

第4回大阪市結核対策評価委員会（議事録）

第4回大阪市結核対策評価委員会

平成29年2月14日（火）午前10時～12時

大阪市保健所 研修室2

10時開会

吉村保健所長あいさつ

委員の紹介

事務局の紹介

資料の確認

議事運営：齊藤委員長

資料について報告：松本対策監

資料2：P17～「大阪市の結核2016（抜粋）」

P21『結核罹患率の推移（平成11年～平成27年）』（※大阪府は大阪市を除く）

大阪市の平成11年は107.7だったが、平成27年には34.4

全国の平成11年は34.6、平成27年は14.4

この間の減少率について大阪府は68.1%、全国は58.4%と大阪府が若干減少率は高い。

26～27年を比べると、大阪府も全国も6.5%の減少となっている。大阪府は26・27年とも、全国の約2.4倍の罹患率となっている。

『喀痰塗抹陽性肺結核患者罹患率の推移（平成11年～平成27年）』

大阪市の平成11年は34.7、平成27年は15.3

全国の平成11年は11.4、平成27年は5.6

減少率について大阪府は55.9%、全国は50.9%となっている。

大阪府の方が全国よりもやや減少率が大きい。

P22『結核死亡率の推移（平成11年から平成27年）』

平成27年の結核死亡率は3.4、全国は1.6であり大阪府は全国の2.1倍

罹患率は、大阪府が全国の2.4倍なので死亡率は罹患率より割合の差が少ない。

『区別 結核罹患率（一般・ホームレス）（平成27年）』

区別でみると西成区が最も高く 179.6

西成区は前年が 174.1 なので軽度の上昇。

西成区は、大阪市全体の 4 倍以上の罹患率。次いで浪速区 53.1

西成区と浪速区が 50 を超えており、一番低いのが西区 15.1。

同年の全国罹患率は 14.4 であり、西区でも全国よりは高い状況である。

P23 『一般・ホームレス別肺結核患者再治療割合の推移』

大阪市の新登録患者数は一般が 883 人、ホームレスが 42 人、全体で 925 人。

大阪市の新登録患者でホームレス患者が占める割合は 4.5%。

前年が 4.3% であるので若干高くなっている。

ホームレス 42 人の内訳として西成区が 24 人ということで全体の 60% を占めている。

P24 『年齢階級別全結核罹患率の推移』

大阪市は全国と同様年代が上がるにつれて罹患率は上昇している。

しかし、すべての年代で年々罹患率は低下してきている。

平成 27 年の全国との比較では、すべての年代で大阪市が上回っており特に 50 歳代・60 歳代で差が大きい。

50 歳代：全国の 8.8 に対し大阪市は 35.1 (4.0 倍)

60 歳代：全国の 13.1 に対し大阪市 53.9 (4.1 倍)

