

あらためて注目すべき高齢者の結核

厚労省からの発表のように、2017年に日本国内で診断され、治療を始めた結核患者は16,789人、人口10万対率（罹患率）で13.3でした。2016年のそれぞれ17,625人、13.9と比べて、減少はしているとはいえ、我が国が目指している2020年東京オリンピック・パラリンピックまでの低蔓延化（罹患率10未満）の達成に向けて対応強化が求められています。

この傾向の大きな原因が、高齢者の結核、つまり70歳、80歳以上といった年齢では結核の罹患率が高く、若い人たちよりもそれが低下しにくく、しかも人口高齢化でそのような、結核を発病しやすい人の人口割合が大きくなっている、そして感染症としてこの人々の発病が若い人々への感染源となって、人口全体の罹患率の改善を鈍くしているという問題があります。

今の日本で高齢者の結核罹患率が高いのは、基本的には「高齢で抵抗力が下がり病気に弱くなった」ためではありません。この世代の人々が戦前、終戦直後の結核の多かった時代に生まれ育つ中で、結核菌へのばく露を濃厚に受け、幸いに発病を免れて、結核感染を「潜在性結核感染」として胸に抱いたまま高齢に達しているという背景があります。戦後日本が国を挙げて結核対策を進めた結果、日本は他に例を見ない高スピードで結核を減らしてきましたが、この対策は主として若い年齢層に特に有効に作用し、高齢者は結果的に取り残されることになりました。その結果、高率に結核に感染している高齢者とほとんど感染していない若者という、結核リスクをめぐる大きな世代格差ができています。しかも、近年潜在性結核感染からの発病に関して高齢者はさらなるリスクにばく露されるようになりました。すなわち糖尿病やがんといった結核発病を促す病気が増えていること、またいろいろな病気の対策として行われる医療行為の中には、結核の発病するリスクを高めてしまうような行為もあることなどです。

このような問題は高齢者、ひいては全年齢の結核の減り方を鈍くさせるだけでなく、発病した患者の治療にも影響を与えます。端的に言えば、重症患者、合併症などで治療が困難な患者が増えています。結核患者の治療が、感染予防を中心とした結核専門病院だけでは十分とはいえない状況になっています。結核患者の約10%が死亡するのはこのような問題が背景にあることも忘れてはなりません。

これらの問題はすでに2016年の国の「特定感染症予防指針」に指摘されているところですが、問題が徐々に明らかになってきた今、あらためて対応の重要性を見直す必要があります。

この件に関するお問い合わせ：

ストップ結核パートナーシップ日本 森 亨
tmori-rit@jata.or.jp

図1. 新登録結核患者の年齢構成 (2017年、全結核)

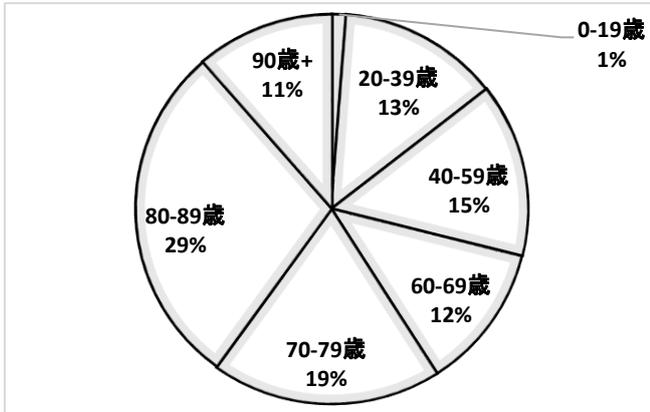


図2. 高齢者 (65歳以上) 結核割合の対欧米比較 (2017年、欧米は2015年)

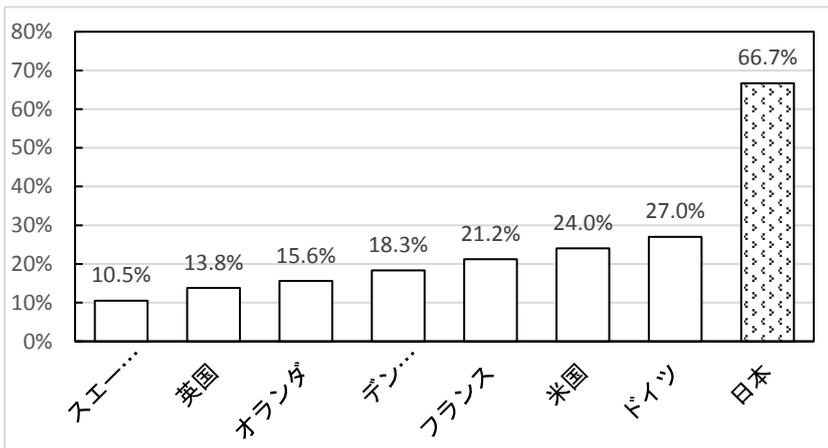


図3. 既感染率 (一度でも結核感染を受けた人の頻度) の推定値 (1950年、2015年)

