

【東京都結核菌株検査事業について】

No.	カテゴリー	委員意見	対応方針（案）	新プラン（素案）等への反映内容
1	今後の方針 目標設定	<p>○収集目標全株100%について。都の目標350件は「処理」件数のことかと思うが、国の目標は「収集」である。MDRや集団感染に関する事例で菌株が破棄されているという現状が問題になっており、「処理」件数と「収集」件数は別に考えた方がよいかと思う。</p> <p>○ゲノム検査をどうやるかが次の指針の論点ではないかと思っている。今回の東京都のプランに入れられるかという点では、課題があるが、考えていかなければならないと思う。（収集目標が）2032年までに100%というのは、グローバルな視点でから見ると少々遅れていると思う。</p> <p>○全株収集に向けて12医療機関とのことだが、医療機関からすると全株の方が案で、選ぶ方が大変である。医療機関と相談し、全株の方がいいのではないかと思う。</p>	<p>○国の指針に合わせ、すべての結核患者の結核菌収集に努め、全株収集に向けた検討を進めていく。処理件数は350件をベースとして、健康安全研究センターと連携して更なる処理件数を検討していく。</p> <p>○新プラン（素案）に「ゲノム検査」について一部記載済。</p> <p>○医療機関の現場等の負担も踏まえ、今後菌株収集の運用を検討していく。</p>	<p>○P54「第4章 取組（2）結核菌株確保の積極的な実施（新規）を以下の文言に変更 旧：「・・・記載されていますが、令和7年（2025）3月現在結核患者数に比べ菌株の収集数が少なく、菌株収集の対象範囲や、その目標値について」 新：「・・・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・・・」に変更</p> <p>○P72の都独自目標を「培養陽性者のうち菌株確保した割合」の（注）書き※5に「菌株を確保し、検査した割合（収集のみは含まない）」を追記し、記載</p> <p>○P54「第4章 取組（2）結核菌株確保の積極的な実施（新規）①結核菌株確保の推進（ア）病原体サーベイランスの実施」に記載済 →「・・・必要に応じて全ゲノム解析を実施します。」</p> <p>○修正なし</p>
2	今後の方針 目標設定	<p>○収集と検査件数の一致が理想かもしれないが、全株収集には目的が別にある、それは薬剤感受性の取りこぼしがあってはならないという視点である。外国人の流入によって変わってくるため、このままのシミュレーションで年8%り患率が下がり、2032年に菌株収集率が100%になるかというのは難しいかもしれない。VNTR検査数が350件というのは良いかもしれないが、収集数が350件というのは上げ幅があるのではと思われるので検討して欲しい。</p> <p>○外注検査について、東京都の患者ではないが、自院患者で、塗抹陰性で培養陽性のケース、特に1回しか培養が生えなかった例えば腸結核などで、薬剤感受性が実施されないまま破棄されたり、実施されていたとしてもMDRだった場合にデラマニド・ベダキリン・リネゾリドなどMDR治療薬の感受性検査を追加で実施できず薬剤選択に苦慮した症例があった。注意すべきは外注検査の菌株が廃棄されること。臨床医の視点からすると、感受性検査を逃さないためにも、菌株特に外注検査の100%確保を検討すること</p>	<p>○検査件数のベースが350件であり、収集については国の指針に合わせ、すべての結核患者の結核菌収集に努め、全株収集に向けた検討を進めていく。</p> <p>○外注検査会社及び保健所と連携し、全株の収集に向けた検討を進めていく。</p>	<p>○No.1と同様</p> <p>○P54「第4章 取組（2）結核菌株確保の積極的な実施（新規）を以下の文言に変更 「・・・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・・・」に変更</p> <p>○修正なし</p>