平成 12 年からこの両年代だけ突出していたが、徐々に改善されてきている。

『小児結核患者数の推移』

0～14 歳の人数

平成 22 年 3 人、23 年 1 人、24 年 2 人、25 年 1 人、26 年 3 人、27 年 0 人

27 年は幸いにも 0 人であった。

P25 『一般・ホームレス別肺結核患者再治療割合の推移』

大阪市ホームレス平成 27 年再治療割合 11.4%

前年の 17.5% に比べて 6.1% の大幅な減少。これまでと比較しても最も低い再治療割合である。

大阪市一般平成 26 年～27 年、10.1 から 8.0% に減少した。

全国は 6.0% なので大阪市ホームレス・一般ともに全国より高く、適切な患者管理と正しい治療の徹底により再治療割合を減らしていく努力が必要である。

P27 『(4) 有症状肺結核患者 (塗抹陽性) における受診・診断・発見の遅れの推移』

受診の遅れ：大阪市平成 27 年 28.6%、全国 23.7%

診断の遅れ：大阪市平成 27 年 13.3%、全国 15.7%

発見の遅れ（受診の遅れと診断の遅れを合算）：大阪市平成 27 年 25.4%、全国 22.3%

P28『発生届までの期間（平成 26・27 年）』

発生届は感染症法で「直ちに届出」となっており、1 日以内に届出された割合が平成 26 年 77.3%、平成 27 年 80.0%と若干改善された。

潜在性結核感染症については、平成 26 年 66.1%、平成 27 年 60.9%と若干悪化している。

ハイリスク集団における結核健診での患者発見（平成 27 年）

（1）管理健診、定期・住民健診

管理健診：受診者 337 人、結核患者発見 0 人

定期・住民健診：受診者 5,790 人、患者発見 3 名、発見率 0.05%

特定感染症予防指針の目安 0.02~0.04%なので、定期・住民健診はやや上回る発見率となった。

P30『治療成績（平成 26 年新登録肺結核患者）』

（1）大阪市と全国の比較

全国：治療失敗 0.4%、脱落中断 6.3%、計 6.7%

大阪市：治療失敗 0.2%、脱落中断 1.7%、計 1.9%

（2）大阪市一般とホームレスの比較

一般：治療失敗 0.1%、脱落中断 1.7%、計 1.8%

ホームレス：治療失敗 2.7%、脱落中断 0%、計 2.7%

ホームレスが治療成績は悪かったが、これまでホームレスは 10%を超えていたため（平成 25 年 12.8%）それと比較すると極めて改善された。

（3）総合患者分類別

脱落中断に注目すると、喀痰塗抹陽性 1.1%、喀痰塗抹陰性 2.3%となっており陰性が倍以上である。

（4）喀痰塗抹陽性患者の治療成績推移

脱落中断に注目すると、平成 24 年 1.8%、25 年 1.5%、26 年 1.1%と改善傾向にある。

（5）喀痰塗抹陰性患者の治療成績推移

平成 24 年 7.3%、25 年 5.5%、26 年 2.3%と改善傾向にある。

P37 『平成 23～26 年 年齢別治療失敗・脱落中断の内訳の状況』

4 年間で 185 人が失敗中断

20 歳代 6 人全員 自己中断・自己退院・拒否、

30・40・50 歳代 自己中断等による失敗が 50%超えている。

60 歳代 自己中断等による失敗 48.8%

80 歳代 自己中断等による失敗 18.2%

副作用 33.3% 他疾患優先 15.1%

70 歳以上では、副作用や他疾患優先が失敗・中断の割合の多くを占めている。
年代によって支援方法を検討する必要がある。

P38 『接触者健診（個別）』

(1) 実施時期別受診率

直後と 2 か月後は 100%、6 か月以降は 80%を目指す目標に対し、

直後：25 年 97.4%、26 年 97.6%、27 年 95.5%

2 か月後：25 年 96.3%、26 年 97.5%、27 年 94.1%

目標に及んでない。

6 か月後：25 年 90.5%、26 年 90.8%、(90%超え)

1 年後：25 年 84.4%、26 年 82.1%、(80%超え)

1 年 6 か月後：79.2%、2 年後：78.6%、(80%以下)

遅い時期の啓発もしっかり取り組んでいく必要がある。

(2) 結核患者発見率

2 次患者の発見率は、

直後：平成 25 年 9 人、26 年 9 人、27 年 9 人

6 か月後：1 人、1 年後：0 人、1 年 6 か月後：4 人、2 年後：1 人

圧倒的に直後健診が多い。

(3) LTBI 治療適用者

LTBI 治療の適用率が少しづつだが低下している。

P39 「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まだ必要である。

(2) 実施時期別受診率

直後：24 年 94.0%、25 年 94.2%、26 年 95.0%、27 年 98.8%

2 か月後：24 年 96.1%、25 年 95.4%、26 年 97.5%、27 年 98.5%

目標に及んでない。

6 か月後：24 年 88.0%、25 年 90.4%、26 年 83.2%、(80%超え)

1 年後：24 年 82.0%、25 年 78.5%、26 年 87.7%

1 年 6 か月後：24 年 80.1%、25 年 81.0% 2 年後：24 年 81.3%、25 年 88.8%

実施時期別受診率は、直後・2 か月後の受診率は平成 25 年から平成 27 年にかけて増加している。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。

初発となる感染源患者の受診、診断、発見の遅れでの感染の拡大が多いので普及啓発を行い早期発見に努めることが重要。

(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。6 か月以降の 2 次患者の発見が非常に少なくなってきた。

(4) LTBI 治療適用者

LTBI 治療の適用率は平成 24 年から 27 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。

P41 「BCG 接種」

昨年より若干低下しているが、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。1 歳未満についてもわずかに低下している。

P42 「コッホ現象の報告」

コッホ確定事例が平成 27 年は 11 件で、コッホの数がわずかに増加している。これは全国的にも増加している。原因のひとつとしては、BCG 接種対象年齢が 6 か月に達するまでから 1 歳未満になった事が考えられる。

P43 「コッホ疑い・確定事例の経過」

コッホ確定事例 11 件のうち、ほとんどが最大発赤長径 10 mm以上で、ツ反で感染ありということが確定している事例である。

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 27 年は 34.7%が目標値でしたが平成 27 年は 34.4%。副次目標：喀痰塗抹陽性患者罹患率半減。平成 27 年は 14.6%が目標値でしたが平成 27 年は 15.3%。目標に到達できていない。

〃：小児結核患者の発生ゼロ。平成 27 年はゼロ。

〃：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 27 年は 1.2%。患者 5 名のうち 3 名が XDR。平成 27 年の MDR は合計 8 名の発生となります。目標には到達できていない。

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 26 年よりは若干改善しているが、目標には到達できていない。

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」：再治療者数は平成 26 年より改善しているが目標には到達できていない。2 年以内の再発は 10.2%で平成 26 年より改善しているが目標には到達できていない。

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：肺結核菌培養・同定については平成 26 年より少しずつ改善されているが、感受性については平成 26 年より悪化している。

④ 服薬支援の推進

肺結核 DOTS(週 1 回以上)開始率：平成 27 年はこれまでで最も高い。

P51～「第 4 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、学校関係者及び学生に対し健康教育を実施。大阪市には 34 校。受診者数は徐々に増えてきている。活動性結核患者数・患者発見率は年々低下している状況。3 年間（平成 25～27 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の目安よりはるかに高い。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。出身国はベトナムが最も多く次いで中国、韓国も多い。

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 73 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 25 施設においても健診、健康教育を実施している。

P57～『西成区特区構想における結核健診』

健診受診数は、平成 24～26 年度までは 6,000～9,000 人前後（平成 27 年度 8,678 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 27 年は平成 26 年より悪化している。

(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、平成 27 年は平成 26 年より少し改善されている。

(3) 新登録 LTBI (未治療を除く)

新登録 LTBI は、徐々に DOTS 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せない背景がある。

P65 『家族 DOTS の導入』

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のうち DOTS の説明を行い、理解を得られた協力者」を新たに追加。

A タイプ 161 名のうち 109 名が家族 DOTS。全体の 20%以上が家族 DOTS。まだ十分な評価は行われていないが、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した分析が必要である。

P67 『年末総登録患者中の病状不明割合』

大阪市では、全肺結核患者に週 1 回以上の DOTS を実施し、治療成績が治療成功であった場合は原則、発症リスクが低いと考え管理健診を実施していないため病状不明割合が高くなっている。

進捗状況の報告は以上です。

齊藤委員長：それでは、ただいま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いたしたいと思っておりますので、遠慮なくお願いします。

