

令和3年度第1回  
東京都結核対策技術委員会

令和4年1月11日  
東京都福祉保健局感染症対策部

(午後6時0分 開会)

○カエベタ課長 お待たせしました。まだそろわれていない先生もいらっしゃるのですが、定刻より5分過ぎましたので、ここで始めさせていただきます。

ただいまより第1回「令和3年度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、東京都感染症対策部防疫・情報管理課長のカエベタと申します。いつもお世話になっております。本日は御多忙の中、御出席いただきまして、感謝申し上げます。

また、本日は、専門部会の委員の皆様にも御参加いただいております。

議題に入るまでの間、私、カエベタ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。

本日の会議の出欠状況ですが、多摩府中保健所長の田原委員から欠席の連絡を受けております。

委員の御紹介ですが、本委員会の委員の任期は2年となっておりますが、今年度、人事異動等により専門部会の委員の交代がございました。今年度の名簿につきましては、参考資料1のとおりでございます。御確認を願えればと思います。よろしくお願いいたします。今年度からまた引き続き御就任いただきました委員の皆様、よろしくお願いいたします。

それでは、ここから会議を進めてまいりますけれども、議事の進行は杉下委員長にお願いしたいと思います。杉下委員長、よろしくお願いいたします。

○杉下委員長 感染症危機管理担当部長の杉下でございます。皆様、どうぞよろしくお願いいたします。

本委員会の設置、所掌事項等につきましては、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。内容につきましては、後ほど御覧いただきたいと存じます。

それでは、議題に入ります。まず、(1)の報告について、事務局よりお願いいたします。

○カエベタ課長 まず、令和2年度の取組状況について御説明いたします。資料1を御覧ください。

令和2年度の結核対策技術委員会及び専門部会の開催につきまして、①令和2年9月7日～9月18日に、第1回結核対策技術委員会及び第1回専門部会を书面開催で実施いたしました。

②令和2年12月22日に第2回専門部会をウェブ開催で行いました。内容としましては2点、「医療機関における結核対策の手引」の改訂案の検討、2点目が「在宅高齢者向けポスター・通所介護施設向けリーフレット」の検討となっております。

③令和3年2月9日に第2回結核対策技術委員会をウェブ開催で行っております。

続きまして、専門部会における検討状況についての御説明をいたします。

(1)「医療機関における結核対策の手引」の改訂案の検討について。国通知の改正や外国出生患者の増加、薬剤耐性結核への対応、訪問診療を含む高齢者結核患者への対応など、

結核対策を取り巻く状況の変化もあることから、初版の内容を見直すとともに、医療従事者がより活用しやすいよう、構成や内容を全面的に刷新し、改訂を行いました。

(2)「在宅高齢者向けポスター・通所介護施設向けポスター・リーフレット」の内容検討について。結核の蔓延防止には結核患者の早期発見が重要なことから、高齢者の通所介護等の介護サービスの利用者に対して健康診断の早期受診を促すようにとの国通知に基づき、在宅の高齢者や通所介護施設等に対して、普及啓発活動としてポスター・リーフレットを作成いたしました。

その他といたしましては、まず、結核患者の受入れに関する状況調査を結核指定医療機関や感染症病棟を有する医療機関等に行い、結果を各保健所にも共有いたしました。次に、次期プラン策定に向けて、現プランの達成状況を確認するための保健所アンケートを令和3年3月に実施いたしました。次に、「医療機関における結核対策の手引」の改訂版は医療機関に配布し、都のホームページ上に掲載いたしました。「在宅高齢者向けポスター・通所介護施設向けポスター・リーフレット」は通所介護施設等に配布し、こちらも都のホームページ上に掲載しております。

説明は以上になります。

○杉下委員長 ありがとうございます。

今、御説明した医療機関の結核対策の手引、あるいは高齢者向けポスター・通所介護施設向けのポスター・リーフレットについては、資料7、8、9にございますので、後ほど御確認いただければと思います。

資料1につきまして、何か御質問等ありますでしょうか。大丈夫そうでしょうか。

ありがとうございます。

引き続きまして、「②令和2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吉田担当課長からお願いいたします。

