

結核医療提供体制（結核病床）の検討について

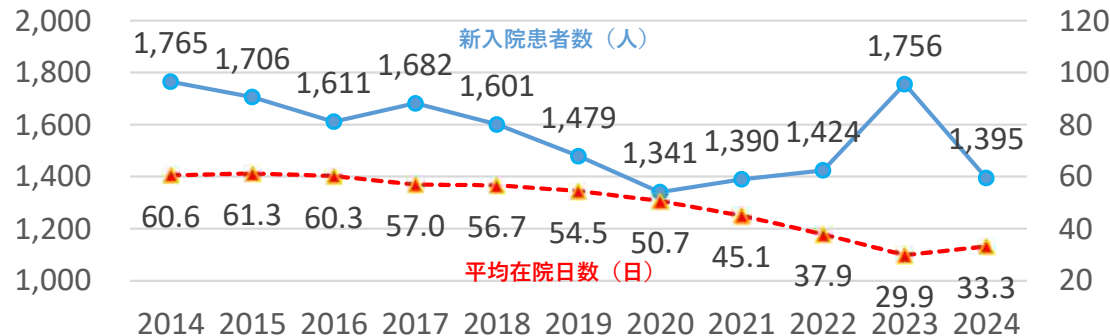
- 1 都内の結核病床の現状
- 2 国、関係団体及び他自治体の動向
 - 入国前結核スクリーニングの開始
 - 入院と退院に関する新たな基準の学会提案
- 3 都における課題と対応策
- 4 今後の結核医療体制の方針案

都内の結核病床の現状分析

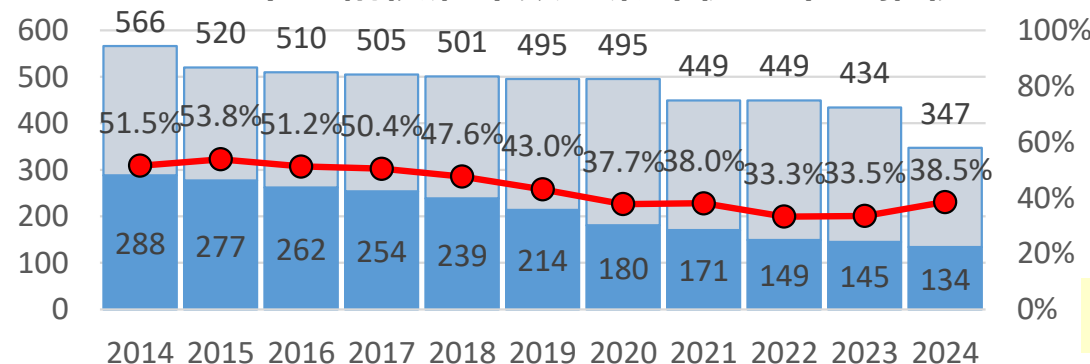
都内の結核病床の状況	2024
新入院患者数（人）	1,395
平均在院日数（日）	33.3
在院患者延数（人）	45,750
基準病床数（床）	216
結核病床を有する病院	15
結核病床数（床）	347
病床使用率（%）	38.5%

（注）職域分を含む
 （注）慈恵第三病院
 結核病床27床廃止
 （令和6年度末）以前

過去10年の新規入院患者数と平均在院日数の推移



過去10年の結核病床数と病床使用率の推移



■ **在院患者数の減少**
 結核罹患率の低下により減少傾向

■ **平均在院日数の減少**
 結核病床を有する医療機関の経営悪化
 在院患者延数減少と病床使用率低下による収入減



■ **結核病床数の減少**

- 精神疾患、透析、小児など専門的な医療が必要な結核患者の治療は、診療経験のある一部の結核指定医療機関に集中している。
- 合併症等、専門的な医療が必要な結核患者の対応可能な医療機関が限られ、入院調整が困難となるケースがある。
- 入院中に日常生活動作(ADL)が低下した高齢患者等は、介護福祉施設等の受け入れが困難であり、転院先が調整できないまま入院が長期化し、病床の有効活用が難しい。
- 結核患者を受け入れる病床の不足あるいは過剰について現状を把握し、適切な病床運用について検討し、行政的医療としての結核医療体制を維持・確保する必要がある。

都内の結核病床の現状①

結核関係病床一覧（令和7年4月1日現在）

1 結核病床を有する病院

病 院 名	所在地	許可病床	稼働病床
1 虎の門病院	港区	2	2
2 国立国際医療研究センター病院	新宿区	7	7
3 JR東京総合病院	渋谷区	2	2
4 東立病院	葛飾区	15	15
5 江戸川メディケア病院	江戸川区	22	22
6 自衛隊中央病院※	世田谷区	20	20
7 東京拘置所医務部病院※	葛飾区	21	21
8 都立多摩総合医療センター	府中市	29	29
9 都立小児総合医療センター	府中市	12	12
10 新山手病院	東村山市	8	8
11 東京病院	清瀬市	50	50
12 複十字病院	清瀬市	60	45
13 清瀬リハビリテーション病院	清瀬市	48	48
14 東日本成人矯正医療センター※	昭島市	24	24
計14病院		320	305
特別区		89	89
多摩地域		231	216
うち職域分(※3病院)を除く病院 計11病院		255	240

(参考) 近年、結核病床を廃止した病院

東京慈恵会医科大学附属第三病院 狛江市 27

2 結核患者収容モデル事業整備病院

病 院 名	所在地	病床数
1 聖路加国際病院	中央区	15
2 日本医科大学付属病院	文京区	2
3 東京曳舟病院	墨田区	2
4 市立青梅総合医療センター	青梅市	2
5 日本赤十字社医療センター	渋谷区	3
6 中野共立病院	中野区	1
7 大田病院	大田区	1
8 町立八丈病院	八丈町	2
9 慶應義塾大学病院	新宿区	2
10 都立松沢病院	世田谷区	18
11 立川相互病院	立川市	3
12 国立国際医療研究センター病院	新宿区	15
計		66

※2、3は、いずれも医療法上の結核病床外

(参考) 近年、モデル病床を開設した病院

立川相互病院 立川市 2→3

(参考) 近年、モデル病床を廃止した病院

河北総合病院分院 杉並区 1

(R7.3.31付で廃止)

3 結核患者緊急一時入院施設整備病院

病 院 名	所在地	病床数
1 浅草病院	台東区	1
2 池袋病院	豊島区	1
3 中村病院	墨田区	1
4 江東病院	江東区	2
5 聖母病院	新宿区	1
6 帝京大学医学部附属病院	板橋区	1
7 春山記念病院(旧春山外科病院)	新宿区	1
8 目黒病院(休床中)	目黒区	1
9 赤羽中央総合病院	北区	1
10 板橋区医師会病院	板橋区	1
11 東京都済生会中央病院	港区	1
12 新渡戸記念中野総合病院	中野区	1
13 町田市民病院	町田市	1
計		14

