

微生物検査と診療報酬

よね やま あき こ
米 山 彰 子
Akiko YONEYAMA

要旨

平成24年度診療報酬改定は全体としてほとんど据え置きといえる改定率であったが、微生物学的検査の実施料は増点されたことが目立った。これには、関連学会から内保連を通じた提案とともに、臨床検査振興協議会からの検査のコストや臨床的価値に基づいた働きかけが有効であった。また院内感染対策については、医療安全対策加算とは別の体系で、感染防止対策チームの活動や医療機関同士の連携に手厚い評価がなされた。

はじめに

平成24年度診療報酬改定が行われ、今後2年間の診療報酬体系が決まった。今回は診療報酬全体でプラス0.004%とほとんど据え置きといえる改定の中で、微生物検査については、実施料の引き上げ、感染防止対策加算の充実と、ある程度の評価が得られた。本稿では、改定のポイント、改定に向けた各種団体の取り組み、今後の方向性について述べていく。

I. 平成24年度診療報酬改定の基本方針の中での臨床検査、感染対策の扱い

今回の改定の基本方針では重点課題として、「急性期医療の適切な提供に向けた病院勤務医等の負担の大きな医療従事者の負担軽減」、「医療と介護の役割分担の明確化と地域における連携体制の強化の推進及び地域生活を支える在宅医療等の充実」の2つが挙げられた。また、4つの視点として(1) 充実が求められる分野を適切に評価していく視点、(2) 患

者等から見て分かりやすく納得でき、安心・安全で、生活の質にも配慮した医療を実現する視点、(3) 医療機能の分化と連携を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点、(4) 効率化余地があると思われる領域を適正化する視点が挙げられた。

これらの中で感染対策については、(1) 充実が求められる分野を適切に評価していく視点および(2) 患者等から見て分かりやすく納得でき、安心・安全で、生活の質にも配慮した医療を実現する視点の中の「医療安全対策等の推進について」で取り上げられた(表1)。感染防止対策チームの評価を医療安全対策加算とは別の評価体系に改めること、また、感染防止対策チームを持つ医療機関と300床未満の医療機関との連携、及び感染防止対策チームを持つ医療機関同士が相互に感染防止対策に関する評価を

表1 平成24年度診療報酬改定の基本方針における感染症対策

- I 充実が求められる分野を適切に評価していく視点
I-5 感染症対策の推進について
- (1) 診療報酬上、退院基準に関する規定のない結核病棟について、感染症法における退院基準を踏まえた見直しを行う。
 - (2) 入院結核患者について、直接監視下短期化学療法(DOTS)の実施や会議の開催、保健所との連携に関して、医療機関でのDOTSの中身にはばらつきが大きく、また、ガイドラインの活用も徹底されていないこと等を勧奨し、入院中の包括的な服薬管理等(院内DOTS)を軸に地域に帰ってからも継続的に服薬支援を行うことについて、評価を行う。
 - (3) 二類感染症患者療養環境特別加算(陰圧室加算)について、陰圧室の明確な基準がなく、圧の状態を毎日点検していない施設があることを踏まえ、要件を明確化する。また、無菌治療室についても、実態にあった運用要件について検討する。
 - (4) 院内感染の防止策について、感染防止対策チームの評価を医療安全対策加算とは別の評価体系に改める。また、感染防止対策チームを持つ医療機関と300床未満の医療機関との連携、及び感染防止対策チームを持つ医療機関同士が相互に感染防止対策に関する評価を行った場合や、連携して院内感染対策に当たった場合の評価を行う。



行った場合や、連携して院内感染対策に当たった場合の評価を行うことが示された。

一方、検査については、「(4) 効率化余地があると思われる領域を適正化する視点」の中の「市場実勢価格等を踏まえた医薬品・医療材料・検査の適正評価」で「検体検査については、その実施料について衛生検査所検査料調査による実勢価格に基づき見直しを実施するとともに、臨床的な観点に基づき区分や名称の変更を行う」とされた。また、「相対的に治療効果が低くなった技術等の適正な評価について」で、「検査、画像診断、投薬、注射、処置及び手術については、診療行為の実態や用いている医療機器の価格等を踏まえ、診療科間の平準化を図る観点等から、医療技術評価分科会への提案等も踏まえ適正な評価に見直す」とされた。

