

保健所の結核対策活動

今後のあり方

森 亨*

1980年代からの患者発生の逆転上昇, 引き続き多剤薬剤耐性結核の爆発的発生をみた米国の結核の状況はともすれば対岸の火事のようにみられがちである。が, 果たしてそうであろうか。日本でも結核患者の罹患率は80年はじめから低下が鈍っており, 塗抹陽性罹患率はやや上昇傾向にある。もともと日本の罹患率の水準は米国の4倍もあるのだから, 欧米式の「低蔓延」にはほど遠いところにあるのである。WHOの推計でも, 世界の結核患者の80%が21カ国から発生するが, これに含まれるいわゆる先進国はロシアと日本のみである。想像したくないことではあるが, 発生届や死亡前診断の漏れの可能性を考えれば, 日本の真の結核問題はさらに深刻なのかも知れない。日本の結核対策は峠を越えたとは到底言い難い。それどころか, 日本でも結核を再興感染症 Re-emerging infectious disease の一つとしてこれまでとは違う角度からの攻めを強めなければならないというのが実感である。

さて, すでに数年前から保健所における結核対策のあり方の変化が始まっていた。その一部は方々で行われてきた保健所の再編成に伴うものであるが, 本年4月に施行された地域保健法によってそれが一気に顕在化した感がある。変化の建前は結核の「低蔓延化」と地域保健をとりまく環境の変化への対応として前向きに受けとめるべきものであろうが, 実行段階では「これは一」と危惧される点も多い。結核対策の研究, 教育, そして現場の支援にあたる専門家として, 昨今考えている今後の結核対策における保健所機能についてまとめ, 提案を試みたい。もちろん医学教育の中での

結核の扱いの改善, 途上国の対策への国際協力, これらのためのメディアを含めた関連機関への普及啓発なども同時に進めなければならないが, ここでは議論を日本の地域保健に限定する。

I 今後の結核対策のあり方

結核対策のあり方としていま最も必要なのは「集団対応から個別化へ」の転換であろう。有病率が数%のオーダーにあった時代に作られた結核予防法をそのまま施行すれば, 対策は必然的に大なたを振るような集団方式である。これまで対策の大きな柱であった集団で行う定期検診, ツベルクリン反応検査, BCG接種にそれがよくみられる。それは一定の成果を確実にあげてきた。だが低蔓延下の現在, そのような方法は効率の面で問題視されている。同時に患者の発生は社会経済的, 医学的に「弱み」を持った階層に偏在化してきており, 対策もここに集中させなければならなくなった。1人の患者が発生したときに周囲に対して行う接触者検診, 問題を持った患者へのケースワーク, リストをもった人への化学予防等々の重要性が急浮上してきた。日本の対策はこれまでもこのような方向への手直しを小刻みに行ってきたもののじゅうぶんとはいいい難いのが現実である。

II 保健所の結核対策業務

今後の保健所の結核対策業務として重要なものを以下のように整理したい。

1. 患者管理

端的に言って確実な治療の確保のための患者指導, ケースワークである。治療そのものの進歩とはうらはらに医学的, 社会経済的問題を持った手強い患者(例 合併症, ホームレス, 治療脱落者等々)は増加の一途にあり, 治療の効果が行きわ

* (財)結核予防会結核研究所
連絡先: 〒204 東京都清瀬市松山3-1-24
結核予防会結核研究所 森 亨

たり難しくなっているのが現状である。保健婦を中心に、保健所のチームには結核についての十分な知識、主治医との連絡体制、関連機関（事業主、市町村、福祉機関等）との調整の努力などがこれまで以上に要求されよう。

2. 接触者検診

集団検診に代わる積極的患者発見方法としてこれまで以上に強化する必要がある分野である。現在日本ではこの方法でみつかる結核患者は全体のわずか2%であるが、オランダ（罹患率は日本の4分の1）では10%以上をこれでみつめている。数年前厚生省は「定期外健康診断ガイドライン」を出して、その実施内容の充実を目指している。しかし近年、保健所から検診ないしはX線撮影業務の廃止（外部委託化）を進める傾向があり、結核予防法により本来知事の行う業務に対して保健所が内容的な責任を放棄するような事態が起りかねない状況である。疫学的な趨勢から発生が促進され、内容も深刻化している結核集団発生、院内感染などではとくに保健所の役割が期待されるが、果たしてこのような状況ではいかなるものか。保健所のような技術的な資源（との連携のしやすい立場）と種々の権限をもった機関が、ますます指導性を発揮して対応にあたるべき場面が増えてくはずである。

また本来の接触者ではないが、定期検診を自らする力のない零細事業所や外国人労働者のような階層（ハイリスク群）の検診なども保健所や県市が関与しなければ救済されようがないであろう。東京都が始めた精神病院入院患者の検診、簡易宿泊所地域での治療促進事業などは、従来の行政の枠を克服しようとするものとして注目したい。

3. 適正医療の確保

結核医療においては他のどの臨床医療の分野に比しても、証拠に基づく医療が確立されている。これは結核予防法では「適正医療」と呼ばれ、公費負担と組み合わされてこれまで日本の結核医療水準の確保に重要な役割を果たしてきた。そしてこれは専門医が少なく（同時に分布が不均等に）なりつつある現状からして、今後ますます重要になっていくであろう。塗抹陽性結核患者のなんと10%が治療開始後9カ月以内に死亡していることを考えれば、今の日本の結核医療に問題がないと

