

平成 27 年 9 月 18 日

保険局医療課長 宮寄 雅則 殿

平成 28 年度診療報酬改定要望

昨平成 26 年の新登録結核患者数は初めて 2 万人を下回り、罹患率も人口 10 万対 15.4 まで減少しましたが、それでも結核は依然としてわが国最大の感染症です。そして、新登録結核患者の半数以上が高齢者というように、結核患者の高齢化がますます顕著になってきています。これは、結核菌が治癒した病巣においても休眠菌として生涯残存するしぶとい菌であるためであり、世界の全人口のほぼ 3 人に 1 人が、わが国においては 4 人に 1 人が既感染者と推定されております。そして高齢の既感染者の発症の多くは、がん・心筋梗塞（後遺症）・脳卒中（後遺症）・糖尿病・認知症などの 5 疾病を中心とする合併症を伴って入院する患者であり、その治療には複合的な医療や介護も必要となっております。

また、急速に進行している国際化の中で外国出生者の新登録結核患者数は 3 年連続で 1 千人を超えており、20 歳代では新登録患者の 43% を占めています。こうした状況下で、閣議決定においても東京オリンピック、パラリンピックが開催される 2020 年までにわが国の結核低まん延国化（人口 10 万対 10 以下）が求められているところです。加えて、世界的には多剤耐性結核が蔓延しており、海外からの渡航者が集中する時期においても集団感染等に対応できる医療体制の維持は重要な課題であり続けております。

公益財団法人結核予防会は、創立以来 75 年余にわたり、結核研究所における結核の病理・病態解析、対策の策定や国際協力、全都道府県支部との協力・連携のもとでの結核予防にかかる普及啓発活動や健診事業とともに、政策に基づく結核医療の提供を使命として行ってまいりましたが、傘下医療施設における結核病床の運営は依然として不採算で経営を大きく圧迫しております。この事情は全国の結核病床を有する医療機関に共通の負荷であり、それぞれの地域で結核医療提供体制を維持していくためには、診療報酬上の改善が待ったなしの地点に立たされております。

つきましては、内科系学会社会保険連合を通じて日本結核病学会や独立行政法人国立病院機構からも切実な要望が提出されていることと存じますが、以下に改めて結核予防会とストップ結核パートナーシップ日本が連名で、結核医療にかかる重要な事項を列記させていただきますので、平成 28 年度診療報酬改定において、特段の御配慮をお願いいたします。

何とぞ御高配の程、よろしく願い申し上げます。

公益財団法人結核予防会

理事長 工藤翔二

特定非営利活動法人ストップ結核パートナーシップ日本
代表理事 森亨 田中慶司 白須紀子

平成 28 年度診療報酬改訂に係る要望について

1. 結核病床における「二類感染症患者入院診療加算」の算定

二類感染症患者入院診療加算は、「感染症法第 6 条第 15 項に規定する第二種感染症指定医療機関である保険医療機関に入院している同条第 3 項に規定する二類感染症の患者及び同条第 7 項に規定する新型インフルエンザ等感染症の患者並びにそれらの疑似症患者について、所定点数に加算する」とある。結核は二類感染症で、患者は法に基づく入院勧告者であり、かつ空気感染対策が整備されているにもかかわらず、現在、結核病床をもつ第二種感染症指定医療機関において二類感染症患者入院診療加算を算定できない。整合性を欠いており、加算できるようにしていただきたい。

- ・ 対象患者：入院勧告に基づいて入院中の患者（モデル病床にも適用）
- ・ 250 点/日
- ・ 入院後 60 日まで（ただし、多剤耐性結核患者は除く）
- ・ 必要総額：2,500 円×8000 人×60 日= 12 億円
- ・ 期待される効果：不採算の是正による結核病床の維持、患者の入院医療へのアクセスの改善

2. 在院日数短縮のための「結核病棟入院基本料における入院期間による加算」の是正

「結核病棟入院基本料における入院期間による加算」は、現在、下記の「現行」の区分となっているが、31-90 日では 100 点であるため、31 日以降の退院圧力は弱く、長期入院となる傾向がある。これは、2006 年の診療報酬改訂で 31-90 日の初期加算が 200 点から 100 点に減算となった経緯があり、一部を元に戻すという要望でもある。

