

Table 3 Distribution of the problems in running model-beds (%)

	HIC procedures pressing extra-workload	Low occupancy rate of model-beds	High cost of equipments for HIC	High workload and high cost for TB patients care	Low fee for TB care	Difficulties of caring TB patients in separate rooms from the nurse station	Difficulties in long-term in-hospital care due to lack of sufficient amenities	Difficulties in accepting TB patients with short notice	Nurses must care for patients with associated conditions unfamiliar to them	Difficulties in maintaining quality of TB care	Risk of infection to the staffs and other patients	Others
Reasons for the economical burden (N=20)	0	50	30	10	10	0	0	0	0	0	0	10
Reasons for the burden to the workload (N=28)	57	7	0	14	0	21	0	4	7	4	4	0
Requirements to be improved for Op2 (N=15)	0	7	33	13	20	7	13	7	7	13	0	27
Reasons for Op3 (N=8)	0	25	13	0	0	13	25	25	25	13	13	13
Mentioned in free comment (N=13)	8	23	23	15	39	23	23	8	8	15	0	8
Total (N=43) †	37	30	28	21	16	16	14	12	12	7	5	16

* TB = tuberculosis, HIC = hospital infection control, Op1 ~ Op3: see footnote in Table 2.
 † Double counts are excluded.

の指摘。

(4) 結核患者診療への超過労働力や人件費 (21%) : 結核患者が入院すると1人がかかりきりになり他部署が手薄になる, 従事者の数が不足, 看護師の配置の関係で人件費が余分にかかる, 寝たきりの患者さんの割合が高く看護師の負担となっている等の指摘。この他3病院から「精神科指定医と結核診療ができる内科医の両方を確保しなければならない」との指摘があり本カテゴリーに含めた。

(5) 低い診療報酬 (16%) : 感染防止対策経費が必要だが診療報酬での反映がない, 結核診療を行っているのに一般の精神科入院患者と医療費がかわらない, 人件費も含めた継続的な補助が必要, なんとかpayするよう配慮してほしい等の指摘。

(6) 看護上の問題 (16%) : モデル病室が病棟の奥にあるため重症・不穏・急変の観察や迅速な対応が困難, 陰圧の個室でスタッフルームと隣接しガラス張りで十分観察可能な状況が必要, モデル病床は後付になるためどうしてもフロア全体の奥に設置され労働力を圧迫する, 等の指摘。

(7) アメニティの不足 (14%) : アメニティがモデル区域内で完結しない, 長期入院は管理上も院内感染対策上も難しい, 広いスペースと心の安らぐ環境が必要, 部屋が孤立しているため話し相手がなく臥床傾向になる, 個室管理はADLの良い症例にとって大きなストレスになり長期入院例は管理困難, 等の指摘。

(8) 結核患者受け入れ態勢の問題 (12%) : 空床になりやすい反面他の患者に使っていて結核が発生すると突然病室移動を余儀なくされる, モデル病床を一般ベッドとしても使用しており感染性結核が常に即時入院できると限らない, 常時満床で病床のやりくりをしている状態では結核病床のユニット化は不可能等の指摘。

(9) 看護職の知識面での負担増大 (12%) : 結核の専門的な知識技術が必要となる, 精神科急性期病棟内のモデル病床で身体的に重症な患者の看護に不慣れ, 職員の入れ代わりが多く十分な職員教育ができていない, 専任の感染症ナースの雇用が必要, 普段は担当しない疾患を呼吸器内科の看護師が担当しなければならない, 等の指摘。

(10) 診療の質確保 (7%) : 専門医がいない, 結核診療の経験が深い医師が常勤であることが必要, 院外の専門医による定期的なコンサルトや点検指導の地域的システムがあることが望ましい, 等の指摘。

(11) 感染のリスク (5%) : 易感染者が病棟病院内に多く一般病院での結核診療は危険, 自身が感染するのはという不安がある, 等の指摘。

(12) その他 (16%) : 多剤耐性結核患者などの難治例

や重症例は専門施設での管理が望ましい、モデル病床以外に疑い患者を管理する部屋が必要、感染症病棟にある程度疾患が限られていてかつ経過を追うことが可能であることが必要、設置場所が急性期病棟ではない、以前の個室をモデル病床として変更したので個室料金が取れなくなった、常に換気扇が入っているため冷暖房がききにくい、精神保健福祉法と感染症法の関係の整理が必要（マスクもせず痰を吐き散らす患者でも感染防止を理由に精神科隔離を行うことができず隔離（すべて精神科隔離と見なされる）の理由はいくまでも精神的診断に基づかねばならないが、例えば他者に感染させる恐れがあるにもかかわらず感染防止の行為が行えないことを「他害」の恐れと解釈し精神科隔離が行えることが必要）等の指摘。

