

第3回大阪市結核対策評価委員会（議事録）

第3回大阪市結核対策評価委員会

平成28年2月29日（月）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：齊藤委員長

資料について報告：松本対策監

資料1：P12 「平成22年～26年までの結核患者数の推移（全国・大阪府・大阪市・西成区・あいりん）」

新登録結核患者・罹患率は全国・大阪府・大阪市・西成区・あいりんにおいて年々減少

（※あいりんは正確な人口は分からないため罹患率は除く）

新登録結核患者数の減少率（H22～26）は、国は15.4%、大阪府は14.3%、大阪市は22.4%と、国・大阪府より7%程大きく減少。あいりんの減少率は26.1%で大阪市より5%程大きい。

資料2：P17～「大阪市の結核2015（抜粋）」

P21『結核罹患率の推移（平成11年～平成26年）』（※大阪府は大阪市を含む）

大阪市の方が全国よりも10%程度減少率が高い。（H11・H26比較）

平成25～26年の減少率は、大阪市は6.6%、国は4.3%

『喀痰塗抹陽性肺結核患者罹患率の推移（平成11年～平成26年）』

同様に大阪市の方が全国よりも減少率が高い。大阪市51.0%、国44.7%（H11・H26比較）

P22『結核死亡率の推移（平成11年から平成26年）』

大阪市は、平成22～24は低下していたが、平成25年・26年が高くなっている。

全国はここ数年同じ率で推移している

結核患者数で割ると、大阪市が全国の 2.6 倍、患者数が 2.4 倍。大阪市の方が死亡率が高い可能性がある。

H25・26 年度を分析すると、全国より大阪市の方が男性 60 代・70 代の結核死亡率が高い。80 歳代が大阪市も増えてきている。もともと大阪市は全国よりも高齢者の割合が低かったが、高齢者が急激に増加していることが死亡率を押し上げている要因と考える。

『区別 結核罹患率（一般・ホームレス）（平成 26 年）』

区別でみると西成区が最も高い。大阪市全体の 4.7 倍。

続いて浪速区。最も低いのが福島区で西成区の 10 分の 1。

大阪市の特徴としては、ホームレス患者が 1 番多い。6 割近くが西成区。

P24『年齢階級別全結核罹患率の推移』

全年代とも大阪市は低下傾向にある。

50 歳・60 歳代はホームレス患者と年代が近いというのが罹患率を押し上げている。

『小児結核患者数の推移』

平成 21 年～26 年の間 1～3 名で推移している。

平成 26 年 3 名の内訳…感染源不明 1 名、同居の家族が感染源 2 名

早期発見・適切な接触者健診が重要。

P25『一般・ホームレス別肺結核患者再治療割合の推移』

最近はあまり低下傾向にない。

全国と比較すると再治療割合はまだまだ高い。

P26『有症状肺結核患者における発見の遅れ（平成 25・26 年）』

（発病から初診までの期間、初診から診断までの期間及び発病から診断までの期間が大阪市に比べ全国は不明の割合が非常に高い状況での比較ということをご理解いただいたうえで）受診の遅れ、診断の遅れ、発見の遅れすべて全国よりも大阪市の方が高い。

P28『発生届までの期間（平成 25・26 年）』

新登録患者・潜在性結核患者の発生届が 1 日以内に提出された割合がともに改善されている。

P30『治療成績（平成 25 年新登録肺結核患者）』

治療脱落中断割合が全国より大阪市の方が 2 倍以上低い。

12 ヶ月を超える治療の割合が多く、中断も多くなるのではないかと考える。

ホームレス結核患者に対して服薬支援をしっかりとしていく必要がある。

服薬支援で強化すべきは陰性者。その他陽性者に関しては塗抹陽性患者なみに服薬支援が必要である。

P31『喀痰塗抹陽性肺結核患者の治療成績の推移』

この3年間で徐々に改善してきている。

Ⅱ『喀痰塗抹陰性肺結核患者の治療成績の推移』

この3年間で徐々に改善してきているが、喀痰塗抹陽性肺結核患者に比べるとかなり脱落中断率が高い。

P32～『コホート検討会』

判定不能はほぼ0。標準治療をしていない患者および1年以上の治療患者についても治療成績を判定しているため、ほとんどの症例が判定されている状況で、治療成績を評価している。脱落中断割合は平成24年までは順調に低下。平成25年は若干悪化。

