

Part 3: あなたについてお伺いします。該当する答えに○を記入してください。

問 24 性別

- 男性
- 女性

問 25 年齢

- 20代
- 30代
- 40代
- 50代
- 60代
- 70代
- 80代以上

問 26 現在お仕事をされていますか。

- している
- していない

問 27 ドヤに泊まる、路上生活するなどの経験がありますか。

- ある
- ない

問 28 結核にかかったことがありますか。

- ある
- ない

問 29 身近な人が結核にかかったことがありますか。

- ある
- ない

問 30 結核について医療機関等を相談したことがありますか。

- ある
- ない

問 31 これまでに結核に関するパンフレットやしおり等を読んだことがありますか。

- ある
- ない

注：事後アンケートではPart 3にて「結核のしおり」に関する印象を聞いた。

-
- 1 岩本百合子 結核患者を支援する地域医療者に対する意識調査 保健師・看護師の結核展望 2010:48-107-111
 - 2 中西洋一、出水みいる、安倍喜八郎 他 医学生、医療従事者の結核に対する意識調査 結核 2002:77:457-463
 - 3 市川裕子、鯨田 昌宏、山下 莉恵、他 結核についてのパンフレット配布後の看護師、介護士の意識調査 意識調査の結果からみえた啓発活動の課題 日本看護学会論文集：看護総合 2013:43:235-238
 - 4 大森麻美 看護師の結核に対する意識調査を通して 結核のイメージと知識の因果関係について 日本看護学会論文集：成人看護 II 2012:42:106-108
 - 5 松岡ひろみ 結核指導前後における家族の認識の変化 中国四国地区国立病院機構・国立療養所看護研究学会誌 2009:5:213-216
 - 6 秋篠宮紀子 最近の結核に関する意識と予防行動について 結核予防婦人会講習会・講演会参加者の調査より 結核 2012:87:623-633
 - 7 松村三千子、福田裕子、杉野文代 結核発症が高い地域住民の結核に関する現状認識 看護・保健科学研究誌 2004:4:105-114
 - 8 真鍋加津子、中條 珠代、大池 明枝、他 結核予防についての高齢者の意識 地域環境保健福祉研究 1998:2:32-35
 - 9 渡辺朱里、佐藤法仁、苔口 進 等 歯学科生、歯科衛生学校生、非医療系大学生における結核に対する意識調査 日本歯科衛生学会雑誌 2008:2:19-28
 - 10 Sasaki Y, Ohno K.: Knowledge, attitude and behavior concerning tuberculosis and living conditions of the homeless people. ICN, 2007. (20070630).
 - 11 Tulskey J, White M, Young A, et al. Street talk: knowledge and attitudes about tuberculosis and tuberculosis control among homeless adults. Int J Tuberc Lung Dis, 1999;3:528-533
 - 12 三浦敏子、円谷千代、島津和子 S社における結核意識調査 保健婦の結核展望 1983:21:17-27
 - 13 Ettema J, Brown J, Luepker R. Knowledge gap effects in a health information campaign. Public Opinion Quarterly, 1983:47:516-527
 - 14 Genova B, Greenberg B. Interests I news and the knowledge gap. Mass Communication Review Yearbook (vol.2), Sage, Beverly Hills, CA 494-506
 - 15 Nyamathi A, Sands H, Pattatucchi Aragon A, et al. Tuberculosis knowledge, perceived risk and risk behaviours among homeless adults: effect of ethnicity and injection drug use. Journal of Community Health, 2004:29:483-493
 - 16 Dervin B. Communication gaps and inequities: moving toward a reconceptualization. In Dervin B and Voight M (Eds.), Progress in Communication Sciences Vol.22, New Jersey: Ablex, 73-112

保健所と刑事施設の連携に関する現状調査

研究協力者

河津里沙

(公財) 結核予防会結核研究所

背景と目的

刑事施設の結核対策において、刑事施設とその他の関係機関との協力は不可欠とされているが、その一方で本邦を含む多くの国では矯正医療の所管が厚生労働省あるいは保健省ではなく法務省にあるため、協力体制を築くためには様々な工夫が求められている。本邦において保健所は感染症対策に関して地域の中核機関であり、刑事施設で発生した結核に対する「連携」において中心的な役割を担うことを期待されている。しかし、現状では個々の刑事施設、そして保健所ごとに個人情報等に対する認識や取り組みにばらつきがあり、刑事施設の結核対策に格差が生じていることが報告されている¹⁾。

本調査は刑事施設で結核が発生した場合に保健所が関わり得る段階において、刑事施設との連携状況を把握し、保健所向けの刑事施設の結核対策に関する手引きの基礎的なエビデンスを構築することを目的とした。

対象と方法

平成 25 年時点で全国には 62 刑務所、8 刑務支所、7 少年刑務所、8 拘置所、103 拘置支所の計 188 刑事施設がある。本調査では一日の平均収容人員数が 100 人を超える 62 刑務所、6 刑務支所、7 少年刑務所、8 拘置所及び 12 拘置諸所の計 95 刑事施設を管轄する 82 保健所を対象とした。対象施設には調査の趣旨と概要を説明した文書を送付し、協力に同意を得られた保健所の結核業務担当保健師に、調査表を用いて電話による半構成的インタビューを行った。

主な調査項目は下記の通りである。

1. 管轄する刑事施設における結核の発生件数
2. 刑事施設において結核が発生した場合、保健所が把握するまでの経緯
3. 刑事施設において発生した結核に関する情報収集及び患者面接について
4. 刑事施設において治療中の患者の病状把握について
5. 出所時の対応について
6. 刑事施設職員に対する知識啓蒙について

尚、本調査は(公財)結核予防会結核研究所の倫理審査委員会の承認を得て行った(承認 No. RIT/IRB 25-16)。

結果

82 保健所中、31 保健所（回答率 38%）を対象に調査を行うことができた。これらの保健所が管轄している刑事施設は 40 か所であった。尚、調査に協力不可の理由としては半数近くが「事例がない」あるいは「近年事例がない」ことを挙げていた。調査の対象となった保健所が管轄している刑事施設の種類と規模を表 1 にまとめた。

大規模刑務所は一般収容人員数が 1000 人を超えている施設、中規模は 500 人以上 1000 人未満、小規模は 500 人未満の施設を指す。また A 級施設は犯罪傾向が進んでいないものを収容する施設（全国に 17 か所）、B 級は犯罪傾向が進んでいる者を収容する施設（全国に 41 か所）を指す。31 保健所中、管轄する刑事施設における年間の新規の結核発生届出数が 0～2 件と回答した保健所が 24 か所、5 件未満だが毎年 1 件はある、が 5 か所、5 件以上が 2 か所であった。刑事施設において発生した結核を保健所が把握するまでの経緯としては 26 保健所が刑事施設より電話で一報を受け、その後届出を受理していたが、3 保健所は届出を FAX で受理した後、電話を折り返していた。また 2 保健所は常に結核が疑われる事例が出た段階で刑事施設より電話で相談を受けていた。又 18 保健所が発生時に刑事施設担当者が来所、あるいは保健師が刑事施設を訪問するなどして、刑事施設担当者と直接会っていた。

表 1 対象保健所が管轄している刑事施設の規模及び種類

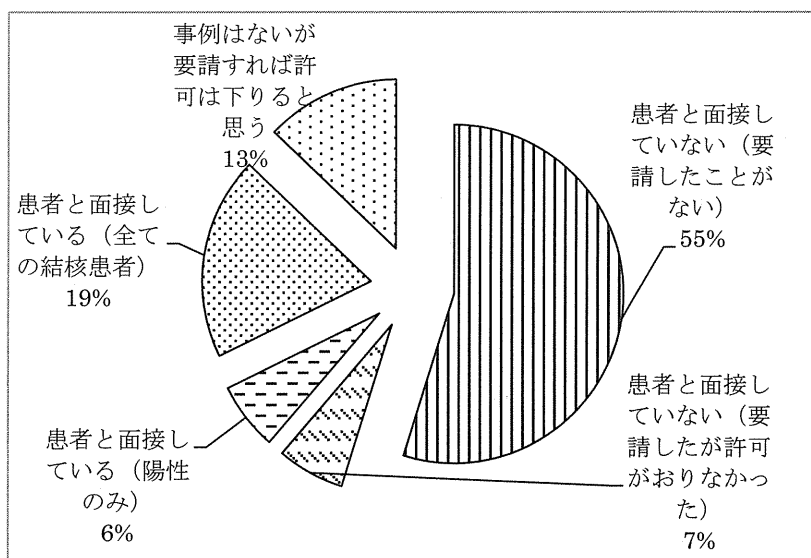
大規模刑務所	9	医療重点施設	4
（うち A 級）	4)	女子刑務所	1
（うち B 級）	5)	少年刑務所	2
中規模刑務所	10	刑務支所	2
（うち A 級）	3)	拘置所	5
（うち B 級）	7)	拘置支所	5
小規模刑務所	2	計	40
（うち A 級）	0)		
（うち B 級）	2)		

