

活動報告

結核の集団発生事例の検討
—保健面・医療面 福祉面・労働面からの連携の必要性—

¹飯降 聖子 ²藤田 次郎 ³矢島 宏泰 ⁴角田 宏志
³坂本 倫子 ⁴松村 淳子

¹香川医科大学医学部看護学科地域・精神看護学講座, ²第一内科,
³京都府宇治地方振興局健康福祉部, ⁴京都府保健福祉部健康対策課

THE INTERVENTION AGAINST AN OUTBREAK OF PULMONARY
TUBERCULOSIS IN THE DORMITORY OF CONSTRUCTION LABORERS

—Connection with Approaches from Public Health, Medical
Treatment, Social Welfare, and Labor Management—

¹Seiko IBURI, ^{2*}Jiro FUJITA, ³Hiroyasu YAJIMA, ³Hiroshi KAKUDA,
³Michiko SAKAMOTO, and ⁴Atsuko MATSUMURA

¹Community Health and Mental Health Nursing, and ^{2*}First Department of Internal Medicine,
 Kagawa Medical University, ³Kyoto Prefectural Uji Public Health Center,
⁴Department of Health and Welfare, Kyoto Prefectural Office

An outbreak of pulmonary tuberculosis (TB) in a dormitory of construction laborers took place, and this outbreak was presumed to be caused by the same source of infection, based on the results of restriction fragment length polymorphism (RFLP) analysis and other findings. After the first patient was admitted to the hospital with active TB, 18 new other TB patients were discovered by repeated contacts examinations. They were all male and single, and were aged from 41 to 67 years old (mean age 51.7). Among 19 patients, only 4 patients had a health insurance. As these patients lived together in the same dormitory, to prevent infection through close contact in the dormitory, repeated contacts examinations were further performed. In addition, several medical, social, and economical interventions were needed for these patients. It was also required to improve labor conditions in this construction company. It was concluded that comprehensive approaches including public health, medical treatment, social welfare, and labor management aspects were indispensable to prevent TB among relatively poor laborers.

*〒761-0793 香川県木田郡三木町大字池戸 1750-1

* 1750-1, Ikenobe, Miki-cho, Kita-gun, Kagawa 761-0793 Japan.
 (Received 18 Jun. 2001/Accepted 9 Jul. 2001)

Key words: Outbreak of pulmonary tuberculosis, Construction labor, Contacts examination, RFLP analysis, Health insurance for day laborer

キーワード：結核集団発生，土木建設会社，定期外健康診断，RFLP 分析，日雇い保険

はじめに

結核は1950年には死因の第1位であったものの1999年には22位に後退し、結核による死亡者数はこの50年間で著しく減少している。また我が国では、国民皆保険の普及、および結核予防法における医療費公費負担制度の存在により、いったん結核に罹患しても、大半の人が治療可能となっている。しかし一方でこれまで減少しつづけていた結核罹患率は1997年に再上昇し、結核緊急事態宣言が発せられている。この要因の1つとして、社会全体の結核に対する認識不足による結核患者の受診の遅れ、およびそれに伴う診断の遅れによるものとの指摘がある¹⁾。また健康保険を持たない貧しい階層において、特に結核の罹患率が高いことから、このような階層への結核予防対策の必要性も指摘されている²⁾。

京都府宇治保健所では、平成6年度から結核定期外健康診断ガイドライン³⁾に沿って事業所の定期外健診を実施してきた。平成9年度に過去3年間の定期外健診の実施状況をさかのぼって検討したところ、対象となった18事業所のうち8事業所が土木建設会社であった。特に健康保険を持たない労働者の多い土木建設会社では、定期外健診の実施や患者管理において、保健所からのきめ細かなアプローチが必要であることを実感してきた。

またわれわれは総合的な結核予防対策には、医療面からのアプローチ以外に、労働面、および福祉面（健康保険、および住宅等を監督する行政）との幅広い連携が必要であることを指摘してきた⁴⁾⁵⁾。このような活動を通して経験した一建設会社における結核集団感染の事例において、その再発予防を目指して保健面、医療面、福祉面、および労働面からの連携を得て、様々な対策を講じてきたので、その実際について紹介する。

