

參考資料

結 核 発 生 届

東京都知事 (保健所) 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第12条第1項 (同条
特別区長 (保健所) 第6項において準用する場合を含む。) の規定により、以下のとおり届け出る。
保健所政令市長 (保健所) 報告年月日 令和 年 月 日

この届出は診断後直ちに行ってください

医師の氏名 _____ 印 (署名又は記名押印のこと)

従事する病院 (科) ・診療所の名称 _____

上記病院・診療所の所在地 (※) _____

電話番号 (※) () - _____

(※病院・診療所に従事していない医師にあっては、その住所・電話番号を記載)

1 診断 (検案) した者 (死体) の類型					
1) 患者 (確定例) 2) 無症状病原体保有者 (潜在性結核感染症) 3) 疑似症患者 4) 感染症死亡者の死体 5) 感染症死亡疑い者の死体					
2 当該者氏名 (ふりがな)	3 性別	4 生年月日	5 診断時の年齢 (0歳は月齢)	6 当該者職業 (具体的に)	
()	男・女	年 月 日	歳 () 月 () 日		
7 当該者住所 _____ 電話 () - _____					
8 当該者所在地 _____ 電話 () - _____					
9 保護者氏名		10 保護者住所 (9、10は患者が未成年の場合のみ記入)			
		電話 () - _____			

<p style="text-align: center;">病 型</p> <p>1) 肺結核 2) その他の結核 ()</p> <p>11 症状 ・せき ・たん ・発熱 ・胸痛 ・呼吸困難 ・その他 () ・なし</p> <p>12 診断方法 遺病伝子体の検出原</p> <p>1) 塗抹検査 (- ± 1+ 2+ 3+) 又はG 号 検体: 喀痰・その他 ()</p> <p>2) 培養検査 - + () 検査中 検体: 喀痰・その他 ()</p> <p>3) 核酸増幅法 - + 未実施 検体: 喀痰・その他 ()</p> <p>4) 病理検査における特異的所見の確認 検体: () 所見: ()</p> <p>5) ツベルクリン反応検査 月 日判定 _____ x _____ (x) (発赤・硬結・水疱・壊死) _____ x</p> <p>6) リンパ球の菌特異蛋白刺激による放出インターフェロンγ試験 月 日実施 (陽性・判定保留・陰性)</p> <p>7) 画像検査における所見の確認 学会分類 ※○で囲む。 その他</p> <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>病側</td> <td>r</td> <td>l</td> <td>b</td> <td>該当なし</td> </tr> <tr> <td>病型</td> <td>I</td> <td>II</td> <td>III</td> <td>IV</td> <td>V</td> <td>H</td> <td>P_l</td> <td>Op</td> <td>O</td> </tr> <tr> <td>拡がり</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>該当なし</td> </tr> </table> <p>8) その他の方法 () 検体 () 結果 ()</p> <p>9) 臨床決定 ()</p>	病側	r	l	b	該当なし	病型	I	II	III	IV	V	H	P _l	Op	O	拡がり	1	2	3	該当なし	<p>18 感染原因・感染経路・感染地域</p> <p>① 感染原因・感染経路 (確定・推定) 1 飛沫核・飛沫感染 (感染源の種類・状況) () 2 その他 ()</p> <p>② 感染地域 (確定・推定) 1 日本国内 () 都道府県 市町村) 2 国外 () 国) 詳細地域)</p> <p>19 その他感染症のまん延の防止及び当該者の医療のために医師が必要と認める事項</p> <p>1) 診断時の入院在宅の別 入院 (予定) 日: 月 日 ・ 在宅 (医療機関名:)</p> <p>2) 当該者の同居者数 人 (うち乳幼児 有・無) ・ 単身</p> <p>3) その他 ()</p>
病側	r	l	b	該当なし																	
病型	I	II	III	IV	V	H	P _l	Op	O												
拡がり	1	2	3	該当なし																	
<p>13 初診年月日 令和 年 月 日</p> <p>14 診断 (検案 (※)) 年月日 令和 年 月 日</p> <p>15 感染したと推定される年月日 令和 年 月 日</p> <p>16 発病年月日 (*) 令和 年 月 日</p> <p>17 死亡年月日 (※) 令和 年 月 日</p>		<p>(1, 3, 11, 12, 18欄は該当する番号等を○で囲み、4, 5, 13から17欄は年齢、年月日を記入すること。(※)欄は、死亡者を検案した場合のみ記入すること。(*)欄は、患者 (確定例) を診断した場合のみ記入すること。11, 12欄は、該当するものすべてを記載すること。)</p>																			

