

第2回大阪市結核対策評価委員会

平成26年12月26日（金）午後3時～午後5時

大阪市保健所 研修室2

午後3時開会

甲田首席医務監あいさつ

委員の紹介

事務局の紹介

資料の確認

議事運営：岡田委員長

岡田委員長：議事を進めて参ります。皆様のご協力よろしくお願いします。

松本対策監：進捗状況について報告

資料3 大阪市の結核2014（抜粋版）

P37 結核発生動向

「1 結核罹患率の推移（平成11年～平成25年）」この3年間での減少率マイナス17%。年に割ると5.7%となり、このままであると指針の最終目標には少し厳しい。

「2 喀痰塗抹陽性肺結核患者罹患率の推移」この3年間で減少率は12.5%。年に割ると4.17%。こちらもなかなか厳しい状況である。

P38 「4 区別結核罹患率」

西成区、浪速区、大正区、港区の4区が罹患率50以上。一番低い福島区でも18.2と全国（16.1）より高い。

P39 「6 一般・ホームレス別結核新登録患者数・罹患率」新登録患者のうちホームレスが占める割合全国で一番。半数以上が西成区に集中。

P40 「7 年齢階級別全結核罹患率の推移」すべての年齢について徐々に低下してきている。50代、60代もだいぶ減っているが、全国と開きがある。

「8 小児結核患者数の推移」合計数としては非常に少なくなっている。25年の1人は12歳の子供。

P41 「9 一般・ホームレス別肺結核患者再治療割合の推移」再治療率について、平成25年は若干改善（ホームレス、一般とも）

別のホチキス止め（以下説明資料） 15 ページ。再治療割合：再治療肺結核患者のうち 2 年以内の再発率を全国と比べた。折れ線が全国、実線が大阪市。大阪市は平成 22 年からしかないが徐々に改善してきている。

説明資料 13 ページ 大阪市の肺結核の MDR の状況、MDR 患者数などをグラフにした。上のグラフ：初回治療肺結核患者の MDR 率については、平成 25 年は全国と同じになった。平成 25 年に関しては指針の目標達成。下のグラフ：再治療肺結核患者の MDR 率：こちらは全国よりもやや高い状況で推移。

説明資料 14 ページ 13 ページの MDR のうち、XDR の数を表示。平成 21 年から平成 25 年までの 5 年間の合計数で表示している。初回治療の MDR 27 人のうち XDR は 5 人。18.5%。再治療の MDR 21 人のうち XDR は 5 人、23.8%。全体としては MDR に占める XDR の割合は 20.8%だった。

参考：全国の MDR・XDR の人数 未治療の XDR の割合が 31.8%、既治療で 30.3%（結核療法研究協議会 2002 年調査より）。また別の報告では XDR の占める割合は 15% くらい（2007 年）というものもある。

P44 患者発見

「(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（不明除く）」

【受診の遅れ】大阪市は濃い方の線。平成 24 年（20.1%）は全国よりも遅れは少なかったが、平成 25 年（23.8%）は前年よりやや悪化。全国よりも受診の遅れが多くなったという状況。指針の目標（20%未満）にもまだ達していない。

【診断の遅れ】平成 24 年 23.2%、平成 25 年 20.3%と若干の改善がみられるが、全国の 15.8%とはかなりの開きがある。指針の目標（15%未満）とも開きがある。

【発見の遅れ】大阪市 23.9%、全国 19.5%。

P45 「2 発生届までの期間（平成 24 年・25 年）」新登録患者について発生届 1 日以内の提出率は、だいぶよくなっている。潜在性結核感染症患者についてはわずかによくなっている。法では「直ちに」なので 1 日以内に届出の必要がある。LTBI の 30 日以上超過の報告について平成 25 年はずいぶん減った。

P51 コホート検討会

P52 喀痰塗抹陽性肺結核患者の治療成績の推移 グラフ中、斜め線が脱落中断。喀痰塗抹陽性に関しては非常に少なくなっている。大阪市は全国の 3 分の 1 の脱落中断率。

P53 喀痰塗抹陰性肺結核患者の治療成績。脱落中断率は塗抹陽性の 6 倍。全国も陰性は悪く、大阪市は全国よりは治療成績はよい。

説明資料 3 ページ 大阪市での DOTS タイプの分類方法。

院内 DOTS→入院中に内服終了した患者

地域 DOTS→退院後に内服終了した患者

3 つのタイプに分けている。

・ A タイプ→週 5 回以上 DOTS が入る

- ・ Bタイプ→週1回～2回

- ・ Cタイプ→月1回～2回

未実施→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

医学的・社会的リスク項目を設定（服薬中断のリスク項目）

医学的リスク項目8項目・社会的リスク項目10項目

→このリスク項目を評価し、リスクアセスメントをしてDOTSタイプを決めている。

4ページ DOTSタイプと治療成績（平成22年～24年）

（1）喀痰塗抹陽性肺結核患者 平成24年に関してはすべてにCタイプ以上実施。Bタイプ以上は合計89.6%。失敗・脱落中断は少なくなっている。

（2）喀痰塗抹陰性肺結核患者 平成24年のCタイプ以上の実施率92.7%。国の指針ではDOTSを95%以上入れるのを目標としているので、すこし及ばない数値となっている。Bタイプ以上は合計50%。失敗・脱落中断は喀痰塗抹陽性に比べると治療成績は悪い。

