

WHO西太平洋地区高まん延国結核担当官会議報告

2011年9月12日～14日



複十字病院診療主幹

結核研究所企画主幹 吉山 崇

世界保健機関西太平洋地区（Western Pacific Region of WHO）は、シンガポール、マレーシア、インドシナ三国、東アジア、オセアニア、太平洋の諸国を含む（ただしインドネシアと台湾を含まない）地域で、その事務所はフィリピンのマニラにある。世界保健機関（以下WHO）は、世界の保健行政の推進役であり、西太平洋事務所の結核担当の中には、日本から大菅、錦織の2名がいる。西太平洋地区の結核対策のありかたは、すべての活動を自らの国の中で行うことの難しい人口1000人から10万人程度の小国の島国とその他の国々ではまったくやり方が違い、その他の国々の中でも、オーストラリアなど低まん延国、日本、シンガポールなどの中まん延国と、高まん延国とでは関心事が異なり、また、薬剤感受性検査を全症例行っている低一中まん延国とその他の国々では対策のおき方も異なっている。今回の会議は、中国、フィリピン、インドシナ三国、パプアニューギニア、モンゴルの高まん延国7カ国の結核担当者、結核検査室の担当者の会議である。これまでの結核対策は、1980年代にタンザニア、マラウイなどでカレル スティプロ博士が確立した結核対策手法（1994年にWHOはこれにDOTSという名前をつけた）に基づいて、質の管理のなされた喀痰塗抹検査のネットワークを末端まで置くことによる患者発見、標準化した治療方法、服薬確認の強化、薬剤や検査試薬の物流管理、記録と教育に重点を置いた結核対策が行われてきたが、これらの対策を採っても結核まん延国における結核減少が十分ではない、との評価から、2000年頃以降、多剤耐性結核に対する結核対策管理下の治療、私的医療機関との連携などが推進されてきた。一方、もともと西太平洋地区では、1990年以前から、日本、韓国、中国、フィリピンなどで有病率実態調査が行われてきたが、ここ10年間にも、中国、フィリピンのほか、カンボジア、ベトナムなどで有病率実態調査が行われ、またラオスでも調査が進行中であり、これらの結果から、有症状受診者に対する塗抹検査のみでは、現在いる結核患者のうち一部しか見つけられ

ない事—つまり、塗抹陽性の結核患者の中には症状が明らかではない者が多い事があきらかとなった。また、見つかった患者に対する薬剤感受性検査でも、中国では初回治療患者の6%、フィリピンでは4%が多剤耐性であり、モンゴルやカンボジアでも数字はそれより低いものの多剤耐性結核が増加しつつあることが明らかとなり、多剤耐性結核対策を急がなければならないことがWHOでも強調されることとなった。今回の会議は、そういった背景を基に、これまで有症状受診者に対する喀痰検査を中心としその他については重点の置かれていなかった患者発見からハイリスク者への健診や核酸増幅法の導入など患者発見の強化、有病率実態調査の推進、多剤耐性結核に対する国の結核対策の枠組みの中での対策の推進などが課題として取り上げられ、高まん延国の結核対策のさらなる強化を促すものであった。結核担当官会議と共に検査担当者会議でもあることからわかるように、結核対策の重点は、検査施設の強化に重点が置かれている。これまで、塗抹検査を末端でも行えることとその質の管理に重点を置いてきた対策から、核酸増幅法、耐性結核の診断も拠点医療施設では行えるようにし、より多くの患者発見と適切な治療を目指すものである。今日、結核対策の多くは、エイズ結核マラリア国際基金（global fund）の資金を基にして行われている。リーマンショックののち世界の経済の収縮のもとでも、国際基金が活動を続けることができてきているのは、その重要性が高く評価されているためであるが、昨今のユーロ危機など世界経済の今後の動向は、結核対策に影響を及ぼすかもしれない。これまで、DOTSの優等生として結核減少の進んできた西太平洋地区であるが、耐性結核など新たな挑戦への対応の成否が問われている昨今である。