



Title	長期滞在外国人の結核対策
Author(s)	
Citation	
Version Type	VoR
URL	https://hdl.handle.net/11094/86385
rights	
Note	

The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA

<https://ir.library.osaka-u.ac.jp/>

The University of Osaka

平成 30 年度 ストップ結核パートナーシップ関西

第 6 回 ワークショップ

テーマ：「長期滞在外国人の結核対策」

と き 平成 31 年 1 月 26 日（土）13:30～17:30

ところ「オカムラ」共創空間

株式会社 オカムラ 関西支社「Kizuki LABO」内

大阪府大阪市北区大深町 4-20

グランフロント大阪タワー（南館）A21 階

共催：公益財団法人大阪公衆衛生協会 ストップ結核パートナーシップ関西

認定特定非営利活動法人 ストップ結核パートナーシップ日本、

一般財団法人大阪府結核予防会・大阪大学COデザインセンター

特定非営利活動法人 日本リザルツ（RESULTS Japan）

後援：大阪府 大阪市

Stop TB Partnership

ストップ結核パートナーシップ日本は結核のない世界を目指して活動しています。

 公益財団法人大阪公衆衛生協会
OSAKA PUBLIC HEALTH ASSOCIATION

平成 30 年度 ストップ結核パートナーシップ関西 第 6 回 ワークショップ

テーマ：「長期滞在外国人の結核対策」

と き 平成 31 年 1 月 26 日（土）13:30～17:30

ところ 「オカムラ」共創空間

大阪府大阪市北区大深町 4-20 グランフロント大阪タワー（南館）A21 階

株式会社 オカムラ 関西支社「Kizuki LABO」内

<http://www.okamura.co.jp/company/showroom/osaka.html>

結核については、結核緊急事態宣言が発令されてから官民挙げてパートナーシップを構築し、その諸問題に対応してきたことにより、（日本における）患者数は減少傾向にあります。

大阪は全国一結核罹患率が高いために、平成 25 年度に「ストップ結核パートナーシップ関西」を設立し、平成 26 年 3 月に第 1 回ワークショップを開催しました。このことにより結核に関する府内の関係者・関係機関の連携を図ってきています。

日本政府は、高蔓延国からの入国者について入国前の結核健診を義務づけることを決めています。また、大阪市はすでに外国人対象の日本語学校の結核健診を長年実施しています。そこで、本年度は、近年増加が著しい入国外国人の結核をテーマに下記のとおり、現状を知り、議論することとします。

記

13:30-17:30

（敬称略）

コーディネーター 高鳥毛 敏雄（関西大学社会安全学部教授）

下内 昭（大阪市西成区役所 結核対策特別顧問）

<講演>13:35-14:35

「フィリピンにおける結核の現状と入国前結核健診の実施状況について」

大角 晃弘（公益財団法人結核予防会結核研究所 臨床・疫学部長）

<休憩>14:35-14:45

<報告>14:45-16:15

(1) 「西成区で最近経験したベトナム人日本語学校生の処遇困難患者の事例報告」

河野 理恵（大阪市西成区保健福祉センター分館 保健師）

下内 昭（大阪市西成区役所 結核対策特別顧問）

(2) 「大阪市の外国出生結核対策：患者発見から患者支援まで」

津田 侑子（大阪市保健所感染症対策課 医長）

(3) 「大阪府での外国人の結核の現状と課題」

田邊 雅章（大阪府健康医療部保健医療室医療対策課長）

<休憩>16:15-16:25

<提言>16:25-16:55

「グローバルの観点から長期滞在外国人の生命を問う」

林田 雅至（大阪大学 CO デザインセンター 教授）

<休憩>16:55-17:00

<質疑応答および全体討議>16:55-17:00

<まとめ>16:55-17:00 コーディネーター

共催：公益財団法人大阪公衆衛生協会ストップ結核パートナーシップ関西

一般財団法人大阪府結核予防会、認定特定非営利活動法人ストップ結核パートナーシップ日本、

大阪大学 CO デザインセンター、特定非営利活動法人 日本リザルツ（RESULTS Japan）

後援：大阪府 大阪市



2019 01 26

平成 30 年度 ストップ結核パートナーシップ関西 第 6 回 ワークショップ

2019 01 26

平成三十年度

ストップ結核パートナーシップ関西

第六回 ワークシヨップ

テーマ「長期滞在外国人の結核対策」

コーディネーター

大阪府保健局 結核対策課長
大阪府社会福祉局 保健課長

司会者
下内 昭
高橋 毛 敏雄

講演

「フィリピンにおける結核の現状と

人権的結核対策の実施状況について」

フィリピン結核対策委員会
結核対策部 部長・高橋 毛 敏雄

大崎 寛弘

報告

「「感染症で最も難治したベトナム人

日本語学校生の結核菌感染者の事例報告」

大阪府保健局 結核対策課 保健官
大阪府社会福祉局 結核対策課 保健官

司会者
下内 昭

「「大阪市の外国人生活結核対策」

調査結果から患者支援まで」

大阪府保健局 結核対策課 保健官

「「大阪府での外国人の結核の現状と課題」

大阪府保健局 結核対策課 保健官

提言

「グローバルの観点から長期滞在外国人の生命を問う」

大阪府保健局 結核対策課 保健官

林 田 博 昭

講演者

コーディネーター

大阪府保健局 結核対策課 保健官
大阪府社会福祉局 結核対策課 保健官

司会者
下内 昭
高橋 毛 敏雄



2019 01 26



平成 30 年度 スタッフ総務パートナーシップ推進 事業報告ワークショップ



2019 01 26



TB Case Finding

- Both active and latent
 - Increased CX among close contacts, high risk clinical groups and high risk populations including PLHIV
 - 2 TB measures (PT) for the contact with low / FTE, 3/4 - (active / latent TB) active TB screening
- Directly observed therapy (DOTS) with the national quality assessment (RQA) or Gen-Report for all presumptive TB
- Clinical assessment for Gen-Report RB position
- Check X-ray for negative microbiological results

2019 01 26

パートナーシップ関西 第6回ワークショップ

平成三十年度

ストップ結核パートナーシップ関西
第六回 ワークショップ

テーマ「長期滞在外国人の結核対策」

コーディネーター

大阪市西区役所 結核対策推進部
関西大学社会安全学部教授

「教務員」
下内 昭
高島毛 敏雄

〈講演〉

「フィリピンにおける結核の現状と」

入国前結核健診の実施状況について」

公益財団法人結核予防会
結核研究部 臨床・疫学部長

大角 良弘

〈報告〉

一 「西成区で最近増加したベトナム人」

日本語学校生の結核患者の事例報告」

大阪市西区役所 結核対策推進部
大阪府立総合医療センター 結核科

河野 理恵
下内 昭

二 「大阪市の外国出生結核対策」

患者発見から患者支援まで」

大阪市保健所 結核対策推進部
大阪府での外国人の結核の現状と課題」

津田 伸子

〈提言〉

「グローバルの観点から長期滞在外国人の生命を問う」

大阪大学グローバルセンター 教授

林田 雅幸

〈まとめ〉

コーディネーター

大阪市西区役所 結核対策推進部
関西大学社会安全学部教授

下内 昭
高島毛 敏雄

2019 01 26

平成 30 年度 ストップ結核パートナーシップ関西 第 6 回 ワークショップ



2019 01 26

平成三十年年度

ストップ結核パートナーシップ関西 第六回 ワークショップ

テーマ「長期滞在外国人の結核対策」

コーディネーター

大阪市西成区役所 結核対策特別顧問
関西大学社会安全学部教授

(敬称略)
下内 昭
高島毛敏雄

〈講演〉

「フィリピンにおける結核の現状と

入国前結核健診の実施状況について」

公益財団法人結核予防会

結核研究所 臨床・疫学部長

大角晃弘

〈報告〉

一「西成区で最近経験したベトナム人

日本語学校生の処遇困難患者の事例報告」

大阪市西成区保健福祉センター分館 保健師

大阪市西成区役所 結核対策特別顧問

河野理恵
下内 昭

二「大阪市の外国出生結核対策」

患者発見から患者支援まで」

大阪市保健所感染症対策課 医長

津田侑子

三「大阪府での外国人の結核の現状と課題」

大阪府健康医療部保健医課室医務対策課長

田邊雅章

〈提言〉

「グローバルの観点から長期滞在外国人の生命を問う」

大阪大学CROデザインセンター 教授

林田雅至

〈まとめ〉

コーディネーター

大阪市西成区役所 結核対策特別顧問
関西大学社会安全学部教授

下内 昭
高島毛敏雄



2019 01 26

ワークショップ関西 第6回 ワークショップ



田邊 雅章
先生

- 大阪府西成区役所 結核対策特別顧問
関西大学大学院法学部教授
高島毛敬雄

（報告）
「フィリピンにおける結核の現状と
入国前結核健診の実施状況について」
公益財団法人結核予防会
結核研究部 臨床・疫学部長
大角晃弘
- 大阪府西成区役所 結核対策特別顧問
大阪府立西成高等学校 保健科
下内 昭
高島毛敬雄

（提言）
「グローバルの観点から長期滞在外国人の生命を問う」
大阪府立西成高等学校 保健科
林田雅章
- 大阪府立西成高等学校 保健科
高島毛敬雄

（提言）
「大阪府での外国人の結核の現状と課題」
大阪府立西成高等学校 保健科
田邊雅章
- 大阪府立西成高等学校 保健科
高島毛敬雄

（提言）
「大阪市の外国出生結核対策」
大阪府立西成高等学校 保健科
津田信子
- 大阪府立西成高等学校 保健科
高島毛敬雄

（提言）
「大阪府での外国人の結核の現状と課題」
大阪府立西成高等学校 保健科
下内 昭

2019 01 26



平成 30 年度 ストップ虐待パートナーシップ関係 報告会



2019 01 26



2019 01 26

フィリピンにおける結核の現状と入 国前結核健診の実施状況について

(公財)結核予防会結核研究所臨床・疫学部
大角晃弘

ストップ結核パートナーシップ関西 第6回 ワークショップ
「入国外国人の結核対策」

2019年1月26日 13:30～17:30

背 景

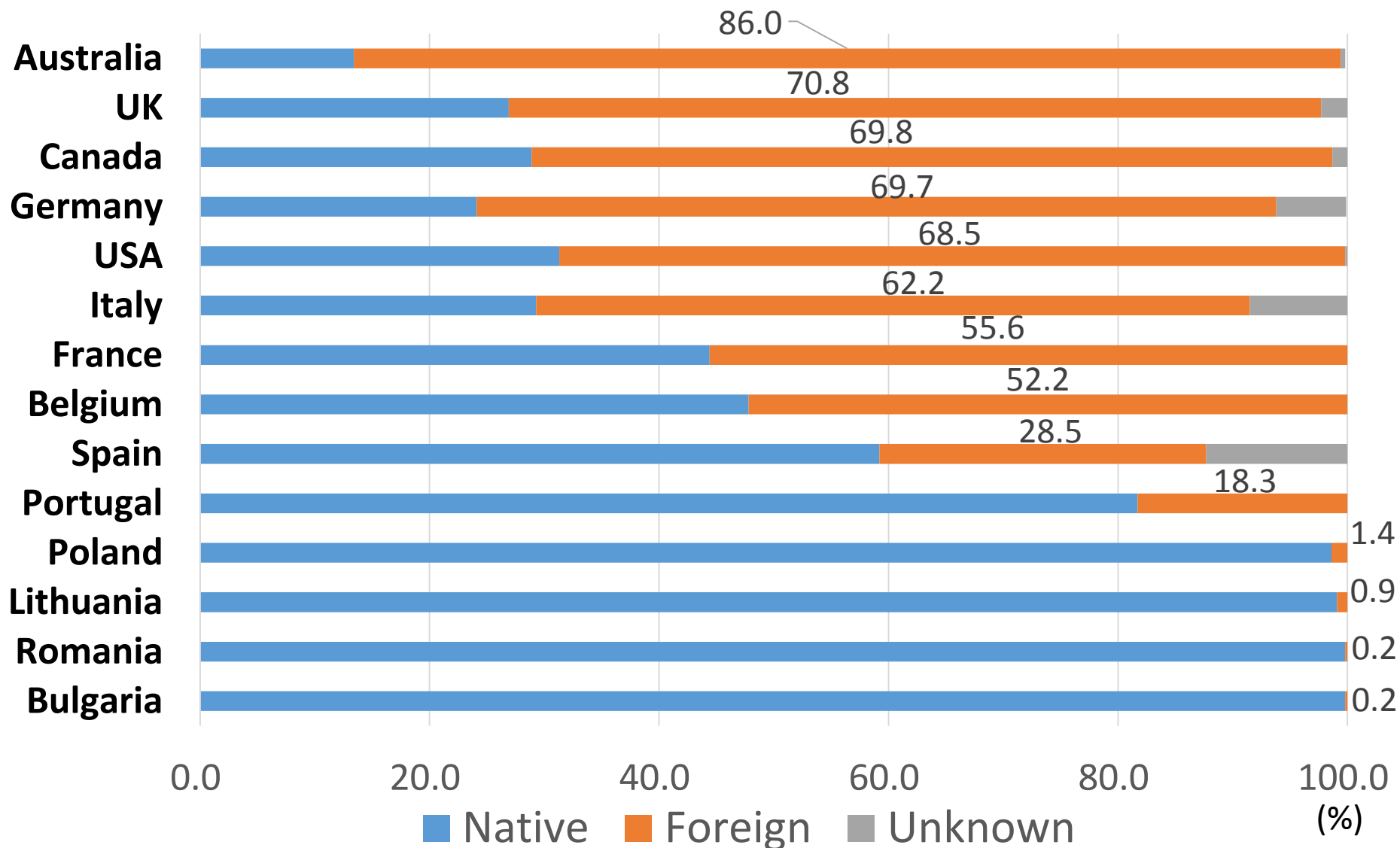
- わが国の結核患者の3分の2以上は、高齢者で占められている。
- 外国生まれ結核患者が全体の中で占める割合は、まだ1割弱だが、今後増加することが予想される。
→結核患者の欧米化(外国生まれ患者割合の増加)
- 厚労省による日本への入国前結核健診実施の方針
 - 第9回厚生科学審議会結核部会(2018年2月26日)
 - 対象国: フィリピン、中国、ベトナム、ネパール、インドネシア、ミャンマー等
 - <https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000204373.html>

本日の内容

1. わが国における外国生まれ結核患者の背景と疫学的状況
2. フィリピンにおける結核の現状と対策
3. フィリピンにおける入国前結核健診の実施状況紹介
4. 入国前結核健診について

1. わが国における外国生まれ結核 患者の疫学的状況

Proportions of Tuberculosis cases by country origin, 2016



- ECDC, Tuberculosis surveillance and monitoring in Europe, 2018

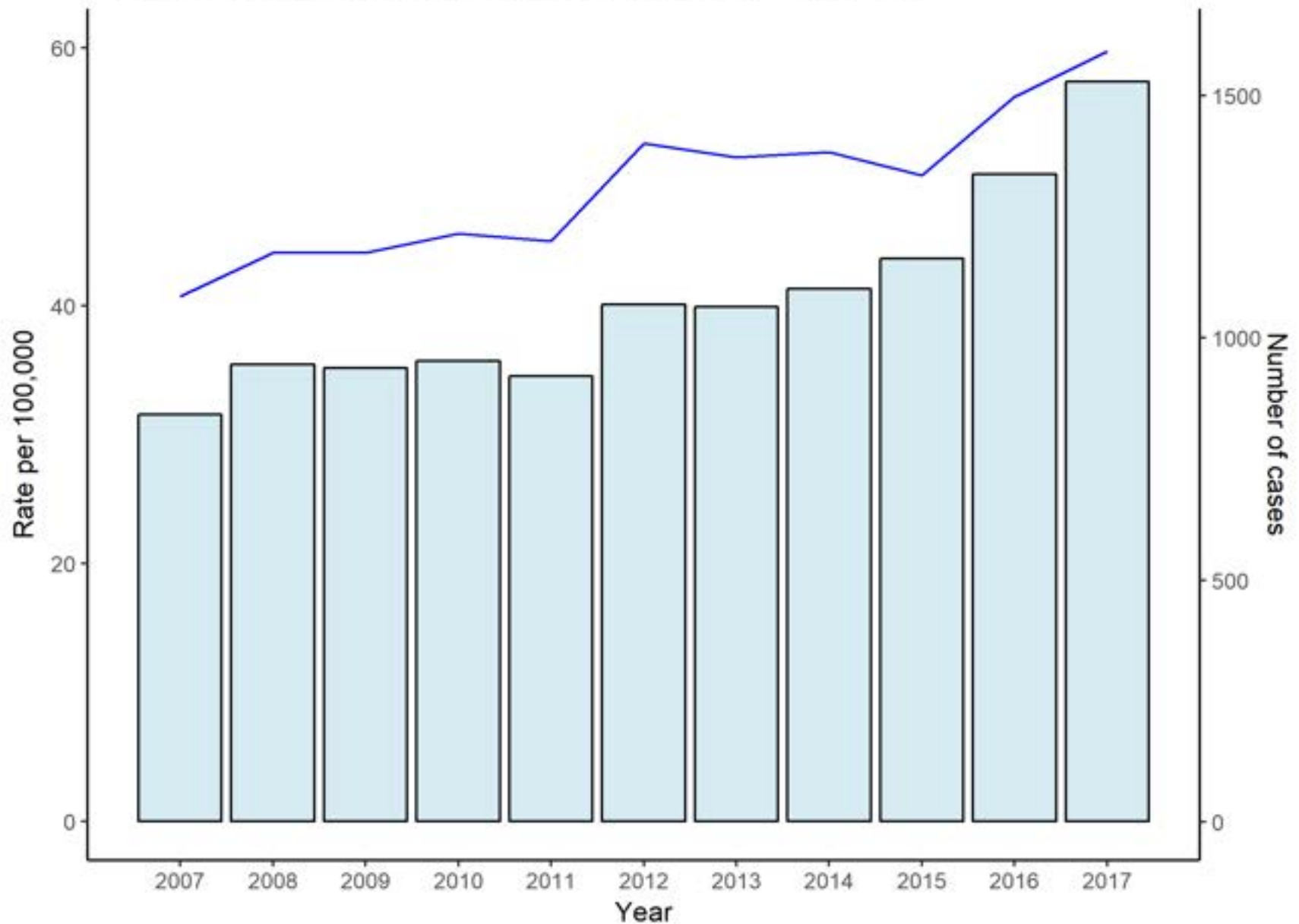
- USCDC. https://www.cdc.gov/tb/statistics/reports/2016/pdfs/2016_Surveillance_FullReport.pdf