結核

1) 定義

結核菌群 (*Mycobacterium tuberculosis* complex、ただし *Mycobacterium bovis* BCG を除く) による感染症である。

2) 臨床的特徴

感染は主に気道を介した飛沫核感染による。感染源の大半は喀痰塗抹陽性の肺結核患者であるが、ときに培養のみ陽性の患者、まれに菌陰性の患者や肺外結核患者が感染源になることもある。感染後数週間から一生涯にわたり臨床的に発病の可能性があるが、発病するのは通常 30% 程度である。若い患者の場合、発病に先立つ数ヶ月～数年以内に結核患者と接触歴を有することがある。

感染後の発病のリスクは感染後間もない時期 (とくに 1 年以内) に高く、年齢的には乳幼児期、思春期に高い。また、特定の疾患 (糖尿病、慢性腎不全、エイズ、じん肺等) を合併している者、胃切除の既往歴を持つ者、免疫抑制剤 (副腎皮質ホルモン剤、TNF α 阻害薬等) 治療中の者等においても高くなる。

多くの場合、最も一般的な侵入門戸である肺の病変として発症する (肺結核) が、肺外臓器にも起こりうる。肺外罹患臓器として多いのは胸膜、リンパ節、脊椎・その他の骨・関節、腎・尿路生殖器、中枢神経系、喉頭等であり、全身に播種した場合には粟粒結核となる。

肺結核の症状は咳、喀痰、微熱が典型的とされており、胸痛、呼吸困難、血痰、全身倦怠感、食欲不振等を伴うこともあるが、初期には無症状のことも多い。

(3) 届出基準

ア 患者 (確定例)

医師は、(2) の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から結核が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、結核患者と診断した場合には、法第 12 条第 1 項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

ただし、病原体及び病原体遺伝子の検出検査方法以外による検査方法については、当該検査所見に加え、問診等により医師が結核患者であると診断するに足る判断がなされる場合に限り届出を行うものである。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

鑑別を必要とする疾患は、他の原因による肺炎、非結核性抗酸菌症、肺癌、気管支拡張症、良性腫瘍等である。

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が (2) の臨床的特徴を呈していないが、次の表の画像検査方法以外の左欄に掲げる検査方法により、結核の無症状病原体保有者と診断し、かつ、結核医療を必要とすると認められる場合 (潜在性結核感染症) に限り、法第 12 条第 1 項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

5 歳未満の者においては、この検査方法で病原体保有の確認ができない場合であっても、患者の飛沫のかかる範囲での反復、継続した接触等の疫学的状況から感染に高度の蓋然性が認められる者に限り、届出を行うこと。

ウ 疑似症患者

医師は、(2) の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から、結核の疑似症患者と診断するに足る高度の蓋然性が認められる場合には、法第 12 条第 1 項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

疑似症患者の診断に当たっては、集団発生の状況、疫学的関連性なども考慮し判断する。

エ 感染症死亡者の死体

医師は、(2) の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、結核が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、結核により死亡したと判断した場合には、法第 12 条第 1 項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

オ 感染症死亡疑い者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、結核により死亡したと疑われる場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

検査方法	検査材料
塗抹検査による病原体の検出	喀痰、胃液、咽頭・喉頭ぬぐい液、気管支肺胞洗浄液、胸水、膿汁・分泌液、尿、便、脳脊髄液、組織材料
分離・同定による病原体の検出	
核酸増幅法による病原体遺伝子の検出	
病理検査における特異的所見の確認	病理組織
ツベルクリン反応検査（発赤、硬結、水疱、壊死の有無）	皮膚所見
リンパ球の菌特異蛋白刺激による放出インターフェロン γ 試験	血液
画像検査における所見の確認	胸部エックス線画像、CT等検査画像

○結核医療の基準

(平成三十年四月十八日改正)

(平成二十一年厚生労働省告示第十六号)

結核医療の基準

第1 結核医療の一般的基準

1 検査

結核医療を行うに当たり、適正な診断と治療のために行う検査は、次に掲げるとおりとする。

(1) 治療開始時には、結核菌検査（結核菌培養検査を含む。以下同じ。）を行い、対象とする病変が結核菌によるものであることを確認するとともに、単純エックス線検査及び必要に応じてCT検査を行う。

