

令和 7 年度第 2 回
東京都結核対策技術委員会

令和 8 年 3 月 16 日
東京都保健医療局感染症対策部

(午後 6 時00分 開会)

○高橋課長 皆様、お待たせいたしました。

定刻となりました。

ただいまより、令和 7 年度第 2 回「東京都結核対策技術委員会」を始めます。

私は、東京都保健医療局感染症対策部防疫課長の高橋愛貴と申します。どうぞよろしくお願い申し上げます。

皆様、本日は御多忙の中、お時間を賜りまして、心より感謝申し上げます。

議題に入るまでの間、私が進行を務めさせていただきます。どうぞよろしくお願い申し上げます。

初めに、委員の御紹介となります。

本委員会の今年度の委員につきましては、参考資料 1 の名簿のとおりでございます。

次に「2. 招聘有識者の紹介」でございます。

本日は「医療提供体制（結核病床）の検討について」を協議事項としており、関係有識者の皆様に御出席いただいております。

要綱第 6 の 2 の規定により「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」となっており、参考資料 1－2 の名簿にございます有識者の皆様の御出席について、事務局より依頼をさせていただきました。

お時間も限られておりますので、私より 5 名の皆様の御紹介をさせていただきます。

まず、慶應義塾大学病院感染制御部部長、また、慶應義塾大学医学部感染症学教授の南宮湖先生です。

どうぞよろしくお願い申し上げます。

続きまして、都立松沢病院内科部長の林栄治先生です。

よろしくお願い申し上げます。

○林委員 よろしく申し上げます。

○高橋課長 よろしく申し上げます。

続きまして、清瀬リハビリテーション病院院長の岩崎吉伸先生です。

どうぞよろしくお願い申し上げます。

○岩崎委員 よろしく申し上げます。

○高橋課長 よろしく申し上げます。

続きまして、都立多摩総合医療センター呼吸器・腫瘍内科医長の和田暁彦先生です。

○和田委員 よろしく申し上げます。

○高橋課長 どうぞよろしくお願い申し上げます。

皆様、本日は、結核医療提供体制について、様々な御意見等をいただけますと幸いです。

どうぞよろしくお願い申し上げます。

それでは、会議を進めてまいります。

本技術委員会の委員長については、東京都結核対策技術委員会設置要綱第5の2項の規定によりまして、感染症対策調整担当部長が務めることとなっております。

したがいまして、委員長は西塚部長にお願いいたします。

議事の進行は、西塚委員長にお願いしたいと存じます。

西塚委員長、どうぞよろしくお願いいたします。

○西塚委員長 ありがとうございます。

感染症対策調整担当部長の西塚と申します。

本日は、年度末の大変お忙しい中、御参加いただき、誠にありがとうございます。

また、招聘有識者の皆様、本当に日頃より東京都の医療・保健を支えていただきまして、厚く御礼申し上げます。

本日は、議題といたしまして、これまで課題として持ち越しとなっておりました医療体制について、また、小児結核診療サポート体制に関する検討状況などについて、議題に挙げさせていただきます。

ぜひとも活発な御議論をお願いしたいと思っております。

なお、本委員会の設置、所掌事項等につきましては、おつけしております参考資料2の設置要綱に定められているところでございます。

ありがとうございます。

それでは、早速でございますが、議事に沿って議題を進めてまいります。

初めに、(1) 報告事項でございます。

①、②と続けて御報告いたします。

「①令和7年度の東京都の取組状況」「②東京都結核予防推進プラン2018に定める目標値の達成状況について」事務局から説明をお願いします。

○高橋課長 それでは、まず「令和7年度の東京都の取組状況」についてでございます。

資料1を御覧ください。

令和7年度は、7月と3月に結核技術委員会を2回開催し、次の6点について、これまで取り組んでまいりましたので、御報告いたします。

1、結核菌株確保についてでございます。

東京都では、国の特定指針に基づき、全株回収に向けた取組を実施しております。

資料2のスライド2枚目を御覧ください。

令和5年度に結核菌検査の対象を拡大いたしまして、以降、菌株の回収率は40%前後に上昇しております。

令和7年度は、前年に比べて回収率が少し下がったため、次年度はさらに検査対象を拡大して、回収率を上げていく方針です。

次のスライドを御覧ください。

令和7年度は、前年度よりも「保健所判断」による検査依頼の割合が増えております。

最後のスライドを御覧ください。

結核菌遺伝子の縦列反復配列多型解析（VNTR）検査結果の還元方法につきましては、保健所間でVNTR検査結果を共有し、疫学調査に活用するため「VNTR検索ツール」の試行運用を東京都健康安全研究センターの皆様と連携いたしまして、昨年10月から開始いたしました。

来年度から本格運用に向けまして、検査結果の積極的な活用のため、引き続き準備を進めてまいります。

次に「2 都保健所におけるデジタル化推進」については、資料3を御覧ください。

都保健所では、公費負担申請等につきましては、既にLoGoフォームによる電子申請を導入しておりますが、結核登録票、いわゆるビジブルカードについても、電子化しました「結核業務管理ツール」を昨年10月から都保健所全てで導入いたしました。

これに当たり、業務の効率化のみならず、患者支援の流れに沿った記録の視認性の向上や、システム操作性の改善等に取り組みまして、より活用しやすいツールへ内容の充実を図りました。

次に、資料4を御覧ください。

現在、国は、マイナンバーカードを利用して、公費医療負担のオンライン資格確認を実現するPMH（Public Medical Hub）を構築中です。

東京都におきましても、次年度の運用開始に向けて準備を行っているところでございます。

続きまして「結核対策における東京都の人材育成及び普及啓発の取り組み」です。

資料5を御覧ください。

東京都では、現状の課題を踏まえて、結核対策の人材育成のため、保健・医療・福祉の関係者、また、教育機関等を対象として、結核予防講演会を毎年実施しております。

令和7年度は、薬剤耐性結核や外国出生者の支援、また、分子疫学調査などをテーマに実施いたしました。

また、日本語教育機関対象の講演会や保育施設対象の結核の基本的内容に関する講演会を実施いたしました。

普及啓発におきましては、ミャンマーコミュニティのイベントが池袋で開催されましたので、この日と同時に無料結核健診を実施するなど、また「結核・呼吸器感染症予防週間」や世界結核デーに合わせてイベントを実施いたしました。

次に「東京都結核予防推進プランの改定について」でございます。

こちらは、次期の東京都結核予防推進プランの改定に向けまして、本委員会での議論や、国の計画に関する特定感染症予防指針の改正状況も踏まえ、改定の作業を継続しております。

ここで、国の動きとしまして、昨年10月と今年1月に厚生科学審議会結核部会が開催されましたので、こちらの方向性について御覧いただければと思います。

資料6の1ページ目です。

国の結核部会で挙げられました重要な論点3つに関して、都の状況を整理しております。

まず、2ページ目です。

「日本出生者と外国出生者の結核患者の発見方法の違いについて」です。

全国では、日本出生者は医療機関での発見が多数であることと比較しまして、外国出生者は学校検診や住民健診、また、定期健診として挙げられているもの、また、その他の集団検診、あるいは接触者健診などでの発見が比較的多くを占めております。

次のスライドです。

都においても、全国と同様の傾向がございます。日本出生者と外国出生者で発見方法には違いが認められております。

次のスライドです。

これらの傾向を踏まえた「定期健康診断の方向性について」です。

特定予防指針では「都道府県が策定する予防計画の中に、地域の実情に応じ定期の健康診断の対象者を定めることが重要」との記載があり、具体的には、高蔓延国出身者等の結核の発生動向を考慮して、必要に応じて定期の健康診断を実施するなど、配慮が必要と記載されているところでございます。

