

第76回総会シンポジウム

Ⅲ. 結核患者の治療支援

—地域支援の立場から—

座長 国分 恵子 (福井県立大学看護福祉学部)
犬塚 君雄 (愛知県新城保健所)

The 76th Annual Meeting Symposium

Ⅲ. MEDICAL TREATMENT SUPPORT TO TUBERCULOUS PATIENTS

—From the Standpoint of Community Support—

Chairpersons : ¹*Keiko KOKUBU
²Kimio INUZUKA

¹* *Faculty of Nursing and Social Welfare Sciences, Fukui Prefectural University,*
² *Aichi Prefectural Shinshiro Health Center*

Symposium Topics & Presenters :

1. The measure of Nagoya-shi: Satori ODAUCHI (Nagoya-shi Nakamura Health Center)
 2. The measure of Yokohama-shi:
—From the Position of Administration Worker: Kayoko SHINBORI (Yokohama-shi Department of Health)
—From the Position of Hospital Worker: Kanemitsu KAWADA (National Sanatoria Minami Yokohama Hospital)
—From the Position of Case worker: Masaaki MACHIDA
—From the Position of Welfare Worker: Akihiro OOKAWA (Yokohama-shi Department of Welfare Kotobuki Home)
 3. The measure of Kanagawa Prefectural Health Center: Hisashi HARADA (Kanagawa Prefectural Hatano Health and Welfare Center)
- Supervisor: Chika SHIRAI (Kobe-shi Health Center)
Norio FUJII (Section on Tubercular infection, Ministry of Welfare & Labor)

A symposium with “Medical Treatment Support to Tuberculous Patients—From the standpoint of community support” as its theme was held at the 76th Annual Meeting of the Japanese Society for Tuberculosis (April 20, 2001).

“Once, It is infected with tuberculosis, one have to complete medication with a sensitive antituberculosis drug by observing the prescribed dose and duration for successful

*〒910-1195 福井県吉田郡松岡町兼定島4-1-1

* 4-1-1, Kenjojima, Matsuoka-cho, Yoshida-gun, Fukui
910-1195 Japan.
(Received 10 Aug.)

treatment” For this to be promoted community, it is necessary that (1) to manage patient's medication by medical facilities, (2) to support patient's medication by health center and (3) to support patient's living by welfare offices. Not that each facilities takes such responsibilities alone, but various community must fulfill them continuously in liaison with one another. On what measures should be taken to that end, reports based on practical examples from Nagoya City, Yokohama City and Kanagawa Prefecture have been compiled as follows.

1. It was in-office liaison by conference that supported the DOTS activities of health nurses.
2. It is cooperating, without health, medical treatment, and welfare going out, as follows.
 - (1) A system for hospitals and clinics to carry out DOTS treatment consistently has been kept in good condition.
 - (2) For a patient to take a drug in front of a nurse has become common, causing the patients to be motivated.
 - (3) Assignment of MSW and nurses in charge of DOTS sent from hospitals has make it possible to offer or exchange information smoothly among those concerned.
 - (4) A system for many persons concerned to support patients timely has been kept in good condition. This resulted in an increase in the cure rate of tuberculosis in the areas which have day laborers' lodgings.
3. By DOTS for in-patients, the number of self-discharges has decreased by 1/3, and the treatment completion rate was 94 %.
4. In promotion of DOTS for the patients who have health problems other than tuberculosis, the role MSW plays is great.
5. As conditions for supporting DOTS promotion, it is necessary to create a system by which to stabilize the living of the patient himself, guarantee earnings to support it and dissolve the living problem faced by the patient.
6. Introduction of the “early guidance system for the patients in whom the treatment of tuberculosis” was discontinued has strengthened the liaison between health offices and medical facilities, has led to early detection in persons yet to receive medical treatment and resumption of medical treatment, making it possible to deal with problem cases effectively on a priority basis.

It has been confirmed that liaison between health, medical service and welfare for community support of the treatment of tuberculous patients who live in that community resulted in improvement of clinical results of tuberculous patients.

In this connection, Dr. Shirai advised “For a tuberculous patient to form a habit of taking a drug wherever he lives needs to be recognized as a major subject” He presented the forcible yell. “Any local government office has the homeless. I want you to make efforts so that DOTS be given to all the tuberculous persons. If there is any problem, I am ready to give advice.”