福島委員：詳細なご説明ありがとうございました。いくつかありますが一つ基本的なところで教えていただきたいのですが、22 ページ目の結核死亡率の推移というのが上段にごさ

います。死亡率というのは、当然年齢構成の影響を受けると考えられます。その前のページの結核罹患率については、その後 24 ページの方で年齢階級別に推移を出されておりまして、おそらくこの 24 ページのグラフというのは、国のデータに合わせられた形で作成されると理解しておりますが、22 ページ目の結核死亡率については国の方は年齢階級別に出されてるとかそういうデータはあるのでしょうか？

松本対策監：ありがとうございます。大切な質問でして、本来は死亡率の比較というのは福島先生が言われるように年齢調整をかけないとほとんど意味がないというのは非常によく分かっております。実は大阪市の年齢調整死亡率はおそらく国よりはだいぶ悪いだろうと、と言いますのは大阪市の方が若干結核患者の年代が若いというところがあります。例えば 70 歳以上の割合ですが、国は平成 27 年が 58% ぐらい大阪市は 49% ぐらいですので大阪市の方が年代としては若いということになります。特に高齢者の割合が大阪市は若いということになりますので、正確に比較するというのであれば年齢調整死亡率を出して比較するのが正しいという先生のご意見通りですが今回は出しておりません。また、どのような形で出すか考えたいと思います。

福島委員：では続きで高齢者ということで関連で一つお伺いしたいと思ったのが、資料 3 のハイリスク者健診で 54 ページ 55 ページになります。先ほどの話とは違う視点になるのですが、老人保健施設と老人福祉センターでの健診を実施されていて、かなりの数にあがっている一方で患者発見率が非常に低いということでした。高齢者対象の対策を始められた経緯等もありますでしょうし、発見率が低いからといって、もしやめてしまったとして、そのとたん高齢者施設で結核死亡等が出ますと、またそれだけをメディアが取り上げてミスリードするといったこともあろうかと思いますが、患者発見率が非常に低い中で費用対効果というのは、行政として考えなければいけない視点だと思います。この施策は重要だから行政としても費用をつぎこんで続けるというような方針でいかれるのか、あるいは時代の流れに従って他の施策を考えられるのかその辺りをお聞かせ頂きたいです。

松本対策監：患者発見率に関しましては非常に重要な問題でして国の特定感染症予防指針では、この患者発見率が 0.02 から 0.04% を目途にするという記載がありますので、54 ページの方の老人保健施設の方に関しまして 3 年間で 0.04% ですのでその枠には一応入ってるかなと思うんですけど、かなり低いし老人福祉センターの方はもう 3 年やって 1 人も出ていないということですからやはり費用対効果とかを考えますと見直しということも考えていく必要があるのかなと思います。やはり健診、結核というのは一回やって大丈夫だったらもうそのあと大丈夫というわけでは決してありませんので、健診と健康教育をセットでやっていくと、つまり健診はする、そしてかつ有症状受診なんかの健康教育もしっかりやっていくというセットでやっていくところにも大きな意味あいがあるのではないかとこのように考えていますので、健診での患者発見だけではなくて健康教育とあわせてやってい

るという、こちらの方の効果も考えながら、これを続行するのか縮小するのかあるいはやめるのかということを経合的に考えたいと思います。ありがとうございます。

工藤委員：DOTS のことでお伺いしたいのですが、基本的な知識が間違っているのかもしれませんが 64 ページの新登録結核患者の中の DOTS の割合がここに示されておりまして、平成 27 年の場合は合計 261 名の塗抹陽性については 261 名に対して DOTS をされたと、塗抹陽性の患者というのは平成 27 年度は 412 人でこの差というのはどのように理解？
塗抹陽性患者の中のどの部分に対して DOTS をされてどの部分に DOTS をしないか？

松本対策監：この数からは死亡や転出を除くと塗抹陽性の数はこれぐらいの数になるということですか。

工藤委員：死亡と転出が 60 人ぐらいいてるという塗抹陽性については？

松本対策監：また、そちらの方の正確な数はみておきますけれども、これは DOTS 可能な人数が、平成 27 年度であれば 261 人であったということになります。正確な数が手元になるのでまたそちらの方は見て、またお答えの方をお返しできるようにしておきます。

工藤委員：一定の割合、全員死亡とか転出は無理としても、それ以外でも DOTS がされていない人もいてる可能性はある訳ですか？

松本対策監：ないと思っています。これは上に書いていますように死亡、転出、治療中を除いた数でこれを行っているので、この数になるということです。DOTS が可能な人に関してはすべてこの中に入っています。

工藤委員：治療中が多いわけですか？

松本対策監：治療中も入っているなのでこの数になっているのだと思います。

工藤委員：分かりました。

松本対策監：この DOTS の実施率を出す際は、最後まで終わった人だけを出しています。つまり DOTS を最初、週一回やっても最後二か月ぐらい DOTS ができなければ、それは DOTS 未実施になってしまいますので、最後まで DOTS の状況を把握しないとこの数は出せないということになりますので。

工藤委員：分かりました。

青木委員：37 ページの年齢別治療失敗・脱落の表の中なんですけれども、この中で外国人の割合とかは分かりますでしょうか？ということと、その他というのがどういう理由なのか教えていただきたい。例えば、経済的な理由というようなことが含まれているのかということがお聞きしたいのですが、日本人の場合は生活保護が適用するので入院後の服薬がその5%はカバーされるんですけれども、外国人が保険未加入の人であるとか、在留期間がない人であるとか、そういう人が経済的理由によって服薬を中断するというケースが増えているかなと思うのですが、大阪市ではあまり問題ではないのでしょうか？

