病院については、津波に流されてしましまして、実態としては無いということになります。第一種と第二種では、取り扱う疾病が異なりますので、

第一種については、一類感染症ということで国内では、診療経験を有する方がいらっしやらないような疾病でございますので、万が一そういった患者さんが発生した場合は、少なくとも国の国際医療センターの支援をいただかないと無理でございますし、現在、盛岡市立病院には呼吸器科の医師がいなくなってしまったということもございまして、以前、支援協定を結ばせて頂きまして、岩手医大、赤十字病院、国立病院機構、県立中央病院が支援するということにはなっているのですが、その支援の中身についても再度、実践的なものに考え直さなければならないのではないかと考えております。この点は、まだ課題として残っているという認識でございます。

今回の御報告の中身につきましては、基準病床数が変わるということとともに、どのように医療連携をもっていくのかということもございまして、基準病床数30床ではございますが、県としては、既存の百数十床という結核病床数を基本として進めて参りたいというものでございますので、専門の先生方に、御意見等いただければ幸いです。以上、説明を終わります。

○和田 委員長 ありがとうございます。非常にボリュームがありますが、まず結核予防計画（案）につきまして、御質問、御意見をいただきたいと思えます。はい、武内委員。

○武内 委員代理 資料の8ページの診断の遅れですが、初診から診断が1ヶ月以上を機械的に診断の遅れとしていっていると、おそらく培養待ちとかもあるので、定義をきちんとしないと正しい数字が出て来ないような気がしますけれども、数が少ないので、振り返っていただいて、本当に遅れているかどうか、培養を待って診断しているかということも、もし出来れば、吟味していただければ、いい数字がでるのかなと思っております。

それから、菌の把握が中々出来ないという状況で、少ないから問題だということですが、都道府県によっては、検査センターから強制的に保健所に届けさせるということもあるようですので、そのような方法でもよいと思うので、やればいいのかと思うのと、あと、お願いがあるのですが、医療施設の感染症、結核の発病とかに関して、私はむしろ問題と思うのですけれども、実は結核病学会で、保健師さんと看護師さんが色んな講習会に出て来られますので、なんか認定のようなものを差し上げて、一

生懸命勉強したんだ、御苦労さんというようなものをあげようと思ってですね、その委員会の委員長やっていてやろうと思ったのですけれども、日本看護協会に出したら、認定証とかは安易に使わないでくれということで一蹴されまして、物にならなかったです。委員長が変わりまして、福井の大学の先生が、かなりボリュームがあるようなものを勉強して、その上で、結核病学会の認定みたいなものを上げましょうということを企画しているのですが、そうではなくて、気楽にと言いますか、ちょっと研修会とかで勉強した人に対して、何かインセンティブをあげたいと思うのですけれども、そういう時に、県か何かの保健師の指導というか医療の監査とかそのような時に、あなたの施設では、講習会にどなたかを派遣していますかとか、認定証をもっている方がいますかみたいなことを言っていて、関心を持っていただくというようなことが出来ないものかなと考えているのですけれども、そうすれば、勉強しに行った方も、少しは行った甲斐があるなということと、結核に対する関心を持ってもらう。特に宮古保健所の柳原先生が言ってましたけれども、介護における感染の場合というのは、確かに高いと思えますので、関心を持ってもらうための一つのツールにならないかなと思うのですけれども、是非検討していければなど、あまりハードルを高くしないようにして。

○和田 委員長 最初の2つについては、大丈夫ですね、検討していただいて。それから、認定看護師というのは、資格の問題で、きつと。

○武内 委員代理 認定は、ちゃんと講習を受けて試験を受けてやるんだから、そんなに簡単に認定という言葉を使わないように、とはっきり言われました。それはいいと思うのですけれども、私が考えたのは、出た方には出ましたねと、なにか証明を理事長などの名前を付けて出してあげればいいのか、熱心に勉強しましたね、と御褒美みたいな形であげて。多分、これから施設で、結核病学会でそういう認定制度作ったので、看護師や保健師を出して下さいと言って、出してくれますかね。病院としては、そんな余裕もないと思いますよ。診療報酬につながらなければ、出さないとしますよ。学会の認定なんて無駄だと言おうかなと思うのですけれども、それよりももっとハードルを低くして、勉強した人には勉強しましたよというものをあげるようなになればい

いかなと思うのですけれども。

○和田 委員長 糖尿病などでは、岩手県独自のがありますね。全国のだとハードルが高くて、とても受験資格すらないという人に対して、岩手県で別に作ってというのがありますが、工夫の仕方によっては。

