

参考資料

感染症対策

感染症対策について

I 新型インフルエンザ対策

新型インフルエンザ(A/H1N1)の流行に係る診療報酬上の評価について

II 肝炎対策

肝炎に対するインターフェロン治療等に対する診療報酬上の評価について

III 結核対策

結核医療の特性を踏まえた診療報酬上の評価について

新型インフルエンザ対策

新型インフルエンザ(A/H1N1)の特徴

感染したほとんどの方は、**比較的軽症のまま数日で回復**

- 治療薬(タミフル・リレンザ)が有効である
- 現在の季節性インフルエンザワクチンは有効ではない

基礎疾患(糖尿病、ぜん息等)を有する者、妊婦等で重症化するおそれ

(季節性インフルエンザは高齢者、妊婦等で重症化する傾向)

多くの方が免疫を持たないため、季節性インフルエンザより流行規模は大きく、感染者数も多いと予想される。

- 季節性インフルエンザよりも**伝播力(人に感染させる力)は強い。**

新型インフルエンザの状況

【特徴】

基礎疾患(糖尿病、ぜん息等)を有する者、妊婦、小児等で重症化のおそれ

(注:季節性インフルエンザでは高齢者が重症化のおそれ)

【流行の状況】

新型インフルエンザは、本格的な流行期入り

	8/24-8/30	8/31-9/6	9/7-9/13	9/14-9/20
インフルエンザ定点医療機関当たり平均報告数	2.52	2.62	3.21	4.95
(上記から推計された全国の受診患者数:	約14万人	約15万人	約18万人	約27万人

今後、9月～10月にかけて、流行が急速に拡大していくおそれ



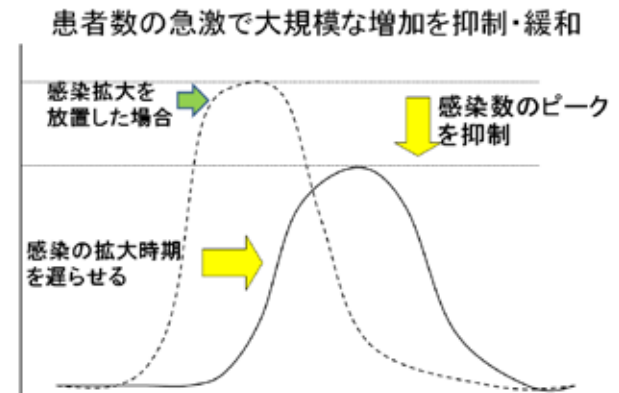
1国立感染症研究所情報センター発表

対策の基本的考え方

基礎疾患を有する者等の重症化しやすい者を守り、死亡者や重症者の発生をできるだけ抑制する

⇒ 患者数の急激で大規模な増加をできるだけ抑制し、社会活動の停滞や医療提供体制への影響を低減

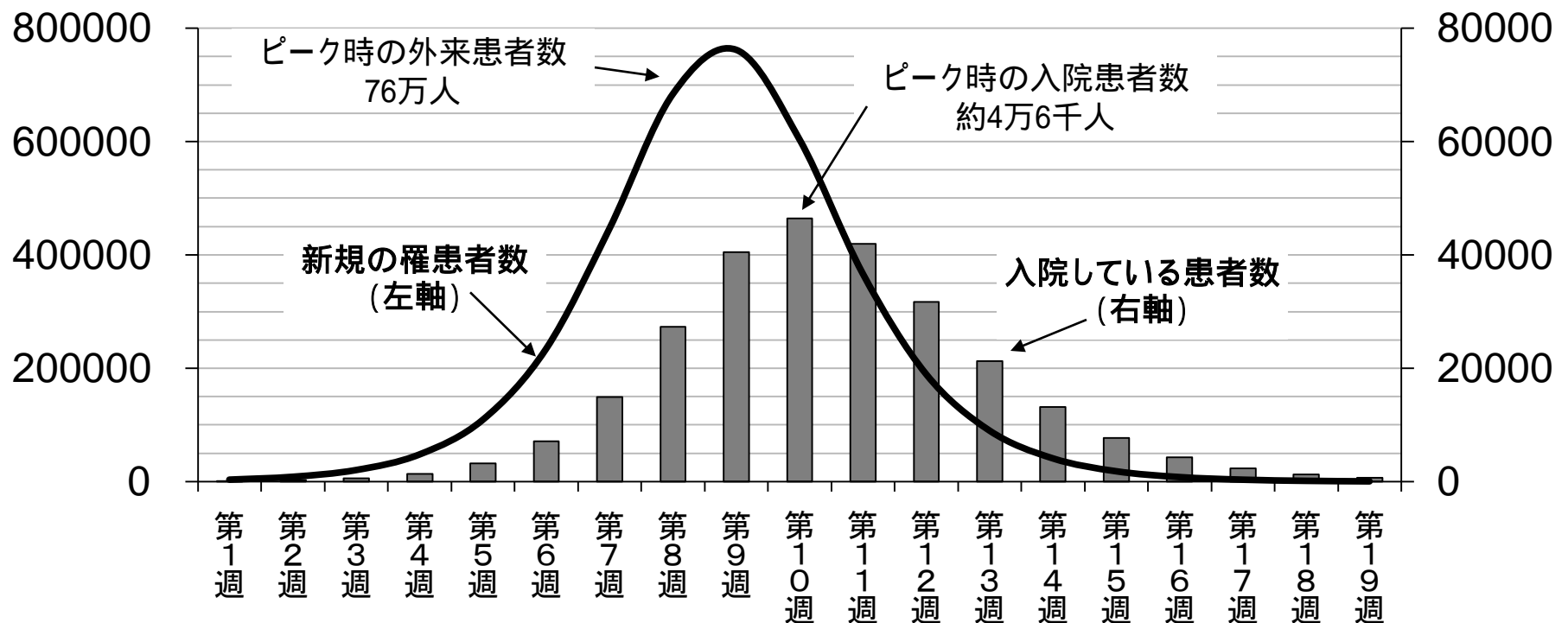
⇒ 医療機関の負担を可能な限り減らし、重症患者に対する適切な医療を確保



新型インフルエンザの流行シナリオ

	中位設定	高位設定
発症率	20%	30%
入院率	1.5%	2.5%
重症化率	0.15%	0.5%

各都道府県において医療体制を確保するための参考として示す仮定の流行シナリオであり、実際の流行予測を行ったものではない。



新型インフルエンザ対策(ポイント)

以下の対策を組み合わせて、総合的に対策を実施

地方自治体と連携した適切な感染防止対策の実施

⇒ 学校、施設等における感染防止対策の徹底、院内感染の防止 等

大規模な流行に対応した医療体制の整備

⇒ 重症化防止を最優先とする医療体制の整備(病床の確保、診療体制の充実等)

ワクチンの確保と接種の実施

⇒ 重症化の防止を目的に、必要量を確保し、ワクチン接種を順次実施(10月下旬～)

- ・9月中にワクチン確保・接種の具体的方法等について決定することが必要
- ・国内生産分のみでは必要量を確保できない見込みのため、輸入による対応が不可欠
- ・輸入のための契約やそのために必要な措置、健康被害が生じた場合の救済措置の検討が急務
- ・安全性の確保

的確なサーベイランス

⇒ 重症患者、死亡者の把握並びにウイルス性状の変化の探知に重点を置いて実施

広報の積極的展開

⇒ 全国民対象に感染予防のための基本メッセージ(手洗い、うがいの励行、咳エチケット等)を伝達
基礎疾患等をお持ちの方々への注意喚起を継続

大規模な流行が生じた場合に備えた医療体制

(1) 重症患者数の増加に対応できる病床等の確保

都道府県における重症患者の発生数等について検討

(新型インフルエンザの流行シナリオを示し、地域別の推計方法を提示)

都道府県における医療提供体制について確認

(外来医療体制、入院診療医療機関の病床数、人工呼吸器保有台数等)

上記の状況を比較し、地域の実情に応じた対策を検討

(2) 重症患者の救命を最優先とする診療体制の充実

外来医療の確保

(電話相談事業の拡充、住民への啓発、診療時間延長など診療所との連携)

入院医療の確保

(定員超過の取扱い明確化、受入体制の把握と調整、妊婦等の重症者の受入体制の把握、県境を越えて搬送・受入を行う場合の調整)

医療機関、医療従事者等への情報提供

(院内感染対策の徹底、新型インフルエンザ診療の考え方・症例集等)

(3) 基礎疾患を有する者等の感染防止対策の強化

院内感染対策の徹底(医療従事者向けガイドラインの作成)

基礎疾患を有する者等を対象とした手引きの作成

院内感染対策について

医療機関に新型インフルエンザの院内感染対策に関する情報提供

全ての医療機関に推奨する感染対策について、ホームページ上で公開、都道府県へ通達

< 外来部門 >

1. 全ての医療従事者が標準予防策に加えて飛沫予防策を実施する
2. 発熱患者とその他の患者の動線を分ける
3. ハイリスク者へは長期処方をするによりその受診を回避する
4. ファクシミリ等による処方せんの送付について検討する

< 入院部門 >

1. 発熱患者とその他の患者の病床エリアを分ける
2. ハイリスク者の診療を担当する医療従事者はサージカルマスクを着用する
3. ハイリスク者の待機入院を控える
4. ハイリスク者が入院する病棟への不要不急の見舞いを制限する

医療機関に対する施設整備や物資の補助

- ・一般の外来部門とは分離した感染症専門の外来部門施設の設置
- ・パーティション設置による空間的分離
- ・个人防护具の設備整備

現行のサーベイランス体制

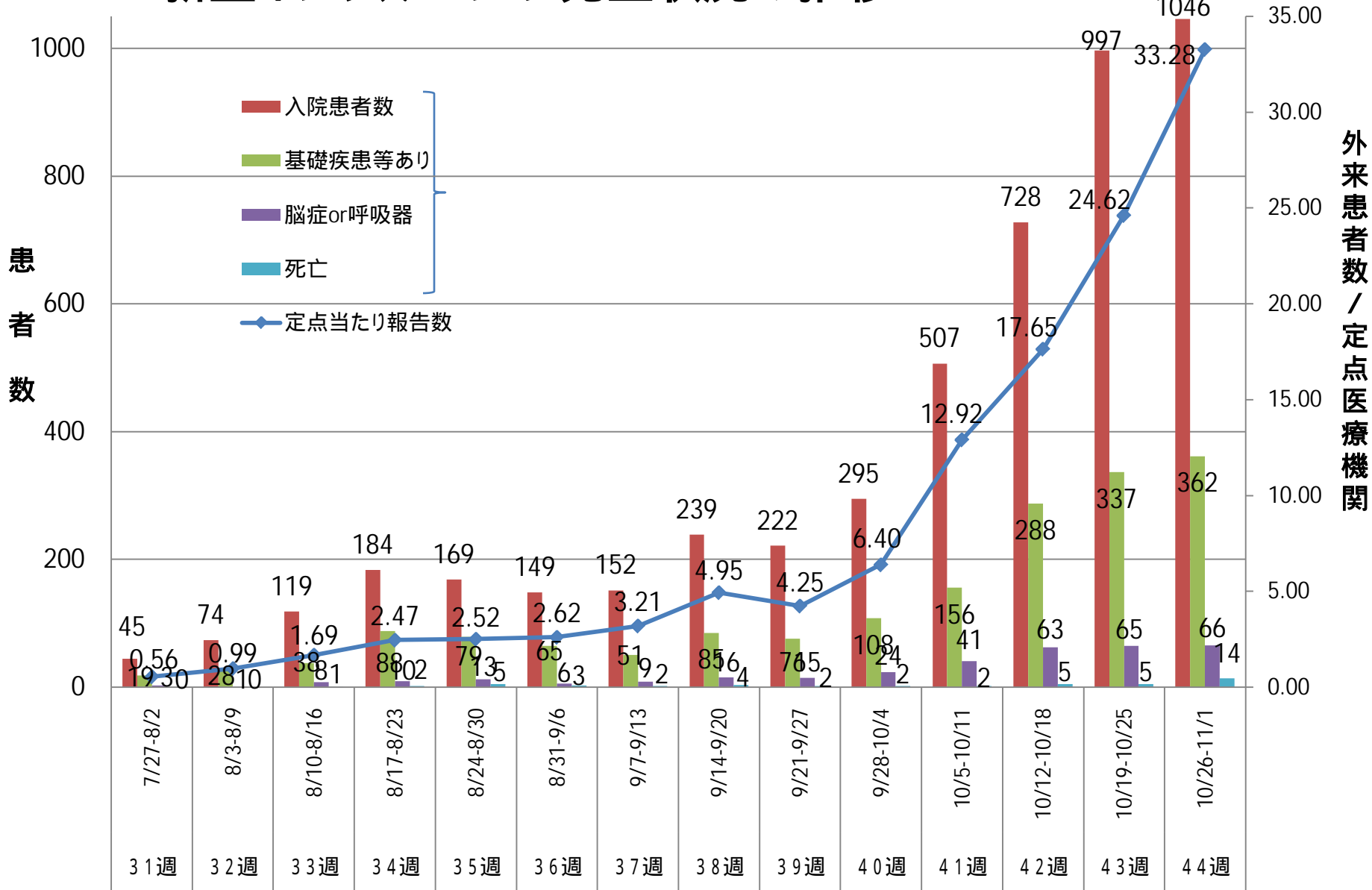
急速に感染が拡大する情勢にあるため、感染拡大の端緒把握を重点に置く体制から、重症患者、死亡者の把握並びにウイルス性状の変化の探知に重点を置く体制に移行。

