

初感染結核に対する INH の投与について

平成元年二月二八日

健医感発第二〇号

各都道府県・各政令市・各特別区衛生主管部(局)長あて  
厚生省保険医療局疾病対策課結核・感染症対策室長通知

従来、中学生以下の者で一定の基準に該当する者は初感染結核として、結核予防法第三四条の公費負担の対象として取り扱われてきたが、最近、義務教育終了後の者の中にも結核集団感染の場合などに、初感染結核の基準に該当する者が認められるので、初感染結核に対するイソニコチン酸ヒドラジッド (INH) の投与対象者の基準を左記のように改めることとしたので、ご了知のうえ、関係機関への周知方よろしく願います。

記

1 中学生以下の者に対する基準

(1) 既往に BCG 歴がなく、塗抹陽性患者と接触がある場合には、ツベルクリン反応発赤径の長径が一〇mm 以上の者とするが、乳幼児にあっては、平成四年一二月八日付健医感発第六八号本職通知「結核定期外健康診断ガイドライン」中の 2 | 1 の区分で、「最重要」とされる初発患者と接触している場合には、ツベルクリン反応検査が陰性でも対象とすることができる。

ただし、既往にツベルクリン反応陽性の記録がある者は除く。

(2) 既往に BCG 歴がなく、塗抹陽性患者と接触がない場合には、ツベルクリン反応発赤径の長径が三〇mm 以上の者、あるいは初回のツベルクリン反応が二九 mm 以下で、再ツベルクリン反応の結果がおおむね二〇mm 以上の強陽性の者。

ただし、既往にツベルクリン反応陽性の記録がある者は除く。

(3) 既往に BCG 歴があり、塗抹陽性患者と接触がある場合には、ツベルクリン反応発赤径の長径が三〇mm 以上で結核感染が強く疑われる者。

(4) 既往に BCG 歴があり、塗抹陽性患者と接触がない場合には、ツベルクリン反応発赤径の長径が四〇mm 以上で最近の結核感染が強く疑われる者。

(5) 既往に化学療法がなく、エックス線写真で結核病学会分類Ⅳ型の所見を認める者及びⅤ型の所見を認める者の一部。

## 2 義務教育終了後二九歳以下の者に対する基準

義務教育終了後二九歳以下の者については、当該年齢層に対するツベルクリン反応検査の経験が我が国では比較的少なく、結核集団感染の場合以外には結核感染者を選定することが困難であるので、原則として結核集団感染で感染が疑われる者とする。

ただし、感染源と疑われる患者が塗抹検査で大量の菌(ガフキー三号以上)を排菌しており、激しい咳を続け、かつ、当該年齢層の者と密接な接触をしており、結核感染が強く疑われる場合には、結核集団感染の場合以外であっても、対象とすることが望ましい。

なお、前記1及び2の対象者については、結核登録票に(初)のマークを付して他の患者と区別し、結核サーベイランスの入力に際しては、別掲とされたい。

結核予防法による入所命令の対象及び命令入所の期間について

平成7年12月26日

健医発第1536号

各都道府県・各政令市・各特別区衛生主管部(局)長あて  
厚生省保健医療局長通知

結核予防法による入所命令の対象及び命令入所の期間の取扱いについては、平成元年2月28日健医発第182号厚生省保健医療局長通知「結核予防法による入所命令の対象及び命令入所の期間について」により実施されているところであるが、結核の診断、治療及び管理について、結核診断技術の進歩等を踏まえ、平成8年1月1日より下記のとおり取り扱うこととしたので、遺憾のないよう実施されるとともに、関係機関への周知方をお願いします。

なお、平成元年2月28日健医発第182号厚生省保健医療局長通知「結核予防法による入所命令の対象及び命令入所の期間について」は平成7年12月31日をもって廃止する。

記

一 入所命令の対象について

入所命令の対象とする患者は、

- 1 喀痰塗抹検査の成績が結核菌陽性である肺結核患者
- 2 その他の結核菌検査の成績が結核菌陽性の肺結核患者(培養検査で菌陽性になるおそれの極めて高い者を含む。)
- 3 喉頭結核で喀痰中に結核菌を認める患者等、特に感染性と考えられる肺外結核患者