次のスライドです。

小中学校における定期健康診断の現状と課題が挙げられております。

全国では、年に1～4人程度の結核患者が小中学校での健康診断で発見されています。

集団発生につきましては、2014～2023年の間、ゼロでございました。

次のスライドです。

東京都では、小中学校の健診を2020～2024年の期間に行いましたところ、結核患者の発生は1人のみでございました。

学校の定期健診の在り方については、現在、文科省等におきましても検討を予定されております。

東京都においても、患者発見率などを踏まえて、今後、現状に応じた健康診断の実施については検討が必要になっていくものと考えております。

次のスライドです。

日本版DOTS戦略に係る現状と課題、方向性について挙げられておりました。

DOTS実施率が向上している一方で、外国出生者への対応に苦慮していることが課題として挙げられています。

日本版DOTS戦略を基本方針として継続し、一人一人の人権に配慮した患者中心の服薬支援を進め、多言語サービスやICTツール等のDOTS資材を活用していくことが方向性として示されております。

次のスライドです。

都内保健所のDOTS実施状況の調査を行っております。

日本出生者と外国出生者でDOTS方法には違いがございました。

外国出生者は、特に「保健所面接」「保健所文書」「勤務先・学校職員」等の複数のDOTS方

法による実施が多くなっております。

次のスライドです。

外国出生者のDOTSでは、結核研究所が開発されております多言語対応のICTツール「飲みきるミカタ」やSNS等を多く活用して、コミュニケーションを取っておられます。

次に、LTBIの方についても、同様に電子媒体を活用している傾向が見られました。

次のスライドです。

DOTSについては、東京都ではここ数年、99%の高い実施率を維持しております。

脱落・中断者については、2024年の1年間で、投薬指示中止によるものではない中断は、結核患者では2名、LTBIでは9名おられました。

今後も、リスクが高い方への適切なアセスメントと実施方法については、分析を深め、DOTSの質を確保、また維持していくことが重要と考えております。

次のスライドです。

こちらは、東京都の「DOTSマニュアル」に掲載しております、結核患者支援の地域連携ネットワーク図です。地域と連携して、患者中心の服薬支援を引き続き推進してまいります。

なお、今後の東京都結核予防推進プランの検討のスケジュールにつきましては、後ほど資料9で御説明いたします。

資料1の3枚目にお戻りいただきまして、残る2つでございます。

「5 医療提供体制の確保」につきまして、昨年度より、結核病床、またモデル病床を有する医療機関の受入れ可能患者について、東京都のホームページに掲載しております。

今年度については、情報更新をするとともに、合併症悪化時の受入れ可能医療機関や、下り患者の受入れ可能医療機関についても新たに掲載を予定しております。

結核医療提供体制の在り方検討については、この後、協議事項として、資料8で御説明いたします。

6、小児結核診療サポート体制に関する検討状況についてでございます。

小児結核診療における医療機関のニーズ等の把握を行いまして、小児結核診療サポートの事業性について検討を行うため、今年度、アンケートを医療機関に実施いたしました。

こちら、この後、詳しくは資料9で御説明いたします。

令和8年度の予定は、記載のとおりでございます。

資料の御説明は以上でございます。

引き続きまして「②東京都結核予防推進プラン2018に定める目標値の達成状況について」説明いたします。

資料7-1を御覧ください。

まず、BCG接種率以外の令和6年、2024年新登録患者に関する治療成績やDOTS実施に関する数値についてです。

これにつきましては、保健所が現在、修正・確認作業をしております、暫定値となっております。今後、これらの数値が変更になる可能性がありますことを御了承ください。

これらは、平成30年度に策定しました結核予防推進プラン2018において定めた9つの目標値です。

上の6つは、国の特定予防指針で定める目標。

下の3つは、東京都独自の目標です。

2024年において、BCG接種率以外は、全て太枠内の東京都の目標値を達成いたしました。

次に、保健所別についての御説明です。

資料7-2を御覧ください。

①の罹患率については、平成27年から令和5年までの減少率が全体で50.9%、全ての保健所で30%以上を達成しております。

令和5年以降、都全体の罹患率は横ばいとなっております。

保健所別では、外国出生結核患者の割合の増加もあり、新宿区、渋谷区などでは罹患率が増加傾向となっております。

③と④のDOTS実施率については、結核患者、LTBIともに、ほぼ全ての保健所で95%以上の高い実施率を維持しています。

⑤の活動性結核患者の治療失敗・脱落率は、都全体では1%台の低い割合です。

ただ、新宿区、渋谷区などでは、やや高い数値となっております。

⑥のLTBIの治療完了割合については、副作用等による指示中止もありまして、85%を下回る保健所は10か所ほど見られております。

次に、BCG接種率について、資料7-3を御覧ください。

東京都全体では、令和3年度以降、都の目標値99%は下回るものの、国の目標値95%以上を達成しております。

年度や自治体によって接種率に差はあり、令和6年度、国の目標値の95%を下回る自治体は10か所ほど見られます。

東京都結核予防推進プラン2018に定める目標値の達成状況について、御説明は以上となります。

○西塚委員長 ありがとうございます。

ここまでVNTRやデジタル化、普及啓発、人材の育成・確保、定期健診、目標値の達成状況を御説明させていただきました。

ここまでで何か御意見、御質問がございましたら、承ります。

なお、結核の医療体制の検討、並びに小児結核診療サポート体制については、防疫課長からお話があったとおり、後ほど協議の時間を設けております。

佐々木先生、お願いいたします。

○佐々木委員 御説明ありがとうございます。

今日、厚生労働省の厚生審議会がございました。

関連でお伺いしたいのですが、東京都は、VNTR以外のホールゲノムのシーケンスはどのぐらいやっていますか、お教えいただけますでしょうか。

○西塚委員長 お願いいたします。

○高橋課長 御質問ありがとうございます。

現在、東京都におきましても、全ゲノム解析を実施しております。

件数に関しましては、年間、数件を実施しておりますが、特に疫学調査等で重要と考えられるものについては、VNTR検査の次の段階として、全ゲノム解析を実施しております。

○佐々木委員 ありがとうございます。

もう一つ、亡くなった方とか、既に退院した方の薬剤感受性検査の実施については、都は、病院に対して補填はされているのでしょうか。費用的なものです。

○高橋課長 御質問ありがとうございます。

現状におきましては、費用の補填という形で実施しているところではないのですが、特にお亡くなりになった方は、それ以降の検査に関して保険が適用されない現状は、これまでの技術委員会でも先生方にお話を伺っておりましたので、この点、引き続き課題を認識して、状況について把握してまいりたいと考えております。

特に結核菌株を健安研のほうで回収した際には、薬剤耐性について確認しておりますので、そういった意味でも、今、対象を拡大して、来年度からは、結核病床をお持ちの病院で勧告入院されている方は、全員菌株を回収する形にしたいと考えておりますので、その点も、保健所を通じて回収の促進を引き続き図ってまいりたいと考えております。

○佐々木委員 そのときの薬剤感受性検査は、いわゆる薬剤耐性遺伝子の検出になるのか、それとも、表現型でおやりになるか、計画は立てていらっしゃるのでしょうか。

培地を使ったものなのか、薬剤耐性遺伝子を検出するものなのか、それはまだ未決定ですね。

○西塚委員長 今のところ、おっしゃるように、感受性試験は寒天培地でやるのですが、今後、ホールゲノムも含めて検討していかなければいけないという点で、迅速性の担保で、そちらも検討してまいります。

○佐々木委員 ありがとうございます。

○西塚委員長 そのほかにかがでしょうか。

それでは、次に移らせていただきます。

続いて、(2)の協議事項でございます。

それでは、事務局からお願いいたします。

○高橋課長 協議事項でございます。

まず、資料8-1と資料8-2におきまして、都の結核医療提供体制の検討状況について御説明させていただきまして、御意見を賜りたく存じます。

その後、小児結核診療サポート体制に関する検討につきまして、資料9、資料10で御説明いたします。

では、令和7年度「東京都結核対策技術委員会」第1回、前回の有識者の皆様からの御意見と検討の方向性につきまして、資料8-1でございます。

前回の技術委員会では、各委員及び有識者の皆様から、長期療養の環境から前提として、一定数の結核病床は維持されつつ、病院経営の観点からは集約されていく方向性や、第二種感染症指定医療機関における感染症病床、またモデル病床の活用、そして急性期の治療が可能な病床を確保するためにも、病院間の連携が重要であることなど、様々な御意見を賜りました。

