

座談会「結核対策の今とこれからの課題について」 —コロナ対策が浮き彫りにしたもの— (前編)

開催日時：2020年11月21日(土)

形式：オンライン会議

パネリスト：前田秀雄(東京都北区保健所長)、阿彦忠之(山形県健康福祉部医療統括監)
高鳥毛敏雄(関西大学社会安全学部教授)、加藤誠也(結核研究所所長)
慶長直人(結核研究所副所長)

司会：石川信克(結核予防会代表理事)

本シリーズは本号と次号で最終回を迎える。新型コロナウイルス感染症の世界的流行を境に、「今、なぜ結核の対策が必要か？」という問いの意味は、2019年7月号のシリーズ開始当初と比べてより幅広く深いものとなった。今回は公衆衛生の専門家の方々にZoomによるオンライン会議に休日にも関わらずご参加いただき、様々な切り口で結核対策の今とこれからのについて話し合っていた。



石川信克先生

〈石川〉本誌は、このテーマを、公衆衛生、医療従事者、あるいはメディア、一般の人たちが結核に対して、まだ非常に重要だという意識を上げていただく目的で、シリーズとして取り上げてきた。一区切りとして、最後に、主に公衆衛生の現場で様々な課題の中で結核に取り組んでおられる方々から、述べていただくことにした。文面上、字数の関係で「COVID-19」は「コロナ」とさせていただきます。



前田秀雄先生

〈前田〉東京都の保健所にいる立場で、都市部における結核の今の課題を述べる。一つは、結核が低蔓延になりつつある中で高齢者の結核が大きな比重を占めている。従来、患者は結核の専門医療機関で専門性の高い治療を受けて頂き、治療完了を目指していた。しかし、そうした専門医療機関は減り、離れた多摩地区の医療機関に当初入院するという事態が増えている。そうした中で、高齢者のため、都内の自分の地域に戻った後での医療、生活に差し支えるということで、なるべく短期の入院を目指す。すると当然自分の地域に戻った時には、専門性の高い遠い病院への通院は困難なため、通常のかかりつけ医、あるいはそれに準じた形の医療機関で治療を行う。この専門医療機関と地域の医療機関のギャップ、結核の

治療の技術、あるいは経験のギャップが非常に大きくなってきている。

そうした中で、必ずしも地域の医療機関に、その結核の専門性のある治療が行われていないことが起こる。また入院治療に至らない場合、地域の医療機関に入院することもあり、そこでは専門性のある治療が必ずしも行われない。こうした専門医療機関と地域の医療機関の間で、いかに治療のコンセンサス、あるいはネットワークをつくっていくかが大きな課題になる。その時に一つの軸は、感染症診査会であり、そこで通院医療等の医療の適正化を図る。そして、その診査会で専門医から得られた知見を、地域の中でしっかり共有していくことが重要である。

外国人の結核という点では、若年者では外国出生の結核が多くなっている。増加している外国出生の方の結核治療、あるいは保健医療情報の提供が大きな課題で、言葉の壁や、医療アクセスの悪さがある。今回のコロナの感染拡大に伴って、地域の公衆衛生システムを改善していくことが必要である。



阿彦忠之先生

〈阿彦〉山形県という結核低蔓延地域の保健行政に関わっているが、結核罹患率は数年来、人口10万対6～7前後で、特徴は高齢者、特に80歳以上、最近では90歳以上の高齢者への偏在化が強まっている。2015年の年齢階級別人口10万対の

罹患率が40を超えているのは85歳以上だけで、2020年には罹患率の高い年齢層が5歳上にシフトし、90歳以上に限定される。この年齢層の人口割合は低いので、全国的には低蔓延状況が今後強まっていくのは確実であろう。

高齢者は合併症を持つ人が多く、入院入所中、あるいは介護保険サービス利用中の結核が多く、院内・施設内感染が目立つ。健診や医療機関受診ではなく、偶然、他の傷病での入院時、あるいは救急受診時の胸部レントゲンで異常があり結核の診断につながっている事例も増えている。