で、その居住環境から判断して同居者に結核を伝染させるおそれのあるものとする。

なお、「同居者」については、現状の社会状況にかんがみ、家庭内同居者とともに、学校、職場等社会生活の中で接触者も含めて考えるものとする。

二 命令入所期間について

命令による入所を継続しうる期間は、喀痰等の検体による塗抹及び培養検査により少なくとも月一回結核菌検査を行い、塗抹及び培

養検査結果が連続四か月結核菌陰性であることが確認されるまでの期間を限度とするが、

- 1 再治療例
- 2 糖尿病合併症例
- 3 塵肺合併症例
- 4 リファンピシン又はイソニコチン酸ヒドラジッドに耐性が確認された場合、あるいは、このいずれかの服用が不可能な例

のいずれかに該当する患者にあっては、該当項目数が一項目の場合は三か月、二項目の場合は六か月、三項目以上の場合は九か月命令による入所の期間を延長することができるものとする。

ただし、病状、経過から菌陽性と考えられる肺結核患者に対し入所命令を行う場合には、命令による入所期間を三か月とし、喀痰等の検体による培養検査の結果、結核菌陰性と判明した場合は、その時点で入所命令を解除することを原則とする。

また、入所命令の対象とされた患者で菌が非定型抗酸菌であることが判明した場合は、その時点で入所命令を解除することを原則とする。

## (参考資料3)

都道府県—14大都市・中核市(再掲)別にみた病床数及び人口10万対病床数

平成15年(2003)10月1日現在

	病床数					人口10万対病床数				
	病院	一般診療所			病院	一般診療所			病院	一般診療所
		精神病床 (再掲)	結核病床 (再掲)	一般病床 (再掲)		精神病床 (再掲)	結核病床 (再掲)	一般病床 (再掲)		
全 国	1 632 141	354 448	14 507	919 070	187 894	1 278.9	277.7	11.4	720.2	147.2
北 海 道	106 178	21 535	780	55 160	11 528	1 876.3	380.5	13.8	974.7	203.7
青 森 県	19 686	4 648	206	11 997	5 327	1 346.5	317.9	14.1	820.6	354.4
岩 手 県	20 059	4 560	220	12 131	3 443	1 430.7	325.2	15.7	865.3	245.6
宮 城 県	26 175	5 729	180	17 031	3 829	1 103.0	241.4	7.6	717.7	161.4
秋 田 県	17 445	4 473	164	10 011	1 902	1 494.9	383.3	14.1	857.8	163.0
山 形 県	14 791	3 415	50	9 637	1 601	1 202.5	277.6	4.1	783.5	130.2
福 島 県	30 378	8 085	330	17 673	3 391	1 437.7	382.6	15.6	836.4	160.5
茨 城 県	32 943	7 741	310	19 400	3 385	1 101.4	258.8	10.4	648.6	113.2
栃 木 県	22 853	5 416	190	12 921	3 265	1 136.4	269.3	9.4	642.5	162.4
群 馬 県	25 435	5 388	128	15 442	2 738	1 250.5	264.9	6.3	759.2	134.6
埼 玉 県	61 424	12 847	389	34 050	4 485	873.9	182.8	5.5	484.4	63.8
千 葉 県	56 464	13 245	539	32 771	4 885	937.3	219.9	8.9	544.0	81.1
東 京 都	129 253	25 558	1 110	83 133	8 081	1 050.0	207.6	9.0	675.3	65.6
神 奈 川 県	74 944	14 354	568	48 302	4 769	862.7	165.2	6.5	556.0	54.9
新 潟 県	30 566	7 282	174	17 621	1 735	1 242.5	296.0	7.1	716.3	70.5
富 山 県	18 374	3 627	107	9 273	1 637	1 644.9	324.7	9.6	830.2	146.6
石 川 県	20 535	3 899	192	11 333	2 043	1 740.3	330.4	16.3	960.4	173.1
福 井 県	12 212	2 405	130	7 136	2 095	1 476.7	290.8	15.7	862.9	253.3