○武内 委員代理 施設に一人でもいいから、結核に対して勉強したり聞いてきたりした人がいると、大分違うと思うんですよ。大きな病院で一人の結核がぼっとでると物凄く騒ぎになって、周りで見ているといやあと思うのもあるくらいですから、そこに一人でも知識があったり勉強した方がいれば、違ってくると思うのですけれども。後は、やはり介護施設などの中における結核の問題だと思うので、その中にでも勉強してきた人がいれば、大分違うと思います。それを、監査か何かの時に、ちょっと聞いてもらいたい。それだけです。

○和田 委員長 そこは、ちょっと工夫をしていただいて、参加証なり記録を残しておく、あとで何らかの形でインセンティブになるということで。

その他にございませんでしょうか、結核予防計画につきまして。品川先生。

○品川 委員 ちょっと教えて欲しいのですが、有症者の受診が、入院するまでの間、感染症において、そういう人に対しどのように指導されているのかというのが、気になります。第2-3(4)のところ、受診から診断まで1ヶ月以上とか、初診まで2ヶ月以上とありますが、実際、感染していたという時、その人達のそれまでの行動等を誰か指導しているのか、ケアはどのようにしているのか。その部分が感染症では、一番大事であると思われそうですが。その点についてどのように指導されているのでしょうか。

○工藤 感染症担当課長 多くは入院患者さんだと思うのですが、医療機関の方では、感染症と確定するまでの間、個室で待機するような病室があるところも結構ございまして、そちらで入院させておくパターンが多いと聞いております。

○品川 委員 入院していて、診断がつくまではそこで待っているということでもよろしいでしょうか。

○工藤 感染症担当課長 もしかするとそうかもし

れないという方のための病床みたいなのがありまして。

○品川 委員 自宅で待機しているという訳ではないのですね。

○武内 委員代理 場合によります。感染症の管理は病原体の管理なので、結核に対してはマスクでいいです。マスクさえすれば別に外来に来たって、なんの問題も無いです。ただ、マスクだけはしっかりして下さいということは、外来では言わないと駄目です。もちろん病院は、入院すれば隔離をしますかありますが、やはりマスクです。

○品川 委員 多分一番問題になるのは、結核菌を検出するまで時間がかかり、遺伝子検査については、早急に取り組んで速く診断できる体制を作っていないと難しいのではないかと。培養して菌を検出して診断するというのは、時間がかかって難しいと思います。

○工藤 感染症担当課長 PCRの検査が最近では進んできておりますので、そちらの方で、迅速にわかるようにはなってきました。それに加えて、培養検査で確定していくという格好です。

○品川 委員 そういう体制の確立について、県の方でも推進されておられるのですね。色々予算的な問題もあると思いますが。

○武内 委員代理 先生がお話になったことは、医療機関では、ルーチンでやられております。

○品川 委員 通常の検査でも行っているということでもよろしいですか。

○工藤 感染症担当課長 県全体としてもそうですし、医療機関なり検査機関でもかなり取り入れていただいています。

○武内 委員代理 先生がおっしゃられたように、まず培養は基本ですね。

○高橋清実 委員 前回も申し上げたのですけれども、やはり疑わないと検査しませんので、体制がいくら出来ていても、まずは早く疑っていただかない

と。呼吸器科であっても、なに科の医師であっても、
歯科医師であっても、どんな方でも、まずは疑って
いただいて。レントゲンをするのも遅れるというの
もありますし。

○和田 委員長 多田委員、どうぞ。

○多田 委員 結核には直接関係ないとは思いますが
けれども、非結核性の抗酸菌症も数えられているの
でしょうか。結核は全国一低いということでしたが、
類似するような疾患の罹患率は、岩手県ではどうな
のでしょうか。

○武内 委員代理 私から話しますが、結核予防法が
変わる前は、非結核性抗酸菌症もある程度把握出来
ていたのですが、今、感染症法の中で数字としては
捉えられないです。例えば、具体的にはある医療機
関での非結核性抗酸菌症という形では捉えられるか
もしれませんが、県全体とかでは把握出来ないと思
います。全国的にも結核より増えているということ
は言われておりますが、正確な数字は残念ながら捉
えることが出来なくなりました。

○多田 委員 増えているという傾向はあるのでし
ょうか。

○武内 委員代理 間違いなく増えていると思いま
す。

○多田 委員 そういう話を聞いたものですから。あ
りがとうございます。

○和田 委員長 他にはいかがでしょうか。山口委員。

○山口 委員 私は小児科なものですから、ついつい
子供のことになってしまうのですが、BCGの接種
の時期の変化というのは、厚生労働省でもう決まっ
たのでしょうか。今、3ヶ月から6ヶ月までにBC
Gを受けなさいとなっていますが、その間に、す
ごく予防接種がいっぱい出てきて、とてもその中に入
れるのが難しくなって、私のところにまだ通達が来
ないのですけれども、延びるという話はまだ決まっ
ていないのでしょうか。

