

第 16 回大阪市結核対策評価委員会（議事録）

第 16 回大阪市結核対策評価委員会

令和 7 年 8 月 18 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

初めに事務局の小向先生から、第 4 次大阪市結核対策基本指針策定に向けての目標について説明を頂いて、その後その点について議論したいと思います。
よろしくお願いいたします。

■小向医務主幹

大阪市保健所の小向と申します。お手元に第 4 次大阪市結核対策基本指針案令和 8 年 3 月と書いたものの 3 ページ、開いていただければと思います。

まず初めに、第 4 次指針の計画期間としましては、2026 年の 4 月から 2031 年の 3 月までの 5 年間としております。

次の 4 ページをご覧ください。ここから目標を記載しております。

まず 1 つ目、大目標としまして、大阪市の低まん延化に向けて、大阪市の全結核罹患率を 2030 年までに 12 以下にするという大目標を掲げております。表 1、これは一番上の段に、年次別の目標の罹患率、2 番目が市の罹患率、3 番目国、最後は府の罹患率を参考に載せております。これで見ますと、1 次 2 次 3 次と、大阪市では、結核対策の指針を策定しておりますけれども順調に減少してきております。

2023 年の大阪市の罹患率ご覧いただければと思うんですが、網掛けで示しております、18.3 という状況になっております。この年の目標がその 1 つ上の段の 20.2 ですので、目標は達成しているという状況でした。その下に目標、先ほど申し上げました、2030 年 12 以下。これは国、同様の罹患率の場合に 11 年で半減していたというものに合わせまして、これが

年減少率にしますと 6.2%ということになるんですが、それに合わせて 12 以下という目標を立てております。

それが具体的に数字で表したものが表 2 の目標値となっております。

2023 年の基準年から見まして、年 6.2%減としますと、4 次指針の評価年でありまして、2030 年は 11.7 ということで 12 以下の目標を掲げております。

それでは次のページをご覧くださいいただけますでしょうか。ここから副次目標をいくつか載せております。

まず、アー 1 喀痰塗抹陽性肺結核罹患率、これにつきましては 2030 年までに、3.5 以下にするという目標を立てております。この数字につきましては前回の評価委員会では 4 以下という目標を掲げておりましたが今回 3.5 と、少し具体的にといいますか、数字を変えております。下の 1 つ飛ばして表 4 の目標値のところをご覧くださいいただけますでしょうか。評価年のところが、2030 年になります 3.3 となっております。

これを目標値 4 としておったんですが、もう少し正確にというか 3.5 以下とするということで数値を変更しております。

その 1 つ上のところを見ていただけたらと思いますけど、目標のところ、罹患率を喀痰塗抹陽性肺結核につきましては、2030 年に 3.5 以下を目標にすると。

これは、同レベルの国のところでは、8 年で半減していたと、年減少率が 8.3%となっておりましたので、それに合わせますと、先ほど申し上げました 2030 年までに 3.5 以下という目標がよいだろうということでこのような目標値としております。

それでは次の 6 ページをご覧くださいいただけますでしょうか。

アー 2、喀痰塗抹陽性肺結核罹患率、これは 70 歳以上について、2030 年までに 9 以下にするという目標を立てております。この丸で囲ったところの網掛けにつきましては、網掛けされているものは新しく前回の指針にはなかった目標として加えたものです。

これが、この表の 5 をご覧いただければと思うんですが、喀痰塗抹陽性肺結核の罹患率 70 歳以上のご高齢の方につきましては、大阪市では 2023 年、17.1 となっておりまして、直近 5 年の減少率は、ここに書いてありますように、罹患率の平均が 22.5 というふうに記載してあります。

これは全国と比べますと 2 倍以上となっておりまして、ここが大阪市ではやはり課題の 1 つであろうというふうに考えまして高齢者結核の重点項目、後程ご説明いたしますが、新規目標としましてこの罹患率、喀痰塗抹陽性の肺結核罹患率 70 歳以上を目標として掲げております。

表 6 をご覧いただけますでしょうか。

目標値の設定としましては、年 9.5%の減少としますと、基準年の 2023 年が 17.1 でして、目標値を毎年設定しておりまして評価年の 2030 年には 8.5 となるということで、アー 2 としまして 9 以下。という目標値を掲げております。

これは国で見ますと 7 年で半減しているのが 9.5%であるということでこのような設定に

しております。

次に、イの1としまして、新登録肺結核患者の治療失敗・脱落率を毎年5%以下にする。

これは治療中転出を含む、目標値としております。

これにつきましては表7の新登録肺結核患者の治療失敗脱落率の推移を見ていただければと思うんですが、この表では一番上の段に、新登録の結核患者数491名、2018年から2023年には245名まで減少しておりますが、治療失敗脱落の数としましては22人から12人へと推移している。第3次指針の基準で見ますと、治療中と転出死亡を除くような数値で出しておりました。これで見ますと4.9%2023年。そして第4次指針の基準では、国の基準に合わせて、治療中転出死亡を含む数値で、今回目標立てておりますが、2023年のデータでは3.2%だったという状況でした。これは国に合わせた目標値としております。

それでは次のページ。

イー2としまして、これは新しく加えられた副次目標なんですが、外国出生新登録肺結核患者の治療失敗脱落率を毎年5%以下にするという目標、これも同様に治療中、転出、死亡を含むようなものとなっております。

これは、現状としましては、この表の9、肺結核外国出生の方の治療失敗脱落率は、網掛けで示しました2018年が6.4%から、2023年は7.8%ということで、2019、20はゼロの年もあるんですけども、5%を超えているような年もあるという状況になっております。

その下図1としましては、外国出生結核の発生动向を2014年以降、2023年までのデータを載せております。このグラフで見ますと、グラフの下の方に2つ線が並んでおります。実線が大阪市の結核患者に占める外国生まれの割合。その破線が全国における外国生まれの割合ということで、2023年は、大阪市が12.4%。全国が16.0%となっているんですが、右肩上がりに増えているのが、これが20代に限った場合の数値でして、大阪市は83.3%。全国が84.8%ということで、大阪市全国ともに、20代に限りますと8割以上の方が外国出生の結核であったという状況になっております。その次の8ページ、表10をご覧くださいませでしょうか。

具体的に患者数としまして、外国出生新登録患者がどのように推移しているか、これは肺外結核も含めた全体の数ですけども、2018年が全年齢では、65名、そのうち20代に限りますと35名、そして入国5年以内の方に限ると34名という状況になっておりましたが、2023年のところ見てみますと、20代35名、全年齢で63名。そして入国5年以内が46名ということで、特に入国5年以内の増加が目立っている状況になっております。

そして、このウの潜在性結核感染症に関する目標に移りますけれども、以下LTBI、潜在性結核に関して申し上げますが、LTBIの治療開始者における治療完了率を毎年85%以上にするという目標。これも前回指針と同様の数値として掲げております。下の段に発見方法別のLTBIの推移を載せております。

LTBIとしましては、特にこの一番上の方にあります接触者健診での発見が8割前後を占めておまして、2014年では約185名となっております。

それ以降、特に 2021 年以降は、96 名、101 名 109 名ということで、それまでに比べると半減しているというのが見受けられるかと思います。

それと比べまして、三角で示した、これが医療機関で発見された、LTBI の方を指しております。主には免疫低下要因を持った LTBI の方なのですが、2014 年では 25 名であったものが、2023 年には 91 名ということで、3 倍以上になっているという状況で、今後はこの医療機関での LTBI の方の増加が増えていくのではないかと推測されております。

また、次のページで、図 3 で示しておりますが、先ほどの LTBI のこれは年代別の推移を示しております。

これが 2018 年から 2023 年までで見えておりますと、一番目立つのは、一番右側の 70 歳以上の LTBI の割合、2018 年が 13.2%であったものが、2023 年には 3 割を超えて、32.1%となっております。この 70 歳以上の高齢の LTBI に加えまして、この濃い網かけで示しました 20 代の LTBI の増加も徐々に増えてきております。2018 年が 8.9%であったものが、2023 年は 17.7%、こちらもやはり外国生まれの方が若い方では目立っております。

