

08/12/05 第 1 4 回厚生科学審議会感染症分科会結核部会議事録

第14回 厚生科学審議会感染症分科会結核部会 議事録

日 時:平成20年12月 5 日 (金) 10:00 ~11:57
場 所:厚生労働省 5 階 専用第12会議室

1. 開 会
2. 議 事 題
- (1) 議 題
- 1) 結核登録票に係る活動性分類等について
- 2) 今後の結核医療のあり方について
- ア) 今後の結核病床のあり方に関する研究の実施状況
- イ) 長期入院患者に関する研究の実施状況
- (2) その他
3. 閉 会

○江浪補佐 それでは、定刻でございますので、これから第14回「厚生科学審議会感染症分科会結核部会」を開催いたします。委員の皆様方には、御多忙中のところを御出席いただきまして、誠にありがとうございます。

私、結核感染症課で課長補佐をしております江浪でございます。しばらくの間、進行役を務めさせていただきますので、よろしくお願いいたします。

○梅田課長 おはようございます。本年7月付で結核感染症課長に就任いたしました、梅田と申します。委員の先生方にごおかれましては、御多忙中にもかかわらず、第14回「厚生科学審議会感染症分科会結核部会」にご出席賜りまして、誠にありがとうございます。

我が国の結核の現状につきましては、官民一体となった取組みによって、結核患者が大幅に減少するなど、飛躍的な改善がされてまいりました。しかしながら、その一方で、結核患者の減少や入院期間の短縮などから、結核病床数が減少し、地域によっては結核病床が不足するなど、結核医療体制の確保が難しい状況となっていると認識しております。

また、近年、抗結核薬に耐性を有する多剤耐性結核菌の発生など、新たな課題も見られております。

更に海外に目を向けますと、2006年、世界では新たに約920万人が結核を発症し、約170万人が結核により死亡したという推定もございします。

このような中、本年、我が国におきましては、第6回WHO西太平洋地域結核制圧技術諮問会議が夏に開催されまして、結核対策については活発な議論がなされました。また、その後に開催された国際結核シンポジウムにおきましては、厚生労働省、外務省、JICA、財団法人結核予防会、ストップ結核パートナーシップ日本の5者により、ストップ結核ジャパンアクションプランが発表されました。

このように、我が国が関係団体と連携して、国際的な結核対策に取り組んでいくことを表明したことは、今年、大変意義のあるアクションが取れたと考えております。

厚生労働省といたしましては、結核の克服という大きな目標に向けまして、本日御出席いただいた先生方の御意見を踏まえながら、地方自治体や関係団体とも連携を図りつつ、国内外の結核対策を一層推進していく必要があると考えております。

本日は、結核登録票に係る活動性分類等について、及び今後の結核医療の在り方について御審議いただくこととなります。これら2点の重要な事項につきましては、先生方の専門的な観点かとさせていただきます。どうぞよろしくお願いいたします。

○江浪補佐 それでは、開会に先立ちまして、御出欠の状況の報告をさせていただきます。本日、青木委員、高橋委員から御欠席の連絡をいただいております。部会総数12名のうち、今回、10名の方の御出席をいただいております。出席委員の割合が過半数に達しておりますので、本日の部会が成立いたします。御報告いたします。

次に、事務局の職員御紹介をいたします。

難波感染症情報管理室長でございます。

石塚課長補佐でございます。

宮野専門官でございます。

また、本日は今後の結核病床の在り方に関する研究の中間報告をとりまとめられました、財団法人結核予防会榎十病院第一診療部付部長の吉山先生に参考人としてお越しいただいております。吉山先生には、後ほど研究の実施状況についての御報告をいただきたいと思っております。カメラ撮りはここで終了させていただきますので、御協力をお願いします。

続きまして、資料の確認をさせていただきます。

まず、議事次第と資料一覧がございします。

資料1「結核登録票に係る活動性分類等について」という5枚の資料をお配りしています。

資料2-1「『結核病床のあり方』について」、前回部会におきます議論の概要の1枚紙。

資料2-2「平成20年度厚生科学研究『結核菌に関する研究』今後の結核病床のあり方に関する研究 中間報告 (概要)」ということ、12ページほどの資料です。

資料2-3「平成20年度厚生科学研究『結核菌に関する研究』長期入院患者に関する研究 中間報告 (概要)」ということ、6ページほどの資料です。

参考資料1「結核登録者数等の推移」。

参考資料2「平成19年結核登録者情報調査年報集計結果 (概況)」。

参考資料3「結核病床利用率の推移」。

参考資料4「感染症指定医療機関の指定状況 (平成20年3月末現在)」。

というところで資料をお配りいたしております。もし不足等がございましたら、事務局の方までお知らせいただければと思います。

それでは、よろしくお願いいたします。これから以降の進行は坂谷部会長の方をお願いしたいと思っております。よろしくお願いいたします。

○坂谷部会長 心得ました。皆さん、本日は、どうぞよろしくお願いいたします。

本日の会議の進行であります。お手元の議事次第に沿って進めてまいりたいと思っております。

まず議題1「結核登録票に係る活動性分類等について」でございますが、事務局より説明をお願いします。よろしくお願いいたします。

○宮野専門官 よろしくお願いたします。

議題1「結核登録票に係る活動性分類等について」、資料1と別添1、別添2という形で資料を作成させていただきました。

資料1に「1. 現状」「2. 検討問題」という形でまとめさせていただいております。

まず「1. 現状」につきましては、結核登録票に係る活動性分類等につきまして、感染症の予防及び感染症患者に対する医療に関する法律に關して、保健所長は結核登録票を備え、これにその管轄する区域内に居住する結核患者及び厚生労働省令で定める結核回復者に関する事項を記録しなければならず、感染症法の第53条の12で定められております。

こちらに出てきております厚生労働省令に定める結核回復者にしましては、感染症の予防、及び感染症患者に対する医療に関する法律施行規則において、結核医療を必要としないと認めてから3年以上の者その他結核再発のおそれが著しいと認められる者というように、施行規則第27条の7で規定しております。こちらの原文につきましては、別添1に付けさせていただきます。

今回、これに関して検討していただきたい課題としましては、3点挙げさせていただきます。

1点目「潜在性結核感染症」が、平成19年6月より届出基準に位置づけられましたので、活動性分類の区分に追加することが必要であると考えております。

こちらに出てきております活動性分類の区分と申しますのは、別添2を参考にさせていただくとわかりやすいと思いますが、別添2は平成17年3月10日から「活動性分類等について」ということで、通知を出させていだいたものの原文になっております。そちらの4ページ「第2項活動性分類の区分」に潜在性結核感染症を追加することが必要であると考えております。

2点目としましては、治療終了後、再発するまでの期間を踏まえると、結核医療を必要としないと認められてから3年以上と規定されている期間につきまして、見直しをする必要があるとい

う指摘をいただいておりますので、こちらに関しまして、御議論をいただきたいと思いますっております。

3点目として、治療終了後の再発患者の早期発見を目的とした経過観察の実施方法について、感染症法第53条の13に規定されております結核登録票に登録されている者に対する精密検査のあり方を、これに関し議論がもう少し必要ではないかという意見をいただいておりますので、こちらも御議論いただければと思っております。こちらの感染症法第53条の13につきましても、原文を別添1に付させていただきます。

以上でございます。
○坂谷部会長 ありがとうございます。事務局から3つの検討課題が出ましたが、資料1を基に始めて1点目の潜在性結核感染症を法に加えることにつきましては、肅々と追加いただくことと思っております。いかがでしょうか。議論の余地はないと思っておりますが、よろしゅうございますか。

