

第 1 回大阪市結核対策評価委員会

日時：平成 2 6 年 3 月 7 日

開会 午後 2 時 0 0 分

○小山感染症対策担当課長代理 大変長らくお待たせいたしました。

定刻の 2 時になりましたので、ただいまから、第 1 回大阪市結核対策評価委員会を開催させていただきます。

本日は御多忙のところ、当委員会に御出席いただきまして、まことにありがとうございます。私は、本日の司会を務めさせていただきます大阪市保健所感染症対策課長代理の小山でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

なお、当委員会は審議会等の設置及び市の第 7 条に基づき、公開とさせていただきます。傍聴の方で写真撮影をされます場合は、恐れ入りますが、議事開始までをお願いいたします。

それでは、開会に当たりまして、大阪市健康局寺川首席医務監から御挨拶を申し上げます。

○寺川首席医務監 健康局首席医務監の寺川でございます。

第 1 回大阪市結核対策評価委員会の開催に当たりまして、一言御挨拶を申し上げます。

平素は本市の健康行政に対しまして、格段の御協力、御高配を賜りまして厚く御礼申し上げます。また、年度末の公私何かと御多用のところ、御出席をいただきまして、重ねて厚く御礼申し上げます。

さて、平成 2 3 年 3 月に策定しました第 2 次大阪市結核対策基本指針に基づき、D O T S を初めとする各種の結核対策を推進してまいりました結果、罹患率は徐々に低下し、平成 2 4 年度は 4 2 . 7 となっております。これもひとえに皆様方の御協力、御指導のたまものと厚く、深く感謝をする次第でございます。

しかしながら、結核罹患率は全国平均の約 2 . 6 倍と大阪市は非常に高く、市民の

結核に対する関心が低下している状況の中で、大阪市といたしましてはD O T S等服薬支援事業の対象者の拡大や、リスクグループ等の状況に応じた個別の対策、平成24年8月からは西成区特区構想における結核対策の取り組みなど、対策の手を緩めることなく、本市の結核事業のさらなる改善に向けた取り組みを着実に進めているところでございます。

本日は、本市における結核の発生動向や結核対策の推進状況について、学術的、専門的な見地から忌憚のない御意見を賜りますようお願い申し上げます。

本日はよろしくお願い申し上げます。

○小山感染症対策担当課長代理 それでは、本日の出席者を御紹介いたします。

まずは、大阪市結核対策評価委員会の委員の方々を、資料の次第の裏面に名簿が載っておりますが、その順に御紹介いたします。

社会医療法人若弘会若草第一病院呼吸器内科部長 足立委員でございます。

公益財団 法人結核予防会結核研究所疫学情報センター長 大角委員でございます。

独立行政法人 国立病院機構近畿中央胸部疾患センター臨床研究センター長 岡田委員でございます。

大阪市立大学医学部附属病院病院教授 工藤委員でございます。

社会福祉法人 大阪社会医療センター理事長兼病院長 齊藤委員でございます。

関西大学社会安全学部教授 高鳥毛委員でございます。

独立行政法人 大阪府立病院機構大阪府立呼吸器アレルギー医療センター感染症内科副部長 田村委員でございます。

大阪市立大学大学院医学研究科公衆衛生学准教授 福島委員でございます。

一般社団法人 大阪府医師会理事 宮川委員でございます。

なお、特定非営利活動法人 ヘルスサポート大阪理事 逢坂委員は、本日、御都合により欠席と連絡を受けております。

続きまして、事務局を紹介させていただきます。

健康局 寺川首席医務監でございます。

大阪市保健所 甲田保健所長でございます。

大阪市保健所 松本感染症対策監でございます。

大阪市保健所 感染症対策課長兼危機管理室医務主幹の半羽課長でございます。

大阪市環境科学研究所 長谷微生物保健担当課長でございます。

大阪市保健所 廣川医務主幹でございます。

大阪市保健所 蕨野保健副主幹でございます。

私は、感染症対策課長代理の小山と申します。

それでは、議事に入ります。

その前に、委員長の選出を行う必要がございます。資料2枚目をごらんいただけますでしょうか。大阪市結核対策評価委員会設置要綱第4条第1項に「委員会に委員長を置き、委員の互選によりこれを定める」とありますように、委員長につきましては、委員の皆様の互選による選任となります。どなたか選出に御意見はございませんでしょうか。

○田村委員 BCGワクチン、リコンビナントワクチン等の研究で、日本国内だけではなく、WHOやストップTBパートナーシップでも御活躍いただいている岡田先生に委員長が適任ではないかと推薦させていただきたいと思います。

○小山感染症対策担当課長代理 ただいま、田村委員から岡田委員に委員長をという提案がございましたが、皆様いかがでございましょうか。

(「異議なし」との声あり)

○小山感染症対策担当課長代理 異議なしということでございますので、岡田委員に本委員会の委員長をお願いしたいと思います。向こう2年間、岡田委員、よろしくお願いしたいと思います。

早速ではございますが、岡田委員長には、恐れ入りますが、正面の委員長席にお移りいただいて、一言御挨拶をいただきたいと存じます。

○岡田委員長　御指名をいただきました岡田でございます。委員長という非常に重い役割でございますが、精いっぱいやらせていただきますので、何とぞよろしくお願い申し上げます。

○小山感染症対策担当課長代理　ありがとうございます。

それでは、ここからの議事運営につきましては、岡田委員長にお願いしたいと存じます。岡田委員長、よろしくお願いいたします。

○岡田委員長　それでは、進行させていただきます。

議事に入る前に、大阪市結核対策評価委員会規則第4条3に「委員長に事故があるとき又は委員長が欠けたときは、あらかじめ委員長の指名する委員がその業務を代理する」となっております。したがって、私から指名させていただきます。代理として、齊藤委員を指名させていただきます。齊藤委員、何とぞよろしくお願い申し上げます。

それでは、議事を進めてまいりますので、皆様、御協力よろしくお願い申し上げます。

着席して進めさせていただきます。失礼いたします。

早速ではございますが、お手元の次第にありますように、大阪市結核対策基本指針の進捗状況について議事を進めてまいります。事務局から御報告をお願いいたします。

○松本感染症対策監　保健所感染症対策監の松本です。私から、基本指針の進捗状況を御説明させていただきます。よろしくお願い致します。

では、お手元の資料ですが、資料3をめくっていただけるでしょうか。資料3は大阪市の結核2013（抜粋）となっております。2枚めくっていただきまして、41ページを見ていただけるでしょうか。こちらは結核の発生動向ということで、1. 結核罹患率の推移、平成11年から平成24年となっています。この一番上のグラフを見ていただきたいと思います。一番上の折れ線グラフが大阪市の罹患率の推移、その下が大阪府、一番下が全国となっています。大阪市の罹患率は、平成11年から年々

低下してきていました。しかし、平成24年のところを見ていただきたいのですが、平成24年は罹患率42.7ということで、前年の41.5に比べまして1.2の悪化となっています。

続きまして、その下の2番、喀痰塗抹陽性肺結核患者罹患率の推移をごらんください。こちら先ほどと同様、一番上の折れ線グラフが大阪市のものとなっています。こちら年々低下傾向にはあります。平成22年が20.8、平成23年は18.6でしたが、平成24年は全結核罹患率と同様19.1と0.5の悪化となっています。

次のページをお願いします。42ページ、下のほうのグラフ、4. 区別の結核罹患率をごらんいただけるでしょうか。平成24年は、大阪市全体では罹患率42.7でございましたが、西成区がごらんのように196.9と群を抜いて高い状況となっています。2番目に高い浪速区が79.2、ずっと下のほうを見ていただきまして、一番低いのが鶴見区の17.0、その上の福島区が17.2ということですから、この年、全国は16.7ですから、鶴見区、福島区に関しましては全国レベル並みになってきたかなというところがございます。

続きまして、次のページの下側のグラフ、6. 一般・ホームレス別結核新登録患者数というところをごらんください。この表の一番上、大阪市のホームレス患者数が出ております。大阪市の平成24年のホームレス患者数は44人でした。前年の平成23年が76人ですから、ホームレス結核患者数は大幅な低下となっています。ホームレス患者の占める割合は一番右端、3.9%となっています。このホームレス結核患者44人のうち、一番下、西成区が28人と、7割近くが西成区で占められているという状況でした。

続きまして、次のページをお願いいたします。44ページ、上のほうのグラフ、7. 年齢階級別全結核罹患率の推移ですが、上のほうから折れ線、平成12年、平成17年、平成22年、平成24年の大阪市の年齢別の罹患率、一番下が平成24年の全国のものとなっています。ごらんいただきまして、わかっていただけますように、ほぼ

全年代にわたって経年的に罹患率は低下してきています。しかし、平成２２年と２４年を比べていただきますと。８０歳以上では、平成２２年よりも平成２４年のほうが罹患率が高いという状況となっています。

