

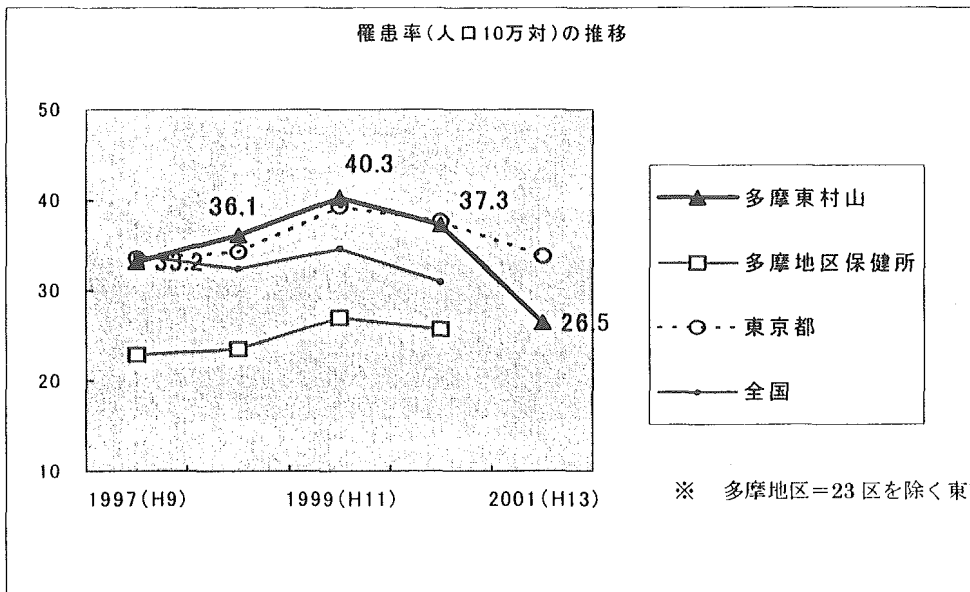
【社会経済弱者の治療支援】

東京都下における結核患者管理の病院とのネットワーク

東京都多摩東村山保健所

【管内の結核患者】

東京都多摩東村山保健所は東村山市、清瀬市、東久留米市の3市、32万人を管轄している。管内の結核罹患率は多摩地区（特別区23区を除く東京都周辺部）の中では上位を占めている。



【H13年度 特別対策事業『モデル保健所における療養支援事業』】

結核治療困難者を継続訪問することにより、管内住所不定者等、大都市及び周辺部に流動するハイリスク層への療養支援システムの検討を行った。その結果

療養支援システム確立のために、①病院の特徴に合わせた、②タイムリーな情報の共有化が必要である事がわかった。

①病院の特徴に合わせる

都下には結核病床を有する病院が26カ所あり、23区・多摩地区合わせて35カ所以上の保健所が病院と連携を図っている。病院・保健所それぞれの方針・連絡方法の違いによる混乱もみられており、今後の課題となっている。

管内の国立東京病院、複十字病院では、病院独自で「DOTS カンファレンスー病院保健所連携会議」を今年度から月1回開催、入院・外来通院患者についての情報交換を始めている。

②タイムリーに情報交換を行う

今年度は管内4病院・都結核感染症課の協力を得て、保健所一病院間の連絡方法の検討を行った。

療養支援の過程で情報交換が必要である5つの節目を再確認

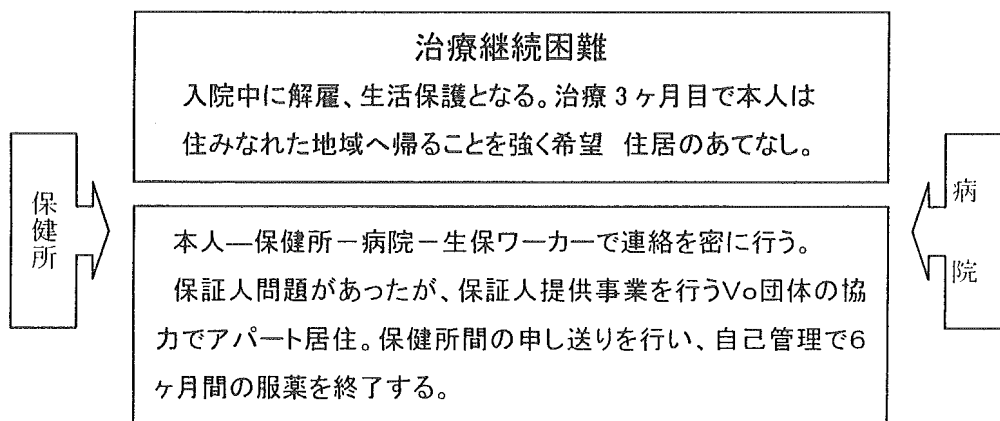
- 1) 保健師の初回訪問時
- 2) 入院2ヶ月頃(菌検査等が明確になる時期)
- 3) 退院時期
- 4) 外来通院時期
- 5) 服薬終了時

効果的な連携のために、これまで病院独自・保健所独自だった①保健師訪問時連絡票、②退院連絡票を病院・保健所協同で作成した。一堂に会し共同作業をすることで、お互いの業務や、必要とする情報の理解にもつながった。

