

原 著

超過滞在外国人の結核症例検討

山村 淳平 沢田 貴志

港町診療所

A STUDY ON TUBERCULOSIS CASES AMONG OVER-STAYING FOREIGNERS

*Jumpei YAMAMURA and Takashi SAWADA

*Minatomachi Medical Center

An analysis was made on eighty-four cases of tuberculosis (TB) among over-staying foreigners during the past 9 years at Minatomachi Medical Center. All of them did not enroll in any health insurance system because they were illegal immigrants. Most of them were in their twenties and thirties. The ratio of male to female was four to one. By ethnic origin, the proportion was highest among Filipinos (30%), followed by Koreans (23%), Pakistanis (13%) and Indians (7%). Half of them had been in Japan for more than two years. Most patients sought care due to symptoms rather than as a result of the efforts of public health centers to screen foreigners.

The proportion of extrapulmonary TB among all types of TB was 35% overall. Compared with pulmonary TB cases, patient's as well as doctor's delay was more marked among extrapulmonary TB cases.

Forty cases were treated at Minatomachi Medical Center and forty-four cases were referred to another hospitals. The default rate including repatriation was as high as 41%, and the reasons for this high defaulting rate were as follows: ① Language barrier, ② Worry for losing work during treatment, ③ Worry for high medical costs because of no coverage by a health insurance scheme, ④ Lack of information on medical systems and TB, ⑤ Worry for forced repatriation by the immigration office.

In addition, some cases were not followed up due to unkind behaviour of attending physicians.

The following measures are needed to prevent the epidemic of tuberculosis among over-staying foreigners and our societies.

- a) To provide free medical check-ups
- b) To provide easy access to medical facilities
- c) To utilize the tuberculosis prevention law
- d) To follow up patient thoroughly and strictly
- e) To explain TB in their mother languages

*〒221-0056 神奈川県横浜市神奈川区金港町7-6

*7-6, Kinko-cho, Kanagawa-ku, Yokohama-shi,
Kanagawa 221-0056 Japan.
(Received 1 Jul. 1999/Accepted 11 Nov. 1999)

- f) To change the immigration law and its system
- g) To make liaison with other organizations such as medical facilities and NGOs, including foreign ones, and exchange informations
- h) To build good human relations with patients

Key words : Tuberculosis, Over-staying foreigner, Extrapulmonary tuberculosis, Defaulting

キーワード : 結核症, 超過滞在外国人, 肺外結核, 治療中断

はじめに

開発途上国と先進諸国との経済格差によって引き起こされる国際的な労働者人口の移動は、かつて人類が経験したことの無い大きな動きである。日本においても1980年代後半から、開発途上国からの労働者の数が年々増加してきている。その多くは、「出入国管理及び難民認定法（入管法）」に違反する超過滞在外国人であり、1998年1月時点では約28万人と推定されている¹⁾。彼（女）らには居住や労働などの基本的な権利は認められておらず、その結果さまざまな問題が生じてきている。その1つに、医療を受ける権利が保障されていないことに基因する「超過滞在外国人の医療問題」があげられる。

港町診療所では、健康保険に加入できない超過滞在外国人でも継続的な医療を受けやすくするために、1991年11月から健康互助会制度を設け診療している。この健康互助会制度は、毎月2000円の会員費を支払い互助会員になれば、当所での外来医療費を3割負担するだけで検査や治療が受けられる制度である。1999年5月までに約7000名の会員が登録され、そのほとんどが開発途上国出身者で占められている。

そうした診療の中で当所にかかわった結核症例が一定の数に達し、その検討と追跡調査を行ったところ、超過滞在外国人の結核診療の問題点が浮かび上がってきたので、ここに報告する。

対象と方法

対象は、1990年から1998年までの9年間に港町診療所にかかわった結核症例84名である。その内訳は、結核診断後当所に通院した40名、排菌しているため他院へ紹介した44名である。すべての例は健康保険に加入できない超過滞在外国人である。

対象症例の年次推移・性・年齢・国籍・地域・在日期間・発見動機・自覚症状・発見までの期間・診断までの期間・部位別診断・菌検査・X線写真病型分類・転帰について検討した。当所から他院へ紹介した例もしくは