4 新登録LTBI：かなり未実施が多い。国の指針では95%以上を目指すとなっているので、かなり上げていく必要がある。失敗・脱落中断については若干改善している。

P61 BCG接種について 平成25年は接種率81.1%。平成23年頃は絶えず95%近くあったので、平成25年の接種率は異様に低い。ただ、これは平成25年4月に接種期間と標準接種期間が変更されたことによる打ち控えがあったのではないかと考える。

説明資料23ページ BCG接種率の推移（平成23年から25年までの月別の接種率）
平成25年4月は低いが、月が経つにつれて回復してきている。グラフ下のほうの数値（ ）は前年度との接種者数の差。25年3月から打ち控えが始まったので、26年3月の前年度との差は非常に大きい

P9 2 早期発見・早期治療の徹底

接触者健診の徹底

個別接触者健診（家族や友人が対象）

喀痰塗抹陽性患者にかかる登録直後及び2カ月後の健診 目標100%実施：平成24年94.0%、平成25年95.7%と若干上がっている。

2年間の健診完了率 目標は80%以上：平成24年68.4%、平成25年74.4%。

若干改善しているも目標には達していない。

集団接触者健診

登録直後及び2カ月後の健診実施率：平成24年95.7%、平成25年95.1%で若干低下。

2年間の健診完了率：平成24年86.4%、平成25年84.7%。前年に比べすこし落ちたが、目標80%は達成。

その下、リスクグループ等の対策

あいりん地域における結核罹患状況

あいりん患者数：平成２２年１５５人、徐々に減ってきて平成２４年９５人だったが、平成２５年は１１３人と増えている。

ホームレス患者数：平成２２年７１人、徐々に減ってきて平成２４年１８人まで減ったが平成２５年は２９人と増えている。平成２５年若干上がっている。

説明資料９ページ 西成特区構想ということで結核対策に力を入れているが、そのなかで健診に力を入れるということが非常に大きいところである。

健診の種類は大きく４つに分かれる。

①西成区保健福祉センターで行われる健診

- ・平成２４年１０月からほぼ毎日午前午後ともに実施している。対象は生活保護の新規申請者、生活保護の受給者および６５歳以上の区民

- ・検診車（ＣＲ車）を使った健診→平成２４年度は地域ごとにあらかじめ決められた場所に集合し、区役所まで送迎。保健福祉センター内で健診と健康教育を実施。平成２５年度以降は地域で集まっている場所（ふれあい喫茶等）へ検診車を配車して、健診及び健康教育を実施

②保健福祉センター分館で行われる健診

- ・ケアセンターなどの施設入所時健診

- ・結核療養相談で医師が胸部エックス線が必要と認めた人に対して実施

③検診車（ＣＲ車）を使って行うあいりん地域内健診

④医療機関委託健診

平成２５年２月から開始。

対象は６５歳以上の生活保護受給者及び１５歳以上の北東部地域（あいりん地域）住民。

委託医療機関は現在４７か所。うちあいりん地域は５か所。

説明資料１０ページ 健診成績→平成２５年度の健診受診者数及び患者発見数を記載。

毎日健診：受診者２１８５人、発見率０．５５％。

区で検診車を使った健診：受診者３８４人、患者発見０。

分館健診：受診者１９３３人、発見率１．２４％（今回の健診のなかで一番発見率高かった）。

あいりん地域内健診：受診者２５５６人、発見率０．８２％。

以前はあいりん総合センターに固定していたが、それ以外のところ（三角公園や四角公園、北公園）を移動しながら健診することでこれまでより対象者を少し広く拾えるのではと考えている。