情報収集及び患者訪問について：

上記の通り、18 保健所は直接刑事施設担当者と会って聞き取り調査を実施しており、その際に 7 か所が調査表を用いていた。また事前に調査表を刑事施設に渡している保健所が 1 か所、発生届と共に刑事施設による経過報告書を受け取っている保健所が 1 か所あった。1 か所が情報提供はほぼなく、患者登録票は白紙に近いと答えていた。

患者面接に関しては 62% の保

図 1 登録時における患者面接の実施の有無

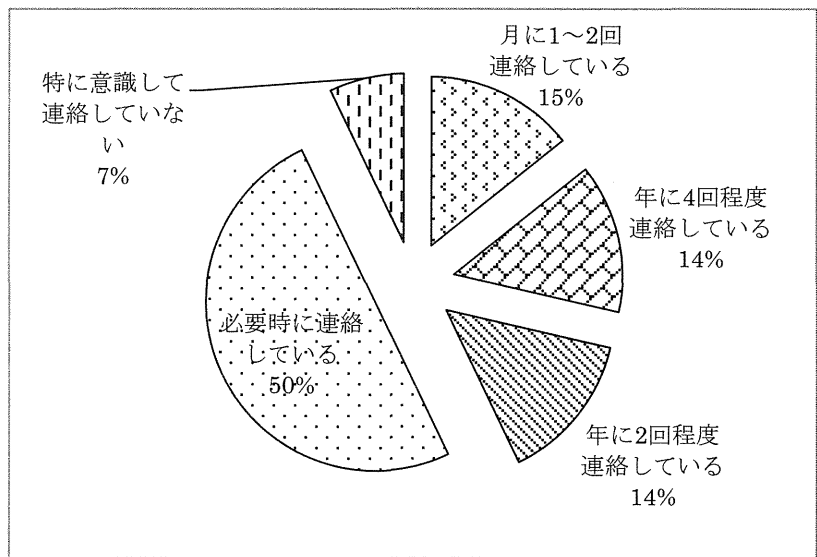


健所が実施していなかった。うち 2 か所は要請したことはあったが、許可されなかった。残り 17 保健所は要請したことがなく、その理由としては「必要性を感じていない」「特に理由はない（理由は前任者に確認していない）」などが挙げられた。患者訪問を実施している保健所に関しては、陽性者のみ患者訪問している保健所が 2 か所、常に面接を実施している保健所が 6 か所、これまで事例がなく実施したことはないが、要請すれば許可は下りると思うと回答した保健所が 4 か所あった（図 1）。面接を実施していた保健所は、一般会と同様の手続きを通して、面会室にて患者と会っていた。

治療中の患者の病状把握について：

図 2 治療中の患者に関する連絡

結核患者が発生した後、通常は患者は他施設に移送されずに管轄内の刑事施設において治療を続けると回答した保健所は 14 か所であった。そのうちの 2 か所が月に 1-2 回、2 か所が年に 4 回程度、2 か所が半年に 1 回程度、刑事施設より治療経過や病状医関する報告を受けていた。一方で定期的に刑事施設に電話で連絡を取り、治療の経過を把握していた一方で、7 施設が「必要時

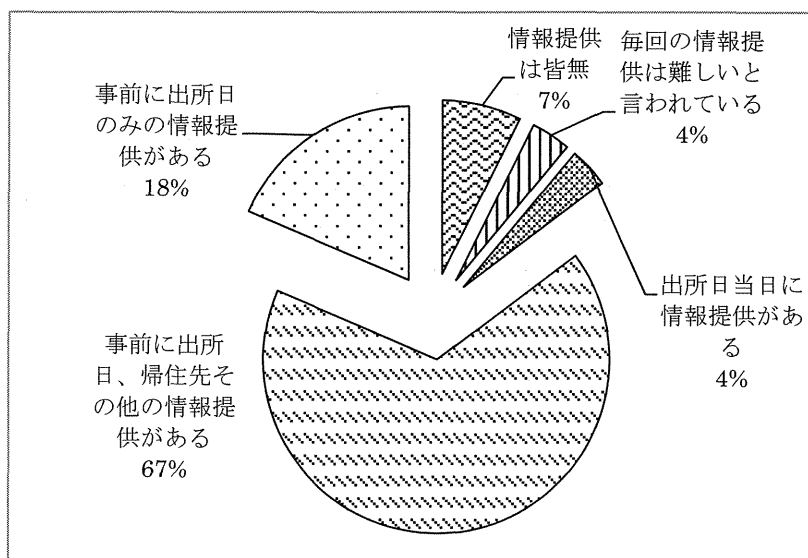


のみに連絡」、1 施設が「特に意識して連絡はしていない」と答えていた。このうち、大型の拘置所を受け持つ X 保健所は年に 4 回定期連絡会を実施しており、胸部 X 線の比較読影、治療内容、菌検査、治療期間、管理検診、接触者健診状況についての確認や助言、新たな入所者の治療状況等の確認、助言、及び出所予定が決まっている被收容者に関して、事前に出所日等の情報の確認等を行っていた。また、刑事施設における結核診療は結核診査協議会の対象外ではあるが、Y 保健所は治療の適切性に関して助言を得るために、発生毎に刑務所に診断書の作成・提出を依頼し、胸部 X 線フィルムと共に診査会に提示しており、意見等があった場合は審査会意見として刑務所長宛に文書で伝えるとされていた。また、患者が移送となった場合は、元の刑事施設担当者あるいは移送先の管轄保健所を通して状況を把握している保健所が多かった。

出所時の対応について：

治療中または経過観察期間中に処となった患者の事例がある 27 保健所中、事前の情報提供はほぼないと回答した保健所は 2 か所、毎回は難しいと刑事施設から言われている、と回答した保健所が 1 か所あった。また 1 か所は出所日当日に連絡があり、その際に出所

図3 治療途中で出所する患者に関する情報提供の有無



後の連絡先の情報提供もあると回答していた。残り23保健所中、18か所が出所時期あるいは出所予定日及び出所後の連絡先に関する情報を事前に把握しており、5か所が出所時期のみを把握していた。これら5か所の保健所は、出所する患者の帰住先に関しては「個人情報のため」情報提供を断られていた。一方で出所時期及び帰住先を把握していた18保健所中、2か所は帰住先に関する情報は面接あるいは文書（手紙）のやりとりを通して、直接患者から得ていた。また9か所は出所前に患者と面接をしており、患者からその他の情報（家族情報等）を収集することができていた。この中で2保健所は出所前に刑事施設担当者、患者本人を含めたカンファレンスを行っていた。

刑事施設職員に対する知識啓蒙について：

31保健所中、6か所が結核発生時毎に結核に関するパンフレットを渡しながら説明を行っており、2か所が医療機関向けの研修会・講演会を実施する際に刑事施設職員にもその機会を案内していた。また刑事施設において集団感染を経験した2保健所は、職員の不安解消と今後の早期発見のための研修を行っていた。

考察・結論

本調査から、刑事施設における結核対策に関しては刑事施設側の対応に差があるばかりではなく、保健所の認識にも格差が生じていることが示された。例えば患者が刑事施設の被収容者である場合は「刑事施設に任せてある」「刑事施設がきちんとDOTSをしてくれている」という認識から、面接や治療中の患者に対する積極的な関わりは必要ないと考えていた保健所が少なくなかった。一方で、調査からは「薬剤感受性試験未実施」「4剤（HREZ）で半年以上治療」「不適切な治療による耐性化」「精神疾患があり途中で服薬を拒否していた」などといった事例も聞かれたことから、刑事施設であってもDOTSは万全ではないことが示唆される。また、海外でも刑事施設内のDOTS実施にも関わらず治療失敗率や、DOTS導入後もMDR-TBを含む薬剤耐性結核の罹患率が高率であることが報告されている^{2,3}。