また、結核菌培養検査が陽性の場合には、必ず薬剤感受性検査を行う。

(2) 潜在性結核感染症の診断に当たっては、ツベルクリン反応検査又はリンパ球の菌特異抗原刺激による放出インターフェロノンγ試験を実施するとともに、臨床症状の確認やエックス線検査等によって、活動性結核ではないことを確認する。

(3) 治療中は、結核菌検査及びエックス線検査を行い、病状の改善の有無を確認するとともに、副作用の早期発見のために必要な検査を行う。ただし、潜在性結核感染症の治療中は、エックス線検査を行い、発病の有無を確認するとともに、副作用の早期発見のために必要な検査を行う。

2 治療

結核の治療は、化学療法によることを原則とし、化学療法のみによっては治療の目的を十分に達することができない場合には、外科的療法又は装具療法の実施を検討する。

3 患者への説明

結核医療を行うに当たっては、患者の社会的状況を十分考慮するとともに、確実な服薬を含めた療養方法及び他者への感染防止の重要性について理解を得るよう患者に対して十分な説明を行う。

第2 化学療法

1 化学療法の一般方針

(1) 結核の化学療法は、患者の結核菌が感受性を有する抗結核薬を3剤又は4剤併用して使用することを原則とする。この際、第1の1の(1)の薬剤感受性検査に基づき、有効な抗結核薬の選定に努める。

(2) 化学療法の実施に当たっては、副作用の発現に十分注意し、適切な薬剤の種類及び使用方法を決定する。

なお、結核以外の疾患の治療のための薬剤を使用している患者については、薬剤の相互作用にも注意を要する。

(3) 受療中の患者に対しては、保健所との連携の下に策定された支援計画に基づき、薬剤を確実に服用するよう十分指導する。

2 薬剤の種類及び使用方法

(1) 抗結核薬

ア 抗結核薬の種類は、次に掲げるとおりとする。

- (ア) INH イソニアジド
- (イ) RFP リファンピシン (又はRBT リファブチン)
- (ウ) PZA ピラジナミド
- (エ) SM 硫酸ストレプトマイシン
- (オ) EB エタンブトール
- (カ) LVFX レボフロキサシン
- (キ) KM 硫酸カナマイシン
- (ク) TH エチオナミド
- (ケ) EVM 硫酸エンビオマイシン
- (コ) PAS パラアミノサリチル酸
- (サ) CS サイクロセリン
- (シ) DLM デラマニド
- (ス) BDQ ベダキリン

イ 抗結核薬の選定における留意事項は、次に掲げるとおりとする。

(ア) RBTは、重篤な副作用又は薬剤の相互作用のためRFPが使用できない場合に、RFPに代えて使用する。ただし、患者の結核菌がRFPに対して耐性を有する場合には、当該結核菌はRBTに対しても耐性を有することが多いため、ほかに使用できる抗結核薬がない場合に限り、十分な検討を経た上で、これを使用する。

(イ) SM、KM及びEVMは、これらのうち2剤以上を併用して使用してはならない。

(ウ) KMとEVMとの間には交叉耐性があるが、その発現特性から、原則としてEVMの使用前にKMを使用する。

(エ) DLM及びBDQは、患者の結核菌がINH及びRFPに対して耐性を有する場合に限って使用する。DLM又はBDQ以外の3剤以上と併用して、これを使用することを原則とする。ただし、外科的療法を実施する場合には、DLM又はBDQ以外の1剤又は2剤と併用して、これを使用することができる。

また、DLM又はBDQ以外の3剤以上と併用することができないことを理由として、DLM又はBDQ以外の1剤又は2剤と併用することを検討する際には、薬剤に対して耐性を有する結核菌の発現の防止と結核の治療効果の両面から慎重な検討を要する。

ウ 抗結核薬の使用に当たっては、副作用の発現に十分注意し、患者の年齢、体重等の条件を考慮して、適切な種類及び使用方法を決定する。ただし、副作用の発現を理由として抗結核薬の種類の変更を検討する際には、副作用の程度と結核の治療効果の両面から慎重な検討を要する。

