

令和5年度第1回  
東京都結核対策技術委員会

令和6年3月5日  
東京都保健医療局感染症対策部

(午後 4 時00分 開会)

○西塚委員長 それでは、ただいまより令和 5 年度第 1 回「東京都結核対策技術委員会」を始めます。

私は、保健医療局感染症対策部感染症対策調整担当部長の西塚と申します。

本日は御多忙の中、御出席いただきありがとうございます。議題まで、少し事務的な御説明をさせていただきます。

○中島課長代理 それでは、会議を進めてまいりますけれども、本日の技術委員会の委員長については西塚東京都保健医療局感染症対策部感染症対策調整担当部長が委員長となりますのでよろしくをお願いします。

では、議事の進行については西塚委員長にお願いしたいと思います。

西塚委員長、よろしくをお願いします。

○西塚委員長 よろしくお願いいたします。

保健医療局感染症対策調整担当部長の西塚でございます。委員の皆様におかれましては、年度末の大変御多忙の中、御参加いただきましてありがとうございます。

さて、東京都の結核の状況でございます。東京都の新規患者登録者数でございますけれども、先生方の御指導、お力添えを得まして減少を続けております。2022年ですが、都内の新規登録患者数は1,193人と、前年1,429人から236人、16.5%減少いたしました。

また、罹患率ですが、こちらも2022年は8.5、人口10万人当たり8.5でありまして、前年の10.2から1.7ポイント減少し、初めて低まん延状態となりました。

後ほど2018年に掲げました目標値の達成状況をお示ししますが、罹患率の減少は保健所、医療機関の皆様、また医師会、薬剤師会の関係機関の皆様、また結核研究所をはじめとする専門機関の皆様の御尽力の賜物と考えております。この場を借りて、厚く御礼申し上げます。

一方、合併症を有する結核患者さんの増加、外国生まれ結核患者さんの増加、多剤耐性結核の対策、結核の医療を担う人材の減少など、課題が残っております。

都は今年度、感染症予防計画を改定し、結核に関する特定感染症予防指針の内容を踏まえ、結核低まん延化における体制づくり、対策強化を進めることとしております。併せて、第8次の保健医療計画ではユニット化やモデル病床を組み合わせるとともに、多剤耐性結核や小児結核、透析合併結核患者さんへの特別な医療を必要とする方への確実な医療の提供、こういった体制づくりについて計画に明記することとしております。

本日は報告事項が6件、協議事項が1件ございまして、特に結核予防推進プラン2018について、改定に向けた検討を御議論いただくこととしております。ぜひ活発な御議論、御提言をいただきますようお願いを申し上げます。簡単ではございますが、委員長の挨拶といたします。どうぞよろしくお願いいたします。

それでは、早速議題に入ります。報告事項の1番ですけれども、(1)から(2)まで

続けて行います。

まず、「資料1-1 東京都の結核対策の現状と課題について」、事務局から説明をお願いします。

○中島課長代理 東京都保健医療局防疫課の中島丈晴です。よろしくお願いします。

それでは、御説明に入らせていただきます。

資料1-1、「東京都の結核対策の現状と課題について」、まず御説明させていただきます。

初めに、「1 東京都結核予防推進プラン2018について」です。東京都の結核予防推進プラン2018は平成28年に改正された国の予防指針に沿いまして6つの分野に体系立てて12の取組を推進してきました。御覧の9個の項目に、2017年に項目7は国の集計外になってしまったため指標から除外させていただいたのですけれども、そのほかの8項目については、2020年までに目標を定めて進めてまいりました。

達成状況についてですが、2022年につきましてBCG接種率以外は都の目標も達成しておりまして、国の目標値については全て達成しているという形になります。罹患率につきましては2022年に8.5と、初めて低まん延化の水準を達成しております。

次に、「2 東京都感染症予防計画の改定について」です。

昨年5月から新型コロナウイルス感染症が5類に移行しまして、国の基本指針に即して、今年東京都感染症予防計画の改定が進められているところです。予防計画の中で、結核対策につきましては資料に記載した4つの課題を挙げさせていただいております。この予防計画の改定内容に加えまして、今後の改定が期待されている国の「結核に関する特定感染症予防指針」に即してプラン2018の改定を進めていきたいと考えております。

最後に、「3 結核対策の主な課題」です。1番目の課題から説明させていただきます。

まず「外国出生結核患者の継続した発生」です。

図1-1と1-2にございますように、新登録結核患者に占める外国出生患者の割合は2019年に14.1%になりまして、以降は新型コロナウイルス感染症の影響により13%前後で推移しております。昨年5月に新型コロナウイルス感染症が5類に移行しまして、海外の人の往来も活発になっていることから今後の動向に注意が必要と考えております。

なお、外国出生者の割合は依然として全国平均の11.9%より高く、全体の約13%を占めているような状況になります。

2番目は「新規患者の80歳以上の割合の増加」です。

図2にありますように、80歳以上の新規の患者数は数については減少傾向ですが、全体に占める割合は近年増加傾向で3分の1を超える状況が続いております。

3番目は「結核患者の入院困難」についてです。

図3の「1日当たりの都内結核病棟平均空床数」の推移になりますけれども、2019年から2021年については稼働病床が新型コロナの影響で転床の影響を強く受けておりましたが、2022年以降は戻りつつある状況になっております。

ただし、高齢者の患者さんの割合も増えているという点で、合併症や専門的医療が必要な患者さんも一定数いらっしゃるの、対応可能な医療機関は限られており、入院先、転院先が見つげにくい状態が続いているという状況です。

4番目は「結核菌株確保」についてです。

結核の発生動向を分析するため重要な菌株確保になるのですけれども、2022年までは東京都全体で10%、1割程度という収集率でしたが、昨年度の技術委員会で全株収集を見据えた菌株の収集方法について検討いただきまして、2023年の収集率は暫定で38.9%まで上昇しております。詳細は、後ほど資料で御説明させていただきます。

