

# 積極的疫学調査

積極的疫学調査は、感染症法第15条に基づいており、感染症の発生を予防し、感染症の発生の状況、動向及び原因を明らかにするために、患者本人や関係者に調査を実施します。また、感染症法第15条第7項には、必要な調査を求められたものは調査に協力するよう努めなければならないと定められています。

なお、感染症法を根拠とした保健所への患者情報の提供は、接触者の安全確保など公衆衛生上の理由により不可欠と判断されるため、個人情報保護法に基づく利用制限の適用除外規定が適用されます（守秘義務違反に該当しません）。

## 調査項目

### 1) 主治医からの情報収集項目

#### ・登録直後

- ① 現在の治療状況（専門病院転院等の判断含む）
- ② 菌検査状況（検体の種類、塗抹・培養・核酸増幅法、同定検査薬剤感受性検査の実施の有無と菌株保存の依頼）
- ③ 症状出現時期、胸部エックス線所見（CTなども含む）
- ④ 結核治療歴の有無
- ⑤ 主治医から患者への説明内容、療養上の問題点

#### ・治療中、治療終了後

- ① 菌検査状況
- ② 結核治療状況、受診状況
- ③ 治療終了時期
- ④ 治療終了時の病状、菌検査結果
- ⑤ 治療終了後の健診状況とその検査結果

### 2) 患者家族からの情報収集項目

- ① 症状（特に呼吸器症状）の出現時期
- ② 職歴、生活歴、家族状況、現在の所属
- ③ 症状出現時の社会活動
- ④ 診断までの受診状況
- ⑤ 合併症、既往歴、胸部エックス線検査受診歴
- ⑥ 思い当たる感染源の有無
- ⑦ ハイリスク者（乳幼児、HIV感染者、治療管理不良の糖尿病患者、免疫抑制剤治療例等）との接触の有無
- ⑧ 海外生活歴や頻りに訪問する国

# 接触者健康診断

積極的疫学調査の結果から、保健所は感染症法第17条に基づき、接触者健康診断を実施します。対象者や健診時期、健診内容は、初発患者の感染性の高さや感染性の始期（症状出現時期や胸部エックス線などの経過等から判断）及び発病リスクや接触の濃さを総合的に評価して判断します。医療機関が院内感染対策として、接触者健康診断をする際は、保健所にご相談ください。

## 目的

- ① 発病前の潜在性結核感染症（LTBI）の早期発見と進展防止
- ② 新たな発病者の早期発見
- ③ 感染源・感染経路の探求

## 対象者

以下の項目を検討し、対象者を選定します。

### ①初発患者の感染性の評価

（P60「結核患者の感染性の評価に基づく接触者健診実施の必要性（基本）」参照）

### ②接触者の感染・発病リスクの評価

#### ●ハイリスク接触者

- ・乳幼児（特にBCG未接種の場合）
- ・免疫不全疾患（HIV感染など）、治療管理不良の糖尿病患者、免疫抑制剤や副腎皮質ホルモン等の結核発病のリスクを高める薬剤治療を受けている者、臓器移植例、透析患者など

#### ●濃厚接触者

- ・患者の同居家族、あるいは生活や仕事で毎日のように部屋を共有していた者
- ・患者と同じ車に週に数回同乗していた者
- ・換気の乏しい狭隘<sup>きょうあい</sup>な空間を共有していた者
- ・結核菌飛沫核を吸引しやすい医療行為等（気管支内視鏡検査、呼吸機能検査、痰の吸引、解剖・遺体取扱業務、結核菌検査等）に従事した者
- ・集団生活施設の入所者等

### ③接触者健診の優先度の決定

（P61「接触者の優先度等に応じた健診の実施時期、内容及び事後対応」参照）

## 健診時期・健診内容

以下のうち、必要な検査を適切な時期に実施します。

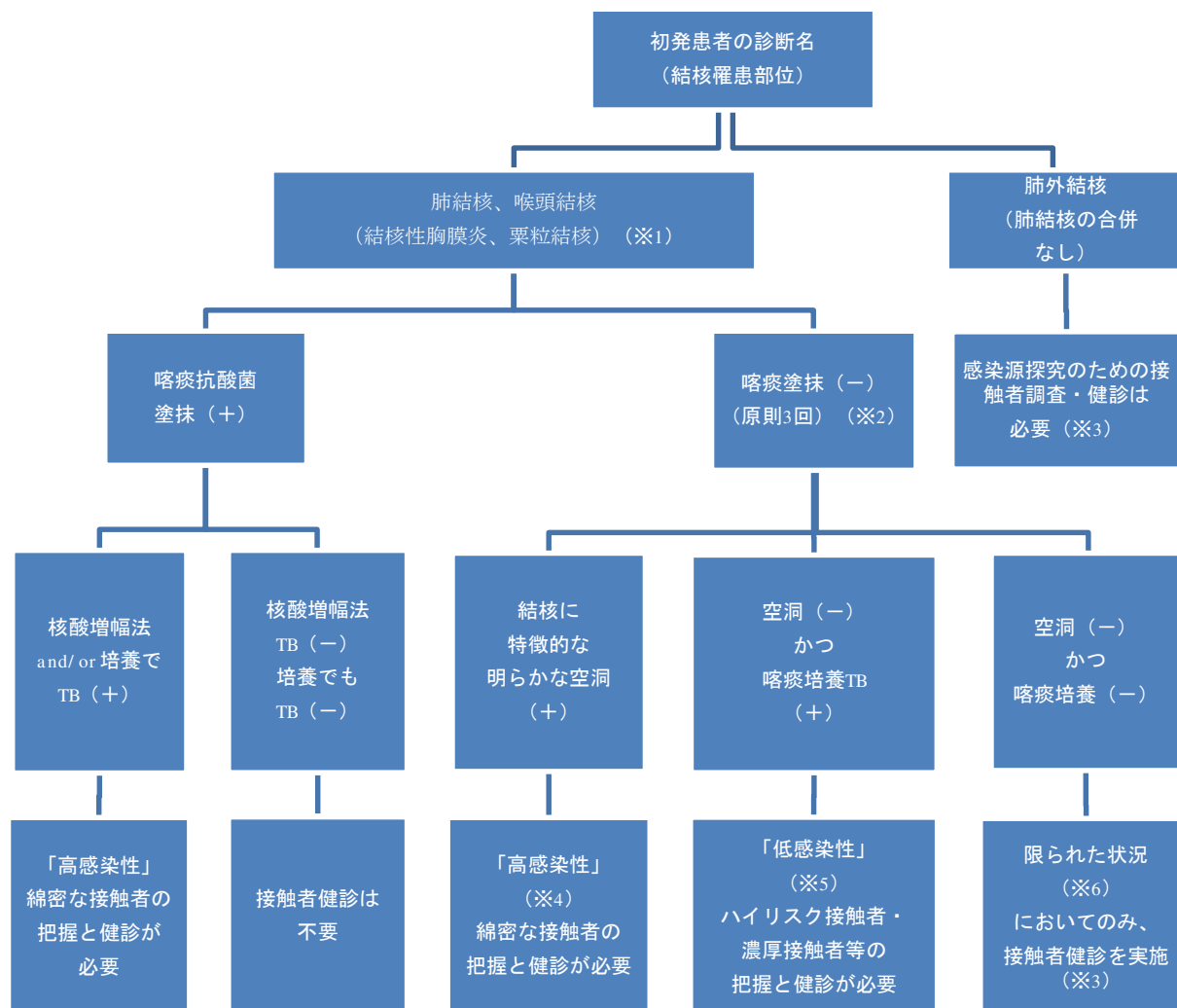
- ①IGRA検査〔感染を調べる〕(P28「IGRA検査」参照)
- ②ツベルクリン反応検査(以下「ツ反」)〔感染を調べる。〕  
(P62「ツベルクリン反応検査」参照)
- ③胸部エックス線検査〔発病を調べる〕(P17「胸部エックス線検査」参照)
- ④喀痰検査〔発病を確認する※有症状者及び胸部異常陰影を認める者が対象〕  
(P23「喀痰検査」参照)