医療機関：６５歳以上の受診者４４６人患者発見０。北東部受診者６０５人発見率０．１７％。

これらすべて合計すると受診者８１０９人、患者発見５８人、発見率０．７２％。

これまであいりん地域の健診は年間３０００から４０００なので、特区健診の影響で非常に受診者が増えた。発見患者も増えた。

説明資料 11 ページ H26 年度分（平成 26 年 4 月～11 月）

平成 26 年に関しては、医療機関（北東部）での発見率が最も高かった。

月平均受診者数 25 年 676 人、26 年 779 人。平成 26 年のほうが月あたり 100 人以上増えている。

説明資料 5 ページ ハイリスク者に対する健診

外国人対策 日本語学校に対する健診

大阪市には日本語学校が 34 校あり、そのうち健診義務の対象となっていないものに対して健診実施している。

2011 年（平成 23 年）から 2013 年（平成 25 年）までの 3 年間の受診者

5111 名→2 回目以降の受診者や日本出生・国籍不明を除いた 4866 名について分析

年齢：平均年齢 23.3 歳 20 代が 74.7% と高い。

出身国：中国 54.3% と約半数を占める。次いで韓国、ベトナム。

罹患率の高い地域の出身者が 96.7%→ほとんどの人が罹患率の高い地域から来ている

入国からハイリスク健診受診までの期間：平均 164.5 日、中央値 67 日。だいたい半数の人が 2 か月くらいで受診している。

患者発見：3 年間で 19 名。発見率 0.4%

説明資料 6 ページ

⑦発見された結核患者の背景 菌検査の結果 2 名が不明のため、17 名で検討

塗抹（+）培養（+）で発見：2 名

塗抹（-）培養（+）で発見：3 名

塗抹（-）培養（-）で発見：12 名

出身国：中国 12 名（63.2%）、次いでネパール、韓国、フィリピン、ベトナム

2 健康教育 平成 23 年度 受講者合計 65 名（職員 29 名生徒 36 名）実施校数 5 校

平成 24 年度 受講者合計 88 人

平成 25 年度 受講者合計 104 人

3 年間で 257 名に対し健康教育を実施した。

説明資料 7 ページ

B 高齢者対策

1 結核健診

老人保健施設に対する健診を行っている。

平成 23 年度からの 3 年間の状況

（1）受診者の背景

性別：男性 946 名、女性 3116 名 女性が圧倒的に多い。

平均年齢：84.4 歳 非常に高い。

患者発見率：活動性結核患者 3 人（0.07%）

(2) 発見された結核患者の背景

- ① 90歳女性、塗抹2+培養+で発見
- ② 78歳女性、塗抹-培養+で発見
- ③ 68歳女性、塗抹-培養-で発見（再治療）

2 健康教育

平成23年度 職員505名（16施設）

平成24年度 735名

平成25年度 663名

3年間の合計1903名に対し健康教育を実施した。

説明資料8ページ

C 高齢者対策（老人福祉センター）

老人福祉センター 市内24区に26施設あり

健診対象：センターに集う60歳以上の市民

受診者の背景

性別：男性115名、女性270名 女性が多い。合計385名

平均年齢：75.2歳 老人保健施設に比べると10歳近く若い

健診結果：患者発見 0名

健康教育 21施設 受講者436名

説明資料17ページ

大阪市における外国人結核患者治療支援

大阪市：外国人結核患者が徐々に増加しているが、全体としては3%から4%。

だが20歳代に関しては非常に割合が増加してきている。

1のグラフ 折れ線 20歳代に占める外国人結核患者の割合

2009年 22.2%

2013年 37.3%

棒グラフ 薄い色：20歳代の結核患者数 濃い色：外国人結核患者数

20歳代の結核患者数は2009年90人→2013年51人と年々減ってきているが、20歳代の外国人結核患者数はほとんど減っていないため、相対的に外国人割合が増えていく。

2009年から2013年までの大阪市におけるMDRと出生国

初回治療のMDR27人のうち5名（18.5%）が外国出生。

（内訳）中国2名、韓国2名、その他1名

非MDR、MDR以外は外国人患者の割合が2.4%→かなりの差あり

再治療のMDRのうち外国出生19.0%

（内訳）中国、韓国、フィリピン、その他

非MDRのうち外国出生2.1%

→MDRにおける割合が20%近くなっているということで、かなり警戒を要すると考えている。

説明資料18ページ

20歳から39歳までの大阪市における肺結核患者の治療成績について、外国人と日本人で比較

※この年代にした理由：外国人結核の約70%がこの年代に集中している。日本人の場合は20歳から39歳までに占める割合は10%くらいなので、年齢構成をそろえるため。

・治療における脱落中断率 外国人13.6% 日本人4.0%

外国人は結核治療に際して脱落中断しやすいと言える。

・転出割合 外国人18.9% 日本人5.3%

外国人は転出する割合が非常に高く、その半数以上は国外に転出することが判明している。

外国人に対する治療支援

○医療通訳派遣事業

実施期間：平成26年9月1日から

実施内容：通訳の派遣 派遣回数 一人当たり原則として3回まで

利用可能言語 英語、中国語、韓国語、フィリピン語など合計
8か国語

利用場所：資料記載のとおり

派遣される通訳には結核研修なども行っている。

○電話通訳を利用したアポイントメント取得

利用可能言語 医療通訳と同じ

医療通訳派遣日程の調整などに利用している。

3に入院中の患者の実施手順及び4に外来通院中の患者の実施手順を記載している

6 外国人結核患者の入国期間と言語レベル

21人中 全くできない 4人(19.0%) うち3人が入国から5年未満

日常会話可 6人(28.6%) 日常会話は可であるが、十分ではない
そこそこしゃべられるレベル。

問題なし (52.4%)