喀痰塗抹陰性肺結核患者のコホート治療成績。脱落中断率は、若干低下傾向にあるが、喀痰塗抹陽性に比べると高い。

喀痰塗抹陽性肺結核患者の失敗中断の理由はだいたい「自己中断・自己退院・拒否」「医師の指示によるもの」「副作用によるもの」の3つに分類される。「医師の指示によるもの」が非常に少ないのがひとつの特徴。

喀痰塗抹陰性肺結核患者の失敗中断の理由は、1番多いのが「自己中断・自己退院・拒否」。

平成25年肺結核患者の失敗中断理由について、喀痰塗抹陽性と陰性の比較をしても、どちらの中断理由も1番多いのが「自己中断・自己退院・拒否」。

P37「接触者健診（個別）の状況」

（1）実施時期別受診率

実施時期別受診率は後半になればなるほど低くなっている。改善策として、初回説明時の強化として説明用のリーフレットを平成27年4月より作成。今後リーフレットの効果があれば受診率は上がると考える。

（2）結核患者発見率

接触者健診の患者の発見率は、圧倒的に直後健診が多い。6か月以降に関しては、LTBIと診断された場合は、発病防止の治療をすることになり、適切な接触者健診をすることによ

り 6 か月以降の患者数を減らすことができると考える。

(3) LTBI 治療適用者

LTBI 治療の適用率が年々低下。これはリスクが低い接触者にも積極的に治療し、できるだけ感染者を見落とさないようにしている結果と考える。

P38「接触者健診（集団）の状況」

接触者健診（集団）の半数ほどが病院と診療所。いずれも件数が昨年比増加。高齢者関連も増加傾向が著しい。院内感染対策に関する啓発はまだ必要である。

(2) 実施時期別受診率

実施時期別受診率は、直後・2 か月後はかなりの受診率。しかし、6 か月後となると若干直後よりは低い。1 年後、1 年半後、2 年後も個別よりは高いが 90%を切っており、もう少し受診率を上げる必要がある。

(3) 結核患者発見率

接触者健診の患者の発見率は、個別同様、直後健診が多い。早期発見が非常に重要。

(4) LTBI 治療適用者

LTBI 治療の適用率は平成 23～26 年まで大きな変更はない。だいたい 10%前後で推移している。

P40「BCG 接種」

接種推奨時期といわれている 5～8 か月未満の時にほとんどの人が接種している。

P41「コッホ現象の報告」

コッホ確定事例が平成 26 年は 10 件で、コッホの数が増えている。これは全国的にも増えている。原因のひとつのとしては、BCG 接種対象年齢が 6 か月未満から 1 歳未満になった事が考えられる。

P42「コッホ疑い・確定事例の経過」

コッホ確定事例 10 件のうち、1 例も感染源はなし。いずれもツ反直径 10 mm以上で、感染源発病者もない。

資料 3：P45～「大阪市結核対策指針進捗状況」

大目標：10年間で結核罹患率半減。平成 26 年は 37.4%が目標値でしたが平成 26 年は 36.8%。
副次目標：喀痰塗抹陽性患者罹患率半減。平成 26 年は 15.0%が目標値でしたが平成 26 年は 17.0%。目標に到達できていない。

〃：小児結核患者の発生ゼロ。平成 26 年 3 名。目標に到達できていない。

〃：菌陽性初回治療肺結核患者の多剤耐性率減少。0.5%以下が目標値でしたが平成 26 年

は 0.6%。患者 3 名のうち 1 名が XDR。平成 26 年の MDR は合計 3 名はこれまでに 1 番少ない。

① 適正な治療

新登録全結核患者 80 歳未満 PZA を含む 4 剤標準治療割合を 85%以上：平成 25 年よりは若干改善しているが、以前よりは少し低くなっている。

② 多剤耐性結核の対応

「新登録肺結核患者の再治療率を 5%以下」と「再治療者のうち治療終了後 2 年以内再発を 10%以下にする」：再治療者数は前年より悪化。2 年以内の再治療は 13.9%。

