

第 13 回大阪市結核対策評価委員会（議事録）

第 13 回大阪市結核対策評価委員会

令和 5 年 12 月 22 日（金）午後 2 時～4 時

大阪市保健所診査会室

～午後 2 時開会～

- ・ 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

～議事運営～

■工藤委員長

大阪市結核対策基本指針の進捗状況について、事務局から説明をお願いしたい。

- ・ 進捗報告：小向医務主幹（資料「大阪市の結核 2023」の説明）

P 7 ～ P 9

「Ⅱ 第 3 次大阪市結核対策基本指針進捗状況」

1 大目標

大阪市の全結核罹患率を 2025 年に 18 以下にする。

2018 年：29.3→2025 年：17.4（18 以下）

2022 年：17.4

大目標を達成した。

2 副次目標

- 喀痰塗抹陽性肺結核罹患率を 8 以下にする
2018 年：12.2→2025 年：目標値 8 以下
年々減少し、2022 年は 6.6 で目標を達成した。
- 新登録肺結核患者の治療失敗・脱落率（治療中・転出・死亡を除く）を毎年 4%以下にする
2022 年：6.9%（2021 年登録者の評価）
目標達成には至らなかったが、国の基準の死亡・転出・治療中を母数に含めると達成している。
【参考】
国指針 治療中・転出・死亡を母数に含めた治療失敗・脱落率 5%以下
大阪市 治療中、転出、死亡を母数に含めた治療失敗・脱落率 4.7%
- 新登録潜在性結核感染症（以下、LTBI）の治療開始者における治療完了率を毎年 90%以上にする
2022 年：86.5%（2021 年登録者の評価）
目標達成には至らなかった。
- 接触者健診で発見した LTBI の未治療率を毎年 8 %以下にする
2022 年：6.8%
目標を達成した。
- 小児（14 歳以下）の結核患者の発生ゼロをめざす
2022 年：1 名
2020 年から 2022 年にかけて、0 歳から 4 歳で毎年 1 名
日本出生でも、ご家族のルーツが外国にあり、外国生まれの結核患者の影響がある状況である。

P10～P48

3 基本施策と具体的な取り組み

（1）原因の究明

ア 結核発生動向

図 1 結核罹患率の推移（1999 年～2022 年）

結核罹患率 2022 年：大阪市 17.4 全国 8.2

全国と比べると 2 倍以上の開きがある。

図 2 喀痰塗抹陽性肺結核罹患率の推移（1999 年～2022 年）

喀痰塗抹陽性肺結核罹患率 2022 年：大阪市 6.6%

年々減少しているが、全国と比べると 2 倍以上の開きがある。

図3 結核死亡率の推移（1999年～2022年）

結核死亡率 2022年：大阪市1.8

全国よりやや高いが、減少している。

図4 区別結核罹患率（2022年）

西成区が58.5で最も高く、福島区が3.7で一番低い

西成区と大阪市(17.4)では3倍程度の開きがある。

西成区は福島区より16倍程度罹患率が高い。

表8 区別結核患者数・罹患率（2022年）

外国出生者 65人 新登録患者数 480人 外国出生者の割合 14%

生野区が一番多い7名。

割合では福島区が3名中1人33%、東成区18名中5名28%、浪速区20人中5人25%

これらの区が割合として多い。

図5 年齢階級別結核罹患率の推移

あらゆる年代で罹患率が下がっている。

全国の年代別と比べると、20代が全国6.1に対して大阪市が11.7でやや高い。

60代70代もそれぞれ全国よりやや高い。

図6 高齢結核患者割合の推移（2013年～2022年）

70歳以上の割合：58.5%、80歳以上の割合：34.8%

全国よりやや低いが、高齢者の結核の割合が年々増加している。

表9 年齢階級別患者数の推移（2016年～2022年）

図7 新登録結核患者のうち外国生まれ結核患者の占める割合の推移（2013年～2022年）

2022年 外国出生結核患者：65人

外国生まれ結核患者の占める割合 大阪市：13.5%、全国：11.9%

大阪市が全国を上回っている。

特に20代は、全国、大阪市ともに7割以上が外国生まれで若い世代で非常に外国生まれの結核が多くみられる。

表10 外国出生結核患者数の推移（2016年～2022年）

外国出生結核患者数 2022年：33名

割合、実数ともに増加している。

図 8 潜在性結核感染症（LTBI）患者の推移（2013 年～2022 年）

LTBI 患者数 2022 年：249 人

2020 年（325 人）から大体 100 名前後減少し、やや増加しているがその以前に比べると少ない状況である。

表 11 潜在性結核感染症（LTBI）患者の年齢別割合の推移（2016 年～2022 年）

2022 年 0～4 歳：12.4%

全体の数が減っている。

相対的に 0 から 4 歳のところが 1 割を超えている。

図 9 潜在性結核感染症（LTBI）患者の推移・発見方法別（2013 年～2022 年）

接触者健診での発見 2020 年 213 人、2021 年 96 人、2022 年：101 人

医療機関での発見 2022 年：83 人

接触者健診がかなり減少している。

医療機関で発見された患者は年々増加している。

塗抹陽性患者が減少しているが、それ以上に接触者健診での発見が減っている。

<2016 年から 2020 年の平均>

個別 96 人（0.29）、集団 113 人（0.35）、塗抹陽性患者 327 人

<2021 年以降の平均>

個別 65 人（0.34）、集団 45 人（0.23）、塗抹陽性患者 192 人

表 12 潜在性結核感染症（LTBI）患者の推移・発見方法別（2016 年～2022 年）

2022 年 その他：36 人（うち 29 人コッホ現象）

増加が著しいと指摘されたが、2019 年も 30 人と大体 30 名前後で推移している。

今後も注視していく必要がある。

表 13 潜在性結核感染症（LTBI）患者 使用薬剤別の脱落中断推移

2019 年～2022 年

INH 931 名（76%） 脱落中断者 99 名（10.6%）

RFR 79 名 脱落中断者 1 名（1.3%）中断理由 肝障害

INH から RFP へ変更 脱落中断者 11 名（14%）中断理由 拒否 3 名、副作用 8 名（うち肝障害 6 名）

RFP 1 人も肝障害のため、7 人肝障害による中断

表 14 発見方法別 潜在性結核感染症 (LTBI) 患者の脱落中断理由 (2011～2021 年)
副作用 183 名 (50.6%) うち、6 割ぐらいが肝障害で中断のため、LTBI 治療において肝障害への対応が重要である。