※2、3は、いずれも医療法上の結核病床外

●第7次東京都保健医療計画にもとづく結核病床基準病床数は**216床**。

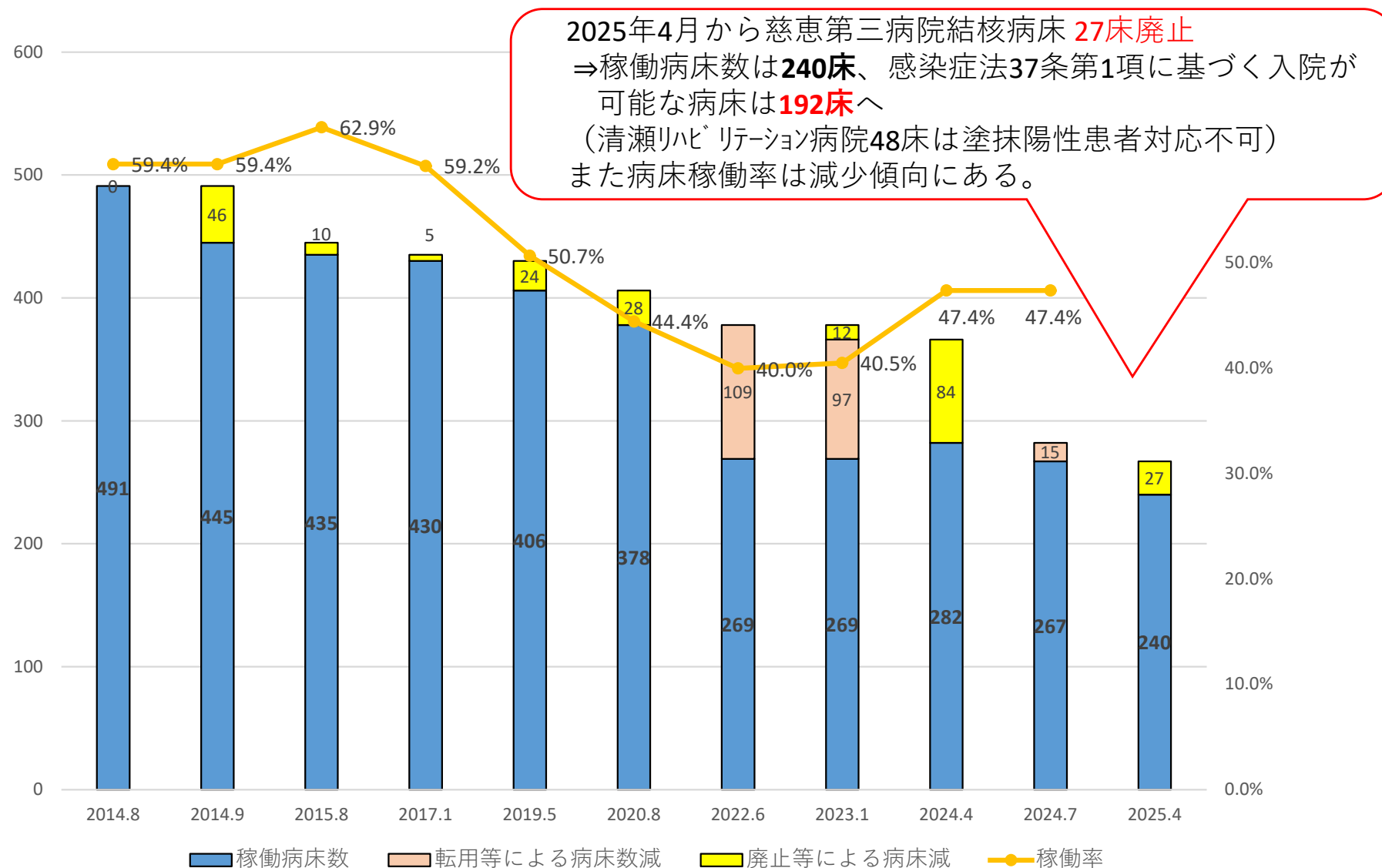
●現在の許可病床数（職域分を除く）は**255床**。このうち稼働病床数は240床。

●感染症法37条第1項に基づく入院が可能な病床数は**192床**。

（清瀬リハビリテーション病院**48床**は感染症法37条第1項に基づく入院の受け入れが不可）

都内の結核病床の現状③

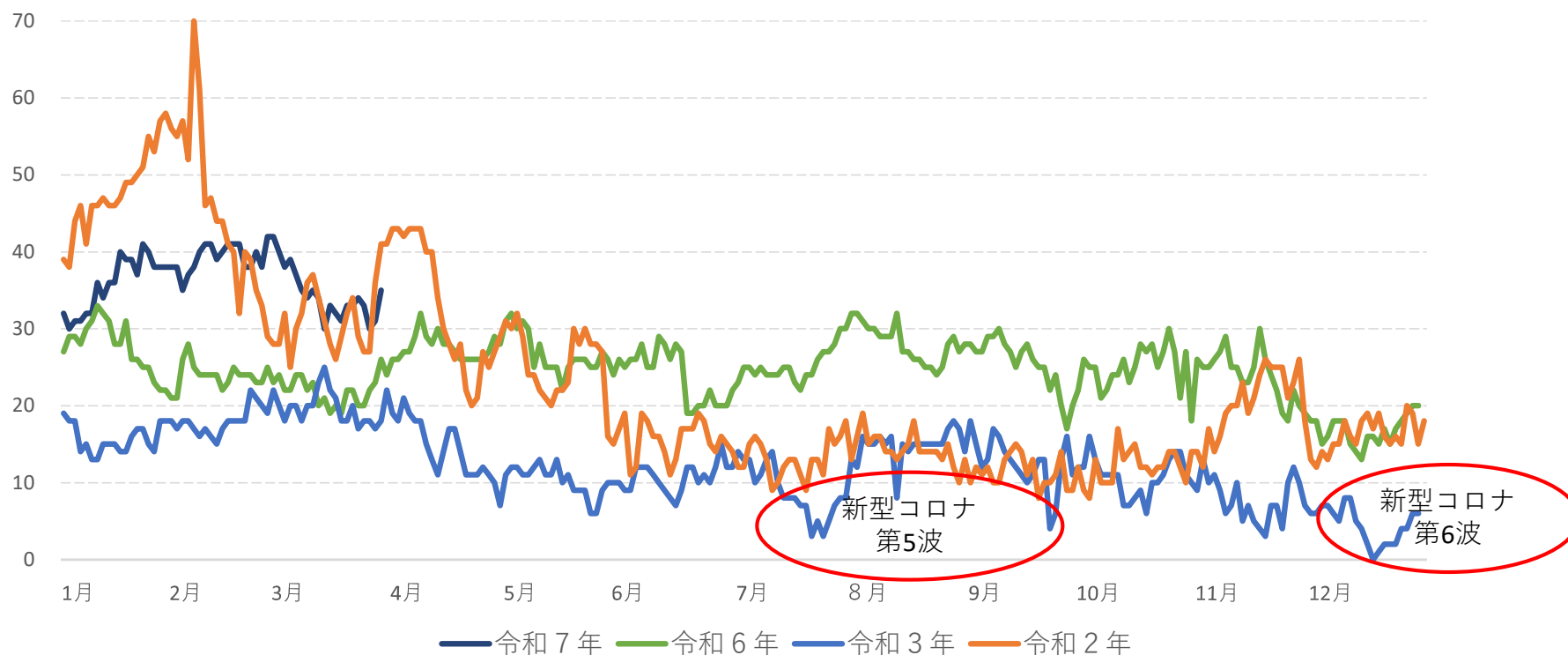
2014年～2025年の結核病床推定稼働率および稼働病床数の推移（職域分は除く）