3	今後の方針 目標設定	<p>○研究科でマンパワーが足りていない現状がある。これまで100から120検体についてVNTRを実施してきたが、昨年度から3倍増で対応している。現在、検体数増加に対応するために結核菌の分離培養を行っていない。MGITで搬入されたものを、菌の沈量にもよるが、そのままPCRを行いVNTRを実施している。現状では350検体がVNTR検査のギリギリの線で、分離培養の必要な薬剤耐性検査数は必要性のあるものに制限している。</p> <p>○将来的にルーチンとしてのVNTRをNGSに置き換える場合、結核菌の分離培養をしないとNGSに資する核酸は得られず、分離培養をしないと350件は困難な状況。個人的には、ポイントとなる集団感染事例については積極的にNGSを実施してよいと思うが、データの共有化という視点ではVNTRの方がしやすいのでは。NGSデータの共有化には国レベルでバンクのようなものを作らないと意味がないのではと思う。保健所の方がNGS結果を見て対策に取り入れられるかという点では、VNTRの方がわかりやすいのではと思う。</p> <p>○収集100%とした場合、搬入した菌株の冷凍保存はできるが、冷凍保管後された菌株について遺伝子検査ができるかの補償はない。予算や人員上の問題や保管スペースの問題もある。何年保管が必要なのか、キャパを超えてしまった場合はどうするか内部で検討する必要がある。</p>	<p>○菌株収集がより多くできる体制を健康安全研究センターと検討し、今後の予算要求等も踏まえ検討を行う。</p>	<p>○修正なし</p>

4	菌株検査結果の活用・還元	○VNTR結果の活用・還元について。ももとは集団感染の評価には有用なものだと思うが、なかなかリンクがよくわからないものもあるかと思う。あとは今後、リ患率が下がるか、外国人がどうなるかにもよるかと思うが、評価は必要になると思う。還元方法としては、もちろん個人情報に配慮した上で行動調査票等の情報も含めて、関与保健所だけでなく保健所全体や医療機関にも幅広く還元する。活用事例や、広くVNTR結果を共有することによって対策への意見も出てくると思うので、もう一歩進めたものを個人的には考えている。	○現時点の案では保健所への還元どまりとなっており、医療機関へは講演会及び広報資料等を活用し、共有の検討を行っていく。	○P55「(2)結核菌株確保の積極的な実施(新規)」の【具体的取組】②病原体サーベイランスの活用(イ)病原体サーベイランス情報の把握と活用」の文言を以下に変更 旧:「・・・その情報の活用事例等について還元します」 新:「・・・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。」
5	菌株検査結果の活用・還元	○神戸が分子疫学調査が進んでいる。保健所・地衛研・医療機関の三者で情報を共有するようにしないと協力が得られない。検査も重要だが、疫学情報や臨床情報が得られないとうまく生きてこないと思う。コンセプトとして重要だと思う。医療機関のベネフィットになるので、進める上では還元は大事になる。		
6	菌株検査結果の活用・還元	○イメージ④の検索ツールについて、24領域を入力するのは大変なので、名前を入れてクリックすると24領域が一致した菌株が出てくるようにしてほしい。 ○医療機関にも見えると保健所との検討に使えるなどよくて、還元できるのではと思う。また、外国人の患者とリンクのある日本人がどれくらいいるかが分かると良い。	○お示したツールは現時点での検討段階のイメージである。名前等の個人情報の掲載は困難と考えている。 ○医療機関に見える方法としてはK-NETを考えている。まずは保健所で還元し、医療機関への還元については、分子疫学の重要性を分かっていた視点からも大切だと考える。外国人も重要な対策であるので、ツールに付加する項目を可能な限り検討する。	○修正なし
7	菌株検査結果の活用・還元	○技術革新が進んでおり、医療DXが進んでいるので、我々も頭を柔らかくし、一歩進んだものを考えなくてはいけないと思う。先ほどご指摘のゲノムデータベースについては、国も議論を始めている。ゲノム検査はPPPR(Pandemic Prevention, Preparedness and Response)の1つとしても大事になってきます。パンデミックになってから慌ててゲノム検査体制を立ち上げるのでは遅いので。AMRという視点でも大切である。	○国の新たな指針などを踏まえ、医療DXの観点も検討していく。	○修正なし
