

東京都結核予防推進プラン 2018

はじめに

我が国の結核患者は近年減少傾向が続き、全国の新登録結核患者り患率（人口 10 万対）は、平成 18 年（2006 年）の 20.6 から平成 28 年には 13.9 まで低下しました。平成 28 年 11 月に改定された国の「結核に関する特定感染症予防指針」においては、平成 32 年の国のり患率の目標値は 10 以下とされ、低まん延国化を視野に入れたものとなっており、すでに一部の県では低まん延化の基準とされているり患率 10 を下回っています。

全国的に高齢者の結核り患率が高くなっていますが、東京都においては、高齢者のみならず、社会経済的弱者、外国出生者等の発病も多く、こうした社会背景に的確に対応した結核対策が求められます。このため、都では、平成 16 年 10 月に国が策定した「結核の予防の総合的な推進を図るための基本的な指針」に基づいた「東京都結核予防計画（結核予防法の廃止に伴い、平成 20 年 3 月に東京都感染症予防計画へ統合）」を策定するとともに、平成 19 年 3 月には、これに基づく具体的な取組と目標値、都、区市町村、保健所の役割を示した「東京都結核予防推進プラン」を策定し、対策の強化に取り組んできました。

その後、推進プランに基づき、都、区市町村、保健所が連携して取組を進めることにより、一定の成果を上げることができましたが、東京都における結核り患率はいまだ国の目標には達しておらず、また、前述の社会背景の変化に伴い、新たに取り組むべき課題も生じており、引き続き地域の特性に応じた対策が必要です。

こうした状況を踏まえ、東京都では、「東京都結核予防推進プラン 2018」を策定し、外国出生結核患者の対策や、新たに問題となっている潜在性結核感染症への対策を強化するとともに、地域間での患者背景や社会状況の違いを踏まえた対策を進めることとしています。

引き続き関係の皆様のご協力のもと、この推進プランに基づく対策を進めることにより、都内における早期の低まん延化の実現につながれば幸いです。

平成 30 年 8 月
東京都福祉保健局

目次

第1章 東京都結核予防推進プランについて	1
1 これまでの経緯	2
2 国の動向	2
3 プランの改定について	2
4 プランの位置付け	3
5 計画期間	3
第2章 東京都における結核をめぐる状況	5
1 結核患者の発生状況	6
2 患者の背景	7
(1) 年齢	7
(2) ハイリスク者	7
3 患者の把握	12
(1) 受診の遅れ・診断の遅れ	12
(2) 結核の定期健康診断（感染症法第53条の2）	12
(3) 接触者健診（感染症法第17条に基づく健康診断）	12
4 診断	15
(1) 菌陽性割合	15
(2) 肺外結核患者割合	15
5 治療	16
(1) 標準治療	16
(2) 入院期間	16
(3) 治療期間	16
(4) 再治療	16
(5) 治療途中での患者の転出	16
6 医療体制	19
(1) 入院医療機関	19
(2) 小児結核に対応可能な医療機関	19
(3) 透析に対応可能な医療機関	19
(4) 外来（通院）医療機関	19
7 直接服薬確認療法（DOTS）	21
(1) 新登録結核患者に対するDOTS実施率	21
(2) 新登録結核患者のDOTS実施状況	21
8 潜在性結核感染症（LTBI）	22
(1) LTBIの発見機会	22

(2) LTBI の治療	22
(3) LTBI における治療中断者の属性	22
9 結核の集団感染	24
(1) 集団感染の発生件数	24
(2) 集団感染の発生場所	24
10 検査結果・病状の把握	25
(1) 結核菌培養検査・薬剤感受性検査結果の把握状況	25
(2) 病状不明割合	25
第3章 プラン 2012 による取組の状況と今後の課題	27
1 プラン 2012 における取組	28
2 目標の達成状況	31
第4章 プラン 2018 による取組	33
1 プラン 2018 の考え方	34
2 プラン 2018 の構成	35
3 各分野における具体的な取組	36
[1] 原因の究明	36
取組 (1) サーベイランスの強化	36
[2] 発生予防・まん延防止	38
取組 (2) BCG 接種の確実な実施	38
取組 (3) 早期発見の取組強化	39
取組 (4) 確実な接触者健診の実施	39
[3] 医療	41
取組 (5) 医療機関の確保	41
取組 (6) 適切な診断・治療	41
取組 (7) 服薬支援の強化	42
[4] 人材育成	44
取組 (8) 保健所等の職員の資質向上	44
[5] 普及啓発	45
取組 (9) 都民への普及啓発	45
取組 (10) 福祉施設・企業・教育機関への普及啓発	45
[6] 施設内 (院内) 感染の防止	47
取組 (11) 医療機関における取組の支援	47
取組 (12) 施設等における取組の支援	47
4 重点事項	48
5 目標の設定	49
6 対策の評価と計画の推進	52

用語集.....	53
資料.....	57
東京都結核対策技術委員会設置要綱	57
東京都結核対策技術委員会名簿	59
東京都結核予防推進プラン改定検討経過.....	61
結核に関する特定感染症予防指針	62

第1章 東京都結核予防推進プランについて

1 これまでの経緯

東京都（以下「都」という。）は、平成 17 年（2005 年）に予防・早期発見のための対策強化、薬剤の確実な服薬指示等を柱とした、結核予防法の改正が行われたことを踏まえ、同年 12 月に「東京都結核予防計画」及びその行動計画である「東京都結核予防推進プラン」（以下「推進プラン」という。）を策定し、推進プランに基づく結核対策を推進してきました。また、平成 24 年 7 月には、推進プランを改定した「東京都結核予防推進プラン 2012」（以下「プラン 2012」という。）を策定し、対策の強化を図りました。

その結果、平成 28 年には、都における新登録結核患者り患率（人口 10 万対。以下「り患率」という。）は 17.2 まで低下し、プラン 2012 で定めた目標値 19 以下を達成することができました。

（注）結核予防法は、平成 19 年に感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（以下「感染症法」という。）に統合されました。

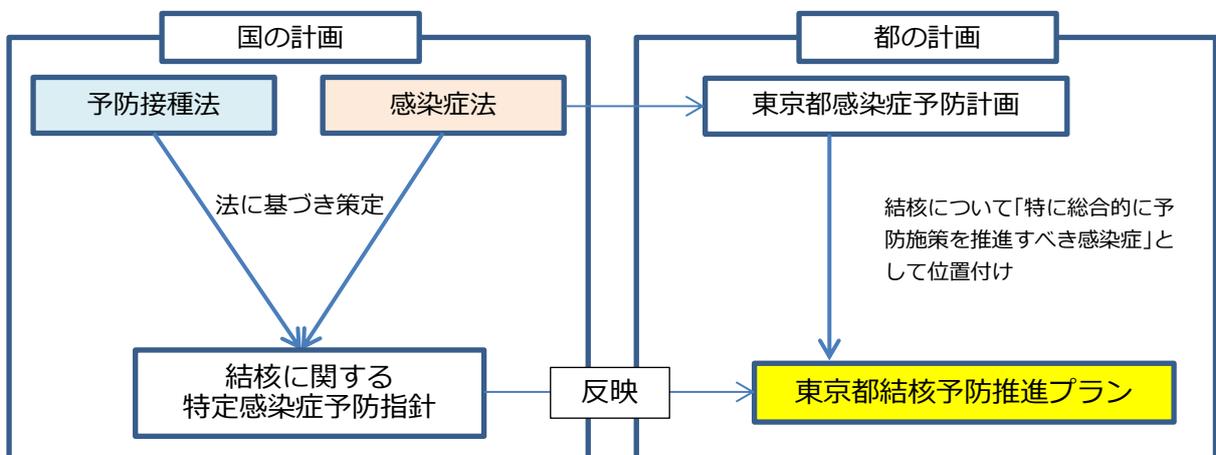
2 国の動向

平成 26 年に世界保健機関（以下「WHO」という。）は「結核終息戦略」を発表し、日本を含めた低まん延国に近づく国に対しても、結核の根絶を目指した対策を進めるように求めました。これを踏まえ、我が国においても低まん延国化に向けて総合的な取組を徹底していくため、国は、平成 28 年 11 月に結核に関する特定感染症予防指針（以下「予防指針」という。）を改正しました。

3 プランの改定について

近年の都における結核の状況は、高齢者の結核患者が多いことに加え、外国出生で言語や文化的背景から対応が難しい新登録結核患者が人数、割合ともに増加しています。また、潜在性結核感染症（LTBI）の者の服薬中断も課題となっています。

このため、都は、こうした都内における結核の状況や課題、国の予防指針の改定等の状況を踏まえ、プラン 2012 を改定した「東京都結核予防推進プラン 2018」（以下「プラン 2018」という。）を策定し、より実効性の高い的確な結核対策を推進していくこととしました。



4 プランの位置付け

都では、感染症法第 10 条第 1 項に基づく、東京都感染症予防計画（平成 20 年 3 月に東京都結核予防計画を統合。以下「都予防計画」という。）を平成 30 年 3 月に改定し、この中で、結核については、「特に総合的に予防施策を推進すべき感染症」と位置付けています。

プラン 2018 は、都予防計画で示した結核対策の方向性に沿って取り組むべき対策と目標を明示するとともに、保健所や区市町村とこれを共有し、一体となって取組を進めることにより、結核対策を総合的に推進するための行動計画です。

5 計画期間

プラン 2018 は、平成 30 年度（2018 年度）から平成 32 年度までの 3 年間で計画期間としています。ただし、国の予防指針や結核対策に関する状況の変化があった場合には、計画期間中であっても必要に応じて見直しを行うものとします。

第2章 東京都における結核をめぐる状況

1 結核患者の発生状況

都の新登録結核患者数及びり患率は、全国平均よりも高いものの減少傾向にあります(図 1-1)。平成28年(2016年)の都のり患率は17.2で、全国では大阪府に次いで2番目に高い値となっています。

都内の保健所別り患率では、多摩・島しょ地域に比べ、特別区のり患率が高く、また、都平均のり患率の2倍以上となっている保健所がある一方で、すでに低まん延化の基準とされているり患率10以下を達成している保健所があるなど、地域差が大きくなっています(図 1-2)。

図 1-1 新登録結核患者数及びり患率の推移(平成10-28年 東京都、全国)

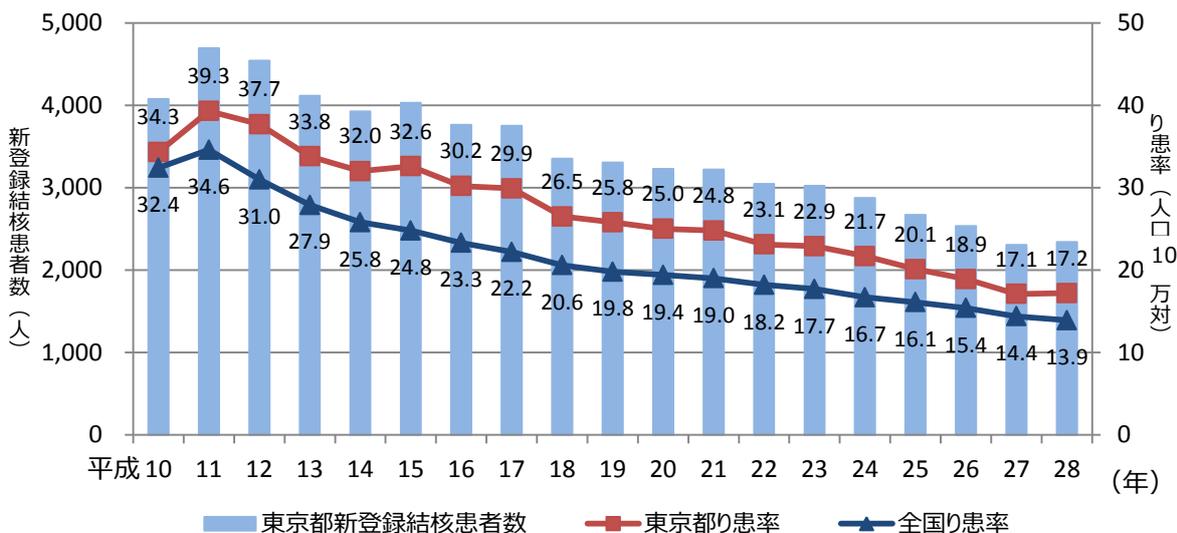
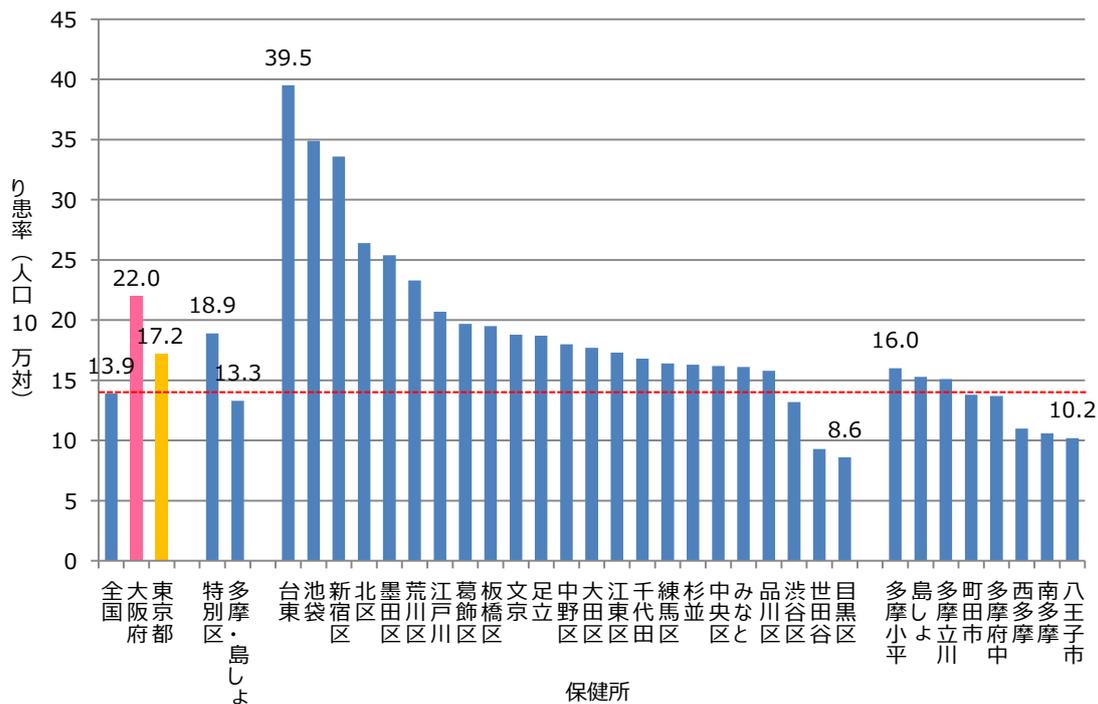


図 1-2 都内保健所別り患率の比較(平成28年)



2 患者の背景

(1) 年齢

都の年齢階級別り患率は、全国同様、年齢の上昇とともに増加しており、平成 28 年においては 10～14 歳を除くすべての年齢階級で全国平均を上回っています（図 2-1）。り患率が最も高いのは 80 歳以上、次いで 70 歳代、60 歳代であり、高齢者のり患率が高くなっています。20～50 歳代では、20 歳代のり患率が最も高くなっています（図 2-1）。また、新登録患者数は減少傾向にあります。その内訳では 4 割以上が 70 歳以上の高齢者となっています（図 2-2）。

(2) ハイリスク者

住所不定（ホームレス）経験ありの者、HIV 陽性者（※）、高まん延国からの入国者等の外国出生者は、結核を発病しやすいハイリスク者として知られています。

平成 28 年におけるそれらの年齢別の患者割合を見ると、住所不定（ホームレス）経験ありの者は 40 歳代から 70 歳代、HIV 陽性者は 30 歳代から 40 歳代、外国出生者は 10 歳代から 20 歳代が高くなっています（図 2-3）。平成 28 年には 10 歳代、20 歳代の結核患者の約 60%を外国出生者が占めています（図 2-3）。

（※） HIV 検査結果が陽性で、HIV ウイルスに感染していると診断された者

ア 住所不定（ホームレス）経験ありの者

都の新登録結核患者に占める住所不定（ホームレス）経験ありの者の割合は、平成 23 年の 4.9%から平成 25 年には 3.0%に減少しました。その後はほぼ横ばいで推移していますが、全国と比較すると、都における割合は高くなっています（図 2-4）。

イ HIV 陽性者

都の新登録結核患者に占める HIV 陽性者の割合は、平成 28 年は 0.43%で、過去 5 年間はほぼ横ばいで推移しています。全国と比較すると、都における割合は高くなっています（図 2-5）。

ウ 外国出生者

全国及び都の外国出生結核患者の新登録結核患者に占める割合は、近年、大きく増加しています。平成 28 年における割合は、13.2%と過去最高となり、全国の 7.6%を大きく上回り、今後も増加することが予想されます（図 2-6）。外国出生結核患者についてみると、多くは中国、ベトナム、ネパールなどアジアの高まん延国からの入国者となっています（図 2-7）。