## 健診実施方法

泉佐野保健所では 結核相談日(月4回・予約制)に健診を実施します。また、時間的、距離的に保健所に来所できない場合、医療機関委託健診があります。(P74「管理健診」参照)

## 第7章 保健所の対応

### 結核患者の感染性の評価に基づく接触者健診実施の必要性（基本）



注) 上記を基本とするが、感染リスクに関連する行為・環境等（激しい咳、頻回の咳、歌を歌うこと、社交性や社会活動性が高い、換気率が低く狭隘な閉鎖空間での接触、適切な換気システムのない部屋での咳を誘発する医療行為や気管支内視鏡検査、喀痰吸引）も考慮して感染性の高さを評価する。

- (※1) 肺実質病変を伴い、喀痰検査で結核菌が検出された場合（小児では稀）
- (※2) 3 回行われていない場合には、喀痰検査の追加依頼などを含めて、慎重に対応する。
- (※3) 当該患者からの感染拡大を想定した接触者健診は不要であるが、特に若年患者では、その感染源の探求を目的とした接触者調査と健診が必要。
- (※4) 連続検査の結果がすべて塗抹陰性（核酸増幅法検査でも陰性）で、培養検査でもすべて陰性と判明した場合には、「高感染性」の評価を撤回してよい。核酸増幅法検査または培養検査で「非結核性抗酸菌」による病変と判明した場合は、「接触者健診は不要」と判断する。
- (※5) 喀痰塗抹陽性例（高感染性）に比べて相対的に感染性が低いという意味。  
喀痰塗抹（-）でも、その核酸増幅法検査で TB（+）の場合は、塗抹（-）培養（+）と同様に「低感染性」とみなしてよい。
- (※6) 例えば、接触者の中に乳幼児（特に BCG 接種歴なし）や免疫低下者等がいた場合。  
(感染症法に基づく結核の接触者健康診断の手引き 改訂第 6 版 2022)

## 第7章 保健所の対応

### 接触者の優先度等に応じた健診の実施時期、内容及び事後対応

注) 第一同心円の健診で新たな患者（又は複数の感染者）が発見された場合に、第二同心円へと段階的に対象を拡大する

接触者の年齢等	健診目的	健診の実施時期	第一同心円		第二同心円
			最優先接触者	優先接触者	低優先接触者
2歳未満の乳幼児	LTBIの発見と進展防止	登録直後	<ul style="list-style-type: none"> <li>基本は IGRA and ツ反 → 陽性者に胸部 X 線検査</li> <li>BCG 未接種児に対してツ反を優先実施し、ツ反が陰性でも、接触歴等から感染リスクが高いと判断された者には IGRA を追加実施</li> <li>→ 「IGRA 陽性者」及び「塗抹陽性患者との接触歴ありで BCG 未接種のツ反陽性者」などについては発病の有無を入念に精査（医療機関へ紹介）</li> </ul>		
		2～3カ月後（※1）	同上	—	—
		事後対応（※6）	<ul style="list-style-type: none"> <li>上記の IGRA（又はツ反）の結果、感染あり（疑い）と診断 → 潜在性結核感染症（LTBI）としての治療を指示</li> <li>直後の IGRA・ツ反が共に陰性であっても、BCG 未接種児の場合などは、ウィンドウ期を考慮 → LTBI としての治療を検討</li> <li>最終接触から2～3カ月後も IGRA・ツ反が共に陰性 → ここで健診は終了（※3）</li> </ul>		
	患者の早期発見	6カ月後～2年後まで	上記で感染あり（疑い）と診断したが LTBI としての治療を実施できなかった場合 → 胸部 X 線検査（概ね 6 ヶ月間隔）	—	—
2歳以上の幼児（未就学児）	LTBIの発見と進展防止	登録直後（※2）	<ul style="list-style-type: none"> <li>IGRA（必要に応じてツ反） → 陽性者に胸部 X 線検査</li> </ul>		
		2～3カ月後（※1）	同上	—	—
		事後対応（※6）	<ul style="list-style-type: none"> <li>上記検査の結果、感染あり（疑い）と診断 → LTBI としての治療を指示（※4）</li> <li>最終接触から2～3ヶ月後も IGRA（ツ反陰性） → ここで健診は終了（※3）</li> </ul>		
	患者の早期発見	6カ月後～2年後まで	上記で感染あり（疑い）と診断したが LTBI としての治療を実施できなかった場合 → 胸部 X 線検査（概ね 6 ヶ月間隔）	—	—
小学生以上（対象年齢上限なし）	LTBIの発見と進展防止	登録直後（※2）	<ul style="list-style-type: none"> <li>IGRA 検査 → 陽性者に胸部 X 線検査（※5）</li> </ul>	同左（最終接触から2～3カ月後に1回）	同左（最終接触から2～3カ月後に1回）
		2～3カ月後（※1）	同上		
		事後対応（※6）	<ul style="list-style-type: none"> <li>上記検査の結果、感染あり（疑い）と診断 → LTBI として治療を指示（※4）</li> <li>2～3ヶ月後も、IGRA 陰性（未感染と判断） ⇒ ここで健診は終了（※3）</li> </ul>	同左	同左
	患者の早期発見	6カ月後～2年後まで	上記で感染あり（疑い）と診断したが LTBI として治療を実施できなかった場合 → 胸部 X 線検査（概ね 6 ヶ月間隔）	同左	同左

（※1）「2～3ヶ月後」とは、初発患者との最終接触から概ね2～3ヶ月経過後という意味。「登録直後」の健診を、初発患者との最終接触から2～3ヶ月以上経過後に実施していた場合は、1回の健診でよい。

（※2）初発患者の登録時点で、既に2ヶ月以上の感染曝露期間があったと推定される「最優先接触者」については、登録直後の健診を重視する。一方、初発患者が「低感染性」の場合、又は患者登録までの感染曝露期間が短い場合は、登録直後の健診を省略し、患者との最終接触から2～3ヶ月後を初回健診として差し支えない。

（※3）接触者の所属集団の IGRA 陽性率が高い場合、又は既に多くの二次感染者を認める場合などは、患者との最終接触から6ヶ月にも IGRA 再検査を実施するとともに経過観察を続ける。終了する場合でも、その後の有症時の医療機関受診を勧奨する。

