

改定版ストップ結核ジャパンアクションプラン

平成 26 年 7 月 1 日

外務省

厚生労働省

独立行政法人国際協力機構

公益財団法人結核予防会

ストップ結核パートナーシップ日本

ストップ結核ジャパンアクションプランは、「ストップ結核世界計画 2006-2015」に対応して作成された。今般、世界保健機関(WHO)は、2015 年以降、2035 年を達成目標年とする新たな世界戦略(Global strategy and targets for tuberculosis prevention, care and control after 2015)を採択した。これを受けて、現行のプランを改定し、結核の世界的流行を終息させる目標の達成に貢献するとともに日本の早期低蔓延化を図ることとする。改定版アクションプランのタイムラインは 2020 年末とするが、WHO 戦略の見直し等に応じて、必要な場合には、見直しを行う。

第一、 ストップ結核ジャパンアクションプランの成立経緯と経過

1、結核は、生涯発病の危険性がある慢性感染症である。感染症の広がりには国境が無く、結核の征圧に向けた根気強い取組が必要で、そのためには国際的な協力や連携が欠かせない。そこで、日本の官民が連携して国際的な結核対策に取り組んでいくことを表明するとともに、連携強化を呼びかけることを目的に、2008 年 7 月 24 日、外務省、厚生労働省、独立行政法人国際協力機構(JICA)、公益財団法人結核予防会及び認定特定非営利活動法人ストップ結核パートナーシップ日本は、「ストップ結核ジャパンアクションプラン」を発表した。

2、2008 年策定アクションプランは、脅威にさらされた一人ひとりの個人を保護するとともに、脅威に対処するために自ら選択・行動できるよう能力強化を図る「人間の安全保障」の考え方に基づき、世界の年間結核死者数の 1 割を救済することを念頭に、日本の官民が連携して、世界、特にアジア及びアフリカにおける年間結核死者数の削減に取り組むことを目標に掲げた。JICA を通じた二国間協力、また、世界エイズ・結核・マラリア対策基金(世界基金)をはじめとする国際機関への支援を通じた各国の結核対策の強化、またこうした支援活動において日本の非政府団体(NGO)の参画を促進することが盛り込まれている他、担い手となる人材の育成や、研究開発を推進するための基盤強化の環境醸成に向けた取組についても明記された。

3、共同作成者間でアクションプラン実施状況をフォローアップする会合を半年毎に開催し、結核関係の予算や事業計画について緊密に情報共有を行ってきた。会合における議論は、国際機関への拠出金等も含む結核関連予算の確保、JICA 及び NGO の活動を通じた二国間協力案件の実施、また、世界基金事業の仕組みに対する理解や参画促進に貢献した。また、アクションプランの成立以降、新規の抗結核薬、診断法、ワクチン研究開発に大きな進展が見られている。

(経緯と経過の詳細については、別紙 1 に記載)

第二、 世界と日本の結核の現状

1、世界の結核の現状

2015 年までに罹患率の増大を止めるという世界目標は達成された。また、1990 年と比較して 2015 年までに死亡率を 50%削減する目標も、達成が見込まれている。一方、有病率を 50%削減する目標は、達成が困難とされている。

WHO の推定では、2012 年に年間で新たに 860 万人が結核を発病し、130 万人が死亡している。また、多剤耐性(MDR)結核の患者は、毎年 45 万人発生し、17 万人が死亡している。

さらに、発生する患者の 3 分の 1 は、未把握のままであり、毎年約 300 万人の結核患者が適切な診断や治療に至っていないことが大きな問題となっている。

また、HIV 合併結核といった従来からの課題に加え、小児結核への対策、人口の高齢化の進行による結核の再燃再発や糖尿病やがんととの合併も問題となっている。

2、日本の結核の現状

2012 年現在、日本国内では未だ年間 21,000 人以上の結核患者が新たに登録されており、結核は国内最大級の感染症である。日本の結核罹患率(2012 年現在で人口 10 万対 16.7)は、欧米諸国と比較すると 4~5 倍も高く、日本は依然として中蔓延国である。