【 保健所・病院間のネットワークが有効に働いた事例 】

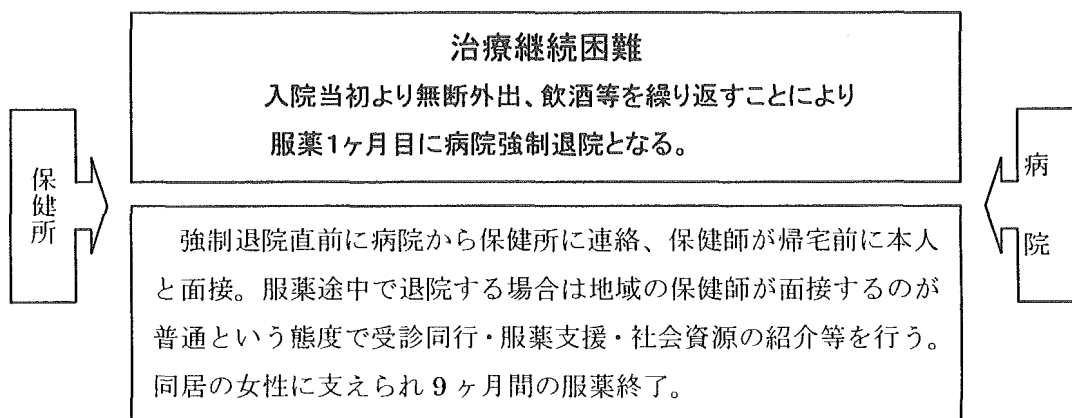
A氏事例

患者氏名(イニシャル)	A氏	年齢	56歳
病名	肺結核 【病型】bII2		
排菌状況	G(5)K(+)PCR(+)検体(痰)その他()		
感染危険度	5×1.5ヶ月=7.5(重要)	医療機関	T病院
合併症	糖尿病		
職業	建築業作業員(会社寮住みこみ) (常勤・ 非常勤)		
(結核)既往歴・発病までの経過	結核既往歴(有)・無 H11職場検診で胸X-P上陰影(+)近医クリニックにて結核といわれ2ヶ月内服。 H13.4月建築協会の検診にて胸X-P上陰影(+)の指摘あるが未受診。 5月倦怠感、7月食欲低下、8月咳き込み出現し、仕事ができないようになり部屋で寝込むようになった。9月20日上司、同僚に勧められY病院受診。T病院紹介され9月26日受診、結核と診断され入院。		
家族の状況	単身、実家とはここ数年全く行き来はしていない		
生活歴	15歳の時東北地方から上京。結婚歴はなくずっと単身での生活を続けてきた。どの様に生活してきたのかは不明な点多いが、過去10年以上は建築関係の作業員を続けてきた様子。この4~5年は現在の会社で寮生活をしながら仕事を続けてきた。寮の同室者とは仲良くしてきたが悩み事を打ち明けられる関係ではないとの事。15日/月働かないと給料が発生しないシステム。医療保険加入なし。		



B氏事例

患者氏名（イニシャル）	B氏	年齢	34 歳
病名	肺結核 【病型】 bⅡ2		
排菌状況	G（2）K（+）検体（痰）その他（ Tb-PCR（+） ）		
感染危険度	2 × ヶ月 = 0	医療機関	Y 病院
合併症	口腔カンジダ		
職業	不動産販売営業（結核で入院後解雇） （ 常勤 ・ 非常勤 ）		
（結核）既往歴・発病までの経過	小学生頃 結核の治療をした記憶があるが不明 H8 職場検診にて右肺陰影指摘されるが精密検査せず放置 H13.7月 歯茎腫脹、悪寒にて受診、口腔カンジダ及び肺結核と診断される		
家族の状況	同居の女性：化粧品販売（非常勤） 夜間 居酒屋アルバイト		
生活歴	東京都にて出生。本人が6歳の時母親が再婚、経済的な理由を主として教護院・養護施設等で生活するようになる。中学卒業後、2年間左官業見習いで住み込みの仕事をする。最長職（10年以上）は重機オペレータ（非常勤） その後不動産販売の仕事をして2ヶ所かわり、H13.4 から現在の職場で見習いの身分で働き始める。（今回結核で7月に入院、10月に解雇される） *非常勤の仕事・カードローンを利用した消費・貯蓄等なしという状況で、結核での入院が即生活困窮に結びついた		



【事例からの示唆】

1) 保健所—病院間のネットワークの重要性

- ・病院—保健所間の顔の見える関係
- ・「問題行動をとる患者・言うことを聞かない患者」ではなく、「どうしたら服薬終了できるか」「服薬終了」という共通目標をもつこと。

2) 地域資源の充実

病院・保健所で、本人の希望にあった柔軟な地域DOTを実施する（場所・時間・必要期間）

3) 事例は不安定就労者

- ～日雇いに限らず零細自営業・住みこみ・頻回の非常勤転職や地域移動・単身・外国人等
- ・最長職・初職・地域移動・家族歴等の情報を得ながら、社会階層や不安定な生活をしてきたのかそうでないのか ⇒ 治療継続困難となる可能性 を考えておく必要がある
- ・都市貧困層に対する柔軟な援助を行う NPO 等との連携
- 保証人提供事業、外国人労働者の相談等

