

「第三、医療の提供、一、基本的考え方」に関する資料

- ① 結核に関する特定感染症予防指針（抜粋） P 1
- ② 自治体アンケート結果（抜粋） P 3
- ③ 潜在性結核感染症治療について（経緯） P 10
- ④ 今後の医療のあり方に関する検討事項 P 11
- ⑤ 結核病床及び感染症病床に関する意見交換会
（平成 22 年 9 月 6 日開催）における主な意見 P 12
- ⑥ 結核病床の施設状況に関する全国サンプリング訪問
調査結果報告書（概要）《加藤委員提出資料》 P 13
- ⑦ 入退院基準について P 17
- ⑧ 入院勧告に従わない患者の現状とその対応
《重藤委員提出資料》 P 21
- ⑨ ○○県入院勧告拒否の症例について（経過）
《関係自治体提出資料》 P 26
- ⑩ 入院勧告に従わない患者への対応方策
— 行政法学の立場から 《磯部参考人提出資料》 P 28
- ⑪ 受診の遅れについて P 32

予 防 指 針	指針に基づく施策	議 論 の 視 点	対 応 策
第三 医療の提供			
一 基本的考え方			
<p>1 結核患者に対して、早期に適正な医療を提供し、疾患を治癒させること及び周囲への結核のまん延を防止することを結核に係る医療提供に関する施策の基本とする。</p>	<p>○結核医療費公費負担【補助金】</p>	<p>☆低まん延化に向けた施策の重点化に伴い、発症リスクのある対象への対策強化を行うという考え方から、「潜在性結核感染症の治療の推進」を基本的考え方と言及することが必要か。</p>	
<p>2 現在我が国における結核のり患の中心は高齢者であるため、基礎疾患を有する結核患者が増加しており、結核単独の治療に加えて合併症に対する治療も含めた複合的な治療を必要とする場合も多く、求められる治療形態が多様化、複雑化している。そのため、我が国の現在の結核のまん延状況にかんがみ、医療においても対策の重点は発症のリスク等に応じた結核患者に対する適正な医療の提供、治療完遂に向けた患者支援等きめ細かな個別的対応に置くことが重要である。</p>	<p>○結核患者収容モデル事業【補助金】</p>	<p>☆低まん延化に向け、医療の質を確保し、患者を中心とした効率的な医療提供を行うっていくために、結核医療提供体制の再構築を行うことが必要か。</p>	<p>●都道府県レベルで、標準治療の他、多剤耐性結核患者や管理が複雑な結核治療を担う拠点病院を定め、地域レベルにおいて、合併症治療を主に担う地域基幹病院を定め、国レベルで都道府県で対応困難な症例を担う専門施設を定める。</p> <p>●都道府県単位で、拠点病院を中心として、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する。また、地域連携ネットワークに対して専門施設が支援を提供できる体制（専門施設ネットワーク）を整備する。</p> <p>●個別の患者の病態に応じた治療環境を整えるべく、また医療アクセスの改善を図るためにも、結核病床とその他の病床を併せたユニット化病床、感染症病床の利用を含めた一般病棟の中の陰圧病床の整備を進める。</p> <p><第16回結核部会「今後の医療のあり方に関するこれまでの議論の概要」より></p>
<p>3 結核の治療に当たっては、適正な医療が提供されない場合、疾患の治癒が阻害されるのみならず、治療が困難な多剤耐性結核の発生に至る可能性がある。このため、適正な医療が提供されることは、公衆衛生上も極めて重要であり、結核に係る適正な医療について医療機関への周知を行う必要がある。</p>	<p>○結核医療の基準【告示】 ◆日本結核病学会による「結核医療の基準」</p>		