ですので、若い外国出生の LTBI と、あと高齢の LTBI が増えているという状況になっております。

先ほどの説明の文章に戻りますと、この特に 70 歳以上の脱落中断理由、治療が途中で止まってしまった理由というのを見てみますと、医師の指示であったり、また副作用の方が 7 割を占めているという状況になっております。

この、治療完了率、開始者における完了率につきましては、国の指針と合わせた 85%以上を目標として掲げております。

それでは次のページ 9 ページをご覧くださいませでしょうか。

エの接触者健診で発見した LTBI の未治療率を毎年 8.0%以下にする。

これも前回あった目標ですけれども、同様に、目標として掲げております。

表の 12 を見てみますと、接触者健診で発見した LTBI の未治療率の推移は、2018 年が 10.9%。そして 2023 年は 8%ということで、2021 年以降は、8%以下の目標を達成しているという状況です。

この方々については、初発患者が多剤耐性結核など、そもそも LTBI 治療不可のケースも含んだ上での 8%以下という目標を立てております。

それでは次のページ、ご覧くださいませでしょうか、最後の副次目標です。

オの小児結核 14 歳以下の結核患者の発生ゼロを目指すという目標を掲げております。これにつきましては、表の 13 を見ますと、2023 年は、いずれの年代でも 0 を達成しておりますが、ただ、2020 年、0 から 4 歳のところをちょっと見ていただきますと一番上のところの、2020 年、21 年、22 年とそれぞれ 1 名ずつ届け出がありました。これらはいずれも、日本生まれではあるんですが、外国にルーツのある乳児の方が発症しているケースの届け出がありました。

引き続き B C G 接種の勧奨であるとか、また小児では接触者健診で見つかるケースが非常

に多いですので、接触者健診を適切に実施するということなどを通して、小児結核の発病を未然に防ぐ対策というのを続けていきたいと考えております。

目標値に関しまして、説明は以上です。

■工藤委員長

はい。

ありがとうございました。

それでは今の目標の説明に対して、これから質疑応答したいと思います。

李先生どうぞ。

■李委員

はい。

結核研究所の李です。

小向先生わかりやすくご説明ありがとうございます。

1点、ページ1にある、大目標の設定の背景等もわかり、理解したんですけども、この表の1を見て気になるのが、2023年における、大阪市の前年比減少率というものがむしろ逆転していて、前年の罹患率までは減少傾向だったんですけど、2023年には罹患率上がって来ますよね。

ですので、その後2023年から2030年まで毎年減少するということを前提に、2030年の目標を設定されていると思うのですが、やはりこういった減少しなかった影響を予測値にそういう年が起これるということは取り入れないで、毎年減少するという前提で設定するというのがベストなのか。

何かちょっと、毎年そうはいかないという予測も含めるのが現実的なのか、その辺りどのようにお考えでしょうか。

■小向医務主幹

李先生。

ご質問ありがとうございます。

この2023年はおっしゃる通り17.4から18.3ということで、0.9ポイント増加しています、これに関しましては特に、前回までの評価委員会でも申し上げた通りで、新規に入国された、外国出生の方の結核の登録というのが増えてきております。

なので、なかなか新規入国されてくる方の結核の増加っていうのは、今後ちょっと見通せない部分っていうのはあるんですけども、これまでの減少率を加味した目標値を立てざるをえないといえますか、今後新規入国の方が大阪市にどれぐらい住まわれるか、そしてそこからどういった方々が、どれぐらいの数が発生してくるかっていうのは読めないところがありますので、一旦はこのような目標を立てておりますが、先生おっしゃる通り場合によ

ては、なかなかこれが増加に転じ、高止まりしてしまうという、可能性というのも、否定できないかなというふうには思っております。

■李委員

ありがとうございます。

すいません。

前回の討議の時にもちょっとお話あったということ、今思い出させていただいてありがとうございます。

そうですね外国出生の方の入国に関する動向というものも、今回は、そういった背景で、特にこの設定を今から変えるっていうところは、強くお伝えするという、主張するつもりではないんですけども。

外国出生の方の入国のトレンドが大阪市さんでは、経年どのような傾向にあるのかということ等も、全国的なことも含めて、外国生まれの結核患者さんではない、在留外国人の方(全体)の傾向というものも、ちょっと今後意識をして、そのあたりの予測を見ていくということも参考にするというのも、あるのかなと考えました。

プラス、前にもお話ししたかもしれませんが JPETS の影響で、新たに入国する方、対象国の方に関しては、スクリーニングするということも考えると、ちょっと毎年、減少するという想定でということで、2030 年の目標ということでも、いいのかなと思いました。ありがとうございます。

■工藤委員長

福島先生どうそ。

■福島委員

小向先生ご説明ありがとうございました。

8 月 15 日にお送りいただいた修正箇所等も見させていただいておりまして、その上で 4 ページ目の大目標のところについて 1 つ質問がございます。

大目標のすぐ下の四角囲みの中の文言なんですけれども、当初お送りいただいていた案の文言では、2035 年までに大阪市を低まん延地域にするといった、サブタイトルが置かれておりました。

8 月 15 日にお送りいただいた修正版では、この文言が大阪市を低まん延地域にと修正されておりまして、冒頭の 2035 年までにというのが削除されている形になっております。

この理解については間違いないでしょうか。

■小向医務主幹

はい。

■福島委員

そうしますと修正版のこの四角囲みの中の文言だけを見ますと、「2030 年までに全結核罹患率を 12 以下にする」というところで「大阪市を低まん延地域に」というサブタイトルを見ると、罹患率が 10 以下でなくていいのかという印象を持ちましたが、それについてはいかがでしょうか。

■小向医務主幹

ありがとうございます。

私も冒頭の説明で、大阪市の低まん延化に向けて、というふうに申し上げたところもありまして、おっしゃる通り、12 以下というのはまだ、この 2030 年の時点では、低まん延には達していないような目標値になっていると、いうところがあります。で、具体的にその目標値のまま減少していったとすると、概ね 2033 年ぐらいには、低まん延への主要となる 10 以下を達成できる見込みにはなっております。ただ今回の指針の目標の期間というのが前のページの計画期間のところで申しあげました通り、2031 年の 3 月までの目標値ということで考えておりましたので、具体的な数字というのはあえてここは記載せずに、大阪市を低まん延地域にするという低まん延化に向けて、こういった目標をまず 2030 年としては 12 以下を目指すという意図で、このような目標値を掲げております。

■福島委員

はい、ありがとうございます。趣旨は十分わかっておりますし目標値も 12 で私はいいと思うんですけども、あえてこのサブタイトルを付けるかどうかというところかと思えます。もちろん大阪市の低まん延地域化を目指しておりますし、もうすでに国の方では、10 を切っているわけですので、国全体としてはそのような方向というのはもう間違いないところではありますけれども、修正前の経緯を知っているとですね。

最初の「2035 年」というのを消したからこうなってるんだなというのはわかるんですけども、この指針が公表されるとその経緯はわからないので、「低まん延地域を目指すんだったら 10 以下、10 未満ではないんですか」というようなご質問等もですね、今後パブリックコメントとかも受け付けられるのであれば来るかと思ひまして、もしそのような、将来に向けての思いを書かれるのであれば、例えば表 2 の目標値の下にちょっと書かれるとか。あえてこの上のタイトルのところに書かれるかどうかというのを、質問させていただきました。あとは大阪市の方でご検討いただければと思います。

■小向医務主幹

福島先生、貴重なコメントほんとうにありがとうございます。

サブタイトルのところ表 2 の下の方で説明を加えるか検討してみたいと思います。

■工藤委員長

天羽先生どうぞ

■天羽委員

いいですか、これ、私の理解が悪いだけかもしれないです。小向先生ありがとうございます。6 ページのイー1 の新規登録患者の失敗率を 5%以下にって、現状 4.9%だったらもう達成できてるという意味ではないんですか。そこだけ気になりました。

■小向医務主幹

ありがとうございます。

現状でも達成できているということで 5%であれば、4.9%ですので、目標は達成しているということになります。この 5%以下に設定したのは先ほど申し上げました通り国の指針の目標値と比較してわかりやすいようにということもあわせて、5 という設定にしております、天羽先生のおっしゃった通りです。ありがとうございます。