山形県内に結核病床は皆無であり、結核患者の入院先としては、拠点病院である国立病院機構山形病院（山形市内）の一般病棟内に整備した結核モデル病床6床が優先される。このほか、県内各二次医療圏に整備した感染症指定医療機関等に感染症病床や陰圧病床があり、ここに、呼吸器学会や結核・非結核性抗酸菌症学会の指導医・専門医が複数いるので、コロナの発生前は、感染症病床等でも結核患者の入院治療を行う体制であった。しかしコロナの流行拡大に伴い、結核患者の入院についてはフェーズ3までは山形病院と山形市立病院済生館（透析等合併症を有する結核患者を受け入れ）で対応するが、フェーズ4になったときは山形病院だけになり、感染症病床等がある病棟内の病床全てがコロナ専用病床として運用される。今年度は、コロナ専用病床の確保と診療連携の実践を通して呼吸器等の先生方の連携体制が強化された。この経験はポストコロナの結核医療にも活かせるはずである。拠点病院だけでなく、各地域で日頃から入院患者を診る体制をとることによって、地域の結核診療の質の向上が図れるのではないかと思う。

新技術ということでは、通常はVNTRと疫学調査を組み合わせることによって、院内・施設内感染、あるいは家族内感染を証明してきた。新たに全ゲノム解析を結核研究所にご指導いただいて行った事例がある。ある病院で、たった10分くらいの短時間の接触しかなかったが、VNTRが一致し、院内感染を指摘したが、病院から納得してもらえず、全ゲノム解析を行った結果、一致したということで、納得していただけたということがあった。また外部委託の検査室でのクロスコンタミネーション（交叉汚染）があった事例では、県外のラボでVNTRパターンが一致しただけでは説

得力がなく、全ゲノム解析の結果が全て一致したということで納得していただき、対応できた。そういう意味では、全ゲノム解析を含む分析・解析は、これから全国的に利用できるようになることが非常に重要と思う。

<大阪の労働者・路上生活者の対策から>



高島毛敏雄先生

〈高島毛〉私は研究者として、大阪の公衆衛生に関わっている立場で述べる。

大阪は、日本最大の日雇い労働者の寄せ場があり、結核問題が大きい。大阪での対策は、大阪社会医療センターが1970年に作られて診療が始まったが、健康づくりや疾病予防では、2000年代に野宿生活者が増加したということで始まっている。我々は野宿生活者の健康調査と健康相談を行って、生活習慣病の問題が一番大きいことは認識できたが、それを社会全体で取り組むには、組織化が難しく、有病率が高い結核を中心に公衆衛生対策を進めると、有効であった。

大阪市も結核研究所に研究委託をして、森亨先生やスタッフの支援で、独自に結核対策の基本指針を策定した。専門家の科学的な意見と行政の努力もあり、野宿者の結核対策を通じて、あいりん地域の公衆衛生対策が進められてきた。

実際、行政が民間の健診業者の車を借りて健診したが、大失敗だった。なら既存の行政の対策でやると失敗するので、その地域の実態に合わせて支援をすると、ほぼ脱落者ゼロという結果が得られた。それを受け、大阪市もやり方を変えてくれた。我々としても、それを行うための民間の団体を10年程度作って形を整えた。そうやって、大阪市独自にCR健診なり、NPOと一体となった結核対策を進めた。

今日のトピックスとしては、長年悲願であった、拠点となる医療施設を通じて、疾病の予防から治療と、結核を含めた医療体制と地域の健康づくりが、スタートする。あいりん地区にある大阪社会医療センターが50年ぶりに建て替えられた。そこに結核の外来診療と排菌患者を収容する病床4床があるが、ニューヨーク、サンフランシスコの結核センターをモデルとして、20年前から大阪市に働きかけてきた。大阪の郊外には結核病院があるが、一番中心のあいりん地区に結核のセ

ンターを作り、大阪の全ての交通の中心ということで、地域型の結核対策を進めるといことがようやく実現できるようになった。

これは今までの大阪の結核対策の歩みを一覧にしたものです。今豊橋市に行かされている撫井賀代先生、それから、巽陽一先生、下内昭先生等の強力な実践家がいいて、ようやく療養型の結核対策ではなくて、DOTSに対応した医療システムで結核対策を展開する仕組みができてきた。行政だけでやる結核対策ではなくて、民間の公的医療機関を中心に展開するというを、今大阪では進めつつある。