発見方法別 : 接触者健診 265 名【副作用 46%、自己中断 41%】

自己中断に関しては、服薬支援が重要である

健康診断 53 名【副作用 73.6%】

他の発見方法に比べると、特に副作用による中断が多い

表 15 接触者健診で発見した潜在性結核感染症 (LTBI) 患者の未治療理由 (2011～2021 年)

一番多いのが、本人や家族が治療を拒否 67.4%

96 人【治療の必要性を感じない 26%、副作用が不安 20%、禁酒困難 11%、多忙 9%】
治療導入前の結果説明、LTBI とはどういうものか丁寧に説明する必要が痛感される。

表 16 肺結核結核菌培養陽性者の多剤耐性率

2022 年 初回多剤耐性患者数 4 人【外国生まれ 3 名、1.7%】

4 人とも塗抹陽性で発見された。

多剤耐性で塗抹陽性が目立つため、早期発見し広げない対応が必要である。

イ 評価体制の充実

- 大阪市結核対策評価委員会

原則年 1 回開催。大阪市の結核対策について説明し、先生方から意見をちょうだいして、対策に活かしていく会議。

- 大阪市結核解析評価検討会

原則年 9 回。結核の発生動向などについて情報収集したり、また、トピックスという形で、結核の課題についてより深く掘り下げたような発表をしている。近年はコロナの影響で年 4 回実施 (コホート治療成績の報告、外国人結核対策、接触者健診の状況、VNTR に関するもの)。

- コホート検討会

結核患者、LTBI 患者について、失敗中断の原因、服薬支援のあり方を検討し、よりよい患者支援に活かそうという会議。

保健師、保健福祉センターの職員だけでなく、医療機関の医師会の医師が参画
年間 81 回開催。

表 18 コホート検討会への医療機関 (医師) の参画の推移 (2016 年～2022 年)

2022 年 医療機関延べ参画数 58 名、事例検討延べ件数 1443 件。

- DOTS カンファレンス

表 19 2022 年度 DOTS カンファレンス及び看護連携報告会実施状況

結核専門医療機関で異種ともに開催している会議。近畿中央呼吸器センター、大阪はびきの医療センター、大阪複十字病院、阪奈病院、谷向病院の 5 病院で 70 回実施。今年度から十三市民病院とのカンファレンス再開。

病院と連携しながら退院前のまた退院間近な患者の地域での患者支援について検討し、患者の治療が途切れないよう対応している。

ウ 結核菌遺伝子型別の活用

〔概要〕全結核培養陽性者を対象に、結核菌株を確保するよう努め、結核菌遺伝子解析（VNTR 型別）を実施。結果を接触者健診や発生動向の把握および分析ならびに対策の評価に活用している。

〔解析実施機関〕大阪健康安全基盤研究所

〔優先解析対象〕感染源、感染経路追及のために必要と判断した患者、ホームレス患者、あいりん地域居住患者、外国出生患者、多剤耐性患者、40 歳未満患者

【目標】菌株搬送割合（2025 年）：95%以上

2022 年の菌株搬送割合 89.3%のため目標達成に至らなかった。

2021 年 356 件（94.9%）昨年評価員会時後に 17 人増

登録から結果判明までの中央値、131 日概ね 4 か月ぐらいを要している。

できるだけ早い時期での把握が重要になってくるため、体制を整えたい。

- 分子疫学検討会

〔内容〕遺伝子解析結果の検討

〔参加者〕保健所医師、保健師、事務職員、大阪健康安全基盤研究所研究員

〔開催回数〕年 3 回

表 21 検討事例件数の推移

2022 年度：81 件

（2）発生の予防・まん延防止

ア 有症状時早期受診の徹底

【目標】有症状肺結核患者（喀痰塗抹陽性）の発病から 2 か月以上で医療機関受診をした割合 毎年 25%以下

表 22 受診の遅れ（2 か月以上受診率）の推移

2022 年：25.8%

目標達成に至らなかった。

表 23 診断の遅れ（1 か月以上診断率）の推移

2022 年：23.7%

表 24 発見の遅れ（3 か月以上診断率）の推移

2022 年：25.2%

市民に結核に関する啓発を行うことで、早期受診を進めていく必要がある。

診断の遅れを減らすため、医療機関講習会等で、手続き、結核についての啓発を実施する。

イ 定期健康診断の勧奨

表 25 結核健診における患者の発見一覧

西成区 0.17%、外国人 0.2%が特に高い

表 26 医療機関の定期健康診断実施報告書提出率：15.9%

表 27 学校の定期健康診断実施報告書提出率：62.7%

表 28 高齢者施設（入所者及び従事者）の定期健康診断実施報告書提出率：22.4%
医療機関からの提出率が低い。

2021 年は助産師会へ依頼し、2 件（2%）から 51 件（40%）へ改善した。

ウ 接触者健診の確実な実施

【目標】直後、2 か月後、6 か月後 それぞれの受診率：95%以上

1 年後、1 年半後、2 年後の受診率：90%

表 29 実施時期別受診率

2022 年 直後（X P）：94.4% 目標達成に至らず

2021 年 6 か月後（X P）：58.7%、1 年後：79.1% 目標達成に至らず

2021 年の中には、日雇い事業者の集団健診（X P）を行い、対象者 10 人のうち、9 人が所在不明でフォローアップできない人がでた。

受診率を高めることは重要ですので、引き続き高める努力をしていく必要がある。

表 30 結核患者発見率

直後健診 2022 年：3 名（0.56%）減少している。

感染源の発見が遅れると、接触者健診でも発病者として見つかることが明らかである。早く診断することで、接触者からの発病を減らすということが重要。

表 31 L T B I 適用者

2021 年：8.4% 2022 年：9.2%

10%前後で大きな動きがない。

表 32 集団区分別検討結果 (2022 年依頼分)

