

- a. The default rate, a key indicator of the effectiveness of any tuberculosis program, has declined from approximately 30% to <5% in high risk areas, such as Naniwa ward.
 - b. The success rate (the percentage of persons who are documented to have completed treatment by sputum culture, as well as those who have completed a full course of treatment) was 82% for the 2002 cohort, which approaches the World Health Organization target of =85%.
3. The use of facility-based directly observed therapy (DOT) among the tuberculosis cases in Airin, many of whom are homeless or unstably housed, has increased from 11.9% in 2001 to 44.6% in 2002.
 4. The tuberculosis program coordinator, along with another physician colleague, has implemented monthly tuberculosis case management meetings in the 12 hospitals of Osaka City and Prefecture. In addition, each of Osaka City's 24 administrative wards has tuberculosis cohort reviews/patient management meetings three to four times a year. The intensified supervision and monitoring by the tuberculosis control program staff has greatly improved coordination, communication and treatment outcomes, and allows the coordinator to become aware of problems and intervene in a timely manner.

Challenges and Constraints:

1. Although incidence rates of tuberculosis for the general population have declined to 68/100,000, the rates of tuberculosis among the homeless in Osaka City continue to be very elevated at 850/100,000, surpassing the rates in many high tuberculosis burden countries.
2. The death rate of 11.3% for new AFB smear positive cases in 2002 is high. The reasons for this are not clear, but may be due to late case finding or co-morbid medical conditions.
3. Primary drug resistance to isoniazid and rifampin of *Mycobacterium tuberculosis* strains in Osaka in 2002 is 1.5%, which although relatively low, is still twice the national average of 0.8% (based on a drug resistance last done in 1997). For cases of tuberculosis that have been previously treated, the resistance rate was 9.3% in 2002.
4. The lack of fixed dose combinations of anti-tuberculosis medications in the country means that rifampin is given as a single agent to patients who are unwilling, unable or not recommended to be under a program of directly observed therapy. This may ultimately lead to an increase in drug resistance, already higher in Osaka than in the rest of the country.
5. There remain issues of clinical care and tuberculosis control that need to be addressed
 - a. Ethambutol continues to be used even after susceptibility results show that the strain of *Mycobacterium tuberculosis* is fully susceptible. Thus, the patient is recommended to take a medication 1) that he doesn't require, 2) that can have significant side effects, and 3) that is an additional cost to the tuberculosis control program.
 - b. The long hospital stays of at least two months, based on current national laws, is not in line with international recommendations.

- c. Individuals with tuberculosis are not routinely assessed for risk of HIV infection, and if appropriate, testing.
 - d. Clinical guidelines have been prepared by the tuberculosis control program, but have not been disseminated to the appropriate staff of hospitals and public health and welfare officers.
 - e. The concept of “DOTS” is used inappropriately for once weekly or twice weekly observation of daily treatment regimens.
6. The infrastructure for optimal tuberculosis control in Osaka still needs improvement
- a. Although the tuberculosis coordinator has appropriately emphasized intensified monitoring and supervision of hospital and ward health centers, he is now supervising 12 hospitals per month (which duties are shared with one other medical officer) and 24 ward public health and welfare offices three to four times a year. In addition, he is now responsible for several other communicable diseases.
 - b. The decentralization of public health services to the level of the 24 wards means that, in general, tuberculosis control at the community level is weakened, due to the staff being pulled away to address other competing health problems.
 - c. Despite the fact that a high proportion of Osaka’s tuberculosis cases are homeless and/or are in need of other services, coordination with the social welfare services is suboptimal. For example, those receiving social welfare benefits are not routinely screened for tuberculosis before receiving services or being placed in shelters.

Recommendations for the next 12 months:

1. The emphasis on support supervision hospitals and quarterly cohort reviews is crucial to the success of tuberculosis control and should be continued. To facilitate this, an additional medical officer should be assigned to assist the tuberculosis control program coordinator with this activity.
2. The clinical care and tuberculosis control activities mentioned under constraints number 4 and 5 should be addressed. This will require the ability to influence the organizations that recommend and/or make tuberculosis control policies for Japan.
 - a. Ethambutol should be discontinued after susceptibility results show that the strain of *Mycobacterium tuberculosis* is fully susceptible.
 - b. The standard of care for persons diagnosed with tuberculosis should be as outpatients, with hospitalization reserved for those who are very ill or who have other medical or social conditions that requires this level of care.
 - c. Individuals with tuberculosis should be routinely assessed for risk of HIV infection, and if appropriate, testing for HIV
 - d. Clinical guidelines for tuberculosis treatment should be disseminated to the staff of hospitals and public health and welfare officers. At the time of the next revision of the

