

海外だより

西太平洋地域諸国の
結核事情

国立がんセンター 田中明夫



はじめに

筆者は1961年7月から70年10月まで約10年間、WHO 西太平洋地域結核顧問団員として勤務した。WHO の西太平洋地域はアジア州の大太平洋岸に位置する韓国、日本、台湾、香港、フィリッピン、ベトナム、ラオス、カンボジア、マレーシア、シンガポールの諸国、大洋州に属するオーストラリア、ニュージーランドおよび南太平洋に点在するミクロネシア、メラネシア、ポリネシアの諸島を含む、上記の諸国、諸島のうち、欧米諸国に類するオーストラリア、ニュージーランドの白人2国を除けば、アジア唯一の工業国日本と、近年工業化の目覚ましいホンコン、シンガポー

ルの商業中心地を例外として、その大多数が農・林・漁業国である。国民1人当り年間所得も、上記例外を除き、100～200米ドルという低額である。

結核の蔓延状況

戦後、結核の化学療法、外科療法の画期的な進歩と普及が、X線検査による結核の早期発見、BCGによる結核の予防接種と相俟って、わが国の結核死亡者数、患者数を激減させたことは衆知の事実である。1947年から67年までの20年間に、全結核死亡率は人口10万対187.5から17.8と10分の1以下に減少し、1935年から50年まで日本国民の最大の死因であった結核が1967年には8番目の死因となっ

た。結核患者数も1953年から5年毎に実施されている結核実態調査によると、1953年から68年までの15年間に、X線検査によって医療を要すると診断された肺結核患者は3.2%から1.5%と2分の1以下に、咯痰中に結核菌と証明された患者は0.5%から0.1%と著減している。

西太平洋諸国のうち死亡統計が整備している限られた数か国について戦後20年間の全結核死亡率の推移をみると、表1に示す如くである。オーストラリア、ニュージーランドでは共に、1947年の人口10万対約30から1967年には3以下と、日本以上の減少率を示し、結核はもはや重要な死因ではなくなっている。香港では、戦後中国から多数の難民が流入して大混乱を起したため、一時結核死亡率は上昇した。しかし、最近10年間の死亡率の減少は日本、オーストラリア、ニュージーランドに匹敵する。台湾とシンガポールにおける結核死亡率も戦後20年間に7分の1内至8分の1に減少している。若干詳細に検討すると、これら2国の死亡率は最初の10年間は日本等と同様の割合が減少したのであるが、最近10年間

表 1 西太平洋地域諸国における全結核死亡率の戦後の推移

(人口100,000対率)

	1947	1957	1967	47 : 67	57 : 67
日 本	187.5	46.9	17.8	10.5 : 1	2.6 : 1
台 湾	285.2*	65.8	36.2	7.9 : 1	1.8 : 1
フ ィ リ ピ ン	174.8**	90.2	77.8	2.2 : 1	1.2 : 1
香 港	106.4	103.6	38.9	2.7 : 1	2.7 : 1
シ ン ガ ポ ール	174.3	41.2***	24.9***	7.0 : 1	1.7 : 1
オーストラリア	29.9	6.0	2.3	13.0 : 1	2.6 : 1
ニュージーランド	30.8	7.8	2.9	10.6 : 1	2.7 : 1

特にことわりのないものは、国連編“Demographic Year Book”による。

* 政府発表統計

** 政府発表の1946年の統計

*** それぞれ1958年、1968年の統計

に減少率が下がっているのが一寸気になる。

香港、台湾、シンガポールの1967年の全結核死亡率は人口10万対それぞれ38.9、36.2、24.9で、第5番目位の死因となっている。上記の諸国と異り、フィリピンの結核死亡率は戦後20年間に2分の1に減少しただけで、殊に最近10年間の減少率はまことに微々たるものである。1967年の全結核死亡率は人口10万対77.8で、2番目の死因となっている。ま

た、表には示さなかったが、各国共結核死亡率は年齢とともに上昇しているが、フィリピンでは若年層の死亡率が他に比して著しく高い。また、成年男子の死亡率は女子の2倍以上であるが、フィリピンのみは男女間に殆ど差がみられない。

