

東京都結核予防推進プラン 2025（素案）

※黄色マーカー部については国の「結核に関する特定感染症予防指針」の改正状況を踏まえ、
今後修正予定です。

※結核対策技術委員会専門部会（第2回）の委員意見により修正となった箇所については赤字で修正
しております。

令和7年〇月

東京都保健医療局

はじめに

我が国の結核患者は近年減少傾向が続き、全国の新登録結核患者り患率（人口 10 万対）は、令和 4 年（2022 年）には 8.2 まで低下しました。令和〇年〇月に改定された国の「結核に関する特定感染症予防指針」においては、令和〇年の国のり患率の目標値は〇以下とされ、初めて結核低まん延国となった令和 3 年（2021 年）以降、結核低まん延国の水準を維持しています。

全国的に高齢者の結核り患率が高くなっていますが、東京都においては、高齢者のみならず、社会経済的弱者、外国出生者等の発病も多く、こうした社会背景に的確に対応した結核対策が求められます。このため、都では、平成 16 年 10 月に国が策定した「結核の予防の総合的な推進を図るための基本的な指針」に基づいた「東京都結核予防計画（結核予防法の廃止に伴い、平成 20 年 3 月に東京都感染症予防計画へ統合）」を策定するとともに、平成 19 年 3 月には、これに基づく具体的な取組と目標値、都、区市町村、保健所の役割を示した「東京都結核予防推進プラン」を策定し、対策の強化に取り組んできました。

その後、低まん延化や新型コロナウイルス感染症流行を経た社会情勢の変化に対応するため、新たに取り組むべき課題も生じており、東京都では、「東京都結核予防推進プラン 2025」を策定し、現行対策の維持と強化を図りつつ、課題を踏まえた新たな対策強化として結核菌株確保及び分子疫学調査の推進、結核医療の充実、外国人・高齢者への普及啓発対策などの対策を推進していきます。

引き続き関係の皆様のご協力のもと、この推進プランに基づく対策を進めることにより、都内における低まん延化の状況の中でも、結核患者を「誰一人取り残さない」対策の実現につながれば幸いです。

令和 7 年 〇月
東京都保健医療局

目次

第1章 東京都結核予防推進プランについて	1
1 これまでの経緯	2
2 国の動向	2
3 プランの改定について	3
4 プランの位置付け	3
5 計画期間	3
第2章 東京都における結核をめぐる状況	4
1 結核患者の発生状況	5
2 患者の背景	6
（1）年齢	6
（2）結核感染・発病のハイリスク者	6
（3）特別な医療を必要とする患者	7
3 患者の把握	12
（1）受診の遅れ、診断の流れ	12
（2）結核の定期健康診断（感染症法第53条の2）	12
（3）接触者健診（感染症法第17条に基づく健康診断）	12
4 診断	14
（1）菌陽性割合	14
（2）肺外結核患者割合	14
5 治療	16
（1）標準治療	16
（2）入院期間	16
（3）治療期間	16
（4）再治療	16
（5）治療途中での患者の転出	16
6 医療体制	19
（1）入院医療機関	19
（2）小児結核に対応可能な医療機関	19
（3）透析に対応可能な医療機関	19
（4）外来（通院）医療機関	19
7 直接服薬確認療法（DOTS：ドッツ）	21
（1）新登録結核患者に対するDOTS実施率	21
（2）新登録結核患者のDOTS実施状況	21
8 潜在性結核感染症（LTBI：Latent Tuberculosis Infection）	23

(1) LTBI の発生状況	23
(2) LTBI の治療	23
(3) LTBI における治療中断者の属性	23
9 結核の集団感染	27
(1) 集団感染の発生件数	27
(2) 集団感染の発生場所	27
10 患者の病状の把握	28
(1) 結核菌培養検査・薬剤感受性検査結果の把握状況	28
(2) 病状不明割合	28
11 外国出生結核患者	30
(1) 外国出生者の割合	30
(2) 外国出生結核患者の入国時期	30
(3) 外国出生者の職業	30
(4) 外国出生結核患者の発見の契機	31
(5) 薬剤耐性	31
12 高齢者	34
(1) 年齢	34
(2) 発見の契機	34
(3) 発見の遅れ	34
(4) 診断の遅れ	34
【参考 1】WHO 新戦略と日本版 DOTS～患者中心の服薬支援へ～	37
【参考 2】都保健所の結核業務のデジタル化について	39
第 3 章 プラン 2018 による取組の状況と今後の課題	40
1 プラン 2018 における取組	41
(1) 外国出生結核患者対策	41
(2) 高齢者結核対策	41
(3) 潜在性結核感染症（LTBI）対策	42
〔1〕原因の究明	42
〔2〕発生予防・まん延防止	42
〔3〕医療	43
〔4〕人材育成	44
〔5〕普及啓発	44
〔6〕施設内（院内）感染の防止	44
プラン 2018 の実施経過	45
2 目標の達成状況	47
第 4 章 プラン 2025 による取組	48

1 プラン 2025 の考え方	49
2 プラン 2025 の構成.....	51
3 プラン 2018 と 2025 の構成比較（参考）	52
4 各分野における具体的な取組	53
[1] 原因の究明	53
取組（1）患者発生サーベイランスの強化.....	53
取組（2）結核菌株確保の積極的な実施（新規）	54
[2] 発生予防・まん延防止	56
取組（3）BCG 接種の確実な実施.....	56
取組（4）早期発見の取組強化	57
取組（5）確実な接触者健診の実施.....	57
[3] 医療	59
取組（6）結核医療体制の充実	59
取組（7）適切な診断・治療	60
取組（8）診療サポートの強化（新規）	60
取組（9）服薬支援の強化.....	61
[4] 人材育成.....	63
取組（10）保健所等の職員の資質向上	63
取組（11）医療従事者の人材育成（新規）	64
[5] 普及啓発.....	65
取組（12）都民への普及啓発.....	65
取組（13）外国人・高齢者への普及啓発（新規）	65
取組（14）福祉施設・企業・教育機関への普及啓発	66
[6] 施設内（院内）感染の防止.....	68
取組（15）医療機関における取組の支援	68
取組（16）施設における取組支援	68
5 重点事項.....	70
6 目標の設定.....	71
7 対策の評価と計画の推進	74
用語集	75
資料	79
東京都結核対策技術委員会設置要綱.....	79
東京都結核対策技術委員会委員名簿.....	81
東京都結核予防推進プラン改定検討経過	83
結核に関する特定感染症予防指針	84

第 1 章 東京都結核予防推進プランについて

1 これまでの経緯

東京都（以下「都」という。）は、平成 17（2005）年に予防・早期発見のための対策強化、薬剤の確実な服薬指示等を柱とした、結核予防法の改正が行われたことを踏まえ、同年 12 月に「東京都結核予防計画」及びその行動計画である「東京都結核予防推進プラン」（以下「推進プラン」という。）を策定し、推進プランに基づく結核対策を推進してきました。

その後平成 24(2012)年 7 月には「予防対策の徹底」、「適切な医療の提供」、「施策を支える基礎的取組」の 3 つの戦略をもとに、8 つのプランに基づいた対策を実施した「東京都結核予防推進プラン 2012」を策定しました。

平成 30（2018）年 7 月には平成 28（2016）年に改正された国の結核に関する特定感染症予防指針（以下「予防指針」という。）の内容を踏まえ、予防指針の構成との整合性を図り、6 つの分野に体系を整理し、外国出生結核患者対策、高齢者結核対策及び潜在性結核感染症対策を重点事項とした「東京都結核予防推進プラン 2018」（以下「プラン 2018」という。）を策定し、対策の強化を図りました。

その結果、令和 2（2020）年には、都における新登録結核患者り患率（人口 10 万対。以下「り患率」という。）は 11.3 まで低下し、プラン 2018 で定めた目標値 12 以下を達成することができました。

さらに令和 4 年（2022）年には、り患率は 8.5 まで低下し、結核低まん延国の水準である 10.0 以下に達しており、令和 5（2023）年には、り患率は 8.4 まで低下し、減少傾向が続いています。

（注）結核予防法は、平成 19(2007)年に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（以下「感染症法」という。）に統合されました。

2 国の動向

平成 26（2014）年に世界保健機関（以下「WHO」という。）は「結核終息戦略」を発表し、日本を含めた低まん延国に近づく国に対しても、結核の根絶を目指した対策を進めるように求めました。平成 29（2017）年には、モスクワで第 1 回 WHO 結核世界閣僚級会議が開かれ、世界、地域、国レベルで結核終息に向けて、多分野にわたる対応を加速させることが決議され、平成 30（2018）年 9 月には、国連で結核に関する初めてのハイレベル会合を開催し、結核蔓延状況と終息のための議論を深め、持続可能な開発目標（SDGs）3.3 の「2030 年までに結核の流行を終息させる」を達成するための政治宣言が確認されました。

我が国においても上記の動きを受け、令和 3（2021）年ストップ結核ジャパンアクションプランを改定し結核終息を目指し、総合的な取組を徹底していくこととしています。

新型コロナウイルス感染症（以下「新型コロナ」という。）による入国制限及び人と人との接触機会の減少もあり、国のり患率は令和 3（2021 年）で 9.2 と結核低まん延国の水準である 10.0 以下に達し、令和 5（2023）年も継続しております。

日本の結核り患率は、米国等の他の先進国の水準に年々近づき、近隣アジア諸国に比べても低い水準にあります。

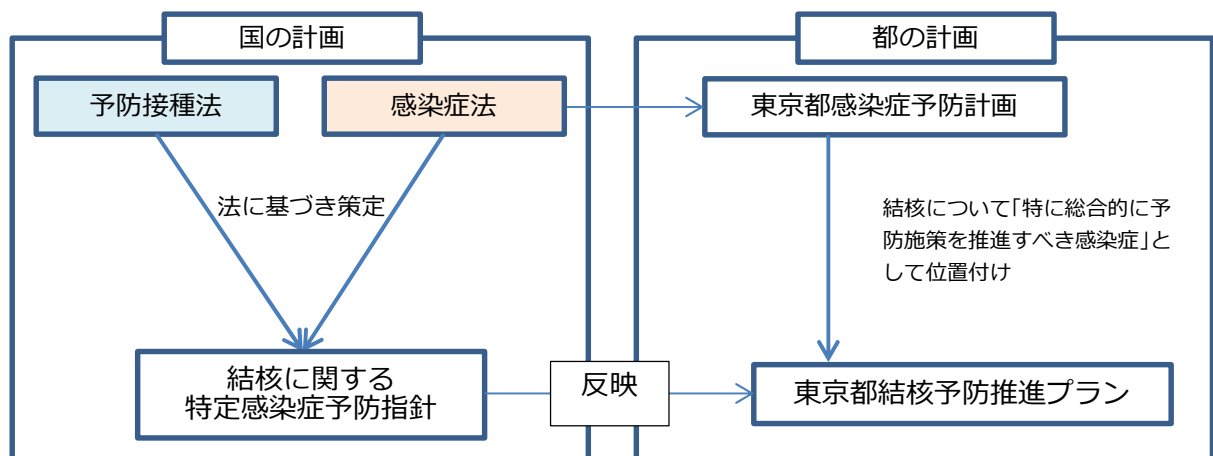
3 プランの改定について

近年の都における結核の状況は、80 歳以上の新規結核患者数は減少傾向ですが、全体に占める割合は3分の1を超えて推移しています。新型コロナ流行前まで増加していた外国出生の新登録結核患者については、その数は減少傾向ですが全体に占める割合は依然として国の割合より高い状態です。

また、新型コロナの流行により、多くの結核病床が新型コロナ患者を受け入れる病床に転用され、特に透析などが必要な患者や特殊な手術が必要な患者等の入院、転院先の調整がより困難な状況になるなど、結核対策にも影響が出ました。

さらに、結核の発生動向を分析するために重要な分子疫学調査（VNTR 法）の実施対象を拡大したことにより、菌株の収集率は、令和 5（2023）年は大幅に上昇しましたが、国の指針による「結核菌が分離された全ての結核患者」の把握に向けて、引き続き菌株確保を拡充していく必要があります。

このため、都は、こうした都内における結核の状況や課題、国の予防指針の改定等の状況を踏まえ、現行のプラン 2018 を「東京都結核予防推進プラン 2025（以下「プラン 2025」という。）に改定し、現行対策の維持と強化を図りつつ、結核対策の主な課題を踏まえた新たな対策強化に取り組めます。



4 プランの位置付け

都では、感染症法第 10 条第 1 項に基づく、東京都感染症予防計画を令和 6 年 3 月に改定し、この中で、結核については、「特に総合的に予防施策を推進すべき感染症」と位置付けています。

プラン 2025 は、東京都感染症予防計画で示した結核対策の方向性に沿って取り組むべき対策と目標を明示するとともに、保健所や区市町村とこれを共有し、一体となって取組を進めることにより、結核対策を総合的に推進するための行動計画です。

5 計画期間

プラン 2025 は、令和 7（2025）年度から令和 11（2029）年度までの 5 年間を計画期間としています。ただし、国の予防指針や結核対策に関する状況の変化があった場合には、計画期間中であっても必要に応じて見直しを行うものとします。

第2章 東京都における結核をめぐる状況

※ 結核に関するデータについては適宜最新データに更新するため、今後変更する可能性があります。

1 結核患者の発生状況

都の新登録結核患者数及びり患率は、全国平均より高いものの減少傾向にあります。令和 5 年の都のり患率は 8.4 で、WHO による低まん延国の基準（人口 10 万人当たり 10 人未満）を達成しています。

（図 1-1）

都内の保健所別り患率では、多摩、島しょ地域に比べ、特別区のり患率が高い値となっています。（図 1-2）

なお、島しょ地域については母集団が少数のため、り患率が年により大きく変動しています。令和 3 年は 4.1（1 名の発生）、令和 4 年は 17.0（4 名の発生）、令和 5 年は 8.6（2 名の発生）でした。

図 1-1 新登録結核患者数およびり患率の推移（平成 23 年-令和 5 年 東京都、全国）

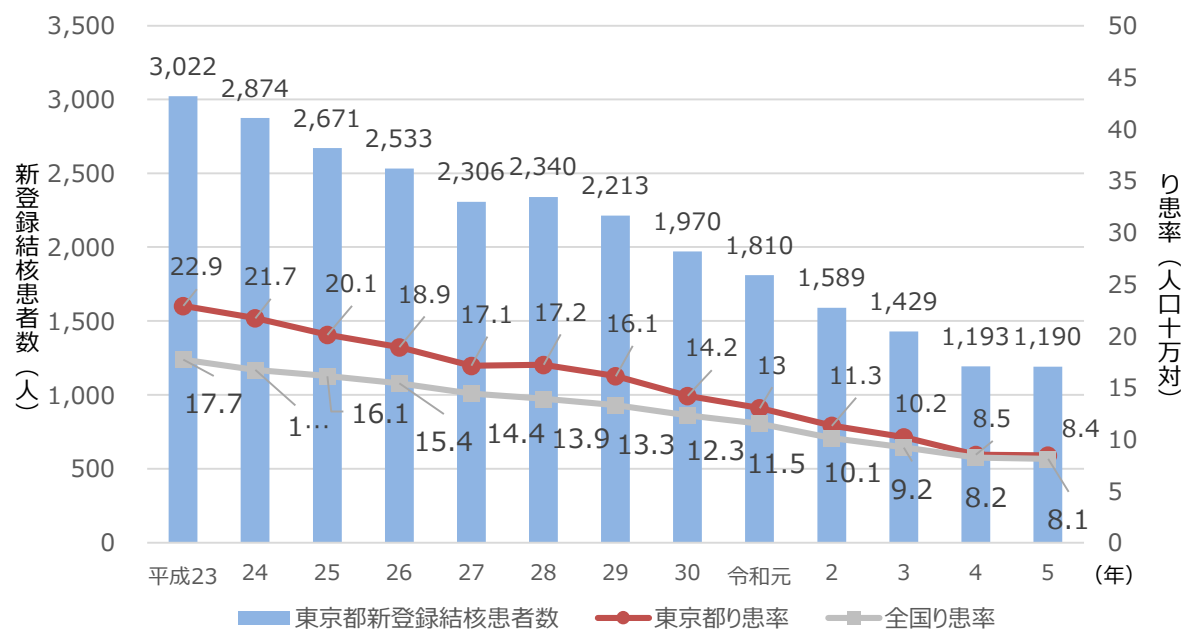
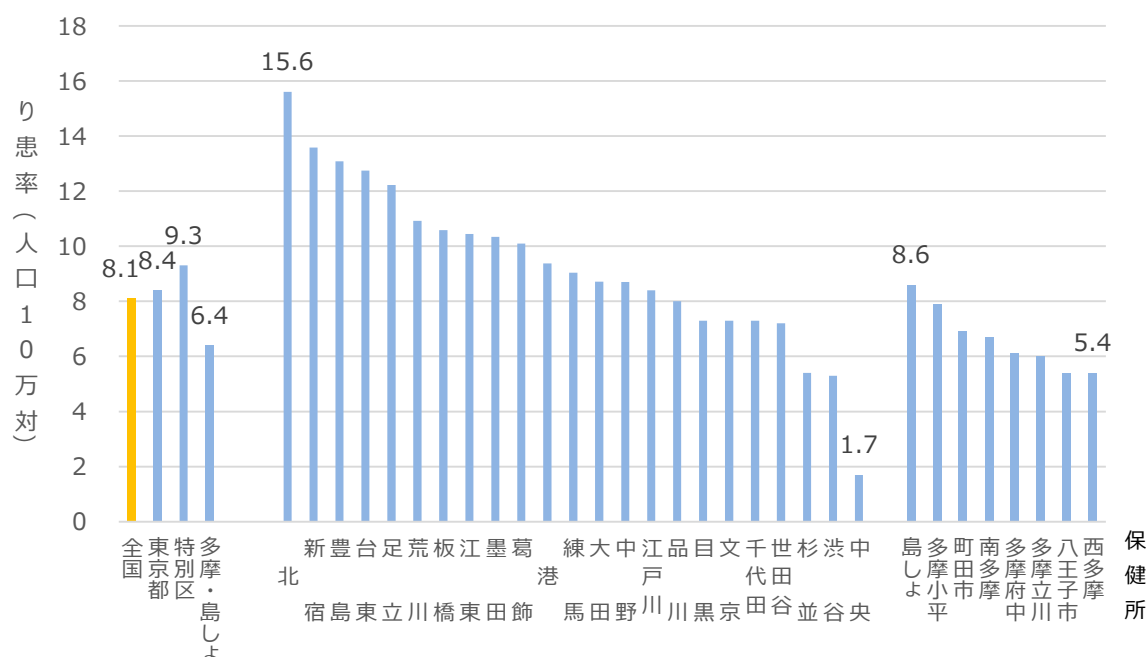


図 1-2 都内保健所別り患率の比較（令和 5 年）



2 患者の背景

（1）年齢

都の年齢階級別り患率は、全国同様、年齢の上昇とともに増加しています。り患率が最も高いのは 90 歳以上、次いで 80 歳代、70 歳代であり、高齢者のり患率が高くなっています（図 2-1）。また、新登録患者数は減少傾向にありますが、その内訳では、80 歳以上の割合が全体の 3 分の 1 を超えています（図 2-2）。

（2）結核感染・発病のハイリスク者

高まん延国からの入国者等の外国出生者、住所不定（ホームレス）経験ありの者、HIV 陽性者（※）等は結核感染・発病のハイリスク者として知られています。

（※）HIV 検査結果が陽性で、HIV ウイルスに感染していると診断された者

ア 外国出生者

全国及び都の外国出生結核患者の新登録結核患者に占める割合は、近年増加傾向にあります。令和元年から令和 4 年における割合については新型コロナによる入国制限の影響等をうけ減少しましたが、令和 5 年における割合は、入国制限の解除等により、17.3%と過去最高となりました。また全国と比較し、都における割合はいずれの年も高い割合で推移しています（図 2-3）。出身国はネパール、中国、ベトナム、ミャンマー、フィリピンなどアジアの高まん延国からの入国者となっています（図 2-4）。

イ 住所不定（ホームレス）経験ありの者

都の新登録結核患者に占める住所不定（ホームレス）経験ありの者の割合は、2-3%とおおむね一定の割合で推移しています。（図 2-5）

ウ HIV 陽性者

都の新登録結核患者に占める HIV 陽性者の割合は令和 5 年で 0.34%です。過去 7 年は、り患者と全体に占める割合は横ばいで推移しています。全国と比較すると、高い値で推移しています（図 2-6）

（3）特別な医療を必要とする患者

小児結核患者や合併症を有する喀痰塗抹陽性結核患者は、特別な医療を必要とします。また、多剤耐性結核は効果的な薬剤が少なく、治療期間も長くなり、患者管理、まん延防止の観点からその発生動向については注意が必要です。

ア 小児結核患者

東京都における 0～14 歳の小児結核患者は年度によってばらつきがあり、年間 1～13 例程度の発生となっています。（図 2-7）

イ 透析合併結核患者

透析医療を必要とする結核患者数は 5～17 名程度で推移しており、全体に占める割合は、年度によって大きく異なります。（図 2-8）

ウ 多剤耐性結核患者

長期間の服薬や外科的治療が必要となるキードラッグ 2 剤の耐性結核患者の新登録結核患者に占める割合は、令和 2 年に大きく増加しましたが、その後は 1.0%前後で推移しています。（図 2-9）