予 防 指 針	指針に基づく施策	議 論 の 視 点	対 応 策
<p>4 医療現場においては、結核に係る医療は特殊なものではなく、まん延の防止を担保しながら一般の医療の延長線上で行われるべきであるとの認識の下、良質かつ適正な医療の提供が行われるべきである。このため、結核病床を有する第二種感染症指定医療機関においては、結核患者に対して、特に隔離の必要な期間は、結核のまん延の防止のための措置を採った上で、患者の負う心理的重圧にも配慮しつつ、療養のために必要な対応に努めるとともに、隔離の不要な結核患者に対しては、結核以外の患者と同様の療養環境において医療を提供する必要がある。また、患者に薬物療法を含めた治療の必要性について十分に説明し、理解及び同意を得て治療を行うことが重要である。</p>	<p>○入院勧告・措置【法19条】 ○入院に関する基準【通知】 ○退院【法22条】 ○退院に関する基準【通知】</p>	<p>☆病棟単位から病床単位の結核病床に移行していく中、院内感染予防や、患者中心の医療の観点から、中長期にわたる入院の療養環境により配慮した方策を講じることが必要か。 ☆入退院基準の妥当性について、検討を継続していくことが必要か。 ☆入院勧告に従わない患者への対応方策を検討することが必要か。</p>	<p>●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を定める。 <第16回結核部会「今後の医療のあり方に関するこれまでの議論の概要」より></p>
<p>5 医療機関においては、結核の合併率が高い疾患を有する患者等（後天性免疫不全症候群、じん肺及び糖尿病の患者、人工透析を受けている患者、免疫抑制剤使用下の患者等）の管理に際し、必要に応じて結核発症の有無を調べ、積極的な発病予防治療の実施に努めるとともに、入院患者に対し、結核に関する院内感染防止対策を講ずるよう努めなければならない。</p>			
<p>6 国民は、結核に関する正しい知識を持ち、その予防に必要な注意を払うとともに、特に有症状時には、適正な治療を受ける機会を逃すことがないように早期に医療機関を受診し、結核と診断された場合には治療を完遂するよう努めなければならない。また、結核の患者について、偏見や差別をもって患者の人権を損なわないようにしなければならない。</p>	<p>○毎年実施する結核予防週間【通知】 ◆結核予防会が実施する結核予防全国大会等</p>	<p>☆結核に対する一般国民の意識が低下していることから、働き盛りや無保険者、自覚症状を意識しない者（他の呼吸器合併症を持つ者、認知症、喫煙者）等、対象に焦点を当てた受診の遅れに対する方策を検討することが必要か。</p>	

自治体アンケート結果（抜粋）
「第三医療の提供、一、基本的考え方」について

集計状況

132 自治体に送付し、105 自治体より返答があった。都道府県は 47 都道府県中 36 都道府県より返答があり、その他の自治体は 85 自治体中 69 自治体より返答があった。47 都道府県中都道府県および都道府県内の全自治体から返答があったのは 34 でその占める人口は 12751 万人の日本人口のうち 6716 万人で 53% だった。

結果

表 1. 自治体当たりの入院医療機関数の分布（都道府県単位）

医療機関数	自治体数
1	3
2	3
3	4
4	5
5	7
6	4
7	1
8	3
9	1
10 以上	3
合計	34

都道府県の入院医療機関数が 1 となっている都道府県は 34 都道府県中 3 箇所であった。

表 4. 病床利用率の分布

病床利用率	自治体数
0.2 以下	10
0.2-0.4	21
0.4-0.6	22
0.6-0.8	8
0.8-1	3

結核病床を有する自治体の結核病床の利用率の分布は(表 4)のとおりで、0.2-0.4 と 0.4-0.6 がそれぞれ 1/3 をしめており、病床利用率はかなり低い。

表6-3. 院内DOTS実施率（都道府県単位）

院内DOTS実施率	自治体数
100%	21
75-100%	4
75%未満	9

院内DOTSを結核病床を持つ全病院で行なっているところが、34都道府県中21都道府県で、残りの13県では院内DOTSをしていない医療機関があった。

表7. 結核病床以外に入院している結核患者の割合

結核病床以外の割合	自治体数	結核病床以外に入院する理由	自治体数
0%	60	重症	19
0-5%	26	うち、人工呼吸	4
5-10%	10	合併症	25
10%以上	5	うち、透析	3
平均：	3.31%	うち、精神	8
		うち、妊娠	1
		ターミナル	2
		満床	2
		矯正施設	1
		管内にモデル病床しか無い場合	1