松本対策監：ありがとうございます。外国人なんですけど外国人の失敗、中断の割合は極めて今低くなっています。以前はずいぶん多かったのですが、平成23年から26年に関していいますと4年間で3~4人かな。外国出生結核患者の脱落中断割合というのを見て2006年から2010年ぐらいまで非常に治療成績が悪くて7~14%の間と非常に悪かったんですけど、いろいろと医療通訳を入れるとか外国出生結核患者の治療成績が悪いので、服薬支援の方をしっかりと意思の統一が図られてきたとかいうようなことがありまして、2011年からは外国出生結核患者の治療成績が非常によくなってきております。2011年からの数で言いますと1人、0、2人、0と、これだけが失敗中断人数であり、年間大体30~40人外国出生結核患者が大阪市は出ますので、パーセントにしますと本当に非常に低くなっています。もう一つの方のご質問、その他の方ですけど、分け方としては、五つに分けていますが、さらに細かくも分けておりまして、ある程度カテゴリー化してやっておりますので、ちょっとわかりにくい部分もあるんですけど、その他の方も具体的な理由は分かっていますけれど、このその他って書いてあるのは今回は全て治療失敗であって脱落中断ではありません。ここは失敗と中断両方を足していますので、このその他は全て治療失敗となります。治療中に培養が陽性になる、治療開始後、五ヵ月以降に培養陽性になった例を治療失敗というのですが、これらは全て治療失敗ということですよ。

田村委員：同じく治療失敗中断の37 ページの表の医師の指示の欄の具体の項目って分かるでしょうか？

松本対策監：これに関しましては、かなり数がたくさんありますので一つ一つというのはなかなか難しいですけど、国が医療基準というのを出していますので、その医療基準に合致していないということです。例えばZが1ヵ月しか投与されていないのに6ヵ月治療で終わるとか、INHが耐性であるのに治療期間の延長が図られていないとか、1ヵ月を28日とカウントして治療日数が足らないとか、そういうのが医師の指示となっております。これに関しましては、我々は情報を得次第、医療機関主治医に連絡して治療期間の延長、適切な治療をお願いしてるんですが、それが聞き入れてもらえない場合があったりした場合とか、我々の方で情報を医療機関に提供できなかつたりした場合などがあります。

田村委員：28日カウントの分が若干あるのかもしれないと思うのですが、特にPZAなんかで28日、あと現場ですと服薬確認というか1週間とか2週間とかの分でも大阪市さんとかの、僕ら臨床でやっていると1割ぐらいの服薬未確認だといいかかと厳しく判定されてるとかそういうのがあるかもしれないので、若干過大評価といいかかと多くとっているのかもしれないとは思っております。お医者さんの指示の中断というのがすごく大きくて、うっかりミスなんかも含めてけっこう早めに耐性結果の確認でもそうなんですけど、ここは比較的早く減らせる部分でもありますので、あとからお伝えすると変更できないんですけど、治療中とか指示がおかしいときにすぐ訂正すれば減らせるので、ここはもう少し減らせるんじゃないかなというふうに思ったのでご質問させていただきました。

松本対策監：ありがとうございます。正におっしゃる通りです。実をいうと隣の36ページ喀痰塗抹陰性肺結核患者の失敗中断の内訳の推移をみていただきたいのですが、喀痰塗抹陰性というのは結核の専門医療機関がかかわらないケースがけっこうありますので、この医師の指示による中断が結構多いということになるのですが、このバーの一番左が自己中断等による脱落中断、2つ目が医師の指示ということになるのですが、平成22年が13そして平成23年が11、16となったのが平成25年26年が3人、4人と。ここは割と減らしやすいところではないかなと思ってまして、かなり医師の指示による脱落中断は減ってきてるのではないかなというふうに考えております。ありがとうございます。

田村委員：あと続きで申し訳ありません。患者発見のところで福島先生から高齢者の施設の健診の効率悪いというご指摘がありましたけれど、原則やはり高齢者現場でみていますと高齢者の結核って非常に多いですから、こういう発見率ということ自体がおかしいといいか対象になっている方が実際病院にかかっている方とかが健診を受診していただきやすい方とか何か設定が別なのか施設に介入するということを中心に目的とされてるか何かでなければ実際の発見率はこんなもんで当然ないと思いますので、見直しされる方向として非効率であるというよりは方法を検討されるような形でお考えいただきたいというのがコメントの一つと、昨年もあったと思うんですけど管理健診についてですけど管理健診も基本0ということはまずない健診、現場ですとたいてい2年間の健診の間ではひっかかりますので、ここも病状不明が多くてDOTSをされていけば、DOTSの方に力を注ぐんですと、それは当然の話なので良いかとおもうんですけど、DOTSで進んできた段階で、次やはり管理健診でできる健診の手当ができる方に関しては手当をしていくということも。いくらDOTSをきっちりやった方でも再発される方は経験いたしますのでそこに関しても病状不明というよりは、保健師さんが連絡されるなりして健康確認をされるとか何か手当をしていくことを今後ご検討いただければと思います。

松本対策監：ありがとうございます。管理健診に関してですが確かにDOTSをきっちりと入

れて治療成績が成功であっても一定の割合で再発していることは間違いありません。実際我々新登録患者さんの治療を終わられた後、ずっとフォローアップしてまして2年以内の再治療になった数とか2年以降に再治療になった数とかいうのは毎年出していますので一定の割合で再発がおこっているのは間違いありません。ただし、なかなか管理健診のタイミングで見つかるというのはかなり数が少ない。特に治療成功例に関しましては、再発率も低く、1%未満というデータが出ておりますし、さらにタイミング的にも管理健診で見つかる割合はとても少ないです。ただ、それが無駄だということでは決してありませんけど、おそらく健診受診も必要だろうし有症状受診というのもしっかり指導して、そして患者さんをしっかり健康教育をしていって早期発見につながるような、いろんな体制をとっていかなければいけないというふうに考えております。