事例紹介

(1) 概要

1997年に管内のA土木建設会社（以下A建設という）において結核患者の集団発生が認められた。この事例について詳細に検討するとともに、その後4年間にわたって、京都府宇治保健所を中心に、各機関と連携をとりながら、定期外健診を継続してきたのでその結果についても解析した。さらに保健面、医療面、福祉面、および労働面から様々な対策を講じてきたので、その経緯を以下にまとめて報告する。

(2) 患者の発生状況 (Table 1)

1997年1月に、A建設の寮に住む60歳の男性（結核の既往歴あり）が、咳、および血痰を主訴に管内の結核専門病院を受診した。検査の結果、ガフキー9号と大量

Table 1 History of outbreak, onset, intervention, and finding of patients with tuberculosis

History of outbreak	Onset and intervention	Patient with tuberculosis
January, 1997	Clinical symptom	Case 1
March, 1997	Clinical symptom	Case 2
March, 1997	Examination for contact persons of case 1 (N=10)	Case 3, 4
March, 1997	First mass examination (N=80)	Case 5~10
May, 1997	Clinical symptom	Case 11
May, 1997	Questionnaire (N=79)	—
July, 1997	Second mass examination (N=53)	No patients
November, 1997	Clinical symptom	Case 12
December, 1997	Third mass examination (N=47)	No patients
July, 1998	Fourth mass examination (N=45)	Case 13~15
January, 1999	Fifth mass examination (N=36)	Case 16
August, 1999	Sixth mass examination (N=33)	Case 17~19
February, 2001	Seventh mass examination (N=53)	No patients

に排菌していることが判明した。1997年3月に、接触が濃厚である10名に対して、保健所において接触者検診を実施したところ、大量排菌1名を含む2名の患者（症例3, 4）が発見された。上記3名に対して、保健婦が入院先の病院を訪問したところ、すでに自覚症状にて受診し、入院している他の患者（症例2）がいることが明らかになった。

1997年3月に80名の労働者を対象に、定期外健診を実施したところ、新たに6名の患者が発見された。同年5月には、症例11が自覚症状にて保健所を受診した後、直ちに管内の結核専門病院を紹介したところ、ガフキー9号と大量に排菌していた。なお症例11については3月の定期外健診では異常を認めなかった。このため、在籍者79名に至急、健康状態に関するアンケートをとり、受診や治療に関して援助する旨を徹底して周知した。また個々の労働者に確実に手渡せるように、アンケート用紙には本人の署名を求め、封をして提出してもらうこととした。74名分が回収され、特に自覚症状を有する者はなかった。また同年7月に53名を対象に、第2回定期外健診を実施したものの、患者の発見はなかった。同年11月に症例12が自覚症状があり、来所したので、直ちに管内の結核専門病院を紹介したところ、ガフキー4号であった。その後の検診において、7名の結核患者を

発見しているが、排菌例は認められなかった。

患者10名に対して、結核菌の restriction fragment length polymorphism (RFLP) 検査を実施したところ、初発患者と同じパターンの者が7名に認められ、集団感染の可能性の高いことが示された（Table 2）。一方、症例8, 9はそれぞれ特有のパターンを示し、集団感染ではないと考えられた。

2001年2月に第7回の検診を53名を対象に実施したが、患者は発見されなかった。現在、1997年の結核患者集団発生当時から引き続き在籍する者は37名で、治療を終了した患者12名も元気に働いている。

（3）患者のプロフィール（Table 2, 3）

病状、入院期間、および転帰などを Table 2 に示す。排菌している者は、ガフキー2号が1名、4号が2名、7号が1名、9号が3名と、比較的大量排菌例が多かった。入院期間は、極めて短期間の検査入院から、長い例では1年7カ月にわたる症例も認められた。入院期間が比較的長かった理由として、いったん退院すると通院が困難で治療を中断するおそれがあることへの配慮を、病院に依頼したことが影響したものと考えられた。