○山崎 主査 一年に延びておりました、医師会の方
にも、先日通知を差し上げたところです。

○山口 委員 一歳までになったのですか。

○山崎 主査 そのとおりでございます。

○山口 委員 それからもう一つ、小児結核が5年間
で1名というのがありますが、接触者健診か何かで
分かったのでしょうか。

○工藤 感染症担当課長 すみません。数字だけでし
か把握しておりません。

○和田 委員長 その他にはございませんでしょう
か。そういたしましたら、先ほどの武内委員の御意
見で一部修正をして、この案につきまして承認とい
うことで、皆さんよろしいでしょうか

(異議なし)

○和田 委員長 それでは、次に地域医療連携体制及
び次期保健医療計画における結核・感染症基準病床
数について、各委員の先生方から、御意見、御質問
をいただきたいと思えます。大幅に減少して30とい
うことでございますが。

○武内 委員 私は妥当な数だと思います。結核は外
来治療が基本ですから、いいと思うのですけれど、
問題は、超高齢の方などの結核をどうするかとい
うことで、先ほど施設のこともお話したのですけれ
ども、実は、モデル事業で中央病院は中断とあるの
ですけれど、中々ハードルが高いというか、何十年前
のような基準で来てるものですから、うちは旗を降
ろしたのですけれども、もし出来れば、そういうふ
うな方が、どうしてもある施設に入れなきゃなら
ないとなった時には、行政の方でも柔軟に少し対応し
ていただければ、多分、30で十分なんじゃないか
と思うので、その辺は、その時になったら、是非考
えていただきたいと思えます。

○和田 委員長 その辺に関しましては、十分考慮し
た上での体制だと思いますが、事務局から。

○工藤 感染症担当課長 この地域医療連携のポン
チ絵を描いているときに、途中までは、国立病院機
構盛岡病院の下に、県立中央病院がモデル病床とい
う形で記載していたのですけれども、実は、中々厚

生労働省さんの方でうんと言ってくれない部分がありまして、私どもの裁量で出来るものではないものですから、中々進まなくて中央病院さんには御迷惑をおかけしてしまったような所もございます。ですが、こうやって見てみますと、透析が出来る病院ですとか、エイズ治療拠点病院なども結核病床を有する病院の中にごございますので、余程でなければ、何とか対応していただけるのかなと。ただ、やはり中部病院ですとか中央病院といった総合的な病院において、他の合併症等をにらんだような治療といったものも、今後考えていかななくてはならないのかなというのを感じているところです。

○和田 委員長 そうしますと、実情に応じて対応出来る体制を整えているということによろしいですね。高橋委員、どうぞ。

○高橋清実 委員 5 ページの上の絵は、県内のことだけなんですけれども、県外からも岩手県にはいらして、そういう方は最近少なくなっているということなんですけれども、県内の患者さんの治療の場所を圧迫しているということもあるんじゃないかと思うのですが、どの程度の実情なのかというのは、私は把握しておりませんが、どれくらいいらっしゃるのかと。

○菊池 委員 うちの病院は、患者も少ないので集めていたということもあるのですけれど、青森県が八戸地区、秋田県が鹿角の方から頼まれて入院している人はいます。だいたい常時2人くらい、今、3人で、秋田1人、青森県2人くらいで、3人は多い方です。実際には帰せるのですけれども、帰るところが無くて、お年寄りで寝たきりになっているので。他県で困っているというか、岩手医大の先生方が、出張先で結核を見つけましたよということで、どこにしますかと聞いて盛岡と答えたからとか、今のところベッドが空いているので、拒まずに受け入れています。そういうことで、うちは20床なので、空いているので埋めましょうということでやりました。そういう方を受け入れないと、10床あれば間に合うので、今度10床にして下さいということでお願いしています。ということで他県からの患者さんは3人です。今後は、ちょっと難しくなるかもしれない、他県の先生には申し訳ないですけれども。

○和田 委員長 櫻井先生、どうぞ。

○櫻井 委員 病床数総量としては、おそらく30床で足りるという今までのお話だと思うのですけれども、私の発言の意図は、特殊な事例、精神疾患をお持ちで御本人が管理出来ない、むしろ、一方では攻撃的と言ったら申し訳ないのですが、排菌したまま県内を移動するといった事例も過去にごございました。国立病院機構さんをお願いして、最終的にその方は自死されたという過去の事案もあるのですが、つまり、認知障害性疾患のようなものと結核が同時にある場合、いわゆる自己管理が出来ないわけで、そうなりますと外来治療は非常に難しい感があります。これだけ罹患率の低い県で、何が問題になってくるかということ、おそらくそういう特殊事例をどこで受け入れるかということで、先ほどの磐井病院の例もごございますが、寝たきりの方でしたら、ある程度普通の病床、個室でも可能だと思うのですけれども、同時に徘徊などの行動異常をお持ちの方のリスクが高い。例えば岩手医大でも患者からの感染で結核に罹られた精神科の先生がいらっしゃるというような事案もございましたので、是非、今後の検討課題として、そのような特殊な事例の受け入れ先というものも、ご検討いただきたい。これは、結核病床の中に精神科病床を作るというイメージかもしれないですし、あるいは精神科病床の中に陰圧室を作るというイメージかもしれませんけれども、県として今後、レベルを上げていく時にはそれが必要だろうということが1つ。