都内の結核病床の現状④

空床状況報告（公益財団法人東京都結核予防会が各病院からの報告を取りまとめて毎日各保健所へメール送付）にもとづく入院可能病床数

東京都内結核病棟の入院が可能な空床数※
(2020年～2021年、2024年～2025年3月31日)

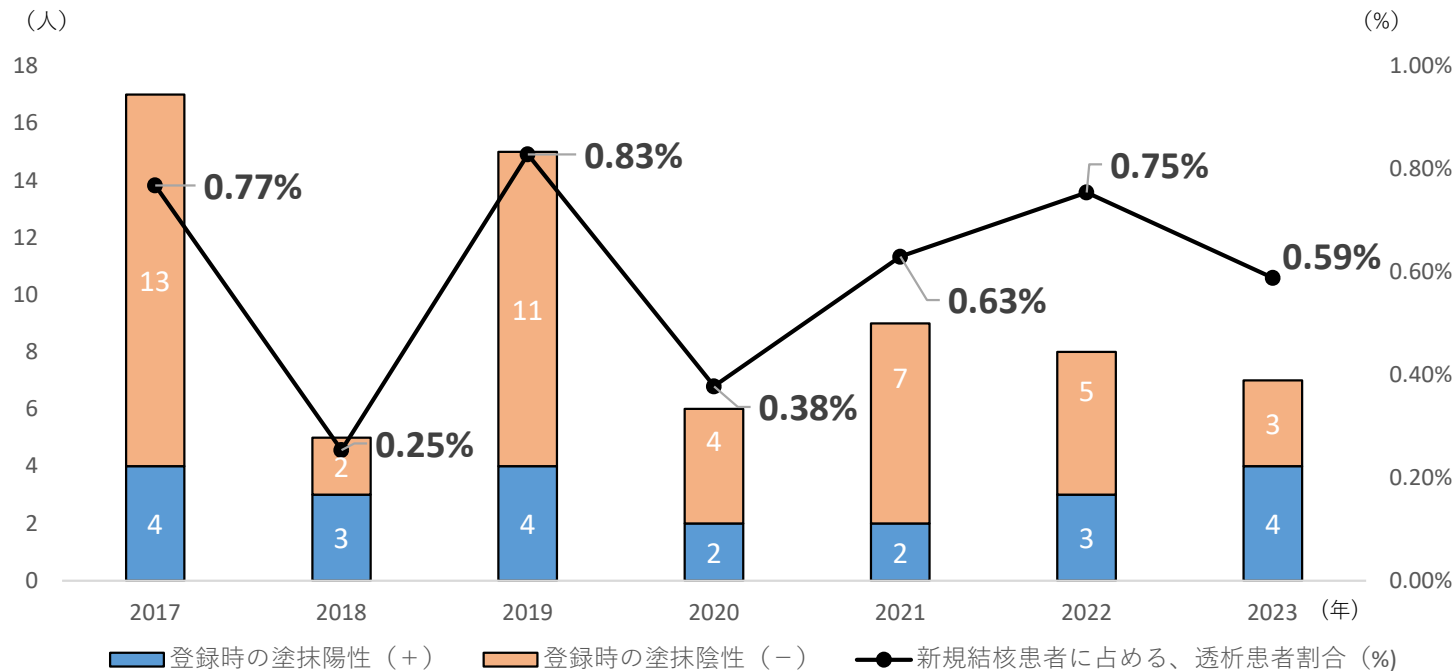


※令和2年3月から令和6年12月まで国立国際医療センター、令和2年4月から令和6年12月まで都立多摩総合医療センターがデータに含まれていない。令和2年から令和7年を通して結核病床を持つ医療機関のうち、**都立小児総合医療センター、虎ノ門病院は含まれていない。**

- コロナ禍においては急激に空床病床数が減少した。
- 令和6年以降は年間を通して、20～30床程度の受け入れ可能な結核病床がある。

東京都の結核医療と透析を取り巻く状況

透析導入している新規結核患者の推移（東京都）



○全国の状況

- 2024年5月日本透析医学会から透析施設会員に実施した「透析患者における結核の現状に関するアンケート」では、質問「結核患者の結核発症で苦慮したこと」で、回答した698施設のうち63.8%が「受け入れ先 転院先の調整に難渋」と回答している。

○都内の状況

- 近年の新規結核患者のうち、透析導入をしている者は5~17名/年で推移している
- 新型コロナウイルス感染症流行以前に、透析導入されている結核患者の入院受け入れを担ってきた東京都内の医療機関は、コロナ患者の入院治療の担い手の中心ともなり、2020年の新型コロナウイルス感染症流行以降、結核病床はコロナ病床に転用された。この影響により、従来から入院調整が困難であった透析合併結核患者の入院調整がさらに困難な状況となり、他県の医療機関への入院が散見された。
- 現在はその影響は徐々に改善しつつあるものの、**透析ベッドの空き状況等によっては、入院調整が困難な場合がある。**

入国前結核スクリーニング (Japan Pre-Entry Tuberculosis Screening, JPETS)

