

得られる者が考えられる。特に、調剤薬局による服薬支援は最近その有用性が知られるようになってきた。

*調剤薬局による支援の留意点

薬の副作用や体調等の相談を受け、アドバイスし記録や定期報告を行うとともに、医療や生活上の対応が早急に必要時には、医療機関や保健所等への連絡を行う。

(留意点) ①かかりつけ薬局の選び方 (処方箋による調剤薬局と同じであること)

②DOTS の方法を確認しておく (薬剤指導料：保険点数)

③未受診時、副作用発生時などトラブル発生時の対応方法を決めておく

④主治医への連絡や調整は保健所が行う

⑤さまざまな事例の体験を共有 (コホート検討会)

⑥最終責任は薬局ではなく、保健所である

(期待される効果)

DOTS パートナーとしての広がり、院外処方・通いやすい・時間の幅があるなどの利便性、薬剤師としての専門的知識で適切なアドバイスが得られる、薬の変更や副作用などについてタイムリーに保健所と連絡が可能、情報共有が可能、病院・薬局・保健所の連携が強化できる、DOTS の理解が深まるなど

5) 結核地域連携クリニカルパスの援用

結核のための地域 DOTS に「地域連携クリニカルパス」事業の枠組みを援用する方式も試みられ、成果を上げているところもある。このためには作成する過程での結核専門病院や地域の医師会、薬剤師会、包括支援センターなどとの協議が重要であり、以下のような点に留意する必要がある。

① 結核専門医療機関と地域の一般医療機関との役割分担を明確にする (副作用発現時などの相談先も含める)

② 結核診療に関する情報提供 (治療開始日と終了予定日等、菌検査結果、薬剤使用状況、副作用の有無など)、治療終了まで患者の流れのフローチャートを描いて最も大きな流れを選んでパスを作成する

③ 標準治療と服薬支援 (DOTS) についての説明をいれる

④ 一般医療機関は定期的受診で管理し結核の医療に関する責任は結核専門医院が持つ

⑤ 外来 DOTS や薬局 DOTS を推進する

⑥ 地域連携コーディネーター役として保健所の機能と役割を明確化する

(期待される効果)

医療の質の標準化、均一化、関係機関への結核の知識の普及、DOTS 等業務の地域連携にかかる診療報酬化ないし加算の可能性

6) DOTS カンファレンス

目的：個々の患者に対する治療内容や支援の取り組みを検討するもので、治療経過情報の収集（受療状況、服薬情報さらに菌検査結果）必要な情報を得て服薬支援計画票を作成し、関係機関で共有し、相互の共通認識を深め、連携を強化する。

参加メンバー：主治医、看護師、ケースワーカー等の担当者、保健所の医師、保健師、結核担当者、DOTS にかかわるスタッフや支援員等

実施時期：入院時、退院前、外来治療開始時、通院中など必要に応じて実施する。例えば3カ月目、7か月目などは菌陰性化、薬剤感受性検査結果の把握に有効である。

5. 評価

1) コホート検討会

目的：結核治療および患者管理のために収集された情報の分析、提供した医療および患者支援サービスの評価、治療評価（治癒、完了、失敗、脱落、死亡など）を行う。DOTS 支援のあり方を見直し、地域の結核医療に関する課題の検討も併せて実施する視点も大切である。また医療機関にその情報を還元する。

実施時期：少なくとも年 2 回行う。感染症診査会協議会時、もしくは複数の保健所と合同で、または医療機関との DOTS カンファレンス後などの機会も有効である。

メンバー：診査会委員、保健所長、結核担当者保健師ほか事務担当職員、DOTS 支援員、薬剤師、福祉・介護関連職員、医療機関担当者など必要に応じて。

対象：結核患者、とくに治療中断者など

方法：治療開始後早期の死亡：発見の遅れや基礎疾患への結核合併の有無など早期発見の観点から十分な検討を行う。結核診療施設の質、結核病床の問題や職員の院内感染防止体制とも関連している。

チェック表と「患者個別の治療と支援経過一覧表」の活用：

- ・標準治療（薬剤の種類と治療期間）実施率
- ・菌検査（薬剤感受性検査）の実施状況
- ・菌（培養）陰性化の確認（時期と報告）
- ・治療支援（DOTS）へのアドヒアランス（内服の規則性、継続性）
- ・治療支援（DOTS）実施方法（服薬支援計画どおりの支援が行えたか）
- ・MDR（XDR）などの対応困難例の課題など

結核医療の全般を振り返る機会とし課題を整理し行政が中心となり対応策を講じる。

効果：治療成績の向上を目指し、結核専門医療機関以外の一般医療機関にも標準治療を普及させる。

2) 結核サーベイランスにおけるコホート情報の適正管理

コホート情報（治療内容、菌検査、薬剤感受性検査、DOTS タイプ、服薬支援に関する情

報など)は毎月入力することが難しい場合は最低でも治療開始時、3ヶ月目、7ヶ月目など治療経過の節目をあらかじめ所内で決めておき、実施の結果が適正に反映されるよう管理する。

6. DOTS の留意点

最後に地域 DOTS の導入、実施全般にわたる実際的な留意点を列挙する。

- ① 患者を中心とする。
- ② 患者のプライバシーを守る。
- ③ 患者を批判せず丁寧に対応する。
- ④ 治癒を目指して粘り強くできるだけのことをする。
- ⑤ 学問的に正しい首尾一貫した対応をすることに留意する。
- ⑥ 結核業務に関わる保健師・看護師は、患者が確実に服薬することに責任をもつ
- ⑦ DOTS を最優先で行うべき対象者として、過去の結核治療中断者、薬物依存、生活就労不安定、80 歳以上の高齢者があげられる。
- ⑧ 患者の家族に服薬支援を任せてしまうべきではない。協力者として患者教育を同様に行うが、責任を持たせない。
- ⑨ どのような状況患者に遭遇しようとも「これ以上支援しなくてもいい」という限界はない
- ⑩ 支援する側の気持ちの中で医療機関への不信感があると、そのまま家族や患者に反映する、という事を忘れてはならない
- ⑪ 人が人治す。多職種によるケアチームを結成し対応を共有することで、燃え尽きを防止できる。
- ⑫ MDR を作らない、広げない、あきらめない。

*キーワード：DOTS 戦略、DOTS、(院内 DOTS+地域 DOTS)、地域 DOTS (A,B,C のタイプを含めた包括的な患者支援)、患者支援 (地域 DOTS の枠組みの中で、保健所や医療機関の関係職員が、患者が定められた結核治療を一定期間規則正しく受けることを支援するために必要な結核治療の技術)、服薬支援 (DOTS の様々な方法による服薬のサポート)

研究代表者

加藤誠也 財団法人結核予防会結核研究所 副所長

研究要旨

BCG が直接接種になった平成 17 年 4 月から 4 年間に厚生労働省に報告されたコッホ現象 814 例を集計・分析した。接種部位の反応はほとんどの事例で接種後 3 日までに気付かれていた。コッホ現象による重篤な副反応の報告は見られなかった。報告数は都道府県によって大きな差があった。これは接種時の保護者への説明，相談後の対応など人為的な要因が関与しているものと考えられた。判定結果は非特異的反応：578 (71.0%)，経過観察：34 (4.2%)，コッホ現象：104 (12.8%)（うち，発病 3 例），他院紹介：54 (6.6%)，不明：44 (5.4%)であった。非特異的反応は経年的に減少した。これは局所反応の経過等によって非特異的反応と判断できることが普及したためと考えられる。「真のコッホ現象」の報告は推定年間感染危険率に比して少なかった。これは，感染危険があった児は通常の BCG 接種を受けないこと，報告例の 12%の最終的結果が不明なこと，局所反応が見逃された可能性，局所反応判明後に適切な感染診断がなされなかった可能性，生後 4 ヶ月程度までの実際の感染危険は推定年間感染率より低い可能性などが考えられた。

