

今後の結核医療のあり方に関するこれまでの議論の概要

1. 近年の結核医療の現状

(1) 結核病床について

- 平成 21 年医療施設調査・病院報告に基づくと、結核許可病床数は約 9000、平均病床利用率は 30% 台後半となっており、近年の結核入院患者数の減少により、結核病棟で空床が目立っている。病床利用率を、地域別にみると、10~60% 台と地域差が認められている。この病床利用率の数字の解釈に当たっては、許可病床のうち、稼働していない病床も少なからずあることに留意する必要があると指摘されているが、都道府県を対象に行った感染症指定医療機関の指定状況に関する調査（結核感染症課調べ）では平成 21 年 6 月末時点で、許可病床数 8433 床のうち、稼働病床数は 5876 床となっており、病床稼働率は、約 7 割となっている。したがって、実際の病床利用率は、稼働病床数を分母とした場合には、医療施設調査・病院報告に基づく数値より高いと考えられ、特に、大都市圏においては、結核病床数がこれ以上減少すると必要な病床数が確保できないと考えている都道府県も散見される。
- 結核医療については、隔離安静が治療の主流だった時代の結核療養所として発足した病院が、結核医療の発達とともに、引き続き、その提供主体となってきたという歴史的な経緯がある。結核病床については、病棟単位¹で設置されてきているが、特に地方において、患者数の減少により、必要病床数が、40~50 床（通常設置されている 1 病棟あたりの病床数）以下になっている地域が多くなっている。このことにより、病床利用率が低下しており、収支欠損と相まって、病床閉鎖・返上の申請が相次いでいると地方自治体から報告²されている。また、結核を診療できる医師が不足していることや、適切な感染防止対策を行っていけば感染することがないと考えられるにもかかわらず、結核に感染する可能性があるとの誤解により、結核病棟勤務を希望する医療従事者が少ないことが病床の運用を困難にしているとの意見もある。
- 結核病床の閉鎖・返上によって、都道府県によっては、入院医療機関へのアクセスが極めて悪くなっていることが課題となっている地域もある。そのため、高齢者の場合に、入院後認知症の予防に重要な役割を果たす家族の見舞いなどが不便になってきているとの意見もある。

¹ 看護体制の 1 単位をもって病棟として取り扱い、原則として病床数 60 床以下を標準とする。

² 結核医療及び結核病床に関する調査（結核感染症課調べ）より

(2) 地域連携体制について

- 患者の高齢化とそれによる合併症を持つ患者数の増加のため、結核病棟の医療・看護は従来の隔離を主目的にした入院であった時代と大きく様変わりして、医療従事者の負担が大きくなっており、結核に特化した医療体制のもとでは対応困難な事例（特に精神疾患を有する患者と透析治療を要する患者）も増えているとの現場の意見がある。
- 患者数の減少とともに、呼吸器科であっても結核患者を診療する経験を持たない医師が増えている一方で、病棟閉鎖・返上によって、結核の診療経験豊富な医師が結核患者の診療ができなくなるという、医師と患者・病床分布のミスマッチが起こっている地域もある。このことは結核の診療レベルの維持を難しくしており、今後さらに大きな課題になるものと考えられる。
- なお、これらの患者を巡る状況も医療施設における状況も地域で大きな差があり³、それぞれの地域に応じた体制整備が必要と考えられる。

2. 今後の結核医療のあり方について

(1) 基本的な考え方

- 結核が高まん延状態であり、合併症のない若者の疾患であった過去においては、日本の結核医療は、患者を集団として取り扱う病棟単位の施設で行われるものという概念が成り立っており、基本的に入院隔離治療が主体であった。
- しかしながら、患者数が減少し、中まん延状態になり、結核が合併症の多い高齢者の疾患へと移行してきた現在にあっては、結核医療は、個別の患者の病態に応じた治療、並行した合併症の治療が必要とされるものであり、また、結核に特化した医療体制のもとで治療をおこなう体制から、多くの診療科がかかわる体制にうつりかわっていくことが必要性である。そのため、病棟単位ではなくて病床単位で取り扱うべきであるという考え方に変わってきている。また、前述のとおり、一般の結核病院においては、結核単一病棟での運営が困難となってきている。

³ 結核医療及び結核病床に関する調査（結核感染症課調べ）より

- そのため、一般患者の入る一般病棟と結核患者の入る結核病棟を併せた病棟（ユニット化）または一般病棟の中の陰圧病床（個室）において結核医療を提供していくことが今後の方向性と考えられるのではないかと。また、基礎疾患などの合併症を持った患者に対する対応として、総合的な機能を持つ病院（地域基幹病院等）の中に陰圧病床（個室）を整備していくことが必要ではないかと。さらに、将来的には、院内感染対策や中長期的入院における療養環境を考慮した結核病床の施設基準の整備、結核病床と感染症病床についての関係法令の整備を行い、各診療科病床の中に結核に限らず感染症に対応できる個室病床を作ることも検討していくことが必要ではないかと。