以下の3つのサーベイランスの中で、特に(1)のサーベイランスに重点を置いて実施。

- (1) 重症化及びウイルス性状変化の監視のためのサーベイランス
(ウイルス・サーベイランス(約500定点)及び入院サーベイランス(全医療機関))
- (2) 地域における全体的な発生動向の把握のためのサーベイランス
(インフルエンザ・サーベイランス(約5,000定点))
- (3) 感染拡大防止につなげる集団発生の把握(クラスターサーベイランス)

新型インフルエンザ発生状況の推移

- 平成21年11月5日時点 -



厚生労働省 新型インフルエンザ入院サーベイランスによる週あたりの報告数

厚生労働省 感染症発生動向調査インフルエンザ定点医療機関における週あたりの外来患者報告数

インフルエンザ定点医療機関当たり報告数

自治体	41週	42週	43週	44週
	10/5-10/11	10/12-10/18	10/19-10/25	10/26-11/1
総数	12.92	17.65	24.62	33.28
北海道	38.96	57.93	61.43	49.08
青森県	4.65	11.94	24.89	37.46
岩手県	5.52	12.27	29.11	34.31
宮城県	7.73	9.22	19.99	44.82
秋田県	10.49	19.29	32.15	53.55
山形県	1.00	3.10	10.83	26.69
福島県	3.76	5.93	15.79	27.54
茨城県	9.34	13.23	19.35	26.08
栃木県	5.92	8.33	14.25	26.05
群馬県	6.48	11.25	18.76	27.35
埼玉県	16.89	22.97	28.23	39.39
千葉県	15.79	16.62	23.18	30.7
東京都	18.98	22.20	25.24	28.09
神奈川県	21.63	25.19	29.36	38.39
新潟県	4.57	6.96	22.66	39.25
富山県	1.94	5.35	12.02	23.29
石川県	1.79	4.33	12.94	33.19
福井県	2.59	6.09	14.00	24.47
山梨県	3.60	4.08	10.73	21.13
長野県	2.69	3.91	11.26	18.09
岐阜県	7.45	11.07	20.06	28.45
静岡県	5.39	9.17	13.39	17.14
愛知県	23.52	31.78	39.42	54.44

自治体	41週	42週	43週	44週
	10/5-10/11	10/12-10/18	10/19-10/25	10/26-11/1
三重県	11.07	17.47	29.97	46.14
滋賀県	9.73	16.02	29.13	44.42
京都府	9.81	15.23	22.40	34.15
大阪府	16.96	23.25	27.83	34.77
兵庫県	16.54	22.09	33.51	42.43
奈良県	9.07	10.93	17.80	22.85
和歌山県	5.88	9.48	14.18	21.96
鳥取県	2.28	2.24	6.14	12.93
島根県	1.76	5.24	9.61	13.32
岡山県	3.24	5.18	11.14	20.24
広島県	5.43	7.60	15.63	24.93
山口県	2.06	2.56	7.35	18.54
徳島県	3.27	6.05	8.37	13.97
香川県	4.55	9.98	24.36	34.79
愛媛県	2.03	2.18	10.30	24.93
高知県	4.75	7.31	16.63	26.94
福岡県	23.48	29.08	37.35	45.64
佐賀県	8.23	12.08	22.72	31.72
長崎県	9.90	11.99	15.49	23.38
熊本県	6.44	9.70	15.40	21.99
大分県	7.31	10.91	18.97	36.33
宮崎県	7.56	10.17	22.17	33.42
鹿児島県	3.14	4.58	7.10	15.88
沖縄県	19.48	22.05	24.97	29.55

肝炎对策

肝炎対策の推進

【施策の方向性】

肝がんへの進行予防、肝炎治療の効果的促進のため、経済的負担軽減を図る。

検査・治療・普及・研究をより一層総合的に推進する。

検査未受診者の解消、肝炎医療の均てん化、正しい知識の普及啓発等を着実に実施していく。

1. インターフェロン療法の促進のための環境整備

インターフェロン治療に関する医療費の助成の実施

2. 肝炎ウイルス検査の促進

保健所における肝炎ウイルス検査の受診勧奨と検査体制の整備

市町村等における肝炎ウイルス検査等の実施

3. 健康管理の推進と安全・安心の肝炎治療の推進、肝硬変・肝がん患者への対応

診療体制の整備の拡充

肝硬変・肝がん患者に対する心身両面のケア、医師に対する研修の実施

4. 国民に対する正しい知識の普及と理解

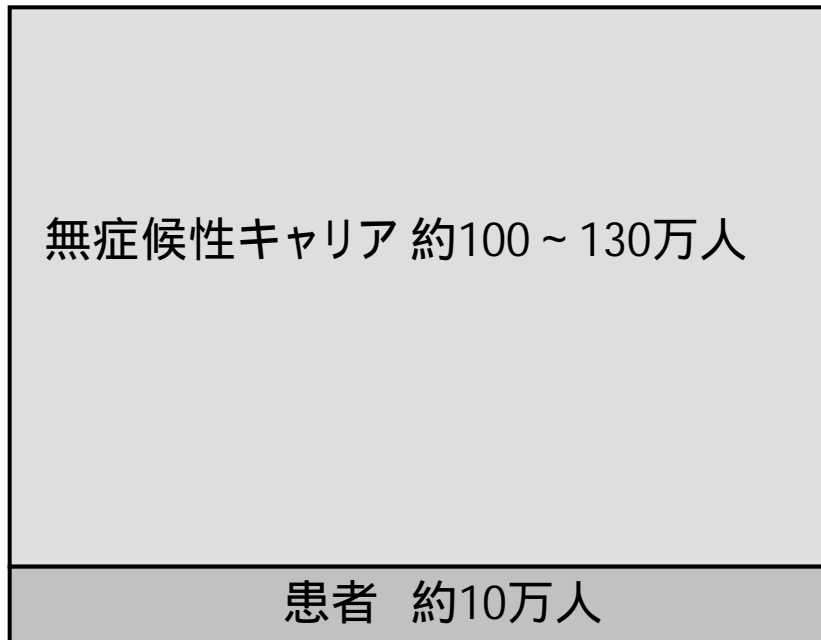
職場や地域などあらゆる方面への正しい知識の普及

5. 研究の推進

肝炎研究7カ年戦略の推進

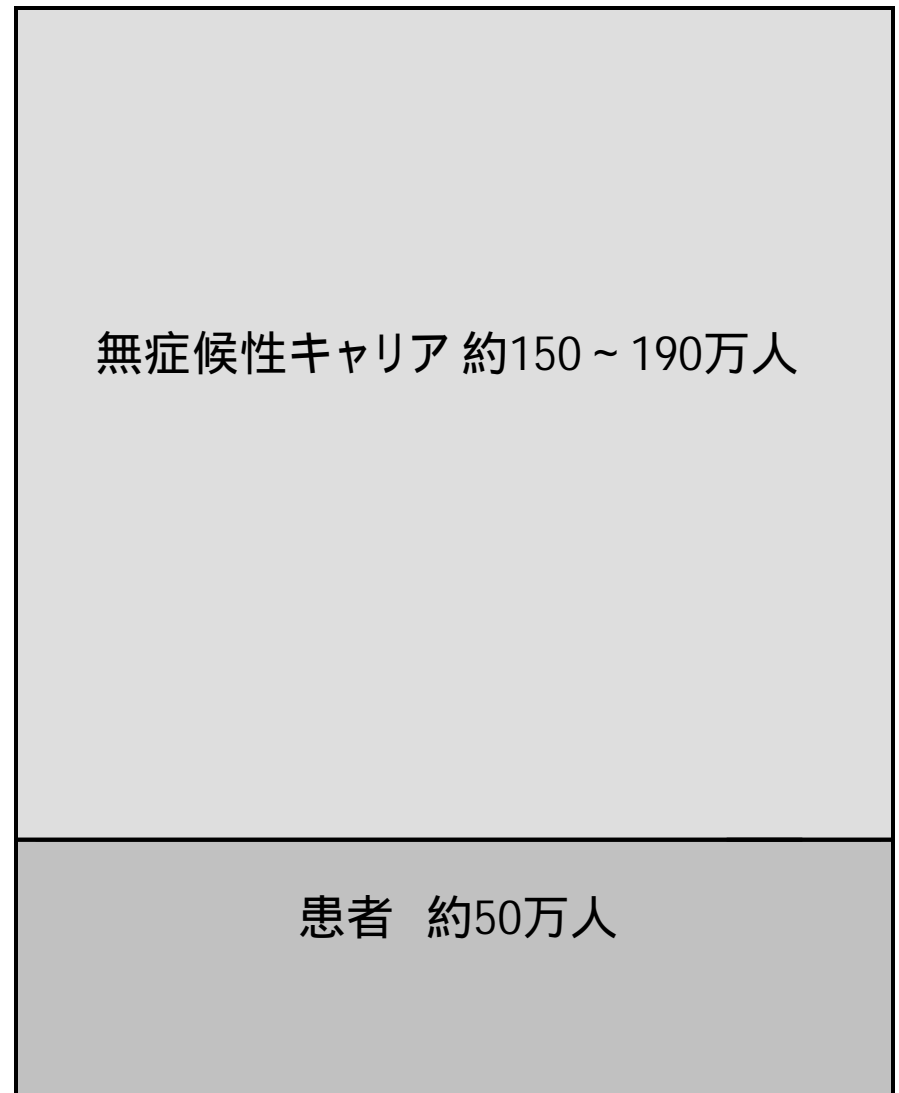
肝疾患の治療等に関する開発・薬事承認・保険適用等の推進

B型肝炎ウイルス患者・感染者 (約110～140万人)



肝炎患者 約7万人
肝硬変・肝がん 約3万人

C型肝炎ウイルス患者・感染者 (約200～240万人)



肝炎患者 約40万人
肝硬変・肝がん 約10万人

C型慢性肝炎治療の進歩

投与方法の工夫

インターフェロンの長期投与

(2002年 2月から)

インターフェロンの自己注射

(2005年 4月から)

新薬の開発

ペグインターフェロン

(2003年12月から)

コンセンサスインターフェロン

(2001年12月から)

他剤との併用

従来型IFN + リバビリン

(2001年12月から)

PEG-IFN + リバビリン

(2004年12月から)