図 2-1 年齢階級別り患率（令和 5 年）

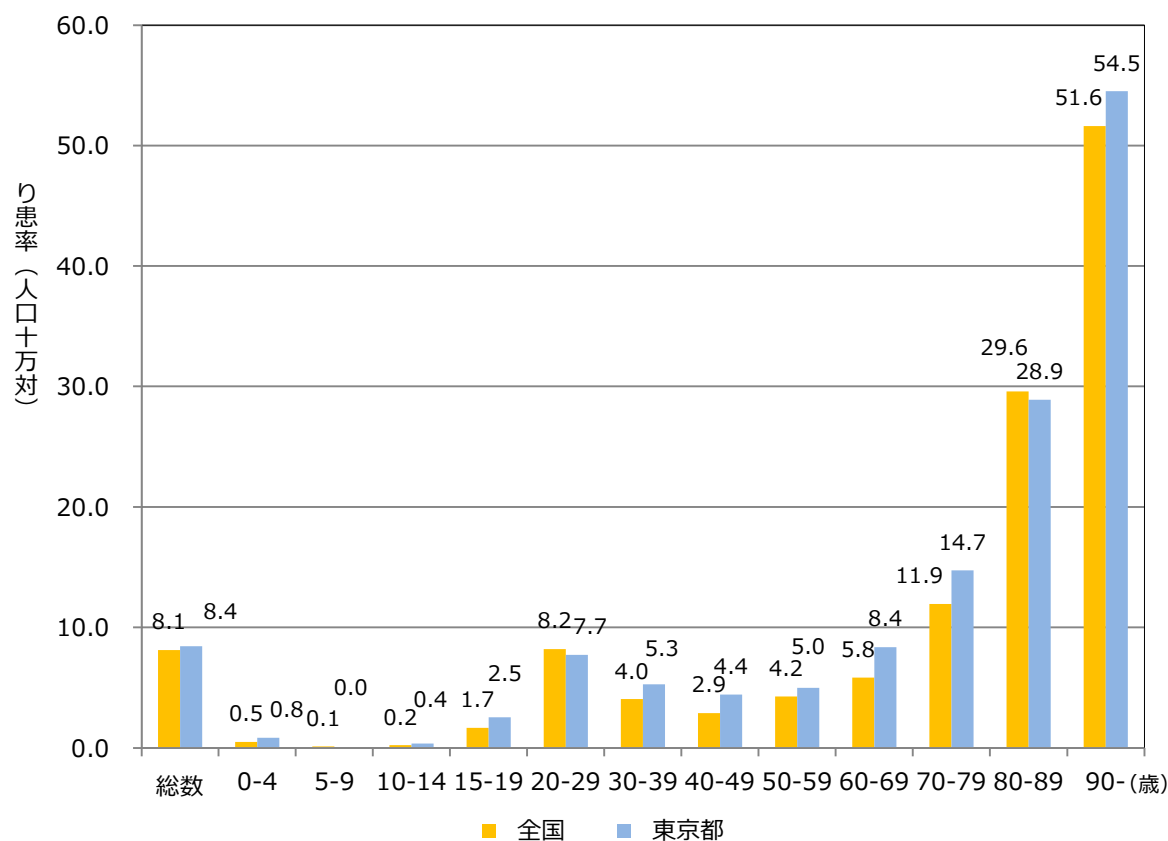


図 2-2 新登録結核患者のうち 80 歳以上が占める割合の推移

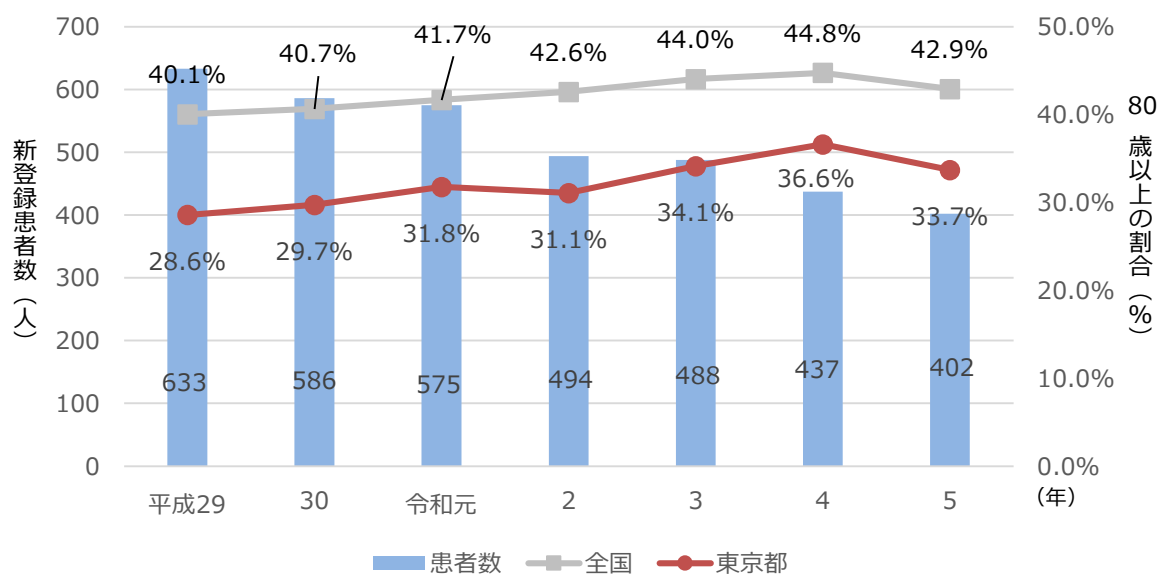


図 2-3 新登録結核患者における外国出生者数とその割合の推移

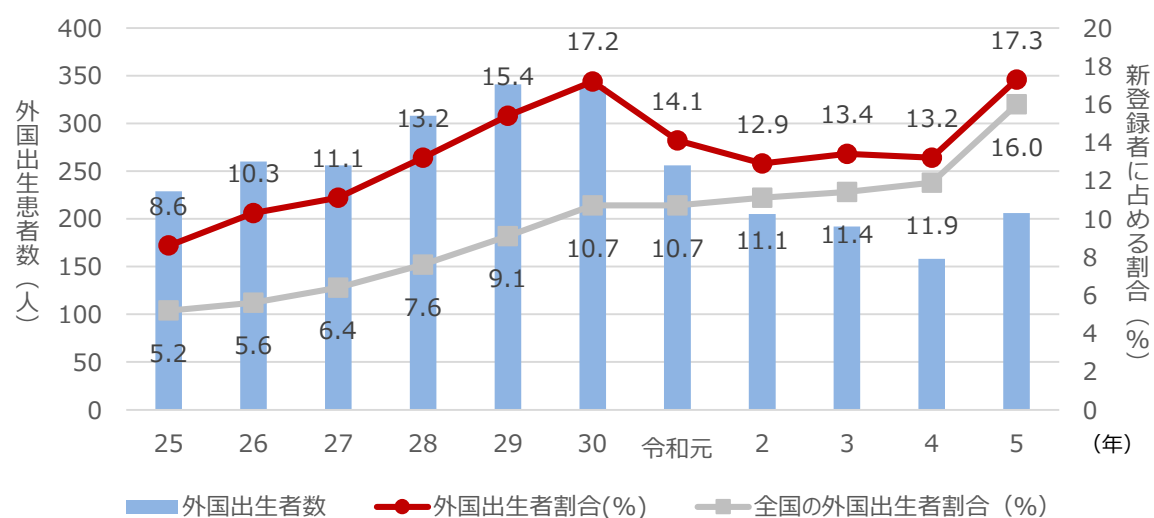


図 2-4 外国出生結核患者の出生国内訳の推移

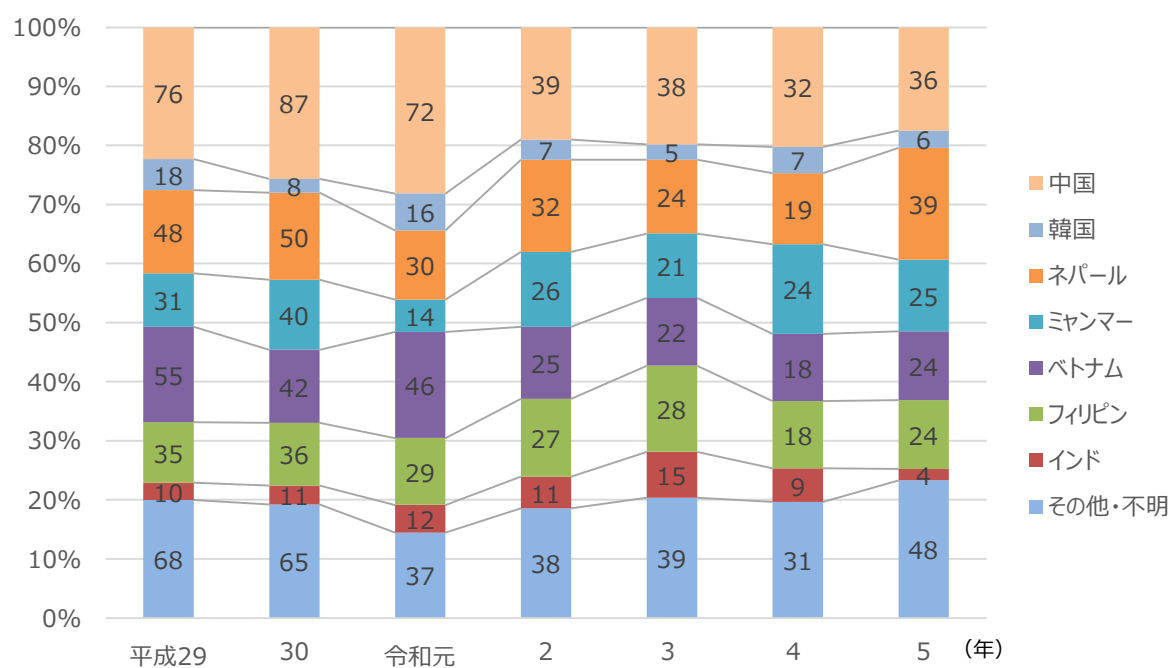


図 2-5 新登録結核患者における住所不定経験ありの者の割合の推移

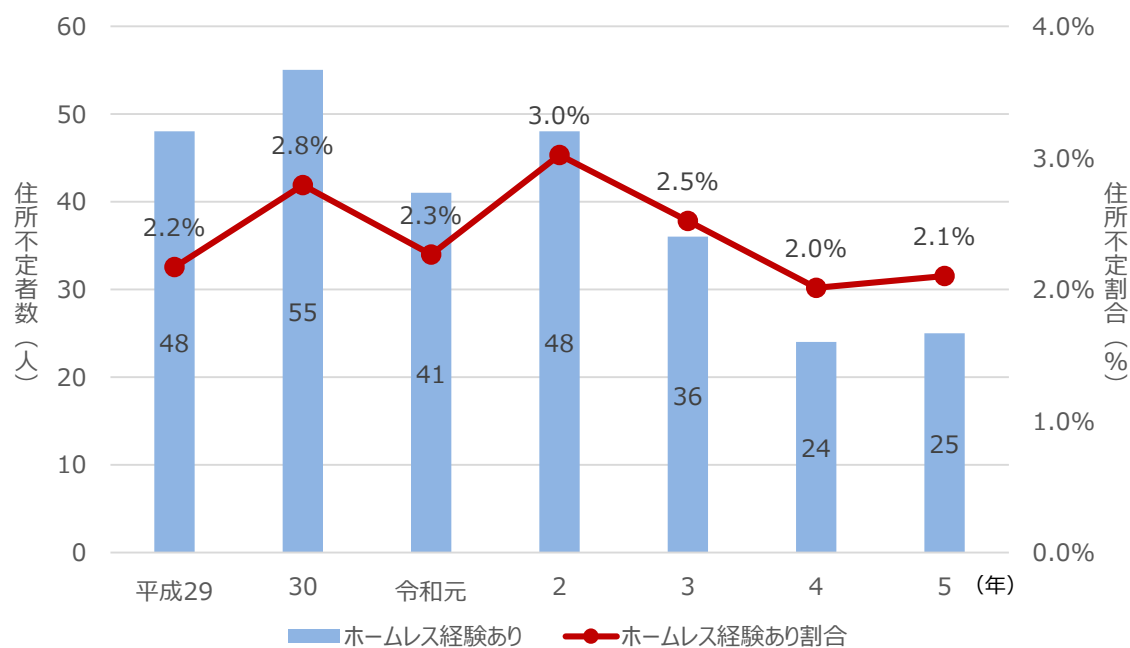


図 2-6 新登録結核患者における HIV 陽性者の割合の推移

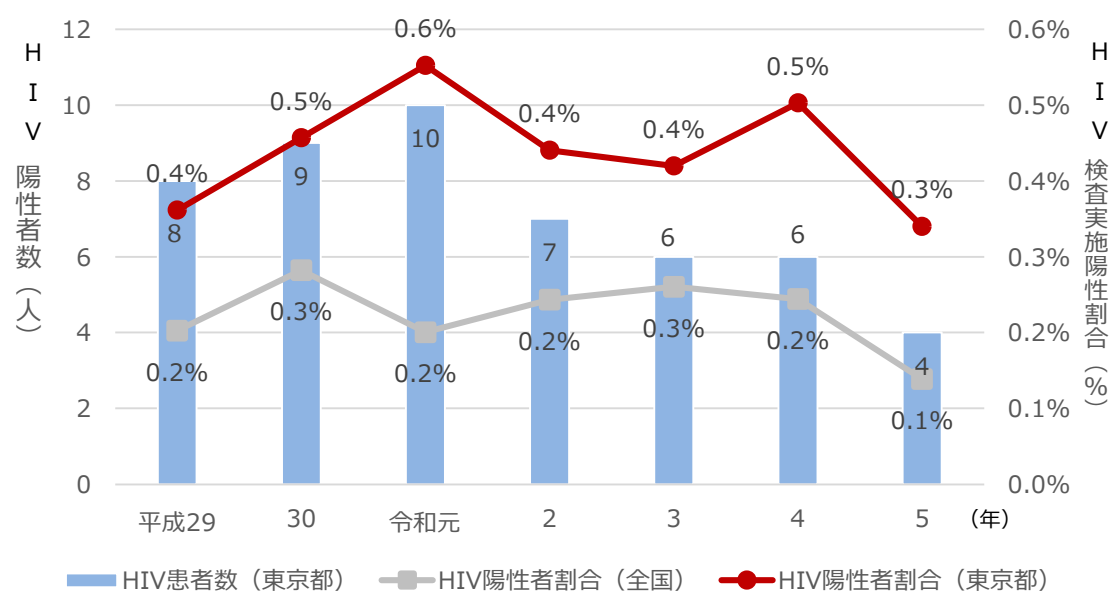


図 2-7 小児結核患者数の推移

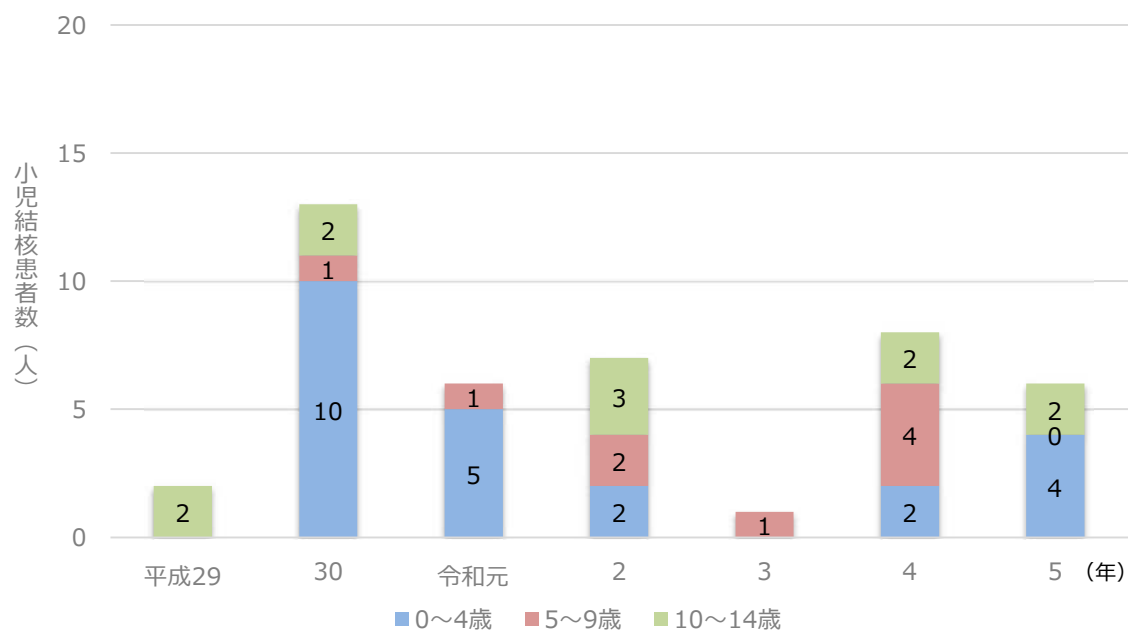


図 2-8 透析医療を必要とする結核患者数とその割合の推移

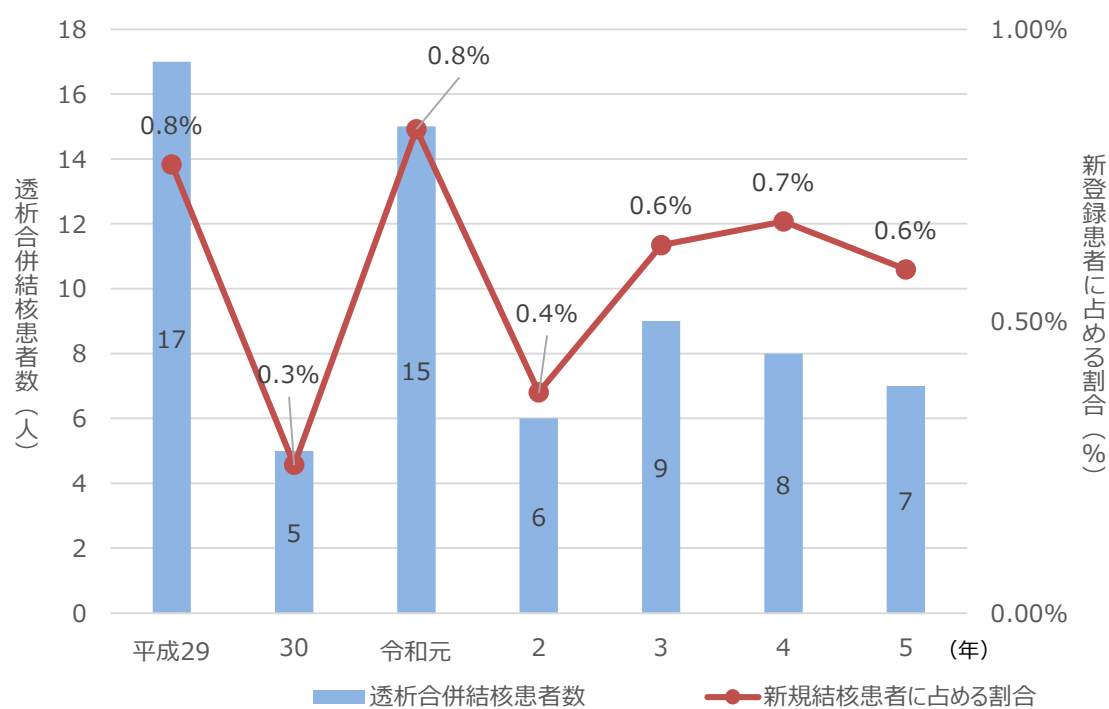
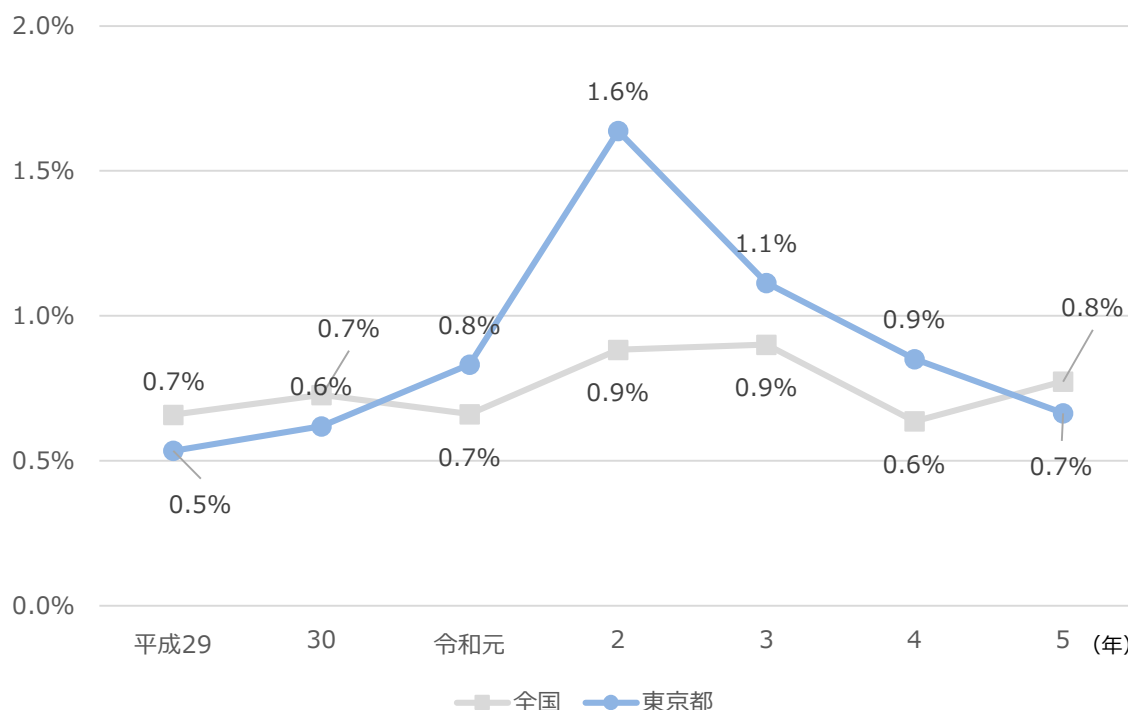


図 2-9 多剤耐性結核患者割合と推移



3 患者の把握

(1) 受診の遅れ、診断の流れ

発病から初診までに要する時間が2か月以上の割合は、令和5年で20.7%となっています。

(図 3-1)

また、初診から診断までの時間が1か月以上を要する割合は令和5年で17.4%となっており、令和2年以降短縮傾向となっています。(図 3-2)

(2) 結核の定期健康診断（感染症法第53条の2）

感染症法では、健康診断実施者は結核の定期健康診断を行ったときは、管轄する保健所長に受診者数を報告することが規定されています。

(3) 接触者健診（感染症法第17条に基づく健康診断）

結核患者が発生した場合には、その家族や職場関係者等の中から、できるだけ早期に2次感染と考えられる結核患者を発見し、まん延防止策を講じるため、接触者健診を確実に実施することが重要です。発見機会全体における接触者健診の占める割合は令和5年では3.9%となっており、令和元年以降は減少傾向となっています。(図 3-3)

接触者健診の具体的手法については「感染症法に基づく結核の接触者健康診断の手引き」により示されていますが、同一事例に複数の保健所が関わる事例については、接触者健診の方法や判断の方向性

を一致させる必要があります。

都では、「東京都結核接触者健診マニュアル」（以下「接触者健診マニュアル」という。）を作成し、都内保健所で行われる接触者健診の標準化を図っています。

図 3-1 有症状肺結核患者のうち、発病から初診までが 2 か月以上の割合の推移

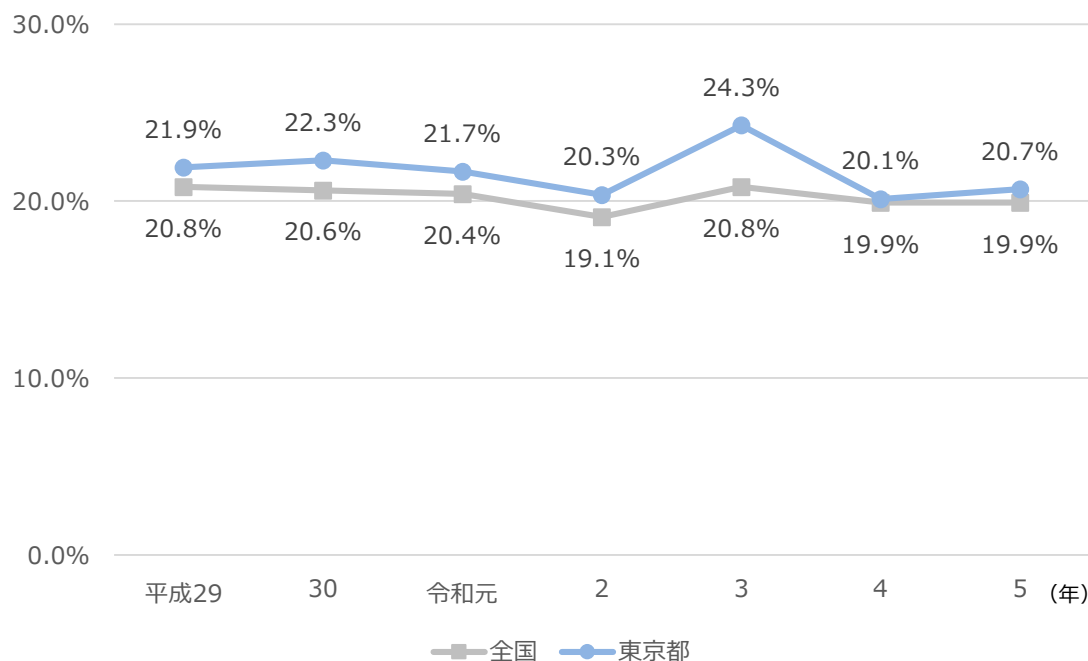


図 3-2 有症状肺結核患者のうち、初診から診断までが 1 か月以上の割合の推移

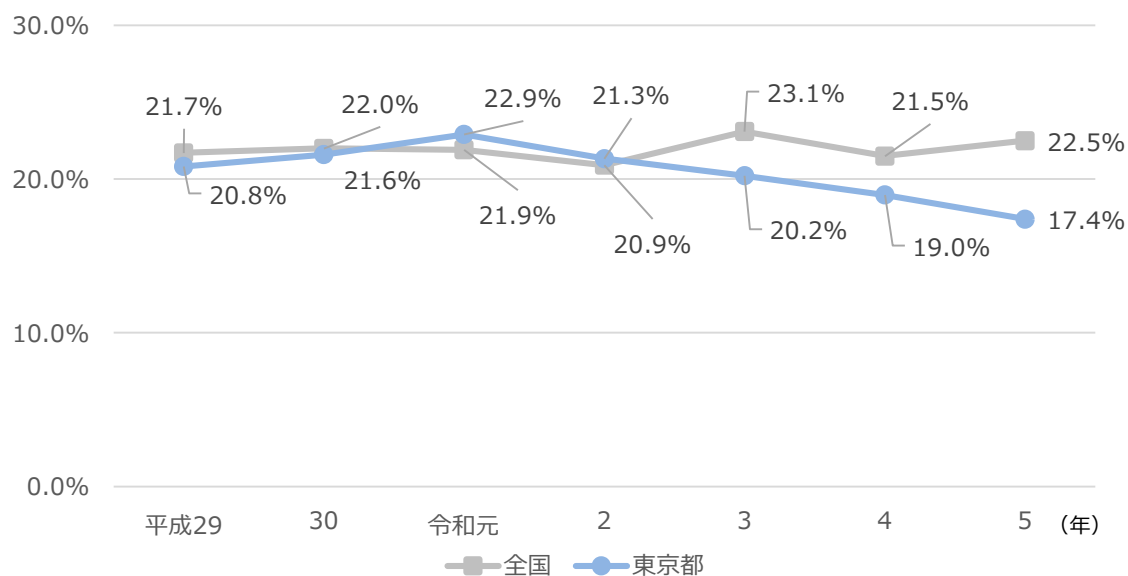
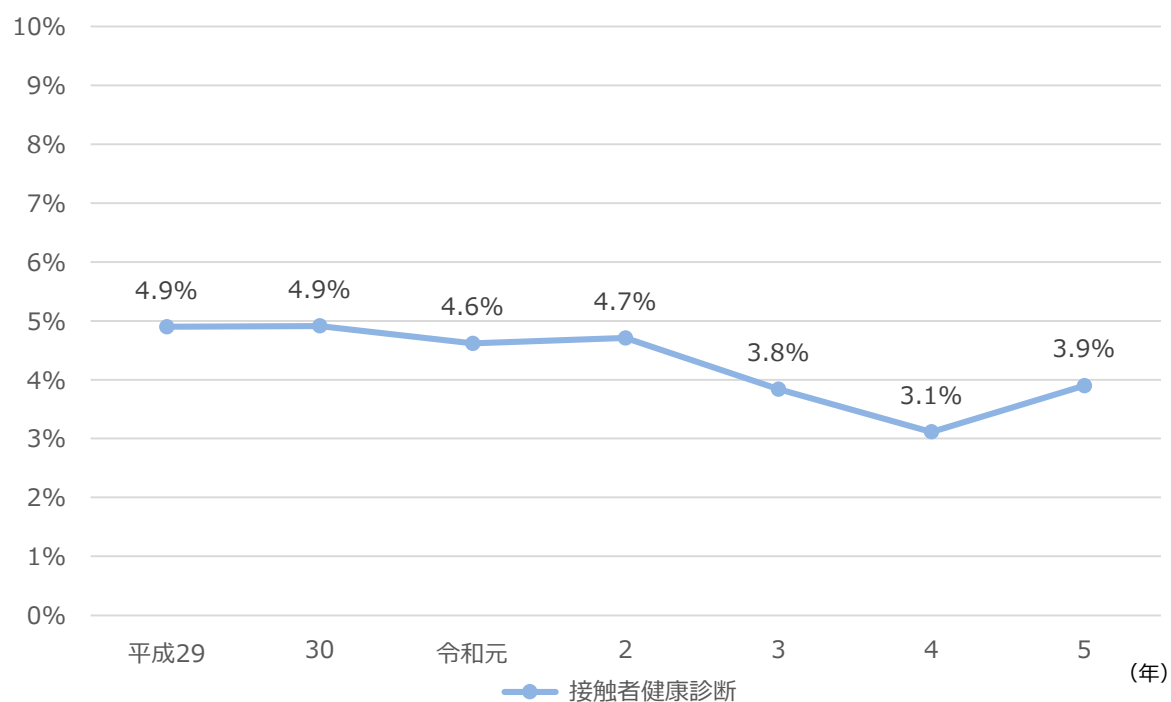


図 3-3 発見契機のうち接触者健診の割合推移



4 診断

(1) 菌陽性割合

新登録肺結核患者のうち、菌陽性の割合は高く保っており、菌検査に基づく確実な診断が行われています。令和 5 年の菌陽性の割合は、全国が 88.3%、都が 89.9%となっています（図 4-1）。

(2) 肺外結核患者割合

肺外結核患者割合は、肺外結核の診断の精度を示すものであり、都の肺外結核患者の割合は過去 7 年で大きな変動はなく、一定の精度が保たれていると考えられます（図 4-2）。

図 4-1 新登録肺結核患者のうち菌陽性割合の推移

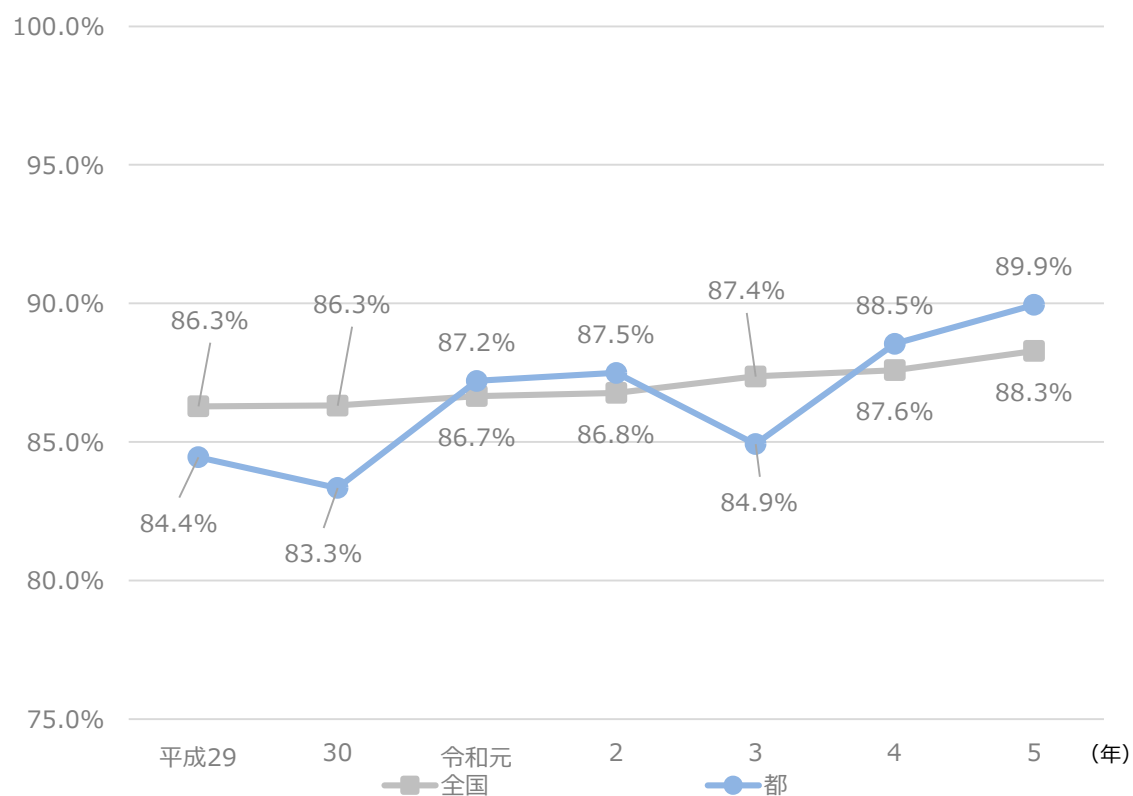
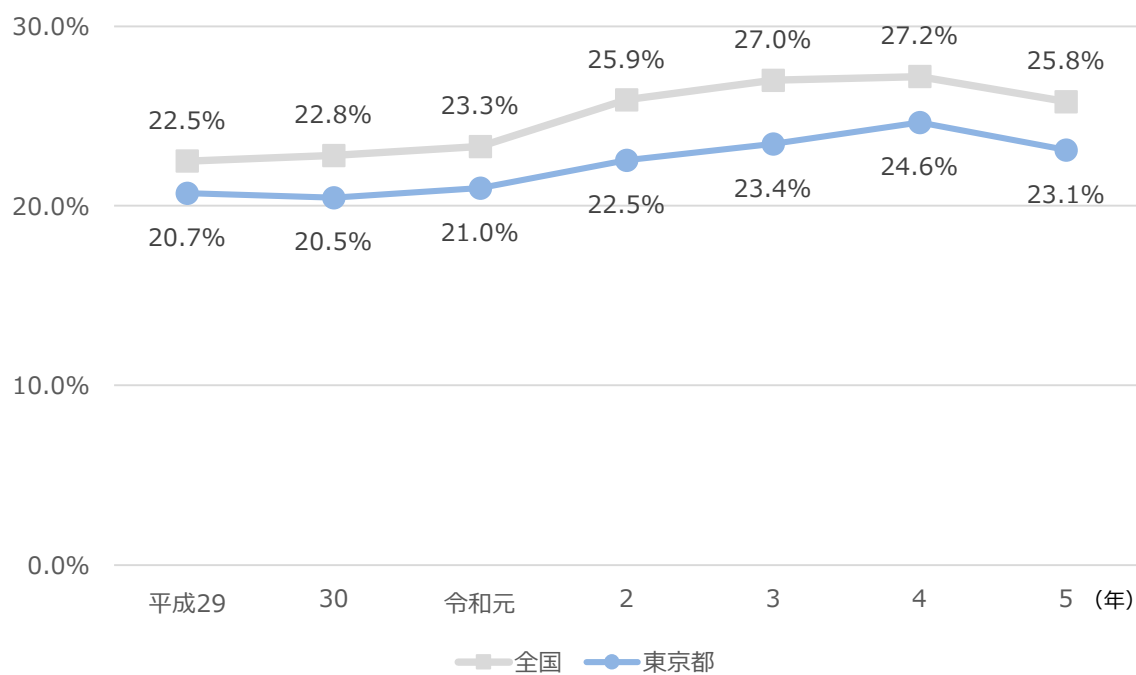


図 4-2 新登録結核患者のうち肺外結核患者割合の推移



5 治療

(1) 標準治療

PZA（ピラジナミド）を含む 4 剤治療の割合は令和 5 年で全国が 84.4%、都が 87.6%となっています（図 5-1）。

(2) 入院期間

入院期間の指標である、前年登録肺結核患者の入院期間の中央値は 60 日前後で推移しており、令和 5 年においては全国が 63 日、都が 62 日でした（図 5-2）。

(3) 治療期間

全結核患者の治療期間は、全国を下回って推移しており、令和 5 年においては全国が 273 日、都は 246 日となっています（図 5-3）。

(4) 再治療

新登録肺結核患者のうち再治療患者の割合は令和 5 年で全国が 4.2%、都全体の 4.9%となっています（図 5-4）。

(5) 治療途中で患者の転出

患者が治療途中で他の保健所の管轄地域に転出することは、服薬中断のリスクとなる場合があります。

都における肺結核患者の治療途中での転出割合は、年によってばらつきがあり、平成 29 年から令和 4 年までは 1.8%~6.8%で推移しています。全国と比較すると、都における割合は高くなっています（図 5-5）。