（「はい」と声あり）
○坂谷部会長 ありがとうございます。それでは、2点目と3点目の論点についてでございますが、本部会において、これが議論が必要だと思われ、ただ、2点目と3点目はお互いに関係した問題でございますので、同時に込み込みで議論をしていただくことだと思います。各業界、分野からの代表がお集まりになっておられ、いかにこの点につきまして、それぞれ御発言がありましたら、よろしく願います。

加藤委員、どうぞ。
○加藤委員、今回は活動性分類の問題に焦点を当てた議題になっていますけれども、活動性分類は一方では経過観察かという登録削除の問題と関連しておりますので、結核対策全体の中で、これがどうあるべきかというところを考えた上で、日本に結核患者数は非常に減っておりますけれども、冒頭の梅田課長のお話にもあり、日本版DOTTの推進ということで、適切な患者の服薬支援が非常に大事なことですので、日本版DOTTと比較しまして、管理健診は保健所にとっては大きな業務量の負担になっており、管理健診自体による再発の発見というのは、必ずしも効率的ではありません。

このことを考えますと、治療支援と治療終了後の患者管理のバランスというのは、今は余り適当ではないというのが、まず1点目です。
2点目としては管理健診の実施、これは実際は医師連絡票の発行によって、保健所が医療機関から情報を得ているわけですが、これが双方にとって非常に業務量の負担になっているということがあります。
3つ目として、保健所では、X線業務とか結核菌の検査業務は、委託される方向になっています。一方、医療機関の方では、医学的理由から、年1回の管理健診以上に経過観察のためのX線等々の検査を行っていますので、実際は管理健診はその一部の中に組み込まれた形になっているところが多いと思います。

更に日本版DOTTのこと、今、対策が進められていますが、これによって保健所と医療機関の連携が非常によくなっているということがあります。これは日本の結核対策にとって非常にいい点、評価すべき点であるというところであります。こういうことを踏まえながら、より効率的な方策を、更に医療機関と保健所の連携を強化するような方向で、再発をいかに早く見つけるか、経過観察をどうするか、議論を進めるのが適当かと考えております。

○坂谷部会長 加藤委員、ありがとうございます。要するに、患者さんの数、発生数も地域差も昔に比べると随分異なっており、また、結核予防法に感染症法に合併されましたけれども、それでもここに挙げられてくる項目につきましては、前の原則でいっているわけです。
ところが、地域によっても、日本全体でも、もとのままではいかかなものかということでございます。

3年以内としておりますのを、少し短くしようではないか。
それから、現場に合わせて医療機関と保健師さんがそれぞれ分担してやっているわけですが、それが現在の施行規則と外れてきているところもあるということが、この問題提起の基本にあるわけでございます。

保健所の御代表が出ておられますけれども、いかがでしょうか。東海林先生、どうぞ。
○東海林委員 確かに、患者さんが減ってきているのと、結構3年の業務というのは長いということですが、ただ、行政として1つ心配なのは、その後再発するんではないかと、今までずっと3年間やってきたのが短くなった場合に混乱するのではないかです。実際は登録の多いところでは早めに2年ぐらい経過を見てとか、3年以内で処理しているところもあると思います。

確かに業務量の負担がありますが、現状としては結核の業務が保健所の重要な業務であることは間違いないということです。
ですから、その辺は実際臨床的な面と再発がどういう具合なのかを見ながら、やはり期間を決めていけば良いのではと思っています。

以上です。
○坂谷部会長 ありがとうございます。

丹野先生、いかがでしょうか。
○丹野委員 私の方も検討しまして、実際再発は、大体1年以内ぐらいが多いので、結核予防会の基準で、一応やらせていただいております。そうでないと、現実的に大変なところがあります。加藤先生がおっしゃったように、病院との連携が結構できていますので、私は短くしていただいて、そして重点的にやる方がいいと思っております。
○坂谷部会長 ありがとうございます。ですから、法律上は3年となっているんですが、もう既に2年でやっておられるところもあるということですね。

診療現場の方からは、いかがでしょうか。重藤先生、どうぞ。
○重藤委員 診療現場の方は、治療が以前よりも確実にされているということで、かなり安心な方が多い、再発のおそれは以前よりも少ないのではないかと。
ただ、治療から外れてしまう人は、医療機関側からは、ちょっと手の出しようがないといいますが、対応の仕方がありませんので、そういう方々に重点的に保健所の方で対応していただきたい。

現実には、かなり方、過半数の方が自主的に主治医の進めに従って、半年後とか、1年後とか、ずっと続けて来院されます。結局そういう方々は重複していますね。無駄だなと、書類が手間だなと思いがちです。

もう一つ言えば、合併症を持った方の率が非常に高くなっていますので、もう普通のかかり付け医で管理していた方がいい方も非常に多い。
ですから、順調に、確実にDOTTがされて、治療を終了して、特にリスクの高くない方というのは、保健所としてはもう手を離していいと感じています。

○坂谷部会長 ありがとうございます。

菅沼先生、どうぞ。
○菅沼委員 直接専門門として診ていなくて、一般診療の中に入っている方を診ておりますが、やはり1年で数回結核を見つけておられます。見つけてすぐに専門機関に紹介しておりますが、半年ぐらいで帰って来たりしています。なると、もうずっと続けて専門機関に行くように指導しますが、今、重藤先生がおっしゃったように、そういう方を専門機関から委託を受ければ診るといことはいいのかもしれないと思うのですが、そういう委託を受けたことがございません。

これからは、もうそういうふうに、制度にすれば、十分対応したいと思っております。
○坂谷部会長 ありがとうございます。ですから、入院治療は別にしまして、管理的なことに入ります。保健所と病院と更に診療所さんと、そういう3段階というか3つになりますね。
今日は何か結論を出すとは思っておりません。先ほど事務局、梅田課長から話がありましたように、この種のことを問題にして、将来に向かって考えていかなければならない。その第一歩の会であると考えていると思っております。

先ほど重藤先生が問題提起されたことで、診療現場でほとんどが保健所に代わって管理の代理ができておる中で、やはり保健所としての網にかからない人がいる、それを重藤先生の意見では、保健所さんの方で積極的に管理していただけないかということだと思ふんですけれどもいかがでしょうか。保健所さん側の御意見として、東海林委員、どうぞ。

○東海林委員 実際、病院で管理できない部分というのは、ルートから外れた、あるいは診療に来なくなった人ですね。その場合、保健所としてはきちんと治療に結び付けていきたいということですね。

その原因がいろいろあって、本人の考え方もありますが、やはりそれは結核患者にとっては好ましい話ではないので、やはり保健所としては積極的に、重点的に対応していかなければならないと思っています。何らかの方向性を話し合って決めれば、やっていけるのではないかと思います。全体の業務が少なくなれば、患者管理に重点的に力を注げるのではないかと思います。

○坂谷部会長 丹野先生、どうぞ。

○丹野委員 今、東海林先生おっしゃったように、すべてやるというのは大変でしょうけれども、

[illegible]

か、そういう分布図が変わったものなんでしょう。

○坂谷部会長 吉山参考人、議論が少しずれてきているんですけど、しかし、大事なことですから、少しお話し願えますか。

○吉山参考人 先ほど丹野先生がおっしゃったように、再発は1年以内が多いと申し上げたんですけども、複十字病院では、初めの2年間は病院の方で、3か月なり6か月ごとに経過を見るという方針もある程度のバイアスがかかっているのかもしれませんが、最近、2003年から2006年まで、980名の治癒した患者さんのうちで再発された方が23名、2.3%、そのうち19名までが1年以内の再発ですので、1年以内が多いということになります。