- CCDIC, Tuberculosis in Canada, 2016

- CDI, Tuberculosis Notifications in Australia, 2014

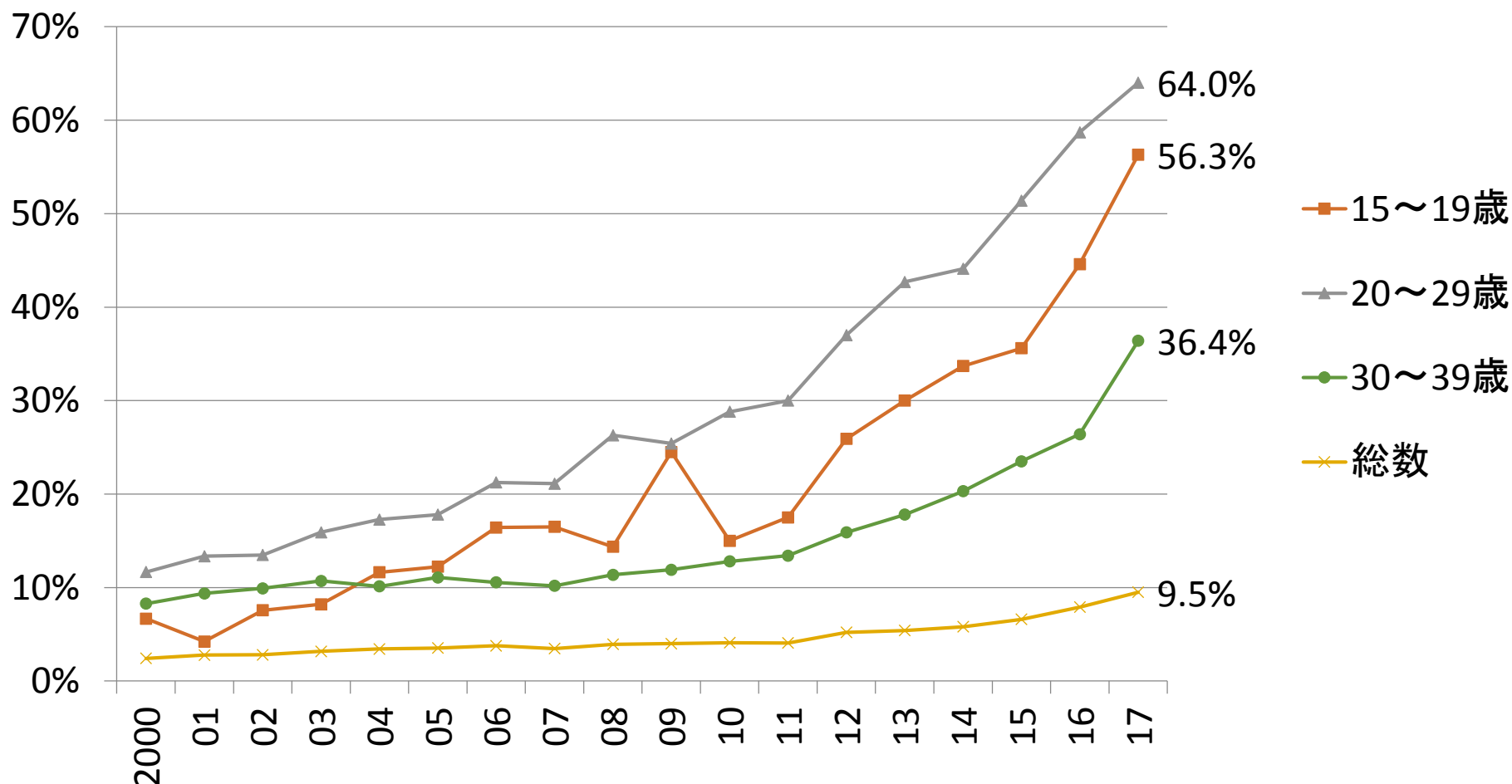
(2014 data in Australia)

Figure 4. Foreign-born TB notification and rates, 2007-2017

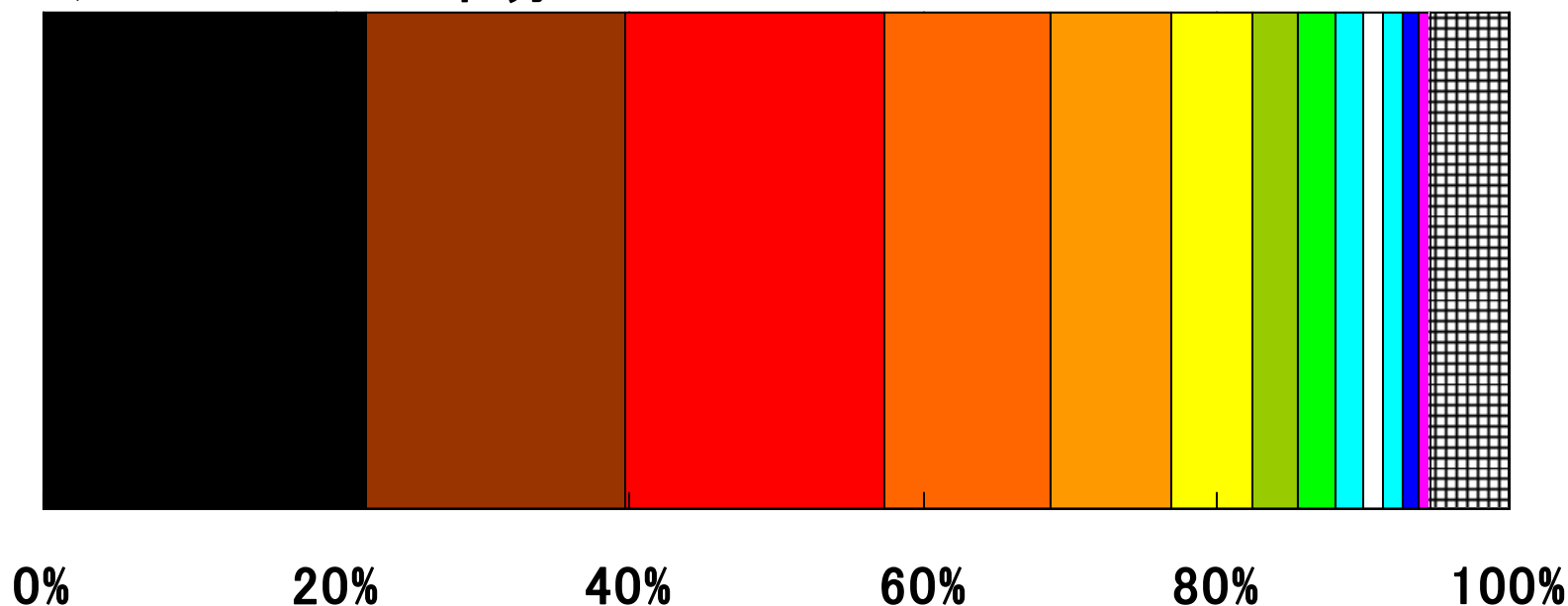
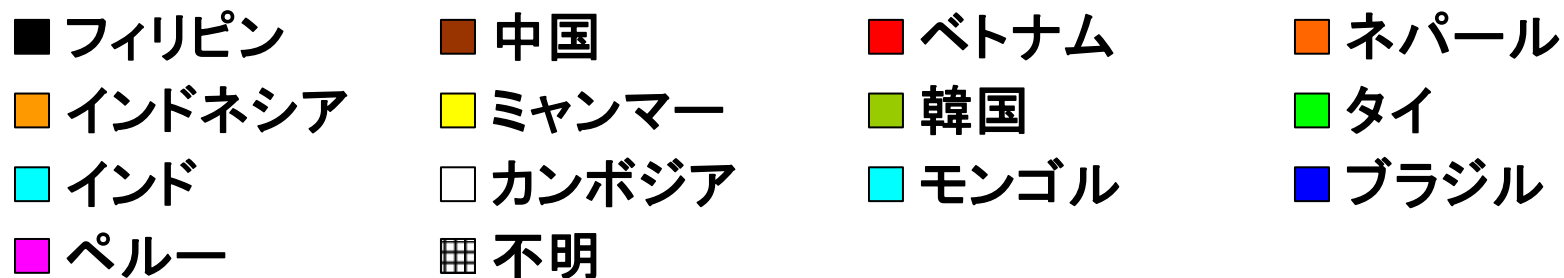


(TB in Japan:Annual Report 2018, <http://www.jata.or.jp/rit/ekigaku/en/statistics-of-tb/>)

わが国における外国出生結核患者割合の年次推移、2000-2017

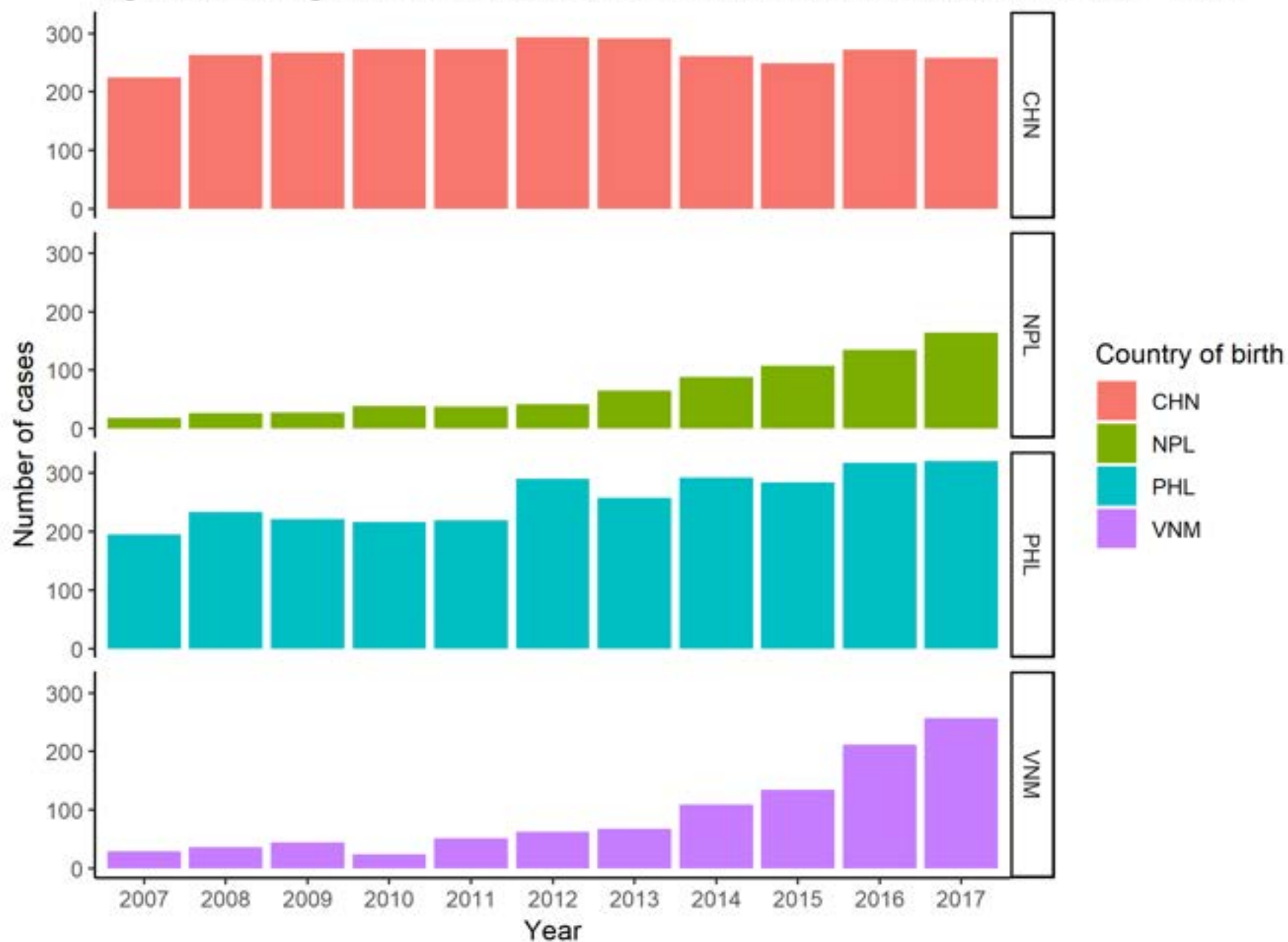


外国出生結核患者の出身国 (2017, n=1530)



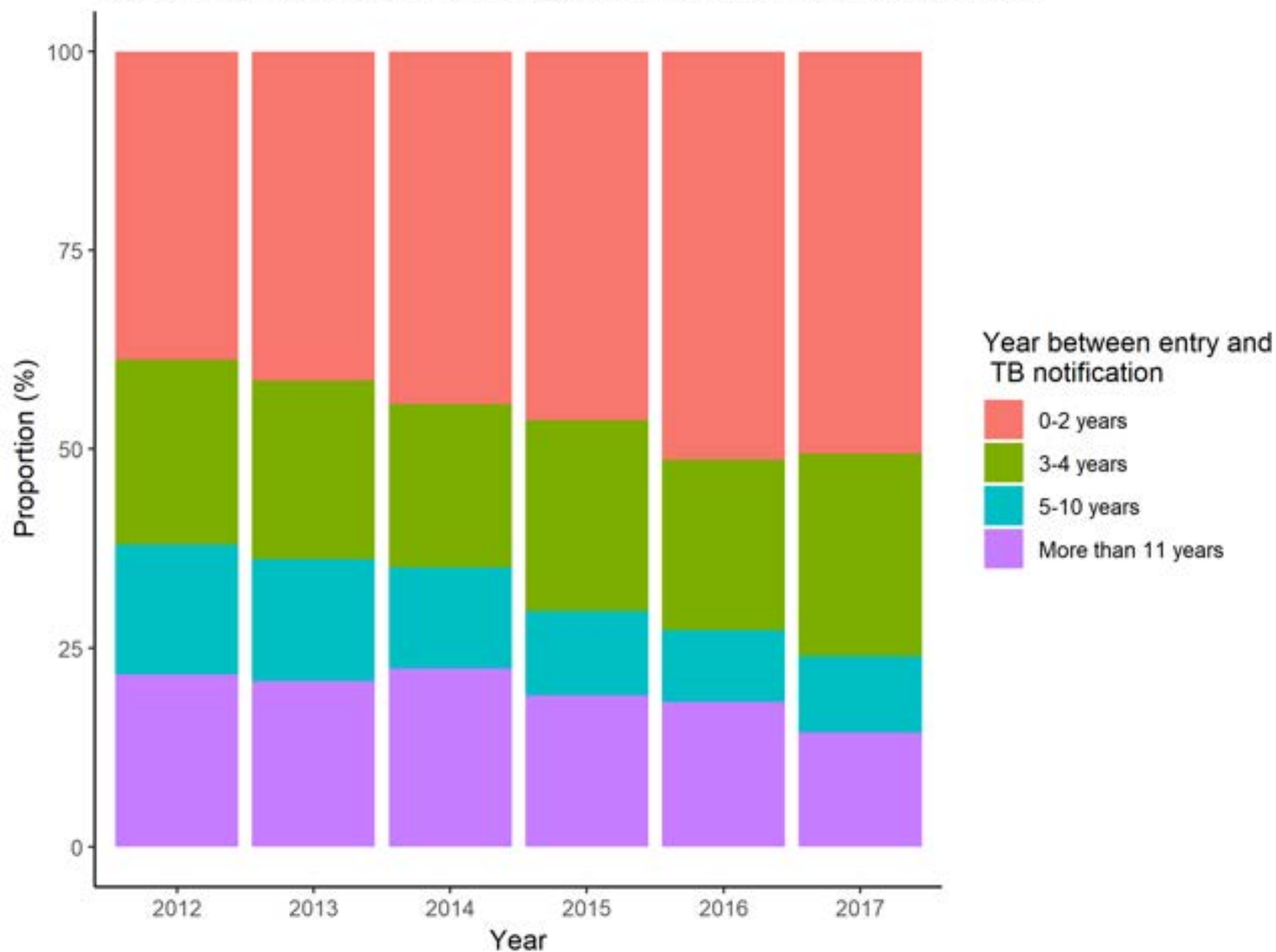
(TB in Japan: Annual Report 2018, <http://www.jata.or.jp/rit/ekigaku/en/statistics-of-tb/>)

Figure 6. Foreign-born TB notifications in selected countries of birth, 2007-2017



(TB in Japan: Annual Report 2018, <http://www.jata.or.jp/rit/ekigaku/en/statistics-of-tb/>)

Fig 7. Year between entry to Japan and TB notification, 2012-2017



(TB in Japan:Annual Report 2018, <http://www.jata.or.jp/rit/ekigaku/en/statistics-of-tb/>)

25歳から64歳の外国出生結核患者の発見方法、日本に入国から診断までの期間別, 2007-2014 Kawatsu et al (2017), WPSAR

Mode of detection	Aged 25–64				p-value
	Non-recent immigrants		Recent immigrants		
	n	%	n	%	
Total	2194	100.0	1745	100.0	< 0.001
Routine school and workplace screening	338	15.4	503	28.7	
Routine community-based screening	37	1.7	18	1.0	
Individual health check	56	2.6	60	3.4	
Contact investigation	109	5.0	79	4.5	
Other mass investigation	18	0.8	35	2.0	
Hospital visit with TB symptoms	1420	64.7	981	56.2	
Health check as out- or inpatient	166	7.6	40	2.3	
Others	17	0.8	13	0.7	
Unknown	21	1.0	13	0.7	
During TB follow-up	12	0.5	3	0.2	

✓ 最近の入国者では定期の学校健診、職場健診での発見が多い

✓ 最近の入国でない者では症状発現による医療機関受診発見が多い

最近の入国者: 日本への入国から結核の診断までが5年以内

最近の入国でない者: 日本への入国から結核の診断までが5年以上

65歳以上の外国出生結核患者の発見方法、日本に 入国から診断までの期間別, 2007-2014

Kawatsu et al (2017),

WPSAR

Mode of detection	Aged 65+				p-value
	Non-recent immigrants		Recent immigrants		
	n	%	n	%	
Total	284	100.0	40	100.0	0.860
Routine school and workplace screening	3	1.1	1	2.5	
Routine community-based screening	4	1.4	1	2.5	
Individual health check	3	1.1	1	2.5	
Contact investigation	3	1.1	0	0.0	
Other mass investigation	1	0.4	0	0.0	
Hospital visit with TB symptoms	178	62.7	29	72.5	
Health check as out- or inpatient	86	30.3	8	20.0	
Others	5	1.8	0	0.0	
Unknown	1	0.4	0	0.0	
During TB follow-up	0	0.0	0	0.0	

