

第7回大阪市結核対策評価委員会（議事録）

第7回大阪市結核対策評価委員会

令和元年12月18日（水） 午後2時～4時

大阪市保健所 研修室2

～午後2時開会～

- ・吉田保健所長あいさつ
- ・委員の紹介
- ・事務局の紹介
- ・資料の確認
- ・議事運営：工藤委員長
- ・進捗報告：小向医務主幹（資料「大阪市の結核2019」の説明）

P 2～P 3

「Ⅱ 第2次大阪市結核対策基本指針進捗状況」

1 大目標

結核罹患率を10年間で半減させる 2020年に25以下

2009年：49.6→2018年：29.3

年次別目標28.2には至っていない。

2 副次目標

●喀痰塗抹陽性患者の罹患率を半減させる 2020年に10以下

2009年：23.9→2018年：12.2

年次別目標11.6には至っていない。

●小児結核（14歳以下）患者の発生を0にする 2020年 0人

毎年0～5人新登録がある。2018年は3人（10～14歳。3人とも外国出生者）

2015年から0～9歳の年代の新登録患者の発生は0

●菌陽性初回治療の肺結核患者の多剤耐性率 2020年 0.5%以下

初回治療多剤耐性率 2011年0.5%、それ以後1%前後で推移し、2018年は0.4%

再治療の多剤耐性率 2011年7.9%で、その後0の年もあるが、2018年は7.7%

3 結核発生動向

図1 「結核罹患率の推移」(大阪市・大阪府・全国のデータを掲載)

罹患率(大阪市) 1999年: 107.7→2018年: 29.3

罹患率(全国) 1999年: 34.6→2018年: 12.3

1999年から2018年の減少率 大阪市 72.8% 全国 64.5%

大阪市の減少率の方が大きい。

図2 「喀痰塗抹陽性患者罹患率の推移」(大阪市・大阪府・全国のデータを掲載)

副次目標の項目で説明しているため割愛。

図3 「結核死亡率の推移」(大阪市・大阪府・全国のデータを掲載)

結核死亡率: 人口10万人当たりの結核で亡くなられた方の数

2018年 大阪市: 3.8 全国: 1.8

図4 「区別結核罹患率(2018年)」

西成区が134.8で一番高い

淀川区が12.7で一番低い

すべての区において、全国平均(12.3)を上回っている。

表1 「区別結核患者数・罹患率(2018年)」

新登録患者数及び罹患率、喀痰塗抹陽性肺結核患者数及び罹患率の掲載に加え、今回から登録時ホームレス患者数、外国出生患者数を掲載。

登録時ホームレス27人(うち西成区が19人と最も多い)

外国出生患者数65人(うち東淀川区が11人と最も多い)

図5 「年齢階級別結核罹患率の推移」

各年代とも罹患率は低下しているが、全国と比較すると特に60歳以上のところで罹患率の高い部分が目立っており、60代では全国の4.6倍、70代では3.3倍高いという状況になっている。

図6 「高齢結核患者(70歳以上)割合の推移(2011年～2018年)」

大阪市の70歳以上の高齢結核患者は2011年の42.5%から徐々に増加し、2018年は51.9%と半数を超えている。全国は59.9%と大阪市よりさらに70歳以上の割合が多い。

表2 「年齢階級別患者数の推移(2011年～2018年)」

2018年は患者全体の半数以上が70歳以上となっている。

70歳代200人、80歳代172人、90歳以上42人で合わせて414人の登録があった。

図7「外国出生結核患者の推移（2011年～2018年）」

表3「外国出生結核患者数の推移（2011年～2018年）」

外国出生結核患者は年々増加傾向にある。

全年齢に占める外国出生結核患者の割合 2018年 大阪市：8.1% 全国：10.7%

20歳代に占める外国出生結核患者の割合 2018年 大阪市：72.9% 全国：70.4%

特に20歳代の若年者に限ると2018年には全国を上回っており、7割を超える方が外国出生の結核患者という状況になっている。

図8「潜在性結核感染症（LTBI）患者の推移（2011年～2018年）」

表4「潜在性結核感染症（LTBI）患者の年齢別割合の推移（2011年～2018年）」

患者数は2018年349人と2011年以降で最も多く、60歳以上は増加傾向で、2011年4.0%だったのが、2018年33.0%に達している。LTBIでも高齢者の割合が増えている。

図9「潜在性結核感染症（LTBI）患者の推移・発見方法別（2011年～2018年）」

表5「潜在性結核感染症（LTBI）患者の推移・発見方法別（2011年～2018年）」

接触者健診での発見は2011年の211名から2018年には207名に減少。

医療機関での発見は2011年の7名から2018年には61名に増加。

免疫低下要因が主である医療機関での発見割合は2011年の2.8%から2018年は17.5%に増加。免疫低下者及び高齢のLTBIの方への対応がますます重要になってくる。