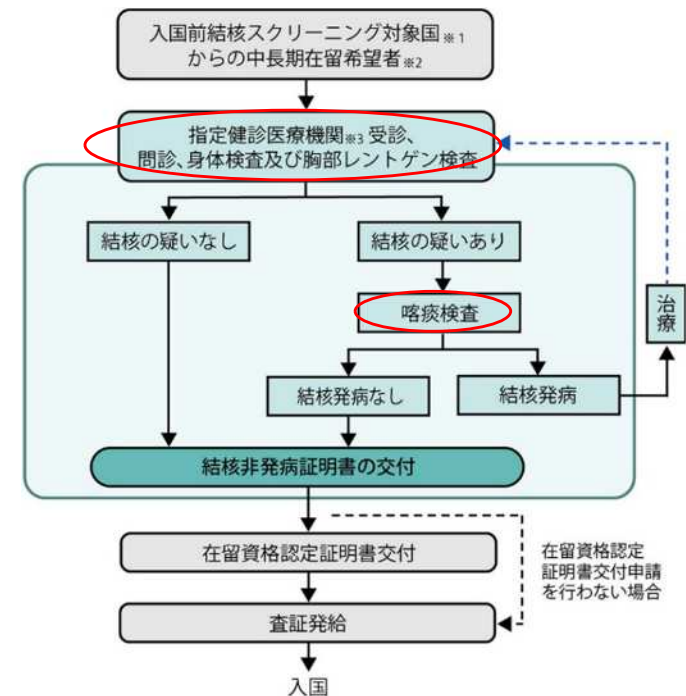
入国前結核スクリーニング (JPETS)

- 対象国から日本に入国・**中長期間在留**しようとする者に対して、入国前に指定健診医療機関において胸部レントゲン検査等を実施し、**結核を発病していないことを証明する資料の提出を求める**仕組み

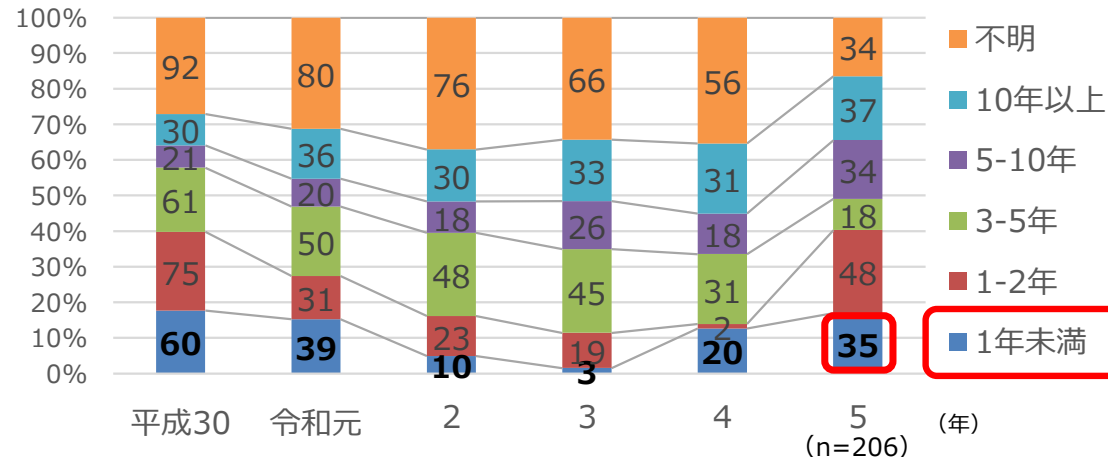
開始時期

- 調整が完了している対象国から順次開始。準備の整った3か国（フィリピン、ネパール、ベトナム）の予定は以下の通り。

	健診受付開始	結核非発病証明書提出義務付け
フィリピン、ネパール	令和7年3月24日	令和7年6月23日
ベトナム	令和7年5月26日	令和7年9月1日 予定
インドネシア、ミャンマー、中国	開始に向け 調整中 (※開始が決定され次第公表予定)	左に同じ



(参考) 都内における外国出生患者の入国時期の推移



入国後1年未満の外国出生結核患者は、新型コロナによる入国制限を受け2020年から2021年において減少した。2023年においては入国制限解除等を受け再び増え、**35名 (16.9%)** となっている。

JPETSの情報へのアクセス権は、IOM（国際移民機関）、CJPQA（日本入国前結核スクリーニング精度管理センター）、厚生労働省、外務省、入管庁が持つ。

「結核患者の入院と退院に関する新たな基準の提案」の概要

○退院させなければならない基準 ⇒変更なし

ただし、「薬剤感受性結果を考慮した治療の実施」「退院後の服薬継続の保障」を必須要件に加える

○退院させることができる基準

現行基準（以下をすべて満たす）	学会提案（以下をすべて満たす）
「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（平成19年9月7日健感発第0907001号）」 ※以下のア～ウをすべて満たせば、感染症法第22条に規定された状態を確認できなくても退院させることができるものとする	※以下の1～4をすべて満たせば、感染症法第22条に規定された状態を確認できなくても退院させることができるものとする
ア 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	1) 適切な治療（感受性結果に基づいた適切な治療、副作用による薬剤中止時は耐性を誘導しないような適切な治療）が2週間以上なされ、治療により症状が軽快ないしは消失し、諸検査結果が改善傾向にあることが確認されている。
イ 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塗抹検査または培養検査の結果が連続して3回陰性	2) 以下のいずれかを満たす ア RFP感性が確認されてRFPが使用可能であり、かつ退院後に新たにハイリスク者と同居しない（この場合排菌陰性基準は不要） イ アを満たさず、①RFP耐性が確認されている場合、あるいは②RFPが使用できない場合、あるいは③RFP感受性検査結果が確認されていない場合、あるいは④退院後に新たにハイリスク者と同居する場合は、喀痰塗抹または培養検査の2回連続陰性確認を必須とする
ウ 患者が治療継続および感染拡大防止の重要性を理解し、かつ退院後の治療継続および他者への感染防止が可能であると確認できている（別紙あり）	3) 退院後の服薬継続が下記により保障されている ア 日本版DOTSによる服薬確認体制が整っている イ 治療継続および感染拡大防止の重要性を理解しかつ継続可能であることを患者もしくは服薬支援介護者が確認している
（新設）	4) BCG未接種かつLTBI治療を受けていない乳幼児（6歳未満）との同居など恒常的な接触がない

日本結核・非結核性抗酸菌症学会提案
「結核患者の入院と退院に関する新たな基準の提案」

学会パブリックコメントへの東京都からの意見

学会パブリックコメント：

日本結核・非結核性抗酸菌症学会治療委員会及び予防委員会より、パブリックコメントとして学会提案について意見提出依頼あり、2025年2月14日に東京都より意見を提出。