続きまして、その下のグラフ、８．小児結核患者数の推移というのを見ていただきたいと思います。平成１９年から平成２４年までの小児結核患者数が記載されています。一番下の計というところですが、平成１９年から順番に２人、２人、２人、３人、１人、２人と、毎年比較的少ない数字で推移していますが、ゼロの年はないという状況です。そして、平成２４年の２人について、少し内容を御報告させていただきますと、１人は１歳男児、病型がｒⅢ１、塗抹、培養とも陰性、感染源は外国出生の母で、病型がｂⅢ２、ガフキー２号でした。本児は母親が接触者健診を拒否されまして、７カ月後に本児が咳嗽が出てきたために医療機関を受診したところ、肺結核と診断された事例でした。もう一例は、１１歳女性、病型がｂⅢ１、塗抹、培養とも陰性、感染源は同じく同居の父親で、病型がｂⅡ３、ガフキー８号。この父親は受診の遅れがありまして、発見までに３カ月以上を要していた。そして、治療開始から約１カ月後に呼吸不全のために亡くなるという痛ましい経過をたどっております。

次は、隣の４５ページ、９．一般・ホームレス別肺結核患者再治療割合の推移をごらんください。上から順にホームレス、ホームレスを除く一般、一番下が全国の再治療割合となっています。ホームレス結核患者の再治療割合ですが、平成２４年が２０．９％ということで、前年の１３．９％に比べてかなりの悪化となっています。そして、ホームレスを除く一般結核患者の再治療率ですが、平成２４年が１２．０％と前年の９．８％に比べて悪化していました。しかし、この再治療者の中で２年以内の再治療者数というのを下の欄に記載させていただいているんですが、平成２２年の２年以内の再治療者は２３名、２３年が１４名、２４年が１１名ということで、２年以内の再治療者に関しては年々低下してきているという状況でした。

次は、４８ページを見ていただければでしょうか。４８ページの真ん中ぐらい、

(4) 有症状肺結核患者（塗抹陽性）における受診・診断・発見の遅れの推移をごらんください。まず、受診の遅れですが、濃いほうの折れ線が大阪市で、薄いほうが全国ということになります。受診の遅れは、平成20年から23年まで大阪市のほうが全国より悪かったのですが、平成24年に関しましては大阪市が20.1%、全国が21.5%ということで、大阪市のほうが受診の遅れは少なくなっていました。そして、二つ目、診断の遅れですが、こちらのほうは平成20年、21年は大阪市のほうが診断の遅れが少なかったのですが、平成22年からは毎年全国より悪く、平成24年に関して言いますと、全国の16.7%に対して大阪市23.2%と診断の遅れが目立っております。一番下のグラフ、発見の遅れですが、平成20年から24年まで、いずれも大阪市は全国よりも発見の遅れが悪くなっています。平成24年に関しましては、全国の20.6%に対しまして大阪市は23.8%となっています。

続きまして、次のページの一番上のグラフ、発生届までの期間（平成23・24年）というところをごらんください。発生届というのは、これは感染症法で直ちにということになっていますので、1日以内に出していただく必要があります。平成23年の新登録患者における1日以内の届け出率は66.6%、24年が63.3%ということで悪化しております。潜在性結核感染症患者に関しましては、平成23年が52.4%、平成24年が61.1%ということですから、若干改善しているという状況でした。

続きまして、少しページを飛ばしていただきまして、63ページを開けていただけるでしょうか。BCG接種について御説明したいと思います。これは、区別のBCG接種の結果が載っていますが、一番上の行を見てください。平成24年度ですが、大阪市全体で出生数が2万3,339人いまして、ずっと右のほうに行きまして、6カ月未満のBCG接種率が88.3%となっています。前年が94.7%ありましてので6.4%の低下となっています。そして、1歳未満のBCG接種率も90.6%で、前年の96.5%に比べまして5.9%の低下となっています。大幅な低下なんです

が、これは25年4月からBCG接種推奨時期が5カ月から8カ月に変更された影響が大きいと考えています。

次は、資料1、3ページをごらんいただけるでしょうか。こちらは横向きの資料となっています。では、御説明します。

一番上が目標となっていて、大目標、これは10年間で結核罹患率を半減するということで、平成32年に25以下を目指して、先ほど御説明しましたように、平成24年は42.7ということで、前年に比べて1.2ほど悪化していました。そして、副次目標ですが、上二つに関しましては、先ほど説明させていただいたとおり、三つ目ですが、菌陽性初回治療肺結核患者の多剤耐性率減少、平成32年には0.5%以下を目指すというものですが、平成24年の初回治療多剤耐性患者数は8人、1.3%ということで、前年の0.8%に比べ悪化しております。そして、再治療における多剤耐性患者数ですが、その下なんです、平成24年は3人の3.9%となっています。この二つを足しますと、平成24年の新登録多剤耐性結核患者数ということになりまして、この年は11人発生しています。その前の年は足しますと10人、その前の年は12人ということで、多剤耐性結核患者数としては余り大きな変動はないという結果でした。

次、下のほうですが、適正な結核治療の推進というところですが、星印のところを見ていただきたいと思います。新登録全結核患者80歳未満中、PZAを含む4剤標準治療割合を85%以上とするというところですが、平成24年は82.0%ということで、残念ながら前年の84.0%よりも悪化しているという状況でした。

次のページをお願いします。4ページ、④に関して、服薬支援の推進、こちらのほうは後ほど詳しい説明をしたいと思いますが、最初の黒丸、あいりん地域の肺結核患者を対象としたあいりんDOTS週1回以上の開始率80%以上ですが、この項目に関しましては、平成24年83.6%、前年が82.8%ということで、一応目標の80%を既に上回っているという結果でした。

続いて、次のページ、２．早期発見・早期治療の徹底というところをごらんください。①接触者健診の徹底という項目があります。最初の項目が喀痰塗抹陽性患者にかかる登録直後及び２カ月後の個別、これは家族、あるいは友人などを指しています、の接触者健診を１００％実施、こちらのほうは、平成２４年は９４．０％でした。そして、同じく個別の２年間の健診完了率を８０％以上とする。これは６８．４％と少し、少しといいますか、大分低くなっています。そして、その下、集団の登録直後及び２カ月後の接触者健診の実施率、これは平成２４年は９５．７％となっています。そして、集団のほうの２年間の健診完了率に関しましては８６．４％と目標である８０％以上をクリアしていました。

その下、②リスクグループ等への対策ということで、こちらのほうは後ほど詳しく御説明したいと思うんですが、一つだけ、星印のところ、あいりん地域における結核罹患状況というところをごらんください。あいりんの患者数が平成２２年から２４年まで記載されていまして、１５５人、１２８人、９５人と年々低下してきています。そして、その中におけるホームレス患者数の割合も急激に減ってきているという状況でした。

そして、次は７ページをごらんください。こちらは第二次結核対策におきまして、大阪市として特に強化した部分ということになります。三つ御報告したいと思います。一つは地域ＤＯＴＳ、二つ目はハイリスク者に対する結核健診及び健康教育、三つ目は西成特区構想における結核健診、以上三つに関して御報告したいと思います。

次のページ、８ページをごらんください。まず、地域ＤＯＴＳについてですが、１．ＤＯＴＳタイプ分類方法という表なんですが、日本版ＤＯＴＳというのがあるんですが、この日本版ＤＯＴＳに基づいて分類を行っていますが、これで分類し切れないものに関しましては、大阪市の定義を追加しています。Ⅱの地域ＤＯＴＳに関しましては、Ａタイプ、Ｂタイプ、Ｃタイプというのは日本版ＤＯＴＳに従ったということになります。そして、Ⅲの未実施の定義ですが、一応大阪市としましては服薬期間中に

トータル2カ月以上DOTS未実施期間がある患者といたしました。例えば、CタイプのDOTSでしたら、2カ月間連絡がなければ、これはDOTS未実施とするということになります。その下のほうに2種類以上のDOTSタイプを実施した場合は回数の少ないタイプということにしております。例えば、治療開始時はAタイプDOTSが入っていて、途中からBタイプに変わったという場合はBタイプにするというふうに決めております。

その下、リスク項目と書いてあるところですが、これは大阪市の使っていますビジュアルの服薬中断リスクの項目ということになります。医学的リスク項目として8項目、社会的リスク項目として10項目ありまして、これを評価いたしましてDOTSタイプに反映するという方法でDOTSを実施しております。

次のページ、3番を見ていただきたいんですが、新登録喀痰塗抹陽性肺結核患者におけるDOTS実施状況、喀痰塗抹陽性の場合、大阪市では原則としてBタイプ以上、週1回以上のDOTSを実施するということを決めております。上のほうの表ですが、一番左の列、上から順番に院内DOTS、A、B、Cタイプ、未実施というふうになっております。それを平成22年、23年、24年分を記載しております。このうち未実施のほうを見ていただきますと、平成22年は未実施が2例で0.6%、平成23年も2例、平成24年はゼロとなっています。平成24年を見ていただきますと、未実施がゼロで、不可もゼロですので、DOTSは全てCタイプ以上が全例に入っているということになります。そして、Cタイプは35例10.4%ということですので、Bタイプ以上が89.6%、ほぼ90%がBタイプ以上ということになります。