P12～P41

4 基本施策と具体的な取り組み

(1) 適正な結核治療

① 適正な治療

新登録肺結核患者における治療完遂率の向上

【目標評価の目安】

●新登録肺結核患者の治療失敗・脱落中断 3%以下

表6「治療失敗・脱落中断割合の推移（2011年～2018年）」

2011年5.8%から2018年3.0%に減少。目標達成。

図12「喀痰塗抹陽性肺結核患者の治療成績（コホート検討会に基づく治療成績）」

表8「喀痰塗抹陽性肺結核 治療失敗・脱落中断割合の推移（治療中・転出・死亡を除く）」

治療失敗・中断の割合は2012年4.9%から2018年には3.2%に減少。

年々減少傾向にあり。

図13「喀痰塗抹陰性肺結核患者の治療成績（コホート検討会に基づく治療成績）」

表9「喀痰塗抹陰性肺結核 治療失敗・脱落中断割合の推移（治療中・転出・死亡を除く）」

治療失敗・中断の割合は2012年11.5%から2018年には5.6%に減少。

塗抹陽性肺結核患者に比べると脱落中断の割合が高い。

図 14 「治療失敗・脱落中断の内訳（喀痰塗抹陽性肺結核患者）」

2013 年以降で推移を見ている。各年、色々な理由で変動が大きい。2013 年～2017 年の合計から見ると「自己中断・自己退院・拒否」（38.2%）、「医師の指示（16.4%）」、「副作用（29.1%）」で全体の 8 割を占めている。

図 15 「治療失敗・脱落中断の内訳（喀痰塗抹陰性肺結核患者）」

2013 年以降で推移を見ている。各年、色々な理由で変動が大きい。2013 年～2017 年の合計から見ると「自己中断・自己退院・拒否」（46.7%）、「医師の指示（25.7%）」、「副作用（20.0%）」で全体の 9 割を占めている。

図 16 「年代別 治療失敗・脱落中断の内訳（2013 年～2017 年新登録肺結核患者）」

「自己中断」は、20 歳代は 100%だが年代が上がるにつれ割合が減っている。

70 歳以上は「自己中断」割合が減る一方、「副作用」が増える。

（70 歳代 31.4%、80 歳以上 62.1%が「副作用」による中断）

年代により治療中断理由が異なることから、年代を考慮した支援方法を検討する必要がある。若い方の「自己中断」による中断を防ぐためには、DOTS（服薬支援）による患者への治療支援が必要であり、高齢者に対しては DOTS（服薬支援）のみならず副作用への対応も必要となってくることから、医療機関との連携がますます重要になる。

●新登録肺結核患者 80 歳未満中 PZA を含む 4 剤標準治療開始割合 85%以上

表 10 「4 剤標準治療開始割合の推移（2011 年～2018 年）」

2011 年 84.0%から 2018 年 82.5%に減少。目標に到達していない。

投与されていない理由を見ると肝障害の既往がある、経口摂取が困難な方が多い。

表 11 診査件数と診査結果（2013 年度～2018 年度）

表 12 医療費の経年変化（2013 年度～2018 年度）

医療費は年々減少傾向にあるが、2018 年は 37 条の 2 医療費が増加。

37 条の 2 医療費 2018 年度 57,097,525 円（2017 年度 38,789,130 円）

37 条医療費 2018 年度 352,152,415 円（2017 年度 343,513,623 円）

② 多剤耐性結核の対応

【目標評価の目安】

●新登録肺結核患者の再治療率 5%以下

表 13 「再治療者数・再治療率の推移（2011 年～2018 年）」

2011 年 10.1%から 2018 年 6.8%に減少。

●再治療肺結核患者のうち治療終了後 2 年以内の再発 10%以下

表 14 「2 年以内再治療者数と再治療率の推移（2011 年～2018 年）」

2011 年 15.2%から 2018 年は 25.5%に増加。

再治療割合は、治療歴の聞き取りをすればするほど再治療の割合が増える。
再治療者の分母が増えると、2年以内の再発者の割合が減る
再治療者の多剤耐性結核の評価指標の参考になるのではないかと考えて表 15 を掲載。

【参考】表 15「新登録肺結核患者のうち治療終了後2年以内の再発」
肺結核患者のうち、2年以内の再発は多剤耐性結核につながるリスクがあると考えている。2011年は1.5%の人が2年以内に再治療になっていたのが2018年には1.7%と、2%前後で推移している。2020年に指針の改訂を迎えるが、2年以内の再治療の割合を減らすことを次の目標に掲げることも想定して参考に載せている。

③ 患者管理の徹底

【目標評価の目安】

- 喀痰塗抹陽性患者に対する3日以内の面接 100%実施**
2018年は93.9%で9割を超えてきているが目標には達していない。
- 新登録患者（喀痰塗抹陽性以外）に対する7日以内の面接 100%実施**
2018年は90.1%で9割を超えてきているが目標には達していない。
- 肺結核菌培養・感受性・同定検査結果 2か月以内に95%把握**
2018年の菌培養把握は96.0%、感受性把握は88.9%、同定検査把握率は97.5%。
培養と同定については目標値95%を達成しているが、感受性については目標を達成していない。ただし、2か月以内ということになると9割に満たないという状況であるが、最終的な把握は95%近くにはなっている。感受性の結果は治療に関する重要な部分なので更に把握率を高める必要があると考えている。
- 各区、大阪市保健所におけるコホート検討会への医療機関（医師）の参画**
2013年以降、85の医療機関の先生方に1,800名余りの事例を分析してもらっている。
内容としては、治療失敗・脱落中断者に対して患者支援の在り方を議論している。
また、医師会の先生方や職員も含めて、結核対策の理解を深めて情報共有し、地域連携にも努めるといった機会にしている。

