

04/11/29 第2回結核医療に関する検討小委員会議事録

第2回厚生科学審議会感染症分科会結核部会
結核医療に関する検討小委員会

第2回厚生科学審議会感染症分科会結核部会結核医療に関する検討小委員会議事録

1. 日時 平成16年11月29日（月）13:30～15:30
2. 場所 経済産業省別館1014号会議室（10階）
3. 出席者 （委員） 青木 節子、阿彦 忠之、坂谷 光則、重藤 えり子
雪下 國雄、山川 洋一郎、森 亨（敬称略）

（厚生労働省）瀬上参事官、牛尾結核感染症課長、滝本感染症情報管理室長、
塚本課長補佐、前田課長補佐、新課長補佐 ほか
4. 議題 （1）発病前治療について
（2）結核患者に対する適切な医療提供のあり方について
（3）結核病床について
5. 内容 次葉以下に記載

○事務局
定刻になりましたので、ただいまから第2回結核医療に関する検討小委員会を開催いたします。
開催に当たりまして、結核感染症課牛尾課長よりごあいさつを申し上げます。

○牛尾結核感染症課長
結核感染症課長の牛尾でございます。先生方におかれましては、平素より結核対策行政の推進に御理解と御尽力をいただいておりますこと、また、本日は御多忙のところお集まりいただきまして、ありがとうございます。
第1回目を開催いたしましたのが本年5月14日でございました。大分日にちが経ってしまいましたが、誠に申し訳ございません。そのときについても本日の議題とほぼ同じような内容で、発病前治療について、それから、結核患者に対する適切な医療提供の在り方について、それから、結核病床についてということとということで、フレーンストミミング的な形で自由に御議論いただいたわけでございます。本日は、前回の議論を発展させまして、政策に反映できるような形でできるだけ取りまとめていくことができればと考えております。
まず、議題の1番の発病前治療でございますけれども、これは最近の治験に基づきまして、いわゆる予防内服の位置付け、それから、対象者の見直しについて御議論いただくことを考えております。
それから、入退院基準を含めました医療提供の在り方と結核病床、2番と3番につきましては、お互いにリンクしているわけでございますが、入退院基準についてあらかじめ御議論いただいた上で、結核病床の基準病床の見直しについて、非常にまだ大ざっぱなものでございますけれども、結核感染症課の方で作成しました案を基に御議論をいただきたいと思っております。
また、先般、結核患者収容モデル病床を有する医療機関の皆様へ御協力いただきまして、アンケートを取りまとめたところでございます。この中間報告も予定しておりますので、結核病床の在り方を議論する際の御参考にしていただければと思っています。
本日は、約2時間ほど予定しております。いずれの議題も非常に重たい、また、歴史的な背景も有するものでございますけれども、どうか忌憚のない御意見をいただければと思っております。どうぞよろしくお願いいたします。

○事務局
この後の議事の進行につきましては、森委員長、よろしくお願いいたします。

○森委員長
本日の会議の進め方でございますが、今、課長からもありましたように、3題の議題がありますが、最初に発病前治療については、重藤委員に準備をしていただいておりますから、プレゼンテーションしていただいて、その後質疑応答し、続きまして、2番と3番、結核患者に対する適切な医療提供の在り方について。これについても重藤委員からプレゼンテーションしていただき、引き続きまして、結核病床について、これは事務局の方からプレゼンテーションしていただいて、この2つをまとめて質疑応答に入りたいと思います。
それでは、まず1番の発病前治療について、重藤委員よろしくお願いいたします。

○重藤委員
それでは、座ったままで失礼します。
発病前治療といえますのは、いわゆる従来の化学予防という言葉で表されているもので……。

○森委員長
ちょっと重藤さん、ごめんなさい。私がうっかりしてまして、資料の確認を忘れまして。お願いします。

○事務局
それでは、資料の確認をさせていただきます。
まず、お手元の資料一覧という3枚めくったところがございますこちらをごらんください。資料が4つ、それから、参考資料を7つ御用意しております。
資料1に関しましては「さらに積極的な科学予防の実施について（案）」、日本結核病学会予防委員会に作成していただいた案。
それから、資料2につきましては4枚めくっていただきまして、「結核の入院と退院の基準に関する見解」、重藤先生に御作成いただきました。
それから、資料3としましては3枚めくっていただきましてありますが、「今後の結核病床の在り方について」、こちらは当課の案でございます。
それから、2枚めくっていただきまして、資料4といたしまして「結核患者収容モデル事業に関する調査（中間報告）」がでございます。
また、2枚めくっていただきまして、続きまして参考資料が7つ。
参考資料1といたしまして「初感染結核に対するINHの投与について」。
参考資料2といたしまして「結核予防法による入所命令の対象及び命令入所の期間について」。
1枚めくっていただきまして、参考資料3といたしまして「都道府県—14大都市・中核市別にみた病床数及び人口10万対病床数」、それから「病床利用率及び平均在院日数」の表がでございます。
次のページ、参考資料4といたしまして公衆衛生審議会結核予防部会、平成11年にいただきました「21世紀に向けての結核対策（意見）」。
それから、参考資料5になりますが、独立行政法人国立病院機構様の「結核部会中間まとめ」。
続いて、参考資料6といたしまして厚生科学審議会感染症分科会結核部会の平成14年にまとめたいただいた「結核の見直しに関する提言」より抜粋したもの。
次のページ、参考資料7、最後になりますけれども、先ほど申し上げた結核患者収容モデル事業に関する調査票になります。
以上でございます。