Key words: DOTS, Community-cooperation, Complete medication, Treatment completion rate

キーワード : DOTS, 地域連携, 完全治療, 治療完了率

演 者：

1. 名古屋市の取り組み
小田内里利（医師・名古屋市中村保健所）
 2. 横浜市の取り組み
—行政の立場から—
新堀嘉代子（保健婦・横浜市衛生局）
—病院の立場から—
河田 兼光（医師・国立療養所南横浜病院）
—ケースワーカーの立場から—
町田 正明（ケースワーカー）
—福祉の立場から—
大川 昭博（横浜市福祉局寿生活館）
 3. 神奈川県秦野保健所の取り組み
原田 久（医師・神奈川県秦野保健福祉事務所）
- 助言者：
- 白井 千香（神戸市保健所）
藤井 紀男（厚生労働省結核感染症課）

第76回日本結核病学会総会（2001年4月20日）で「結核患者の治療支援—地域支援の立場から—」というテーマでシンポジウムが持たれた。「結核に罹ったら、感受性のある抗結核薬を決められた量と期間を守って服薬を完了し、治療を成功させる」。このことを地域で推進するには、① 医療機関で患者の服薬管理を行う、② 保健所で患者の服薬支援を行う、③ 福祉事務所で患者の生活を支援する、といった当然の責務を各々の機関が単独で行うのではなく、地域で互いが連携を取りながら切れ目なく行えなくてはならない。そのためにはどのような方策が求められるのかということについて、名古屋市、横浜市、神奈川県における実践事例から、以下のような報告がなされた。

1. 保健婦のDOTS活動を支えたのはカンファレンスによる所内連携であった。
2. 保健・医療・福祉が切れ目なく連携することで、① 病院と診療所が一貫してDOTS治療を行う体制が整備され、② 患者は看護婦の前で服薬する行為が当たり前となり、患者の動機づけが行われ、③ 病院に派遣したMSWやDOTS担当看護婦の配置で、関係者の情報提供や交換が円滑に行われるようになり、④ 多くの関係者が患者をタイムリーに支援する体制が整備された。このことで簡易宿泊所を持つ地域での結核治療率は上昇した。
3. 入院患者に対するDOTSにより、自己退院者は1/3に減少し、治療完了率も94%であった。
4. 結核以外の健康問題を抱える患者のDOTS推進には、MSWの果たす役割が大きい。
5. DOTS推進を支える条件として、本人の生活の安

定とそれを支える収入の保障、当面する生活の問題の解決を支える体制づくりが必要。

6. 「結核治療中断患者早期指導システム」の導入は保健所と医療機関との連携が強化され、未受診者の早期発見と受診再開につながり、問題症例に対して重点的・効果的な関わりが可能となった。

地域で生活している結核患者の治療を地域で支援するために、保健・医療・福祉の連携が展開され、その結果として、結核患者の治療成績が向上することが確認された。

これに対して、助言の白井先生からは、どこに住んでも結核患者が「服薬の習慣をつける」ということを大きな課題として認識していく必要があると助言され、また、藤井先生からは、住所不定者を抱えていない自治体はなく、結核患者全員にDOTSをやれるよう努力して欲しい。問題があれば相談に乗りたいという力強いエールが贈られた。

1 名古屋市のDOTS事業

小田内里利（名古屋市中村保健所、
（現）名古屋市港保健所）

I. 目 的

この事業は、ホームレスの治療中断をなくし、治療完了率を高めることを目的とし、監視だけでなく治療完了を促す患者サービスと位置づけ、結核患者の治療中断をいかに防止し、治療継続に向けての支援—DOTS事業—が可能なかを考えた。

II. 方 法

インセンティブをわたす対面服薬治療（DOTS）の実施と共に、入院中にDOTS保健婦が訪問面接を行い自己退所による治療中断を防止し、治療への認識と理解を啓発する保健指導を重要視した。まず、入院医療機関とカンファレンスを持ち、病院と治療方針や療養指導を統一して、原則として週1回DOTS保健婦が訪問しパンフレットなどを使い、保健指導DOTSの説明退院後の生活についてコミュニケーションを取る。また、退院後には、病院のケースワーカーや区役所の保健婦とカンファレンスを行い、退院後の居所や生活について話し合いを持つ。

