

平成30年度 奈良県結核対策推進協議会（概要）

日時：平成31年2月20日（木）14:30～16:00

場所：奈良県福祉医療部医療政策局長室

●出席者

委員：林会長、池本委員、平林委員、笠原委員、前田委員、佐藤委員、加藤委員

関係者：奈良医療センター 玉置診療部長、

南奈良総合医療センター 宇野感染症内科部長

事務局：疾病対策課（根津課長、井久保課長補佐、馬庭係長、横山技師）

郡山保健所（柘田係長）、吉野保健所（鼈甲屋保健主任）

●議題

- | | |
|---------------------|-------|
| （1）奈良県における結核の現状について | <資料1> |
| （2）県の結核対策について | <資料2> |
| | <資料3> |
| （3）奈良県の結核医療体制について | <資料4> |

●資料

資料1 奈良県における結核の現状について

資料2 県の結核対策事業について

資料3 2017（平成29）年コホート検討対象170名の分析結果

資料4 奈良県の結核医療体制について

議事内容

議題1「奈良県における結核の現状について」<資料1>

<主な意見等>

・奈良県の新登録患者は、高齢者が多い傾向にある。外国出生者も増加しているが、外国出生患者は若年層が多いと考えられる。外国人を除いて考えると、この資料で示されているよりも高齢者が多くなると思うが、分析は行っているのか。

→(事務局)高齢者が多いことは事実であり、外国出生患者の発生の増減にかかわらず奈良県では以前から高齢者が多い。外国出生患者については、増減はあるが奈良県でも増加している。国では速報値で新登録患者のうち10%が外国出生患者である。奈良県は約5%が外国出生患者である。

→(委員)日本人の結核患者の平均年齢は出ているのか。外国出生も含むと年齢構成が低く出ることがあるのではないか。

→(関係者)2016年の入院患者の年齢分布は、20代4人のうち2人が外国出生、30代4人のうち3人が外国出生と、外国出生者が多いが、40代を越えると外国出生者は0であ

った。現在は、まだ全体の数が少ないため、コミュニティが作られ外国出生者が増えてくるとアウトブレイクする可能性もあるため、奈良県においても外国出生患者への対策を進めていく必要があるのではないかと考える。また今後、外国出生の高齢者対策も必要になってくる可能性がある。

・PZA使用率が低いことは、高齢者が多いことに関係しているのか。

→(関係者)標準治療がPZAを含む4剤治療であることは、院内の医師に周知しているが、多数の合併症を有する方が多く、肝障害がある方等については、PZAの使用を控えるケースはあり得る。他施設では、肺外結核の治療の際にPZAが除かれることもある。合併症を有するケースもあるが、標準治療はPZAを含む4剤治療であることを県内の医療機関に広く周知していく必要があるのではないかと思う。院内でも再周知していく必要がある。

→(委員)患者背景とPZAの使用状況の関連を把握しているか。

→(事務局)協議会には出していないが、調べれば把握することは可能である。PZA使用率については、80歳未満での使用率を出しているため、高齢化の影響は受けていないものと考えている。

・外国出生患者が連絡を取りたい相手がいる場合、院内にWi-Fi環境がないが、ニーズに応えるためにはWi-Fi環境を整備する必要がある。現在、患者と医療従事者は、患者私物の携帯電話のアプリでコミュニケーションを図っている。外国出生患者とコミュニケーションを図れるように整えることは患者管理上とても重要であると考えため、支援をお願いしたい。

→(委員)外国人の受け入れについては、様々なところで問題となっており、電話を介した通訳サービスに対して国の補助があるので、活用されるか検討いただきたい。閉鎖病棟の中までサービスを届けることについてはまだ課題があるため、出来ることがあるか確認したい。

