

東京都感染症予防医療対策審議会答申

「東京都結核予防計画」の策定に
向けた基本的な考え方について

平成 1 7 年 7 月

東京都感染症予防医療対策審議会

< 目 次 >

はじめに	1
1 基本的考え方	2
2 結核の状況	3
(1) 全国との比較	3
(2) 都内の状況	4
(3) 対象者別の状況(重点課題)	5
(4) 結核対策システムの状況(重点課題)	8
3 課題解決に向けて	9
(1) 予防接種	9
(2) 早期発見	10
(3) 感染源対策	11
(4) 医療提供体制	11
(5) 結核患者支援体制	13
(6) 普及啓発	14
(7) 結核発生動向調査	15
(8) 調査研究・人材育成	15

はじめに

昭和 26 年に結核予防法（以下「法」という）が制定されてから半世紀余りが経過し、法の見直しが行われた。

この間、積極的な結核対策の推進により患者の発症は抑えられてきたが、わが国は、現在でも世界的には結核の中蔓延国であり、先進諸国に限れば、群を抜いて高い状況にある。

近年、結核り患率の減少傾向が鈍化し、更には、地域格差が拡大するなど結核を取り巻く状況も変化してきている。

こうした状況に対応するため、東京都（以下「都」という）の特性を考慮した効率的な結核対策の拡充が求められている。

平成 15 年におけるり患率は、全国 2 位の高い率を示しており、都において結核対策は優先して取り組むべき重要な課題である。

東京都感染症予防医療対策審議会（以下「審議会」という。）は、平成 17 年 1 月 19 日、「東京都結核予防計画」の策定に向けた基本的な考え方について、知事から諮問を受けた。

審議会では、この諮問事項について専門的な見地から審議を行うため、結核予防部会（以下「部会」という。）を設置し、再興感染症としての結核対策の充実強化について検討を進めてきた。

本答申は、審議会及び 3 回の部会での審議を経て結論に至ったものであり、都における結核の現状を踏まえ、計画策定に当たり重視すべき課題やその解決に向けた方策を示すものである。

今後、本答申に基づき計画が策定され、都、区市町村及び医療機関等関係機関の協力のもと結核制圧にむけて着実に歩みを進められることを期待する。

1 基本的考え方

結核の状況や対策をめぐる環境は都道府県・区市町村によって大きく異なる。今後の結核対策は、状況に合わせたきめ細かな対応が求められている。

このため、東京都結核予防計画策定にあたっては、科学的根拠に基づき、結核の優先課題を明確にした上で、結核対策の目標を数値等によりできるだけ具体的に設定するとともに、定期的に評価を行うことが重要である。

(1) 科学的根拠に基づいた効率的な結核対策の推進

様々な視点から、結核の現状分析を行い、課題を明確にしたうえで、効率的な対策を行うことが重要である。

(2) 重点対象への集中的取組

結核対策の重点対象としては、感染・発病しやすい対象及び集団感染を起こしやすい施設等がある。

都のり患率を下げるためには、住所不定者等の感染・発病しやすい（ハイリスクな）対象者や、学校・学習塾などの集団感染を起こしやすい施設に対する優先的な取組など、対策の重点対象を明確にし、集中的に対策を講じることが必要である。

(3) 患者登録から治癒までを支える仕組みづくり

結核の蔓延防止には、早期発見・早期治療とともに、感染拡大防止施策と適切な医療の提供による治癒を欠かすことができない。

このため、都と区の連携の下に感染拡大防止の仕組みを整備するとともに、保健所、医療機関や福祉事務所等の地域の関係機関との連携による結核患者の診療支援体制を拡充する必要がある。

(4) 広域的な連携体制の構築

的確かつ効果的な結核対策を進めていくためには、自治体の枠を越えた広域的な対策が必要となる。そのためには、保健所を有する自治体である都と区が協働して課題の検討を行い、共通の目標設定や連携体制の構築を進めていくことが重要である。

また、市町村による予防接種や定期健康診断の実施及び、都の保健所が行う対策の推進にあたっては、市町村と保健所の連携体制の構築を進めていく必要がある。

2 結核の状況

(1) 全国との比較

結核新登録患者数の減少傾向は全国的にも鈍化しているが、都では、平成15年に前年より0.6%増加しており、今後の推移に注意が必要である。(表1)

新登録患者数をみると、東京(12.7%)と大阪(12.3%)で全国の患者数の4分の1を占めている。更に、大都市とその周辺で、全国患者総数の半数近くを占めている状況から、結核が都市部に集中している。(表2)

平成15年の新登録患者数を年齢別構成割合でみると、全国では70歳以上の高齢者が占める割合が43%、都は29.4%と、その状況に差はあるが、どちらも年々増加傾向にある。(図1)

平成15年の新登録患者数を年齢別構成割合でみると、全国も20歳代で急に患者数が増える傾向があるが、特に都では、20歳代と30歳代で高齢者と同様の割合(28%)を占めている状況がある。社会生活が始まる世代を中心に新たな感染が起きている状況がうかがえる。(図1)

都は50歳代にもピークがある。50歳代を中心とした結核のり患率が高い地域は、住所不定者等の問題を抱えた地域と重なっている。(図1-2)

全国、都とも年々増加傾向にある外国人の新登録患者について平成15年の状況をみると、全国の外国人登録(906人)の25.9%を都に居住する外国人(236人)が占めている。これは、都の新登録患者(4,029人)の5.9%となっている。(表3)

コホート調査の治療成功率を見ると、全国は78.7%、都は71.0%であり、治療失敗脱落率は全国7.3%、都7.8%となっている。

(注)コホート調査とは、適切な治療によって2次感染を防ぐ目的から、患者の発生時点から治療経過と検査結果を時系列で追跡し、治療完了の確認や治療結果(成功・失敗)を把握するもの。

(2) 都内の状況

区部と多摩地域のり患率の推移を見ると、多摩地域は全国平均より低い状況で推移しているのに対し、区部は高いり患状況を示している。(図2)

都内のり患率(人口10万対)は、区部は37.5、多摩地域(島しょ地域含む)は22.3と地域により差が生じている。更に、区部においても、り患率が100を越えている区から20台前半の区と5倍近い格差があり、区市町村の実態に応じた対策が必要となる。(表4)

新登録患者数の性別・年齢別構成割合をみると、男性では50歳代、女性では20歳代の割合が特に高いことが分かる。(図3)

新登録患者の年齢別構成割合を区部・多摩地域別の推移でみると、区部では、20歳代から30歳代の患者が増加傾向にあり、全体の28.2%を占めている。(図3-1) 多摩地域も、区部と同様の傾向にあるものの、70歳以上の占める割合が32%と区部に比較すると高い傾向にある。(図3-2)

り患率が急上昇する20歳代から次のピークを示す50歳代までの新登録患者の状況を見ると、

- ・ 居住別では、自宅が84.1%と多いが、路上生活と簡易宿泊・飯場・カプセルホテル等も含めた住所不定が全体の10.3%を占める。(図4)
- ・ 感染源調査では、殆どが不明(89.2%)であり、感染を受けた場所の特定が困難な者が多いが、感染源不明者の生活状況を見ると、長時間過ごす場所として、パチンコ店(24%)、盛り場(24%)、サウナ(16%)の順となっており、感染を受けた場所を推定する参考となる。(図5・6)

新登録患者に占める70歳以上の高齢者の割合は、全国に比して低いものの、区部では、28.6%、多摩地域では32%を占めている。(図3-1・2)更に、60歳以上の結核患者の約半数は、何らかの合併症を有している。(図7)

新登録患者をその発見方法別に見ると、医療機関受診(73.7%)、次いで定期健康診断(15.1%)となっている。また、発見方法別の患者をその病状から見ると、感染拡大のおそれのある喀痰塗抹陽性者は、医療機関受診の47.2%(1,401人)となっており、より早期受診への働きかけを行う必要がある。(表5)

平成 15 年度の結核対策特別促進事業の結核健康診断の実績報告から発見率を見ると、住所不定者は 0.33%、簡易宿泊施設等入居者は 0.67%、外国人は 0.4%とそれぞれ高い発見率を示している。(表 6)

また、平成 15 年度の結核健康診断実績報告から施設別の発見率をみると、保護施設 0.26%、老人福祉施設 0.03%となっている。(表 7)

国が指針で示している健康診断の有効性の判断基準は患者発見率 0.02% ~ 0.04%である。単年度の実施結果のみで判断することは難しいが、本結果を参考として、地域の状況に応じた施設の健康診断が必要である。

(3) 対象者別の状況(重点課題)

都における結核り患状況には幾つかの特徴がある。例えば、20 歳代を中心とする若年層のり患率が全国と比較して著しく高い。ここでは、こうした都の特徴を対象者別に分析する。

住所不定者

20 歳代から 50 歳代までの新登録患者(2,161 人)の内、住所不定等(205 人)の居住状況を更に詳しく見ると、路上 66%、飯場 15%の順であるが、サウナ・カプセルホテルが生活の場になっている者もいる。(図 9)

結核新登録患者のうち住所不定者の患者数を 20 歳代から 50 歳代までの年代別にみると、50 歳代が 65%を占め、年代が下がるごとに患者数も減少している。(図 10)また、発見時の喀痰塗抹陽性は 54.6%であり、半数以上が周囲の人へ感染させる可能性を持って発見されている。(図 11)

平成 14 年の東京都のコホート調査において、治療脱落は 1.6%(区部 1.6%、多摩地域 1.8%)である。住所不定者に限定した調査は、厚生科学研究「東京都特別区生活不安定者結核患者実態報告」によると、平成 14 年の住所不定の結核患者の脱落率は 19%であり、都全体の平均を大きく上回っている。

区部の路上生活者のり患率は、路上生活者概数(5,585 人：平成 14 年調査結果)と結核患者数(132 人：平成 14 年路上生活患者数)をもとに計算すると、2,363.5 と他と比較できない高い率を示している。

住所不定者は、生活が困窮していること、生活の場が一定していないことや不規則な生活を送っていることなどから医療中断となり、再発や薬剤耐性

をまねきやすい。また、結核に対する知識の不足から治療拒否も起こることがある。

外国人

結核新登録患者の外国人を年齢別に見ると、20歳代が53.8%、30歳代が26.3%であり、この年代が8割以上を占めている。(図12)

また、在住5年以内の者が67%を占めている。(図15)

20歳代から50歳代の外国人結核新登録患者を職業別に見ると、学生(日本語学校)が約30%と最も多く(図14)、日本語学校健康診断における患者発見率は0.4%と学校健康診断における早期発見が多い。(表6・図18)

学生について、主婦、飲食店従事者、無職の順で外国人の結核新登録患者が多く、有症状による医療機関受診で発見されることが多い。(図14・18)

短期滞在の外国人は、結核の症状がある場合でもコミュニケーションの点から医療機関を受診しにくいことや、学校や職場への滞在期間が比較的短期であるため健康診断の対象になりにくい傾向がある。また、無保険や超過滞在も結核り患率の上昇に影響している。

若年層(20歳代、30歳代)

都のり患率の年次推移を見ると、近年は20歳代のり患率が高い傾向にあり、外国人を除いても全国平均を上回る。(図19・20)

20歳代・30歳代で高齢者と同様の割合を占めており、社会生活がはじまる世代を中心に新たな感染が起こっている状況がうかがえる。

この状況は、他の大都市でも同様の傾向があり、今後の結核問題が高齢者の結核から若年層を中心とした都市型の結核へ移りつつあることを示唆するものである。

日本人の20歳代・30歳代の新登録患者を職業別にみると、事務などの内勤系が男女とも最も多くなっている。女性では医療系が2番目に多い。(図21)

日本人の20歳代・30歳代の新登録患者の職業別発見方法を見ると、全体的に医療機関受診が多いが、保育園、教員、介護職、学生は健康診断で発見されている割合が高い。また、自由業、無職、風俗、予備校生は大半が医療機関受診で発見されている。(図22)

都で実施した調査によると 20 歳代男性で「結核がまわりの人に感染するおそれがある病気である」と回答した人は半数以下であり、結核についての正確な知識が少ないことがわかる。また、治療に結びついて、治療失敗・脱落・中断率は、50 歳代男性の 24.4%について 30 歳代男性が 19.8%と高く、治療の必要性が十分に認識されていない。

高齢者

都の結核患者のうち 70 歳以上が占める割合は約 30%であり、年々増加傾向にある。(図 1)

合併症の発症率は年齢とともに高くなり、60 歳以上では、新登録患者の半数以上に合併症がある。(図 7)

都における 65 歳以上の高齢者の結核病床入院期間 (103.3 日) は、結核病床の平均入院期間 (85.2 日) の 1.2 倍と長い。

多剤耐性結核患者

都の 20 歳代から 50 歳代までの新登録患者の内、多剤耐性結核患者は、日本人は 1.5%、外国人は 3.4%であり、外国人の多剤耐性結核の割合が高い。(図 23)

20 歳代から 50 歳代までの住所不定者の多剤耐性結核の割合は 2.4%であり、日本人全体の多剤耐性患者の割合に比べ高い状況である。(図 24)

年齢別でみると、日本人は 50 歳代、外国人は 20 歳代に多剤耐性結核患者が多い。

20 歳代から 50 歳代の新登録患者のうちの多剤耐性結核患者は、全て初回耐性患者であった。治療中断等により多剤耐性結核となった患者が感染拡大の原因となっていることが推測できる。

多剤耐性結核の原因として単剤治療 (INH) や治療中断が考えられる。

都の単剤治療 (INH) の割合は 0.7%であり、治療失敗・脱落・中断率は 11.2%である。

小児結核患者

0歳から14歳までの小児の結核り患率は、全国平均0.7にくらべ、都は1.2と高いが、発見された患者の状況でみると、肺結核が15例、肺外結核が3例である。いずれも家族健康診断等による初期の発見であるが、うち半数はBCGの接種歴がなかった。

乳幼児結核は、粟粒結核や髄膜炎など重症化を招くといわれているが、都内で実施しているBCGの累積接種率は、生後6ヶ月で区部が95.3%、多摩及び島しょ地域が63.9%、生後1年で区部が98.0%、多摩及び島しょ地域が91.0%となっている。(図25)

(4) 結核対策システムの状況(重点課題)

都の結核対策の役割分担は、

- ・ 保健所の業務である患者発生動向調査、登録・指導等の患者管理及び患者が発生した場合の家族健康診断や接触者健康診断(定期外健康診断)などは、保健所を有する自治体である都と区が担っている。
- ・ 感染拡大防止のため、感染性結核患者には医師から結核病床への入院が勧められ、都知事や特別区長からは入所命令(法29条、法定受託事務)がなされるが、その医療費は公費により、負担(法35条)されている。

結核の感染力は適切な治療により減少するが、特に感染力が強い期間である診断・治療開始後2~3週間の感染拡大防止策が重要であり、患者の人権との均衡を図りつつも入所命令等の感染拡大防止策が、国・都・区の責任の下に実施されている。

- ・ 基礎的自治体の業務である予防接種や定期健康診断などは、区市町村が担っている。

結核は、感染症であるという特殊性から、あらゆる対策において自治体の枠を越えた広域的な対応が必要となることが多い。しかし、保健所を有する自治体である都と区では、現在、共通の目標設定は行われていない。

また、定期外健康診断等の連携体制についても、慣例によるところが多く、明文化されたシステムとなっていないとの指摘がある。

市町村が行う予防接種や定期健康診断及び都の保健所が行う対策の推進に

あたっては、お互いの施策の立案・実施・評価のための情報共有など、市町村と保健所の連携体制の構築を進めていく必要があるが、現状では必ずしも十分とは言えない。

結核発生動向調査情報は、結核予防法による届出、登録、入退院届、医療費公費負担申請、保健師等の訪問により得られた情報などが入力される他に患者の適切な医療の担保と患者の治療支援を行うための情報も収集管理されている。今後、地域の実情に合わせた結核対策を推進する上で、基礎データによる現状分析が不可欠である。結核発生動向調査への入力に必要な情報のもとになる医療機関等からの各種報告の徹底を図るとともに、報告内容の適正化を図ることが重要である。

