

令和4年度第2回  
東京都結核対策技術委員会

令和5年2月7日  
東京都福祉保健局感染症対策部

(午後4時00分 開会)

○カエベタ課長 それでは、まだ数名入っていらっしゃる先生もいらっしゃるのですが、定刻になりましたので、始めさせていただければと思います。

よろしくお願いいたします。

ただいまより令和4年度第2回「東京都結核対策技術委員会」を始めたいと思います。

私は、東京都福祉保健局感染症対策部防疫・情報管理課長のカエベタと申します。

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。

本日の会議の出席状況ですが、目黒区の所長の石原委員から欠席の御連絡を受けております。

また、国立病院機構東京病院の佐々木委員からは、途中退席されるかもしれないとの旨、御連絡を受けております。

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きましては、杉下部長の異動に伴いまして、今回から西塚東京都新型コロナウイルス感染症対策担当部長が委員長となりますので、よろしくお願いいたします。

では、議事の進行は、西塚委員長にお願いしたいと思います。

西塚委員長、よろしくお願いいたします。

○西塚委員長 福祉保健局新型コロナウイルス感染症対策担当部長を昨年10月から拝命しております、西塚と申します。杉下前委員長から引き継ぎまして、本会議委員長を務めさせていただきますので、どうぞよろしくお願いいたします。

まず、一言だけ御挨拶をさせていただきます。

委員の皆様におかれましては、大変御多忙のところ、本会議にお集まりいただきまして、誠にありがとうございます。

重ねて、各専門部会の構成員の皆様におかれましても、DOTSマニュアル、LTBIのマネジメントガイド、接触者健診マニュアルの見直し及び分子疫学調査の検討に御尽力いただきました。この場を借りまして、まずもって厚く御礼申し上げます。

さて、結核の新規登録者数及び罹患率であります。先生方の御指導のおかげによりまして減少を続けております。

2021年のデータですが、当該の新規登録患者数は1,429人と、前の年の1,589人から160人、10%減少しております。

罹患率につきましては、2021年は10.2でありまして、そろそろ低蔓延化が目前というところまで参りました。

とはいえ、引き続き、高齢者や外国出生結核患者などのハイリスク層の対策や、多剤耐性結核患者の対策などを一層推進していきたいと考えております。

あわせて、病床のほうも検討を急ぐ必要がございます。

結核病床の利用率が低迷してきておまして、結核の指定医療機関では、経営的に結核病床を維持できず、この間、廃止や縮小が相次いでおります。

現在、東京都の許可病床数は、結核は378床と、基準病床254床を124床上回っておりますが、このたびのコロナへの転用ということで、現在の稼働病床269床まで109床減っている状況でございます。

恐らく、こういった病床については、一般病床への転換が考えられるわけでございますが、今後、東京都として、結核医療をどう再構築していくかというところが現在検討しなければいけないところとなっております。

今後、保健医療計画の改定は令和6年4月を予定しておりますが、こういったものとの連動で、医療についてもしっかりと計画に書き込んでいきたいと考えております。

本日の議題でございますが、各専門部会からの報告。

東京都結核予防推進プランの改定について。

最後に、病床の確保、都民への普及啓発について取り上げることとしております。

ぜひ活発な御議論をいただきますよう、お願い申し上げまして、簡単ではございますが、委員長交代の挨拶に代えさせていただきます。

本日はどうぞよろしくお願いたします。

それでは、議題に入ります。

報告事項であります。本日は（１）～（５）まであります。

続けて、報告をさせていただきます。

それでは、１番の「令和４年度取組について」事務局から説明をお願いします。

○カエバタ課長 それでは、令和４年度取組について御説明いたします。

資料１－１を御覧ください。

令和４年度取組についてですが、資料１－１に沿って御説明させていただきたいと思っております。

資料１－２－１、資料１－３、資料１－４につきましては、前回の委員会で議論いただいたものになります。

御参考としまして、資料１－２をおつけしております。こちらは、昨年12月の厚生科学審議会の結核部会の資料となっております。

初めに、東京都結核予防推進プランの改定につきまして、資料１－２、資料１－３、資料１－４ですが、前回7月の委員会の資料を再掲しております。

東京都結核予防推進プランの取組状況と主な課題、新プランの方向性につきまして、目標案についてまとめたものになります。

参考資料としましてつけさせていただきました資料１－２にありますとおり、最新の国の動きとしまして、厚生科学審議会結核部会が昨年12月に開催されまして「超多剤耐性結核菌の基準と第3病原体の定義」の見直しが審議され、了承されたとのこと。

2、3になりますが、今年度は2つの専門部会で御検討いただきまして、一つの部会では「東京都DOTSマニュアル」及び「東京都潜在性結核感染症マネジメントガイド」の一部改正を担当していただき、もう一つの部会では「東京都接触者健診マニュアル」の一部改訂及び結核菌株確保について検討していただいております。

詳細は、次の専門部会報告にて御説明いたしますが「東京都DOTSマニュアル」及び「東京都潜在性結核感染症マネジメントガイド」の一部改正は、資料2-1、資料2-2になりますが、令和3年10月「結核医療の基準」の一部改正に伴い、治療内容に変更があったため「東京都DOTSマニュアル」及び「東京都潜在性結核感染症マネジメントガイド」を一部改正いたしました。

「東京都接触者健診マニュアル」の一部改訂は、資料2-3になりますが、令和4年1月に国の「結核の接触者健康診断の手引き(改訂第6版)」が出たことにより、本マニュアルの内容をそれに合わせて改訂いたしました。

