

第 15 回大阪市結核対策評価委員会（議事録）

第 15 回大阪市結核対策評価委員会

令和 7 年 5 月 19 日（月）午後 2 時～4 時

大阪市保健所 12 階研修室 2

～午後 2 時開会～

- ・ 委員の紹介
- ・ 事務局の紹介
- ・ 議事運営：工藤委員長

～議事運営～

■工藤委員長

第 3 次大阪市結核対策基本指針の進捗 大目標・副次目標の評価、事務局から説明をお願いしたい。

■小向医務主幹

1 ページ目をご覧ください。

最初のページには全体の大目標・副次目標の達成状況を載せております。

まず大目標の数値目標各項目が一番左の列にありまして、その次に目標値そして基準となる 2018 年のデータ、そして 2023 年の直近のデータを載せております。

一番右には達成状況として記載してあります大目標、副次目標に関しましては網掛けで示しました、副次目標の新登録肺結核患者の治療失敗・脱落率そして LTBI の治療開始における治療完了率、この二つについて未達成となっております。

その下の大目標についてデータを示しております。そちらご覧いただけますでしょうか。2025 年の罹患率 18 以下を目標として、減少のベースとしては毎年 7.2%減としております。この大目標全体の罹患率の推移としましては、一番上のところに第 3 次指針の年次別の目標値を載せております。

2023 年のところをご覧いただけますでしょうか。列は右から 3 番目のところに記載してありますけれども 20.2 を目標としたところ大阪市は 18.3 の罹患率だったので、目標が達成できております。

そして下の段副次目標の喀痰塗沫陽性罹患率 2025 年に 8 以下を目指す、これも減少率

は同様に年間 7.2%、10 年間で半減のペースということで、設定されておりました。

2023 年のデータをご覧くださいませでしょうか目標値が 8.4 のところ大阪市は 6.1 ということで、塗沫陽性に関しても目標達成しております。

そして右側副次目標のイですね。肺結核患者の治療失敗・脱落率。これにつきましては先ほど未達成と申しあげました、4%以下を目標としていたんですけれども、その下の段の表ですね、これをご覧くださいませでしょうか。この中で 4%以下を達成していたのは 2020 年 3.1%ということで目標達成していたんですが、他の年については目標達成できていなかったとあります。詳細といいますか簡単ではありますが、データを追記しております表としましては、肺結核脱落中断理由の推移というものを載せております。この肺結核の中断の理由はこういったものかっているのを記載した表ですけれども、まず医師の指示、副作用・他疾患優先。こういった要因になるものが上の段に載せております。それ以外の自己中断、自己退院だとか拒否であるとか患者側の要因にされるようなものは下の段になります。その割合を見てみますと、医師の指示、副作用・他疾患優先の割合が 2019 年は 42%であったのが 2023 年は 58%ということで半数を超えているという状況であります。

参考としまして国の指針でも同じような目標値がありまして、肺結核の治療失敗脱落率は、大阪市では治療中転出死亡を除くとするような数値目標になっておりましたが、全国ではこの治療中・転出、死亡を含む集計で 5%以下というのが、目標となっておりまして 2023 年は 3.2%という国の目標は達成しているんです。

あとは、この集計方法につきましては、毎年評価委員会の中で先生方にご意見いただいているところではあるんですが治療中・転出・死亡を除いたデータで大阪市は出しておりますので、国のこのデータとはちょっと単純に比較しにくいという課題が出ておりました。

それでは次の 3 ページをご覧くださいませでしょうか。目標の LTBI の治療開始者における治療完了率 90%以上に関しまして、ご覧いただいた通り先ほども申し上げましたいずれの年も目標は達成できておりません。2023 年は 86%という状況でした。

この内訳につきましては、表で示しております発見方法別に示しております、2017 年に接触者健診で発見された LTBI が 58%、145 名の方がいらっしゃったと。2 番目にはその他があるんですけど医療機関に関しましては 17%、42 名の方がいらっしゃったという状況だったのですが、2023 年を見ていただきますと、接触者健診は 44%と減少に対し、医療機関発見は 37%と倍増しているという状況でした。ちなみにこの接触者健診・医療機関・その他、それぞれどういったものが含まれるかっているのを表の下に記載しているけれども、医療機関につきましては、免疫低下要因等がありまして、医療機関を受診しまして、発病のリスクが高いだろうということで、IGRA 検査をされまして、とりあえず LTBI と診断された時、これが増加しているという状況にあります。免疫低下疾患等持っていらっしゃる方々が接触者健診に比べますと非常にご高齢の方が多い。四角で下の中に簡単にまとめを記載しております。接触者健診は 2023 年でも最も多くて 44%。医療機関派遣が増加しまして 37%。この過去 12 年間の中断の理由を見てみますと、この医療機関の件につきましては見てみたんですが

副作用が半数近く 49%を占めており大部分が副作用が多いんですけれども、あとは他疾患優先が 22%、医師の指示が 19%。そして自己中断が 11%。という発見が増加しておりまして、且つ中断の理由が、副作用であったり、他疾患優先であったりという医療的な要因というのが非常に大きくなっております。目標値の設定にあたっては、やはり経費とかあとはそういった患者側の要因になるようなものは、患者さんの支援の強化というのを保健所を中心として強化することで減らせる可能性はあるんですけどそれ以外の要因というのが相対的に大きくなってきておりますので、そういったものも加味した目標設定が必要かなと検討しているところです。

それでは、次の 4 ページをご覧くださいませでしょうか、

副次目標の接触者健診で発見した LTBI の未治療の方を毎年 8%以下にするという目標を立てておりましたが、これにつきましては 2021 年以降目標達成しているという状況になります。平成 23 年は 8%。113 名中 9 名が未治療でした。下の段の表として、その未治療の理由どういった方が多かったかというのをまとめております。

一番多かったのが、本人や家族が治療拒否している。これが 6 割を超えていました。理由は無症状などということもありますが、治療の必要性が感じられない。副作用がちょっと不安だというのがあります。そのほか薬剤耐性というのは、拒否以外の下のところに記載してあります。これが 24 名 10.3%。大体 1 割ぐらいが初発患者さん、感染源の方が多剤耐性結核ということで未治療であるというやむを得ない事情ということでありますけれども、こういったものも含まれて 8%。2023 年に関しては、参考としましてその下の表に多剤耐性結核が初発患者であった接触者の LTBI 未治療率これはどうかと見てみますと、先ほどの表よりも数値が改善してるかと思うんです。けれども 2023 年については 7.1%の未治療率という状況でした。

そして最後の副次目標が、小児結核の発生ゼロでして 2023 年と 24 年につきましては、15 歳未満の発生はなかったという状況でした。

次の 5 ページご覧いただきますと基本政策と具体的な取り組みの評価ということでこちらも同様に一覧表で載せております。

達成・未達成の数字をそれぞれ記載しておりますので、説明をしていきたいと思います。

6 ページご覧いただけますでしょうか。まず（１）原因の究明としまして発生動向結核の罹患率ということで、先ほども申し上げましたが全体の罹患率としては、減少していく目標は今のところ達成しております。

ただこの下のグラフをちょっと見ていただければと思います。先ほどのところ、1 ページ目でも数値としては見ていただくことも可能かなとは思いますが 2023 年については、前年が 17.4 に対して 18.3 ということで増加しております。国の罹患率から見ますと、下がっていますけどまだ 2 倍以上あります。

そしてこの下の段のグラフで、2023 年の区別結核罹患率というのをお示ししておりますが、西成区が一番上にすごく長く伸びているかと思えます。あとは一番上のところに簡単に

4つをまとめた項目書いておりますけれども、10 から 20 歳代と非常に若い方の中で外国生まれの肺結核患者と、あとは 70 歳以上の結核が増加高止まりしているそういった状況が見受けられると思います。

次の 7 ページにつきましては、肺結核喀痰塗沫陽性罹患率がどのように推移しているか、これも先ほど申し上げました通り 2023 年は 6.1。ただこれも国の 2 倍の罹患、そして高齢者において高い傾向、先ほどの全体の結核と同様の傾向があるのかなと見受けられるんですけど、例えばその下の段の表、2023 年の喀痰塗沫陽性肺結核の罹患率を年代別に示しております。

大阪市が上の段、全国が下の段で左から若い方、右に行くほど高齢の方の罹患率で塗沫陽性ですね。大阪市の 20 歳代から 2.7。ここがやや高くなっているこれは外国人です。

そして 70 代が 13.6、80 歳以上が 21.3 全体が 6.1 に対して 2 倍以上高いです。

そして下の表には肺結核死亡に関しての死亡率の推移を示しております。全体としまして死亡率は低下傾向にあるかなと思います。2023 年については 2.1 となっております。

それでは次の 8 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についてご説明いたします。

結核対策評価委員会、本日開催しておりますこの委員会ですが、毎年 1 回開催となっております。今年是指針の改定の年ですので回数が増えておりますけれども、大阪市の結核という結核の発生動向をまとめたものを作成しており、それにつきまして先生方に進捗状況をご説明いたしましてそれに関してフィードバックを評価いただいて、年 1 回以上行っています。次が解析評価検討会というものを開催しております。これはそこに書いてある表の通りの回数を開催しているんですけども、内容としましては結核の事例検討を行ったり、あとは結核のトピックスとしまして、詳細な分析で評価をしている形となっています。