✓ 65歳以上では最近の入国とそうでない者との間には発見方法に差はなかった

最近の入国者: 日本への入国から結核の診断までが5年以内
最近の入国でない者: 日本への入国から結核の診断までが5年以上

薬剤耐性結核 イソニアジド耐性

Figure 13a. Number and proportion of INH resistant TB (all), 2012-2017

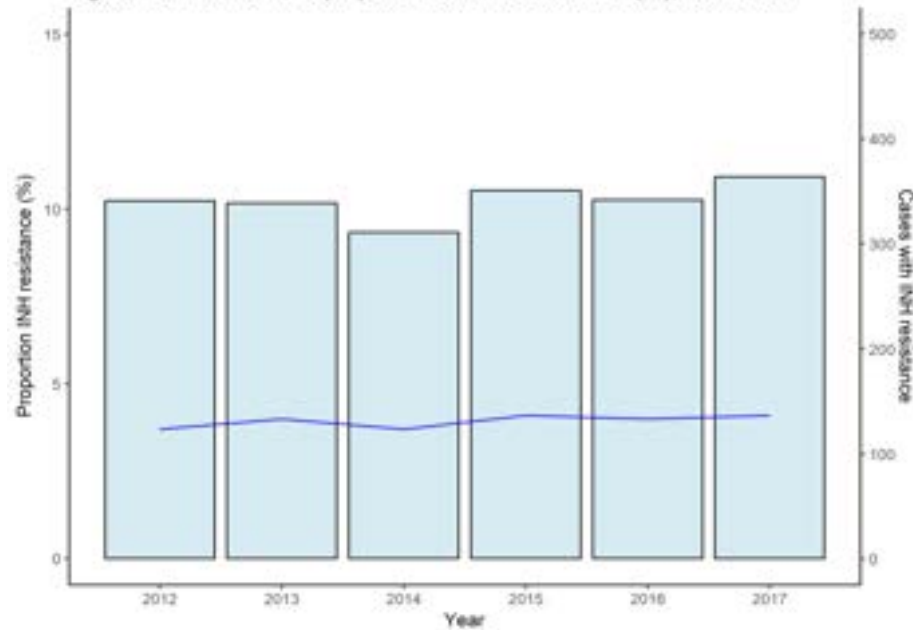


Figure 13b. Number and proportion of INH resistant TB (foreign-born), 2012-2017

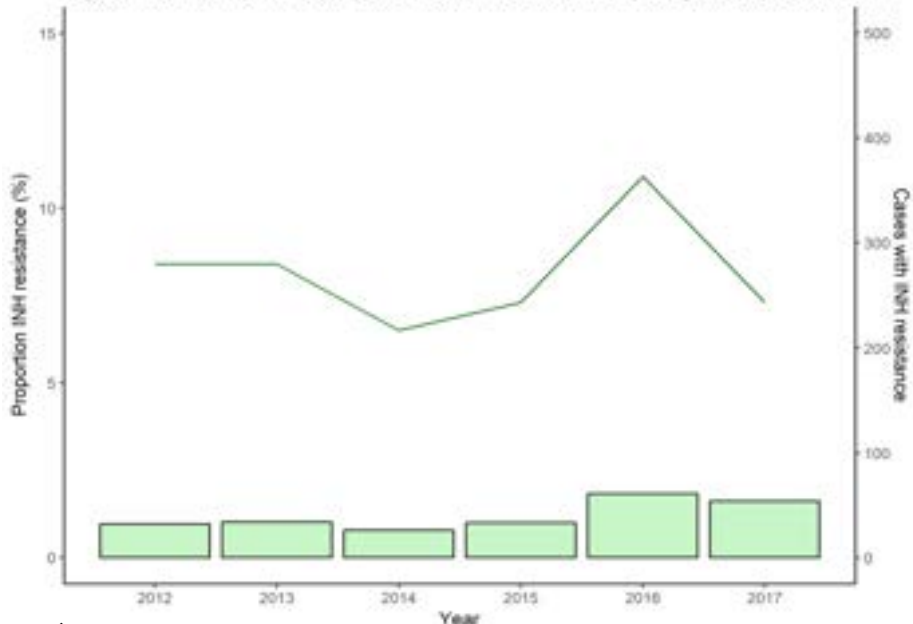
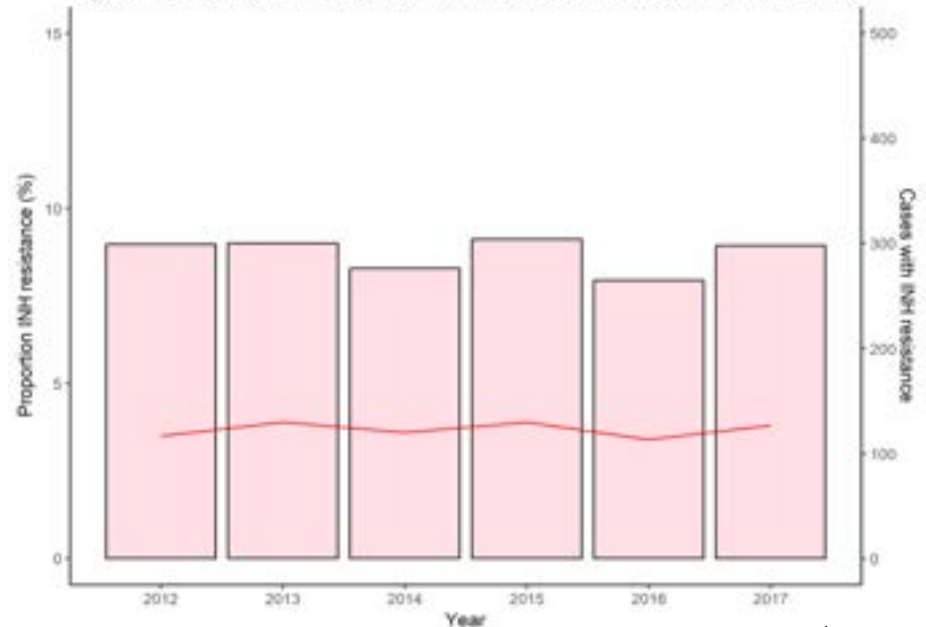


Figure 13c. Number and proportion of INH resistant TB (Japan-born), 2012-2017



(TB in Japan: Annual Report 2018, <http://www.jata.or.jp/rit/ekigaku/en/statistics-of-tb/>)

薬剤耐性結核 多剤耐性

Figure 12a. Number and proportion of MDR resistant TB (all), 2012-2017

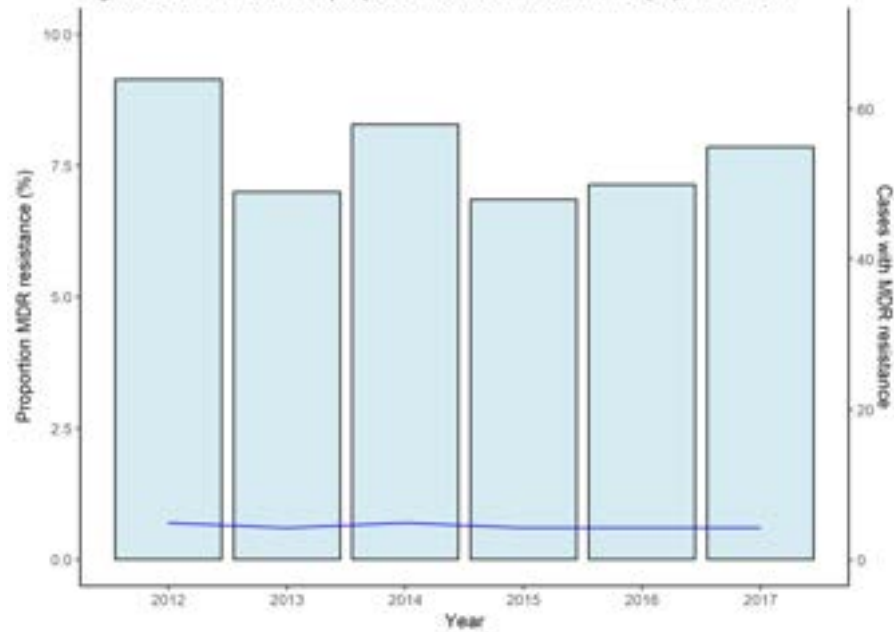


Figure 12b. Number and proportion of MDR resistant TB (foreign-born), 2012-2017

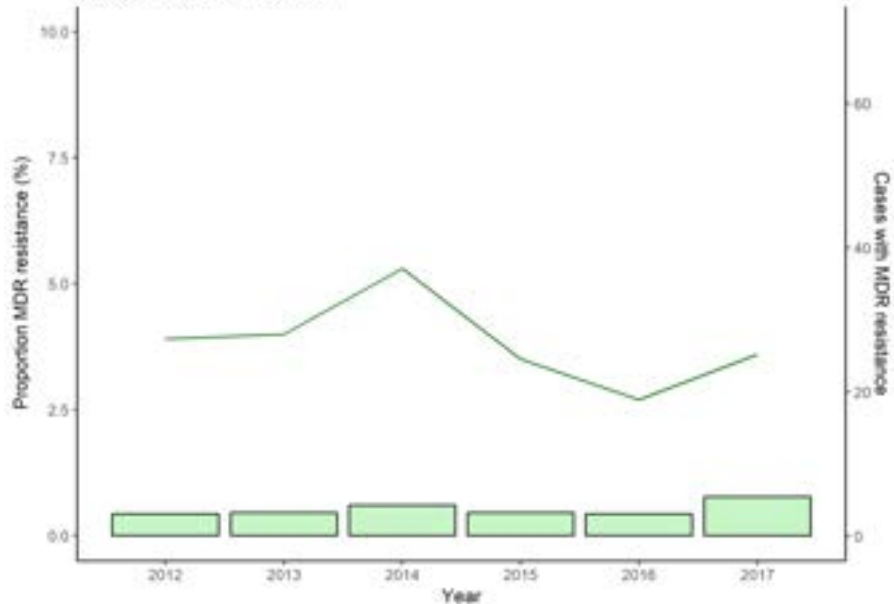
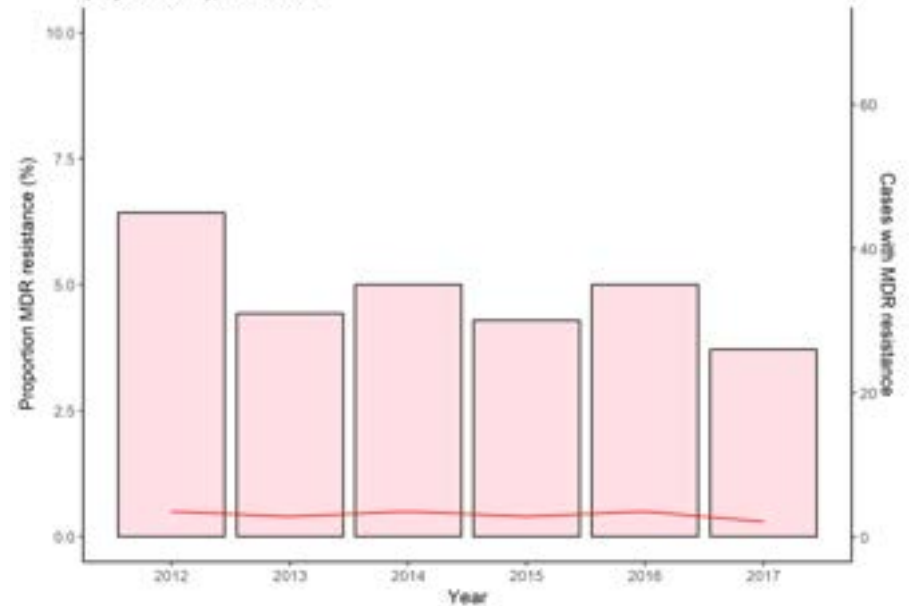
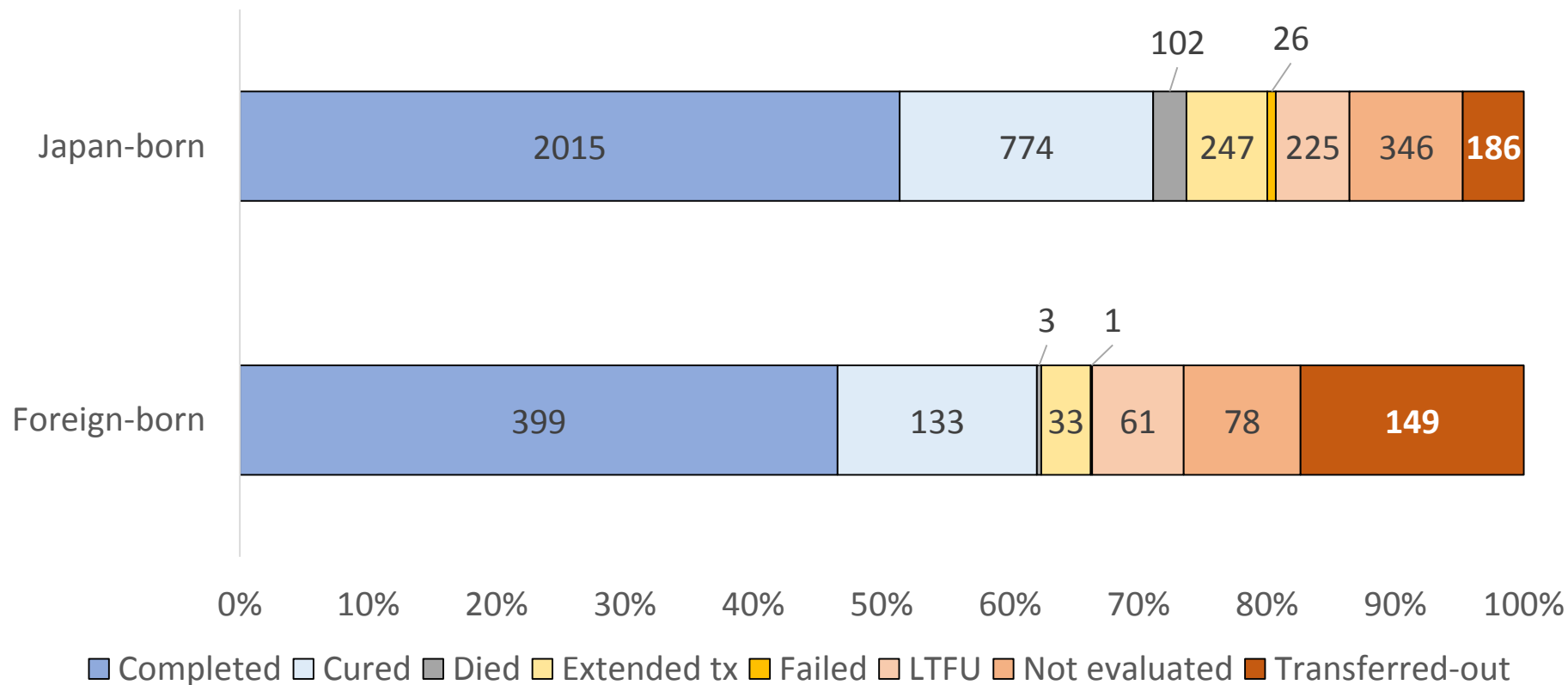


Figure 12c. Number and proportion of MDR resistant TB (Japan-born), 2012-2017



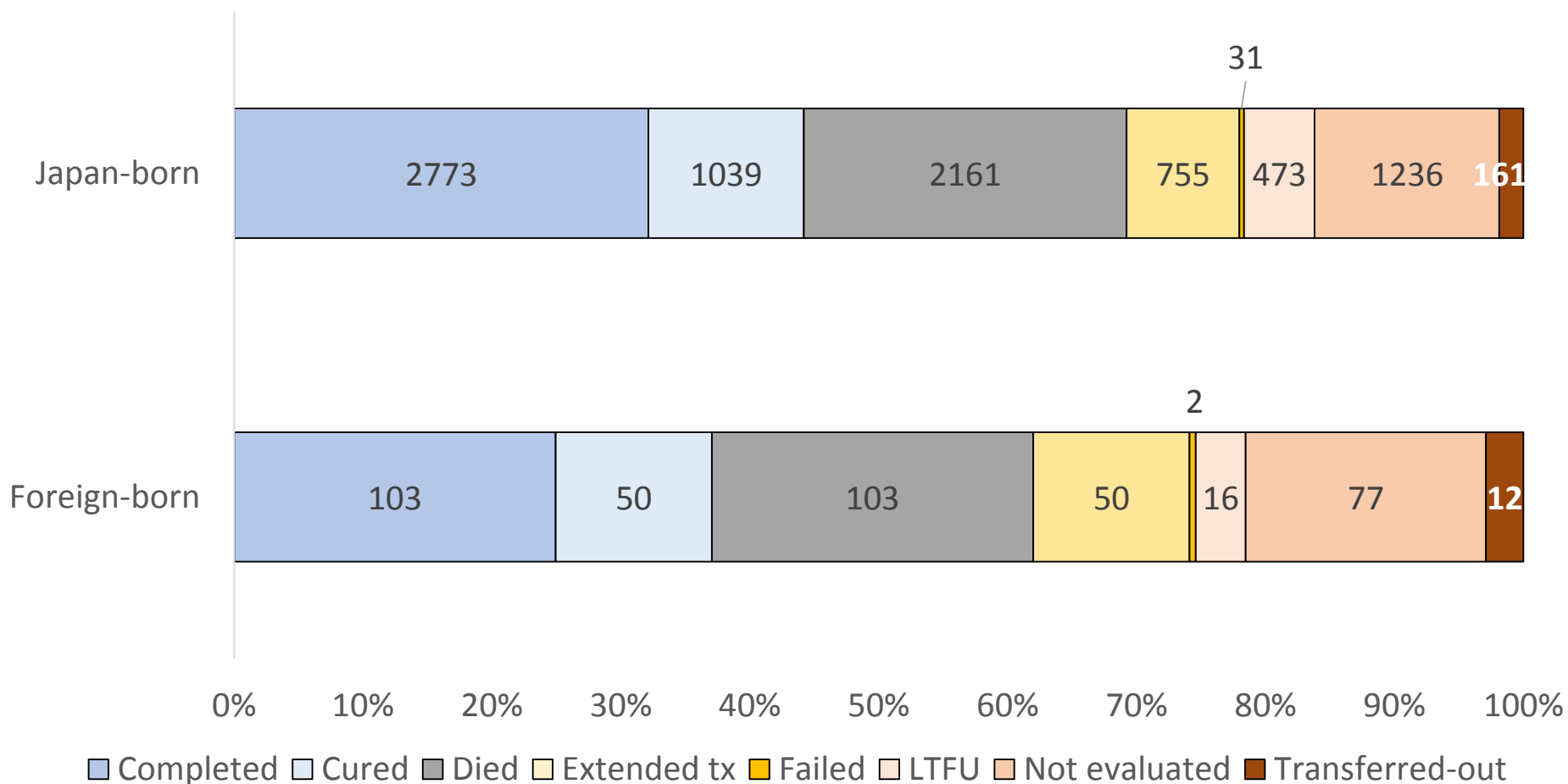
(TB in Japan: Annual Report 2018, <http://www.jata.or.jp/rit/ekigaku/en/statistics-of-tb/>)

2015年届出患者の治療成績 肺結核、0-64歳



Tx: treatment, LTFU: lost to follow-up

2015年届出患者の治療成績 肺結核、65歳以上



Tx: treatment, LTFU: lost to follow-up

2. フィリピンにおける結核の現状と対策

フィリピン共和国

- 7,109 の島々からなる
- 人口 約1億人 (2015年)
- 国民一人あたりのGDP:
 - US\$2,947 (2016)
- 大きな貧富差：
 - 貧困率 約8% (<US\$1.9/day)、約34% (<US\$3.2/day)