・高齢者が多い原因は何か。原因を分析し対策を講じれば、さらに罹患率の低下につながるのではないか。

→(委員)高齢者が多い原因として、結核患者の減少に伴い一般医療機関の医師では経験が少ない疾患になっていることがある。咳が長引く患者に対して「結核」が思い浮かばないこともしばしばある。結核が思い浮かばないため検査も行わず、診断もつかない。

また、高齢者の結核は非典型的なケースがしばしばある。症状も典型ではなく、レントゲンでは空洞の形成が少ないなど、診断に容易でないケースが多い。全国では、菌陽性の事例が10年前は82%程度であったが、近年は86~7%程度と増加している。結核の病状が典型でないため、菌検査を行わなければ、最終的な診断が出来ない例が増えている。関心のない医師に結核について知ってもらうことが課題である。

→(委員)高齢者の中で新たに感染が広がっているのか、既感染者が発症しているのか。

→(委員)大半は、既感染者の発病であるが、高齢者の中でも既感染率が低下してきているため、多くはないが再感染も事例としてある。

②「県の結核対策について」〈資料2、資料3〉。

〈主な意見等〉

・肺がんのため経過観察となっていたが、結核であった事例が複数例あった。高齢でがんがあると原因を追及しないケースが多い。結核を疑って喀痰検査を行うべき

→(委員)呼吸器科医でも見逃す理由が、がんで治療していると経過観察となり陰影を見逃しやすいことがある。陰影に変化がある場合、結核の検査を行わなければ専門医でも見逃すことがあり得る。

→(委員)分析を行うことで、診断の遅れは、肺炎で結核を想起することが出来なかったということだけでなく、さまざまな事例があるということが想像できるようになる。

→(関係者)若年者では、いろんな医療機関を受診するがインフルエンザの検査ばかりされキノロン系の薬剤を処方され1か月以上感染を拡大させたという事例もあったため、医師にフィードバックしていくことが大切である。

・感染源となる塗抹陽性例を減少させる必要がある。

→(委員)喀痰検査を1回行い陰性であったため、3連痰を実施せず、2回目実施したときに陽性となるケースがあった。喀痰塗抹陽性事例のうち、初回で何人判明等の分析を行ってみてはどうか。

→(事務局)保健所では分析を行っている。3連痰を実施しなかったために治療開始が遅れた場合には、診断の遅れとして出てくる。

→(委員)I G R A陰性である等の理由で早期に結核でないと思いつく事例も散発されている。

→(事務局)I G R A検査を行う医師は結核の意識はあるため、X線や喀痰検査を実施されているのではないか。

→(委員)他の診療科で結核=I G R A検査という知識を持っている医師もいるため、I G R A陰性のため結核を除外という記載も見られた。

・慢性期の病院での胸部X線検査をどれくらいの頻度で行うべきか。介護保健施設は年1回どれくらい浸透しているのか。指針を出した方が良いのか。

慢性期の病院であれば1年に2回患者全員に行うべきなのか。

→(委員)今回の分析では、X線検査をしなかったため診断が遅れた事例は1例のみであるのではないか。

→(事務局)X線検査実施しなかった事例は、長期未受診に分類される。高齢者の年1回のレントゲンは重要であると考えます。

→(委員)介護系の施設については、感染症法に基づいて年1回の健診が義務づけられているが、医療系の施設については法律的な義務はない。ただし、結核に関する特定感染症予防指針において、医療系施設や精神科病院においてもX線検査をすることが望ましいとされている。

→(関係者)どのように現場に落とし込んでいくべきか悩んでいる。療養病棟であれば、より頻度が高い方が良いのか、介護施設と同じレベルで良いのか、どのようなレコメンデーションをだせばいいのか。

→(委員)法律等に示されているのはスクリーニングである。高齢者の場合、塗抹陽性であっても、呼吸器症状を有する人は半数以下であると言われている。体重減少、食欲低下、

