

第8回大阪市結核対策評価委員会（議事録）

第8回大阪市結核対策評価委員会

令和2年8月21日（金） 午後2時～4時

大阪市保健所 研修室1

～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
- ・ 今年度スケジュールの説明
- ・ 委員長の選出
- ・ 議事運営：工藤委員長
- ・ 基本指針の説明：小向医務主幹（資料「第3次大阪市結核対策基本指針（案）」の説明）

～議事運営～

■工藤委員長

それでは最初にまず、基本指針の内容を説明させていただきます。

■事務局：小向医務主幹

それではお手元の資料「大阪市結核対策基本指針（案）」をご用意いただけますでしょうか。ページをめくっていただきますと、目次がございます。まず目次からご参照いただけますでしょうか。

特に今日はですね、1.計画期間、2.目標の（1）大目標、（2）副次目標、副次目標としてアからオの5つ、ページにしますと6ページあたりまでのところをまず先生方にご説明させていただいて、ご意見をいただけたらというふうに考えております。

次の2ページ目をご覧ください。

はじめにとしまして、大阪市のこれまでの結核対策の経緯、そして今後の指針策定に至る経緯等をまとめた部分でございます。

冒頭、結核罹患率が上昇に転じたという経緯があり、平成11年に国から「結核緊急事態宣言」が出されたという経緯を載せております。

それを受けまして、本市では2001年2月に、「第1次大阪市結核対策基本指針」を策定して対策を進め、結核罹患率が100から50ということで半減を達成しております。

そして2011年度からは、「第2次大阪市結核対策基本指針」に基づきまして、今後10年間で結核罹患率を50から25以下に半減させるということで対策を進め、2018年には29.3まで到達をしております。

ただ、本市の結核罹患率につきましては、全国平均と比べ2.4倍と、いまだ非常に高い状況が続いておりますので、さらなる対策が必要であるということで、「第3次大阪市結核対策基本指針」を策定するといったことを申し上げております。

そして、今回の指針につきましては、5年ごとに再検討を行っております国の「結核に関する特定感染症予防指針」（以下、国指針）や「大阪府結核対策推進計画」と整合性を保ちながら、この結核の発生動向や結核を取り巻く社会情勢の変化に柔軟に対応することができるよう、期間を5年とするということを申し上げております。

それでは次に3ページをご覧ください。

まず1番目の計画期間についてですが、先ほど申し上げましたけれども、計画期間としましては、2021年の4月から2026年の3月までの5年間とさせていただきます。国指針及び大阪府結核対策推進計画と整合性を保ちながら、結核を取り巻く情勢の変化に柔軟に対応することができるように、5年間を指針の期間とさせていただきます。

ちなみに、国指針は2016年11月に改訂がされており、大阪府結核対策推進計画は、その翌年2017年7月に策定されております。参考までにご紹介させていただきます。

続きまして、2番目の目標についてご説明をさせていただきます。

まず、（1）大目標ですけれども、こちらは、これまでの第2次大阪市結核対策基本指針と同様の大目標を立てております。結核罹患率の半減を目標にするというのが基本路線となっておりまして、具体的な数字としましては、この5年間で大阪市の全結核罹患率を20以下にするという目標を立てております。

まず現状ということで、全結核罹患率の表をご覧ください。

2009年の罹患率が49.6で、2020年の目標値25以下としておりました。それ以降右側に

つきましては、本市の年次別結核患者罹患率を載せております。2011 年が 41.5、2012 年は 42.7 と、この年は上昇に転じておりますので、前年からしますと減少率はプラス 2.8%となっておりましてけれども、2013 年以降は年々減少しておりまして、2018 年には 29.3、前年 2017 年 32.4 と比べますと 9.6%の減少となっております。

次に課題の部分をご覧ください。

大阪市の結核罹患率につきましては、1998 年の 104.2 と比べますと、2009 年には 49.6 と半減し、目標を達成しております。また、それ以降続きまして、第 2 次大阪市結核対策基本指針の目標としまして、2011 年からの 10 年間でさらなる半減を目指しまして、2020 年に 25 以下を目標として、対策を進めております。2018 年の結核罹患率が 29.3、そして 2019 年は概数値ではありますが 25.6 となっております、目標となります、25 以下が目前となっております。しかしながら全国と比べますと、2.4 倍となっておりますし、また政令市の中でもワースト 1 をいまだ継続しているという状況でございます。そこで目標としまして、最初に申し上げました、5 年後の 2025 年までに結核罹患率を 20 以下にするという大目標を立てております。

具体的には、過去 5 年間の減少率の年平均が 5.7%となっております、それを上回る年間 6%の減少を目指すという目標を立てました。

もし、この減少率を継続した場合には、2030 年、10 年後には 2018 年の結核罹患率を半減できるような計算となっております。

具体的にはその下の表をご覧ください。

目標値、2018 年が基準年となりますが、罹患率は 29.3 でした。そして準備期間の罹患率は 2019 年 27.5、年間 6%ずつの減少としますと、2020 年が 25.9 となりまして、第 3 次の期間につきましては、2021 年が 24.3、以降 6%減少を続けますと、評価年となります 2025 年には 20 以下、19 を達成するというような計画でございます。

また一番下には、一般の市民の方にもわかりやすいようにということで、結核罹患率の説明もあわせて記載しております。その他、専門的と思われるような用語については、補足として説明をさせていただいております。

次に 4 ページをご覧ください。

(2) 副次目標として、アからオの 5 つを挙げております。

前回の第 2 次指針では副次目標を 3 つ挙げておりましたが、今回は 5 つと数が増えていきます。ワーキングの中でも、最初 3 つ挙げさせていただいていたのですが、やはり結核対策としてとても重要な項目だろうということで、この 5 つを挙げさせていただいておりますので、ご説明をさせていただきます。

まず 1 つ目、アとしまして、喀痰塗抹陽性肺結核罹患率を 8 以下にする。感染性の高い、感染の恐れの高い肺結核患者の罹患率を 8 以下にするという目標を副次目標の 1 つ目としました。

現状としましては、その下の表をご覧くださいと思うのですが、2009 年の罹患率が 23.9、そして 2020 年の目標値 10 以下として、これまで第 2 次指針の対策を進めてきております。

塗抹陽性肺結核罹患率の推移としましては、2011 年が 18.6、2012 年は、全結核と同様、19.1 と、前年より増加しておりますので、減少率は 2.7%の増加となっておりますが、その後は年々減少しております、2018 年には 12.2 となっております。大阪市の喀痰塗抹陽性肺結核罹患率は、1998 年 32.3 であったものが、2009 年は 23.9、2018 年は 12.2、そして、2019 年概数値は 11.1 となっております、2020 年の目標は 10 以下となっておりますので、まだ達成はしていませんけれども順調に低下をしております。

そこで、次の 5 年の目標としましては、この喀痰塗抹陽性肺結核罹患率を 2025 年に 8 以下を目指すという目標を立てました。これは先ほどの大目標の減少率年 6%と同様の数値を設定しております。参考に次の表の塗抹陽性の段をご覧くださいなのですが、2018 年の基準となります 12.2 から年 6%減少していった場合、評価年の 2025 年には 7.9 となりますので、8 以下の目標とさせていただきました。

2 つ目の副次目標としまして、イ 新登録肺結核患者の治療失敗・脱落率を毎年 4%以下にする、という目標を立てております。

現状としましては、その下の表をご覧くださいと思うのですが、肺結核治療失敗、脱落率の推移としまして、治療中・転出・死亡という 3 つのものを除いた中での、治療失敗・脱落率の推移を載せております。

特に死亡というのが非常に近年増加しております、死亡の方を除くことによって、より厳しい基準ということになるのですが、評価年 2011 年、2012 年を見ますと、8.3 から年々減少して、2018 年の治療失敗・脱落率は 4.5%となっております。そこで目標としましては、2025 年まで毎年この治療失敗・脱落率について 4%以下を目指すというふうにしております。