意見の詳細につきましては、2ページ目と3ページ目に整理しております。

これらの御意見を踏まえまして、1ページ目の下の段に、第2回技術委員会における検討の方向性を整理しております。

まず、感染症病床やモデル病床における結核患者の入院受入れにつきましては、第二種感染症指定医療機関などにおける現状や課題の把握のために、アンケートの実施を行いました。

結果について、後ほど御説明させていただきます。

また、初期治療を終えた患者さんの受入れ医療機関、いわゆる下り病床の確保について、検討していきたいと考えております。

さらに、令和8年度診療報酬改定の動きも踏まえ、モデル病床の活用について検討してまいりたいと考えております。

今回、関係有識者の皆様に招聘させていただきまして、これらの論点を議論するために、資料8-2を事務局で作成いたしました。

資料8-2を御覧ください。

それでは、結核の医療提供体制の検討についてでございます。

まず、都内の結核病床の現状とその概要について御説明させていただき、次に、感染症病床、モデル病床の現状と課題について、事務局で作成いたしました資料について御報告いたします。

次のスライドです。

都内における結核病床、感染症病床及びモデル病床の数の推移です。

結核病床数は、14年間で半数以下に減少し、令和7年度は255床となっております。

感染症病床及びモデル病床は、微増傾向で推移しております。

この傾向は、全国の状況と同様でございます。

次のスライドでは、東京都の結核患者の入院医療提供体制に係る課題と対応について、病床形態別に整理しております。

都内では、ユニット化病床の該当はありません。

国の結核患者収容モデル事業によって指定されたモデル病床が全12医療機関で66床。

特定・第一種・第二種を含む感染症病床は、全13医療機関で139床が登録されてございます。

次のスライドです。

昨年10月に厚生科学審議会結核部会で示されました、国の結核患者に対する医療提供体

制における方向性の案です。

下の段にございますように「感染症病床並びに結核患者に対する適切な医療の提供ができる一般病床及び精神病床により、又はこれらの病床を適切に組み合わせて、必要な病床を確保できること」との方針が示されております。

これは、前回の都の技術委員会における方向性とも一致しておりまして、引き続き、これらを踏まえ、具体的に検討を進めていきたいと考えております。

次のスライドです。

都内の感染症指定医療機関の一覧です。

現在、都内には、第二種感染症指定医療機関が11医療機関で127床あります。

次のスライドでは、こちらの医療機関の所在地をお示ししております。

次のスライドでは、昨年9月に、都内の第二種感染症指定医療機関の皆様に対し、アンケート調査を実施した内容でございます。

「調査結果」を御覧ください。

まず、喀痰塗抹陽性ではない結核患者については、外来診療の実績をお伺いしております。

こちらについては、他院に紹介する事例はあるものの、いずれの医療機関においても御対応いただいております。

空洞の形成例や薬剤耐性例の中核医療機関への御紹介の例なども挙げていただいております。

次に、感染症病床で喀痰塗抹陽性、結核患者疑いの段階で入院加療を行っておられる経験について伺いました。

1 医療機関を除いて、全ての医療機関で対応されております。

次のスライドです。

感染症病床で喀痰塗抹陽性結核患者の確定例への入院加療については、症例数は少ないものの、1 医療機関を除いた全ての医療機関で入院の御対応をしていただいております。

次に、喀痰塗抹陽性患者を含む結核患者の入院を受け入れるに当たって、必要と思われることについてお聞きいたしました。

特に結核拠点病院及び後方支援病院での転院受入れ、急性期一般入院基本料の施設基準から結核患者を除外すること、医療従事者への結核診療に関する研修の実施などについて、多く御回答をいただきました。

次のスライドです。

ハード面につきましては、陰圧空調設備や、空気感染防止策が整備された病室について、全ての医療機関で保有されており、個室についても、1 医療機関を除いて全ての医療機関で保有されております。

ここで、その他の御意見で、感染症病床については、個室での対応となるため、患者の活動範囲が制限されること。

また、医師・看護師への人材育成の機会の増加について、また、退院後の地域の施設との

調整について挙げていただいております。

次のスライドです。

本アンケートのまとめとしまして、個別のケースに関して、受入れ実績があるものの、これまで長く塗抹陽性結核患者の入院は、基本的に結核病床に入院する体制であったこともあり、今後、感染症病床における結核患者の受入れを進めていくに際しては、人材育成、地域における保健・医療・福祉の連携等について、包括的に体制を整える必要があると考えております。

続きまして、モデル病床のスライドです。

都内の結核病床とモデル病床等の一覧でございます。

次のスライドで、結核病床とモデル病床を有する病院の所在地をお示ししております。

次のスライドです。

「東京都の結核医療と透析を取り巻く状況」です。

一昨年5月には、日本透析医学会が透析施設に実施したアンケートで、64%の医療機関が結核患者の入院先・転院先の調整に難渋したとの回答がありました。

新規結核患者のうち、透析導入をしている方は、年間5～15名程度で推移しております。

そのうち、喀痰塗抹陽性患者は、年間2～4名程度発生しております。

人数・割合ともに、全体から見ますと、低い水準ではあるものの、透析等の合併症を有する結核患者の対応可能病床数は限られているため、ベッドの空き状況等によっては入院調整が困難な状況が生じ得ます。

次のスライドです。

事務局で整理いたしましたモデル病床の課題です。

モデル病床では、平均在院日数が長期化した場合、診療報酬上の区分算定に課題があります。

また、合併症患者の要件、そして合併症によって対応病床が限られることなどを課題として挙げております。

「対応の方向性」については、令和8年度診療報酬改定案を踏まえたモデル病床の活用に関する検討や、モデル病床での柔軟な受入れのため、要件について国へ提案を行うこと、また、限られた受入れ可能病床を有効に活用できるよう、医療提供体制の見える化によって入院調整の促進を引き続き行うことなど、検討を進めていきたいと考えております。

次のスライドです。

東京都の結核医療提供体制における課題の全体整理です。

前回の技術委員会におきましても挙げた課題を含め、課題を6つ挙げております。

まず、①、現在の結核病床基準病床数216床の維持の困難さについて。

②、初期治療終了後、あるいは勧告解除後の患者を受け入れる後方支援病床、いわゆる下りの医療機関、あるいは高齢者施設の確保のための保健・医療・福祉の連携。

③、合併症等の専門的医療が必要な結核患者の入院調整について。

④、モデル病床、感染症病床で平均在院日数が長期化した場合の診療報酬上の区分算定について。

⑤、結核診療等に対応する医療従事者の人材育成について。

最後に、⑥、モデル病床での受入れ要件について挙げております。

次のスライドから、対応策について記載してございます。

まず、課題①の対応としましては「病院数の柔軟な調整」でございます。

6年ごとに改定される東京都保健医療計画では、基準病床数を算定しておりますが、この間にも刻々と状況は変化いたします。必要な結核病床数は変動いたします。

そのため、現状に応じて、本委員会での議論を踏まえ、条件つきではあるものの、結核以外の感染症の診療が可能な病床等へ転換し、今後、外国出生結核患者等、患者の増加に応じて、結核にも対応できる病床として柔軟に運用するものでございます。

次のスライドです。

今後の結核医療を担う病床のシミュレーションについてお示ししております。

現状では、原則、結核病床が結核医療提供を行い、モデル病床は、合併症を有する患者等に対応されていきますが、今後の想定シナリオにおいて、中核的な病院、第二種感染症指定医療機関、モデル病床を有する医療機関が連携して、結核診療に対応するといった想定を考えております。

