保健所に向けた

刑事施設における結核対策の手引き

～刑事施設と連携していくために～

「地域における効果的な結核対策の強化に関する研究」　研究代表者　石川　信克　編

平成 26 年版

はじめに

我が国における結核の現状は、平成 24 年の罹患率が 16.7 であり、前年からの 1.0 の減と緩やかな減少傾向が続いています。一方で新登録患者は 2 万人を超え、先進諸国と比較して未だ中まん延の状態にあります。現在の結核の疫学的特徴として 4 つの偏在化が見られますが、それらは高齢者への偏在、大都市への偏在、結核発病高危険因子（HIV、糖尿病など）を有する者への偏在及び社会経済的弱者への偏在です。

刑事施設被収容者、そして刑事施設出所者は社会経済的弱者として結核に対して脆弱な集団であることは世界的にも認知されており、様々な対策が進められています。我が国の刑事施設における結核患者数は年間 200 人前後と報告されていますが、結核罹患率は一般人口と比較して約 13 倍と非常に高く、日本も例外ではないことがわかります。

刑事施設の結核対策において、柱の一つに保健所との連携が挙げられます。しかし本章でも述べられている通り、現時点では連携の在り方について明確な指針が存在せず、個々の保健所・刑事施設が手探りで対応しているのが現状です。一方で我が国の刑事施設は深刻な医師不足などを解消すべく、矯正医療の抜本的改革が進められており、その一環として「開かれた医療」、外部医療機関との連携強化が求められています。結核対策における保健所と刑事施設の連携を推進することは、誠に時宜を得たものと考えられます。

本書は厚生労働科学研究（新型インフルエンザ等新興・再興感染症研究事業）「地域における効果的な結核対策の強化に関する研究」（研究代表者：石川信克）の事業の一つであり、刑事施設における結核対策の基本的な理解と、連携を促進するための様々な工夫を提案することを目的としています。内容及び参考様式は保健所と刑事施設の連携の現状に関する初の全国的な調査の結果及び、刑事施設における結核対策に係る保健所、刑事施設両職員の協力を得て作成し、関係機関に意見を頂き修正したものです。また、貴重なご意見・ご助言賜りました厚生労働省健康局結核感染症課に深謝申し上げます。

本書が刑事施設における結核対策の向上に向けて、有効的に活用されることを願っています。また使用に当たりご意見や参考資料、今後必要な訂正箇所などあればお知らせくだされば幸いです。

平成 26 年 3 月

「地域における効果的な結核対策の強化に関する研究」

研究代表者　石川　信克

厚生労働科学研究（新型インフルエンザ等新興・再興感染症研究事業）

「地域における効果的な結核対策の強化に関する研究」

医学的および社会的ハイリスク者の結核対策

研究代表者　石川信克

保健所に向けた刑事施設における結核対策の手引き～刑事施設と連携していくために～

作成代表者

河津里沙（公益財団法人結核予防会結核研究所）

研究協力者

（五十音順　所属は平成 26 年 3 月現在）

大西彩香（北海道帯広保健所）

小林　誠（多摩少年院）

紺野圭太（帯広刑務所）

坂野知子（東京都多摩府中保健所）

永田容子（公益財団法人結核予防会結核研究所）

橋本絵美（葛飾区保健所）

深崎美樹（島根県浜田保健所）

水田渉子（東京都多摩府中保健所）

助言者

加藤誠也、小林典子、浦川美奈子（公益財団法人結核予防会結核研究所）

目次

第一章　序章 1
1. 世界及び本邦における刑事施設の結核 1
2. 手引き作成の目的と方法 2

第二章　新規の患者発生時の対応 4
1. 患者発生の届出及び情報収集 4
患者の情報収集に関するまとめ 8
2. 患者訪問及び保健指導 10
患者訪問及び保健指導のまとめ 12
3. 治療期間中の刑事施設との連携 13
治療期間中の連携に関するまとめ 14
4. 患者が出所する際の対応 16
新規の患者発生時の対応に関するまとめ 22

第三章　接触者への対応 23
1. 接触者健診実施主体について 23
2. 初発患者調査及び感染性の評価 24
3. 刑事施設における接触者の特徴 24
4. 優先順位の決定 27
5. 接触者健診の実施 29
6. LTBI 治療について 30
7. 集団感染対策について 31
接触者健診に関するまとめ 31

第四章　普及啓発 32

参考資料
1. 「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療の法律」より抜粋 33
2. 「行政機関の保有する個人情報保護に関する法律」より抜粋 35
3-1.「刑事施設における主な部及び室の名称 36
3-2. 「刑事施設における主な部及び室の所掌事務 37
4. 「刑事収容施設及び被収容者等の処遇に関する法律」より抜粋 38
5. 「刑事施設及び被収容者の処遇に関する規則」より抜粋 40

参考様式
1. 「結核の積極的疫学的調査票」 41
2. 「結核患者服薬支援計画票（刑事施設用）」及び
「刑事施設における結核患者のリスクアセスメント票」 44

参考文献 46

用語の解説

刑事施設：　刑務所、刑務支所、拘置所、拘置支所、少年刑務所の総称。全国に本所77、支所111か所ある。

大型施設：　一日平均収容人員が1000人を超えている施設を指す。

中型施設：　一日平均収容人員が500人以上1000人未満の施設を指す。

小型施設：　一日平均収容人員が500人未満の施設を指す。

A指標施設：　犯罪傾向が進んでいない者を収容する施設。全国に17か所ある。

B指標施設：　犯罪傾向が進んでいる者を収容する施設。全国に41か所ある。

一般施設：　プライマリケア的な医療が中心。医師の配置は1名ないし数名である。

医療重点施設：　6地域の刑務所（札幌、宮城、府中、名古屋、広島、福岡）を医療重点施設とし、医療機器や医療従事者を集中的に配置し、被収容者のうち専門的な医療を要するもの、長期に療養するものを集禁し、医療を行なっている。東京と大阪拘置所は一般施設ではあるが、特大拘置所として医師、医療機器などが重点配置されている。

医療専門施設：　八王子、大阪、岡崎、北九州医療刑務所の4施設を指す。

休養患者：　刑事施設において医療上の必要により作業、教科、職業の補導等の通常の日課を停止させて専ら治療または治療のための処遇を受けさせる措置を講じた者をいう。

非休養患者：　患者のうち、休養患者以外の者をいう。

略語

WHO:　World Health Organization（世界保健機関）

USAID：　United Stated Agency for International Development（米国国際開発局）

TCTA:　Tuberculosis Coalition for Technical Assistance (世界結核技術支援連合)

ICRC:　International Committee of the Red Cross（赤十字国際委員会）

CDC:　Centre for Disease Control and Prevention（米国疾病管理予防センター）

PHE:　Public Health England（英国公衆衛生局、旧 Health Protection Agency）

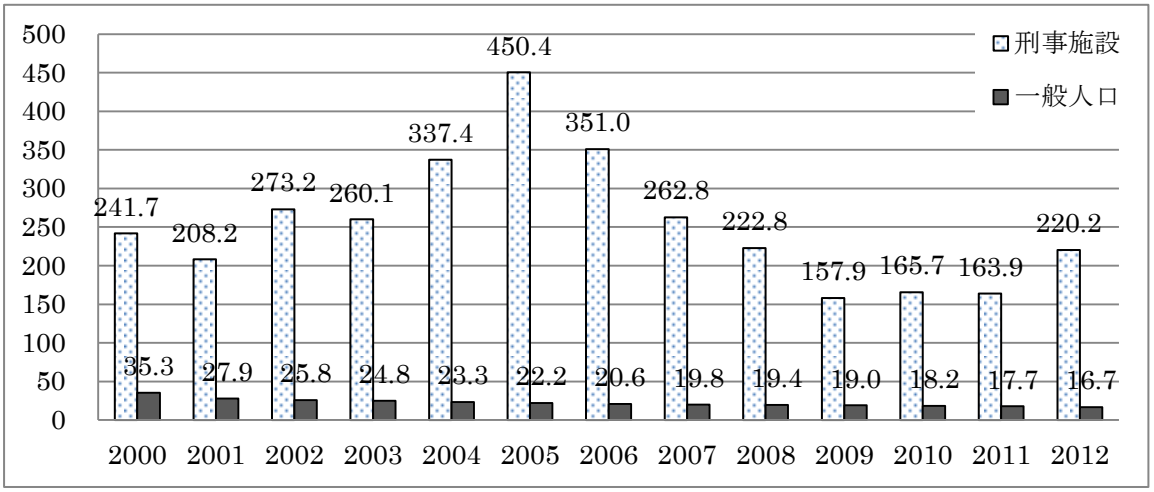
第一章　序章

1. 世界及び本邦における刑事施設の結核

WHO によると世界的に刑事施設における結核の罹患率は一般人口と比較して数倍から 100 倍高いとされており、地域によっては刑事施設における結核は国全体の結核患者報告数の 25%迄を占めると言われている[1]。先進国の刑事施設における罹患率としては米国で人口 10 万対 29.4[2]、英国で 44.5[3]、フランスで 41.3[4]、オランダで 77.3[4] と報告されている。また耐性あるいは多剤耐性結核の発生率も高く、例えば英国では刑事施設において発生した結核の 35.0%[5]、ベルギーでは 6.7%[4]、エストニアでは 55.5%[4] が INH 耐性、そしてタイの調査では被収容者における結核の 19%[6]、ロシアで 12%[7]、グルジアで 13%[8]が多剤耐性であったと報告されている。刑務所の被収容者がハイリスク集団である理由としては被収容者の多くがそもそも低所得者、あるいは社会経済的に脆弱な者であり、結核に対して様々な社会経済的、医学的リスク要因を持っていること（ホームレス、外国人、少数民族、精神疾患や薬物依存など）、換気不良や過密などといった刑事施設に特化した環境要因、そして診断の遅れや不適切な治療などの人的要因が挙げられている[9,10,11]。

本邦においてもこれまでの報告から刑事施設における結核の発生率は高いと考えられる。新受刑者中、68%が犯時無職、20%が住所不定であること、また被収容者の多くが収容前から栄養失調や精神疾患など様々な健康問題をもっており、疾病全体では有病率が常に 50%前後であることから[12]、我が国の受刑者の多くが結核に対する社会経済的、そして医学的なリスク要因を有していることが示唆される。これまでに大阪刑務所における平成 3 年から 7 年までの 5 年間の平均罹患率は人口 10 万対 120（50～300）[13]、福岡刑務所での同様の調査では人口 10 万対 260 と報告されている[14]。また、矯正統計 I を用いて刑事施設全体における結核の動向を調査した報告によると、罹患率（入所後に結核と診断された被収容者数/一日平均被収容者人口 x 100,000）は減少傾向にあるものの、2012 年時点で刑事施設における罹患率は人口 10 万対 220.2、すなわち一般人口の約 13 倍であった（図 1）[15]。

図 1：刑事施設被収容者及び一般人口における結核罹患率の推移



刑事施設において発病した患者が、収容期間中に治療を終える場合は社会的な影響は大きくないかと思われるかもしれない。しかし、海外では刑事施設内で発生した結核が面会者や刑事施設の職員を通して一般社会に広がった事例も報告されている[16,17]。更には未治療で出所する患者も大きな問題となっており、未治癒、あるいは不適切な治療を受けて出所した元被収容者は多剤耐性結核の発病リスクが高いことや[18]、未治癒で出所した元被収容者が感染源となり一般社会において発病者が確認された事例[19]などが報告されている。本邦でも毎年全結核休養患者（結核が理由で休養している者）のうち、約 1 割は結核の治療を開始したものの未治癒で出所しており、その何割かは出所後治療を継続せずに行方不明となっている[20]。刑事施設内での接触者が出所後に発病する事例も報告されており、従って本邦においても刑事施設内で発生した結核が一般社会に影響を与える可能性は決して否定できない。また、言うまでもなく刑事施設で発生した結核は、施設の職員やその家族への感染拡大や、未治癒で出所し、累犯者として再入所といった形で刑事施設に新たな感染を引き起こす可能性もある。保健所との積極的な連携を通じて、適切に対処することは刑事施設にとっても有益であることを忘れてはならない。

2. 手引き作成の目的と方法

刑事施設の結核対策において、刑事施設とその他の関係機関との協力は不可欠とされているが、その一方で本邦を含む多くの国では矯正医療の所管が厚生労働省・保健省ではなく法務省にあるため、協力体制を築くためには様々な工夫が求められている。本邦において保健所は感染症対策に関して地域の中核機関であり、刑事施設で発生した結核に対する「連携」において中心的な役割を担うことを期待されている。しかし、現状では個々の刑

事施設、そして保健所ごとに認識や取り組みにばらつきがあり、刑事施設の結核対策に格差が生じていることが報告されている[20]。

そこで本手引きは刑事施設で発生した結核に対し、保健所が関わりうる段階において刑事施設と整合性のある協力・連携体制を築いていくための保健所職員向けの指針として作成した。但し、本手引きのエビデンスは各種疾患の診療ガイドラインに求められている無作為化・非無作為化比較試験やその他の準実験的研究ではなく、専門家や現場経験者の意見に基づくものである。従って今回の手引きは保健所と刑事施設の連携に関する現状や課題を明らかにし、刑事施設における結核対策の基本的な理解と、連携を促進するための様々な工夫を提案したものである。また、本手引きを使用する際は下記の手引きも参考されたい。

- 阿彦忠之、石川信克：感染症に基づく結核の接触者健康診断の手引きとその解説　改訂第 5 版．東京：結核予防会（2014 年 3 月公表）
- 加藤誠也．結核院内（施設内）感染予防の手引き．東京：結核予防会（平成 26 年版、2014 年 4 月公表）
- 森亨監修、加藤誠也編．感染症法における結核対策　平成 25 年改訂版．東京：結核予防会、2013

本手引きの内容は国内外の刑事施設における結核及び結核対策に関する研究報告及びガイドライン[1,21,22,23,24]、英国、香港、シンガポール各国の関係機関の担当者との意見交換、そして厚生労働科学研究（新型インフルエンザ等新興・再興感染症研究事業）「地域における効果的な結核対策の強化に関する研究」（研究代表者・石川信克）の一環として平成 25 年 6 月から 12 月まで実施した、管轄内に刑事施設を持つ全国の保健所を対象とした現状調査（以下「現状調査」）の結果を参考に作成した[i]。また、原案がまとまった段階で本邦における関係者による意見交換会を開催し、内容について協議を行った。今後も更なるエビデンスを構築しつつ、手引きの活用状況や保健所等の意見・批判などを反映し適宜改訂を行う予定である。

