「UHCと結核」の未来を考える【後編】

新春特別対談の後編です。前編は，UHC（ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ）と結核対策を代表する戸田隆夫独立行政法人国際協力機構（JICA）上級審議役，石川信克結核予防会代表理事のお二人に，UHCと結核の世界の現状，日本の国民皆保険実現プロセスでの結核対策，グローバルファンドとUHCについて熱く語っていただきました。後編は，結核対策とUHCの成功事例，新技術と半世紀以上の歴史を有する国際研修，さらに日本版「国際結核対策戦略」策定へと話が続きます。進行役は竹中伸一結核予防会審議役。

対談後に記念撮影　JICA・結核予防会スタッフとともに

竹中　石川さん，結核対策とUHCの有機的な連携を成功させるための要因について，過去のJICA結核対策プロジェクトの経験から，どのような要因があったのか教えていただけますか。

ミャンマーの結核ボランティア

石川　私ども結核予防会は，結核対策の仕事をJICAと一緒にやらせていただいて沢山の成果を見てきました。直近はミャンマーのプロジェクトです。

ミャンマーの患者発見数をWHO推定値と比べると130％と，推定値以上の患者が見つかっているということでした。これはおかしいと。有病率調査をやると患者は倍以上いることが分かったのです。つまり，その推定が低すぎたのです。そこでコミュニティ・レベルでもっと結核患者を見つけることをやることになり，首都ネピドーのすぐ近くのピンマナ地区をモデル地区に選びました。県病院の院長さんが衛生部長さんを兼ねていて，彼女と協力してその地域の村に既存のボランティアさん，ボランティアがいなければ新しく育て，コミュニティで結核を見つけるというコミュニティ・ベース結核ケアの仕組みづくり（モデル）に取り組みました。

ボランティア選びや育成は，区長さんや同地域にある末端のクリニックの看護師さんが地域に喜んで奉仕しようとする人たちの中から選び，トレーニングを行いました。彼らが村で咳をしてる人を病院に連れて行く，薬を飲むのを支援するという仕組みづくりをコミュニティ・レベルでやってみました。すると隠れていた患者が見つかるという仕組みができたわけです。それがコミュニティにおける結核対策の国のガイドラインの一つのモデルになりました。

私どもは，村の人も保健ボランティアも病院の看護師も関係者一同を集めてワークショップを催し，その話し合いで「この経験は結核以外の分野に役に立つのか」と尋ねたら，「お産のことから結婚の世話までする」とか，結核だけでなく地域の色んな課題に貢献するようになった様子が分かりました。県の政府と病院と末端クリニックとコミュニティが非常によく連携して，保健システムの強化の一助になっていることも分かりました。

竹中　これは，「コミュニティ」とか「地域住民」にフォーカスを当てたアプローチで，コミュニティから国へとシステム作りにつながっていくというモデルですね。

石川　はい，われわれは当初結核対策そのものだけを見ていたけど，受け皿が地域の保健部長さんが中心になってやったことが良かったです。

似たようなことはネパールプロジェクトで末端でDOTS（直接服薬確認療法）をやったときも，母子保健をやっているボランティアの人が結核もみるようになってきたとか，地域の人材を生かすようになりました。結核だけをやっているように見えて，実際は健康問題全体に関わってくるわけです。

UHC実現への結核対策の貢献策

石川　私が思ってるのは，district（郡市町村）レベルぐらいの保健システム強化プロジェクトです。結核と母子保健とかを組み合わせて，それらを通して，地域全体のシステムを強化する。例えば，結核患者を見つけるためのレントゲンをそこに入れると，結核もみられるし，骨折もみられます。レントゲンは末端でもますます必要になってきてますよね。また画像診断は遠隔読影システムを使い遠くでもフィルムが読めるようになるとか，そういう新しい技術も含めて一番末端のなかなかサービスが行き届かないところにそのようなモデルを作ってみるというのは一つあり得るなと思

っています。

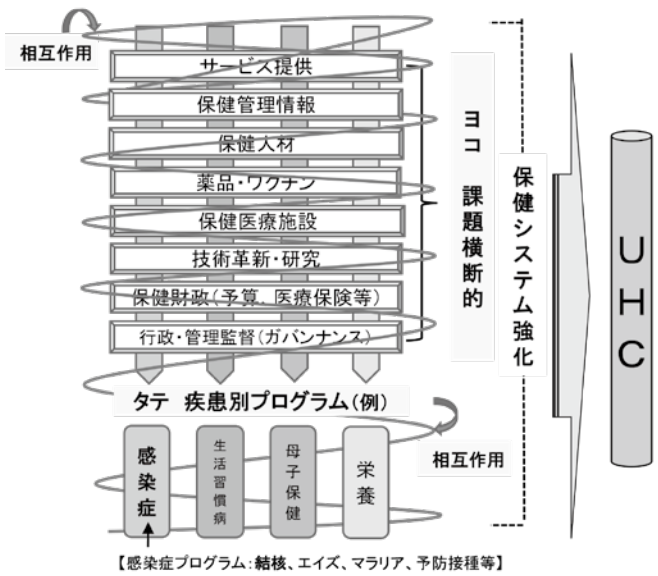
竹中　今の石川さんのミャンマーでの事例をふまえて，戸田さんからも何かありますか？

