

G7の指導者はグローバル・ヘルスの脅威である結核を無視すべきではない

国連結核特使 エリック・P・グースビー

今月末にG7の指導者たちが日本に一堂に会する際、おそらく深刻なグローバル・ヘルスの脅威となっているジカ熱が議題に上がるだろう。ジカ熱が国際的な注目を浴びるべき問題であることは当然であるが、何百年にもわたって人類を脅かしてきた、伝染性が高いもう一つの世界規模の感染症についても議論されなければならない。それは結核である。

結核は、現在世界で最も死者の多い感染症である。世界保健機関（WHO）によると結核による死亡は一日4100人、一年間に150万人にのぼる。アジア地域では、2014年に約3800万件の感染が報告されたが、これは世界の6割近くにあたる。

結核の恐ろしさは、一つの咳から野火ように広がることだ。犠牲者の多くが、その声が聞こえない貧困に暮らす人々である。結核は治る病気であるのに、貧困に暮らす人々は診断と治療を受けることはおろか、検査を受けることができるのもほんの僅かである。

結核についての緊急の懸念は、増加している薬剤耐性への対策が十分でないことだ。多剤耐性結核は、標準的な第一選択薬が効かない結核菌によって引き起こされるが、第二選択薬によって治癒が可能である。しかし、第二選択薬は限定的にしか提供されておらず、また入手可能であってもコストが高すぎて手が届かない。現在、多剤耐性結核患者の25%しか診断と治療を受けておらず、その内半数しか治療に成功していない。

日本も結核の脅威と無縁ではない。2015年には人口10万あたり18と先進国としては高い罹患率が報告されている。高齢化が急速に進んでいることと増加するアジアからの人の流入がその主な原因である。さらに、結核は経済的な犠牲を伴う。世界中で結核は主に働き盛りの年齢層の男女を襲う。したがって結核は、感染の多いアジア諸国で広く事業を展開している日本企業にとっては深刻な脅威である。結核はうつりやすいため、職場での伝染の危険は高く、特に医療従事者の感染リスクは高い。

しかし振り返ってみれば、日本は、第二次大戦後の結核対策によって結核の大流行を抑えることに成功している。臨床医や研究者の多くが、戦後の結核対策が日本の保健システムの構築にも寄与し、他の分野の保健サービスへの包括的なアクセス、いわゆる「ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）」につながったと考えている。日本のUHCの実践の経験は、結核と闘う他国にとっての活路となろう。多くの国々では、患者自身が負担する治療費が高いことや病院へ行く

ための費用、診察を待つ時間や検診などの間接的なコストによって、保健サービスに手が届かないのが現実だ。UHCによってこのようなコストが削減され、保健サービスを受けやすくなる。そして、保健システム全体の強化に寄与することで、患者が可能な限り最良のサービスを受け、医療従事者がそれを提供することを容易にする。つまり、結核対策の構成要素は強固な保健システムに必要な要素となりうるのだ。

世界の「持続可能な開発目標（SDGs）」のひとつ、2030年までに結核を終焉させるという目標の実現のために不可欠なのは、UHCの実現と同時に世界の結核対策の大半を担う「世界エイズ・マラリア・結核対策基金（グローバルファンド）」への十分な支援である。日本は、UHCとグローバルファンド支援いずれにおいても主導的立場にあることは特筆に値する。

最近、安倍晋三総理はランセット誌上で「2016年のG7の議長国として、日本は国際保健のこの新たなモメンタムを盛り上げ、全ての人々が必要なときに良質の保健サービスにアクセスでき、財政的困窮に陥ることなく健康上の脅威から守られるよう、一層の貢献をしていく」と述べている。

他の指導者も彼の発言に従うべきだ。グローバル・ヘルスの議論から結核を外すべきではない。そうでないと何百万人もの命が危険にさらされることになる。