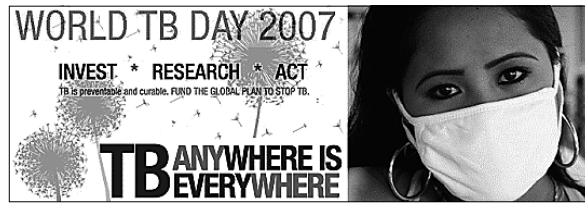


「ストップ結核パートナーシップ日本」の設立へ



結核予防会結核研究所
所長 石川 信克

結核は、誰でもかかる、どこにでもある

1. 結核予防法が感染症法に

平成19年4月より施行された改正感染症法は、基本的には、「結核対策の重要性に変わりはなく、結核対策は後退させない」というコンセプトで、総合的な感染症法の中に結核対策を組み直した。その運用に関するその後の一連の議論、通知等により、考え方はより分かりやすく整理されてきたといえる。

＜改正感染症法で是正・改善した点＞

- ①従来の入所命令が、入院勧告と変えられるなど、人権尊重の考え方に整備された。
- ②同居者がいない場合でも、入院勧告・措置ができるようになった。
- ③診査会が開催されるまでの入院費用が公費負担の対象になった。
- ④入院後に非結核性抗酸菌症と判明した場合、その間は公費負担の対象となった。
- ⑤潜在性結核感染症が位置づけられ、登録、治療の対象となった（法律上は無症状病原体保有者）。
- ⑥接触者健診の初発患者調査が積極的疫学調査として行えるようになった。
- ⑦第3種病原体に指定された多剤耐性結核菌は、所持、輸送で公安委員会に届出が必要となったが、運用に当たっては、診療や疫学調査に支障がないような配慮がされている。

＜届出基準＞

感染症法では、届出の対象者が、①患者、②疑似症、③無症状病原体保有者、と分類される。しかし、従来の結核病学の概念とずれがあるため、その後の通知で、運用上、①患者とは、結核の治療を要する者、②疑似症患者とは、塗抹陽性など感染の可能性があるが、菌の同定が未定な者、③従来化学予防を行ってきた発病リスクの高い感染者を、潜在性結核感染症として規定し、無症状病原体保有者として届け出る、こととした。

＜接触者健診＞

初発患者の調査、感染を疑う人への健診は、積極的疫学調査として感染症法に規定されており、保健所が実施する法的権限が与えられた。接触者健診は、効率の良い患者発見の方法で、今後重要性が増す。具体的な方法に関しては、「感染症法に基づく結核

の接触者健康診断の手引き」¹⁾が作成された。また、『改正感染症法に基づく結核の接触者健康診断の手引きとその解説』が結核予防会から出版された²⁾。

＜残っている課題＞

今後の課題としては、①入院勧告・退院の基準、②入院勧告に従わない患者に対して法的には「即時強制」の措置ができるが、実際的な対応には限界がある、③医療基準の改定、④多剤耐性患者に対しての入院勧告・退院基準。

2. 日本の結核は減りつつあるが、対策の手はゆるめられない

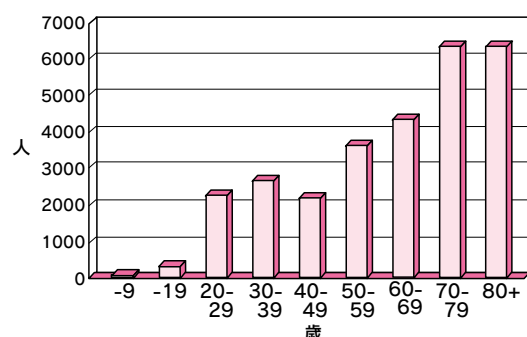
＜結核は減りつつある、しかし＞

最近でも結核は2万8千人もの新患者が発生する最大級の感染症である。また日本は先進国では下位、まだ結核中まん延国である。低まん延国（罹患率が人口10万対10以下）になるにはさらに10年以上かかる。低まん延国に達しても、欧米で見られたように、対策の手抜きをすれば、疫学的な逆転上昇が起こりうる。即ち結核の制圧・根絶には、まだ半世紀以上（一世紀以上？）に及ぶ努力が必要と考えられる（複十字311号；2006.9）。

＜高齢者に大ピーク、若年者に小ピーク＞

図に見るように、新発生結核の半数近くが、70歳以上の高齢者で、年間12,000人以上、85歳以上で3,000人以上が発病している。一方、20～30歳代に小ピークがあり、この年齢層で、新しい感染が起きていることが分かる。

