

## 一般対策の及びにくい集団に関する英国と日本の比較

ジリアン・マリー・クレイグ (Gillian Marie Craig)

TB Link Project プロジェクトコーディネーター

University College London, UK.

### 研究目的

1. 医療サービスの及びにくい人々の結核に関する実情を把握する。
2. ホームレスと結核対策の支援を行っている関係者を明らかにする。
3. 結核感染のリスクがあるホームレスの支援を行っている関係者の責任と権限を記述する。
4. 関係者間のつながりと連携分野を明らかにする。
5. 医療サービスの及びにくい人々の結核対策における第三セクターの発展を明確化する。

### 結論と提言

ホームレスと年齢・貧困と結核に大きな因果関係がある事がわかった。英国での研究でも似たような、貧困・住居の問題と結核が関連している事が示されている。しかしながら、保健衛生・精神・身体的な障害の点から見ると英国に比べ日本のホームレスに多様性は無い。保健衛生・社会的なニーズの多様性を考えるために、系統だったニーズアセスメントが必要である。更に、ホームレスの中でも、アウトリーチサービスを利用できるかによって一般対策をどれだけ受けられているかが違う。そのホームレスによってとる健康行動は違うのである。しかし、彼らのニーズを考慮してではなく、ただ公共の場から彼らを排除しようとするために行政サービスが提供されるなら、保健衛生の不正さを悪化させてしまうように政策が変わってしまう危険性がある。

この報告で論じているように、健康・住居・福祉支援を受けるまでの障害を抜きにして、結核問題は語れない。行政とNPOは、コミュニティの中で一番社会的弱者である集団がサービスを受ける事ができるように政策に公平性を持たせるよう努めなければならない。10羽一からげの方策ではなく、彼らが結核罹患以前と同じ厳しい環境に戻らないように、貧困をなくし、住居・福祉・就労支援をする事が必要である。都市再生とコミュニティ構築における公衆衛生の問題は、貧困、最終的には結核へとつながる。この問題には官民の連携が重要となる。

### <全体>

- DOTなど病院から地域密着型の結核治療を考慮し、治療の自由度を増す。
- 適切な住居設定やアルコールの問題など精神面も含め、個人にあったニーズアセスメントを行なう。一つの例として、個々にあった住居を設定し、そこへ巡回して支援を行なうという方法がイギリスで行なわれている。（日本での例としては、大阪市とふるさとの会が連携して行なっている住居支援がある。）
- 研修・教育を行い、ホームレスと結核に対する偏見差別をなくす。松浦クリニックで渡辺医師がしているセミナーのように、NPOを大いに活用し、差別廃止への教育を行なう。また、大淀自立支援センターでも長い間地域に根ざしたホームレス支援を行なっており、田村氏が地域住民が気軽に利用できる喫茶を開いている。

- ・ 特にホームレス支援のためのサービス産業において、元ホームレスの職業訓練・雇用など行政とNPOが連携を取って就労支援を行なう。これらの例として、訪問看護ステーションコスモスやふるさとの会において元ホームレスが研修を受けホームヘルパーなど介護の資格を取っている。
- ・ ホームレスの結核・健康支援を行なっているNPOや地域での取り組みをまとめ、長期的に継続可能であるか、どこが資金を用意し、主導権を持っているかに特に焦点を当てて評価する。評価し、適切な方法を見出すには、地域の参画が欠かせない。
- ・ NPOが地域の中で結核治療・管理により大きな役割を果たせるような権限を与える。例えば、アウトリーチを行なっている団体がDOTを出来るようにする。
- ・ 全てのNPOスタッフ・簡易宿泊所の人に結核に関する研修を行なう。

#### <アウトリーチ>

- ・ MSFや笹島診療所が行なっているような付帯条件なしの健診を行なう。
- ・ 新大阪人権協会のようなアウトリーチを主眼としたNPOの実績を明らかにする。

#### <路上健診>

- ・ 保護施設・NPO・簡易宿泊所・建設企業がもっと効果的に連携していけるような対策を策定する。
- ・ ホームレスの近くにいるNPOを巻き込んで路上健診を行なう。また、一部NPOに委託する。
- ・ 健診受診のためのインセンティブを考える。(例：炊き出し)

#### <病院において>

- ・ 医療協会やNPOも巻き込み、患者を受け入れるように病院に財政支援を行なう。結核病床を無くすのではなく、ホームレスの結核患者を受け入れるように病院に幾つかのインセンティブを提示する。(高鳥毛先生との話し合いより)。
- ・ なぜ自己退院をしてしまうのか調査する。保健師などの早期介入や、NPOの病院訪問・ピアサポートがあることにより自己退院・治療中断は減るというエビデンスはあるのか。また、もしNPOが入院患者の支援を行なえば、病院側もホームレスの患者を受け入れやすくなるのか。(大阪での入佐さんが行なっている支援ワーカーの例がある。)
- ・ 病院スタッフに研修を行い、ホームレスや結核に対する偏見を無くす。NPOスタッフやホームレスを一部講師に迎えて研修を行い、結核に関する専門的な研修とホームレス問題に関する研修を行なう。
- ・ 人々が退院後地域に戻っていくまでの間の保健衛生的・社会的支援を多様な視点から調査・研究する。文献には数多くのモデルが載っているが、例えば、アメリカのハーレムのモデルや、オランダのアムステルダムモデルがある。

## ロンドンにおける結核対策に関する分析

1. ロンドンにおける結核対策
2. ロンドンの公衆衛生行政システム
3. スタディーツアー参加者の報告

### 1. ロンドンにおける結核対策

結核予防会結核研究所 加藤誠也

#### ロンドンの概況

イギリスの首都、ロンドンは西ヨーロッパにおいて文化的にも人種的にも最も多様性を持った都市である。使われている言語は 300 以上とされている。また、世界で最もよく知られた観光都市であり、年間 1,310 万人の観光客が訪れている。ロンドンの人口は 720 万人でイングランドの 15%を占めている。住民の 52%は過密な家庭環境にあり、5分の3は社会的に最下層地域に住んでいる。イギリスの人種的マイノリティの約半数がロンドンに住んでおり、ロンドンの人口の3分の1を占めている。

6万世帯が仮の住宅に居住している「ホームレス」であり、イギリス全体のホームレスの65%をロンドンで占めている。1万人の単身のホームレスが、450カ所以上のホステル（簡易宿所）にいる。

ロンドン刑務所の収容者数は超過密状態にあり、人口当たりの収容者数は 10 万対 141 と EU の中で最も高い。薬物を使用している者は 7 万人おり、近年、“crack houses”が増えている。

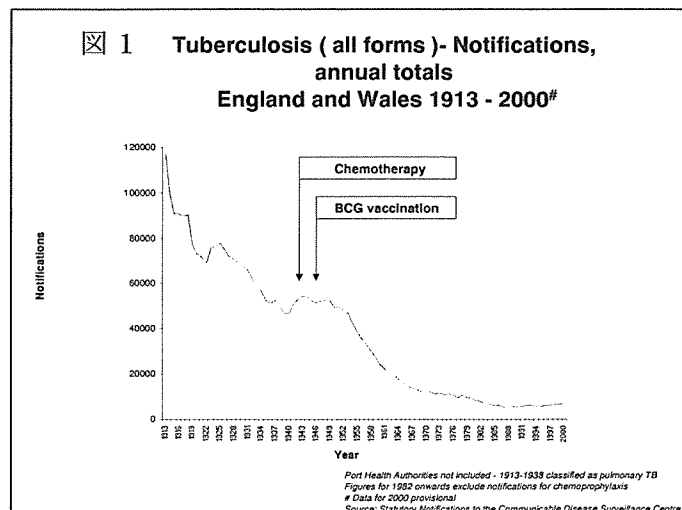
#### 結核の疫学的状況

##### 1. 歴史

17 世紀のロンドンでは、5 人に 1 人が結核で死亡したという記録が残っている。その後間もなく、結核はイギリス、アメリカ、ヨーロッパで大流行した。19 世紀には“White Plague”として知られるようになった。