ホリスティック・アプローチ

戸田　今石川さんに挙げていただいたミャンマーとネパールプロジェクトですが，結核をエントリー・ポイント（介入口）としてコミュニティ・保健システムを強化して，それからUHCに資するものとして発展してきたというのは大変素晴らしい事例だと思います。

確かに，一昔前にJICAがこういった結核対策などのvertical（タテのアプローチ：疾患別）なものからヘルス・システムにシフトした印象を与えたのは事実です。今は，その螺旋階段の一回り上に戻ってきていて，verticalなpragmatism（実用主義）をhorizontal（ヨコのアプローチ：課題横断別）なシステム強化に意識して活かすという形のholistic（包括的）なアプローチを私たちは追求しています（図）。その一環として「人間の安全保障」の理念があり，UHCというレトリックを使っているということです。

図　保健分野におけるタテ（Vertical）とヨコ（Horizontal）



新技術の活用

戸田　先ほど，今後重要になってくるのは遠隔読影などによる画像診断というお話がでましたけれど，革新的な技術によるブレイクスルーですね。結核対策パッケージであるTB-Lamp，ジェノスカラー，デラマニドもこういった技術とともに，大学と連携してのタイでの人と結核菌のゲノム解析や国際共同研究も活用させていただく。こういう新技術の活用をこれからやっていきたいですね。

あとは主要集団（Key population）ですね。難民ですとか，ミャンマー等の僻地の住民ですとか，最貧層であるとか，そういった方々に届く支援っていうものを，今アフガニスタンで結核診断・治療を実施していますが，アフガニスタンに加えて新しくインドネシア等の国でも展開しようと思っています。

この他，忘れてはいけないのはラボ（検査室）強化ですね。実地疫学（field epidemiology）をベースとしてのラボをしっかり強化していく。これは結核対策のみならず，すべての感染症対策にとって重要であるので，各研究所のネットワーク化をやっていきたいなと思います。

半世紀以上の歴史をもつ国際研修

戸田　そして，やはり結核研究所に委託して，ずっとやり続けてきた結核対策のキーパーソンを招いて行う国際研修。これは今後もなんらかの形で是非続けていきたいと思っています。研修をエントリー・ポイントとして最終的には保健システム全体を強化するということを視野に入れたものにするとともに，そういう方々としっかりしたグローバル・ネットワークを作っていくということがすごく大事だなと思っています。

竹中　グローバル・ネットワークに関しては，研修修了生数は98カ国2,353名（2017年11月現在）となります（表）。毎年「国際結核肺疾患連合（通称UNION）」主催の学術会議等にて修了生との交流の機会を設けています。また，英文のニューレターを発行して，研修修了生とのネットワーク維持に努めています。

戸田　すごい数ですね。素晴らしい。

石川　国際研修が担ってきた今までの歴史的な貢献と

表　国際研修コース卒業生　98カ国　2,353名

AFR（WHOアフリカ地域）　29ヶ国　303名

アルジェリア	1
ウガンダ	11
エチオピア	26
エリトリア	3
ガーナ	12
カメルーン	2
ガンビア	1
ギニア	1
ケニヤ	37
コートジボワール	4
コンゴ民主主義共和国	6
ザンビア	49
シエラレオネ	1
ジンバブエ	16
スワジーランド	10
セネガル	4
タンザニア	44
トーゴ	4
ナイジェリア	7
ナミビア	1
ベナン	2
ボツワナ	5
マダガスカル	1
マラウイ	20
南アフリカ	9
モーリタニア	1
モザンビーク	9
リベリア	10
レソト	6

EUR（WHOヨーロッパ地域）　8ヶ国　34名

アゼルバイジャン	1
イギリス	2
ウクライナ	1
ウズベキスタン	1
オランダ	1
カザフスタン	1
ドイツ	1
トルコ	26

EMR（WHO東地中海地域）　13ヶ国　354名

アフガニスタン	87
イエメン	76
イラク	21
イラン	20
エジプト	59
クウェート	1
サウジアラビア	2
シリア	2
ソマリア	1
スーダン	17
ソマリア	9
パキスタン	58
パレスチナ	1

WPR（WHO西太平洋地域）　22ヶ国　821名

韓国	53
カンボジア	90
キリバス	1
サモア	4
シンガポール	12
ソロモン諸島	10
台湾	10
中国	124
日本	116
バヌアツ	2
パプアニューギニア	35
パラオ	1
フィジー	3
フィリピン	193
ベトナム	57
香港	2
マーシャル諸島	3
マカオ	4
マレーシア	44
ミクロネシア	2
モンゴル	30
ラオス	25