上記以外の発展途上国の結核死亡率は、死亡届が不完全だったり、基礎人口が不明のために分からない。しかし、韓国、ベトナム、

カンボジアおよび西サモアでは肺結核有病調査を実施しているので、その結果を検討してみよう。表2に示すように、韓国では1965年の調査によると、5歳以上の人口中、X線検査によって患者と診断された者が5.1%、そのうち菌検査によって結核菌を証明された者が0.9%であった。表には年齢別の有病率を示していないが、韓国の有病率は日本、台湾をはるかに上廻るものであり、フィリピンのセブ市に隣接するミングラニア村およびベトナムのサイゴン市に匹敵するものである。現地調査に参加した筆者の観察によっても、北朝鮮との戦禍から回復できず、現在でも38度線をはさんで北朝鮮と準戦争状態にある韓国、内戦の禍中にあるサイゴンの民衆の生活は、フィリピンの貧しい一般民衆の生活よりきびしいのではないかと思われた。これら2国・1市と反対に、調査時にはまだ戦火に見舞われていなかったカンボジアの結核有病率は台湾とほぼ同等であり、西サモア島の有病率は日本より低い。これら両国の民衆は平和などかな生活を送っており、戦禍を受けていなかったため住宅事情は韓国、サイゴ

表 2 西太平洋地域諸国における肺結核有病率

	調 査 年	対 象 年 齢	X線診断による 患 者	菌 陽 性 者
韓 国	1965	5歳以上	5.1%	0.9%
日 本	1953	全 年 齢	3.2%	0.5%
	1958		3.2%	0.5%
	1963		2.1%	0.2%
	1968		1.5%	0.1%
台 湾	1957—58	10歳以上	3.6%	0.7%
	1962—63		3.7%	0.5%
	1967—68		2.8%	0.5%
フィリピン	1964	5歳以上	4.0%	0.7%
ベトナム	1962	10歳以上	10.4%	0.9%
カンボジア	1967—68	5歳以上	2.1%	0.3%
西サモア	1961—63	15歳以上	2.8%	...
	1966—68	全 年 齢	1.2%	0.1%

韓国、日本、台湾、西サモアは全国調査の結果であるが、フィリピンはセブ州ミングラニア村、ベトナムはサイゴン市、カンボジアはプノムペン市他3か町村の調査の結果である。

ンより良かったように憶えている。

結核対策の状況

1 BCG

英国において実施された大規模の調査によって、BCGの結核発病防止力がすぐれたものであり、かつ、その効果が10年以上の長期にわたり持続することが実証されてから、BCGによる予防接種はWHOの結核対策の最も重要な手段となっている。したがってWHOの指導のもとに結核対策を実施している西太平洋地域の諸国ではBCGによる予防接種が広く実施されている。殊に日本で開発された耐熱性の乾燥ワクチンの使用によって、離島その他交通の便の悪い所にまでBCGが普及してきている。接種対象は従来未感染患者家族と実施容易な小学生に重点がおかれてきたが、上記の英国における調査の結果BCGの効果が長期にわたって持続することが判明したので、最近では生後なるべく早い機会に接種を行うよう努力がなされている。また、従来BCGは、接種前にツベルクリン検査を行って、ツ反応陰性者に実施してきた

が、人手不足をカバーするためにツ反応陽性者に対してBCGを接種したときにおきる局所反応、後遺症等を見無視して、事前にツベルクリン検査を行うことなしにBCGを接種する方法が広まってきている。接種手段は皮内注射が通例であるが、香港では日本と同様乱刺法が行われている。使用BCGは韓国、台湾、フィリピンでは自国製の液体ワクチンが主として使われているが、その他の諸国では日本および英国製の乾燥ワクチンが広く使用されている。1967年のBCG接種者数は韓国225万人、日本452万人、台湾89万人、フィリピン(1966年)59万人、南ベトナム21万人、ラオス1,200人、マレーシア(西)40万人、シンガポール8万人、ニュージーランド4万人であった。

2 結核検診

従来結核は早期に発見して適切な治療を行うことが重要であり、また結核の初期には症状があまりないという考えから、広く健康人の結核検診を定期的に行うという方法が推奨されてきた。人的・物的資源に乏しい発展途上国においてはこの定期集団検診方式を大規