大阪市ではこの治療中・転出・死亡を除いた目標としまして、4%以下としておりますけれども、国指針では、治療中・転出・死亡を含めた目標として、5%以下としておりますので、国の基準よりもさらに厳しい目標設定とさせていただいております。下の段に、参考としまして国指針と同様の治療失敗・脱落率の大阪市の推移、治療中・転出・死亡を含んだ数値を載せておりますけれども、上の表と比べていただきますと、数値が 2%以上下がっているのがお分かりいただけるかと思うのですが、例えば 2012 年ですと 4.9%、そして 2018 年には 2.8%ということで、国の目標が 5%以下となっておりますので、もし国の目標であれば、いずれの年においても目標を達成できているということになります。我々としては、治療中・転出・死亡を除いた治療失敗・脱落率の数値で、4%以下を目標としたいと考えております。

次の5ページをご覧ください。

3つ目の副次目標としまして、ウ 新登録潜在性結核感染症、以下、LTBI と略させていただきますが、これにつきましては、LTBI の治療をされていない方、未治療のものを含んで、死亡・転出を除いた中での治療完了率を毎年 80%以上にするという目標を立てております。

現状のご説明の前に、LTBI 患者の年齢別割合の推移の表をご覧ください。

2011 年から 2018 年の 8 年間の推移を載せております。

患者数としましては、2011 年が 250 名、2018 年が 349 名ということで、毎年 300 名前後の登録がありました。その下、年齢別の割合を見てみますと、特に太線で囲んでおります、60 歳以上のところを見ていただきたいのですが、年齢の高い方々の中における LTBI 患者の割合が増加しておりまして、年々右肩上がりとなっております。2011 年には 4%に過ぎなかったのですが、2018 年には 33%ということで、LTBI 患者の 3 分の 1 近くが 60 歳以上の高齢者の方々ということになっております。

ここには詳しいデータをお示ししておりませんが、その中には特に、免疫低下要因を持った LTBI の方々の増加というのが特に目立っているという状況がございます。このような LTBI の方々の治療完了率の推移を次の表で示しております。これは先ほども申し上げましたが、未治療の方を含んで、死亡・転出された方を除いた、治療完了率の推移となります。2011 年は 83.5%、以降、80%前後で推移しまして、2018 年は 80.7%となっております。

そこで、治療完了率を 2025 年まで毎年 80%以上を目標とするという副次目標を立てました。この設定につきましては、まずこの国指針の目標としまして、この未治療者を除いた中での治療を始められた方で、85%以上を治療完了するという目標が挙げられております。ただ、この未治療者を除いてしまうということが非常に課題だろうというふうに、ワーキングでもいろいろと先生方から、また事務局の中でも意見が出たところであります。といいますのは、この 2 番目のところに書いておりますが、未治療者の発病されるリスクというのは非常に高いということが明らかになっておりますので、大阪市としましては、国指針にはございませんけれども、未治療者を含めた目標値を設定させていただきました。

また、感染源と考えられる初発患者が、多剤耐性結核、結核でよく使われる 2 種類の薬剤が効果を発揮しないと言われている多剤耐性結核の場合は、予防のための LTBI 治療ができませんので、除くというふうに考えております。

また、この数値目標の算出ですが、国の目標をもとに、本市の LTBI の未治療率、この 5 年の平均が 8.1%ということになっておりましたので、非常にざくつとした計算式になってしまっていて恐縮ではありますが、国指針の目標 85%を、その 100 プラス先ほどの 8.1%を足したもので割ると 78.6%ということですので、これを上回る、毎年 80%以上を目標としようということにいたしました。

ちなみに、この下に参考として載せておりますのは、国指針と同様の、治療開始者におけ

る治療完了率の推移を載せております。こちらも一つ上の段の表と比べて見ていただくと、いずれの年も高くなっているのがお分かりいただけるかと思うのですが、2011 年の 85.6% から、2018 年 86.3% ということで、国の基準でいいます 85% 以上というのは、いずれの年においても達成できているという状況になっておりますが、先ほど申し上げましたように、未治療の方を、やはり治療につなげると、治療完了につなげるということが重要であろうということで、最初に申し上げました治療完了率で 80% 以上、未治療者を含んだ目標値とさせていただきます。

次に、エ 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、という副次目標を立てました。

これは先ほどの話の流れから繋がっているのですが、接触者健診で発見した LTBI の未治療者の推移を見ますと、2011 年が 2.6%、2013 年が 12.2%、2018 年が 9.4% となっておりまして、この期間の未治療率の平均を見てみますと、8.9% となっておりました。そこで、接触者健診で発見した LTBI の未治療率を毎年 8% 以下という目標とさせていただきました。

LTBI にかかる取り組みとしましては、

- ① 月 1 回以上の DOTS（服薬支援）を 95% 以上に実施する
- ② 治療を中断してしまった方の理由を分析し、中断の防止に活かす
- ③ 医療機関との連携を充実する
- ④ 未治療の理由を分析し、その方々が治療に繋がるような説明資料の充実や、保健師研修を図る
- ⑤ 区の管理医師の研修を通じ、LTBI 治療導入時の説明を丁寧に行う

ということで、未治療者を減少させたいと考えております。

最後の副次目標としまして、オ 小児結核、14 歳以下の結核患者の発生ゼロをめざす、を挙げさせていただきました。

これは第 2 次指針でも同様に挙げている副次目標でございます。

小児結核の患者数の推移を表で載せておりますけれども、2015 年以降、0 歳から 4 歳、5 歳から 9 歳、いずれにおきましても、患者数はゼロとなっており、9 歳以下の発生はこの 4 年間についてはありませんでした。また、2011 年以降、この表の中では、この 2018 年に 3 名、10 歳から 14 歳で 3 名の患者登録がありましたけれども、この方々は外国生まれでしたが、それ以外はすべて日本生まれのお子さんたちでした。

小児につきましては、やはり重症化しやすいというふうに言われておりますので、重症化を防ぐための BCG 接種の勧奨を継続するとともに、小児結核の発生防止のために、小児と頻繁に接触する、特に同居者で排菌しているような患者さんからの感染を防ぐために、結核の早期発見及び適切な接触者健診を実施するということが重要であると考えております。そこで目標として、引き続き 14 歳以下の小児結核患者の発生ゼロをめざすという目標とさせていただきます。

特に、小児における髄膜炎等の重篤な結核を発生させないということで、国指針の目標では、BCGの接種率95%以上となっておりますが、本市においては、BCGの接種率100%という目標を立てさせていただきました。ただ、ワーキングの中でもご意見をいただいたのですが、どうしても免疫低下要因を持つお子さんがいらっしゃって、1歳未満の期間にBCG接種が出来ない方が一定いらっしゃるので、国の基準と同様95%以上とするのが妥当ではないかというご意見をいただいております。もしよろしければ、先生方からのご意見をいただけたらと思います。

以上、副次目標までのご説明をさせていただきました。

■工藤委員長

ありがとうございました。

第3次指針の計画期間、それから大目標、副次目標についてご説明いただきました。

副次目標で、新たに今回、治療失敗・脱落率を減らすということ、それから、潜在性結核感染症の治療についてのことが加わっている。また、計画期間については、今までずっと10年だったのが5年になったということです。

それでは、今、報告していただきました内容について、委員の皆さんの率直な意見をいただいて、第3次指針をいいものにしていきたいと思います。

よろしくお願いします。

■福島委員

ご説明ありがとうございました。大変素晴らしい計画だと思います。

まず、大目標について教えていただきたいのですが、副次目標のイとかウについては、国よりもより厳しい目標を設けていますといったようなご説明があったと思います。一方、大目標については、今までは年平均5.7%減少だったところを6%減少とちょっと厳しくされているものの、これまでの実績から十分達成できる目標かなと思うのですが。これで5年経過して罹患率20を下回るとなると、資料7ページ目の結核発生動向から、大体、今の大阪府の罹患率ぐらいになるのですが、それでよしとされるのか、あるいは、この時には大阪府の罹患率ももうちょっと下がっていると思うので、やっぱり大阪府が足を引っ張っているという批判を避けるためにも、もう少し頑張ってより厳しい目標設定にされるのか。

