

## 第 52 回 総 会 シ ン ポ ジ ウ ム

## I. 結核診査協議会の果たした役割と今後の使命

座 長 中 川 喜 幹

東 京 都 衛 生 局

受 付 昭 和 52 年 9 月 3 日

## The 52nd Annual Meeting Symposium

I. EVALUATION ON THE ROLE OF TUBERCULOSIS ADVISORY  
COMMITTEE AND FUTURE DIRECTION OF ITS ACTIVITY

Chairman: Yoshimasa NAKAGAWA\* (Health Bureau, Tokyo Metropolis)

Reporters: Masakazu AOKI (Research Institute of Tuberculosis, Japan Anti-Tuberculosis  
Association)

Toru MORI (Mitsukaido Health Center, Ibaragi Prefecture)

Norihiro UMEMURA (Health Division, Aichi Prefecture)

Kazu MASAOKA (Azabu Health Center, Minato Ward, Tokyo)

(Received for publication September 3, 1977)

Tuberculosis Control Law was totally revised in 1951, and expenses for treatment have since been subsidized by public funds. At the same time, the Tuberculosis Advisory Committee was established in each HC for the purpose of spreading adequate treatment.

Owing to this improvement, TB treatment, especially chemotherapy, has come to be applied widely during quite a short time.

During past 25 years, the Tuberculosis Advisory Committee played an important role in organizing treatment programme, and its main contributions are as follows:

- 1) spreading adequate treatment methods
- 2) improvement in quality of radiogramme and of X-ray diagnosis
- 3) improvement in supervision of patients through informations obtained from the committee
- 4) closer communication between HC and physicians working in treatment institutions

But, the Tuberculosis Advisory Committee is at present facing some problems as a result of rapid changes in the concept of treatment methods during recent years and increasing difficulties in differential diagnosis.

Main problems for the future are the following:

- 1) lack of checking function for long-term registered cases
- 2) uneven advisory abilities among different health centres
- 3) different judgments in cases of tuberculosis among children
- 4) decrease in the member of TB specialists in the committee

If the Committee goes on its work as it has been, the Committee will lose its function before long.

Therefore, it is time to reexamine and reorganize the committee. In the future, besides its

\* From the Health Bureau, Tokyo Metropolis, 3-5-1, Marunouchi, Chiyoda-ku, Tokyo 100 Japan.

checking function when giving subsidy to expenses for treatment by public fund, the Committee should be evaluated in the broad perspective overall tuberculosis control programme.

Changes to be considered for this purpose are as follows:

- 1) improvement of the quality of its activity through integration of some committees
- 2) active participation for differential diagnosis of non-tuberculous chest disease
- 3) more active advise with regard to treatment methods
- 4) carrying out advisory function with regard to supervision of tuberculosis patients

## ま と め

座長 中 川 喜 幹

昭和26年に現行の結核予防法が新たに制定され、画期的な医療費公費負担制度が導入された。その際適正な医療の普及を図る目的で全国の保健所ごとに結核診査協議会が設置された。

結核医療とくに化学療法は、これを契機に、短期間のうちに急速に広く普及するに至つた。

この間、結核診査協議会が果たしてきた役割はきわめて大きい。

その主なものは、1) 結核医療の水準の向上と普及、2) X線写真と診断の質の向上、3) 診査協議会を通して得られる情報による患者管理の推進、4) 医療機関と保健所との相互理解を深めたこと、等である。

しかしながら、その反面過去25年間に、結核医療に対する考え方が変わつてきたこと、鑑別を要する症例の増加してきたこと等のため、この診査協議会のあり方についても検討を要する問題が生じている。例えば、1) 長期登録者に対する診査機能が十分に発揮されていないこ

と、2) 保健所ごとに診査に格差が認められること、3) 年少患者の診査に問題があること、4) 結核専門医が減少していること、等があげられる。

したがつて、現状のままでは結核診査協議会は形骸化するおそれがあり、そのあり方について真剣に検討を加える段階にきているといつてよい。

今後は単に医療費公費負担制度の中の診査協議会としてではなく、もつと広く、結核対策の中でその役割を評価し、その使命を果たすことが必要であり、特に次のような配慮が望まれる。