III. 実 績

平成12年3月から平成13年2月までに14名を対象者とした。継続となった7名を除く7名は、退院後に医療保護施設へ1名、更生施設へ3名、個人での外来受診1名であり、委託診療所におけるDOTSの実施は1名、居宅DOTS実施が1名であった。また、継続中の7名は、DOTS保健婦による訪問面接中が6名、保健所

DOTS 実施中が1名である。

IV. 連 携

保健所の意気込みが重要なポイントであり、結核対策における力量が試されている。地域の中でいかに連携を創り上げていくかがテーマであり、事業へ取り組む姿勢を確認することで連帯感が生まれていく。所内で意思統一をし、プロジェクトチームを作ったり、説明会や報告会などをしたが、カンファレンスの実施が一番大きな成果であり、連帯感を強め、お互いに相手の顔が見えてきた。ケースを通じて、遠い道程を一歩ずつ歩むことが最良の方法だと感じた。

2. 横浜市の DOTS 事業について

新堀嘉子（横浜市衛生局・感染症・難病対策）

河田兼光・町田政明（国立療養所南横浜病院）

大川昭博（横浜市福祉局寿生活館）

I. はじめに

横浜市にある中区寿地区は、人口約6000人、面積0.06 km²の狭い地域に約90もの簡易宿泊所が密集しており住所不定者が集中している。同地区の平成11年の結核罹患率は1553で、本市の約40倍、発見の遅れから重症例（喀痰塗抹陽性率が58.6%）が多いことに加え、治療拒否や治療中断者が多く見られる。治療中断率は平成3

年が45.3%、9年が25.4%と高い状態が続いており、全国平均の3.2%と比較すると非常に高く、再発や薬剤耐性菌の出現などが問題となっている。このようなことから発見した患者を治癒させる DOTS 治療など新たな結核対策を推進する必要性があり、本市では平成11年5月から DOTS 事業の検討を行った。

II. DOTS 事業の基本的な考え方

DOTS を実施するには、寿地区の約8割の結核患者を受け入れている国立療養所南横浜病院（以下「南横浜病院」という）と、退院後に患者が毎日通院するのに利便性の良い寿診療所（正式名称「寿町勤労者福祉協会診療所」）との連携を抜きには考えられず、また、患者が安心して治療を継続できるよう生活基盤を保障するには、福祉との連携も不可欠であり、医療・保健・福祉との連携を図った横浜市の DOTS 事業を展開することとした（図1）。