図 1 は 1913 年から 2000 年までのイングランドとウェールズの結核報告数の年次推移を示したものである。

1913 年に約 12 万人近く報告



された結核患者は BCG や化学療法が行われるようになった 1950 年代になる前に半減した。1950 年から 60 年代にかけては順調に減少したが、その後 60 年代には減少が鈍化しているように見える。更に、80 年代後半から患者数の増加が認められている。

## 2. イギリスの現状

図 2 に 1993 年から 2000 年までの人口 10 万対の患者報告数の推移を示す。94 年から増加を続けている。過去 10 年間でイングランドの報告は 27% 増加した。これをロンドンとロンドン以外のイングランド及びウェールズに分けて比較してみると、図 3 に示すように、全体の患者数を押し上げているのはロンドンの患者の増加であることが、明らかである。ロンドンでは 1987 年には人口 10 万対 20 程度まで低下したが、その後は増加を続けている。

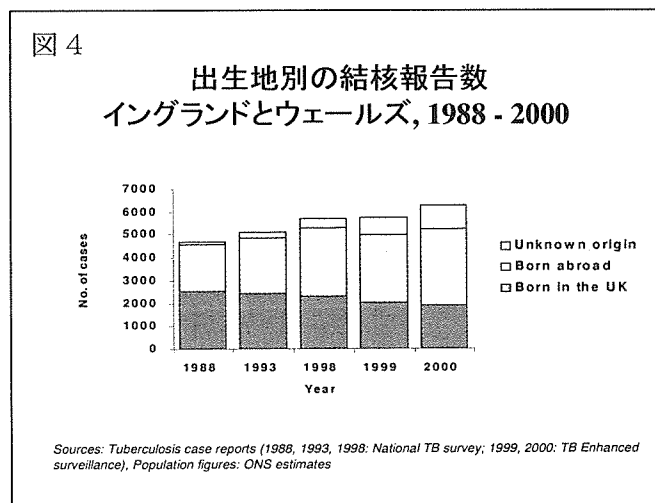
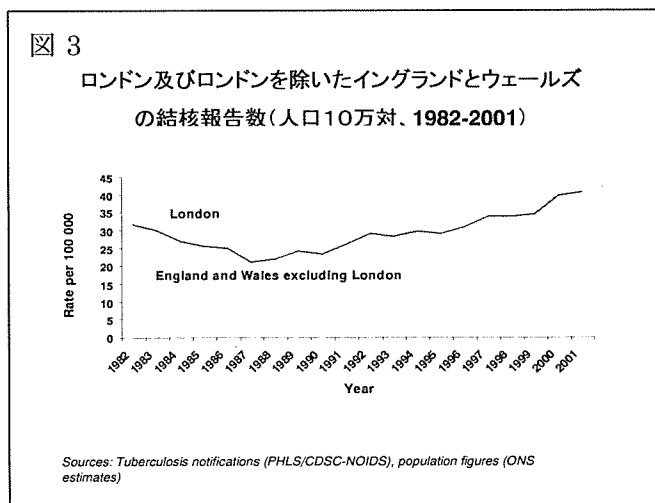
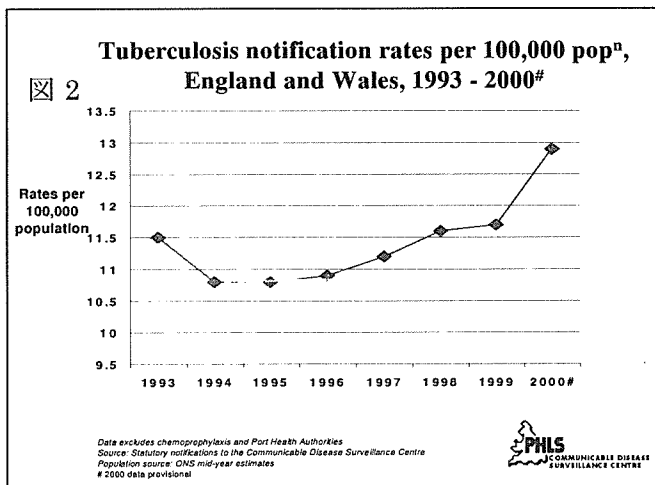
2002 年にはイングランド、ウェールズ及び北アイルランドで 6,974 人の新患者が診断され、これは人口 10 万対 12.9 になる。これに対してロンドンの罹患率は人口 10 万対 40.9 で約 3 倍である。患者の 3 人に 2 人は人種的マイノリティグループに属する。患者の 5 人に 2 人は外国生まれで、入国後 2~3 年に発症する事が多く、出身地で見るとインド亜大陸が 51%、アフリカが 38% で、これらが外国生まれの患者の約 90% を占めている。

図 4 に、イギリス生まれの患者と外国生まれの患者数の推移を示しているが、1988 年から 2000 年の間で、イギリス生まれの患者は小幅ながら減少しているのに対して、外国生まれあるいは出生地不明の患者数が増加している。

表 1 に示す 1998 年から 2000 年における出身地、人種別の罹患率を見ると、外国生まれは約 17 倍罹患が高い。

人種ではアフリカの黒人は白人の 10 倍以上罹患が高い。

1 年間に HIV と診断された人は 4000



を少し越える程度で、その中で AIDS を発症している人は 600 人であり、結核はイギリスにおいても、HIV よりも患者数が多い感染症である。患者のほとんどは、都心の貧民地区に居住しており、感染のリスクのある人達のほとんどは結核がまん延している地域で働いていた人、あるいは住んでいた人である。

以上のように、イギリスの結核まん延の中心は大都市ロンドンであり、問題は、ホームレス・外国人（エスニック）に集約されている。

表 1. 出身地、人種別結核罹患率（1998-2000、イングランドとウェールズ）

	白人	インド、パキスタン、バングラディッシュ	黒人アフリカ	その他	合計
イギリス生まれ	3.4	41.0	35.8	13.9	4.4
外国生まれ	9.2	175.3	280.5	58.9	73.4

出典：Tuberculosis case reports (1998: National TB survey, 1999, 2000: Enhanced TB surveillance), Population figures: (ONS-Labour force survey)

### 3. ロンドンにおける疫学状況(The London TB Caseload Profile 2003)

Local Database, Nursing & medical note, London TB Register, Hospital Patients Appointment Systems, Service Colleague (TB, HIV, Paeds Prison)から得られた 2003 年の症例 2080 の解析結果から一部を示す。(Alistair Story, CDSC による)

#### ①薬剤耐性

17.6%の患者が何らかの薬剤耐性を持っていた。INH 耐性は 11.9%、MDR は 5.7%であった。2 年以上治療している患者の 25%は MDR であった。ホームレス患者の 11%、刑務所の収容者の 17%、コンプライアンスの悪い患者の 10%が MDR であった。

#### ②ホームレス

235 例(12%)がホームレスであった。その中、79 例(4%)が路上生活あるいはホステルに居住していた。156 例（8%）は不安定な仮の住居に住んでいた。

#### ③HIV

HIV と診断された割合は 9.6%であったが、施設によって大きく異なっており、多くの結核患者は HIV 検査を受けていない。この調査結果では HIV 検査を受けた人の 23.8%が陽性であった。

