

東京都結核予防計画

～ 現代型・都市型結核の克服に向けて ～

平成17年12月

東京都福祉保健局

目 次

はじめに ～ 計画策定にあたって ～	1
結核について	2
1 「結核」とは	2
2 結核は、いま	3
現代型・都市型結核の現状	5
1 都における結核感染の状況	5
2 現代型結核としての再興	10
(1) 高齢者と結核	10
(2) 多発する集団感染	12
(3) 多剤耐性結核の脅威	13
3 都市型結核としての再興	15
(1) 住所不定者の感染	15
(2) 外国人結核	17
(3) 若年層への広がり	20
現代型・都市型結核を克服する都の戦略指針	23
基本的な考え方	23
1 予防対策の徹底（戦略1）	24
(1) 予防接種	24
(2) 健康診断（定期検診・定期外検診）	26
(3) その他	28
2 適切な医療の提供（戦略2）	29
(1) 医療提供体制の確保	29
(2) 患者支援体制の充実	30
3 施策を支える基礎的取組（戦略3）	32
(1) 調査研究	32
(2) 人材育成	32
(3) 普及啓発	33
4 広域的な連携体制の構築（戦略4）	34
(1) 区市町村との一体的取組	34
(2) 結核根絶に向けた自治体連携	35
5 結核の実態を踏まえた法制度に向けて（戦略5）	36
(1) 半世紀ぶりの結核予防法の大改正	36
(2) 結核予防法の廃止・感染症法への統合に向けた国の動向	37
現代型・都市型結核の克服に向けて	38

はじめに ～ 計画策定にあたって ～

戦後間もない頃、結核は、我が国における死因順位のトップを占め、「国民病」、「亡国病」などと呼ばれました。

その後、結核克服のための国を挙げた取組が進められ、一時は、根絶宣言が出されることも期待されましたが、逆に1999年(平成11年)7月、再興の兆候を受け、国は「結核緊急事態宣言」を出すに至りました。

全国の年間死者数が2千人を超える結核は、今なお、我が国最大の感染症です。

都内でも、年間死者数は2百人を超え、新たに登録される患者数も約4千人で推移しています。また、本年6月には、都内の学習塾を中心に、国が統計を取り始めた1992年(平成4年)以降、最大の規模となる結核の集団感染が発生しました。

結核は、現行の結核予防法が制定された1951年(昭和26年)当時とは大きく変化した社会状況の中で現代的に変貌し、また人々の集積する大都市では、新たな発現形態を示しながら存在し続けています。

しかし、現代医学を踏まえれば、結核は、克服不可能な病気ではありません。ただ、その根絶には、正しい知識とこれに基づく予防、治療が必要です。

この計画は、21世紀初頭において、1,200万人が生活する大都市東京に顕著に見られる特徴を分析し、取り組むべき施策を示す、「現代型・都市型結核」を克服するための戦略指針として策定しました。

なお、本計画は、都知事の諮問を受け、東京都感染症予防医療対策審議会が答申した「『東京都結核予防計画』の策定に向けた基本的な考え方について」を都において具体化するものです。

また、本計画は、本年4月に施行された改正結核予防法第3条の4の規定に基づき、都が定める「結核の予防のための施策の実施に関する計画」であり、2005年(平成17年)から5年間を対象期間としています。

結核について

正しい知識を持つことが、結核根絶への第一歩

結核根絶への取組を進めて行くためには、都民、医療関係者及び行政が、結核についての正しい基礎知識を持ち、それに基づいて、BCG接種や健康診断などの予防対策が実施され、また適正な医療が確保されることが必要です。

そこで、この章では、まず結核という病気について考えます。

1 「結核」とは

結核は、患者の体の中の結核菌（*）が、咳やくしゃみで、空気中に飛び出し、それを周囲の人が肺の中に吸い込むことにより感染します。

* 結核菌の発見

結核菌は、1882年に、ドイツの細菌学者ロベルト・コッホにより発見されました。

結核菌は、極めて丈夫な細菌で、乾燥に強い性質を持ちます。このため、咳などのしぶき（飛沫）の周りの水が乾燥・蒸発して、中心部だけとなった状態（飛沫核）でも生き続けます。

一旦、飛沫核となると、結核菌はすぐには、床や地表には落下せず、空気中に30分以上も漂い、空気の流れに乗って広がります。空気で広がり、感染するので、空気感染（飛沫核感染）といえます。

しかし、屋外に出て、拡散したり、紫外線に当たったりすると、急速に感染力を失います。

結核に感染した人のうち、発病するのは10人に1～2人です。

そして、結核が、他の人に“うつる”のは、この発病した人が重症化し、咳や痰などにより、結核菌が体の外に出る場合です。

結核は、咳、痰、発熱などの症状で始まります。そのほか、痰に血が混じる、食欲が減る、体重が減る、寝汗をかく、微熱が続くなどの症状もあります。

2週間以上、咳が続いたら、病院などで受診しましょう。長引く咳は、要注意です。

感染してから、2年以内に発病することがほとんどですが、その期間を過ぎても、結核菌は体内でいわば「冬眠状態」となって生き続け、免疫力が落ちると、たとえ何十年後でも、発病することがあります。

高齢者に結核発病が多くみられるのは、こうした理由によるものです。

結核の治療期間は、通常6か月から1年程度です。また、発病し、かつ感染性を有する状態になった人でも、適切な治療を行えば、2週間程度でその感染性は、ほとんどなくなります。

ここで大切なのは、薬を飲み始めてしばらくすると、咳などの症状は良くなりますが、自分の判断で服薬を止めてしまうと、症状は悪化し、また薬が効かなくなることもあります。薬は決められた期間、確実に飲み続けなければなりません。

2 結核は、いま…

我が国において、2004年(平成16年)に、新たに結核患者として登録された人は、29,736人、り患率(*)は、23.3となっています。

また、結核による死亡者数は、2,328人です。

* り患率について

り患率とは、一般に、一年間に発病した患者数を人口10万人対比で表したものです。

結核に関する統計上は、新登録率ともよばれ、当該年内に登録された患者を10月1日現在の総人口で除したものを用いています。

結核が、「国民病」として恐れられ、その対策として、現在の結核予防法が制定された1951年(昭和26年)には、新登録患者数は、590,662人、り患率は、698.4、結核による死亡者数は、93,307人となっていましたので、我が国における結核対策は、医療関係者や研究機関の努力とも相まって、めざましい成果を挙げてきたと言えます。

しかし、それでも、現在の我が国の状況は、先進諸国と比べると、次表のとおり、著しく遅れています。

主要国の結核り患率

(人口10万人当たり)

	日 本	ア メ リ カ	イ ギ リ ス	フ ラ ン ス
り 患 率	23.3	5.3	10.8	9.5
年 次	2004年	2003年	2003年	2003年

また、世界全体の動向についてですが、世界保健機関(WHO)は、1993年に、結核非常事態宣言を出したほか、1996年の報告書では、「克服したと思い込んでいた結核が、新たなどう猛さで甦ってきた」として、再興感染症としての結核に警鐘を鳴らしています。

我が国における結核の特徴として、り患率は改善しているが、その減少率は低下していること、特に20～30歳代の減少率が際立って低いことです。

さらに、結核のり患率の高い地域が、次表のように、大都市に偏り始めていることも重要です。

結核り患率の高い都道府県の推移

	1983年	1993年	2004年
1位	香川県	大阪府	大阪府
2位	高知県	高知県	東京都
3位	和歌山県	和歌山県	兵庫県
	(38位 東京都)	(25位 東京都)	

特に、新登録患者数では、東京都（12.7%）と大阪府（12.2%）で、全国
の約4分の1を占め、更に次表のとおり、大都市とその周辺が上位を占めています。

全国新登録患者の上位を占める自治体及びそのり患率の状況(2004年)

	新登録患者 (人)	り患率 (人口10万人当たり)
東京都 (特別区)	3,764 (2,915)	30.2 (34.7)
大阪府 (大阪市)	3,627 (1,627)	41.2 (61.8)
神奈川県 (横浜市) (川崎市)	1,941 (906) (363)	22.2 (25.5) (27.8)
愛知県 (名古屋市)	1,811 (795)	25.2 (36.1)
兵庫県 (神戸市)	1,623 (548)	29.0 (36.1)
国	29,736	23.3

備考：()内の数値
は、内数である。

現代型・都市型結核の現状

東京の結核を分析し、対応策を構築する

東京の結核には、現在、大きく2つの特徴があります。

第1は、戦後の結核根絶に向けた国民的な取組を経た21世紀初頭における現代的な特徴です。

第2は、人口や産業が集積し、就学・就労形態等、多様な生活が営まれる大都市であることに起因する特徴です。

本章では、こうした東京の結核の現状について分析します。

1 都における結核感染の状況

全体的傾向 ~ 全国と比較した都の“り患”状況 ~

2004年(平成16年)の都における新登録結核患者数は、3,764人、り患率は、30.2(*)となっています。

* 結核患者の定義について

1998年(平成10年)から、国は、結核に関する統計指標(患者数、り患率)を示す際の定義を変更し、「非定型抗酸菌(*)」を除外しました。

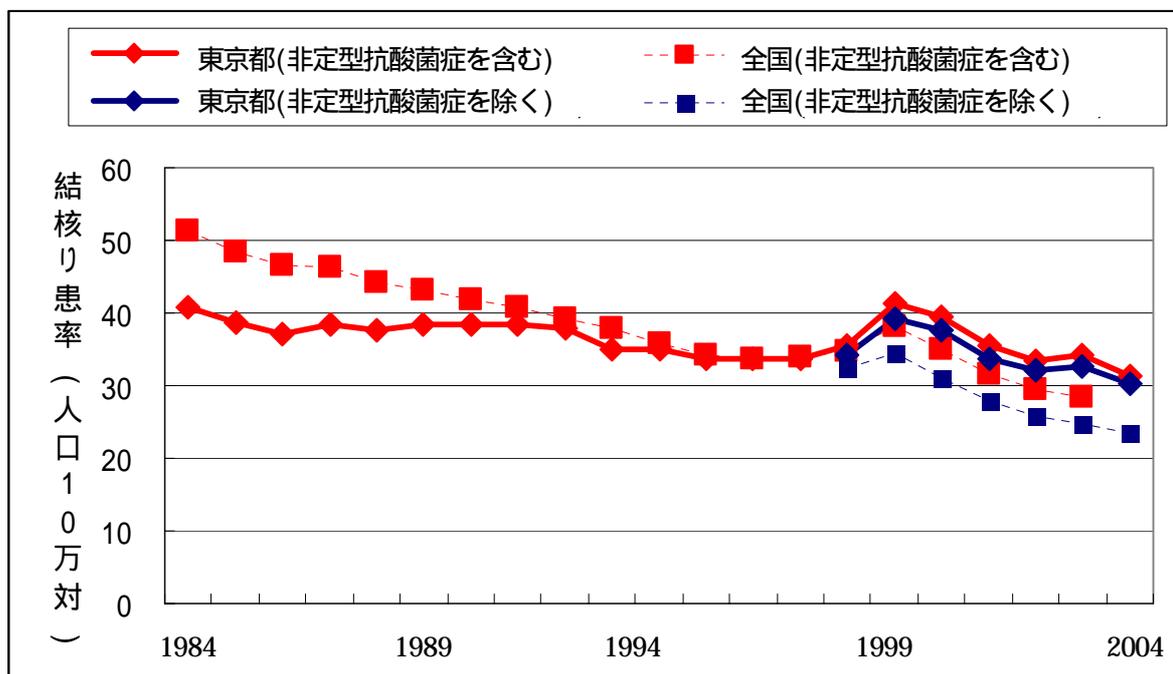
* 非定型抗酸菌について

自然界に存在する微生物は、ウイルス・細菌・真菌(カビ)・原虫の4つのグループに分かれますが、結核菌は、細菌の中の抗酸菌という種類に属します。

抗酸菌の中で、結核菌など一部の菌を除いたものを非定型(非結核性)抗酸菌と言います。非定型抗酸菌は、水、塵、土壌など広く自然界に分布しています。喀痰塗抹検査では、抗酸菌を検出することができますが、それが非定型抗酸菌か結核菌かについては、さらに別の検査を行わないと判別できません。

過去20年間の結核り患率の推移をみると、全国的には、低下していますが、都においては、ほぼ横ばいです。その結果、都のり患率は、1996年(平成8年)に、全国平均を超え、以後格差は広がる傾向にあります。

