

第11回国際結核セミナー

平成17年度全国結核対策推進会議

平成18年3月9日～10日、港区ヤクルトホールにて、新しい世界結核対策計画や、低蔓延国である英国の結核対策をふまえた日本の結核対策を模索する国際結核セミナーと、多剤耐性結核への取り組みをテーマにした全国結核対策推進会議が行われた。その模様をそれぞれの参加者から報告する。

また、今回来日された演者2人には、日本の行政担当者、一般住民がどのように結核対策の活動に参加できるかアドバイスを頂く機会があり、インタビューしたので、あわせて報告する。

低蔓延状況下の結核対策を考えさせられる 国際結核セミナー

さいたま市保健所長
楠本 一生



第11回国際結核セミナーが、3月9日新橋ヤクルトホールにおいて開催された。第一部では、各国政府、国際機関、NGOなどの諸団体が結核蔓延阻止にむけて協働するストップ結核パートナーシップ事務局長マルコス・A・エスピナル氏(世界保健機関)が新しい世界結核対策計画The Global Plan to Stop TB 2006-2015について講演した。パートナーシップは

結核予防法の“感染症法へ統合”が閣議決定

去る3月24日(金)、平成17年度結核予防会全国支部事務局長研修会並びに全国支部事務連絡会議が、千代田区如水会館にて行われた。その中で、講演「感染症法の改正に伴う結核予防法の廃止、統合に関する最近の状況」と題して厚生労働省健康局結核感染症課課長塚原太郎様より、3月10日に閣議決定された“結核予防法統合”をうけてお話があった。特に各県支部の方々を対象というかたちで、前回の臨時全国支部事務連絡会議と、2月28日の結核予防全国大会の研鑽集会でのご発言を踏まえて発表された。

結核予防法第4条で規定されていた「定期的健康診断」は、そのまま、感染症法の第53条の2関係に移行すること、さらに支部で検査など病原体として多剤耐性結核菌を取り扱う場合に、新たな規制の対象となることが示された。

原則結核予防法の内容は、感染症法のなかに盛り込まれ、新たに病原体の取り扱いという点で、規制がかかる。支部の中には、結核菌を検査し培養・分離するという業務を行うところもあるため、三種病原体となる多剤耐性結核菌を取り扱う場合には、所持等の届け出を行い、厚

生労働大臣の許可が必要となり、さらに運搬する場合にも届け出がある。そこで、病原体に応じた施設基準や保管・使用・運搬・滅菌等の基準は追って厚生労働省令で示される。ただ、多剤耐性結核の患者さんがいても、その菌を検査対象にしない場合には、病原体という扱いにならないので、特に届け出等は必要ないということであった。

また、結核予防法第29条「入所命令」は、「入院勧告、入院措置」と文言が変更されるが、第19条の第2項及び第7項並びに第20条の第6項～第8項でほぼ同程度の条項になる。

さらに、結核予防法第3条の4の「予防計画」は、第9条第2項及び第3項で規定しており、支部から各県結核主管課への協力をお願いされた。

最後に今後の日程について、衆議院に送られてはいるものの、重要法案が目白押しのため、6月18日までの国会会期中にも成立の模様とのことであった。実際には、結核関係の実施は19年4月を予定しており、状況など変化の折には、さらに情報提供を行っていきたくと締めくくられた。
(文責：編集部)

2050年までに結核を世界の公衆衛生課題から消滅させようとするもので、具体的には、結核罹患率を100万人に1人にまで下げることである。計画は、パートナーシップのワーキンググループが中心となって策定されたもので、今後10年間の結核対策活動の方向性とその展望を描いている。この計画遂行によって、5000万の結核患者の治療、1400万の患者の救命が確保されるとし、超短期療法(1~2ヵ月)を可能にする新薬、及び安価で高



感度かつ迅速な新検査法開発の可能性を強調している。ただ、この10年間に有病率、死亡率を1990年レベルの半分とする目標については、状況悪化が見られる東欧やアフリカのように、活動進展の上での地域格差についての認識を示した。日本に対しては、これまでの様々な分野でのリーダーシップを高く評価し、今後も、診断、治療その他の分野の高い技術的専門性、幅広い国際的な協力の経験を生かしながら、活動資金、人材の研修などの面もふくめた貢献継続への強い期待が述べられた。