- guidelines, it may be useful to convene and coordinate a committee of local and national experts to reach evidence-based consensus of best practice.
- e. The use of the word “DOTS” should be reserved for those individuals who have the ingestion of every weekday dose of tuberculosis medication observed. The program coordinator is encouraged to develop and improve models of true direct observation. This could be made easier if the program takes the initiative to provide twice or thrice weekly regimens of tuberculosis treatment.
 - f. If DOT is not possible, the tuberculosis program coordinator should explore with appropriate officials, if and how fixed dose combinations of anti-tuberculosis medications can be made available in the country. The use of combined medications will prevent the emergence of drug resistance, particularly to rifampin.
3. Given the extremely high rates of tuberculosis among the homeless, there should be increased coordination of Osaka City’s tuberculosis control program with the social welfare services and non profit organizations to increase tuberculosis screening among the homeless, especially those that use the shelter system or other subsidized housing.
 4. Operational research and surveillance capability should be strengthened to address such issues as the reasons for continued high death rates and surveillance and prevention of multi-drug resistant tuberculosis.

<Tokyo>

Activities during the Tokyo visit:

1. Meeting with non-governmental organizations (NGOs) and non-profit organizations (NPOs) concerned with tuberculosis in the homeless population of Tokyo

Non-governmental and non-profit organizations concerned with tuberculosis in the homeless population of Tokyo were invited to my presentation on “The Role of NGOs and NPOs in Tuberculosis Control” drawing on the experience of New York City. The presentation emphasized the need to review the local epidemiology of tuberculosis to determine the population(s) at risk of tuberculosis. Since Tokyo Metropolitan Government had already identified the homeless as a high risk and priority group, the discussion centered on identifying the roles, receiving the agreement, and coordinating the participation of key stakeholders; using an interagency coordinating committee to develop a strategic plan with goals and objectives, and then to plan, implement and evaluate activities. Examples of possible activities were provided, including the provision of directly observed therapy; the tracing of those who had defaulted from treatment; social and material support (food, clothing and shelter); tuberculosis-related training and education and tuberculin skin testing and treatment of latent TB infection.

During the course of the post-presentation discussion, it became clear that although tuberculosis control activities for the homeless are available, they are fragmented. The meeting became an opportunity for participants (from academic, development, government, clinical, economic, non-governmental, non-profit, and religious orientations), many of whom were unknown to each other, to learn about projects already in place and begin to establish potential links among themselves.

2. Tuberculosis Research Group Meeting, Research Institute of Tuberculosis

I participated in an update of the various projects of the tuberculosis research group, coordinated by Dr. Ishikawa of the Research Institute of Tuberculosis. There are eight projects, dealing with 1) tuberculosis control issues in Osaka; 2) tuberculosis control issues in Tokyo; 3) collaboration between health facilities and health centers, 4) the role of nurses in tuberculosis control; 5) the use of pharmacists as treatment observers, using an intermittent treatment regimen; 6) tuberculosis in the foreign born; 7) DNA analysis of tuberculosis strains; and 8) assessment and evaluation of tuberculosis data for programmatic purposes.

These projects are intended to increase the evidence base for improved tuberculosis control in Japan.

3. Presentation to, and Meeting with, Tokyo Metropolitan Government (TMG) Tuberculosis Control Program staff

I made a presentation “New York City’s Experience with Tuberculosis: from Chaos to Control”, followed by an informal discussion among health officers of Tokyo Metropolitan Government (TMG) concerned with tuberculosis control. After a courtesy visit with Dr. Nagaoka, Vice-Director General of Public Health Services, I and Dr. Ishikawa met with Dr. Maeda, Director of Infectious Disease Control of Tokyo Metropolitan Government (TMG) and his staff to discuss Tokyo’s overall tuberculosis situation, as well as the issues relating to three high morbidity areas, Taito, Arakawa and Shinjuku cities. Greater Tokyo consists of 23 wards, whose local governments have control over their own health matters, as well as an area comprising 26 cities, 5 towns and 8 villages (collectively called *tama*), over which TMG has direct control. This lack of direct control over much of its jurisdiction is felt to impede TMG’s ability to coordinate activities.