結核病床以外に入院した結核患者のある自治体は、101自治体中41自治体で、合計267人いた。結核病床以外に入院した患者数を塗抹陽性患者総数で除した比は、3.3%であった。267人のうち、感染症病床70人、モデル病床64人、その他の病床60人であった(73人は不明と推定される)。その理由として、自治体ごとの返答は表のとおりで(表の数字はそれぞれを理由とする症例があった自治体数であり、患者数とは一致しない)、合併症、重症のためと返答した自治体が多いが、結核病床満床を理由とする自治体もあった。

表 8. 感染症病床数 (都道府県単位)

感染症病床数	自治体数
1-9	0
10-19	8
20-29	12
30-39	5
40以上	9

表 9. モデル病床数

モデル病床数	自治体数 (都道府県単位)	モデル病床があっても用いられていない理由	自治体数
0	13	スタッフ不足	5
1-4	10	合併症への対応が困難	1
5-9	4	一般患者が使用しているため	1
10-14	5	対象症例が無い	8
15以上	2		

都道府県に全自治体から返答のあった 34 自治体の感染症病床数、モデル病床数は表のとおりであるが、モデル病床は 34 自治体中 13 自治体でおかれておらず、おかれている都道府県の多くで 1-9 床であった。モデル病床を持つ自治体(都道府県の一部の自治体から返答のあった地域を含む)42 自治体のうち 21 自治体で使用実績が無かったが、その理由として、理由を挙げたところでは、対象症例無との返答が多かったが、呼吸器内科医等スタッフの問題で受け入れられていないとの返答をした自治体が 21 箇所中 5 箇所見られた。

表 10. 県外で治療している者の割合

県外治療者の割合	自治体数 (都道府県単位)	県外治療の理由	自治体数
0%	6	本人理由	
0-5%	12	他県の方が近い	30
5-10%	6	実家がある	6
10-20%	4	家族の希望	7
20%以上	4	老人ホームが他県	1
		その他	9

合併症対応	
精神科対応	3
小児対応病床	1
透析	1
合併症全般	6
薬剤耐性結核	2
満床	7
休日他県で対応	1
行旅患者	1
刑務所	1
県外で診断された	4
病院を紹介された	5

結核患者のうち県外で治療する者の割合については、都道府県内全自治体より回答のあった 32 都道府県のうちのとおりで 0%から 30%台に分布していた。割合の高いところは、埼玉、奈良、岐阜など大都市近郊住宅地を持つ地域が多かった。これらの県および受け入れている都府県では、流出入を考慮した対応が必要と考えられた。回答自治体から得られた、他の都府県で治療している理由については表のとおりで、県境居住など本人家族理由が多かったが、合併症対応(精神科、小児を含む)や耐性結核など医療上の理由、満床、行旅患者が多く入院する病院が県外でその病院への流出などの社会的理由も見られた。結核減少とともに医学的な困難症例への対応を各県で完結するのは今後更に困難となるかもしれない。また、満床理由は、千葉県内、東京都内、神奈川県内、福岡県内の自治体で見られていた。

表 1 1. 合併症を有する者の治療 (都道府県単位)

	医療機関のある県	医療機関のない県	医療機関のある県のうち、結核病床以外を利用	(左記の病床の内訳、複数回答あり)
妊娠	27	11	3	感染症 1、モデル 2
透析	32	7	3	感染症 1、モデル 2、モデル以外の一般 1
精神科入院	28	11	12	感染症 1、モデル 1 1、モデル以外の精神 1、不明 1
徘徊認知症	25	11	4	感染症 2、モデル 1、不明 1

大腿骨頸部骨折手術	35	5	5	感染症3、モデル3、不明1
脳出血/SAH手術	29	9	5	感染症3、モデル2
脳梗塞	29	9	6	感染症3、モデル4
PCI	29	8	5	感染症3、モデル3、モデル以外の一般1