■天羽委員

ありがとうございます。

■工藤委員

他いかがでしょうか。

李先生どうぞ。

■李委員

すいません。7 ページの表 8 についてちょっと教えていただきたいんですけども、肺結核脱落中断理由の推移は、外国出生の方、日本出生の方含めてという、理解でよろしいでしょうか。

■小向医務主幹

はい。李先生おっしゃる通りです。

■李委員

承知しました。

■工藤委員長

これ両方とも 5 以下でしょう。

例えば片方が非常に小さい、片方 5 以上になっては、いけないわけですか。

外国出生、日本出生治療中断脱落、両方ともですか

■小向医務主幹

はい。そうですね。

■工藤委員長

はい。他いかがでしょうか。

それでは、次の議事を進めていきたいと思います。

それでは次は、基本施策と具体的な取り組みということで、事務局の方から説明していただいて、そのあとまたディスカッションしたいと思います。

よろしくお願いします。

■小向医務主幹

それでは、基本施策と具体的な取り組みの（1）原因の究明ということでまず説明をいたします。

11 ページご覧いただけますでしょうか。

まず結核の発生動向、ということで、全国と大阪市の罹患率の推移を比較して、載せております。

大阪市、全国、また大阪府ともに、罹患率は減少してきておりますが、先ほど、李先生も触れていただいた通りなんです、2022 年の大阪市の罹患率は 17.4 に対して、2023 年が 18.3 ということで、0.9 ポイント増加しております。これは外国出生結核の影響というのが大きくなってきているということがいえるかと思います。

そして図の 6 では、大阪市の罹患率 24 行政区に分けて見てみますと、西成区が 78.5 と最も多かったという状況に、高かったという状況になっております。

次の 12 ページご覧いただけますでしょうか。

年齢別の結核患者数罹患率の推移をお示しております。

患者数としまして上の段が、若い、59 歳以下、そして各年代ごとに 60 代 70 代 80 代 90 代と載せております。

2018 年の一番下には再掲としまして、70 歳以上の割合を示しておりますが、2018 年は 51.9%、約半数ぐらいが 70 歳以上であったものが増加傾向にありまして、2023 年は 6 割を超えてきているという状況です。

そして図 7 を見てみますと、これが年代別、年齢、階層別の罹患率を、2018 年の大阪市の白い四角で、そして黒い四角が大阪市の 2023 年、参考としまして、丸で示したのが全国の罹患率の推移ですけれども、黒い四角で示した 2023 年の大阪市罹患率を見てみますと、この、60 歳 70 歳 80 歳、特に 70 歳以上、罹患率が、この全国の丸と比べると非常に高くなっているのわかるかと思います。

それと併せまして、少しちょっと見にくいんですけども 20 代のところにももう 1 つピークがありまして大阪市の 20 代の罹患率が 11.2 ということで、他の年代に比べますと、高くなっているという状況があります。

一方で、0 から 14 歳、先ほど小児結核、ゼロの年もあったと申し上げましたが、小児結核につきましては、非常に罹患率は大阪市では低くなっているという状況です。

それでは、次のページをご覧くださいいただけますでしょうか。

イの評価体制の充実としまして、5 つの評価体制のご説明をここで記載しております。

1 つ目が今回開催しております、大阪市結核対策評価委員会です。

これは大阪市のデータをご報告いたしまして、この今、第三次指針というのが進んでおりますけれども、この対策の進捗状況をご報告して、また課題について、先生方からご意見をいただきまして、評価をしてまた次の対策に活かすということを目的としております。

2 つ目は、大阪市結核解析評価検討会、これにつきましては、結核の発生動向であるとか、あとは結核に関する様々なトピックスなどを発表することで、関係機関へそういった結核の情報を還元しまして、結核対策に係る人材育成の向上、またその解析した結果をまた評価に活かすといった P D C A サイクルも活用しているというそういった検討会であります。

3 つ目がコホート検討会です。

これは各 24 行政区の保健福祉センターで実施しているものなんですけれども、医療機関から医師会の先生方にも加わっていただきまして、区の管理医師、保健師、担当事務、そして保健所から医師、保健師も参加しまして、結核患者の支援が適切に行われているかどうかというのを評価する場となっております。

四つ目が DOTS カンファレンスでして、これは結核病床を有する医療機関で、実施されているものなんですけれども、保健所等の医師、保健師が参加しまして結核で入院している患者さんが、退院して地域での支援を受けるに当たりまして、患者さんの情報を医療機関と共有しまして、また、各区の患者さんの地域での支援を主に担う各区の保健師に情報を共有しているといったものになります。

最後は結核分子疫学検討会です。

これは後ほど出てきます、V N T R 型別、遺伝子型別が一致した患者さんについて、接触状況、活動歴などを把握しまして、感染経路の推定であるとか、接触者健診の検討などを行っている会議です。

前回までの指針ではこれらの開催回数というのを記載したりしていたんですが、それにつきましては、具体的な回数で評価するということではなくて、こういった対策を進めていくということでこのような形での記載としております。

そして最後の分子疫学検討会に関わるころとしましては、次のウの結核菌遺伝子型別の活用というところ、ご覧いただけますでしょうか。結核菌の遺伝子型別というものを調べまして、結核の蔓延状況を把握して対策に活かすということを行っております。現在は、遺伝子型別としましては、反復配列多型、V N T R 解析を主として行っております。これは大阪

市については、分離された結核菌、すべての結核患者さんの分離された結核菌をまず収集するように努めております。そして、その中から優先的に遺伝子型別を実施する対象としまして、接触状況の調査の一環として、そして2つ目が40歳未満の若年者。3つ目が外国出生。四つ目が多剤耐性。最後に、あいりん地域を中心としたホームレスの方を選定して、優先的に遺伝子型別の解析を行っております。

それ以外につきましても、順次解析を行っているんですけれども、クラスター形成率などの推移も把握することで、地域での蔓延というのがしっかり抑えられているかどうかということを確認していきます。

14 ページご覧ください。

現状の菌株搬送割合を示しております。

目標としまして、菌株搬送割合は毎年 95%以上を目標として掲げておりましたが、これで見ますと、2018 年は 96.3%ということで、目標は達成できていたんですが、それ以外の年は達成できず、2023 年は 93.1%となっております。

これにつきましては、培養陽性となった場合には、速やかに検体搬送ができるように、医療機関と密に連携をとりながら、菌株の確保を図りまして、遺伝子型別の解析等に生かしていきたいと考えております。

次に、(2) 発生の予防蔓延防止に移ります。

まず、アの有症状時の早期受診の徹底をご覧ください。

現状としまして、発病から2か月以上で医療機関を受診した割合、これはすなわち結核の発見の遅れというふうに、申しておりますけれども、これの目標値としましては、これまでもそうでしたが、この発見の遅れの割合を毎年 25%以下にするという目標を掲げておりますが、ここで見ますと、2021 年は 23.2%ということで、25%以下を達成しておりましたが、それ以外の年では、目標が達成できていないという状況でした。

取り組みとしまして、高齢者向け、外国出生者向けの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、患者さん、当事者に対して用いるということと併せまして、高齢者やその外国出生の周囲の方々に対して啓発を行うことで、早期受診を促すような体制というのを引き続き、啓発を行っていききたいと考えております。

次にイの定期健康診断の勧奨をご覧ください。

まず現状としまして表 17 結核にかかる定期健康診断実施報告書提出率、これにつきましては、医療機関、学校、高齢者施設で、それぞれ提出率の割合を示しておりますけれども、いずれの年もすべての機関からの提出というのがえられていないという状況があります。

取り組みとしまして、患者の早期発見、早期治療のためにも、定期健康診断の実施をしていただいて、かつその報告というのを求めていく必要がありますので、ホームページであるとか、また医療機関講習会、また高齢者施設の当該課が主催する研修等で周知して、提出率を高める工夫をしていきたいと考えております。

それでは次のページ 15 ページご覧いただけますでしょうか。

ウ-接触者健診の確実な実施としまして、表 18、接触者健診の受診率の推移を示しております。

目標とのところを見ていただけたらと思うんですが、直後 2 か月後 6 か月後の受診率は、95%以上、そして 1 年後、1 年半、2 年後の受診率は 90%以上という、これまでと同様の目標を掲げているんですけども、2023 年を見ても、2 か月後の受診率は 95.8%ということで目標を達成しておりますが、それ以外の受診率につきましてはいずれも、目標を達成できていないという状況でした。