第二部においては、英国健康保全局のマーティン・シュワイガー氏を含め、結核研究所石川氏を中心とする結核対策研究事業参加メンバーが、英国の結核対策に関するそれぞれの研究成果を発表する形で講演、シンポジウムが行われた。英国では制度的改変がめまぐるしいが、現在は国民保健サービス(NHS)、健康保全局の2系列を軸にして、病院、地方自治体などの公的機関、それに総合診療医(GP)などの組織が加わって連携、支援、委託などの形で保健医療事業を行っている。医療費無料化を原則とし、中央レベルの関与が大きい。シュワイガー氏は現制度下での結核対策の現状について、イングランド中央部の西ヨークシャー地域を例示した。英国の罹患率は日本よりも全体的には低いが、その地域、社会階層および人種、年齢層の間の格差が、より尖鋭化した形であるが、わが国同様に重要な課題となっている。特にアフリカ系移民における高い発病率は顕著で、そのグループでのHIV感染および多剤耐性結核の頻度が高いことが問題となっている。対策組織をみると、技術的に主導的役割を担っ

ているのは健康危機管理専門行政機関である健康保全局であり、現場レベルでは、大阪大の高鳥毛氏が類型化したように日本の保健所のような非臨床多機能型組織ではなく、結核医療をも提供する結核専門クリニック・対策チームが設置されていて、これを病院、健康保全局、GPのトラストなどの組織が連携・支援する形となっている。朝霞保健所當山氏によると、担当地域での居住歴や活動期間を考慮して配属された結核専門保健師が、患者管理、接触者検診、移民の検診などの業務面でチームの中心的な存在となっている。専門保健師は、レントゲン撮影の指示の権限があり、また、薬剤の処方資格をもつことも可能である。これらは英国独自の医療保健制度を反映したものであるが、低蔓延状況下での、人材の確保や専門性のあり方についてひとつの方向性を示唆するものであろう。

現在、わが国では、結核対策を感染症法に統合する方向性が打ち出されている。これは低蔓延化の進展に対応して地域独自性をもつ対策を導入していくという観点からはインパクトをもつ一方、結核という「社会的疾患」に対して国レベルでの関与が更に希薄になることが懸念される。危機管理的な意義付けの下で結核対策を進める現在の英国とは異なった方向に舵を取ろうとしているとも言えるが、第一部でも述べられたグローバルな疫学的変化の進展、期待される診断、治療の革新に対応した結核対策にかかわる組織のあり方、人材の確保、専門性の維持向上などについて、今後のわが国の結核対策の方向性を考える上で多くの問題提起がなされたセミナーであった。



パート1

気づいてください!(Be Aware!)

結核は治せる病気なのに、
まだたくさんの方が亡くなっているのです!!

マルコス・エスピナル博士
Dr. Marcos A Espinal
セント・ドミンゴ大学卒, 医学博士
カリフォルニア大学公衆衛生博士
号取得
2000年WHOストップ結核部の
DOTSプラスのマネジャー
2003年ストップTBパートナーシ
ップ事務局長就任

国際結核セミナーで来日されたストップTBパートナーシップ事務局長のマルコス博士の記者会見がありました。ストップTBパートナーシップとは、もともとWHO(世界保健機関)の結核部(現・ストップ結核部)が政府機関の中心になって行ってきた結核対策を、IUATLD(国際結核肺疾患予防連合)、それに各国あるいは民間の患者支援団体などを巻き込んで、さらに大きな世界的なネットワークを作り、2000年から活動をはじめたグループのことです。

ストップTBパートナーシップの目標

パートナーシップは「命を救うための計画」としてグローバルプラン2を発表しました。2015年までの目標が達成できれば、年間200万人の死を半減することができます。日本に求めることは、資本提供だけでなく、技術協力も含まれています。人や技術の提供があれば、結果として毎年100万人の命を救えるという計画です。

2015年までの10年間で、5000万人の結核患者を治療し、1400万人の命を救い、さらに多剤耐性結核の約80万人を治療し、ARTという抗レトロウイルス薬を使って、結核・HIV合併の患者を300万人治療するというプランは、非常に魅力的です。さらに、結核治療薬が新しく開発できると、治療が6か月間から2か月間に縮められ、“2050年までに結核を撲滅”という最終目標を掲げています。

日本が貢献できること

さらに、世界抗結核薬基金(GDF)にも日本は投資することができます。世界の高蔓延国の結核治療薬を1人1600円程度で提供し、完治させる活動ができます。毎年世界で900万人の人が結核にかかっており、その8割をアフリカとアジアが占め、インド、中国、インドネシア、フィリピンなど患者発生率が高い国があることを考えると、結核は他人事ではなく日本はリーダーシップを発揮することができますので、ぜひ賛同してくださいという、コメントでした。

残念なことに、目標達成の試算では2015年までの予算、約6.5兆円(560億米ドル)のうち、半分近くお金が不足している状況です。このままだと、達成は不可能となり、そのために命が失われていきます。一番影響を受けるのは、DOTSが進まないこととアフリカの結核・エイズの合併症の方々への治療が難しくなり、その影響は計りしれません。

日本の資金援助は足りないのか?