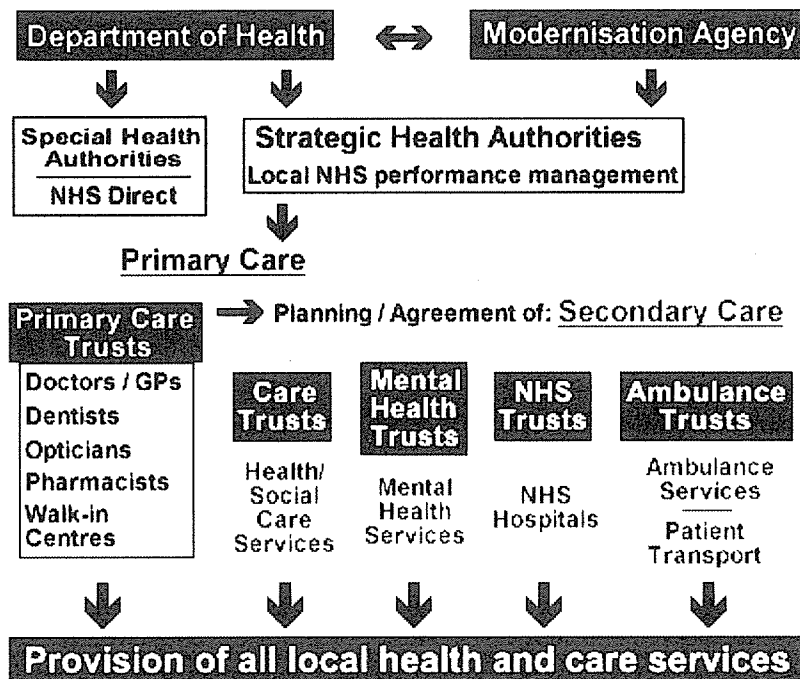
#### ④外国生まれの患者

外国生まれの患者の約半数(47.5%)が発症までの間 5 年間以上イギリスに住んでいた。12%の患者は発症に先立ってイギリス国内で結核患者との接触があった。外国生まれの再発患者の 63%はイギリスでの治療歴があった。

### 結核対策の組織について

イギリスにおける公衆衛生活動関係業務の中で、環境、食品、医薬、社会福祉は Local Authority（ロンドンでは Borough）が責任を持っている。これに対して、結核対策を含む保健・医療サービスは全て National Health Service(以下 NHS)のもとに国営事業になっている

る。



National health Service の組織 (NHS ホームページより)

Department of Health (保健省、以下 DOH) は NHS に関する政策の方向性、資源の確保に関する責任を持っており、サービスの質的向上のために、国の標準を策定する役割を持っている。DOH が 2000 年に策定を企図した結核対策に関するアクションプランは、政治的理由から頓挫したままになっていたが、2004 年 10 月になって発表された。政策策定にあたって技術的な部分は British Thoracic Society (英国胸部疾患協会、以下 BTS) のガイドラインを取り入れている。

Strategic Health Authority (戦略的保健当局、以下 SHA) は、Primary Care Trust (以下、PCT) が NHS として提供するサービスの管理をするため 2002 年に全国で 28 カ所設置された。ロンドンには 5 セクター (地域) 毎に SHA が設置されている。その役割は以下のようなことである。

- 地域における保健医療サービスの改善計画を策定すること
- 地域における保健医療サービスの質の確保
- 地域において、より良い保健医療サービスが提供できるよう能力を高めること
- 国の優先政策 (例えば、がん治療向上) が地域の保健医療サービス計画に包含されること

地域におけるプライマリー・ケアに関するサービスは、DOH から NHS を通して配分された予算を用いて、その末端組織である PCT が実施している。

PCT の主な機能は、

- 1) 地域において優先すべき保健医療サービスの選択
- 2) 地域住民の健康改善に資するための戦略的計画の作成

- 3)地域における保健医療関係者間の連携強化
- 4)保健医療サービスの提供
- 5)保健医療サービスと福祉サービスの連携等の推進

PCT は地域の NHS Hospital や General Practitioner（一般医、以下 GP）とサービス提供に関する契約を結んでいる。PCT は DOH の直接支配下にはないことから、制度上自律的ではあるが、国の方針に反するようなことは実際上ありえない。

結核が疑われる患者を診察した GP は NHS Hospital にある TB Clinic に紹介するように勧められている。すなわち、結核の診療は二次医療として行われているが、GP が紹介する事は義務ではない。

一方、The Health Protection Agency (健康保全局、以下 HPA)は、感染症に関連した2つの組織と、放射性物質と化学物質とに関連した2つの組織とを統合して、2002年に設立された新組織である。その一部門である Communicable Disease Surveillance Centre(以下 CDSC)は、スコットランドを除く全イギリス内の結核登録患者に関する情報収集及びその解析を行っている。(HPA はロンドンの北西部 Colindale に位置していることから HPA-CDSC-Colindale と呼ばれる)。ロンドンにはこの地域事務所(HPA Regional Office)があり、更にセクター（ロンドンでは5セクターに分かれている）毎に Health Protection Unit (以下 HPU)が設置されている。

結核の集団感染事件発生時には、HPA-CDSC-Colindale は各地域の HPA (HPA Regional Office) やセクター毎に設置されている HPU の職員と協力して、その地域の保健衛生関係者に対して、技術的な指導及び支援を行っている。また、HPA は全国7カ所に抗酸菌リファレンスセンターを持っており、そこで集積される結核菌の薬剤感受性に関する情報収集とその解析を実施している。この結果は NHS Hospital に技術指導として還元されている。

TB Network は、HPU, PCT, Local Government Authority, NHS Hospital, GP が結核対策に関わる保健・医療・福祉関係諸機関の連携強化のために参加している、いわば有機複合体であり、現在ロンドンに5カ所ある SHA 中の4カ所の SHA において運営されている。1993年からインフォーマルな組織として活動を開始し、当初は現在のような活動が想定されていた訳ではないが、徐々に役割が大きくなり、現在は結核ネットワーク調整官が、各 PCT からの予算配分により雇用されている。関係諸機関から派遣される12-14人程の委員により構成されているネットワーク委員会(Board)を四半期毎に開催し、その地域における結核対策が地域の必要性に対応し、また、patient-oriented のサービスが提供されるように調整及び評価を行っている。

#### ※Primary Care Trust (PCT)について

保守党は1991年4月から施行された NHS・コミュニティケア法に基づき、市場原理を取り入れた NHS 改革を行い、一般医の中に独自予算を持つ GP Fund holder「予算保持一般医」を創設した。GP Fund holder は自分の患者のために提供者（NHS Hospital, トラスト、私的部門）からサービスを購入することによって、市場原理を機能させようとするものであった。

その後ブレア政権に代わって、1999年4月から GP Fund holder を廃止し、Primary Care Group(以下 PCG)を導入した。プライマリー・ケアを担うこの組織は全国に約500作られ、

1つのグループは50人程度の一般医と保健師などで構成され、地域のプライマリー・ケアに関する計画を練ったり、必要な医療資源（訪問理学療法士などの人的サービスや機器など）の共同購入などを行った。

さらに2002年4月からPCGは全国約300のPCTに移行した。プライマリー・ケアを重視し、権限も予算も第一線医療を担うPCTに移譲しようとする改革である。Health Authorityが担当してきた運営や8カ所のRegional Officeが担当してきた長期戦略づくりも、地域のニーズを最も良く理解している第一線に近いところに下ろすものである。これによりPCTがNHSの中心になり、NHSの予算の75%がPCTに配分される。ここでのプライマリー・ケアには医師・歯科医師への受診、眼鏡士の視力検査、薬局で咳止めを買うこと、NHSの外来センター、NHSダイレクト（電話相談）などが含まれる。各PCTの管理、運営は次の委員会によって行われる。