合併症医療が可能な医療機関が無い都道府県数は、妊娠では11、透析では7、精神科入院は11、徘徊認知症は11、大腿骨頸部骨折手術は5、脳出血/SAH手術は9、脳梗塞は9、PCIは8であった。常に近隣の医療機関を用いることを了解している(送り手側も受け入れ側も)場合も有るので、医療機関が無いと返答した都道府県が常に困っているわけではないが、これらの合併症治療を要する場合は、現在でも都道府県内では完結しないものとなっており、近県との連携、一般病床における陰圧室完備による受け入れ態勢の整備、いずれかを進める必要がある。精神科では、受け入れ可能と返答した28都道府県中モデル病床で可能となっているところが11箇所あり、精神科モデル病床の活用が進んでいることが伺われた。

表12. 指定医療機関数の分布と患者の治療を行っている医療機関数の分布(都道府県単位)

指定医療機関数	自治体数	治療を行っている医療機関数	自治体数
100-499	6	10-19	1
500-999	13	20-49	11
1000-1499	6	50-99	9
1500-1999	4	100-149	7
2000-2999	5	150-499	2
3000-3999	1	500以上	5
4000以上	1		

指定医療機関の分布は500-999箇所の都道府県が多いが、患者を実際に見ている医療機関数は20-49箇所が多かった。返答数では500以上の医療機関と返答したところが5箇所あるがいずれも年間患者数500以下の都道府県であった。それを除いて判断すると結核患者を診ている医療機関数は少数であると思われ、その中には、指定医療機関の中には、病院や呼吸器内科専門医の診療所など結核患者数の多い医療機関と、かかりつけ等で発生時に対応する結核患者数の少ない医療機関、とがあると思われる。

表 1 3. 標準治療の割合（都道府県単位）

割合	自治体数
50-60%	4
60-70%	5
70-80%	12
80-90%	7
90%以上	6

表 1 4. 周知のために何を行っているか

標準治療を行っている割合	自治体数	周知を行っている自治体数	主な周知方法
50%未満	6	4	個別指導
50-60%	4	3	パンフレット
60-70%	11	10	重要事項の連絡
70-80%	25	24	研修
80-90%	33	26	医療機関との会議
90%以上	15	13	

標準治療が行なわれている割合は、都道府県では(表 13)の分布でいずれも 50%以上であったが、70%未満の県も見られた。都道府県以外の自治体(政令指定都市、中核市、保健所政令市、東京 23 区)で、標準治療割合 50%未満のところは 6 箇所見られた。

標準医療周知のために行なわれていることについては、標準治療割合 50%未満の市区 6 箇所のうち 2 箇所は特に挙げておらず、標準治療施行率の中等度の自治体(60-80%)で周知のために何か行なっている、としている自治体がやや多い傾向にあった。行なっていることは、個別指導、パンフレット、手引きの作成、重要事項や通知の送付、研修、病院との連絡会議 DOTS カンファなどでの対応、電話相談(1 箇所)、ホームページ(1 箇所)が挙げられた。

表 1 5. 公費負担申請で適正な医療が行われているかどうかを確認しているか

	自治体数
YES	100
NO	3

公費負担申請の際に適正な医療が行なわれているかどうか検討している自治体は返答 103 箇所のうち 100 箇所で No とした 3 箇所はいずれも、PZA 使用割合が 80%以上の自治体であった。

表 16. 適正医療についての公費負担申請の際の確認について

確認方法	確認実施割合	回答のあった自治体数	実施していない自治体数
① 培養陽性だが薬剤感受性検査を実施していない医療機関を確認	95%	94	5
② 薬剤感受性検査結果の把握まで、治療開始から3ヶ月を超えるケースを確認	80%	96	19
③ INH 耐性だが、維持治療期間 INH/RFP のケースを確認	97%	96	3
④ ③の事例以外に、有効な薬1剤での治療が1ヶ月を超えるケースを確認	97%	96	3
<p>《その他、行っていることとして回答のあった事例》</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 画像所見 ・ 培養実施の有無 ・ 同定の有無 ・ 膀胱がん BCG 治療例の同定 ・ 診断根拠 ・ 再治療例、前回治療感受性検査 ・ 治療中排菌状況 ・ 治療中排菌持続例の感受性検査 ・ 使用薬剤の妥当性 ・ 合併症を考慮した治療か否か ・ 申請以外の薬剤の使用の有無 ・ 薬の使用期間 ・ 維持治療期間の薬3剤以上の使用の有無 ・ 標準治療以外の治療の根拠 ・ PZA 非使用例の根拠 ・ PZA2ヶ月以上の使用理由 			