④ 服薬支援の推進

【目標評価の目安】

表 21「肺結核患者を対象とした地域DOTS実施率」
週1回以上（Bタイプ）DOTS 2012年63%から2018年80.6%に増
月1回以上（Cタイプ）DOTS 2012年94.7%から2018年94.8%に増
国の特定感染症予防指針では、月1回以上のDOTSの実施率目標が95%となっている。
2018年は目標を達成できていない状況であるが、年によって変動あり。

表 22「新登録肺結核患者 喀痰塗抹陽性肺結核（死亡・転出・治療中・院内 DOTS・DOTS 不可を除く）」
週 1 回（B タイプ）以上 DOTS 2012 年 88.3%から 2017 年 87.0%でやや減少。
それに合わせて治療失敗・脱落中断の割合を見ると 2012 年 2.3%から 2017 年 3.5%に
増加となり、2017 年は（失敗・中断）目標の 3%に達しなかった。

表 23「新登録肺結核患者 喀痰塗抹陰性肺結核（死亡・転出・治療中・院内 DOTS・DOTS 不可を除く）」
週 1 回（B タイプ）以上 DOTS 2012 年 44.0%から 2017 年 75.6%と増加傾向。
それに合わせて治療失敗・脱落中断の割合を見ると 2012 年 9.4%から 2017 年は 5.2%
に減少しているが、喀痰塗抹陽性に比べて治療失敗・脱落中断の割合が高い。
週 1 回（B タイプ）以上の DOTS を導入することで喀痰塗抹陰性の失敗・中断を減らせる
ので更に DOTS を推進していく必要があると考えている。

表 24「新登録 LTBI（潜在性結核感染症）（死亡・転出・治療中・未治療・院内 DOTS・DOTS 不可を除く）」
LTBI は月 1 回（C タイプ）以上の DOTS を必須としている。
2012 年 71.0%から 2017 年 93.3%年々増加。
治療失敗・脱落中断の割合は DOTS の増加と関連が見られず 2012 年が 9.7%であったの
が 2017 年は 11.0%になっている。LTBI は高齢の方が増えており、副作用など本人以外
の理由による中断が増えている。DOTS だけでなく副作用への対策が必要。

表 25「地域 DOTS 実施方法（服薬支援者別）の推移」

- ・委託事業 DOTS 2013 年 67.5%から 2017 年 25.1%に減少
- ・保健師 DOTS 2013 年 25.8%から 2017 年 39.2%に増加
- ・支援者 DOTS 2013 年 6.7%から 2017 年 16.4%に増加
- ・家族 DOTS 2014 年 1.5%から 2017 年 19.2%に増加 ※2014 年から実施
- ・支援者 DOTS

（家族 DOTS の導入条件）

- ① 週 5 回以上の DOT(服薬確認)
- ② 服薬手帳の記載
- ③ 副作用の出現・中断等があった時の保健師への速やかな連絡
- ④ 保健師と服薬支援者の月 1 回以上の面接
- ⑤ 保健師と患者と月 1 回の連絡

※①～⑤の全てを満たした場合のみ A タイプ家族 DOTS と評価

家族 DOTS の本格導入により、事業委託 DOTS が大きく減少し、保健師 DOTS と支援者
DOTS の増加に伴ってさらに減少した。新たに開始された家族 DOTS は全体の 2 割程度を
占め、2017 年は保健師、事業委託、家族、支援者の順で多かった

表 26「2018 年度 DOTS カンファレンス及び看護連携会議実施状況」

各結核専門医療機関との DOTS カンファレンスの実施状況掲載

(2) 早期発見・早期治療の徹底

① 接触者健診の徹底

【目標評価の目安】

●喀痰塗抹陽性者にかかる接触者の登録直後及び2か月後の接触者健診 100%実施

表 27 「接触者の登録直後及び2か月後健診の実施率の推移」

直後の胸部X線検査や2か月後のIGRA検査の実施率は、2012年94.1%、2018年95.3%ということで、95%前後を維持できているが目標の100%には達していない。

表 28 「接触者健診完了率の推移」

2年間半年毎に行う胸部X線検査は、2012年79.4%、2016年87.9%ということで、目標の80%を達成している。

図 20 「集団区分別検討結果（2018年依頼分）」

特に病院・診療所（医療機関）の疫学調査・検討が多い。

疫学調査に伺い、検討の結果、集団接触者健診を実施した割合は、病院 55.9%、診療所 25.0%であり、医療機関での実施率が高い。

病院は、感染性の高い患者さんとの接触がある場合が多く、入院の場合は接触状況も濃厚となる。

高齢者施設の実施割合は64.1%であった。

●遺伝子解析と疫学調査の効果的な活用

表 32 「VNTR 解析数の推移」

菌株搬送割合について、2012年83.4% 2018年96.1%と9割を超える。

菌株搬送は菌株がないと遺伝子解析に至らないことになるので100%をめざしており、この数値を高めてゆく必要がある。

結核分子疫学検討会は隔月年6回行う。

検討事例件数は2012年20件、2018年221件で、200件前後の検討を行って対策に活かしている。

② リスクグループ等への対応

〈西成特区構想における結核対策〉

2017年までにあいりん地域・西成区患者数を半減させることを目標に掲げ、結核健診及び接触者健診の拡充による患者の早期発見・早期治療、服薬支援充実による治療失敗・脱落中断防止、結核の正しい知識の普及啓発、潜在性結核感染症治療の推進による発病予防の4項目の対策を進めている。