図 5-1 80 歳未満の患者における PZA を含む 4 剤治療の割合の推移

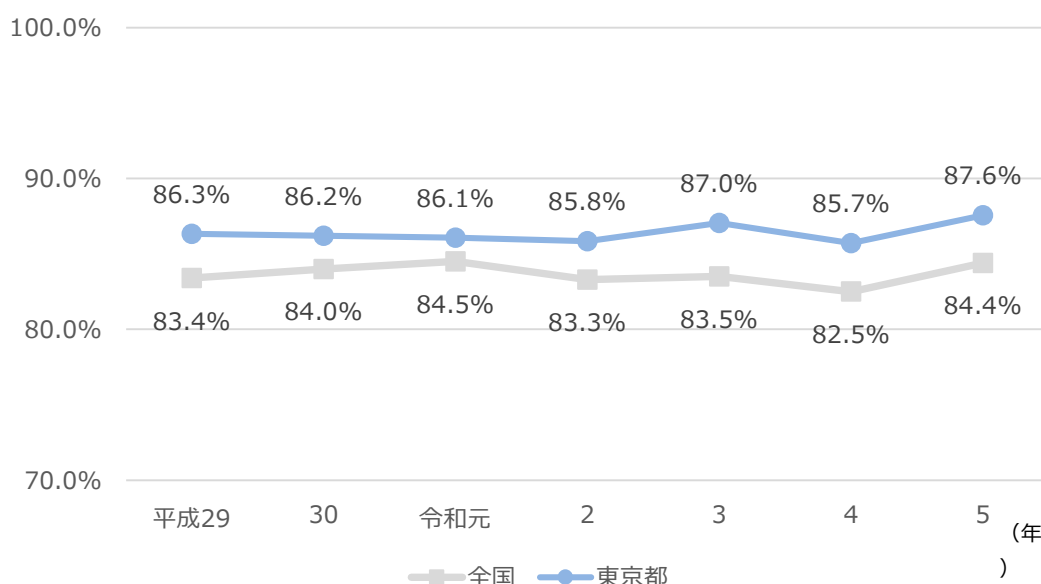


図 5-2 前年度登録肺結核患者の入院期間中央値

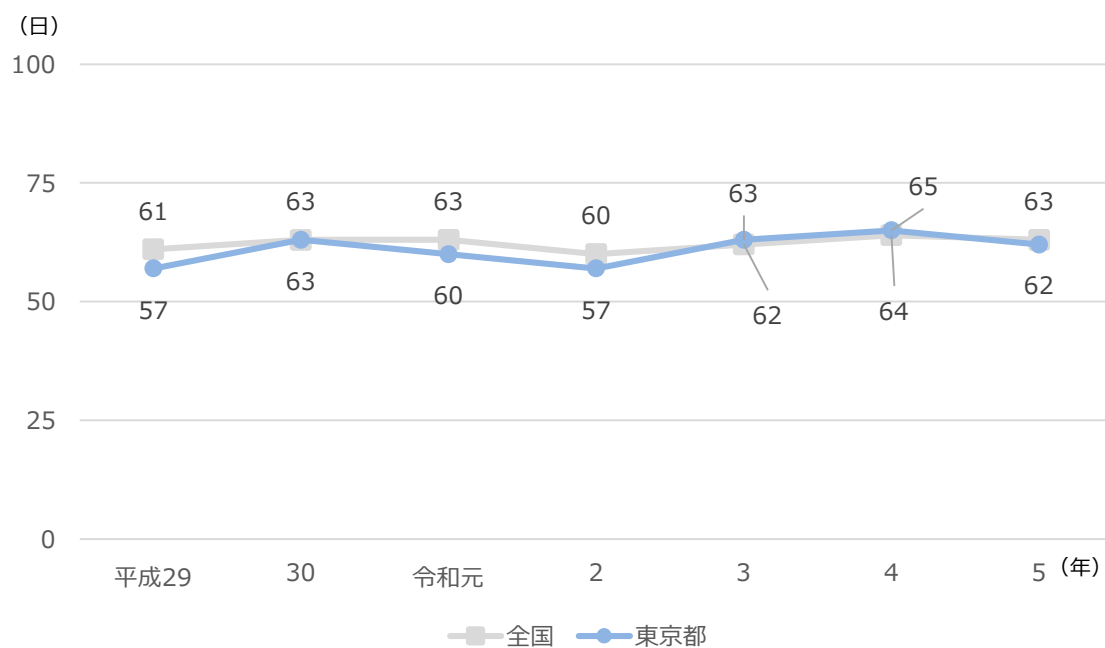


図 5-3 前年新登録活動性結核患者の治療日数の中央値の推移

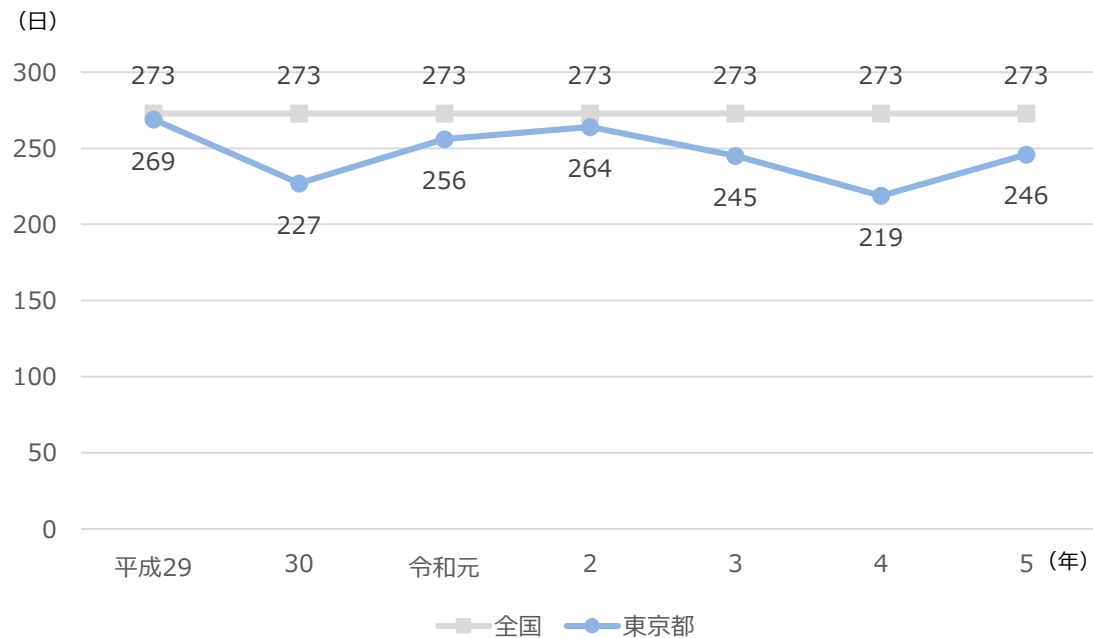


図 5-4 新登録肺結核患者のうち再治療割合の推移

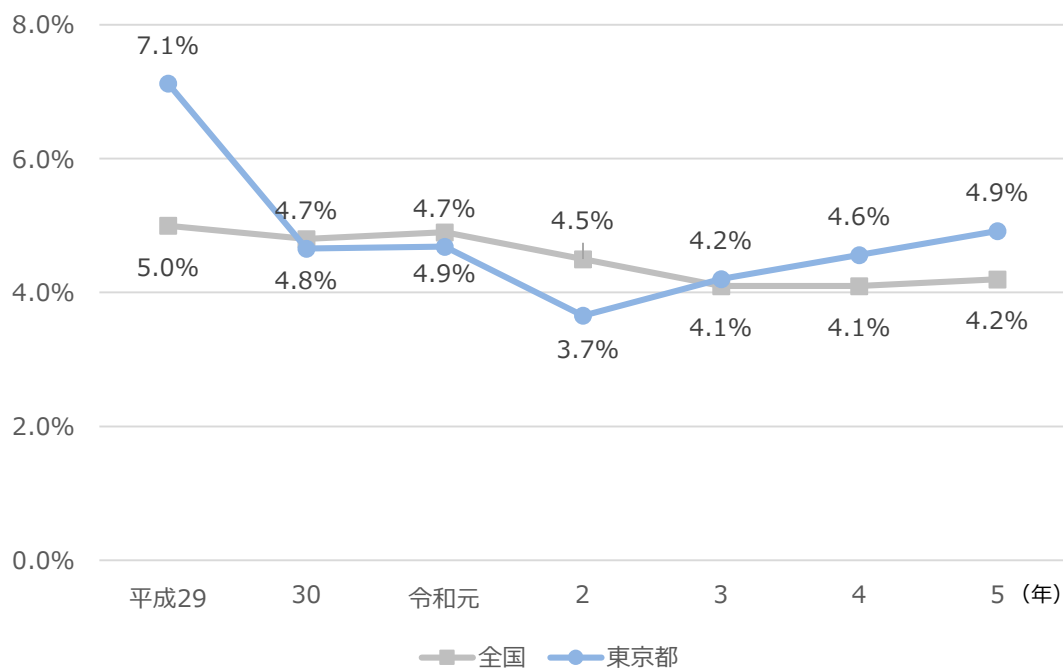
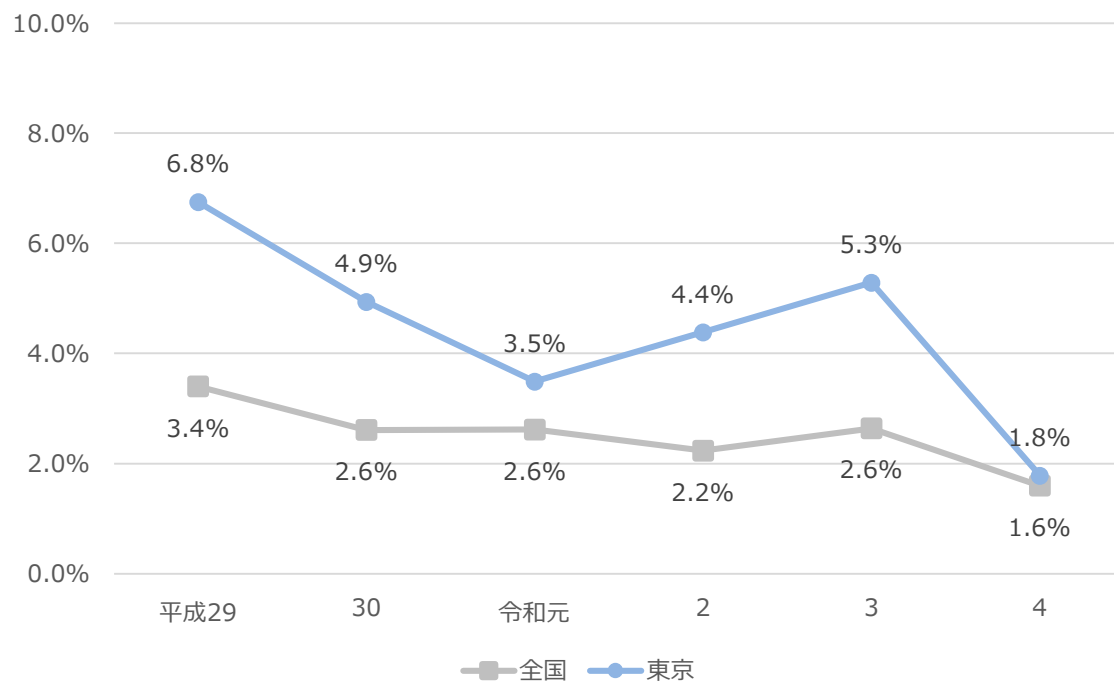


図 5-5 新登録肺結核患者の他保健所への転出率（登録翌年末時点）



6 医療体制

(1) 入院医療機関

令和 7 年 3 月時点で、都内には許可病床が 347 床あり、このうち職域分の病院を除くと既存病床数は 282 床、その内稼働病床は 267 床。感染症法第 37 条第 1 項に基づく成人の入院が可能な病床は 219 床であり、令和 6 年 3 月に改定された「東京都保健医療計画」では基準病床数 216 床とほぼ一致しています。また、合併症を有する結核患者を一般病床や精神病床で受け入れる「結核患者収容モデル事業実施病院」を 13 病院、66 床確保しています（図 6-1,2）。

新型コロナ流行を経た情勢の変化により、感染症病床への転床等が行われ減少しています。

(2) 小児結核に対応可能な医療機関

都内には、小児結核を治療する専用病床を持つ病院が 1 か所あります。

(3) 透析に対応可能な医療機関

都内には、結核病床を有し、喀痰塗抹陽性透析患者への対応が可能な医療機関は 8 か所あります。また結核患者収容モデル事業整備医療機関では、6 か所あります。

(4) 外来（通院）医療機関

退院後の結核患者を含む喀痰塗抹陰性の結核患者は外来での通院治療が必要となります。患者が治療を継続して行うためには、医療機関へのアクセスも重要な要素であることから、地域で一定数の医療機関の確保が必要です。

図 6-1 喀痰塗抹陽性患者に対する診療が可能な医療機関

結核病床を有する病院、結核患者収容モデル事業実施病院配置図

(令和 7 年 (2025 年) 3 月 31 日時点)

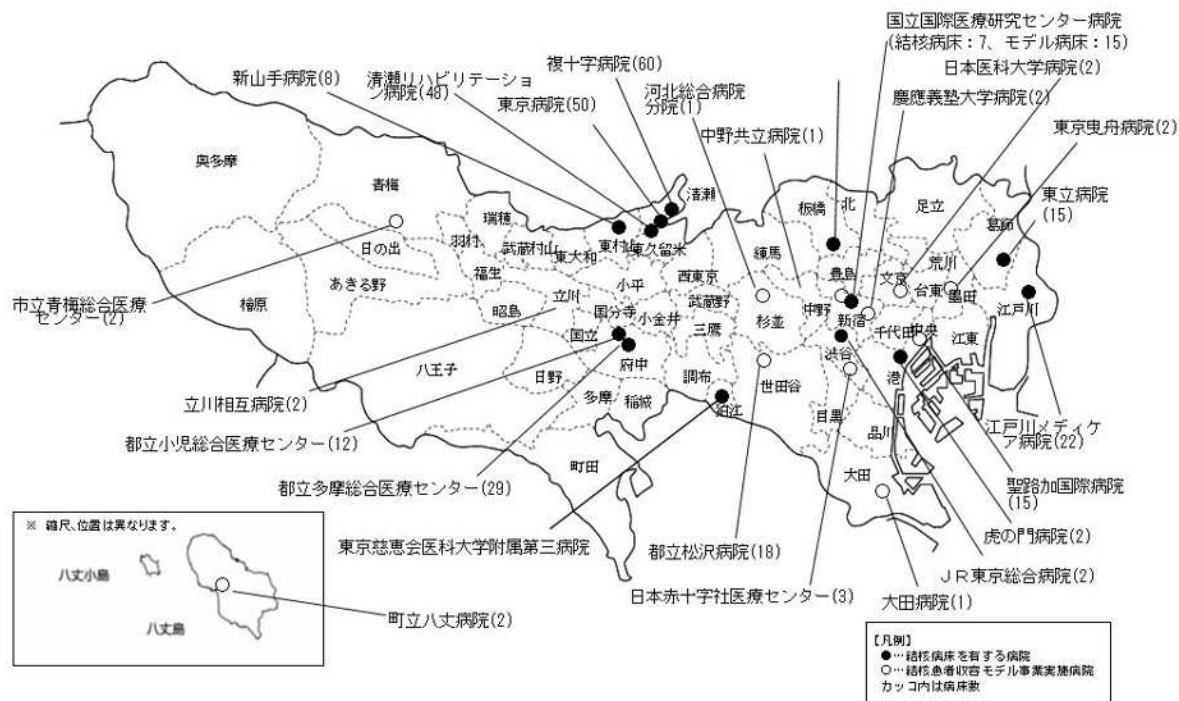
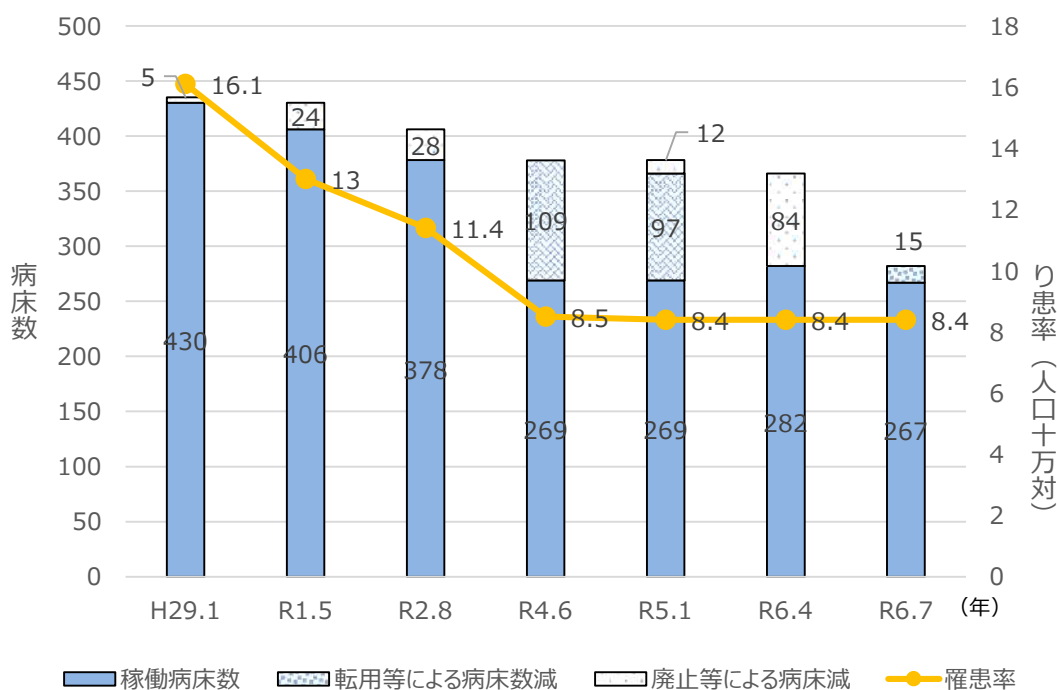


図 6-2 東京都の病床数と結核り患率の推移



7 直接服薬確認療法（DOTS：ドッツ）

（１）新登録結核患者に対する DOTS 実施率

結核の治療では、効果のある複数の薬剤を長期間にわたり服薬する必要がありますが、患者がすべての薬剤を長期間欠かさず服薬し続けることは難しいため、確実に服薬が行われていることを確認するために直接服薬確認療法 DOTS（Directly Observed Treatment Short course：DOTS）が実施されています。都における新登録結核患者に対する DOTS 実施率は、95%以上の水準を保っています（図 7-1）。

（２）新登録結核患者の DOTS 実施状況

令和 4 年の新登録結核患者で DOTS が実施された 1240 人（転出入者や登録後、転症除外となった患者で地域 DOTS を実施した人も含む）のうち、成功（治癒＋治療完了）が 67%、死亡が 22%、脱落が 1%見られました（図 7-2）。

図 7-1 新登録結核患者に対する DOTS 実施率の推移（プラン目標値 95.0%）

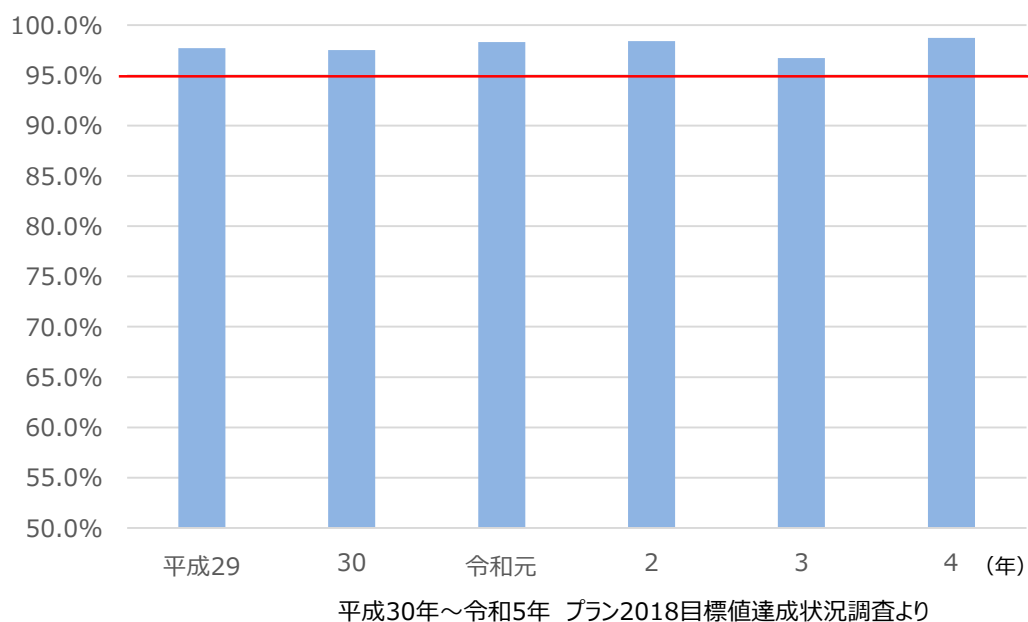
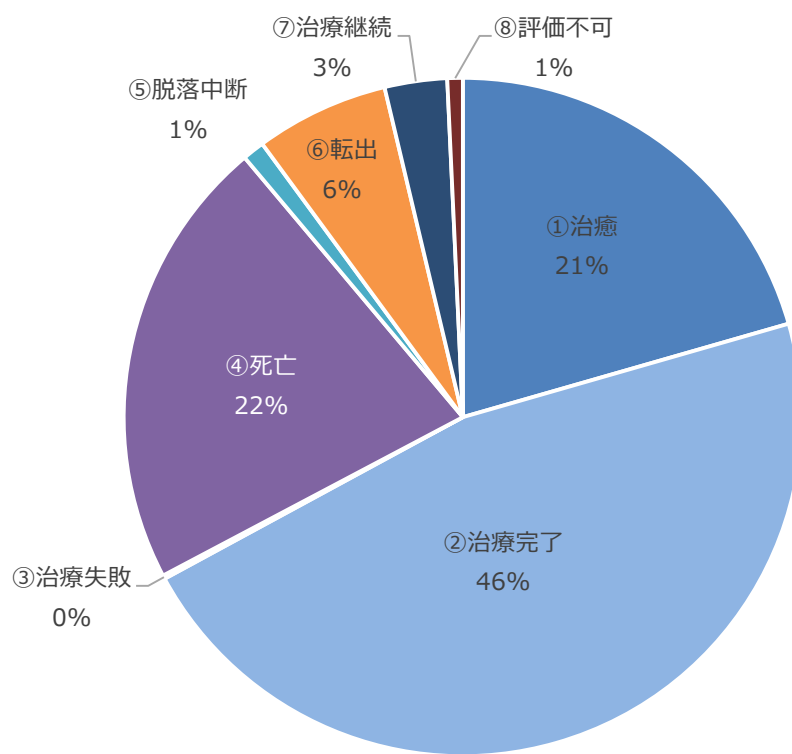


図 7-2 新登録結核患者に対する DOTS 実施者の終了状況 (n=1240)



令和5年 DOTS実施状況調査より（R4年新登録結核患者者の治療終了状況）

8 潜在性結核感染症（LTBI : Latent Tuberculosis Infection）

（1）LTBI の発生状況

LTBI（Latent Tuberculosis Infection）は結核菌に感染はしているが、症状や所見はない状態です。令和 4 年におけるその治療理由は接触者健診（43.7%）、生物学的製剤の使用（31.7%）医療従事者健診（4.4%）等があります。近年においては、生物学的製剤の使用が増えていることに伴い、これらの薬剤使用に伴う LTBI 登録が増えています。

接触者健診については、肺結核患者による影響を受けるため、患者数の減少に伴い、LTBI 数も減少傾向にあります。全国、東京都ともに、令和 2 年に患者数は大きく減少し、以降は横ばいで推移しています（図 8-1,2）。

（2）LTBI の治療

令和 4 年に都では、632 人に対して LTBI 治療が行われています(図 8-3)。治療完了は 83.1%でしたが、中断は 8.9%となっており、結核患者全体の脱落率である 0.3%よりも高い割合となっています。また、治療中に他の保健所の管轄地域に転出する割合も 2.7%となっています(図 8-3)。

（3）LTBI における治療中断者の属性

ア 年齢・職業

治療中断者の年齢分布は、30 歳以上に偏っています。このうち 70 歳代が最も多く、次いで 80 歳代、60 歳代となっています。生物学的製剤の使用に伴う LTBI 登録者数が増えている影響と考えられます（図 8-4）。

また、職業別では、高齢者による中断者が多いため、無職（42%）が最も多く、次いでその他常用勤労者勤労者（20%）、看護師・保健師（9%）となっています。

図 8-1 新登録 LTBI 数の推移

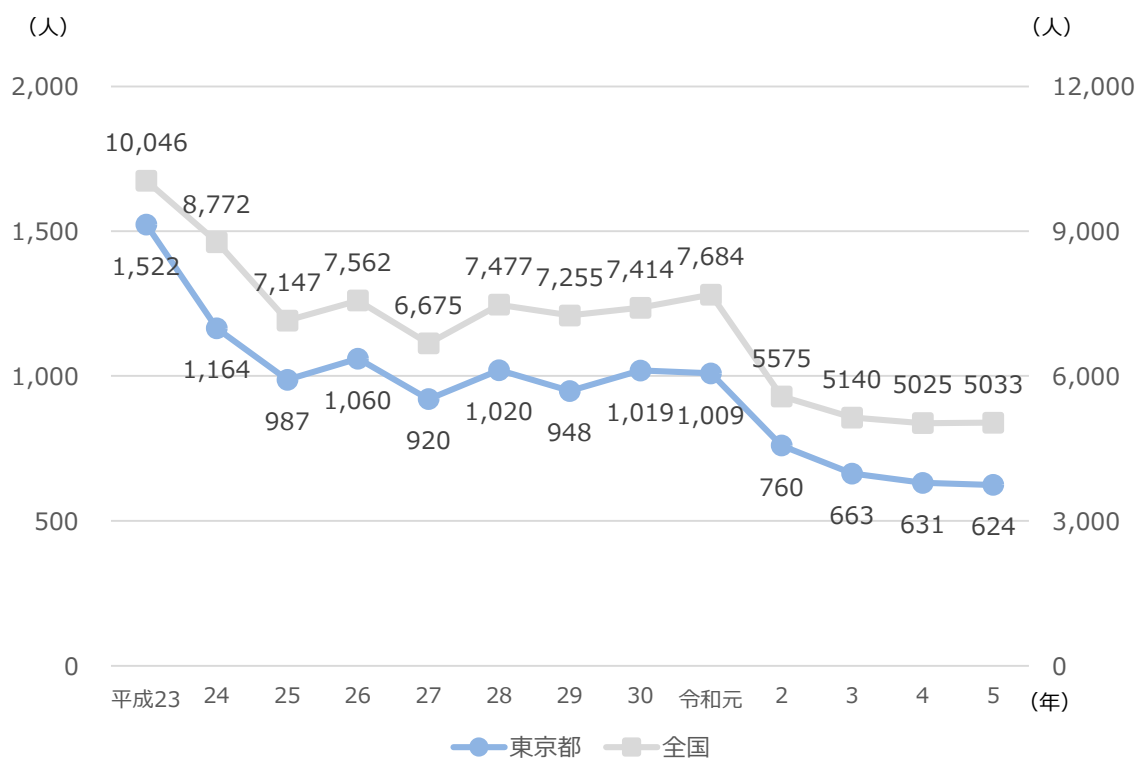
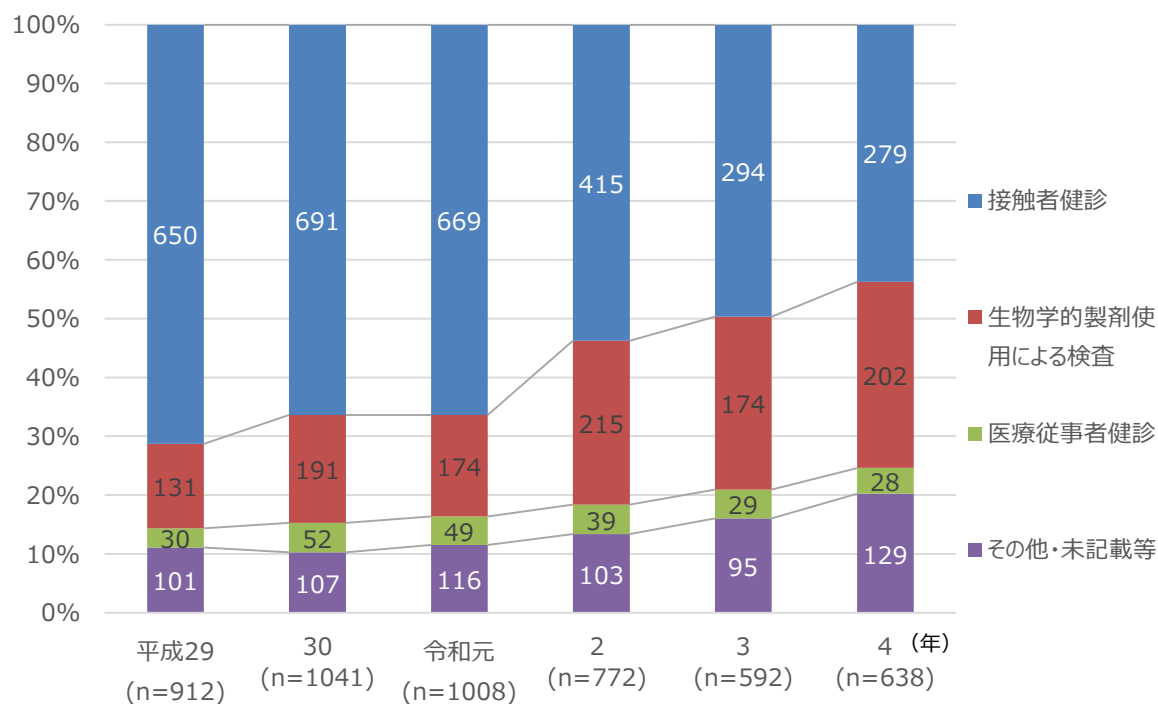
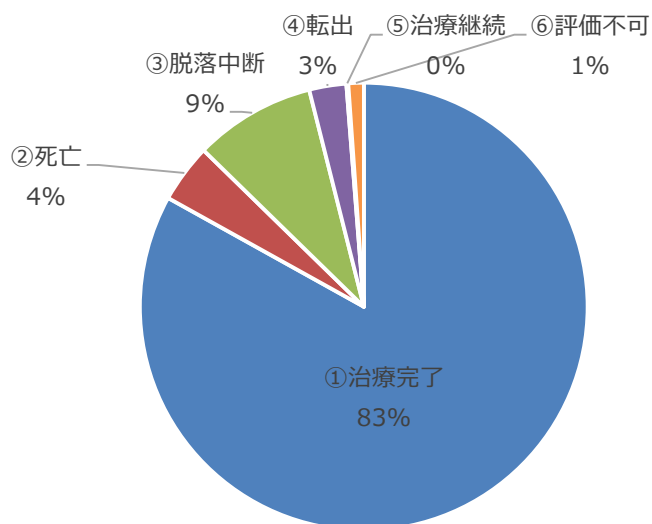


図 8-2 LTBI の治療理由の推移



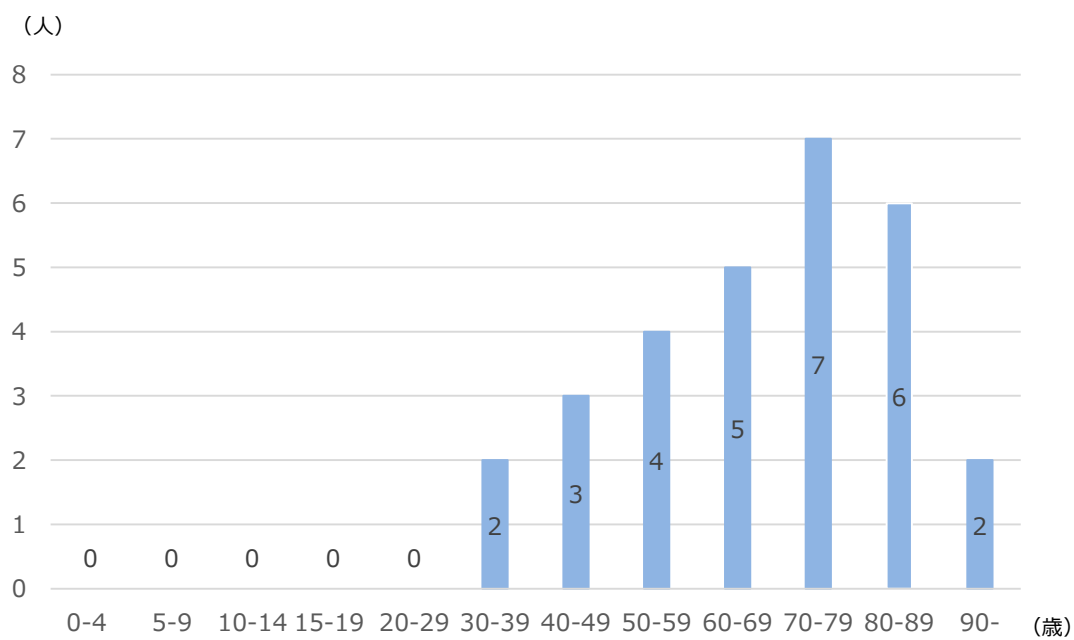
平成30年～令和5年 DOTS実施状況調査より (H29～R4LTBI新登録者の治療理由)

図 8-3 LTBI の治療経過 (n=638)