資料1-1については以上になります。

○西塚委員長 ありがとうございます。このまま報告事項を続けさせていただきます。

それでは、資料1-2、「2022年（令和4年）東京都の結核の概況」について、こちらは、健康安全研究センターの村田疫学情報担当課長から説明をお願いいたします。

○村田課長 疫学情報担当課長の村田と申します。

「2022年（令和4年）東京都の結核の概況」について御説明いたします。

資料1-2を御覧ください。

図1は、患者数と罹患率の年次推移になります。2022年に報告された東京都の新登録結核患者は1,193人で、前年より236人減少し、人口10万当たりの結核罹患率は8.5となり、1.7ポイント減少しました。

図2は、「新登録結核患者の年齢階級別罹患率の推移」になります。0～4歳、5～9歳、10～14歳を除いて減少しております。

図3は「新規登録患者における外国出生患者割合」、図4は「外国出生患者の職業区別の割合」です。新登録結核患者における外国出生患者が占める割合は2021年に増加に転じましたが、2022年は再び減少に転じ、13.2%となりました。外国出生者の職業区分では、「高校生以上の生徒学生」の割合が2018年以降減少していましたが、2022年は増加に転じました。

最後になりますが、新登録有症肺結核患者が発病から初診に要した期間は、1か月未満が40.3%、初診から診断までに要した期間は、1か月未満が75.5%、発病から診断までに要した期間は、1か月未満が29.8%でした。

裏面は、参考データになります。

説明は以上になります。

○西塚委員長 ありがとうございました。

それでは、続いて資料2、それから資料2-1から2-6までを事務局から説明いたします。その後、御意見、御質問をいただきます。

○中島課長代理 防疫課の中島です。

資料2の「令和5年度の東京都の取組状況」について御説明させていただきます。

東京都の取組から、「1医療提供体制の確保」「2東京都結核菌検査事業」「3結核関連

手続きのデジタル化」「4 低まん延化における人材育成と普及啓発」「5 外国出生患者への対策」「6 プラン2018に定める目標値の達成状況」の6つについて御報告します。

始めに、資料2-1の「東京都の結核医療の現状と結核医療体制の確保に向けて」を御覧ください。

図1のほうから見ていただきたいのですが、太線の真ん中の線が2023年の結核病棟の空床数ということになっております。新型コロナウイルスが流行していた2020年、2021年と比べますと去年は30床前後で推移しておりまして、比較的安定しているのが見て取れます。しかし、ADLが低い高齢者、特に塗抹陽性後の患者さんの場合には退院がしにくい状況が続いており、入院が長期化している傾向があります。さらに、合併症、専門的医療が必要な結核患者の対応が必要な医療機関に限られるといった課題がございます。

コロナ対応のレガシーとして、地域の連携を生かした入院調整や、透析医会の先生方と構築したネットワークを活かした透析が必要な結核患者の対応の御相談がされております。これまでは主に事例前に対応している状況でしたけれども、今後は低まん延化も含め、それぞれの医療機関における役割分担を整理するなど、体制の構築を進めていく必要があります。

次に、東京都の結核菌検査事業について御説明させていただきます。

資料2-2を御覧ください。

東京都では、これまで集団感染の事例や薬剤耐性の事例に特化しまして菌株の収集を行ってきたところでしたが、2022年6月に改訂されました国の「感染症法に基づく結核の接触者健康診断の手引き（第6版）」に菌株確保と結核分子疫学調査の有用性が盛り込まれたことを受けまして、都においても令和4年度の専門部会で接触者健診のマニュアル改定と併せまして、結核菌株確保事業について結核菌のデータベースの構築や新たな感染経路の発見など、分子疫学的調査の活用を最優先の取組として全株収集を見据えた取組の検討を行ってきました。

令和5年度は、段階的に菌株収集率を増やす取組としまして、肺の活動性結核と塗抹陽性者中の菌の収集率50%を目標値と定め、実施してまいりました。2023年の実績と推定値についてですが、(1) 検査の依頼実績数は2022年の117件から306件に大幅に増加しました。(2) 検査対象拡大後の検査依頼の内訳になりますが、塗抹陽性者としての収集率が60%、残りは従来から菌株収集していた対象、耐性菌となりましたが、保健所が必要と判断した事例や集団感染疑い、薬剤耐性疑いとしての搬入をしていただいております。

(3) 肺結核の活動性の結核患者塗抹陽性者中の菌株回収率につきましては、2022年の25.8%から72.0%に大幅に増加しております。

(4) 肺活動性結核培養陽性者中の菌株回収率につきましては、2022年の16.3%から46.6%に大幅に増加しました。

今後について、収集したものをどう活用していくか、医療機関や保健所などにどのように還元できるかを議論していく必要があると考えております。

次のVNTRの検査方法の技術的な部分については、健康安全研究センター微生物部病原細菌研究科長の鈴木科長から御説明をお願いいたします。

○鈴木科長 健康安全研究センターの鈴木でございます。よろしくお願いいたします。

健康安全研究センターは結核のVNTRの検査が過去3年に比べて3倍に増えてきているということから、多数の検体を処理し、検査結果をできるだけ早くお返しするということを目的に、検査法について若干変更を行いました。

これまでは、搬入した検体を小川培地で培養後、VNTRを行うということから、1月から搬入検体の菌体をミジット液体培地で2週間増菌後にVNTRを行うということに変更いたしました。これにより、薬剤耐性検査とか、または極めて菌量が少ないものは従来どおりとなるのですが、そうでないものに関しては2週間から3週間ぐらい結果を早くお返しすることができると考えております。

以上でございます。

○中島課長代理 ありがとうございます。

次に「結核関連手続きのデジタル化」について御説明させていただきます。

資料2-3を御覧ください。

東京都では東京デジタルファースト条例というのがございまして、行政の手続を書面から原則デジタル化へと転換するなど、全庁的な取組としてデジタル化の推進を行っております。