山 梨 県	11 791	2 607	110	6 755	1 165	1 329.3	293.9	12.4	761.6	131.3
長 野 県	24 927	5 416	134	15 958	2 275	1 125.4	244.5	6.0	720.5	102.7
岐 阜 県	21 045	4 374	293	13 099	2 946	996.9	207.2	13.9	620.5	139.6
静 岡 県	40 134	7 419	263	22 264	4 014	1 058.1	195.6	6.9	587.0	105.8
愛 知 県	69 797	13 782	474	42 160	7 050	975.1	192.5	6.6	589.0	98.5
三 重 県	21 444	5 148	196	12 013	2 429	1 151.7	276.5	10.5	645.2	130.5
滋 賀 県	14 328	2 165	132	9 923	691	1 048.9	158.5	9.7	726.4	50.6
京 都 府	36 684	6 671	389	22 894	1 687	1 389.0	252.6	14.7	866.9	63.9
大 阪 府	111 451	20 220	1 525	66 632	5 644	1 264.2	229.4	17.3	755.8	64.0
兵 庫 県	65 242	11 945	505	38 558	4 986	1 168.2	213.9	9.0	690.4	89.3
奈 良 県	16 375	2 936	169	10 457	992	1 140.3	204.5	11.8	728.2	69.1
和 歌 山 県	14 640	2 595	283	9 036	2 241	1 386.4	245.7	26.8	855.7	212.2
鳥 取 県	9 051	1 834	76	5 512	1 269	1 481.3	300.2	12.4	902.1	207.7
島 根 県	11 788	2 659	158	6 586	1 322	1 565.5	353.1	21.0	874.6	175.6
岡 山 県	31 340	6 005	371	19 513	3 870	1 604.7	307.5	19.0	999.1	198.2
広 島 県	41 837	9 533	305	21 126	5 691	1 453.7	331.2	10.6	734.1	197.7
山 口 県	28 114	6 297	169	11 506	3 578	1 859.4	416.5	11.2	761.0	236.6
徳 島 県	15 997	4 303	169	6 504	3 325	1 958.0	526.7	20.7	796.1	407.0
香 川 県	17 171	4 080	155	10 207	2 915	1 683.3	400.0	15.2	1 000.7	285.8
愛 媛 県	23 549	5 106	262	12 531	6 300	1 587.9	344.3	17.7	845.0	424.8
高 知 県	19 830	3 981	291	7 490	2 464	2 457.2	493.3	36.1	928.1	305.3
福 岡 県	89 348	21 970	758	42 549	12 484	1 768.9	435.0	15.0	842.4	247.2
佐 賀 県	15 475	4 477	153	6 370	3 682	1 774.7	513.4	17.5	730.5	422.2
長 崎 県	28 437	8 311	326	12 887	6 789	1 894.5	553.7	21.7	858.6	452.3
熊 本 県	36 191	9 014	300	15 715	8 323	1 951.0	485.9	16.2	847.2	448.7
大 分 県	21 029	5 470	170	11 932	5 408	1 726.5	449.1	14.0	979.6	444.0
宮 崎 県	19 845	6 230	167	9 311	4 669	1 704.9	535.2	14.3	799.9	401.1
鹿 児 島 県	35 836	10 063	256	15 010	7 520	2 018.9	566.9	14.4	845.6	423.7
沖 縄 県	19 730	5 630	181	9 550	2 026	1 462.6	417.3	13.4	707.9	150.2

都道府県-14大都市・中核市（再掲）別にみた病床利用率及び平均在院日数

平成15年(2003)