（※4）免疫不全（HIV 感染等）に準じた因子を有する者には、IGRA（ツ反）陰性でも、慎重な対応を行う。

（※5）不安が強い接触者等には、2ヶ月後の IGRA を待たずに、登録直後に胸部 X 線検査を実施する場合あり。

（※6）本表における「事後対応」では、画像所見等により結核患者（確定例）と診断された場合を除く。

# ツベルクリン反応検査

ツ反は結核の感染の有無を知る検査です。

接触者健診では、2歳未満の乳幼児等に行います。

<方法>

主に精製ツベルクリン（ $0.5 \mu\text{g/ml}$ , 2.5IU相当）を皮内注射し、48時間後判定します。

ツ反の判定成績の記載様式

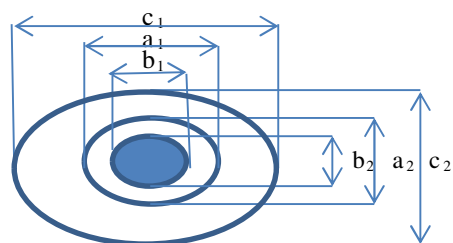
判定	略符号	ツ反の状態
陰性	—	発赤の長径が9 mm以下のもの
弱陽性	+	発赤の長径が10 mm以上
中等度陽性	++	発赤の長径が10 mm以上で硬結を伴うもの
強陽性	+++	発赤の長径が10 mm以上で硬結に二重発赤、水ほう、壊死等を伴うもの

<記載法>

$$\frac{b_1 \times b_2}{a_1 \times a_2} \quad (c_1 \times c_2) \text{ (副反応)}$$

(副反応：水ほう、壊死等)

a = 発赤      1 = 長径  
b = 硬結      2 = 短径  
c = 二重発赤



<ツ反の結果に基づく潜在性結核感染症（LTBI）の判定基準>

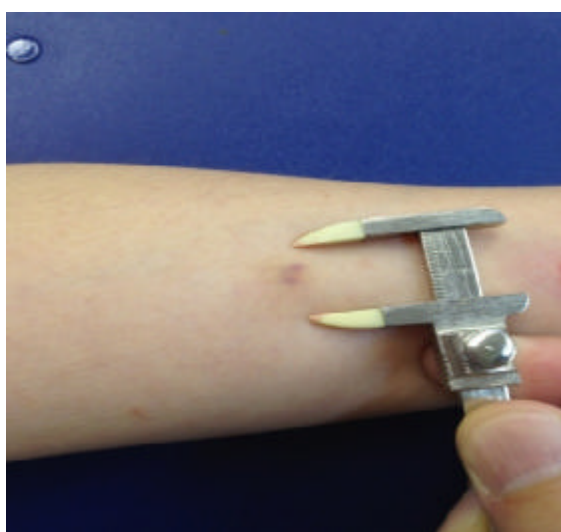
		患者接触	
		なし	あり
BCG歴	なし	硬結 15 mm以上 または 発赤 30 mm以上	硬結 5 mm以上 または 発赤 10 mm以上
	あり	硬結 20 mm以上 または 発赤 40 mm以上	硬結 15 mm以上 または 発赤 30 mm以上

※乳幼児の発病率の高さを考慮し、個々の事例の感染・発病リスク（初発患者の感染性の高さや接触状況、乳幼児側の合併症など）に応じて慎重に対応することが望まれます。

## 第7章 保健所の対応



皮内に正確に0.1ml注射すると毛嚢に一致した凹を伴う直径7mm前後の丘疹ができます。



(一) 9×8mm、皮内の出血班に惑わされず発赤径を計測します。



(十) 15×20mm、硬結 (一) 二重発赤 (一)



(卍) 反応が強いと、硬結の他に発赤の段差（二重発赤）がみられることもあります。まれに水泡形成、リンパ管炎、出血などがみられることもあります。

# BCG 接種とコッホ現象

日本では従来、ツ反を行い陰性者のみに BCG を接種していましたが、平成 17 年からはツ反を行わず BCG 接種を直接接種で行うこととなり、生後 6 か月に至るまでに接種することとなりました。さらに、平成 25 年度以降は、平成 17 年からのワクチン接種時期変更後、BCG 骨炎や皮膚結核様病変などのワクチン副反応例の報告が増加する傾向が指摘されたこと、等を受けて、生後 1 歳に至るまでの間に接種することと変更されました。なお、標準的な接種は生後 5 か月から 8 か月の間に行うこととされています。

コッホ現象とは、結核にすでに感染しているものに BCG を接種したときの局所の反応のことを指します。未感染者が BCG を接種した場合には、「接種後 10 日頃に針痕痕部位に発赤が生じ、接種後 1~2 か月までに化膿巣が出現」します。それに対し、既感染者に BCG を接種した場合には「接種後 10 日以内に接種局所の発赤・腫脹及び針痕痕部位の化膿等を来し、通常 2 週間から 4 週間後に消炎、痕痕化し、治癒する一連の反応がおこることがあり、これをコッホ現象という」とされています。

## コッホ現象判定における Grade と局所反応

Grade	局所反応
Grade1	針痕部の発赤のみ
Grade2	針痕部の発赤のみ+針痕部周囲の皮膚の発赤
Grade3	針痕部の硬結（1 か所以上）
Grade4	針痕部の化膿疹（1 か所以上）
Grade5	針痕部の浸出液漏出 or 痂皮形成（1~9 か所）
Grade6	針痕部の浸出液漏出 and/or 痂皮形成（10 か所以上）

## コッホ現象への対応 （P66「コッホ現象（疑）への基本対応フロー図」参照）

1. コッホ現象の相談：接種後の日数・Grade 確認し、局所の写真を残す。  
Grade3 以上であれば、医療機関へ紹介。
2. ツ反の実施：接種後 1 週間以内に Grade3 以上の場合、**接種後 1 週間以内**にツ反施行（原則 2 週間以内）
3. 問診：結核の家族歴、接触歴等の問診
4. 判定：**「コッホ現象（疑）事例報告書」**を保健センターへ提出  
コッホ現象陽性：局所所見が Grade3 以上で、その後の反応が減弱せず、ツ反陽性のもの

### コッホ現象陽性への対応

胸部エックス線にて発病がないか確認のうえ、潜在性結核感染症と診断した場合は、最寄りの保健所に直ちに発生届を提出し、潜在性結核感染症治療(P46 参照)を実施します。また、保健所では家族健診、接触者健診を施行します。