ただコロナの影響がありまして、2020 年から 23 年度につきましては実施回数が 9 回から 4 回に減少しております。

2024 年からは 10 回の開催ですけれどもコロナをきっかけにウェブを取り入れたことで参加者が増加しているという状況があります。区の管理医師の先生方そして保健師が結核について学ぶような機会となっています。

その次にコホート検討会について回数はご覧の回数で開催しておりますが、こちらもコロナの期間に関しては、会議の回数が減少しまして、書面での報告をいただく形に変更されていまして。

これにつきましては、患者さんの治療の支援がどういうふうにできていたか、服薬の支援はどうであったかっていうところの振り返り、そして、治療成績を評価するという患者さんの支援の最終評価の場というふうに捉えていただくんですけども、困難事例なんかも共有することにより患者支援の力量アップしていくということで、中断を減らすよう働きかけというのを行ってきましたし、地域の医師会の先生方にもご参画いただきまして、ご意見を賜ったり、また大阪市の結核対策についても知っていただく機会になってきたかなとい

うふうに考えております。

そして4つ目が分子疫学検討会でして開催回数をご覧の通りです。こちらでもコロナの影響での回数減というのが見られました。VNTR の一致、これ遺伝子型別ですけど疫学調査を振り返りまして、場合によっては接触者健診を見直したりする対策に生かすようなことを行っております。

評価の課題ということで取り組みとしては継続するんですけども、先ほどから説明の中でコロナの影響で予定の回数を決めてしまうことで非常に評価が難しいといいますが、そういったところもあるというような意見も出ておりまして、今後としましては四角の中ですけども、2番目の解析評価検討会については引き続きウェブ参加もできるようにしまして、たくさんの方が学びやすく参加しやすいような体制というのを維持していきたい。また検討会当日に参加できなくても後日視聴できるような体制というのも整備できたらと考えています。また分子疫学検討会につきましては大阪健康安全基盤研究所にご協力いただきまして、遺伝子型別のデータの集積、結核というのは空気感染する感染症ですので、大阪市の中だけで感染のやり取りとかとどまるものではありませんので、大阪府下に広げて感染経路不明のケースというのを解明していくとともに、さらに力を入れていきたいと考えております。

次の9ページ目が、遺伝子型別の活用ということで、先ほど申し上げました分子疫学検討会が非常に関連あるんですけども、この分子疫学調査事業というのは、培養が陽性となった結核の菌株を確保し、VNTR 型遺伝子解析を行うことでこの実地疫学、保健師が実際に調査した結果とあわせて、感染症の防止に努めてまいりました。

目標値としましては菌株を95%以上搬送するという目標値を立てていますが、2018年は96.3%と達成しておりましたが、それ以外の年については目標達成できておりません。2023年は93.1%となっておりました。理由としては検体の不備、例えば菌株がうまく分離できずに検査に回らないというケースもあるようなんですが、あとは速やかに連絡が行かないと検体がすぐに廃棄されてしまうということもありますのでそういった理由で運べていない、搬送できていないといった検体もあったという状況でした。

今後の取り組みとしては、そういった廃棄されているというケースは速やかに連絡を取ること、検体搬送ができるように医療機関との連携というのがとても重要です。

2つ目としましては、VNTR 解析の成果をコホート検討会で説明する。あと医療機関講習会で医療機関への情報提供というのを引き続きやっていきたいです。

分子疫学検討会で解明された時期につきましては、接触者健診の対象を検討する際に活かすということも引き続き行っていきたいと考えています。

(2) の発生の予防・まん延の防止につきまして、有症状時早期受診の徹底ということで、目標値を立てておりました。

有症状肺結核患者の喀痰塗抹陽性の発病から2か月以上で医療機関を受診した割合を25%以下を目標としようとしていたんですが、これに関しましては、2021年が23.2%目標達成し

ておりますけれども、それ以外の年は目標達成できていなかったというところです。

これにつきましてはやはり市民の方々にできるだけ早く医療機関にかかっていることで、発見の遅れを減らすということが結核の防止に大いに寄与することとなりますので、高齢者向け、外国出生の方も増えておりますのでそういった方々に対するリーフレットの作成を行いまして、引き続き啓発というのをしっかり行います。

次に定期健康診断の勧奨ということで健診を実施した報告書を提出していただくというのが必須となっておりますが、その表に書いてある医療機関、学校、高齢者施設、それぞれ2023年は17.5%、61.8%、23%提出率が低いという課題があります。取り組みとしましてホームページにてこの実施報告書が必要であるということを周知するとともに、医療機関講習会や高齢者施設の当該課が主催するような研修でも周知を行っております。

また利便性を図るためにオンラインでの申請というのも追加で行われており、老人保健施設や介護医療院に結核健診の受診勧奨メール、実施報告書の提出について直接依頼するというのも行っております。

次に10ページをご覧ください。接触者健診の確実な実施ということで、受診率をそれぞれ右側に書いてあります目標値ということで示しておりますけれども6か月以降につきましては特に受診率が低下し目標が達成できていないという状況があります。

未受診の理由としましては、受診の拒否が42%、連絡取れない方が35%となっております。訪問であるとか電話であるとか文書であるとか、保健師が中心となりまして再三アプローチを行って、粘り強く必要性を説明しているんですけどもなかなか受診に繋がらない方がいらっしゃいます。これにつきましては、接触者勧告書を送付できない接触者につきましては、分母から削除することを次期指針では検討しているところです。

次にBCGの推進。これにつきましては数値目標95%以上となっております。

2023年については94.9%となっております。2023年の4月からは個別接種、医療機関での単独接種に移行しております。図グラフとしまして、コホ現象の方がどれぐらいの数で推移しているかというのを実線で示したものが確定割合です。2021年22年23年度は、0.15%前後ということで、保健所の割合では大きな変化はなかったという状況になっております。取り組みとしましては、委託医療機関の確保、制度の維持のための研修というのを継続していきます。

また未受診者への受診勧奨というのも、区役所と連携しながら行っております。今後、四角の中に書いておりますけれども、この情報連携基盤によりまして予防接種の接種状況が把握できるようになりますのでマイナポータルを通じての接種勧奨というのも可能となります。

また、全体の計画もそうですけれども、外国出生の住民の方も増えておりますのでそういった方々は自国で接種している方もいらっしゃるかもしれないし、そういった未接種の方への勧奨というのも非常に課題として残されております。

次の11ページご覧いただけますでしょうか。(3)医療の提供ということで、80歳未満

の全結核患者さんの PZA を含む 4 剤治療開始率 85%以上だったんですが、2023 年については 83%と目標が達成できていない。開始しなかった理由というのをしっかり調べていこうということで下の段に載せております。

肝障害の方が最も多くなっておりまして、ご覧の他の理由によって、やむを得ない事情で開始できないケースがありますので、理由っていうのは引き続き分析していきたいと考えております。

そして DOTS の推進ということで LTBI を含めました。

全結核患者を対象とした月 1 回以上の地域 DOTS 実施率これを 95%以上の目標達成を立てて 2019 年度数値目標は達成しているというのは、結核・LTBI と分けましてどれだけの DOTS が実施されていたかというのは一覧表にしておりますが、網かけで示したところだけ申し上げますと、肺結核の B タイプ以上、週 1 回以上の DOTS ですね。これは肺結核に関しては B タイプ以上というのを目標にしておりましたけど 2023 年については 90.3%。

そして LTBI につきましては C タイプ、月 1 回以上の DOTS の実施をとっておりますが、2023 年は 96.9%となっております。

2022 年度からは、Web 版の飲みきるミカタ DOTS であるとか、オンライン DOTS であるとか様々な DOTS の選択肢を増やしまして、患者さんに合わせた DOTS を導入できるよう工夫しております。

今後は、治療中断リスクアセスメントから得られた知見を活用し、よりリスクの高い方に、頻度多くするなど、手厚く支援をするといった、DOTS を導入しようと、準備をしているところです。また国の数値目標に合わせて、大阪市でも院内 DOTS を含めたすべての DOTS 実施率を 95%以上とすることを検討しているところです。

12 ページ、ご覧いただけますでしょうか。

肺結核再発の防止、ということで目標立てておりました。肺結核の患者さん治療終了後 2 年以内の再発を 1.5%以下を目指しますと。

2023 年は 0 ということで、再発は 2 年以内ではなかったという状況でした。

今後は四角で囲ってあるんですけども、肺結核再発の早期発見という項目に変えて、その管理健診の受診率を目標値として定めることを検討しております。

次の高齢者（特に 70 歳以上）結核対策の充実、これは後程重点項目でご説明したいと思います。

患者管理の徹底、これは様々な目標値立てております。

塗抹陽性となるような入院勧告対象患者に関しては、3 日以内の面接 100%。

塗抹陰性など入院勧告対象外の方は、7 日以内の面接 100%。

そして、3 つ下の菌の検査に関連するものですけど、培養の結果把握を 2 か月以内に 95%以上、そして感受性は 95%以上同定検査も同様の数値ということで、目標を立ててそれぞれ行っております。

