

千葉県結核対策プラン

平成29年3月

千葉県健康福祉部疾病対策課

目次

1. はじめに	1
2. 千葉県における結核の状況とこれまでの取り組み	2
3. 対策の基本的理念	3
4. 具体的な目標	3
5. 3つの柱と5つのポイント	4
・第1のポイント「DOTSの推進」	5
・第2のポイント「治療完了までの支援」	6
・第3のポイント「接触者健診の徹底」	7
・第4のポイント「受診の遅れの低減」	8
・第5のポイント「診断の遅れの低減」	9

1. はじめに

我が国における結核患者数は年々減少しているため、過去の病気と思われがちですが、年間約 18,000 人もの新規登録患者が発生し、依然として「中まん延国」に位置付けられています。

国は、結核対策として、平成 16 年に結核予防法に基づき、「結核予防の総合的な推進を図るための基本的な指針」（以下、「基本指針」という。）を策定しました。その後、平成 19 年に結核予防法は「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」（以下、「感染症法」という。）に統合され、結核は二類感染症に位置付けられるとともに、基本指針は「結核に関する特定感染症予防指針」（以下、「予防指針」という。）として引き継がれました。

予防指針は、我が国における結核対策の方向性を示すものであり、おおむね 5 年ごとに改正されており、平成 23 年 5 月に改正されて以来、平成 28 年 11 月に 5 年ぶりに改正されました。

千葉県においては、平成 13 年 9 月に「結核対策千葉方式」を策定し、結核罹患率の改善に取り組んできましたが、平成 23 年 5 月の予防指針の改正を踏まえて、平成 24 年 3 月に「千葉県結核対策プラン」として改定し、平成 27 年までの具体的な目標値の設定、DOTS の推進、接触者健康診断の強化・徹底等を図りました。

今般、平成 28 年 11 月の予防指針の改正を踏まえて、千葉県感染症対策審議会結核対策部会において審議を行い、平成 32 年（2020 年）に向けて新たに目標値の設定など改定を行うこととしました。

この「千葉県結核対策プラン」の実施にあたっては、これまでと同様に、地域の実情を勘案し、千葉県と千葉市・船橋市・柏市、結核病床を有する医療機関を中心とした結核医療に携わる医療機関、公益財団法人ちば県民保健予防財団等関係団体が一体となり、県下市町村と連携して、“結核の根絶”という策定当初からの目的に向かい事業を進めていきます。

（注）「千葉県結核対策プラン」では、数値の記載を含め「千葉県」は千葉市・船橋市・柏市を含んだ「千葉県内全域」を表します。

2. 千葉県における結核の状況とこれまでの取り組み

本県では、平成 27 年 1 年間に 878 人の新規患者が発生しており、罹患率は 14.1 と全国平均の 14.4 に比べて若干低い水準となっているものの、平成 24 年に患者数 1,000 人を下回って以降、患者数は年間あたり 900 名程度を推移しています。

年齢別患者数は、80 歳以上が全体の約 3 割、60 歳以上が 6 割以上を占めており、全国に比べて高齢者の割合は低いものの患者の中心は高齢者となっています。

また、新規患者のうち外国出生者の割合は 7.0%であり、全国平均（6.4%）と比べて高く、年々増加傾向が続いているため、結核のハイリスクグループとして潜在している状況が続いています。

そのため、本県では、結核のまん延を防止するため、結核患者の医療費公費負担や DOTS の推進などにより治療完了に向けた支援を行うとともに、感染性が高い患者が発生した場合、人権に配慮した上で、患者に対して入院勧告等を行い感染拡大の防止を図ってきました。

併せて、患者と接触があり感染が疑われる者に対して、接触者健康診断を行い、新たな患者の早期発見、発病予防のための治療推進などの対策を講ずるとともに、結核予防週間（9 月 24 日から 30 日まで）などの機会を利用して、関係団体とともにイベントの開催や各種広報媒体を活用した予防啓発を行ってきました。

外国人対策として、千葉県 DOTS 支援員等派遣事業により通訳を派遣し、患者の服薬支援の強化を図りました。

これらの取り組みにより、平成 27 年の結核罹患率は 14.1 となり、平成 24 年 3 月に策定した千葉県結核対策プランに掲げた平成 27 年までの成果目標（結核罹患率 15.0 以下）を達成しています。