そして、治療成績のほうですが、一番下の行に脱落・中断率が記載されています。平成22年から順に脱落・中断は15例4.7%、12例3.4%、7例2.1%と脱落・中断率は順調に低下してきているという状況です。

そして、その下の表(2)ですが、これはリスク項目数に応じてDOTSタイプを

入れているということを見た表でございます。

次のページをお願いします。10ページ、4、こちらのほうは喀痰塗抹陰性のDOTS実施状況をお示ししています。喀痰塗抹陰性の場合、平成24年まではリスクの高い者に対してBタイプ以上のDOTSを実施するということになっています。DOTSタイプに関しましては、左側の列に先ほどと同じように並べてあります。平成24年を見ていただきたいのですが、まず未実施を見ていただきますと、喀痰塗抹陰性では未実施の患者さんが27例7%ありました。そして、一番多いのがCタイプの164例42.7%、Bタイプ以上は、平成24年はちょうど50%ということになっていました。塗抹陽性がほぼ90%に比べて、大分Bタイプ以上が少ないということになります。そして、脱落・中断率ですが、一番下の行なんです、平成23年が42例で11.3%、平成24年が40例で10.4%ということですから、塗抹陽性は2.1%でしたから、5倍以上の脱落・中断率というふうになっています。

そして(2)リスク項目数別の地域DOTSタイプというところですが、一番左の列がリスク項目数、上から順に0個、1個、2個、ずっと下にいくほどリスク項目数が多いという表になっています。そして、一番右側を見ていただきたいんですが、リスク項目数のBタイプ以上の実施率がわかるようになっています。リスク項目数ゼロですと、Bタイプ以上の実施率は、平成24年でいきますと15.6%、リスク項目数が1個あれば34.5、2個あれば53.3、3個以上あれば70%以上の方がBタイプ以上のDOTSを実施しているということで、リスクアセスメントをしてBタイプ以上のDOTSを実施しているという状況が窺えるかと思います。ただ、こういった方法をとってしましても、塗抹陰性結核患者さんに関しましては脱落・中断率が高いということがありますので、平成25年からは塗抹陰性肺結核患者さんに対して、全例に対してできる限りBタイプ以上DOTSを実施していくという取り組みを行っています。

続いて、次のページを見ていただければでしょうか。こちらはハイリスク者に対する

結核健診及び健康教育の状況です。外国人対策として、日本語学校健診を行っています。大阪市には日本語学校が34校ありまして、平成23年度から健診義務の対象となっていない者に対して健診を実施しています。

(1) 健診結果を見ていただけるでしょうか。2行目が受診者数、平成23年から25年まで1,055人、1,747人、2,064人と年々増えていっています。そして、5行目、活動性結核患者発見数というのがありますが、平成23年から順に4人、10人、5人ということで、患者発見率がそれぞれ0.4、0.6、0.2%と非常に高率な発見率となっています。

そして、(2) 3年分の受診者の背景をまとめてあります。性別は男性と女性で余り大きな差はありません。年齢ですが、平均年齢は23.3歳と比較的若い。出身国は中国が54.3%とほぼ半数を占めておりまして、次いで韓国、ベトナムとなっています。④入国からハイリスク健診受診までの期間ですが、こちらは中央値を見ていただいたほうがいいかなと思います。67日、約2カ月後に健診を受診しているということになります。そして、3年間の患者発見率ですが、3年間で受診者総数が4,866人、活動性結核患者数は19人ということで、発見率は0.4%の高率となっています。この発見した結核患者の平均年齢は23.3歳と非常に若い。入国から健診受診までの期間ですが、こちらの中央値は137日ということで、月にしますと4から5カ月ぐらい、入国して割と間もない時期に結核と診断されているということになります。そして、塗抹検査の結果ですが、不明が3名いまして、この不明3名を除いて16名中2名が喀痰塗抹陽性で発見されていました。

あわせて、健康教育も行っています。平成23年は5校に対して、平成24年は3校に対して健康教育を実施いたしました。

続いて、次のページをお願いします。高齢者対策として、介護老人保健施設に対して健診を行っています。大阪市には63の介護老人保健施設がありますが、平成23年度より入所者に対して健診を実施しています。

(1) 健診結果ですが、1行目、受診者数、平成23年から25年まで1,440人、1,181人、1,439人で行いまして、活動性結核患者数としましては1、1、ゼロと、発見率は0.07、0.08、ゼロという結果でした。

(2) 3年間のまとめたものですが、性別は男性が924人、女性が3,045名と女性がかかなり多い、3倍以上。年齢は、平均年齢が84.4歳。患者発見率は、総受診者数が4,060人に対して結核発見数は2名、患者発見率にしますと0.05%と高いとは言えない状況でした。

健康教育もあわせて行っておりまして、平成23年が16施設に対しまして、平成24年が22施設に対して健康教育を実施しました。

その次、13ページのC、同じく高齢者対策としまして、老人福祉センターに対しても健診と健康教育を行っております。これは平成25年度からでして、15施設に対して健診を実施いたしました。こちらのほう、受診者の背景ですが、年齢を見ていただきたいのですが、平均年齢が75.2歳、受診者数が385名、活動性結核患者はゼロという結果でした。健康教育もあわせて実施しています。

次のページをお願いします。次は、西成特区構想における結核健診、特区構想の中では結核健診に最も力を入れている状況です。

1、主な健診の種類としましては四つありまして、保健福祉センターで行われる健診、保健福祉センター分館で行われる健診、あいりん地域内健診、医療機関委託健診、この四つでございます。それぞれ説明していきたいと思っております。

保健福祉センターで行われる健診というのは、これまで月1回であったものを、ほぼ毎日、午前、午後行うようになっています。これを毎日健診と呼んでいます。平成24年10月からほぼ毎日行っています。対象ですが、生活保護の新規申請者、これに関してはほぼ全員が受診されています。そして、生活保護受給者及び65歳以上の区民ということになっています。

少し下のほうにおりていただきまして、検診車(CR車)を使つての健診ですが、

平成24年度は区役所まで送迎つきで来ていただきまして、保健福祉センター内で結核健診と健康教育を実施いたしました。平成25年度は地域で人が集まっている場所、ふれあい喫茶などに検診車を配車しまして、ここにおきまして健診及び健康教育を実施していく予定となっています。

3、保健福祉センター分館で行われる健診ですが、こちらのほうもほぼ毎日健診を行っています。施設入所時健診、結核療養相談などを行っています。

4、医療機関委託健診、これは平成25年2月から開始となっています。対象としては、65歳以上の生活保護受給者、15歳以上の北東部一部地域住民、これはほぼあいりん地域に匹敵いたします。そして、委託医療機関数、当初37カ所で、あいりん地域内2カ所でしたが、現在は47カ所、あいりん地域内5カ所と増えております。

そして、結果のほうですが、一番下の表に記載されています。受診者数が全部で6,390人、これは25年4月から26年1月までの間の結果です。受診者数が6,390人で患者発見数が37人、発見率が0.5%と非常に高くなっています。発見率が高かったのは、一番高かったのは分館での健診が1.06%、次いでCR車での発見率が0.53%、その次が保健福祉センターでの毎日健診0.49%となっています。

以上、進捗状況の報告といたします。

○岡田委員長 ありがとうございました。

それでは、ただいまの報告に関しまして、委員の皆様方から自由に御意見、御質問等をお受けしたいと思いますので、遠慮なくお願い申し上げます。

○齊藤委員 一番初めに紹介していただいたのですが、平成24年の結核罹患率が前年に比べて悪化しているということだったと思うのですが、それまではすごく順調に下がっていたので、何か原因というのは考えられているのでしょうか。

○松本感染症対策監 ありがとうございます。はっきりとした原因は、正直なところ

ろ、わかりません。平成22年から23年までは47.4から41.5ということですから、5.9も下がっていると、これは相当な低下率だというふうに思っています。そして、23年から24年は逆に1.2増加したと。年代別で結核患者数がどうなっているのかということ进行调查いたしました。23年から24年までは、実患者数として33人の増加になっています。そして、23年と24年を比べてみますと、80歳代だけで、実は平成24年のほうが39人多くなっています。つまり、全体の患者数の増加よりも、80歳代だけの患者数の増加のほうが多くなっていると。そして、70歳代も実は2番目に患者数の増加が多くて、18人の増加になっているということで、平成23年から24年に関しましては、高齢者で増加が著しかったと。これがまだまだ続くのかということが非常に心配だったんですが、平成25年のほう、ある程度の数字が出ていまして、平成25年は、まだ概数値ではございますが、罹患率38.7というふうに、平成24年に比べますと4ほど下がっています。これは概数値ですので、今後、転症削除などで、通常でいけば38.7よりさらに25年は下がるというふうに考えています。ですから、24年が上がったのは、とりあえずはこの年だけなのかなというふうに思っています。

