

## 2 都の結核の現状

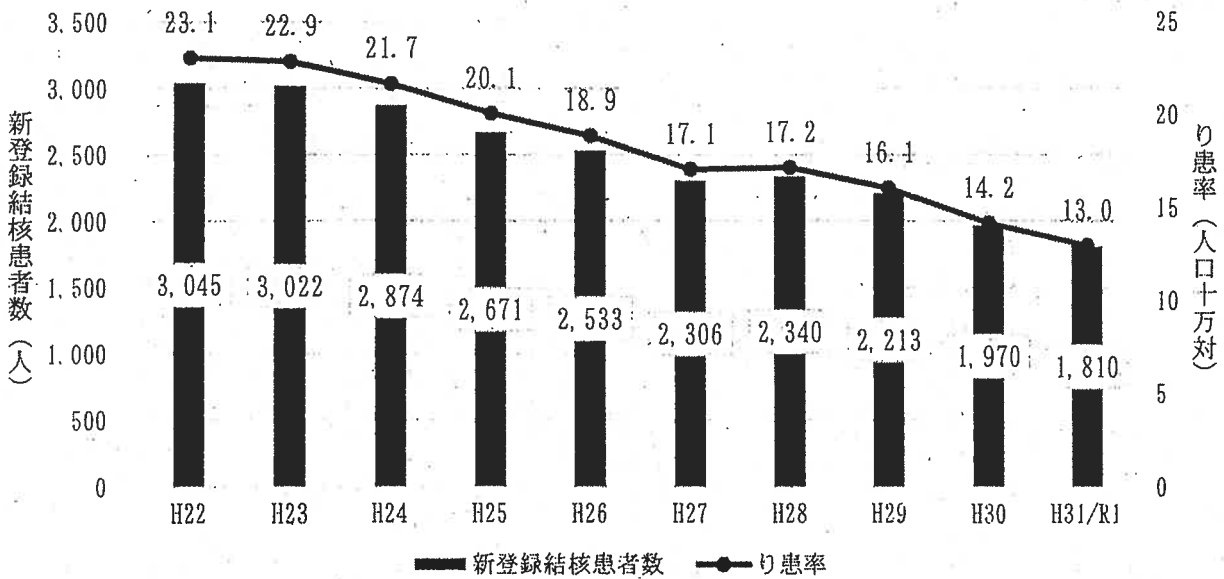
### (1) 都の結核の発生状況

- 都の新登録結核患者数、り患率は減少傾向にあるものの、今なお都内では年間2千人近くの新たな患者が発生しており、り患率も全国と比較して高い状況である。

表9. 平成31・令和元年新登録結核患者数及びり患率（東京都・全国）

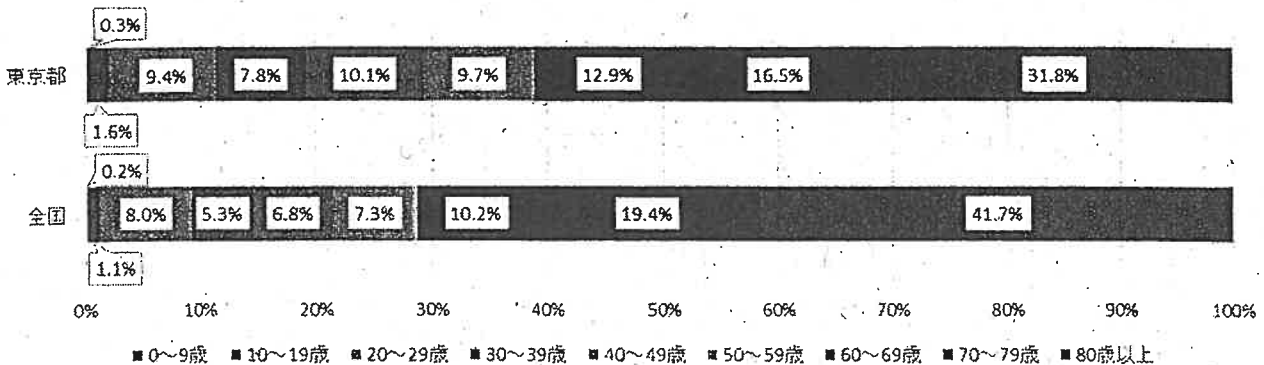
	東京都	全国
新登録結核患者数	1,810人	14,460人
り患率（人口10万対）	13.0	11.5