Most of the time was spent discussing the overall context of tuberculosis control activities in Tokyo. According to preliminary data, Tokyo reported 3,926 cases in 2002, for a case rate of 32.0/100,000 population, which is higher than the rate of approximately 25.8/100,000 for the rest of Japan in the same year. Preliminary data for 2003 for Tokyo show a slight increase to approximately 32.6/100,000 population. Although incidence rates have declined overall

between 1982 and 2002, Tokyo's rank in incidence by the 47 reporting prefectures has climbed from 40 in 1982, to 23 in 1992 to 3 in 2002, now surpassed only by Hyogo and Osaka.

TMG staff listed four priority targets as part of their "outline of fighting tuberculosis". The first target group is "group infection", for which they listed "Japanese compromised host, elderly people infected (with) tuberculosis in the past, and young people non-exposed tuberculosis", and gave as an example the examination of individuals in mental hospitals and nursing homes. This activity consisted of twice-yearly chest x-ray screening. However, since there does not seem to be a systematic evaluation of such individuals on entry into these institutions, a person who enters the institution the day after a scheduled x-ray screening could theoretically not be evaluated until six months later.

The second target is "raise the rate of completing treatment, supporting patients followed by Japanese style DOTS." Direct observation of treatment (DOT) is health center-based, with high risk individuals such as alcoholics and homeless receiving daily observation of medication ingestion, while others receive weekly supervision.

The third target is "homeless" people, for which staff gave a description of a DOT project in the Sanya area of Taito ward. Sanya, although it is physically located in Taito, is under the direct supervision of TMG. From a target population of approximately 60 patients per year, since 1999, 72 have received treatment under this project, and currently, 5 individuals are under care.

The fourth target, "resident alien", comprising students and employed persons from abroad, contributed about 5.7% of the incidence in 2002. Tuberculosis screening is performed for students at Japanese-language schools (102 schools in 2002), as well as for resident aliens, the latter twice yearly.

Challenges, Constraints and Recommendations for the Next 12 Months:

Homeless activities:

1. Although there are various organizations in Tokyo concerned with the issue of tuberculosis control in the homeless, there is not yet a coordinated effort to maximize their impact. It's presentation, described above, highlights a potential way forward. The appointment of Ms. Megumi Hirayama as the point person for this activity is heartening, and should strongly be supported by the Research Institute of Tuberculosis, as she has extensive experience in community mobilization.
2. To keep the momentum of the interested parties, there will need to be a strong support and push from Ms. Hirayama and Dr. Ishikawa to develop a *raison d'être* for the group, as

well as some concrete activities with goals and timelines. Otherwise, this nascent effort will not be able to reach its full potential.

3. If it is decided that the organizations concerned with tuberculosis in the homeless will come together as an entity (be it working group, council, support group, etc), there must be an attempt to dialogue with TMG officials responsible for tuberculosis control on how best to complement government efforts, to prevent the risk of being ignored or thought of as adversaries.

Tuberculosis Research:

Although individual projects of the research group are interesting, there is a lack of cohesiveness to ensure that each one is aiming towards a common goal, namely, to identify and cure cases of tuberculosis, especially among high risk populations. The vision of the research projects being performed in the service of public health (in this case, as related to tuberculosis) should be promoted. Dr. Ishikawa is mindful of this current lack of cohesiveness, and through these group discussions and gentle insistence on the vision, hopes to improve productivity, coordination, dissemination, feasibility and generalizability of results. The last two issues deserve particular attention, especially as it relates to the projects on pharmacists as treatment observers, where pharmacists are paid 1000 yen (approximately US\$ 10) for each observation, and the project on evaluation of data for programmatic purposes, some aspects of which may need to be simplified for use at the prefectural level.

Tuberculosis control in Tokyo:

1. The TMG tuberculosis control program is not performing optimally. Part of the reason is the structure of Tokyo's government. The areas with the highest tuberculosis incidence are self-governing, and thus not under the direct mandate of TMG, and there is a policy of rotating key staff every two to three years, such that institutional memory may be lost, there may be a sense of lack of ownership for the problem. Given these constraints, there are indirect methods of influence, for example, by TMG staff promoting and spreading the good practices of one ward to others; by publishing the adherence among the wards and Tama on key outcome indicators, and, if applicable, linking the dissemination of funds to performance; by the provision of continuing medical and nursing education. In addition, the influence of TMG was unclear even in the Tama that it directly controlled.
2. The four priority targets should be reviewed in the context of their effectiveness, including costs, in producing a change in the epidemiologic picture of tuberculosis in Tokyo. For example, although it is laudable that true DOT services have started among the homeless population in Sanya, an analysis should be done to understand why so few are accessing these services, and the reasons for lack of this model's dissemination to other areas of Tokyo. Another example, would be to evaluate the effectiveness of tuberculosis screening by chest x-ray of foreign born students, workers, nursing home and mental