○齊藤委員　　今、24年の罹患率の増加の主因が80歳代だと。

○松本感染症対策監　　年代だけで見ますと、そういうことみたいです。

○齊藤委員　　特に、その年に高齢者に多く結核の患者が見られたというような、何か推測するような原因みたいなものは考えられるのでしょうか。

○松本感染症対策監　　それは、残念ながらわかりません。

○岡田委員長　　高齢者の結核が非常に多かったということで、25年度は減少していると、多分そうなるであろうというお話です。

ほかに御質問、コメント等は。

○大角委員　　45ページの一般・ホームレス別患者さんの肺結核患者、平成18年以降、少し右上がりという、数は少ないので難しいかなと思いますが、傾向としては

下がりどまりして、横ばい、もしくは右上がりという感じなのかなという感じがするんですけど、再治療の割合が少なくとも減っていないみたいだということになると、じゃあ初回治療はどうだったのかということも含めて問題になるかと思うんですが、いかがですか。

○松本感染症対策監 この下のほうの、言葉にして、治療終了後2年以内の再治療者数に関しては、ここに記載しているとおりで、2年以内の再治療になったものに関しては年々低下してきていると。そして、今回の再治療者で非常に多いのは、かなり昔に治療した患者たち。正直、はっきり、これは可能性だけの問題なんですけれど、問診をしっかりとすればするほど、過去にちょっと治療を受けたことがあるとか、そういったものが結構まぎれ込んできますので、2年以内に関しましては、これは確実なデータがあります。ただし、やはり再治療割合が増えるというのは、大きな課題だというふうに思っていますので、こちらに関しては、もう一度詳しい分析をして、また御報告したいなというふうに思っています。

○大角委員 ありがとうございます。続けてよろしいですか。

48ページですが、診断の遅れのところで、最近、全国平均よりも上にいっているというところで、このデータの質の問題もあろうかと思うんですが、傾向として上どまりという状況で、初診から診断されるまでの時期が遅れているというのは、やっぱり高齢化の影響があるのか、そこら辺はいかがでしょうか。背景として何らかの、地域における診断の遅れをもたらすものが何かあるのでしょうかということなんです。

○松本感染症対策監 診断の遅れに関しましては、これは恐らく、以前に田村先生から御指摘を受けまして、48ページの下の方のグラフに関しましては、有症状肺結核患者で塗抹陽性に限って比較するという形で比較させていただいたんですけど、この比較にしましても、やはり大阪市のほうが全国よりも診断の遅れが多いという結果になりまして、大阪市、もちろん高齢者ほど診断の遅れが出やすいというのはよく言われていることなんですけど、平均年齢は、大阪市は若干若いんです。ですから、年

齢で大阪市が診断の遅れの率が高いというわけではないと思います。

それから、今、質の話をしていただいたかと思うんですが、調査の質に関しましては、大阪市は他の地域と比べていいのか、悪いのかというのはなかなか難しい問題なんです。初診の時期をしっかりと聞けば聞くほど、この診断の遅れというのはどんどん延びてくるというのはあるかと思うんです。そのあたりに関しましては、大阪市はかなりしっかりと初診の医療機関をチェックできているというふうには考えています。

○大角委員 ありがとうございます。

○岡田委員長 ほかはございませんか。

○田村委員 西成特区のあいりん対策のことがあります。もともと結核対策としては、最近ではD O T Sの方向に行きましょうということで、治療成功率を上げて健診発見しましょうという流れになっているかと思うんですが、まだ中央、浪速、西成のあたりは脱落・中断率もそこそこ高そうだと思います。そちらの取り組みについてはいかがでしょうか。

○松本感染症対策監 あいりん地域に関しましては、ここにデータがないのでお答えしづらいところなんですけれど、D O T Sに関しましては、他の地域よりはかなり濃厚に入れている。もちろん、全体としては、リスク評価をしてAタイプのD O T Sを入れるわけですが、あいりん地域の患者さんはほとんどがAタイプのD O T Sが入っているという状況です。あいりん地域の治療成績なんです。ホームレスに関しましては非常に成績が悪いです。あいりん地域全体で見れば、大阪市全体とそれほど遜色のない状況が続いているかと思います。

○田村委員 よく言われるのが、やっぱり発見しても治療成績がよくなないと、全体としては下がってこないですよと、健診だけをするとう率が悪いですよということが言われるので、治療成績を合わせて、セットで評価していただければというふうに思います。

○松本感染症対策監 ありがとうございます。あいりん地域というわけではないん

ですが、ホームレスとホームレス以外を比べた治療成績というのは、53ページに一般とホームレスの治療成績の比較というのが載っています。一般の、これは肺結核患者さんだけなんです、脱落・中断は、右から三つ目の一般では5%、ホームレスも右から三つ目の11.1%ということで、ホームレス結核患者さんに関しましては、原則的にAタイプのDOTSを実施しているにもかかわらず、失敗・中断率がかなり高いという状況ですので、田村先生の言われますように、ホームレス結核患者さんに対しては、できるだけしっかりとした支援をしていかなければいけないというふうに考えています。

○福島委員 11ページの結核発病ハイリスク者に対する対策ということで、外国人対策を挙げられていたと思います。非常に患者発見率も高いということで、効率がいい健診かと思うんですけれども、(2)受診者の背景、⑤患者発見率の4行目のところで、入国から健診受診までの期間というところに、中央値137日ですので、必ずしも入国と同時にこういう健診を受けられていない方というのもあると思うんですね。私は、月1回、大阪市保健所で開催されております結核検討会に出させていただいておりますので、その状況もわかりますし、外国人患者というのがかなりハイリスクであるということも、本当に毎月出席させていただいてわかることなんですけど、健診という場を外しますと、呼吸器症状が出たときにどこを受診されるかという、やはり地域医療の第一線で頑張っておられる開業医の先生のところを受診されることが多いと思います。ただ、そこで必ずしも早く確定診断されて、治療に結びつかれているかという、そうでもないケースが、新登録患者の個別ケースを見ても散見されるというのが現状かと思っております。

本日、宮川先生がいらっしゃっていますので、ぜひお聞きしたいんですけれども、地域医療で頑張っておられる開業医の先生としては、例えば出身国として中国、韓国等のアジアからの入国者で、入国間もない方が呼吸器症状を呈されて、受診された場合に、結核をまず疑うということが開業医の先生に十分浸透しているのか、それとも

もっともっと情報発信していく余地があるのかということも含めてお聞きしたいと思います。

○宮川委員　御指名でございますので、従来の大阪市は当然、この結核対策が非常に大事だと。特に、第一線の我々開業医がしっかり見なくちゃいけないという立場に立っていただいて、医師会と協力して結核の研修会、レントゲンを読む会とかをやっていたいておりました。しかし、残念ながら、前回のときもお話しさせていただきましたが、それは大阪市さんが独自にやるという方向性でやられるということですので、その会はなくなりました、昨年度から。現在、それはやられていません。

実際、現在のデータですけれども、外国人の学校の方々が特に多いというのは、私は実は、甲田先生ももちろん、地区ごとの結核のさまざまな会をやっていたときは、一緒に勉強会に出ていますので、その中で実際に留学生の方が多いということはわかっていました。ただし、その話をその勉強会の中できっちりやれたかどうかというと、実はやれていなかったのではないかなというふうに認識しています。秘密にしておくというとおかしいですけど、公開されなかったことが多かったと思うので、余りそういう勉強会でも話が出なかったんですね。私はこの会議に昨年初めて出まして、この資料は非常に立派な資料だなと。実際、あのときに危惧していたところをしっかりと健診されているということで、いい方向に行っているなと思うんです。特に、こういうデータがしっかり出てきていますので、できたらこういうものを我々開業医にしっかりとお伝えいただきたいと。そのために、勉強会をしっかりとやっていただいて、現状どうなっているかと。先ほど御質問のあったように、ずっと下がってきたけど上がった。でも、それでも下がるだろうとか、そういうことは当然、大事なことですし、再治療の率なんかが、原因はわかりませんが、上がったか下がったかしながらも上がっているような感じがあるとか、こういう情報をきちっと発信していただくためには、やっぱり勉強会なりがしっかりと必要だと思います。現時点では、それが十分やれていないなというふうに思っています。

