

地域医療の中の結核医療

沼尾 利郎

1 はじめに

国立病院機構（NHO）宇都宮病院は、結核罹患率の低下（表1）や結核入院患者の減少（平成25年度の1日平均入院患者数は22人）、感染症法の改正（入退院及び就業制限の取り扱い）などにより、栃木県と協議の上で結核病床（稼働病床数）を30床に変更（現在は50床）することになりました（平成26年11月から実施）。本県には結核入院施設として足利赤十字病院（15床）と当院の2病院がありますが、「結核」といえば有効な薬剤や栄養状態の改善などにより、今では患者数も大幅に減少して入院期間も短くなっています。しかし、結核は現在でも毎年2万人以上が発病しているわが国の重大な感染症の1つであり、決して「過去の病気」ではありません。

本稿では、本県における結核対策プラン（2011年）策定の経緯や結核の現状と課題、さらには将来の低蔓延状況における結核医療の在り方などについて概説します。

2 プラン策定の経緯と目的

2007年に結核予防法が感染症法等に統合され、2011年には国の結核予防計画が改正された事などを踏まえ、本県においても感染症予防計画の個別計画として本プランを定めることになりました。一方、結核の罹患率は年々減少するも基礎疾患を有する高齢者結核の割合は増加しており、医療現場に求められる診療形態の多様化、診療可能な医療機関・医療従事者の減少、さらには結核医療の極端な不採算性などの問題が顕在化しています。

表1 結核罹患率の推移（人口10万人対）

	栃木県	全国
2010年	12.8	18.2
2011年	13.0	17.7
2012年	13.4	16.7

結核を取り巻くこのような変化に対応するため、県・県内市町・医療関係者等が連携を強化して結核対策の再構築を図ることを目的として、本プランが策定されました。

3 栃木県の結核 — 現状と課題 —

前述のように罹患率は減少しているものの欧米諸国に比べると依然として高く、日本は未だに「中蔓延国」の状態です。2012年における日本の罹患率（人口10万対の新登録結核患者数）16.7という数字は、米国の4.9倍、ドイツの3.9倍、オーストラリアの3.1倍という状況です。

一方、2012年の「受診の遅れ」や「入院期間中央値」は本県が全国平均に比べて高値であり（表2）、結核対策における今後の課題と思われま

表2 結核の主な管理指標 (2012年)

	栃木県	全国平均
1 結核死亡率 (人口10万対)	1.52	1.68
2 外国人割合(%)	6.39	5.02
3 65歳以上割合 (%)	63.9	62.5
4 受診の遅れ(%) (発病～初診2ヵ月以上)	23.0	18.7
5 診断の遅れ(%) (初診～診断1ヵ月以上)	18.7	22.0
6 入院期間中央値 (日)	97	66
7 生活保護割合 (%)	4.92	8.78

このような現状を踏まえて、特に下記の項目に対する重点的な取り組みが求められています。

- (1) 患者発生動向調査や病原体サーベイランスの体制構築

- (2) 発生予防とまん延防止
 - ・ハイリスクグループなどへの重点的な定期健診
 - ・迅速かつ確実な接触者健診の実施（QFT などを利用）
- (3) 医療の提供
 - ・患者の病態に応じた適切な医療提供
 - ・病棟や病室の在り方の検討
 - ・治療完遂に向けた患者支援
 - ・潜在性結核感染症患者に対する発症予防対策の徹底
- (4) 人材の養成
 - ・結核診療に必要な医療者など人材の養成
- (5) 普及啓発と人権尊重
 - ・結核に関する正しい知識を普及啓発する
 - ・患者の人権尊重（差別や偏見をなくす）

4 結核医療の諸問題

結核患者の高齢化に伴い、その合併症も多様化しています。私が勤務するNHU宇都宮病院は全ての診療科が揃っている総合病院ではないため、重篤な合併症（がん、血液疾患、難病、透析中の腎不全など）を有する結核患者の診療は対応困難な状況が増えています。このため、結核診療においても地域中核病院との連携が必要不可欠となります。また、病棟や病室の在り方についても、患者さんの視点に立った医療の提供を考える必要があります。欧米では1970年代に結核患者を「一般病院の陰圧室での部屋単位の収容」に切り替えましたが、わが国では現在でも「特定の病院に限定した収容」であり、自宅から遠く離れた病院での入院を余儀なくされています。

一方、感染性が消失した患者の早期退院は厚労省通知により退院基準として示されており、「感染源隔離」を目的とした結核の入院医療が基本的な人権を制限する措置でもあることから、「感染性消失後の迅速な退院」は厳守されるべきルールです。しかしながら、老健施設で発病した結核患者が退院する際に、「まだ結核治療中なのに退院して本当に大丈夫なのか」「薬剤費が施設負担となるのは困る」等の理由で、再入所の受け入れがスムーズに進まないケースが一部にあることは、本当に残念です。結核医療には公費負担制度があり、通院治療する医療費の自己負担率はわずか5%であるにもかかわらず、です（医療費だけの問題ではないと思いますが）。

また、患者数の減少に伴い結核の診療経験をもつ医師は減少しており、地方では専門施設へのアクセスも悪化しています。このため、適切な結核診療のためには専門施設と地域医療機関との連携体制を強化する必要があります。

5 おわりに

結核は「国境なき感染症」として現在でも対策の手を緩めることはできず、時代や社会の変化とともにその姿を変えている「古くて新しい現代の病気」です。結核に対する関心の低さから受診の遅れ、診断の遅れ、集団感染が今でも後を絶たず、ホームレスや外国人など社会的弱者への配慮も欠かす事はできません。限られた医療資源の中で質の高い結核医療を提供するためのキーワードは、ネットワークとバックアップです。結核対策の拠点である保健所を中心として関係機関などが相互に連携を図りながら、地域の結核対策を推進する DOTS（直接服薬確認療法）の実践には関係者の密接なネットワークが不可欠であり、チームのメンバーがお互いをカバーしあうバックアップ体制もまた重要です。

日本の結核は中蔓延から低蔓延への移行期にあり、「質的变化」も著しいことから、超高齢社会に対応した結核病床の在り方や多職種協働のチーム医療など、従来の結核医療体制を再構築する時期にきています。

(栃医新聞 平成 26 年 10 月 5 日号掲載)