他院から当所へ紹介された例は、その医療機関の入院および外来診療記録をもとに追跡調査を行った。治療中断理由については、中断理由が記載されている診療記録だけでなく、患者にも直接面談し中断理由の聞き取り調査を行い、併せて検討した。治療不十分なまま帰国した一部の症例についても、彼らの母国での追跡調査を行った。

結 果

a) 対象症例の背景（表1-a, b）

年次推移では、1990年には1名のみであったが、92年以降は徐々に増加し、年平均11名の割合で症例がみられた。

男女比は4:1で、20代と30代の合計が68名と全体の81%を占めていた。

国籍では、フィリピン25名（30%）、韓国19名（23%）、パキスタン11名（13%）の順に多く、この3カ国で55名となり全体の66%を占めていた。東南アジア、南アジア、サハラ以南の西アフリカからの出身者が多い。

地域では、神奈川県47名（57%）、東京都18名（22%）、埼玉県13名（15%）と、この3地域で全体の94%を占めていた。当所は神奈川県に位置するにもかかわらず、東京都や埼玉県からの症例が多い。

在日期間が判明している58名のうち12カ月以内は14名（25%）、13カ月以上24カ月以内は15名（25%）、25カ月以上60カ月以内は22名（38%）、61カ月以上長期滞在している症例は7名（12%）であった。25カ月以上の長期滞在者が50%を占めていた。

発見動機では、有症状受診例は75名（89%）、検診発見例は6名（7%）、他疾患治療中に偶然発見された例は3名（4%）であった。

b) 部位別結核と受診までの期間（表2, 3）

肺結核例は50名（60%）、肺外結核合併肺結核例は4名（5%）、肺外結核例は30名（35%）であった。肺外結核例が多く、その内訳は頸部リンパ節結核例が13名（15%）、胸膜炎例が7名（8%）、骨・関節結核例が6名（7%）、肺門リンパ節結核例が3名（4%）、腸結核

例が1名(1%)であった。肺外結核例は組織検査と菌検査によって診断された。

自覚症状出現から受診までの期間(Patient's delay)について、期間が不明な3名を除き81名を検討した。肺外結核合併肺結核を含む肺結核例では受診までの期間は平均1.1カ月であり、53名中14名(26%)に1カ月以上の受診の遅れがみられた。一方、肺外結核例では受診までの期間は平均3.6カ月であり、28名中10名(36%)に1カ月以上の受診の遅れがみられた。

c) 部位別結核と診断までの期間(表3)

受診から診断までの期間(Doctor's delay)についてみると、76名(90%)は1/2カ月以内に診断がなさ

れていた。受診から診断までの平均期間は、肺結核が0.3カ月に対して肺外結核では0.8カ月であり、肺外結核例に診断が遅れている傾向がみられた。特に骨・関節結核6名中5名に1カ月以上の診断の遅れがあり、中には11カ月も診断がなされていなかった例もあった。

d) 喀痰および他検体の結核菌検査成績(表4)

肺結核例54名のうち喀痰の塗抹陽性例は28名、塗抹陰性・培養陽性例は8名、塗抹陰性・培養陰性例は14名であった。肺外結核例30名のうち検体の塗抹陽性例は3名、塗抹陰性・培養陽性例は2名、塗抹陰性・培養陰性例は9名であった。肺結核例のうちガフキー3号以上の大量排菌者は18名であった。

e) X線写真病型分類(表5)

肺結核例54名のうち、I型が1名、II3型が3名、II2型が17名、II1型が6名、III3型が4名、III2型が10名、III1型が13名であった。空洞例や進行例が半数以上にみられた。

f) 結核治療歴と合併症

結核治療歴については、治療歴なし51名、治療歴あり11名、不明22名であった。

合併症については、エイズが4名(5%)、糖尿病が4名(5%)、喘息が1名(1%)であった。エイズ合併例

表1-a 対象症例の背景—1

	人数	%
全数	84	—
年度		
90年	1	1
91	4	5
92	8	10
93	15	18
94	12	14
95	8	10
96	15	17
97	9	11
98	12	14
性		
男	65	77
女	19	23
年齢		
20～24歳	11	13
25～29	21	25
30～34	20	24
35～39	16	19
40～44	8	9
45～49	5	6
50歳以上	3	4
国籍		
フィリピン	25	30
韓国	19	23
パキスタン	11	13
インド	6	7
ネパール	5	6
スリランカ	3	4
ナイジェリア	3	4
タイ	2	2
ペルー	2	2
ガーナ	2	2
その他	6	7