特に、6 か月後以降につきましては、86%、88%、そして 73、65 ということで、時間が経つごとに、受診率が下がっていくという傾向が見て取れるかと思うんですが、特にこの受診率が低い 6 か月以降の対象者を中心としまして、もちろん他の時期の健診も含めて、訪問であるとか、電話また文書等でアプローチして粘り強く、健診の必要性を対象の方に説明していきたいと思っております。

次に、BCG接種の推進としまして、現状、表の 19 です、1 歳未満の BCG接種率の推移。2018 年から 2023 年の推移を示しております。

目標値は、接種率が 95%以上と、これは国の目標と同様の数値を掲載しておりますが、接種率を高める工夫としまして、生後 9 か月時点での未接種者に対しまして、保健福祉センターにおいて、BCG接種の勧奨を引き続き実施していきます。

そして、(3) 医療の提供の方に移りますけれども、16 ページ、図の 8 ですかねご覧いただけますでしょうか。

こちらには、2022 年に登録されました肺結核患者の治療成績を、翌年の 2023 年の評価の時点での成績を載せておりますが、治癒が 28%、治療完了が 32%、そして中断が 3.2%、治療中 6.1 などと続いております。死亡が 27.1%。4 分の 1 強を占めているという状況でした。

まず、医療の提供の 1 つ目がアとしまして PZA を含む 4 剤治療の推進としております。

これもこれまでもあった目標値ではあるんですが、現状のところは表の 20、80 歳未満の全結核患者 PZA を含む、4 剤治療開始率の推移をご覧いただければと思うんですが、目標値としましてはその下の段の 85%以上という目標を掲げておりますが、この 2018 年以降見ても、80 歳未満につきましてはいずれも 85%以上は達成できていなかったという状況にあります。これまでも、具体的に達成できなかった理由というのを見ておりますけれども、大部分の方々が、肝障害等があってやむを得ず PZA が投与できていないということがわかっておりますので、この 85%以上という目標の達成のために、もちろん開始率の集計というのも行っていくんですけども、その具体的な投与できなかった理由につきましても、分析を行っていききたいというふうに考えております。

それでは次のページをご覧くださいませでしょうか。

17 ページからは、イ-DOTS の推進ということで DOTS に関するご説明をいたします。

次の 18 ページ、表 21、LTBI を含めた全結核患者を対象とした、月 1 回以上の地域 DOTS の

実施率の推移を示しておりますが、目標は LTBI を含めた全結核患者を対象とした、月 1 回以上の DOTS 実施率 95%以上としております。

これにつきましては、その上の段の表 21 では、2018 年を除きまして、95%以上達成できております。

その下の取り組みとしまして、特に肺結核患者においては、結核治療中断予測スコアを策定しまして、そこから得られた知見を活用して、より患者さんに合わせた DOTS の頻度を、検討しまして、月 1 回だけではなくて、必要な方には、週 5 回以上の手厚い服薬支援を実施するといったことを検討しております。

また患者の状況に応じまして、登録時とはまた治療中には状況が変わるような患者さんもうらっしゃいますので、適宜、そのリスク評価を行いまして、その時に合わせた、より最適な支援や、頻度や方法を検討していきます。

また、最終的な DOTS の実施状況と評価、治療成績との関連について、また、再発との関連等も継続して評価していきたいと考えております。

それでは 19 ページ、ご覧いただけますでしょうか。

ここからは肺結核の再発の早期発見ということで、新たに 4 次指針で設けました目標です。現状としましては管理健診の受診率を表 22 に載せております。

2018 年の管理健診の受診率が 82.7%で、2023 年には 85.3%となっております。

目標としましては管理健診の受診率 85%以上としております。

取り組みとしましては、まず治療終了時には、有症状時の早期受診であったり、定期的な胸部エックス線受診の勧奨というのを、患者さんに対して行うとともに、管理健診の対象者に対しては、その受診の重要性の説明を詳しく行ったり、適切な時期に受診できるような粘り強いアプローチというのもし引き続き行って参ります。

次のエの患者管理の徹底に移ります。

現状は表 23、新登録患者、入院勧告対象の方に対する、3 日以内の面接の実施率。

これにつきましては、目標としてその下のところ、新登録患者、入院勧告対象患者に対する 3 日以内の面接 100%を目標として、これはこれまでと同様の目標を掲げております。

ただし、その括弧内で死亡後診断を除くという項目を加えております。

これにつきましては、面接前にすでに亡くなっている方につきましては、面接を行うということが不可能ですので、そういった方々を除いて、受診、面接を行っていくということを目標として掲げております。

次の 20 ページ、表 24 ご覧ください。

こちらは入院勧告対象外の方に対する 7 日以内の面接実施率の推移を載せております。

2023 年は、90.7%となっております。

これにつきましても前回の指針と同様、目標のところ、入院勧告対象外患者に対する 7 日以内の面接の 100%。

ただしこちらも先ほどと同様死亡後診断を除いた数値目標としております。

次にその下の段表 25、26、27、これにつきましては、結核の検査に関する把握率の目標値なんですけれども、こちらにつきましては現状は、まず表 25 が肺結核菌培養結果の、登録後 2 か月以内の把握率を載せております。2023 年は 95.4%。

表 26 は、感受性結果の、肺結核全患者さん登録後 2 か月以内の把握率、2023 年は 86.9%。

表 27 は、同定結果の 2 か月以内の把握率、これは 97%となっておりましたが、これにつきましては次のページ、21 ページに目標を掲げておりますが、いずれの項目につきましても、95%以上の把握を目標としております。

感受性につきましては 86.9%でしたので、目標を達成できていないという状況がありまして、その理由なんかはその上の四角で囲んだところに書いておりますが、医師の連絡を行ったけれども、結果が返ってくるのが遅かったというケースであったり、検査が未実施だったものもありますけれども、あとは死亡後診断事例などで、感受性がオーダーされていなかったといった項目で、2 か月以内に把握できていなかったものがありました。

2 か月を超えて把握しているものがその中にはあったりしまして、例えば検査ができないというふうになった場合には、行政検査等で行っている場合もあります。

この 2 か月以内というふうにした理由に関しては下の括弧で記載をしているんですけれども、この初期強化期間というのが 2 か月間で終わりますので、使用薬剤が減少してしまいますので、それまでの感受性の把握はとても重要だろうということで、このような目標を立てております。これに関して引き続き、把握率を高めるような対策を進めて参りたいと思います。

続き、22 ページ以降は重点項目、重点事項に関する対策について、外国出生結核、そして西成の結核対策、高齢者対策の 3 つをご紹介しますと思います。

まず、アの外国出生結核患者の対策としまして、現状は、先ほどのページ、最初の発生動向のところでも、申し上げました 7 ページのところの図 1 でも申し上げましたけれども、外国出生の患者さんというのは年々増加傾向にありまして、特に 20 代の結核患者におきましては、全体の 8 割以上ということで非常に高くなっております。

目標としましては、先ほど副次目標で申し上げました、外国出生新登録肺結核患者の治療失敗脱落率、5%以下。

これにつきましては先ほどの 7 ページでお示ししておりますけれども、また、外国出生新登録 LTBI の治療開始者における完了率 85%以上という目標を掲げております。

取り組みとしましては、大きく 3 つにわけて、結核患者の早期発見、患者支援、普及啓発と分けておりますけれども。

まず、結核患者の早期発見としましては、引き続き、これまでも行ってきました日本語教育機関における胸部エックス線健診というのは行っていくとともに、定期健康診断の勧奨というのをしっかりと行っていきたいと思っております。

先ほど李先生からも、入国前結核スクリーニングに関してコメントいただいていたかと思いますが、国の方で、すでに 3 ヶ国に関しまして開始されているかなと思うんですが、これ

に関しまして中長期滞在の方に限られていたり、国も限られていたりという状況がありますので、開始された今であっても引き続き、入国された後の定期健康診断というのもしっかり行っていただくような勧奨をしていきたいと考えております。