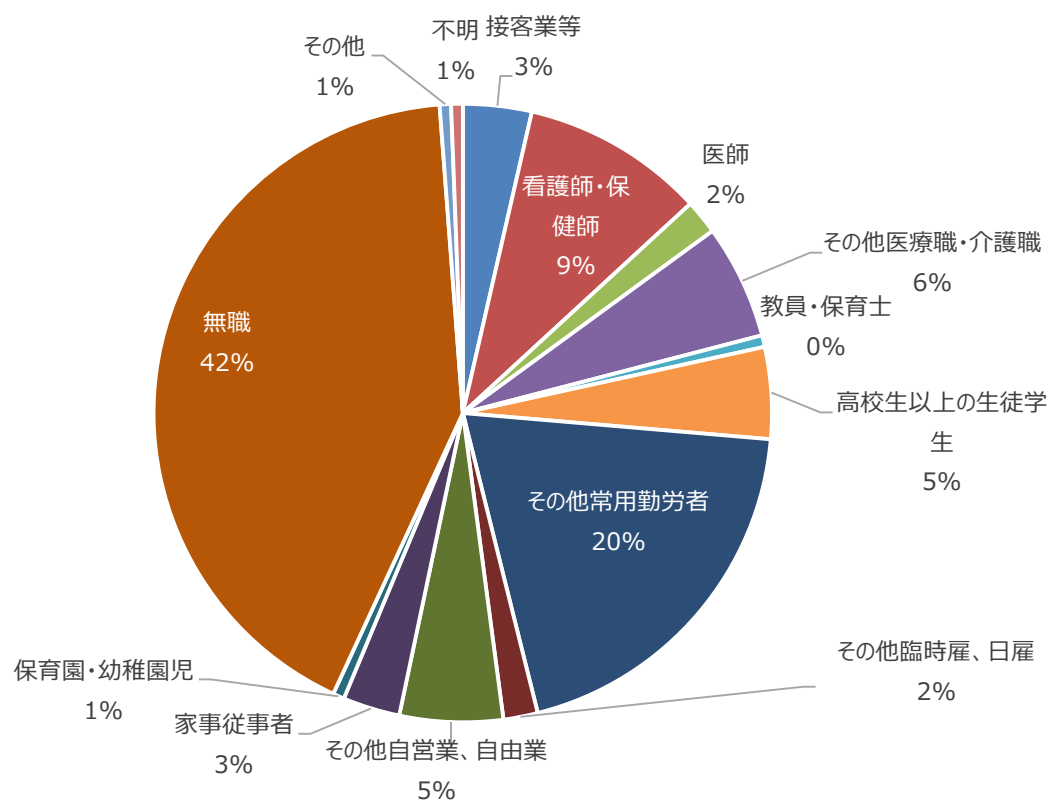
令和5年 DOTS実施状況調査より (R4年LTBI新登録者の日本版DOTS終了時の状況)

図 8-4 LTBI における治療中断者年齢分布 (n=29)



令和5年 日本版DOTS実施状況調査より (R4年LTBI新登録者のうち脱落・中断者の年齢)

図 8-5 LTBI における治療中断者の職業 (n=167)



平成30年～令和5年 日本版DOTS実施状況調査より (H29～R4LTBI新登録における脱落・中断者の内訳)

9 結核の集団感染

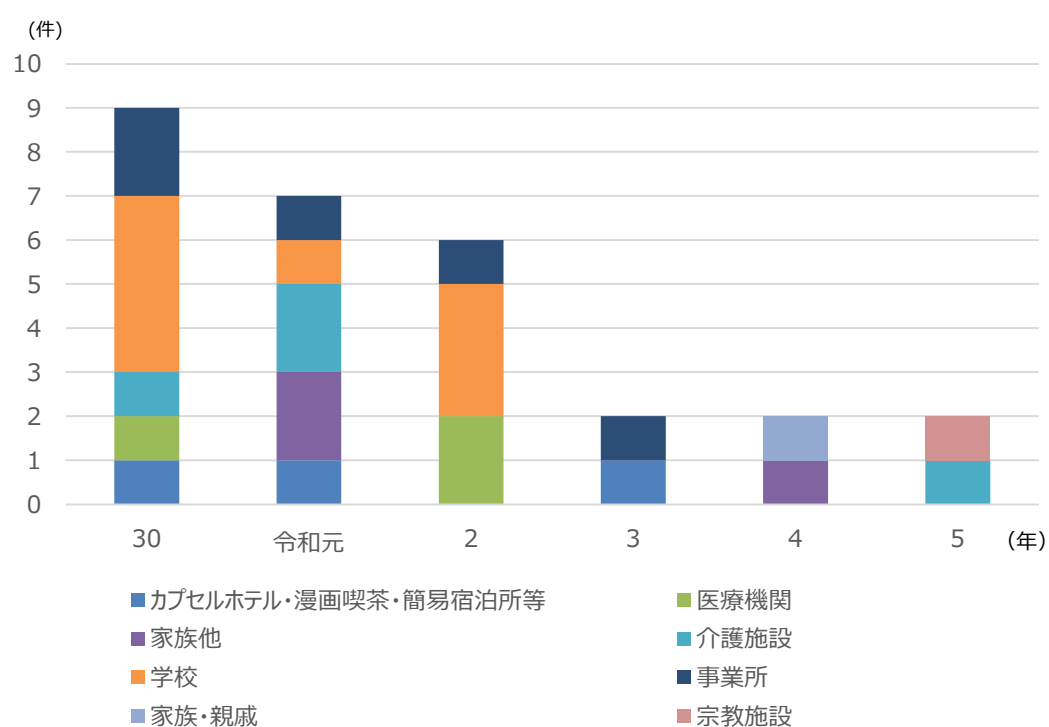
(1) 集団感染の発生件数

都内における結核の集団感染は、平成 28 年から令和 5 年までは 2~9 件で推移しています（図 9）。

(2) 集団感染の発生場所

平成 28 年から令和 2 年は学校が半数程度を占めていましたが、新型コロナウイルス感染症の影響により、令和 3 年以降の集団発生は、事務所や介護施設等学校以外の施設で発生しています（図 9）。

図 9 集団発生事例の発生場所内訳（1 件で複数に該当する場合あり）



10 患者の病状の把握

(1) 結核菌培養検査・薬剤感受性検査結果の把握状況

結核の治療は長期間にわたるため、治療薬の選択に必要な結核菌培養検査結果や患者から分離された結核菌の薬剤感受性検査結果を的確に把握することが重要です。令和5年の新規肺結核登録患者の結核菌培養結果把握率は全国が90.5%、都が99.3%、薬剤感受性結果把握割合は全国が82.1%、都が99.2%です（図10-1,2）。肺活動性結核培養陽性者の菌株の収集率については令和5年まで低い収集率で推移していましたが、令和5年に結核菌検査要領を改定したことにより、肺活動性結核培養陽性者中の菌株回収率は40.3%と大きく上昇しました（図10-3）。

(2) 病状不明割合

新登録結核患者の病状不明の割合（※）は年々減少する傾向が見られ、令和5年では、全国が15.4%、都が14.7%でした（図10-4）。

（※）年末に登録されている結核患者のうち病状が不明な者の割合であり、保健所が患者情報を把握できているかを評価する指標。

図10-1 新登録肺結核患者の結核菌培養結果把握割合の推移（プラン2018 目標：95%以上）

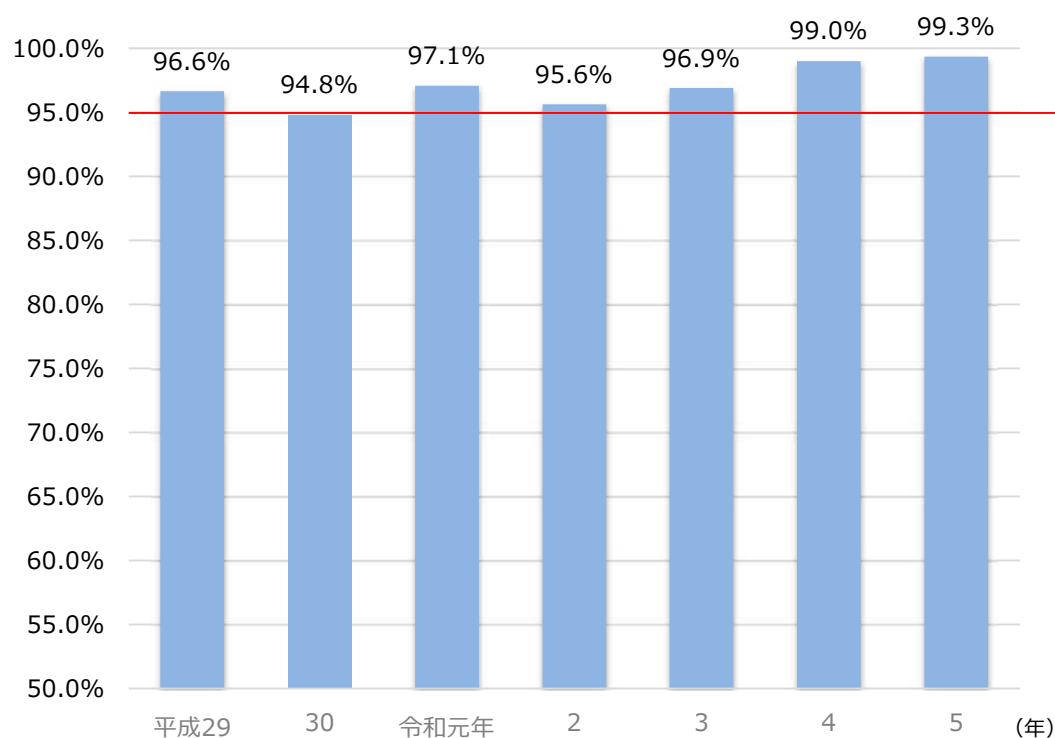


図 10-2 新登録肺結核患者の薬剤感受性結果把握割合の推移（プラン 2018 目標：95%以上）

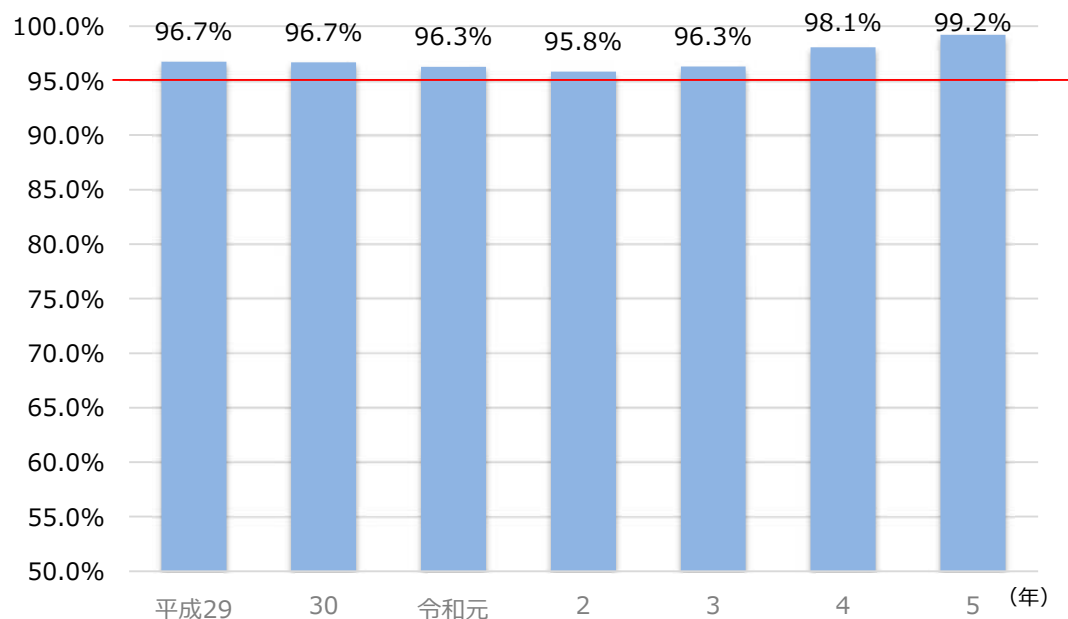


図 10-3 肺結核培養陽性患者数と菌株搬入割合の推移

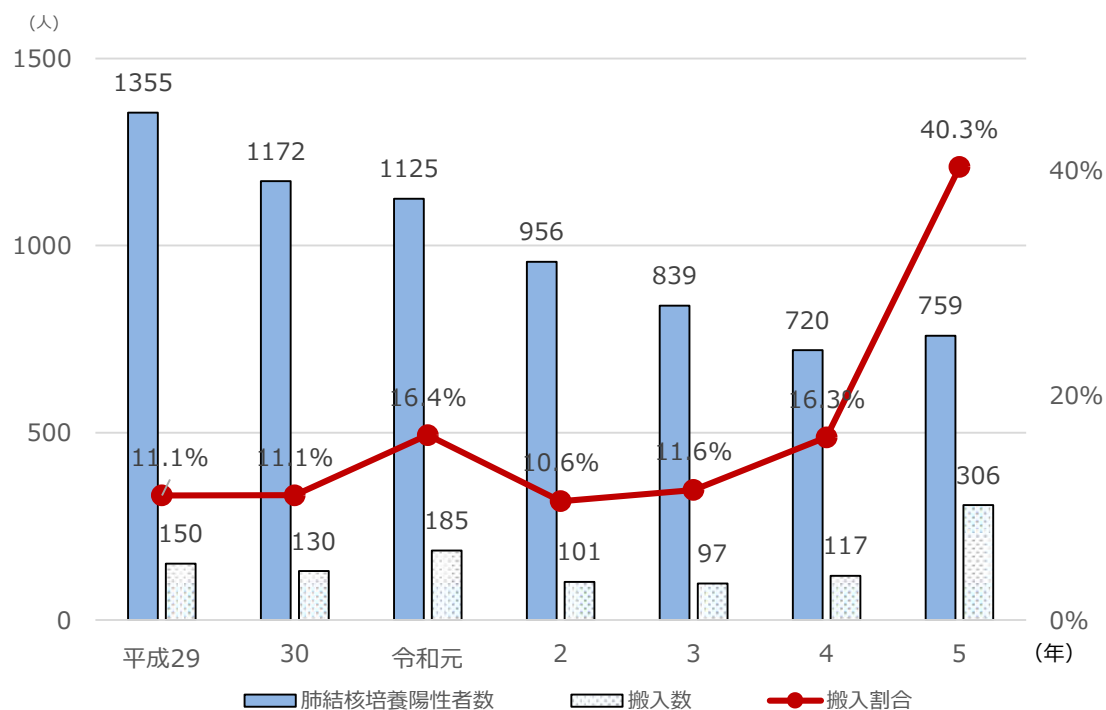
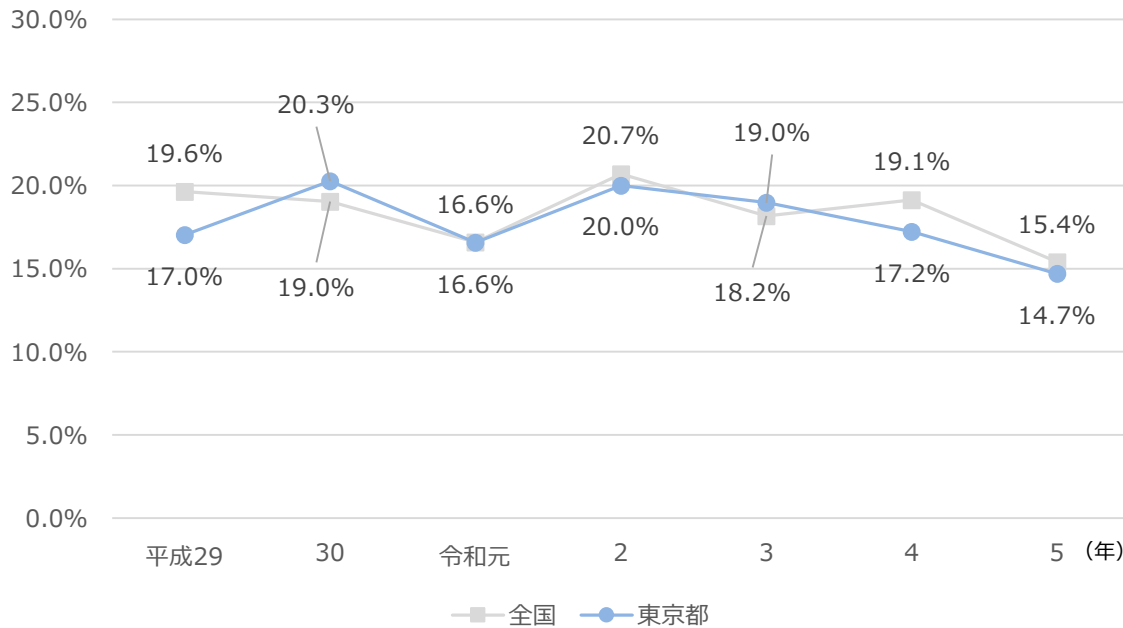


図 10-4 年末登録結核患者のうち病状不明割合



11 外国出生結核患者

(1) 外国出生者の割合

全国及び都の外国出生結核患者の新登録結核患者に占める割合は、近年増加傾向にあります。新型コロナウイルス感染症による入国制限の影響等をうけ令和元年から令和4年における割合については減少しましたが、令和5年における割合は、入国制限の解除等により、17.3%と過去最高となりました。また全国と比較し、都における割合はいずれの年も高い割合で推移しています（図 11-1 再掲）。

特に若年者においては外国出生者の結核患者の割合が高く、15～29歳は約70%、30～39歳は約半数が外国出生者です（図 11-2）。

(2) 外国出生結核患者の入国時期

平成29年においては入国から2年以内で結核と診断される外国出生結核患者は約40%と高い値でしたが、新型コロナによる入国制限を受け平成30年から令和2年においては大きく減少しています。令和5年においては入国制限解除等を受け再び増えています（図 11-3）。

(3) 外国出生者の職業

職業別では、令和元年から令和2年にかけて、新型コロナによる入国制限を受け高校生以上の生徒学生の数が大きく減少していますが、令和5年には再び割合が増えています。（図 11-4）。

(4) 外国出生結核患者の発見の契機

日本出生は、外国出生に比べて他疾患入院・通院での発見割合が高く、外国出生は日本出生に比べて健康診断での発見割合が高い傾向がみられています（図 11-5）。

(5) 薬剤耐性

令和 5 年東京都では 8 名の HR 耐性の結核患者が発生しました。うち外国出生者は 5 人、日本出生は 3 人でした。日本出生結核患者のうち、0.3%が HR 耐性である一方、外国出生結核患者の、2.4%が HR 耐性でした（図 11-6）。

図 11-1 新登録患者における外国出生者とその割合の推移（再掲）

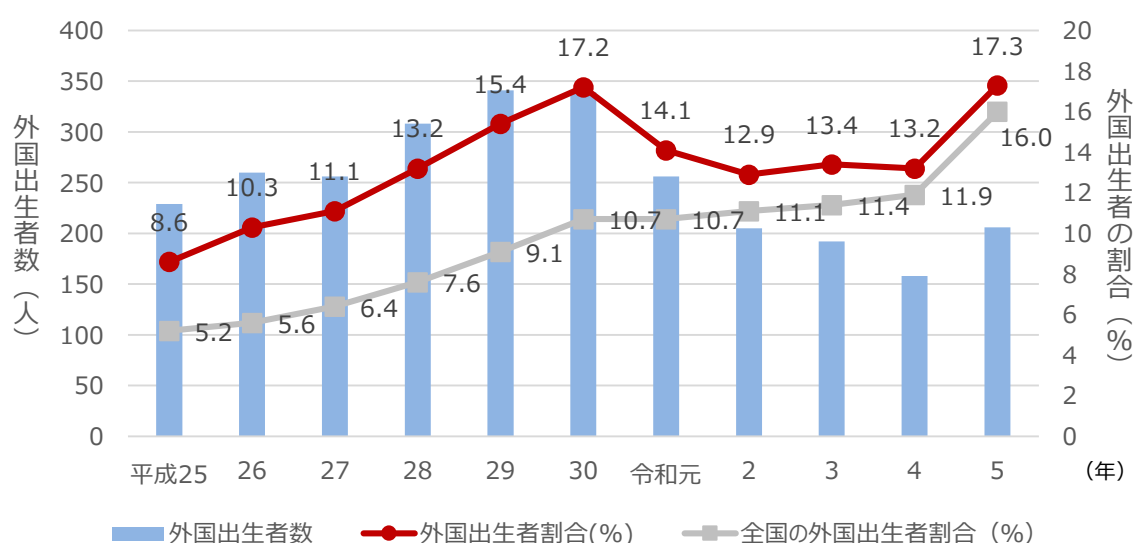


図 11-2 新登録患者における年齢階級別の外国出生者の割合

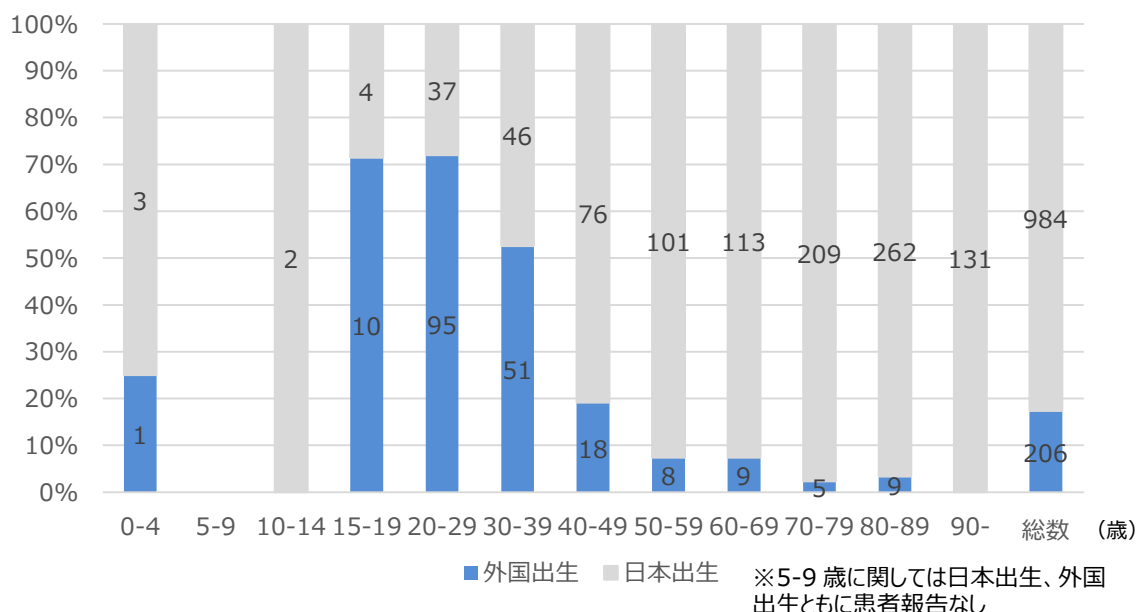


図 11-3 外国出生結核患者の入国時期の推移

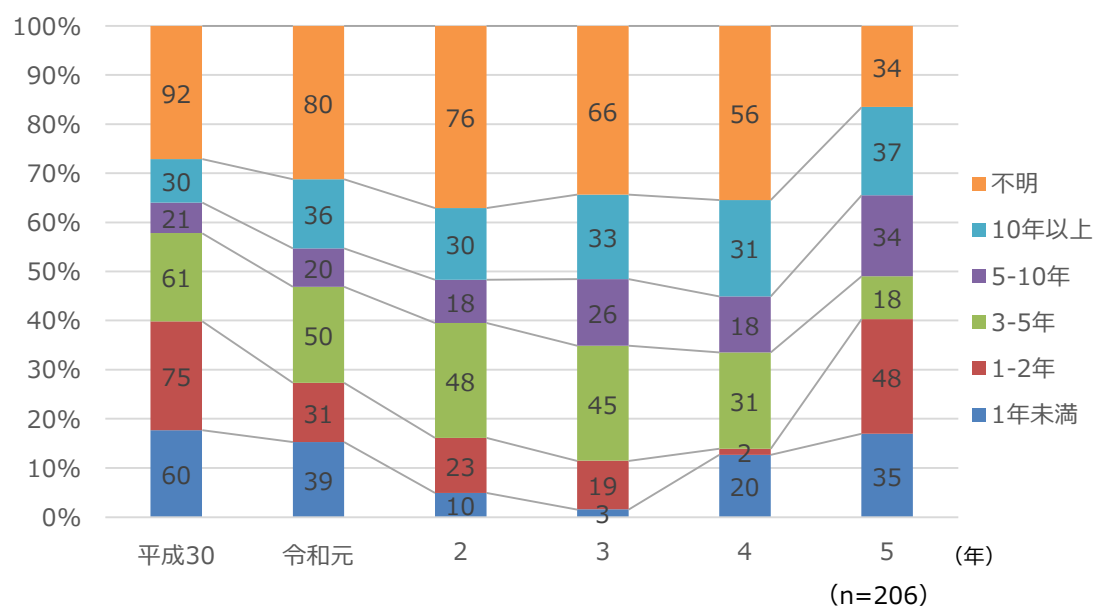


図 11-4 外国出生結核患者の職業別割合の推移

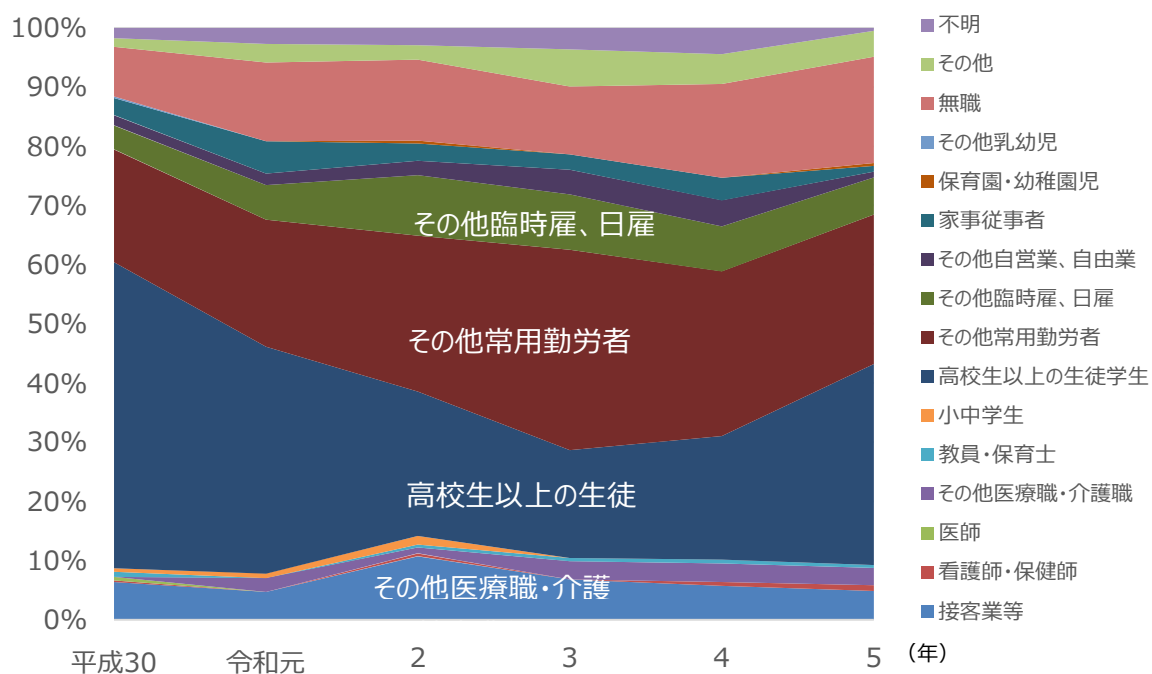


図 11-5 新登録結核患者発見方法別割合（令和 5 年）

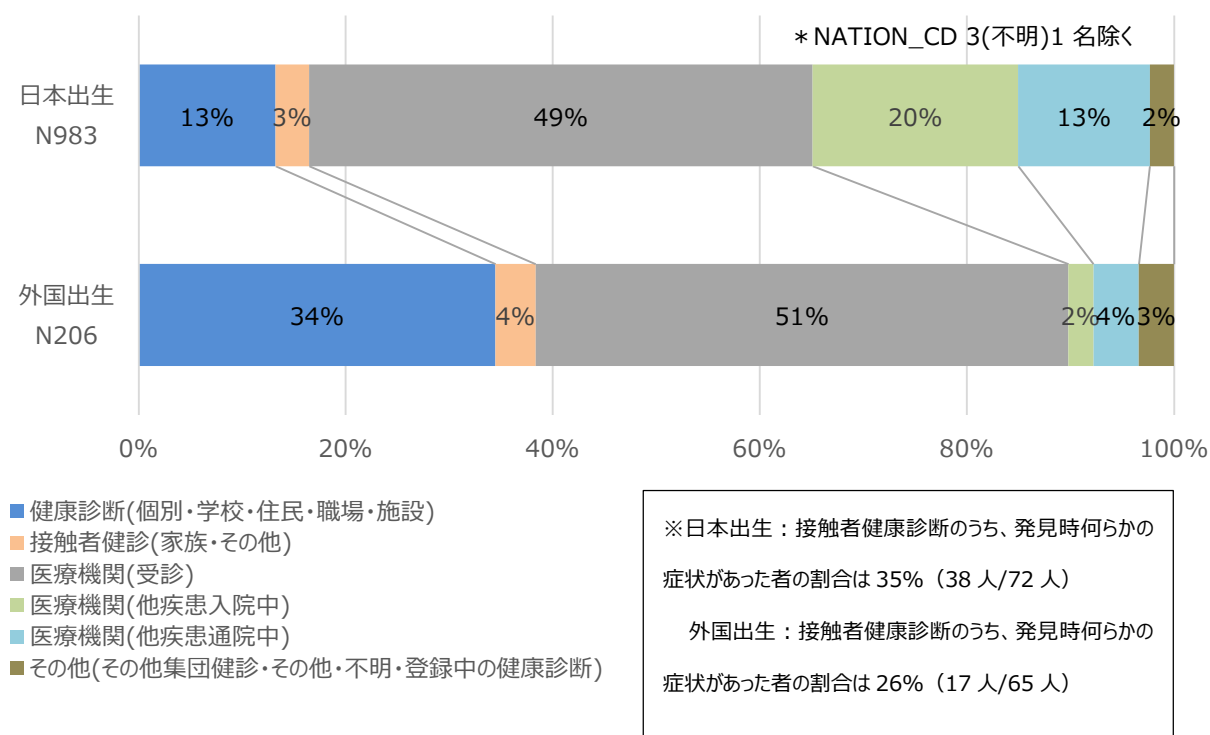
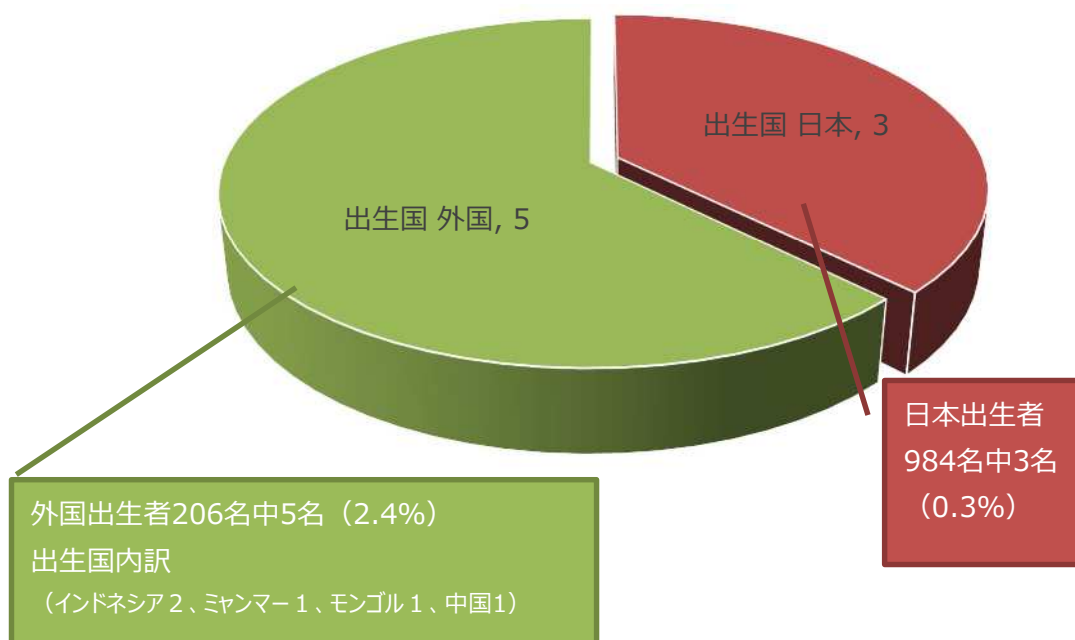