- 1) 診査協議会の統合による質の向上
- 2) 非結核性疾患の鑑別
- 3) 治療方法に関して、より積極的な助言が行なえるようにする。
- 4) 患者管理についての意見具申ができるようにする。

## 1

結核予防会結核研究所 青 木 正 和

### 1. 果たした役割

わが国の結核医療は、国立療養所を中心とする専門医療施設とともに、全国で7万に及ぶ指定医療機関と、医療費の公費負担制度、保健所の患者管理に支えられて行なわれてきた。専門施設、指定医療機関、公費負担、患者管理の四つを並立させるために、結核診査協議会は不可欠であつたし、これによつて integrate された結核対策をとることができたことは、世界に類をみない成果と言つてよいだろう。

戦後、結核化学療法は日進月歩の発展をとげてきた。

この進歩は数多くの臨床対照実験成績に基づいて確認され、治療法についてコンセンサスを得ることができた。また、全国に結核症に関心を寄せる医師が数多くいたため、診査協議会委員の選任も可能であつた。このような基盤の上に立ち、全国7万の指定医療機関が患者の診断、治療を行なつてきたからこそ、300万人に及ぶと推定された結核患者を、20年で約1/4にまで減らすことが可能であつたと考えられる。このような結核医療を支えてきた結核診査協議会の果たした役割は極めて大きいものであつたことはいうまでもない。

## 2. 現状と問題点

診査会の役割は、「本当に治療が必要な患者に、必要な薬が、必要な期間だけ投与されているか否か」の診査にある。わが国では結核の診断はX線写真に頼る傾向が強かった。そこでまず、30枚のテスト・フィルムを作り、65人の内外の医師に診断してもらい、結核の診断について考察した。

その結果、①全員の診断が一致したフィルムは1枚もなかった。②約1/3が活動性、1/3が不活動性、1/3が治療と診断された例さえみられた。③排菌陰性の軽症例では診断は非常に大きくばらつく傾向が強かった。

レントゲン診断の一致率がこの程度だとすれば、診断をより正しくする道は、菌検査成績の重視、過去の成績を参考にして読影することとともに、複数医師による読影が不可欠のこととなる。

誤診の問題は今日では深刻な結果をもたらす。診査会には経験の深い医師が参加しているので、医師の書いた申請書はそのまま診査会を通すのではなく、真剣なアドバイスを連絡してあげることが、医師としてより親切な態度といえよう。

わが国の結核治療の最大の問題の一つは、極めて長期におよぶ治療例が多いことである。全国で見ると、現在治療中の患者の約17%が10年以上の治療を行なっているのが現状である。都道府県別にみると、現在治療中の患者の1/4が10年以上以前に登録された患者で占められているところもみられる。

そこで10年以上前に登録された長期登録者の実情を6府県で検討した。長期登録者は6府県で13,322人に及んだ。その結果、①10年以上の長期登録者で現在も要医療とされている者のうち、3年以内に排菌陽性の者は16.9%にすぎなかった。②約半数は10年以上にわたり、常に排菌陰性である。空洞が残存しているか、病変の拡りが広いので、排菌がないのに治療を続けていると考えられるものが54.9%にのぼった。④ある県では、10年以上の長期登録例で要医療とされているものの39.3%は、10年以上排菌がなく、空洞もない例で占められていた。⑤都道府県別に、長期登録が多くなる要因を検討した。検査実施

率、登録時の病状の重さ、人口10万当りの医師数などとの相関を検討したが、いずれも全く相関を示さなかった。ただ一つ相関を示したのは、1人当りの農業粗生産であった。都市では長期治療者が少なく、農村で多いという印象と一致した成績であった。⑥保健所別にみると、長期登録者の比率は更に大きくばらつき、調査した5府県70保健所のうち、登録者の30%以上が10年以上の長期登録者で占められていた保健所が4カ所、25~29%が長期登録者で占められていた保健所が18カ所にのぼった。

