

第9回大阪市結核対策評価委員会（議事録）

第9回大阪市結核対策評価委員会

令和2年10月7日（水） 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
- ・ 議事運営:工藤委員長
- ・ 基本指針の説明:小向医務主幹（資料「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、前回、第3次大阪市結核対策基本指針案策定についていろいろ審議した内容を踏まえ、報告を兼ねて説明をお願いします。

■事務局：小向医務主幹

感染症対策課の小向です。座ってご説明させていただきます。

まず、お手元の大阪市結核対策基本指針（案）を開いていただけますでしょうか。

前回8月に、評価委員会を開催いたしまして、その際いただいたご意見のうち2つをご紹介させていただいて、ご議論いただければと考えております。

まず1つ目ですけれども、4ページをご覧ください。

2 目標、(1) 大目標の、「大阪市の全結核罹患率を20以下にする」という目標でございますが、これにつきましては、まず【現状】の表をご覧ください。太枠で囲っておりますが、前年比減少率で、2011年から2018年の平均が5.7%であったということで、それを上回る年6%の減少を目標値として決めました。そして【目標】の表になりますが、2018年を基

準年とし、罹患率 29.3 からスタートしまして、年 6%減とすると、評価年の 2025 年には罹患率 19.0 になりますので、20 以下をめざすという目標を立てさせていただきました。

この減少率年 6%につきましては、国または大阪府の減少率と比較してどうなのか、本市の減少率がどれほど多い設定になっているのかといったご質問を前回いただきましたので、より明確にするために、参考として、【現状】の表の中に、国の前年比減少率と大阪府の前年比減少率を掲載いたしました。

さらに、【目標】の文章のところで、「2011 年から 2018 年までの減少率（年平均 5.7%）を上回る年 6%の減少を達成することをめざす。また、この減少率を継続した場合には、2030 年に 2018 年結核罹患率を半減できる。」のほか、「減少率年 6%の目標は、2011 年から 2018 年までの国の減少率（年平均 4.8%）や大阪府の減少率が（年平均 4.6%）に対して、1 ポイント上回っている。」という説明を追記いたしました。

ただ、工藤委員長からもご意見をいただきましたが、それ以上の目標でも可能ではないかというお声がありましたので、別紙参考資料をご用意しました。横向きの「2 目標」というタイトルの参考資料をご覧ください。

(1) 大目標の表を見ていただきたいのですが、先ほどご説明したとおり、指針（案）の年 6%減とした場合、評価年の 2025 年には罹患率が 19.0 になりますが、それとは別に、これまで掲げてきた 10 年間で罹患率を半減させるというペースで考えた場合、年 7.2%減という目標値となり、この場合、評価年の 2025 年には罹患率が 17.4 になります。よって、年 7.2%減を目標にしますと、大目標については罹患率 20 以下ではなく、18 以下という設定になろうかと思います。

もう 1 つご意見をいただきましたのが、(2) 副次目標のアとウの部分です。

引き続き、その参考資料でご説明させていただきます。

まず、「ア 喀痰塗抹陽性肺結核罹患率を 8 以下にする」という目標ですが、(1) 大目標の全結核罹患率の場合と同様に、年 6%減とした場合、評価年の 2025 年には罹患率が 7.9 ということですので、8 以下をめざすという目標を立てているのですが、こちらも 10 年間で罹患率を半減させるというペースで考え、年 7.2%減を目標にした場合を見ますと、評価年の 2025 年には罹患率が 7.2 となります。しかしながら、これにつきましては、どちらにしても副次目標は変わらず 8 以下ということになります。

続きまして、「ウ 新登録潜在性結核感染症の治療完了率を毎年 80%以上にする」という目標ですが、こちらは、指針（案）の 6 ページと併せて見ていただければと思います。

この、治療完了率 80%以上というのは、LTBI 未治療者を含んだ算出にしており、LTBI 未治療者を除く国の基準と比べ、より厳しい基準を設けて、目標値を設定させていただきました。参考資料の【目標】(抜粋) から申し上げますと、国指針の目標では治療完了率は 85% 以上ですが、これは、LTBI 未治療者を除いた中での治療完了率となっており、本市の目標値につきましては、この国の目標（85%以上）に、LTBI 未治療がその割合に含まれていると仮定して、LTBI 未治療者を含めた中での治療完了率を算出しています。本市の LTBI 未

治療率がこの5年平均で8.1%だったということで、それを含めて算出しますと、治療完了率が78.6%となりましたので、78.6%を超える80%以上を目標値として設定させていただきました。

この治療完了率78.6%の試算が非常にわかりにくいのではないかとということで、事前に福島委員から文言修正のコメントをいただいておりますので、そのまま変更案として、「本市の目標値は、国の目標（85%以上）に本市LTBI未治療率（5年平均8.1%）を考慮して算出した治療完了率（ $85/[100+8.1]=78.6\%$ ）を超える80%以上とする」という文言に修正するというので、【目標】（変更案）のところに記載しております。

ただ、この目標値80%以上につきましても、前回の委員会において、さらにもうちょっと上の設定が可能ではないかというご意見をいただきました。ただ、もしこれを、LTBI未治療者を含む85%以上というふうに設定しますと、国のLTBI未治療者を除く基準に直した場合、本市は92%以上という非常に高い目標設定を行っていることになります。よって、今のところ、この指針（案）の中では、本市基準のLTBI未治療者を含む80%以上というのを目標値として挙げさせていただいております。

以上、この2つにつきまして、ご議論いただければありがたいと思います。

■工藤委員長

どうもありがとうございました。

前回の議論の中で、罹患率も、減少率も、もう少し設定を上げると、また塗抹陽性についても目標値を上げるといった意見が出ました。年6%減の場合と、10年換算で罹患率半減とする年7.2%減の場合で試算をしていただいておりますが、いかがでしょうか。

■松本委員

よろしいでしょうか。

私は第3次指針のワーキングにも委員として関わっておりましたので、こういう意見を言うのはどうかと思うのですが、先に副次目標の方から意見を言わせていただければよろしいですか。

この副次目標の「ウ 新登録潜在性結核感染症の治療完了率を毎年80%以上にする」と「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」に関しては、非常にわかりにくいと思います。

このウとエを両方出すのであれば、エの方は未治療者の対応ということでそのままでいいのですが、ウの方の中身に関しましては、未治療者も含んでいるので、治療開始者への対応と未治療者への対応が両方入っているということになりますよね。この未治療者というのは、行政がいくら頑張ってもどうしてもできない人達も入っている。治療が始まってから支援するということは非常に重要な対策で、やはり治療を開始してどれぐらいちゃんとできているのかということをまず知っておく必要があるということで、ウについては、国の基

準と合わせて、治療開始者への対応、つまり未治療者を除く治療開始者を対象とした治療完了率にしてはどうですか。その際、国の目標 85%以上を見据えて本市の目標を出す必要がありますので、90%以上とか、本市の罹患率が高いということを考えた上での目標値にするべきではないかなというふうに思います。

そういう形にすればウとエがすっきりと分かれて、対策上の分離も図れるということで、非常にすっきりするのではないかと思います。

それから、大目標の方に関しては、まずお聞きしたいのですが、第 3 次指針の「はじめに」の末尾のところで、社会情勢に応じて柔軟に対応すると書いてありますよね。今の社会情勢というのは、どう考えてもやはり新型コロナの影響を考える必要がありますよね。ということになりますと、今年になってからの結核罹患率の推移はどうだったのかというのを少しお聞かせ願いたいなと。それを聞いた上で、目標値をどう設定していけばいいのかということを考えたい。

■工藤委員長

まず、副次目標のウの LTBI 治療完了率の中に、未治療者を含むのか、国と同じ方向で進むのがいいのかどうかということですね。さらに、その場合の目標を、国と同様 85%以上とするのか、90%以上にするのか。エについてはこのままでいいと思いますので、その辺を整理したいと思います。