○松本感染症対策監 ありがとうございます。

○足立委員 私は大阪市内ではないですが、大阪府内の、いわゆる地域医療支援病院の呼吸器内科で勤めておりますので、ちょっと大阪市内の状況とは若干違うかもしれませんが、先ほど、特に診断の遅れというときに一番気になるのは、大阪近辺、私は実は東大阪なんですけど、むしろ医療アクセスがすごくいいので、例えば慢性咳で三つも四つも病院にかかっていると、同じ病院の中でも耳鼻科と内科と呼吸器内科とみたいな感じでしていて、だけどよくよく話を聞くと、先ほどおっしゃったように、実は1カ月も2カ月も前から医療機関に通われていたというようなことがあります。どういう形で、どこの時点で結核を疑うべきかという問題ももちろんありますし、やはりみんなどんどん専門性を求めて、患者さん自身がいろいろなところに行かれるんですけれども、やはり継続性というか、前の病院で言われたことを余り言わないという風潮が、私らも多分そうかもしれないですけど、ありますけども、そこら辺も、先ほどの外国の人が多いですよということと同じように、いろんな意味で広報が必要かなと。特に呼吸器として思うのは、他科の先生の、結核ってつい忘れがちだし、特に最近は中国とかの患者さんを見ると、むしろインフルエンザのこととか、ほかのことばかりが怖くなってしまって、できれば見たくないという感じもあるので、そこが現場の医者としての感想です。

○岡田委員長 ありがとうございます。

○工藤委員 西成区の罹患率が非常に高いんですけれども、ホームレスそのものの数は非常に減ってきて、恐らく単身の生保の人が大多数を占めていると思うんですけども、そういうホームレスではなくて、単身の生保の人に対する健診、あるいは健診で発見された後のDOTSでのフォローとか、その辺はどういうふうにされているかというのを。特に、そういう特別な施策とか、そういうのがあるかどうか。

○松本感染症対策監 生保受給者といって、特にDOTSを強化するということはありません。ただし、先ほどリスク評価の表というのを見ていただいたかと思うんで

すが、リスク項目というのを見ていただいたかと思うんですが、8 ページにリスク項目というのがあるんですが、このリスク項目に該当する人に関しましては、D O T S を強固に入れていくという方針で行っています。あいりん地域の結核患者さんに関しましては、これとは別に、ほとんどの方がAタイプ、週5日以上のD O T Sを入れるという形で、できるだけ治療を確実にするよう支援していています。

○工藤委員　西成区というか、あいりん地域の単身の生保の人というのは、やっぱりそこに入っていくわけですかね。

○松本感染症対策監　あいりん地域に関しましては、このリスク項目とは関係なしに、今言いましたように、ほとんどの方にまずはAタイプのD O T Sを適応する。AタイプのD O T Sというのは、週5回以上のD O T Sということになります。服薬支援の形としては、最も強力な方法。もちろん、AタイプのD O T Sを入れたからといって、確実に治療が終わるわけではありませんが、回数的には一番強力な方法ということになります。あいりん地域外の西成区の方に関しましては、これはリスク項目の評価に応じてD O T Sのタイプを決めていくと。保健師さん、医師なんかが見まして、この方は中断のリスクが高そう、あるいはリスク項目に合致する項目が幾つかあるということであれば、そのときはD O T SタイプをBではなくAにするとかいう方法で、ページ数は8 ページにリスク項目というのが記載されています。

○工藤委員　罹患率とかの数字が、あいりんとあいりん以外の大阪市というのは、最近のぶんはないですね。

○松本感染症対策監　ページ数を言いますと、あいりんの罹患率は出し方の問題もあるんですけど、21 ページを見ていただきますと、右から2列目が新登録の患者数、罹患率、上から順番に全国、大阪府、大阪市、あいりんを除く大阪市、あいりんということになっています。そして、あいりん地域に関しましては、人口が正確にわからないということで、患者数だけに。以前といいますか、今でもそうなんですけど、3万人として計算することが多いということになりますので、罹患率にしますと、大体

これの3倍ぐらいを罹患率として推定していただいたらなというふうに思います。

○工藤委員 わかりました。

○高鳥毛委員 44ページの7番、年齢階級別の罹患率の図ですが、これは平成13年から大阪市では第一次基本指針をつくって、順調に下がってきているという図ですが、ここ数年、懸念している点が出ているかなと思います。というのは、最初の平成12年のところで一番、大阪市の特徴というのが、50代、60代の山がある。ここは、大阪市で基本指針をつくって、CR健診なり、特掃健診をやることによって、この山がだんだん消えてきたというのが多分、第一基本指針の大きな成果だと思います。その後もだんだん、この山が平たんになってきて、本当は下に凸になる形が望ましいと思うのですが、これはあいりんだけではなくて、大阪市全体ということなので、あいりんのものではありません。全体的に曲線が出てきて、非常に好ましいところですが、ただ平成22年と24年、さらに50代、60代のところは減ってきていると。これは多分、あいりんでは、特掃健診の対象が大体この年代ということで、だんだん少なくなってきていると。

ただ、懸念材料は、今、大阪市で重点的にされている結核対策として、先ほど紹介された外国人、日本語学校の特別健診とあいりん等、分館も含めて健診をされて多分そういう効果が出てきて、平成24年の曲線も、50代、60代というのはだんだん下に凸になって、全国並みになってきています。しかし、懸念されることは、30代、40代の年代については、平成22年と24年だけで結論を出すことはできませんが、気になります。あとは先ほどの説明でもありましたが、80歳以上の罹患率を見ると気になります。大阪市が今まで重点的に力を入れてきたところは、ここ10年ちょっとたって、大きな成果を上げているということが、この罹患率の曲線でわかります。外国人が入ってきますと、20代、30代と、説明にもあったように、50代、60代以外の年齢層の対策も考えていく必要があるんじゃないかと思います。

もう一つは、全体の罹患率の推移で、平成24年で見ると、これは罹患率が下がっ

ていきますと、単年度で上がった、下がったと、そういう一喜一憂はすべきではないと思います。24年で増えた原因が結構年齢の高い、80代、70代の人数で増えている人数が多いということですが、ただ区別でみた場合に増減はどうなんでしょうか。というのは、先ほどの説明の中で、あいりん地区や西成の、特にホームレス等の患者が減ってきている裏返しとして、ホームレスの方は生活保護か、もともと50代など若い年齢で受けると、患者はホームレスではなくて生保の患者として上がってくる形になります。西成区以外の患者としてつけかえられて、住之江区とか、ほかの区の患者として上がってきていることはないのでしょうか。今まで力を入れていた西成の特区構想なり、あいりんの結核対策というものを評価しようとする、患者の住所が生活保護となって移動していることにより減っている事がないのか確認してみる必要があります。、今回の結果からすると、大阪市全体では減っていないというところからちょっと疑惑が出てきます。区の間で患者の移動がなくて全体で下がっているという結果であれば非常に好ましいと思いますが、その辺はどうなんでしょうか。

○松本感染症対策監 幾つかのことを言われましたので、50代、60代が減ってきたというのは、本当におっしゃるとおりでして、上の凸がだんだんと下に凸になってきていると、それはそのとおりです。それ以外の年代に対する対策に力を入れていかなければいけないということで、外国人に関しましては、平成24年に関しましては、20代の30%近くが外国人結核ということで、かなりのパーセントを占めるに至っています。

そして、高齢者のほうなんですけど、先ほども御説明しましたように、平成24年、25年も概数値が出ているんですが、80歳以上に関しては全く減っていない、むしろ増加傾向にあります。ですから、高齢者に関しては、なかなか対策というのは難しいんですけど、やはり早期発見が一番大事なところかなというふうに思っています。そのために、いろんな高齢者関連施設の健診、健康教育なんかをやらせていただいているということになります。

そして、もう一つの問題点では、実を言いますと、８０歳以上の方というのは、発病いたしますと接触者健診が必要となるケースが非常に多い。といいますのは、８０歳以上の方は病院等へ入院中、あるいは入所中の方が多いですし、介護サービスを受けておられる方もたくさんおられるということで、集団とのかかわりが多い年代ということになりますので、この方たちが発病すると、結構感染の拡大とか、そういった問題もありますので、できるだけ早期発見していきたいと思います。これには、やはり地域の医療機関の先生方の早期診断とかいった協力も欠かせないものであるというふうに思っています。

そして、最後の御質問については。

あいりんの患者さんといいますか、ホームレス患者さんが生活保護を受けられますと、西成区以外にも出ていかれるとかいうのがありますが、それを追いかけるというのはなかなか難しいんですけど、最終的には全体として減ってくれば、きちっとした対応ができているかなというふうに考えています。そして、やはり他区に流れていた場合、きちっとした支援が受けられるかどうか、特に服薬、きちっとしたDOTSが入るかどうかという課題はあるかと思いますが、こちらのほうも服薬中断のリスク評価なんかをしっかりとできるような体制をつくりまして、服薬支援がきちっとできるようにしていきたいというふうに思っています。

○高鳥毛委員 あと一つ、ちょっと細かいことですが、健診をした後の健康教育、やっている実績も示してくださっていますが、この健康教育は松本先生がされておられるんですか。