図 2-1 年齢階級別結核り患率（平成 28 年）

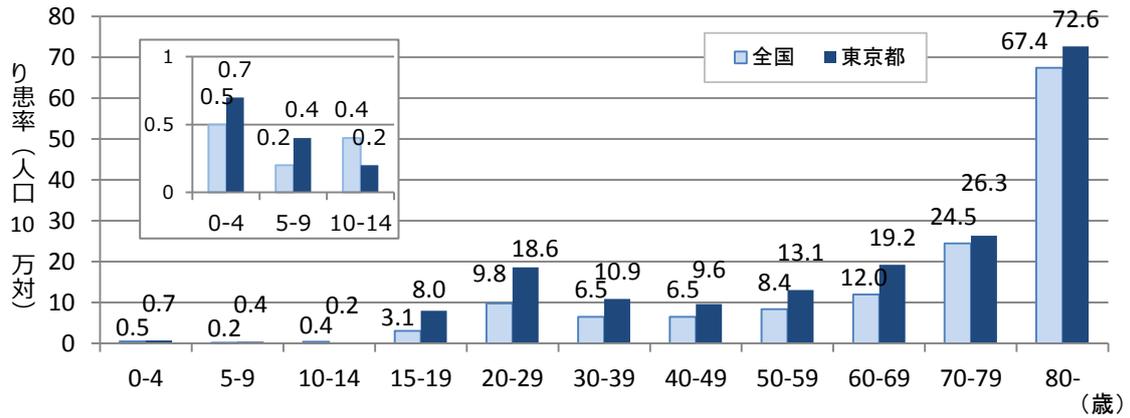


図 2-2 新登録結核患者数及び 70 歳以上の患者が占める割合の推移

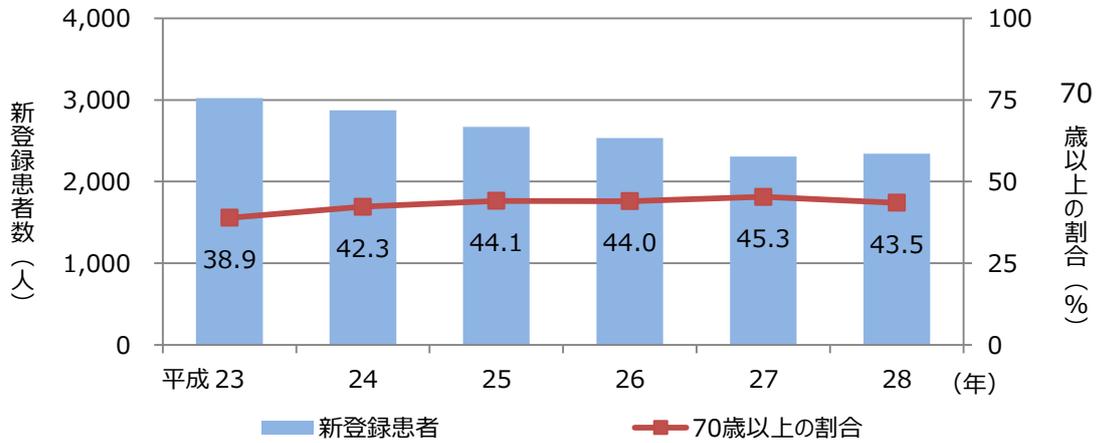


図 2-3 結核患者が有する背景因子の割合（年齢階級別、平成 28 年）

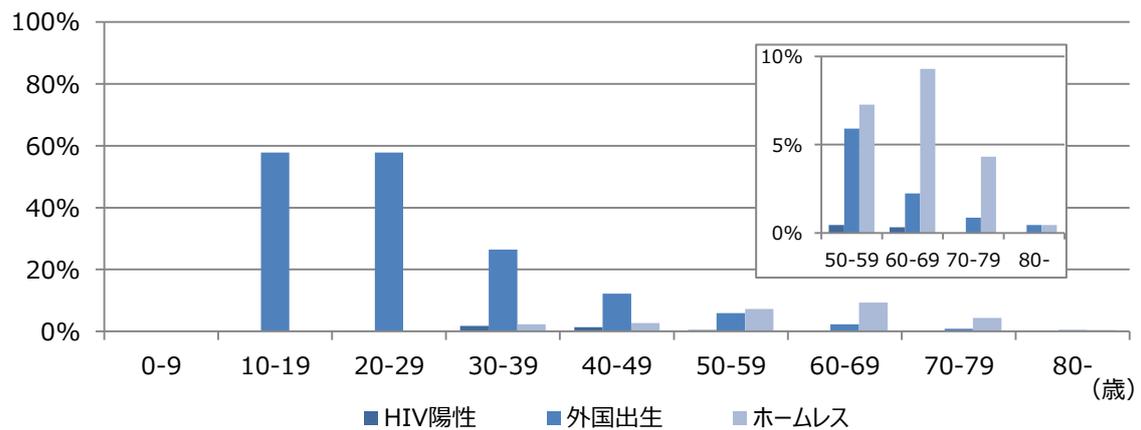


図 2-4 新登録結核患者における住所不定経験ありの者の割合の推移

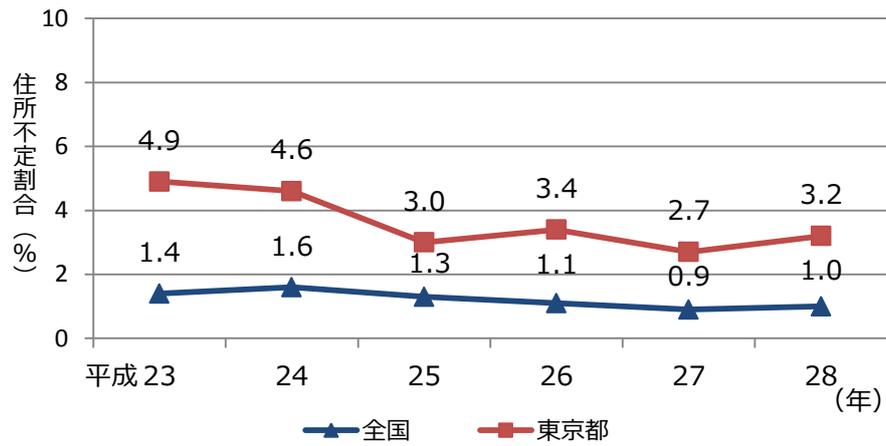


図 2-5 新登録結核患者における HIV 陽性者の割合の推移

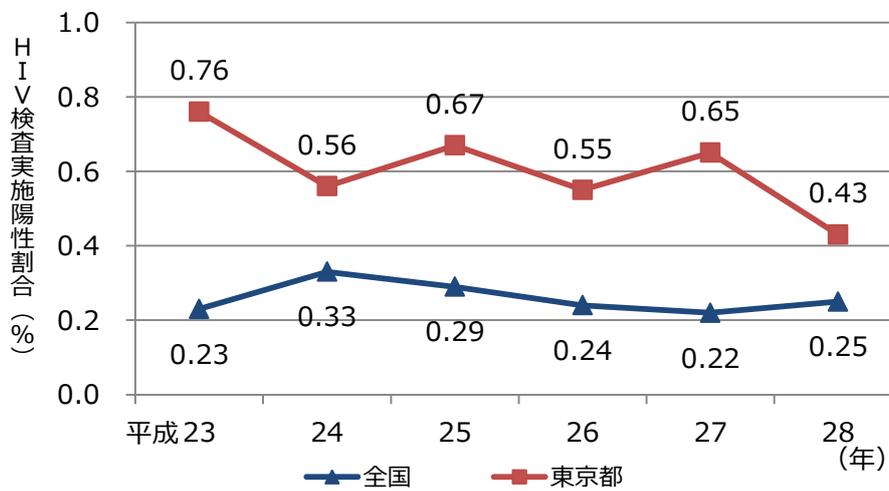


図 2-6 新登録結核患者における外国出生者数及びその割合の推移

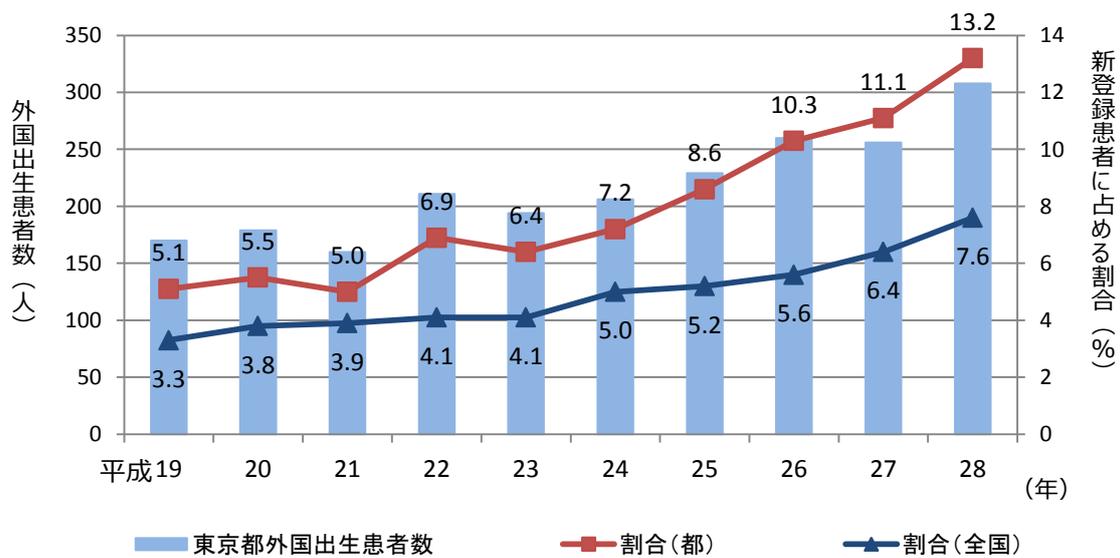
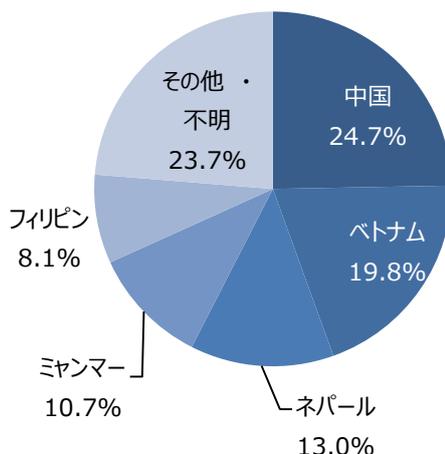


図 2-7 外国出生結核患者の出生国内訳（平成 28 年）



(3) 特別な医療を必要とする患者

小児結核患者や合併症を有する排菌中の結核患者は、特別な医療を必要とします。また、多剤耐性結核は効果的な薬剤が少なく、治療期間も長くなり、患者管理、まん延防止の観点からその発生動向については注意が必要です。

ア 小児結核患者

0～14歳の小児結核患者数は平成24年に大きく減少し、その後は年間3～7例の発生となります(図2-8)。

イ 合併症を有する結核患者

透析医療を必要とする結核患者の患者数及び新登録結核患者に占める割合は、平成24年から26年にかけて増加し、その後は横ばいで推移しています(図2-9)。

ウ 多剤耐性結核患者

長期間の服薬や外科的治療が必要となる多剤耐性結核患者の新登録結核患者に占める割合は、1%未満で推移しています(図2-10)。

図 2-8 小児結核患者数の推移

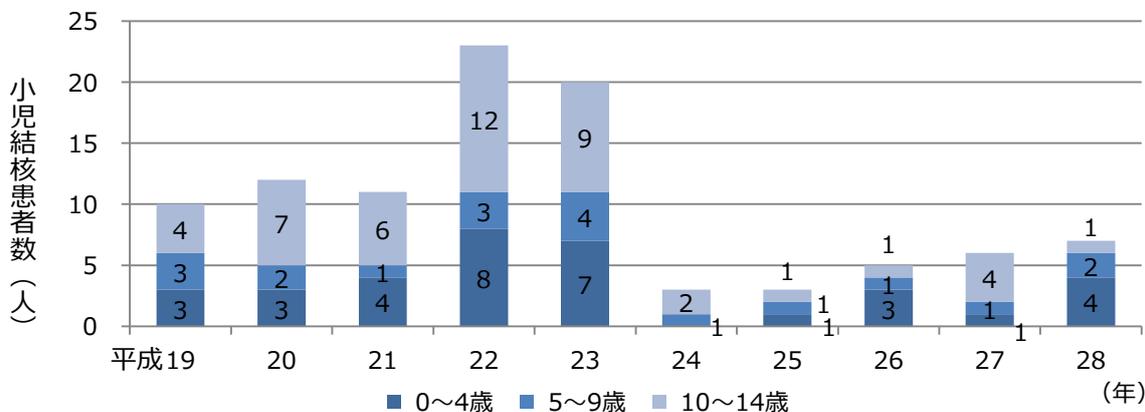


図 2-9 透析合併結核患者数及び新登録結核患者に占める割合の推移

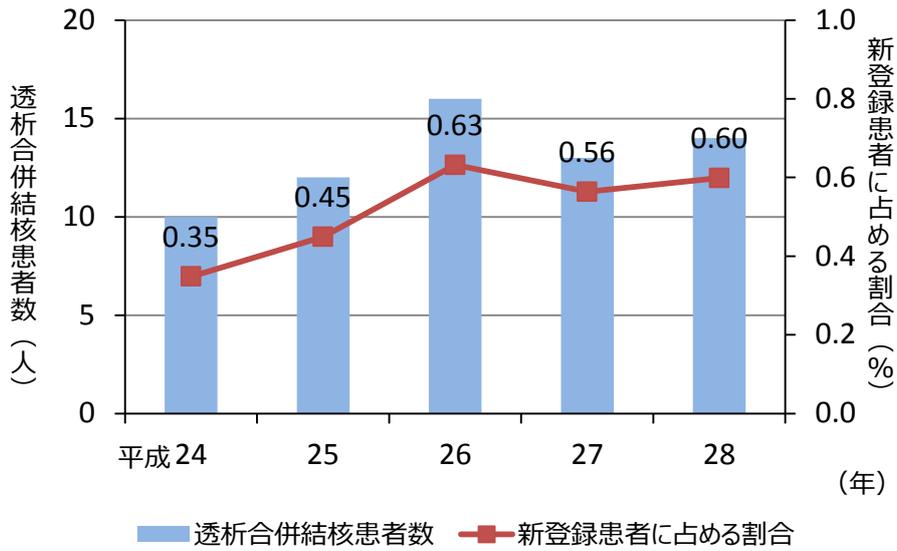
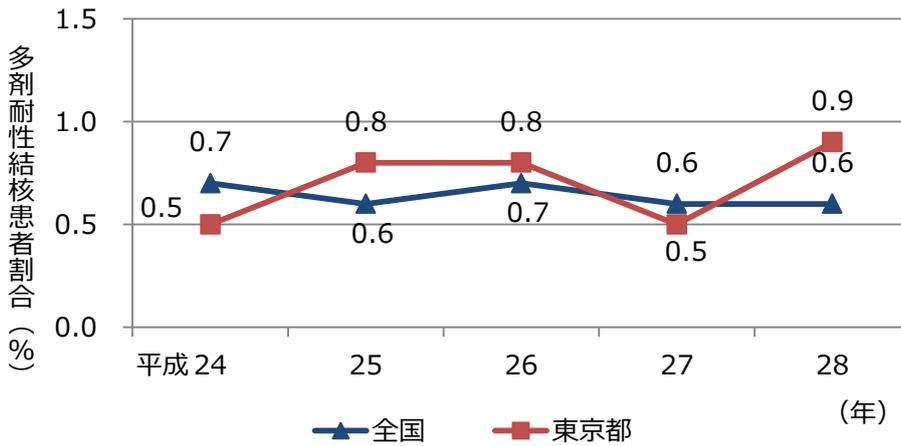


図 2-10 新登録結核患者に占める多剤耐性結核患者割合の推移



3 患者の把握

(1) 受診の遅れ・診断の遅れ

患者側の要因である、発病から受診までに要する期間は、平成 28 年において、2 か月以内は約半数に過ぎない状況となっています(図 3-1)。

医療側の要因である、初診から診断までに要する期間は、平成 28 年において、3 か月以上が 5 %程度となっています(図 3-2)。

(2) 結核の定期健康診断 (感染症法第 53 条の 2)

感染症法では、健康診断実施者は結核の定期健康診断を行ったときは、管轄する保健所長に受診者数等を報告することが規定されています。健康診断の実施主体・方法・時期は多岐にわたるため、保健所ごとの報告状況を正確に評価することは困難ですが、保健所では定期健診の受診者数等の向上に取り組んでいます。効果のあったと考えられている取組は表 3 のとおりです。

(3) 接触者健診 (感染症法第 17 条に基づく健康診断)

結核患者が発生した場合には、その家族や職場関係者等の中から、できるだけ早期に二次感染と考えられる結核患者を発見し、まん延防止策を講じるため、接触者健診を確実に実施することが重要です。都における近年の患者一人当たりの接触者健診実施人数は 7 ～9 人程度となっています (図 3-3) 。平成 28 年における都の接触者健診での肺結核患者発見割合は 4.7%で、全国とほぼ同等の水準となっています (図 3-4) 。

接触者健診の具体的手法については、「感染症法に基づく結核の接触者健康診断の手引き」により示されていますが、同一事例に複数の保健所が係わる事例については、接触者健診の方法や判断の方向性を一致させておく必要があります。

都では、「東京都結核接触者健診マニュアル」(以下「接触者健診マニュアル」という。)を作成し、都内保健所で行われる接触者健診の標準化を図っています。

図 3-1 受診までの期間 (発病から初診まで、平成 19 年から 28 年)

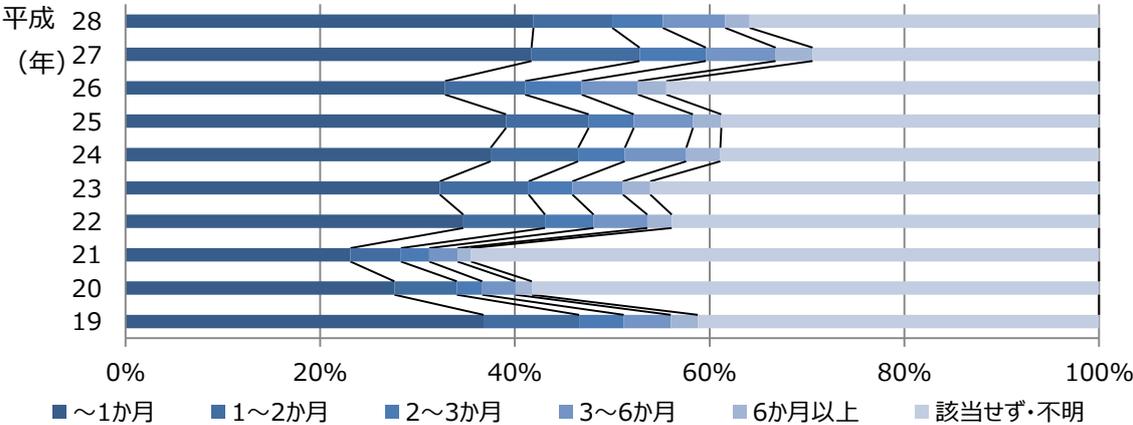


図 3-2 診断までの期間（初診から診断まで。平成 19 年から 28 年）

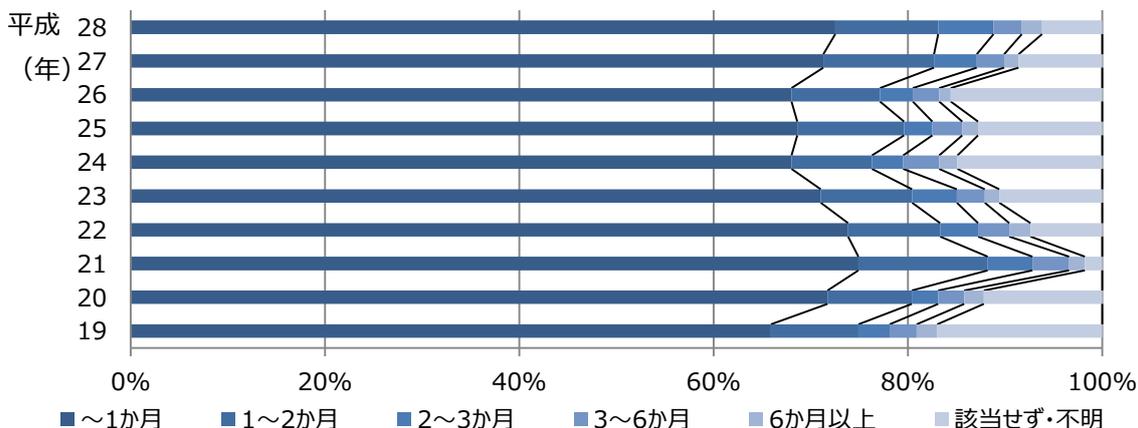


表 3 保健所において定期健診の受診者数及び報告件数の向上に効果があったと考えられている取組

<p>【受診者数の向上に効果があった取組】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療機関や医師会、区市町村、学校等への受診勧奨文、結核健診推奨チラシの送付 ・健診実施報告書への未受診者数、未受診理由の記入 ・自治体の広報、ツイッター、ホームページ、結核カレンダーの配布等を通じた健診の受診勧奨 ・結核予防週間における普及啓発パンフレットやポスターの配布 ・受診率の低い実施機関に対する保健所からの受診勧奨通知の発出 <p>【保健所への報告件数の向上に効果あった取組】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・健診結果未報告の医師会・歯科医師会所属会員に対する団体を通じた個別報告勧奨の要請 ・健診結果報告依頼文書への前年度の結核り患率、定期健診の法的根拠の説明書、医療機関や学校での結核発生事例の紹介等の同封 ・結核予防週間における普及啓発パンフレットやポスターの配布 ・未報告事業所に対する報告督促状の送付

図 3-3 患者一人当たりの接触者健診実施人数の推移

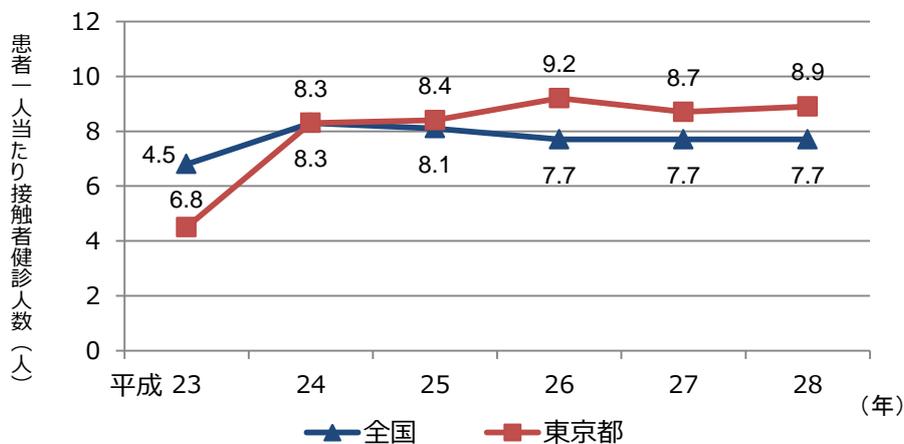
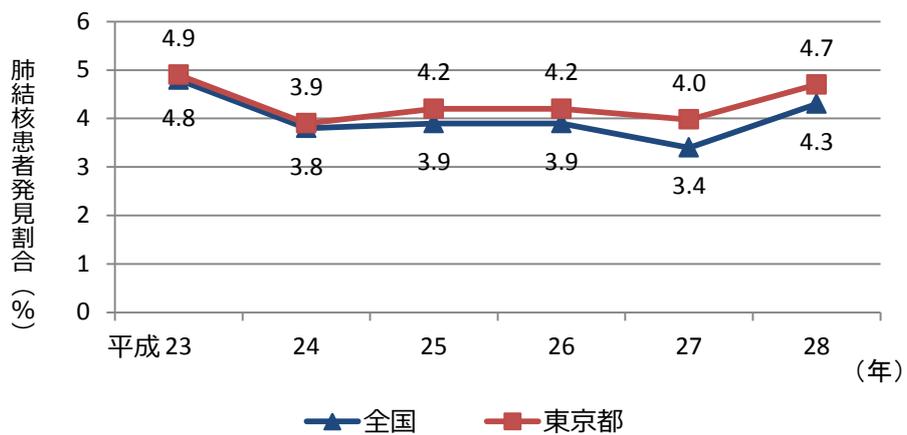