全くできない・日常会話可を合わせて47.6%。半数くらいの人が十分堪能とは言えない状況＝通訳派遣が必要な人は半分くらいはいると考えている。

説明資料20ページ

8 今後の課題

医療通訳導入の対象が非常に重要であると考えている。

医療通訳利用の有無については保健師が患者と面接し判断する。

この際には日本語の理解が十分と判断しても、医療用語や診断までの経過などいろんな

ことが母国語と同様に理解するということが非常に難しいだろうということで、しゃべられるだけではだめだというように、そういう形で通訳を派遣していこうと考えている。

説明資料 2 1 ページ

C 外国人結核患者の帰国先への紹介事業

結核研究所の協力を得てやっている。

目的：大阪市内で治療を開始した外国人結核患者が帰国後も治療を継続できるような紹介システムを構築する

対象：外国人結核患者のうち、母国での治療を希望する旨を申し出た者。

※帰国を希望した場合でも、とりあえずまずは日本での治療を勧め、それでも帰国すると言われた場合に利用。

流れ：区保健福祉センターで紹介状作成のための同意書を取得→

保健所で紹介状を作成→結核研究所へ送付→結核研究所で受け入れ医療機関を探す→紹介先を記入して保健所へ送付→区保健福祉センター経由で患者に渡し、帰国してもらう→帰国先で治療を受け、治療成績は結核研究所へ返ってくる→保健所に報告があり、最終的には患者管理をしている区保健福祉センターで結果を把握する

※まだスタートしたばかりの状況。

事務局からの報告は以上。

岡田委員長：ありがとうございました。委員の皆様方から自由にご質問、ご意見等をお受けしたい。遠慮なくどうぞ。

齊藤委員：進捗状況の中で気になったこと。適正な結核治療の推進について。資料 1 の 1 枚目（7 ページ）。その中の適正な治療の推進ということで目標掲げているが、特に新登録全結核患者中 PZA を含む 4 剤標準治療割合を 85% 以上にするということだが、23 年から 25 年にかけてあまり変わっていないという感じだが、何か進まない理由はあるか。

松本対策監：全国と比べると大阪市 4 剤標準治療率は高い。細かい分析はしていないが、一定割合肝機能障害がある方、C 型肝炎ウイルス陽性の方などがおられるので、ある程度のところで頭打ちになるだろうと考えている。ただこの 4 年間を見ているとほんの少しずつ下がってきているので、調査してみたいと思う。

大角委員：資料 5 2～5 3 ページ コホートの分析のところ。塗抹陽性の結核患者では治療中断が非常に低い。1.4% というのはすごい数字。患者さんのケアがきちっとされていて、非常にいい治療成績になっている。一方で、塗抹陰性患者の治療中断が非常に高く、

8. 6%と、10%近く治療中断してしまっている。割合をみると傾向としては横ばいであると言える。これに対してどういう対処をするか、具体的にこれを下げるためにどう対処することが考えられるか教えてほしい。

再発患者では、10%中断している方がおられるということで、再発率がホームレスの中で高くなってきつつあることとなにか関連があるのか。2年以内の再発率が低いと説明されていたが、ホームレスの方についても41ページの再発治療割合の推移をみていると右上がりの傾向が見えるのが、なにかリンクがあるのかなと思える。リンクはないかもしれないが、この再治療割合が少しずつ右上がりになっているのは要注意ではないかと思う。平成11年から再治療割合がかなり減ったのはすごいと思っていたが、近年は、残念ながら頭打ち状況に見える。その中で少し右上がり傾向が見える。

松本対策監：塗抹陰性の方の治療成績が悪いというのは大きな課題。DOTSの力の入れ方が違う。先ほど説明資料でDOTS実施率を説明したが、喀痰塗抹陽性はCタイプ以上が全例、Bタイプ90%以上入っており、服薬支援がかなり強い。一方喀痰塗抹陰性は未実施も7パーセントあり、Bタイプ以上については50%ということで非常に弱い。それ以外にも塗抹陽性患者は治療初期には原則的に入院しているので、病院で服薬の必要性や結核という病気の説明を十分受けているということもあると考えている。差は5倍近くある。それに対してどうするかということについて、資料55ページを参照。喀痰塗抹陽性と喀痰塗抹陰性の治療中断理由の比較。母数は殆ど同じでこれだけ差が出る。一つはDOTSの力の入れ方の違いということで、平成25年から喀痰塗抹陰性に関しても喀痰塗抹陽性同様BタイプDOTSを基本として、その中でリスクアセスメントをして、必要な人にはAタイプも入れるということで臨んでいる。もう一つは患者に対して十分な説明が入っていないこともあるのではと考えられるので、患者面接の際に十分な説明をしていただく。このことがもっとも顕著にでるのは外国出生の結核患者。喀痰塗抹陰性の外国出生患者というのは非常に治療成績が悪い。言葉の問題で患者に対して治療の必要性等を十分に説明できていない。日本人にも共通する問題ではないかと考える。治療初期に十分な説明を行うことで喀痰塗抹陽性の治療成績に近づけていきたい。

