

結核医療の不採算性と 赤字財政からの脱却

四元秀毅

IRYO Vol. 64 No. 5 (339-342) 2010

要旨

わが国は結核罹患率が人口10万人に対して20人弱と中まん延状態にあり、年間で約1万人の喀痰の塗抹陽性肺結核患者が入院治療を要している。一方、これを受ける結核病棟は不採算状態にあり、その解決のために種々の方策が講じられている。その筆頭にあるのが診療報酬の大幅増額要求であるが、この間の経緯をみると、その実現の可能性は低い。むしろ、在院期間1カ月以内で収支相償を期待できることから、診療を効率化して在院期間をこの範囲内に収めることを目指すべきである。早期退院を図るには「退院基準」を見直す必要があるが、その際には結核病学会の基準に準拠するのが妥当であろう。今後、結核医療における行政の責任はいつそう明確化される必要があるが、一方、医療現場で結核を特別な感染症とみることの必要性は低下するであろう。結核診療は呼吸器感染症の診療に吸収される方向にすすむものと思われる。

キーワード 結核医療, 医療経済

はじめに

2009年時点でわが国には8,000床弱の結核病床があり、その20%近くを国立病院機構の病床が占めている（厚生労働省ホームページ『第二種感染症指定医療機関の指定状況（平成21年3月末現在）』<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekaku-kansenshou15/02-02-01.html> 参照）が、結核は典型的な不採算医療で多くの施設が赤字財政に悩まされている。著者は第84回結核病学会総会における教育講演で結核の医療経済を解説する機会を持ったので¹⁾、そのなかで国立病院機構の病院に関連の深い事項について紹介する。

結核診療の不採算性とその顕在化

結核病棟の不採算性は低い診療報酬に起因している。まず、入院費用が療養型病床の位置づけで低額に抑えられていることがある。これはかつて若年・中年層患者が大多数を占め少ない看護要員で事足りた時代の反映であるが、高齢者がふえ相当の看護力が求められている現状を正當に評価していない。さらに検査・薬剤などの診療行為関連収入もきわめて少なく、これらが相俟って不採算状態を招来した。機構に移行して療養所時代の一般会計からの繰り入れによる赤字補填がなくなり、機構病院結核病棟の不採算性が顕在化した。

国立病院機構東京病院 名誉院長

別刷請求先：四元秀毅 国立病院機構東京病院 名誉院長 〒204-8585 東京都清瀬市竹丘3-1-1
(平成21年8月7日受付, 平成22年2月12日受理)

Negative Balance in Tuberculosis Ward: How Can We Get out of the Red Ink Financial Situation?

Hideki Yotsumoto, NHO Tokyo Hospital

Key Words: management of tuberculosis, medical economics

診療報酬の増額要望

不採算状態から脱却するために、関係者は結核病棟の採算性の実態を示し診療報酬の大幅増額を要望した。すなわち、現状では結核病床1床・1日当たり25,000円-30,000円を要しているのに対して診療報酬額は2,000点弱程度にとどまっておらず、収支相償には包括医療として1床1日当たり2,500点程度への大幅増額が必要としたのである²⁾。国立病院機構の多施設調査でも、医業費用として同様の金額を算出している³⁾。

診療報酬の改定と病棟の収支状況

これに対する当局の回答は平成20年で+0.82%の改定率にとどまり、大幅増額にはほど遠いものであった。改定の影響を検証した機構病院における調査⁴⁾も、1カ月以内の比較的短期の入院では収支がほぼ相償するものの、2カ月以降では1日・1床当たり10,000円程度の欠損が生じるとしている。

診療報酬額の詳細例として東京病院の標準的症例の入院初月の1カ月分をみると、薬剤費収入は20,000円に満たず、検査などの医療行為による収入も80,000円程度で、相対的に高額な初月でも診療関連報酬額は100,000円程度にとどまっていた。一方、入院費用等は約1,400点/日で月額44,000点程度でしかなく、診療総額は56,000点程度にとどまっていた。すなわち、初月でも1日当たり2,000点弱で3,000点には遠く及ばない状況にあった。