③ 患者管理の徹底

新登録患者（喀痰塗抹陽性患者）に対する 3 日以内の面接を 100%実施：少しずつ改善。

新登録患者（喀痰塗抹陽性患者以外）に対する 7 日以内の面接を 100%実施：少しずつ改善
肺結核菌培養・感受性・同定検査結果を 2 か月以内に 95%把握：前年とほぼ変わらない。

P51～「第 3 回大阪市結核対策評価委員会 説明資料」

P53『結核発病ハイリスク者に対する結核健診および健康教育』

A. 外国人対策

外国人対策で日本語学校健診、健康教育を実施。大阪市には 35 校。受診者数は少しずつですが増えてきている。活動性結核患者数・患者発見率も年々低下している状況。3 年間（平成 24～26 年）の受診者数・活動性結核患者数・発見率は厚生労働省の健診での評価よりはるかに高い。発見された患者の平均年齢からみると、若年層で多く見つかっている。出身国は中国が最も多い。

B・C. 高齢者対策

高齢者対策として、大阪市内にある老人保健施設 72 施設。老人保健施設入所者に対して健診を実施。職員に対して健康教育を実施。老人福祉センターにおいても健診、健康教育を実施。

P57～『西成区特区構想における結核健診』

健診受診数は、平成 23 年度までは 3,000 人前後（平成 26 年度 9,409 人）のため、非常に伸びている。

P63『DOTS 実施状況と失敗・脱落中断割合の推移』

大阪市は DOTS タイプを分けている。大阪市が定めている医学的・社会的リスク項目は、該当している個数で服薬支援の強化を図る。リスク項目が高いほど失敗・中断割合が多い。

P64『新登録肺結核患者』

(1) 塗抹陽性肺結核

塗抹陽性肺結核患者の失敗・脱落中断率は、平成 26 年は 25 年より少し改善という結果。

(2) 塗抹陰性肺結核

塗抹陰性肺結核患者の失敗・脱落中断率は、年々改善していたが平成 26 年は少し悪化。

(3) 新登録 LTBI (未治療を除く)

新登録 LTBI は、大幅に未実施率が下がってきている。脱落中断の理由の 6 割が副作用を占める。そのうち 72.9%が肝障害。服薬支援の強化だけでは、なかなか脱落中断割合が減らない背景がある。

P65『DOTS の原則』

平成 27 年 4 月から服薬支援者として「保健所長（保健福祉センター）が服薬支援者として適切と判断した人」を新たに追加。

A タイプ 51 名のうち 36 名が家族 DOTS。全体の 20%以上が家族 DOTS。まだ評価されていないが、A タイプの効果があれば今後の服薬支援の中心となっていくので、家族 DOTS についてしっかりと評価が必要である。

進捗状況の報告は以上です。

齊藤委員長：それでは、事務局からの報告に関しまして、委員の皆様方から自由にご質問・ご意見などをお受けしたいと思いますので、遠慮なくお願いします。

宮川委員：資料 P22 の結核死亡率の推移が少し上がってきているといえますか、全国的にみますと大阪市の場合非常に高いわけですが、この分析の中で男性 60 代、70 代、80 代が多いというお話でしたが、亡くなられた方々は治療をどのようにしていたかデータはありますでしょうか。

松本対策監：すべての年を調査したわけではありませんが、平成 24 年・25 年のあたりをみますと、亡くなられた人のうち 3 分の 2 ぐらいは結核外死亡ということで他疾患で亡くなられています。そして、結核死亡の患者さんは入院時すでに重症発見されているということから、やはり発見の遅れがあったんではないかと思います。ご高齢の方はある程度亡くなる率というのは全国的に高い。そして大阪市・全国と実際比べてみたんですけど、大阪市の死亡率は全国よりもまさっている年代というのが、60・70 歳代。それ以外の年代に関しましては、ほとんど全国よりもむしろ低いぐらいの状況でして、平成 25 年の 60 代、70 代男性の結核死亡に関して一覧を作って検討してみましたら、その年 60 代、70 代で 35

名の方が大阪で亡くなっていたんですが、そのうち 22 名の方が保険区分が生活保護あるいは不明という、非常に社会的弱者が多い。ですからこの方たちの発見の遅れを減らして、少しでも早くみつけて結核治療をすることが死亡率を減らすためには非常に重要ではないかと思っています。そういう意味では、西成特区健診でたくさんの方々に健診を実施しているというのは、今後 60 代、70 代ぐらいの死亡率の低下に役立つのではないかと考えています。