結核関連手続に関しましては、個人情報のやり取りを行う患者・接触者の検診や届出書類を中心に都庁全庁で利用する電子申請ツールLoGoフォームや、国が運営しております補助金申請ツールのJGrants（ジェイグランツ）を使用してデジタル化することにより、利便性の向上や個人情報取扱いリスクの低減を目指しております。

①の「患者家族・接触者等検診委託」と、②の「結核指定医療機関届出等事務」については既に2月1日からデジタル手続に移行中です。

また、③の「結核定期病状調査」や④の「医療機関DOTS事業」については3月頃から移行を目指しております。

⑤の「結核による低肺機能患者入院事業」や⑥の「結核治療費公費負担申請」、あとは⑦の「入退院結核患者届出」、⑧の「感染症疑い患者一時受入支援金」については、来年度4月からの移行を目指して運用を確認しているところで、確認後に順次導入する予定となっております。

なお、デジタル化の導入につきましては皆様を含めた病院の方々、保健所の方々、現場の方々の声を聞きながら進めてまいりますので、何とぞ御協力をよろしくお願いいたします。

次に、資料2-4となります。

低まん延化における人材育成と普及啓発について御説明させていただきます。

2022年は東京都も結核罹患率が8.5となりまして、低まん延化の水準に達しました。

しかしながら、高齢者や外国出生者の全体に占める割合は増加傾向でして、外国出生者

の出身国も多様化している状況です。したがって、これまで行ってきた普及啓発の継続に加え、高齢者や外国人労働者の管理者などの関係者に対しても普及啓発を積極的に行っていく必要があります。

また、患者さんが減ってはいるけれども、結核の診療の機会が減少しているということにつきましては医療機関の人材育成の点での課題と考えておりますので、資料2-4の(3)に令和5年度に行った人材育成の取組をまとめました。今後は低まん延化を踏まえまして、それぞれの対象に向けて講演会などを行う必要があると考えております。

次に、具体的な普及啓発の一部を御紹介させていただきます。

今年度は、「世界結核デー」のライトアップを関係の皆様にご協力いただき複数箇所で行うことができました。一般の方々については、結核は過去の病気では関係がないと思われぬように、また、医療機関の皆様やハイリスクグループに関わる関係者の方々など、対象ごとに伝わりやすい情報発信を心がけまして、今後も結核根絶に向けて対策強化が重要であるというメッセージが響くように啓発していきたいと考えております。

資料2-4については、以上になります。

次に、資料2-5の外国出生患者への対策について御説明させていただきます。

東京都の外国出生結核患者の状況については、新型コロナウイルス感染症による入国制限の影響もありまして、現在は13%前後で推移しているところですが、2022年の外国出生者の割合は全国平均の11.9%より高く、全体の13%を占めております。特に若年層の結核患者さんの中では、主要な要素の一つとなっております。

課題を左に書いているのですが、入国前に既に感染している方がいること、入国後に発症することがあることや、母国語についても読み書きが難しい方がいることや、出身国が多様化しており、今までとは異なる対応が必要となることが課題として挙げられます。

また、新型コロナウイルス感染症の対応から運用が始まった三者間通話ですが、新型コロナウイルスの5類移行後に外国人通訳の利用が大幅に増加しておりまして、昨年度の4倍近い実績となっております。現場の方々からの需要が非常に高くなっているという状況です。

資料2-6のプラン2018に定める目標値の達成状況について御説明させていただきます。

項目として、国が設定した6項目を加えまして東京都独自で設定した3項目、1個は途中で国の統計上、抜けてしまったので空白になっているのですが、それについて目標値を設定しております。

それで、2021年以降は、BCG以外の全ての項目で東京都の目標値を達成しており、国の目標については全て達成しているような状況でございます。

次の資料は、各区市の状況になります。参考までに見ていただければと思います。

資料2-1から資料2-6までの説明は以上になります。

○西塚委員長 ありがとうございます。

以上で、報告事項の説明は終わりました。ここから御質問、御意見をいただきたいと思っておりますが、内容が幅広いので少し資料に沿っていただければと思います。資料1-1で「東京都の結核対策の現状と課題」の中で国の目標値を達成したこと、また、東京都の感染症予防計画で4つの柱を立てて、結果的には今後、具体的な推進プランを立てていく、改定していくという説明がありました。

初めに結核研究所の加藤先生、今後、東京都でも推進プランを改定するに当たり、国の特定感染症予防指針の改訂状況と並行してということになってまいりますが、国の動向、または今後目指すべき方向性、数値、目標値など、どういった形で立てていくべきなのか、御指導いただければと思いますが、いかがでしょうか。お願いいたします。

○加藤委員 予防指針の改訂ですけれども、今、入国前スクリーニングの準備等がかなり忙しい状況になっていまして、年度が明けてから議論が始まるかなというところですので、進捗は特にありません。

今後の罹患率報告率の目標ですけれども、欧米は2035年くらいに罹患率が人口10万対1を目指すということですので、日本は同じペースで下がっていくということになると2035年に向けて罹患率人口10万対2程度ということになります。

これから、目標年が2028年か2029年辺りになると思うのですけれども、その辺りで計算上は5とか、そのくらいというような計算をしていますが、まだ目標年がどちらになるか決まっていないので、今申し上げたような最終目的に向けてどのようにするかという議論が進められるだろうと思います。今の状況は以上です。

それで、目標自体についてはストップ結核パートナーシップが2021年につくりましたアクションプランの中に挙げられているものが中心になって今後議論されるだろうと思います。

以上です。

○西塚委員長 ありがとうございます。

2028年に5で、2035年に1というのは本当に高い目標だなと思いつつも、達成しなければいけないなということを感じました。

○加藤委員 2035年に欧米が1なので、日本はそれに向けて2ですね。

○西塚委員長 失礼しました。引き続き関係者の皆様のお力添えが必要となってまいりますので、よろしく願いいたします。

こちらにつきまして、何か御質問、御意見は大丈夫でしょうか。資料1-1です。もし御質問、御意見がございましたら挙手ボタンを押してください。また、御意見をいただきたいときにはこちらから御指名させていただきますが、その際にはよろしく願いいたします。