表 34 「結核患者数および罹患率の推移（2009 年～2018 年）」

あいりん地域 2009 年 165 名（罹患率 565.1）から 2018 年 64 名（罹患率 297.7）に減少。

西成区 2009 年 290 名（罹患率 223.7）から 2018 年 148 名（罹患率 134.8）に減少。

表 35 「LTBI 患者数の推移（2009 年～2018 年）」

2012 年まであいりん地域ではなかった。再掲の V 型は、X 線上に硬化巣を認める。結核の治療歴がなく、IGRA 検査で結核感染を認め、リスクが高い人に実施。2015 年以降発病の可能性の高い方へ実施し、発病を防ぐことで罹患率を下げる対応を行っている。

図 21 「各健診受診者数の推移と患者発見率（2013 年度～2018 年度）」

胸部 X 線受診者数は概ね 8,000 名。患者発見率は 2013 年 0.72%、2018 年 0.29%と高い。特に西成区分館は、3,400 名とたくさんの方が受診しており、0.67%と患者発見率が大変高くなっている。

図 23 「新登録肺結核患者 治療失敗・脱落中断率の推移（2012 年～2017 年）」

（死亡、転出、治療中、転症削除を除く）

あいりん地域 2012 年 10.3%から 2017 年 4.8%に減少。

西成区 2012 年 5.3%から 2017 年 4.3%に減少。

大阪市 2012 年 6.7%から 2017 年 4.5%に減少。

服薬支援充実の効果が大きい。

図 25 「あいりん地域 新登録肺結核患者 タイプ別・地域 DOTS 実施状況の推移（2012 年～2017 年）」

地域 DOTS A タイプは 2012 年 66.0%から 2017 年 91.4%に増加している。

毎日 DOTS の実施を強化し、治療中断率も減少している。

〈外国人対策〉

●日本語学校での結核健診の推進

表 37 「日本語学校に所属する外国人に対する結核健診実績」

結核健診の受診者数は、2011 年 1,067 名から 2018 年 5,852 名に増加。患者発見率は、2011 年 0.37%から 2018 年 0.31%と横ばいの状態が続く。あいりん地域同様に、患者発見率は高い。

●外国人の新登録肺結核患者の治療失敗・脱落中断割合 5%以下

表 38 「外国出生肺結核患者の治療失敗・脱落中断割合」

2017 年は 47 名中 3 名が中断し、治療失敗・脱落中断割合は 6.4%だった。

表 39 「医療通訳派遣実績」

日本語の理解が難しい方へのコミュニケーションの障壁を取り除き、スムーズに治療へつなげるために活用を勧めている。

利用者数は、2013 年 2 名から 2018 年には 28 名に増加。利用割合は 54.9%となっている。日本語の理解度が日常会話レベル・ほとんどできない者を対象にしているが、できる限り導入を勧めたい。

表 40 「日本語学校」

外国時の普及啓発の実施として、日本語学校の主に教員を対象に 2018 年には 17 校 30 名に行った。学校関係者の方に結核についてよく知っていただくことは、すみやかな受診、服薬支援へのご協力につながるため、引き続き啓発を行う。

〈高齢者対策〉

表 42 「70 歳以上の新登録患者数の推移(2011 年～2018 年)」

70 歳以上の新登録患者数は 2018 年 414 名であった。5 割を超える方が 70 歳以上である。

表 43 「老人福祉センター等における結核健診実績」

患者発見率は、2011 年 0.07、2018 年 0 と、年によっては 0 人がある。

高齢者結核が増加している。

結核健診の勧奨や健康教育の充実を目標に行っている。

表 44 「老人福祉センターにおける結核健診勧奨（健康講座）」

健診に併せて健康講座も実施しており、2018 年は 17 回 246 名が参加している。

表 48 「高齢者関連事業所への疫学調査件数(接触者健診 集団区分別件数より抜粋)」

塗抹陽性の活動性患者発見時の調査件数は、2018 年 91 件であった。

高齢者の方が塗抹陽性の状態で複数の施設を利用されると疫学調査件数が一層増える。

【高齢者結核対策にかかる解析評価の結果】

○70 歳以上の肺結核患者の特徴

- ・ 69 歳以下と比べると死亡が多い。また喀痰塗抹陽性肺結核患者であっても、咳等の結核に特徴的な症状に乏しいことがあり、呼吸器症状以外の症状（発熱、全身倦怠感、食欲不振等）だけのことがある。
- ・ 9 割以上が医療機関受診や他疾患加療中に結核が発見されている。
- ・ 重症発見例、介護を必要とするもの、年齢が高くなればなるほど死亡割合が高い。
- ・ かかりつけ医の存在は高齢者死亡リスクを下げている。

○高齢者介護関連事業所における接触者健診の特徴

- ・事業所への健診検討依頼数（疫学調査実施数）、健診実施数が増加している。
- ・IGRA（感染診断検査）の実施者数、陽性者数が増加している。
2011年から2017年の増加割合は、IGRA実施者数は3.7倍、IGRA陽性者数は4.4倍
- ・二次患者を伴う初発患者は感染性が高く、自宅訪問や同室など狭い環境での接触だった。

