

令和 7 年度第 1 回
東京都結核対策技術委員会

令和 7 年 7 月 15 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 定刻となりました。では、ただいまより令和7年度第1回「東京都結核対策技術委員会」を始めさせていただきます。

私は東京都保健医療局感染症対策部防疫課長の高橋と申します。どうぞよろしくお願いいたします。

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いたします。

初めに、委員の御紹介となります。

本技術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。委員の一部交代があり、川上委員から東京都医師会理事、鳥居明委員、浅見委員から立川市保健医療部長、渡貫泰央委員が新たな委員となっております。鳥居委員、渡貫委員、またほかの委員の皆様、どうぞよろしくお願いいたします。

また、本日は健康安全研究センターの吉村所長、立川市の渡貫部長からは御欠席の御連絡をいただいております。

次に、2. 招聘有識者の紹介です。

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ます。関係有識者の皆様に御出席を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4名の皆様の御紹介をさせていただきます。

まず、複十字病院副院長・結核センター長、吉山崇先生です。

続きまして、都立多摩総合医療センター呼吸器・腫瘍内科部長、高森幹雄先生です。

続きまして、都立小児総合医療センター呼吸器科・結核科医長、石立誠人先生です。

続きまして、江戸川メディケア病院結核病棟看護師長、熊谷明子様です。

皆様、本日は結核医療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いたします。

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。委員長は西塚部長をお願いいたします。

議事の進行は、西塚委員長をお願いをしたいと存じます。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。

東京都感染症対策調整担当部長の西塚と申します。前回に続きまして委員長を拝命いたしました。どうぞよろしくお願いいたします。

この結核対策技術委員会の委員の皆様、また本日は招聘委員の皆様、大変御多忙の中御参加いただきまして、誠にありがとうございます。

本日、協議をお願いしたい議題といたしましては、報告事項としまして昨年度の取組や結核の状況等3件と、その後、協議事項、医療体制の在り方等2件を予定しているところでございます。協議事項としましては、令和7年度の取組の案、そして結核医療提供体制の検討でございます。ぜひ本日も活発な御議論をお願いしたいと思っております。また、招聘委員の先生方におかれましても、忌憚のない御意見をいただけますようお願いを申し上げます。

なお、本委員会の設置、所掌事項につきましては、参考資料2の本委員会の設置要綱に定められておりますので、要綱に沿って運営をまいります。

それでは、ここからは議題に入りたいと思います。

まず、報告についてでございます。①から③まで続けて報告をいたします。

まず、①2024年の東京都における結核の概況について、健康安全研究センターの鈴木疫学情報調整担当課長からお願いをいたします。

○鈴木課長 鈴木です。ありがとうございます。

それでは、資料1「2024年（令和6年）の東京都の結核の概況（速報値）」について御説明いたします。資料1を御覧ください。

図1が新登録結核患者数と罹患率の年次推移です。2024年に報告された東京都の新登録結核患者は1,187人で、昨年より3人減少しました。罹患率は人口10万当たり8.4で、2023年と変化はありませんでした。

図2は新登録結核患者の年齢階級別罹患率の年次推移です。2024年は30代、40代及び60代以上で減少した一方、0～4歳、15～19歳、20代、50代で増加し、5～9歳、10～14歳は変化はありませんでした。

図3は新登録結核患者における外国出生患者割合、図4は外国出生患者の職業区分別の割合です。新登録結核患者における外国出生患者が占める割合は、昨年に比べて5.4ポイント増加し、22.7%と過去最大になりました。外国出生者の職業区分別割合では「高校生以上の生徒学生等」の割合が最も多く、次いで「常用勤労者」の割合が多くなっております。

4点目、新登録有症肺結核患者が発病から初診に要した期間は1か月未満が44.8%、初診から診断までに要した期間は1か月未満が77.2%、発病から診断までに要した期間は1か月未満が29.5%でした。

次のページは、参考データになっております。2024年の国の数値がまだ公表されていません。

続いて、別紙について御説明いたします。

一番上のグラフが、2024年新登録結核患者年齢階級別登録者数出生国別のグラフになります。グラフのグレーが日本出生で、赤が外国出生になります。外国出生は20歳代でピークがあります。

真ん中の円グラフは、2024年新登録結核患者外国出生患者の出生国になります。上位6か国については、最も多いネパールが19.3%、次いでミャンマー17.1%、以降、中国、ベトナム、フィリピン、インドネシアの順になっております。

一番下のグラフは、新登録結核患者0～14歳の患者数の年次推移になります。2024年は9人の登録があり、そのうち7名が日本出生、2名が外国出生でした。

私からは以上です。

○西塚委員長 鈴木課長、ありがとうございます。

確認です。1ページの項目4の初診から診断までに要した期間は1か月未満は、この書いてある72.2%で間違いないでしょうか。

○鈴木課長 資料のとおりです。失礼いたしました。

○西塚委員長 ありがとうございます。

ただいま鈴木課長から罹患率が2023年と変わらず8.4ということでした。

ここで事務局から補足がありますので、補足をお願いします。

○高橋課長 それでは、補足の資料としまして参考資料3を御覧ください。

こちらは東京都の新登録患者数と罹患率の年次推移を日本出生と外国出生別に分けましてグラフとしております。2015年から2024年までの推移です。日本出生結核患者さんの推計罹患率は毎年減少を続けておりますけれども、外国出生結核患者さんでは2022年以降、毎年約16%ずつ増加を続けている状況です。

また、資料に記載はございませんが、結核集団感染事例報告につきまして、令和6年の累計を集計しましたところ、5件ありました。内訳は、日本語学校2件を含む学校等が3件、病院等が1件、その他の施設が1件でした。その前の年、令和5年は1件、その前の令和4年の累計は3件でした。

以上、補足でございます。

○西塚委員長 ありがとうございます。

罹患率については8.4は変わらなかったけれども、出生地別で日本出生者と外国出生者で差があって、日本人のほうは下がってきているということと、集団発生報告、口頭でしたけれども、去年は5件あって、前の年1件よりも増えているという報告をいただきました。

それでは、報告事項を続けていきます。

②令和6年度の東京都の取組状況、③東京都結核予防推進プラン2018に定めた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、資料2を御覧ください。

令和6年度は7月と3月に技術委員会を2回開催しまして、専門部会は7月と11月に2回開催をいたしました。また、次の7点について令和6年度に取り組んでまいりましたので、御報告をいたします。

まず、1の結核病床・特殊な治療を要する患者等の治療体制の確保です。令和6年度に特殊な治療を要する患者等の治療体制の充実を図るために、結核病床もしくは結核患者収容

モデル病床を有する医療機関の皆様へアンケート調査を実施いたしました。内容は、受入れ可能な患者さんの状況についてと、またその都ホームページへの記載の可否等についてです。喀痰塗抹陽性透析患者の受入れについては、結核病床を有する医療機関では受入れ可能が2病院、条件により受入れ可能が6病院ございました。モデル病院では受入れ可能が3病院、条件により受入れ可能が3病院という結果でした。これらの結果をリスト化したものを、本年4月23日から都のホームページに掲載しております。また、新型コロナウイルス感染症の流行を経た情勢の変化によりまして、稼働病床数の減少がありましたが、治療可能な医療機関を確保するため、それぞれの状況に対応可能な医療機関と調整を個別で行いました。

2番です。診療サポートの強化です。これまで本委員会において議論してまいりました低まん延に伴う医療従事者の診療機会の減少への対策として、委員の皆様から一般医療機関へのサポート体制の強化に関する御意見をいただきました。一般医療機関から結核病床を有する医療機関への診療相談体制を検討するため、都内及びほかの道府県における取組状況について調査を行い、診療相談実績、また運営における課題について整理を行いました。これにつきましては、今年度も引き続きアンケート調査を実施いたしまして、医療機関のニーズ等の把握を進めていきたいと考えております。