Ⅱ. 平成24年度診療報酬改定における微生物検査

今回の改定では検査実施料について、増点された

項目の相当の割合を微生物学的検査が占め、顕微鏡検査、培養同定検査、薬剤感受性検査では増点されたものが多かったことが注目される。特に増点率の高い項目を挙げると、グラム染色が40点から50点(+25%)、細菌培養同定検査の中で血液又は穿刺液が150点から190点(+26.7%)、嫌気性培養が80点から120点(+50%)、細菌薬剤感受性検査がいずれの薬剤数でも20%強増点、抗酸菌同定が290点から370点(+27.6%)、抗酸菌薬剤感受性検査が300点から380点(+26.7%)であった。平成14年以降の点数の推移をみると、平成18年改定までは減点が続き、平成20年、22年の改定でそれぞれわずかに増点され、今回の改定では更に増点された(表2)。今回の点数は、項目によって平成14年と同程度あるいは大きく上回るレベルになった。微生物学的検査の重要性が、診療報酬上で評価されたといえる。このような評価の実現につながった働きかけについては後述する。一方、微生物核酸同定・定量検査では据え置きのものであったが、結核菌群リファンピシン耐性遺伝子検出が550点から850点に54.5%

表2 微生物学的検査の診療報酬の推移

検査項目名	平成14年改定	平成16年改定	平成18年改定	平成20年改定	平成22年改定	平成24年改定
排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査						
蛍光顕微鏡、位相差顕微鏡、暗視野装置等を使用するもの	38	34	29	32	42	50
その他のもの	27	19	17	25	40	50
細菌培養同定検査						
口腔、気道又は呼吸器からの検体	160	140	120	130	140	160
消化管からの検体	150	130	120	130	140	160
血液又は穿刺液	150	130	120	130	150	190
泌尿器又は生殖器からの検体	130	120	110	120	130	150
その他の部位からの検体	120	110	95	110	120	140
嫌気性培養(1から6の細菌培養同定検査の加算点)	85	75	65	70	80	120
細菌薬剤感受性検査						
1菌種	140	120	110	130	140	170
2菌種	200	170	150	170	180	220
3菌種以上	270	230	200	220	230	280
酵母様真菌薬剤感受性検査	140	120	110	120	130	150
抗酸菌分離培養検査						
抗酸菌分離培養(液体培地法)	160	140	130	150	200	230
抗酸菌分離培養(それ以外のもの)	150	130	120	140	180	210
抗酸菌同定(種目数にかかわらず一連につき)	280	250	240	280	290	370
抗酸菌薬剤感受性検査(4薬剤以上)	270	230	210	230	300	380

増点されたことが目立った。また、感染症免疫学的検査では1～2%減点された項目があった。

今回の改定で新設された項目は、ノロウイルス抗原(150点)、インフルエンザ核酸検出(410点)である。いずれも対象患者に条件があり、ノロウイルス抗原については「3歳未満、65歳以上の患者、悪性腫瘍が確定している患者、臓器移植後の患者、抗悪性腫瘍剤、免疫抑制剤、又は免疫抑制効果のある薬剤を投与中の患者」、インフルエンザ核酸検出については「インフルエンザの感染が疑われる重症患者」とされた。他にレジオネラ核酸検出およびマイコプラズマ核酸検出(各300点)が新設された。

Ⅲ. 感染防止対策加算

感染防止対策加算については、医療安全対策加算とは別の評価体系に改められた。また、感染防止対策チームの人員要件を緩和した感染防止対策加算2を新設し、感染防止対策加算2を算定している医療機関は感染防止対策加算1を算定する医療機関と連携していることとされた。加算1は400点、加算2は100点が、入院初日に算定される。また、感染防止対策加算1を算定する医療機関同士が連携して相