再治療率の話について、再治療率が上がってきた正確な理由というのはわからない。かなり古い再治療の分がある。2年以内の再治療は少ない。平成24年では2年以内の再治療率はわずか9.2%で全国の3分の1近い。聞き取りを熱心に行うほど再治療ということがわかることも多少影響しているのでは。ただやはり再治療の問題というのは非常に大きな問題である。MDRは再治療が多い。我々も治療成績をよくして結核の罹患率を減らしていきたいという中で、再治療が増えるというのは望ましくない状況である。また分析して紹介できればと思う。次の評価委員会では再治療の分析のデータもお示ししたい。

宮川委員：DOTSに関連して。Cタイプが塗抹陰性の時は多い。手厚いところと手薄なところ

ろでは、薬が飲めてないからそうなるだろうと。BタイプのDOTSを増やしていきたいということだが、医療機関DOTSは年々少なくなっている。我々もいろいろな機会を捉えて結核というのはなくなったわけじゃない、怖い病気だと言っているが、医療機関に対する啓発が研修を含めて積極的にされていないという状況がある。医師会のデータを見ると、例えば25年度でも西区、港区、大正区、生野区、ではがんばってそれなりに医療機関DOTSやっている。ほかの20区では全くやっていない。今言った4区は割と罹患率が高い。なのでこのDOTSが下がってくると、今の論法からいけば必然的に患者は増え、理屈としては減らないということになる。26年度は生野区以外も医療機関DOTSが少なくなっているし、後半は増えてくるが、ほかに関してはどんどん減ってくる。今の合理的な考え方によって、数も増えないんだし、やる必要はないと言うようになっていくことを懸念している。前回、今回と松本先生がいいデータをまとめてくれて、非常にわかりやすいデータであるので、DOTSはすごく大事だと、やってることに関わるみんなに大事だよということを言い続けて、そういう機会をもっとしっかり啓発していくことが大事だと思う。我々と一緒にやる勉強会をやっていたらと思う。

足立委員：今と絡めてP55 塗抹陰性患者のこと。いま実際困っているのは高齢者の結核患者で塗抹陽性の場合には急性期病院で発見した際に専門機関で治療できるが、塗抹陰性の場合、今の急性期病院の場合できるだけ早く在宅に戻すという方向になっていて、でも認知機能の低下や嚥下機能低下がある場合に在宅でどれだけ治療ができるのか。長期で施設を利用しようとする、逆に結核治療がネックになって転院等をお願いするときに先方に「難しい」「治療に慣れていないので」と言われるケースもある。また、臨床の現場の医師のなかで、4剤治療が標準治療となっていることも知らない主治医も多い。だから、DOTSの徹底、結核の脅威といった研修は大切と思う。

松本対策監：4剤治療、結核は患者が出たら直ちに発生届を出さないといけない。発生届が出ると各区で患者が出たことがわかるので、その患者がどういった治療をしているかは保健所や保健福祉センターで把握する。その中でもし4剤治療がされていない場合はなぜされていないのか理由が報告されることがほとんどである。その時に理由がはっきりしている場合はそれはそれでやっていただく。もし標準治療をご存知ないということであれば、標準治療について説明し、4剤治療するようお願いするという形で動いている。高齢者の在宅治療については難しい問題があると思うが、個々のケースそれぞれに考えていかないといけないかと。塗抹陰性で結核専門病院に入院の必要がなくても、それ以外の理由で入院が必要であれば、一般の医療機関でも感染性がなくなれば治療可能なので、そこで入院治療していただきながら他の病気も診ていただくのができたらなと思っている。

岡田委員長：説明資料5ページの外国人結核 フィリピンが一般的には日本ではもっと高

と思うが、この資料の中でフィリピンがあまり出てこない理由は。

松本対策監：全国ではほとんど1位2位3位 中国 フィリピン 韓国だが、大阪市では従来は中国、韓国、フィリピンだったが、この3年はフィリピンが少なく、ベトナムがきている。ただし5ページの資料は日本語学校の結核健診を受けた人の出身国の割合であるので、患者とは別。外国人患者の割合（2009年から2013年）は中国86名（45.5%）で1位、2位が韓国34名（18.0%）、3位がフィリピン28名（14.8%）。韓国とフィリピンが全国と比べて入れ替わっている。大阪で韓国が多いのは、在日の方が多いので、その関係ではないかと考えている。