図 11-6 HR 耐性のうち外国出生者の割合（令和 5 年）



12 高齢者

(1) 年齢

新登録患者数は減少傾向にあります。その内訳では、80 歳以上の割合が全体の 3 分の 1 を超えています（図 12-1 図 2-2 再掲）。

(2) 発見の契機

80 歳以上の高齢者に関しては、医療機関受診による発見の割合が大きく、令和 5 年においては、約 93%が医療機関への受診での発見でした。うち約 43%が他疾患で入院中の発見となっています（図 12-2）。

(3) 発見の遅れ

80 歳以上の高齢者は、79 歳以下の結核患者と比較し、発見の遅れは低い値で推移しています。発見の契機では 80 歳以上の高齢者は医療機関への他疾患での定期的な受診もしくは入院中に多く発見されています（図 12-3）。

(4) 診断の遅れ

80 歳以上の高齢者は、79 歳以下の結核患者と比較しても、大きな変化はありません。令和 3 年に大きく減少し、その後は横ばいで推移しています（図 12-4）。

図 12-1 新登録結核患者のうち 80 歳以上が占める割合の推移（再掲）

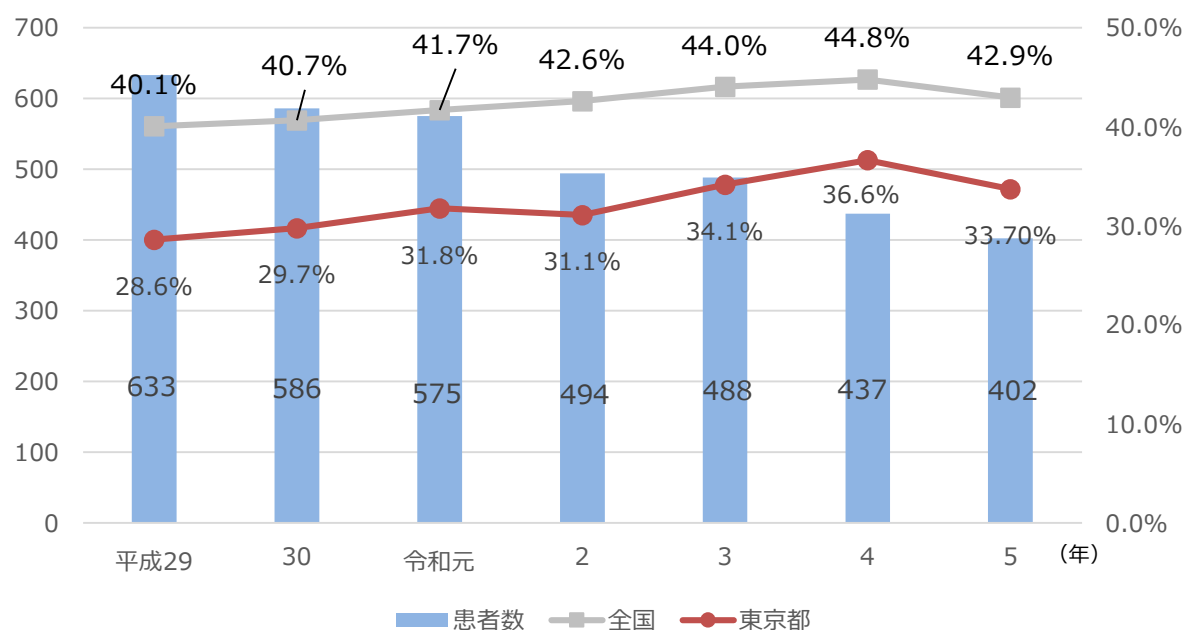


図 12-2 80 歳以上の結核患者の発見の契機（令和 5 年）

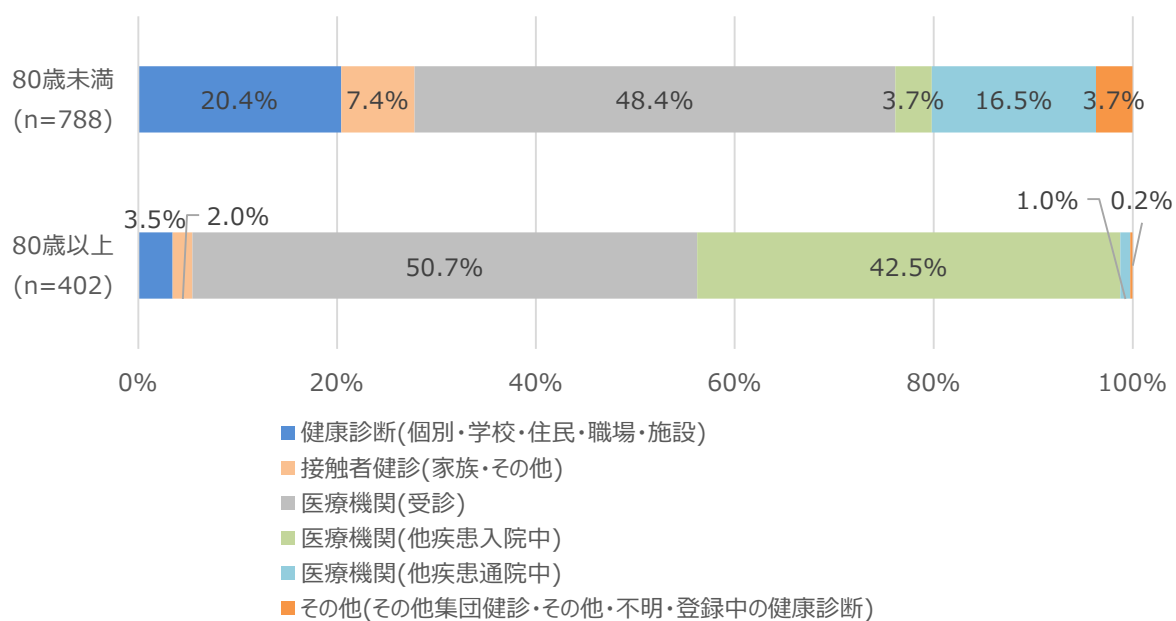


図 12-3 80 歳以上の結核患者の発見の遅れの推移

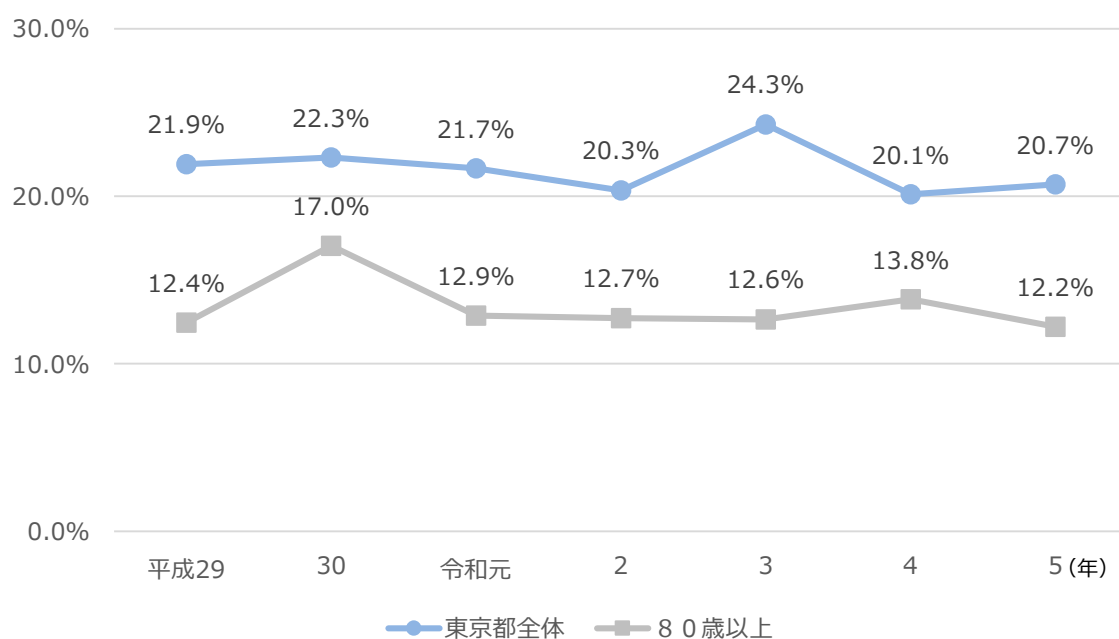
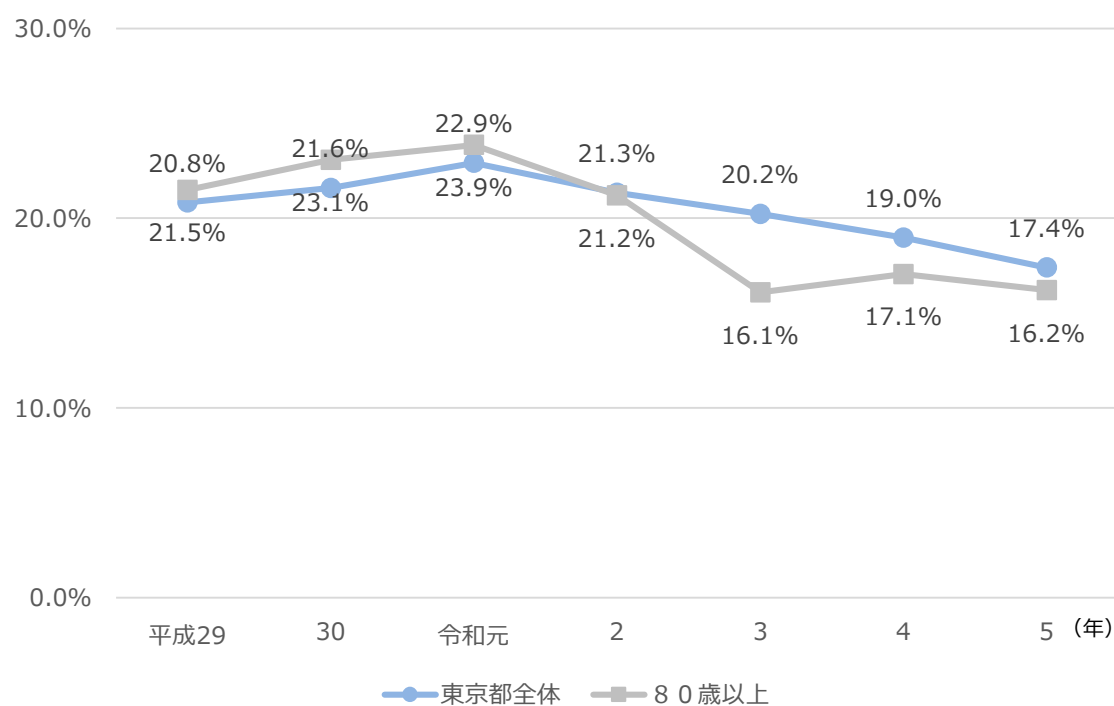


図 12-4 80 歳以上の結核の診断の遅れの推移



【参考 1】WHO 新戦略と日本版 DOTS～患者中心の服薬支援へ～

平成 5 年に WHO は結核の「緊急事態宣言」を行い、世界が優先的に取り組むべき課題として結核を取り上げ、結核制圧を目指した包括的治療戦略として「DOTS 戦略」を提唱しました。これに基づき、東京都では日本で初めての DOTS を山谷地域※結核対策特別事業として開始し、以後、平成 12 年に厚生省（当時）が日本の実情に合わせた「日本版 21 世紀型 DOTS 戦略」を発表したのに伴い、これを基に様々な事業を展開してきました（以下、東京都 DOTS の歩み）。しかし、平成 27 年から推奨されている WHO の新しい戦略（END TB Strategy）の中では DOTS という用語がなくなり、3 つの柱の 1 つとして Integrated patient-centered TB and prevention（統合された患者中心の結核治療と予防）が示される中で、「DOTS」という表現について検討する必要性が生じています。

DOTS という用語は、DOT（誰かが目の前で服薬を確認する一つの医学用語）を借用して、WHO が総合的結核対策パッケージの名称として作りました。確実な服薬（DOT）も含んでいるため、日本では、本来日本語に訳せないものを英語の直訳から「直接監視下治療」、その後「直接服薬確認」ないし「対面服薬支援」などと訳されるようになりました。

実際世界の各地の現場では、対策自体は DOTS と呼びつつも、服薬確認そのものを厳密に毎日すべての患者に適用するものから、必要な患者にだけ適用するものまであり、日本版 DOTS は後者に属するものでした。

DOTS が目指すものは確実な服薬による治癒であり、その服薬を確認することは重要な患者支援です。しかし、近年 DOT のもつ強制的なイメージやそれに要する手間などから DOTS への反発もあり「患者中心のケア」という表現が用いられるようになっていきます。我が国では「DOT を含む包括的患者支援を中心とした対策システム」を「日本版 DOTS」というブランド名で実施しており、その成果は万人が認めているところです。WHO の新しい戦略でも、服薬確認の概念そのものを否定しているわけではなく“supportive treatment supervision”という表現で、患者中心の治療支援概念の中に吸収されていると解釈できます。日本で定着した日本版 DOTS は、東京都としても自信をもって維持すべきと考え、令和 5 年 3 月に改正した「東京都 DOTS マニュアル」には副題として「～患者中心の服薬支援に向けて～」を追加しました。令和 7 年東京都結核予防推進プランではこれまでの実績については DOTS という表現を継続し、新たなプランに掲げる目標や、**今後の計画に関しては、一部患者中心の「服薬支援」という言葉に変えて記載しています。**

※山谷地域：台東区の北部地域と荒川区の一部を指す。戦後、被災者を収容する仮設テント村がこの地域に整備され、のちに簡易宿所（宿泊場所を多数で共用する施設）に変わっていった。日本経済の高度成長期には、労働需要の高まりから日雇い労働者がこの地域に集まり、仕事探しの寄せ場を形成する労働市場の街となった。こうした歴史的背景から山谷地域には簡易宿所が密集しており、住所不定者が多い。また近年は日雇い労働者の高齢化が進んできている。これらの地域や住民の特性等から、都内でも結核のり患率が高く、受診の遅れと治療中断による重症例や再発例が多い。

【東京都 DOTS の歩み】

平成 9 年 9 月	山谷地域結核対策特別事業として日本で初めて DOTS を開始。
平成 17 年 4 月	特別区保健所では、先駆的に地域 DOTS を実施していた区があったが、改正結核予防法の施行により、全保健所で実施。
平成 20 年 4 月	結核地域連携パス事業を東京都が結核地域医療ネットワーク化 推進事業の一部と位置づけて多摩地域の一部で正式導入。
平成 20 年 8、9 月	DOTS 支援員派遣事業、医療機関等 DOTS 事業（東京都保健所対象）開始。
平成 22 年 1 月	東京都内共通の「服薬ノート」配布。
平成 26 年 3 月	国通知の改正等を踏まえ、「東京都版 21 世紀型 DOTS 事業実施マニュアル」を保健所、結核病床を有する医療機関を対象としたマニュアルに全面改定し、名称を「東京都 DOTS マニュアル」と改正。
平成 31 年 3 月	国通知の改正を踏まえ、DOTS 実施においては、患者背景に応じた服薬支援の充実が必要なことから、「東京都 DOTS マニュアル」を改定。
令和 5 年 3 月	「結核医療の基準」等の変更を踏まえ、内容とともに名称を「東京都 DOTS マニュアル ～患者中心の服薬支援に向けて～」と改定。

【参考 2】都保健所の結核業務のデジタル化について

東京都では東京デジタルファースト条例が令和 3 年 4 月に施行されたことに伴い、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きました。

1 結核関連手続のデジタル化

結核関連手続については、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、国が運営している補助金申請システムの「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います。

【デジタルツールを導入した都保健所の結核関連手続一覧】

申請手続名	電子化の方法	導入時期	申請者
結核患者等家族・接触者・管理健診委託	LoGo フォーム	令和 6 年 2 月	委託医療機関
結核指定医療機関指定申請等	LoGo フォーム	令和 6 年 2 月	医療機関
結核定期病状調査	LoGo フォーム	令和 6 年 3 月	医療機関
医療機関 DOTS 事業	LoGo フォーム	令和 6 年 3 月	依頼先医療機関
結核による低肺機能患者入院事業	JGrants	令和 6 年 4 月	協力医療機関
結核医療費公費負担申請	LoGo フォーム	令和 6 年 4 月	患者等
入退院結核患者届出	LoGo フォーム	令和 6 年 4 月	医療機関
東京都感染症疑い患者一時受入支援金	LoGo フォーム	令和 6 年 10 月	医療機関

2 結核業務における患者対応管理ツールの導入

都保健所においては、患者毎に紙で作成している「結核登録票」をデータ化し、患者・接触者対応の管理ツールを導入しています。本ツールの導入により、職員間の情報共有や進捗管理を効率化し、よりきめ細かな患者対応に注力します。

<スケジュール>

令和 6 年 10 月末 多摩立川保健所・多摩府中保健所に先行導入
令和 7 年度 他の 4 都保健所に導入（予定）

第3章 プラン2018による取組の状況と今後の課題

1 プラン 2018 における取組

プラン 2018 では、都における結核対策上の課題を解決するため、重点事項として（１）外国出生結核患者対策、（２）高齢者結核対策、（３）潜在性結核感染症（LTBI）対策を設定し、「原因の究明」「発生の予防・まん延防止」「医療」「人材育成」「普及啓発」「施設内（院内）感染の防止」の６つの対策に体系立て、12 の取組を推進してきました。

（１）外国出生結核患者対策

ア 早期発見の取組の強化

外国出生者の使用言語を考慮した多言語問診票を作成し、健診や問診時に活用し早期発見に繋がりました。

イ 外国出生結核患者への服薬支援

都では、外国人向け支援ツール（動画・リーフレット）の作成、内容を充実させ、服薬ノートの多言語版を作成し、保健所では、外国出生結核患者に対して、受診や治療の継続に課題のある場合には東京都外国人結核等患者治療・服薬支援員（医療通訳）派遣事業により、結核治療の基本的な流れや内容、日本の医療体制についての情報提供や教育を図り、治療完遂に向けた支援を行ってきました。

なお、東京都外国人結核等患者治療・服薬支援員に関しては、「新型コロナ」の流行や、外国出生結核患者の入国する地域の多様化等の情勢の変化を受けて使用言語や利用方法（派遣、遠隔、三者間通話）を拡充し、治療完遂に向けた支援の充実を図りました。

ウ 日本語教育機関における取組支援

日本語教育機関の学生等を対象とした外国人向け支援ツール（動画・リーフレット）を配布、また、予防講演会などを通じ、各機関において適切な対応が取れるようにしました。

（２）高齢者結核対策

ア 定期健診受診に関する普及啓発・高齢者・高齢者施設向け普及啓発

高齢者向けリーフレット、ポスターの作成、福祉施設、介護施設職員等に向けて啓発資料を作成（2020 年度）、配布してきました。また、高齢者向け、介護職員向けの啓発、施設向けの講演会の開催や、保健所においては、高齢者部門の関係者連絡会を活用した情報提供をしてきました。

イ 高齢者施設における集団感染対策

上記に加えて、「高齢者施設における結核対策の手引」（令和元年度）を改定して、配布し、集団感染発生時には説明会や対策会議の開催等の支援を行ってきました。

(3) 潜在性結核感染症（LTBI）対策

ア 接触者健診による LTBI 発見

都で「接触者健診マニュアル（令和 5 年）」や「保健所 QFT-4 G 採血および搬送マニュアル」の改定（平成 31 年）を行い、保健所ではこのマニュアルを参考に検診を実施することで LTBI の発見に努めました。

イ LTBI 医療に関する研修

医療従事者に対し、講演会や研修、「医療機関における結核対策の手引き」改定版の配布等を通じ、情報提供等を行ってきました。

ウ LTBI の者への DOTS 推進

「潜在性結核感染症マネジメントガイド」を作成し、あわせて「DOTS マニュアル」を改定し、LTBI 対応を充実させ、服薬ノートの活用促進により、DOTS を推進させてきました。

[1] 原因の究明

取組 1 サーベイランスの強化

都では、届出の徹底に向けた医療機関等への周知、結核の概況の作成、地域分析ツールを作成し、保健所への提供を行いました。保健所では、これらのツールを用いて情報の収集・入力・分析、コホート検討会等での活用がなされました。令和 5 年度からは、従来の積極的疫学調査に加え、菌株回収率を上げるために結核菌検査（VNTR）の対象を拡大し、さらなる感染経路の究明に努めました。今後は、積極的疫学調査と併せた分子疫学調査の結果をどのように保健所に還元し活用していくかが課題となっています。

[2] 発生予防・まん延防止

取組 2 BCG 接種の確実な実施

区市町村が主体となって、BCG 接種の周知、BCG 接種に関する研修やマニュアルの作成がなされました。令和 2 年度には接種率が東京都の目標値 99%を越えましたが、以降は達成できていません。接種技術の確保、医療従事者のコホ現象の理解不足などが課題となっています。

取組 3 早期発見の取組の強化

無料結核健診などのハイリスク者等への健診を実施してきました。施設等へ定期健診の実施勧奨や多言語問診票を活用した啓発やハイリスク集団への啓発や健診機会の提供をしてきました。り患率が低下した結核に関する意識を高めること、ハイリスク集団の感染伝播経路の解明が課題として挙げられます。

取組 4 確実な接触者健診の実施

都で「接触者健診マニュアル（令和 5 年）」や「保健所 QFT-4 G 採血および搬送マニュアル（平成 31 年）」の改定を行い、保健所ではこのマニュアルを参考に健診を実施しています。広域事例発生時には、保健所間で合同検討会や情報共有を実施し、都も情報共有や対応の調整を行ってきました。広域事例では、保健所間における健診の範囲や内容等健診計画の相違などが課題として挙げられます。

〔3〕医療

取組 5 医療機関の確保

都では、結核患者の受け入れに関する状況調査を実施し、保健所では、入院早期からの転院調整、通院医療機関の確保などを行ってきました。しかし、合併症等のある患者の受け入れ医療機関の不足は依然として課題であり、医療体制の整備を進めていく必要があります。また、新型コロナ流行時結核病床の多くがコロナ病床へと転用された後、再開の目途が立たない病床や感染症病床へ転換となった病床もあります。低まん延下で結核病床が減少する中、今後の医療体制を再検討する必要があります。

取組 6 適切な診断・治療

医療機関等に対する研修会や「医療機関における結核対策の手引き改定」（令和 2 年度）、医療機関へ結核発生状況の情報提供などを行ってきました。課題としては、結核患者数の減少に伴い、医療機関における結核診療経験の不足などが挙げられ、取組 5 の医療機関の確保とともに、結核の専門医による診療サポート体制を検討する必要があります。

取組 7 服薬支援の強化

都は、外国人向け支援ツールの充実や「服薬ノート」、「DOTS マニュアル」の改正（平成 30 年度・令和 4 年度）、「潜在性結核感染症マネジメントガイド（平成 29 年度作成・令和 4 年度改正）」を作成し、DOTS 支援に生かしてきました。また、「東京都コホート検討会指針」を作成（令和 2 年度）し、各保健所が地域 DOTS 体制の推進を図り、結核医療及び結核対策全般に関する課題について検討してきました。また検討内容は地域の結核対策に反映するコホート検討会で協議し内容の充実を図りました。

DOTS 実施率は、2018 のプラン目標値で掲げた結核患者、潜在性結核感染症ともに 95%以上を達成し、治療失敗・脱落も低い割合で維持しています。この状態を維持するため、今後も、各保健所の DOTS 実施状況調査で得られた情報を毎年集計し、保健所等に還元し、都の広域的な DOTS 対策に活用できるようにしていきます。保健所と医療機関、地域の関係機関が連携し、院内 DOTS から地域 DOTS へとつなげ、確実に服薬支援をしていくことは引き続き取り組むべき課題となります。

[4] 人材育成

取組 8 保健所等の職員の資質向上

都では、結核予防講演会を通して、重点課題として挙げられている外国人・高齢者対策の研修を開催しました。また事例集の作成を行い対応困難な事例について過去の類似事例を紹介してきました。保健所では、年間研修計画を作成し、外部研修の活用とともに所内研修を実施し、マニュアル等の活用によりOJTによる育成を実施しています。

取組7にあるコホート検討会は保健所等の職員の資質向上のためにも重要であり、内容の充実を図っていくことは引き続き課題となります。低まん延下においては、各保健所単位だけではなく、より広域的なコホート検討会を実施していくことも保健所職員等の資質向上のために必要なことといえます。

[5] 普及啓発

取組 9 都民への普及啓発

結核予防週間(9月24日～30日)[※]や、世界結核デー(3月24日)等で行われる行事(パネル展示、都庁舎のライトアップ、講演会等)やホームページ等を活用した普及啓発、情報提供、リーフレット等の配布を行いました。啓発内容、関心を持ってほしい層、集団等への啓発方法が課題となっています。 ※令和6年度から「結核予防週間」は、「結核・呼吸器感染症予防週間」に変更となりました。

取組 10 福祉施設・企業・教育機関への普及啓発

高齢者向け、介護職員向けの啓発、施設向けの講演会の開催や、高齢者部門の関係者連絡会を活用した情報提供、日本語学校等への予防講演会の開催や各施設での外国人向け支援ツールの充実、教育機関を対象としたリーフレットの改定を行いました。新型コロナウイルスによる講習会実施困難、特定技能外国人の事業者や管理団体への情報提供、罹患率の低下による結核への関心の低下が課題として挙げられます。

[6] 施設内（院内）感染の防止

取組 11 医療機関における取組の支援

「医療機関における結核対策の手引き」を改定したほか、保健所では、医療機関の感染症連絡会での情報提供、コホート検討会で医療機関の感染症担当者への出席依頼より平時からの連携を推進し、結核発生時には相互に連携をしてきました。医療機関での結核患者への対応力向上、医療機関との一層の関係性構築や職員健康診断要精密者のフォロー等が課題と考えています。

取組 12 施設等における取組の支援

保健所では結核の集団感染が発生した際の早期対応、対策会議の実施や対策の支援を実施しました。施設によって結核発生時の対応力の偏り、施設スタッフの結核に対する正しい理解、菌陰性化

後の施設での患者受入困難が課題として挙げられます。

プラン2018の実施経過

	H29 (2017) 年度	H30 (2018) 年度	H31・R元 (2019) 年度	R2 (2020) 年度	R3 (2021) 年度	R4 (2022) 年度	R5 (2023) 年度
対策1 原因の究明							
(1) サーベイランスの強化	・結核事例の蓄積、還元	・行動調査票の作成	・行動調査票の活用			結核菌検査要領改正(対象拡大)	
対策2 発生予防・まん延防止							
(2) BCG 接種の確実な実施	・区市町村のBCG 接種啓発の支援、接種勧奨の支援						
(3) 早期発見の取組強化	・ハイリスク者に対する健診受診の勧奨及び実施	・多言語問診票の作成	・多言語問診票の活用				
(4) 確実な接触者健診の実施	・現行マニュアルに基づく健診の実施(H26作成)	・接触者健診マニュアル一部改定 ・QFT-Plus採血及び搬送マニュアルの改定	・新マニュアルに基づく健診の実施 ・保健所QFT-4G採血および搬送マニュアルの改定		・接触者健診マニュアル(国)一部改正	・接触者健診マニュアル(都)一部改正	
対策3 医療							
(5) 医療機関の確保	・モデル病床の拡充			・病院状況調査	・病院訪問		
(6) 適切な診断・治療	・K-netでの菌検査情報の共有拡大 ・医療機関等に対する研修の機会、情報提供等						
(7) 服薬支援の強化	・LTBIマネジメントガイドの作成 ・外国人向け支援ツール(動画、リーフレット)の作成 ・東京都外国人治療・服薬支援員派遣事業通訳の量的拡充	・DOTS実施状況・体制の把握と還元 ・DOTSマニュアルの改正 ・LTBIマネジメントガイドの研修 ・服薬ノート、療養の手引きの言語拡大	・コホート検討会指針の作成 ・服薬支援ツールの検討	・服薬ノートの言語拡大	・動画・服薬ノート外薬剤変更による一部改正	・DOTSマニュアルの改正 ・LTBIマネジメントガイドの改正	
対策4 人材育成							
(8) 保健所等の職員の資質向上	・講演会、ホームページによる最新情報の提供 ・保健所向け、関係機関向け	・支援事例集の作成					

	研修の開催						
対策5 普及啓発							
(9) 都民への普及啓発	・ホームページ等を活用した普及啓発	・外国人向け支援ツールの活用			・外国人向け動画の日本語版作成		→
(10) 福祉施設・企業・教育機関への普及啓発	・高齢者リーフレット、ポスターの作成 ・外国人向け支援ツールの作成（再掲）	・外国人向け支援ツールの活用		・事業所向け啓発資料の改定	・学校・塾向けパンフレットの改正		→
対策6 施設内（院内）感染の防止							
(11) 医療機関における取組の支援	・結核予防講演会の開催						→
				結核対策の手引改定			
(12) 施設等における取組の支援	・結核予防講演会の開催		高齢者施設における結核対策の手引改定				→

2 目標の達成状況

プラン 2018 では国の予防指針で設定した6つの目標値と都独自の3つの目標値を定めました。各目標値の達成状況は表2のとおりです。

令和2年に人口10万人対り患率が都の目標値を下回ったことで、指標7を除く、全項目で国・都の目標値を達成しています（表2 網掛け部分）。

指標7については、平成29年に結核登録者情報システムが改修され、コホートが不能と判定されなくなりました。このため目標管理は平成28年で終了しています。

2020年に全項目で目標

表2 プラン2018で設定した目標達成状況

指標		国指針の 目標値	都の目標値	保健所の 目標値	結核予防推進プラン2018					
					H30 (2018)	R元 (2019)	R02 (2020)	R03 (2021)	R04 (2022)	R05 (2023)
国	1 人口10万人対り患率	10以下	12以下	管轄地域の患率 から30%減	14.3	13.0	11.3	10.2	8.5	8.4
	2 BCG接種対象年齢における接種率	95%以上	99%以上	99%以上 (区市町村)	97.4%	98.6%	101.3%	96.5%	98.4%	96.9%
	3 全結核患者DOTS実施率	95%以上	95%以上	95%以上	98.6%	99.0%	98.6%	97.7%	98.7%	—
	4 潜在性結核感染症DOTS実施率	95%以上	95%以上	95%以上	97.5%	98.3%	98.4%	96.5%	98.9%	—
	5 肺結核患者の治療失敗・脱落率※)	5%以下	5%以下	5%以下	1.1%	1.3%	1.4%	1.6%	1.2%	—
	(参考) 活動性結核患者(肺外結核含む)の治療失敗・脱落率※)	—	—	—	1.2%	1.4%	1.7%	1.4%	0.7%	—
都 独 自	6 潜在性結核感染症の治療を開始した者のうち治療を完了した者の割合	85%以上	85%以上	85%以上	88.9%	87.6%	90.3%	92.4%	86.9%	—
	7 喀痰塗抹陽性の新規登録肺結核患者（再治療を除く）のうち、コホート判定の結果が判定不能である者の割合	—	5%以下	5%以下	—	—	—	—	—	—
	8 保健所における培養検査結果の把握割合	—	95%以上	95%以上	94.8%	97.1%	95.6%	96.9%	99.0%	99.3%
	9 保健所における培養陽性中の薬剤感受性検査結果の把握割合	—	95%以上	95%以上	96.6%	96.2%	95.8%	96.3%	98.1%	99.2%