また、接触者健診と LTBI 治療の徹底というのも同様に行って参ります。

次に患者支援としましては、これまでも大阪市が行って参りました医療通訳派遣事業を充実させていくとともに、翻訳機器を活用した、患者支援というのをを行っているんですがこれも引き続き行って参ります。

また、患者さんに合わせた DOTS の実施というのを、今は外国出生の方以外もそうなんですが、結核研究所が用意してくださっています Web 版の飲みきるミカタには、翻訳機能なんかもありますので、そういったものも活用しながら、支援を充実していきたいと考えております。

また、できるだけ大阪市、また日本での最後まで治療というのをお勧めはしているんですが、けれども、やはり、ご本人のご希望もあったり等で、治療中に国内外へ転出してしまうと、いった場合特に国外転出する方につきましては、結核研究所の帰国時結核治療支援なんかも活用しまして、帰国した後も治療が続けられるような支援というのを行って参ります。普及啓発としましては、現在は日本語及び 8 カ国語でリーフレットを作成しまして、ホームページに掲載しております。

また、外国の方そしてその周囲の方々、周囲の方というたとえば日本語教育機関のスタッフであるとか、お勤めの方であれば職場の衛生管理者であるとか、あと、外国の方が受診した場合には医療機関の方々なども含まれるかと思うんですが、そういった方々への結核に関する啓発というのを行って参りたいと思っております。

また下に四角で囲っておりますが大阪市外国人結核対策ガイドというのが、もう 5 年前に出されておりますので、またこういったものの改訂というのも、今後考えて随時進めていきたいと思っております。

それでは次のページ、23 ページをご覧ください。

イ西成区の結核対策です。

現状としましては、この表の 28 に示しておりますあいりん地域と西成区の結核患者数と罹患率の推移をご覧いただければと思うんですが。

あいりん地域につきましては、2000 年には罹患率 1,000 を越えて患者数が 420 人であったというところから、大幅に減少してきております。

2023 年は罹患率が 448、そして患者数が 30 名となっております。

西成区につきましても、同様に減少してきておりまして、2023 年には罹患率 78.5、患者数が 83 となっております。

ただ前年の 2022 年から比べますと、罹患率患者数ともに、あいりん地域、西成区、両方とも増加が見られているという状況があります。

西成区特区構想の結核対策として第 1 期のところには、記載しておりますけれども、2013

年から 17 年のこの 5 年間の目標としまして、2009 年の患者数半減、西成区は 145 未満、あいりん地域は 80 未満という目標を掲げて、それぞれ記載の年で達成しているという状況です。

2 期の 2018 年から 2022 年につきましては、2022 年に罹患率、西成区の罹患率が 100 未満、あいりん地域は、患者数 50 人未満の目標を掲げて、2022 年に目標達成しているという状況でした。

現在の目標としましては、西成特区構想の第三期、2027 年までの目標としまして、西成区の罹患率を 45 未満。これは 2020 年の罹患率 90 からの半減ということで、45 という目標を立てております。

取り組みとしましては、4 つの柱を立てておりまして、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中断の防止、3 つ目が普及啓発、そして、LTBI の推進によって発病予防するというこの 4 つの大きな柱を立てて、以下に記載しておりますような具体的な取り組みを行っております。

それでは 24 ページ真ん中あたりのウ高齢者特に 70 歳以上の結核対策のところをご覧くださいいただけますでしょうか。

現状としましては、先ほど申し上げました発生動向のところで申し上げました通り、2023 年には 70 歳以上の結核患者の割合は 6 割を超えているという状況がありまして、さらに、70 歳以上の喀痰塗抹陽性の感染性の肺結核の罹患率は、国に比べて約 2 倍と非常に高くなっております。

そこで先ほどの副次目標でも申し上げました通り、70 歳以上の喀痰塗抹陽性の罹患率、これを 9 以下。

喀痰塗抹陽性肺結核の罹患率の 9 以下 2030 年に 9 以下を、先ほどの 6 ページのところと同様ですけれども、記載しております。

具体的な取り組みとしましては、まず、1 つ目と 2 つ目に関しましては医療機関へのものなんですけれども、結核患者さんの早期発見のために、年 1 回の結核健診の実施と、先ほど申し上げました実施報告書の提出というの、求めていくような啓発というのを引き続き行っていくます。

また、PZA の推進に関しても同様に、医療機関講習会等で、普及啓発を行っていきたいと思っております。

3 つ目の介護福祉関係者への啓発としましては、リーフレットを高齢者の結核の特徴をまとめたようなリーフレットがありますので、そういったリーフレット等を用いまして、結核患者が早期発見できるような、受診を促しやすいような啓発というのを行って参ります。

また、高齢者の方々自身に対しましては、結核に関する正しい知識の啓発であったり、結核健診の受診勧奨であったり、また、かかりつけ医を持っている高齢の方は、それ以外の方々に比べるとより軽症で見つかっているというようなデータもありますので、かかりつけ医を持つことの重要性の啓発であるとか、あとは区での介護予防事業において健康教育など

も引き続き行って参ります。

最後の5つ目の接触者健診につきましては、他の対策も同様なんですけれども、特に今は過去と違いまして IGRA 検査、結核に感染しているかどうかを調べる検査につきましては年齢制限が撤廃されておりますので、高齢者であっても、必要な方については積極的に、IGRA 検査を行いまして、LTBI 治療を推進して、また最後まで治療を終えられるような支援というのも同様に行って参ります。

それでは25ページをご覧くださいませでしょうか。

5番目としましてサーベイランスの強化を挙げております。

患者さんの結核の発生動向につきまして、最初の方でも申し上げましたけれども、正確に把握して、かつその結果をまた対策に生かしていくということは重要ですので、こういった情報収集のためのスキルアップなんかも努めていきたいと思っております。

そして、6番目には人材育成を前回と同様、記載しておりますけれども、1つ目はまず本市職員、とりわけ医師、保健師に対する、結核に関する資質向上のための研修を様々な場で行って参りたいと思っております。

2つ目は、結核に関連するような委託団体であるとか、また医療機関に対しての講習会なんかも、引き続き実施していきたいと考えております。

また、四つ目に記載しておりますが市民に関しても、やはり結核対策に関わっていただくことが大事ですので、市民一人一人への啓発を通して人材育成というのを行っていききたいと思っております。

あと、前回までの指針では、7番目に普及啓発という項目を設けておりましたが、これまでの各項目のところに普及啓発を記載しておりますので、それに関しては割愛している状況です。

それでは26ページをご覧くださいませでしょうか。

26、27ページは、これまで申し上げました、4次指針に関しまして、目標値を、数値目標のところを中心に、3次指針と比べて比較しながら載せております。

大目標、そして副次目標は各項目、そして基本施策と具体的な取り組みとして、各項目を載せておりまして、網掛けで示したものが4次指針のところに特に書いてありますけれども、例えば副次目標に、アの2 高齢者 70 歳以上における喀痰塗抹陽性の肺結核罹患率 9 以下等は新しく加えた項目ですので、参考にご覧いただければと思います。

次のページ27ページにつきましても、(3) 医療の提供としまして、ウの肺結核再発の早期発見として、管理健診受診率、4次指針では85%以上。

そして、(4) 重点項目として、外国出生の結核患者の対策として、LTBI 患者の治療開始者における治療完了率85%以上。目標を新たに加えております。

私からの説明は以上です。

■工藤委員長

どうもありがとうございました。

目標につきまして、基本施策の具体的な取り組みということで、現状とそれに対する対策、それからまた重点項目について、それぞれ詳しく説明していただきました。

具体的な施策に対してこれから皆さんでいろいろディスカッションしていければと思います。どうぞよろしくお願いいたします。

高鳥毛先生どうぞ。

■高鳥毛委員

高鳥毛です。

説明について、その目標等については、異論はないんですけど、ちょっと細かいことで、13ページの結核菌の遺伝子型別の活用というところで、これは行政と言いますか、市というよりも、実際この VNTR 等については、大安研でしてると思うんですけど。