宮川委員：西成特区事業はすばらしい事業であると大阪府医師会としても評価している。ありがたいことだと思う。委託医療機関でも患者が見つかってきており、参加する医療機関も10ほど増えてきている。特にこういうことを地域でしっかりやっていると周りに波及していくし、いろんな意味での広報になっているのでどんどん進めていってほしい。ただ西成特区構想の中ではやっているが、他の大阪市の医療機関での健診はデータ上どんどん少なくなっている。これはある意味全く広報されていないので、各医療機関で理解していない。古い先生方はわかっているが、新しく開業された先生はわかってない。西成特区のように間口を広くしてしっかりやっていけば、患者が発見できると証明されたわけだから、他の区でも間口をしっかりと広くして、捉えていかなければ。特区をしっかりやるのはいいけれども、それまでの柱を大切にしたいうえでしっかりと特区をやってほしい。

松本対策監：ありがとうございます。おっしゃるとおり、西成区は罹患率が高く患者数も多いが、大阪市全体の5分の1ほどである。その他のところにおいても結核健診は重要な位置づけにあるので、機会があるごとに必要と伝えていきたい。

工藤委員：健診のところで、平成26年度の西成区の健診の受診者及び発見率が上がっている。それをさらに進めていくということで、あいりん地域で増えてきている単身で高齢者の生活保護受給者への健診の勧奨を。ホームレスより単身、生保への健診を徹底してやれたら。

松本対策監：それについては西成区がかなり力を入れている。生保受給者からの発病者が多いということで、平成26年8月からケースワーカーと連携し、ケースワーカーによる60歳以上の生保受給者及び分館の相談者に対する受診勧奨の徹底により健診の受診者を増やしていこうという取り組みをしている。説明資料11ページ 平成26年8月にケースワーカーが受診勧奨をすると9月以降受診者数が増えた。

また、サポータティブハウスとの連携も進めている。サポータティブハウス9か所と個別に意

見交換を実施して、サポーターハウスの方たちにも積極的に健診を受けてもらうためのいろいろな取り組みもしているところである。

工藤委員：非常に増えているのはよくわかるが、客観的に「健診が必要な対象が何人いて、その中で何人が受診したか」というデータが取れたらどうかと。そうしたらどれくらいきっちりできていて、成果がわかるのではないかと思う。

松本対策監：それはなかなか難しい。生活保護受給者の数はわかるが、そのうちのどれくらいの方が胸のレントゲンを撮られてて、どれくらいの方が受けられてないか、そのあたりは調査としては難しいが、最終的な目標も必要なので、そのことも念頭に入れていろいろ考えていきたい。

三代課長代理（西成区）：西成区保健福祉センターの三代です。いまの工藤委員の質問について、おおまかな数字ならわかる。平成25年のものだが、65歳以上の生保受給者は約2万人いて、そのうち約3割がレントゲンを撮っている。その3割のうち医療機関で何らかの形で撮っている人が2割、西成区での健診が1割。西成区においては運営方針でも65歳以上X P受診50%以上を目標に掲げ、今いろいろとやっている。そのためにも医療機関の先生方、ケースワーカー等受給者を支援する側の人たちにもっと結核というものをわかってもらって、年に1回のレントゲンを撮っていただくことが大事だと理解していただいて、そういった側面からも支援していただくように努力をしているところである。

大角委員：39ページ 区ごとの罹患率、下に一般とホームレスを分けた数字が出ているが、西成区は一般も罹患率高い。西成区の高い罹患率の状況が必ずしもホームレスの方々の状況だけでは説明できないという数字になっている。なぜ、西成区がこんなに飛び抜けて高いのか、よくわからない。一般住民を対象とする健診実施により塗抹陰性患者発見が多いということなら説明としてわかるが、塗抹陽性患者が一般人口の中でこれだけ多い状況は何なのか。

工藤委員：ホームレスよりむしろホームレスから生保に変わった単身高齢男性が圧倒的に多い。単身なので、家族といった健康を支える基盤がない。ホームレス以外の患者も普通の一般家庭の人というのが圧倒的に少ない。なので生活習慣病の合併率も高いし、食事も不規則。

大角委員：ホームレスという一つの枠組みだけではなく、一般の中でもより結核の発病が多いグループがあり、路上生活者というホームレスだけではなく、西成区の一般人口の中に生活保護を受けられている人たちも含めて、広い意味でのホームレス、社会生活困難層

という集団があり、他の区に比べてこの人たちが多いということで理解してよいのか。そうであれば、ホームレスプラスそちらについての対策が大切になってくるが、特区のところで対策を考えているという理解でよいのか。

松本対策監：ホームレスの方が生活保護を受けるタイミングで健診を受けるときに発見される場合が多い。実際生保の中に元ホームレスが多い。ホームレスといっても結核を発病したときにホームレスであっただけで、ホームレスが生活保護になって、一般に紛れ込んでいる方がかなり多くある。生保受給者だけで罹患率出しても高い（何百にもなる）。その方たちが一般に入っているので、一般も高い。なのでホームレスに対する対策だけでなく、一般の方に対する健診も必要。特区健診で力を入れている生活保護の方への対策も重要。もちろん他の区に流れる方もいるので、その方たちに対しても十分な対策は必要だと考える。