	病床利用率(%)								平均在院日数(日)							
	総数	精神病床	感染症床	結核病床	その他の病床等	一般病床等		療養病床等	総数	精神病床	感染症床	結核病床	その他の病床等	一般病床等		療養病床等
						一般	療養							一般	療養	
全 国	84.9	92.9	2.4	46.3	83.3	79.7	93.4		36.4	348.7	8.7	82.2	28.3	20.7	172.3	
北 海 道	84.0	92.9	-	32.7	82.3	77.3	92.4		41.6	326.5	-	72.7	33.1	21.8	220.8	
青 森 県	82.3	89.9	0.2	25.8	80.8	78.3	92.0		38.1	308.1	5.6	89.4	29.2	23.8	140.0	
岩 手 県	83.4	92.8	0.0	19.4	81.8	79.3	92.5		39.6	387.0	3.3	61.6	29.9	24.1	184.4	
宮 城 県	80.6	90.9	5.1	32.8	78.4	77.0	87.2		30.9	327.9	9.9	103.9	23.8	20.7	87.3	
秋 田 県	86.2	94.1	0.1	22.9	84.5	82.2	93.5		37.6	331.4	20.0	96.7	27.9	22.1	232.9	
山 形 県	85.2	95.5	0.3	73.1	82.3	80.6	92.4		30.2	269.8	21.0	118.0	23.0	19.7	114.3	
福 島 県	80.3	89.6	-	24.0	77.8	75.2	90.0		36.4	415.6	-	52.9	26.3	21.5	141.4	
茨 城 県	81.6	91.3	0.1	41.0	79.2	76.0	92.0		35.0	481.1	2.8	85.5	26.2	20.5	175.8	
栃 木 県	83.7	90.1	0.1	35.4	82.4	79.5	91.5		36.7	417.4	8.0	94.7	27.8	20.8	175.1	
群 馬 県	83.5	93.5	6.3	50.9	81.2	77.9	92.6		33.8	360.9	27.9	103.9	26.3	20.2	122.0	
埼 玉 県	84.9	94.5	8.0	59.4	82.6	78.3	93.7		36.6	375.0	17.0	74.0	28.6	20.2	204.8	
千 葉 県	83.1	92.9	1.4	50.4	80.6	77.1	92.2		33.6	368.6	9.4	90.3	25.2	19.0	194.5	
東 京 都	82.0	90.2	2.2	66.2	80.3	77.5	93.2		28.8	253.8	5.5	83.1	22.9	18.5	200.1	
神 奈 川 県	83.0	91.1	11.6	67.6	81.3	78.6	93.9		29.1	292.1	7.0	79.7	23.4	18.9	231.1	
新 潟 県	85.9	95.3	0.0	58.1	83.3	80.8	92.1		35.3	346.4	3.6	77.1	26.6	20.6	153.2	
富 山 県	90.1	96.1	0.4	50.2	89.0	84.0	97.8		41.3	346.6	6.8	89.9	33.3	20.9	317.1	
石 川 県	85.8	95.8	0.3	33.8	84.1	80.4	92.7		40.3	365.5	8.0	90.5	32.3	22.4	173.3	
福 井 県	85.7	92.1	24.1	39.2	84.8	81.3	94.8		37.4	275.7	5.3	43.5	30.3	22.7	136.2	
山 梨 県	81.0	89.1	-	17.8	79.7	76.5	89.2		36.2	341.3	-	80.5	28.1	21.1	143.8	
長 野 県	83.9	91.8	-	38.6	82.2	80.2	92.2		26.8	269.1	-	93.8	20.8	17.4	89.0	
岐 阜 県	83.5	94.4	0.1	38.6	81.6	79.4	90.6		29.7	317.1	2.8	69.4	23.1	18.7	128.4	
静 岡 県	83.5	89.7	0.1	31.8	82.8	78.9	92.5		32.4	313.7	2.7	88.7	26.4	18.5	201.2	