宮川委員：全国的に比べて、3 分の 2 ぐらいの方たちが結核外で亡くなられて、3 分の 1 ぐらいが重症結核であったであろうという推察ですが、全国的に見ても同じでしょうか。

松本対策監：全国はそういう分析はしておりません。ですからデータがないんです。

宮川委員：大阪の場合は治療をちゃんと受けれていたのかというのがすごく大事なことだと思いますし、お話のとおり社会的弱者という方々が結果的に治療を受けられずにいたということであれば、これは非常に社会的に問題であるなというふうに思いましたので、ぜひもう少し分析を進めていただきたいと思います。

松本対策監：ありがとうございます。

福島委員：資料 P40 の BCG の接種状況について、少しお尋ねしたいと思います。大阪市全体では 1 歳未満の BCG 接種率が 96.8%ということなんですけども、個別にみてみますといくつか低い区があるように思います。これは、脚注に書いてあるとおり、出生後、出生した区で BCG 接種するとは限らないので、大阪市全体でみてこれぐらいの値が保てればこれで良しとみられるのか、あるいは接種率が低い区の中には結核の罹患率が高いといわれている区もあるように思いますので、これをどのように考えられますでしょうか。

松本対策監：基本的には大阪市全体の接種率が大事であると思っています。そして、どの区で接種を受けるのかというのは、やはり便利な区というのが多いのではないかと。それから、接種時期とタイミング的に合うような区で受けられているのではないかと思います。これがもし全体の接種率が落ちれば、接種体制について整えていかなければいけないと思いますけど、全体としての接種率 97%ぐらいがひとつの目標なんですけど、96.8%ということですので、全体として高ければ各区の接種率・人数はあまり考えません。

半羽課長：追加させてもらいます。接種率に関してですが、国の集計に用いています集計方法で、4 月末の住民基本台帳の登録人数を母数にしまして、そこから人口の流出入を無視するかたちで接種数をだしますので、分母と分子が連動していないというのがあります。

少ない区は一目瞭然でわかると思いますが、こういったところはやはり人口流出が出生数に比べて接種時期が終了した時点での人口数が少なくなっている状況となっておりまして、接種してから出て行っているのか、接種をする前に出て行っているのかは把握できていない状況がございます。ですので、他の様々な予防接種においても同様の傾向が出るという事になります。

福島委員：関連でもう 1 件お尋ねしたいんですけど、資料 P24 の小児結核患者数の推移ですが、副次目標として小児結核を 0 にするというのを掲げておられまして、実際にはこの 0 の達成は難しいかと思うんですが、平成 26 年登録の小児結核患者 3 名の BCG 接種状況を教えていただければと思います。

松本対策監：すぐに確認します。

福島委員：やはり小児結核 0 を達成するためには感染源から感染しないということと、ご自身がどれだけ免疫をもってらっしゃるかというのも非常に大事かと思うので、お尋ねしました。

松本対策監：ざっとしたデータですが、大阪市の平成 21 年から 26 年までの間で 12 名のうち 10 名ぐらいは BCG 接種済みで結核を発病している。2 名が BCG 未接種で発病しているという状況でした。ですから、BCG 接種率の高さを考えれば接種していない児が高率に発病しているというのものもあるかもしれないですけど、母数がとても少ないというのはあるかと思いますが。

田村委員：DOTS の A タイプ非常に増えているというのは、非常に喜ばしいことであり、努力の結果がみえていいことだと思うんですが、ファミリーメンバーでやるタイプに関しては、簡単に数は増やしやすいんですけど、医療の側から見てもやはりご家族に任せられるように見えてもなかなか実際うまくできてらっしゃらない、ちゃんと見ていただけないといった、本人さんたちしか分からない人間のいきさつがありますので、評価をしっかりしていただいて、プライベートでやる分も今後増やしていく話が多いですからいいと思うんですけど、特に A タイプは気を付けて見ていただければと思います。今の目標としましては、治療脱落中断失敗率を下げましょうということで、もう一息まで来ているんですけど、このファミリーメンバーでやるタイプも含めて治療脱落中断失敗率を 3%以下に下げ的方向でやっていく考え方で進めておられるんでしょうか。