図3. 新登録結核患者数、り患率の推移（東京都）



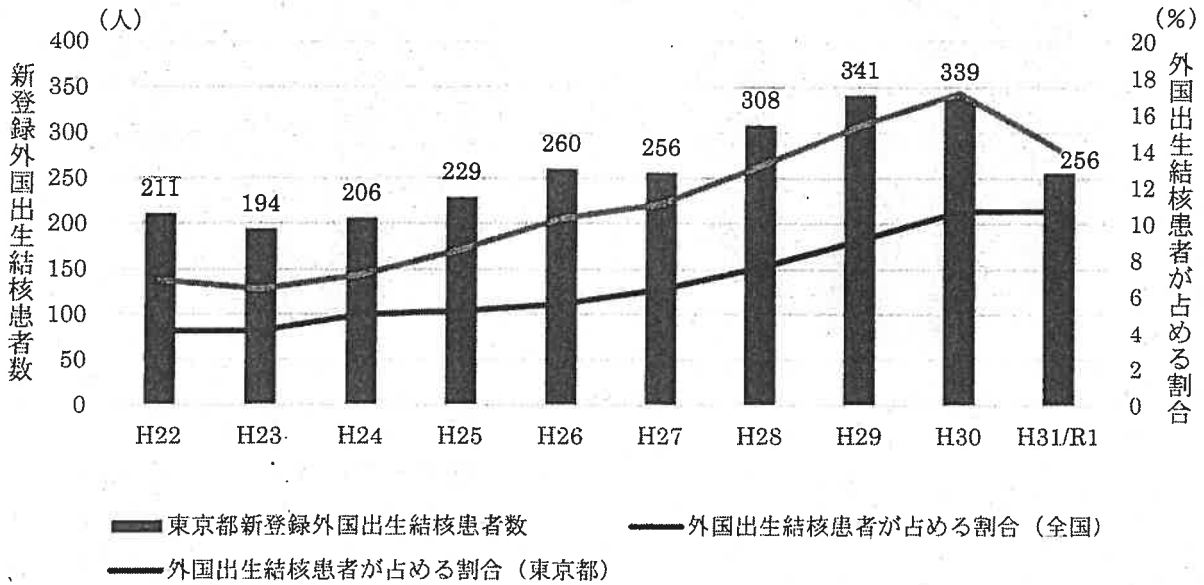
- 都、全国とも結核患者は高齢者の占める割合が高いが、都は全国と比較して60歳代以下の占める割合が高い。

図4. 平成31年・令和元年 年齢階級別の患者割合（東京都・全国）



- 都の新登録外国出生結核患者数、外国出生結核患者の新登録結核患者に占める割合は、ともに全国に比べ高い。

図 5. 平成 31 年・令和元年 新登録外国出生結核患者数、外国出生結核患者の新登録結核患者に占める割合（東京都・全国）



※ 最新の統計についてはこちらで確認できます。  
 東京都における結核の概況(東京都感染症情報センター)[http://idsc.tokyo-eiken.go.jp/diseases/tb/year\\_tb/](http://idsc.tokyo-eiken.go.jp/diseases/tb/year_tb/)



こちらのQRコードからもアクセスできます

## (2) 医療機関における結核の発生状況

- 患者、職員を問わず、結核診断遅れによる、医療機関・福祉施設内での集団感染事例を認めている。高齢者や症状が持続する患者を診察する際に結核を鑑別診断にあげることや、日頃の職員の健康管理が重要である。

(参考) 一般病院における結核集団感染事例 (平成30年東京都報道発表事例)

一般病院に入院中の患者を初発とし、入院患者、職員等が結核に集団感染する事例が発生。結核を疑わず、感染性飛沫を大量に誘発する医療処置が行われていたこと、初発患者が入院していた病室の扉が常に開放されていたこと、病室の換気が不十分だったことにより、感染が拡大し、24人の感染が確認された。うち、発病者は10人。発病者10人のうち2人が結核により死亡した。

図 6. 東京都における集団感染事例発生場所  
(平成 22～令和元年報告書受理分)

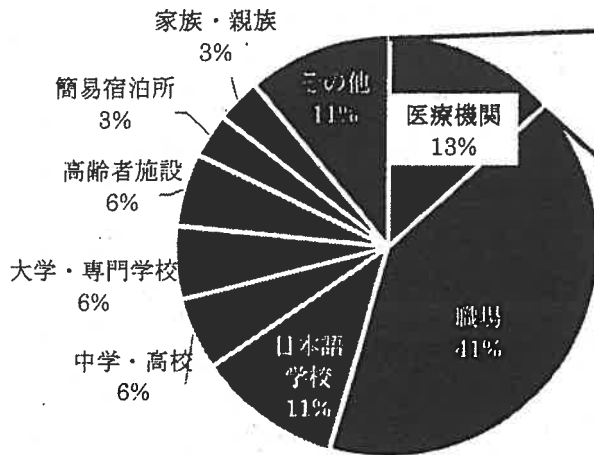
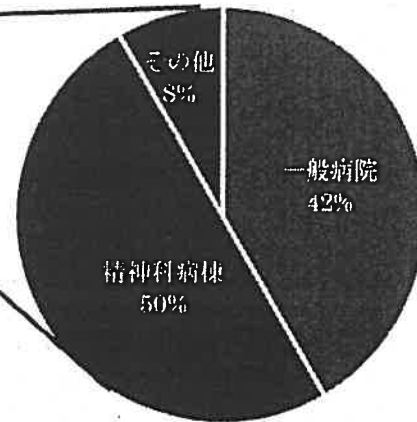
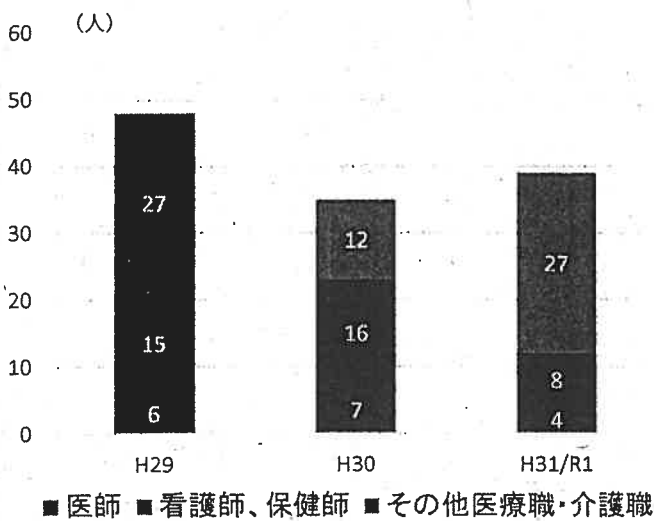