このように、都道府県により、保健所により治療期間が著しく異なっていることは、診査協議会がどのような態度をとっているか無縁ではないと考えられる。

再び、できるだけよい医療を行なうために、適切なアドバイスを診査会が行なうことのほうが、医師としてより親切な態度であることを強調したい。

## 3. 今後の使命

巨視的にみれば診査会の果たしてきた役割は極めて大きいといえるが、現状にはなお多くの問題が残されているといわねばならない。

現状でも、さまざまな工夫が行なわれていることはいうまでもない。

診査会の運営のための直接の費用だけでも、全国では12億円以上にのぼると考えられる。もし、34条、35条の申請書が、結核患者の情報を得るために必要というなら、この費用を使えば1人の活動性患者の情報を得るために約2,750円の費用を使えることとなる。

診査会は、よりよい診断、よりよい医療のために存在するものであり、可能なら、積極的に患者管理について建設的な意見を出すことも望まれよう。

今後の結核患者の減少、専門医の減少、結核患者を扱う医療機関の固定化などの傾向を考慮すると、いくつかの保健所ごとに診査会を統合し、質を高めることも必要となるかもしれない。

もし質の向上がはかられないなら、県単位くらいのサーベイランス体制の確立を考えたほうが、より現実的であり、より有効であると考えられた。

## 2

茨城県水海道保健所 森 亨

診査協議会は臨床的技術の維持向上と同時に登録制度から得られる情報の妥当性、信頼性にも大きな影響力がある。サーベイランス体制としての登録制度によつて得られる地域の結核問題の評価という立場から、上のような診査会の機能の効果を批判を試みた。

### 1. 結核問題とその都道府県間格差

「結核問題」という場合、それを量的に測るものさし=指標は、結核死亡率を初めとして、無数に考えられる。ここでは、結核死亡率、有病率、医療放置率等々の登録

制度から得られる二十数個の指標をとりあげる。これらの指標は、結核問題そのものを示しているのではなく、一つ一つが、それぞれ異なつた側面から問題を眺めているものと考えられ、その側面を二十数個分総合したものが、「結核問題」であるといえる。この際、個々の指標の類縁関係から、問題の側面もやはり相互に類似するものと、無関係なものがあることが考えられる。都道府県別にみた指標の相関関係をこのような考え方から分析する(因子分析)と、登録情報からみた結核は次の4~5個のような側面から成り、二十数個の指標は、それぞれの側面をそれぞれの強さで反映するものと考えられる。この場合、これらの側面同志は数学的には無相関である。①疫学的まん延状況、②年齢的偏在傾向、③感染性結核の多さ、④登録の諸期間の長さ、⑤肺外結核の多さ。ここで、③、④があげられていることは、これら診査会の機能に関連する問題側面が、都道府県間の、結核問題格差の要素になつていることを示すものである。

## 2. 感染性結核の多さ

上の③「感染性結核の多さ」を強く反映する指標は、新登録中感染性の割合、感染性罹患率、同有病率等であるが、本来ならば、これらは①の疫学的まん延度に含まれるべきものであるが、独立しているという点は注目すべきである。概して都会的な諸都府県でこの問題が大であるといえそうだが、実際にこれらの地域で患者発見や治療に問題があるのか、菌検査の十分な普及によるものなのかは今のところわからない。しかし、いずれにせよ、診査会が少なくとも全国的に同じ技術的基準で機能していないことの証拠であり、X線所見の判定の取扱い、菌検査の励行等の必要性を示唆するものと考えられるべきである。

## 3. 登録の諸種の期間の長さ

④の「登録の諸期間の長さ」は、というならば登録のturn-over rateのようなもので、これには平均総登録期間、平均有病期間等々が反映されている。

例えば平均総登録期間でいえば最高が三重県9.3年、最低が沖縄県5.2年という格差がみられる。登録制度運用の原則からすれば、平均有病(=治療)期間を2年、その後の不活動性期間を3年、両者を合計して平均総登録期間は5年程度になるはずのものと考えられる。しかし全国的にみても、この値は、登録制度が発足して間もない1961年で有病期間2.3年、総登録期間3.9年であつたものが、その後は着実に延長され、1973年でそれぞれ4.1年、6.6年となつている。治療や患者管理の向上からみると逆行的な傾向である。