このシナリオの課題は、感染症指定医療機関、またモデル病床を有する医療機関に結核診療の御対応をいただくよう、関係者の皆様の理解と協力を得る必要がある点、また、相談対応や研修、講演会等の診療支援体制によって、中核的な病院がお持ちであります結核診療のノウハウを広く共有し、ほかの医療機関の診療経験を補う必要がある点でございます。

次のスライドです。

将来的なシナリオにおける結核医療連携イメージです。

中核的な病院に薬剤耐性結核症例や小児症例などの高度かつ希少な症例対応が集約され、診療・研究実績、診療ノウハウを蓄積し、他の病院への診療サポートの中核を担い、感染症病床は、結核も含む総合的な感染症診療の継続と、そのノウハウを蓄積し、モデル病床は、特殊な治療を要する患者や合併症を擁する結核患者に対応し、いずれの医療機関においても、初期治療を終え、状態が安定した後は、後方病床が受入れを行い、将来的には、退院後の高齢者施設、介護福祉施設での受入れ、一般医療機関での外来診療の強化により、広域にそれぞれの機関が相互に補完するという結核・感染症医療提供体制のイメージでございます。

ここで、中央に記載しております保健所は、全体のコーディネーター役として、院内のメディカルソーシャルワーカーやケアマネジャーと協力し、それぞれの医療機関・施設の役割に応じた転院・退院先の調整や、住まいの地域でのDOTS継続を支援し、退院後も切れ目なく服薬治療が行えるよう、地域の関係機関をつなぎ、患者中心の医療、服薬、生活支援の調整役を担っていくイメージでございます。

次のスライドです。

課題②の対応としましては、結核診療に対応する医療機関等の機能・役割分担の明確化を挙げております。

高齢患者さんは、入院が長期化しやすくなっております。

その際、後方支援病床を確保、また、地域で連携するということで、対応可能な病院等の機能や役割分担を明確にして、入院や転院を円滑化するものです。

さらなる集約化において、中核的な病院は、治療困難例、薬剤耐性結核症例や小児症例に集約して対応し、他病院からの相談や転院に応じます。

モデル病床や感染症病床は、合併症症例、あるいは外国出生結核患者等を含む短期入院可能な患者等に対応し、一般病床や高齢者施設等は、初期治療を終えた塗抹陰性患者の受入れを行うといった医療の機能・役割分担の明確化と連携でございます。

次のスライドです。

さらなる集約化において、都の結核医療提供体制のイメージとして、案を作成しております。

こちらに記載の病床数は、現時点の登録数でして、今後変動する参考情報でございます。

初期治療を終え、勧告入院を継続する方を現在も受け入れていただいております結核病床を有する医療機関としまして、本日、招聘委員として御参加いただいております清瀬リハビリテーション病院と、前回御参加いただいております江戸川メディケア病院のお名前を記載しております。

後ほど、本日御参加の皆様よりぜひ御意見を賜れますと幸いです。

次のスライドです。

課題③の対応としましては、医療提供体制の情報共有で地域連携を促進するというものです。

都が毎年更新しております都内の結核病床を有する病院等の患者受入れ状況については、都のホームページに公表しております。

各保健所・医療機関で、こちらも広く共有を進めてまいります。

次のスライドです。

課題④の平均在院日数が長期化した場合、診療報酬上、区分算定に課題がございます。

結核患者が平均在院日数の除外規定に含まれるよう、昨年、国へ提案要求を実施いたしました。

現時点ではありますが、令和8年度診療報酬改定の検討において、モデル病床等における平均在院日数の算出対象から結核患者を除外する方向で検討が進んでおり、我々もこの動きを注視しておるところでございます。

次のスライドで、診療報酬改定に関する協議の事項についてまとめております。後ほど御確認いただけますと幸いです。

次のスライドです。

課題⑤は「医療従事者の継続的な人材育成」です。

医療機関におきましては、自院で結核と診断された症例に対しての対応で経験を蓄積していくこと。

また、院内の科を超えた診療連携体制によって、院内の対応力の向上を図ること。

また、保健所は、コホート症例検討会等で、管轄内の医療機関の皆様を招聘して、ふだんから地域の医療機関と保健所の間で顔の見える関係を構築していくことなどが人材育成として考えられるかと考えております。

都の対応としましては、広い対象の医療従事者、介護従事者、保健所職員が意欲を持って学べるような実践的かつ最新の内容を盛り込んだ研修や講演会を実施し、小児結核診療についても、引き続き、首都圏小児結核症例検討会等を通じて、実践的な症例の共有、ニーズに合わせた講演会を実施してまいります。

次のスライドです。

課題⑥に対して「モデル病床の積極的な活用の推進」に取り組んでいきたいと考えております。

既存の国庫補助事業スキームを活用するとともに、モデル病床の受入れ要件の見直し等により、柔軟な受入れが可能となるよう、国への提案などを検討してまいります。

最後のスライドです。

今後の結核医療体制の方針案のまとめです。

結核病床を有する病院の状況等を踏まえ、柔軟な調整を行い、モデル病床、感染症病床、一般病床の活用を推進し、病院間の情報共有を進め、機能を明確化し、転入院を円滑化いたします。

また、入院早期から円滑な転院・退院調整、退院後の服薬支援に向けた準備を進めるため、医療機関職員、保健所職員の間でのDOTSカンファレンス等を積極的に活用し、保健・医療・介護連携体制の構築を推進してまいります。

ハード面のみならず、人材育成等のソフト面において診療サポート事業の検討、また、研修・講演会の活用の推進をしてまいります。

さらに、東京都結核予防推進プランなど、各種計画に本技術委員会における皆様の御意見を反映し、都内全体で安定的な結核医療体制の維持を図っていききたいと考えております。

御説明は以上となります。

○西塚委員長　ここで、協議事項の前半部分、結核医療の検討で一旦区切りまして、先生方から御意見、御助言をいただきたいと思いますと考えております。

結核患者数の減少に伴って結核病床数が減っていく、集約していく中でも、合併症を有する患者さんなどの受入れ等、柔軟な受入れ体制が求められているところで、6つの課題と対応案についてお示したところでございます。

こちらにつきまして、御意見、御質問いただけますと幸いです。

いかがでしょうか。

藤田先生、お手が挙がっております。

お願いいたします。

○藤田委員 これからの御議論のイントロということで、一言申し上げるのですが、私自身は、結核の病棟診療などでOB的な立場になっております。

ですが、実はこの課題は、20年ぐらい前からずっとやっていて、特に医療連携のところで、下りの受入れに関しても、私は講演会などで施設の方を対象に話していましたが、なかなか進んでいないのが現状なのかなと聞いておりました。

ですので、コロナのときは忙しくて、東京都の方もなかなか手が回らなかったこともあると思うのですが、逆に言うと、コロナを契機に、この辺りが一気に進むかなと私は外から見ていると思っていました。今日のお話ですと、課題として挙げられておりますので、ぜひ今の話の医療体制のところは、今後、皆さんこれから御議論いただいて、スピードアップして、課題解決を進めていただければと思いますので、よろしくお願いいたします。

○西塚委員長 ありがとうございます。

20年来ということで、本当に回復期といいますか、療養の受入れがネックになって、急性期の先生方も受入れを躊躇される場面があると伺っております。

ありがとうございます。

高崎先生、お手が挙がっております。

お願いいたします。

○高崎委員 ありがとうございます。

国立国際医療センターの高崎です。

私は、今日の先ほどの高橋先生の御説明は、この方向に向かうであろう、あるいは向かわざるを得ないだろうということを実感しながら、非常にある意味実現しなくてはいけないものだろうという感想を持って、伺っておりました。

実際に、そうしますと、第二種感染症指定医療機関であったり、モデル病床のいわゆる結核の入院診療における比重が高まってくることになるかと思います。

具体的に、結核病床と違う点を私のイメージでお話すると、一つには、一般的に入院が長期化しますので、それに対応するために問題はないかということ。

それから、実際の結核の副作用対策はどうか。

それから、いわゆる感染対策ですね。

具体的に言うと、モデル病床とか、感染症指定医療機関といいますと、ある意味総合病院的な機能を持っている病院が今回も入っていらっしゃる。

具体的に言うと、髄膜炎の水頭症の手術とかカリエス、心膜炎に対応する、一度以前から伺って見たかったのですが、いわゆる感染対策のハード面が病院の中に備わっているかということです。