○川城委員 最新のデータを基にして、どのぐらいまで普通の定型的パターンは追跡すべきかということは考えた方がいいのかなと、状況が変わっているのかなと思っておりす。

○吉山参考人 全体的には、重点的に押さえて全部3年というの、もうそういう時代ではないと思うということをお願いしたいので、定型的なものをもっと短くして、だけれども重点的にやるべき症例かどうかという症例かどうかというの、また具体的に検討するべきかもしれないけれども、そういうものに関してはいいと思います。

○坂谷部会長 ありがとうございます。

○東海林先生 どうぞ。

○東海林委員 私は特別区の保健所なんです、区によって体制が違うんです。私がいる中央区というのは、結核の患者さんが少なくて、前にいた葛飾区は結構多いと思っていましたが、やはり区によって人口だけではなくて差があるような気がします。

○葛飾区 葛飾の場合は、感染症対策の係の保健師がいて、割合体制がしっかりしているんですけど、今の中央区の場合は、感染症と結核対策の係でなくて担当が重点的に行っています。やはり患者の多い保健所では、感染症や結核対策の係を置いた方がいいと思っています。

○今 今審査会の時間も準備も全然違ひ、非常に少ないです。前にいたところは結核の病院がすぐ隣にありまして、DOTSとか打ち合わせ等は頻繁によくやっていたと思います。定例に会を開いたり、打ち合わせしたりということがありますので、病院とのやり取りが多くなってきたと思っています。

○坂谷部会長 今おっしゃったように区によって違う。例えば新宿区とか葛飾区とかは、結核専門の担当部署。

○東海林委員 新宿区はちょっとわからないですね。

○坂谷部会長 でも、それは保健所の権限で自由に組織は組めるわけですね。

○東海林委員 はい。

○坂谷部会長 今の話で2つのポイントがありまして、1つは3年を2年に管理健診にすることが、もう現実に行われている部分がありますが、それで十分だと、重藤先生からの御発言でした。再発するとしたら1年以内が主であって、それを倍に伸ばして2年で十分ではなからうか。その基本的なデータがいます。

○川城先生 川城先生がおっしゃったように、そのことと直接はないかもしれませんが、現在の再発率であるとか、一般的なデータもどこにあるはずですけども、ちゃんと押さえておかないといけないということだと思います。

○精密検査 精密検査の在り方について議論がなされてないのですけれども、いかがでしょうか。現実には、先ほど言いました入院治療をやっている病院で、そのままであるとか、別の病院であるとか、診療所さんであるとか、そういう方が多いかと思いますが、保健所さんが独自で精密検査をなさっている率は低いのか、もしも上げようとしても、保健所さん御自身の領域といえますか、テリトリーでの、今、申し上げたような率というのは、はっきり把握されておりますか。大体、実際に患者さんが関わっている施設に、今でしたら年に一遍依頼をされて、報告書を上げる。それが主な業務になっているんじゃないですか。

○丹野委員 保健所でやる率と病院でやる率はわかりませんが、その方の都合に合わせてお呼びしているのが現状だと思いますが、東海林先生の方はいかがですか。

○東海林委員 患者さんの都合も聞いていろいろやるんですが、医療機関がしっかりフォローアップしている方が多いと思っています。

○坂谷部会長 現実には、自前の保健所さんでの管理健診で終始している症例は、東海林先生、丹野先生のごところでおありになるんですか。

○丹野委員 保健所だけでですか。件数がどのぐらいかというのはわかりませんが、場合によってはあるかもしれませんね。

○坂谷部会長 要するに、最終的に管理健診がされているか、されてないか、それをきちんと責任を持っておられるのは保健所さんである、だけれどもそれは、例えば広島ですと重藤先生のごところほとんどが現実には。

○重藤委員 重藤先生は、すべて病院に委託されていますので、委託医療機関はいっぱいありますので、いろいろなところに行かれていますと思いますが、その書類が患者さんのところに行き、患者さんがそれを持ってこられて、その結果を記入して返すという形でですけども、主治医がいつかついて来て、その2か月後ぐらいに保健所からの通知が来るとか、そういう無駄はいっぱいあります。

○川城先生 もう一つ言えば、患者さんの費用負担を考えれば、いろいろ矛盾は出てくるかとは思いますが、現実には、保健所さんが責任を持つことでありますけれども、ほとんどの症例は医療機関に今おっしゃったように、契約関係的なもので投じてあるということが、どこの地域でも普通なんじゃないかな。

○管沼委員 今、丹野先生おっしゃったように、ホームレスの方で追えなくなってしまうということをお聞きします。一般の会社に務めている方とか、地域の住民ですと、結構、今は1年1回健康診断を必ず受けておられますので、そうひどくならない、勿論喀痰のPCRまではやらないにしても、胸部レントゲンは必ずやります。やはり一番ホームレスの方でわかってなくなってしまうというのが問題ではないかと思っておりますが、いかがでしょうか。

○坂谷部会長 ほかの委員の方々と、いかがでしょうか。

○丹野委員 そういふ意味で、余りにも登録期間が長いと、どうしても途中で追えなくなることがあるんですけど、さっきのお話があったように、再発が1年未満が多いのであれば、最低そこまでは見るといふのは、DOTSをきっちりとしておけばできるかなと思います。それ以降になると、確かになかなか難しい部分があって、不明の部分が増えてきてしまうことはあり得ます。

○坂谷部会長 さっき言ったように、基準を決めていただいた方がいいという気がしております。

○坂谷部会長 1つは、医療機関と保健所との連携プレー、これが実際されているし、これからそれが重要であるし、そうしたいという御意見だと思います。

○川城先生 もう一つは、今おっしゃったように、ホームレス、医療機関からも、保健所からも外れてしまった方が、影響があるのか、それを判断していかないといけないと思います。

○吉山先生 加藤先生が、ホームレスの結核の重さ、重要性についてお願いします。

○加藤委員 地域によって随分違うと思います。ですから、特にホームレスが多いのは大都市、大阪、東京あるいは川崎、横浜辺りが非常に多いかと思うんですけども、そういう地域では当然影響は大きいということが言えると思います。

○川城先生 数値は今にわかには持ち合わせていませんけれども、そういった地域では非常に大きいと思います。

○坂谷部会長 患者数の基礎的なデータの中での比率として、その地域でホームレスの方々が多ければ、結核の発病の率が高くて、影響があるけれども、それはかなり数値的に影響するんですか。

○加藤委員 この問題というのは、数値の問題もありますけれども、実際再発の発見が遅れて、それによって影響を受ける患者さんがいるとすれば、それは数ではなくて問題ではないかと思えます。

○川城先生 そういふ意味では、先ほどの議論に戻りますと、多くの人は医療機関に実際にフォローアップされていますから、医療機関にちゃんとつながっているということであれば、基本的にはそこは担保されるはずであらうと思います。

○川城先生 一方、さっきから議論になっていきます経過観察から外れた患者さん、これはなるべく早く把握しなければいけない。少なくとも6か月には一遍ぐらいは把握しなければいけない。そういった形で、制度を少し考える必要があるんじゃないかというのが、私の考えです。

○坂谷部会長 地域的な蔓延の火種の1つになり得るということも認識してよろしいですか。

○加藤委員 地域的に蔓延というほどインパクトがあるかどうかはすぐには言えません。ただ、それによって影響を受ける人があるというのであれば、それは問題だということとは間違いないと思います。

○坂谷部会長 重藤先生が最初に御提案になった理由は、今の加藤先生の話と関係ありますか。

○重藤委員 結局、例えば1人であっても、その方がやはり薬剤耐性になっていくと、超多剤耐性で治療不能になっていく、途中で治療可能としても、非常に費用は莫大なものになるということから考えれば、やはりそういう人たちに力を注ぐことが、将来に向けては一番費用がかからないのではないかと思います。