転帰については、治癒が15名、中断1名、転居1名、不明1名、死亡1名であった。症例5については、5カ月間入院し、退院後の管理検診が受診できていないため、

Table 2 Patient characteristics and socioeconomical intervention

case	Age & Sex	X-ray type	Gaffky	RFLP	Duration of admission (months)	Outcome	Health insurance	Intervention of health insurance	Intervention for economical help	Address
1	60 M*	b II 2	9	A	10	cured	no	yes	yes	Public
2	50 M	b II 2	7	A	9	cured	yes	—	yes	Friend's house
3	47 M*	b I 3	9	A	19	cured	no	yes	yes	Public
4	67 M*	b II 1	0	A	1	cured	yes	—	no	Company
5	49 M	b II 2	2	A	5	stopped	no	—	yes	Company
6	53 M	b II 2	0	—	4	cured	no	yes	yes	Company
7	50 M	r III 1	0	A	14	dead	no	—	yes	—
8	63 M	l II 2	0	B	8	cured	no	yes	yes	Company
9	42 M	r II 1	0	C	3	cured	no	yes	yes	Company
10	46 M	l III 1	4	A	6	cured	no	yes	yes	Private
11	46 M	l II 2	9	—	4	cured	no	yes	yes	Company
12	56 M	r II 2	4	—	5	moved	no	—	yes	Friend's house
13	45 M	l II 1	0	—	0	cured	no	yes	yes	Company
14	58 M*	r II 1	0	—	1	cured	no	yes	no	Private
15	43 M	b III 1	0	—	3 days	cured	no	yes	no	Company
16	54 M	r II 2	0	—	3	cured	yes	—	no	Company
17	53 M	b II 2	0	A	3	cured	no	yes	no	Company
18	60 M	r III 2	0	—	1 day	unknown	no	unknown	no	Hospital
19	41 M*	l III 1	0	—	4 days	cured	yes	—	no	Company

*Patients with a past history of tuberculosis

Table 3 Distribution of age of all employee and patients with tuberculosis

Distribution of age	All workers (N=55)*		Patients (N=19)**	
	Number	Percent	Number	Percent
20-29	2	3.6	0	0
30-39	8	14.5	0	0
40-49	12	21.8	8	42.1
50-59	25	45.5	7	36.8
60-69	7	12.7	4	21.1
70-79	1	1.8	0	0
Total	55	100	19	100

*mean age:49.9

**mean age:51.7

中断と判断した。症例12については、退院後転居しており、最終の治癒確認ができなかった。症例7については肝機能不全のため死亡した。症例18については、陳旧性の影があるため1997年の定期外健診から精密検査を指示しているものの受診せず、1999年10月に結核専門病院を受診したが、当日外泊したまま帰らず行方不明となった。10日後、大阪の病院に入院したとの連絡が入った。

患者のうち、健康保険を持っている者は、国保3名、日雇い健保1名、計4名のみであった。寮の所在地である町の健康保険に加入させる前提として、まず住民票の所在地を確認して、転出入させるための援助が必要であった。また12名の者が生活保護の対象となった。しかしながらいったん寮に戻ると働く場所と見なされ生活保護の対象とならないため、退院後に寮に戻れない者、また戻りたくない者に対しては、公的住居の斡旋などの援助が必要であった。

A建設の全労働者の年齢構成をTable3に示す。年齢の幅は24歳から76歳までで、平均年齢は49.9歳であった。40歳以上が81.8%、50歳以上が60.0%と高年齢化を示しており、一番多い年齢層は50歳代であり、45.5%と半数近い。一方患者19名の年齢構成については、41歳から67歳までで、平均年齢は51.7歳、中央値は50歳であった。

(4) 職場環境

職場環境はすべて著者らが直接調査を行った。A建設は、京都市と大阪府枚方市の中間地点で幹線道路沿いにある。建物は3階建てで最大80名程度の労働者を収容できる。1階に事務所、食堂、浴室、トイレ、および娛樂室があり、2、3階部分は2畳の個室が連なっているが、ベニヤ板で仕切った程度の簡単な構造である。建物全体がカビ臭く、食堂は土間になっており、暗く不衛生的な感じである。個室については、上の方に小さな窓