■松本委員

エを新たに加えているので、ウについては変えられた方がいいかなと思います。ウとエで未治療者の対応ということではぶつてますので、ウは変えるべきだと思いますね。

■事務局：小向医務主幹

そうですね。

もし、先生方でもよろしければ、私もそれには全く異論はありません。未治療者ではなくて治療開始者の中での治療完了率を 90%以上ですかね。そちらの方がウとエで重ならない目標になりますので、いかがでしょうか。

■杉江委員

よろしいですか。

私もそれですっきりしていいなと思うのですが、もともと、なぜこの未治療者をウの中に入れたのか、国では入っていないのに大阪市の目標ではこれを入れたのかをお聞きかせいただけますか。何か理由があったのでしょうか。

■事務局：小向医務主幹

杉江先生、ご質問ありがとうございます。

この未治療者を含む目標とした経緯につきましては、大阪市の中で、LTBI 未治療者および LTBI 治療完了者の、それぞれのその後の発病率の推移を見ておったのですが、LTBI 治療完了者に比べ、LTBI 未治療者の発病率が高いというデータがありまして、やはり未治療者をきっちり治療につなげ、かつ、治療完了をめざすということが、ひいては発病を抑えて、罹患率の低下にも直結するのではないかということで、国の指針とは違う、より厳しい目標を設定させていただいたという経緯があります。

■杉江委員

ありがとうございました。

■福島委員

ウのところは前回もかなり議論になりまして、ちょっとわかりにくいということで、少しワーキングでの議論も踏まえて、もう一度検討されてはどうかと申し上げました。ワーキングの時点では、このエはなかったわけですね。

■松本委員

はい。なかったです。

■福島委員

エを考慮したウの副次目標を設定しようということで。

■松本委員

そういうことです。やはり LTBI の際は二次感染の発生を防ぐというのが、つまり発病を防ぐというのが最大の目標ということになりますので、国の目標には未治療者に関する対応は含まれていないということで、大阪市は未治療者からの発病が多いということで、このウになったという経緯があります。

しかし、今回見てみますと、新たにエという項目ができてますので、エの中で未治療率を毎年 8%以下にするという項目が出てますので、ウの未治療者に対する対応と治療開始者への対応を両方評価するというのは、ちょっと重なってきますよね。未治療者に関しては、それだけで横によけておいた方がとても分析がしやすい。未治療者の中には、本人の都合で治療を受けない人もいれば、医学的に治療が困難な方もいる。そういう、いろいろなパターンがありますので、それを一緒にして、ウの中に入れてしまうというのはなかなか難しいと思います。治療が開始できる人に対してだけその治療成績をみるという形で納めた方が非常にすっきりとしてわかりやすいというふうに思います。

■工藤委員長

大阪市としては、志を高く、未治療者も含めて完了率を計算したいと、そういう趣旨だったということですね。

■松本委員

もともととはそうだったのですが、エが新たに追記されてますので、エで未治療者の対応の部分を取り上げてしっかりやろうとそういう形になってますので、ウでは国がやっているような治療開始者に対するきちっとした支援、これは服薬支援が中心になってきますが、その部分のみを取り上げるのがいいのではないかと。未治療者に対する対応というのは、服薬支援というよりは患者に対する最初の時点での対応が非常に重要ということになりますので、治療開始者と未治療者とでそれぞれ取り組む内容が違うのを、今までは一緒にして一つの目標としていたので、なかなか中身がややこしいという点がありましたが、今回、エの項目が追記されましたので、それならばすっきりと分けたほうがいいのではないかなということでご提案いたしました。

■工藤委員長

この LTBI 治療開始者の治療完了率というのは、現状の値はどのぐらいですか。

■事務局：小向医務主幹

6 ページをご覧くださいませでしょうか。参考としまして、一番下の段に国と同じ基準の LTBI 治療開始者における大阪市の治療完了率の推移を示しております。

■工藤委員長

では、ウは LTBI 治療開始者の治療完了率にするということでもいいですか。

■事務局：小向医務主幹

はい。どういうふうに算出するかの違いだけですので。

■工藤委員長

では、その目標値を 85%以上のままで行くか、90%以上まで上げるか。

■事務局：小向医務主幹

松本先生から 90%以上というご意見をいただいているのですが、過去 2011 年から 2018 年のデータを見ていただきますと、85.6%（2011 年）から、最も高い時でも 90.5%（2012 年）で、それ以外は 80%後半ということで、この国指針の 85%以上の目標のままだと、もうすべて達成してしまってるという状況になります。ですので、やはり、先ほど松本先生

もおっしゃいましたが、国よりもさらに、積極的に LTBI の方について治療完了をめざしていくという点で、90%以上というのは妥当ではないかなと思います。

■宮川委員

よろしいですか。

質問なのですが、このウの新登録潜在性結核感染症の未治療者と、次のエの接触者健診で発見した LTBI 未治療者というのはイコールですか。

■事務局：小向医務主幹

ご質問ありがとうございます。

ほぼイコールであるのですが、エに関しては、接触者健診で発見したという、枕詞といえますか、文言がついております。接触者健診については、基本的に保健所の方で接触者健診を行いまして、そこで見つかった IGRA 陽性の方について治療の必要性を説明していくということです。何と言いますか、より保健所が関与してしっかりと対策を立てるべき対象ということで特出しをしてエの目標を立てているのです。けれども、ウにつきましては、接触者健診以外の、例えば、医療機関の方で、何らか免疫を低下させるような治療に際して IGRA をやって陽性であったという、そういった方も含まれてきますので、全体の潜在性結核の完了を、未治療も含めてやろうという、別の指標といいますか、そういったものになっております。

■宮川委員

全部が完全にイコールではないのですね。

■事務局：小向医務主幹

はい。

■宮川委員

基本的には、今の松本先生の方方向性で正しいと思うので、それでいいと思うのですが、大阪市はここまで頑張って未治療の方々の感染率を見てきて、社会的な影響が高いと認識されてここまで頑張ってこられたので、当面の間は、サポートするデータとして、手間でしょうが、3年間くらいはこの未治療者を含んだ治療完了率のデータも追っていただきたい。目標とはしないけれど、せっかく頑張ってきたのだから、これはこれで、このデータとしてしばらく見ていきたいと思います。そうすれば何らかの形で、松本先生が考えておられるような方向性が見えてくる部分もあるかもしれないので、ぜひその辺をやっていただけたらと思います。

■工藤委員長

ウは今のままでということですか。

■宮川委員

いやいや、未治療者を含まないという形でいいと思います。

ただし、これまでの未治療者を含んだ治療完了率のデータも、しばらくの間は、データとして見ておくということはやっていただいたらどうかと。算出するのはそんなに大変ではないと思うので。せっかくここまでやってきたのだから、大阪市独自のデータでもありますので、それはそれで追っていただければと。

■事務局：小向医務主幹

ではその真ん中あたりにあります未治療者を含むデータと合わせて、一番下の治療開始者における治療完了率の推移をきっちり見ていくということ。

■宮川委員

そうですね。特段の目標を定めずに、このデータとして見ていくと。

■工藤委員長

90%以上というのは、皆さんよろしいですか。

■松本委員

いいと思います。国の目標が 85%以上であるならば、大阪市はやはりそれより高い目標を立てるべきだろうというふうに思います。

6 ページの一番下の表でこれまでの実績を見ますと、一度は 90%を超えておりますし、すべて 85%を超えておりますので、国の目標は達成しているけれど、やはりそれ以上をめざして大阪市は頑張っていくべきだろうと。やはり 90%ぐらいを目標にして頑張っていたらなというふうに思います。

■工藤委員長

白石先生どうですか、現場（の経験から）でいうと。

■白石委員

そうですね。

LTBI の新規のご紹介はちょっと今お受けしていないのですが、副作用などの問題以外はほぼ達成できるかと思います。

ただ、副作用で、結局、減感作療法をしても軽快しない方、あるいは RFP を希望されな

い方というのは経過観察になるので、数値としては、90%は少し微妙なところですが。89%とか、90%を少し下回る印象があります。

■工藤委員長

私も、今 LTBI 治療について一生懸命やっているんですけど、9 割ぐらいいけるかなと。

■松本委員

できれば、INH で副作用が出て駄目な場合はぜひ RFP を使っていただきたいなど。RFP に変えた人の成功率は非常に高いので、その辺のところも、普及啓発をしていただいて、医療機関側にもこういった情報を提供していただいて、少しでも治療完了率を上げていただくというのが大切なのではないかなというふうに思います。