このほか運営上の問題点ではないが、フリーコメントとして「看護体制上維持困難でアンケートの時点では既に閉鎖した」、「専門医不足や人員不足で結核患者の受け入れは現状では非常に困難」、「実際には稼動していない」、「モデル病床を返上したい」がそれぞれ1病院ずつからあった。また「一定規模の病院にはモデル病床が必要である」とのコメントも1病院あった。

4. 考 察

本調査では、病床数が十分であれば、大半の結核患者を現在のようなモデル病床で診療していくことが（条件がそろえば）可能であると回答した病院は約4分の3を占めた。モデル病床運営上の問題点として「感染のリスク」を挙げた病院はわずか2病院と少数で、少なくともモデル病床運営病院等の一部の病院では「一般病棟での結核診療」の下地は整っていると見なすことができる。他方で、結核病棟の必要性に関するコメントも散見された。例えば長期入院を要する患者や多剤耐性結核等の診療については現在のような結核病棟制度を維持すべきであるというものである。米国でも現在においても特殊な結核患者に関しては結核病棟等の特別な結核専用病床を存続させるべきであるという意見も多く⁹⁾、実際にいくつかの州ではこうした「結核病棟」が存続している⁹⁾。日本においても、一般病棟における結核診療は現在の結核病棟制度と並存して行っていくことが望ましいものと思われる。

しかし本アンケートからは、結核診療の場を一般病院に移行させる場合には未だ多くの問題が存在しており議論が必要な領域が存在していることがうかがわれる。

例えば、一般病院での結核入院診療の場合に結核患者の入院病床を特別な区域にまとめてグループ化（ユニット化）するかそれとも個室単位で完全に一般病棟へ統合させるか、またグループ化する際にはこれらの病床を他

の目的にも使用すべきかどうかについての議論が必要である。これらは3.4.項の高い空床率、看護上の問題、結核患者受け入れ態勢の問題に大きく関与する事項である。感染対策設備面ではユニット化が望ましいと思われるが⁹⁾、この場合には様々な問題が起こることが本調査から分かる。米国で結核患者の診療を、サナトリウムから一般病院へ移行する際、結核患者入院の場として結核患者専用病棟、病棟内の結核患者専用区域内病室、個室単位で一般病棟に完全に統合、の3つのやりかたが各州各病院で混在していたようであるが、当時の米国胸部疾患学会や米国肺疾患協会（American Lung Association）は「結核患者入院の場をユニット化することは必要でもなければ望ましくもない」としてはいる⁹⁾。しかし少なくとも私見では、ユニット化には管理上ないしコスト面において様々な利点があることも確かであると思われる。結核および結核を取り巻く医療状況が異なる日本で、一般病院で結核患者入院病床をユニット化すべきかどうかは、本調査で明らかとなった様々な問題を視野にいれて独自に検討していかねばならないものと思われる。

結核診療の場を一般病院に移す場合、診療やケアの質の確保も問題になるが、少なくとも呼吸器科専門医が勤務しており別の病院の結核病棟医に相談ができる状況にあれば少なくとも治療方針に関して困惑する事態は少ないものと予想される。他方ではまた、現在のような結核病棟制度をある程度維持して今後も結核診療の経験を集中化させることも必要であろう。アメニティの不足も重要な問題である。今後多剤耐性結核の診療を一定の専門施設に集中していく場合には、これら専門施設のありかたにも大きく関与する事項であろう。また一病院のみからの指摘ではあったが、「精神保健福祉法と感染症法の関係の整理が必要」という事態にも法的に対処できる環境を整備することが必要であろう。

今後本邦においても一般病院での結核入院診療を推進していかなければならないものと思われるが、これにあたっては未だ多くの問題があるようである。米国では結核診療の場がサナトリウムから一般病院へ移行するのに全米でおおよそ10年かかっており、その間様々な試行錯誤があったようである⁹⁾。これらの試行錯誤については多くの報告が残っておりまとめて総説として考察する予定である。日本でも現在のようなモデル病床事業の推進により、より広く経験を蓄積していくことが今後も必要と思われる。

謝辞：アンケートにご協力いただいた多くのモデル病床運営病院に深謝いたします。ありがとうございました。

追記：本研究は平成18～19年度厚生労働科学研究（新興・再興感染症研究事業）「効果的な結核対策に関する