3番です。東京都結核予防推進プランの改定でございます。これについては、7月と11月に2回の専門部会を開催いたしました。今後は、本委員会の議論と国の「結核に関する特定感染症予防指針」の改正状況も踏まえ、引き続き改定を進めてまいります。

4番、結核菌株の確保についてです。昨年度は、菌株収集、分子疫学情報の活用について専門部会で検討を行い、今後の結核菌株検査事業の方針について議論いたしました。また、VNTR検査結果の保健所への還元方法について、東京都健康安全研究センターと調整を継続しております。令和6年度における菌株収集率については、資料3の2ページ目を御覧ください。収集率は培養陽性者中46.1%となりました。今後の目標値、収集対象、収集した情報の活用方法について、引き続き東京都健康安全研究センターと連携を取りながら検討してまいります。

5番目です。結核対策における人材育成及び普及啓発についてです。東京都では、結核に関わる都内保健所や医療従事者、福祉関係者、教育機関等への人材育成として、毎年結核予防講演会を行っています。令和6年度実施分については、資料4を御覧ください。近年、新登録結核患者数の減少とともに結核患者へ対応する機会も減っており、結核患者を早期発見し適切な医療につなげるための人材育成は、より重要性が増しています。令和6年度はこれらに加え、資料4の2ページ目にありますとおり、外国出生者のコミュニティーと連携した重点対象者無料結核健診の実施、また外国出生者に向けた多言語による動画や冊子等の普及啓発資料の積極的な活用等を行いました。

6番目です。資料5を御覧ください。都保健所における結核患者管理ツールの導入です。これまで紙で管理しておりました患者の結核登録票について、デジタル化をし、患者・接触

者対応の業務管理ツールを構築いたしました。多摩府中保健所及び多摩立川保健所で令和6年度に先行導入を行っております。今年度は他の4都保健所で導入を予定しております。

最後に、7番です。結核病床の基準病床数の算定については、昨年第七次東京都保健医療計画の改定がございました。令和6年4月1日より基準病床数216床と設定をされております。

続きまして、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をいたします。

まず、資料6-1を御覧ください。

目標値については、平成30年度に結核予防推進プラン2018を策定し、令和2（2020）年までに達成すべき9つの目標を設定しております。それぞれに目標値を定めております。目標値の設定は太枠の囲みの中を御覧ください。上の6つは国の「結核に関する特定感染症予防指針」に定める目標、下の3つは都独自の目標となっております。このうちBCG接種率を除く数値については、東京都が各保健所に調査をしているものと、結核研究所が毎年公表しております結核管理図に掲載されているものを使用しております。

指標について、順に御説明いたします。

1の東京都の人口10万対結核罹患率についてです。令和5年新登録患者の罹患率は8.4となっております。この値は、東京都の結核概況及び国の年報の値となります。都全体では令和2年に既に目標値の12以下を達成しております。各保健所の罹患率については、資料6-2を御覧ください。各保健所の目標は、基準とした平成27年の罹患率から令和2年までに30%減であり、令和2年には全体で33.9%と目標を達成しております。このとき31か所中22の保健所で目標を達成いたしました。その後、令和5年はさらに減少し、平成27年から令和5年までの減少率は全体の50.9%となっております。港区と島しょについては30%以上の達成ではありませんでしたが、島しょは母数が少ないため、1名の発生に対する影響が大きくなるため、令和4年に4名の新規登録があったことで罹患率が上がっております。港区については、管内に東京出入国在留管理局があるため、住所が不確定な外国出生者に対応されておりますため、令和5年も微増しております。

また、東京都のBCG接種率については、資料6-3を御覧ください。令和2年度に都全体では101.3%と目標値を達成いたしました。以降は、都の目標値99%以上には及ばないものの、国の目標値95%を達成しております。年度や自治体によって差があり、令和3年度以降、国の目標値の95%を下回る自治体がやや増加しております。

資料6-1にお戻りいただきまして、全結核患者のDOTS実施率について、令和5年登録の患者については98.6%と目標値を超えております。

次に、潜在性結核感染症のDOTS実施率です。令和5年登録の潜在性結核感染症に対するDOTS実施率は99.2%と目標値を超えております。

活動性肺結核患者の治療失敗・脱落率については1.2%と目標値を達成しております。

また、潜在性結核感染症治療開始者の治療完了割合についても88.1%となっております。目標値85%以上を達成しております。ただ、やや低い値となっているこの理由については、治療完了以外の治療成績は、他疾患による死亡が4%、脱落中断が8%でございました。この脱落中断者のほとんどが、副作用を原因とする主治医からの内服中止指示によるもので、アドヒアランス不良等の患者都合による中断は6名、全体の1%未満という数でございました。

最後に、東京都の独自の目標値です。塗抹陽性の新登録肺結核患者のうち、コホート判定不能割合については、平成29年登録分からシステムの集計の変更によりまして、原則として判定不能が出力されないようになっているため、次期プランには目標値としない予定としております。

8と9の保健所における培養検査結果の把握割合については、令和5年登録の患者対象では99.3%、また培養陽性中薬剤感受性検査結果把握割合については99.2%と、いずれも95%以上の目標値を達成しております。

以上、資料6まで御説明をいたしました。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の御報告でございました。

○西塚委員長 ありがとうございます。

ここまでで報告事項①から③まで、資料でいうと1番から6－3まで御報告をいたしました。ここまでで御質問、御意見を受け付けたいと思います。先生方から、また招聘委員の皆様から何か御質問、御意見がありましたら承ります。

なお、別途、医療体制等については協議事項の中で時間を設けておりますので、そちらも併せて御承知おきください。

それでは、何か御質問、御意見がありましたら挙手ボタンでお教えてください。いかがでしょうか。

吉山先生からお手が挙がっております。吉山先生、お願いいたします。

○吉山委員 培養陽性中の薬剤感受性検査判明率が99%とすごくよろしいのですね。ほかのところへ行くともっと低いことが通常で、どういう人が判明しないかというところ、培養陽性と判明したときに既に死亡していて、患者さんから保険で薬剤感受性検査ができないとか、そういった症例は検査がされないということが多くの地域で見られているのですけれども、東京都ではこれを克服するために何をやっているのでしょうか。

○西塚委員長 ありがとうございます。

全体的には病院とK-netを使ってということですが、さらにこの死亡例だとか、なかなか難しいところが残っているかと思いますが、こういったところを減らす取組、いかがでしょうか。

○高橋課長 事務局からでございます。

まず、99.2%、非常に高い数値かと思います。診断時に培養検査も含めて喀痰検査を複数回実施しておられる医療機関の方が多くあるかと思いますので、その検体をきちんと保管し

て、培養の結果まで、もし万が一死亡された場合にも死亡される前に検査を行っていただければ結果が把握できるような状況にはなっておられるのではと思います。それ以上に、保健所と医療機関の間の情報共有のため、医療機関の皆様と保健所の皆様に御尽力いただいている結果かと思います。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。

コロナ禍の間も含めてK-netに菌の検出状況を入力していただいているおかげかと思えます。この場を借りて医療機関の皆様に感謝を申し上げます。

また、死亡例についても、生前に取ったものであれば、その結果を把握するよう努めているということでした。

吉山先生、お答えになっていますでしょうか。

○吉山委員 つまり、複十字などは培養陽性になったら感受性検査をやるということをデフォルトにしているのですけれども、多くのところは培養陽性になった場合に次に感受性検査をやるかどうかという、患者さんがいなくなってしまうたら、外来に来ないとか、死んでしまった患者さんからはお金を取れないので、やらないところが多くあるのです。ですから、それを克服するために病院の意識の向上を狙っているとしたら、病院にただ乗りしているようなところがあって、私としてはそれは本当にいいのかしらと。例えば東京都がやるとか、菌株を全部集めてそこでやるとか、そういったシステムをつくっていただければさらにいいのかと思っています。