4番の結核菌株確保につきまして、資料2-4に紹介がありますが、低蔓延化を見据えまして、結核菌の全株収集に向けて課題を検討いたしまして、今後の方向性を提示いたしました。

5番目の結核の病床確保に向けた取組につきましては、資料5に詳細がございますが、結核病床を有する医療機関へのアンケート調査、各医療機関との意見交換を実施し、各医療機関の特徴等を把握しまして、入院・転院調整の効率化を図っております。

また、1都3県との意見交換も実施しております。

結核病床を有する医療機関間での空床情報を共有化し、相互に閲覧可能ともしております。

資料1の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。

続けて「(2) 専門部会の報告」についてです。

専門部会は、今年度、2つの部会を設置して、部会ごとに御議論いただいておりますが、本日は部会ごとにそれぞれ報告させていただきます。

まずは、DOTSマニュアル及びLTBIマネジメントガイド部会の報告を専門部会のカエベタ部会長からお願いいたします。

○カエベタ課長 それでは、初めに資料2-1を御覧ください。

今年度は、専門部会におきまして「東京都DOTSマニュアル」及び「東京都潜在性結核感染症マネジメントガイド」部会及び「東京都接触者健診マニュアル」及び菌検査事業部会を置いて検討してまいりました。

初めに「東京都DOTSマニュアル」及び「東京都潜在性結核感染症マネジメントガイド」の改正についての概要は、専門部会報告1及び2のとおりになりますが「東京都DOTSマニュアル」「1 改正の目的」につきましては、現在、平成31年3月に「東京都DOTSマニュアル」を改訂いたしまして、現在もこれに準じた形での支援が保健所を中心に行われており

ます。

今回の改訂の目的は、日本結核・非結核性抗酸菌症学会からIGRA使用指針2021が公開されたこと。

令和3年10月「結核医療の基準」の改正に伴いまして、検査や治療についての内容を時点更新したためです。

また、新型コロナウイルス感染症の流行や時代変化におきまして、結核患者の療養支援の経験が少ない職員にも分かりやすいよう、資料を追加したり、服薬支援の形として、デジタルツールの活用について詳細を記載するなど、現場の実情に合わせております。

2つ目の「マニュアルの構成」につきましては、現行と変わらず、本編と資料編で構成しております。

本編は、前半はDOTSを実施する上で必要な知識の説明を中心としまして、後半を実践編として、具体的な内容を掲載しております。

また、資料編につきましては、外国出生患者対策に活用できる支援ツールの紹介ページ。

リスクアセスメント票使用時のポイントを追加しております。

また、改正となりました国通知等で構成しております。

3つ目の「主な変更点」ですが、WHOの結核対策として、2015年から推進されておりますEND TB Strategyの中で、3つの柱の一つとされているPillar1にIntegrated patient-centered TB care and preventionがありまして、日本版DOTSは、Pillar1に近い概念でありますため、マニュアルの副題として「～患者中心の服薬支援に向けて～」を追加しております。

服薬の重要性について説明する際の患者説明文の一例を、保健所の担当者や病院関係者が患者へ説明しやすいよう追加しております。

保健所におかれまして、塗抹陽性例の管理の場合に、定義に沿って要因を分類する視点が大切であること。

また、コホート検討会時に活用できるよう、予防可能例の分類表も追加しております。

また、時代に合わせたデジタルツールの活用について、詳細説明を追加しております。

ここでは、使用に関して、患者との合意の上でデジタルツールを選択する必要性があること。

また、デジタルツールでの服薬確認だけに頼るのではなくて、ほかの服薬支援方法と組み合わせて実施することを記載しております。

昨今の保健所の状況を踏まえまして、結核患者の療養支援の経験が少ない職員が、初回面接後の患者の状況の整理や、患者の療養支援が難しい状況においての現状整理として、患者に合わせたよりよい支援を導き出せるよう、リスクアセスメント票使用時のポイントについての表も追加しております。

資料2-2を御覧ください。

「東京都潜在性結核感染症マネジメントガイド」の改訂につきまして、こちらの改訂の

目的ですが、現在、平成30年3月に発行した「東京都潜在性結核感染症マネジメントガイド」が医療機関や保健所を中心に準用されております。

今回の改正の目的は、さきに述べましたDOTSマニュアルの改定と同様で、日本結核・非結核性抗酸菌症学会からIGRA使用指針2021が公開されたことと、令和3年10月「結核医療の基準」の改正に伴いまして、検査や治療についての内容を時点更新するためでございます。

また、今回の改正では、LTBIに関する問合せをまとめまして、より実践的なガイドとしております。

今年度は「東京都接触者健診マニュアル」の改訂も同時に行いましたため、LTBIの治療と管理につきましては、重複しない形でマネジメントガイドに一括し掲載しております。

ガイドの構成としましては、本ガイドは現行と変わらず、本編と事例集、資料編で構成しております。

本編の前半は、LTBI対策の概要として、必要な知識と説明を中心としまして、後半を実践編として、具体的な支援や関係施設等との連携内容を掲載しております。

また、事例集、資料編につきましては、現状に合わせた事例として『外国籍のLTBI患者に対するスマートフォンアプリを用いた支援事例』を追加しております。

国通知等も時点更新しております。

最後に、主な変更点につきましては、LTBIの治療につきまして「東京都接触者健診マニュアル」に記載していましたが乳幼児のLTBIの治療について、本ガイドに一括し掲載しております。

また、LTBI治療の効果についても記載を追加しております。

LTBIの再治療・免疫機能低下者等への対応のQ&Aにつきまして、LTBI治療中に特に問合せの多い、リウマチ治療中の患者へのLTBI治療を中心にQ&Aを追加しております。