第7章 保健所の対応



grade2



grade3

grade4

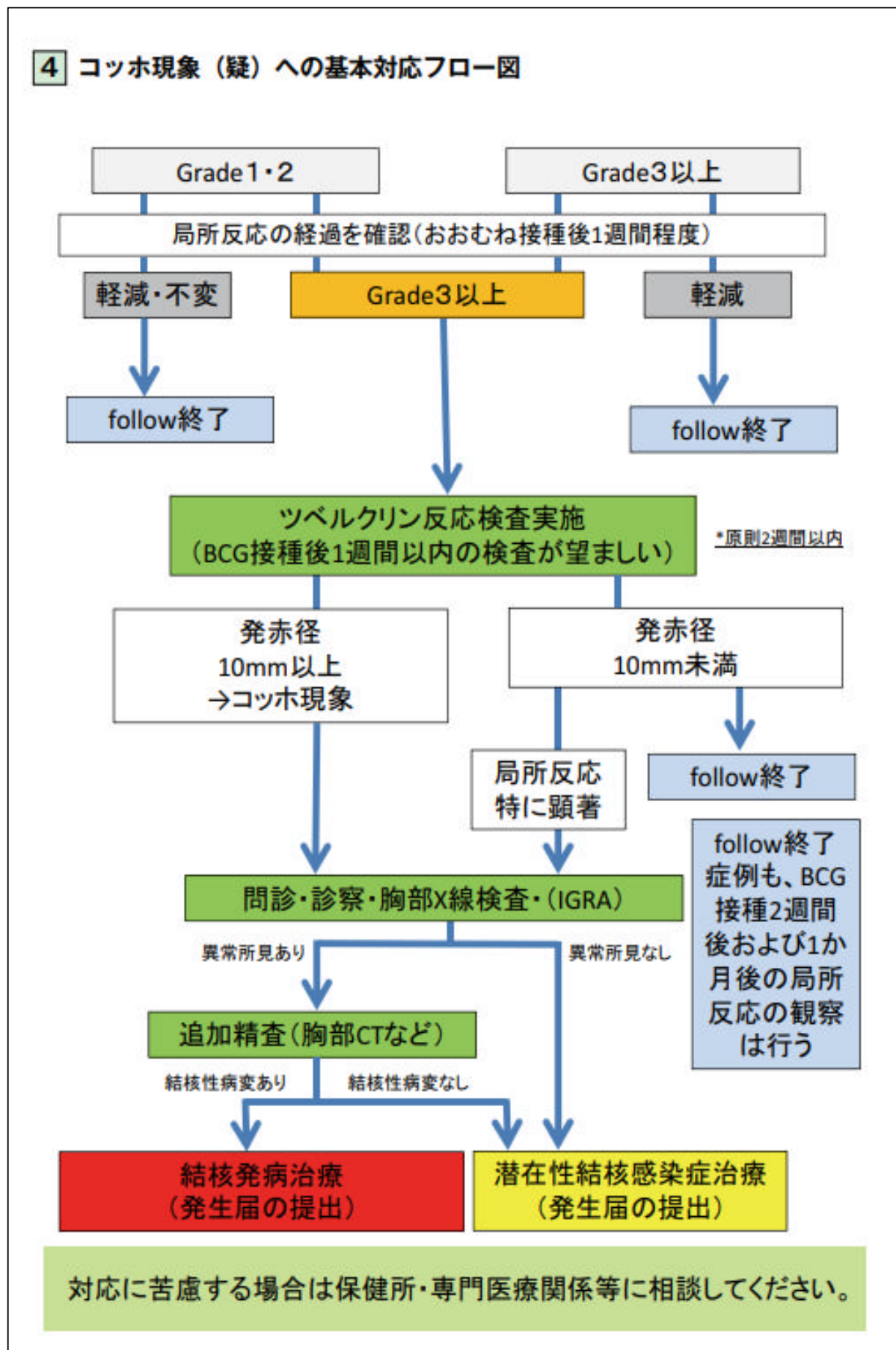


grade5

grade6



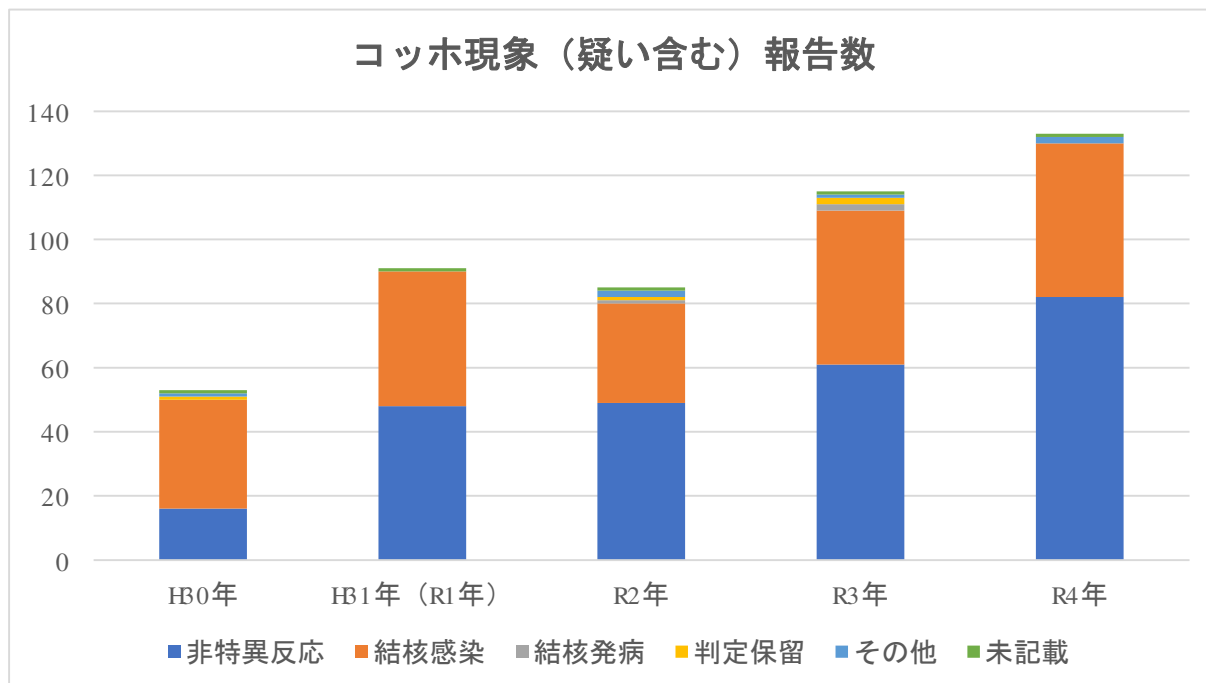
<コッホ現象（疑）への基本対応フロー図>



（大阪府 BCG 接種 コッホ現象対応マニュアル 2018 年 2 月発行版より引用）

## 【Topics】

### コッホ現象（疑いを含む）の報告が増加傾向にあります



※非特異反応とは

結核感染をしていなくても、コッホ現象のように BCG 接種後早期に強い局所反応を認める事があります。一方で、真のコッホ現象と比較すると、その後急速に反応が収まり、接種後 1 週間程で反応は弱くなり、接種後 2 週間程から再び反応が強くなり、その後は正常の場合と同様の経過を示します（二相性反応）。ツ反は基本的に陰性です。