あるいは透析であったり、あるいはカテーテルであったり、そういうことが、院内の感染マニュアルにのっとって、結核の例えば塗抹陽性患者の手術ができるのか、どうなのか。

その辺りのところを、もしお時間の許すようであれば、本日参加してくださっている病院の先生方から簡単にコメントをいただければと思います。

いかがでしょうか。

○西塚委員長 ありがとうございます。

中核的な病院の中でも、オペや一部透析なども行っているようでもございますが、感染症対策について結核病院の状況、もしくは指定医療機関で臨時で受け入れておられる対応などをお聞かせいただければと思いますが、どなたかいかがでしょうか。

南宮先生、今、透析患者さんをモデル病床でいっぱい入れているのですが、何か課題はいかがでしょうか。

○南宮委員 慶應大学の南宮です。

高崎先生が持つようなものなり、あとはオペということだったのですが、もちろん、院内のいろいろなハード面と、医療スタッフのそういったコミュニケーション、もしくは支援的な面。

結論から言うと、当院はできると思います。陰圧、陽圧、オペ室で。

個人的には、今日ぜひお伝えしたいと思ったのは、結核モデル病床とか、本来、そういったところを目的とした病床でございますので、それができないというのは、恐らく、社会的には責務を果たしていないと思いますし、もしくは、そういったペナルティーがない、ペナルティーは言い過ぎかもしれませんが、そういった公的資金をもらって、お部屋を作って、それで受け入れないのは、社会的にかなりよろしくないと個人的に思っているのは伝えておきます。

もう一個は、もしかしたら少し前に話があったのかもしれませんが、コロナ後に医療協定が結ばれていると思いますが、結核の診療さえできないという医療体制であれば、医療協定も恐らく意味がないと個人的には思っております。

以上です。

○西塚委員長 現状を伺いました。ありがとうございます。

高崎先生、いかがでしょうか。

○高崎委員 南宮先生、ありがとうございました。

実際に慶應大学で透析の患者さんをよく診ていただいていることは私も存じ上げておりまして、例えば長期化するときに、結核病床にいわゆる療養スペースといいましょうか、レクリエーションとか、そういうちょっとした部屋とかはあるのですが、その辺りは。

今伺いたいのは、個室にずっと入っているということになりますでしょうか。

○南宮委員 はい。御指摘のとおりです。

モデル病床ですので、個室になってきますし、そのところは、前室があるとはいえ、かなりその心理的なところが問題になっている。

あとは、皆様よくあると思いますが、高齢者の方以外にも、外国人とか、そういった方は、非常に問題かと思います。

あとは、こちらはかなり言いづらいところではあるのですが、今、医療経営環境は非常に悪化してございますので、個室は、ともすれば、病院からすると、個室が取れる、医療経営的には非常に使いたいお部屋を結核で使っていると、病院の一部の方から少し厳しい目で見られ得ることがございます。

その中でも、当院は非常に理解はあるのですが、そういったところが、恐らくいろいろな病院で起きているのではないかと推察しております。

○高崎委員 ありがとうございます。

○西塚委員長 ありがとうございます。

どうぞ。

○高崎委員 今の点に関しまして、特にDPCの病院にとっては、結核の患者さんの入院の点数と一般の方との点数の乖離がかなりあるのです。

その辺りは、今後、モデル病床を推進するに当たって、これは都でやるのか、国でやるのかというところはあると思いますが、今後の検討の課題になるのではないかと感じました。

ありがとうございました。

○西塚委員長 ありがとうございます。

診療報酬体系の問題等がありますので、もちろん、国にもお伝えいたしますし、また、都として何ができるのかというのも検討していきたいと思います。

どうもありがとうございます。

それでは、お手が挙がっております加藤先生、医療体制につきましてお願いいたします。

○加藤委員 結核研究所の加藤でございます。

資料のスライドの15枚目ですか「基準病床数の維持が困難」という記載がありますが、基準病床数の算定数、算定式がスライドの17枚目にありますが、塗抹患者に平均在院日数を掛けて、1～1.5という係数を掛けるのですが、まず、平均在院日数が非常に短くなっていますので、それに伴って、実際に必要な数が減っているのが1点。

それから、東京都の事情は詳しくは存じていないのですが、多くの自治体で、掛ける係数は、なるべく病室が足りなくならないようにというので、多めに作っているところがあるのです。結果として、基準病床数が非常に多い。

そこにこだわることになると、その病院としては、病床利用率が下がってしまうということがありますので、ここは以前につくっただろう基準病床数にこだわることなく、現実的に何床必要かということをしつかりと踏まえた上でやらないと、最悪のシナリオは、病院の経営が厳しくて、結核病床返上というのが実際に幾つか起きています。

最近いた自治体でも「えっ」というようなところが返上してしまっている話が出ていますということです。そこら辺は、しっかりと再検討する、現実的に合った形にすることが大事だと思います。

2点目が、想定している病床数とモデル病床数、モデル病床と関連する病床なのですが、部会で言われているのは、モデル病床は、実は一般病床と精神病床ですので、必ずしもモデ

ル病床と言っているわけではないです。

なので、モデル病床数は、モデル病床事業で作られたものですが、それ以外でも、空気感染隔離ができれば管理できるはずですから、あまりモデル病床にこだわらない。

この問題のキーワードは、患者中心ですので、その患者のために、どういう病床が最もいいかということを考えた上で、事業にこだわることなく収容できるような方向を考えるべきではないかと思います。

以上です。

○西塚委員長 ありがとうございます。

基準病床数は、次の医療計画改定の際に、適切にまた算定してまいります。

東京都は、外国人が多いことや、他県からの流入も多いということで、認められた範囲内で係数をつけさせていただいております。

また、モデル病床を柔軟にということでございます。

モデル病床を使いやすくするように、また診療報酬上の制約などを解決してまいりたいと思います。

ありがとうございます。

続きまして、佐々木先生、お願いいたします。

○佐々木委員 加藤先生、丁寧な御説明をいただき、ありがとうございます。

また、高橋先生、丁寧な御説明をありがとうございます。

基準病床数としてというよりも、モデル病床以外の病床を結核病床として柔軟に使うということになりますと、診療報酬のことにしましては、さらに国にお願いしなければならないところだなと思いながら聞いておりまして、私が手を挙げた意図と異なるのですが、これに関しましては、今回、加算の点ではかなり改善させていただいたところでございますが、実際の1日の点数から見ますと、まだまだ追いつかないところでございますので、今後もまた先生方と話し合っ、国にお願いしていかなければならないなと思っておりますし、また、国策というか、患者さんにお願いして隔離する病床ですので、アメニティー等についても考慮していかなければならないところかなと思いながらお話を承っておりました。

私が伺いたかったのは、これだけ多様な病床の使い方等を行うことで、東京都が実際にどのようにイニシアチブを取って、病床について、言い方は悪いのですが、紹介していったり、先ほど藤田先生が疑問を投げかけていた下りの部分を確保したり、既に具体的な計画を立てられているのかどうかということです。

国は、モデル病床を使うことを全体の審議会で確定していたわけですが、東京都は、今後、例えば2026年度にそのようなシステムをつくれるのかとか、申し訳ないのですが、病棟でそういうところを探すのは、ものすごく大変なのです。

そういうことを具体的におやりになる計画を立てていらっしゃるのか、伺わせていただければと思いますが、いかがでしょうか。

○西塚委員長 ありがとうございます。

既に保健所のほうで入院調整、転院の調整などでお困りの事例なども聞いております。

そういった今日御提案した、ああいった役割分担とか機能分化、また、地域で患者中心の医療を提供していくことをお認めいただければ、しっかりと地域地域でそういったお話の場、地域医療構想なども含めて、こういった役割分担を結核の視点でも進めていきたいと考えているところでございます。