私からの報告は以上になります。

○西塚委員長 ありがとうございます。

続きまして、接触者健診マニュアル及び菌検査事業部会の報告を副部会長の健康安全研究センターの吉田課長からお願いしたいと思います。

○吉田課長 健康安全研究センター疫学情報担当の吉田でございます。

まず、資料2-3「東京都結核接触者健診マニュアル」第4版改訂について御報告いたします。

「1 改定の目的」についてですが、都内保健所は、都が作成する「東京都結核接触者健診マニュアル」に基づきまして、接触者健診を実施しているところであります。

「東京都接触者健診マニュアル」は、平成20年9月に初版を作成し、適宜内容を見直すことで、接触者健診による対応の強化を図ってきました。

今回、先ほどもございましたとおり、令和4年1月に国の「感染症法に基づく結核の接触者健康診断の手引き」が改訂されましたため「東京都結核接触者健診マニュアル」改訂

第4版においても、東京都の現状を踏まえた上で、最新の知見を基にした接触者健診の基本的な考え方や対象の設定等について検討を重ねまして、内容を改訂することといたしました。

「2 マニュアルの構成」についてでございます。

現行と変わらず、本編と付録で構成しております。

本編は、目的や法的根拠。

接触者健診の概要。

集団感染事例の対応という3部の構成になっておりまして、付録は、接触者健診で使用できる実用性の高いものを中心に掲載しております。

「3 主な変更点」でございます。

まず、IGRAの適用に関することにつきましては、IGRAとツ反の併用（同時実施）は、2歳未満の乳幼児等に限定するといった改正を行っております。

次に、治療レジメンの追加及び治療後の管理方法につきましては、同時改訂の「東京都潜在性結核感染症マネジメントガイド」に記載しました。

最後に、菌株確保について追記し、分子疫学調査手法の活用を積極的に図ること。

新規資料としまして、VNTR検査による分子疫学調査の意義を記載しております。

接触者健診マニュアルについての御報告は以上でございます。

続きまして、資料2-4、分子疫学的調査の推進に向けた東京都結核菌検査事業の検討の御報告になります。

まず、御説明させていただく前に、資料の訂正をお願いいたします。

「2 今後の東京都結核菌検査事業について」の段落の実施対象、収集対象の部分につきまして「結核病床を有する11医療機関」という記載がございますが、正しくは「13医療機関」でございます。訂正のほどよろしくをお願いいたします。

それでは、説明に入ります。

菌検査事業部会では、分子疫学調査推進に向けた東京都結核菌検査事業の検討を行ってまいりました。

東京都では、平成12年より集団感染事例に係る菌株及び薬剤耐性結核菌株の収集を開始いたしましたが、菌株収集率は過去5年間、肺結核培養陽性者中10%前後で推移しており、結核菌データベースの構築や、新たな感染経路の発見と分子疫学調査の活用が進んでいない現状がございました。

2016年に改正されました結核に関する特定予防指針についても、全ての結核患者について、結核菌の収集に努め、積極的疫学調査等に活用することと示され、これまでの部会においても、全株収集について議論が交わされてまいりました。

今般、国の「感染症法に基づく結核の接触者健康診断の手引き(第6版)」に菌株確保と分子疫学調査の有用性が盛り込まれたことを受けまして、本事業においても、最優先の取組として、全株収集を目標とした菌株の収集方法について検討を行いまして、令和5年4

月1日より検査対象を拡大し、収集率50%を目指して事業を実施してまいります。

主な変更点といたしましては、結核病床を有する13医療機関で診断された塗抹陽性結核患者についても検査対象としております。

また、対象拡大に伴い、搬入数がこれまでの3倍程度見込まれることを受けまして、健安研で実施可能な検査体制を維持するため、薬剤耐性が疑われる患者につきましては、イソニアジド・リファンピシン両剤の耐性、イソニアジド耐性、リファンピシン耐性が疑われる結核患者とすることといたしました。

菌検査事業についての御報告は以上でございます。

○西塚委員長 3番ですが、東京都結核予防推進プラン2018に定めました目標値の達成状況につきまして、事務局から説明をお願いします。

○カエベタ課長 それでは、資料3-1を御覧ください。

東京都では、東京都結核予防推進プラン2018の目標値としましては、国が設定した上の6項目に加えて、都が独自に設定した3項目の中項目を設定して、それらの達成状況を知ろうとしております。

2020年までには全項目で達成しておりましたが、令和3年につきましては、上の2つの「人口10万人対り患率」とBCG接種率について、今のところ出ている状況ですが、罹患率は着実に減少していきまして10.2となっておりますが、BCG接種率が96.5と低下して、近年において一番減少してしまっているところでございます。

次の次の資料を御覧いただきたいのですが、BCGの自治体別の接種率の年次の推移で、平成28年から令和3年の年次推移が表にしてあるところでございます。

BCG接種率は前年比で減少となっております。接種率が90%を切っている自治体が幾つか認められております。

国の令和3年度の接種率はまだ公表されていませんので、全国的な傾向は把握できておりません。

接種率が減少している自治体に電話で聞き取りをしたところ、新型コロナウイルスの影響で接種控えの可能性も考えられるということではあったのですが、明らかな背景は分かっておりません。

また、接種率の維持ができているところの違いは何だったのかということにつきましても分かっておりません。

今後は、まず、接種率の向上に向けてのさらなる普及啓発や、未接種児の対応などをしていただくことにはなると思いますが、今後の動向を注視していくとともに、接種率低下の背景については、さらなる分析などが必要と思われます。