## 4. 長期登録に関する問題

登録諸期間の長さでは、全国的にみて長い方に属する茨城県のいくつかの保健所の登録者について1976年末に調査を行なつた。登録者総数中、10年以上にわたり登録されている者が実に22.7%あり、5年以上は44.4%に達する。現在までの平均登録年数でみると、総数6.2年、活動性分類別にみると肺外活動性の2.9年を除くと各分類とも5年を越え、特に不活動性6.9年、病状不明7.6年と長い。このような登録運用の妥当性を菌所見によつて検討してみた。現在活動性のものの75%は過去に排菌の記載が1度もなく、このうち45%(全活動性者を100%として、以下同じ)は登録時より2年を経過している。また排菌歴ある25%のうち16%は最終排菌時から2年以上経過している。したがつて安全をみても $45+16=61\%$ の者は、治療は不要と判断できよう。同様のことを総登録について行なつてみる。この場合は少なくとも5年間排菌の記録がないことを登録除外の基準とする。登録者中排菌歴あり(22%)で、最終排菌より5年以上経過した者10%+排菌歴ない者(78%)中5年以上登録されている者32%=登録から除外してよい者42%となる。治療終了や、登録除外がどの程度原則的に行なわれるか否かが、前述の期間の格差の原因となり、これは、治療、管理をうける患者はもちろん、事務を扱う保健所にも大きな影響を及ぼす。更に登録情報の地域間の比較可能性にも重大な影響を与える。

## 5. 長期登録者の実態

茨城県の1保健所の10年以上の長期登録者180人について、更に詳しい観察、分析を行なつた。これら長期登録者の持つ特性をみると、最も多くみられたのが、「長すぎる治療期間」(62%)、続いて「治療脱落」、「管理検診未受診」、「管検判定上の遅れ」、「肺外結核」となつている。これらの特性間の相互関係を分析すると、結局それらは、「治療・管理に対する登録者の従順さ~治療・管理の側のマンネリズム」を表すもの、「広義の管理の失敗」を表すもの、の2因子に集約できることが示唆された。管理基準の適用の問題と、臨床技術水準の問題とに対応させることもできよう。いずれにしても長期登録問題はこれら2面から解決すべきであり、この点での診査協議会の機能向上に期待する余地のあることが、この分析により示されたといえる。

以上、登録情報からみた結核問題の都道府県間格差から出発して、現状として医療や患者管理の面で相当の格差があり、それが患者への不利益と同時に管理に対する負担増、情報の精度低下を招いていることを眺め、診査協議会の機能向上の必要性について述べた。

## 3

## 愛知県衛生部保健予防課

## 梅村典裕

結核診査協議会（以下診査会）が結核医療の進歩普及に果たした役割は大きい。この制度が発足してすでに四半世紀を経過し、その間に結核をめぐる周廻の情勢は著しく変化した。したがって、必要な期間必要な医療を給付するために事前に医療内容を診査する公費負担制度も、患者の減少、指定医療機関の推移、診査会の構成、合わせてサーベイランスとの関係から新しい使命を検討する必要がある。

診査会に提出された申請件数は昭和26年には5,588件で平年化すれば約2万2千件と推定されるが、昭和30年代に入つて化学療法の進展に伴つて急増し、昭和38年にはピーク（36,432件）となり、その後40年以降は直線的に減少し、昭和51年には19,632件とほぼ発足当時と同数にまで減少した。

この間の合格率は初期は78.0%であつたが、最近では99.9%に達している。しかし制度の変更により承認率が引き下げられると連動して申請件数が減少したが最近では老人医療費の無料化等もあつて承認率が低下した。

昭和36年からの活動性患者の指数は昭和51年には45.0と低下したが、この期間での申請件数の指数は55.0で、この間に10ポイントの差が認められ、化学療法の期間がそれだけ長期化したことを示している。

指定医療機関は当初には県下全医療機関1,895施設の43.6%であつたが、昭和31年には73.5%に達し現在でも3,724施設中70.2%であるが、現実に支払のあつた医療機関数は昭和31年には910施設で全指定医療機関の55.5%であつたものが昭和51年では27.1%にすぎない。

県内I地域（人口約32万）の指定医療機関のうち診療所についてみれば予防法の申請のない施設が、35年には23.7%であつたが昭和51年には70.8%にも達している。

また1施設当りの申請件数も年12件以上を扱う施設では昭和35年には29.2件、それ以外の施設では5.1件であつたが、昭和51年には18.0件、3.9件と減少した。