表1-b 対象症例の背景—2

	人数	%
地域		
神奈川	47	57
東京	18	22
埼玉	13	15
千葉	2	2
長野	1	1
静岡	1	1
不明	2	2
在日期間		
0～3カ月	4	7
4～6	1	2
7～12	9	16
13～24	15	25
25～36	14	24
37～48	4	7
49～60	4	7
61カ月以上	7	12
不明	26	—
発見動機		
有症状受診	75	89
検診発見	6	7
他疾患治療中発見	3	4

表 2 部位別結核と受診までの期間

部位	受診までの 期間	～1/2カ月	～1カ月	～2カ月	～3カ月	～4カ月	～5カ月	6カ月以上	合計	%
肺		25	12	4	1	4	1	2	49	61
肺外結核合併肺結核		2	0	1	1	0	0	0	4	5
頸部リンパ節		5	3	1	0	0	0	3	12	15
胸膜		3	2	0	0	0	0	1	6	7
骨・関節		2	0	1	0	1	1	1	6	7
肺門リンパ節		2	1	0	0	0	0	0	3	4
腸		0	0	0	0	0	0	1	1	1
合計		39	18	7	2	5	2	8	81	
%		49	22	9	2	6	2	10		100

表 3 部位別と診断までの期間

部位	診断までの 期間								合計	%
		～1/4カ月	～1/2カ月	～1カ月	～2カ月	～3カ月	～4カ月	～11カ月		
肺		47	1	1	1	0	0	0	50	60
肺外結核合併肺結核		4	0	0	0	0	0	0	4	5
頸部リンパ節		12	1	0	0	0	0	0	13	15
胸膜		6	1	0	0	0	0	0	7	8
骨・関節		0	1	1	2	0	1	1	6	7
肺門リンパ節		1	1	1	0	0	0	0	3	4
腸		0	1	0	0	0	0	0	1	1
合計		70	6	3	3	0	1	1	84	
%		83	7	4	4	0	1	1		100

表 4 喀痰および他検体の結核菌検査成績

	塗抹陽性	塗抹陰性・培養陽性	塗抹陰性・培養陰性	不明	合計
肺結核例数	28	8	14	4	54
肺外結核例数	3	2	9	16	30

表 5 X線写真病型分類

	I型	II3型	II2型	II1型	III3型	III2型	III1型	合計
例数	1	3	17	6	4	10	13	54

4名のうち2名は肺門リンパ節結核であった。

g) 治療成績 (表6-a, b)

転帰の定義は次のようにした。終了例は、入院および外来において治療を6カ月以上確실행った。退院後中断例は、1～4カ月間の入院治療を行ったが、退院後外来通院しなかった。外来治療中断例は、ある一定期間の外来治療を行ったが、その後通院しなくなった。未治療

例は、診断のみでその後不明となった。帰国例は、診断後もしくは治療中に帰国の意思を示したので、母国での治療を継続してもらうため紹介状を持たせ帰国した。帰国例は、母国で治療を継続しているかどうかは不明で、中断例あるいは未治療例に含まれる可能性が高いが、これを別途として扱った。