もう一つは、職員が罹患したかどうかを最終的には接触者健診等で見る必要があるわけですが、最近の事例は、非常に対象者の人数が多いですね。しかも、その方々に全てQFTをやると。QFTは非常にいいのですけれど、手間がかかる。検体の採り方が非常に難しい。それで、T-スポットというもう一つの方法が出てきていますけれども、まだオーソライズされていない。多分、結核病学会もデータが無いので、認めないというところなんだろうかと、武内先生。

○武内 委員代理 データが無いので、何も言えないということ。

○櫻井 委員 実際には、コマーシャルベースで測れるようにはなっていて、例えば、両方測るといったようなことも検討すべきかと、やや研究的な話にはなりますけれど、今後、やはりもうちょっと簡略化

しないと職員健診とかいつまでも時間がかかって、結果的に感染を広めてしまう可能性が危惧される。その2点です。接触者健診の簡略化の方向性と精神疾患等の特殊事例への対応ということだと思います。

○工藤 感染症担当課長 まず1点目、精神疾患あるいは特殊事例ということでございますが、そういったお話は、保健所長の方々からも伺っております。今日は、磐井病院の高橋先生もいらっしゃるのですが、非常に貴重な病院だなと考えておりました。大船渡病院にも精神科と結核病床があるわけなんですけれども、実質、結核病床は動いておりません。そういう意味では、そういった資源としては、今のところ磐井病院しか無い。逆に、精神科の中に結核を受け入れるというようなことだと、それも又、モデル病床という格好になります。中央病院で検討したのは、一般病床の中に結核患者を受け入れるというものですけれども、精神病床の中に結核患者を受け入れるというのもモデル病床としてあり得ますので、そういったところが、もし出てきてくれれば、それは可能にはなるのですが、実態としてこれだけ医師不足の段階では。

○櫻井 委員 おそらく、ある程度のインセンティブが無いと。先ほどお話がありましたけれど、例えば施設設備に補助が出るとか、あるいは診療したらそれなりの対価があるとか、県としての予防計画、結核撲滅計画であると思いますので、是非御検討いただければと思います。

○工藤 感染症担当課長 それから2点目のT-スポットですけれども、保険適応になったということは、そのとおりで、昨年11月だったようでございます。行政としては、実質、国のマニュアルで動いております。この国のマニュアルの方が、まだQFTだけとなっております。我々としてはまだ手を出せないと考えております。技術的な部分については、環境保健研究センターから説明してもらいます。

○齋藤 首席専門研究員兼保健科学部長 環境保健研究センターの齋藤といいます。T-スポットもQFTと同じように結核菌の抗原で単核球を刺激して、インタフェロンガンマーが産生されるかを指標としておりますけれども、検査法としてT-スポットは、検査をする前の前処理として、単核球を分離して細

胞数を調整するというような前処理が必要で、少し煩雑なところがあります。それから、うちの方では、保健所で採取した接触者の検体を検査しているのですが、それは、2週間に1度まとめて検査しております。T-スポットの方の検体は、条件によっては32時間保存は出来るということですが、それしか保存出来なくて、まとめて検査をするのには適さない。QFTの方は、前処理をしまえば、28日、一ヶ月くらい保存しておけるということで、うちの方の検査対応としては、ちょっと使えない。それから、まだデータが蓄積されていないところなんです。

○櫻井 委員 少し予習をして参りまして、今、おっしゃったとおりだと思います。ただ一方では、感度が高くて、例えば、がんの化学療法中の患者様とか、あるいはエイズの患者様、リンパ球機能の落ちている方でも、診断が可能な部分もあります。そういうわけで、実際にはQFT陰性でLTBIではないという方でも、可能性があるわけです。なぜ、こんなことを申し上げているかということ、本県は罹患率が非常に低い県なわけですから、より特殊例とか診断しにくい例を見つけるという方向性もお考えいただかないと、QFTで充分ということはもちろんわかりませんが、一般論としてはそうだと思いますし、国の方針が変わるまでは、そうだと思いますが、本県でもその体制をある程度作っていただくか、あるいは、コマーシャルベースのものを少しお許しいただいて、比較検討するとか、そういったことも是非、専門家の方々をお願いしたいなと思います。現場としては、保存出来ることは一つの魅力ですし、また、分離作業は、業者さんがやって下さるので、比較的簡便に出来るというのが魅力でございます。今日の議論にはなじまないかもしれませんが、是非よろしくをお願いします。