福島委員：関連で、先ほどの私の話が少し誤解を招くようなものだったのかもしれないので訂正を申し上げます。私も毎月大阪市の方の結核解析評価検討会の方に参加させていただいていますので、高齢者結核の問題は大変重要と認識しています。その一方で、54ページ55ページにあるような発見率を見たときにこの乖離をどう考えたらいいのかなということもあってお尋ねを致しました。先ほど事務局の先生方からお返事をいただいたので私も納得をしましたが、やはり数字だけ見ると特に55ページとかは「3年度合わせて患者0」ということで解釈を誤ってしまうこともあるかもしれないので、「健康教育をセットでしているということを非常に重要と認識しています」というのを記載いただければ齟齬がないかなと思いました。

高鳥毛委員：26ページ27ページこの患者の発見事例についてですけど、まず26ページのところの左上の発病から初診までの期間で、平成26年と27年でこの不明というのが全国もそうなんですけど結構増えているというこの理由、それともう一つ27ページの右の下に受診の遅れ、診断の遅れというところで折れ線グラフを提示してありますが、一般論でいいますと受診が遅れると発見しやすくなるから、医療機関に行った時には陰影もけっこう派手になったり目立ってるから、ドクターの方も診断が早いという相反関係にあって合わせると下のようになんまり変わらないというのが一般的な流れなんですけど、この27ページの右下だけを見ると受診の遅れというのは基本的に高齢者が増えていくとどうしても症状の訴えが乏しかったり、けっこう受診までが時間かかってそういう高齢化の影響なのか、単なる26ページの左の上にあるような数字の拾い方とかそういう加減なのかというのが一点と、もう一点がこれに直接には関係ないのですが高齢者の結核の今一番大きな課題は、今回先ほどから議論してるこの老健施設とか54ページ55ページの高齢者集団に対する健診よりも、むしろ最近ゴミ屋敷とかそういう社会との接点がないセルフネグレクトの高齢者というのもマスコミでも取り上げられていますが、それに対して国の方は地域共生社会として自治体によって異なると思うのですが、コミュニティソーシャルワーカーを置いてアウトリーチ型で、社会と接点もっていない高齢者を社会の支援の中に入れようという、国

もたぶん今年の 7 月に最終報告を出して、そういう形の包括ケアを進めようとしているという、そういう流れに合わせてコミュニティソーシャルワーカー等がずっと閉じこもって医療機関とか体の健康状態が優れないという人がいたらタイアップして結核の健診の輪の中に入れるという、そういう意味での高齢者の健診とか発見というのもご検討していただきたいなと思うのですがいかがでしょうか。

松本対策監：高鳥毛先生ありがとうございます。先生が言われてることは非常に重要なことでやっぱり高齢者健診の対象者をどうするのかということに関しては、しっかりと考えていかなければいけないと思います。今、健診と健康教育をやることによって相乗効果はあると思うのですが、それだけではやはり十分ではない部分があるというふうに認識しております。それと受診、診断、発見の遅れに関しましては、これはなかなか割合を出すのは難しいところがありまして特に高齢者が増えてきますと、どこが発病の時期なのか、どこが初診なのかというのもなかなか難しいと。一応グラフの方に関しましては、以前田村委員が言われましたように、塗抹陽性だけで比べないと不公平であると言われましたので、右下のグラフを紹介させていただいたんですけど、これで見ても非常に年によってバラつきがありますし、これだけで本当に受診診断発見の遅れが正確に出せてるかということ、それはそうではたぶんないだろうというふうに考えています。特に若い人のように発病の時期がはっきりしており、初診の時期もはっきりしてるという患者さんがどんどん減ってきていますし、高齢者の場合は元から医療機関に掛かってて、いろんな合併症があっているような症状があつてどの症状が結核であるかとそのあたりもなかなか難しいという問題がありますので、そういうのをひとつひとつ丁寧に見ていながらこのデータができるだけ発見の遅れ等のしっかりとした評価につながるような形にしていかなければいけないと思います。それから不明に関しては、不明がどうして今年は大阪市が多くなり、全国は元から多くて全国に大阪市がだいたい一緒ぐらいになりましたが、これは、大阪市の入力が多分な状況で報告されましたので、本当に申し訳ありません。この後、入力を十分に入れて平成 26 年ぐらいの不明率にはしたいと思っております。

洲鎌委員：普段臨床しておりますと保健所の方々の患者さんへの説明の努力というのが感じ取ることができるのですが、例えば LTBI の患者さんの治療で紹介で来られた方とかも保健所の方で担当の方がしっかり説明されてるので、服薬されることに抵抗なくスムーズに治療を受けていただいています。なので、治療中断とかが減っているのは保健所の方々の努力の賜物なのかなと思うんですけども、37 ページの年齢別治療失敗・脱落中断のところで 20-29 歳 100%で自己中断という結果なんですよね。こちらについて 30~50 歳ぐらいまでも半分ぐらいは治療中断となってる、これがけっこう問題なんじゃないかなと思います。保健所の方での説明というのがこの方々には出来ていないということでしょうか？どうしてこういった結果になるのかというのが一つ疑問に思うところと、こういうのを放置すると子育て世代でありますので小児結核の発生というのが出てくるんじゃないかなとい

う懸念がございます。

松本対策監：ありがとうございます。本当にこの自己中断等の脱落中断を防いでいかなければいけないというおっしゃる通りだと思います。我々もやってないわけではなくてできるだけ脱落中断にならないような説明をやって、その結果がこうであったということになりますが、こういう結果を見ればまだまだ努力が足りないということで今後とももっと頑張っていきたいと思っておりますのでよろしくお願いします。