全数84名のうち終了例は49名 (59%)、退院後中断

表6-a 治療成績—1

		終了	退院後中断	外来中断	未治療	帰国	合計
全数		49	6	12	6	11	84
	%	59	7	14	7	13	100
年度	1990～94年	19	5	8	3	5	40
	%	48	12	20	8	12	100
	1995～98年	30	1	4	3	6	44
	%	68	2	9	7	14	100
性	男	39	6	7	2	11	65
	%	60	9	11	3	17	100
	女	10	0	5	4	0	19
	%	53	0	26	21	0	100
年齢	20～29歳	12	3	8	4	5	32
	%	37	9	25	13	16	100
	30～39歳	29	1	2	1	3	36
	%	80	3	6	3	8	100
	40歳以上	8	2	2	1	3	16
	%	50	13	13	6	18	100
	フィリピン	15	2	4	2	2	25
	%	60	8	16	8	8	100
国籍	韓国	11	0	3	2	3	19
	%	57	0	16	11	16	100
	パキスタン	6	1	3	1	0	11
	%	55	9	27	9	0	100
	インド	4	1	0	0	1	6
	%	66	17	0	0	17	100
	ネパール	3	1	1	0	0	5
	%	60	20	20	0	0	100
	スリランカ	3	0	0	0	0	3
	%	100	0	0	0	0	100
	アフリカ	4	0	1	0	3	8
	%	50	0	12	0	38	100
	その他	3	1	0	1	2	7
	%	43	14	0	14	29	100

例 6 名 (7%), 外来中断例 12 名 (14%), 未治療例 6 名 (7%), 帰国例 11 名 (13%) であった。

年度・性・年齢・国籍・地域・部位・病院の各項目について治療成績を検討した。項目内の各グループの終了例の多くは、比率が 50～60% 台であり、各グループ間の有意差は認められなかった。年度別でも有意差を認められなかったが、1990～94 年では終了例が 19 名 (48

%) に対して、1995～98 年では 30 名 (68%) となり、終了例の比率は増加していた。

退院後中断した 6 名のうち 4 名は国療南横浜病院の患者であり、病院別での退院後中断の比率を高くしていた。

外来中断した 12 名のうち 2 名は妊娠による中断であり、女性・20 歳代・フィリピン・頸部リンパ節・港町診療所の各項目での外来中断の比率を高くしていた。

表 6-b 治療成績-2

		終了	退院後中断	外来中断	未治療	帰国	合計
地域	神奈川	26	4	7	5	5	47
	%	54	9	15	11	11	100
	東京	13	1	2	1	1	18
	%	71	6	11	6	6	100
	埼玉	8	0	1	0	4	13
	%	61	0	8	0	31	100
	その他	2	1	2	0	1	6
	%	33	17	33	0	17	100
部位	肺	32	6	6	5	5	54
	%	60	11	11	9	9	100
	頸部リンパ節	9	0	4	0	0	13
	%	69	0	31	0	0	100
	胸膜	2	0	1	1	3	7
	%	29	0	14	14	43	100
	骨・関節	4	0	1	0	1	6
	%	66	0	17	0	17	100
	肺門リンパ節	1	0	0	0	2	3
	%	33	0	0	0	67	100
	腸	1	0	0	0	0	1
	%	100	0	0	0	0	100
病院	港町診療所	21	0	9	5	5	40
	%	53	0	23	12	12	100
	複十字病院	6	1	1	0	1	9
	%	67	11	11	0	11	100
	循環器呼吸器病センター	12	0	0	0	0	12
	%	100	0	0	0	0	100
	国療南横浜病院	2	4	0	0	0	6
	%	33	67	0	0	0	100
	その他公立病院	5	1	0	1	3	10
	%	50	10	0	10	30	100
	その他私立病院	3	0	2	0	2	7
	%	42	0	29	0	29	100

表7 治療中断理由

患者側	例数	医療機関側	例数
外来での治療希望	2	退院後の経過観察不十分	2
妊娠	2	入管に出頭を要請	1
エイズ末期のため帰国	2	雇用主に病名を話したため解雇	1
失職の可能性	1	帰国を促す	1
他県に移住	1		
家庭内問題	1		

帰国した11名のうち2名はエイズ末期であり、アフリカ・埼玉・肺門リンパ節・その他公立病院の各項目での帰国の比率を高くしていた。

h) 治療中断理由および帰国（表7）

患者側の治療中断理由をあげてみると、入院よりも外来での治療希望2名、妊娠2名、エイズ末期のため帰国2名、失職の可能性1名、他県に移住1名、家庭内問題1名であった。