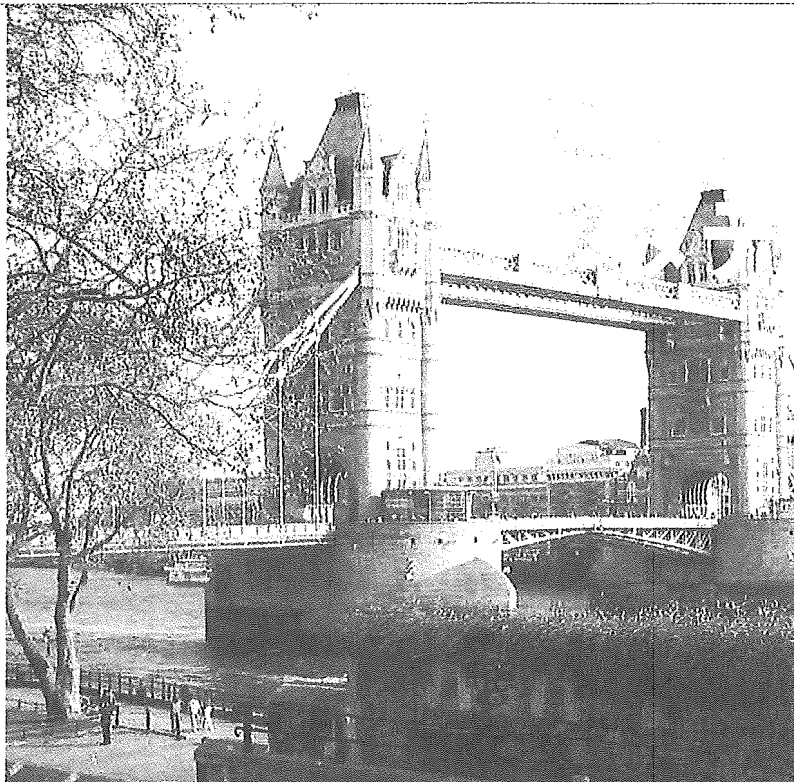
hospital residents, compared to other screening methods (questionnaires based on symptoms, previous history, etc). Research funds provided by Dr. Ishikawa possibly could be used for this and other operational issues.

3. Weekly observation of treatment should not be labeled as “DOT” or “DOTS”. The use of the concept should be reserved for those individuals who have the ingestion of every weekday dose of tuberculosis medication observed.

Acknowledgment:

I would like to thank Dr. Akira Shimouchi, Medical Officer, Bureau for Health and Welfare and Coordinator of Osaka City’s Tuberculosis Control Program, as well as his staff, for the efforts they expended to ensure that the visit was successful.

I wish to acknowledge the assistance of Dr. Ishikawa, his staff and collaborators, all of whom contributed to make my visit a success.



6月12日～19日

結核予防会では日本の都市における結核問題の調査研究の一環として、6月12日から19日の日程で、行政関係、公衆衛生関係大学院、NPO法人、結核予防会（結核研究所）から8名の参加を得て、イギリスの首都ロンドンへのスタディツアーを実施した。訪問先はロンドン市立大学看護学部、ロンドン胸部疾患病院、健康保全局（Health Protection Agency）、健康保全局ロンドン北東部セクター、ミドルセックス病院、聖バーソロミュー病院等で、ロンドンにおける結核対策の現状、問題点、制度、専門職の役割、NGOの役割などについて、広範な調査を行った。本稿では参加された3人それぞれの立場からの報告を紹介する。

ツアー参加者。執筆者は
上段左から1番目・結核研究所加藤氏、
3番目・東京都前田氏、
下段左から1番目・訪問看護ステーション
コスモス武笠氏、
3番目・愛知県知多保健所船橋氏

結核研究所対策支援部長（本ツアーリーダー）
加藤 誠也

ホームレス対策について

訪問看護ステーションコスモス看護師
武笠 亜企子

ロンドンのホームレス

イギリスでホームレスは単に路上生活者のみを指すのではなく、劣悪な居住空間で生活する人も含まれています。ロンドンのホームレスは、移民がほとんどを占め、単身者だけでなく家族単位のことも多いようです。また、地方から仕事を探しにきた10代・20代の若者がホームレスになることがあり、その多くは、薬物やアルコールなどの問題を抱えています。路上生活をしている人はストリートホームレスと呼ばれていますが、NGO、教