SEAR（WHO東南アジア地域）　10ヶ国　661名

インド	65
インドネシア	144
スリランカ	30
タイ	151
ネパール	99
バングラデシュ	76
東ティモール	2
ブータン	2
ミャンマー	91
モルジブ	1

AMR（WHOアメリカ地域）　16ヶ国　180名

アメリカ合衆国	1
アルゼンチン	2
エルサルバドル	6
キューバ	2
コロンビア	8
ジャマイカ	1
チリ	5
ニカラグア	6
ハイチ	6
パラグアイ	18
ブラジル	38
ベネズエラ	1
ペルー	42
ボリビア	26
ホンデュラス	6
メキシコ	12

（公財）結核予防会結核研究所（1963年～2017年10月現在）

意義は大きいです。どこの国に行っても保健省などの高官に結核研究所の修了生がいます。本会顧問の島尾忠男先生は，1963年の第1回の研修から講義を続けておられます。

この間も，タイの元研修生で副次官なられた高官が，自分の部下50人ほどを連れて日本の公衆衛生の勉強のために，結核研究所に来たのです。彼が言いました。「ここで私は勉強しました。しかしここで私が勉強したことはほとんど忘れてしまいました。でもここで貴重な何かを習ったのです」と。そこが大事ですね。

保健システム強化に貢献し得る人材が育ってきていることは事実です。それは見えない財産だと思います。長年経ったからこの研修を終わりにしますとか，是非，形式的に考えないでいただきたいです。

戸田　その活動の意義は十二分に理解しています。その点はどうかご安心下さい。

石川　清瀬市の渋谷金太郎市長には，国際研修の開講式と閉講式に必ずご出席いただいています。昔の結核サナトリウムなどの史跡も一つだけれども，今も世界に発信している結核研究所の国際研修を世界文化遺産にするのだと仰って応援していただいています。

日本版「国際結核対策戦略」策定に向けて

竹中　最後に，これから日本版の「国際結核対策戦略」を練り上げるに当たり，これまでの議論に出ていない，欠けているポイントなどありましたらお願いします。

国内外同一化

戸田　私が最後に強調したいことは，「内外同一化」です。要するに日本のことは日本のこと，途上国のことは途上国のこと，どっちをとるのですか，と分けて考えたり，ゼロサムで考えたりするのではなく，日本にも途上国にも世界にもすばらしいことをやっていかなければならない，ということです。

日本がインバウンド3,000万人時代を迎え，日本人の人口が今後長期にわたって急速に減少し続け，より多くのことを海外との関係に依存せざるを得なくなるという未来を前にして，グローバルな課題への貢献は日本自体への貢献です。ここはもう待ったなし。やるかやらないかでなくて，どうやるかを早急に決め行動しなければならない。

そこで，日本の経験を，やはり強調したい。お金がないとか，技術が無いからというのを言い訳にしない。国民全体が意識をもって取り組むかどうかが鍵。日本はまだ結核を低まん延化できていないのであんまり偉そうなことは言えないけれども，まだ経済的に貧しい時代から相当なことを成し遂げ，それがその後の経済成長の基盤を形成していったという日本の経験をそこにおける失敗や学びと共に誠実に示していくのが必要だと思います。国際益と日本の国益が結核対策というイシューを巡って，対立しているのではなく，大きく重なっている点を強調しておきたいと思います。

グローバルなアクターとしてのオールジャパン戦略

石川　結核分野の国際協力では，国（厚労省や外務省）は，主にマルチへの資金や政策面で，JICAは各国の現場での技術協力，結核予防会は技術集団として，3者が協力してオールジャパンでやってきました。JICAも結核の国際協力に関する方針やポリシーを持っていました。そして，多くの成果を挙げてきたと思います。私としては，JICAとしての結核戦略をこれからどうするのかということ，そういう戦略を作っていく作業を是非やっていただければと思っています。

戸田　JICAはもちろん考えますが，むしろ，結核に関して世界と日本の動きを広くご覧になってきた結核研究所さんから，まず，アイデアをいただきたいですね。

石川　JICAでなければできない部分，すなわち社会開発部分と，我々がやる研究的なことなど，連動するものが作れるかもしれませんね。

戸田　オールジャパンといっても，日本だけで凝り固まらずに，グローバルな取り組みがいかにあるべきか，という視点が不可欠ですね。WHOにおける国際的な基準や規範の策定プロセスを含むグローバルシステムに能動的に関わり，かつそれを可視化し，共有し，さらに奨励していくことが重要ですね。

竹中　そのとおりですね。2018年9月の「結核に関する国連総会ハイレベル会合」，2020年のオリンピック年は厚労省が目標に掲げる日本の結核低まん延化。オリンピック・ホスト国として，日本だけでなく，アジア・世界の結核に能動的に関わり続けることが大切でしょう。また，それ支えるシステム，UHCもあわせて考えていかなければならないということでしょう。本日は，貴重なお話をお聞かせいただきまして，誠にありがとうございました。