○坂谷部会長 ありがとうございます。それは丹野先生も一部おっしゃったけれども、そういうことです。治療に乗らない人が出てきて、中途半端な治療に終わって耐性菌を生み出すことが

一番のポイントかもしれませんね。

加藤委員、どうぞ。

○加藤委員 これは治療だけではなくて経過観察においても同じようなことが言えると思います。

○坂谷部会長 わかりました。経過観察をしっかりとっておかなければ、やりますと再発率が高い集団かもしれませんが、迅速に対応できるということですね。

吉山参考人、どうぞ。

○吉山参考人 先ほど2.3%再発しているといったのは、治療を終了した方なんですけれども、同じ期間に治療を中断された方、38名中、少なくとも5名、13%の再排菌は確認されております。ただ、中断される方は病院の方に情報が戻ってこないことが多々ありますので、それよりもはるかに高い再発率ではないかと推定されます。

もう一つ、再発の患者さんの中で薬剤耐性の頻度について、これは結核療法研究協議会の2002年のデータなんですけれども、臨時雇い、雇用者の方の耐性の比率が、どうも高そうだと思います。

そういうことで、治療を中断しやすい方については、耐性の頻度が高いのではないかと、今、重藤先生がおっしゃられたことは、恐らくバックアップされるのではないかと思います。

○坂谷部会長 ありがとうございます。

どうぞ。

○菅沼委員 今のことにに関して、その中に外国籍の方とか、そういう区分けはありますでしょうか。

○吉山参考人 外国籍の方というところから入ってくる人は、何か仕事をしているので、その辺でキャッチできるかと、外国籍の方で、キャッチできない部分からかなり結核が入ってきている感じがするので、そのキャッチができていないのかということはおわかりでしょうか。

○吉山参考人 外国籍の方については、結核の罹患率が高いというのは、データでございまして、外国籍の方で中断しやすいかどうかについては、意見が分かれております。中断しやすいという意見もございまして、最近の複十字病院の方では、余り中断の比率は変わりないようなんですけれども、中断しやすいというデータもございまして、再発例の中では、外国籍の方も薬剤耐性の頻度は高いと思われます。

○菅沼委員 ありがとうございます。

○坂谷部会長 今回の部会の議題には入っていないんですけれども、先進諸国では、外国人結核の問題は非常に大きくなっています。その中で、いずれ議論になると思います。

それより冒頭の課長のごあいさつの中にありましたように、薬剤耐性結核菌がおるのは確かなんですけれども、私の認識では決して日本では薬剤耐性結核菌が広がりはじめていないというふうにはとらえていないんですけれども、それはこの場できちんと押さえておきたいと思えます。加藤先生、吉山先生、データの的にいかがでしょうか。

○吉山参考人 結核療法研究協議会のデータを見ますと、リファンピシン（R）耐性は過去30年間、1977年～2002年までのデータですけれども、ほぼ1%前後で、安定的に推移しています。

イソニコチン酸ヒドラジド（H）耐性は、むしろやや減少傾向にあります。以前は4、5%だったのが、3%程度、同じといえば同じなんですけど、統計的には変化ないんですけれども、少なくとも増加はしていません。

○坂谷部会長 それで問題のH/R耐性に関してはいかがですか。それとXDR-TBですね。

○吉山参考人 リファンピシン耐性のかなりの部分がH/R耐性になりますけれども、これも1%弱というところで、余り変化はしていません。

○坂谷部会長 XDRという言葉でありまして、これは多剤耐性+カナマイシン耐性+キノロン耐性なんですけれども、これは言葉の定義上の問題から、キノロンが使われるようになったのが1990年代、80年代末以降、検査が行われるようになったのが2000年代以降ですので、まだ経時的な変化についてのデータはございません。

○坂谷部会長 ありがとうございます。いかがでしょうか。主に診療現場及び保健所さんからの御意見だけという状況ですけれども、ほかの分野から御参加の委員の方々でお聞きになりたいこと、あるいは疑問点とか、そういうことに関しまして、何でも御発言がありましたらお願いします。

南先生、何かございせんか。

○南委員 特別にございせんが、今、社会が非常に格差的であったり、外国人の問題もこれからどうなるか、場合によっては外国人の方々が大量に入ってくるという可能性もなくはない状況です。この問題を現状だけではなくて、ちょっと先を見通した対応をしておく必要があるということを感じます。今は増えを、視野に入れておいていただくことが、社会的には望ましいと思えます。

○坂谷部会長 ありがとうございます。重要なポイントを御指摘いただいたと思います。

結核予防法ができた治療には、患者数は違いますが、日本全体で、どこでも、だれでも、手軽に、確実に治療を受けることができる、診断も受けることができるということで、関係の先生方に随分お世話になった時代がありました。現状は変わってきているんですけれども、今日の議論の項目につきまして、医師会を代表されまして、飯沼委員、何か御発言がありますか。

○飯沼委員 余り結核を診たことがないのですが、2つあります。

1つは、保健所が非常に忙しいというのは、私の印象では余り理解がしにくい。例えば食中毒が出たとか、経口感染の法定伝染病が出て、全く動かないという現状を今まで経験しているんです。私が医師会長をやっている間に、地区でそういうことが起きても動かない。だから、先生方が日ごろや、3年を2年にするとか1年にするという議論は、これもいい話だと思いますが、これはエビデンスを出していただかないと、何年ごろからこうなると、そのときとどう違うんだというのを、統計的にも出していないと、感覚でものを言っているはいけないような気がします。

以上です。

○坂谷部会長 ありがとうございます。これはまた適切な御意見だったと思います。

どうぞ。

○東海林委員 保健所のことで、どこの保健所がわかりませんが、やはりそういうことはまずいと思えます。すぐ動かないと、最初の初動が肝心なので、多分先生のところの保健所は、是非そういうところが改めて対応すべきです。実際は保健師が病院の訪問などをやっているのだから、余り目立たないんですが、個々の例としては患者さんの状況を把握しに行ったり、家庭を訪問したり、いろんなことをやっています。

今はすぐ動かないと、いろんなところで問題があったりしますので、先生の方もまた保健所の方に指導していただきたいと思います。

○坂谷部会長 どうぞ。

○菅沼委員 港区の診療所ですけれども、1人会社の健康診断で結核が出まして、それは即専門医に紹介をいたしました。それ以外の社員も来ておりますので、早速接触者健診が来るであろうと思っておりました。ところが、書類がどこかに行ったのか何だかいろんなことを言っておりましたが、実際に来たのは3、4か月後でございまして、なので、私もちょっと早く動いてもらいたい。この会議を経験しておりますので、そういう場合には、すぐ来るからねと会社員の人には言っておりましたが、いつまで経っても来ませんと言われました。

○坂谷部会長 ありがとうございます。

どうぞ。

○東海林委員 やはり書類を受け取って何もしないということは、実際、本当はよくない。だから、なぜそれがそんなに長い間放ってあるかというのが理解できないところもありますが、いろいろそういう話は直接電話していただくなり連絡を取ってもらって、とにかく早くやるように。

○菅沼委員 一応そういう場合は、紹介した専門医が届出したと認識しておりますので、私の方からはそういうことは一切動かなかったんです。ただ、後になっていつ来たかと聞いてみたら、3か月か4か月後になってやって来たという話を聞きました。

○坂谷部会長 この会は結核部会として、保健所さんの在り方を検討する会ではありませんが、飯沼委員、菅沼委員のおっしゃることはお聞きしておきます。

結核に關しての接触者健診に關して、菅沼先生からありましたけれども、それをあげたらう会ではありません。

1番目の潜在性結核感染症を活動性分類に入れる。これは皆さんから同意を得られたと思えますが、その管理健診、経過観察に關しましては、データが欲しいという条件は付きましたけれども、3年でなくで条件に合わせて短くしてもいいだろうという話が出ましたね。