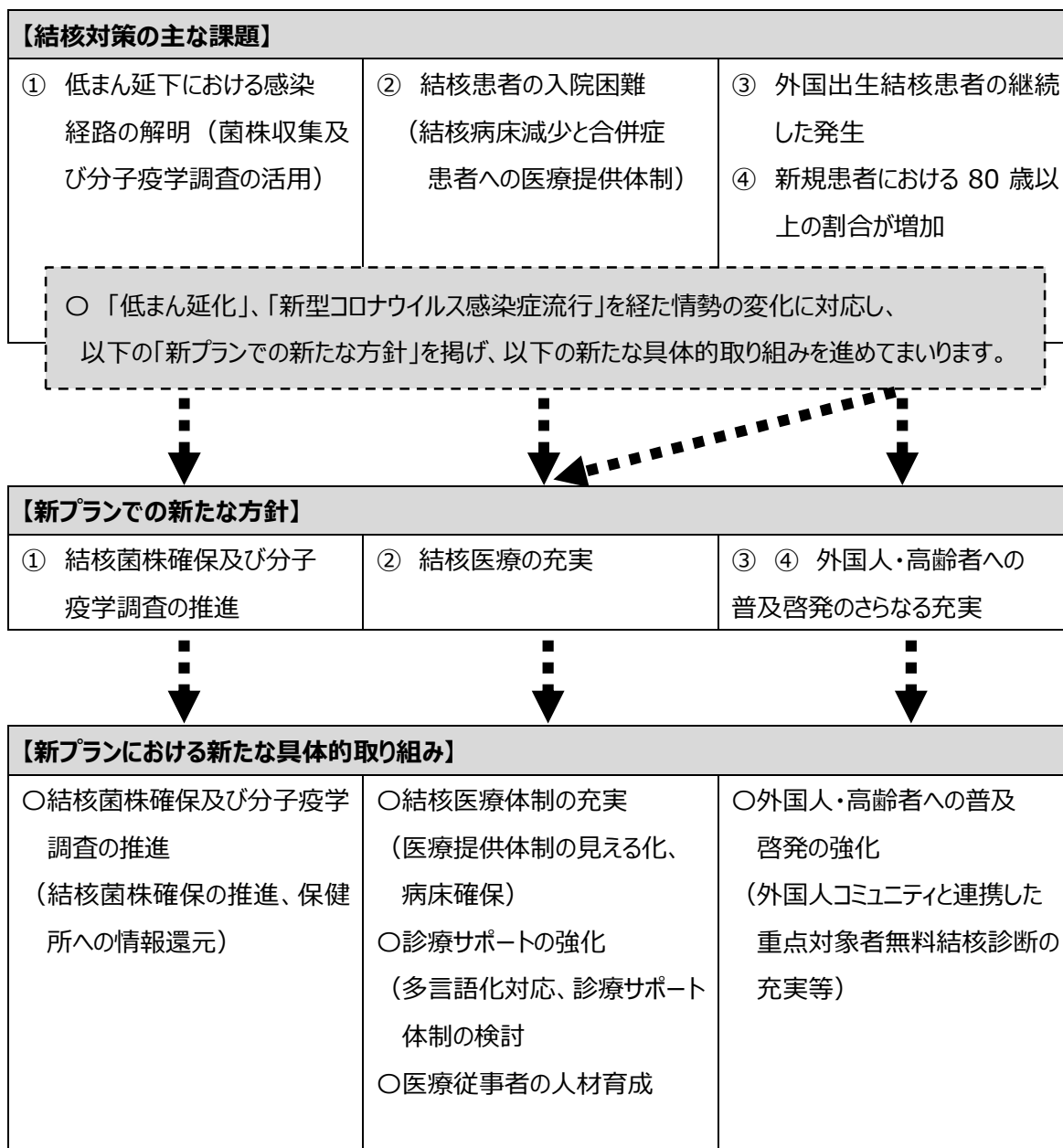
※) 結核登録者情報システムの、年報管理の治療成績の項目から「失敗」と「脱落中断」の割合を算出したものを計上。（昨年まではコホート観察から自動集計されたものを計上していたため、数値が異なっている）

注) 達成状況の対象年記載については、BCG 接種対象年齢（定期予防接種の対象年齢）における接種率は年度、その他は暦年。

第4章 プラン2025による取組

1 プラン 2025 の考え方

- 新プランの考え方としては、プラン 2018 における 6 つの分野の現行対策の維持と強化を図りつつ、以下の「結核対策の主な課題」を踏まえた新たな対策強化に取り組むこととします。



- さらに、令和〇年に改正された国の予防指針の内容を踏まえるとともに、都における地域特性を十分に踏まえた対策に取り組むこととしています。
- 国の予防指針においては、「低まん延国化に向けては、従前行ってきた総合的な取組を徹底していくことが極めて重要であり、その中で病原体サーベイランス体制の構築、患者中心の DOTS の推進、LTBI の確実な治療等を進め、効果を高めていくことが重要」とされており、こうした考えの下、都においても従来の

施策の成果や関係機関の連携体制を最大限に生かし、総合的な取組を進めていくこととしています。

- プランの構成は国の予防指針の構成との整合性を図り、次ページのとおりの 6 つの分野に体系を整理し取組を進めていくこととしています。
- 目標については、国の予防指針における具体的目標を踏まえつつ、都の地域特性を考慮し、令和 11 年（2029 年）までの目標値を設定することとしました。

<参考> 結核に関する特定感染症予防指針（令和 7 年〇月改正）

令和〇年〇月に結核を取り巻く状況の変化を踏まえ、予防指針が改正されました。

新たな指針では、結核の予防のための総合的な施策の推進を図るため、結核対策の今後の方向性が示されています。

[主な改正内容] ※国の指針を踏まえ修正

○患者中心の DOTS の推進 ※現状指針のまま記載

患者の生活環境に合った DOTS（直接服薬支援）の推進

潜在性結核感染症（LTBI）の者に対する DOTS の徹底など

○分子疫学的手法による病原体サーベイランスの推進

結核菌の遺伝子解析検査やその検査結果を活用した疫学調査の手法の普及など

○低まん延国化（平成 32 年までに人口 10 万人対り患率 10 以下）に向けた体制の検討

結核に係る定期的健康診断のあり方の検討、患者数に見合った結核医療提供体制の確保など

2 プラン 2025 の構成

都における結核対策上の課題を解決するため、6つの分野に体系立て、16の取組を推進していきます。

分野	取組
1 原因の究明	(1) 患者発生サーベイランスの強化
	(2) 結核菌株確保の積極的な実施
2 発生予防・まん延防止	(3) BCG 接種の確実な実施
	(4) 早期発見の取組強化
	(5) 確実な接触者健診の実施
3 医療	(6) 結核医療体制の充実
	(7) 適切な診断・治療
	(8) 診療サポートの強化
	(9) 服薬支援の強化
4 人材育成	(10) 保健所等の職員の資質向上
	(11) 医療従事者の資質向上
5 普及啓発	(12) 都民への普及啓発
	(13) 外国人・高齢者への普及啓発
	(14) 福祉施設・企業・教育機関への普及啓発
6 施設内（院内）感染の防止	(15) 医療機関における取組支援
	(16) 施設における取組支援

3 プラン 2018と 2025 の構成比較（参考）

現行プラン(プラン 2018)	新プラン（プラン 2025）
1 原因の究明	原因の究明
(1) サーベイランスの強化	(1) 患者発生サーベイランスの強化 (2) 結核菌株確保の積極的な実施（新規）
2 発生の予防・まん延防止	発生の予防・まん延防止
(2) BCG 接種の確実な実施 (3) 早期発見の取り組み強化 (4) 確実な接触者検診の実施	(3) BCG 接種の確実な実施 (4) 早期発見の取り組み強化 (5) 確実な接触者健診の実施
3 医療	医療
(5) 医療機関の確保 (6) 適切な診断・治療 (7) 服薬支援の強化	(6) 結核医療体制の充実（新規） (7) 適切な診断・治療 (8) 診療サポートの強化（新規） (9) 服薬支援の強化
4 人材育成	人材育成
(8) 保健所などの職員の資質向上	(10) 保健所等の職員の資質向上 (11) 医療従事者の人材育成（新規）
5 普及啓発	普及啓発
(9) 都民への普及啓発 (10) 福祉施設・企業・教育機関への普及啓発	(12) 都民への普及啓発 (13) 外国人・高齢者への普及啓発（新規） (14) 福祉施設・企業・教育機関への普及啓発
6 施設内（院内）感染の防止	施設内（院内）感染の防止
(11) 医療機関における取組の支援 (12) 施設における取組の支援	(15) 医療機関における取組の支援 (16) 施設における取組の支援

4 各分野における具体的な取組

【1】原因の究明

効果的な結核対策を行うためには、患者発生や各種検査情報を確実に把握し、地域ごとに結核の発生状況や活用可能な医療資源、社会資源を踏まえた取組を実施することが重要です。

取組（１）患者発生サーベイランスの強化

患者発生サーベイランス（結核患者発生動向調査）により得られる情報は、結核患者発生数のほか、発見方法や発見の遅れ、治療内容及び治療成功割合など多岐にわたり、保健所が地域の実情に応じた対策を実施するための重要な情報が含まれます。

【具体的取組】

① 患者発生情報の確実な把握

（ア）届出の徹底に向けた周知（都）

都は、講習会等の機会やホームページなどを通じて、患者発生届の提出の徹底を広く医療機関に働きかけていきます。

（イ）患者発生情報の確実な収集・入力（保健所、都）

各保健所は、感染症サーベイランスシステム（NESID）の結核登録者情報システムで定められた入力項目を確実に収集するとともに、結果判明に一定の時間を要する培養検査についても計画的に情報収集を行います。また、患者の治療状況を評価するコホート検討においても、患者情報の組織的な収集、管理を行っていきます。

都は、結核登録者情報システムの入力研修の機会を適切な時期に設け、保健所での情報入力が円滑になされるよう支援していきます。

（ウ）事例データの蓄積と情報還元（都）

都は、保健所から報告又は相談のあった事例に関するデータを蓄積し、それらのデータを感染症調査年報や感染症健康危機管理情報ネットワーク（以下「K-net」という。）の結核対策システムに掲載し、保健所が活用しやすいアーカイブを整備します。

（エ）結核業務における効率化・進捗管理（都、保健所）

都は、総括的な進捗管理を実施するために、結核業務管理ツール等のデジタルツールを導入し、患者の管理に関してデジタル化し、進捗の見える化や情報検索の容易化を図ります。

都保健所は感染症サーベイランスシステム（NESID）や積極的疫学調査で得られた情報の管

理について患者対応管理ツール等のデジタルツールを活用し、業務の効率化を図るとともに、患者中心の支援となるよう一人一人の対応へ注力します。

② 地域分析の実施（保健所、都）

地域ごとの特性を踏まえた効果的な対策を実施するためには、各地域の結核の状況を把握することが重要です。

保健所は、結核指標値に関する情報を確実に入手し、管内の地域分析及びハイリスク集団の分析を行い、地域の特性に応じた対策を実施します。また、対策の有効性を定期的に検証します。

都は、ハイリスク者及びデインジャーグループの結核発生状況などについて都全体の発生動向を分析するとともに、保健所が地域分析を行うためのツールを提供します。

取組（２）結核菌株確保の積極的な実施（新規）

国の予防指針では「都道府県、保健所を設置する市及び特別区は、結核菌が分離された全ての結核患者の検体又は病原体を確保し、結核菌を収集するように努めること」と記載されており、**全株収集に向けた検討を進めていきます。収集した菌株への検査については、その対象範囲について人員体制を含めた検討が必要です。**

また、収集された菌株に対し、遺伝子検査や薬剤感受性試験を実施していますが、現状として保健所への情報還元が十分なされていないため、**今後都は「保健所用 VNTR 検索ツール（仮称）」を作成し、保健所が収集された遺伝子検査結果を有効活用できるようにします。**

【具体的取組】

①結核菌株確保の推進

（ア）病原体サーベイランスの実施（都）

遺伝子検査や薬剤感受性検査結果は集団感染事例の感染経路の解明に役立つことから、都は、保健所から搬入された菌株に関し、VNTR 法検査を実施し、必要に応じて全ゲノム解析を実施します。喀痰培養陽性患者の菌株確保率および確保対象については検査体制を含めて検討していきます。

（イ）積極的な菌株確保の実施（保健所）

保健所は都内の結核病床を持つ 12 医療機関で診断された喀痰塗抹陽性症例、薬剤耐性結核、集団感染が疑われる場合等には可能な限り菌株を確保し、東京都健康安全研究センターにおいて検査を実施します。

②病原体サーベイランスの活用

（ア）病原体サーベイランスの活用（都）

東京都健康安全研究センターにて実施した遺伝子検査と患者情報を確実に蓄積し、分析を行います。また、分析の結果から集団感染が疑われる場合は、保健所に情報を還元します。また検体採取した医療

機関に、分析から得られた情報の活用事例等について講演会等を活用して還元します。

(イ) 病原体サーベイランス情報の把握と活用（保健所）

疫学調査時に行動調査票を活用し、感染経路の特定に努めます。都から病原体サーベイランスにて判明した新たな疫学情報リンクに対し、更なる追加調査を行う等対策を実施し、新たな感染源の同定や、正確な接触者健診の設定に努めます。また検体採取した医療機関に対し、病原体サーベイランスで判明した結果を還元し、院内感染対策の強化、更なる患者情報の収集等の対策を行います。

[2] 発生予防・まん延防止

結核の発病やまん延を防止するには、特に重篤化しやすい年齢層への予防接種や結核の定期健康診断が確実に実施されるとともに、患者発生時には保健所が接触者を的確に把握し、速やかに接触者健診を行う必要があります。

取組（３）BCG 接種の確実な実施

区市町村は、予防接種法に基づく定期予防接種として乳児期の BCG 接種を実施していますが、乳児期の予防接種は近年、種類・接種回数が増え、接種スケジュールが過密になっていることから、接種もれが発生する可能性があります。

また、我が国の BCG 接種は、管針を用いた特殊な方法により接種が行われており、接種部位も法律で定められていることから、BCG に対しての正しい理解と適切な接種を行う体制の確保が必要です。

さらに、コッホ現象という特異な反応により、結核感染が明らかになることがあるため、区市町村は接種部位の副反応発生時には、速やかに保健所と連携して対応する必要があります。

【具体的取組】

① 接種率の向上・体制確保

（ア）接種率向上のための取組（区市町村、都）

区市町村は、引き続き住民に対し、BCG 接種に関する普及啓発や、接種勧奨、未接種者の把握と再勧奨、接種を受けやすい環境の整備等、接種率向上のための取組を行います。

都は、区市町村に対して、住民への普及啓発や接種勧奨に関する技術的支援を行います。また、各区市町村の BCG 接種率を把握してその分析を行い、分析で得られた結果を区市町村と共有し、都内全体の接種率の維持向上を図ります。

（イ）BCG 接種医療機関の確保等（区市町村）

区市町村は、BCG 接種医療機関の確保を行うとともに、接種に従事する医師向けの研修等を実施し、適切に BCG 接種が行われる体制の確保に努めます。

② コッホ現象・副反応への確実な対応

（ア）普及啓発の実施（区市町村）

区市町村は、接種医療機関等と協力して、被接種者の保護者に対し、BCG 接種によるコッホ現象及び副反応発生時の対応についての普及啓発を実施します。

（イ）発生時における連携（区市町村、保健所、都）

区市町村は、コッホ現象及び副反応発生時には、重症化の防止、被接種者・家族の支援のため、保健所と連携して円滑に対応します。

都は、区市町村と連携してコッホ現象の事例データの蓄積に努めるとともに、区市町村職員を対象とした研修を実施し、コッホ現象発生時に円滑に対応できるよう支援を行います。

取組（４）早期発見の取組強化

事業者、学校の長、施設の長には、感染症法により結核の定期健診の実施が義務付けられています。また、区市町村長には、65 歳以上の住民に対する結核の定期健診の実施が義務付けられています。あわせて、これらの健康診断実施者は、管轄する保健所長を経由して、受診者数及び健診結果等を都道府県知事に通報又は報告することが定められており、関係者が連携して確実な対応を行っていくことが重要です。

【具体的取組】

① 定期健診受診の必要性の啓発等 （区市町村）

結核の年齢階級別り患率は高齢者になるほど高く、80 歳代では他の年齢層と比較して際立って高くなっています。区市町村は、住民への普及啓発を行い、健診受診者数の向上を図ります。また、地域の特性に応じハイリスク集団を対象とした健診を実施します。

② 定期健診結果の把握 （保健所）

健診の実施時期は、施設や事業所等により一律ではないことから、健診結果の提出の遅れが生ずる場合がありますが、対象となる施設には、結果の提出がない場合には提出を求めるなど、健診結果を確実に把握します。

③ 重点対象者に対する取組 （都、保健所）

都は、結核を発病しやすいハイリスク者に関する都内全体の動向等を分析し、特に高齢者及び外国出生者に対しては、重点的な取組が必要な対象として捉え、外国出生者の使用言語を考慮した多言語による問診票を作成するなど、実効性の高い取組の実施に努めます。

保健所は、結核対策特別促進事業などを活用し、地域における高齢者及び外国出生者などのハイリスク者の状況に応じ、早期発見を目的とした健診の機会を設けます。

取組（５）確実な接触者健診の実施

都は平成 20 年に結核の積極的疫学調査と接触者健診のためのマニュアルを作成し、適宜内容を見直すことで対応の強化を図ってきましたが、近年は患者背景の変化や、複数自治体に及ぶ大規模な接触者健診も見られています。また、接触者健診は、潜在性結核感染症（LTBI）の発見の機会として重要です。

【具体的取組】

① 保健所への技術的支援 （都）

都が作成している「接触者健診マニュアル」や「保健所 QFT－4 G 採血および搬送マニュアル」については、最新の知見を反映するように努め、必要に応じて改定します。また、保健所が「接触者健診マニュアル」を適切に活用できるよう研修等を実施します。

このほか、都は、接触者健診の実施に係る保健所からの相談に応じるとともに、専門的な技術支援が必要な場合には、保健所の要請に応じて東京都感染症実地疫学調査チーム（TEIT）を派遣し、支援します。

② 接触者健診の実施 （保健所）

保健所は、都が作成したマニュアルを活用し、接触者健診を行い、適切に検体採取や搬送を行います。

また、マニュアルや研修などを活用し、知識の習得や技術の向上に努めるとともに、所内や感染症年報の事例も活用し、感染症診査協議会の委員など専門家の意見も参考にしながら、接触者健診の質を定期的に評価します。

③ 広域事例発生時の連携 （保健所、都）

接触者健診の対象者の居住地が複数の保健所の管内に及ぶなど広域にまたがる場合には、保健所間で緊密な連携を図る必要があるため、初発患者の居住地を管轄する保健所などを中心に対策会議を開催します。都は、必要に応じて情報共有や対応の調整役を担います。

[3] 医療

結核患者の減少や 2019 年から世界的に流行した新型コロナへの対応を経て、結核病床が他の病床へ転換されました。令和 7 年 3 月現在、都内では必要な結核病床数が確保されていますが、小児結核や透析医療を必要とする結核患者も見られ、そうした患者に対応可能な医療機関の確保も必要です。

取組（６）結核医療体制の充実

PZA（ピラジナミド）を含む 4 剤治療の普及や入院期間の短縮により、結核医療を取り巻く状況は変化しています。令和 5（2023）年で入院期間は平均で 63 日を下回っていますが、治療期間は全体で 246 日程度となっており、通常、入院で治療が完結することはないため、地域における医療体制の確保が重要です。

また、都内の結核病床数については、結核患者の減少やポストコロナ対策として他の病床への転換等により減ってきており、限られた資源を有効に活用する必要があります。また、小児結核や透析患者など特殊な治療を要する患者等に対応できる体制も必要です。

【具体的取組】

① 対応可能な医療機関の確保

（ア）結核病床・特殊な治療を要する患者等の治療体制の確保（都）

都は、喀痰塗抹陽性患者の治療を行うために、患者の発生動向に見合った結核病床の確保と他病床への転換・活用について医療機関と協議の上、調整します。

また、結核病床、結核患者収容モデル病室を有する病院機能に合わせた効果的、効率的な病床運用を推進し、小児結核や多剤耐性結核、HIV 合併結核、透析医療を必要とする結核患者に対して適切な治療が行える医療機関の確保を図ります。

（イ）退院後に地域で治療を継続できる体制の確保（保健所）

保健所は、管内の患者発生状況を勘案し、退院後に地域で治療を受けることができる医療機関を確保し、地域で円滑に治療を継続できるよう、積極的な調整を行います。また、施設での治療が継続できるように適切な情報提供を行います。

② 医療提供体制の見える化

（ア）医療機関の機能を H P 等で周知（都）

結核病床・モデル病床を有する医療機関の機能（精神疾患、透析、妊婦、小児、外国語等）についてホームページ上で共有を行い、限られた医療資源を有効に活用します。

（イ）適切な医療提供の支援（保健所）

医療機関ごとの機能を踏まえた適切な医療提供を支援し、合併症の種類に関わらず適切な治療が受けられるように努めます。結核患者数が減少する中で、地域における外来患者に対応可能な医療機関の確保に努めます。また、地域結核医療の質的向上に向け、コホート検討会等で医療機関の医療従事者と地域の課題を共有します。

取組（７）適切な診断・治療

結核患者に対し適切な医療が提供されない場合には、疾患の治癒が阻害されるのみならず、多剤耐性結核の発生や、周囲への感染の拡大など、公衆衛生上の観点からも問題となることがあります。

このため、正確な知識に基づく適切な医療が提供されるよう、情報提供や医療従事者の資質向上等に取り組む必要があります。

【具体的取組】

① 適切な結核医療の普及（都、保健所）

都は、公益財団法人結核予防会結核研究所（以下「結核研究所」という。）や専門的な結核医療を提供する医療機関等との協力のもと、一般の医療機関も含めた医療従事者に対し、結核の診断・治療、専門医以外も含めた LTBI 医療等についての研修や啓発資料の提供等を行います。

保健所は、各種啓発資料を活用した地域の医療従事者向け講習会の開催や、感染症診査協議会の意見の伝達などにより、地域の医療機関の結核検査・診断技術向上のための取組を行います。

② 菌検査情報把握のための医療機関との連携（都、保健所）

都は、保健所が効果的に菌検査情報を把握できるよう、K-net 結核対策システムに菌検査情報を提供する医療機関の拡充を図ります。

保健所は、K-net 結核対策システムの活用や主治医への検査結果の確認、病院 DOTS 会議への積極的な参加等を通じて医療機関と連携し、組織的に管内における菌検査結果を把握できるように努めます。

取組（８）診療サポートの強化（新規）

医療機関から診断や治療についての相談の連絡があった際には保健所ごとに感染症診査協議会の委員等と連携し、適切な医療が実施されるように対応しています。

一方、これまでの対策により結核患者が減少する中で、医療従事者が結核を診る場面が少なくなっており、知識や経験の不足を補うサポート体制が都内全体で必要です。

【具体的取組】

①相談体制の充実

(ア) 診療サポート体制の強化（都）

診断の遅れのない適切な医療の実施をするために、都内診療をサポートする体制を強化する必要があります。そのため、結核の診断と治療に関して、都内の医療機関からの相談を受ける体制の構築を現状の都内のサポート体制及び医療機関等のニーズ等を踏まえて検討していきます。

(イ) 一般医療機関への情報共有、相談の支援（保健所）

一般医療機関からの相談があった際に、感染症診査協議会の委員や感染症指定医療機関の医師等と連携し、適切な診断と治療が行われるように支援します。

取組（９）服薬支援の強化

結核の治療は長期間にわたることから治療の中断が生じやすいため、患者の生活環境に合わせた服薬支援を実施することが重要です。また、LTBI の者を含む全ての患者の治療を確実に完了させる体制の強化が必要です。

【具体的取組】

① 患者背景に応じた服薬支援の充実（都、保健所）

都は、DOTS 実施状況調査で得られた情報を毎年集計し、保健所等に還元するとともに、都の広域的な DOTS 対策に活用します。

また、「東京都 DOTS マニュアル」の内容を適宜改定し、支援事例の紹介や、「LTBI マネジメントガイド」を改定し LTBI 対応等に関する内容を充実させるとともに、コホート検討会指針等の活用を促し保健所のコホート分析・評価への支援を行います。

保健所は、LTBI の者を含め全ての患者に DOTS を行うとともに、患者を支える関係機関との積極的な調整や、服薬ノートの活用促進を図り、患者中心の DOTS を推進します。また、コホート検討会ではコホート分析、評価とあわせて、**服薬支援**方法及び患者支援の評価・見直しを行い、地域 DOTS の体制強化を図ります。さらに、学校や職域など地域の関係機関との連携強化を図ります。さらに、病院薬剤師との連携強化及び薬局や訪問看護等地域の資源の活用や、スマートフォン等電子機器を活用した**服薬支援**を実施します。

② 患者情報の確実な把握と情報の共有（保健所）

治療中及び経過観察中の患者の所在地を定期的に把握します。また、転出があった場合には速やかに転出先保健所に情報を伝え、対応を確実に引き継ぎます。

③ 受診や治療継続に課題のある患者の支援（都、保健所）

外国出生結核患者に対しては、言葉のみならず文化や制度の違いから、結核治療の基本的な流れや内容、日本の医療体制についての情報提供や教育が欠かせません。都は、外国出生の結核患者

及び LTBI の者に向けた教育資料として、結核の基礎知識、医療機関の受診法、服薬の方法などの内容を多言語で説明する動画、服薬ノート等を作成し、必要に応じて使用言語の充実を図ります。また、受診や治療の継続に課題のある外国出生結核患者に対する東京都外国人治療・服薬支援員派遣事業（医療通訳）や、住所不定者に対する DOTS の実施等により、ハイリスク者への支援を強化するとともに、服薬支援に携わる者を対象とした、支援技術のレベルアップを図る研修を実施します。

保健所は、個々の患者の治療完遂を目指し、**患者の生活環境を含めた社会的支援**を行います。外国出生結核患者に関しては患者の状況に応じて教育資材を選択し、療養支援を行うとともに、関係機関と連携し、東京都外国人治療・服薬支援員派遣事業などを用いて、外国出生結核患者の受診・治療に向けた支援を行います。患者が母国に帰国する際は結核研究所の帰国時結核治療支援等を利用し、帰国先でも継続して治療が受けられるようにします。また、外国出生患者事例や困難事例の支援についての保健所間及び関係医療機関での共有を行い、治療継続できるよう努めます。

[4] 人材育成

結核対策において重要な位置を占める保健所等の職員は、専門知識を持って患者支援や関係機関との調整に当たるとともに、多様な事例に的確に対応できることが求められるため、結核に関する最新の正確な知識の提供と患者発生時の対応が円滑に行える人材を育成する必要があります。また診断や治療にあたっては専門的な知識が必要なことから、医療機関の医療従事者の育成も重要です。

取組（１０）保健所等の職員の資質向上

保健所等の職員は、結核対策の最前線に立つ存在として患者支援や接触者健診などの業務を行っています。地域により患者の背景は異なり、結核高まん延国等から入国される外国出生結核患者の確実な服薬支援や潜在性結核感染症の者への対策が重要です。また、広域対応が必要な大規模な接触者健診事例も発生しており、こうした状況の変化等に的確に対応するため、職員の資質向上を進めて行く必要があります。

【具体的取組】

① 保健所職員等の人材育成（区市町村、都、保健所）

都は、結核対策に従事する保健所等の職員に対し、結核対策の動向、接触者健診、**社会的支援**、その他結核対策を進める上で必要となる多岐にわたるテーマについて、研修を実施します。また、接触者健診や患者支援が困難であった事例における対応等に関する情報を蓄積し、保健所に還元します。

保健所は、都及び結核研究所などの専門機関が実施する研修に職員を参加させるように努めるとともに、研修会資料や都から提供するデータ等を活用して、所内での研修を行うなどにより、担当職員の知識と技術の向上を図ります。

なお、区市町村についても、都が作成する結核に関する動画の視聴や、管轄保健所との連携を通じて担当職員の知識と技術の向上を図ります。

② 地域における人材育成（都、保健所）

都は、地域の DOTS に関わる支援者に対し、結核についての基礎知識、**社会的支援**等のテーマについて、研修・講演会を実施します。

保健所は、服薬確認の拠点として、地域の医療機関、薬局等と連携し、患者中心の支援を実施するために、都が開催する講演会等を活用し、地域で DOTS が行えるよう人材を育成します。また、積極的疫学調査で職場や施設等の担当者に対し調査を行う際は、結核についての正しい知識の普及啓発を行います。

取組（１１）医療従事者の人材育成（新規）

結核患者が徐々に減少する中で、医療従事者が患者を診療する機会が少なくなり、知識の習得が難しくなっています。

その一方で、結核患者の高齢化や外国出生結核患者の増加、また多剤耐性菌への治療等、結核における状況や対策は変わってきており、診断や治療を行うにあたっては結核における一般的な知識に加えて専門的な知識の習得が重要です。

【具体的取組】

①結核対策に関する研修の実施

（ア）医療従事者への研修の実施（都）

薬局やクリニックを含む都内医療機関の職員を対象とした研修の実施を行い、診断時や治療中に必要とされる検査内容や、結核医療の基準を踏まえた適切な治療内容、疑い患者発生時の院内感染対策について周知を行います。研修内容に関しては参加者のニーズや開催時のトピックを踏まえた内容とします。

（イ）医療従事者への研修の周知（保健所、都）

都が開催する研修について管内の医療機関に周知を図ります。また、その内容について把握し、管内の結核対策に活用します。

【 5 】 普及啓発

結核患者が徐々に減少する中で、結核に対する社会の認識は薄れ、問題意識も低くなりがちです。結核の症状は風邪に似ていることもあり、その発見が遅れることにより、結核患者が減少する中でも企業、高齢者施設、日本語教育機関等で集団感染は発生しています。このため、都民や事業者、福祉・教育関係施設等への普及啓発を行っていく必要があります。

取組（１２）都民への普及啓発

結核は現在も多数の患者が発生している感染症であり、患者が結核にかかっていることに気付かず、集団感染につながる事例も発生していることから、都民に対し広く啓発を行う必要があります。また、まん延防止のための対策を取る際には、結核患者等が差別や偏見を受けることがないよう、都民等への正しい知識の普及を図ることが求められます。

【具体的取組】

① 普及啓発の実施（都、保健所）

都は、結核に対する注意喚起や正しい知識の普及のため、都民向けのリーフレットの配布や結核・呼吸器感染症予防週間、世界結核デー等における啓発活動を行っていきます。また、ホームページにおいて、都内の結核の発生状況や結核の知識、医療費助成制度等について情報提供するとともに、デインジャーグループに属する者の雇用主及び関係機関と連携し、平常時の健康管理や健診、結核対策について普及啓発を行っていきます。