退院連絡票

作成日 平成 年 月 日

病院名 病院 病棟 担当看護師

氏名 住所	男・女	生年月日	M・T・S・II	年 月 日	歳			
区・市	電話	()						
退院先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 実家 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他 _____			連絡先 <input type="checkbox"/> 同上				
診断名	<input type="checkbox"/> 肺結核 <input type="checkbox"/> その他の結核 () 病型 ()							
主治医	入院中 (医師) ⇒ 外来担当 (医師)			担当 MSW				
入院期間	年 月 日 ~ 年 月 日まで			<input type="checkbox"/> 継続治療 (年 月 終了予定) <input type="checkbox"/> 治療終了 (年 月 日 終了)				
入院中の 治療状況	治療経過	1ヵ月目	2ヵ月目	3ヵ月目	4ヵ月目	5ヵ月目	6ヵ月目	年 月 日現在内服継続中
	菌検査	治療開始日 年 月 日	年 / 月	/	/	/	/	
	核酸検査 (+/-)	塗抹						
	使用薬剤	培養						
		INH 感・耐						
		RFP 感・耐						
	PZA 感・耐							
	EP/SM 感・耐							
		感・耐						
		感・耐						
同定検査 /		<input type="checkbox"/> 結核菌 <input type="checkbox"/> その他 _____		< 記入マーク > ⊙-⊙ DOT ○-○ 自己管理 ●-● 配薬 △-△ 減感作 ×-× 服薬中断				
療養上の 問題点等	<input type="checkbox"/> 副作用 → (<input type="checkbox"/> 胃障害 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> 関節痛 <input type="checkbox"/> 視覚障害 <input type="checkbox"/> 聴力障害 <input type="checkbox"/> その他 _____) <input type="checkbox"/> 副作用による内服中断 (期間 年 月 日 ~ 年 月 日) <input type="checkbox"/> 減感作 (期間 年 月 日 ~ 年 月 日) <input type="checkbox"/> 合併症 → <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 胃障害 <input type="checkbox"/> アルコール依存症 <input type="checkbox"/> ステロイド剤使用疾患 <input type="checkbox"/> 癌 _____ <input type="checkbox"/> その他 _____ <input type="checkbox"/> 服薬行動・療養態度 → <input type="checkbox"/> 拒薬 <input type="checkbox"/> 離院 <input type="checkbox"/> 飲酒 <input type="checkbox"/> 他患者とのトラブル <input type="checkbox"/> その他 _____ <input type="checkbox"/> 服薬行動を阻害する身体的問題 _____ <input type="checkbox"/> 生活・経済・仕事 → <input type="checkbox"/> ホームレス <input type="checkbox"/> 住所不定 <input type="checkbox"/> 不安定就労 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 仕事の変更・失職等 <input type="checkbox"/> その他 _____ <input type="checkbox"/> 人間関係 → (<input type="checkbox"/> 単身 <input type="checkbox"/> 家族の係わり・協力体制不良 <input type="checkbox"/> コミュニケーション不良 <input type="checkbox"/> その他 _____) <input type="checkbox"/> その他 _____ < 特記事項・具体内容 >							
退院後の 治療	<input type="checkbox"/> 当院 (次回外来 月 日 予定) <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 外来 DOT (回/週) <input type="checkbox"/> その他の処置 () <input type="checkbox"/> 院外 DOT 施設名 _____ (<input type="checkbox"/> 保健所 <input type="checkbox"/> 福祉事務所 <input type="checkbox"/> 調剤薬局 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 他施設 (TEL _____) <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 外来 DOT (回/週) <input type="checkbox"/> その他の処置 () <input type="checkbox"/> 院外 DOT 施設名 _____ (<input type="checkbox"/> 保健所 <input type="checkbox"/> 福祉事務所 <input type="checkbox"/> 調剤薬局 <input type="checkbox"/> その他)							
今後の 連絡	<input type="checkbox"/> 通院・DOT 中断時に連絡します。 ※ 経過の中で必要があれば連絡をお願いします。 TEL _____							

【 退院票: ①保健所宛 ②病院宛 】

I 日雇労働者に対する雇用保険制度

1 制度の歴史

大阪・神戸・名古屋・東京において、大正の末期から昭和初期にかけて、日雇労働者を対象として、失業救済制度が始まる。各市の負担で運営された。

昭和17年に神戸市の制度が無くなる。

昭和22年9月1日 労働省設置。

昭和22年12月1日 失業保険法および失業手当法

→ 昭和50年 雇用保険法：第4節 日雇労働被保険者の求職者給付

昭和24年5月2日 緊急失業対策法公布 平成7年3月31日廃止

2 適用範囲

1) 日雇労働者の定義（雇用保険上）

(1) 日々雇用される者

(2) 30日以内の期間を定めて雇用される者

2) 日雇労働被保険者の定義

(1) 適用区域に居住し、適用事業に雇用される者

(2) 適用区域外に居住し、適用区域内にある適用事業に雇用される者

(雇用保険適用事業所でありかつ雇用保険印紙購入通帳交付事業所に就労)

3) 給付要件（雇用保険）

・ 2ヶ月間で消印された印紙が26枚以上貼付されていれば、日雇給付金（アプレ手当）が3カ月目から支給。

印紙：1級（176円）：1日の賃金が11300円以上

2級（146円）： " 8200円以上11300円未満

3級（96円）： " 8200円以下

・ 本人負担：雇用保険料（1級、2級、3級）×1/2 + 標準報酬日額×5/1000

・ 事業所負担： " + " ×5以上/1000

支給金額（日額）：7500円（1級）・6200円（2級）・4100円（3級）

支給日数：印紙貼付枚数により決定（13日～17日）

・ 本人が仕事のない時に日雇被保険者手帳を、安定所に朝8:30～9:00に提出する。

9:30～支払いが現金で開始される。

II 日雇労働者に対する健康保険制度

1 日雇特例被保険者に関する特例（健康保険法 第4章の2）

1) 日雇労働者の定義（健康保険法69条の4）

(1) イ 日々雇用される者（同一の事業所で1月以上雇用は除外）

ロ 2カ月以内の期間を定めて雇用される者

(2) 季節的業務に使用される者（4カ月以上は除外）

(3) 臨時的事業の事業所に使用される者（6カ月以上は除外）

2) 適用除外の承認（健康保険法69条の8）

事業所で2カ月間に通算して28日以上使用される見込みがないときは、療養の給付、各種の保険給付を受けるために必要な保険料を納付することが困難であるため、日雇特例被保険者にならないことができる。住所地・居住地の社会保険事務所で承認を受けなければならない。→生活保護に移る。生活保護法による医療給付(現物給付が原則)。

3) 日雇特例被保険者手帳(健康保険法69条の9)

(1) 日雇特例の給付要件

日雇特例被保険者になった日から5日以内に、社会保険事務所(または指定市町村役場)に日雇特例被保険者手帳の交付申請をしなければならない。

保険料の納付方法: 就労する日毎の健康保険印紙納付: 保険料の納付日数

日雇特例被保険者になった者には、日雇特例被保険者手帳を交付する。手帳に健康保険印紙を貼付する。

(2) 日雇特例被保険者の保険料額(健康保険法79条の3)

① 65歳未満

標準賃金日額×(政府管掌健康保険の被保険者の一般保険料率+介護保険料率)
×31/100

② 65歳以上

標準賃金日額×政府管掌健康保険の被保険者の一般保険料率×31/100

* 本人負担: ①または②の1/2

* 事業主負担: " 1/2 + ①または②

2 保険給付

1) 療養の給付

(1) 療養の給付の範囲(健康保険法43条①・②、69条の12①)

- ① 診察
- ② 薬剤または治療材料の支給
- ③ 処置、手術その他の治療
- ④ 病院または診療所への収容
- ⑤ 看護
- ⑥ 移送

(2) 受給要件(健康保険法69条の12②・③)