→医療機関及び介護関連事業所などへ情報発信や啓発を行っていくことで、結核患者の早期発見を目指し、感染拡大を防ぐことが重要である。

表 49 「高齢者介護従事者に対する健康教育」

参考 表 50 「居宅介護支援事業者連絡における健康講座」

表 51 「高齢者に対する普及啓発の実施状況」

〈医療従事者対策〉

●医療従事者の健診の徹底と受診率の把握

表 52 医療機関の定期健康診断実施報告書の提出率

2011年2.4%から2018年26.1%に増加したが、まだまだ提出率100%には程遠い。
さらに医療機関の先生方をお願いしていく必要がある。

〈職域対策〉

●職域保健と連携した普及啓発

表 54 事業所への疫学調査件数（接触者健診 集団区分別件数より抜粋）

結核発生にかかる疫学調査や接触者健診の機会等に啓発を実施している。

医療機関では医師の先生方にお伝えするようにしている。

〈若年者対策〉

●高校、大学及び各種学校への普及啓発

表 55 保育・教育機関への疫学調査件数（接触者健診 集団区分別件数より抜粋）

疫学調査をきっかけに教育機関へ普及啓発を行う。

（例 大阪市立大学 年4回 結核に関する講義を実施）

③ 市民の受診の遅れ対策と医療機関に対する早期診断の徹底

結核予防週間における市内全域における取組、24区での各区の取り組みを掲載。

〈市民の受診の遅れ〉

●有症状肺結核患者（喀痰塗抹陽性）の発病から2か月以上の医療機関受診率

20%未満 2018年は、34.1%と達していない。

〈医療機関に対する早期診断の徹底〉

●有症状肺結核患者（喀痰塗抹陽性）の初診から1か月以上の確定診断率 10%未満

2011年 21.6、2018年 20.8%と目標の10%未満は達していない。

様々な機会に結核について知っていただくように努めていきたい。

診断から1日以内の結核患者発生届提出率 90%以上をめざすも、81.8%と目標に達していない。医療機関の先生方への啓発に努めたい。

(3) 予防の徹底

1歳未満のBCG接種率 100%をめざす。2018年は97.1%。

(4) 情報の収集、調査、分析、評価、還元

【目標評価の目安】

- 解析評価検討会等の充実と検討内容の地域への還元
- 服薬支援事業全体を分析・評価できる体制の整備

～質疑・応答～

■工藤委員長

それでは、ただいま事務局からの報告に関しまして、委員の皆様方からご質問・ご意見をお受けしたい。

■福島委員

2ページ目、副次目標の2つめ「小児（14歳以下）結核患者の発生をゼロにする」というところで、2018年については3名患者が発生しており、いずれも外国出生の方であるとのことだが、2016年の5名や、2017年の1名はどうであったのか。

■小向医務主幹

2011年から2017年の小児結核患者は全員日本生まれの方である。

■福島委員

10歳未満はずっとゼロが続いているので、そこは対策として評価していただきたい。

近年、外国出生の方が増えており、今後ますますその影響が大きくなっていくと思われる。外国出生結核患者も多くなっており、それが発生動向に影響してくるのであれば、大阪市は大都市ということもあり、現状の対策では限界があるかもしれない。そのため、外国出生結核患者については、別枠で捉えることも必要ではないかと思うのだが、国の方針に合わせないといけないことなので、大阪市だけ別枠でというわけにはいかず、難しいところであると懸念している。

全体的には対策はうまくいっていると思うが、38ページ目、市民の受診の遅れについて

は、大阪市は悪化しているように見える。これについては、外国出生の方の受診等の影響等が関与しているとお考えか。

■小向医務主幹

外国生まれの患者数は増えてきているが、全体の10%ぐらいであり、幸いにも健診によって発見される方が半数ぐらいを占めているため、今のところまだそこまで影響はないと考える。ただ、1例1例、事例を検討している中では、外国生まれの方については、いろいろな事情で受診が遅れるケースも散見されるので、今後影響してくるといった懸念はある。

■河津委員

小児の話に戻るが、3人の方の感染源の把握はできたのか。

■小向医務主幹

46 ページのトピックスにもあるが、初発患者の感染源は明らかにはなっていないが、残りの2人は初発患者と同居している弟二人ということで、初発患者が発端である。母親が発病していたのだが、塗抹陰性であったため感染源としては考えにくく、また、遺伝子型別なども調べたが、市内で解析した中で一致するものはないという状況であった。患者は出身がネパールで、春休みなど、母国と行き来する機会が頻繁にあったということであるため、母国から持ち込んだ可能性も考えられるが、今のところ感染源ははっきりしないという状況である。

■河津委員

母国で親戚の方とかいらっしゃると思うが、その方についても聞いたということか。

■小向医務主幹

聞いていただいた範囲では、結核と診断された方はいらっしゃらなかったというふうに聞いている。

■河津委員

福島先生もおっしゃったように、今後外国出生の方が増えてくる。来年早々には入国前結核健診が始まるということで、1月には厚労省のホームページのほうで手引きが公開されると思うので、最新情報を確認していただきたい。

■田村委員

17 ページの表12の医療費の経年変化について、医療費総額については減ってきていると思うが、2018年度の37条の2の医療費が増えている理由を教えてください。というのも、今、外国人が増えている状況にあるが、医療費の自己負担分が問題になっており、こういう医療費が減っている部分をなんとか他に回せないかという思いもあるので、こういっ