依頼件数：236 件

(2020 年 363 件、2021 年 197 件 △166 件)

図 11 集団区分別検討結果 (2022 年依頼分)

全体：60.2%

2016 年～2020 年 依頼件数 456 件、塗抹陽性の肺結核の平均 327 人 比 1.4

2021 年、2022 年 依頼件数 217 件、塗抹陽性の肺結核 192 人 比 1.1

依頼件数がやや減少している

エ BCG 接種の推進

【目標】1 歳未満の接種率 95%以上

表 33 1 歳未満の BCG 接種率の推移

2022 年：96% 目標達成

参考：2023 年 4 月の個別接種化以降の接種率 95%

(2) 医療の提供

図 12 発生動向システムに基づく治療成績 [2021 年新登録肺結核患者]

治療成功割合：大阪市 53.7% 全国 65.4%

全国を下回っている状況。発生動向システムへの入力の流れの影響もある。

図 13 新登録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]

2021 年新登録肺結核患者 403 人について検討

治療 32.5%、治療完了 31.5%、

死亡：2020 年 27%130 名→2021 年 24.3%98 名

中断：2020 年 4%18 名→2021 年 4.7%19 名

図 14 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]

2021 年新登録喀痰塗抹陽性肺結核患者 192 名について検討

2020 年 3 人 (1%) →2021 年 9 人 4.7%

表 34 喀痰塗抹陽性肺結核 治療失敗・脱落中断割合の推移 (死亡・転出・治療中を除く)

2022 年 6.3% (死亡・転出・治療中を除く)

図 15 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]

2021 年新登録喀痰塗抹陰性肺結核患者 211 人について検討

死亡：2020 年 60 人（26%）→2021 年 62 人（29.4%）高い状態が続いている

中断：2020 年 15 人（6%）→2021 年 10 人（4.7%）やや減少している

表 35 喀痰塗抹陰性肺結核 治療失敗・脱落中断割合の推移（死亡・転出・治療中を除く）

2021 年 9.1%→2022 年 7.4% 塗抹陽性と比べると、やや高い状況

図 16 喀痰塗抹陽性肺結核患者の治療失敗・脱落中断の内訳（2017 年～2021 年新登録）

表 36 録喀痰塗抹陽性肺結核患者の治療失敗・脱落中断の内訳の推移（2017 年～2021 年新登録）

治療の失敗・脱落中断：2022 年 9 人

医師の指示 4 件と最も多い。医師の指示内容は、治療期間の不足。

副作用 3 人、視力障害、肝障害。

他疾患優先 1 人。誤嚥、嚥下困難で治療中断。

拒否 1 人。服薬支援で中断を防げる可能性がある。

図 17 喀痰塗抹陰性肺結核患者の治療失敗・脱落中断の内訳（2017 年～2021 年新登録）

表 37 喀痰塗抹陰性肺結核患者の治療失敗・脱落中断の内訳の推移（2017 年～2021 年新登録）

治療の失敗・脱落中断：10 人

自己中断 3 人。医師の指示、治療期間の不足 3 人。

副作用 3 人。拒否、自己中断以外が多く見られる。

図 18 年代別 治療失敗・脱落中断の内訳（2017 年～2021 年新登録肺結核患者）

【結核医療の状況】

表 38 診査件数と診査結果

表 39 医療費の経年変化※医療費は年度表記（3 月診療分～2 月診療分）

2021 年度 合計 239,755,374 円 → 2022 年度 合計 210,655,182 円 △2,910 万円

ア PZA を含む 4 剤治療の推進

【目標】新登録全結核患者 80 歳未満中 PZA を含む 4 剤治療開始率 85%以上

表 40 4 剤標準治療開始割合の推移（2016 年～2022 年）

80 歳未満 2022 年：大阪市 83.4% 目標達成に至らなかった。

表 41 2021 年新登録肺結核患者 80 歳未満で PZA 開始なしの理由
肝障害 38%が最も高く、次いで全身状態が悪く内服不可 20%、高齢 10%
肝障害、全身状態が悪い、腎障害等やむを得ない方が 26 人（65%）
P Z A開始困難な方が多く含まれると推察される。

表 42 2021 年新登録肺結核患者 80 歳以上で PZA 開始なしの理由
90%が高齢であることが理由となっている。
全身状態の良い方については、標準治療で P Z A も併用した治療が進められているが、
高齢の方では P Z A が難しいのがわかる

イ DOTS の推進

[経過]

- ・ 2011 年 4 月から、喀痰塗抹陰性患者の医学的・社会的リスク 8 項目該当者に対し、週 1 回以上の DOTS を開始
- ・ 2013 年 4 月から全肺結核患者に対して週 1 回以上の DOTS を開始
- ・ 2015 年 2 月から家族を服薬支援者に位置付け（家族 DOTS）実施
- ・ 2022 年 8 月から Web 版飲みきるミカタ DOTS・オンライン DOTS を開始

