

# 大分県結核予防計画

平成30年3月

大 分 県

## 目 次

はじめに	1
<b>第1章 結核対策の基本的な方向</b>	<b>2</b>
1 基本的な考え方	2
2 県の果たすべき役割	3
3 市町村の果たすべき役割	4
4 県民の果たすべき役割	4
5 医療機関の果たすべき役割	4
<b>第2章 本県の結核の現状と課題</b>	<b>4</b>
1 まん延状況	4
2 年齢構成	5
3 発見状況	6
4 治療状況	8
5 患者情報管理	10
<b>第3章 具体的な目標</b>	<b>11</b>
<b>第4章 結核対策の施策</b>	<b>12</b>
1 発生の予防及びまん延の防止	12
(1) 確実なBCG接種	12
(2) 効率的な定期健康診断の実施	12
(3) 接触者健康診断の充実	14
2 結核の医療	15
(1) 適正な医療の提供	15
(2) 治療完遂に向けた患者支援	16
3 結核に関する研究の推進に関する事項	17
(1) 基本的な考え方	17
(2) 結核発生動向調査の体制等の充実強化	17
(3) 計画的な調査及び研究を推進するための具体的な役割	18

4	人材の育成	18
(1)	基本的な考え方	18
(2)	県における人材の育成	18
5	結核に対する正しい知識の普及啓発	19
(1)	適切な情報の公表、正しい知識の普及	19
(2)	正しい知識の普及及び人権の尊重	19
6	その他結核の予防のための対策に関する重要事項	20
(1)	施設内（院内）感染の防止	20
(2)	小児結核対策	21
第5章	計画の評価と見直し	21

【巻末資料】

※用語の説明	21
結核管理図（平成28年）	25
参考資料	27

はじめに

世界では、年間約1,040万人が新たに結核を発症し、約170万人が死亡しており、国際的には、結核はいまだ三大感染症の1つである。

我が国における結核患者数は、徐々に減少傾向にあり、平成28年には罹患率※1(人口10万対)が、13.9となり、世界保健機関の定義する罹患率10以下の低まん延国となることも視野に入ってきた。特に小児結核においては、BCG接種の実施が著しい効果をもたらしている。しかしながら、平成28年においては約1万7千人以上の患者が新たに発症し、約2,000人が死亡するなど、依然として結核が我が国における最大の慢性感染症であることに変わりはない。

また、結核の罹患の中心は基礎疾患を有する高齢者であるが、近年、結核患者が都市部で多く発生していることや、疫学的な解析により結核発症の危険が高いとされる幾つかの特定の集団(以下「ハイリスクグループ※2」という。)が存在すること等が明らかとなっている。

こうした状況を踏まえ、結核の予防及びまん延防止、健康診断及び患者に対する良質かつ適切な医療の提供、結核に関する研究の推進、人材の育成並びに知識の普及啓発を総合的に推進し、国と地方公共団体及び地方公共団体相互の連携を図り、結核対策の再構築を図る必要がある。また、平成26年に世界保健機関は結核終息戦略を発表し、低まん延国はもとより、日本を含めた低まん延国に近づく国に対しても、根絶を目指した対策を進めるよう求めている。

本県は昭和40年代には結核罹患率が全国ワースト1位になるなど、全国有数の結核の多い地域であったが、平成15年には、結核の標準治療A(PZAを含む4剤治療※3)の普及率は全国1位となり、罹患率・有病率※4についても徐々に改善傾向にあった。

しかし平成20年以降罹患率は全国値を常に上回っており、平成28年は全国値13.9に対し本県は16.0(全国42位)である。特に65歳以上の高齢者の罹患率・有病率が高い状況である。

大分県結核予防計画は、厚生労働大臣が定めた「結核の予防の総合的な推進を図るための基本的な指針(平成16年厚生労働省告示第375号)」に即して結核予防法第3条の4に基づき策定したものを「結核に関する特定感染症予防指針(平成28年厚生労働省告示第399号)」に即して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。)第12条に基づき一部改正したものである。

計画策定に当たっては、大分県結核医療連絡協議会で審議した。

この計画を本県の結核予防行政の基本指針として、県民の皆様をはじめ、市町村、医療機関や関係団体の理解と協力を得ながら、結核予防施策を継続して推進する。

## 第1章 結核対策の基本的な方向

### 1 基本的な考え方

結核対策においては、きめ細かな個別的対応と、普段から結核の発症を予防し、そのまん延を防止していくことに重点を置いた事前対応型行政を継続する。

また、関係機関との連携の下に結核に関する情報の収集及び分析並びに公表を進める。

#### (1) 効率的な定期健康診断の実施

高齢者や結核を発症しやすいハイリスクグループ、結核を発症するとまん延拡大の恐れが高いデインジャーグループ※5に対する確実かつ精度の高い健康診断を実施する。

#### (2) 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。）の充実

結核患者の発生に際して行う接触者健康診断の対象者を適切に選定し、必要かつ合理的な範囲で積極的かつ的確に実施する。実施にあたっては、リンパ球の菌特異たん白刺激によるインターフェロングamma遊離試験※6（以下「IGRA」という。）等による、確実かつ精度の高い健康診断を実施する。また、集団感染事例が疑われる場合には、優先的に分子疫学調査等を実施する。

#### (3) 病原体サーベイランスの構築

結核菌が分離された全ての結核患者について、その検体又は病原体を確保し、結核菌を収集するよう努め、その検査結果を法第15条の規定に基づく積極的疫学調査に活用するほか、発生動向の把握及び分析並びに対策の評価に用いるよう努める。

#### (4) 確実なBCG接種

BCG接種対象年齢における接種率目標値を95%以上とし、接種率と接種技術の向上を図り、確実なBCG接種を実施する。

#### (5) 有症状時受診の勧奨

結核の初期症状は感冒と類似しているため、医療機関への受診が遅れることがある。受診の遅れは患者の重症化と感染拡大をもたらすことから、広く県民の結核への関心を高めるとともに、ハイリスクグループ等の周辺の者や、患者本人に対し結核に関する正しい知識を普及させ、有症状時の早期受診を勧奨する。

#### (6) 適切な医療の提供

入院治療時及び外来治療時に適切な医療が提供されるように標準治療の普及を推進し、外来治療は身近な地域において、また、入院勧告結核患者のうち合併症を有する結核患

者は、病態に応じた良質かつ適切な医療を受けられるように医療提供体制の強化を図る。また、結核患者数の減少により、結核病床の病床利用率が低下し、結核病棟の維持が困難になってきている。今後も患者を中心とした、適切な医療提供体制の確保を図る。

#### (7) 治療完遂に向けた患者支援

潜在性結核感染症の者も含め、結核患者を中心とした、きめ細やかな個別的対応による治療完遂のための確実な服薬（DOTS※7）を支援する。そのために、保健所及び保健部（以下「保健所」という。）、結核医療の拠点病院や中核病院、地域の医療機関、社会福祉施設、薬局等が連携し、積極的な活動を行う。

また、DOTSの実施状況や服薬支援体制等について検討するDOTSカンファレンスや患者が治療を完遂したかどうか等について、コホート成績※13をもとに評価するコホート検討会の充実、地域連携パスを導入する。

#### (8) 関心の低下防止

医療従事者及び県民の関心の低下は患者発見の遅れを助長させ、患者の重症化及び感染の拡大に繋がるので、関心の低下を防止するための普及啓発を実施する。

#### (9) 予防と患者の人権尊重の両立

結核のまん延の防止のための措置を講ずるに当たっては、患者の人権に配慮するとともに、あらゆる機会を通じて正しい知識の普及啓発に努める。

#### (10) 個人情報の保護

結核対策の実施及び法の施行に当たっては、関係法令及び条例等に従い、個人情報の保護について十分留意する。

## 2 県の果たすべき役割

### (1) 健康づくり支援課の役割

健康づくり支援課は、国、市町村及び他の関係団体と相互に連携し、地域の実情に即した結核の予防に関する施策を講じるとともに、正しい知識の普及、情報の収集・分析・公表、研究の推進及び人材の養成と資質の向上等の結核対策に必要な体制を確保する。

### (2) 保健所の役割

保健所は、結核対策の技術的拠点として、市町村への技術支援、接触者健康診断の実施、感染症法第24条の規定に基づく感染症の診査に関する協議会（以下「感染症診査協議会」という。）の運営等による適切な医療の普及、感染症法第53条十四の規定に基づく家庭訪問指導（以下「家庭訪問」という。）等による患者の療養支援、結核に関する情報の発信、関係機関に対する技術支援・指導、届出に基づく発生動向の把握や分析を

行う。

結核の発見の遅れに対する対応策として、結核拠点病院と連携し、結核に関する知識等を医療機関や社会福祉施設等へ普及するとともに、結核の早期発見に資する地域連携の取り組みを継続して行う。

### 3 市町村の果たすべき役割

市町村は、保健所や医師会と連携し、定期健康診断及びBCG接種を実施する。

### 4 県民の果たすべき役割

県民は、結核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とともに、特に有症状時には、適切な治療を受ける機会を逃すことがないように早期に医療機関を受診し、結核と診断された場合には治療を完遂するよう努めなければならない。また、結核の患者について、偏見や差別をもって患者の人権を損なわないようにしなければならない。

### 5 医療機関の果たすべき役割

#### (1) 適切な医療の提供

医師その他の医療関係者は、国及び地方公共団体の施策に協力するとともに、結核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提供するよう努める。

#### (2) ハイリスクグループへの対応

医師その他の医療関係者は、ハイリスクグループの患者の管理に際し、必要に応じて結核発症の予防及び早期発見に積極的に取り組む。

## 第2章 本県の結核の現状と課題

### 1 まん延状況

本県の結核罹患率（図1）は、昭和40年代では概ね全国ワースト1位の状況にあったが、昭和50年代以降、徐々に全国値との格差が縮小した。平成15年以降は全国値を下回っていたが、平成20年以降罹患率は全国地を常に上回っており、平成28年は全国値13.9に対し本県は16.0（全国42位）である。

また、喀痰塗抹陽性肺結核罹患率※8の年次推移（図3）は平成19年以降は、全国値を大幅に上回っている。平成28年は、全国ワースト2位である。

喀痰塗抹陽性肺結核患者は発見が遅れたことにより重症化したものと考えられる。従

って、発見の遅れを短縮する対策を継続して行っていく必要がある。

図1 結核罹患率の推移(全国・大分県)