以上です。

○西塚委員長 ありがとうございます。

今後、長期的にはできるだけ全株収集を目指すということで、現在も回収率を増やしているところでございます。

何かありましたらお願いします。

○高橋課長 確かに、医療保険は死亡された方には適用されませんので、健康安全研究センターに搬入された検体については、健安研で感受性などの検査を実施することもできます。

○西塚委員長 昨年からは12の指定医療機関で塗抹陽性のものは全株収集、そして培養と薬剤感受性まで確認させていただきますが、菌株収集のこの対象を増やして、その上で臨床で厳しいところ、保険点数で問題があるところについては、健安研でできるかどうか今後も確認をしてまいりたいと思います。

続きまして、高崎先生からお手が挙がっております。高崎先生、お願いいたします。

○高崎委員 ありがとうございます。高崎です。

今の吉山先生のことに関連して、私がこの病院で診療しているところで、もう一つ感受性が確認されない症例としては、検体が外部に委託されている検査で破棄されてしまっているということがあります。以前にもお話を上げてはいるのですけれども、つまり、この99.2%ですね。これは実際には数名ですか、判明しなかった、せっかく菌が取れているのに分からなかったということがあるのですが、私たちのところでも菌株を取り寄せよう、感受

性検査をしようと思っても、例えば外部の委託では1か月ぐらいしか今は保管期間はないですね。ですから、培養陽性が分かった時点で早急に菌を確保するというそのアクティビティーが、保健所から医療機関への働きかけとしてもそれを強化していただくように周知していただけるとありがたいと思います。

例えば腸結核で培養で生えてきたとって紹介されてくるような症例で、検体が残っているか残っていないか冷や冷やするケースはしょっちゅうあるのです。腸結核であったりとか、髄膜炎であったりとか、あるいはリンパ節の生検をして生えてきたとか、そうやって二度と菌が取れないような患者さんとかに関しては、とにかく1回切りの培養検体しかないような状況がありますので、それが特に複十字とか、東京病院とか、そういうところと違うところで検体が見つかったということで、恐らくそういう症例がまた入っているのではないかと思いますので、漏れてしまった症例がどういうものかは教えていただければと思います。また、検討していただければと思います。

もう一つ、質問なのですけれども、島しょで4名の方が出たのですかね。

○高橋課長 そうです。

○高崎委員 これは日本人だったのか、外国人だったのかというのはお分かりになりますか。

○高橋課長 申し訳ございません、現在手元に資料がございません。

○高崎委員 それによっても島しょでの結核の対策の仕方も少し変わってくるかもしれないと思いますので、もしよろしければいつか教えていただければ、興味があります。

以上です。

○高橋課長 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。

民間の衛生検査所へ外部委託をしている中で、結核菌が培養で陽性になった場合、確かに1か月で破棄するという会社が出たのですけれども、東京都で全株に向けてまずは12の指定医療機関の株については塗抹陽性株は全件を後に回収することをお伝えして、1か月で破棄しないように、そういう働きかけをしたところです。さらにまた別の一般の医療機関や診療所等で、おっしゃるような腸結核などの症例も含めて菌株が残るようにも検討していきたいと思っています。

また、島しょについて調べて後ほどお答えできるかと思いますので、御質問ありがとうございます。

○高崎委員 どうもありがとうございます。

○西塚委員長 続きまして、鳥居先生、お手が挙がっています。お願いいたします。

○鳥居委員 東京都医師会の鳥居でございます。詳細なデータをありがとうございます。

若い方の登録者で外国出生が多いわけなのですけれども、BCG接種率、これは統計だと少し令和5年は下がっているのですけれども、日本人と外国人での接種率の違いとか、少し接種率が下がってきた理由が分かれば教えていただきたいのです。

○西塚委員長 ありがとうございます。

こちらが取っている衛生統計のための予防接種の報告ですと、外国籍かどうかは区分が取れていないので、なかなか分かりづらいのですけれども、肌感覚だと確かに予防接種のBCGをやっていない欧米の方などで拒否されるというお話は聞いたことがありますけれども、またそういったところにもBCGをどうしていくのかも踏まえて、今後の特定感染症予防指針の書きぶりも踏まえて検討していきたいと思います。

○鳥居委員 ありがとうございます。

○西塚委員長 事務局から何かありますでしょうか。

○高橋課長 今、委員長におっしゃっていただいたように、BCG接種のこの外国出生と日本出生の区分が統計の際にはございません。この点は数字として把握することが難しいですけれども、外国出生者の動向の影響は大きいかと思います。

また、若い世代の外国出生結核患者の方が増えていることは、明らかな部分であり、非常に特徴的な状況かと思います。

○西塚委員長 そういった外国人居住者が多い地域でBCG接種率が低いというような状況は想定されるでしょうかね。

○高橋課長 地域差がある可能性は考えられるかと思います。

○鳥居委員 予防としては非常に大切だと思いましたので、質問をさせていただきました。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。

○高橋課長 ありがとうございます。

○西塚委員長 吉山先生、ありがとうございます。吉山先生、いかがでしょうか。

○吉山委員 BCGに関連して、今、年齢別の罹患患者数、罹患率を見ていて、2024年の0～4歳が目立つのですが、これは何かのアウトブレイクでしょうか。資料1の1ページ目の上のほうのところの0～4歳ですね。2024年がちょっと増えていますね。これはたまたまでしょうか。

○高橋課長 小児の結核患者数について、資料の3ページ目の一番下のグラフは0～14歳までまとめた数の推移です。非常に数が少ない群です。

○吉山委員 資料の図2では、それまでの年と比べると、少なくとも4～5倍ぐらいには見えるのです。

○高橋課長 3枚目のページの一番上のグラフの0～14歳の小児の数をご覧いただけますと幸いです。こちらの赤が外国出生、灰色が日本出生になっています。

○吉山委員 0～14歳のうち、日本人は0～4歳以外ないではないですか。ということは、外国出生の2人を9人から除いて7人ですね。結構多いですね。

○高橋課長 鈴木課長、健康安全研究センターで作っていただいた資料について、2024年の0～4歳の小児の患者さんの数について教えていただけますか。

○鈴木課長 0～4歳の速報の値は7名になっております。

○吉山委員 それはどこかの集団とか、そういったものがいきなり起こったのかどうか、それともいろいろなところで偶然的に多かったのが集積してこうなったのかという単に疫学的な質問です。

○鈴木課長 御質問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。

家族内感染などが去年ありまして、その御家族ということですね。お子さんでということ。

○高橋課長 家族内の集積があったということです。

○吉山委員 では、満遍なく広がったということではないということですね。

○高橋課長 はい。ごく身近な接触ということです。

○吉山委員 ありがとうございます。

○西塚委員長 高崎先生、お願いします。

○高崎委員 小児の症例、当院で何人か治療している方はいるのですけれども、おっしゃったとおり家族内感染で、しかも親子の感染で、小さな子供の3人きょうだいとか、そういう方の中で、リンパ節が結構腫れたり、肺に影が出てきてという形で発病している人と、LTBIの子がいたということが確かに多かった気がしますので、吉山先生がおっしゃったようなその年齢層での集団感染のようなものという印象ではないのではないかと思います。

以上です。

○西塚委員長 ありがとうございます。

石立先生からもお手が挙がりました。石立先生、お願いいたします。

○石立委員 東京都立小児総合医療センターの石立です。

こちらで昨年度5名発病者がいらっしやいまして、そのうち4名が0～4歳だったのですけれども、全部孤発例でした。ただ、皆さん、お父さん、お母さんあるいはおじいちゃん、おばあちゃんからの家族内感染でしたので、たまたま症例が4例孤発で出ていましたけれども、年によってばらつきがあるのが事実でありまして、その前の年は3名とか、その前はもうちょっと多かったりとか、年度によって多少のばらつきはありますけれども、10名行かない程度が現状かと思います。