患者の発生は高齢者(新登録結核患者の半数以上は 70 歳以上の高齢者)をはじめ、社会経済的弱者及び様々な基礎疾患など医学的ナリスク要因を持った人々に集中している。地理的には一般に西日本で罹患率が高いが、全国的に大都市はその周辺地域よりも高罹患率であり、都市の社会経済リスクを反映している。高蔓延国からの入国者の影響は欧米に比べればまだ小さいが、若年者や特定の地域では無視できなくなりつつある。

結核の疫学的変化と同時に対策の環境も変化中、国民の結核問題への関心が低下することや、結核を診たことがない医師が増加するなどの医療提供体制の弱体化が懸念される。

(世界と日本の結核の現状の詳細については、別紙 2 に記載)

第三、WHO の新たな世界戦略の概要

2014 年 5 月、WHO の世界保健総会が採択した、新たな世界戦略の概要は次のとおりである。

1、ビジョンと目標 結核のない世界を実現するとのビジョンの下、結核の世界的流行を終息させるため以下の目標を設定した。

2025 年までのマイルストーン	結核による死亡の 75%減少(2015 年比較)
	結核罹患率の 50%減少(2015 年比較、10 万人当たり 55 症例未満)
2035 年目標	結核による死亡の 95%減少(2015 年比較)
	結核罹患率の 90%減少(2015 年比較、10 万人当たり 10 症例未満)

2、三本柱の大胆で革新的な新戦略

WHO は、具体的には、次の 3 本柱に基づき、対策を推進することとしている。

① 統合された患者中心のケアと予防

- ・薬剤感受性試験を含む早期診断及び接触者・ハイリスク者の体系的スクリーニング
- ・薬剤耐性結核を含む全ての患者の治療と患者支援
- ・HIV 対策と結核対策の連携並びに結核合併症の管理

- ・ハイリスク者の予防的治療とワクチン

② 骨太な政策と、支援システム

- ・結核のケアと予防に対する十分な資源を伴う政治的コミットメント
- ・地域、市民社会団体、公的または民間のケア提供者の巻き込み
- ・ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ(全ての人々が基礎的な保健医療サービスを必要な時に負担可能な費用で享受できること)政策、症例届出の法的枠組み、人口動態登録、品質が確保された医薬品の適正利用及び感染コントロール
- ・社会的保護、貧困軽減、他の結核に関する決定要因への取り組み

③ 研究とイノベーションの推進

- ・新しいツール、介入、戦略の発見・開発及び早期適用
- ・実施や効果を最適化する研究とイノベーションの推進

第四、世界目標を達成するための日本の貢献

WHO 世界戦略が掲げる結核の流行を終息させる目標を達成するため、日本の英知と技術力を結集し、「人間の安全保障」に基づいて、官民挙げて貢献する。

1、目標

官民が連携して、世界の結核死亡者の 1 割を削減することを念頭に置き、世界、特にアジア及びアフリカにおける結核死亡者数の削減に取り組む。

2、世界基金、WHOを通じた貢献及び二国間協力等による高蔓延国の結核対策の支援

日本がその設立に貢献した世界基金に対して、政府(外務省及び厚生労働省、以下、「政府」とはこの二省を指す)は引き続き主要ドナーとして貢献していく。

また、政府は、WHO や JICA を通じて高蔓延国の結核対策への必要な取組を継続し、今後、一層の拡大と強化に努める。JICA は、政府の国別援助方針等を踏まえつつ、高蔓延国の結核対策に対する協力、本邦での研修や第三国での研修を継続する。

結核予防会は、政府による二国間協力の実施にあたり、事業受託、専門家派遣、研修員受け入れを含む JICA の結核対策協力事業に対して必要な協力を行う。

政府、JICA 及び結核予防会は、効果的な結核対策の実施に必要なオペレーショナルリサーチ(実践研究)及び基礎研究開発(タイと日本の研究機関の共同研究等)の充実を図る。

さらに、結核予防会は、日本での研修を修了した開発途上国を中心とした 2200 人を超える結核専門家のネットワークを強化する。ストップ結核パートナーシップ日本は、ジュネーブに事務局を置く世界のストップ結核パートナーシップや各国のストップ結核パートナーシップと連携しつつ、その推進役となる。