3 課題解決に向けて

(1) 予防接種

B C G接種は、結核予防対策の中でも、特に乳幼児期における結核の発病・重症化防止に極めて有効とされており、今回の法改正により原則生後6ヶ月までにB C G接種を行うことが規定された。

生後6ヶ月までに接種率90%を確保するためには、接種機会の拡大・乳児健康診断との併用・未接種者へのフォロー体制整備等の取組も必要と考える。

更に、社会状況の変化を考慮し、共働き家庭等も予防接種を受けやすい体制整備も検討する必要がある。

予防接種前のツベルクリン反応検査が廃止になったことにより、既感染者にB C G接種を行う可能性もある。区市町村は、健康被害対策が速やかに行えるように、保健所、医療機関と連携を取り、コッホ現象や副反応についての知見を深め、最新の情報を得る必要がある。

B C G接種技術を確保するため、医療関係者を対象とした教育ビデオによる技術講習会・直接指導研修等の技術向上に向けた取組が求められている。

また、B C G接種率調査及び針痕数調査を定期的実施し、評価を行うことにより、予防対策に反映されたい。

(2) 早期発見

平成 15 年の新登録患者の発見方法別によると、肺結核活動性のうち、医療機関受診により発見された患者が 73.9% と一番多く、次いで、定期健康診断の 15.1% であり、定期外健康診断により発見されたのは 3.3% である。(表 5)

医療機関受診で発見された患者の 47% (1,401 人) は喀痰塗抹陽性患者である。早期受診、早期発見により、蔓延防止が図れるよう、啓発並びに医療機関への研修等の拡充を図られたい。

また、定期健康診断で発見された患者の内、8 割近くが排菌していない段階で発見されており、定期健康診断は、早期発見の有効な手段と言えるため、定期健康診断の対象者の選定を的確に行うことにより、更なる蔓延防止策の強化に努められたい。

外国人の登録患者の内、学生等の他は殆どが医療機関受診により発見されている。今後は、学校健康診断の充実と合わせ、飲食店等の従事者等を対象とした対策の強化も図られたい。

健康診断患者発見率については、国が参考としてあげている、0.02~0.04% に対し、都における住民健康診断の患者発見率は、0.004% である。今後は、法の改正により、リスクに応じ効率的な定期健康診断を実施することとなっている。市町村は保健所と協力し、地域の結核り患率の状況や都の緊急課題であるハイリスクグループ(喀痰塗抹陽性で発見される率が高い住所不定者や患者発見率の高い外国人等)の情報を把握し、地域の実情に照らした健康診断対象を選定する必要がある。なお、選定された対象者に健康診断が確実に有効に実施されたかを検証するため、健康診断受診率、要精密検診率、精密検診受診率、患者発見率を的確に把握し、健康診断を評価する必要がある。

都は区と協力して、住所不定者対策として、簡易宿泊所を中心に飯場・サウナなどの利用者を対象とした結核健康診断並びに、外国人が多く集まる施設(教会等)の場を活用した結核健康診断など、重点課題解決に向けた様々な取組の拡充を図られたい。

都における施設の定期健康診断の発見率は、0.019% であるが、施設の種類により発見率も異なる。保健所は、高齢者施設などハイリスク集団が多い施設の管理者に健康診断の重要性を伝えることが必要である。また、早期発見が行えるよう結核の知識について、普及啓発を図る必要がある。

職場での定期健康診断は、今回の法改正により法令で特に定められたものを除いて結核予防法の対象外となり、労働安全衛生法のみを根拠とすることとなったが、従業員が感染源となった場合に容易に集団感染が発生する学習塾やベビーホテル等の施設については、都と区市町村が連携し、集団感染の発生予防対策を強化していく必要がある。

定期外健康診断は、患者の早期発見及び感染の蔓延防止として有効な対策である。「結核にかかっていると疑うに足りる正当な理由のある者」を対象とする定期外健康診断の受診率確保は重要であり、保健所及び委託医療機関等による健康診断の機会の拡充が求められる。

定期外健康診断を実施する際には、接触者が複数の自治体にわたって広域に居住していることが多いことから、区及び都の保健所が迅速に連携することのできる体制整備を図られたい。

接触者として、小児が定期外健康診断の対象に含まれる場合は、家族健康診断を徹底して行い、その結果を総合的に判断し、予防内服、予防接種の実施等、慎重な対応を図られたい。

(3) 感染源対策

感染性結核患者については、法による入所命令および就業制限がなされているが、感染拡大防止のためには、感染拡大期間を短縮化することが対策の基本である。このため、法定期間内の医師の届出を徹底するほか、特に感染力が強い期間である診断後2～3週間の感染拡大防止対策が重要であり、患者に迅速かつ的確に治療や入院を勧めることなど、感染拡大防止の仕組みを国・都・区の責任の下に、充実強化していく必要がある。

(4) 医療提供体制

都では、保健医療計画において、都内全域（三次医療圏）での結核基準病床数（910床）を定めている。しかし、高齢者等の合併症あるいは、精神病やアルコール依存症等を併発している結核患者への対応、薬剤耐性結核等の高度・専門医療が求められる結核患者などが増加し、その対応も多様化し

ている。これらの状況に対応するため、短期入院、合併症医療、集中治療室における結核治療、長期療養、再治療例を含む多剤耐性結核への集学的治療などの多様なニーズに対応する医療提供機能を整備し、合理的かつ専門的な対応ができるよう努められたい。

結核病床のみではなく、一般病床における結核治療体制を整備する必要性が生じている。国が実施している結核患者の合併症治療病床整備を推進し、受け入れ体制の整備を行い、病院間の連携を図られたい。

結核の治療に当たっては、適切な医療提供が行なわれない場合、治療が困難な多剤耐性結核の発生に至る可能性がある。医療機関において「結核医療の基準」に基づいた適切な医療提供が行なわれるよう、都及び区は結核診査協議会等による指導に努められたい。

地域の医療機関に対し、結核診査協議会の医師により結核の最新情報の提供が行なわれるよう、医療関係団体と保健所の連携を強化する必要がある。

結核患者の70%以上が医療機関の受診で発見されている現在、患者の早期受診と医師による早期の正しい診断が重要となるため、結核に関する知識の啓発等の働きかけが一層重要となると考える。

結核患者の療養支援は継続して行う必要があるため、保健所及び医療機関等の連携によるDOTS（直接服薬確認療法）の実施、カンファレンスの開催による情報の共有化などが重要となる。

外国語対応可能な結核指定医療機関リストを作成し、保健所や福祉事務所での紹介、更には、都のホームページ等で広報することも検討されたい。

多剤耐性結核の対策を推進するためには、薬剤感受性検査の精度管理や検査の徹底を図る必要があるため、関係機関への働きかけを強化されたい。

現在、諸外国ではHIV感染者の結核合併の問題が深刻化している。日本においても今後は増加が予測されるため、その対策について早期に検討されたい。

(5) 結核患者支援体制

結核対策を進めていくには、保健所、市町村、医療機関などの関係機関が連携し、協力体制を組んでそれぞれの役割を果たしていく必要がある。都内には医療機関が多く、また結核患者の入院・通院先も広域である。結核患者支援のために医療機関や保健所が連携を図るにはお互いの役割を理解する必要がある。都は、結核予防計画において、それぞれの役割を明確にし、連携が図れるようなシステムづくりを推進する必要がある。

結核発生動向調査のコホート調査結果を活用し、治療失敗・脱落・中断理由の背景を分析し、保健所別対策に反映させることも重要である。

都は、住所不定者等のハイリスク集団に対して結核対策を効果的に行うために、保健・医療・福祉・住宅・労働等の関連分野との連携をさらに強化する必要がある。また、早期発見・治療完了のために地域内の様々な社会資源を積極的に活用するべきである。

既存の住所不定者支援システムを有効活用し、患者の支援体制を拡充するため、ホームレス支援団体（ボランティア等）、一時保護センター等を対象とした講演会・研修会を開催し、結核に関する基礎知識の啓発を図るとともに、パンフレットの配布・ポスター掲示の協力を得るなどの連携も必要である。

複数の区市町村を移動している住所不定者等の結核患者を最後まで、支援するために広域ネットワークの構築も検討されたい。

法改正により、治療中断を予防するため、結核患者への療養支援体制として、保健所・主治医によるDOTSの推進が求められている。患者の服薬完了に向けて、医療機関と保健所が連携し、医療関係団体等の協力を得て、患者支援を行っていく必要がある。

DOTSを推進するにあたっては、その実施方法等について、自治体間で大きな違いが生じないように、都と区が協力して実施体制の整備をしていく必要がある。

外国人の結核患者に対し、治療内容及び服薬の必要性、結核医療費等の制度の説明を的確に行うために、通訳等の派遣など対策の拡充を図られたい。

既感染率が高く基礎疾患を有する高齢者等の発病を予防し、感染拡大を未然に防ぐため、医療関係団体等の協力のもと、予防内服の推進についても検討されたい。

(6) 普及啓発

結核は適切な治療によりほとんどが完治する病気であるが、感染症に対する誤った知識や偏見から差別を受ける可能性がある。都は、結核に関する適切な情報を都民に理解しやすい形で提供するとともに、患者が安心して治療に専念できるように人権に配慮した対策の充実を図られたい。

患者支援体制を整備するためには、結核対策に従事する人材の育成が必要となる。結核病床が減少するなかで、結核医療に従事する医療職も減少している。そのため、医療従事者の中にも結核に対する意識の低下が見られる。結核医療は年々進化しており、都はそれに対応できる人材の育成とあわせ、結核を健康危機管理の一つとして位置付け、関係者が最新の知識・情報が得られるよう体制整備に努められたい。

外国人向けの広報として都のホームページ外国語版への結核の基礎知識（医療費・支援体制等）及び外国人電話相談窓口の電話番号の掲載なども有効な方法である。

一般的に結核は過去の病気というイメージが強く、特に国民病として恐れられていた時代を経験していない若年層は、結核についての認識が薄いと考えられる。保健所は管轄地域の若年層の結核患者の特徴を把握し、若年層の結核対策に活かすことが重要である。

健康診断の必要性も含め、結核について知ってもらうために、若年層を対象とした普及啓発を強化していく必要がある。

若年層を対象として、大学、専門学校、塾などへ、結核に関するポスターやパンフレットの作成配布、また、企業内診療所・産業医を対象とした研修等の実施、電車・美術館・図書館などへの結核のポスター掲示も普及啓発の方法の一つとして検討されたい。

福祉施策との連携も視野に入れ、高齢者に関する様々な施設や医療機関、介護関係者への結核に関する啓発を行い、最新情報の提供、早期発見への注意喚起などを行う必要がある。

(7) 結核発生動向調査

結核発生動向調査は、現状分析や結核対策評価を行う上で重要な情報であるので入力及び活用の充実を図られるとともに、情報の精度に問題があれば、得られた結果の妥当性、信頼性は著しく落ちることになるので、情報の入力管理に係わる保健所職員への研修ならびに指導体制の充実強化を図られたい。

(8) 調査研究・人材育成

地域保健法に位置付けられた保健所における調査研究は、結核対策の分野においても、複数の保健所や特別区の連携によって実施することが効果的である。

結核対策のための人材育成については、専門機関が実施する研修等を活用し、計画的な実施を図られたい。

< 資 料 >

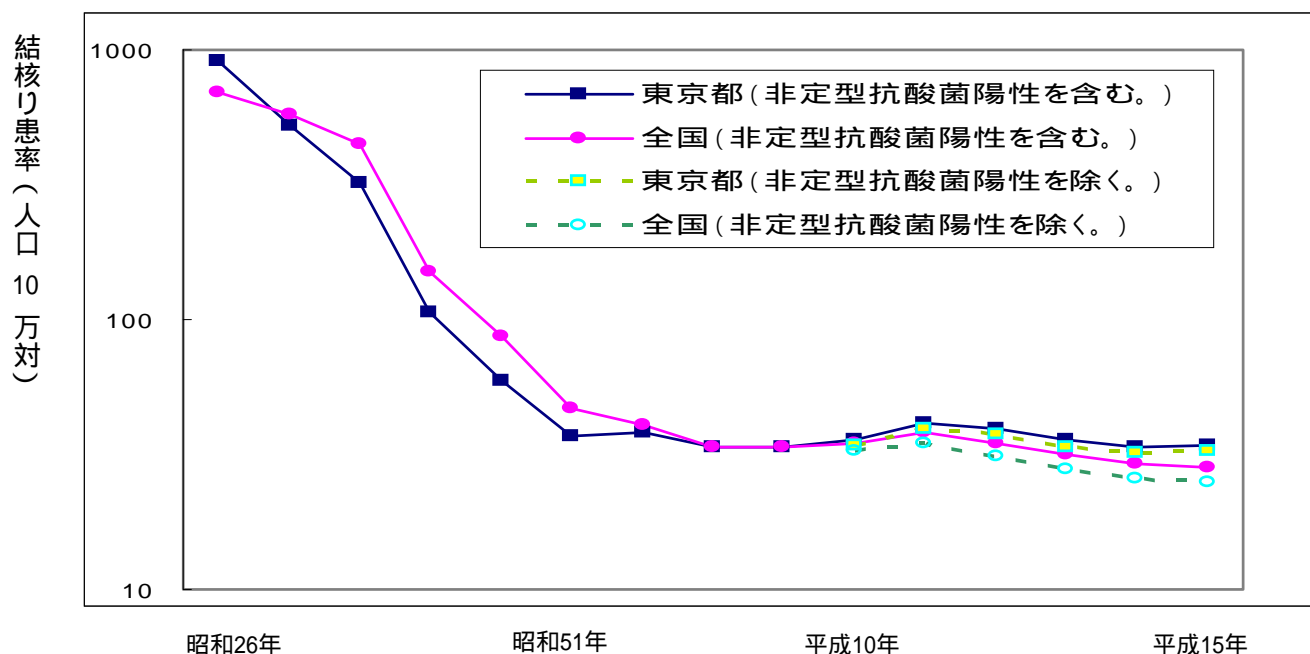
< 資料目次 >

図表番号	図表名	ページ
表1	全国及び東京都のり患率（人口10万対）の年次推移	1
表2	都市における新登録患者の状況	2
表3	新登録患者における外国籍の推移	
図1	新登録患者の年齢別構成割合の年次推移	3
図1-2	平成15年 結核り患率	4
表4	平成15年 区市町村別り患率一覧	5
図2	特別区と多摩地域のり患率の比較	
図3	平成15年 新登録患者の性別・年齢構成割合	6
図3-1	新登録患者の年齢別構成割合の年次推移（区）	7
図3-2	新登録患者の年齢別構成割合の年次推移（多摩・島しょ）	8
表5	発見方法別新登録患者数（平成15年）	9
図4	20歳代～50歳代 居住先	10
図5	20歳代～50歳代 感染源特定	
図6	20歳代～50歳代 感染源不明の生活状況	
図7	結核以外の合併症の有無	11
図8	新登録有症状肺結核患者の初診から登録までの期間	
表6	東京都の結核の状況（平成15年度結核健診実績より）	12
表7	平成15年 結核健康診断実績報告集計表	13
図9	平成15年 新登録者 住所不定者等（20～50歳代）内訳	14
図10	平成15年 新登録者 住所不定者等（20～50歳代）年齢階級	
図11	平成15年 新登録者 住所不定者等（20～50歳代）登録時の排菌状況	
図12	平成15年 新登録患者 外国人 年齢階級	15
図13	平成15年 新登録患者 外国人 国籍	
図14	平成15年 新登録患者 外国人 性別・国籍別人数	16
図15	平成15年 新登録患者 外国人 在住期間	
図16	平成15年 新登録患者 在住5年以内外国人 年齢階級	17
図17	平成15年 新登録患者 在住5年以内外国人 年齢・性別割合	
図18	平成15年 新登録患者 職業別発見方法（外国人）	
図19	平成15年 年齢階級別り患率	18
図20	20歳代・30歳代のり患率別の年次推移	19
図21	平成15年 新登録患者 20～39歳（日本人）職業別 男女	
図22	平成15年 新登録患者 20～39歳（日本人）職業別 発見方法	20
図23	平成15年 新登録患者 多剤耐性結核 20～50歳代（日本人・外国人）	21
図24	平成15年 新登録患者 多剤耐性結核 20～50歳代 住所不定者等	
図25	区・市町村別 BCG接種状況（％）	22