■排菌陰性化に抛らず退院した患者の対応について

- 結核患者の減少（罹患率の低下）に加え、新たな退院基準を導入することにより、
結核病床の基準病床数はさらに減少
→ 地域の一般医療機関と連携した結核医療提供体制の構築がますます重要
入退院基準の導入に際しては医療提供体制の議論と合わせて検討すべき
- 結核病床までのアクセスが悪く、退院後は地域の一般医療機関での診療が選択されている
→ 菌陰性化に抛らず退院した患者に対して結核医療が確実に提供されるよう、
結核を専門としない一般医療機関を含め退院基準のコンセンサスを得る必要がある
- 保健所には入院の必要性の説明から退院後の服薬支援体制の構築までを短期間(2週間)で実施する必要性が生じ、負担が増大
→ 入院中に、医療機関・保健所・関係者とともに退院後の服薬支援体制について検討
するDOTSカンファレンスの開催を必ず実施する必要がある

全国のパブリックコメントに対する学会からの回答及び見解の表明は
2025年7月時点で無し。

(参考) 医療機関DOTSカンファレンスの現状

【従来の枠組み】

- 複十字病院

(毎月第3火曜日午後1時30分～)

- 国立病院機構 東京病院

(毎月第3金曜日午後2時～)

- 総合健診推進センター

(奇数月第4木曜日午後4時～)

- 国立国際医療センター

(毎月第3月曜日)

- 都立多摩総合医療センター

(本庁主催奇数月第1金曜 **前半1時間は保健所間の情報交換**)

- 新山手病院

(偶数月第3水曜日)

令和4年より再開
オンライン開催のみ

休止中

多摩総合医療センターは
毎週水曜院内カンファレンス
のみ継続

DOTSカンファレンスの診療報酬上の位置づけ

診療報酬点数：A102結核病棟入院基本料 通知（2）

結核病棟に入院している結核患者に化学療法を行う際には、日本結核病学会が作成した「院内DOTSガイドライン」を踏まえ、下記の服薬支援計画の作成、服薬確認の実施、患者教育の実施及び保健所との連携を行っていること。

エ 保健所との連携

退院後の服薬の継続等に関して、入院中から保健所の担当者とDOTSカンファレンス等を行うなど、保健所との連絡調整を行い、その要点を診療録等に記載すること。

他自治体の結核病床の現状（一部抜粋）

①廃止を検討中：2県

A県：患者数減少が進み、結核病床を維持するには大幅な赤字となるため

B県：保健医療計画策定時に基準病床数が減少し、それをきっかけに各病院から廃止要望があったため

②現時点では廃止は検討していない：4 2道府県

C県：結核病床を有する複数の医療機関から病床数を削減したいという要望を伺っており、対応を検討していく必要がある

D県：中長期にわたる療養環境が整備されている結核病床（病棟）の維持は必要であると考えているところだが、結核診療医師の不足や、結核病床の維持・運営が病院経営を圧迫することから、結核病床を廃止したいと医療機関から申出がある。

③すでに廃止：1県

E県：結核全床を全廃し、モデル病床（6床）、感染症病床（第一種、第二種計20床）での運用のみ。

都における課題

課題①

- 2025年7月現在、法37条第1項に基づく入院が可能な病床は192床（基準病床数：216床）へ減少した。結核病床の縮小・廃止を検討している医療機関が存在し、基準病床数の維持が困難である。

課題②

- 塗抹陰性後の日常生活動作（ADL）の低い高齢者等は、高齢者施設の受け入れや転院先の調整に時間を要し入院が長期化している。今後の退院基準の変更に伴う勧告入院期間短縮を踏まえ、勧告解除後の入院医療機関（一般病床含む）の後方支援病床の確保及び高齢者施設との地域連携が必要である。

課題③

- 合併症等、専門的医療が必要な結核患者の対応可能な医療機関が限られ、入院調整が困難となるケースがある。

課題④

- モデル病床で結核患者を受け入れた場合、平均在院日数の長期化により、診療報酬上の急性期一般入院基本料の区分が下がる懸念がある。

- ※急性期一般入院基本料の施設基準に「平均在院日数21日以内」があるが（急性期一般入院料1にあっては16日以内）、結核患者はこの対象から除外されていない。
- ※結核患者は高齢者が3分の1以上を占めることから入院が長期化し、平均在院日数が長期化している。

急性期一般入院料1	1,688点
急性期一般入院料2	1,644点
急性期一般入院料3	1,569点
急性期一般入院料4	1,462点
急性期一般入院料5	1,451点
急性期一般入院料6	1,404点

都における課題と対応策①

課題①

2025年7月現在、法37条第1項に基づく入院が可能な病床は192床（基準病床：216床）へ減少した。結核病床の縮小・廃止を検討している医療機関が存在し、結核病床基準病床数の維持が困難である。

対応策①：病床数の柔軟な調整

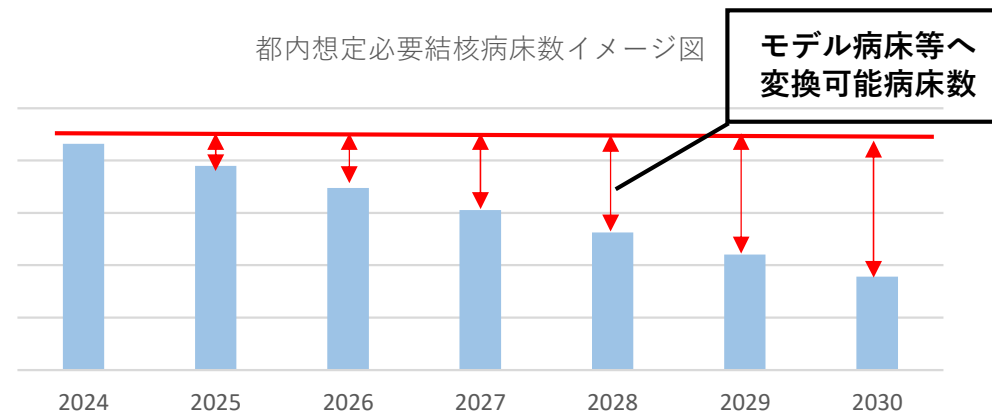
○ 次期（第8次）東京都保健医療計画の改定までは基準病床数を維持する考えであるものの、医療機関の現状に応じて、**今年度の本委員会での議論を踏まえ、基準病床数から都内想定必要結核病床数（※）を減じた数の範囲内においては、結核病床からモデル病床等への変更が可能**となるよう病床数の柔軟な調整を行う。