それでは、目黒区保健所の石原所長よろしく願いいたします。



○石原委員 目黒区保健所の石原です。

御説明ありがとうございました。今、ヨーロッパのほうでは2035年に1を目指すという形に進んでいこうというお話でした。資料1-1で課題を4点挙げていらっしゃるけれども、本当に低まん延国になってそこは目標を達成したということで、これを継続していかなければいけないと思います。ただ、そういう状況にありますと、入院病床とか専門的医療の提供に関しても我々保健所レベルでも課題を感じているところでして、海外で参考にしたような取組がありましたら教えていただければと思うのですけれども、いかがでしょうか。

○西塚委員長 ありがとうございます。

おっしゃるとおり既存病床として360くらいあるのですが、コロナでお休みしているところが100近くあって、その中で時々結核の入院合併症のある方の入院調整に保健所さんに御心配をおかけすることがあるのですけれども。

海外での事例ということで加藤先生、もしくは藤田先生から何か御所見をお持ちでしたらお願いしたいのですけれども。

○加藤委員 私ども2000年の初めくらいに海外の視察をやったのですけれども、15年くらいたちましたので、改めてまた海外の視察を研究として始めているところです。それで、私は行っていないのですけれども、今年はイギリスに行ってきてその状況を見ていますので、今後報告書等で発表する予定です。

それで、これに関連してなんですけれども、医療体制については今、学会のほうで入院基準の改定についての議論が進んでいます。日本はまだまだ入院期間が非常に長いということで、一つの議論はCovidのおかげなのですけれども。今、GeneXpertが全国にたくさん導入されまして、Covidの前は全国150台くらいだったのですが、最近聞いた話ですと1,200台くらい導入されているということですので、Xpertでリファンピシン耐性でないものについては入院期間を大幅に短くしようという議論が今、学会で進んでいます。これは、入院期間が短くなりますと必要な病床数は非常に少なくなります。それから、医療提供体制については抜本的な改定が必要だということで、学会と私どもの結核予防会と国立病院機構で厚労省に提案を挙げています。まだ分からないのですけれども、いずれにしろ抜本的な医療提供体制の見直しが必要だろうということで、今、議論が行われている状況になっています。

基本的には結核病床という概念自体はもうなくしてもいいのではないかという議論でして、どこでも患者さんを診られるような、特殊といいますか、多剤耐性とか、外国の診査で非常に長い入院期間の必要な人はそういった専門的な施設にいますけれども、そうでないものはみなし確認ができるような、既に感染症病床でということもありますけれども、そんな方向で見直しをしたらどうかということで今、議論をしています。まだ議論は進捗していませんけれども、そんなところになります。

以上です。

○西塚委員長 加藤先生、ありがとうございました。

合併症の医療の受入れなど、積極的に行っていただいている慈恵第三病院の竹田先生、こういった医療について何か御知見がありましたらお願いいたします。

○竹田委員 慈恵第三の竹田でございます。いつも御指導ありがとうございます。

病床等のことでしょうか。

○西塚委員長 そうですね。今、入院期間のお話だとか、または合併症も含めて幅広く指定病床にかかわらず積極的に行っていく海外の例など御紹介いただきましたけれども、合併症をいろいろ診ていただいている先生から何か工夫とか、今後の展望とかがあれば。

○竹田委員 当院は微力なので、多摩の南部のほうで東京病院とか複十字さんに行けない人を診ていますが、今、加藤先生からお話があったような指定病院とかの縛りを本当になくするような話があれば、もっと地域のアクセスというか、遠くまで行かなくてもというのは国が決めるのでしょうかけれども、加藤先生とかにそういう提言をしていただけると、もっと診やすくなるかなとは思っています。

当院は病院が古いので、うちも昭和25年開院で結核病床は七十何年あったのですけれども、新病院ができるときになくなるかもしれない状況で、どうなるかというところなのですが、そのときに一緒に指定病院とかが外れると、今度は公費の問題とかいろいろありますので、そういうことがすぐにそういう法律では変わらないとしても、東京都のほうで今のユニット化とか、モデル病床とかを医療機関のほうに医療協定等のことも含めていろいろと少し強く言っていただけると、もう少し診やすくなるのかと思っています。

透析の患者さんで、以前から都外のほうに送らなければいけないこともあったというのは伺っているのですけれども、ただ、今うちも隔離透析が幾らでもできるわけでもないので、コロナで1月は40人くらいずっと入院していましたし、今もまだ20床近くいたりするので、結核病棟を潰して使っているわけですが、透析の人はどうしてもインフルエンザとか、コロナとか、そういったものを含めていますが、できるだけ受け入れる場合は受けたいと現場の医者は思っているのですけれども、透析室、腎臓内科の先生たちともそこは何年も前からずっと了解を得ているところなのですが、行政のほうから、東京都のほうから少し医療機関のほうに強く言っていただければもっと診やすいかと思うのですが、全体的に言うと、うちは結核を診られない病院だからとかと言って送られてくることがありますので、将来的にはそういう縛りとか、今の短期入院で言うと医療費の問題と、病院的にはコスト的にペイする病気ではないというのがどうしても病院経営的にはあると思います。

ただ、診療することは全然いとわない、あるいは診てもいいという病院はほかにもあると思うので、ぜひそういったこともまた検討していただけるとありがたいのかなと思っています。

以上です。

○西塚委員長 ありがとうございます。

では、続いて資料1-2で概況、その後にもた医療のほうに戻りたいと思いますが、東京都の概況、データなどで何か御質問とかありましたら伺いたいと思いますが、いかがでしょうか。

では、資料2-1の結核医療のほうにもた戻らせていただきます。今、少しお話がありました、コロナでかなり結核病床がお休みになって、このまま廃止になる御相談なども幾つかいただいております。右下にあるように、だんだん結核の罹患率も減って、必要な病床もだんだん減ってきている中で、合併症のある方々、精神の方などの入院がだんだん厳しくなってきました。

