

世界ストップ結核パートナーシップのなかでの日本の結核対策



結核研究所長
森 亨

あの米国同時多発テロの直後のワシントンで第1回ストップ結核パートナーシップ・フォーラムが開催されてから5年、WHOが事務局となり、世界中の政府・非政府団体、国際機関や財団等を糾合して世界の結核問題に対決しようとして起こったこの運動体は順調に実績を伸ばしている。この集まりで最も頻用されたキャッチフレーズは「Scale-up」だったと記憶しているが、着実にその通りの実績を挙げているように見える。このうねりは同年開かれた沖縄G8サミットでの日本の公約に端を発する「世界エイズ・結核・マラリア対策基金」の発足(2002年)を得て一段と活性化し、途上国を中心とした結核対策を歴史的な高揚へと導いている。

世界の結核現状

1990年代、WHOが掲げた「2005年までに結核患者の70%を発見してDOTSで治療し、その85%を治癒させる」という世界目標を、中国・フィリピンが属する西太平洋地域が他の地域を尻目に今年末までには達成する見通しを得るまでに至った。

それでは、対策の隆盛とともに結核は減ったのか？ 残念ながら世界の結核はまだゆっくり増えている。現在増えているばかりでなく、2010年になってもおそらくまだ増え続けるであろうと、最近のモデル分析から予測されている。せっかくDOTSという対策手段をもち、それを普及するための資金も手にしたはずの世界で何が問題なのか。当面の問題はアフリカを中心としたHIV流行による結核爆発、旧ソ連諸国の薬剤耐性結核が最大の問題であり、より広範には民間医療施設との協調の不足である。

サハラ砂漠以南のアフリカ諸国の一般住民(成人)のHIV既感染率は20%と言われ、その半数以上が結核感染を受けている。そこから爆発的に結核が発病し、周囲に菌をばらまく。これらの国では結核患者の7割がエイズである。有効な対策はHIV感染に対する抗レトロウイルス剤治療(生涯にわたる)と結核に対する化学予防である。これらの地域ではそのいずれもがほとんど行われていない。ようやく

一部の地域でHIV感染の治療が始まろうとしているが、結核にその結果がはね返ってくるまでにはまだ相当時間がかかりそうである。

旧ソ連諸国における薬剤耐性結核の問題も痛々しい。1990年頃に始まる連邦の瓦解とそれに続く様々な国内の社会サービスの崩壊が不規則治療を生み出し、弱者の間にこの問題を広めてしまったのである。治療を開始する患者の10%が多剤耐性結核であり、そのための検査、治療の経費は莫大な額に上る。

第3の問題は、多くの国々でのDOTS普及のネックとなっており、様々な程度に広がっている私的セクター内での結核診療である。これが結果的にはDOTS拡大の障害となり、さらに不適正な診療として薬剤耐性と感染を増やしている。前述のWHO西太平洋地域で世界目標のクリアに成功したのも、この問題に中国やフィリピンが強力に取り組み、対応に成功したからといえる。

以上、結核予防週間に本来日本の結核対策を考える本稿で、世界のことを長々と述べてきたが、歴史的といわれる法律改正を果たしながら、何か一つ元気の出ない国内の状況を考えるのに、少し違った角度からみることも意味があるかと思つたことである。

エイズの問題

まず、エイズ問題。図は1996年～2002年の日本の主要エイズ診療拠点病院・国立病院機構病院(旧国療)で診療されたエイズ合併結核患者の件数と年齢分布である。絶対数は小さいが、この着実な増加傾向は、日本のHIV感染の増加に歯止めがかからないことと一致している。遠からず日本の結核患者の中に占める割合も無視できない程度になるであろう。その重要な要因としてエイズ診療の中での結核予防の弱さを挙げなければならない。HIV感染者に対する結核の化学予防が日本でどのくらい真剣に取り扱われているか。「結核はよく治るので、発病してから治療すればよい」というのがある専門家の意見らしい。そしてこの見解は一般医療全体にも共通しており、成人ハイリスク者への化学予防の考えが普及しない原因となっている。またエイズ・結核問題は、日本の結核がリスク集団に吹きだまりを作っていることの象徴でもある。高齢者、医学的リスク集団(糖尿病、胃潰瘍・胃切除既往者、塵肺、腎不全、免疫