次のページ。重点項目につきましてご説明をしています。

まず、重点項目 2 つ挙げられていた外国生まれの結核患者対策です。

グラフにお示ししているのは、全体として増加しているのみならず、特に 20 代の結核というのが、2023 年には 8 割を超えているということで、若い方の中で特に外国生まれの結核者が課題となっていることがわかります。

そして、その下の発生動向各年 1 月から 12 月の集計ということで、2023 年と 24 年の比較ですね、どの年代で増えているかというのを見てみますと、2023 年と 24 年の差分と書いたところ網かけ示しました。

20 代が 20 名増加しておりまして、30 代が 11 名と非常に若い方の増加がおわかりいただけるかと思います。

特にその下にリスクグループ健診という、日本語学校に所属する外国の方につきましては、胸部エックス線の健診を大阪市が行っているんですけども、2023 年は 4 名であったものが、2024 年には 19 名、その内 3 名については健診であるんですけども、塗抹陽性で発見されて、いろんなケースも出られております。

今年も大体、2020 年と同じぐらいのペースで健診を行っておりますので、非常に効率的に、早期に発見していくことに繋がりますので引き続き行います。

その下取り組みの現状としまして、第 3 次指針の中には、外国人の結核患者に LTBI 含みまして、治療失敗・脱落率を 5%以下とするという目標を立てておりました。

これにつきましては 2023 年のデータ見ていただきますと、一番上肺結核 8.9%、肺外結核 15.4%、そして LTBI は 4.9%ということで、LTBI は達成しているんですがその他の 2 つについては、達成できていないという状況になりました。

右側 2 番目の表をご覧くださいいただけますでしょうか。

リスクグループ健診、先ほど 2024 年には 19 名を発見したというようなことも書いておりましたけれども、その受診者数どれぐらいかという規模感を書いております。

2023 年は 4924 名、受診されまして 6 名の発見となっております。

これは年度ごとに登録年で切ってるものですが、患者の発見率が 0.12%となっております。

これは他の住民健診は、この 10 分の 1 ぐらいの発見率ですので非常に効率的かつ 20 代の若い方々が受けてらっしゃる健診ですので、一般で若い方でこれほどの健診で発見されることはまずありませんので、非常に健診が重要であることを示唆しているかと思えます。

そして下の段、医療通訳派遣につきましては 2023 年につきましては利用の対象者が 47 名で、そのうち利用者が 24 名 51.1%となっております。

この対象者というのはそこに小さく書いてありますが、日本語の理解は日常会話レベルほとんどできない方を対象とした場合の割合として、医療通訳導入していないケースにつきましては、ご家族であったり学校関係者何らか関係した方々が通訳に携わってくださったという状況がありました。

外国生まれの結核患者の結核対策の取り組みの具体例としまして、まず 1 つ目は先ほど申し上げました日本語教育機関における健診を引き続き行っていくことですし、次の普及啓発としましては、外国人向けのリーフレット、日本語と 8 言語で作成しホームページに掲載しております。

また、外部団体主催のイベントと相談会等でそういったリーフレットを配布しております。

次に、日本語教育機関、非常に外国の方で、結核の患者さん多く見つかる場所ですので、こういった職員の方に向けてオンラインの講習会を開催しまして、職員の方を通じて外国の方の早期発見に繋がるような対策を行っております。

そして医療通訳者を対象とした研修というのも行っております。

また医療機関向けには、医療機関講習会で外国生まれの結核が増えているということを情報提供して参りました。

3 つ目の患者支援としましては、各種様式を多言語で対応するような翻訳を行っておりますし、ポケットクのような翻訳機器も活用しております。

また先ほど申し上げました医療通訳派遣ということで患者さんの支援を行っておりますし、あとは DOTS の方法を日本の方も同様なんですけれども、Web 版の飲みきるミカタで行う、また日本語教育機関の職員の方と連携した DOTS を行ったり、あとはやむを得ず帰国すると治療途中に帰国するというふうになった場合には結核研究所と連携しまして、帰国時結核治療支援制度の活用も行っております。

最後に関係機関との連携としましては、外国人結核対策ワーキングを開催しまして、出入国在留管理局、弁護士会、委員会事業、技能実習管理団体、結核研究所の先生にも入っていただきまして、これまでワーキングを行って参りました。

出入国在留管理局主催の外国人向け相談会に参加するとしておりますし、また国際交流センターにおいて啓発も行っております。

そういった様々な対策を行っております。こういった対策を引き続き実施していこうと考えております。

そして、西成区の結核対策のところ、右上に四角で囲っております。

第 3 期西成区特区構想というところで、2027 年までに、2022 年の罹患率 90 の半減、45 を目指しているというような目標が立てられております。

2023 年のデータその表をご覧くださいませでしょうか。

あいりん地域の患者数が 30 名。罹患率で 148.5 と非常に高くなっております。

西成区は 83 名で、罹患率が 78.5。この 2 つはいずれも前年より増加してきているという状況であります。

大阪市も先ほど申し上げましたように、罹患率 18.3 と増加しておりました。LTBI の推移を表でお示ししております。また、結核健診、胸部エックス線の健診に力を入れております。

2023 年は 7000 人あまりの方々に受診していただきまして、患者発見数は 17 名というこ

とで、発見率 0.24 と非常に効率的であり、そしてその下の段の左側が肺結核の治療失敗・脱落率の推移を示しております。

実線で示したのがあり、2020 年は 0%、西成区は 3.4%ということで、大阪市の 4.9%よりも非常に低く抑えられております。

右側があいりん地域の新登録患者の地域 DOTS タイプ別の実施状況ということで、ABC それぞれ A は毎日週 5 回以上です。これが非常に多くなっています。

いずれの年も 9 割以上を占めているという状況になっておりました。

また取り組みの現状として結核健診、アパート接触者健診、医療機関への啓発、そしてホームレス結核患者療養支援事業などの対策を行っております。新しい指針でも引き続き重点項目で対策を進めます。

■工藤委員長

はいここまでとなります。ありがとうございました。

第 3 次結核基本指針にしたがって、今までされてきたところを詳しく説明していただきました。

大目標は、23 年の時点では、クリアしているし、副次目標で塗抹陽性についても目標を達成している。治療失敗・脱落率とそれから LTBI の治療完了率は目標値に達していない。そういうところとですね。それから原因究明のところではこれはもう皆さんもよくご存じのように、まだまだ大阪市の結核はですね国の 2 倍、特に西成区は非常に高いということと、外国人が増え若い人の外国人が増えてきてる。

それから塗抹陽性については、やはり国の 2 倍あって高齢者において高いというところですね。

それから医療の提供ではですね、PZA が 80 歳未満で 85%以上、まだできていない。

DOTS は非常にうまくいっているというふうな印象でありました。

あと西成区と外国生まれについては非常に積極的に対策を取られていて、まだまだ高いんですけども、非常に効果が出てきているということでもあります。

今聞かれたところでですね、今日参加の委員の先生方の質疑応答にこれから入りたいというふうに思いますので、どうぞ活発にお願いしたいと思います。

質問がされる方は、挙手のボタン押していただいて発言していただきたいと思います。

よろしく願いいたします。

杉江先生どうぞ。

■杉江委員

はい。ありがとうございます。帝塚山学院大学の杉江です。詳細なご説明どうもありがとうございました。小さいことなんですけれども、1 件質問があります。

中断率、2 ページのところのあるところなんです、脱落中断率の理由のところ、医

療側の理由による中断が多いついていうところをおっしゃってたんですけれども、それを含む必要があるのかなと。それを除いた中断率を出すっていうふうにはいけないのでしょうか。そうすると、対策の効果を見ることもできるのではないかなと思った次第ですが、これを含まないといけないっていうような、何かがあるのかもしれないんですけれども、だったら、それを除いた、中断率も出すと効果が見えるのかなと思いました。いかがでしょうか。

■小向医務主幹

はい。杉江先生ありがとうございます。

おっしゃる通りで例えば医師の指示とか副作用とか、また疾患っていうところは、やむを得ないケースっていうのも含まれているので、除くかどうかというご意見かと思うんですけれどもちょっと私申し上げたのが、国の目標と同じような数値にしておくとして、比較がしやすいといった面がありますので、こういった全体の評価をしていく中では、国の目標と合わせたような数値にしておいて、ただその先生おっしゃったようにその中身というのはとても重要ですので、詳細については中身を分析してその評価に返していくということが必要なかなというふうに感じております。

あとは医療側の要因っていうのが主ではあるんですけれども、ただそれで私たち何もできないかということもそんなこともないのかなというのがありまして、例えば、何か治療の変化であるとか副作用が起こったりということがあった場合に、患者さんがすぐに医療機関に訴えられないケースとかがありましたら日頃支援している保健師が中心となりまして、医療機関の先生に素早くフィードバックすることによって、副作用が軽微であったりするなどすぐに対応することで、治療が継続できるようなケースもありますので、そういった医療機関との連携っていうのを密に取ることによって減らせる可能性のある事例もございますので、引き続きこういった中身っていうのをきっちり分析していくということで対応できたらなと考えております。