大角委員：結果として、一般とホームレスとをはっきりと分けるのではなく、一般の中でもより結核発病が多いグループがあるということでしょうか。そういう基準でのデータ抽出はされているのか？

松本対策監：これはおそらく疫学情報センターから、全国でホームレス割合や全部で第何位かといったことを出すために、ホームレスを分けて出すよう指示があるので分けているが、これだけが重要と考えているわけではない。ただ結核健診などをすると、ホームレスから生活保護になられた方も罹患率は高いが、ホームレスが一番高いのは間違いない。

高鳥毛委員：P 40 7 番 年齢階級別罹患率の曲線について、一番初めの第1次基本指針を作ってからこの対策の推移を象徴している。結核対策をしていなかった時のパターンが、だいたい普通は年齢と共に高くなるところが、大阪市の場合は50代・60代で凸型であった。これがだんだん低調になって、平成25年の曲線、大阪市の曲線と全国の違いは、凸型の状態は是正されたが、やはり50代・60代・70代の全国との率の差が縮まっていない。この曲線だけで対策を考えるのは難しいが、たぶん大阪市から西成区、浪速区を除くと形としては全国に近くなるのでは。昔計算した時に、大阪市の結核の罹患率が高い時も凸になっているのは浪速区と西成区特有の形で、他の罹患率の低い方の区は元々から全国の曲線と似通っていた。50代、60代が高いのは、今議論になっている生保を含めホームレスなり、特区構想の健診で対策をしているところだが、理由としては健診で既感染率が高い集団であること、あと単に既感染率が高いだけでなくシェルター等で新規の感染を受ける可能性がないのかという部分が、今まで積極的に進めてなかったことからすると、ひとつあるかと思う。この既感染について、もう一段、発病予備軍への積極的な結核対策を進めなければ、たぶんずっと全国の3倍高いというのは平行状態で進んでいく

のではないかと考える。年齢曲線についていちばん当初から気になっていたが、今後この曲線を作る時に、大阪市全部で作ると50・60代が凸になる曲線になるので、西成区を外した曲線と西成区を入れた曲線を作って、表に追加してもらえるとうれしい。

もう1点、P61のBCG接種率、低いのは浪速区と西成区。罹患率が高い区で接種率が低いということは、公衆衛生上、好ましいことなのかどうかという点だが、これは難しいということなのか。

松本対策監：BCGに関して、これはちょっと特異というか、平成25年4月から接種時期の変更があったということでずいぶんいびつなデータになっている。平成24年の分について言うと、西成区は1歳未満のBCG接種率100%。平成24年までは西成区のBCGは3カ月健診と同時に接種していたので、非常に接種率が高かった。この25年の接種率が低いというのはこの半年から1年だけの状況ではないかと思うが、今後それでも下がっているようなら分析しなければならないと考える。

既感染率の高い集団に対する予防的な治療、V型に対する治療、あるいはQFT陽性者に対するLTBI治療については、工藤先生や下内先生が中心となってV型に対する治療に関してはおそらく来年にはスタートするのでは。発見だけでは罹患率は急激には下がらないが、発病予防をすることによってかなり効果が大きいのではないかと考えている。シェルターに関するコメントは難しい。考えさせてほしい。

福島委員：外国人結核の対策について。現在は対象者も少ないと思うが、将来的には増えてくると思うし、長期的に見て素晴らしい事業、全国的にみてもモデルケースになるような事業になると思う。もちろん他の事業もちゃんとやった上でのことだが。

説明資料17ページ以降に詳細な内容をまとめてもらっているが、次年度以降の事業の持続可能性についてはどうなのか。財源等を含め。例えば18ページBの1の中ほど、医療通訳等の事業概要で実施期間が2014年の9月から5ヶ月間となっている。これは財源的な問題でこうなっているのか、試験運用的な理由でこうなっているのか分らないが、少なくとも行政的な事業として年度単位でされるのであれば2月3月に必要になった方はどうする？素晴らしい事業なので、次年度以降も続けていく場合に、短絡的に対象者数が少ないから財源を切られるということはあってはならない。そのあたりの見込みを分かる範囲で教えてほしい。

蔵野副主幹：今回はパイロット事業として結核研究所とタイアップして実施しているため、1月31日までとなっている。それ以前も通訳事業は細々ながらやっており、2月3月以降も依頼があれば一応こちらで派遣できるような体制にはなっている。財源は厳しい状況だが、必要性は高いので、できるだけ続けていく方向で、電話通訳の方向の充実も考えている。説明、メモ等、翻訳したものも経済局国際戦略課にも協力をいただいて作っている

ので、できるだけそういうものも使いながら通訳の派遣事業も続けていきたいと考えている。

田村委員：ハイリスク健診のところの管理健診について。発見率が0.5とあるが、私たちも再発するのは1%前後かなと思う。管理健診を今後どうしていくのか。全体としては国のほうでは管理健診はあまりいりませんよという方向でいったん流れていたが、その点が一つ気になる。