その健診の在り方について、普のよう保健所主体の、保健所さんだけのということではなくて、現場の医療機関と上手に連携をして、効率的にやる必要があるということ。

それでも外れる方々がおられるわけで、その人たちの問題が残っておりますので、どうするか、これは悩ましい問題ですけれども、データの把握を踏まえて、これから真剣に議論していかねばならない。基本的に、南委員からありましたように、将来の対策の在り方、どういうふうな

理想像を描いてやっていると踏まえて、それをベースに忘れないようにして議論を
続けるというこまに思っています。これに閉めたいと思います。今いただきました御意見につきましては、
議題1にしましては、これで御報告をいただきたいと思います。
事務局で整理の上、次回2の部会に結核医療のあり方について」でございます。
続きまして、議題2「今後の結核医療のあり方について」でございます。
まず、事務局におきまして、前回の部会での議論をまとめてまいりました。どうぞ御説明、御
解説をお願いしたいと思います。
よろしく申し上げます。
○宮野専門官 事務局より、前回の議論、第13回の結核部会になりますが、そのときに出てお
りました結核病床の在り方についてという皆様の議論を基にまとめ、要約をつくらせていただき
ました。
主項目としては3点ございました。1点目は、結核病床の現状ということを出ておまして、内容としましては、近年の結核入院
患者数の減少による結核病床と空床が目立っている。具体的には、結核病床数が約1万ある中で、
平均利用率が30%であるという議論がされておりました。
そして、その病床利用率にしましては、地域に差がありまして、10%未満から60%未満と
いう数字が出てくるという話が出ておりました。
2点目につきましては、結核入院医療の提供体制という議論がなされておりましたが、内容とし
ましては、一定の集約化、これは医療の手厚い医療、医療水準の維持を目的としたものになります
が、それが有効な方策とされている一方で、国民の結核医療へのアクセスの確保という視
点から考えますと、分散化の観点も重要である。
また、単一病棟で、現在の状況では困難となっており、ユニット化、更に陰圧設備を有す
る個室化が今後の方向性になっているのではないかというお話がされておりました。
そして、ハイリスク患者に対する医療、特に透析患者さん、または耐性結核の患者さんなどが
含まれてきておられますが、そういった方に対する総合医療の提供体制の整備の大切である。
そして、新型インフルエンザ対策との連携も検討していくことが必要ではないかというお話も
されておりました。
3点目に結核入院医療のための法的整備ということにつきましては、結核病床の施設基準の整
備及び感染症法上と医療法上の取り扱いの整理が必要であるというお話がされておりました。
そして、事務局からは、この議論に関わる参考資料として、参考資料を4点付けさせてい
ただきました。
まず参考資料1につきましては、結核登録者数等の推移ということで、昭和36年から最新の
平成19年までの結核登録者数や新登録患者数、死亡数、罹患率を含めたデータを出させていた
だいております。
参考資料2としましては、平成19年結核登録者情報調査年報集計結果概況ということで、当
課から平成20年9月に発表させていただいたデータを出しております。
これにつきましては、全国の保健所を通じて報告される結核登録者の状況ということで、平成
19年1月1日～12月31日までの調査内容をまとめております。
1ページ目に、その年報のポイントが出ております。
参考資料3としましては、結核病床利用率の推移ということで、2枚にわたって平成19年1
月～9月の病床利用率、各都道府県のデータと、2枚目、平成19年10月～平成20年5月の病
床利用率、各都道府県の推移を出しております。
最後に、参考資料4としまして、感染症指定医療機関の指定状況ということで、これも最新の
平成20年3月末現在の報告を出させていただいております。
結核に関わる部分としましては、第2種感染症指定医療機関の部分に示させていただいており
ます。
以上であります。
○坂谷部会長 ありがとうございます。事務局からの御報告、資料2-1と参考資料でございま
した。御質問があるかと思いますが、この議題に関連しましては、2つの研究班から中
間報告をいただけることになっておりますので、それを先にやりたいと思います。
それでは、まず「ア」今後の結核病床のあり方に関する研究の実施状況」について、参考人で
あります吉山先生から御説明をお願いします。
○吉山参考人 2つのことを行いました。1つは、結核病床がどれだけ必要であるかということ
を推計すること、もう一つは、現実とどれだけ結核病床があるかということをもとめることでご
ざいます。
結核病床が、今後どれだけ必要であるかということの推計につきましては、資料2-2の3ペ
ージ目から方法が書いてあります。
6ページ目から数字が書いてありますけれども、結核患者数が、今後どういふふうに移
っていくであろうかという数字を、年齢別に推定いたしました。これは、結核研究所の大森が既に論
文にしております。
6ページ目と7ページ目がございます。6ページ目は、塗抹陽性結核患者という、感染性が高
いから全員入院。7ページ目は、全結核患者ですので、塗抹陽性以外のものについては、入院が
必要な場合と必要でない場合とがございます。
その患者数の推移を基にいたしまして、8ページ目、資料2のところに、1人の患者さんが何
日間ぐらい入院が必要か。60日と仮定した場合、それから、現在のところもう少し長いわけ
ですけれども、諸外国、ドイツなど大体2か月ぐらいの入院、イギリス、オランダ、アメリカな
どはもう少し短いということもありまして、60日入院の場合にどれだけ必要であるか。更に短
くなくて30日入院の場合に、どれだけ必要であるかを計算しました。
患者数×入院日数を計算しますと、大体どれだけベッド数が必要であるかということが計算で
できます。
ですので、入院数ごと、患者数のモデルといえますのは、6ページ、7ページのところに患者
数モデル1、2とあります。これは将来の推計ですから、患者数がどう変化するかということに
ついては、必ずこの数字になるという予測は経ちませんので、モデルによって将来の患者さんの
予測が異なっております。
一番可能性が高いと思われるモデルがモデル1、大森が計算したときは4つモデルをつくっ
たんですけれども、そのときに最も患者数が多いだろうと思われるモデルがモデル2でございます。
その患者数に対応して、入院日数をかけて、更に入院割合、塗抹陽性の患者さんは全員入るわ
けですけれども、そうでない患者さんについては一部しか入りません。どのぐらい入院が必要と
なるか。
また、変動係数といまして、患者というのはいつも同じように発生するわけではありません
から、ある程度余力を持たせるためには、一定の係数をかけて病床数を用意しないといけない。
それから、慢性的に菌が出てくる患者さんについては、新たに発生する患者数からの計算式で
は計算できませんので、別途計算をし直したのが、その慢性的に排菌している患者数の予測
の仕方によって、大目予測と少目予測というのを計算いたしました。
2005年の時点では、入院日数60日の患者数モデル1のところだと、3,500床ないし4,500
床必要であるところと、2030年になると1,255床～1,593床、患者数の減少に並行
して、必要とする病床数は減るであろうというふうに予測できます。
以上が、必要な病床数の推定の部分でございます。
その次の9ページ目ですけれども、これは都道府県別に必要な病床数を計算しております。都
道府県別の人口の今後の推移というの計算が難しい、それは日本人は日本国内で移動が結構あ
りますので難しいということで、2005年の患者数を基に、その場合は何床必要かという計算の
みを行っております。
例えば東京で60日の入院ですと、400ないし500床ぐらい必要だろうという計算となります。
続きまして、10ページ以下が、現実とどれだけ結核病床があるかということの調査でござい
ます。
これは、2005年の時点で、結核病床を持っている病院、感染症指定病院、モデル病床事業で
結核対応の病床を設置した病院に対して、アンケート調査を行いまして、実際どれだけ病床が稼
働しているか、そのうち特に今後の結核患者さんの入院を考えますと、スタッフの院内感染対策
なども考えますと、やはり陰圧室に収容していくという方向になるかと思えます。
ですので、そのうち陰圧室がどれだけあるかということを集計いたしました。
10ページ目が、そのまとめでございます。結核病床を持つ病院298か所に調査を行いました
けれども、全病院からは返答いただけておりませんが、225病院、4分の3の病院から返答をい
ただいております。その病床数は、2005年の総病床数1万791床のうち、返答ありの病院の
病床数が8,180、約8割ぐらいの病床数を持つ病院から返答をいただいております。
しかしながら、これは2005年ときの公示されている病床数でして、2005年の時点で実際に
動いている病床数、8,180病床が本当に全部動いているかといいますと、その下の回答あり病院
の返答時稼働病床数と書かれておりますのが4,902床ですので、実際に動いている病床は、その
8,180のうちの6割でございます。ひるがって考えますと、恐らく返答が来てない二千何百床の
ところでも、やはり実際に動いていない病床がかなりあるのではないかと推定されます。
4,902床の病床がありますが、そのうち陰圧病床が約半分の2,520床でございます。陰圧の個
室が495室。部屋の数自体としては1,063室となります。