こちらの説明については以上になります。

失礼いたしました。

資料3-2、資料3-3につきましては、プラン2018の実施経過と主な取組を表にまとめたものになります。



こちらは、後ほど御覧いただければと思います。

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。

BCGが落ちているということで、コロナなどの受診控え、もしかしたら関心の薄れなどもあるかと思えます。普及啓発のところで、このてこ入れについても御指導いただければと思います。

続いて「(4) 新プランの策定の進め方」について説明をお願いいたします。

○カエバタ課長 それでは、資料4を御覧ください。

資料4ですが、一番上ですが、1に今年度技術委員会と専門部会の実施状況を表にまとめてございます。

2に今年度の技術委員会での報告・検討項目を簡単に掲載しております。

3に次期プラン策定に向けた進め方をお示ししています。

次期プランにつきましては、今年度の技術委員会でのプランの各目標の達成状況を評価していただいたとともに、次期プラン策定に向けて、課題の抽出、各目標について検討を行っていただいております。

来年度におきましては、東京都の予防計画や医療計画などの策定が予定されておりました、それらと併せて検討し、次期プラン作成に向けて進めていく予定でございます。

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。

こちらの新プランにつきましては、医療計画も同じ時期、令和6年度ということになっておりますのと、来年度の予算要求にも反映していきたいと思っておりますので、本日も積極的な御提言をいただければと思っております。

最後に「(5) 病床確保について」説明をお願いいたします。

○カエバタ課長 それでは、資料5を御覧ください。

ちょっと細かくなっておりますが、1番目ですが、左上ですが、都内の結核患者発生状況と結核病床等の現状について、2020～2022年までをまとめております。

都内の結核発生状況は、御覧のとおりとなっております、患者数、塗抹陽性者ともに減少傾向ではあります。

都内の新型コロナウイルス感染症の影響により、2020年2月以降、以下のような状況が生じております。

まずは、稼働病床数の減少としまして、先ほど委員長からも言及がありましたが、2020年3月現在の結核病床数は378床、そのうち4病院の結核病床はコロナ病床へ転用されまして、稼働病床は269床となっております。

そのうち、感染症法第37条第1項に基づく入院が可能な病床は197床となっております。

近隣県におきましても、結核病床が不足している状況は同様です。

なお、低蔓延化していく中、結核病床の増床は見込めない状況と考えております。

合併症や妊婦への対応ですが、右上にある図1のように、空床数は20床前後となっておりますが、精神疾患を有する結核患者や人工透析や結核以外での手術やカテーテル治療などの専門的医療が必要な結核患者等の入院調整が困難な状況が続いております。

令和4年度、今年度の取組といたしましては、近隣の3県、埼玉県、千葉県、神奈川県との結核担当者とウェブ会議を実施しまして、新型コロナウイルス流行後における各県の結核患者を取り巻く状況について情報交換を行っております。

また、都内の結核病床を持つ全13医療機関と、一部の結核患者収容モデル事業実施病床を持つ医療機関へ直接訪問、もしくはウェブ会議を実施しまして、結核病棟の使用状況を確認しております。

結核病床もしくはモデル事業病床を有する全医療機関から、多言語対応、合併症等の対応状況とそれぞれの診療所の特徴を把握し、調査結果を取りまとめて、入院・転院調整の効率化を図っているところでございます。

また、結核病床を有する医療機関同士で、ウェブ上において空床情報を共有化し、相互に閲覧可能としております。

最後に、結核病床の確保に向けた課題ですが、幾つかリストアップしております。

塗抹陰性後の日常生活動作（ADL）の低い高齢者等の入院の長期化。

もう一つは、合併症等、専門的医療が必要な結核患者の対応可能な医療機関が限られていること。

また、結核病床を新型コロナウイルス病床に転用している医療機関では、新型コロナウイルスが流行していない時期においても、次の波に備えて、結核病棟を再開できない状況が続いております。

結核患者自体の減少は継続しているため、他疾患との病床の兼ね合いなどがあり、結核病床の縮小・廃止を御検討されている医療機関が複数存在しているようです。

今後も、医療機関との意見交換や調整等、課題解決に向けて検討してまいりますので、引き続き御協力をよろしくお願いいたします。

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。

右上の図1で、実際、使用病床といいますか、即応病床といいますか、2022年は、折れ線を見ていただくと、大体1日10床ぐらい空いている日があったわけですが、2021年はかなり厳しくということで、2021年の灰色の破線の12月などはゼロというときがありました。

先ほど事務局からお話があったように、即応病床は人員などが足りないということで、197床ということですが、必要病床、つまり基準病床が254でありますので、必要数もかなり満たしていない中で、恐らく、今後、コロナに転用した病床が戻ってこない事態も想定されております。

今後、結核病床は、入院先選定でかなり厳しい状況ではありますが、どうやって確保していくか、特に専門的な医療ができる医療機関をどうやって確保していくか、モデル病床

をそこにどうやって位置づけていくか等について、また後で御議論いただければと思います。

ありがとうございます。

以上で、報告事項の説明が終わりました。

これから国の動きについて、加藤先生と東京病院の佐々木先生から国の状況などについて御紹介いただければありがたいと思いますが、初めに加藤先生、補足でも構いませんし、国の動向など、次の計画の策定状況等について御教示いただければ幸いです。

○加藤委員 よろしいですか。

○西塚委員長 突然振って申し訳ございません。

○加藤委員 準備していなかったのですが、予防計画は、国のほうも特定感染症予防指針です。

日本も改訂の必要性は認識していきまして、今、それに向けての各自治体等への質問票を作成しているということで、いずれまたそういう調査を行った上で、予防計画の策定ということになっております。