愛 知 県	85.3	93.2	0.2	52.0	83.8	81.1	92.5		31.4	377.0	6.0	77.0	24.9	19.1	160.4	
三 重 県	86.5	94.6	-	48.3	84.4	81.8	92.0		35.1	310.5	-	95.1	26.6	19.9	127.4	
滋 賀 県	83.7	92.9	0.0	48.3	82.5	79.9	94.3		30.7	324.6	-	55.7	25.6	20.8	160.9	
京 都 府	84.4	91.9	0.9	34.6	83.4	80.1	95.7		37.3	388.1	6.2	72.3	30.4	23.5	190.1	
大 阪 府	85.6	92.0	0.4	67.4	84.6	81.0	95.7		34.4	313.7	5.9	94.3	28.1	20.9	179.9	
兵 庫 県	84.4	95.0	0.3	59.0	82.2	79.0	91.5		33.8	420.8	9.3	77.9	27.1	20.0	152.0	
奈 良 県	81.5	86.7	0.9	60.5	80.7	78.5	89.8		33.7	381.1	12.2	77.2	27.6	21.9	178.2	
和 歌 山 県	82.6	91.7	0.0	43.0	82.1	79.2	92.2		38.7	457.2	3.5	130.2	31.3	24.1	173.1	
鳥 取 県	86.9	92.9	-	33.4	86.0	84.3	92.0		36.9	324.2	-	116.7	29.5	23.5	103.7	
島 根 県	87.0	94.2	-	14.2	86.5	84.1	93.9		37.7	269.9	-	63.8	29.5	22.9	122.2	
岡 山 県	81.1	89.2	0.1	45.4	79.8	76.9	91.0		36.2	272.4	7.0	94.5	29.2	23.3	123.7	
広 島 県	88.8	95.5	0.3	50.5	87.2	83.8	94.4		40.9	340.1	61.0	81.3	31.7	21.7	149.4	
山 口 県	91.1	95.8	-	54.4	90.2	85.1	96.2		52.6	426.2	-	84.8	41.3	22.4	260.0	
徳 島 県	87.6	93.6	-	22.6	86.6	82.7	91.9		51.8	574.5	-	83.3	37.9	22.8	170.6	
香 川 県	82.6	91.5	-	27.1	80.7	78.3	90.5		36.0	394.7	-	92.7	27.1	21.5	199.1	
愛 媛 県	86.9	90.8	10.6	22.7	86.8	84.0	93.2		41.1	384.1	11.7	71.8	32.5	22.9	164.1	
高 知 県	87.2	88.4	0.2	20.5	88.2	81.3	95.0		55.0	274.9	2.7	58.2	45.5	23.0	194.3	
福 岡 県	87.8	94.6	18.2	48.3	86.3	81.5	95.0		45.6	380.9	8.6	83.0	34.5	22.3	180.2	
佐 賀 県	88.5	94.3	-	29.6	87.1	81.8	95.2		55.0	417.1	-	103.4	39.6	24.9	138.0	
長 崎 県	88.7	93.2	-	36.8	87.8	84.0	95.3		46.8	444.0	-	73.4	33.4	22.3	158.5	
熊 本 県	89.1	95.2	0.1	39.4	87.8	82.9	94.8		49.9	378.7	6.0	51.6	37.9	22.5	178.3	
大 分 県	88.9	97.6	-	49.0	86.5	85.0	92.4		38.3	411.7	-	72.8	28.0	22.3	152.6	
宮 崎 県	85.7	93.0	-	40.5	83.2	78.6	94.1		47.2	449.8	-	95.1	32.1	22.4	158.3	
鹿 児 島 県	88.3	95.7	12.4	39.8	86.0	81.1	93.1		52.1	556.7	22.4	101.8	37.2	22.8	134.2	
沖 縄 県	89.5	95.4	-	41.9	87.8	83.8	96.7		40.2	329.8	-	118.2	28.9	19.6	217.0	

