

<様式第1号> ※記入にあたっては、裏面の【記入上の注意】をお読みください。記入が不十分な場合は、受理できないことがあります。(奈良県)

結核医療費公費負担申請書

平成 年 月 日

奈良県知事 様
 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
 【37条・第37条の2】の規定により医療費の公費負担を申請します。
 ※第37条、第37条の2のいずれかに○印をつけてください。

申請者の氏名 _____
 申請者の住所 _____
 患者との関係 _____ TEL _____

(ふりがな) 患者の氏名	男 明・大 年 月 日生 住 女 昭・平 (歳) 所	TEL _____
保険の種類	健保(本人・家族) 国保(一般・退職本人・退職家族) 後期高齢者 生保(市町村()) (受給中・申請中) その他()	
高齢者の医療の確保に関する法律による受給資格: 無・有(平成 年 月から) 介護保険との併用: 無・有(平成 年 月から)	添付X線写真枚数 _____ 枚	※CT等詳細のわかる写真も添付していただければ参考になります。

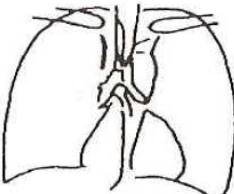
診 断 書

病名 肺結核 結核性胸膜炎 結核性膿胸 肺門リンパ節結核 粟粒結核 結核性髄膜炎 脊椎結核 潜在性結核感染症
 他の骨・関節結核 () 他のリンパ節結核 () 尿路結核 他の肺外結核 ()

合併症 塵肺 糖尿病 非定型抗酸菌症 低肺機能 肝障害 高血圧 アルコール依存症 ステロイドによる治療中
 生物学的製剤の使用 免疫抑制剤の使用 腎透析 その他()

医療の種類	化学療法	1 初回治療 2 初回治療の継続 3 再治療 4 再治療の継続 5 潜在性結核感染症(LTBI)	(1)抗結核薬()剤使用 INH RFP PZA SM EB LVFX KM EVM TH CS PAS RBT DLM() 上記のうち局所療法に用いるもの()	(2)副腎皮質ホルモン剤※1 有・無 薬剤名 _____ ()	医療開始予定日: 年 月 日 入院日: 年 月 日 退院日: 年 月 日	
		外科療法的法	1. 肺 2. 肺外 部位()		術式・治療内容(骨・関節結核の装具療法を含む)	手術予定日: 年 月 日 計 日間(術前 日間 術後 日間)

既往歴	結核 糖尿病 肝疾患 腎疾患 悪性腫瘍 免疫系疾患 その他()	BCG	有・無・不明
	結核に関する既往の治療	初めて結核と診断された時期: 昭・平 年 月 菌陰性化の時期: 年 月	接種歴 最終接種: 歳
	年 月 ~ 年 月 INH RFP PZA SM EB () 年 月 ~ 年 月 INH RFP PZA SM EB ()	結核患者との接触	有・無・不明(詳細)

現症	 年 月 日撮影	学会分類	臨床所見及び診断根拠	
		r l b 0 I II III IV V 1 2 3 H P l O p	今回のツ反	年 月 日実施 × (×) × (硬結・二重発赤・水疱・壊死) 判定: (- ・ + ・ ++ ・ +++)

結核菌の塗抹・培養検査			血沈 (mm/1h)	診断時の核酸増幅同定検査法		培養後の抗酸菌同定検査法		薬剤感受性検査成績			
実施日 (検体種類)	塗抹 (直接・集菌)	培養 (固体・液体)		年 月 日実施	年 月 日実施	菌株採取日: 年 月 日	薬剤名	濃度 (μg/ml)	(月 日)	(月 日)	(月 日)
(月 日)			陰性	陰性	陰性	陰性	INH	0.2 ()	感・耐	感・耐	感・耐
(月 日)			陽性	陽性	陽性	陽性	RFP	40	感・耐	感・耐	感・耐
(月 日)			陰性	陰性	陰性	陰性	PZA	—	感・耐	感・耐	感・耐
(月 日)			陽性	陽性	陽性	陽性	SM	10	感・耐	感・耐	感・耐
(月 日)			陰性	陰性	陰性	陰性	EB	2.5	感・耐	感・耐	感・耐
(月 日)			陽性	陽性	陽性	陽性	KM	20	感・耐	感・耐	感・耐
(月 日)			陰性	陰性	陰性	陰性	EVM	20	感・耐	感・耐	感・耐
(月 日)			陽性	陽性	陽性	陽性	TH	20	感・耐	感・耐	感・耐
(月 日)			陰性	陰性	陰性	陰性	CS	30	感・耐	感・耐	感・耐
(月 日)			陽性	陽性	陽性	陽性	PAS	0.5	感・耐	感・耐	感・耐
(月 日)			陰性	陰性	陰性	陰性	LVFX	1	感・耐	感・耐	感・耐
(月 日)			検査中	検査中	検査中	検査中					
(月 日)			検査未実施	検査未実施	検査未実施	検査未実施					

