

# ホームレス“青空DOTS”の意義

—治療困難事例への路上におけるDOTSの経験—

<sup>1</sup>齊藤 礼子   <sup>2</sup>高尾 良子   <sup>3</sup>深澤 啓治   <sup>4</sup>大森 正子  
<sup>5</sup>長嶺 路子   <sup>2</sup>島 史子   <sup>2</sup>神楽岡 澄   <sup>2</sup>福内 恵子  
<sup>6</sup>石川 信克

**要旨：**〔目的〕治療を放棄し路上に戻ったが、路上のDOTSにより治療成功した事例への支援活動を振り返り、困難事例への効果的な結核対策のあり方について検討した。〔方法〕喀痰塗抹陽性肺結核と診断された70歳ホームレス男性を対象とし、DOTSによる治療中に観察された患者のエピソードをエンパワーメントの観点から質的に分析した。〔結果〕患者は集団生活が苦手な医療/福祉提供者とのトラブルが絶えず、4回の強制/自己退院を繰り返した。保健所では入院当初から頻りに訪問し関係性構築に努めた。2カ月半の治療中断後、医療機関や福祉事務所（医療単給）の協力が得られ、居所近くの公園で“青空DOTS”を実施（293日間）した。保健師が主治医に症状を伝え薬が処方され、保健所で菌検査を実施した。空腹が続くと服薬も拒否的になったが、弁当等の提供により解決された。DOTSを含めた包括的支援の中で健康意識が向上し、将来を考えられるようになった。〔考察〕患者が選択した“青空DOTS”は、単に治療成功の手段だけでなく自立に向けた一助となった。DOTSにより患者や支援者はエンパワーされ、前向きなパートナーシップが構築された。個々のニーズに合わせた柔軟で多様な包括的支援を行うことの成果は大きい。

**キーワード：**結核、新宿区、DOTS、ホームレス、治療困難事例、エンパワーメント

## はじめに

東京23区のほぼ中央に位置する新宿区は、総人口約31万人（2011年）、昼間人口はその約2.5倍の約77万人（2005年国勢調査）で、年間に約10%が入替わる人口移動の激しい地域である。2009年の結核疫学状況をみると、人口10万対の罹患率は51.9と、全国の19.0に比べ約2.7倍である。

新宿には、雨風を凌げるビル街の地下道や大きな公園のほか、終夜営業の飲食店、雑誌やアルミ缶回収などの都市雑業的な職、あるいは大都市ゆえの匿名性を求めて、流入してくるホームレスが絶えることはない。

新宿区のホームレス数は、東京都の路上生活者概数調査によれば、2004年の1,102人をピークに年々減少し、2009年には318人へと大幅に減少している。これは、拠

点相談所の設置をはじめ、自立支援ホームの開設や訪問サポートの実施など新宿区独自の取り組みのほか、東京都と特別区が共同して行っている自立支援システムや地域生活移行支援事業などの実施により減少したものである。しかし、結核新登録者のうちホームレスの割合をみると、30.5%（2004年）から26.7%（2009年）への減少にとどまっている。また、感染経路の視点では、新宿区のIS6110-Restriction Fragment Length Polymorphism (RFLP)分析の結果、住所不定者と一般住民が同一クラスターを形成しており、社会経済的弱者で結核発症ハイリスクグループである住所不定者への対策強化は、地域における結核感染を断ち切るためにも有益と考えられている<sup>1)</sup>。

新宿区では、ホームレスの治療脱落率が21.4%（1998～99年）と高かったことを受け、福祉事務所と連携のうえ2000年から「ホームレスの保健所通所型 Directly

<sup>1</sup>新宿区落合保健センター、<sup>2</sup>新宿区保健所、<sup>3</sup>杉並区杉並保健所、<sup>4</sup>結核予防会結核研究所（現：コミュニティふれあいネット、COFUN）、<sup>5</sup>世田谷区玉川総合支所、<sup>6</sup>結核予防会結核研究所

連絡先：齊藤礼子，新宿区落合保健センター，〒161-0033 東京都新宿区下落合4-6-7

(E-mail: reiko.saito@city.shinjuku.lg.jp)

(Received 27 Sep. 2012/Accepted 18 Dec. 2012)

Observed Treatment, Short-course (DOTS)」を開始している<sup>2)</sup>。過去の中断者の分析から、脱落は自己退院や強制退院をきっかけに起こったものが最も多く、次いで退院直後、外来通院中に起こっていたと報告されており、その対策として、下記のように服薬・療養生活の支援体制を強化してきた<sup>3)4)</sup>。

①DOTSナースの病院訪問による信頼関係の構築と自己退院の予防、②退院先の確保と退院時の簡易宿所までの同行、③保健所通所型DOTSの実施、④職員間でのDOTSカンファレンスや評価会の実施、⑤保健所DOTS通所者を中心とした月1回のグループミーティングによる、孤独な療養生活の回避と脱落の防止および社会復帰へ向けての情報発信と支援。