模に行うことは甚だ困難である。しかも、この方式を実施してゆくうちに得た各国の経験から、この方式によって発見される結核患者数は甚だ少なく、大多数の患者は血痰、慢性の咳、胸痛等の症状を訴えて病院、診療所を訪れる者の中から発見されることがわかった。限られた人的・物的資源を有効に使うために、結核検診を上記の症状を有する成人に限って集中的に行う国が増加している。また、従来結核の検診にはX線検査が最重要視されてきたが、(1)X線検査より菌検査の方が確実な診断ができる、(2)菌検査、特に顕微鏡による検査に必要な機材はX線検査の場合より遙かに廉価である、(3)結核対策上重要な対象は感染源となる排菌者、殊に顕微鏡検査によって菌の証明される濃厚排菌者である、という理由で、最近では菌検査をX線検査に優先させる国が増加してきている。

3 治療

日本では1968年の結核菌有病調査で要医療と判定された者のうち約半数が治療歴を有していたが、表2に示した諸国では、治療歴を有する者は要医療者の10~20%、排菌患者に

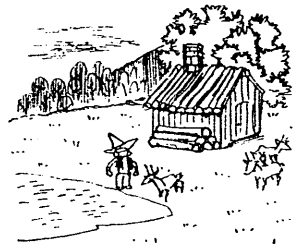
ついても20~30%にすぎなかった。

殆どの国において結核病床は極めて少く、また、在宅治療によって大多数の患者は治療目的を達せられるという考え方から、入院患者は重症患者および開放性患者に限られ、入院期間も通常2~3カ月に限られている。したがって在宅患者の治療管理が大きな問題となっており、台湾、韓国等では中・高等学校卒業者に短期訓練を施して専ら患者管理に従事させている。それでも全患者には仲々手がまわらず、管理対象を排菌患者に絞っている。

治療法は当然のことながら化学療法が主体をなしており、外科療法の行える施設は非常に限られている。治療薬剤はヒドラジドが主体で、非開放性患者にはヒドラジド単独療法、開放性患者にはヒドラジドとストレプトマイシンあるいはサイアセタゾン(チビオン)の併用療法がWHO方式として広く行われている。有空洞あるいは高等中等・度進展患者には、菌所見が陰性でも併用療法を行っている国もあるが、一方軽度進展の菌陰性患者に対しては、患者の希望がない限り薬剤を与え

ず、観察だけを行っている国もある。薬剤の投与方法としては、ヒドラジド1日量300～400mgの連日投与が支配的であるが、ストマイと併用する場合は週2～3回、1回量600～700mgをストマイの注射と同時に投与方法も試みられている。ストマイは週2～3回、1回1gという投与方法が次第に支配的になってきているが、最初の1カ月は連日投与がなされることもある。サイアセタゾンは1日量150mgの連日投与が専ら行われている。サイアセタゾンはその副作用のため日本では

見捨てられた薬であるが、減量して投与されている。しかし潤疹等の皮膚反応および時として重篤な黄疸が副作用としてみられる。上記以外の所謂二次的結核剤は試験的に使用されている程度で、広くは用いられていない。化学療法は原則として1年間であるが、場合によってそれ以上継続される。上記のように患者管理に努力しているにも拘らず、治療を中断する患者が多く、韓国等では薬剤耐性菌の増加が大きな問題となってきている。



編集後記

秋も深まり、紅葉をたづねる人びとが都会から脱出していった。農村では、冷害に泣く農民が軽い稲の穂に溜息をつき、途方にくれていたのに、都会の人びとは、まるで物に憑かれたように、自然の中に秋を求めていた。それはともかく、秋の空は美しい。とくに、秋空に流れる雲は素晴らしく、それも、風に揺れる薄の背景に流れる夕映えの雲は、いくらながめても飽きない。そのような雲をみる機会も少なくなったが、毎日の夕映えの雲に、秋を楽しむことができる。また、巷の雑踏の中で、ふとながめる街路樹と空にも、秋をみるることができる。山奥に行かなくても、秋は身近いところにあるらしい。(平石)

海外社会保障情報 No. 16

昭和46年10月25日発行

編集兼発行所 社会保障研究所

東京都千代田区霞が関

3丁目3番4号

電話(580)2511～3

研友社印刷 納