インターフェロン治療について

【インターフェロンとは】

免疫系・炎症の調節等の働きを持つ薬剤

【インターフェロンの治療効果】

B型肝炎の場合 約3割

C型肝炎の場合 約5割～9割

治療効果は遺伝子型やウイルス量などによって異なる

【副作用】

インフルエンザ様症状(発熱、頭痛、筋肉痛など)
白血球・好中球減少、血小板減少、不眠や抑うつ
投与部位の紅斑・痛み、脱毛、めまいなど

治療開始区分別にみた有害事象(治療中止例)の出現状況

治療開始区分	～ 2週目	～ 4週目	～ 3ヶ月目	～ 6ヶ月目	～ 12ヶ月目
入院 86/489 (17.6%)	・皮疹 3例 ・精神症状 1例 ・全身倦怠感 1例 ・好中球減少 1例 ・強制退院 1例	・皮疹 4例 ・うつ症状 3例 ・網膜症 1例 ・間質性肺炎1例 ・下痢 1例 ・飲酒継続 1例	・全身倦怠感 4例 ・食思不振 4例 ・皮疹 3例 ・自己中断 3例 ・うつ症状 2例 ・効果不良 2例 ・網膜症 1例 ・経済的理由 1例 ・飲酒継続 1例 ・理由不明 1例	・効果不良 7例 ・自己中断 3例 ・うつ症状 2例 ・全身倦怠感 2例 ・末梢神経障害 2例 ・甲状腺機能亢進症 2例 ・血小板減少症 1例 ・サルコイドーシス 1例 ・膵炎 1例 ・脳梗塞 1例 ・くも膜下出血 1例 ・胃癌 1例	・効果不良 9例 ・全身倦怠感 3例 ・網膜症 2例 ・皮疹 1例 ・うつ症状 1例 ・甲状腺機能亢進症 1例 ・無汗症 1例 ・サルコイドーシス 1例 ・大動脈解離症 1例 ・経済的理由 1例 ・自己中断 1例
	7例	11例	22例	24例	22例
外来 38/386 (9.8%)	・自己中断 1例	・眼症状 1例 ・精神症状 1例	・効果不良 3例 ・自己中断 2例 ・皮疹 1例 ・網膜症 1例 ・全身倦怠感 1例 ・うつ症状 1例 ・他疾患(詳細不明) 1例	・全身倦怠感 2例 ・皮疹 1例 ・間質性肺炎 1例 ・特発性血小板減少症 1例 ・心不全 1例 ・効果不良 1例 ・経済的理由 1例 ・自己中断 1例	・皮疹 3例 ・全身倦怠感 2例 ・効果不良 2例 ・うつ症状 1例 ・不眠症 1例 ・眼症状(中心静脈閉塞症) 1例 ・ヘモグロビン低下 1例 ・他疾患による死亡 1例 ・背部痛 1例 ・胸水貯留 1例 ・経済的理由 1例 ・夫の介護 1例
	1例	2例	10例	9例	16例

平成20年度肝炎インターフェロン医療費助成 に係る治療受給者証の交付実績

<ポイント>

1. 交付件数について

全国分の交付件数(年間) 44,731件

2. 階層区分別の交付件数割合について

(1) A階層(自己負担限度月額1万円) 48.3%

(2) B階層(同上 3万円) 33.3%

(3) C階層(同上 5万円) 18.4%

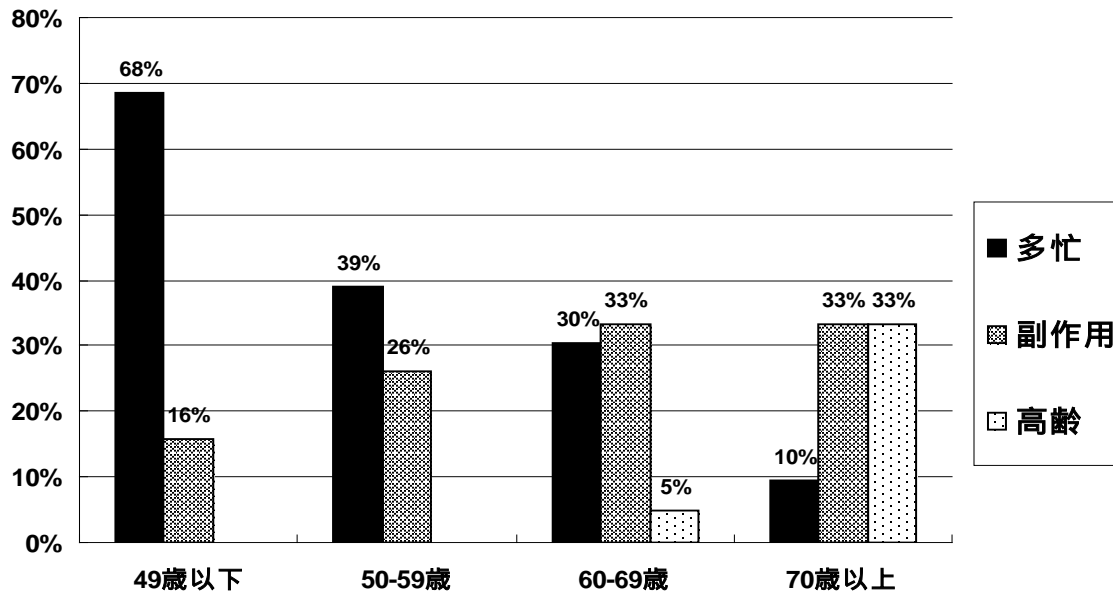
インターフェロン治療を断った理由

Q.インターフェロン治療を断った方(130人)のうち、その理由の中で最も当てはまると思うものについて。
(有効回答数(N=97)、頻度の高い順に列記)

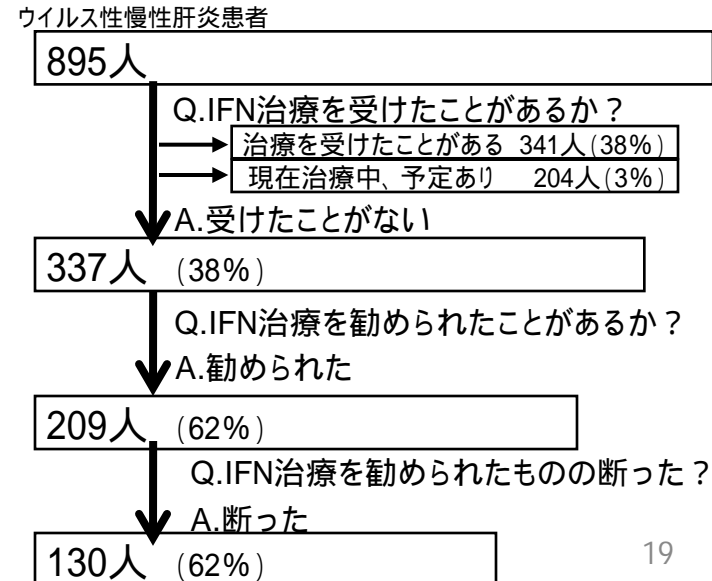
- | | |
|-------------------|----------|
| 1. 忙しく、入院や通院ができない | 34人(35%) |
| 2. 副作用が心配 | 27人(28%) |
| 3. 高齢だから | 8人(8%) |
| 4. 自覚症状が無く、必要ない | 6人(6%) |
| 5. お金がかかるから | 5人(5%) |

2008年10月10日から12月8日までの期間、28の医療機関(27国立病院機構病院および国立国際医療センター)で実施したインターフェロン(IFN)治療に関する患者アンケート集計結果(N=895)

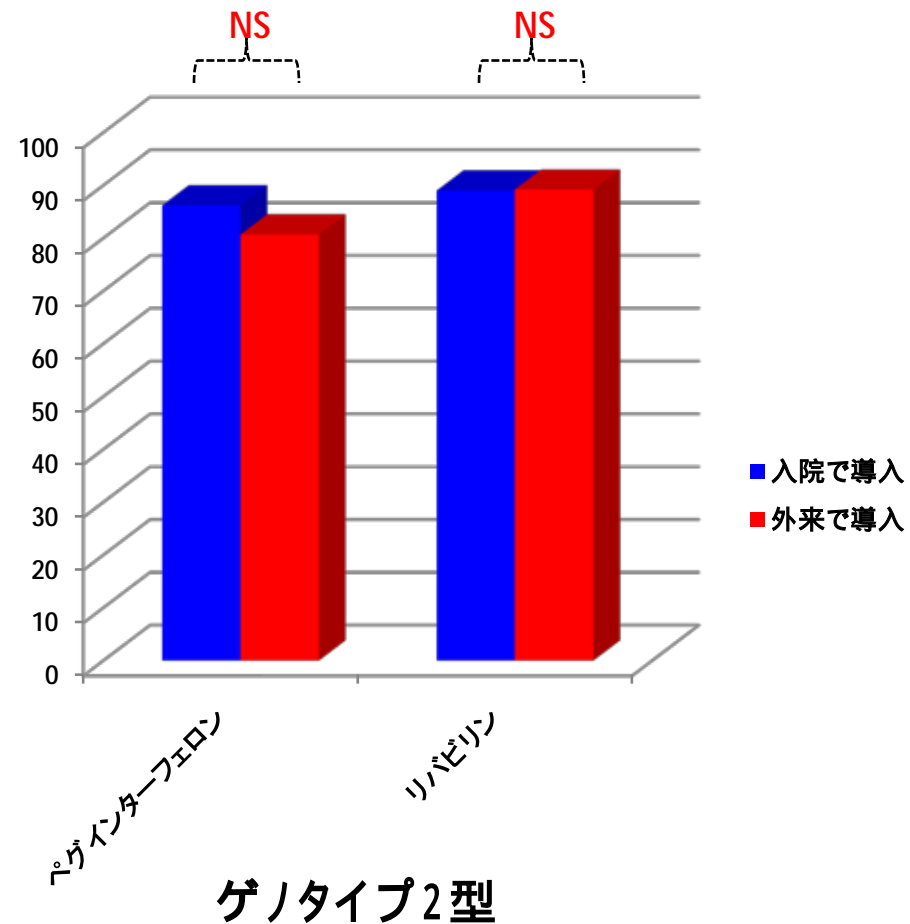
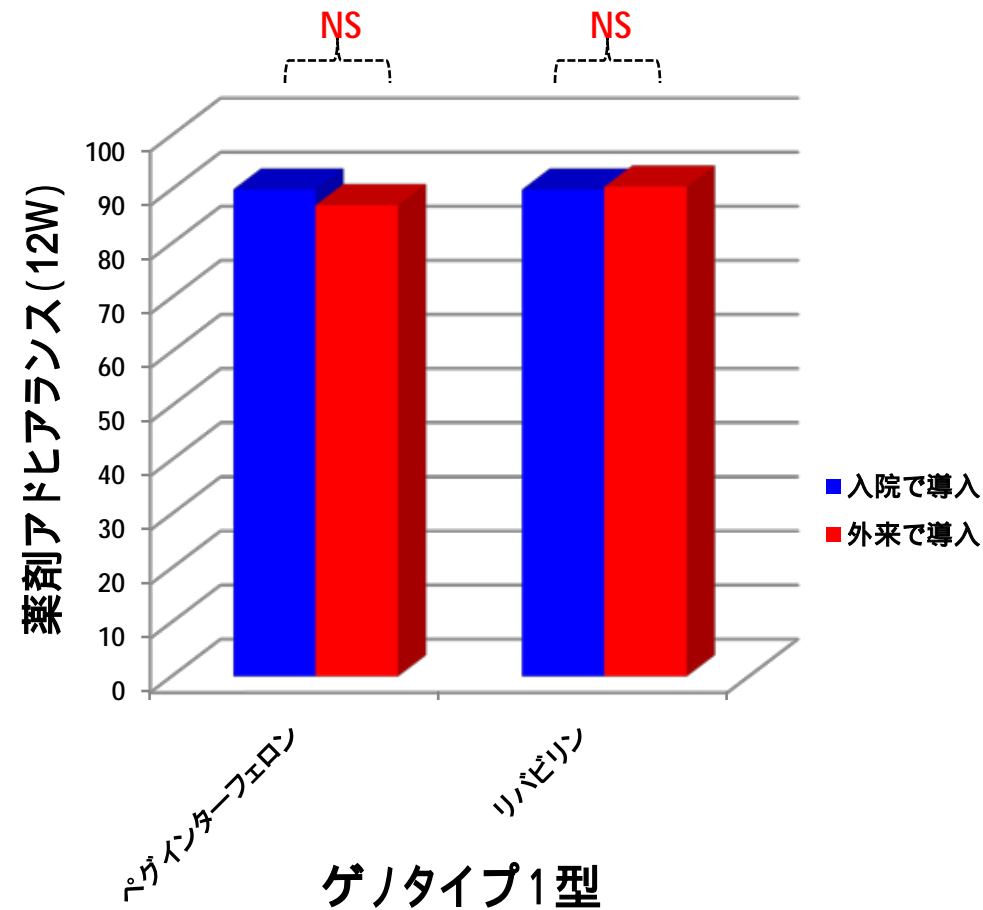
(参考)インターフェロン治療を医師に勧められるも治療を断った主な理由の頻度 年齢層別の比較(N=96)