例えば、資料7ページ目の結核罹患率の推移のグラフで、大阪府や全国のこれまでの減少率と、今後の大阪市の目標である年率6%減少を比べた場合、大阪市の目標の方がより厳しい設定であるということが分かるような、先ほど副次目標で強調されたような根拠があればいいのかなと思いました。

■工藤委員長

大目標の設定が少し甘いのではないかと。

■福島委員

私は年1回の結核対策評価委員会と、今年はコロナの影響で開催されていませんけども、毎月の結核解析評価検討会に委員として出席させていただいておりますが、大阪市の結核対策は本当に素晴らしいと思っております。

なので、私はこの大目標は達成できると思うのです。だから、外部から見たときに、「いつまでも大阪府や全国の罹患率と平行線になっている」という批判を避けるためにも、年率6%減少で十分なのだという理由づけ、副次目標のイとかウみたいな根拠があってもいいのかなと思いました。

■事務局：小向医務主幹

ありがとうございます。

確かに、全国や大阪府の、例えば直近の減少率の比較などという具体的な数値がここには載っていないので、分かりにくい部分もあるかと思います。その辺も参考に入れていった方が、本市の目標設定がより厳しいということが伝わりやすくなるかと思いますので、その数値も併せて検討していきたいと思います。

■工藤委員長

他、いかがですか。

■仲岡委員

質問ですが、新登録肺結核患者の治療失敗・脱落率の部分で、治療中というのは、具体的にはどういうものでしょうか。

■事務局：小向医務主幹

治療中については、それほど多い数ではないのですが、評価する年が登録の翌年で、一旦その治療成績がどうだったかというのを評価しておりまして、その時、1年を超えた治療がまだ継続されている方は治療中ということで集計されます。治療中には、多剤耐性結核患者であるとか、治療継続が1年を超えることが明らかな方も多く含まれておりますので、そういった方は治療中断かどうかの評価をまだできる状況ではないということで、この分母からは外して、脱落率を計算しているということになります。

■仲岡委員

治療を中断してどこかへ転出した人ということではないということですね。

■事務局：小向医務主幹

はい。そういった方は、脱落・治療失敗のいずれかに含まれ、治療中とはなりません。

■仲岡委員

国指針では治療中等を含めた目標が5%以下で、大阪市は国基準に基づくと、2018年2.8%ということで十分満たしているが、あえて治療中・転出・死亡を除く目標4%にする理由は何ですか。

■事務局：小向医務主幹

4ページ下段の表で、国指針に基づいた数値で見ますと、2018年2.8%ですが、上段の表を見ていただくと2018年4.5%ということで、1.7ポイントも開きがあります。21ページを参考にご覧いただけたらと思うのですが、2017年の新登録肺結核患者の治療成績という円グラフを見ますと、特徴的なのは死亡のところでした、25.6%を占めており、実に全体の4分の1が亡くなっている方々であるということになります。近年、高齢の結核患者が増えていますので、この死亡を含めてしまいますと、死亡が増えれば見かけ上は中断、脱落率が下がるという、対策をしなくても減ってしまうような資料になってしまう場合がありますので、より厳しい目標にしようということで、この死亡、転出、治療中となった方々を除いて、結核の治療がきっちり実施された方の中での脱落中断という、より厳しい目標を立てさせていただいております。

■仲岡委員

もう1点質問ですが、LTBI 治療完了率のところで触れられた、未治療者とはどういうものなのでしょうか。

■事務局：小向医務主幹

国の LTBI の基準としまして、IGRA であるとか、何らかの検査で感染があるというふう判断され、発病していない方がいらっしゃって、かつ、治療が必要とされた方は、発生届を提出してくださいということになっているのですが、ただいろいろな事情で、患者さんによっては、例えば基礎疾患合併症があつて肝障害がひどいので LTBI 治療は必要だけれども、治療できない方がいらっしゃるとか、あとは、ご本人が治療したくないと拒否されるケースですね、そういった様々な理由で、治療が必要だけれどもできなかった方については、大阪市の中では未治療者、未治療率として集計しています。

LTBI の新規登録に上がってはいないけれども、本人が服薬を拒否したとか、治療拒否したという方、その中には合併症等でやむなく治療できないという方ももちろんいらっしゃるので必ずしも本人の意思だけの問題ではないのですが、何らかの理由で、治療が必要だけれども治療できなかった方を未治療者、未治療率として出しております。

その理由が合併症であればやむを得ないというのはあるのですが、次のエのところとも関連があるのですが、特に接触者健診の場合には、保健所の方で、結果の説明をして治療に同意していただくというところが大きな使命になっておりますので、本人に十分な説明が

できずに治療を受けたくないと言われる方がいらっしゃるとそれは、我々の課題でありますので、丁寧な説明で必要な方に LTBI 治療を受けていただくということで、未治療率をできるだけ低下させていきたいというふうには考えております。

■工藤委員長

他はいかがでしょうか。

■杉江委員

質問です。治療失敗・脱落率とか、新登録 LTBI の治療完了率の国の指針が、大阪市にとっては甘いですね。甘いといったらおかしいですけど、それは他の都道府県の成績が悪いということで甘いのでしょうか。

■事務局：小向医務主幹

自治体ごとにいろんな数値があらうかと思うのですが、国が結核に関する特定感染症予防指針というものを出された経緯の中では、その数値が出されているということで、すみません、私もあまり、他の自治体とどれぐらい乖離があるかというところはわからないのですが、ただ、国が出している指針であり、目標値ですので、どの地域であってもその最低ラインといいますか、そこは最低達成するようにということで、国が出している目標値ということになるかと思います。

■河津委員

私からの質問よろしいでしょうか。

副次目標のエの接触者健診で発見した LTBI の未治療率ですが、この 8%という根拠と、LTBI の未治療、例えば 2020 年は 21 人となっていますが、この方たちはどういった方たちなのかという分析はこれからされていくのでしょうか。と言いますのも、いろんな理由で未治療、治療を始められていない方がいらっしゃると思うのですが、例えばこの 21 人の、これまでの未治療者の方のほとんどが、医療的な理由で開始できないという方達であれば、それはこちら側で、保健所の方でどう頑張っても、そこはなかなか開始されることが難しいのではないかなと。逆に健康上の問題がなくて、LTBI の治療を開始できるけれども、本人の理解ですとか、本人の方で拒否をしてしまうということが多いのであれば、より丁寧な説明を行うなどして未治療率を下げることはできるのではないかと思います。その辺はいかがでしょうか。

■事務局：小向医務主幹

ありがとうございます。

まず、この数値、接触者健診で発見した LTBI の未治療率 8%以下を目標にした根拠に

についてですが、2011 年から 2018 年の未治療率の平均を出してみますと 8.9%であったということで、この基準よりもさらに厳しい 8%以下を、一定まず目標にしてみようということで、8%以下としております。

あともう一つご質問していただいた未治療の理由に関してですが、2018 年については、調査はこれからというところがあるのですが、2011 年から 2017 年に未治療であった方の理由を調べますと、まず、理由として一番多かったのが治療の必要性を感じないということで治療したくないというふうにおっしゃっている方。これが 24%、4 分の 1 近くいらっしゃいます。そして、次に多かったのが、本人の都合という方が 17%ぐらい。合わせると 41%でしょうか。具体的に言いますと、多忙であるという理由で治療したくないという方、中には、禁酒ができないので治療をしたくないであるとか、あとは長期間、半年間の治療が必要になるのですが、治療を続けられる自信がないであるとか、そういったご自身の理由によるものが 4 割ぐらいを占めているということです。何とかその 4 割のところを減らしていくことで、目標値を達成し続けるということが可能ではないかと、一定この目標を立てさせていただきます。