図 3-4 接触者健診による肺結核患者発見割合推移



4 診断

(1) 菌陽性割合

新登録結核患者のうち、菌陽性の割合は年々上昇しており、菌検査に基づく確実な診断が行われています。平成 28 年の菌陽性割合は、全国が 85.7%、都が 82.8%となっています（図 4-1）。

(2) 肺外結核患者割合

肺外結核患者割合は、肺外結核の診断の精度を示すものであり、都の肺外結核患者の割合は過去 5 年間で大きな変動はなく、一定の精度が保たれていると考えられます（図 4-2）。

図 4-1 新登録結核患者のうち菌陽性割合の推移

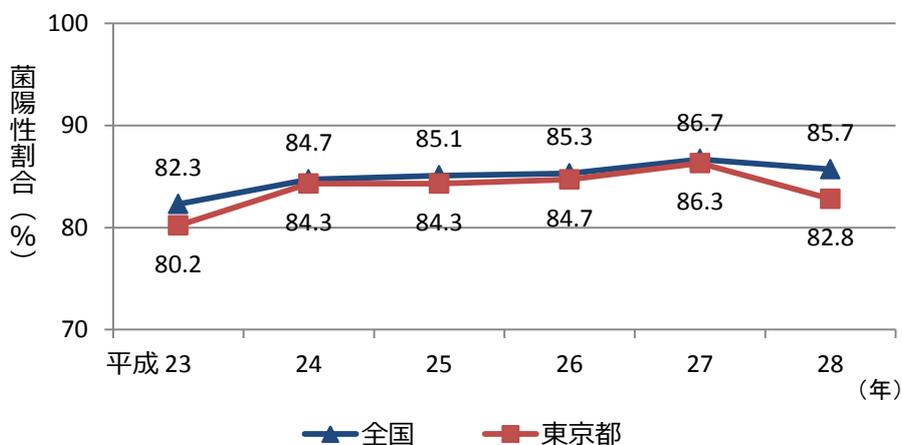
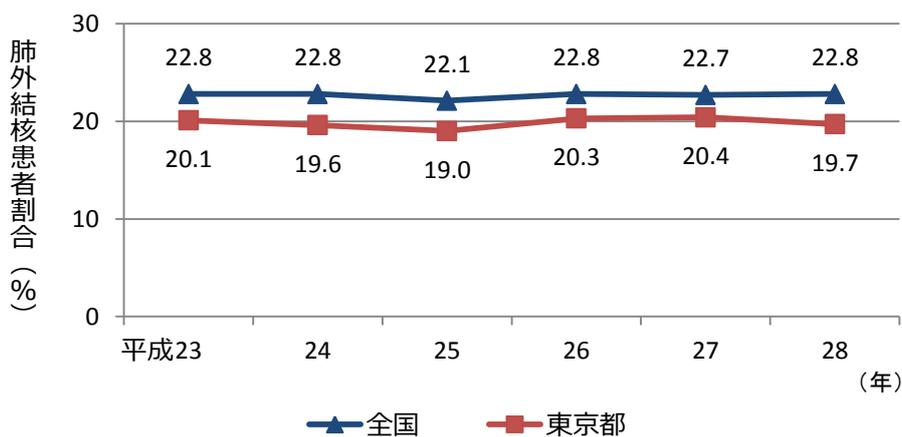


図 4-2 新登録結核患者のうち肺外結核患者割合の推移



5 治療

(1) 標準治療

80 歳未満の患者の標準治療として実施されている PZA（ピラジナミド）を含む 4 剤治療の割合は年々増加しており、平成 28 年で全国が 82.3%、都が 86.2%となっています（図 5-1）。

(2) 入院期間

入院期間の指標である、前年登録肺結核患者の入院期間の中央値は、60 日前後で推移しており、平成 28 年においては全国、都ともに平均 64 日でした（図 5-2）。

(3) 治療期間

全結核患者の治療期間は、全国を下回って推移しており、平成 28 年においては全国が 274 日、都は 267 日となっています（図 5-3）。

(4) 再治療

新登録肺結核患者のうち、再治療の割合は低下傾向にあり、平成 28 年は全国が 5.4%、都が 5.9%となっています（図 5-4）。

(5) 治療途中で患者の転出

患者が治療途中で他の保健所の管轄地域に転出することは、服薬中断のリスクとなる場合があります。都における肺結核患者の治療途中での転出割合は上昇しており、平成 28 年は全国が 3.7%、都が 6.4%でした（図 5-5）。

図 5-1 80 歳未満の患者における PZA を含む 4 剤治療の割合の推移（平成 23 年から 28 年）

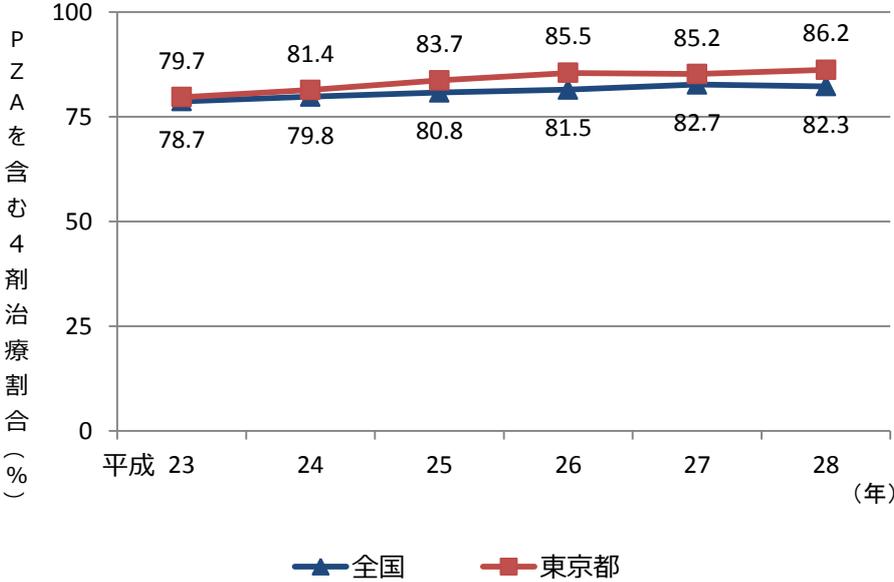
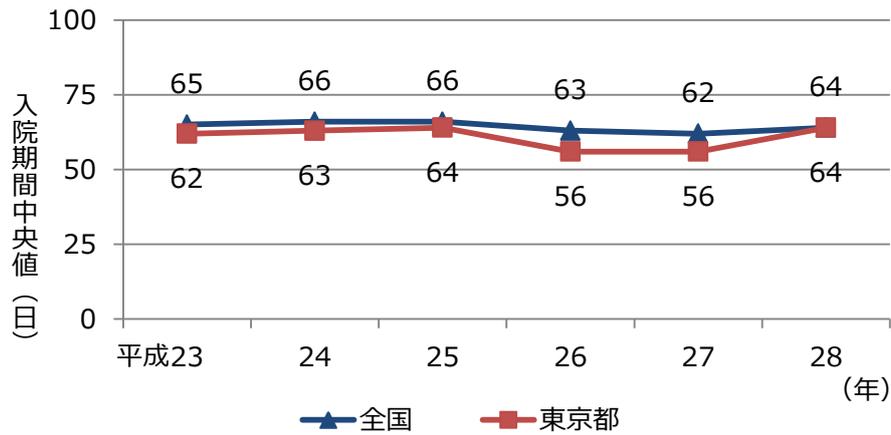
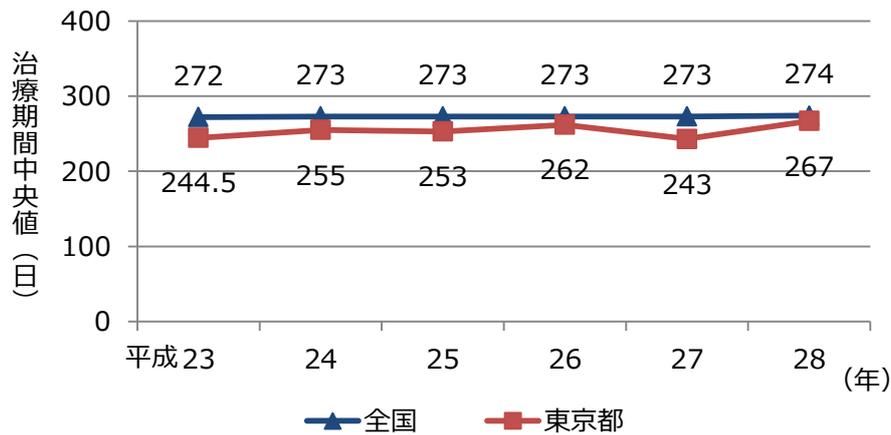


図 5-2 前年登録肺結核患者入院期間の中央値の推移 *



* 前年登録肺結核患者入院期間の中央値：前年に新たに登録された肺結核患者のうち、登録時に入院であった者が退院するまでの期間の中央値（登録翌年末までに退院した者を対象。）。

図 5-3 前年全結核治療完遂継続者治療期間の中央値の推移 *



* 前年全結核治療完遂継続者治療期間の中央値：前年に新たに登録された全結核患者のうち、登録時に入院又は外来治療であった者の治療期間の中央値（登録翌年末において、治療を完遂している者及び治療継続中の者を対象。）。

図 5-4 新登録肺結核患者のうち再治療割合の推移

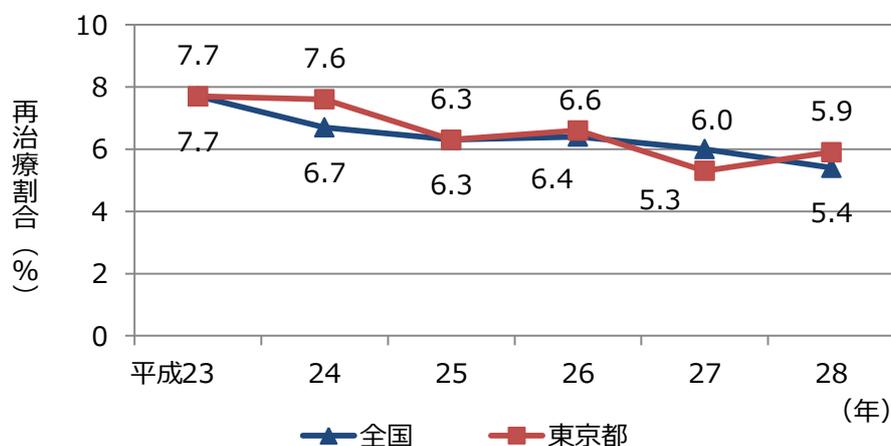


図 5-5 治療中の肺結核患者の他保健所への転出割合の推移

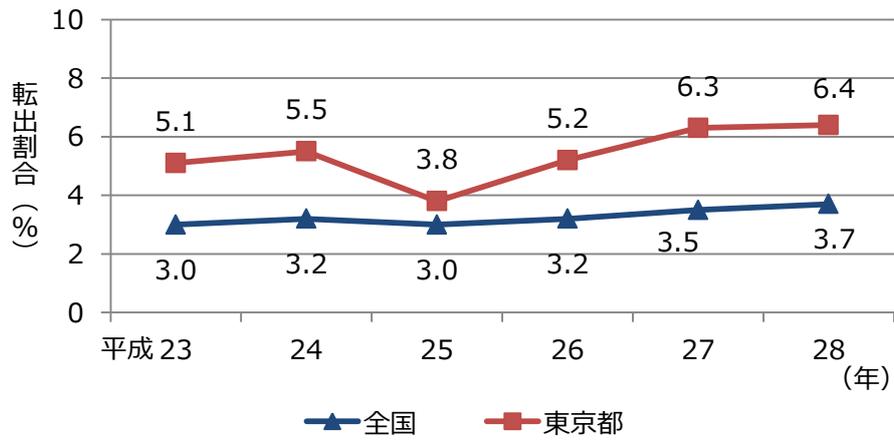
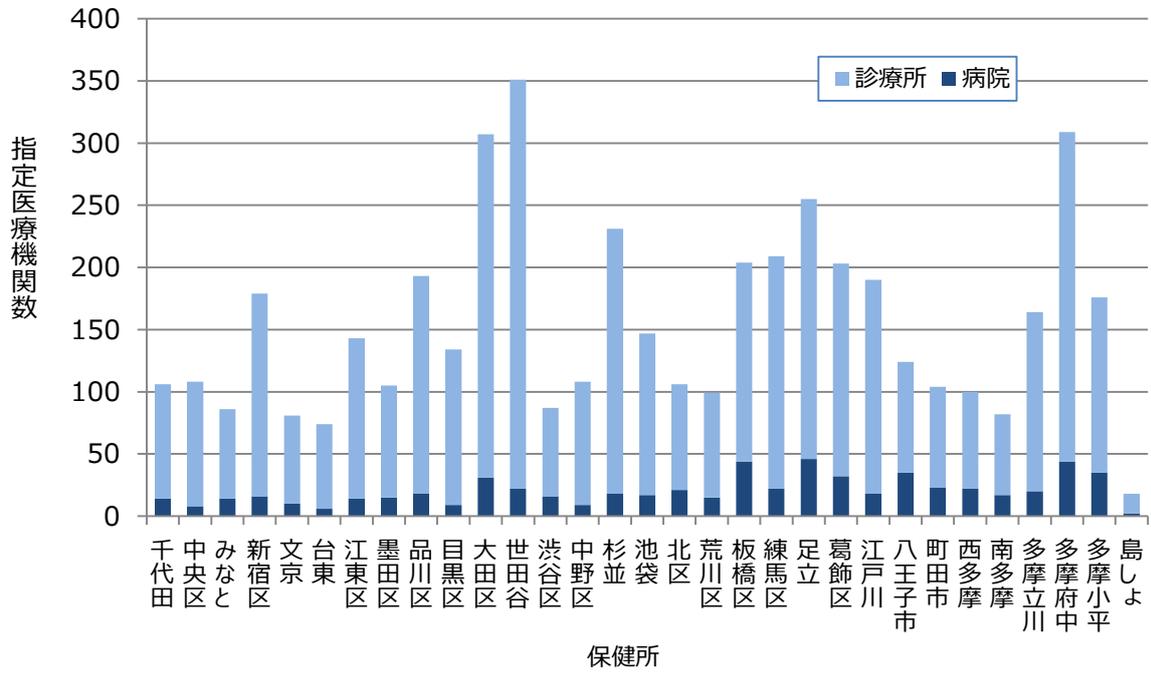


図 6-2 排菌のない患者に対する診療が可能な医療機関（結核病床を有する病院を除く結核指定医療機関）数（保健所
所管地域別）（平成 28 年 4 月 1 日現在）



7 直接服薬確認療法（DOTS）

（1）新登録結核患者に対する DOTS 実施率

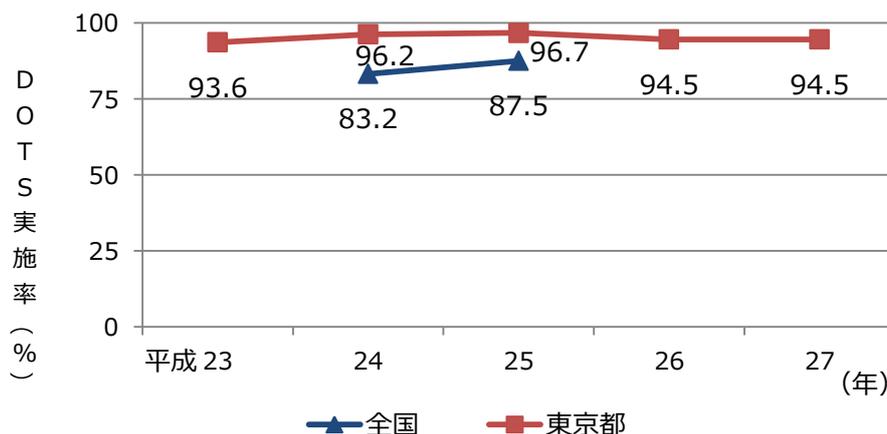
結核の治療では、効果のある複数の薬剤を長期間にわたり服薬する必要がありますが、患者がすべての薬剤を長期間欠かさず服薬し続けることは難しいため、確実に服薬が行われていることを確認するために直接服薬確認療法 DOTS（Directly Observed Treatment Short course: DOTS）が実施されています。

都における新登録結核患者に対する DOTS 実施状況は、平成 24 年以降 95%前後で推移しています（図 7-1）。

（2）新登録結核患者の DOTS 実施状況

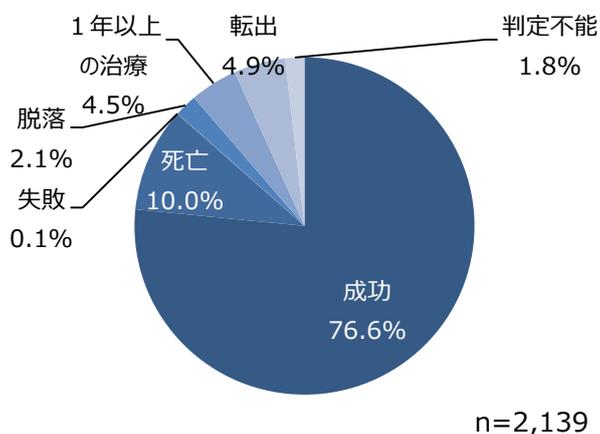
平成 26 年の新登録結核患者に対しては、2,139 人に DOTS が行われましたが、76.6%が成功している一方、脱落が 2.1%見られました（図 7-2）。

図 7-1 新登録結核患者に対する DOTS 実施率の推移（平成 23 年から 27 年）



※ 全国の DOTS の調査は平成 24 年及び平成 25 年分のみの調査

図 7-2 新登録結核患者に対する DOTS 実施状況(平成 26 年)



8 潜在性結核感染症（LTBI）

（1）LTBI の発見機会

LTBI（Latent Tuberculosis Infection: LTBI）は結核菌に感染はしているが、病状や所見はないものであるため、その発見機会は、接触者健診で 76.6%、定期健診で 5.4%、個別健診で 0.7%となっています。なお、生物学的製剤使用等に伴う医療機関からの報告も 13.3%ありました（図 8-1）。

（2）LTBI の治療

平成 26 年に都では 1,060 人に対して LTBI 治療が行われています（図 8-1,8-2）。治療終了は 82.7%でしたが、中断は 6.0%となっており、結核患者全体の脱落率である 2.1%よりも高い割合となっています（図 8-2, 図 7-2）。また、治療中に他の保健所の管轄地域に転出する割合も 4.2%となっています（図 8-2）。

（3）LTBI における治療中断者の属性

ア 年齢・職業

治療中断者の年齢分布は、5 歳～14 歳を除き、0～70 歳代までの幅広い年齢層となっています。このうち中断が最も多かったのは 20 歳代です（図 8-3）。また、職業別では、高校・大学生（専修各種学校も含む。）が突出して高く、常用勤労者、接客業、看護師・保健師にも一定数の中断者が見られます（図 8-4）。

イ 出生国

平成 26 年における治療中断者の出生国は、日本が半数、海外が半数となっています。海外ではアジア出身者が大部分を占めています（図 8-5）。また、出生国別に見た LTBI 治療中断者の割合では、日本出生者が 921 人中 32 人（3.5%）であるのに対し、外国出生者では 139 人中 32 人（23.0%）と日本出生者より高い割合となっています（表 8）。