(2) 副腎皮質ホルモン剤

結核性髄膜炎、結核性心膜炎等の場合には、抗結核薬と併用して副腎皮質ホルモン剤を使用する。

3 肺結核の化学療法

(1) 薬剤選択の基本的な考え方

ア 治療開始時の薬剤選択

(ア) 初回治療で薬剤耐性結核患者であることが疑われない場合については、次に掲げるとおりとする。

i PZAを使用できる場合には、まず、INH、RFP及びPZAにSM又はEBを加えた4剤併用療法を2月間行い、その後INH及びRFPの2剤併用療法を4剤併用療法開始時から6月（180日）を経過するまでの間行う。ただし、4剤併用療法を2月間行った後、薬剤感受性検査の結果が不明であって症状の改善が確認できない場合には、薬剤感受性検査の結果が判明するまでの間又は症状の改善が確認されるまでの間、INH及びRFPに加え、SM又はEBを使用する。

なお、INH及びRFPの2剤併用療法については、対面での服薬が確認でき、かつ、患者がHIV感染者ではない等の場合には、間欠療法を実施することができる。

ii PZAを使用できない場合には、まずINH及びRFPにSM又はEBを加えた3剤併用療法を2月ないし6月間行い、その後INH及びRFPの2剤併用療法を3剤併用療法開始時から9月（270日）を経過するまでの間行う。

(イ) 初回治療又は再治療で、患者の従前の化学療法歴、薬剤耐性結核患者との接触歴等から薬剤耐性結核患者である可能性が高いと考えられる場合については、2の(1)のAに掲げる順に、患者の結核菌が感受性を有すると想定される抗結核薬を3剤以上選んで併用療法を開始し、薬剤感受性検査の結果が判明した時点で、必要に応じて使用する抗結核薬を変更する。

イ 薬剤感受性検査判明時の薬剤選択

(ア) INH及びRFPのいずれも使用できる場合については、アの(ア)のi及びiiに掲げるとおりとする。

(イ) INH又はRFPが使用できない場合については、使用できない抗結核薬に代えて、2の(1)のAに掲げる順に、患者の結核菌が感受性を有すると想定される抗結核薬を4剤以上選んで併用療法を開始し、その後は長期投与が困難な薬剤を除いて治療を継続する。この場合の治療期間については、次に掲げるとおりとする。

i INHを使用できる場合であってRFPを使用できない場合の治療期間は、PZAの使用の可否を問わず結核菌培養検査が陰性となった後（以下「菌陰性化後」という。）18月間とする。

ii RFPを使用できる場合であってINHを使用できない場合の治療期間は、PZAを使用できる場合にあつては菌陰性化後6月間又は治療開始後9月間のいずれか長い期間、PZAを使用できない場合にあつては菌陰性化後9月間又は治療開始後12月間のいずれか長い期間とする。

iii INH及びRFPのいずれも使用できない場合であつて感受性のある薬剤を3剤以上併用して治療を継続することができる場合の治療期間は、菌陰性化後18月間とする。

(ウ) 結核菌培養検査が陰性である等の薬剤感受性検査の結果を得ることができないと判明した場合については、初回治療で薬剤耐性結核患者であることが疑われない場合にあつてはアの(ア)に掲げるとおりとし、初回治療又は再治療で、患者の従前

の化学療法歴、薬剤耐性結核患者との接触歴等から薬剤耐性結核患者である可能性が高いと考えられる場合にあっては薬剤感受性結核患者である可能性及び薬剤耐性結核患者である可能性のいずれも考慮して、使用する抗結核薬を決定する。

(2) 治療期間に係る留意事項

- ア 治療開始時に症状が著しく重い場合、治療開始時から2月を経ても結核菌培養検査の成績が陰転しない場合、糖尿病、じん肺、HIV感染等の結核の経過に影響を及ぼす疾患を合併する場合又は副腎皮質ホルモン剤若しくは免疫抑制剤を長期にわたり使用している場合には、患者の病状及び経過を考慮して治療期間を3月間延長できる。
- イ 再治療の場合には、結核の再発の防止の観点から、治療期間を初回治療の場合よりも3月間延長できる。

(3) 治療効果の判定

治療効果の判定に当たっては、結核菌培養検査の成績を重視することとし、治療開始時から3月以内にエックス線陰影の拡大、胸膜炎の合併、縦隔リンパ節腫脹等が認められるとしても、結核菌培養検査の成績が好転しているときは、実施中の化学療法を変更する必要はない。ただし、治療開始後4月間以上、結核菌培養検査が陽性である場合又は菌陰性化後に行った結核菌培養検査において陽性が確認された場合には、直近の結核菌培養検査により検出された結核菌について、必ず薬剤感受性検査を行う。