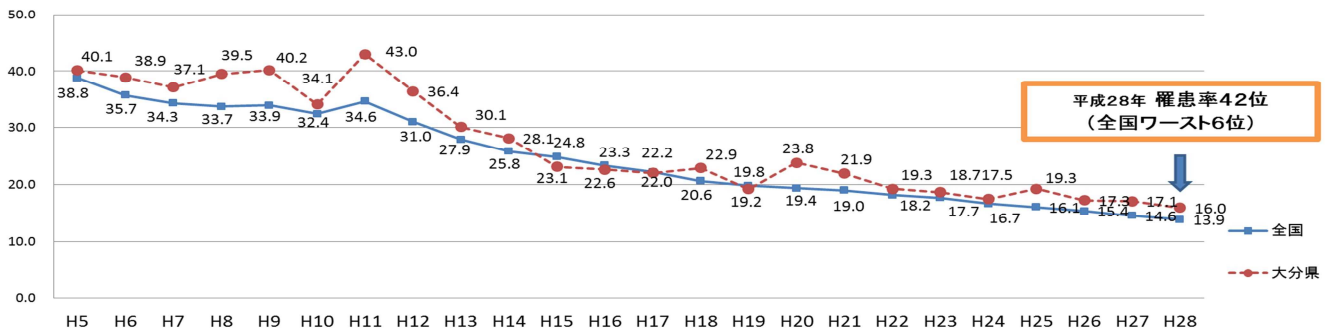


図2 全結核罹患率(10万対)

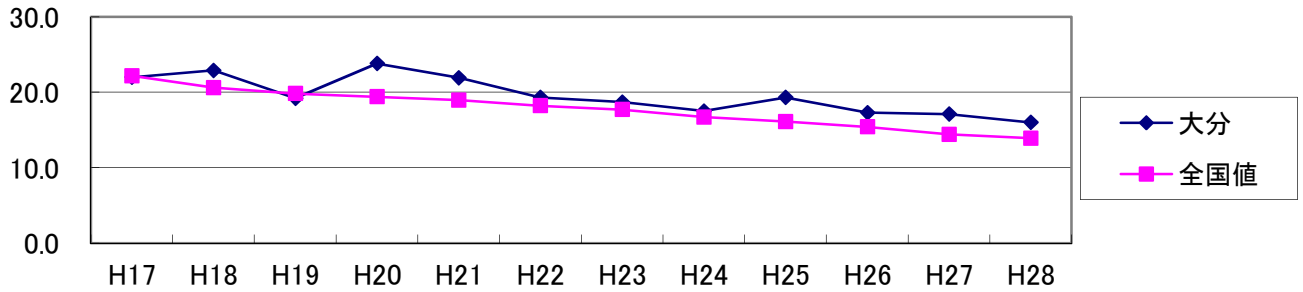
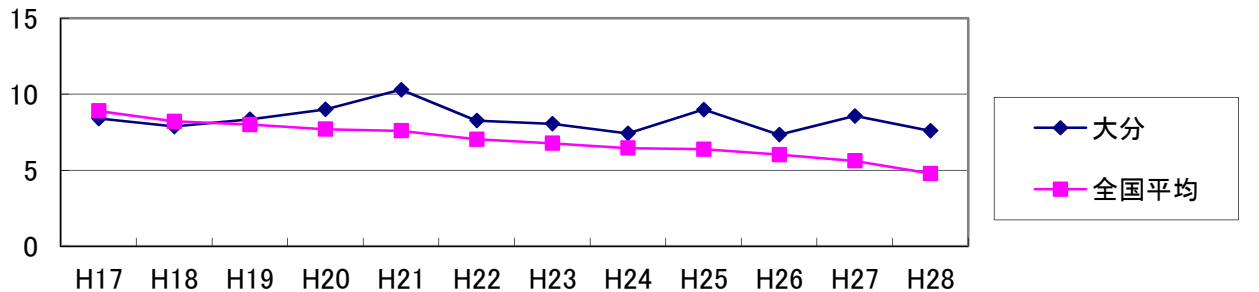


図3 喀痰塗抹陽性肺結核罹患率(10万対)

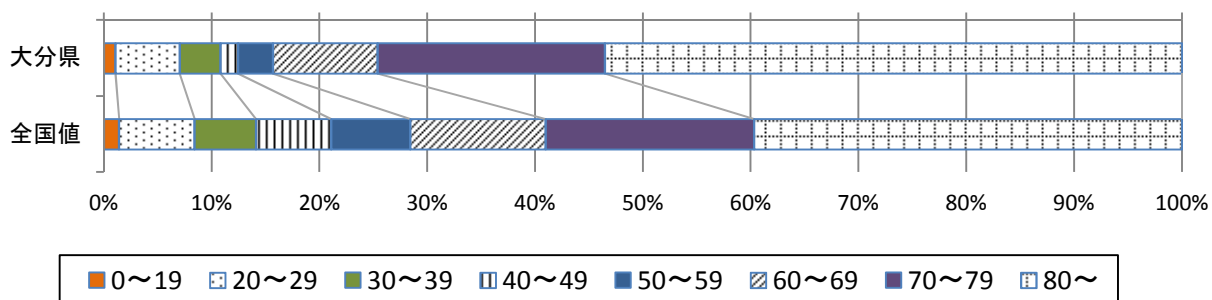


## 2 年齢構成

平成28年の結核新登録患者（1～12月の間に感染症法により主治医から届出があり新たに登録された結核患者（潜在性結核感染症を除く））の年齢構成は65歳以上の割合が大分県81.1%、全国66.6%であり本県は全国値に比べて高齢者の割合が高い。（図4）



図4 結核新登録患者の年齢構成



### 3 発見状況

#### (1) 発見の遅れの割合

有症状結核患者の「発見の遅れ（症状発現～登録）」は、「受診の遅れ（症状発現～初診）」と「診断の遅れ（初診～登録）」に分かれる。受診の遅れは、大分県26.32、全国19.73であり、診断の遅れは、大分県24.53、全国21.97であった。平成28年は、受診の遅れ、診断の遅れともに全国値を上回る結果となっている。

図5-1 初診～診断が1ヵ月以上割合 (%)

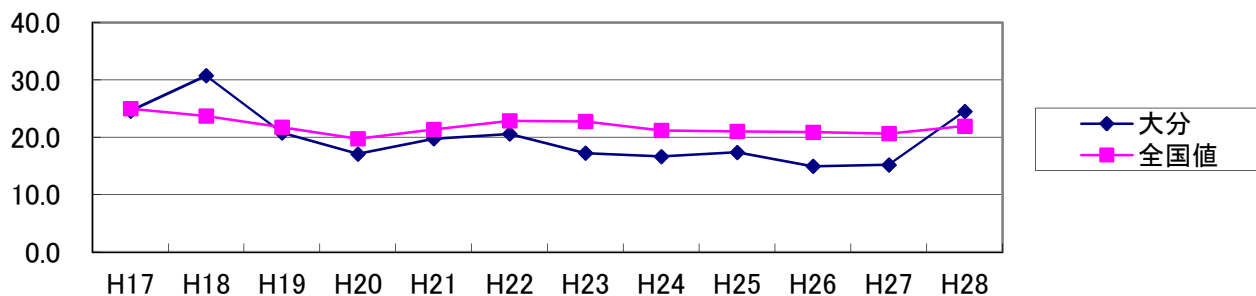
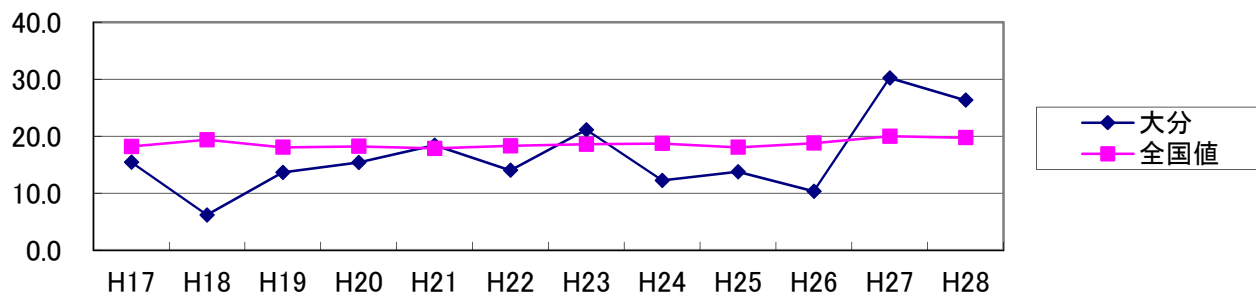


図5-2 発病～初診が2ヵ月以上割合 (%)



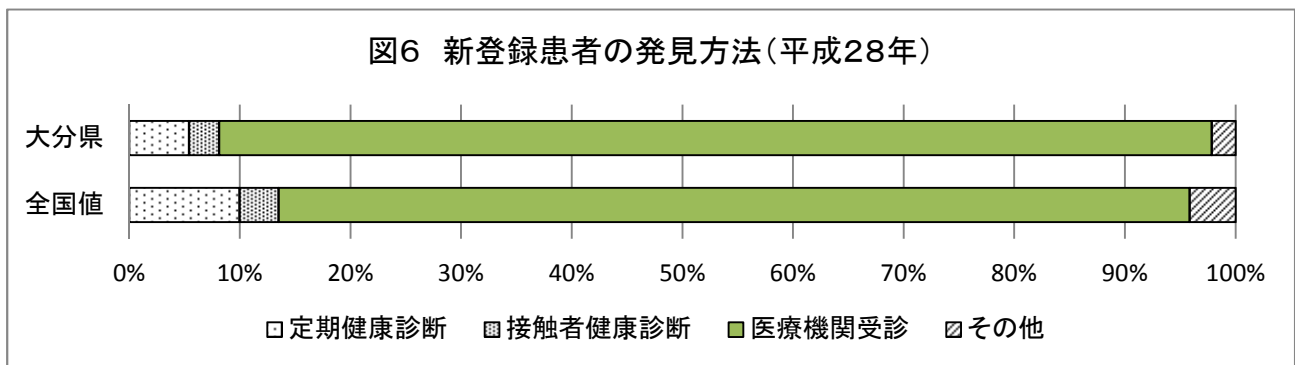
## (2) 結核患者の発見方法

平成28年の結核患者発見方法の割合(図6)を見ると、本県は医療機関受診が、89.7%(全国82.4%)であり、定期健診による発見割合は5.4%(全国10.0%)である。