[アンケート概要]



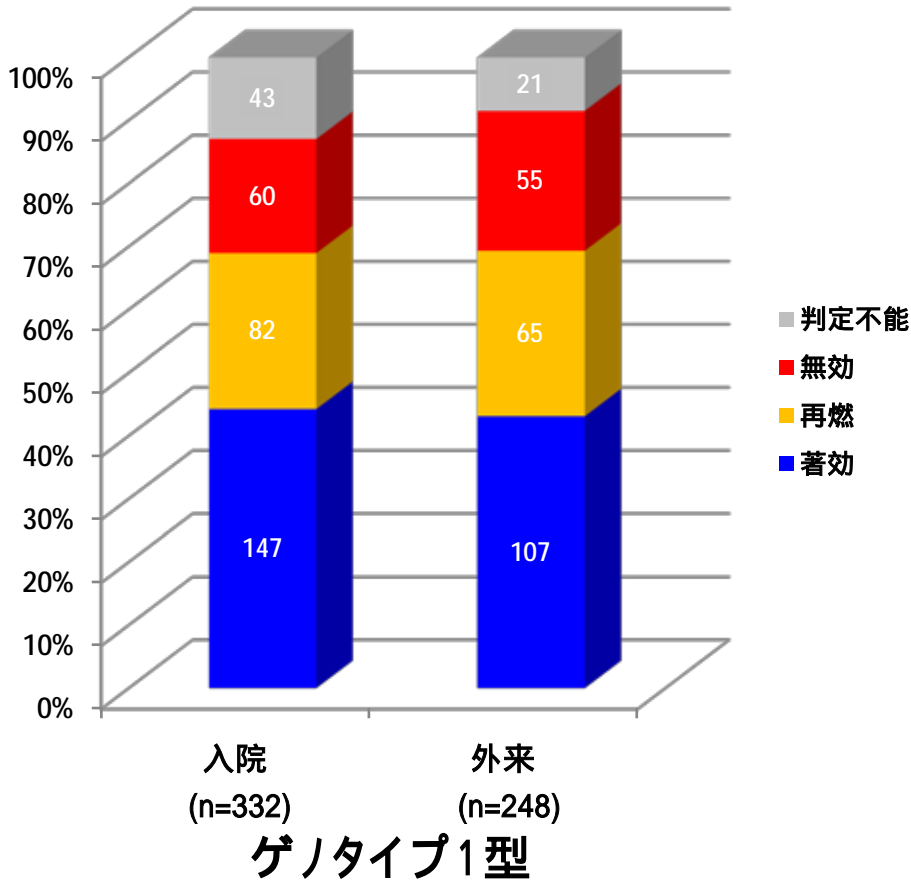
入院導入と外来導入における薬剤アドヒアランスの比較



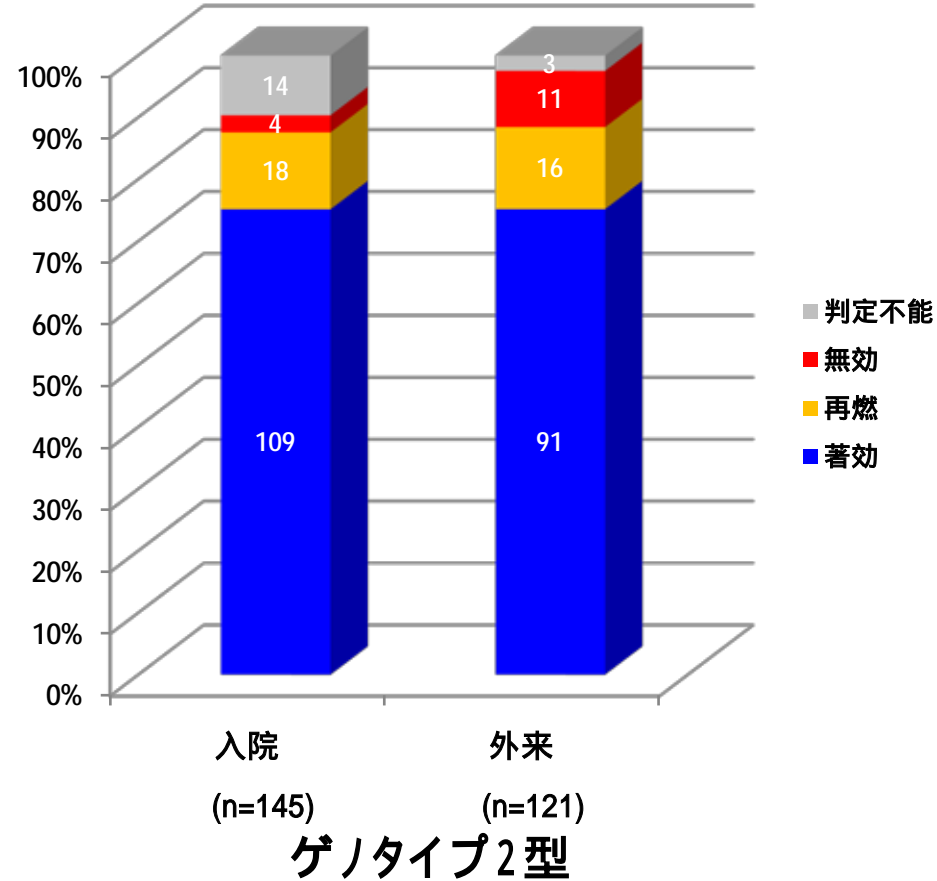
(Mann-Whitney U-test)

インターフェロン治療導入の形態とウイルス学的治療効果

P=0.266



P=0.096



(Pearsonのカイ2乗検定)

インターフェロン治療における 専門医療機関とかかりつけ医の治療連携

肝疾患に関する専門医療機関

治療方針決定・治療導入
(共通診療計画作成・副作用説明)
< 治療導入後2週間 >

専門的医療の提供
(治療方針の確認・副作用対応・肝がんスクリーニング)
< 月1回 >

共通診療計画に基づいたインターフェロン治療
(24週～72週)

紹介

紹介

紹介

紹介

連携

日常診療
< 毎週 >
(内服処方・注射・副作用チェックのための検査等)

かかりつけ医

著効率
(SVR)

1b
型
で
約
50
%

そ
の
他
で
約
80
%

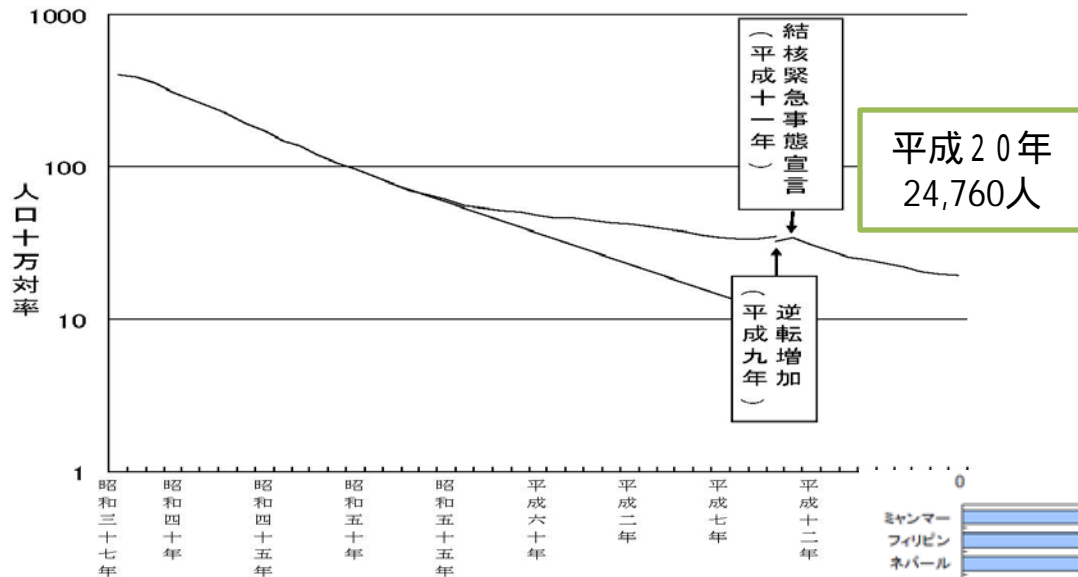
90
%

結核医療の確保

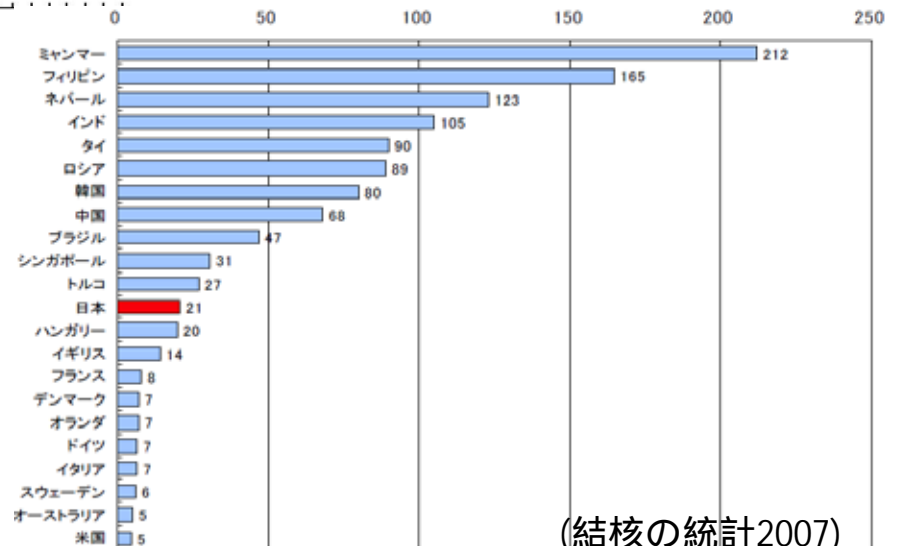
結核罹患率

結核罹患率は全体として減少傾向にある。平成9年には増加が見られ、平成11年には結核緊急事態宣言が出されたが、その後順調に減少している。

結核罹患率の推移(全結核)



結核罹患率(人口10万人対)の各国比較
～アジア諸国と先進諸国～



(結核の統計2007)

日本: 2006年統計、外国: 2005年統計(WHOReport 2007)