III. DOTS 事業の目的

寿地区等における結核患者の入院中や退院後の治療脱落を予防し、治癒率を高めると共に感染拡大防止や多剤耐性結核の出現を防止することを目的とした。

IV. 医療・保健・福祉との調整

(1) 医療機関との調整

南横浜病院は既に看護婦が服薬を確認する院内 DOTS に取り組み始めていた。同病院では約40%の生活保護

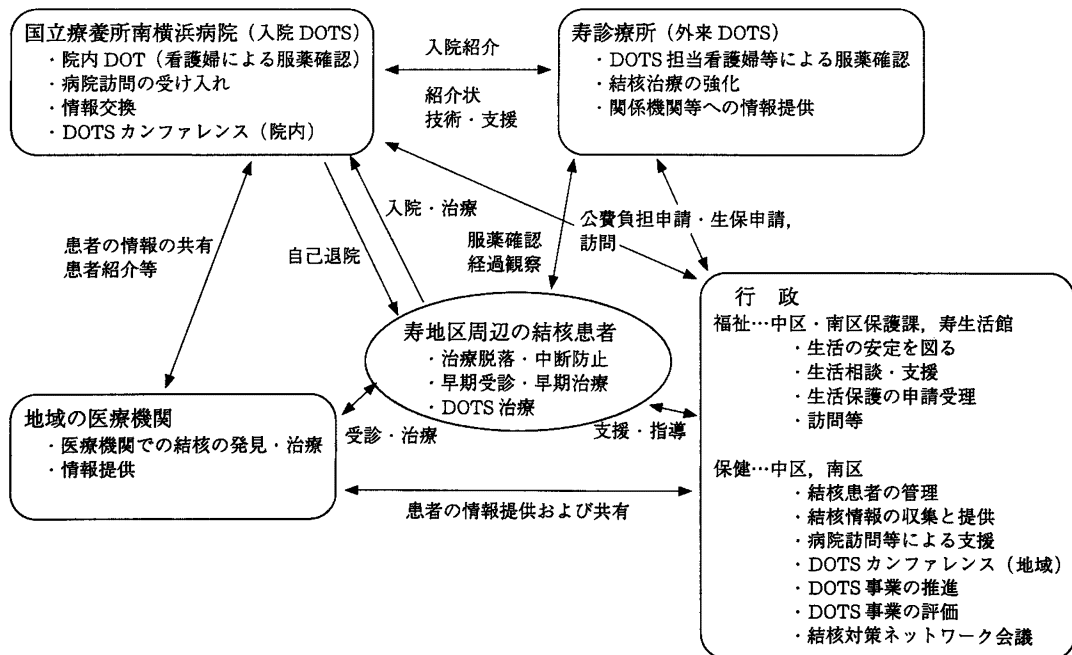


図1 横浜市 DOTS 事業（寿地区および周辺地区の結核患者の治療脱落・中断防止ネットワーク）

の患者を受け入れており、集団生活や規則に馴染まない患者やアルコールの問題を抱えた患者等に対して、自己中断させないような質の高い看護を提供している。また「病院で頑張って治療を行っても退院後どうなるのか」と心配する看護婦長の言葉に、地域での結核対策を講じる必要性を痛感した。寿診療所は港湾労働者のために設立され、県と市が各1/2補助し運営しており、無保険の人には特別診療（医療費が無料）を行うなど地域に密着した医療を提供している。

(2) 保健所と福祉事務所の調整

寿地区を管轄している中区保健所は、これまでに年6回の寿健診や保健婦による受診勧奨や入院先への訪問指導など同地区の結核対策に力を入れている。同じく中区保護課（福祉事務所）は、結核等治療が必要な患者には居所でも生活保護を適用し、患者が安心して治療が継続できるよう環境を整えている。

関係機関との調整の過程で分かったことは、各々の機関が結核の問題を何とかしなければと対応しており、医療提供の医療機関と生活支援の福祉と結核患者管理をする保健所とが、これまで以上に有効かつ組織的に連携を強化することが重要だということだった。

V. 横浜市の DOTS 事業の推進体制

平成12年2月から開始した横浜市の DOTS 事業は、医療・保健・福祉が連携した取り組みにその特徴がある。

(1) 入院中から外来治療まで一貫した DOTS

南横浜病院と寿診療所では、入院から外来治療が終了するまでの間、看護婦が服薬を確認する DOTS を行っている。

(2) DOTS 事業を円滑に行うためのサポート体制

寿診療所に結核の専門医や DOTS 担当看護婦を配置し、また、南横浜病院に MSW とカウンセラーを定期的に派遣し、関係機関との情報提供や交換を行っている。

(3) 医療・保健・福祉の連携体制

患者を支援する関係機関が共通の認識の下で事業を推進していくため、DOTS 導入時と経過報告を行う「DOTS カンファレンス」を毎月開催している。また、年1回「寿地区等結核対策ネットワーク会議」を開催し、医師会や近隣の医療機関への報告を行っている。

VI. 関係機関の DOTS 取り組み状況

(1) 南横浜病院での取り組み

南横浜病院では医師が DOTS 治療の説明を行い、1カ月間は入院患者全員に看護婦が服薬を確認する「院内 DOTS」を全国で初めて取り組み、菌の早期陰性化や患者が服薬の重要性を理解する教育の機会になるなど大きな効果をもたらしている。