[i] 「保健所と刑事施設の連携に関する現状調査」は厚生労働科学研究（新型インフルエンザ等新興・再興感染症研究事業）「地域における効果的な結核対策の強化に関する研究」（研究代表者・石川信克）の一環として平成 25 年 6 月から 12 月まで実施した。平成 25 年時点で、全国には 62 刑務所、7 少年刑務所、8 拘置所、8 刑務支所、103 拘置支所、計 188 か所の刑事施設があり、支所で一日平均収容人員が 100 人超える施設は 6 刑務支所、12 拘置支所である。調査対象は管轄内に刑務所、少年刑務所、拘置所及び一日平均収容人員が 100 人を超える刑務支所と拘置支所、計 95 施設を受け持つ全 82 か所の保健所であった。結果としては 82 保健所中、31 保健所（回答率 38%）を対象に調査を行うことができた。また 31 保健所が管轄している刑事施設は 40 か所であった。

第二章　新規の患者発生時の対応

1. 患者発生の届出及び情報収集

1. 患者発生の届出及び患者登録

管轄内の刑事施設において新規に結核が発生した場合、保健所は刑事施設あるいは患者を診断した外部の医療施設からの発生届を受理する。患者が拘置所・拘置支所などに収容されている場合は短期間内に刑務所・少年刑務所等に移送されることが多く、更には刑事施設の中には、結核患者は医療重点施設や医療刑務所に移送し、治療を受けさせる措置を講じている所もある。従ってこのような場合、発生届が提出された時点で患者が収容されていた施設、すなわち「所在地」における収容期間が一時的、あるいは患者の「所在地」が既に移っている可能性があるが、原則として患者は居住実態がある場所に登録されるべきであり、患者が刑事施設の被収容者である場合は、その者が結核を発症した時点で収容されていた刑事施設を居住実態とし、管轄する保健所が登録を行う。患者が移送された場合は適宜登録票を移管し、患者が治療終了後、あるいは治療途中で出所する可能性が最も高い刑事施設を管轄する保健所が、最終的に登録票を管理する。刑事施設によっては出所間近になって、被収容者が希望している帰住先に近い施設に移送させることもあり、患者の動きは必ずしも予測できるものではない。時宜に即した対応を行うためにも普段から刑事施設や移送先の施設を管轄する保健所など関係機関と連絡を取り合い、情報交換をし得やすい関係を築いておくことが望ましい。

2. 患者の情報収集

発生届を受けた保健所は速やかに患者の病状や診断までの経過に関する情報を収集するが、その際に可能な限り刑事施設担当者と直接会うことは、聞き取り調査のためだけではなく、今後の対応について協力関係を築くためにも重要な過程である。現状調査によると現に 48%の保健所が発生届を受理した後に刑事施設を訪問するか、刑事施設担当者が届出を持参し保健所に来所する時を利用して、担当者と直接会って今後の対策について協議する機会を設けている。これまでに刑事施設と協力して結核対策を進めてきた保健師の多くが、刑事施設担当者と面会を重ねることが信頼関係の構築と情報の共有に繋がったと証言している。

刑事施設では、例えば電話等による照会のように相手方が特定されない場合、被収容者のプライバシー保護の観点から、在所の有無を含めて回答しない取扱いがなされるところ、保健所からの照会に個人情報保護法等（行政機関の保有する個人情報の保護に関する法律）を理由に患者情報の提供に難色を示す場合は、感染症法第 5 条（医師等の責務）、第 15 条（積極的疫学調査）などを説明し（参考資料 1）、患者情報の収集の目的が行政機関の保有する個人情報の保護に関する法律の第 8 条 2 項に該当することを説明する必要がある（参

考資料 2）。一方で現状調査から、患者発生時の情報収集が困難であると回答した保健所は全体の 7%であり、従ってその必要性を丁寧に説明することにより、刑事施設の協力は得られるものと考えて良い。特に胸部 X 線写真等の医療情報の提供や貸し出しについては、他の情報と同様に結核管理上、必要な手続きであることを説明し、必要に応じて実際に提供がなされた事例があることを伝える。例えば、V 保健所の管轄内にある大型の B 指標刑事施設は、保健所に対して X 線写真の貸し出しを行っており、Y 保健所の管轄内にある大型の A 指標刑事施設も、保健所に X 線写真を提出している。こういった事例を紹介することも理解を得る手段の一つである。

また、刑事施設にとって初めての結核患者発生となった時は、口頭だけではなく、根拠となる法を示す参考文献を添付し、正式な文書にて協力要請すると理解を求めやすい。保健所によっては患者発生時毎に保健所長より刑事施設所長宛に協力依頼文書を提出しているところもある。例えば大型の A 指標刑事施設を管轄内に持つ Z 保健所は、発生届を受理した際は毎回文書にて積極的疫学調査及び面会への協力を依頼、また Y 保健所は治療期間中の状況や検査結果の情報提供、治療途中に出所となった場合の情報提供を依頼しているという（図 2）。この際に発生時及び治療期間中のみならず、治療終了後 2 年間の情報も必要であることを説明し、了解を得ておくとよい。

更にはこれまでに結核発生の事例を経験したことがない刑事施設を管轄内に持つ保健所は、結核患者が発生した際に積極的疫学調査のためにどの情報をどのタイミングで必要とされるかを事前に説明しておくと、発生時によりスムースに協力が得やすいであろう。更には前述したように、刑事施設によっては排菌状況等により、治療を医療重点施設や医療刑務所にて行うこととしている。その際、患者は診断後約 1～2 週間の間に移送されることが多いが、中には保健所が詳細な聞き取り調査を実施する前に患者が移送されてしまったため、情報収集が適切にできなかったという事例もある。一方で拘置所の被収容者に関する情報収集は困難であることが想定される。その施設の特性から個人情報に対してより一層慎重にならざるを得ないところがあり、また、被収容者の出入所も頻繁且つ急である場合が多い。届出が出された時には患者は既に出所していた事例も聞かれた。

このような事態を防ぐためにも、刑事施設と日頃から連絡を取り合い、事前に結核発生時における積極的疫学調査の説明を行い、情報収集に理解を求めることは重要である。例えば大型の拘置所を管轄内にもつ X 保健所は、年間に約 20 件前後の発生届を受理するが、事前の取り決めによって患者発生時には刑事施設の方でも独自の経過報告書を作成することになっており、聞き取り調査と経過報告書の両方から情報収集を行っているという（図 3）。また、大型の B 指標一般刑務所を管轄する W 保健所は年間に約 2～3 件の発生届を受理するが、保健所が作成した患者調査表を事前に刑事施設に渡しており、発生届と共に調査表

の提出も依頼している。大型のB指標一般刑務所を管轄するV保健所は、結核が疑われた時点で刑務所より相談の電話を受けるという。そのことによって刑務所における結核の発生を早期に探知することが可能となっている。

図2：Z保健所が実際に使用している調査協力依頼状

＿＿＿＿＿第　＿＿＿＿号
平成＿＿年＿＿月＿＿日

＿＿＿＿＿刑務所長
＿＿＿＿＿＿＿　様

＿＿＿＿＿＿保健所
所長　＿＿＿＿＿＿

結核患者発生に伴う調査について（依頼）

貴所在所者＿＿＿＿＿氏　の結核発生届けを受理いたしましたので、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第１５条（感染症の発生状況、動向及び原因の調査）の規定に基づき、患者発生に伴う調査につきましてご配慮いただきますようよろしくお願いいたします。

面接日時：平成＿＿年＿＿月＿＿日（＿＿）　＿＿時
訪　問　者：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿保健所＿＿＿＿課
担当（　＿＿＿　）
〒＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

刑事施設担当者（あるいは患者が外部の医療施設にて診断を受けた場合はその施設の医師）からの情報収集を行う際には、患者が刑事施設の被収容者であることを考慮し、それに付随して聞き取り調査を進める必要がある。例えば患者が刑事施設被収容者であることから特に注意が必要な合併症として肝疾患、腎不全、HIV などが挙げられている[25]。本邦でもこれまでに糖尿病、肝がん、C 型肝炎、HIV などの合併症が報告されている [13,14]。好田らによる報告では結核症例の 58%に合併症が見られ、うち 24%が肝炎、21%が糖尿病であった [14]。特に覚せい剤事犯を多く収容する施設では、新入所者の半数以上が HCV 抗体陽性であるとの報告もあり[26]、結核治療前から肝機能障害を合併していることが多い。このような患者は薬剤性肝炎の発症が高いと言われており[27]、抗結核剤投与による副作用や肝疾患の急性増悪により治療が中断された際に、多剤耐性結核や慢性持続排菌患者を作り出す可能性がある。また、最近では慢性腎臓病（Chronic Kidney Disease: CKD）患者も増加傾向にあり、結核に対するハイリスク予備軍として注意が必要であることを刑事施設に伝える必要がある。

その他治療に関わる諸要因としては治療・療養支援計画を立てる際に必要と思われる情報（およその収容期間、帰住先、身元引受人の連絡先等）や服薬中断のリスクとなり得る要因に関する情報（アルコール及び薬物依存、精神疾患、ホームレス歴、失業等[28]）なども含まれる。前述したように、必ずしも予定していた収容期間内に治療を終えるとは限らず、予想外に刑期が早まり、服薬途中で出所となった事例もある。その際、出所後の患者の治療支援は保健所が担うこととなるため、その可能性も常に念頭におき調査を実施する必要がある。

現在、積極的疫学調査における患者調査表は標準化されたものがなく、従って現状調査からも独自の調査表を作成、使用している保健所、口頭のみで情報を得ている保健所、また、情報が得られずに患者登録票が白紙に近いと回答した保健所等、対応に差がみられた。従って今回、前述した「接触者健診の手引き」の付表にある結核の積極的疫学調査票を基に、刑事施設の特性を加味した調査票を作成したので提示する（参考様式 1）。調査項目は刑事施設担当者及び本人面接の両方から収集することを想定しており、またあくまで施設から聴取することが望ましい項目の案なので、状況に応じて柔軟に活用されたい。

また、情報の種類によっては刑事施設内の担当が異なるので、どの情報をどこから収集するかを事前に把握しておくことで適切で効率よく情報収集が行える。詳細な組織図はそれぞれの刑事施設によって異なるが、各施設のホームページ等から閲覧が可能である。主な部及び室の名称と、所掌事務に関しては巻末資料を参照されたい（参考資料 3-1、3-2）。例えば中型の A 指標一般施設を管轄内に持つ U 保健所は、積極的疫学調査の際、医療情報は医務部、また生活歴、家族歴等は処遇部に協力を依頼し、確認している。中型の B 指標

一般施設を管轄内に受け持つ T 保健所は、医療情報は医務部、移送や釈放に関しては分類部に依頼している。また、この際に刑事施設側の窓口となる担当者をできるだけ一人に決めてもらうことで、情報の流れが一本化し、連絡を円滑に行うことが可能となる。

患者の情報収集に関するまとめ

1. 日頃の連絡の中で、結核発生時における積極的疫学調査の目的や必要な情報項目を事前に説明し、理解を得ておく。
2. 結核発生時は文書にて協力を依頼し、刑事施設担当者と直接会って協議する。
3. 情報収集の際は、患者が刑事施設被収容者であることに付随して調査を行う。
4. 情報源は複数の部署である可能性があるため、窓口をできるだけ一本化してもらう。

図 3: X 保健所に発生届と併せて提出された経過報告書（X 保健所より提供）

感染症の予防及び感染法の患者に対する医療に関する法律
第 12 条第 1 項による届出

（ふりがな）
患者氏名：　〇〇〇〇　　（男）
生年月日：　〇〇年〇〇月〇〇日
患者住所：　　不定
本籍地：　〇〇〇〇
職業：　〇〇〇〇　　世帯主名：　〇〇〇〇
病名：　〇〇〇〇　　病型：（学会分類）〇〇〇〇
発病年月日：　不詳
初診：　平成〇〇年〇〇月〇〇日　　診断：　平成〇〇年〇〇月〇〇日

平成〇〇年〇〇月〇〇日
医療機関名　　〇〇〇〇〇〇
所在地　　〇〇〇〇〇〇

診断した医師の氏名
病院の管理者氏名

＜保健所への連絡事項＞

発見方法	胸部 X 線間接撮影	平成〇〇年〇〇月〇〇日実施（胸部異常陰影）
	胸部 X 線直接撮影	〇〇月〇〇日実施（胸部異常陰影）
	喀痰塗抹検査（＋－）	〇〇月〇〇日から同月〇〇日まで実施（〇〇月〇〇日判明）
	結核菌群 PCR 検査（＋）	〇〇月〇〇日実施（〇〇月〇〇日判明）
	QFT 検査	〇〇月〇〇日実施

結核の既往　　無
症状の有無　　無
合併症の有無　　無

参考事項
1. 治療開始について
（１） 平成〇〇年〇〇月〇〇日、入所時健診にて胸部 X 線関節撮影を実施したところ、異常陰影が確認されたものの、肺結核に関わる既往がなかったことから、病棟へは収容せず、一般居室（単独室）へと収容した。
（２） 同月〇〇日、入所時健康診断において、胸部異常陰影が確認されていたことから、診察及び胸部 X 線直接撮影を実施したところ、異常陰影が確認されるとともに、本人が、痰がたまに出ること及び〇〇月前に福祉施設にて、肺結核の者と一緒に生活していたことを述べたことから、接触者として肺結核に感染している可能性を思慮し、肺結核診断のための各種検査を実施することとした。
（３） 同年〇〇月〇〇日、同月〇〇日、同月〇〇日、喀痰塗抹検査を実施したところ、同月〇〇日いずれ陽性（＋－）の結果であることが判明したことから病棟へ収容した。
（４） 同月〇〇日、同月〇〇日に実施した結核菌群 PCR 検査の結果が陽性（＋）であると判明した。
（５） 同月〇〇日、当所医師による診察を実施したところ、肺結核であるとの所見が示されたことから、本人に治療の説明がされ、同月〇〇日から投薬による治療の開始が予定されている。

処方薬　〇〇〇〇、〇〇〇〇、〇〇〇〇

2. 家族構成、同居人等
同居人なし

3. 〇〇〇〇入所前の状況
平成〇〇年〇〇月〇〇日、〇〇〇〇から入所した。
なお、本人は入所前、〇〇〇の福祉施設〇〇寮に居住していたと述べており、同施設での生活状況については、1 部屋で 20 名程度の者と一緒に生活し、その中で 7 から 8 名の者が咳をしていたとのこと。

2. 患者訪問及び保健指導

1. 患者訪問の状況

通常では医療機関等からの情報を参考にして、保健所は患者本人への訪問・面接等を実施する。海外では患者が被収容者である場合でも面接が推奨されている。例えば英国の指針では治療開始後一週間以内に肺疾患専門病院に勤務している看護師が刑事施設を訪れ、患者に対して治療に関するカウンセリングを行うことを推奨しており[24]、シンガポールでは刑事施設の結核患者は必ず政府系の病院の結核予防部の看護師による訪問を受けている。