外務省ホームページ他

<https://www.mofa.go.jp/mofaj/area/philippines/data.html>

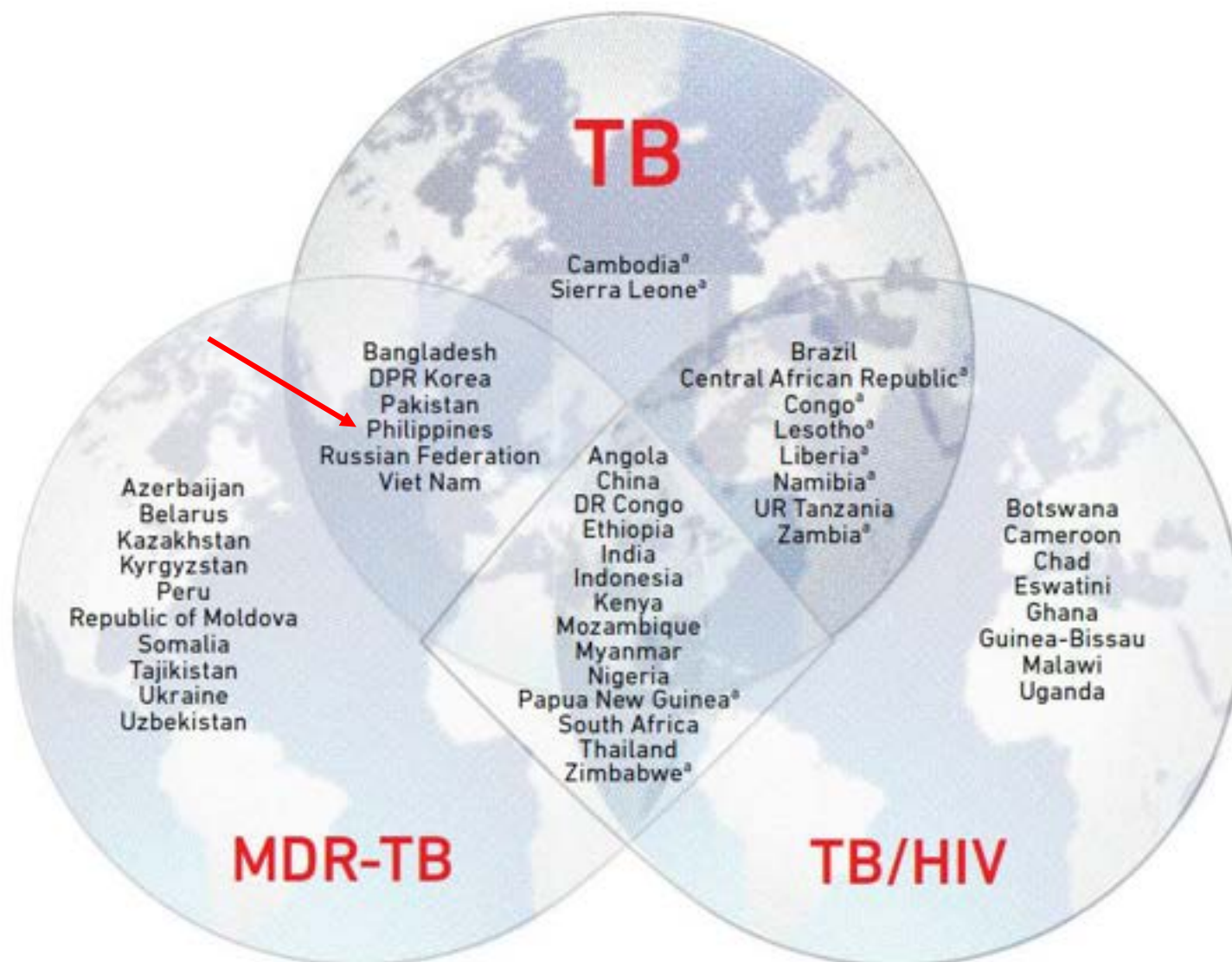


https://en.wikipedia.org/wiki/Lighthouses_in_the_Philippines#/media/File:Ph_physical_map.png

FIG. 2.5

Countries in the three high-burden country lists for TB, TB/HIV and MDR-TB being used by WHO during the period 2016–2020, and their areas of overlap

(WHO, Global TB Report 2018)



^a Indicates countries that are included in the list of 30 high TB burden countries on the basis of the severity of their TB burden (i.e. TB incident cases per 100 000 population per year), as opposed to the top 20, which are included on the basis of their absolute number of incident cases per year. Also see [Table 2.4](#).

Tuberculosis in the Philippines

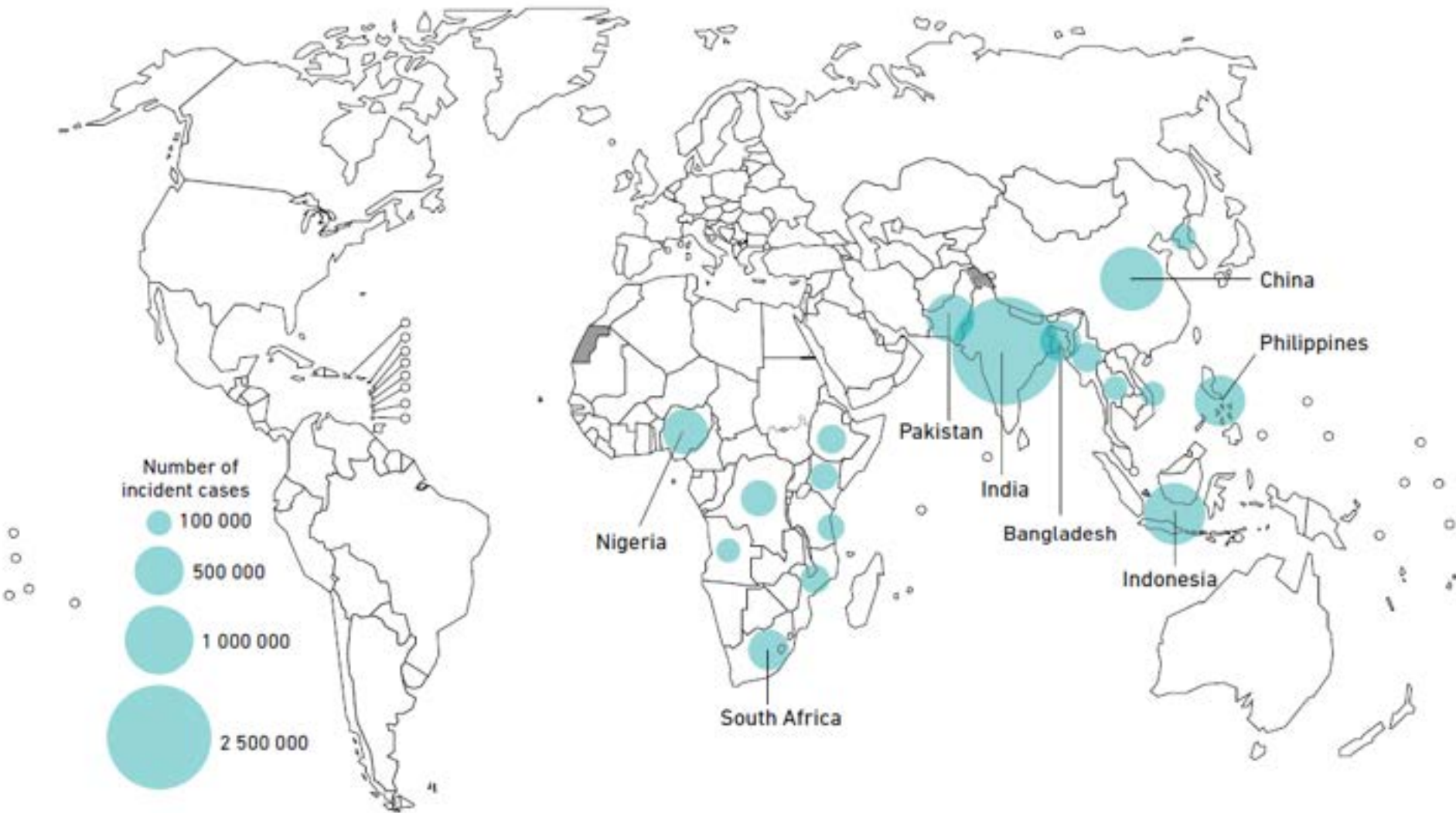
Epidemiology

- One of the top eight countries occupying two thirds of the global TB incidence--- India (27%), China (9%), Indonesia (8%), **the Philippines (6%)**, Pakistan (5%), Nigeria (4%), Bangladesh (4%), and South Africa (3%)
- Estimated total TB incidence: 554 per 100k in 2017
 - The 3rd, following Lesotho (665), South Africa (567)!
 - HIV prevalence in incident TB is still as low as 1.2%

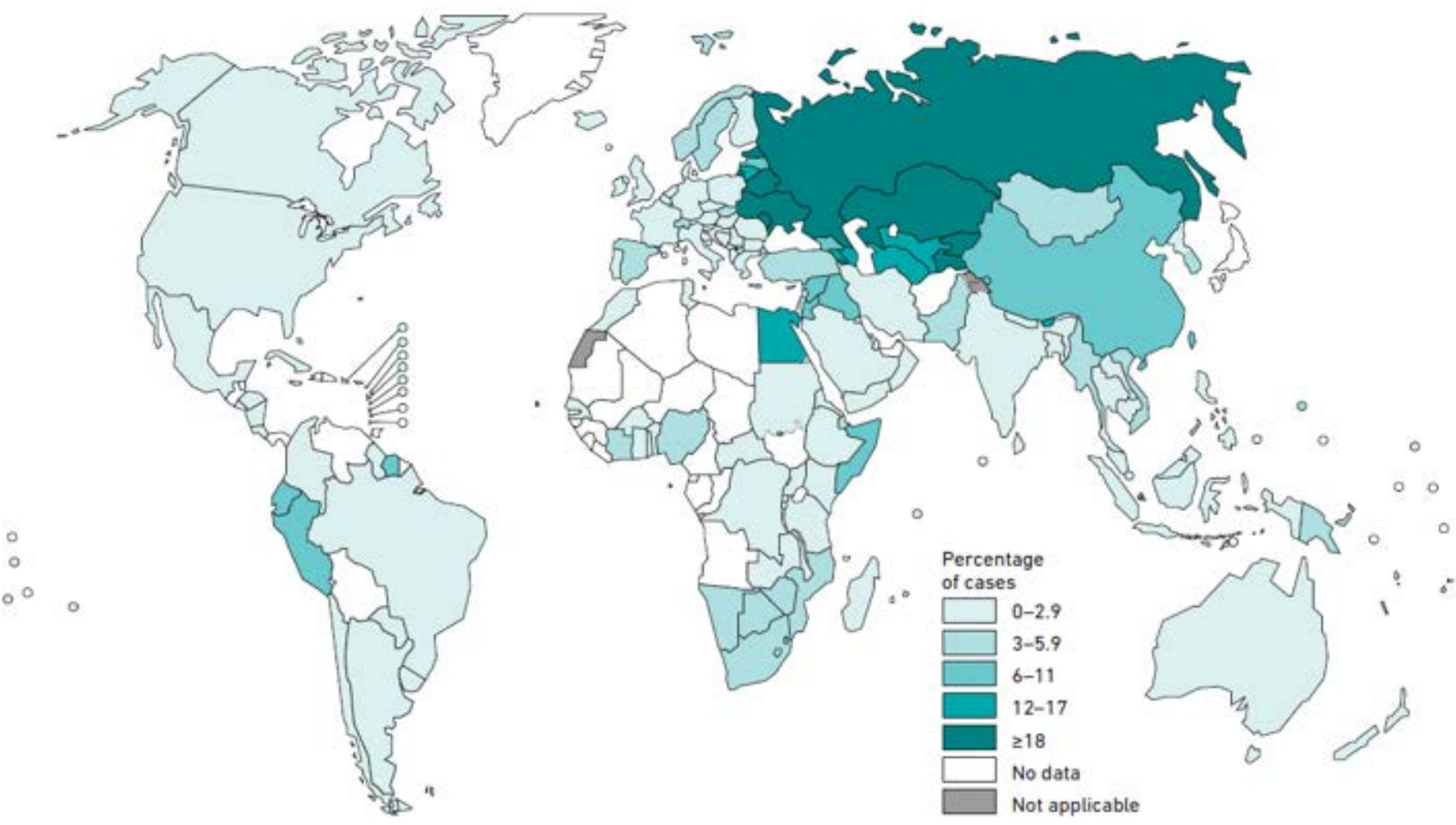
(WHO, Global TB Report 2018)

FIG. 3.3

Estimated TB incidence in 2017, for countries with at least 100 000 incident cases



(WHO, Global TB Report 2018)



^a Figures are based on the most recent year for which data have been reported, which varies among countries. Data cover the period 2002-2018.

- Estimated as 2.6% in new cases, 27,000 per year in the Philippines

FIG. 3.22

Estimated incidence of MDR/RR-TB in 2017, for countries with at least 1000 incident cases



(WHO, Global TB Report 2018)

The 2nd National Drug Resistant Survey in the Philippines, 2012

- 60 clusters, planned 47 new smear-positive PTB, >15 years old patients, per cluster
- 2,468 new, 194 retreatment, and 6 unknown TB history patients were finally enrolled with DST results

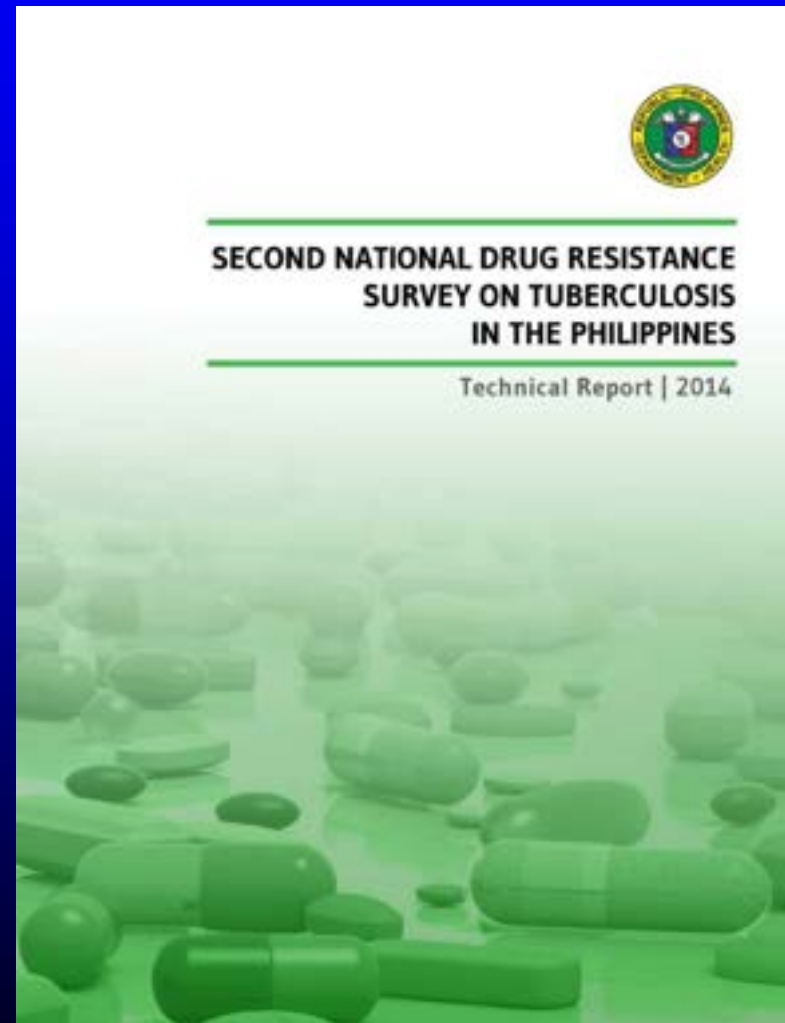


Table 2. Prevalence of resistance to first-line and second-line anti-TB drugs among TB patients, National Drug Resistance Survey, Philippines, 2012

Drug Resistance	New Patients n = 2468			Previously Treated Patients n = 194			Combined n = 2662		
	N	%	95% CI	n	%	95% CI	n	%	95% CI
Susceptible	2034	82.53	80.79 - 84.15	108	56.39	48.83 - 63.65	2142	80.67	78.78 - 82.42
Any resistance to:									
Isoniazid (H)	350	<u>14.06</u>	12.60 - 15.65	72	36.56	29.38 - 44.39	422	15.66	14.04 - 17.44
Rifampicin (R)	61	2.43	1.75 - 3.37	52	26.45	20.35 - 33.60	113	4.15	3.20 - 5.35
Ethambutol (E)	38	1.57	1.11 - 2.20	25	12.76	8.25 - 19.21	63	2.36	1.77 - 3.16
Streptomycin (S)	130	5.22	4.20 - 6.46	25	12.44	8.06 - 18.73	155	5.73	4.71 - 6.96
Total any resistance	434	<u>17.47</u>	15.85 - 19.21	86	43.61	36.35 - 51.17	520	19.33	17.58 - 21.22
Monoresistance									
Isoniazid only	250	10.04	8.84 - 11.39	26	13.08	8.67 - 19.26	276	10.26	9.02 - 11.65
Rifampicin only	9	0.36	0.18 - 0.75	8	3.8	1.70 - 8.27	17	0.61	0.34 - 1.09
Ethambutol only	3	0.14	0.04 - 0.45	0	0		3	0.13	0.00 - 0.42
Streptomycin only	69	2.79	2.18 - 3.56	4	2.01	0.75 - 5.29	73	2.74	2.17 - 3.44
Total Monoresistance	331	13.34	12.09 - 14.70	38	18.89	13.75 - 25.39	369	13.74	12.44 - 15.15
Multi-drug Resistance									
H + R	22	0.86	0.53 - 1.39	16	8.35	4.67 - 14.50	38	1.39	0.89 - 2.18
H + R + E	12	0.51	0.26 - 0.98	8	4.14	2.10 - 7.97	20	0.76	0.47 - 1.24
H + R + S	5	0.2	0.09 - 0.48	5	2.58	0.97 - 6.67	10	0.37	0.19 - 0.75
H + R + E + S	10	0.39	0.19 - 0.78	13	6.34	2.88 - 13.39	23	0.81	0.42 - 1.56
Total MDR	49	<u>1.96</u>	1.41 - 2.71	42	21.4	15.59 - 28.66	91	3.35	2.53 - 4.41

**Table 3. Prevalence of any and multi-drug resistance among TB patients,
National Drug Resistance Survey, Philippines, 2012**

	New Patients			Previously Treated Patients			Combined		
	n	%	95% CI	n	%	95% CI	n	%	95% CI
ANY RESISTANCE	434			86			520		
Sex									
Female	115	17.69	14.66 - 21.18	20	43.4	28.39 - 59.72	135	19.36	16.08 - 23.11
Male	319	17.37	15.40 - 19.53	66	43.69	34.41 - 53.43	385	19.31	17.24 - 21.56
		$\chi^2_{df=1}=0.04, p=0.833$				$\chi^2_{df=1}=0.02, p=0.894$			
Age									
≤ 19	31	17.96	12.51 - 25.09	4	100		35	19.7	13.97 - 27.05
20 - 29	100	19.67	16.55 - 23.22	16	50.11	32.39 - 67.80	116	21.42	18.49 - 24.66
30 - 39	77	15.11	12.31 - 18.42	15	35.43	20.52 - 53.83	92	16.58	13.69 - 19.94
40 - 49	103	18.11	14.76 - 22.02	32	53.3	38.56 - 67.49	135	21.43	17.90 - 25.44
50 - 59	81	18.1	14.37 - 22.53	10	25.52	14.11 - 41.69	91	18.7	15.25 - 22.72
≥ 60	42	15.06	11.60 - 19.33	9	46.86	26.43 - 68.39	51	16.99	13.72 - 20.85
		$\chi^2_{df=5}=5.38, p=0.372$				$\chi^2_{df=4}=15.16, p=0.010$			
Setting									
Rural	296	17.27	14.43 - 20.54	54	43.27	30.70 - 56.76	350	19.42	16.47 - 22.75
Urban	138	17.54	15.57 - 19.71	32	43.84	34.23 - 53.94	170	19.27	17.14 - 21.60
		$\chi^2_{df=1}=0.01, p=0.917$				$\chi^2_{df=1}=0.06, p=0.811$			