（２）今後の結核医療の提供体制及び地域連携体制の強化について

①今後の結核医療の提供体制について

低まん延状態に向け、結核医療を行う医療機関を類型化し、拠点病院（専門機関）及び地域におけるネットワーク化によって医療レベルを維持しながら効率的な医療提供を行い、それぞれのスムーズな連携を図っていくことが必要ではないかと。（図１、表１参照）

- 結核医療提供の中心として、都道府県レベルで、標準治療の他、多剤耐性結核患者や薬剤の副作用により標準的な結核医療が提供できない患者など管理が複雑な結核治療を担う拠点病院を定め、地域または二次医療圏レベルにおいては、地域基幹病院において、上記以外の患者であって、主として結核以外の合併症治療を主に担うことが考えられるのではないかと。また、主として、都道府県レベルでの拠点病院で対応困難な患者を受け入れる施設として、国レベルで、専門施設を定めることが考えられるのではないかと。
- 患者の特性及び医療提供体制の現況は大きく異なっていることから、医療の質を維持し、入院治療と外来治療とにおいて一貫した支援を行うため、都道府県単位で、拠点病院を中心として、都道府県内の各地域の実状に応じた地域医療連携ネットワーク体制を整備していくことが重要ではないかと。（※）また、国レベルでは、各都道府県の地域連携ネットワークに対して、必要になったときにいつでも上記の専門施設が支援を提供できる体制を整備することが必要ではないかと。

※ 例えば、都市圏の住所不定者や日雇い労働者が多い地域では、結核患者の治療完遂を目的として、ニューヨーク市の chest clinic のような外来医療施設において、外来治療と DOTS を含め

た患者支援を一体的に行う効率的な医療提供を行うことも検討の価値があるものと考えられるのではないか。

- なお、外国人結核対策等、表1の類型に示されていない特別な対応を要する入院医療の在り方については、引き続き検討していくことが必要である。

②地域連携体制の強化について

結核に関わる医療スタッフの確保が困難である状況の中で、人材育成とともに地域に適切な知識を普及させ、DOTSに代表される良質な医療の提供や患者支援を行っていくためにも、医療機関（薬局を含む）、保健所、社会福祉施設等を結ぶ地域連携体制の強化が求められている。

地域連携体制の強化に当たっては、①DOTSカンファレンスやコホート検討会に、幅広い関係者の参加を求め、継続的な連携をとっていくことと、②地域連携パスを治療完了の確認のツールとして用いるだけでなくネットワーク形成の一つのツールとして活用していくことが重要と考えられる。

なお、地域連携パスについては、引き続き、地域の医療の特性等に応じた地域連携パスのありかたなどについて、検討を進める必要がある。

また、地域連携体制の重要な要素であるDOTSについては、退院後に行われる「地域DOTS」が有効に成り立つためにも、入院医療を担う医療機関の協力を得て、入院中の「院内DOTS」からきちんと行い患者教育を徹底していくことが基本であることを再認識する必要があるのではないか。