1)プライマリー・ケア・トラスト管理委員会 (PCT Board)

各PCTは11人の委員（俗人の委員長・地域の5人の俗人委員・トラスト主任実行委員・財務主任・3人の臨床家（少なくとも1人は一般医、1人は看護師。3人のうち1人は臨床の管理を代表し、1人は実行委員））からなる委員会によって監督される。

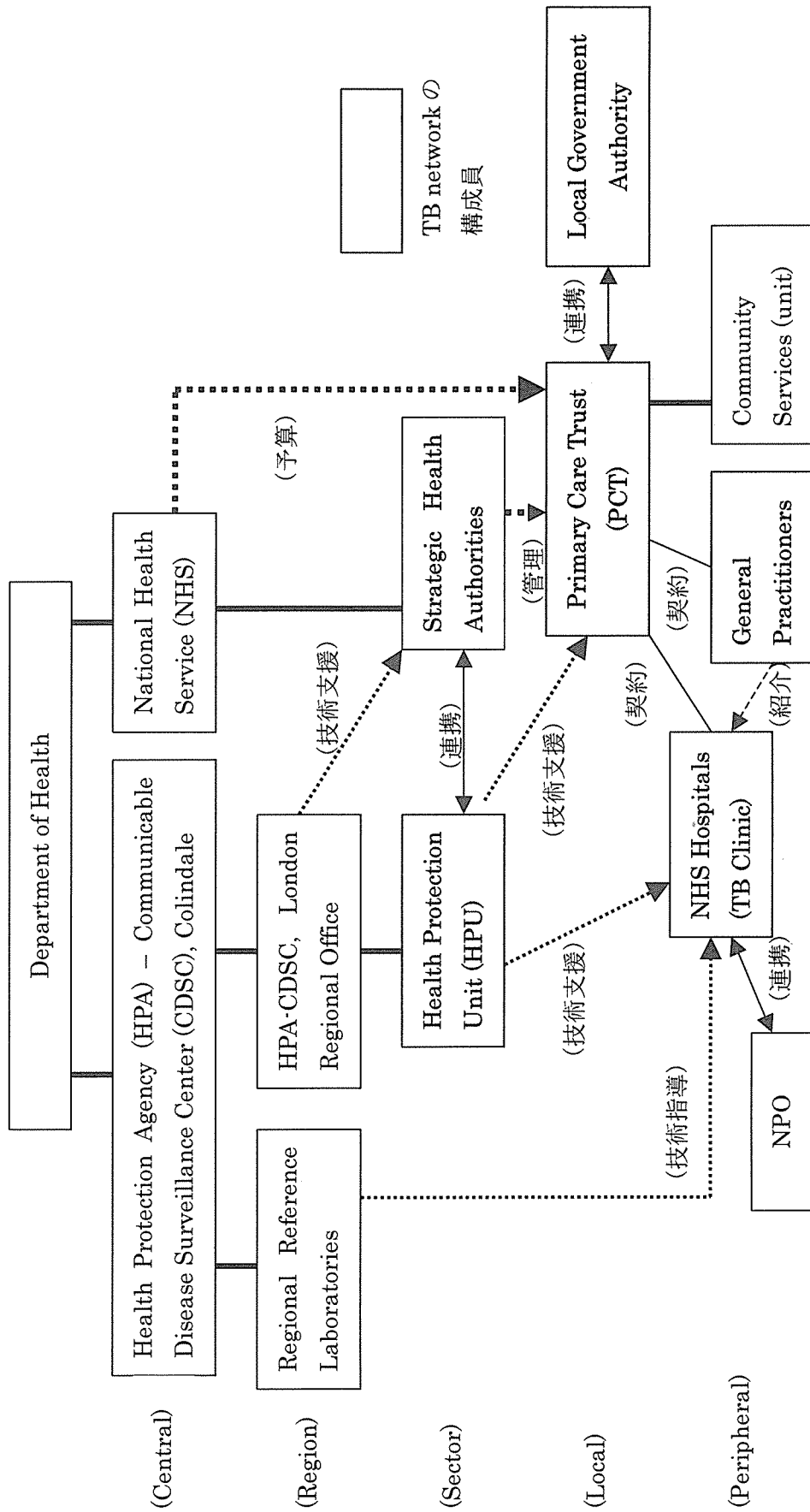
2)プライマリー・ケア・トラスト実行委員会 (PCT Executive Board)

プライマリー・ケア・トラスト実行委員会は日常の運営に責任を持つ。実行委員は15人以下の委員によって構成される。委員会は委員長、主任財務委員、1人か2人の社会サービス部門の代表・専門委員（公衆衛生の資格と経験を有する者1人・医師（7人まで）・看護師（7人まで））を含み、専門委員が過半数を占めなければならない。委員長は実行委員会専門委員によって選ばれ、トラスト委員会の委員長の承認を得る。

この改革により、保健当局の名称がStrategic Health Authorityに変更され、その数も100から28に統合整理された。



ロンドンにおける結核対策に関する組織図



## 対策実施の考え方

ロンドンにおける対策実施の枠組みは以下に基づいている。

- **National clinical and disease management guideline**  
(British Thoracic Society and Inter- Departmental Working Group on Tuberculosis) BTS  
のガイドラインを基にした臨床及び予防のガイドライン。
- **Public Health Acts: Section 37 and 38 (1984)**  
Section 37 は患者の入院について、Section 38 は拘置に関する規定であるが、BTS  
の Joint Tuberculosis Committee の取り決めで、他への感染の危険がない限りは  
強制的な治療は行うべきではないとされている。その執行には判事の命令を必要  
とするが、実際に適応されたことはない。Section 35 には強制的な検査の規定が  
ある。
- **National TB Action Plan (DOH)**  
WHO/IUALTD の DOTS 戦略を参考に 2004 年 10 月に策定された。最終目標は結  
核を減らし、根絶することである。中間目標は以下の通りである。
  - 結核に新たに感染する危険を減らすこと
  - 結核に罹患した全ての人に質の高い治療を行うこと
  - 薬剤耐性、特に多剤耐性を低いレベルに保つこと

このために、以下の 10 項目の活動を行うとしている。

- 1)結核に対する認識を高めること
- 2)強力な関わりとリーダーシップ
- 3)質の高いサーベランス
- 4)卓越した臨床医療
- 5)組織化されて調整が行き届いたサービス
- 6)第 1 級の臨床検査サービス
- 7)地域における効率のよい対策
- 8)結核専門家の人材確保
- 9)最先端の研究
- 10)国際協力

### • London Regional Target (2000)

- 治療成績を 100%モニターすること
- 全ての PCT の各セクターに患者 40 人に 1 人の TB Specialist Nurse が配置されること
- 全てのセクターにおいて包括的な TB Network が確立されること
- 結核と診断された全ての患者が HIV 検査を受けること

### • London TB Nurses Group recommendations

- あらゆる所からの紹介に対して簡単かつ迅速なサービス提供により早期診断されること
- 脱落を防ぎ治療完了を進めるために患者中心のケースマネジメント
- 全ての濃厚接触者を迅速かつ完全に検診すること