○森委員長

よろしいでしょうか。
 それでは、重藤先生、改めてよろしくお願いします。

○重藤委員

[illegible]

○森委員長

それでは、これについては質疑応答を行いたいと思います。どなたか御質問あるいは御意見がございましたら。

○坂谷委員

[illegible]

○森委員長

これについてどうでしょうか。重藤先生、学会の方では、これについては何か議論されているのでしょうか。

○重藤委員

[illegible]

○森委員長

坂谷先生、よろしいですか。

○坂谷委員

先生のお話のとおりだと思えます。ただ、正確に発病予定期という言い方は
今重慶の先生ですが、そのお話を聞いてみると、技術的・理論的には不可能なといま
かと思うんです。それまでの間、やはり「えいや」といって、この群は高いと理
いんです。予防内服を開始するという方法がとれざるを得ないのかなという理解で

○牛尾結核感染症課長

私の方が確認させていただきたいんですが、これまで29歳以上の方に対して、基本的には予防と予防内服をしていなかった理由というのは、肝機能障害を起こしやすいからという理解でよろしいでしょうか。

○重藤委員

もう一つは、感染したかどうかという根拠の一つに、ツベルクリンが大きなものがあったと思うんですが、30歳以上になるとツベルクリンというか感感染率が高かった。現在どんどん低くなっていますが、高い状態でつくられた基準であったということだと思っています。

○森委員長

そうすると、時代が経ったから平成元年度のときの29歳も40何歳になっているわけだ
 というような話ですね。ツベルクリンの診断的価値が前より高くなってきているという
 ことですね。

○重藤委員

そうですね。

○阿彥委員

今のことに関連があるかもしれませんが、予防内服、化学予防のことで研修会でよく質問があるのは、もともとは最近の感染があった、古い感染ではなくて新しい感染で、菌の増殖は大体一日一週しかしないわけですから、新しい感染のううちに菌が少なくてうちだったのでヒドラジッド単独で化学予防の効果があるんだというふうにもっともと教わ

ったわけですから、古い感染、休眠期の結核菌に対して、本に抗結核薬単剤で予防効果があるのだから、かという質問はよく受けています。従来は新しい感染に対しては免疫抑制剤が説明しやすいかという感じがしますが、高齢者など、若いうちから感染を受けて免疫抑制剤で抑え込んだ形で休眠している結核菌に対して、抗結核薬を果敢に使うという研究があるというの、ズムといいますが、現実的にはそういう人に対しては、効果があるという研究があるというの、こととでは、抗結核薬の効果と、免疫力の低下を考えると、休眠に効く薬というの、これは余りないわけですが、その辺の状況をきちんと言明が、我々からいって、さの、ききちゃんと説明が、できない状態の中へ進めにくいのではないかと、思うんですが、その、森先生からでもコメントがあればと思っただけですけれども、今のところ我々はなかなか説明しづらいですね。

○森委員長
重藤先生、いかがですか。

○重藤委員
私も先生と同じレベルです。

○森委員長
実は私がしゃべってしまっただけで、申し上げたいことが、この予防委員会のこの策定にも加わっている、一番有名なのが、IUAが1970年代にやった国際共同研究ですが、ファイブプロテクト、同じような線維化した古い病巣を持った人々に対して、イソニアジド単独で4か月、6か月、9か月、12か月、いろいろな期間別に投与して、効果を調べているんですけれども、6か月以上投与すると、発病率が4分の1ぐらいいくという成績が出ているんですね。は数年前に更だめ押しで、そういう人に対する化学予防を推進するということ、声明を出してはいるわけですが、今度の結核病学会もそれと同じような根拠で、そういう議論をしていて、出ているわけですが、これも確認しておいた方がいいかなと思います。この「発病前治療について」という言葉を使ったりして、学会の方では「化学予防」という言葉を使ったり「予防内服」という言葉を使ったりしているんですが、発病前治療というのは、2002年3月に出了た結核部会の提言が、この言葉を使っているんですね。これを積極的に取り組むという意味で使っている、これは多分アメリカの「潜在的結核感染症」という言葉の影で、この「予防」という言葉が出てきたのではないかと、言いたいです。従来は日本では「予防のための内服」ということを言ってきたんですが、アメリカはもう予防ではないんだと、治療なんだというのを積極的に進めたいんですが、言いたいです。それを当時の部会でも受けて、「予防」とするのではなくて「治療」とするんだという位置付けだと思っています。しかし、翻って考えてみますと、正式には結核予防法では、化学予防というのは初感染結核に対する治療として位置づけられているんですが、昔から日本では、そこへまた戻ってきたというのをやる必要があるかなとも考えております。

雪下委員、いかがでしょうか。

○雪下委員
専門家の意見を聞かせていただいております。

○森委員長
もし、よろしければ。

○山川委員
非常に初歩的な、副反応が肝臓障害で起こり得るということをおっしゃいましたけれども、どの程度深刻な副反応で、それから、発生の確率といいますが、頻度というのはどの程度なのでしょうか。