○和田 委員長 今後の検討事項としておいてください。

○加藤 委員 もう一つよろしいでしょうか。

○和田 委員長 どうぞ。

○加藤 委員 市立病院の加藤といいますけど、先ほど、資料の5の結核の後に、一類、二類感染症の件で、説明がありましたけれども、市立病院では、現

在、呼吸器科の医師が不在となっております。新年度に向けまして、常勤の呼吸器科の医師の確保に、今動いているところですので、新年度になりましたら、支援協定を結んだのも随分前になりましたので、原則として、一類の感染症が起こらないというのが大事ですけれども、新しい体制になった時点で、再度、協力していただける施設の先生方と、もう一度打ち合わせるということをやっていければと思っておりますので、よろしく願いいたします。

○和田 委員長 是非、お願いいたします。他にはよろしいでしょうか。

○武内 委員代理 さっきの精神科ですが、宮城も山形も1県1つなんですよね。現状、もしわかったら聞いていただいて。私も聞いてみますので。

○和田 委員長 では、実情に合わせて検討していくということでよろしく願いします。

それでは、次の新型インフルエンザ対策につきまして、事務局より御説明をお願いします。

○平藤 主査 医療推進課感染症担当の平藤と申します。よろしく願いします。新型インフルエンザ対策ということで、資料はナンバー6ですが、新型インフルエンザ等となっております。これは、平成21年に発生した新型インフルエンザの時の経験あるいは検証作業を踏まえまして、病原性の高い低いといったところに柔軟に対応出来るようにということで、国の方で平成23年9月に行動計画を改定したところです。その後、計画を作ったわけですが、法的な根拠が無いということで、危機管理としての新型インフルエンザ、感染症法でいうところの新型インフルエンザ等感染症、同じく感染症法の新感染症、この感染症を対象として、特別措置法が今年の5月に出来ております。公布の日から1年以内ということですので、年が明けまして今年の5月までには施行される見込みということで進めてございます。

今回、こういった措置法が出来たということで、国の方で、今、中間とりまとめが出来まして、内閣府の方に提出してございまして、4月くらいには法律を施行したい、それに基づく行動計画については夏ぐらいまでには作りたいというスケジュールで動いているようでございます。

うちの県の場合ですが、1枚めくっていただきまして、本県における新型インフルエンザ対策という

ことで、これまでも、下の方で行動計画とガイドラインの位置付けということで、国レベルでございまして、23年9月に作ったものを、今度は新しい法律に基づくものに、焼き直ししまして、国会に報告すると。県につきましても、同じように国の行動計画に基づく岩手県の行動計画を作って、議会に報告するといった段取りをすることになってございます。

上の方で、今までも官民連携ということで新型インフルエンザ対策連絡協議会ですとか、調査・研究の部分で感染症対策委員会の委員の中から、専門委員をお願いしまして、感染症の専門家の立場の意見を聴いて、行動計画等に反映していただくということになっておりますし、行政対策ということで、今は岩手県新型インフルエンザ対策本部は要綱でありますけれども、これが条例で設置されるというふうになってございます。

5ページに行ってください、新型インフルエンザ等対策有識者会議の中間とりまとめの概要ということで、まとめたものをピックアップしたものでございます。この中で、②としまして、指定公共機関の指定(政令)とございまして、(政令)というのは、政令で決めますよ、③は行動計画ということで、政府の行動計画の中で、これを書き込みますよという表現になってございます。国の方では、指定公共機関となっておりますが、県の方でも指定地方公共機関という、行政だけでは対応出来ないということで、公共的な立場を有する機関ということで、そういったところを指定しまして、その方々にも御協力いただこうということになってございます。国の場合でも医師会とか病院の団体といったところが、国レベルですと指定機関として指定されておりますので、個別具体には、県の方でもそういった所を指定していく、あるいは、医療体制を確保するという部分では、現在の一種・二種感染症指定医療機関といった所を、指定地方公共機関という形で指定していくような形で作業を進めていきたいと思っております。

6ページに行きまして、医療体制の確保ということで、従前の計画ですと発熱外来と言っていましたけれども、今の行動計画では、帰国者・接触者外来と名付けてございまして、従前ですと、国内で発生してから外来を作るということだったので、今度の場合は、海外で新型インフルエンザ等が発生した場合には、帰国者・接触者外来を設置することによって、ここが若干前倒しになってございまして、イメージ的には、多分医療圏ごとに保健所が中心となりまして、各地域の医師会の方々と関係者の方々

