

結核制圧に向けた結核予防



結核予防会結核研究所
所長 石川 信克

一結核は治せる、予防できる病気なのに、世界中はもとより、日本でもまだ著しく多くの人の健康や生活をむしばみ、苦しみを増加させ、早すぎる死を招いている。日本から、地球上からいかに早くこの苦悩を減らしていけるのだろうかー

まだ2万5千人も発病、欧米より30~40年遅れ

日本の結核の統計(概数)によれば平成19年の新登録結核罹患率(人口10万対率)はようやく20を切った。過去五年間平均5%台で減少していることになる。このようにみると日本の結核は、順調に減少しており、もう心配ないかのような錯覚に陥る。しかし、新患者数で見れば25,000人以上もの患者が毎年出ており、その半数は70歳以上の高齢者であるが、20歳代でも1,900人、30歳代では2,300人も発病している。この人達のほとんどが最近の感染による発病と考えられ、未発病の感染者はこの4~5倍はあると考えて良いであろう。即ち、日本ではまだまだ結核が流行しているといえる。また、この罹患率(約20)は米国では1969年頃の値で、米国の40年位後を追っていることになる(図1)。

図1. 結核の推移
(日米比較,1900-2006)

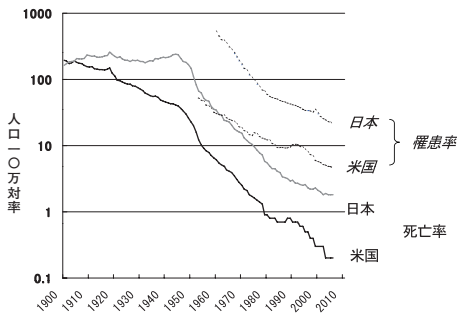
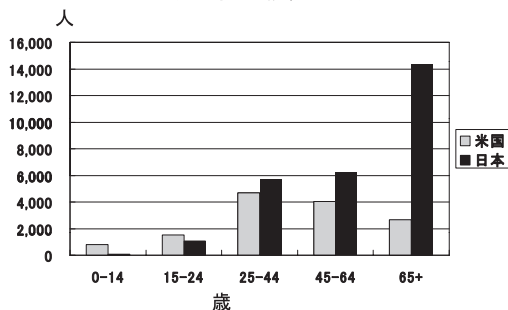


図2. 新登録結核患者の年齢分布
(日米比較, 2006)



ただし、最近の米国の結核患者は、若、中年層が多いのに比べ、日本では圧倒的に高齢者が多いことが大きな違いである(図2)。

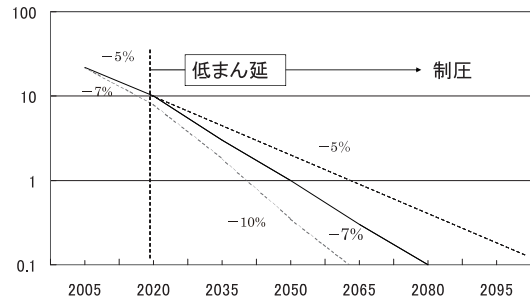
結核は数日では制圧できない

多くの急性感染症は流行を数日で終わらせることができるが、結核はそれができない。結核菌は感染すればしぶとく体内に生き延び、一生発病の危険性が続く。診断されても半年から9ヶ月の服薬治療が必要になる。治療が失敗すれば、多剤耐性菌との戦いが始まる。社会の中でも、様々な地域、階層特に弱者の中で生き続ける。実に「しぶとい」というのが結核の特徴である。生物学的にも、社会的にも様々な因子が関係するので、社会全体でも長期にわたる「じっくり」した対応が必要である。

日本が結核中まん延国から低まん延国(罹患率10万対10以下)になるのは、2020年以降と予測されており、そしてその後今の欧米諸国の値(5以下)になるためにはさらに15年以上かかる。さらに100万対1の制圧(elimination)を来すには、半世紀以上の継続的な取り組みが必要である。

日本で結核が公衆衛生上の課題でなくなる100万対1は何時達成できるか、やや大まかな簡易予測をすると(図3)、考慮しうる最大限の減少率(当分7%,その後10%)でも2060年、現在のままの減少率(5%)が継続するとしても、2110年、対策の強化により程々の効果を上げ、2020年以降に7%の減少があれば、2080年という数字が出てくる。いずれにしても、最低半世紀はかかる。即ち、あと半世紀は、手抜きはできないということになる。

図3. 結核の低まん延から制圧への予測
(人口10万対1→100万対1)



低まん延化を促進したい

低まん延の欧米諸国では、制圧(elimination)が目標とされてきたが、国際化の中で、自国の対策のみでは容易でないことが認識されるようになり、最近では地球レベルの対策への連携が重要な課題と