しかし現状調査によると、本邦では患者が刑事施設の被収容者である場合、面接は必ずしも実施されていなかった。調査に協力した 29 保健所のうち、31%が結核発生時に患者本人を面接しており、うち感染性患者のみに面接をしている保健所が 2 か所であった。また 4 か所は面接の実施例は未だないが、刑事施設に申請すれば許可は下りるであろうと回答していた。面会を実施している保健所の多くは一般面会と同様の手続きを通して患者と会っていたが、診察室等で面接を実施している保健所もあった。また、面会実施の可不可は特に刑事施設の収容人員や種類（拘置所、刑務所、A 指標、B 指標等）に影響されていなかったが、面接が許可されるまでの経緯に関しては、回答者より「繰り返し、面接の重要性を説明すること」「刑事施設担当者と直接会って協議すること」といった共通する回答が聞かれた。

初発患者と面接を実施している保健所

Y 保健所：
管轄内にある大型の A 指標一般刑務所より年間に 2～3 件の発生届を受理する。感染性の高い患者が初めて発生した際に刑事施設と協議し、面会等のことも含めて色々と取り決めをした。現在は面会の日取りを事前に刑事施設に連絡したうえで、一般面会と同様の手続きで患者と会っている。

S 保健所：
管轄内にある中型の B 指標一般刑務所より年間に 2～3 件の発生届を受理する。「これまでに患者と直接会えるという考えがなかったが、他の施設では保健師が刑務所の患者に会っているという話を研修で聞いてそれを刑事施設に伝えたところ、許可が下りるようになった。」現在では一般面会と同じ手続きで患者と会っている。

R 保健所：
管轄内にある拘置所より年間 1～2 件の発生届を受理する。必ず毎回患者と会っている。一応、事前に刑事施設に連絡はしておくが、基本的には一般面会と同様の手続きで当日に申し込む。面会時間は 30 分と決められているが、必要時は延長してもよいことになっている。

一方で面接を実施していない個々の理由は様々であったが、それらは主に「刑事施設側でやってくれているという意識があり、面接の必要性を感じなかった」という保健所側に起因した理由と、「面接を要請したが断られた」という刑事施設側に起因した理由の 2 つにわけられた。これらの理由に対して、以下に刑事施設において結核患者が発生した際に、面接が必要か否か、また、保健師による面接を実施する際の法的な根拠の二つの視点に基づいて述べる。

2. 患者が刑事施設被収容者である場合に面接は必要か

保健所は届出を受けた全ての患者に対して、可能な限り家庭訪問（入院中の場合は病院訪問）による面接を行うとしている。面接の主たる目的は患者の不安の軽減を図りながら結核の基本的な知識を伝え、規則的な服薬の動機づけを行うことである。また、患者面接の法的根拠である感染症法第 15 条は、「都道府県知事は、感染症の発生を予防し、または感染症の発生の状況、動向及び原因を明らかにするため必要があると認めるときは、当該職員に一類感染症、二類感染症、三類感染症、四類感染症、五類感染症若しくは新型インフルエンザ等感染症の患者、疑似症患者及び無症状病原体保有者、新感染症の所見がある者または感染症を人に感染させるおそれがある動物若しくはその死体の所有者若しくは管理者その他の関係者に質問させ、または必要な調査をさせることができる」としており、患者が刑事施設の被収容者である場合でも、そのこと自体が面接を省略する根拠にはならない。確かに患者が刑事施設被収容者である場合には診断が下された以上、治療は必ず開始され、服薬行動も監督下におかれる。一方で刑事施設内の保健指導が常に十分に行えなかった場合、患者が治療に対する理解が不十分なまま治療途中で出所することも想定される。保健所はあらゆる可能性に対応するためにも、患者本人と直接面接を行い、個々の患者の状況を把握し、信頼関係を築いておくことは必要である。保健指導の内容については「感染症法における結核対策」（平成 25 年改訂版）に記述されているが、主なポイントとしては下記の 3 点が挙げられる。

1. 結核という病気の性質や、治療期間中に確実に服薬することの重要性、使用されている薬の副作用などについての説明。
2. 特に治療途中で出所する可能性がある患者の場合は、出所後の服薬確認及び支援の説明。
3. 特に治療途中で出所する可能性がある患者の場合は、出所後の法による医療費公費負担制度・登録・治療終了後の精密検査についての説明。

また、面接を行うことで接触者の範囲や感染源の把握など、広範囲な内容の情報聴取も得られやすくなる。患者が他施設にて治療を受けることになっている場合（すなわち移送が事前に決まっている場合）でも、手続きには通常 1～2 週間かかるので、移送前に面接

を実施することは可能である。例えば、実際にQ保健所管轄内にある刑事施設では、結核が発生した場合、患者は必ず管轄外の施設に移送され、治療を受けることになっている。従ってQ保健所は発生届を受理した翌日までには面接を実施し、必要な情報を収集し、移送先を管轄する保健所に登録票を送付している。調査項目の詳細は前述した参考様式1を参照されたい。

3. 保健師による面接の法的根拠

刑事収容施設及び被収容者等の処遇に関する法律第 111 条等の規定により公的機関の職員との公用を理由とする面会は許可の対象となっている（参考資料4）。同法によると刑事施設の長は受刑者に対する面会の申し出があった場合に「その者との交友関係の維持その他面会することを必要とする事情があり、かつ、面会により、刑事施設の規律及び秩序を害する結果を生じ、または受刑者の矯正処遇の適切な実施に支障を生ずるおそれがないと認めるとき」は、これを許すことができるとされている。従って感染症法第 53 条の 14 に基づき、患者面接の重要性及び必要性を説明したうえで、保健師が患者に面接を要請することに対して、刑事施設の長は「秩序を害する結果を生じ」、「矯正処遇の適切な実施に支障を生ずる」おそれがあると判断しない限りは、面会は認めることができると定められている。

従って、保健師が面接を実施できない可能性として考慮すべきは患者本人が保健師による面接を拒むという場合や、保健師の安全性を考慮したうえで、刑事施設が面接を許可しない場合などである。現状調査でも面会を要請した際に、患者本人に断られたという事例の報告が一件あった。後者の場合は、情報収集を刑事施設担当者に依頼するが、その際には積極的疫学調査のために必要であることを説明し、参考様式1を活用するなどして情報に漏れがないよう努める。一方で前者の場合は、患者が結核に対する理解が不足している為に面会を断る可能性も考えられる。その際は保健師より結核治療や支援の説明を受けることが患者にとって有益であること等を、できるだけ刑事施設担当者より患者に説明してもらうよう依頼することができる。但し中には、うつ病などの精神疾患で「誰とも会いたくない」というケースや、「今日は調子が悪いから、人に会いたくない」というケースも考えられるので、しばらく時間を置いてから再度面会を申し込むなどして柔軟に対応する。

患者訪問及び保健指導のまとめ

1. 情報収集及び患者教育、信頼関係の構築は出所後の継続支援にも大きく影響することから、例え患者が刑事施設被収容者であっても面接は必要である。
2. 刑事収容施設及び被収容者等の処遇に関する法律第 111 条等によって公的機関の職員との公用を理由とする面会は許可の対象となっている。
3. 面接が拒否された場合は様々な理由が想定できるので、柔軟に対応する。

3. 治療期間中の刑事施設との連携

一般社会においては、治療中の患者に関しては、保健所は DOTS カンファレンスや連絡会に参加するなどして医療機関との連携を深め、対象者の病状や治療状態の把握に努めることが重要である[29]。一方で今回の調査より患者が刑事施設の被収容者である場合は「刑事施設に任せてある」という認識から特に治療中の患者に対する積極的な関わりは必要ないと考えていた保健所が少なくないことが示された。

しかし海外では刑事施設内の DOTS 実施にも関わらず治療失敗率や、DOTS 導入後も MDR-TB を含む薬剤耐性結核の罹患率が高率であることが報告されている[30,31]。 本邦においても刑事施設における結核医療は結核診査協議会の対象とはならないため、標準治療に準じているかを適時確認する必要がある。現状調査からも「薬剤感受性試験未実施」「4 剤（HREZ）で半年以上治療」「不適切な治療による耐性化」「精神疾患があり途中で服薬を拒否していた」などといった事例も聞かれたことから、刑事施設であっても DOTS は万全ではないことが示唆される。従って刑事施設には保健所、地域やその他の関係機関と共に結核対策における「患者の治療完了」という目的を共有しており、その際には連携と情報の共有が不可欠であることを理解してもらう必要がある。

一方で現状調査では、結核患者が発生した後、患者が他施設に移送されずに管轄内の刑事施設において治療を続ける場合に該当保健所の 36%が月に 1～2 回、定期的に刑事施設に電話で連絡をとり、治療の経過を把握していた一方で、4 か所が「必要時のみに連絡」、1 か所が「特に意識して連絡はしていない」と答えていた。このなかで、大型の B 指標刑事施設を管轄内に持つ V 保健所は年に 4 回、定期的に刑事施設の医師等とカンファレンスを実施している。カンファレンスの内容としては胸部 X 線の比較読影、治療内容、菌検査、治療期間、管理検診、接触者健診状況についての確認や助言、新たな入所者の治療状況等の確認、助言、及び出所予定が決まっている被収容者に関して、事前に出所日等の情報の確認がある。V 保健所と刑事施設はそれ以前から年に一度の連絡会を開催していたが、それでは時宜を得た治療状況の把握や出所後の管理検診の勧奨が実施できなかったことから、刑事施設担当者と協議を重ね、年 4 回の実施に合意した。V 保健所の許可を得て、表 1 に V 保健所と刑事施設とのカンファレンスにて対象となった患者の例を挙げる。この例では対象患者 16 名であったが、うち 5 名が薬剤感受性結果が「不明」、4 名が感受性結果「未確認」、9 名が 3 剤あるいは 4 剤で半年以上治療、1 名が施設内 DOTS の状況が不明であった。

V 保健所の管轄内にある刑事施設は収容人員も多く、年間に約 2～3 件の新規結核患者の発生届が提出される。また、移送されてくる患者も多く、定期カンファレンスの対象には常に 15～20 人ほどの患者がいる。従って年 4 回の定期カンファレンスは妥当であり、

その回数は刑事施設を管轄内に持つ保健所全てが必要とするものではないであろう。一方でＶ保健所と刑事施設とのカンファレンスの内容は、本邦の現状において刑事施設との協力や連携、情報共有に関する可能性を示しているとも言える。課題は未だあるものの、担当保健師は「定期的に担当者と会うことで風通しがよくなり、相談関係が構築できた」とし、そのことで情報交換の質と量が向上し、患者支援にも繋がっていると考えられる。

また、刑事施設における結核診療は結核診査協議会の対象外ではあるが、前述したＹ保健所は治療の妥当性に関して助言を得るために、発生毎に刑務所に診断書の作成・提出を依頼し、胸部Ｘ線フィルムと共に診査会に提示している。意見等があった場合は診査会意見として刑務所長宛てに文書で伝えている。

患者が移送となった場合は、元の刑事施設担当者あるいは移送先の管轄保健所を通して状況を把握している保健所が多い。患者が移送された際は、治療終了後に元の刑務所に戻ってくる場合、移送先の施設から満期出所する場合など、患者の状況によって連絡の必要性や頻度などは異なってくるが、保健所と刑事施設は様々な可能性を想定し、協力し合うことで、患者が最後まで治療を終えられるよう支援体制を作っていくべきである。

治療期間中の連携に関するまとめ

1. 患者の治療完了という共同の目的意識を持つ・持ってもらう。
2. 定期的な連絡をとり、治療内容、菌検査、治療期間、管理検診、接触者健診状況等の確認を行う。

表１：Ｖ保健所と刑事施設の定期カンファレンスにおいて対象となった患者一覧（一部抜粋）

No	氏名	年齢	病名	登録日	転入日	診断契機	病型	登録時菌所見		薬剤感受性	治療内容				管理終了日	出所予定日	対応	問題点
								塗抹	培養		内容	開始日	終了日	服薬期間				
1	○○	30代	肺結核	H○○○.○	H○○○.○	○○入所時の健診	$rIII_1$	(-)	(-)	不明	HREZ→HRE	H○○○.○	H○○○.○	○○日	H○○○.○	H○○○.○	H○○.○.○に面接。出所後本人より電話、○○で生保受給→○○へビジ転送	前管轄保健所では詳細を把握していない、転出後のビジ転送が遅い。HREZで一年以上治療
2	○○	40代	肺結核	H○○○.○	H○○○.○	○○入所時の健診	bII_2	G2	(+)	(+)	HREZ→HR	H○○○.○	H○○○.○	○○日	H○○○.○	H○○○.○	面接日程調整のため刑務所に連絡したが既に出所。刑務所が把握していた居住地にビジ転送。	出所予定前に仮出所するケースに対して出所前面接が実施できない。
3	○○	30代	肺結核	H○○○.○	H○○○.○	○○入所時の健診※ DM	$rIII_2$	(-)	(-)	HRES に耐性	別紙	H○○○.○	H○○○.○	○○日	H○○○.○	H○○○.○	治療期間、菌検査の頻度等について情報提供	不適切な治療による耐性化。確実に服薬確認されていたか施設内 DOTS の状況が不明。矯正施設内の治療状況を把握するシステムがない。

他 16 名

注１：実際は氏名はイニシャルにて把握
注２：実際は実年齢を把握

4. 患者が出所する際の対応

出所者の多くは職や住居の確保など様々な問題と直面しなければならず[32,33,34]、治療中断率が高い。海外では治療途中で出所した患者の 40%から 90%が追跡不能となったと報告されている[18,35,36]。序章でも述べたように、本邦でも年間に約 1 割の結核患者（休養患者）が未治癒で出所している（表 2）。

表 2： 結核休養患者中、当該年度に未治癒で出所した者

年	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
全結核休養患者数	399	310	295	208	200	183	240
うち未治癒で出所	36	36	38	29	19	18	26
割合（%）	10.6	11.6	12.9	13.9	9.5	9.8	10.8

資料：矯正統計年報 I より作成

また、この数字には治療終了後 2 年未満の者は含まれていないので、管理検診期間中の出所者の数は把握されていない。いずれの場合も患者が刑事施設を出所した際は、保健所が服薬終了あるいは再発予防のための支援を引き継ぐこととなっているが、臼井によると調査期間中に刑事施設を出所した結核患者 73 人中、継続支援を提供できたのは 20 人（27.4%）であった[20]。

患者が出所する際の保健所の対応には、適切な患者教育、治療中断リスクの評価、及び服薬支援体制の調整の 3 つの側面があるが、これらを遂行する際に不可欠なのが出所前の患者面接と刑事施設及びその他の機関との情報共有と連携である。

1. 出所前の患者教育

USAID によるガイドラインは治療途中に出所する患者に対する支援の中核的な要素の一つとしてアドヒアランスを向上するための介入、すなわち出所前の患者教育を挙げている。また、英国の指針は、治療途中で患者が出所する際はケースカンファレンスを開催し、出所後の治療のみならず住居やその他の福祉支援の確保などについて刑事施設と協議し、出所する前に患者に対する教育・指導を行うべきとしている。一方で海外では患者のアドヒアランス向上を目的とした様々な取り組みも報告されている。例えば無作為化試験によって出所前に教育を受けた群と受けなかった群の、出所後の治療完了率を比較した報告では、教育を受けた群はコントロール群と比較して治療成功率が 2 倍高かった[32]。また、別の取り組みに関しては出所後の患者に対しアウトリーチ支援とインセンティブを組み合わせた介入を行うことで、出所後に医療機関を訪れた患者の割合を 20%以下から 92%まで向上させることができたことが報告されている[37]。