また、接触者健診による発見割合は2.7%(全国3.5%)である。

本県の結核患者の多くは高齢者であり、他疾患で受療中であることが多いことから、医療機関により発見される割合が高くなっていると考えられる。

今後も、健診の受診率をあげるために、リフト付き健診車両での実施など、バリアフリーに配慮した定期健康診断の実施について市町村に啓発や助言を行う。また、高齢者が多い施設の管理者や従事者に対して、社会福祉施設職員対象の結核研修において、定期健康診断の重要性を啓発してきた。今後はさらに、社会福祉施設を所管する関係各課が開催する施設職員向け研修会や会議等の場においても、啓発を行っていく。



## (3) 接触者健康診断を受けた者のうち結核患者(潜在性結核感染症患者を含む)として発見された者の割合

接触者健康診断の目的は、①潜在性結核感染症※9(無症状病原体保有者のうち治療を要する者)の発見と進展防止、②新たな発症者の早期発見、および③感染源および感染経路の探求の三つである。これらの目的を意識して質の高い接触者健康診断を実施することで、「結核の感染連鎖を断つこと」が究極の目的といえる。

接触者健診による発見割合は年によって変動があるが、最近では全国平均を下回る傾向が認められる。(図7)接触者健康診断は適切な時期に・適切な対象者へ・適切な検査を行うことが重要であり、保健所等では「感染症法に基づく結核の接触者健康診断の手引きとその解説」に沿って接触者健康診断を実施している。

今後も、健診精度の向上に努め、適切な接触者健康診断を実施していくことが重要である。

新登録患者一人あたり接触者健康診断実施延人数は、平成28年14.68人(全国値8.74人)であり、全国値よりも多い。

図7 新登録肺結核中接触者健診発見割合 (%)

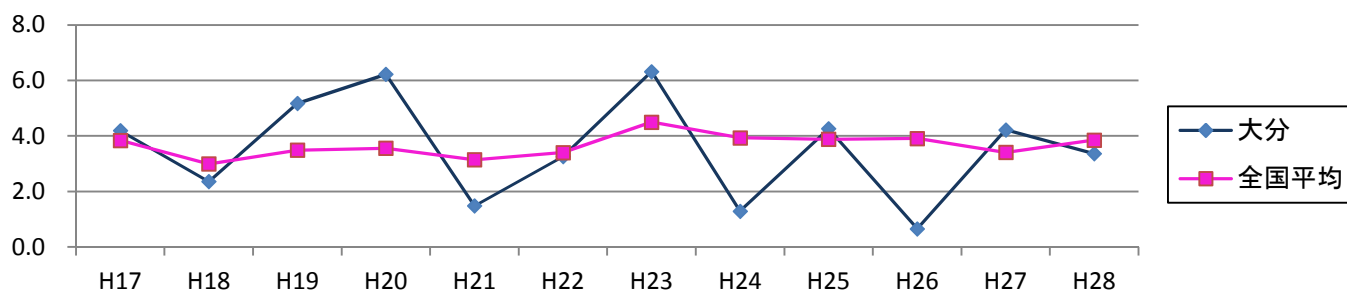
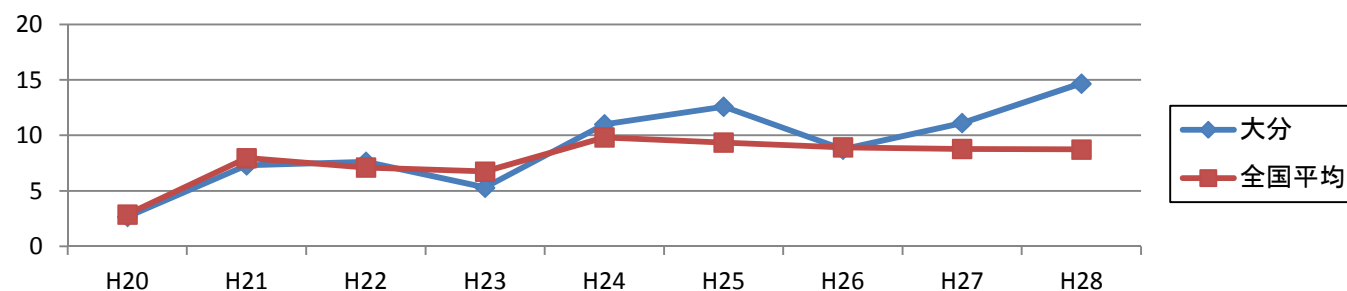


図8 新登録患者1名あたり接触者健診実施数(延人数)



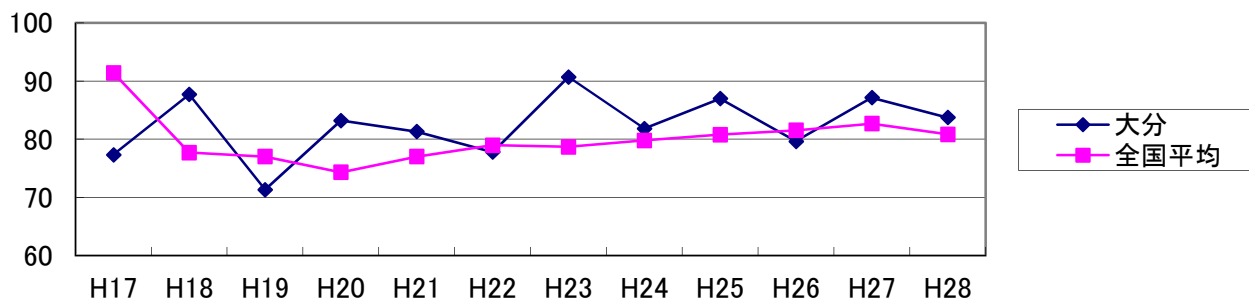
#### 4 治療状況

(1) 80歳未満の結核患者のうちPZAを含む4剤を処方されている者の割合

PZAを含む4剤処方、結核医療の基準※10により現在推奨されている治療法である。本県においては、この治療を全国に先駆けて普及させ平成15年には全国1位になった。最近も全国平均を上回る水準で推移している。全国的にも普及率が向上している。(図9)

本県では、平成13年度に独立行政法人国立病院機構西別府病院(以下「西別府病院」という。)を結核医療の拠点病院と位置づけ、集中化して入院勧告※11対象患者の治療を行っている。

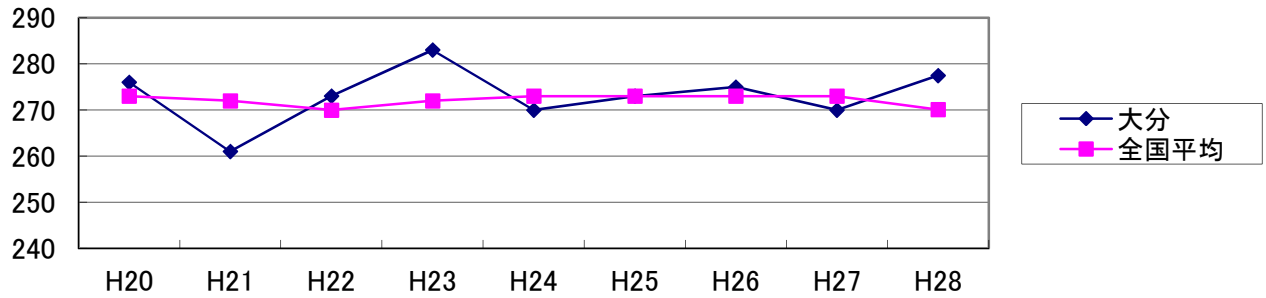
図9 全結核80歳未満中PZA含む4剤処方割合 (%)



(2) 治療期間

本県では、前年全結核治療完遂継続者の治療期間は、全国平均とほぼ同様の値で推移している。平成28年は全国平均よりも治療期間が長い。

図10 前年全結核治療完遂継続者治療期間中央値(日)



### (3) 地域DOTS実施率

結核の再発及び薬剤耐性菌出現の防止また潜在性結核感染症患者の結核発症を予防するためには、治療計画に沿って服薬を確実にを行い、完遂しなければならない。

その対策として地域の実情に応じたDOTSの推進が重要であり、本県では、西別府病院やモデル病院（西別府病院で対応できない合併症を有する入院勧告対象患者収容モデル病室を有する医療機関）での院内DOTSや保健所が中心となって関係支援者と共に患者支援タイプ※12を選択し、地域DOTSを実施している。

本県の地域DOTS実施率は、平成27年は94.35%であり、100%に達しなかった。平成27年から潜在性結核感染者が増加しており、DOTS未実施者の多くは潜在性結核感染者のうち、医療機関や社会福祉施設に勤務している職員であった。医療機関や社会福祉施設と連携し、DOTS支援体制の確立や強化により、潜在性結核感染者においても、確実にDOTSを実施する。

### (4) 喀痰塗抹陽性肺結核初回治療患者のコホート成績※13

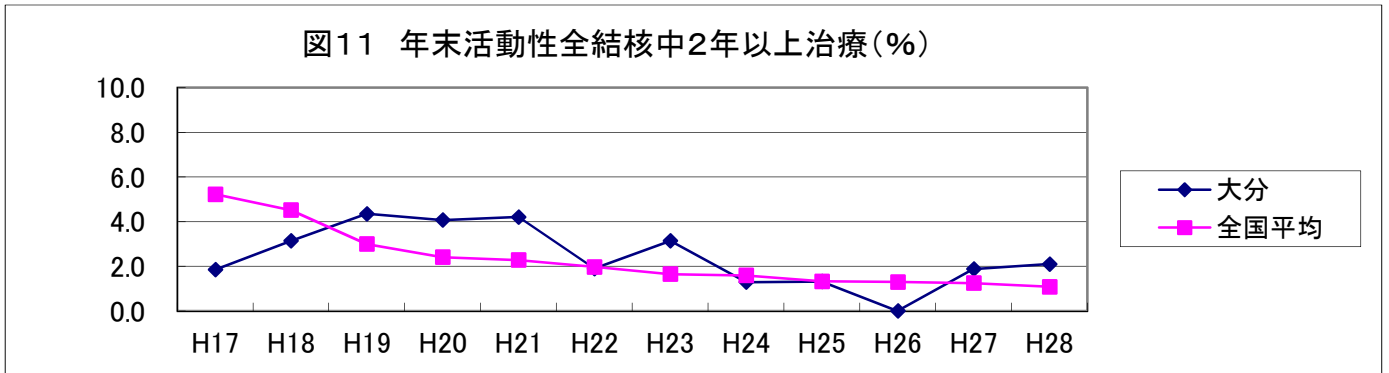
治療成功割合は、平成28年は全国6位であったが、割合としては減少傾向にある。治療失敗・脱落中断割合は、全国4位であり、減少傾向にある。12ヶ月を超える治療期間は、全国ワースト3位であるが、副作用等により標準治療が実施できなかった場合の適切な治療による期間延長も含まれており、今後はさらに詳細な分析を行う。