当然、その中には、先ほどからお話しになっている結核病床は、私は結核病床にこだわらなくてもいいのではないかと思って、結核患者も使用する病床と言ったほうがいいのではないかと思っていますが、それをどう確保するか。

今回、COVIDの経験の中で、今、東京都でもぎりぎりのところ、または不足したかもしれないのですが、そういう状況になっていることを踏まえて、次のパンデミックのときにおいても、いかに必要な病床を何とか確保するかということは大きな岐路になるのではないかと思います。

今のお話の中で少し気になっていた、必要病床数をどう算定するかということは、入院期間と非常に関係がありますので、2020年かな、一番新しいものの入院期間が非常に短くなっていますね。

恐らく、病床が足りていなかったから、早く退院させる動きがあったのかなということなので、そういった入院期間との関係等を考えて、あるいはむしろ非常に長期になっている人をどうやって早く帰すかということが進めば、また病床の空き具合は非常に変わってくるはずなので、そこら辺は国としても考えなくてはいけないことだろうと思いますし、多分、それぞれの自治体で非常に違っていると思いますので、それぞれの自治体においてもそれぞれの状況、あるいは医療資源の状況を踏まえた上で考えていかななくてはならない問題かなということです。

国全体でいうと、必要病床数はいろいろな算定の仕方がありますが、非常に大きな幅がありますので、一律で国の方針を示すのは多分できないのではないかと思います。

ですから、私見では、いかなるときにも結核患者を収容できる病院をそれぞれの地域でどう確保するかというのは大原則なので、やり方はそれぞれの地域で考えていくことになるのかなと思っています。

こんなところで、何か御質問がありましたら、お答えします。

以上です。

○西塚委員長 ありがとうございます。

おっしゃるとおり、東京都でも来年3月に医療計画の改定が予定されておりまして、今の254床の計画病床は、恐らく、もしかしたら200を大きく割るぐらいの算定になるのではないかと考えております。

一つは、先生がおっしゃるように、第二種の感染症指定医療機関の病床を結核と感染症で分けなくて、コロナにも準備できるし、必要時には結核にも使えるように、この境目をなくすことも考えていかなければいけない、国に要望していかなければいけないということと、予算をしっかりと取って、内科の病床、小児科の病棟などにこういったモデル病床をしっかりとつくっておいていただいて、いざというときに身体合併の方を入れられるような準備も始めなければいけないということかと思えます。ぜひプランにも書き込ませていただきたいと思っておりますので、よろしくお願ひします。

加藤先生、せっかくですので、国の動向などで何か御質問等がありましたら。大丈夫でしょうか。

それでは、続きまして、東京病院の佐々木先生、病床のこと、国の動向なども含めて、何か御紹介いただけることがありましたら、御発言をお願いできればと思いますが、いかがでしょうか。

○佐々木委員 私が申し上げるより、加藤先生が話していただいたことが全てではないかと思っておりますが、NHOという機構がありまして、NHOは、もともと結核に対する討議をする委員会を内部で持っておりまして、そちらのほうで本部といいますか、厚労省に充てて文書を作成しているとは聞いておりますし、たまたまうちの委員長がこちらのトップになっていますので、聞いておりました。

やはり従来どおり、不採算病棟でございますので、たくさん病棟を持っている私どもであっても、いつまでもその病棟は維持できないだろうとは聞いておりますので、今後の動きは、加藤先生がおっしゃるように、患者さんがお使いになれる病床をどのように地方自治体がいろいろな病院と協力して確保していくかということではないかと考えております。

以上です。

○西塚委員長 病床のこと等で、何か御発言、御意見、御質問がありましたら、もう少し承りたいと思いますが、精神の合併のところ、松沢病院のモデル病床が新しくなりましたが、松沢病院のモデル病床を御紹介していただいてもいいでしょうか。

できますか。

何床できましたという使用状況。

○白崎課長代理 松沢病院なのですが、従来、モデル病床として十何床確保しておるのですが、そこもコロナの関係で転用されてしまいまして、ここ2年ぐらい結核の合併をお持ちの患者さんの受入れができなかったところなのですが、病院のほうで、それではまずい

だろうということで、陰圧設備をつけた病室を2床別途確保していただいて、今、そちらを運用させていただいていると伺っております。

○西塚委員長 ありがとうございます。

結核のほうも、最低限透析で何床とか、精神で何床はちゃんと維持しなくてはいけないという計画を立てておかないと、感染症が出るたびにゼロになってしまうといった弊害も今出てきておりますので、令和5年いっぱいかけまして、いろいろなニーズとか、次の医療計画に向けて、透析や内科、精神などの合併が見られる病床をどうやって確保していくか、幾つぐらい最低限残しておくかということも少し書き込みたいと思っています。

佐々木先生、ありがとうございます。

お手が挙がっておりますが、いかがでしょうか。

○佐々木委員 私は、以前、東京都にお問い合わせしたときに、近隣県からの流入の問題についても問題提起させていただいて、高度機能が結核病床で維持できないにもかかわらず、各県から東京都に流入があったということです。

それによって大分様相が変わってきて、例えば本来、各県で備えてほしい透析ないしは精神、あるいは妊娠・出産に関わる結核の患者さんたちの受入れで、私どもそういう機能を持たない病院のほうにお問合せが頻発したことが挙げられています。