昭和51年の申請件数では前述のI地域とC地域（人口約21万）では管内の医療機関からそれぞれ127施設（70.6%）、60施設（57.8%）が提出された。全指定医療機関のうち管内居住患者のみの申請件数が年間12件以上の医療機関はI地域の病院で8/14、診療所で4/113であり、C地域では病院3/6、診療所8/54、両地域合わせて病院の55.1%、診療所の8.2%にすぎない。これを申請件数からみれば、前述の施設からの申請割合がI地域では病院分946件中98.8%、診療所分184件中39.1%、合わせて全体の92.0%を占め、C地域ではそれぞれ724件中98.3%、213件

中73.9%合わせて92.0%を占めている。1施設当りの申請件数はI地域116.9件と18.0件、C地域では237.3件と23.4件であつた。

昭和51年末のI、C両地域の活動性分類の登録患者の受療医療機関をみれば、入院患者ではそれぞれ79.0%、39.3%が管内の病院であり特に入所命令による患者では84.1%、17.2%である。通院患者についてはそれぞれ85.1%、73.2%が管内の施設で受療している。

1施設当りの患者数ではI地域の病院では入院14.7人通院48.2人合わせて62.9人、C地域では11.5人、76.3人合わせて87.8人であり、診療所の通院患者は3.2人と5.9人であつた。年とともに予防法を取り扱わない指定医療機関が増加し、1施設当りの患者数が減少し、患者が特定医療機関特に患者の居住地の専門病院に集中しており更に両地域を通じ医療の供給体制と患者の受療機関との間に深い関係があることが明らかにされた。

これら患者の減少に伴い診査件数も昭和38年には平均66.0件であつたものが昭和50年には40.6件、昭和51年には最大140件、最少0（全県延べ6回）、平均36.7件と大幅に減少した。

診査会の構成も発足当時は一部は兼務はあつたが専門施設の委員の欠けた保健所はなかつた。専門施設からの委員の平均年齢は38.9歳で他の委員に比して最も低く50歳を超える委員が2名のみであつた。しかし昭和46年以降25保健所で4カ所の兼務のほか4保健所には専門施設からの委員を欠き、50歳未満の委員もわずか2名にすぎず平均年齢も56.0歳と他に比し最高となつている。

愛知県がんセンターの開設以来の肺がん症例のうち6カ月以上診断の遅れた187例（25.8%）は、その期間を問わず約50%が肺結核の治療のためとされており、他を抜いて最も大きな理由となつている。もしこれら症例が予防法の申請があつたとすれば2回以上の診査の機会があつたことになる。

C保健所T市在宅の51年末の登録患者366名について、医療に関するもの、保健所活動情報およびその他の情報に分けて記載項目を検討すると全体の6,085項目の記載中公費負担に関するもの48.7%、届出関係8.0%合わせて医療に関するもの56.7%を占めている。昭和51年の登録患者51名についてはそれぞれ31.2%、16.5%、47.7%であり比較的長期の登録の昭和36年より昭和40年の48名ではそれぞれ57.8%、4.1%合わせて61.9%である。

一方では結核対策の進展に伴い、まん延状況が著明に改善されて、患者が大幅に減少し、したがって予防法の

公費負担申請件数も減少し患者の偏在化に伴い保健所間の格差も大きく拡大してきた。他方患者の社会的行動圏の拡大複雑化のため患者の居住地のみでは患者発生等の全貌も疫学的資料もとらえ難いもので、サーベイランスを強化するためにも情報の集中化が必要である。更に各診療機関も医療需要の急速な増加により結核以外の患者の診療に忙殺されて結核に関心が薄れていることもあり、特に肺がんの診断の遅れの大きな理由が結核の治療とさ

れている現況であり、更に結核を専門とする委員を各診査会すべてに充足することがますます困難となつているので非結核胸部疾患の専門委員を加え、診査会を集中し、この情報をサーベイランスに活用するとともに結核医学の進歩に副つた最近の医療を実地に導入するため、症例検討会的な性格をも合わせ持ち開かれた診査会とすることが結核根絶への近道であり、診査協議会に課せられた新しい使命であるとする。