今後の医療方法	1. 標準治療(A法(6か月治療)・B法(9か月治療)) (いずれかに○印) (※裏面参照) で治療終了予定	治療予定期間()か月
	2. 次の理由により継続が必要 ()	治療予定期間()か月
	3. 感染症診査協議会の意見が聞きたい→ ()	治療予定期間()か月
	4. その他、標準治療以外の治療など ()	治療予定期間()か月

医療機関の所在地 _____ 平成 年 月 日	学会分類 _____
医療機関の名称 _____ TEL _____	活動性 1(イロハニホ) 2 3 4 (へト)
主治医の氏名 _____ 印 _____	病状経過 1 2 (a b) 3 4
	指導区分 A B C D 1 2 3

申請書受理日 _____	診査日 _____	感染症診査協議会の意見 _____
37条の2	承認・不承認・保留	意見書 有・無
20条及び37条	適・不適・保留	

※1 副腎皮質ホルモン剤の適応: 結核性心膜炎、結核性髄膜炎等(結核医療の基準より) 平成28年1月29日改定

【記入上の注意】

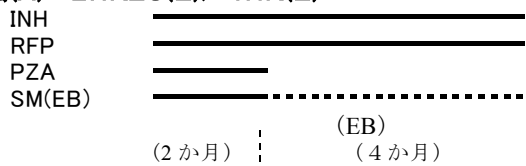
- 2重わく内は、結核診査協議会の記入欄につき記入しないでください。
- 「血沈」および「結核菌検査」欄は、過去6ヶ月間に実施した検査結果を必ず記入してください。(初回治療の場合は、化学療法前3回の喀痰検査成績を記入のこと。)ただし、法37条の2の場合の「血沈」欄は、間近の検査結果のみを記入くだされば結構です。
- 再治療の場合には、薬剤感受性試験の結果を必ず記入してください。
- 継続申請の場合は、前回のX線写真も添付してください。(継続申請は患者票の有効期限2週間前までに保健所長あて提出してください。)
- 潜在性結核感染症の取扱、学会分類、ツベルクリン反応発赤径については、下記を参照ください。
- 生保患者の場合には、この診断書の写しを生活保護法による診断要否意見書、または結核入院要否意見書として、福祉事務所が使用するので、診断書およびその写し1通を保健所に提出してください。

一般患者に対する公費負担(感染症法第37条の2)の承認期間について

医療開始予定日を過ぎて保健所が受理した申請は、保健所の受理日が公費負担承認開始日となりますのでご注意ください。

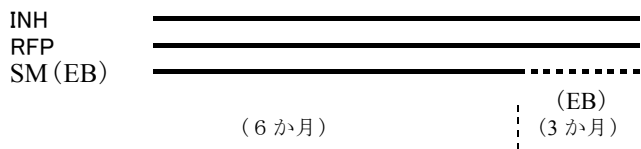
肺結核初回標準治療法

標準治療法(A) 2HRZS(E)/4HR(E)



治療法(A): 最初の2か月間はINH, RFP, PZA, SM(またはEB)の4剤併用
その後4か月はINH, RFP(EBを加えてもよい)の2~3剤併用
合計6か月(180日)間

標準治療法(B) 6HRS(E)/3HR(E)



治療法(B): 最初の6か月間はINH, RFP, SM(またはEB)の3剤併用
その後3か月はINH, RFP(EBを加えてもよい)の2~3剤併用
合計9か月(270日)間

※原則として、治療法(A)を選択。
80歳以上の高齢者や肝機能異常のある者は
PZAで肝障害を起こすことがあるので、治療法(B)を選択。

※粟粒結核や病型Iなどの重症例、3ヶ月を超える培養陽性例、糖尿病やじん肺の合併例、全身的な副腎皮質ホルモン剤や免疫抑制剤の併用例では、それぞれ3か月間延長してもよい。

結核病学会病型分類

- 病巣の性状
 - O: 病変が全く認められないもの
 - I型(広汎空洞型): 空洞面積の合計が広がり1(後記)を越し、肺病変の広がりの合計が一側肺に達するもの
 - II型(非広汎空洞型): 空洞を伴う病変があって、上記I型に該当しないもの
 - III型(不安定非空洞型): 空洞は認められないが、不安定な肺病変があるもの
 - IV型(安定非空洞型): 安定していると考えられる肺病変のみがあるもの
 - V型(治癒型): 治癒所見のみのも
 以上のほかに次の3種の病変があるときは特殊型として、次の符号を用いて記載する
 - H (肺門リンパ節腫脹)
 - PI (滲出性胸膜炎)
 - Op (手術のあと)
- 病巣の広がり
 - 1: 第2肋骨前線上縁を通る水平線以上の肺野の面積を越えない範囲
 - 2: 1と3の間
 - 3: 一側肺野面積を越えるもの
- 病側
 - r: 右側にのみ病変のあるもの
 - l: 左側にのみ病変のあるもの
 - b: 両側に病変のあるもの
- 判定に際しての約束
 - i) 判定に際し、いずれに入れるか迷う場合には、次の原則によって割り切る
IかIIはII, IIかIIIはIII, IIIかIVはIII, IVかVはIV
 - ii) 病側、広りの判定は、I~IV型に分類しうる病変について行い、治癒所見は除外して判定する
 - iii) 特殊型については、広りはなしとする
- 記載の仕方
 - i) (病側)(病型)(広り)の順に記載する
 - ii) 特殊型は(病側)(病型)を付記する。特殊型のみときは、その(病側)(病型)のみを記載すればよい
 - iii) V型のみときは病側、広りは記載しないでよい