**Table 3. Prevalence of any and multi-drug resistance among TB patients,
National Drug Resistance Survey, Philippines, 2012**

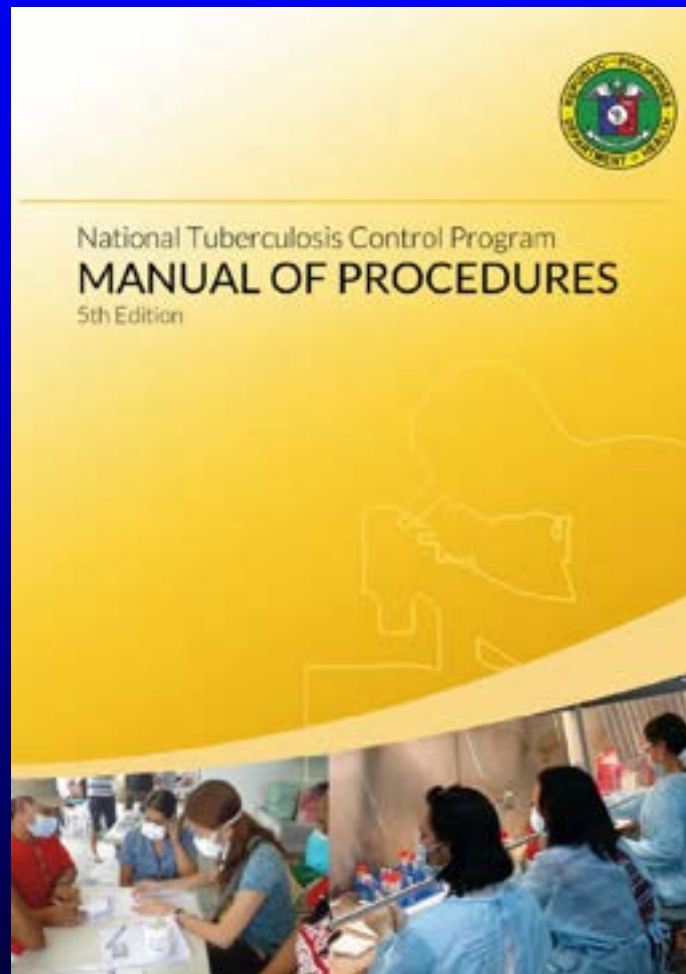
	New Patients			Previously Treated Patients			Combined		
	n	%	95% CI	n	%	95% CI	n	%	95% CI
MDR	49			42			91		
Sex									
Female	11	1.73	0.91 - 3.28	13	28.95	17.34 - 44.18	24	3.5	2.21 - 5.51
Male	38	2.04	1.48 - 2.80	29	18.97	12.28 - 28.14	67	3.28	2.40 - 4.47
		$\chi^2_{df=1}=0.34, p=0.557$			$\chi^2_{df=1}=1.55, p=0.213$				
Age									
≤ 19	5	2.91	1.26 - 6.57	2	48.06	2.29 - 97.34	7	3.87	1.97 - 7.48
20 - 29	11	2.26	1.30 - 3.90	9	29.17	16.53 - 46.15	20	3.8	2.48 - 5.80
30 - 39	12	2.32	1.28 - 4.16	8	18.85	9.99 - 32.71	20	3.51	2.25 - 5.45
40 - 49	12	2.05	1.10 - 3.81	16	26.39	15.78 - 40.69	28	4.35	2.80 - 6.70
50 - 59	6	1.32	0.61 - 2.82	3	7.66	2.38 - 22.00	9	1.83	0.86 - 3.84
≥ 60	3	1	0.32 - 3.04	4	20.75	7.15 - 47.09	7	2.2	1.07 - 4.45
		$\chi^2_{df=5}=3.50, p=0.623$			$\chi^2_{df=4}=8.77, p=0.119$				
Setting									
Rural	29	2.47	1.54 - 3.95	26	21.1	12.49 - 33.39	55	4.01	2.66 - 6.01
Urban	20	1.7	1.09 - 2.65	16	21.44	13.91 - 21.56	36	3	2.04 - 4.40
		$\chi^2_{df=1}=1.78, p=0.182$			$\chi^2_{df=1}=0.00, p=0.994$				

Table 11. Comparison of the prevalence of drug resistance between 2004 and 2012 surveys

	New Patients		Previously Treated Patients		Combined	
	%	95% CI	%	95% CI	%	95% CI
Any resistance						
2012 survey	17.47	15.85 - 19.21	43.61	36.35 - 51.17	19.33	17.58 - 21.22
2004 survey	20.4	18.10 - 22.90	38.8	27.80 - 51.10	22.2	19.70 - 24.90
MDR						
2012 survey	1.96	1.41 - 2.71	21.4	15.59 - 28.66	3.35	2.53 - 4.41
2004 survey	3.8	2.60 - 5.50	20.9	13.00 - 32.00	5.7	4.30 - 7.50

Tuberculosis in the Philippines

Control



contents

ii	FOREWORD
iv	PREFACE
v	LIST OF TABLES, FIGURES, REPORTS, FORMS AND ANNEXES
ix	ABBREVIATIONS AND ACRONYMS
1	Chapter 1. INTRODUCTION
15	Chapter 2. CASE FINDING
33	Chapter 3. CASE HOLDING
53	Chapter 4. PREVENTION OF TB
59	Chapter 5. RECORDING AND REPORTING
107	Chapter 6. MANAGEMENT OF TB DRUGS AND DIAGNOSTIC SUPPLIES
115	Chapter 7. TB-DOTS REFERRAL SYSTEM
121	Chapter 8. ADVOCACY, COMMUNICATION AND SOCIAL MOBILIZATION
127	Chapter 9. DOTS CERTIFICATION AND PHILHEALTH ACCREDITATION
135	Chapter 10. MONITORING, SUPERVISION AND EVALUATION
149	REFERENCES
152	ANNEXES

TB Case Finding

- Both passive and intensified
 - Intensified CF among close contacts, high-risk clinical groups, and high-risk populations including PLHIV
 - LTBI treatment (IPT) for the contacts with bac+/- PTB, TST+, under 5 years old, if active PTB excluded
- Direct sputum smear microscopy (DSSM) with the external quality assessment (EQA) or Gene-Xpert for all presumptive TB
- Culture examination for Gene-Xpert RR positive
- Chest X-ray for negative bacteriological results

Case Holding / Treatment

- “Anti-TB treatment shall be done through a patient-centered, directly observed treatment (DOT) to foster adherence.”
- Standard treatment regimen
 - 2HRZE/4HR for new PTB or 2HRZE/10HR for CNS/bones TB
 - 2HRZES/1HRZE/5HRE for retreatment cases (or 4 months extension of HRE for CNS/bones TB)
 - Standard Regimen Drug-resistant for at least 18 months
 - Z-Km-Lfx-Pto-Cs --- individualized once DST result is available
 - 9 months short regimen expanding from 2015
 - 4 Km(Cm) Mfx(Lfx) Pto Cfz hdH Z E / 5 Mfx(Lfx) Z E Cfz

Tuberculosis in the Philippines

Recording and Reporting

Table No. 24 - Summary of Recording and Reporting Forms

Records	Reports
1. Form 1. Presumptive TB Masterlist 2. Form 2a. NTP Laboratory Request Form 3. Form 2b. NTP Laboratory Result Form for HIV Testing of TB Patients 4. Form 3. NTP Laboratory Register (Microscopy and GX) 5. Form 4. TB Treatment/IPT card 6. Form 5. NTP ID Card 7. Form 6a. Drug-susceptible TB Register 8. Form 6b. DR-TB Register 9. Form 7. NTP Referral Form 10. Form 8. Hospital TB Referral Logbook 11. Form 9. IPT Register	1. Report 1. Quarterly Report on TB Microscopy and GX Laboratory Examinations 2. Report 2. Quarterly Report on EQA for TB Microscopy 3. Report 3a. Quarterly Report on Case Finding of Drug-susceptible TB Cases and IPT 4. Report 3b. Quarterly Report on DR-TB Cases 5. Report 4. Quarterly Report on Drug and Supply Inventory and Requirement 6. Report 5a. Quarterly Report on Treatment Outcome of Drug-susceptible TB Cases 7. Report 5b. Quarterly Report on Interim Treatment Outcome of DR-TB Cases 8. Report 5c. Annual Report on Treatment Outcome of DR-TB Cases 9. Report 6. Quarterly Report of Hospital TB Referrals

To be filled out by Health Worker

Name of Collection Unit: _____ Date of Request: _____

Name of Requesting Physician: _____

Name of Patient: _____ Age: _____ Sex: ☐ M ☐ F

Address: _____ Contact #: _____

Registration Group: ☐ New ☐ Retreatment ☐ Other
☐ Relapse ☐ Treatment After Failure ☐ TALF ☐ PTOUAnatomical Site: ☐ Pulmonary ☐ Extra-pulmonary Site: _____Reason for Examination: ☐ Diagnosis ☐ Follow-up TB Case No. _____
☐ Baseline (for PMDT) Month of Follow-up (for PMDT): _____Repeat collection? ☐ No ☐ Yes Reason: _____Type of Specimen: ☐ Sputum ☐ Other Specify: _____Test Requested: ☐ DSSM ☐ Culture ☐ LPA
☐ Xpert MTB/RIF ☐ DST if for DST, GX result: _____

Specimen	Date of Collection
1	
2	

Name of Specimen Collector: _____ Designation: _____
Signature over Printed Name

Portion below to be filled-out by Medical Technologist/ Microscopist/ GX Technician

Laboratory Serial Numbers: _____ Date Received: _____

Specimen	Smear Microscopy		Xpert MTB/ RIF
	1	2*	
Visual Appearance**			
Reading			
Lab. Diagnosis			

*Specimen # 2 not applicable if follow-up

**Nucleo-purulent, blood-stained, silicary, etc.

Date of examination: _____ Examined by: _____
Signature over Printed Name*The completed form (with results) should be sent to the treatment unit, for recording.
A separate Result Form for Culture, DST and LPA will be issued.*

Form 3. NTP Laboratory Register (Microscopy and Xpert MTB/RIF)

[illegible]

Cystitis		
No. of Examined (for diagnosis)	No. with Positive Examination Results	No. of Follow-up Cases Examined

Report IRTB/WR				
History of Candidates/ Reg. Group	No. of Examined	No. of IRTB Deducted	No. with RI Resistance	No. of Indeterminates/ Invalid/ Error
New				
Relapsed				
Other Re-entry point				

[illegible]

Name of Treatment Partner: _____ Designation of Treatment Partner: _____

Drug Intake (Intensive Phase/6 months IPT): initials if supervised by treatment partner, [--] if self-administered, 0 if absent

Month	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	Doses given for this month	Total doses given

Drug Intake (Continuation Phase): initials if supervised by treatment partner, [--] if self-administered, 0 if absent

Month	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	Doses given for this month	Total doses given

Remarks: _____

3. フィリピンにおける入国前結核健診の状況 紹介

フィリピンにおける入国前結核健診

-St. Luke's Medical Center Extension Clinic (SLEC, Manila, 2016)

- 活動性結核と診断された場合、SLECで結核標準治療を開始(毎月約30～60人)。
 - 結核治療成功率は90%以上を確保。
- 抗酸菌検査の外部精度保証
 - 塗抹検査: フィリピン国立結核レファレンスセンター、4半期毎
 - 抗結核薬剤感受性試験: オーストラリアクイーンズランド抗酸菌レファレンスセンター (Queensland Mycobacterium Reference Laboratory)、毎年1回実施

IOM マニラ クリニック

- フィリピン国民が、英国かカナダに長期滞在するための査証を取得するために必要な健康診断証明書を発行するパネルクリニック。
- IOM MHCにおける結核菌検査（喀痰塗抹検査・培養検査・薬剤感受性試験）の外部精度評価は、国立結核レファレンスセンター（National Tuberculosis Reference Laboratory, NTRL）が担当。
- 近郊で結核治療が可能な施設（DOTSクリニック）整備を検討中。

4. 入国前結核健診について

入国前結核健診を行なっている国の状況

Alvarens et al (2011) BMC Infec Dis

	届出率 100,000人対 (2015)	外国出生患 者割合(%)	結核健診			
			実施	義務	対象	
					永住査証申請 者	短期滞在査証 申請者
米国	2.8	66.0% (2014)	✓	✓	✓	✕
オーストラリア	5.6	87.6% (2013)	✓	✓	✓	✓
英国	10.0	70.2% (2013)	✓	✓	結核高負担国からの6か月以上の 滞在者	
カナダ	5.2	66.6%(2012)	✓	✓	✓	✓

豪州入国管理局における入国前結核健診

- 現地指定医療機関（パネル・クリニック＝パネルドクターが在籍する医療機関）での、結核を含む健診受診 が査証申請要件。
- ニュージーランド・カナダ・（2018年以降米国も参加）と同様の、インターネットを介した“e-Medical system”という共通の基本プラットフォームシステムを使用。
 - “e-Medical system”により、健診受診者の履歴や検査結果に所見がある場合に、胸部X線画像の検討・現地医師との連絡がリアルタイムで可能。

Pre-entry screening programmes for tuberculosis in migrants to low-incidence countries: a systematic review and meta-analysis

Robert W Aldridge, Tom A Yates, Dominik Zenner, Peter J White, Ibrahim Abubakar, Andrew C Hayward

Lancet Infect Dis 2014;

14: 1240-49

Summary

Background Several high-income countries have pre-entry screening programmes for tuberculosis. We aimed to establish the yield of pre-entry screening programmes to inform evidence-based policy for migrant health screening.

Methods We searched six bibliographic databases for experimental or observational studies and systematic reviews, which reported data on migrant screening for active or latent tuberculosis by any method before migration to a low-incidence country. Primary outcomes were principal reported screening yield of active tuberculosis, yield of culture-confirmed cases, and yield of sputum smear for acid-fast bacilli cases. Where appropriate, fixed-effects models were used to summarise the yield of pre-entry screening across included studies.

Findings We identified 15 unique studies with data for 3739266 migrants screened pre-entry for tuberculosis between 1982 and 2010. Heterogeneity was high for all primary outcomes. After stratification by prevalence in country of origin, heterogeneity was reduced for culture-confirmed and smear-confirmed cases. Yield of culture-confirmed cases increased with prevalence in the country of origin, and summary estimates ranged from 19.7 (95% CI 10.3–31.5) cases identified per 100 000 individuals screened in countries with a prevalence of 50–149 cases per 100 000 population to 335.9 (283.0–393.2) per 100 000 in countries with a prevalence of greater than 350 per 100 000 population.

Interpretation Targeting high-prevalence countries could result in the highest yield for active disease. Pre-entry screening should be considered as part of a broad package of measures to ensure early diagnosis and effective management of migrants with active tuberculosis, and be integrated with initiatives that address the health needs of migrants.

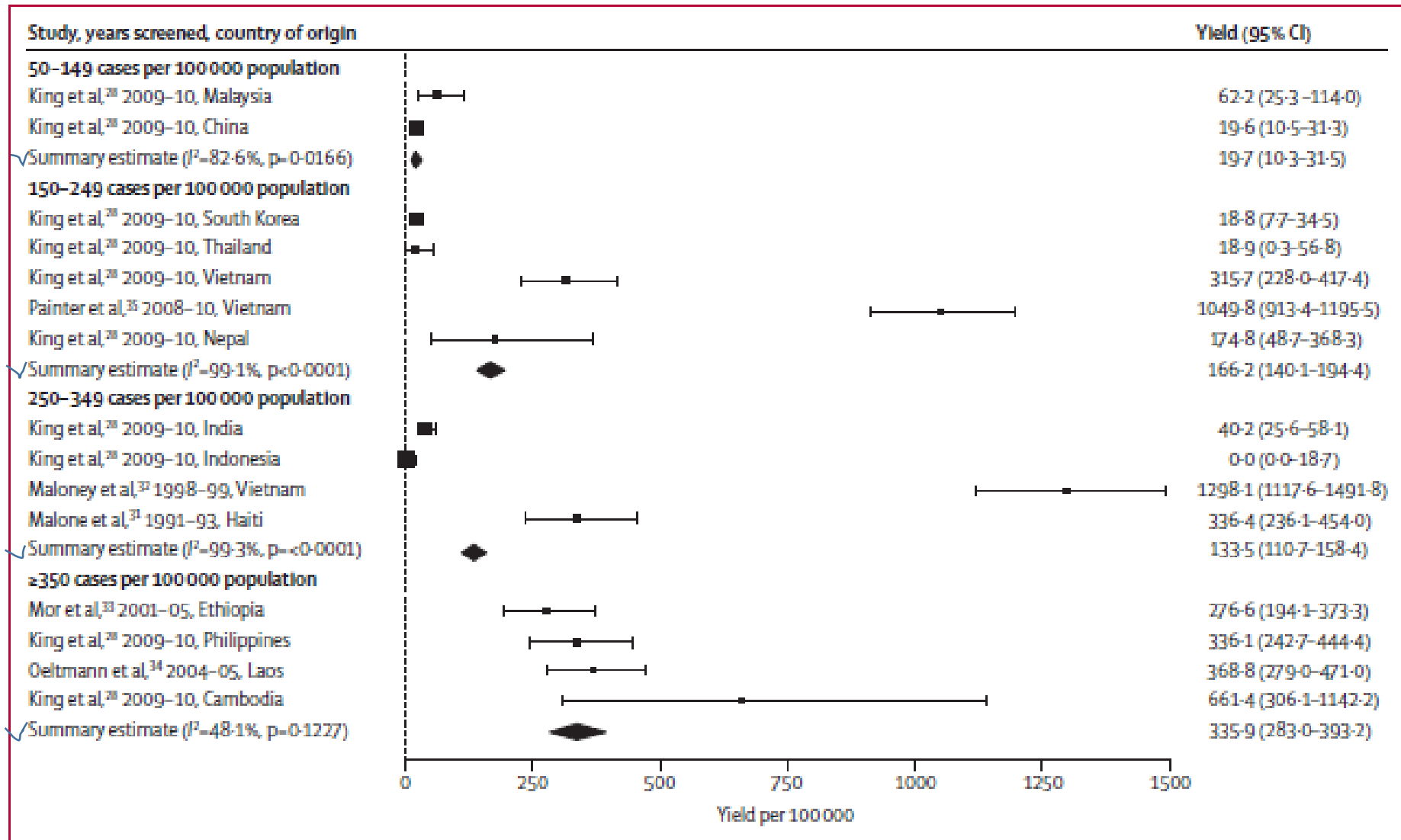
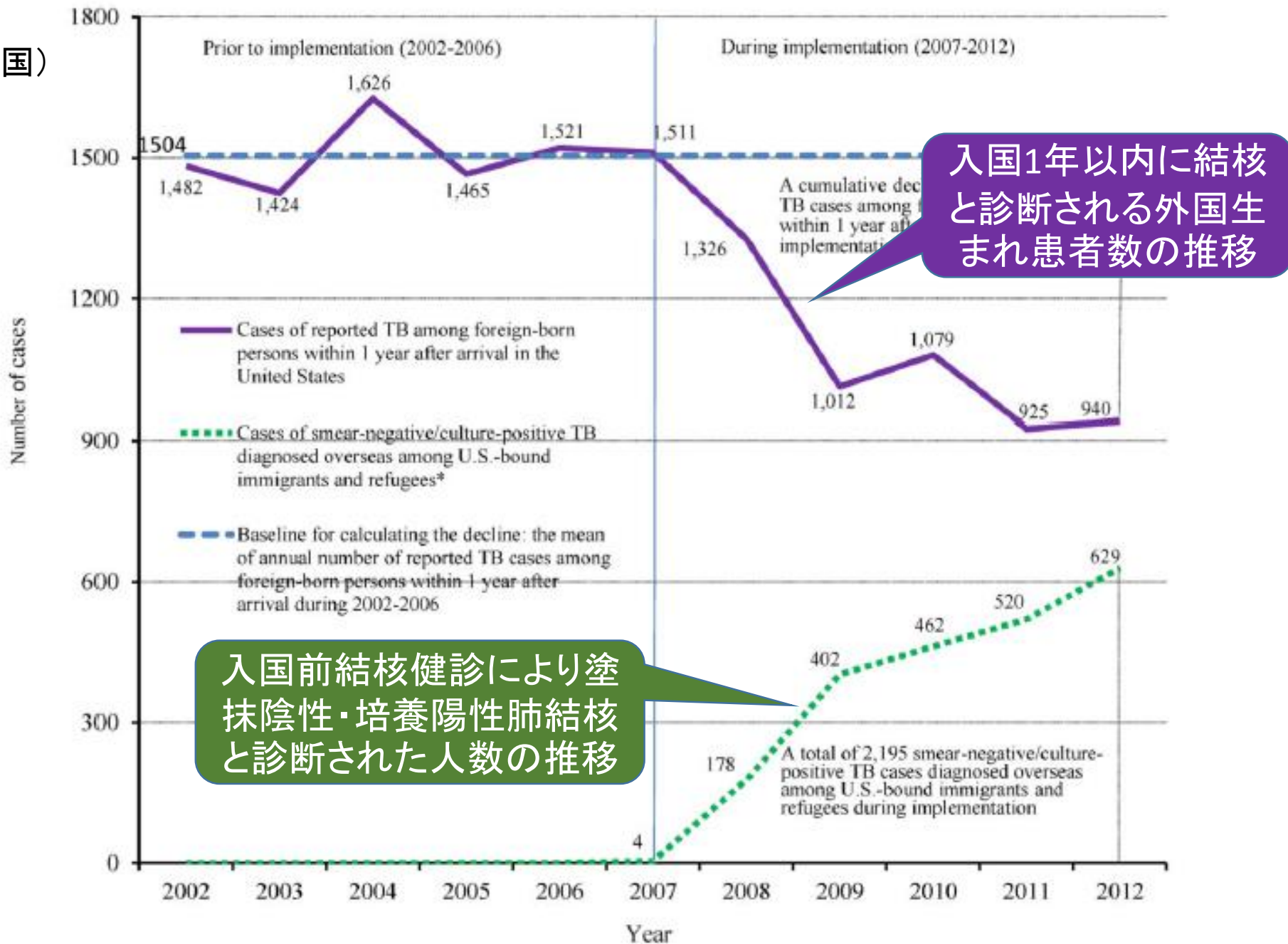