○松本感染症対策監 僕がしたものもあるかもしれませんが、保健師さんが中心となってやっていただいています。

○岡田委員長 ほかはございませんか。

それでは、私から少し質問をさせていただきます。

今、高鳥毛先生が質問されました件で質疑応答がありまして、若年者、２０から２

9歳にも少し、ピークとまではいきませんが、大阪の場合、我々の国立病院機構、結核診療施設が日本で最も多く、大体、日本の結核の5割ほどを診療しているグループで、大体40以上、結核診療施設が国立病院機構であるわけですが、それを近畿中央がまとめて、ネットワークでアンケート調査等をして、年齢分布を見ますと、20から29歳にほんのわずかなピーク、全国から集めると、出るんですけども、大阪の場合はそういうピークが余り出てこない、ちょっとは出るんですか。急に高くなっていますよね、20歳代。

○松本感染症対策監 20歳代だけが、大阪市の場合は、この年齢分布で分けると、年代が上がるに連れて罹患率が上がるという形で推移しています。ですから、20歳代だけが少しピークがあるという形にはなっていません。ただし、先ほど高鳥毛先生に御説明したように、20歳代に占める外国人結核の割合が急激に増えてきますので、今後はもしかするとここにピークができる可能性はあるかなというふうには思っています。

大阪市に関しましては、全体として罹患率は非常に高いですけど、14歳以下に限りますと、かなり低いという状況が続いていますので、この先、その子たちが大きくなっていくとかいうことを考えますと、低年齢の者に関する罹患率は下がっていく可能性が高いというふうに思っていますので、そうすると、ますます外国人結核の比率というのが高くなっていくだろうというふうに考えています。

○岡田委員長 ありがとうございます。

他の都道府県との、この年齢のパターンは、大阪と比べて異なるとか、そういう情報はございますか。大体、全国でどこでも同じとか、例えば東京ではこの年齢がちょっと高いとか。

○松本感染症対策監 すみません、各年代で比べたというのはないんですけど、平均年齢とか、そういうのは比べたことがあるんですけど、各年代ごとで大阪市でどこが飛び抜けてというのは、また今後調べておきたいと思います。

○岡田委員長　　お願いします。特に外国人結核、大阪、東京が多いですし、外国人結核は、皆さん御存じのように、20歳代が圧倒的に多いですし、そういうことも絡めてお願いします。

それから、質問の2番目ですけれども、3ページですけれども、ここに多剤耐性結核患者のパーセント、平成24年は8名と3名、11名書かれているんですけども、このうちXDR-TBは何名ぐらいというか、それはわかっているのでしょうか。

○松本感染症対策監　　済みません、調べれば多分わかると思うんですが、残念ながら、すぐには出てきません。

○岡田委員長　　そうしたら、来年度あたりから、そのうちXDR-TBが何名かとか。

○松本感染症対策監　　来年はそれがわかるような資料にしたいと思いますので。一応、毎年、MDRの報告をする際にはXDRの割合も出しているんですが、きょうはデータとして持ってきていないということです。来年はぜひとも出させていただきます。

○岡田委員長　　お願いします。

それから、11ページですが、外国人結核の日本語学校の健診に関して、大阪市の皆様方、先生方、非常に活発に厚生行政に貢献していただいています。といいますのは、私は厚生労働科学研究の海外からの結核、外国人結核の研究代表者をやらせていただいています、松本先生、小向先生、研究協力者になってやっていただいているんですけど、その健診率が年々、大阪市の保健所の頑張りで増えていると、それを厚生労働省に報告して、高い評価を得ています。それで、引き続きこれを頑張っていたらと思うっております。

そのときに、何か障害となるようなことはございますか。日本語学校の健診、そういうのを申し込んだり、あるいは指導するときに、政治的な何かで難しいとか。それはございませんか。

○松本感染症対策監　私も行ったことがあるんですけど、特に問題なくスムーズにできたような気がします。言葉で、息とめをさせたりとか、写真を撮るときに少し、それから問診をとったりするときに言葉の問題なんかがあったりすることはありますが、それほど大きな問題にはならない程度でいっています。

○岡田委員長　ありがとうございます。

ほかに質問、コメント。

○大角委員　9 ページのところ、脱落・中断率の推移のところですが、A、B、C タイプごとでそれぞれ脱落率がどうだったのかという数字は、細かくて無理でしょうか。A でも B でも C でも同じような治療中断率、逆に言うと治療成功率があるのかということは、言いかえると、タイプ別に D O T S をするということが自体が妥当なのかということなんです、そこら辺はどうでしょう。治療中断が 1 年間に 7 人だから、ちょっと数が少ないので、ばらばらに分けてしまうと、率にすると厳しいかなと思うんですけど、どうでしょう。質問としては、タイプごとの治療成績にそんなに差はありませんということが言えるのかどうかということなんです。

○松本感染症対策監　幾つかの分け方を行っているんですけど、B タイプ以上とそれ以下で分けると、これはかなりの有意差がありまして、0.1 % 未満で、B タイプ以上の D O T S を実施すれば脱落・中断が少ないと。そして、具体的な数字でいきますと、平成 24 年は、A タイプは 37 例に実施していきまして、失敗・中断はゼロ。B タイプは 2.2 %、C タイプは 2.9 % という結果になっています。

○大角委員　C タイプというのは最も緩いんですよね。A タイプ、厳しくやっているグループよりも C タイプのほうが、つまり緩くやったグループのほうが脱落率が高いということは。

○松本感染症対策監　ただし、少しバイアスといいますか、A タイプを入れるケースというのは、もともと中断リスクの高い者に入れている。そして、C タイプになるケースは、リスクがほとんどない者に入れているという結果ですので、それを含めて

も有意差があるということですから、やはりDOTS効果というのはかなりあるんだなという気がしますけど。

○大角委員　　良い分に関しては、厳しくやっている分にはとてもいいんですけど、Cに関してより高いということは、言いかえると、緩いんじゃないということになりますよね。つまり、本当はBやAにすべきだったんじゃないかという見方もできませんか。もし余り差がないよということであつたら、A、B、Cのやり方、今の大阪市のやり方が妥当なんでしょうね、ということが推定できると思うんですけど、そうではなくて、Cの方が低いということは、Cはそれでいいんですかということになると思うんですが。

○松本感染症対策監　　おっしゃるとおりでして、当初は塗抹陽性の肺結核患者さんに対しまして、Bタイプ以上のDOTSを、目標としましては100%入れようというふうにやっていたんですが、塗抹陰性に関しましては、当初は中断のリスクに応じてBタイプ以上を入れようということになっていまして、今ですと大体半分ぐらいにBタイプ以上が入っているという状況です。ただし、塗抹陰性は塗抹陽性に比べまして、平成24年ですと5倍ぐらい失敗・中断が多いという結果になっていますので、平成25年からは、それを受けてというわけでもないんですが、塗抹陰性の肺結核患者さん全員に対してBタイプ以上を導入するよう取り組んでいるところです。これからは、塗抹陰性の患者さんに対してもBタイプ以上がかなり増えてくるというふうに考えています。

○大角委員　　ありがとうございます。あと一点だけ、ハイリスク者に対する健診の、外国人の、11ページですが、そこで数は19人、活動性結核が発見されたと、発見率が非常に高いグループということで、力を入れていらっしゃるというのはわかります。治療成績は特に問題がなかったのかということと、あとは多剤耐性結核ですね。中国、韓国、ベトナムというところから来られている方が多いということで、患者さんの中で、恐らく耐性菌の問題を経験されていると思うのですが、いかがですか。

○松本感染症対策監 外国人結核全体でお答えさせていただいていいですかね。ちょっと手元に正確なデータがないので、僕の記憶の中にあるものなんですけど、多剤耐性率は高いです。有意差を持って高いというデータを以前出した記憶があります。そして、治療成績に関しましては、外国人以外の結核患者さんよりも有意に脱落・中断が高いと。特に、その中でも脱落・中断率が高いのは。治療成績、外国人結核の場合は、脱落・中断率が8.8%ということで、これは2010年なんですけど、その年の日本人結核の4%に比べて倍ぐらい高いということで、外国人結核患者さんに対しても服薬支援をしっかりとしていかなければいけないだろうなというふうに思っています。

○大角委員 帰国が多いんじゃないかと思うのですが、いかがですか。

○松本感染症対策監 それも非常に多いです。転出がすごく多くて、国外への転出が10.7%、国内への転出が13%ということで、両方を合わせますと18.9%が転出という形になっています。一方、その年の日本人肺結核患者さんの転出は3%ということですから、こちらが目立って外国人では多いという成績になっています。