会、救世軍などがホステルと呼ばれる施設を開放し、宿泊できる環境を作っているため、数的には少ないそうです。

ホームレス結核対策

ホームレスの多く居住する地域では、ソーシャルワーカー・アウトリーチワーカーなどが活動し、アウトリーチナース・TBナースともそれぞれ連携によって役割分担しながら、サポート体制を作っていました。アウトリーチワーカーの中には、元々ホームレスだった人でワーカーとしてのトレーニングを受けた人もおり、お互い共感できる部分があるなど関係を築きやすい対策がなされています。

また、ホステルのスタッフにも結核患者のスク

リーニングができるよう、結核に関する教育を行っています。イギリスの場合、医療費の自己負担なく（薬剤は別）診療を受けられることから、ホステルのスタッフが結核の疑いのある利用者を病院へつなげるという働きかけが、容易に行えるようになっています。

薬物の問題を抱えている若者達は、狭い部屋を密集して使用するために結核に感染しやすい環境にあります。また薬物の使用を他人に口外しないために発見が遅れがちで、ソーシャルワーカーやアウトリーチワーカーなどの働きかけが重要となっています。

結核患者の発見ができた場合には病院につながりTBナースとの関わりが始まります。結核患者は2週間の病院治療を受け、その後は住居の確保（ホステル）、生活保障を受け地域でのDOTが始まります。DOTをしている間もTBナースは治療的観点から関わり、ソーシャルサポートとしては、ソーシャルワーカーが対応します。常に様々な専門職が関わりを持ち、患者さんがよりよい社会生活が営めるような働きかけがなされていました。

なお、結核患者の多くは、まだまだ働き盛りの世代であることから、治療終了後は、ほとんどの人が就労できています。

今回の視察を通して

私自身NPOの立場でホームレスの結核に関わっておりますことから、ロンドンでの対策方法、姿勢など大変多くのことを学ぶことができました。日本でも保健所などがDOTSに取り組んでいますが、それでもホームレスの場合脱落してしまうケースが多く見られます。脱落者を出さないためにも、行政とNPOを含めホームレス支援をしている団体がそれぞれの役割を果たしながら連携し、ホームレスの結核患者を支えていく必要があると思います。

イギリスのように様々な専門職が連携を取りながら結核患者に働きかけができるようなシステムはとても理想的だと感じました。



ロンドン市立大学看護学部

保健師の立場から —Specialist TB Nurseを中心に

愛知県知多保健所保健師

船橋 香緒里

Specialist TB Nurse の役割

Specialist TB Nurse（以下TBナース）は日本の保健師とは違い、肺疾患専門病院に勤務しています。結核病棟に勤務する看護師に保健所保健師の役割を加えたというところですが、次に挙げた5点を中心に活動しています。

1. 届け出と登録の確認
2. 治療を完了するために必要と考えられる具体的支援計画

喀痰塗抹陽性の場合、合併症が無ければ通常2～4週間の入院期間です。日本に比し随分短い入院期間ですが、退院後どのようにケアしていくかを決めます。

複数の問題（慢性疾患・精神疾患・ホームレス・HIVの合併等）がある場合は、各々の専門看護師がケアできるようにします。日本では複数の担当者が訪問やケアするのに時間を要しますし、誰が窓口になるか、コーディネイトはどうするのか等で揉めることもありますが、イギリスではその時に最優先しなければならないことを担当している看護師が中心になるようです。

3. DOTの適用基準及び方法の決定

DOTは結核患者全員にするのではなく、自己管理が可能な患者については他疾患治療と同様で、方法は患者との話し合いで決めます。DOTの主な

適応基準は次の7点です。

①多剤耐性結核例，②アルコールまたは薬剤依存症例，③再治療例，④治療に対する理解が困難な例，⑤16歳未満の小児，⑥服薬継続が困難と考えられる例，⑦住所不定。

また主な方法は①毎日病院外来で投薬，②TBナースによる服薬確認，③診療所での服薬確認，④週3回の標準間歇治療法(毎日服薬するのではなく1週間分の薬を3日間で服薬)，⑤Community nurseによる服薬確認(出掛けることができず在宅ケアが必要な場合)，⑥子供や高齢者等家族が服薬確認・支援，⑦福祉サービス機関が行う等でした。これらの基準や方法は，部分的に日本でも導入可能と思われました。

4. 接触者健診の対象者選定や感染源の発見のために必要な情報収集

接触者健診を実施するに向けての感染経路等の疫学調査等です。

5. 毎月1回患者の面接

服薬管理・支援者が誰であっても，TBナースは症状の悪化・治療中断や脱落がないように，最低月1回は治療経過や患者の状態を確認し，必要に応じて検査(胸部X線や喀痰検査)を勧めます。