また面接に関しても感染症法第15条は「都道府県知事は、感染症の発生を予防し、又は感染症の発生の状況、動向及び原因を明らかにするため必要があると認めるときは、当該

職員に一類感染症、二類感染症、三類感染症、四類感染症、五類感染症若しくは新型インフルエンザ等感染症の患者、疑似症患者及び無症状病原体保有者、新感染症の所見がある者又は感染症を人に感染させるおそれがある動物若しくはその死体の所有者若しくは管理者その他の関係者に質問させ、又は必要な調査をさせることができる」としており、患者が刑事施設の被収容者である場合でも、そのこと自体が面接を省略する根拠にはならない。また、刑事収容施設及び被収容者等の処遇に関する法律第 111 条の 2 等の規定により公的機関の職員との公用を理由とする面会は許可の対象となっている。同法によると刑事施設の長は受刑者に対する面会の申し出があった場合に「その者との交友関係の維持その他面会することを必要とする事情があり、かつ、面会により、刑事施設の規律及び秩序を害する結果を生じ、又は受刑者の矯正処遇の適切な実施に支障を生ずるおそれがないと認めるとき」は、これを許すことができるとされている。従って感染症法第 53 条の 14 に基づき、患者面接の重要性及び必要性を説明したうえで、保健師が患者に面接を要請することに対して、刑事施設の長は「秩序を害する結果を生じ」、「矯正処遇の適切な実施に支障を生ずる」おそれがあると判断した場合を除いて面会は認められると考えられる。

確かに患者が刑事施設被収容者である場合には診断が下された以上、治療は必ず開始され、また服薬行動も監督下におかれるが、刑事施設内の保健指導が常に十分に行えなかった場合、患者が治療に対する理解が不十分なまま治療途中で出所することも想定される。伊藤らは患者教育は治療中断阻止に最も必要かつ有効な介入であると述べているとおり¹、保健所はあらゆる可能性に対応するためにも、患者本人と直接面接を行い、個々の患者の状況を把握し、信頼関係を築いておくことは必要である。

結論

本研究班では今回の調査を基に保健所を対象とした刑事施設における結核対策の手引きを作成した。課題を整理し、専門家や現場経験者との意見交換を経て関連法案の解釈を明確にしたうえで、刑事施設と連携を促進するために何が必要か、何が可能であることを示した。今後もエビデンスを構築し、必要に応じて改定を重ねていく必要があると考える。

参考文献

- 1 臼井久美子. 刑事施設を出所する結核患者への保健所の支援の実態と課題. 保健医療科学 61:474-475, 2012-10
- 2 Kimerling M, Kluge H, Vezhnina N, et al. Inadequacy of the current WHO re-treatment regimen in a central Siberian prison: treatment failure and MDR-TB. Int J Tuberc Lung Dis 1999; 3: 451-453
- 3 Pleumpanupat W, Jittimane S, Akarasewi P, et al. Resistance to anti-tuberculosis drugs among smear-positive cases in Thai prisons 2 years after the implementation of the DOTS strategy. Int J Tuberc Lung Dis, 2003; 7: 472-477
- 4 伊藤邦彦, 吉山崇, 永田容子, 他. 結核治療中断を防ぐために何が必要か? 結核 83:621-628 2008

高齢者施設における結核対策の現状と対策

村上邦仁子、浦川美奈子、永田容子、星野豊、平山隆則、小林典子

はじめに

日本の高齢化は進み、総務省のデータでは、1990年と2012年の比較において、65歳以上の人口割合は12.1%から24.3%に、75歳以上は4.9%から12.0%に増加した¹⁾。高齢者が療養生活を送る施設(以下、高齢者施設)の利用率(在院者数/病床数)は例年高く、2011年の特別養護老人ホーム(介護老人福祉施設に同じ。以下、特養)の利用率は98.4%、介護老人保健施設(以下、老健)の利用率は92.2%である²⁾。一方で、日本における2012年の新規結核患者21,283人のうち、65歳以上の患者は全体の62.5%、75歳以上の患者は全体の46.3%を占めている³⁾。結核の感染自体を完全になくすことはできないが、今後さらに高齢化が進む中で、高齢者施設における結核の感染拡大を最小限にする対策は、より重要性を増す。

本研究は、高齢者施設における結核対策の現状を検討し、現場でどのような情報が必要であるかを考えた上で、より有用な、介護職員対象のハンドブック(仮)のひな型を提示することを目的とする。本稿の構成は表1のようになっている。

表1：本稿の構成

1章	高齢者結核の特徴 一般的な特徴についてまとめる
2章	高齢者施設の区分と人の流れ 施設区分と、施設の特徴を考慮した人の流れから結核対策を考える
3章	高齢者施設の結核対策に関する研究と調査 これまでの主な調査と研究についてまとめる
4章	高齢者施設の結核対策マニュアル 厚労省や各自治体・保健所から発行された主な指針・マニュアルをまとめる
5章	高齢者施設の結核集団感染事例と教訓 2011年以降の事例の紹介と事例から得られる教訓をまとめる
6章	ワークショップ「高齢者施設の結核対策の課題」 医療従事者を対象に実施したワークショップから得られた知見をまとめる
7章	介護職員対象の結核対策ハンドブック 1-6章の情報をもとに、介護職員に有用なハンドブックのひな型を提示する

1章 高齢者結核の特徴

まず初めに、高齢者結核の特徴とはどのようなものか整理したい。

高齢の既結核感染者においては、基礎疾患の合併により結核の発病リスクが上昇する。山口らによる肺結核患者262名の検討では⁴⁾、肺結核患者の合併症の有無について、脳血管障害、糖尿病、癌、心疾患など、なんらかの合併症をもつ症例の割合が、中年層(45-54歳)の36.8%に比較して、高齢層(75歳以上)で73.4%と有意に高かったと報告している。他疾患の経過観察が長期にわたる症例も多いため、結核発病のリスクを常に念頭に置き、定期的なスクリーニングを行っていく必要がある。

また高齢者の結核は、症状が典型的でないことも重要である。豊田らの報告では⁵⁾、2008年に結核病棟に入院した活動性結核患者414名を、年齢層によって64歳以下(187名)、65-74歳(74名)、75歳以上(153名)の3群に分けて検討した。咳・痰などの呼吸器症状を訴えて医療機関を受診したのは、3群の順に48.7%、33.8%、31.4%、と減少したのに対し、発熱・体重減少・ADL低下などを訴えて受診したのは、順に17.1%、20.3%、38.6%と増加し、高齢者群では初診時に呼吸器症状はより少なかった。このように高齢者が、結核に非特異的な症状で受診をし、結核が疑われるまでに時間を要して、診断が遅れることが課題となっている。認知症など訴えの少ない患者の場合は、さらに周囲が発病に気づきにくいリスクがあることも留意すべきである。

さらに高齢者結核においては、治療が開始されても死亡率が高いことも特記すべきである。諸外国では、結核による死亡のリスクファクターとして、年齢、HIV/AIDSとの重複感染、多剤耐性結核、栄養不良、貧困などが挙げられているが⁶⁾、わが国では年齢による影響が大きく、2012年の結核死亡率は全体で1.7(人口10万対)だったが、70-74歳で2.2、75-79歳で4.4、80-84歳で9.6と年齢が上がるにしたがって上昇した³⁾。伊藤は、高齢者結核

では、結核自体の改善にもかかわらず全身状態の悪化に伴って死亡することが多く、死因のはっきりとした特定が困難な場合も少なくないと述べている⁷⁾。

まとめると、高齢者以外に比較して、なりやすい(高い発病リスク)、だが分かりにくい(非特異的症候)、時に治りにくい(死亡率の高さ)という三大特徴が、高齢者結核にはみられるといえる。