4 肺外結核の化学療法

肺結核の治療に準じて化学療法を行うが、結核性膿胸、粟粒結核若しくは骨関節結核等の場合又は結核性髄膜炎等中枢神経症状がある場合には、治療期間の延長を個別に検討することも必要である。

5 潜在性結核感染症の化学療法

潜在性結核感染症の治療においては、原則としてINHの単独療法を6月間行い、必要に応じて更に3月間行う。ただし、INHが使用できない場合には、RFPの単独療法を4月ないし6月間行う。

第3 外科的療法

1 外科的療法の一般方針

- (1) 結核の治療は、化学療法によることを原則とするが、結核の部位、化学療法の治療効果等から必要があると認められる場合には、外科的療法を行う。
- (2) 外科的療法の実施に際しては、化学療法を併用するとともに、手術の安全確保及び合併症の防止を図るため、薬剤に対して耐性を有する結核菌の発現状況を踏まえ、手術後における有効な抗結核薬の使用が確保されるように留意する。

2 肺結核の外科的療法

肺結核については、患者の結核菌が薬剤に対して耐性を有していること等の理由により、化学療法によって結核菌培養検査が陰性となることが期待できない場合若しくは陰性となっても再発の可能性が高い場合又は喀血等の症状が改善しない場合には、外科的療法の実施を検討する。

3 結核性膿胸の外科的療法

急性膿胸については、穿刺排膿術又は閉鎖性排膿術を行う。

慢性膿胸については、全身状態によって治療方針が異なるが、最終的な治癒のために

は外科的療法が必要である。その術式としては、膿胸腔縮小術、肺剥皮術、胸膜肺切除術等がある。

4 骨関節結核の外科的療法

骨関節結核については、重篤な合併症がある場合等を除き、外科的療法として病巣廓清・固定術を行う。

5 その他の部位の結核の外科的療法

性器結核、気管支結核、腸結核、結核性心膜炎、胸壁結核、リンパ節結核、泌尿器結核、結核性痔瘻等についても、必要に応じて外科的療法を行う。

第4 骨関節結核の装具療法

骨関節結核については、局所の安静を保つことにより病巣の治癒を促進するため、又は外科的療法の実施後において局所を固定するため、装具療法を行う。

また、装具療法の実施に際しては、化学療法を併用する。

喀痰検査のための痰の採取方法

採取の手順

- 可能な限り、起床時に採取する。
- うがいをして口の中を綺麗にする。
- 深く息を吸い、強い咳とともに痰を出す。
※ 唾や鼻汁は痰ではなく、咳とともに胸の奥から出てくるものが痰であることを患者に十分説明する。
- 採痰容器にできる限り多くの痰を採取する（5ml以上が望ましい）。
※ 採痰容器は滅菌された綺麗なものを用い、しっかり蓋ができて漏れないものとする。
- 膿性部分のある良い痰が採れたか確認する。
良い痰：膿性部分がある。新鮮である。うがいなどで口の中の雑菌が除かれている。
悪い痰：痰ではなく唾液である。長時間放置され、痰が溶けてしまっている。多量の血液が含まれている。