接触者健診として感染源を追及するという側面と、もう1つが、外国人であつたり、大阪府下であつたり、半分は、研究的な意味合いで、そういう外国から、今までと違う外国人等も、日本人と違う結核菌を持ってくると思うんだけど、そういったことを VNTR で結構限界があるから、一部ないしゲノム解析なんかも大安研、健康安全基盤研究所で、やっているとと思うんだけど、だから、将来的に、結核の流行株、コロナ禍じゃないですけど、罹患率を直接下げるということに関係しないんだけど、何が言いたいのかっていうと、ここにはここ5年間なんて VNTR しか書いてないんですけど。

もう少しそういう、ゲノム解析的な文言があってもいいんじゃないかなというふうに思いました。ですから質問というよりも、多分 VNTR が5年先には、データとしては、ずっと、継続性が、保たれると思うんだけど、そういうゲノム解析に中心が移るんちゃうかなあと思って、そういう点と、こういう大阪府下とか、外国人っていうか、流行株の監視というところも、現在は課題ではないんですけど、これからの課題となるように思うんで、何か、今 VNTR だけど、そういったゲノム解析についても取り入れていくぐらいの言葉があってもいいんじゃないかなと思いました。

それと、18ページのLTBIについてなんだけど、従来はLTBI治療となると、INH単剤の治療というのは主でしたけど、大阪市とすればこのLTBI、こういう、感染者の発見理由とか、感染予防の観点もあると思うんだけど、INHとRFPの両剤による、短期的なLTBIを推進するとか、より積極的に予防しようとする、単にLTBIの目標だけじゃなくて、特に外国人等が多くなると、期間が長いとどうしても、脱落することもあるんで、何か、大阪市の罹患率下げようとする、そういう点でLTBI治療に力を注ぐとすると、そこもより徹底する。処方というか、そこも、これからの計画では、入れなくていいのかなあというふうにちょっと感じました。

それと19、20ページの3日以内の面接、それから、核菌検査結果の、2か月以内の把握つ

ていうのも、たぶん今、日本結核・非結核性抗酸菌症学会が、提言っていうか、指針作ってするように、入院期間の短縮化されると、この面接は3日以内に徹底するというのはこの通りでいいと思うんだけど、2か月以内の菌検査の把握っていうのは、2か月经ってるともう排菌患者がもう退院して多分、菌陽性患者とか塗抹陽性患者の菌の感受性含めた把握率は多分100%だと思ってるんだけど、退院期間が2週間とか3週間とか迅速化するときになんか退院してどっかいなくなって、菌株もどうなってるかわからへんということはあまり好ましくないんで、2か月以内は100%ぐらいの目標にして、一か月以内に何%と、少し菌検査の結果についての把握について、力を注いでるような目標の方がいいんじゃないかというふうに感じました。

ですから、今言った面接と菌検査の結果の把握については、今までと比べて排菌患者でも早期に退院させるようなところは、厚労省の指針として、どういう形になるのかってのはわかりませんが、多分2030年ぐらいになると、多分、排菌患者でも入院期間が、いわゆる、短くなるとすると、ちょっとこの2か月以内の菌検査の把握というのは、少し時代的に合っていないんじゃないかというのと、入院期間の短縮化と併せて、RFP 耐性とかああいうのも、いわゆる、遺伝子診断で早期に、この把握するということを多分、国が指針で示してくるとすると、何かちょっとこの2か月とかいうのは、長すぎるんじゃないかなと思います。だからそれに対応できるような、ちょっと、何か形にしていきたいなというふうに思いました。

以上です。

■工藤委員長

ありがとうございました。

遺伝子型別ホールシーケンスを使うとか、LTBIを6Hから3HRとしているようにもっと詳しく記載したらどうかというのと、それから退院期間が短くなるのに対応して、患者の菌株の把握についてですね、小向先生どうですか。

■小向医務主幹

はい。

どうも高鳥毛先生ありがとうございます。

13 ページの、結核菌遺伝子型別の活用の部分に関しまして、コメントありがとうございます。

流行株の監視っておっしゃっていただいた部分は、私も本当に大事な事かなというふうに考えておりまして、一番最後のところにクラスター形成率の推移の把握というような記載もありますけれども、大阪健康安全基盤研究所で、VNTR のクラスター形成率の推移なんかも出していただいております、例えばその外国出生の方のクラスター形成率は、日本出生の方と比べても今のところはそれほど高くないよということを教えていただいたりしてお

りますので、そういったその、流行状況を引き続き監視していくっていうのは、私もとても大事なことだというふうに感じておりますので、引き続き行っていきたいと思っています。全ゲノム解析につきましては、大安研の方からは、研究ベースで実施しているというふうには伺っておりまして、もう高鳥毛先生おっしゃる通りで、もしかしたら5年後にはそれが一般的な検査になっていくという可能性も、どんどん費用も、コストも下がっているというふうには聞いてはおりますけれども、現状ではまだ、研究レベルのものというふうには伺っておりますので、今後そういったものもとても重要になっていくということは、十分承知した上で、対策は進めていきたいと考えております。

次に18ページ。

違うかもしれないですがLTBIのレジメンに3HRが加えられたのはもう、4年になるでしょうか。これまではINHの6か月と、RFPの4か月、また6か月というような記載になっていたかと思いますが、新しく、3か月のINHとRFPによる、より短期の治療というのが記載されておりますので、患者さんごとにどのレジメンが適切かというのはあるかと思っています。もちろん短い治療の方が治療の中断が少ないというのは本当に当然かなとは思いますが、一方でRFPが、薬剤の相互作用で使えないので、やむなくINHの6か月を選択していますという先生方もいらっしゃいますので、本当に患者さんごとに、最適な医療というのを選択していただくということが大事なかなと思っておりますが、やはりその3HR、短期の治療というのがまだ、ご存じない先生もまれにいらっしゃったりしますので、コホート検討会であるとか、医療機関講習会とか、そういった場で、LTBIにもいろんな治療の選択肢があるんだということは、事あるごとにお伝えしていきたいというふうに考えております。

そして最後に先生が指摘してくださった、そうですね今後の入院期間が短縮されることによる影響ということで、懸念をさせていただいていることありがとうございます。

今後は入院期間が短くなって、地域での支援というのが、どんどんウエイトとして大きくなってくだろうなというのは、予想されるところなんですけれども、特に、菌情報の把握に関しましては、入院期間が短くなることによって、把握率に影響があるというのは、今のところないんじゃないかなというふうに考えております。

結核の患者さんの患者登録票というのがありまして、それに必要な情報を記載しながら、保健師が支援しているというところがあるんですけれども、その中には、例えば菌株をしっかりと把握してるかどうかというそういった項目を記載する欄なんかもしっかりと記載しておりますので、この把握率を高める工夫というのは引き続きやっていきたいと思っておりますが、本当にそれが影響ないかっていうの、1か月とか2か月とかその登録からの段階で、どれだけ把握できているかっていうのは、見ていく必要があるかもしれないので、検討していきたいなと思っております。

またRFP耐性遺伝子に関しましてご指摘いただきましてありがとうございます。

それに関してはもう提出していただいてから例えば1週間とか、もう場合によっては、院内

のでできるのでもう数時間でわかりますとか、そういった場合も、今後出てきて、入院期間の短縮等もすごく、関連してくる部分かなと思いますので、今後ちょっとそういった耐性遺伝子の把握も加味したことっていうのは必要になってくるのかなというふうには思いました。ご指摘本当にありがとうございました。

■高鳥毛委員

はい。ありがとうございました。

了解です。

ただ一番最後のこの 20 ページの表 25、26、27 が例えば、25 は、いいと思うんですけど、培養結果の 2 か月以内の把握率なんだけど、特に一番 27 の同定とかの把握率は、これは、一応 95%以上を目標にしてるということなんですよ。