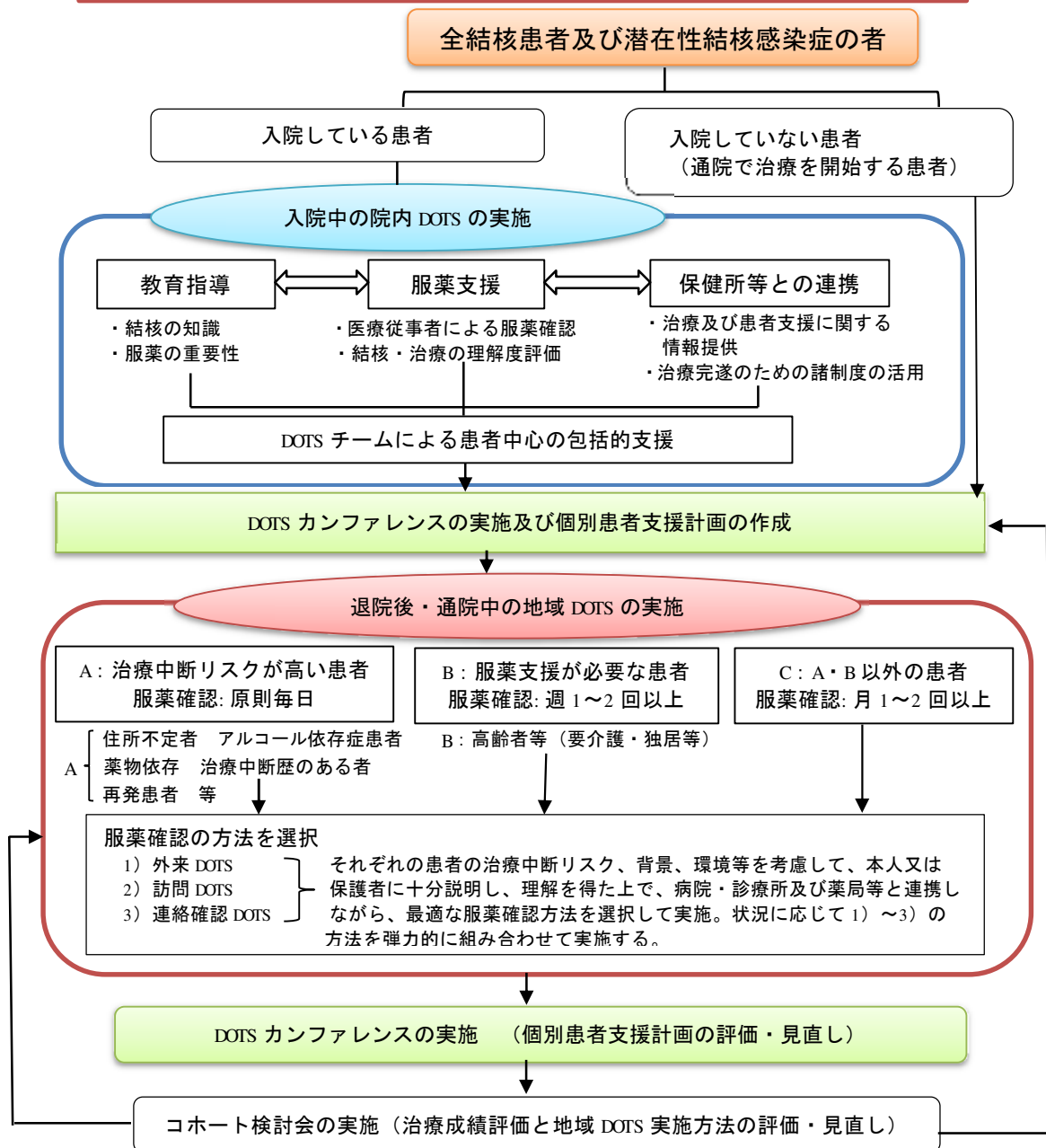
コッホ現象の報告数は年々増加傾向にあり、令和 4 年には大阪府内で年間 133 例報告されています。そのうち結核感染については、大きく増減なく毎年一定数の報告があった一方、非特異反応は増加傾向にあります。増加の要因については明らかではありませんが、複数の自治体の接種形式が集団から個別に切り替わったことで、初回受診先として診療所や二次医療機関の初回受診が増加し BCG 接種後の局所反応に対応した症例数が少ない医療機関では、より慎重な対応がなされていることが考えられます。また、保護者へのコッホ現象に対する啓発が強化され、保護者が早期に異常を覚知し相談件数が増加している可能性も考えられます。

# DOTS（服薬支援）

DOTS とは、直接服薬監視下短期化学療法（Directly Observed Treatment, Short course）の略で、現在では WHO の提唱する、対面式服薬確認による標準治療を主軸とした結核対策戦略のブランドネームとして用いられています。

大阪府では日本版 21 世紀型 DOTS 事業実施マニュアルに基づき、服薬支援を推進しています。結核患者については、再発及び薬剤耐性菌の出現を防止するために、治療完遂を徹底する必要があります。医療が必要な全結核患者を DOTS 対象者としています。

## 日本版 21 世紀型 DOTS 戦略推進体系図



（結核患者に対する DOTS（直接服薬確認療法）の推進について」の一部改正について（平成 28 年 11 月 25 日付厚生労働省健康局結核感染症課長（健感発 1125 第 1 号）より）

## 《医師による指導、保健師による支援》

感染症法第53条の14では「保健所長は、結核登録票に登録されている者について、結核の予防又は医療上必要があると認めるときは、保健師又はその他の職員をして、その者の家庭を訪問させ、処方された薬剤を確実に服用する指導その他必要な指導を行わせるものとする。」とされており、感染症法第53条の15では「医師は、結核患者を診療したときは、本人又はその保護者若しくは現にその患者を看護する者に対して、処方した薬剤を確実に服用することその他厚生労働省令で定める患者の治療に必要な事項及び消毒その他厚生労働省令で定める感染の防止に必要な事項を指示しなければならない。」とされています。

主治医は診断の結果、治療計画の説明、入院についての指導、確実な服用の必要性、副作用に関する注意、必要な検査の励行、保健所への届出や対応、感染防止などについて、患者や必要に応じ家族に指導を行います。保健師は主治医と十分な連携を図り、患者の治療継続上の問題点を把握して、その解決のための支援を行います。

## 《服薬手帳》

結核患者の確実な治療完遂をめざし、医療機関だけでなく保健所、薬局、社会福祉施設等の関係機関との連携強化のため、医療及び患者情報を共有する目的でDOTS時に使用します。

結核患者が専門病院に入院した場合は院内DOTSのために医療機関が、外来治療の場合は保健師が患者面接時に手渡し、目的や使用方法などを説明します。

この図は、結核患者の服薬手帳のフォーマットを示しています。左側には5月のカレンダーがあり、1日と2日に丸印が描かれています。右側には検査結果や血液検査の結果を記入するための欄があります。赤い吹き出しで「医療機関で記入します」とあり、オレンジ色の吹き出しで「患者が記入します」とあり、青い吹き出しで「DOTS 支援者が記入します」とあります。また、右側には緑色の三葉草のイラストが描かれています。

この図は、結核患者の服薬手帳の外国語版を示しています。左側には「ネパール語版」があり、右側には「英語版」があります。両方ともカレンダーと記入欄が描かれています。左側のテキストには「外国語版もご活用ください」とあります。