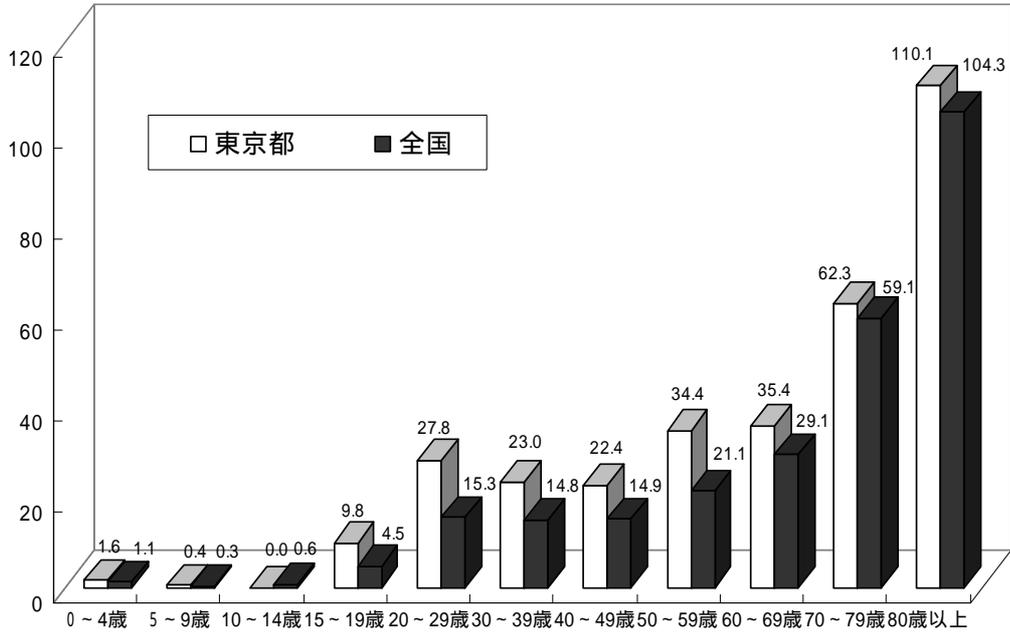
過去20年間の結核り患率の推移(都 全国)



2003年(平成15年)における都と全国のり患率を、年齢階層別に比較すると、両者とも、高齢者におけるり患率が高くなっていますが、都では、20歳代(格差14.8)及び50歳代(同13.3)におけるり患率が、全国よりも顕著に高くなっています。

また、それらに挟まれた世代も年少者層や高齢者層に比べると、全国との格差が大きくなっています。

平成16年 年齢階層別結核り患率(人口10万人あたり)

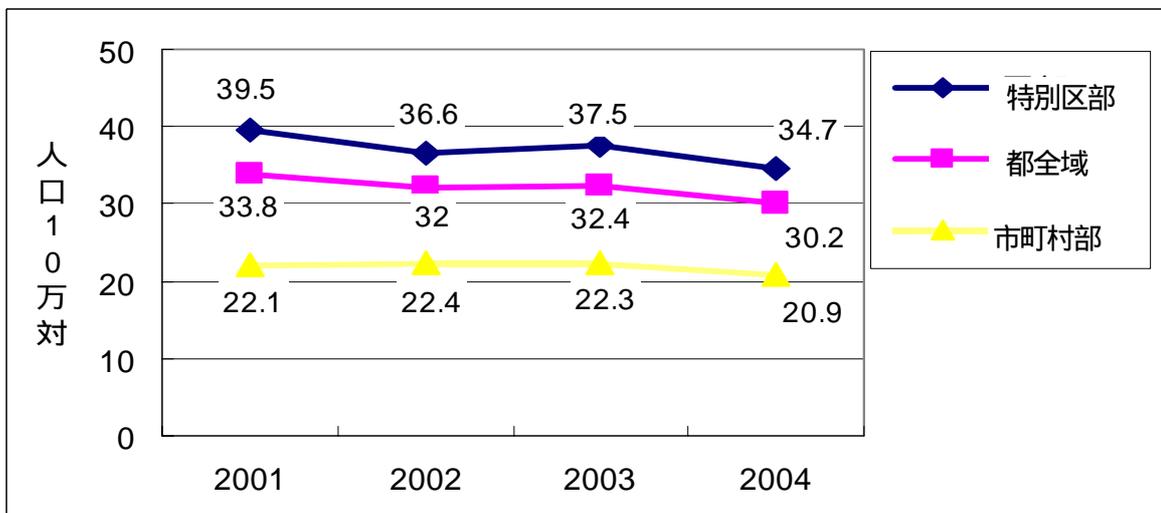


このように、若年層（20歳代） 壮年層（50歳代）及びそれらに挟まれた世代のり患率の高さが、いわば全体を押し上げる形になっています。

都内の結核の特徴

都内のり患率を地域ごとに分析すると、市町村部（島しょ地域を含む）は全国平均（23.3）を下回る20.9であるのに対して、特別区部では34.7であり、全国平均を大きく上回っています。

特別区部 市町村部 都全域別 り患率の推移

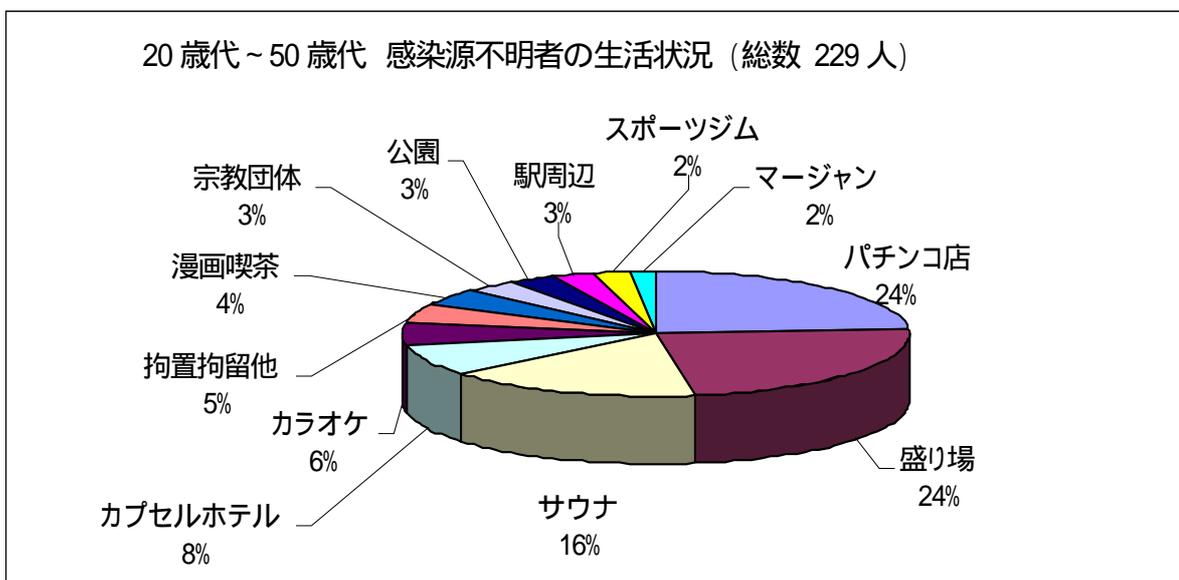
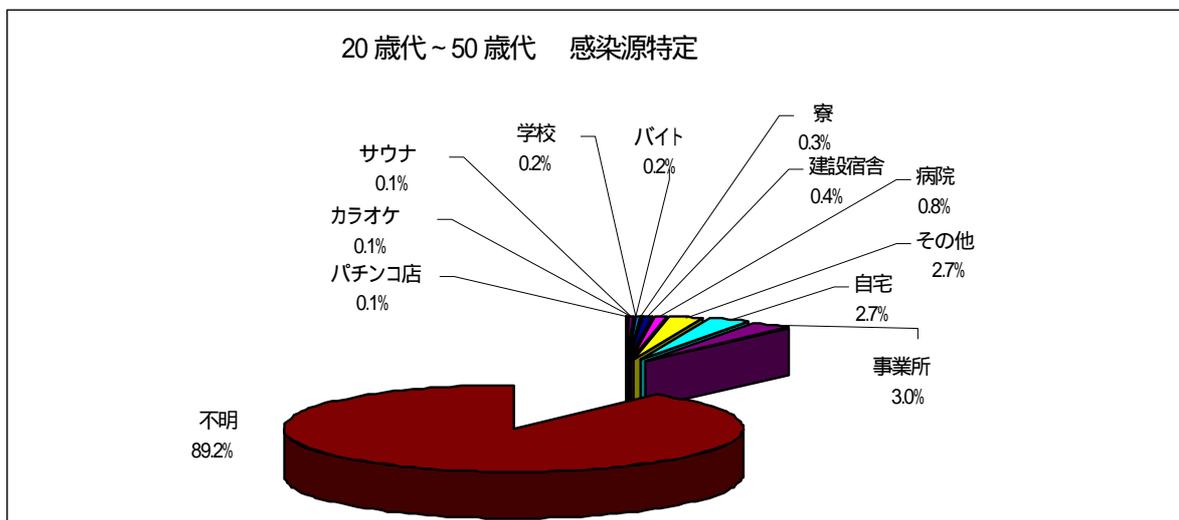


また、自治体ごとにみると、り患率が全国平均を下回るものから、その4倍にせまるものまであり、地域の実情に合わせた結核対策が必要です。

区市町村別結核り患率一覧(2004年)

特別区名	り患率	市町村名	り患率	市町村名	り患率
千代田	55.6	青梅市	11.2	大島町	34.1
中央	25.2	福生市	24.6	利島村	0.0
港	34.0	羽村市	14.2	新島村	0.0
新宿	59.7	瑞穂町	8.9	神津島村	0.0
文京	29.8	奥多摩町	29.0	三宅村	-
台東	86.4	あきる野市	13.8	御蔵島村	0.0
墨田	48.0	日の出町	12.4	八丈町	54.9
江東	30.1	檜原村	66.6	青ヶ島村	0.0
品川	35.2	八王子市	19.2	小笠原村	0.0
目黒	21.9	日野市	19.5		
大田	31.3	多摩市	15.7	特別区部	34.7
世田谷	22.9	稲城市	18.5	市町村部	20.9
渋谷	27.2	町田市	15.3	都全体	30.2
中野	37.7	立川市	25.2		
杉並	26.2	昭島市	10.0	全国	23.3
豊島	54.2	国分寺市	21.6		
北	43.4	国立市	19.1		
荒川	48.7	東大和市	7.5		
板橋	31.6	武蔵村山市	27.1		
練馬	25.4	府中市	24.1		
足立	37.0	小金井市	32.4		
葛飾	38.5	調布市	26.2		
江戸川	33.3	狛江市	20.6		
		武蔵野市	24.9		
		三鷹市	29.9		
		小平市	16.9		
		西東京市	25.6		
		東村山市	28.2		
		清瀬市	34.3		
		東久留米市	23.6		

り患率が急上昇する20歳代から、次のピークを示す50歳代までの新登録患者の状況を、感染原因別にみると、ほとんどが不明ですが、不明者の生活状況をみると、長時間過ごす場所として、パチンコ店(24%)、盛り場(24%)、サウナ(16%)の順となっています。