保存方法

- 速やかに検査を行い、検査までの間は冷蔵で保存する。
- 凍結保存はできない。
- 痰の量が少ない場合、乾燥しないよう注意する。

1



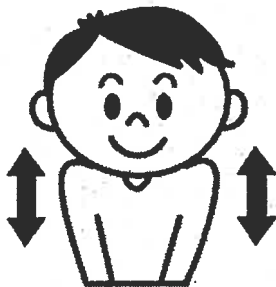
水を飲む

「たん」をやわらかくする

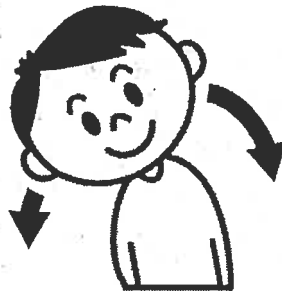
2

軽く体操をする

肩の上げおろし



首を左右にまげる



胸をはる



肺まわりの筋肉をほぐす

3

鼻から息を吸う

1、2、



4

口をすぼめて息を吐く

3、4、5、6



繰り返す

最低でも5回以上繰り返す

5

水を飲む



6

大きく深呼吸をし、強く咳をして「たん」を出す



結核入院治療における手続や実施すべき事項等（チェックリストの例）

時期（目安）	項目	ツール・参考資料等
入院～ 2 週目頃	<input type="checkbox"/> 結核発生届・入院届 <input type="checkbox"/> 結核医療費公費負担申請診断書の手続 <input type="checkbox"/> 患者と家族への説明と指導 <input type="checkbox"/> 院内 DOTS の実施 <input type="checkbox"/> 治療継続パスの記載 <input type="checkbox"/> 保健師面談（初回） <input type="checkbox"/> 退院支援介入	<ul style="list-style-type: none"> • 結核予防会パンフレット 例：DOTS ってなあに 結核？でもきっと大丈夫 （保健師面談時等に配付） • 服薬手帳（DOTS 手帳） • DOTS に関するガイドラインや指針^{1)～3)}
2 週目～喀痰 塗抹陰性（1 回 目）	<input type="checkbox"/> DOTS 継続・服薬確認 <input type="checkbox"/> 日常生活の振り返り <input type="checkbox"/> 週1回の喀痰検査・採血 <input type="checkbox"/> DOTS カンファレンスの開催	<ul style="list-style-type: none"> • 地域連携パス
喀痰塗抹陰性 （1 回目）～退 院	<input type="checkbox"/> 退院前 DOTS カンファレンスの開催 <input type="checkbox"/> 喀痰塗抹検査の結果の確認 <input type="checkbox"/> 退院後の生活の場の決定 <input type="checkbox"/> 退院後の生活に合わせた内服時間の調整	<ul style="list-style-type: none"> • 個別患者支援計画
退院後	<input type="checkbox"/> 退院届（7日以内） <input type="checkbox"/> 院内 DOTS から地域 DOTS へ（継続支援） <input type="checkbox"/> 外来通院状況の確認 （抗結核薬の内服状況や副作用状況の確認） <input type="checkbox"/> 必要時医療費公費負担申請 （前回申請時より 6 か月経過している場合） <input type="checkbox"/> 月1回の喀痰抗酸菌検査（少なくとも培養 陰性が確認されるまで毎月＋最終月）、副作 用確認	

引用：日本結核病学会エキスパート委員会. 感染症病床における結核管理と地域医療連携のための指針.
Kekkaku Vol. 94, No. 7: 425_429, 2019

結核患者収容モデル事業実施要領

1 事業の目的

本事業は、平成3年5月27日付公衆衛生審議会の意見「結核患者収容施設のあり方について」及び平成11年6月30日付同審議会の意見「21世紀に向けての結核対策」並びに平成14年3月20日付厚生科学審議会感染症分科会結核部会報告「結核対策の包括的見直しに関する提言」の趣旨を踏まえ、結核患者の高齢化等に伴って複雑化する、高度な合併症を有する結核患者又は入院を要する精神障害者である結核患者に対して、医療上の必要性から、一般病床又は精神病床において収容治療するためのより適切な基準を策定するためにモデル事業として行うものである。

2 事業実施者の要件

本事業の名称は「結核患者収容モデル事業」（以下「モデル事業」という。）とし、医療法（昭和23年法律第205号）第1条の5に定める病院であり、本要領に示す諸要件を満たすものの開設者のうち、都道府県知事、政令市市長又は特別区区長の推薦を受けた者であって、かつ、厚生労働省の指定を受けた者（以下「実施者」という。）が行う。また、モデル事業は、医療法第7条第2項第1号（精神病床）及び第5号（一般病床）において行うこととし、当該病院の開設者は事業実施に先立って、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（平成10年法律第114号。以下「感染症法」という。）第38条に基づく第二種感染指定医療機関又は結核指定医療機関の指定（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等の一部を改正する法律（平成18年法律第106号）附則第6条により当該指定を受けたものとみなされる場合を含む。）を受けなければならない。

なお、モデル事業を実施する病院は、感染症法による入院の勧告・措置に対応する医療機関として、結核患者の収容を行うことができるものとする。

3 結核患者の要件

- (1) モデル事業において収容治療する結核患者の要件は、別紙「モデル病室に収容する結核患者の要件」による。
- (2) モデル事業において、結核患者が別紙の要件に該当しなくなった場合には、速やかに結核病床において収容治療すること。