実際には、病院様もこういったものを求められているのかということだと思いますので、東京都からも、こういったものを使って御提案、御提示していきたいと思っていますし、また、ホームページなどでも、各医療機関様の受け入れられる内容について、積極的に情報発信をして、保健所や医療機関様でこういったものを積極的に御活用いただき、最終的にお困り事があれば、東京都でも力を尽くすような対応もしていきたいと思っておりますので、御指導をお願いできればと思います。

○佐々木委員 わがまを申し上げれば、大変わがままなことだと思うのですが、各保健所をお願いしては、領域をまたぐ患者の転送はできないのです。

だから、東京都なら東京都でまとめてやっていただいて、東京都からある程度の病院について、あらかじめ紹介し得る、先ほど高崎先生からも、感染症の対応ができる病院ということになっているのかどうかとお問合せがありましたが、そういう施設をある程度ピックアップしていったって、そこに東京都の仲介で患者さんが送れるような形でないと、広域でないと、今は多分無理ではないかと思うのです。そちらを積極的に考えていただけないかと。保健所単位ということでは、今では難しい時期に入っていると思われまますので、よろしく願いしたいと思います。

以上です。

○西塚委員長 ありがとうございます。

保健所と、今日お越しになっている清瀬リハビリテーション病院様からも、そういった東京都がもう少しここをやってほしいというようなこともいろいろとあろうかと思っておりますので、後ほどまた御意見をいただければと思います。

ありがとうございます。

高崎先生、お手が挙がっております。

お願いいたします。

○高崎委員 ありがとうございます。

付け足しになるのですが、私たちの病院、結核病棟を有する病院としての立場からいくと、モデル病床で、先ほどの長期化する患者さんへの対応は大変な面が多いのではないかと。

これは、病院の負担もさておき、患者さんの負担も、個室にずっと入っているのはとてもつらいことです。

つまり、受入れは、どうしても結核病棟が満床になっていたり、その日に受けられない、あるいは翌日に受けられないという状況が起こり得ますので、そういうときにモデル病床があるところに入っていて、初期治療をやっていただいて、あとは落ち着いた段階で

例えば手術をやる、あるいは治療が一段落ついた段階で、ちょうどこのスライドに書いてあるとおり、療養型のいわゆる下りの患者を受け入れるところに転院をする。

その場合に、患者さんの搬送に関するコストとか、そういうことが発生するのですが、最近、私を感じるのは、東京都にしても、保健所の方にしても、37条でのいわゆる結核病床間の転院、例えば私どもの病院に行かないかとか、メディケア病院さんに転院されるとか、都立病院さんとか、具体的にそういうことはよくやっているのですが、塗抹陽性の状態の搬送が今、非常にスムーズになったと感じています。その点では、病院間のやり取りがしやすくなったと感じております。

あと、これが追加であるのですが、昨今、20代の結核患者の9割近くが外国出生者という状況になっていますので、現状として、受入れ側としては、多剤耐性の診断が遅いと感じております。

具体的に言うと、例えば塗抹が陰性であっても、培養で生えてきて、PCRが陽性で、結果的には、その場で捉えられたはずのものが捉えられずに、標準療法を長く続けていて、後になってからMDRで紹介されてくる。そういう症例が実際にあるわけです。

ですから、東京都としても、これはとても大切なことだと思うのですが、都の検査体制としても、最初に佐々木先生がおっしゃったように、ホールゲノムを使った手法とか、薬剤耐性の診断を早くするようなことをぜひ今後検討していただければと思います。

以上です。

○西塚委員長　ありがとうございます。

検査体制の強化、また、ホールゲノムが医療連携を促す、適切な医療の提供につながるということがよく分かりました。

ありがとうございます。

今村先生、お手が挙がっております。

お願いいたします。

○今村委員　駒込病院の感染症科の今村です。

いろいろと御説明をどうもありがとうございました。

当院は第一種・二種感染症指定医療機関として行政医療の役割を担うのが責務の病院なので、結核に対して診る、診ないという話は、感覚的には全くないのです。したがって、できる限り結核患者も受け入れていければと考えています。

そもそも院内で結核の陽性者は出ています。これまでも転送するまでの間は診えますし、結核疑いの患者も陽性確認のところまでも結核として診ているわけですから、すでに基本的な結核診療は行っているのです。

結核診療の経験は、個人差がかなりあるので、経験の多い医療機関と情報交換をしっかりとしながら、体制を整えていくことで、徐々に結核患者の受入れを増やしていければと思います。

ただし、先ほど提示されていた感染症指定医療機関における受け入れ患者数については

気をつける必要があります。

例えば当院には感染症科として対応可能な陰圧室が28床あっても、最近はずっと10人以上は他の感染症患者が入院していますし、うちはエイズの中核拠点なので、HIVの感染者がある程度入院していて、ほかでは受けられない麻疹や水痘の患者も入院するわけです。

つまり、感染症病床の指定医療機関でなければ受け入れられない患者さんも病床を埋めていて、その病床数が増えたり、減ったりしているのです。

したがって、これらの病床は常に空いているわけではないので、それを足し算してしまっただけで、行政の計画としていいのかどうかということは大きな問題かと思います。

あとは、感染症指定医療機関の病床は、パンデミックや厳しい流行感染症が起こってきたりすると、すぐに埋まってしまいます。

このように、行政医療としての病床数管理として、どういう考え方で整理しておいたほうがいいのかという課題があると思います。

もう一点、入院の長期化も問題になると思っています。

一般的な感染症の患者さんは短期入院が基本なので、その病床は急性期の患者さんをイメージしているのです。

結核治療で入院が長くなってくると、個室からでられない患者さんに負担が大きくなってきてしまいます。また、結核患者によって長く病床が押さえられてしまうと、ほかの感染症の患者さんを受け入れられなくなるという事象も起きてきますので、そのバランスもまた重要だと思っています。

以上です。

○西塚委員長　ありがとうございます。

指定医療機関は、勧告入院だけでなく、様々なほかで診られない患者さんの受入れもされているということで、一概に空いているとしないということで、よく分かりました。ありがとうございます。

また、有効活用ばかりやって、パンデミックに対応できないということは本末転倒でございますので、おっしゃるように、そういったパンデミックのときの拡張性も含めて運用できる、持続可能なものにしていきたいと思っております。

ありがとうございます。

先ほど少しお名前を出してしまいました、清瀬リハビリテーション病院の岩崎先生に本日、招聘有識者としておいでいただいております。

受皿として、様々な患者さんを受け入れていただいていると思いますが、何か御意見等いただければ幸いです。

岩崎委員、お願いします。

○岩崎委員　当院では、初期治療はいろいろな点でなかなか難しい。

いろいろな形で例えば介護が必要であったり、なかなか自宅に帰れない、ただ、一定の治療期間は必要であるというような患者さんはおられると思いますので、そういう患者さん

を中心に受け入れていくことになるのかなと。

それから、治療が終わった後、いろいろな自宅に戻る支援とか、介護等について、当院はそういうところを得意としているところでもありますので、リハビリ、回復期等も含めて、そういうものやしていきたいと思っております。

○西塚委員長 ありがとうございます。

では、大変恐れ入りますが、精神や認知症などの受入れもしていただいております、松沢病院の林先生、現状の課題とか、こういった御提案などがありましたら、お聞かせいただければと思いますが、いかがでしょうか。

○林委員 今日はありがとうございます。

当院、松沢病院は、いわゆる精神疾患を有する方を中心に、モデル病床として協力させていただきます。

具体的には、精神的にかなり重篤な方、医療保護入院を要するような方の結核の治療に当たる役割を担っていると自負しております。

そういった方々は、具体的に統合失調症の方で拒薬が強いとか、暴れてしまう、暴言暴力とか、そういった方もいますし、認知症の高齢者の方々も、看護上も非常に手がかかる方が多いのが問題になってきております。