2 現代型結核としての再興

“現代型結核”について

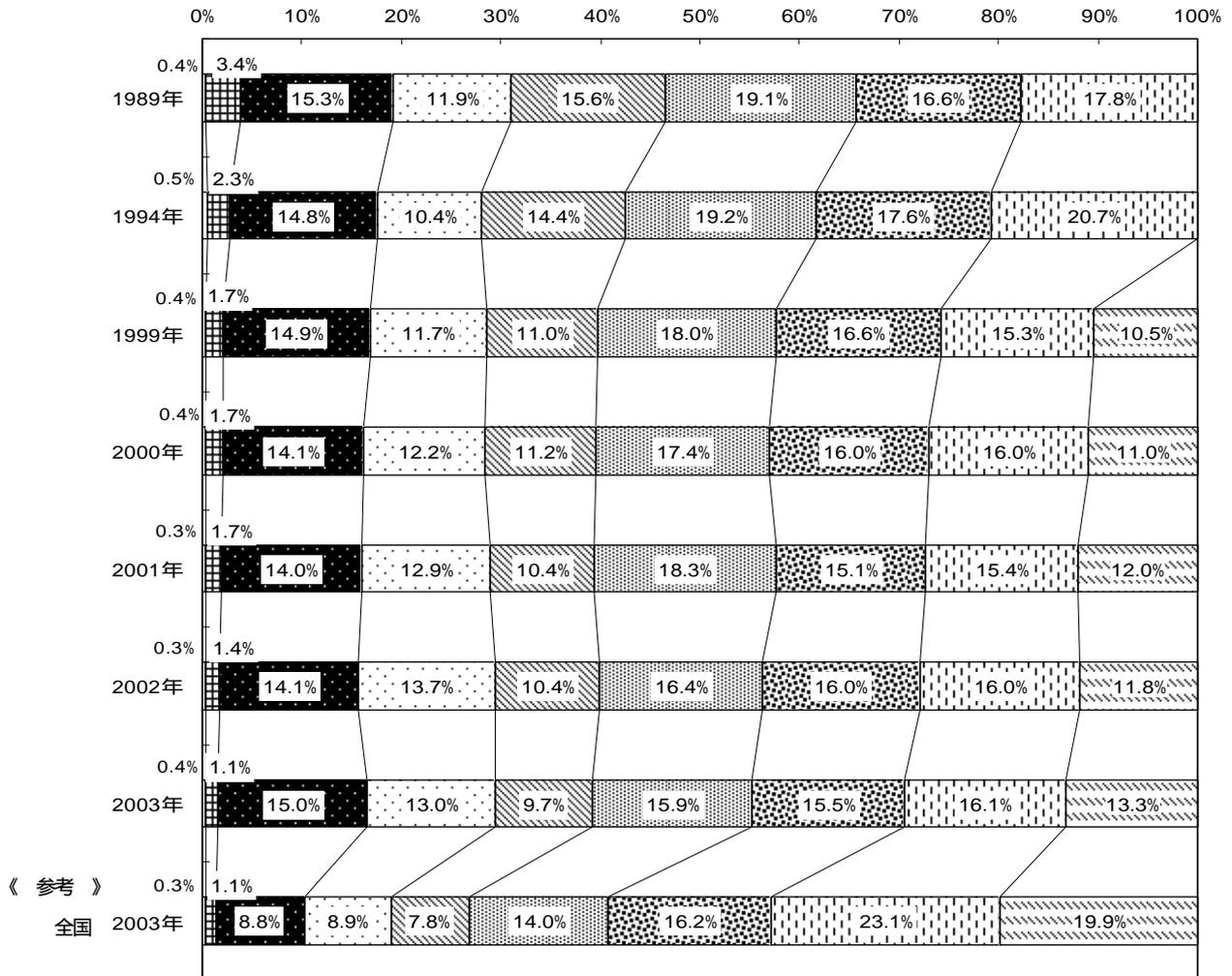
かつての“国民病”としての結核は、時代の変遷を経た21世紀初頭の現在、これまでとは違う、幾つの特徴を示しています。

ここでは、これをわが国に共通する現代型結核として、現況を分析します。

(1) 高齢者と結核

新登録患者に占める70歳以上の割合は、全国よりは低いが、年々増加しています。

東京都における年齢階層別新登録患者数の推移



□ 0～9歳 ■ 10～19歳 ■ 20～29歳 □ 30～39歳 ▨ 40～49歳 ▩ 50～59歳 ▪ 60～69歳
 □ 70～79歳 □ 80歳以上

一般に、高齢者の結核は、新たに感染した事例のほか、若い時代に感染したものの、発病せずに「冬眠状態」に入り、その後の加齢や合併症などによる免疫力の低下により、発病する事例が多く含まれていると考えられています。

従って、こうした傾向は、今後も、高齢化の進展とともに、顕著になると予想されます。まさに、結核の現代的発現形態の一例です。

特に、都における結核死亡者数に占める70歳以上の割合は、全体の7割を超えています。

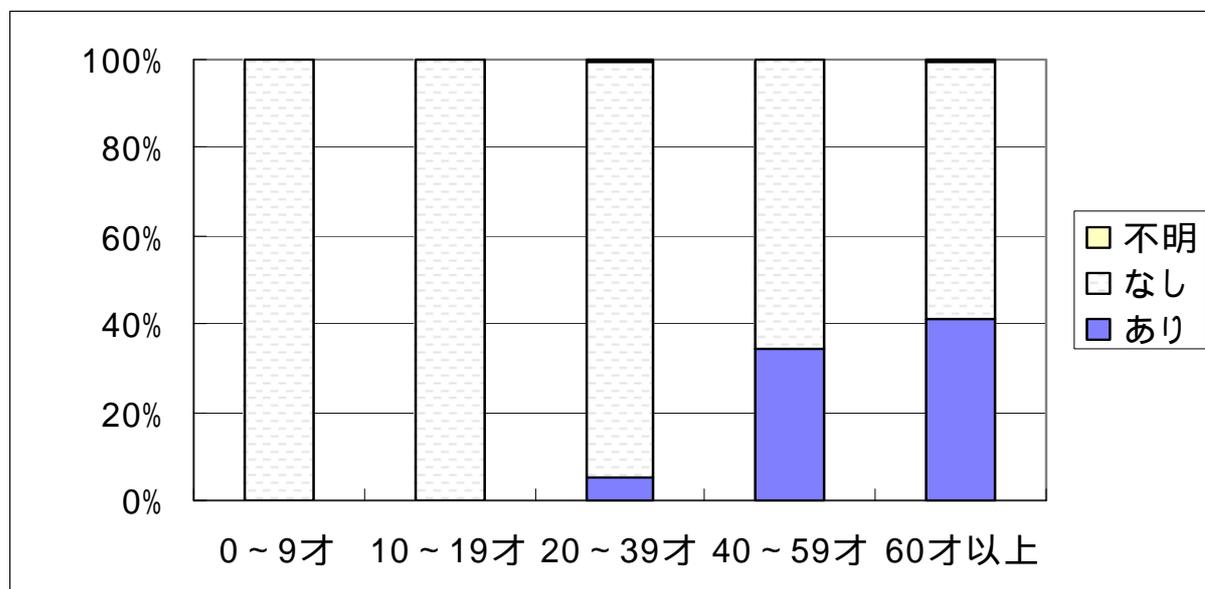
年齢階層別 性別 結核死亡者数

(単位:人)

		計	19歳以下	20歳代	30歳代	40歳代	50歳代	60歳代	70歳代	80歳以上	不詳
国		2,337	0	6	30	56	163	298	706	1,076	2
都	計	259	0	0	6	7	26	38	87	95	0
	男	180	0	0	5	7	22	33	60	53	0
	女	79	0	0	1	0	4	5	27	42	0

合併症は、年齢とともに高くなり、60歳以上では、新登録患者の40%を超えています。

合併症の有無(新登録患者)



なお、都における65歳以上の結核患者の入院期間は、103.3日であり、全国平均入院期間85.2日の1.2倍となっています。

(2) 多発する集団感染

本年6月、都内の学習塾で、生徒・講師等が結核に集団感染する事例が発生しました。その後、接触者調査が進むにしたがい、発病者は62人にのぼり(同年10月末日現在)、国が統計を取り始めた1992年(平成4年)以降では、全国で最大の規模となるものでした。

大規模な集団感染事例(全国)

都道府県名	発生年次	施設種別	発病者数
東京都	2005年	学習塾	62人
宮崎県	2001年	障害者施設	38人
高知県	1999年	中学校	32人

(2005年10月末日現在)

都と関係する特別区(*)では、広域的な対応と情報の集約を行うため、緊急に合同対策会議を設置し、感染拡大防止に努めました。

* 保健所について

保健所は、結核に関する多くの事務を担当しています。

保健所の設置については、地域保健法第5条に基づき、特別区の区域においては各特別区が、市町村の区域においては都がそれぞれ行うこととされています。

結核予防法は、事業者、学校長その他施設の長に対し、定期的に健康診断を行うことを義務付けるなど、必要な措置を規定していますが、過去5年間(2000年~2004年)の集団感染の発生状況は、全国では170件(うち都では37件)にも上ります。

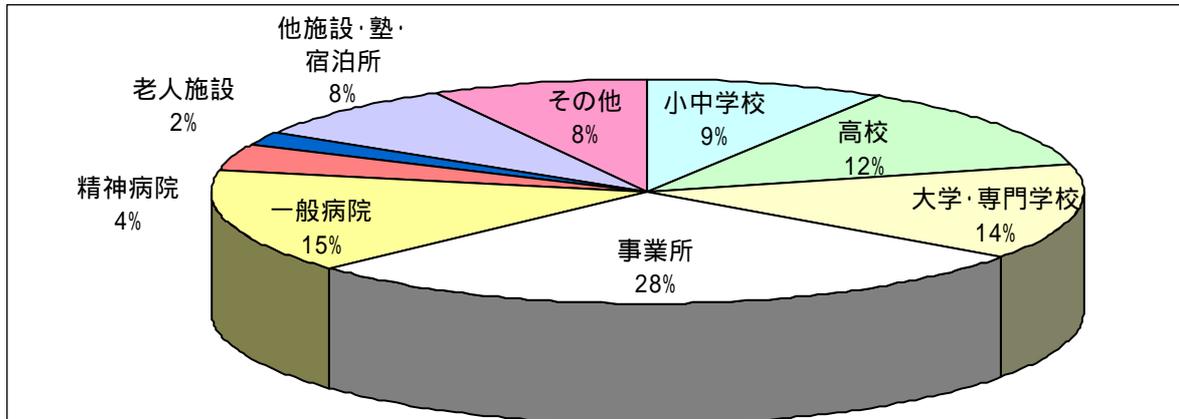
その約3分の1は、学校でしたが、約8%が「その他」、つまり飲食店などの営業施設(*)であり、今後の対策上の重要な課題となっています。

このように、集団感染も、結核の現代的特徴の一つとして忘れることができません。

* 「その他」の補足説明

東京では、24時間営業する施設が多数存在し、事実上、そこで仮眠あるいは恒常的に寝泊まりする人々も多く存在します。感染源不明者に長時間過ごす場所を聞くと、不特定の人々が集まるこうした施設を挙げる人が多くあります。

全国における最近の集団感染の発生集団(2000年～2004年 総数170件)



(3) 多剤耐性結核の脅威

化学薬品や抗生物質などに感受性の低い菌(つまり薬が効きにくい菌)を耐性菌といい、その中でも、いくつもの薬剤に耐性を示す菌を多剤耐性菌とといいます(*)。結核菌の場合は、単剤治療や治療の中断などにより通常の結核菌が突然変異し、抗結核薬に殺されずに生き残り、増えるものと考えられています。

* 多剤耐性結核についての補足説明

一般に、結核の場合、少なくとも、主たる治療薬であるイソニコチン酸ヒドラジド(INH)とリファンピシン(RFP)の2剤に耐性の結核菌を「多剤耐性結核菌」といいます。

多剤耐性結核を作ってしまうと、治療が難しくなります。感受性のある3剤以上の薬を用いた長期間の治療が必要です(*)。

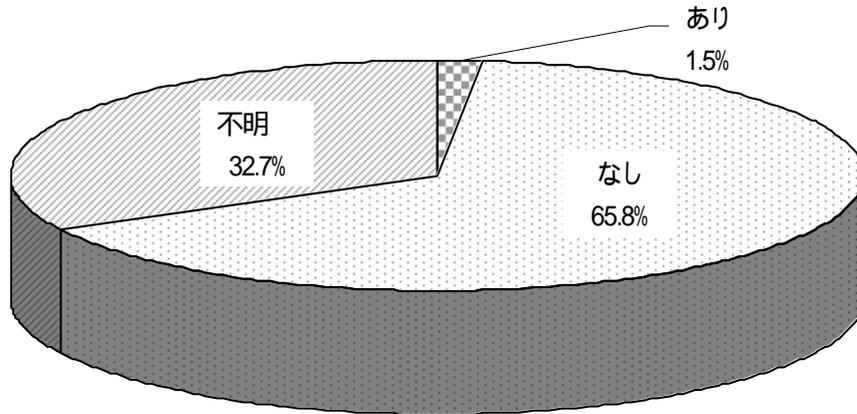
* 多剤耐性結核を作らないためには

結核の治療では、耐性菌を作らないように多剤併用で治療するのが原則です。世界保健機関(WHO)は、4剤併用で治療することを推奨しています。

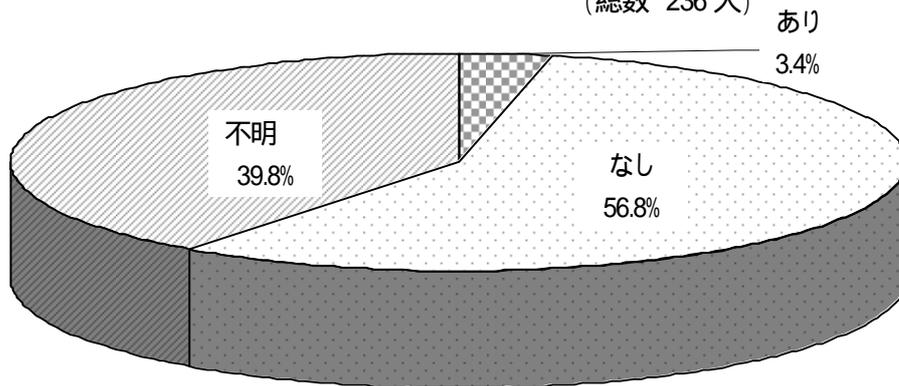
都における多剤耐性結核患者を、国籍別に、20歳代から50歳代までの新登録患者について分析すると、日本人は1.5%であるのに対し、外国人は3.4%と2倍以上になっています。