図 7. (図 6)の「医療機関」の内訳



※ 医療機関での集団感染事例のうち、半数が精神科病棟での事例である。精神科病棟における対応については、P23 第 3 章 (4)「精神科病院/長期療養型病院での対応」参照

図 8. 医療職・介護職の新登録結核患者数



(参考) 医療スタッフの結核発病事例

- ① 耳鼻科医師、肺結核(bⅡ2)、喀痰塗抹(2+)、TB-PCR 陽性  
 診断 2 年前の職場健診にて異常所見あり、精査の結果、非結核性抗酸菌症と診断された。  
 1 年前より咳症状が出現していたが、臨床医として通常どおり勤務していた。  
 診断時、塗抹陽性だったため、患者及び職員 100 名以上の接触者健診を実施した。
- ② 小児科外来看護師、肺結核(Ⅱ2)、喀痰塗抹(+)、TB-PCR 陽性  
 診断 2 年前より症状があり、近医を受診し、抗生剤内服で一時的な症状改善を繰り返していた。その間、通常どおり勤務していた。診断時、塗抹陽性だったため、BCG 未接種児を含む 600 人規模の接触者健診を実施した。BCG 未接種児 30 人については、潜在性結核感染症 (LTBI) の治療を開始した。

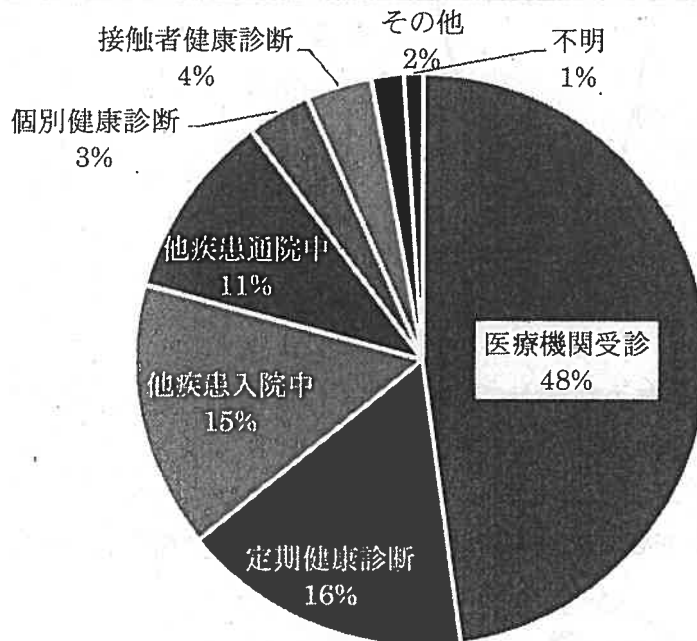
### (3) 受診・診断の遅れ

- 結核の発見のうち、約半数は医療機関受診であるが、受診、診断までに時間を要していることがあり、感染拡大の原因となると考えられている。ここでは結核発見の方法、症状の出現から受診までの期間、受診から診断までの期間別の状況について示す。