8	菌株検査結果の活用・還元	○VNTRデータの共有を機に、保健所の結核の行動歴の情報収集をもっと徹底せねばと感じた。また、個人的には、VNTRの値での検索だけでなく、行動歴からの検索ができるとデータベースとして非常に面白く、調査のモチベーションが上がると感じた。 (都内で「特定の漫画喫茶A」を利用した結核患者を検索できるなど)	○疫学調査上「行動歴からの検索」は現時点では想定していないため、共有予定はないが、今後保健所等の意見を踏まえ検討を行っていく。	○修正なし
9	菌株検査結果の活用・還元	○VNTRの結果をどのように関係保健所に共有して活用していくか。23または24領域が一致することが分かった時点が、追加の疫学調査をかけて有効な時期なのかどうか、が論点として重要かと思う。あくまで追いかけるためにやるのであれば、「過去2年分のデータ」では、もう長すぎて、いまさら感がある。1年分でもよいのでは。一方で今後の知見のために、見落としている感染源を知っておきたい、ということであれば、過去2年分では短すぎて、3年?または5年ぐらいでもよいかと思う。埼玉県や千葉県はそのあたりをどうされているのか。	○結核患者登録票の保存年限が治療終了後、2年が原則とされており、過去2年分としているが、改めて関係機関含めて検討を行う [参考1]埼玉県:過去分は改めて集約していないが、2016年からデータを毎年作成しており、約7年分のデータがある。 [参考2]千葉県:過去分は改めて集約していないが、2008年から毎年データを作成しており、約15年分のデータがある。2か月おきに県内保健所に還元を行っている。 ※両県とも担当者ヒアリングによる	○修正なし
10	今後の方針目標設定	○VNTRをやるわけではないが菌株だけでも集めておけないかという議論は、理想的だが、マンパワー・予算面・保管場所のスペースの課題という鈴木委員のご意見も理解できる。菌株だけでも絞るとなると、例えば外国籍の菌株は全株収集、は一つの選択肢かと思う。中島委員が発言されていたが、10年後には高齢者の結核患者が減少していくのが現実的かと思われる。欧米諸国のように今後、日本の結核対策も、あくまで移民・難民対策の一環として語られる必要が出てくる。そうすると、どういう輸入株の動きがあったか、が重要になるので、絞りやすいその部分だけでも集めておくのはいかがか。	○特定のターゲットに絞った収集・検査の運用については、今後検討を行っていく。	○修正なし

【特殊な治療を要する患者等の治療体制の確保について】

No.	カテゴリー	委員意見	対応方針（案）	新プラン（素案）等への修正内容
11	受け入れ体制	○受け入れについて、うち（国立国際医療研究センター病院）は比較的環境が整っている。腎臓内科の先生方も協力的なので、部屋さえ空いていれば受け入れている。ただ、多剤耐性の患者さんが増えると、（個室が埋まり）透析の患者が受けられない状況になるのが難しいと思う。	○令和7年4月頃に都のホームページにおいて透析患者の受け入れ状況について掲載予定である。今後、項目を細分化し、喀痰塗抹陰性透析患者の受け入れ状況について掲載可能か調整を図る。	○P59「第4章 取組（6）結核医療体制の充実②医療提供体制の見える化（ア）医療機関の機能をHP等で周知」に記載済 →「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。」
12	病院間の連携（下り受け入れ）	○（国立国際医療研究センター病院も）同じである。透析患者は東京都だけでなく、埼玉など他県からの入院要請も多い。他の病院も困るところだと思うが、勧告入院になると期間が長い。塗抹陰性化した段階で一般医療機関に戻すということをしている。モデル病床で受け入れたが、なかなか出られないケースもあり、（個室なので）療養上あまり良くないと思う。医療機関の負担軽減、入院期間短縮に向けたことをできればいい。特に下りの受け入れを連携できれば。1つの医療機関では対応が難しいので、そういう情報を都や保健所から得られると助かる		