公衆衛生審議会結核予防部会

「21世紀に向けての結核対策（意見）」（平成11年6月）より抜粋

### 3. 今後の結核対策の具体的進め方

#### (4) 患者への医療提供及びまん延防止対策

##### (5) 結核入院患者の類型に応じた病床のあり方

結核患者の高齢化や合併症を伴う結核患者の増大、多剤耐性結核の出現等により、結核患者に対して必要な医療の多様化が進んでいる。特に、入院医療を必要とする結核患者を考えた場合、

- 1) 典型的な結核患者（薬剤耐性や合併症がなく、順調な菌陰性化を期待）、
- 2) 他の疾患や病態を伴った結核患者（糖尿病、免疫不全症、精神疾患や痴呆等のそれぞれの合併症に対応できる体制が重要）、
- 3) 多剤耐性結核の患者（化学療法、外科療法等を総合した集学的治療が必要）
- 4) 慢性排菌化した結核患者（対症療法を主体とした長期にわたる療養生活が必要）

に分類される。

このような結核患者の類型に応じた結核病床・結核入院医療の評価については、今後、必要な予算事業あるいは診療報酬上の基準の設定等の方法を用いて対応していくことが考えられる。現在、中央社会保険医療協議会において医療機関の機能分化による効率的な医療提供等をはじめとする診療報酬体系の見直しの議論が行われているところであるが、結核診療に対する診療報酬についても、適正な評価と見直しを図っていくことが重要である。また、結核患者の類型に応じた病床を考えた場合、結核病床そのものが全国で約3万床の規模であること等を勘案すると、結核病床の医療法上の病床種別についてさらに細分化を図ることは地域における結核医療の硬直化を招く等の理由から好ましくなく、現行どおりとすることが適切である。その際、医療法上の人員配置及び構造設備の新たな基準については、今後、医療審議会における一般病床の取扱いの審議と平行して、結核入院医療の現状分析等を踏まえて検討していくことが必要である。なお、上記の結核患者に必要な医療の多様化や結核患者に対する良質かつ適切な医療の確保の観点から、それぞれの地域の実情に応じた結核病床の確保についても取り組んでいくことが重要である。

また、結核医療提供体制について、拠点型又は分散型の議論については、どちらかの方向に集約していく必要はないと考えられる。すなわち、都道府県又は都道府県域を越えた広域圏の結核医療の拠点的な役割を果たすべき拠点型と総合診療機能を有する医療機関に併設して合併症等の治療も想定した結核医療の役割を果たす分散型等が、地域の実状等に応じて共存していくことが重要で

ある。このうち拠点型としては、国立病院・療養所において、再編成計画に基づき、多剤耐性結核等への対応を含む専門医療の実施体制を充実するため、原則として都道府県毎に1カ所とする集約化が図られており、今後とも、結核診療体制の更なる充実強化を図るため、必要な施設、設備の整備が必要である。また、分散型については、感染拡大の危険性が常に存在することから、今後作成する結核院内感染ガイドライン等に基づいて、感染拡大防止に向けた十分な対応を併せて実施していくことが不可欠である。



## 結核部会中間まとめ

国立病院機構

## 1 結核医療及び結核拠点病院の現状

我が国において、結核は最大の慢性感染症であり、国立療養所をはじめとする国立医療機関は、半世紀以上にわたり、その制圧のために中核的な役割を果たしてきた。

近年、結核罹患率は順調に低下しつつあり、患者数をはじめ結核をとりまく環境は、大きく変化しているが、変化に応じた医療提供のあり方、病床数、診療報酬における評価等、見直されるべき点が少なくない。

## &lt;結核病棟の入院患者数の減少&gt;

これまで、旧国立療養所においては、全国の都道府県における結核医療の拠点として、重要な役割を担い、診療を行ってきたが結核患者の新規発生率が低下するとともに、全国の国立病院機構における結核拠点病院においても、結核の新規入院患者が減少している。

また、各病院においては、適切な結核医療を提供し、早期退院に向けた努力も行ってきたことにより、入院期間は短縮し、結核病棟の入院患者数の減少が加速している状況にある。特に、東北・北海道や四国をはじめとする地域においては、平均入院患者数が1病棟の5割を下回る病院が多い。

今後、更なる入院期間の短縮をはかれば、入院患者数の一層の減少を伴うため、現状のままの病棟運営の維持が更に困難となることが予想される。

一方、結核患者の新規発生率や多剤耐性結核の発生率に相当の地域差があるため、入院患者数の減少の程度も、それに対応して相当の地域差がみられる。

## &lt;結核患者の変化&gt;

結核入院患者も高齢化がすすみ、結核医療だけでなく合併症対応等の高度な医療や介護を必要とする患者が増加している。

また、都市部に近い結核拠点病院においては、単身無職・生活困窮等、社会的に困難な背景を抱える結核患者も多く、円滑な退院やその後の通院のために福祉部門との密接な連携を要する症例が増加している。

さらに、地域差はみられるが、多剤耐性結核患者数も漸増している状況にある。

## &lt;経営面からみた結核医療&gt;

結核医療については、結核予防法に基づき入院医療が主体となっているが、多くの症例は、外科手術や高額な検査を頻繁に実施する必要のないものであるため、入院基本料を主とする診療収入となっている。したがって、結核医療の入院収入は、一般医療と比して、相当に低いものとなっている。