その疾病、負傷について、初めて療養の給付を受ける日の属する月の前2ヶ月間に通算して28日分の保険料を納めていること。その条件を満たさない人に特別療養費の制度がある。

被保険者手帳に社会保険事務所、または市町村の確認の押印があること。

(3) 療養の給付期間(健康保険法69条の12②)

- ・ 日雇特例被保険者手帳の所持期間が1年に満たない場合: 1年間。
- ・ 同一の疾病または負傷およびこれによって発した疾病については、療養の給付を初めて受けた日から起算して5年間。
- ・ 5年または1年の給付期間が経過した後においても、所定の保険料納付要件が満たされている各月については、療養の給付が受けられる。

2) 特定療養費

高度医療、特別室の差額ベッド、前歯部の材料差額などにかかる特定療養費が、一般の被保険者と同様に受けられる。

3) 療養費

やむ終えない理由で保険診療を行っていない病院・診療所で診療を受けたときなど、保険者が認めた場合は療養費が支給される。

4) 傷病手当金

(1) 支給要件 ①療養の給付を受けていること②労務に服することができない
③3日間の待ち期間があること

(2) 支給金額

ア：前2カ月に通算して26日分以上の保険料を納付している場合

日額：標準賃金日額の合算額が多かった月の標準賃金日額の合算額 1/50

イ：前6カ月に通算して78日分以上の保険料を納付している場合

日額：標準賃金日額の合算額が多かった月の標準賃金日額の合算額 1/50

・ア、イの高い方の額。

・被扶養者のいない日雇特例被保険者が入院したとき × 2/3

(3) 支給期間

支給を始めた日から6カ月。

結核性疾病については1年6カ月。

5) 特別療養費

ア 初めて被保険者手帳の交付を受けた者：当初の2ヶ月間医療が受けられないため。

イ 有効期間が満了したか、返納した後に初めて被保険者手帳の交付を受けた者。

ウ 有効期間満了後、返納後1年以上経過してから被保険者手帳の交付を受けた者。

上記の者、またその被扶養者とも療養に要する費用の7/10。

支給の方法は、家族療養費の支給と同様に、現物支給。

あらかじめ交付を受けた特別療養費受給者票を保険医療機関等に提出して療養を受け、費用の3/10を自己負担。

2ヶ月間しか有効でない。

6) 高額療養費

1カ月の自己負担額が57000円を超えたとき、超えた額が越えた分が日雇特例被保険者の請求により、後で払い戻される。

世帯単位の合算、長期療養者の負担軽減措置など一般の被保険者の場合と同様。

7) その他

・ 出産手当金

・ 出産一時金

・ 埋葬料（費）

・ 入院時の食事負担にかかる健康保険標準負担額減額申請

「社会経済弱者における結核対策の強化に関する研究」に関する第2回研究班会議資料

(香川県建設国保組合における結核の現状)

保健師 赤澤 百合子

1、建設国民健康保険組合(略称「建設国保組合」とは

ポイント:建設国保組合加入者は、雇用されずに労務だけを提供して使用される労働者(いわゆる一人親方)が多い。

1) 成り立ち

国民健康保険組合は、任意設立による国民健康保険上の公法人として、一定の職域を対象に国民健康保険事業を運営することが認められた、補完的な国保の保険者である。

昭和28年に創設された日雇労働者健康保険(昭和59年に廃止)は、健康保険適用事業所などに使用される日雇労働者を被保険者とするものであった。しかし、これでは、大工、左官等いわゆる一人親方はこれらの日雇労働者と同じ就労状態にありながら事業所と雇用関係にないため日雇労働者健康保険の適用を受けることができないという問題が生じる。

このため、日雇労働者健康保険創設時は国民皆保険でなかったこともあり、通達により、いわゆる一人親方についても日雇労働者健康保険を擬制的に適用することとした。

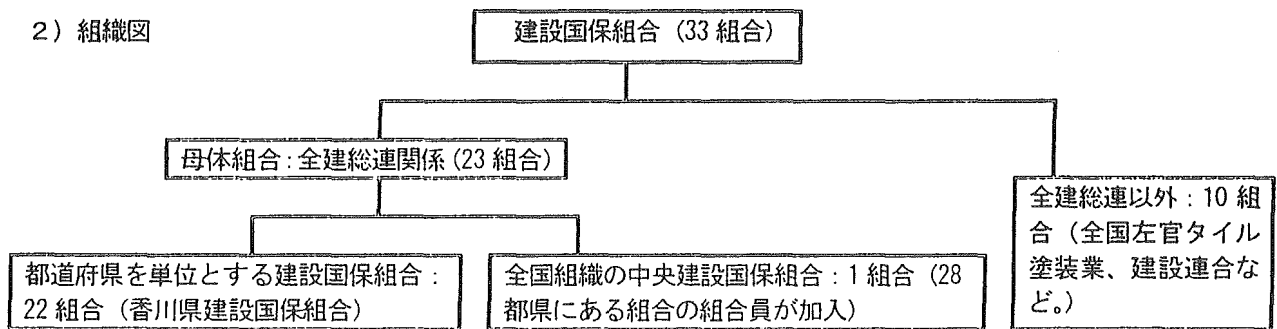
擬制適用を行うについては、一人親方が設立する任意組合が都道府県に保険料の納付につき誓約書を出し、これに基づき、その任意組合を適用事業所と擬制し、本人が就労したときは、その任意組合に雇用されたものとみなして取り扱うことにより実施していた。本組合の母体組合である「香川県建設労働組合」は、その任意組合の一つであった。

その後、日雇労働者健康保険は多額の累積赤字を抱え、制度の見直しを迫られるようになり、昭和45年、擬制適用は廃止された。これに伴う特例措置として、土木建築、建設業関係の国民健康保険組合が38組合設立された。「香川県建設国民健康保険組合」はその一つであり、昭和45年8月1日に設立されて以来現在に至っている。

[国保組合の財政]

- ・財政の2本柱「保険料」と「国庫補助金」
- ・建設国保の年間「一世帯当たり保険料」=27万5,463円(平成13年度)
- ・建設国保の年間「一世帯当たり国庫補助金」=23万3,598円(平成13年度)