3、結核対策を通じた UHC(ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ)の達成への貢献

母子保健、生活習慣病対策等と併せて結核サービスを住民生活のより近い場に拡大していくことは、UHC の実現に不可欠である。

また、UHC が目指す医療サービスへの地理的、経済的なアクセス改善は結核対策の推進にとっても有益とな

るので、両者は互いに補完しあう立場にある。

政府、JICA 及び結核予防会は、各国の実情を十分に踏まえ、途上国における UHC 推進に向けて、結核対策と UHC 推進が相乗効果を生むように配慮しつつ、国際協力や技術支援の可能性を検討する。

特にアジアにおいては、患者への医療費・経済支援の仕組み（公的保険制度や医療費の公費負担など）、医療機器などのインフラ整備及びその後のメンテナンス、また検査ネットワーク・医療情報システムの整備など日本での経験を踏まえたノウハウを活用できる可能性が高いと考えられることに留意する。

4、革新的な技術のブレイクスルーに貢献

WHO の 2035 年の世界目標を達成するには結核の予防、診断、治療といったそれぞれの領域において革新的な技術のブレイクスルーが必要である。長年日本が世界をリードしてきた結核病学や、今も最先端に位置する免疫学や遺伝子工学と革新的なバイオテクノロジーや創薬技術によれば、結核分野において新たなブレイクスルーを起こすことが十分可能である。日本にはこれに貢献できる最先端のサイエンスと技術力がある。

日本のサイエンスと技術の力を総結集するため、厚生労働省は、厚生科学審議会予防接種分科会研究開発及び生産・流通部会、「新興・再興感染症制御プロジェクト合同推進会議」等で、新規結核ワクチン、MDR 対応新抗結核薬、新診断技術等の研究開発について検討し、結核研究を総合的に推進する。また、健康医療戦略推進本部が定める医療分野研究開発推進計画に結核研究に関する事項が取り入れられた際には、厚生労働省は、日本医療研究開発機構（平成 27 年 4 月 1 日設立予定）等を通じ、必要な予算の確保等に努める。また、後に述べる産業革新機構や公益社団法人グローバルヘルス技術振興基金（GHIT ファンド）との連携も視野に、結核の研究開発を推進する。

次の具体的な研究開発の分野のうち、有望な革新的技術については、早期の実用化を目標に開発を推進する。

- 新規結核ワクチン
- MDR に効果的かつ服薬期間を短縮する革新的な新薬
- 診療現場で迅速正確に診断できる革新的診断技術
- 潜在性結核感染症の診断・治療に関する研究
- 革新的診断薬や臨床試験に必要なバイオマーカーの確立

ストップ結核パートナーシップ日本は、これらの技術の早期実用化に向け環境整備に努める。

5、日本の技術のグローバルな展開とリーダーシップ

日本発の新規抗結核薬、新規結核ワクチン、新診断技術やデジタル X 線診断技術等を官民が一体となり国際展開する事で、結核の世界目標達成に貢献し、世界の結核対策におけるリーダーシップを発揮する。政府は、日本発の新技术がグローバルな展開の中で世界に貢献できるように積極的にサポートする。その一環として、日本の優れた技術やアイデアを掘り起こして世界に展開することを使命とする産業革新機構には、これら技術の開発実用化を支援することが期待される。

また、WHO は、有症状受診者の喀痰を顕微鏡で検査し喀痰塗抹陽性患者に投薬する従来の方法では限界があるとして、抜本的な患者発見システムを必要としている。これに応えるため、官民が協力して、日本が得意とし結核減少に貢献してきた胸部 X 線検査によるスクリーニングシステムや LAMP 法など簡易迅速な結核診断の途上国での導入・普及の可能性を探る。X 線検査では、低線量で高品質な画像が得られ、ランニングコストが低

く、環境汚染につながる廃液を出さないなどのメリットのあるデジタル X 線検査の普及やその精度管理などが重要であり、この分野での日本の優れた技術の世界展開に努める。また、結核診査会など結核診断・治療の精度管理の日本の経験も活用する。