病院に派遣している MSW 等は、入院患者の相談に応じ、自己退院を予防すると共に寿診療所での DOTS 治療を円滑にするため福祉事務所等との連絡・調整を行っ

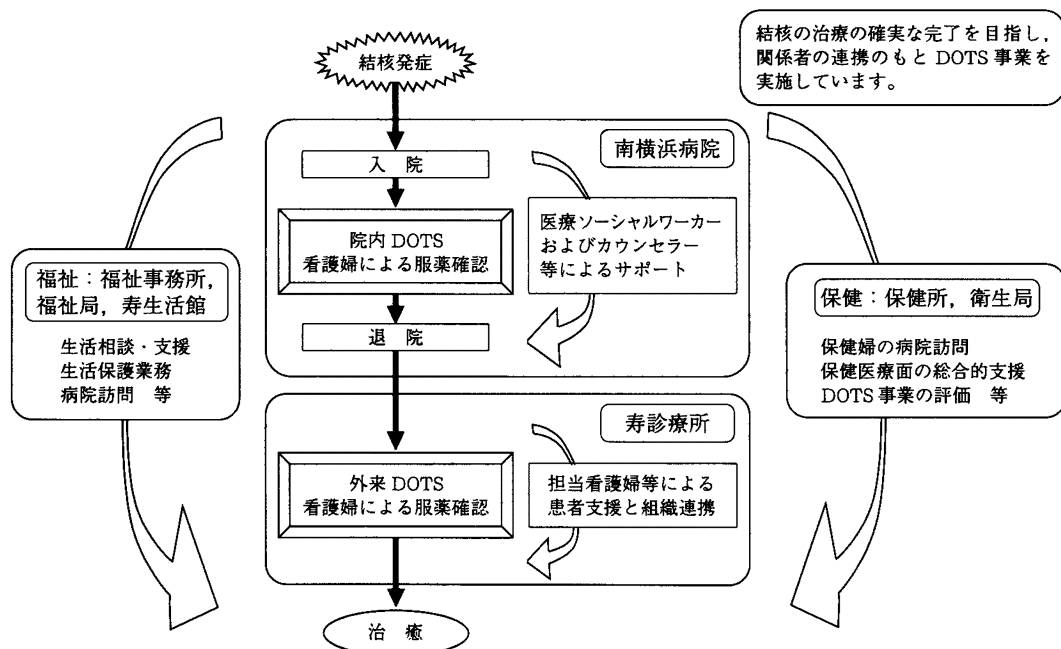


図2 横浜市 DOTS 事業の概要（横浜市衛生局感染症・難病対策課）

ている。

(2) 寿診療所での取り組み

病院を退院した患者は、同診療所において看護婦によ

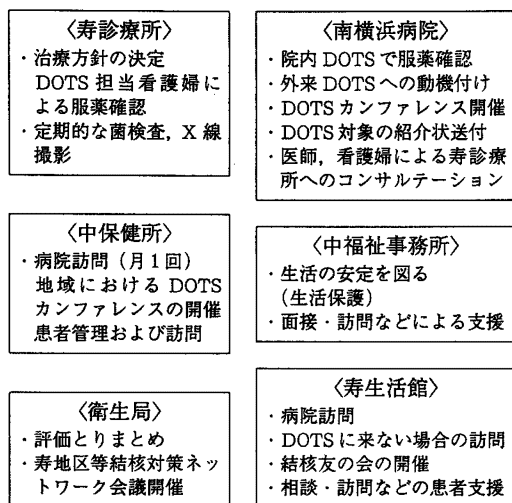


図3 横浜市 DOTS 事業関連機関の役割

る服薬確認と喀痰検査などの定期的な経過観察をしている。DOTS 担当看護婦は患者への励ましと、来所しない場合は保健所等に適宜連絡し治療が継続できるよう支援しており、看護婦との会話を楽しみに通院している患者も多い。

(3) 保健（保健所・衛生局）の取り組み

保健所保健婦は治療中断を予防するため月1回病院訪問を行い、患者支援や患者管理、関係機関との連絡・調整を行う。衛生局は予算の確保や関係機関の調整、事業評価等を行う。

(4) 福祉（福祉事務所・寿生活館・福祉局）の取り組み

患者にとって生活の安定を確保することが最重要課題だが、福祉事務所は退院後も治療に専念できる生活環境を整えるなど大きな役割を果たしている。また、寿生活館は病院訪問や DOTS に来所しなくなった患者への訪問を行うなど治療継続を促している。さらには、結核患者が自分たちの体験を語れる場として「結核友の会」を開催している。