また、日本人に限れば、住所不定者については、2.4%であり、全体よりも高いことが指摘できます。

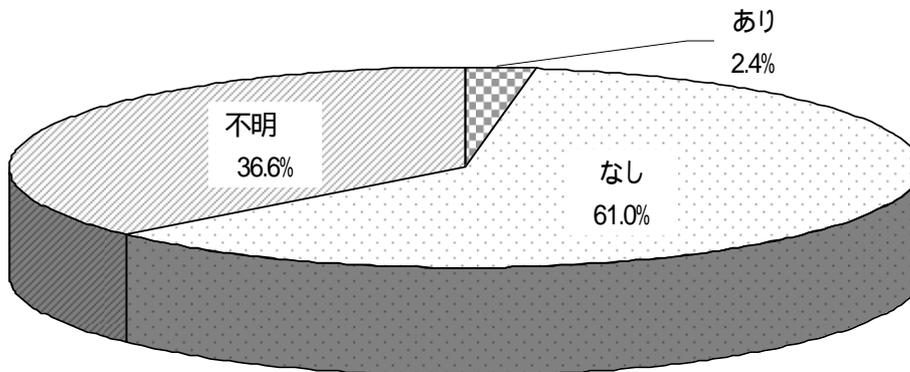
2003年 新登録患者 多剤耐性結核 20～50歳代 日本人
(総数 1895人)



2003年 新登録患者 多剤耐性結核 20～50歳代 外国人
(総数 236人)



2003年 新登録患者 多剤耐性結核 20～50歳代 住所不定者等(日本人)
(総数 205人)



3 都市型結核としての再興

“都市型結核”について

結核は、都市化の進展の中で、その時々^{（1）}の社会状況に合わせて、生存を続けています。全国の都道府県ごとのり患率の推移からも、結核が大都市に集中的にまん延している傾向がうかがえます。

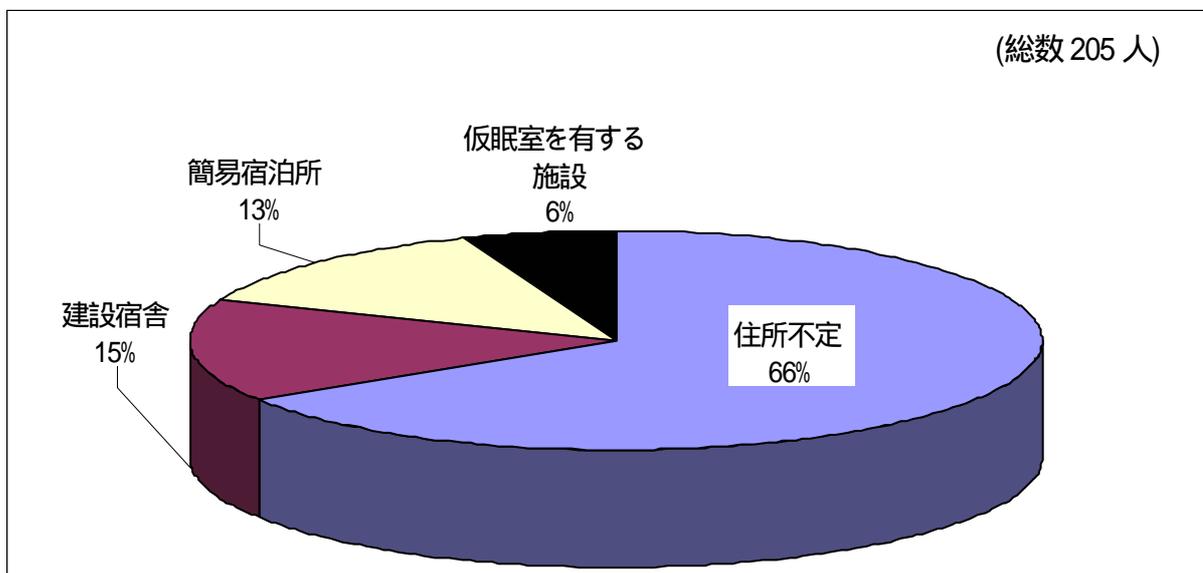
そこで、ここでは、大都市に顕著な結核の特徴を、都市型結核として分析します。

(1) 住所不定者の感染

都の結核感染の特徴的な年代である20歳代～50歳代までの新登録患者数は、2003年（平成15年）には、2,161人でしたが、そのうち、約1割の205人が、住所不定者等でした。

これをさらに分析すると、路上（住所不定）66%、建設宿舍15%、簡易宿泊所13%、仮眠室を有する施設6%と続いています。

2003年 新登録患者 住所不定者等(20～50歳代)内訳



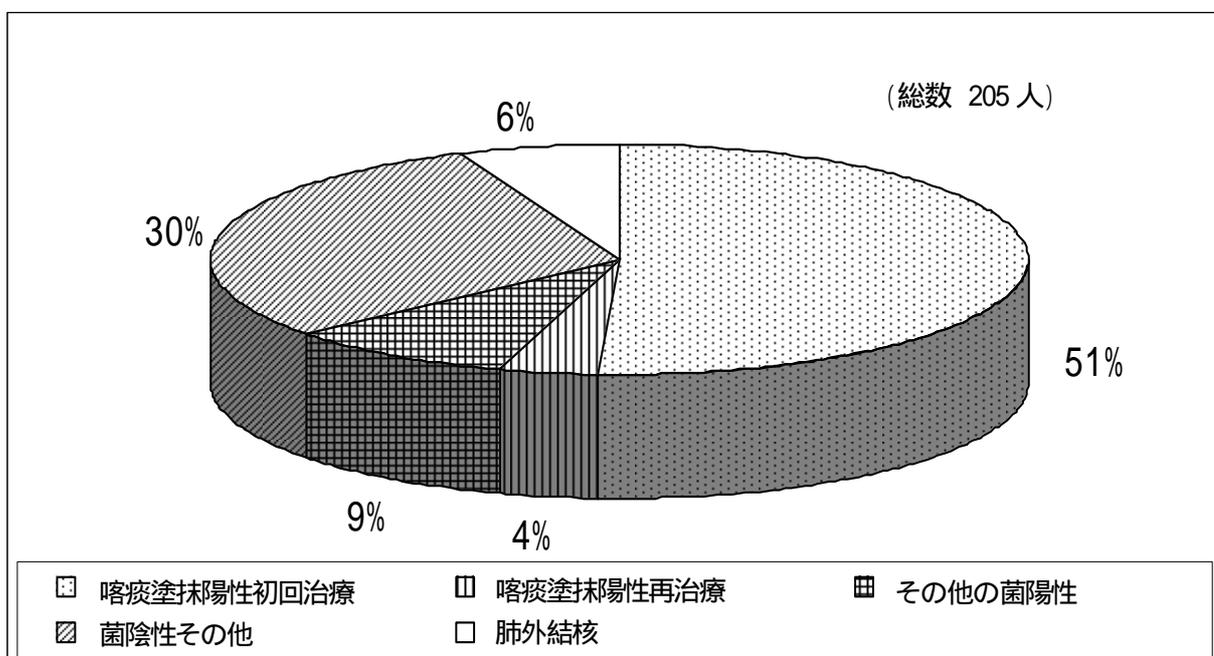
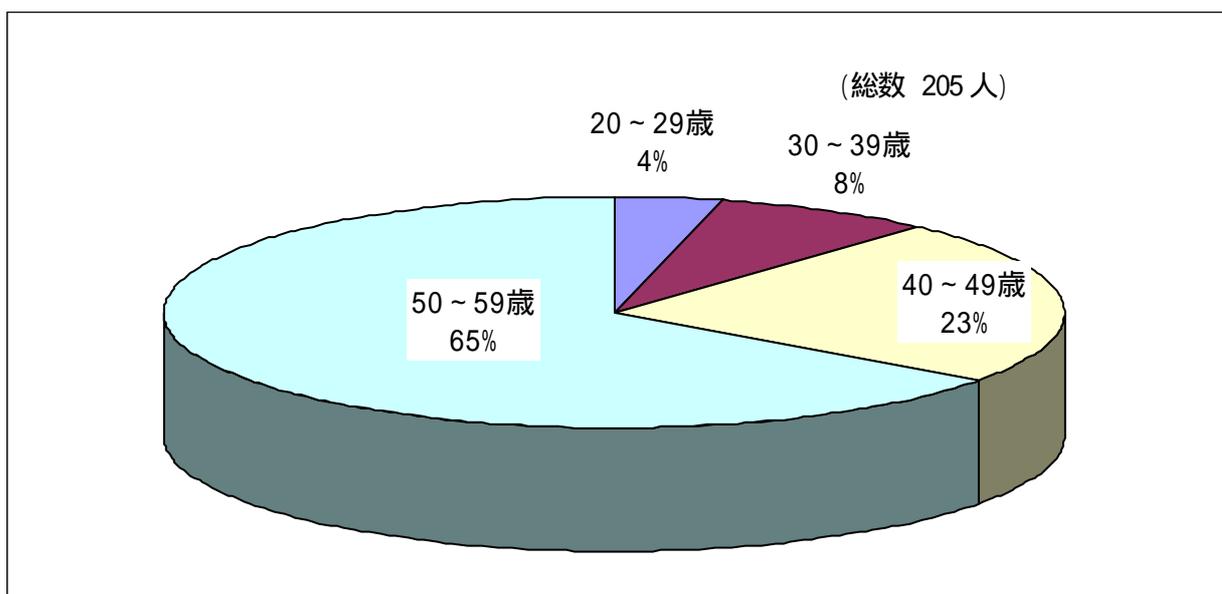
さらに、この住所不定者等を年代別に見ると、50歳代が65%を占めています。

また、排菌状況を見ると、周囲の人に感染させるおそれがある^{かくたんとまつ}喀痰塗抹陽性者(＊)は、54.6%を占めています。

*** 喀痰塗抹陽性患者について**

痰をガラスの板(スライドグラス)に塗りつけて染色し、顕微鏡で観察する検査方法を喀痰塗抹検査といい、この検査で陽性反応を示した患者を喀痰塗抹陽性患者といいます。

**2003年 新登録患者 住所不定者等(20～50歳代) 年齢階層別割合(上段)
/ 登録時の排菌状況(下段)**



住所不定者問題は、都市部における深刻な社会問題ですが、結核対策においても、極めて重要な課題です。特別区部における路上生活者の結核り患率を、路上生活者概数（5,585人：平成14年調査結果）と結核患者数（132人：平成14年路上生活患者数）とをもとに計算すると、人口10万人対比で、2,363.5となり、他と比較できない高い率であることがわかります。

なお、先に都の特徴として、50歳代にもピークがあることを指摘しましたが、50歳代を中心としたり患率の高い地域は、住所不定者等の問題を抱えた地域と重なっています。

住所不定者に関する結核対策では、生活に困窮していること、不規則な生活から治療中断が生じやすく、再発や薬剤耐性化を招きやすいこと、結核に対する知識の不足から治療拒否を招く傾向が強いことなどが、特に留意すべき課題です。