#### 《発見方法》

新登録結核患者のうち48%は医療機関受診により発見され、次いで定期健康診断16%、医療機関に他疾患で入院中15%、医療機関に他疾患で通院中11%となっている。

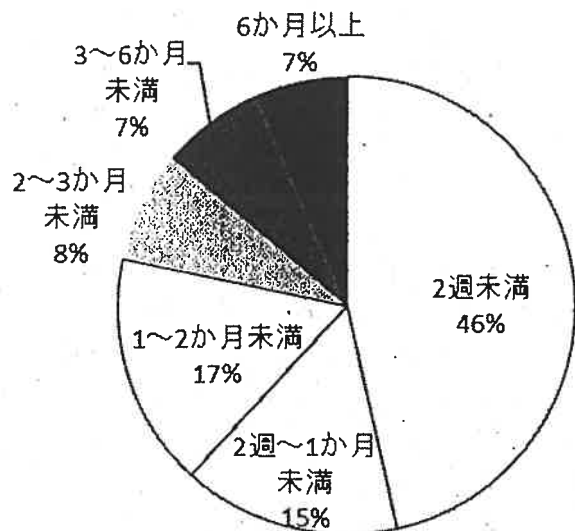
図9. 平成31年・令和元年 新登録結核患者の発見方法（東京都）



### 《受診の遅れ》

新登録活動性肺結核患者の発病から初診まで2か月以上要した者の割合は22%となっている。

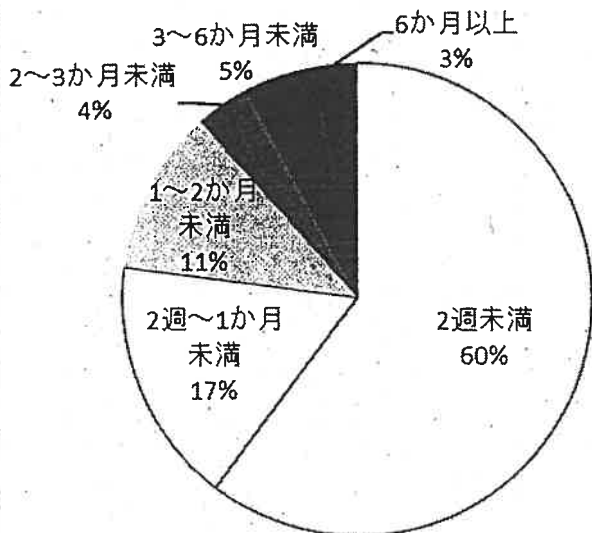
図 10. 平成31年・令和元年 新登録活動性肺結核患者の発病から初診までの期間（東京都）



### 《診断の遅れ》

新登録活動性肺結核患者の初診から診断まで1か月以上要した者の割合が23%となっている。

図 11. 平成31年・令和元年 新登録活動性肺結核患者の初診から診断までの期間（東京都）



## 診断の遅れの要因について

《平成 26 年度課題別推進プラン報告書「結核の早期発見に向けた地域づくり（北多摩南部保健医療圏）」より抜粋》

### ①「医療機関調査からみえてきた現状と課題」より

- ・ 咳嗽が続く場合に、ニューキノロン系抗菌剤を第一選択にする傾向がみられ、その投与によって症状が一時的に改善し、結果として結核の診断の遅れにつながる可能性がある。
- ・ 結核の既往歴や結核患者との接触歴等の問診が十分でない傾向がある。
- ・ 気管支喘息の既往がある場合、胸部 X 線検査の実施が遅れる傾向がある。
- ・ 医師の結核診療機会が減少した。
- ・ 結核診断の経験がない場合、抗酸菌検査の実施が遅れ、また遺伝子検査（PCR 検査）を実施しない傾向がある。

### ②「結核患者の現状分析から見えてきた課題」より

- ・ 呼吸器症状以外の症状では診断が遅れる傾向がある。
- ・ 結核が進行しておらず症状が軽度の場合、診断に苦慮して診断の遅れにつながる。
- ・ 胸部 X 線検査で学会分類がⅢ 1（空洞なし）の場合は、診断が遅れる傾向がある。

## （参考）診断の遅れ等による結核集団感染事例①（平成 22 年東京都報道発表事例）

都内中高一貫校で生徒、教員が結核に集団感染する事例が発生

生徒 1 名は平成 21 年 6 月頃から発熱や咳などの症状があり、徐々に増悪した。9 月以降、4 か所の医療機関を受診したが、結核の診断に至らなかった。結果的に感染性結核の発見が遅れ、数か月の間、排菌したまま登校を続けていた。その後、35 人の感染が確認され、うち、9 人の発病者が確認された。

## （参考）診断の遅れ等による結核集団感染事例②（令和元年東京都報道発表事例）

特別養護老人ホームにおいて、職員、入所者等が結核に集団感染する事例が発生

職員は職場健診の胸部 X 線検査において異常陰影を指摘され受診したが、結核の診断に至らず、治療開始が遅れた。

また、入所者に対する結核の定期健康診断において、「要精密検査」の者がいたが、その後の精密検査が実施されていなかった。その後、36 人の感染が判明し、うち、10 人の発病者が確認された。

### 3 医療現場での結核の早期発見と感染予防対策（結核疑い患者への対応）

- 結核の院内感染の中には、入院又は外来受診中の結核患者の発見、診断の遅れにより発生、拡大したものが少なくない。院内感染リスクを軽減するためには、患者の早期発見と適切な空気（飛沫核）感染予防対策が行われることが重要である。