以上です。

○西塚委員長 石立先生、高崎先生、ありがとうございます。

吉山先生、そういうことで、孤発例で家族内感染という例が重なったということでございます。ありがとうございました。

○吉山委員 5年間で急に増えていたので気になったと。それだけです。

○西塚委員長 ありがとうございます。

そのほかはいかがでしょうか。

では、協議事項でも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。

それでは、(2) 協議でございます。こちらにも2つの協議事項がありますが、少し関連し

ますので、④と⑤をまとめて報告させていただき、その後、協議、意見交換に移りたいと思います。

それでは、事務局より協議について④、⑤と続けてお願いします。

○高橋課長 では、協議事項でございます。

まず、令和7年度の取組の案でございます。資料7を御覧ください。

こちらでは、これまでの課題等を踏まえまして、今年度、次の7点について取り組んでまいります。

まず、1番です。医療提供体制の確保です。令和6年度に結核病床及び結核患者収容モデル病床を有する医療機関に、受入れ可能患者さんや都のホームページの掲載等の可否についてアンケート調査を実施いたしました。先ほどお伝えをいたしましたとおり、4月23日に都のホームページに結果の掲載をいたしました。これについては、今後も円滑な入院調整等のためにぜひ御活用いただければと考えております。なお、これも毎年度実施を続けていきたいと考えております。最新の情報を発信してまいります。また、結核医療提供体制については、後ほど資料8で御説明をさせていただきます。委員の皆様方に御意見を賜れば幸いです。

2番目です。小児結核診療のサポート体制に関する調査についてです。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、この診療サポートについて事業性を検討するために、関係医療機関に今年度アンケートを実施いたします。スケジュールにつきましては、この資料のとおりでございます。

次に、3番、東京都結核予防推進プランの改定です。こちら先ほど申しましたとおり、国の予防指針の改正状況も踏まえ、改定作業を都としても継続をしております。後ほど資料10でスケジュール等の御説明をいたします。

4番の結核菌株の確保です。先ほどお伝えしましたとおり、培養陽性者中46.1%の収集率で、菌株332件の搬入となりました。今後も収集対象や収集した情報の活用方法について、引き続き検討をしております。なお、複数の自治体間でVNTR検査の結果を共有し活用できるよう「VNTR結果検索ツール」の運用については、東京都健康安全研究センターと調整を進めてまいります。

5番目の都保健所におけるデジタル化についてです。この「結核業務管理ツール」については、令和7年度で6か所の都保健所全てに導入の予定です。また、公費負担申請等について、既に一部LoGoフォームによる電子申請が都保健所を中心に導入をされております。これについても今年度は課題の整理と、またさらに活用しやすい運用方法について検討を進めていきたいと考えています。

6番目です。結核・呼吸器感染症予防週間です。令和6年度よりこちらに名称変更されまして、これに合わせてその週間では都庁舎のライトアップや秋葉原での無料結核健診を継続して実施をいたします。結核に加えて呼吸器感染症に関する普及啓発も行っていく予定です。

最後、7番目です。国提案の要求です。令和7年6月27日に厚生労働省に対して東京都より提案要求を実施いたしました。資料11を御覧ください。こちらで具体的な要求内容として挙げておりますうち、(3)では対象国全てで入国前結核スクリーニングを早期に開始し、入国後に発病した患者の早期発見方法を示す、あるいは患者登録保健所がスクリーニング検査結果を把握できる仕組みを構築することを要求しております。また(5)行政的医療である結核医療の維持に当たって、公費負担制度や診療報酬のさらなる改善、補助金等の財政支援や結核病床に他疾患患者の入院を可能にするなど、結核病床の維持に必要な対策を講じること、またモデル病床活用のため結核患者については入院基本料の区分算定に用いる平均在院日数の対象から除外するなど必要な対策を講じることについて要求を行っております。また、(6)では薬剤耐性結核や潜在性結核感染症の治療に関して、最新の結核医療の成果を踏まえ、海外で広く使われている感染症薬の早期承認や公費負担の対象となる薬剤や保険診療の適用となる抗結核薬承認薬剤の範囲の拡大を図るとともに、患者の自己負担額の軽減策を講じることがを要求しております。その他の要求については割愛をいたしますが、ぜひ御覧いただければと思います。

では、令和7年度、今後の予定でございますが、来年1月から3月頃の第2回の技術委員会の開催におきまして、東京都の新プラン改定に関しまして協議を実施できればと考えております。日程につきましては、最後に御説明をする予定でございます。

では、お時間も限られておりますので、続けて結核医療提供体制の検討についての御説明でございます。資料8を御覧ください。

まず、本検討に関しては、これまでに委員の皆様から多くの御意見をいただいているところです。昨年度の本委員会におきましては、今年度、重点的に医療提供体制について検討する旨、事務局より御提案をさせていただきました。本日は、都内の結核病床の現状、国・関係団体及び自治体の動向、都における課題と対応策、今後の結核医療体制の方針案の4項目について、事務局にて整理をいたしました内容を御報告し、その後委員の皆様から御意見を賜れればと存じます。

2ページ目を御覧ください。過去10年の間に、治療薬の多様化、また診断技術の向上、そして医療機関の皆様の御尽力によりまして、都内では平均在院日数が2014年の約60日から2024年33.3日まで大幅に短縮しています。一方、罹患率の低下に伴い在院患者数は減少し、また病床使用率の低下による収入減のため、結核病床数は減少をしております。医療機関の経営悪化が影響としてあるということです。また、課題としましては、特に専門的な医療が必要な結核患者さんの治療は、診療経験のある一部の医療機関に御対応いただいております、入院調整が困難となるケースがあること、また高齢患者の方は転院・退院の調整が難しく入院が長期化して病床の有効活用が難しいことなどが挙げられます。結核患者を受け入れる病床の不足あるいは過剰については、現状を把握し、適切な病床運用について検討し、行政的医療としての結核医療体制を維持・確保する必要があります。

次のスライドです。令和6年度より東京都保健医療計画に基づく結核病床の基準病床数

は216床となっております。職域を除く許可病床数は255床、このうち稼働病床数は240床です。なお、左の表では、複十字病院の陰圧室35床と吉山先生より事前にお伺いしております。現在、結核患者収容モデル事業の病床数は66床です。

次のスライドでございます。こちらは結核病床及びモデル病床を有する医療機関の都内の配置図になっております。

次のスライドです。職域を除く過去10年間の結核病床の推定稼働率と稼働病床数の推移です。コロナ禍におきましては多くの病床が転用され、その後も廃止に至る病床があり、2024年は稼働率47.4%へ減少して、さらに結核病床数、稼働病床は240まで減少をしている状況でございます。

次のスライドは、東京都結核予防会が取りまとめている空床状況報告に基づく入院可能病床数です。令和3年の新型コロナ第5波、また第6波の際、ほぼゼロまで減少をいたしました。令和6年以降は年間を通して20～30床程度の受入れ可能な結核病床がありますが、パンデミック発生など状況の変化に対応できる病床数の確保は重要と言えます。

次のスライドです。過去7年間の透析中の新規結核患者の推移です。2018年、2020年に減少はしていますが、2021年以降、年間数名の発生があります。2024年、日本透析医学会が行った全国アンケートでは転院調整に難渋する施設が6割あるとの結果でした。都内ではコロナ禍を経て受入れを再開いただいた医療機関もございまして、状況は改善しているところでございますが、空床状況によっては入院調整が困難となるケースが生じ得るところです。

次に、国・関係団体と自治体の動向についてです。まず、入国前結核スクリーニングでは、フィリピン、ネパールからの入国者に対しては6月23日から結核非発病証明書の提出が義務づけられました。入国後1年未満の外国出生結核患者は将来的にスクリーニングで探知できる可能性があります。半数以上の外国出生患者は現在導入が未定となっているインドネシア、ミャンマー、中国からの入国者です。また、EPA看護師や特定技能外国人など、入国状況によりスクリーニングが免除される方もいらっしゃる中では、総じて対象者が限定的である点は留意が必要でして、今後も引き続き入国後の発病者への国内での対応が求められるかと考えております。