■工藤委員長

では、副次目標はそういう形で。

あと、最初に言われた、罹患率を 6%減から 7.2%減にするというところで、差し当たって、2025 年度の評価年に 18%以下となることについて、これはどうですか。

■事務局：小向医務主幹

8 ページの罹患率の推移を、ちょっと先にご説明させていただいても大丈夫でしょうか。

■工藤委員長

どうぞ。

■事務局：小向医務主幹

発生動向の 8 ページのグラフを見ていただきたいのですが、大阪市の罹患率ですが、1999 年が 107.7。そして、2018 年は 29.3 ということで、罹患率が減少してきているという状況です。2019 年につきましては、この間、確定値が出まして、罹患率は 25.6 となっております。2020 年はまだ途中経過ではありますが、1 月から 8 月の中では、罹患率 22.1 となっております。

■工藤委員長

直近の罹患率を説明していただきましたが、どうでしょうか。

■松本委員

今年、新型コロナの影響下での罹患率、発生状況はいかがでしょうか。

■事務局：小向医務主幹

そうですね、大阪市については確かに罹患率の減少がかなり著しいと。

ただ、前回の委員会でも、近隣の堺市とか神戸市とか、他の都市部の罹患率はどうかというご質問をいただいたのですが、地域によっては罹患率が横ばいのところもありまして、必ずしも、全国の都市部が、いずれも罹患率が下がっているというわけではない状況です。

■松本委員

もう一つ、外国生まれの患者数についてお聞きしたい。今、大阪市は1割ぐらいが外国生まれですね。そちらの方の発生状況はどうですか。

■事務局：小向医務主幹

まず、2019年につきましては、外国生まれの割合は6.9%。前年が8.1%ということで、若干減っていたのですが、2020年につきましては、まだ8月時点ですけども、9.2%ということで、割合としては、全体数が減っている分、やや外国生まれの割合が上がっているという状況です。

■工藤委員長

罹患率の目標変更の議論を進めていって、よろしいですか。

■松本委員

実はそれが目的で、直近の状況をお聞きました。社会情勢の変化に柔軟に対応するということで、今年は今までになかったような状況です。

過去のことを言いますと、大阪市は10年間で罹患率半減を目標にできてきて、年率にしますと7.2%減ですので、この6%減という目標は若干低めではある。ただ、この数値にすると、評価年の2025年は罹患率19.0ということで、20以下と非常にキリがよい数字になるというのがあります。

しかし、大阪府などを見てても、罹患率13.7以下とか、5%ずつ減っていったら13.7になるという感じで目標を定めていますので、キリのよい数字にこだわることはないのかなというふうに思います。

このあたりは、やはり高めの目標を立てるとするのがいいのではないかなと思いますし、今のように、罹患率低下のスピードがかなり速まっているという状況を踏まえたと、早々に20以下を達成してしまうということになりそうなので、やはり、10年間で半減の年7.2%減を1つの目安にするというのはいかがでしょうか。私はそちらの方に賛成です。

■工藤委員長

福島先生、いかがでしょうか。

■福島委員

次の10年間でさらに半減というのは、すごくわかりやすいですね。

前回の会議で、工藤先生と私から、6%減というのは達成可能な目標ではないかということで、もう少し厳しめに設定されたらどうですかと、また、もし6%減にするのであれば、もう少し根拠をお示しされたらどうでしょうかという提案をいたしました。その根拠については、本日の資料で付け加えていただいたと思いますが、国の減少率や大阪府の減少率に比べ、年平均に対してはさらに厳しい所を設定しますよという説明も、根拠としては少し弱いかなと感じています。10年間で半減の方が良いことは確かだと思います。

10年間で半減の場合ですが、基準年は2018年なのでしょうか。ここから半減ということですか。

■事務局：永石副主幹

基準年の2018年からの12年後として2030年の推計値を半減するには、6%減で達します。今回の減少率7.2%の場合は、10年間で半減する推計値になりますので、2030年の値が2018年と比べますと半減よりも低い値になります。

■福島委員

わかりました。

■工藤委員長

青木先生、何かご意見ありますか。全体的なことでも結構です。

■青木委員

国よりもさらに高い目標値を設定するのはすごく良いことですし、それを実現するための施策を合わせて載せているのも良いと思います。目標値は高い方が良いと思います。

■工藤委員長

宮川先生、よろしいでしょうか。

■宮川委員

はい、結構です。

■工藤委員長

リモート参加の河津先生、杉江先生、いかがですか。

■河津委員

先ほど新型コロナの影響でちょっと罹患率が減ったというふうに小向先生がおっしゃっていたと思うのですが、12月、1月、2月、3月の数か月を前年度の同じ時期と比べてみて、やはりかなり発生数が減っていたということでしょうか。

■事務局：小向医務主幹

罹患率は2018年の29.3から2019年の25.6と、3.7ポイント減少しています。

これがコロナの前の状況ですけれども、2019年の減少率としては10%以上減少してるという状況です。

■河津委員

実際に数を見たときに減っていたというのは、やはり新型コロナが発生していたその期間が、その前と比べてかなり減りが大きかったという理解でいいですかね。

■事務局：小向医務主幹

新型コロナの影響については、私からは、あったかどうかというのはなかなか申し上げるのは難しいのですが、2020年の1月から8月までの暫定の罹患率を見てみますと、22.1という状況ですので、前年が25.6としますと、3.5ポイント減少してるということで、前年と同じように、やはり10%以上の減少は、2019年、2020年と今のところ、1月から8月までの今年の段階では、維持しているという状況が現状です。それがどういった影響かというところまでの詳しい検討は、ちょっとまだできていないという状況であります。

■河津委員

どうでしょうね。

次の年、またさらに次の年に同じような減少が維持されるのか。

国全体のデータを見たときに、当研究所の内村が結核病学会で発表したと思うのですが、その接触者健診からの発見というのがすごく減っていたので、もし、そういった影響があるのであれば、また、どうでしょう。新型コロナがもし収束するのであれば、学校健診や接触者健診が通常どおりに戻って、今年の減少がそのまま続くかなと。2020年はかなり特殊な年であると思うのです。いかがですか。

■福島委員

私の理解なのですが、2020年の減少は今回の目標値には影響しないですね。目標設定は、あくまでも2018年の確定値が基準で、そこから換算し10年後に半減するということです。

実は、月1回開催されています大阪市結核解析評価検討会というサーベイランス、モニ

タリングをやっている検討会に毎月出席させていただいています。先日、6 か月ぶりに、新型コロナウイルスの影響が少し小さくなったということで開催されたのですが、その時も、2020 年の値はどんな値になるのかわからないし、これからあと半年で振り返りがあるかもしれないので、あくまでも参考値として見るべきだというコンセンサスが出ています。10 年間で半減を考える時に 2020 年の値を参照しないのであれば、私はこれまで通りの考え方でいいのではないかと思います。

■河津委員

ありがとうございます。

■青木委員

質問よろしいですか。

基本的なことで申し訳ないのですが、新型コロナが発生し、その感染症対策のために、保健所では、そちらに人員的なことがとられて、結核の対応ができなかったっていうことはいのでしょうか。それとも、そもそも結核の発生等の報告そのものが上がってこなかったということなのでしょうか。

■事務局：小向医務主幹

ご質問ありがとうございます。

新型コロナの影響と一言で言いましても、どういったところに影響しているかというのはなかなか語り尽くせないところがあります。

例えば、患者さん自身が、新型コロナが流行しているということで、医療機関への受診を控えてしまうことで、見かけ上、罹患率が下がっているという可能性もありますし、一方で、今年 1 月以降はかなり前年までとは違い、市民の皆さんの間で、マスクの着用や手洗いなどの様々な感染防止の意識が高まっており、そういった感染対策が、結核予防にも良い影響を与えて、結果として罹患率が下がっているという可能性もあり、様々な影響が出るのではないかというふうに思います。