されるようになった。中ま延国の日本では、国際化に対応しつつも、まず自国の中で10万対10の低ま延化をいかに早く達成するかが目標であろう。

そこで、何が課題であるか。まず政府、自治体など行政の中で、結核対策が当分（半世紀以上）公衆衛生的に重要であるという政治的認識と適切な体制の維持があげられる。

次は、対策の中身の転換として、

- A. 発病予防への取り組み強化（当分の間BCG接種の維持、及び潜在性結核感染症の治療）
- B. 患者発見の重点化（ハイリスク健診、外国人健診）
- C. 医療提供体制刷新（短期入院の分散化や結核病床の集中化、入院医療費の補助や採算性の確保、保健所での治療等）
- D. 新技術・新治療法の開発（技術的革新によるより効果的対策の促進、例えば新薬や治療法の革新により1~3ヵ月で治療できることも夢でなくなりつつある等）

一方で、今ある対策の地道な展開をしつつ、新しい効果的方法の開発が必要である。

世界的な連携や取り組みなしには日本の結核も減らせない

いまだ結核を制圧できた国はない。他の感染症と同様、結核に国境はなく、世界的な取り組みとの連携無しに自国の結核の制圧もあり得ないというのが常識になりつつある。WHOを中心に2006年以来、世界は従来のDOTS戦略を拡大し、MDGs（ミレニアム開発目標）に呼応した「ストップ結核新戦略（以下）」を推進してきた。各国の歴史や特色はあるが、新しい視点に立った戦略は、先進国といえども、対策のあり方にも様々な挑戦を与えている。

ストップ結核新戦略(2006~)

1. 質の良いDOTSの拡大
2. TB/HIV, MDR-TB, 他の特殊課題
3. 保健システム強化に貢献
4. 総てのケア提供者を動員する
5. 患者と地域をエンパワーする
6. 研究の強化（行政研究, 診断法, 新薬, ワクチン）

これらから、日本の結核予防が受ける挑戦を考えてみよう。

- A) 日本のDOTSはかなり進展してきたが、十分か：質の高い結核治療とは、きっちり直すこと。入院・外来を問わず、服薬支援が十分にされているか。地域DOTS体制の支え無しに、早期退院ばかりが急がれていないか。
- B) HIV/TB, MDR-TB, 社会的弱者への対策はどうか：都会のホームレスは数倍も結核が多く、人知れず路上で死ぬ人もいる。ワーキング・プアの若者たちで重症結核になって初めて発見されることも少なくない。日本の患者の半数を占める高齢者の結核の病態は、複雑化しているが、治療できる体制は不十分といえる。

糖尿病や認知症がある高齢者が結核を発病するとなかなか行き場所がない。日本人より数倍罹患率が高い外国人の結核医療も困難がある。対策が直接及びにくい刑務所の結核問題は世界的な課題である。

- C) すべての関係者の連携は十分か：福祉・保健・医療の連携はある程度できてきたが、政治的にはまだ不十分といえる。
- D) 患者と住民のエンパワー：日本には組織的には結核予防婦人会の役割があり、エンパワー（能力向上）という視点での見直しも必要である。患者のエンパワーはもっと意図的に行うことができる。
- E) 結核による保健システムの向上：歴史的に日本の保健所や保健行政の柱が結核対策であった。今日的意義は何か。患者一人一人の治療を目指したDOTSは、これからの効果的医療評価、健康管理の基礎でもある。結核予防会が、住民の健康ニーズの転換から、生活習慣病対策に取り組もうとするのも、（治療まできちんと見守る）DOTSの応用ということができる。また健康づくり全般の中での位置づけ（結核対策は患者も従事者もエンパワーすること、高齢者、糖尿病、喫煙等は結核のリスク要因である）ができる。
- F) 結核研究は十分か：研究は先進国日本が世界貢献できる重要分野である。政治的支援、予算の確保が必要である。
- G) 世界への貢献は十分か：結核は日本の国際医療協力のパイオニア的存在であった。結核予防会も国も、結核国際協力に力を注ぐ意義は大きい。国際協力こそ、戦争と憎しみの絶えないこの世界に、平和をもたらす確実な道といえる。

新しい取り組みの方式：ストップ結核パートナーシップ日本

上記の、対策方式の内容の革新に加え、社会のあらゆる集団に属するみんなで取り組んで行かねば、この「しぶとい」社会病の制圧は可能ではない、という認識が世界中で広まっている。その現れが、「ストップ結核パートナーシップ」であろう。世界の動きに呼応して、昨年その日本版が設立された。結核予防会本部に事務所を置き、学会、研究教育機関、製薬・医療機器会社、NPO、政治家（このための議員連盟も設立された）、患者、市民等、従来の結核予防会の概念を超える運動体である。もちろん組織的な脆さや弱さもあるが、新しい市民社会参加による健康づくりの運動体としての期待は大きいといえる。さらなる積極的な参加が求められている。

(注) 本稿では、結核の「制圧」を英語のelimination（公衆衛生上の課題でなくなるほど少なくなった状態、即ち人口100万対1以下）の意味で用いた。従来、「根絶」や「根絶」なども用いられている。