2章 高齢者施設の区分と人の流れ

2.1 高齢者施設の区分

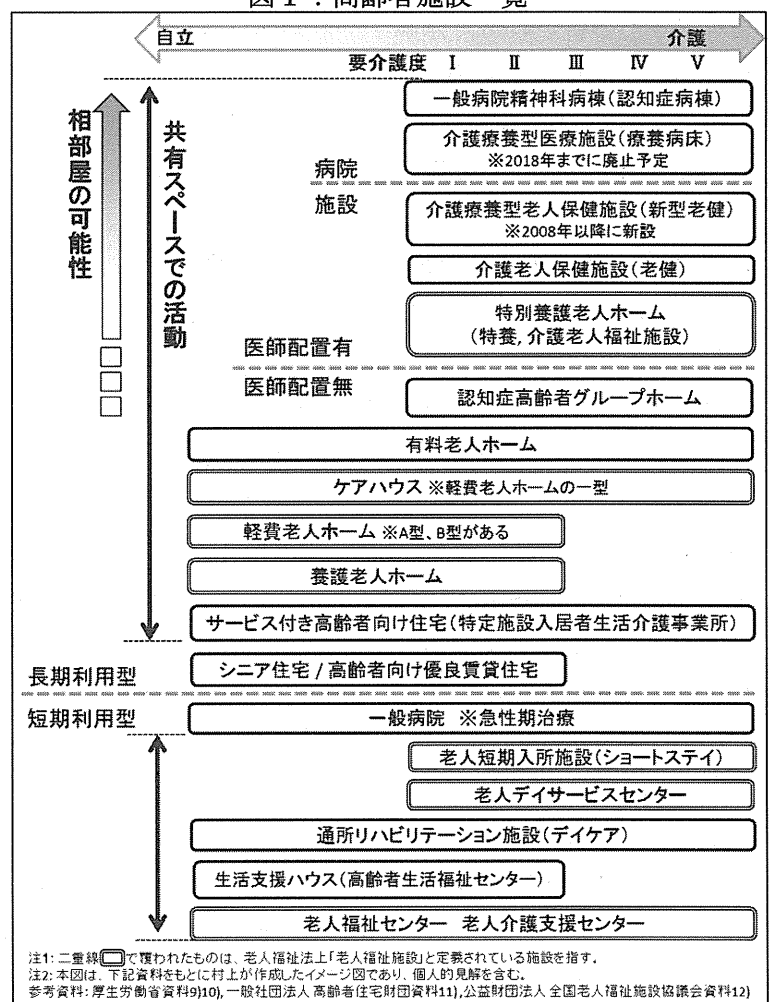
次に、高齢者施設の区分を整理する(図1)。老人福祉法第5条の3に「老人福祉施設」と定義されているのは、特養、軽費老人ホーム、養護老人ホーム、老人短期入所施設(ショートステイ)、老人デイサービスセンター、老人福祉センター、老人介護支援センターであるが⁸⁾、高齢者施設としては下図に示すように利用者の目的、介護度、経済状態などに応じ、より多くの種類の施設がある⁹⁾⁻¹⁵⁾。

各施設の詳細は他稿に譲るが、大きく区分すると、入所施設を中心とした長期利用型と、通所施設を中心とした短期利用型に分けられる。長期利用型の中で、介護を要する場合に利用される介護保険施設の代表としては、介護療養型医療施設(以下、療養病床)、特養、老健の三種が挙げられ、これらには、常勤、非常勤を含めて医師の配置がある。厚生労働省(以下、厚労省)によると、療養病床、特養、老健の順で、平均要介護度(2011年)は4.4、3.9、3.3、平均在所・在院日数(2007年)は427日、1,465日、278日、死亡による退所の割合(2007年)は、それぞれ32.6%、63.0%、3.8%となっており、これらから利用者の状態が大きく異なることがわかる²⁾。また、介護療養型医療施設は病院であり、他二種は施設の区分になるが、厚労省の方針により、2018年3月までに介護療養型医療施設は廃止され、介護療養型老人保健施設(以下、新型老健)に移行される予定となっている。さらに、療養型医療施設ではないものの、一般病棟の精神科病棟の長期利用が行われている場合もある。

一般に医師の配置がないとされている施設で、介護を要する場合に利用する施設には、認知症高齢者グループホーム、有料老人ホームなどがあるが、グループホームや有料老人ホームは民間主体の経営であるため、サービスの内容にはばらつきがある。

一方短期利用型では、急性期の治療目的の一般病院への入院は概念が異なるものの、それ以外の施設、センターは通所施設として利用されている。

図1：高齢者施設一覧



このように高齢者施設は種類が多く、利用者の状態、サービスの内容などにそれぞれ特徴があるため、結核対策を考える際にもそのような特徴を考慮する必要がある。

2.2 高齢者施設における人の流れと結核対策

結核疑い患者が発生した場合、結核が疑われる利用者の活動レベル、居住環境などから、周囲への感染性には差が出ることを考慮することが重要である。様々な資料の検討の結果、同図内に筆者の意見をまとめた。

まず自室での滞在時には、同室者がいる相部屋か、個室か、の違いがある。厚生省によると、介護保険施設のうち、個室の割合が最も多いのは介護老人福祉施設の 64.8%であるとされているが²⁾、施設によりばらつきがある。またたとえ個室であっても、利用者と面会者の接触、利用者と介護者との接触度を考慮する必要がある。特に後者は、利用者の介護度や必要な処置なども含めて感染性の強さを評価する必要がある。

また、入所者、通所者に関わらず、共有スペースにおける活動を行う場合には、施設利用者すべてとの接触度を評価する必要があるし、意識すべきなのは、必ずしも入所者が重症で、通所者が軽症、ということではないという点である。家庭での介護の合間に通所サービスを利用している場合もあれば、入所を希望するものの空きがないので、月に 30 日間という通所サービスの上限を繰り返すことで、日々を乗り切っているようなケースもある。したがって、結核対策を考える際には、通所者への意識も高く持つ必要がある。

3章 高齢者施設の結核対策に関する研究と調査

次に、高齢者施設における結核対策に関し、過去の研究と調査結果を表2にまとめた。

宍戸らの全国の特養における調査では¹⁶⁾、結核早期発見対策として、入所時胸部 X 線検査を実施したのは 84.3%、入所中に定期的に胸部 X 線検診を実施したのは 94.1%と高い割合を示した。大森らの 5 都県の老健における調査では¹⁷⁾、利用開始時に胸部 X 線検査を実施していたのは入所者 42.6%、通所者 23.7%であった。定期検診は、入所者 45.6%、通所者 15.4%のみで、本人の訴えがあってから症状を報告するのが、入所施設で 79.9%、通所施設で 82.2%に上った。一方で、日々の健康観察として食欲を毎日チェックしていたのは、入所施設 67.5%、通所施設 49.1%で、呼吸器症状の毎日の確認よりも高い数値であった。下内らによる大阪市内の高齢者施設における調査では¹⁸⁾、定期的胸部 X 線検査実施は入所者で 94%、通所者で 34%、呼吸器症状のチェックは入所者 78%、通所者 74%に実施されていた。鈴木らによる東京都下 1 保健所管内の高齢者施設における平常時の結核対策の調査では¹⁹⁾、結核定期検診は 90%に実施、毎日の健康観察は、体重 100%、食欲 95%、咳 87%、発熱 77%、痰 62%であった。

行政による調査のうち、奈良市保健所の管内の高齢者施設を対象にした調査結果は²⁰⁾、利用開始時に胸部 X 線検査を全体の 67.1%(入所者 88.9% 通所者 50.0%)が実施、定期胸部 X 線は全体の 43.3%(入所者 70.8%、通所者 21.6%)が実施していた。また徳島県保健局の高齢者施設を対象にした調査では²¹⁾、入所時胸部 X 線検査は 74%が実施、定期健康診断は 79%が実施していた。この調査ではさらに定期健康診断に関して施設タイプ別の実施率を示しているが、高い順に、特養 95%、養護 94%、軽費 91%、老健 65%、有料 48%であった。

これらの調査は、アンケート調査であることは共通しているが、調査時期、調査対象、調査項目は統一されておらず、一概には比較できない。しかし全体的な傾向としていえることは、入所者に対してよりも通所者に対して、入所施設よりも通所施設において、結核への意識がより低いことである。また、日々の健康管理として、食欲や体重といった介護ケアに直結しやすい情報は収集されやすいことも重要なポイントである。結核(感染症)マニュアルの作成までの評価はされたが、作成後の活用度に関する調査が少ないことは今回のレビューでは課題と思われたが、最近になって、各地方自治体を主体とした、マニュアルの活用に関する調査も開始されているようである。