- ・ 現行：14 日以内：400 点、15-30 日：300 点、31-90 日：100 点
- ・ 改正：14 日以内：400 点、15-30 日：300 点、31-60 日：200 点、61-90 日：100 点
- ・ 必要総額：増点の場合に予想される医療費 1.32 億円－現行 1.16 億円＝1.6 千万円
- ・ 期待される効果：在院日数短縮のインセンティブ

3. 結核病床における「NST（栄養サポートチーム）加算」の算定

結核患者の 50%以上を占める高齢患者の栄養状態は不良なことが多く、その事が死因の一つでもある。また栄養管理に関して、通常の栄養指導では改善しない事も多く、栄養改善を図るため結核病棟では一段の努力が求められている。積極的な栄養管理で栄養状態の改善を図ることにより結核患者の入院期間短縮も図れる可能性がある。これらの栄養管理のためには、結核病棟病床においても NST チームによる積極的な対応が必要である。一般病棟では栄養サポートチーム加算が認められているが、栄養状態不良例の多い結核病棟で認められていないのは整合性を欠いている。

- ・ 一般病棟において評価されている NST 加算を結核病棟病床にも適用する
- ・ 200 点/週
- ・ 総額：2,000 円×2500 人×5 回＝1.5 千万円
- ・ 期待される効果：死亡率低減、入院期間の短縮、チーム医療の推進

4. 結核外来診療科における「外来 DOTS 管理加算」の算定

結核の再発を防ぎ、再発の際に増える多剤耐性結核の発生を防ぐためには、確実な服薬を図ることが肝要である。多剤耐性結核になると、菌検査の陰性化に長期間を必要とするため入院期間が長期間する傾向があり、治療期間も 3 倍以上になるため、医療費も極めて多大になる。確実な服薬を行うためには直接服薬確認治療法（DOTS）が有効であり、自ら

薬剤の管理をしなければならない外来では特に必要である。現状、外来での実施率は半数強（54.5%）にすぎないため、これを推進するインセンティブが不可欠で、DOTS は医療費削減の観点からも推進する必要がある。

- ・ 医療機関において保健所と策定した服薬支援計画に基づく服薬指導を行った病院・薬局（想定は特定疾患療養管理料の対象にならない医療機関）
- ・ 1回 250点（月2回まで）
- ・ 総額：2,500円×7回×12,000人+2,500円×4回×10,000人=3.1億円
- ・ 期待される効果：患者の予後改善、医療費削減

5. 地域連携加算（地域連携診療計画管理料、退院時指導料）の創設

地域における結核医療の質を保ちながら、合併症への対応、入院医療へのアクセスの改善等の問題への対応が課題となっており、それらへの対応方法として、地域における結核医療の拠点病院が保健所と共に中心になって地域の医療の質を維持する役割を担うことが必要とされている。結核医療に専門性を有しない医療施設・介護施設であっても安心して、患者のケアを担当できるようにする必要がある。地域連携を円滑に進めるために、脳卒中及び大腿頸部骨折と同様の地域連携加算を要望したい。

なお、和歌山県、東京都多摩地区、広島県尾道地区など地域連携パスを用いた先行事業において、在院機関の短縮を含め有効性が実証されている。

- ・ 地域連携診療計画管理料 900点
- ・ 地域連携診療計画退院時指導料（I） 600点
- ・ 地域連携診療退院計画加算 100点
- ・ 総額：15,000円×10,000人+1,000円×3,000人=1.53億
- ・ 期待される効果：①「予防指針」にある地域連携の推進、②在院日数の減少による医療費削減

6. 「多剤耐性結核患者における感染症手術加算」の増額—通則10加算の適用

多剤耐性結核患者は救命目的で病巣を切除する必要があるが、滅菌的殺菌的薬剤に感受性がない場合が多く、排菌リスクが高い。このため、手術時は厳重なマスクを着用し、気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔や脊椎麻酔を伴う。多剤耐性結核菌に感染した後の潜在性結核感染症治療についてのガイドラインは未定であり、発病した場合予後不良であるため、厳重な管理が必要である。