こちらについて今、石原所長様からも少しお話がありましたけれども、今後のモデル病床、またはユニット化等々の活用を目指していくということで、一つの案として保健医療計画には書いておりますが、今後の東京都の目指すべき医療について何か御発言、御質問等をいただければと思いますが、いかがでしょうか。

では、高崎先生お願いいたします。

○高崎委員 よろしく申し上げます。国立国際医療研究センターの高崎です。

先ほどから議論のあった課題だろうと思っておりますが、具体的に少しお話しすると、維持透析を受けていらっしゃる患者さんや、あとはカリエスの患者さんで、こういう方は特に維持透析で塗抹陽性者と言うと、非常に今の退院基準からいくと培養陰性化にやはり時間がかかる。つまり、長期の入院を強いられるという状況になります。それで、どうしても塗抹が陰性化して、透析室でやろうと思っても、当院はあるのですけれども、透析室に陰圧室があればいいのですが、そういうのがない場合は同じ透析室に並んでいる患者さんが免疫不全者ということになってしまうので、今の接触者検診のマニュアル上、培養陰性化を待ってから隔離解除というふうにならざるを得ないのです。

そのような点から考えて、非常に長期の入院に対応しなくてはいけないということになってしまうと、現状では当院であったりとか、多摩総合医療センターであったりとか、慈恵第三病院さんですが、維持透析ができる結核病床というのは非常に限られているという状況があります。ですから、新規の患者さんの受入れはつい先月でしょうか、いろいろありましたけれども、やはり当面の受入れが難しいというようなことだと思います。

そのような場合に、例えばモデル病床で透析ができる病院に一時収容していただいて、それで時期を見てから塗抹陽性者であってもこちらのほうにもた移っていただくとか、そういう点で医療機関の持っている機能をもう少し具体的に調査をして、どういう患者さんであればどの病院とどの病院で受入れができるとか、そのような体制を今後整えていくのがいいのではないかと考えております。

例えば、そのほかですけれども、オペを必要とするような患者さんを受け入れた場合、オペ室は陰圧室が使えるのか、陰圧管理で手術ができるのはどうなのかということであるとか、妊婦さんで陰圧のかかる分娩室があるのか、あるいは出てきた赤ちゃんが発病しているかどうかという形での隔離が一時的なものであってもできるかどうかで、今まで

何となく最終的に収まるところに収まってきたという状態が長く続いていたと思うのですが、もう少し具体的に、特にモデル病床を有する病院に関しては副作用の対応がどうであるとか、その辺りの具体的な施設のハード面や、その病院の個別のICTマニュアル、感染管理マニュアルでどのように結核の患者さんは取り扱われるのか。そのようなことも少し都として把握するような動きというのは今後必要になってくるのではないかと思います。

例えば、最近で言うと結核が疑われる患者さんなのですからけれども、ADLが悪いので入院が必要になる。気管支系の検査が必要だけれども、入院が必要になってしまうのでということで、そういう相談が来ているのですが、実際に我々の病院で一から疑いのある患者さんを入院の状態を受入れをして、それで検査をやっているのは実に非常に難しく、外来ベースでいろいろな画像や、検査結果でやり取りを進めながら今やっている状況なのですから、つまり気管支鏡検査が結核疑いの患者さんはもうできませんと、大きな病院でもそういうふうに感染管理マニュアル上になっているということなのです。

これは個々の病院のポリシーなので何とも言い難いところはあるのですが、その辺りを少し整備して低まん延化において病床数も少なくなって、同時に合併症があり、いろいろな副作用があるような結核は実際に診療経験のある医師がいる医療機関自体も少なくなっていますので、そのようなネットワークというのはとても大事ではないかと思えます。

それで、1つの試みで、去年の末に東京病院の松井院長先生から御提案があって、東京病院と複十字病院と多摩総合医療センター、NCGMで患者さんの受入れ状況を相互に把握できるようにというような試みが少し始まりつつあります。それで、ここにもし可能であれば今お話しをしたような結核病床を有する病院、それからモデル病床を有する病院、これらのところがもう少し相互にネットワークを置いて患者さんのお互いの受入れの状況を把握し、あるいは状況に応じて当院も病床数はかつて40床あったのが今は15床でしか再開できておりませんので、少ない病床数を有効に活かすという点で、病院間での患者さんの移送であったりとか、移動であったりということも検討せざるを得ないというか、そのようになってくる。そうすると、より対策ですね。結核に対する都としての診療体制としても厚みのあるものになってくるのではないかと思います。

以上です。

○西塚委員長 ありがとうございます。

現在、モデル病床を持っている病院が13病院、66床あって、そこを都が回っているいろいろなモデル病床の活用について協議をさせていただいているところでございます。今年度は慶應病院さんが透析を短期間でというお話があったりしておりますが、妊婦さんや合併症のある方の受入れが課題となっておりますので、またお話を続けていきたいと思えます。ありがとうございました。

そのほか、いかがでしょうか。医療のこと全般で結構ですけれども。

藤田先生、よろしくお願いします。

○藤田委員 藤田です。

今、既に皆様が御検討をいろいろいただいているようなお話も聞かせていただいているところなのですけれども、結核患者さんの数が減ってきているという現状の中で、中長期的な話につながるのだと思うのですが、感染症全体の中でのいわゆる合併症とか地域医療といったところの議論も俎上に載せていくのも必要なのかなと思いました。

確かに結核は感染症ですけれども、そのほかにも感染症はあります。結核の治療期間・入院期間というのはほかの感染症と比べて長くなっていますけれども、退院基準の見直しといったことに絡めて、もう少し状況が変わってくる可能性はあります。病床数、患者数といったところ、あるいは合併症への対応ということを考えると、できるだけ身近なところで合併症にもしっかり対応できるように感染症全般の対応という流れの中で中長期的なところでは今後議論していく方向なのかなと思いました。

ただ、現状では結核医療の基準というものはございますので、それをいきなり感染症全体の中というわけにもいきませんし、まだまだ結核患者さんというのは感染症の中ではかなりのウェートを占めているところではございますので、現状に関しては皆様が今、御議論いただいたようなことで話を進められたらとは思いますが。