今後も従来行ってきた総合的な取り組みを徹底していくことが、結核罹患率 10 以下の低まん延国化に向けた取り組みとして必要となります。

3. 対策の基本的理念

患者を早期に発見し、適切な医療を提供するとともに、治療完了まで支援すること、また、接触者健診を徹底し、感染者や発病している患者を早期発見と早期治療に結びつけて、感染拡大を未然に防ぐことに重点を置くことが重要であると考え、本プランでは、結核対策の重点的対象を患者に置き、患者とその家族を大切にすることを対策の基本とします。

4. 具体的な目標

本プランは、平成32年までに以下に掲げる目標を達成することを目指すこととします。

事業目標		参考	
		国の目標	平成27年実績 (全結核患者のみ)
全結核患者及び潜在性結核感染症の者に対するDOTS実施率	95%以上	95%以上	96.2%
肺結核患者の治療失敗・脱落率	5%以下	5%以下	7.17%
潜在性結核感染症の治療完了率	90%以上	85%以上	87.1%
接触者健診受診率	98%以上	なし	94.6%
結核病床保有病院（モデル病床含む）の確保	全医療圏	なし	7医療圏/ 9医療圏

成果目標		参考	
		国の目標	平成27年実績
人口10万対結核罹患率	10.0以下	10.0以下	14.1

5. 3つの柱と5つのポイント

千葉県結核対策・3つの柱

- ①発見した結核患者の治療を完了すること
- ②結核患者からその周囲への感染拡大を防ぐこと
- ③感染者や発病した結核患者を1日も早く発見すること

この3つの柱について患者を中心に置いて再構成した5つのポイントを「千葉県結核対策・5つのポイント」としました。

また、「千葉県結核対策プラン」においては、対策の出発点として、重点を患者に置くこととしており、結核患者を1日も早く発見し治療完了することが、同時に周囲への感染拡大防止にもつながるという視点に立った順番でポイントを整理しています。

千葉県結核対策・5つのポイント

○第1のポイント

入院中の院内DOTSの実施はもとより、退院後・通院中も地域の関連機関と連携し、患者支援体制を作り、地域DOTSの推進を図ります。

○第2のポイント

患者が発見されてから治療完了するまでの状況を保健所が把握し、治療完了に向けて支援します。

○第3のポイント

保健所は、発見された患者の接触者健診を徹底し、接触者健診受診率の向上を図ります。

○第4のポイント

患者の医療機関への受診の遅れをなくします。

○第5のポイント

患者が医療機関に受診した後の診断の遅れをなくします。

(注)DOTS：Directly Observed Treatment Short Course

様々な日本語訳がありますが、千葉県では、「患者服薬支援」と訳しています。また欧米等においては、DOTSを包括的な結核対策の名称とし、具体的な服薬支援をDOTとしている場合もありますが、ここでは統一してDOTSと表記しています。

○第1のポイント

入院中の院内DOTSの実施はもとより、退院後・通院中も地域の関連機関と連携し、患者支援体制を作り、地域DOTSの推進を図ります。

[現状と課題]

結核治療においては、毎日、決められた量の薬を確実に服用することが重要ですが、これらの服用が守られていないこと等を原因としての再発・慢性排菌化、薬剤耐性結核菌の出現等の問題が生じています。

そのため、千葉県では、平成19年に「千葉県結核患者服薬支援要領」を制定し、院内DOTS、地域DOTSを推進してきました。

その結果、平成27年の全結核患者に対するDOTS実施率は96.2%、潜在性結核感染症の者の治療完了率は87.1%であり、それぞれの目標値(DOTS実施率：95%以上、潜在性結核感染症の治療率：85%以上)を達成しました。

結核患者の確実な治療完遂のためには、保健所が、引き続き地域の結核対策の拠点としての役割を果たすとともに、患者本人にとって最も適切かつ確実な服薬支援を行っていくことが求められています。

また、潜在性結核感染症の者に対して確実に治療していくことが低まん延国化に向けた取組みとして重要となります。

[具体的方策]