以上，TBナースは結核治療・服薬支援に関するコーディネーターの中心的役割を担っていると言えるでしょう。

Specialist TB Nurse のネットワーク

日本でも関係機関の連携は常に言われているところですが，イギリスにおいても同様です。ロンドンでは市内の結核関係者の連携を図ることを目的として，ロンドン結核グループが発足しました。最初は自主的であったこのグループも活動が認められ，国家的な予算のあるグループになったそうです。現在ではロンドンだけでなくイギリス各地にTBナースのグループがあり，その代表がまた集まってイギリス全体のネットワークになっています。ここでの役割は結核の記録票(登録票)の改善や，結核看護や対策に関する政策的な提言をしていくことだということでした。このメンバーの1人のローワン氏が，このネットワークが大変重要であり，より良い結核対策を遂行していくためには無くてはならないものだと語っていたのが印象的でした。

行政の立場から

東京都健康局医療サービス部感染症対策課医師
前田 秀雄

日本とイギリスは，歴史的経緯から健康政策及び社会制度が大きく異なる。このため，罹患率の再上昇，都市部に偏在した罹患，エスニック(注：イギリス以外，主にアフリカ・アジアからの祖先を持つ人々)やホームレスへの患者の集中等，日本の大都市と共通点が多いにもかかわらず，ロンドンの結核対策は日本とは相反する特徴を有している。

第一に，イギリスの保健医療政策は国民保健サービス(National Health Service; NHS)を主軸とした「国営事業」である。日本で外国人やホームレスをかかえる自治体では，その是非はともかくとして，こうした住民に対する施策は自治体の固有業務ではなく，国の責任の下に対応すべき問題だという意識が根強い。これが，生活弱者への結核対策が進展しない一つの要因となっている。このため，国家が直轄で外国人やホームレスといった，いわば国家的施策の結果生み出された生活弱者への対策を実施すれば簡潔である。ただし，生活支援，住宅斡旋等の社会サービスは自治体業務であるため，連携のための特別な仕組みが必要とされるという短所もある。

第二に，保健事業も「医療」を中心に構築されている。地域単位に結核治療を行うNHSの診療所(TB Clinic)が配置され，地域での患者管理は



疫学的な分析が行われている健康保全局

TB Clinic に所属するTB ナースが担当する。これは、発見された患者を確実に治療するという低ま
ん延国における結核対策を実施する上では、大変
効率的なシステムである。一方で、疫学的な分析
を行う健康保全局 (Health protection Agency)
はこうした結核業務の指揮命令系統にないため、
疫学的分析に基づく感染拡大予防対策は、実施し
にくい。

第三に、イギリスは、社会主義的な社会サー
ビスが整備されているが、厳然とした「階級社会」で
あり、健康水準にも明確な階級差がある。そして、
ホームレスや移民・難民は間違いなく最下層の階
級に属する。ホームレスを収容するホステルはか
つて最貧民を収容した救貧院そのものであり、ま
た、財源についての議論の中でしばしば耳にした
「チャリティー」という言葉は、けたはずれの富
裕層が存在することの証明である。ストリートホ
ームレスを強制的にホステルに収容し、職業訓練
を行うといった「充実」した福祉制度は、穿った
見方をすれば、下層階級の容認であり、階級社会
を前提とした施策とも言える。一方、日本のホー

ムレス対策は「自主的な」自立の支援が基本であ
り、対応する施設も大半が臨時設置である。対策
が貧弱であることは論を待たないが、ホームレス
は経済の不況による一時的現象と捉え、日本は本
来、階級なき平等な社会であるとの考え方に基づ
くものであるとも言える。

こうした異なる保健医療システムに基づくロン
ドンの結核対策の特徴は日本の結核対策と裏返し
の関係にあり、今後、日本の都市型結核対策を構
築していく上で、大きな示唆を与えている。すな
わち、政令市自治体での保健福祉の一体となった
結核対策、保健所を拠点とした疫学的視点からの
対策の構築、ホームレスを容認しない平等な社会
の希求、といった点はむしろ日本に利がある。こ
うした点は生かしつつ、結核対策の国家的戦略の
構築、効率的な医療資源の配置による患者中心の
治療支援、生活弱者の結核患者への生活支援とい
ったロンドンの優れた対策を昇華することが、日本
の、特に大都市における結核対策の最重要の課題
であり、同時に、改正予防法に基づく結核対策基
本指針、都道府県結核予防計画策定の目標である。