宮川委員：54 ページの先ほどからお話でてる高齢者対策なんですけど、この老人福祉施設の定義なんですけど、これはどこの施設ですか？老健ということですか？それに限定してるんですよね？

松本対策監：はい、老健です。

宮川委員：老健の例えば平成 27 年の 1556 名ということなんですけど、老健って基本的先生方ご承知のとおり退院を目的とした中間施設ということですので、一定の医療が行われるレベルの施設でございます。老人施設という書き方をするとあれですけど老人保健施設ですので言い方があれなんですけど優等生とか病院に準じていますので当然ここは出てしまったら大変なので当然その施設の方々の管理というのは当然厳しいルールできっちりされてるでしょうし、おそらくこれが特養であったとしてもかなり慎重にされてると思うのですね。先ほどからお話出ますように大阪のこの人口で考えますと 260 万人おられて 65 歳以上が今 60 万人超えてるはずですから、60 万分のこの数になるということなんですけど、もちろん全て健診出来る訳ではございません。そういう意味で最近問題になっているのが、先ほどから少しお話出ますサービス付き高齢者住宅、サ高住、いわゆる高齢者マンションですね、これは大阪府さんとか大阪市さん、もちろん実際、実態が分からないと、これ我々医療機関もどのような医療が実際行われているのかっていうのは非常に疑問に思ってることでして、ただし、ここが健診というのが入ってこれないとか、そういう状況のところがあると思っておりますので、ですから老人対策をするというのは確かにここも当然頑張ってもらわなければいけないし確認を怠ってないかという確認が当然必要ですし、今後さらに高齢者が増えてきて実際現場の先生方が高齢者の方々の結核の方々がいろんな病態ひどくなって、あるいは合併症も組まれて入院されてきている実態がおそらくあるでしょうから、そのことを考えるとやはりさらに進んでそのへんのサ高住、高齢者マンションにどう対策していくかということをやらないことには、どんどんどんどんそちらの方で住んでおられる方が増えてきているという現状ありますし、実際そういうところで亡くなっておられる方かなり出てきているという話ですし、実態としては掴めてませんが、そこをしっかりと高齢者対策ということであるならばしっかり切り込んでいただきたいというのがお願いとして一点でございます。あともう一つ、25 ページの一般ホームレスの再治療割合の推移

ということなんですけど、なぜ再治療にならざるをえなかったのかという分析なんです。おそらくマスで数を捉えてしまうと割合はこれだけとなるんですけど、一例一例なかなか厳しい難しいことはありますけれども、なぜ再治療になったのかという点をやはり分析していかないことには、次のステップになかなかいかないと思うんですけども、そのへんいかがでしょうか？

松本対策監：ありがとうございます。高齢者に対しましては先生が言われますように、やはり対象者をしっかり考えていかなければいけないというのは正にこの通りですので、いろいろと我々としてもそちらの方は考えていきたいというふうに思います。それから再治療に関しましては、これは一応分析の方はいろいろやっております。どれぐらいの時期に再発するのかとか、どういった理由で再発するのかというようなことはやっております。これは再治療というのは、一ヵ月以上治療を受けた人が二ヵ月以上治療中断、治療がない期間ありますと全部再治療割合の方に入ってしまうので、ちゃんと治療を受けていない方の再治療というのがかなり多い。ちゃんと治療を完遂した人からのものよりは、相当多い結果になっておりますので、やはり治療を確実に標準的な治療を最後まできちっとやるというのが、まず一つ重要であると認識しております。やはり標準治療がきちっとされてる、服薬支援がきちっとされてるというケースに関しましてはフォローアップして、もし再発した場合は、それを早期発見するというのが、我々の対応として必要な部分であると考えております。

宮川委員：ありがとうございます。ぜひ考察というか途中での分析というのはあると思うんですけども、どうしても資料データとしてしか出せないとは思いますが、その辺も少し書き加えていただければ、他のところでもいくつかご質問あったと思うんですけども、そのようにしたら参考になると思いますので、ぜひ今後またそのへん考えておられる内容でいいと思いますので、ぜひ教えていただければありがたいなと思います。それともう一つ関連するんですけど、29 ページなんですけど医療費なんです。医療費は平成 27 年度において若干 600 万上がったということなんですけど、これはこれの中身も分析する必要があると思うんですけど、医療費が上がるということは、例えばかかった患者さんの数が増えて 1 人当たりの単価は同じだけれど患者さんが増えて上がるということと、患者さんが少なくなっているけれどもその患者さんお一人にかかった医療費が上がったのかどうか、これはなかなか出てくるかどうかわからないんですけど、そのへんも分析しておかないと、なぜかといいますと重症化の問題なんです。結局数が少なくなってるのに医療費が上がるということになると近年そんなに結核関連の医療費っていうのは、特別な新しい治療薬が出たわけではないので、基本のベースラインはそんなに医療レベルとしては変わってないと思いますので、そこでどういうものが負荷がかかったのかということもできればまた詳しく調べていただければありがたいと、今たぶんないと思いますので、ぜひそのへんの分析もしていただきたいのと、いわゆる遅れて遅れて医療にかかってしまって結果

的に医療費がかかっているのかどうかとか、結果的には患者さんの実態を探るうえで非常に資料になるのではと思いますので、その観点でもう一度お願いいたしたいなと、これはお願いでございます。

あと一つだけすみません、38 ページなんですけど、いわゆる接触者健診で結核患者発見率ということで1年6ヵ月後に(2)のところなんですけど、25年のデータなんですけど、患者さん塗抹陽性者が3名発見されたと、この発見された1年6ヵ月後での発見となりますので発見された段階で、この方々から次他のご家族とかに感染した例とかいうのはなかったのでしょうか？