潜在性結核感染症の者も含めて結核患者診断後、ただちに保健所に発生届を届け出るよう医師に啓発するとともに、結核患者発生届出のあった患者に対し、初回面接（訪問）を速やかに実施し、DOTSカンファレンス等において関係者と協議の上、脱落中断のリスクが高い患者や高齢単身者等服薬支援が必要な患者など患者に応じた服薬確認の頻度や方法など個別患者支援計画を作成し、支援します。

- 感染力の強い排菌患者の入院に際して、入院した医療機関において院内DOTSを十分に行います。
- 入院患者の退院後及び通院中の地域DOTSについて、患者のリスクアセスメントを適切に実施し、患者支援タイプの選択、支援場所の設定をします。
- 保健所は、必要に応じて地域の関係機関へ積極的に地域DOTSの実施を依頼し、潜在性結核感染症の者も含めた患者の確実な治療のため、その生活環境に合わせた支援を実施します。
- DOTSを実施するに当たっては、患者に服薬を記録する手帳（さわやか手帳）を配布して服薬終了まで確実につながるよう支援します

○第2のポイント

患者が発見されてから治療完了するまでの状況を保健所が把握し、治療完了に向けて支援します。

[現状と課題]

結核患者が届出(登録)された後、その患者がどのような治療を受け、どのような病態(菌の状況等)になり、最終的にどのような転帰に至ったかを治療過程において、保健所が常に把握していることは、結核対策において極めて重要なポイントです。

2015年版結核管理図によると、平成27年における千葉県の治療失敗・治療中断割合は、7.17%であり、全国平均の4.39%より高率でした。

治療脱落を防止していくために、医療機関及び保健所で実施されるDOTSカンファレンスにおいて患者の問題点や状況に合わせた支援方法を決定することやコホート検討会において治療成績を評価し、治療失敗・脱落の原因究明などの検討をすることにより、患者支援の評価・見直しを行っていくことがより一層求められています。

また、結核登録者情報システムによると、千葉県の結核新規登録患者外国人数は、平成27年は61人あり、全国で5番目に多く、言葉や風習が異なる外国人結核患者と意思疎通が困難な事例が医療機関から報告されています。

それぞれの患者や家族の利便性を考慮し、身近で総合的な入院治療が受けられる医療体制の整備を図ることが必要です。

[具体的方策]

結核患者が医療機関に入院している場合や外来で治療中の場合は、その状況について医療機関が把握しているため、医療機関と保健所の連絡を密接にすることにより、患者の状況を保健所が把握することが可能となります。

また、治療終了後の者に対して、定期的な状況把握や管理検診等により再発の早期発見を図ります。

- 医療機関と保健所の連携を強化し、DOTS カンファレンス等を通じて患者の状況を保健所が把握します。
- コホート検討会を実施し、患者支援の評価・見直しを行うことにより地域DOTSやDOTSカンファレンスに還元し、よりよい患者支援を推進します。
- 治療終了後の者に対して、管理検診等による病状把握により再発の早期発見を図ります。
- 精神疾患、認知症の患者や救命救急搬送された結核患者等が、それぞれ容態に応じて適切な医療が提供されるよう体制を整備します。
- 外国人に対して適切な医療が受けられるよう通訳の派遣等を行います。
- 全ての二次医療圏に結核患者収容モデル事業を活用した病床整備を図ります。

○第3のポイント

保健所は、発見された患者の接触者健診を徹底し、接触者健診受診率の向上を図ります。

[現状と課題]

結核患者の周囲には別の結核患者がいる可能性があるため、結核のまん延防止対策として接触者健診は極めて重要な役割を担っています。

「平成27年度結核定期健康診断実施状況調査」の結果によると、県内市町村における定期健康診断（住民検診）による患者発見率0.003%でした。

一方、2015年版結核管理図によると、千葉県の接触者健診患者発見率は4.31%であり、定期健康診断（住民検診）に比べて著しく高い患者発見率を示しています。

感染拡大防止の観点から、患者が発見された場合にはその周囲の方々への健診の徹底が重要です。

また、接触者健診実施の前提として、必要性の判断および健診対象者を適切に判断することが必要です。

[具体的方策]

接触者健診等の実施主体は都道府県知事又は保健所設置市長とされています。したがって、新しい結核患者が届出（登録）された場合には、保健所は迅速に積極的疫学調査を実施するとともに、その調査に基づき、保健所内検討会を実施して初発患者の感染性の評価、接触者の感染・発病リスクの評価により対象者の優先度を決定し、適切に健診を進めていくこととします。