## 結核対策の実施状況

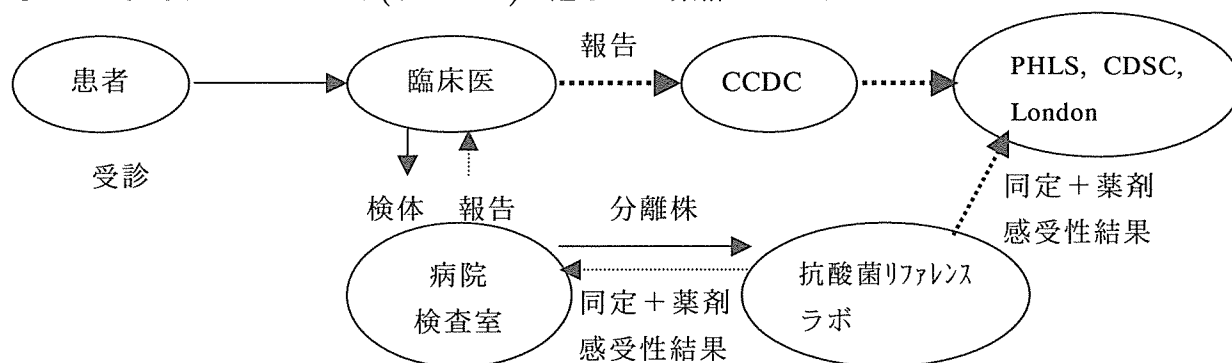
### 1. 患者発見

有症状者は GP を受診するが、結核を疑った GP は NHS 病院にある TB Clinic を紹介することが勧められている。一般への健康診断は行われていないが、地域における対策の一つとして、新入国者への健康診断が勧められている。入国した港での健診が行われるべきであるが、40 から 60%が居住地域に報告されないため、よく機能していない。BTS のガイドラインには新入国者の患者発見について、以下のような勧告がある。

地域の保健局は全て新しい移民を結核健診のみならず、他の健康増進、疾患対策のためにも把握すべきである。健診は症状の有無、結核の既往、BCG 接種の有無に関する問診を含める。

### 2. 患者届出・サーベランス

イングランドとウェールズにおけるサーベランスは下図のようなシステムになっている。Public Health Acts に基づいて、医師は疑診を持った段階で届け出ることになっている。疑診で届け出られた例が違っていた場合には、除外の届出をなるべく書面で行う。実際は届出票に看護師が記入して、医師がサインをして、HPU に送られる。届出情報は HPU から HPA-CDSC→HPA-CDSC (Colindale)と送られ、集計される。



PHLS CDSC: Public Health Laboratory Service Communicable Disease Surveillance Center

CCDC: Consultant in Communicable Disease Control

### 3. 接触者検診

濃厚接触者、すなわち台所を共用している同一世帯の人、ボーイフレンド、ガールフレンドや頻回に訪ねてくる人を中心に行う。通常は TB Specialist Nurse の業務になっており、必要に応じて HPU が実施方法等についてアドバイスをする。また、集団発生などの時には HPA も支援を行う。

### 4. 予防接種

BCG 接種は 10 から 14 歳のリスクの高い全グループに対して行う。リスクの高いグループには、罹患率が高い国からの移民の乳幼児、エスニックグループの子供が含まれる。BCG 接種の対象範囲は各自治体と PCT が決めており、地域によって違いがある。BCG 接種は BCG 瘢痕のないものに限るとされており、生後 3 ヶ月までで患者との接触歴のない乳児はツ反なしに接種する。

## 5. 患者管理(DOT)

1998年の英国胸部疾患学会(BTS)の勧告により、最低、月1回の服薬状況確認から、服薬完遂が難しいと思われる患者には週3回のDOT実施まで、患者の必要に応じた支援を行うことになっている。服薬完遂が難しいと考えられる患者には①ホームレス、②アルコール依存症または薬物中毒、③放浪者、④精神疾患を持っている人、⑤多剤耐性結核患者、⑥服薬中断あるいはその既往を持つ人が含まれており、新入国した人と難民については検討することになっている。ロンドンのDOT実施率は地域によって差がある。

99年のロンドンの治療成績は、24クリニック中18クリニック(全体の59%)からの回答で、治療完了87%。セクターによる幅は74~95%であった。

2001年の登録後1年のコホートのデータによると、全症例の治療完了は80%、肺結核77%、塗抹陽性肺結核78%であった。治療完了に至らなかった主な理由は死亡5%以上、フォローアップ失敗4%、治療継続中4%であった。

## 6. 対策が及びにくい患者への支援

日本では「対策が及びにくい患者」には、ホームレス、外国人、一部の高齢者なども含まれるが、今回はホームレスに焦点を当てて、調査を行った。

イギリスでは、従来から公衆衛生活動の一環として住宅監視が実施されており、基準を満たさない住宅に住んでいる者は「ホームレス」に分類される。日本におけるホームレス(路上生活者)はstreet homelessあるいはrough sleeperと呼ばれている。Street homelessは保護の対象になっており、本ツアー中にも、Middlesex Hospital近くの路上で寝ていた男性を婦人警官が保護するのが目撃されている。保護されたホームレスは、慈善団体等が運営するHostelに収容され、その後福祉が住居等の対応をする。

今回のツアー中、以前はstreet homelessが多かったKingscross地区あるいは、SOHO地区にも行って見たが、路上で寝ている者は見かけなかった。ホームレスの結核対策に関わっている人からは、「ロンドンからstreet homelessがいなくなったのは、ブレア政権になってからロンドンからなくそうという動きが強くなったためであるが、street homelessは地方都市に移っただけで、問題が解決された訳ではない。」という意見も聞かれた。

ロンドンにおけるホームレスにおける結核罹患は米国、日本と同様に非常に高いため、Hostelにおけるスクリーニングなど通常の結核対策に上乘せする形で実施されている。(オランダのKNCVからデジタル健診車を借りて健診を行った。)

今回ツアー中に説明を受けたCamden地区における対策の特徴としては、

- 1) 福祉側の従事者に対する結核に関する教育が行われており、患者発見等の戦力になっていること
- 2) 地域の看護師の専門分化が進んでおり、TB Specialist Nurseと連携して質の高い支援が提供されていること
- 3) 医療サービスが税でまかなわれているために無保険者の問題がなく、ホームレスであっても有症状時の受診の妨げにならないこと
- 4) 他の福祉サービスと連携が取れていること

などが挙げられる。

※TB Link Projectについて(Dr. Gill Craig, Joe Hallの説明による)

Camden 地区には約 300 の異なったコミュニティがあり、12,000 人のホームレス（3000 人は子供）が生活している。その中で、street homeless は常時 25 人いる。ホステル（簡易宿所）は 10 か所で 785 室あり、利用者の 70%は薬物中毒患者である。16-24 歳の 2000 人が薬物を使用している。

この地区の人口は約 20 万人で、結核罹患率は人口 10 万対 63.5。2003 年 1 月から 2004 年 4 月までの 174 例の結核患者の 29%が住宅を必要としており、30%は生活保護、14%はほとんど収入のない人、13%は HIV 陽性（69%は不明）、11%が薬物依存、4%が精神疾患を持っている人、73%は外国生まれ、13%が亡命者であった。

ここでホームレスの結核患者支援のための調査プロジェクトである TB Link Project が始まった。目的はホームレスの結核患者のより良い臨床的、社会的結果を出すための効果的なモデルを作り、評価して広めることである。目標は結核の管理技術に役立つようなサービスを行う様々な専門職(TB Specialist Nurse などの専門看護師や社会福祉の専門職)のネットワークを作ること、及び”TB Link”で働く人がネットワークにアクセスできる役割を作ることである。評価とアクションリサーチの方法は、