	H26年	H27年	H28年	47都道府県 平均(H28年)	備考
治療成功割合	45.00	44.83	37.37	46.29	全国 6位
死亡割合	32.00	26.44	30.30	24.74	全国 ワースト7位
治療失敗・脱落中断割合	7.00	1.15	1.01	4.70	全国 4位
転出割合	0.00	2.30	4.04	3.24	全国 ワースト14位
12ヶ月を超える治療期間	10.00	19.54	19.19	9.08	全国 ワースト 3位
判定不能割合	6.00	5.75	8.08	11.95	全国 14位

\*治療成功とは治癒及び治療完了のこと。

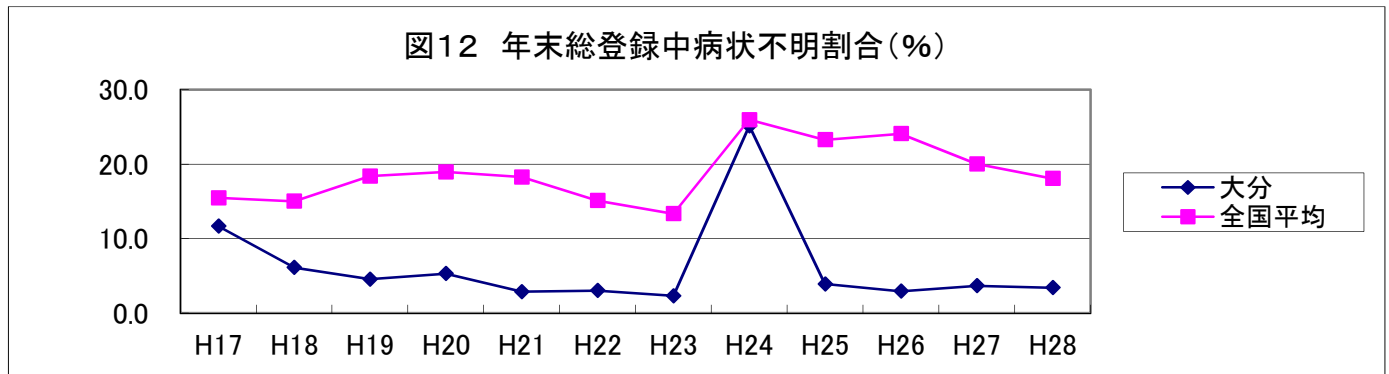
(5) 活動性結核のうち2年以上治療している者の割合

活動性結核患者のうち2年以上治療している者の割合について過去10年の推移をみると徐々に減少し、平成17年、26年には全国値を大きく下回ったが、平成28年には全国ワースト6位であり、47都道府県平均のほぼ2倍となった(図11)。割合が上がった理由として、合併症や副作用により標準治療が行えなかったなどの患者の存在があげられる。



5 患者情報管理

登録患者のうち病状不明の者の割合が平成28年は3.4%で、全国値18.1%を大きく下回っており、全国第3位の低さである。保健所では、患者の病状の把握が適切に行われている。(図12) 今後とも、良好な患者情報管理を維持する必要がある。



【大分県結核予防計画 H30年3月策定分】

第3章 具体的な目標

2020年までに以下の目標達成を目指す。

指 標	現状値 (2016年)	目標値 (2020年)
①罹患率（人口10万対）	16.0	12.0以下
②喀痰塗抹陽性肺結核罹患率	7.59	6.5以下
③定期健康診断受診率 *1		
（市町村実施）	25.0%	40.0%
（事業者実施）	94.4%	100.0%
（施設長実施）	94.6%	100.0%
（学校長実施）	99.5%	100.0%
④新登録肺結核中定期健診発見割合	5.4%	10.0%以上
⑤BCG接種率（生後1歳未満）	98.6%	95.0%以上
⑥発病から初診2カ月以上割合	26.3%	15.0%以下
⑦初診から診断1カ月以上割合	24.5%	15.0%以下
⑧感染症法第12条による当日中届出率 *1	95.3%	100.0%
⑨肺結核患者のうち再治療を受けている者の割合（新登録肺結核患者）	2.0%	2.0%以下
⑩全肺結核患者及び潜在性結核感染症患者に対するDOTS実施率 *1	94.35%	95.0%以上
⑪治療失敗脱落率（肺結核塗抹陽性初回治療）	1.0%	0.0%
⑫潜在性結核感染症の治療を開始した者のうち治療を完了した者の割合	89.7%	90.0%以上
⑬年末活動性全結核中2年以上治療割合	2.1%	1.5%以下

\*1 H27年の数値

※ ①②③④⑥⑦⑧⑩⑪⑫⑬は年次、⑤は年度での数値である。

## 第4章 結核対策の施策

### 1 発生の予防及びまん延の防止

#### (1) 確実なBCG接種

##### ア 接種率の向上

予防接種法に基づき、市町村においては、目標値である95%以上を維持できるよう、さらに適切な実施に努めることが重要である。また、高い接種率が確保できるよう、地域の医師会や近隣の市町村等と十分な連携の下、毎年接種率を把握するとともに、被接種者の保護者に対しBCG接種に関する知識の普及を図る。

##### イ コッホ現象への対応

BCGを接種後、被接種者が結核に感染している場合には、コッホ現象を来すことがある。

市町村は、被接種者が適切な対応を受けられるよう、コッホ現象が出現した際の適切な対応方法を医療従事者に通知するとともに、住民に対してもコッホ現象に関する正確な情報を提供する必要がある。

医師は、BCG接種後のコッホ現象事例を確認した場合、保護者の同意を得て、市町村を通じて県（保健所等）に必要な情報提供を行う。その際医師は、必要に応じて対象者の精密検査を実施する。

#### (2) 効率的な定期健康診断の実施

##### ア 市町村長が行う健康診断（住民健診）

(ア) 市町村長は、健康診断の受診率向上に努め、対象者の中の65歳以上の高齢者等については特に受診勧奨を強化するなどして、効率的な健康診断を実施する。

また、長期未受診者、小規模事業所従事者、住所不定者（ホームレス）、外国人等、受診機会が少ないと判断される対象者についても、健康診断の対象者とし、健康診断の方法や有効性については定期的に検討を行う。

保健所等は、対象者の選定、広報や健康診断の方法等を助言するなど市町村に対して積極的な支援を行う。

(イ) 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であって症状の有無や問診等により必要と判断された際には、積極的に喀痰検査（特に塗抹陽性の有無の精査）を活用することが望ましい。

(ウ) 精密検査結果の把握の徹底を図る。

#### イ 事業者が行う健康診断（事業所健診）

感染症法第53条の2により、労働安全衛生法の第2条第3号に規定される事業者、学校（専修学校及び各種学校を含み、修業年限が1年未満のものを除く。）の長、又は矯正施設その他の施設で政令で定めるもの（以下「施設」という。）の長は、その業務に従事する者に対して毎年度健康診断を実施しなければならないと規定されている。

また、保健所等は、当該事業者に対し、感染症法に基づく健康診断の報告をするよう指導するとともに、感染症法により健康診断が義務付けられていない学習塾等の事業者に対しても、有症状時の早期受診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じるよう助言・指導を行う。

#### ウ 施設長が行う健康診断（施設入所者健診）

（ア）社会福祉施設の長は、施設嘱託医等に相談の上、入所者の健康診断実施を徹底しなければならない。また、必要に応じて市町村の協力を得るよう努めることが望ましい。

さらに、保健所等は、福祉関係機関と連携し、感染防止のため、施設入所時の健診、既往歴等の調査等を含め、日常的に入所者の状態を把握するよう助言・指導を行う。特に、施設入所時の健診を徹底することは、発病の早期発見のため非常に重要である。

（イ）精神科病院をはじめとする病院及び老人保健施設等の入所者は感染症法に基づく健康診断の対象者ではないが、県内で、これらの施設において集団感染の発生があったことから、院内感染対策の一環として、管理者が必要に応じ健康診断を行い、日常の健康管理を強化することが必要である。さらに、高齢者通所施設やグループホーム入所者等に対しては健康診断の受診勧奨を行う。

#### エ 学校長が行う健康診断（学校健診）

学校長は、感染症法に規定された修業年限が1年以上の学生又は生徒の健診を実施する。なお、小中学校では問診票を活用した健康診断を毎年実施する。

感染症法に定める定期健康診断対象者等一覧



実施主体	対象者	実施時期
(1) 市町村長が行う定期健診	(ア) (2) (3) (4)の対象者以外の者（市町村が定期の健康診断の必要がないと認める者及び(イ)に掲げる者を除く。） (イ) 市町村が特に必要と認める年齢を限定しない結核発症率の高い住民層	(ア) 65歳に達する日の属する年度以降毎年度 (イ) 市町村が定める定期
(2) 事業者が行う定期健診	学校（専修学校及び各種学校を含み、幼稚園を除く。）、病院、診療所、助産所、介護老人保健施設又は社会福祉施設 <sup>(注3)</sup> において業務に従事する者	毎年度
(3) 施設長が行う定期健診	(ア) 社会福祉施設※14に入所している者 (イ) 監獄に収容されている者	(ア) 65歳に達する日の属する年度以降毎年度 (イ) 20歳に達する日の属する年度以降毎年度
(4) 学校長が行う定期健診	大学、高等学校、高等専門学校、専修学校、又は各種学校（修業年限が1年未満の者を除く。）の学生又は生徒	入学した年度

### (3) 接触者健康診断の充実

#### ア 適切な健診の実施

保健所は、接触者健康診断が感染者・患者発見、感染経路の把握など、まん延防止のために重要な位置を占めることを強く認識し、初発患者の状態の把握、感染性の高さの評価、対象者範囲の決定、具体的な実施方法を検討し、適切な接触者健康診断を実施する。