■工藤委員長

それでは、これまでの議論はここで終わりにして、次の状況のところの説明を事務局からしていただき、それからまた議論したいと思います。

■事務局：小向医務主幹

それでは、状況の説明をさせていただきますが、9 ページは前回 8 月にご説明しましたので、10 ページ以降をご説明したいと思います。

10 ページの上段に、年齢別の結核患者数と罹患率の推移を示した表を載せております。太枠で囲った 70 歳以上の割合のところを見ていただきたいのですが、2011 年が 42.5% であったのが、2016 年以降は 50% 以上となっており、結核患者の半数を 70 歳以上が占めているという状況であります。

下段では、年齢階層別の全結核罹患率につきまして、大阪市の 2000 年、2005 年、2010 年、2015 年、2018 年の罹患率を、そして一番下に参考として 2018 年の全国の罹患率を載せております。特に、全国と比べて罹患率の差が大きかったところは、コメントにもありますが、60 歳代と 70 歳代のところで、60 歳代は全国と比べて 4.6 倍、70 歳代は 3.3 倍ということで、特にこの世代の罹患率が全国と乖離して高いという状況が見られました。

次に、12 ページをご覧ください。

結核死亡のところをご説明させていただきます。

肺結核の年代別死亡割合の推移をグラフで載せております。それを見ますと、例えば 80 歳代ですと 2011 年が 47.3%、2016 年が 52.9% となっており、年齢が高ければ高いほど致死率も高いという状況になっております。

しかし、2011 年から 2016 年の変化ということで見てみますと、死亡割合は 80 歳代 5.6 ポイントプラス、60 歳代 6.2 ポイントプラスとなっておりますが、全年代で有意な変化は見られませんでした。今後も引き続き、状況の変化をモニタリングしていく必要があるというふうに考えております。

13 ページの外国生まれの結核患者の推移、14 ページの多剤耐性結核の推移については、8 月にご説明させていただきましたので、割愛をさせていただきます。

次に 15 ページをご覧くださいませでしょうか。

イの評価体制の充実のところですが、まず 1 つ目の大阪市結核対策評価委員会については、この委員会ですけれども、大阪市の結核データや、解析評価及びサーベイランスをしている会議で報告された結果に基づきまして、本市結核対策基本指針の進捗状況であるとか、課題について、委員の先生方からご意見いただきまして、分析評価をする場として設置をしております。通常は年 1 回の開催ですが、今年は第 3 次指針策定の検討のため、複数回の開催とさせていただきます。

2 つ目の大阪市結核解析評価検討会ですが、これは結核の発生動向のデータ収集、調査分析、関係機関への情報還元をすることによって、結核対策に関わる人材の技術向上、また、結核対策の評価等、振り返りにも生かしています。原則年 9 回の実施ですが、今年は新型コロナの影響もありまして、年 6 回の開催を予定しております。

次に 3 つ目、コホート検討会ですが、これは 24 区で開催しているものなのですが、医療機関の先生、区の管理医師、保健師、事務、そして保健所の医師、保健師、事務が参加し、

患者管理が適切に実施されているか、最終評価の場として開催をしております。

4 目、DOTS カンファレンスですが、これは結核病床を有する専門医療機関で実施しており、患者さんの治療状況や、服薬支援を今後、外来でどのようにしていくかということなどを話し合うような場となっております。

最後は分子疫学検討会ですが、それにつきましては、次の 16 ページをご覧ください。

ウ 結核遺伝子型別の活用ということで、そこで分子疫学検討会についてもご説明しております。

結核の遺伝子型別につきましては、大阪健康安全基盤研究所で検査を実施していただいております、分離した結核菌については、すべて収集するように努めているのですが、優先的な VNTR の検査の対象としまして、まず接触調査の一環として、複数の患者発生があればそれに関してこの遺伝子型別を調べる、2 目は 40 歳未満の若年者、3 目は外国生まれ、4 目は多剤耐性結核、最後にあいりん地域を中心としたホームレスの方、こういった選定で、優先的に解析を行いまして、それ以外の菌株については、遅れながらではありますが、順次解析を行っているという状況になります。

【現状】のところ、VNTR 解析数の推移（2012 年から 2018 年）という表を見ていただきたいのですが、上から 3 目の菌株の搬送割合としましては、2012 年が 83.4%、分離された株のうち菌株を搬送しておったのですが、2018 年は 96.1%ということで、2016 年以降は 90%以上を維持しております。

その次に、VNTR の解析後、運んだ菌株の中から解析している数としては、ご覧の通りで、割合は、2012 年から 81.0%、そして 2016 年が 90.7%となっておりますが、2017 年、2018 年については、先ほど申し上げましたように、優先的に行っている菌株について解析を行っておりますので、2017 年 27.6%、2018 年 19.1%ということで、実施割合が少なくなっております。これにつきましては、遅れて、順次解析しているという状況です。

そして、一番下の表ですけれども、分子疫学検討会の中で事例検討を行っておりまして、患者さんの VNTR、遺伝子型別が一致した患者さんについてリストを作り、その患者さんの疫学調査の結果を振り返りまして、接触がどのようにあったのか、感染を防いだり、新たな対策につなげるようなものはないのかといったことを検討しております。2012 年では 20 件であったのが、それ以降年々増加しまして、2018 年は 211 件の解析を行っております。

【目標】のところでは、菌株の搬送割合を 95%以上維持するという目標を記載しております。

福島先生に参加していただいている解析評価検討会の中でも、この VNTR が話題になりました。そこでは、集団感染を起こした事業所がテーマだったのですが、VNTR と、さらに追加で全ゲノム解析という進んだ遺伝子解析の方法を用いて、感染の経路を探ろうということを行ってございました。このように、結核の遺伝子型別を、結核対策に生かそうということで VNTR を行っております。

それでは次に、18 ページをご覧くださいいただけますでしょうか。

(2) 発生の予防・まん延防止のところで、まず、ア 有症状受診（受診の遅れ）についてご説明いたします。

【現状】の表をご覧ください。結核の発病から、2 か月以上経って医療機関を受診した割合、これを受診の遅れの割合というふうに申しておりますけれども、その割合が、2011 年は 26.8%であったものが、2018 年は 34.1%になっております。

外国生まれの方に対しては医療通訳などを用いまして、発病の時期等に関する正確な情報把握に努める必要があるというふうに考えております。

目標としましては、毎年 25%以下としているのですが、目標を達成したのは、2012 年から 2014 年の 3 年間ということになりまして、それ以外の年は、目標を達成できていないという状況になっております。

次に、イ 定期健康診断についてですが、【現状】で 2019 年度の提出率を記載しております。病院 75.6%、学校 67.1%、施設 26.6%ということですので、さらにこの提出率を高めるような対策、周知啓発などが必要であるというふうに考えております。

それでは次の 19 ページをご覧ください。

ウ 接触者健診についてですが、【現状】で実施時期別受診率の表を載せております。これは、結核患者が登録された区保健福祉センター、また保健所において、接触者健診の対象を決定しまして、その方々に対して、必要な検診がどれぐらい行われているかという推移をモニタリングしている表になります。例えば 2011 年に登録された方で見いただきますと、登録されて直後のエックス線の受診率が 95.3%、2 か月後の感染をしているかどうかを調べる検査については受診率が 96.5%、そしてその後半年ごとにエックス線検査でのフォローとなりますが、6 か月後の受診率が 84.1%、1 年後の受診率が 85.3%、1 年半後の受診率が 86.1%、2 年後の受診率が 80.3%というふうに、年月が経つほどにだんだんと受診率が下がってしまうという傾向があるのが見て取れるかと思います。