以上でございます。

○西塚委員長 ありがとうございます。

コロナでも課題になりましたが、合併症を持っている方の受入れ、救急というところ、こういったものは結核も併せてまた検討していきたいと思えます。ありがとうございます。

それでは、佐々木先生からお手が挙がっております。お願いいたします。

○佐々木委員 東京病院の佐々木でございます。

御議論のあるところだと思うのですが、低まん延になったからこそ目立ってくる問題についての御議論もあったかと思えます。たくさん患者さんがいる時代は何らかの機能を持っている病院が結核患者さんを診るのは当然だった。それが、結核だからということと今、一部の病院が負担をしているということで、一時、モデル病床をつくってそういうところの機能を分散するということが行われたのですが、コロナ禍にあってその機能も一旦ゼロになってしまったというところであると思えます。

先ほど加藤所長がお話ししていたように、昨年NHOと学会と予防会で国のほうに投げかけておりますけれども、当院の松井の趣旨としてはその機能別な役割分担を各病院の特色を持った形で新たに構築し直そうということで、結核医療全般に関するシステムの再構築ということを考えておりました。

また、結核・非結核性抗酸菌症学会・治療委員会予防委員会のほうで退院基準を考えていただいているのですが、欧米と同じように早期の退院を目指すということで、ある程度国単位の結核医療の改革が行われなくてはならないということでは一致しているところ

だと思います。

その反面、医療者は結核に罹患している患者さんについては早期隔離というまだ固定観念、それは当たり前のことなのですけれども、それが当初はいいのですが、病中ですね。治療中の方もそれを続けなくてはならないという、まだ少し古い観念にとらわれているところがあって、そういうところの学問的な啓発みたいなものも合わせて公で行っていただく必要があるのではないかと最近思っております。

また、各保健所がこの感染対策を行っていただく中で非常に大きな役割を示したというのがコロナの動きではなかったかと思うので、今後とも行政と病院の連携をきちんと行っていかななくてはならないところがあるのですが、コロナのときに結核に対する知識が枯渇してしまったと私が審査会で行っている練馬保健所の職員も不安がっておりますので、新たに保健所関係の職員の方々への啓発もお願いしたいと思います。

以上です。

○西塚委員長 ありがとうございます。

続いて、川上先生お願いいたします。

○川上委員 日頃よりお世話になっております東京都医師会の川上です。

今、結核の診断の技術的な面は格段に進んできていると思うのですが、患者数が少なくなってきたということもあって、診断の遅れというのが目につく印象を持っています。

例えば、子供、あるいは大人も、せきが出ると喘息という診断を安易につけられて喘息の治療が行われてしまうがために、どうしても再診するまでの期間が長くなっている。風邪であれば3、4日分の処方ですけれども、ひとたび喘息と思いついて処方すると、多くの場合、1か月分くらいの処方が出てしまうということで、次に医療機関を受診するまで1か月の月の単位で見えていくことが多いかと思えます。そういった意味では、アレルギーの診療が全盛期だからこそ忘れてはいけない結核というところを広く啓発していくことが求められているのではないかとというのが、地域で診療してとても感じるところでございます。

あとは、BCGの接種が目標値に到達しないことに関しましては、やはりそれが東京独特なものなのではないかと思うのですが、御両親のどちらか一方のお仕事が海外、特にアメリカ、米国とつながりがあるお仕事の方、あるいは米国出身者が片親、もしくは両親というようなときに、BCGを打ってしまうと向こうに帰られてからツベルクリン反応検査をやって陽性になってしまうために予防内服をさせられてしまうとか、予防内服を避けるためには日本を出るときにレントゲン撮った、あるいはBCGを打っているということを示す書類を用意していかないといけないといったようなことも広く皆様一般の方たちが知っていることになったので、どうしても海外に出るといった方たちはBCGをやらないという傾向があるかと思えます。

一時期は美容的な面で、跡がつくのが嫌だというような話もありましたけれども、最近

は、生活圏が海外ベースになる可能性があるのでやりたくないというような方が一定数以上はいて、その結果、BCGの接種率が目標値に到達しない点かと思しますので、そこに対する何か対策というか、接種するほうを優先するのであれば、海外に出るときにどんな書類を作ってあげたり、どんな検査をして出してあげたらスムーズなのかというような辺りまで啓発というか、私たち平場にいる内科医や小児科医に対して御指導をいただくと、より高い接種率をつくっていただけるのかなと感じております。

以上です。

- 西塚委員長 ありがとうございます。引き続き、市町村と連携をしながら医師会様の協力をいただいて接種率向上を併せて行ってまいります。ありがとうございます。

それでは、資料2-2から資料2-6まで一括していただきますが、特にデジタル化のところが多摩府中保健所の田原先生、2月から試行もされていると伺っていますけれども、保健所のデジタル化の展望など、何か情報提供いただければと思いますが、いかがでしょうか。

【多摩府中保健所の機器トラブルのため、田原委員の音声聞き取れない状況が発生】

- 西塚委員長 では、先生には後でまた伺います。失礼いたしました。

佐々木先生からお手が挙がりました。お願いいたします。

- 佐々木委員 佐々木ですけれども、このデジタル化については頻繁に患者の届けを出す病院に実際に来ていただいて、どのような形でデジタル化が行われるかということの御相談をいただきたかったと思っております。

御存知のように、院内のセキュリティーの関係、個人情報関係から、院内の電子カルテは院内で閉じております。それで、こちらの届けを出すときに医療情報を見て届けを出さなくてはならないのですけれども、それは外に向けたいわゆるインターネット等の機能を使わなくてはできないということになります。それは病棟ないしは外来のコンピューターの近くにはありません。ですので、このLoGoフォーム等を使う場合には、一旦医師が別の場所でやらなくてはならないという形になります。