保健所は、地域住民に対して講習会等を開催し、有症状時の早期受診を促します。また、リーフレット等による情報提供や、住民からの相談への対応を行うとともに、関係機関と連携し、平常時の健康管理や健診の実施の必要性について啓発を行います。

② 人権の尊重（保健所）

保健所は、応急入院、入院の勧告を行う際には、人権への配慮に留意し患者に適切な説明を十分に行い、理解を得るように努めます。入院期間中に患者から苦情を受けた際には、入院先の医療機関と連携し誠実に対応に当たります。感染拡大防止のための積極的疫学調査にあたっては、患者本人が社会復帰した場合に備えて、関係者に対し結核についての適切な説明を行います。

取組（１３）外国人・高齢者への普及啓発（新規）

新型コロナの影響で一時的に減少していた高まん延国を含む様々な国からの入国者も令和５年の新型コロナ５類移行後、再び増えてきています。今後、外国出生者への普及啓発はさらに重要になると予測されます。

また、都の結核患者のうち８０歳以上の高齢者は全体の患者割合の３分の１を超えており、９０歳以上の結核患者は約７割が結核で亡くなっています。高齢者が施設等で発病すると、集団感染や重症化のリスクも

高く、結核に関して早期発見のための健診を含めた高齢者層への普及啓発が必要です。

結核患者が減少しても、結核を視野に入れた感染対策については継続した普及啓発が必要になります。

【具体的取組】

①外国出生者への普及啓発

（ア）外国出生患者への支援体制の充実（都）

都は、外国出生者の方が正しく結核を理解し、医療機関を受診する際に安心して検査や治療を受けられるよう、結核対策多言語動画やリーフレットを作成します。作成した多言語による普及啓発資料については外国出生結核患者の出生国の変化等に応じて更新します。また外国人支援団体・保健所等の関係者向け講演会の実施、外国人コミュニティと連携した重点対象者無料結核健診を実施します。

（イ）外国出生患者の背景・地域特性に合わせた普及啓発（保健所）

外国出生患者の背景や外国人コミュニティ等地域の特性に合わせて、使用する媒体や教育資料を選択し、普及啓発に努めます。また都が開催する講演会や各種イベントの周知を行います。

②高齢者への普及啓発

（ア）広域的な普及啓発（都）

高齢者は、他の世代に比べ特に咳等の症状が出にくく、診断の遅れに繋がる恐れがあり、軽度な症状でも結核を疑い医療に繋げることが重要です。高齢者自身が普段から心がけられるように、リーフレットやポスターを作成し、広報誌等を活用して普及啓発活動を行います。また結核の知識普及に関する講演会を開催します。

（イ）地域の特性合わせた普及啓発（保健所）

地域の高齢化率等、地域の特性に合わせ、都が作成する普及啓発資料の配布や、所内への掲示を行います。また都が開催する講演会等や各種イベント等を周知します。

取組（１４）福祉施設・企業・教育機関への普及啓発

高齢者は、他の世代に比べり患率は高い一方で、呼吸器症状が見られない場合も多いため、高齢者の結核を早期に発見するためには、本人だけでなく、家族や在宅サービスの提供者を含む身近な関係者が結核に関する知識を持ち、高齢者の体調変化に注意することが重要です。

また、働き盛り世代から若年層においても、職場や学校での集団感染事例が報告されていることから、企業や教育機関を対象とした普及啓発も重要です。

【具体的取組】

① 普及啓発資料等の作成・配布（都）

都は、福祉施設や企業の労務管理者が、施設内や社内で結核患者が発生した場合の対応や、利用者及び職員の健康管理を行う際に活用可能な資料を提供します。また、外国出生者が通学する日本語教育機関の学生等を対象として作成した、多言語による結核の基礎知識の解説などを盛り

込んだ動画やリーフレットの配布により、各機関において適切な対応がとれるように支援します。

さらに、り患率の高い高齢者層や高齢者施設を対象とした啓発資材により、有症状時の早期受診や施設における結核対策の必要性についての啓発を行います。

② 講習会の実施等（都、保健所）

都は、結核予防講演会の開催等を通じて、福祉施設や企業、教育機関の従事職員の意識の向上と、基本的な知識の普及を図っていきます。

保健所は、都が作成した啓発資料等を活用し、円滑かつ確実に健診や患者管理を行います。また、平時より施設等に結核に関する情報提供等を行い、患者の早期受診につなげます。

[6] 施設内（院内）感染の防止

医療機関、福祉施設等では、通常よりも抵抗力が低くなった患者や、高齢者、障害者が多数利用していることから、結核や新型コロナをはじめとした呼吸器感染症等の集団感染の発生に注意が必要なため、これらの施設での感染予防対策の強化に取り組む必要があります。

取組（１５）医療機関における取組の支援

病院等の医療機関においては、結核の既感染率が高い高齢者や、疾患等のために免疫が低下した患者を診療する機会も多いため、院内感染が発生するリスクが高く、また、医療従事者は患者の診療を通じて結核に感染するリスクが高いグループであることから、対策の強化が必要です。

【具体的取組】

① 医療機関への支援（都、保健所）

都は、院内感染対策や患者発生時の対応について医療従事者が正しい知識を持ち、日頃の業務に携わることができるよう、平成 26 年度に作成した「医療機関における結核対策の手引」（最新版は令和 3 年 3 月改正）の配布や、塗抹陰性患者が入院した際に一般病院が対応できるように研修会を開催することなどにより医療機関を支援します。

また、保健所が探知した院内感染事例の情報を共有し、必要に応じ、東京都感染症実地疫学調査チーム（TEIT）を派遣し、保健所を支援します。医療機関職員が LTBI と診断された場合でも服薬中断するものが一定数存在し、健康診断での要精密患者の確実なフォローが必要であることから、あらためて結核が現代の病気であることを講演会等を通じて周知します。

保健所は、管内医療機関と平時から連絡を取り合うことなどを通じ良好な関係を築き、患者情報の共有者や院内感染防止体制の把握を行い、医療機関内の対策を支援します。

取組（１６）施設における取組支援

集団感染の発生場所は事業所、学校、日本語教育機関、カプセルホテル・漫画喫茶・簡易宿泊所など多岐に渡り、医療機関以外では医療従事者など専門的な知識を持った職員等の配置がない場合も多く、患者発生時に適切な対応がなされない例も見られることから、対策を強化する必要があります。

【具体的取組】

① 施設や事業者への支援（都、保健所）

都は、平成 26 年度に作成した「高齢者施設における結核対策の手引」（最新版は令和 2 年改定）の配布や、新型コロナウイルス拡大により日頃からの感染症への備えが必要であることから、福祉施設、企業等の従事者を対象とした講習会等の開催により、施設等における結核対策を支援してい

きます。医療機関と同様に、必要に応じて東京都感染症実地疫学調査チーム（TEIT）を派遣します。

保健所は、管内の福祉施設や事業所、学校等で結核の集団感染が発生した場合の説明会や対策会議の開催等の支援を行い、患者が退院後もスムーズに内服治療を継続し、再発防止できるよう施設等の対応を継続します。

5 重点事項

都は、人口が集中する大都市であり、近年国際化が進行しています。こうした都の地域特性と近年における都内の結核発生動向等を踏まえ、プラン 2025 においては、次項に掲げる目標の達成に向け、特に重点的に取り組むべき事項を結核菌株確保及び分子疫学調査の推進、結核医療の充実、普及啓発のさらなる促進の3点とし、取組を進めています。

各分野における取組の中で、重点的に取組を進める事項は以下のとおりです。

重点事項

(1) 結核菌株確保及び分子疫学調査の推進

<関係主な取組>

取組(2) ① 結核菌株確保の推進

取組(2) ② 病原体サーベイランスの活用

取組(7) ② 菌検査情報把握のための医療機関との連携

(2) 結核医療の充実

<関係する主な取組>

取組(6) ① 対応可能な医療機関の確保

取組(6) ② 医療提供体制の見える化

取組(7) ① 適切な結核医療の普及

取組(8) ① 相談体制の充実

取組(9) ① 患者背景に応じた服薬支援の充実

取組(9) ② 患者情報の確実な把握と情報の共有

取組(9) ③ 受診や治療継続に課題のある患者の支援

(3) 普及啓発のさらなる促進

<関係する主な取組>

取組(4) ① 定期健診受診の必要性の啓発等

取組(7) ① 適切な結核医療の普及

取組(12) ① 普及啓発の実施

取組(13) ① 外国人出生者への普及啓発

取組(13) ② 高齢者への普及啓発

取組(14) ① 普及啓発資料等の作成・配布

取組(14) ② 講習会の実施等

6 目標の設定

目標値については、都の状況を踏まえ以下のとおり設定します。

(1) 目標 1 （り患率）

都のり患率は全国平均よりも高くなっていますが、現在の都内の状況からは、国と同等の目標値を比較的短い期間で達成することは難しく、長期的な取組が必要です。都の目標値については、国の 2035 年の目標であるり患率 2 を目指し、年率 8 % の低下を想定し、り患率 6 以下の達成を目標とします。

また、地域により結核のり患率は異なることから、各保健所においては令和 5 年の管轄地域のり患率からの 35% 減を目標とします。

(2) 目標 2 （BCG 接種率）

都全体では国の予防指針で定める目標を達成していますが、区市町村ごとではばらつきが大きく、国の目標を下回る区市町村も散見されています。小児結核を予防する上で高い接種率を維持することは重要であることから、引き続きプラン 2018 と同じ目標値（99% 以上）とします。

(3) 目標 3・4・5・6 （DOTS 実施率等）

国の予防指針で定める目標を都においても目標値とします。

(4) 目標 7・8・9 （都独自の指標）

国の「結核に関する特定感染症予防指針」に基づく、結核菌全株の収集に向け、新たな指標として「新登録肺結核患者で培養陽性者のうち、菌株確保した割合」を設定しており、目標値を 70 % 以上とします。

また、「培養検査結果の把握割合」及び「薬剤感受性検査結果の把握割合」についてはこれまでの都の実績を踏まえ 98 % 以上を目標とします。

都、保健所及び区市町村が令和 11 年（2029 年）までに達成すべき目標値は、下表のとおりとします。

表 プラン 2025 における目標

目標	項目	国目標値	都目標値	保健所目標値	区市町村目標値
国 設 定	1 1 り患率（人口 10 万対）	10 以下	6 以下	管轄地域り患率から 35%減※ 1	－
	2 BCG 接種率	95%以上	99%以上	－	99%以上
	3 全結核患者 DOTS 実施率 ※ 2	95%以上	95%以上	95%以上	－
	4 潜在性結核感染症 DOTS 実施率 ※ 3	95%以上	95%以上	95%以上	－
	5 肺結核患者の治療失敗・脱落率	5 %以下	5 %以下	5 %以下	－
	6 潜在性結核感染症治療完了割合 ※ 4	85%以上	85%以上	85%以上	－
都 独 自	7 培養陽性者のうち菌株確保した割合 ※ 5	－	70%以上	70%以上	－
	8 培養検査結果把握割合 ※ 6	－	98%以上	98%以上	－
	9 薬剤感受性検査結果把握割合 ※ 7	－	98%以上	98%以上	－

(注)

- ※ 1 ただし、新登録結核患者数が著しく少ない地域では毎年の変動が大きくなり、減少率のみでは目標達成の評価が困難となる場合があることに留意
- ※ 2 全結核患者に対する DOTS 実施率
- ※ 3 潜在性結核感染症の者に対する DOTS 実施率
- ※ 4 潜在性結核感染症治療開始者のうち治療完了者の割合
- ※ 5 培養陽性者：肺結核活動性のうち培養検査結果が陽性の患者
菌株を確保し、検査した割合（収集のみは含まない）
- ※ 6 保健所における培養検査結果の把握割合
- ※ 7 保健所における培養陽性中の薬剤感受性検査結果の把握割合

<参考>

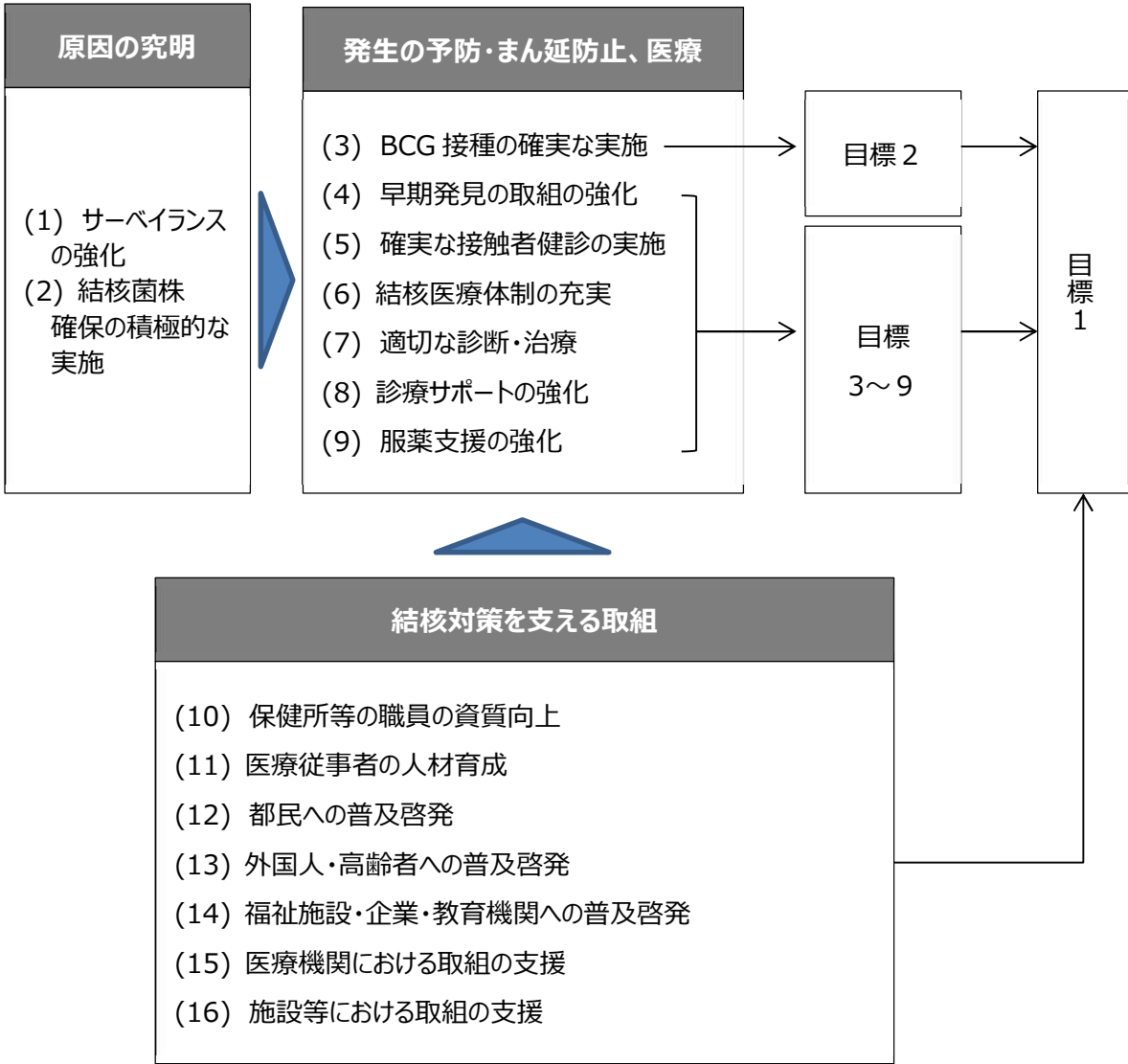
結核に関する特定感染症予防指針（令和〇年〇月改正）

新たな指針では、令和〇年までに達成すべき目標が示されています。

[令和〇年(20〇〇年)までの数値目標] ※現状指針のまま記載

- BCG 接種率 95%以上
- 人口 10 万人対り患率 6 以下
- 全結核患者に対する DOTS 実施率 95%以上
- 潜在性結核患者の者に対する DOTS 実施率 95%以上
- 肺結核患者の治療失敗・脱落率 5%以下
- 潜在性結核感染症治療開始者のうち治療完了者の割合 85%以上

＜参考＞ 各分野の取組と目標値の関係



7 対策の評価と計画の推進

- PDCA サイクルにより、対策の評価検討を行うとともに、国の予防指針の内容に照らして対策の内容等を見直すこととします。
- 目標の達成状況の評価や、計画の推進方策の検討については、「東京都結核対策技術委員会」において専門家や関係者の意見を聞きながら進めていきます。
- 都は、目標の達成状況や関係者の取組状況について、保健所や区市町村、地域の関係機関に情報提供し、取組の推進を図ります。
- 保健所、区市町村は、自らの取組を評価し、また、都から提供される情報を活用して、結核対策を推進します。

用語集

用語	解説
インターフェロン γ 遊離試験 (IGRA)	採取した末梢血ないし末梢血中のリンパ球を結核菌特異抗原で刺激し、放出されるインターフェロン γ を検知することで、結核菌感染を診断する検査。現在実用化されているものにクオンティフェロン-TB 第 4 世代と T-Spot-TB がある。前者は血漿中のインターフェロン γ を ELISA 原理で定量し、後者はインターフェロン γ を放出するリンパ球を ELISPOT で染め出してそのリンパ球数によって、それぞれ判定する。
喀痰塗抹陽性結核患者	結核患者のうち、喀痰の塗抹検査（処理後の検体をスライドガラスに塗りつけ染色し顕微鏡で見る検査）で、結核菌が見つかった患者。感染性が高いと判断する。
管針法	我が国独自の BCG ワクチンの経皮接種法であり、1967 年から本法が施行されている。管針は太さ 0.3 mm の細針 9 本を 5 mm 間隔で垂直に固定した内径 17.5 mm のプラスチック製の円筒で、ワクチンを接種部位の皮膚に塗り広げたのち、その上から管針を 2 か所強く押し付けることにより、適切な深さの皮内に BCG が接種される。
既感染率	ある時点において、ある人口集団の中でそれまでに感染を受けた人の割合。
結核患者収容モデル事業	結核患者の高齢化等に伴って複雑化する、高度な合併症を有する結核患者又は入院を要する精神障害者である結核患者に対して、医療上の必要性から、一般病床又は精神病床において収容治療するためのより適切な基準を作成するために平成 4 年度から実施されている事業
結核地域連携パス	結核治療用に開発した地域連携パス（急性期から慢性期に至る医療機関の連携パスを地域まで延長し、保健・福祉サービスを連動させたもので、疾病別に保健・医療・福祉関係者の具体的なケアやサービスの手順を示した計画）のこと。
コホート判定	コホートとは、疫学における一定の観察集団のこと。コホート判定とは、同じ年に新登録された患者の治療開始から終了までの治療経過を菌検査結果等により評価し、治療完了の確認や治療効果（成功、失敗）を判定すること。

用語	解説
コッホ現象	結核菌を発見したドイツの細菌学者ロベルト・コッホ〔Robert Koch(1843-1910)〕が見いだした現象である。結核既感染者に BCG を接種した場合は、未感染者と場合に比べて、局所反応が速やかでかつ強度に出現し、治癒も早いことを指す。結核未感染者に BCG 接種した場合には、接種局所の反応は接種後概ね 3-5 週間に生じるのに対し、結核既感染者では大半が数日以内に強い局所反応が生じる。乳児に BCG 接種後にコッホ現象が見られた場合には、すでに結核に感染していることを疑い、結核感染および結核症に関する検査を受けて、必要な対応を取るべきである。
サーベイランス	疾患に関する様々な情報を収集して、状況を監視すること。
実地疫学調査チーム (TEIT)	東京都健康安全研究センターに設置する医師・保健師の専門職を中心に構成したチーム。大規模感染症事例が都内で発生した際の保健所による調査を支援する。
社会的支援	周囲の人々から与えられる物質的・心理的支援の総称であり、ソーシャルサポートともいう。結核対策においては、治療の完遂を目指し、患者が治療・服薬継続を困難にさせる要因（経済面、合併症等）に対しても支援を行うこと。
集団感染	同一の感染源（結核患者）が、2 家族以上にまたがり、20 人以上に結核を感染させた場合。
小児結核	小児、乳幼児では、①年長児・成人に比して結核に感染したのち、発病に至る頻度が高い、②感染後発病に至るまでの期間が短い、さらに、③発病後は早期に血行性、リンパ行性に進展・拡大しやすく、粟粒結核や結核性髄膜炎などの重症結核に至る、などの特徴を有する。周囲への感染源となるケースは稀であるが、中学生では診断時に排菌が確認され、学校等における感染拡大が確認される例もみられる。
接触者健診	結核患者が発生した場合、患者から感染を受けた人を発見し、またその患者の感染源を追及するために患者の周囲にいる者に対して行われる健診。
潜在性結核感染症 (LTBI)	結核菌に感染はしているが、症状や所見はなく、他者へ感染させる恐れが全くない状態。最近の感染が疑われる場合や発病リスクが高い場合などには、発病予防のために抗結核薬の内服を行う。
多剤耐性結核 (菌)	少なくとも INH（イソニコチン酸ヒドラジド）、RFP（リファンピシン）の両薬剤に対して耐性を示す結核菌。MDR。

用語	解説
超多剤耐性結核（菌）	多剤耐性（INH 及び RFP の両剤に耐性）に加えてフルオロキノロン薬のいずれかと注射二次薬（カプレオマイシン、アミカシン、カナマイシン）の少なくともひとつに耐性をもつ結核菌。XDR。
ツベルクリン	結核菌感染の診断に用いられる抗原。人型結核菌から処理により活性を有するタンパク（PPD）が精製され、広くツベルクリン検査に用いられるようになった。
ツベルクリン反応検査	ツベルクリンを皮内注射すると、その局所に 48 時間をピークとして出現してくる発赤・硬結を主体とする皮膚反応である。わが国では一般診断用の PPD0.05 μ g（約 3TU）による反応の長径が 10 mm 以上のものを陽性と判定することになっている。
デインジャーグループ	結核発病の危険は特に高くないが、発病した場合には周囲の多くの人々に感染させるおそれが高いグループをさす。学校の教職員、医師、保健関係者、接客業者、などがこれに属する。
ハイリスク集団	結核発症の危険性が高いとされる幾つかの特定の集団が存在し、ハイリスク集団と呼ばれている。具体的にはハイリスクグループとしては、高齢者及び路上生活者を含む生活困窮者や外国人などの社会的弱者が挙げられる。
培養検査	結核菌の証明のために行う検査の一つ。臨床材料を培地に接種し、適当な環境下においてその中にある結核菌を増殖させ、これを検出する。判定までに 4～6 週かかる。
標準治療	イソニコチン酸ヒドラジド（INH）、リファンピシン（RFP）に、エタンブトール（EB）又はストレプトマイシン（SM）、ピラジナミド（PZA）の 4 剤で 2 か月治療した後、INH、RFP の 2 剤で 4 か月、計 6 か月の治療を行うこと。肝障害があるなど、PZA が使用できない場合は、PZA を除いた 3 剤で 9 か月以上の治療が標準治療となる。
服薬ノート	患者、医療機関、保健所、薬局等の服薬支援者などが、服薬支援のための情報を共有し、治療完遂を目指すためのツール。日本語版以外にも外国語版のノートを作成している。
分子疫学調査	結核の院内感染や集団発生が疑われる場合などで、結核患者から分離した結核菌の遺伝子を増幅し菌が同一であるか否かにより感染源を調べる方法。
薬剤感受性検査	抗菌薬に対する結核菌の感受性を調べる試験である。培養検査が陽性の場合、引き続き薬剤感受性検査を実施する。
り患率	一年間に発病した結核患者数を人口 10 万対で表したもの。

用語	解説
BCG	Bacille de Calmette-Guerin の略。カルメット（Calmette）とゲラン（Guérin）によって作られた弱毒化ウシ型抗酸菌で、結核予防ワクチンとして広く世界的に用いられている。
DOTS	直接服薬確認療法（Directly Observed Treatment Short course）という。WHO が打ち出した結核対策戦略であり、1)政府が結核を重要課題と認識し適切なリーダーシップをとること、2)菌検査による診断、経過観察の推進、3)結核患者が薬を飲み忘れないよう医療従事者の前で内服すること、4)薬の安定供給、5)菌検査結果の記録サーベイランスの五つの主要素からなる。わが国ではこれを改編した日本版 DOTS が広く行われている。
HIV	ヒト免疫不全ウイルス（Human Immunodeficiency Virus）の略。HIV によって体の免疫力が壊され、通常は病気を起こさないような弱い病原体に感染して様々な症状が出た状態を、後天性免疫不全症候群（AIDS、エイズ）という。HIV に感染していると結核を発病しやすいことも知られている。
IGRA	インターフェロンγ遊離試験(IGRA)参照
LTBI	潜在性結核感染症（LTBI）参照
NESID	National Epidemiological Surveillance of Infectious Disease の略称であり、国の感染症サーベイランスシステム。感染症法に基づき、医療機関から NESID 等で届出があった内容について、各保健所にて確認受理し、その情報が、都道府県を經由して国に集約され、集計・還元が行われる。
QFT	インターフェロンγ遊離試験(IGRA)参照
T-Spot	インターフェロンγ遊離試験(IGRA)参照

資料

東京都結核対策技術委員会設置要綱

19 福保健感第395号
平成19年10月15日

22 福保健感第738号
平成22年12月15日

31 福保健感第491号
令和元年7月17日

2 福保感防第1059号
令和3年3月5日

5 福保感防第1006号
令和5年7月1日

(設置)

第1 東京都、特別区及び市町村の結核対策に係る技術的事項の統一化を図ることにより、東京都において、一体的な結核対策を推進することを目的として、東京都結核対策技術委員会（以下「委員会」という。）を設置する。

(所掌事項)

第2 委員会は、次に掲げる事項を所掌する。

- (1) 結核対策に資するガイドライン等の作成及び提示に関すること。
- (2) 東京都、特別区及び市町村が目指す結核対策に関する目標や評価に用いる指標の統一に関すること。
- (3) 結核対策の現状や評価に関すること。
- (4) その他結核対策上必要な事項に関する検討等を行うこと。

(構成)

第3 委員は、東京都、特別区及び市町村の結核対策の担当者並びに結核に関する有識者により構成する。

(委員の任期等)

第4 委員の任期は、2年を上限とし、補欠委員の任期は、前任者の残存期間とする。但し、再任を妨げない。

(委員長、副委員長)

第5 委員会に、委員長及び副委員長を置く。

2 委員長は、感染症対策調整担当部長が務め、副委員長は、委員長が指名する。

3 委員長は、委員会の会務を総理する。

4 副委員長は、委員長を補佐し、委員長に事故があるときは、その職務を代理する。

(招集等)

第6 委員会は、委員長が招集する。

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。

(専門部会)

第7 委員長は、専門的事項の検討等を行うため、委員会に専門部会を置くことができる。

- 2 専門部会は、委員長が指名する委員で構成する。
- 3 専門部会に、部会長及び副部会長を置く。
- 4 部会長は、委員長が指名し、副部会長は、部会長が指名する。
- 5 部会長は、専門部会の会務を総理し、専門部会での検討等の経過及び結果を委員会に報告する。
- 6 副部会長は、部会長を補佐し、部会長に事故があるときは、その職務を代理する。
- 7 部会長は、専門部会の中に、ワーキンググループを設置することができる。
- 8 部会長は、ワーキンググループの決定をもって、専門部会の決定とすることができる。
- 9 緊急その他やむを得ない場合において委員会を開催するいとまがないときは、委員長は、専門部会の決定等を委員会の決定等とすることができる。この場合、委員長は決定等の内容を速やかに委員会に報告するものとする。

(庶務)

第8 委員会及び専門部会の庶務は、保健医療局感染症対策部防疫課において処理する。

(補足)

第9 この要綱に定めるもののほか、委員会の運営に関し必要な事項は、委員長が別に定める。

附 則

この要綱は、平成19年10月15日から施行する。

附 則

この要綱は、平成22年12月15日から施行する。

附 則

この要綱は、令和元年7月17日から施行する。

附 則

この要綱は、令和3年3月5日から施行する。

附 則

この要綱は、令和5年7月1日から施行する。

東京都結核対策技術委員会委員名簿

区分	役職	委員	所属
有識者		川上 一恵	公益社団法人東京都医師会理事
		和田 早也乃	公益社団法人東京都薬剤師会理事
		藤田 明	地方独立行政法人東京都立病院機構 東京都立多摩北部医療センター呼吸器内科非常勤医員
		加藤 誠也	公益財団法人結核予防会結核研究所所長
		高崎 仁	国立研究開発法人 国立国際医療研究センター病院呼吸器内科医長
		佐々木 結花	独立行政法人国立病院機構 東京病院副院長
		竹田 宏	東京慈恵会医科大学附属第三病院感染制御室長
特別区		佐藤 壽志子	目黒区健康推進担当部長兼保健所長
市町村		浅見 知明	立川市保健医療担当部長
東京都	○	吉村 和久	東京都健康安全研究センター所長
		田原 なるみ	東京都多摩府中保健所長
	◎	西塚 至	東京都保健医療局感染症対策調整担当部長

◎：委員長、○：副委員長

東京都結核対策技術委員会専門部会委員名簿

区分	役職	委員	所属
有識者		藤田 明	地方独立行政法人東京都立病院機構 東京都立多摩北部医療センター呼吸器内科非常勤医員
		加藤 誠也	公益財団法人結核予防会結核研究所所長
		座間 智子	公益財団法人結核予防会結核研究所対策支援部保健看護学科長
		高崎 仁	国立研究開発法人国立国際医療研究センター病院 呼吸器内科医長
		三崎 恭子	公益財団法人結核予防会複十字病院結核病棟師長
		小山内 陽子	国立研究開発法人国立国際医療研究センター病院 5階西病棟看護師長
特別区		中島 丈晴	渋谷区健康推進部（保健所）地域保健課長
		飯嶋 智広	豊島区健康部（保健所）保健予防課長
		杉山 美奈子	墨田区福祉保健部保健予防課長
		國府 隆子	大田区健康政策部感染症対策課感染症対策担当係長
		藤原 ひかる	葛飾区健康部保健予防課感染症予防係長
市町村		高尾 満	日野市健康福祉部健康課長
		中山 真紀子	狛江市福祉保健部健康推進課健康衛生係主任
東京都	◎	渡部 ゆう	東京都保健医療局担当部長（感染症対策部防疫課長事務取扱）
		鈴木 淳	東京都健康安全研究センター微生物部病原細菌研究科長
	○	村田 ゆかり	東京都健康安全研究センター企画調整部疫学情報担当課長
		村上 邦仁子	東京都西多摩保健所担当部長
		石井 浩子	東京都多摩府中保健所保健対策課感染症対策推進担当課長代理