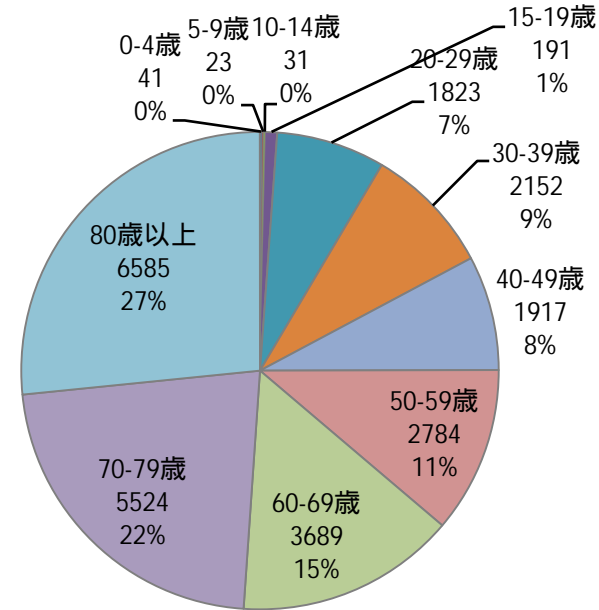
年齢階級別結核罹患率

5-1. 年次別・年齢階級別 新登録結核患者数

(() 内は構成比)

区分	平成 16年	平成 17年	平成 18年	平成 19年	平成 20年
総数	29,736(100.0)	28,319(100.0)	26,384(100.0)	25,311(100.0)	24,760(100.0)
0～4歳	62(0.2)	56(0.1)	35(0.1)	47(0.2)	41(0.2)
5～9歳	19(0.1)	22(0.1)	18(0.1)	19(0.1)	23(0.1)
10～14歳	36(0.1)	39(0.1)	32(0.1)	26(0.1)	31(0.1)
15～19歳	302(1.0)	284(1.0)	214(0.8)	201(0.8)	191(0.8)
20～29歳	2,528(8.5)	2,303(8.1)	2,069(7.8)	1,924(7.6)	1,823(7.4)
30～39歳	2,738(9.2)	2,677(9.5)	2,417(9.2)	2,308(9.1)	2,152(8.7)
40～49歳	2,346(7.9)	2,220(7.8)	2,037(7.7)	1,935(7.6)	1,917(7.7)
50～59歳	3,991(13.4)	3,676(13.0)	3,336(12.6)	3,035(12.0)	2,784(11.2)
60～69歳	4,656(15.7)	4,328(15.3)	3,837(14.5)	3,694(14.6)	3,689(14.9)
70～79歳	6,833(23.0)	6,332(22.4)	6,109(23.2)	5,659(22.4)	5,524(22.3)
80歳以上	6,225(20.9)	6,382(22.5)	6,280(23.8)	6,463(25.5)	6,585(26.6)

平成20年年齢別新登録患者数



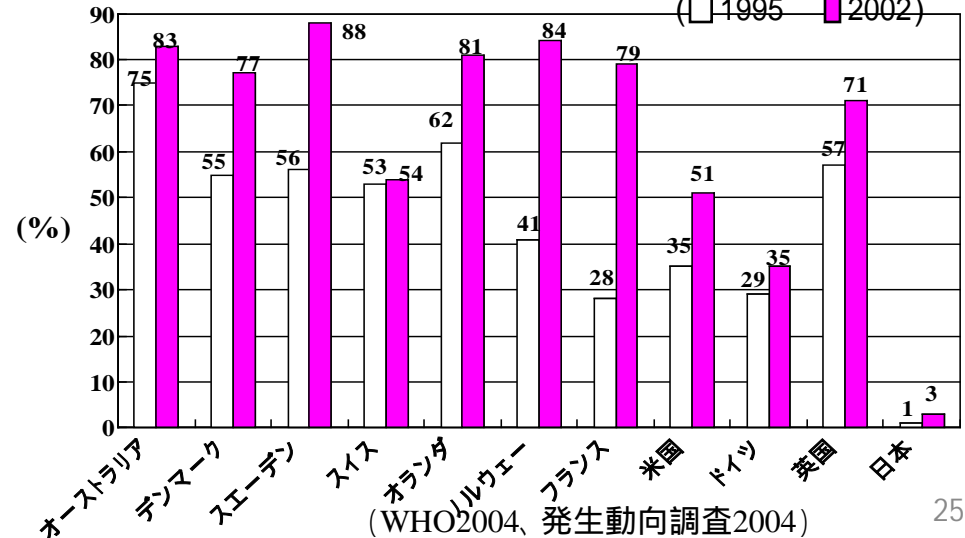
1.5-1. 年次別 無職臨時日雇等の新登録結核患者数

(() 内は新登録に占める割合)

	平成19年	平成20年
合計	2,397 (26.0)	2,308 (26.6)
20～24歳	151 (18.7)	123 (16.4)
25～29歳	201 (18.0)	213 (19.9)
30～34歳	213 (18.2)	221 (20.4)
35～39歳	271 (23.8)	238 (22.2)
40～44歳	247 (25.2)	275 (27.2)
45～49歳	264 (27.6)	244 (26.9)
50～54歳	347 (31.0)	355 (32.2)
55～59歳	703 (36.7)	639 (38.0)

結核患者における外国人の割合

(□ 1995 ■ 2002)



(注) 無職臨時日雇等：接客業、医療従事者、他の常用勤労者・自営業等、家事従事者、学生を除く。合計は20歳～59歳の計。

結核病棟入院患者の年齢分布

結核病棟入院患者を患者調査の入院患者の分布と比較すると、20～40歳の若年層の患者の割合が高い。

高齢者のピークは80から89歳にあり、年齢層の分布が二峰性となっている。

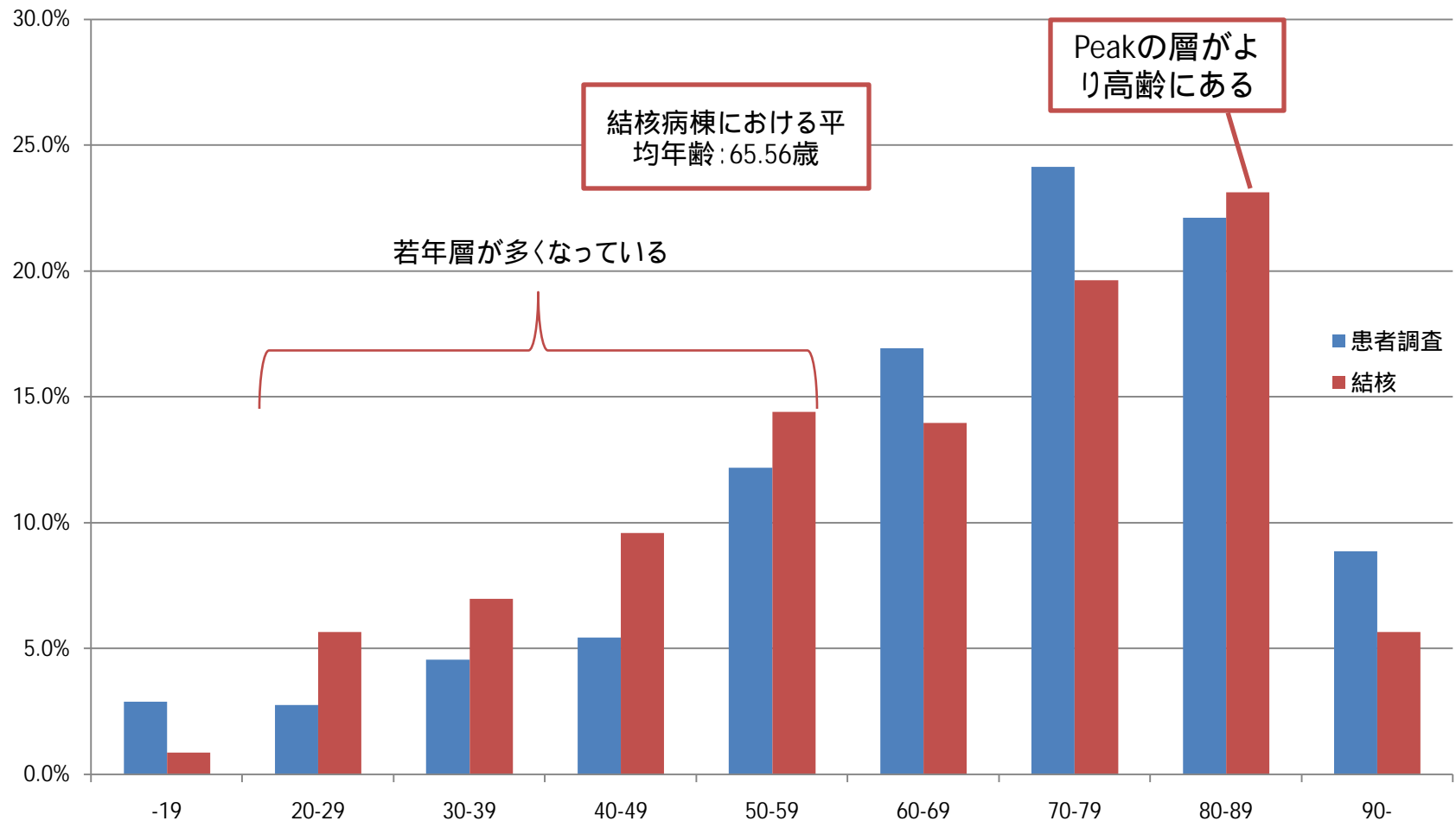


表 4. 新登録肺結核薬剤感受性検査結果把握中
耐性率(%)－療研・サーベイランス結果の比較－

	療研 2002年	サーベイ 2007年	サーベイ 2008年
全数			
INH耐性	－	6.2	4.9
多剤耐性 (INH, RFP)	－	1.2	1.1
何らかに耐性	－	15.0	12.7
初回治療			
INH耐性	2.8	5.2	4.2
多剤耐性 (INH, RFP)	0.7	0.6	0.7
何らかに耐性	8.2	13.8	12.1
再治療			
INH耐性	18.9	16.8	12.3
多剤耐性 (INH, RFP)	9.8	7.2	5.1
何らかに耐性	22.8	28.5	18.2

注：全数；治療歴不明を含む。療研；結核療法研究協議会。
耐性の判断；サーベイでは耐性か否か、療研では耐性基準による
(INH 0.2 μ g/m耐性)。

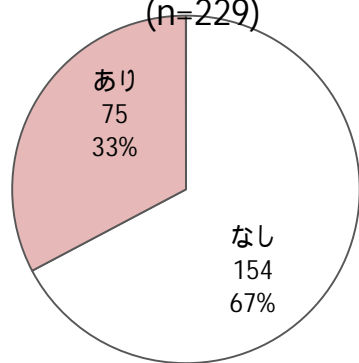
結核入院患者の合併症

入院時に何らかの合併症を有している割合は33%であった。合併している合併症では、糖尿病、肝疾患、悪性腫瘍、脳血管疾患が多く見られた。

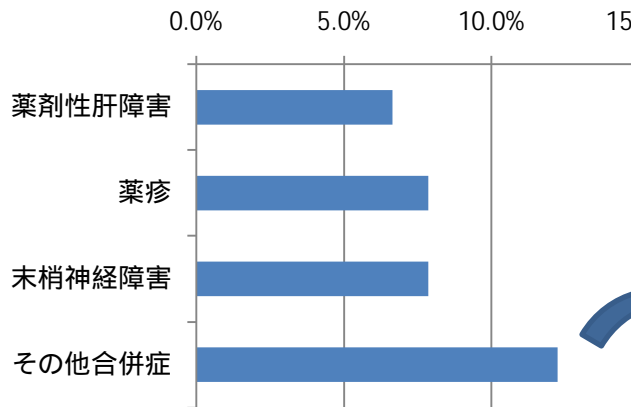
入院中に肺炎、脳卒中等の合併症が発生する例も見られた。

入院時の合併症の有無

(n=229)