4

東京都港区麻布保健所 正 岡 和

1. 果たした役割について

最近の34条の合格率は、99%をこえている。診査の建前は、当初医療の適否を決定するのみとされていたが、東京都では、医療の中断を生じないため、以前から医療内容の変更などを行なつてきている。これは都以外の県

でもかなり行なわれており、診査会の果たした役割を評価する場合、単に合格率のみでなくそれらも含めて行なうべきである。全都にわたる資料が得られないのでS保健所の例を表1でみると、医療内容変更以外にも種々の助言がなされていることがわかる。このように条件が付けられて合格とされたもの、不合格および保留も併せる

表1 結核診査協議会において条件付合格となつたものの内訳 (S保健所) (中川)

期 間	条件付 合格総数	医療内容 の変更	今回限り	3カ月 間のみ (含2カ 月以内)	要入院	次回申請の際の要望事項			
						断層写真 を撮影	要検痰 (含耐性 検査)	最初から のX線写 真を提出	その他
昭和26年12月～31年11月	324								
昭和47年度～50年度	491 (*)	220 (44.8)	98 (20.0)	59 (12.0)	36 (7.3)	95 (19.3)	75 (15.3)	15 (3.1)	4 (0.8)

注：1. 件数はすべて申請受理の時点で計上した。  
2. \* 重複計上のため100%をこえる。

表2 結核診査協議会における診査状況 (法第34条関係) (S保健所) (中川)

期 間	申請件数	合格件数	(再掲) 条件付合格件数	不合格件数	保留件数
昭和26年12月～31年11月	3,897 (100.0)	3,551 (91.1)	324 (8.3)	157 (4.0)	189* (4.9)
昭和47年度～50年度	3,444 (100.0)	3,349 (97.2)	491 (14.3)	95 (2.8)	186** (5.4)

注：\* の189件は再診査により合格か不合格が未だ決定しない時点で計上してある。  
\*\* の186件は再診査により合格か不合格が決定しそれぞれ合格不合格欄に計上してあるため再掲の数である。  
件数はすべて申請受理の時点で計上した。

表3 結核診査協議会において不合格となつたものの理由の推移 (S保健所) (中川)

期 間	総 数	X線所見 な	治 癒	経過観察 (含要 鑑別)	他の疾病 の 疑 い	他の治療 法がよい	そ の 他	不 明
昭和26年12月 ～31年11月	157 (100.0)	93 (59.3)	10 (6.3)	10 (6.3)	17 (10.8)	21 (13.4)	6 (3.9)	—
昭和32年～35年	166 (100.0)	81 (48.8)	28 (16.9)	25 (15.1)	19 (11.4)	—	13 (7.8)	—
昭和47年度～50年度	95 (100.0)	25 (26.3)	15 (15.8)	39 (41.1)	6 (6.3)	—	—	10 (10.5)

注：1. 件数はすべて申請受理の時点で計上した。  
2. 昭和32年は昭和31年12月～32年11月分を計上した。

表4 結核診査協議会において保留となつたものの理由の推移(S保健所)(中川)

期 間	総 実数 延数	要再撮影	要断層 その他の 特殊撮影	以前のX 線写真が 必要	要菌検査 (含耐性 検査)	他の疾病 の疑い (要鑑別要 経過観察)	他の治療 法がよい	その他
昭和26年12月 ～31年11月	189 189(100.0)	84 (44.5)	39 (20.6)	9 (4.8)	13 (6.9)	13 (6.9)	7 (3.7)	24 (12.6)
昭和32年～35年	243 243(100.0)	75 (30.9)	98 (40.3)	11 (4.5)	2 (0.8)	34 (14.0)	2 (0.8)	21 (8.6)
昭和47年度～50年度	186 227(100.0)	18 (7.9)	92 (40.5)	53 (23.4)	11 (4.9)	28 (12.3)	—	25 (11.0)

注：1. 件数はすべて申請受理の時点で計上した。  
2. 昭和32年は昭和31年12月～32年11月分を計上した。

表5 結核診査協議会の果たした役割(森, 梅村, 正岡)