○森委員長
重藤先生、お願いします。

○重藤委員
頻度の数字はちょっと私は今思い出せないんですけれども、INHの副作用ということに関しては、多少人種差があるように思うんです。日本においての数字もちょっと思い出せないんですが、若年者であれば非常に低いと。年齢が高くなればなるほど頻度が高くなるということは言えると思います。

重症度はいろいろですけれども、非常に重症、最悪の場合には劇症肝炎、死亡もあり得る。ただ、注意して観察して、早期に対応するようにすれば、大半が防げると考えております。

○森委員長
よろしいですか。

○青木委員
今の山川先生の御質問に関係するんですけれども、医療従事者が予防実施に当たって副作用が起きた場合、その予防従事者に対する責任の免除のような方式というのは、法的な手続というものはあるのでしょうか。アメリカでは保険法で、どういう場合に連邦政府が被告になるのかというように場合がまとめてあると思うんですが、日本の実態は今どういうふうになっているのでしょうか。

○森委員長
ヒドラジッドという薬は結核の治療には必ず使う薬なんです。一般的に一番使われている薬で、それに対する副作用に対する注意ということ、この場合もやっていただくということでカバーできるのではないかと思いますけれども、よろしいですか。もし、御議論がこれ以上なければ、次の議題に進ませていただきますと思います。2番目の結核患者に対する適切な医療提供の在り方について。また、重藤委員お願いします。

○重藤委員
適切な医療提供の在り方といいますが、入退院の基準についての説明ということでよろしいでしょうか。

では、資料2なんですけれども、入院と退院の基準に関する見解ということで、これは、そこに書いてありますように私がつくりました原案ということで、実は一応退院の基準をつくったんですけれども、やはり入院の基準も入れて、治療委員会だけでなく、予防委員会と治療委員会の合同できちんとした見解を出そうということで、つくり直しになっております。そのたたき台としてこれをつくった段階として、一応、委員長同士で、大体こんな線で行こうという合意はできていますが、まだ委員との検討は全くと言っていいほどできておりませんので、そのように了解していただきたいと思っています。

退院の基準をつくる段階では、治療委員会の委員の中で一応合意を得ています。大体コンセプトとしては、ほぼ同じものでつくっております。

まず、医療提供ということで、外来治療か入院治療かということで、入院治療にする条件として挙げましたのが、その2つです。従来から結核としての感染性が高い状態、これは必要であろうと。それから、感染性が高い・低いにかかわらず、やはり結核で入院が必要の方というのはいけません。適切かつ確実な医療提供のために入院が必要という2つの条件を挙げました。

感染性が高いと考えるべき状態というのは、従来の命令入所の条件と原則として同じということになると思うんですが、要するに感染性の高い肺結核、または喉頭、気管支結核で喀痰中、あるいは塗抹陽性、菌の量が多いということであつたと思います。まず、これに私はもう一つ未治療というのをいれました。未治療といいますが、1回でも薬を飲めば既治療になるという理屈も成り立つんですが、十分にまだ治療が入っていない状況という意味で「未治療」という言葉を使わせていただきました。であつて、生活環境や行動から周囲に結核を感染させるおそれが高い場合というのは、従来の命令入所の、どこかに資料がありましたけれども、その規定にも同じような一文があつ

たと思います。このような考え方で、まず入院をしていただくということが必要ではないかと思っ

それから、感染性が高かったら勿論ですけども、高くなくても適切かつ確実な医療提供のために入院が必要場合があると思います。これは、排菌量が少なくても重症の結核、これは当然入院が必要であって、やはり結核の専門施設に入院が適当であろうと。

それから、今、菌の量が多くなると合併症で治療に支障を来たしかねないという場合には、やはり入院していただくのが適切であろうと。従来、私たちがやっていることを文章にしていただけたらいいなというところも、これは、治療の中断、不規則治療の可能性が非常に高くて、その結果、結核の再燃だとか、最悪の結果として薬剤耐性化を来すという可能性が高い場合、これはやはり入院していただくことを考えております。

従来DOTTというのがあるんですけど、入院ではDOTTと同様のことをしていたんですけども、退院してしまおうとすると、Tがない状態では、私たちはやはりこの人は退院したら、たまたま治療を中断してしまうという予想がつく人たちが、そういう方々は治療終了までいていただくという方々も、そういう方々が治療を脱走しますと、多剤耐性結核の原因になるわけですから、こういう方々は非常に今から重要な集団ではないかなと思います。

DOTSというシステムで外来でちゃんと治療を継続すべきなんですけれども、そういうシステムが整っていない状況のところもありますし、かなりの努力をしても、なかなか外来では追い掛けている治療継続の、かなり限定された方だと思わうんですけど、そういう方々もいるので、そういう方々にはできれば入院治療という形で医療を提供したいと思っていました。脱落の可能性が非常に高く、外来DOTSを提供できないという場合には、従来でいういわゆる命令入所と同じように、いわゆる全額公費負担というか公費での治療。ある程度の強制力を持って治療をしたいと私たちは考えております。