4 施設の構造及び設備に関する要件

- (1) モデル病室及びモデル区域

結核患者を収容する病室（以下「モデル病室」という。）及びその周辺区域であって、モデル病室以外の病室（以下「一般病室等」という。）との境界内（以下「モデル区域」という。）の構造及び設備は次の要件を満たすこと。

ア 空気しゃ断

モデル病室又はモデル区域と他の病室との境は、空気の流出をしゃ断する構造とし、出入口の扉は、病室の空気の循環にできるだけ影響を与えないよう、引き戸とし、扉は自動的に閉じる構造とすること。

イ 換気

- ① モデル病室及びモデル区域は独立した換気設備にすることとし、その空気は直接屋外へ排気し、排気口は、他の建物の吸気口や病室の窓等から離して行うなど、他への感染の危険がないよう工夫すること。
- ② 一般病室等と共通吸気設備を使用する場合には、機械換気設備が停止しても逆流したり他の一般換気に混入することのないようにすること。
- ③ モデル病室及びモデル区域を陰圧に保つ設備の設置はさらに望ましいこと。

ウ 殺菌設備等

モデル病室及びモデル区域の空気を殺菌、除菌する設備を設置することが望ましい。

なお、この設備を設置する場合は、空気の流れ等を考慮し、最も有効な場所に設置するとともに、紫外線を使用するに当たっては、患者及び病院職員等の眼の安全確保に十分留意すること。

エ 手洗設備

常に適切な手指の流水洗浄・消毒ができる設備をモデル病室及びモデル区域内に設置すること。

オ 便所

便所は、原則として、モデル病室及びモデル区域内に設置することとするが、他の患者（結核患者でない患者をいう。以下同じ。）との共用便所を使用する場合は、結核患者専用のトイレを設け、そのトイレには、紫外線殺菌灯等の殺菌設備を整備すること。

カ 浴室

浴室は、モデル病室及びモデル区域内に設置することが望ましいが、やむをえず結核患者と他の患者が共用する場合は、同時に使用させないこと。

キ 談話室等

談話室は、モデル病室及びモデル区域内に設置することとし、食事は配膳により、モデル病室内で行わせるものとする。

(2) モデル病室及びモデル区域以外の施設

モデル病室及びモデル区域以外で結核患者が利用する主な施設の構造及び設備は次の要件を満たすこと。また、結核患者がモデル病室及びモデル区域からできるだけ近くにある施設、設備を使用できるように配慮すること。

ア 処置室

モデル病室及びモデル区域に隣接して結核患者専用の処置室を設けることが望ましい。

イ エレベーター、廊下等

結核患者がエレベーター、廊下等を使用する場合には、なるべく他の患者との接触を少なくするよう配慮する。

ウ 殺菌設備等

モデル病室及びモデル区域以外の施設に空気殺菌等の設備を設置する場合は、空気の流れ等を考慮し、最も有効な場所に設置するとともに、紫外線を使用する場合は患者及び病院職員等の眼の安全確保に十分留意すること。

5 患者管理及び施設運営に関する要件

実施者は、結核が主に空気を介して感染することに十分留意し、当該施設の管理者（医療法第10条に定める管理者）をもって他の患者及び病院職員等に感染しないよう十分管理させること。

この際、次の要件を遵守すること。

(1) モデル病室及びモデル区域

ア 混合収容の制限

モデル病室に結核患者を収容している期間は、その病室に他の患者を同時に収容しないこと。

イ 気密性の維持

モデル病室の窓、扉及びモデル区域と他の病室等との境界に設置した扉は、室内の空気が不必要に流出しないよう必要最低限の開閉に止めるよう留意すること。

(2) モデル病室以外の施設

ア 診察室、処置室等の使用

診療のために使用する診察室、処置室等には、結核患者と他の患者を同時に入室させないこと。

イ 他の患者が使用する談話室、食堂等の使用

他の患者が使用する談話室、食堂等は、結核患者に使用させないこと。

ウ マスクの使用

感染性結核患者がモデル病室及びモデル区域を出る場合及び入室する職員や家族等に接触する場合は、患者は通常のガーゼマスク又は使い捨

てマスクを着用すること。

(3) 医療廃棄物等

結核患者に対する医療行為等により不要となった包帯、ガーゼ、マスク等の医療廃棄物及び患者が使用したティッシュペーパー等のごみの取扱いについては、「感染性廃棄物処理マニュアル」（平成4年8月13日衛環第234号厚生省生活衛生局水道環境部長通知「感染性廃棄物の適正処理について」）に基づいて適切に処理すること。