■小向医務主幹

はい。

■高鳥毛委員

だから同定の把握率は、95%というよりも、100%にしてほしいんだけどね。それと感受性についても、多分もうちょっと高くしておく必要があるんじゃないかなあと。

ですから入院期間が短くなって、多分、今、大阪市の患者を扱ってる医療機関はちゃんとしてるから、入院期間が短縮しても影響がないと思うんだけど、でも一部の医療機関でも、一応結核菌同定陽性として、感受性検査の結果が不十分のまま治療して、不適切な治療期間があるっていうのは好ましくないんです。ここの目標をここも全部 95%を目標とするということですよ。ここは 95%でもいいんだけど、個人的には 100%でいいなと思いますが、現実という社会は、そんな簡単なものではないんで、100%というのはちょっと過度な要求になって、これでいいとは思ってますけど、何か同定検査のところは 100%でもいいんとちゃうかなと個人的には思いました。だからここの一律に、25、26、27 は、95%以上と同列に扱ってるところが、何か少し物足りないというふうに感じました。これは 1 つの考えです。以上です。

■工藤委員長

はい。ありがとうございました。

他いかがでしょうか。

李先生どうぞ。

■李委員

はい。

外国出生者の対策についてちょっと 22 ページにある取り組みで、定期健康診断の勧奨というところで、もう 1 歩力を入れていくということ素晴らしいと思っております。入国前結核スクリーニング(JPETS)に、少しちょっと関連しまして、お伝えしたいなと思った点がいくつかあります。

学校によってですね、JPETS が始まったことによって、健診の中止などの混乱もちょっとあるような地域が他の地域で聞こえておりますので、そういった現場での混乱を避けるということは大事になっていくと考えております。

2 点目ですけれども、JPETS が始まったことによって、JPETS を生かすということを踏み込んで考えていけるのではないかなと考えております。

母国で JPETS を受けた方の中では、JPETS の時のスクリーニング結果をお渡ししておりますので、それを入国後に、ハイリスク者の特定アセスメントということで、実は活用できる、という工夫がされております。ですので、これまでの従来の学校健診、職場健診にしましても、しっかり個別性のあるアセスメントが、その結果を活用することによって、踏み込んでできるというチャンスにもなっております。

そしてあとは、結核患者さんとして発病者の方が見つかった場合にも、その方がもしも JPETS を受けていた方であれば、入国前にどうであったのかということでも、胸部レントゲン検査の画像をご本人にお渡ししておりますし、入国前のスクリーニング時のハイリスクに関するヒアリングなどもしっかりと検査報告書としてお渡ししておりますので、ぜひ現場でそういった活用を積極的にしていただければと思っております。

ただ公開している情報、手引きだけでは、一般の方も関係者の方も現場でわかりにくい部分あるかもしれませんので、気軽にお声かけいただければ、そのあたり、解説、一緒に協力することはできます。次にですね、この取り組みの中で、支援的環境づくりという観点でやはり普及啓発活動、引き続き学校や事業主への講習会というようなところも、非常に力を今後入れていただくのにいい時期ではないかなと思っております。

学校の先生に対する研修等は、確かされていたと、これまで聞いていると思うのですが、やはり事業主の方にも JPETS を機に、やはり結核に対する関心が高まりやすい時期、チャンスではないかなと考えておりますので、ぜひ、大阪市さんで、そういった、結核に関する患者さんを外国出生の方を支えるような、関係者の方たち向けの講習会などもあれば、私たちも手伝えることがありましたら喜んでいたしますので、お声かけいただければと思います。

11 ページに外国出生者向けのリーフレットを作成というところで、多言語化のリーフレットにも取り組まれていると理解しています。大阪市さんのホームページを拝読したところ、以前より、結核リーフレットの多言語のものが最近増えて増えたのかなあと。

それは素晴らしいと思っております。

一方でですね、当事者の外国出生の方からしますと、ホームページのトップ画面にですね、少しでも、母国語でキーワードがあると、検索したときに引っかかりやすいんですが。今、すべて日本語で例えばインドネシア語、ミャンマー語、中国語と書いてありますので、そう

しますとちょっと母国語の方たちが母国語で検索した時に、ひっきりづらいという、ところがありますので、少しでもホームページの各言語別のファイルの名前を書いている前後にでも母国語のキーワードを母国語で入れていただくと検索にひっきりやすいのではないかなと思いました。

以上です。

■小向医務主幹

李先生ありがとうございます JPETS に関しまして貴重な情報共有してくださってありがとうございます。

JPETS 受けて、入国された方がそういった健診結果を持っている可能性があるんだよっていうところ、職員であつたりとか、関係者にも共有していきたいなと思っております。ありがとうございます。

またホームページに関するコメントもありがとうございます。また参考にさせていただきたいなと思います。ありがとうございました。

■工藤委員長

笠松先生どうぞ。

■笠松委員

十三市民病院の笠松です。

ちょっと 12 ページの質問なんですけども、20 代から 29 歳の図 7 なんですけどすごいボリューム増としては外国籍の人が 20 代が 29 歳増えてるということ。

あとは 70 歳より上 80 歳のゾーンっていうのは、もともと随分前に感染してたものが免疫力の低下とかそういった事情によって発症したゾーンだと思うんですけども、その間の 30 歳から 60 歳のゾーンの方々っていうのは、大体、どこからもらってきたものをというのは、例えば 20 代の外国籍の人からもらってきてる株と一致するのか、70、80 歳の人と一致するのかそれとも、随分前に感染者不明のものというのは何か把握されていらっしゃるのでしょうかというのが、まず 1 つ目の質問でして、あとはごめんなさい、質問というかコメントなんですけども、16 ページの PZA の使用に関して大阪はちょっと使用率が低い、全国に比べて低い傾向にあると思うんですけども、なんか同じ 80 歳と 75 歳以上、かなり元気な方とそうでない方もいらっしゃいまして、PZA の海外のガイドラインとか見ると、割と容量調節が 15 ミリパー切るから 25 ミリパー切ると容量調整可能なので、下限とかにして使えば使えるんじゃないかなっていうような人もちらほらいるので、何か現場とかからの意見としては、そういうのもなんかあんまり使わない施設がいらっしゃったら、アドバイスしていただいてもいいのかなと思いました。

あと最後、またこれもコメントなんですけども、高鳥毛先生もおっしゃってたんですけども、

なんか薬剤耐性結核で私が 5 年以内に見た薬剤耐性、多剤耐性結核は一人はミャンマー籍でもう一人はベトナム籍の方なんですけどやっぱり日本の方より多い印象がありまして、そういう今後、JPETS 等も始まって、どういうふうに移っていくかわからないんですけども、何か今後なんか増えていきそうな、国策としては増えてきそうで大阪市も随分多いと。全国で上位を占めると理解していますので、そのへんのスクリーニングみたいな文言もいただいてもいいのかなと思いました。すみません、質問は1つで、あとはコメントです。以上です。

■小向医務主幹

ありがとうございます。

12 ページの 30 代から例えば 60 代とかも含めなんですけれども、外国出生感染源になる可能性って確かに外国出生の方増えてきてるんで、そういった懸念なんかも、うちの先生方おられたりするんですけども、今のところはなんですけど、先ほど申し上げました VNTR 解析の結果では、必ずしもその外国出生の方から、日本出生の方に広げているっていうような証拠はないんですけども、ただ、報道なんかにもなっているように外国出生の方どうしても今後どんどん増えてくると、そういった可能性がないとは限らないので、先ほども申し上げましたように流行株の監視っていうところがすごく重要だと思うので、外国出生の方優先的にはやってますけど、おくれbaseながら全株解析っていうのを行っていますので、そういった広がりがないかなっていう監視ってのは引き続きやっていきたいと思います。本当にありがとうございます。

■工藤委員長

はい。ありがとうございました。

他いかがでしょうか。

天羽先生どうぞ。

■天羽委員

すいません。14 ページの、菌株搬送の割合っていうところなんですけど。

9 割とか 9 割ちょっとしかなくて、私たち病院勤めして結核見てる病院だったら何となく、搬送できない理由がどこにあるのかなっていうのがちょっと疑問に思って、何が障害になって、菌株搬送が難しくなってるのか、もしわかってるようでしたら教えてください。

■小向医務主幹

先生ありがとうございます。

これは1つは、課題としましては、どうしても今は病院にずっと置いておくというよりは菌株を外部の検査会社で管理しているというケースがどんどん増えているかと思うんですが、

その検査会社ごとにやはり保管の期間というのは定まっているかと思うので、すべての検査結果が出揃いましたらその菌株は基本的には不要になる可能性があるので、定期的に廃棄されていくということが多いというふうに聞いております。