一般病床のモデル病床事業での病床数、第2種感染症病床の病床数がその右に示されておるところであります。陰圧室の数としては、感染症病床もございますが、結核病床における陰圧室の数が圧倒的に多いという点になります。道庁別、都道府県別の返答でございます。見ていただいたらわかります。例えば東京などにおきましては、2005年の時点で1,108床あるといいますが、返答をいただいた病院の病床数は、1,108のうちの790なんです。実際に新たな結核患者さんが来たときに受け入れられるという点で、稼働している病床は790のうちの309、4割にすぎません。これは、2005年から返答をいただいた2008年までの3年間に減った病床数、それから、実際にこれだけ動いているとは言っても、一部の病院では公示はしていませんけれども、新たな塗抹陽性の結核患者さんは受け入れられませんが、一部と言っている病院などもありますので、これはかなり少なくなっております。後ろの厚生労働省の資料で、東京都の病床稼働率が五十何%と表示されていますけれども、実際に動いている病床がこれだけしかありませんので、東京では結核病床はきつつきで入院待ちの患者が出る場合があります。陰圧室の数が、各都道府県ごとに示されておりまして、返答をいただいてない病院が幾つかありますので、都道府県によってはこの数値が余り代表性を持たないというか、そういう都道府県もあるかとは存じます。以上です。○坂谷部会長 ありがとうございます。御質問たくさんあるかと思いますが、後でまとめてお聞きしたいと思います。これは、ポイントで現状の報告と将来幾らあったらいいんだということ定まってくるという点で、発生数、これは予測ですが、発生数は我々が提案する対策によって違ってまいります。また入院期間、これは国の基準が影響して、長くなればたくさんいるし、短くなれば余り要らないということになります。最後に、結核病床とは何かということ、吉山委員から先達諸国では陰圧病室であるのを結核病床とカウントすべきではないかという御提案もあったと認識いたします。続きまして、長期入院患者に関する研究の実施状況につきまして、加藤委員から御説明をお願いします。○加藤委員 それでは、資料2-3をご覧ください。この研究は、先般入院基準を定めたときの課題として残った問題として、前回定めた入院基準というのは、治療が順調に進んで、感染性で、そういう人たちのように処遇するかということを検討する目的のために行っております。ここは、発生動向調査上の慢性排菌患者数の動向、発生動向調査システムから取り出した患者さんにつきまして、全国の保健所に調査票を送りまして、それを集計した結果でございます。図で御説明したいと思います。図1をご覧ください。これは慢性排菌患者数の推移であります。慢性排菌患者というのは、この調査の上では発生動向調査上、2年以上登録されていて、1年以内に排菌がなかった患者さんという点で定義しています。この中には、多剤耐性の患者さん、薬剤に関する副作用のために治療が順調にいかない人、これは発生動向調査上のことでありますけれども、実は再発した患者さんにも入っております。図1に示しますように、全体の慢性排菌の患者さんはこの7年間で非常に減っています。背景としては、図2と3に示しますように、日本版DOTSによって、治療が全体としてよくなるとなっています。図3に示しますように、慢性排菌化の要因として、糖尿病、あるいは副作用による治療中断あるいは、人為的に介入できないものについては、余り変わっていませんけれども、自己に治療中断あるいは、非常に改善しているというのが見取れると思います。図4は、先ほど申し上げた背景ですけれども、非常に長期にわたって登録された患者もいます。そういった人は、かなりの部分が多剤耐性ですけれども、近年はその割合は低く、再発の患者さんがある程度入っているだろうということです。図5は、年齢分布です。一般的に多剤耐性は、全体の患者さんより若い年齢の方が多いということがありますので、登録時割合、これは2006年と比べると、50代、60代という比較的若い人が多いということでもありますけれども、こういった人が高齢化していったら、年齢が少しずつ高く移行しているということでもあります。登録時の病型はさまざまですが、塗抹陽性の患者さんもありますけれども、その他の菌陽性等々、図7、8、9につきましても、登録時とは症状を見ているけれども、いずれも症状あるいは学会分類、菌検査などについては、全体としては改善方向が見えているということでもあります。図10、11に見ますように、薬剤耐性の率が上がっているということ、ある程度全体としてはよくなっている中で、薬剤耐性がこの問題の背景になっているということがよく見て取れると思います。図12〜16につきましては、患者さんの生活状況、QOL、あるいは感染予防措置ということ調査したものでありますけれども、呼吸機能障害につきましては、特に以前手術を受けた人の中では、著しい呼吸機能障害を持っている人もいますということでもあります。図13は治療状況でありますけれども、近年の培養陽性の患者さんの中でも、1年以内に培養する患者さんの中でも、入院の人もいますけれども、外来で治療される人もいますということでもあります。ただし、これは定義上2006年の調査時より1年以内に培養陽性だった患者さんということですので、調査しておりますので、この外来時、必ずしも培養陽性かどうかというのは確認できおりません。これについては、今後追加の調査が必要ということでもあります。図14の自宅での生活状況ですけれども、発病前と同様の仕事をしている人が半分ですけれども、一方で仕事をしてないとか、他人に合わないということ、社会生活に非常に制限を受けている人。外出につきましても、自由な外出をしている人もありますけれども、必要な場合のみ外出、あるいは通院以外に出ないということ、非常に社会生活の制限を受けている人もいます。図15、培養陽性患者さんの中でも、かなり厳密に感染防止措置、あるいは社会生活についても制限されている人もいますけれども、中には余り感染防止措置が取れていない患者さんも若干ながらいるということ、こういうところについては、より指導等が必要なのかもしれません。図16は、通院、外泊状況ですけれども、これは全体の患者さんですけれども、月に1回以上通院している人が半数、多くの人は2か月に1回以上通院していますし、129名の入院患者で、1年間ほとんど病院は出ていないというのが77%、100人ぐらいはほとんど病院に入りっぱなしということで、非常に制限を受けている患者さん、そういう実態を踏まえまして、感染防止措置を考えた場合、なおかつこういう患者さんのための、それなりのQOLを得られるような形で、問題を解決しなければいけないということまで見ていかなければいけないと思っています。調査の制限上、若干明らかなになっていない部分もございますので、更に中身を精査して御報告したいと思っております。以上でございます。○坂谷部会長 ありがとうございます。事務局から問題の整理と、それに関する2つの研究の報告がございました。まず、御質問から入ろうと思っておりますけれども、いかがですか。加藤委員、どうぞ。○加藤委員 前回の議論の中で、結核の病床利用率ということで、30%あるいは10%未満〜60%というふうなことであります。吉山先生の御報告にございましたように、実際の運用病床はこれよりずっと低いので、かなり利用率が高い。吉山先生からお話があったように、東京ではきつつき、あるいは必要な患者さんが待たされることもあるということで、今お聞きしましたので、ここら辺は非常に大きな問題だろうと思います。この背景の1つとして、今、結核病床が経営的に赤字になって、それがゆえに病床が閉じられていくという現実があります。どんどん閉鎖になりつつあるということも聞いていますので、吉山先生の御報告のように、少し先を見た、将来を見た視点での検討も必要ですけれども、現時点で何とかしなければいけない問題があるということも御指摘したいと思っております。以上です。○坂谷部会長 ありがとうございます。事務局からの前回のまとめですが、その中に前回出した数字として、平均病床利用率30%というのがあるんですが、今、加藤委員からお話があったように、その母数として書類上上がっている病床の数と、実際に稼働している病床の数との乖離が地域によって違いますが、あるということ、現実的には使える病床のかんまりの病床が使われていると理解した方がいいと思います。重藤委員、何か御意見、御質問ありますか。○重藤委員 病床というのか、病床がどんどんなくなっているというのは、実は私もアンケート調査をしまして、返ってきた1割がもう閉めまじったとか、そういう状況なんです。そういう状況を把握していらっしゃるでしょうか。どこがどんどん閉鎖しているとか、そのような状況、数が減