13	病院間の連携（下り受け入れ）	○コロナの時は上り下りの連携が最後の方にうまくいったように記憶している。結核の場合はやはり透析医療機関側が身構えてしまう。外来で結核を扱う医療機関にも理解を得られればやり易くなると思う。	○研修会等により透析施設における感染対策上の留意点について情報提供していく。	○P68「第4章 取組（15）医療機関における取組の支援①医療機関への支援」に記載済 →「・・・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。」
14	病院間の連携（下り受け入れ）	○モデル病床がきちんと機能しているか疑問に思うことがある。全身状態が悪い患者さんを積極的にモデルで受け入れるなど活用できれば違うと思う。また、現在退院基準の改訂が検討され入院期間が短縮される方向であるため、条件が和らいだ方を受け入れるステップが必要かなと現場では思っている。	○モデル病床については病院により運用が千差万別である。毎年ホームページの掲載情報を更新することで、病院間で情報共有するとともに改善を働きかけていきたい。なお、受け入れ条件について都ホームページで公表予定である。	○No.11と同様。P59「第4章 取組（6）結核医療体制の充実②医療提供体制の見える化（ア）医療機関の機能をHP等で周知」に記載済
15	病院間の連携（下り受け入れ）	○モデル病床をやる場合、7：1基準とすると病院の経営上課題となる。経営的に厳しくなる。国に対しては、入院日数の算定から外した方がいいのではということを行っている。他県患者入院の件は、そんなに数は多くはないはずなので近県での連携・情報共有、困ったときに助け合えればいいと思う。 また、結核専門病院と呼吸器科を持っている病院の連携も重要である。具体的には和歌山県の事例だが、ここは病床を大きく減らしたが、結核病床を持つ病院とモデル病床を有する病院の呼吸器科が同じ大学医局なので連携して、逆に患者さんにとっては近くのモデル病床に入院ができるようになり利便性が高まった。うまく回していくためには、結核患者を診る病院同士の連携が重要になってくると思う。	○地区別講習会等で他県と情報共有を図る。また他県からの特殊な対応を要する患者の受け入れ状況について、都内医療機関から状況を把握する。次年度のアンケートにて、透析患者等、他県患者の受け入れ状況について把握するよう検討する。	○修正なし
16	小児の受け入れ	○小児については、外国人が増えて、小児の接触者健診が増えていっているように思う。接触者健診については、一般の小児科への働きかけが必要ではないかと思う。	○小児の接触者健診については区部はほとんど国立国際医療研究センター病院で受け入れている現状がある。小児の接触者健診については、地域の医療機関や保健所が連携して実施できるように、首都圏小児結核症例検討会及び結核研修動画（小児結核の内容含む）等を通じて、引き続きノウハウの情報発信をしていく。	○修正なし
17	小児の受け入れ	○多摩地区だとやはり小児総合になる。今後は管内の基幹病院など自分のところでもなるべく探すということが必要になってくるかと思うが、その際、方針について事前に小児総合に相談した上でお願いすると「それならやりましょう」となったり、小児総合の専門医に相談できる体制を準備したりすることが良いかと思う。		

【新プラン（素案）について】

No.	カテゴリー	委員意見	対応方針（案）	新プラン（素案）等への修正内容
18	外国人出生結核患者対策	<p>○外国出生患者について。健康診断で見つかる率が国の数字ですが35%となっているが、この中には症状があっても、受診につながらなくて健康診断で発見されているケースがある。健康教育や雇用主への普及啓発などによって早期受診につながる取組が必要であり、「健康診断発見」の中身を分析して対策していただきたいと思う。</p> <p>○医療提供体制について。結核病床の利用率が30%を切っており、結核病床を持つ病院の経営が厳しい状況。適正病床のキープは大切に、国でも示していただくよう、この点は交渉している。自治体においても必要病床をきちんと残しつつ、病院経営にも配慮いただき、過剰な病床にしないこと。今の素案の書きぶりでも読めなくはないが明確にしていきたい。</p> <p>○WHO公式文書からDOTSというワードがなくなっている。