いかがでしょうか。

■河津委員

ありがとうございます。ちなみに大半の方は日本生まれの方ですか。

■事務局：小向医務主幹

そうですね。外国生まれの方っていうのは近年徐々に増加はしてきているのですが、この表に載っている期間というのは、ほぼほぼ、日本生まれの方が多くなっております。全体で見ますと、2011 年に LTBI で登録された方の中で、外国生まれの方の割合は 1.6%で、2017 年までのデータしか手元にはないのですが、2017 年は 4.8%ということで、徐々には増加しているのですが、全体に比べますと、全体として大阪市は 10%ぐらいになっておりますので、全体の上昇の傾向に比べると、LTBI はまだ緩やかに増加しているという状況にあるかと思えます。

■工藤委員長

他はいかがでしょう。

■福島委員

副次目標のウですが、国指針の目標は LTBI の未治療者を除いたものが公表されていて、それをもとに、本市は LTBI の未治療者を含めた目標値を設定するために推計されて、それが 78.6%になるので、80%以上とするということですね。その場合、目標の 5 点目のところ、「本市の目標値は、国の目標値を超えるものとするため」と書いておられるのですが、

国の目標値は 85%としか出てないですよ。なので、正しくは国の目標値から算出した値を超えるとか、誤解のない表記にしたほうがいいのではないかとということをご提案します。

あと2点ほどよろしいですか。

第2次結核対策基本指針との兼ね合いなのですが、第2次の副次目標では3点目に多剤耐性率についての目標を設定されていたと思います。多剤耐性は重要な問題であると認識されてはいると思うのですが、今回、副次目標から外された理由について教えていただきたいというのが1点。もうひとつが、これは河津先生にお聞きした方がいいかもしれないのですが、もうそろそろ、外国人結核に関する目標が盛り込まれるのではないかとというような予想もしていたのですが、盛り込まれていないということは、国の方でも特に明確な指針が今のところ打ち出されていないということでしょうか。この2点についてお聞かせいただきたいと思います。

■事務局：小向医務主幹

ありがとうございます。

まず、多剤耐性に関しては、実はワーキングの中でも委員の先生方からご意見がありました。特に田村先生などは、多剤耐性結核の診療をたくさんされていて、やはり今後、外国生まれの方が増えてくればそれは課題として大きくなる可能性もあると、危険性を感じておられるので、指針の中で、副次目標に挙げていくということも、事務局の中でも議論をしたのですが、13 ページに多剤耐性結核のデータ推移のところ載せているので、よろしければそちらを見ていただけたらと思うのですが、(カ) 多剤耐性結核 (以下、MDR) の推移ということで、現状として、初回治療肺結核、再治療肺結核と、2つの表を載せておまして、第2次では特に初回治療について0.5%以下を目標にしようということで、掲げていたのですが、この初回治療肺結核の表の多剤耐性結核患者数を見ますと、3名から多いときでも8名で、2018 年は2名ということで、非常に実数としてはかなり少なくなってきており、今の課題として、特別問題にすることではないのではないかと、多剤耐性の対策については、副次目標以外の中で記載をする必要があるのではないかとこの考えになり、最終的にはこのような形で載せさせていただくことになりました。

ただ今後、5年の中で、外国から流入される方の割合というのがどれぐらい増えてくるのかということも、見通せない部分もありますけれども、それに応じて、もしかしたらこの多剤耐性患者の割合というのが非常に増大して、無視できないと、看過できないという状況になってくれば、それは再検討していく必要があるのかなというふうに考えております。ただ、現状としましては、実数がかなり絞られてきているという部分もあるので、一旦、副次目標ではなく、指針の中に対策の評価ということで盛り込んでどうかという意見が出まして、このような副次目標の選び方になっております。

あと、外国生まれに関してですが、同様にといいますか、12 ページには、(オ) 外国生まれ患者の推移ということで、一覧表で20代の方と全年齢の結核の患者さんの中での外国生

まれの方の割合の推移を載せております。これで見ますと、特に 20 代については、大阪市中で 2018 年には 72.9% ということで、かなり若い方の中での外国生まれの結核患者の課題が大きくなっているというのは我々も認識しているところです。そこで、副次目標には特には載ってはいないのですが、29 ページで、特別に（４）重点項目ということで、外国生まれの結核患者の対策というのを載せておりまして、後ほど外国生まれに関しては改めて説明の機会を持たせてもらえたらと思っておりますが、大阪市の外国人結核対策ガイドの内容の掲載や、あとは、目標値を個別で定めるということで、外国生まれの方についてはこの重点項目の中で記載をして対策を進めていこうという構成に変えさせていただいております。

■福島委員

ありがとうございます。

■工藤委員長

先ほど福島先生が言われた、大目標の結核罹患率 20 以下はちょっと甘くないかと、私もそういうふうな印象を受けておりまして、8 ページに大阪市以外の各主要都市の結核罹患率が出ていまして、大阪市は確かに 2018 年度 29.3 と高いのですが、他の都市のですね、例えば減少率であるとか、そういうふうな結果を含めて、今回設定された 20 以下というのが妥当なのか。確かに全国、大阪府に並行して結核罹患率が半減しているのですが、少なくとも、各主要都市間の平均値に達成しないというのは、なかなかどうしたものかと。上位の名古屋市とか堺市とか神戸市とか、東京都特別区、それ以外も含めてですけれども、そういうところの減少率とかも含めて、もう少し、高い目標でやってもいいのかなと思いました。

それともうひとつは、LTBI の治療完了率 80%。これは 78.6% をさらに進めていくことになりますが、もうちょっと高くてもいいのではないかなと。あまり根拠はないのですが、特に、最初のところで述べておられましたけれども、これからは LTBI というのは非常に結核を減らしていく中で重大な項目だと思うので、力を入れるということも含めて、もうちょっと高めの設定でもいいのではないかと。これも、例えば国内の他都市と比較していただいて分析してもらいたいと思います。

■事務局：小向医務主幹

この「ウ LTBI の治療完了率 80% 以上」に関して、数値をちょっと高くした方がいいということですね。こういう未治療者を含んだ数値の出し方は、大阪市中でしか出していないデータでして、全国でも、もしそういう数字があれば目標値として定めたいなと思ったのですが、そういったデータがなかったので、ある程度算出したような仮の数値で目標を立てたという経緯があります。未治療の方にもいろんな方々がいらっしゃるのでも、そもそも合併症があって治療できない方もいらっしゃるのですが、そういう治療拒否をされるようなケースを減らすという中では、80% 以上ぐらいをまず目標とすべきではないかということで、算定し

たという経緯がありました。

■工藤委員長

2011 年から 2018 年の 8 年間のうち、2013 年・2014 年は目標を達していないが、その 2 年を除けば 80%以上を達成している。だから、少し高めの目標設定も良いのではないかと思います。

■事務局：小向医務主幹

何%以上が望ましいとか、何かございますか。

■工藤委員長

根拠まではありません。

■事務局：小向医務主幹

ありがとうございます。

また最初にご質問いただいた全結核罹患率の減少率に関してですが、先ほどの 7 ページのグラフを見ていただきたいのですが、(1) ア 結核発発生動向で、全国と大阪市の罹患率の推移というのを載せています。この期間が先ほどの 2011 年以降ではないので、ちょっと単純に比較はしにくいかもしれませんが、2008 年から 2018 年の減少率について、下のコメントで書いております。全国の減少率は、その期間で 36.6%、それに対して大阪市は 42.1%ということで、全国よりも減少率は高い。罹患率としては、確かに全国ワーストで、2.4 倍高いという現状にはあるのですが、ただ、減少率としては直近に関して大阪市の方が高いと。ちょっと手元に資料がないのですが、2011 年以降の 8 年間についても、やはり全国よりも大阪市の減少率は高いという設定で、大目標を立てさせていただいているというところではありますが、具体的な数字があればよかったですね。先ほど福島先生からもご意見をいただきましたが、根拠をわかりやすく示す努力が少し不足していると感じました。すみません。

■工藤委員長

他、いかがでしょうか。

■白石委員

この機会に、今の罹患率についてちょっと教えていただきたい。

以前から、東京などは患者実数がすごく多いと思うのですが、大阪市はいわゆる老人の町ですし、また、あいりん地区があり、人口の年齢分布は他都市と比べて、大阪市の方が若干、老人率が高いのではないかと。やはり、あいりん地区の高齢化というのがあって、他の大阪市