めのもよんだ感じと強のどばだ感
ま万どつえいに
でりれちらふ
も3はよめて
構当こ、か止う
院人いとう受
病1ないにか
立んかとうい
国さしと持本な
と患つと維、を
き、とつのはで
なり、よう況冗
わたり、病状く
わたりて
が日2つて
す。合はなて
ま割1てにっ崩
い割1は限字減
思常えと大赤か
と非言い最いか
かににうごす足
の法的。もすで
る済つる、物、に
い経さくも、前
て、大でてれど
きもがつなけい
どで用いられけ
把握費て長う
度たかるしげが
程したか上間し
のま、療費期で
れ、ま、療費入床
ども、も医効入な
は、わに床、きの
は、言に際病、べ
ともけ美、たく
こ員す、数いつ
る妻が、者減て。す
い藤りう患がな
て加おこに数や
つてどう、者然か

○坂谷部会長　先ほど、どなたからか話がありましたが、東京都の中で終始しようとしたらというのかこういふ話を聞いたら、発生患者数、治療に必要患者数は比べて、ベッドの状況というのが東海林先生、これがあるんですけど、実際は稼働しているのが半減しています。そうすると、どうしても速やかに入院ができなくなるよう

な状況になつてしまつた。突然閉鎖しますという連絡が入ったり、大変困っているところもある。医療機関側も、突然の閉鎖にシステマがないのかというところまで、保健所に情報が伝わりにくく、その辺も、少少は都府県の本とか、あるいは患者さんの方から、そういううわさがあるけれども、直接病院の先生からお話を聞くと、そういう情報をもう少し積極的に把握する方法はないのかなと思つています。

ただ一方で、結核の病床を増やしたいというところもあるんですが、それは例外的なところではないかと思っています。

○坂谷う会長　東京は、東京都内ですべての患者を入院させることができるようにしよう
と東海林針なんん京すか。これだけ病院も多いし、医療機関も全国に比べれば多いところですから。

状あるともうこのようにいって、い
 たいな方が、遠慮の
 多行が、肉とともば
 少行が、冷く比べ
 方が、いかに、し
 送都さ、は、
 搬京東、
 際後、
 今、
 実、
 の、
 だ、
 した、
 さん、
 なる、
 来、
 の、
 とす、
 いた、
 した、
 あり、
 も、
 況

[illegible]

あつたときにそれを許可というのが、置いておいてくれと、保持しておいてくれという話は、どこが決めることなんでしょうか。

○東海林委員 行政の中がいろいろ縦割りになっているんですが、結核感染症を担当する部署がある程度病院の方に直接お話しするとか、そういう形にしないと、もう病院が閉鎖してしまうといった

[illegible]

りますので、その辺は都度お話しをさせていただきます。また、問題が多いところについては、逆についてい

と閉めたいという申し込みの方が多いわけですが、その理由としては、幾つか挙げていただくと

どんなことが理由なのでしょう。か。
 ○東海林委員 一つは結核の患者さんが減ったという一トナを理由に思いますが、それから、最近で

○東海林委員　「つは結核の患者さんが減ったということもあると思います。それから、最近で
すと療養型病床群の問題があつたときに、病院をやめて診療所にしようとか、そういう話があ

と療養生活の問題があったときに、病院をやめて診療所にしようかとか、という話があります。

「ただ、結核を一生懸命やっている先生が新しく赴任した病院などですと、新しく病床を作っているところがあるんです。どの程度将来を見越してつくっているかはわかりません。」

が、患者さんたちが地域にいてほしいという思いから、結核に対する対応は、病床数が減ってくる中で、自分のところでは

受けた以前から、少なくなっている病状は、やういふ問題がいつも起つてきているわけですね。○坂谷会長 その理由の1つとして、重藤先生が強調されたようなところがあるわけですね。

ども、重藤先生がアンケートとおっしゃったのは、どの範囲のことですか。全国調査をしたところによると、実はまだ全く途中で、全部の返事をいただけていない。たださっと見た印象なくです。

[illegible]

か、もう一つ大きなテーマは、具体的にどのような患者さんに困っているかということなんです。で

ん状だ
うれい
けし
出す
を
調か
一
間
一
ケ
質
ン
得
と
ア
を
か
ま
っ
さ
ま
思
う
に
と
送
で
い
た
に
入
府
入
拾
を
受
の
産
場
出
現
て
し
ま
て
な
れ
な
い
に
言
で
数
と
と
う
先
は
い
り
と
は
例
か
や
ら
ど
も
す
で
か
す
で

[illegible]

りませんので、どこにもないという話になります。

○坂谷部会長　ありがとうございます。

○坂井部長　ありがとうございます。
川城委員、どうぞ。

○川城委員、先ほど吉山先生だったか、ベッドが足りなくて、待ち患者が出ているというところおとなしゅうなところだと思いましたが、それもそうなんですよ。けれども、私がいるんなら院長の会に出ると

不を
域的調
地態で
の、実
味もい
意とて
うれつ
いけ入
そ思母
と分た
らがが
かやっ
すかッ
ですし
おのの
すのお
生ん生
藤の先
いの重
出とい
はす。同
いでけ
がんの
生るう
くとい
先あと
うとこ
いと率

いごさ
とす用
たの利
とにの
が見る
のの料
がの資
が国老
床全参
結核等
結核等
例例

した。その結果、
 病院に入院し、
 手術を受けた。

把握の方がいいと思います。

吉山先生のデータの中に入っているんでしょうか。

(吉山) 先生それは直接には入っていませんが、それは、11ページ目の都道府県別実態調

[illegible][illegible]

東北は福島を除いて全県病床数が十分にありますが。ところが、関東に入りますと、途端に全部が一
 二の三になります。ここに a は $b + c + d$ よりも小さいか、これはモデル病床、感染症病床で返答が

最後にもう一つは、 $a \times 0.73$ 、 0.73 というのは患者数が全国同じように減るとしたら、2020

年の時点で0.73倍になるんです。(b+c+d)×f/g、f/gというのは返答率が大体8割です。これば、20%ぐらい増えれば、返答したところと同じとは全く言えないんです。

それとも、これはあくまでも計算です。

そうすると、2020年の時点で、陰圧室は十分ありましたかと。これになりますと、絶対に陰圧室を増やさないといけない地域だけをピックアップするという意図でやったんですけれども