〈石川〉それぞれの報告で共通しているところ、しかも他の先進諸国と違う課題の一つは、高齢者の結核と思われる。高齢者に関しては、今後、日常の高齢者の診療や保健医療の中で、結核の位置がどの程度あるのだろうか。

〈超高齢者のケアの中で重要な結核〉

〈石川〉90歳以上の方が結核を多く発病している国というのは多分世界的になく、逆に言えば、将来はアジア諸国の課題にもなっていく。超高齢社会の現実、医療やケアの中で、結核というのは非常に重要なのか、脇に置いておけるのか、この辺に関してどうでしょうか。

〈前田〉日本では非常に重要な課題。というのは、数がそれほど多くなくても、様々な高齢者の感染、罹患する疾患の中で社会的な影響が大きい。医療だけでなく、介護あるいは在宅医療等を受ける中でも、感染症が存在するという事については、関係者に与える影響が非常に大きい。しかも、高齢者の結核診断が非常にしにくい状況の中で、かなり病状が進行していたり、周囲に感染させる状態になっていると、医療介護システムに対する影響が大きい。

一方、診療する側でも、結核への認識が弱くなりすぎてしまい、診断の遅れも目立っている。もう一度高齢者医療における結核対策の重要性を問題提起していく必要がある。

〈阿彦〉山形では死亡後の結核届出事例が非常に多くなった。高齢者施設や医療機関向けの研修会で喀痰(抗酸菌)検査の徹底を繰り返したことが影響していると考えている。超高齢者の結核を日頃から積極的に発見する努力をしないと、生前、結核に気づかれないまま亡くなっている人が、実は全国で構構しているのでは

ないか。

村山保健所だけでも、年間全体の約1割が死亡後登録という年が最近あった。痰の検査をされずに肺炎等の診断で、結核と診断されないまま亡くなっている高齢者が多くなっていると思われる。今後5～10年は、院内・施設内感染で職員等(若い世代)に感染を引き継がないように、80、90歳代の高齢者結核の見逃しをなくすための対策を、しっかりやるべきと思う。

〈高鳥毛〉結核予防会にお願いしたいこと。80、90、100歳の人の発見動機で最近顕著なのは、従来の咳とか熱とか呼吸器症状で発見される患者は少なく、転倒とか認知症の発生とか、熱中症として搬送されたとか、食事がとれなくて衰弱したという理由で受診した人で重症な結核の患者を発見して、それを預かっていた高齢者施設では、ガフキー号数8号、10号と塗抹が強陽性の人が、症状が無い状態で発見されている。高齢者施設ないし高齢者のケアしている人に対し、従来の呼吸器症状を中心にしたキャンペーンでは駄目ではないかと強く感じている。

〈石川〉「長引く咳は赤信号」では、お年寄りの場合には通用せず、もっと積極的に高齢者の方々の発見に役立つ標語が必要ということになる。

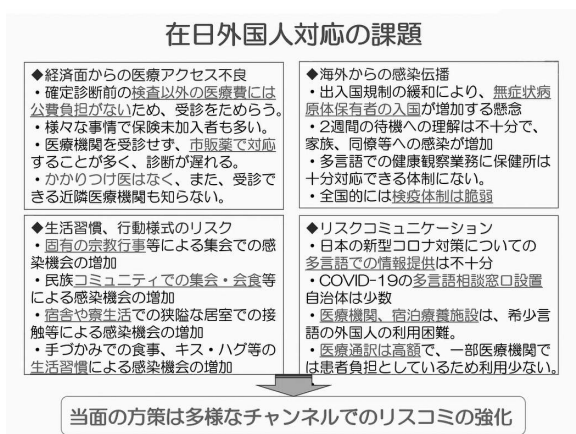
〈外国出生者の結核〉

〈阿彦〉外国人の結核は、山形では実数としてはそれほど多くはないが、若い方、特に20代の結核は外国人が多い。問題は、生活様式の違い、宗教による食物の制限や言葉の問題もある。言葉については、サポートが充実してきたので、役立っている。