表1 全国及び東京都のり患率（人口10万対）の年次推移の推移

区分 旧分類	東京都		全国		区分 新分類	東京都		全国	
	患者数	り患率	患者数	り患率		患者数	り患率	患者数	り患率
昭和26年	60,840	910.5	590,662	698.4					
31年	43,134	523.2	518,142	574.1					
36年	32,091	323.5	420,460	445.9					
46年	12,219	106.1	158,164	151.6					
51年	6,981	59.8	97,924	86.6					
61年	4,413	37.1	56,690	46.6					
平成3年	4,552	38.3	50,612	40.8					
8年	3,978	33.8	42,472	33.7					
9年	3,967	33.6	42,715	33.9					
10年	4,225	35.6	44,016	34.8	平成10年	4,077	34.3	41,033	32.4
11年	4,938	41.3	48,430	38.2	11年	4,693	39.3	43,818	34.6
12年	4,763	39.6	44,379	35.0	12年	4,541	37.7	39,384	31.0
13年	4,331	35.6	40,337	31.7	13年	4,116	33.8	35,489	27.9
14年	4,118	33.5	37,527	29.4	14年	3,926	32.0	32,828	25.8
15年	4,226	34.2	36,144	28.3	15年	4,029	32.6	31,638	24.8

旧分類は非定型抗酸菌を含む数値、新分類は除いた数値



出典

東京都における結核の概況 昭和37年版、昭和47年版、昭和51年版、平成5年版、平成15年版
昭和44年 結核の主たる統計（財団法人 結核予防会）

表 2

都市における新登録患者の状況

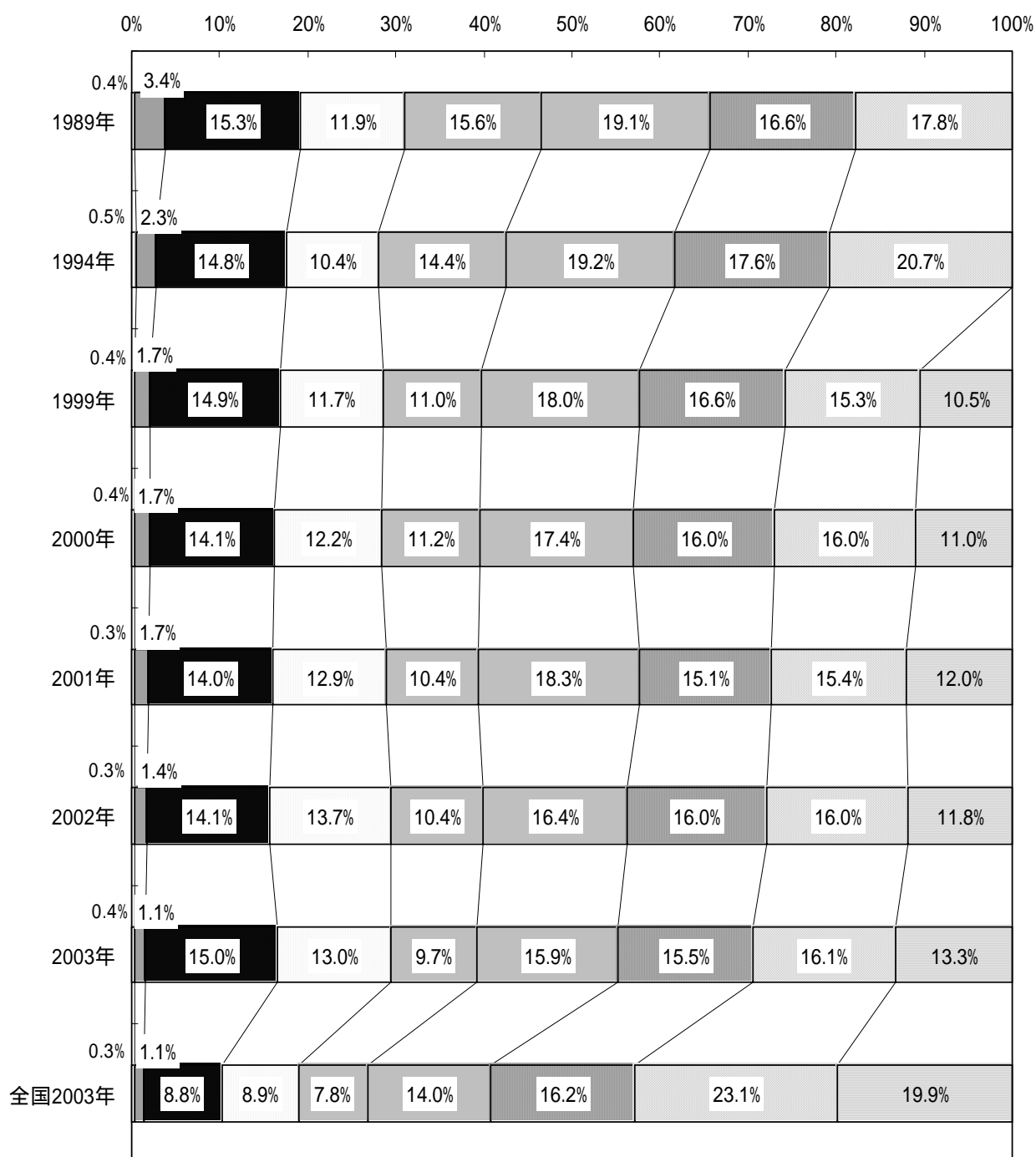
	新登録患者		り患率 人口 10 万対	新登録患者割合 (%)
	2003 年	2002 年		
東京都	4,029	3,926	32.7	12.7
大阪府	3,880	4,156	44.0	12.3
埼玉県	1,253	1,528	21.0	3.9
兵庫県	1,212	1,306	29.8	3.8
千葉県	1,168	1,152	22.9	3.7
愛知県	1,132	1,161	22.8	3.5
横浜市	928	875	26.3	2.9
静岡県	852	808	22.5	2.7
名古屋市	812	856	37.0	2.6
福岡県	796	769	29.8	2.5
全国	31,638	32,828	24.8	100.0

表 3

新登録患者における外国籍の推移

	東京都		全国	
	総数(人)	内 外国籍 割合	総数(人)	内 外国籍 割合
平成 11 年	4,693	202 人 4.3	43,818	821 人 1.9
平成 12 年	4,541	231 人 5.1	39,384	837 人 2.1
平成 13 年	4,116	229 人 5.6	35,489	866 人 2.4
平成 14 年	3,936	224 人 5.7	32,828	824 人 2.5
平成 15 年	4,029	235 人 5.8	31,638	906 人 2.9

図1 新登録患者の年齢別構成割合の年次推移



□ 0～9歳 □ 10～19歳 ■ 20～29歳 □ 30～39歳 □ 40～49歳 □ 50～59歳 □ 60～69歳
 □ 70～79歳 □ 80歳以上

図 1-2

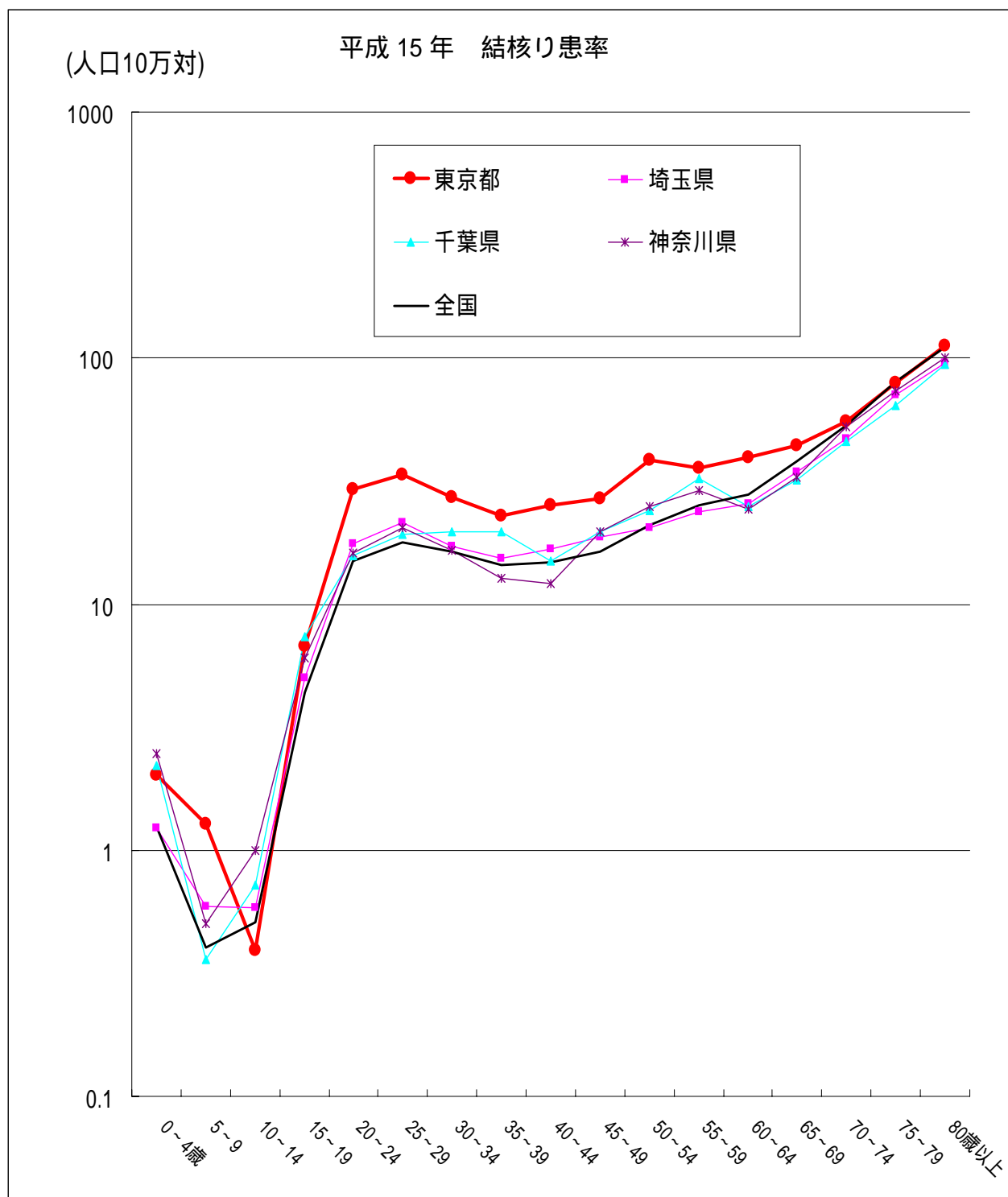


表4 平成15年 区市町村別り患率一覧

区名	り患率
特別区計	37.5
千代田	57.6
中央	22.8
港	30.1
新宿	61.4
文京	33.6
台東	119.8
墨田	49.1
江東	31.9
品川	35.7
目黒	27.0
大田	32.5
世田谷	25.5
渋谷	44.1
中野	37.1
杉並	31.9
豊島	52.0
北	48.9
荒川	51.9
板橋	36.4
練馬	22.5
足立	37.6
葛飾	41.7
江戸川	35.8

保健所	市町村	り患率
都保健所		22.3
市部		22.4
郡部		15.0
島部		33.5
多摩川	管内計	16.3
	青梅市	16.9
	福生市	21.3
	羽村市	8.9
	瑞穂町	11.9
	奥多摩町	42.2
秋川	管内計	13.1
	あきる野市	13.8
	日の出町	6.2
	檜原村	32.8
八王子	管内計	21.4
南多摩	管内計	22.9
	日野市	24.3
	多摩市	24.0
	稲城市	17.5
	町田	管内計
多摩立川	管内計	26.1
	立川市	26.1
	昭島市	25.5
	国分寺市	21.7
	国立市	34.0
	村山大和	管内計
	東大和市	22.5
	武蔵村山市	19.7

保健所	市町村	り患率
府中小金井	管内計	25.7
	府中市	26.2
	小金井市	24.6
狛江調布	管内計	26.3
	調布市	25.6
	狛江市	28.4
三鷹武蔵野	管内計	25.6
	武蔵野市	27.2
	三鷹市	24.4
多摩小平	管内計	19.5
	小平市	17.0
	西東京市	22.0
多摩東村山	管内計	21.9
	東村山市	20.1
	清瀬市	24.2
	東久留米市	22.9
	島しょ	管内計
	大島町	22.5
	利島村	0.0
	新島村	32.4
	神津島村	48.1
	三宅村	-
	御蔵島村	0.0
	八丈町	54.0
	青ヶ島村	0.0
	小笠原村	0.0
東京都計		32.6
特別区計		37.5
都保健所計		22.3

図2 区部と多摩地域のり患率の比較

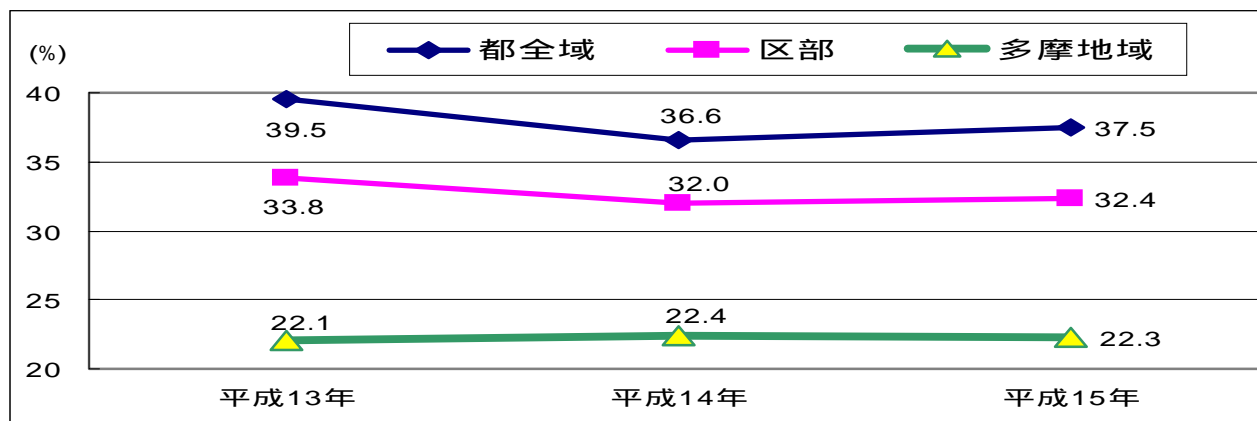
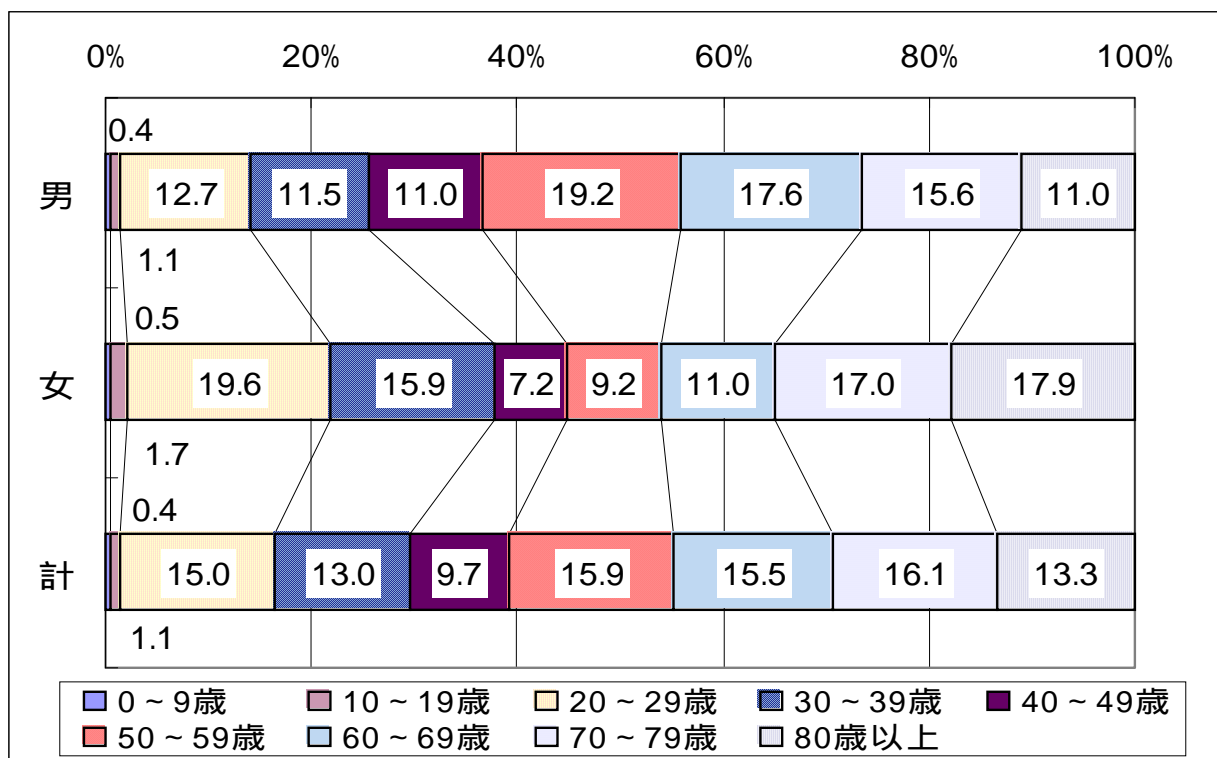