(2) 外国人結核

2003年（平成15年）の都における新登録患者数は、4,029人でしたが、このうち外国人は、235人（5.8%）でした。

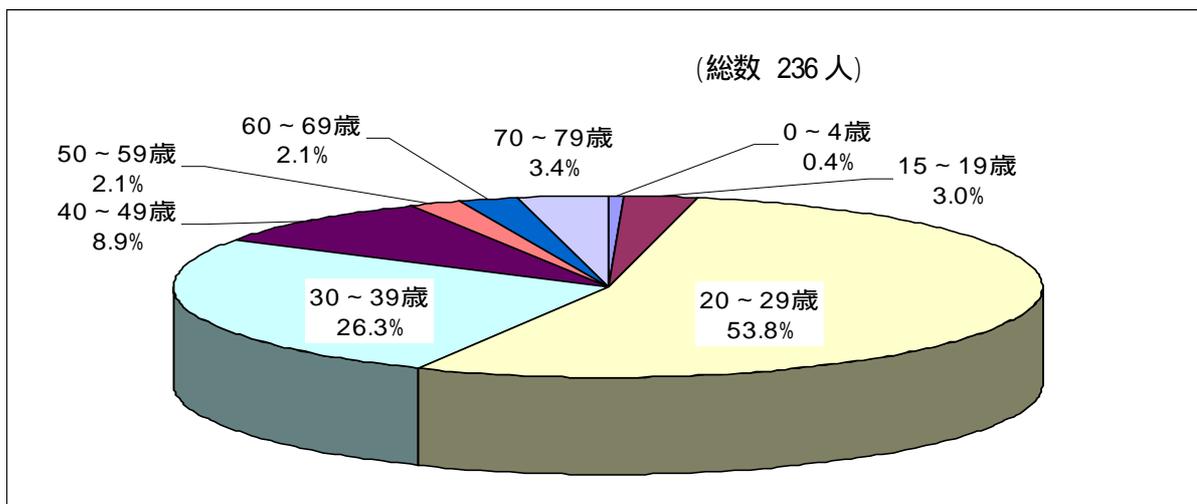
新登録患者における外国籍の推移

	東京都		全国	
	総数（人）	内 外国籍 割合	総数（人）	内 外国籍 割合
1999年	4,693	202人 4.3	43,818	821人 1.9
2000年	4,541	231人 5.1	39,384	837人 2.1
2001年	4,116	229人 5.6	35,489	866人 2.4
2002年	3,936	224人 5.7	32,828	824人 2.5
2003年	4,029	235人 5.8	31,638	906人 2.9

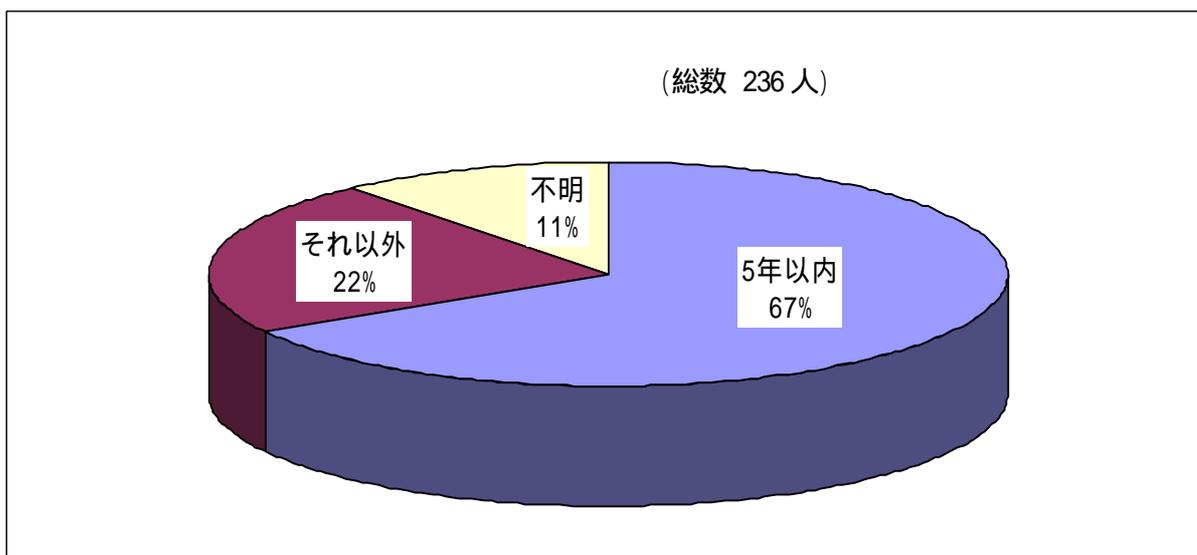
特徴的なのは、年代別に分析すると、20歳代が53.8%、30歳代が26.3%で、この2つの年代で、8割を超えていることです。

また、在住5年以内の者が67%を占めています。

2003年 新登録患者 外国人 年齢階級

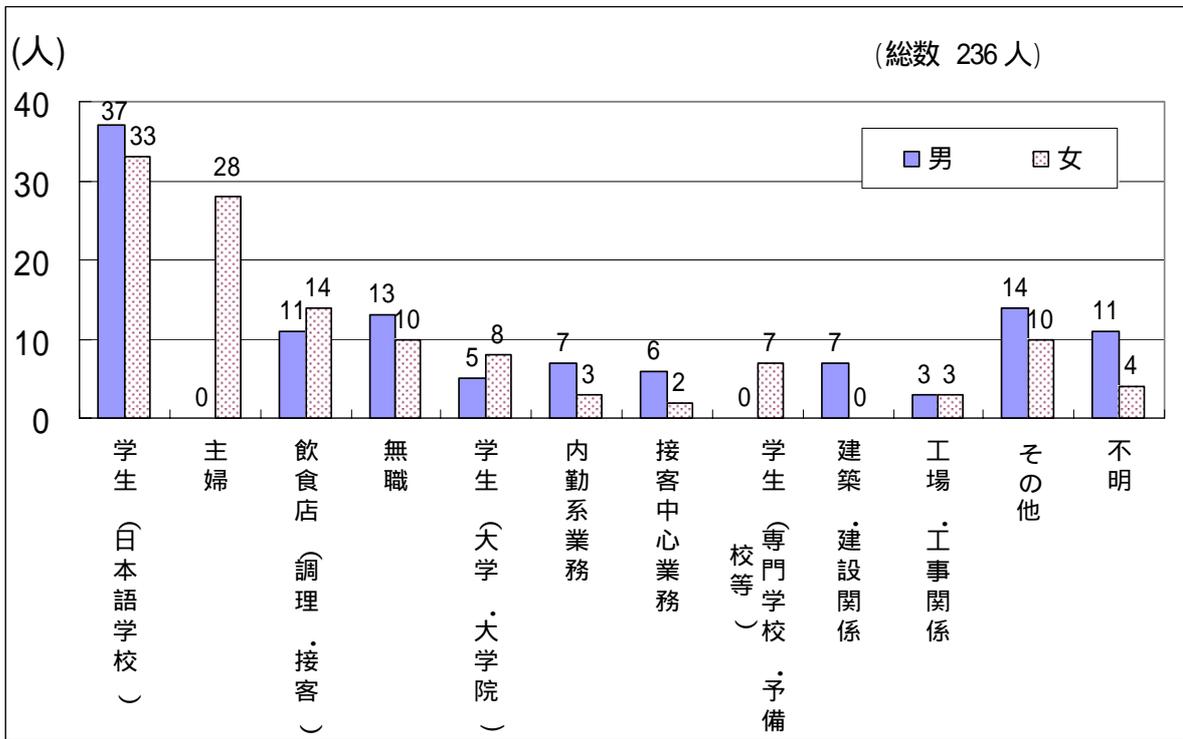


2003年 新登録患者 外国人 日本在住期間



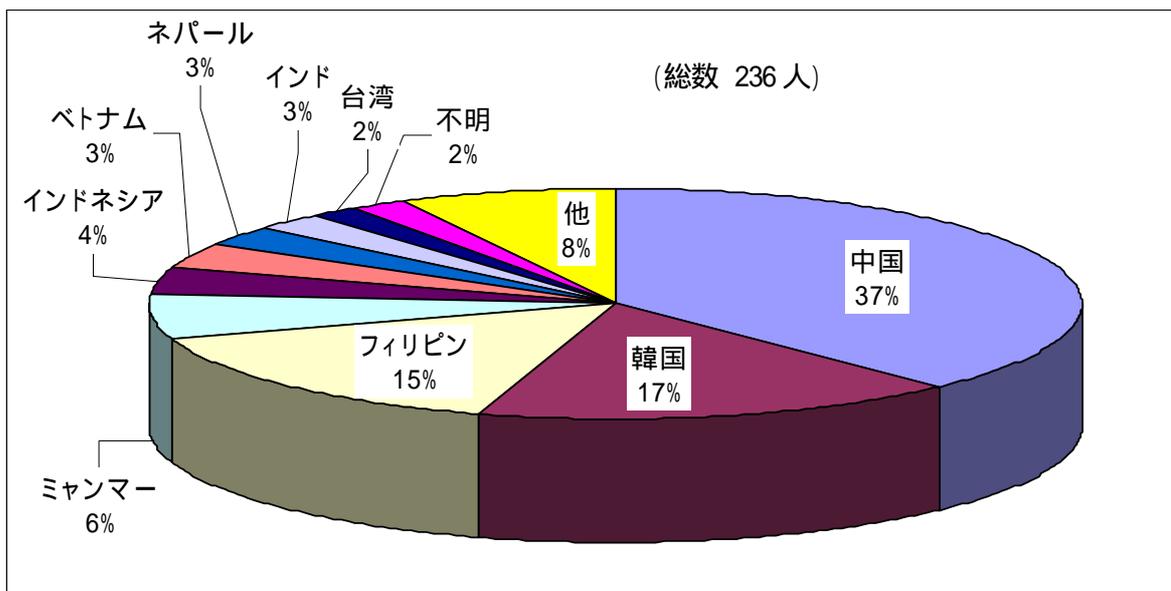
職業別に見ると、学生（日本語学校）が約3割であり、以下、主婦、飲食店従事者、無職となります。

2003年新登録患者 外国人 性別・職業別人数



国籍別では、次図のとおりです。

2003年 新登録患者 外国人 国籍



新登録患者数に占める外国人の割合は、全国的にも年々増加していますが、都では、その割合が2倍以上であり、外国人の結核対策も、重要な課題となっています。

来日したばかりの外国人では、結核の症状がある場合でも、会話の困難性や慣習の相違などから医療機関による治療を受けにくいこと、学校や職場における健康診断を受診しにくいこと、医療保険が適用されないこと、また超過滞在者も存在することなど、様々な特殊事情を抱えているケースもあります。