患者中心のケアという言葉に代わっているの、使うなら「日本版DOTS」という方向にした方がいいのではと思います。国の新たな指針においても議論している。</p>	<p>○普及啓発については、啓発資料の作成、講演等を通じて対策を行っていく。外国人患者の発見方法の詳細な分析について新プラン（素案）に追記する。</p> <p>○確保病床については、第7次東京都保健医療計画で明示している通り、病床の適切配置と適切な入院医療の確保が担保できるよう確保・調整していく。</p> <p>○国の「結核に関する特定感染症予防指針」の改正内容も踏まえ、「DOTS」の表現の一部「患者中心のケア」、「日本版DOTS」、「服薬支援」等の表現に修正する。</p>	<p>○P66「第4章 取組（13）高齢者・外国人への普及啓発（新規）②外国出生者への普及啓発に記載済。 →「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。」 ○P33「図11-5 新登録結核患者発見方法別割合（令和5年）」に以下追記 ※日本出生 接触者健康診断のうち、発見時何らかの症状があった者の割合は35%（38人/72人） 外国出生 接触者健康診断のうち、発見時何らかの症状があった者の割合は26%（17人/65人）</p> <p>○P59「第4章取組（6）結核医療体制の充実①対応可能な医療機関の確保」を以下の通り修正 旧：「<u>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を確保します</u>」 新：「<u>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</u>」</p> <p>○現時点では修正なし。今後、国の「結核に関する特定感染症予防指針」の改正内容も踏まえ、「DOTS」の表現の一部「患者中心のケア」、「日本版DOTS」、「服薬支援」等の表現に修正を検討する。 ○P37「【参考1】WHO新戦略と日本版DOTS～患者中心の服薬支援～」に日本版DOTSと都におけるDOTSのこれまでの経緯を追記</p>
19	外国人出生結核患者対策	<p>○都のDOTSマニュアルに患者中心のという言葉が入っており、よいと思っている。現在においては、<u>服薬支援</u>というよりも<u>社会的支援</u>という言葉を取り込んだ方がいいのではと思う。</p>	<p>○社会的支援は結核に限らず、一般的な業務として保健所が実施しているため、服薬支援の一環として記載。</p>	<p>○P62「第4章 取組（9）服薬支援の強化③受診や治療継続に課題のある患者の支援」を以下の通り修正 旧：「保健所は、個々の患者の治療完遂を目指し、患者の状況に応じ・・・」 「保健所は、個々の患者の治療完遂を目指し、<u>患者の生活環境を含めた社会的支援</u>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・・・」</p>
20	外国人出生結核患者対策	<p>○外国人について、大田区はネパールの方が多い。経済的基盤が脆弱であり、勧告入院しても「収入が減るので早く働きたい」と言っている。こういった方々に使える支援が少ないと感じている。早く退院したい、復帰したいという本人の気持ちを汲みつつ、就業不可ということを受容していただくことが難しい。</p>	<p>○委員からいただいた事例を踏まえ、社会的支援の表現を記載を検討する。</p>	<p>○P62「第4章 取組（9）服薬支援の強化③受診や治療継続に課題のある患者の支援」を以下の通り修正 旧：「保健所は、個々の患者の治療完遂を目指し、患者の状況に応じ・・・」 「保健所は、個々の患者の治療完遂を目指し、<u>患者の生活環境を含めた社会的支援</u>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・・・」</p>