このような取り組みの結果、治療脱落率が10.4% (2002～04年)と大きく低下しているが<sup>2)</sup>、中断例が後を絶たないことも事実である。

日本で、結核が公衆衛生上の課題でなくなる人口100万対1の制圧に今後最低半世紀はかかると予測されているなか、中断例に対してもさらなる取り組みが必要と考えられる<sup>5)</sup>。

今回、排菌中でありながら治療を放棄し路上に戻った患者が、居所近くの公園における原則毎日のDOTS (本稿では“青空DOTS”と呼ぶ)により治療成功した。治療継続を困難にしている事例への支援活動を振り返り、今後の結核治療支援施策のあり方などを検討した。

## 対象と方法

### (1) 対象症例の概要

患者：70歳男性、ホームレス。

生活歴：中学卒業後、農業を手伝っていたが、21歳で上京した。鉄筋工の仕事を転々とし飯場で生活するなか、62歳で仕事がなくなり路上生活となった。2004年9月、体調不良のため福祉事務所に相談し、簡易宿所に保護されるも3日で自己退所し、2005年6月、再度相談するも治療にはつながらなかった。その後、2006年1月に福祉事務所に路上調査を行い、生活保護を勧めたが、共同生活を望まずに受給を拒否した。本人の居所は、地域の人たちの憩いの場となっている区内の遊歩道で、昼間は公園のベンチで過ごし、夜は高架線下の遊歩道脇で段ボールを組み立てて眠っていた。

現病歴と経過：2004年11月にホームレス結核健診を受け、胸部X線検査上小結節が認められA病院へ紹介受診するも、以降未受診で診断がつかなかった。2006年11月7日、全身状態悪化のため路上よりB病院へ救急搬送され、画像所見rII2、喀痰抗酸菌塗抹検査(1+)、結核菌PCR検査陽性で肺結核と診断された。同日C病院へ転院し11月8日より抗結核薬にて治療を開始した。治療

拒否、暴言等の問題行動があり、2007年1月16日に排菌したまま強制退院となった。その後、医療・生活保護が切れた状態で路上生活をしていていたが、3月29日に通行人から咯血し倒れていると保健所に連絡があり、救急搬送を試みるも拒まれ、翌3月30日に保健師が付き添ってD病院へ入院した。入院時の喀痰塗抹は(2+)であった。入院中の規則が守れず4月16日に強制退院となったが、路上に戻った後に居所近くの公園で“青空DOTS”を開始した。7月には排菌が止まり、合併症治療のために2回の入院を試みたがE病院3日間、F病院15日間で自己退院した。空腹を理由に10月20日から10月28日まで拒薬があったが、翌10月29日から弁当等の提供を開始したことにより解決され、2008年1月16日に治療を完了した。5月29日の胸部X線検査上、陰影は陳旧性に変化しており、10月31日の喀痰塗抹・培養検査の結果はいずれも陰性であった。

合併症：糖尿病(治療開始時HbA1c 13.5%)、緑内障(視力低下あり、薄暗くなると何も見えない)、歩行時ふらつきあり。

### (2) 分析方法

治療前から治療終了時までを、治療状況と支援体制で6つの期間「Ⅰ. 結核治療前(～2006.11.6)」 「Ⅱ. 入院から強制退院(2006.11.7～2007.1.16)」 「Ⅲ. 治療中断期(2007.1.17～2007.3.29)」 「Ⅳ. 再入院から再度の強制退院(2007.3.30～2007.4.16)」 「Ⅴ. 青空DOTS前期(2007.4.17～2007.10.28)」 「Ⅵ. 青空DOTS後期(2007.10.29～2008.1.16)」に分け、それぞれの期間における、「病状経過」「治療提供者ならびに関係する支援者(治療提供/支援者)の関わり」「人との関わり方」「健康に対する意識」について経時的に整理し質的に分析した。なお、「Ⅴ. 青空DOTS前期」「Ⅵ. 青空DOTS後期」については、支援体制の変化(弁当等の提供開始)で期間を分け、前期と後期とした。

また、対象症例の自己確立につながるエピソードをエンパワメントの観点から詳細に分析するとともに、その時の治療提供/支援者との関わりを検討した。分析方法として、エンパワメント評価の標準的な尺度は開発されていないため、本稿では私たち自身で独自の評価尺度を作成した。この評価尺度は、対象症例の心の動きや行動などについて、治療提供/支援者として関わった立場から評価するものであり、経時的に評価した結果について以下のような評価基準により点数化した。つまり、対象症例の心の動きや行動等がポジティブ(前向き)な状態にあると思われた場合の評価基準としては、+1「受容」、+2「好意、関心、信頼」、+3「前向きな気持ち、感動や決意の表現」、+4「自覚、前向きな行動」、+5「自己コントロール、責任、自信」の5段階、ネガティ