Figure 3: Forest plot of pre-entry screening programme yield of culture-positive cases of tuberculosis, stratified by WHO prevalence of tuberculosis in country of origin (sorted by prevalence in country of origin)

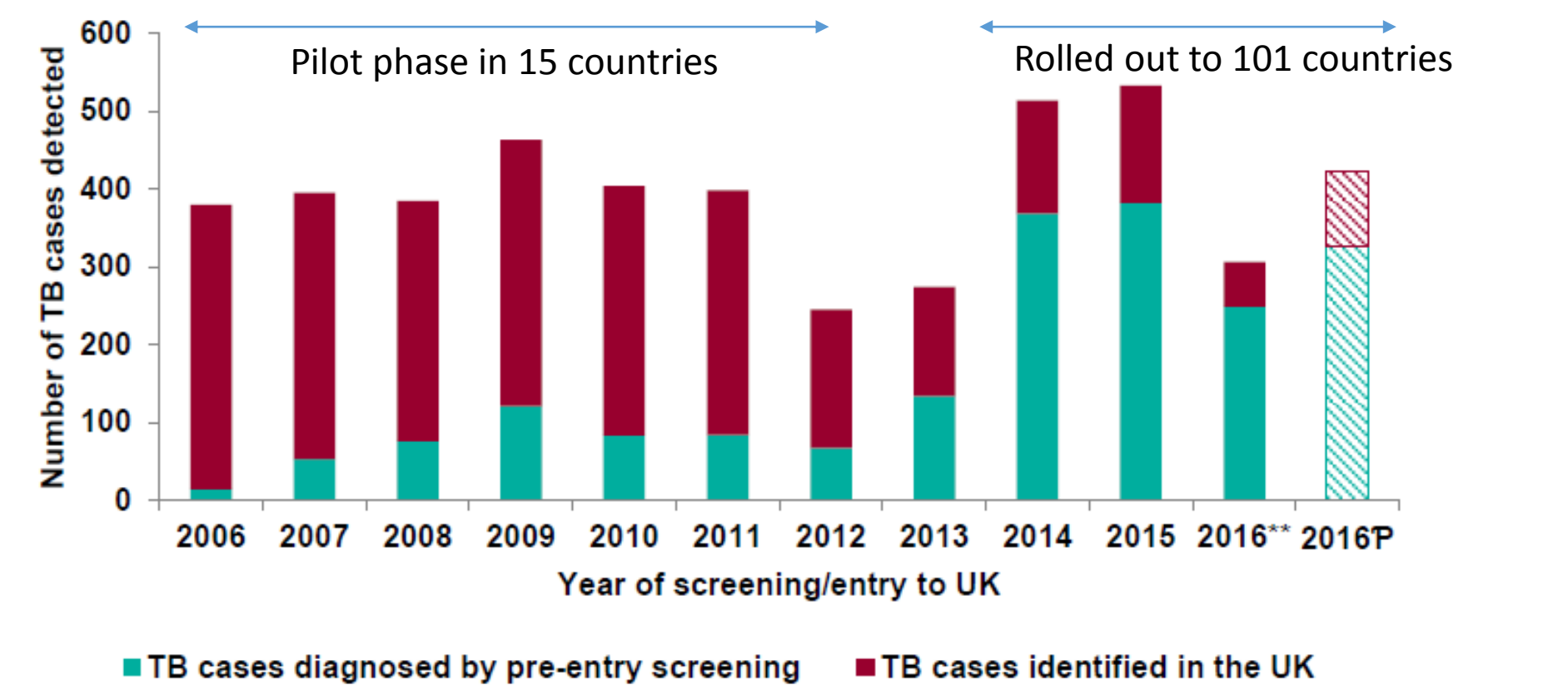
(米国)



(Liu, et al. Ann Intern Med 2015; 162(6): 420–428. doi:10.7326/M14-2082.)

(英国)

Figure 13: Number of TB cases diagnosed by pre-entry screening in the 101 programme countries and those identified within one year of UK entry*, 2006 to 2016²



(PHE. UK pre-entry tuberculosis screening report 2017.)

「結核健診をすべきかすべきでないか、それが問題だ…」

- まだ多くの解決すべき課題が残っている -

1. 何に対しての健診か？ 活動性結核/潜在性結核？
2. 誰に対しての健診か？ 長期滞在予定者 / 外国出生の日本語学校生徒 / 大学生 / 医療従事者、またはその他？
3. 健診のモニタリングをどうするか？ - 情報収集・事業評価をどうするか？
4. 入国前結核健診と入国後結核健診の連携をどうするか？
5. 費用対効果があるか？

謝辞

- 発表内容に関連して、(公財)結核予防会結核研究所 臨床・疫学部 内村和広・河津里沙研究員の多大なる技術的支援を受けましたので、深謝します。



日本語学校に通学するベトナム人 肺結核患者の処遇困難事例報告

大阪市西成区役所 保健福祉課 結核対策

河野 理恵 下内 昭 山森 晶子 廣井 綾子

笠井 幸 有井 愛美 松本 健二 高橋 育美

平成31年1月26日(土)

平成30年度ストップ結核パートナーシップ関西 第6回 ワークショップ

2. 結核登録・治療状況

- 診断名：肺結核(X年.6月診断)
- 病型：bⅢ2 rP1
- 喀痰検査：塗抹(±)培養(+)PCR(+)
全剤感受性有り
- 治療：4剤(HREZ)6か月治療
- 治療成績：治癒見込み(コホート上は完了)
- 服薬確認(DOTS)：毎日対面服薬
(途中行方不明時(31日間)DOTS無し)
- 休薬なし

4. 考察

①喀痰塗抹(一)で早期発見する事が出来れば、入院せずに外来治療し、日本語能力試験も受験出来、学業、治療へのモチベーションが維持し易かったのではないかと考える。

②初動時より日本語学校や病院等関係機関と連携し、本人の行方不明時にケース会議を実施するなど、**顔の見える関係作り**が出来た為、受診時に本人と話し合う機会を設ける事が出来、再び日本語学校に復学し、対面服薬**DOTS**を再開し、受診同行出来、治療再開出来た。

③本人が「学校も保健福祉センターも嫌になり、行かなくなった。」と行方不明後の受診後の学校での会議で発言していたが、毎日の**DOTS**の中で言葉が通じて本人が自分の気持ちを支援者に伝えていれば、行方不明にならなかったのかもしれない。

5. まとめ

①喀痰塗抹(一)の内に早期発見し、早期治療に繋げる事がいかに重要であるかが分かった。その為には入国審査前、及び入国直後の健診の実施が不可欠であり、日本語学校や医療機関等への健診の普及啓発が重要である。

②今回、初回面接時、DOTS導入時に医療通訳を導入したが、その後の本人の気持ちの変化が分からず、行方不明になってしまった事から現行の医療通訳の派遣の仕組みでは限界があるため、常に言葉が通じる環境を整える事が重要であると考えた。

大阪市における外国人結核対策

平成30年度 ストップ結核パートナーシップ関西 第6回 ワークショップ
(H31.1.26 (Sat.) 「オカムラ」共創空間 グランフロント大阪タワーA21階)
大阪市保健所 感染症対策課 津田侑子

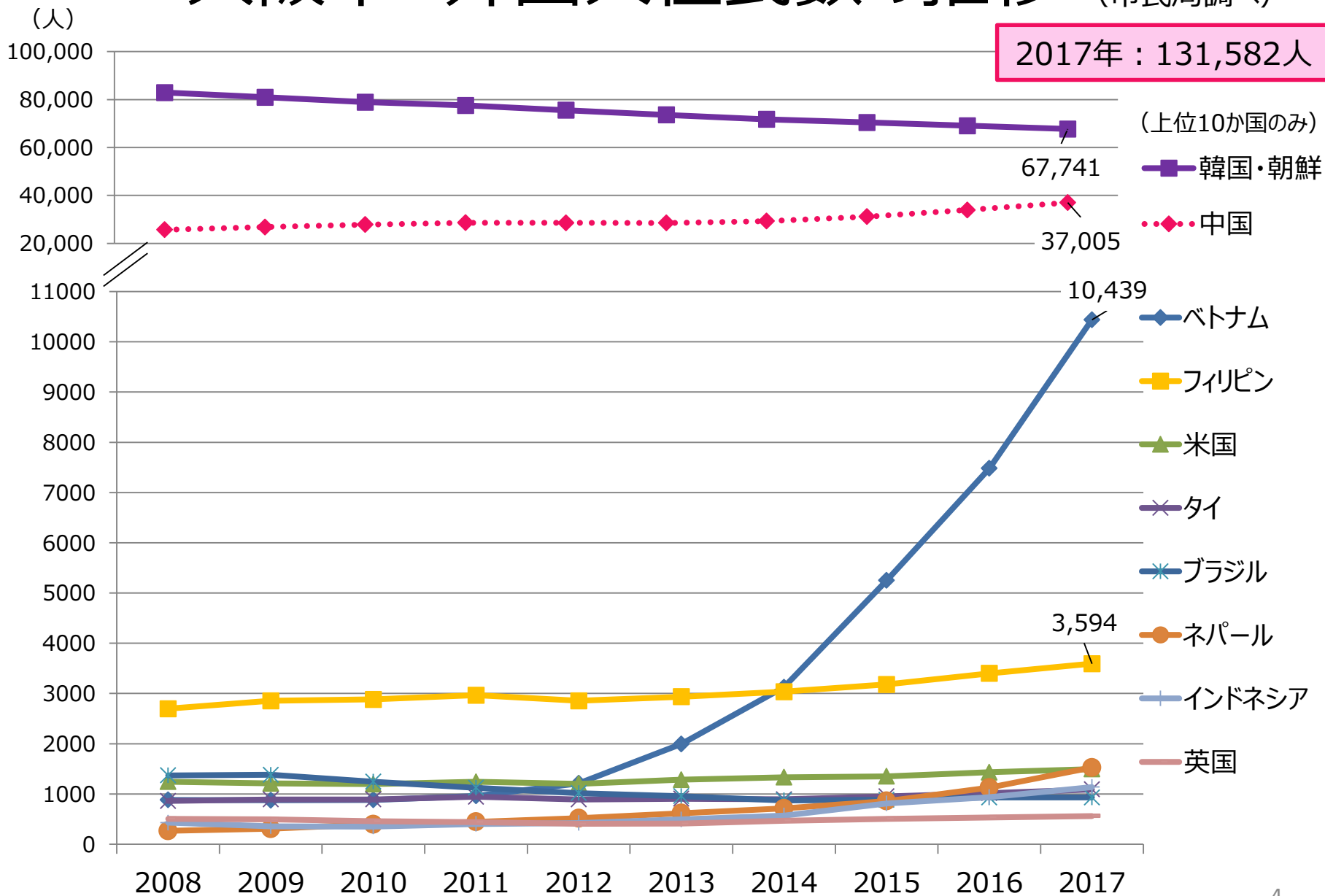
本日のMENU

1. 外国生まれ結核発生動向
2. 日本語学校健診
3. 治療成績と患者支援

1. 外国生まれ結核発生動向

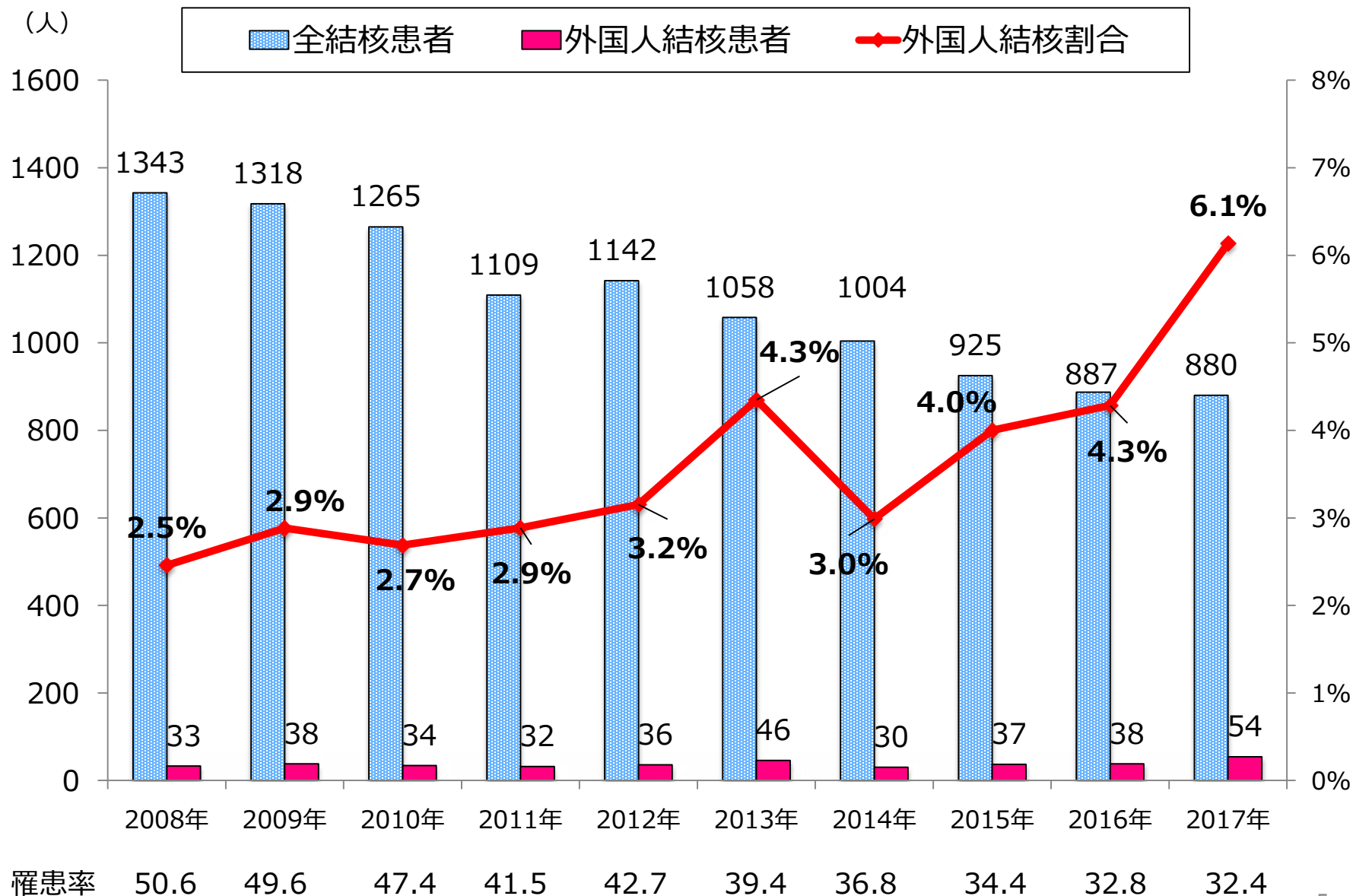
大阪市 外国人住民数の推移

(市民局調べ)