図3 平成15年 新登録患者の性別・年齢構成割合
東京都



全国

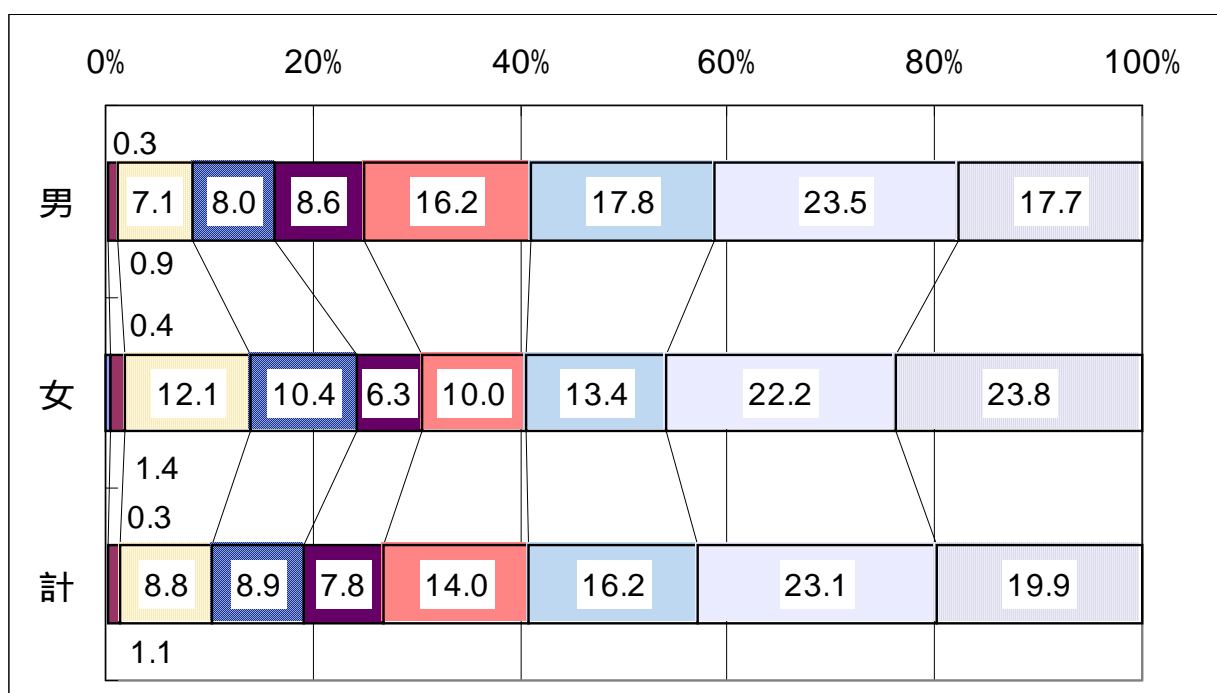


図 3-1 新登録患者の年齢別構成割合の年次推移(区部)

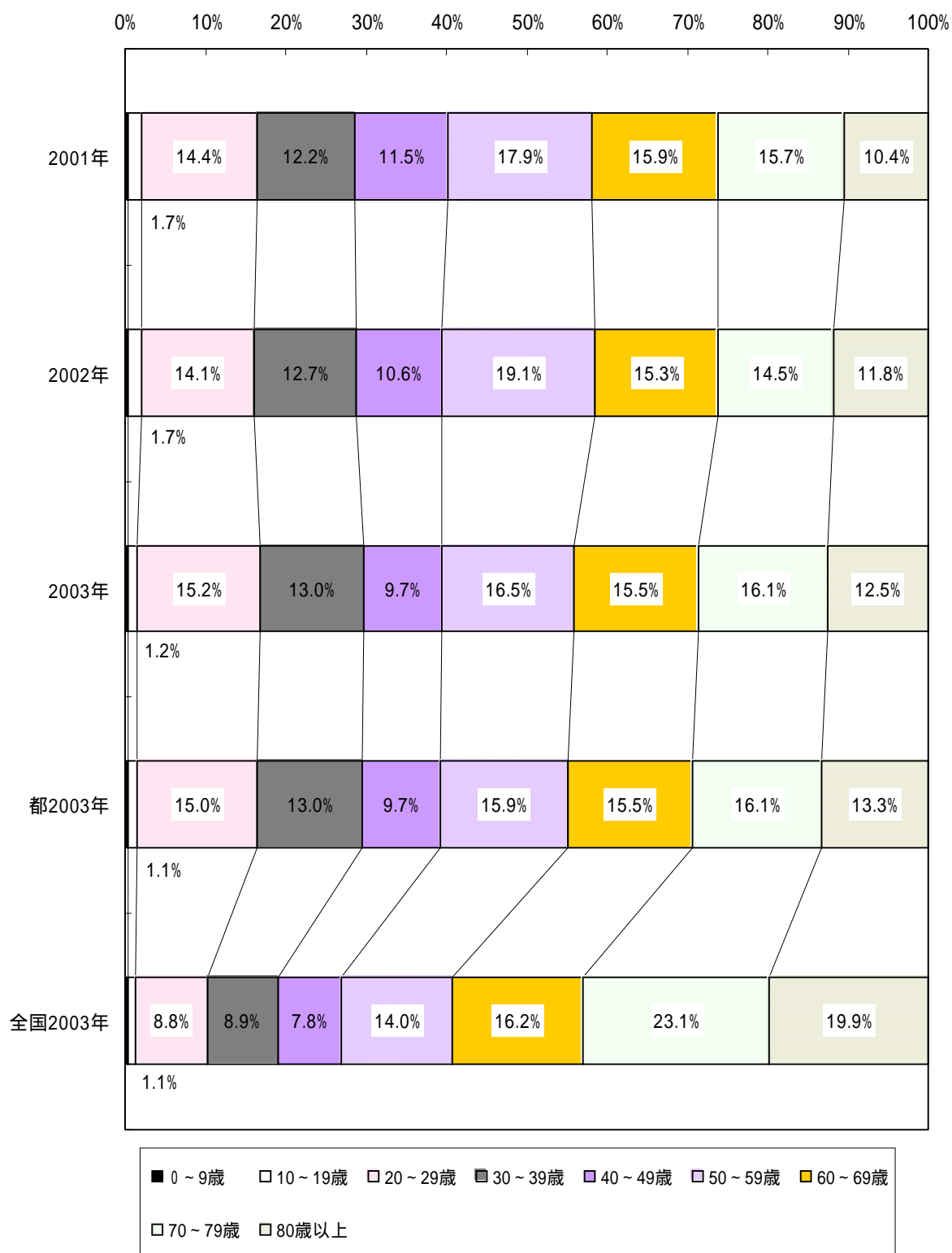


図 3-2 新登録患者の年齢別構成割合の年次推移(多摩地域・島しょ地域)

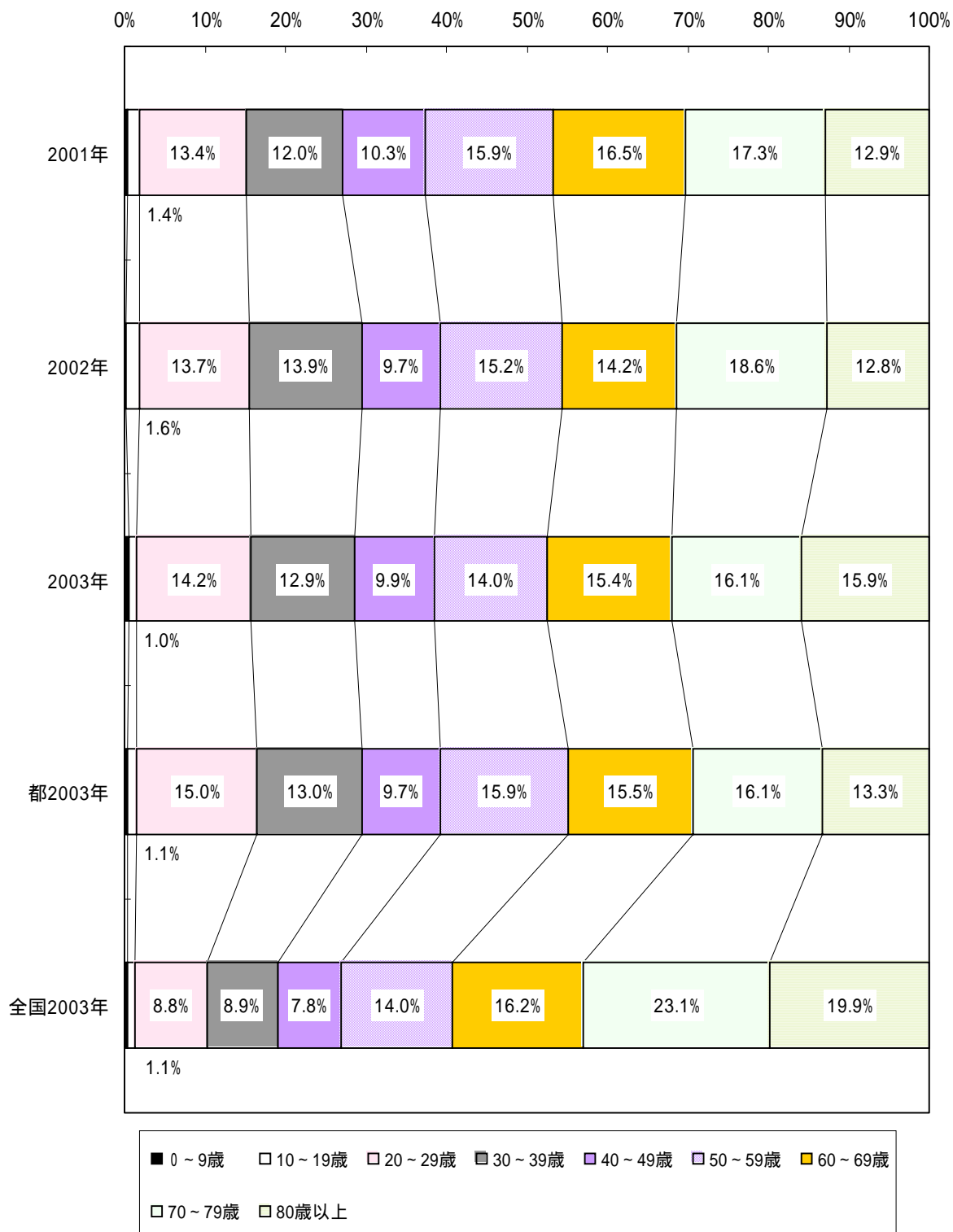


表5 発見方法別新登録患者数 (平成15年)

(単位:人)

	活動性肺結核								マル初 (別掲)	非定型 抗酸菌 陽性
	総数	肺結核活動性						肺外 結核 活動 性		
		総数	喀痰塗抹陽性			その他 の結核 菌陽性	菌陰性 その他			
			総数	初回治療	再治療					
総数	4,029	3,432	1,635	1,497	138	704	1,093	597	862	197
健康 診断	882	852	181	167	14	194	477	30	752	29
個別健康診断	98	91	13	13	-	25	53	7	12	2
定期検診	610	597	129	121	8	152	316	13	49	26
学校	95	93	9	9	-	12	72	2	14	-
住民	105	100	20	18	2	25	55	5	8	8
職場	370	365	86	81	5	104	175	5	26	16
施設	40	39	14	13	1	11	14	1	1	2
定期外検診	131	122	28	23	5	11	83	9	649	-
業態者	5	5	2	1	1	-	3	-	13	-
家族	48	46	7	5	2	6	33	2	200	-
その他	78	71	19	17	2	5	47	7	436	-
その他の 集団検診	43	42	11	10	1	6	25	1	42	1
医療機関受診	2,969	2,427	1,401	1,279	122	486	540	542	62	164
その他	139	119	37	36	1	16	66	20	47	3
不明	39	34	16	15	1	8	10	5	1	1