があるものの換気は不良であった。布団はリース会社が入り、シーツの洗濯は本人任せである。

日雇い労働者の数は、定期外健診の実施対象者数でも示されるように流動的で時期により異なる。また1/3～1/2程度は自宅から通っていた。患者19名のうち、大阪の愛隣地区にいたことが確認できている者が7名おり、人手が足りない際に、西成まで求人に行くとのことであった。仕事現場は、京都、大阪、滋賀、および奈良と広域にわたっている。管内の他の建設会社と比較して、鳶職、コンクリート工、および足場組みなどの技術を持つ者は少なく、単純な肉体労働に従事する者が多い。現場へは主にマイクロバスを使って移動する。収入は日当1万円から1万3000円であるが、ここから寮費として3500円/日（内容は賄いおよび部屋代）が引かれるので、結果的に毎月10万5000円は収入から差し引かれている。仮に病気で入院した場合でも、入院中の部屋代（500円/日）を、退院後に返済しなくてはならなかった。また入寮の際に所持金がない場合は、5000円程度の金額は前借りとして用立ててくれるとのことであった。17～18日/月仕事があれば良いが、10日くらいしか仕事のないこともあり、経済的にはきわめて苦しい状況にある。仕事は求人枠の人数により、若い人から優先され決まっていく。ほとんどの者は仕事があれば朝早くから夜まで、勤勉に働いていた。近くに商店がなく買い物に不自由なため、ジュース、茶などの飲み物は自動販売機が設置されており、ビール等のアルコールについては、事務所に買われてあるものを、「つけ」で買い取る形であった。ほとんどの者が大量飲酒者であった。また洗濯については、コインランドリーが設置されていた。

A建設では、採用時はもちろんのこと、定期健康診断も実施していなかった。結核の接触者感染を早期発見するための定期外健診を実施するに際して、保健所長、担

当係長、および保健婦の3人が、A建設まで出向き、A建設の社長に状況を説明した。社長は他の事業所も経営していることから、日常の経営については現場の責任者に任せっきりで、1回/月程度しか会社に顔を出さないとのことであった。健康診断の必要性を示唆したところ、A建設社長は、自社で健康診断を実施する予定は現在もまた今後もないとの考えを示し、また保健所の定期外健診には協力はするものの、皆が仕事から帰ってくる夜間でなければ検診は不可能と返答した。

(5) 定期外健診の実施方法について

定期外健診を実施する前に、保健所内で定期外健診検討会議を開き対策を協議した。以前に他の建設会社を対象とした定期外健診において、「精密検査が必要」と話した患者が、受診予定日に行方不明になったことがあった。このため今後実施する検診においては、対象者に「結核が発見された場合には、治るまで経済面を含めた援助を行う」ことの十分な周知を行った。

第1回目の検診から、予防医学センターのレントゲン車を夜間(午後5時～8時)会社に派遣し、会社の事務室で、問診、および診察を実施した。胸部エックス線の読影については、保健所長があたり、必要に応じて結核診査会の委員の意見を求めた。胸部エックス線撮影(単純正面)で異常が見られた者に対しては、結核専門病院を紹介受診させた。また専門病院を受診する際には保健婦が同行した。定期外健診においては、レントゲン撮影に加えて喀痰検査(1回のみ)を毎回実施したが、結果的に排菌者は認められなかった。

第3回定期外健診に際して、血圧測定、および検尿(糖、蛋白、およびウロビリノーゲン)を実施した。高血圧の値を示す者が36.2%と多く、境界域を含めると57.4%と高率であった。最高血圧が200 mmHg以上の者が3名おり、最高値の者は250/142 mmHgであった。治療中の者はおらず、受診勧奨を行ったものの受診した者はいなかった。尿検査結果として尿糖(+)の者が2名、尿蛋白は(±)1名、(+)1名、および(++)1名、またウロビリノーゲンは6名が異常値を示した。

(6) 他機関との連携について

労働安全衛生法第66条には事業者の労働者に対する健康診断実施の責務について明記しており、また同条4項には、「必要とあれば都道府県労働基準局長は事業者に対して臨時の健康診断の実施を指示できる」とある。これに基づき労働基準監督局にA建設の社長を指導するよう依頼した。これを受けて、1997年12月労働基準監督署監督官はA建設社長に対して年1回の健康診断を実施するよう指導し、また労働基準監督局より社長の納得を得られた旨連絡があった。しかしながら以後も同社による検診は実施されなかった。保健所から再度会社

に労働基準監督局からの指導の旨を確認するも返答は得られなかった。また労働基準監督局からは、今後定期的に監督審査に入る時期に指導を強化していくとの回答が得られた。

健康保険については、患者のうち3名が国民健康保険、1名が日雇い健康保険を持っていたものの、他の15名は保険を持っていなかった。このため国民健康保険に加入するための援助が必要であった。また住民票を他の住所に放置したものが多かったため、住民票を現住所に転入するための手続きの必要性について説明、援助した。また滞納した保険料の一括払いが困難な者には、分割払いで対応するなどの便宜を図った。