## 2 国立病院機構における今後の結核医療の提供体制について

国立病院機構としては、結核医療を取り巻く状況の変化に迅速に対応しつつ、今後

も政策医療として結核医療を適切に担っていくこととする。

また、諸外国における結核医療の現状を勘案しつつ、我が国においても、医療ニーズに即応し、かつ、可能な限り効率的な医療を提供するべきであり、これに国立病院機構全体として取り組んでいくべきである。

これに取り組むことにより、結果として国立病院機構の結核拠点病院においては、さらに、入院期間が短縮し、空床が増加することになるが、各病院は、入院患者数を含めた近い将来に予想される変化と問題に対応するため、病棟運営の見直し等の結核医療の提供のあり方を検討する必要がある。

### 3 国立病院機構における効率的な結核医療の実現について

国立病院機構としては、上記のような認識に立ち、各病院における効率的な結核医療の提供を支援し、特に、入院期間を短縮するための方策として、

- ① 合理的な退院基準の設定
  - ② 外来 DOT（直接服薬確認療法）の運用
  - ③ 地域の保健福祉機関との連携
- 等の促進を図ることとしたい。

入院期間の短縮に伴って生じる患者数の減少や空床化の加速に対しては、「結核病床のユニット化」を検討し、結核病床と一般病床の患者を一つの看護単位で診療することにより、対応する必要があると思われる。

また、結核病床は、上記のような運営を行っても、なお、一定の患者数の変動等に応じて空床を確保する必要があることや診療報酬制度上の結核医療の評価が低いこと等により、収支面で釣り合いがとれないため、「適正な診療報酬の確保」等についても検討を行い、必要に応じ厚生労働省等に対して要望を行うこととしたい。

### 4 当面の急ぐべき対応策について

結核医療の効率的な提供体制の検討に際し、特に、入院患者の減少に対応した結核病床のユニット化、外来DOT等の充実については、施設整備等の投資の方針と密接に関係するため、他の検討課題に先駆けて、検討を行いまとめることとした。

国立病院機構として、各病院における効率的な結核医療の提供を支援するため、結核の入院患者が1病棟を満たさない場合に、以下のようなユニット化を促進するものとする。なお、ユニット化とは、「結核病床と一般病床等その他の患者を1つの看護単位で担当すること」とする。

#### <ユニット化の例>

- ① 従来の結核病棟のうち結核患者が使用しない病床を、病床種別の変更を行って、一般病床等として使用するもの
- ② 結核病床の結核患者について、従来の一般病床の患者とあわせて1看護単位とするもの（例えば、結核病床10床を一般50床とあわせて1看護単位とする等）

上記のようなユニット化においては、院内感染の防止のため、①構造設備の変更、②医療スタッフへの院内感染防止策の周知徹底、③入院患者、患者家族への説明と理解が重要である。

構造設備等の変更にあたっては、厚生労働省で示している「結核患者収容モデル事業」実施要領に示されている構造設備と同様の要件を満たす必要があり、経常収支が悪い施設であっても改修を行って経営的にも効率的な結核医療が提供できるよう、施設整備費補助金等の利用が可能となるようにするべきである。

また、入院期間の短縮のためには、退院患者への適切な治療及び保健福祉関係者との連携が、薬剤耐性結核の予防の観点からも必須であり、外来機能と地域連携機能の充実があわせて重要である。そのために、例えば、外来 DOT の実施のための一部改修や人的な体制づくり等を進めるべきである。

なお、ユニット化を検討するにあたって、結核診療に必要とする病床がごく僅かである場合には、「結核患者収容モデル事業」を利用して、一般病床において結核患者を診療している医療機関もあるが、合併症のない結核患者をモデル事業に含めることは、事業の趣旨に沿わないものであり、これについては、当面、慎重に検討する必要がある。

## 5 今後の検討課題

結核医療に関しては、今後、適正な診療収入の確保策等のほか、標準治療法の普及、退院基準の設定、治療の完遂方策、多剤耐性結核への対応等、結核医療の質の向上のための方策について、結核部会において、引き続き十分な議論を行い、とりまとめを行っていくこととする。