会議を持たれたということだったので、それについて、各県が東京都に対してどのような要望をされたのか、聞かせていただければと思います。

以上です。

○カエベタ課長 会議につきましては、今年度の最初の頃に実施したのですが、要望というよりは、周辺県がどのような状況で、どのように対応しているかという情報交換のような会議でございましたので、先生からいただきました近隣県からの患者の流入については、近隣県の会議は、今年度はまだ1回しか実施しておりませんので、今後のコロナの対応の意向などで近隣県の病床の状況とかも変わってくるかと思っておりますので、1回だけでは済ませられなくて、状況の把握のために、今後もやっていく必要があるのかなと思っております。

もう一つなのですが、長くなるのですが、病院に病床の状況とかそういったところは聞き取りをして、意見交換もさせていただいたところなのですが、塗抹陽性の患者については数が把握できてはいるのですが、果たして合併症のある患者とは言いつつも、一体、都内の保健所で、どういう患者さんが結核以外の理由で高度医療が必要でという方々がいらっしゃるのかというところを我々のほうで把握し切れていないと、この会議の準備を進めていく中で気づきがありました。

今後、来年度に向けまして、各保健所の御協力をいただきながら、こういった合併症がある患者の入院調整が困難とか、そういったところの詳細について、患者が減っていく中では、そういったところも重要になってくると思っておりますので、もう少しそういう取組もしていきたいと思っております。

以上です。

○佐々木委員 ありがとうございます。

○西塚委員長 補足させていただくと、区域の流入・流出も基準病床数の算定に参酌されますので、東京都内にどれぐらい流入してくるのかという情報とか、結核病床でないと、そういった合併症の治療ができないということで、37条の2の治療目的で結核病床が使われることがあるとか、こういった事情が今分かってきておりますので、こういったところを定量化して、先生方の御意見を踏まえ、医療計画も策定していきたいと考えております。

ありがとうございます。

そのほかにいかがでしょうか。

田原所長からお手が挙がっております。

いかがでしょうか。

○田原委員 多摩府中保健所の田原でございます。

結核病床の確保について、一言。

私どもの保健所も、患者数が少なくなったと言いながらも、人口100万規模でございますので、年間20人、30人の方の入院が必要になってきております。

ここ2～3年は、コロナ禍ということで、管内での入院がなかなか難しゅうございまして、多摩北部の病院などを中心にお願いしているところでございます。

こういう患者数になってきたときは、先日も管内の公的な病院の院長先生とお話をしたのですが、先ほども出ておりましたが、以前のように、まとまった計画病棟はもう難しく、結核の患者に内科医や呼吸器科の病棟に入っていただく形にしたほうが。

柔軟な運用が必要だと思うのですが、ぜひお願いしたいのは、今、せっかく管内でも専門医の先生方がいらっしゃるのですが、そのためには、ある程度都のほうで予算をつけていただいて、病床を確保する。次年度以降、予算要求をお願いして、確保して、専門医の確保・育成に向けても有効な病床になると思いますので、ぜひお願いしたいと思っています。

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。

今、モデル病床を御要望になっている病院について、予算化を想定しているところですが、おっしゃるように、地域とか専門性といったところ、あと、感染症の先生がいらっしゃって、新規に開拓できそうな病院なども含めてモデル病床を勧め、改築などの機会を捉えて、そういったところに食い込んでいく。

また、モデル病床をそういった場にしていただいて、結核の専門家も併せて養成していただく形でうまく連動していきたいと思っております。

次の予算化に向けて、こういったものについてはしっかりと要求していきたいと思っております。

ありがとうございます。

そのほかにいかがでしょうか。

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 高崎です。

途中から入って申し訳ありませんでした。遅くなりました。

今の病床確保の点に関してなのですが、先ほどの東京病院の佐々木先生の話で、いつまでも今の病床数を確保することができなくなってしまうというときに、ユニットはある意味非常に使い勝手がいいような形になると思います。

ただ、私どもの病院、NCGMの状況をお伝えしますと、2020年2月から、コロナで結核病床を早々に閉じてしまいました。

ただ、閉じている中に、どうしても人道的に当院で診療を行わなくてはいけないと判断して、細々と一般病床で診ていた患者は、例えば多剤耐性結核の妊婦さんです。この方は、最終的に700グラムの子供を出産するという患者だったり、同じくMDRでは、足首等の手術を要する骨関節結核の方。あと、その方は帰国支援が必要であったり、外国人の対応が必要であったりという方。

あとは透析であったり、出産後の新生児であったりという方であって、要するに、産婦人科を持っている総合病院でこの患者の対応ができるかといったときに、例えば脳神経外科の対応もそうですし、妊婦さんの帝王切開についてもそうです。

つまり、例えば手術の対応になると、オペ室のハードの面であったり、そういうことが整備できていないので、通常肺結核で陰圧管理ができて、部屋の中で管理できればいいのですが、いわゆる総合病院としての機能である集中治療室であったり、そういうものを同時に把握しておかないと、結局のところ、これから先、外国人の患者で、今診ていても、例えばネパールとかに家族で住んでいて、親が発症して、子供が接触者、家族検診の対象になったり、そういう方での子供の結核も減らない状況が続くと思いますので、それに関しても、同時に調査をする。

それから、陰圧管理で手術ができるような環境、あるいは出産ができるような環境というハード面も整えていくことがこれから必要になってくると思われました。

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。

整形外科、脳外などの手術室を持って、しっかりとしたユニットを持っていらっしゃる場所にモデル病床をつくらなければいけない事例もあるということと、逆に言うと、こういった一般病床の中でもモデル病床があれば、結核患者を受け入れられるという実例が出始めていることが伝わってまいりました。