あと今後の対策として菌陰性結核、LTBI について、今まで結核の専門病院でやっている塗抹陽性の範疇以外のところをこれから強化していくべきという話になってくるかと思うが、国のほうでは拠点病院以外での地域の病院でそれを診なさいということで、ユニット化するなり、そういうのを指定してやっていきましょうという絵を描いている。実際のところ、ある程度今までの治療の成功というのは結核病院への集約で成り立ってきたところだが、病床数の減少もあり、これからは集約から地域の病院にと議論はされるのだろうが、実際にどこの区でどこの病院にまかせたらいいというのが決まっておらず、実情に応じてやっている。医療機関の設定なども含めて、今後考えていく必要があるのではないかなと思う。

松本対策監：管理健診に関しては、DOTS を実施して治療成功という場合は管理健診を行わないということもしていたが、再治療割合も多いし、管理健診の中でたくさんの結核患者が発見されているということもあるので、こういったデータを見直して、どういう形でやっていったらいいか考えていきたい。

田村委員：区内の二次医療機関のレベルで結核を診てくれるところを徐々に、指定してでも作っていくくらいの事が今後何年かくらいで必要ではないかなと思う。こういった LTBI や菌陰性結核を担当できる医療機関をどう設定していくか、実際そこを底上げしていかないと、今後の対策は続かないと思うので、そういった議論を始めていく時期ではないかなと思う。

宮川委員：現実的にイメージとすると医療機関としてはまず第一に専門の先生方のところをお願いしている。おそらく今治療されている先生方のほとんどは割と古くからされている先生で、過去に呼吸器にそれなりに絡んでこられて、経験がそれなりにある開業医がされているのが実情。そういう意味からいけば先ほどの4剤の話を含め、きちんとした研修を忘れることなくしていかないと、なかなか厳しいものがあると感じている。また国がそういう方針であったとしても、現実的に大阪では大きな病院に任せる流れはある。市内の専門病院はほとんど民間の病院であり、これからどれだけ維持できるのか、厳しいものがある。現実的には地域へという流れでそのように大阪市や大阪府と検討したこともない。なので今の現状としては結核専門病院にお世話になっているのが実情である。

岡田委員長：３７ページ 罹患率の減少 ３年前と比較した理由は？

松本対策監：３年前というのは第２次結核対策指針が始まった年。今年がちょうど３年目。第２次結核対策基本指針が始まったのが平成２２年で、ここから１０年間で半減するというのが一つの目標なので、２２年から２５年まででどれだけ減少したかを見ている。年間の減少率がどれくらいであれば半減するのかということを伝えようと思った。

岡田委員長：XDR の頻度について。昨年度はなかったが今年度は調べて記載していただきありがとうございます。今、新しいデラマニド、来年度はいわゆるキノロン、アメリカで認可されているような第３相臨床試験の薬が日本に入ってくる。今のところ新しい薬はしっかりした医療機関でしか処方できないが、大阪市としてそれについては将来的に新しい薬を積極的に勧めていくのか、どう考えているか。今はどこかに働きかけないと無理だと思うが。

松本対策監：それに関しては、MDR は診ていただける医療機関も決まっているので、医療機関で判断していただけたらと考えている。

岡田委員長：将来的にはある程度もっと広い機関で使われるようになってくると思うが、行政として積極的に推していくつもりか。

松本対策監：今のところそれに関しては何とも言えない。

田村委員：結核病学会でもデラマニドの使用は制限という方向で動いているのが実情。単剤で出ただけなので、単剤使用による耐性化を懸念している。当院で MDR の入院患者６人いるが、うち３人くらいは長期間持続排菌者で XDR のため、他の併用薬がなく、そもそもデラマニド適用対象外である。実際に使えるのは１人か２人ぐらい。他の同僚の医師や他院に聞いても、府内でも３人使っているくらい。あまり広げていこうという話ではないようである。

岡田委員長：時間も迫ってきたので議論はつきないと思うがここで一定のまとめを行う。いくつかの問題点が指摘された。私の理解の範囲でまとめさせていただく。

- ・ ２年以内の再治療についてももう少し詳しい分析を
- ・ DOTS は非常に重要なので、減少傾向があるが対応の努力を落とさず、さらに力を入れてやってほしい。
- ・ 塗抹陰性患者は患者支援が難しく、在宅治療等になるがしっかりやってほしい。

- ・ 特区と特区以外の状況についてしっかり解析し、解析結果を入れる又は特区を除いたグラフを作成してほしい。
- ・ ホームレス及びホームレスから生保になった人の解析をお願いしたい。

舌足らずかもしれないがまとめた
時間が来たので本日の委員会はこの辺で終わらせていただきたい。

小山課長代理：岡田委員長ならびに委員の方々には熱心にご議論いただきありがとうございました。以上をもって第2回大阪市結核対策評価委員会を終了する。

午後4時58分終了