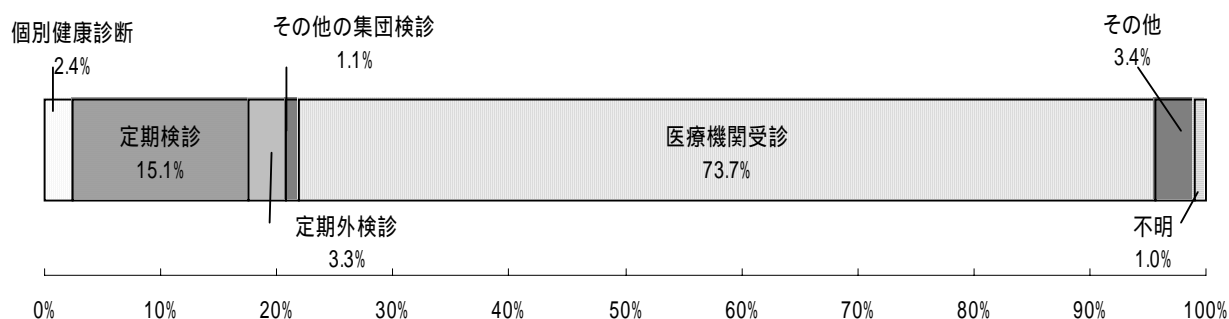


図 4

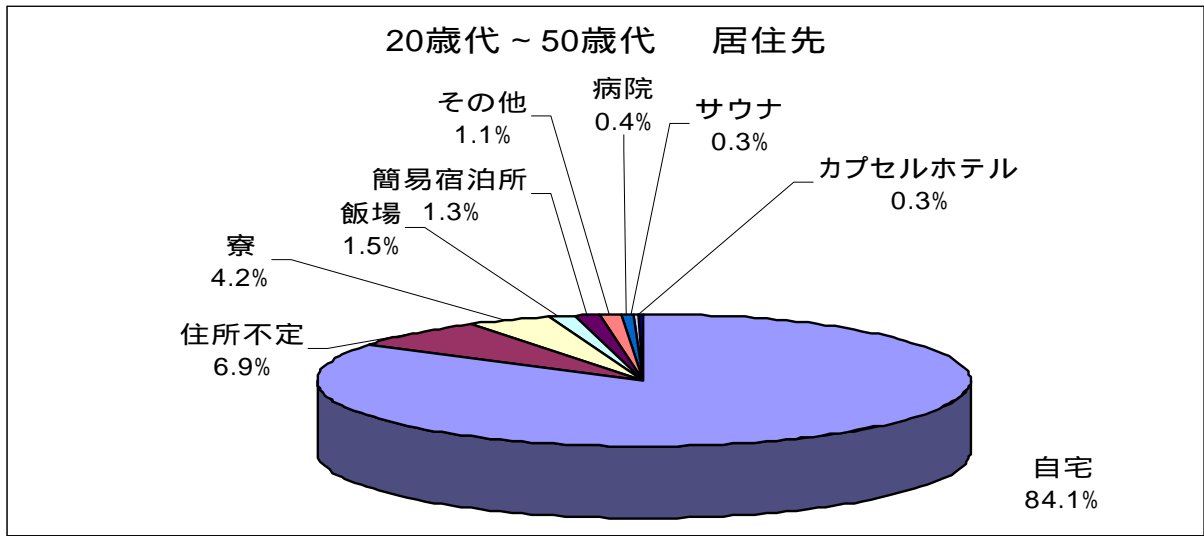


図 5

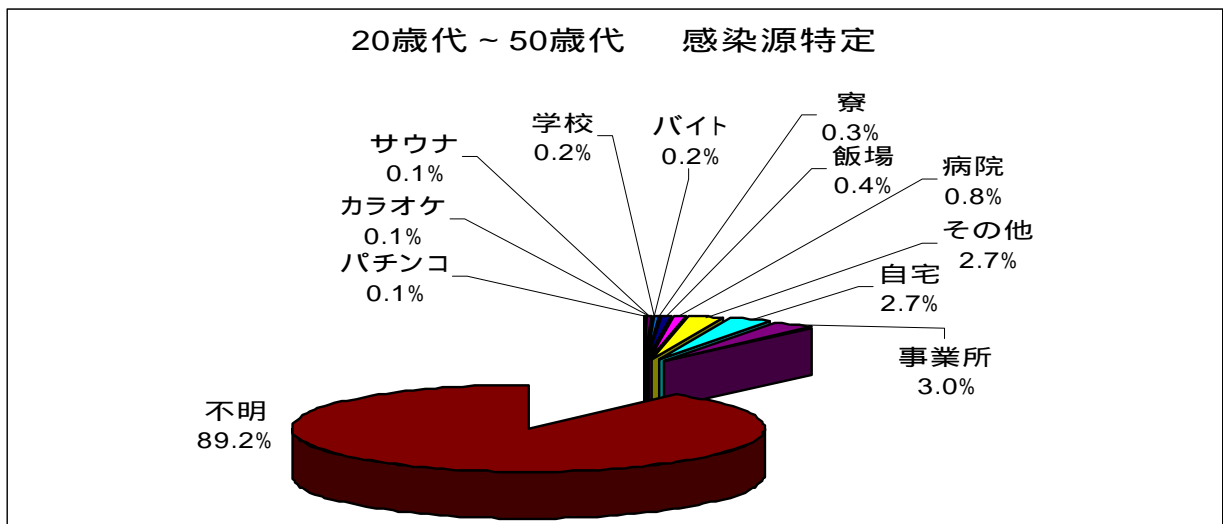


図 6

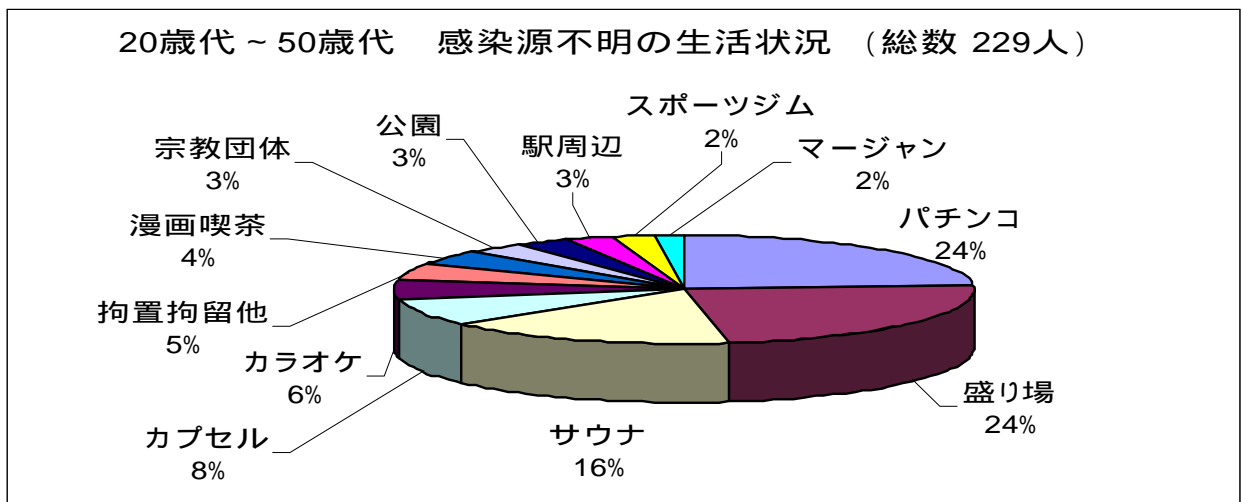


図 7

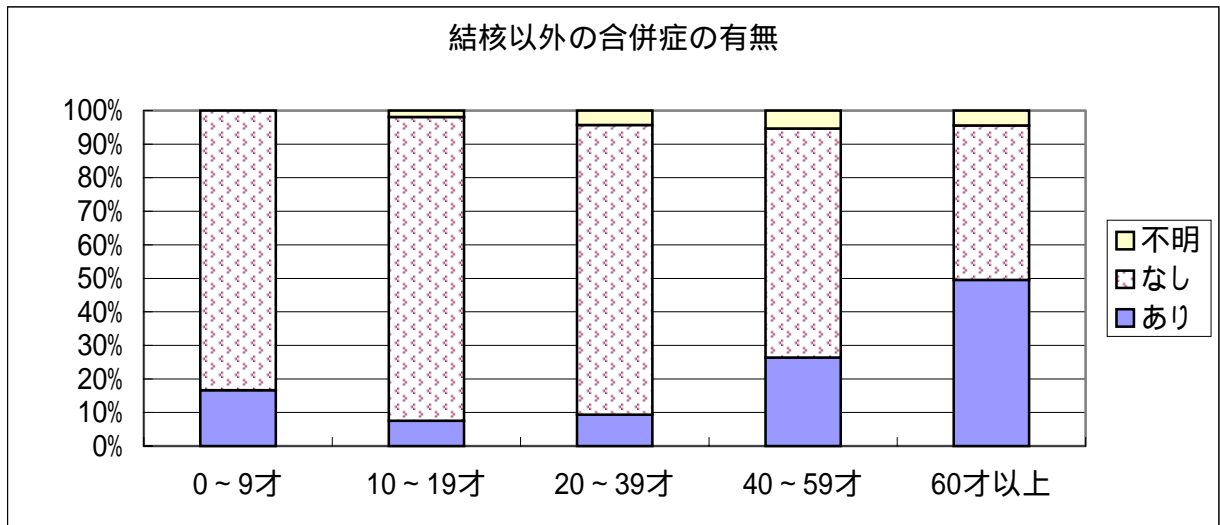
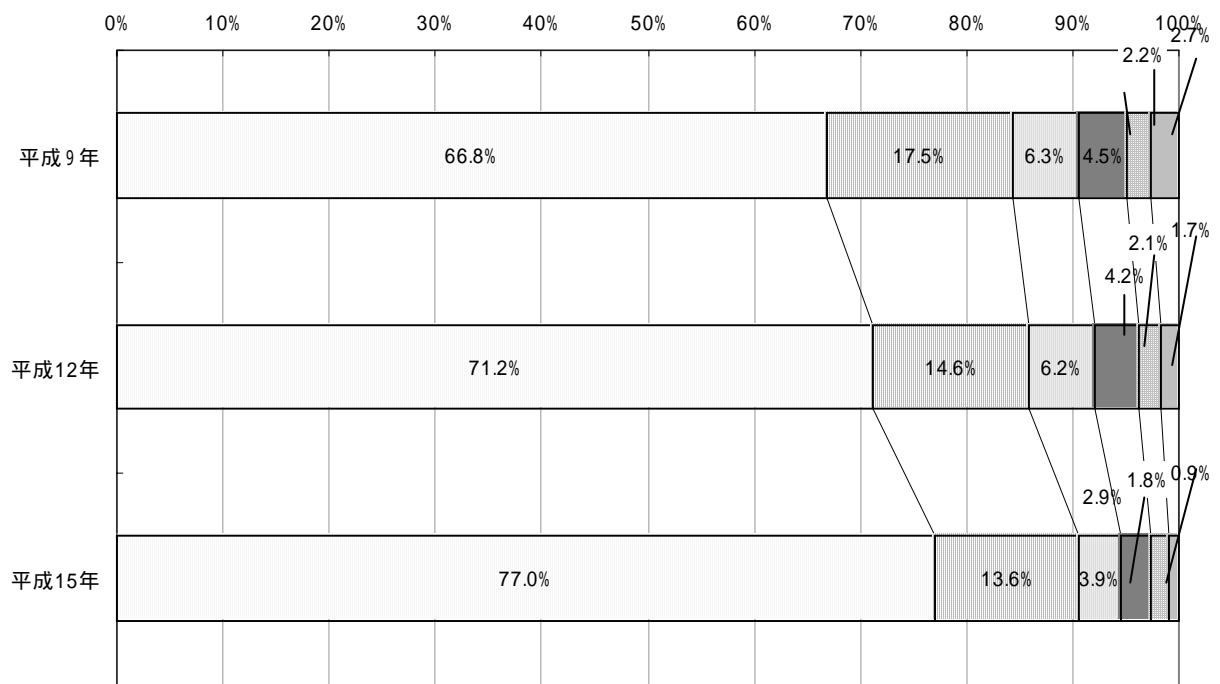


図 8 新登録有症状肺結核患者の初診から登録までの期間



初診から登録までの期間の患者分布数

区 分	1ヶ月未 満	1ヶ月以上2ヶ 月未満	2ヶ月以上 3ヶ月未満	3ヶ月以上 6ヶ月未満	6ヶ月以上	該当せず・不明	総 計
平成 9年	1,611	421	151	109	54	64	2,410
平成 12年	1,751	359	153	103	51	41	2,458
平成 15年	1,525	269	77	57	35	17	1,980

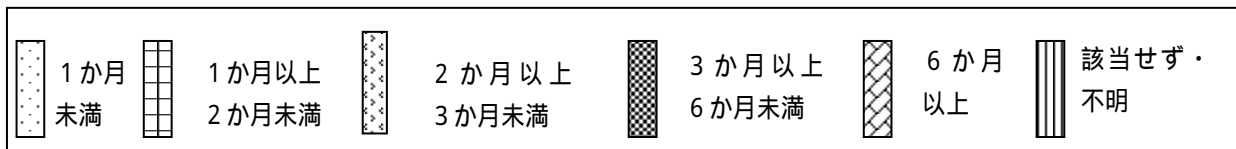


表6 東京都の結核の状況（平成15年度結核健診実績より）

健診対象	受診者数	要医療	発見率
住所不定者	601人	2人	0.33%
簡易宿泊施設等入居者	300人	3人	0.67%
在日外国人	241人	1人	0.4%
日本語学校	13,288人	53人	0.4%
精神病院	3,546人	3人	0.08%
老人保健施設	2,832人	2人	0.07%

平成15年 結核健康診断実績報告集計表

保健所名	保護施設			老人福祉施設			身体障害者施設			知的障害者施設			精神障害者社会復帰施設			児童福祉施設			その他の社会福祉施設			その他 ()		
	対象者数	要医療者	発見率	対象者数	要医療者	発見率	対象者数	要医療者	発見率	対象者数	要医療者	発見率	対象者数	要医療者	発見率	対象者数	要医療者	発見率	対象者数	要医療者	発見率	対象者数	要医療者	発見率
千代田	5	0	0	0			1	0	0	0			0			0			0			0		
みなと	0			0			0			31	0	0	17	0	0	0			0			0		
新宿区	169	1	0.5917	0			0			0			0			0			8	0	0	0		
文京	0			0			38	0	0	129	0	0	17	0	0	0			0			690	0	0
台東	0			0			0			0			0			0			0			0		
墨田	0			0			0			102	0	0	0			0			174	0	0	0		
江東	0			0			0			0			0			0			0			0		
品川区	0			0			0			0			0			0			0			0		
目黒区	0			0			0			178	0	0	0			0			0			0		
大田区	117	0	0	0			23	0	0	67	0	0	27	0	0	0			0			0		
世田谷区	0			39	0	0	107	0	0	540	0	0	84	0	0	307	0	0	0			2,512	0	0
渋谷区	0			0			0			113	0	0	0			0			0			0		
中野区	0			0			0			185	0	0	23	0	0	0			0			0		
杉並区	0			0			196	0	0	469	0	0	18	0	0	0			41	0	0	0		
豊島区(池袋)	0			0			29	0	0	8	0	0	1	0	0	0			0			0		
豊島区(長崎)	0			0			27	0	0	0			0			0			0			0		
北区	0			0			77	0	0	194	0	0	0			0			0			0		
荒川区	0			50	0	0	5	0	0	144	0	0	71	0	0	28	0	0	0			888	0	0
板橋区	0			0			0			111	1	0.9009	0			0			0			0		
練馬区	0			0			0			360	0	0	63	0	0	0			0			10	0	0
足立	0			22	0	0	119	0	0	64	0	0	46	0	0	159	0	0	0			1,979	0	0
葛飾	0			0			24	0	0	291	0	0	87	0	0	0			0			0		
江戸川	0			0			82	0	0	141	0	0	0			0			0			0		
小計(特別区)	291	1	0.3436	111	0	0	728	0	0	3,127	1	0.032	454	0	0	494	0	0	223	0	0	6,079	0	0
西多摩	0			1,490	0	0	170	0	0	335	0	0	170	0	0	31	0	0	0			113	0	0
八王子	0			1,024	0	0	609	0	0	107	0	0	66	0	0	4	0	0	0			0		
南多摩	0			119	0	0	10	0	0	411	0	0	141	0	0	0			0			141	1	0.7092
町田	0			120	0	0	82	0	0	346	0	0	204	0	0	0			0			226	0	0
多摩立川	0			460	0	0	263	0	0	323	0	0	291	0	0	29	0	0	0			0		
多摩府中	0			215	0	0	142	0	0	319	0	0	453	0	0	0			0			0		
多摩小平	90	0	0	318	1	0.3145	322	0	0	463	0	0	282	0	0	0			5	0	0	0		
島しょ(大島)	0			89	0	0	0			145	0	0	0			0			0			0		
島しょ(三宅)	0			0			0			0			0			0			0			0		
島しょ(八丈)	0			0			0			0			20	0	0	0			0			0		
島しょ(小笠原)	0			0			0			0			0			0			0			520	0	0
小計(市町村)	90	0	0	3,835	1	0.0261	1,598	0	0	2,449	0	0	1,627	0	0	64	0	0	5	0	0	1,000	1	0.1
合計	381	1	0.2625	3,946	1	0.0253	2,326	0	0	5,576	1	0.0179	2,081	0	0	558	0	0	228	0	0	7,079	1	0.0141