の中で話し合いをしていただきまして、こういった所を事前に決めておくということです。

それからポツの4つ目あたりで、パンデミックになって医療機関が不足する場合、県は臨時の医療施設を設置して医療を提供ということで、想定されているのは、病院の中にテントを張る、あるいはプレハブを作る、あるいは体育館を使う、公民館を使う、あるいは、可能であればホテル等を使うということが盛り込まれてございます。それから、医療関係者への養成・指示・補償ということで、これにつきましても災害対策の災害救助法を参考にしまして、実費弁償ですとか、何かあった場合の補償といったものについても、法律の中で盛り込まれてございます。それから、抗インフルエンザ薬の備蓄につきましては、現在も国民の45%ということで、本県においても備蓄をしております、定期的に更新していきながら、現在のところは備えるということになってございます。

それから、5番として緊急事態宣言の要件ということで、話を飛ばしてしまったのですが、海外で新型インフルエンザが発生しまして、ここに書いてございますように、緊急事態宣言が発令されますと、先ほど申しましたような色々な補償などが発動されるわけですけれども、ここに書いてあるとおり、政令に定める事項に書いてあるのですけれども、じゃあ誰が判断するのということになりますと、基本的対処方針等諮問委員会という有識者会議の医療・公衆衛生学の専門の方々で構成されているその方々の意見を聴いて、政府対策本部長が判断するとなっております。

次の7ページに⑦としまして、予防接種・特定接種ということで、海外で発生した段階で医療や国民経済の維持のために、登録事業者に予防接種を行うということで、プレパンデミックワクチンを特定接種という形で、特定の方に先に接種をするということで、これについても事前に登録をしておくという制度になってございます。そして、一般の方々については、その後にはワクチンが出来た段階で、市町村が中心になって予防接種を行うということになってございます。いずれ、これから作業を進めていくわけですけれども、専門家の意見を聴いて、今日の予防計画もそうなのですが、行動計画の策定あるいはガイドラインの策定については、よろしくご指導をお願いしたいと思います。

○和田 委員長 ありがとうございます。特措法につ

いては、何回も委員の方々は御覧になって、おわかりかと思えます。今御説明があったように、細かい所についてのこれからの取組みについては、これからということでもよろしいですね。その時に、それぞれの有識者の方々の御意見を聴いて進めていくということで、スケジュールは段々進んでいきますけど、特に今この時点で御意見がございましたら。

○櫻井 委員 一点だけ。いわゆる新型インフルエンザ対策のための専門委員会がこの会議の下にございますけど、それは従前どおりということでもよろしいでしょうか。

○工藤 感染症担当課長 はい。

○櫻井 委員 おそらく今度の特措法ですと、かなり強制力をもった措置がなされますので、誰がそれを引き金を引くかというのは緊張を伴う作業かと思えます。特に公共施設を閉鎖したりということもありますので、是非何度か会議をもっていただければと思います。

○和田 委員長 はい。そのような形でよろしくお願ひします。それでは、3番目のいわて感染制御支援チームの活動について御説明をお願いします。

○山崎 主査 事務局の山崎と申します。本日はICATメンバーである先生方もいらっしゃいますので、大変僣越ではございますけども、私の方からは、お手元の資料番号7番の資料によりまして、簡単に説明をさせていただきます。

震災後は、感染症対策が実質機能していない状況にあった訳でございますけれども、被災地で感染症のアウトブレイクが続発するようなことがあってはならないということで、本日御出席しておられる岩手医科大学の櫻井先生を中心としまして、避難所における感染症の発生予防・拡大防止等の措置を行う専門家集団、「いわて感染制御支援チーム」、通称ICATが立ち上がった訳でございます。

実際の活動に際しましては、様々な困難が立ちふさがっていた訳でございますけれども、このICATの活動のおかげで、アウトブレイクがほんの小規模なものに抑えられた訳でございます。

震災時の混乱の中で立ち上がったこの組織でございましたが、今年度は、その際の反省も踏まえまして、常設の組織として新たに発足いたしております。

活動に係る要綱、要領等も整備し、平時から訓練等を実施しながら、非常事態に備えることといたしまして、現在、活動中でございます。

昨年の6月に10人のメンバーで立ち上がったこの常設のICATでございますけれども、震災時に実際に活動に従事された方の中から人選したという関係で、メンバーの地域バランスに欠ける形でありましたことから、10月には、沿岸地域からもメンバーをお迎えし、現在、13名のメンバーで活動しております。

3ページに今年度の活動実績をお示しいたしております。メンバー間で情報共有を図りながら、県内各地に出て行きまして、感染制御に関する講演、あるいは、吐物処理等のデモ、演習等を実施しまして、地域の方々へ必要な知識を普及するとともに、ICAT自身の認知度の向上も図っております。