図 8-1 LTBI の発見機会（平成 26 年）

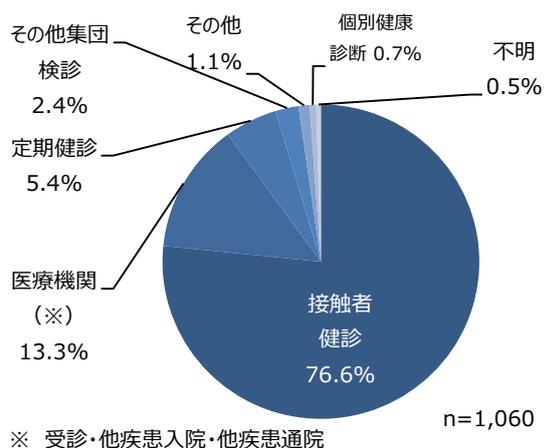


図 8-2 LTBI の治療経過（平成 26 年）

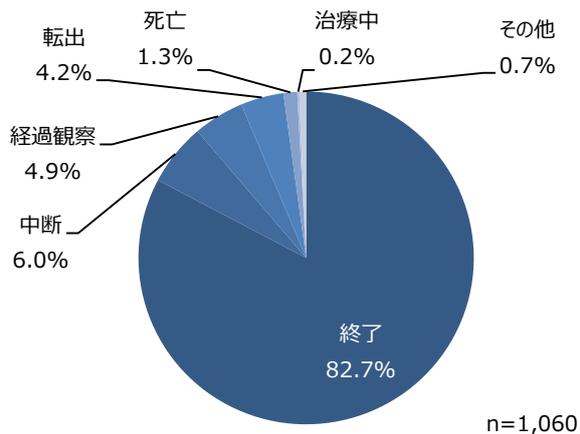


図 8-3 LTBI における治療中断者の年齢分布（n=64）（平成 26 年）

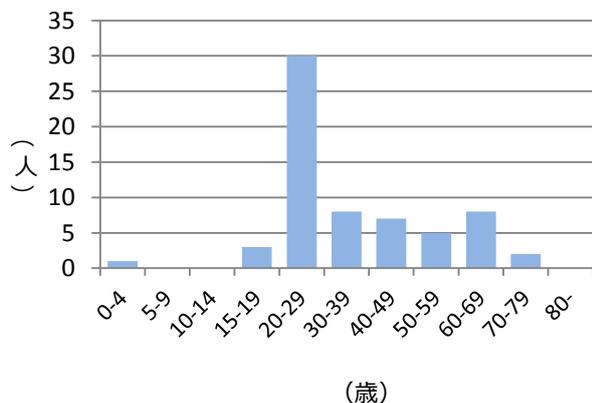


図 8-4 LTBI における治療中断者の職業（n=64）（平成 26 年）

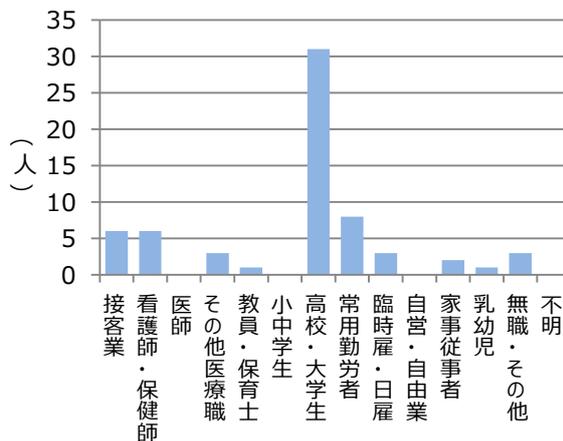


図 8-5 LTBI における服薬中断者の出生国内訳（平成 26 年）

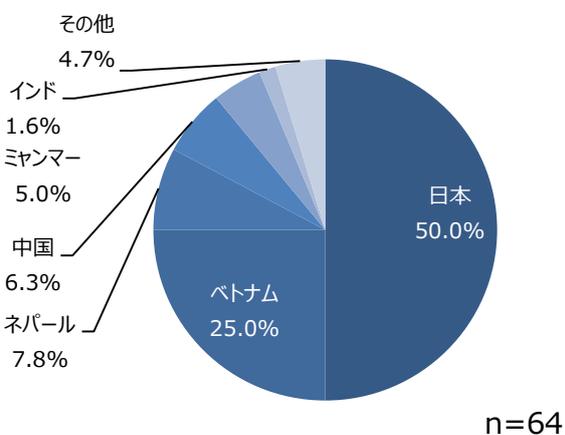


表 8 出生国別に見た LTBI における服薬中断者の割合（平成 26 年）

平成 26 年	日本出生者	外国出生者
LTBI の者 (n=1,060)	921 人	139 人
中断者(n=64)	32 人	32 人
中断者割合	3.5%	23.0%

図 8-1~8-5、表 8 DOTS 実施状況調査より

9 結核の集団感染

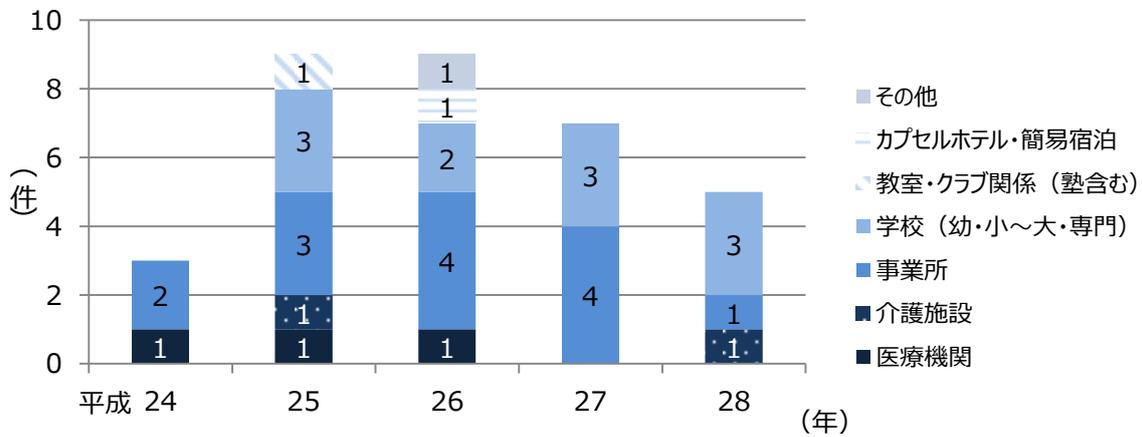
(1) 集団感染の発生件数

都内における結核の集団感染は、平成24年から平成28年までの5年間では、年間平均で約7件程度発生しています(図9)。

(2) 集団感染の発生場所

平成24年から平成28年までの5年間に起きた結核集団感染の発生場所は、事業所が最も多く、次いで学校、医療機関、介護施設となっています。なお、平成27年に学校で発生した集団感染3件のうち、2件が日本語教育機関でした。結核の定期健診を受けていない場合や、定期健診で異常を指摘されていながら精密検査を受診せず、発見が遅れた結果、集団感染につながった事例も複数報告されています。

図9 年別集団感染報告数及び発生場所の内訳



10 検査結果・病状の把握

(1) 結核菌培養検査・薬剤感受性検査結果の把握状況

結核の治療は長期間にわたるため、治療薬の選択に必要な結核菌培養検査結果や患者から分離された結核菌の薬剤感受性検査結果を的確に把握することが重要です。平成 28 年の結核菌培養検査結果把握割合は、全国が 90.1%、都が 97.6%、薬剤感受性結果把握割合は、全国が 78.3%、都が 89.2%となっています（図 10-1,10-2）。

(2) 病状不明割合

結核患者の病状不明割合（※）は年々改善する傾向が見られ、平成 28 年では、全国が 20.2%、都が 18.4%でした（図 10-3）。

（※）年末に登録されている結核患者のうち病状が不明な者の割合であり、保健所が患者情報を把握できているかを評価する指標。

図 10-1 結核菌培養結果把握割合

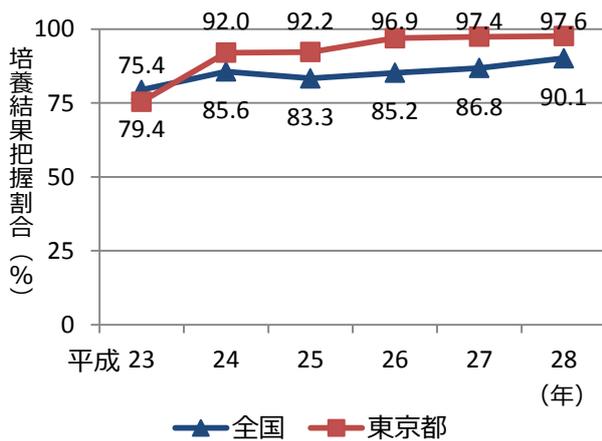


図 10-2 結核菌薬剤感受性検査結果把握割合

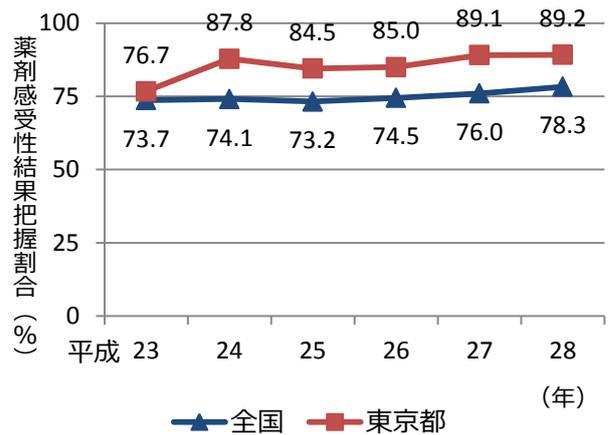
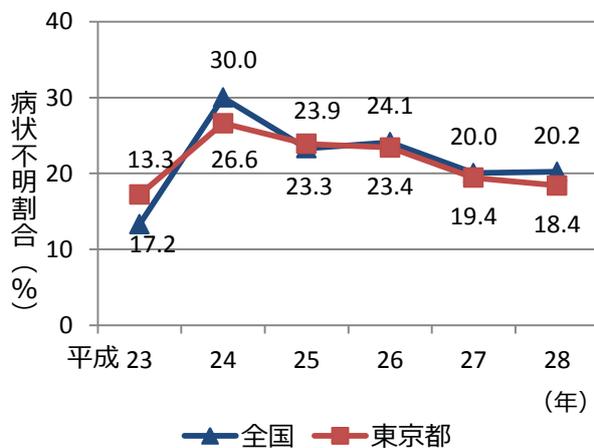


図 10-3 年末登録結核患者のうち病状不明割合



第3章 プラン2012による取組の状況と今後の課題

1 プラン 2012 における取組

プラン 2012 では、「予防対策の徹底」、「適切な医療の提供」、「施策を支える基礎的取組」の 3 つの戦略のもとに、以下の 8 つのプランに基づいた対策を都、区市町村、保健所が協力して実施し、結核発生から治療、情報収集、管理に至るまでの状況の改善に向けた取組を行ってきました。

戦略 1 予防対策の徹底

[プラン 1 BCG 接種の徹底]

区市町村が主体となって、定期予防接種である BCG 接種についての普及啓発を進めるとともに、接種率向上のための個別勧奨の実施、未接種者への再勧奨が行われた結果、平成 27 年度には接種率が 97%に達しました。BCG 接種については、集団接種から個別接種への切替に当たっての、接種可能な医療機関の確保や、転入者の BCG 接種歴の把握等の課題もあると考えられます。

なお、特別区保健予防課長会では、区独自の先駆的取組として、平成 28 年 3 月に「特別区 BCG 接種マニュアル」を策定しました。多摩地域、島しょ地域については、市町村からの相談に対し、保健所が助言を行っています。

[プラン 2 接触者健診の適切な実施]

都では、接触者健診の手法や考え方を統一するため接触者健診マニュアルを策定し、定期的に更新を行ってきました。平成 29 年に行った調査では、都内全ての保健所がこのマニュアルに基づいた調査・健診を行っており、コホート検討会などで接触者健診の質の評価も行われています。また、合同検討会や web 会議の開催により保健所間の円滑な連携が図られています。さらに「保健所 QFT-3G 採血および搬送マニュアル」を作成し、適切な検体採取や搬送を行える体制を構築しています。患者発生時の迅速な接触者健診の実施は極めて重要であり、引き続き円滑な実施のための体制の充実を図る必要があります。

[プラン 3 適切な診断・検査の徹底]

早期の受診や診断のための取組として、都民、医療機関向けの研修会を開催するとともに、定期健診に関する関係団体への啓発を行っています。

また、結核菌の培養検査結果、薬剤感受性検査結果の把握の取組を進めた結果、培養検査結果の把握は目標値を達成し、薬剤感受性検査の結果の把握については、改善が見られています。

なお、都では平成 12 年度から薬剤耐性結核菌の事例及び集団感染事例に係る菌株の収集を継続して行っています。

喀痰塗抹陽性の新登録肺結核患者のコホート判定の結果が判定不能である者の割合は、年々減少傾向にあります。

[プラン4 重点対象者への対策の強化]

都は高齢者、外国人に加え、教職員、保育士、塾職員などのデインジャーグループも重点対象者と位置付け対策を講じてきました。

重点的に対策を講じるべき対象は地域により異なることから、保健所において地域分析ツールや結核管理図等を活用した分析を行い、対策を実施した結果、住所不定（ホームレス）経験ありの者の割合は徐々に減少しています。一方、新登録結核患者における高齢者の割合は依然として高く、外国出生結核患者の割合は増加傾向にあります。

戦略2 適切な医療の提供

[プラン5 適切な医療の確保、徹底]

都内の結核病床数は、医療計画における基準病床数を上回っており、外来診療機関についても確保されています。また、標準治療の普及啓発や服薬ノートを活用した患者情報の共有により、患者支援の充実が図られています。

特に増加が著しい外国出生者の結核患者に対しては、健康診断を実施するとともに対象者が使用する言語で説明を行い、心理的不安を軽減することなどを検討していく必要があります。

平成27年においてDOTSは94.5%の患者で実施されており、治療の脱落・中断、失敗は低い割合で維持されています。また、再治療の割合も改善傾向にあります。一方、潜在性結核感染症の者のうち、高校・大学生（専修各種学校も含む。）や外国出生者の治療中断が多く、課題となっています。

[プラン6 治療が困難な結核患者への対応]

小児結核や多剤耐性結核、透析医療など、特殊な医療や合併症を有する結核患者に対応できる医療機関を確保するとともに、医療機関や保健所などによるケース会議の開催を通じて、患者支援の充実が図られています。

戦略3 施策を支える基底的取組

[プラン7 サーベイランスの強化]

地域の実情に応じた対策が実施できるようにするため、都は、保健所において活用可能な「結核に関する地域分析ツール」を作成し、毎年更新しています。また、東京都健康安全研究センターが保健所ごとにサーベイランス情報を確認し、特異的事例を探知した際には、保健所に対して情報提供や助言などの支援を行っています。

[プラン8 人材育成]

結核対策の強化に向けて、保健所等の関係機関の職員を対象とした講習会や研修の実施、支援事例集や結核対策の手引の作成等の取組を行っています。

表1 プラン2012に基づいた都の取組

	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27・28年度	平成29年度
プラン1 BCG接種の徹底	●区市町村が地域の実情に応じた結核対策に対して、包括補助のメニューを設定 ●市町村母子担当向け講演会（25年度）				
プラン2 接触者健診の適切な実施	●保健所職員向け研修	●接触者健診マニュアルの改定（第二版） ●企業向け、事業所を対象とした接触者健診の説明資料作成	●接触者健診マニュアルの改定（第三版）	→	
プラン3 適切な診断・検査の徹底	●結核菌搬送マニュアルの改正 ●医師・薬剤師向け講演会の実施		●首都圏小児結核症例検討会の開催	●結核菌搬送マニュアルの改正（27年度）	●K-net(感染症健康危機管理情報ネットワーク)での菌検査情報の共有拡大
プラン4 重点対象者への対策の強化	●保健所向け外国人結核患者研修の開催 ●保育園、幼稚園職員向け講演会の実施 ●企業向け普及啓発資料の作成 ●世界結核デー記念講演会（若者の結核）の実施 ●学校関係者向け講演会の実施	●高齢者施設職員向け講演会 ●保育施設・幼稚園の管理者等を対象とした結核対策の手引きの作成と講演会の実施 ●学習塾管理者を対象とした結核対策の手引きの作成 ●学校職員向け講演会実施 ●外国版服薬ノート、療養の手引きの言語拡大	●高齢者施設における結核対策の手引きの作成 ●保育園、幼稚園職員向け講演会の実施 ●学習塾関係者向け講演会実施	●日本語教育機関向け講演会の実施と結核対策取組依頼文書の送付 ●治療服薬支援員事業における対象言語拡大（28年度）	●高齢者リーフレット、ポスターの作成
プラン5-1 DOTSの実施	●DOTS支援員研修実施 ●病院DOTS会議開催の支援 ●保健所職員向けDOTS研修実施	●DOTSマニュアルの改定 ●潜在性結核感染症服用薬ノートの作成	●保健所向けコホート検討会の研修実施		●LTBIの対応マニュアルの作成 ●外国人支援ツール（動画、リーフレット）の作成
プラン5-2 医療提供体制	●結核病棟ユニット化設備事業の開始 ●都内結核患者収容モデル事業協力病院の追加				
プラン6 治療が困難な結核患者への対応	●支援事例集の作成	●DOTSマニュアルの改定（再掲）			
プラン7 サーベイランスの強化	●地域分析ツールの作成 ●保健所職員向けサーベイランス・地域分析の研修実施	●保健所向け年末統計・地域分析の研修実施			●困難事例等結核事例の蓄積、還元
プラン8 人材育成	●支援事例集の作成（再掲） ●地域関係者や保健所職員の研修・講演会の実施	●世界結核デー記念講演会の実施 ●関係機関向け普及啓発資料の作成	●医療機関、施設向け結核対策の手引の作成	●保健所・区市町村向け小児結核についての講演会の実施 ●都内全医療機関向け院内感染対策講演会の実施	●HIV感染合併結核の講演会の実施

2 目標の達成状況

プラン 2012 では国の予防指針を参考とした 6 つの目標値と都独自の 3 つの目標値を定めました。各目標値の達成状況は表 2 のとおりです。

プラン 2012 による取組の結果、人口 10 万人対り患率は平成 26 年に目標である 19 を下回り、平成 27 年には 17.1 となり、目標を達成しました。

人口 10 万人対り患率以外の目標については、毎年その目標水準を維持することが重要ですが、プラン 2012 の策定以降、一度も目標値に届かない目標もあり、引き続き目標の達成を目指して結核対策に取り組むことが重要です。

表 2 プラン 2012 で設定した目標達成状況

目標		目標値				達成状況（年※）						
		国指針	都	保健所	区市町村	H22 (2010)	H23 (2011)	H24 (2012)	H25 (2013)	H26 (2014)	H27 (2015)	
国の 予防指針を 参考にした 目標	1	BCG 接種対象年齢における接種率	95%以上	99%以上	—	99%以上	96.1%	95.1%	94.3%	88.1%	95.0%	97.0%
	2	人口 10 万人対り患率	15 以下	19 以下	管轄地域の患率から 20%減	—	23.1	22.9	21.7	20.1	18.9	17.1
	3	全結核患者に対する DOTS 実施率	95%以上	95%以上	95%以上	—	—	93.6%	96.2%	96.7%	94.5%	94.5%
	4	潜在性結核感染症の治療を開始した者のうち治療を完了した者の割合	85%以上	85%以上	85%以上	—	—	90.4%	89.7%	86.9%	83.6%	87.9%
	5	治療失敗・脱落率	5%以下	5%以下	5%以下	—	4.0%	4.2%	4.3%	3.1%	4.3%	2.8%
	6	肺結核患者のうち再治療を受けている者の割合	7%以下	7%以下	7%以下	—	7.1%	7.7%	7.8%	6.3%	6.6%	5.3%
都独自の 目標	7	喀痰塗抹陽性の新規登録肺結核患者（再治療を除く）のうち、コホート判定の結果が判定不能である者の割合	—	5%以下	5%以下	—	15.7%	12.1%	10.4%	11.2%	9.0%	9.3%
	8	保健所における培養検査結果の把握割合	—	95%以上	95%以上	—	76.0%	75.4%	92.0%	92.2%	96.8%	97.4%
	9	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	—	95%以上	95%以上	—	77.8%	76.7%	87.8%	84.5%	85.0%	89.1%