松本対策監：正確なことは分かりませんが、表の見方なんですけれど、この下の3と書いてるのは4人のうち3人が喀痰塗抹陽性というわけではなくて、初発患者さんが喀痰塗抹陽性の人のということで、この4人のうちたぶん喀痰塗抹陽性はおそらく1人2人ぐらいしかないと思います。二次患者さんは多くは喀痰塗抹陰性で発見されていますので、接触者健診ではおそらく7~8割は喀痰塗抹陰性で結核患者を発見されるという状況にありますので、ほとんどは早期発見されています。ただし、喀痰塗抹陽性で発見される場合もありますが、今のところ、二次患者からそのあと感染が拡大したという事例はあることはあるが頻度的には非常に少ない状況にあります。

宮川委員：はい、ありがとうございます。

工藤委員：58ページの西成区の健診者数および新規発見者数のところで、受診者が平成26年27年になると9000人前後の受診者があるということですが、さっき宮川先生が言われた関連するんですけど、対象は何人ぐらいいて、そのうちの9000人、その対象をどれぐらいに設定されているのかどうか、それをもしデータがあれば。

松本対策監：これに関しましては、どこまでを対象者数に含めるかという問題がありますのでなかなか難しいと思うんですが、これは、下内先生が中心となってされてまして、生活保護受給者に関しましては全てやりたいと言われてます。それから、おそらくホームレスからの発見率が非常に高い、新規の生活保護申請者は非常に発見率が高いということも分かっております。その辺りも対象者としては含まれているだろうと。正確な話ではございませんので、これは正確なことを先生にお返ししたいのですが、まだ、おそらく目標の数から言えば半分には達していないと言われていました。まだまだこれ以上増やしていくつもりであるが、どうしてもなかなか受けていただけない人たちがおられて、そういった対象者に対していろんな手を使って受診を勧奨して、もっともっとたくさんの人に受けていただくことを考えていると言われていました。また正確な数の方に関しては、西成区に聞き取りをしまして先生の方にも、また委員の先生方にも結果の方はご連絡したいと思っております。

工藤委員：ありがとうございました。うちの病院でも健診しているんですけど、なかなか病院の方にわざわざ健診行く人少ないんですけども、ケースワーカーなんかには勧奨されて生活保護の人は半分嫌々ながら来ているんですけども、生活保護の人とかここに65歳以上の区民と書いてありますが、それだけでも徹底すればだいぶ違うかなと、非常に特区構想で本当に一生懸命しておられて、たくさん発見されてるんですけども、この患者の数をさらに減らすにはそういうところを重点的にされたらいかかなと。

松本対策監：ケースワーカーの方にもかなり協力をいただいている、ケースワーカーに結核に対する教育もして、ケースワーカーの方をお願いしてたくさん生活保護受給者に受診を促して、それでもなかなか受けていただけない方がたくさんおられると聞いています。

宮川委員：34 ページなんですけど、コホートの関連なんですけど、結局亡くなられた方々を検討して結核外の死亡者が52名、結核死亡が22名いると我々医療者は亡くなられた方々から多くのことをいただいて次へのステップということを当然せねばならないわけですけども、この中身というのが先ほども申し上げましたけどグラフにしてみると52名ということになるんですけど、ひとかたひとかたさまざまな病状なり経過をたどられたと思うのですね。それはおそらく病院の先生方が最終的に関わってこられたと思うのですが、我々、特に私は開業医ですけども医療機関が実際結核の方々をみる機会が非常に少なくなっている、仮に症状からあれおかしいなと思った時にたいてい大きい病院へご紹介して、その大きい病院がすぐ診断つけていわゆる近畿中央病院とか限定されてる四つの病院ですか、紹介されたりすることが多いです。そのあと例えば帰ってこられる方もおられますけども、帰ってこられないでそのまま治療を完了される方もいますので、実際患者さんの流れというのが見えてこない状況が非常にあります。コホート検討会が開催されてるということで前回大阪の会議でも開催されたんですけど、我々正直なところ、私も感染症を担当して地区医師会で6年目になりますけども、話がなかなか入ってこないというか実態として認識できてなかった部分があります。それは大阪府医師会がすべてのことをわかっているわけじゃなくて、地区医師会をお願いしてることも大分ありますので、このへんのごとが実際どういう流れで患者さんが診断されて、医療機関くるまで時間がかかるでしょうし診断にも時間かかったかもしれないけど、その段階ですぐに大きいところを紹介して、その後うまくいかれた方もいれば再発される方もおられるし、その段階でかなり病状悪化されて亡くなられるという転帰になられる方もおられるので、そういうことが医療機関にフィードバックされないことには、なかなかみんなとしては分かりにくい部分あると思いますので、そのへんフィードバックする方向性についていただきたいと思います。そして、だからこそ先ほど、次の質問になるんですけど、医師の指示が治療において医師の指示がなかなか先生が変えていただけないと。この先生は地域の医療機関なのかとは思いますが、それに対してどういうアプローチをされるのかということが、この数を減

らすとするならば病院の先生がそれをやっていると考えられないので、地域の先生方にどうアプローチするのかということをやらないといけないと思うんですけど、それは先ほど私も言いましたけれども、なかなか患者さんを紹介してしまったら自分の手元に戻って来ないことも多いですしどういう先生が関わっているかという限定された先生が関わっている可能性もあるし、実態というのはなかなか分かっていないのですが大阪市さんにしか分からないことなのでそのへん今後どのように考えていかれるのかと、医師の指示でも結構ですので、どうぞこれは我々に対する注文になりますのでよろしくお願いします。