本邦において患者教育の基本は面接である。臼井によると継続支援ができた保健所の78%が患者と面接しており、また、保健師が結核患者と面接した場合は継続支援につながる割合が高かった[20]。一方で現状調査では、治療中または経過観察期間中に出所となった患者の事例がある27保健所中、出所前に患者と面接を実施していた保健所は37%であり（27か所中10か所、うち1か所は、事例はないが今後要請すれば面接は可能と回答）、そのほぼ全てが、結核発生時に患者と面接をしていた。

また、現状調査によると出所前に患者本人と面接を実施していた9か所のうちの1か所は出所前に患者を含め保健師、刑事施設担当者などでカンファレンスを行っていた。P保健所は管轄内に小型B指標一般刑事施設を受け持ち、年間0～1件の発生届を受理する。出所前カンファレンスは未だ1名しか経験がないが、今後も刑事施設の了解が得られるのであれば治療中、あるいは経過観察期間中で出所する患者に対して実施する意向がある。出所前に患者を含めた合同カンファレンスを実施している保健所はP保健所のみであり、患者管理及び継続支援のための適切な情報共有が可能である具体的な事例である。P保健所の許可を得て、下記にカンファレンスの内容を紹介する。

P保健所と刑事施設における出所前カンファレンスの例

場所：　刑事施設
時期：　出所予定日6日前
参加者：患者、刑務所より医務課長、矯正処遇官2名、保健所より保健師1名

患者の概要：
40歳代男性、入所後1年半時点で診断（肺結核 $bIII_2$、結核性胸膜炎）。約1年の抗結核薬治療を終了し、治療終了後、管理検診時期に満期出所。出所後の連絡先の提供あり（帰住先の住所及び電話番号）。

カンファレンスの内容：
説明用パンフレットを患者に渡し、結核（症状や発病など）、管理検診、今後の生活上の留意点、転居時の連絡について説明を行った。本人からは出所後は実家で過ごそうと考えていること、仕事で海外に行く予定があるが時期は未定であること、出所後すぐに医療機関を受診予定であること、が語られた。転居時の保健所への連絡について再度話をしたところ、「必ず保健所に連絡します」との返答だった。

面接を行っていない場合は、刑事施設担当者に指導を依頼したり、出所後の治療に関する情報をチラシなどといった印刷物を通して伝えたりする保健所が大半であったが、継続支援につながった事例は、面接した場合に比べて少なかった。一方で、2 保健所では患者と手紙のやりとりを通して継続支援につなげた。面会と同様、原則として受刑者及び未決拘禁者と公的機関の職員との間の信書の発受は認められており（参考資料 4）、面接が何らかの理由で不可能な場合は、文書のやりとりは患者本人と直接関わり合い、信頼関係を築く中で服薬の重要さを伝える有効な手段の一つとして考えられる。

2. 治療中断リスクの評価

本邦において刑事施設の被収容者における出所後の服薬中断のリスクに関する調査は行われたことがないが、海外の報告ではリスク因子として住所不定（ホームレス状態）、無職、アルコール依存、薬物依存、HIV や肝炎などの合併症、外国生まれなどが挙げられている[28,32-35]。また、刑事施設の出所者は服薬継続の可能性が帰住先などによって大きく左右され、更には一般人口における一般的なリスクとも異なる場合もある。詳しくは次節にて述べるが、例えば満期釈放者は仮釈放者よりも服薬中断リスクが大きいと考えられる。また、一般人口において高齢や身体あるいは知的障害は服薬中断のリスク要因として認識されているが、刑事施設出所者の場合、65 歳以上で障害など一定の条件を満たすと「地域生活定着支援センター」で社会復帰のための支援を受けられるようになる。従って、高齢で福祉サービスを必要としている者のリスクはかえって低く、逆に若年層～壮年層で特に身体的、精神的に問題がないと判断された者の方が、リスクが高くなることが予想できる。

言うまでもなく、出所前にリスク評価を行い、リスク程度に応じた服薬支援を行うことは治療完遂に大きく貢献する。現に新宿区、東大阪市、和歌山市ではリスク評価に基づく服薬支援の実例[38,39]やその効果[40,41]が報告されている。今回、東京都及びその他の自治体が使用しているリスクアセスメント表を基に、刑事施設という特殊な環境から出所する患者の特性を加味した服薬支援計画票及びリスク評価表を作成したので案として提示する（参考様式 2）。出所前に患者に関する情報を取得していると答えた 23 保健所のうち、6 か所が患者との面接を通して患者本人から出所後の行き先、家族情報や身元引受人の氏名・連絡先等を把握しており、中には出所後に関する情報については、患者から直接聞く分には問題ないと刑事施設担当者から言われている保健所もあった。従って、服薬支援の計画及びリスク評価は刑事施設担当者からの情報及び患者との面接の両方からの情報を基に行うことを推奨する。

また、本来リスク評価は一回限りのものではない。治療途中で出所となる可能性がある患者には、1 回目の評価は刑事施設職員に依頼、2 回目の出所直前の評価は保健師が行う

などして、数回行うことが理想である。収容期間中に何度も患者と会うことが難しい場合は、リスク評価に必要な情報は刑事施設職員及び本人との面接から収集するが、出所前の面接は保健師が患者と直接会うことが望ましい。

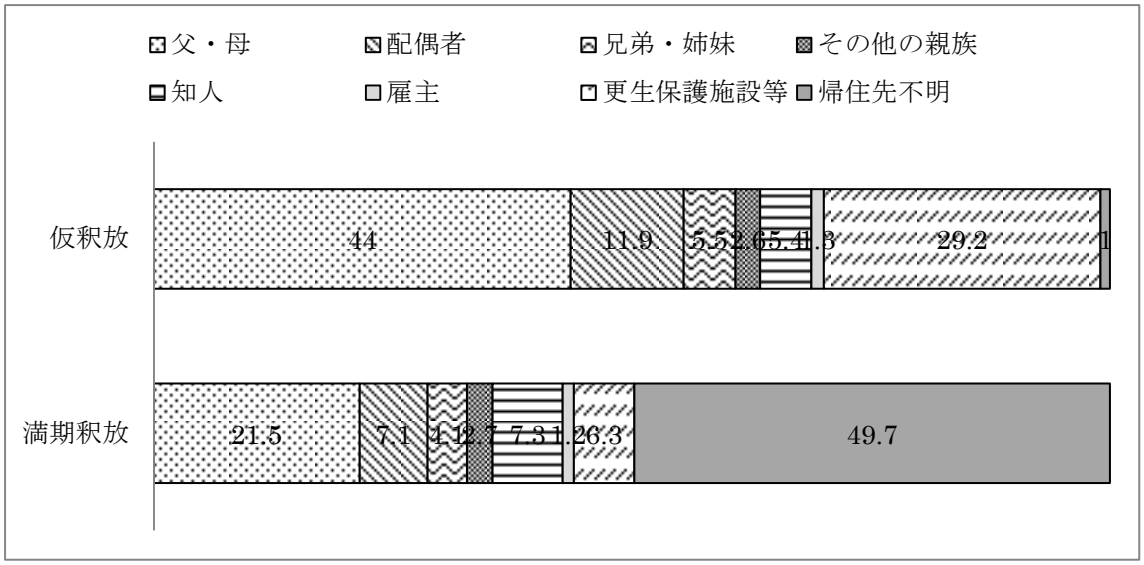
3. 服薬支援体制の調整

患者が出所後も継続して治療を続けられるよう支援するためには、刑事施設のみならず、様々な関係機関と情報を共有し、早い段階から服薬支援の計画を立てる必要がある。刑事施設との情報の共有に関しては、臼井の調査からは継続支援ができた 11 保健所のうち、9 か所（82%）が出所前に患者の情報を入手できていたと報告している。また、現状調査からも出所前に患者の出所時期を把握していた保健所は 27 か所中 23 か所（85%）、出所時期に加えて帰住先あるいは出所後の連絡先を把握していた保健所は 18 か所（66%）であったことがわかっており、6 割以上が出所時期や帰住先といった必要最低限の情報を刑事施設と共有ができていることが示唆された。しかし、事前の情報提供はほぼない、と回答した保健所が 2 か所、出所時期に関しては毎回ほぼ出所日当日に知らされる、と回答した保健所が 1 か所、毎回の情報提供は難しいと言われている、と回答した保健所が 1 か所あり、刑事施設側の対応に差が生じていることも事実である。

情報が全く入手できない理由としては「個人情報保護等の理由で刑事施設から提供がない」ことが挙げられた。これに対しては初動調査と同様に、服薬支援の計画を目的とした患者情報は行政機関の保有する個人情報の保護に関する法律の第 8 条 2 項に該当することを説明し、担当者と協議を重ねることで理解と協力が得られるものと考えられる。実際に矯正医学を目的とする日本矯正医学会の学会誌、「矯正医学」に掲載された結核に関する報告の中にも、結核治療の流れとして治療途中で出所の場合はその旨を保健所に連絡する、と記述されている[42]。従って法的拘束力はないものの、刑事施設も治療途中で患者が出所する際は原則として保健所へ連絡をすると理解されていると思われる。

その一方で帰住先に関しては、患者が仮釈放なのか満期釈放なのかによって帰住先のパターンが異なり（図 4）、また刑事施設側の把握状況が異なってくるので注意が必要である。

図 4：受刑者の帰住先別構成比（出所事由別）



資料：平成 24 年版犯罪白書より抜粋

仮釈放の場合、帰住先の住居が安定して居住できることや、更生に適切であること等が仮釈放の条件の一つになっているため、出所後の所在が明確にされており、刑事施設も把握している。従って、保健所は出所前にその情報を刑事施設から把握しておけば継続支援を実施できる可能性は高くなる。一方で満期釈放の場合、受刑者が出所時に伝える住所地は自己申告であり、その後の引っ越し等も自由である。従って、本人による申告によって刑務所が把握した住所に、実際に帰住するかは不明である。また、図 4 にもある通り、刑事施設出所者は年間約 3 万人いるが、そのうちの半数が満期出所者であり、その約 5 割弱が帰住先が明確となっていない[43]。従って満期釈放の場合、刑事施設が出所者の帰住先を把握できないという状況があることも事実である。

次に連携に関してだが、出所後の服薬支援の計画する際には医務課、医務部の職員だけではなく、被収容者の出所時の調整を担当する分類部（あるいは分類審議室等）の職員と連携を図る必要がある場合も考えられる。また、2009 年から全国の刑務所に社会福祉士が配置されており、出所前から生活態度などを指導する他、出所後に生活する予定の地域の保護観察所と連携し、受け入れ先の福祉施設や福祉サービスの準備などを行っている。例えば出所者は一定の条件を満たすと「特別調整」の対象となり、保護観察所を通して地域生活定着支援センターで社会復帰のための支援を受けることができる（表 3）。2012 年 3 月までに全都道府県に設置が完了し、具体的には対象者のニーズの確認や、帰住先において受入施設の斡旋や、福祉サービス等の申請支援等のコーディネート及びフォローアップ業務を行っている。保健所としては出所する結核患者が特別調整の対象者となるか確認し、対象となる場合は社会福祉士と連携し、結核の服薬支援のための体制を調整することが望ましい。

表 3：特別調整の要件

1. 高齢であり（概ね 65 歳以上）、又は身体障害、知的障害もしくは精神障害があると認められること。
2. 釈放後の住居がないこと。
3. 高齢または身体障害、知的障害もしくは精神障害により、釈放された後に健全な生活態度を保持し、自立した生活を営む上で、公共の衛生福祉に関する機関その他の機関による福祉サービスを受けることが必要であると認められること。
4. 円滑な社会復帰のために、特別調整の対象とすることが相当であると認められること。
5. 特別調整の対象者となることを希望していること。
6. 特別調整を実施するために必要な範囲内で、公共の衛生福祉に関する機関その他の機関に、保護観察所の長が個人情報と提供することについて同意していること。

（平成 21 年 4 月法務省保観 244 号　法務省矯正局長・保護局長通達）

患者に家族や友人・知人などから協力を得られる場合は、可能な限り出所前から連絡を取るが、そういった援助が得られない出所者の行き先としては更生保護施設や自立準備ホーム、自立更生促進センター及び就業支援センターなどが挙げられる。更生保護施設では、様々な理由からすぐに自立更生をすることが困難な出所者に対して宿泊場所や食事の提供をする他、飲酒や薬物と言った問題を抱えている出所者には専門的な処遇も行っている。全国に 104 か所設置されているが、年間約 3 万人の出所者に対し、2012 年現時点で、刑務所の出所者のうち 6 分の 1、その他を含め年間 1 万人程度が同施設で保護を受けている。

また、自立準備ホームは行き場のない出所者等の帰住先の確保を目的とし、2011 年度から「緊急的住居確保・自立支援対策」の一環として実施されている。NPO 法人や社会福祉法人などが予め「自立準備ホーム」として保護観察所に登録し、保護が必要とされた出所者に対して、宿泊場所や食事の提供を委託する形で運営している。施設の形態は様々であり、複数の人が集団生活をするところもあれば、普通のアパートを借りて、それを利用しているところもある。しかしいずれの場合も自立準備ホームの職員が毎日生活指導や集団カウンセリングを行うなどして、自立を支援している。更生保護施設と自立準備ホームは受刑者には選択権がなく保護観察所が決定するため、保健所としては出所が決定した結核患者に、それらの施設への入所予定があるかを、刑事施設職員を通して確認し、入所が決まっている場合は服薬支援のための連携を図る。

自立更生促進センター及び就業支援センターは刑事施設内での成績が良好であり、なお且つ適切な受け入れ先を確保できない出所者を仮釈放で受け入れるための施設である。センターでは保護観察官が生活指導を行うほか、就職活動やセンター退所後の住居の確保を

支援しているが、2012 年 3 月時点で、全国で運営されている自立更生促進センター及び就業支援センターは 4 施設に留まる[ii]。

また、前述したように身元引受人がおらず、尚且つこれらの施設には入所しない、あるいはできない満期釈放者が毎年 6000 人おり、その中に含まれる結核患者の多くは出所後に衣・食・住・職といった包括的支援を必要としており、服薬中断のリスクも高いことが想定される。これらの出所者に対しては出所前から住民票の有無や健康保険の確認、経済状況などを確認する必要がある（参考様式 2）。今後は、更生保護施設等の他にも出所者に対する社会復帰の支援を実施している NGO や就労支援を行う更生保護就労支援事業所等、HIV 陽性者支援団体、薬物依存症の患者支援団体等、幅広い機関及び保健所内の他部門（精神保健、社会福祉等）とのネットワーク作りが必要となってくるであろう。