そうすると非常に少なくなりますけれども、埼玉、東京などの関東のところは、それでもまだ足らないということになります。地域格差がかなりあるかと存じます。

つとも、言や中らにのいだちる
あ含一もを云とを公地こ式
てうといふそまなけ要
足すがば、いりどで
ま字すえ数
まな正
うふうと
あるであ
必要は必
長も必
会域が
谷部を
都調査
坂いた
〇て

に基
たす
を
究め
る研
究核
心と
して
、結
果も
なく
すけ
れど
、大
きく
はこ
のこ
ろで
、こ
のこ
ろで
、こ
のこ
ろで

にして、今、川城委員がおっしゃったようなことについての正確な数字は出ませんか。

[illegible]

ですけれども、全部のどこからもらえるように強力にプッシュすれば、データは得られるかと思ひます。防衛費については、民間企業でもあればいいけれども、防衛費は民生費

患患者の人数は、去年に比べて、増加した。これは、人口が増加しているからである。また、生活習慣病の増加も原因の一つである。

(勸)

て、データをとるに当たっては、何か出てくるんですか。

○東海林委調査すれうば出たと思はます。ですから、実態の届出数と実際に稼働している病床
がどう全国委員会長の所長と会おけるかというのを、調査をしてください。その代わり、全数を把握し
て。坂谷徳一先生、今、このところ、母数となる数が病床届出数になっていますので、こういう結果し
て東海林委調査すれうば出たと思はます。ですから、実態の届出数と実際に稼働している病床
をか使部会長の所長と会おけるかというのを、調査をしてください。その代わり、全数を把握し
て。○阪谷徳一先生、今、このところ、母数となる数が病床届出数になっていますので、こういう結果し

とんじり

〇江波佐厚生労働省の中では、何種類か調査がありますけれども、基本になっていますのは、統計情報部の方で実施している医療調査ということだと思います。それを基に、今回病床利用率というところで出しているけれども、これは基本的に許可病床数をベースとした調査ということになっていて、感症法で関係して、当課としてもデータを把握しておりまして、それが今参考資料として回すのほかに、省内でできるかという調査とある検討したいと思います。事務局の方で勉強いたしまして、どのような数字を把握できるといいます。昔は、書類上のベッド数が実際に動いているベッド数であった時代がほとんどだったんですね。それが、その間に差が出てきてしまったということが原因かもしれません。基本的には、地方自治体ごとにきっちと把握すべきであると、それを集めれば、国全体がわかるという構図になっているんですかね。

量98%は、労働と
要するに。働くと
必ずや近いうち
で実中や近い今
区、るて願ひを
区内では、
界内で策定した
全管轄の指定病
は当続て診療
床。上止すいい
病す以考慮で遠
のま年を率分
核い50年度動多
結達室年稼つて
り、で匡今のど
れか陰で60すな
どの化にして
けは老うこし菱
す率といふ50う
で働たいたいも
んな稼につ所。な
ん稼くつか。さ
%域しい可一すが
35地ともうられ
ともおてもなそ
ずでながめ、
まあしい生含も
見のが先もどれ
で県市山敷れ切
タ五郎吉占け入
一靖後と陸す人
デが先、人多め
のがろほ多め
累すとはこの話
玉まとはあでの
埼りのにな所内
員働かる算2も
そまつ稼後予に
〇日決上の管内と
〇はいしや率

○はいでや率

んでおります。東京の県境ということもあって、東京都から入っている患者さんもいるというふうに聞いております。やはり後継者がいないというのも、大変大きな問題だと先生はおっしゃっていらっしゃいました。

そのときには、本庁の課長も一緒に話をさせていただいたんですが、透析患者さんも受けていただいていたので、今後そこについてもどうしたらいいかというのは、大変悩みの種になっております。

[illegible][illegible][illegible]

○坂谷部会長 まず、結核だけではなくて呼吸器系の医者が足りないんです。それで若い人から人気がないんです。1つは経済的な理由もあるんですけど、それに固執するつもりはありませんが、いろんな理由から。

産科、小児科を含めて、どの分野にどのぐらいの医者がいるかということは、きちっと把握はされつつありますけれども、制度としてそれを国家として保障する方法は今のところないですね。そんな問題までいくかも知れません。

かゝるえとて、
はれを考へ
うがまに
いふ影をま
ねるこなき時
半端な常結
途す詮い異に
中ではかう
いんそらさ
もなや、さ明
てはもと醫者
つにもど醫士
言況核おけし
ら状結けいら
かたずける言
数うよめる々
のふゆら我と
者者のたご二
患え匠つた二
言ひだのか端
た者に科道、
今器置す。
ま医疾けうする
いは呼よりい
れば、そんで
こをはるれ
といや、して
に上につ方
しいきおの
ま者と者がに
しい匠た委員
聞きのた二肺
に料り南をも
核り斜し、うの
結や吸って考
に「呼おいで
門、がんと
か専ら生つが
それだ召し歩
それを込まず
結　飯でまる

[illegible]

数のものが、まの臨でし
 のうにて病初い言
 匠とい定最い発
 医と病働指、どう
 で業定で修ること
 野事指病院きこつ
 分ル修病床うち
 な玉研定指し接い
 ると臨修はにるか
 いた、研や例せす
 に中も床、症たで
 のと臨う持のす
 す核れ、かいをも
 要結け今うす心
 も、すでそ関い
 だん、も私で。て
 どれんう。ね上つ
 けれうすたし思
 けけしでてしに
 でうう関防くな
 さんい思無染つ見
 ななては、感ふ
 線核つに、組員
 長結やい核て仕病
 延大体が結きう
 ので大にでい分
 摘こが當とう自
 指二院かく本とそ
 の今病いはち、つ
 員、学て方きに近
 委、大生がき近
 ぞのとこれ抓い室と最
 のうあを若陰年つ
 の、2、
 生員、ねもて、
 先委いすうし1、か
 川川りまいれと修い
 〇足あめす要床は

[illegible]

の問題は議論しなくてもいいということは、この資料２－１の２、３に関しましては、削る話題はないと思いますし、今、長時間かけて議論しましたことは、この２と３以外にも教育の問題で新たな問題点をここに書き加えるべきだということだと思われます。

時間がまいっておりますので、不十分でございましたけれども、議題２に関しましては、この辺で終えたいと思います。

事務局から何か伝達事項はございますでしょうか。よろしく願いいたします。

○江波補佐 前回本部会の方で御議論いただきました、結核医療の基準につきましては、先ほど申し上げましたとおり、本部会での御意見を踏まえまして、現在、厚生労働省の省令及び告示の改正作業を行っております。今年度の12月中を目途に公布しまして、来年２月には施行という方向で作業をすすめているところであります。

次回の部会ときには、正式なものを御報告できると考えています。

また、次回の部会の日時、議題等につきましては、追って事務局の方からまた御連絡を差し上げます。

また、今回御議論いただきました結核医療の在り方につきましても、次回以降の議論として特に大事だと思っておりますので、また日程調整の中で議題なども合わせて御連絡差し上げたいと思っております。

以上でございます。

○坂谷部会長 今、江波補佐の方から話がありましたが、結核医療の基準、先生方もうお忘れかもしれませんが、きっちと審議いただいた結果があるんですが、まだ公布されておられません。告示されておられません。その改正作業をやっていたら、施行していくという作業をしていただくということでございます。

それでは、時間がまいりましたので、本日の部会を閉会にいたしたいと思ひます。活発な御議論、問題提起ございまして、ありがたかったと思ひます。

本日はお忙しい中、誠にありがとうございました。今後ともよろしくお願いいたします。

(照会先)
厚生労働省健康局結核感染症課
TEL: 03-5253-1111
(内線2381)