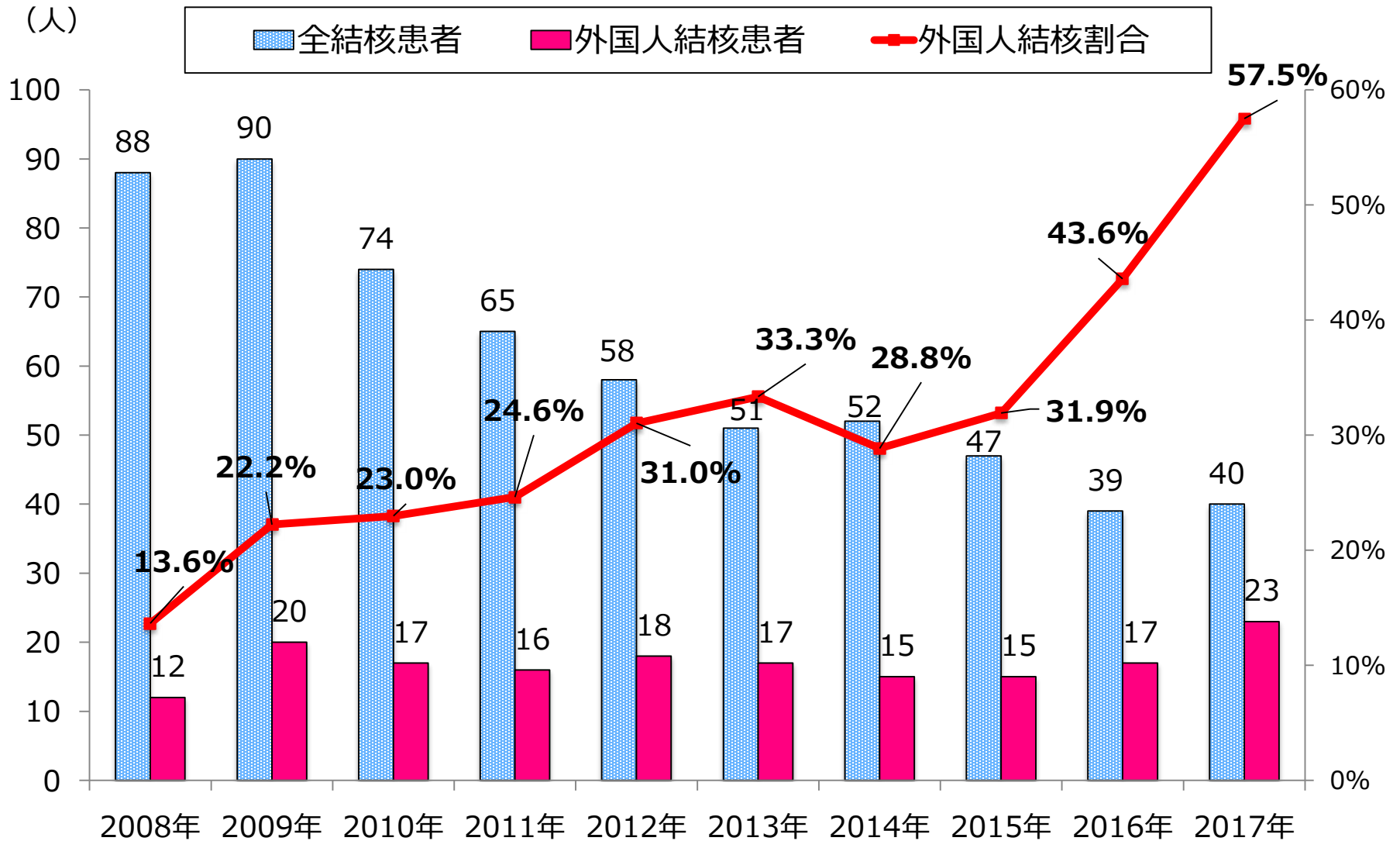


(※各年12月末日現在、2011年までの数値は外国人登録者数)

大阪市 結核患者に占める外国生まれの推移

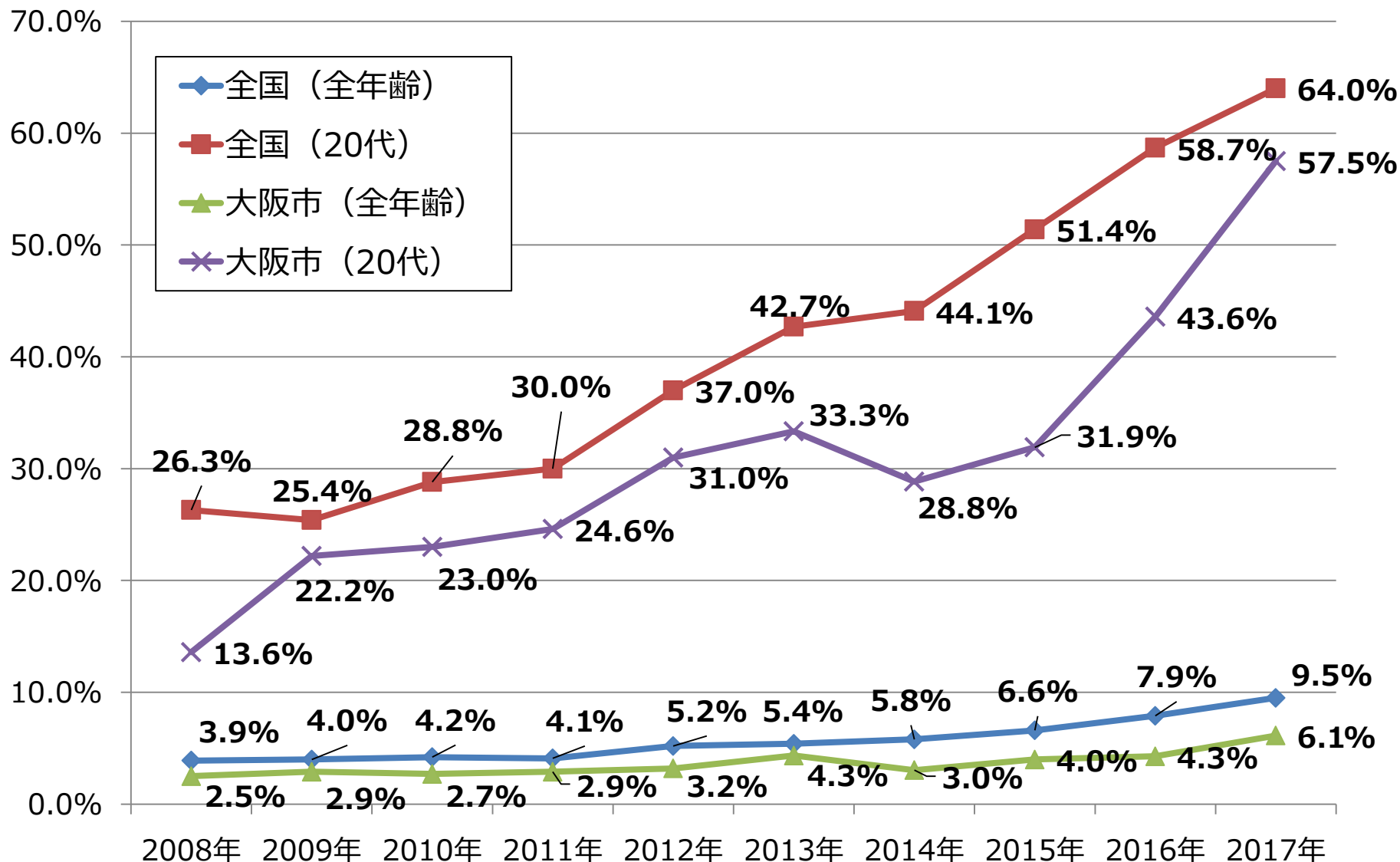


大阪市 20-29歳結核患者に占める 外国生まれの推移

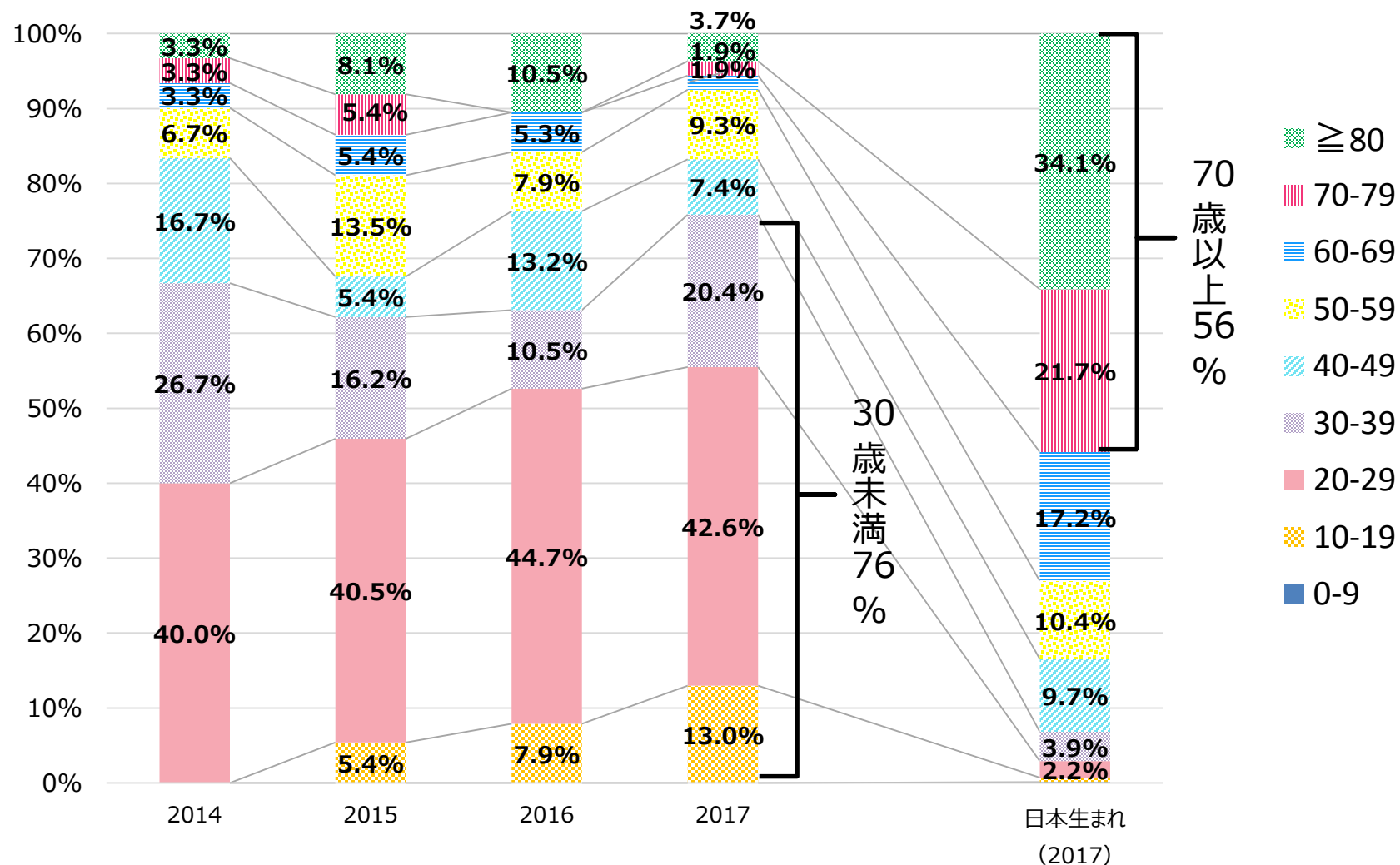


結核患者に占める外国生まれの推移

-全国と大阪市の比較-

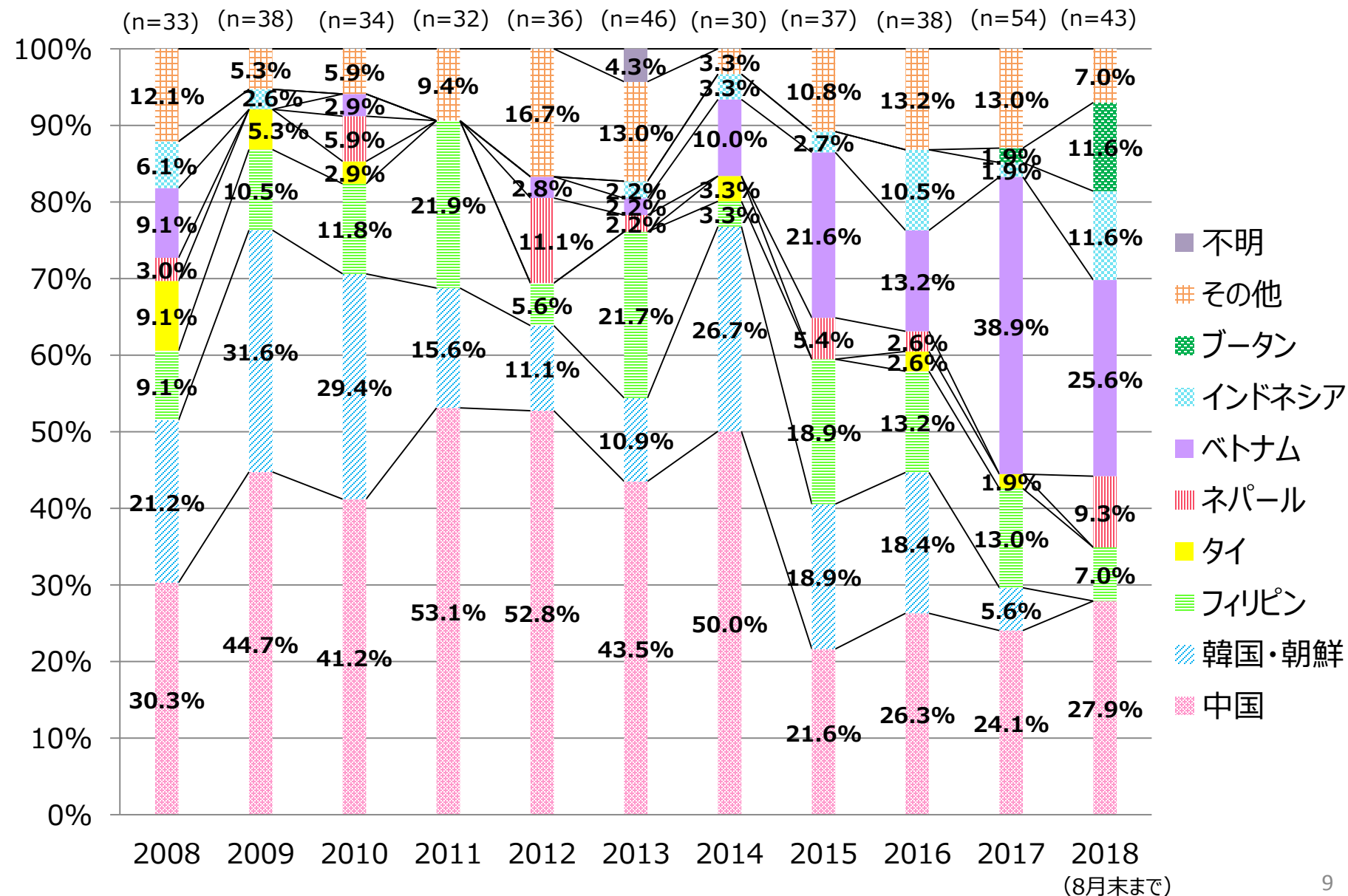


(大阪市) 外国生まれ患者 年齢構成割合 － 日本生まれとの比較 － (2014－2017)



外国生まれでは30歳未満が7割を超え、日本生まれでは70歳以上が6割に迫る

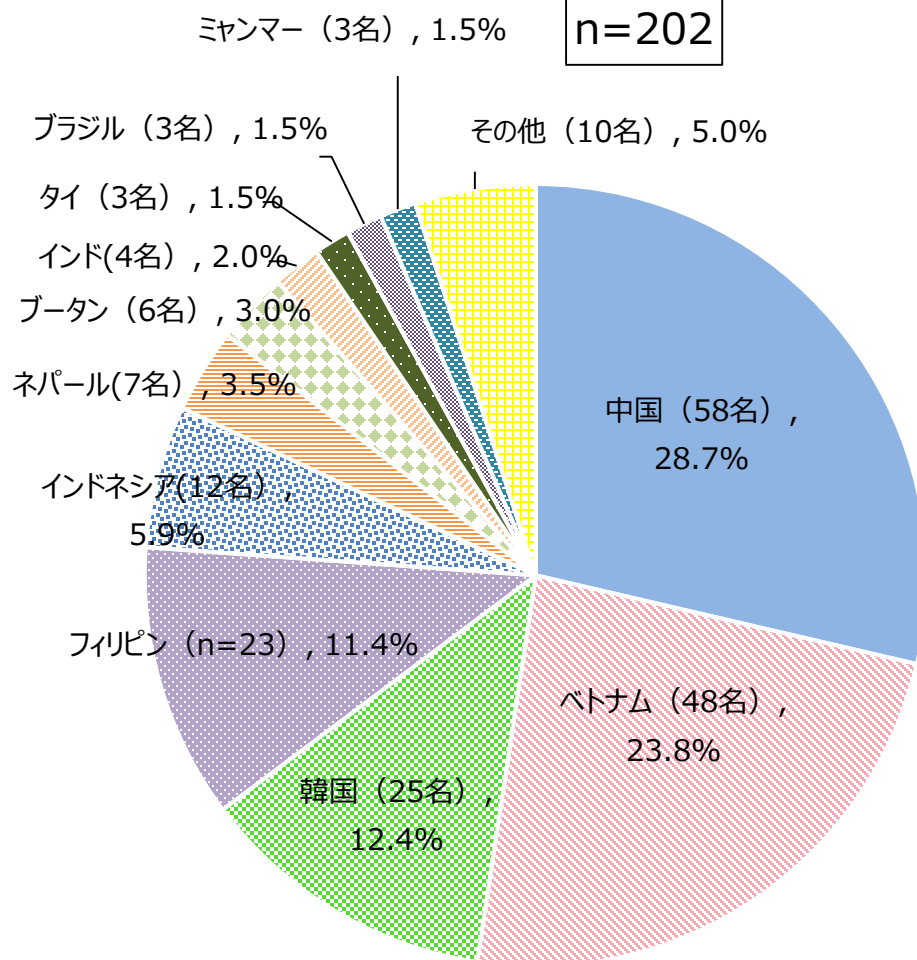
(大阪市) 外国生まれ患者 出生国の推移



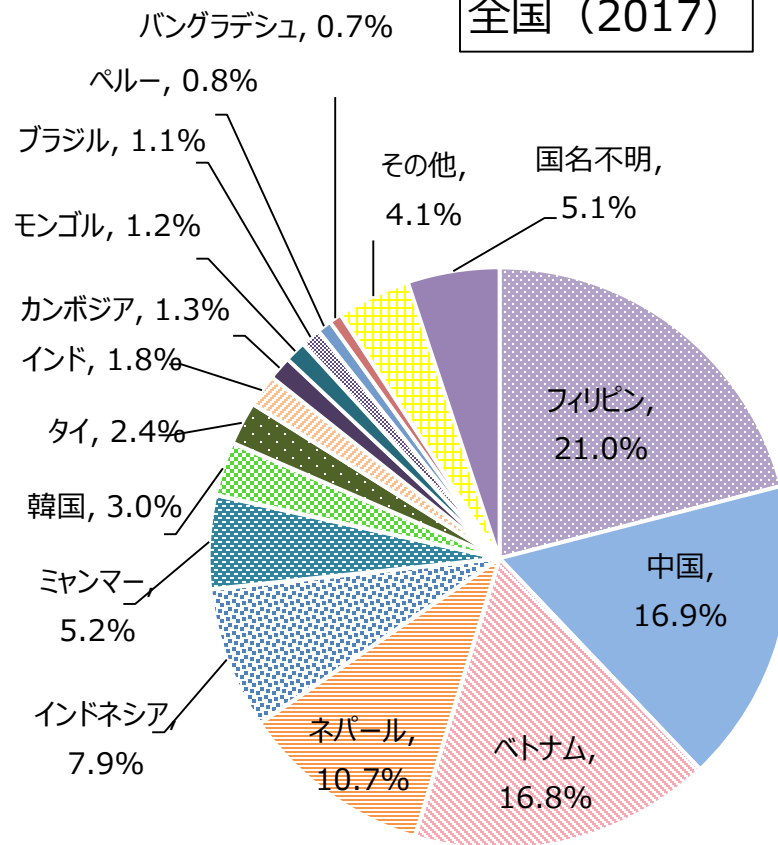
(大阪市) 外国生まれ結核患者の出生 (2014-2018)