そのため、直後、2 か月後、6 か月後については受診率 95%以上を、1 年後、1 年半後、2 年後については受診率 90%以上を目標として立てております。直後、2 か月後につきましては、ほぼ 95%以上が達成できている状況なのですが、6 か月後の健診になりますと、90%前後で、目標達成とはなっておりません。また、1 年後以降では、まだ目標の 90%を達成したことはありませんので、さらに、接触者健診をきっちり受けていただいて、早期発見や発病予防につなげることが重要であるというふうに考えております。

次に 20 ページをご覧ください。

大阪市の結核集団感染事例の一覧にしたものです。2012 年以降、毎年 1 件から 4 件ほど集団感染が発生しているということで、一覧にさせていただいております。

表の下に、集団感染事例の定義を載せておりますけれども、同一感染源が 2 家族以上にまたがり、20 人以上に感染させた場合を集団感染という、と厚生労働省の方で定義されております。ただし、発病者が 1 人見つかった場合には、6 人に感染させたものとして考えることになっております。

この集団感染につきましても、適切な接触者健診、また早期受診の啓発を行うことで、防止していくことが必要だと感じております。

それでは 21 ページをご覧ください。

エ BCG 接種についてですが、【現状】の 1 歳未満の BCG 接種率の推移という表をご覧ください。

2018 年は 97.1%となっておりまして、それ以前も、2012 年の 90.6%、2013 年の 81.1%、2015 年の 94.9%以外は接種率 95%以上を維持しているという状況になっております。2013 年は接種の勧奨時期が、3 か月から 6 か月以降にずれたことで、接種率が一時的に下がっております。

【目標】のところは、委員の先生方にご議論いただけたらと思うのですが、指針案の中では BCG 接種率 100%をめざしていたのですが、乳児の中には、免疫低下要因を持っていて様々な疾患のために BCG を接種してはいけないといった方もいらっしゃるもので、100%ではなく国の指針と同じ 95%以上という目標がいいのではないかということで、ご提案させていただきました。

次に 22 ページをご覧ください。

(3) 医療の提供です。

結果患者に対しては、適切な医療を提供して治癒させることで再発を防ぐということが必要で、そのためには PZA を含む 4 剤による標準治療や、DOTS で服薬支援をきっちり行っていくなどの対策を載せております。

また、LTBI の者に対しての確実な治療が罹患率の低下に繋がるということを記載しております。

また、2017 年の肺結核患者の治療成績を載せておりますが、これで見えますと、治癒が 36.6%、治療完了が 27.1%ですので、治療成功の方というのは、この 2 つを合わせますと 63.7%ということになります。そして、失敗が 0.1%、中断が 2.8%、治療中が 5.7%、転出率が 2.0%で、死亡は 25.6%ですので、全体で見ましたら、4 分の 1 程度の方が亡くなっているという状況になります。

それでは 23 ページをご覧ください。

ア PZA を含む 4 剤治療の推進です。

【現状】のところに、80 歳未満の結核患者の PZA を含む 4 剤治療開始率の推移の表を載せております。それを見ますと、2011 年が 84.0%、2018 年は 82.5%ということで、80%前半を推移しているという状況になります。

【目標】のところでは、結核患者 80 歳未満中の PZA 含む 4 剤治療開始率を 85%以上とするという目標を設定しております。2011 年から 2018 年の期間については、この目標が達成できていないということになります。

ただ、PZA が開始されていない理由が重要だろうということで、例として、2018 年について表にまとめてみました。対象者 44 名のうち、50%、半数の方は肝障害のために PZA が

導入できず、6.8%は腎障害で、同じく 6.8%は内服が困難であるような、非常に、要介護状態といえますか、そういったご高齢の方であったと。あとは痛風の方、そしてその他不明の方が 34.1%となっております。

何らかの疾患を持っていたらという方は、4 剤全部使えない場合もあるのですが、それ以外の、理由不明の 34.1%は減らせる可能性があります。引き続き、理由について調査していきたいと考えております。

次に、イ DOTS をご覧ください。

DOTS につきましては、24 ページの下段のグラフを見ていただけたらと思います。これは、B タイプ週 1 回以上の DOTS 実施率の推移を示したものです。これを見ていただきますと、2012 年以降、B タイプ以上の DOTS の実施割合が、50.1%から 82.4%と増加するにつれて、中断の割合が 10.4%から 5.6%と減少しております。週 1 回以上の DOTS が、中断の防止に貢献しているということがお分かりいただけるかと思います。

そこで 2015 年 4 月からは家族 DOTS も導入しているという状況も記載させていただいております。

次の 25、26 ページをご覧ください。

左から順に、肺結核全体での地域 DOTS 実施率の推移、喀痰塗抹陽性肺結核の DOTS 実施状況、喀痰塗抹陰性肺結核の DOTS 実施状況、そして、LTBI 潜在性結核の DOTS 実施状況を載せております。

まず、左下の喀痰塗抹陽性の表をご覧くださいと思いますが、太枠で囲った再掲 B タイプ以上の実施割合について、2011 年が 90.8%、2017 年は 87.0%ということで、90%前後に週 1 回以上の B タイプ DOTS を実施しているという状況で、失敗中断の割合は、2011 年 4.9%から 2017 年 3.5%ということで、5%未満の状態となっております。

次に、右上の喀痰塗抹陰性の表について見てみますと、同じく太枠で囲った再掲 B タイプ以上の実施割合について、2011 年は 34.9%であったのが 2017 年は 75.6%ということで、徐々にではありますが、B タイプ以上の DOTS 割合が増加しております。それにつれて、失敗中断の割合としては、2011 年 11.5%から、2017 年 5.2%まで低下しております。

ただ、先ほどの塗抹陽性が同じ年 3.5%ですので、塗抹陰性の方が中断の割合が高いという状況になっております。

最後に潜在性結核ですが、潜在性結核では、C タイプ以上、月 1 回以上の DOTS の実施が必須となっておりますが、その C タイプ以上の割合が 2011 年の 69.9%から、2017 年は 93.3%ということで、9 割以上の方に 2017 年は実施できているという状況になっております。失敗中断の割合としましては、2011 年 14.4%から 2017 年 11.0%と低下しておりますが、10%以上で高止まりしているという状況になります。

DOTS だけでは、中断率を減らすということはできませんので、医療機関と連携していく、それ以外の対策も進めていく必要があるというふうに感じており、【目標】のところに、LTBI を含め全結核患者対象とした月 1 回以上の地域 DOTS の実施率を 95%以上とすると

いう目標を挙げております。

具体的な取り組みとしましては、患者の服薬中断リスクを評価し、必要に応じて週 1 回または週 5 回以上 DOTS の頻度を上げて、手厚く支援していくということが重要であると記載しております。

これまでの指針の中では、週 1 回以上の DOTS を肺結核の患者さんに実施するとしておりましたが、これからの取り組みとしましては、このリスク評価を行って、必要に応じて頻度を高めていくというような DOTS を実施することを取り組みとして挙げております。

ぜひ、委員の先生方からもご意見いただければと思っております。

また、治療導入時のみならず、状況の変化に応じて、リスクを再評価して、より適切な DOTS を検討することも重要ですし、地域 DOTS の実施状況や、失敗脱落との関連についての評価というのも重要ですので、引き続き行って参ります。

次に 27 ページをご覧ください。

ウ 肺結核再発防止です。【現状】の表をご覧ください。2 年以内に再発した方の割合は、2011 年 1.5%、2014 年 2.2%、2016 年 2.0%、2018 年 1.7%ということで、2%前後での推移になっております。

【目標】のところでは、この 2 年以内の再発を 1.5%以下とすることを目標に掲げております。

次に、エ 高齢者（特に 80 歳以上）をご覧ください。

【現状】のところですが、高齢の喀痰塗抹陽性の肺結核の方は、若い方と比べると、咳・痰が少なく、呼吸困難、食欲不振が見られ、診断に難渋するケースがありました。また、80 歳以上の男性で、人工透析等の何らかの医療を要するような方で、死亡との関連が見られました。この高齢の肺結核については、かかりつけ医がいない方、また、入所施設なしの独居の者は 10%に過ぎず、何らかの形で高齢者に関わる医療機関や福祉関係者の方が多いことが明らかになっておりますので、そういった医療機関の先生方に、まずかかりつけ医を持ってもらうようなことを啓発していただくとともに、その福祉関係者の方への啓発というの、早期発見に重要だと考えております。取り組みとしましては、そこに挙げた 4 つとさせていただきます。