微熱が続く場合等には、必ず菌検査を実施することが重要である。

一般の抗生物質が効かない場合、キノロン系の薬剤を使用し一時的に症状が軽減してもまたすぐに症状が出てくる場合には、十分に注意が必要。

呼吸器だけでない症状を有する場合に菌検査を実施できるようにすることが重要である。

・病院や施設で年1回X線撮影を行うことは容易であるが、健診等で年1回胸部X線検査を実施する具体的な流れは。

→(委員) 4月に厚生労働省より新しい通知が発出された。特に80歳以上に焦点を絞り、80歳以上の人に積極的に結核健診を勧奨すること、勧奨の仕方としては、新しく費用がかからないようにと示されている。かかりつけの医療機関でも検査できるように個別健診を進めることも示されている。

→(委員) 高齢者で病院に来ることの出来ない人がでてくる。

→(委員) 地域包括ケアシステムを活用して、在宅療養者の早期発見が出来ないか検討しようとしている。ホームヘルパー等を活用し、咳や微熱が続くときにケアマネージャーに連絡し、ケアマネージャーからかかりつけ医に連絡がいくようなシステムが出来ないかと検討してるが、容易ではなく、さまざまなチャレンジを乗り越える必要がある。

在宅で症状を呈している人を早期発見するシステムを検討している。

→(委員) 結核健診の個別通知を行うための予算がない。がん検診や予防接種の案内の機会を利用して、と考え、関係課と連携しているが、通知が届いた側からするといったいどれが自分に関係あるかがわからないとの話もある。

→(会長) 枠組みはもともとあったが活用されていなかったため通知が発出されたが活用できていない。

・2週間以上咳が続く場合には、結核を疑って、X線撮影を行うといったキャンペーンを、医師会の会報誌に掲載する等していた。今後も掲載する。

健診の長期未受診者と発見の遅れが同数である健診関連については県民への啓発が必要。

・結核患者の治療成績で治癒の割合を全国と比較して、治癒が少ないように感じる。治療最終月に菌検査を行わなければ治癒とならない。肺外結核であるとなかなか治療終了まで菌検査がされない。

・PZAの使用率が低いことについて、3剤治療を行う際に、診査会ではPZA使用の推奨はしているか。患者が高齢であるため3剤のまま承認しているか。

→(関係者) 標準治療がされていない場合にはコメントをする。診査会の質を保つためにも、「4剤治療が必要であるがPZAの使用は」といったコメントを返していくことが4剤治療の使用率を増加させることにつながる。

→(委員) 日本結核病学会が2018年に医療の基準の見直しをし、基本的に4剤治療を行うこととし、3剤治療をなくした。国の医療基準は変更していないが、80歳以上でも使用できる場合には使用するとされており、4剤治療が基本であることに大きな違いはない。

③「奈良県の結核医療体制について」〈資料4〉

〈主な意見等〉

・奈良県の方針として、結核患者数を減少させ、県内で患者を診ていくことは、最大限協力する。結核患者が減少傾向であるため、稼働病床30床について、今後、調整等協力してほしい。

→(会長)結核病床数が減少していくなかで、これ以上分散させることも出来ないため、集約して診てもらうことを前提として、病床をどのようにしていくかは検討していく必要がある。

→(委員)国の基準とは異なる計算式を用いると奈良県の基準病床は24床となる。(入院期間60日、喀痰塗抹陽性者は100%入院し、70歳以上は塗抹陰性であっても3割入院し、70歳未満であっても塗抹陰性(肺外含む)は5%入院する。季節変動を考慮し、算出された数字の6割とすると24床となる)病床利用率をコントロールしなければ不採算になる。一番重要なことは安定的に結核患者が入院できるように確保すること。特定感染症予防指針では必要な病床に絞り込むこととされているが、診療報酬が十分でないため日本結核病学会から要望を出している。

→(委員)いずれは結核病床を30床から25床にしたいと考えている。

・手術等の治療を要する者は医大、透析を要する者は奈良県総合医療センターで受入体制が整っている。

以上