- 1)Link worker の支援を必要な人を特定するためのリスク評価方法を策定すること
  - 2)支援を実行すること
  - 3)支援を受けた人、地域の組織に定性的面接を行うこと
- このために、
- 4)ターゲットグループとその問題を明らかにする
  - 5)地域資源を明らかにする（サービスのマッピングをする）
  - 6)Link worker の業務を決める
  - 7)モデル実施の障壁と可能にするものを特定する
  - 8)できたモデルを他に適用する

成果の評価項目は、(1)住居の安定化 (2)収入を増やすこと (3)関連したサービス（例：薬物／アルコール、移民）を利用すること (4)協同の実績があること (5)利用者の意見 (6)治療成績である。また、Camden Borough のホームレス対策と共同し、他のホームレスに関する NGO とも連携する。

Homerton 病院では週 3 回の間欠療法で主に Hospital based DOT が行われている。仕事のない人にはバスのパスが与えられ、コーヒー、茶、菓子も用意されている。DOT の実施率は 25-30%程度である。このプロジェクトは始まったばかりで、まだ成果がまとめられていない状況である。

### **TB Specialist Nurse とその役割**

TB Specialist Nurse（以下、TB Nurse）は 1993 年、結核対策の強化にあたって、結核を専門とする医師が著しく不足していた事情に対応するために制度化された。TB Nurse には、日本では医師法上の制約から医師でなければ行えないことまで実施する権限と、それに伴う責任が付与されている。BTS のガイドラインにも TB Nurse と health visitor がより高いレベルで仕事をすることが結核の予防と対策の鍵であると明記されている。1988 年の Joint Tuberculosis Committee(JTC)は年間 50 人の届出患者に対して、1 人の常勤の TB Nurse を配置するよう勧告しているが、実際は地域差が大きい。

また、TB Nurse のネットワークが作られており、ネットワークが中心になって結核サービス提供についてのガイドライン(Patient-centered care standard)を作った。London TB Nurses Network は調査研究も行っており、先に記載したような The London TB Caseload Profile2003 としてまとめられた。このように、TB Nurse はイギリスの結核対策において、中心的な役割を果たしている。

### 1. 研修及び資格取得

イギリスの看護関係資格は看護師（成人、小児、精神、障害者の専門がある）及び助産師で、公衆衛生看護師（日本の保健師）に相当する資格はない。それぞれが単独の免許で3年6ヶ月の養成期間に加えて、6ヶ月間で学士論文を提出して大学卒業となる。なお、在宅ケアの中心となる Community Nurse は大学院レベルの認定である。

TB Nurse になるには看護師免許取得後、最低3年間胸部疾患関連病院で臨床経験を積んだ後に、専門の研修を受けて認定される。研修は全国2カ所（London City University, 他に1カ所ある）で行われており、1回のコースの参加者は15人程度。10週間に1回全日の研修を5日間（更に結核に関係する他の施設も見学するよう勧められる）受けると、TB Nurse として処方箋を出すことができるようになる。また、Advance Course はTB Nurse の主任になる時に受講するコースで、10週間の中で5日間全日研修でその他に合計200時間、課題が与えられる。

ちなみに、本研究のカウンターパートである Mr. Joe Rowan はロンドン市立大学の看護学講座の講師も務めており、週2日はNHS Hospital 中にあるTB Clinic でTB Nurse として働き、残りの3日は大学で研究・教育に従事している。

### 2. TB Nurse の業務

TB Nurse の具体的な業務は以下のようなことである。

- ①結核患者の支援:支援計画の策定、DOT(脱落しやすいと考えられる患者に対して)、  
毎回1回の患者の面接
- ②予防内服対象者の支援
- ③接触者検診・感染予防措置:対象(感染を受けた人)の選定や感染源発見のために  
必要な情報収集
- ④TB Nurse が行うクリニック:トリアージ・クリニック、患者への処方
- ⑤新入国者の健診
- ⑥学校、職場における健診
- ⑦患者の届出・登録の確認
- ⑧健康教育

日本では予防に関わることは保健所、治療は病院で行われているが、イギリスには地域における保健所はなく、結核に関しては接触者検診などの予防業務もNHS Hospital にあるTB Clinic でTB Nurse を中心に行われている。これらの業務を遂行するにあたって、TB Nurse はBTSのガイドラインに準拠したTriage Algorithmに従って、眼科的検査、BCG、ツベルクリン反応、胸部X線撮影の指示を出すことができる。

### 3. TB Nurse が行うトリアージ・クリニックにおけるガイドライン

結核疑いの患者に対する TB Nurse が行うトリアージクリニックのガイドラインは以下の通りである。基本的にこのクリニックは医師のクリニックと連携して行われる。

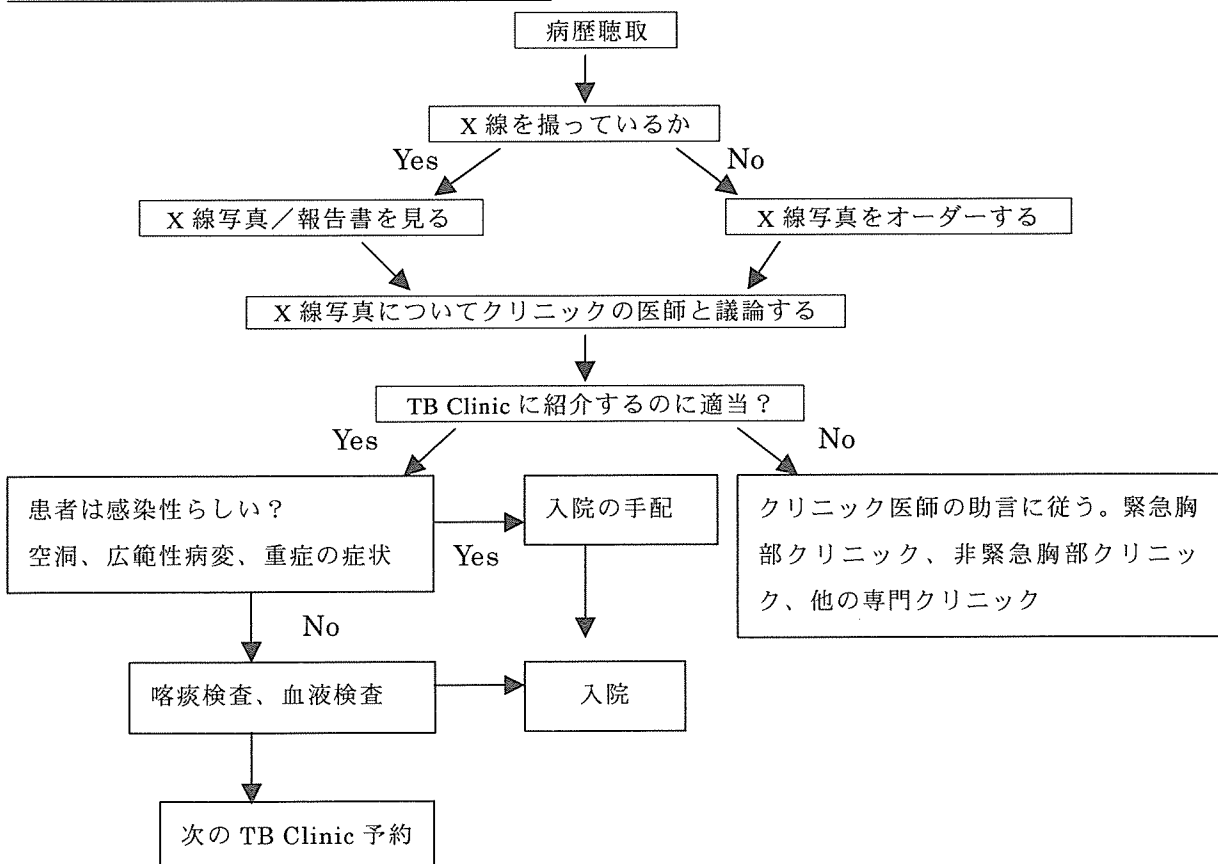
このクリニックの目的は患者を評価することによって、以下のように振り分けることである：① 緊急に TB Clinic に紹介する患者、② 緊急ではないが TB Clinic に紹介、③ 緊急に呼吸器疾患クリニックに紹介、④ 緊急ではないが呼吸器疾患クリニックに紹介、⑤ 他の適当なクリニックに紹介。