※ 達成状況の対象年記載については、BCG 接種対象年齢（定期予防接種の対象年齢）における接種率は年度、その他は暦年。

※ 網掛けは目標達成。

第4章 プラン 2018 による取組

1 プラン 2018 の考え方

- 平成 28 年に改正された国の予防指針の内容を踏まえるとともに、都における地域特性を十分に踏まえた対策に取り組むこととしています。
- 国の予防指針においては、「低まん延国化に向けては、従前行ってきた総合的な取組を徹底していくことが極めて重要であり、その中で病原体サーベイランス体制の構築、患者中心の DOTS の推進、LTBI の確実な治療等を進め、効果を高めていくことが重要」とされており、こうした考えの下、都においても従来の施策の成果や関係機関の連携体制を最大限に生かし、総合的な取組を進めていくこととしています。
- プランの構成は国の予防指針の構成との整合性を図り、次ページのとおり 6 つの分野に体系を整理し取組を進めていくこととしています。
- 目標については、国の予防指針における具体的目標を踏まえつつ、都の地域特性を考慮し、平成 32 年（2020 年）までの目標値を設定することとしました。

<参考>

結核に関する特定感染症予防指針（平成 28 年 11 月改正）

平成 28 年 11 月に結核を取り巻く状況の変化を踏まえ、予防指針が改正されました。

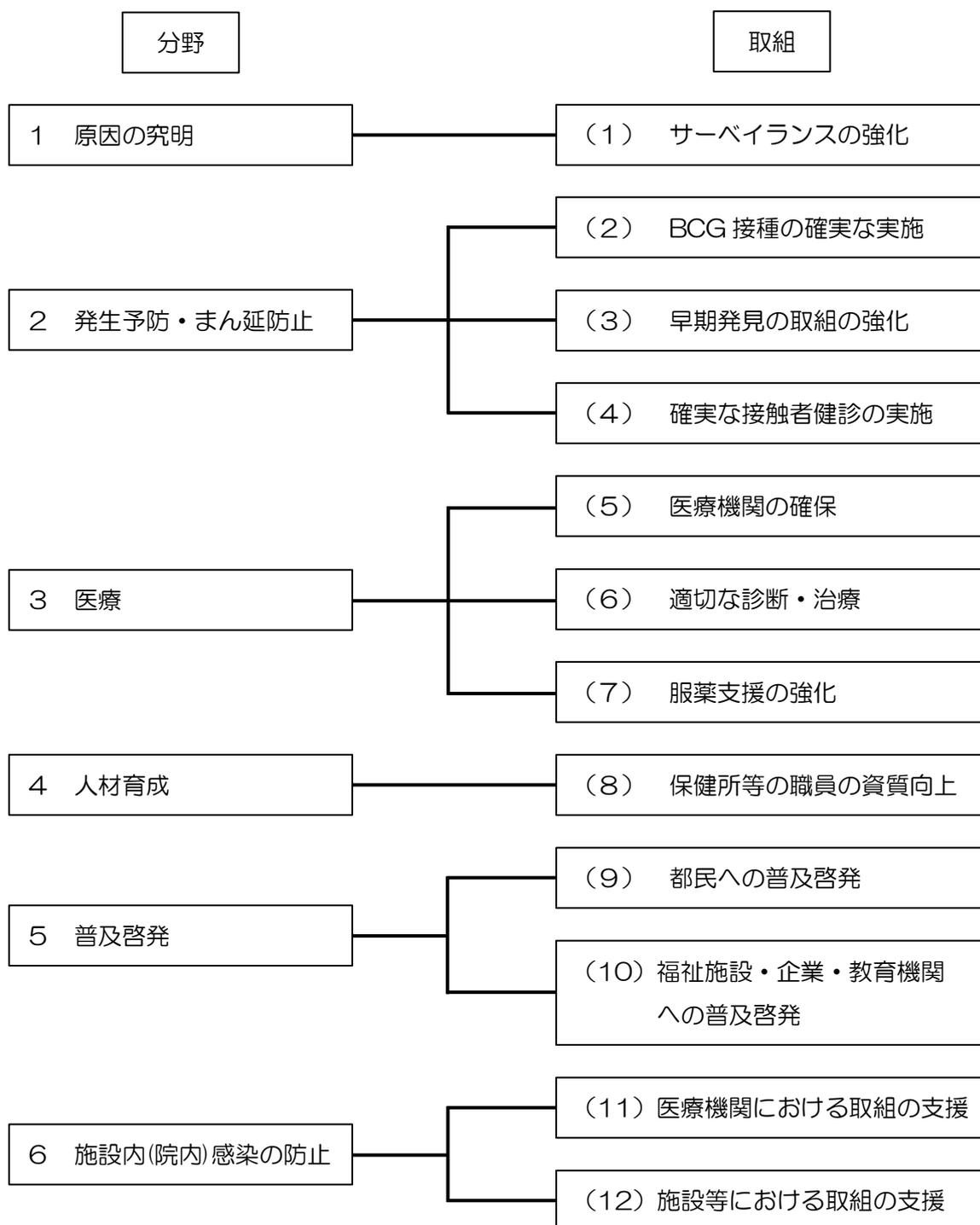
新たな指針では、結核の予防のための総合的な施策の推進を図るため、結核対策の今後の方向性が示されています。

[主な改正内容]

- 患者中心の DOTS の推進
 - 患者の生活環境に合った DOTS（直接服薬支援）の推進
 - 地域の関係機関への積極的な調整
 - 潜在性結核感染症（LTBI）の者に対する DOTS の徹底など
- 分子疫学的手法による病原体サーベイランスの推進
 - 結核菌の遺伝子解析検査やその検査結果を活用した疫学調査の手法の普及など
- 低まん延国化（平成 32 年までに人口 10 万人対り患率 10 以下）に向けた体制の検討
 - 結核に係る定期の健康診断のあり方の検討、患者数に見合った結核医療提供体制の確保など

2 プラン 2018 の構成

都における結核対策上の課題を解決するため、6つの分野に体系立て、12の取組を推進していきます。



3 各分野における具体的な取組

[1] 原因の究明

効果的な結核対策を行うためには、患者発生や各種検査情報を確実に把握し、地域ごとに結核の発生状況や活用可能な医療資源、社会資源を踏まえた取組を実施することが重要です。

取組（1）サーベイランスの強化

患者発生サーベイランス（結核患者発生動向調査）により得られる情報は、結核患者発生数のほか、発見方法や発見の遅れ、治療内容及び治療成功割合など多岐にわたり、保健所が地域の実情に応じた対策を実施するための重要な情報が含まれます。

病原体サーベイランスは、耐性菌の監視や伝播経路を解明するために重要なものですが、現状として全ての菌株についての検査は実施しておらず、検査情報の活用法についても今後検討が必要です。

【具体的取組】

① 患者発生情報の確実な把握

（ア）届出の徹底に向けた周知（都）

都は、講習会等の機会やホームページなどを通じて、患者発生届の提出の徹底を広く医療機関に働きかけていきます。

（イ）患者発生情報の確実な収集・入力（保健所、都）

各保健所は、感染症サーベイランスシステム（NESID）の結核登録者情報システムで定められた入力項目を確実に収集するとともに、結果判明に一定の時間を要する培養検査についても計画的に情報収集を行います。また、患者の治療状況を評価するコホート検討においても、患者情報の組織的な収集、管理を行っていきます。

都は、結核登録者情報システムの入力研修の機会を適切な時期に設け、保健所での情報入力が円滑になされるよう支援していきます。

（ウ）事例データの蓄積と情報還元（都）

都は、保健所から報告又は相談のあった事例に関するデータを蓄積し、それらのデータを感染症調査年報や感染症健康危機管理情報ネットワーク（以下「K-net」という。）の結核対策システムに掲載し、保健所が活用しやすいアーカイブを整備します。

② 地域分析の実施（保健所、都）

地域ごとの特性を踏まえた効果的な対策を実施するためには、各地域の結核の状況を把握することが

重要です。

保健所は、結核管理図の指標値に関する情報を確実に入手し、管内の地域分析及びハイリスク集団の分析を行い、地域の特性に応じた対策を実施します。また、対策の有効性を定期的に検証します。

都は、ハイリスク者及びデインジャーグループの結核発生状況などについて都全体の発生動向を分析するとともに、保健所が地域分析を行うためのツールを提供します。

③ 菌株の確保と遺伝子検査の実施（保健所、都）

保健所は、集団感染が疑われる場合、健診範囲の検討を行うため、培養陽性となった患者の菌株を確保し、遺伝子検査の実施を検討します。また、薬剤耐性結核については可能な限り菌株を確保し、東京都健康安全研究センターにおいて検査を実施します。

遺伝子検査や薬剤感受性検査結果は集団感染事例の感染経路の解明に役立つことから、都は、菌株の遺伝子型と患者情報を確実に蓄積するとともに、患者登録票に付随した行動調査票を作成します。また、遺伝子検査の対象とする症例や病原体サーベイランスの活用方法等について引き続き検討していきます。

[2] 発生予防・まん延防止

結核の発病やまん延を防止するには、特に重篤化しやすい年齢層への予防接種や結核の定期健康診断が確実に実施されるとともに、患者発生時には保健所が接触者を的確に把握し、速やかに接触者健診を行う必要があります。

取組（２）BCG 接種の確実な実施

区市町村は、予防接種法に基づく定期予防接種として乳児期の BCG 接種を実施していますが、乳児期の予防接種は近年、種類・接種回数が増え、接種スケジュールが過密になっていることから、接種もれが発生する可能性があります。

また、我が国の BCG 接種は、管針を用いた特殊な方法により接種が行われており、接種部位も法律で定められていることから、BCG に対しての正しい理解と適切な接種を行う体制の確保が必要です。

さらに、コッホ現象という特異な反応により、結核感染が明らかになることがあるため、区市町村は接種部位の副反応発生時には、速やかに保健所と連携して対応する必要があります。

【具体的取組】

① 接種率の向上・体制確保

（ア）接種率向上のための取組（区市町村、都）

区市町村は、引き続き住民に対し、BCG 接種に関する普及啓発や、接種勧奨、未接種者の把握と再勧奨、接種を受けやすい環境の整備等、接種率向上のための取組を行います。

都は、区市町村に対して、住民への普及啓発や接種勧奨に関する技術的支援を行います。また、各区市町村の BCG 接種率を把握して、区市町村と共有し、都内全体の接種率の維持向上を図ります。

（イ）BCG 接種医療機関の確保等（区市町村）

区市町村は、BCG 接種医療機関の確保を行うとともに、接種に従事する医師向けの研修等を実施し、適切に BCG 接種が行われる体制の確保に努めます。

② コッホ現象・副反応への確実な対応

（ア）普及啓発の実施（区市町村）

区市町村は、接種医療機関等と協力して、被接種者の保護者に対し、BCG 接種によるコッホ現象及び副反応発生時の対応についての普及啓発を実施します。

（イ）発生時における連携（区市町村、保健所、都）

区市町村は、コッホ現象及び副反応発生時には、重症化の防止、被接種者・家族の支援のため、保

健所と連携して円滑に対応します。

都は、区市町村と連携してコッホ現象の事例データの蓄積に努めるとともに、区市町村職員を対象とした研修を実施し、コッホ現象発生時に円滑に対応できるよう支援を行います。

取組（3）早期発見の取組強化

事業者、学校の長、施設の長には、感染症法により結核の定期健診の実施が義務付けられています。また、区市町村長には、65歳以上の住民に対する結核の定期健診の実施が義務付けられています。あわせて、これらの健康診断実施者は、管轄する保健所長を経由して、受診者数及び健診結果等を都道府県知事に通報又は報告することが定められており、関係者が連携して確実な対応を行っていくことが重要です。

【具体的取組】

① 定期健診受診の必要性の啓発等（区市町村）

結核の年齢階級別り患率は高齢者になるほど高く、80歳代では他の年齢層と比較して際立って高くなっています。区市町村は、住民への普及啓発を行い、健診受診者数の向上を図ります。また、地域の特性に応じハイリスク集団を対象とした健診を実施します。

② 定期健診結果の把握（保健所）

健診の実施時期は、施設や事業所等により一律ではないことから、健診結果の提出の遅れが生ずる場合がありますが、対象となる施設には、結果の提出がない場合には提出を求めるなど、健診結果を確実に把握します。

③ 重点対象者に対する取組（都、保健所）

都は、結核を発病しやすいハイリスク者に関する都内全体の動向等を分析し、特に高齢者及び外国出生者に対しては、重点的な取組が必要な対象として捉え、外国出生者の使用言語を考慮した多言語による問診票を作成するなど、実効性の高い取組の実施に努めます。

保健所は、結核対策特別促進事業などを活用し、地域における高齢者及び外国出生者などのハイリスク者の状況に応じ、早期発見を目的とした健診の機会を設けます。

取組（4）確実な接触者健診の実施

都は平成20年に結核の積極的疫学調査と接触者健診のためのマニュアルを作成し、適宜内容を見直すことで対応の強化を図ってきましたが、近年は患者背景の変化や、複数自治体に及び大規模な接触者健診も見られています。また、接触者健診は、潜在性結核感染症（LTBI）の発見の機会として重要です。

【具体的取組】

① 保健所への技術的支援（都）

都が作成している「接触者健診マニュアル」や「保健所 QFT－3G 採血および搬送マニュアル」については、最新の知見を反映するように努め、必要に応じて改定します。また、保健所が「接触者健診マニュアル」を適切に活用できるよう研修等を実施します。

このほか、都は、接触者健診の実施に係る保健所からの相談に応じるとともに、専門的な技術支援が必要な場合には、保健所の要請に応じて東京都感染症実地疫学調査チーム（TEIT）を派遣し、支援します。

② 接触者健診の実施（保健所）

保健所は、都が作成したマニュアルを活用し、接触者健診を行い、適切に検体採取や搬送を行います。

また、マニュアルや研修などを活用し、知識の習得や技術の向上に努めるとともに、所内や感染症年報の事例も活用し、感染症診査協議会の委員など専門家の意見も参考にしながら、接触者健診の質を定期的に評価します。

③ 広域事例発生時の連携（保健所、都）

接触者健診の対象者の居住地が複数の保健所の管内に及ぶなど広域にまたがる場合には、保健所間で緊密な連携を図る必要があるため、初発患者の居住地を管轄する保健所などを中心に対策会議を開催します。都は、必要に応じて情報共有や対応の調整役を担います。

[3] 医療

平成 30 年 3 月現在、都内では必要な結核病床数が確保されていますが、小児結核や透析医療を必要とする結核患者も見られ、そうした患者に対応可能な医療機関の確保も必要です。

また、治療の中断を生じさせないよう、患者の生活環境に合わせた DOTS の推進が必要が必要です。

取組（5）医療機関の確保

PZA（ピラジナミド）を含む 4 剤治療の普及や入院期間の短縮により、結核医療を取り巻く状況は変化しています。入院期間は平均で 65 日を下回っていますが、治療期間は全体で 270 日程度となっており、通常、入院で治療が完結することはないため、地域における医療体制の確保が重要です。また、小児結核など特殊な治療を要する患者等に対応できる体制が求められます。

【具体的取組】

① 対応可能な医療機関の確保

（ア）結核病床・特殊な治療を要する患者等の治療体制の確保（都）

都は、排菌している患者の治療を行うために、患者の発生動向に見合った結核病床を確保します。また、小児結核や多剤耐性結核、HIV 合併結核、透析医療を必要とする結核患者に対して適切な治療が行える医療機関の確保を図ります。

（イ）退院後に地域で治療を継続できる体制の確保（保健所）

保健所は、管内の患者発生状況を勘案し、退院後に地域で治療を受けることができる医療機関を確保し、地域で円滑に治療を継続できるよう、積極的な調整を行います。

取組（6）適切な診断・治療

結核患者に対し適切な医療が提供されない場合には、疾患の治癒が阻害されるのみならず、多剤耐性結核の発生や、周囲への感染の拡大など、公衆衛生上の観点からも問題となることがあります。

このため、正確な知識に基づく適切な医療が提供されるよう、情報提供や医療従事者の資質向上等に取り組み必要があります。

【具体的取組】

① 適切な結核医療の普及（都、保健所）

都は、公益財団法人結核予防会結核研究所（以下「結核研究所」という。）や専門的な結核医療を提供する医療機関等との協力のもと、医療従事者に対し、結核の診断・治療、LTBI 医療等についての研修や啓発資料の提供等を行います。

保健所は、各種啓発資料を活用した地域の医療従事者向け講習会の開催や、感染症診査協議会の意見の伝達などにより、地域の医療機関の結核検査・診断技術向上のための取組を行います。

② 菌検査情報把握のための医療機関との連携（都、保健所）

都は、保健所が効果的に菌検査情報を把握できるよう、K-net 結核対策システムに菌検査情報を提供する医療機関の拡充を図ります。

保健所は、K-net 結核対策システムの活用や主治医への検査結果の確認、病院 DOTS 会議への積極的な参加等を通じて医療機関と連携し、組織的に管内における菌検査結果を把握できるように努めます。

取組（7）服薬支援の強化

結核の治療は長期間にわたることから治療の中断が生じやすいため、患者の生活環境に合わせた DOTS を実施することが重要です。また、LTBI の者についての治療完了率は低下傾向にあり、LTBI の者を含む全ての患者の治療を確実に完了させる体制の強化が必要です。

【具体的取組】

① 患者背景に応じた服薬支援の充実（都、保健所）

都は、DOTS 実施状況調査で得られた情報を毎年集計し、保健所等に還元するとともに、都の広域的な DOTS 対策に活用します。

また、「東京都 DOTS マニュアル」の内容を適宜改定し、支援事例の紹介や、LTBI 対応等に関する内容を充実させるとともに、コホート検討会指針を作成し、保健所のコホート分析・評価への支援を行います。

保健所は、LTBI の者を含め全ての患者に DOTS を行うとともに、患者を支える関係機関との積極的な調整や、服薬ノートの活用促進を図り、患者中心の DOTS を推進します。また、コホート検討会ではコホート分析、評価とあわせて、DOTS の実施方法及び患者支援の評価・見直しを行い、地域 DOTS の体制強化を図ります。さらに、学校や職域など地域の関係機関との連携強化を図ります。

② 患者情報の確実な把握と情報の共有（保健所）

治療中及び経過観察中の患者の所在地を定期的に把握します。また、転出があった場合には速やかに転出先保健所に情報を伝え、対応を確実に引き継ぎます。

③ 受診や治療継続に課題のある患者の支援（都、保健所）

外国出生結核患者に対しては、言葉のみならず文化や制度の違いから、結核治療の基本的な流れや内容、日本の医療体制についての情報提供や教育が欠かせません。都は、外国出生の結核患者及び LTBI

の者に向けた教育資料として、結核の基礎知識、医療機関の受診法、服薬の方法などの内容を多言語で説明する動画、服薬ノート等を活用し、普及啓発に努めます。また、受診や治療の継続に課題のある外国出生結核患者に対する東京都外国人治療・服薬支援員派遣事業や、住所不定者に対する DOTS の実施等により、ハイリスク者への支援を強化するとともに、服薬支援に携わる者を対象とした、支援技術のレベルアップを図る研修を実施します。

保健所は、個々の患者の治療完遂を目指し、患者の状況に応じた教育資料を選択して、療養支援を行うとともに、関係機関と連携し、東京都外国人治療・服薬支援員派遣事業などを用いて、外国出生結核患者の受診・治療に向けた支援を行います。

[4] 人材育成

結核対策において重要な位置を占める保健所等の職員は、専門知識を持って患者支援や関係機関との調整に当たるとともに、多様な事例に的確に対応できることが求められるため、結核に関する最新の正確な知識の提供と患者発生時の対応が円滑に行える人材を育成する必要があります。

取組（8）保健所等の職員の資質向上

保健所等の職員は、結核対策の最前線に立つ存在として患者管理や接触者健診などの業務を行っていますが、地域により患者の発生状況は大きく異なります。また、近年、外国出生者の結核発症が増加傾向にあること等、患者を取り巻く状況は大きく変化し、広域対応が必要な大規模な接触者健診事例も発生しており、こうした状況の変化等に的確に対応するため、職員の資質向上を進めて行く必要があります。

【具体的取組】

① 結核対策に関する研修の実施（都、保健所）

都は、結核対策に従事する保健所等の職員に対し、結核対策の動向、接触者健診、服薬支援、その他結核対策を進める上で必要となる多岐にわたるテーマについて、研修を実施します。また、接触者健診や患者支援が困難であった事例における対応等に関する情報を蓄積し、保健所に還元します。

保健所は、都及び結核研究所などの専門機関が実施する研修に職員を参加させるように努めるとともに、研修会資料や都から提供するデータ等を活用して、所内での研修を行うなどにより、担当職員の知識と技術の向上を図ります。