松本対策監：家族 DOTS に関しましては、全く評価されていないやり方ですので、慎重にやっていかなければならないものだと思っております。大阪市の場合は、国が決めた基準よ

りより厳しく家族 DOTS をいろんな条件を設けております。この服薬支援者となった家族に関しましては、最初面接でしっかりとした指導をする、その後は 1 か月に 1 回は服薬支援者と面接するというのができていなければ A タイプあるいは B タイプを外すと。少なくとも月 1 回は患者さんと連絡をとって、少なくとも C タイプはキープするという形で家族 DOTS を進めていっています。ただし、まだ治療成績や評価はまったくできていない状況ですので、評価をしてそれが本当に A タイプにしていいいのか B タイプにしていのかどうかは今後見ていきたいと思います。ただし、家族 DOTS の実際の状況を見ていますと、例えば夫が結核患者で妻が服薬支援者という場合はかなり厳しく妻から服薬手帳をつけられたりとか、服薬確認をされたりとか、うまくいっているケースに関しては A タイプがきちっと入っているのではないかという手ごたえは感じております。

田村委員：今回の評価でもそうなんですけど、結核を治療されている方の排菌状況とかから評価されたりしている部分もあるかと思うんですけど、ここの場というより、大阪府とか国とかの話かもしれませんが、医療を提供するシステム配置だとか医療費の問題だとかそういうのも含めて治療を受ける方に関しての結核治療の障害となっていることが結果として治療脱落中断になっていないかというのは、こういうところでは評価しづらいかもしれませんが、例えば医療機関ごとの治療成績であるとかどこにアクセスするのが 1 番効果が出るのか。家族さんにいくのはひとつ患者さん側への大きな 1 歩だと思いますし、違う面でもまたご検討いただければと思います。それから患者発見のところですが、あいりんのところを拝見していますと、分館の率が高いように思うんですけど、あとあいりん地域内。その施設にいらっしゃる方との層の違いがあるんでしょうか。そのまえのハイリスク検診で見ても外国人の方は比較的率高く発見されているですけど、高齢者はそうでもない。あいりんの中でも何かどちらかで展開すると効率よく提供できることがあるのかどうか。そのへんの手ごたえを教えてください。

西成区（下内）：区役所とあいりん健診というのは主に、生活保護からアパート、それから特別清掃事業とかなり定着化してきているんですけど、分館は建物内に福祉がありましてあいりん地域における新規申請と他の区から来るときに、これは保健所ケースも入っているんですけど、初めての人が非常に多いですね。だから、いくつかパターンは分かれますけどかつて治療を途中で中断してて、分館を思いだしてくるタイプとそれからまったく初めて来る人。再治療と新規両方あります。ここはやっぱり新規の人が多い。他のところは割合定着した人がいる。そういう違いであります。

田村委員：今までもそうですが、定期健診とかこういう定期化していくとなかなか難しいので、強弱をつけて残すところは残して、ずっと継続してやるところはやるという形でお考えいただければと、発言させていただきました。

松本対策監：先程、小児結核で平成 26 年に 3 名でている人の BCG 接種歴ですが、1 歳 11 か月の子は BCG 接種していません。これは家庭の事情という事です。残る 2 人に関しては BCG 接種歴ありでした。

工藤委員：私も結核死亡率の件で。60 代、70 代で 35 名がいてそのうち生保等の人が 22 名の死亡がいるという事で。私、社会医療センターというところにいるんですけど、今年度食生活のアンケート調査というのを地域で 250 人ぐらいの人にしたんですけど、わりとエネルギー接種率とか炭水化物とかたんぱくとか脂肪とかの接種率は国民栄養調査の一般とあまりかわらないんです。ただ野菜の接種率がちょっと低いのがあるんですけど。ところが平均値でいうとそうなんですけど、極端に悪い層があるんです。アルコールの接種にしても、頻度とかは国民栄養調査と比べて逆に低いぐらいなんです。ところが 1 日 3 合以上飲む人を調べると明らかに多いです。結核で死亡する人は、やっぱり生保を受けていても極端に健診をまったく受けていないとか非常に生活が乱れている、特定の層があると思うんです。そういうところに健診とかを集中的にしていく。特定の人を見つけるのは難しいんですけど、例えば生保の人で健診を受けていない人は徹底して健診を受けてもらう。特に何年かしていない人は徹底してうけてもらうようにする。そういうのをやると死亡というのがもう少し減るのではというふうに思います。どうでしょうか。