新規の患者発生時の対応に関するまとめ

1. 服薬支援の計画を目的とした患者情報は行政機関の保有する個人情報の保護に関する法律の第 8 条 2 項に該当することを説明し、刑事施設の理解と協力を得る。
2. 特に治療途中で出所する患者の場合は、出所時期、帰住先に加えて治療中断リスクの評価に必要な情報も収集する。
3. 患者本人との面接は治療中断のリスクを最小化する最も有効的な手段である。初動調査同様、保健師による面接は認められているが、何らかの理由で不可となった場合は、文書のやりとり等その他の手段を検討する。
4. 患者の多くは包括的な出所支援を必要としており、結核の服薬支援はその中に組み込まれることが望ましい。

[ii] 福島自立更生促進センター（福島保護観察所に併設、2010 年 8 月に運営開始）、北九州自立更生促進センター（福岡保護観察所北九州支部に併設、2009 年 6 月に運営開始）、沼田町就業支援センター（旭川保護観察所沼田駐在官事務所に併設、2007 年 10 月に運営開始）、茨城就業支援センター（水戸保護観察所ひたちなか駐在官事務所に併設、2009 年 9 月に運営開始）

第三章　　接触者への対応

原則として接触者への対応は前出の「感染症に基づく結核の接触者健康診断の手引きとその解説」（改訂第 5 版）に基づく。そのうえで患者が刑事施設の被収容者であった場合に注意が必要な事項を本章に記す。

1. 接触者健診実施主体について

接触者健診の内容と方法に関しては「接触者健診の手引き」に沿って実施ができ、また、結果を保健所が詳細に把握することができれば、実施主体はそれぞれの地域の状況により刑事施設でも保健所でも構わない。現状調査では接触者健診の実施例がある 25 保健所中、22 か所が保健所主導あるいは共同で健診を行い、3 か所が刑事施設に全面委託していた。

但し刑事施設に委託する場合は、健診内容の質を確保するためにも下記の条件を満たしているかどうか助言指導を行う必要がある。

1. 健診を担当する医師が接触者健診の手引きの内容を十分に理解していること。
2. 健診機関が接触者健診実施のための十分な検査能力を有すること、もしくは保健所との胸部 X 線の二重読影に協力できること。
3. 保健所が企画した健診計画に基づいて実施できること。
4. 集団感染等の事態が発生した場合に、保健所と健診結果の合同検討等について協力が得られること。

（「感染症法に基づく結核の接触者健康診断の手引き）より一部抜粋）

また、現状調査の対象保健所の中には「刑務所は刑務所の法律で（健診）を行うので基本的にノータッチである」という回答も聞かれたが、この認識には注意が必要である。確かに刑事収容施設及び被収容者等の処遇に関する法律第 64 条には感染症予防上の措置に関する記述があり、「感染症」の発生を予防するために、被収容者に対して健康診断、診療、またその他必要な医療上の措置を執るものとしている。また、同法第 61 条は健康診断に関しては「収容開始時」、「毎年一回以上定期的」、及び「保健衛生上必要がある時」の健康診断を義務付けている。しかし施設内感染対策の一環として、都道府県知事等からの勧告に基づく（感染症法 17 条の）健診ではなく、刑事施設が主体的に原因調査や感染拡大防止に取り組むといった形で健診を実施する場合でも、保健所はその内容や方法に関して助言を行うなどして適切な関与が必要である。

2. 初発患者調査及び感染性の評価

初発患者に対する情報収集や面接に関しては第二章の「1. 患者発生の届出及び情報収集」、及び「2. 患者訪問及び保健指導」に記述されているので参照されたい。初発患者の感染性に関しては刑事施設及び患者から収集した情報に基づき評価する。基本的に初発患者の診断名が肺結核、咽頭結核、または喀痰検査で結核菌陽性の場合は感染源になりうると考え、喀痰検査の結果、感染性の始期及びその他のリスクとなる行為や環境要因をもとに感染性の高さを評価する必要がある。限られた例外を除いて、基本的に喀痰塗抹陽性結核患者は「高感染性」と評価する。

結核の感染リスクを増大させる行動に関しては CDC のガイドラインでは激しい咳、歌うこと、社会活動性が高いことなどが挙げられているが、飲酒や薬物使用も感染リスクを高める「社会活動」であることが報告されており[44,45]、特に患者が刑事施設の被収容者である場合はそれらのリスク行動の頻度も高いものとして意識する必要がある。また、環境因子としては換気率が低く狭い空間での接触も感染のリスクを高める因子とされており、福祉施設やドヤなどの利用や、留置施設などでの勾留期間など入所前の生活状況及び入所後の刑事施設内の行動範囲も考慮して評価すべきである。

3. 刑事施設における接触者の特徴

患者が刑事施設被収容者である場合、逮捕から入所までに至るまでの一般的な経過と、それぞれの段階で接触し得る人を下記に示す。

逮捕→留置施設

留置施設とは警察署に設置され、警察に逮捕された被疑者や、勾留状によって勾留された被疑者や被告人を拘禁する施設である。警察に逮捕された後、取調・捜査するために引き続き被疑者の身柄を拘束する必要がある場合に収容されるので、一般的には起訴が全て終了した段階で拘置所に移管される。収容期間は 10 日～20 日間程度だが、再逮捕や余罪の関係で数か月から半年近く勾留される場合もある。

患者が留置施設にて勾留されていた場合、接触者として検討すべき対象は同室者、留置係員、取り調べに当たった警察職員、検察官、面会人（家族、知人、弁護士等）の他、一時的に拘置所に移送された場合の移送に付き添った職員等が挙げられる。

留置施設では室内の運動が自由で、相部屋になる場合も多いため、患者の勾留期間が長いほど感染が拡大した危険性は高いと考える。特に大都市及びその周辺部を管轄する警察を中心とした一部地域では、過剰収容が問題となっている。被留置者は月に 2 回、嘱託医による定期健康診断を受けている。

留置施設→拘置所

一般的には捜査が終了した段階で拘置所に移管され、検察官の起訴を受け裁判によって量刑が確定するまでの間、収容される。多くの刑事施設には拘置所が併設されているが、東京や大阪など大規模な拘置所は単独型である。また収容期間は犯罪の種類や内容等よって大きく異なる。例えば一般的に簡単な窃盗事件などは数か月程度で判決が確定することが多いが、収容期間が数年に渡る被収容者もいる。

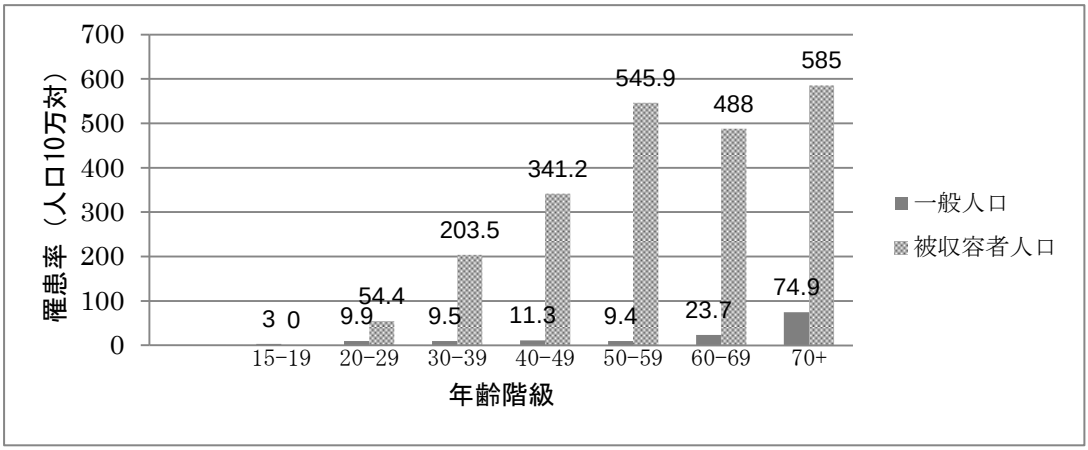
居室（舎房）は共同室と単独室があり、特に事情がない限りは共同室に収容される。共同室は通常 10 帖ほどの大きさで、6～8 人が収容されている。拘置所に収容されている期間中の接触者として検討すべき対象は同室者、面会人（家族、知人、弁護士等）、出廷した回数によっては裁判官等、裁判にて接触があった人及び移送に付き添った職員の他に、衛生係と呼ばれる、拘置所内で所定の作業に就いている受刑者などが挙げられる。

接触者健診は初発患者の感染性の評価に加えて、これらの接触者の発病及び重症化のリスクも評価する。前出の手引きでは接触者を「ハイリスク接触者」「濃厚接触者」「非濃厚接触者」に区分しており、刑事施設においてはそれぞれを次のように定義する。

1. ハイリスク接触者

感染した場合に発病リスクが高い、または重症型結核が発症しやすい接触者。免疫不全（HIV など）、生物学的製剤や副腎皮質ホルモンなど結核発病のリスクを高める薬剤治療を受けている者、臓器移植者、人工透析患者、糖尿病患者、薬物及びアルコール依存、喫煙、高齢者、等。但し、一般人口と異なり、刑事施設における若中年齢者の罹患率も高齢者同様に高いため[15]、注意が必要である。図 5 は 2012 年度における一般人口と被収容者人口（男性のみ）の年齢別罹患率を比較したものである。一般人口においては高齢者の罹患率がその他の年齢層と比べて圧倒的に高いが、被収容者人口では 50 歳代、60 歳代も同様に高いことがわかる。

図 5： 刑事施設被収容者及び一般人口における年齢別結核罹患率（2012）



また、HIV/AIDS に関しては結核発病の最大のリスクと言われており、HIV 低まん延国ではその発病リスクは約 34 倍と言われている[52]。また、多くの国で刑務所人口における HIV 陽性率は一般人口の 6～50%高いと言われており（表 4）[53]、例えば英国などでは全ての結核患者には VCT(自発的に受けるカウンセリングと HIV 抗体検査)を勧めている。日本の刑事施設においても入所時健康診断及び定期健康診断の項目は規則第 29 条及び医療訓令第 9 条に規定されているほか（資料 5)、発病リスクの高い被収容者等には HIV 検査、特定検診、肝炎ウイルス検査、胃検診、乳がん検診、子宮がん検診を実施しているが、保健所としてはできる限り刑事施設に対して HIV/AIDS が結核発病の高リスク要因であることを説明し、年齢や生活歴などから HIV 感染の疑いがもたれる者には検査を推奨するべきである。

表 4：刑事施設被収容者の HIV 陽性率

国名	n	年	HIV 陽性率
ブラジル[46]	693	1995	14.4
エチオピア[47]	450	1998	6.0
インド[48]	249	NA	1.2
スコットランド[49]	978	1994	0.9
米国[50]	9080	1988-9	4.1
イラン[51]	5530	2009	2.1

2. 濃厚接触者

初発患者が感染性であった時期に長時間、高頻度、あるいは濃密な接触があった者。「長時間」に関しては科学的な根拠に基づいた明確な基準はない。WHO の「航空機内での結核対策ガイドライン」は 8 時間以上をカットオフ値としているが、これは航空機内の特殊な空調システムが機能していることを前提としており、換気が不十分な部屋等での接触には当てはまらないと考えるべきである。刑事施設においては 8 時間以内であっても同室者、初発患者と同じ作業場にて継続的に作業していた者、初発患者と日常的な接触のあった刑事施設職員等は濃厚接触者とみなすべきである。また、既に退所した受刑者や退職・移動

した職員、入所前に患者と生活していた者（家族、職場の同僚、同居人等）でも感染期間中に濃厚な接触があったと思われる場合は接触者健診の対象とする。

3. 非濃厚接触者

濃厚接触者ではないが、接触のあった者。（数回、初発患者を訪ねていた、週に一回程度、短時間で会っていた、など）

4. 優先順位の決定

前出の手引きでは初発患者の感染性の高さ及び始期、接触者の発病リスクの両要因を考慮して、リスクの高い集団を優先して段階的に（同心円方式により）接触者健診を勧めるとしている。同手引きにはそれぞれの対象者を設定するための流れが紹介されているが、手引きを基に下記に刑事施設の特殊性を加味した接触者の例を示す。

1. 最優先接触者
   同室者（留置施設・拘置所の同室者も含む）、前述したハイリスク因子を有する者。
2. 優先接触者
   上記以外に初発患者と日常的な接触があった者（刑務官、医師、看護師等）、短時間でも濃厚な接触があったと思われる者（警察職員、検察官、移送に同行した職員、裁判官等）。
   その他接触者健診を優先すべき要素ありの者[iii]。
3. 低優先接触者
   初発患者に週一回程度面会にきていた者、初発患者と日常的な接触がなかった職員等。

対象者の選定は可能な限り刑事施設担当者と直接会って協議を行い、初発患者との面接、施設内の見学等を実施した上で行うことが望ましい。また、接触者の一覧を刑事施設に依頼し、それに基づいて保健所が優先度を判断する場合は「記載漏れ」がないように予め接触者の定義の説明を行い、必要な情報項目をリストに作成して刑事施設担当者に協力依頼をするとよい（表 5）。その際は接触者健診に必要な情報は感染症法第 15 条に基づき行政機関の保有する個人情報の保護に関する法律の第 8 条 2 項に該当することを説明し、基本属性や接触状況、現在の症状に加えて、可能な範囲でその後の健診を計画する際に必要と

[iii]接触者健診を優先すべき他の要素とは「最優先接触者における発病率または感染率が予想以上に高く、非濃厚接触者にも健診が必要とされた場合」「健診の優先度が低いと考えられていた接触者の中から結核の発病が認められ、かつ結核菌の遺伝子型分析の結果が初発患者と同一パターンであると判明したため、非濃厚接触者にも健診が必要と判断された場合」などが挙げられる。

思われる事項も収集する必要があることを説明する。また、「現在の症状」に関しては本人への確認が重要なこと（特に咳症状）を説明する。

表 5：接触者リストの例

	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
No	氏名	年齢	性別	現在の症状	直近の X 線結果	接触状況 最終接触日	退所・移動・退職予定	退所・移動・退職予定有の場合は行き先	その他
（例）1	KM	36	男	無	異常なし H22.5.4	同室者 H25.9.10	H25 12 月中に満期出所予定	帰住先は確認中	
2	SS	58	男	無	異常なし H22.5.4	同作業場で一日〇〇時間程度接触 H25.9.8	なし	なし	

① 現段階で明記が難しい場合はイニシャルや ID で構いませんが、後に照合できるようにしておいてください。保健所が健診対象者として決定した際は必ず名前をお知らせください。