表2: 高齢者施設における結核対策に関する研究一覧

著者	年	集計に用いた施設数	職員への啓発・予防	利用開始時の胸部X線	定期的な胸部X線	日々の健康観察
宍戸ら ¹⁶⁾	2002	全国特養計593施設	結核マニュアル類配備 28.0% ツ反実施 6.7% N95マスク配備 3.7%	84.3%	94.1%	
大森ら ¹⁷⁾	2003	1都4県老健計169施設	結核マニュアル類配備 75.1%	入所者 42.6% 通所者 23.7%	入所者 45.6% 通所者 15.4%	呼吸器症状 入所者 18.9% 通所者 11.8% 食欲 入所者 67.5% 通所者 49.1%
下内ら ¹⁸⁾	2005	市内計197高齢者施設(老健、養護、特養、グループホーム)	感染対策委員会設置 57% 結核の健康教育 40% 小冊子配布 19% N95マスク配備 27%		入所者 94% 通所者 34%	呼吸器症状 入所者 78% 通所者 74%
鈴木ら ¹⁹⁾	2011	1保健所管内計40高齢者施設(老健、特養、養護、軽費、有料)	対策委員会で結核討議 45% 結核研修 37%		90%	咳 87% 発熱 77% 痰 62% 体重 100% 食欲 95%
奈良市保健所 ²⁰⁾	2011	市内計計189高齢者施設(入所79施設、通所110施設)	対策委員会 49.4% (入所施設68.1% 通所施設34.1%) 感染症マニュアルに結核含む 64.1% 結核研修 68.3% (入所施設79.2% 通所施設59.1%)	全体 67.1% 入所者 88.9% 通所者 50.0%	全体 43.3% 入所者 70.8% 通所者 21.6%	全体 86% 入所者 79% 通所者 92%
徳島県保健局 ²¹⁾	2012	県内計195高齢者施設(老健、特養、軽費、養護、有料)		74%	全体 79% 特養 95% 養護 94% 軽費 91% 老健 65% 有料 48%	

4章 高齢者施設の結核対策マニュアル

次に、高齢者施設における結核対策に関し、これまで国としてどのような指針が示されたかを整理する。

4.1 国からの通達、マニュアル、ガイドラインなど

高齢者施設には、それぞれの施設における感染症対策全般の基準が厚労省により定められている²²⁾⁻²⁷⁾。衛生管理等の項目において、感染症発生対策として、対策委員会の開催、指針の整備、研修の実施、2006年に定められた「厚生労働大臣が定める感染症又は食中毒の発生が疑われる際の対処等に関する手順」に沿った対応、などの記載がある。

結核に関する法律は、2007年に「結核予防法」を統合して施行された「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)」²⁸⁾の第53条の2および7、同法施行令第12条において、介護老人保健施設、養護老人ホーム、特別養護老人ホーム又は軽費老人ホームの職員及び入所者に対し、年1回定期の健康診断を義務付けている。

次に、厚労省もしくは厚労省委託業務として、高齢者施設を対象に施行された感染症マニュアルおよび結核対策マニュアル類について述べる。表3に示すように、1998年に厚労省からの通達として、「結核集団感染事例報告の徹底等について」が出された²⁹⁾。その中に結核集団感染事例報告の徹底と、高齢者入所施設等における集

団感染の防止に関する記載があり、高齢者集団においても結核集団感染が発生しうることへの注意喚起がなされている。この通達は2007年に一部改訂された。

表3:厚労省(委託事業、研究含む)より施行された感染症および結核対策マニュアル類

通達・発行元	年	題名
厚生労働省	1998	「結核集団感染事例報告の徹底等について」 ²⁹⁾ (2007年一部改正)
結核予防会結核研究所	1999	「結核院内(施設内)感染予防の手引き」 ³⁰⁾
三菱総合研究所	2005	「高齢者介護施設における感染対策マニュアル」
三菱総合研究所	2006	「特別養護老人ホームにおける感染対策ガイドライン」
三菱総合研究所	2013	改訂版「高齢者介護施設における感染対策マニュアル」 ³¹⁾

1999年には厚労省新興再興感染症研究事業の一環として、結核予防会結核研究所が「結核院内(施設内)感染予防の手引き」をまとめた³⁰⁾。これは高齢者施設に限らず、各種施設における結核対策を広く述べたものであり、結核対策の手引きとして基本になるものである。5章高齢者施設での対応に、患者早期発見、組織的取り組み、職員の健康管理、保健所との連携の記載がある。8章では通所施設での対応に関しても同様に記載されているが、いずれも医療従事者を対象としているため、説明には専門用語が多く用いられ、介護職員らには難しいものであった。

2005年には厚労省委託事業(実施:株式会社三菱総合研究所)により、高齢者介護施設を対象とした「高齢者介護施設における感染対策マニュアル」が、2006年には同じく特養を対象にした「特別養護老人ホームにおける感染対策ガイドライン」が出されたが、それらは、2013年に老人保健健康増進等事業の「介護施設の重度化に対応したケアのあり方に関する研究事業」において、改訂版「高齢者介護施設における感染対策マニュアル」として統合³¹⁾、公表された。改訂版では、高齢者に関わる社会福祉施設、通所サービス事などにおいても活用できる旨が付記されており、感染対策の基本、感染管理体制、平常時の衛生管理、感染発症時の対応などに関してまとめられている。文体は柔らかいものではあるが、あくまでこれらは感染症全般のマニュアルであるため、結核対策に関する記載は2ページ弱で、情報量に限界があった。

4.2 県、保健所レベルで作成されたマニュアル

次に、各地方自治体レベル、保健所レベルで作成されたマニュアルはどのようなものであるか、インターネット検索(2013年11月30日)、および結核予防会結核研究所対策支援部所有の情報から抜粋して検討した(表4)。

まず、感染症対策マニュアルに関しては、前述の厚労省主体のマニュアルと同様に、感染症全般を取り扱っているため結核に関する記載は少なく、結核の一般情報、入所時健康診断、発生時の対応に関する簡潔な記載にとどめられていた³²⁾⁻³⁴⁾。

一方、結核対策マニュアルの抜粋を表3に示す³⁵⁾⁻⁴¹⁾。対象にややばらつきがあり、以前は入所施設を中心として作成されていたが、近年は通所施設も含むより広いサービスを対象にしていることがわかる。また分量にも差があるが、近年はより幅広く網羅されているようである。特にチェックリスト、フロー図、管内の集団感染事例紹介などは、より具体的で、現場で参考になるものであり、自治体の枠を超えて共有していくことが望ましいと思われた。

表4: 地方自治体・保健所における結核対策マニュアル抜粋

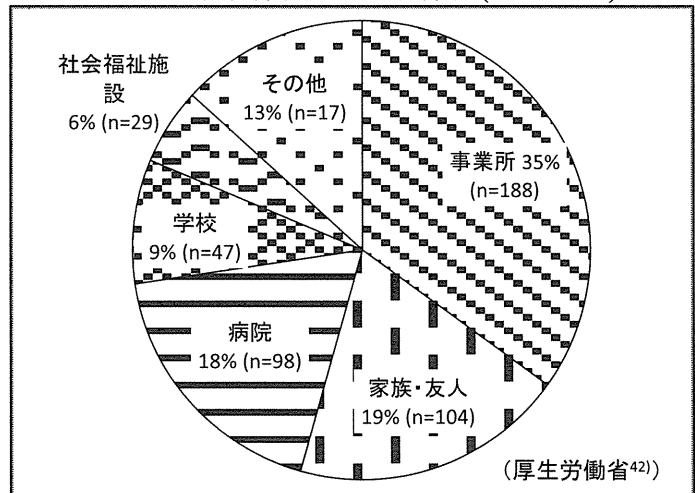
発行元	年	対象	分量	内容									
				1 結核とは？	2 入所時健康診断について	3 予防、定期健康診断について 入所時チェックリスト	4 職員の健康管理 日々の健康観察ポイント	5 発生時の対応について 発生時のフロー図	6 施設の取り組み 施設体制チェックリスト	7 保健所との連携	8 協力病院の取り組み	9 集団感染事例紹介	
厚生省研究事業	1999	高齢者入所施設 その他施設全般	26ページ	○		○	○	○	○	○	○		
A保健所 ³⁵⁾	2001	介護者	25ページ	○		○	○	○	○		○		○
B保健所 ³⁶⁾	2010	高齢者入所施設(特養、老健、養護)と協力病院、専門医療機関の連携パス	27ページ		○		○			○	○		○
C県 ³⁷⁾	2010	高齢者施設	4ページ		○		○				○		
D保健所 ³⁸⁾	2010	高齢者施設等	13ページ	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
E保健事務所 ³⁹⁾	2011	社会福祉施設等	8ページ	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
F保健所 ⁴⁰⁾	2012	高齢者施設 (通所サービス含む)	16ページ	○	○	○	○	○	○		○	○	○
G福祉センター ⁴¹⁾	2012	介護保険施設	8ページ	○	○	○	○	○					