そのほか、服薬手帳は「結核の検査と治療」、「日常生活の過ごし方」、「治療経過及び検査結果」、服薬終了後の「検査の記録」などを記入することもできます。

## 《入院患者の院内 DOTS》

目的：治療の成功を目指して、患者自身が服薬の重要性を理解し、確実に服薬できるように規則的内服を動機づけることです。

方法：①教育指導：結核の知識、服薬の重要性等について十分に説明を行います。

②服薬支援：医療従事者による直接服薬確認及び患者の結核・治療の理解度に関する評価を行います。

③保健所等との連携：治療及び服薬に関する情報を DOTS カンファレンス又は 個別の連携により関係機関と共有し、必要に応じて諸制度を活用します。

## 《DOTS カンファレンス》

目的：医療機関や保健所等の関係機関が協議し、治療開始から終了に至るまでの患者に対する服薬支援を切れ目なく行うことです。

方法：医療機関と保健所で、退院後の治療方針を確認し、確実な地域での服薬支援方法について検討します。

## 《地域 DOTS》

目的：患者の背景及び地域の実情に応じて、患者本人にとって最も適切かつ確実な服薬支援の頻度と方法を採用し、関係者の連携の下で治療完遂を目指すことです。

方法：保健所は、大阪府保健所版 DOTS アセスメント票（P72 参照）を用いて、実施頻度と方法を定め、個別患者支援計画に基づき服薬支援を実施します。生活困窮者や住所不定者など社会的弱者に多い結核患者に、長期間服薬を徹底させるにはきめ細かな服薬支援が必要です。服薬確認方法は、家庭訪問や保健所での面接、電話や郵送等を組み合わせ、薬の空袋や服薬手帳の確認、服薬状況の聴取を実施します。また、入院した病院や地域の診療所での外来、調剤薬局等で服薬確認を実施する「外来 DOTS」を行うこともあります。不規則服薬により耐性菌が増加することが分かっており、社会的にも脅威となっていることから、今後も継続して DOTS の取組みを推進します。

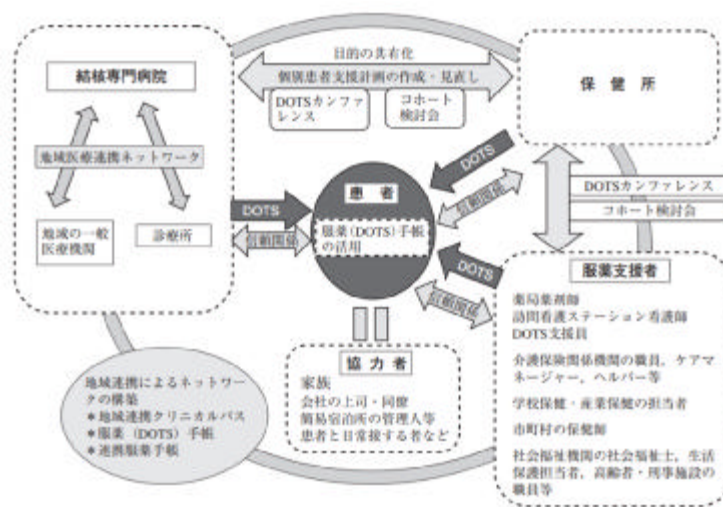


図 地域DOTSの概念図

出典：日本結核病学会エキスパート委員会、平成 27 年 3 月「地域 DOTS を円滑に進めるための指針」

様式第37号⑧

(DOTSアセスメント票)

記入者( )

患者氏名(登録番号)		( )		治療開始		年 月 日			
病名( )		性別 (男・女)		年齢 ( )		退院		年 月 日	
治療病院(転院先)		( )		治療終了(予定)		年 月 日			
検討項目【*裏面に申し合わせ記載事項あり】		年 月 日( )		年 月 日( )		年 月 日( )			
1 病気の理解*		0点	1点	0点	1点	0点	1点		
①結核を自分の事として受け入れてきている。		あり	なし	あり	なし	あり	なし		
②結核についての理解									
③現在の治療の理解									
④服薬継続の理解									
2 服薬の自己管理ができる		あり	なし	あり	なし	あり	なし		
3 治療を長期化させる合併症の有無*		なし	あり	なし	あり	なし	あり		
4 独自で服薬できない身体的な障がい		なし	あり	なし	あり	なし	あり		
5 休薬を要する副作用の出現		なし	あり	なし	あり	なし	あり		
6 精神・記憶・認知の障がい*		なし	あり	なし	あり	なし	あり		
7 培養陰性化確認		はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ		
8 薬剤 (HまたはR) の耐性の有無		なし	あり	なし	あり	なし	あり		
9 治療中断に陥りやすい適院困難*		なし	あり	なし	あり	なし	あり		
		0点	2点	0点	2点	0点	2点		
10 服薬継続に対する患者自身の不安*		なし	あり	なし	あり	なし	あり		
11 治療を受けることの同意*		あり	なし	あり	なし	あり	なし		
12 経済的な問題*		なし	あり	なし	あり	なし	あり		
13 適切な支援者がいる*		あり	なし	あり	なし	あり	なし		
		0点	5点	0点	5点	0点	5点		
14 服薬を困難にする生活・家庭問題などの問題*		なし	あり	なし	あり	なし	あり		
15 アルコール・薬物依存*		なし	あり	なし	あり	なし	あり		
16 自己中断歴の有無		なし	あり	なし	あり	なし	あり		
17 Rの治療歴のある再発患者		なし	あり	なし	あり	なし	あり		
18 入院拒否・自己退院*		なし	あり	なし	あり	なし	あり		
		0点	10点	0点	10点	0点	10点		
19 住所不定者歴*		なし	あり	なし	あり	なし	あり		
合計 点		— 点		— 点		— 点			
20 服薬中断の可能性があると思うか		(はい・いいえ) はいの場合の理由							
検討会議		アセスメント⇒検討事項				服薬支援:頻度(※1)・方法・内容			
年 月 日						A・B・C			
						訪問・来所・外来・電話(メール)・郵送 直接・空袋・手帳・ハガキ(カレンダー)・聴取			
年 月 日						A・B・C			
						訪問・来所・外来・電話(メール)・郵送 直接・空袋・手帳・ハガキ(カレンダー)・聴取			
年 月 日						A・B・C			
						訪問・来所・外来・電話(メール)・郵送 直接・空袋・手帳・ハガキ(カレンダー)・聴取			
評 価	コホート治療成績：1:治療 2:治療完了 3:死亡 4:失敗 5:中断(①自己中断②指示中止) 6:転出 7:治療継続 8:判定不可								
	服薬状況【完了・中断】中断理由( )								
	服薬支援状況(支援率)【 】 :保健所側の理由:( )								
	支援率(※2)②~⑤はその理由 ⇒ :患者側の理由 :( )								
DOTS実施率(裏面に説明) :保健所側の理由:( )									
【完全実施・準完全実施・未実施】 :患者側の理由 :( )									

※1 [頻度] A:原則毎日(10点以上) B:1週に1回~2回以上(9~6点) C:月に1回以上(5点以下)