全対象者数 22,175
 全要医療者数 4
 全発見率 0.01804 %

図 9

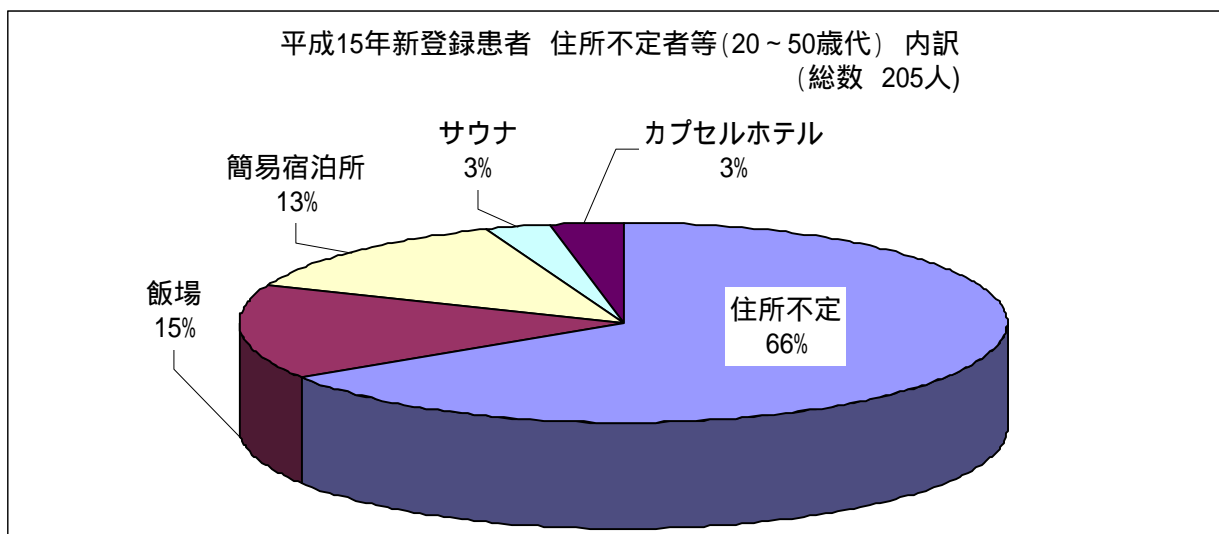


図 10

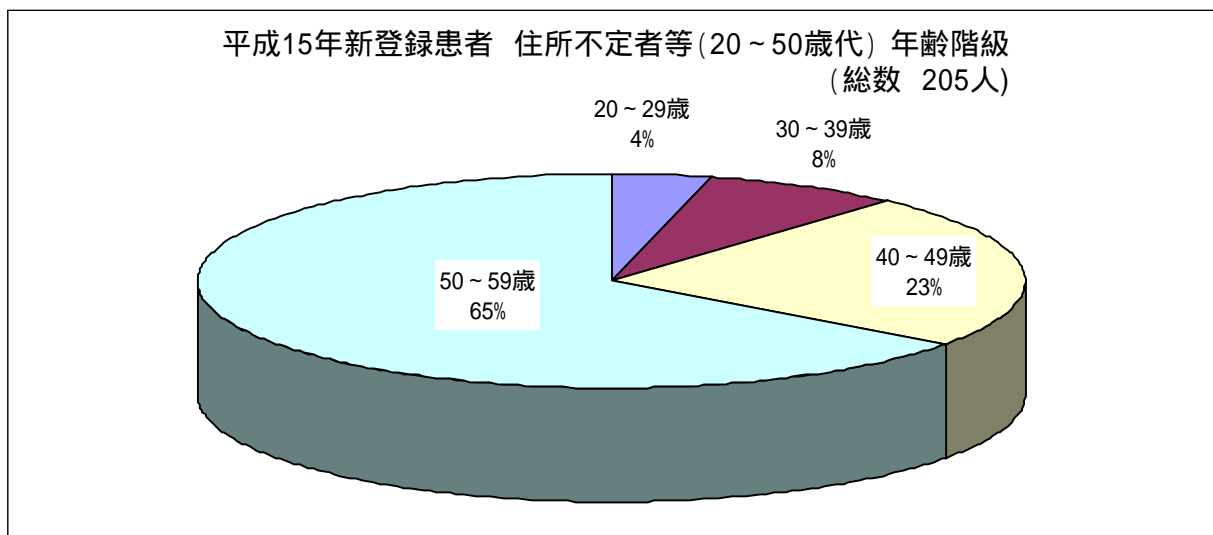


図 11

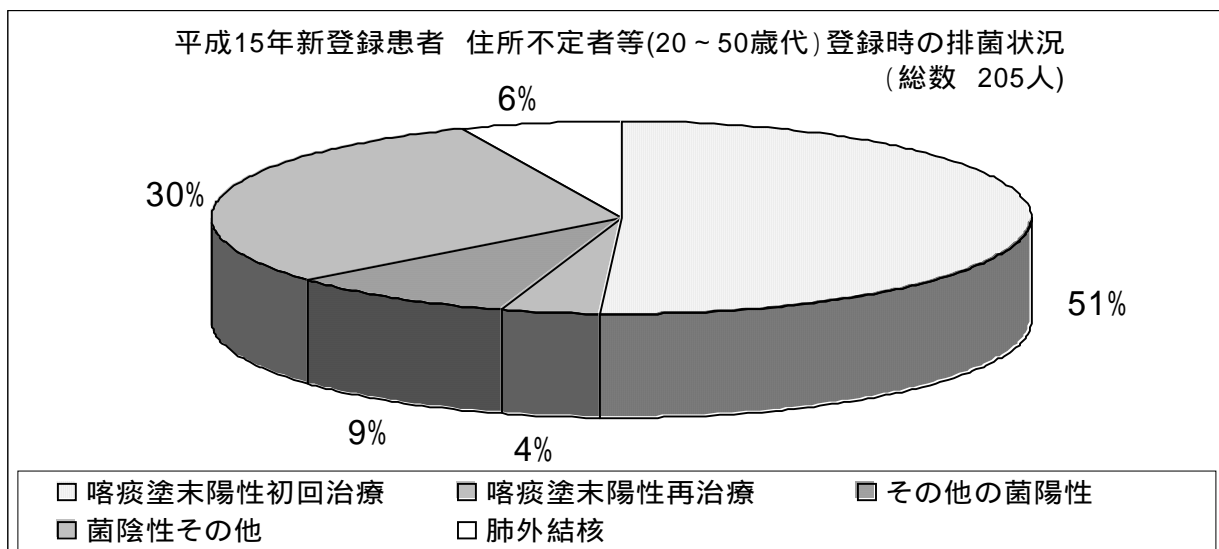


図 12

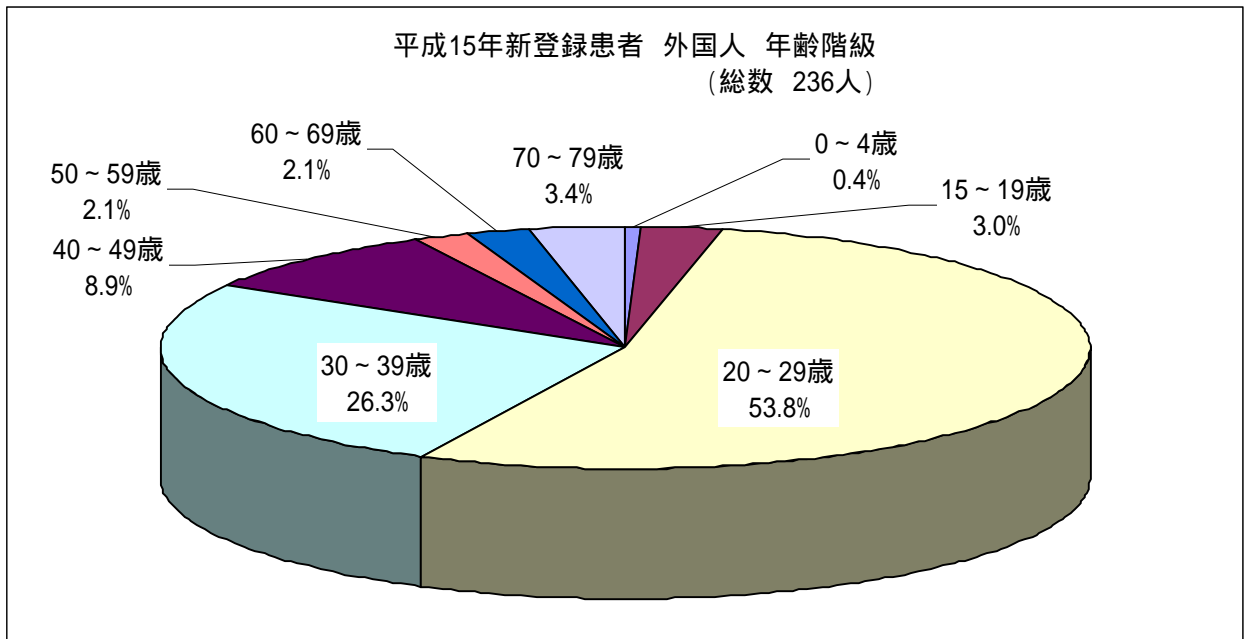


図 13

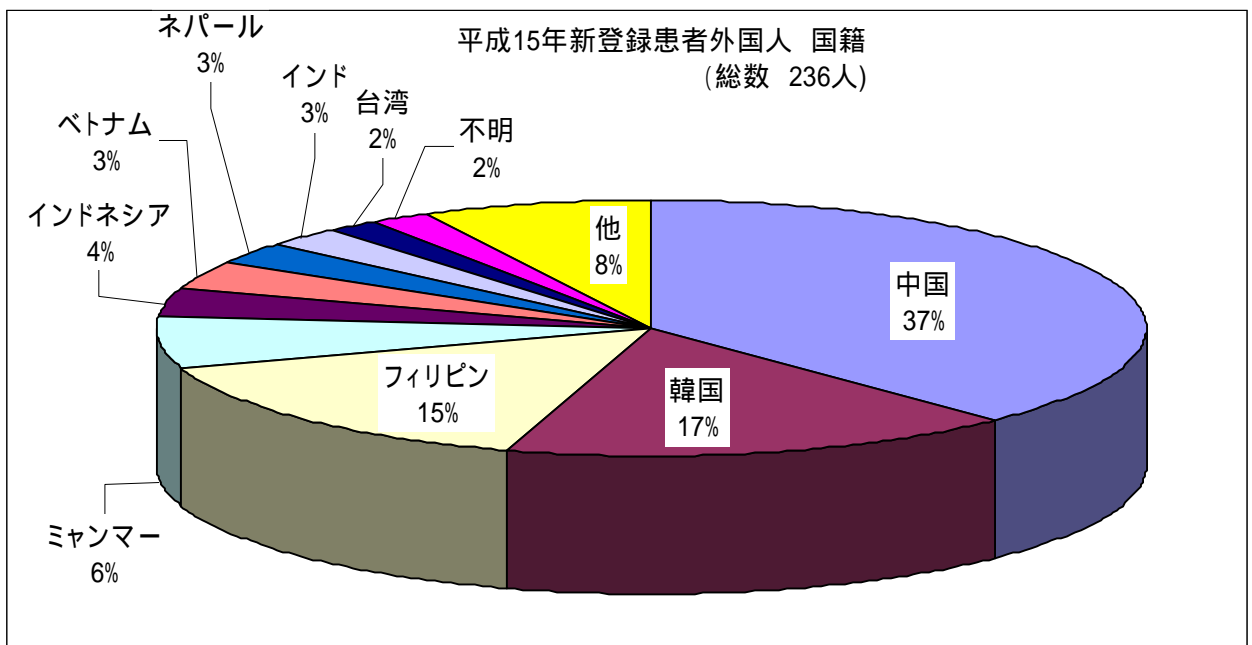


図 14

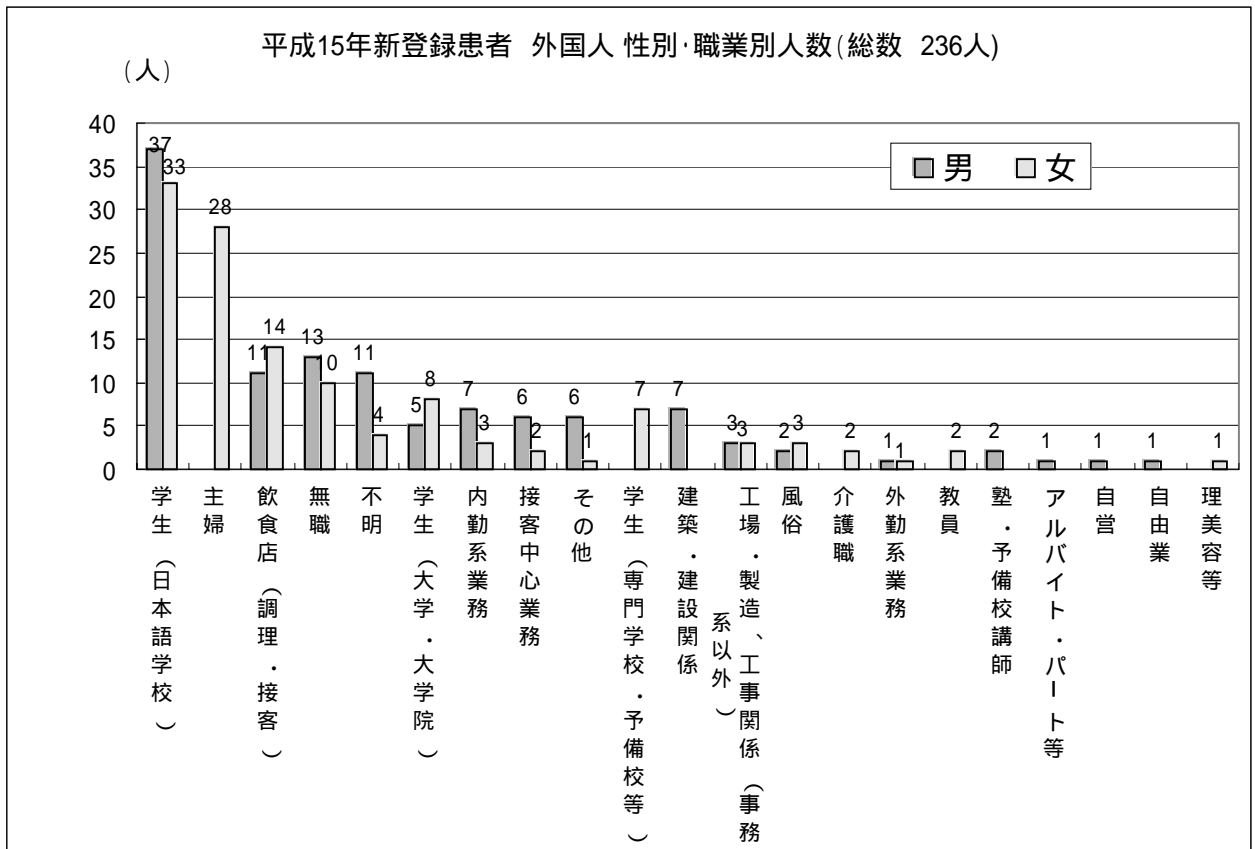


図 15