2) 組織図



3) 建設国保組合の利点

- (1) 最大の保険者機能は、保険料をしっかりと集めること。
平成13年度 保険料の収納率の比較(中央社会保健医療協議会平成13年医療経済実態調査報告より)
国保組合=99.94%、市町村国保=91.35%
- (2) たくさんの組合員が運営(経営)責任を負っていること。(支部を組織)
- (3) 建設業で働く労働者の仕事と生活の実態に一番合っていること。
傷病手当金、出産手当金が支給され、所得保障を行っている。
- (4) 保険料が年齢で区分され、安定していること。(収入に左右されない。)

2、香川建設国保組合の現状

1) 被保険者構成

- (1) 組合員と家族の人数:組合員=6,757人、家族=10,085人、合計=16,842人である。(平成15年1月末現在)
 - ①1組合員当たり被保険者数は2.49人(平成13年度)
 - ②組合員の平均年齢は49.81歳で、家族のそれは37.13歳で、被保険者全体では42.21歳である。(平成13年度)

受診率は、2.5%である。

3) 組合員の健康意識調査の結果

アンケート調査を実施中であり、現在回収できているものについてまとめた。有効回答数=599人

質問：昨年、健康診断を受診したか。

①はい…414人(69%)②いいえ…166人(28%)③無回答…19名(3%)

[健診受診の内訳]		
住民健診	253人	(61%)
個人的な健診(人間ドックなど)	108人	(26%)
その他(助成のある健診など)	52人	(13%)

[年代別受診率]	20歳代	30歳代	40歳代	50歳代	60歳代	70歳代以上
	48%	37%	66%	67%	72%	89%

4) 考察

今まで結核対策として、具体的な保健活動を行っていなかった。現状調査から、治療中でありながら結核予防法適用になっていないケースがあった。今後は、本人と接触をもち保健所と連携を図りながら感染の予防活動をしていく必要があると考える。

建設国保の助成で行っている健診の受診率が2.5%と低いので、健康意識調査で健診受診の状況を調べた。その結果、7割の方が健診を受診していることが分かった。建設国保組合の組合員は、一人親方や小規模事業所の従業員が多く、定期健診を受ける体制が整っていないと考える。自分の身体は自分で守るという意識が必要である。建設国保の助成制度の利用を勧め、何らかの形で年に一度の健診を受けるよう呼びかけることが大切である。

結核の知識普及は、結核対策の中で大切である。それによって、組合員が結核になった場合、適切な治療を受け、感染予防ができるかと考える。また、建設国保組合の脱退理由をみると、脱退後社会経済弱者になる可能性のある方がいる。脱退後その方が結核になった場合にも、適切な対応ができると考える。

5) 結核対策

- (1) レセプトから、結核治療中の方を抽出し接触をもち、保健所と連携する。治療継続を支援し、感染の予防活動を勧めていく。(電話相談、家庭訪問など)
- (2) 健診を受診するよう勧める。(年1回)
- (3) 建設国保助成健診受診者で精密検査の必要な方に電話連絡し、精検受診状況を把握する。
- (4) 結核の知識普及を行う。

表1 平成13年度に結核治療した4人の受診経過

<p>Aさん(13歳、女、中学生)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・診療開始：H13. 6. 4. ・診断：初感染結核 ・治療：1剤(INH)内服、6か月。 ・診療終了：H13. 11. (全治療期間:6か月) <p>(問題点)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・結核申請がされていない。 	<p>Cさん(61歳、男、配管工)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・診療開始：H12. 12. 13. 3ヶ月間入院 ・診断：肺結核(結核予防法34条適用) ・治療：3剤内服(INH, RFP, EB※) ・退院：H13. 3. 11. 通院にて治療を継続。 ・治療：3剤内服(INH, RFP, EB) ・治療終了：H13. 11. (全治療期間:12か月)
<p>Bさん(69歳、男、電気工)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・受診：H13. 7. 30. 胸水があり受診、2か月入院。 ・診療開始：H13. 8. 3. ・診断：結核性胸膜炎 ・法律適用：H13. 8. 結核予防法34条適用。 ・治療：3剤内服(INH, RFP, EB) ・退院：H13. 10. 2. 通院にて治療を継続。 ・治療：2剤(INH, RFP) ・治療変更：H13. 12. ~3剤内服 (INH, RFP, EB) ・H14. 3. 8. に70歳となり、老人保健適用。その後の経過不明。組合員としての資格は、継続中。 	<p>Dさん(66歳、男、大工)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・受診：H13. 4. 9. 肺炎のため入院。肺ガンの疑い。 ・診療開始：H13. 5. 21. ・診断：肺結核 ・治療：2剤(INH, RFP) ・法律適用：H13. 6. 28. 療養所へ転医後、結核予防法34条適用。 ・脳梗塞後遺症があり、寝たきり状態が続き、H14. 10. 1. 市町国保へ。

※INH=イソコチン、RFP=リファジン、EB=エタンブトール。

- (2) 男女別年齢別人数: 男性=9,353人、女性=7,467人である。50歳以上は45%と半数近くを占めている。
 (3) 組合員の職種: 全81職種(内訳: ①大工2,392人 ②左官505人 ③電気工376人 ④土木321人 ⑤塗装300人等)

2) 保険料と給付の状況

(1) ひと月当たり医療給付費分保険料額

法人の代表者である組合員	17,400円
30歳以上の男子組合員	14,400円
30歳以上の女子組合員	12,400円
30歳未満の組合員	10,400円

※組合員の世帯に属する被保険者一人につき3,800円。
5人を超えても5人分まで。

(2) ひと月当たり介護納付金分保険料: 40歳以上65歳未満の介護第2号被保険者1人当たり1,100円。

(3) その他: 労働組合費・支部費=4,000~5,000円。

(4) 保険給付について

① 法定給付

- 療養の給付: 組合員9割給付(自己負担1割)、家族7割給付(自己負担3割)
- その他に、療養費、高額療養費、移送費、出産育児一時金、葬祭費がある。

② 任意給付

傷病手当金	組合員が病気やケガ(第三者行為、業務上事故を除く。)で入院し賃金を受けられない場合、4日目から70日間を限度として、1日につき5,000円を支給。
出産手当金	女子組合員が出産した場合、傷病手当金に代わるものとして支給。