そうならないように、一応患者さんが登録された場合には、その菌株を廃棄しないように、保健師を通じてその医療機関の方に連絡して確保をお願いするようにしております。

ただその連絡がちょっと遅れてしまって、廃棄された後になってしまった場合には、この菌株の確保ってのが残念ながらできないというケースなんかもありますし、あと、これはやむを得ない事情なんですけれども、菌株を確保したとしても、十分に菌株が分離できないケースというのが今増えてきてまして。

結核よりは、特に高齢者で目立つんですけども非結核の罹患率がどんどん増加してきてまして、非結核と結核っていうのが同時に、もし、はえてきてしまうと、どうしても結核菌が分離できずに、十分に確保できなかったというそういうやむを得ない事情というのもあったり、様々なんですけども、そういった、理由がやむを得ないものがどれぐらいあるのかとか、ただこれは改善できる課題なんではないかというその中身が重要なと思っておりますので、引き続きどういった理由で運べなかったかっていうところはしっかり、見ていきたいなと思っております。ありがとうございます。

■天羽委員

ありがとうございます。よくわかりました。

■工藤委員長

宮川先生どうぞ。

■宮川委員

大阪府医師会の宮川です。

22 ページの外国出生結核患者の対策ですが、先ほど李先生もおっしゃってたところに関連するんですけど、普及啓発なんですけど、これは主にどちらかというと、患者さんサイドに対する支援が記載されています。ただこれを受けて側の医療機関ですね。

例えば突然この外国出生結核患者の対策とか、今回のデータも出てくるわけですけど、この資料で、我々は、こういう結核の状況について一定知識があるから、外国人のこられた方々の結核の罹患率高いよとか、特に大阪市の場合は、外国語学校に関しましてはかなり早い時期から健診をやっておられて、陽性率が高いってことで独自にしっかりとデータを出しておられることを知っております。

ただそれをみんなが知ってるかと医療機関のみんなが知ってるかというというと、どちらかというところの方が多いだろうと思うんですよね。

当然大阪市さんとしては年に数回、結核に関しまして研修会をやっていたらいいわけ

すけれども、関心のある先生は行かれるだろうけど、広く多くの医療機関にやっぱり知ってもらおうという観点からいけば、この普及啓発の医療機関に対する方法っていうのは従来の形だけではなかなか普及してこないというところもあるかと思いますので、今後の普及啓発に関しては、広く医療機関にやっぱり知ってもらおうということも大事だと思いますので、その辺を考慮した対策というのをやっていただければありがたいかなと。それでその中で、やはりいろんなお話ができてくると思いますし、知識というのはつけていただけると思います。我々もこの資料を見ても、この結核の指針を会員に周知できるシステムを動かせたかなという思いがあります。感染に関しては例えばコロナに関しては本当に、いろんな資料を周知しましたがけれども、ですからもう様々にいろんなルールが変わったりとか、法律関係も変わったりして会員には周知しますが、これ全部、把握しきれんのかなというコロナの状況でした。

今回この結核の啓発普及ということになれば、やはりそれはきっちりやっていかないと、なかなか知ってもらえないんじゃないかと。いう点がひとつ配慮してやっていただければありがたいと思います。というお願いでございます。

■小向医務主幹

宮川先生ありがとうございます外国人の普及啓発に関連して、医療機関の先生方にも知っていただくということ本当に大事ななことかと思います。

そのような、様々な方策、ご提案いただいてありがとうございます。

やはりいろんな形での啓発っていうのを考えていかないといけないなと思っております。

貴重なご意見ありがとうございます。

■工藤委員長

福島先生どうぞ。

■福島委員

はい、ありがとうございますいくつかあるんですけども時間も迫っておりますのでできるだけ手短かにきたいと思います。

まず15ページのウの接触者健診の確実な実施というところで、ちょっと私が聞き漏らしたかもしれないんですが、前回の5月の結核対策評価委員会で、今後ですね、連絡がとれずに行方不明等で、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った資料がございましたが、今回の指針で、今後、想定されてる計算では特にそういうような計算は行わずに、ということになったということによろしいでしょうか。

■小向医務主幹

おっしゃる通りです。

■福島委員

ありがとうございます。

次はコメントなんですけれども高鳥毛先生がおっしゃった、例えば、結核菌遺伝子型の全ゲノム解析とかはもちろんできればすばらしいのだと思いますけれども、行政機関というところで、それを目標に掲げるのは難しいだろうなと私も拝察いたします。

例えば大阪健康安全基盤研究所であれば研究所の機能をお持ちですので、調査研究の推進をどこかにたてて、目標ではなくてもその取り組みの姿勢を示すとかが可能なんだろうけれども、行政は難しいかと思しますので、そちらは引き続き大安研と連携して、大安研での調査研究にも協力されるというスタンスでよろしいということかと思えます。

次の幾つかのコメントは修正をご検討いただきたいところです。

26、27 ページの数値目標等のまとめがございました。

こちら、8 月 15 日にお送りいただいた修正版の資料も確認させていただいたのですけれども、まずですね、26 ページ目の、副次目標の、アの 1、第 4 次の数値目標は 3.5 ではないかと思えます。

今 4 以下になっておりますけれども、更新されることになるのかなと思えますし、その副次目標のアの 1 の、タイトルといいますか文言なんですけれども、後半の方に「国の 8 年後半減に合わせる」というふうに書いておられますが、これは設定根拠だと思われそうですが、もしこれを書くのであれば例えば大目標のところに、「国の 11 年後半減に合わせる」と書かないといけないので、ここに設定根拠は書かず、たんたんと項目だけ書かれることでいいんじゃないかなと思えます。

あとは、そのページのですね、基本施策と具体的な取り組みのところで、一部、本文と項目たてが、アとかイとかが合っていないところがありまして。例で言いますと、両括弧 2「発生の予防蔓延防止」のところの、アは、本文と対応しているのですけれども、イの「接触者健診の確実な実施」というのが本文ではウになってまして、26 ページウの「BCG 接種の推進」というのが本文ではエになってます。これは、新しいイが、「定期健康診断の勧奨」で入ってるためなんですね。

ですので、これは事務方でのチェックでよろしいかと思うんですけれども、おそらく 26 ページの上段を見ると、公表時は、今回の指針に項目立てを合わせると思しますので、その辺は体裁として、統一していただければと思います。

以上です。

■工藤委員長

はい。

ありがとうございます。

他、いかがでしょうか。

それでは大体終わりの時間に近づきましたので、これで一応、自由討議を終わりにしたいと

思います。

今日の議論のところでは、いろいろありましたけれども、1つは、VNTR からホールシーケンスに早くしたらどうか。

行政ではなかなか難しいのであれば、大安研の研究テーマとしてやっていただいたらどうかというふうな意見がありました。それから、LTBI の治療についても、6H から 3HR をもう少し押せばどうか。それから菌検査の把握時期を、入院期間が短くなるようなので、それももう少し再検討してはどうか。それから、李先生から、JPETS の入国前検査が今実施されていますので、その健診結果をいろいろ利用することを進めるということが言われました。

それから、外国人が、例えば大阪市のホームページを利用する場合に、母国語での検索ができるようにしてはどうか。ということと言われました。

それからあとは PZA の容量調節などをすれば、高齢者でも使えるのではないかな。

それから外国人の多剤耐性について、詳しく見ていく必要があるだろう。

それから医師会の宮川先生から、外国出生の結核については、まだ十分に理解されていないというか把握されていない医療機関があるので、もっと広く広報をして認知度を高める必要がある。そのようなことが、今回議論されました。

今日の議論を基にこの最後の基本指針の、ブラッシュアップしていただければという。

本日はどうもありがとうございました。

■松村課長代理

工藤委員長並びに委員の方々には、たくさんのご意見、ご指摘をいただきまして誠にありがとうございました。

本日いただいたご意見等を踏まえましてですね、第4次指針の案の内容を完成させていただきまして、年内ぐらい、年末ぐらいなと思うんですけどパブリックコメントを受けまして、今年度中に4次指針を策定してきたと思っております。

ありがとうございました。

以上をもちまして、第16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。

長時間ありがとうございました。