研究協力者

国立病院機構南京都病院 徳永 修
結核予防会複十字病院 吉山 崇

A. 研究目的

わが国の BCG 接種は事前にツベルクリン反応検査（以下ツ反）を実施して感染していないことを確認してから行ってきたが，平成 17 年 4 月結核予防法改正から，ツ反を行わない直接接種に変更になった。結核感染者に BCG 接種を行った場合，接種局所に早期に起こる皮膚反応はコッホ現象として古くから知られていたが¹⁾，管針法による BCG 接種はわが国以外では韓国，南アフリカ

ど限られた国でのみ実施されているため，十分な知見が集められていなかった。法改正に伴って，コッホ現象を診察した医師は保健所、都道府県を通して厚生労働省に報告することとなっている。本研究は厚生労働省結核感染症課の依頼によって，日本におけるコッホ現象の実態を明らかにして，発生時の対応，報告のあり方の検討することを目的として実施した。

B. 研究方法

対象は平成 17 年 4 月から 21 年 3 月までの 4 年間に厚生労働省に「コッホ現象」として報告された 814 例で，性別，接種月齢，気付くまでの期間，都道府県別の報告数，

ツ反、結果判定の集計・分析を行った。都道府県毎の出生対報告数の算出に際しては平成17年から19年の都道府県別の出生数の平均を計算して用いた。判定について、調査票では「要観察」、「化学予防」、「要治療」、「その他」となっているが、基準が明確でなかったため、真の感染であるかどうかについては、調査票に記載された担当者の判断に加えて、「局所所見の状況・経過」およびツ反結果より、次のように判断しなおした。

非特異的反応：結核に感染していない（真のコッホ現象でない）と判定された者。ツ反陰性で「経過観察」と判定された者を含めた。

経過観察：ツ反陽性で結核感染の疑い濃厚であるが、未治療のままで経過観察された者。潜在性結核感染治療を勧められたが家族が治療を拒否した者を含む。

コッホ現象：結核に感染していると判断された者で、発病及び潜在性結核感染症として治療を行った者。なお、「発病」はコッホ現象例の中で、その後の画像検査・菌検査による発病と判断され治療対象となった者とした。

他院紹介：検査または治療のために他院に紹介された者で最終判定結果が不明の者

不明：検査等の情報が不足で最終判定が不明な者

C. 研究結果

(1) 性別及び月齢

男児370例(45.5%)、女児383例(47.1%)、報告書の個人情報が隠されている、あるいは記載のないため不明が61例(7.5%)であった。

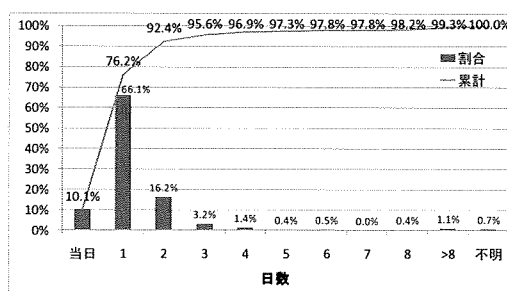
接種月齢は3ヶ月未満:3例(0.4%)、3-4ヶ月:302例(37.1%)、4-5ヶ月:264例(32.4%)、

5-6ヶ月:58例(7.1%)、6ヶ月以降:8例(1.0%)、上記と同様の不明:179例(22.0%)となっている。不明を除いた接種月齢の平均は4ヶ月(124日)であった。

(2) 気付くまでの期間 (図1)

接種翌日に気付いた例が66.1%と最も多く、接種後3日までに95.6%が気付かれていた。一方で、接種後1ヶ月以降の3種混合の予防接種時に担当者から指摘された例もあった。

図1. 接種後、気付くまでの日数



(3) 報告件数、出生10万対報告件数

4年間の報告件数は第1位の愛知124件に続いて、静岡54件、愛媛51件、岡山及び千葉44件の順になっている。一方、新潟、宮崎は2件、富山、鳥取、佐賀では報告がなかった。出生数10万対では愛媛109.2、大分74.8、岡山64.6、山形64.3、愛知44.5の順で、全国では18.8となっている(表1左欄)。

(4) ツベルクリン反応検査結果 (図2)

ツ反の結果は陰性555例(68.2%)、陽性144例(17.7%)、記載なし113例(13.9%)、未実施2例(0.2%)であったが、陽性例の中で接種後14日未満にツ反をされた者が80例(55.6%)、14日以上は18例(陽性者中の12.5%)、接種

からツ反までの期間が記載されていない者が46例(同31.9%)あった。

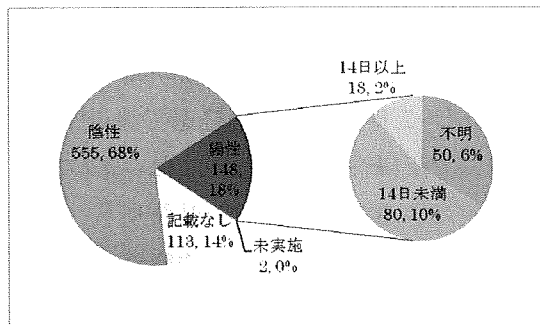


図2. ツベルクリン検査結果

(5) 判定結果及びその年度別推移

判定結果を表2に示す。

表2 判定結果

分類	N	%
非特異的反応	578	71.0%
経過観察	34	4.2%
コッホ現象	104	12.8%
他院紹介	54	6.6%
不明	44	5.4%
合計	814	100.0%

非特異的反応の中に BCG 接種後 14 日以降にツ反が実施されていたツ反陽性例 2 例が含まれている。ツ反陽性で潜在性結核感染症として治療されずに経過観察となった 34 例中、14 日未満に実施が確認できたのは 17 例(50%)で 14 日以降 6 例(17.6%), 実施時期不明が 11 例(32.4%)であった。潜在性結核感染症の治療が必要と診断されたが、保護者が拒否した(理解が得られなかった)例が 3 例であった。コッホ現象(結核感染)として潜在性結核感染症の治療を受けた者は 101 例中、ツ反陰性例が 7 例あった。その理由として、3 例は局所の皮膚反応が著しい、または減弱しないこと、1 例は菌陽

性患者との接触が挙げられていた。他院への紹介及び不明は何れも最終的な判定が把握できない者で、98 例(12.0%)であったが、その中の 12 例はツ反陽性で精査または潜在性結核感染症治療を目的とした紹介であった。

年度別に見ると、非特異的反応が毎年減少し、4 年間で半減した。一方、コッホ現象と判定された例数は明らかな変化はなかった。(図3)

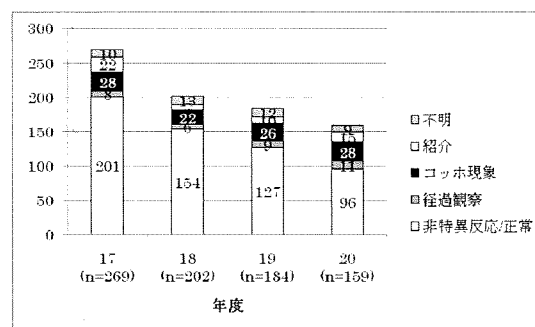


図3. 報告数の年次推移

(6) 「真のコッホ現象」と考えられた数 (表1、右欄)