しかしながら、治療中断あるいは帰国理由は必ずしも患者側だけにあるのではなく、医療機関側の言動にも問題があった。すなわち、退院後外来での経過を十分追っていない2名、医療従事者から入国管理局（入管）に出向くようにいわれた1名、雇用者に医療従事者が病気を告げたため、解雇されてしまい経済的な理由から中断してしまった1名、医療従事者側から帰国を促された1名などである。これらは、医療従事者の患者に対する配慮が乏しく、治療の積極性がみられなかった。その結果、患者は帰国せざるを得なかったが、その後彼らが母国で治療を継続しているかどうか追跡調査を行った。その具体的な例として、1998年に当所で経験したフィリピン人男性の2症例をあげてみる。

1人はある国立病院で4カ月の入院治療後退院となった。患者は、退院後の生活について主治医から福祉事務所に行くように指示されていた。日本語が不自由であり、滞在資格もなく、不安があったため彼は福祉事務所を訪れなかった。長期入院していたので生活資金や仕事はなく野宿生活を送っていたところを NGO（Non-Governmental-Organization）の職員が発見し、職員と共に当所を訪れた。彼は結核についてほとんど理解しておらず、不安定な生活のためもあり、抗結核薬の内服を中止していた。

もう1人の患者はある公立病院で脊椎カリエスの診断をされた。脊椎カリエスの診断がされるまで多額の医療費を要し、不安になった患者は帰国を希望した。主治医からもフィリピンでの治療を勧められたが、結核予防法

の公費負担の説明はされていなかった。帰国の手続きに数週間を要し、その間脊髄圧迫症状が出現したが、治療は開始されていなかった。そこで彼はフィリピン大使館を介して当所へ相談に来た。

結核治療の経済的な面や確実性についてフィリピンでの医療事情を考えると、日本での治療がより適切と判断し、日本での継続治療を彼らに説得した。しかし、彼らの帰国の意志はすでに強くなっていた。結局マニラで治療を必ず受けてもらうべく紹介状を持たせ帰国してもらった。その一方で、マニラの NGO と医療機関にも連絡を取り、帰国後の経過観察をお願いした。ところが、帰国2カ月後のフィリピンで NGO 関係者と共に筆者が彼らを追跡調査したところ、2人とも指定した病院には訪れていなかった。

考 察

一般に外国人の受診行動を抑制する因子として①言葉の問題、②経済的な問題（高額な医療費の請求、失職の可能性）、③病気を含む医療に関する情報不足、④入管に対する恐れ、などがあげられる^{2)～4)}。したがって、患者側は症状が出てきてもよほどのことがない限り医療機関での受診はなく、重症化してから医療機関を訪れることが稀ではない。一方、医療機関側でも外国人患者との意思疎通が困難であることが少なくなく、診療にも時間を要し、医療費の未払いなどもあげられ、さらには公務員の入管への通報義務もあり、患者側の受診行動を抑制する因子は、そのまま医療機関側の診療行為をも抑制してしまう。それらが重なり合い、受診の遅れだけでなく、診断の遅れ、さらには医療機関の診療拒否や患者の治療中断をも招いてしまう。外国人の診療に際して、医療従事者はその点に十分注意しなければならない。

これまでの外国人の結核の報告は、就学生および在留資格のある外国人、つまり健康保険に加入している外国人が主な対象となっていた^{5)～11)}。特に外来治療の対象となったのは就学生であり、彼らの目的が日本語習得

や勉学であり、健康保険に加入していることが多い。そのため先にあげた受診行動や診療行為を抑制する因子は少なく、したがって治療終了率も比較的良好。一方、在留資格がなく健康保険に加入していない超過滞在外国人は、診断するまでの期間や外来治療中の自己負担が大きく、治療終了率は極めて低く、治療終了前に帰国してしまう例が目立つ^{6) 7) 11)}。当所の結核症例は、まさにこのような超過滞在外国人である。

外国人の結核の特徴として、特定の都市に集中している、入国後3～5年以内の発病が多い、リンパ節結核などの肺外結核が多い、治療脱落が多い、ことが述べられている¹²⁾。今回の検討でも同様の傾向を示し、東京を中心とした首都圏の症例が多く、入国後2～5年以内に発病し、肺外結核が35%と高い比率を示し、帰国例を含む治療脱落率が41%と高いことでも一致していた。