21	外国人出生結核患者対策	<p>○葛飾区はマンマー人の方が多いです。シェアハウスなど、一人患者が来ると芋づる式に多くなることもある。服薬支援について、毎週行って細かく見ないと薬の数がずれたりすることもあり、通訳がいてもそのようなことが起きる。</p> <p>○日本語学校の学生が多いので、飲食業のアルバイトも多く、就業制限をかけるケースがある。保健所から何度も病院に問い合わせ陰性確認し伝えると、ようやく働けるという安心感があるようである。保健所としても、彼・彼女らを社会的・福祉的に救える部分が少なく感じている。幸い、患者はまじめな方が多く感謝の言葉をかけてくれるのが救いです。東京都の通訳派遣事業には大変助けられている。</p>	<p>○通訳派遣事業については、外国人出生者の動向等も踏まえ、継続的に実施していけるよう引き続き予算要求を行っていく。</p>	<p>○上記19、20と同様</p> <p>○修正なし</p>
22	外国人出生結核患者対策	<p>○府中でも外国人は多い。結核治療に対する考え方の違いや言葉の壁もあり、医療通訳の存在はとても助かる。社会的支援がないと服薬が難しいと思う。一人にかかる時間と労力が大きく、単純に人数で測れない部分がある。</p>	<p>○委員からいただいた事例を踏まえ、社会的支援の表現を記載を検討する。</p>	<p>○上記19、20と同様</p> <p>○修正なし</p>
23	服薬ノートのデジタル化	<p>○服薬支援について。服薬ノートの作成に昔協力したが、アプリなどデジタル化などの支援について、東京都としてプランで定めるのは先走りだろうか。デジタル化の支援について東京都の予算でできればいいかと思うが。</p>	<p>○服薬ノートや動画などで多言語化は進んでいる。服薬ノートのデジタル化は現時点では、新プラン（素案）には盛り込んでいないが、「飲み切るミカタ」等の既存資源の活用を引き続き周知していく。</p>	<p>○修正なし</p>
24	服薬ノートのデジタル化	<p>○複十字の「飲み切るミカタ」は英語で使えたと思う。保健所でも患者にインストールしていただき使っている。</p>	<p>○服薬ノートや動画などで多言語化は進んでいる。服薬ノートのデジタル化は現時点では、新プラン（素案）には盛り込んでいないが、「飲み切るミカタ」等の既存資源の活用を引き続き周知していく。</p>	<p>○修正なし</p>

25	服薬ノートのデジタル化	○「飲み切るミカタ」は結核研究所の対策支援部で作成しており、10言語以上対応している。チャット機能もあり言語変換が可能。全国で350か所くらい登録して使っていただいている。予算は研究費でやっている。	○服薬ノートや動画などで多言語化は進んでいる。服薬ノートのデジタル化は現時点では、新プラン（素案）には盛り込んでいないが、「飲み切るミカタ」等の既存資源の活用を引き続き周知していく。	○修正なし
26	服薬ノートのデジタル化	○うち（多摩府中保健所）では「飲み切るミカタ」の導入が進まないです。アプリではなくURLを一回ずつ開くのが手間ということで、外国人の患者さんには難しい。		
27	服薬ノートのデジタル化	○アプリはアップデート対応など手間と予算がかかるので、当初アプリも検討しましたが導入できませんでした。いろいろ理由があってURLにしているのですが、アプリでもう少し簡単にできればいいなとは思っている。		
28	服薬ノートのデジタル化	○紙の服薬ノートだと家に忘れたり、保健所で預かってたりすることがある。言語が違うと書いてあるメモは、医師には分からない。デジタルで翻訳し、スマホで見られると良い。		
29	診療サポート	○診療サポートについて。低まん延化の中で非常に大事であると思う。他県では、相談の4分の1が保健所からだそうで、保健所も含めサポートがあってもいいのかなと思う。	○既存の結核予防会結核研究所、複十字病院、東京病院の診療サポート体制を研修会等を通じて周知していく。	○P60、61「第4章 取組（8）診療サポートの強化（新規）①相談体制の充実（ア）診療サポート体制の強化」に記載済