【目標】LTBI を含めた全結核患者を対象とした月 1 回以上の地域 DOTS 実施率 95%以上

表 43 LTBI を含めた全結核患者を対象とした月 1 回以上の地域 DOTS 実施率
2022 年（評価年）：95.9%
目標を達成した。

表 44 肺結核患者を対象とした地域 DOTS 実施率

表 45 喀痰塗抹陽性肺結核患者の地域 DOTS 実施状況
B タイプ以上 95%、中断 6.5%

表 46 喀痰塗抹陰性肺結核患者の地域 DOTS 実施状況
B タイプ以上 82.1%、中断 7.3%
塗抹陽性に比べると実施率がやや低い。

表 47 新登録 LTBI（潜在性結核感染症）患者の地域 DOTS 実施状況
C タイプ以上 93%、中断 8.5%（17 人）

内訳 定期健診 7 人、接触者健診 5 人、免疫低下者 4 人等

定期健診の職業別：看護師 2 人、医療職・介護職 1 人、教員・保育士 1 人等
年齢は 40 代から 60 代に分布している

図 19 大阪市版 DOTS における地域 DOTS 実施方法の分類

表 48 地域 DOTS 実施方法（服薬支援者別）の推移

2017 年から 2021 年の肺結核では、事業委託、保健師、支援者、家族に有意差なし。

ウ 肺結核再発の防止

【目標】新登録肺結核患者のうち治療終了後 2 年以内の再発 1.5%以下

表 49 新登録肺結核患者のうち治療終了後 2 年以内の再発（2016 年～2022 年）

2022 年 1.1% 目標達成

[参考] 図 20 新登録肺結核患者再治療率の推移（2013 年～2022 年）

エ 高齢者（特に 80 歳以上）結核対策の充実

表 50 老人福祉センター等における結核健診実績

表 51 高齢者介護従事者に対する健康教育

表 52 老人福祉センターにおける結核健診受診者に対する健康教育

表 53 個別接触者健診における高齢者（80 歳以上）IGRA 実施状況

図 21 個別接触者健診における高齢者（80 歳以上）IGRA 実施状況

80 代 22 人（陽性者 7 人→治療完遂 4 人 中断 2 人 治療中 1 人）

90 代 2 人（陽性者なし）

オ 患者管理の徹底

【目標】

新登録患者（喀痰塗抹陽性患者）に対する 3 日以内の面接 100%

表 54 面接率（3 日以内）の推移（2016 年～2022 年）

2022 年：92.2% 目標未達成

【目標】

新登録患者（喀痰塗抹陰性患者）に対する 7 日以内の面接 100%

表 55 面接率（7 日以内）の推移（2016 年～2022 年）

2022 年：84.7% 目標未達成

実施できなかった方々の大部分が亡くなっている方で、実施が困難な状況にある。

【目標】

肺結核菌培養検査結果・感受性検査結果・同定検査結果を全肺結核患者登録後 2 か月以内に各 95%以上把握

表 56 菌培養・感受性・同定検査把握率の推移（2016 年～2022 年）

感受性把握率：84.2% 目標未達成

治療のうえで重要なため、把握率を高める必要がある

表 57 管理健診における患者発見

(3) 重点事項

ア 外国生まれの結核患者の対策

【目標】

- 外国人の新登録結核患者（LTBI を含む）の治療失敗・脱落率（治療中・転出・死亡を除く）を 5%以下にし、国内で治療を継続できる環境を整備し、国内での治療完了をめざす。
- 国外転出後も治療継続ができるよう関係機関と連携

表 58 外国出生肺結核患者の治療失敗・脱落中断割合

治療失敗・脱落中断者数 2022 年：3 人

治療失敗・脱落中断割合（治療中、転出、死亡を除く） 2022 年：9.1%

3 人すべて 20 代で、2 人は突然の帰国で帰国支援できず中断となった。

図 22 外国出生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 59 日本語学校に所属する外国人に対する結核健診実績

日本語学校の学生の割合が多くなっている。

日本語学校の学生に胸部エックス線の健診を継続的に行っている。

2022 年：実施施設 30 校、受診者 5,138 人、結核患者 10 人、発見率 0.19%

2016 年～2022 年の患者発見数 65 人

〈内訳〉平均年齢 23 歳、結核健診受診までの日数 70 日（中央値）、

症状なし 85%、塗抹陰性 76%

早期発見に寄与している

表 60 医療通訳派遣事業実績

2022 年：利用対象者 47 人、利用者数 23 人、利用割合 48.9%

対象者：日本語の理解が日常会話以下

できるだけ医療通訳を導入し、中断を防ぐまた、突然の帰国でも帰国支援ができる体制をとる必要がある。

表 61 日本語学校への普及啓発（結核健診で要精検となった学校職員を対象に実施）

イ 西成区の結核対策

I 結核発生動向

表 62 結核患者数および罹患率の推移 (2016 年～2022 年)

あいりん地域、西成区ともに罹患率は減少している

表 63 LTBI 患者数の推移 (2016 年～2022 年)

II 結核健診受診者数と患者発見率

表 64 受診者数と発見率の推移

2022 年：患者発見数 12 人、患者発見率 0.17%

図 23 各健診受診者数の推移と患者発見率 (2017 年度～2022 年度)

西成区分館：胸部エックス線検査、毎年 3,000 人程度受診、発見率 0.32%

効率的に発見できている

III 治療成績【大阪市版コホート検討会に基づく治療成績】(新登録翌年の 12 月末時点の集計結果)

図 24 あいりん地域 新登録肺結核患者 コホート治療成績の推移(2012 年～2021 年)

2021 年：36 人、脱落中断 1 人、失敗中断率 2.8%

A タイプ DOTS を行ったが、副作用がでていたと思い込みやむなく中断となった

図 25 新登録肺結核患者 治療失敗・脱落中断割合の推移 (2012 年～2021 年)

2021 年あいりん地域 2.8%→3.6%へ修正

IV 服薬支援 (新登録翌年の 12 月末時点の集計結果)

図 26 あいりん地域 新登録肺結核患者 タイプ別・DOTS 実施状況の推移 (2012 年～2021 年)

地域 A：72.2% 手厚い DOTS が実施されている

図 27 あいりん地域 肺結核患者 タイプ別・地域 DOTS 実施状況の推移 (2012 年～2021 年)

A タイプ DOTS：89.7%

若干減少しているが、積極的に実施している。

(7) 普及啓発

表 65 健康教育実施状況

表 66 2022 年度 対象別健康教育一覧

■工藤委員長

事務局から進捗状況を説明いただいたので、説明に対する質問も含めたコメント等していただいて、ディスカッションに持って行きたいと思います。

発言される方は、挙手機能により手を挙げていただきますようお願いいたします。

■田村委員

副次目標でいくと、達成していないのが治療の失敗中断で、途中で詳しく報告いただきましたが、数は少なくなっていますが、例えば医療機関でどこの医療機関が集中しやすく、副作用中断が多いとか、個別の数が少なくなってくると、個別のお医者さんや医療機関の質の問題も出てくるかと思うんですが、患者さん側の問題だけではなくて、例えば医療の質の問題、どこが中断しやすいとか、そういったような状況があったりするのでしょうか。