入国から発病までの期間について見ると、25カ月以上の日本滞在歴のある症例29名(50%)が発病していることから、食生活・労働環境・劣悪な住居環境などさまざまな環境の変化によって結核が発病したと考えてい

いだろう。結核発病後に最も問題になるのは、(1)受診の遅れ、(2)診断の遅れ、(3)治療中断および帰国であり、その点を中心に述べる。

(1) 受診の遅れについて

肺結核例の受診の遅れはそれほど多くないが、肺外結核の頸部リンパ節結核や骨・関節結核に受診の遅れが目立つ。肺結核と比較し、肺外結核では症状の程度が軽いためであろう。

1カ月以内に受診した患者は81名中57名(70%)であり、1993年度の全国統計の499名中301名(60%)よりも高い比率である¹³⁾。これは、当所が健康互助会制度を設け、多くの超過滞在外国人がそれに加入し、彼らにとって受診しやすい医療機関だからであろう。このことは、「受診しやすい医療機関」であれば結核の早期発見につながることを示唆している。

今回の検討では検診例よりも有症状受診例が多かったが、検診によって発見される例も数多くみられる^{5) 8) 10)}。早期発見のためには、「受診しやすい医療機関」と同時に「受診しやすい検診」体制作りも不可欠である。現在、首都圏の自治体・医療機関・NGOが協力し、在日外国人に対して結核の無料検診を積極的に推し進めている¹⁴⁾。

しかし、そうした早期発見体制作りの努力にもかかわらず、問題は残る。それは、入管の摘発や取り締まりである。「超過滞在」「資格外就労」の故に、多くの超過滞在外国人は入管を恐れ、医療機関をなかなか訪れようとしない^{2) 4)}。こんな例があった。自治体と協力し、在日外国人に対して結核の無料検診を行おうとしたところ、

「検診会場で入管の取り締まりがある」といううわさが在日外国人の間で広まった。それは単なるうわさにすぎなかったが、それだけ彼(女)らは入管を警戒しているあかしであり、結核の無料検診を無駄に終わらせてしまう可能性もあった。別の例をあげてみる。1993年茨城県での入管の特別一斉摘発が行われ、それによって医療機関でのHIV抗体検査を受ける外国人受診者が減る現象があった¹⁵⁾。この摘発はHIV感染を潜在化させ、感染の機会を助長させていることを意味する。事はエイズにとどまらず結核も同様である¹⁶⁾。法や取り締まりを厳しくすることによって感染を防ぎ切れるものではない。法よりも予防や治療を優先しなければ、患者本人はもちろんのこと、患者が住む社会にとっても不幸な結果を招くことになる。1999年7月入管法を強化するため国会で改正されたが、この入管法改正は結核対策に対して逆効果となる。現在、在日外国人を支援しているNGOを中心に入管法とそのシステムの改善を行政や国会に働きかけている。

(2) 診断の遅れについて

1993年度の全国統計によれば、1カ月以内に診断された患者は499名中371名(74%)である¹³⁾。それに対して当所で1カ月以内に診断された患者は84名中79名(94%)と、全国平均と比べその比率は高い。診断が遅れがちになる肺外結核についても、その多くは1カ月以内に診断がつけられている。超過滞在外国人は結核のハイリスクとして、当所が絶えず念頭に置き積極的に診断を行っているからである。ただし骨・関節結核については、診断の遅れが目立ち、これは反省しなければならない点である。

全国平均の肺外結核の比率は13%であるが¹³⁾、当所の肺外結核の比率は35%である。欧米においてもアジア系移住者の肺外結核の比率は高くなっている¹⁷⁾。さまざまな条件によって肺外結核の比率は変化するだろうが、医療機関で外国人の肺外結核が見逃されている可能性もあり、それが肺外結核の比率の差として表れているのかもしれない。医療従事者の結核の認識と経験が乏しくなっているため、肺外結核に限らず肺結核についても一般の医療機関では診断の遅れがみられる。今後医療従事者の結核に対する認識を深める必要があるだろう。