◎：部会長、○：副部会長

東京都結核予防推進プラン改定検討経過

東京都結核対策技術委員会及び専門部会

開催日時	会議名	主な報告・協議事項等
令和4年7月19日	令和4年度東京都結核対策技術委員会（第1回）	○東京都結核予防推進プランの達成状況 ○東京都結核予防推進プランの策定について ・プラン改定について ・改定スケジュールについて ・方向性について
令和5年2月7日	令和4年度東京都結核対策技術委員会（第2回）	○東京都結核予防推進プランの達成状況 ・プラン2018の実施経過 ・プラン2018の取組状況 ○新プランの策定の進め方
令和6年3月5日	令和5年度東京都結核対策技術委員会（第1回）	○東京都結核予防推進プランの達成状況 ○東京都結核予防推進プランの改定 ・改定スケジュール
令和6年7月30日	令和6年度東京都結核対策技術委員会（第1回） （第1回専門部会と合同開催）	○専門部会の設置 ○東京都結核予防推進プランの達成状況 ○東京都結核予防推進プランの改定について ・新プランの方向性について ・新プランの目標（案）について ・新プランの新たな取組について 等
令和6年11月26日	令和6年度東京都結核対策技術委員会専門部会 （第2回）	○東京都結核予防推進プラン改定について ・新プラン（素案） ・新プラン改定スケジュール
令和7年3月18日	令和6年度東京都結核対策技術委員会（第2回）	○専門部会報告 ・新プラン（素案） ・専門部会（第2回）各委員の主な意見 等 ○東京都結核予防推進プランの達成状況
令和○年○月○日	【結核に関する特定感染症予防指針改正】	
令和○年○月○日	令和7年度東京都結核対策技術委員会専門部会 （第1回）	○東京都結核予防推進プラン改定について ・新プラン（案）
令和○年○月○日	令和7年度東京都結核対策技術委員会（第○回）	○東京都結核予防推進プラン改定について ・新プラン（案）※最終報告

最終改正 平成 28 年 11 月 25 日

結核に関する特定感染症予防指針

第一次の本指針は、結核予防法（昭和二十六年法律第九十六号）に基づき、平成十六年に策定された。結核予防法が平成十九年に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（平成十年法律第百十四号。以下「法」という。）に統合され、平成二十三年に本指針が改正されて以来、五年余りが経過した。

我が国における結核患者数は減少傾向にあり、人口十万人対罹患率（以下「罹患率」という。）は、平成二十七年には十四・四となり、世界保健機関の定義する罹患率十以下の低まん延国となることも視野に入ってきた。特に小児結核対策においては、BCG接種の実施が著しい効果をもたらしている。しかしながら、平成二十七年の結核患者数は約一万八千人となっており、依然として結核が我が国における最大の慢性感染症であることに変わりはない。

また、り患の中心は高齢者であること、結核患者が都市部で多く生じていること、結核発症の危険性が高いとされる幾つかの特定の集団（以下「ハイリスクグループ」という。）が存在すること等が明らかとなっている。

こうした状況を踏まえ、結核の予防及びまん延の防止、健康診断及び患者に対する良質かつ適切な医療の提供、結核に関する研究の推進、人材の育成並びに知識の普及啓発を総合的に推進し、国と地方公共団体及び地方公共団体相互の連携を図り、結核対策の再構築を図る必要がある。また、平成二十六年に世界保健機関は結核終息戦略を発表し、低まん延国はもとより、日本を含めた低まん延国に近づく国に対しても、根絶を目指した対策を進めるよう求めている。

本指針はこのような認識の下に、予防のための総合的な施策を推進する必要がある結核について、国、地方公共団体、関係団体等が連携して取り組むべき課題に対し、取組の方向性を示すことを目的とする。低まん延国化に向けては、従前行ってきた総合的な取組を徹底していくことが極めて重要であり、その取組の中で、病原体サーベイランス体制の構築、患者中心の直接服薬確認療法（以下「DOTS」という。）の推進及び無症状病原体保有者のうち治療を要する者（以下「潜在性結核感染症の者」という。）に対する確実な治療等の取組を更に進めていく必要がある。

本指針に示す取組を具体化するため、国及び地方公共団体は相互に連携して取り組むとともに、必要な財源を確保するよう努めるものとする。

本指針については、本指針において掲げられた施策及びその目標値の達成状況、結核発生動向等状況の定期的な検証及び評価等を踏まえ、少なくとも五年ごとに再検討を加え、必要があると認めるときは、これを変更するものとする。

第一 原因の究明

一 基本的考え方

国並びに都道府県、保健所を設置する市及び特別区（以下「都道府県等」という。）においては、結核に関する情報の収集及び分析並びに公表を進めるとともに、海外の結核発生情報の収集については、関係機関との連携の下に進めていくことが重要である。

二 結核発生動向調査の体制等の充実強化

結核の発生状況は、法に基づく届出や入院報告、医療費公費負担申請等の結核登録者情報を基にした発生動向調査（以下「患者発生サーベイランス」という。）等により把握されている。とりわけ患者発生サーベイランスは、結核のまん延状況の情報のほか、発見方法、発見の遅れ、診断の質、治療の内容や成功率、入院期間等の結核対策の評価に関する重要な情報を含むものであるため、都道府県等は、地方結核・感染症サーベイランス委員会の定期的な開催や患者発生サーベイランスのデータ処理に従事する職員の研修等を通じて、情報の確実な把握及び処理その他精度の向上に更に努める必要がある。

また、国及び都道府県等は、薬剤感受性検査及び分子疫学的手法からなる病原体サーベイランスの構築に努める必要がある。都道府県等は、結核菌が分離された全ての結核患者について、その検体又は病原体を確保し、結核菌を収集するよう努め、その検査結果を法第十五条の規定に基づく積極的疫学調査に活用するほか、発生動向の把握及び分析並びに対策の評価に用いるよう努めるものとする。

国は、分子疫学的手法の研究を進めるとともに、その研究成果を踏まえつつ、検査及び疫学調査の手法の平準化並びに検査結果の集約及び結核菌の収集のあり方について検討を進めるものとする。国が行う結核菌の収集については、特に重要な多剤耐性結核患者の結核菌を収集するための体制整備を当面の目標とする。

なお、患者発生サーベイランス及び病原体サーベイランスを実施するに当たっては、個人情報情報の取扱いに十分な配慮が必要である。

第二 発生の予防及びまん延の防止

一 基本的考え方

- 1 結核予防対策においては、感染症の予防の総合的な推進を図るための基本的な指針（平成十一年厚生省告示第百十五号。以下「基本指針」という。）第一の一に定める事前対応型行政の体制の下、国及び地方公共団体が具体的な結核対策を企画、立案、実施及び評価していくことが重要である。
- 2 結核の発生の予防、早期発見及びまん延の防止の観点から、咳（せき）、喀痰（かくたん）、微熱等の有症状時の早期受診を国民に対して勧奨すること及び結核以外の疾患で受診している高齢者やハイリスクグループの患者については、結核に感染している可能性があることについて、医療従事者に対して周知することが重要である。

二 法第五十三条の二の規定に基づく定期の健康診断

- 1 結核を取り巻く状況の変化により、現在、定期の健康診断によって結核患者が発見される割合は大幅に低下しており、定期の健康診断については、特定の集団に限定して効率的に実施することが重要である。このため、高齢者、ハイリスクグループ、発症すると二次感染を生じやすい職業（デインジャーグループ）等の定期の健康診断の実施が有効かつ合理的であると認められる者については、その受診率の向上を図ることとする。
- 2 高齢者については、結核発症のハイリスク因子を念頭に置いて胸部エックス線の比較読影を行う等により健康診断を効果的に実施できるよう、必要に応じて、主治医等に健康診断を委託する等の工夫が重要である。また、法第五十三条の二第一項及び第三項の規定に基づく結核に係る定期の健康診断において、六十五歳以上の患者発見率、既感染率及び罹患率は近年低下傾向にあることを踏まえ、国は、必要に応じて定期の健康診断のあり方を検討するものとする。
- 3 学校、社会福祉施設等の従事者に対する健康診断が義務付けられている施設のみならず、学習塾等の集団感染を防止する要請の高い事業所の従事者に対しても、有症状時の早期受診の勧奨及び必要に応じた定期の健康診断の実施等の施設内感染対策を講ずるよう地方公共団体が周知等を行うこととする。また、精神科病院を始めとする病院、老人保健施設等（以下「病院等」という。）の医学的管理下にある施設に収容されている者に対しても、施設の管理者は必要に応じた健康診断を実施することが適当である。
- 4 基本指針に則して都道府県が策定する予防計画の中に、市町村の意見を踏まえ、罹患率等の地域の実情に応じ、定期の健康診断の対象者について定めることが重要である。
- 5 市町村は、医療を受けていないじん肺患者等に対しては、結核発症のリスクに関する普及啓発とともに、健康診断の受診や有症状時の早期受診の勧奨に努めるべきである。
- 6 結核の高まん延地域を管轄する市町村は、その実情に即して当該地域において結核の発症率が高い住民層（例えば、住所不定者、職場での健康管理が十分とはいえない労働者、結核がまん延している国若しくは地域の出身者又はその国若しくは地域に居住したことがある者（以下「高まん延国出身者等」という。）等が想定される。）に対する定期の健康診断その他の結核対策を総合的に講ずる必要がある。結核に係る健康診断の目的は結核患者を発見することであり、実施状況を踏まえ、結核患者が発見されない等の場合は、対象者の設定の適否、受診勧奨の方法等を地域ごとに十分に検証することが重要である。
- 7 高まん延国出身者等の結核患者の発生が多い地域においては、保健所等の窓口到我国の結核対策をその国の言語で説明したパンフレットを備えておく等の取組を行うことが重要である。また、地域における高まん延国出身者等の結核の発生動向に照らし、市町村が特に必要と認める場合には、高まん延国出身者等に対する定期の健康診断を実施する等、特別の配慮が必要である。その際、人権の保護には十分に配慮すべきである。

三 法第十七条の規定に基づく結核に係る健康診断

- 1 結核患者の発生に際しては、都道府県知事、保健所を設置する市の長及び特別区の長（以下「都道府県知事等」という。）は、法第十七条第一項及び第二項の規定に基づく健康診断の対象者を適切に選定し、必要かつ合理的な範囲で積極的かつ的確に実施することが望ま

しい。

- 2 都道府県知事等が法第十七条第一項及び第二項の規定に基づく結核に係る健康診断を行う場合にあっては、健康診断を実施することとなる保健所等の機関において、法第十五条第一項の規定に基づく積極的疫学調査として、関係者の理解と協力を得つつ、関係機関と密接な連携を図ることにより、感染源及び感染経路の究明を迅速に進めていくことが重要である。この際、特に集団感染につながる可能性のある初発患者の発生に際しては、綿密で積極的な対応が必要である。また、感染の場が複数の都道府県等にわたる場合は、関係する都道府県等間又は保健所間の密接な連携の下、健康診断の対象者を適切に選定する必要がある。
- 3 都道府県知事等は、集団感染が判明した場合には、国への報告とともに、法第十六条の規定に基づき、住民及び医療従事者に対する注意喚起を目的として、まん延を防止するために必要な範囲で積極的に情報を公表するものとする。その際には、個人情報の取扱いに十分配慮をしつつ、個々の事例ごとに具体的な公表範囲を検討すべきである。また、結核患者等への誤解や偏見の防止のため、結核に関する正確な情報についても併せて提供することが必要である。
- 4 法第十七条第一項及び第二項の規定に基づく健康診断に当たっては、必要かつ合理的な範囲において対象を広げるほか、結核菌特異的インターフェロン- γ 産生能検査（IGRA）及び分子疫学的手法を積極的に活用することが重要である。特に、分子疫学的手法が対象者の正確な捕捉に資すること及びその広域的な実施により集団感染を早期に把握できることから、分子疫学的手法の活用を積極的に図ることとする。

四 BCG接種

- 1 予防接種は、感染源対策、感染経路対策及び感受性対策からなる感染症予防対策の中で、主として感受性対策を受け持つ重要なものである。我が国の乳児期における高いBCG接種率は、小児結核の減少に大きく寄与していると考えられるため、結核対策においても、BCG接種に関する正しい知識の普及を進め、接種の意義について国民の理解を得るとともに、予防接種法（昭和二十三年法律第六十八号）に基づき、市町村においては、引き続き、適切に実施することが重要である。
- 2 市町村は、定期のBCG接種を行うに当たっては、地域の医師会や近隣の市町村等と十分な連携の下、乳児健康診断との同時実施、個別接種の推進、近隣の市町村の住民への接種の場所の提供その他対象者が接種を円滑に受けられるような環境の確保を地域の実情に即して行い、もってBCGの接種対象年齢における接種率の目標値を九十五パーセント以上とする。
- 3 BCGを接種して数日後、被接種者が結核に感染している場合には、一過性の局所反応であるコッホ現象を来すことがある。コッホ現象が出現した際には、市町村にその旨を報告するように市町村等が周知するとともに、市町村から保健所に必要な情報提供をすることが望ましい。また、医療機関の受診を勧奨する等当該被接種者が必要な検査等を受けられるようにすることが適当である。被接種者が適切な対応を受けられるよう、コッホ現象が発現した際の適切な対応方法を医療従事者に周知するとともに、住民に対してもコッホ現象に関する正確な情報を提供する必要がある。
- 4 国においては、予防接種に用いるBCGについて、円滑な供給が確保されるよう努めることが重要である。

第三 医療の提供

一 基本的考え方

- 1 結核患者に対して、早期に適切な医療を提供し、疾患を治癒させ、周囲への結核のまん延を防止する。また、罹患率が順調に低下している中で、低まん延国化に向けて、潜在性結核感染症の者に対して確実に治療を行っていくことが、将来の結核患者を減らすために重要である。
- 2 結核患者の多くは高齢者であり、高齢者は身体合併症及び精神疾患を有する者が多いことから、結核に係る治療に加えて合併症に係る治療も含めた複合的な治療を必要とする場合があるため、治療形態が多様化している。また、結核患者数の減少により、結核病床の病床利用率が低下し、結核病棟の維持が困難となり、医療アクセスの悪化している地域がある。そのため、患者を中心とした医療提供に向けて、病床単位で必要な結核病床を確保すること、結核病床及びその他の病床を一つの看護単位として治療を行うこと等により医療提供体制の確保に努める必要がある。
- 3 医療提供体制の確保に当たっては、都道府県域では、標準治療のほか、多剤耐性結核や

管理が複雑な結核の治療を担う中核的な病院を確保すること、地域ごとに合併症治療を主に担う基幹病院を実情に応じて確保すること並びにそれらの中核的な病院及び基幹病院並びに結核病床を有する一般の医療機関が連携し、結核患者が身近な地域において個別の病態に応じた治療を受けられる地域医療連携体制を整備することが重要である。また、中核的な病院での対応が困難な結核患者を受け入れ、地域医療連携体制を支援する高度専門施設を国内に確保することが重要である。国は、低まん延国化を達成した後の結核の医療提供体制のあり方について、検討するものとする。

- 4 重篤な合併症患者等については、結核病床を有する第二種感染症指定医療機関など、中核的な病院や基幹病院の一般病床等において結核治療が行われることがあることから、国の定める施設基準・診療機能の基準等に基づき、適切な医療提供体制を構築することとする。
- 5 結核の治療に当たっては、適切な医療が提供されない場合、疾患の治癒が阻害されるのみならず、治療が困難な多剤耐性結核の発生に至る可能性がある。このため、適切な医療が提供されることは、公衆衛生上も極めて重要であり、結核に係る適切な医療について医療機関への周知を行う必要がある。
- 6 医療現場においては、結核に係る医療は特殊なものではなく、まん延の防止を担保しながら一般の医療の延長線上で行われるべきであるとの認識の下、良質かつ適切な医療の提供が行われるべきである。このため、結核患者を診療する第二種感染症指定医療機関においては、結核患者に対して、特に法第十九条第一項及び第三項並びに第二十条第一項及び第二項の規定による入院の措置等（以下「入院措置等」という。）の必要な期間は、結核のまん延の防止のための院内感染予防措置を徹底した上で、患者の心理的負担にも配慮しつつ、中長期にわたる療養のために必要な環境の整備に努めるとともに、入院措置等の不要な結核患者に対しては、結核患者以外の患者と同様の療養環境において医療を提供するものとする。また、患者に対し確実な服薬を含めた療養方法及び他の患者等への感染防止の重要性について十分に説明し、理解及び同意を得て治療を行うことが重要である。
- 7 医療機関においては、結核の合併率が高い疾患を有する患者等（後天性免疫不全症候群、じん肺及び糖尿病の患者、人工透析を受けている患者、免疫抑制剤使用下の患者等）の管理に際し、必要に応じて結核感染の有無を調べ、結核に感染している場合には、積極的な潜在性結核感染症の治療に努めることとし、結核を発症している場合には、結核に関する院内感染防止対策を講ずるよう努めなければならない。
- 8 国民は、結核に関する正しい知識を持ち、その予防に必要な注意を払うとともに、特に有症状時には、適切な治療を受ける機会を逃すことがないように早期に医療機関を受診し、結核と診断された場合には治療を完遂するよう努めなければならない。また、結核の患者について、偏見や差別をもって患者の人権を損なわないようにしなければならない。

二 結核の治療を行う上での服薬確認の位置付け

- 1 世界保健機関は、平成二十六年に新たに採択した結核終息戦略においても、「統合された患者中心のケアと予防」の項に、DOTS を基本とした包括的な治療戦略（DOTS 戦略）を引き継いでおり、我が国においても、日本版 DOTS 戦略として、確実な治療のため、潜在性結核感染症の者も含め結核患者を中心として、その生活環境に合わせて、服薬確認を軸とした患者支援、治療成績の評価等を含む包括的な結核対策を構築し、人権を尊重しながら、これを推進することとする。また、国は必要な抗結核薬を確保するよう努めていくものとする。
- 2 国及び地方公共団体が服薬確認を軸とした患者中心の支援を全国的に普及・推進していくに当たって、先進的な地域における取組も参考にしつつ、DOTS の実施状況等について検討する DOTS カンファレンスや患者が治療を完遂したかどうか等について評価するコホート検討会の充実、地域連携バスの導入など、保健所、医療機関、社会福祉施設、薬局等の関係機関との連携及び保健師、看護師、薬剤師等の複数職種の連携により、積極的な活動が実施されるよう、適切に評価及び技術的助言を行い、地域連携体制の強化を図ることとする。
- 3 保健所を拠点とし、地域の実情に応じて、地域の医療機関、薬局等との連携の下に服薬確認を軸とした患者中心の支援（以下「地域 DOTS」という。）を実施するため、保健所は積極的に調整を行い、必要に応じて地域の関係機関へ積極的に地域 DOTS の実施を依頼するとともに、保健所自らも DOTS の場の提供を行い、地域の結核対策の拠点としての役割を引き続き果たすこととする。
- 4 医師等及び保健所長は、結核の治療の基本は薬物治療の完遂であることを理解し、結核患者に対し服薬確認についての説明を行い、患者の十分な同意を得た上で、入院中はもと

より、退院後も治療が確実に継続されるよう、医療機関等と保健所等が連携して、人権を尊重しながら、服薬確認を軸とした患者中心の支援を実施できる体制を更に推進していくことが重要である。患者教育の観点から、医療機関における入院中からのDOTSの十分な実施や、慢性的に排菌し、長期間にわたって入院を余儀なくされる結核患者に対しても、退院を見据えて、保健所が入院中から継続的に関与することが重要である。また、医療機関に入院しない結核患者に対しても、治療初期の患者支援が重要である。

三 その他結核に係る医療の提供のための体制

- 1 結核患者に係る医療は、結核病床を有する第二種感染症指定医療機関及び結核指定医療機関のみで提供されるものではない。結核患者が、最初に診察を受ける医療機関は、多くの場合一般の医療機関であるため、一般の医療機関においても、国及び都道府県等から公表された結核に関する情報について積極的に把握し、結核の診断の遅れの防止に努め、同時に医療機関内において結核のまん延の防止のために必要な措置を講ずることが重要である。また、結核の診断の遅れに対する対策として、保健所等においては、医療機関への啓発とともに、結核の早期診断に資する地域連携の取組を継続して行うことが望ましい。
- 2 医療機関及び民間の検査機関においては、結核患者の診断のための結核菌検査の精度を適正に保つため、外部機関によって行われる系統的な結核菌検査の精度管理を定期的に行うべきである。そのためには、公益財団法人結核予防会結核研究所（以下「結核研究所」という。）、地方衛生研究所、医療機関及び民間の検査機関などの関係機関が相互に協力し、精度管理を連携して行う必要がある。
- 3 一般の医療機関における結核患者への適切な医療の提供が確保されるよう、都道府県等において、地域医療連携体制を構築し、医療関係団体と緊密な連携を図ることが重要である。また、その際には、保健所が中心となり、医師会等の協力を得るよう努めるとともに、介護・福祉分野との連携を図ること等が重要である。
- 4 結核の治療完遂後に保健所長が行う病状把握については、治療中の服薬状況等から判断した発症のリスクを踏まえて、適切に実施するものとする。
- 5 障害等により行動制限のある高齢者等の治療について、患者の日常生活に鑑み、接触範囲等が非常に限られる場合において、医療機関は、入院治療以外の医療の提供についても適宜検討すべきである。

第四 研究開発の推進

一 基本的考え方

- 1 結核対策は、科学的な知見に基づいて推進されるべきであることから、結核に関する調査及び研究は、結核対策の基本となるべきものである。このため、国としても、必要な調査及び研究の方向性の提示、国立研究開発法人日本医療研究開発機構（AMED）や国立感染症研究所のみならず、民間団体、関連諸学会、海外の研究機関等も含めた関係機関との連携の確保、それぞれの研究成果の相互活用等の推進、調査及び研究に携わる人材の育成等の取組を通じて、調査及び研究を積極的に推進することとする。
- 2 BCGを含む結核に有効なワクチン、抗菌薬等の結核に係る医薬品は、結核の予防や結核患者に対する適切な医療の提供に不可欠なものであり、これらの研究開発は、国と民間が相互に連携を図って進めていくことが重要である。このため、国においては、結核に係る医療のために必要な医薬品に関する研究開発を推進していくとともに、民間においてもこのような医薬品の研究開発が適切に推進されるよう必要な支援を行うこととする。さらに、低まん延化に向けて、ハイリスクグループや感染が生じるリスクのある場を特定するとともに、感染経路の把握や海外からの人の移動が国内感染に与える影響を検証するため、分子疫学的手法等を用いた研究を推進することが必要である。

二 国における研究開発の推進

- 1 国は、全国規模の調査や高度な検査技術等を必要とする研究、結核菌等を迅速かつ簡便に検出する検査法の開発のための研究、多剤耐性結核の治療法等の開発のための研究等の結核対策に直接結びつく応用研究、新薬等を早期に現場に適用するための臨床研究等を推進し、海外、民間及び関連諸学会との積極的な連携や地方公共団体における調査及び研究の支援を進めることが重要である。
- 2 国においては、資金力や技術力の面で民間では研究開発が困難な医薬品等について、必要な支援に努めることとする。特に、現状では治療が困難な多剤耐性結核患者の治療法等新たな抗結核薬の開発等についても、引き続き調査研究に取り組んでいくこととする。なお、これらの研究開発に当たっては、抗結核薬等の副作用の減少等、安全性の向上にも配

慮することとする。

- 3 国は、結核の低まん延国化を見据えて、定期のBCG接種の中止又は選択的接種の導入に関する将来の検討に資するため、諸外国の施策等の状況を収集するなど必要な研究を進めることとする。

三 地方公共団体における研究開発の推進

地方公共団体における調査及び研究の推進に当たっては、保健所と都道府県等の関係部局が連携を図りつつ、計画的に取り組むことが重要である。また、保健所においては、地域における結核対策の中核的機関との位置付けから、地方衛生研究所と連携し、結核対策に必要な疫学的な調査及び研究を進め、地域の結核対策の質の向上に努めるとともに、地域における総合的な結核の情報の発信拠点としての役割を果たしていくことが重要である。

四 民間における研究開発の推進

医薬品の研究開発は、結核の発生の予防及びそのまん延の防止に資するものであるとの観点から、製薬企業等においても、その能力に応じて推進されることが望ましい。

第五 国際的な連携

一 基本的考え方

国等においては、結核対策に関して、海外の政府機関、研究機関、世界保健機関等の国際機関等との情報交換や国際的取組への協力を進めるとともに、結核に関する研究や人材養成においても国際的な協力を行うこととする。

二 世界保健機関等への協力

- 1 アフリカやアジア地域においては、後天性免疫不全症候群の流行の影響や結核対策の失敗からくる多剤耐性結核の増加等により、現在もなお結核対策が政策上重要な位置を占めている国及び地域が多い。世界保健機関等と協力し、これらの国の結核対策を推進することは、国際保健水準の向上に貢献するのみならず、我が国に在住する高まん延国出身者等の結核の罹患率の低下にも寄与することから、我が国の結核対策の延長上の問題としてとらえられるものである。したがって、国は世界保健機関等と連携しながら、国際的な取組を積極的に行っていくこととする。
- 2 国は政府開発援助による二国間協力事業により、途上国の結核対策のための人材の養成や研究の推進を図るとともに、これらの国との研究協力関係の構築や情報の共有に努めることとする。

第六 人材の養成

一 基本的考え方

結核患者の七割以上が医療機関の受診により結核が見つかった一方、結核に関する知見を十分に有する医師が少なくなっている現状を踏まえ、結核の早期の確実な診断及び結核治療の成功率の向上のために、国及び都道府県等は、結核に関する幅広い知識や標準治療法を含む研究成果の医療現場への普及等の役割を担う人材の養成を行うこととする。人材の養成に当たっては、国及び都道府県等のほか、大学、関連諸学会、独立行政法人国立病院機構の病院（以下「国立病院機構病院」という。）等の医療機関、結核研究所等の関係機関が有機的に連携し、教育研修を実施することが重要である。また、必要に応じ、重篤な合併症を有する患者を治療できる医療機関を活用しつつ、結核に関する実地医師教育の充実を図ることが望まれる。また、大学医学部を始めとする医師等の医療関係職種の養成課程等においても、結核に関する教育等を通じて、医師等の医療関係職種の間での結核に関する知識の浸透に努めることが重要である。

なお、結核医療に従事する医師や看護師が減少している中で、地域における結核患者の相談体制を確保するためには、国立病院機構病院等の地域の中核的な病院や結核研究所などの関係機関がネットワークを強化するとともに、そのネットワークを有効活用することが必要である。

二 国における人材の養成

- 1 国は、結核に関する最新の臨床知識及び技能の修得並びに新たな結核対策における医療機関の役割について認識を深めることを目的として、感染症指定医療機関の医師はもとより、一般の医療機関の医師、薬剤師、診療放射線技師、保健師、助産師、看護師、准看護師、臨床検査技師等に対する研修に関しても必要な支援を行っていくこととする。
- 2 国は、結核行政の第一線に立つ職員の資質を向上させ、結核対策を効果的に進めていく

ため、保健所及び地方衛生研究所等の職員に対する研修の支援に関して、検討を加えつつ適切に行っていくこととする。

三 都道府県等における結核に関する人材の養成

都道府県等は、結核に関する研修会に保健所及び地方衛生研究所等の職員を積極的に派遣するとともに、都道府県等が結核に関する講習会等を開催すること等により保健所及び地方衛生研究所等の職員に対する研修の充実を図ることが重要である。さらに、これらにより得られた結核に関する知見を保健所及び地方衛生研究所等において活用することが重要である。また、感染症指定医療機関においては、その勤務する医師の能力の向上のための研修等を実施するとともに、医師会等の医療関係団体においては、会員等に対して結核に関する情報提供及び研修を行うことが重要である。

第七 普及啓発及び人権の尊重

一 基本的考え方

- 1 国及び地方公共団体においては、結核に関する適切な情報の公表、正しい知識の普及等を行うことが重要である。特に、国及び都道府県等並びに医療機関の情報共有に当たっては、都道府県が実施する結核予防技術者地区別講習会等を通じ、連携を図ることが重要である。また、結核のまん延の防止のための措置を講ずるに当たっては、人権の尊重に留意することとする。
- 2 保健所においては、地域における結核対策の中核的機関として、結核についての情報提供、相談等を行う必要がある。
- 3 医師その他の医療関係者においては、結核患者等への十分な説明と同意に基づいた医療を提供することが重要である。
- 4 国民においては、結核について正しい知識を持ち、自らが感染予防に努めるとともに、結核患者が差別や偏見を受けることがないように配慮することが重要である。

第八 施設内（院内）感染の防止等

一 施設内（院内）感染の防止

- 1 病院等の医療機関においては、適切な医学的管理下にあるものの、その性質上、患者及び従事者には結核感染の機会が潜んでおり、かつ実際の感染事例も少なくないという現状にかんがみ、院内感染対策委員会等を中心に院内感染の防止並びに発生時の感染源及び感染経路調査等に取り組むことが重要である。また、実際に行っている対策及び発生時の対応に関する情報について、都道府県等や他の施設に提供することにより、その共有化を図ることが望ましい。
- 2 学校、社会福祉施設、学習塾等において結核が発生し、及びまん延しないよう、都道府県等にあつては、施設内感染の予防に関する最新の医学的知見等を踏まえた情報をこれらの施設の管理者に適切に提供することが重要である。
- 3 都道府県等は、結核の発生の予防及びそのまん延の防止を目的に、施設内（院内）感染に関する情報や研究の成果を、医師会等の関係団体等の協力を得つつ、病院等、学校、社会福祉施設、学習塾等の関係者に普及していくことが重要である。また、これらの施設の管理者にあつては、提供された情報に基づき、必要な措置を講ずるとともに、普段からの施設内（院内）の患者、生徒、収容されている者及び職員の健康管理等により、結核患者が早期に発見されるように努めることが重要である。外来患者やデイケア等を利用する通所者に対しても、十分な配慮がなされることが望ましい。

二 小児結核対策

結核感染危険率の減少、定期のBCG接種の徹底及び潜在性結核感染症の治療の推進により、小児の結核患者数は著しく減少しているが、小児結核の診療経験を有する医師及び診療に対応できる医療機関が減少している。そのため、法第十七条第一項及び第二項の規定に基づく健康診断の迅速な実施、潜在性結核感染症の治療の徹底、結核診断能力の向上、小児結核発生动向調査等の充実を図るほか、小児結核を診療できる医師の育成、小児結核に係る相談対応、重症患者への対応等、小児結核に係る診療体制の確保のための新たな取組が必要である。

三 保健所の強化機能

保健所は、結核対策において中心的な役割を担っており、市町村からの求めに応じた技術支援、法第十七条の規定に基づく結核に係る健康診断の実施、感染症の診査に関する協議会

の運営等による適切な医療の普及、訪問等による患者の治療支援、地域への結核に関する情報の発信及び技術支援・指導、届出に基づく発生動向の把握及び分析等様々な役割を果たしている。都道府県等は、保健所による公的関与の優先度を考慮して業務の重点化や効率化を行うとともに、保健所が公衆衛生対策上の重要な拠点であることに鑑み、結核対策の技術的拠点としての位置付けを明確にすべきである。

第九 具体的な目標等

一 結核対策を総合的に推進することにより、我が国が、近い将来、結核を公衆衛生上の課題から解消することを目標とする。具体的には、成果目標として、平成三十二年までに、罹患率を十以下とするとともに、事業目標として、全結核患者及び潜在性結核感染症の者に対する DOTS 実施率を九十五パーセント以上、肺結核患者の治療失敗・脱落率を五パーセント以下、潜在性結核感染症の治療を開始した者のうち治療を完了した者の割合を八十五パーセント以上とすることを目指すこととする。

二 目標の達成状況の評価及び展開

一に定める目標を達成するためには、本指針に掲げた取組の進ちょく状況について、定期的に把握し、専門家等の意見を聴きながら評価を行うとともに、必要に応じて、取組の見直しを行うことが重要である。