松本対策監：それはおっしゃるとおりだと思います。それに関しましては特区健診の方でかなり力を入れて、これまであまり受けておられないような人に対して積極的に健診を受けていただけるようないろんな取り組みをしているという事は、定期的に西成区と保健所で会議しているんですけど、そのあたりの取組みはどんどん進んで行っているという状況なので、改善していくんではないかというふうに思っているんですけど、健診を受けていただくというのはなかなか難しい層もたくさんおられますので、今後の経過を見ていかなければいけないというふうに思っています。

西成（下内）：ちょうど 2 年前に分析したところ、4 つに分かれていまして、結核死亡だけみてホームレスの結核死亡はないんですよ。これは皆さん健診受けてますからね。あるのは生活保護の方と無保険の方で、無保険の方というのは健診も受けられないですし、いきなり 30 代・50 代でも手遅れで亡くなります。これはもう予防できない。問題は、生活保護で亡くなられる方。2 種類ありまして、ひとつは他の病気があって入院中で塗抹陽性になって亡くなられる方。最後に残った方は、全く医療機関も行かない、健診も受けない、割合元気な方という方が急に悪くなって亡くなると。こういった人たちを何とか救おうと思いましたが、今年も 3 年目なんですけど、なかなか受けてもらえないと。適宜福祉の条件として健診を受けないとダメだとか言ってほしいんですけど、けっこうお願い調で言っ

でも受けない、いくらケースワーカーさんが言ってもだめですね。だから今度はアパートに複数いたらその人たち全員が受けてもらおうと思うんだけど、それにしたって拒否するだろうと。そこでもう止まってしまって。そこで 2 つですね。内科のかかりつけ医を持ってほしいんだけども持たないと。それから健診を受けてほしいんだけど受けないと。そういう元気な福祉の人が急に亡くなると。それと、かたや悪い人は塗抹陽性になって亡くなると。最後のところはまだなかなかできないと。

工藤委員：あと、外国人とかハイリスクですけれど、外国人学校っていうのが 35 校あってそれに対して健康教育っていうのが、だいたいこの外国人対策とそれから高齢者対策、とくに老人保健施設が老人福祉センターに比べると健康教育の率が少ないように思うんですけど、これはやっぱりやりにくいんでしょうか。たとえば外国人学校 35 校あって、現在この 3 年間で 6 校、それから老人福祉施設が 72 施設あって 46 施設ということで、老人福祉センターというのが割とたくさんされている。これはなかなか難しいことでもあるんですか。

松本対策監：患者発見率から言いますと、もっと日本語学校に対して健康教育を実施していかなければいけないだろうと思いますので、なんとか努力して数を増やしていこうと思います。そのあたりの増えないことに関する理由も調べていきたいと思います。

工藤委員：大都市の研究会のときに、外国人技能研修生がいて、大阪府でいろいろ取り組んでいらっしゃるって聞きました。西成でよくそれらしき人が自転車に乗っているところを見るんですが、大阪市内でそういう外国人技能研修生がどれぐらいいて、そういう人たちに対して健診がどうなっているかわかりますか。

松本委員：それに関しては全く未把握の状態です。これは大都市の研究会の時に大阪府の先生からご発表いただいたので、連絡を取りあって我々も何かできることがないか考えていきたいと思っています。

青木委員：今言われた外国人技能実習生に追加なんですけど、外国人技能実習生は今新たな労働力として数がものすごく増えている集団なので、その人たちは一般の事業所ですとなかなか健診をさせていただきますというのは言いにくいところもあるのかと思うんですけど、技能実習生は協同組合という組織が受け入れているんですね。ですので、そこを話することで健診とかはしやすいというのと、実習生ですのでまったくの労働者ではないということもありますので、ぜひこれは進めていっていただければというふうに強く思います。もうひとつ、日本語学校に健診をされているまたは教育をされているというのはすごくいいことだとは思いますが、この 20 年前と比べて、日本語学校の学生の質というのが少し変わってきています。20 年前は働くために日本語学校に来たという人たちが多かったん