○吉田課長 健康安全研究センター疫学情報担当課長の吉田でございます。いつもお世話になり、誠にありがとうございます。

令和2年、2020年の東京都の結核の概況につきまして、資料2に基づいて御説明させていただきます。

まず、1番ですけれども、2020年に報告された東京都の新登録結核患者数は1,589人でありまして、2019年よりも221人減少しておりました。人口10万人あたりに換算いたしますと11.4となりまして、2019年に比べて1.6ポイント減少したことになります。これを表したものが図1でございます。前年比で比較いたしますと、例年よりもやや減少幅が大きいかなという印象でございます。

続きまして、2番、新登録結核患者数の年齢階級別の比較でございます。図2を御覧いただければと思います。30代、50代を除きまして2019年と比較して減少いたしました。特に15～19歳及び80歳以上で大きく減少しております。

続きまして、3番、新登録結核患者における外国出生患者が占める割合でございます。

図3を御覧いただければと思いますが、2020年は12.9%ということで、2019年に続き低下しております。

その職業区分を示しましたのが右の図4になります。こちらでは、高校生以上の学生の数が減少しているのが読み取れるかと思えます。

続きまして、4番、新登録有症肺結核患者が発病から初診に要した期間でございます。こちらの図表はございませんが、1か月未満が43.3%でございました。また、初診から診断までに要した期間は1か月未満が73.8%でございました。これらの期間につきまして2019年と比較したところ、どちらも大きな変化はございませんでした。つまり、受診の遅れなどは昨年のデータ上では特に現れていないということかと思われます。

御報告は以上でございます。

○杉下委員長 吉田課長、ありがとうございました。

そうしましたら、資料2の東京都結核の概況につきまして、御質問等はございますでしょうか。

特にならなければ、次に進めさせていただきたいと思えます。

それでは、次に「③東京都結核予防推進プランに定める目標値の達成状況について」説明をお願いいたします。

○カエベタ課長 それでは、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いたします。資料3を御覧ください。

目標値につきましては、平成30年度に結核予防推進プラン2018を策定しまして、令和2年、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います。目標値の設定は太枠の囲みを御覧ください。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でありまして、下の3つは都独自の目標となっております。

このうち、接種率を除く数値につきましては、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いる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。

この資料3につきましては、先生方にお送りした後に見直しまして、少し修正を加えております。ですので、今、画面で共有させていただいております資料を御参照いただければと思います。修正しました資料は後ほどお送りいたします。恐れ入りますがよろしく御願いたします。

東京都の人口10万対結核罹患率について、令和2年登録患者の罹患率は11.3となっております。この値は結核管理図の値となります。都全体では、目標値の12以下を達成いたしました。

各保健所の罹患率については、次の資料3-1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30%減でありまして、22か所で達成しております。数か所では、平成27年と比較して令和2年の罹患率が上昇しているところもございます。こちらについては、分析が必要と思われます。

東京都のBCG接種率につきましては、次の資料3-2を御覧ください。令和2年度は101.3%となっております。多くの区市で目標値を達成しておりまして、都全体でも目標値を達成しております。

もう一度、資料3に戻りまして、全結核患者のDOTS実施率でございます。令和元年登録の患者のDOTS実施率は99.0%となっております。ほとんどの保健所で目標値を超えておりまして、年々実施率も上昇しております。

4の潜在性結核感染症のDOTS実施率は、患者のDOTS実施率と同様、令和元年登録の潜在性結核感染症の者のDOTS実施率は98.3%と目標値を超えておりまして、前年比も上昇しています。

次に、5の活動性肺結核患者の治療失敗・脱落率についてです。令和元年登録の患者の治療失敗・脱落率は0.7%となっております、目標値を全保健所で達成しております。

次に6、潜在性結核感染症の治療開始者の治療完了割合についてです。令和元年登録の潜在性結核感染症治療開始者の治療完了割合は87.6%となっております。治療完了割合の低い理由としましては、副作用による医師からの指示中止や治療中の転出が大半でした。