このプランが決してお題目で掲げたものではなく、人の命を救える計画になっていると自信があります。それは500人以上の人間が関わって策定した経緯もあり、実行可能です。そして成功率の高いものから資金を分配する予定です。その中でどこに重点をおくべきか、どんなバランスを取るかと判断しなければなりません。日本政府や日本の結核に携わるすべての人がこのプランの良さを知っていただいた上で、資金提供を吟味して頂ければいいのではないでしょうか、と答えられました。

最後に一問一答をマルコス博士にしてみました。

「Q. グローバルプラン2について日本の人に覚えておいてほしいことは何ですか?」

「A. 5000万人を治療して、1400万人の命を救う、それだけ!」

「Q. 日本の人に活動するためのキーワードはありますか?」

「A. 気づくこと(awareness)です。結核は治せる病気なのに、死者が出るのは間違っています」

「Q. 世界で行われる、世界結核デーの活動を紹介してください」

「A. 結核患者が行進したり、結核患者の家族・親戚が結核に関する絵を書いて展覧会をしたり、音楽家が演奏会を開いて、結核予防を訴え募金活動をしています」

講演に続き記者会見の話を伺って、やはり、日本では、世界の結核対策について知っている人が少なく、「気づいてください!」というマルコス博士の言葉が印象深く心に残りました。

(通訳:日本リザルツ 中込幸子, 結核研究所国際協力部 小原尚美, 文責:編集部)



マーティン・シュワイガ - 博士
 Dr. Martin Schweiger
 リーズ大学卒, 医学博士
 1985年リーズ東部地域医療専門員
 現在, ウェストヨークシャー地域感
 染症対策部長

No Border 結核菌

結核菌にパスポートはありません。
 だから世界の結核を自国の問題として考えるのです！

国際結核セミナーの講演2で「英国ウェストヨークシャー地域の結核対策」と題して講演された、英国健康保全局（Health

Protection Agency, HPA）ウェストヨークシャー地域感染症対策部長のマーティン先生にヨークシャーの結核対策と国際的な協力について知りたくてお話を伺いました。

ヨークシャーの結核対策の現状は？

今ウェストヨークシャー地域で実施している結核対策も十分ではないと考えていると答えられました。現在、ヨークシャー州の責任者であるヨークシャー・ハンバーHPA地域部長のルース先生（Dr. Ruth Gelletlie, Regional Director for Yorkshire）を中心に、TB Pathwayと呼ばれる結核患者の診断から治療完了に至るまでに実施されている様々な保健・医療サービスについて、初めから終わりまで何が起きているのかを明らかにするための検討が続いています。このようにマーティン先生をはじめ結核対策に関わる医師や看護師その他の結核対策関係機関の職員とともに、患者さんによりよい医療保健サービスを提供するという共通の目的として日常業務を行っているのです。

マーティン先生の管轄するウェストヨークシャー地域はHP zoneというインターネットを介するコンピュータシステムを活用しています。このシステムは、HPAの職員がどこにいても管轄地域内で住民の健康をおびやかす危険のある出来事が発生していることを知り、適宜、職員が迅速且つ必要な情報を収集し、活動できるようになっています。最終的にはデータとして集約され、結核の登録状況や治療完了情報など統計資料として知ることができます。なお、このシステムには、個人情報の保護のため許可なくアクセスすることはできないようになっています。

国際的な協力については？

インド半島、そしてサハラ以南のアフリカからの移民に対して、健康教育を充実させていく予定ですと、答えられました。実際、Nuffield Instituteとい

う大学で、途上国からの医療従事者を招いて研修を行い、途上国の開発プログラムを支援しています。結核の問題は途上国の結核をなくさない限り、国内の結核もなくなるからです。結核には、国境はなく、結核菌はパスポートなしで自由に行き来できるからだと説明して下さいました。

日本の結核担当者が応用できる英国の対策は？

まず、結核の状況を地域の実状としてお知らせすること、さらに結核治療のシステムや医師・看護師の存在を知ってもらう努力をすること、結核は治療すれば治るから、症状が出たら病院に行って治療を受けましょうということです。また、成田空港などで外国からの入国時に結核健診の実施や、一般のビルの換気をよくする制度を確立するなど、行政として介入していくこともできるのではないのでしょうかというアドバイスを頂きました。さらに、一般の方々には、禁煙や食生活（特に子どもや若い人に対して野菜や果物をきちんと食べる）などを教育していく必要があると付け加えられました。

世界結核デーなどでの啓発事業は？

日本のことを誉めてくださいました。イギリスでは、結核の情報提供など、日常的にラジオのインタビューやパンフレットの作成、新聞などの記事などを活用しています。それには、健康保全局の事務所にメディア専門の広報スタッフがいて、情報提供を地道に行っています。ハイリスクの集団に対して、結核を知ってもらい、健康教育を通じて結核対策を強化していきたいという考えで進めていて、禁煙デーや乳がんの日などでは大がかりなイベントがイギリスにもありますが、結核に関しては1日がかりの行事を実施しているわけではありません。