松本対策監：ありがとうございます。死亡の分析は非常に重要でして我々も適宜分析に関してはやっておりますので、来年度の評価委員会では、死亡の分析のデータを載せたいと思います。それから流れなんですけど、コホート検討会で一例一例詳しくやっています。府の結核の方の部会でも宮川先生出ておられたので、私の話は聞いておられたかもしれませんが、大阪市は24区それぞれコホート検討会を大体年3回やってまして、その中で一例一例治療の流れをみていっていると、もちろん死亡までの状況に関しても、どういった初診そして診断そして治療開始そしてどの医療機関にかかってどこで何日目に亡くなったか、どういった理由で亡くなったかということを検討しています。そしてこのコホート検討会には区の医師会から先生が来られています。そして区の医師会の先生方は、たいていの場合は医師会の方にフィードバックしますというふうに言われて帰っていかれるという状況です。ただし、それだけではおそらく十分ではないと思いますので、我々としましてもこれはいろんなところでコホート検討会の経過とか流れとか、そういったものは、いろんなところで報告していった情報共有につながるようないろんな動きをしなければいけないと思っていますので、また宮川先生の方も協力していただけたらと思います。よろしくお願いします。

宮川委員：ぜひ協力してやっていきたいと思いますので、その医師の指示含めまして大阪市さんと協議して前に進めてこの医師の指示が0になるように努力したいと思いますし、コホートの結果をしっかりと皆にあげていくような仕組みシステムを大阪市さんと一緒に協議したいと思います。

齊藤委員長：議論は尽きないと思いますが、ここで一定のまとめをさせていただきます。

福島委員 年齢階級別結核の死亡率というのは出てないのでしょうか？

全国も市も出ていないということでした。

高齢者結核の対策の重要性は認識するところですけど、老人福祉施設などでの健診の費用対効果についてはどうでしょうか？

健診と合わせて健康教育もやっているということで意味のあることであるということでした。

工藤委員 平成27年度塗抹陽性の患者が261例ということで全体の例数と違うということだったので、これは死亡転出治療中を除いているので、この数字になっているということでした。

西成区健康健診の受診者の対象の内訳はどうなっているのでしょうか？

基本的に生活保護者であるとかホームレスが多く含まれてるということだと思いますが詳細については、また報告するとのことでした。

青木委員 外国人の経済的理由で治療の中断とかが多いのではということでしたが、報告では以前は中断率すごく高くなっていましたが、2011年からはずいぶん改善されて、現在は中断率は低くなっていますということでした。

田村委員 治療失敗の医師の指示の内容について臨床上の問題もあって取り組みで減らせるのではないかとということがひとつと、管理健診、患者発見についての方法を変更しては、また、DOTSをしていても管理健診については方法を考えてやってはどうですかということでした。

高鳥毛委員 発病から初診の不明の割合が多いのは？

高齢者が多く発病、発疹、受診などの遅れがあったものと思われるとのことでした。

不明の割合が27年で増えたのは？

まだ整理が完全にできていないところもあるということでした。

高齢者結核の健診対象について

老健の施設以外にも社会と隔絶してるセルフネグレクトといったような人とかも対象に対策していかなければ、という意見については

対象については検討していきたいということでした。

州鎌委員 年齢別治療脱落中断が若い層を中心に中断、失敗例が多いのは問題ではないか？

当然影響は大きいですので、さらに若年齢層の失敗、自己中断とかを減らすように検討していきたいということでした。

宮川委員 高齢者対策としてサービス付きマンションであるとか、サポータティブハウスなどのところにも対象を広げるべきではないか？

ホームレス別結核の再治療が多いのは？

再治療については治療の中断が2カ月を過ぎると再治療に分類されるということでそういうのが含まれているので、再治療が多いということでした。

医療費の増加が27年みられたので、それについても内容を精査していただきたいということでした。

結核の接触者健診において1年6ヵ月後に感染者が見つかったりしていますが、そこからの二次感染がないのでしょうか？ということについては、そういうことは極めて低いということでした。

結核死亡についてもなんですけど、全般的に患者がどういうことでどういう経

過でどうなったかと、病状だとか治療とかのフィードバックをもう少ししていただきたいということでした。

齊藤委員長：そしたら時間もまいりましたので、本日の会議はこのあたりで終わらせていただきます。どうもありがとうございました。

すいません。ちょっと高鳥毛委員から発言があるようです。

高鳥毛委員：ちょっと今日お示しいただいた資料というよりも、もともとの平成 23 年度に大阪市が作られた基本指針の中に盛り込んでいただいているけれど、こう数値目標を掲げていないけれど結構重要として、今日も小笠原微生物保健担当課長さんお見えなんで、国の特定感染症の基本指針でも、こういう VNTR 等を含めた分子疫学的な検討というのを結核対策の中に入れるということにして、この基本指針の中の 81 ページ、85 ページにも一応入っていますので、できれば次年度かに、やはり大阪市の一つの課題は中高年齢層の罹患率が、ちょっとまた凸型から平坦にはなっていますけども、その年代とか若年者を考えると、どうしても接触者健診並びに感染源の追及というところは、おろそかにできないので、分子疫学的なところの現状も入れて検討会の中で定義して議論できるようにしていただけないかと思います。会議の終わりで申し訳ないです。

松本対策監：ありがとうございます。我々も VNTR に関しては力を入れておりますので、今、国の方から全株保存ということですが、今、確保できているのが 90% ぐらい、ただそれを全部検査できているかというところ、まだまだ遠く及ばないところではあります。今言われましたように感染経路の解明には欠かせないものですので、できるだけ積極的にやっていって、来年はこの評価委委員会の資料にも載せたいと思いますので、よろしくお願いします。

齊藤委員長：それではよろしいでしょうか。

徳田課長代理：失礼いたしました。本日は、齊藤委員長並びに委員の方々におかれましては、熱心にご議論いただき誠にありがとうございました。以上をもちまして第 4 回大阪市結核対策評価委員会を終了させていただきます。改めてありがとうございました。