以上のような新技術、および日本が培ってきた技術を開発途上国に導入・展開するにはその国に適した制度構築が必要なことから、例えば、その技術移転や実践方法に関連したオペレーショナルリサーチの技法を JICA と結核予防会が実施している国際研修の中に取り入れる。

6、GHIT ファンドなどの創造的国際的官民連携の推進

GHIT ファンドは、開発途上国の人々が結核等の感染症による苦難を乗り越えられるよう、国際的官民連携により、これまで日本に蓄積されてきた医薬品開発の知見を最大限に活かそうとする創造的枠組みであり、このような国際的官民連携の推進を図る。外務省、厚生労働省、結核予防会及びストップ結核パートナーシップ日本は、GHIT ファンドが早期に具体的な成果を挙げるよう、必要な支援と協力を行う。

7、結核にかかわる NGO の役割

結核予防会、ストップ結核パートナーシップ日本、AMDA、シェア、日本リザルツ等の NGO は、結核の世界目標の達成に向けて、政府と協力して、積極的な普及広報活動を展開する。また、自ら事業推進の主体となって、結核の征圧に努める。政府は、このような NGO との連携に努め、活動に協力する。

第五、世界に貢献する日本としての国内対策

<2020 年までに低蔓延国へ>

世界目標に呼応し、世界に貢献する日本として、官民挙げて、東京オリンピックが開催される 2020 年までに日本を低蔓延国(結核罹患率人口 10 万対 10 以下)とすることを目指す。

このため、厚生労働省は「結核に関する特定感染症予防指針」を見直し、内外に 2020 年までに低蔓延国となることを目指すことを宣言するとともに、必要な予算と人員の確保に努め、徹底した対策を実施する。

また、結核予防会・結核研究所、結核予防婦人会、その他結核に関係する団体は、総力を挙げて、低蔓延化を推進する。結核研究所はその司令塔の役割を果たす。

結核研究所は、国、自治体、保健所等が徹底した対策を推進できるよう技術的に指導、支援する。

ストップ結核パートナーシップ日本は、各関連団体・機関の活動を普及啓発の面で支援する。

国内対策として重点的に取り組むべき対策は、次のとおりである。

- ① 高齢者、ハイリスクグループ、デインジャーグループ(注)に対する結核対策の強化
- ② 潜在性結核感染症患者に発病を予防する治療を積極的に推進
- ③ 各地域の実情に応じた医療提供体制の再構築
- ④ 新しい技術・対策の開発研究
- ⑤ 人材の養成と技術支援の強化
- ⑥ 大都市部での対策強化

(注)二次感染を生じやすい職業に就いている者

第六、本アクションプランの推進

1、フォローアップ会合

本アクションプランの実施に係るフォローアップのため、外務省、厚生労働省、JICA、結核予防会及びストップ結核パートナーシップ日本は、随時意見交換を行う。

2、新しい主体との連携

上記5者は、それぞれの立場に応じ、日本医療研究開発機構、産業革新機構、GHIT ファンド、研究機関、アエラス等の PDP(Product Development Partnership(注))、企業、ストップ結核パートナーシップ関西等の新たな担い手と十分連携を図り、本アクションプランを推進する。

(注) 途上国向けの医薬品の開発を目的とした官民パートナーシップ

3、推進組織

ストップ結核パートナーシップ日本は、本アクションプランの目標達成に向け、進捗状況をフォローする。5者は、予算を含めて必要な検討を行い、一丸となって本アクションプランを推進する。

【別紙 1】

ストップ結核ジャパンアクションプランと結核対策の歩み

1、ストップ結核ジャパンアクションプラン作成の経緯

2006 年に WHO とストップ結核パートナーシップ(事務局:ジュネーブ)は「ストップ結核世界計画 2006-2015」(後に「2011-15」に改訂)を策定し、2015 年までに結核の死亡率と有病率を 1990 年と比較して半減させることを国際目標として定めた。

2007 年 3 月にはザンビアのエイズ・結核の二重感染者である故ウィンストン・ズル氏がアフリカの結核の現状とさらなる結核対策の必要性を訴えるため、安倍晋三内閣総理大臣(第一次安倍内閣当時)を表敬するなど、日本に対する期待が示された。