退院の方になりますけれども、こちらは感染性が消失すればいいと。確保できる、これは医療の提供ということで非常に重要な課題だと思います。この2つがそろえば退院できると。

もう一つは、感染性の消失をどのように規定するかという問題がありますけれども、これは従来いろいろな病院の退院基準というのがありまして、菌の検査結果がどうかとか、細かく規定されているんですが、大分前から世界的には化学療法をして2週間経てばほとんど感染性はなくなるのではないかということで、大体2週間ぐらいから可能性があると。それから、それによって退院後も治療の継続性が確保できれば、それで退院していただくこともいいのではないかと。ただ、病状によっていろいろ差がありますので、一応これは本当に私の一存なんですけれども、2週間から2か月ぐらいかなとこの辺の数字を委員会ですべてで検討していきたいなと思っているんですが、一応このように規定してみました。

ただ、家庭に帰る、社会に帰る、普通周りは健康な方々ですから、ほぼ感染性はありまないと切り切っているんですけども、集団生活、それから、例えば、お孫さんが生まれたら、少しくわい条件をつけて安心して帰っていただくというふうに考えております。

それから、多剤耐性結核の場合には、その感染性の低下とかそういうことは、今言いましたような条件では全く保障されないということで、これはまた別扱いということ、少し別枠で書いております。

入退院の基準につきましては、大体このような方向で、大枠がそう変わることはないと思うんですけども、細かいところは今から委員の間で検討するという予定になっております。

○森委員長
ありがとうございます。先ほど申し上げましたように、引き続き3番の結核病床について、事務局の方からプレゼンテーションをお願いしたいと思います。

○事務局
それでは、資料3についてでございます。「今後の結核病床の在り方について」という資料と、あと参考の資料といたしまして、参考資料3でございます。参考資料の5ページ目に、資料3の「今後の結核病床の在り方について」ということでございますが、「医療計画上の結核病床の基準病床数について」ということで、副題をつけさせていただいております。

1番目でございますが、結核病床数・病床利用率の推移ということでございます。これは参考資料3の方に各都道府県ごとのデータを掲載してございますが、病床数につきましては、平成13年の2万847床から平成15年の1万4,507床に減少しております。

人口10万対の病床数でございますが、平均では人口10万対当たり11.4。ですから、大体1万人に1床という状況でございます。ただ、少ないところは山形県で4.1床、高知県で36.1床ということで、8.8倍の開きがございます。

そしてまた、病床利用率についてでございますが、そちらにつきましては参考資料の6ページ目に掲載してございます。平成13年43.7から平成15年46.3と横ばい状況でございますが、こちらについては一番低いところが島根県の14.2、一番高いところが山形県の73.1ということで5.1倍の開きがございます。

平均在院日数につきましては、その隣でございますが、平均が82.2日でございます。一番短い県が福井県の43.5日、一番長い県が和歌山県の130.2日ということで、3倍の開きがあるということ、病床の数、そして、利用のされ方、入院の期間、いずれについても3倍以上の地域格差があるというのが、この表から読み取れるというところでございます。

医療計画をめぐっての最近の動きでございます。医政局の指導課が中心となって行っております。医療計画の見直しに関する検討会のワーキンググループの報告が、つい2か月ほど前に出されたところでございますが、その中で基準病床、これは医療法上、以前「必要病床」と言われておりました。現在は「基準病床」という表現でございますが、それを廃止するかという議論が、この検討会の中でされているところでございます。そのときに、基準病床を廃止する場合の最低限必要な条件ということで4点挙げさせていただきます。

1点目が、入院治療の必要性を検証できる仕組み。医政局の指導課が中心となっていて、2点目が、入院治療が必要なくなった時点で退院を促す仕組み。3点目が、地域に参入する医療機関の診療内容等の情報が公開されるという仕組み。4点目が、不採算の地域においては補助金や診療報酬上の評価によって、医療サービスの提供を保障あるいは促進することができると。この4点がクリアされた暁には、基準病床を廃止してもいいのではないかというふうな報告がされているところでございます。

2ページ目でございます。10月18日に告示をさせていただきました「結核の予防の総合的な推進を図るための基本的な指針」でございます。その中の第二「結核患者に対する適正な医療の提供のための施策に関する事項」のうち、3番の「その他結核に係る医療の提供のための体制」ということで、この結核の指針、医療機関におきましては重篤な、「重篤」の文字は「重い」と「驚い」でございます。重篤な一他疾患と合併患者等については一般病床等において結核治療が行われることもありますが、重篤な一他疾患と合併患者等については一般病床等の看護単位として治療に当たる場合もあるということ、国の定める施設基準・診療機能の基準等に基づき、適切な医療提供体制を維持・構築することという方針を示しているところでございます。

今後の考え方でございます。本日御提示をさせていただいた案といたしまして、全国一律の結核基準病床の算定という形で改正をするというのを、都道府県の区域ごとに都道府県知事が定める数という形で改正することを現在考えてございます。

そして、その上で、陰圧病室を有するとか、菌陽性の肺結核患者の入院に必要な最小限の病床、そういうものを地理的・社会的状況を踏まえて配置するよう、技術的助言を行うということが必要ではないかと考えております。