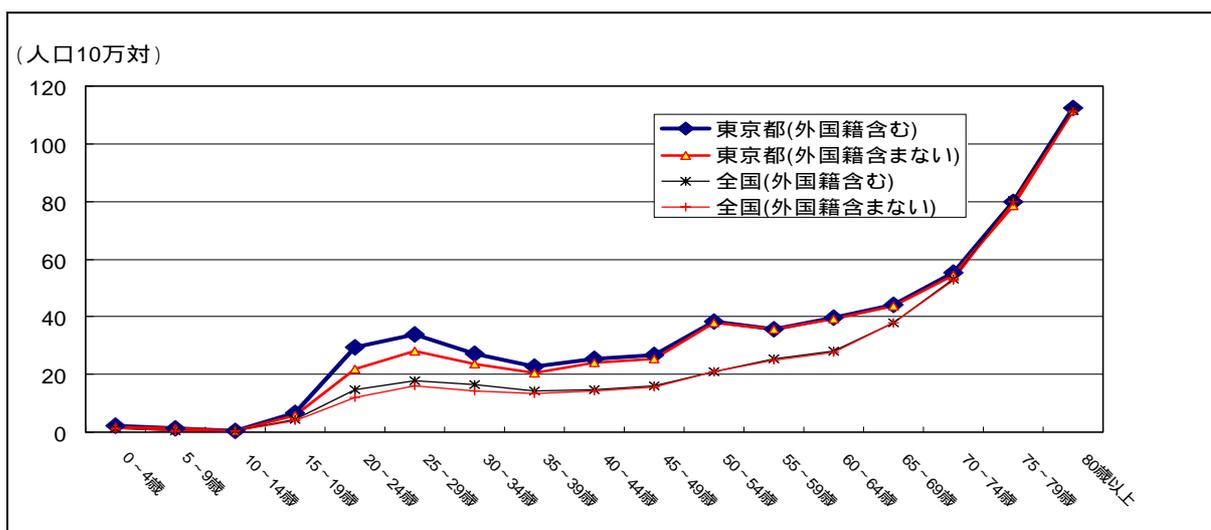
(3) 若年層への広がり

先に見たように、都の若年層、特に20歳代の結核り患率は、全国水準よりも著しく高く、社会生活が始まる世代を中心に新たな感染が生じている状況がうかがえます。

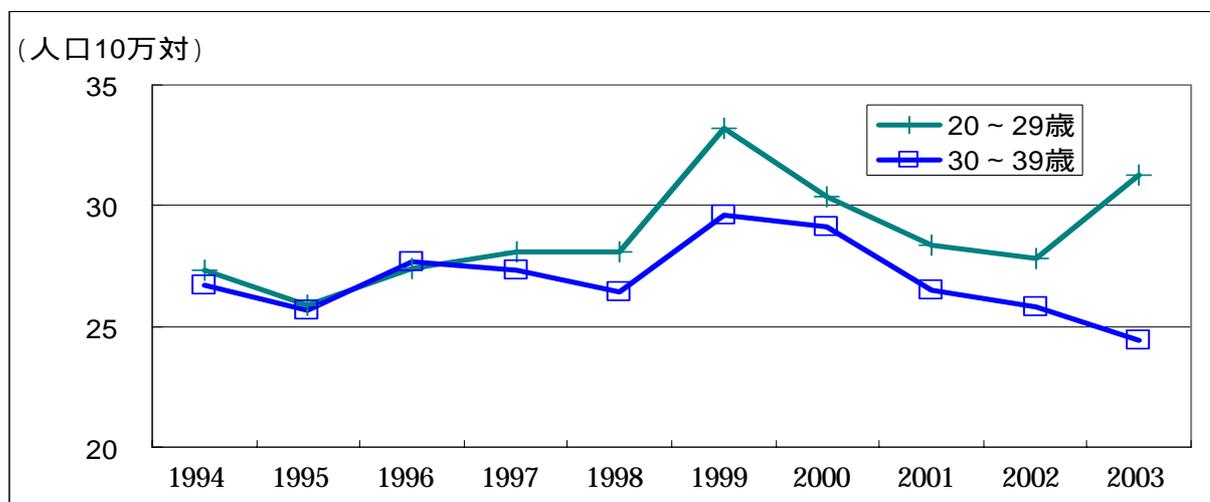
この傾向は、他の大都市でも同様であり、今後、結核が高齢者から、若年層を中心とした都市型結核へ移る可能性が高いことを示唆しています。

若年時に感染し、「冬眠状態」を経て、加齢等に伴う免疫力の低下とともに発病するという結核の特性を踏まえるならば、対策を進めるうえで、若年層への広がりを防止することはとても重要です。

2003年 年齢階級別り患率 男女計

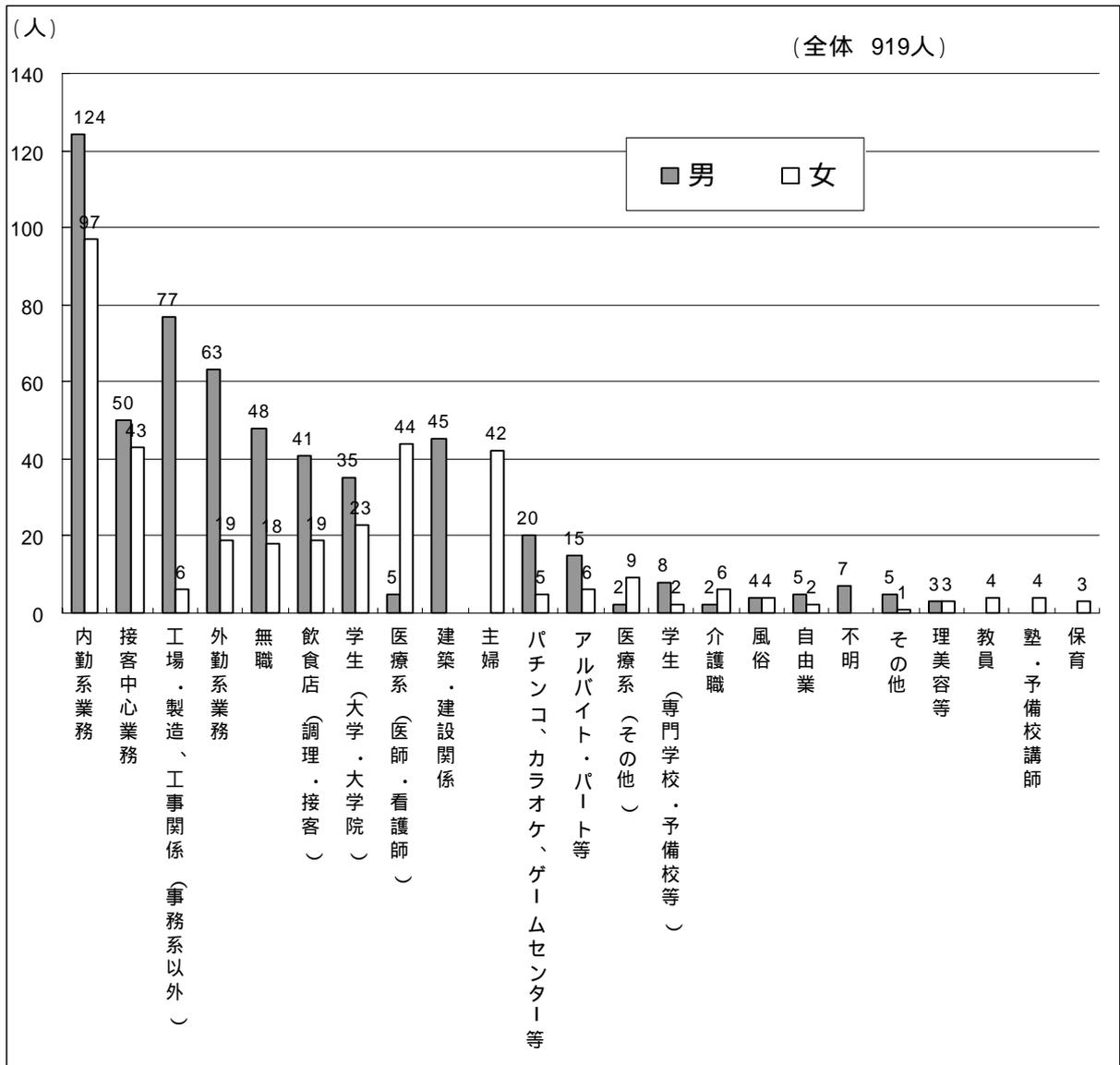


20歳代・30歳代のり患率の年次推移



都における20歳代及び30歳代(日本人のみ)の新登録患者を職業別にみると、事務などの内勤系業務が男女とも最も多く、男性では、工場・製造・工事関係(事務系以外)が、女性では、医療系(医師・看護師)が続いています。

2003年 新登録患者20～39歳(日本人)職業別 男女



かつて、国民病と呼ばれた頃に結核を経験した世代とは異なり、若年層には、結核に対する知識が不足しています。

例えば、都が実施した調査では、20歳代男性の半数以上が、「結核がまわりの人に感染するおそれがある病気」であることを認識していませんでした。

対策上の重要な課題です。

現代型・都市型結核を克服する都の戦略指針

現代型・都市型結核から、都民の安全・安心を確保します

本章では、これまで分析してきた現代型・都市型結核に対する処方箋として、都の総合的な取組を、独自の数値目標を含めた“戦略指針”として構築し、結核感染の脅威から、都民の安全・安心を確保します。

基本的な考え方

現代型・都市型結核を克服するための都の戦略指針を構築するために、次の4つを基本的な考え方として位置付けます。

1 科学的根拠に基づいた効率的な結核対策の推進

統計情報の分析や最新の医学的知見に基づいた個別的対応など、科学的な根拠に基づき、課題を明確にした上で、効率的な結核対策を推進します。

2 重点対象への集中的取組

現代型・都市型結核の撲滅に向けた取組を進めていくため、感染・発病を起こしやすい対象や施設に対しては、集中的な対策を行います。

3 予防から治療までを支える地域における仕組みづくり

結核のまん延防止には、予防のための取組はもちろん、早期発見・早期治療に努めることなど適切な医療の提供を確保することが必要です。

このため、医療機関、保健所、福祉事務所等の地域の関係機関を含めた予防から治療までを支える仕組みづくりを進めていきます。

4 広域的な連携体制の構築

的確かつ効率的な結核対策を進めていくため、自治体の枠を越えた広域的な連携体制を構築することが必要です。

そのため、保健所を設置、運営する都と特別区が、共通目標を設定することなど、一層の連携を進める必要があります。

また、法律上、予防接種や定期健康診断などを行うこととされている市町村と都の保健所とが施策を協調し、総合的に結核対策を進めていく必要があります。

1 予防対策の徹底(戦略1)

【目標1】

2010年(平成22年)における都内の生後6か月時点におけるBCG接種率の目標を、95%以上とします。

主な取組

ツベルクリン反応検査の廃止・直接BCG接種制度への的確な対応
現代型・都市型結核患者への検診の重点化
院内感染防止対策の徹底、研修等の充実

(1) 予防接種

結核の予防対策として、BCG(＊)接種は、特に乳幼児期における結核の発病・重症化防止に極めて有効とされています。

* BCG ワクチンについて

BCG ワクチン(Bacille de Calmette - Guerin)は、フランスのパスツール研究所で、カルメット(Calmette)とゲラン(Guerin)により開発された弱毒化ウシ型抗酸菌を用いたワクチンで、広く世界的に用いられています。

1909年に乳牛より分離された強毒ウシ型菌を、230代育て、実験動物に接種しても発病させないことが確認され、1921年に人体試験が開始されました。

我が国へは、1925年に持ち込まれ、1965年172代目の菌が標準株(TOKYO172)と定められ、ワクチン製造に用いられています。

予防接種には、区市町村長が、乳児に対して行う定期の予防接種と都道府県知事が結核予防上特に必要があると認めるときに行う定期外の予防接種とがあります。

このうち、定期の予防接種について、2005年(平成17年)4月から、改正結核予防法の施行に合わせて、次のように取扱いが変更されました。

第1に、予防接種に先立って行われていたツベルクリン反応検査(＊)が廃止されました。

* ツベルクリン反応検査について

ツベルクリンとは、コッホにより発見された抗原物質のこと。

結核菌の感染を受けた生体等に、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

て出現する発赤・硬結を主体とする皮膚反応が起こります。これをツベルクリン反応といい、わが国では、長径が10mm以上のものを陽性と判定しています。

但し、全身状態が悪い場合や乳児、免疫不全の場合など、結核に感染していても、ツベルクリン反応が陰性になる場合も多く、絶対的な検査ではありません。

これまでは、結核に感染していないことをツベルクリン反応検査で確認してから、予防のためにBCG接種を行っていましたが、結核り患率の低下に伴い、乳幼児の感染が減少したことから、ツベルクリン反応検査を廃止し、BCGの直接接種を行うことにしたものです。

ただし、今後は、既感染者に対してBCG接種を行う可能性が出てくることから、区市町村は、健康被害対策が速やかに行えるよう、保健所、医療機関との連携体制の強化や、コッホ現象（*）副反応などについて、最新の医学的知見を深め、関係者に周知するよう努めていく必要があります。

* コッホ現象について

コッホは、動物の皮膚に結核菌を接種した場合、結核に、既に感染している場合には、感染していない場合に比べて、局所反応が早くかつ強度に出現し、治癒も早いことを発見しました。これをコッホ現象といいます。免疫のある個体に菌が侵入したときに起こる局所の防衛過程であると理解されています。

なお、コッホ現象が出現した場合には、結核感染の有無を確認する必要性が高いことから、区市町村は、接種を受けた者から報告を受けるとともに、報告をした者に医療機関で必要な検査等を受けるよう勧奨することが望まれます。

第2に、予防接種は、これまで4歳に達するまでの期間に行うこととされていましたが、原則として、生後6か月に達するまでの期間に行うこととされました（*）。

* 例外措置(接種が、医学的に不相当であると判断された場合)