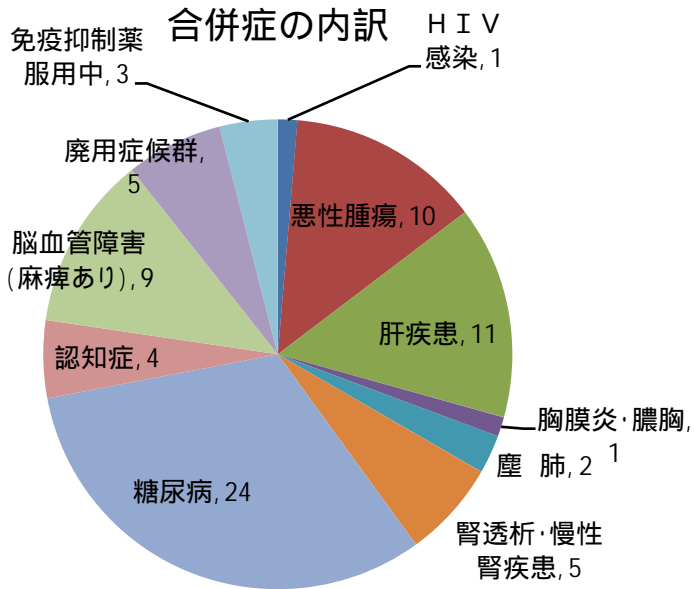


入院中の合併症発症率(n=229)

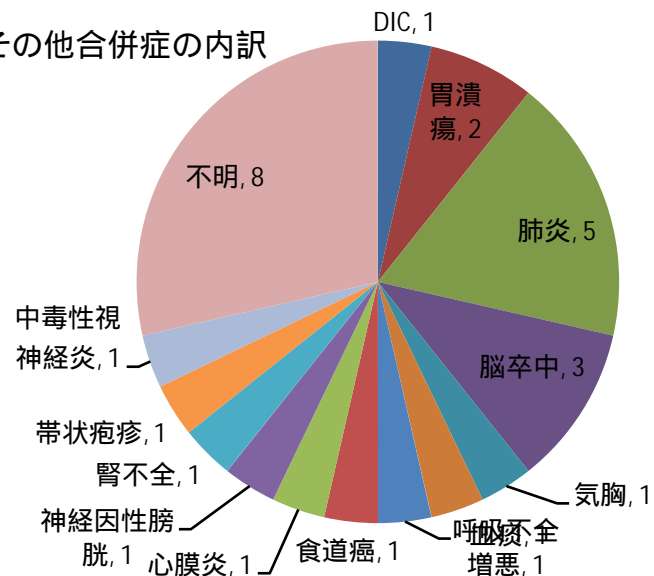


平成19年度指定研究報告
研究課題名:結核医療のDRG / PPS化に関する調査研究
主任研究者 坂谷 光則 (近畿中央胸部疾患センター) 報告書 (N=229)

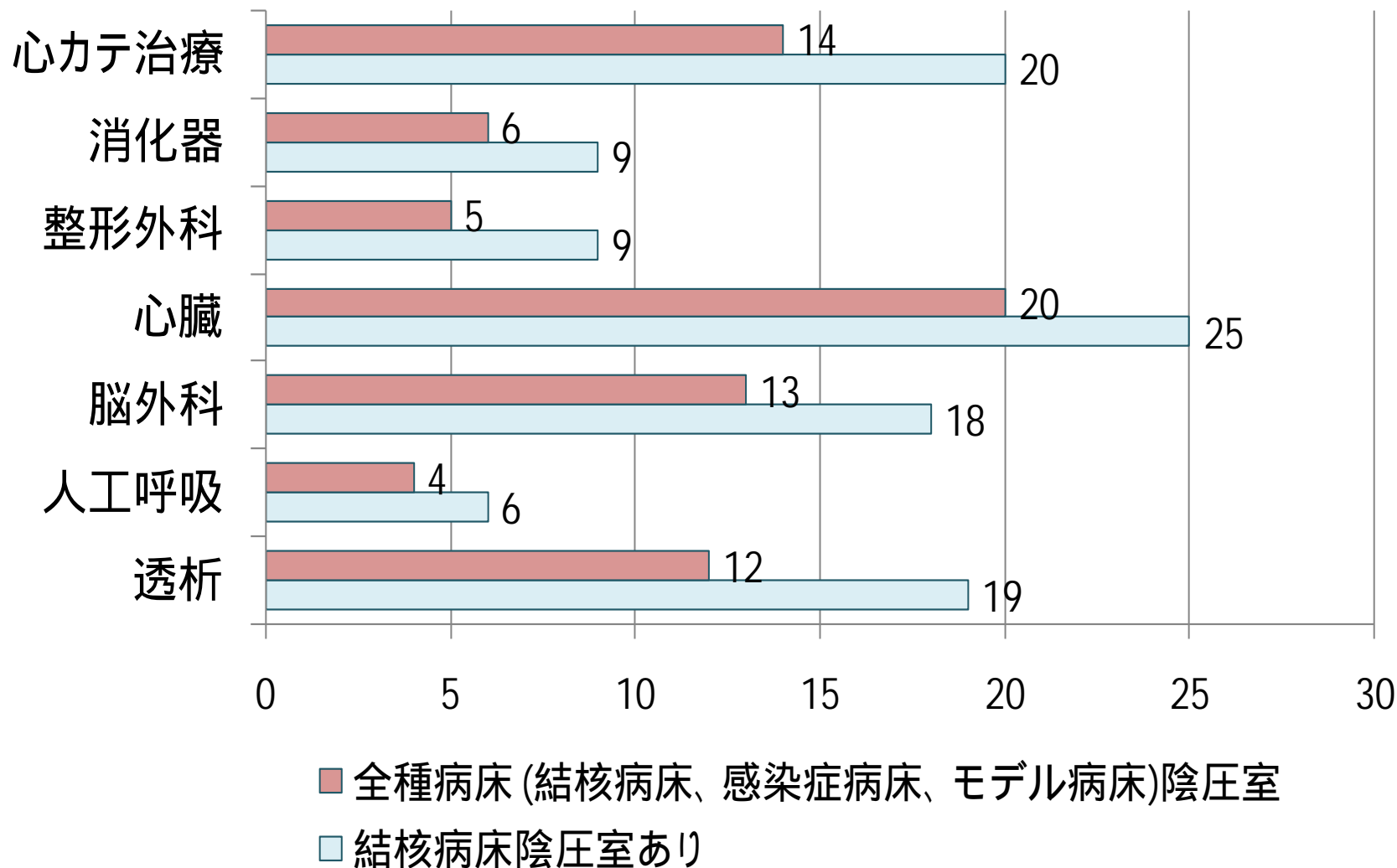
合併症の内訳



その他合併症の内訳



都道府県内に合併症対応可能な医療機関がない都道府県数




結核に関する施策の歩み

表8 結核予防対策のあゆみ

明22年(1889)	兵庫県須磨浦にわが国最初の結核療養所設立	平6 ('94)	結核予防法一部改正 (BCG接種を努力義務に)
37 (1904)	結核予防に関する内務省令公布	7 ('95)	結核予防法一部改正 (公費負担の見直し)
大8 ('19)	旧結核予防法公布	8 ('96)	結核医療の基準 (告示) の一部改正 PZAを加えた初回短期強化療法の導入
昭12 ('37)	国立結核療養所官制公布	11 ('99)	公衆衛生審議会「21世紀に向けての結核対策について(意見)」公表 結核緊急事態宣言
14 ('39)	(財)結核予防会設立		結核医療の基準(告示)の一部改正
26 ('51)	新結核予防法公布(医療費の公費負担等を規定)		薬剤耐性判定基準の変更
27 ('52)	結核医療の基準を告示	12 (2000)	結核緊急対策検討班報告書「重点的に実施すべき結核対策について」公表
30 ('55)	結核予防法一部改正 (結核検診全国民に拡大)	13 ('01)	「結核緊急実態調査報告書」公表
32 ('57)	結核予防法一部改正 (無料結核検診実施)	14 ('02)	厚生科学審議会感染症分科会結核部会「結核対策の包括的見直しに関する提言」公表
36 ('61)	結核予防法一部改正 (患者管理制度改正, 命令入所制度強化)	15 ('03)	「日本版21世紀型DOTS戦略推進体系図」の提示 小1・中1のツ反・BCG再接種の廃止
49 ('74)	結核予防法一部改正 (定期健康診断の実施年齢を緩和)	16 ('04)	結核医療の基準 (告示) の一部改正 結核予防法一部改正 (BCG直接接種, 健診の見直し, DOTSの推進等) (平成17年4月施行)
61 ('86)	結核医療の基準を全面改正 結核予防費補助金一般財源化, 結核対策特別促進事業の開始	18 ('06)	感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律の一部を改正する法律 (平成19年4月施行) (結核予防法廃止, 改正法に統合)
62 ('87)	結核・感染症サーベイランス事業の開始	19 ('07)	結核医療の基準 (告示) を全面改正
		21 ('09)	結核医療の基準 (告示) を適用 潜在性結核感染症の明確化 新技術の導入, 間欠療法の適用

入退院基準と就業制限基準

感染性	患者の状態		想定される事例	入院基準	退院基準	就業制限基準
高  低	塗抹(+)			入院勧告	退院不可	制限する
	塗抹(-) 培養 又は PCR(+)	呼吸器等の症状から入院が必要と判断される	・咳や痰が持続している例			
		近い将来に感染性が高くなると判断される	・治療中の排菌量が増加した例 ・治療中断等により再発した例			
		上記以外	・無症状で、培養や核酸増幅法によって感染を診断された例 ・治療が成功して症状が消失した例	入院不要	退院可能	
	塗抹(-)培養(-)		・病歴や画像所見等から結核と診断された例 ・治療が成功して症状が消失し、培養陰性になった例	入院不要	退院させなければならない	
無症状病原体保有者		・無症状で、塗抹や培養以外の検査(ツベルクリン反応やQFT等)によって結核菌の感染を診断された例				

退院させなければならない基準

病原体を保有していないこと又は、
当該感染症の症状が消失したこと

・咳、発熱、結核菌を含む痰の症状が消失した場合

退院させることができる基準

以下の全てを満たした場合

2週間以上の標準的化学療法が実施され、 咳、発熱、痰等の臨床症状が消失している。

2週間以上の標準的化学療法を実施した後の異なった日の喀痰の塗抹検査又は培養検査の結果が連続して3回陰性である。

患者が治療の継続及び感染拡大の防止の重要性を理解し、かつ、退院後の治療の継続及び他者への感染の防止が可能であると確認できている。

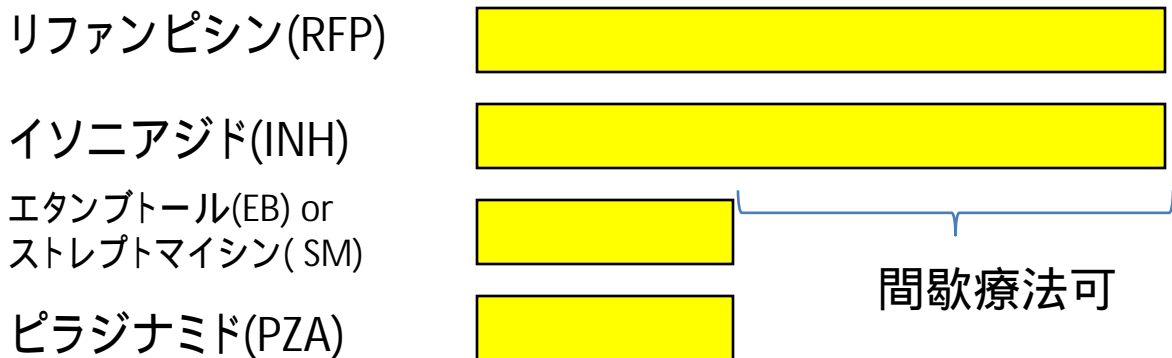
「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律における結核患者の入退院及び就業制限の取扱いについて」(健感初第0907001号 平成19年9月7日)