〈前田〉東京の都市部では、外国人の結核は、ある意味で当たり前で、外国人が入国される形態・方法等によって大分違ってきている。都市部では、かなり多くが留学や就学ビザを用いていて、日本語学校、あるいは大学での発症や感染が中心。通俗的には外国人の結核は、必ずしも日本人の結核罹患には影響しないと言われてきたが、現実には外国人が日本人と同じような生活環境、あるいは社会のシステムの中で働く状況の中で、外国人から日本人が感染することも明確になってきている。日本は島国ということで結核の低蔓延化を図ってきたが、これからはますます外国人の支えなしには日本社会が成り立たない状況の中で、国内の低蔓延化というよりは、国際的な感染症、結核の流行の中での日本という位置付けで考えるべきだろう。

そうした中で、今回のコロナの外国人の感染拡大が急増してきており、23区の中での感染者の患者の増加の状況では、国別ではネパールの方が急増している。結局、結核で培われ、明らかになってきた課題が、そのままこのコロナの外国人の問題にも当てはまっている。一番大きい課題は、医療アクセスの不良や、ディスコミュニケーション（コミュニケーションがうまくゆかない）ということ。そういう意味では、この外国人の結核の経験は、このコロナの問題を考えるにあたって、基盤、課題を事前に明確化するために非常に役に立っている。

ただ、結核あるいはエイズなどの慢性感染症では、いろんな形で連携を少しずつ図りながら対応していくことが可能だったが、コロナは急性の感染症で、こうしたことをより迅速に課題を解決しなければいけない。結核で作られた外国人の感染症対策という基盤の上で、それをなおスピーディにする努力というのが、今求められている。



〈石川〉非常に広い社会的に大きな課題が、このコロナでますますはっきりしてきた。今回のコロナの問題は今後解決していくと思われるが、結核問題はまた数十年以上残るので感染症対策に役に立つ貴重な報告である。

公衆衛生の中で感染症が大きな課題であるという社会的な関心の盛り上がりは、このコロナの問題がある程度おさまると、喉元過ぎればみんな忘れてしまうのではないかと。

〈前田〉まず一つは、行政的な課題としては、保健所を始めとした感染症の対策のシステムという点では、元々サーベランスは結核対策が非常に先行して行われてきたが、一定程度保健所の業務の中で、あるいは公衆衛生行政の中で役割を果たし、あるいは位置付けを

明確にしてきた。今回コロナの事で改めて思うのは、その位置付けがまだまだ弱かったということ。今現在も保健所にはそうした結核の発生動向調査システム、感染者発見動向調査システム等々あるが、業務としてはマイナーな部分であった。

今回のコロナの事で、改めてこうした保健医療の情報システムが非常に重要であるということが明らかになってきた。逆に、その情報機能の弱さが、今回の新型コロナウイルス感染症対策の弱点にもなっている。

しかも、結核では、先ほど阿彦先生からVNTRと分子疫学調査のシステムが紹介されたが、結核で非常に数多く経験を重ね培ってきたので、こうしたものが非常に重要であることが今回のコロナの流行で明らかになってきた。そうしたシステムを、もう一つ強化する必要があるところが必要である。

そうした機能の面と、もう一点マンパワーの面がある。今回大規模な感染症が流行しているが、いろんな形で外部から応援を入れて対応している。感染症対策の基本としては、サージキャパシティ（緊急対応の際に、迅速に動員することの出来る対応能力）ということで、平時から大規模の感染症が行った際に対応できる人員体制を整えておくべきだったのに、なかなかそこまでいかない、最小限の人員で行われていたということによって、今回一つ混乱を招いている。ある程度余力を持った人員体制をとるということが重要だったということが認識された。それによって、平時には結核対策と慢性感染症対策にもっと力を注ぐことができる体制が構築できると思う、その点も今回明らかになった今後の課題である。

〈石川〉今後改善される見通しはどうか。

〈前田〉今回はさすがに社会的に認識され始めた。2009年の新型インフルエンザが流行した際にそうした提言がなされていたのに、なぜ今回できていなかったかという批判も出ている。今回はさすがに、感染症が日常的な業務であり、また今後の公衆衛生対策上非常に重要なパーツを占めているということについて認識が深まったので、一定程度の改善が図れると期待する。

後編は、結核とコロナ対策の関りです。お楽しみに！