休業時の所得保障を目的とする雇用保険についても未加入であったため、12名に生活保護の申請の援助が必要であった。しかしながら患者は、退院後にA建設の寮に戻れば、寮は働く場所と見なされ生活保護の対象とならない。このためしばらく療養が必要な者や、働けない者は、借家や公的住宅に入居するための援助が必要であった。結局11名が寮に戻ったが、うち1名は寮費を取られるという理由で、車の中で生活しているとのことであった。

他の援助として、老齢福祉年金の支給の斡旋、日雇い健康保険制度の周知(病院、および患者の双方に)、また肉体労働が困難になった者に対しては、転職の斡旋も行った。さらに日雇い保険については、日雇い保険証を持っている患者と病院の医事課とのトラブルがあること、また医療現場のみならず福祉の分野のケースワーカーも、日雇い保険のしくみや保険料などの内容については良く知らないという問題点が浮き彫りになった。このため日雇い健康保険の勉強会として、職業安定所から講師を招き、日雇い健康保険の仕組みについて学習するという機会を設けた。

考 察

結核の歴史は人類の歴史とともに始まるといわれる。しかしながら産業革命によって多くの都市労働者が生まれたことが結核の爆発的な増加と密接に関係していることも事実である。我が国においても同様であり、近代化とともに、明治後半から大正・昭和初期に結核は猛威を振るい、特に繊維産業においては「女工哀史と肺病」という言葉を生み出した⁶⁾。

1951年に施行された結核予防法により、結核予防、および治療に関する法体系が整備されたことが結核の減少に大きく寄与してきた。しかしながら今回報告した事例のように、健康保険を持たず、職を失うと住む場所も同時に失い、治療が後手になってしまう集団において発症した患者については、結核予防法のみでのアプローチ

は困難である。すなわち、公費による治療のみならず、居住、および経済的な援助など総合的な社会保障が必要であった。

豊田らの調査によると、いわゆるホームレスに結核の発見されるケースの多くは、ガフキー4号以上であり(65例中54例)、うちガフキー10号の大量排菌者も22例と多数を占めている。また約1/3が再治療例であり、薬剤耐性例の比率も4年後の調査において、顕著に増加したと報告している⁷⁾。さらに全体の約3割が、特に薬剤耐性群では約6割の者が、治療を中断している。このことがホームレス集団における耐性菌の増加の大きな要因になっていると指摘されている⁷⁾。またホームレスの中には、結核罹患によって、職と同時に住む場所を失い、結果的にホームレスとなった例も多い。加えて経済的事情により医療機関を受診できないことから病状が悪化し、大量排菌状態で救急車などで病院に搬入されるケースが多いと指摘されている^{8)~10)}。このように重篤な状態での発見であれば、結核感染者はすでに多くの人々と接触し、大きな感染源となっている可能性が高いと考えられる。事実、今回の集団発生事例も、8名の患者の菌がRFLP検査で同一パターンを示した。精神病院における結核集団感染事例の発生要因として、中高年齢層の長期にわたる接触があげられているが¹¹⁾、本事例でも現場までのマイクロバス移動、共同生活での入浴、食事、飲酒や麻雀の際の接触などが感染を拡大したと考えられる。

結核対策には、医療面と保健面との連携が必須である。まず第一に治療を受けさせることが大切であることはいうまでもない。しかしながら治療開始を契機とした生活の変化、経済的な問題などを包含した今後の生活をいかに設計するかという社会的対応も必要である。このような対応がない場合には、結果的に患者を治療中断せざるをえない状況に追い込みかねない。すなわち結核を完全に治療し、患者を社会復帰させるためには、いかに患者の生活を保障しえるかが重要であると考えられる。その保障の中には、健康保険、住居、および生活保護などの経済的援助も含まれるべきである。しかしながら日本の福祉は申請主義であること、また実際に社会保障を必要とする人々は、役所などの公的機関が苦手な人たちが多いことも事実である。このため積極的な社会的援助がなければ、公的援助が受けられないこともあり得る(たとえば症例1においては老齢福祉年金がもらえなかったと考えられる)。一方、高島毛らは大阪の愛隣地区には、更生相談所などが存在し、歴史的経過の中で結核患者にとっての社会的セーフティーネットが整っている地区と指摘している²⁾。このような背景から、症例18は、日雇い労働者間の情報交換により大阪に流れ、大阪の病院に入