#### イ 実施方法

(ア) 接触者健康診断は法定受託事務であり、感染症法第17条に基づき、「感染症法に基づく結核の接触者健康診断の手引き」に従い実施する。

(イ) 保健所は、当該健康診断と関連して、感染症法第15条に基づく積極的疫学調査を適切に実施することにより、当該健康診断を更に効果的に行うこととする。

(ウ) 医療法施行規則第一条の十一第二項により医療機関は、院内感染対策を行う義務があるため、医療従事者の接触者健康診断については、院内感染対策委員会の責任の下で実施することが多いが、保健所が積極的に関与し、健診が不十分であると判断した場合には、さらなる健診の実施を要請するか、あるいは感染症法第17条の健診で対応する。

(エ) 患者との接触者が複数の都道府県（保健所等）にわたって認められる場合は、関係する諸機関と密接な連携のもと、健康診断の対象者を適切に選定する。

### (オ) 集団感染※15発生時等の対応

県は、集団感染が判明した場合には、国への報告と共に住民及び医療従事者に対する注意喚起を目的として、まん延を防止するために必要な範囲で情報を公開する。その際には、個人情報の取り扱いに十分配慮をしつつ、個々の事例ごとに具体的な公表範囲を検討すべきである。また、患者等への誤解や偏見の防止のため、結核に関する正確な情報についても併せて提供する必要がある。

県は、学校や職場等と居住地を管轄する都道府県等が異なる者の結核発症による集団感染等が発生した場合には、関係都道府県等と協力しながら対策を行う

## 2 結核の医療

結核患者に対して、早期に病態に応じた適切な医療を提供し、疾患を治癒させ、周囲への結核のまん延を防止する。また、罹患率が順調に低下している中で、低まん延化に向けて、潜在性結核感染症を確実に診断し治療を行っていくこと将来の結核患者を減らすために重要である。

現在、本県における結核患者の多くは高齢者であり、身体合併症及び認知機能が低下している者も多いことから、結核に係る治療に加えて合併症に係る治療も含めた複合的な治療を必要とする場合があるため、治療形態が多様化している。また、結核患者数の減少により、結核病床の病床利用率が低下し、結核病棟の維持が困難となってきた。患者を中心とした医療提供に向けて、病床単位で必要な結核病床を確保すること、結核病床及びその他の病床を一つの看護単位として治療を行うこと等により医療提供体制の確保に努める必要がある。

### (1) 適切な医療の提供

#### ア 適切な医療の提供体制

医師は、結核が疑われる患者を診察した場合、結核菌検査等の必要な検査を行い、結核患者であると診断したときは、直ちに、最寄りの保健所長を経由して県知事に届出をし、連携を図る。

本県は、西別府病院を結核医療の拠点病院として位置付け、西別府病院は入院勧告対象患者の標準治療のほか、多剤耐性結核や管理が複雑な結核の治療を行う。

西別府病院で対応できない合併症を有する入院勧告対象患者等については、モデル病院で治療を行う。

これまで、県では合併症を有する入院勧告対象患者の治療を行うために、平成13年に大分赤十字病院（人工透析等対応）、国東市民病院（人工透析等対応）、南海医療センター（人工透析等対応）、平成24年に別府医療センター（精神疾患、人工透析等内科全般）、平成26年に大分大学医学部附属病院（全般）、平成29年度に大分県立病院（循環器、外科系疾患）の6病院をモデル病院として整備し、合併症を有する入院勧告対象患者の治療を行ってきた。

今後、更なる高齢化の進展によりがんや難病等を有する結核患者が増加することが予想されるため、県は、実状を考慮し、従来のモデル病院での受け入れ対応疾患分野についても見直しを検討する。

県は、モデル病院の利用促進を図り、西別府病院とモデル病院が連携して適切な医療の提供ができるような体制（西別府病院からモデル病院への技術的支援）の強化を図り、モデル病院で安心して結核治療を受けられる環境を整備する。

また、入院勧告の対象ではない結核患者は、地域の一般医療機関において標準治療が可能である。地域連携パスを導入するなど、さらに体制を強化する。

## （２）治療完遂に向けた患者支援

### ア 大分県におけるDOTS（直接服薬確認療法）の推進

日本版21世紀型DOTS戦略推進体系図に基づき大分県DOTS実施要領を策定し、推進している。

#### （ア）DOTSカンファレンス

本県においては、全国に先駆けた取り組みとして高く評価された保健所等と医療機関との連携のとれた患者の支援を継続する。

平成11年度から拠点病院である西別府病院と管轄保健所が患者の支援を中心とした定例連絡会を開催し、平成23年度からは西別府病院と県内全ての保健所等の参画のもと毎月定例で開催している（現在の名称は結核患者支援検討会）。その中で、DOTSカンファレンスや県内の患者支援に関する様々な情報の共有及び課題の確認、解決策についても検討する場になっており、今後も継続して開催する。平成29年度からはDOTSカンファレンスをさらに充実させ、入院中から退院後まで切れ目のない支援体制の構築を行う。

#### （イ）退院後の地域DOTS

保健所は退院時に西別府病院やモデル病院等医療機関と情報を共有し、地域DOTSの計画を立てる。地域DOTS計画は、支援中にも患者や患者を取り巻く環境の変化に応じて、適宜見直しを行う。また、地域の関係者と連携し、患者の規則的な服薬の継続のため、地域での柔軟な患者支援を展開している。今後も関係者と連携を深め患者支援を展開する。

#### （ウ）コホート検討会の開催

患者が治療を完遂したかどうかについて評価するコホート検討会を結核患者支援検討会や保健所等で実施し、圏域の結核対策の評価を行う。

### イ 推進のための役割

県は、服薬確認を軸とした患者支援を推進していくに当たって、先進的な地域におけ

る取組みを参考にしつつ、積極的な活動が実施されるよう、研修等を実施し、関係者に周知を行う。

感染症法第五十三条の十四の規定に基づき、保健所は保健所長の責任の下、直接服薬確認を軸とした患者支援を行い、拠点病院及び地域の医療機関等と連携して、患者の十分な同意を得た上で、入院中はもとより退院後も確実な服薬が継続され、服薬治療が完遂するよう、地域におけるDOTSを推進する。

患者教育の観点から、医療機関における入院中からのDOTSの十分な実施や、長期間にわたって入院を余儀なくされる結核患者に対しても、退院を見据えて、保健所が入院中から継続的に関与することが重要である。また、医療機関に入院しない結核患者に対しても、治療初期の患者支援が重要である。

感染症法第五十三条の十五の規定に基づき、医療機関等は医師の責任の下、結核治療の基本は服薬治療の完遂であることを理解し、結核患者に対し服薬確認についての説明を行い、患者の十分な同意を得た上で、入院中はもとより退院後も治療が確実に継続されるよう、保健所と緊密に連携して、患者中心の支援の実施を図る。

#### ウ 治療完遂後の患者管理

結核の治療完遂後に保健所長が行う病状把握については、治療中の服薬状況等から判断した発症のリスクを踏まえて、平成28年11月25日付け健感発1125第2号に基づき、実施するものとする。また、LTBIについては、平成29年8月9日付け健康第1679号の通知に基づき適切に実施するものとする。

### 3 結核に関する研究の推進に関する事項

#### (1) 基本的な考え方

結核対策は科学的な知見に基づいて推進されるべきであることから、結核に関する調査及び研究は、結核対策の基本となるものである。

このため県は、国や海外の研究機関が行う調査及び研究を参考にしながら、関係機関と連携し、情報の把握と分析を計画的に実施することにより、結核に関する必要な調査及び研究を積極的に推進する。

#### (2) 結核発生動向調査の体制等の充実強化

結核発生動向調査は、まん延状況の監視情報のほか、発見方法、発見の遅れ、診断の質、治療の内容や成功率、入院期間等の結核の評価に関する重要な情報を含むものである。

このため県は、結核発生動向調査のデータ処理に従事する職員の研修等を通じて、確

実な情報の把握と処理を行い結核発生動向に係る精度の向上や分子疫学調査からなる病原体サーベイランスの構築に努める。

また、情報を収集する保健所等は、正確な情報を提供するために発生動向調査の精度の向上に引き続き取り組むことが重要である。

### (3) 計画的な調査及び研究を推進するための具体的な役割

#### ア 県の役割

県は、関係部局、保健所等及び結核指定医療機関等の関係機関が連携を図りつつ、計画的に科学的な調査及び研究が実施できるよう体制整備に努める。

また、結核対策に関する評価のための研究を積極的に行う。

#### イ 保健所の役割

保健所は、地域における結核対策の中核的機関として、発見された患者の感染経路の解明、接触者健康診断等の結核対策に必要な疫学的調査を進め、地域の結核対策の質の向上に努めるとともに、地域における総合的な結核の情報発信の拠点としての役割を果たす。

#### ウ 大分県衛生環境研究センターの役割

大分県衛生環境研究センターは、分子疫学調査を用いた病原体サーベイランス及び調査研究を行い、九州地区のレファレンスセンターとしての役割を担う。

#### エ 結核指定医療機関等の役割

結核指定医療機関及びその他の医療機関は、結核発生動向調査や症例検討等を通じた結核の調査及び研究に取り組み、その結果を県内の関係機関等に還元する。

## 4 人材の育成

### (1) 基本的な考え方

結核患者の8割以上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、結核医療の質の向上のため、結核に関する幅広い知識や研究成果を医療現場に普及させることができる人材の育成を行う。

### (2) 県における人材の育成

県は、西別府病院や地域の医師会等関係機関と連携し、人材育成を行う。

#### ア 拠点病院における若手医師の育成

平成29年度より、3カ年事業として、拠点病院における結核専門医師の後継者不足解消のため、大分大学医学部附属病院に計画的な医師の派遣を委託し、若手医師の育成を図っている。若手医師の拠点病院定着や、地域の結核医療の質の向上を目指す。

#### イ 保健所等職員に対する研修の充実

県は、最新の結核対策に関する研修会に保健所等及び大分県衛生環境研究センターの職員を積極的に派遣するとともに、結核に関する講習会等を開催し、職員の技術の向上を図るとともに、そこで得られた知見を保健所等において具体的に活用させる。