また、同年 11 月に「ストップ結核パートナーシップ日本」が発足、同年 12 月にこれを支援する超党派の「ストップ結核パートナーシップ推進議員連盟」が設立された。

2008 年 5 月に開催された第 4 回アフリカ開発会議(TICAD IV)及び同年 7 月に北海道洞爺湖で開催された G8 サミットでは、それぞれ「横浜行動計画」そして「国際保健に関する洞爺湖行動指針—G8 保健専門家会合報告書—」において、保健関連 MDGs の達成に向け、結核に関して WHO の世界戦略を支持するとともに対策強化の必要性が示された。

さらに同年 7 月 24 日、外務省、厚生労働省、WHO 西太平洋地域事務局、結核予防会及びストップ結核パートナーシップ日本は共催で国際結核シンポジウム「世界における結核の征圧に向けて～アジアからアフリカまで～」を開催し、その中で外務省、厚生労働省、独立行政法人国際協力機構(JICA)、結核予防会及びストップ結核パートナーシップ日本が共同で作成した「ストップ結核ジャパンアクションプラン」が発表された。

2、ストップ結核ジャパンアクションプラン成立後の結核対策の歩み

＜結核予算(世界基金、国内対策等)の確保＞

日本政府は外務省予算としてこれまでに総額 21 億 5588 万ドルを拠出し(2014 年 3 月末現在)、世界基金の

主要ドナー国の一つとなっている。また、厚生労働省の結核予算として、WHO への任意拠出金及び国内対策費も確保された。

<二国間協力の実施>

日本政府は、アジア及びアフリカ地域を中心とした結核高蔓延国(インドネシア、カンボジア、ミャンマー、バングラデシュ、アフガニスタン、ケニア、ザンビア等)において、結核対策のための二国間の技術協力及び無償資金協力を実施し、各国の結核対策強化に貢献した。具体的には、インドネシア、ケニアでは診断に不可欠な結核検査センターの外部精度管理の導入・改善、塗抹・培養検査等の精度向上に努めた。ザンビアでは、結核とエイズの重複感染対策の向上に寄与したほか、安価で操作が簡便な迅速診断法の開発等を進めた。ミャンマーにおいては、抗結核薬の供与や、都市の結核問題に取り組むとともに、全国有病率調査を技術的に支援した。さらに、カンボジアでは、3期13年間(1999年～2013年)にわたる技術協力及び無償資金協力プロジェクトの実施を通じて同国の結核対策の基礎を築き結核有病率の半減に貢献したとしてWHOにも高く評価された。

アフガニスタンでは結核を中心とする感染症病院の建設と国家結核対策プログラムの支援を行っている。また、フィリピンでは2013年11月に発生した台風ヨランダの被災地において、地域保健所の診断サービス提供状況の把握及び情報提供、顕微鏡の供与等を行った。

さらに、本邦での研修に加え、第三国研修(エジプト、ブラジル)を実施し、結核に携わる人材の育成に取り組んできた。

なお、ケニアにおいては2014年7月より個別専門家を派遣し、地方分権化における検査・報告・検査精度管理強化に加え外部精度管理強化、検査精度向上等を支援する予定である。

<途上国のコミュニティにおける NGO 等による事業展開>

大地震後のハイチ共和国においては、2011年にはストップ結核パートナーシップ日本が外務省「NGO 事業補助金」により結核対策に関する調査を実施した。その結果に基づき、2011年及び2012年にジャパン・プラットフォームの助成を受け、日本リザルツがハイチ政府、結核予防会、ストップ結核パートナーシップ日本等と協力し、結核検査強化プロジェクトを展開した。その後2013年には「成長加速化のための官民パートナーシップ」による外務省の官民連携案件として、日本リザルツの協力、結核予防会結核研究所の技術支援の下、JICA と栄研化学株式会社との共同による「官民連携による TB-LAMP 法測定結果の評価と結核診断能力の向上に係る情報収集・確認調査」が実施された。