3) 組合加入及び脱退について (平成13年度末)

(1) 最近の組合員人数の動向

平成11年度末6,561人、平成12年度末6,600人、平成13年度末6,723人である。

① 平成13年度の組合員の増減 ② 平成13年度 組合脱退理由(上位11位)

新加入人数	512
脱退人数	389
純増加人数	123

順位	内容	人数	順位	内容	人数
1位	社保加入	91	7位	家族への異動	17
2位	市町村国保加入	76	8位	転職	12
3位	事業所を退職	65	9位	支部間異動	10
4位	老齢のため	43	10位	組合費滞納	9
5位	死亡	25	11位	行方不明	5
6位	一身上の都合	18	11位	県外へ転出	5

3、香川県建設国保組合における結核対策について

1) 平成13年度における結核罹患について

(1) 結核受診延数=43件(香川県国民健康保険病類統計総合資料より、件数は、年4ヶ月(5、8、11、2月)の合計である。)

(2) レセプトより

延数43件であるが、レセプトをチェックすると、長期治療の必要な方は、ひとりで2~4件を占めており、実際の被保険者の数は、25名であった。その構成は、男13人、女12人であり、組合員10人、家族15人であった。組合員の職種は、大工5人、配管工3人、電気工1人、左官1人であった。年齢別では、60代8人、70歳以上9人と高齢者に多い。

(3) 老人保健適用者9人を除く16人について詳しく調べた。(建設国保組合で保管しているレセプトより) 結果として分かったことは、結核で治療したのは4名であった(表1)。他の方(12人)は、健診で結核の疑いがあり検査を受けたり、抗酸菌症であったり、陈旧性肺結核で治療は受けていなかったりという状況であった。4名は、住所が離れ、受診開始時期もばらつきがあった。しかし、情報不足で関連性の有無を明らかにすることはできなかった。

2) 健診助成について

(1) 助成対象の健診内容

日帰り健康診断	費用8,000円のところ7,200円又は5,600円と交通費の助成(組合員又は家族)
2日人間ドック	6万円以上の場合3万円の助成(40歳以上の組合員)

(2) 受診状況(平成13年度)

日帰り健診=311人、2日ドック=45人、受診合計356人であった。15歳以上の被保険者数14,277人における

おわりに

おわりに

平成8年度から進めてきた大都市の特定地域の結核対策の研究から、東京、横浜、大阪の特定地域の罹患率はいずれも1,000を超える極めて高い水準に維持されていることが明らかとなった。

これらの地域の結核患者の結核治療は原則として治療終了まで入院でなされていたが、治療中断・脱落率が高く、社会的な服薬支援体制が必要であることが示された。このために入院中からの院内DOTS、それに引き続く地域のDOTSといった結核患者の治療継続を支援する結核対策事業が東京都山谷、大阪市、横浜市、新宿区などで取り組みはじめられ、最近は事業として定着してきている。しかし、これらの人々の結核の早期発見、早期治療の取り組みについては、野宿者（ホームレス）検診以外は手がつけられているとは言えない。野宿生活者の背後にすそ野広く存在する不安定就労者、つまり社会経済弱者にどう対応していくかについては大きな課題として残されている。

これまでの調査の結果、特定地域の結核登録患者の多くは建設関連の日雇い労働（不安定就労）者であることが示された。これらの者は就労している時には、特定地域を離れ、飯場や寮などに住み込んで働いている状況にある。つまり、大都市圏内の建設等の単純作業労働者は働ける状況の時には、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「女工と結核」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がそこに存在しているように思われる。異なる点は、傷病を有した時にかつてのような出身地域や家族のもとに環流していくのではなく、フォーマル、インフォーマルを含めたセイフティネットがそろっている大都市内部の特定地域であることである。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、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な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、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。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として集積する傾向にあり、特定地域のDOTS等の結核対策をあわせて実施することにより効果を上げることができ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つ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れる。

このためには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、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、日単位、一定期間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。なによりも結核対策の徹底がすまないことには、これらの人々に対する「結核対策の主体」を明確にする必要があると考える。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。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、仕事が出来なくなると、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、第二種社会福祉施設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に対する結核対策として検診を実施していく上で参考となるように思われる。

大都市に存在する人々は極めて多様な生活パターンをする人々から構成されていると考えられる。すべての人々を対象とした結核対策の推進のためには、このような都市のすべての人々に対応した対策に発展させていくことが必要となっている。都市の社会経済弱者に対する結核対策の成功のためには、都市の人々の多様な生活・就労実態の実情を押さえたサービス精神に富んだプラグマティックな結核対策事業の展開が必要であると考えられる。

最後に、本研究を進めるにあたりご協力いただいた多くの研究協力者の皆様に、本報告書をもってお礼とさせていただきたいと考えています。ご協力ありがとうございました。

厚生労働科学研究補助金（新興・再興感染症研究事業）

分担研究報告書

地域類型別日本版 DOTS 普及のための基礎的研究

主任研究者 森 亨 (財)結核予防会結核研究所 所長

分担研究者 山下 武子 (財)結核予防会結核研究所 対策支援部長

研究要旨 日本の結核治療の現状を批判的に分析し、患者支援の重要性とそのニーズの増大を確認し、それに対応するための患者支援を先進的に実施している地域の成績の検討を行った。検討に当たっては全国県市の結核担当者による全国結核対策推進会議での発表・討論を参考にした。これらにもとづき入院・外来医療による直接服薬確認（DOT）およびその他の方策も援用して患者の規則的受療を確保する体制づくり（日本版 DOTS）を具体化すべく、定式化した。これは結核感染症課長通知（結核対策の推進強化について、健感発第 0220001 号、平成 15 年 2 月 21 日）として全国に通知された。日本では DOTS が大都市ホームレスへの対応として始められたため、一般の地域、患者に関する必要性の理解が妨げられている。患者支援と治療への公的責任としての DOTS 戦略の理解と普及がとくに重要と考えられる。