院したと考えられた。

結核に罹患した場合、排菌例においては結核予防法第35条の適用となり、治療費は入院費用も含めて公的に保障される。しかしながら排菌のない例においては、34条の適用となり、仮に国保の3割負担としても、入院すれば10万円以上の自己負担がかかることになる。入院中は生活保護が受けられるものの、退院後、寮に戻れば生活保護は受けられなくなる。また通院でも検査によっては自己負担が5000円以上かかる場合もあり、この費用負担に耐えられない人も多い。このような経済的側面からの外来通院の困難さについては、豊田らによっても指摘されている⁹⁾。今回の集団発生に際し、患者の健康保険の有無について詳細に調査した。大半の人が、A建設で日雇いの仕事に就く以前は社会保険に加入しており、健康保険の必要性については十分認識していた。また以前は国民健康保険に加入し保険料を払っていたものの、経済的事情により払えなくなったため放置している人も認められた。その他、住民票を故郷においたまま放置している人、あるいは、現在の住所が債権者に分かった困るので日雇い保険には入れるが、国民健康保険には入れないという人も存在した。

平均年齢が約50歳の対象には、病気が治癒した後の生活(衣・食・住)を安定させる方面についても援助が必要である。石畠ら、倉澤らによると、結核の罹患と、アルコール多飲による栄養不足の関係が指摘されている。このため栄養指導を含めた生活指導が必要であると報告されている¹²⁾¹³⁾。また退院後の住居の保障として、治療終了後、症例1, 3, 10のように公的住宅や借家に入居できた場合はよいものの、症例13のように経済的事情から車の中で生活する者も認められた。本来なら、退院後に療養期間が必要な症例もあると考えられるが、他に住居を持たない患者は、体力的に仕事に復帰できなくとも、会社の寮に戻らざるを得ない場合が多い。谷本によれば、全世帯に対して単身世帯の居住状況はかなり低水準にある。この差をもたらした要因としては、単身世帯が公共住宅政策の対象からはずされてきたことと、低質な民間借家の大量の存在による。1980年の法改正で初めて、公営住宅の入居が可能になったものの、実際に入居できる者は「特に居住の安定を図る必要がある者として政令で定める者」で、60歳以上の男、50歳以上の女、身体障害者、戦傷病者、原爆被爆者、生活保護受給者、海外引揚者に限る¹⁴⁾という大きな問題点がある。今回の事例のような土木建設会社で働く労働者を、他の研究では「住所不定者」ととらえていることが多い。確かに、ホームレスの予備軍であるということではできるが、37名が4年以上定着しており、中には10年以上暮らしている人もあることから「住所不定者」とひとくくりに

とらえることはできないと考える。この背景は、安価な単身者住宅の不足にあり、これらの問題を解決するためには、今後、単身者に対する住宅政策の貧困さを改善することが重要と考える。今回の集団発生に際して、治療終了後の生活の保障として、病状や高齢のため働けない患者に対しては、府民福祉課との連携のもとに、生活保護の申請や公営住宅の申し込みなどを勧め、長期的なスパンで援助してきた。名古屋市や東京都における結核の課題を有する住所不定者の年齢層が高齢層であることはこれまでに指摘されており^{10) 15)}。今後は老後の生活保障をも考慮すべきであろう。

結核専門病院の問題として、管内の専門病院は国立療養所であるが、国立療養所の新規入院患者のうち、住所不定者が多くを占めているという報告⁹⁾がある一方で、療養所のベッドが削減されている。この事例でも多いときには、11名の者が同時に入院していた。また療養態度の悪い患者は社会的背景を考慮することなく即、退院させられることもあった。実際に、退院後の生活について相談中であった他の建設会社の作業員は、入院中に外出をして飲酒し、午後8時の帰院が10時になったとの理由で翌日退院させられ、最終的にはホームレスになった。結核専門病院における社会的側面の配慮が不十分であることを示す事例と考える。また前述したように、結核専門病院入院中には、結核の治療のみならず、アルコール依存の治療や栄養のかたよりを防ぐための指導も同時に行うべきと指摘されている^{12) 16)}。

今回報告したような結核ハイリスク者に目的を絞った対策の有効性は、すでに豊田らにより指摘されており¹⁷⁾。今後のより一層の充実が望まれる。不況の時代に企業の倒産などにより生活の不安定層が増加している今日、社会から落ちこぼれていく人々に対する、サービスが欠落しないように「公衆衛生の視点」¹⁸⁾で、現代にあわせた結核対策の見直しが求められているといえる。