互に感染防止に関する評価を行った場合の加算(感染防止対策地域連携加算、100点 入院初日)が新設された。DPCの機能評価係数Iでは感染防止対策加算1が0.0125、感染防止対策加算2が0.0031、感染防止対策地域連携加算が0.0031と評価された。それぞれの算定要件の概要を表3に、感染防止対策加算1の施設基準を表4に示す。臨床検査に関連しては3年以上の病院勤務経験をもつ専任の臨床検査技師が必要であり、地域や全国のサーベイランスに参加していることが望ましいとされている。また、疑義解釈では、感染防止対策加算1と2の医療機関が合同で開催するカンファレンスには感染制御チームを構成する各々の職種が少なくともそれぞれ1名ずつ参加することとされ、臨床検査技師も参加が求められた。さらに、「感染防止対策加算1の複数の医療機関と当該医療機関が連携している感染防止対策加算2の医療機関が合同でカンファレンスを行う場合」の内容として挙げられた項目の中に「各医療機関における薬剤耐性菌等の検出状況、感染症患者の発生状況」がある。検査データを踏まえたカンファレンスが求められた。

本加算は点数が高く、感染防止対策の重要性が診療報酬上、手厚く評価されたといえる。病院経営に

表3 感染防止対策加算の算定要件(概略)

感染防止対策加算1 400点(入院初日)
1 専任の院内感染管理者が配置されており、感染防止に係る部門を設置していること。
2 感染症対策に3年以上の経験を有する専任の常勤医師、5年以上感染管理に従事した経験を有し、感染管理に係る適切な研修を修了した専任の看護師(医師又は看護師のうち1名は専従)、3年以上の病院勤務経験を持つ感染防止対策にかかわる専任の薬剤師、3年以上の病院勤務経験を持つ専任の臨床検査技師からなる感染防止対策チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。
3 年4回以上、感染防止対策加算2を算定する医療機関と合同の感染防止対策に関する取組を話し合うカンファレンスを開催していること。
4 感染防止対策加算2を算定する医療機関から感染防止対策に関する相談を適宜受け付けること。
感染防止対策加算2 100点(入院初日)
1 一般病床の病床数が300床未満の医療機関であることを標準とする。
2 専任の院内感染管理者が配置されており、感染防止に係る部門を設置していること。
3 感染症対策に3年以上の経験を有する専任の常勤医師、5年以上感染管理に従事した経験を有する専任の看護師(医師、看護師とも専任で差し支えない)、3年以上の病院勤務経験を持つ感染防止対策にかかわる専任の薬剤師、3年以上の病院勤務経験を持つ専任の臨床検査技師からなる感染防止対策チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。
4 年に4回以上、感染防止対策加算1を算定する医療機関が開催する感染防止対策に関するカンファレンスに参加していること。
感染防止対策地域連携加算 100点(入院初日)
1 感染防止対策加算1を算定していること。
2 感染防止対策加算1を算定している医療機関同士が連携し、年1回以上、互いの医療機関に赴いて、相互に感染防止対策に係る評価を行っていること。



表4 感染防止対策加算1の施設基準

- (1) 感染防止に係る部門（以下「感染防止対策部門」という。）を設置していること。この場合において、第20の1(1)イに規定する医療安全対策加算に係る医療安全管理部門をもって感染防止対策部門としても差し支えない。
- (2) (1)に掲げる部門内に以下の構成員からなる感染制御チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。
 - ア 感染症対策に3年以上の経験を有する専任の常勤医師（歯科医療を担当する保険医療機関にあっては、当該経験を有する専任の常勤歯科医師）
 - イ 5年以上感染管理に従事した経験を有し、感染管理に係る適切な研修を修了した専任の看護師。
 - ウ 3年以上の病院勤務経験をもつ感染防止対策にかかわる専任の薬剤師
 - エ 3年以上の病院勤務経験をもつ専任の臨床検査技師
 - アに定める医師又はイに定める看護師のうち1名は専従であること。