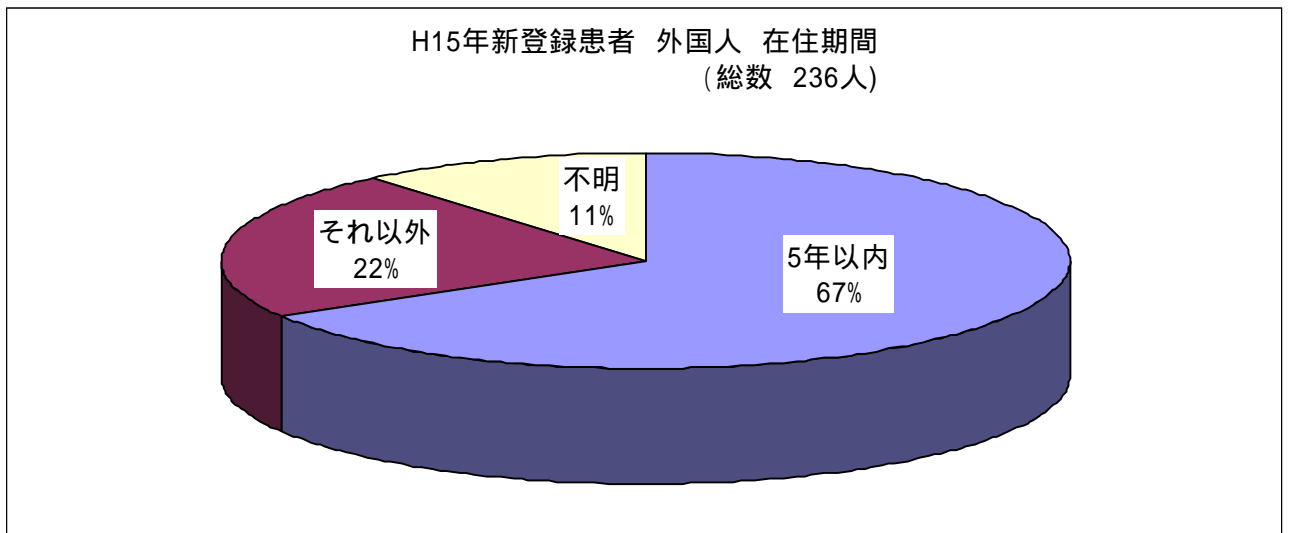


図 16

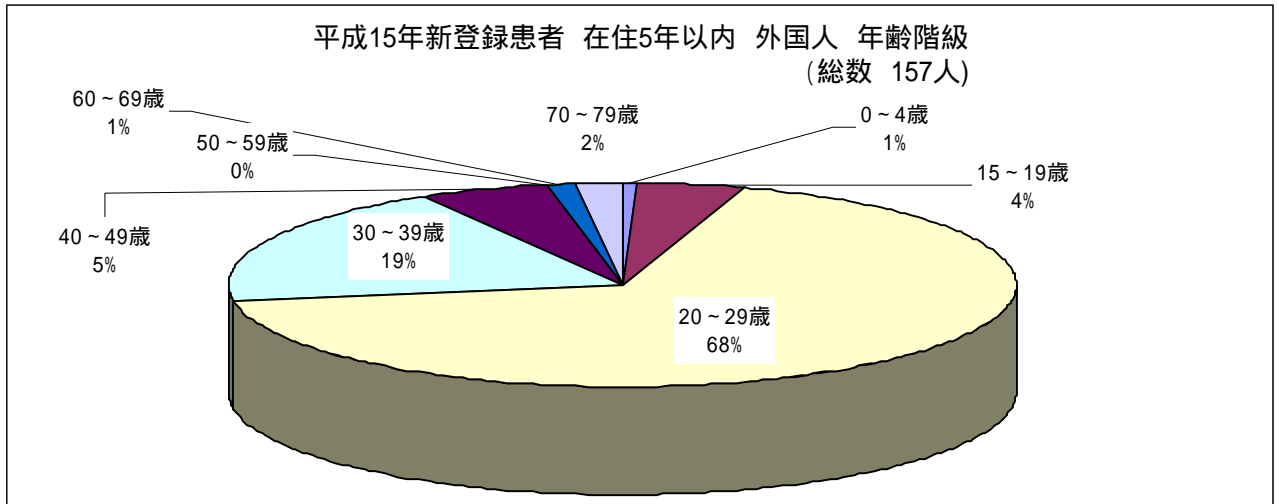


図 17

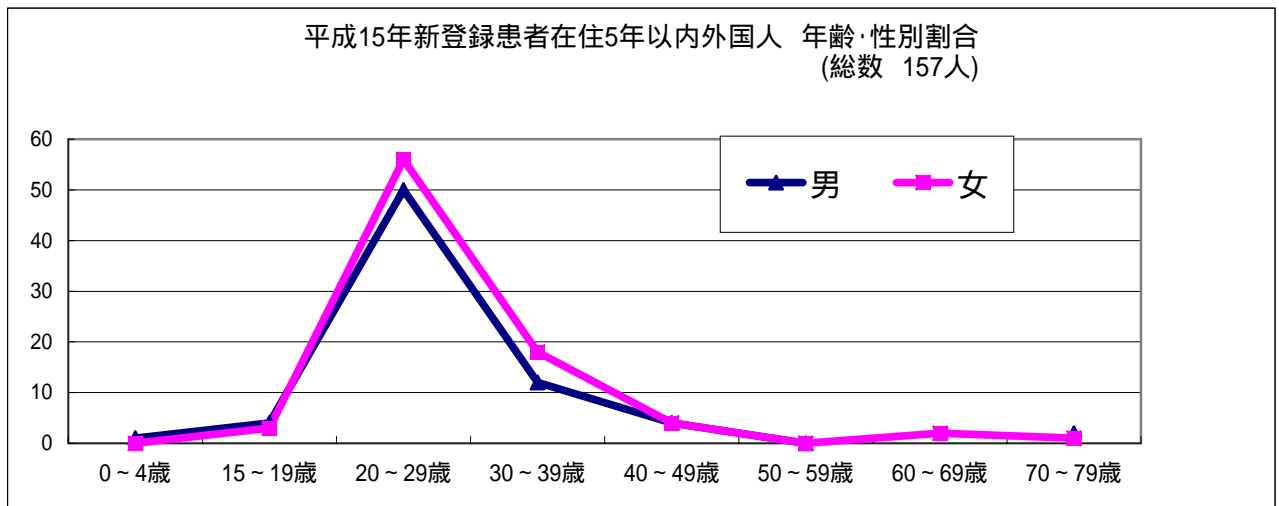


図 18

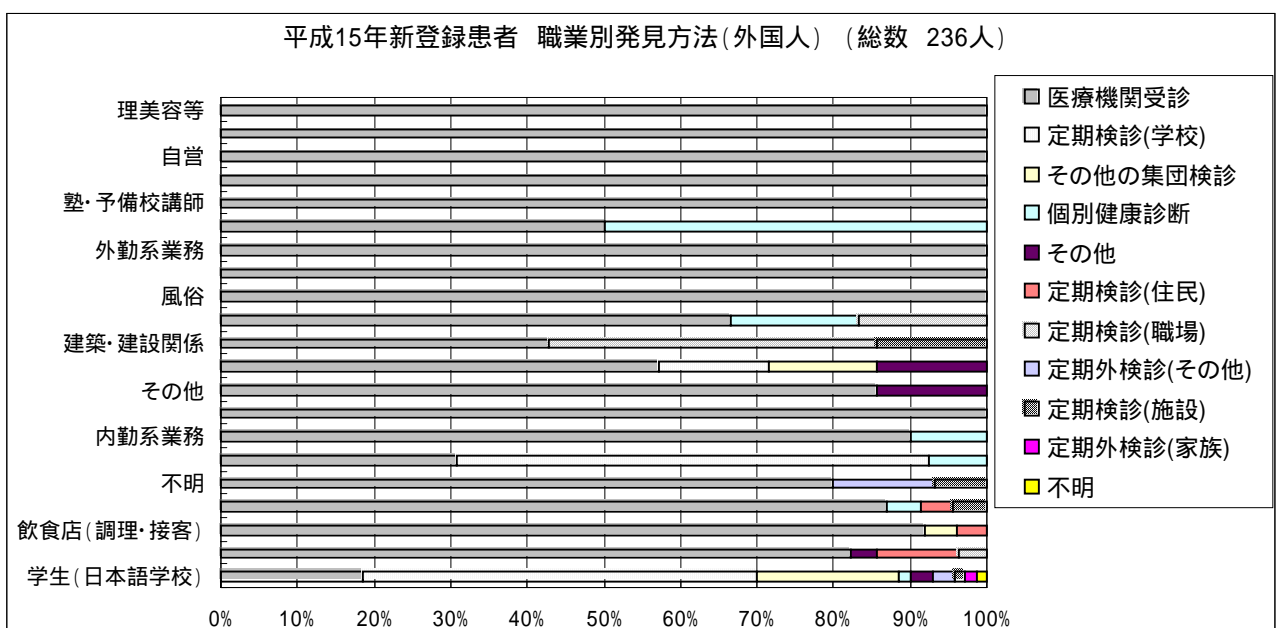
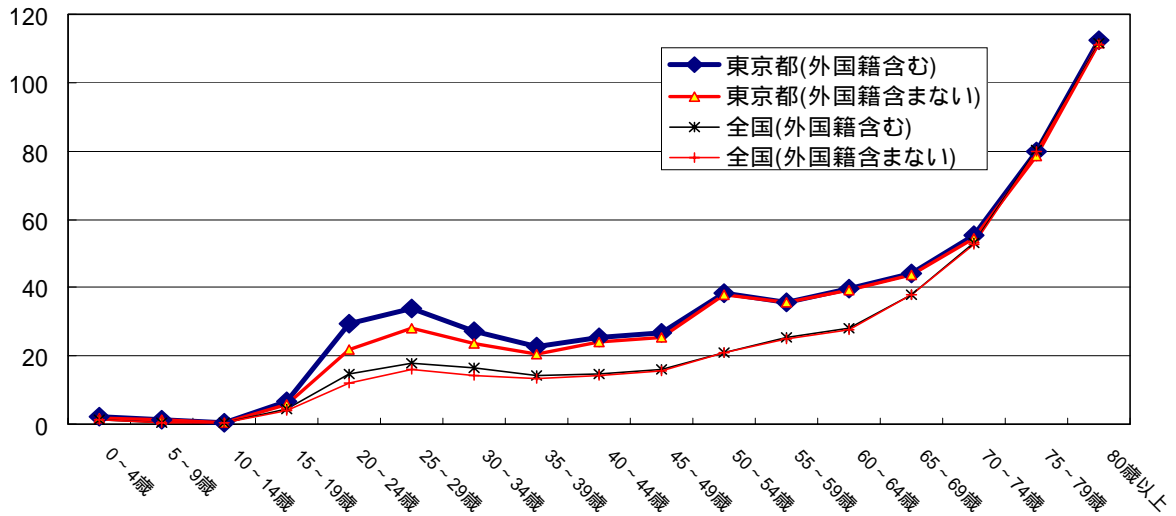


図 19

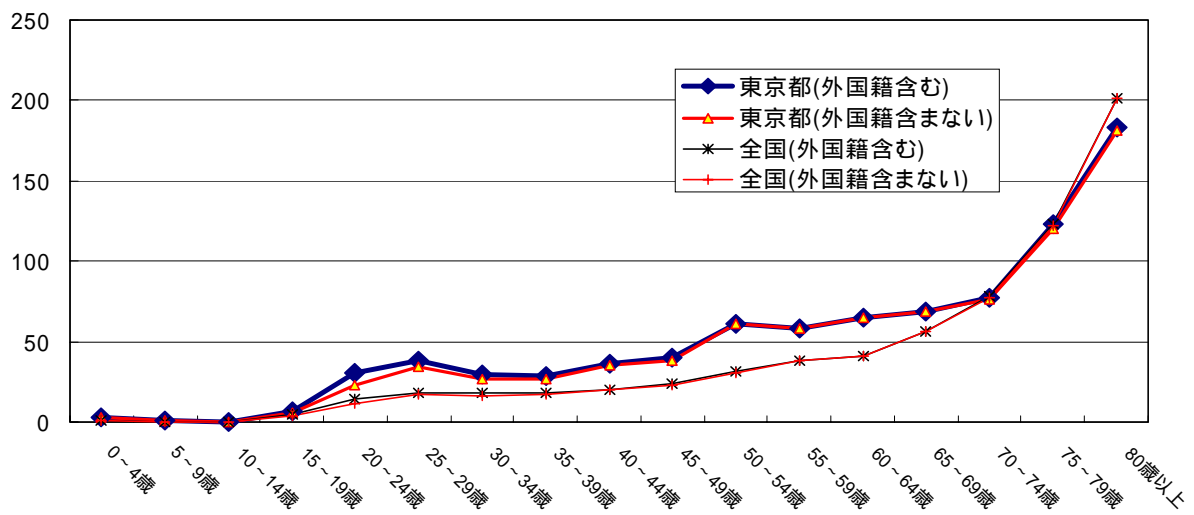
(人口10万対)

平成15年 年齢階級別り患率 男女計



(人口10万対)

平成15年 年齢階級別り患率 男



(人口10万対)