[5] 普及啓発

結核患者が徐々に減少する中で、結核に対する社会の認識は薄れ、問題意識も低くなりがちです。結核の症状は風邪に似ていることもあり、その発見が遅れることにより、企業、高齢者施設、日本語教育機関等で集団感染も発生しています。このため、都民や事業者、福祉・教育関係施設等への普及啓発を行っていく必要があります。

取組（ 9 ） 都民への普及啓発

結核は現在も多数の患者が発生している感染症であり、患者が結核にかかっていることに気付かず、集団感染につながる事例も発生していることから、都民に対し広く啓発を行う必要があります。また、まん延防止のための対策を取る際には、結核患者等が差別や偏見を受けることがないよう、都民等への正しい知識の普及を図ることが求められます。

【具体的取組】

① 普及啓発の実施（都、保健所）

都は、結核に対する注意喚起や正しい知識の普及のため、都民向けのリーフレットの配布や世界結核デー等における啓発活動を行っています。また、ホームページにおいて、都内の結核の発生状況や結核の知識、医療費助成制度等について情報提供するとともに、デインジャーグループに属する者の雇用主及び関係機関と連携し、平常時の健康管理や健診、結核対策について普及啓発を行っています。

保健所は、地域住民に対して講習会等を開催し、有症状時の早期受診を促します。また、リーフレット等による情報提供や、住民からの相談への対応を行うとともに、関係機関と連携し、平常時の健康管理や健診の実施の必要性について啓発を行います。

取組（ 10 ） 福祉施設・企業・教育機関への普及啓発

高齢者は、他の世代に比べり患率は高い一方で、呼吸器症状が見られない場合も多いため、高齢者の結核を早期に発見するためには、本人だけでなく、家族や在宅サービスの提供者を含む身近な関係者が結核に関する知識を持ち、高齢者の体調変化に注意することが重要です。

また、働き盛り世代から若年層においても、職場や学校での集団感染事例が報告されていることから、企業や教育機関を対象とした普及啓発も重要です。

【具体的取組】

① 普及啓発資料等の作成・配布（都）

都は、福祉施設や企業の労務管理者が、施設内や社内で結核患者が発生した場合の対応や、利用者

及び職員の健康管理を行う際に活用可能な資料を提供します。また、罹患率の高い高齢者層や高齢者施設を対象とした啓発資料により、有症状時の早期受診や施設における結核対策の必要性についての啓発を行います。

さらに、外国出生者が通学する日本語教育機関の学生等を対象として作成した、多言語による結核の基礎知識の解説などを盛り込んだ動画やリーフレットの配布により、各機関において適切な対応がとれるように支援します。

② 講習会の実施等（都、保健所）

都は、結核予防講演会の開催等を通じて、福祉施設や企業、教育機関の従事職員の意識の向上と、基本的な知識の普及を図っていきます。

保健所は、都が作成した啓発資料等を活用し、円滑かつ確実に健診や患者管理を行います。また、平時より施設等に結核に関する情報提供等を行い、患者の早期受診につなげます。

[6] 施設内（院内）感染の防止

医療機関、福祉施設等では、通常よりも抵抗力が低くなった患者や、高齢者、障害者が多数利用していることから、集団感染の発生に注意が必要なため、これらの施設での感染予防対策の強化に取り組む必要があります。

取組（１１）医療機関における取組の支援

病院等の医療機関においては、結核の既感染率が高い高齢者や、疾患等のために免疫が低下した患者を診療する機会も多いため、院内感染が発生するリスクが高く、また、医療従事者は患者の診療を通じて結核に感染するリスクが高いグループであることから、対策の強化が必要です。

【具体的取組】

① 医療機関への支援（都、保健所）

都は、院内感染対策や患者発生時の対応について医療従事者が正しい知識を持ち、日頃の業務に携わることができるよう、平成 26 年度に作成した「医療機関における結核対策の手引」の配布や、研修会を開催することなどにより支援します。また、保健所が探知した院内感染事例の情報を共有し、必要に応じ、実地疫学調査チーム（TEIT）を派遣し、保健所を支援します。

保健所は、平時から管内医療機関の院内感染防止体制の把握に努めるとともに、医療機関の感染症対策部門とも連携して、医療機関内の対策を支援します。

取組（１２）施設等における取組の支援

近年において、集団感染の発生が最も多いのは企業の事業所であり、次いで学校、医療機関、福祉施設となっています。医療機関以外では医療従事者など専門的な知識を持った職員等の配置がない場合も多く、患者発生時に適切な対応がなされない例も見られることから、対策を強化する必要があります。

① 施設や事業者への支援（都、保健所）

都は、平成 26 年度に作成した「高齢者施設における結核対策の手引」の配布や、福祉施設、企業等の従事者を対象とした講習会等の開催により、施設等における結核対策を支援していきます。

保健所は、管内の福祉施設や事業所、学校等で結核の集団感染が発生した場合の説明会や対策会議の開催等の支援を行い、施設等の対応を継続します。

4 重点事項

都は、人口が集中する大都市であり、近年国際化が進行しています。こうした都の地域特性と近年における都内の結核発生動向等を踏まえ、プラン 2018 においては、次項に掲げる目標の達成に向け、特に重点的に取り組むべき事項を外国出生結核患者対策、高齢者結核対策、潜在性結核感染症の者への支援の3点とし、取組を進めていきます。

各分野における取組の中で、重点的に取組を進める事項は以下のとおりです。

重点事項

(1) 外国出生結核患者対策

<関係する取組>

- 取組(3) ③ 多言語による問診票の作成等
- 取組(7) ③ 外国出生結核患者への服薬支援
- 取組(8) ① 外国出生結核患者への対応力の向上
- 取組(10) ① 日本語教育機関における取組支援

(2) 高齢者結核対策

<関係する取組>

- 取組(3) ① 定期健診受診に関する普及啓発
- 取組(10) ① 高齢者向け普及啓発
- 取組(10) ② 高齢者施設向け普及啓発
- 取組(11) ① 医療機関における集団感染対策
- 取組(12) ① 高齢者施設における集団感染対策

(3) 潜在性結核感染症対策

- 取組(4) ② 接触者健診によるLTBI発見
- 取組(6) ① LTBI医療に関する研修
- 取組(7) ① LTBIの者へのDOTS推進

5 目標の設定

目標値については、都の状況を踏まえ以下のとおり設定します。

(1) 目標1 (り患率)

都のり患率は全国平均よりも高くなっていますが、現在の都内の状況からは、国と同等の目標値を比較的短い期間で達成することは難しく、長期的な取組が必要です。このため、都の目標値については、平成 27 年からの国のり患率と同程度の減少（約 30%）を目指し、り患率 12 以下の達成を目標とします。

また、地域により結核のり患率は異なることから、各保健所においては平成 27 年の管轄地域のり患率からの 30%減を目標とします。

(2) 目標2 (BCG 接種率)

都全体では国の予防指針で定める目標を達成していますが、区市町村ごとではばらつきが大きく、国の目標を下回る区市町村も散見されています。小児結核を予防する上で高い接種率を維持することは重要であることから、引き続きプラン 2012 と同じ目標値（99%以上）とします。

(3) 目標3・4・5・6 (DOTS 実施率等)

国の予防指針で定める目標を都においても目標値とします。

(4) 目標7・8・9 (都独自の指標)

都独自の指標のうち、培養検査結果の把握割合以外の目標値は達成していませんが、いずれも指標は改善傾向にあり、引き続きプラン 2012 と同じ目標とします。

都、保健所及び区市町村が平成 32 年（2020 年）までに達成すべき目標値は、下表のとおりとします。

表 プラン 2018 における目標

目標	項目	国目標値	都目標値	保健所目標値	区市町村目標値
国 設 定	1 り患率（人口 10 万対）	10 以下	12 以下	管轄地域り患率 から 30%減	－
	2 BCG 接種率	95%以上	99%以上	－	99%以上
	3 全結核患者 DOTS 実施率 ※ 1	95%以上	95%以上	95%以上	－
	4 潜在性結核感染症 DOTS 実施率 ※ 2	95%以上	95%以上	95%以上	－
	5 肺結核患者の治療失敗・脱落率	5%以下	5%以下	5%以下	－
	6 潜在性結核感染症治療完了割合 ※ 3	85%以上	85%以上	85%以上	－
都 独 自	7 塗抹陽性コホート判定不能割合 ※4	－	5%以下	5%以下	－
	8 培養検査結果把握割合 ※5	－	95%以上	95%以上	－
	9 薬剤感受性検査結果把握割合 ※6	－	95%以上	95%以上	－

(注)

※ 1 全結核患者に対する DOTS 実施率

※ 2 潜在性結核感染症の者に対する DOTS 実施率

※ 3 潜在性結核感染症治療開始者のうち治療完了者の割合

※ 4 喀痰塗抹陽性の新規登録肺結核患者(再治療を除く。)のうち、コホート判定の結果が判定不能である者の割合

※ 5 保健所における培養検査結果の把握割合

※ 6 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

<参考>

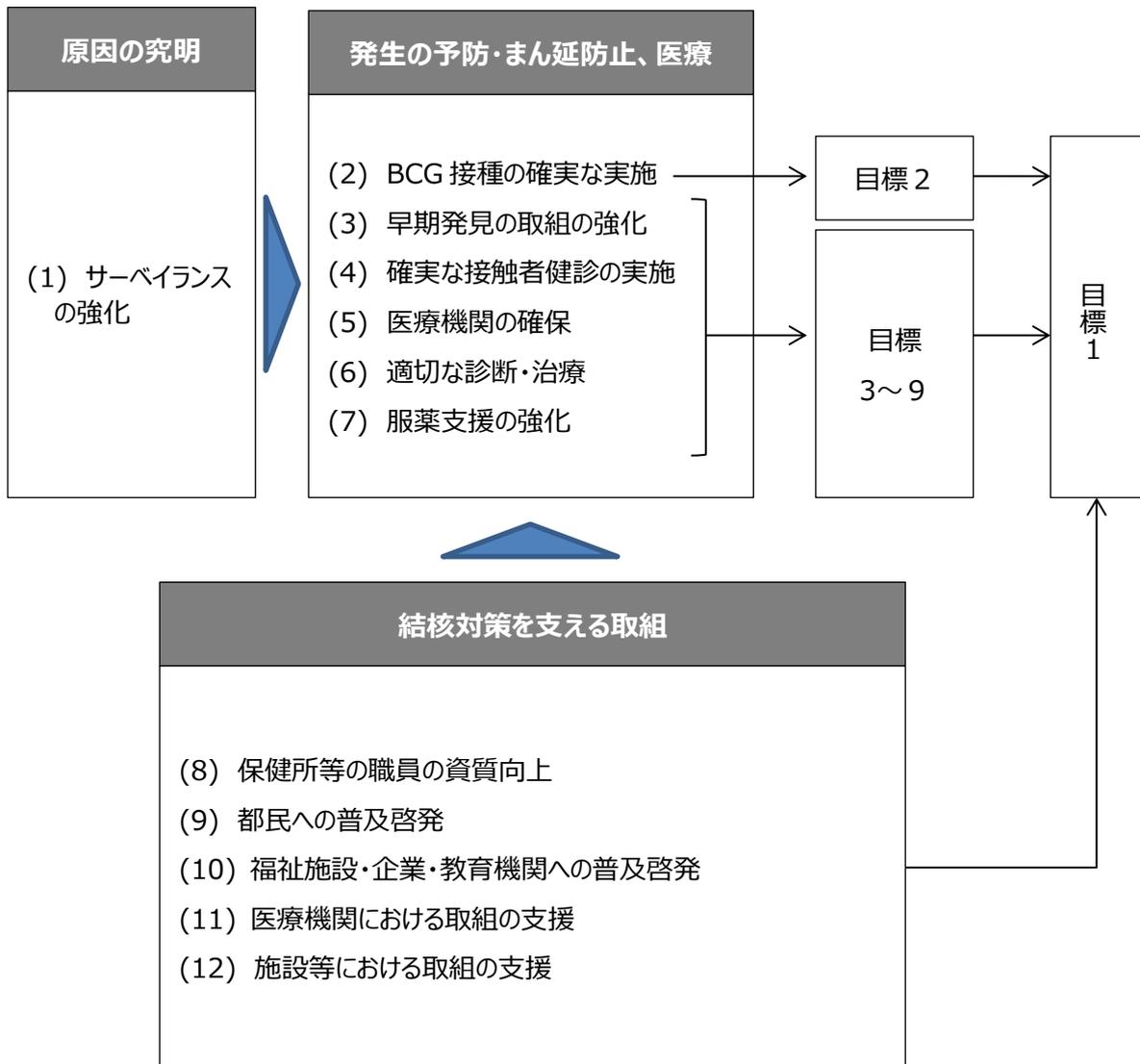
結核に関する特定感染症予防指針（平成 28 年 11 月改正）

新たな指針では、平成 32 年までに達成すべき目標が示されています。

[平成 32 年(2020 年)までの数値目標]

- BCG 接種率 95%以上
- 人口 10 万人対り患率 10 以下
- 全結核患者に対する DOTS 実施率 95%以上
- 潜在性結核患者の者に対する DOTS 実施率 95%以上
- 肺結核患者の治療失敗・脱落率 5%以下
- 潜在性結核感染症治療開始者のうち治療完了者の割合 85%以上

＜参考＞ 各分野の取組と目標値の関係



6 対策の評価と計画の推進

- PDCA サイクルにより、対策の評価検討を行うとともに、国の予防指針の内容に照らして対策の内容等を見直すこととします。
- 目標の達成状況の評価や、計画の推進方策の検討については、「東京都結核対策技術委員会」において専門家や関係者の意見を聞きながら進めていきます。
- 都は、目標の達成状況や関係者の取組状況について、保健所や区市町村、地域の関係機関に情報提供し、取組の推進を図ります。
- 保健所、区市町村は、自らの取組を評価し、また、都から提供される情報を活用して、結核対策を推進します。

用語集

	用語	解説	備考
あ	インターフェロ ンγ遊離試験 (IGRA)	採取した末梢血ないし末梢血中のリンパ球を結核菌特異抗原で刺激し、放出されるインターフェロ ンγを検知することで、結核菌感染を診断する検査。現在実用化されているものにクオンティフェロン-TB 第三世代と T-Spot-TB がある。前者は血漿中のインターフェロ ンγを ELISA 原理で定量し、後者はインターフェロ ンγを放出するリンパ球を ELISPOT で染め出してそのリンパ球数によって、それぞれ判定する。	新 結核用語辞典 日 本結核病学会用語委員 会編 抜粋
か	喀痰塗抹陽性結 核患者	結核患者のうち、喀痰の塗抹検査（スライドガラスで塗りつけ顕微鏡で見る検査）で、結核を含む抗酸菌が見つかった患者。感染性が高いと判断する。	
	管針法	我が国独自の BCG ワクチンの経皮接種法であり、1967 年から本法が施行されている。管針は太さ 0.3 mm の細針 9 本を 5 mm 間隔で垂直に固定した内径 17.5 mm のプラスチック製の円筒で、ワクチンを接種部位の皮膚に塗り広げたのち、その上から管針を 2 か所強く押し付けることにより、適切な深さの皮内に BCG が接種される。	新 結核用語辞典 日 本結核病学会用語委員 会編 抜粋
	既感染率	ある時点において、ある人口集団の中でそれまでに感染を受けた人の割合。	新結核用語辞典 日本 結核病学会・用語委員 会編 抜粋
	結核患者収容モ デル事業	結核患者の高齢化等に伴って複雑化する、高度な合併症を有する結核患者又は入院を要する精神障害者である結核患者に対して、医療上の必要性から、一般病床又は精神病床において収容治療するためのより適切な基準を作成するためにモデル事業として平成 4 年度から実施。	
	コホート判定	コホートとは、疫学における一定の観察集団のこと。コホート判定とは、同じ年に新規登録された患者の治療開始から終了までの治療経過を菌検査結果等により評価し、治療完了の確認や治療効果（成功、失敗）を判定すること。	
	コッホ現象	結核菌を発見したドイツの細菌学者ロベルト・コッホ〔Robert Koch(1843-1910)〕が見いだした現象である。結核既感染者に BCG を接種した場合は、未感染者と場合に比べて、局所反応が速やかでかつ強度に出現し、治癒も早いことを指す。結核未感染者に BCG 接種した場合には、接種局所の反応は接種後概ね 3-5 週間に生じるのに対し、結核既感染者では大半が数日以内に強い局所反応が生じる。乳児に BCG 接種後にコッホ現象が見られた場合には、すでに結核に感染していることを疑い、結核感染および結核症に関する検査を受けて、必要な対応を取るべきである。	新結核用語辞典 結核 研究所ホームページ委 員会編 抜粋

	用語	解説	備考
さ	サーベイランス	疾患に関する様々な情報を収集して、状況を監視すること。	
	実地疫学調査チーム (TEIT)	東京都健康安全研究センターに設置する医師・保健師の専門職を中心に構成したチーム。大規模感染症事例が都内で発生した際の保健所による調査を支援する。	
	集団感染	同一の感染源（結核患者）が、2家族以上にまたがり、20人以上に結核を感染させた場合。	新結核用語辞典 日本結核病学会・用語委員会編 抜粋
	小児結核	小児、乳幼児では、①年長児・成人に比して結核に感染したのち、発病に至る頻度が高い、②感染後発病に至るまでの期間が短い、さらに、③発病後は早期に血行性、リンパ行性に進展・拡大しやすく、粟粒結核や結核性髄膜炎などの重症結核に至る、などの特徴を有する。周囲への感染源となるケースは稀であるが、中学生では診断時に排菌が確認され、学校等における感染拡大が確認される例もみられる。	
	接触者健診	結核患者が発生した場合、患者から感染を受けた人を発見し、またその患者の感染源を追及するために患者の周囲にいる者に対して行われる健診。	新結核用語辞典 日本結核病学会・用語委員会編、結核研究所ホームページ委員会一部改変抜粋
	潜在性結核感染症 (LTBI)	結核菌に感染はしているが、症状や所見はなく、他者へ感染させる恐れが全くない状態。最近の感染が疑われる場合や発病リスクが高い場合などには、発病予防のために抗結核薬の内服を行う。	
た	多剤耐性結核 (菌)	少なくとも INH (イソニコチン酸ヒドラジド)、RFP (リファンピシン) の両薬剤に対して耐性を示す結核菌。MDR。	新結核用語辞典 日本結核病学会・用語委員会編 抜粋
	超多剤耐性結核 (菌)	多剤耐性 (INH 及び RFP の両剤に耐性) に加えてフルオロキノロン薬のいずれかと注射二次薬 (カプレオマイシン、アミカシン、カナマイシン) の少なくともひとつに耐性をもつ結核菌。XDR。	新結核用語辞典 日本結核病学会・用語委員会編 抜粋
	ツベルクリン	ツベルクリン反応を惹起する抗原物質のこと。現在は活性を有するタンパク (PPD) が精製され、広くツベルクリン検査に用いられるようになった。	新結核用語辞典 日本結核病学会・用語委員会編、結核研究所ホームページ委員会一部改変抜粋
	ツベルクリン反応検査	ツベルクリンを皮内注射すると、その局所に 48 時間をピークとして出現してくる発赤・硬結を主体とする皮膚反応である。わが国では一般診断用の PPD0.05µg (約 3TU) による反応の長径が 10 mm 以上のものを陽性と判定することになっている。	新結核用語辞典 日本結核病学会・用語委員会編、結核研究所ホームページ委員会一部改変抜粋
	デインジャーグループ	結核発病の危険は特に高くないが、発病した場合には周囲の多くの人々に感染させるおそれが高いグループをさす。学校の教職員、医師、保健関係者、接客業者、などがこれに属する。	新結核用語辞典 日本結核病学会・用語委員会編 抜粋