また、ザンビアでは、結核予防会が、「NGO 連携無償資金協力」(2008年～2012年)、「JICA 草の根技術協力事業」(2012年～2015年)により、ヘルスセンターにおける結核診断能力強化、及びコミュニティボランティア(治療サポーター)による地域での結核対策強化に貢献した。結核予防会は、フィリピンでも、「NGO 連携無償資金協力」(2008年～2011年)、「JICA 草の根技術協力事業」(2011年～2014年)により、マニラ首都圏都市貧困地区において結核対策を推進し、高く評価されている。

さらにストップ結核パートナーシップ日本は、インドネシアで結核に関する普及啓発に同国の伝統芸能である影絵劇(ワヤン・クリ)を応用する試みを外務省 NGO 事業補助金を得て行っている。

<世界基金事業への参画促進>

アフガニスタンでは JICA 事務所が資金受け入れ責任機関(Principal Recipient)に指定された。ネパールでは

結核予防会の支援により設立された Japan-Nepal Health and Tuberculosis Research Association (JANTRA) が、またカンボジアでは結核予防会、結核予防婦人会の支援によって設立されたカンボジア結核予防会がそれぞれ資金受領機関 (Sub Recipient) に指定され、世界基金事業を実施し各国の結核対策に貢献した。

<新規の抗結核薬、診断法、ワクチンの開発における進展>

結核の治療薬や診断法、ワクチンの研究開発が大きく進展した。

治療薬では、大塚製薬株式会社が開発した約 40 年ぶりの新薬となる抗結核薬の「デラマニド」が、2013 年 11 月に欧州の医薬品委員会より多剤耐性結核の治療薬としての販売承認推奨を受けた。日本でも 2013 年 3 月に製造販売承認申請し、近く承認の見込みである。これには基礎・臨床試験において結核研究所が協力を行ってきた。

栄研化学株式会社は FIND (Foundation for Innovative New Diagnostics、本部：ジュネーブ) と共同で、従来よりも簡易迅速な結核診断法「TB-LAMP 法」を開発し、現在 WHO の推奨を得るために、途上国 14 カ国で評価試験を実施している。この一部が上述の「成長加速化のための官民パートナーシップ」における外務省の官民連携案件としてハイチで行われた。

独立行政法人医薬基盤研究所、株式会社クリエイトワクチン (大日本住友製薬株式会社、日本ビーシージー製造株式会社が設立、産業革新機構が出資) 及びアエラス (ワシントン郊外に本部を置き、各国の研究機関や企業と連携しながら、結核ワクチン開発を進める国際的非営利組織) は、約 90 年ぶりとなる新規結核ワクチンを共同開発することに合意した。同ワクチン開発には厚生労働省の厚生労働科学研究費及び GHIT ファンドから助成金が投入されている。

これら3つのプロジェクトにはストップ結核パートナーシップ日本が環境整備に尽力した。

また、結核研究所は、GHIT ファンドの助成を受けた Global Alliance for TB Drug Development (ニューヨークに本部を置き、公的機関、私的団体、学会、慈善団体等を連携させて抗結核薬の開発を促進する非営利組織) の委託を受け、抗結核薬開発のための化学物質のスクリーニングを行っている。

<官民パートナーシップを体現した新しい枠組みの実現>

外務省、厚生労働省、国連開発計画 (UNDP)、ビル & メリンダ・ゲイツ財団及び日本の大手製薬企業 5 社が共同で資金を拠出して、途上国のための医薬品の研究開発に特化した基金、GHIT ファンドが設立された。同基金は、日本と海外の共同研究開発を推進し、日本発の革新的医薬品の実現を目指している。対象とする疾患は、エイズ、結核、マラリア、顧みられない熱帯病であり、こうした分野の医薬品開発が進展し、途上国の貧困層にまで届くようになることが大いに期待されている。

【別紙 2】 結核の概況

2012 年世界の結核の概況

	世界合計	HIV/エイズ 合併結核	薬剤耐性結核	小児 (0-14 歳)
年間推定患者数	8,600,000	1,100,000	450,000	530,000
年間死亡者数	1,300,000	320,000	170,000	74,000