② 現段階で明記が難しい場合は「50 代（後半）」などで記載をお願いします。保健所が健診対象者として決定した際は必ず年齢をお知らせください。

③ 男女特定のために初回の提出時点で必ずお知らせください。

④ 2 週間以上の咳・痰・微熱について「有・無」で記入してください。「有」の方は健診よりも医療機関の受診を優先してください。

⑤ 可能な範囲で直近の胸部 X 線結果と撮影日を記入してください。

⑥ 出来るだけ具体的に記入してください。既に退所・移動・退職された方についてはその時期も記入してください。

⑦ 1 年以内に退所・移動・退職の予定がある（わかる）方についてはその時期を記入してください。

⑧ その他必要事項があればお知らせください。

5. 接触者健診の実施

前述した通り、実施に至っては主体が保健所でも刑事施設でも特に問題はない。現状調査からも様々なやり方が聞かれたが、刑事施設に委託する際は「接触者健診の手引き」に沿って実施されていることを確認することは保健所の責任であることを留意する。例えば健診対象者への事前説明は 22 保健所中 18 か所が刑事施設担当者に委任していたが、その際は説明の内容が結核に関する正しい知識を提供し、不安を解消するとともに今後の健診の目的と方法などを理解してもらうために適切であるかどうかを判断し、必要であれば助言を行う。実際の実施に関する詳細は原則として「手引き」に示されている通りであるが、刑事施設という環境の特殊性から幾つかの注意点を下記に挙げる。

1. 感染の有無に関する検査（QFT または T-Spot® TB 以下 T-Spot）

本書における刑事施設の被収容者の 95%以上が 18 歳以上であるため、接触者健診における感染の有無に関する検査としては IGRA が第一優先である。従来は QFT が唯一の IGRA であったが、平成 24 年 11 月から T-Spot® TB （以下 T-Spot）も健康保険収載になり、一般にも適用できるようになったことを刑事施設に伝える。接触者が 12～17 歳であった場合、「接触者健診の手引き」は IGRA を第一優先とするが、必要に応じてツ反を併用することを推奨している。また、QFT の検査体制等の事情によってはツ反の先行でもよいが、中高齢者に対してはツ反を推奨していないこと、中高齢者に対する QFT の性能に関する知見が不十分であるため、結果の解釈には十分な注意が必要であること、更には中高齢者に対しては感染の有無の検査を省略して胸部 X 線検査のみを行う方法も検討すべきであることを助言する。

IGRA の検査時期については、原則として結核患者との最終接触から 2 か月以上（8 週～10 週間以上）経過した後に実施するが、下記に挙げる条件下では初発患者発生直後でも IGRA 検査を行い、陰性の場合は最終接触から 2～3 か月経過後に再検査を行うことが望ましい。

- 接触者が同室者など患者との接触期間が長い（2 か月以上）
- 既に二次患者が発生している
- 対象者が最優先接触者（免疫制御状態など）

上記以外の優先接触者、低優先接触者、あるいは初発患者が「低感染」であった場合は登録直後の健診を省略し、2 か月後の健診を初回健診とする。

2. 発病の有無に関する検査

初発患者の登録直後～2 か月後までの間に実施された接触者健診において IGRA 陽性であった者に対しては胸部 X 線検査を実施する。ただし接触者健診の対象者に咳症状を認めた場合、過去に既往歴・治療歴があるなどの理由で IGRA 検査を実施しない場合、初発患者登録時点で他の発病患者の存在が心配される場合、及び前述した通り対象者が中高齢者の場合は IGRA 検査と連動させずに、登録直後に胸部 X 線検査を実施する。これらの検査の結果、感染あり（疑い）と診断され、発病を予防するための医療が必要と認められた者に対しては潜在性結核感染症（LTBI）としての治療を勧める。詳しくは次節にて述べる。

一方で、IGRA で陰性、且つ胸部 X 線上も異常がない場合が経過観察は原則として不要だが、発病者が複数多発している集団感染や接触者の所属集団の QFT 陽性率が高い（15%以上[54]）場合は直ぐに健診を終了せず、慎重に追跡する。また、菌陽性未治療結核患者を対象とした QFT 検査の感度は 80～90%であるため[55]、保健所としては可能であれば健診対象者に「陰性」であっても発病するリスクが存在することから咳などの症状が出た場合は必ず申し出ること（既に出所している場合は医療機関を受診すること）を勧め、対象者と直接会えない場合は刑事施設担当者に正確かつ適切な指導を依頼する。特に免疫制御要因のある、あるいはあると疑われる接触者（妊婦、HIV、副腎皮質ホルモン剤による治療）は結果が陰性であっても感染の否定ができず、注意が必要であることを伝える必要がある。

6. LTBI 治療について

本邦において刑事施設被収容者に対する LTBI 治療事例の研究報告は皆無であり、また現状調査からも被収容者の LTBI を経験した保健所数は少なく、また治療成績も不明である。更に LTBI 治療は一切行っていない刑事施設、患者の在留期間や合併症（特に肝炎）等によって助言している保健所、全ての QFT 陽性者に対して LTBI 治療を助言している保健所など、対応は様々であった。

一方で 2013 年 5 月に日本結核病学会予防委員会・治療委員会は「潜在性結核感染症治療指針」を公表しており、その中で LTBI 治療の必要性を判断するのに検討すべき点として、①感染、発病のリスク、②感染の診断、③胸部画像診断、④発病した場合の影響、⑤副作用出現の可能性、及び⑥治療完了の見込み、を挙げている[56]。

海外の「刑事施設における LTBI に関する報告のシステマティックレビューは、刑事施設被収容者の LTBI 成功率が一般人口のそれと比較して著しく低い理由として「移動・対処による治療中断」や「副作用の出現」を挙げている[57]。特に LTBI の治療期間が原則と

して 6 か月あるいは 9 か月内服であるため、CDC は LTBI 治療開始の条件の一つとして最低 6 か月の内服が可能である（刑事施設における入所期間が最低でも 6 か月以上と確定している、あるいは出所後の服薬支援が確保できている）ことを挙げている。一方で現在日本では認められていない LTBI 治療薬として INH+リファペンチンがあり、米国では 3 か月間週一回計 12 回の内服を有効かつ安全な治療として認めている[58]。刑事施設のように長期にわたる服薬支援の確立が難しい状況において、その有効性が期待されるが、その反面、肝炎の有病率が高い人口集団、すなわち刑事施設被収容者への適応に関して今後更なるエビデンスの構築が求められる。

7. 集団感染対策について

結核患者の届出情報や接触者健診の結果に基づき、下記に挙げる状況が確認された場合は、結核の集団感染対策を検討する必要がある。

1. 同一施設の入所者または職員において短期間に 2 人以上の結核患者の発生があった場合、
2. 接触者健診の結果、同一患者を推定感染源として複数の確定例が確認された場合など、健診の対象範囲を拡大すべき要素を認める場合、
3. 推定感染源患者から感染を受けて発病した接触者からの感染例が確認された場合、
4. 接触者健診の対象者としては優先度が低いと考えられていた接触者の中から結核患者が認められた場合。

実際の対応に関しては「接触者健診の手引き」を参考に行うものとする。

接触者健診に関するまとめ

1. 実施主体は保健所でも刑事施設でも構わないが、保健所はその内容や方法に関して助言を行うなどして適切な関与が必要である。
2. 刑事施設における結核患者特有の接触者を念頭に置き、調査を実施する。
3. LTBI 治療に関しては原則として「潜在性結核感染症治療指針」に従うものとするが、刑事施設の事情を理解しながら治療を推奨する。
4. 集団感染に関しては原則として「接触者健診の手引き」を参考に行うものとする。

第四章　普及啓発

感染症法第 3 条は「国及び地方公共団体は、教育活動、広報活動等を通じた感染症に関する正しい知識の普及、感染症に関する情報の収集、整理、分析及び提供、感染症に関する研究の推進、病原体等の検査能力の向上並びに感染症の予防に係る人材の養成及び資質の向上を図る」としており、刑事施設に対する保健所の普及啓発活動はその重要な一環であることは明白である。

現状調査によると、6 保健所が結核発生時毎に結核に関するパンフレットを渡しながら説明を行っており、2 保健所が医療機関向けの研修会・講演会を実施する際に刑事施設職員にもその機会を案内していた。また、刑事施設において集団感染を経験した 2 保健所は、職員の不安解消と今後の早期発見のための研修を行っていた。

その他の普及啓発の機会としては各刑事施設が保健所を含む地域の医療機関や行政・医師会・歯科医師会といった関係機関と開催している協議会や刑事施設で職員向けに行っている研修会などが挙げられる。また、V 保健所は刑事施設の一般開放日に参加したり、刑事施設の「医療に関する協議会」に出席したりするなど、結核発生時以外の時でも刑事施設に足を運ぶことで刑事施設担当者とコミュニケーションが取りやすい関係性を築いていた。現時点で積極的に刑事施設に対して普及啓発を実施している保健所は少ないかと思われるが、啓発の機会としては刑事施設職員に対する研修などが挙げられる。また、服薬ノートを活用するのも一つの手段である。服薬ノートの存在を知る刑事施設担当者は少ないであろうが、現状調査からは刑事施設職員より「そのようなツールがあれば患者の治療管理のみならず、職員に対しても治療への理解や協力をスムースに得ることができる」「刑事施設担当者が患者に説明する際に使える資料にもなる」との意見が聞かれた。手帳を服薬中に患者に管理させるのか、それとも刑事施設職員が管理するのかは各担当者の判断に任せるとしても、服薬ノートの紹介とその活用に関して実際に協議を行うことは、刑事施設職員の結核に対する意識向上に貢献するかと考える。

参考資料１：「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」より抜粋

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
（平成十年十月二日法律第百十四号）

最終改正：平成二五年一一月二七日法律第八四号

（医師等の責務）
第五条　医師その他の医療関係者は、感染症の予防に関し国及び地方公共団体が講ずる施策に協力し、その予防に寄与するよう努めるとともに、感染症の患者等が置かれている状況を深く認識し、良質かつ適切な医療を行うとともに、当該医療について適切な説明を行い、当該患者等の理解を得るよう努めなければならない。
２　病院、診療所、病原体等の検査を行っている機関、老人福祉施設等の施設の開設者及び管理者は、当該施設において感染症が発生し、又はまん延しないように必要な措置を講ずるよう努めなければならない。

（感染症の発生の状況、動向及び原因の調査）
第十五条　都道府県知事は、感染症の発生を予防し、又は感染症の発生の状況、動向及び原因を明らかにするため必要があると認めるときは、当該職員に一類感染症、二類感染症、三類感染症、四類感染症、五類感染症若しくは新型インフルエンザ等感染症の患者、疑似症患者及び無症状病原体保有者、新感染症の所見がある者又は感染症を人に感染させるおそれがある動物若しくはその死体の所有者若しくは管理者その他の関係者に質問させ、又は必要な調査をさせることができる。
２　厚生労働大臣は、感染症の発生を予防し、又はそのまん延を防止するため緊急の必要があると認めるときは、当該職員に一類感染症、二類感染症、三類感染症、四類感染症、五類感染症若しくは新型インフルエンザ等感染症の患者、疑似症患者及び無症状病原体保有者、新感染症の所見がある者又は感染症を人に感染させるおそれがある動物若しくはその死体の所有者若しくは管理者その他の関係者に質問させ、又は必要な調査をさせることができる。
３　一類感染症、二類感染症、三類感染症、四類感染症、五類感染症若しくは新型インフルエンザ等感染症の患者、疑似症患者及び無症状病原体保有者、新感染症の所見がある者又は感染症を人に感染させるおそれがある動物若しくはその死体の所有者若しくは管理者その他の関係者は、前二項の規定による質問又は必要な 調査に協力するよう努めなければならない。

４　第一項及び第二項の職員は、その身分を示す証明書を携帯し、かつ、関係者の請求があるときは、これを提示しなければならない。
５　都道府県知事は、厚生労働省令で定めるところにより、第一項の規定により実施された質問又は必要な調査の結果を厚生労働大臣に報告しなければならない。
６　都道府県知事は、第一項の規定を実施するため特に必要があると認めるときは、他の都道府県知事又は厚生労働大臣に感染症の治療の方法の研究、病原体等の検査その他の感染症に関する試験研究又は検査を行っている機関の職員の派遣その他同項の規定による質問又は必要な調査を実施するため必要な協力を求めることができる。
７　第四項の規定は、前項の規定により派遣された職員について準用する。
８　第四項の証明書に関し必要な事項は、厚生労働省令で定める。

参考資料２：「行政機関の保有する個人情報の保護に関する法律」より抜粋

行政機関の保有する個人情報の保護に関する法律
（平成十五年五月三十日法律第五十八号）

最終改正：平成二四年六月二七日法律第四二号

第二章　行政機関における個人情報の取扱い

（利用及び提供の制限）

第八条　行政機関の長は、法令に基づく場合を除き、利用目的以外の目的のために保有個人情報を自ら利用し、又は提供してはならない。

２　前項の規定にかかわらず、行政機関の長は、次の各号のいずれかに該当すると認めるときは、利用目的以外の目的のために保有個人情報を自ら利用し、又は提供することができる。ただし、保有個人情報を利用目的以外の目的のために自ら利用し、又は提供することによって、本人又は第三者の権利利益を不当に侵害するおそれがあると認められるときは、この限りでない。

一　本人の同意があるとき、又は本人に提供するとき。

二　行政機関が法令の定める所掌事務の遂行に必要な限度で保有個人情報を内部で利用する場合であって、当該保有個人情報を利用することについて相当な理由のあるとき。

三　他の行政機関、独立行政法人等、地方公共団体又は地方独立行政法人に保有個人情報を提供する場合において、保有個人情報の提供を受ける者が、法令の定める事務又は業務の遂行に必要な限度で提供に係る個人情報を利用し、かつ、当該個人情報を利用することについて相当な理由のあるとき。

四　前三号に掲げる場合のほか、専ら統計の作成又は学術研究の目的のために保有個人情報を提供するとき、本人以外の者に提供することが明らかに本人の利益になるとき、その他保有個人情報を提供することについて特別の理由のあるとき。

３　前項の規定は、保有個人情報の利用又は提供を制限する他の法令の規定の適用を妨げるものではない。

４　行政機関の長は、個人の権利利益を保護するため特に必要があると認めるときは、保有個人情報の利用目的以外の目的のための行政機関の内部における利用を特定の部局又は機関に限るものとする。

参考資料 3-1：刑事施設における主な部及び室の名称

平成 25 年現在

刑務所等の名称	部及び室の名称
府中刑務所、大阪刑務所	総務部、処遇部、教育部、医務部 分類審議室、国際対策室
札幌刑務所、千葉刑務所、名古屋刑務所、福岡刑務所、川越少年刑務所	総務部、処遇部、教育部、医務部、分類審議室
横浜刑務所	総務部、処遇部、分類教育部、医務部、 国際対策室
東京拘置所、大阪拘置所	総務部、処遇部、分類部、医務部
宮城刑務所、黒羽刑務所、京都刑務所 神戸刑務所、広島刑務所、高松刑務所 大分刑務所	総務部、処遇部、分類教育部、医務部
福島刑務所	総務部、処遇部、分類教育部、国際対策室
網走刑務所、月形刑務所、山形刑務所	総務部、処遇部、分類教育部
静岡刑務所	総務部、処遇部、医務部
八王子医療刑務所、岡崎医療刑務所 大阪医療刑務所、北九州医療刑務所	総務部、処遇部、医療部
喜連川社会復帰促進センター、播磨社会復帰促進センター、島根あさひ社会復帰促進センター、美祢社会復帰促進センター	総務部、矯正処遇部
その他の刑務所等	総務部、処遇部

