OUKA
The University of Osaka
Institutional Knowledge Archive

Title	イチ内科医が3年前に急に結核診療担当医になって思うこと
Author(s)	笠松, 悠
Citation	2025年度ストップ結核パートナーシップ関西　第13回ワークショップ「これからの結核対策を考える：新しい退院基準にどう備えるか」. 2026, p. 16-19
Version Type	VoR
URL	https://hdl.handle.net/11094/104105
rights	
Note	

The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA

https://ir.library.osaka-u.ac.jp/

The University of Osaka

ストップパートナーシップ関西
第13回　ワークショップ
これからの結核対策を考える
ー新しい退院基準案にどう備えるかー

「イチ内科医が3年前に急に結核診療担当医になって思うこと」

大阪市立十三市民病院/大阪市立総合医療センター
感染症内科(・呼吸器内科)
笠松悠

従来の公費入院基準・・・

• 日本の絶対基準・・・入院しないといけない
喀痰の抗酸菌塗抹陽性＋TRCなどの遺伝子(Tb-PCR)陽性

• 相対基準(自治体によって異なる)・・・入院させても良い？
塗抹陰性でも
①喀痰の結核菌PCR陽性、培養陽性、典型的な病理像
＋
②強い気道症状
＋
③集団生活者や免疫抑制者と同居

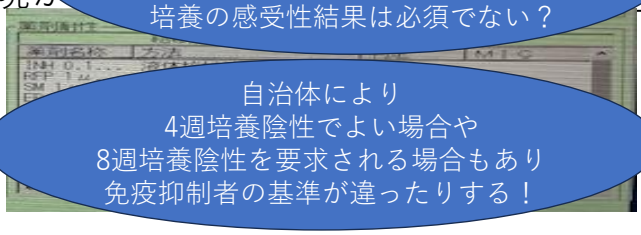
結核病院の一般的な退院基準…「2週治療後の塗抹陰性3回で2-3週間で退院？と思ってました」

- 2週間治療して症状軽快して塗抹3回連
  day15、16、17の塗抹陰性で午後退院が
感受
(

CDCの3回連続塗抹陰性は、
①医療施設内の隔離解除
②日本でしている集菌塗抹
ではなく直接塗抹法
➡陰性が出ず厳しすぎる

も➡

感受性に関しても
ほとんどの結核病院で
RFPの耐性遺伝子を調べており
培養の感受性結果は必須でない？



自治体により
4週培養陰性でよい場合や
8週培養陰性を要求される場合もあり
免疫抑制者の基準が違ったりする！

- 施設入居者などの集団生活者や免疫不全者と同居者は培養陰性が必要

・・・4週×3、8週×3、６週×3・・・2～3か月入院！

➡厳しい基準だが退院させないといけない基準(≒公費が切られる)

⇒生活困窮者や合併症や副作用がある場合は長

長期入院により、
・QOL低下し今までの施設・病院に戻れず
・重症合併症や担癌患者が手遅れになる

- 転院は様々な理由で一般的に困難

海外における隔離

WHO等で感染者の権利は保証されており、

EUでは、「入院の適応に関するコンセンサスはないが,次の4つの場合には入院治療を考慮することは一般的」とあり、

- ①重症の塗抹陽性肺結核ないし肺外結核
- ②多剤耐性結核
- ③adherenceの不良な患者
- ④他の重篤な合併症のある患者。

①②④は医学的に入院が必要で、③のadherenceの不良な患者については、生活状況が不安定な曼延国出身者や住所不定者、不安定労働者などが対象となっており結核患者の多くが③結核患者が多く実際には入院治療を行っている。

退院に関しては欧米は感受性＋支援体制が整えば2週間で可が多い
東南アジアなどの途上国では入院が必須ではない(経済的な理由も)

結核 第100巻 第4号 2025年 5-6 月

(演者の理解による)本邦の退院基準の歴史

- 結核の入院と退院の基準については2005年に日本結核病学会、国立病院機構が(欧米にならい)それぞれ基準を発表している

①有効性が確認された化学療法が問題なく行えていること

②退院後の服薬継続が保障されていること

の2点を基本とし、必ずしも排菌陰性化にはこだわらない基準であったが、

伊藤先生たちの「欧米の2週間治療すればOkに根拠なし」論もあり、

2007年に厚生労働省通知により発表された基準では再び連続3回の排菌陰性化が必須とされたという流れもあったが、

2024年に学会内のパブコメで(私の理解で要約すると以下3点に)変更を提案

隔離解除に時間がかかり、
感染様式の違いはあれどHIVと比べて結核は持病の優先度が低く、
排菌結核だと難病や癌の精査・治療は後回しになることが多く
手遅れになることもしばしば…感染者の権利は？？

③退院後のDOTSや支援体制の確立と免疫不全者と同居でない住環境確認

伊藤邦彦、豊田恵美子 欧米における結核患者の入退院基準および本邦との比較 結核 2006;81:721-730
結核 第100巻 第4号 2025年 5-6 月

結核病院で勤務する演者視点での
在院日数短縮の「稀例」を踏まえた感想として

①概ね在院日数短縮案には賛成、特に4週培養2回に統一という点

②早期退院後に稀に副作用や逃亡や服薬中断⇒再増悪などで再入院を要する際は医療機関の判断を優先し柔軟な公費対応をして頂きたい

(例：day17に退院後フォローday28の外来でT-bil:5で再入院時は公費？)

(例：day16に退院後にday28は受診せず2週間中断しday42再診時は発熱と塗抹+)

③2005－2007年の期間に保健師や家庭で問題は生じなかったとされているが、積極的疫学調査ではないので、実際の現場では「隙をみて唾を提出して退院しようとする不届き者」もいて退院後に患者周囲や日本の丁寧な保健師が二次感染しないか心配

基準変更後の「あるある例」の行政・保健所の対応はABのどっち？

①4週培養が未だのケース、

- 保健所A「2週間治療したので、念のため陰圧個室に入れて頂きつつ、非結核病院で持病の診療を優先して頂いて大丈夫です」
- 保健所B「先方が受け入れ難しいと申しておりますので、十三で受け入れてもらえませんか？」

②4週培養は陰性は判明しているが5週培養で陽性になっているケース

- 保健所A「4週培養陰性なので、非結核病院で持病の治療を優先して頂いて大丈夫です」
- 保健所B「先方が受け入れが難しいと申しておりますので、十三で…」

これを機に「原則的」対応を大阪府内だけでも統一して欲しい！が十三全スタッフの願いです
ご清聴ありがとうございました