■工藤委員

どうもご意見ありがとうございます。次に高鳥毛先生お願いします。

■高鳥毛委員

高鳥毛です。2点というか、1つは質問に対することになります。

今議論になっています、この2ページの中断理由のところの、医師の指示副作用他疾患の優先というところですけども、この点については、先ほどの杉江先生とは逆に、結構介入できるっていうか保健所の役割として大きい点があるんじゃないかということで、医師の指示副作用、他疾患と3つまとめてますけれど、これは具体的には副作用がメインなんですか。それとも、例えば医師の指示のやり方に問題があるんでしょうか。まずそこを教えてもらえたら。

■小向医務主幹

ありがとうございました。

年によってどの理由が多かったかっていうのは、結構ばらつきがあるというか途中で違いもあるんですけどもやはり医師の指示なんかで多いのは、治療の延長要件、例えば糖尿があるので、3か月延長が必要というものが、3か月延長されていなくて中断となっているケース。

あとは、標準治療に数日治療が満たなかったりするケースで、治療日数が不足しているということで中断となるケースというのが、やはり散見されるかなと思いますし、あとは同じぐらいの数だった印象なんですけど、副作用も同じように見られてまして、特に肝機能を中心とした副作用で中断してるというケースで、他疾患に関しましては、数としては非常に少なくなるかと思うんですが、そういったケースが見られます。

この中身につきましては、非常に発見方法別に違いがありまして、接触者健診なんかですと拒否の方の割合というのが高くなったりすることはあるんですけど、医療機関になってくると副作用とかもちろん医師の指示もそうなんですけど、そういったものも発見方法別にお調べしていく必要があるなと感じています。

ちょっと具体的な数というのをすぐにお示しできなくて恐縮なんですけど、先生のご質問に答えとしてよろしいでしょうか。

■高島毛委員

はい。ありがとうございます。

というのは、もともとよくあるのは主治医の方は治療期間として切ってしまったと。

保健師さんとかちゃんと患者支援やっていても、コホートの的に評価しようとするとう治療期間が足りないとか、いろいろこうありますから、あらかじめ推測できる、例えば先ほど言われた糖尿病で3か月延長とか患者によっては治療期間変更になったり、副作用の中断期間でさらに治療期間なんぼにしたほうがいいのかっていうのは、大部分の患者さんは専門医療機関に受診されていていいと思いますけど、今度の学会の指針改定で、できるだけ早期に退院して地域に戻すとなると何かその治療の原点は、保健所ないし行政の結構重要な役割なんじゃないかと思ってます。

そういう点で、間に診査会なり行政が関与してるという点で大事な部分じゃないかと思いました。回答については結構です。もう1つは、このLTBIの治療完了のところですけど、日本人でLTBI治療の副作用とするとヒドラの副作用というのがあると思うんですけど、大阪市ではRFPとかINH・RFPによるLTBIの治療はどういう現状でしょうか。

■小向医務主幹

ありがとうございます高取毛先生。LTBIのINHが主にこれまでは治療されてたという状況があるんですけども。

この大阪市の結核の中で、ご報告してるデータをちょっと補足でご紹介しますと 2019 年に INH を処方された方というのが非常に多くて 92% ぐらい投与されており、RFP は 1% 程度ということで、なっていたんですけども、2023 年のデータにつきましては INH が 71%、大体 20% 程度減り、それと相対的に RFP が 8% ぐらいに増加してきていると。

あとは、新しく医療基準に加わった INH と RFP 両方加えた 3 か月ないし 4 か月の治療という、最近増えてきて、RFP 同様に 14% ぐらいという状況になっております。

■高島毛委員

はい。それによる何か完了率の違いとか、副作用の出かたを統計取ったり、学会発表されたりしていますか。

■小向医務主幹

2023 年のデータで申し上げますと、INH の中断が 8.2%。そして RFP の中断が 1 名だけの中断なんですけど 5.9%。そして、INH と RFP の両方使われたケースでは 2 名の中断で 6.7% ですので、やはり INH 単剤が中断の割合高いかなという傾向が見られました。

あと、先ほどの肺結核の中断の理由のデータも同じく大阪市の結核のデータが手元にありました。2017 年から 22 年の肺結核の塗抹陽性の方の中断の中で拒否の方が 37.5%。

そして、医師の指示が 28.1% で同じく副作用も 28.1% ということで、この 2 つやはり同じぐらいの数になっております。

喀痰塗抹陰性の肺結核につきましては同じ 6 年間で見ますと、拒否の割合が先ほどよりやや多くなりまして 47.9%。医師の指示が 32.4%、副作用が 18.3% ですので、塗抹陰性だと若干医師の指示が多いかなというデータになっておりました。

■工藤委員

ありがとうございました。それでは福島先生どうぞ。

■福島委員

はい。小向先生ご説明ありがとうございました。

2 点コメントと、1 点ご質問です。

2 点のコメントについては、後半で、おそらく次期計画のところでおっしゃられると思いますので、関連してここで発言させていただきますといった意味合いですので、ご了承ください。

コメントの 1 点目ですけれども、3 ページ目の、現行副次目標ウ、新登録 L T B I の治療開始における治療完了率を毎年 90% 以上にする。こちらは昨年 12 月の結核対策評価委員会でもちょっとコメントさせていただきまして、その時に、杉江委員からも同じようなご意見をいただいたと思うんですけれども、次期計画として大阪市としてどういうふうにか

れるのかなっていうのは気になっていました。おそらく後半の方でご説明されると思いますが、次期では国に合わせて 85%以上にするということで、承知をいたしました。国と合わせるということですね。私、昨年 12 月の時点ではちょっと認識しておりませんで、大変失礼いたしました。国も、副作用とか他疾患優先等の脱落率を込みで、85%ということなのかなと思いましたし、現行副次目標イの方も、次期計画では国の方に合わせられるようですので、それでよろしいかと思います。

コメントの 2 点目ですけれども、5 ページ目の評価一覧、(1) 原因の究明のところですが、イの評価体制の充実は回数で目標設定されているところ、回数だけで評価できるものではないのではないかと。そのお考えには非常に同意をいたします。コロナ禍を経まして、各種会議も、できるだけ効率的に進めていきたいと思いますので、大学でもそのような方向になっております。ただ、目標を書かないとなると、次期の結核対策基本指針の実績として、どこに記載するかという問題が生じるかと思いますので、各種会議の開催実績は記録として残していただけたらいいのかなと思います。もし主な目標が達成できないとなった時に、この会議はもう少し開催回数が必要じゃないかという議論にもつながると思います。

質問なんですけれども、5 ページ目の達成状況の表を見ましたときに、やっぱり (2) の接触者健診の確実な実施っていうのが、かなり乖離してきてるのが気になるところであります。そちらについては、10 ページ目で詳しくご説明いただきまして、取り組みとしてはもう最大限できることを行っているのだけれども、今後は連絡が取れず行方不明等で勧告書を送付できない接触者を分母から削除することを検討中ということでした。アプローチできない人を分母に含めても、その人が受診しなかった場合、それは行政の責任ではないような気がしますので、連絡が取れずという方を分母から削除するということですが、国でもこういった計算方針になっているのでしょうか。

■小向医務主幹

はい福島先生、国ではこういったデータは出していないようなので、大阪市としては、こういった数値目標の立て方をしまして、厚生労働省からは毎年監査の中で、こういった受診率の場合には、高くしましょうといいますか、そういった目標がありますので、達成する目標として、一旦このような形で上げているという状況がありますが、ただその 100%というのは、難しいという方も中には含まれて、先生おっしゃった通りかと思います。

■福島委員

はい、ありがとうございます。結核解析評価検討会でも事例を拝見させていただいてますが、ちょっともうこれ以上どうしようもないんじゃないかという方も散見されます。ただ、この 10 ページ目の上段の四角でお示しされておりますような計算がリーズナブルかについては、次に結核研究所から李先生がご発言されると思いますので、もしよろしければ

ちょっとご意見を聞いてみたいと思いました。以上です。

■工藤委員

李先生お願いします。

■李委員

はい。結核研究所の李です。すいません今福島先生に言及していただいた点ですが、国の方針として行方不明の方にどこまで踏み込むかというところ知見を持ち合わせておりませんでして、ただですね、これまでのちょっと現状外国出生の方について、やはりこういった接触者健診以降になりますと、半年後 2 年後という発生時期から、時間が経過してしまうと、やはり国外へ母国に帰国されてしまう方。他の県で事例があったんですけども、ある県から別の県に仕事の関係で移転してしまい、県の間で連携してくださって、移転先の県の方が熱心にやってくださったのですが、やはり新しい環境の中で、結核に関してフォローアップ、声かけをされることに抵抗を示して、つまり周囲の方に知られたくないという思いで、保健所様からの連絡に対する反応が遅かったという事例もあるのでそういった難しさもあると感じました。わたくしから意見として、全体としましては、まずは大阪市様は詳細な分析をしていただいて、非常に素晴らしいと思っております。

