

「結核対策を後退させないために」



結核研究所 所長
森 亨

■ 盛り上がる世界の結核対策

1990年初めにWHOを中心に興り、DOTSをキーワードにした結核対策運動は急速に途上国・先進国を席卷し、2000年には「ストップTB パートナーシップ」という世界の官民300近い団体、機関が結集する運動体を形成し、途上国を中心に作戦を活発に展開している。この運動を支えているのは先進国や各種ドナー機関の2国間プロジェクトの他、共同でお金を拠出して基金を作り、そこから被援助国に対策資金や薬剤を拠出するというスキームで、後者としては「世界エイズ・結核・マラリア対策基金」(GFATM)や「世界抗結核薬基金」(GDF)などがある。GFATMはこの4年間にすでに4000億円以上の事業申請を承認し、2000億円を支出した(結核対策はそのうちの15%ほどを受けた)。またGDFはこの5年間に450万人の患者に良質の薬剤を提供した。

ストップTB パートナーシップは図1のような組織になっている。運営を統括しているのが調整諮問委員会で、その委員には援助国やWHO(本部・地域事務局の代表)がでている。これを技術的および政策的に支えるのが、それぞれ上記の抗結核薬基金とWHOの結核対策本部(Stop TB Department)である。またこれとより緩やかな連携関係を持ちながら、しかし目標を共有しているのが「作業部会」で、DOTS拡大計画、DOTS-Plus計画、結核/HIV

計画(これらは主としてWHOが運営)といった政策分野、およびワクチンや薬剤の開発といった技術分野にわたる機関であり、これらがそろってパートナーシップを推進している。各計画、機関はそれぞれが財源を持っていて、たとえば薬剤開発は米国が中心となり、ビル・メリンダ・ゲイツ財団などからの拠出金によって薬剤開発のために資金提供を行っている。

このパートナーシップは2005年を期して「発生する患者の7割を発見してDOTSで治療し、85%を治癒させる」ことをめざしてきた(世界結核目標)。7つあるWHO地域でこれを達成したのは、どうやら西太平洋地域だけであり、これにはごく最近の中国の奮起が大きく貢献している。しかし、世界はいまさらに新たな目標をめざして再出発した。「ミレニアム開発目標」(MDG)がそれで、「2015年までに結核罹患率を低下傾向に転じ、有病率、死亡率を(1990年と比して)半減させる」というものである。

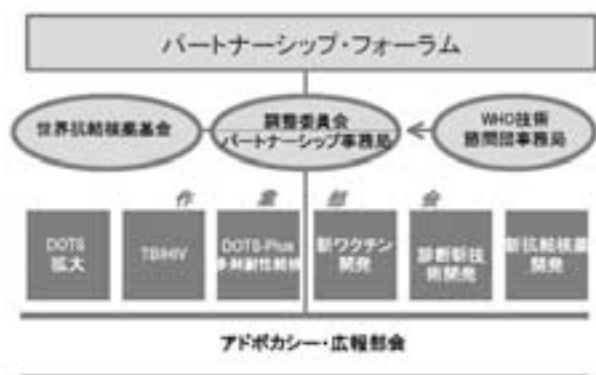
この新しい目標と同時にそれを達成するための計画書もつい先日公表された(世界ストップ結核プラン2006~2015)。パートナーシップの事務局長 Dr. Marcos A Espinal氏が、これをもってスイスのダボスまで行き、おりから開催中の世界経済フォーラムの各国代表に訴えた(彼は来る3月、結核研究所の開催する「国際結核セミナー」の講師として来日の予定である)。

■ 日本の結核問題

2004年の日本における結核の罹患率は人口10万対23.3で、これは米国の4倍強、米国の1965年頃のレベルである。2003年の24.8からは約6%減であるが、どうやら1980年代以降ののろい低下傾向の延長に戻ったようである。図2は罹患率の減り方(年あたり低下率)を、1980年を境目にして前後で主として若い年齢階級についてみたものである(後半に関しては、1996~2000年の逆転上昇期を無視した)。全年齢では前半10.8%の低下率から後半の3.8%へと減速しているが、19歳以下の年齢では、後半の低下率はそれよりも大きい。しかし問題は前半との落差で、0~4歳では前半の21.7%から7.7%へと凋落が目立つ。中高齢者における芳しくない