コッホ現象として潜在性結核感染症の治療を受けた者、コッホ現象として治療を勧められたが家族が拒否した者、発病として治療を受けた者の数を「真のコッホ現象」として集計した。都道府県別で最も人数が多かったのは大阪府 15 人、続いて愛知 12 人、東京 10 人、和歌山 8 人、千葉 7 人の順であった。出生 10 万対では全国 2.5 で、都道府県別には和歌山県 25.6、愛媛県 10.7、鹿児島県 8.3、山形県 8.0、奈良県 6.6 と上位は出生数が比較的少ない県であった。

(7) コッホ現象局所の重篤な障害

報告の範囲及び予防接種副反応報告でコッホ現象に伴う重篤な障害は認められなかった。

D. 考察

平成 17 年度の報告の集計結果から管針法によるコッホ現象でも皮内接種法と同様、反応はほとんどの場合 3 日以内に出現することが報告されていたが²⁾、今回行った報告の集計結果より確かめられた。

「コッホ現象」の報告数は都道府県で実数及び出生数当たりでも大きな地域差が認められた。これは都道府県によって感染危険度に違いがあるが、それ以上に人為的な要因が関連しているものと考えられる。BCG 接種の際に保護者等に対して、写真等を見せながら、接種後にコッホ現象が生ずることがあるので、接種部位を注意深く観察し、2-3 日以内に皮膚反応が生じた場合に接種医もしくは市町村に連絡することを十分に説明する必要がある。事実、報告例の中で保護者が気付かずに 3 種混合予防接種の際に保健センターで指摘された例が含まれていた。一方、これまで BCG 接種直後に局所に発赤を生ずる例が一定数存在することが医療従事者に意識されていなかったため、制度変更当初は接種後、局所に発赤が生じたと相談を受けた全ての事例をコッホ現象として報告した地域もあった。特に、保護者への説明の際に比較的軽度の発赤であつても報告を求めると説明された場合には、接種後、コッホ現象またはその疑いとして極めて多くの相談が寄せられた市町村もあった。このように保護者から相談を受けた後の対応による違い、さらに、相談を受けた施設から市町村、都道府県、厚

労省への報告システムが十分に機能していない可能性も考えられる。また、高松らの検討によって、接種直後の軽微な局所所見（化膿疹や痂皮形成を伴わない発赤のみなど）が 1~2 日程度の短い経過で消退するケースにツ反陽性を呈する例はなく結核感染が否定できることが明らかとなり³⁾、その知見が普及するとともに「非特異的反応」の厚生労働省への報告数が経年的に減少したものと考えられる。

コッホ現象が疑われる場合には BCG による影響を回避するため接種後 14 日までにツベルクリン反応を行うことが推奨されているが⁴⁾、ツ反結果の記載がない者が多数あり、適切な時期にツ反が実施されていない懸念がある。

結核感染（真のコッホ現象）として治療を受けた 104 例中、ツ反陰性例が 7 例あり、多数の針痕に一致して化膿疹や痂皮形成を認めるなど局所反応が強い例、局所反応が早期に減弱しない例、結核患者との接触があった例が含まれていた。感染からツ反陽転までの一定の期間を必要とするため、ツ反陰性のみを根拠に結核感染を否定せず、局所所見の程度とその推移、感染源となりうる結核患者との接触歴等も参考に慎重な感染判断を行い、感染が疑われる事例に対しては潜在性結核感染症の治療が必要と考えられる。また、この月齢では感染後発症に至る頻度が高いとされており、コッホ現象と判断された例に対して慎重な発病診断を行うことも必要である。

我が国の年間感染危険率(annual risk of infection; r)は 0.02-0.04%程度と考えられているが^{1),4),5)}、結核菌暴露へのからコッホ現象が成立するまでの期間(T)は必ずしも明

らかになっていない。接種時の日齢を今回の報告で算出可能であった者の平均 124 日、BCG 接種からツ反まで 7 日、乳児の年間感染危険率を 0.02-0.04%と仮定して、暴露からコッホ現象成立までの期間 (T) が 15,30,45,60 日であった場合のコッホ現象発生率(N)を対象 10 万対で計算すると $N=100,000 \times r \times (124+7-T)/365$ は表 3 に示すように 3.9 から 12.7 の間に分布しており、今回の「真のコッホ現象」の報告率 10 万対 2.5 はそれよりも少なかった。

表 3. 推計感染数(人口 10 万対)

暴露からコッホ現象成立	年間感染危険率		
	0.02%	0.03%	0.04%
60 日	3.9	5.8	7.8
45 日	4.7	7.1	9.4
30 日	5.5	8.3	11.1
15 日	6.4	9.5	12.7

これは、感染危険があった児は通常の BCG 接種を受けないこと、今回の報告での「真のコッホ現象」106 例(13.0%)に対して、最終的な転帰が不明な他院に紹介された例 54 例(6.6%)及び不明 44 例(5.4%)例に「真のコッホ現象」が含まれていたと推定されること、保護者が局所反応を見過ごして報告されなかった可能性、局所反応判明後に適切な感染診断がなされなかった可能性、対象月齢が生後 4 ヶ月程度で推定されている年間感染危険率よりも感染が起こっていない可能性などが考えられる。

E. 結論

報告数には人為的な要因が関係している可能性があり、適切な措置の徹底を図るた

め、今後とも保護者及び医療機関等に対してコッホ現象に関する正しい情報提供をする必要がある。コッホ現象に係る重篤な副反応の報告は見られず、BCG 直接接種は安全であることが確認できた。

文献

- 1) 青木正和：コッホ現象 コッホ現象/多剤耐性結核症 平成 19 年改訂版 医師・看護職のための結核病学，財団法人結核予防会，東京，2007 年，
- 2) 加藤誠也．コッホ現象の厚生労働省報告について．保健師・看護師の結核展望 2006; 87: 60-62
- 3) 高松勇、永井仁美．大阪府におけるコッホ現象の現状と検討．厚生労働省新興・再興感染症研究事業「結核菌に関する研究」(主任研究者：加藤誠也)平成 18-20 年度総合報告書 p361-382
- 4) 森亨．BCG 直接接種法とコッホ現象．保健師・看護師の結核展望 2005; 86: 27-32
- 5) 森亨．BCG 接種の副反応とコッホ現象．保健師・看護師の結核展望 2009; 93: 8-15

F. 健康危険情報

特記なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 加藤誠也、徳永修、吉山崇．日本のコッホ現象報告の分析．結核 2010 (投稿中)

2. 学会発表

- 1) 加藤誠也 コッホ現象事例報告の集計結果について 第 85 回日本結核病学会総会

平成22年5月 京都

H. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む。)

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

表1. 都道府県別「コッホ現象」報告と「真の感染」

	都道府県	「コッホ現象」報告				真の感染			
		数	順位	人口 10万対	順位	数	順位	人口 10万対	順位
1	北海道	7	30	4.2	43	3	10	1.8	21
2	青森県	6	32	14.4	25	0	30	0.0	30
3	岩手県	4	34	9.5	32	0	30	0.0	30
4	宮城県	12	20	15.3	23	2	15	2.5	17
5	秋田県	3	36	9.8	31	0	30	0.0	30
6	山形県	24	12	64.3	4	3	10	8.0	4
7	福島県	18	15	25.9	12	1	20	1.4	26
8	茨城県	10	23	10.1	30	1	20	1.0	27
9	栃木県	11	21	15.8	22	0	30	0.0	30
10	群馬県	16	18	23.5	15	1	20	1.5	25
11	埼玉県	41	6	16.9	20	4	9	1.7	22
12	千葉県	44	4	21.4	16	7	5	3.4	11
13	東京都	30	9	7.4	36	10	3	2.5	18
14	神奈川県	19	14	6.1	37	3	10	1.0	28
15	新潟県	2	42	2.7	44	0	30	0.0	30
16	富山県	0	45	0.0	45	0	30	0.0	30
17	石川県	10	23	24.5	14	0	30	0.0	30
18	福井県	9	25	31.2	10	1	20	3.5	10
19	山梨県	3	36	10.6	28	0	30	0.0	30
20	長野県	4	34	5.4	38	2	15	2.7	16
21	岐阜県	13	19	18.2	17	2	15	2.8	14
22	静岡県	54	2	41.3	6	0	30	0.0	30
23	愛知県	123	1	44.5	5	12	2	4.3	8
24	三重県	11	21	17.6	19	2	15	3.2	12
25	滋賀県	7	30	13.2	26	0	30	0.0	30
26	京都府	8	27	9.2	34	2	15	2.3	19
27	大阪府	32	8	10.4	29	15	1	4.9	6
28	兵庫県	28	11	14.5	24	1	20	0.5	29
29	奈良県	8	27	17.7	18	3	10	6.6	5
30	和歌山県	9	25	28.8	11	8	4	25.6	1