ありがとうございます。

佐々木先生、お手が挙がっておりますが、御発言はよろしいでしょうか。

○佐々木委員 結局、結核患者たちが置かれている医療は、結核だから特殊な状況にならないというわけではなく、全て特殊な状況が起こり得る患者さんです。

だから、どういう機能を準備しているということよりも、普通に高度先進医療から一般的な医療まで、各病院が分担している医療と同じようなものを結核罹患中に受けられるのが本来ではないかとは思っています。

ですので、先ほど加藤先生がおっしゃった、結核患者が使える病床の確保ということで定義されて、その中で高度先進医療、結核患者に特に偏在している疾患、それから、小児あるいは妊婦は、通常の医療の中でも、我々内科医がタッチできないところでございますのでそういうもの、

そういう形で幾つかまとめていただいて、例えば高崎先生の御病院や多摩総合医療センターとかの高度機能を持っていらっしゃる病院にはここの部分を委託するとか、そういう形を具体的にお考えになるのが、今後、様々なパンデミックが起こったときに、病棟の確保を遅れずにできるのではないかと思います。

例えば当院であれば、呼吸機能や高齢者の扱いはできますが、透析をやれと言われても、現在、その機能はついておりませんから、そちらの機能をつけるとなると、数年かかってもまだできないかもしれない。そういうことを望んでいてはできないわけです。

ですので、もう少し具体的に都全体として見ていただくときに、そういう具体的なことを明らかにしながらやっていただくのがよろしいかと思います。

以上です。

○西塚委員長 ありがとうございます。

病床の機能分化、病床機能別の確保、また、小児や妊婦さんなど、ニーズのあるところにしっかりと使える病床をつくっておくということで理解いたしました。

今後、保健所等からも情報をいただきながら、どういったニーズがあるのかといったところを割り出しながら、現在の東京都内でそれが賄えているのかという需給関係についても調べていきたいと思います。

ありがとうございました。

それでは、病床以外のところでも結構ですが、何か御質問や御意見などがありましたら。大丈夫でしょうか。

では、続いて、協議事項についてに移りたいと思います。

事務局からお願いいたします。

○カエベタ課長 それでは、資料6を御覧ください。

令和5年度の取組といたしまして、低蔓延化後における普及啓発を挙げております。

従前からの普及啓発に加えまして、高齢者や外国出生者に対する普及啓発が重要となるものと考えておりますが、加えまして、今後は、普及啓発における課題についても、新型コロナウイルス感染症の影響や罹患率低下による影響も踏まえて取り組む必要が出てきていると考えております。



資料6に沿って御説明しますが、まず、東京都の結核患者の推移ですが、2021年には、東京都における人口10万人当たり結核の罹患率は10.2となりまして、罹患率の目安である10未満には目前となっている状況です。

しかしながら、東京都においては、依然として毎年1,000人以上の新規結核患者が発見されていまして、毎年100名以上が結核により死亡しております。

また「2 低蔓延化後における結核啓発」についてでございますが、結核患者の総数は減少傾向であります。減少している中で、高齢者や外国人の全体に占める割合は図2や図3のように、増加傾向でございます。

外国出生患者におきましては、図4のように、出身国が多様化しております。

こちらは国の資料でも見ましたが、全国的にもかなり多様化の傾向が見られているということのようでした。

したがって、これまで行ってきた普及啓発の継続のみならず、SNSの活用や、高齢者施設や外国人労働者の監理団体等に対しても、正しい知識の普及啓発について積極的に行っていく必要があると思っております。

新型コロナウイルス感染症の影響や、罹患率低下による影響を踏まえた取組におきましては、資料にないのですが、一般の方々やハイリスクの方々への普及啓発に加えて、関係者への普及啓発も重要になってくると考えております。

新型コロナの影響があると考えられる課題としましては、先ほどお示ししましたBCG接種率の低下に反映されるように、接種控えの可能性とか、LTBI患者は減少しているのですが、こちらについては、コロナによる健診控えや接触者健診漏れの可能性などがあるかと思われ。罹患率低下の影響が考えられる課題としましては、医療機関における結核患者診察の機会の減少により、診察の際に、結核を除外診断の一つとして考慮していただけることが難しくなる可能性も考えられると思えます。

また、患者が減っていくことにより、分子疫学調査の重要性がより一層増してくる等が考えられるかと思われ。

両者の影響を受ける可能性がある課題としましては、結核の患者に使えるような病床の確保の課題や、保健所における結核担当としての人材確保が困難になる可能性などが考えられると思っております。

以上になります。

○西塚委員長 ありがとうございます。

BCGの接種率については、結果が出るまで気づかなかったのですが、同じような現象が麻疹、風疹の第1期などでも見られていて、たまたまとか集計漏れではなくて、こういった乳幼児をお持ちの御家庭で接種控えがあるのが分かっております。

麻疹、風疹であれば、任意接種などのキャッチアップができるのですが、BCGはなかなかできないということで、しっかりと期間内に打っていただくように普及啓発を都でもやっていきたいと思っておりますが、何か効果的、こういったところが足りないということが

ありましたら、御指導いただければと思っております。

加藤先生、川上理事、御発言いただければと思いますが、加藤先生、啓発、また低蔓延化に向けての医師への啓発もそうですし、御家庭のBCGなどの接種について、いかがでしょうか。

先に、川上先生からお手が挙がっております。

東京都医師会の川上理事、お願いいたします。

○川上委員 お世話になっております。川上です。

私どもは、乳幼児健診とかワクチン個別接種等で関わらせていただいているわけですが、今回、BCG、麻疹、風疹と統計がはっきり出る分野で、どちらも接種率が下がっているのは私どもも気づいておりませんで、驚愕の事態なのですが、一つには、コロナ禍で人々がSNSからの情報をかなり見ているということで、しかもコロナワクチンに関して、特に子供は、軽いのにやるのかとか、そういった意見が出てきたことが一緒にリンクしたのかなと予想される点が1点、