当該保険医療機関内に上記のアからエに定める者のうち1名が院内感染管理者として配置されていること。なお、当該職員は区分番号「A234」に掲げる医療安全対策加算に規定する医療安全管理者とは兼任できないが、第2部通則7に規定する院内感染防止対策に掲げる業務は行うことができる。
- (3) (2)のイにおける感染管理に係る適切な研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。
 - ア 国及び医療関係団体等が主催する研修であること。（6月以上かつ600時間以上の研修期間で、修了証が交付されるもの）
 - イ 感染管理のための専門的な知識・技術を有する看護師の養成を目的とした研修であること。
 - ウ 講義及び演習により、次の内容を含むものであること。
 - (イ) 感染予防・管理システム
 - (ロ) 医療関連感染サーベイランス
 - (ハ) 感染防止技術
 - (ニ) 職業感染管理
 - (ホ) 感染管理指導
 - (ヘ) 感染管理相談
 - (ト) 洗浄・消毒・滅菌とファシリティマネジメント等について
- (4) 感染防止対策の業務指針及び院内感染管理者又は感染制御チームの具体的な業務内容が整備されていること。
- (5) (2)に掲げるチームにより、最新のエビデンスに基づき、自施設の実情に合わせた標準予防策、感染経路別予防策、職業感染予防策、疾患別感染対策、洗浄・消毒・滅菌、抗菌薬適正使用等の内容を盛り込んだ手順書（マニュアル）を作成し、各部署に配布していること。

なお、手順書は定期的に新しい知見を取り入れ改訂すること。
- (6) (2)に掲げるチームにより、職員を対象として、少なくとも年2回程度、定期的に院内感染対策に関する研修を行っていること。なお当該研修は別添2の第1の3の(5)に規定する安全管理の体制確保のための職員研修とは別に行うこと。
- (7) (2)に掲げるチームにより、感染防止対策加算2に係る届出を行った医療機関と合同で、少なくとも年4回程度、定期的に院内感染対策に関するカンファレンスを行い、その内容を記録していること。
- (8) (2)に掲げるチームにより、感染防止対策加算2を算定する医療機関から、必要時に院内感染対策に関する相談等を受けていること。
- (9) 院内の抗菌薬の適正使用を監視するための体制を有すること。特に、特定抗菌薬（広域スペクトラムを有する抗菌薬、抗MRSA薬等）については、届出制又は許可制の体制をとること。
- (10) 当該保険医療機関の見やすい場所に、院内感染防止対策に関する取組事項を掲示していること。
- (11) 公益財団法人日本医療機能評価機構等、第三者機関による評価を受けていることが望ましい。
- (12) 地域や全国のサーベイランスに参加していることが望ましい。

も大きく貢献することが予想されるが、それには臨床検査技師や微生物検査の貢献がなくてはならないものである。

IV. 診療報酬決定の流れ

診療報酬は医療を支える経済的な基盤として非常に重要である。診療報酬の変化は医療施設の収入に直結し、医療現場の実務にも多大な影響が生じる。新たな医療技術の診療報酬への採択や増点要望の採否はどのような手順で決まっていくのか、その概略を紹介する。

2年に一度の診療報酬決定には、厚生労働大臣の

諮問機関である中央社会保険医療協議会（中医協）が大きな役割を果たしている。学会からの要望の提出ルートとしては内保連（内科系学会社会保険連合）、外保連（外科系学会社会保険委員会連合）および看保連（看護系学会等社会保険連合）の三団体と日本医学会加盟団体からの直接ルートが指定されている。提案書は改定の前年の6月頃までに提出する。第2章特掲診療料第2部（在宅医療）から第13部（病理診断）に該当する技術は、医療技術評価分科会で審議される。これらの項目から外れる要望は、内保連代表から医療課長への直接要望となる。医療技術評価分科会では当該技術の有効性、重要度、必要性を踏まえて今回の改定で対応する技術を絞り込

んでいく。このルートでは、薬事法上の承認が得られていない医薬品及び医療機器等を用いる技術は取り上げられないことに注意が必要である。分科会の答申をもとに中医協としての結論がまとめられる。今回の改定時、医療技術評価分科会における医療技術の対象となった医療技術（新規・再評価）は計793件（重複除く）で、そのうち1次評価を通ったものが新規掲載項目263件、既掲載項目が301件の計564件、そのうち2次評価を通り掲載されたものが新規項目128件、既掲載項目150件であった。採択率は高くないことがわかる。

このルート以外に、日本医師会ルート（学会の理事長から厚生労働大臣宛の要望書を日本医師会長に提出、日本医師会の疑義解釈委員会での検討を経て、厚生労働省の担当者が部局に持ち帰る）、大臣宛要望書の直接提出（学会が社会的緊急度の高いと考えるものなどを中心に学会理事長名で厚生労働大臣宛ての要望書を保険局医療課に提出）、体外診断用医薬品の保険適用申請（診断薬の製造・販売会社が薬事法の規定に基づく体外診断用医薬品の承認取得後、保険適用希望書を提出）、先進医療から保険適用などがある。