31	鳥取県	0	45	0.0	45	0	30	0.0	30
32	島根県	6	32	25.5	13	0	30	0.0	30
33	岡山県	44	4	64.6	3	3	10	4.4	7
34	広島県	38	7	37.5	7	0	30	0.0	30
35	山口県	17	16	36.5	9	0	30	0.0	30
36	徳島県	3	36	12.4	27	1	20	4.1	9
37	香川県	3	36	8.6	35	1	20	2.9	13
38	愛媛県	51	3	109.2	1	5	6	10.7	2
39	高知県	1	44	4.2	42	0	30	0.0	30
40	福岡県	17	16	9.4	33	5	6	2.8	15
41	佐賀県	0	45	0.0	45	0	30	0.0	30
42	長崎県	8	27	16.3	21	1	20	2.0	20
43	熊本県	3	36	4.7	40	1	20	1.6	23
44	大分県	30	9	74.8	2	0	30	0.0	30
45	宮崎県	2	42	5.0	39	0	30	0.0	30
46	鹿児島県	22	13	36.7	8	5	6	8.3	3
47	沖縄県	3	36	4.6	41	1	20	1.5	24
	全国	814		18.8		106		2.5	

結核患者に対する HIV 検査実施および検査結果情報収集の現状

研究協力者 村上邦仁子、河津里沙、星野斉之、永田容子、山田紀男

分担研究者 加藤誠也

A. 研究目的

HIV 感染が増加している状況で、その動向を把握することは必要である。わが国では、HIV 感染合併が不明の結核症例に対し、結核診断をきっかけとした HIV 検査が、保健所レベル・病院レベルでそれぞれどのように実施されているかどうか、という状況に関し、有用な情報がない。また、2006 年に改定された『結核登録者情報システム』において、結核患者における HIV 感染合併の有無を尋ねる項目が設定されているが、実際に保健所レベルで結核患者の HIV 感染情報がどのように収集されているかという点も、いまだ不明な面が多く、統一された指針もない。以上の理由から、保健所に勤務する保健師および連携を行う医療機関に勤務するスタッフを対象に、結核患者に対する HIV 検査実施および検査結果情報収集の現状と TB/HIV に関する意識を把握するための調査を実施した。

B. 研究方法

アンケート調査、ならびにフォーカス・グループ・ディスカッションを実施した。

B-1. アンケート調査

調査対象: 結核研究所が実施している保健師・看護師対象の研修、「保健師対策 5 日間コース(第 2 回)および「保健師・看護師等基礎・実践コース(第 1-3 回)」の全ての参加者(計 308 名)を対象とした。

調査実施期間と対象者数: アンケート調査は、下記の日程と対象者数で、2009 年 9 月から 12 月にかけて 4 度に分けて実施した。

日時	対象者数
2009/9/15	保健師計80名
2009/10/6	保健師・看護師計70名
2009/11/10	保健師・看護師計約70名
2009/12/3	保健師・看護師計約70名

調査内容: 保健所および医療機関における、結核患者に対する HIV 検査実施状況と、結核患者における HIV 検査結果情報収集の現状を尋ねる 10 項目を設定した、半構造化されたアンケート調査表(添付資料1)を用い、自己記述式にて実施した。質問表は配布の翌日に回収した。

B-2. フォーカス・グループ・ディスカッション(FGD)

調査対象: 結核研究所対策支援部の開催する保健師・看護師対象の研修、「保健師対策 5 日間コース(第 2 回)」および「保健師・看護師等基礎・実践コース(第 1-3 回)」の参加者中、各期間 10 名を上限とした参加希望者を対象とした。サンプリングは特に行わなかった。

調査実施期間と対象者数: FGD は、2009 年 9 月と 10 月の下記の日程で、二度に分けて実施した。

日時	対象者数
9/16	保健師計10名
10/7	保健師・看護師計10名

調査内容と解析方法: ガイドライン(添付資料2)に従い、5 名ずつ、2 グループに分けて実施した。全ての FGD は参加者の同意のもとに録音し、後日、逐語録に起こした。内容は大きく「日本の HIV 合併結核の現状について」と「HIV/TB collaborative activity、特に結核患者に対する HIV 検査について」の 2 つのテーマに分けて分析した。

B-3. 倫理面の配慮

本研究は、結核予防会結核研究所の倫理委員会の審査を受け、承認された(承認番号:結倫理第 21-3 号)。アンケート調査では、氏名・イニシャル、住所など、調査への参加者の情報は収集せず、また患者に関わる個人情報も収集しなかった。アンケート調査への参加につい

では、質問表の中に参加への合意を尋ねる項目(保健師対象質問表 11-6、看護師対象質問表 10-7)を設け、同意を得られた結果のみ集計を行った。また、フォーカス・グループ・ディスカッションへの参加は有志であり、実施に際して同意書を用いたインフォームド・コンセントをとった。

本研究の集計分析は、以下に述べるように参加者個人の特定ができない形で行われた。

C. 研究結果

C-1. アンケート調査

1. 参加者背景

調査対象計 308 名中、258 名が調査への参加に同意した。258 名の職業別の内訳は、保健師 155 名、看護師 103 名、男女別内訳は、男性 17 名女性 241 名であった。保健師の勤務区分は、県型保健所 41.6% (n=58) 都市型保健所 56.4% (n=92)、他 2.0% (n=5)、看護師の勤務区分は、結核病棟 69.9% (n=72)、結核モデル病床 17.5% (n=18)、一般・結核混合病棟 2.9% (n=3)、他 9.7% (n=10) であった。

保健師、看護師登録後の年数は、保健師の 49.6% (n=77)、看護師の 59.2% (n=61) が、保健師・看護師登録後 10 年以上を経過していた(図1)。一方で、現在の病棟、もしくは結核分野での勤続年数は、保健師の 81.9% (n=127)、看護師の 81.6% (n=84) が 2 年未満であった(図2)。