平成15年 年齢階級別り患率 女

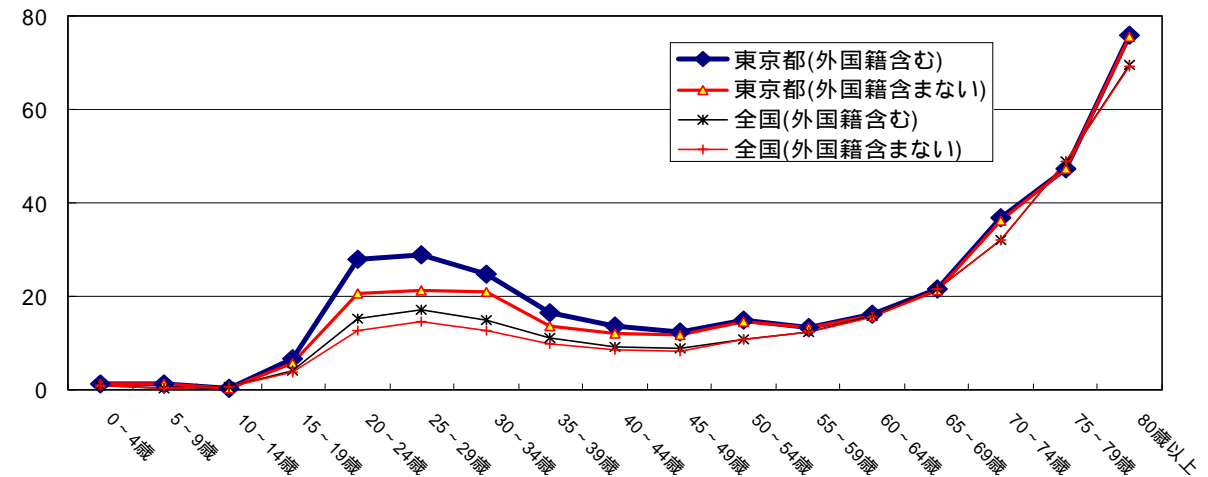


図 20

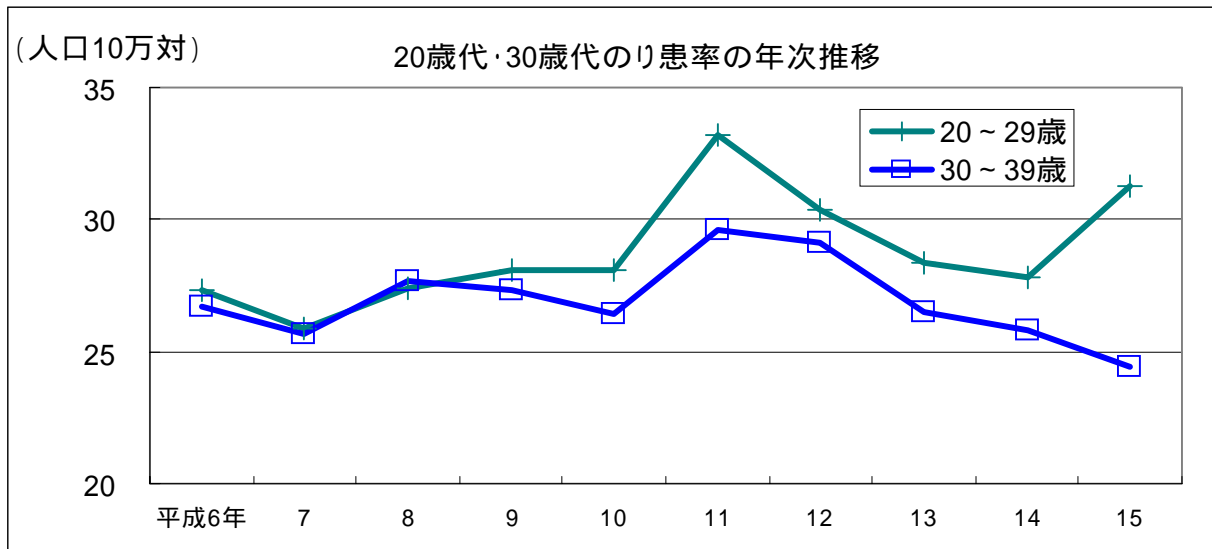


図 21

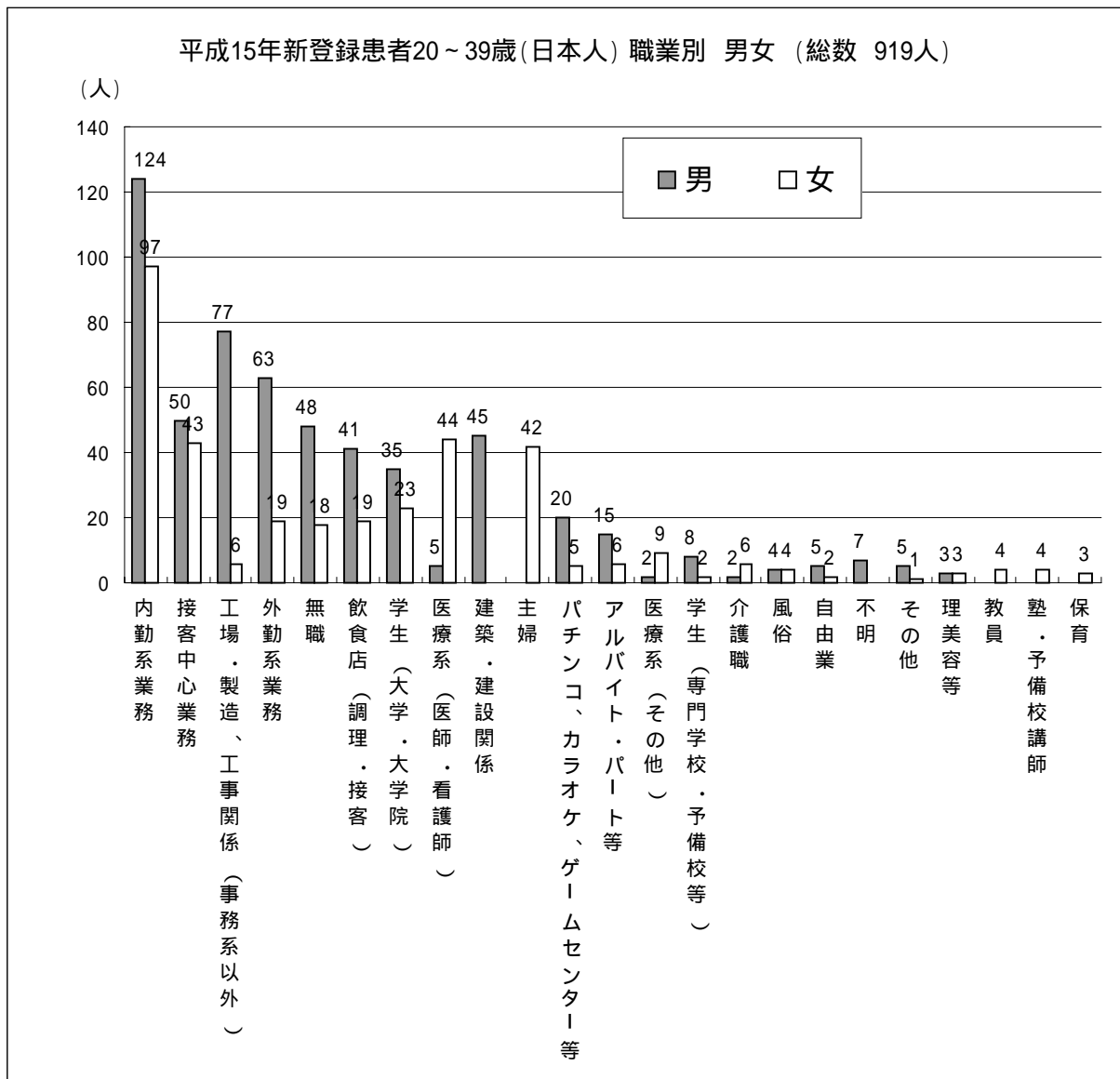


図 22

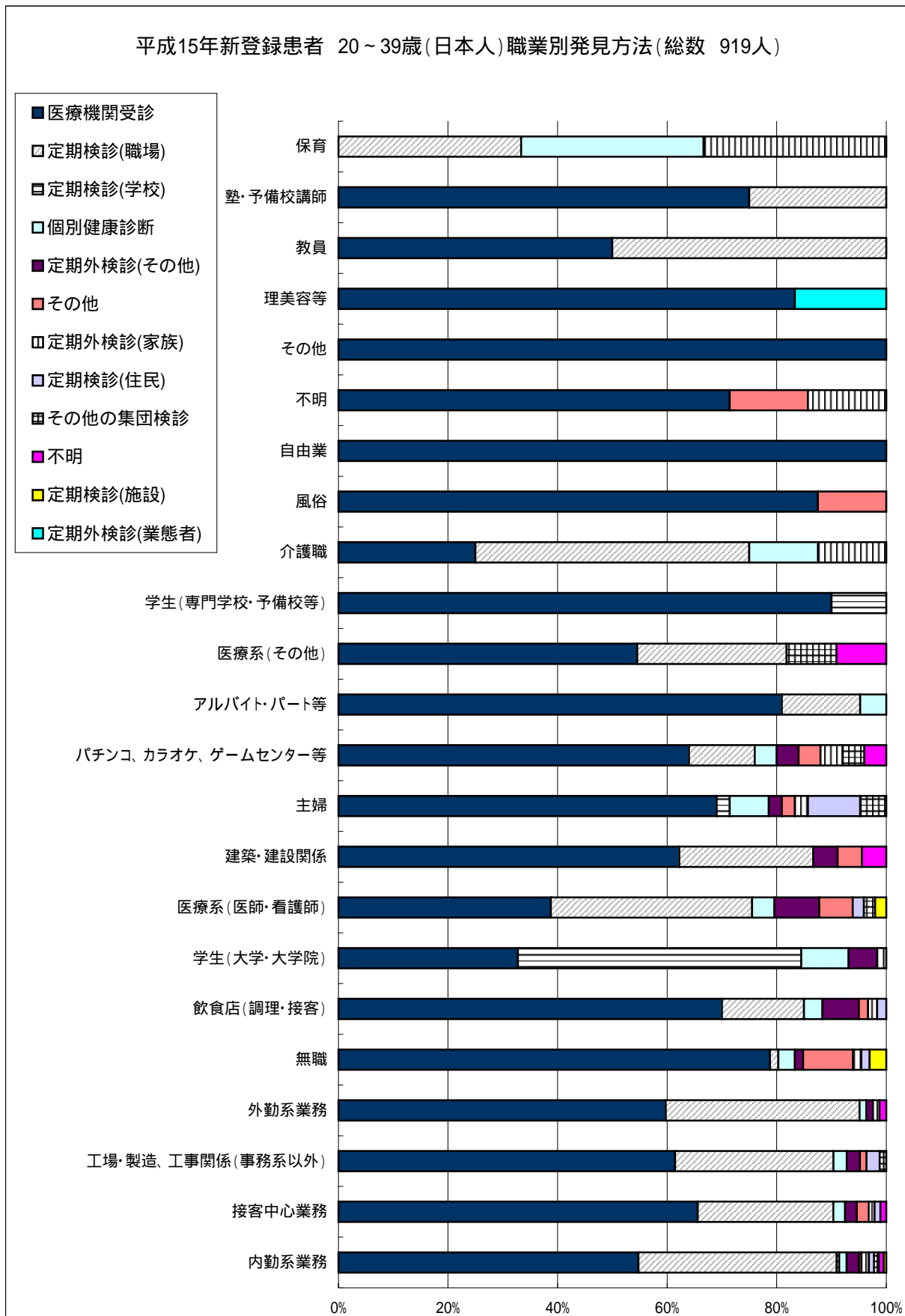


図 23

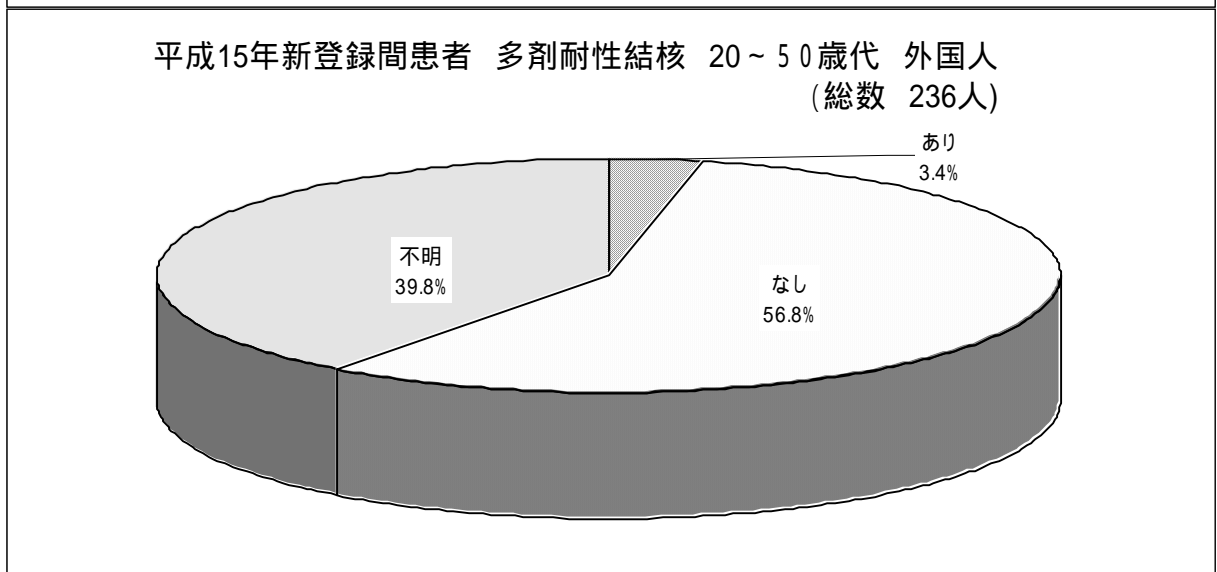
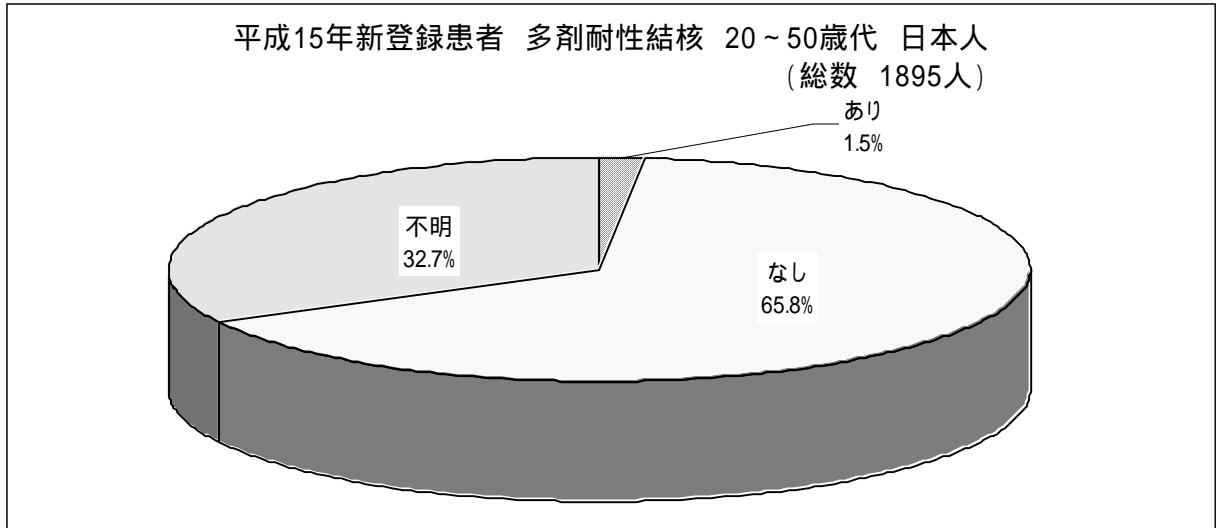


図 24

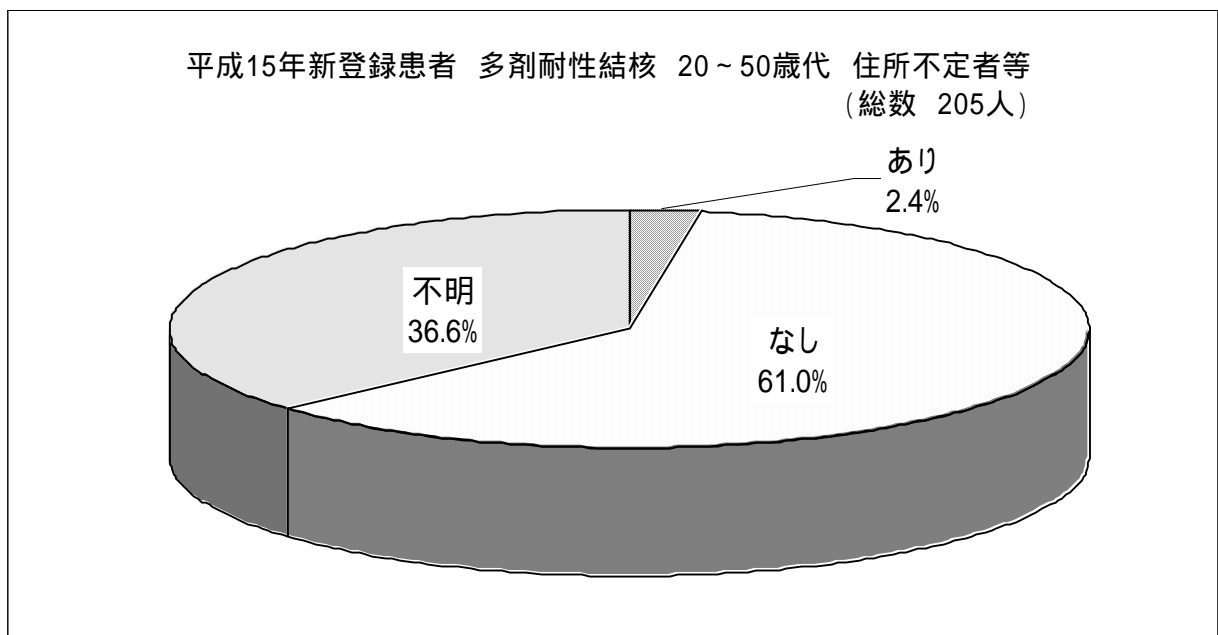
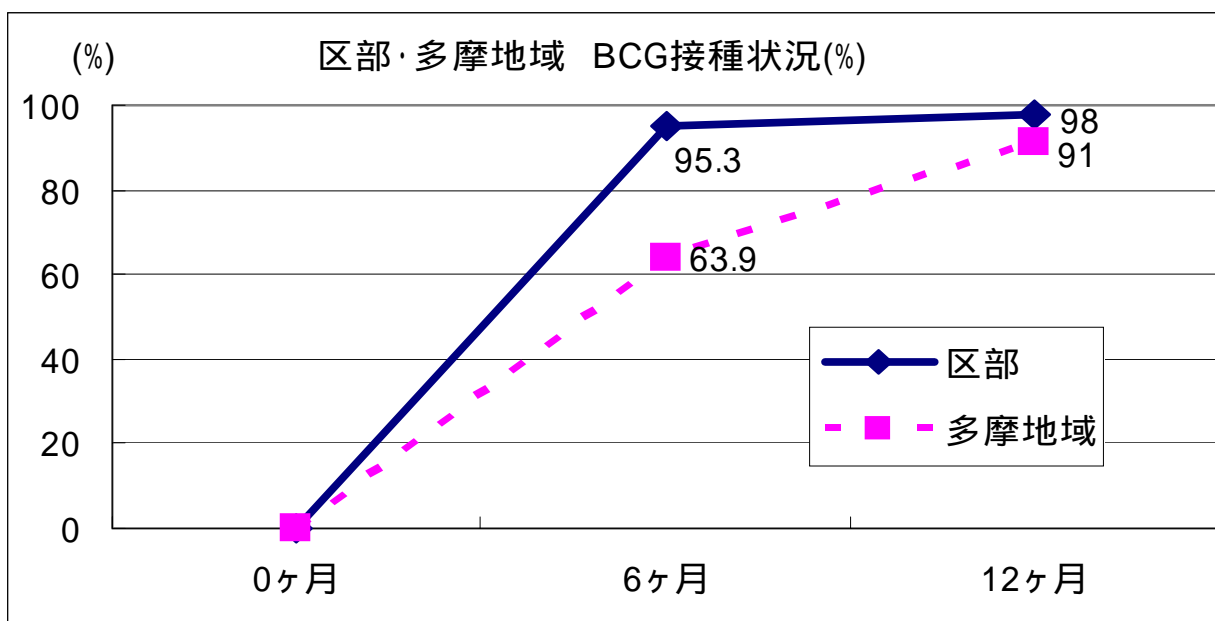


図 25



*区部は平成 13 年度、多摩地域は平成 16 年度に調査