V. 微生物検査実施料の増点を実現した各種団体の取り組み

微生物検査は前回、前々回の改定でも増点されており、3回連続の増点となった。微生物学的検査の増点は、日本臨床検査医学会から前回に引き続き提

案したものである。また臨床検査振興協議会からの提言書にも微生物学的検査の増点が盛り込まれた。今回の増点には両者からの働きかけが奏効したと考えられる。

臨床検査振興協議会は、日本臨床検査医学会、日本臨床検査専門医会、日本衛生検査所協会、日本臨床検査薬協会、オブザーバーとなっている日本臨床衛生検査技師会をあわせて、臨床検査関連分野の各団体が参加したものであり、その医療政策委員会に設置されたワーキンググループで診療報酬改定に向けた活動を行っている。前々回の改定前から、種々の領域にわたり検査の臨床的価値や検査のコストを反映した診療報酬のありかたについて厚生労働省と勉強会を行って提言を取りまとめてきた。その内容はこの3回の改定に相当反映されており、個々の団体から要望するよりも、成果があがったとの感触が持たれている。前回の改定では、検査の臨床的価値を診療報酬に反映させるために、感染症・微生物検査分野を例に網羅的な検査項目の評価を試みた。複数の専門家にその全項目の臨床的価値を相対的に評価してもらい、集計・スコア化して、臨床的価値の高い項目、低い項目を抽出した。感染症関連の学会にも同様の評価を依頼し、結果を比較したところ、大筋で一致した結果となった。そこで、臨床的価値からみて増点を希望する項目、減点してもよい項目を指摘した。コストについては、13施設を対象に調査した(表5)^{1,2)}。そのうえで、コストに見合っていない項目の増点、臨床的価値の評価に基づいた改定を提案した。その結果、要望した点数には満たな

表5 微生物学的検査のコスト（臨床検査振興協議会調査）

項目	実施料* (点)	コスト (円)	n	最小コスト (円)	最大コスト (円)
グラム染色	25	874.9 ± 238.8	6	427.0	1129.0
細菌培養同定検査 (呼吸器)	130	1619.1 ± 624.2	8	745.6	2792.4
細菌培養同定検査 (血液)	130	2413.0 ± 521.1	6	1740.0	3060.0
嫌気性培養	70	1170.8 ± 521.0	4	745.6	1888.0
薬剤感受性検査 (一菌種)	130	2146.3 ± 802.0	5	1036.5	3062.8
抗酸菌分離培養	150	2260.0 ± 907.1	5	1167.4	3683.2
抗酸菌薬剤感受性検査 (4薬剤以上)	230	5476.1 ± 2203.2	5	2633.0	8665.2

*平成20,21年度

いものの、かなりの項目で増点の実現した。今回の改定に向けた活動としては、再度調査を行い、臨床的価値が高く増点を希望する項目と点数を挙げた。今回増点された微生物学的検査は、この調査で高く評価された項目であった。内保連を経由した医療技術提案書ではその有用性についてエビデンスを求められるが、厳密なエビデンスでなくても臨床的必要性や患者診療に与える影響を、何らかのデータを示しながら記載するのが良いようである。今回の改定での増点項目や点数の決定にあたって、臨床検査振興協議会のデータがある程度参考にされたようにみえ、臨床検査振興協議会の働きかけが、2回連続しての増点に有効であったと考えられる。

VI. 今後の診療報酬改定に向けて

微生物検査についての診療報酬は、この2回の改定である程度改善されたが、臨床的有用性や検査コストを考えるとまだ不十分であるものが多い。また、感染症領域では各種の抗原検査、迅速検査をはじめ新たな検査の開発が進んでいる。今後の診療報酬改定にこれらが反映され、感染症検査の現状や進歩にみあったものになることが期待される。

文 献

- 1) 米山彰子：臨床検査のコスト調査の試み－診療報酬改定と業務改善をめざして－ 臨床病理 58 : 920-924, 2010
- 2) 米山彰子：臨床検査の診療報酬－現状と課題－ : Laboratory and Clinical Practice 28 (1) : 4-16, 2010