満遍なくどこも中断しているような状況なんでしょうか。

■小向医務主幹

これは一般の医療機関も専門医療機関も押しなべてどちらでも見られている状況ではあるんですけども、先ほどもご説明したんですけども、拒否による中断というよりは、今回、最新の状況としては、治療期間が不足しているとか、あと副作用に関しては、一般の医療機関も専門医療機関もかなり工夫しながら何とか治療が継続できるようにしていただいていたんですがやむなく中断したケースということで、そんな状況になっております。

■田村委員

僕ら医療機関の立場ですので、自分でケアする中で、保健所とコミュニケーションができて治療期間の修正を途中でできていれば、防げたようなこともあるかもしれませんし、かかりつけの先生に戻っていただいたりした時に副作用なんかで、こちらがお手伝いをすればよかったのにみたいなことがあることもあります。僕らにつなげていただいたり、むしろ僕らも来るのが負担になっているような方でしたら地域につなげていただいたりとか、アドバイスいただければと思ってコメントさせていただきました。

■小向医務主幹

本当に副作用で、難治しているケースも一般の医療機関の先生でもあったりするようなので、また丁寧に患者さんを支援する中で、医療機関の先生方と連携しながら場合によっては専門医療機関の先生方につなぐことも必要なというふうに感じました。

■福島委員

評価期間の途中ではありますけれども、大目標並びに副次目標の半分ほどはもう達成

しているということで、非常にいいことだと思います。

私は結核解析評価検討会、年に4回ぐらい行われておりますモニタリングのような場にも出席させていただいております、それによりますと大目標の罹患率は、2023年は少し、振り返しがありそうなので気をつけなければならないんですけども、ぜひこのまま対策を進めていただければと思いました。

私からの質問ですけども、資料8ページの副次目標のイなのですが、これは第三次の基本指針を設定する時にかなり多くの議論があったと理解しております、国は、治療中・転出・死亡を含めた目標を設定しているんですけども、大阪市はそれを含めない目標を設定されて、4%以下にされたと。

国の方式を取りますと目標達成していることになるんですけども、国と違う目標を設定された理由は、大阪市では、新登録肺結核患者さんの死亡数が多いからという理由がありましたでしょうか。

■小向医務主幹

3次指針を策定するに当たりまして、ご指摘いただいた通り、国と同じ基準で死亡も含めた母数として、死亡母数に死亡を含めた中断の割合にしてもいいんじゃないかというご意見も委員の先生方からあったりしたんですが、やはり大阪市、結核も非常に多い。政令都市でも最も罹患率高い地域でもあるし、これは死亡を除きますと、非常に厳しい数値目標、裏返せばどんどん今高齢の方が増えて、死亡の方が増えていきますので、そうすると相対的に中断が減っていつているように見えますが、死亡を除いても、中断が増えないかというのをきっちり見るということもあって、このようなかなり厳しい目標を定めていました。

ただ、理由のところを見てもみますと、中断と言っても何ともやむを得ないような中断もあったりするので、やはり理由の分析とかいうところも詳細に行って、それでやはり防げるものもあると思いますので、そういった中身の理由に関しても分析していく必要があると感じています。

■福島委員

国と違う目標を設定された時の議論に参加されていた委員、されていなかった委員があると思いますし、参加した私もこの経緯ちょっと何だったかなと思って公表されているホームページの第三次の当初の計画を見てもたんですけども、書いてなかったような気がしました。後で参照できるように書いてあればいいんですけども。巻末等にちょっと補足でつけられてもいいのかなと思いました。

それに関連しまして11ページの図3の結核死亡率の推移なのですけども、大阪市は例年結核死亡が多かったということで先ほどの副次目標の別設定経緯もあったと思うのですが、2022年はかなり死亡率が落ちておりまして、これに関しては何か理由等わかり

ますでしょうか。やはり新型コロナの影響なんでしょうか。

■小向医務主幹

福島先生この単年で減少した理由ってのは詳しく調べてはおりませんが、結核死亡率ですのでやっぱり罹患率大阪市が高いところというのもあって、非常にこれまで高かったんですが、死亡に関してはとても重要ですので、下がっておればすごくいいことではあるんですが、引き続き分析はしていけないといけないというのは感じています。単年の減少の理由は調査しておりません。

■李委員

外国出生のページと後にコホート治療成績のページについてコメント質問がございます。

今のお話の流れから後者を先に質問、コメントさせていただきます。28 ページと 29 ページに関することです。

先ほどの話の中で、小向先生からも解説があった点にも関係しますが、29 ページの図 13 の表の図の真下にある、説明文書を初めて私も読んだ立場としましては、やはり死亡・転出・治療中の患者の中で、死亡・転出・治療中の方を除いた治療成功割合と脱落中断率を書かれているところに、最初に目が向きました。

全国レベルの結核の統計や海外の統計治療成績の出し方を見ますと、死亡を除いた治療成功率という見せ方はあまりしないので、なぜかなと思いました。今回、先ほどの説明を聞かせていただきましたが、脱落中断率の方を重きに置かれないという観点では、死亡・転出・治療中を除いた方達で示す、ということに、理解はできました。

ただ一方で治療成功割合を示す場合には、特に死亡について、内訳死亡。

これは結核死亡と結核外の死亡とありますけども、特に結核による死亡の方がいるところでは外さない形で治療成功率を示した方が良いのではないのかという、他の治療成績の出し方と比較しましても）印象を受けました。