稼働率60%の50床の仮想的病棟での年間の収支を概算してみると、緩い条件で算出しても年間で2億円を超える欠損が生じることになる(図1)。

不採算性をどのように解決するか

このような赤字体質からの脱出法として、①診療報酬の増額、②在院期間の短縮による支出の削減、③その他の収入増加策、があげられる。①については、当局から“窮状は理解するが大幅増額には大義名分がない”とのコメントがあったとされ⁵⁾、大きな期待は持てない。一方、③については「補助金」の増額があるがこれは本筋の解決法ではない⁶⁾。そこで②が重要となり、その具体策は「退院基準」を見直し、検査を適切に行って“排菌陰性化”を早期に確認し、在院期間を大幅に短縮することである。

空床 : 20床 欠損額 : 2万円×20/床/日 40万円/病棟/日 約1億5000万円/年	
在院1カ月以内 : 15名 収支相償	在院2カ月目 : 15名 欠損額 : 1万円/人/日 15万円/病棟/日 約5,500万円/年

図1 仮想的な結核病棟にみる不採算性の実態
病床稼働率60%の50床の結核病棟での医業収支を概算すると年間で2億円にもなる赤字が計上される。第1カ月目は収支相償としているが、実際にはここでも欠損が生じる可能性がある。

結核診療の実態と改善策

診療の実態の参考として2007年度に東京病院に入院した排菌陽性の肺結核350症例のうち排菌陰性化3回を確認できた185例について排菌2回・3回陰性と退院に要した日数を示す(図2)。この群ではそれぞれに平均約55・63・90日を要していた。この長い在院期間の背景には高齢者で抗結核薬の副作用がおりやすいなどの事情があり、また、これが病棟稼働率を高めているという皮肉な側面もあるが、それにしても長すぎる在院である。

このように退院が遅れる理由として、病態によるやむを得ない事情のほかに、①排菌3回陰性の「退院基準」、②塗抹検査の施行日程、③排菌陰性化後の在院、の三つの因子があげられる。①については、排菌3回陰性を「隔離解除基準」とするのはよいとしても、これを「退院基準⁶⁾」とすることにはもともと問題があるのである。また、一方で厳しい「退院基準」を示し、他方で「診療報酬の大幅増額に大義名分はない」として在院期間の短縮を強いていることの論理矛盾の問題もある。②については、退院を急がないために検査間隔が広がりがちになっている実態がうかがえる。クリティカル・パスウェイなど