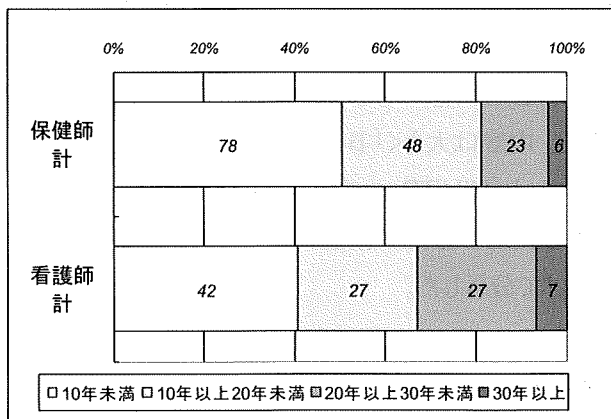


図1: 保健師・看護師登録後の年数

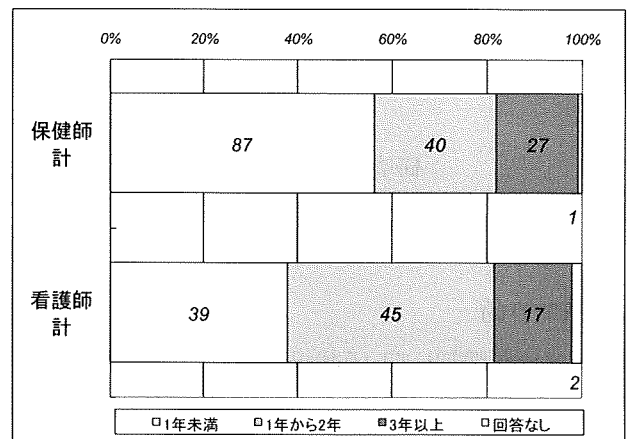


図2: 現在の病棟、もしくは結核分野での勤続年数

2. HIV/AIDS と結核に関する知識

アンケートの初めに、HIV/AIDS と結核に関して、5 つの事項に関して、知っているかどうかを尋ねた。「HIV 陽性が結核発症のリスクである」に関し、全体の 93.4% (n=241) が知っていると答えたが、「HIV 陽性の結核患者では、塗抹陰性患者や肺外結核患者の割合が増加する」に関しては、全体の 42.2% (n=109) が知っていると答えた。抗 HIV 治療 (HAART) に関する質問 (「HAART の導入により、HIV/AIDS 患者の生命予後は劇的に改善された」「HAART は、現時点では、一度治療を開始すると、一生継続する必要がある」) に関しては、保健師群のほうが知っている割合が高い傾向があった(表1)。

表1: HIV/AIDS と結核に関する知識

あなたは、HIV/AIDS と結核について、以下の内容を知っていますか？	保健師		看護師		全体	
	n	%	n	%	n	%
HIV陽性は結核発症のリスク因子である。	151	97.4	90	87.4	241	93.4
HIV陽性の結核患者では、塗抹陰性患者や肺外結核患者の割合が増加する。	65	41.9	44	42.7	109	42.2
結核治療開始後に、抗HIV治療(HAART)を併用すると、免疫再構築症候群が生じることがある。	24	15.5	16	15.5	40	15.5
HAART の 導 入 に よ り、HIV/AIDS患者の生命予後は劇的に改善された。	108	69.7	37	35.9	145	56.2
HAARTは、現時点では、一度治療を開始すると、一生継続する必要がある。	95	61.3	28	27.2	123	47.7

3. 保健所における HIV/AIDS 啓発

保健師群への質問として、各保健所における一般市

民への HIV/AIDS 相談事業で、匿名での HIV 検査の提供以外にどのようなことを行っているかを尋ねた(複数回答)。結果として電話相談(n=138)が最多で、次いで保健所内の情報展示(n=95)、検査普及週間の開催(n=94)、学校教育・学校活動との連携(n=92)と続いた(図3)。

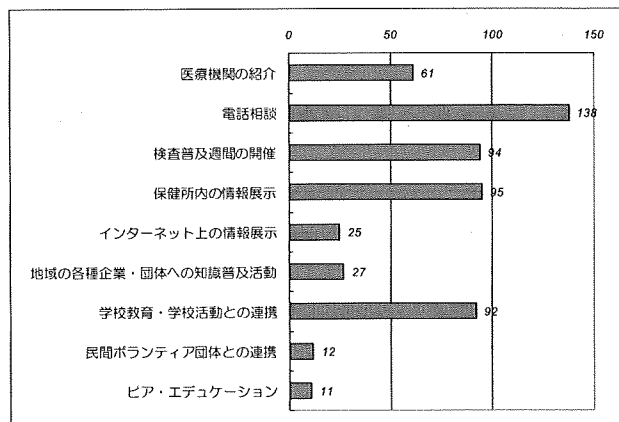


図3:保健所における、HIV 匿名検査以外の市民への HIV/AIDS 相談事業(保健師・複数回答)

4.保健所における結核患者に対する HIV/AIDS 啓発

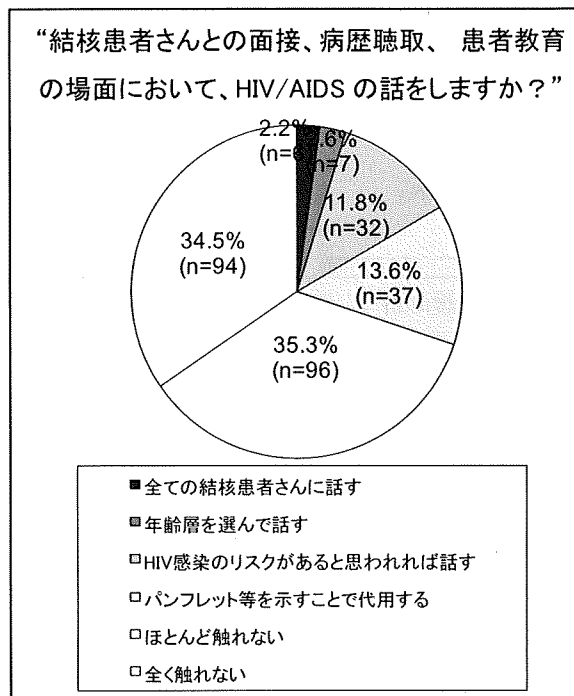
結核患者への HIV 啓発・検査実施状況を尋ねた。「結核患者さんとの面接・病歴聴取・患者教育の場面において、HIV/AIDS の話をしますか(複数回答)」に対して、HIV の話をほとんどしない、あるいは全くしないと答えたのが全回答(n=272)中、69.8%(n=190)を占めた(図4)。

少数ではあったが、話をすると答えた群[全ての結核患者に 2.2%(n=6)、年齢層を選んで 2.6%(n=7)、HIV 感染のリスクがあると思われるれば 11.8%(n=32)]に対して、どのような話をするか尋ねた結果は、以下のようであった。

- HIV 検査を受けてみるように勧める(保健師 3 名、看護師 1 名)
- HIV に感染していると、結核治療を行ううえで難しい場合がある(保健師 2 名)
- HIV に感染していると結核を発病するリスクが高い(保健師 3 名、看護師 3 名)
- HIV の感染経路、リスクグループ、予防行為、セクシャリティに関して(保健師 6 名)
- HIV の症状や治療などについて(保健師 1 名、看護師 1 名)

- 結核発病の定期検査をするように勧める(保健師 1 名)

図4. 結核患者さんへの HIV 啓発



5. HIV 陽性の結核患者の対応・看護の経験

HIV 陽性の結核患者の対応・看護の経験があるのは全体の 15.5%(n=40)(表2)、HIV 感染の有無がわからない結核患者に HIV のスクリーニング検査を勧めたことがあるのは全体の 2.7%(n=7)で(表3)、検査を勧めた理由は、患者の既往・問診時の様子から HIV 感染のリスクグループであると考えられたからということが、勧めたことのある 7 名中 3 名から聞かれ、あとの 4 名は特に理由がなかった。

表2:HIV 陽性の結核患者の対応・看護の経験

	保健師		看護師		全体	
	n	%	n	%	n	%
あなたはこれまでに、結核でかつHIV陽性である患者さんの対応・看護をされた経験がありますか?						
はい	19	12.3	21	20.4	40	15.5
いいえ	136	87.7	82	79.6	218	84.5
	155	100	103	100	258	100

表3:結核患者へ HIV 抗体検査を勧めた経験

	保健師		看護師		全体	
	n	%	n	%	n	%
あなたはこれまでに、結核患者さんに、スクリーニング目的のHIV検査を勧めたことがありますか?						
はい	2	1.3	5	4.9	7	2.7
いいえ	153	98.7	98	95.1	251	97.3
	155	100	103	100	258	100