・ 参考：基準病床数の算定式 「医療計画における結核病床の基準病床数の算定について」（平成17年7月19日健感発第0719001号厚労省課長通知）

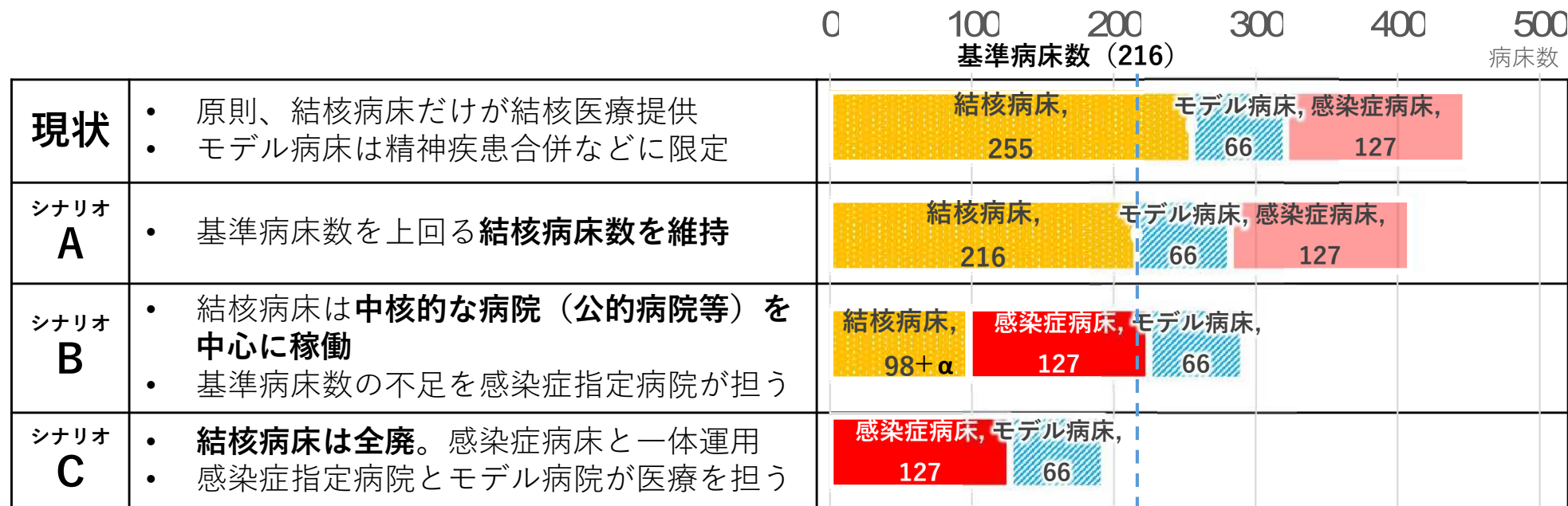
$$\begin{array}{l} \text{想定される入院患者数} \\ \text{（一日あたり塗抹陽性結核患者数）} \times \text{（退院までの平均日数）} \end{array} \times \begin{array}{l} \text{発生数、地域の実情に応じた調整} \\ \text{（年間新規患者発生数に応じた数（1.2～1.8））} \\ \times \text{（都道府県知事が地域の実情に照らして定める数（1.0～1.5））} \end{array} + \begin{array}{l} \text{慢性排菌患者入院数} \end{array}$$

※ 都内想定必要結核病床数（イメージ図）

「基準病床算定式から計算される、次期東京都保健医療計画での（推定）基準病床から想定される当該年度の必要病床数」

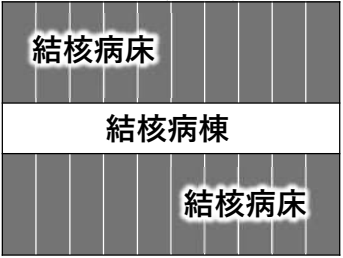


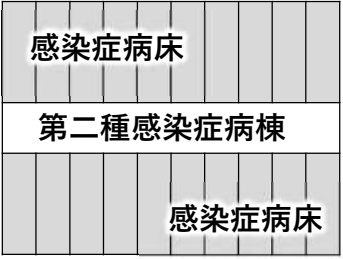


結核医療を担う病床の調整について（シミュレーション）



各シナリオで想定される結核対策上の課題	
シナリオ A	<ul style="list-style-type: none"> 結核病床の稼働率が低下し各医療機関の経営を圧迫 結核病床は結核患者以外を収容できず、運営費補助もなく感染症病床に比べて維持が困難
シナリオ B	<ul style="list-style-type: none"> 公的病院等が中核的な病院として結核医療を提供し、感染症指定病院も結核診療に対応 感染症指定病院は結核診療の知見不足（治療支援体制が必要） ⇒第二種感染症指定医療機関に結核医療も対応いただくよう関係者の理解と協力を得る必要 公的病院も経営が悪化し結核病床の維持困難
シナリオ C	<ul style="list-style-type: none"> モデル病床は結核患者受入要件に制限があり、また診療報酬上の理由（急性期一般入院料は平均在院日数に応じ医療機能を評価され減額）により長期入院が困難 ⇒入院期間のさらなる短縮が必要 ⇒急性期一般入院料の医療機能の評価から結核を除外するよう制度見直しを国へ要望 ⇒円滑な退院のため介護福祉従事者向け結核患者のケア研修等を開催

（参考）結核病床形態について

結核病床	<p>一看護単位（病棟）</p> 	<p>病院の病床のうち、結核の患者を入院させるためのものをいう。（医療法第7条第2項第三号） 運営費補助なし</p>
ユニット化		<p>病棟の概念は、病院である保険医療機関の各病棟における看護体制の1単位をもって病棟として取り扱う。平均入院患者数が概ね30名程度以下の小規模な結核病棟を有する保険医療機関については、一般病棟と結核病棟を併せて1看護単位とすることができる。（課長通知）</p>
モデル病床		<p>モデル病床に収容する結核患者の要件</p> <ul style="list-style-type: none"> ①合併症が重症あるいは専門的・高度医療又は特殊医療を必要とする場合 ②合併症が結核の進展を促進しやすい症状にある場合 ③入院を要する精神障害者である場合 <p>（結核患者収容モデル事業実施要領）</p>
感染症病床		<p>結核患者については、同室に入院させることによりウイルス感染の危険のある患者を他の種の患者と同室に入院させないこと（医療法施行規則第10条第5号）を遵守できている場合において、感染症病床に入院させることが可能である。（課長通知） 運営費補助あり</p>

