

結核まん延状況は大きく変わる



結核予防会 会長 青木 正和

わが国の結核まん延状況は変わる

前号(複十字308号)で日本の結核根絶は2060年以後と述べました。それでは、日本の結核の状況は当分の間、今とあまり大きく変わらないかという、そうは言えません。実際にはこれから数年の間に大きく変わっていくと考えられます。

まず第一に、根絶は2060年といっても、最近10年間の罹患率(1年間の新登録患者数を人口で割り、10万人についての率で表す)の推移をみると毎年4.4%減っていますので、このままいけば2015年には10万対15程度、1年間の新登録患者数は2万人を割るでしょう。第二に、数が減るだけでなく、患者の高齢化、高危険因子を持つ患者の割合がいつそう増加し、加えて大都市では外国人、住所不定者やフリーター、ニートなどの若者の割合が増え、患者の社会的背景が大きく変わっていくでしょう。第三に、今は罹患率最高の大阪府と最低の長野県では3.9倍の差ですが、この格差はさらに大きくなると考えられます。その上、国民の高齢化、人口減、健康問題へのニーズの多様化、医学の進歩などの変化も大きいため、結核を取り巻く状況も今後は想像以上に大きく変わるので、結核についての国民、あるいは、関係者の考え方は大きく変わると言えましょう。

著明減少地域と減少低迷地域

結核の地域格差は大きくなると述べましたが、ある地域(県)の47都道府県の中での順位を見るとずいぶん大きく変動しています。図1は1962年(昭和37年)から今日までの43年間の4都道府県の順位変動を描いたものですが、大阪府のように罹患率が常に高く下位に留まっているところ、東京都のように最近20年くらい毎年順位を下げている地域、秋田県のように一時は順位を下げましたが最近急速に改

図1



善しているところ、あるいは、北海道のようにこの43年間継続して改善を続けているところなどいくつかのパターンに分けることができます。

地域の結核まん延を決める因子

同じ日本の中ですし、同じ結核対策を実施しているのに、何故このような格差が生まれるのでしょうか?

結核は結核菌の感染によって起こる感染症です。結核は人から人へと感染するので人口の密集するところで感染が起こり易いし、空気感染するのでビルなど密閉された建物の中では感染が広がり易くなります。感染者のうち発病するのは10~20%ですが、糖尿病、副腎皮質ホルモン使用者、腎機能不全者などの合併症、あるいは、栄養状態やストレスなどさまざまな社会・経済・身体的因子が発病にかかわってきます。つまり、感染にも発病にも社会・経済的状況が大きくかかわってくるのです。

また、感染してできた小さな病巣の中の結核菌が20年も30年も生き残り、ずっと後になって増殖を始めて発病することもあります。このため、10年前、20年前に感染した人が多い地域、つまり以前結核が多かった地域では、高齢者の発病が多くなり、

結核は減り難くなります。

さらに、日本では全国どこでも同様の結核対策が行われていますが、もし手を抜けばその地域では問題が起き、地域の結核まん延状況に影響します。

こうして、表に見るように、多くの因子によって、ある地域の、ある時点の結核まん延状況が決まるのです。その上、一度決まった地域のまん延状況は、その後のまん延状況に影響します。つまり、図2に示すように、結核まん延のスパイラルが出来上がるのです。このため、ある地域に結核が一度まん延すると、その影響は後にまで残るので、大阪府などでは高まん延地域からの脱却に苦労しているのです。また、東京都などの大都市では社会経済的因子の影響で減少が著しく鈍っているため、今後長く難儀するでしょう。逆に、長野県、山形県、秋田県などでは結核減少をますます早めていくでしょう。都道府県によるまん延状況の格差を改めるのは大変なことなのです。

結核減少が著明な地域でも

長野県、山形県などでは2010年には罹患率が人口10万対10を割り、県の人口によっては1年間の新登録数がおよそ100人、あるいは100人以下になる県もいくつか出てきます。これらの県では新登録者の半数以上が高危険因子を持つ患者で、数の減少もあって、診断はますます難しくなるでしょう。菌陽性で入院が必要となる患者は減り、入院期間を2カ月としても、全県での必要病床数は30床程度となるので、患者や家族のことを考えれば、全県で1つの療養所より、近くの一般病院の病室単位での結核患者収容のほうがずっと便利なので、そのための施策を進めなければならないと思います。

一方、東京都などの大都市では結核の減少は遅く、2010年になっても罹患率は10万対30くらいに留まる恐れが高いでしょう。これらの地域でも高危険因子を持つ患者が多くなることは農村と同じですが、これに加えて外国人、HIV感染者、住所不定者、さらに、雇用形態の変化、ニート、フリーターの増加などの患者が多くなるので、診断、治療、接触者健診など対策の実施がますます難しくなる可能性があります。

表

結核まん延に影響する要因	
1. 結核まん延の歴史	① 高齢者の高い既感染率 → 高齢者で罹患率が高い ② 内因性再燃 → 高危険因子を持つ患者の増加
2. 社会・経済的要因	① 大都市の結核問題 → スラムなど狭い地域でのまん延顕著 → 若年者の感染・発病増加 → 生活弱者の結核増加 → 外国人の結核増加 → HIV合併結核の増加 ② 労働形態の変化 → 頻繁な移動、低賃金・
3. 対策の影響	① 建物の換気 → 集団感染、院内感染 ② 関心の低下 → 受診、診断の遅れ ③ 感染症法への統合 → ？？？

図2



将来を展望した対策を

わが国の結核の疫学的な状況は、量的にも質的にも今大きな転換点を迎えています。戦後のわが国の結核対策は世界に誇るべき優れたものでした。しかし、今後の結核対策はこの延長線上にはありません。欧米先進国が1970年代に、結核療養所の閉鎖、一般病院の個室での結核患者収容、一般病院を受診する有症状者の診断の推進、サーベイランス体制の重視など古典的対策から現在の対策に大きく転換したように、わが国の結核対策も今後数年のうちに大きく変えなければならないでしょう。

そのためには、わが国、あるいは、自分の地域の結核が今後どうなるか、よく検討し、これに合致する対策を組み立てることが大切なのです。