次に東京都独自の目標値についてです。

7の塗抹陽性の新規登録肺結核患者のうち、コホート判定不能割合についてです。この目標につきましては、平成29年登録の集計から、結核登録者情報システムの集計が変更となりまして、原則として判定不能が出力されないようになりました。そのため、プランの次回改定の際に目標値としない予定としております。

8番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2年登録の患者が対象で96.0%となっております。

9番の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についてです。令和2年登録の患者が対象で、95.8%となっております。8と9につきましては、95%以上の目標値を達成しております。

資料3-1の右端の8、9の保健所別を御覧ください。一部の保健所で把握割合の低下を認めております。理由としましては、年末にかけての患者発生と新型コロナウイルス感染症対応による業務増大で検査結果を確認していましたが、結果をシステムに反映できなかったなどが挙げられます。

以上、東京都結核予防推進プラン2018に定める目標値の状況について御報告いたしました。罹患率につきましては、都全体では目標値に到達いたしましたが、新型コロナウイルス感染症の影響もあったと思われれます。今後もさらなる罹患率の低下のためには、新たな目標値の検討していくことが必要であると考えております。

説明は以上になります。

○杉下委員長 御説明ありがとうございました。

こちらについては、プランに定める目標値の達成状況についてということで御報告をいたしました。罹患率を含めて各保健所の日々の取組の成果ということで、目標を達成でき

ている状況が確認できております。引き続き、この目標達成状況を踏まえて、次期プランに反映していければと考えております。

何か御質問等がございますでしょうか。

ありがとうございます。

そうしましたら、次の「④東京都結核予防推進プラン策定に伴う保健所における結核対策の取組状況調査（結果）について」をお願いいたします。

○カエベタ課長 東京都結核予防推進プラン策定に伴う保健所における結核対策の取組状況調査につきまして、資料4を御覧ください。

今回の保健所調査につきましては、東京都結核予防推進プラン2018の達成状況を確認し、評価を行うことと次期プラン策定のための基礎情報とすることの目的のために実施いたしました。対象は都内の保健所36か所、島しょ保健所の出張所、支所を含みます。全ての保健所から回答をいただきました。実施時期は令和3年3月、調査方法は自記式アンケートによる調査でございます。

次のページ、アンケート結果の概要として幾つかポイントを御説明いたします。まず、取組1のサーベイランスの強化と取組2のBCG接種の確実な実施につきましては、プラン2018に沿って確実に実施がされておる状況でした。

4ページ、サーベイランスの強化とBCG接種の確実な実施というページになっております。集団感染が疑われる場合、培養陽性となった患者の菌株の積極的確保の有無につきましては、多くの保健所で取り組まれています。今後は分子疫学調査と行動調査を合わせて、感染経路の解明、広域事例への対応を進めていく必要があると考えております。そこで、今年度は菌株収集から得られた情報の活用について、保健所を対象とした研修会を実施しております。

次に10ページ、確実な接触者健診の実施という項目です。①、②、③とありますけれども、③の広域集団事例の保健所間での連携対応の有無のグラフを御覧ください。連携困難の経験が17か所ありました。36保健所の約2分の1となっております。接触者健診の範囲や内容についての判断や多剤耐性結核患者さんの対応のアセスメントや健診内容、結果の共有や対応など、関係する保健所で検討する機会を持つことの必要性があると考えております。

続いて11ページの②のグラフを御覧ください。入院対応で地域の医療機関との連携困難事例が12か所ございました。新型コロナウイルス感染症の流行により、結核病床が転用され減少する中で、合併症患者のみならずとも喀痰塗抹陽性患者の入院も困難な状況がございました。感染症の大流行時における結核医療の提供体制の確保は課題となっております。

次に、17ページ、服薬支援の強化という項目になっております。まず、⑩を御覧ください。⑩のグラフは集団感染事例でのDOTSの合同アセスメント機会については、21か所が経験なく、服薬支援対象者のアセスメントが統一して行われることで、脱落をより防ぐこともできると考えられますので、連携の困難さを解決する努力をしていく必要がございます。