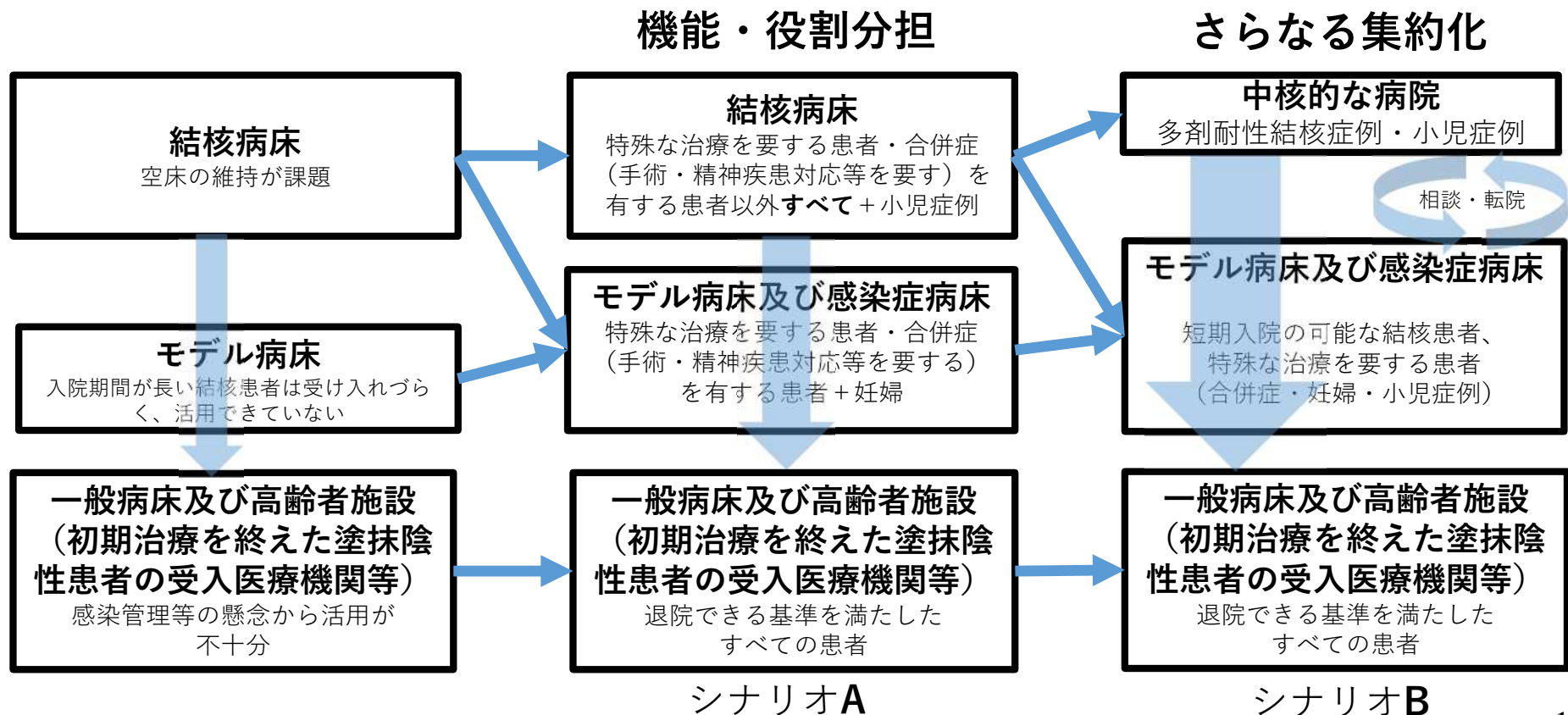
都における課題と対応策②

課題②

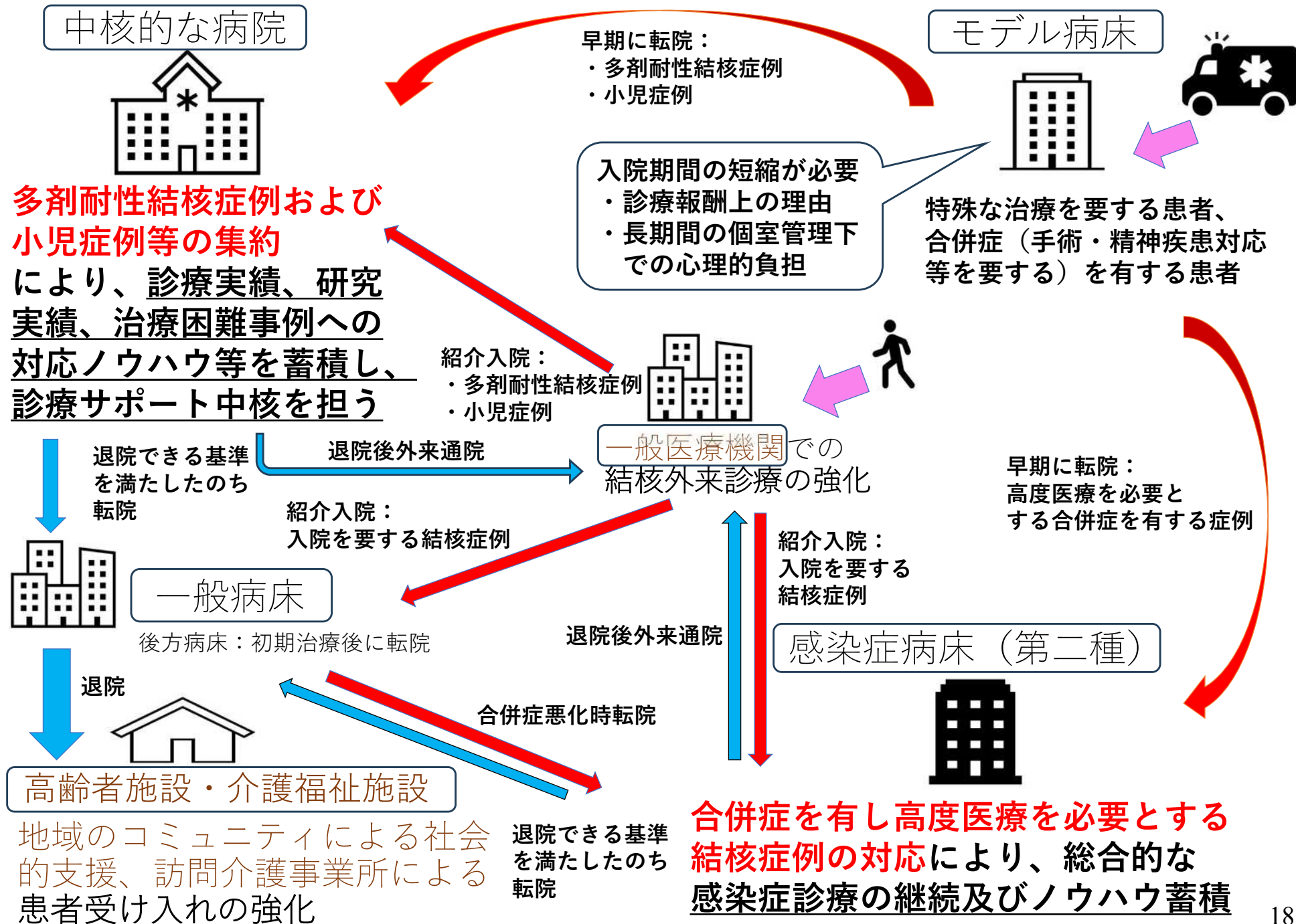
塗抹陰性後の日常生活動作（ADL）の低い高齢者等は、高齢者施設の受け入れや転院先の調整に時間を要し入院が長期化している。今後の退院基準の変更に伴う勧告入院期間短縮を踏まえ、勧告解除後の入院医療機関（一般病床含む）の後方支援病床の確保及び高齢者施設との地域連携が必要である。