の区では患者数が少ないし減ってきているなどの印象があるのですが、その辺りの人口分布はどうなっていますか。

■事務局：小向医務主幹

ありがとうございます。

他の自治体と比較したデータというのはここに載せてないのですが、先生のご意見の参考になるデータとしては、9ページを見ていただけたらと思います。全国と比較したデータがここにグラフとしてありまして、この年齢階層別の全結核罹患率を載せたグラフの一番下が、2018年の全国の年代別の罹患率となっております。

そのすぐ一つ上に表しているのは、2018年の大阪市の年代別の罹患率となっております。これで見てみますと、特に若い年代のところ、全国と大阪市の数値はほぼ重なっておりまして、14歳ぐらいまではもう遜色がなく、それほど差はないと。

そして、特にそうですね、30代になりますと、全国の6.0に対して、大阪市は13.5で、40代では全国の5.5に対して大阪市は14.7ということで、開きが見られてきます。そして特にその差が顕著なのが、下のところのコメントにも書いてあるのですが、60代、70代のところ、それぞれ全国と比べると4.6倍、70代が3.3倍ということで、特に高齢のところについては、全国と比べるとかなり罹患率が高いと言えます。グラフの数値は、人口で調整したものですので、やはり大阪市の結核の中で高齢者のところ、特に60代、70代のところは、非常に、全国に比べるとまだ課題があると。他の年代よりもさらに罹患率が高いということが明らかになっているので、確かにこういったところは対策が必要なところかもしれません。

ただ、この過去の罹患率の推移を見ていただきたいのですが、一番上のグラフ、2000年のところ見てみますと、特に50代と60代の罹患率が山のように盛り上がった部分あると思います。50代では罹患率が149.5、60代では185.1ということで、この盛り上がりのところは特に50代、60代のあいりんを中心としたホームレス結核患者さんの影響というのは大いにあったところですが、18年経つてくると、その山がかなり目立たなくなってきたということで、対策としては一定効果を上げていると思います。しかしながら、全国に比べるとまだまだ、特に60代70代のところは罹患率が高いという課題が見えておりますので、そういった年代別の罹患率の推移もしっかり見ていく必要があると感じております。

■工藤委員長

ありがとうございます。

それでは、次のところをお願いします。

■事務局：小向医務主幹

それでは続きまして、外国人対策のところをご説明させていただきたいと思います。

お手元の大阪市外国人結核対策ガイドライン第1版と書いた資料もあわせてご覧いただければと思います。

先ほど少し触れましたが、最初にご説明しました、第3次大阪市結核対策基本指針案の中で、外国生まれの結核患者の推移としまして、12 ページでご説明しましたけれども、特に20歳の結核患者さんの中で、外国生まれの方の割合が増加しているという現状がありまして、2018年には全国の20代の結核患者のうちの外国生まれの方の割合は70.4%だったのですが、大阪市は2018年、ここで初めて全国を上回りまして、72.9%が外国生まれの方であるということで、特に若い世代の中で、外国生まれの結核患者さんの課題というのが大きくなっているという現状があります。

実数としましては、そこに載せてありますが、全年齢で見ますと、2018年が65名、そのうち20歳代は35名という状態になっておりました。そういった外国生まれの方が非常に増加しているという状況がありましたので、29 ページに（4）重点項目としまして、外国生まれの結核患者の対策というのを載せております。

この29 ページを簡単にご説明させていただきますが、現状としましては、大阪市外国人結核対策ガイドライン第1版に沿って対策を進めております。

そして先ほど申し上げましたとおり、外国生まれの結核患者の占める割合が、特に20歳代の結核患者においては全体の7割以上と高くなっており、課題が大きくなってきている現状があります。

目標としまして、外国人の新登録肺結核患者（LTBIを含む）の治療失敗脱落率を5%以下にし、国内で治療継続できる環境を整備し、国内での治療完了を目指すという目標、そしてもうひとつ、国外転出後も治療継続ができるように、関係機関と連携するという目標を立てております。

次に具体的な取り組みとしましては、結核患者の早期発見、定期健康診断、早期発見のために普及啓発を実施していくということ、接触者健診とLTBI治療を理解していただいた上で治療を徹底していくということ、患者支援としまして、これまでも大阪市内で行っていましたが、医療通訳派遣事業を充実させ、また説明文書の翻訳も行うということ、身近な人による服薬の確認、また副作用の有無などを相談支援の体制を充実すること、それぞれの方の生活に合わせたDOTSを提供すること、治療中の国内外の転出時の対応として、制度の活用や、関係機関と連携すること、外国生まれ結核に関する医療機関の情報提供もあわせて行っております。

そして、治療中断であるとか、国外転出に関して、その要因を分析して、この外国生まれの結核患者の対策に生かしていくということをやっていきたいと考えております。

次に外国人結核対策ガイドライン第1版の中身につきまして、簡単ですが、ご説明をさせていただきますと思います。前回の評価委員会では、この外国人対策ガイドを策定中だということを申し上げておりましたけれども、一定、形が整いましたので、ご紹介し、先生方からご意見をいただけたらと思っております。

1枚めくっていただきますと目次があります。

I. 背景と目的

II. 結核患者の早期発見

III. 患者支援

IV. 評価と見直し

という項目立てになっております。

I. 背景と目的としましては、繰り返しになるので、簡単に申し上げますと、全国的にも訪日外国人数は増加を続けていて、2018年には3,000万人を超えており、大阪府については1,142万人となっております。また、全国の在留外国人数は、2018年には273万人と過去最高となっております。大阪市の外国人の住民数についても、13万7,467人の方が大阪市内に居住されているというのが2018年12月現在の状況となっております。

こういった状況の中で、外国生まれの方の結核に関しても、やはり増加が見られているということになります。大阪市では先ほど申し上げましたように、特に20代では2018年72.9%を外国生まれの結核患者さんが占めているという状況ですので、外国人対策が重要であると考えております。

そこで、外国生まれの結核患者さんの早期発見、そして確実な治療、適切な患者支援に生かすこと、関係機関と連携してよりこの対策を進めていくこと、そのためにこのガイドを作成しました。

II. 結核患者の早期発見のところで、(1) 定期健康診断のところをご覧ください。

1つ目にリスクグループ健康診断ということで、日本語教育機関への定期健康診断事業を行っております。その中に書いておりますが、近年、特に大阪市の外国生まれ患者の中で、日本語教育機関、以下、日本語学校というふうに申し上げますが、大体2018年には約半数を、この日本語学校の学生さんが占めているという状況になっておりました。

そこで、結核患者の早期発見治療につなげるということから、この日本語学校に対する結核の胸部エックス線健診を2011年から毎年行っております。

受診者につきましては年々増加しており、2018年には5,852名に行いまして、患者発見率が0.31%となっております。

また、過去8年間の患者発見率は0.25%ということで、これに対し大阪市の結核住民健診では、2018年度患者発見率0%ですので、非常に効率よく発見できている健診となっております。また、日本語学校の健診で発見された結核患者さんの中で見てみますと、入国後1年未満の方が88.7%と非常に高く、あと塗抹陰性、感染性の低い、早期に発見されている方が81.7%と非常に高くなっているということで、やはりこの日本語学校の学生さん

の健診というのは、早期発見には重要であるというふうに考えております。

次にこの学生が要精密検査になった場合には、医療機関に速やかにつなげるということがとても重要になりますので、日本語学校の職員の方ときっちり連携して、医療機関につないでいくと。そのために説明資料を用意しております。

2つ目に結核の住民健診についても載せております。

これは、各区の保健福祉センターで実施している結核のエックス線の健診ということになるのですが、外国生まれの肺結核の患者さんの中では、定期健診の受診がなかった方が6割を超えていたというデータがありました。

学校や勤務先等でエックス線検査を受ける機会がない外国人の住民の方については、各区保健福祉センターで実施しております住民健診を活用していただけるよう、周知していくことが必要だろうというふうに考えております。