二つ目ですが、28 ページの大阪市と全国の比較に関する図 12 について。図の真下にある説明を読みまして、1 行目の最後の方に[治療失敗・脱落中断割合は、大阪市 4.3%であり、全国 1.8%より高かった。]と、書かれています。しかし、大阪市さんの結果を見ますと、治療失敗は 0.0%ですので、文章として[治療失敗]は書かずに、脱落中断の割合は大阪市と全国の比較でどうだったかと、示したほうが良いかと思いました。コホートについては以上です。

もしも、何かご説明などありましたらコホートの方でいただきたいんですが、次に外国出生の方について、手短かにコメントだけさせていただきます。

42 ページと 43 ページに関係する点です。43 ページを読ませていただいて、やはり若い若年層に向けて日本語学校への普及啓発を、大阪市さんはとても熱心にされていると

理解しております。

啓発についてはやはり学校職員の方を中心にされた、ということは書かれていますが、私が参加させていただきました外国人結核対策検討ワーキンググループの中でも、少し議論になったことですが、是非、学生の方達向けの結核の啓発や教育も推進して、全国的なモデル市、自治体となっていいただければいいなと思っております。

最後に情報共有ですけども、大阪で開かれた今年のベトナムフェスティバルの中で、100人以上の方に健康と結核に関する調査に参加していただきました。もし、結核様の症状があっても、医療機関を受診しないという回答をした方達がいたんですね。その方達に理由を聞いたところ、医療費の負担と医療機関におけるコミュニケーションの縛りや言語のバリアが主要な理由だったので、是非、外国出身の方向けの情報発信の時に、それらに関係する前向きな支援情報も含めた啓発をいただきたい、と思っています。

■小向医務主幹

特に世界の治療成績の評価の状況というのを教えていただいております。

ちょうど今3次指針が進んでいるところなんですけど、また次の4次指針で検討する際にも、どういった指標を見ていくかということを議論していく必要が出てきますので、先生のご意見を参考にさせていただきたいと思います。

あと外国生まれの結核対策ということで、特に職員だけではなくて日本語学校の職員だけではなくて学生への啓発ということもコメントいただきましてありがとうございます。

本当に大切な視点だと思いますので、検討していきたいと思っております。

あとベトナムフェスタでのアンケートの結果も共有していただきましてありがとうございます。

やはり受診したくない理由が医療費であったり、言語バリアっていうのがすごくウェイトが多かったということで、なかなか解決しづらい課題もあると思うんですが、検討の際の参考にさせていただきたいと思います。

■山中委員

外国人、外国生まれの方の件について2点質問がありました。

同じく、43ページなんですけれど、表60で通訳を利用した人の数が48.9%だったつまり5割は利用したけど5割は利用しないっていうことだったんですけど、これはなぜ利用しないことが起こるのかっていうことが疑問だったんですね、例えば希少な言語で通訳があまりないとか、通訳の数が少なくて日程が合わないとか、例えば手続きが複雑とか、いろいろもちろんご本人が拒否されたとかいろいろあると思うんですけど、なぜここが5割、利用5割になっているのかなっていうのが一つです。

それと同じく李先生もおっしゃっておられましたが、啓発っていうことで言うと、実は

今回発表なかったんですけど 54 ページに、ポピュレーションアプローチの図があって、そこに多言語相談窓口とか支援団体とかってところがあるんですけど、そういう方たちがですね国際交流センターのようなところの人っていうのがこのところ外国人の様々な相談を受けておられるので、そういう方への啓発といいますか、教育っていうのはどういうふうになっているのかなあというこの2点です。

いかがでしょう。

■小向医務主幹

一つ目の医療通訳。

利用割合 48.9%ということはどういった理由で導入できてないかというご質問なんですけれども、残りの方々、確かに先生おっしゃるように希少言語で、対応できる言語がなかったっていうケースもあることはあるんですがそれは本当に限られたケース。

あとはその対応の通訳の方がおひとりしかいなくて日程がうまく調整できないとかってということもあるんですが、大部分は、個別通訳、例えば、ご友人であるとか、あと職場の方とか、別の通訳の方が同席してくださって、その中でコミュニケーションが取れるだろうというふうに保健師が判断して、医療通訳が導入されなかったケースがあったりとか、ご本人が日常会話レベル以下の方が全部これ母数になっているんですが、日常会話レベルが以下の方ですけれども、面接する中で、この方は日常会話レベルだけれども、保健師が、これは通訳なしでも理解していただいているだろうというふうに判断したケースは、依頼のないケースもあります。

ただ、山中先生もご心配されているかと思うんですが、なかなか、例えば結核の公費負担制度であるとか、そういった日本人であってももしかしたら難しい内容のことにに関して、母国、母語でない、言葉でのコミュニケーションで理解するっていうのはすごく難しいケースがあると想定されるので、私達としては、日常会話レベル以下の方については積極的に、医療通訳を導入していただきたいってのは引き続きお願いしていきたいと思っています。

あと後半の質問に関しては何かありますでしょうか。

■高橋副主幹

国際交流センターについては、実は経済戦略局が担当している部署でして、ちょっとこの国際交流センターの職員さんにどのような研修をしているのかっていうのが、実は把握しておりません。

ただですね、私たちもこの研修とかいうわけではなく、この結核についての普及啓発はぜひこの職員の方々も含め、利用される方々にできたらなっていうふうには強く思っておりますので、近々そういうリーフレットも作成をしているところですので、それを持ってぜひ交流センターの方に伺えたらなというふうに考えております。

■山中委員

最初の質問について、通訳がお友達とか親戚の方がいらしてっていうことがあるんですけど、やはりできれば通訳は第三者がやはり個人、一定家族の中でも友人の中でも結核に罹っていることを知られたくないっていう方のことも考えると、第三者の通訳をできればというふうに思いました。

2 番目の質問に関しては、パンフレットなどもたくさんよくセンターとかに置いてありますので、そういうこともとても大事だと思ひましてありがとうございました。

■小向医務主幹

私も同感でして、やはり第三者である医療通訳の方っていうのは守秘義務に関しても研修を受けてらっしゃる方ですので、保健師が聞き取りする際には接触者に関する情報とか、もしかしたら職場の上司の方には言いにくいような内容だったりとか非常に難しい内容もあるので、ぜひ医療通訳入れていきたいと思っております。