※2 [支援率] ①100%~81% ②80%~51% ③50%~21% ④20%以下 ⑤対象外



## 第7章 保健所の対応

### 「服薬継続のためのアセスメント票」各項目の留意点

1 病気の理解	病気の受容、疾患・治療・服薬継続の理解について総合的に判断する。
2 服薬自己管理ができる	院内 DOTS は良好か、今までの生活における服薬管理状況などを確認する。
3 治療を長期化させる 合併症の有無	治療を長期化させる合併症（HIV感染、糖尿病、人工透析、悪性腫瘍等、免疫抑制剤・副腎皮質ホルモン剤・抗ガン剤投与等）。
4 独自で服薬できない身体的な障がい	服薬が自身でできない時の要因（寝たきり、麻痺、硬縮、運動障がい、視力障がい、嚥下障がい等）。
5 休薬を要する副作用の出現	入院中または過去の治療歴の中で副作用が出現した場合、副作用をおそれ服薬継続が困難になりうる。また治療の長期化も考えられるため確認が必要。
6 精神・記憶・認知の障がい	認知症、精神障がい、知的障がい等により、確実な服薬の遂行が阻害される恐れがあるため、確認が必要。
9 治療中断に陥りやすい通院困難	通院が困難だと治療中断に陥りやすい（例：通院医療機関が遠い、交通機関がない、一人での通院が難しい、交通費が高い、医療費が払えない等）。 * 通院が一人では困難であるが、家族等定期的に通院介助者が保障されていて通院に問題がない場合は「なし」とする。
10 服薬継続に対する患者自身の不安	患者自身が服薬継続への不安があると服薬中断のリスクとなる（例：服薬する自信がない、服薬の時間がない、人目が気になる、副作用が心配、妊娠等）。
11 治療を受けることの同意	病気の理解はできても宗教上等何らかの理由により服薬に同意しない場合。
12 経済的な問題	生活保護受給により生活が安定し、医療費の問題がない場合は「なし」とする。 生保にかかわらず、治療より生活を優先せざるを得ない場合を「あり」とする。
13 適切な支援者がいる	服薬継続を可能にする支援者がいる（同居・非同居問わない）。 同居家族でも支援できない人は対象にならない。
14 服薬を困難にする生活・家庭問題などの問題	不規則生活・勤務、子育て、家族の病気等により、治療よりも日常の生活が優先してしまう事項がある場合は、不規則服薬のリスクが高い。
15 アルコール・薬物依存	入院前の毎日飲酒習慣と退院後の飲酒の可能性を総合的に判断する。
18 入院拒否・自己退院	入院の必要な時期の入院拒否や自己退院の有無。
19 住所不定者歴	住所不定歴のある人。Aランクとなるが、その後のケースの状況によりランクをB・Cに変更することは可。

#### <評価の留意点>

（服薬状況）服薬中断理由…服薬中断の場合は、アセスメント項目内であれば、その番号を記入  
その他の理由のときは、具体的に理由を記入（拒否・死亡・転出・行方不明など）

（服薬支援状況）支援率＝実際の支援回数／ランクによる支援回数

- ①：計画どおり支援できた（支援率 100%～81%）
- ②：まあまあ支援できた（支援率 80%～51%）
- ③：あまり支援できなかった（支援率 50～21%）
- ④：支援できなかった（支援率 20%以下）
- ⑤：対象外

※②～⑤については、その理由を具体的に記入

（DOTS 実施率）月を基本単位とし、治療期間中の月 1 回以上の服薬確認を「完全実施」とする。

国の基準：治療期間中の 2/3 を含む月数以上で、月 1 回以上実施できていれば「準完全実施」とする。

前記未満しか実施できなければ「未実施」とする。（ランクは考慮しない）

## 管理健診（登録中の患者に対する精密検査）

### 必要性

治療終了後の再発割合は2年以内が高く、特に1年以内、その中でも6カ月以内の発症事例が多く確認されています。「管理健診」は感染症法53条の13に精密検査として規定されており、①治療中断して受診していない患者について、治療の要否を保健所が判断し、治療の再勧奨するため、と②治療終了後再発の早期発見のために制度化されたものです。

### 期間・時期

原則2年間、治療終了後から半年ごとに管理健診を実施し、病状を把握します。ただし、以下の項目については、保健所長が必要と認めた期間まで経過観察となります。

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. その他保健所長が必要と認めた者

### 方法

#### 1. 保健所での検診（要予約）

泉佐野保健所では、結核登録者（LTBIを含む）を対象に、検査日を設けて胸部エックス線検査等を行っています。

#### 2. 定期病状調査


結核登録者のうち、すでに医療機関で胸部エックス線撮影されている場合には、医療機関へ登録者の病状を把握するため所定の様式（定期病状調査報告書）を送付し、結果を把握します。

#### 3. 医療機関委託検診

保健所の検査日に検診が受診できない場合、対象者へ委託券を発行し、保健所と委託契約を交わしている医療機関で検査を受けることもできます。


#### 4. 借用

すでに医療機関で胸部エックス線を撮影されている場合、撮影した医療機関から胸部エックス線を借用することがあります。

(医療機関控)																																																						
(整理番号) _____ )																																																						
依頼年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日																																																						
病院・医院 御中	大阪府																																																					
(先生)	(所在地)																																																					
保健所長	印																																																					
TEL	)																																																					
<b>結核定期病状調査報告依頼書</b>																																																						
<p>当保健所においては、貴病院（医院）のご協力を得て円滑な結核患者の指導を行いたいと考えております。つきましては、下記の患者の状況について最新の情報を得たく、ご多忙中恐縮ですが、太歳枠内の各事項について御記入の上当保健所へご返送下さい。なお、本報告につきましては、報告書料として1件につき3,000円を別途支払わせていただきます。</p>																																																						
患者氏名	男・女	M T S	年 月 日生	住所																																																		
分類	1. 労務小委員会申請なし 2. 労務申請なし(労務承認済) 年 月 日																																																					
保健所からの連絡事項	<div style="border: 2px solid blue; padding: 5px; display: inline-block;">                     赤枠内を分かる範囲で医療機関にてご記載の上、2枚目（複写分）を保健所へ返送願います。                 </div>																																																					
I. カルテ番号等	カルテ番号( )	1. 健保(本人家族) 2. 国保(一般退職本人・退職家族) 3. 老人保健 4. 生保(申請中・受給中) 5. 自費その他 6. 不明																																																				
II. 経過	1. 発病の時期( 年 月 日) 2. 治療開始時期( 年 月 日)																																																					
III. 現在の受診状況	1. 結核治療中(入院・外来) 2. 結核治療中断(最終受診日 年 月 日) 3. 治療終了( 年 月 日) 4. 転院( 年 月 日: 転院先 ) 5. 死亡( 年 月 日死因: 結核・結核外)																																																					
IV. 診断名(合併症)	合併症	1. じん肺 2. 糖尿病 3. 肝障害 4. 高血圧症 5. 非結核性抗酸菌症 6. 低肺機能 7. その他( )																																																				
V. 結核の既往治療	今回の治療 1. 初回治療 2. 再治療→既往医療 3. 不明	年 月～年 月 INH RFP PZA SM EB 他( ) 医療機関名( ) 年 月～年 月 INH RFP PZA SM EB 他( ) 医療機関名( ) 年 月～年 月 INH RFP PZA SM EB 他( ) 医療機関名( )																																																				
VI. 現在の治療内容	1. 化学療法 INH RFP RBT PZA SM EB LVFX KM TH EVM PAS CS DLM 2. 外科的療法 実施済( 年 月 日内容: ) 実施予定 BDQ 3. 副腎皮質ホルモンの使用の有無 有 無																																																					
VII. 菌検査及び最新のX線所見	1. 菌所見		3. 最新のX線所見 学会分類																																																			
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>検体採取年月</td> <td>/</td> <td>検体番号</td> <td>/</td> <td>/</td> <td>/</td> <td>/</td> <td>医療機関</td> </tr> <tr> <td>塗抹(直接塗抹)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>培養(豆粒液法)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>検体種類</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	検体採取年月	/	検体番号	/	/	/	/	医療機関	塗抹(直接塗抹)								培養(豆粒液法)								検体種類								<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>治療開始時/実施年月</td> <td>最新/実施年月</td> </tr> <tr> <td>(µg/ml)</td> <td>(µg/ml)</td> </tr> <tr> <td>INH</td> <td>0.2 (耐・感) 0.2 (耐・感)</td> </tr> <tr> <td>RFP</td> <td>40 (耐・感) 40 (耐・感)</td> </tr> <tr> <td>SM</td> <td>10 (耐・感) 10 (耐・感)</td> </tr> <tr> <td>EB</td> <td>25 (耐・感) 25 (耐・感)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>(耐・感) (耐・感)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>(耐・感) (耐・感)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>(耐・感) (耐・感)</td> </tr> </table>		治療開始時/実施年月	最新/実施年月	(µg/ml)	(µg/ml)	INH	0.2 (耐・感) 0.2 (耐・感)	RFP	40 (耐・感) 40 (耐・感)	SM	10 (耐・感) 10 (耐・感)	EB	25 (耐・感) 25 (耐・感)		(耐・感) (耐・感)		(耐・感) (耐・感)		(耐・感) (耐・感)	1. 部位 r l b 該当なし 2. 性状 I II III p l H op IV V O 3. 拡り 1 2 3 該当なし 
	検体採取年月	/	検体番号	/	/	/	/	医療機関																																														
塗抹(直接塗抹)																																																						
培養(豆粒液法)																																																						
検体種類																																																						
治療開始時/実施年月	最新/実施年月																																																					
(µg/ml)	(µg/ml)																																																					
INH	0.2 (耐・感) 0.2 (耐・感)																																																					
RFP	40 (耐・感) 40 (耐・感)																																																					
SM	10 (耐・感) 10 (耐・感)																																																					
EB	25 (耐・感) 25 (耐・感)																																																					
	(耐・感) (耐・感)																																																					
	(耐・感) (耐・感)																																																					
	(耐・感) (耐・感)																																																					
		( 年 月 日撮影) 報告年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医療機関所在地 _____ TEL _____ 名称 _____ 代表者職・氏名 _____ 印																																																				
担当医師から保健所への連絡事項	担当医師名		金融機関名 _____ 銀行 _____ 支店 預金種類(普通・当座) _____ 口座番号 _____ 口座名(カナ) _____																																																			
2枚目(複写分)を保健所へ返送願います。																																																						