HIV/エイズ、薬剤耐性結核、子供は、世界合計のうちに含まれる

2012 年 WHO の地域別結核の患者発生及び発見状況

	西太平洋	南東アジア	アフリカ	東地中海	欧州	アメリカ	世界合計
死亡者数	115,000	501,000	480,000	104,000	40,000	25,000	1,260,000
推定患者数	1,600,000	3,400,000	2,300,000	670,000	360,000	280,000	8,600,000
発見患者数	1,345,000	2,331,000	1,413,000	431,000	337,000	233,000	6,090,000
患者未発見率	16%	30%	39%	36%	6%	17%	29%

推定患者数: 患者新発生数 (incidence)

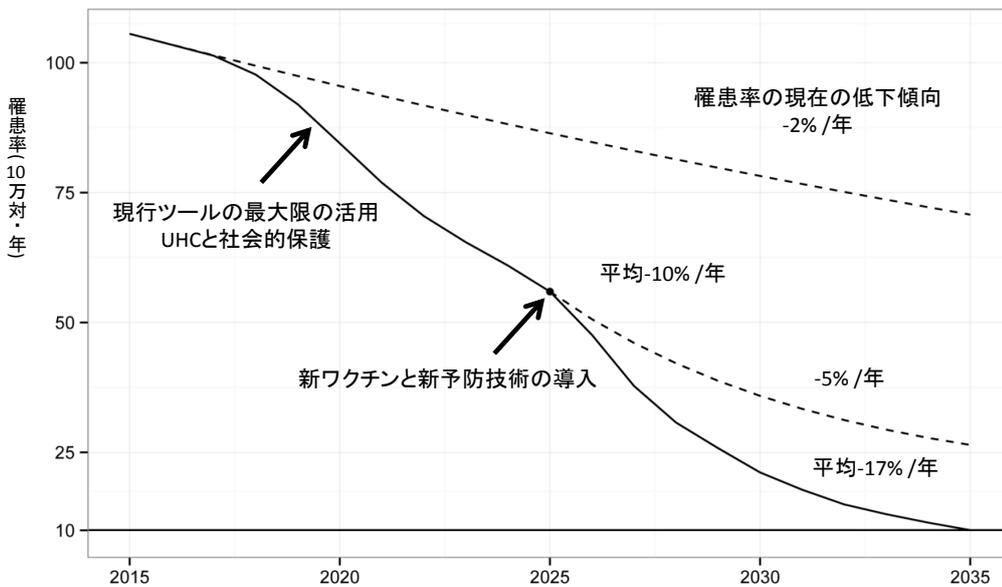
発見患者数: 発見された新患者数 (total new tuberculosis cases)

患者未発見率: 未発見患者の推定患者に対する割合

死亡者数: HIV/エイズとの重複感染を含む

資料: WHO Global Tuberculosis Report 2013

2035 年目標達成までの予測



資料: WHO 2015 年以降の結核戦略

2012 年日本国内結核の概況

2012 年新登録結核患者	21,283
罹患率(人口 10 万対)	16.7
死亡者数	2,110

●年齢階級別 新登録結核患者数 (()内は構成比率)

	39 歳以下	40 歳～49 歳	50～59 歳	60 歳～69 歳	70 歳～79 歳	80 歳以上
2012 年新規結核患者数	3,044 (14.3%)	1,600 (7.5%)	1,795 (8.4%)	3,012 (14.2%)	4,595 (21.6%)	7,237 (34.0%)
罹患率(人口 10 万対)	5.6	9.1	11.5	16.3	33.7	81.0

●結核罹患率の高い地域

	大阪市	堺市	名古屋市	神戸市	東京特別区
罹患率(人口 10 万対)	42.7	27.9	25.4	24.4	24.3

●背景別新登録結核患者数 (()内は構成比率)

糖尿病	3,036 (14.3%)
外国生まれ	1,069 (5.0%)
医療従事者	636 (2.9%)
無職臨時日雇等	1,637 (26.4%)

医療従事者：看護師・保健師・医師・理学療法士・検査技師・放射線技師等の合計。

無職臨時日雇い等：接客業、医療従事者、他の常用勤労者、自営業等、家事従事者、学生を除く。合計は 20～59 歳の計。

資料：厚生労働省 平成 24 年結核登録者情報調査年報集計結果(概況)