ブな状態にあると思われた場合の評価基準としては、-1「不安、迷い」、-2「不満、嫌悪」、-3「怒り、拒否」、-4「不信任、拒絶」、-5「絶望、孤独」の5段階を設定して、評価結果を点数化した。ただし、どの基準に該当するかはあくまで感覚的な判断によるものである。上記評価尺度をもとにつけた点数を時間経過軸上にグラフで示した。

なお、本稿ではエンパワーメントを「無気力に陥った患者がみずからの身体と生活のコントロールを取り戻すことによって、パワーを回復していく過程を表す概念」とする<sup>6)</sup>。

## 結 果

### (1) 期間別、対象症例の意識変化

“青空DOTS”を実施するなかで、対象症例の意識が徐々に変化した。以下、期間別の「病状経過」を整理し、それぞれの期間における「A. 治療提供/支援者の関わり」「B. 人との関わり方」「C. 健康に対する意識」の項

目について記述した(表)。

#### I. 結核治療前

A. 治療提供/支援者の関わり：関わりなし。

B. 人との関わり方：被害者意識が強く過敏で、簡易宿所では同室内の住人と関係を構築できず「わざとうるさくされた！」などと訴えた。集団生活に適応できず、コミュニケーションを取るのが苦手であった。

C. 健康に対する意識：体調が悪いと心配になり福祉事務所を訪れるが、治療にはつながらず、路上で倒れるまで放置していた。

#### II. 入院から強制退院

A. 治療提供/支援者の関わり：早期から病院へ頻回に訪問し、関係性の構築に努めた。

B. 人との関わり方：入院中は人を威嚇・警戒し、医療に対する不信任も強かった。嫌なことがあると現実逃避し、自己主張や問題行動が増え、しまいには「杖でぶっころしてやる！」と暴れた。一方、支援者が共感の姿勢を示すと、「話を聞いて安心した」と感謝の気持ちを

表 治療状況と支援体制で分けた6期間別、対象症例の経過と意識変化

時期	病状経過	A. 治療提供/支援者の関わり	B. 人との関わり方	C. 健康に対する意識
I 結核治療前 (~2006.11.6)	・2004.11ホームレス結核健診で要精査となりA病院を紹介受診するも継続受診せず、視力低下と歩行時のふらつきも放置	・関わりなし	コミュニケーション苦手 ・被害者意識強く、集団生活に適応できず	健康問題は二の次 ・体調が悪いと心配になるが、治療にはつながらず ・路上で倒れるまで放置
II 入院から強制退院 (2006.11.7~2007.1.16)	・路上で倒れ、救急搬送先のB病院で肺結核と診断されC病院へ入院[r II 2, 喀痰塗抹(1+), 感受性あり], HRZE治療開始, 糖尿病・緑内障合併 ・排菌状態のまま強制退院	・病院へ頻回に訪問し、関係性の構築に努めた	支援者へ不信任強い ・人を威嚇・警戒し、暴れた	治療を放棄 ・検査や内服を拒否
III 治療中断期 (2007.1.17~2007.3.29)	・路上に戻り医療・生活保護が切れた ・2007.3.29咯血あり	・週2回訪問し、入院を勧めた ・本人の意思を尊重したうえで、入院へつないだ ・医療機関・福祉事務所・NPOと連携	自己表現ができず暴力へ ・感情のコントロールができず、怒りだすと暴力行為も伴った	治療受容に傾きつつも入院するまで迷う ・入院を希望するも、退院後簡易宿所に入ることに抵抗
IV 再入院から再度の強制退院 (2007.3.30~2007.4.16)	・D病院へ入院し、HRZ+LVFX治療再開[喀痰塗抹(2+), 感受性あり] ・排菌状態のまま強制退院	・路上でのDOTSを想定し、医療機関・福祉事務所より支援を受けられるよう調整	支援者へやや心を開く ・話を理解し受け入れることが多くなり、時には反省の気持ちを示した	入院を継続できず ・服薬アドヒアランス低い ・強制退院になるとわかっていながらトラブルを起こした
V 青空DOTS前期 (2007.4.17~2007.10.28)	・青空DOTS開始 ・E病院, F病院への入院を試みるが継続せず ・2007.10.20~2007.10.28空腹を理由にDOTSを拒否	・2名体制で週5日, 路上でのDOTSを実施 ・保健所で痰検査実施, 保健師が主治医に症状を伝え薬を確保 ・福祉より医療単独給付, 乾パン等支給	支援者をやや信頼 ・DOTSを含めた共同作業で信頼関係が強化 ・見捨てられないという安心感が生まれた	治療と生きることへの悩み ・DOTSの意味を考えたようになった ・空腹が続くと一時拒薬
VI 青空DOTS後期 (2007.10.29~2008.1.16)	・内服終了に向け, 青空DOTSを継続し, 治療を完了	・食糧なく拒薬が続いたため, 2007.10.29よりおにぎり・味噌汁をインセンティブとした ・終了時施設に入れるよう調整	社会参加の気持ちになる ・今後の生活を考えるようになり, 宿所入所の意思を固めた ・終了時感謝の気持ちを伝え涙した	生きる勇気の芽生え, 健康意識の向上 ・DOTSをやり遂げた ・結核以外の病気についても治療を希望した