その部分で、今言われている働き方改革とはちょっと違う方向に進むのではないかと懸念されますが、これの改善策についていろいろ考えてみても、電子カルテは決して外には開かないということ現場の行政の方に御理解いただくことは難しいと思いますので、意見を述べさせていただきたくだけにとどめたいと思います。

以上です。

- 西塚委員長 ありがとうございます。

それでは、協議事項の「令和6年度の取組について（東京都結核予防推進プランの改定ほか）」に移りたいと思います。

- 中島課長代理 よろしく申し上げます。

資料3をご覧ください。こちらは技術委員会の開催についてのスケジュール案と、結核予防推進プランの改定についてのスケジュール案をお示ししております。

1は、技術委員会のスケジュール案となります。令和6年度の技術委員会ですが、7月頃と2月頃の2回の開催を予定しております。専門部会につきましては、プランの改定に関する専門部会を御覧のようなスケジュールを取りあえず置かせていただいております。

2は、暫定的にはありますが、来年度の技術委員会での報告及び協議項目について記載しております。

3は、プラン改定に向けた進め方についてです。令和4年度の技術委員会で現行のプラン2018の各目標値の達成状況を評価していただいたとともに、新プランの策定に向けまして課題の抽出、各目標について検討を行っていたところです。

今年度については、昨年5月に新型コロナが5類に移行されまして、国の指針に即して東京都感染症予防計画の改定を進めています。これは結核だけではなく全ての感染症を含めてということになりますけれども、今年度末には改定作業が終わるところとなっております。来年度につきましては、改定された東京都の感染症予防計画を踏まえまして新プランの作成に向けて進めていく予定でございます。

あとは、国の「結核に関する特定感染症予防指針」が改定された際、加藤先生もおっしゃられていましたけれども、その内容も盛り込んでいくこととなりますので、指針の改正内容によりましてはスケジュールが変更となる場合がございます。

技術委員会、専門部会とも委員の任期が2年なので、昨年度から皆様に委員に就任していただいております。その任期が今年度末までとなっておりますので、来年度になりましたらまた委員の改選の手続きがございます。7月に開催予定の技術委員会、専門部会については、委員の改選後に行うこととなりますので、引き続きよろしく申し上げます。

資料3の説明については以上になります。

○西塚委員長 ありがとうございます。

それでは、資料3の東京都の令和6年度取組、または推進プランの改定についてでございますが、先生方から何か御意見などをいただければと思っておりますが、また併せて先ほどの資料2の御質問等でも結構ですので、何かございましたらお願いいたします。

薬剤師会の和田先生、外国人の対策も含めてですけれども、DOTSなどで地域の患者さんの支援で御協力をいただいているかと思っておりますが、引き続き都としてはDOTSなど、こういった重点対策として行っていきたいと考えておりますが、何か地域の中でDOTSを含めて課題などがありましたら御教示いただければと思っておりますが、いかがでしょうか。

○和田委員 ありがとうございます。

東京都薬剤師会の和田と申します。日頃より、先生方には御指導いただきまして本当にありがとうございます。

外国の方へは以前から御説明するときの言葉のコミュニケーションというところやはり苦慮するところがありまして、前回の取組で外国語の言語を増やしていただいたということがございますので、そういったものを今後も増やしていただけると大変ありがたいと思っております。



あとは、DOTSというところで、薬局でのDOTSについて少し最近の現場の状況を、情報収集したのですけれども、どの地区でも何年か前は薬局のほうにもぼつぼつと御依頼いただいていたのですが、最近はどの地区でもあまり聞かれないといった状況でした。もちろん患者さんのやりやすい形、続けやすい形のDOTSを選ぶというのが大前提ですので、そこに薬局DOTSが当てはまる場合はしっかりと薬局のほうでも対応してまいりたいと思います。

そういったときに、以前どこの薬局で受けられるかを探るのが難しいですというようなお声をいただいたことがありましたが、そういった場合、地区の薬剤師会でしっかりと御紹介ができるかと思っておりますので、ぜひ保健所の皆様には気軽に地区の薬剤師会のほうにもお問い合わせいただけたらと思っております。

あとは、最近薬局と連携してDOTSが行われたというような事例も聞いておりますので、連携のほうもそういった形でも貢献させていただけたらと思っておりますので、どうぞよろしくお願いいたします。

○西塚委員長 ありがとうございます。

では、多摩府中保健所の田原所長、お願いいたします。

○田原委員 ありがとうございます。

先ほどDX化についてご質問いただいたのですけれども、多摩地域の保健所ではコロナ禍で電子カルテ化が進みまして大変所内で有効利用できましたので、結核についてもそのような動きをさせていただきたいと思ひまして、来年度モデルをさせていただきたいと思っております。

それから、前半で様々な御意見があった医療体制なのですけれども、私ども多摩南部で竹田先生にも大変お世話になっているのですが、コロナの5類移行後、慈恵第三病院や多摩総合医療センターに結核病床を空けていただいて本当にありがたいと思っております。

ただ、先ほどもお話があった透析患者さん、合併症患者さんについては先日、当所でもあったのですけれども、いろいろ本庁にも御協力いただいて、結果的には慶應病院さんに取っていただいたということで大変ありがたかったのですが、今、病院全体は看護師さん不足でなかなか規定の病床が空けられないという状況で、結核の病床関係も非常に厳しいというお話を聞いています。

先ほど高崎先生から、病院間の連携や本庁のほうでも取ってもらいたいというお話もありましたけれども、今は多分先生方の御努力によって、限られた先生方の御努力によって合併症の結核も入院ができていないかと思っておりますので、ぜひ病院さんが予算化ですとか、そういうことも考えていただいてメリットが出るような仕組みにしていいただければ大変ありがたいと思っております。

数としては、毎月透析患者さん合併症患者さんが出てくるというわけではないのですけれども、ひとたび出ると各保健所で非常に困っていると聞いておりますので、ぜひ動いていただけるとありがたいと思っております。