大阪市様のやはり、罹患率の高さと課題を含みますと、本当に先駆的な取り組みをハイリスクグループに対してされていますので、市民の方が毎年結核健診を受けて、確実に早期発見事業に結びつけられる環境づくりはより一層強化できる自治体様ではないかと思います。

最後に質問です。14 ページなんですけどもハイリスクグループの取り組みの中で、日本語教育機関の実績、取り組みはやはり素晴らしいと思います。

この関係で日本語学校に来日される方だけではないのですが、皆さんご存じのように、日本政府が実施している入国前結核スクリーニング、“JPETS”が、今年対象国の6か国の中で、まずは3か国から段階的に開始される、という非常に節目の年でございます。

ですので、ぜひそういった JPETS の動きがある上でも、外国出生者の方の受け入れ機関においては、学校ですとか職場、自治体も含めてですね、引き続き、定期健診による結核の早期発見というものは継続していただくということを、関係機関にもぜひ発信し続けていただきたいと思います。そして JPETS でやはり母国において対象となる方が結核健診を受けて入国するという流れになりますが、対象者でない方もいます。よって、特に、現場の皆様の理解の周知をみんなで連携して JPETS の最新情報を学びあって、早期発見に結びつけるというところが非常に重要ではないかと考えております。

JPETS では母国で結核健診を受けた方には、結果をできるだけご本人にお渡しして日本に入国していただくという流れも作っておりますので、今後大阪市様の中で結核患者さんが、見つかったときには対象国の方で JPETS を受けていらっしゃる方であれば、母国での結核健診の時の結果と胸部レントゲン検査結果のようなものは比較することができますので

ひそういったものにも注目しフォローアップしていただければありがたいです。

9 ページの発生の予防・まん延の防止、有症状時の早期受診の徹底というところが、日本の高齢者の方、そして外国出生者の方、対応が必要だということも述べられておりますが、外国出生者の方で、やはり結核と診断される前に、医療機関におけるやはり受診の壁という、ところが非常に難しい点だなということを事例の対応を通じて実感しております。

やはり結核の診断される前の状況で、必ずしも結核専門病院ではないような、市内のクリニックレベルをまず受診される方も多いです。そういった状況ですとやはり、言語の壁というものがあって、より正確な診断というのが難しくなりやはり最終的に、結核の専門病院に紹介されるようなタイミングも時間が経ってしまいますので、大阪市様においても、結核専門外のクリニックの方たちとの連携強化も大事だと考えておりますし、また外国出生のコミュニティとの連携を通じた有症状時の方が医療機関に行けるような取り組みも重要ではないかと考えております。

結核健診の情報発信のことについての質問ですが、学校や職場に所属されるような方は、その所属先の中での機会があると思いますが、やはりそういった学校職場に所属されない方が、こういった情報からこぼれやすいのではないかと思います。

これまでの他の県とのケースですが、やはり配偶者の方ですと、日頃から所属先がなくて、ご自宅にいるような方ですと、言語の壁もあって、医療機関へのアクセスが難しかったり、自治体からの、例えば他のワクチンのはがきが届いても日本語で読めない。その情報の意味がわかっていないようなケースもございました。

そういった、何か入国後に、住民手続きをするような機会にも、多言語のリーフレットを持って周知するような取り組みがされているのか、あと何か教えていただければありがたいです。

■小向医務主幹

李先生ありがとうございます。JPETS につきまして情報共有いただきまして大変参考になりますありがとうございます。

JPETS はもう先生おっしゃっていただいた通りで、中長期滞在で且つ、3 か国から順次開始されていくというふうに伺っておりますので、裏を返せばそれ以外の国であるとか、あとはそれ以外の短期のビザとか、そういった方々は当然対象になっておりませんし、あとは対象になった方でも、異常なしと判断されていても入国してから発病してくる方っていうのも当然いらっしゃるっていうケースも過去ありましたので、やはり今後、手はゆるめずに日本語学校につきましてもそうですし、健診等の対策っていうのはとても重要だなというふうに考えております。

そして今の、職場に属さない方への啓発といいますか、そういったところっていうのは、本当に特に大阪市のホームページなんかは日本語が中心になっていて、なかなかその情報発信として、外国の方にもうまく届かない情報提供が多いのかなというようなことも感じま

す。

それで先生おっしゃったような、まず住民登録といいますかそういった機会に、区役所に来てくださる方っていうのは確かにいらっしゃるのですが、そういったところの連携を今後できたらいいなと思うんですが、なかなかそこも他の情報提供したい、情報が非常にたくさんあるというのも聞いておりますので、こういった形で住民登録の際の情報提供できるかっていうのは検討の余地があるのかなと思います。

あとは今後こういったことができるかっていうのを考えていけない部分はあるんですが、区役所で乳幼児健診をしている中で結構外国の保護者の方というのは非常に増えてきております。

そういった、乳幼児健診に来られる方っていうのは非常に保健師が近くで接していける可能性がありますので、そういった職場に属してない方っていうのは特にお母様方とかいらっしゃる場合がありますので、そういった機会に啓発とかができないかとか、そういった検討も行っております。また何か、先生からご助言ありましたらいただければありがたいです。

■李委員

素晴らしいと思います。6月に大阪でベトナムフェスティバルがありますので、その会場でも普及啓発こちらと協力連携できればと思っております。

■工藤委員

天羽先生おねがいします。

■天羽委員

ご説明ありがとうございます。1点コメントと1点質問なんですけれども。

私小児科なんで、コッホ現象の方がやっぱりよく来られて、10 ページ目の集団から個別になってっていう、2021 年から個別と両方になってきていて、保健所の先生たちがコッホかどうかのジャッジをした時代よりも明らか増えてるように、現場でも思っていてこのグラフにおいても増えているんじゃないかなってところがあって、BCGの接種機関の先生たちに何かコッホの診断ジャッジを強化できたら減るんじゃないかなと思うんです。どうでしょうか。コメントだけです。

■小向医務主幹

ありがとうございます。コッホ現象につきましては先ほど10 ページの中で、取り組みのところ少し書いてはいるんですけれども、やはり個別で医療機関の先生方、クリニックの先生方中心に、コッホ現象のまず、相談の対応とかさせていただいている状況がありますので、その委託医療機関を受けていただくにあたっては必ず研修を受けていただくというよ

うな体制がとれますので、そういった委託を受けるにあたっては、コッホ現象についても、一緒に情報提供というのを行っておりそれを引き続き丁寧に、やっていくっていうことは、必要かなと思っておりますし、あと実施報告書というのは保健所の報告書っていうのが、必ず必要になりますので、その報告書の中で、例えば、接種の局所のグレードがこういった状況になっていたかとか、あとはどれぐらいの時期にツベルクリン反応をやって結果がどうであったかというような報告も、いただくような形にしておりますので、あとそういったデータなんかもとりながら先生方に還元していく、そういったことができたらいいいのかなというふうには考えております。

■天羽委員

あと、もう1個ですけれども外国人のさっきから話が出てる14ページのところなんですけど。ご質問なんですけど私たち小児科医なので、小学校、中学校、高校に行ってる子で、入国した最初のレントゲンは大丈夫で、多分入国され後で発症されてる方とか、やっぱおられるんですけど。これ、毎年レントゲン撮ってるのでしょうか。学校1回だけですかねみなさん。

■小向医務主幹

はい。

■天羽委員

この日本語教育機関みたいなところはすごく素晴らしいなと思うんですけど、学校の子たちで特にこの前いた子は、中学から夜間高校に行ったあたりで発症していて、レントゲンとか撮るチャンスがないままに1回は入国時撮ってるのかもしれないですけど。

このあたりって何か強化できるとかあるのかなと。途中で帰国されたりも何回もするので、できる対策ないのかなってちょっとだけ思いました。

■小向医務主幹

小中学生に関しては、問診票なんかで、例えば高蔓延国の滞在歴があるよとか、そういった問診に合致するケースだけ場合によってはエックス線に繋がったりとか、非常に限定的な健診というのが行われている。

あとは高校生以上になると専修学校とか、そういったところになると学校長に入学時の健診の義務というのは確かにあるかもしれないですけど先生おっしゃったようにその後のフォローアップといいますか、そういった義務というのはなくなってきたりするので、大阪市は区役所で結核健診なんかは行っているんで、年齢制限というのもありますけれども、そういった周知っていうのももしかしたら必要なのかもしれないです。

■工藤委員

はい。どうもありがとうございました。

時間がちょっと大分過ぎましたので、それではこれからですね、次の第4次結核対策基本指針の方向性について、小向先生お願いします。

■小向医務主幹

それでは16ページご覧いただけますでしょうか。次期結核対策基本指針の重点項目の新規案ということで、これまで申し上げて参りましたが、高齢者非常に増えているということで、これまでご説明しました外国人とか西成区の対策とかに加えて、高齢者の対策というの、加えなくてはならないのではないかというふうに考えております。