結核菌排菌患者の手術について通則11にて1000点の加算が認められているが、多剤耐性結核菌患者の手術時には上記のように厳重な感染対策を要するなど専門医療の充実を図るために、HIV同様、通則10（4000点）を適用していただきたい。

- ・ 特掲診療科「第10部手術」の「通則11」は、「微生物学的検査により結核菌を排菌していることが術前に確認された結核患者」に対し、全身麻酔、硬膜外麻酔又は脊椎麻酔を伴う観血的手術を行った場合に1000点を算定するというものであるが、多剤耐性結核患者に関しては、これを「通則10」（HIV抗体が陽性と認められた患者又はHIV-1核酸が確認された患者に対して観血的手術を行った場合）で算定されている4000点に増額する
- ・ 1回 4000点
- ・ 総額：40,000円×12人=48万円
- ・ 期待される効果：患者の予後改善、専門医療の充実

※以上の 6 項目は、国立病院機構と結核予防会の要望を踏まえ、結核病学会が取りまとめた要望で、結核病床を持つ第 2 種感染症指定医療機関共通の課題である。

※ 本要望の基本的な背景についての補足

- (1) 結核は依然としてわが国で最大の感染症
- (2) 結核の高度専門病院でも赤字幅はまだ大幅
- (3) 結核医療提供体制の維持・確保のためには診療報酬上のインセンティブが必要

- ・ 結核病床における医療は政策医療である。しかしながら、国立病院の独法化とともに実質上その原則が崩れつつある。
- ・ 結核の入院医療は都道府県知事（実際は保健所長）の権限による人権制限的措置であり、他の疾患では患者が医療機関を選択することができる場合がほとんどであるのに対して、結核に関しては選択の余地はなくなっている。適正な医療提供体制の維持は人権的見地からも重要な課題である。
- ・ 外務省、厚生労働省、JICA、結核予防会、ストップ結核パートナーシップ日本の 5 者により推進されている「ストップ結核アクションプラン」及びそれを受けた 2014 年 7 月の閣議決定により、2020 年の東京オリンピック、パラリンピックまでに日本の低まん延国化が掲げられており、その実現のために医療体制を適正に維持することが求められている。
- ・ 歴史的観点から考えると、低まん延状況に向けて医療提供体制の構造的な再編成が必要で、診療報酬はそのために極めて重要な役割を持っている。
- ・ 2011（平成 23）年 5 月に改正された「結核に関する特定感染症予防指針」においても、医療提供体制の再編成の必要が強調され、院内 DOTS の強化、外来 DOTS の推進、地域連携体制の強化が明記されている。ただこのうち、院内 DOTS については平成 24 年改定時に入院基本料引上げの条件に取り込まれているが、外来 DOTS の推進については、平成 23 年 10 月の課長通知で入院が不要な患者も対象とされたことから、結核予防政策医療の一環であり、地域連携体制の強化とともに結核に特有な診療報酬という位置づけが必要である。
- ・ 結核病床は減少を続けているのみならず、結核病床を持つ医療機関の廃院、結核病床の実質的な閉鎖が続いている。「予防指針」に記載されている「結核病床の確保」「医療へのアクセス」の問題は全く解決されていない。
- ・ 平成 22 年改定、24 年改定は収支改善に一定の効果があったが（26 年改定はゼロ）、結核病床と一般呼吸器病床の医療収入とは 1000 点以上の乖離がある。これは結核の入院医療では診断確定後に必要な検査や治療は保険点数が低いものがほとんどであるために医療収入が低いという構造的な原因によるものであり、医療機関の努力では吸収できず、結果として、結核病床利用率 90%以上の医療機関（国から高度専門施設に指定されている複十字病院）においても、現状は経営分岐点とのかかなりの乖離がある。
- ・ 結核病学会、国立病院機構、結核予防会、Stop TB パートナーシップ日本は協働し、結核感染症課と連携して要望の実現を目指す必要がある。