以上のお話を聞いていて、ヨークシャーの責任者ルース先生のようなリーダーシップとマーティン先生のような行動力が、同時に存在していてすばらしいと感じました。そして、日本でもまだまだやるべきことがたくさんあると心に刻みました。

（通訳：結核研究所国際協力部小原尚美，文責：編集部）

作らず、感染(うつ)さず、諦めず



独立行政法人国立病院機構
札幌南病院呼吸器科
鎌田 有珠

平成18年3月、「多剤耐性結核への対応」をテーマとして平成17年度全国結核対策推進会議が開催され、参加する機会を得た。役者不足は重々承知のうえで筆者の理解し得た範囲で報告し、私見を述べることをお許し頂きたい。

紙幅の関係もあり、当日のプログラム、演者の諸先生の御所属、演題名などについては巻末の予防会だよりを参照されたい(本誌31頁掲載)。

会議を拝聴し、多剤耐性結核対策の根幹は「作らないように努力すること」、「感染を拡大させないこと」、「不幸にして多剤耐性結核となった場合、治療を決して諦めず最大限の努力をすること」にあると理解した。更に、それぞれの先生がそれぞれのお立場で真摯に取り組んでおられることに深い感銘を受けた。

作らないこと

多剤耐性結核は、未治療の状態で既に多剤耐性の患者と、治療開始時は感受性であったが経過中に多剤耐性に転じた患者に大別される。前者の多くは不幸にして多剤耐性結核患者から感染をうけ、発病に至ったと思われる患者で、対策としては後段の「感染を拡大させない」、「治療に最大限の努力をする」などが中心となる。後者は更に患者側の要因(服薬自己中断など)、医者側の要因(不適切な処方など)に分類されると思われる。

一般の結核予防法改正に伴い、入退院の基準も改められた。国立病院機構東広島医療センター感染症診療部長の重藤先生は「DOTSが十分に機能していない状態で入院の抑制、入院期間の短縮だけが強力に進められると治療失敗が増加し、多剤耐性結核の増加に繋がる危険性がある」と警鐘を鳴らされた。全く同感である。患者に服薬の意欲はあるものの、副作用などにより服薬が困難なことは数多い。主要薬剤であるRFP、INHを諦めずに何とか継続できるように努めることが結核診療に携わる者の使命であろう。

複十字病院第一診療部付部長の吉山先生は豊富な経験に基づき講演された。その中で「治療開始時はINHのみ耐性で、その後RFP耐性も加わったという症例が多い」ことを報告された。INHの未治療耐性が2.8%(2002年療研調査による)とされる今日、RHEでの化療はこの確率でRE2剤での化療となっ

てしまう。可能な限りPZAを含む処方では開始する必要性を改めて痛感した。

感染(うつ)さないこと

重藤先生、横浜市港北福祉保健センター医務担当係長の吉田先生から、各地の結核病院に入院しては無断で退院することを繰り返す多剤耐性結核症例の報告があった。心当たりのある方が参加者の中におられたであろうことは想像に難くない。

全国の保健所でネットワークを作り、こういった患者の情報を共有し、適切に対応すべきとのディスカッションがなされたが、このような問題を議論する時、必ずといって良いほど患者のプライバシー、人権、個人情報保護といったキーワードがハードルとなる。これらに配慮することは当然のことではあるが、周囲の者が「多剤耐性結核の感染から守られる権利」も尊重すべきである。ITが非常に発達した今日、これらのハードルをクリアしたうえで大いに議論されるべき問題であろう。

諦めないこと

国立病院機構東京病院副院長の中島先生は多剤耐性結核の膨大な手術成績を示された。

他疾患で私事にわたることを記す無礼をお詫びしたうえで、ある症例を紹介させて頂く。数年前経験した肺M. avium感染症(肺マイコバクテリウムアビウム感染症)の若年女性例である。難治性の抗酸菌感染症として多剤耐性結核と双壁をなす疾患で、かつ肺分画症を基礎疾患としており、内科的治療には限界を感じていたが地元では「手術は困難」と判断されていた。以前、中島先生の主宰された研究班の末席を汚して以来指導を頂いていた御縁があり、藁にも縋る思いで御相談申し上げた。手術は成功し、快癒にお導き頂いた。

多剤耐性結核でも地元で「手術適応なし」とされ、そのまま不幸な転帰をとる症例は全国に数多く居るものと思考する。しかし諦めずに一度は抗酸菌感染症外科の専門家に相談することをお勧めしたい。

森先生が基調講演で述べられた『この時にあの薬を使っておけば、この時に手術をしておけば』という後悔をしないように」というお言葉を噛み締めながら帰路に着いた。