30	診療サポート	○保健所で、結核に詳しくない先生から相談を受けることがある。診査会を利用しているが、現場のドクターにタイムリーに回答はできない。サポートシステムがあるといいなと思う。	○現状の医療機関における実績やニーズ等を踏まえると、現在の都内の診療サポート体制で対応は可能と想定されるが、今後の感染状況や医療機関のニーズ、委員の意見等も踏まえ、保健所のサポートも含め、引き続き事業性の検討は行っていく。保健所支援については、り患率が減る中、必要と考えており、相談窓口という形は難しいかもしれないが、保健所の対応力向上のための仕組みについては引き続き検討していく。	→「診断の遅れない適切な医療の実施するために、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。」
31	診療サポート	○結核の数が減っている中、腸結核も年1件程度であるし、骨関節結核などは診査会でも議論になる。特にまれな症例にはサポートがあると有難い。		
32	高齢者結核対策	○80歳以上の割合について。患者辞退は減っているはずなので、対策自体はうまくいっているのではないのでしょうか。高齢者は寿命の問題もあるので大きな課題となるのか。	○都における高齢者の割合は3割を超えており、対策は引き続き必要と考えており、課題としている。	○修正なし
33	高齢者結核対策	○（中島委員が）おっしゃるとおりのところもあって、高齢者の数が下がっているのは既感染率が下がっているからということもある。ただ、皆さんの意識が下がってしまうので言い続けている。放置すると診断の遅れや施設でのアウトブレイクなど問題になるのは間違いないのでやるわけにはいかないと思う。全国大会では高齢者という言葉ではなく、超高齢者という言葉を使っていた。 ○外国人についてはり患率高いところから入ってきているので、り患率が下がらない保健所はできない、ではなくて、入ってきたものをきちんと発見しましょうというメッセージの方が対策としては大事だと考える。	○高齢者対策については引き続き課題として取り組んでいく。 ○早期発見については入国前結核スクリーニング開始以後も引き続き強化して取り組む。	○修正なし ○P57「第4章 取組（4）早期発見の取組強化」に記載済 →「・・・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。」
34	人材育成（P61）	○入り口支援として健康相談の例が挙げられたが、それを主に担当するのは区市町村の保健師であり、その保健師に「もしかして結核かもしれない」という意識が薄れてきていると感じる。患者数が減少する中で、区市町村保健師においても知識や経験がない者が増えており、人材育成、研修機会の充実を求める。	○区市町村保健師向けの研修等については都が作成している動画の視聴や、管轄保健所と連携して人材育成を図る。	○区市町村保健師においても人材育成を行えるよう記載する P63「第4章 取組（10）①保健所職員の人材育成（都、保健所）」を以下の通り修正 旧：①保健所職員の人材育成（都、保健所） 新：①保健所職員等の人材育成（区市町村、都、保健所） ⇒「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」
35	発生予防・まん延防止（P54）	○役割分担として、発生予防・まん延防止については区市町村が主に担当するとされていますが、コッホ現象等について知識や経験のない職員も多く、予防接種担当者研修会等を活用し、結核についても知識を習得する機会を設けていく必要があるのではないかと感じました。		
36	相談体制の充実（P59）	○過去に、咳が続くので心配といった市民、通いで支援する高齢者が結核になり自分はどうしたらよいかといった親族、利用者が結核になったが支援を行っていた関係者にはどう伝え、どう対処すればよいかというケアマネジャーから相談を受けたことがある。自らの知識を超える場合は保健所を案内しており、それでよかったのかどうかという思いがあった。医療のみが記載されているが、 <u>都民の相談窓口、福祉関係者の相談窓口、医療機関の相談窓口が明確化されると、結核患者のみではなく、その疑いや周辺の相談への対応もスムーズになるのではないかと感じた。</u>	○技術的な支援を要する際、担当の保健所に問い合わせるのが適当かと思われる。結核に限らず広く感染症一般においても都民（またその他関係者）からの相談で区市町村で対応が難しいものについては保健所と連携して行う必要がある。	○修正なし