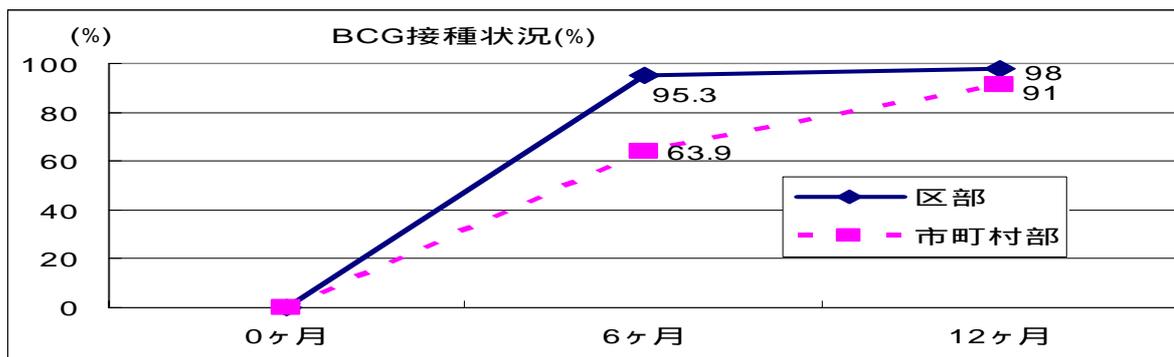
生後6か月に達するまでの期間に、医学的に接種を行うことが不相当であると判断された乳児については、1歳に達するまでの期間に、法に基づかないBCG接種として、区市町村が実施している場合があります。

今後は、まず予防接種の実施主体である各区市町村長が、生後6か月に達するまでの期間にBCG接種を完了するよう、地域の医師会や近隣の自治体との十分な連携、乳幼児健康診断との同時実施、個別接種の推進等により、接種の機会を確保し、接種率の向上を図ることが必要です。

また、未接種者へのフォローや共働き家庭等に対する予防接種を受けやすい体制整備を検討していく必要があります。

取扱いが変更になる前の都におけるBCGの接種率は、生後6か月時点では、特別区部95.3%、市町村部63.9%、生後1年時点で、特別区部98.0%、市町村部91.0%となっています（特別区部は、2001年、市町村部は、2004年の数値）。

* BCG接種状況(特別区部・市町村部)



<備考> 特別区部は2001年、市町村部は2004年の数値

都は、BCG接種技術の確保・向上のため、必要な調査・研究を行うとともに、保健所職員や医療関係者等を対象にした講習会や研修等を積極的に推進して行くことにより、予防対策の拡充に努めていきます。

(2) 健康診断(定期検診・定期外検診)

結核患者の発見を方法別に分析すると、医療機関での受診によるものが大きな割合を占めていますが、健康診断によるものも2割を超えており、患者本人の治療はもとより、社会への感染拡大防止の観点からも、健康診断は有効な手法となっています。

都における発見方法別新登録患者数(平成15年)

(単位:件数)

総数	医療機関受診	健康診断	その他	不明
4,029	2,969	882	139	39

健康診断は、大別、次のように区分されます。

定期検診

結核予防法に基づき、区市町村長、学校長、事業所の長、施設(社会福祉施設等)の長が行うもの。

定期外検診

結核予防法に基づき、都道府県知事が、結核の予防上、特に必要があると認めるときに、感染を疑う正当な理由がある者に対して行わせるもの。

個別健康診断

結核予防法に基づかない健康診断。入学・就職のための健康診断、人間ドック等。

その他の集団検診

結核予防法以外の法令、制度による集団検診。

定期検診で発見された患者は、約8割が排菌していない段階にあり、早期発見のために極めて有効な手段です。このため、都は、区市町村長、学校長等が行う定期検診の積極的な支援を通じて、結核のまん延防止に努めていきます。

また、都が直面する現代型・都市型結核対策を進める上では、特にリスクの高い対象に重点的な対応をとる必要があることから、都は、区市町村との連携を図りながら、以下の施策を推進していきます。

- ・ 第1に、簡易宿泊所を中心に、建設宿舍・サウナなどの利用者を対象とした住所不定者対策としての健康診断を重点的に行います。
- ・ 第2に、外国人の結核対策として、日本語学校就学生や保険未加入者を対象とした特別対策としての検診を行うほか、外国人一般を対象にした対策を充実していきます。
- ・ 第3に、高齢者施設など、ハイリスクな人々が集まる施設の管理者に対しては、健康診断の重要性や結核に関する正しい知識についての普及啓発を進めていきます。
- ・ 第4に、集団感染対策としては、学習塾やベビーホテルなど、従業者が感染源となった場合に、深刻な影響を引き起こす可能性が高い事業所に対する予防対策の充実を図ります。

以上の対策を進めるに際しては、リスクに応じた効率的な健康診断（特に、定期検診）を実施していくため、地域の結核り患率の状況やハイリスクグループの情報を的確に把握し、地域の実情に合わせた健康診断方法や対象を選定する必要があります。

都には、様々な地域特性があり、定期検診の実施にあたっては、全域を画一的に捉えるのではなく、各区市町村が、り患率等の地域の実情を踏まえて対象者を選定することが求められます。その際、国は、患者発見率0.02～0.04%を基準とすることを推奨しています。

また、選定した対象者に健康診断が確実かつ効果的に実施されたか否かを検証するため、受診率、要精密検査率、同受診率、患者発見率などを的確に把握し、評価を行うことが重要です。

定期外検診は、「結核にかかっていると疑うに足りる正当な理由のある者」を対象に行うものであり、集団感染などの場合における患者の早期発見・早期治療及び感染拡大防止の双方の観点から、極めて有効なものです。

ただし、感染源となった患者の接触者が複数の自治体にわたって広域に居住することが多く迅速な対応がとりにくい側面があります。

そのため、都は、保健所間の連携を図り、総合的な調整を行い、積極的に対策を進めていきます。

(3) その他

自覚症状などに基づく、医療機関での自発的な受診により発見された患者は、全体の74%(2003年(平成15年)の都内の実績)にのぼりますが、さらなる自発的な受診率の向上のため、普及啓発を進めていきます。

また、医師、看護師など医療機関従事者に対して、最新の結核医療に関する知識を修得する機会を提供する研修・講習会についても、充実していきます。

さらに、都市型結核を若年層について分析した際に述べたように、新登録患者を職業別にみると、医師・看護師など医療系業務の従事者が高い割合を示しています。

従って、院内感染対策についても、改めてその重要性が認識されなければなりません。院内感染対策は、感染源をサーベイランスすることを基本に据え、換気のコントロールなどの施設構造上の課題を含めた感染経路に関する対策や感染性のある結核患者に接する場合に、結核菌を透過させない特殊フィルターのついたマスクを使用することなどの対策を徹底しなければなりません。

また、通院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必要です。

都は、各種講習会や広報活動を通じて、院内感染防止に関する啓発活動を引き続き行います。

なお、感染性結核患者について、結核予防法は、就業制限や結核療養所への入所命令などを規定していますが、感染拡大防止の観点からは、周囲へ感染を拡大させるおそれのある状態を速やかに解消することが必要です。

このため、結核患者の発生に関する医師の届出が迅速に行われるとともに、患者に対して、速やかな治療や入院を勧めることなど、感染拡大防止の仕組みを、都、区市町村及び国の責任の下に、充実強化していきます。

2 適切な医療の提供(戦略2)

【目標2】

都内の全保健所で DOTS を積極的に推進するとともに、2010年(平成22年)までに、治療失敗・脱落率を2003年(平成15年)の7.8%から、5%以下とすることを目標とします。

主な取組

多様なニーズに対応できる医療提供体制の拡充
DOTS(直接服薬確認療法)の積極的な推進
住所不定者、外国人、高齢者への積極的支援

(1) 医療提供体制の確保

本年4月現在、医療法で許可された都内の結核病床数は1,005床です。

近年、合併症、精神疾患、アルコール依存症等を併発する高齢者を中心とした結核患者や薬剤耐性菌への対応など、結核をめぐる医療ニーズは深刻化、多様化しつつあります。

このため都では、高度な合併症等を有する結核患者が、医療上の必要性から、一般病院又は精神病院で入院治療を受けることができるようにするため、結核患者収容モデル病床の整備を進めています。

また、空き病床の不足により、結核が疑われる患者の受入れが困難な場合に備え、都独自に、一般の救急病院において、緊急受入れ及び治療が行えるようエアフィルター装置等の個別空調設備を持つ病床(緊急一時入院施設)を整備してきました。

これらの施策を含め、都では現在、「東京都結核緊急医療ネットワーク」を構築し、適切な医療の確保に努めていますが、今後とも、深刻化・多様化する結核医療に係るニーズに的確に応えることができるよう、医療提供体制の拡充を図っていきます。

そのほか、地域の医療機関に対して、結核医療の最新情報の提供が行われるよう、保健所と医療関係機関との連携関係を強化していきます。

保健所は、地域における結核対策の中核的機関としての役割を果たしていくことが重要です。

さらに、現代型・都市型結核の克服に向け、医療機関に対し、薬剤感受性検査(*)

の徹底を図るよう働きかけるほか、現在、諸外国で深刻化し、今後、都でも深刻化することが予想されるH I V感染者が結核を併発した場合の対応についての先進的な取組を進めていきます。

* 薬剤感受性検査

結核であることが診断された後、治療に有効な薬を調べるための検査のこと。

なお、小児結核対策の分野では、接触者検診の迅速な実施、化学予防（*）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ことが重要であり、都は、区市町村、保健所、医療機関等と綿密に連携し取組を進めていきます。

* 化学予防について

結核発病を予防する目的で抗結核薬を投与することを、化学予防又は予防内服といいます。化学予防を受けている者は、日常生活は、普段どおりで構いませんが、服薬を確実に行うことが必要です。

結核医療のための医薬品の研究開発については、民間の研究機関等の活動を促しつつ、国の責任において、着実に進められるべきものです。

特に、現状では治療が困難な多剤耐性結核患者の治療法など、新たな抗結核薬の開発等についての国の責任は重大です。そのため、都は、その実現に向け、国に働きかけていきます。

(2) 患者支援体制の充実

結核の治療は、通常6か月から1年程度の期間を要し、患者には、大きな負担となっています。

しかし、服薬を中断することは、症状の悪化を招くほか、薬剤に対する耐性を持つ菌を作ってしまう可能性があります。

したがって、治療中の患者に対して、結核の特性や服薬を中断しないことの重要性を、正確に伝えるとともに、長期に及ぶ治療を支援していく必要があります。

そのためには、単に治療を行う医療機関だけでなく、薬局や保健所などが連携し、地域における支援体制を確立するとともに、より広域的な対応を都と区市町村とが、協力して、進めていく必要があります。

2005年（平成17年）4月に施行された改正結核予防法では、「直接服薬確認療法（DOTS）」（*）を推進するための規定を整備しました。

具体的には、保健所長は、必要があると認める場合には、保健師又はその他の職員を、患者の家庭に訪問させ、服薬指導を行うこと及び医師は薬剤を確実に服用すること等を指示しなければならないこととされました。

* 「直接服薬確認療法(DOTS)」について

Directly Observed Treatment Short-course の略で、患者の服薬を医師等が直接確認して行う治療

法。

WHO(世界保健機関)は、次の5要素を柱とする包括的な結核対策を、「DOTS 戦略」として提唱しました。喀痰塗抹陽性患者を最重要とする。患者が薬を飲むのを確認する。患者の治療成績を確認し、報告する。適切な化学療法剤を必要期間投与する。政府はDOTS 戦略を指示し、実施に責任を持つ。

都では、既に山谷地域結核特別対策事業としてDOTSを実施していましたが、2004年(平成16年)10月からは、「東京都版21世紀型DOTS事業」として、市町村部において、患者や地域の特性にあわせた包括的服薬支援を実施しています。今後は、治療中断を起こしやすい患者に対する服薬支援を効果的に行うため、特別区との連携を強化し、広域的なDOTS戦略を推進していきます。

また、都は、現代型・都市型結核の克服を目指し、住所不定者等のハイリスク集団に対する結核対策を効果的に行うため、保健・医療・福祉・住宅・労働等の関連分野との連携を強化するほか、早期発見・治療完了のために地域の様々な社会資源の積極的活用や複数の区市町村を移動する住所不定者等の結核患者を完治まで支援するための広域ネットワークの構築などを検討します。

さらに、外国人の結核患者に対し、治療内容及び服薬の必要性などを的確に説明するための新たな試みも進めていきます。

そのほか、コホート観察(*)の結果を活用し、治療失敗、中断・脱落等の背景を分析し、的確に対策に反映できるよう努めていきます。

* コホート観察について

コホート観察とは、適切な医療により二次感染を防ぐことを目的として、患者の発生時点から治療経過と検査結果を時系列で追跡し、治療完了の確認や治療効果(成功・失敗)を把握するもの。

なお、都では、結核の後遺症による呼吸機能障害者に対する生活支援策として、在宅医療を支援するための講習会を実施しているほか、急性呼吸不全などで呼吸困難になった場合に備え、低肺機能患者(*)の緊急入院事業による医療の確保に努めています。