次です。日本結核・非結核性抗酸菌症学会による「結核患者の入院と退院に関する新たな基準の提案」が5月に学会誌に掲載をされ、公表されました。委員の皆様方には釈迦に説法でございますので詳細は割愛をいたしますが、ポイントとしましては、適切な治療が2週間以上なされ、リファンピシンが使用可能で、退院後に新たにハイリスク者と同居しない場合は、排菌陰性基準が不要であるという点です。

次のスライドで、2月には学会よりパブリックコメントとして意見提出の募集がございましたので、東京都からも意見を提出いたしました。その抜粋をお示ししております。退院後の通院に対応する一般医療機関を含め、新たな退院基準を共有するという点、また地域の医療体制を構築することが重要である点、また入院早期に医療機関、保健所、関係者が退院

後の服薬支援体制について検討するDOTSカンファレンスの重要性、短期間で退院後の服薬支援体制を構築する保健所の役割の重要性が増す、この連携がますます必要になってくるという点について意見を提出いたしました。引き続き、学会及び国の動向を都としても注視をしてまいりたいと考えております。

次のスライドです。参考としまして、DOTSカンファレンスに関して、各医療機関の状況でございます。コロナ禍を経て、オンラインで開催をいただいている医療機関が多くございます。一方で、オンライン開催時のセキュリティーや保健所間の情報共有について、個人情報保護の観点から懸念されている医療機関もあるとお聞きしております。各医療機関の状況に合わせてそれぞれ工夫をしながらDOTSカンファレンスを実施していただいております。

次に、他自治体の動向です。③で既に結核病床を全廃した1県がございます。こちらではモデル病床と感染症病床のみで運用をしています。その他の多くの県においては医療機関から結核病床の削減の要望を伺っておられるとのことでした。

次でございます。これらの課題をまとめまして、都における課題と対応策、4点まとめております。まず①現在の基準病床数216床について維持が難しくなっている点、②高齢患者等の転院・退院調整についての困難な状況、地域連携、後方支援の必要性があるという点です。また、③合併症等の専門的医療が必要な結核患者の入院調整が困難なケースがあるという点、また、④モデル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が下がる懸念があるという点です。

次のスライドです。それぞれの対応策についてです。6年ごとに改定をされます東京都保健医療計画では基準病床数を算定していますが、この6年の間には刻々と状況が変化いたします。必要な結核病床数が変動するため、医療機関の現状に応じて、本委員会での議論を踏まえ、条件付ではあるものの結核以外の感染症の診療が可能なモデル病床等への転換、いざとなれば結核にも対応できる病床として運用できるような柔軟な病床の調整という点が必要になってくるかと考えております。

結核医療を担う病床調整のシミュレーションについてお示しをしております。シナリオAで、現在216床以上の結核病床を維持するということですが、シナリオBに参りますと、公的病院等の中核的な病院が中心に稼働、基準病床数の不足分についてはモデル病床や第二種感染症指定医療機関が担うといったシナリオです。このシナリオの課題は、感染症指定医療機関では結核診療に御対応いただくに当たって関係者の理解や協力を得る必要があるという点、また相談対応や研修、講演会等を行って、感染症指定医療機関においても診療が行えるよう支援体制を構築する必要があるという点、またモデル病床と感染症病床のみで運用するシナリオCの場合には、モデル病床の患者受入れ要件の制限がある点、また長期入院時にはモデル病床では診療報酬上の懸念がある点などが課題となります。

次に、参考としまして、各病床の形態についてでございます。特に国が定めるモデル病床に収容する結核患者の要件でございますが、合併症が重症、あるいは専門的高度医療等を必

要とする、あるいは結核が進展しやすい合併症症状がある、また入院を要する精神障害を有する場合という条件になっております。また、感染症病床につきましては、結核の感染性がある間は他疾患の患者と同室に入院させなければ、感染症病床の入院が可能であるということが、医療法施行規則に記載がございます。こちらは感染症病床は運営費補助があるという点もございます。

次に、入院が長期化しやすい高齢患者等への課題でございます。こちらは後方支援や地域連携についての対策の案でございます。対策としまして、結核患者に対応する病院等の機能や役割分担を明確化して、入院・転院を円滑化するということが考えられます。シナリオBでは、中核的な病院において多剤耐性結核症例や小児症例を集約して対応をして、他病院からの相談や転院に応じるような中核的な病院の役割を明確化するという点です。また、モデル病床及び感染症病床は合併症症例や短期入院可能な患者に対応ができる点については対応いただきまして、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さん等の受入れを行って、モデル病床、感染症病床の入院日数を短期化することで、モデル病床、感染症病床の受入れの促進を図っていくというシナリオになります。

これらのシナリオでの結核医療の連携のイメージでございます。あくまでイメージでございます。案でございます。中核的な病院が多剤耐性結核症例や小児症例を集約、診療・研究の実績、またノウハウを蓄積して診療サポートの中核を担っていく。右下にございます感染症病床は結核も含む総合的な感染症診療を継続、またそのノウハウを蓄積するということとあります。また、初期治療を終え状況が安定した場合、左下のほうにございます後方病床が受入れをすることで、退院後の高齢者施設、介護福祉施設への受入れにつなげていく。一般医療機関では外来の診療も担っていただき、広域にそれぞれの機関が相互に補完をするという医療提供体制のイメージでございます。

次に、最後に2点の課題と対応策です。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は「都内結核病床を有する病院等の結核患者受け入れ状況」、こちらをリスト化して都のホームページで公表しております。これについて毎年情報更新をしまして、いわゆる下りの患者さんの受入れ状況や合併症悪化時の患者さんの受入れなども含めまして、医療提供体制を見える化し、円滑な入院調整の促進を続けていきたいと考えております。

次の課題と対応策です。モデル病床で平均在院日数が長期化した場合、診療報酬上の区分算定が下がってしまいますので、これについても引き続き国に平均在院日数の除外規定に結核患者さんを含めていただくという点の要求を実施してまいります。

最後に、まとめとしまして、今後の結核医療体制の方針の案でございます。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いたしまして、病院間の情報共有、また機能の明確化、転入院の円滑化を進めていくということとあります。そして、入院早期から退院後の服薬支援に向けた準備を進めるため、DOTSカンファレンス等を活用して保健・医療・介護連携体制の構築を進めていくということとあります。ハード面のみならず、人材育成については、ソフト面として診療サポートの事業化、

また研修、講演会の活用を促進いたします。予防推進プランも含めた各種計画に本技術委員会における御意見を反映いたしまして、都内全体で安定的な結核医療体制の維持を図っていきたいと考えております。

最後のスライドです。本日は結核病床を有する病院有識者の皆様に御参加をいただいております。来年1月から3月に実施を予定しております第2回の技術委員会においては、モデル病床の病院、また初期治療を終えた塗抹陰性患者の受入れ医療機関、いわゆる下りの患者さんを受けていただけるような医療機関の皆様に御参加もいただきまして、モデル病床、そして感染症指定医療機関等での結核患者の受入れについても議論ができればと考えております。

御説明については以上でございます。

○西塚委員長 ありがとうございます。

それでは、協議事項が2つあります。最初の資料7、令和7年度の実施について、後段は資料8以降の医療についてでございます。

資料7の今年度の取組について、いかがでしょうか。サポート体制の調査などを行うとしております。小児の診療サポートのアンケート、デジタル化は9月末までに全保健所に導入をすること、国提案などを行うということでございました。VNTRを多施設で把握をする、情報を共有する「VNTR結果検索ツール」を開発して、順次活用していくということでございました。御了承いただければ、今年度はこちらで実施していきたいと考えております。

それでは、東京病院の佐々木先生、お手が挙がりました。お願いいたします。

○佐々木委員 ここで言うことではないかもしれませんが、1つ感謝申し上げます。呼吸器感染症予防週間に関しまして、昨年からの制度が始まりました。私が学会の中で感染症予防の対策推進委員会というものの中の事務局をやっております、東京都の今、やっていたにに対して深く感謝申し上げます。どうも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。今年も頑張ってください。