Ⅶ. これまでの実績

平成12年2月から13年2月までの寿診療所での DOTS 治療を受けた人は37人、そのうち治癒した人は28人、

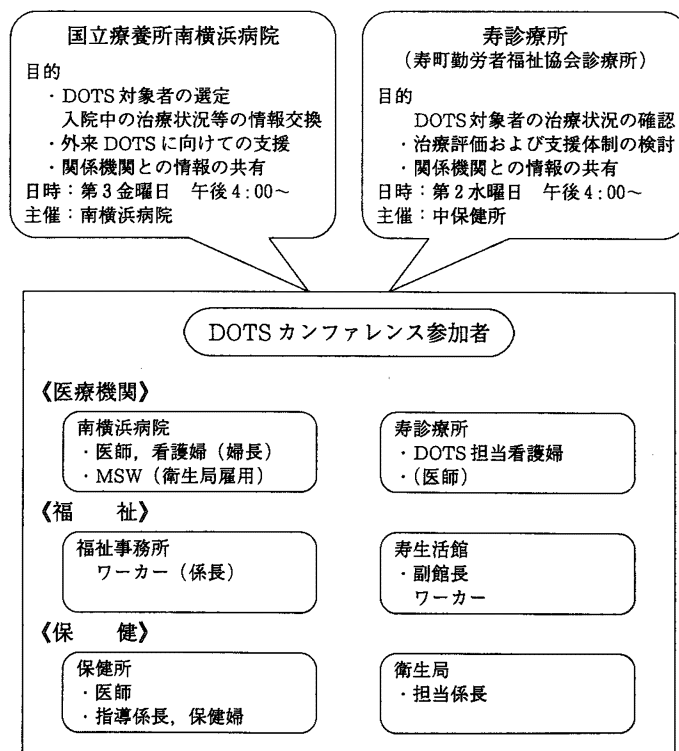


図4 (横浜市衛生局感染症・難病対策課)

治療継続は7人、治療中断は1人、県外での治療中が1人である。また、南横浜病院を自己退院した患者数は1/3に減少した。以前と比較して確実に治癒率は高くなり、治療中断者も減少している。

Ⅷ. まとめ

DOTS事業が円滑に推進している要因は、医療・保健・福祉が連携を図ったことで、①病院と診療所が一貫してDOTS治療を行う体制が整備されたこと、②患者は看護婦の前で服薬する行為が当たり前となり患者の動機づけが行われていること、③病院に派遣したMSWやDOTS担当看護婦を配置したことで関係者の情報提供や交換がスムーズに行われるようになったこと、④多くの関係者が患者をタイムリーに支援する体制が整備されたこと、などが有効に機能していると考えられる。

3. 神奈川県結核患者管理促進事業について

原田 久（神奈川県秦野保健福祉事務所）

I. はじめに

神奈川県結核患者管理促進事業は、保健所の結核予防事務を電算化し接触者検診の確実な実施と業務の効率化を目指す「結核患者・家族情報管理システム」と、医療機関と協力し、効率的に治療中断者を早期発見し、受診勧奨する「結核治療中断・継続困難者早期把握支援システム」の2つの部分からなっているが、今回はこの中から「結核治療中断・継続困難者早期把握支援システム」について報告する。

II. 現状

結核治療中断患者の早期発見は二次感染の防止と不規則治療から生じる多剤耐性結核例の防止のために欠かせないが、保健所が患者の医療情報を把握するのは、6カ月ごとに提出される公費負担申請書の記載によるか、医療費の公費負担が切れてから2カ月経過すると療養状況

不明者として患者をリストアップする仕組みになっている結核サーベイランス端末機からである。このため、従来方式では治療中断者を発見するまでには、早くても中断から半年ほど経過してしまっていた。

III. 方法

患者は少なくとも月1回は医療機関を受診しているはずなので、保健所にある結核患者公費負担台帳を基に、結核予防法34条によりその医療機関に外来通院中の患者のリストを作成し、このリストを基に受診の有無をチェックしてもらうこととした。医療機関では結核医療担当者から受診状況を確認し、未受診や治療終了などの情報を保健所に通報する。その通報に基づいて、未受診患者に対しては、保健所保健婦から電話、訪問、手紙などにより受診勧奨する。その後、指導状況を医療機関へ報告する。

IV. 結果

平成11年4月から平成13年3月末までの2年間で延べ1509件（実人数337名）の情報提供を受けた。このうち未受診者は、46名（13.6%）であった。この中で治療中断者は半数の23名（6.8%）であった。これは、半数の未受診者は受診勧奨により翌月には受診していることになり、治療中断の23名は2カ月以内にそれを発見していたことになる。治療中断を発見する方法としては、従来の定期病状調査と比較して少ない労力で大きな成果が得られている。

V. 考察

このシステムによって、問題症例を迅速かつ能率よく抽出することができるため、保健所では受診困難な患者に対し重点的、効率的に保健指導が行えるようになった。

従来、問題が起こるたびに個別に対応していたモグラ叩きの結核対策が、この取り組みにより、患者全体の受診動向を把握しながら受診困難な患者に対応でき、まさに公衆衛生的な取り組みになったとも言える。