5章 高齢者施設の結核集団感染事例と教訓

5.1 全国結核集団感染事例集計

集団感染事例報告のうち、高齢者施設における事例はどの程度を占めるのか。厚生労働省の2003年から2012年の全国結核集団感染事例発生場所の集計をグラフ1に示す⁴²⁾。この集計では、1人のインデックスケースからの集団発生の場所が2か所以上にわたる場合は、分けてカウントした。「病院」の区分は、長期療養型の医療施設として、介護療養型病床、一般病院の精神科病棟(認知症病棟)などを含む。「社会福祉施設」の区分は、保護施設、障害者施設、母子福祉施設、児童福祉施設、その他施設など多種を含むが、高齢者施設としては、養護老人ホーム、特養、軽費老人ホームを含む。

グラフ1：結核集団感染事例集計(2003-2012)



10年間に報告のあった全537事例中、病院で発生した事例は98例(18%)、社会福祉施設で発生した事例は29例(5.4%)であった。病院98事例中17例が療養型の医療施設であり、社会福祉施設29事例中19例(17.3%)が高齢者施設であったと判断できた。これらを合計すると46例となり、10年間の集計で少なくとも全体の8.6%が高齢者施設における集団感染事例と特定できるが、その他、「事業所」の区分に含まれると思われる通所式の介護サービス事業などを考慮すると、10%以上は高齢者施設に関わる結核集団感染事例であったと推察できる。

高齢者層は結核の既感染率が若年層よりも高いため、集団感染の評価時にも、満65歳以上のサービス利用者

における、結核感染・発病の評価は時に難しい場合がある。一方、施設で勤務する職員は、利用者よりも若年層であることが多く、既感染率も低いと、集団感染を機に新規に結核菌に曝露され感染する可能性がより高い。下内らが大阪市で実施した、市内全高齢者施設を対象とした調査によると、2002年から2004年に当該高齢者施設の職員における年罹患率は、人口10万対24.1で¹⁴⁾、2004年の大阪市全体の年齢別罹患率と比較しても低かった。大森らの調査では、一都四県の老人保健施設の職員からの結核罹患率は人口10万対38.4で、これは当該地域の罹患率より高かったとの報告がある⁴³⁾。このように、高齢者施設に勤務する職員のリスク評価には、依然ばらつきがあるものの、職員への感染予防という視点は、高齢者施設における結核対策において要となることは疑いがない。

5.2 高齢者施設の結核集団感染事例と教訓

次に、高齢者施設における結核集団感染の事例を検討する(表5)。

表5：2011年1月～2013年3月高齢者施設等における結核集団感染の事例

No.	施設種類	初発患者性別	初発患者年齢	初発症状	受診・診断の遅れに関連すると考えられる要因	その他の特記事項	初発患者の転帰	発病初発患者除く	感染発病患者除く	接触者健診	対策
1	通所介護事業所・訪問介護事業所	男性	利用者80代	咳発熱	陳旧性TBと診断名がつけられ、肺気腫もあり、受診、往診受けていたが6ヶ月の診断の遅れあり。	通所介護と訪問介護を利用し、訪問介護職員(Ns、ケアマネ、ヘルパー)に感染多かった。	結核死	ヘルパー等3人	ヘルパー等11人	79人	市がプレス発表し、注意喚起。
2	特別養護老人ホーム	女性	利用者80代	記載なし	3月30日に初発患者の診断後、4月末入院患者の結核診断に遅れがあり、結核のリスクの認識不足が考えられる。	初発患者以外に90代女性の結核死あり。	治療中	入所者・利用者4人 家族5人 職員等5人	職員等17人 家族2人	記載なし	県民への情報提供と注意喚起を県HPにて実施。
3	認知症病棟	男性	入院患者60代	微熱	初発患者は認知症で訴えが少なく、周囲が発病に気づきにくかった。	入院患者の多くがDM、呼吸器障害、嚥下障害などがあり、免疫力が低下している集団であった。初発患者に徘徊行為あり、他の患者との接触が多い状況だった。	結核死	患者6人 看護師・看護助手3人	患者47人 職員22人	115人	医療機関に結核の早期診断について依頼文が出された。厚労省からも全国に事務連絡が出された
4	小規模多機能施設(デイケア、ショート、有料老人ホームの複合施設)	男性	職員20代	胸痛	有症状受診で発見され、入所者がG9号で発見される。この入所者は症状あり、塗抹陰性、培養のオーダーがなかった。	初発患者が20代であり、最近の感染も考えられる。	入院中	職員入所者33人	職員入所者35人	199人	直後の対策は不明。(県のHPには集団感染等の注意喚起あり。)
5	特別養護老人ホーム	女性	入所者80代	高熱	6月中旬より高熱が続くが、投薬のみで、検査な心カ月弱の診断の遅れあり。	保健所の接触者健診と施設独自の健診で1名ずつ発病者があった。	結核外死	職員1人(施設独自1人)	入所者11人 職員7人 家族1人 近医職員1人	72人(施設独自62人)	学会や自由集会での発表あり。
6	総合医療センター ショートステイ	女性	入院患者80代	記載なし	呼吸器症状なく、尿路感染疑いで入院。抗生剤への反応鈍く、入院後10日目に胸部CT撮影し、診断された。	呼吸器症状ない中での感染・発病のあった事例。	入院中	家族1人 看護師1人	看護師等5人 職員5人	今後130人	市町村や福祉施設での結核検診の充実と医療機関での診断を課題とした。
7	介護老人保健施設リハビリセンター	男性	職員20代	咳・血痰	職員、入所者の健診を年1回以上実施していたが、集団感染となっており、有症状受診・診断の遅れが考えられる。	職員からの感染拡大で、施設入所者2人が死亡。	死亡	入所者4人	職員3人	記載なし	高齢者施設等に定期健診、普及啓発の依頼通知。
8	高齢者施設	男性	入所者90代	記載なし	初発患者が死亡し、発病者も2人出ており、発見の遅れの期間が長期であった可能性が高い。	2005年以降の県内の集団感染事例。	死亡	職員2人	家族職員8人	記載なし	この時点での県の対策不明。
9	有料老人ホーム	女性	入所者80代	記載なし	死亡前後に結核の診断となった状況が考えられる。	集団感染の報告が遅れた事例	死亡	職員2人	職員18人	記載なし	区内の対応不明だが、基準ではなくプレスしている。
10	老人福祉施設	男性	職員30代	記載なし	呼吸症状があったが受診の遅れあり、施設の健康管理の認識不十分であった。	家族や同僚から5人の発病あり。	入院中?	家族職員5人	家族職員8人	記載なし	高齢者施設等での健康管理と早期受診呼びかけ。

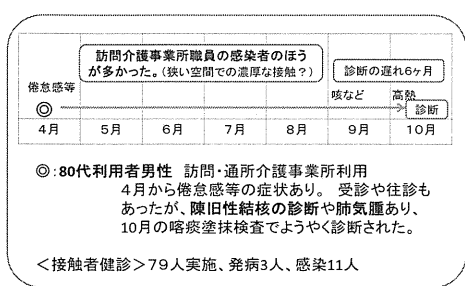
2011年1月から2013年3月までに朝日新聞(地方版を含む)検索サイトから検索し、高齢者施設等における集団感染の10事例をまとめた。ただし、厚労省の2011、2012年の社会福祉施設の結核集団感染報告は9件、病院等(病院、診療所、(介護)老人保健施設)は28件であり⁴²⁾、上記の10事例はそれらの一部である。報道発表は一般に対して“結核がまだある”ことを注意喚起する目的で行われており、接触者健診進行中での限られた情報であったため、今回事例をまとめるに当たり、各県市保健所に問い合わせて情報を追加した。ただし、報道