6.医療現場での結核患者に対する HIV 検査の現状

結核患者に対する HIV スクリーニング検査がどこで行

われるのが適切であるか、という質問に対しては、結核治療を行っている医療機関という回答が全体の72.9%(n=188)を占めた(表4)。

表4: 結核患者に対する HIV 検査を実施する施設

あなたは、結核と診断された患者さんの、スクリーニング目的のHIV検査は、どこで行われるのが適切だと思いますか？

	保健師		看護師		全体	
	n	%	n	%	n	%
保健所	15	9.7	17	16.5	32	12.4
結核治療を行っている医療機関	122	78.7	66	64.1	188	72.9
保健所と結核治療を行っている医療機関	5	3.2	5	4.9	10	3.9
その他	3	1.9	7	6.8	10	3.9
わからない	10	6.5	8	7.8	18	7.0
	155	100	103	100	258	100

一方、看護師群で、勤務病院もしくは病棟で、結核患者に HIV 検査を勧めていると答えたのは 28.2%(n=29)で、その場合誰が勧めているか、という点に関しては、担当医 96.5%(n=28)、看護師 3.5%(n=1)であった。

7. 結核患者に対する PITC の導入の可能性

2007 年以降 WHO により推奨されている、PITC (Provider Initiated Testing and Counseling: 提供者主導の検査とカウンセリング)の考え方が、日本に適用できるかどうかという質問に対しては、適用できるが 34.1%(n=88)、適用できないが 14.0%(n=36)で、わからない・回答なしが 51.9%(n=134)であった(表5)。

表5: 結核患者に対する PITC の導入の可能性

結核と診断された患者さんにはHIV抗体検査を勧める方針がWHOから推奨されていますが、あなたは、日本にこの方針が適用されうと思いますか？

	保健師		看護師		全体	
	n	%	n	%	n	%
はい	48	31.0	40	38.8	88	34.1
いいえ	27	17.4	9	8.7	36	14.0
わからない	78	50.3	53	51.5	131	50.7
回答なし	2	1.3	1	1.0	3	1.2
	155	100	103	100	258	100

また、それぞれの理由として、適用されうと考えている群での回答で最も多かったのは「日本で HIV 感染者が増加している」で(表6)、適用されないと考えている群での回答で最も多かったのは「HIV/AIDS 患者に対する偏見・差別が根強い」であった(表7)。

表6: 日本で PITC 導入が適用されうと考える理由(複数回答)

	保健師	看護師	全体
	n	n	n
日本でHIV感染者が増加している	11	10	21
HIV陽性者は結核発症のリスクが高い	7	2	9
日本で若年層の結核患者が増えている	7	2	9
日本でHIVリスクグループの人口が増えている	2	7	9
国としての指針が示され、全例適応が望ましい	5	2	7
結核を発症している時点でHIV陽性のリスクが高い	2	4	6
結核治療の効果を高めるために必要である	1	5	6
HIV感染予防のために必要である	2	3	5
早期のHIV感染発見、治療へつなげる必要がある	3	1	4
世界的な流れに日本も沿う必要がある	2	2	4
その他	6	2	8

表7: 日本で PITC 導入が適用されないと考える理由(複数回答)

	保健師	看護師	全体
	n	n	n
HIV/AIDSに対する偏見・差別が根強い	7	6	13
高齢者の結核が多い	5	2	7
HIV検査が十分普及していない	4	1	5
結核とHIVの関連性が知られていない	4	0	4
病院で行う場合のHIV検査費用の問題がある	3	1	4
HIV検査は匿名性が必要である	2	1	3
その他	3	0	3

8. 結核患者に対する HIV 検査結果情報収集

次に結核患者に対して行われた HIV 検査の結果が、どのように『結核登録者情報システム』に報告されているかについて、いくつか質問を行った。

まず、現在の『結核登録者情報システム』に各結核患者の HIV 合併の有無を登録する項目があることを知っているか、という点に関し、はいと答えたのは保健師の 47.1%(n=73)、看護師の 3.9%(n=4)であった。

表8: 結核登録者情報システム上の HIV 合併項目

あなたは、現在の『結核登録者情報システム』では、HIV合併の有無の項目があることをご存知ですか？

	保健師		看護師		全体	
	n	%	n	%	n	%
はい	73	47.1	4	3.9	77	29.8
いいえ	54	34.8	70	68.0	124	48.1
わからない・回答なし	28	18.1	30	29.1	58	22.5
	155	100	103	100	258	100

保健師群に対し、結核患者担当の保健師が、実際にどのようにしてその患者の HIV 感染の有無に関する情報を得ているか尋ねたところ、複数回答で、医療機関から情報を得ていると答えたのが全回答(n=215)の 45.6%(n=98)、患者本人から情報を得ていると答えたのが 38.1%(n=82)であった(表9)。

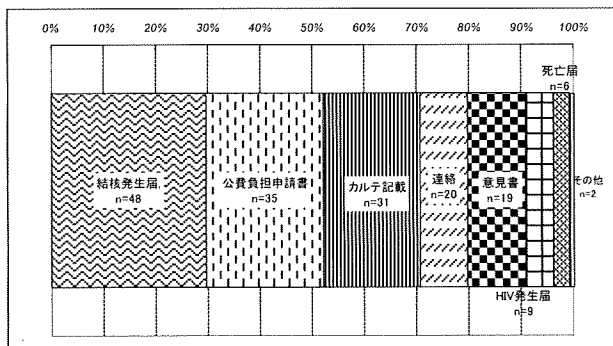
表9: 結核患者の HIV 感染の有無に対する情報入手1

登録された結核患者さんの情報を入手する際に、HIV合併の有無に関する情報はどのようにして入手していますか？(保健師 複数回答)

	保健師	
	n	%
医療機関からの情報	98	45.6
患者さん本人からの情報	82	38.1
その他	20	9.3
回答なし	15	7
	215	100

また、医療機関からの情報の場合、その情報源(複数回答)として多くあげられたのは、結核発生届、公費負担申請書、カルテ記載、担当医からの直接連絡、担当医の意見書、などであった(図5)。

図5:結核患者の HIV 感染の有無に対する情報入手2
(保健師・複数回答)



C-2.フォーカス・グループディスカッション(FGD)

FGD は、「日本の HIV 合併結核の現状について」と「HIV/TB collaborative activity、特に結核患者に対する HIV 検査について」の 2 つのテーマに分けて分析した。

1. 日本の HIV 合併結核の現状について

まず初めに HIV 合併結核の現状に関して、自分たちの知識・認識のレベルについて話していただいた。アンケート結果にも反映されているように、実際に合併の患者の看護、あるいは対応をしたことがある、と答えた参加者は少なく(全参加者中、看護師 1 人、保健師 4 人)、多くがエイズと結核を「くっつけて」考えたことすらあまりない、と語っていた。その大きな理由として、「結核は高齢者の病気」「エイズは若い人の病気」というそれぞれの疾患に対するイメージが定着しているということが参加者自らの口から述べられた。以下にディスカッションにおける参加者の声の例

を挙げる。

- 「高齢者の結核が多いのと、エイズ患者は多くないという印象があるので・・・」(保健師グループ 1)
- 「やっぱり高齢者だから(結核患者が)。エイズは若い人で増えているし、重なっていないような」(保健師グループ 2)
- 「医療機関との情報交換というか担当医とも相談するが、そういうこと(合併)が話しにあがることはないですね。(結核患者は)高齢者が多いので本人の意識もないし、周りの認識も・・・ HIV との関りについての認識は薄いかな・・・」(保健師グループ 3)
- 「私のところでも結核は高齢者が多いので HIV 自体もあまり見つかっていない状態なので、まだまだ結びつけて考えにくいなあ、と私自身も思います。HIV が話題に出ることがないですね」(保健師グループ 3)