#### ウ 医療関係者に対する研修の充実

西別府病院のスタッフは、結核医療に関する高度な知識や技術を有することから、結核医療の水準の向上のため、医療関係者に対して必要な知識の普及啓発及び情報提供を行う。

また、地域の結核医療提供体制の整備のために、保健所等と西別府病院が合同で、地域の医師会等と連携し、県内各地域の医療従事者等を対象とした研修会を実施する。

さらに、医師会等の医療関係団体は、会員等に対して結核に関する情報提供を行うとともに、研修会等への参加の機会が得られるよう配慮する。

#### エ その他関係者への研修の充実

本県は高齢者の結核患者が多いことから、結核を正しく理解し、患者支援の協力者となるよう、県と西別府病院が連携して、高齢者向け社会福祉施設等職員を対象に結核に関する研修会を実施する。

### 5 結核に対する正しい知識の普及啓発

#### (1) 適切な情報の公表、正しい知識の普及

現代では、一般的に結核は過去の病気というイメージが強く、結核についての認識が薄いと考えられていることから、県は公益財団法人結核予防会大分県支部等の関係団体と連携し、健康診断の必要性も含め、結核についての普及啓発を強化する。また、患者が安心して治療に専念できるよう結核に関する適切な情報の提供、正しい知識の普及等を行う。

#### (2) 正しい知識の普及啓発及び人権の尊重

医師その他の医療関係者においては、結核患者等への十分な説明と同意に基づいた医

療を提供するとともに、結核に関する正しい知識の普及を図る。

## 6 その他結核の予防のための対策に関する重要事項

### (1) 施設内（院内）感染の防止

#### ア 医療機関の対策

病院等の医療機関においては、適切な医学的管理下にあるものの、その性質上、患者及び従事者には結核感染の機会が潜んでおり、かつ実際の感染事例も少なくないという現状に鑑み、医療法施行規則第一条の十一第二項に基づき、院内感染対策委員会等を中心に院内感染の防止並びに発生時の感染源及び感染経路調査等に取り組むことが重要である。また、実際に行っている対策及び発生時の対応に関する情報について、県や他の施設に提供することにより、その共有化を図ることが望ましい。

#### イ 高齢者向け社会福祉施設の対策

高齢者施設の長は、高い罹患率である年齢階層の人々が集団生活を営む場として結核患者の発生に注意を払う必要があり、施設入所時に健康診断を行う等、利用者及び職員の感染防止並びにまん延防止のため健康管理に取り組んでいく必要がある。

また、結核患者発生時には施設嘱託医師に相談するとともに、管轄保健所が行う接触者健康診断に協力し、相互に連携して適切な対策に取り組む。

#### ウ その他の入所施設の対策

その他の入所施設においても施設入所者の健康管理に努め、結核患者の早期発見に取り組む。

また、結核患者発生時には施設管理者は、施設嘱託医師に相談するとともに、管轄保健所が行う接触者健康診断に協力し、相互に連携して適切な対策に取り組む。

#### エ 学校等の対策

学校長は、職員及び生徒の健康管理に努め、結核患者の早期発見に取り組む。

結核患者発生時には、学校長等は学校医に相談するとともに、管轄保健所が行う接触者健康診断に協力し、相互に連携して適切な対策に取り組む。

#### オ 県の対策（関係者との連携）

県は、施設内感染の予防に関する最新の医学的知見等を踏まえた情報を施設の管理者に適切に提供する。

また、施設内（院内）感染に関する情報や研究の成果を、医師会等の関係団体等の協力を得て、病院等、学校、社会福祉施設、学習塾等の関係者に周知を行う。

## (2) 小児結核対策

結核感染危険率の減少、定期のBCG接種の徹底及び潜在性結核感染症の治療の推進により、小児の結核患者数は著しく減少しているが、小児結核の診療経験を有する医師及び診療に対応できる医療機関が減少している。そのため、接触者健康診断の迅速な実施、潜在性結核感染症の治療の徹底、結核診断能力の向上、小児結核発生動向調査等の充実に図るほか、小児結核を診療できる医師の育成、小児結核に係る相談対応、重症患者への対応等、小児結核に係る診療体制の確保のための新たな取組が必要である。

## 第5章 計画の評価と見直し

本計画は、「結核に関する特定感染症予防指針」が変更された場合には、感染症法第10条第3項に基づき、再検討を加え、必要があると認めるときは変更する。

また、第3章で設定した目標の達成状況について評価を行い、本県の結核の発生動向及び課題等を考慮して、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見直しを行う。

### 【巻末資料】

#### ※用語の説明

#### ※1 罹患率

一年間に発病した患者数を人口10万対率で表したもの。実際には発病した者をすべてひろうことは不可能なので、登録された患者の数を人口で割るため、結核の統計では新登録率とも呼ばれ、当該年内に登録された患者数(潜在性結核感染症患者は除く)をもとに10月1日現在の総人口から計算したもの。

(一年間に登録された患者数/人口×10万)

#### ※2 ハイリスクグループ

結核を発病するリスクの高い者。あるいは発病して重症化するリスクの高い者。①～③は既感染率が高く、結核発病の危険が高い者。④～⑧は感染を受けた場合、発病しやすく、また、発病すると重症化しやすい者。

①ホームレス、特定結核高度まん延地域の住民 ②入国後3年以内の外国人、日本語学校に通学する者 ③結核治癒所見を持っている者 ④HIV感染者 ⑤珪肺、血液悪性腫瘍、頭頸部がん、人工透析などの患者、低栄養者 ⑥コントロールの不良な糖尿病患者 ⑦免疫抑制薬、長期ステロイド、抗がん剤、TNF $\alpha$ 阻害薬などで治療中の者



⑧BCG接種歴のない乳幼児（0～4歳）。

※3 PZAを含む4剤処方

「結核医療の基準」に基づく初回標準治療の第一選択とされている。

平成8年4月より、INH・REF・PZA・SM又はEBの4剤併用療法を最初の2カ月間、その後、INH・RFPの2剤併用療法又はINH・RFP・EBの3剤併用療法を4カ月間、合計6カ月間使用する化学療法である。

※4 有病率

ある時点において、ある人口集団中にいるその病気をもっている人の割合。通常人口10万対率で表す。サーベイランス上でも、年末現在において治療を要する患者数（ただし潜在性結核感染症患者を除く）をもとに10月1日現在の総人口から計算したもの。（年末現在において治療を要する結核患者数／人口×10万）

※5 デインジャーグループ

結核発病率は高くないが、もし発病すれば若年者や抵抗力の弱い者に結核を感染させるおそれが高い者。

①学校の教職員 ②医療保健関係者 ③福祉施設職員 ④幼稚園・保育園・塾の教師⑤接客業者など

※6 リンパ球の菌特異たん白刺激によるインターフェロン $\gamma$ 遊離試験

結核感染診断として結核菌に特異的な蛋白を抗原として刺激し、インターフェロン $\gamma$ （IFN- $\gamma$ ）放出の程度を測定するのがIFN- $\gamma$  release assay（IGRA）で、IFN- $\gamma$ 活性をELISA法で測定する方法（クオンティフェロンRTBゴールド）と、IFN- $\gamma$ を産生するTリンパ球をELISPOT法で測定する方法（T-スポットR.TB）がある。この検査は、BCG接種の影響を受けずに結核感染の有無を判定できるという利点がある。

※7 DOTS（Directly Observed Treatment, Short-course）

DOTS（直接監視下短期化学療法）とは、結核患者を見つけて治すために利用されている、プライマリー保健サービスの包括的計画の名称で、WHOが打ち出した結核対策戦略である。DOTS戦略の一環として、ヘルスワーカーが助言し、薬を患者が飲み込むのを直接確認し、患者が治癒するまで保健サービスが経過をモニターする。

日本では、DOTS（直接服薬確認療法）と訳され、厚生労働省から「日本版21世紀型DOTS戦略」が示されている。本県でも「大分県DOTS実施要領」を平成23年4月に作成している。

## ※8 喀痰塗抹陽性罹患率

\*1の罹患率を患者の発病時の病状に応じて細分し算出したもの。

喀痰塗抹陽性罹患率は感染性の高い結核患者の発生率を示す。結核問題の地域比較という点では、喀痰塗抹陽性肺結核患者は周囲への感染の危険という点で最も重要であり、この発生率は地域の感染危険の程度を推測する指標。

(新登録患者中塗抹陽性肺結核患者数/人口×10万)

## ※9 潜在性結核感染症

免疫学的方法（IGRAまたはツ反検査）により感染の有無の推定を行い、X線検査等で明らかな発病所見を認めないことをもって診断がなされる。潜在性結核感染者は、臨床的特徴の明らかな結核患者（確定例）への進展を防止するための治療（従来の化学予防）の対象となる。

## ※10 結核医療の基準

感染症法第37条の2の公費負担の対象となる「厚生労働省令で定める医療」は、感染症法施行規則の第20条の2に規定されており、当該規定により厚生労働大臣が定めることになっているのが結核医療の基準である。平成21年厚生労働省告示第16号平成28年1月29日施行分が現行のものである。

## ※11 入院勧告

感染症法により、都道府県知事は、結核のまん延を防止するため必要があると認めるときは、当該患者に対し結核指定医療機関に入院し、又はその保護者に対し当該患者を入院させるべきことを勧告することができる。

## ※12 患者支援タイプの選択

患者の地域DOTS支援ランクについては治療中断のリスク、患者の利便性、地域の実情等を考慮し、関係者の協議により決定する。

Aランク：住所不定者、アルコール依存症患者、薬物依存者、治療中断歴のある者、再発患者等治療中断のリスクが高い患者

原則毎日の服薬確認

Bランク：高齢者（要介護、独居等）で、服薬支援が必要な患者

原則週1～2回以上の服薬確認

Cランク：ランクA及びB以外の患者

原則月1～2回以上の服薬確認

## ※13 コホート成績

コホートとは、一年間など期間を定めてこの間に治療を開始した患者の集団を指す。このコホート集団を一定期間追跡し、治療終了時点での成績を見るのがコホート分析法

である。世界的に広く用いられている治療サービスの評価のこと。日本では、15区分をまとめ、①治癒、②治療完了、③死亡、④失敗、⑤脱落、⑥転出、⑦12か月を超える治療、⑧判定不能、の8区分の統計を算出している。

#### ※14 社会福祉施設

- ・生活保護法に規定する救護施設、更生施設
- ・老人福祉法に規定する養護老人ホーム、特別養護老人ホーム又は軽費老人ホーム
- ・売春防止法に規定する婦人保護施設