対応策②：結核病床等を有する病院等の機能・役割分担を明確化

- 結核病床・モデル病床・感染症病床等を有する**医療機関の機能・役割分担を明確化**する。
円滑な入院・転院調整により、患者および医療機関の状況に応じた入院期間を維持する。



地域における結核医療連携イメージ（さらなる集約化）



都における課題と対応策④

課題④

モデル病床（一般病床）で結核患者を積極的に受け入れると、平均在院日数の延長等により、入院基本料の区分が下がる懸念があり、十分に活用されていない。

対応策④：継続的な国提案要求

○「結核患者が平均在院日数の除外規定に含まれる」ように国への要求を引き続き実施

- ・令和7年度国提案要求「健康危機管理体制の充実（重点・一般）」3 結核対策の推進（重点）
（提案要求先 厚生労働省）※一部抜粋

「行政的医療である結核医療の維持に当たっては、専門的かつ多様な医療が必要とされる患者への対応や外来診療、要介護患者への対応等の評価を充実させるために、公費負担制度や診療報酬の更なる改善、補助金等の財政支援や結核病床に他疾患患者の入院を可能にするなど、結核病床の維持に必要な対策を講じること。

また、モデル病床活用のため結核患者については入院基本料の区分算定に用いる平均在院日数の対象から除外するなど必要な対策を講じること。」

※急性期一般入院基本料の施設基準に「平均在院日数21日以内」があるが（急性期一般入院料1にあっては16日以内）、結核患者はこの対象から除外されていない

※結核患者は高齢者が多く占めることから入院が長期化することが多い

急性期一般入院料 1	1,688点
急性期一般入院料 2	1,644点
急性期一般入院料 3	1,569点
急性期一般入院料 4	1,462点
急性期一般入院料 5	1,451点
急性期一般入院料 6	1,404点

今後の結核医療体制（結核病床）の方針（案）について

- 引き続き、基準病床の維持を念頭に、**結核病床を有する病院の状況等を踏まえ、柔軟な運用を検討する。**
医療機関の連携を促進し、**結核モデル病床、一般病床等、感染症病床の活用**を推進する。
- 結核病床等を有する**病院の情報共有を積極的に進め、機能を明確化し、転入院を円滑化する。**
- 入院早期から円滑な退院および退院後の服薬支援に向けた準備を進めるため、DOTSカンファレンス等を活用して保健・医療・介護連携体制の構築を行う。

必要な病床数の確保 （ハード面）	<ul style="list-style-type: none"> ○結核モデル病床の活用 ○一般病床等の活用 ○感染症病床の活用 ○中核的な病院への集約 <ul style="list-style-type: none"> ・結核診療の集約化に伴い、病院機能に応じた役割分担を明確化する ・保健医療計画の改定時期に合わせ、基準病床の見直しを行う
運営・人材育成の体制整備 （ソフト面）	<ul style="list-style-type: none"> ○引き続き、病院機能を明確化し、医療提供体制の見える化 ○結核診療サポート事業（今後のニーズ等を踏まえ具体化） ○医療従事者の継続的な人材育成を行うとともに、感染症病床での結核診療を促進するため、個別の働きかけに加え、講演会、研修を積極的に活用 <ul style="list-style-type: none"> ・都内の結核医療提供体制を見える化し、結核病床等を有する病院の機能を最大化する ・医療従事者の継続的な人材育成を実施
各種計画等	<ul style="list-style-type: none"> ○東京都感染症予防計画 ○東京都結核予防推進プラン ○東京都保健医療計画 <ul style="list-style-type: none"> 東京都結核対策技術委員会や結核病床・結核モデル病床を持つ医療機関等と連携しながら、適時検討を実施

都内全体で安定的な
結核医療体制を維持

結核医療体制の検討体制について

都の結核医療体制（病床確保）の考え方

- 第一義的に結核患者への安定的な医療提供体制の構築を図る。
- 病院経営の観点から結核病床の縮小・廃止を検討している医療機関については、モデル病床整備への転換の検討も含め、個別に医療機関と調整する。
- その上で、都は安定的な医療提供体制を担保するために、「結核病床のあり方」について東京都結核対策技術委員会で検討する。

医療提供体制（結核病床）の検討体制等

- 「東京都結核対策技術委員会設置要綱」第6の2により都内の有識者（結核病床を有する病院関係者等）を必要に応じて招聘し、技術委員会の協議事項として検討を行う。

（参考）：設置要綱第6の2「委員長は、必要に応じて委員会に委員以外の者の出席を求め、意見を聞くことができる」

- 現技術委員会委員に加え、第1回及び第2回に追加で招聘する有識者メンバーの意見等を踏まえ、検討を行う。なお、招聘した有識者からより多くの意見等を聴取するため、招聘メンバーは下記のとおり2回に分けて招聘し、意見聴取する。

【令和7年度における医療提供体制のあり方検討スケジュール】

	令和7年度（第1回）7月15日（火）	令和7年度（第2回）（令和8年1月～3月頃予定）
技術委員会	1 都の結核医療体制（病床数確保）の考え方及び検討体制整理 2 都内の結核病床の現状 3 国及び他自治体の動向 4 課題と対応策（案）について 5 今後の結核医療体制（結核病床）の方針（案） ※結核病床を有する病院有識者を招聘	1 前回有識者意見の整理等 2 都内の結核病床（モデル病床等）の現状 3 課題と対応策（案）について 4 今後の結核医療体制（結核病床）の方針について 5 第二種感染症指定医療機関における結核患者受入について ※モデル病床の病院・初期治療を終えた塗抹陰性患者の受入医療機関等の有識者等を招聘