吉山先生、お手が挙がっております。お願いいたします。

○吉山委員 VNTRという表現が出てくるのですけれども、全ゲノム解析はどの程度行われそうなのでしょうか。他の自治体との全ゲノムの情報の共有はどうしても近い将来必要となるのではないかと思います。いかがでしょう。

○西塚委員長 ありがとうございます。

VNTRでかなり頻度の低い、これで一致がほぼ言えるようなものか、かなり一般的な形で相同性を見るためにゲノムが必要かというところで、今、キャパに応じて実施しているという実情でございますが、できるだけ分子疫学調査については力を入れていこうということでございまして、ゲノムについての対象について、何か事務局からありますでしょうか。

○高橋課長 健康安全研究センターと都防疫課では、VNTRの解析をまず実施していくという方針でございます。その中に全ゲノム解析も必要と思われるケースがあれば実施の検討をします。

○西塚委員長 ありがとうございます。

もちろんVNTRをやって一致する可能性があって、それでは証拠として足りないという場合にはゲノムもやっていますし、またゲノム情報のデータベース化なども結核予防会さんでも進めていただいているとも伺っていますので、そういった状況なども併せて今後のこういった分子疫学については今年もまた検討してまいりたいと思っております。御指導よろしくお願いいたします。ありがとうございます。

それでは、医療に移りたいと思います。稼働率、職域の分を除くと今は50%を切っている中で、様々退院基準の見直しの提言が学会からも出ているということ、一方で、後方支援の病院や受入れの施設といったところでの結核の受入れの状況はまだまだ十分ではないという課題がありました。こちらにつきましては、研修なども行ったり、また今後中期的な形で東京都の結核医療の受皿を指定医療機関だけで行くのか、モデル病床にシフトしていくのか、もしくは第二種の感染症指定医療機関のベッドを活用していくのかというところ、シナリオなどもお示したところでございます。

東京都の結核医療の在り方について御意見いただければと思いますが、高崎先生、少しモデル病床の活用状況等を含めて東京都の医療の方向性について御意見いただければと思います。お願いいたします。

○高崎委員 ありがとうございます。高崎です。

まず、モデル病床の機能をいかに発揮できるかということになると、より重症な患者さんを、総合病院の機能としていろいろな病状に対応できるようなものが理想形ではないかと思うのですが、私の個人的な見解としては結核病床は必要だと思います。なぜかという、長期化する患者さんへの対応は、モデル病床では現実的には難しいと思うのです。例えばハビリテーションは部屋の中でしかできないということになれば、患者さんの回復も遅れてしまいますし、そういう点ではスペースがある程度確保できるようなところが必要です。それから時間がかかる患者さん、例えば副作用で1つの薬を使って肝機能障害を起こして、それでもう一回また休薬をして肝機能が戻ってからまた再開する、そうでもないトリファンピシンの使用ができないとか、そういう意味で時間のかかる患者さんが一定数残りますので、それに関しては結核病床を維持する必要があるだろうとまず大前提として考えます。

一方で、今度はモデル病床をどう活用するかも大きな課題になってくると思っております、当院は結核病床とモデル病床と両方とも持っていますので、非常にある意味フレキシブルに患者数の増減に対応できるようなシステムになっております。ですから、この結核病床とモデル病床の両方を併用するような病院を増やしていくというのは1つ重要ではないかと思っております。

なぜかという、モデル病床であれば、例えば眼科の診察が受けられるか、あるいは聴力検査を受けられるかということが、眼科の診察を受けるに当たっても、そこを外来でやるのか、外来の感染管理はどうなっているか、そういうところは案外と病室をつくるだけではう

まくいかないところがたくさんあるのです。例えば透析室に関しては、コロナの影響でコロナの副産物といいますか、管理できるようになっているかもしれないですけれども、いまだにモデル病床を持っていたとしても手術はできません。モデル病床はありますけれども、ICU管理はできません。つまり血液、Aラインの管理ができませんとか、放射線のMRIとか、そういう撮影が難しいとか、抗がん剤を使う管理ができないとか、放射線治療ができない、これは我々の病院の課題でもあるのですけれども、そのような具体的なことを突き詰めていくと、モデル病床に一般の普通の結核の患者さんは入れるのですが、高度な治療を要するような患者さんが実際のところはなかなかうまく機能できないようなことが現状であるのではないかと思います。

ですから、少しモデル病床の要件は現状であるのは分かっているのですけれども、ただし、モデル病床を有する病院の結核の感染管理に関する講習であったりとか、あるいはハード面での空気感染予防策の充実とか、その辺りの対策は今後望まれるのではないかと思います。

あとは、モデル病床を活用する際の先ほどの国への要望の中に、例えば平均在院日数の対象から除外するとか、それも有効なのだろうと思います。一方で、病院間の連携が今は大事、とても大切だと思いますので、例えばモデル病床に収容して急性期を乗り越えた患者さんを結核病床を有する病院に搬送する、つまり37条の対象の入院勧告の患者さんであったとしても結核専門医療機関と一般病院の間でまたやり取りをする、患者さんを搬送とか何でもスムーズにするということが、今後見込まれるのではないかと思います。

診療サポートについては、個別に問合せを受けて対応するような形があると思いますが、恐らく今回参加されている吉山先生、佐々木先生などはかなり実績があって、その実績がどれくらいのものかも伺っておく必要があるのではないかと思います。

以上です。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。

高度専門的な医療を行う結核病床をしっかりと残す、恐らく集中化していくということかと思います。モデル病床の活用などもいただいております。

突然御指名して申し訳ありませんが、江戸川メディケア病院の熊谷師長さん、例えば今、透析の患者さんなどの受入れや後方支援なども困っているところでございます。こういった専門的医療や医療連携といいますか、急性期を越えた結核患者さんの受入れ等、こういったところの方向性などについて御意見や情報提供がありましたらお願いいたします。

○熊谷委員 お世話になっております。

透析患者は基本的には受けていませんが、やむを得ない場合のみ、移動式が1台あるので、やってやれなくはない状況ではあります。過去に1例ほどやったことはありますが、お部屋に限られることと、機械に限られることと、MEさんが透析室と結核病棟を行ったり来たりしなければいけないので、なかなか手間のかかる状況があるので、たくさんは受けることができないので、基本的には受けない方向で今はいます。

医療連携に関しては、先日来、それこそ高崎先生のところに何例かうちから患者を送っておりまして、どちらかというとメディケアの場合は亜急性期から慢性期の病院なので、急性期の医療が弱いところがありまして、高崎先生にお願いをした次第です。急性期の治療が終わった後にまた結核病棟でというのは、本当にこれは私もありだと思っています。うちのような病院であれば、抗結核薬を飲んで排菌がなくなるのを待つ患者さんであれば十分に受けられますし、急性期の治療のできる結核病床を空けるという意味でも大切なことなのではないかと思います。

以上です。

○西塚委員長 熊谷さん、ありがとうございました。

本当にコロナのときも透析の患者さんをたくさん受けていただきまして、この場を借りて厚く御礼申し上げます。ありがとうございます。

そういった形での病一病連携、今も行われているということでございます。急性期また高度専門医療が必要な方を診ていくところ、また回復期などを診ていくところ、こういったところの医療連携も大事ではないかという御指摘もいただきました。ありがとうございます。

佐々木先生、よろしくお願いいたします。

○佐々木委員 結核病床の形態について、基準の216床にとらわれずいろいろなシナリオを考えて、医療施設の経済的なことも御心配いただいて、大変感謝しております。

この二類のお部屋を使うということなのですから、そうすると難病等特別入院診療加算をこの二類の病床は申請できるということで、かつ補助があるということで、かなり金銭的に優遇されることになります。結核病床を有する公的医療機関としては、非常に経済的に不採算病棟でございますので、病床の維持がますます難しくなってくるところでありますので、この辺りについてかなり東京都が柔軟に考えているということは、結核病床がだんだん減少していく方向に進んでいくのではないかとということも感じている内容になっております。