ですけど、実態としては日本語学校に籍はおいていますが働いているという人たちが多かったんですが、今は大学がたくさん学生を受け入れようと、今 30 万人にしようとしているので、そのために絶対に日本語学校に入らなければならないということで、中国からかなり余裕のある人たちが日本語学校に入ってきている実態もあるので、ぜひ日本語学校以外のところも考えていただけたらなというふうに思います。

松本対策監：これから高蔓延国出身者の結核というのは、大阪市でも取り組まなければならない課題だと思っています。大阪市はもともと外国出生の患者さんの割合が全国でもかなり低くて 3% 台でしたが、最近年々上がってきていまして、昨年は 4% を超えるという状況ですので、特に 20 代・30 代に関しましては全国と同じで 3 割を占めるようになってきていますので、今後やはり高蔓延国出身者に対しては積極的な対策を行っていかねばいけないと思います。そういう意味では技能実習生なんかもターゲットのひとつではないかと思っています。大阪市の結核患者さんに関しましては一応分析を行っておりまして、半数近くは学生であると、そのうちの半分ぐらいが日本語学校生であったので、日本語学校生から健診を実施し始めたというのが、元々のスタートです。ですから大阪市内で発生する外国出生の結核患者さんのバックグラウンドも見ながら、健診をどこに焦点をあてていくか考えていきたいと思っています。

宮川委員：大阪府の方の会議にも出させていただいているんですけど、データの中で 1 番大きな違いがひとつ感じるところがありまして、年末に結核患者さんの登録状況といいますか、どのような状況におられるかというデータがございますよね。大阪府さんはそう出されておったんですけど。結核患者さんが年末においてこういった動向をされているかという調査があって、そのデータをみると大阪市は極端に患者さんがどうされているかというデータがないと。不明というのが非常に多いと。4 割・5 割やったと思うんですけど、群を抜いて結核患者さんがどうされているのかということを行政がつかめてないという状況があると。基本的には病気になる手前側で一生懸命つかまえようというか、捕捉していこうという話が当然あるわけですが、いざ病気が分かった方々はもちろん治療もあるわけですよ。DOTS もあるわけですが、しかし、年末になった段階でその患者さんたちがどうされているかわからないと。言葉が悪いですが、見放された状態の方々が極めてたくさんおられると。そのような中で、先程の死亡率の話も出てくるわけで、生活保護の方であったり保険をもっているかどうかかわからないという状況になっているということからいけば、確かに外国人学校の調査、様々な健診はすごく大事なことで有意義な事とは思いますが、今日までの状況を考えればこれだけ大阪市の結核が多いのはやはり結核にかかっておられる方々の動向が全く分からないという、医療にもかかっていないという状況、かかっているかかかっていないかも分からないと。そのような状況を、今回 ~~は~~大阪市の目標の中にはないですけど、やはりこれをしっかり捕捉していかなければ、医療につなげていって

かないことには、これ以上の改善というのはなかなかジリジリ良くなっていますが、大阪府はトピック的な事はやっているけど、どうも本質的なところが欠けているのではないかという気がしてならないんですが、そのへんの捕捉のデータも含めていかがでしょうか。

松本対策監：年末の病状不明割合に関してですが、少なくとも治療中の患者に関しては、病状不明ということはほぼありません。そして死亡のことを先程言われましたが、死亡のほとんどの人が入院中に死亡されていますので、これが年末病状不明だからといってそれが死亡に直接関係しているかという、そうではないです。それから、病状不明割合とはいいですけど、一応 2 年間に限っては、追いかけてどうなるかということが大事だと思いますので、われわれは治療を終わった人がその後定期的に管理健診をして発見されるのはどれぐらいあるのかということはちゃんと調査しています。

宮川委員：では、ぜひ不足のするデータを出していただいて、どのような継続的な結果を追いかけているのか出していただきたいと思います。

松本対策監：治療した人のその後の結果ということですから、再治療割合ということになります。再治療をどれだけ早期に発見できるかということですが、2 年間定期的に追いかけているのは、病状不明割合ではなく、きちんと病状を見ている人の経過になるわけですが、その中で定期健診で発見される割合というのがきわめて低い。われわれ前に数値を出したんですけど、管理健診で実際発見されている割合ってわずか 4% しかない。1995 年から 2015 年まで 20 年間で追いかけたんですけど。ということは、こういったところに力を注ぐよりは、治療中の治療をできるだけ確実にすることに力を注いだ方がより治療成績が上がるというふうに思っています。