3. 今後の検討の進め方

今後、さらに下記のような項目について、本部会で、検討を進めていくことが必要ではないか。

結核患者・病床について

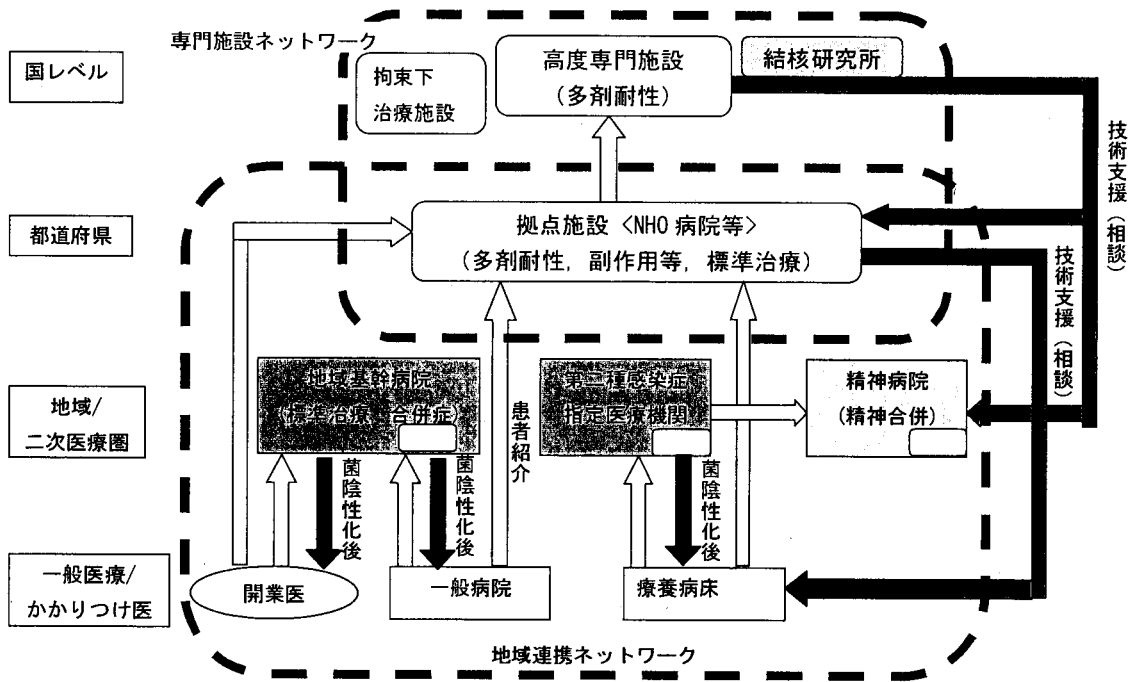
- 結核にかかる入院医療の実態の把握（合併症の割合、医療従事者におけるDOTSにかかる作業負担等）について必要な調査を行っていくことが必要ではないか。
 - モデル病床、ユニット化病床等の課題を明確化しつつ、再整備の促進方法について、検討することが必要ではないか。
 - モデル病床については、一般患者が入院しているために、必要時に結核患者が入院できないなどの理由で有効利用されていないことが多いとの指摘がある。今後、どのように病室調整を行っていくかについて検討が必要ではないか。
 - 結核病床（ユニット化病床含む）、モデル病床について、院内感染予防、療養環境を考慮した施設基準の検討が必要ではないか。
- 感染症病床と結核病床の今後のあり方について、引き続き、検討することが必要ではないか。

地域体制・広域連携について

- 各都道府県が管内の事情を勘案できるような医療提供体制・地域連携モデルとなっているかの確認を行っていくことが必要ではないか。
- 症例の相談体制確保のため、結核研究所、高度専門施設を中心とした広域ネットワークの構築や、既存のネットワーク（NH0、結核療法研究協議会など）の活性化の具体的な方法を検討していくことが必要ではないか。
- 結核病床、モデル病床があっても医療スタッフが不足し（医師不足、看護師の結核病床離れ）使用できないことがあるとの指摘に対応するために、学会等との連携や、卒後教育との連携をどのように図っていくかについて、検討することが必要ではないか。
- 地域連携が進むためには、それが当たり前になる雰囲気作りが重要であることから、国・地方自治体等によるどのような普及啓発が有効か等について検討を行っていくことが必要ではないか。

<図1>

結核医療提供体制モデル（案）



※煩雑になり過ぎないように、一部省略。

<第15回厚生科学審議会感染症分科会結核部会資料2-7「結核医療提供体制について」より抜粋>

<表1>

結核入院医療の類型（案）

分類	医療内容	患者	入院期間	医療機関	要件/備考
高度専門医療	多剤耐性（外科治療）	年10-20程度(?)	数ヶ月	高度専門医療施設 (国レベルで数カ所)	陰圧個室 アメニティの充実
専門医療	多剤耐性（内科療法）	年新規患者200	数ヶ月～ 年単位	結核拠点病院 (都道府県に1-2カ所)	結核専門医 相談機能を
	耐性/副反応による治療困難	入院患者の2-3割程度*	2-3ヶ月	結核拠点病院 (都道府県に1カ所以上)	都道府県における相談機能 陰圧個室
	小児結核	年30-40人(?) (感染性または重症結核)	2-3ヶ月	小児高度医療機関（結核拠点病院または小児病院）の陰圧病床	
合併症医療	専門医療を要する合併症	1-2割程度*	合併症による	第二種感染症指定医療機関 地域基幹病院, 精神病床	精神, 透析等
標準的治療	標準的治療	6割程度*	50日程度	結核拠点病院 第二種感染症指定医療機関 地域基幹病院, その他の医療機関	二次医療圏に1カ所以上 (アクセスに配慮)
長期療養	介助を要する高齢者, 障害者等	1-2割*		療養病床等	感染症消失後も入院
拘束下医療	入院勧告に従わない患者	年間	2ヶ月から 数ヶ月	拘束下治療施設	陰圧個室 アメニティの充実

*: 大まかな推計。地域の状況, 患者の年齢分布によって異なる。

<第15回厚生科学審議会感染症分科会結核部会資料2-7「結核医療提供体制について」より抜粋>