X線写真で結核が疑われる時、あるいは、体重減少、盗汗（寝汗）、食欲不振、感冒様症状の持続、全身倦怠といった症状のある患者はこのクリニックに紹介される。紹介するのは通常は GP であるが、ホームレス、薬物中毒その他の罹患しやすいグループについては現場で働いている医師以外の専門職からも紹介を受ける。

クリニックでは紹介された患者は以下のように振り分けられる。

- ・ 病歴や症状を完全に聴取する。
- ・ 結核患者との接触歴や最近の旅行歴を記録する。
- ・ X線写真がない場合には、撮影を行い、クリニックの医師の助言を得る。
- ・ X線写真で肺結核が疑われる場合には以下の検査を行う。  
喀痰塗抹検査 3 回、培養及び感受性検査 1 回、血液検査（血算、血沈、血糖、CRP）
- ・ 患者に空洞性病変がある場合あるいは、帰宅するのが適当でない場合にはクリニック医師と入院についての相談をする。
- ・ 患者が結核らしかったら、次の TB Clinic に回す。
- ・ 結核らしくなかったら、対応についてクリニックの医師と相談する。

#### 肺結核が疑われる患者への看護師の対応



#### 4. 患者中心の治療標準(patient-centered care standard)

London TB nurse Group と Sector TB Nurse Management Group の合意による 17 項目の患者中心の治療標準(patient-centered care standard)が示されている。

- ①誰からの紹介であっても TB Nurse が直接患者を受ける。
- ②診療したどの患者も 2 日以内に治療を開始する。
- ③患者は担当看護師と担当医師を持つ。
- ④患者の支援は患者の好みによって家庭あるいはクリニックで提供される。
- ⑤患者、看護師、医師及びその他多職種によるチームメンバーに良好なコミュニケーションと相互尊重が存在する。
- ⑥患者のフォローアップ計画は個人のために作成する。
- ⑦患者は少なくとも月 1 回はフォローアップを受ける。
- ⑧胸部クリニック（あるいはその代わりとなる治療センター）から受ける治療はトラストによって無料である。
- ⑨TB Nurse は細菌検査の全ての塗抹と培養陽性の検体について報告を受ける。
- ⑩患者はいくつかの言語から選択して情報を得られる。
- ⑪地域の行政組織とボランティア組織との良好なつながりがある。
- ⑫患者は必要な時に接触するチームメンバーの名前と電話番号を知らされる。
- ⑬地域の GP はサービスについて情報が得られ、迅速な紹介方法を知っている。
- ⑭高蔓延地域では予約なしのクリニックが利用可能である。
- ⑮患者は必要に応じて様々な臨床及び社会サービスに迅速に紹介される。
- ⑯接触者検診は感染性の結核患者が診断されてから 2 週間以内に完了する。
- ⑰教職者が結核のサービスに関わっており、地域のコミュニティに結核と利用可能なサービスについて周知が図られる。

#### 治療

患者の治療は可能であれば家庭で行うのが原則であるが、病気の重症度、治療の副作用、社会的理由、診断確定のための検査で入院が必要になることがある。肺外結核は一般病棟で治療可能であるが、肺結核は最初は外部へ換気可能な個室に収容するべきである。入院期間は通常 2 週間程度である。これは耐性菌でなければ、治療開始後、通常 2 週間程度で感染性がなくなることを根拠としている。耐性の有無については菌の遺伝子検査も行われるようになってきたが、全ての患者に対して行われている訳ではないようである。退院にあたって、TB Nurse は患者に対して家族や周囲の人への感染予防の説明をするが、その遵守については、患者の責任となっているようである。

治療は HRZ(E)2 ヶ月+HR4 ヶ月で計 6 ヶ月、髄膜炎は HRZ(E)2 ヶ月+HR10 ヶ月で計 12 ヶ月、化学予防は H6 ヶ月あるいは HR3 ヶ月また H 耐性の化学予防は R6 ヶ月が標準になっている。FDC (Fixed Dose Combination) が広く使われている。

#### その他

NGO の活動(TB Alert)

結核予防会のような啓発普及を結核行 National Association は 1960 年代に消滅した。



1998年世界の結核のアドボカシーを行う TB Alert が設立され 99年の World TB Day から活動を始めた。NGO の役割として、① advocacy ② public awareness ③ coordination of service が挙げられており、現在、TB Alert は、啓発普及活動の一環として各種リーフレットを配布している。

## 考 察

ロンドンにおける結核の疫学的状況は欧米の多くの都市と同様、外国生まれ、あるいは新入国者とホームレスの問題に集約される。HIV については、イギリスの他都市よりは多いと推定されるが十分な検査が行われていない。日本では労働市場の自由化が行われていないために、外国人結核は全体としては未だ少ないが、東京の一部の地域では既に問題になりつつある。今後、労働市場の自由化が行われた場合には、大きな問題になる可能性が高い。多剤耐性結核はロンドンでは 5.7%とかなり高く、ホームレスや刑務所の収容者などコンプライアンスが悪い患者に多かった。日本でも、コンプライアンスが良好とは言えない患者が集まりやすい都市部において DOT が確実に実施されなければ、多剤耐性菌結核が増加する可能性がある。

イギリスの結核に関する保健医療システムは、政権の医療・福祉改革の中で大きく変わりつつある。感染症、放射線物質、化学物質に関わる健康危機管理を一手に取り扱う HPA 中央は結核サーベランスの取りまとめを行っており、集団感染事件の時に HPA Regional Office, HPU と共に介入するという一種の vertical line になっている。この背景は健康危機や疾患を減らし、その脅威から守るためには関係する組織が協調して働く必要があるという考え方である。一方で、地域におけるサービス提供については、地域の状況に応じた対策が取れるようにセクター毎に設立されている PCT に予算も権限も移譲された。そのサービスについては SHA が管理することになっており、HPA のラインは PCT あるいは NHS Hospital (TB Clinic) に対して技術指導を行うことになっている。しかし、これら組織の実際の機能については、現場でインタビューする相手によって違った考えを持っており、どこが中心になっているのか判りにくい。ディナー・パーティのインフォーマルな場では、現場で対策にあたっている医師から「ロンドンの結核対策は chaos である」という言葉も聞かれた。こうしたことから、新組織の評価には時間がもう少し必要と思われる。

また、HPU, SHA, PCT, Local Government Authority, GP, NHS Hospital を構成員とする TB Network が地域における結核問題の連携の要となっている。この TB Network は発足当初 informal なネットワークであったが、現在は PCT からの予算により調整官が雇用されている。ただ、このようなネットワークが機能しているのはロンドンのみとのことである。このことが示すように、イギリスでは実際的で有用なことが予算上もフレキシブルに実施されている。わが国の今後の結核対策においても、地域における連携は重要な課題であり、関係機関を集めた連絡会議は有用と思われる。

患者発見については、わが国では定期健康診断の大幅な見直しが行われ、ハイリスク層に対する健康診断が課題となる。イギリスでは一般対象の定期健康診断は行われていないが、新入国者に対しては勧められている。日本では労働市場の自由化が行われていないために、外国人結核はまだ少ないが、外国人が多い一部の地域では既に青年層において大きな割合を占めるところも出てきており、強力な取り組みが必要と思われる。