ま と め

A建設における結核の集団発生を契機に、保健医療・福祉が連携を取り、治療中断者、脱落者を出さない取り組みを進めてきた。集団発生後、2年間は後発患者が発生したが、その後定期外健診を継続して、早期発見につとめ、排菌患者が出ることを防ぐことができた。治療終了者に対しても、住居や就労などの生活条件を整えた。結果的に患者のうち12名は現在もA建設で働いている。また集団発生以後の4年間、引き続き37名が職場に定着している。また労働基準監督署とは連携をとったものの改善は実行されず、今後は結核と労働の場との関係を調査し、労働衛生面での対策が必要と考えられた。歴史的に見ても、結核と社会的弱者との関係は深く、本

事例のようなハイリスクな集団に対しては、ホームレスになる前に、早期発見をし、療養の機会を保障し、今後の生活に対してのサポートをした上で、社会復帰してもらうことが必要であると考えられた。結核対策強化事業のうちの「飯場対策（CTなどの検査も無料となる）」は、無保険者にとってはきわめて有効な対策であると期待する。

文 献

- 1) 豊田 誠, 安田誠史, 甲田茂樹, 他: 肺結核患者の発見動機別特徴についての研究. 日本公衛誌. 1996; 43: 815-823.
- 2) 高島毛敏雄, 青木美憲, 谷掛千里, 他: 大阪市の結核罹患率の低下速度の鈍化要因に関する分析—行政区類型, 年次推移, 年齢階級からみた結核高罹患率の構造—. 結核. 2000; 75: 533-544.
- 3) 厚生省保健医療局結核 感染症対策室監修: 「結核定期外健診ガイドラインとその解説」. 結核予防会, 東京, 1994.
- 4) 飯降聖子, 辻村浩康, 千葉圭子, 他: 結核のハイリスクグループへのアプローチ—定期外健診を実施して—. 日本公衆衛生雑誌. 1997; 44: 1206.
- 5) 飯降聖子, 中川てる子, 松村淳子, 他: 減らない結核—定期外健診を実施して—. 第36回日本公衆衛生学会近畿地方会口演示説要旨集. 1997; 199.
- 6) 立川昭二: 「病気の社会史」. NHK ブックス, 日本放送出版協会, 東京, 1988, 129-132, 227-237.
- 7) 豊田恵美子, 吉澤篤史, 高原 誠, 他: ホームレスの結核における薬剤耐性の検討. 結核. 1996; 71: 13-17.
- 8) 木戸宣子: 住所不定の結核患者に対するソーシャルワークの課題. 日本公衆衛生雑誌. 2000; 47: 894-899.
- 9) 豊田恵美子, 大谷直史, 松田美彦: 過去3年間のいわゆる「住所不定」の結核症例の検討. 結核. 1990; 65: 223-226.
- 10) 中西好子, 大山泰雄, 高橋光良, 他: サウナでの結核多発の分子疫学的解明—大都市のホームレスの結核問題に関連して—. 日本公衛誌. 1997; 44: 769-777.
- 11) 深澤啓治, 有竹澄江, 峰村純子, 他: 精神病院における結核集団発生. 日本公衛誌. 2000; 47: 801-808.
- 12) 石島英昭, 鬼塚黎子: 2つの酒場を舞台にした肺結核集団発生の事例. 結核. 1997; 72: 623-628.
- 13) 倉澤卓也, 佐藤敦夫, 中谷光一, 他: 再感染発病が示唆された建設作業宿舎内の結核集団発症. 結核.

2000 ; 75 : 389-394.

- 14) 谷本道子：単身者の住宅保障。「住宅人権の思想」，早川和男編著，学陽書房，東京，1991，175-194.
- 15) 山中克己，明石都美，宮尾 克，他：住所不定者の結核および生活状況に関する調査。結核。1999 ; 74 : 99-105.
- 16) 山崎茂樹，小平昌彦，大原啓志，他：結核患者の飲酒 問題飲酒に関する研究。日本公衛誌。1993 ; 40 : 123-127.
- 17) 豊田 誠，安田誠史，大原啓史，他：肺結核登録者の治療の必要性の再評価。日本公衛誌。1994 ; 41 : 74-81.
- 18) 橋本正巳，大谷藤郎：「対談 公衆衛生の軌跡とベクトル」。医学書院，東京，1990，176.