○大角委員 ありがとうございます。

○宮川委員 29ページなんですけども、患者管理情報不明報告書なんですけど、年末現在登録者ということで、活動性不明の方が24年度で1,628人、それより多い年もありましたけど、基本的には管理情報が不明であるのが増えてきていると、このような状況なんですけど、これはどのような原因が考えられるのかということと、これはどのように調査しておられるんですか。

○蕨野保健副主幹 これは厚生労働省に入力するんですけども、大阪市の場合、平成17年以降からDOTSがきっちりと完遂したかに関しては、便宜上、完遂すれば管理健診を実施していないというのがありまして、どうしてもここが、活動性不明というふうに入るケースが多いんですけど、今後、再治療も増えておりますので、またそこは検討しながら、また今後考えていかなければいけないなということでは思っ

います。

○宮川委員　　そういうことだと思います。やはり高齢者の方の患者さんが増えているわけですから、やはりその辺の管理はすごく大事だと思います。確かに、難しいとは思いますが、あらゆる手段、従来のものも含めて、きっちりとその辺をやっていくことが大事だと思います。

そのような中で、我々医師会としては、特に第一線の先生方、医療機関が当然関係するわけで、その代表になるわけですが、その中でD O T Sですが、言うまでもなく、重要性はデータが示すとおりです。あえて言う必要もないんですが、しかし大阪市さんにここであえて問わせていただきたいんですけど、D O T Sに対して、25年度から26年度に関して予算はどのようにされるんですか。半羽先生は知っておられると思います。

○半羽感染症対策担当課長　　予算ですか。

○宮川委員　　私が今日は持ってきたので、報告させていただきますと、大阪市の医療機関D O T Sが、平成25年度が166万円、委託事業ということで医療機関に出ています。26年度は35%減で105万円でございます。D O T Sが非常に大切で、大事だという中で、実際には25年度も今年度も実はD O T Sが減ってきています。これはやはり、先ほど福島先生のお話もございましたが、我々医療機関としてもさまざまな勉強会を当然やらなければなりません。また、患者さんの認識もあります。常に警鐘を鳴らしていかなければならないし、学んでいかなければならないと。そのような中で、結核定期病状調査事業委託とか、それもあるんですね、患者さんをどうフォローするかという。それも、予算は30%もカットされているんです。年々、そういうところはどんどんカットされていって、実勢がそうになっているからと、減っているから減らしますと、減っているから減らしましょうと。当然、みんなの関心が薄くなってくる。その中で、結核患者さんは波を打ちながら、よくなったり、下がったりとかしているということを考えますと、前回のこの会でも最後に、西成特区構想はすばらしいと思

いますし、外国人に対する取り組みもすばらしい、外国人学校に対する取り組みも。でも、旧来からある大事な施策をきちっとやってきた上での話であるというのが、前回もまとめられた話であったと思うんですが、この会でまとめられた話であったにもかかわらず、やろうとしておられることは、どうもその方向性と違いますよと。それは、お金の問題とかではないんです。そういう形のものに対して力を入れているかどうかということなんです。

そういうことを考えますと、例えば西成特区構想で60歳以上、65歳以上の方々に900人ほど健診をして見つかったのは、わずかですけど、1人ですけど、やはりそれはそれで有用だと思うんです。実際、大阪全体でもそれぐらいの数しか出せないんですけれども、結核健康管理健診及び結核健康診断事業というのがございますので。でも、ゼロというのがほとんどですけど、ゼロ、あるいは1ぐらいしか多分出てこないことだろうと思うんですけど、やはりそういうこともきっちりやっていくということとはすごく大事なわけで、そういうところの予算を全然、実は大阪市はつけていないというのがはっきりとした現実であるということをここで言いたいし、そういうことがないように、これだけDOTSが大事だと言っておきながら、やはりそこに力を入れてくれよという意気込みがわかるような予算にしていかないと、下げていったら、やめていけという話になるわけです、理屈で言うと。ふつう世間では。しかし、そうじゃないよと、何とか上げてくれよという話にならねばならないところだと思うのに、このような状況とはいかがかということを御報告しておきます。

○岡田委員長　御報告ありがとうございます。今のコメント、質問もありますが、予算の関連について、いかが。それは仕方がないことですか、上のほうから決めてきた予算と。

○半羽感染症対策担当課長　ここで予算のことを申し上げるのは、非常に心苦しい状況でございまして、御指摘は重く受けとめさせていただきたいと思います。

○岡田委員長　ほかはございませんか。

○高鳥毛委員　先ほど、大角先生がDelay（遅れ）のデータの信ぴょう性ということで、質問を既にしていただいておりますが、大阪市の結核対策を評価する上で、従来から使われているDelay（遅れ）のデータの取り方を明確にして出さないと、評価するのが難しいのではないかなと思っています。むしろ、大阪市というだけではなくて、大角先生にも質問したいのですが、最近、高齢者の結核患者さんが増えていくと、入院なり、受診して発見と。たまたま発見が遅れていると、例えば入院して、大腸がんの手術をしたとか、心臓弁の手術をして、入院して、胸に影があったけど、心臓かなと思って、3カ月遅れるとか。ですから、従来は、結核対策上は呼吸器症状が出てからの受診とか、受診してからの診断というパターンですが、ずっと通院している人のDelay（遅れ）をどう評価するのかとか。高齢者で、多分80歳、90歳とか、最近100歳の人を見ると、ほとんどこんな重症な結核にもかかわらず、食欲がないとか、微熱程度というだけの人の症状というのは、いつから取るのかということが非常に曖昧になっています。ですから、先ほどの説明の中でも、保健師さんが情報を聞けば聞くほどDelay（遅れ）が長くなるという、そういう情報の取り方のバイアスもありますが、結核対策とすると、結核の専門医療機関が少なくなっている中で、一般の市中の医療機関が、また一般の国民が、どういう時点で結核を考えて受診してくれているのかということ、ずっと推移を見ていく必要があるのですが、その取り方が自治体や保健師さんによって結構違っていると思うのですが、その辺はどうなんですかね。結核の情報として、正確な情報収集の仕方というのを、もう一度、再定義する必要があるのではないかと思います。

○大角委員　おっしゃるとおりで、そんな簡単な事じゃないです。まず、診断の遅れ自体の情報の曖昧さというのは、この考え方が1970年代に出された以降、ずっと言われていることではあります。それでは遅れを測るメジャーメントというのがほかにあるかというと、今のところありません。ですから、曖昧さを持った指標として今も使われているというのが現実です。ほかにあるのであれば、そちらのほうにスイ

ッチしたほうがいいんじゃないかと、そういう問題はあります。そういう問題はあるけど、ほかにはない。傾向を見るということでも経過が見られるのではないかということに使われていると。

話は戻って、先生がおっしゃるように、いつから症状がでてきたかといったときに、何をもってその開始時期を決めるかは難しい場合がしばしばあります。たばこを吸っている人は、ずっと咳をしていますよね。今回の診断の結核の症状、それは何をもって、いつからとするのかというのは、これは極めて曖昧なところで、どこかで決めないといけないです。受診の時期といったときに、ずっと通院している人、ずっと入院している人はいつから、いつ最初に受診したというんですかというのは、まさしくそのとおりで。

その二点に関する議論というのは、何を見たいのか、何を測りたいのかというところを、状況がこれだけ高齢化社会になって、いろんな複雑な背景を持たれて、そんな単純な患者さん、症状があって、受診して、結核と診断、いわゆる若年層、中年層までのはっきりとした症状、経過が認められるような方がメジャーな状況じゃなくなっているのは、まさしくそのとおりです。ですから、診断の遅れの情報をどういうものに定義し直して、サーベイランスとして情報を集めるかということは、本当に大きな課題の一つだと思います。ただ、そんなに簡単に答えは出ないだろうなというふうにも思います。

じゃあ、実際に今悩んでいる中でどうするのかは、本当に悩みつつ情報収集をするしか、今のところはないと思います。ただ、保健師の方々の常識でこの時点でしょう、この時点でしょうというところでやる。結果としては、すごくばらつきが出る可能性があります。そこら辺は議論しなくちゃならないとずっと言われています。あと数年後、おそらくサーベイランスシステムの改定があるのではないかと思いますので、この情報をどうやって、何をもって、どういうところでの時点で集めるのかというところも含めて定義し直す必要があると思います。それまでに準備していかなければなら

ないと思いますので、結研の中ではディスカッションをしています。先生方からもぜひ、こういうふうにしたらいいいのではないかという意見があったら、ぜひ聞かせていただきたいと思いますので、よろしくお願いします。

大阪市のほうからはどうですか。この情報を集めることに関する問題点がいろいろあると思うんですけど。

○松本感染症対策監 それは本当にそのとおりでして、我々も一例一例、この受診の遅れの期間をどこからどこまでにしたらいいのかというのは、先ほど大角先生が言われたとおり、いろんな難しいケースがあります。そして、いつもこれを全国と比べていて、本当に比べていいのかなというふうなのもありまして、毎年言っているんですけど、47ページを見ていただきますと、全国のところは一番右側、不明が33%になっていると。大阪市は3.1%や1.2%ということで、全国はこれだけ不明があるということは、3分の1の不明があって、これを除いて計算しているものと大阪市を比較していいのかどうかという問題もあるので、やはり何らかの、もうちょっと決めやすい形での受診の遅れの期間とか、そういったものを示してくれると、もう少し比較するのが易しくなるかなというふうに思います。