参考資料 3-2：刑事施設における主な部及び室の所掌事務

部及び室名	所掌事務
総務部	公文書類の接受、発送、編集及び保存、人事、名籍、統計、刑事施設視察委員会の庶務、経理、領置物及び保管物、営繕、給養、職員の福祉及びその他刑務所等の所掌事務で他の所掌に属しないものに関すること
処遇部及び矯正処遇部	警備及び保清並びに作業その他の処遇、作業の企画、立案及び指導並びに職業訓練の実施並びに作業に関する施設及び物資の管理、改善指導、教科指導及び余暇活動（教育部又は分類教育部が置かれる刑務所等を除く）、鑑別、分類、作業の指定並びに仮釈放及び仮出場の審査並びに保護に関すること（分類審議室若しくは分類部又は分類教育部が置かれる刑務所等を除く）、及び外国人被収容者の処遇に関する翻訳及び通訳に関すること
教育部	改善指導、教科指導及び余暇活動に関すること
分類審議室及び分類部	鑑別、分類、作業の指定並びに仮釈放及び仮出場の審査並びに保護に関すること
国際対策室	外国人被収容者の処遇に関する翻訳及び通訳並びに外国人被収容者の処遇に関する調査及び関係機関との連絡調整に関すること
医務部及び医療部	保健、衛生、防疫、医療及び薬剤に関すること

参考資料４：「刑事収容施設及び被収容者等の処遇に関する法律」より抜粋

刑事収容施設及び被収容者等の処遇に関する法律
（平成十七年五月二十五日法律第五十号）
最終改正：平成二五年六月一四日法律第四四号

第二款　面会

第一目　受刑者

（面会の相手方）
第百十一条　刑事施設の長は、受刑者（未決拘禁者としての地位を有するものを除く。以下この目において同じ。）に対し、次に掲げる者から面会の申出があったときは、第百四十八条第三項又は次節の規定により禁止される場合を除き、これを許すものとする。
一　受刑者の親族
二　婚姻関係の調整、訴訟の遂行、事業の維持その他の受刑者の身分上、法律上又は業務上の重大な利害に係る用務の処理のため面会することが必要な者
三　受刑者の更生保護に関係のある者、受刑者の釈放後にこれを雇用しようとする者その他の面会により受刑者の改善更生に資すると認められる者
２　刑事施設の長は、受刑者に対し、前項各号に掲げる者以外の者から面会の申出があった場合において、その者との交友関係の維持その他面会することを必要とする事情があり、かつ、面会により、刑事施設の規律及び秩序を害する結果を生じ、又は受刑者の矯正処遇の適切な実施に支障を生ずるおそれがないと認めるときは、これを許すことができる。

****

第三款　信書の発受

第一目　受刑者

（発受を許す信書）
第百二十六条　刑事施設の長は、受刑者（未決拘禁者としての地位を有するものを除く。以下この目において同じ。）に対し、この目、第百四十八条第三項又は次節の規定により禁止される場合を除き、他の者との間で信書を発受することを許すものとする。
（信書の検査）

第百二十七条　刑事施設の長は、刑事施設の規律及び秩序の維持、受刑者の矯正処遇の適切な実施その他の理由により必要があると認める場合には、その指名する職員に、受刑者が発受する信書について、検査を行わせることができる。
２　次に掲げる信書については、前項の検査は、これらの信書に該当することを確認するために必要な限度において行うものとする。ただし、第三号に掲げる信書 について、刑事施設の規律及び秩序を害する結果を生ずるおそれがあると認めるべき特別の事情がある場合は、この限りでない。
一　受刑者が国又は地方公共団体の機関から受ける信書
二　受刑者が自己に対する刑事施設の長の措置その他自己が受けた処遇に関し調査を行う国又は地方公共団体の機関に対して発する信書
三　受刑者が自己に対する刑事施設の長の措置その他自己が受けた処遇に関し弁護士法第三条第一項に規定する職務を遂行する弁護士（弁護士法人を含む。以下この款において同じ。）との間で発受する信書
****

第二目　未決拘禁者

（発受を許す信書）
第百三十四条　刑事施設の長は、未決拘禁者（受刑者又は死刑確定者としての地位を有するものを除く。以下この目において同じ。）に対し、この目、第百四十八条第三項又 は次節の規定により禁止される場合を除き、他の者との間で信書を発受することを許すものとする。ただし、刑事訴訟法の定めるところにより信書の発受が許されない場合は、この限りでない。
（信書の検査）
第百三十五条　刑事施設の長は、その指名する職員に、未決拘禁者が発受する信書について、検査を行わせるものとする。
２　次に掲げる信書については、前項の検査は、これらの信書に該当することを確認するために必要な限度において行うものとする。ただし、第三号に掲げる信書について、刑事施設の規律及び秩序を害する結果又は罪証の隠滅の結果を生ずるおそれがあると認めるべき特別の事情がある場合は、この限りでない。
一　未決拘禁者が弁護人等から受ける信書
二　未決拘禁者が国又は地方公共団体の機関から受ける信書
三　未決拘禁者が自己に対する刑事施設の長の措置その他自己が受けた処遇に関し弁護士法第三条第一項に規定する職務を遂行する弁護士から受ける信書
３　刑事施設の長は、刑事施設の規律及び秩序を害する結果並びに罪証の隠滅の結果を生ずるおそれがないと認める場合には、前二項の規定にかかわらず、第一項の検査を行わせないことができる。

参考資料５：「刑事施設及び被収容者の処遇に関する規則」より抜粋

刑事施設及び被収容者の処遇に関する規則
（平成十八年五月二十三日法務省令第五十七号）

最終改正：平成二十六年三月二八日法務省令第一三号

刑事施設及び受刑者の処遇等に関する法律（平成十七年法律第五十号）の規定に基づき、及び同法を実施するため、刑事施設及び受刑者の処遇等に関する法律施行規則を次のように定める。

第七章　保健衛生及び医療

（健康診断の事項）
第二十九条　法第六十一条第一項前段の規定による健康診断は、次に掲げる事項について行うものとする。ただし、第一号、第三号（体重の測定を除く。）及び第五号から第十一号までに掲げる事項については、医師が法務大臣が定める基準に従い必要でないと認めるときは、健康診断を省略することができる。
一　既往歴、生活歴及び家族の病歴の調査
二　自覚症状及び他覚症状の検査
三　身長及び体重の測定並びに視力及び聴力の検査
四　血圧の測定
五　尿中の糖及び蛋白の有無の検査
六　胸部エックス線検査
七　血色素量及び赤血球数の検査
八　血清グルタミックオキサロアセチックトランスアミナーゼ（GOT）、血清グルタミックピルビックトランスアミナーゼ（GPT）及びガンマ―グルタミルトランスペプチダーゼ（γ―GTP）の検査
九　血清総コレステロール、高比重リポ蛋白コレステロール（HDL コレステロール）及び血清トリグリセライドの量の検査
十　血糖検査
十一　心電図検査
2　法第六十一条第一項後段の規定による健康診断は、前項第二号に掲げる事項のほか、医師が必要と認める事項について行うものとする。

参考様式：1　　**結核の積極的疫学調査票**

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿保健所

初発患者登録番号　（　　）

調査実施　　年　　月　　日　　担当者（　　）

初発患者	フリガナ 氏名		1. 男 2. 女	診断名	1. 肺結核 2. 肺外結核 （　　） （　　）	届出月日 （医療機関）	年　月　日 （　　）
	年齢	歳（　　年　月　日生）					
	住所 （居住形態）			感染性の評価	1. 高感染性（綿密な接触者の把握と健診が必要） 2. 低感染性（ハイリスク・濃厚接触者の把握と健診が必要） 3. 感染性なし（感染源探求を目的とした健診等が必要）		
	現在の所在地	（現住所と異なる場合）					
	入所前の職業			いつ頃から感染性？	感染性期間の始期 平成　　年　　月　　日頃（推定）		

菌検査結果 ＜検体＞ 1. 喀痰 2. その他 （　　）	検査日	/	/	/	結核菌同定（未・確定） 薬剤感受性試験 1. 耐性なし 2. 耐性あり（耐性薬剤に○ （H R E S Z　　） 3. 検査中　　4. 未実施	咳症状	1. なし 2. あり 年　月　日頃から ※咳がひどくなった時期 年　月　日頃から
	塗抹						
	培養						

発病時期	平成　　年　　月　　日（推定）	咳以外の症状（該当するものに○）	
初診月日	平成　　年　　月　　日 （発病～初診：　　ヶ月　　日）	1. 痰・血痰　（　　年　　月　　日頃から） 2. 発熱　（　　年　　月　　日頃から） 3. 寝汗　（　　年　　月　　日頃から） 4. 体重減少　（　　年　　月　　日頃から） 5. 倦怠感　（　　年　　月　　日頃から） 6. その他　（　　年　　月　　日頃から）	
診断月日	平成　　年　　月　　日 （初診～診断：　　ヶ月　　日）		
治療開始	平成　　年　　月　　日		
合併症（治療中の疾患）		結核の既往歴	1. なし 2. あり（過去の治療内容を記載）
結核発病高危険因子等の合併	1. 糖尿病（内服治療、インスリン治療） 2. 悪性腫瘍（具体的に：　　） 3. 慢性腎不全（人工透析　導入　　年　　月、　　現在週　　回実施） 4. 副腎皮質ホルモンによる治療 5. 面積制御剤による治療（薬剤名　　） 6. 胃切除歴、または空腸回腸倍バイパス手術歴あり　（　　年　　月） 7. じん肺 8. 最近２年以内に結核感染歴あり（具体的に） 9. 健診等の胸部Ｘ線検査で硬化巣を指摘（結核治療歴なし） 10. その他（　　）		

【結核と診断されるまでの経緯】	
受診歴 ※診断されるまでの経緯(症状経過、受診医療機関名、検査内容等)	

【過去の BCG 歴、健康診断受診歴など】	
BCG 接種歴	なし ・ あり (年 月頃)・ 不明
最近の健診歴 (胸部 X 線検査)	年 月受診 → 1. 異常なし(精査不要) 2. 要精査(精査結果)
	年 月受診 → 1. 異常なし(精査不要) 2. 要精査(精査結果)
	年 月受診 → 1. 異常なし(精査不要) 2. 要精査(精査結果)
入所前のかかりつけ医	なし ・ あり (医療機関名)

【現在の治療状況(病気について聞いていることなど)】

使用薬剤:INH RHP EB SM PZA その他( ) 服薬回数・時間帯 回/日(朝・昼・夜)

DOTS の有無(刑事施設職員の監視下で服薬しているか)

病気について医師から聞いていることなど

【入所前の生活状況】

喫煙歴	1. なし 2. 止めた 3. 喫煙していた(本/日、 年)	飲酒	1. なし 2. 飲んでいた(合/日)

パチンコ、ゲームセンター、ネットカフェ、サウナ、居酒屋等の利用状況
(施設名・頻度)

【接触状況及び頻度】

1. 入所前に一緒に住んでいた者(家族、同居人等)

2. 入所前の福祉サービスの利用状況

3. 当該施設入所前のその他の接触者(前施設における同室者、移送に同行した刑事施設職員、弁護士等)

4. 当該施設入所後の接触者

結核の積極的疫学調査票（刑事施設用）

<table>
<tr><td rowspan="2">調査状況</td><td>保健師による患者面接</td><td>調査日：平成　　年　　月　　日</td><td>面接者氏名：</td></tr>
<tr><td>保健師による刑事施設担当者からの聞き取り（訪問・来所・電話）</td><td>調査日：平成　　年　　月　　日</td><td>調査者氏名：</td></tr>
<tr><td rowspan="4">施設概要</td><td>刑事施設名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>住所</td><td colspan="2">TEL</td></tr>
<tr><td>担当連絡者氏名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>担当連絡者連絡先</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">環境</td><td>見学</td><td colspan="2">可・不可　　見学日：平成　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>空調</td><td colspan="2">居室：
作業場：
その他：</td></tr>
<tr><td>換気状況</td><td colspan="2">居室：
作業場：
その他：</td></tr>
<tr><td rowspan="3">患者の入所状況</td><td>当該施設入所日</td><td colspan="2">平成　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td rowspan="2">当該施設入所前の住所又は所在地</td><td colspan="2">1.　他施設より転入の場合
施設名：</td></tr>
<tr><td colspan="2">2.　新規入所の場合
入所前の住所又は所在地：
電話番号：</td></tr>
<tr><td rowspan="2">移送・出所予定等</td><td>治療を行う・行う予定の医療機関</td><td colspan="2">当該施設・他施設（施設名：　　）
他施設の場合、移送（予定）日：平成　　年　　月　　日
移送の手段：
所有時間：
移送に同行した刑事施設職員名：</td></tr>
<tr><td>出所時期</td><td colspan="2">平成　　年　　月　　頃　　（治療終了予定日が出所前・出所後）
帰住先：　未定・有
身元引受人：　未定・有</td></tr>
</table>

参考様式：1

参考様式:2　**結核患者服薬支援計画票（刑事施設用）**

患者登録番号：	治療開始日：	平成　年　月　日
患者氏名：	治療終了（予定）日：	平成　年　月　日
（男・女）	出所（予定）日：	平成　年　月　日 満期釈放・仮釈放

検討年月日：　年　月　日

方法：

1. 患者面接（出所前・出所後）
2. 刑事施設職員・患者との出所前カンファレンス
   出席者氏名：
3. 刑事施設担当者のみとの出所前カンファレンス（訪問・来所・電話）
   刑事施設担当者名：

身元引受人の有無：　無・有

身元引受人の氏名及び住所：

出所後の住居及び連絡先（所在地・電話番号等）

1. 家族（両親・兄弟・配偶者・その他の親戚）	5. 自立更生促進センター
2. 知人宅等	6. 地域定着支援センター
3. 更生保護施設	7. 雇主
4. 自立準備ホーム	8. その他

出所後の生活状況に関する確認事項：

住民票等	1. 住民票の有無	有	無	不明
	2. 「無」「不明」の場合の今後の手続き：			
	3. 年金手帳・健康保険の有無	有	無	不明
	4. 「無」「不明」の場合の今後の手続き：			
経済状況	5. 出所時に当面の生活費用となる所持金はあるか。	はい	いいえ	
	6.「無」の場合、更生緊急保護*に申請するか。	はい	いいえ	
	7. 生活保護を申請するか。	はい	いいえ	
	8.「はい」の場合の今後の手続き：			
健康状態	9. 出所時の内服薬の所持の有無	有（　日分）	無	
	10. 出所時の多疾患の治療の有無	有	無	
	11.「有」の場合の治療状況・内容・今後の手続き：			

*更生救急保護制度とは社会福祉の制度とは別に、出所者に対して保護観察所の長がとる特別な保護の制度である。本人の申し出によって行われ、釈放後 6 か月間に限られる。

刑事施設における結核患者のリスクアセスメント票

年　　月　　日

検討項目		なし	あり
疾患の特殊性	1. 過去の中断歴	0 点	1 点
	2. 再発・再治療	0 点	1 点
	3. 薬剤耐性	0 点	1 点
	4. 副作用	0 点	1 点
	5. 糖尿病	0 点	1 点
	6. HIV	0 点	1 点
	7. 腎障害	0 点	1 点
	8. アルコール依存（2 合以上）	0 点	1 点
	9. 認知症・精神障害	0 点	1 点
	10. その他合併症	0 点	1 点
患者の状態	11. 喫煙	0 点	1 点
	12. 薬物依存	0 点	1 点
	13. 疾病に対する理解力の問題*	0 点	1 点
	14. 対人関係の問題（他者との関わりが困難等）	0 点	1 点
	15. 65 歳未満	0 点	1 点
出所後の生活	16. 家族・身元引受人・更生保護施設職員等の理解と支援	1 点	0 点
	17. 外来通院先の確保	1 点	0 点
	18. 健康保健	1 点	0 点
	19. 中・長期的な住居の確保（更生保護施設等を含む）	1 点	0 点
	20. 出所後の就労	1 点	0 点
*理解力の問題に関しては結核に対する知識、理解、疾病の受容、服薬の必要性と DOTS の受入、副作用の理解等を検討する。 合計			
判断基準： A：10 点以上（原則毎日）、B：5 点～9 点（週 1～2 回以上）、C：5 点未満（月 1～2 回以上） 支援方法：			

参考文献

[1] World Health Organization. Tuberculosis control in prisons. A manual for programme managers. WHO/CDS/TB/2000.281. Geneva, Switzerland: WHO, 2000.