都市部における一般対策の及びにくい特定集団に対する結核対策に関する提言
都道府県による予防計画のための資料
(平成 16 年 10 月 25 日)

わが国の結核問題は、西欧先進諸国におけると同様、都市部に集中しつつあり、そこにおける特定集団の持つ問題性が増加しつつある。結核はその特異性により、都市部でまん延しやすい特徴がある。即ち、空気感染のため都市部で感染しやすいこと、慢性に経過し、長期の投薬が必要なため、診断や治療が困難な生活困窮者や外国人などの特定集団に集積しやすい。それらの集団に対しては、一般的な対策のみでは解決しがたく、特別な対応が必要とされている。また結核対策には感染症としての健康危機管理の観点に立った対応が必要である。

本研究班は、それらの都市部の特定集団に対する効果的な対策のあり方に関して研究を推進してきたが、いくつかの積極的な施策の必要や可能性が明らかにされてきた。本提言は、その研究成果に基づき、現在進められている都道府県による結核対策の「予防計画」策定の資料として提示するものである。

都市部の特定集団としては、住所不定者などの生活困窮者（ホームレスなどとほぼ同義。新登録患者中の割合は全国では 10%程度、都市部では 20%以上）、外国人（新登録患者中の割合は全国で 2.5%、都市部では 10%以上、主に超過滞在などで生活基盤が不安定な外国人）、その他の様々な社会的結核高危険群が考えられるが、主に前二者（以下、住所不定者等という）が重要である。また、様々な行政的な制約の中でも、発見患者の治療完了への努力が危機管理上の最優先策であるという認識に立って施策を柔軟に遂行することが肝要である。

ただし、本課題は一般対策の中で取り扱われるものもあり、特定集団への対策のみの課題とはなり得ないものもあるが、議論の性格上、都道府県の予防計画に関わる課題に加え、国の課題への提言も併記した。

一般的基本理念（ポリシー）

都道府県は、以下の基本理念をふまえた結核予防計画を策定することが求められる。

1. 都道府県は、結核は、都市部の健康危機管理、社会と個人の安全保障の課題であり、結核対策は広域的な都市政策の重要な一部であることを認識する必要がある。また、この認識の共有を管内の区市町村に求める必要がある。
2. 都道府県は、結核の空気感染によって起こる慢性感染症としての特異性と専門的対応の必要性、住所不定者等の患者の移動への対応の必要性、住居政策等を含む総合的対策の必要性を認識し、区市町村（特に政令指定都市、中核市、保健所政令市、特別区）相互の協力体制および区市町村と都道府県の協力体制の構築を行う必要がある。
3. 都道府県は、住所不定者等の特定集団に対して結核対策を効果的にするために、路上生活者等へ住居の提供などを含めた保健、医療、福祉の強い連携を促進するとともに、

早期発見・治療完了のために地域内の様々な社会資源（NGO、元患者グループ、調剤薬局等）を積極的に動員する必要がある。

4. 区市町村は、都道府県が結核予防計画を作成するにあたり、保健・医療・福祉・住宅・労働・都市計画等の関連分野において自ら定める行政計画との整合性と調和を図り、都道府県結核予防計画の実現に協力する必要がある。
5. 上記の政策を行うために国は以下の特別な措置をとる必要がある。
 - ① 健康危機管理、国民全体の安全確保の観点から「特定集団に対する結核対策」を積極的に推進する。
 - ② 当該地域の住民登録がない患者の治療費や福祉費を特定地域に負わせないため、住所不定者など非定住者の結核対策費など必要な財源を確保する。
 - ③ 対策の技術的妥当性を確保するための調査・研究及び結核対策専門家の育成を行う。
 - ④ 三位一体改革による地方分権の中で、健康危機管理への国の主導性を発揮する立場から、大都市の結核対策の特別指針を策定すること。これに基づき、感染症の危機管理における技術的指導を都道府県に対して行う。
 - ⑤ 大都市の結核対策への特別指針の策定と、東京・大阪など広域的な対応によって効果的・効率的に対策を進める必要がある地域を対象にした「結核対策特区（仮称）」制度を創設する。

上記の基本的理念を実現するための個別的対策の内容

<リスク及び対策の評価>

6. 住所不定者等の結核発生の現状、結核感染拡大への影響、感染の大きさの推定、都道府県および区市町村にあたる健康および財政的な負荷の大きさと将来予測など、リスクを測定・公表し、それぞれのリスク管理の責任所在を明確にする。
 6. 1. リスクの測定および評価のための指標を明らかにする。
 6. 2. 指標を用いて対策の有効性を定期的に評価する。