#### ※15 集団感染

同一の感染源が2家族以上にまたがり、20人以上に結核を感染させた場合を言う。ただし、発病者1人は6人が感染したものとして感染者数を計算する。（初発患者は計算に含めない。）

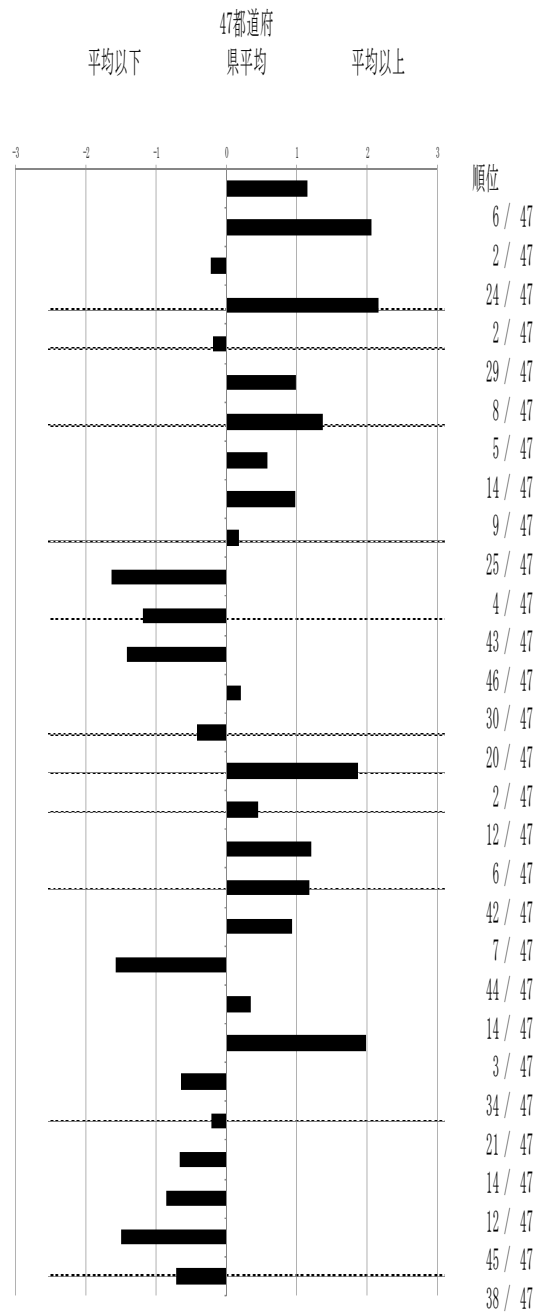
#### 参考文献

- ・WHO:Global Tuberculosis Control2017
- ・日本結核病学会：結核診療ガイドライン（改訂第3版）：2015
- ・公益財団法人結核予防会：結核の統計2017：2017
- ・公益財団法人結核予防会：新結核用語辞典

結核管理図 平成28年 44 大分県

項目	単位	指標値	47都道府 県平均	基準化 偏差	
人口		1,159,741			
新登録者数		185			
罹患率(10万対)		16.0			
年末活動性結核者数		143			
有病率(10万対)		12.3			
年末総登録数		441			
<hr/>					
蔓延状況	1 全結核罹患率	10万対	15.95	12.57	1.15
	2 喀痰塗抹陽性肺結核罹患率	10万対	7.59	4.78	2.07
	3 結核死亡率	10万対	1.39	1.50	-0.22
潜在性結核感染症	4 潜在性結核感染症治療対象者届出率	10万対	9.74	5.33	2.16
患者背景	5 新登録中外国出生者割合	%	5.95	6.61	-0.19
	6 新登録中65歳以上割合	%	81.08	73.26	0.98
患者発見 発見の遅れ	7 発病～初診2か月以上割合	%	26.32	16.42	1.37
	8 初診～診断1か月以上割合	%	24.53	21.33	0.58
	9 発病～診断3か月以上割合	%	22.08	15.69	0.97
接触者健診	10 新肺結核中接触者健診発見割合	%	3.36	3.85	-0.18
	11 新登録患者1名あたり接触者健診実施数	延人数	14.68	8.74	1.64
診断	12 新登録中肺外結核割合	%	19.46	24.27	-1.19
	13 新肺結核中再治療割合	%	2.01	5.27	-1.42
	14 新肺結核中菌陽性割合	%	87.25	88.22	-0.21
治療	15 新全結核80歳未満中2含む4剤処方割合	%	83.72	80.84	0.42
	16 前年新登録肺結核退院者入院期間中央値	日	96.00	64.56	1.87
	17 前年新全結核治療完遂継続者治療期間中央値	日	277.50	270.10	0.45
	18 年末活動性全結核中2年以上治療割合	%	2.10	1.08	1.20
治療成績	19 肺喀痰陽性初回コホート治療成功割合	%	37.37	46.29	-1.17
	20 肺喀痰陽性初回コホート死亡割合	%	30.30	24.74	0.93
	21 肺喀痰陽性初回コホート失敗脱落割合	%	1.01	4.70	-1.58
	22 肺喀痰陽性初回コホート転出割合	%	4.04	3.24	0.35
	23 肺喀痰陽性初回コホート12か月超治療割合	%	19.19	9.08	1.98
	24 肺喀痰陽性初回コホート判定不能割合	%	8.08	11.95	-0.65
情報管理	25 新肺有症状中発見遅れ期間把握割合	%	68.14	63.62	0.21
	26 新肺結核中培養等検査結果把握割合	%	95.30	87.14	0.67
	27 新肺培養陽性中薬剤感受性結果把握割合	%	88.07	70.00	0.86
	28 年末総登録中病状不明割合	%	3.40	18.06	-1.50
その他	29 年末活動性全結核中生活保護割合	%	2.10	4.38	-0.71

指定都市含む47都道府県版



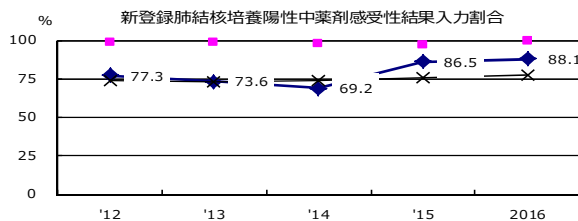
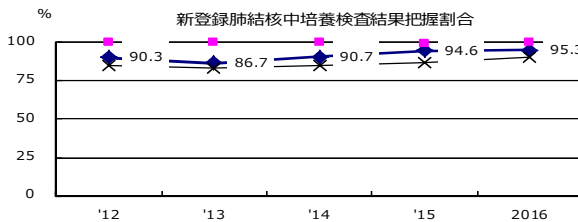
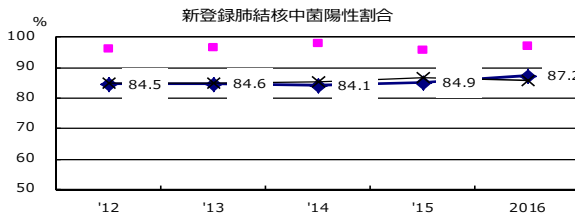
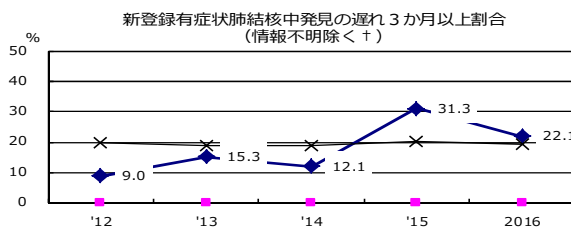
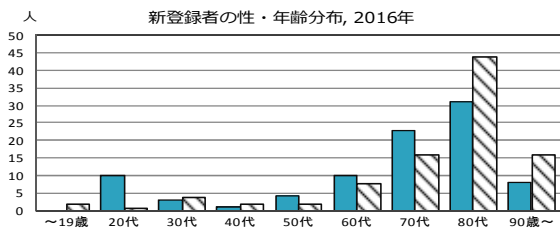
3. 結核死亡率は人口動態による。
11. この指標値は前年の成績であり、接触者健診実施数は地域保健・健康増進事業報告の接触者健診実施総数より抜粋した。
16. 前年の新登録肺結核患者で登録時入院患者が対象である。
17. 前年の新登録患者で登録時入院または外来の患者が対象である。
- 19～24. 前年の新登録喀痰塗抹陽性肺結核初回治療患者が対象である。

グラフと偏差の符号が逆：  
指標値番号：10, 11, 14, 15, 19, 25, 26, 27

順位は指標値  
による降順位

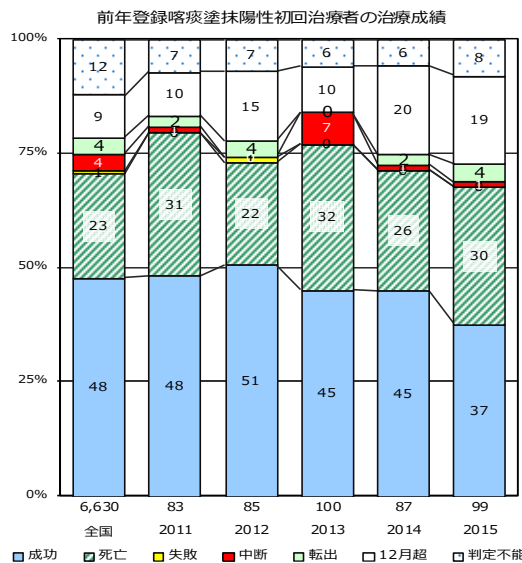
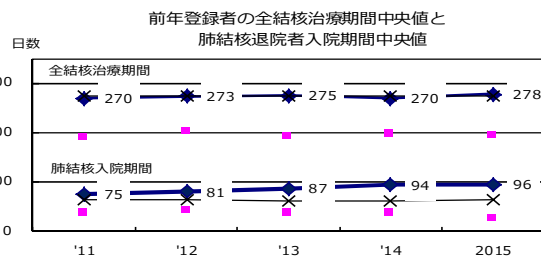
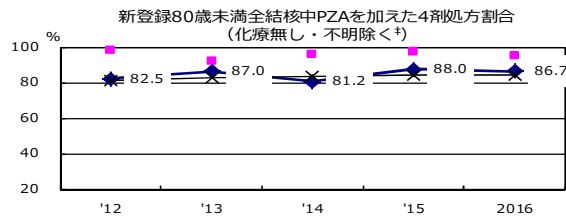
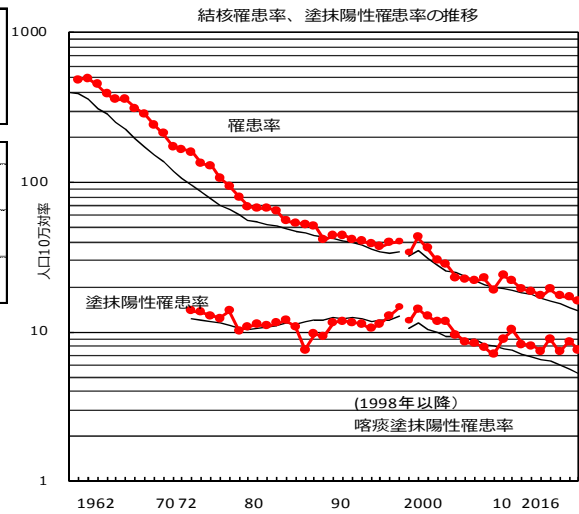
2016年 疫学統計				
人口	1,159,741	人	(全国)	
新登録中外国人	11	名	5.9%	(7.6%)
新登録中ホームレス経験あり	0	名	0.0%	(1.0%)
新登録30-59歳男中無職かつ生保	1	名	12.5%	(7.7%)