抑制剤治療患者等々),そして社会経済弱者(健康管理の機会に恵まれない人々)等にかに対策を集中できるか,が日本の今後の対策の成否を決めるといってよいであろう。

多剤耐性結核の問題

次に多剤耐性結核は,日本についても様々な問題突きつけている。最大の問題はこれが今後の日本で増加する可能性があるということ,つまり様々な問題(主として規則的な治療が確保できないことなど)のために薬剤耐性の獲得,菌のばらまきが起こりやすくなりつつあるということである。このために新しい対策では「日本版DOTS」を準備し,その最善の普及を狙っている。結核予防法改定に際して策定された「結核の予防の総合的な推進を図るための基本指針」では治療失敗・脱落率を五パーセント以下にすることを目標としているが,いまだこれは達成されていないだけでなく,徐々に状況が厳しくなっていることもあり,DOTSの拡大は喫緊の課題である。次に日本のもっと重たい課題がある。一つは多剤耐性に,またその中で慢性排菌例になりつつある患者に対して積極的・体系的な介入ができないものか,ということである。かつて政策医療のネットワーク構想の中に呼吸器・結核の診療システムが組み込まれ,難治例はその程度に応じて一般の病院・県(内の国療:相談窓口)

地域の国療 中央(国療近畿中央病院)へと紹介することが唱われていたのだが,きちんと稼働しているとは言い難い。慢性排菌になった患者の病歴をみると,「この時点で手術をしたなら」,「この時点で薬剤を変更していれば」と考えることが少なくない。患者が診療を受ける施設の診療能力を何らかの方法で支援するシステムの導入・確立は,今後結核診療の水準確保のために,あるいは一般病床での結核患者収容などが進むようなことになればなおさらのこと,具体的に考える必要がある。もう一つは,多剤耐性結核の治療薬の承認という課題である。ニューキノロン剤をはじめいくつかの薬剤が事実上便宜的な形で使用されているが,もしきちんと標準的に用いられればもっと効果が発揮されるのではないだろうか。国際的にはとうに推奨されているこれらの薬剤の使用が,日本では薬事審査・承認の壁に阻まれているのだが,なんとも割り切れない。さらに追加すると多剤耐性結核の予防と的確な対応のための結核菌検査,特に薬剤感受性検査の精度向上,そのための検査精度保証を制度化する必要がある。結核病学会などの調査によれば,日本の有名病院や検査センターの検査にもずいぶんとばらつきがみられ,それが治療の失敗につながっている可能性も大きい。

左記「基本指針」にも述べられているが,結核治療水準向上の努力の中で,このような制度の導入が望まれる。

「パブリック - プライベート - ミックスDOTS」

最後の点は国際的にいわれる「パブリック - プライベート - ミックスDOTS」である。つまり私的セクターを公的サービスのDOTSに巻き込み,診療の質を向上させるものである。私的サービスの中での結核診療を積極的に認め,それに政府が積極的に関与することはまさに日本が旧結核予防法以来実践してきたことであり,日本版DOTSはそれをDOTSコンセプトで強化しようとしているといえる。この場合成功の鍵の一つは私的セクター = 主治医側の参加であるが,それを誘導する精神的および経済的インセンティブは重要である。これまでは公費医療による患者確保がそれであったと思われるが,結核診療の構造的採算性があまりにもあらわになり,そのうえ入院短期化の促進や院内・外来DOTS,院内感染対策等で様々な負荷をかけているとすれば,私的セクター(日本では公立・公的病院等も含む)の結核診療からの離脱を促しかねない。より良質の結核医療の提供という新しい結核予防体系のいっそう重要な使命への厳しい課題であることを認識しなければならない。

国際的なストップ結核パートナーシップの大きな課題は,程度やニュアンスの差こそあれ,このように日本にも当てはまる。国際協力を通してこのパートナーシップに参画していくことは,このようにして日本国内の結核問題への認識を深め,改めさせてくれる。

図. 日本のエイズ合併結核の発生状況

(佐々木結花, 切替照雄: 本法におけるエイズ合併結核症例の検討. 厚生労働省エイズ医療共同研究による調査報告. 2005)