ただ、精神科治療の継続が必要になりますので、うちで精神科医と一緒に診ながらというところで、いわゆる医療の集約という点に関しましては、こういった精神疾患を有する方は、積極的に当院で関わらせていただければと思っております。

先ほども言いましたが、手がかかる方が多いところで、あと、長期化することもあります。

あと、定員調整もありますので、そういったところで、多くの方を対応するのは難しい点ではございますが、精神的に重篤なケースはなるべく受けさせていただいてと思っております。

下りに関しましては、精神科の調整もございまして、東京都の精神保健医療課が、いわゆる精神科の単科病院になるのですが、そういったところで治療を継続していただける医療機関とかを検討していただけることもありますので、そういったところの協力も得ながら、今後も進めていきたいと思っております。

あと、認知症の高齢者の方は、いろいろな合併症をお持ちの方も多くて、ひどい場合には人工呼吸管理とか、そういったところになりますと、精神科診療というか、身体治療がメインになりますので、そういった場合には、高次医療機関に御協力をお願いするようなケースもあります。そういった現状でございます。

あと、先ほども言いましたが、手術の対応とかになりますと、一応、消化器外科の医師がそろってはいますので、その領域の手術の対応とかは可能と考えています。

うちの現状を御紹介させていただくようなところでございますが、以上になります。

○西塚委員長 ありがとうございます。

今村先生、お願いいたします。

○今村委員

これまでの意見でもあった外国籍の結核患者の問題ですが、当院は、渡航感染を診ているので、外国籍の方には結構慣れている施設だと思うのです。

そういう意味でも、役割を果たせるのかなと考えています。

そのところで注意しなくてはいけないのは、先ほどから出ている多剤耐性結核の問題です。

東京都は、ほかの都道府県と比べても影響を受けるところになるので、より迅速に耐性を確認できるような検査の問題については、解決へ向けて進めていただけたらと思います。

よろしくお願いします。

○西塚委員長 ありがとうございます。

佐々木先生、お願いいたします。

○佐々木委員 ありがとうございます。

多剤耐性のことにつきまして、最初に私が言ってしまったところではありますが、都の地方衛生研究所でそういうシステムがなければ、大変申し訳ないことですが、結核研究所の抗酸菌部をお願いするしかないと思うのですが、疑った方の菌株の輸送とかは、病院単位で行うこともなかなか厳しいと思われますし、そういうところは、改善していただけますと、多分、モデル病床さんや感染症病床さんの病院さんでも、検体を置かれるところに運んでいくことができるという形を取れるのではないかと思いますので、そういう意味でも、都として、結核医療を行う医療機関の支援について、具体性を持った計画を立てていただければと思います。

よろしくお願いいたします。

○西塚委員長 ありがとうございます。

菌株収集については、分子疫学の追跡のほうに重点を置いておりましたが、今後、そういった薬剤耐性の問題も期待されているということでございます。引き続き検討してまいります。

あと、多摩総合医療センターの和田先生、指定病床のほかにモデル病床などでも、透析等で大変お世話になっております。

何か御意見をお聞かせいただければ幸いです、いかがでしょうか。

○和田委員 大きな問題がいろいろとあるので、簡単にというのはなかなか難しいのですが、コロナが起こった頃に、一度結核病棟を全部閉じてしまって、コロナに専念していた時期があったわけです。

その時には、患者さんは全部結核専門病院さんに移っていただいて、その後、2023年春から結核病棟を再開したのですが、そのときに、もともとあった結核病棟を工事で半分仕切って、片側の半分は感染症病棟にして、もう半分を結核病棟として再開したのです。

現在は、感染症病棟としては19床を公表していて、結核病棟としては29床という数字が公

には出ています。

ただ、感染症病棟と結核病棟を1つの病棟としてスタッフが出ていますので、人員の関係で、多分、結核病棟は、実際には15人ぐらいが限界かなと考えて、今対応しています。

そして、以前、結核だけの時代には幾らでも受けていたのですが、今、そういうわけで、15床が限界かなというときに、一般の合併症のない患者さんを全部受けて、埋めてしまうと、いざ透析とか手術という方を受けられなくなるといけませんので、結核病棟を再開した2023年頃は、合併症のない方は、結核病院さんでまず相談していただいて、骨折や妊娠とかというような方を受けるというスタンスで診ていたことがありました。

ただ、結局、世の中の結核患者さん自体が減ったと。いいことでもあるのですが、その関係で、当院で別に制限をかけずに、全部受けていても、そんなにあふれない状況になったのです。

ですので、去年、今年あたりは、特に合併症にこだわらずに、全てお受けしていて、それでも結核病棟は10人程度で推移しています。

今、話題になるようなことの中では、ともかく患者さんの層が、85歳とか90歳とかになって、全身が非常に弱ったところで結核が出てきたという方が多いので、入院するまでは、辛うじて自活、一人暮らしをしていた方が、結核とともに全く起き上がれなくなったりして、入院して、排菌は陰性化したはいいけれども、自宅には戻れないし、受け入れられる病院もなかなかないというケースが非常に多いです。85歳、90歳になると、帰れなくなってしまうのです。

そういうときに、お話にあった清瀬リハビリテーション病院さんも非常に受けていただいてありがたいですし、あとは、老人ホームのようなところでも、さすがに培養陰性が続くようになったら受けてくれるようなので、そういうところを何とかソーシャルワーカーに探してもらって、培養陰性でお帰しするというケースが多いです。

もちろん、透析患者さんも、透析クリニックに戻るためには、培養陰性を最低2回としてお帰しさせてもらっています。

あとは、当院は多摩地区にありますので、外国からの方は少ないのですが、コロナ以前は、大学の留学生が多かったのですが、今は労働研修生、技能実習生の方がたまに来る程度です。ですから、行き先で困るのは、高齢で、寝たきりになってしまった方ぐらいであります。

以上です。

○西塚委員長 貴重なお話をありがとうございます。

あわせて、小児結核診療サポート体制について、事務局から御説明申し上げます。

○高橋課長 皆様、ありがとうございます。

引き続いて「小児結核診療サポート体制に関する検討状況について」でございます。

資料9でございます。

先ほどの資料8までの内容のとおり、専門的医療が必要な結核患者さんへの対応可能な医療機関は限られているところです。

特に小児結核診療に関しても同様で、患者発生数は非常に低い値で推移しているものの、結核診療を日常的に行っていない医療機関も含めて、外来の診療など、幅広い医療機関が御対応いただけるような機会を今後検討していきたいと考えているところでございます。

まず、特に国立国際医療センター、小児総合医療センターの2つの病院で受入れをしていただいていることが大変多くございますので、この2病院にアンケートをさせていただきましたので、その結果もお伝えしたいと存じます。

まず、2015～2024年にかけての東京都における小児結核の患者数の推移です。

年間約5～10例が継続的に発生しております。

次のスライドです。

同じ年におきまして、出生国別の新登録小児結核患者数の推移です。

母数が少ない状況でございますが、年により変動が大きいところです。

外国出生患者の割合は、変動が大きいのですが、約2～3割程度で推移しております。

次に、2018～2024年における東京都の小児結核患者を診断いただいた医療機関の割合と、治療していただいている医療機関の割合です。

いずれも都立小児総合医療センター、国立国際医療センターの2つの医療機関が中心的に担っていただいていることが分かります。

次に、2018～2024年における、東京都健康安全研究センターに届出をいただいておりますコッホ現象報告書提出医療機関の割合です。

この報告書は、厚労省の定期接種実施要領におきまして、BCGワクチン後の反応から、コッホ現象の疑いと判断いただきました医師から市区町村へ御報告いただくものとなっております。