■杉江委員

2 点質問があります。

1 点目なんですけれども、25 ページのところで、結核に係る定期健康診断実施報告書の提出の件なんですけれども。

1 点目、定期健診、健康診断を実施しているのに、提出がないっていうことなんですか。

それと、2 点目が同じく外国生まれの結核患者の対策、ほかの先生方がおっしゃったところなんですけれども、表 58 で治療失敗脱落中断者数 2022 年、3 名のうち 2 名が 20 代で、治療途中で急に帰国したっていうところで、帰国支援が必要だっておっしゃっていただんですけども、そういう中でその日本語学校への普及啓発とかされていると思うんですけども、コロナ対策をしている時に気づいたんですが、日本語学校に来る学生さんとか、技能実習生とかそういうのに来る時に、そういう研修学校とか研修先だけでなく渡航を手伝う業者がいるんですね、そこにも普及啓発をしたほうがいいんじゃないかなと思うんですよね。

急に帰国したっていうのはその学校関係者もしかしたらわかってなかった。

わかっていたら学校の先生も止めるじゃないですけども、その前に帰国支援ができるようにきたんじゃないかなと思うんです。渡航を手伝う業者に普及啓発できていれば、何か帰る前に帰国支援ができたんじゃないかなっていうような気がします。

■小向医務主幹

1 点目の 25 ページ、健康診断の実施報告書に関してなんですけれども、これに関しては、実施しているケースも、あるかと思ひますし、実施してないケースも両方含まれるか

と思います。

ただ、病院につきましては、毎年1回、医療監視で病院に訪問した際に、保健所の職員が、健康診断実施しているかというのを確認したりはしておりますので、施設によってはもう実施しているっていうのは、確実だろうというところもあるんですがただ、ここに関して報告がどれぐらいかという割合を示しておりますこれは法令で定まったものですので、やはりもうちょっと高めていく対策が必要だなというふうに感じております。

後半の渡航業者への啓発というところをちょっと今まで、視点としてはなかったんですけども、どういう形で、そういう方々にアプローチしていけるのかっていうのはなかなかアイデアがすぐは浮かばないんですが、ただ、帰国支援というのはとても重要なテーマだと思うので、引き続き検討したいと思います。

参考にさせていただきますありがとうございます。

■天羽委員

医療通訳の話がさっき出ていたと思うんですけど、うちでも親戚の方とかでちょっと日本語堪能っていう方がおられて、その1回目の話が終わって2回目の話で医療通訳を入れると実は全然わかってなかったとか、何かやっぱりちゃんとした方にしてもらった方がいいなっていうのはすごく実感したのでこれはコメントです。

あと、やっぱり外国籍の方がすごく増えているので、この多剤耐性20ページの表16の多剤耐性の4人のうち1人は日本の方なんですか。

その方はその感染経路というか、日本国内で純粹に、感染された多剤で、もう蔓延しつつあるっていう感じでいいんでしょうか。

■小向医務主幹

日本の方70代の男性でして、感染経路は明らかではない方です。

ただ、渡航歴があるとかそういった具体のことは伺ってはないので、おそらく日本で感染されている方ではないかなと思います。

やはり、もう外国生まれの方の方が数としては多いんですけども、国内で感染している方もいらっしゃる可能性はありますので、引き続き注視していきたいと思っています。

■工藤委員長

僕も一つよろしいですか。

一つは、日本語学校の健診というのが、今年22年は30校。

その施設に対してされたんですけども、大阪市内の日本語学校施設は何施設ぐらい。

その中どれぐらいでき、できなかった施設がどれぐらいあるか。

■小向医務主幹

例えば 2022 年の表 59 の 2022 年の実施施設が 30 校とうと書いてありまして大阪市の日本語教育機関も年々増加していきまして、直近では確か 40 校は超えて、60 校だそうです。なので半分ぐらいに実施しているというような形になります。ただこれも年々増えている傾向も見えますので、新しい学校に関しまして、これまでの学校と合わせて、こういった健診をやっているというような情報提供して、希望のあった学校で健診実施するという体制です。

自分たちの学校でしているところも多いです。

■工藤委員長

保健所から直接声をかけて下さいとか、そういうことは、するんですかしらないんですか。

■小向医務主幹

専修学校とか、各種学校については、法令で、入学時の健診が義務づけられているので、そちらに関しては学校の責任でやっていたいんですが、こちらにお示しした結核健診は法的義務がないような、例えば株式会社立の日本語教育機関なんかもたくさんありますので、そういったところの入学時の健診であるとか、あと 2 年目とか短期の方っていうのは、先ほどの法令の対象外になるので、それに関しては学校の種別問わず、研修の対象としてやっています。

■仲岡委員

L T B I について少しお伺いしたいと思うんですけども。

L T B I 、2013 年に潜在性結核感染症治療指針、いわゆる L T B I 指針が出まして、その際、慢性腎不全とか透析やっている方でとか、陳旧性肺結核の治療、陳旧性肺結核患者さんとか、結構対象者が広がって、私もその時点で、このままでいくと L T B I が、患者さんがすごく増えるじゃないかと危惧したんですけども、今回の資料拝見させていただいて図 9 ですね、ここを見ますと医療機関からの届け出っていうのは、比較的増えてはいるんですけども、それほど急激な増えではないということで、よく同僚の方からも聞かれるんですけども、透析をしているけれどもこのまま L T B I 申請をして、認めてもらえるのかどうかという問い合わせがあるんですけども、うちの市ではこの診査会の方でも、こういうふうな透析患者さんなんかを申請できたのがそのままう、フリーパスといますか、すぐに L T B I の対象者になるという扱いになっているんでしょうか。