(3) 治療中断および帰国希望について

今回の検討では治療終了率が59%と低い。治療中断だけでなく、治療を開始しようとしても帰国してしまう例が少なからずみられた。それは、超過滞在外国人は就労が目的のため、入院によって就労できなくなることや、治療費を負担しなければならない不安から帰国を希望することが多いからである。したがって、治療中断や帰国を防ぐためにも、経済的負担の軽減と治療中(後)の就

業保証をすることが不可欠となる。結核予防法による公費負担で治療費を補うことは可能であるが、就業を保証するまでには今のところ至っていない。治療中断することによって生じる将来の健康障害と労働能力の低下、排菌例は帰国時の機内感染の危険性、母国での不十分な医療環境などを患者の家族や友人も含めて詳しく説明すれば、それが日本での治療を積極的に受ける動機づけになるであろう。

多くの患者は結核の接触感染、再発、耐性菌の危険性をほとんど認識しておらず、これも治療中断や帰国の一因となっている。これはしかし、個人の責任に帰することはできない。母国で彼らが受けてきた不十分な医療制度や教育環境、ひいてはその制度や環境を作り出している母国の経済状態や政治体制に深くかかわっているからである。その国の社会の“しくみ”が、結核をまん延化させているといってもいいだろう。筆者がフィリピン・韓国・タイ・パキスタン・ビルマで結核を含む医療の実態を調べてみたところ、韓国とタイを除きほとんどの国で、経済的余裕のない患者を日本から紹介し引き続き結核治療を受けさせるには不十分な医療環境であった^{18)~20)}。その点を踏まえ、帰国の意志を示した患者にはできる限り日本での治療を行うべく説得を試みた方がいい。また、同国人の友人やNGOの職員を介して説得してみることも効果的である。それにもかかわらず患者が帰国を強く希望した場合には、治療を継続してもらうためにも、母国の医療機関・行政組織・NGOとの連携も必要となってくる。当所では現在その連絡網を検討中である。

先のフィリピン人の例にもあげたように、患者から伝わってくる医療従事者の言動に少なからず問題がみられた。医療従事者が実際に入管に通報してしまったため、患者が強制送還を恐れ、その日に自己退院してしまった例もあった。これらの例はほんの一部にすぎず、潜在的に数多くあることだろう。こうした医療機関の対応は、患者に恐怖感をもたらすと同時に、医療機関に対する不信感を招く。それはまた、患者の治療の機会を奪っていることも意味し、さらには医療機関への不信感が他の同胞へと口コミで伝えられ、他の患者の受診抑制へとつながる。伝染性のある結核を潜在化させないためにも治療を優先しなければならない。欧米では「超過滞在」というだけで結核患者の強制送還は行われていない^{17) 21)}。

一方、治療が終了した症例では、医療従事者と患者の信頼関係が良好に保たれていた²²⁾。特にソーシャルワーカーを含む医療従事者が治療開始時期にきめ細かい対応を行い、密に連絡を取りながら積極的に患者に働きかけていた。患者との信頼関係を築き始めていくことが、結核治療の第一歩といっている。当所では1994年まで治療中断例・未治療例・帰国例を多く経験し、治療終了例

は40名中19名(48%)と、その率は極めて低かった。その反省に基づいて、次のような工夫をしながら治療終了例の増加を図った。

- ① 追跡調査患者個人票の作成
 - ② 診療と事務部門双方に結核担当者を配置
 - ③ 母国語で同胞を交えながら結核の危険性と治療の説明を徹底
 - ④ 結核予防法34条の積極的使用
 - ⑤ 他の医療機関やNGOとの緊密な連携
- などである。その結果、1995年以降の治療終了例は44名中30名(68%)となった。当所の試みは、成功したといっている。

さいごに

はじめに「超過滞在外国人の医療問題」と記した。これはしかし、「超過滞在外国人に対する日本の医療問題」と置き換えていい。日本の保健医療制度および結核予防法の内容や経験の蓄積は、世界に誇るべきものを持っている。しかし、医療従事者がそれをうまく行使しなければ、利用価値は失われてしまう。