発表後 2 年を経過し終息報告した場合は、担当者の異動等の事情により詳細までは聞けない事例もあった。地域別にみると、中四国が 3 事例、近畿が 2 事例、東海北陸が 1 事例、関東甲信越が 3 事例、東北が 1 事例あり、九州、北海道を除くどの地域でも起こっていた。また、入所施設、通所施設に限らず、様々な種類の施設で集団感染が見られた。これら 10 事例の初発患者をみると、高齢者施設利用者の結核発病事例と施設職員の結核発病がきっかけとなった事例に大別された。集団感染に至る事例では、重症になって初めて診断される場合が多く、初発患者(高齢者)のほとんどが診断後早い時期に死亡していた。以下に代表的な事例と教訓をまとめる。各事例番号は表4と呼応している。

(1) 利用者が初発患者の事例

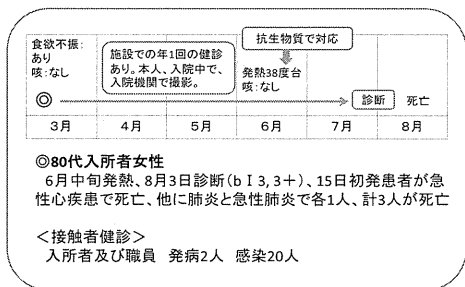
まず、高齢者施設の利用者から感染が拡大した特徴的な事例を、以下に紹介する。

● 事例 No.1: 80 代男性、陳旧性結核の診断と肺気腫により診断の遅れた事例



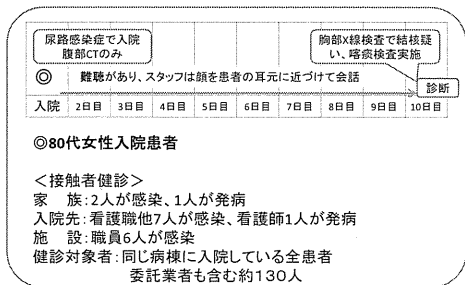
- 教訓
- ・胸部 X 線写真で異常影（陳旧性肺結核と即断）を認めながら抗酸菌検査が遅れるパターン⇒肺結核の診断の遅れ
 - ・自宅の閉鎖された空間での感染が、通所先の感染よりリスクが高かった。
 - ・接触時間や期間が短い人の発病があったため、感染の始期を接触者健診の途中で見直した。
 - ・結核感染対策マニュアルの整備がされていなかった。

● 事例 No.5: 80 代女性、呼吸器症状がなく、胸部 X 線検査で発見されなかった事例



- 教訓
- ・結核のイメージは「咳」だが、高齢者には咳がないことが多い。
 - ・「連続した介護記録」と「項目のチェック欄」がないと、変化の把握が困難。(人により、何をチェックしたか、変わってきてしまう。)
 - ・入所時の肺結核の既往歴の確認や、接触歴もあるとよい。
 - ・現在の治療は確認されているが、DM やリウマチが結核のリスク要因であるという知識のつながりが少ないことが多い。

● 事例 No.6: 80 代女性、他疾患入院中、泌尿器科であったため胸部 X 線検査が遅れた事例



- 教訓
- ・呼吸器症状がなく、尿路感染症で泌尿器科にかかっていたため腹部のCTしか撮っていなかった
 - ・総合病院では院内感染対策マニュアル(結核含む)に沿って対応していたが、胸部X線が遅れ、診断が遅れた
 - ・難聴あり、スタッフは患者の耳元に顔を近づけて会話していた
 - ・高齢者施設には保健所から巡回指導をおこなっている

高齢者施設の結核発生における教訓を、以上のような施設利用者の事例からまとめると、以下の7点が重要と考える。

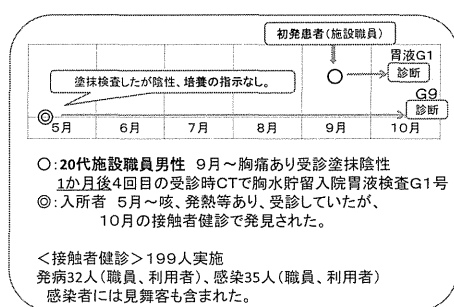
- 1) 平常時の定期健診を徹底する必要がある。
- 2) 寝たきりや ADL の低い高齢者の場合、呼吸器症状を伴わず、急激に進行する全身状態の悪化で発症する場合も多い。特に、発熱のみ、尿路感染症、肺炎様症状といった場合に、診断が遅れることがある。

- 3) 胸部 X 線写真で異常影を認めながら抗酸菌検査が遅れることがある。陳旧性結核と即断され、診断が遅れたケースもある。
- 4) 特に状態が悪い高齢者においては、CT などの画像所見上、細菌性肺炎や誤嚥性肺炎と鑑別不可能な症例がまれならず存在することを念頭に置く。
- 5) 抗酸菌検査のために、質の良い検体を取ることが重要である。また、抗酸菌検査を行っても、培養検査が実施されていない場合があるので注意を要する。
- 6) 一般的な抗菌薬の投与により、臨床上、画像上の改善をみたため、即結核が除外されることがあるが、注意深い経過観察が必要である。
- 7) 再感染の可能性を考え、遺伝子タイピングで高齢者間の感染を確認する必要がある。

(2) 高齢者施設で働く職員の事例

高齢者施設で働く職員は、職業上のデインジャーグループである。以下に特徴的な事例を紹介する。

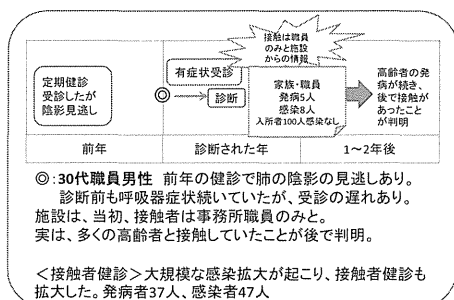
● 事例 No.4: 20 代男性の施設職員の発病がきっかけとなり、利用者の結核発病が発見された事例



教訓

- ・職員発病の5か月前に入所者が、有症状者(咳、発熱)で受診し、塗抹検査が行われたが、培養検査未実施、その後のフォローがされていなかった。
- ・職員定期健診以外での有症状受診による受診から早期発見
- ・抗酸菌検査は喀痰塗抹検査および培養検査をセットで行う
- ・結核感染対策マニュアルなし

● 事例 No.10: 30 代男性の介護職員の定期健診見逃しにより、利用者と職員に集団感染が拡大した事例



教訓

- ・職員は定期健診を受けていたが、前年の健診で見逃されていた
- ・有症状かつ高感染性であったが、接触者についての情報を全て保健所に伝えず、施設側は隠そうとした
- ・接触のあった高齢者から多数の発病があったことがわかり、大きな集団感染に至った
- ・施設側の対応に際し理解と協力を得ることに苦渋した

高齢者施設の結核発生における教訓を、以上のような職員の事例からまとめると、以下の6点が重要と考える。

- 1) 高齢者施設等に勤務するすべてのスタッフは、職業上のデインジャーグループであることを意識する。
- 2) 定期健診の不徹底や、要精密検査を放置することによる診断の遅れが見られた。職員が若者である場合、受診の遅れから集団発生に至ったケースもあり、繰り返さないよう注意喚起が必要である。
- 3) 職員の非感染性結核発病は、利用者が感染源となっていないかを念頭に置く
- 4) 介護職員など医療従事者ではないスタッフの結核に関する知識不足のため、接触者の把握が遅れることがある。平常時の職員教育が重要である。
- 5) 介護職員は看護職員等と比較し 1 回あたりおよび総接触時間が長い傾向、また患者と濃厚に接触して行う行為が多い傾向がある。接触時間が短くても濃厚に接触する介護行為を伴った介護職員で、QFT 陽性者および肺結核患者が認められており、接触者調査において考慮する必要がある。