また、保健所や県の防災担当部署との意見交換の機会を設けたり、一方で、地域防災計画等へのICATの活動を位置づけていくというような所要の改正等も行ってきたところでございます。

先週、7日にも机上訓練を実施いたしましたけれども、今後も、いざというときのために必要な訓練等を行いながら、ICATの活動が防災の仕組みの中にきちんと組み込まれて、さらに、それが円滑に機能するよう、様々な主体等とも連携を図ってまいりたいと考えております。私からは以上でございます。

○和田 委員長 はい、ありがとうございます。櫻井先生からは補足ございますでしょうか。

○櫻井 委員 はい。ICATの活動につきましては、ちょうどこの新型インフルエンザ対策と同じように、ボランティアの組織であったものが、県の努力によってこのような体制・組織になってきたということで、委員皆様の御協力、御理解の賜物だと思っております。私ども岩手医科大学が最初に提案をいたしましたけれども、現在は加藤先生（磐井病院院長）がチーフになられて、全体を引っ張っておられます。平時に新型インフルエンザ対策も含めて、何か貢献出来ればと思っておりますので、今後とも御協力御支援のほど、よろしくお願い致します。以上です。

○和田 委員長 委員の方々から御意見とか御質問ございませんでしょうか。

○高橋清実 委員 ちょっとお聞きしたいのですが、2月7日の机上訓練というのはどのようなことをやられて、講師はどなたがとか。

○櫻井 委員 メンバーの一人であるICNが作ったシナリオに基づいて、メンバー全員でどのような初動対応をするかといったようなことを、机上でディスカッションしながら、グループワークの形で進めました。

○高橋清実 委員 外部からそういう専門家の講師というかオブザーバーとかそういう形ではなくて。

○櫻井 委員 そうですね。私どもより先に、私どものようなことをやった方々がいらっしゃるんで、外部講師は実際、誰に依頼するかが難しいですね。

○高橋清実 委員 ICATに関するのではなくて、災害時のということであればいるような。

○櫻井 委員 ところがですね、災害時の医療に携わる方はたくさんいらっしゃるのですが、災害時の感染対策に関しては、初めての組織です。それで、防衛医大の加來先生という先生が、基本的にはコンサルタント役になってはいますが、今回はいらっしゃるなかったのですが、やり取りはもちろん行っておりまして、DMATとか災害支援のフォーマットを活用して、私どもの活動に当てはめました。ただ、最初のところの一覧表に書いてありますように、DMATとICATの役割は全く違うのですね。ですから、私どもが今まさに構築しつつあるということでございます。環境感染学会なんかでも、私どもが作ったものを参考にさせていただいて、全国でやっていただくという趣旨の動きがございます。

○和田 委員長 よろしいでしょうか。他には御意見ございませんでしょうか。それでは来年度以降もよろしく願います。

それでは、事務局から準備していただいたものは以上でございますが、その他で何かございますでしょうか。

○多田 委員 岩手県獣医師会でございます。せっかくの岩手県感染症対策委員会でございますので、1つお願いと申しますか、今後、ご検討いただきたい

こととしてお話を申し上げたいと思います。と申しますのは、実は人獣共通感染症であります狂犬病についてでございます。御承知のとおり発症いたしますと、ほぼ100%死亡するという病気で、世界ではだいたい子供を中心に5万5千人以上の犠牲者がでているといわれ、これはWHOの公的な発表ですが、もっと多いと報告されております。直近の日本における発症事例としては、フィリピンからの輸入狂犬病でお二人の男性が亡くなったというのが、新しいところでございます。世界におけるそのような発生状況を見ますと、日本に対する本病の侵入の可能性、危険性は非常に高いということで、岩手県獣医師会におきましても、狂犬病予防注射に関する指定獣医師の制度を設けまして、岩手県内の犬の予防注射を担当しております。さらに、年に1回、犬の狂犬病に係る臨床診断を中心に研修会等も開いてございます。もし、本国に発生した場合は、本県も決して例外では無いということで、侵入した場合の防止対策あるいはまん延の予防ということで、本会の中でも対応策を検討しておるところでございます。しかし、これは人獣共通感染症という観点から、やはり感染症対策の大きな課題の一つとして今後本県においても取り上げていただいて、対応マニュアルの作成等についても、今後御検討いただければ、非常にありがたく、お願いの発言でございます。

○和田 委員長 では御検討いただいて。一応外務省では、接種勧奨の地域は出していますので、渡航者の多くは、それを希望されて接種していかれる方が多いです、現実に。ただ、一時期すごく希望者が増えたので、ワクチンが希望どおりに入らなかった時期があるのですけれども、危険度が高い方に関しては優先的にメーカーもワクチンが回るようになっておりますので、知らないでいかれる方が危険で、それ以外は、なんとかなっているんじゃないかと思えます。