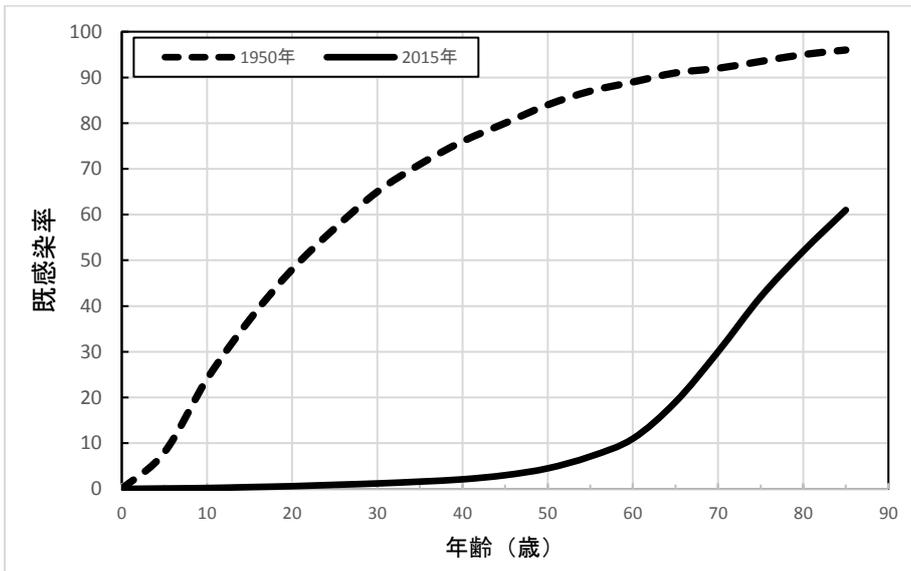


図4. 年齢階級別にみた結核患者の治療成績

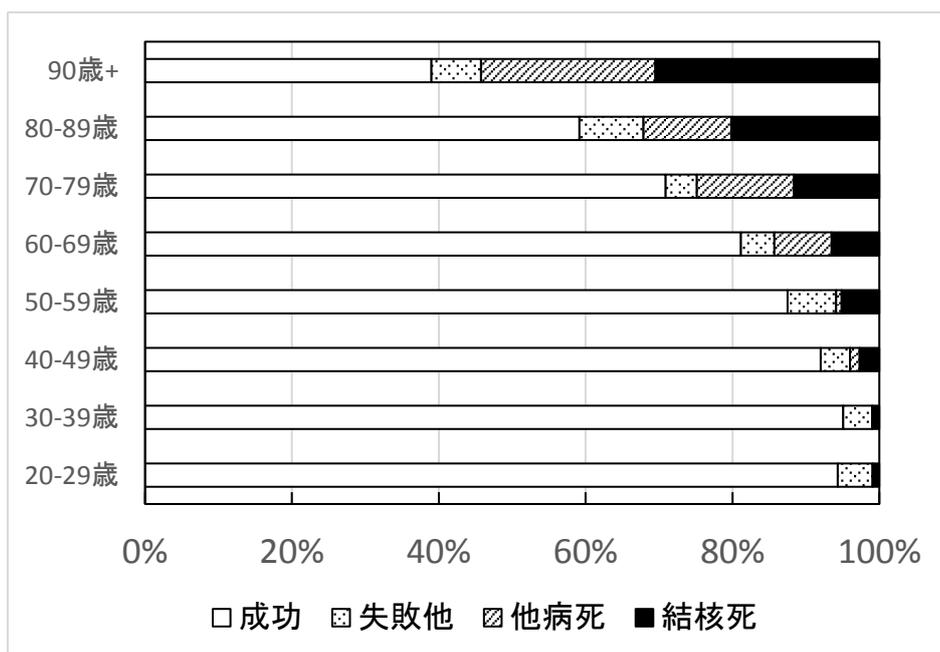


表1. 結核入院患者の年齢階級別にみた特性 (豊田ら、結核、2010)

年齢階級	≤64 歳	65_74 歳	≥75 歳
総数	187	74	153
男/女	141/46	54/20	89/64
年齢メジアン	43	70	80
パフォーマンスステータス			
0	56	12	8
1	95	29	34
2	11	15	28
3	11	6	22
4	14	12	61
低アルブミン血症 (<3.0g/dl)	43 (23.0%)	30 (40.5%)	80 (52.3%)
重大な合併症なし	112 (59.9%)	16 (21.6%)	32 (20.9%)
合併症あり			
糖尿病	25	21	24
HIV	4	0	0
悪性新生物	6	11	12
高度認知症	1	3	23
その他	25	27	63