	調査対象数	回 答 数	適正医療の普及に役立ったか		記入なし
			役立ったと思 う	役立たなかった と思わない	
総 数	971	883	760(86.1) %	120(13.6) %	3(0.3) %
保 健 所 長	107	107	98(91.6)	6(5.6)	3(2.8)
診査委員(除保健所長)	435	405	374(92.3)	31(7.7)	—
指定医療機関	429	371	288(77.6)	83(22.4)	—

注：%は各回答数を100とした。

表6 結核診査協議会の今後のあり方(同前)

	回答総数	現状のままで よい	廃止すべきで ある	強化あるいは改 善すべきである
総 数	883	375(42.5) %	54(6.1) %	454(51.4) %
保 健 所 長	107	31(29.0)	4(3.7)	72(67.3)
診 査 委 員 (除保健所長)	405	184(45.4)	11(2.7)	210(51.9)
指定医療機関	371	160(43.1)	39(10.5)	172(46.4)

注：%は各回答数を100とした。

と表2のように、約17%に何らかのチェックが行なわれていることになる。

不合格の理由の推移を表3でみると、診断の質の向上が伺われる反面、最近では鑑別診断を必要とするものが増加してきている。また保留の理由の推移を表4でみると、X線写真の質の向上がみられる反面、精度の高い診断の必要性が高まっている。また、表1の医療内容変更220件の内訳では、治療薬剤を削減したものが72%、他の組合せにしたものが13%、強化したものが15%であった。

2. 問題点について

①全都の昭和47～50年度の34条の合格率は99%をこえているが、その間、不合格の全くない保健所がみられ、また、医療内容の変更の指導、助言のない保健所もある。しかも年をおつてみると、それらの保健所が比較的固定している傾向がある。②年少患者の診査については、15歳未満の患者は、年々減少しているが、昭和50年全都69

保健所のうち、新登録患者中に10%以上も占める保健所が認められる。また、昭和48年、49年に登録された東京都の乳幼児の調査で、登録時ツ反(一)が5.4%、不明・未検査が4.1%もある。なお、武田氏の研究(結核Vol.50, No.6,7)によると、申請総数179名の初期結核患者の最終判断では、非結核が20.1%、結核が疑問視されるもの26.8%であり、年少患者の診査には、ツ反応の成績を慎重にチェックすべきことが伺える。

3. アンケート調査について

東京、愛知(除名古屋市)、茨城の1都2県の保健所長、診査委員(除保健所長)の全員および指定医療機関は、保健所型別に申請数の多い順に5～2施設にわたり、本課題についてアンケート調査を実施した。有効回収率は、保健所長100%、診査委員93%、指定医療機関87%である。調査結果：①適正医療の普及に役立ったとする意見を表5でみると、いずれも高く評価している。役立った

と思わないとした指定医療機関83機関について、理由の内訳をみると、重複回答で63%は公費負担の手續きにすぎない、24%が統制医療である、18%が指導性がなさすぎるとしており、これは全指定医療機関に対しては14%、5%、4%に当たる。②現状および今後のあり方についての意見では、表6のとおり、現状のままでよいという回答は、保健所長が最も低く29%である。また廃止すべきであるは、指定医療機関が11%で、他はいずれもごく低率である。

一方残りの現状にもあきたらずより強化あるいは改善すべきであるという意見が、それぞれ半数以上あるいは近くを占めている。

この強化あるいは改善すべきであるとしたものについて、理由の内訳をみると、重複回答で、医療上の指導、助言を強化すべきであるという意見が保健所長52%、診査委員62%、指定医療機関53%、次いで、結核対策全般

に対する指導的役割をもつべきであるとする意見が45%、38%、42%と高率であつた。アンケートの回答を要約すると、立場の違いはあれ、診査協議会の果たした役割を高く評価しつつも、現状改正の考え方が強く、半数以上が改善を望んでいるとしてよいと思う。

#### 4. 今後の課題

診査協議会の果たすべき役割は、既述のごとく、不合格の理由の推移で、鑑別の必要なものが増加していること、保留で精度の高い診断の必要性が高まってきたこと、医療内容に対する指導、助言の必要なこと、特に年少児の診査に慎重を期すること、また保健所ごとの診査にアンバランスがあることなどを考えると、診査協議会の指導性の発揮が強く望まれており、アンケートの回答もそれを裏づけていると思う。