- 塗抹検査
 - － 検体(喀痰)の質により結果が左右される
 - － 3日連続で陽性、または3日連続で陰性となることは少なく、2回陰性、1回陽性などのパターンが多い
 - － 1日目陰性、2日目陰性、3日目陽性では退院不可
 - － これを繰り返すと検痰の回数過多として査定の対象となる
 - － 施設にもよるが週に1回ないし2週に1回程度のスケジュールが一般的
- 「3回の塗抹陰性」が確認出来る可能性は発病当時の排菌量の多少により大きく左右される

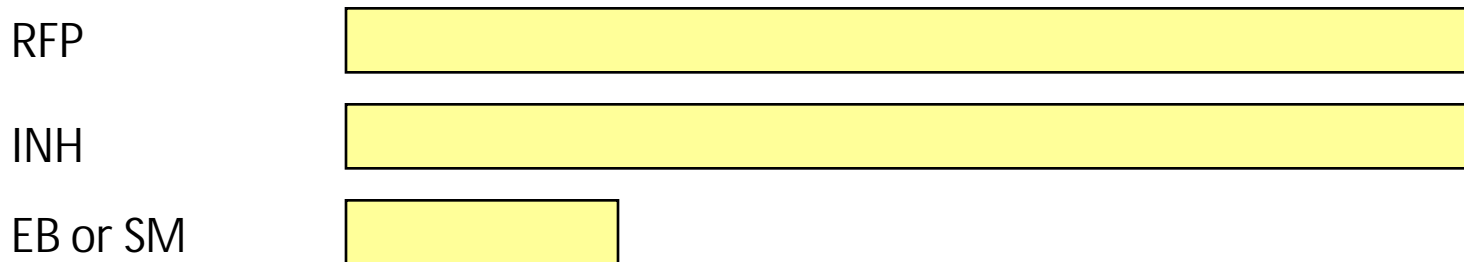
結核医療の基準に規定される標準化学療法

結核の治療は、化学療法によることを原則とし、化学療法のみによっては治療の目的を十分に達することができない場合には、外科的療法又は装具療法の実施を検討する。

標準治療 A法



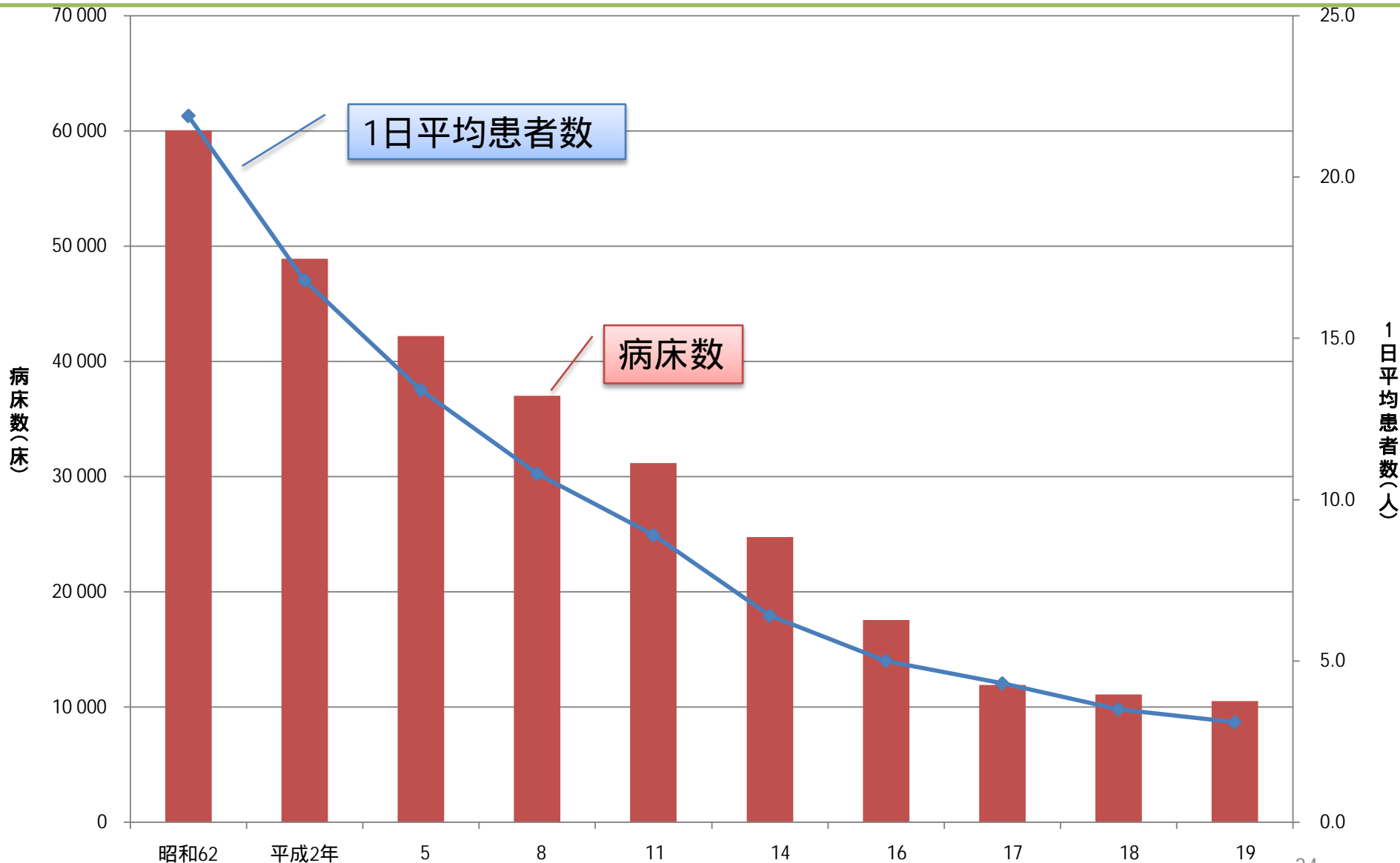
標準治療 B法 80才以上、慢性肝炎、肝硬変



RFP、INHともに感受性の場合、2か月でEB or SMは中止

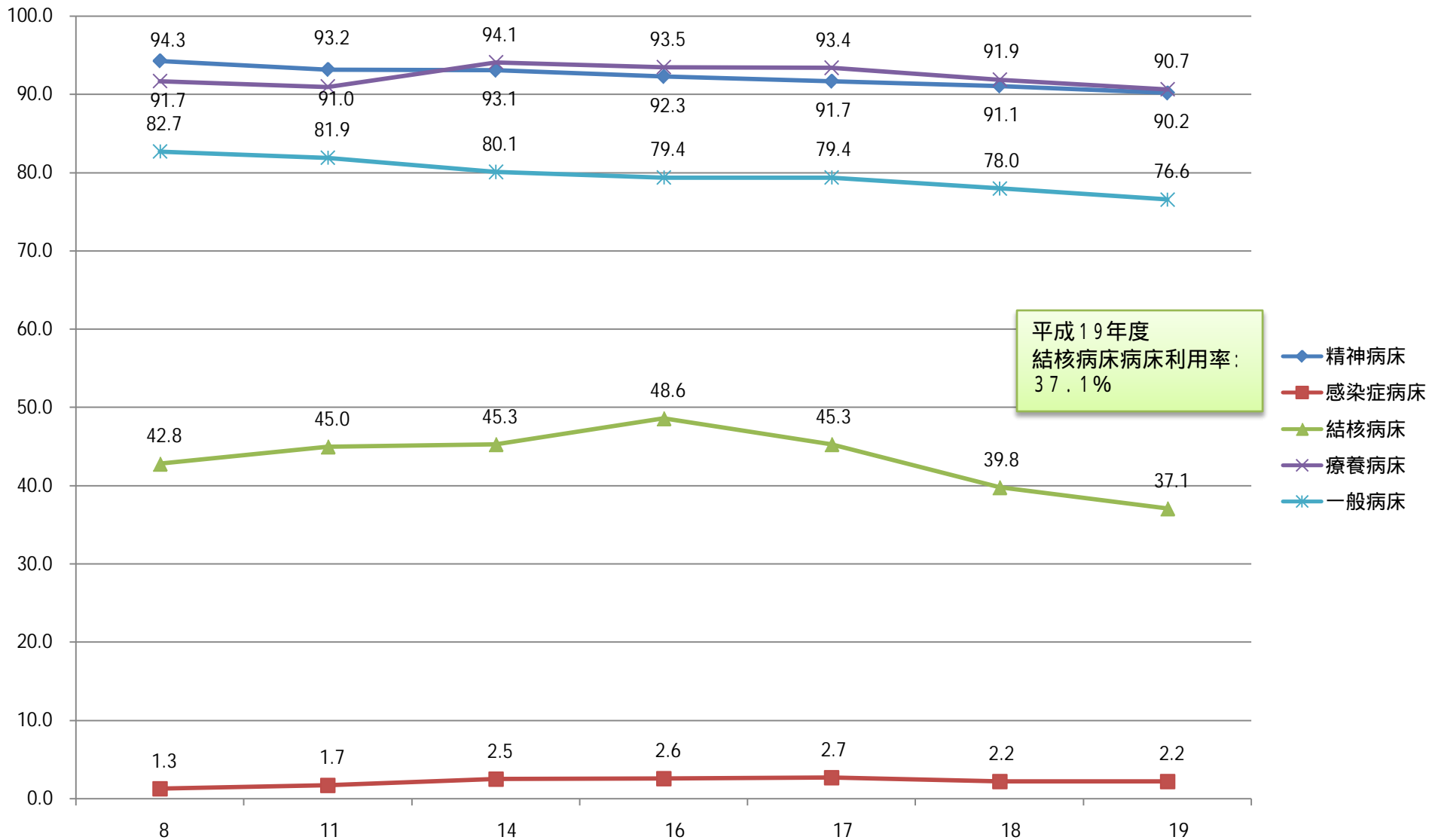
結核病床数(人口10万対)と結核病床における1日平均患者数

1日平均患者数の減少とともに、病床数も減少傾向にある。



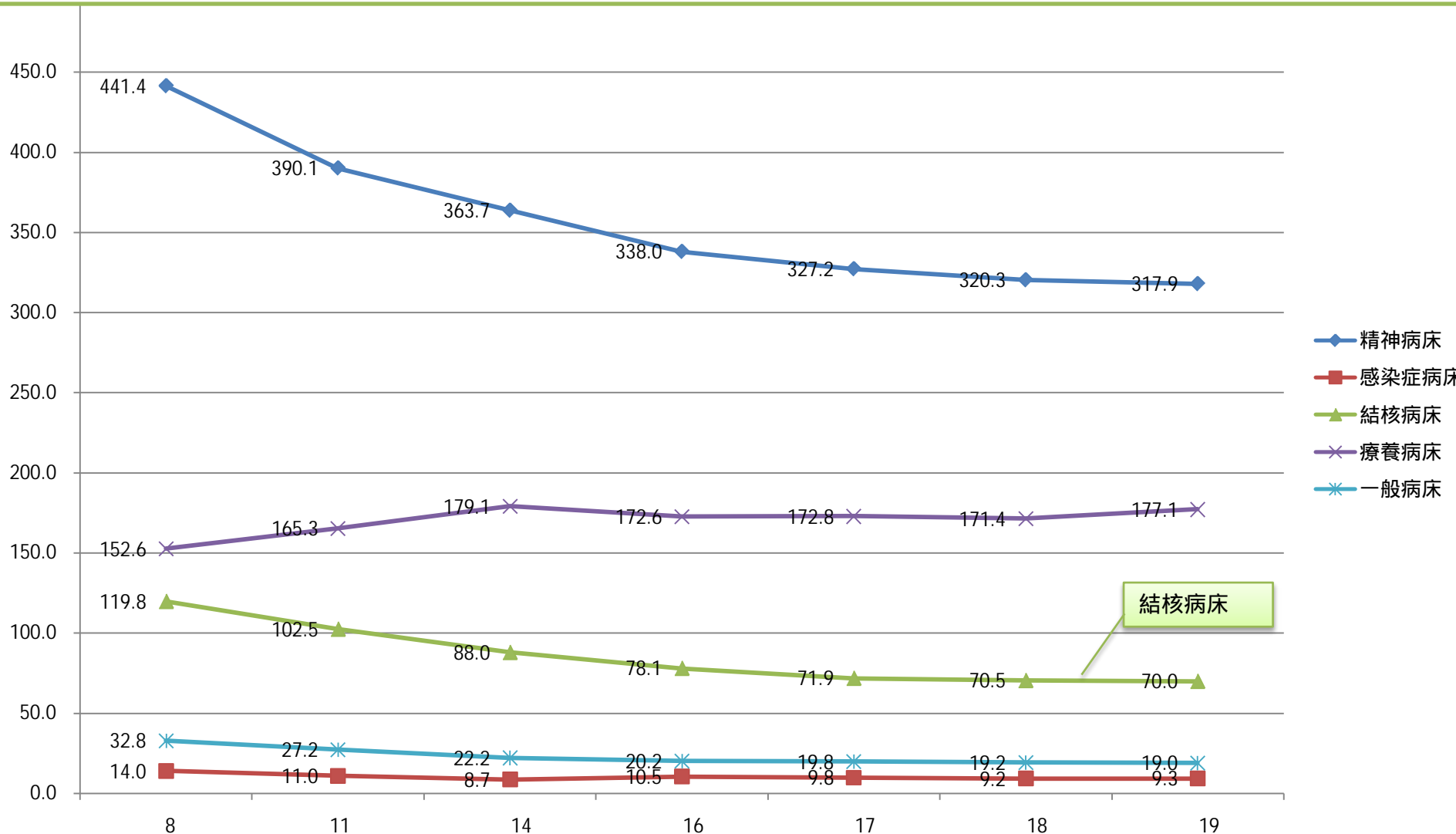
病床種類別病床利用率の推移

平成16年以降、病床利用率は低下傾向が見られており、平成19年度において、37.1%となっている。



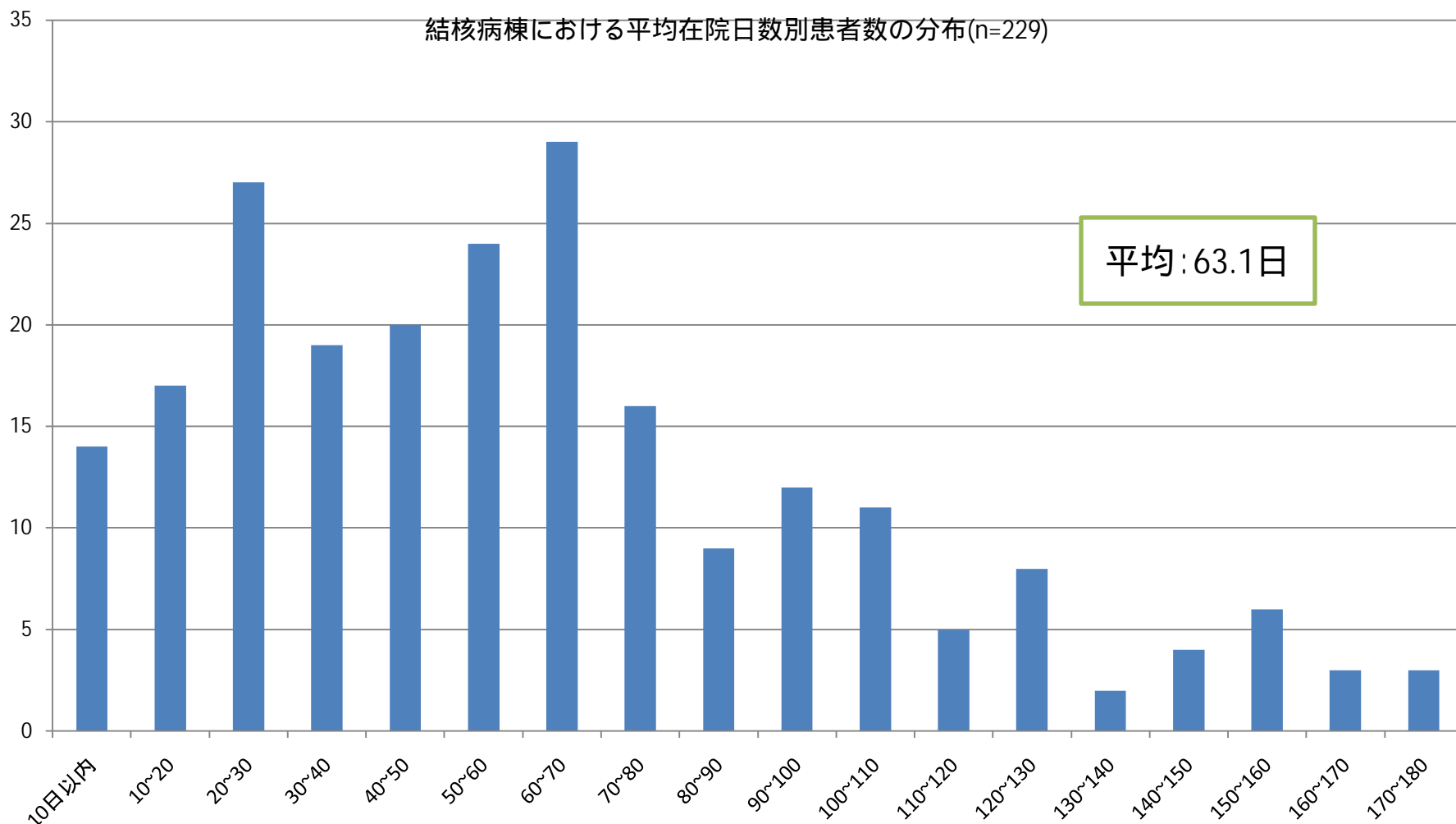
病床種別別平均在院日数の推移

平均在院日数は短縮傾向にあり、平成19年現在70.0日となっている。
精神病床、療養病床と比較すると短いが、一般病床、感染症病床と比較すると長くなっている。

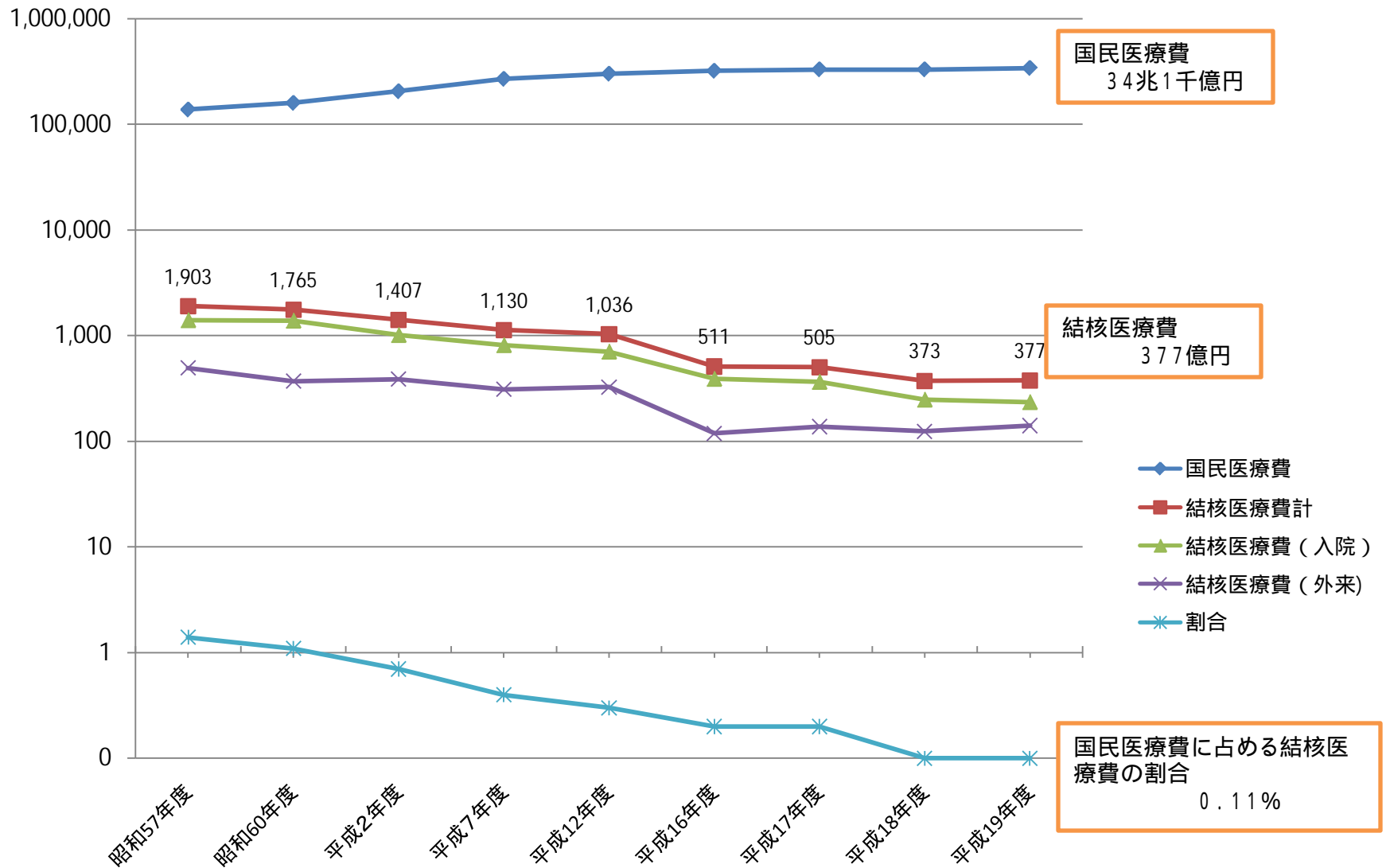


結核入院患者の平均在院日数

結核病棟における平均在院日数は63.1日であった。
死亡退院は14.4%であった。



