

## 精神科領域に関連する結核症の問題と保健福祉分野との連携

東京都立松沢病院

阪下 健太郎

### はじめに

筆者が勤務する東京都立松沢病院は、2022年7月1日に地方独立行政法人東京都立病院機構となったが、引き続き東京都が推進する精神科身体合併症医療の拠点として比較的重度の精神障害を持つ結核症患者の入院治療を行っている。活動性結核を発症した精神障害者は、集団感染由来の患者も散見される。精神科病院内で発生する結核症の問題を大きく分類すると、患者側の因子と医療体制側の因子の両方に起因する感染と発症の高いリスク、診断の遅れ、精神症状による検査や治療へのアドヒアランス不良等が垣間見られる。本稿では各因子を考察する。

### 1. 結核菌への感染と発症の高いリスク

精神障害者に結核感染と発症のリスクが高い患者側因子としては、高い喫煙率、糖尿病、慢性腎臓病、やせ、うつ病、薬物依存、アルコール依存症、貧困、ホームレス、精神医療へのアクセスが困難な外国人などが挙げられる。医療側因子は、精神科病院での年単位に及ぶ閉鎖空間での8人部屋や畳部屋などの大部屋での長期入院、精神科特例に起因する一般病床と比較した医療スタッフの相対的不足、相対的な身体医療への関心の低さ等が考えられる。前述の精神科特例とは、1948年の医療法施行令と1958年の厚生省事務連絡の通称である。これらは次官通知から70年以上変更されないまま現在に至る特例であり、精神障害を持つ患者の生命予後が薬物療法等の進歩によって改善し、精神障害を持つ患者の身体疾患の管理が重要となってきた実情にそぐわない特例である。具体的には、本特例によると精神科病床における医師数は一般病床の約3分の1で可、看護師数は一般病床の約3分の2で可とされている。本特例によって、精神科医療における患者長期収容型の精神医療、人件費を削った上での長期入院受け入れによる収益構造となる民間精神病院への精神科長期入院の依存が継続している。

#### 事例1.50歳男性。排菌陰性化後も外来治療が困難と判断し入院中に社会調整を行った患者

30年前に来日し、飲食店勤務にて生計を立てていたイ

ンド出身の男性。受診5ヶ月前に失職した。その直後より食事をほとんど摂取せず日中から飲酒していた。受診1ヶ月前から咳嗽を認めた。受診3日前に酩酊状態にて自室で転倒し、頭部外傷のため総合病院を受診時、39℃台の発熱認め、胸部X線にて肺結核が疑われた。喀痰抗酸菌塗抹3+、結核菌核酸増幅法陽性となり確定診断。アルコール離脱せん妄が著明であり一般病棟での対応困難のため、主治医より保健所に相談が入り当院へ入院の打診となり、医療保護入院となった。アルコール離脱せん妄が著明で痙攣を繰り返し、経鼻胃管から抗結核薬を投与した。入院約1ヶ月後より経口摂取可能となり離床も可能となったが、退院欲求が強く、精神科加療の継続が必要で、退院後の服薬アドヒアランスが期待できず、保健所と協議の結果、6ヶ月間の全治療期間を入院加療とした。入院中に断酒プログラムを実施し、担当保健師やケースワーカーと共に、退院後の就職先を確保することで、再飲酒に至らない体制を整えた。退院後すぐに就労開始し、結核治療終了後のフォローアップ外来も定期受診している。

### 2. 診断の遅れ

精神障害者における結核診断の遅れに関する患者因子としては、就労率が相対的に低いため、会社の健診を受ける機会がなく、地域自治体健診を受けない傾向にあり、精神科通院のみの場合に健診を受ける機会を長期間逸しているといった例が見受けられる。精神疾患、知的障害、認知症などによって症状を上手く訴えることができないといった事例も多く、社会的弱者と言わざるを得ない。医療側因子としては、精神科領域に関与するスタッフが結核症に慣れないことも遅れの一因である。また、結核罹患率が減っていく中、鑑別疾患にも挙がりにくく、胸部X線や喀痰検査を行うことに長期間至らないこともある。中国において、良質喀痰を出せないという研究結果があり、患者自体から診断に必要な適正な喀痰が得られないという因子も関与している可能性がある。