そして、もう一つ、病院連携の話で、入り口の急性期または専門医療機関、今、来ていただいている先生方がかなりきちんと頭の中にできている図式ではありますが、一番私が心配しておりますのは、一般病床あるいは施設の医療者に対する都の教育啓発がもう少し進まないと、結核病床が介護病棟化してしまうということですね。ですから、こちらの教育というか啓発も、感染性についての教育をきちんとやっていただければもう少し回るのではないかと。下という言い方は悪いのですけれども、下流のほうに行っていただける病院を増やしていただければというところはございます。

以上です。

○西塚委員長 ありがとうございます。

第二種の感染症指定医療機関の活用や、また一般病院をはじめとした人材の育成、またサポート体制も進めていきたいと思っています。

吉山先生からお手が挙がりました。お願いいたします。

○吉山委員 塗抹陽性の患者さんは東京都で年間400人ぐらいでしたか。そうすると、先ほど結核病床と書いてあったけれども、1病棟が結核になっていて、でも、ほとんどの県では1病棟なんて患者さんはいないわけで、ユニットか病床単位で十分な数しか患者さんはいない。ユニットはすごく使いにくくて、現実的には、モデル病床と書いてあるけれども、結核病床が一般の中に島としてある、患者数から行くとそのようになっていくのではないかと。ただ、そういったところでは、先ほどの高崎先生がおっしゃったように、これはモデル病床と同じなのですけれども、長時間いることは非常に耐え難い話であって、ただ一方で、退院基準の変更によって若い元気な人などだと入院期間は相当短くなっていくから、そうすると、そういった人は結核病床なりモデル病床でも耐え得るのかという気はしています。

ということで、結核病棟という形で残るのは、東京都は1つ必要だと思うのですけれども、東京都の周囲ですね。南関東、ここでそれぞれの県に1個ずつ必要かということ、そのようなことはないのでないかということになってくるので、東京都だけで考えるのがよろしいのかどうなのかというところが1つと、病棟は本当に数が少なくなるのではないかと。確かにオランダみたいな小さな国でも1個だけ結核病棟がありますし、ドイツには強制隔離の病棟が1個あって、そこにはドイツ各地から送られてきて、60日ぐらい入院している患者さんがいるわけなのですけれども、そのほかの各自治体ではあまり感染対策はちゃんとやっていないような、でも、結核という区切った場所があって、日本でいうとユニットみたいなところや結核病床みたいなところがあって、病棟1個が全部結核などというのは本当に数少ないと。どうしても長期隔離しないといけないとか、しっかり介入する必要があるような人のための病棟は、南関東で1個か多くても2個ぐらいしか必要なくなって、残りのところはいかに採算が取れるような結核病床にしていくかが課題なのかと私は思っています。

○西塚委員長 ありがとうございます。

隔離の病院はもっと集中してもいいのではないかとということでございます。

第二種の感染症指定医療機関の状況、お持ちのところのお話も伺いたいと思いますが、多摩総合医療センターの高森先生、お入りいただいているということで、先生は第二種と結核病床を両方お持ちですけれども、今後集中化していくもしくは二種も活用していく、こういったことも方向性として案として出させていただいています、両方お持ちの病院さんの御示唆がいただければと思いますが、この結核病床の在り方等について、いかがでしょうか。

○高森委員 多摩総合の高森です。

うちの病院はコロナのときに結核病床をユニット化して、結核病床と感染症の二種の病床に19と29に分けたのですけれども、感染症病床をつくっても日頃は意外と使われないので、結構そっちの運営にも困ってしまっていて、今は19の5ぐらいしか入っていないのですけれども、尿路感染を入れたりとか、誤嚥性肺炎の急性期を入れたりとか、何とか営業努力ではないのですけれども、やっているような状態でして、何らかの感染症がいれば助かるのですけれども、ないほうがいいに決まっているとはいっても、使い勝手が思ったほどよくなくて、同じ看護単位でやっていただいていますけれども、どっちも閑散としているという感じにな

っているのです、もうちょっとうまく使えればと思っているのが現状です。

○西塚委員長 ありがとうございます。

透析の結核患者さんの受入れも昨年また再開していただいて、ありがとうございます。透析や合併症のある患者さん、専門的な医療が必要な方の受入れなどでお困りのこと、何か御意見などがありましたら承ります。

○高森委員 透析の受入れは、こちらの透析センターのほうでも結核の透析ができるようにしてあるので、以前の病床に来てやっていると、1個の個室を透析センターに見立てて縦に回しているというようなことをやると、技師さんがずっと病床にいつ放しになるので、透析センター内につくったほうがいいかということでそっちでやっています。

透析を受け入れた後の問題が、一律にどこかで通達があったのか分からないのですけれども、一般の透析センターに戻るに当たって培養陰性化をなぜか求められる方向になって、退院基準とかなり乖離する一方になっていまして、前はもうちょっと受け入れてくれたのですけれども、今、診ている人たちはほぼ全員培養陰性化を求められているということが、今、一番困っている状態です。

○西塚委員長 ありがとうございます。

また透析ネットワークの透析医会の先生方とも意見交換をして理解を進めていきたいと思えます。御意見ありがとうございます。課題としてしっかりと受け止めて解決を目指していきます。

佐々木先生、お手が挙がっていますでしょうか。

○佐々木委員 少しまたあれなのですけれども、お金の話になると診療報酬で国がほとんど決めていて、結核病床の不採算性や補助については、今、ほぼ厚生労働省は何も考えていないということをお話ししたかっただけなのですけれども、今、診療報酬改定を行っていて、厚生労働省とのヒアリングがあるのですが、その中で結核病床に対する加算等は一切ヒアリングの対象にならないということなので、事前協議で私が東京都の方々から国に対しての要求を聞いたとき、随分強く言ってくださると思ったのですけれども、それはいわゆる学会から病院の経営についての意見を聞く気は厚生労働省はさらさらないということなので、ですから、地方自治の自治体の中で結核病床を支えていくあるいは地域で支えていくというときに、もし各行政で統合して話し合う必要があるとしたら、そのことも踏まえて国に上申していただければと思っております。

また、NH0、手前みそなののですけれども、一昨年ですか、吉山先生、加藤先生にも御相談させていただいて病床についての申入れもしたのですが、その後、話が止まっているということで、医療経済が非常に厳しい状況の中で、先ほど吉山先生がおっしゃったように、結核病床はある程度集約されていく方向にあるのかと思っております。先日、近畿中央病院を見学に行ったのですけれども、ユニット化されていたのですが、廊下まで結核患者さんが出られるとか、割と工夫されていて、そんなに使いにくそうではなかったかというイメージでありました。

以上です。

○西塚委員長 佐々木先生、ありがとうございました。

貴重な情報もいただきました。ユニット化だと病室の中でしかいられないと思い込んでいましたけれども、ありがとうございます。引き続き、国また他自治体との連携も深めて強く申し入れていきたいと思っております。

もし加藤先生、ここまでのところで医療の在り方、東京都の進むべき方向性も含めて御意見をいただけますとありがたいと思います。方向性についてお願いいたします。

○加藤委員 医療提供については今度の予防指針の中でもどこまで書かれるかは今後の議論ですが、重要な課題と認識されていると思います。

まず、病床数については、基準病床数の話が出ましたけれども、病院の経営の観点からいうと、現状の病床利用率ではとてももたないということです。近畿地区の話をしますと、結核に対して研究も一生懸命やっていた刀根山病院が結核病床をやめてしまったというのは非常にショッキングな話でした。都道府県は、結核病床は認可はできるのですが、撤退は阻止できないそうです。ですから、そういうことが起こらないようにすること、さらに結核病床ではなくて結核患者を診療できる病床を確保することが極めて大事だと思います。

2点目として、国は医療法の改正が、次の国会のテーマのようですが、ここでは2040年に向けての医療提供体制が議論されています。結核も今後患者の動向がどうなっていくかも含めて、それを視野に入れてどういう方向を目指すかを考える必要があると思います。