国民医療費・結核医療費の年次推移



医療法に定める主な構造設備の基準及び人員の標準

区 分	一般病床	結核病床	参考 (感染症病床)
定 義	精神病床、感染症病床、結核病床、療養病床以外の病床	結核の患者を入院させるための病床	感染症法に規定する一類感染症、二類感染症及び新感染症の患者を入院させるための病床
人員配置標準	医師 16:1 看護職員 3:1 薬剤師 70:1	医師 16:1 看護職員 4:1 薬剤師 70:1	医師 16:1 看護職員 3:1 薬剤師 70:1
必置施設	<ul style="list-style-type: none"> ・各科専門の診察室 ・手術室 ・臨床検査施設 ・X線装置 ・調剤所 等 	一般病床の必置施設に加え、 <ul style="list-style-type: none"> ・機械換気設備 ・感染予防のためのしゃ断 ・消毒施設 	一般病床の必置施設に加え、 <ul style="list-style-type: none"> ・機械換気設備 ・感染予防のためのしゃ断 ・消毒施設
病床面積	6.4㎡/床 以上 (既設:4.3㎡/床以上)	6.4㎡/床 以上 (既設:4.3㎡/床以上)	6.4㎡/床 以上 (既設:4.3㎡/床以上)

結核病棟入院基本料(一般病棟入院基本料との比較)

看護配置	結核病棟入院基本料			一般病棟入院基本料		
	平均在院日数	点数	算定件数(件)	平均在院日数	点数	算定件数(件)
7対1	25日以内	1,477点	260	19日以内	1,555点	247850
10対1	25日以内	1,192点	180	21日以内	1,300点	458761
13対1	-	949点	510	24日以内	1,092点	74292
15対1	-	886点	2174	60日以内	954点	97532
18対1	-	757点	-			
20対1	-	713点	-			

結核病棟入院基本料13対1入院基本料算定患者は退院基準に基づき退院させることができることが確定した日以降は特別入院基本料550点を算定する。

算定件数:平成20年社会医療診療行為別調査(6月審査分)