以上です。失礼いたしました。

○西塚委員長 ありがとうございます。

それでは、健康安全研究センターの吉村所長、お願いいたします。

○吉村委員 資料2-2の図1の菌検査の依頼実績を見て分かりますように、2023年に306件に跳ね上がっております。これは皆様の努力によって集めていただいたのですけれど、いきなり前年の3倍ものサンプルが運び込まれて、これを培養してVNTRまでやる手間というのは非常に大きなものがありました。これは手段であって、集めることが目的ではなくて、これを集めて何に使うかということが重要なので、例えば、変な結核が出たとか、クラスターが起こっているとか、近くで幾つかクラスターが起こっているとか、日本語学校で起こっているとか、特定の施設で起こっているとか、何か特別なことがあって、それを調べる目的でこういうことをやっていくというのは非常に重要な視点であって、集めること自体が決して目的ではないということを一とつ考えてもらいたいと思います。

どんどん集まってくると、このまま結核が予想どおり減っていってこればいいのですけれども、例えばコロナ明けでそのリバウンドがきて、また患者数が増えてきたということになると、今度は運び込まれる検体数が予想より多くなってしまい、負担としてはものすごく大きくなるので、その点に関しては増えた場合の人員や予算なども含めて少し考えていただけると、こちらとしても大変助かります。

我々としても、時間をかけずに簡易な方法でVNTRと同様な形で検査ができないかという新たな開発にも向けていくという努力は進めていきたいと思っておりますし、また、NGSなどを使ってVNTRだけでは分からないクラスターの解析なども今、課題研究等で併せてやっていますので、それも含めて科学的なバックボーンをどうやって診療、それからクラスターを抑えるのに使っていくかということの議論も今後していかなければいけないだろうとは思っております。

以上です。

○西塚委員長 ありがとうございます。

菌株を集めることだけでなく活用法を議論するという御指摘でございました。次のプラン策定のときに、この分子疫学のところもしっかりと目的等々について書込みができたらと思っています。

現状でも、地域の集積だとか、または宗教施設などでなかなか申告が難しい方々を地域の面で見つけていくようなところで活用する例があります。今後、こういった分子疫学でないとなかなか追えないような事例も増えてくるかと思っておりますので、引き続きよろしくお願いいたします。

高崎先生、お願いいたします。

○高崎委員 実際に結核の患者さんの診療に当たっていると、結核の診断がついて、それでごくまれですけれども、薬剤感受性が分からないまま外注に出されていて、それでそのまま検体が1か月、2か月たって破棄されてしまっていて、後になって薬剤感受性が分から

なくなっていましたとかという事例はこれまでもありました。ですから、臨床医の立場からいくと、何かしら菌を確保して菌株を確保しておくというのは大切なことではあります。当院では、菌株は結核菌に対しては全株保存、保管しております。

以上です。

○西塚委員長 ありがとうございます。

今、12の指定医療機関からの塗抹陽性株は全株という形で収集しております、培養陽性もできるかというところを先生方と今後御議論いただければと思っております。ありがとうございます。

では、佐々木先生からお手が挙がっております。お願いいたします。

○佐々木委員 ありがとうございます。

東京病院の佐々木ですけれども、菌株につきましては先ほどおっしゃられたように、どういう形で菌株を集めて研究されていくかというのは非常に重要なことだと思いますので、当院は御協力させていただきたいので、そのようなときはお声がけをいただきたいと思っております。

また、先ほどデジタル化のことで多摩府中保健所がおやりになるということで、当院は患者さんを非常に多く受けているところでもありますので、もしモデルで当院が対象となるのであれば、あらかじめその方法について御説明いただければと思っております。これはお願いであります。

以上です。

○西塚委員長 ありがとうございます。

では、加藤先生からお手が挙がっています。お願いいたします。

○加藤委員 菌株の収集についての確認なのですが、現行の予防指針の中でも菌株を収集するよという内容でして、全部検査するということにはなっていないのですね。先ほど高崎委員もおっしゃったように多剤耐性、あるいは集団感染が関係するのではないかといったときにヒッチされている可能性があるのでは、とにかく収集しておくというのが現行の考え方です。

それで、御趣旨である分析結果がどういうふうに関係するかということについては、私もAMED研究のほうでストウ、イタナガを中心にゲノムの分析がどのように活用されるかということの研究をしようということで、今、首都圏のがん研に協力させていただいてそのことを確認しようという研究を進めているところです。ゲノムはちょっと手がかかりますけれども、それなりの成果があるということであれば、特に低まん延になってから必要になってくる技術ということで、これは欧米のほうではかなり積極的に進んで、ヨーロッパではドイツにある研究所が一定の支給を受けて分析を進めるというような話も聞いていますので、日本でもそんな方向で、もちろんさっきおっしゃったように成果が上がることを確認してから対策として進めていくというようなことも考えているということです。

以上です。

○西塚委員長 ありがとうございます。

今後ワーキングなどでも、専門部会のほうでも深く検討していきたいと思います。ありがとうございます。

そのほか、いかがでしょうか。

では、皆様、貴重な御意見をいただき、ありがとうございました。先ほどお示したとおり、令和6年度もこの技術委員会、専門部会は開催してまいります。併せて、本日いただいた御意見を施策に反映していきたいと思っておりますので、今回もお気づきの点がありましたらメールなどでもお寄せいただければ反映したいと思っております。今日は、1時間半お時間をいただきましてありがとうございました。

それでは、事務局のほうにお願いいたします。

○中島課長代理 最後に事務局からお話しさせていただきます。

委員長、委員の皆様、今日は御議論ありがとうございました。先ほども御説明したところですが、今回の東京都結核対策技術委員会の設置要綱の第4項により、委員の皆様は任期は2年ということで、今年度末までとなっておりますので、来年度の技術委員会の委員及び専門部会については、委員の改選等が終了した後に行う予定でございます。引き続き、委員を継続してお願いさせていただく方々もたくさんいらっしゃると思いますので、そのときはまたよろしくお願ひします。

これをもちまして、今年度の東京都結核対策技術委員会は終了させていただきます。各委員会の皆様、今日は御協力ありがとうございました。

(午後5時24分 閉会)