結核患者における高齢者の割合は非常に増えてきてまして、70歳以上につきましては、2023年は6割を超えてきているという状況があります。

その下の表を見ていただきますと、2023年と24年で差分、何人ぐらい増減があったかというのを見ております。

20代30代の外国生まれが増えているというのはそうなんですけれども、全体の結核では90歳以上が5人、網掛けで示した部分ですね。その1つ下の段が塗抹陽性の感染性のある結核の患者がどうかというのを見てみますと、やはり20歳、30歳代が6人、2人と、増加しているのと合わせて、70歳以上が、70代が7人、80代が7人、90歳以上4人ということで、非常に高齢者で塗抹陽性の患者が増えている。

LTBIに関しても高齢者、70代80代が10名、21名と増加しておりますけど、特にこの喀痰塗抹陽性のところに関して、罹患率の推移を一番下に示しておりますけれども、大阪市では、喀痰塗抹陽性、70歳以上の方の罹患率は2012年は54.8に対して、2023年は17.1ということで、減っては来てるんですけども全国で高い状況であります。

直近の5年平均での減少率につきましては、罹患率は22.5となっておりますので、全国よりも2.1倍高いということになっております。

次のページをご覧ください。

そこで、70歳以上の喀痰塗抹陽性の肺結核罹患率と目標項目としてはどうかというふうに考えております。

この目標の案としましては、四角で囲みました副次目標アの2ということで、喀痰塗抹陽性肺結核罹患率70歳以上、2030年までに、9以下とするという目標を立てております。

取り組みとして、3つ、そこに挙げております。

まず早期発見に係る普及啓発としましては、高齢者向けに介護予防事業における健康教育というのを区役所の百歳体操等で行っているんですけども、そういった健康教育の中で結核に関する啓発を加えて引き続き行っていきたいと思っておりますし、かかりつけ医を持つことが、早期発見に繋がるということが分析でもわかっておりますので、かかりつけ医を持つことの重要性を提案したり、あと元気な高齢の方が集まる老人福祉センターでハイ

リスクグループ健診時の健康教育を行っておりますので、その機会での健康教育を引き続き行っていきたいと考えております。

また、高齢の方の周囲にいらっしゃる介護関係者にも結核を知ってもらって、もし結核が疑われるような症状が出た高齢の方いらっしゃった場合には、医療機関に受診することを促していただくようなことに繋げたいということで、高齢者計画の特徴などを記載したリーフレットを作成しておりますので、そういったものを用いた啓発を行っていききたいと考えてます。

また、医療機関の先生方にも、高齢者の結核が多いということをお伝えすることが重要ですので、先ほどから申し上げております医療機関講習会等で、引き続き啓発していききたいと考えています。

また結核健診につきましては、65 歳以上から結核健診が必須となっておりますので、引き続き勧奨を行っていきますし、あとは社会福祉施設にいらっしゃる 65 歳以上の入所者への結核健診は、先ほど申し上げました実施報告書というのが必須になっておりますので報告書の提出率をしっかりと高めていきたいと考えております。

また、接触者健診においても、高齢者の LTBI っていうのが見つかっております。

先ほど高齢者の LTBI が 2023 年から非常に増加していると申し上げましたが、接触者健診の手引きで IGRA 検査の年齢制限が撤廃されております。

大阪市でも、年齢制限なく必要な方には IGRA 検査ができる体制っていうのは、取っておりますけれども、引き続き高齢者への IGRA 検査の検査の実施とあとは LTBI と診断された方については、やはり最後まで治療を終えるということが、発症の予防に繋がりますので LTBI 治療の完遂というのができるような支援というのをしっかり行っていききたいと考えております。

次のページからは、大目標及び副次目標の次期指針での目標値になっておりますが、まず大目標につきましては、2030 年までに 12 以下とするという目標を案として考えております。

1 次指針、2 次指針というのはこれまで、10 年間で半減というベースとしておりましたけれども、罹患率が減少してきて、非常に減少が鈍化してきているというところもありますし、あとはコロナ以降、非常に外国の方が入国してきておられますので、その影響で結核の患者さんは若い方を中心に非常に増加してきているということで、かなりその結核の状況というのが、激変しているといえますか、今後も大きく変わる可能性はあると考えております。ただ一旦参考としましては、国が大阪市ぐらいの罹患率をどれぐらいで減少したかっていうのはあくまで、ある程度参考になるのではないかとということで、上の段が大阪市内で下の段が国の罹患率の推移を載せておりますけれども、国が 2010 年に大体今の大阪市と同じ罹患率、18.2 であったんですけれども、それを 11 年かけて 2021 年に 9.2 ということでほぼ半減を達成したということで、大阪市でも約 11 年後に半減のペースであれば、2030 年は 11.7 ですので、12 以下というのを目標として立ててはどうかということで案として考えま

した。

そして副次目標の1つ目としまして、ア-1 喀痰塗抹陽性肺結核罹患率、これまでもあった目標値ですけども、これは2030年までに4以下とする。

同様の考え方でいきますと、国の罹患率は大阪市と同じ程度である6.0というのが2014年になりますので、それが2022年に半減しておりますので、8年間で反映していると、同じようなペースで、いけるとすれば、2030年は大阪市3.3ということになりますので、4以下という目標にしてはどうかと考えました。

そして副次目標の見込み案の2としまして、先ほど申しました70歳以上の喀痰塗抹陽性の罹患率、これが患者数も増えておりますのでここを2030年までに9以下としようと思います。

こちらにつきましては国を見てみますと7年間で、同じような時期に半減していたということがありましたので、大阪市では2030年に8.5ということになりますので、9以下の目標というのを立てました。

それでは19ページ目ですね、副次目標のイ新登録肺結核患者の治療失敗・脱落率を5%以下、これまでは4%としておりましたけれども国と同じ5%にしてはどうかと考えております。

また国のデータと比較をしやすいようにするという意味を含めまして、治療中転出、死亡を含めたデータというのを脱落・失敗率を目標値としてはどうかということでご提案したいと思います。

また副次目標のイー2 外国出生も重点項目として挙げておりますので、外国出生の肺結核の治療失敗・脱落率も5%以下を目標としたいと考えております。こちらも治療中、転出、死亡を含めたデータとしました。

そして副次目標のウが、LTBIの開始者の治療完了率これはこれまであった同じ項目なんですけど、90%となっていたところ国の目標値とあわせまして85%とすることを提案したいと思います。

具体的にはその下で、具体的なデータを起こしておりますけれども、まずLTBIの推移、発見方法別の数として、そこにグラフを載せておりますが、接触者健診が2023年は109人。そして、その下91人と書いてあるのが、先ほど申し上げました、医療機関で発見された免疫低下要因なんか持たれた患者さんが91人と続いているという状況にあります。

非常に右肩上がりで増えているのはおわかりいただけるかと思うんですが、免疫低下等を持った医療機関の方が医療機関で発見されたLTBIが増加しているという状況があります。

このLTBIの20歳代と70歳以上の、割合がどういうふうに移り替わっているのを見たのが、このグラフなんですけれども。左側が20代、そして右側が70歳以上ということで、20代につきましては2018年が8.9%から17.7%と、20代の若い方これ外国出生で、LTBIが増加しておりますし、高齢者につきましても13.2%から2023年は32.1%ということでこちらも増加してきているという状況があります。

そして70歳以上、非常に3割超えてきておりますその中断の理由を見てみますと、副作用が54.2%と非常にたくさんを占めてる状況がわかります。

医師の指示とか、そういったものと合わせますと7割を占めているのが高齢者のLTBIの中断というのがわかるかと思います。

こういったものをできるだけ減らして、完了率を85%以上を目指すという目標を考えております。

そして、20ページご覧いただけたらと思うんですが副次目標で、接触者健診で発見したLTBIの未治療率を毎年8%以下とする。これは同じ数値目標ですけれども、先ほど申し上げた通り。そして最後は小児結核の発生ゼロ、これも変わらず、同じ目標値として掲げました。

次の21ページをご覧いただけますでしょうか。ここまでが大目標と副次目標の数値目標と指針での目標値ということで繰り返しになりますが、3次目標の指針の目標値が左側そして、右側に4次指針の目標値を記載しております。

網掛けしたところが、数値の変化があったり、新しく加えられたり、そういった項目を載せておりますので、ご参照いただければと思います。

ここでは、真ん中より下の基本施策と具体的な取り組みのところの数値目標をご説明いたします。

(1)の原因の究明につきましては、先ほど福島先生からも回数は載せないとしても、何かこう、数値として、記録として残していくことはとても大切じゃないかとおっしゃっていただいて、私もとても大事だと思っておりますので、引き続き実施している各委員会であるとか、検討会であるとかそういったものの回数とかの記録というのはもちろん残していきたいと思っておりますが、ここでは遺伝子型別の活用ということで、菌株搬送の割合を引き続き95%以上を目標値として記載をしております。

そして(2)の発生の予防・まん延防止につきましては、同様に25%以下。接触者健診の確実な実施イにつきましては、全く同じ数値目標で記載をしております。BCGについても同様に95%1歳未満での接種率を載せております。