た費用の増減理由に関しても、できる限り書き加えていくとことがよいのではないかと思います。

また、24 ページで様々な DOTS の方法をお示しいただいたが、家族 DOTS については、同じく外国人の話になるが、DOTS が難しい方もいるし、安易な方法という感じになりがちである。手間はかかるが、事業委託や保健師によって DOTS を実施するほうが確実性が高いと思われるので、そういった DOTS の方法によって、結果の違いがあるかということもモニターしていただきたい。

それから 25 ページのところ、医療機関ごとに DOTS カンファレンスがあるが、対象者数と実施回数が見合っていないところが見受けられる。医療機関の中で差が出ないように、できるだけ行政と医療機関の協力体制を同じにした方がよいのではないかと。

■小向医務主幹

まず1つ目、医療費の 37 条の2が増えている理由については、具体的に分析はできていないが、おそらく、多剤耐性患者の治療の際にデラマニドやベタキリンなど高額な薬が使用されること、また、高齢の結核患者が増えており、合併症を持たれている方の治療も多くなっていることが考えられる。

2つ目、地域 DOTS の実施方法別の治療成績については、ここにはお示ししていないが、4つの実施方法別に中断率を見たところ、どれも1%から4.6%ということで、それほど差がなかった。特に家族 DOTS は、ご家族が支援するということもあり、導入要件を非常に厳しくしているが、特にリスクの少ない方が家族 DOTS を多く受けられている状況にあり、そういったこともあって今のところは遜色ない治療成績になっている。ただ、今後は注視していく必要があると考えている。

そして3つ目、DOTS カンファレンスについては、対象者数延べということで記載しており、患者数が多いところは多く件数を見ていただいているということであるが、ただ、塗抹陰性であっても場合によっては患者の支援について調整をしておく必要があるケースがあり、そういった事例も検討に出していただいているので、この数だけで単純比較というのはできない。田村先生がおっしゃったように、結核専門病院との連携というのは今後もますます重要になってくるので、検討すべき事例についてはしっかりとカンファレンスの中で情報共有しながら、患者支援をやっていきたいと考えている。

■田村委員

37 条の2の医療費の増については、私も、おそらく多剤耐性抗結核薬の影響ではないかと思っている。外国出生患者は多剤耐性の割合も高い傾向にあるので、今後も注視されたい。

■工藤委員長

予算のことになるが、医療費が減ってきた時に、その余剰分を自費の外国人の医療費に回す等、そういった計画はあるのか。

■小向医務主幹

今のところ医療費に関しては、37条と37条の2の公費負担の制度しかない。その他については特に考えてはいない。

■工藤委員長

政策としてこれから上にあげていくとか、提言でもいいが、そういう考えはあるのか。

■小向医務主幹

外国出生の方の中には、ビザの関係やいろいろな事情で保険に入れなかったり、無保険になったり、医療費が払えないといった問題がある。また、田村先生もおっしゃったように、日本生まれの方に比べると多剤耐性の割合が非常に高いため、多剤耐性結核になってしまうとますます医療費がかかる等、諸々の課題がある。37条及び37条の2の公費負担制度でできる範囲、またそれ以外の支援についても今後検討していく必要があると思うが、具体的にというのは今のところはない。

■青木委員

意見が2つ。1つは、工藤先生がおっしゃられたことと関連しているが、37条の2の医療費のところ、外国人は在留資格によって、生活保護の申請ができないという人たちがいて、自己負担を払わないといけないのであれば、治療をやめるといった状況になりやすい。実際にやめてしまった人の支援をしたことがあるが、数千円のことかもしれないが、払えないがゆえに治療をやめざるを得ない人がいるということは理解していただきたい。もう1つは、表38の中で、外国出生の方の治療失敗・中断件数が2017年は3件ということであったが、この中断の理由や背景などを、できれば分類、分析していただけたらと思う。技能実習生などを退院した途端に国に帰ってしまうというケースが過去に何件もあり、結果、治療を中断せざるを得ない状況になるということがあった。件数は数えていないが、感触的に多かったのも、もしそういう状況があるとすれば、治療が完了するまでは日本にいて、仕事しながらでも治療は続けられるということ、行政の立場として言っていただくことが、治療完了のために必要ではないかと思う。

■小向医務主幹

外国出生の方の医療費の支払いについては、難しいケースがあるということを我々も認識している。特に大阪市では、外国出生患者の半数は日本語学校に在籍している方で、まずは日本語学校の先生方の理解を得ていくというのが、支援をしていくうえでとても重要であると感じている。

また、医療費については、直接的な支援ではないが、例えば日本語学校の協同組合や、全国の日本語教育共済協同組合の補償制度に事前に加入しておくことで、万が一、結核以外で医療が必要となった場合でも補償されるといった情報提供の支援も必要だと思っている。その他、医療費の問題はなくても、文化的なことや、患者本人の価値観の問題等で、社会保障につながりにくい方もいるということなので、社会的、文化的な背景も含め

て配慮した上で、医療にかかる課題を少しでも減らしていければと思う。

外国出生患者の治療成績の治療中断理由については、4例分析した事例があるが、例えば日本語学校の学生のケースでは、当初は日本語学校の先生の協力が得られ治療が順調にいていたのだが、日本語学校を卒業し、専門学校に通うことになった時に、支援者が切り替わったため、連絡が取りにくくなり、結局行方不明となってしまったことがあった。特に外国人の方の場合は、転居をされたり、突然連絡もなく国に帰られたりと、転出が多いという課題があり、そういった場合、治療成績は「脱落中断」となる。日本生まれの方に比べると、生活環境の変化が大きく、また医療費の問題もあるので、こまめに状況を聞くなど、手厚い支援というのが重要であると感じている。