それから、あと結核患者さんのうち重症の身体合併症を有する方につきましては、一

切り離されているんですか。

○重藤委員

入院と退院の基準ということで指示されてつくっておりますので、入院になるまで、治療開始までのことに関しては、今回のこのまとめには入らないということになると思っています。診断がされて治療が開始されるという段階での話です。それ以後の話になりますね。

○森委員長

よろしいですか。

○雪下委員

重藤先生が言われた2ページのところの、必要であれば強制力を持って入院治療を実施するところというのがいつも問題になる場所ですけれども、これは政省令等に書かれないときに、具体的にどういう形で書かれるということがいいかということを教えてください。また、書かれるのか、書かれないのか。

○重藤委員

だから、こういうところが今から議論しなければならぬところであると思います。これは、私は今日伺いたいと思ってきましたけれども、多剤耐性の方が現時点としていらっしゃるわけですが、治療可能な方はいいけれども、治療不能になった方をどうするかという問題が1つあります。私たちが長いこと結核の患者さんたちを見ていますから、こういう人は治療不能の多剤耐性になるだろうなという方はわかるわけですよね。その前の段階で、強制的にでも治療を入れるのが本当の医療ではないかと、私は常々思っています。もう治療不能の状態になった方はどうしようかというのをこじこめて入れているんです。感想です。なってしまう方は感染性に関する注意を守っていただければ、私はとても言えません。それで、今までのところでは現実にも起きていないと。治療不能の多剤耐性になる前の段階で、御本人がどう言おうと治療可能なうちに治療してしまつて、結核菌を止める、これが本当ではないかと思うんですけれども、その辺は予防的に何とかできないかと、そうすることが法律的にあるのではないかと、今日伺いたいと思って来たんですけれども。

○森委員長

一応、重藤先生のこのお考えは、入院の基準というのは今の制度でいきますと、命令入所の基準ですよね。措置入院とか何とかというのは別の考え方で、命令入所の基準として一応こういうふうに考えると。

○重藤委員

全額公費負担という、医療費の心配をせずに入院していただくと。

○森委員長

それから、重症結核、慢性排菌例などの予防が大事だというお話があるわけですが、それについては一応、国の制度としてはネットワークシステムというのがあって、対応に困難な患者はどんどん専門性の高い拠点病院から、最後は近畿中央病院の頂点に運ぶことになっているんですが、そこら辺は実際にはどういうふうになっているのでしょうか。

○重藤委員

実際に私もある患者さんで苦労したことがあるんですけれども、幾ら説得しても思うように動いてくれないという方々ですね。そういう方というのは、今までそういう状態を続けてきたから多剤耐性で治療不能になってしまうと、近畿中央にお願いしても、だから治るといってもでもないけれども仕方ない、ここから出ていくと言われるなら、もっといいところがあるから行ってくださいという形で、そういうような手配をしたことはあります。

ただ、実際のお話をしますと、その前の晩にするっと病院を出て行かれまして、翌朝いろいろ手配しまして、遠くから移送の車が来るはずだったんですけれども、翌朝、広島駅の近くの警署に御本人が出頭しまして、どうしようかと。やっぱりいなくなっちゃったということ、移送を一旦お断りして、またしばらく我慢してねということで話をし直したんですけれども、警察からちゃんとうちの病院にまた移送されてきましたが、その日のうちにいなくなりました。

もって次の話をしますと、いなくなれた翌日ですか、岡山の方の警察から電話がありました。こういう方こういう方がそちらの病院に入院されていたそうですが、どういふ方なんでしょうか。御説明しまして、仕方がないんですねという話ですね。それから、次はどこでしたか姫路でしたか、駅を順番に2〜3か所回しまして、最後は尼崎の警察からという話があります。

結局、警察の方も「このような場合に法的な強制力はないんですか?」と私に聞かれましたが、「ないんです」とお答えしましたら、「ああそうですか。仕方がないですね」という話になってしまったんですけれども、では、どうしたらいいのと言われると、私たちはあの方々にどうにも説得できないし、無理やりいていただいたとして、なかなか入院生活に適應できないということがあるんですね。ある程度、治療の可能性があるのでしたら、まだいろいろ説得したり、話をしたりして受け入れてもらえる余地があるんじゃないでしょうか、実際問題、医学的に治療の可能性のない方に一生いてくださいと言わねばいけませんので、説得力がありませんので、結局、現実には今のようなことが何人かの方は起こしていますね。

ですから、やはり力を入れるのであれば、そうなった方々をどうするかというよりも、そうならないように何とかどこかで食い止められないかというのが、私たちの思いです。

○山川委員

今の方というのは、定まった住所は……。

○重藤委員

ないです。

○山川委員

家族もない。

○重藤委員

はい。

○山川委員

なぜ新幹線の各駅停車みたいに警察に行くんでしょうか。

○重藤委員

そこところが……。そのたびに、例えばどこまで行く旅費をもらうとか、そういうことがあるようなんですよ。

○山川委員

警察署に寄るといのは、その旅費をもらうために寄るのであって、自分の病気のことを気にして何とかというわけではないんですか。

○重藤委員

そのようです。結局、その方は何度か病院を出たり入ったり。要するに、かなり広域の病院で結核病院のある近くの駅で救急車を頼んで、そこでどこに運んでもらうかと言えば、私は結核ですということ、絶対断らないと運ばせるということなんです。それで、一応元気を取り戻しましたら、また出ていくと。