また、接触者の集団健診を実施する場合には、必要に応じて対策委員会を設置するとともに、対象集団の理解、協力を得て円滑に健診を進めていきます。

- 結核患者の届出後、迅速に感染症法に基づいた積極的疫学調査を実施します。
- 積極的疫学調査及び接触者健診の実施にあたっては、結核患者や接触者、医療機関等の理解と協力を得ながら進めていきます。
- 新たな発病者の早期発見や潜在性結核感染症患者の早期発見と発病予防、感染源及び感染経路の探究を目的として適切な時期に適切な方法により接触者健診を徹底します。
- 結核の遺伝子検査（VNTR検査）等から感染源、感染経路を推測し、新たな接触者健診対象者の捕捉をします。

○第4のポイント

患者の医療機関への受診の遅れをなくします。

[現状と課題]

結核を発病し、咳等の症状が出てから患者が実際に医療機関に受診するまでの遅れを「受診の遅れ」といいます。この期間は患者が結核と診断されておらず、また本人が発病に気付いていないことが多いことから、本人自身への適切な医療の早期提供及び本人から家族をはじめとする周囲への感染拡大防止のために、可能な限り短縮していくことが重要です。

2015年版結核管理図によるとによると、平成27年の「発病から初診までに2ヶ月以上要した場合の割合」が、千葉県は20.23%であり、全国平均の19.99%より高く、依然として「受診の遅れ」が課題となっています。

この「受診の遅れ」は、有症状時の早期受診（咳等の呼吸器症状が2週間以上続く場合は、速やかに医療機関を受診する）を徹底することで減らせます。

また、新登録結核患者のうち外国国籍の占める割合が、千葉県は6.95%であり、全国平均6.37%より高く、また年々増加傾向を示しています。

そのため、結核の高まん延国出身者の健診の受診率の向上を図る必要があります。

[具体的方策]

「受診の遅れ」を減らしていくために、保健所等の行政関係者、医師会をはじめとする保健医療福祉関係者、学校関係者や市町村担当者等が一丸となって、県民一人ひとりに対する普及啓発を進め、理解を求めていきます。

- 県や市町村の広報誌等を通じて効果的な啓発を行います。
- 保健医療福祉関係団体を通じて啓発を行います。
- 住所不定者、結核の高まん延国出身者等ハイリスクグループや要介護度の高い高齢者に対する健診を推進します。
- 外国語のリーフレットを作成するとともに、ハイリスクグループが在籍する日本語学校等に配布し、健康診断の受診勧奨を行います。

○第5のポイント

患者が医療機関に受診した後の診断の遅れをなくします。

[現状と課題]

咳等の症状を訴える患者が医療機関に受診してから結核と診断されて保健所に届出されるまでの遅れを「診断の遅れ」といいます。

2015年版結核管理図によると、平成27年の「初診から登録までに1ヶ月以上要した割合」が、千葉県は18.50%であり、全国平均21.54%より低いものの、千葉県は急速に高齢化が進んでおり、今後、結核患者特有の症状（咳・痰）を示さない患者や認知症などで症状を訴えない患者の増加が見込まれ、早期発見が喫緊の課題となっています。

また、今後、患者数が減少し、低まん延国に移行した際、結核病床数の確保、医師の対応力の低下が懸念されます。

[具体的方策]

「診断の遅れ」を減らしていくため、標準的な治療のほか、多剤耐性結核や管理が複雑な結核の治療を担う中核病院（独立行政法人国立病院機構千葉東病院、財団法人化学療法研究会化学療法研究所附属病院、国保直営君津中央病院）を中心とし、基幹病院（医療法人三省会本多病院や地域ごとに合併症治療を主に担う結核患者収容モデル事業実施病院）と一般医療機関の地域連携を推進することで、早期診断技術の向上や情報の共有を図ります。

- 結核の専門医等により患者特性（一般、小児、高齢者など）に応じた医師向けの研修会を開催します。
- 高齢者の結核患者を早期に発見するためのシステムの構築を目指します。
- 結核医療の中心的役割を担う中核病院、基幹病院等で構成される連絡協議会等を定期的で開催します。
- 今後の低まん延国化を見据えて、本県の結核診療体制のあり方について関係者と検討を行います。