それから、高齢者が増えたから決めにくくなっているとかいうのは、本当にそのとおりでして、介護を受けている高齢者たち、自覚症状の調査をこの間したところなんですけど、その方たちの平均年齢は86歳でして、咳や痰が3割から4割ぐらいしかない。一番多かったのが発熱で、それが70%近くあったということで、通常の結核患者さんの咳とかいうのがほとんどないような事例に対して、受診の遅れをいつからスタートするかというのは非常に難しい問題だと思います。こういったことも含めて、また遅れを出すための目安みたいなものを出していただけたらなというふうに思いますけども。

○大角委員 補足ですけど、僕の知る限り、診断の遅れについて、これほど長年にわたってサーベイランスとして集めている国はないんじゃないかと思います。日本の

ように、サーベイランスに組み込んでルーチンで集めるというのを、これを1980年代から評価し続けている国はおそらくないと思います。ゆえに、逆に言うと、難しいと思うんですね。簡単にこういう情報を集めて評価しましょうと言えない分野であるのは事実かなと。

○松本感染症対策監 ただ、接触者健診をやる際に、この発見の遅れと二次患者さんの発生の仕方というのは非常に関連があって、結構役に立つデータになっているかなというふうに思うんですが。

○大角委員 集団感染事例が疑われるような時に、詳しくそういう情報を集めて評価するというのは、合っているかなと思います。ルーチンで集めるというのは、地域ごとにも違ってしまっているという問題は確かにありますので、そういうのが一つの考えとしてあっていいのかなというふうには思います。

○岡田委員長 ほかはございませんか。

○田村委員 さっき宮川先生がおっしゃったことの、一つ追加というか、意見というか、予算に関しては行政でかなり大変で、現場の先生方が最も苦勞している部分だと思うんですが、ここでは医療費だけが書いてありますが、結核対策の予算というのも、やっぱり毎年、行政予算というのは増えていくことはありませんから、減っていくしかないので、難しいんですが、サンフランシスコにしても、ニューヨークにしても対策予算が減ったときに結核患者さんが増えている事例もありますから、こういうところに公開するのがいいかどうかわかりませんが、予算の経年的な評価とかを出すことによって、これはこんな評価をしていたらだめなんじゃないですかという、外部の我々からお伝えすることで、ほかの部局に返せることもあるかと思いますので、そういった方向も一つ考えていただくのが、お金の問題ではなくて、人も含めて、医療機関の質の問題も含めての結核対策だと思いますけど、直接で効いてくることもありますので、そういったのも考えていただけたらどうかなというのが一点です。

もう一点は、BCGのことなんですけど、この年度だけなのかもしれませんけど、

接種率が下がっているように見えているのは、接種方法の変更だけでいいという理解でいいんですか。接種期間を変更することによって、ほかのスケジュールとかと、B C G接種は9割5分以上、ほとんどが達成していることが多いと思うんですけど、今回90%というのはちょっと低いような気がしますけど、その辺はいかがでしょうか。

○松本感染症対策監　平成23年度まではほぼ一定の割合で、高い数値をキープしていたと思います。平成24年度だけが極端に低くなっているんですけど、ここには示していませんが、月ごとの、平成24年度ということは、平成25年3月までが入りますので、4月から5カ月から8カ月が推奨期間ということになっていますので、やはり打ち控えというのがかなりあったというのは間違いありません。月ごとの接種者数を見てもみると、25年3月は前年に比べて627人少なかったというデータが出ていますし、そういったことが接種率の低さになっているのではないかなというふうに思います。

ただ、25年度が同じように低いということであれば、これは大きな問題ですので、そちらのほうはそのデータが出てから、また評価したいというふうに思っています。

○宮川委員　繰り返しのところもあるんですけど、田村先生にもおっしゃっていたいたんですけど、当然、大阪市保健所の先生方が本当に御苦労されているのは、私はさまざまところで折衝する役なので、存じております。きょうは本来、学術の話ですけど、当然それを実施するためには、医療というのは必要な費用がかかるわけですから、お話させてもらっているわけですけど、基本的に大阪市保健所さんに対して云々ということではなくて、やはり財政が厳しいと。だから、逆に言えば、先生方に頑張ってもらいたくためには、こういう公式な会で実情を知っていただいて、先生方にエールを送らないと、財政が厳しいのはよくわかっていますので、しかしながら、先生方に医師として頑張ってもらわなくちゃいけないし、D O T S が下がっているなんてことを、多分ほかの先生方は知らないと思うんです。本当に立派なことをやっておられるなど、前回出させてもらって非常に感心していますので、ぜひこれを頑張って

いただいて、大阪市保健所の取り組みは本当に頑張っていたいただいているので、それに対してしっかりと我々も協力していきたいし、それが組めるような体制をしたいがゆえに、やはりこういう会でぜひお力をいただきたいというふうに思っていますので、よろしくお願いいたしますと思います。

○半羽感染症対策担当課長 田村先生、宮川先生、御意見ありがとうございます。

私どもといたしましても、本委員会が予算に対する提言というような形でもしっかりと御意見を賜りますように、こちらからもお願いしたいと思っております。財政局等に対しまして意見を言っていくということにおきまして、有識者の方々の御意見というのは非常に参考になりますし、そちらのほうもしっかりとしたデータに基づく意見という形で、提言するという形で反映させていきたいというふうに考えておりますので、今後も一つ御協力をよろしくお願いいたします。

○岡田委員長 ありがとうございます。

議論は尽きないと思いますが、ここで一定のまとめをさせていただきます。

幾つか、皆さん方から積極的な御発言がございました。まず、発表順番にまいりますと、平成24年度の結核罹患率が上がった理由として、高齢者が特に増えて、罹患率が高いということです。それに対して、25年度は罹患率が下がる傾向ということではありますが、高齢者の結核が増えてくるというのは間違いのない傾向でございますので、その辺の対策について、しっかりとやっていただければと思います。

2点目は、診断の遅れの定義、どういう症状のときから遅れというのを見なしていくか、その定義がなかなか難しいということですが、それは先送りせずに、ある程度、大阪市としてこういうあたりの症状が出たときから、結核の疑いが強いから、遅れの期間というのを積極的に情報発信をして、こういうあたりで遅れというのが定義できるというふうに仮の案でもつくってもらったと、それは私の個人的な意見であります、そうでないとなかなか先に進まないと思います。

それから、3番目はDOTSで、生保受給者が変更になったときに、あいりん地区

のホームレスの方、どちらに入れるかとか、そういうことでいろいろパーセントが変わってくるかも知れませんが、宮川先生が非常に心配されておられる予算のことも加味して、DOTSを積極的にうまく、減少することなく続けられる方策を、政治的なレベルも兼ねて、それは大阪市の保健所の方だけではなくて、こういう会議の先生方、全国的な問題だと思うんですが、よろしくお願ひしたいと思います。

それから、4番目です。外国人結核が年々増えてきて、皆さんも御存じのことと思いますけども、若年者、20歳代が多い。日本語学校、留学生が多いためであると思われませんが、大阪市は非常にそういうことを積極的にやって、評価を得ていると思いますが、さらに一層、外国人結核に対して対策を、日本人学校の健診率が、非常に大阪市は頑張ってくれているんですけど、さらにそういう。言葉の障壁があるということでしたけど、通訳、あるいは翻訳のパンフレット等を通じて対策を総合的にやっていただけたらと思います。

それから、大角先生の質問ですけど、中断率、転出率が、松本先生の頭の中のデータで、外国人結核が高いと言われましたが、また具体的なデータを次の年に載せていただけたらと思います。私が質問しましたXDR-TB、これは世界的な問題でもありますし、MDRのうち何%ぐらいが、大阪市がキャッチしたMDR-TBのうちXDR-TBがどれぐらいあるかというのをお願ひしたいと思います。

私が今、簡単なまとめであります、補足して、このまとめで追加補足していただける項目がありましたら、委員の先生から。

よろしいでしょうか。それでは、予定の時間もまいりましたので、本日の会議はこの辺で終わらせていただきます。委員の皆さん、御協力どうもありがとうございます。今後ともよろしくお願ひします。

○小山感染症対策担当課長代理 本日は、岡田委員長並びに委員の皆様方には、さまざまな観点から御意見をいただき、まことにありがとうございます。

それでは、以上をもちまして第1回大阪市結核対策評価委員会を終わらせていただ

きます。ありがとうございました。

閉会 午後 3 時 5 8 分