右側のページ22ページ最後になりますけれども(3)医療の提供につきましては、これまで通りの数値目標でPZAを含む4剤治療開始率85%以上、DOTSについても95%これ地域DOTSという形になるかもしれませんが、DOTS実施率95%以上、そして新しい項目として、網掛けが、皆さん外れておりましたが、肺結核の再発の早期発見ということで、管理健診の受診率で85%以上という目標を新たに立てております。

そして、患者管理の徹底としましては、面接の実施率100%であるとか、菌検査の結果把握を同様に目標値立てて、そして最後に重点項目としましてこれまで挙げておりました外国生まれ、西成区に加えて、高齢者対策を新たに目標値に、これ副次目標の方に喀痰塗抹陽性全体の数字と並べて載せております。

そちらで評価をしていくということをしていきたいと考えております。私からの説明は以上です。

■工藤委員

ありがとうございました。

第4次結核対策基本指針案を報告していただきました。

大目標、結核罹患率を2030年ですね12以下で、塗抹陽性が4以下、さらに70歳以上で9以下にする。

それから治療失敗・脱落については5%以下で、死亡・転出を含まない。

そう、含む、含まなかったのを含むというそういう形にすることと、その数値の根拠を今説明いただきました。

それでは、次期指針の基本的なところですけども、これについて、皆様方の意見をまた聞かしていただきたいと思います。

笠松先生どうぞ。

■笠松委員

先ほどの内容になりますが、潜在性結核の治療のことでお聞きしたいんですけど、肺がん患者や膠原病とかの患者さんで抗免疫製剤とか開始する前に、IGRAを測定して、陽性って出た場合は、そこでINHを開始するような流れがあったと記憶してるんですけども、その際にその該当薬が終了してしまった場合は当然ですけど、免疫抑制が終わるので、何かやめますみたいな判断をしちゃう場合があるんですね。

そういうときにまた保健所の人に聞くと、なんか取り下げますかそれとも中止にしますか脱落にしますかみたいこと聞かれて、昔10年ぐらい前によくわからないまま返事をした記憶がありまして。

そういうのを今の話を聞いてますと70歳の医療を減らすと考えたら、1回やったらやり切ってしまう方がいいのかなと思うんですけども、高齢者のIGRA陽性の人に対してどういうふうに回答するのが正しいとガイダンスとして決まってるんでしょうか。

■小向医務主幹

どちらが正しいかっていうのは、先生おっしゃる通り難しい判断があるのかなと思うんですが、先生がご意見としておっしゃっていただいた最後まで治療を終えるというのは、治療をしっかり終えることで発症を減らせる可能性があるという意味では、すごく意味のあることかなというふうには思います。取り下げかどうかというお話も、担当の方からご意見があったというふうなことですけど、もしLTBIとして最後まで治療が必要なままに届け出があったままになると、確かに治療が途中で終わってしまったままの記録になってしまうので、中断ということでもしかしたら最終の評価としてはなってしまうかもしれないというところがありますが、治療が必要なかったよというケースありましたら、届け出が取り下げられれば、結核の患者さんとしては最後まで治療しないというケースもあるのかもしれないですね。ただ、先生おっしゃるように最後まで治療できる方、治療していただくということも

すごく大切なことかなというふうに思います。ケースごとに異なるのかなと。

■笠松委員

取り下げは脱落に含まれていなののでしょうか。

■小向医務主幹

はいそうです。必要かもしれないということで治療しているケースは他にもありまして、例えば、感染はしていないけれども、乳幼児なんかで、BCGの未接種のお子さんなんか、接触者健診で見つかった場合というのは、感染して発病してしまう場合のリスクっていうのが非常に高いので、治療されるっていうケースあるんですね。そういった場合っていうのは、最終的に感染診断してもう感染してないなというようなことで先生の方でご判断いただいているケースに関しては、特に治療は必要ないんで、治療終えますっていうケースは、取り下げというケースもまれにありますので、そういったケースであればもちろん可能です。

■笠松委員

ありがとうございます。あと INH の治療をする基準で例えば抗がん剤の時に、ウィークリーレジメンで、デキサメタドンを 6.6 ml 使いますというような患者がいたとして、ガイドラインで 10 ミリ以上 1 か月とかがあったと思うんですがその辺というのは聞かれたらどう答えるのが正しいのでしょうか。

■小向医務主幹

そうですね。臨床の特に今日田村委員がいらっしゃらないので、田村委員のご意見というのものもあるのかなと思うのですが、私たち行政側にできるのが、先生もご存じかと思うんですが、潜在性結核の治療指針がすべてになってしまうので、先生がおっしゃったような個別のステロイドの詳しい量に関してまでは、あんまり記載がないというところがありまして、先生方で、必要量の判断いただいているという状況にあります。

勧告レベルっていうのが、副腎質ホルモンの経口投与の場合には、確か発症のリスクが 3 前後ぐらいから 7 を超えるようなケースということで、かなり幅を持って記載がされて、積極的に検討する A ではなくて、副腎質ホルモンについては B になってたかと思うので、やはりケースによって、先生方のご判断で治療を必要と判断して、治療していただいているケースとか、治療せずに経過観察するというケースが様々あるのかなというふうに思います。すいませんちょっと回答になってなくて恐縮です。

■笠松委員

いえ、ありがとうございます。

結核病院として、肺がん患者の方の入院が増えている印象があるので、そういったところ

でどちらかと聞かれれば、その LTBI 治療徹底すればいいのかなと思って質問しました。ありがとうございます。

■工藤委員

杉江委員。

■杉江委員

ありがとうございます。高齢者結核対策の充実のところでの質問です。

17 ページの今後の取り組みの 2 番目の結核健診なんですけれども、高齢者施設の入所者の結核健診っていうとこなんですけれども、ADL が下がって車椅子が多くて、介護度が高いってような施設で、胸部エックス線っていうのは非常に難しいのではないかと、どうやってやってはるのかなあっていうのはすごく疑問に思っているところなんですけど、そういうところへの何か支援とかそういうのも寝たきりになってしまえばそんなに動かないので、できるかなとは思いますが、車椅子の方はそういう施設からデイサービスに行ったりとかする場合もあると思うので、レントゲン車じゃちょっと無理ですね。医療機関に行くにしても、介護者が必要なので、とってもそんなことはできないと思うんですけど、その辺のところはどうなってるのかなと思いました。

■小向医務主幹

先生ご質問ありがとうございます。特別養護老人ホームに関しては、施設に入所している方に関して、施設長に健診の義務っていうのがありますので、その各施設ごとに必要な医療機関に受診していただくという形で、健診はされているというふうには聞いています。ただ先生おっしゃるように個別で、ADL の状況によって様々ありますので、撮り方というのは本当に患者さんごとに施設ごとに工夫してらっしゃるんじゃないかなというふうには思います。ちょっと具体のところまではちょっと情報持ち合わせていなくて恐縮なんですけれども、そういった状況になっております。

■工藤委員

それでは、山中先生どうぞ。

■山中委員

山中です。ありがとうございますご説明。ちょうど今質問されたのと同じところで質問というより意見があります。

確かに今おっしゃったように、施設も大変ですけど在宅で ADL が落ちてるという方をどういうふうに受診していただくのがいいのかなあって思ったんですけど、やり方を考えなければならないところだなってということが 1 つですね。

それと、その手前、介護関係者って言っても訪問看護の看護職もいらっしゃれば、ヘルパーさんもいらっしゃれば、ケアマネージャーさんという職種がそれぞれ違って、多分医療というか、疾患に対する理解が違ったりするんですけど、この各専門職に向けてまずは、結核でどういうことに気をつけたらそのご本人のもしかしたらというリスクが発見できるかっていうところの教育は、重点項目ってことだと、ちょっと丁寧にされていくことが必要なんじゃないかなって思ったっていうのが1つです。

続いてもう1つのところもよろしいでしょうか。

■工藤委員

どうぞ。

■杉江委員

外国人向けで先生方いろんなご意見があって、まさに本当にそうだと思っていたので少し足すっていう感じなんですけど、14 ページのところで、非常に細かいことなんですけど関係機関との連携で、国際交流センターにおける啓発というところが、こっちの3つ目に出てきております。多分前の会議でも私も発言させていただいたと思うんですけども、やはり国際交流センターは外国人のための相談窓口があり、もしかしたら体の不調みたいないろんな相談があると思うんで、相談をされてる方にリーフレットでもいいですでお渡しし、手元にあればあれって思ったときに相談ができるまた相談員が手元に見られる。

相談員がこの方の、結核のリスクが一定わかるような、何かパンフレット配っておいていただけるといいんじゃないかなと思いました。

それで、先生方のコメントの中に学校、職場に結びついてない人ということで配偶者の方が出てましたけども配偶者でもこういう相談窓口には繋がる可能性はありますので、1つの入口と考えられるんじゃないかなと思います。

それから夜間高校のお話も出ていましたけど、私実はその外国人の方の相談をしている相談員のスーパービジョンっていうのをやっているんですけど、夜間高校に進まれる若い人たちはバイトと学校の両立でかなり無理してるようなところもあったりするので、何らかの方法で健康がチェックできることがあればいいなと思った次第です。