#### 事例2.60歳女性。診断が遅れ重症化し精神疾患のため、県内受け入れ先が無かった一例

知的障害にて10年前より某精神科病院に入院中、2ヶ月継続する38℃台の発熱があったが、解熱薬のみで対症療法とされていた。発熱が長期化するため精神科主治医が内科非常勤医に相談した。胸部X線にて肺野に粒状影を認め、粟粒結核の疑いとなり、喀痰の抗酸菌塗抹2+、結核菌核酸増幅法陽性となり、病院所在県内の結核病床への転院相談となった。しかし、県内に受け入れ先病院なく、越境にて当院へ勧告入院及び医療保護入院となった。身体的既往は2型糖尿病があった。転院3日前より意識障害を認め、来院時には体温39.0℃、意識はJCS-100と著明な意識障害と項部硬直を認め、粟粒結核に結核性髄膜炎の合併を疑い、転院直後に腰椎穿刺を施行した。髄液の抗酸菌塗抹陽性かつ結核菌核酸増幅法陽性であった。4剤標準療法に加え、結核性髄膜炎に対してデキサメタゾンを早急に開始した。治療経過中にピラジナミドによる肝障害やエタンブトールによる視神経炎を発症し治療中断や薬剤変更を2回行ったが、幸い薬剤感受性菌であったため、治療1ヶ月後に培養陰転化し、計18か月で治療完遂が可能と判断した。入院当初は、不穏やせん妄が著明であったが、ベッド柵にクッションを装着し、身体抑制は行わずに対応した。睡眠前のトラゾドン、不穏時に少量のリスペリドン内服にて精神症状の安定を図り、治療6ヶ月目に元の病院へ転院となり、近隣の総合病院の呼吸器内科に結核治療を継承した。結核の診断は呼吸器内科医でも時に難渋する。本例は診断の遅れがあり重症で有害事象も多数出現し専門知識も要した。閉鎖感染症病棟における濃厚な精神科併診による結核治療が可能な病院は首都圏でも殆どない。本分野の専門家が益々減っていく中で、都道府県レベルで政策的な設置を提案したい。

### 3. 診断や治療へのアドヒアランス不良・外来レベルでの保健所との連携

精神疾患や認知障害により診断や治療が困難な事例もある。専門機関への受診、各種検査、服薬継続困難である。排菌例も、結核病棟への入院を拒否または自己退院する事例もあるが、患者の意思を尊重しつつ、尊厳を保ちつつ治療を行うことを目標としたい。

#### 事例紹介3. 30歳男性。保健所や往診クリニックとの連携にて外来加療が可能であった一例

統合失調症にて往診の精神科クリニックにて治療中であった。外傷にて総合病院を受診時に、胸部X線にて肺結核を疑われ、喀痰抗酸菌塗抹2+、結核菌核酸増幅法

陽性となり、F病院の結核病床に勧告入院した。入院当日に病室内で喫煙し強制退院させられた。管轄保健所から当院での外来治療の依頼があった。精神科は往診医にて診療継続を依頼し、症状が咳嗽のみで軽微であり、自宅も近いことから自転車通院とした。排菌中は担当保健師が毎回本人に同伴し来院した。時に精神症状が悪化し受診しない日は、保健師が処方のみを受け取り、ドア越しで健康確認し結核薬を届けた。DOTSは保健師が電話と薬殻確認で行ったが、1ヶ月経過し排菌が長引くため、外来主治医と保健師が相談し精神科往診クリニックの協力を得てスマートフォン通話アプリを利用したオンラインDOTSを行いアドヒアランス良好であった。1ヶ月半で喀痰塗抹陰性および培養も陰性化し、近隣の内科クリニックへ結核治療を継承した。

### 結核集団感染対策への考察と保健所との連携に関する考察

精神障害者の身体医療、特に結核診療に関しては、全国的に臨床側の担い手が極めて少ない。これを補うべく、公衆衛生分野における感染症領域と精神保健福祉領域の連携と身体合併症医療との連携を促進し、早期診断治療が必要であり、排菌消失後の在宅ないしは一般病院への治療継承も円滑であることが期待される。排菌陽性例であっても服薬アドヒアランスや人権を重視し在宅治療も選択肢に挙がり、臨床側と保健所との連携が必須である。精神的にも結核診療的に入院が望ましいケースが少なからず存在し、精神疾患を合併する結核症患者を診療する専門施設の存続と専門医確保に行政からの支援も必須である。精神障害者は結核感染と発症のハイリスク群であることを広く認知してもらおう啓発活動も重要である。結核集団感染は、COVID-19クラスターと同様、精神科病院の病院設備上、患者が密になりやすい特性や、少ない職員数も相まって、患者と医療者の双方向から診断の遅れや集団感染の長期化が生じる。COVID-19パンデミックにより精神科領域における感染制御の脆弱性がようやく認識された。公衆衛生分野と臨床側が密に協力し、結核の早期診断の啓発、積極的な定期健診、症状や胸部X線、喀痰検査、IGRAでのスクリーニング体制を推進する必要がある。🐼