

ける状況の時には、大部分の時間は特定地域外の地域で就労し、結核等の傷病を有するなど働けなくなると、特定地域等に集積してくる構造にあると推測された。これは失職すると住み込み形式の居所から出ていかなければならない、また日雇いであるために仕事がなくなると即経済的に困窮し、食べ物の確保も困難となる、また医療機関受診は健康保険をもたないために困難となる、そのために大都市の特定地域に環流せざるをえないことになる。これが特定地域に結核罹患率が高水準に維持されている構造となっていると考えられる。

かつて女工哀史にみられた農村部に結核患者が集積した構図と極めて似た社会現象であるように思われる。異なる点は、傷病を有した時に環流していく先はかつてのような出身地域や家族ではなく、他の地域に比べてフォーマル、インフォーマルを含めたセイフティーネットがそろっている大都市の特定地域であることにある。このことは特定地域だけの結核対策だけでは根本的な解決にならないことを示すものである。この構図は、まだ中間報告の段階であるが、特定地域の結核患者、一般地域の結核患者の菌株に関する分子疫学的な研究をすすめることにより明らかにできるものと考えている。

結核対策の対象とすべき社会経済弱者には、これまでに述べてきた建設関連労働者の他に、パチンコ店、カラオケ店、サウナ店の従業員、訪問販売員などの不安定就労・生活者も含まれている。これらの人々についての事例も報告されている。

建設関係の労働者は大都市の高罹患率の特定地域の結核患者の多くを占めており、社会経済弱者の結核対策として特に重点的に対策を行うことが必要と考えられた。

これらの集団は、一定期間、飯場で生活している実態にあることから工夫次第では結核対策の網の目を張り巡らすことも不可能ではないと考えられる。これらの網の目から漏れた場合は大都市の特定地域の結核患者に集積する傾向にあり、特定地域の結核対策をあわせて実施することにより拾い上げていけるのではないかと考えられる。

つまり、大都市周辺の飯場（寮）における検診の徹底と、大都市特定地域における結核患者の治療の徹底の推進を一体となってすすめることにより大都市の特定地域における結核患者まん延のチェーンを断つことができるのではないかと期待させられる。

これらの集団に対して現実に結核対策を行っていくには大きな課題が存在している。一つには都市周辺部の保健所と特定地域の保健所等の複数の保健所の共同作業が必要であること、二つにはこれらの対象者は、現実には労働者であるのであるが、日、週等の短期雇用者であり、労働者として健康管理と健康保険を有しておらず、また仕事現場によって短期間に所在地を移動しているために市町村からの健康管理、国民健康保険の対象者にもなっていない者が多く、住民としての存在基盤も有していないことである。つまり、なによりも結核対策の徹底がすすまないことには、これらの人々に対する「結核対策の主体」が不明確であることにありとされる。

さらに、これらの者に対する結核対策は、福祉行政、医療機関との密接な連携なしにはすすめることができない難しさも存在している。これらの人々は、働ける状態にある時は自立的な生活が営んでいるが、有病状態となり仕事が出来なくなると生活基盤がなくなり、何らかの社会的支援なしでは対応できない状況となるためである。このために、結核の早期発見、早期治療対策として、無料の検診を行う、検診機会

を提供だけ対策としては不十分であり、発見された患者の治療支援策も準備しておくことが不可欠である。川崎市の野宿生活者、大阪市の冬季臨時宿泊施設入居者、千葉市の飯場労働者に対する検診実施にあたっては、発見患者に対して福祉、医療と連携した対応がなされていることは今後の社会経済弱者の検診実施の参考となるように思われる。

最後に、本研究を進めるにあたってご協力いただいた多くの研究協力者の皆様には本報告書をもってお礼とさせていただきたい。引き続き、具体的な結核対策の推進につながる研究を実施していきたいと考えているので、今後とも多くの関係者のご協力よろしくお願ひいたしたい。