A. 研究目的

日本の結核治療の向上を、患者の規則的な治療の完遂を支援する立場から、世界標準の患者支援方式である DOTS 戦略を日本の状況（医療制度、患者の社会的条件、保健所等行政サービスの条件など）に適合させるための検討を行い、プログラムとして定式化する。

研究協力者 小林典子（(財)結核予防会結核研究所対策支援部保健科長）・永田容子（同主任）

B. 研究方法

日本の結核治療の現状を批判的に分析し、患者支援の重要性とそのニーズの増大を確認し、それに対応するための患者支援

を先進的に実施している地域の成績の検討を行った。病院における DOTS に関しては実態を質問紙調査として行った。一方結核治療における患者支援の世界標準である DOTS 戦略の成立と発展について歴史的検討を行った。これらの検討に当たっては文献調査、研究協力者らの経験の他、全国県市の結核担当者による全国結核対策推進会議での発表・討論を参考にした。

C. 研究結果

日本版 DOTS の確率・普及の要件として以下のようなことが指摘された。

1. この数年間に大都市のホームレスを中心に毎日服薬確認（DOT）が普及したが、そのため「DOTS が大都市の生活困窮者へのサービス」という考え方

が保健所関係者に広く広がったため、その本来の目的である規則的な治療確保のための患者支援という観点への関心が薄い。

2. 病院の看護師のいわゆる「院内 DOTS」への関心は極めて高く、毎日服薬確認はかなり普及している。しかしながらこれに対する地域(保健所)の関心が低く、患者支援が退院後に継続されないおそれがある。
3. 地域や患者によっては現行の治療成功率は高く、必ずしも一律の強さの患者支援は不必要である。
4. 患者コホートの大きさは保健所によりかなりばらつきがあり、1 保健所だけでは治療・患者支援のコホート分析による評価が困難なことがある。また 1 保健所単位では症例検討にあたる専門家が確保できないことがある。

これらに基づき、日本版 DOTS は以下のような構成をもつものであるべきと考えられた。

1. 対象者は原則として塗抹陽性肺結核患者とする(初回治療が中心であるが、標準治療適応例であれば再治療例も含まれる)。
2. 院内 DOTS は病院職員による服薬指導とこれに保健所職員(必要に応じて福祉職員)を加えた院内 DOTS 会議が行われる。
3. 地域における服薬確認は患者や地域の条件に応じてさまざまな方法が行われるべきである。もっとも強いものが外来での毎日服薬指導(外来 DOTS)、次に家庭訪問に服薬指導(訪問 DOTS)、

さらに電話やより少数回の訪問による服薬確認、さらに主治医との連絡による受診確認(連絡 DOTS)など。いずれの場合も主治医から毎月の菌検査情報の入手は必要である。

4. 外来中も主治医(医療機関)と保健所による患者を巡る検討が行われる(外来 DOTS 会議)。
5. 年に 2 回以上、県内～ブロック内保健所による患者の治療成績の評価やそれを巡る検討会が行われる(コホート検討会)。これによって各保健所が用いるべき患者支援の方法などの勧告が行われる。

これらの検討結果をもとにして 21 世紀型日本版 DOTS の改訂版を策定した。これは最終的に結核感染症課における議論を経て、同課長通知(結核対策の推進強化について、健感発第 0220001 号、平成 15 年 2 月 21 日)として全国に通知された。

D. 考察

WHO はその DOTS 戦略を策定するに当たって、以下の 5 要素を掲げ、DOTS をこれら成るパッケージであるとした。①強い政府の関与、②有症状患者の塗抹検査による確実な診断、③短期化学療法レジメンによる治療の確実な実施、④薬剤の確実は供給、⑤コホート分析による治療の評価。

本研究で策定した日本版 DOTS をこれに対応させるならば、その 5 要素は以下のようなものになる。①厚生労働省および県市・保健所としての取り組みの確認、②塗抹陽性患者を対象とする、③院内・外来 DOTS、④薬剤・入院病床・外来診療機関

の整備・紹介、⑤DOTS 会議(院内・外来)とコホート検討会の実施。

今後はこのようなコンセプトを正しく現場に浸透させ、日本版 DOTS のできるだけ早期の普及を進める必要がある。そのために必要なこととして以下のようなことが挙げられる。

1. 結核予防法による DOTS の制度化(結核診査会の DOTS 会議への改組、申請にかわり「治療計画」とする等々...)
2. 結核診療において DOTS を診療報酬の対象とすること
3. 結核菌検査の精度管理制度の導入
4. 診査会・DOTS 会議の向上、支援(例、ネット DOTS 会議など)
5. 1~4 も含む DOTS 普及のためのアドボカシー活動の展開

E. 結語

日本の結核医療の問題点に鑑みて、結核診療における患者支援の世界標準方式となっている DOTS 戦略を日本の状況に適合させた「21 世紀型日本版 DOTS」を策定した。

F. 健康情報

とくになし。

G. 研究発表

1. 論文発表

小林典子：院内 DOTS の現状.2002 年のアンケートの結果から、保健師・看護師の結核展望. 40(1): 50-57, 2002

小林典子・野原 勝：日本版 21 世紀型 DOTS 戦略の推進・強化. 保健師・看護師

の結核展望. 41(1): 2-9, 2003

2. 学会発表

小林典子・永田容子・山下武子；院内 DOTS の現状—アンケート調査から—。日本公衆衛生学会雑誌 49(10 特別): 304, 2002

土屋三紀・小竹桃子・大井照・永田容子・森 亨：患者支援型 DOTS(保健所・医療機関連携および患者申告による服薬確認方式)による治療成績評価. 第 78 日本結核病学会総会一般演題(平成 15 年 4 月)

小林典子：日本版 DOTS への提言. 第 78 回日本結核病学会総会シンポジウム「DOTS 戦略の成果」(平成 15 年 4 月)

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む)