はいえないはずである。その状況の改善のために保健所は指導性を強める必要がある。

4. サーベイランス

結核患者の発生状況はもとより対策の実施状況（いわゆる「結核問題」）を把握し、対策の適正化を図るために関連の情報の収集・分析・還元機能は、低蔓延化に伴う問題の偏在化・変質が進みつつある今日重要性を増している。日本はこの業務を世界に先がけて電算化した。後発の米国は現在ではこれよりかなり精緻で質の高いシステムを運営している。また手集計で行っているオランダなどでも患者情報の質は日本よりも相当高い。とくに発生届や死亡前診断の漏れなどを克服する上で問題になる情報発生源に最も近いのが保健所である。（先般「サーベイランス事業」は「結核発生動向調査」と言い換えられたが、本来この事業は患者の発生だけを対象とするのではない。）

5. 市町村の技術支援

結核対策のうち定期検診、予防接種は市町村の事業となっている。現実的にみて市町村自体の技術的な力はおおむね弱く、問題意識も薄れがちであり、非専門的担当者に委ねられるこれらの事業の計画、評価等については保健所が十分な指導や支援をすることが必要である。市町村から実際の業務を託される地元医師の技術水準の確保が困難になりがちな今後においてますますそうなることであろう。山形県のようにBCG接種の技術評価を県全体で行っているのはその優れたモデルである。

6. アドボカシー (Advocacy)

ぴったりする訳語がないのでカタカナ語を用いざるを得ないが、地域の結核問題について関係者（医師会、市町村関係者、学校・各種地区組織・関連団体の指導者、マスコミなど）に周知し、対策の重要性を認識させる活動をこのように称している。技術的な問題とは別に、「問題がまだ残っている」ことを意識させるこの活動は、保健所・市町村の対策活動を円滑かつ効果的に施行する上で大きな意義がある。「健康教育」の一環としてとらえることも可能かも知れないが、それよりさらに戦略的なものである。とくに一般の医師に対するこの活動は、患者の早期発見に直接にはねかえってこよう。

Ⅲ 県レベルで地域結核対策計画を

上記のような活動をいま実施するに際してその障害となるのはなにか。まず人的(専門家)資源の欠乏,これに関連して保健所・その職員の基本的技術の不足がある。例えば結核診査協議会に専門家の定員が確保できない保健所,県市が増えつつある。接触者検診の実施に当たる専門家についても同様である。また保健所の規模と結核問題の相対関係が問題になることもあろう。人口数10万の保健所の場合,結核死亡数は2桁に達せず,発生患者数も3桁に達しない—つまり統計的に問題がみえ難いということになる。これらが対策のマンネリと非効率を招き,さらには保健所はじめ行政官庁の職員,はては政策決定者の志気の低下や問題の無視・切り捨てにつながる。もう一つ,職員の結核に対する知識の不足(卒前教育の不備)から,熱意が沸かないと言うことも現場ではあるようである。これらは多かれ少なかれ,臨床医療の現場での不当な結核離れと並行しているようにみえる。

このような障害要因を克服するための最も単純な行き方が保健所に対する県本庁の技術的支援体制であろう。すでに20年も前,愛知県は本庁に通称「結核サーベイランス機動班」を設け,放射線技師,保健婦,事務担当者を配置して,主として接触者検診,集団発生事例に際して当該保健所の支援に当たらせ,よい結果を上げていた。

ここではさらにそれを一歩進めて「地域結核対策計画」の策定を提案したい。これは県あるいは少なくともいくつかの保健所をまとめた広い地域をカバーするもので,そのような地域全体で地域独自の結核問題を発見し検討し,それに対応する体制を地域単位で作ることが中心的なねらいであ

る。これによって,結核問題がみえやすくなる(例:コホート分析による治療・管理の評価が可能になる,結核死亡や罹患の動向が明らかになる,等々),数少ない結核専門家を確保し(いくつかの保健所をまとめてみる結核顧問医師の任命?),これを有効に活用できるようになる,特定の保健所の所長や担当者の恣意による省略やサボりを予防できる,担当職員の異動による事業の中断や質の低下が回避できる,といったことが期待できる。

このことは同時に今後の地域の結核対策における県(あるいは市)の行割の大きさを示すものである。上記の東京都や愛知県の例を挙げるまでもなく,県市がその気になれば個々の保健所だけではできないいろいろな活動が可能になる。現行の「結核対策特別促進事業」はそのように活用すべき貴重な制度である。

なお,保健所活動から少しそれるが,県の責務として保健所職員の訓練をあげておきたい。例えば結核研究所に研修のために派遣される県市職員の数(この15年間の人口当たりの数)は上位と下位の県市の開きが5倍近く,とくに医師では参加者が15年間ゼロというところもある。

国は1995年,結核予防法を改正して,結核対策に関する国および地方自治体の責任を明らかにする条文を新たに追加した。これを単なるリップサービスに終わらせて,1960年代に対策の手を抜いて20年後に混乱を招いた米国の轍を踏ませることになるのか,それとも新しい地域疾病管理のモデルとしての結核対策の役割をこれまで以上に果たし続けさせる原動力としうるかは,ここ数年の関係者の前向きな努力にかかっている。

(受付 '97.10.21)