■高鳥毛委員

8ページの表2の高齢者について、年齢90歳以上も分けて載せていただいて感謝する。現状では、実数で、60歳、70歳のあたりが増えている感じであるが、将来的に、2025年問題と言われているように、80歳以上の動向というのは大事であると思っている。

また、外国人について2点、1つは表1で、区別に外国出生患者数を載せていただいているが、2018年は65名と、ホームレスの数27名と比べて多く、1番大きな課題になっている。もともと大阪市の結核対策の課題は、住所不定者や野宿者の対策をといるところから始まっており、浪速区、西成区等に結核が多いとして、重点的に取り組んでいた。そのパターンが、外国人が入ることによってかなり変化するということが分かったので、次期結核対策の計画を作るときには、外国人結核の動向というのを推測して作らなければならない。

現在の基本指針の評価については、当初想定していなかった外国出生患者の増加の影響で上乗せされている部分があるかと思うので、外国出生患者を抜いたら目標が達成できているのかどうかというのを見るため、外国出生患者を抜いた数値を括弧書きで併記したほうがいいのか。先ほども言ったように、もともと大阪市の結核対策は、野宿者、ホームレス等、西成の結核対策を大阪市に強化してもらうということで平成13年から進めてきたものである。その目標についてはある程度、保健所の努力で達成できているということを見ようとする、外国人を抜いた数値を示してほしい。

また、25ページ、病院のDOTSカンファレンスについて、結構病院によって実施回数が違う。特に阪奈病院、対象者数に対して実施回数が12回というのは、十三市民病院や近中に比べても明らかに少ない。これにはどういう理由があるのか。

■小向医務主幹

DOTSカンファレンスについては、病院の先生方やスタッフの方と調整して、この回数で実施させていただいている。特に阪奈病院については月1回ということで、対象者に比べると回数が少なく、1回あたりの検討事例が多いということになるが、一方で迅速に主治医の先生と情報共有しないといけないという場合は、カンファレンスを待ってということではなくて、タイムリーに情報共有して対応している状況であるので、引き続きこの回数での実施をと考えている。

■工藤委員長

外国人患者の数を省けば目標を達成できるかどうか、それについてはどうするか。

■小向医務主幹

外国人患者の割合が昨年 8.1%になった状況ということで、それが影響しているかどうかについては、今のところは何とも言い難い。

今年の9月までの概数値で、昨年の同時期と比較した状況の罹患率を見ると、4.3ポイントほど罹患率が下がってきており、それがこのままいけば、減少の幅としては例年よりさらに大きくなるという状況ではある。

ただ、25 という目標になると、目標達成は少し厳しいかと思う。

■高鳥毛委員

今はあまり影響がなくとも、今後影響が出てくる可能性はあるので、括弧書きでも外国人を抜いた数値を出すのがいいかと。

■松本医療監

2 ページの大目標を見ていただくと年次別目標というのが書いてあるが、これはだいたい年7%ずつくらい減っていく、そうすると目標の年には目標の 25 以下になるという計算になっている。2018 年は、罹患率が 29.3 で、外国生まれの割合が 10%程度であるということなので、外国生まれを除けば、年次別目標の 28.2 はほぼクリアしていると言える。また、1 番の懸念であった西成区の罹患率の推移を見ても、ここ2年ほどは年 20% ずつ減っているという状況であるため、このペースでいけば、外国生まれを除けば目標の 25 以下を達成する可能性があるということになる。ただし、外国生まれを除いて罹患率を出すというのは、本当にそれでいいのかという問題がある。やはり、時代の変化を受けながら、いろいろな影響を受けた中で罹患率の目標を達成する必要があるのではないかと思われる。大阪市に関しても、外国生まれに関しましてはいろいろな対策を打ってきて、少しでも早期発見して確実な治療に結びつくように対策を行っているので、それらも含めて全てトータルで目標値を達成したいと考える。

■河津委員

日本語学校の健診について、年々参加している学校数が増えているが、基本的には前回参加した学校が引き続き参加しているという状況なのか。

■小向医務主幹

基本的にこれまで健診に行った学校については、引き続き依頼をいただくことが多い。また、日本語学校の数は年々増加しており、10 年前市内に 30 校ぐらいだったのが今は 50 校くらいということだからかなり増えてきているので、新しく開設されたところにも依頼しながら、学校数と受験者数ベースでやっているという状況である。

■河津委員

年に1回か。

■小向医務主幹

年に1回に限らず、入学の時期や学校の規模によって、適宜実施している。2018年で見ると、26校で実施回数が61回となっており、入学時期が前期・後期と分かれている学校や1000人規模の学校などは、2回に分けて実施する場合がある。

できるだけ入国後すみやかにタイムリーにやるということを心がけており、健診時期としては入国してから3カ月以内といった実施ができています。

■河津委員

西成区の健診については、同じ方が来ているという可能性はあるのか。

■小向医務主幹

特別清掃事業に従事される場合は、エックス線検査で異常がないということを半年ごとにチェックすることが必須になっているので、その従事者については年2回健診を受けているということになる。定期的に健診を受けている方が多くなるとどうしても発見率というのは下がってきってしまうので、西成区のほうでも、例えば新規に生活保護を受給するという方に対しケースワーカーから健診の案内をしていただく等、新しいところの開拓というのを併せて行っているという状況である。