開発途上国から先進諸国への労働者の移動は、食い止めることのできない現代史の必然的な流れであり、それに伴って結核も引き起こされる。石川は、2005年には外国人結核患者数の上限は1200名、下限は850名と予測している¹²⁾。その現実と予測を踏まえた上で、医療従事者には、長期的な結核対策のシステムの改善と維持、患者の経済的負担の軽減、治療によって仕事の機会が奪われることのない配慮が求められる。他国の行政組織・医療機関・NGOの連絡網および情報交換も必要になってくることだろう。また、受診の機会を奪い、感染を助長させる、行き過ぎた入管法とそのシステムの是正も行わなければならない。そして何よりも大切なのは、超過滞在外国人の結核患者を診療していく上でかなりの手間と時間がかかるかもしれないが、現場の第一線の医療従事者が一人一人の結核患者に根気よく服薬を完了させて治療していくことである。さもなければ、今後増大するであろう超過滞在外国人結核患者に対して、日本の結核対策は、開発途上国並みのレベルとなり、失敗に終わるであろう。

文 献

- 1) 法務省入国管理局：本邦における不法残留数，国際人流．入管協会．1998；131：40-43.
- 2) 平野裕子：在日フィリピン人労働者の医療機関への受診に関する要因．健康文化研究助成論文集．1997；3：139-148.
- 3) 国井 修，野見山一生：外国人の医療に関する研究

- (1). 日本衛生学雑誌. 1993; 48 (3): 677-684.
- 4) 国井 修, 野見山一生: 外国人の医療に関する研究
(2). 日本衛生学雑誌. 1993; 48 (3): 685-691.
- 5) 増山秀則, 島田宏子, 木下次子, 他: 在日外国人結核症の外来治療の検討. 結核. 1993; 68 (4): 301-312.
- 6) 山岸文雄, 鈴木公典, 佐々木結花, 他: 在日外国人肺結核症例の背景および治療完了状況の検討. 結核. 1993; 68 (9): 545-550.
- 7) 豊田恵美子: 在日外国人の結核. 結核. 1993; 68 (9): 611-616.
- 8) 是久哲郎, 城戸春分生: 福岡結核予防センターにおける在住日本語学校就学生の肺結核. 結核. 1995; 70 (2): 93-96.
- 9) 佐藤裕恵, 重藤えり子, 他: 当院で経験した外国人結核. 結核. 1996; 71 (10): 555-559.
- 10) 金本由利恵, 松崎奈々子, 他: 在日外国人肺結核患者の外来治療および管理検診に関する調査. 公衆衛生. 1996; 60 (4): 298-300.
- 11) 小橋吉博, 松島敏春, 他: 中国四国地区における在日外国人結核症例の臨床的検討. 結核. 1998; 73 (12): 705-711.
- 12) 石川信克: 外国人結核の背景と対策. 結核. 1995; 70 (12): 691-703.
- 13) 厚生省保健医療局結核感染対策課: 平成8年度在日外国人結核実態調査報告. 資料と展望. 1998; 27: 47-63.
- 14) 川崎市衛生局保健部感染症対策課: 外国人の結核検診について. 保健婦の結核展望. 1995; 66: 18-21.
- 15) 木原雅子, 木原正博, 他: 茨城県の一医療機関における来日外国人の HIV 及び STD 感染の動向について. 日本公衛誌. 1995; 42 (8): 579-585.
- 16) Steven A, Barbara L, et al.: Does Fear of Immigration Authorities Deter Tuberculosis Patients from seeking Care?. Western Journal of Medicine. 1994; 161 (4): 373-376.
- 17) 清田明宏: 欧米における移住者結核問題とその対応 (2). 公衆衛生. 1990; 54 (6): 475-479.
- 18) Imelda B, Department of Health in PHILIPPINES: Personal Communication.
- 19) Department of Health Tuberculosis Project in Myanmar: Personal Communication.
- 20) Liaquat National Hospital in Pakistan: Personal Communication.
- 21) 清田明宏: 欧米における移住者結核問題とその対応 (1). 公衆衛生. 1990; 54 (6): 401-405.
- 22) 沢田貴志: 外国人結核治療を阻むもの. 保健婦の結核展望. 1995; 66: 28-30.