3つ目としまして、事業所における雇入れ時の健康診断、また定期の健康診断と、その要精密検査となった場合の事後措置について、載せております。

結核患者が発生しますと、疫学調査であるとか、接触者健診などの機会があるのですが、そのような場を用いまして、結核の早期発見、また健診等の重要性について、普及啓発を実施しておりますし、また技能実習生につきましては、監理団体へ普及啓発を実施しまして、事業所において、労働安全衛生法に基づく、エックス線検査を含むような雇入れ時の健康診断や、定期健康診断を徹底していくということを謳っております。

また、異常が認められた場合には、適切な事後措置というのが重要になりますので、例えば、要精密検査になった方については、きっちりとその受診したかどうか、その受診したと結果についても把握することなどが重要ということを謳っております。

その次、3ページをご覧ください。

(2) 早期発見のための普及啓発の実施としまして、①から③と、対象分けて載せております。

まず1つ目が外国人に対する普及啓発です。

外国人本人への普及啓発のために、日本語学校に在籍している方を中心に啓発を実施していくということにしております。結核や日常的な自身の健康管理、症状が出た際の早期受診について、健康管理カードの利用や、日本語学校への啓発のポスターなどを用意しています。また、早期受診のために、生活や学校、仕事への影響、治療費などについても、やはり啓発の機会を利用して、事前に情報提供していくことが、この外国人への対応、普及啓発として重要だというふうに謳っております。

2つ目としまして、外国人を取り巻く周囲の人々への普及啓発ということも重要であろうということで載せております。

外国人については、習慣の違いであるとか、経済的な状況など、様々な理由によって、保健医療へのアクセスが難しい方がいらっしゃいます。その結果、受診が遅れてしまうということがあり得ると考えられますので、周囲の方々外国人を取り巻く方々への啓発と

というのが重要であろうということで、日本語学校の職員の方や、技能実習生の監理団体と
いった、周囲の方々への啓発を実施することの重要性を書いております。

3つ目としまして、医療機関へも普及啓発を進めていくことが重要であろうと考えまし
て、項目を挙げております。

特に、先ほどからも申し上げておりますが、外国人の住民の方が大阪市でも増えておりま
すので、医療機関に受診する機会も増えていくというふうに予想されますので、そういった
外国の方々が、何らかの症状があつて医療機関を受診した際に、その方が結核を発症してい
た場合に、早期診断に至らずに、重症化して発見するということが、少しでも減らせるよう
にということで、こういった外国生まれの結核に関する情報提供というのを、医療機関の
先生方にも発信していきたいと考えております。

(3) 接触者健診と LTBI についても載せております。

こちらにつきましては、感染拡大防止のために接触者健診というのはとても重要なので
すが、そもそも外国の方の母国ではそういった接触者健診の制度がない場合もありますの
で、より丁寧な説明が必要であろうというふうに考えております。

また言葉の壁があつてうまく伝わらないという場合もありますので、医療通訳も検討
しながら、丁寧に情報を聞き取っていくということが必要であるということ載せており
ます。

その次のページをご覧くださいませでしょうか。

接触者健診につきましては、結核患者発生時の丁寧な説明が必要であること、日本語学校
との連携についても載せております。

また、インターフェロンγ遊離試験、結核に感染しているかどうかの検査の陽性の場合に
ついての記載も載せております。

そして、LTBI の患者さんの支援についても、最後の方の段落で載せておりますけれども、
基本的に発病した患者さんと同様に支援はしていきますが、状況によってはより手厚い
支援というのが必要になる場合もあるということで、リスクのある方については、手厚い
支援が必要であるということ載せております。

次に、Ⅲ. 患者支援について載せております。

(1) については基本姿勢として載せておりますので、参考に見ていただければという
ふうに思います。

次に5ページご覧ください。

(2) 医療通訳派遣事業についてご説明をいたします。

図1に、大阪市における医療通訳の派遣事業について、載せております。

左側が喀痰塗抹陽性で感染性のある結核患者さんの支援。右側が塗抹陰性の患者さん
の支援ということで分けて載せております。

まず、塗抹陽性の方を見ていただきたいのですが、発生届をいただきまして、3日以内に
保健師が病院を訪問するということになっており、そこから、患者さんの管理をしておりま

す。管轄区で検討した上で、医療通訳が必要かどうかというのを判断し、必要となりましたら、治療開始後2週間以降に保健師と医療通訳者が病院を訪問しまして、基本的な説明事項について丁寧に説明をいたします。次に、DOTS 導入のタイミングが近づいてきますと、退院後の服薬支援につきまして、患者さんへの面接を行いまして、DOTS の方法や支援のしかたを検討していくわけですが、その DOTs 導入時の面接の際、保健師と医療通訳者が訪問いたします。そして、退院となりましたら、DOTS 初回に、保健師と服薬支援者、通訳者が訪問し患者さんの支援が継続できる体制を構築します。このように、概ね3回の医療通訳派遣を行っております。

塗抹陰性につきましては、届け出後7日以内に保健師の面接があり、医療通訳が必要となりましたら、まず保健師と通訳者が訪問しまして、次に DOTs の初回訪問時に保健師服薬支援者、通訳者が訪問します。概ね2回の医療通訳派遣を行い、患者さんの支援を行っております。

また、これら以外に、様々な場面で必要となりましたら、適宜追加で医療通訳派遣を行っております。

以上が大阪市の医療通訳の派遣事業の概要ということになります。

次の6ページをご覧ください。

一番上の方に書いてありますが、日本語の理解度については、アセスメントを各区で行い、「ほとんどできない」と、「日常会話レベル」、「問題なし」と、日本語能力試験の判定などを参考にしながらこの三つに分類しまして、「ほとんどできない」と「日常会話レベル」の患者さんについては積極的に医療通訳の導入を検討するとしております。

医療通訳導入時の注意点としまして、依頼したい通訳内容を事前に通訳者と共有することや、ゆっくりと丁寧に明瞭に話すということが重要である等、注意事項6項目を確認するように記載しております。

(3) 服薬支援 DOTs につきましては、7ページをご覧ください。

LTBI を含めた全患者さんにおいて、月1回以上の服薬確認が必要ですが、肺結核の患者さんについては週1回以上の服薬確認を実施しております。特に中断のリスクの方が高い方につきましては、毎日、週5回以上の服薬支援が導入される場合もあります。特に外国の方につきましては、突然に帰国されてしまう場合もあり、中断リスクが高い方もいらっしゃいますので、リスクの高い方には積極的に導入すると、服薬支援を手厚く行うということを記載しております。

真ん中あたりやや下に、患者の日本語学校在籍者の場合の服薬支援の方法について、原則を載せております。外国生まれの方の約半数が日本語学校に在籍している方々ですので、特にこの日本語学校に在籍されている方の支援方法を載せております。この患者さんの支援につきまして、患者さんと日本語学校の職員と調整を行うことの必要性を記載しております。事前に服薬確認の方法や、回数など、支援者と詳細に確認することが必要であるということ、そして決定した内容の服薬確認が継続できなかった場合には、速やかに担当の保健師

に連絡をいただいて、再度、リスクアセスメントし直して、方法を変えることが必要になる場合もあるということを記載しております。

それで、特に確認事項として5項目を挙げさせていただいております。

1番目、毎日の直接服薬確認の依頼をするということ、2番目に毎日が難しい場合や直接の服薬確認が難しい場合には薬の空き殻の確認を依頼するという場合もあるということ、3番目に日本語学校における毎日のDOTSができない場合には担当の保健師と再度検討すること、4番目に長期休暇の期間の服薬確認のこと、5番目に同一日本語学校の学生で複数名患者が発生している場合の服薬支援の調整のことについて、注意事項として載せさせていただいております。

8ページをご覧いただきたいのですが、日本語学校における服薬確認としましては、まず服薬支援者の要件として、服薬確認頻度は週5回以上を基本とすること、服薬確認の方法としては、直接目の前で飲んでいただくことを基本とすること、服薬手帳に服薬確認の記録を支援者である学校関係の方に記載していただくということ、副作用等が出現した場合には速やかに保健師へ連絡をいただくこと、支援者と保健師が対面で月1回面接すること、または電話で状況確認することを条件として載せております。