述べ、困って自分から電話をかけることもあった。

C. 健康に対する意識：検査・内服を拒否し、「橋の下に帰る。治療はどうでもいい」と治療を放棄した。度重なるトラブルにより強制退院となった。

### Ⅲ. 治療中断期

A. 治療提供/支援者の関わり：それまでの本人の話をもとに居場所を突き止め週2回訪問し、その中で入院を勧めた。医療機関・福祉事務所・ホームレスの生活を支援しているNPOと連携を図り、本人の意思を尊重したうえで入院に向けた環境調整（NPOへの協力依頼、入院先・タクシー・衣服の手配、入院中の荷物預かりなど）を行った。

B. 人との関わり方：支援者への拒否はないが、感情のコントロールができず、怒りだすと暴力行為も伴い入院につながらなかった。

C. 健康に対する意識：入院を希望していたが、「退院後宿所に入るのが嫌だから入院しない」とも話し、迷いがあった。支援者がストレス因子を取り除き、ようやく入院できた。

### Ⅳ. 再入院から再度の強制退院

A. 治療提供/支援者の関わり：入院時から再度路上に戻ることを想定し、路上でも治療が続けられないか医療機関や福祉事務所に相談した。路上での生活保護は認められなかったが、保健師によるDOTSを条件に医療単独給付が認められた。また、喀痰検査を保健所で実施し、薬は受診できない本人に代わり保健師が主治医に症状を伝え、D病院から処方してもらえることになった。

B. 人との関わり方：支援者へやや心を開いたことで、話を理解し受け入れることが多くなった。反省の気持ちもあり「ダメなんだなあ。文句ばかり言うてしまう」と笑って話した。

C. 健康に対する意識：薬の自己管理ができるかとの質問に対し、「保健所が来たって飲んだって言えばいいんだから飲めないな、きつ」と、アドヒアランスは低かった。入院継続の意思はあるが、強制退院になるとわかっていながら、同室患者とトラブルを起こした。

### Ⅴ. 青空DOTS前期

A. 治療提供/支援者の関わり：以前にカッターナイフや杖を振り回すなどの暴力行為もあったため、訪問は2名体制とし、月～金曜日は直接服薬確認し、土日分は空袋を確認した。保健所で喀痰検査を実施し、福祉事務所より医療単独給付を受け、保健師が主治医に症状を伝え、薬を確保した。併せて乾パン、飲み物を持参し、時にはひげそりを手伝うなど、路上での生活をサポートした。

B. 人との関わり方：DOTSを含めた共同作業をすることで信頼関係が強化され、見捨てられないという安心

感が生まれた。一時拒否的になることはあったが、何らかの訴えの表れであった。

C. 健康に対する意識：次第に、「何で保健所の姉ちゃんはこのまでするのか」と、DOTSの意味を考えるようになり、「治らないほうが今後も世話になれるだろ」という誤った意識が修正された。しかし、路上では食糧の確保が最優先課題であり、空腹が続くと「何も食べてないし、治療終わるまで生きられねえ」と拒薬する日が多くなった。

### Ⅵ. 青空DOTS後期

A. 治療提供/支援者の関わり：拒薬が続いたため、治療成功のための手だてを考え、おにぎり、温かい味噌汁をインセンティブとした。このインセンティブは行政の予算では準備できず、上司や職場の理解があって継続できた。終了時は、施設に入れるよう本人と福祉をつなぐ支援をした。

B. 人との関わり方：治療終了に向け今後の生活を考えるようになり、終了時には、「施設でもやれるかもしれない」と入所を試みる意思を固め、社会参加の気持ちになった。終了時涙をこぼし、感謝の気持ちを伝えた。

C. 健康に対する意識：食糧の心配がなくなると、再びDOTSに応じた。DOTS終了式では、「最初は俺なんてどうでもいいと思った。でも治って良かったよ。でも、レントゲンも痰検査もしないで治ったっていえるんか。俺は入院したいな。糖尿病がどうなってるんか調べてえ」と話し、健康意識が向上した。

(2) 対象症例の自己確立への経過—エンパワーメントの観点から

図は、対象症例の自己確立への過程を、支援体制、本人の心の変化、人間関係づくりをはじめ社会へのさまざまな適応等も含め時間を追って観察したものである。以下、特に対象症例の「患者パワー」の変化に注目して観察した。