■宮川委員

24ページのDOTSについて、非常に頑張ってやっておられるとは思いますが、医療機関外来型DOTSがかなり激減してきているということについて懸念をしている。もちろん、患者本人がその方法を必要としなかったということではあるが、冷静に考えれば、高齢の結核患者も多く、様々な疾病を持っていることもあり、結核になってしまうと命にも関わるといった状況の中、このまま医療機関外来型DOTSが減っていくというのはいい傾向ではない。そのことについてはどうお考えか。

■小向医務主幹

確かに、患者本人の利用選択の結果、医療機関外来型DOTSの数は減ってきているが、合併症も併せてかかりつけ医に診ていただくことは大事なことで、当然、大切なDOTSの1つだというふうに考えているため、今後も医療機関の先生方に服薬支援の必要性について説明させていただき、了解いただきながら引き続き医療機関外来型DOTSを続けていきたいと考えています。

■工藤委員長

外国出生患者の発生の場所が、東淀川区が1番多かったのには何か理由があるのか。

■小向医務主幹

人口 10 万人前後ぐらいで 24 の行政区に分かれていることから、外国出生患者が 1 人発生すればそれだけで割合はかなりはねあがってしまうという部分はある。また、2018 年は東淀川区が最も外国出生患者の発生が多いが、今年は生野区が多くなっており、また、福島区においては昨年外国出生患者が 0 人だったのが、今年は患者の 3 分の 1 が外国出生の方という状況である。

外国出生患者の半数は日本語学校の学生であり、最近では日本語学校ができるとその辺りに寮などもあつたりするので、そういった方々が多く住んでいる地域に患者が発生し、増えることがある。外国出生患者の発生動向については先が読めないという状況で、1 つの区を対策すればいいというふうに単純にはいかないところがあり、難しい部分がある。

■工藤委員長

就労状況はあまり関係しないのか。

■小向医務主幹

今のところ割合としてはそれほど影響が大きくはない。ただ、2019 年は患者の 3 割ぐらいが就労している方で、働いている方の中から発症ということもあるので、特に外国の方を多く雇っている企業などに対し、結核についての知識や健診、有症状受診の必要性を啓発していくということが必要であると思っている。

■洲鎌委員

医療費の自己負担について、抗結核薬は公費負担を申請できるが、副作用対策の分は自己負担になる。自己負担の有無が治療中断の理由になる可能性があるので、副作用対策の分も公費対象になるようにしていただけたらと思う。

また、外国出生患者について、46 ページの小児結核の事例を見て、発病から初診までがかなり経っていると感じた。診断の部分では 12 日なのでそう遅れたわけでないかなと思うが、発病から初診までの期間が長く、非常に対策としては難しい、参考になる事例ではないかなと思う。この患者は来日してから国内外を行ったり来たりされているということであったが、入国時の健診だけでは足りないということになるかと思う。また、両親が受診させるのが遅く、診断が遅れたということだが、そのあたりの対策も必要になってくるのではないかなと思う。

■小向医務主幹

外国出生患者については、日本語学校の健診などで入学時は異常がなくても、その後排菌して見つかるというケースもあるので、やはり毎年の健診というのが必要であり、有症状受診というのをも併せて、引き続き啓発していきたいと思う。

■宮川委員

対策の評価について、外国人を抜けば数値はどうであるかという話があったが、そういったデータとしての大切さもあると思うが、外国人を抜いた数値を出すことは、捉えようによれば、外国人の方々がデータを悪くしていると読み取られ、大変な事になる。松本先生がおっしゃったように、外国人対策について、理念を持って取り組んできているので、それらを含めたトータルで目標達成を考えたほうがよい。

大阪市は以前から日本語学校に注目し、健診をしっかり行っている。日本に来ていただいている外国の方々の健康を守るというそういう理念で対策に取り組んできていると思いますので、今かなりデータの集約をされていると思うが、外国人の方はこれからさらに、ここ5年間で増えてくる訳で、我々も懸念しており、これからはさらに住んでいるところ・働いているところなどの情報を一層深めてもらいたい。次の計画にどう入れるか難しい点もあると思うが、大阪市として、感染症から外国の方々を守るという立場で、いいものを作っていただきたい。

■工藤委員長

まとめとして、今回は特に外国出生患者のことが話題になった。数も増えており、医療費の問題や治療の失敗中断になりやすいといったさまざまな問題がある。宮川先生が指摘されたように、やはり外国人を結核からどのように守ってゆくか、治療を完遂することができるかが次の10年の大きな課題になると思われる。

DOTSについては、今のところ方法別に中断失敗に大きな差はない。家族DOTSについては安易になりやすいところをしっかりと注意して行っている。来年度から入国前健診が具体的に実施されるということなので、このことも含めて外国人の結核に対する治療を我々も注目したい。

私見であるが、健診データを見ていると外国人と西成区のあいりんの健診の発見率がだいたい同じ0.3%。その健診をすすめていくのはいいが、高齢者結核の対策をどういうふうに続けていくかも考える必要がある。小向先生のお話では医療機関を受診して発見されることが多く、地域医療機関・関連施設の役割は大きいとのこと。高齢者が大きな割合を占めているので、高齢者・外国人・西成区あいりん地域の対策が重要であると思う。これで本日の議事を終了する。