#### （1）患者の早期発見のポイント

- 咳や痰等の呼吸器症状が2週間以上続く患者には、胸部X線検査、喀痰抗酸菌検査を実施する（P4 第1章「結核の基礎知識（3）結核の診断」参照）。
- 高齢者については、呼吸器症状に乏しい例が多い（P19 「トピック：高齢者の結核」参照）。高齢者以外でも呼吸器症状に乏しい場合は、結核を疑いにくいですが、呼吸器症状がなくても発熱（微熱）、易疲労感、寝汗、体重減少、活気の低下などを認める際には、結核も鑑別にあげ、胸部X線検査、喀痰抗酸菌検査の実施を積極的に検討する。
- 結核発病リスクが高い患者（P3「結核の発病リスクが高い者」参照）、結核高まん延国出生の外国人については、結核の可能性も踏まえて診療を行う（P19 「トピック：外国出生者の結核」参照）。

#### ○胸部X線検査

- 読影は主治医に加え、呼吸器科や放射線科医師等による確認を行うことが望ましい。読影結果は必ず把握する。読影した医師は、速やかに主治医に結果をフィードバックする。
- 陳旧性炎症性病変のある患者では、定期的に（6～12か月ごとを目安）胸部X線検査を行い、画像の変化の有無を確認することにより、早期発見につながる。
- より詳細な病変部の情報が必要な場合などは、CT検査の実施を検討する。

#### ○喀痰抗酸菌検査

- 結核の診断には喀痰検体による抗酸菌検査が重要であり、適切な排痰指導を行う（P57～59 参考資料4「喀痰検査のための痰の採取方法」参照）。患者が自力で喀痰を出せない場合はネブライザーによる高張食塩水吸入あるいは非能動性呼吸運動訓練装置（ラングフルート®）を用いて排痰の誘発を試みる。
- 自己排痰が困難な場合には胃液又は気管内吸引等による吸引痰等で抗酸菌検査を実施する。
- 検体採取時には、採取場所、採取に関わる職員の感染予防対策に留意する。
- 喀痰検査は3日間連続実施することを原則とする。
- 塗抹陽性の際は、直ちに主治医に報告するシステムを医療機関で定め、治療や対応が迅速に開始される体制を整備する。非常勤医師が診察した患者や主治医不在の際に結果が判明した際の対応方法についても整備する。
- 培養検査で陽性の患者については、培養陽性判明時には必ず、薬剤感受性検査を実施する。

- 一般医療機関においては、結核と診断された患者が、結核専門医療機関へ転院した後も、患者の治療薬の選択及び、接触者健診の際に必要なことがあるため、診断時の検体での培養検査を続け、培養陽性の場合には薬剤感受性検査も実施し、転院先からの依頼があった際には、検査結果を提供する。
- 胸部 X 線検査のみでは、喉頭・気管・気管支結核などを確認することが困難な場合もあることから、結核を疑う場合や長引く咳や痰等の呼吸器症状が続く場合（前述、患者の早期発見のポイント参照）は胸部 CT 検査に加え、喀痰塗抹検査、培養検査、核酸増幅法の確実な実施が重要である。

#### トピック：外国出生者の結核

- 東京都は新登録結核患者のうち、高まん延国からの外国出生結核患者の割合が高く、特に、若年者の結核の7割は外国出生の結核患者である（P12 「第2章 都の結核の現状」参照）。
  - 言語や文化の違いから、十分な意思疎通が図れず、疾病や治療への理解不足が服薬中断につながる場合がある。
  - 経済的問題や転居の繰り返しなど、服薬継続に当たり留意しなければならないことが多い。
  - 多剤耐性結核を含む薬剤耐性結核の割合が高い。
  - 高まん延国出身者の多い日本語学校等で集団感染を起こすことも少なくない。
- ⇒ 定期健診や接触者健診などで、患者を早期発見し、発見された患者を DOTS 等で確実に治療することが重要である。

東京都では、外国出生結核患者が結核を正しく理解し、安心して検査や治療を受けられるよう、結核対策多言語動画を作成しました。医療機関での視聴用資料など、結核を分かりやすく解説する必要がある場面などでご活用ください。

- ※ 中国語（北京語）、韓国語、ネパール語、ベトナム語、ミャンマー語、タガログ語、英語の7言語に対応（日本語字幕付き）しています。
- ※ 「東京動画 結核」で検索。又は右の QR コードからもアクセスできます。



#### トピック：高齢者の結核

- 高齢者は結核の既感染率が高く、加齢に伴う免疫低下や合併症などにより、発病する危険性が高い。また、外因性の再感染による発病の可能性も高いと考えられている。
  - 呼吸器症状に乏しい、空洞性病変が少ないなど、典型的な症状が見られないことも多く、診断が遅れることがある。高齢者結核患者の多くが咳、痰等の呼吸器症状を認めていない。
  - 抗結核薬による副作用の出現率が高く、基礎疾患を有することも多いこと等から、標準的な治療が行えないことがある。
  - 発見の遅れや基礎疾患の影響により死亡率も高い。
- ⇒ 高齢者については、特徴的な症状や所見を認めなくても結核を鑑別診断に入れ、早期発見することで、重症化の予防、感染拡大を防ぐことが重要である。