宮川委員：このデータそのものの目標値がおかしいとは決して思っていないですし、やっていくべきとは思いますが、少なくとも大阪府が会議で示された資料では、群を抜いて大阪府が捕捉していないというデータで、ほかの市町村含めてきっちりやっておられるという差が明らかであるということは、しっかり考えていくポイントであると思うので、ぜひそれは大阪府が大阪府へすでに出されているデータですから、そのへんも参考値として出すということは大事なことではないかと思うんですけど。

田村委員：今の確認なんですけど、治療終了後の 2 年間の管理健診を把握していない方が、病状不明になっている可能性が高いとしたら、サーベの登録する条件で X 線検査を保健所で実施していないといけなとかそのへん口頭で把握してでも健診 1 件と数えられるんかどうかってどうなっているのか。ほとんどコホートされていますから、ある程度病状をつかんでらっしゃると思うんですけど、管理健診を実際大阪府として実施するかどうかはま

た判断があるかと思うんですけど、やはり先生がおっしゃるとおり情報がちゃんと管理されている 2 年間で把握できていて、それを 1 件って計上することができないのかどうかということ。それをする努力をしてないというのであれば、別に健診しなくても管理しますよって、1 件って計上すれば済む話なんじゃないかと思うんですが。仕方がなくて定義上入力できないから、これは未把握なんですとせざるを得ないルールになっている理解なんでしょうか。

青木副主幹：経過を追っている方の病状が確認できていれば、本来病状は分かっているということにすればいいんじゃないかという田村先生のお話だと思うんですけど、それについては管理健診 2 年間のフォローを X 線で追いかけるかどうかという設定そのものを一定の条件を持っている人にしか大阪市はやっていないということなんです。何となく分かっているけどもデータをシステムに入れられないからというのではなく、全治療終了者を管理健診の対象者としているのではなく、再発の可能性が高いと思われる方にだけ実施しているということが、不明の人が多いという理由です。

田村委員：ほとんどの方が DOTS をされているので、保健師と接点を持てているんだとすれば、半年に 1 回元気にしていますかって電話ただけでも、それが管理したことになるのかならないのか、ちょっと分かりませんが、健診受けてくださいよとか、有症状時受診についてはおそらく治療終了時にはされていると思うんですよ。そんなに高い割合ではないですけど、1%ぐらいは再発があってもおかしくない集団ですから、リスクがあろうがなかろうが、ですることですので、そんなにお金も時間もかけなくて済むのでしたら、管理健診の手法として X 線検査までしなくても声掛けだとかそういうことでもできるのか、それをサーベランスとしてはあげれないんだけど、大阪市として情報不明っていうことではなくて、連絡はしている人はその中では 98%ですよとかね、そういう何かをしないと、やっぱり先生がおっしゃてるように、「してないんじゃないですか」と言われかねないんじゃないかという気はしました。

齊藤委員長：いろいろ話は尽きないのですが、時間も迫ってきましたので、これまでに出了た意見について、発言順にまとめてみます。

- | | |
|------|----------------------------|
| 宮川委員 | 高齢者結核死亡率と治療について |
| 福島委員 | 区ごとの BCG 接種状況について |
| | 小児結核で亡くなられた方の BCG 接種状況について |
| 田村委員 | DOTS の評価について |
| | 分館・あいりん地域における患者発見率について |

工藤委員	あいりん地域における食事やアルコール摂取状況および健診の重要性と結核死亡率について
	外国人技能実習生の健診について
青木委員	外国人技能実習生の健診について
宮川委員	結核患者の登録後のフォローアップについて

だいたいそのような内容でよろしかったでしょうか。

それでは、予定の時間になりましたので本日の会議は終わらせていただきます。

林課長代理：ありがとうございました。本日は、齊藤委員長並びに委員の方々にはご熱心に議論いただきまして、誠にありがとうございました。以上をもちまして、第 3 回大阪市結核対策評価委員会を終了させていただきたいと思います。