### Ⅱ. 入院から強制退院：評価結果の点数範囲 -5～-1, 最頻値-5

パワーは非常に低く、ほとんどがネガティブな状態であった。全身状態悪化で倒れ、路上から救急搬送されたことが結核診断のきっかけであり、不本意な入院生活を強いられた。本人にとっての関心事は、視力の低下と下肢の不快感であり、結核という病気を理解し治療に協力することは難しかった。保健師が病院訪問を頻回に行い関係性の構築に努めたことで、一度は治療の意思を表し生活保護を受けるといふ社会資源の利用を決めたが、一人になり不安・孤独感が募るとその場の欲求で感情的になった。結果、治療拒否となり排菌状態ながら強制退院となった。

### Ⅲ. 治療中断期：評価結果の点数範囲 -2～2, 最頻値

-1

路上に戻り医療も生活保護も切れた状態が2カ月続いたが、パワーはⅡ期より高くなった。住み慣れた路上で自分のペースでの生活を送ったため気持ちは安定しており、保健師の頻回の訪問を受け入れ、結核治療が目的ではないものの入院を決意した。退院後の宿所生活への不安から決意が揺れることもあったが、保健師やNPOなどの力も借り、入院の準備を進めた。関係性のできていない支援者に激高し現実逃避をすることもあり、パワーは向上と低下を繰り返した。

#### Ⅳ. 再入院から再度の強制退院：評価結果の点数範囲 -4~3, 最頻値-3

パワーはⅢ期より低下した。入院時、治療に関する丁寧な説明を受けたことに喜び、一度は治療を決意し不信心よりも治療を優先したが、規範のある病院での生活はストレスフルであり、パワーは短期間で急降下し、強制退院となった。

#### Ⅴ. 青空DOTS前期：評価結果の点数範囲 -3~2, 最頻値1

パワーはⅣ期より上昇した。“青空DOTS”を開始し、どのような状況でも関わりが続く安心感から、支援者を信頼し自らの気持ちを表現できるようになった。また、DOTSを通しての共同作業が長期にわたると、なぜここまでするのかとDOTSの意味を考え治療に協力することに意味を見出した。しかし、空腹と腹痛で基本的ニーズが満たされなくなることでパワーが低下し、DOTSを拒否することもあった。Ⅴ期では自らの意思で2度入院したが、不信心・嫌悪感によりいずれも自己退院しており、治療上入院という手段は利用できなかったものの服薬は継続した。

#### Ⅵ. 青空DOTS後期：評価結果の点数範囲 -1~5, 最頻値2

パワーは、最も高く、ほとんどがポジティブな状態であった。インセンティブとして食事提供を行うことで基本的ニーズがある程度満たされると、治療への意欲も高まり、結核・糖尿病についての知識も付き、本人の目標が、「治療成功」にシフトしていった。また、治療成功の体験が、施設でもやれるかもしれないとの自信につながり、これまで嫌悪感を示していた簡易宿所に入所する意思を固めた。

### 考 察

本稿は、293日間の“青空DOTS”を実施するなかで、患者・支援者いずれの意識も徐々に変化し、治療成功することができた1事例の報告である。治療を放棄し路上に戻ったホームレスにとって、自らが選択した“青空DOTS”は治療成功への鍵となった。

まず、治療成功の要因を患者のエンパワーメントの観点から考察する。図で表したとおり、今回のケースの患者パワーは一直線に駆け上がったわけではなく、向上と低下を繰り返している。久木田は、エンパワーメントのプロセスが起こるためには、人間の基本的ニーズがある程度満たされているという前提のもとで、目標としての価値（自分の求めるものという内発的動機付けによる価値）の意識化が行われ、次に、そのような目標達成を可能にするパワーの源泉として経済的、社会的、政治的、知的「リソース」が必要であると述べている<sup>6)</sup>。

無気力に陥っていた本人にとっての目標は初めから「治療成功」ではなかった。誰からも必要とされない苦しみの中で人を信用できず、福祉を頼ることもせず、路上に生きていた本人にとっては、大した症状ではない結核の治療は初めどうでもよいことであった。しかし、自分を心配してくれる人や何かと一緒に達成しようとする人がいることで、自分自身を大切にしようとする気持ちが生まれ、自らの気持ちを表現できるようになり、心理的にもエンパワーされたと考えられる。同時に本人の基本的ニーズがある程度満たされ、知力も付いたことで、DOTSの意味を考え治療に協力することに意味を見出し、本人の目標は、最終的に「治療成功」にシフトしていったと考えられる。そうして、初めは現実逃避ばかりしていた本人が、自らの目標を達成すべく動き出した。目標を可能にするリソースを、支援者を窓口に得ることを認識し、利用する意思を固め、治療をやり遂げた。このようなエンパワーメントのプロセスを踏むことで自尊心・自己効力感を高め、自分の生活を取り戻すためにチャレンジできるようになったと言えよう。