治療については、多くの国と同様、外来治療が中心で、塗抹陽性であっても入院は2週間程度である。これは感受性菌であれば2週間程度で感染性がほぼなくなるためである。ただ、多剤耐性菌の可能性については菌の遺伝子検査が一部で行われているとの説明があったが、全ての患者で実施されているわけではないようである。これらによる他への感染予防については、基本的にはTB Nurseによる患者に対する健康教育によるとされている。その遵守については患者の責任とされており、Public Health Act Section 35,37,38に基づく、検査、入院、拘置は実際には行われたことはない。わが国では入退院に関する議論が行われているが、周囲の人への感染予防を患者責任として良いかについては十分な議論が必要と思われる。

DOTはアメリカでは”universal DOT”が推奨されているのに対して、イギリスではコンプライアンスが不良と思われる患者を対象とする”selective DOT”を行うことになっている。BTSのガイドラインでは対象とすべき患者として、ホームレス、アルコールあるいは薬物中毒患者、浮浪者、重度の精神障害者、多剤耐性患者、抗結核薬による治療において服薬に従わなかったことがある人が挙げられており、また、新入国者や難民については検討すべきとしている。これらは、日本版DOTSのAタイプの対象と類似した考え方である。毎日DOTが困難な場合は間歇療法も行われている。わが国では研究として間歇療法を用いた調剤薬局におけるDOTSが試みられているが、今後の検討課題となろう。

治療におけるもう一つの特徴としてイギリスでは、FDCが早い時期から導入されている。これについて、BTSのDr. MOORE-GILLON Johnは、DOTSには大きな労力と適切な実施のための管理が必要であるのに対して、FDCを導入することにより容易に多剤耐性菌の出現を減らすことができると強調していた。わが国においても多剤耐性菌が問題となっている状況を考えると、FDCについても前向きに検討する必要があるものと考えられる。

対策が及びにくい患者に対する支援はわが国よりも手厚く行われている。特に、福祉側への健康教育については、2004年3月にMr. Joe Rowanが来日した時にも、現場で指摘されたことであり、今後、積極的に取り組む必要があるものと思われる。

イギリスでのTB Nurseは結核対策について予防から治療まで大きな職責を持ち、権限が与えられている。このことを日本との比較で考える時、以下のような背景の違いを考慮に入れる必要がある。

- 1)イギリスには日本の保健所のような結核対策に関する予防の部分を担当している部署はなく、健診についてはPCTの方針により、接触者検診はHPUの技術的な支援の下にNHS Hospitalの中にあるTB Clinicが行っている。
- 2)看護関係の資格として、看護師（さらに専門がある）、助産師があるが、公衆衛生を専門とする保健師はない。
- 3)看護師が処方を行うことについては、Royal College of Nursingが1980年から議論を始め、10年以上の経緯で1992年にPrescription by Nurse Actによって法的に認められた。

また、元々General Practitionerという専門性を持たない医師がプライマリー・ケアを担っている上に、全国的に見ると結核のまん延が低くなっているために、結核専門医の確保が難しくなっていたことも、背景にあったとされる。

TB Nurseは専門性の高さを活かした質の高いサービスを病院と地域で一元的に提供できるのに加えて、福祉や精神など他分野の専門看護師との連携により、対策が及びにくい

ホームレスや新入国者への対応を行っていることは特筆できると考えられる。

## 結 語

ロンドンの結核対策の特徴を日本との比較の観点から示すと、以下のようになる。

- 1)対策実施体制の考え方としては、危機管理を担う HPA が vertical line となって技術的質を担保する一方で、サービス提供は地域の PCT が地域に応じたサービスを提供することになっている。
- 2)サービス提供については、TB Network が調整の役割を果たしている。
- 3)TB Specialist Nurse が大きな役割と権限を持っており、現場での対策の中心になっている。
- 4)外国人、新入国者への健診を積極的に実施している。
- 5)DOT は必要な人に行う方針(selective DOT)で、その実施状況はロンドンの中でも、格差がある。
- 6)ホームレス等対策が及びにくい人には、福祉、NGO や他の専門看護師との連携の下に手厚いサービスが提供されている。

これらは、文化的、歴史的な背景があり、制度の違いを十分に考慮する必要があるが、今後の日本の対策を考える上で参考になるものであった。

## 参考資料

- 1)大門晃弘：ロンドンにおける結核対策の現状と今後の展望．呼吸器疾患・結核 資料と展望 48：41-57,2004
- 2)近藤克則：「医療費抑制の時代」を越えて－イギリスの医療・福祉改革－，医学書院，2004
- 3)多田羅浩三：イギリスの人たちが歩んできた道，大同生命創立 100 周年記念地域保健福祉交流助成第 1 回オックスフォード保健福祉研修報告書，1-19，2003 年 3 月
- 4)Stopping Tuberculosis in England. An Action Plan from Chief Medical Officer, October 2004, DOH

## 2. ロンドンの公衆衛生行政システム

大阪大学大学院医学系研究科社会環境医学（公衆衛生）

高島毛 敏雄

### はじめに

ロンドンの結核対策の活動を理解するためには、ロンドンの社会を形作っている諸制度を理解することが不可欠である。その諸制度としては、一般行政制度、保健医療に関わる制度、公衆衛生制度に分けて見ておく必要がある。一般行政（地方行政）制度の点からは、ロンドンは首都という特別の自治体であること、また市内の行政区が独立した地方自治体としての権限を有していることを知っておかなければならない。また、英国の保健医療制度は、わが国と異なり保険制度で行われているのではなく、税金を財源とした国営の国民保健サービス（National Health Service; NHS）として行われていることである。このサービスの提供システムに近年トラスト制度が取り入れられ、動的に変化して続けている状況にある。更に、結核対策に深く関わる感染症対策は NHS 発足にともない、保健医療サービスを提供している NHS にはいかずに地方自治体の中に残されて対応されてきた。この感染症対策を強化するために Health Protection Agency（以下 HPA）という組織が全国組織として新たにつくられ、専門的、かつ迅速な対応を行うようになっていく。ロンドンの結核対策の視察旅行への理解を深めるために、英国の公衆衛生行政システムを視察して得た現実認識と参考文献をもとにその概略をまとめた。

### ロンドンの成立

#### 1. 自治都市ロンドンの成立

ロンドンの歴史は古い。ロンドンの中世に入って、商工業者の団体(Guild)によって統治されるようになり、国王も介入できない自治権を有する都市国家となった。このロンドンの中のロンドンと言われるのは The City of London(Little Britain)であり、今日もロンドンの他の行政区とは異なる特別の権限を有している。ロンドンは、Guild による商業地域として発展し、19 世紀になり大英帝国の首都として急拡大し、中世から続いている行政上の自治権を保持し続けてきた、そして 19 世紀後半には人口が 600 万人を超えるまでになった。その結果、ロンドンという大都市を統治するための行政制度をどうしていくかは極めて大きな課題となった。

#### 2. 地方自治体としてのロンドンの成立

英国の地域社会は教区を単位として管理されていたが、1888 年に成立した Local Government Act により、選挙に基づいてつくられる地方行政組織が成立するようになった。

ロンドンの都市圏域は拡大していったが、統治する行政当局は乱立していき、また衛生や教育などの特別な組織もできていった。1888 年の地方自治体に関する法が成立したことにより、ロンドンは、ようやく London County Council(LCC)という新しい政治行政システムをつくって統治されるようになった。ロンドンの中心部の The City of London は自治権