それでは 28 ページをご覧ください。

オ 患者管理の徹底です。

まず 1 つ目が、喀痰塗抹陽性患者に対する 3 日以内の面接を、現状は 93.9%となっておりますが、100%をめざすという目標を立てております。

2 つ目につきましては、喀痰塗抹陰性患者に対する 7 日以内の面接を、現状は 90.1%となっておりますが、100%をめざすという目標を立てております。

3 つ目につきましては、肺結核の菌培養検査結果、そして感受性検査結果、さらに同定検査結果を登録から 2 か月以内に把握した割合が、菌培養では 96%、感受性 88.9%、同定検査は 97.5%の把握率となっており、これを 95%以上把握という目標を立てております。

次の 30 ページは、外国生まれの結核患者の対策ですが、前回 8 月にご説明させていただきましたので、割愛させていただきます。

ここまでが、「状況」という項目になります。

■工藤委員長

結核対策基本指針に沿って、罹患率、死亡率、遺伝子の活用。あと、発生の予防・蔓延防止で、有症状受診や定期健診。BCG 接種については、接種目標を 100%にするのか、95%にするのか、皆さんのご意見をいただきたいと思います。

それから、医療の提供ということで 4 剤治療の推進、DOTS、再発防止、高齢者、患者管理等について説明いただきました。

これらの内容についてご議論をお願いします。

■工藤委員長

まず私からご質問ですが、先ほどから新型コロナの影響についていろいろと話がでましたけれども、DOTS の体制ですね。特に、対面で行われる状況について、今現状はどうですか。今までどおりに実施されているのか、なかなか難しいのか。保健所の方は大変だと思いますが、いかがですか。

■事務局 小向医務主幹

どうしても、新型コロナ流行後、一部、対面をためられる方というか、そういった患者さんもいらっしゃると思うのですが、コホート検討会で、いくつかの区を回らせていただいて、患者さんの支援の状況を見ますと、今までどおり、保健師それぞれリスクアセスメントをした上で、必要な支援というのを行ってるような印象はあります。ただ、今後どうなっていくかは、最終的に評価していく必要があるかなと思います。

■工藤委員長

今までどおり、大体やれている。

■事務局 小向医務主幹

もし何か対面が難しいということになれば、また次の方策を考えていかなくはいけないのですが、現状はそれほど DOTS の実施率が下がってるという印象はないかなと。

■福島委員

BCG 接種については、私は 95%以上でいいのではないかと思います。ご説明いただいたように、100%を目標にしても、どうしても接種できない理由をお持ちのお子さんがいらっしゃいますよね。生ワクチンである関係上、仕方ないと思います。

あと、確認ですが、26 ページの右下の表、新登録 LTBI 治療失敗中断が 2017 年で 23 人 11.0%とありますけれども、これを 100 から引いたものが、6 ページで先ほど集中的に議論しました、副次目標ウの「治療完了率が毎年 90%以上」に相当しますか。

■事務局 小向医務主幹

はい。

■福島委員

なるほど。先ほど白石先生が、90%を少し切るぐらいじゃないかとおっしゃったのと、ほぼ同じ数字で 89%と出ていますので、こういうことだとわかりました。第 2 次では、特に今までは目標値に挙げてなかったということですね。

■事務局 小向医務主幹

はい。今回、重要だろうということで指標化しました。

■工藤委員長

続いて、西成区の結核対策です。事務局からお願いします。

■事務局 小向医務主幹

31 ページをご覧ください。

イ 西成区の結核対策です。

西成区からいただいた情報について、ご提供させていただきたいと思います。

西成特区構想第 1 期の目標については、2009 年比で 2017 年までに西成区及びあいりん地域の結核患者数を半減させるということであったのですが、目標より 1 年遅れの 2018 年に達成しております。実績としましては 2018 年のデータを載せております。西成区の目標が 145 人であったところ実績は 148 人、あいりん地域は、目標が 80 人だったものが、実績は 64 人ということで、目標を達成しているという状況でした。

その下に、西成特区構想における結核対策の取り組みを示しております。

4 つの大きな柱がありまして、1 つ目が結核健診及び接触者健診の拡充による患者の早期発見・早期治療、2 つ目が服薬支援の充実による治療の失敗・脱落中断の防止、3 つ目が正しい知識の普及啓発、4 つ目が潜在性結核感染症治療推進による発病の予防となっております。

具体的な取り組みとしては、2012 年度以降 2018 年度まで、並べて記載しております。

一部ちょっと訂正をお願いしたいのですが、2014 年度の高齢者特別清掃従事者に対する結核健診年 1 回のところを、年 2 回に拡充をしておりますので、訂正をお願いいたします。

ここに書いてあるとおり、様々な対策に取り組んでいるのですが、例えば 2014 年度で見ますと、このあいりん結核患者療養支援事業（個室）というのが、この年に始まっております。この地域においては、様々な方々いらっしゃるのですが、どうしても治療に繋がりにくいという問題があります。本来であれば、例えば、塗抹陽性だったら入院が必要な方もいらっしゃるんですが、どうしてもいろいろな事情で入院できないという方が、この個室を利用されたりして治療完了に繋がっているとか、あとは退院されてきた方がこの個室を使われて治療に繋がるといったこともあります。非常に完了率を高めることに貢献している事業かと思えます。

また、同じ年ですが、未治療の陳旧性結核に対しても、LTBI 治療を開始しておりまして、この LTBI 治療によって発病を防ぎ、ひいてはこのあいりん地域での罹患率の低下に直接的に寄与するといった対策となっております。

そして、2016 年度のところ見ていただきますと、シェルター利用者に対して接触者健診を行ったり、またその接触者健診を積極的に行いまして、LTBI を発見し、治療につなげるといったことも行っております。

課題としましては、そこに記載のとおり、罹患率は着実に減少しておるのですが、依然本市においてワースト 1 の状況ですので、今後も継続的な結核対策の取り組みが不可欠であると考えております。

参考に、西成特区構想の第 2 期目標としまして、2022 年までに、西成区の罹患率 100 未満、2 桁にするという目標があります。また、副次目標としましては、あいりん地域における新登録結核患者数を 50 人以下にするという目標を立てております。

西成区の結核対策については以上です。

■工藤委員長

ありがとうございました。

罹患率が、2018 年 134.8 ですね。罹患率が高いので、大阪市も力を入れて取り組んでいるところです。ご質問やご議論がありましたらよろしくお願いします。

■河津委員

私の方から質問させていただいてよろしいでしょうか。

小向先生ありがとうございます。

2014 年度から始められている未治療陳旧性肺結核患者さんに対する潜在性結核感染症の治療と、あと 2016 年度から始められている接触者健診の積極的な実施による LTBI の治療なのですが、治療成績の方はどのようになっているのでしょうか。こういったような形でも治療成績は、7 割 8 割以上達成ということになっているのでしょうか。

■事務局 小向医務主幹

ご質問ありがとうございます。

1つ目の未治療陳旧性肺結核の接触のない方ですけれども、そちらの LTBI の治療成績については、INH を使って肝障害があったら、RFP に変えて治療完了をめざすと、いうことでやっておりますけれども、最終的な治療成績としては 80%を少し超えたぐらいの治療成績を維持しているという状況です。

あと接触者健診の LTBI については、治療開始者の完了率で、国と同じ基準で申し上げますと、西成区全体は、2017 年が 81.1%。2018 年が 80.4%で、特にここに書いてありますあいりん地域に関して言いますと、2017 年が 93.8%で、2018 年が 90%ですので、あいりんの LTBI については他の LTBI と比べても非常に完了率が高い。先ほど申し上げましたように大阪市全体では 9 割に達していないという状況ですので、非常に治療成績としてはいいのかなというふうに思います。