その一方で、以下からみられるように、結核も HIV も発見に至っていないだけで、水面下では拡大していると危機感を抱く参加者も少なくなく、対策に必要な情報がうまく共用できていないと指摘する声もあった。

- 「サーベイランスのデータって不明点も多いと思うんです。患者さんのデータって見れないし、最近電子カルテになっていてある病院では入院時にすべての患者さんに検査していて、それが情報として見れますけど、まだまだそういうことがない病院もあって、情報として見られないところがある。きちんとそういう情報が見られるようになればもう少し上がってくるのではないかな、という気もします。」(保健師グループ 1)
- 「日本は検査することが義務化されていないので、数字が低く出ている。実際の感染者数は潜んでいるんじゃないかな、というのが私の印象なんです」(看護師 グループ 1)
- 「水面下で罹患されていて、両方(結核も HIV も)見つかっていない人が数多くいるのかな、

と感じます」(保健師グループ 3)

今後はどうなっていくと思うか、の問いに対しては大半が日本においても HIV 合併結核は増えていくであろうとの見方をしていた。しかし彼女らが思い描く増加の背景要因に関しては様々な意見が述べられた。

- 「私は(増える)と思います。HIV の患者さんが増えてきている。若い層に増えてきていて…後、若い人たち、薬もやっていますよね。と、若い人たちの(HIV)がどんどん増えていって、若い人の結核も増えてきている。だから隠れているの、って多いって」(看護師グループ 1)
- 「社会情勢的に、不安定な経済状態でインターネットカフェ難民でしたっけ、増えているとか、そういう生活環境の悪化が結核を増やしているということがあるし…薬剤との関連もあるし、やはりこれから増えていくと思います」(看護師 グループ 1)
- 「それプラス海外で遊んでいる人。ようするに節操なく遊んでいる日本人って多いじゃないですか。それすごい大きいと思うんですよ」(看護師グループ 1)
- 「MDR、XDR の外国人が増えていると感じる。…これだけ外国人労働者を積極的に受け入れる政府の方針があるので…(合併が増えるのに)10 年もかからないかな」(看護師グループ 1)
- 「今の高校生くらいの遊んでいる子たちが 5、6 年後に社会にでて、TB 発症して、って考えると、5 年後くらいにはある程度増えているのかな、って思います」(看護師グループ 1)
- 「ゲイの人とか MSM の人は限られた空間で少しずつパートナーを変えながらグループ化している、と聞いたんです。そういうところでエイズも持っている人が結核を発症したら、ばーっとたちどころに広がるのではないか、ってすごい心配があつて。でもそういう人達って秘密主義なので接触者健診とか難しいと思うし」(保健師グループ 3)
- 「HIV 検査がまだまだ普及していないので、結

核と HIV の同時発見が今後増えてきてもおかしくない」(保健師グループ 1)

- 「エイズに対する危機感がない状態で…性の多様化とかどこでも行くようになって、知らず知らずにかかっている人の増加はあると思う。で、結核も高齢者が弱ったときに若い人にくっついてしまって、若い人同士で生活習慣、不摂生とかでうつりやすいじょうきょうで、そういうので感染しあう、みたいな。」(保健師グループ 2)

2. HIV/TB collaborative activity、特に結核患者に対する HIV 検査について

アンケート調査でも尋ねた 2007 年以降 WHO により推奨されている、PITC の考え方が、日本に適應できるかどうかという点に関して、ディスカッションにおいてより詳しい意見交換を分析してみると、今すぐの導入は難しくても今後は必要になってくると思う、という声が大半を占めた。検査導入に関して取り組むべき問題として最も頻繁に挙げられたのが対象者の特定(一律か、年齢で区切るのか、その他のリスク要因で区切るのか)とカウンセリング、検査、そしてその後のフォローを「きちんと」できるシステム作りであった。

まず対象者については、ディスカッション当初は結核患者には高齢者が多いことから年齢で区切ったほうがよい、という意見が多く聞かれた。しかしディスカッションが進むにつれ、他の参加者の意見を聞いたり、自らの意見を見直したりする機会が与えられると、検査は行うのであれば一律で行った方がよい、と考えを変える者も少なくなかった。以下に参加者の声の例を挙げる。

- 「高齢者に HIV 検査を、いうのはピンとこないけど、かといってこういう人にと区切るのはもっと難しく中途半端。…やっぱり一律にしたほうがいいのか」(保健師グループ 3)
- 「今の高齢者は大丈夫でも今の中年の人達は 10 年後は？ってこともありますよね。線引きは難しいのでやはり一律でしたほうがいいのか」(看護師グループ 1)

また、一律の検査の実施例として、産科における妊産婦を対象とした HIV 抗体検査を挙げる者も少なくなかった。

- 「産科では全数検査しているので、そういう気軽にやればいいな、というか、そういう風潮というか、できればいいですね。」(保健師グループ 1)
- 「でも・・・妊娠だと入ってきたら全例にしますよねえ・・・。だから結核も・・・妊娠検査みたいに、感染症の1つとして HIV も検査しましょうって、一律になればできるのかな」(看護師グループ 1)

次に多くの参加者が課題として挙げていたことが検査に伴うカウンセリングとその後のフォローに関することであった。

- 「検査をやるのはいいが、告知がやっぱり問題だと思う。告知をフォローするシステムがないと思う」(保健師グループ 1)
- 「一番心配なのはやみくもに検査して放り出されるのが心配です。システムが整っていないところでみんな検査して大丈夫なのか。でも早く見つけてあげないと・・・」(保健師グループ 1)
- 「結核で入院してきて、その本人がまあ同意の元とはいえ、検査して・・・検査をして後は「プラスやったよ」でまるなげというのは私は看護師としてはすごく心が痛みます。やはりそのカウンセリングという部分は専門のカウンセリングが受けられるような環境作りだったり、自分たちがその技術を習得すべきであればその努力をする必要はあると思います」(看護師グループ 1)

しかし中には今や躊躇なく PICT を進めていく必要がある、と感じている参加者、また PICT の普及に既に関わっている参加者もいた。彼女らが PICT の必要性を感じる背景には彼女ら自身が感じている VCT の限界と医師の HIV 合併結核に対する意識の低さがあった。

- 「PICT を進めていく必要がある。VCT はりそうだけど意識が低い人は拾えない。医療従事者として必要なことを提案していくのは倫理的に必要。妊婦にはやっているのに、なんで結核患者にはやらないのか」(保健師グループ 2)
- 「うちの班で PICT を提唱した先生がいます。今後うちの自治体が向かうべきなのは自発的な検査数の伸びのための啓発ではなくて、例えば医療機関で術前での HIV 検査を助成する、とか内科とか耳鼻科とかでも疾患を見つけたときに HIV 検査をする、とか助成するシステムをつくってそこからどんどん検査をかけていく。先生方の意識を高めるほうに検査費用をかけていく、っていうことを提案されて・・・私はその時のつたんですよ・・・後はお金の問題ですよね。」(保健師グループ 3)
- 「医師の先生方にいろいろな疾患の影に HIV が潜んでいるよ、という意識が低い。そこをどうにか啓発していこう、というキャンペーンをしていこうと、考えているんですね。内科も皮膚科も全部 HIV 検査やってください、って。検査の日程表を配りながら話しているんです。やれるかどうかはわからなし、やっても怒られるかもしれないんですけど。でもそういうふうに合併症を減らすのには医療機関の先生たちに意識をもってもらわないといけな。今は市民向けに「こういう合併症があるよ」って言っても、先生で「はいはい、じゃ検査しましょうね」とはならない。」(保健師グループ 3)