(4) 看護の基準

モデル事業における看護の基準は、原則として既に承認されている基準看護によって行うこと。

(5) その他

モデル病室に収容する結核患者及びその家族等に対して、モデル事業の趣旨及び結核感染防止上の注意事項を十分周知徹底すること。

6 その他の要件

- (1) モデル事業に従事する病院職員について、定期的に結核感染の有無を検査によって確認しなければならない。この際、ツベルクリン反応検査も行い、結果を記録して比較検討することが望ましい。
- (2) モデル事業実施施設には、結核に関する診断、治療、看護及び十分な知識、経験を有する医師及び看護師が常勤していることを原則とする。
- (3) 院内感染防止、職員の健康管理及び研修等に関する事項を検討するための委員会を設置し、モデル事業を適正に実施するための運営組織を確立すること。
- (4) 医師及び看護師等の病院職員を結核に関する研修会等、モデル事業の適正な実施に資する会合等に積極的に参加させること。
- (5) 結核菌による曝露状況を把握するため、モデル事業に係る諸施設について定期的に結核菌有無の検査を行うこと。
- (6) モデル事業実施施設の他の患者の中から結核が発生した場合は、結核予防法に基づく届出のほか、厚生労働省に連絡するとともに感染原因を究明し、もし、モデル事業の実施によって感染したことが判明した場合は、速やかに所要の改善を図ること。
- (7) 実施者は、各年度におけるモデル事業の実施結果を別添様式により翌年度の5月末日までに都道府県、政令市及び特別区を經由の上、厚生労働省に報告すること。
- (8) モデル事業の実施状況について厚生労働省が別途連絡する調査等に協力すること。

別 紙

モデル病室に収容する結核患者の要件

モデル病室に収容する結核患者は、結核の治療が必要な者のうち、次の条件の1つ以上に該当する者とする。

- ① 合併症が重症あるいは専門的高度医療又は特殊医療を必要とする場合
- ② 合併症が結核の進展を促進しやすい病状にある場合
- ③ 入院を要する精神障害者である場合

参考となる資料 (URL 一覧)

○東京都感染症情報センター「発生届・届出基準」

<http://idsc.tokyo-eiken.go.jp/survey/kobetsu/>

○厚生労働省「結核院内（施設内）感染対策の手引き（平成26年版）」

<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10601000-Daijinkanboukouseikagakuka-Kouseikagakuka/0000046630.pdf>

○平成19年9月7日付け健感発第0907001号「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における結核患者の入退院及び就業制限の取扱いについて」

https://jata.or.jp/dl/pdf/law/2014/2_2.pdf

○日本結核病学会予防委員会「潜在性結核感染症治療指針」

<https://www.kekkaku.gr.jp/commit/yobou/201306.pdf>

○日本結核病学会予防委員会「潜在性結核感染症治療レジメンの見直し」

[https://www.kekkaku.gr.jp/pub/vol94\(2019\)/vol94no10p515-518.pdf](https://www.kekkaku.gr.jp/pub/vol94(2019)/vol94no10p515-518.pdf)

○日本結核病学会予防委員会「本邦での多剤耐性結核治療に対する考え方」

<https://www.kekkaku.gr.jp/pub/pdf/MultidrugResistantTuberculosisTreatment.pdf>

○日本結核病学会予防委員会「潜在性結核感染症治療終了後の管理方法等について」

[https://www.kekkaku.gr.jp/pub/vol91\(2016\)/vol91no8p593-599.pdf](https://www.kekkaku.gr.jp/pub/vol91(2016)/vol91no8p593-599.pdf)

○日本結核病学会エキスパート委員会「院内DOTSガイドライン（改訂第2版）」

[https://www.kekkaku.gr.jp/pub/vol90\(2015\)/vol90no5p523-526.pdf](https://www.kekkaku.gr.jp/pub/vol90(2015)/vol90no5p523-526.pdf)

○日本結核病学会エキスパート委員会「感染症病床における結核管理と地域連携のための指針」

<https://www.kekkaku.gr.jp/pub/vol94%282019%29/vol94no7p425-429.pdf>