なし

DOTS の成立・発展と日本の結核対策への適用を巡って

-日本版 DOTS の必要性と展望-

分担研究者 山下 武子 (財)結核予防会結核研究所 対策支援部長
研究協力者 小林 典子 (財)結核予防会結核研究所対策支部保健看護学科
科長
主任研究者 森 亨 (財)結核予防会結核研究所 所長

A. 結核治療における患者支援の意味

1. 異なる蔓延度における対策のあり方

結核対策全体について、結核が非常な勢いで蔓延していた時代、日本の現行結核予防法が制定された 1951 年頃と、低蔓延になった現在のような状況との間で結核問題の特徴や結核対策の関連要因について比較してみた。感染危険率は、昭和 26 年当時は 4%程度あり¹⁾、そのような状況での結核発病の機序としては、古典的な日本の学説で言う「初感染発病」が中心であった。これに加えて「外来性再感染」もある程度あったといわれることもある。これに対して最近は大部分が「内因性再燃」によって結核を発病している。

患者の内容を見ると、かつては乳幼児・思春期が結核発生・死亡の中心であったが、現在では発生する結核患者の 80%以上が 30 歳以上、60%が 60 歳以上である。これは結核感染を受けている人の 95%が 30 歳以上であることに対応している。

このように異なる状況での結核対策はそれぞれどうあるべきか。感染・予防、発病予防のための重点施策は何か。高蔓延時代には感染源を治療すること、これによって感染源から発射される菌を少なくすることができる。しかし、皮肉にも日本の高蔓延時代には、必ずしも治療は強力とは言い難かった。それで相対的に予防接種や健康診断が重要性を発揮した。

これに対して、今の時代またこれからは、発病予防に関しては、「予防接種」よりもすでに感染して発病準備状態にある人を治療する「化学予防」が大事になると思う。また結核の化学療法の意味はどこにあるか。上述のように高蔓延時代には、化学療法が患者の治療と共に感染防止・発病防止につながっていた。しかし、いまでは患者の QOL (Quality of Life) の向上・確保のほうがはるかに重大な意味を持っている。もちろん感染防止・さらに薬剤耐性菌感染の防止という意義も重要である。

このような低蔓延下においては「治療」が対策の中核を占めるといえる。その治療の効果を左右するものは何か。高蔓延時代には、むしろそれは結核そのものとは関係がないところにあった。すなわち、人々の暮らし自体が貧しく、また、貧しい国々が多い時代であったため、「サービスの貧困」ということが最大の障害になっていた。これに対して低蔓延時代には、「患者が治療サービスを素直に受け入れがたいリスク集団に多い」ということ、それに的確にサービスが対応し切れていないということが大きな障害になっている。

2. 結核対策における診断・治療複合体の意義

治療には診断が先立って行われていなくてはならず、またよい診断はよい治療につなげ

られて初めて意義がある。ゆえに治療と診断は一体である。この組み合わせを「診断・治療複合体」ということがある。

この診断治療複合体、便宜的に「治療」と言っているものの役割として3点を挙げることができる。まず患者の救命あるいはQOLの向上・確保がある。第2に感染防止がある。最後に忘れられがちなものとして「薬剤耐性をつくらない」ということ。多剤耐性結核は治療が困難な上に次の世代にも同じ問題を残すという意味で、通常の感染防止とは別の意義がある。これからの結核対策における治療は、この3つを同時に満たすようなものでなければならない。

このように結核対策においては治療が即予防（感染防止）になるということから、「治療は最善の予防である」とか、「治療に優る予防なし」といったことがますますやかましく言われるようになるだろう。

3. 短期化学療法以前の患者支援

短期化学療法が確立され、また普及する前、長期にわたる治療期間における患者の脱落防止はいま以上に大きな問題であった。IUAT（国際結核予防連合一いまのIUATLD国際結核肺疾患予防連合の前身）もご多分に漏れず、主として途上国の結核対策のなかでの患者管理、脱落防止に非常に手を焼いていた。その対策のために、当時いろいろな国際共同研究が行われた。とくにどんな人が治療を脱落するのかという調査がたくさん行われた。その最終的な結論は、「正常な人なら脱落する」ということだった。たとえば教育水準の低い人や経済的に恵まれないといった特別の問題を持った人だけが脱落するのではなく、脱落はだれでもする、むしろ脱落する人こそ正常なのだということである²⁾。

なぜそうなるのか。それは「結核医療は非常に大きな矛盾を抱えている」、つまり「患者に対して、患者の役割と同時に健康人としての役割も課している」からである。化学療法が向上したため、以前のように入院・絶対安静の必要はなくなったため、「外来治療が中心で、働きながら治療できる」といいながら、同時に「1年も2年も薬を飲み続けなさい」と指示することで、矛盾した2つの行動を期待しているということである。そのため脱落するのはむしろ自然なことだ、という認識である。

この矛盾を克服する方法として、「Motivation—動機づけ」が重要と考えた²⁾³⁾。いったいこの動機づけはだれを対象にしたらよいのか。最初に動機づけされなければならないのは「政策決定者」である。その次が「サービスを提供する医療従事者・行政職員」、そして「地域社会、家族」、最後に「患者」と続くべきである、とこの研究はいつている。それまでは、えてして患者が最初の動機づけの対象として「悪者扱い」にして追いまわすといったことをしていたが、IUATの研究では1960～70年代に、それはあべこべだという結論に達していた。そしてこの認識はいまでも正しい。

4. 長期化療時代の日本の努力

ここで、かつて日本ではこの問題に対してどのように取り組んでいたか、当時の文献で見てみる。昭和44（1969）年の『保健婦の結核展望』の「行政医療」欄には、「茨城県における在宅結核患者の実態調査」⁴⁾、「結核患者において試みた保健婦の保健指導の効果に関する研究」⁵⁾など、患者管理の研究がずらりと並んでいる。この時代には患者管理、治療の確保といったことは、結核対策従事者の重大な中心的な課題であったということになる。

その後、日本にも短期化学療法が導入され治療期間がだんだん短くなってくると、日本の結核対策の現場は、患者管理についてかなり手を抜くようになった。患者管理に対する関心というか緊張感が薄らいだ。それが今日になってもう一回気を引き締めようということで、日本版DOTSなどが課題になってきたわけである。