また、検査以外に今後の日本のエイズ結核合併対策に必要なことは何か、との問いに対しては予防教育という声をもっとも多く聞かれた。しかし、教育のあり方についても様々な意見が聞かれた。HIV 予防教育と結核に関する教育を「自分を大事にする」という基本概念のもとに「健康教育」として一緒に行っていくべきである、と言う参加者もいれば、HIV と結核を一緒にすると新たな偏見が生まれてしまうのでは、と懸念する参加者もいた。

- 性教育に留まらず、「自分の体を大切にする」という健康教育。「症状があるときには受診するってことをPRする」(保健師グループ 1)
- 「エイズと結核のコラボに関する一般市民の啓発も大事」(保健師グループ 2)
- 「エイズイコール結核ではないし、結核イコールエイズでもないんやけど、こういう活動をしてしまうと・・・エイズイコール結核となって間違っているとらわれてしまうとお互い不幸かな、みたいな。」(看護師グループ 1)
- 「HIV はまだ日本では偏見があって、こういう人がなりやすいとか。だから結核と合わせて教育してしまうとHIVの偏見が結核にも移ってしまうかも、という恐れがあります」(保健師グループ 3)

しかし偏見に関して更に追求すると、特にエイズ教育と結核の啓蒙を合わせて行うことに懸念を示していた看護師からは意外な発言が多く聞かれた。それとは、実は自分らの中にもプロフェッショナリズムとは別に個人的な感情のレベルでエイズや結核に対する偏見を持っていることを否めない、というものであった。以下の例からは自分たちがもつ偏見とそれに対する罪悪感のような感情のジレンマが伺われる。

- 「なんとなくエイズというと同性愛者さんというイメージが強いですよね。現実にも多いけど・・・そういうのから考えると自分自身も偏見で見ている部分って・・・患者さんと接していても、そういう部分ってあるんです。」(看護師グループ 1)
- 「自分もねえ、悪いんだけどね、HIV にも偏見あるしね、結核にも・・・あるんだよね。何年もやってるんだけど、やっぱりね、ぬぐいきれないものってあるんだよね。どうしよう・・・」(看護師グループ 1)
- 「感染症だけで・・・医療者なのでそれなりの知識はあるはずなのに、腫れ物に触るような・・・」(看護師グループ 1)

しかし彼女らの大半は、結論として「だから先ず自分

たちが学んでいかないと」というような言葉を発していた。他の参加者も医療従事者の教育や知識・意識を上げることが先ず重要であると述べており、その点においては意見の一致があったと言える。

D. 考察

エイズ発生動向調査によれば、国内の HIV 感染者およびエイズ患者の数は増加の一途をたどっているが、結核患者への HIV 検査システムはまだ確立されていない。今回の調査では、それぞれの参加者の所属する医療機関によっても、結核患者への HIV 検査への対応にばらつきが見られた。

アンケート調査では、HIV 陽性の結核患者の対応・看護の経験があるのが全体の 15.5%、HIV 感染の有無がわからない結核患者に HIV のスクリーニング検査を勧めたことがあるのが全体の 2.7%という結果が示され、実際の経験が少ないことから、結核患者への HIV の啓発・検査が進んでいない実情があることが推察された。保健所群では、一般市民に対する HIV 啓発は日常業務として行われているものの、結核患者への患者教育としては、HIV の話をほとんど、あるいはまったくしていない現状が浮き彫りになった。この状況に関して、FGD 参加者から HIV 合併結核に対する認識・意識として聞かれたのは、「結核は高齢者、エイズは若者の病気」という思いがある、あるいは、それ故に自分たちを含む医療現場のスタッフ・患者・社会全体が結核と HIV を結びつけて考えることが難しい、というような点であった。今後 HIV 合併結核はどうなっていくと思うか尋ねると、増加するという答えが多く見られたが、その背景要因に関しては様々な意見が述べられた。発言内容から、参加者の日本における HIV 合併結核に関するイメージは必ずしも疫学的なデータに基づいているものではなく、対応した患者が外国人だった、同性愛者だった、などといった個人的な体験や、HIV やエイズに対する固定概念に基づいていることが推測された。

アンケート調査の結果によると 2007 年以降 WHO により推奨されている PITC の考え方が、日本に適応できるかどうかという質問に対して、わからない・無回答が半数以上を占めた。この点に関して FGD においてより詳しい意見交換を分析してみると、今すぐの導入は難しく

でも今後は必要になってくると思う、という声が多く聞かれた。「わからない」と答えた理由の背景のひとつに、導入の際には解決しなければならない様々な課題が残されており、それらの課題に対して自身の考えや立場が未だ明確になっていないと参加者らが感じている可能性が考えられた。

たとえば課題として最も頻繁に挙げられたのが、検査対象者をどう特定するか(一律か、年齢か、その他のリスク要因で区切るのか)という点、カウンセリング・検査からフォローアップまでのシステムをどう作るかという点である。検査実施機関は、結核診断時に医療機関において実施される検査項目に含めるのがスムーズであるという意見が FGD、アンケート記載ともに多く見られたが、一律に HIV 検査を行う場合、匿名性の問題、検査費用の問題(結核対策の一部ととらえ、公費とするのか)、などをクリアせねばならない。また、一律検査であっても、検査対象者からの同意を得る必要がある。ただ漠然と HIV 検査を勧めるのではなく、結核患者に対する HIV 検査の重要性を、カウンセリングの過程で分かりやすく丁寧に説明することが大切である。HIV 陽性者では陰性者に比較して結核を発症する割合が高い、また HIV 陽性者では結核治療が難渋する場合もある、などの情報は、結核患者にとって有益なものである。また検査実施後、もし HIV 陽性と判明した際のサポートシステムの確立も求められる。

医療機関の現場は、必ずしも結核患者への HIV 検査の必要性に対して反対しているわけではないが、このような数々のシステム作りがされないまま検査数のみが増えることに、危機感を覚えているのかもしれない。

そして、システム作りに並行して、医療従事者の結核と HIV の重複感染に対する知識・意識レベルを、より高めなければならない。今回の調査結果からは、保健師・看護師といった医療関係者においても、結核と HIV に関連があるという基本的な知識の定着が図られていないことが示唆された。この点に関しては、FGD 参加者の意見および、アンケート調査の自由記載欄の意見においても、「だから先ず自分たちが学ばなければならない」という点が強調されていた。

最後に、『結核登録者情報システム』内の、HIV 合併の有無に関する情報収集であるが、前述のように HIV

検査システムが整わない中では当然情報管理システムも同様に整っておらず、保健師らが模索しながら情報収集を行っている現状が示唆された。情報の信頼性を高めるためにも、すでに HIV 検査が実施された結核患者に関する HIV 合併有無の情報は、全ての医療機関で統一したフォームに記載する、情報を参照する場合には患者の同意を得る、などの改善が必要であろう。

E. 結論と今後の予定

国内の HIV 感染者およびエイズ患者の数は増加しているが、結核患者への HIV 検査システムはまだ確立されていない現状が示唆された。来年度は、HIV 検査に直接関わると考えられる結核診療に従事する医師を対象とした調査や、保健所としてどのような取り組みを行っているか、全国の保健所を対象としたアンケート調査の実施を検討し、より全国的な状況把握を試みる予定である。

F. 健康危険情報

特になし。

G. 研究発表

村上邦仁子、河津里沙 「結核患者に対する HIV 検査—保健師・看護師へのアンケート調査より—」、結核対策推進会議新報 No.10、2010年3月、結核予防会 結核研究所 対策支援部

H. 知的財産権の出願・登録状況

特になし。