	用語	解説	備考
は	ハイリスク者・ハイリスク集団	結核発病のおそれが高い者をいう。X線有所見で化学療法歴のない者、糖尿病やじん肺症をもつ者、腎透析、免疫抑制剤使用、アルコール中毒、胃切除、副腎皮質ホルモン剤長期使用者、あるいは抗癌剤を使用している者などがハイリスク者とされている。また、結核発症の危険性が高いとされる幾つかの特定の集団が存在し、ハイリスク集団と呼ばれている。具体的にはハイリスクグループとしては、高齢者及び路上生活者を含む生活困窮者や外国人などの社会的弱者が挙げられる。	新結核用語辞典 日本結核病学会・用語委員会編
	培養検査	結核菌の証明のために行う検査の一つである。臨床材料を培地に接種し、適当な環境下においてその中にある結核菌を増殖させ、これを検出する。判定までに4~6週かかる。	新結核用語辞典 日本結核病学会・用語委員会編 一部改変
	標準治療	イソニコチン酸ヒドラジド (INH)、リファンピシン (RFP) に、エタンブトール (EB) 又はストレプトマイシン (SM)、ピラジナミド (PZA) の4剤で2ヶ月治療した後、INH、RFPの2剤で4ヶ月、計6か月の治療を行うこと。肝障害があるなど、PZAが使用できない場合は、PZAを除いた3剤での治療が標準治療となる。	
	服薬ノート	患者、医療機関、保健所、薬局等のDOTS支援者などが、服薬支援のための情報を共有し、治療完遂を目指すためのツール。	
	分子疫学調査	結核の院内感染や集団発生が疑われる場合などで、結核患者から分離した結核菌の遺伝子を増幅し菌が同一であるか否かにより感染源を調べる方法。	新結核用語辞典 日本結核病学会・用語委員会編 一部改変
や	薬剤感受性検査	抗菌薬に対する結核菌の感受性を調べる試験である。培養検査が陽性の場合、引き続き薬剤感受性検査を実施する。	
ら	り患率	一年間に発病した結核患者数を人口10万対で表したものの。	新結核用語辞典 日本結核病学会・用語委員会編 一部改変
B	BCG	Bacille de Calmette-Guérinの略。カルメット (Calmette) とグラン (Guérin) によって作られた弱毒化ウシ型抗酸菌で、結核予防ワクチンとして広く世界的に用いられている。	新結核用語辞典 日本結核病学会・用語委員会編 一部改変
D	DOTS	直接服薬確認療法 (Directly Observed Treatment Short course) という。WHOが打ち出した結核対策戦略であり、1)政府が結核を重要課題と認識し適切なリーダーシップをとること、2)菌検査による診断、経過観察の推進、3)結核患者が薬を飲み忘れないよう医療従事者の前で内服すること、4)薬の安定供給、5)菌検査結果の記録サーベイランスの五つの主要要素からなる。わが国ではこれを改編した日本版DOTSが広く行われている。	新結核用語辞典 日本結核病学会・用語委員会編 一部改変

	用語	解説	出典
H	HIV	ヒト免疫不全ウイルス (Human Immunodeficiency Virus) の略。HIV によって体の免疫力が壊され、通常は病気を起こさないような弱い病原体に感染して様々な症状が出た状態を、後天性免疫不全症候群 (AIDS、エイズ) という。HIV に感染していると結核を発病しやすいことも知られている。	
I	IGRA	インターフェロン γ 遊離試験(IGRA)参照	
L	LTBI	潜在性結核感染症 (LTBI) 参照	
N	NESID	National Epidemiological Surveillance of Infectious Disease の略称であり、国の感染症サーベイランスシステムで、感染症法に基づき、医療機関から届出等された内容については、各保健所にて NESID へ入力を行い、その情報が、都道府県を經由して国に集約され、集計・還元が行われる。	
Q	QFT	インターフェロン γ 遊離試験(IGRA)参照	
T	T-Spot	インターフェロン γ 遊離試験(IGRA)参照	

資料

東京都結核対策技術委員会設置要綱

19 福保健感第395号
平成19年10月15日制定

改正 22 福保健感第738号
平成22年12月15日

(設置)

第1 東京都、特別区及び市町村の結核対策に係る技術的事項の統一化を図ることにより、東京都において、一体的な結核対策を推進することを目的として、東京都結核対策技術委員会（以下「委員会」という。）を設置する。

(所掌事項)

第2 委員会は、次に掲げる事項を所掌する。

- (1) 結核対策に資するガイドライン等の作成及び提示に関すること。
- (2) 東京都、特別区及び市町村が目指す結核対策に関する目標や評価に用いる指標の統一に関すること。
- (3) 結核対策の現状や評価に関すること。
- (4) その他結核対策上必要な事項に関する検討等を行うこと。

(構成)

第3 委員は、東京都、特別区及び市町村の結核対策の担当者並びに結核に関する有識者により構成する。

(委員の任期等)

第4 委員の任期は、2年を上限とし、補欠委員の任期は、前任者の残存期間とする。但し、再任を妨げない。

(委員長、副委員長)

第5 委員会に、委員長及び副委員長を置く。

- 2 委員長は、健康安全研究センター所長が務め、副委員長は、委員長が指名する。
- 3 委員長は、委員会の会務を総理する。
- 4 副委員長は、委員長を補佐し、委員長に事故があるときは、その職務を代理する。

(招集等)

第6 委員会は、委員長が招集する。

- 2 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。

(専門部会)

第7 委員長は、専門的事項の検討等を行うため、委員会に専門部会を置くことができる。

- 2 専門部会は、委員長が指名する委員で構成する。
- 3 専門部会に、部会長及び副部会長を置く。
- 4 部会長は、委員長が指名し、副部会長は、部会長が指名する。
- 5 部会長は、専門部会の会務を総理し、専門部会での検討等の経過及び結果を委員会に報告する。
- 6 副部会長は、部会長を補佐し、部会長に事故があるときは、その職務を代理する。
- 7 部会長は、専門部会の中に、ワーキンググループを設置することができる。
- 8 部会長は、ワーキンググループの決定をもって、専門部会の決定とすることができる。
- 9 緊急その他やむを得ない場合において委員会を開催するいとまがないときは、委員長は、専門部会の決定等を委員会の決定等とすることができる。この場合、委員長は決定等の内容を速やかに委員会に報告するものとする。

(庶務)

第8 委員会及び専門部会の庶務は、福祉保健局健康安全部感染症対策課において処理する。

(補足)

第9 この要綱に定めるもののほか、委員会の運営に関し必要な事項は、委員長が別に定める。

附 則

この要綱は、平成19年10月15日より施行する。

附 則

この要綱は、平成22年12月15日より施行する。

東京都結核対策技術委員会名簿

区分	役職	委員	所属
有識者		鳥居 明	公益社団法人東京都医師会理事（平成 29 年 3 月 31 日まで）
		川上 一恵	公益社団法人東京都医師会理事（平成 29 年 4 月 1 日から）
		松本 有右	公益社団法人東京都薬剤師会常務理事
		藤田 明	公益財団法人東京都保健医療公社多摩南部地域病院副院長
		加藤 誠也	公益財団法人結核予防会結核研究所所長
		高崎 仁	国立研究開発法人国立国際医療研究センター病院呼吸器内科医師
特別区	○	石原美千代	北区保健所長
市町村		横塚 友子	立川市保健医療担当部長
東京都	◎	大井 洋	東京都健康安全研究センター所長
		木村 博子	東京都西多摩保健所長（平成 29 年 3 月 31 日まで）
		小竹 桃子	東京都南多摩保健所長（平成 29 年 4 月 1 日から）
		矢内真理子	東京都福祉保健局感染症危機管理担当部長 （平成 29 年 3 月 31 日まで）
		吉田 道彦	東京都福祉保健局感染症危機管理担当部長 （平成 29 年 4 月 1 日から）

◎：委員長、○：副委員長

東京都結核対策技術委員会専門部会委員名簿

区分	役職	委員	所属
有識者		藤田 明	公益財団法人東京都保健医療公社多摩南部地域病院副院長
		加藤 誠也	公益財団法人結核予防会結核研究所所長
		永田 容子	公益財団法人結核予防会結核研究所対策支援部副部長 兼 保健看護科長
		高崎 仁	国立研究開発法人国立国際医療研究センター病院呼吸器内科 医師

区分	役職	委員	所属
特別区		渡部 ゆう	新宿保健所保健予防課長（平成29年3月31日まで）
		高木 明子	北区保健所保健予防課長（平成29年4月1日から）
		森 裕子	荒川区保健所保健予防課感染症予防担当係長
		高橋 千香	北区保健所保健予防課長（平成29年3月31日まで） 大田区保健所保健予防課長（平成29年4月1日から）
		村田 敦子	大田区保健所感染症対策課感染症対策担当係長 （平成29年3月31日まで）
		和智由里子	世田谷保健所感染症対策課保健相談係長 （平成29年4月1日から）
市町村		長嶺 路子	世田谷区保健所感染症対策課長（平成29年3月31日まで）
		水口 都季	中野区保健所保健予防担当課長（平成29年4月1日から）
東京都		堀江 祥生	国立市健康福祉部予防・健康担当部長
		本川 裕子	調布市福祉健康部健康推進課健康支援係 （平成29年3月31日まで）
		鵜籠 千恵	調布市福祉健康部健康推進課健康支援係 （平成29年4月1日から）
	◎	杉下 由行	東京都福祉保健局健康安全部感染症対策課長
		日高津多子	東京都福祉保健局保健政策部地域保健推進担当課長 （平成29年3月31日まで）
		筒井智恵美	東京都福祉保健局保健政策部地域保健推進担当課長 （平成29年4月1日から）
		新開 敬行	東京都健康安全研究センター微生物部病原細菌研究科長 （平成29年3月31日まで）
		横山 敬子	東京都健康安全研究センター微生物部病原細菌研究科長 （平成29年4月1日から）
	○	村上邦仁子	東京都健康安全研究センター企画調整部疫学情報担当課長 （平成29年3月31日まで）
	○	石川 貴敏	東京都健康安全研究センター企画調整部疫学情報担当課長 （平成29年4月1日から）
		大石 修	東京都多摩立川保健所保健対策課長 （平成29年3月31日まで）
		吉川 秀夫	東京都多摩立川保健所保健対策課長 （平成29年4月1日から）
	明石真理子	東京都西多摩保健所保健対策課課長代理 （感染症対策推進担当）	

◎：部会長、○：副部会長

東京都結核予防推進プラン改定検討経過

東京都結核対策技術委員会

開催日時	会議名	審議事項
平成 28 年 11 月 11 日	平成 28 年度 第 1 回結核対策技術委員会 (第 1 回専門部会と合同)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 専門部会の設置 ・ 平成 26 年度の検討状況について ・ 東京都における結核の現状 ・ 東京都結核予防推進プランの達成状況 ・ 東京都結核予防推進プランの改定について
平成 29 年 3 月 29 日	平成 28 年度 第 2 回専門部会	<ul style="list-style-type: none"> ・ 東京都結核予防推進プランの改定について ・ 推進プラン 2017（仮称）における指標について
平成 29 年 7 月 24 日	平成 29 年度 第 1 回結核対策技術委員会	<ul style="list-style-type: none"> ・ 東京都結核予防推進プランの改定の進捗状況について ・ 専門部会の設置について

結核に関する特定感染症予防指針

第一次の本指針は、結核予防法（昭和二十六年法律第九十六号）に基づき、平成十六年に策定された。結核予防法が平成十九年に感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成十年法律第百十四号。以下「法」という。）に統合され、平成二十三年に本指針が改正されて以来、五年余りが経過した。

我が国における結核患者数は減少傾向にあり、人口十万人対罹患率（以下「罹患率」という。）は、平成二十七年には十四・四となり、世界保健機関の定義する罹患率十以下の低まん延国となることも視野に入ってきた。特に小児結核対策においては、BCG接種の実施が著しい効果をもたらしている。しかしながら、平成二十七年の結核患者数は約一万八千人となっており、依然として結核が我が国における最大の慢性感染症であることに変わりはない。

また、り患の中心は高齢者であること、結核患者が都市部で多く生じていること、結核発症の危険性が高いとされる幾つかの特定の集団（以下「ハイリスクグループ」という。）が存在すること等が明らかとなっている。

こうした状況を踏まえ、結核の予防及びまん延の防止、健康診断及び患者に対する良質かつ適切な医療の提供、結核に関する研究の推進、人材の育成並びに知識の普及啓発を総合的に推進し、国と地方公共団体及び地方公共団体相互の連携を図り、結核対策の再構築を図る必要がある。また、平成二十六年に世界保健機関は結核終息戦略を発表し、低まん延国はもとより、日本を含めた低まん延国に近づく国に対しても、根絶を目指した対策を進めるよう求めている。

本指針はこのような認識の下に、予防のための総合的な施策を推進する必要がある結核について、国、地方公共団体、関係団体等が連携して取り組むべき課題に対し、取組の方向性を示すことを目的とする。低まん延国化に向けては、従前行ってきた総合的な取組を徹底していくことが極めて重要であり、その取組の中で、病原体サーベイランス体制の構築、患者中心の直接服薬確認療法（以下「DOTS」という。）の推進及び無症状病原体保有者のうち治療を要する者（以下「潜在性結核感染症の者」という。）に対する確実な治療等の取組を更に進めていく必要がある。

本指針に示す取組を具体化するため、国及び地方公共団体は相互に連携して取り組むとともに、必要な財源を確保するよう努めるものとする。

本指針については、本指針において掲げられた施策及びその目標値の達成状況、結核発生動向等状況の定期的な検証及び評価等を踏まえ、少なくとも五年ごとに再検討を加え、必要があると認めるときは、これを変更するものとする。

第一 原因の究明

一 基本的考え方

国並びに都道府県、保健所を設置する市及び特別区（以下「都道府県等」という。）においては、結核に関する情報の収集及び分析並びに公表を進めるとともに、海外の結核発生情報の収集については、関係機関との連携の下に進めていくことが重要である。

二 結核発生動向調査の体制等の充実強化

結核の発生状況は、法に基づく届出や入院報告、医療費公費負担申請等の結核登録者情報を基にした発生動向調査（以下「患者発生サーベイランス」という。）等により把握されている。とりわけ患者発生サーベイランスは、結核のまん延状況の情報のほか、発見方法、発見の遅れ、診断の質、治療の内容や成功率、入院期間等の結核対策の評価に関する重要な情報を含むものであるため、都道府県等は、地方結核・感染症サーベイランス委員会の定期的な開催や患者発生サーベイランスのデータ処理に従事する職員の研修等を通じて、情報の確実な把握及び処理その他精度の向上に更に努める必要がある。

また、国及び都道府県等は、薬剤感受性検査及び分子疫学的手法からなる病原体サーベイランスの構築に努める必要がある。都道府県等は、結核菌が分離された全ての結核患者について、その検体又は病原体を確保し、結核菌を収集するよう努め、その検査結果を法第十五条の規定に基づく積極的疫学調査に活用するほか、発生動向の把握及び分析並びに対策の評価に用いるよう努めるものとする。

国は、分子疫学的手法の研究を進めるとともに、その研究成果を踏まえつつ、検査及び疫学調査の手法の平準化並びに検査結果の集約及び結核菌の収集のあり方について検討を進めるものとする。国が行う結核菌の収集については、特に重要な多剤耐性結核患者の結核菌

を収集するための体制整備を当面の目標とする。

なお、患者発生サーベイランス及び病原体サーベイランスを実施するに当たっては、個人情報情報の取扱いに十分な配慮が必要である。

第二 発生の予防及びまん延の防止

一 基本的考え方

- 1 結核予防対策においては、感染症の予防の総合的な推進を図るための基本的な指針（平成十一年厚生省告示第百十五号。以下「基本指針」という。）第一の一に定める事前対応型行政の体制の下、国及び地方公共団体が具体的な結核対策を企画、立案、実施及び評価していくことが重要である。
- 2 結核の発生の予防、早期発見及びまん延の防止の観点から、咳（せき）、喀痰（かくたん）、微熱等の有症状時の早期受診を国民に対して勧奨すること及び結核以外の疾患で受診している高齢者やハイリスクグループの患者については、結核に感染している可能性があることについて、医療従事者に対して周知することが重要である。

二 法第五十三条の二の規定に基づく定期の健康診断

- 1 結核を取り巻く状況の変化により、現在、定期の健康診断によって結核患者が発見される割合は大幅に低下しており、定期の健康診断については、特定の集団に限定して効率的に実施することが重要である。このため、高齢者、ハイリスクグループ、発症すると二次感染を生じやすい職業（デインジャーグループ）等の定期の健康診断の実施が有効かつ合理的であると認められる者については、その受診率の向上を図ることとする。
- 2 高齢者については、結核発症のハイリスク因子を念頭に置いて胸部エックス線の比較読影を行う等により健康診断を効果的に実施できるよう、必要に応じて、主治医等に健康診断を委託する等の工夫が重要である。また、法第五十三条の二第一項及び第三項の規定に基づく結核に係る定期の健康診断において、六十五歳以上の患者発見率、既感染率及び罹患率は近年低下傾向にあることを踏まえ、国は、必要に応じて定期の健康診断のあり方を検討するものとする。
- 3 学校、社会福祉施設等の従事者に対する健康診断が義務付けられている施設のみならず、学習塾等の集団感染を防止する要請の高い事業所の従事者に対しても、有症状時の早期受診の勧奨及び必要に応じた定期の健康診断の実施等の施設内感染対策を講ずるよう地方公共団体が周知等を行うこととする。また、精神科病院を始めとする病院、老人保健施設等（以下「病院等」という。）の医学的管理下にある施設に収容されている者に対しても、施設の管理者は必要に応じた健康診断を実施することが適当である。
- 4 基本指針に則して都道府県が策定する予防計画の中に、市町村の意見を踏まえ、罹患率等の地域の実情に応じ、定期の健康診断の対象者について定めることが重要である。
- 5 市町村は、医療を受けていないじん肺患者等に対しては、結核発症のリスクに関する普及啓発とともに、健康診断の受診や有症状時の早期受診の勧奨に努めるべきである。
- 6 結核の高まん延地域を管轄する市町村は、その実情に即して当該地域において結核の発症率が高い住民層（例えば、住所不定者、職場での健康管理が十分とはいえない労働者、結核がまん延している国若しくは地域の出身者又はその国若しくは地域に居住したことがある者（以下「高まん延国出身者等」という。））等が想定される。）に対する定期の健康診断その他の結核対策を総合的に講ずる必要がある。結核に係る健康診断の目的は結核患者を発見することであり、実施状況を踏まえ、結核患者が発見されない等の場合は、対象者の設定の適否、受診勧奨の方法等を地域ごとに十分に検証することが重要である。
- 7 高まん延国出身者等の結核患者の発生が多い地域においては、保健所等の窓口到我が国の結核対策をその国の言語で説明したパンフレットを備えておく等の取組を行うことが重要である。また、地域における高まん延国出身者等の結核の発生動向に照らし、市町村が特に必要と認める場合には、高まん延国出身者等に対する定期の健康診断を実施する等、特別の配慮が必要である。その際、人権の保護には十分に配慮すべきである。

三 法第十七条の規定に基づく結核に係る健康診断

- 1 結核患者の発生に際しては、都道府県知事、保健所を設置する市の長及び特別区の長（以下「都道府県知事等」という。）は、法第十七条第一項及び第二項の規定に基づく健康診断の対象者を適切に選定し、必要かつ合理的な範囲で積極的かつ的確に実施することが望ましい。
- 2 都道府県知事等が法第十七条第一項及び第二項の規定に基づく結核に係る健康診断を行う場合にあつては、健康診断を実施することとなる保健所等の機関において、法第十五条第一項の規定に基づく積極的疫学調査として、関係者の理解と協力を得つつ、関係機

関と密接な連携を図ることにより、感染源及び感染経路の究明を迅速に進めていくことが重要である。この際、特に集団感染につながる可能性のある初発患者の発生に際しては、綿密で積極的な対応が必要である。また、感染の場が複数の都道府県等にわたる場合は、関係する都道府県等間又は保健所間の密接な連携の下、健康診断の対象者を適切に選定する必要がある。

- 3 都道府県知事等は、集団感染が判明した場合には、国への報告とともに、法第十六条の規定に基づき、住民及び医療従事者に対する注意喚起を目的として、まん延を防止するために必要な範囲で積極的に情報を公表するものとする。その際には、個人情報の取扱いに十分配慮をしつつ、個々の事例ごとに具体的な公表範囲を検討すべきである。また、結核患者等への誤解や偏見の防止のため、結核に関する正確な情報についても併せて提供することが必要である。
- 4 法第十七条第一項及び第二項の規定に基づく健康診断に当たっては、必要かつ合理的な範囲において対象を広げるほか、結核菌特異的インターフェロン-γ産生能検査（IGRA）及び分子疫学的手法を積極的に活用することが重要である。特に、分子疫学的手法が対象者の正確な捕捉に資すること及びその広域的な実施により集団感染を早期に把握できることから、分子疫学的手法の活用を積極的に図ることとする。