同じく17ページの⑫の外国出生患者へのDOTSについての教育の機会、教育時の困難について、教育の機会、教育の困難の2項目でありの回答が27か所でしたけれども、教育時の困難ありの回答を抜粋いたしますと26か所ございました。初回面接の調整から苦勞されており、治療の理解や服薬支援の理解を評価することが難しいとの御回答もございました。多言語資料の活用や通訳支援の活用をしてもなお、支援の難しさが課題となっております。外国出生患者の早期発見や治療、服薬支援につきましては、継続して取り組む必要があると考えております。

最後に20ページ、医療機関における取組の支援のグラフを御覧ください。医療機関との連携につきまして、結核が低蔓延化する今後においては、医療機関での早期発見とLTBIを含めた適切な治療、菌検査の実施、院内感染対策の取組など、日頃からの関係づくり、連携が必要になってくると考えております。

簡単になりますが、説明は以上になります。

○杉下委員長 ありがとうございます。

これにつきましては、昨年の3月の調査になりまして、保健所の皆様の協力を得て御回答いただいたものになります。御報告したとおり、連携の問題、あるいは外国人結核への対応や医療体制の部分が課題かと考えておりますので、これらについては対応をよく考えて次のプランに生かしていければと思います。

この調査結果につきまして、委員の先生から御意見、御質問等はございますでしょうか。大丈夫そうでしょうか。

ありがとうございます。

では、続いて「⑤結核医療の基準の一部改正について」お願いいたします。

○カエベタ課長 資料5を御覧ください。

令和3年10月18日付で厚生労働省から通知がありました結核医療の基準の一部改正についてです。

概要といたしましては、患者の結核菌がイソニアジド及びリファンピシンに対して耐性を有する場合、5剤併用療法を行うこととし、治療期間については結核菌培養検査が陰性となった後、18か月間とする。薬剤の選択に当たっては、原則レボフロキサシン及びベタキリンを基本薬とし、エタンブトール、ピラジナミド、デラマニドまたはサイクロセリンの使用を検討することとする。ただし、これらの薬剤から選ぶことが困難な場合には、これらに代わって硫酸ストレプトマイシン、硫酸カナマイシン、硫酸エンビオマイシン、エチオナミドまたはパラアミノサリチル酸の薬剤の使用を検討することとする。

2としまして、潜在性結核感染症の化学療法として、イソニアジド及びリファンピシンの2剤併用療法を3～4か月行うことを追加する。ただし、イソニアジドが使用できない場合、またはイソニアジドの副作用が予測される場合には、リファンピシン単独療法を4か月行うこととする。

適用期間は、令和3年10月18日から適用することとなっております。

新旧対照表と改正後の結核医療の基準として、国の厚生科学審議会結核部会資料を別添でつけております。御参考で御覧ください。

説明は以上でございます。

○杉下委員長 ありがとうございます。

昨年行われました結核医療の基準、多剤耐性と潜在性結核感染症に関わる部分について御説明いただきました。

これについては、加藤委員のほうから補足があればお願いいたします。

○加藤委員 結核研究所の加藤でございます。

この医療基準について厚生科学審議会の結核部会長として関わりましたので、少し御説明いたします。

まず、多剤耐性結核治療ですが、リネゾリドとクロファジミンが薬機法上の承認を受けていないということで、この中に入っていません。日本結核・非結核性抗酸菌症学会のステートメントではこれらの薬剤も含めて、WHOが2018年に世界的なガイドラインを改正したのを受けて改定しました。今回の国の医療基準の改定に当たって、この学会の基準を参考にしましたが、冒頭に申し上げたとおり、リネゾリドとクロファジミンが薬機法上の承認がないということで入っていません。

しかし、この改定に当たっては両薬も含めた議論をしております。薬機法上は未承認だが、健康保険では査定を受けずに使えることになっておりますので、臨床の場では使うことを想定した上でつくられています。ですから、使用する薬剤の5剤の中にリネゾリド、クロファジミンを入れて構わないということになります。

それから、潜在性結核感染症の治療につきましても、WHOのガイドラインに基づいて日本結核・非結核性抗酸菌症学会が潜在性結核感染症の治療指針2021ということで改定したものを意図しています。