また患者さん本人の要件としましては、原則保健師と患者の月1回以上の面接が重要であることも載せております。

次に(4)としまして、治療中の転出について記載をしております。

外国人の患者さんでは、若い方が多いというのは先ほど申し上げましたけれども、若い方の中では就職や転勤、進学などで国内転出することもあります。また、留学や研修期間の終了などで、在留資格が変わる場合もありますし、経済面も含め、生活基盤が不安定であることから、母国へ帰国し国外転出になることもあります。突然に連絡が取れなくなるということもあるのですが、治療中にそういった転出の予定がないかどうかを、患者さんと丁寧な面談をする中で把握しておくことが重要であるということを記載しています。

もし、帰国するということが明らかになった場合には、患者さんや医療機関との調整であるとか、診療情報提供書の準備であるとか、そういった帰国を支援するということの重要性を申しております。特に国外転出する場合には、母国で治療がうまく繋がらずに、中断となってしまうこともありますので、できる限り日本での治療完遂をお勧めしているのですが、ご本人の意思などもありますので、帰国されることが決まった場合には早期に把握し、転出先でも治療継続完了できるような帰国支援を行っております。医療機関であるとか、また、結核研究所の「Bridge TB Care」、これは患者さんの国際医療連携支援のサービスですが、こういったサービスなどを用いて関係機関と連携し、患者さんが帰国した後も、治療が継続されるような体制をとっていくことの重要性を載せております。

そして、最後9ページになりますけれども、多剤耐性結核の対応ということも載せております。

大阪市のデータについては3行目のところに載せており、2013年から2017年の統計で

は、多剤耐性結核の割合は日本人では0.7%に対して3.8%と、日本生まれの方に比べると3倍以上高いということがわかっております。ただ、多剤耐性になりますと、非常に長い期間、また副作用も出やすいような治療が必要になりますので、支援がより重要であるということを記載しております。

最後に、評価と見直しにおいて評価指針を8項目挙げており、定期的に見直して対策を練り直していくということの重要性を載せております。

簡単ですが、大阪市外国人結核対策ガイドについてご説明させていただきました。

■工藤委員長

それでは、外国人対策の項目についてご意見をいただきたいと思います。

■仲岡委員

外国生まれの方ですが、技能実習生や日本語学校の方も含めて、非常に劣悪な環境下であり、雇用形態も不安定で定期健診が受けられない方もいらっしゃると思います。技能実習生として雇い入れて、職場で健康管理をきちんとやっているのか。そういった方々への状況の把握や保健所としての支援策はないのでしょうか。

■事務局：小向医務主幹

事業所の雇い入れ時等の健康診断については、大阪市で結核として登録される方の大部分の方が日本語学校の学生ということですので、日本語学校の学生をまず中心に対策を進めようということで、結核健診を積極的に行っています。

企業に関しては、常勤者については、労働安全衛生法で健診の義務がありますが、これは外国生まれの方だけでなく、日本の方も含めた課題だと思うのですが、非常勤やパート等の方の健診がまだ十分になされていないということもありますので、そういった雇い主の義務がなく健診を十分に受けられていない方々については、選択肢として、各区で行っている住民健診をそのような健診の機会として使っていただくということも、情報提供、啓発の中で伝えていく必要性があると考えてやっております。

実際どれぐらいの企業で外国の方が雇われているのか、具体的な基礎データは持っていないのですが、そういった事業所のところは2ページのところでの対策を進めているところであります。

日本語学校に関しましては、様々な経営母体があります。直近のデータである2019年9月時点では、日本語学校は大阪市内に53校あり、その中には、入学時に健診の義務があるような専修学校とか、各種学校に当たるようなものが21校ですので、40%程度で、残りは株式会社設立ということで、特にその入学時の健診は法的には責任がないような学校もあり、そういったところについては、私たちの持っている結核健診に用いられる検診車を用いて、入学時の健診の代替となるようなエックス線健診というのを行っています。

■仲岡委員

外国生まれの方の治療完了率はどうですか。帰国されてしまう方や脱落の方は多いのでしょうか。治療経過はどうですか。

■事務局：小向医務主幹

先ほどのことに関して追加で情報提供です。各学生や就労されている方の中で、定期健康診断がない方の割合も出しておりまして、2014年から2019年の5年間で日本語学校の学生ですと6割程度が定期健康診断の機会がないという方々でした。

学生になると43%が、就労されている結核患者さんの中では56%の方が、健康診断がないとおっしゃっているのも、無職の方になりますと、仕事も学生でもないことになるので、およそ8割ぐらいの方が健康診断の機会がなかったとおっしゃっており、こういった課題がありますので、啓発の中で健診の機会を伝えていく必要があると感じております。

あと、ご質問いただきました外国生まれの結核患者さんの中断の状況についてですが、データを申し上げますと、特に2007年、大分古くはなりますが、13年ぐらい前の外国生まれの肺結核患者さんの中断率は14.3%と非常に高い状況でした。近年、医療通訳の派遣事業も行っており、患者さんの言葉の壁をまず取り除いてきっちり支援しようということを実施しておりますので、中断率は年々減少し、2012年以降は0%、全く中断がなかったという年も始めているとあります。

ただ年によって、5~6%となったりはするのですが、やはり患者さんの支援で、特に医療通訳の方に入っていた上で、きっちりと保健師の支援があるということは、対策上重要だと感じております。

■杉江委員

啓発のポスターやパンフレットは多言語で作成してあるのでしょうか。

また、アクセスしにくい理由として費用面の問題があるかと思うのですが、費用面の支援はどうなっていますか。

通訳言語はいくつあるのでしょうか。

在留資格がもともとない人や在留資格が切れた場合はアクセスするのは難しいと思いますがいかがですか。

■事務局：永石副主幹

全国的に、他府県等で作成された多言語の結核資料を活用したり、昨年度は結核健診の啓発リーフレットを独自で多言語で作成しました。

医療通訳も、必要な言語の通訳が可能な方を、都度探していただきながら進めています。大阪市にはトリオフォンの制度がありますが、言語が限られています。医療通訳には、結核に関する研修を受講いただくことを必須にしています。様々な国から入国されているので、

医療通訳者だけでは対応に限界があり、課題と感じています。

通訳言語の主なものとして、英語・中国語・韓国語・ベトナム語・ミャンマー語・ポルトガル語があります。健診案内は、英語・中国語・ベトナム語・ポルトガル語・インドネシア語・ネパール語・ミャンマー語・フランス語で作成しております。

日本語学校は基本的には在留資格がある方が多く、結核になられることで結果として資格を失うことを招くこともあります。事例としては少ないですが、結核研究所の河津先生にもご支援をいただいて治療を継続できた事例もあります。既存のものや知っている知識だけでは対応できない場合もあり、開拓しながら進めていかねばならないと感じています。

■工藤委員長

在留資格のない人は患者の中でどれくらいいますか。

■事務局：小向医務主幹

大阪市の場合、在留資格のない方はほとんどいません。

■工藤委員長

技能実習生と日本学校生との割合はどうなっていますか。

■事務局：小向医務主幹

大阪市は日本語学校の学生さんが大変多く、技能実習生については、聞き取りの中では1名から3名程度と非常に少なく、例えば2014年ですと3名、2015年、2016年は1名のみ、2018年はゼロということで、大阪市にお住まいの方についてはそれほど技能実習生の方の登録はないという状況にはなっています。

■河津委員

2点ほど追加のコメントをさせていただいてもよろしいですか。

まず1点目、外国生まれの方の治療成績ですけれども、全国的に見ても日本生まれの方とあまり変わりません。外国生まれだから治療中断率が高いという現状はないと思います。特に大阪市は、海外の転出率が、他の外国生まれの方が多都市圏と比べても非常に低いので、本当によくやってきていただいているなと思っております。