四 BCG接種

- 1 予防接種は、感染源対策、感染経路対策及び感受性対策からなる感染症予防対策の中で、主として感受性対策を受け持つ重要なものである。我が国の乳児期における高いBCG接種率は、小児結核の減少に大きく寄与していると考えられるため、結核対策においても、BCG接種に関する正しい知識の普及を進め、接種の意義について国民の理解を得るとともに、予防接種法（昭和二十三年法律第六十八号）に基づき、市町村においては、引き続き、適切に実施することが重要である。
- 2 市町村は、定期のBCG接種を行うに当たっては、地域の医師会や近隣の市町村等と十分な連携の下、乳児健康診断との同時実施、個別接種の推進、近隣の市町村の住民への接種の場所の提供その他対象者が接種を円滑に受けられるような環境の確保を地域の実情に即して行い、もってBCGの接種対象年齢における接種率の目標値を九十五パーセント以上とする。
- 3 BCGを接種して数日後、被接種者が結核に感染している場合には、一過性の局所反応であるコッホ現象を来すことがある。コッホ現象が出現した際には、市町村にその旨を報告するように市町村等が周知するとともに、市町村から保健所に必要な情報提供をすることが望ましい。また、医療機関の受診を勧奨する等当該被接種者が必要な検査等を受けられるようにすることが適当である。被接種者が適切な対応を受けられるよう、コッホ現象が発現した際の適切な対応方法を医療従事者に周知するとともに、住民に対してもコッホ現象に関する正確な情報を提供する必要がある。
- 4 国においては、予防接種に用いるBCGについて、円滑な供給が確保されるよう努めることが重要である。

第三 医療の提供

一 基本的考え方

- 1 結核患者に対して、早期に適切な医療を提供し、疾患を治癒させ、周囲への結核のまん延を防止する。また、罹患率が順調に低下している中で、低まん延国化に向けて、潜在性結核感染症の者に対して確実に治療を行っていくことが、将来の結核患者を減らすために重要である。
- 2 結核患者の多くは高齢者であり、高齢者は身体合併症及び精神疾患を有する者が多いことから、結核に係る治療に加えて合併症に係る治療も含めた複合的な治療を必要とする場合があるため、治療形態が多様化している。また、結核患者数の減少により、結核病床の病床利用率が低下し、結核病棟の維持が困難となり、医療アクセスの悪化している地域がある。そのため、患者を中心とした医療提供に向けて、病床単位で必要な結核病床を確保すること、結核病床及びその他の病床を一つの看護単位として治療を行うこと等により医療提供体制の確保に努める必要がある。
- 3 医療提供体制の確保に当たっては、都道府県域では、標準治療のほか、多剤耐性結核や管理が複雑な結核の治療を担う中核的な病院を確保すること、地域ごとに合併症治療を主に担う基幹病院を実情に応じて確保すること並びにそれらの中核的な病院及び基幹病院並びに結核病床を有する一般の医療機関が連携し、結核患者が身近な地域において個別の病態に応じた治療を受けられる地域医療連携体制を整備することが重要である。また、中核的な病院での対応が困難な結核患者を受け入れ、地域医療連携体制を支援する高度専門

- 施設を国内に確保することが重要である。国は、低まん延国化を達成した後の結核の医療提供体制のあり方について、検討するものとする。
- 4 重篤な合併症患者等については、結核病床を有する第二種感染症指定医療機関など、中核的な病院や基幹病院の一般病床等において結核治療が行われることがあることから、国の定める施設基準・診療機能の基準等に基づき、適切な医療提供体制を構築することとする。
 - 5 結核の治療に当たっては、適切な医療が提供されない場合、疾患の治癒が阻害されるのみならず、治療が困難な多剤耐性結核の発生に至る可能性がある。このため、適切な医療が提供されることは、公衆衛生上も極めて重要であり、結核に係る適切な医療について医療機関への周知を行う必要がある。
 - 6 医療現場においては、結核に係る医療は特殊なものではなく、まん延の防止を担保しながら一般の医療の延長線上で行われるべきであるとの認識の下、良質かつ適切な医療の提供が行われるべきである。このため、結核患者を診療する第二種感染症指定医療機関においては、結核患者に対して、特に法第十九条第一項及び第三項並びに第二十条第一項及び第二項の規定による入院の措置等（以下「入院措置等」という。）の必要な期間は、結核のまん延の防止のための院内感染予防措置を徹底した上で、患者の心理的負担にも配慮しつつ、中長期にわたる療養のために必要な環境の整備に努めるとともに、入院措置等の不要な結核患者に対しては、結核患者以外の患者と同様の療養環境において医療を提供するものとする。また、患者に対し確実な服薬を含めた療養方法及び他の患者等への感染防止の重要性について十分に説明し、理解及び同意を得て治療を行うことが重要である。
 - 7 医療機関においては、結核の合併率が高い疾患を有する患者等（後天性免疫不全症候群、じん肺及び糖尿病の患者、人工透析を受けている患者、免疫抑制剤使用下の患者等）の管理に際し、必要に応じて結核感染の有無を調べ、結核に感染している場合には、積極的な潜在性結核感染症の治療に努めることとし、結核を発症している場合には、結核に関する院内感染防止対策を講ずるよう努めなければならない。
 - 8 国民は、結核に関する正しい知識を持ち、その予防に必要な注意を払うとともに、特に有症状時には、適切な治療を受ける機会を逃すことがないように早期に医療機関を受診し、結核と診断された場合には治療を完遂するよう努めなければならない。また、結核の患者について、偏見や差別をもって患者の人権を損なわないようにしなければならない。

二 結核の治療を行う上での服薬確認の位置付け

- 1 世界保健機関は、平成二十六年に新たに採択した結核終息戦略においても、「統合された患者中心のケアと予防」の項に、DOTSを基本とした包括的な治療戦略（DOTS戦略）を引き継いでおり、我が国においても、日本版DOTS戦略として、確実な治療のため、潜在性結核感染症の者も含め結核患者を中心として、その生活環境に合わせて、服薬確認を軸とした患者支援、治療成績の評価等を含む包括的な結核対策を構築し、人権を尊重しながら、これを推進することとする。また、国は必要な抗結核薬を確保するよう努めていくものとする。
- 2 国及び地方公共団体が服薬確認を軸とした患者中心の支援を全国的に普及・推進していくに当たって、先進的な地域における取組も参考にしつつ、DOTSの実施状況等について検討するDOTSカンファレンスや患者が治療を完遂したかどうか等について評価するコホート検討会の充実、地域連携パスの導入など、保健所、医療機関、社会福祉施設、薬局等の関係機関との連携及び保健師、看護師、薬剤師等の複数職種との連携により、積極的な活動が実施されるよう、適切に評価及び技術的助言を行い、地域連携体制の強化を図ることとする。
- 3 保健所を拠点とし、地域の実情に応じて、地域の医療機関、薬局等との連携の下に服薬確認を軸とした患者中心の支援（以下「地域DOTS」という。）を実施するため、保健所は積極的に調整を行い、必要に応じて地域の関係機関へ積極的に地域DOTSの実施を依頼するとともに、保健所自らもDOTSの場の提供を行い、地域の結核対策の拠点としての役割を引き続き果たすこととする。
- 4 医師等及び保健所長は、結核の治療の基本は薬物治療の完遂であることを理解し、結核患者に対し服薬確認についての説明を行い、患者の十分な同意を得た上で、入院中はもとより、退院後も治療が確実に継続されるよう、医療機関等と保健所等が連携して、人権を尊重しながら、服薬確認を軸とした患者中心の支援を実施できる体制を更に推進していくことが重要である。患者教育の観点から、医療機関における入院中からのDOTSの十分な実施や、慢性的に排菌し、長期間にわたって入院を余儀なくされる結核患者に対しても、退院を見据えて、保健所が入院中から継続的に関与することが重要である。また、医療機関に入院しない結核患者に対しても、治療初期の患者支援が重要である。

三 その他結核に係る医療の提供のための体制

- 1 結核患者に係る医療は、結核病床を有する第二種感染症指定医療機関及び結核指定医療機関のみで提供されるものではない。結核患者が、最初に診察を受ける医療機関は、多くの場合一般の医療機関であるため、一般の医療機関においても、国及び都道府県等から公表された結核に関する情報について積極的に把握し、結核の診断の遅れの防止に努め、同時に医療機関内において結核のまん延の防止のために必要な措置を講ずることが重要である。また、結核の診断の遅れに対する対策として、保健所等においては、医療機関への啓発とともに、結核の早期診断に資する地域連携の取組を継続して行うことが望ましい。
- 2 医療機関及び民間の検査機関においては、結核患者の診断のための結核菌検査の精度を適正に保つため、外部機関によって行われる系統的な結核菌検査の精度管理を定期的に受けるべきである。そのためには、公益財団法人結核予防会結核研究所（以下「結核研究所」という。）、地方衛生研究所、医療機関及び民間の検査機関などの関係機関が相互に協力し、精度管理を連携して行う必要がある。
- 3 一般の医療機関における結核患者への適切な医療の提供が確保されるよう、都道府県等において、地域医療連携体制を構築し、医療関係団体と緊密な連携を図ることが重要である。また、その際には、保健所が中心となり、医師会等の協力を得るよう努めるとともに、介護・福祉分野との連携を図ること等が重要である。
- 4 結核の治療完遂後に保健所長が行う病状把握については、治療中の服薬状況等から判断した発症のリスクを踏まえて、適切に実施するものとする。
- 5 障害等により行動制限のある高齢者等の治療について、患者の日常生活に鑑み、接触範囲等が非常に限られる場合において、医療機関は、入院治療以外の医療の提供についても適宜検討すべきである。

第四 研究開発の推進

一 基本的考え方

- 1 結核対策は、科学的な知見に基づいて推進されるべきであることから、結核に関する調査及び研究は、結核対策の基本となるべきものである。このため、国としても、必要な調査及び研究の方向性の提示、国立研究開発法人日本医療研究開発機構（AMED）や国立感染症研究所のみならず、民間団体、関連諸学会、海外の研究機関等も含めた関係機関との連携の確保、それぞれの研究成果の相互活用等の推進、調査及び研究に携わる人材の育成等の取組を通じて、調査及び研究を積極的に推進することとする。
- 2 BCGを含む結核に有効なワクチン、抗菌薬等の結核に係る医薬品は、結核の予防や結核患者に対する適切な医療の提供に不可欠なものであり、これらの研究開発は、国と民間が相互に連携を図って進めていくことが重要である。このため、国においては、結核に係る医療のために必要な医薬品に関する研究開発を推進していくとともに、民間においてもこのような医薬品の研究開発が適切に推進されるよう必要な支援を行うこととする。さらに、低まん延化に向けて、ハイリスクグループや感染が生じるリスクのある場を特定するとともに、感染経路の把握や海外からの人の移動が国内感染に与える影響を検証するため、分子疫学的手法等を用いた研究を推進することが必要である。

二 国における研究開発の推進

- 1 国は、全国規模の調査や高度な検査技術等を必要とする研究、結核菌等を迅速かつ簡便に検出する検査法の開発のための研究、多剤耐性結核の治療法等の開発のための研究等の結核対策に直接結びつく応用研究、新薬等を早期に現場に適用するための臨床研究等を推進し、海外、民間及び関連諸学会との積極的な連携や地方公共団体における調査及び研究の支援を進めることが重要である。
- 2 国においては、資金力や技術力の面で民間では研究開発が困難な医薬品等について、必要な支援に努めることとする。特に、現状では治療が困難な多剤耐性結核患者の治療法等新たな抗結核薬の開発等についても、引き続き調査研究に取り組んでいくこととする。なお、これらの研究開発に当たっては、抗結核薬等の副作用の減少等、安全性の向上にも配慮することとする。
- 3 国は、結核の低まん延国化を見据えて、定期のBCG接種の中止又は選択的接種の導入に関する将来の検討に資するため、諸外国の施策等の状況を収集するなど必要な研究を進めることとする。

三 地方公共団体における研究開発の推進

地方公共団体における調査及び研究の推進に当たっては、保健所と都道府県等の関係部局

が連携を図りつつ、計画的に取り組むことが重要である。また、保健所においては、地域における結核対策の中核的機関との位置付けから、地方衛生研究所と連携し、結核対策に必要な疫学的な調査及び研究を進め、地域の結核対策の質の向上に努めるとともに、地域における総合的な結核の情報の発信拠点としての役割を果たしていくことが重要である。

四 民間における研究開発の推進

医薬品の研究開発は、結核の発生の予防及びそのまん延の防止に資するものであるとの観点から、製薬企業等においても、その能力に応じて推進されることが望ましい。

第五 国際的な連携

一 基本的考え方

国等においては、結核対策に関して、海外の政府機関、研究機関、世界保健機関等の国際機関等との情報交換や国際的取組への協力を進めるとともに、結核に関する研究や人材養成においても国際的な協力を行うこととする。

二 世界保健機関等への協力

- 1 アフリカやアジア地域においては、後天性免疫不全症候群の流行の影響や結核対策の失敗からくる多剤耐性結核の増加等により、現在もなお結核対策が政策上重要な位置を占めている国及び地域が多い。世界保健機関等と協力し、これらの国の結核対策を推進することは、国際保健水準の向上に貢献するのみならず、我が国に在住する高まん延国出身者等の結核の罹患率の低下にも寄与することから、我が国の結核対策の延長上の問題としてとらえられるものである。したがって、国は世界保健機関等と連携しながら、国際的な取組を積極的に行っていくこととする。
- 2 国は政府開発援助による二国間協力事業により、途上国の結核対策のための人材の養成や研究の推進を図るとともに、これらの国との研究協力関係の構築や情報の共有に努めることとする。

第六 人材の養成

一 基本的考え方

結核患者の七割以上が医療機関の受診により結核が見つまっている一方で、結核に関する知見を十分に有する医師が少なくなっている現状を踏まえ、結核の早期の確実な診断及び結核治療の成功率の向上のために、国及び都道府県等は、結核に関する幅広い知識や標準治療法を含む研究成果の医療現場への普及等の役割を担う人材の養成を行うこととする。人材の養成に当たっては、国及び都道府県等のほか、大学、関連諸学会、独立行政法人国立病院機構の病院（以下「国立病院機構病院」という。）等の医療機関、結核研究所等の関係機関が有機的に連携し、教育研修を実施することが重要である。また、必要に応じ、重篤な合併症を有する患者を治療できる医療機関を活用しつつ、結核に関する実地医師教育の充実を図ることが望まれる。また、大学医学部を始めとする医師等の医療関係職種の養成課程等においても、結核に関する教育等を通じて、医師等の医療関係職種の間での結核に関する知識の浸透に努めることが重要である。

なお、結核医療に従事する医師や看護師が減少している中で、地域における結核患者の相談体制を確保するためには、国立病院機構病院等の地域の中核的な病院や結核研究所などの関係機関がネットワークを強化するとともに、そのネットワークを有効活用することが必要である。

二 国における人材の養成

- 1 国は、結核に関する最新の臨床知識及び技能の修得並びに新たな結核対策における医療機関の役割について認識を深めることを目的として、感染症指定医療機関の医師はもとより、一般の医療機関の医師、薬剤師、診療放射線技師、保健師、助産師、看護師、准看護師、臨床検査技師等に対する研修に関しても必要な支援を行っていくこととする。
- 2 国は、結核行政の第一線に立つ職員の資質を向上させ、結核対策を効果的に進めていくため、保健所及び地方衛生研究所等の職員に対する研修の支援に関して、検討を加えつつ適切に行っていくこととする。

三 都道府県等における結核に関する人材の養成

都道府県等は、結核に関する研修会に保健所及び地方衛生研究所等の職員を積極的に派遣するとともに、都道府県等が結核に関する講習会等を開催すること等により保健所及び地方衛生研究所等の職員に対する研修の充実を図ることが重要である。さらに、これらにより得られた結核に関する知見を保健所及び地方衛生研究所等において活用することが重要であ

る。また、感染症指定医療機関においては、その勤務する医師の能力の向上のための研修等を実施するとともに、医師会等の医療関係団体においては、会員等に対して結核に関する情報提供及び研修を行うことが重要である。

第七 普及啓発及び人権の尊重

一 基本的考え方

- 1 国及び地方公共団体においては、結核に関する適切な情報の公表、正しい知識の普及等を行うことが重要である。特に、国及び都道府県等並びに医療機関の情報共有に当たっては、都道府県が実施する結核予防技術者地区別講習会等を通じ、連携を図ることが重要である。また、結核のまん延の防止のための措置を講ずるに当たっては、人権の尊重に留意することとする。
- 2 保健所においては、地域における結核対策の中核的機関として、結核についての情報提供、相談等を行う必要がある。
- 3 医師その他の医療関係者においては、結核患者等への十分な説明と同意に基づいた医療を提供することが重要である。
- 4 国民においては、結核について正しい知識を持ち、自らが感染予防に努めるとともに、結核患者が差別や偏見を受けることがないように配慮することが重要である。

第八 施設内（院内）感染の防止等

一 施設内（院内）感染の防止

- 1 病院等の医療機関においては、適切な医学的管理下にあるものの、その性質上、患者及び従事者には結核感染の機会が潜んでおり、かつ実際の感染事例も少なくないという現状にかんがみ、院内感染対策委員会等を中心に院内感染の防止並びに発生時の感染源及び感染経路調査等に取り組むことが重要である。また、実際に行っている対策及び発生時の対応に関する情報について、都道府県等や他の施設に提供することにより、その共有化を図ることが望ましい。
- 2 学校、社会福祉施設、学習塾等において結核が発生し、及びまん延しないよう、都道府県等にあつては、施設内感染の予防に関する最新の医学的知見等を踏まえた情報をこれらの施設の管理者に適切に提供することが重要である。
- 3 都道府県等は、結核の発生の予防及びそのまん延の防止を目的に、施設内（院内）感染に関する情報や研究の成果を、医師会等の関係団体等の協力を得つつ、病院等、学校、社会福祉施設、学習塾等の関係者に普及していくことが重要である。また、これらの施設の管理者にあつては、提供された情報に基づき、必要な措置を講ずるとともに、普段からの施設内（院内）の患者、生徒、収容されている者及び職員の健康管理等により、結核患者が早期に発見されるように努めることが重要である。外来患者やデイケア等を利用する通所者に対しても、十分な配慮がなされることが望ましい。

二 小児結核対策

結核感染危険率の減少、定期のBCG接種の徹底及び潜在性結核感染症の治療の推進により、小児の結核患者数は著しく減少しているが、小児結核の診療経験を有する医師及び診療に対応できる医療機関が減少している。そのため、法第十七条第一項及び第二項の規定に基づく健康診断の迅速な実施、潜在性結核感染症の治療の徹底、結核診断能力の向上、小児結核発生動向調査等の充実を図るほか、小児結核を診療できる医師の育成、小児結核に係る相談対応、重症患者への対応等、小児結核に係る診療体制の確保のための新たな取組が必要である。

三 保健所の強化機能

保健所は、結核対策において中心的な役割を担っており、市町村からの求めに応じた技術支援、法第十七条の規定に基づく結核に係る健康診断の実施、感染症の診査に関する協議会の運営等による適切な医療の普及、訪問等による患者の治療支援、地域への結核に関する情報の発信及び技術支援・指導、届出に基づく発生動向の把握及び分析等様々な役割を果たしている。都道府県等は、保健所による公的関与の優先度を考慮して業務の重点化や効率化を行うとともに、保健所が公衆衛生対策上の重要な拠点であることに鑑み、結核対策の技術的拠点としての位置付けを明確にすべきである。

第九 具体的な目標等

- 一 結核対策を総合的に推進することにより、我が国が、近い将来、結核を公衆衛生上の課題から解消することを目標とする。具体的には、成果目標として、平成三十二年までに、

罹患率を十以下とするとともに、事業目標として、全結核患者及び潜在性結核感染症の者に対するDOTS実施率を九十五パーセント以上、肺結核患者の治療失敗・脱落率を五パーセント以下、潜在性結核感染症の治療を開始した者のうち治療を完了した者の割合を八十五パーセント以上とすることを旨とする。

二 目標の達成状況の評価及び展開

一に定める目標を達成するためには、本指針に掲げた取組の進捗状況について、定期的に把握し、専門家等の意見を聴きながら評価を行うとともに、必要に応じて、取組の見直しを行うことが重要である。

東京都結核予防推進プラン 2018

平成 30 年 8 月発行

登録番号 (30) ○○

編集・発行 東京都福祉保健局健康安全部感染症対策課

東京都新宿区西新宿二丁目 8 番 1 号

電話番号 03 (5320) 4483

印 刷