■河津委員

あと難しいと思うのですが、そのカバー率。

あいりんの人口移動で、出たり入ったりというのは結構あるのでしょうか。

■事務局 小向医務主幹

ある程度の人口の流入は、やはり今も続いている状況かと思います。

■河津委員

その中で、大体の母数。例えば、陳旧性肺結核を持っている方たちの、推定でもいいのですが、その方たちの中で、大体どれぐらいの割合が治療にアクセスできているのかということころは分からないですか。

■事務局 小向医務主幹

あいりんの人口についてはなかなか変動も多く、報告はありますけれども、実際には数としては、未治療の陳旧性肺結核患者は 100 人いかないぐらいかと。あと接触者健診については、もう少し人数もあるかもしれないですが、これから接触者健診を積極的に行って、LTBI を見つけて治療につなげていこうという段階であります。人数の結果というのは、今後見ていきたいと思います。ありがとうございます。

■杉江委員

質問なのですが、西成区の患者さんの中での高齢者の割合は、やはりかなり高いのでしょうか。それとも、他の区と同じぐらいなのでしょう。

■事務局 小向医務主幹

あいりん地域の新登録結核患者の中での年齢分布ですけれども、2018 年を見てみますと、先ほど申し上げました 2018 年に 64 人いらっしゃいますが、そのうち、60 歳代の方が 19 名、70 歳代の方が 20 名、80 歳代以上の方が 11 名ということで、合わせますと 50 名の方が 60 歳以上ということになりますので、非常に高齢の方が多いという状況になっています。

■工藤委員長

シェルター利用者に対する接触者健診の拡充ということで、特掃以外の方もやってるわけですけども、未治療率というか、接触者健診で感染が確認されて未治療の人がどれぐらいいるのか、分かりますか。

■事務局 小向医務主幹

接触者健診ですね。全体では、平均 8%ぐらいと申し上げましたが、接触者健診限定では手元のデータがないので確認しておきます。

<参考>

「平成 30 年西成区結核対策の現状 VII接触者健診」より（2017～2018 年度）

1 喀痰塗抹陽性患者発生アパート同フロア居住者（LTBI 治療意思なしを除く）

QFT を 4 名に実施し、陽性者 1 名の LTBI 治療完了。（未治療者なし）。

2 あいりんシェルター利用者に対する接触者健診

シェルター前夜間結核健診時の把握者…

QFT を 7 名に実施し、陽性者 3 名の LTBI 治療完了。（未治療者なし）

特掃登録者の結核健診時のシェルター利用聞き取りによる接触者健診…

QFT を 61 名に実施し、陽性者 31 名。（うち治療開始 18 名中 17 名完了。治療歴ありを除く未治療者 9 名（29%））

■工藤委員長

やっぱりちょっと低いということはないですか。

■松本委員

かなり未治療者の割合は高い。

正確な数はちょっと記憶にないんですけど、そういうデータをきちんとまとめて、何人の方が IGRA 陽性であって、そして何人の方が治療開始できたかというデータは、きちっと出されています。その中で見ますと、やはり、あいりん地域における接触者健診の未治療者というのは、LTBI 対象の未治療者は非常に多い。これを、地域の保健師さんたちが必死に説得して治療に持ち込んでいる。

この未治療陳旧性結核患者の治療完了率が 80%程度とお聞きしたのですが、完了できない最大の理由は副作用ですよね。こういった副作用がありますか。

■事務局 小向医務主幹

肝障害が最も多くて 6 割程度。

■松本委員

それは、事前の検査をしてても、なかなか肝障害の予測は困難ですよね。

■事務局 小向医務主幹

そうですね。一応肝障害がないことを確認してから、LTBI 治療の導入というのは行っているのですが、それでも、やはり肝障害で中断される方っていうのはいらっしゃいます。

■松本委員

重篤な副作用が出た方は、どれぐらいいますか。

■事務局 小向医務主幹

大体 2 割程度は、例えば AST が 500 を超えるような肝障害が出てる方も中にはいらっしゃいますが、回復して、それから RFP に変えることで、完了に繋がった方もいらっしゃいます。

■松本委員

回復不能の患者さんは 1 名もおられなかったということによろしいですか。

■事務局 小向医務主幹

そうですね。

■松本委員

それはきちっと、フォローアップされているからと思います。
そのタイミングが遅れるとやはり命に関わる場合があります。

■工藤委員長

では、最後の普及啓発について、説明をお願いします。

■事務局 小向医務主幹

32 ページをご覧ください。

まず、(5) 情報管理さらなる精査ということで、ここではサーベイランスがとても重要であるということで、記載をさせていただいています。

(6) については人材の養成ということで、本市職員、医師・保健師に対する結核の専門性の確保について、様々な機会を用いて研修を行うということ、そして、結核の関連事業委託団体、また医療機関に対する講習会などの充実を図ること、本市が開催する研修会についてはさらに検討して、よりよい方法を考えていくといったことを書いております。

また市民を中心とした結核対策の構築も必要であるということで、啓発の取り組みをさらに進めていく必要があると感じており、最後の 33 ページに、(7) の普及啓発ということで、載せさせていただいております。これにつきましては、一般の市民の方にも、この指針を見ていただきたいと。その方々の各対象に合わせた、この普及啓発のフレーズといえますか、そういったものを載せさせていただいておりますので、また委員の先生方のご意見をいただけたらというふうに思います。

まず年齢、年代ごとに分けまして、乳幼児期、少年期、青年期、壮年期、そして高齢期ということで、それぞれの年代に分けて記載しております。

乳幼児期では、命に関わるような、子供の結核の重症化を予防するための BCG を活用していただきたいこと、あとは養育・保育に関わる人の定期健診・有症状受診をしていただきたいということを記載しています。

少年期、青年期、壮年期では、早期発見のための入学時や定期健診の受診の徹底であること、精密検査が必要となった場合には医療機関の受診も徹底して欲しいということ、接触者健診において、LTBI となった方については、積極的に予防のための治療を受けていただきたいということ、あわせて DOTS も活用していただきたいということを記載しております。高齢期の方については、重症化を防いで早期発見するために、かかりつけ医を持っていたきたいということを記載しております。

医療機関につきましては、発生届等の各種届け出の確実な提出、また、発病のリスクが高い場合には、その必要時には、結核を鑑別に入れた診療をお願いしたいということを記載しております。

事業所・学校、福祉施設につきましては、利用者等に長引く咳など結核の症状があった場合に、そういった方々に対する関係者からの受診勧奨、そして適切な定期健診の実施というのをお願いしたいということ、また、もし患者さんが発生した場合には、そういった事業所・学校等の中で、服薬支援を実施していただきたいということを記載しております。

あと最後は、外国生まれの方も想定したものになるのですが、結核患者さんの、文化や習慣など、個々の背景に合わせた支援を行っていただきたいということで、書かせていただいております。

■工藤委員長

啓発を中心に説明していただきました。

前回の委員会では、大目標、副次目標、それから外国人結核対策について議論させていたのですが、そのことについても含めて何か、コメントがありましたらお願いします。

■松本委員

前回の議事録を見せていただきました。

外国人結核の目標にある治療失敗・脱落率 5%以下というのは、全体の目標と同じなのですが、これでいいのかという気が少しします。おそらく外国の方の治療成績がかなりいいのではないかと思います。ですからそれを、外国生まれ以外と同じにするのはどうなのかなと。

それからもう 1 つは、やはり転出が多いというのが課題になっている。これは、河津先生も指摘されていましたが、転出に関する取り組みに関して、やはりもう少し踏み込んだ言葉をここに書いていただけたらと。おそらく外国人対策ガイドの方で、かなり詳しく書かれていると思いますが、それはそれでいいのですが、やはり転出に関しましては、本人が望んで国に帰りたいという場合は仕方がないのですが、本人が望まないまま帰国を余儀なくされるというパターンも結構あるのではないかなというふうに思います。ですから、そのあたりはきちっと、初回面接の時などに、本人の希望をしっかりと聞き出していただいて、もし、日本で治療を受けないということであれば、その理由は一体何なのかということまで聞き出していただいて、それに合わせた支援をきちっと行うということを、ここでわかるように書いていただけたらと思います。やはり外国生まれの方の治療成績は、転出が一番群を抜いて高くなっていますので。