患者さんは高齢者が今は3分の2ですけれども、減っていく方向であり、一方で、外国出生者が増えていきますから、多剤耐性なども順調に減るとは思えません。そういったところも視野に入れながら、3つ目のポイントとして、患者中心の医療を結核でもどう確保するかということで、短期の入院で済む人もいるし、非常に長期になってしまう人もいるときに、それをどう対応できるか。場合によっては近隣の自治体とも連携した上でどう対応できるかという視点も非常に大事だと思います。

とにかく、繰り返しになりますけれども、患者を診られる病床をどうやって確保するか、それぞれの患者の病態に応じてどういうところで最も患者に適した医療を確保できるかという視点、それから先に向けてという視点で考えていく必要があるのではないかと思います。

以上です。

○西塚委員長 ありがとうございます。

吉山先生からお手が挙がりました。お願いいたします。

○吉山委員 今の加藤先生の見通しの話なのですが、今までは結核は基本は先進国はどこも単調減少だったのです。1990年代のアメリカのリサージェンスがありましたけれども、あれは本当に例外でして、それが変わりつつあるのが2010年ぐらいからで、何が変わったかという、ヨーロッパでは完全に移民の影響をあまりにも強く受けるようになってしまったということで、ドイツはウクライナ危機、ウクライナ戦争の後、多剤耐性結核の患

者さんが2倍に増えました。結核自体はそんなに増えていないのですけれども、2倍に増えています。それは移民で入ってきた人の影響です。

それを考えると、今後も単調減少するとは思えないのですが、でも基本は減りつつあると思うので、そうするとフレキシブルに対応できるモデル病床的なところをできるだけ確保しておく、結核病棟は本当に数少ないけれども、長期入院しないといけない人のために絶対に残す、その2つを両立させていただければと思います。

○西塚委員長 どうもありがとうございます。

引き続き、今後の在り方について検討してまいりますし、結核の計画改定も併せてにらんでいきたいと思っております。

それでは、次、小児結核診療のニーズ調査について事務局から説明をお願いします。

○高橋課長 時間を少々過ぎておりまして、大変恐縮でございます。最後に、小児結核診療のニーズ調査について資料9で御説明をいたします。

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として、小児結核診療についても同様でございます。患者発生数は非常に低い数値で推移をしているものの、BCGワクチン接種後のコッホ現象疑い例の対応であるとか、家族内の接触者健診であるとか、結核診療を行っていない医療機関も含め幅広い医療機関が対応する機会があります。しかしながら、その診療内容によっては対応可能な医療機関が限られている状況でございますので、都内の小児結核診療における医療機関のニーズ把握のために、小児結核診療を中心的に担っていただいている医療機関の皆様アンケートを実施いたしまして、課題を把握しまして、診療サポートについて都として取り組むことができないかどうか基礎情報の収集のためにアンケートの実施をさせていただければと考えております。

調査票の案を作成してございます。詳細については割愛いたしますが、この内容につきましても御意見を後日メール等でも御連絡いただけますと大変ありがたく存じます。また、小児結核診療を担っていただいている医療機関の皆様には、個別に御相談をこの後もさせていただきます。

○西塚委員長 ありがとうございます。

サポート体制の事業化を見据えて、小児結核診療の状況の把握をニーズ調査で行うというところでございます。

小児総合医療センターの石立先生には本当に御尽力を今もいただいているのですけれども、こういった事業化も含めて御意見をいただければと思いますが、よろしく願いいたします。

○石立委員 石立です。

いろいろ保健所さんから仲介していただいての紹介も多いので、非常に助かっております。

実際にどれぐらい診ているかということなのですが、昨年度、コッホ現象が60～70例と、接触者健診も同じぐらい、50～60例ぐらい年間で診ております。実際に江戸川区や都

の東のほうからもたくさん紹介いただいたりしております、うちの病院が府中にありますので、非常に遠方でなかなか患者さんの親御さんたちが来るのが大変だという話もよく伺っております。

もう一つ、海外の出生の方、言語の問題がありまして、保健師さんがわざわざついてこないとうちの病院にたどり着けないような親御さんもいらっしゃる、保健所の方のお力添えは非常に心強いと思っておりますので、引き続きできればほかのところで、例えばコッホ現象などは発病者が非常に少ないことが最近の知見で分かっておりまして、実際、うちの病院でも昨年コッホ現象で初診でいらした方、60例ぐらいのIGRAはほとんど全て陰性でして、発病例はいないのです。ですから、もう少し敷居を下げて診療していただける病院があればと、国立国際医療センターの小児科の先生が診てくれることもあったりするのですけれども、そういったことは少し気になってはおります。

ただ、うちの病院は特に発病者を受け入れる体制は十分整っておりますし、いまだに先ほどの病床の話も気になってはおりますけれども、結核病床として12床ありまして、実際は病床のあるフロアが半分は感染症病棟なので、感染症病棟とも言えるのかもしれませんが、そのやりくりも少し悩んでいるところもありますけれども、基本的には全て受け入れるスタンスでやっておりますので、引き続き保健所との連携を深めてやっていけたらと思いますので、こういったサポートをしていただけるというお話は非常にありがたいと思っています。これからもよろしくお願いいたします。

以上です。

○西塚委員長　ありがとうございます。

今後も首都圏小児結核症例検討会なども含めて、小児結核、力を入れていきます。また、健康安全研究センターでも小児結核を見据えた今度は保育園、幼稚園の先生向けの講習会も行くと聞いております。力を入れていきます。ありがとうございます。

それでは、事務連絡でございます。今年度の結核対策技術委員会等のスケジュールについて事務局からお願いします。

○高橋課長　最後の資料でございます。今年度の東京都結核対策技術委員会・専門部会のスケジュールでございます。

令和7年度につきましては、第2回は令和8年1月から3月頃の開催を予定しております。第2回においては、先ほどの資料にございましたとおり、モデル病床、また初期治療を終えた塗抹陰性患者さんの受入れを担っていただける医療機関の皆様にも御参加をいただき、御意見等について伺いたいと考えております。

また、プランの改定につきましては、専門部会において御議論をいただいております。この日程は、赤字で記載をしておりますとおり、秋以降に開催されます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」の御議論、改正状況も踏まえまして、専門部会の開催スケジュールは調整をしたいと考えております。

2番で、令和7年度結核対策技術委員会での報告と協議予定の項目案について記載をし

ております。

最後、3です。この東京都結核対策推進プラン改定については、専門部会の実施で、昨年度、新プランの素案まで御意見をいただいているところです。今年度はこの技術委員会でいただきました御意見を踏まえまして、また国から示される予防指針案の内容も考慮いたしまして、改定準備を進めてまいります。その上で、第2回の結核対策技術委員会におきまして、新プランの最終案について御報告、協議できるよう作業を進めてまいりたいと考えております。

以上でございます。

○西塚委員長 ありがとうございます。

お示ししたとおりのスケジュールで進めていきたいと考えております。特にこのスケジュールについて御意見、御要望などがありますでしょうか。

ありがとうございます。

それでは、本日の議題は以上でございます。忌憚のない御意見を本当にありがとうございます。

東京都の中期的な結核医療の在り方等について、もちろん行政医療としっかりと位置づけて、東京都として責任を持って医療体制を整備していきたいと考えております。

次の技術委員会、来年の1月から3月をめどに開催いたします。それまでの間にまたプランの改定などを行いながら、医療の在り方について、こちらもまた議論を進めてまいります。

それでは、事務局に進行をお返しいたします。

○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、改めて調整をさせていただきたいと思います。

本日は、長時間にわたりまして御議論を賜りまして、心より感謝申し上げます。

これをもちまして東京都結核対策技術委員会（第1回）を終了いたします。皆様、誠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。招聘委員の先生方も本当に今日はありがとうございました。

（午後7時43分 閉会）