

# 日本の低まん延化の促進と世界の対策への貢献



結核予防会結核研究所  
所長 加藤 誠也

結核予防週間にあたって、日本の低まん延化の促進に必要な対策と世界の対策への貢献について考察する。

## 日本の結核の概況

2018年の結核の統計によると罹患率は人口10万対13.3になり、減少傾向を継続しているものの、減少率は4.3%であった。これは「予防指針」の目標である2020年までの低まん延化の達成が遠くなったことを意味する。高齢結核患者が極めて多い傾向は変わらないが、外国出生患者数がさらに増加し、全体に占める割合は9.1%、20歳代では62.9%に達した。（詳細は「結核の統計を読む」本誌6～7ページを参照）

## サーベイランス

本年から結核登録患者情報システムが更新され、治療成績は保健所における判定が入力されるようになる。既に、保健所等への研修会等が実施されたが、実際の運用状況や判定結果等を検証する必要がある。

病原体サーベイランスについては薬剤感受性結果の入力率は82.4%と向上したが、さらなる改善が望まれる。分子疫学調査は実施する自治体が増加しており、「予防指針」に記載された検体の確保、調査の実施による知見の集積や近隣の自治体との連携によって有用性について認識が高まって、全国的なシステムが展開できるようになることを期待したい。

## 発病予防

潜在性結核感染症（LTBI）については「予防指針」で積極的に推進する方向が示されている。統計上は高齢者に対する適用が進んでいるが、全体としては7,477人から7,255人と微減であった。全体の三分の二を占める接触者健診における発見については、①接触者健診の対象者が適切に選定されているか、②LTBI治療が必要と診断された人が実際に治療を受けているか等の検証である。また、生物製剤使用にあたってLTBI治療を必要とする患者の届出については十分周知されていないものと推定される。

LTBI治療は活動性結核に比較して中断が多くなりがちであるが、DOTSの実施率は低い。保健所は目標の治療完了率の確保のために、患者に身近な人に依頼するなど、DOTSの実施へのさらなる努力が期待される。

BCG接種率は概ね良好なデータで推移しているが、未接種となる子供は複雑な社会環境にあつて感染発病リスクが高い場合もあるので、今後とも未接種者の把握や接種勧奨が望まれる。

## 患者発見

患者の早期発見は感染期間を可能な限り短くして感染拡大を防ぐことによって、罹患率を減少させるために、最も重要な事項である。しかし、患者が減少する中で、一般住民のみならず医療従事者においても結核に対する関心は低下しているために、結核患者に接する機会の少ない医療機関で著しい発見の遅れが起こり、院内感染や集団感染の原因となっている。従って、医療機関に対する啓発・普及は重要であるが、関心のないことに関する情報を伝達するのは容易ではない。院内感染に関する研修会への参加者は既にこれに関する関心があつて院内感染を起こす可能性が低い人と推定される。従って、可能な限り多くの医療従事者の目に触れるように、医師会等関係団体の協力を得るなど、情報伝達の方法を工夫する必要がある。

一般住民を対象として健康診断は発見率が極めて低くなっており、効率化が必要である。厚生労働省健康局結核感染症課は本年4月に、80歳以上の高齢者の健診対象者に対して、個別勧奨の実施、個別医療機関への委託の推進、個別医療機関には他疾患のために受診した患者への健診の勧奨等によって患者発見に努めるよう通知を发出した。

## 外国出生者の結核

外国出生者の結核は近年顕著な増加傾向を示しており、患者の中の多剤耐性結核の割合が高いことが明らかになっている。若年人口が減少し、労働力を外国出

生者に頼らざるを得ない状況であることから、その対策は重要な課題になっている。

2018年2月26日に開催された厚生科学審議会において、入国前スクリーニングを実施する方針が承認された。結核に罹患したまま入国し、入国後に発見・登録されている患者を入国前に発見して治療することになるため、罹患率減少に直接的に貢献すると期待される。一方、入国後に新たに発病する者も少なくないことから、定期的なスクリーニング実施や有症状時に早期受診ができるような対策が必要である。外国出生者の受診及び治療継続を困難にする原因として、言語障壁、情報不足、経済的問題、未保険の問題等があり、これらへの対応も必要である。

### 医療提供体制

低まん延状況を迎えるにあたって、大きな問題として医療提供体制の確保がある

患者の減少及び治療期間の短縮化によって必要病床数が少なくなっており、2016年に改正された予防指針では病床単位や一般病床と結核病床を合わせて一つの看護単位で結核病床及びその他の病床を一つの看護単位として治療を行うこと（ユニット化）によって結核病床を確保することとしている。しかし、罹患率が低い地域では、結核病床の維持が難しくなっており、山形県では結核病床を全廃してモデル病床等で対応することになった。

また、厚生労働省は2016年3月に感染の危険のある患者を他の種の患者と同室に入院させないことを条件に感染症病床に入院させることを認める通知を発出した。

結核患者の高齢化のために重篤な合併症を持つ患者の問題が大きくなっていることから、総合的な診療機能を持つ医療機関のモデル病床や感染症病床で結核患者の診療を行うことは、今後の方向性の一つと考えられる。

一方で結核に関する診療経験が少なくなる中で医療の質を確保するための、人材育成や診療支援機能を強化する必要がある。

### 世界の結核対策

世界では2016年に1,040万人が結核に罹患し、170万人が死亡したと推定されている。しかし、現存する患者のうち4割が登録されていない。多剤耐性結核は推定49万人の中で治療を受けているのは2割程度に過

ぎない。HIV合併結核対策は抗レトロウイルス療法の普及等により改善をしているが、アフリカやアジアの国々では依然として大きな問題である。

DOTS戦略に続くストップ結核戦略等の実施によって、世界の結核罹患率は減少傾向を示すようになったが、減少率は年1.5%から2%程度にとどまっている。

このような状況を打開して国連の持続可能な発展目標（SDGs）とWHOの結核終息戦略の目標達成のために、昨年11月にロシアでWHO第1回閣僚級会合（本誌378号で報告）が開催された。その成果を受けて、本年9月26日ニューヨークの国連本部で結核に関する首脳級会合（UNHLM）が初めて開催され、世界の首相・大統領の政治課題として取り上げられる。日本はこの会合においてアンティグア・バーブーダ（カリブ海にある人口10万1千人の国）とともに共同議長国という重要な役割を務めることになった。

2035年までに世界の罹患率を人口10万対10以下にするという結核終息戦略の目標達成のために、2025年までは、既存及び開発中の技術の最大活用、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC；全ての人が必要な医療を受けられるようにすること）、様々な社会要因への介入によって年率10%減少させ、さらに2035年まで、活動性結核及び潜在性結核の治療のため新ワクチン、新薬・新レジメンと対策現場での検査の導入によって罹患率を年17%減少される必要がある。

日本は国民皆保険制度の構築によるUHCの達成、結核予防法に基づいて官民一体となった強力な対策を実施した成果として、1965年から78年にかけて10年以上にわたって年平均10%以上の罹患率減少を達成した経験がある。これらの経験と日本で開発された新抗結核薬や迅速診断法の新技術を活用しながら、世界の結核対策の目標達成のために、より一層の貢献が期待される。このことは外国出生患者が増加しつつある日本における罹患率減少の目標達成のためにも貢献する。

結核予防週間にあたって、今後とも関係の皆様には結核対策の重要性についてご理解をいただけますようお願いいたします。🍷