### 大阪府保健所結核委託検診 結果通知書

<担当保健師名>

ふりがな 氏名		性別 男・女	生年月日	年 月 日
検診種別	管理検診・家族健診・接触者健診			
住所	電話			
依頼検査項目	<input type="checkbox"/> 胸部エックス線検査・ <input type="checkbox"/> 菌検査( <input type="checkbox"/> 塗抹/ <input type="checkbox"/> 培養)・ <input type="checkbox"/> ツベルクリン反応検査 <input type="checkbox"/> IGRA検査・ <input type="checkbox"/> その他( )			
エックス線検査の結果と総合判定の指導区分の記載方法は請求書の裏面をご参照ください	胸部エックス線検査 年 月 日撮影 	菌検査(塗抹) 採取日: 年 月 日 検体種類 (喀痰・痰引・胃液・その他) 結果:[陽性( )・陰性( )] ツベルクリン反応検査( 年 月 日注射・ 月 日判定) 発赤( )mm 硬結( )mm 副反応(二重発赤・リンパ管炎・水泡・出血・壊死) ※該当するものを○で囲む IGRA検査 検査日: 年 月 日 判定(陽性・陽性・判定不可)	菌検査(培養) 採取日: 年 月 日 検体種類 (喀痰・痰引・胃液・その他) 結果:[陽性( )・陰性( )] ツベルクリン反応検査( 年 月 日注射・ 月 日判定) 発赤( )mm 硬結( )mm 副反応(二重発赤・リンパ管炎・水泡・出血・壊死) ※該当するものを○で囲む IGRA検査 検査日: 年 月 日 判定(陽性・陽性・判定不可)	<Tスポット> <QFT> NI( ) ESAT-6( ) MLCOGON( )
	学会分類 部位 r l b 性状 0 I II III IV V H 変り 1 2 3	学会分類は必ず記載してください		
総合判定	指導区分〔(A B C D) (1 2 3)〕 記載年月日: 年 月 日 診断医師氏名			

エックス線検査の結果と総合判定の指導区分の記載方法は請求書の裏面をご参照ください

学会分類

学会分類は必ず記載してください

大阪府 保健所長 様

所在地 年 月 日

下記の者に対して実施した検診にかかった費用を  
つぎのとおり請求します。

医療機関名

代表者氏名

大阪府保健所結核委託検診 請求書

<担当保健師名>

ふりがな 氏名		性別 男・女	生年月日	年 月 日
検診種別	管理検診・家族健診・接触者健診			
住所				

<input type="checkbox"/> A000初診料 291	<input type="checkbox"/> E001診断料 85	<input type="checkbox"/> D291...
<input type="checkbox"/> 乳幼児加算(6歳未満) (75)	<input type="checkbox"/> E002撮影料(デジタル) 68	<input type="checkbox"/> 乳幼児加...
<input type="checkbox"/> A001再診料 75	<input type="checkbox"/> 乳幼児加算(新生児) (54)	<input type="checkbox"/> 乳幼児加...
<input type="checkbox"/> A002再診料 76	<input type="checkbox"/> 乳幼児加算(3歳未満) (34)	<input type="checkbox"/> D500...
<input type="checkbox"/> 明細書発行体制加算 1	<input type="checkbox"/> 乳幼児加算(3歳~6歳) (20)	<input type="checkbox"/> 7~6...
<input type="checkbox"/> 乳幼児加算(6歳未満) (38)	<input type="checkbox"/> 撮影料(アナログ) 60	<input type="checkbox"/> D400血液採取 40
<input type="checkbox"/> 時間外対応加算( )	<input type="checkbox"/> 電子画像管理加算 57	<input type="checkbox"/> 乳幼児加算( ) (35)
<input type="checkbox"/> D017塗抹検査	<input type="checkbox"/> 画像診断管理加算(1) 70	<input type="checkbox"/> D015血漿蛋白化学的検査 593
<input type="checkbox"/> D020培養検査	<input type="checkbox"/> E400フィルム( )	<input type="checkbox"/> D026免疫学的検査判断料 144
<input type="checkbox"/> D026検体検査判断料		
<input type="checkbox"/> 検体検査管理加算( )		

結核精密健診請求書の該当の各項目の委託金額は保険診療報酬点数表を基準にしてください

総点数①	消費税	請求額②	総点数①	点
{ ( ) 点 } × 10 × { 1.1 } = { ( ) }			請求額②	円

年 月 日

請求日を記載してください

結核精密健診請求書の該当の各項目の委託金額は保険診療報酬点数表を基準にしてください