<患者発見>

7. 特定集団における高い罹患率に対し、それらを抱える地方公共団体およびその所属する組織では、結核患者を発見するため以下の方策を強化する。
 7. 1. 症状受診の促進のために、福祉関係者、雇用主、NPO、支援者等、特定集団に関わる人達に対して、結核に関する啓発的研修を実施するとともに、言語バリアや医療費など受診の障壁の解消に努める。
 7. 2. 住所不定者やまん延国出身者での健診発見率が高いことより様々な機会を捉えて定期健康診断を実施する（入居施設、就業させている事業所、通学している学校、支援者等との連携による）。
 7. 3. 医療機関との協力を深める（情報の提供や診断・治療マニュアル提供や指導）。

<治療>

8. 治療継続・完了を目指した支援のために、医療・保健・福祉関係者および入居施設、事業所、学校、支援者等との連携・協力体制を構築する。

9. 都市部の特定集団を意識した DOTS の推進を行う。
- ① 退院後の中断回避のため生活保障と地域 DOTS の確保
 - ② 外来 DOTS の促進と地域社会資源の活用（NPO、調剤薬局、シェルター等の発掘、ガイドライン作成）
 - ③ 保健医療及び福祉関係者の合同研修など関係者スタッフ間の教育システムの構築
 - ④ 医療・保健・福祉関係者の参加による定期的治療評価会（コホート検討会）の開催

以上

備考：

本提言は前文に述べた通り、都道府県による結核に関する予防計画作成のための資料として、研究班による研究成果と提言作成のためのワークショップでの議論を主任研究者（石川信克）の責任でまとめたものであり、各都道府県結核対策担当課に送付された。また社会福祉専門誌「Shelter-less 24号(2005年春季結核問題特集号)」にも関連記事とともに掲載され、結核研究所ホームページにも公開されている。

提言作成のためのワークショップ参加者

(敬称略：50音順)

○本研究班分担研究者

総括

○石川 信克 (結核研究所)
稲葉 久之 (事務局、結核研究所)

竹内 理絵子 (訪問看護ステーション コスモス)
田中 美和 (訪問看護ステーション コスモス)
武笠 亜企子 (訪問看護ステーション コスモス)

行政班 (まとめ役：加藤・平山)

阿彦 忠之 (山形県村山保健所)
稲垣 智一 (東京都福祉健康局)
今井 弘行 (京都市左京保健所)
大角 晃弘 (結核研究所)
大川 昭博 (横浜市寿福祉プラザ)
加藤 誠也 (結核研究所)
小林 誉明 (上智大学大学院)
小林 環 (東京大学大学院)
鈴木 修一 (国立保健医療科学院)
高鳥毛敏雄 (大阪大学大学院)
富田 秀樹 (複十字病院)
豊川 智之 (東京大学大学院)
平山 恵 (結核研究所)
船橋 香緒里 (愛知県知多保健所)
○前田 秀雄 (東京都福祉保健局)
安江 鈴子 (新宿ホームレス支援機構)
渡辺 雅夫 (国際協力機構)

治療班 (まとめ役：和田・星野)

○和田 雅子 (結核研究所)
○豊田 恵美子 (国立国際医療センター)
長島 こぎく (勝瀬薬局)

治療支援・評価班 (まとめ役：大森・小林)

稲葉 静代 (名古屋市中保健所)
○大森 正子 (結核研究所)
神楽岡 澄 (新宿区保健所)
○小林 典子 (結核研究所)
笹井 靖子 (台東保健所)
瀬戸 成子 (川崎市健康福祉局疾病対策課)
藤生 道子 (川崎区役所保健福祉センター)
堀 裕美子 (荒川区保健所)
丸山 路代 (名古屋市中保健所)
宮川 淳子 (大阪市保健所)

(オブザーバー)

患者発見・検診班 (まとめ役：吉山・星野)

石川 典子 (結核予防会外国人結核相談室)
逢坂 隆子 (四天王寺国際仏教大学)
尾形 英雄 (複十字病院)
○下内 昭 (大阪市保健所)
○星野 斉之 (結核研究所)
藤野 睦子 (荒川区保健所)
山下 眞実子 (訪問看護ステーション コスモス)
山村 淳平 (港町診療所)
吉山 崇 (結核研究所)
(オブザーバー)

岡本 理恵 (名古屋市健康増進課)
金井 教子 (川崎区役所保健福祉センター)
平岡 真理子 (川崎市健康福祉局)
丸山 路代 (名古屋市中保健所)
美馬 和子 (川崎区役所保健福祉センター)