このプロセスは、“青空DOTS”を通して、患者自身が確実にエンパワーされたことを示すものである。長弘らの研究においても、不安定就労・生活者が、DOTS受療を継続する中で、生きる意味を見出して自分自身を大事にしようとしていたことが示されている<sup>7)</sup>。また、石川は、DOTSは人と人の関係により人間をエンパワーし、患者や治療者、地域を元気にし、「人間味のある社会づくり」の機会を提供すると捉えている<sup>8)</sup>。

次に、支援者に求められた姿勢について考える。支援者には本人の強さや能力を承認し、本人の考えに沿って援助していくパートナーシップの姿勢が必要とされた<sup>9)</sup>。治療成功が保健所の使命ではあるが、本人の目標がそこに見出されないかぎりその点のみにおいてパートナーシップを結ぶことはできない。本人が路上生活を余儀なくされている背景を考え、本人の生活に寄り添い、立場に立ち、視点を合わせることで、初めて見えてくる真の目標を確認し、それに向けた支援を行うことでパートナーシップが形成された。保健師自身も支援を行う中

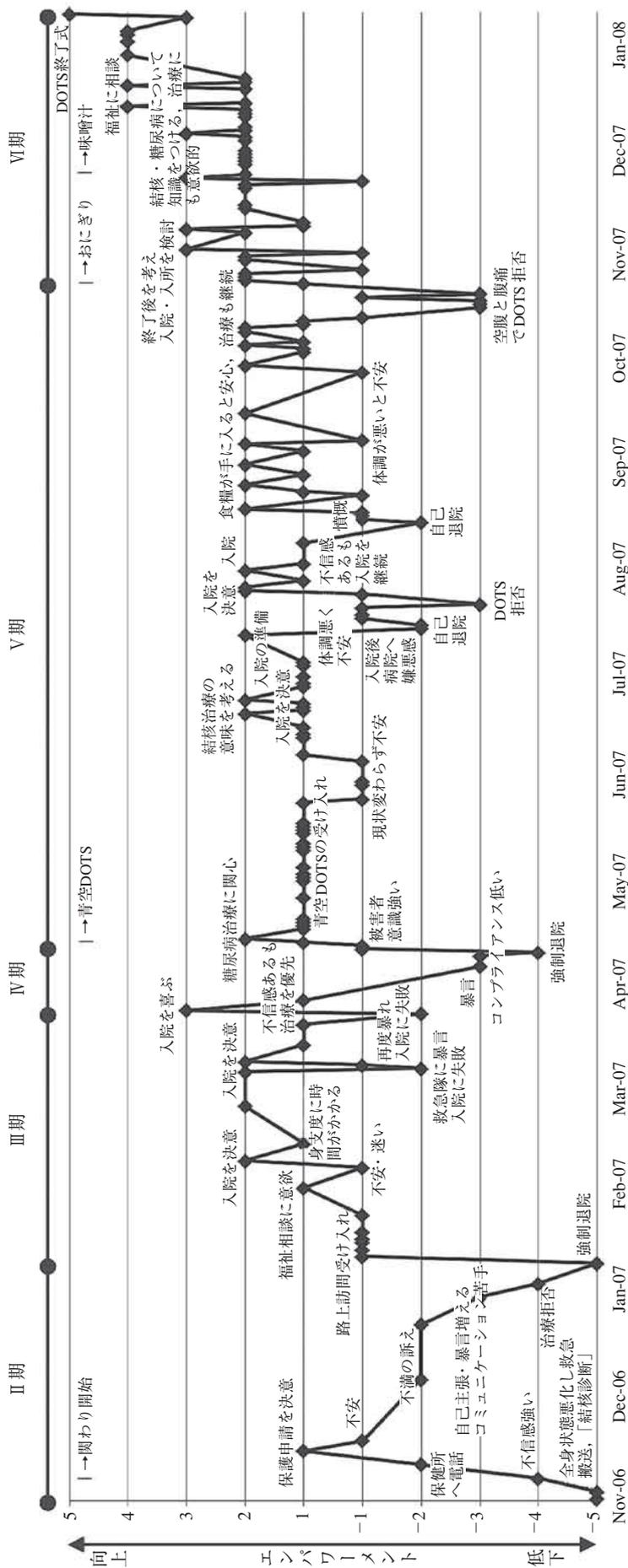


図 対象症例の自己確立への経過—エンパワメントの観点から

で手ごたえを感じ、エンパワーされ、より強固なパートナーシップを結ぶことができたと言える。

さらに、本事例におけるDOTS体制の枠組みを考える。患者一人に対しての人的資源は相当なものであり、現行の医療・DOTS体制に厳密にのっとった形では実現しえないものでもあった。人通りの多い区内の遊歩道で排菌を続ける患者に対し、保健所としてどうするか検討を重ね、方向性を統一し、関係機関からも協力が得られたことで、全ての関係者と前向きなパートナーシップが構築された。こうして治療が成功したことは、患者にとっても社会的にも成果は大きいと言える。