## (2) 一般医療機関における対応

- 呼吸器症状がある患者には、サージカルマスクの着用を徹底する。
- 結核患者や結核疑い患者の診察や看護を行うスタッフは、N95 マスクを着用する。  
特に、気管支鏡検査や採痰指導、喀痰誘発や吸引等の処置を行うときは、スタッフはN95 マスクを必ず着用する。

### 《外来の対応》

場面	対応
受付 待合	<ul style="list-style-type: none"> <li>咳がある場合は申し出る旨のチラシやポスターを、患者の目につきやすい場所に掲示する。</li> <li>サージカルマスクを着用していない患者には、病院スタッフから患者に着用を促す声かけを行う。</li> </ul> <p>〈激しい咳や2週間以上咳をしている患者、他医療機関からの紹介等結核疑い患者への対応〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>患者にサージカルマスクを着用させ、一般の待合の場所から、原則として感染対策のなされた区域に隔離する。</li> <li>※ 陰圧室や感染対策のなされた個室がない場合は、結核は空気（飛沫核）感染することを念頭におき、他の患者と同じ空間を共有しない工夫をし、対応する。</li> <li>他の患者と極力接しないように、医療機関の実情に応じて、優先的に診療を行う。</li> </ul>
診察 検査	<ul style="list-style-type: none"> <li>喀痰検査の実施に当たっては、個室の設置や採痰ブースの利用など感染防止のための配慮が望まれる。採痰ブースが無い場合も、決まった個室を設けて、使用後は換気をする（換気時の空気の流れに注意）。</li> <li>検査等で診察室以外に患者が移動する場合には、事前に移動先のスタッフに結核疑い患者であることを伝え、空気（飛沫核）感染予防を行う。</li> <li>患者が使用した診察室等は使用後に十分な換気を行う（6回/時間以上の換気が必要）。</li> </ul>

### 《入院（一般病床）の対応》

- 院内感染のリスクを軽減するためには、入院時に結核の有無を確認することが重要である。胸部 X 線検査、有症状の場合には喀痰抗酸菌検査を積極的に実施する。（P18 「(1) 患者の早期発見のポイント」参照）
- 活動性結核が疑われる患者については、診断がつくまでの間は原則個室管理とする（陰圧室が望ましい）。個室管理の解除の判断に当たっては、抗酸菌検査の結果の確認とともに ICT（感染対策チーム）に相談を行う。

### ○個室隔離中の患者への対応について

患者	<ul style="list-style-type: none"> <li>検査等で部屋から出るときは短時間とし、サージカルマスクの着用を指導する。</li> <li>咳嗽時は口を覆うように指導する。</li> <li>喀痰等の排出は、洗面所やあちこちで行わず、ティッシュペーパーに排出し、決まったゴミ箱に廃棄することを指導する。</li> <li>排痰後は、石鹸で十分に手洗いをするよう指導する。</li> </ul>
面会者	<ul style="list-style-type: none"> <li>可能な限り制限し、面会時間を短時間とする。</li> <li>面会時は N95 マスクを着用するよう指導する。</li> <li>乳幼児、ハイリスク者（P3「結核の発病リスクが高い者」参照）の面会をご遠慮いただく。</li> </ul>
医療従事者	<ul style="list-style-type: none"> <li>入室時には N95 マスクを着用する。</li> <li>手指衛生は通常通り実施する。</li> </ul>
設備面	<ul style="list-style-type: none"> <li>可能なら陰圧室、なければ個室（他の部屋と空気が循環しない独立排気の部屋）で換気を十分に行う。</li> <li>部屋のドアは必ず閉鎖する。</li> <li>不必要な病室への出入りを防ぐため、患者本人へのプライバシーを配慮したうえで、病室の入り口などに注意喚起の掲示を行う。</li> </ul>
消毒・衛生管理	<ul style="list-style-type: none"> <li>清掃する人が N95 マスクを着用すれば、清掃は通常の対応でよい。</li> <li>シーツ等は通常通りだが、喀痰汚染や血液汚染のあるリネンは感染性リネンとして取り扱う。</li> <li>洗濯物は通常の洗濯で良いが、日光にあてるのが望ましい。</li> <li>診察器具は通常でよいが、出入りが必要で、取り換えが困難であれば専用が望ましい。</li> <li>退室後1時間は、ドアを閉め、窓を開放する（又は1時間換気を行う。）。)</li> <li>ゴミは、喀痰や血液汚染があれば感染性廃棄物とする。それ以外は通常の対応でよい。</li> </ul>