* 低肺機能患者について

低肺機能患者とは、種々の原因により肺活量が著しく減少した状態の者。酸素療法を必要とする場合が多い。

保健所は、地域における総合的な結核情報の発信拠点、直接服薬確認を軸とした患者支援の拠点としての役割を果たしていきます。

3 施策を支える基礎的取組(戦略3)

主な取組

発生動向調査の有効活用

最新の知見に基づく人材育成

結核に関する正確な知識・情報の普及啓発

(1) 調査研究

現代型・都市型結核を克服するための取組を進めていく中で、結核感染の基礎的情報を取りまとめる発生動向調査は、現状分析、結核対策の評価及び新たな政策立案を行ううえで、極めて有効な情報源です。

都では、調査の正確性を維持し、有効活用できるよう、情報を取り扱う保健所職員への研修・指導体制の充実強化に努めていきます。

国その他の研究機関の調査・研究に対しても、積極的な協力・支援を行います。

さらに、結核対策を進めていく中で、適切で精度の高い検査を活用することは、極めて重要です。そのため、薬剤感受性検査や集団感染発生時などに特に有効な RFLP 検査（*）などに加え、新たな結核菌感染診断法（QFT 検査（*）など）が有効に活用されるよう、東京都健康安全研究センターの検査体制の充実強化に努めます。

* RFLP(Restriction Fragment Length Polymorphism) 検査

DNA の分析により、複数の菌の同一性を調べる検査のこと。集団感染発生時などに、感染経路を明確にし、その後の対策を検討するうえで有効な検査。

* QFT(全血インターフェロン(INF) 応答測定法(QuantiFERON - TB第二世代)の略) 検査

採血した血液を BCG には存在しない結核菌抗原で刺激した後に産生される INF 量を測定することにより、結核感染を BCG 接種の影響を受けることなく診断する方法。

ツベルクリン反応検査では、結核感染による反応と BCG 接種をしたことによる反応とを識別することに限界がありましたが、QFT 検査により、更に詳細な分析が可能となりました。

(2) 人材育成

戦後の結核克服に向けた国民的取組により、り患率が低下し、結核病床が減少する中で、結核医療に専門的に従事する医療関係者が減少しています。

また、一般的な医療に従事する医師、看護師等においても、結核に対する意識が低下し、結核発病の発見の遅れが指摘されるようになっていきます。

さらに、年々進化する結核医療にも対応していかなければなりません。

このため、都は、結核対策を健康危機管理の一つとして位置付け、医療関係者が最新の知識・情報を得られるよう、講習会等を開催するほか、国等が行う研修への保健所職員等の積極的参加などを通じて、人材育成を進めていきます。

(3) 普及啓発

一般に、結核は過去の病気というイメージが強く、特に、国民病として恐れられていた時代を経験していない若年層は、結核についての認識が薄くなりつつあります。

したがって、結核対策を進めていく上では、結核に関する正確な知識、情報を提供するための普及啓発活動を進めていくことが重要です。

このため、現代型・都市型結核の克服を目指す都は、大学、専門学校、学習塾などへパンフレット等を作成し、配布することにより、特に若年層に重点化した啓発活動を積極的に行うとともに、企業内診療所・産業医を対象とした研修の実施、公共の場へのポスターの掲示など、結核に関する知識の普及に努めていきます。

外国人向けの広報としては、都のホームページ外国語版への結核医療の基礎的な情報（医療費・支援体制等）の掲載などを行っていきます。

また、福祉施策との連携を進め、高齢者に関する様々な施設や医療機関、介護関係者への結核に関する啓発を行い、最新情報の提供、早期発見への注意喚起を行っていきます。

結核は、感染症であるため、誤った知識や偏見などによる差別や人権侵害が起きる可能性があります。

そのため、都は、結核に関する正確な情報を、理解しやすい形で提供するとともに、患者が安心して治療に専念できるように、人権に配慮した対策の充実を進めていきます。

4 広域的な連携体制の構築(戦略4)

主な取組

広域的、総合的な行動計画の策定
近隣自治体との自治体連携の推進

(1) 区市町村との一体的取組

都市部では、住居地と就業地、学校の所在地の間など、人々は、区市町村や保健所の管轄区域を越えた移動を日常的に繰り返しています。そして、店舗、教室、電車やバスの中など、気密性の高い空間で、人々が接触する機会も数多くあります。

このため、結核は、短期間で、自治体の境界を越え、伝播されていき、感染拡大防止に向けた対策を一層困難なものにしています（*）。

* 集団感染事例について

既に述べました本年6月に都内の学習塾を中心に発生した集団感染事例では、感染者の所在は、4区7市(うち都外2市)に及んでいます(2005年10月末日現在)。

結核対策を効果的に進めるためには、区市町村の枠を超えた一体的対策が必要です。感染発生時はもちろん、対策上必要な目標の設定、施策の立案・実施・評価のすべての過程で、情報の共有化や対策の一体化が求められています。

特に、現代型・都市型結核の特徴として分析した外国人、住所不定者対策あるいは集団感染時の対応などは、単独の自治体で解決することは困難であり、都と関係する区市町村が連携して、総合的に対応することが効果的です。

そのため、都は、保健所の設置主体である各特別区との連携を図り、広域的な結核対策のための更なる連携関係を推進していきます。

また、予防接種や定期検診の実施主体である各市町村と都が設置する保健所との協力関係を構築し、総合的な結核対策に取り組んでいきます。

都は、特別区、市町村との一体的取組を円滑に進めるためのコーディネートを行い、都の全域を対象とした結核対策に関する共通目標の設定や広域的、総合的な対応に関するルールを明確化するため、都(保健所を含む)と特別区、市町村の連携による行動計画の策定を検討していきます。

(2) 結核根絶に向けた自治体連携

その他、都道府県の境界を越えた自治体の連携による結核対策も重要です。

現在、結核感染拡大のおそれがある場合には、患者の居住地を管轄する保健所から患者の日常生活の場である職場や学校等を所管する保健所へ、情報提供が行われるとともに、接触者調査を行うための要請がなされるなど、実務レベルでの連携関係は構築されていますが、今後はさらにこうした関係を発展させていくことが必要です。

都は、結核を含めた感染症のまん延防止を実行的に確保する観点から、埼玉県・千葉県・神奈川県・さいたま市・千葉市・横浜市・川崎市と連携・共働して、八都県市感染症対策連絡会議を設置しており、自治体連携による対策を推進しています。

今後とも、結核根絶に向けた自治体連携を積極的に進めていきます。

5 結核の実態を踏まえた法制度に向けて（戦略5）

主な取組

半世紀ぶりの結核予防法の大改正への対応
結核予防法の廃止・感染症法への統合に向けた国の動向に対して

(1) 半世紀ぶりの結核予防法の大改正への対応

本年4月から、改正結核予防法（*）が施行されました。

その主要な改正点としては、以下のとおりです。

結核の予防・早期発見のための対策の充実強化

- ・ 定期健康診断・定期外健康診断の対象者、方法等の見直し
- ・ ツベルクリン反応検査の廃止・直接BCG接種の実施

直接服薬確認療法（DOTS）の推進

国及び地方公共団体等の責務規定の整備

国及び都道府県の結核対策に係る計画の策定

結核診査協議会の見直し

* 結核予防法(昭和26年3月31日法律第96号)、改正法(平成16年12月1日法律第150号)

これらの改正は、最新の医学的知見に基づくものやこれまで不明確であった国や自治体の責務を明確にするものであり、都は積極的に対応していきます。

しかし、現代型・都市型結核を克服するために、施策を推進する都の立場からは、今回の法改正は、必ずしも十分なものではありませんでした。

例えば、結核予防法は、医療費を公費で行政が負担する場合に前提要件となる入所命令の対象を、同居者のある者に限定していますが、一人暮らしの人々が数多く暮らす大都市の生活実態を考えるならば、学校や職場など社会生活の中での接触も重要な課題です。

こうした観点から、都は、全国の自治体と連携しながら、現行の結核予防法及びそれを具体化する制度を、結核の実態を踏まえたものへと改めるよう、国に強く働きかけています（*）。

特に、感染の危険性に着目し、また、迅速な対応を可能とするよう確固たる仕組みを構築し、結核対策を強力に推進することが重要です。

*** 地方自治体の結核予防法の改正に関する最近の要望活動について**

東京都：平成17年5月23日

「結核対策を後退させる国の新たな方針の即刻撤回について」

全国知事会：平成17年7月13日

「平成18年度 国の施策並びに予算に関する提案・要望」

特別区長会：平成17年7月26日

「結核予防法取扱基準の変更に対する要望」 など

(2) 結核予防法の廃止・感染症法への統合に向けた国の動向に対して

こうした経緯を踏まえ、国は、本年11月現在、生物テロ対策（多剤耐性結核菌を含む病原体の所持・保有を規制）のための感染症法（*）の改正を契機に、結核予防法を廃止し、同法に統合する方針を示しています。

*** 正式には、「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10年10月2日法律第114号）。**

都は、大都市における結核対策の充実を図る観点から、国の動向を見極めるとともに、制度の見直しに際しては、事前に事務を執行する全国の自治体その他関係者等の意見を踏まえること、国民、自治体その他関係者に対して、見直しの趣旨、内容、影響等に関する十分な説明責任を果すことを、引き続き、国に求めています。

現代型・都市型結核の克服に向けて

【目標3】

5つの戦略を着実に実施することにより、2010年(平成22年)における人口10万人当たりの結核罹患率を、2003年(平成15年)の32.6から、27以下へと引き下げることが目標とします。

我が国では、過去半世紀にわたり、結核克服に向けた国民的取組を進め、目覚ましい成果をあげてきました。

しかし、その後も結核を根絶するには至らず、21世紀初頭の現在、現代型・都市型結核として新たな形で結核は発現しています。

今後、さらに結核克服に向けた取組を進めていくためには、結核に対する正確な知識を普及させること、住民、国、都、区市町村、医療機関等の関係者が、それぞれの役割を認識し、責務を果たすことが改めて求められます。

都は、広域自治体として、区市町村の活動をコーディネートするとともに、国に対する提案要求活動や近隣自治体・全国の大都市との連絡調整など連携体制の構築・発展を進めながら、この計画に即して、現代型・都市型結核の克服に向けた対策に取り組んでいきます。

参 考 资 料

< 参考 >

東京都感染症予防医療対策審議会の審議経過

平成17年1月19日

東京都知事が、東京都感染症予防医療対策審議会に、「『東京都結核予防計画』策定に向けた基本的な考え方について」を諮問。

同日

東京都感染症予防医療対策審議会が、結核予防部会を設置。
第1回結核予防部会開催。

平成17年5月19日

第2回結核予防部会開催。

平成17年7月11日

第3回結核予防部会開催。

東京都感染症予防医療対策審議会開催、東京都知事に対して答申。

東京都感染症予防医療対策審議会 委員名簿 (平成17年7月11日)

学識経験者

No	氏名	役職
1	今村 聡	社団法人東京都医師会 理事
2	岩本 愛吉	東京大学医科学研究所附属病院 院長
3	大西 健児	東京都立墨東病院感染症科 部長
4	大森 正子	* 財団法人結核予防会結核研究所 主任研究員
5	奥村 二郎	東京検疫所 所長
6	加藤 誠也	* 財団法人結核予防会結核研究所 対策支援部長
7	川邊 芳子	* 独立行政法人国立病院機構東京病院 内科医長
8	倉田 毅	国立感染症研究所 所長
9	辻 守康	杏林大学名誉教授
10	平山 宗宏	日本子ども家庭総合研究所 所長
11	藤田 明	* 東京都立府中病院 呼吸器科部長
12	丸山 知子	弁護士(東京弁護士会所属)
13	森山 弘子	社団法人東京都看護協会 会長
14	湯藤 進	* 社団法人東京都医師会 理事
15	和田 雅子	* 財団法人結核予防会結核研究所 研究主幹

関係行政機関

16	赤穂 保	* 東京都多摩立川保健所長 (17年4月1日から)
17	長野 みさ子	東京都多摩立川保健所長 (17年3月31日まで)
18	大倉 慶子	* 中央区保健衛生部長 (17年4月1日から)
19	吉村 伸子	台東区保健福祉部長 (17年3月31日まで)
20	金田 麻里子	東京都健康安全研究センター所長
21	竹内 健祐	* 府中市福祉保健部長

: 会長 * : 結核予防部会委員