2点目、2019年ですが、外国生まれの患者さんがかなり減っています。大阪市の方も減っているはずですね。全国的にも減っています。その理由のひとつとして考えられるのが、昨年4月に法務省から発表がありまして、特に留学生のビザの審査が厳しくなったこと、在留資格で留学での発行要件の審査を非常に厳しくしたということがあります。政府の目的としてはいわゆるアルバイト学生をなくして期間的にも技能実習で来ていただきたいということで、こういった方針を全面的に打ち出してきたことが挙げられます。

国籍によっては9割減という状況になっているところもあり、ここ1～2年で多分確実に大阪市の外国生まれの方の属性やその背景というの、結構変わってくる可能性がある、注視していただくと良いかなと思います。

■白石委員

今、ご質問にもありましたとおり、当院でも外国生まれの方の健診を昨年までは受けていたのですが、やはりトラブルはお金のことと、なぜ入院しないといけないのかということ、母国との比較で主張されることです。自分の国では、特にベトナムなどは、こんなことで入院はしないのだと。あるいは、健康保険制度そのものを理解されていなくて、外来で行った検査のお金を払わないと。結核だと診断が確定したら、公費負担を申請したら無料となるのですが、こういったお金のトラブルと入院の問題があります。大阪市に介入していただいたり、医療通訳を利用させていただいたりしたのですが、母国の領事館などが説明してもらえないかなと思います。母国のほうでも日本の結核治療・健康保険制度、入院の必要性などを手取り早く説明してもらえないかなと。ベトナムの方も、英語はほとんど駄目で、ベトナム語と日本語という形で、スマホなどを使われている若い方が多いので、そのスマホで説明を行いました、ある程度、大使館の方で話してほしいと思っているので、何かちょっと働きかけをおこなっていただけないかなと思います。

■事務局：永石副主幹

先ほどの事例で申し訳ないですが、その方の場合には領事館にお連れして、担当の方に来ていただいて、説明をしていただきました。その職員の方もお手上げだと言われました。結果的には河津先生のご紹介で、その方の言語・文化に精通した医師の方と電話でお話をする機会を設けていただいて、その中で日本に来た目的や夢も初めて語っていただくことになり、関係を築くことで治療を進めていただけました。

■白石委員

インテリジェンスの幅が広く、すぐわかる方と全く理解してくれない方もいらっしゃる、ので、お尋ねしました。ありがとうございます。

■福島委員

外国人対策ガイドの2ページ目の枠囲みのところにある入国前スクリーニングについて、私自身の後学のためにも教えていただきたいと思います。もしかしたら、河津先生にお聞きするほうがいいのかもかもしれませんが、入国前スクリーニングは多分まだ始まってないと思うのですが、対象国内の指定医療機関が証明書を出していただくことになると思いますが、この医療機関の選定方法はどのようになっていますか。

例えば、中国などは広いので、医療機関数が十分確保できているのかどうか。

■河津委員

これは私から説明させていただきます。

まず、結核研究所は、医療機関の選定に基本的には関わっておりません。

最終的には厚労省と法務省と外務省で決断をするのですが、ただ、ファイナルリストまだ出ていないので、最終的には決まっていらないのですけれども、どのように選定したかという、すでに入国前健診を行っている国、アメリカ、イギリス、オーストラリア、ニュージーランドなどのパネルクリニックとして使っている医療機関のリストが公表されているので、それを参考にしています。

ですので、日本の指定医療機関の多くはすでに、そういった国の入国前スクリーニングを請け負っている医療機関になっています。

それに加えて、おそらくは外務省・法務省の方の意向だと思いますが、外国生まれの方になるべく来て欲しい方向ではあるので、その不便さを感じて欲しくないということをしきりにおっしゃられるので、例えば中国などですと、カナダやイギリスでは（医療機関数が）本当に少ないのですが、日本はそれに加えて、独自でおそらく、中国の大使館の方、日本の大使館の方、職員の方がリサーチをして、ここはどうか、ここは、と候補として上げてきている感じです。

我々が厚労省から受託した事業内容というのは、健診が始まってからでも良いので、そういったクリニックとして指定された医療機関に関しては、その精度がなかなかつかめないもので、実際に視察をして、本当に大丈夫なのか、これでは無理なのではないかと除外するよう助言をする感じで進められようとしています。

■工藤委員長

医療通訳についてですが、私も排菌の止まった専門学校生、ベトナムからの方を診ていたのですが、その際医療通訳については1回でした。

治療期間中は何回も利用できますか。

■事務局：小向医務主幹

先ほどの5ページの図の中で原則3回という解説を入れているのですが、様々な場面で導入可能ということになっておりますので、言語やタイミングなどいろいろと制約はありますが、適宜ご相談いただきながら、また、担当の保健師の方で医療機関の先生と相談する場合もありますので、状況により追加で入れることもあります。

■工藤委員長

医療通訳が少ないように感じられます。最近よく使われているポCKETークなど、性能のいい翻訳機器が出ていますので、実際に外国人対応する保健師が通訳なしに話せるようにできると良いのではないかと思います。

■宮川委員

特に昨年4月の改正法の中で、大阪で外国から来られる方が約12,000人増えるの見込まれており、今年はコロナの影響で難しいところもあるのですが、健康管理に関して言われていたところでは、入国後勤める会社で、あるいはその会社が委託したところで健康管理をやらないといけないというルールだったかと認識しております。そして、その管理監督を行うのは、出入国在留管理局というふうに聞いていたのですが、出入国在留管理局だけでは管理できないのではと感じています。その出入国在留管理局の方々と連携を強化されているところはあるのでしょうか。

■事務局：永石副主幹

出入国在留管理局の方との交流ということでは、ストップ結核の研修会を設けられたときに、大阪府・大阪市も共催をさせていただく機会をいただき、その講師に出入国在留管理局の方に入っていただき、事前の打合せで、私どもの知らない出入国制度について教えていただきました。相手は相手で大阪市の（結核患者の）支援制度をご存知でないことがわかり、今後も連携をしていきたいということで進めています。先ほどの難渋ケースについてもご相談をして、在留資格を継続できるように進めていただいた経緯があります。

■宮川委員

ありがとうございます。

ぜひまた頑張って連携していただきたいと思います。

■工藤委員長

それでは時間になってきましたので、最後にまとめさせていただきます。

前半を含めていいです。

大目標、全結核罹患率20、もう少し高い目標を設けてはどうか。

それから、LTBIの未治療率8%の内容も改善できるのではないかな。

それから、治療完了率の80%、もう少し高い目標はどうか。

それから、国との比較で、85%の値に対して、詳しい説明を加える。

それから、第2次指針にあった多剤耐性結核について副次目標に追加してはどうかとの意見に対しては、説明があったとおりです。

それから、高齢化率ですね、大阪には高齢者が多い。60代、70代の罹患率が全国に比べて高いので、大きな課題であるとの考えでした。

それから、外国人結核については、まだ我々も知らないことが多いです。大阪市内においてはですね、日本語学校中心に、学生が多くて技能実習生の結核患者が少ない。

それから、治療失敗脱落率については、外国生まれも日本人とそう大差はない。特に大阪市内では、国外の転出率が非常に低いということで、大阪市保健所の努力がよく分かる。いろ

んな外国人対策がとられているということ。

それから、最後は宮川先生がおっしゃられた出入国在留管理局との連携について。この研修会に僕も出ていましたが、担当者が非常に詳しい説明をされていた。こういう機関との交流をこれからも大事にしていきたい。

そういうようなことが議論されました。

それではここからは司会の方をお願いします。

■事務局：僧都担当係長

委員長並びに委員の方々につきましては熱心にご議論をいただきまして、ありがとうございました。第3次指針につきましては、次回の評価委員会で、その内容を結核対策指針として仕上げていきたいと考えております。

来週中には、本日の議事録をお送りさせていただく予定としておりますので、お気づきの点やご意見等につきましては、9月9日までにいただければと思います。よろしくお願いいたします。

また、次回の評価委員会ですが、こちらの日程は10月7日に開催する予定となっております。正式なご連絡はおってさせていただきますが、ぜひご参加の程お願いいたします。

それでは時間が参りましたので、本日の会議を終了させていただきます。

長時間どうもありがとうございました。