公費負担申請の際に適正な医療が行なわれているかどうか調べるために行なっていることは(表 16)のとおりで、診断、治療の妥当性については多くの自治体で公費負担申請の際に検討されているが、少数チェックしていない自治体も見られた。

潜在性結核感染症治療について（経緯）

結核予防法（～平成19年3月）

- 昭和32年 乳幼児の初感染結核に対して公費負担の規定を適用
- 昭和50年 中学生以下の初感染結核に対して公費負担の規定を適用
- 平成元年 29歳以下の初感染結核の治療を公費負担の規定を適用

感染症法に統合後（平成19年4月～）

- 平成19年6月 初感染結核の取り扱いの廃止。無症状病原体保有者と診断し、かつ、結核医療を必要とすると認められる場合、潜在性結核感染症として届出の対象となる
- 平成19年7月 「結核の接触者健康診断の手引き（第2版）」において、年齢に関わらず、潜在性結核感染症と診断された者には、十分な説明と同意のもとで、適切な治療を考慮すべきであると示唆
- 平成19年8月 潜在性結核感染症に公費負担の規定を適用
- 平成21年2月 「結核医療の基準」に潜在性結核感染症の治療における薬剤選択について記載

今後の結核医療のあり方に関する検討事項
(第 16 回厚生科学審議会結核部会 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からの抜粋)

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。

→厚生労働科学研究班において、院内 DOTS 及び地域連携の評価に関する研究を実施中

- 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。

→厚生労働科学研究班において、結核病床、モデル病床、感染症病床全国調査を実施中

- 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。

→結核病床及び感染症病床に関する意見交換会開催（平成 22 年 9 月 6 日）

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。

→第 16 回部会で議論

- 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（NHO、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。

結核病床及び感染症病床に関する意見交換会

(平成 22 年 9 月 6 日開催)

における主な意見

病床区分について

○現在の感染症病床の施設基準等々は急性感染症を目途にしてきており、入院期間の長い結核については考慮されていない。そのため、患者中心の医療を踏まえ、入院環境などを考えた場合、感染症病床と結核病床の区分をなくしてよいものかよく考えなければいけない。また、区分をなくした場合、診療報酬の問題が解決されなければ、結核病床の廃止が相次ぐことが懸念される。

○合併症や医療アクセスの問題がある場合は、医療法上でも、感染症病床を使用することは拒まない、という記載でもいいのではないか。

○二種感染症病床全部が結核を診なければならないようにするのではなくて、診ることができる形にして、需要のある病床のみ実際に行うという形がよい。

感染症病床で結核患者を診ることについての課題

○合併症の結核患者について、総合病院で診ることはメリットがある。一方で、ハード面、ソフト面において現実的に解決しなければいけない問題がある。

<ハード面>

- ・患者にとって、狭い部屋に何カ月もいるかもしれないということはかなりストレスになる。(アメニティの問題)
- ・陰圧室の形態も様々であって実態が不明。

<ソフト面>

- ・感染症病床をもつ病院に、実際に結核を扱える医師や看護師がいるか。
- ・結核を診たことがない医師が結核医療を行う場合は、技術的なサポートが絶対に必要。
- ・診療報酬の適正評価が必要。
- ・感染症病床に結核の患者が入院していて、他の感染症患者が入る必要性が出た場合、結核患者を移動させる先があるのか。

その他

○結核患者の入院期間についても検討する必要がある。

○入院日数を短縮したとして、万が一、患者が感染予防の注意を守らず感染させてしまった場合を考えると、日本では、医療機関とか行政の責任を問われるであろうという法律家の意見もあり、アメリカのシステムを現行で採用することは困難ではないか。また、高齢者では外来治療を行って内服がきちんとできるか等の問題があり、アメリカの若い移民が中心である結核と一緒に考えるのはどうか。

○長期的には、一般病床の中に陰圧病床を設置し、結核を含めた感染症の発生時にフレキシブルに運用するというようなアメリカのやり方がよいのではないか。