○森委員長

さっきの事務局の御発表だと、慢性排菌例の患者の60%が多剤耐性ということは、40%が多剤耐性じゃないんですね。だから、治せる可能性がかなりある人もいるという

いうことで、これは非常に少数の意見ではございましたけれども、1 医療機関ございました。これは本年度モデル事業実施要領の改正というものがございまして、このときには、今までは結核病床を有しない病院というのが要件として入っていたわけですが、これが削除されてしまったことについて多少疑義をお持ちの医療機関ということでございます。

2 つ目の結核患者の要件について、適切でないと考えておられる医療機関ということですので、4 医療機関でございます。集約いたしますと大きく2 つの御意見という形であったわけですが、4 つ目、合併症のない結核患者さんも一時収容できればよいのではないかと考えていると。

それから、結核の疑いのある患者さん、これは確定診断がつくまでの期間ということでございますけれども、そういった方々についても要件に含めてはどうかというような御意見がございました。

それから、3 つ目の、これは実際現行の要件には入っていないんですが、要件に入れた場合に何か問題点があるかというようないきなりでございます。合併症のない結核患者さん、健康に結核患者の要件には該当しておりませんが、仮に合併症のない結核患者さんにつきましても、結核患者の要件に含めるとした場合問題があるかということ、これは10 医療機関から御回答いただいております。ほとんどの少し問題ありというふうな傾向がございまして、1 つは、合併症のある結核患者さんの収容に支障が出てしまうおそれがあるのではないかと、また、要件中に「併発する結核患者さん、あるいはこれは精神科棟病院の場合、合併症のない患者さんについては想定していないというような御意見がございました。

それから、先ほど申し上げましてとおり、たくさん意見としていただいている4 の施設の構造及び設備の要件についてでございますけれども、これは1 つ目として、空気遮断に付して病室から廊下まで、引き戸を開き戸を比較しても機密性には差がないため、陰圧及び二重扉にしてはどうかと。また、要件中に「扉は自動的に閉じる構造とすること」という表現がございまして、この手動扉による半自動構造も含まれるかどうかということですが、ちょっとこの表現とあいまいではなかろうかというような御意見でございます。

それから、2 つ目の換気についてでございますが、陰圧に保つ設備、独立換気及び屋外へ排気する際のフィルターの装着は必須条件にすべきではないかと。現在これは「望ましい」という形で規定されておりますので、これを必須条件にすべきではないかという観点からでございます。

それから、3 つ目に殺菌等設備について、病室内に殺菌等設備を設置することは空気の除菌や安全確保の両面から考慮すると効果的ではないというふうに考えるというような御意見でございます。

そのほか、手洗い設備につきましても、トイレ、浴室、処置室につきましても幾つか御意見がございましたので、まとめさせていただいております。

それから、5 番目の患者の管理及び施設運営の要件について、適切でないと考えている医療機関、3 医療機関でございます。これは、結核患者さんは通常のガーゼマスクまたは使い捨てマスクを着用することという条件があるんですが、例えば、排菌ですとか未治療の場合には外科マスクのレベルのものが必要ではないかというような御意見でございます。

それから、6 番目のその他の要件につきまして、適切でないと考えておられる医療機関、これも8 医療機関ということで、かなり御意見をいただいております。1 つ目として、モデル事業に従事する病院の職員の方々に、定期的に結核感染の有無を検査することによって確認しなければならぬというのが要件としてございまして、この枕詞に「結核と診断された患者に接した職員は」というような条件をつけるべきではないかというような御意見でございます。

それから、2 つ目のモデル事業実施施設には、経験を有する医師等が常勤していることを原則とするという点、単科精神科などでは、経験を有する内科医の非常勤併任の先生でも十分ではないかというような御意見でございます。それから、最後の3 つ目ですが、モデル事業に係る諸施設について、定期的に結核菌の有無の検査を行うこととございまして、陰圧管理を行っているのであれば、結核菌の有無の検査は不要ではないかというような御意見でございます。

最後のその他、結核患者収容モデル事業に関する御意見ということでございますが、現行の要件には酸素とか吸引設備に関する要件というのが明確に示されておられないので、そういう要件ですとか、あるいはこれに対する補助があってもよいのではないかと、ということ。

それから、2 つ目の精神科病床及びモデル病床として運用する場合、施設等の取扱いにつきまして、精神保健福祉法等との整合性を図りまして、明確な運用基準を整備する必要があるのではないかと。

最後のモデル病床を設置する場合、設置規模、1 床を指定するところもあれば、10 床ぐらい指定するところもございまして、こういった設置規模に応じた基準というものが必要ではないかというような御意見でございます。それから、この場の本調査につきまして最終報告というようにまとめようというふうな形でございますが、本日は中間報告という段階での御報告をさせていただいたところで、以上、簡単にございまして、モデル事業に関する調査中間報告につきまして、御報告を終わらせていただきます。