図1

世界ストップ結核パートナーシップ



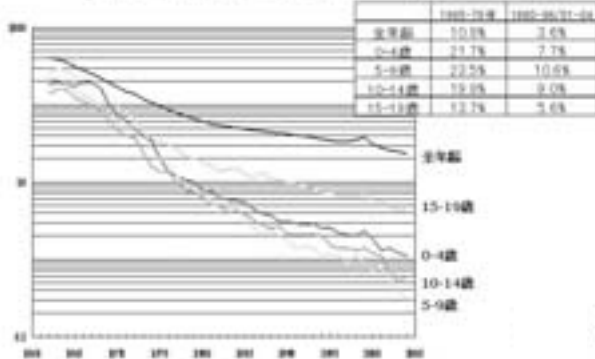
傾向がこのようにして確実に次の世代にも影を落としていくことをしっかり認識しなければならない。

内容的にも重症化が目立ち、発生患者の約5%が1年以内に結核で死亡する状況になっている（1988年には2%であった）。これは患者の高齢化、基礎疾患を持った者、社会経済弱者への偏在などが原因となっていると思われるが、座視できない問題である。とくに前者は多くが何らかの形で医療の管理下にありながら結核を発病し、重症化した事例が多いことは重視しなければならない。とくに都会の生活困窮者の問題は、東京都の急激な悪化に象徴される（都道府県別の罹患率順位で見ると、都は1984年には最低から13位にあったが、2004年には最高から2位となった）。ちなみに指定都市でみると大阪市61.8、神戸市36.1、名古屋市36.1、東京都特別区34.7となっている。

図2

小児期の罹患率の推移

(1962-2004年、全結核)



一方、集団感染は大規模化、複雑化し、そして不定集団（飲食店や遊興施設など）での発生など、対応困難な例が目立つ。これも新しい結核対策への重要な挑戦となっている。これらの問題は、一般医療における結核への意識の向上、質の高い結核医療の確保、接触者対策の向上、都市の社会的リスク者への重点方策、等々の重要性を示している。

「ストップ結核パートナーシップ日本」

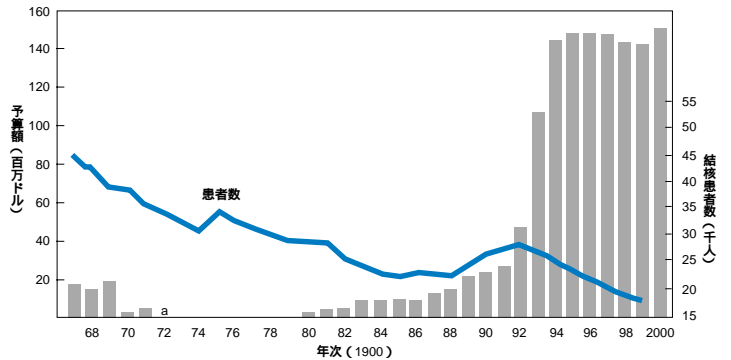
米国は結核の蔓延度が昨今の日本のレベルに達したころから「結核はこのまま惰力で消えていく」という安心感が政府や医療界の間に広がり、結核対策はどんどん後退していった（図3）。それでもしばらくの間結核は順調に減少し続けたが、15～20年後の1980年代後半から罹患率は横ばいから上昇に転じ、その内容も多剤耐性、エイズ結核、ホ

ームレス、薬物常習といった手ごわいものとなっていた。米国は1989年に「米国早期根絶戦略」を発表し、対策のまき直しにかかり、その様子は図3の予算の急上昇にみるとおりである。

図3

米国1960～93年における結核対策予算額の変化(CDC)

(注：使途別補助は1972年～82年は停止された。各州への交付金は結核を特定しない一括方式で交付されている。)



この間、多くの改革が行われたが、その中でもとくに重要と思われるのが関連団体の糾合、連合形成である。米国の結核対策の司令塔になったのはもちろんCDC(米国疾病対策予防センター)であったが、この後にはACET(Advisory Committee for Elimination of Tuberculosis, 結核根絶諮問委員会)があり、これにはComstock 教授を長とし、米国肺協会、国立衛生研究所、米国医師会等々の結核専門家がメンバーとなっている。これは日本では厚生科学審議会(結核部会)のようなものということができるだろう。しかしこのような計画段階だけでなく、対策実施においても多くの団体(肺協会、胸部疾患学会、小児科学会、公衆衛生協会、マスコミ等々)に呼びかけてパートナーシップを組んだのである。これによってそれぞれの団体、機関の関連先での対策の浸透が図られるほか、異なる経験の交流から新しい智慧が生まれることも期待できる。なによりもその中から強力なアドボカシー(戦略的普及啓発)活動が生まれるものと期待される。

私はこのモデルはいまの日本にも必要なのではないかと考える。名づけて「ストップ結核パートナーシップ日本」。日本の結核対策が後退しないように、そして米国の70年代の轍を踏まないように、各方面の英知とエネルギーを集めて新しい結核対策を推進することが効果的なのではないか。そして結核予防会はその舵取り役として重要な役割を果たすことができるだろう。