最後に、今回の経験を踏まえ今後の結核対策のあり方について考えたことを述べる。ホームレスの結核治療は、入院か、簡易宿所で生活しながらの通院治療が一般的である。感染性であっても治療を受ける意思がない、または入院生活に耐えられない患者は、医療従事者の説得等によっても、離院している（重藤：平成20年度全国結核対策推進会議抄録、2008年）。一方、簡易宿所の集団生活に耐えられない場合も、医療・福祉が中断してしまい、現行のDOTSの枠組みの中では、入院もしくは簡易宿所の生活に馴染めない患者は、治療中断に至る現状がある。本事例も、集団生活を拒んだ本人の生活場所は路上しかなく、かつ、食費や生活費も支払われることはなく、そこに治療成功に向けての制度上の大きな壁があったと言える。しかし、DOTSの発想を変え枠組みに幅をもたせることで、治療成功に至ることができた。この経験から、治療中断者に対しては、積極的かつ組織的な取り組みが重要であり、以下の戦略を練ることが課題と考える。

#### ①従来の体制にとらわれない医療体制

現在、医療費公費負担は退院後一部自己負担で、無保険の場合かなりの自己負担が発生し治療中断に至る現実があり、例えば退院後DOTSが確実に実行できる事例には、全額公費負担が適用されるような制度が必要である。阿彦は、治療中断・脱落を防ぐ観点からも、個々の患者の病状や生活背景等から特に重要と思われる期間は、全額公費負担による地域DOTSを保健所の関与のもとで実施できるようにすべきとしている<sup>10)</sup>。また、さまざまな理由で受診できない患者への診療体制も整備すべきであろう。

#### ②柔軟で多様なDOTSができる体制

結核医療のための患者憲章では、「人としての尊厳が大切にされる権利」として「人として大切にされる環境下での質の高い保健医療サービスを受ける権利」「安心な生活が保障される権利」として「治療上必要であれば、食事の援助など栄養面の確保が保障される権利」をあげている<sup>11)</sup>。衣食住の確保は患者の基本的ニーズであ

り、DOTSの前提となるものである。しかし、生活保護制度の利用を希望しない場合は、結核治療を受けていようともその権利が保障されていないのが現状である。

結核の低蔓延国であるノルウェーでは、患者の治療完了のため、住居の提供、早朝4～5時のDOT、職場近くの道路上でのDOTまで、個々の患者に合わせたあらゆる努力が行われている（伊藤：結核対策推進会議新報、2009年）。また、米国では、個別化された患者中心の治療支援が強調されており、より便利な治療の場の提供、よりフレキシブルな外来診療時間、交通費等の支給による交通手段の提供、医療者との人間的紐帯の構築等さまざまな支援が、治療中断阻止に高い効果をあげている<sup>12)</sup>。ハイリスク群に対してのこのような積極的な取り組みは、患者一人に対しての人的資源や予算は相当なものであるが、予算を制限し患者や耐性菌を増やすことに比べれば、長期的にみれば得策なのではないかと考えられている。

日本においても、人間の安全保障の概念から結核治療の意義を考えた場合、最後まで結核が残るであろうと考えられる社会的弱者に対し、個々のニーズに合わせた柔軟で多様な包括的支援を行うことの成果は大きいと言え、今後の結核治療支援施策の方向性を再検討する必要があると言える。

## ま と め

治療を放棄し路上に戻ったホームレスにとって、自らが選択した“青空DOTS”は、単に治療成功の手段だけでなく、自立に向けた一助となった。DOTSにより患者や支援者はエンパワーされ、前向きなパートナーシップが構築された。この経験を踏まえ、人間の安全保障の概念から結核治療の意義を考えた場合、最後まで結核が残るであろうと考えられる社会的弱者に対し、個々のニーズに合わせた柔軟で多様な包括的支援を行うことの成果は大きいと言える。

## 謝 辞

本稿は第84回日本結核病学会総会（札幌）で発表したものを基にまとめたものです。“青空DOTS”完遂に向けご支援を賜りました、新宿区保健所、結核予防会結核研究所、医療機関、福祉事務所、民間支援団体の皆様、本論文作成にあたりご協力いただきました新宿区保健所の山田万里氏に、深く御礼申し上げます。

## 文 献

- 1) 長嶺路子, 大森正子, 永井 恵, 他: 新宿区内の全結核患者に対するIS6110 RFLP分析の実施と評価—接触者健診への応用の可能性について. 結核. 2008; 83:

- 379-386.
- 2) 神楽岡澄, 大森正子, 高尾良子, 他: 新宿区保健所における結核対策 DOTS 事業の推進と成果. 結核. 2008; 83: 611-620.
  - 3) 早川和男, 都筑和子, 河野弘子, 他: 路上生活者結核治療の現状 西新宿保健センター管内の実態から. 公衆衛生. 2001; 65: 634-638.
  - 4) 沼田久美子, 藤田利治: 新宿区の結核患者における治療中断の関連要因と Directly Observed Therapy の意義. 日本公衛誌. 2002; 49: 58-63.
  - 5) 石川信克: わが国の結核対策の現状と課題 (3) 「世界, 日本の結核の疫学と課題」. 日本公衛誌. 2008; 55: 791-794.
  - 6) 久木田純: エンパワーメントとは何か. 現代のエスプリ. 1998; 376: 10-34.
  - 7) 長弘佳恵, 小林小百合, 村嶋幸代: 不安定就労・生活者にとっての Directly Observed Treatment, Short-course (DOTS) 受療の意味 横浜市寿地区の結核患者への面接調査. 日本公衛誌. 2007; 54: 857-865.
  - 8) 石川信克: 社会的弱者の結核—人間の安全保障の視点から. 結核. 2009; 84: 545-550.
  - 9) 井上直美: 解決志向アプローチを用いたエンパワーメント. 日本福祉大学研究紀要—現代と文化. 2004; 110: 215-238.
  - 10) 阿彦忠之: わが国の結核対策の現状と課題 (4) 「結核対策における都道府県, 保健所の役割と課題」. 日本公衛誌. 2008; 55: 848-852.
  - 11) World Care Council: 結核医療のための患者憲章 (The Patients' Charter for Tuberculosis Care). 結核. 2010; 85: 895-897.
  - 12) 伊藤邦彦, 吉山 崇, 永田容子, 他: 結核治療中断を防ぐために何が必要か? 結核. 2008; 83: 621-628.

## Field Activities

ON-THE-STREET DOTS FOR A HOMELESS TUBERCULOSIS PATIENT  
— Case Report of a Patient Who Had Difficulties with TB Treatment Adherence —

<sup>1</sup>Reiko SAITO, <sup>2</sup>Yoshiko TAKAO, <sup>3</sup>Keiji FUKAZAWA, <sup>4</sup>Masako OHMORI,  
<sup>5</sup>Michiko NAGAMINE, <sup>2</sup>Fumiko SHIMA, <sup>2</sup>Sumi KAGURAOKA, <sup>2</sup>Keiko FUKUUCHI,  
and <sup>6</sup>Nobukatsu ISHIKAWA

**Abstract** [Purpose] A homeless patient with tuberculosis (TB), who had often quit his TB treatment in mid-course and then gone homeless again, succeeded in completing his treatment for over 10 months through on-the-street DOTS (“Bluesky DOTS” is another expression). Based on the analysis of this case, we have discussed how to provide effective countermeasures to non-compliant TB patients.

[Method] An episode of a successful on-the-street DOTS for a 70-year-old homeless man with sputum smear positive pulmonary TB was qualitatively analyzed, with a view toward patient’s empowerment.

[Result] The patient had had human-relations problems in his life, and trouble with medical and welfare service staff. During his hospital admissions, he repeatedly self-discharged or was forced to discharge due to violent behavior against staff. Public health nurses at Shinjuku public health center visited the patient frequently at the hospital, and tried to build a good relationship with the patient from the beginning of the treatment. Following a two and half month interruption of the TB treatment after he disappeared from the hospital, he was discovered staying outside at a canal side in the area, and on-the-street TB treatment was carried out, with good cooperation with the hospital and social welfare office. Directly observed TB medication was given to him by a public health nurse and another health center staff member for 293 days, at the park near his living place. The patient often rejected the medication, particularly when he was hungry, but offering lunch to him was a very effective incentive. Through comprehensive supports to the patient, he gradually changed his attitude, and on his own

came to consider his health and his future.

[Discussion] We have analyzed a successfully treated case of a homeless TB patient who had difficulties in maintaining a social life and had not been cooperative in complying with the medication. The level of independence improved during the course of on-the-street DOTS with incentive and other supports. He became receptive to TB treatment and became self-supportive during the course of DOTS, with food as an incentive. This indicates that on-the-street DOTS was successful not only for the treatment completion but also contributed to empowering the TB patient. This approach of adjusting the service to the patient’s needs fostered a positive relationship with all stakeholders.

**Key words:** Tuberculosis, Shinjuku City, On-the-street DOTS, Homeless patient, Difficulties in treatment adherence, Empowerment

<sup>1</sup>Ochiai Public Health Center, Tokyo, <sup>2</sup>Shinjuku City Public Health Center, Tokyo, <sup>3</sup>Suginami Public Health Center, Tokyo, <sup>4</sup>Research Institute of Tuberculosis, Japan Anti-Tuberculosis Association (JATA) (Present: Community FUREAI Net), <sup>5</sup>Public-Health Promotion Division Tamagawa District Administration Office City of Setagaya, Tokyo, <sup>6</sup>Research Institute of Tuberculosis, JATA

Correspondence to: Reiko Saito, Ochiai Public Health Center, Tokyo, 4-6-7, Shimo-Ochiai, Shinjuku-ku, Tokyo 161-0033 Japan. (E-mail: reiko.saito@city.shinjuku.lg.jp)