○森委員長

ありがとうございます。これは、モデル病室に収容する患者の要件というのが書いてあるんですが、これと病学会で議論している入退院の基準というのは、何か整合性をとる必要があるんですね。

○重藤委員

特に意識して整合性をとらなくても、感染性がある状態であれば、モデル病床内ということになると思いますけれども。そこから出る場合には、一般病床に移る場合の条件を考えればいいと。

○森委員長

それから、あくまでもモデル病床というのは一般病床ですよね。そうすると、それはさっきの基準病床数の計算や何かに全く埒外な話なんですか。それに影響するほど数がないということなんですか。

○事務局

今現在、全国に54 医療機関で274 床の指定という形になっております。

○森委員長

これは増える勢いにあるんでしょうか、それとも余り変わらないんでしょうか。

○事務局

平成16 年につきましては、2 か所指定が増えておりましたけれども、平成13 年とか平成14 年の一年度に10 か所以上増えていた勢いと比べますと、少し増え方としては減少傾向にあるというのが現状です。

○森委員長

だから、もうモデルとなつてから随分長い。

○重藤委員

私たち結核医療をしていまして、余り存在感がないというのが正直なところなんですけれども。

もう一つは、結核と診断された患者さん、それ以前に結核が疑われる人というのは、かなり一般医療機関は苦労しているわけですよね。そういう方々を例えばPCR で結核菌と確定するまで見ていただくとか、そういう病床は必要だと思うんです。

もう一つは、非常に特殊な合併症を持つ方というのは、大きな病院でこれは必要であろうと思います。

- 重藤委員
一気にやってしまうのが一番順当というか効率的であって、御本人の治療期間も少なくて済むわけなんですけれども。
- 山川委員
これは、命令入所になるわけですね。
- 重藤委員
そうしていただきたい。
- 森委員長
青木先生、いかがですか。
- 青木委員
どの程度似た話なのかわかりませんが、例えば、SARSの流行地域から帰ってきて、罹患しているかもしれないというときに、仕事を例えば2週間休まなければならぬというときに、そのときの収入を失うかもしれないけれども、休まなければならぬというときに、今、命令で家に隔離しておくことは法律でできないんですけれども、お願いをするという形ですね。多分、そうではないんでしょうか。強制的に命令をつくって、違反した場合の制裁基準をつくってはおかないというところから始めたら、一応、行為規範のような状況から始めることは、公共の福祉との関係で感染性があり、周囲の健康に対して障害を及ぼす蓋然性が高いものについては、つくことはできるのではないかと思います。イギリスの公衆衛生法は多分そうなっていて、罰則はなかったように思います。
- 森委員長
今日は、そのレベルまで議論していないんですけれども、これは実はアメリカで拘束化の治療を導入するときに大議論しているんですね。菌陽性じゃない患者さんも薬を飲まないと言った人は措置入院させる制度をつくっているわけなんですけれども、そのときに大議論したことを思い出して、ちょっと聞きしてみたわけですが、今日はそのレベルの議論をしていませんから、また別にしたいと思いますけれども、そのほかいかがでしょうか。
- 坂谷委員
青木委員がおっしゃったことで1つ思い出したことがございますが、今、入退院のことを言っておりますが、退院を許可したからといって、それが即就業禁止の解除ではないと。この辺をきちんと整理してよいかと。それと、退院したからすぐ明日から会社に行ってもいいですよということではないと。この辺をきちんと整理し、何らかの法や基準の改正的なことに及ぶのでしたら明記をする必要があるというふうに思いますけれども、いかがでしょうか。
- 森委員長
重藤先生、いかがですか。
- 重藤委員
ちょっとそういう話もありましたけれども、なかなか言葉にするのは難しいですね。
- 森委員長
それは、職業によるとかそういうレベルの話ですか。学校の先生はだめだけれども、トラックの運転手はいいとかという話。
- 重藤委員
そうですね、例えば、乳幼児に接する職業であるとか、そういう場合には、何か要るんじゃないかという話は出てきています。
- 森委員長
退院してもいいけれども、しばらく家にいてと。そうすると、家にいる期間、家にいなければならない期間の基準というのも考えなくていけない。
- 重藤委員
はい。そこまでのいちいち設定できませんね。割り切ってしまうえば、今まで勤めていたところなら大丈夫じゃないかということになってしまうんですけれども。その線引きというのは非常に難しいと思うんですよ。可能性がどうか、100%を問われると切りがないわけです。文章にしようとする、やはり100%にだんだん近づいてしまいますので、非常に苦しいわけですね。そうすると、あいまいなまま抜かしておいてしまうというのが、この基準になってしまうかと思うんですけれども。
- 坂谷委員
この委員会の中で、医者である者は承知しておると思うんです。医者以外の方には「へえ」と思われるかもしれませんが、今までの話では結核菌が出ておれば、特に塗抹で出ておれば全部入院命令になるのかということなんです。参考資料2に書かれていますように、現行の予防法でも上手にうまく書かれておって、菌が出ていても感染性があるけれども、その居住環境から判断して、同居者に結核を伝染させるおそれのある者だけが命令入所の対象になるのであって、独居であるとかあるいは年寄り夫婦であるとか、もう既に同居の家族にうつしておると、今更隔離をしても仕方がないという人は、自宅におってもいいということになっておるんですね。これでいいのだろうと思います。それから、青木先生がおっしゃったように、これを当てはめても、やはり命令入所であるけれども、それに従わなくても罰則はありません。というようなことを踏まえて、先ほど事務局からお話があった、現状では2年以上登録されている、常時排菌しておる者が731名もあって、そのうち入院しているのは329名しかない。逆に言うと402名は入院していない。通院治療が登録はされているけれども治療もされていない。その中には、これは非常にはっきりスポットを当てると問題かもしれませんが、その中に多剤耐性が62%、すなわち240人ぐらいが多剤耐性で薬が効かん患者がウロウロしておるといふ事実があるよということを、はっきりここに書かれておるんですね。といって、どんなその病気が広がっているという様子は勿論ありません。ということは、そういう人が入院していないけれども、周りに患者を広げている様子はないんです。ということで、昔からそうでし、今もそうだけれども、周りにきちんと予防的なことをされていてというか、意識的に伝染させるようなことではないでしょうけれども、そういうことさえしなくて同居者及び同居者に伝染させるおそれのない者は無理に入院しなくてもいいですよということはあるし、これをどのように整理するかというのも一度徹底的にきちんとしておかなくてはいけないのではないかと感じています。その要件で、周りへの感染性が否定できれば、通院で生活してもらっていても構わんのかということなんですけれども、私個人的には条件さえ整えれば、それでいいのだろうと感じはしていますけれども。
- 重藤委員
私も、この入退院の基準をつくるときに、ほかの人たちに結核を感染させるおそれが高い場合という条件を出したのは、そういうことをちゃんと考えて入れているわけです。実際に今、坂谷先生が言われたとおりのお話を私も思っていますし、患者さんも診かれています。こういうおそれが高い場合というのは、やはり治療をしようと思ってもできないけれども、ちゃんとある程度の指示には従ってくださる方ですね。治療をしようと思っても、そのように従ってくださらないで、結局、多剤耐性になってしまつて自由に行動される方というのが、先ほどからの強制力を持って入院していただきたい方と。しかも、多剤耐性になる寸前か、もう2歩ぐらい前で確実に治したいということなんです。
- 森委員長