- 6) 平常時の看護・介護行為における感染予防対策が重要であり、介護職員にもわかりやすい結核感染防止マニュアルが必要である。

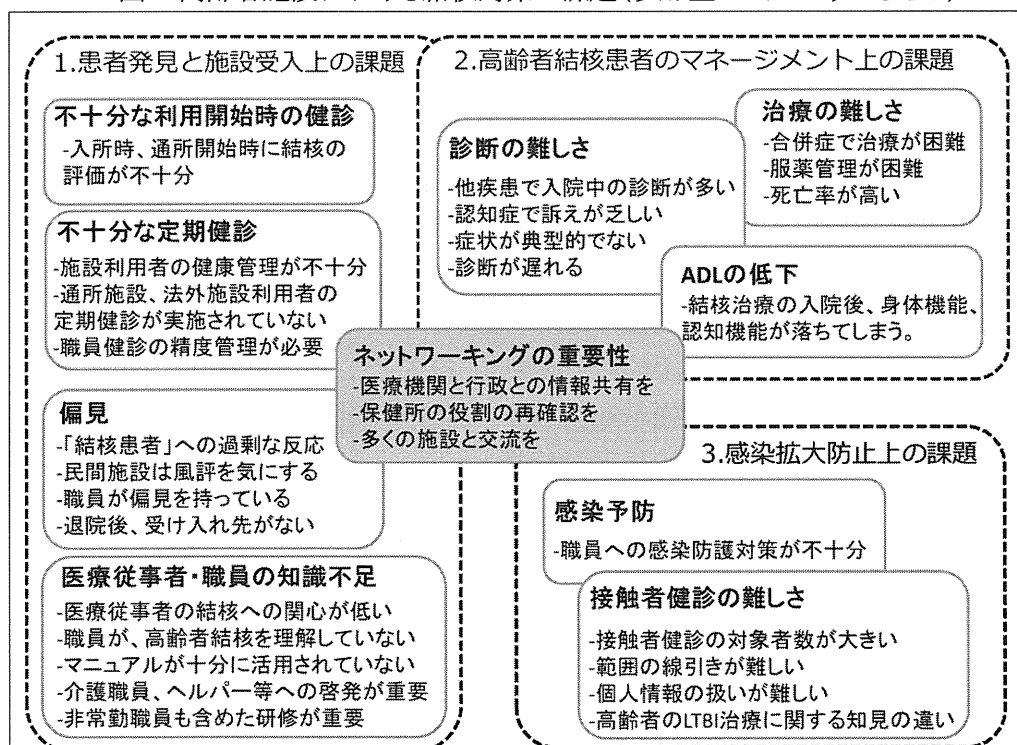
6章 ワークショップ「高齢者施設における結核対策の課題」

それでは、2014年現在、現場からの声はどのようなものであろうか。我々は、同年1月に結核研究所に於いて開催した、国内研修「結核対策総合コース」のなかで、「高齢者施設における結核対策について」という参加型のワークショップを、1日間開催した。そこで得られた知見を以下にまとめる。

ワークショップには計25名(医師12名、保健師12名、放射線技師1名)が参加した。本稿の2—5章に対応する内容を概説した後に、札幌市保健所、延岡保健所、岩国健康福祉センター、国立病院機構西別府病院から、高齢者結核および高齢者施設における結核対策に関する事例や課題に関する報告を受けた。

続いて、「高齢者施設における結核対策の課題」を各自が書き出し、KJ法を用いて、参加型で抽出された課題の整理を行った。その結果、図2のように九つの小さい区分に整理され、これらは三つに集約された。「1.患者発見と施設受け入れ上の課題」は、医療従事者および施設職員らの知識や認識不足による、偏見と、不十分なスクリーニングに関する課題を含んだ。「2.高齢者結核患者のマネジメント上の課題」は、高齢者結核の特徴である訴えの乏しさ、症状の非典型さなどによる診断の遅れ、合併症を伴う状態での治療の困難さ、長期入院に伴う身体機能の低下などを含んだ。また、「3.感染拡大防止上の課題」は、平常時の職員への感染対策の不十分さ、発生時、利用者の多さから接触者健診の範囲特定の難しさ、などを含んだ。

図2: 高齢者施設における結核対策の課題(参加型ワークショップまとめ)



このような意見をふまえた上で、高齢者に近いレベルで活動をされている介護職員の方々がより使いやすい教材(マニュアル、ハンドブックなど)はどのようなものか、グループワークを通じて意見をまとめたところ、基本的知識、平常時の対応、発生時の対応、偏見をなくすための情報、などを盛り込むことが提案された。

7章 介護職員対象の結核対策ハンドブック(案)

以上のように得られた知見、情報を総合的に検討し、今回我々は、高齢者施設における、介護職員を対象としたハンドブックを作成する際に有用なひな形を考案した。結果を以下に提示する。添付資料を含めて5部構成になっており、全18ページ(表紙含)である。研究班としては、今後引き続き内容の改訂を検討し、実際に現場での施行を通じてより現場に即したものになるよう、引き続き検討していく予定である。

.....

「高齢者施設 介護職員対象の結核対策ハンドブック(仮)」ひな形 ver.1

表紙	1ページ
目次	1ページ
I. 結核とはなんでしょう	3ページ
・ 管轄地域内の現状はどうなっているのでしょうか？	
・ 結核にはどのように感染するのでしょうか？	
・ 感染と発病の違いは何でしょうか？	
・ 肺結核の症状はどのようなものなのでしょうか？	
・ どのように検査するのでしょうか？	
・ 高齢者結核の特徴はどのようなものなのでしょうか(なりやすい、だけど分かりにくい、時に治りにくい)？	
・ 高齢者で結核を早期発見するための健康観察のポイントはなんのでしょうか？	
印象:なんとなく元気がない、活気がない	
全身症状:発熱(37度以上の微熱を含む)、体重減少、食欲不振、全身倦怠感	
呼吸器症状:咳、痰や血痰、胸痛、頻回呼吸や呼吸困難	
※これらの症状が、いつから続いているのか、確認する。入所施設を2-3か月で移動を繰り返している場合や、長期間通所施設を利用しているが担当者が頻繁に変わっている場合などは、症状の継続期間が把握されにくいので、特に注意する。	
II. 施設として、普段どのように結核対策に取り組むべきでしょう	3ページ
普段から結核患者の発生を考えて業務にあたるのが大切です。	
① 施設の体制を整えるにはどうすればいいのでしょうか？	
・ 感染対策委員会を持ち、結核対策について定期的に討議する。	
・ 症状がある入所・通所者及び職員への対応(放置せず早期受診を!)を普段から検討しておく。	
・ マニュアルを整備し、活用方法を検討する。	
② 患者早期発見のためには普段からどのような対策が必要でしょうか？	
・ サービス利用開始時の健康診断	

問診の項目(症状、結核の既往、結核患者との接触歴、基礎疾患の有無など)

- ・ 胸部レントゲン検査
 - ・ 利用開始後の定期健康診断
 - 定期健康診断時には、必ず結核症状(咳、痰、発熱など)の有無も確認する。
 - 精査が必要と診断された場合はできるだけ呼吸器専門医の受診を。
 - 陳旧性結核と診断されても、経過観察が必要。
 - 通所施設や短期滞在施設においても、利用者に対する定期健診が重要。難しい場合には定期的に家族から利用者の健康状態について情報を得る。
 - 高齢者福祉サービスの一環として行われているような日々の健康管理(食欲、体重チェックなど)の情報を、結核発病の評価と連動させていくことを考える。
- ③ 職員の健康管理はどのようにすればいいでしょうか？
- ・ 職員の定期健康診断
 - ・ N95マスクの活用
- ④ より偏見をなくすために、どのようにすればよいでしょうか？
- ・ 過去に結核を治療したことがある人、肺結核でも結核菌の排菌の恐れがない人は、入所や通所ができることを明記する。
 - ・ 職員が結核の知識を持とう！

III. 施設利用者に結核患者が発生した場合はどうすればいいでしょう

4ページ

- ① 結核患者が疑われた段階ではどうすればいいでしょうか？
- ・ 入所者に精密検査が必要と診断されたときは、サージカルマスクを着用してもらい、できるだけ個室に移す。
 - ・ 通所者に精密検査が必要と診断されたときは、診断が確定するまで通所を控えるよう本人及び家族に依頼する。
 - ・ 施設内と外気との換気を十分に行う。
 - ・ 職員や外来者が発症疑い者と接触する際は必ずN95マスクを着用する。
- ② 診断された後の施設の対応はどうすればいいでしょうか？
- ・ 保健所に連絡する。
 - ・ 施設で結核患者が発生した場合、接触の頻度により健診を実施する。
 - ・ 清掃などで何か特別な対応がしているのか。
- ③ 施設から保健所へ伝達すべき情報はなんのでしょうか？
- ・ 結核患者の情報(発症の経過・健康診断の状況等)
 - ・ 施設内での生活状況(他入所者及び職員との接触状況)
 - ・ 施設の状況(利用者数・行事の開催状況・職場健診の状況等)、施設内見取り図
- ④ 保健所はどのように対応するのでしょうか？
- ⑤ 結核患者発生時のフロー図

参考フロー図:結核予防会結核研究所対策支援部資料