ここに書いてあるとおり、従来のイソニアジド単独に加えて2剤併用と、リファンピシンの単独療法使えます。リファンピシンの単独療法については学会の中でも、北米で使われていますので積極的に使うという先生たちと、確実な服薬ができない場合に耐性ができるのが問題ということで慎重になるべきだという先生がいましたので、こういう書きぶりになっています。ただし書きにある「イソニアジドの副作用が予想される場合」とは、治療当初からリファンピシン単独を使うことも可能ということになります。

この3つのどれがいいかということについては、治療期間が短くなりますので2剤併用、場合によってはリファンピシン単独がいいということになるかと思いますが、それらの副作用につきましては、AMEDの研究班が中心に今後調査を行う予定になっています。

以上です。

○杉下委員長 加藤委員、詳細な御説明、補足をありがとうございました。

皆様方、御質問等がありましたらお願いいたします。

そうしましたら、時間の関係もありますので、次に移りたいと思います。



続いて、「(2) 協議」について事務局からお願いいたします。

○カエベタ課長 今年度の取組につきまして、資料6より御説明いたします。資料6を御覧ください。

令和3年度 of 取組につきまして、以下について取り組むこととしております。4点ございます。

1つが、東京都結核予防推進プランの策定について。東京都結核予防推進プラン2018の作成から4年経過しております、各目標の達成状況を評価するとともに保健所における結核対策の取組状況、調査結果を基に次期プラン策定に向けて検討を行ってまいります。

2番目としまして、「学校、塾向け結核対策リーフレットの改定」。本手引は平成26年3月に作成しまして、塾や学校に配布をしてきました。従前、本紙は職員が患者となった場合の対応を主に構成されておりますけれども、日本語学校等では生徒が発症する事例もありますため、生徒が発症した場合の対応についても追加した内容に改定したいと考えております。

次に3番目、「結核医療の基準」一部改定に伴う療養の手引、服薬ノート、結核の健診を受ける方への改定。先ほど資料5にて御報告をいたしました結核医療の基準の一部改定に伴いまして、参考資料5、参考資料6、参考資料7に記載されている療養の手引、服薬ノート、結核の健診を受ける方の冊子につきまして内容を改めるとともに、患者数などの数値の修正を行いたいと考えております。

4番目としましては、動画「長引くその咳、結核かも」の他言語版改修と日本語版作成。本動画は参考資料8を御覧ください。平成29年度に結核対策多言語動画として、日本語以外の7言語で作成いたしましたものです。前の3で説明しましたものと同様に、結核医療の基準でLTBIの治療方法が追加されましたことから、同動画のLTBI治療説明箇所にも音声言語と同じ言語の文字で治療方法の追加を示すテロップを掲載するよう動画を改修したいと考えております。

あわせて、今まではなかったのですが、企業や施設で結核患者が発生した際や、広く都民へ結核や接触者健診について正しい知識を普及するため、同動画の日本語音声版を作成したいと考えております。

これら4点の取組につきまして、専門的事項の検討のため、専門部会の設置を提案いたします。設置の御了解をいただいた場合、本年度につきましては、ワーキンググループは設置せず、専門部会のみを設置いたしまして、5に記載してあります今後の予定のとおり、具体的な検討を進めてまいりたいと考えております。

以上になります。

○杉下委員長 御説明ありがとうございました。

事務局のほうから、今年度の取組4点について御報告がありました。また、今年度の取組の検討のために専門部会の設置について提案がございました。その設置につきまして、御意見等ございますでしょうか。

そうしましたら、事務局の提案のとおり要綱第7の規定によりまして専門部会を設置したいと思いますが、委員の皆様いかがでしょうか。

それでは、異議なしということで、要綱第7第4項に基づく専門部会の部会長は防疫・情報管理課長のカエベタ委員を指名したいと思います。専門部会の副部会長は部会長が指名することになっております。カエベタ委員、副部会長の指名をお願いいたします。