■小向医務主幹

仲岡先生のご指摘いただきました 2013 年の指針も、診査会の方で参考にさせていただ

いていまして、特に結核の治療歴のない方で、その指針に載っているような、例えば透析の患者さんであるとか、H I Vの患者さんであるとかあと今多くなっているのが、生物学的製剤を使用している方、そういった免疫低下要因があるような方については、治療歴がない方で、かつ、I G R A陽性などで感染が疑われるという方については、基本的に診査会の方で承認していただいているというふうに認識しておりますし、もちろん最近 2 年以内に感染した接触者っていうのは当然、これまでと変わらず、非常に発病のリスクの高い方々ですので、治療しているという状況です。

■仲岡委員

8 ページの表 3 です。

治療失敗はゼロ。

脱落中断が、20 年、21 年、22 年と右肩上がりですごく上がってきていて、どういう内容かということと、この 3 年間で脱落中断の理由が何か変わったことが起こってきたのかどうか。

それとも、そう変わりなく増えてきたのか。

■小向医務主幹

ここに塗抹陽性表 36、表 37 塗抹陰性の肺結核に分けて、中断の理由の推移というのをここで示して割合ではなくて実数になるんですけど、例えば 2020 年と言いますと、中断の 4 名のうち、例えば自己中断はゼロで、一方で 2021 年になりますと、全部 3 例とも自己中断であったりということで年によってかなり理由ってのは数も少ないので、推移としては、どういう傾向があるっていうのはないんですけども、特にこの 2022 年が 9 名ということで非常に多くて、中断以外の理由が多かった。

こういったところでお示しをしております。

■田村委員

2 巡目の質問で申しわけありません。

今まで出てないところで、ご質問させてもらえればと。

25 ページの接触者健診のところです。

質問の内容としては、6 か月以降の患者発見がほぼゼロということなんですけど、対象者数もかなり限られていますので、6 か月以降の健診の対象になっている患者さん、I G R A陽性だけでもフォローしている方なのか、I G R A陰性もしくはI G R A検査を未実施でフォローしている方が大半なのか。I G R A陽性の方を確認すると、百人単位でいくと 2 年後ぐらいまでに 1 ～ 2 人結核患者が出るのが普通かなって思うんですけど、今回のこの年の分だけがちょっと特殊なのかどうかも含めて教えてください。次に 27 ページの B C G接種のところで、集団接種と個別接種を併用されたりすることが一番接種率

が高いかなと思うんですが、全て個別接種に変わりましたとおっしゃっていたような気がするんですが、すべて個別としてもこれぐらい高い数字になっておられるのか、それから外国人の子どもさんとかでは、予防接種の文化が違うこともあったりするんじゃないかなと思うんですが、そういった方々も含めてこの96%ぐらいが維持できているのか。

おそらく、10～20年の間にはBCGも全員に接種するという感じじゃなくなってきてリスクの高い方に接種を移行するときに、やはり個別にしとくことは大事ですし、外国人の方に向けて接種できる体制等々のことはとても大事なんだと思うので、その辺を教えてください。

■小向医務主幹

エックス線で直後の発病が見られるんですが6か月後以降のゼロとか続いているということに関しては、基本的にはこのエックス線半年毎の2年間フォローの対象になる人は、何らかの理由で、IGRAが実施できなかった方が対象になることが多いので、陽性だったのか、陰性だったのかっていうところはわからないところもあります。

稀に、治療先ほどのLTBI治療、接触者で拒否しているケースがあるというふうに、申し上げましたけれども、そういった方々の中から、もちろん未治療であれば、エックス線フォローするという対象にはなるんですが大部分は、感染診断未実施という状況になります。

ここで6か月以降の発病が減ってきているというのは、1個はいい情報かなと思うんですが、私たち、接触者健診の対象を選定して、健診を実施していくんですが、その接触者健診の不備がありますと、感染診断が漏れてしまって、発病が後に見つかるということが増える可能性がありますので、しっかり接触者健診が適切にできているかという評価の一つにもなるのかなと思うので、引き続き見ていきたいと思っております。

あと後半のBCG接種につきまして、先ほども申し上げましたけれども、今年度4月から個別接種で、医師会の先生方にご協力いただきまして、BCGの接種を行っております。

その4月以降のまだ、途中経過であります接種率は95%程度維持できております。ただ先生おっしゃるように今後、もしかしたら外国のルーツのあるお子さんが増えていく、そういった可能性も十分考えられますので、接種率の推移というのは見ていきたいと思っております。

■工藤委員長

それでは、予定していました時間になりましたので、これで自由討議のところ終わらせて、少し司会者として簡単にまとめたいと思います。

本日は事務局の方から詳しく説明していただきまして、その中で特に脱落中断が多かったことについての質問がいくつかありました。

医療機関による差があるのかどうか、その辺はよくわからない。

国と違う基準を設けている理由を、どっかに書いておくのがいいのではないかと福島先生言われましたが、そういうふうなことがありました。

あとは外国出生の患者についての質問が多くありました。

その中で、一つは日本語学校等に啓発をしているけれども、もっと学生に直接、結核の啓発をしてはどうかということが言われました。

医療通訳についても、発言がありまして日本語が割とできたり、或いは近親者がそばにいてできたりするんですけども、やはり第三者の専門の通訳によって医療通訳することが大事であるので、それを進めていって欲しい。

それから、外国人の相談窓口についても指摘がありましたけれども、これはまた大阪市、市の中でもいろいろ対策部署が違ふとかでね。

だけど、そういうセンターを十分利用できるようにしていって欲しい。

これ僕も初めて、わかりましたけども、渡航業者ですね。

外国人が日本に来るときに、いろんなところを通ってくるわけですけども、渡航業者などへの、この結核の啓発をしてはどうか。

そのようなことが言われました。

あと、またいろいろ、コメントいただきましたけども、大体大きなところはそういうふうなところではないかと思います。

最初に、主な目標であります罹患率の低下が順調に進んでいること。

それから塗抹陽性の罹患率も順調に減少しているということで、今までの体制を継続して、大阪市の結核対策を続けていって欲しいというコメントがありました。

以上大体、お話をさせていただきまして、時間まだ少し時間ありますけれども、これで、第13回の大阪市結核対策評価委員会を終わりにしたいと思います。どうも参加していただきまして、長時間ありがとうございました。