### (3) 訪問診療（在宅医療）での対応

- 訪問診療（在宅医療）を受けている患者は以下のような特徴があり、結核発症のハイリスクグループであることが多い。  
また、医療機関受診が難しいことから、胸部 X 線検査を受ける機会に乏しく、結核を早期に発見することが困難であることが多い。  
したがって、診療・看護・介護に当たっては結核を意識して対応することが重要である。

訪問診療（在宅医療）を受けている患者の特徴

- ① 高齢者が多い。
  - ・ 既感染率が高く、結核発病のリスクが高い。
- ② 結核発症のリスク因子を複数有していることが多い。
  - ・ 糖尿病や腎透析などの合併症や、抗がん剤や生物学的製剤を使用している患者は、発病を起こしやすい。
- ③ 意思疎通が難しく、自覚症状を表現しがたい患者も多い。
  - ・ 加齢による認知機能の低下や全身状態不良等で体調の変化を訴えることが難しい。
- ④ 慢性的に喀痰や咳嗽などの呼吸器症状を有していることも多い。
  - ・ 症状の変化の見極めが難しく、発見の遅れにつながる。
- ⑤ 在宅の場で実施できる検査に限られる。
- ⑥ 在宅ケアの提供などにより、複数の関係者が関わっていることが多い。

○場面ごとの対応

場面	対応
訪問診療 開始時	<ul style="list-style-type: none"> <li>○胸部 X 線検査の結果の把握</li> <li>○既往歴/合併症の把握（結核の発病リスクの評価）</li> </ul>
訪問診療 中	<ul style="list-style-type: none"> <li>○日頃の体調、体温、咳等の症状のチェック                             <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 咳や痰のみならず、発熱、体重減少、全身倦怠感や活気の低下など様々な状態の変化にも注意する。</li> </ul> </li> </ul> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p><b>健康観察のポイント</b></p> <p>【全体の印象】なんとなく元気がない、顔色が悪い等</p> <p>【全身症状】発熱（微熱）、体重減少、食欲不振、全身の倦怠感等</p> </div> <ul style="list-style-type: none"> <li>○定期的な胸部 X 線検査の実施                             <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 年 1 回は受診などにより、胸部 X 線検査を含む健康診断を行う。</li> <li>・ 在宅療養の患者は、外出が難しい場合がほとんどであることから、医療機関への受診の際に胸部 X 線検査を依頼する等、病診連携を図り、胸部 X 線検査を定期的に実施することが望ましい。</li> </ul> </li> <li>○関係機関との連携                             <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 在宅ケアに関わる関係者との連携を図る。</li> <li>・ 入院が必要となった際の受入可能な医療機関を選定し、確保しておく。</li> </ul> </li> </ul> <p>≪結核を疑う場合の対応≫</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ <u>胸部 X 線検査</u>や<u>喀痰抗酸菌検査</u>を積極的に実施する。</li> <li>・ 必要時、結核専門病院への相談や紹介を行う。</li> <li>・ 十分な換気を行うよう、家族や関係者へ指導する。</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>○喀痰抗酸菌検査の実施                             <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 胸部 X 線検査が実施できない場合には、喀痰抗酸菌検査の実施を検討する。</li> </ul> </li> </ul>

#### (4) 精神科病院／長期療養型病院での対応

- 精神科病院や長期療養型病院には以下の特徴があり、入院患者の結核予防と早期発見に関しては特別の注意を払う必要がある。

また、結核の検査や診断の対応が可能な病院と日頃から連携・協力関係を構築しておくことが重要である。

##### 精神科病院・長期療養型病院の特徴

- ① 発病リスクの高い患者が多い（患者が感染源になる可能性が高い）。
  - ・ 長期入院患者に結核既感染の高齢者が多い。
- ② 患者発見が遅れる可能性が高い。
  - ・ 高齢者では、咳や痰などの症状が乏しい場合が多い。
  - ・ 患者が症状を訴えないことが多い。
  - ・ 喫煙者の場合、普段から咳・痰があるため症状が認識されにくい。
  - ・ 石灰化等、結核既感染の所見のある患者の場合、発病に気づきにくい。
  - ・ 胸部×線検査の読影に慣れた医師が少ない。
- ③ 精神疾患、認知機能の低下等のため患者の結核への理解が得難いことがある。
  - ・ 専門機関への受診、検査の実施、服薬等が困難である場合がある。
- ④ 集団感染のリスクがある（P14 図7「東京都における集団感染事例発生場所の『医療機関内訳』参照）。
  - ・ 患者が食堂、談話室等、1か所に集まることが多い。
  - ・ 服薬等が困難である場合がある。
  - ・ 病棟・病室等が閉鎖されていることが多い。