よろしいでしょうか。

○山川委員

今、坂谷先生がおっしゃられたことからすると、要するに240～250名の人のことを考えているわけですね。

○坂谷委員

数字上としては、そういう具体的な数字が出ておりますけれども。日本全国では予防法に乗っかっていない人がまだおるでしょうから、これは最低の数ですが。だから、そういう人たちもいるということの現状の認識及びそれが問題であるか、問題でないかということについての判断及びそれを入れた上での全体の議論ということになりましょうか。

それから、山川先生に御関係があることとしましては、それに対して法的なかなり厳しい規制をする人権問題が絡んでくる話は、私どもにとっては全くというか、ほとんど不案内なことです。どういうふうに考えたらいいのだろうかということなんです。それに対する強制的なことを発動した場合にどうなるんだろうかということでしょうか。

○山川委員

今、入院命令を出されたときには、それを執行する手続はどうなっていましたか。

○牛尾結核感染症課長

今の結核予防法は「命令入所」という言葉を使っておりますが、実際には強制力がないという点が問題でございます。ほとんどの方々は「命令入所」という言葉の意味合いを感じてか、ほとんどの方は従っていたかと。

○山川委員

自発的に。

○牛尾結核感染症課長

はい。ところが、時々それに従わない方、かつ排菌、かつ薬剤耐性の方が社会的に時々大きな問題になるんですが、全体の中で大きな比重をそういった方々が占めているわけではない。現行の制度で大体うまくいっているんですが、時々それに従っていただけない方が問題になっているというのが現状だと御理解いただければいいと思います。数年前にそういう事例が東北地方でございまして、何とかしなければならぬというのが、この結核に関しての一つ課題せられた課題でございまして、今の「命令入所」という名前だけではなくて、感染症法のように強制的な措置ができるような仕組みを是非構築すべきであるというのが、その時点でもやはり話題になったところでございます。

○森委員長

そのほか何かございますか。もし、ありませんでしたら、今日の議論をまとめたと思います。2番と3番につきまして、まだ専門家の集まりであります結核病学会の方で、かなりこれにジャストミートする議論をしているということもございまして、今日もいろいろ御意見をいただいて、これというふうにとめるのは難しいと思いますので、次の検討会でも一回議論をさせていたきたいと思っております。私と事務局の方で、今日の議論をまとめた簡単な資料をおつくりしまして、次回の検討会でござんいただきます、その上で更に議論をさせていたきたいと思っておりますが、よろしゅうございましょうか。

(「異議なし」と声あり)

○森委員長

ありがとうございました。
では、事務局の方から。

○事務局

本日は長時間にわたって活発な御討論をいただき、ありがとうございました。厚生労働省といたしましては、本日の議論を踏まえ、今後も適正な結核対策の推進を図ってまいりたいと考えております。

○森委員長

それでは、これで第2回の結核医療に関する検討小委員会を閉会いたします。ありがとうございました。

(終了)

- 照会先：厚生労働省健康局結核感染症課結核対策係
- 電話：03-5253-1111(内線2380, 2933)