○野原 医療推進課総括課長 これは、感染症対策という側面と、いわゆる狂犬病予防法による動物対策という側面があります。患者さんが外来に来る、どこかに入られるというのはいいのですけれども、もし日本で動物が出たということになると大混乱になります。数年前、フランスでありましたけれども。この辺の話は分けて考えなければならぬと思えますし、痛し痒し、全く我々も出たら本当に大変なことになりますので、来年度以降の検討課題としていきたいと思えます。

○和田 委員長 では対応お願いします。

○高橋清実 委員 質問なのですけれども、東南アジアなどでは、確か犬なのですけれども、北米とか南米などだと、他の動物種がウイルスを持っていると、コウモリとかキツネとかですね、ウイルスをもっていると聞くのですけれども、日本では、確かに犬なのですけれども、日本の犬以外の野生動物の感染率というのは、どの程度なのでしょう。かなり低いとは思いますが。

○多田 委員 日本ではキャリアとなる動物というのは、江戸時代といいますか、もっと前から発生していた時には、ほとんど犬だと報告されています。

○高橋清実 委員 調査はされていないですかね。

○多田 委員 アジアでは、ほとんどキャリア、媒介動物となるのは犬と言われています。ただ、北米とかヨーロッパでは、吸血コウモリ、コヨーテ、キツネ、アライグマなどの野生動物も非常に重要な役割を果たしていると言われております。ですから、日本は、世界の12ある清浄国の貴重な1つなわけで、島国であるというのは利点かなとも考えます。ただ、外国からの狂犬病発生国との貿易により貨物船が入るとか、聞きますのは、ロシアから材木を積んだ船の渡航の安全の守り神が犬だと思われて乗船しているということなんです。北海道、稚内あたりに入って荷を降ろしますが、棧橋をかけているのですけれども、犬は勝手に出て入って戻ってこなかったり、乗組員が飲食店で払うお金が無いので、代わりに犬で払っていくという話も聞きます。その地域において犬の狂犬病抗体検査を調べてみると、やっぱり高かったという報告もあり、非常にリスクは高いとは思ってございます。ですから、本国では犬の予防をすれば、人の健康はほとんど守れるということです。ただし、今現在、日本で飼養されている犬はだいたい1,400万頭くらいなのですけれども、実際登録されているのは、700万頭くらい。そのうちの注射率が、実はそんなに高くない。約7割くらいという報告がありますが、実際の飼養頭数を分母にすると40%いくかないか。WHOでは、7割ないと危険だといわれておりますので、獣医師会としては、全国の国民の皆さんが飼っている犬については、出来るだけ100%を目指して予防接種をしようということで

やっているところです。

もありがとうございました。

○和田 委員長 はい。ありがとうございました。その他に。どうぞ。

(終了)

○高橋幹夫 委員 今日の議題の結核予防計画の中に具体的には関係なかったのですが、発言をどうしようかと思ったのですが、感染症検査ネットワークという会議があり、品川先生にも委員をやっていただいております。私、検査部の人間ですので、検査技師もチールネルゼン染色が出来なくて、結核菌を見つけることが出来ない技師もいっぱいいるということで、検査レベルを改善していくために、感染症検査ネットワーク会議では検査の技術を上げるという研修会を年に何回かやっています。そして、遺伝子増幅検査等があることから、医療機関での結核を見つけるという意味で、かなりの精度が上がってきています。しかし、患者さんが高齢者であるために、例えばきれいな痰を排痰出来ないとか、3日連続して検査をするということを医療機関でまだ普及していない現状があり、県外の結核研究所に行くとか結核予防会に研修に行くということだけじゃなくて、県内での地道な研修会をもっともっと企画し開催していかないと、罹患率等の具体的な数字は、変わらないと感じております。是非その辺りを医療推進課の方でも検討して頂き、感染症検査ネットワーク会議の研修会を増やしたり、それ以外の研修会を開催することを検討していただきたいなと思ってます。

○和田 委員長 研修会に参加する人は増えているんですね、ネットワークの方でも。

○高橋幹夫 委員 残念ながら頭打ちという感じがします。

○和田 委員長 では、その辺の検討もよろしく願いします。他に無ければ、議事につきましては、これで終了したいと思います。御協力ありがとうございます。

○野原 医療推進課総括課長 皆様、遅くまで熱心に御議論いただきましてありがとうございました。今日いただきました意見を参考にしまして、結核予防計画の方を成案にしたいと思いますし、来年度は新型インフルの対策がございまして、また改めて御議論いただく場を作りたいと思います。本日はどう