■工藤委員長

青木委員いかがですか。

■青木委員

半年後、1 年後と、1 人ひとり丁寧なフォローをされていると思うのですが、分析された人たちの中で、脱落する人たちの中には、外国籍の人が多いのでしょうか。多い場合に、その転出というのは、国内で移動しているのか、それとも母国へ帰ってしまうのか、それらを把握しておられるか。

■事務局 小向医務主幹

活動性結核患者の中断率がどうなっているかということでしょうか。

直近のデータですけれども、2007 年ですと中断の割合が 14.3%、これ肺結核の外国生まれの患者さんの中断割合ということになります。このように、非常に高い状況だったのですが、CHARM さんのご協力をいただきまして、医療通訳などを入れまして、かなり中断割

合が減少してきてまして、2012 年のように中断が 0 の年もあります。それ以降は、母数が少ないので、5%、3%という年もあるのですが、2014 年、2015 年、2018 年も 0 ということで、非常に中断の割合としましては、少なくなってきたという状況でございます。

■工藤委員長

今の質問の中で、接触者健診ですね、LTBI のフォローで半年後、1 年後、1 年半後、2 年後で、中断の人の割合とか、或いはその中断が、国内での移動か、あるいは帰国されたのかは、わかっていますか。

■事務局 小向医務主幹

LTBI に限ってということですね。

活動性結核では、転出の状況は出してるんですけども、LTBI については、それだけの分析はまだしておりません。例えば、外国生まれの方での転出の割合で、日本生まれの方と比べたデータが 2014 年から 2018 年で比較したものがあるのですが、外国生まれの転出の割合が 14.2%で、日本生まれの方は 1.5%ということで、10 倍近く中断の割合が異なっていました。特に外国生まれの中では、国外転出の方が、27 名のうちの 17 名ということで、半分以上が国外に転出されているという方がいらっしゃるの、先ほど松本委員がおっしゃったように、転出というのは非常に大きな課題になっているという状況があります。先ほどご意見をいただきましたが、転出の理由を探り、それを対策に生かすということ、取り組みの中で、きっちりお伝えしたほうがいいのかなと思いますので、コメントに追記するように検討いたします。

■河津委員

もう 1 点だけ質問させていただいてよろしいですか。

外国生まれの方の転出の問題は、松本先生もおっしゃっていただいたように大変重要な問題だと思うのですが、その転出された方の、その後の治療成績のフォローというのは、特にされてはいない。現状ではされていないという理解でよろしいですか。国外国内ともに。

■事務局 小向医務主幹

そうですね。はい。

■河津委員

国内転出であっても、転出された後は、もう転出のままということですか。

■事務局 小向医務主幹

そうですね。最終的な治療成績が転出で上がってるという現状があります。

■青木委員

転出の場面では、本人の帰国の希望や、日本で治療を継続したいという思いとは関係なく、例えば雇い主とか、そういう人が帰してしまうということで、転出になることは多いのですが、その場で、通訳が入っていないんですね。最初に、結核とは何かとか、資料の説明とか、DOTS のこととか、そういう説明の場面では通訳が入ることがあるのですが、最後の自分のこれからの治療のこととか、帰国のこととか、そういうところで本人がきちっと自分の意志を言えるような場面というのを保証していくことは、治療継続のためにプラスになるのではないかと思います。

どのように指針の中で触れたらいいのかわからないですけど、その重要性は、あるかなと思います。

■事務局 小向医務主幹

大阪市での医療通訳というのは、治療の導入時と、その後の服薬支援に入る前の段階ということで、塗抹陽性の場合は 3 回とか、塗抹陰性の場合 2 回とか、複数回入れるようにしているのですが、なかなかタイムリーに、例えば、帰国が必要かもしれないという話題の際に、医療通訳の方に入っていないケースがもしかしたらあったのかもしれないので、複数回、また必要に応じて、必要な時に医療通訳が入れられるような体制というの、さらに整える必要があるかなというふうに感じています。

■松本委員

27 ページの一番下の四角で囲まれた部分ですけど、これ基本指針に載せるとしたら、ミスリードにならないように載せる必要があります。高齢者で IGRA 検査が必要な条件を 3 つ書いてありますが、これ以外は IGRA 検査がいらないのかというふうに勘違いされますので、この 3 つは特に必要な条件であって、これ以外の条件であっても感染リスクが高いと判断された際は、IGRA 検査を実施するということがわかるような書き方をしたいと思います。

26 ページは、少し構成を考えなければならないのではないかなというふうに思います。DOTS のやり方を変更していこうと考えておられるということであれば、これはおそらく日本版 DOTS 戦略に割と近い形での、これからの対応になっていくと思いますが、この方法がエビデンスに基づいてやっているということがわかるように、それに合わせた資料をここに載せるべきだというふうに思います。これ、そういった資料を省いていますよね。データを見る限りは B タイプ以上の DOTS をやったほうが良いという結果になっているのに、そうではない方向に進んでいくわけですね。こういう成績があるので、こういった方法になるんだという形で、ちゃんとデータをして説明すべきだというふうに思います。

あと 23 ページなのですが、「PZA 開始なし」のその他不明の理由で、これを減らせると言われてもなかなか分かりづらいところがありますので、その他不明を今後明らかにして

いくと、本当に減らせるものであるのかどうかということを、検討していくことが必要だというふうに思います。

白石先生にお伺いしたいのですが、80歳以上の方に対してPZAを使っていますか。

■白石委員

PZAを使っています。

■松本委員

80歳以上の方のPZAの使用状況に関するデータも、今後載せていくべきではないかと思っています。啓発の意味の、指針ということでもありますので、データも一緒に載せられたらどうかと思います。

■工藤委員長

それでは、時間がきましたので、討議を終わりにしたいと思います。

簡単にまとめをします。

今回は、まず最初に前回の対策委員会で検討された内容、特に、大目標の罹患率を減少率6.0%から7.2%に上げて目標にしようと、それから、副次目標のLTBIですけれども、治療開始者を90%に上げる前向きな方向性が出されたということです。

それからそのあと、現在の状況ということで、罹患率や死亡率、それから発生の予防・蔓延の防止、その中ではBCGの接種率100%をやめて、95%以上にすること。DOTSについては、良くなってきている。

西成特区につきましては、現状とこれからの目標を話していただきまして、高齢者の結核患者が大変多いこと、それからLTBIの対象であるけれども、未治療者が多い。しかし、治療している人のLTBI完了率は、80%から90%と非常に良い成績である。

最後に、普及啓発のところでは、特に外国人の結核のことで議論がありまして、治療失敗・脱落をもう少し下げて、5%以下にすること。国外転出は大事になるので、その具体的な状況などを見極めていくということ、それから、転出時に通訳の方にも来ていただく。治療を自分の国でするのかあるいは治療の継続をお願いするための紹介などの場面に通訳の方に来ていただいて、対応いただくこと。治療成績は、外国人の方に非常にうまくいっているということでありました。

最後に、松本委員の方から、高齢者のこと、DOTSのこと、PZAの80歳以上の方の利用についてご意見がありました。

以上をもちまして、事務局の司会の方をお願いしたいと思います。

■事務局：司会

それでは、事務局からお伝えします。

次第の 5 番目その他については、特にございません。本日の議事は以上になります。

本日は、工藤委員長、委員の皆さまには熱心なご議論をいただきまして、誠にありがとうございます。本日までの議論を経て、第 3 次指針（案）を策定し、パブリックコメント後に今年度中に第 3 次指針の策定を予定しております。また、今年度最後の委員会を今年度 2 月に予定しておりまして、第 3 次指針につきましてもご説明させていただく予定にしていますので、よろしくお願いいたします。

それでは、以上をもちまして、第 9 回大阪市結核対策評価委員会を終了いたします。

ありがとうございます。