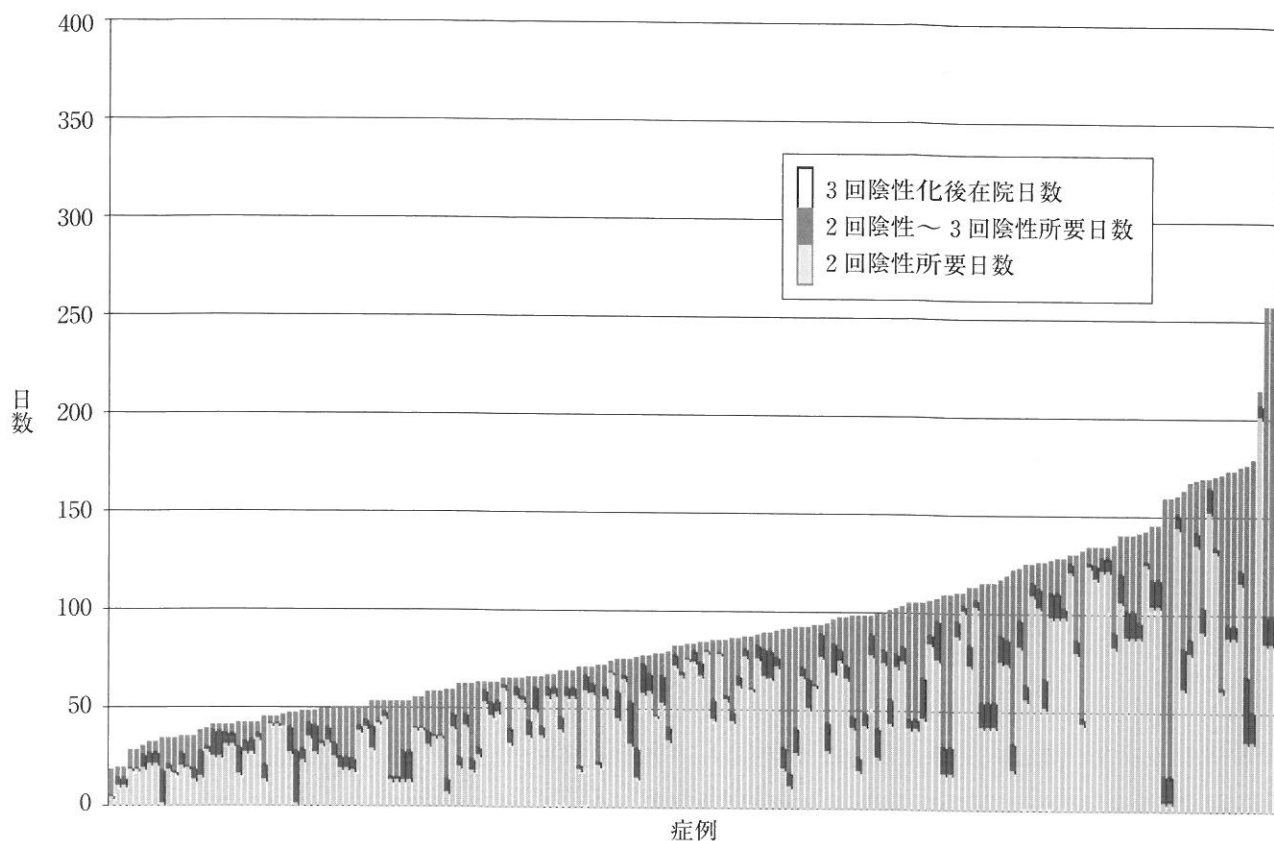


図2 排菌陰性化と入院期間の関係

2007年4月1日-2008年3月31日間に東京病院に入院した喀痰の塗抹陽性肺結核症例のうち塗抹検査陰性化を3回確認できた185例の菌陰性化に要した日数と入院期間（全長）。多剤耐性結核・死亡者・途中脱落者は除外。

を利用して排菌陰性化の早期確認に努めるべきである。③については、受け皿さがしの難しさはあるとしても、非排菌者を結核病棟に長期間とどめてよい理由はない。

「退院基準」の見直しが必要

2カ月以降では明らかな不採算である以上、在院期間の大幅短縮に努めるべきである。その際に、「退院基準」は結核病学会の基準⁶⁾に準拠するのが妥当であろう。ところで、従来、わが国では「退院基準」と「隔離基準」の間に混同があり、欧米先進諸国では結核は家庭などで隔離できれば入院を必要としない外来診療疾患とみなされているのに対して全員入院を基本としているという重大な問題があるが、この議論は別の機会に譲りたい。

なお、早期退院をはかると退院後のDOT（直接監視下治療）の重要性が増すが、このことに関する基本的責任が行政にあることを再確認しておく必要がある。

減床と病床のユニット化

病床を大幅に削減すると専門医療施設でもこれを単独病棟で持つことができなくなり、結核病床を感染症病棟の一部などに「ユニット化」して持つ必要が生じる。その際に結核病床の在院期間が全体のそれを延ばすことが危惧されるが、これは在院期間を1カ月以内に抑えれば大きな問題ではなくなるであろう。その意味でも在院期間の短縮が重要である。

おわりに

結核病棟の赤字体質からの脱却には入院期間の大幅短縮が肝要である。耐性結核や要手術例などのための結核専門施設の存在意義は残るであろうが、「結核予防法」の「感染症法」への包含が示唆するように、結核が特殊な感染症でなくなりつつあることは否めない。新規抗結核薬の登場で診療期間が大幅に短縮するとこのことが実感されるであろう。

〈謝辞〉本論文は第84回結核病学会総会（会長 岸不盡彌先生；2009年7月札幌市）における教育講演（司会 工藤宏一郎先生）の一部である。NHO 東京病院の豊田恵美子・長山直弘，同近畿中央胸部疾患センターの坂谷光則，同札幌南病院の飛世克之の諸先生のご協力を感謝する。本論文のとりまとめには政策医療ネットワーク助成金の援助を受けた。

[文献]

- 1) 四元秀毅. 結核医療の経済学—結核病棟の今後：結核. 2009；84：737-42.
- 2) 橋本 壽. 結核医療の診療報酬改定の要望について. 複十字. 2004；295：4-93.
- 3) 国立病院機構平成19年度指定研究報告書：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.
- 4) 飛世克之. 結核医療の不採算性をどう考えるか. 日胸. 2009；68：436-45.
- 5) 厚生労働省健康局結核感染症課長通知：健管発第0907001号，1001001.
- 6) 日本結核病学会治療・予防・社会保険合同委員会 結核の入退院基準. 結核. 2005；80：389-90.