年次推移(年)	'12	'13	'14	'15	2016
新登録数	207	228	203	199	185
人口10万対率	17.5	19.3	17.3	17.1	16.0
新登録肺結核喀痰塗抹陽性数	88	106	86	100	88
人口10万対率	7.4	9.0	7.3	8.6	7.6
潜在性結核	92	57	49	114	113
人口10万対率	7.8	4.8	4.2	9.8	9.7



◆ 大分    ■ 最良県市    × 全国

† 発見の遅れ情報不明(%)    '12    '13    '14    '15    2016  
17.4    24.5    51.3    24.4    31.9



‡ 化療無し・不明(%)    '12    '13    '14    '15    2016  
0.8    0.0    1.9    1.0    3.5

健感発 1 1 2 5 第 2 号

平成 2 8 年 1 1 月 2 5 日

各 { 都 道 府 県 }  
{ 保 健 所 設 置 市 } 衛 生 主 管 部 ( 局 ) 長 殿  
{ 特 別 区 }

厚生労働省健康局結核感染症課長

( 公 印 省 略 )

「活動性分類等について」の一部改正について

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 年法律第 114 号）第 53 条の 12 第 1 項に規定する結核登録票に登録されている者に係る活動性分類等について、結核対策の重点化・効率化を図る観点から、「活動性分類等について」（平成 22 年 1 月 28 日健感発 0128 第 1 号各都道府県・政令市・特別区衛生主管部（局）長宛て当職通知）を別紙のとおり改正した。ついては、貴管内関係機関等に周知いただくとともに、具体的運営を図られるようお願いしたい。

なお、本通知は、地方自治法（昭和 22 年法律第 67 号）第 245 条の 4 第 1 項に規定する技術的な助言とし、平成 28 年 11 月 25 日から適用する。

各 { 都道府県 }  
      { 政令市 } 衛生主管部（局）長 殿  
      { 特別区 }

厚生労働省健康局結核感染症課長

### 活動性分類等について

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年法律第114号。以下「法」という。）第53条の12第1項に規定する結核登録票に登録されている者に係る活動性分類等については、下記を参酌の上、具体的運営を図られたい。

### 記

#### 第1 結核登録票への登録

1 結核登録票に登録すべき者は次のいずれかに該当する者とする。

(1) 結核患者

(2) 結核回復者

イ 結核医療を必要としないと認められてから2年以内の者（経過観察を必要としないと認められる者を除く。）

ロ 結核再発のおそれが著しいと認められる者

2 1の(2)イにおける「経過観察を必要としないと認められる者」は、第3の6に定める潜在性結核の者であって、保健所長が経過観察を必要としないと認める者とし、該当した時点で、登録票から削除することができる。それ以外の者については、原則として2年間登録すること。

3 1の(2)ロ「結核再発のおそれが著しいと認められる者」とは、結核医療を必要としないと認められてから2年を経過した者であって、次に掲げる者をいう。ただし、

保健所長が経過観察を必要としないと判断した時点で、登録票から削除すること。

- (1) 再発のあった者
- (2) 受療状況が不規則であった者
- (3) 抗結核薬に耐性のあった者
- (4) 糖尿病・塵肺・人工透析患者、副腎皮質ホルモン剤使用患者、その他の免疫抑制要因を持った者
- (5) その他保健所長が経過観察を必要と認める者

4 結核患者の診断に係る疾患の原因となっている病原体等が非結核性抗酸菌（非定型抗酸菌）その他の非結核性のものであることが判明した場合は、法の適用はなく、登録は無効であること。当初から1のいずれにも該当しないことが事後に判明した場合も、同様とすること。

## 第2 分類の原則

活動性分類は、結核登録票に登録されている者の管理区分を示す分類であり、最新の医師の診断（肺結核にあつては結核菌検査及び胸部エックス線検査に基づく診断、肺外結核にあつては臨床・理学的検査に基づく診断）による指示及びその診断の時期からの経過期間に基づき次のいずれかに区分されること。

- 1 活動性  
結核の治療を要する者
- 2 不活動性  
治療を要しないが経過観察を要する者
- 3 活動性不明  
病状に関する診断結果が得られない者

## 第3 活動性分類の区分

活動性分類は、第4に定める結核症の主な罹患臓器、菌所見及び治療の既往を勘案し、登録時に次のいずれかに区分すること。

- 1 肺結核活動性・喀痰塗抹陽性・初回治療
- 2 肺結核活動性・喀痰塗抹陽性・再治療
- 3 肺結核活動性・その他結核菌陽性
- 4 肺結核活動性・菌陰性・不明
- 5 肺外結核活動性
- 6 潜在性結核



#### 第4 各区分の基準

第3に定める活動性分類の区分は、次に定めるところによること。

##### 1 結核症の主な罹患臓器

結核菌が罹患した臓器により次のように分類すること。ただし、肺結核と肺外結核を合併する者は、肺結核に分類すること。

###### (1) 肺結核

肺又は気管支を主要罹患臓器とする結核症。ただし、結核性胸膜炎、膿胸、肺門リンパ節結核及び粟粒結核は、肺外結核に分類すること。

###### (2) 肺外結核

肺及び気管支以外の臓器を主要罹患臓器とする結核症及び粟粒結核。

##### 2 菌所見

肺結核については、診断時の結核菌検査所見により次のように分類すること。

###### (1) 喀痰塗抹陽性

結核菌喀痰塗抹陽性の者

###### (2) その他結核菌陽性

喀痰塗抹以外の検体・検査法を用いた検査で結核菌陽性の者（喀痰塗抹陰性で培養陽性の者、気管支内視鏡検査で塗抹陽性の者、核酸診断検査で陽性の者等）

###### (3) 菌陰性・不明

結核菌陰性の者及び検査を行わなかった者

##### 3 治療の既往

既往の結核に対する化学療法の実施状況により次のように分類すること。

###### (1) 初回治療

(2) 以外の者

###### (2) 再治療

結核に対する化学療法を過去に1月以上受け、かつ、その治療終了後2月以上経過している者

#### 第5 区分の変更等

分類の変更等については、次の基準によること。

##### 1 不活動性

治療を終了した者は、不活動性に分類を変更すること。

##### 2 活動性不明

最近6月以内の病状に関する診断結果が得られない者は、活動性不明に分類を変更すること。

##### 3 菌所見

治療開始後6月以内に第4の2の(2)に定めるその他結核菌陽性又は同2の(3)に定める菌陰性・不明の者でより若い番号の所見が得られた場合には、これに変更すること。

## LTBI 治療の経過観察の必要性を判断する際の考え方について

下記の考え方を参考にして、個別事例ごとに結核発病リスクの評価を行い、経過観察の要否について保健所長が総合的に判断することが望ましい。

### 1. LTBI 治療後等に保健所による経過観察が必要な場合（例示）

- (1) LTBI 治療の中断例あるいは不規則治療例
- (2) 明らかな集団感染事例など接触者集団の結核感染率が高いと推定される場合（感染性が非常に高いと推定される結核患者との濃厚接触歴があり、当該患者から感染したと思われる事例を含む）
- (3) 接触者健診で IGRA 陽性と判定され LTBI 治療を要すると診断されたが、治療を希望しないなどの理由で治療を実施しない事例（発生届の徹底も必要）
- (4) その他、発病リスクは高くないものの、経過観察等の配慮や支援が必要と判断された場合（発病に対する強い不安を訴え定期的な経過観察を求める事例、発病した場合に影響の大きい職種に従事しており職場等から経過観察の支援が求められた事例など）

### 2. LTBI 治療後に保健所による経過観察が不要な場合（例示）

- (1) 病状把握が必要となる事由（上記 1 のいずれか）が存在せず、日本版 21 世紀型 DOTS 戦略に基づく服薬確認が実施され、治療中断および不規則治療もなく治療が完遂したと判断された事例については、**保健所長の判断により、治療終了後 2 年以内の適当な時点（原則として治療終了後 1 年程度）において病状把握を終了し、登録を取り消すことができる。**
- (2) 医療従事者の雇入時健診等（ベースライン検査目的）で IGRA 陽性と判定されて LTBI 治療を行った場合については、**保健所長の判断により、治療終了時点において病状把握を終了し、登録を取り消すことができる。**
- (3) 生物学的製剤等の免疫抑制作用を持つ薬剤を使用するために LTBI 治療対象となった者で、他に発病リスクが高くなる要因がなく、原疾患等の医療のために定期的な医学的管理下に置かれる場合については、**保健所長の判断により、治療終了時点において病状把握を終了し、登録を取り消すことができる。**

健康第 1679 号

平成29年8月9日

各保健所（部）長 殿

健康づくり支援課長

LTBI 治療の経過観察の必要性を判断する際の考え方について

平成28年11月25日付健発1125第1号にて、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施行規則の一部が改正されたことを受け、本県では、LTBI 治療の経過観察の必要性を判断する際の考え方について、別紙のとおり定めましたので通知いたします。

なお、大分県医師会あてには別添写しのとおり通知していることを申し添えます。

健康危機管理班

上野 2669