[2] MacNeil J, Lobato M, Moore M. An unanswered health disparity: tuberculosis among correctional inmates, through 1993-2003. Am J Public Health 2005:95;1800-05

[3] Personal communication

[4] Aerts A, Hauer B, Wanlin M et al. Tuberculosis and tuberculosis control in European prisons. Int J Tuberc Lung Dis 2006:10;1215-1223

[5] Story A, Murad S, Roberts W et al. Tuberculosis in London: the importance of homelessness, problem drug use and prison. Thorax 2007; 62: 667-671

[6] Tamsuphasiri U, Pleumpanupat W, Pandii W et al. Drug-resistant tuberculosis among prisoners of three prisons in Bangkok and the vicinity. J med Assoc Thai 2003; 86: 953-63

[7] Spradling P. Anti-tuberculosis drug resistance in community and prison patients, Orel Oblast, Russian Federation. Int J Tuberc Lung Dis 2002; 9: 757-62

[8] Aerts A, Habouzit M, Mschiladze L et al. Pulmonary tuberculosis in prisons in the ex-USSR state Georgia: results of a nation-wide prevalence survey among sentenced inmates. Int J Tuberc Lung Dis 2000; 12: 1104-10

[9] Hanau-Berçot B, Grémy I, Raskine L et al. A one-year prospective study (1994-1995) for a first evaluation of tuberculosis transmission in French prisons. Int J Tuberc Lung Dis 2000; 4: 853-9

[10] Baussano I, Williams B, Nunn P et al. Tuberculosis incidence in prisons: a systematic review. PLoS Medicine 2010; e10000381

[11] Anderson C, Story A, Brown T et al. Tuberculosis in UK prisoners: a challenge for control. J Epidemiol Community Health 2010; 64: 373-376

[12] 望月靖、加藤昌義、北村薫子、他. 刑事施設における最近 10 年間の疾病動向及び今後の課題について. 矯正医学第 58 巻第 2-4 合併号 27-35

[13] 西森義高、小野田尚佳、小武内優、他. 大阪刑務所における結核感染者について. 矯正医学第 4 巻題 2-4 号合併号 64-65

[14] 好田隆是、高橋英明、林晴男、他. 矯正施設で発見された肺結核症例の検討. 矯正医学第 50 巻第 1 号 10-17

[15] 河津里沙、石川信克. 刑事施設における結核の動向 2000～2012. 日本公衆衛生雑誌 2013 63(10)：501

[16] Valway S, Richards S, Kovacovich J, et al. Outbreak of multi-drug resistant tuberculosis in a New York state prison, 1991. Am J Epidemiol 1994;140:113-22

[17] CDC. Tuberculosis transmission in a state correctional institution – California, 1990-1991. MMWR 1992;41:927-9

[18] Reyes H, Coninx R. Pitfalls of tuberculosis programmes in prisons. BMJ 1997; 315: 1447-1450

[19] Stead W. Undetected tuberculosis in prisons. Source of infection for the community at large. JAMA 1978; 240: 2544-2547

[20] 臼井久美子. 刑事施設を出所する結核患者への保健所の支援の実態と課題. 保健医療科学 61:474-475, 2012-10

[21] USAID, TB/CTA. Guidelines for control of tuberculosis in prisons. USAID, 2009.

[22] CDC. Prevention and Control of Tuberculosis in Correctional Facilities – recommendations of the Advisory Council for the elimination of tuberculosis. MMWR 1996;45:No.RR-8

[23] Health Protection Agency: Guidance for Health Protection Units on responding to TB incidents and outbreaks in prisons. Health Protection Agency , London, U.K. 2010
[24] Public Health England.　Management of tuberculosis in prisons: guidance for prison healthcare teams. Public Health England, London, U.K. 2013.
[25] USAID, TB/CTA.　Guidelines for control of tuberculosis in prisons. USAID, 2009.
[26] 野崎剛弘、宮原昇、古賀幸博、他.　福岡刑務所における C 型肝炎ウイルスの感染の頻度及び感染経路 - 多変量解析を用いた検討（第一報）.　矯正医学　1994;42:85-86
[27] 和田雅子、吉山崇、緒方英雄、他．初回治療肺結核に対する 6 か月短期化学療法の成績 - その効果、副作用と受容性　6 年間の経験から -　結核　1994; 74:353-360
[28] Fry R, Khoshnood K, Vdovichenko E, et al. Barriers to completion of tuberculosis treatment among prisoners and former prisoners in St Petersburg, Russia. Int J Tuberc Lung Dis, 2005; 9: 1027-1033
[29] 森亨、監　平成 25 年改訂版　感染症法における結核対策　保健所・医療機関等における対策実施の手引き．2013　公益財団法人結核予防会、東京
[30] Kimerling M, Kluge H, Vezhnina N, et al. Inadequacy of the current WHO re-treatment regimen in a central Siberian prison: treatment failure and MDR-TB. Int J Tuberc Lung Dis 1999; 3: 451-453
[31] Pleumpanupat W, Jittimanee S, Akarasewi P, et al. Resistance to anti-tuberculosis drugs among smear-positive cases in Thai prisons 2 years after the implementation of the DOTS strategy.　Int J Tuberc Lung Dis, 2003; 7: 472-477
[32] White MC, Tulsky JP, Goldenson J et al. Randomized controlled trial of interventions to improve follow-up for latent tuberculosis infection after release from jail.　Archives of Internal Medicine, 2002; 162: 1044-1050
[33] Duong T, Cruz ES, Rodas A, et al. Strategies for effective education in a jail setting: the Tuberculosis Prevention Project.　Health Promotion Practice, 2003; 4:422-429
[34] Lobato M, Leary LS, Simone PM. Treatment for latent TB in correctional facilities: a challenge for TB elimination.　American Journal of Preventive Medicine, 2003; 24: 249-253
[35] Nolan CM, Roll K, Goldberg SV et al. Directly observed isoniazid preventive therapy for released inmates.　American Journal of Respiratory and Critical Care and Medicine, 1997; 583-586
[36] Tulsky JP, White MC, Dawson C et al.　Screening for tuberculosis in jail and clinic follow-up after release.　American Journal of Public Health, 1998: 88: 223-226
[37] Frieden T, Fujiwara P, Washko R, et al. Tuberculosis in New York City – turning the tide.　N Eng J Med, 1995; 333; 229-33
[38] 小永吉久留美．地域 DOTS 事業の報告　東大阪市．保健師・看護師の結核展望 2005:85;32-43
[39] 尾上るみ．地域 DOTS 事業の報告　和歌山市．保健師・看護師の結核展望 2005:85;44-50
[40] 橋本容子、野村繁雄、和田司．地域 DOTS の推進 - 服薬支援計画を活用して -　結核 2009;84:165-172
[41] 山田万里、大森正子、神楽岡澄、他．新宿区保健所におけるリスクアセスメント表を用いた服薬支援．結核　2010:85;69-78
[42] 大下慎一郎、上綱昭光．矯正施設内での感染症．矯正医学　2003;52:82－87
[43] 山本譲司．累犯障碍者　新潮社（2009/3/30）
[44] Rehm J, Samokhalov A, Neuman M, et al. The association between alcohol use, alcohol use disorders and tuberculosis (TB). A systematic review.　BMC Public Health, 2009; 9:450.　Doi:10.1186/1471-2458-99-450

[45] Oeltmann J, Kammerer S, Pevzner E et al.　Tuberculosis and substance abuse in the United States, 1997-2006.　Arch Intern Med, 2009; 169:189-197
[46] Osti N, Castro A, Ricci L. Human immunodeficiency deficiency virus seroprevalence among inmates of the penitary complex of the region of Campinas, state of Sao Paolo, Brazil. Memorias Do Instituto Oswaldo Cruz. 1999; 94:479-83
[47] Kebede Y, Pickering J, McDonald J et al. HIV infection in an Ethiopian prison. American Journal of Public Health, 1991; 81:625-7
[48] Singh S, Prsad R, Mohanty A. High prevalence of sexually transmitted and blood-borne infections amongst the inmates of a district jail in Northern India. International Journal of STD and AIDS. 1999; 10:475-89
[49] Bird A, Gore S, Cameron S et al. Anonymous HIV surveillance with risk factor elicitation at Scotland's largest prison, Barlinnie. AIDS. 1995; 9:801-8
[50] Vlahov D, Brewer T, Castro K. Prevalence of HIV-1 among entrants to US correctional facilities.　Journal of the American Medical Association. 1991; 265:1129-1132.
[51] Navadeh S, Mirzazadeh A, Gouya M et al. HIV prevalence and related risk behaviors among prisoners in Iran: results of the national biobehavioural survey, 2009.　Sex Transm Infec 2013; 89:iii33-iii36
[52] WHO. Global Tuberculosis Control 2011. WHO/HTM/TB/2011.16. Geneva: World Health Organization, 2011
[53] UNAIDS. 2008. 2008 Report on the global AIDS epidemic.　Geneva: UNAIDS
[54] 吉山崇.　接触者健診における QFT の適用の限界と今後の対策.　結核 2010;85:26-27
[55] 日本結核病学会予防委員会：クォンティフェロン®TB-2G の使用指針　結核 2006;81:393-397
[56] 日本結核病学会予防委員会・治療委員会：潜在性結核感染症治療指針　結核 2013;88:497-512
[57] Al-Darraji H, Kamarulzaman Am Altice F, et al. Isoniazid preventive therapy in correctional facilities: a systematic review. Int J Tuberc Lung Dis 2012; 16: 871-879
[58] Sterling T, Villarino M, Borisov A et al. Three month of refapentine and isoniazid for latent tuberculosis infection. N Eng J Med, 2011: 2155-2166

保健所に向けた

刑事施設における結核対策の手引き

～刑事施設と連携していくために～

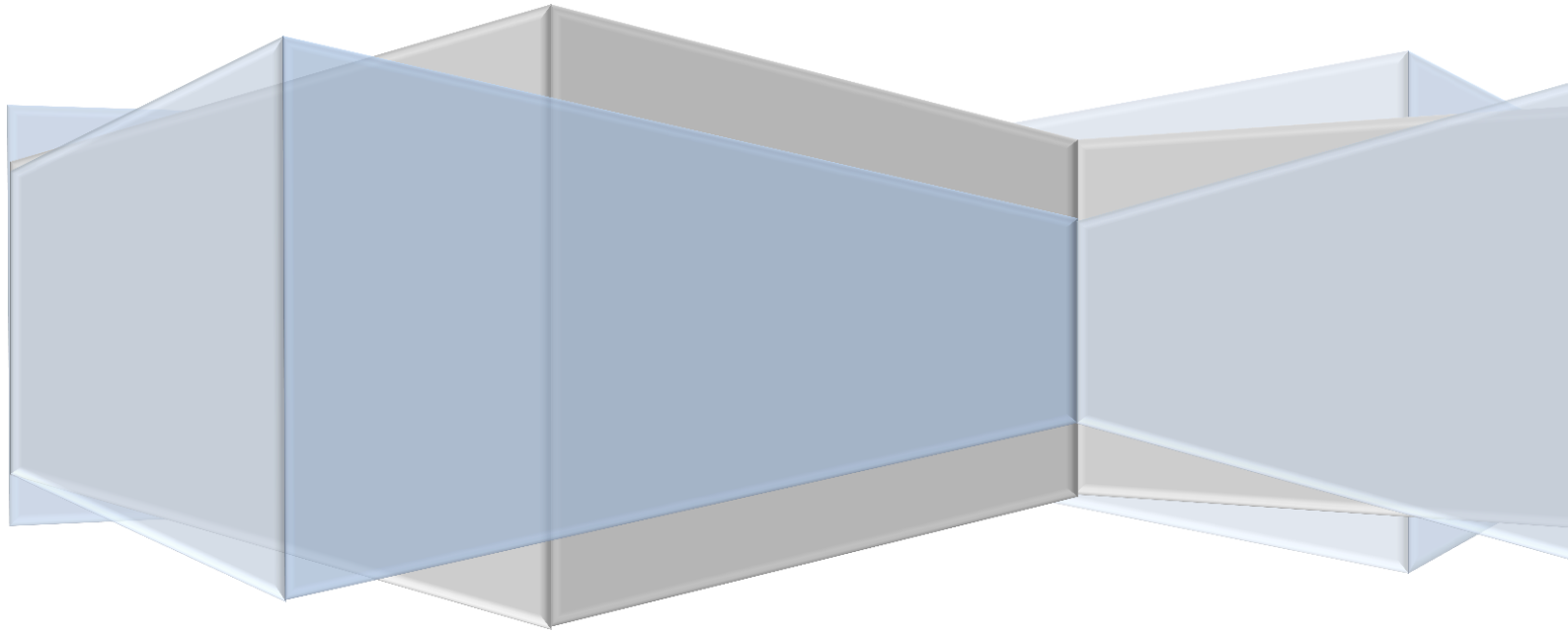
平成 26 年版

2014 年 3 月

制作・発行　公益財団法人結核予防会結核研究所　石川信克

〒204-8533　東京都清瀬市松山 3-1-24

TEL　（042）492-3697（代表）

FAX　（042）492-4600

ホームページ　http://www.jata.or.jp