##### ○場面ごとの対応

場面	対応
入院時	○胸部×線検査の実施 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 陳旧性炎症性変化、結核有無の確認目的だけでなく、入院時の状態を確認する目的として、全員に胸部×線検査をすることが望ましい。</li> </ul> ○既往歴/合併症の把握（結核の発病リスクの評価）
入院中	○日頃の体調、体温、咳等の症状のチェック <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 症状の訴えが乏しい場合もあるので、毎日の変化に注意を払う必要がある。高齢者は、咳の症状がなく、倦怠感や体重減少のみの場合もあるので注意が必要である。</li> <li>・ 症状出現時は、胸部×線検査や喀痰抗酸菌検査を積極的に実施する。</li> </ul> ○健康診断 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 年1回は、胸部×線検査を含む健康診断を行う。</li> </ul> ○換気の確保 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 十分な換気を行う。</li> </ul>

## (5) 新型コロナウイルス感染症の流行を踏まえた対策

- 新型コロナウイルス感染症流行時においても、呼吸器症状を有する患者に対しては、結核を想定した鑑別診断が実施されることが必要である。

### ○結核と新型コロナウイルス感染症の違い

- 結核と新型コロナウイルス感染症はともに呼吸器感染症であるが、その特徴や対策には、下段のような類似点や相違点がある。

表 10. 結核と新型コロナウイルス感染症の特徴

	結核	新型コロナウイルス感染症
病原体	結核菌 ( <i>M.tuberculosis</i> )	新型コロナウイルス (SARS-CoV-2)
感染様式	空気(飛沫核)感染	一般的には飛沫感染、接触感染
病原体診断と検体	菌検査、培養検査、PCR検査 (喀痰等)	PCR検査、抗原検査 (唾液、鼻咽頭ぬぐい液等)
感染力 (基本再生産数：一人の患者 が何人に感染させるか)	1人以下～4人以上	平均2.2人
症状	発熱、持続する咳嗽・喀痰等の呼吸器症状、倦怠感、食欲低下など多彩な症状を呈するが、無症状の者も認められる。 結核性胸膜炎などでは、急な発熱など、急性症状を呈することがある。	発熱、咳嗽や呼吸苦等の呼吸器症状、咽頭痛、味覚障害・嗅覚障害等
治療	抗結核薬の多剤併用療法	主に対症療法
院内感染予防策	職員のN95マスク装着 職員の健康管理(定期的な健診、構造設備と環境面での対策(個室隔離、陰圧室が望ましい。))	標準予防策に加え、飛沫・接触予防策 エアロゾルが発生する可能性がある手技を実施する場合、N95マスク又はそれと同等のマスク、眼の防護具(ゴーグル、フェイスシールド等)、長袖ガウン、手袋を装着 患者の個室隔離、環境整備等

(参考文献) Frequently Asked Questions, COVID-19, and Tuberculosis (国際結核肺疾患予防連合)  
 新型コロナウイルス感染症に対する感染管理(国立感染症研究所)  
 結核院内(施設内)感染対策の手引き(厚労省)

### ○新型コロナウイルス感染症の流行が結核診療に与える影響について

#### 《結核診断の遅れ》

- 新型コロナウイルス感染症の感染拡大により、症状があっても受診を控え、受診の遅れが生じる可能性がある。
- 新型コロナウイルス感染症以外の感染症を疑わず、結核の診断に遅れが生じる可能性がある。

#### 《結核病床の確保》

- 医療機関によっては、結核病床を新型コロナウイルス感染症患者の入院に活用している状況により、速やかな結核患者の受け入れが困難であることも想定されることから、以下のような病床管理が必要である。

#### ※結核病棟における病床管理

結核の入院勧告が解除された場合に、速やかに退院できるよう、保健所と連携し、入院時から退院先を検討する。すぐに退院することが難しい状況の患者については、一般病棟への転床や、入院時から転院先等を検討する。

#### ※一般医療機関における病床管理

結核病棟転院の選定が困難である場合、保健所と協議の上、転院させずに空気感染対策を講じた上で、一般医療機関の個室に隔離し、結核治療を開始することも検討する。

### ○新型コロナウイルス感染症の流行時における診療や対応のポイント

#### 《患者に対して》

- 外来患者の待合室では、発熱や呼吸器症状を認める患者とそのほかの患者が一定の距離を保つことができるよう配慮する。呼吸器症状を呈する患者にはサージカルマスクを着用させる。
- 風邪の症状や発熱のある患者、強いだるさ（倦怠感）や息苦しさ（呼吸苦）のある患者は状況に応じて迅速に隔離し、新型コロナウイルスの PCR 検査あるいは抗原検査の実施を考慮する。新型コロナウイルス検査が陰性であった場合でも、患者の早期発見のポイント（P18（1）「患者の早期発見のポイント」参照）に記載の症状があれば胸部 X 線検査を行い、所見のある患者に対しては、結核の可能性を考慮し、抗酸菌検査の実施を検討する。

#### 《医療従事者に対して》

- 咳症状が続く場合には、新型コロナウイルス検査が陰性であっても胸部 X 線検査などを行い、結核を否定する。
- 院内では院内感染対策を徹底し、事務室や医療従事者控え室では 3 密（密閉、密集、密接）を避けること、共用物を減らすこと、集団で食事をする機会を減らすなどの対応が重要である。