それから、BCGに関しては、しばしば保護者の方から聞かれる内容として、保護者のお仕事とも関係あるのですが、将来、海外、特にアメリカに行く可能性のある御家庭では、BCGを接種してしまうことで、向こうに行ってから予防内服をしなければならなかったという話が入ってくる関係で、接種したほうがいいのか迷うということはよく聞かれます。

また、今、東京は、高齢者と同居している方も少ないということから、そういった意味で、今発症しているのは、多くは外国出生者か高齢者という点を考えると、核家族化が進んでいる東京において、ベビーのBCG接種に対してなかなか積極的になれない要素があるのではないかと予想されます。

ただ、またこれから空港がオープンし、外国の方が遊びに来たいとはいっても、たくさんの人と接する中では、また増えてくる可能性は否定できないと思いますので、十分な予防は必要だと思うのですが、一つは、東京は6～7か月健診と9～10か月健診がございますので、できれば健診のときにしっかりと接種歴を確認していただく点が一つかと思いません。

それから、今度4月から、BCGに至る前にやる4種混合とかヒブ肺炎といったものが全て2か月からスタートになりますので、最短だと4か月後半でBCG接種に到達します。

ただ、今、国としては、BCGは5～8か月のどこかでやってくださいと推奨しておりますので、今、4か月後半で接種していいのかという声も医療関係からは聞かれますので、この点に関して、免疫不全等がなければ、4か月後半でも大丈夫なのだという点を少し小児科医にアピールしてもいいのかなと考えております。

以上です。

○西塚委員長 SNSなどを使った発信と、これまでもなかなかやってこなかったことに加えて、逆にコロナワクチンなどはちゃんと理解した上で打つ、コロナワクチンについては、有用性などをかなり意見したり、発信もしているけれども、BCGの有用性について、なぜ必

要なのかなかなか伝わっていないこと。

また、海外に居所を変えるときに、不利益を被るのではないかといったお話などをいただきました。

また、市町村に対して、健診の機会を使つての接種歴の確認や接種勧奨。

また、先生がおっしゃっていただいた、4 か月は早いのですが、接種機会があれば、早めでもいいのではないかといった整理なども検討させていただきたいと思います。

ありがとうございました。

そのほかはいかがでしょうか。

市町村ではないのですが、田原先生、保健所として、管内の市に対して接種勧奨とか接種の確認など、こういった市に対する働きかけなどで何かいい取組などがありましたら、お教えいただきたいと思いますが、いかがでしょうか。

○田原委員 田原でございます。

申し訳ありません。おっしゃっていただいたように、多摩地域は市町村に予防接種自体はお願いしておるのですが、私どもも先日、麻疹、風疹の状況をお聞きして、先ほどBCGのパーセンテージなどを見せていただいて、管内の資料を気にして見ていたところで、連動して同じ市が少し低いところもあるとも感じております。

私どもは市と連絡会などもたびたび持っておりますし、そのほか感染症の関係でも会議がございますので、またそういう機会を捉えてお話ししていきたいと思っております。

それから、この3年間のコロナの経験を踏まえて、今、少しずつ管内の高齢者施設との感染症対策の連携に踏み出そうとしているのですが、その中で、もちろん結核に対しても入れてやっていこうという話を実は今日もしていたところでございまして、患者数が少なくなるところで、難しくなるのですが、ぜひ結核についても強く普及啓発していきたいと思っております。

以上です。

○西塚委員長 ありがとうございます。

むしろ多摩地域のほうが接種率が高かったりしておりますし、今年度はできるだけこのようにならないように、今からでも接種率向上に努めていきたいと思っております。

また、高齢者施設などと連携して、そういったところで結核の見逃しがないように、関心の薄れがないようにしていく取組については、本当に横展開していきたいと思っております。

ありがとうございます。

そのほかはいかがでしょうか。

普及啓発とかBCGだけでなく、結核の早期診断のところなどでもいかがでしょうか。大丈夫でしょうか。

ありがとうございます。

それでは、お気づきのところはまた御発言いただければと思いますが、そのほか、全体を通して、普及啓発だけでなく、令和4年の取組、病床のこと、結核菌の病原体確保の

点なども含めて、何か御発言、御質問がありましたら承りますが、いかがでしょうか。大丈夫でしょうか。

ありがとうございます。

では、ないようでしたら、本日の議題の「報告」「協議」については、一旦終了させていただきます。

本日の委員会での意見を踏まえて、病床とかそういったところについて、少し修正・加筆などをさせていただきたいと思いますので、そちらについてはまた事務局に御一任いただければと思います。

今後のスケジュールについて、事務局より説明をお願いすると同時に、以降の進行を事務局にお返ししたいと思います。

よろしく申し上げます。

○カエベタ課長 先ほど御説明いたしました「東京都DOTSマニュアル」「東京都潜在性結核感染症マネジメントガイド」につきましては、年度内に冊子として印刷したものを保健所等に御送付させていただきます。

「東京都接触者健診マニュアル」につきましては、年度内に保健所へ通知し、K-netに掲載いたします。

委員長、委員の皆様、どうもありがとうございました。

今回で今年度の技術委員会は終了となります。

来年度につきましては、委員の改選等が終わった後に行いたいと思います。

引き続き委員に就かれる方につきましては、また改めてよろしくお願いいたします。

これをもちまして、東京都結核対策技術委員会を終了いたします。

各委員の皆様、御協力ありがとうございました。

(午後5時14分 閉会)