<抗結核菌薬の種類>

INH: イソニアジド、RFP: リファンピシン、PZA: ピラジナミド、SM: ストレプトマイシン、EB: エタンブトール、LVFX: レボフロキサシン
KM: カナマイシン、EVM: エンビオマイシン、TH: エチオナミド、CS: サイクロセリン、PAS: パラアミノサリチル塩酸、RBT: リファブチン
DLM: デラマニド

<潜在性結核感染症(LTBI: Latent Tuberculosis Infection)の治療>

INHの単独療法を6か月(180日間)、必要に応じてさらに3か月行う。ただし、INHが使用できない場合は、RFPの単独療法を4か月または6か月行う。

表2 感染者中の活動性結核発病リスク要因

対象	発病リスク*	文献	勧告レベル	備考
HIV/AIDS	50-170	11)	A	
臓器移植(免疫抑制剤使用)	20-74	11)	A	移植前のLTBI治療が望ましい
珪肺	30	11)	A	患者が高齢化しており、注意が必要
慢性腎不全による血液透析	10-25	11)	A	高齢者の場合には慎重に検討
最近の結核感染(2年以内)	15	11)	A	接触者健診での陽性者
胸部X線画像で線維結節影(未治療の陳旧性結核病変)	6-19	11)	A	高齢者の場合には慎重に検討
生物学的製剤使用	4.0	11)	A	発病リスクは薬剤によって異なる
副腎皮質ステロイド(経口)使用	2.8-7.7	63) 64)	A	用量が大きく、リスクが高い場合には検討
副腎皮質ステロイド(吸入)使用	2.0	65)	B	高容量の場合は発病リスクが高くなる
その他の免疫抑制剤使用	2-3	65) 66)	B	
コントロール不良の糖尿病	1.5-3.6	11) 42) 43)	B	コントロール良好であればリスクは高くない
低体重	2-3	11)	B	
喫煙	1.5-3	70)-72)	B	
胃切除	2-5	3)	B	
医療従事者	3-4	74)-79)	C	最近の感染が疑われる場合には実施

*発病リスクはリスク要因のない人との相対危険度

勧告レベル

- A: 積極的にLTBI治療の検討を行う
- B: リスク要因が重複した場合に、LTBI治療の検討を行う
- C: 直ちに治療の考慮は不要

表1 抗結核薬のグループ化と使用の原則

	特性	薬剤名	略号
First-line drugs (a)	最も強力な抗菌作用を示し、菌の撲滅に必須の薬剤 RFP, RBT, PZAは減菌的、INHは殺菌的に作用する	リファンピシン*	RFP
		リファブチン*	RBT
		イソニアジド	INH
		ピラジナミド	PZA
First-line drugs (b)	First-line drugs (a)との併用で効果が期待される薬剤 SMは殺菌的、EBは主に静菌的に作用する	ストレプトマイシン**	SM
		エタンブトール	EB
Second-line drugs	First-line drugsに比し抗菌力は劣るが、多剤併用で効果が期待される薬剤	レボフロキサシン***	LVFX
		カナマイシン**	KM
		エチオナミド	TH
		エンビオマイシン**	EVM
		パラアミノサリチル酸	PAS
	サイクロセリン	CS	
新薬	使用対象は多剤耐性結核のみ	デラマニド	DLM

表は上から下に優先選択すべき薬剤の順に記載されている。なお、リファンピシンとリファブチン、またストレプトマイシン、カナマイシン、エンビオマイシンの併用はできない。

*リファブチンはリファンピシンが使用できない場合に選択する。特にHIV感染者で抗ウイルス剤投与を必要とする場合にリファンピシンは薬物相互作用のために使用できない場合がある。

**アミノ配糖体は同時併用できない。抗菌力や交差耐性等からストレプトマイシン→カナマイシン→エンビオマイシンの順に選択する。なお、カナマイシンと同等の薬剤としてアミカシンがあり結核菌に有効であるが、カナマイシンと完全な交差耐性があり、また結核に対する保険適応はない。カプレオマイシンも結核に有効であるが、日本では販売されていない。

***レボフロキサシンはモキシフロキサシンと換えることができる。

日本結核病学会予防委員会治療委員会
「潜在性結核感染症治療指針」(H25.3)より一部抜粋。

日本結核病学会予防委員会治療委員会
「結核医療の基準」の見直し-2014年
(H26.7)より一部抜粋。