■工藤委員

天羽先生どうぞ。

■天羽委員

BCG 接種率のことなんですけど。免疫抑制剤などが入っている子がいて、ドライ1年打てない子がいて、そういうのが分母からはずれていたらいいなって思いました。分母に入れても打てないので、接種率が下がる原因になっちゃうので。

■小向医務主幹

国と同じような出し方をしてるので、その全体の母数ということになってしまうので、これ 100 にするのはもう本当に有り得ない話で、もしそういった基礎疾患お持ちのお子さんが今後増えてきているとすると、それが 95%でそもそも国の目標値がいいのかっていう議論はもしかしたら、厚生労働省の方とかで議論が出てくるのかもしれないですが、今のところは国と一旦同じ基準にして、どんなふうに推移を持っていくかという、何かあとは内訳とかどうかという方が打ててないかなというのを見ていくっていうところで、評価していったらどうかと個人的には考えております。本当に貴重なご意見ありがとうございます。

■工藤委員

李先生どうぞ。

■李委員

はい。ページ 19 の副次目標、イの 2. 外国出生新規登録肺結核患者の治療失敗・脱落率 5%以下ということで、国と同じような指針を、同様の目標を掲げてくださっていて 5%以下ということで、治療中・転出・死亡を含めるということで、多少やはりどうしても外国出身の方国内国外含めて、特に国外ですね、治療中の転出という方は一定数どうしてもでてしまうので、5%以下のチャレンジぜひ頑張っていたきたいなと思います。同時に、医療通訳の対策ということをやはり、目標を少しでも達成に近づけるためにはですね、医療通訳派遣、14 ページに載っているようなところともやはり連動できる点もあるんじゃないかなと考えました。

2023 年に利用割合が 51.1 ということで前年度に比べてちょっと減っているということと、やはりどうしても医療通訳を導入しない方は専門性のない医療通訳の方に頼っているというところが見受けられるようですのでできれば、日本語の理解ができています方とは思っても、すべての外国出生結核患者さんには訓練された通訳者を必ず治療説明時に早期に導入するような、そういった取り組みも、同時並行で進めていってはいかがでしょうか。

■工藤委員

高取毛先生どうぞ。

■高鳥毛委員

20 ページのエ接触者健診で発見した LTBI の未治療率を毎年 8%以下というところで、表の下の方で囲んでいるところでは初発患者が多剤耐性結核等、LTBI 治療不可のケースが含まれることと、年による未治療率に差があるので目標値が 8%妥当とすると、多剤耐性とか LTBI 治療が難しいケースというのがあって、8%以下というのは現実何か目標としては

できてるんじゃないような印象を受けました。これは質問というよりも、この目標自身に意味があるのか。

それと、19 ページにある新登録 LTBI の治療開始者おける治療完了率 85%。ただ中身が保健所の接触者健診の発見による LTBI でなくて医療機関での LTBI が増えているとすると、実質このウの目標値は医療機関で LTBI とした人の、治療完了率に目標をおいてる感じですけど、大阪市保健所の目標とすると接触者健診で必要と判断した人の治療完了率という方が、こういう指針の目標として適切な感じがするんで、ここの未治療率というのが脱落率とか拒否してるというんだったらこの目標でいいと思うんだけど、何か他に LTBI 治療そのもののこういう目標を掲げてることの意義がちょっとわかりにくいので、この点検討していただけたらと思います。

■小向医務主幹

LTBI の接触者健診で発見した LTBI の未治療の理由に関して、4 ページ目をちょっともう一度ご覧いただけますでしょうか。

確かに、そういった多剤耐性結核の接触者などで治療できないケースっていうのも当然含まれてはいるんですが、それはこの上真ん中あたりの表にあるんですが、接触者健診で発見した LTBI の未治療理由というのを 2011 年からの 12 年間で 230 人の方、未治療の方いらっしゃったんですが、その理由をちょっと見てみますと、実は一番多かったのは、治療を拒否してる方が 66%っていうことで、やはりここは非常にこう減らしていける項目なのかなというふうに思います。

先ほど申し上げました多剤耐性のため治療は当然できないという方は 1 割ということになりますので、それよりも拒否の方が非常に多いということになりますので、やはりこの未治療率をしっかりと低い水準で維持していくっていうのは、とても目標値としては大事なことなのかなというふうに考えて目標値を立てております。

あと、LTBI の治療完了率に関しておっしゃってくださったかなというふうに思います。

これにつきましては、確かに医療機関発見の LTBI っていうのは増えてますけど、それと同数またそれ以上にですね、接触者健診での発見の LTBI の方っていうのもいらっしゃいますので、完了率の数値全体で目標値を上げてるっていうのは、先ほどから申し上げているように国の数値目標と比較しやすいという意味では確かに全体としての目標値というのは、載せる必要があるのかなというふうには考えているんですが、もう発見方法別に完了率が違うのは本当に先生おっしゃる通りでして、接触者健診、医療機関発見、またそれ以外の健診であるとか、入職時健診とかそういった発見方法別に、治療成績をしっかりと推移を具体的にはもう分析は行っていて、かつその中断の理由というのも、引き続き調べていくということにはしていきたいと思っております。

ただ、ここに載せる全体としての数値目標というのは、やはり必要なかなということで、載せさせていただきます。

■高島毛委員

わかりました。日頃、保健所で接触者健診をして発見しても、未治療理由の6割が、拒否となると治療の必要性とか、介入の仕方、サポートの仕方なり、そういうところは重要な課題なのでそれを副次目標にされていることはよく理解しました。

2点目で言われたLTBIの治療完了率というのは、全体の目標として85%はいいと思うんですけど、LTBIの理由別の完了率、何か評価資料みたいなものとして参考で付けていただくと、評価しやすいように思います。

■小向医務主幹

毎年大阪市の結核という形で、LTBIの発見方法別に完了率をまとめたものを年度末の評価委員会ではご紹介できるかと思いますので、ぜひその際には、先生、ご覧になっていただけたらなというふうに思います。ご意見どうもありがとうございます。

■工藤委員

まだまだ議論あると思いますけれども時間が来ましたので、ちょっと議論あったところを少し、要点だけをまとめますと、1つはですね、脱落・中断のことで、高取毛先生言われたんですけども、これから入院が減って外来の治療が増えてくるということで、外来通院中の脱落中断を減らすためには、保健所とか行政の働きが非常に重要になって、非常に大事なことだと思いますので、こういうところを取り入れていただきたい。それからLTBI治療については、INHからですね、INH・RFPの併用療法とかRFP単剤が徐々に増えてきているということ。

それから、外国人のことについてはたくさん意見が言われますけれども、入国前検査が3か国で今年から実施されたということで、これ非常に大事なことでありますけれども、しかし、そこから、そこに入っていない人もいますので、引き続き今の健診を大事にし、継続してしていって欲しい。

それから、外国人がですね、日本にいる在留外国人の医療機関への受診がやはり困難な事例がいろいろあるということとか、或いは、あまり専門性のないクリニックでの結核の発見が遅れることがある。

そういうことがあるので、そういう、外国人の在留外国人の医療についてもですね、今日のことは直接結びつかないかもしれませんが、重要視する必要がある。

それから、外国人の健診で漏れているですね、例えば配偶者であるとか、それから小中学校に行ってるですね、特に高蔓延地域から、日本に在留している小中学校の生徒の健診はですね、これやっぱりきっちりとチェックしてですね。1年に1回するとかそういうふうな体制が取り組まれる必要がある、これからますます増えていくと思うんですね。

それが非常に大事なかなというふうに思いました。

それから、外国人をフォローする中でですね、言われました国際交流センターであるとか、

それからいろんな外国人に接している人に対する啓発ですね、それを積極的にしていくべきであろうと。

それから、医療通訳をもう少し使うということも指摘され、これからもう一度次7月に拡大会議は開かれますので、今日議論したことをですね、できれば反映させていただいて、8月にもう1回この、結核対策評価委員会が開かれまして、結果がどうなったかというのをもう一度皆様方に報告されると思います。

それとこれは僕の個人的な意見なんですけども。第3次と第4次ですね、大目標罹患率がですね、第3次は18以下、第4次はですね、2030年、12人以下っていう、第一次と第二次が10年単位で半減っていう、非常に明確な目標があって、それ達成されてきて、今回の達成されるわけなんですけども、12という数字はですね、どうも中途半端ですね。なかなかアピールするのに、ちょっと難しいところがある。

僕が思ったのは、大阪市をですね、低蔓延地域10以下にするという目標を何とか取り入れられないかということで、今回は国の経過を見て、11.7という数字をされたんですけども、それが2030年ですね。2033年には10を切りそうですけれども、10年先には大阪市を低蔓延地域にするというふうな何か目標が加えられればですね、もうちょっと、明確になって、非常にやりやすいんじゃないかと思っていました。

どうも、時間が大分過ぎてしまいましたけども本日はありがとうございました。

それでは、事務局の方お願いしたいと思います。

■松村課長代理

ありがとうございました。

本日は委員の先生方皆様には熱心にご議論いただきまして、またたくさんのご意見をいただきまして、本当にありがとうございます。

以上をもちまして、第15回大阪市結核対策評価委員会を終了いたします。

長時間ありがとうございました。