この期間は、254件の報告がありました。

このうち81件が都立小児総合医療センターからいただいております。

担当者による概算ですと、ツベルクリン反応検査は、発赤径10ミリ以上、または硬結径5ミリ以上となって、要精査となっていた症例は122例ございました。

このうち6割程度は、都立小児総合医療センターを受診して、報告書を頂いております。

国立国際医療センターからの御報告については、この後の資料でもお示しいたしますが、この期間は、LTBI登録となった事例のみ報告書を提出する方針を取られていたということでございます。

このグラフでは、2医療機関に症例が集中しているものの、BCG接種医療機関や地域の医療機関でも多くの症例を診ていただいていることも分かります。

次のスライドです。

2025年10月1日から12月31日にかけて、この2医療機関にアンケート調査を行いました。

調査内容は、医療機関や保健所からの相談の件数とその内容、また、受け入れた小児結核診療の件数と内訳についてです。

医療機関からは、年間推定80件の相談があり、主にコッホ現象疑い、診断・検査について

でした。

保健所からは、年間推定約100～200件の相談があり、主には接触者健診やコッホ現象についてでした。

相談があったケースの多くは、自院で紹介を受けておられましたが、相談のみで終了する事例もございました。

次のスライドです。

昨年11月に東京都が主催いたしました首都圏小児結核症例検討会に御参加いただきました、都内の小児科を標榜している医療機関の皆様に対し、アンケート調査を実施いたしました。

自院で対応可能な症例についてお答えくださいというところでは、結核疑い患者への診療、接触者健診について、5～6割程度御回答いただくところもございました。

また、コッホ現象疑いの対応は、4割程度が対応可能と御回答いただきました。

これらの結果を踏まえ、これらの医療機関へのサポート体制を構築することによって、より地域の医療機関での御対応を推進できるのではないかと考えております。

次に、現在の小児結核の医療提供体制です。

結核患者疑いや接触者健診、コッホ現象疑いのいずれの場合においても、2つの中核医療機関に症例が集中しており、精査して、経過観察の状況となった場合も、また、LTBI治療の後の管理検診となった場合においても、対応の終了まで診療を継続していただいている状況です。

次のスライドです。

事務局が現在考えております今後の体制についてです。

2つの中核医療機関には、これまでどおり、専門的な判断を要する症例に対しては、中心的な役割を担っていただく必要性がございます。

ただ、コッホ現象疑いや接触者健診については、2医療機関からのサポートなどを受け、特に定期的なフォローアップなどの対応については、地域の医療機関において、より広く御対応いただける体制が構築できないかと考えております。

これにより、中核医療機関はより専門的な症例に集中することができ、また、患者や御家族にとっても、住まいの地域で医療を受けられ、利便性の向上、よりよい療養環境の整備を図ることが重要ではないかと考えております。

最後のスライドです。

小児結核医療体制の現状として、小児結核患者は毎年一定数発生しているものの、その診断・治療においては、中核医療機関が多くを担っており、現時点では、都内において相談先に困る事例はあまり見受けられません。

しかし、課題としては、小児結核に関する症例が中核医療機関に集中していること。

また、遠方から受診されている患者の通院にかかる負担があることなどが挙げられます。

その解決策として、まずは役割分担を明確にして、地域で診ることができる症例について

は、中核医療機関が相談対応などのサポートをすることなどで、単独では難しかった症例も診ていただけること。

また、医療従事者も安心して医療提供を行うこと、そして、患者側も安心かつ適切な療養環境を続けること。

こういった体制を構築していくことが重要と考えております。

都では、その整備、情報の共有・周知を行って、サポートを円滑化する役割を担っていくことを今後考えていきたいと存じます。

御説明は以上となります。

○西塚委員長 ありがとうございます。

小児結核診療サポート体制について、現在検討を進めているところでございます。

できるだけ接触者健診、コッホ現象の判断などを地域で診ていただくこと、一方、外国出生の子供の結核の増加にも同時に対応していかなければいけないという課題でございます。

こちらのサポート体制につきまして御意見をいただけますと幸いです、いかがでしょうか。

高崎先生、お願いいたします。

○高崎委員 お願いいたします。

説明をありがとうございました。

私は成人を主に診ておりますが、小児の結核に関しましては、小児科の先生方が非常によく診てくれています。

実際のところ、いわゆる家族内の濃厚接触者とか、接触者健診でIGRA陽性者の患者さんに関しましては、いわゆるLTBIでいいのか、あるいは発病していないのかという判断が非常に重要になってきますので、その点において、画像診断に関しましては、呼吸器内科、私どもでサポートに入っています。

ですから、そこは、いろいろな医療機関でというのはなかなか難しいところではあると思うのですが、今お話しいただいたまさにそのとおりで、治療が一旦終了した患者さんのフォローアップとか、あるいは発病していない患者さんで、LTBI治療をした後の管理検診などに関しまして、小児科のほかの医療機関で診ていただけるような体制がこれから構築されることを非常に強く期待しております。

以上です。

○西塚委員長 ありがとうございます。

地域の中での役割分担、フォローアップという体制をつくってまいりたいと思います。

ありがとうございます。

そのほかにいかがでしょうか。

ありがとうございます。

また、相談に乗っていただく体制について、どのようにしていくのかというところも、今後検討してまいりたいと思いますので、よろしくお願いいたします。

続きまして、資料10の説明を最後をお願いいたします。

○高橋課長 それでは、最後に、今後の東京都結核対策技術委員会・専門部会、及び新プラン改定スケジュールについて御説明いたします。

こちらは、令和8年度の結核対策技術委員会・専門部会の開催についてのスケジュール案と、東京都結核予防推進プラン改定についてのスケジュール案をお示ししております。

令和8年度の技術委員会につきましては、第1回は、令和8年6～7月頃の開催を予定しております。

プランの改定等について御議論いただく専門部会の日程は、赤字で記載しておりますとおり、厚生科学審議会結核部会の日程、また、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て、開催スケジュールを調整したいと考えております。

「2 令和8年度結核対策技術委員会の主な取組（案）」については、記載のとおりでございます。

「3 専門部会（プラン改定等）の主な取組（案）」についてです。

令和6年度に専門部会を2回開催いたしまして、新プランの素案等について、委員の皆様から御意見をいただきました。

令和7年度は、厚生科学審議会結核部会が3回開催されましたので、今後、この結核部会においても、国から特定予防指針の改定案等が示されるかと考えております。

こちらの内容を考慮しまして、さらに令和8年度の専門部会においては、東京都のプラン改定の準備を進めたいと考えております。

その上で、令和8年度第2回「結核対策技術委員会」におきまして、来年度、新プランの最終案について御報告・協議いただけるよう、作業を進めてまいりたいと考えております。

御説明は以上になります。

○西塚委員長 ありがとうございます。

ただいまのスケジュールの説明、今後の進め方に対しまして、御意見、御質問がありましたら、承ります。

大丈夫でしょうか。

ありがとうございます。

それでは、本日御意見をお寄せいただきました。

事務局において、今後の結核医療提供体制、結核病床の方針について、まとめさせていただきたいと思っております。

あわせて、長期間個室に収容するときの個室代やアメニティーとかの問題についても、必要に応じて国と相談したり、要望を上げていきたいと考えておりますし、また、結核のホールゲノム、耐性菌の検査体制についても同時に検討を進めてまいります。

また、小児結核診療サポート体制について、引き続き相談を受ける側の先生方の御意見なども吸い取って、検討してまいりたいと思っております。

今日は招聘有識者の先生方、また、委員の先生方、本当に忌憚のない御意見をありがとう

ございました。

それでは、事務局に進行をお返しします。

○高橋課長 西塚委員長、委員の皆様、ありがとうございました。

次回の技術委員会及び専門部会の日程につきましては、改めて調整させていただきたい
と思います。

皆様、長時間にわたりまして貴重な御意見を賜りましたこと、心より感謝申し上げます。

以上をもちまして「東京都結核対策技術委員会」第2回を終了いたします。

皆様、本当にありがとうございました。

○西塚委員長 ありがとうございました。

(午後7時39分 閉会)