○カエベタ課長 副部会長は、東京都健康安全研究センター疫学情報担当課長の吉田委員をお願いしたいと思います。

○杉下委員長 ありがとうございます。

吉田委員、よろしいでしょうか。

○吉田課長 かしこまりました。微力ではございますが、よろしくをお願いいたします。

○杉下委員長 それでは、カエベタ委員、吉田委員、よろしくをお願いいたします。

技術委員会設置要綱の規定によりまして専門部会を設置し、今年度の取組について検討を進めていただきたいと思います。

以上で今回の報告事項、協議事項となりますが、その他として、皆様、全体を通じて御質問等はございますでしょうか。

なければ、加藤委員のほうから、国の結核対策の最新の動向についてお話をお願いできればと思います。

○加藤委員 国のレベルでは、来年度にかけて課題が幾つかあります。

1つは特定感染症予防指針です。こちらは2020年の目標を設定されていまして、それに対してデータが出ていますので改定しなければいけない時期ですが、新型コロナウイルス感染症の影響で少し遅れており、今後、検討に入ることになると思います。

次の指針で特に検討が必要なこととして、新型コロナウイルス感染症を踏まえた医療提供体制の問題、外国出生者対策のさらなる進展、BCG接種の今後をどうするかということも考えなければいけませんし、次の目標をどうするかということが議論になると思います。

昨年8月に「ストップ結核ジャパンアクションプラン」が改正されました。これは、外務省、厚労省、JICA、結核予防会、ストップ結核パートナーシップ日本の5者がつくったコンセンサスペーパーで、いろいろなことが議論されていますので、この内容を踏まえた上で進められると思います。

多剤耐性の治療に関しては、新薬を使った場合、非常に医療費負担が大きいということで、今後考えてほしいということで厚生労働省に申し入れています。

LTBIの治療は、多剤耐性の結核患者から感染した場合について、今までの学会の勧告の中では特段治療レジメンの推奨がなかったのですが、アメリカ胸部疾患学会（ATS）、アメリカCDC、ヨーロッパの呼吸器学会と国際感染症学会の勧告として、初発患者が多剤耐性の場合、キノロン単剤、あるいはキノロン以外の薬剤を感受性に応じて1剤加えた形で6～12か月の治療ということ、エビデンスが明確ではないのですけれども、専門家の推奨として記載していますので、今後、日本結核・非結核性抗酸菌症学会の予防委員会・治療委

員会で議論されると思いますので、これも今後改定の可能性があります。

WHOの超多剤耐性結核の定義が改定されました。今、日本では、三種病原体の定義がWHOの超多剤耐性結核の定義に基づいていますので、こちらも改定が必要になってきます。ただ、超多剤耐性の定義につきましては、感染症法56条の病原体管理の中で法律本体に書かれていますので、手続が簡単でないということで、感染症法の改定の機会に合わせて改定されるのではないかと思います。

さらにWHOのほうでは治療成績の定義の改定を考えているということで、これもある程度それに沿った形で改定しなければいけないのですが、WHOの定義と日本の定義が違いますので、議論が必要で、すぐに改定ということにはいかないかもしれません。

接触者健診の手引につきましては、今使われている第5版から第6版にする改定が進行中です。第5版までの作成メンバーの一部を入れ替えて原稿をつくっています。結核病学会、日本結核・非結核性抗酸菌症学会の予防委員会等とも連携しながら進めており、そう遠くない時期に発行されると思います。

私のほうからは以上です。

○杉下委員長 加藤委員、ありがとうございました。

最新の動向ということでお話いただきました。

今後、パンデミック時の医療体制、外国人結核、BCGの取扱いは、目標設定を掲げてやっていくということ。

また、感染源が多剤耐性結核だった場合のLTBIの治療ということでキノロン単剤等の使用、WHOのほうで超多剤耐性結核の定義の変更が予定されているということ、治療成績の考え方と、接触者健診の手引の改定が進められているということで、最新の動向を御説明いただきました。

加藤委員の御説明について、何か御意見とか御質問はございますでしょうか。

ありがとうございます。加藤委員、ありがとうございました。

それでは、事務局のほうに進行をお返しいたします。

○カエベタ課長 委員長、委員の皆様、ありがとうございました。

今年度の東京都における結核対策の取組につきましては、専門部会を設置しまして検討することを御了承いただきました。取組の実現に向け検討を進めてまいります。

これもちまして、「東京都結核対策技術委員会」を終了いたします。御協力、どうもありがとうございました。

○杉下委員長 ありがとうございました。

(午後6時53分 閉会)