図. 高齢者に大ピーク、若年者に小ピークがある新発生患者（総数28,319人、2005年）



＜高齢者の結核は病気が複雑＞

高齢に加え、認知症、身体障害、糖尿病、悪性腫瘍などの合併症が増加、治療が難しく、対応できる場所の確保が困難である。

＜発見の遅れは改善していない＞

特に高齢者や都市貧困層では、医療体制の不備により重症化、死亡に至る例が後を絶たない。

＜大都市が高く、地域格差も大きい＞

594保健所地区中、高いのは殆ど都市部で、5～10倍の開きがある。

＜外国人割合が年々増加＞

全国平均全結核患者の3.5%が外国人であるのに対し、東京23区は5.8%、川崎市6%、20歳代若者では、20%に近づいている所もある。

＜HIV結核は日本でも次第に大きくなる危険性がある＞

先進国、途上国とも結核とエイズの合併症の問題が大きい。日本はまだ結核患者の1%程度がHIV陽性と推定されるが、日本の男は先進国で唯一エイズ感染者が増加しており、潜在的リスクが年々増加してきている。

＜治療が殆どできない超多剤耐性結核（XDR-TB）が出現しはじめた＞

多剤耐性結核は年に300名程度発生、そのうち100名程度は初回多剤耐性と考えられる。結核療法研究協議会資料による分析によれば、それらの3割程度がXDR-TBであり、日本でも相当数の患者が発生していると考えられる（結核研究所ホームページ、複十字311号;2006.9）。いずれにしても耐性結核の殆どは医療の中で作られると考えられる。

＜結核予防会と支部のゆくえ＞

結核患者減少のため、結核予防会の活動が、他の健康問題を含めた健康づくりへ拡大して行くことは、当然とも言える。しかし、結核患者数が減るほど「予防会の役割が重要になる」ことも声を大にして言いたい。

罹患率が10万対5以下になり、日本の30年以上も先を行く米国では、州によっては患者が毎年数名程度しか出ず、適切な対策が維持できなくなっている。そこで国を4つのブロックに分け、それぞれの中心となる州に共通のセンターを置くか、各州の結核対策官がブロック毎にネットワークを作り、定期的に研究・研修会を開催している。責任者が中央のCDCに事務局をもっている。

日本も全国での対策の手が緩まぬよう、本部、支部、研究所が連携し、結核を意識したネットワークづくりが必須である。

3. 世界的な対策強化への参加が必要

＜結核は世界最大級の健康問題＞

結核は世界で人口の3分の1（21億人）が感染しており、年に900万人が新しく患者になり、160万人が死亡している。特に働き盛りを直撃する。これに対応するためには、世界中の国々、様々な組織の協力が不可欠である。感染症には国境がないため、先進国といえども世界的対策無しには、自国の結核制圧はあり得ない。

＜ストップ結核パートナーシップ＞

世界の結核ゼロを目指し、2000年に設立された連携組織で、世界保健機関（WHO）に事務局を置く。世界の500以上の組織、政府、民間援助団体、会社等が、参加・協力している。結核予防会も参加している。また世界各国、各地域にパートナーシップを作っていくことを目指している。米国、カナダなどには既に存在している。

＜「ストップ結核パートナーシップ日本」の設立へ＞

日本も、国内、国際的結核対策の推進のために、世界の動きに呼応した運動体が必要である。諸組織、国の諸機関、地方自治体、研究教育機関、製薬・医療機器会社、NPO、政治家、患者代表など幅広い参加を求めたい。運動の目指す一つの目的は、国内・国際結核対策への予算配分の増加である。結核予防会は事務局を提供する。結核予防婦人会からの積極的な参加も欲しい。

一方、日本政府は、来年の先進国首脳会議（G8）北海道洞爺湖サミットにて「ストップ結核イニシアチブ」を提唱する予定であり、従来に増した結核への取り組みの姿勢を示している。

＜アジアとアフリカに新しいモデル・プロジェクトを開始＞

結核予防会はシール募金益金を基に、フィリピンのマニラと、ザンビアのルサカに前進基地を創設し、都市の貧困層・スラム地区への結核対策、HIV合併結核への対策に取り組み始めた。政府やJICA、他の様々な資金も動員して、日本のストップ結核のうねりが始まったとも言えよう。5年先には、これらから世界へ発信するモデルを作り上げたい。結核予防婦人会のスタディツアーや若いボランティアの参加も欲しい。1時間に200人も人命を奪っている結核の制圧のために、日本の官民協力した体制による世界貢献が望まれる。

1) http://www.eiken.yamagata.yamagata.jp/tuber/TB_tebiki2R.pdf

2) お問い合わせは、出版調査課まで：03-3292-9289