(※2018年は8月末まで)

n=202



全国 (2017)

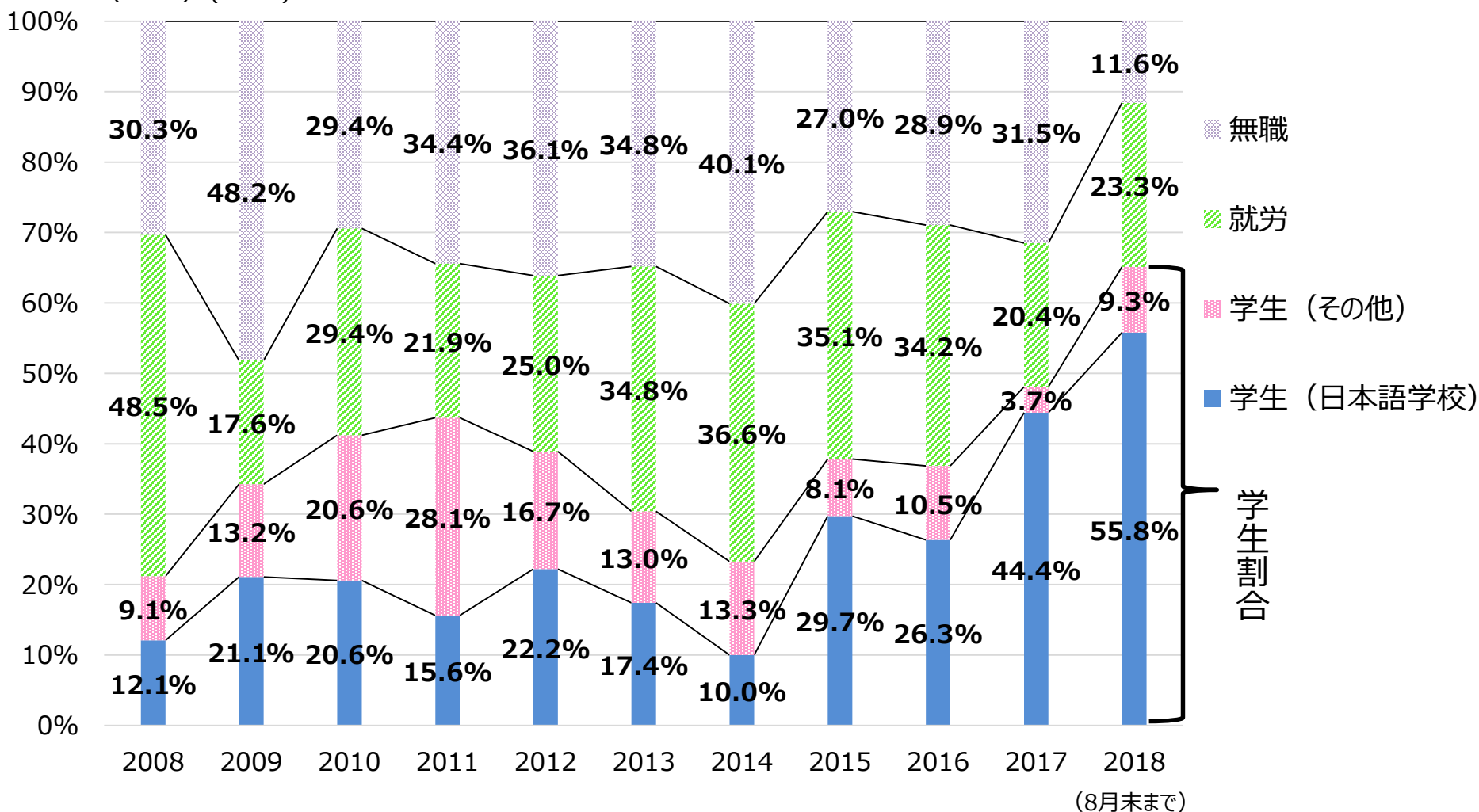


【アジア諸国の推定罹患率】

国名	フィリピン	インドネシア	ミャンマー	カンボジア	タイ	ネパール	ベトナム	マレーシア	韓国	中国
罹患率	554	391	361	345	172	154	133	92	77	64

大阪市外国生まれ患者 職業別患者割合の推移

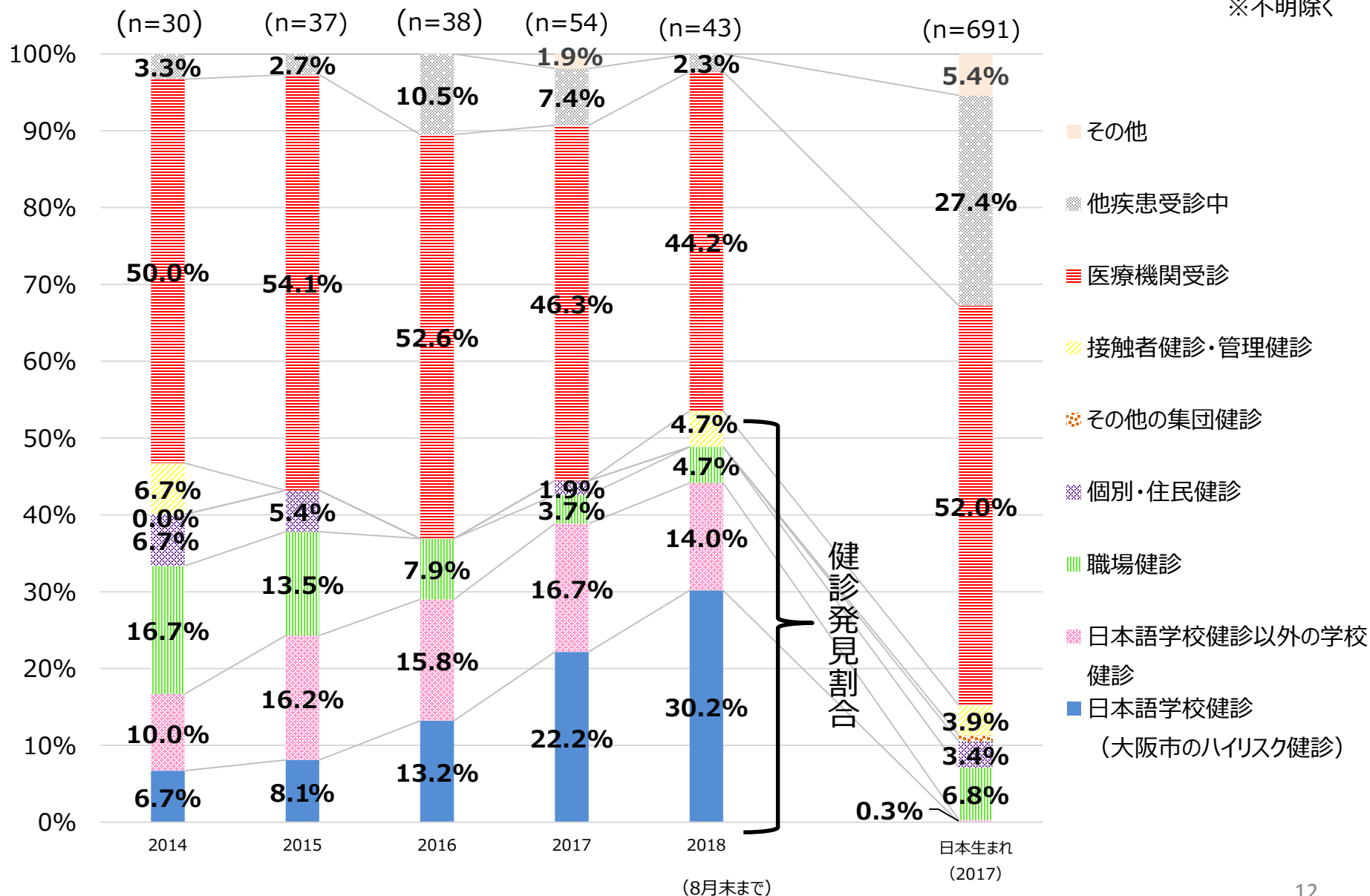
(n=33) (n=38) (n=34) (n=32) (n=36) (n=46) (n=30) (n=37) (n=38) (n=54) (n=43)



技能実習生：2014年3名、2015年 1名、2016年1名、2017年2名、2018年0名 (その他の実習生2名)

(大阪市) 外国生まれ患者 発見方法の推移

※不明除く



年代別喀痰塗抹陽性割合

(大阪市外国生まれ2014-2017 ; 133名) ※肺外結核27名除く

【外国生まれ】

【参考：日本生まれ（2014-2017年）】

年代	患者数 (人)	塗抹陽性 者数(人)	喀痰塗抹 陽性割合	患者数 (人)	塗抹陽性 者数(人)	喀痰塗抹 陽性割合
~10代	11	4	36.4%	22	6	27.3%
20代	57	15	31.9%	90	36	44.2%
30代	24	10	41.7%	139	69	49.6%
40代	12	9	75.0%	249	138	55.4%
50代	11	5	45.5%	304	173	56.9%
60代	6	4	65.0%	531	316	59.1%
70代	4	2	50.0%	625	354	56.6%
80代	3	2	66.7%	638	393	61.6%
90代~	5	4	80.0%	142	98	69.0%
計	133	55	42.0%	2740	1583	57.8%

P<0.05

n.s.

※不明除く

喀痰塗抹検査と発見方法

(大阪市外国生まれ2014-2017 ; 132名)

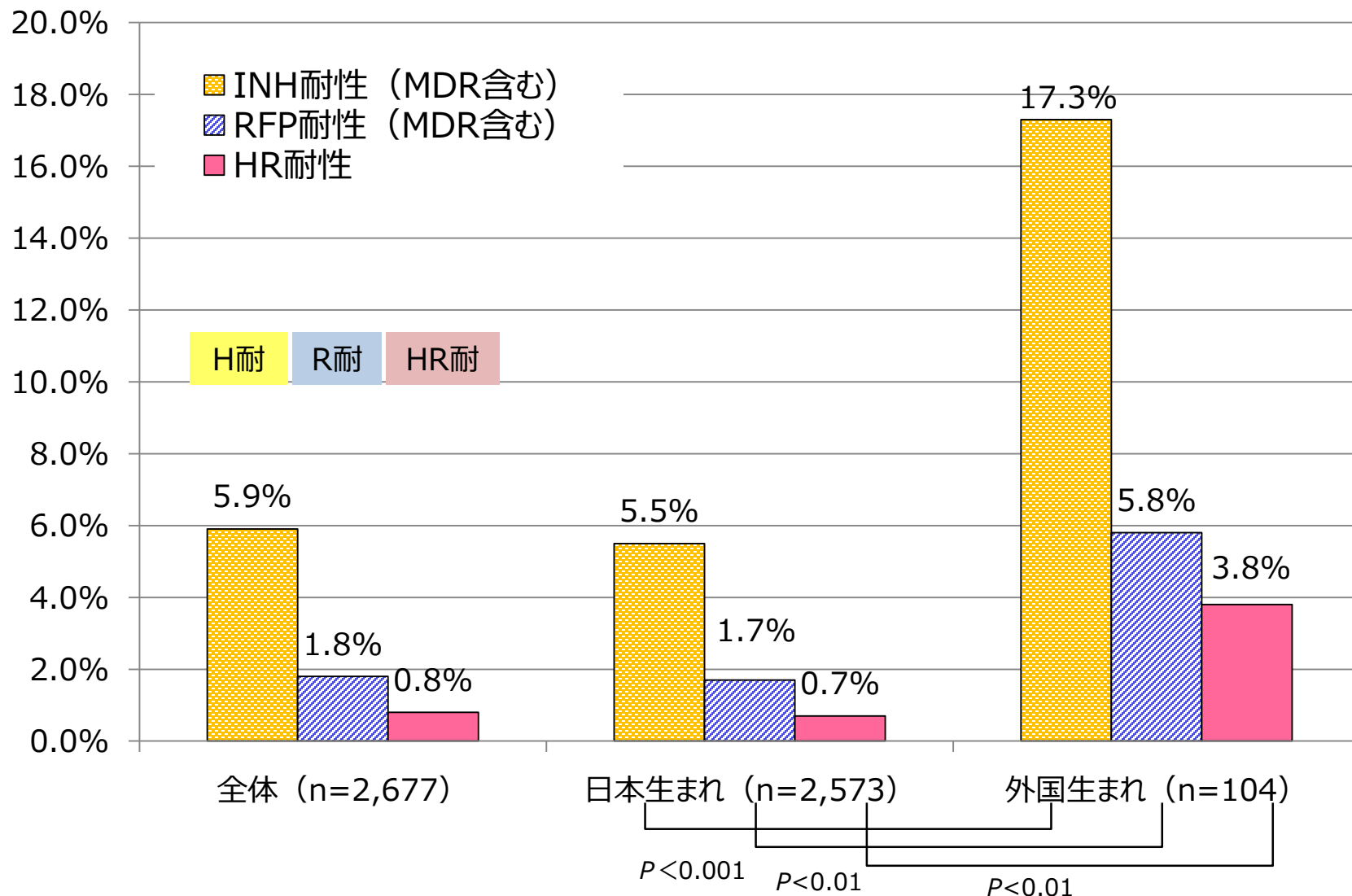
※肺外結核27名、不明1名除く

項目		喀痰塗抹検査		<i>P value</i>
		陽性	陰性	
発見方法	健診発見 (n=65)	15 (23.1)	50 (76.9)	***
	医療機関受診・他疾患通院中 (n=67)	40 (59.7)	27 (40.3)	

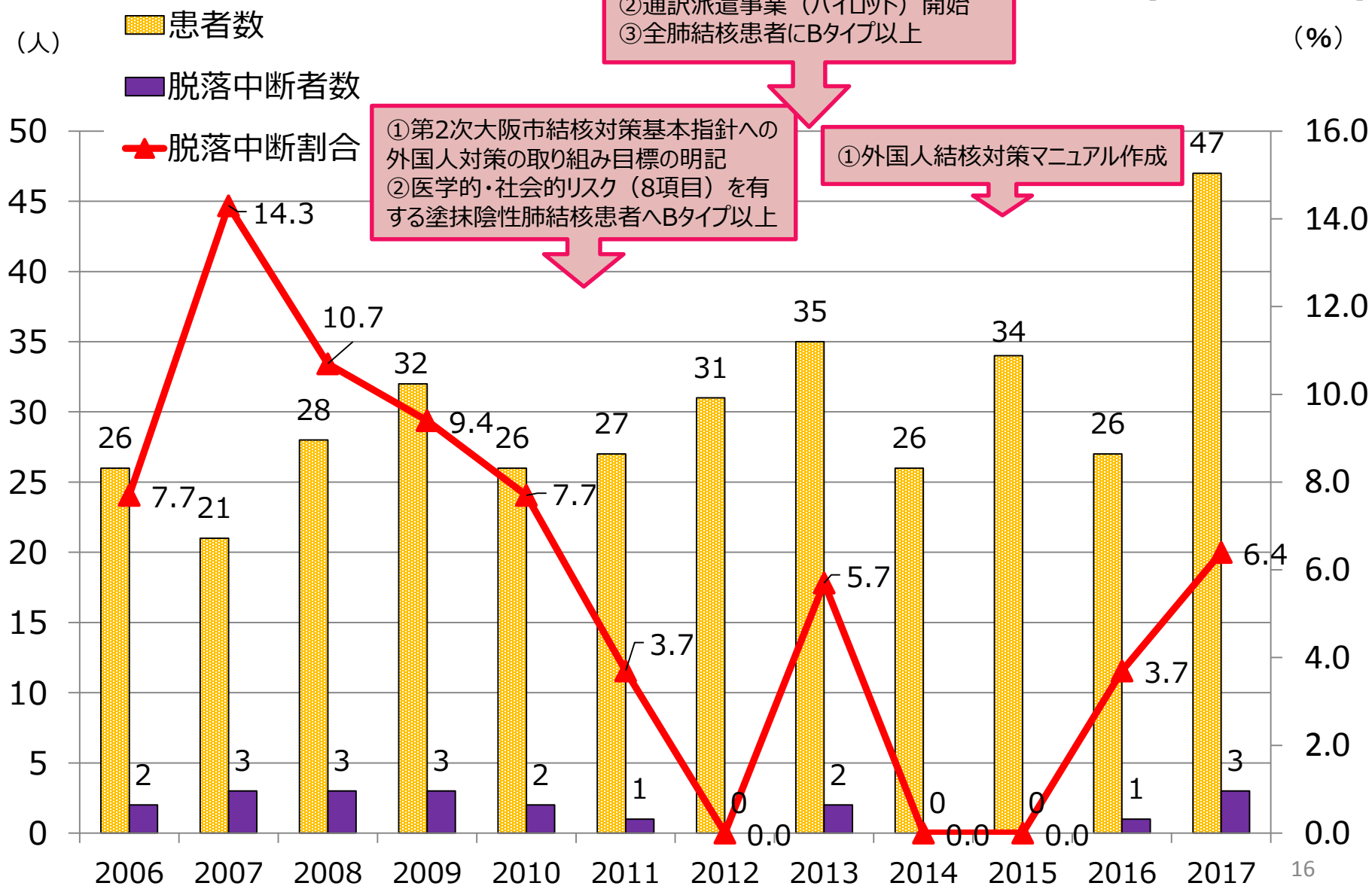
人数 (%) Fisherの直接法で検定

(大阪市) 出生国別INH、RFP、HR耐性割合 (2013-2017肺結核; n=2,677)

* 培養陽性かつINH・RFP感受性判明, 出生国不明除く



外国生まれ肺結核患者の脱落中断割合の推移 (大阪市)



発生動向まとめ

- ①外国生まれ結核患者数は、2008年以降毎年30-40名台であったが、2017年には50名を超え、全患者に占める割合は、2.5%から6.1%台に増加していた。
- ②20代の外国生まれ患者は、毎年15-20名前後で、20代患者に占める割合は年々増加しているが、特に2015年以降の増加は顕著で2017年は57.5%に達していた。また、日本生まれでは70歳以上が半数を超えるが、外国生まれでは、20代以下が半数を占めていた。
- ③ここ5年の出生国では、中国、ベトナム、韓国、フィリピンの順で多かった。特に、近年韓国が減少し、ベトナムが増加していた。
- ④近年学生が増加傾向で、特に日本語学校生の割合が増加し、2018年（8月まで）は55.8%と半数以上を占めていた。
- ⑤発見方法では、外国生まれは健診発見が半数近くを占めている一方で、医療機関受診も40-50%を占めており、医療機関への啓発も重要であると考えられた。

2. 日本語学校健診

(全国) 日本語学校における集団感染

発生年月日	場所	確定例	LTBI	経過観察	
2014年12月	新宿区	4	11	0	
2015年6月	豊島区	5	10	7	
2015年11月	新宿区	12	31	2	
2016年2月	沖縄県	1	13	3	
2016年4月	那覇市	3	6	3	
2016年5月	新宿区	1	10	4	
2016年8月	福岡市	5	0	3	
2016年9月	杉並区	18	29	7	同居人、アルバイト先
2017年12月	板橋区	13	40		

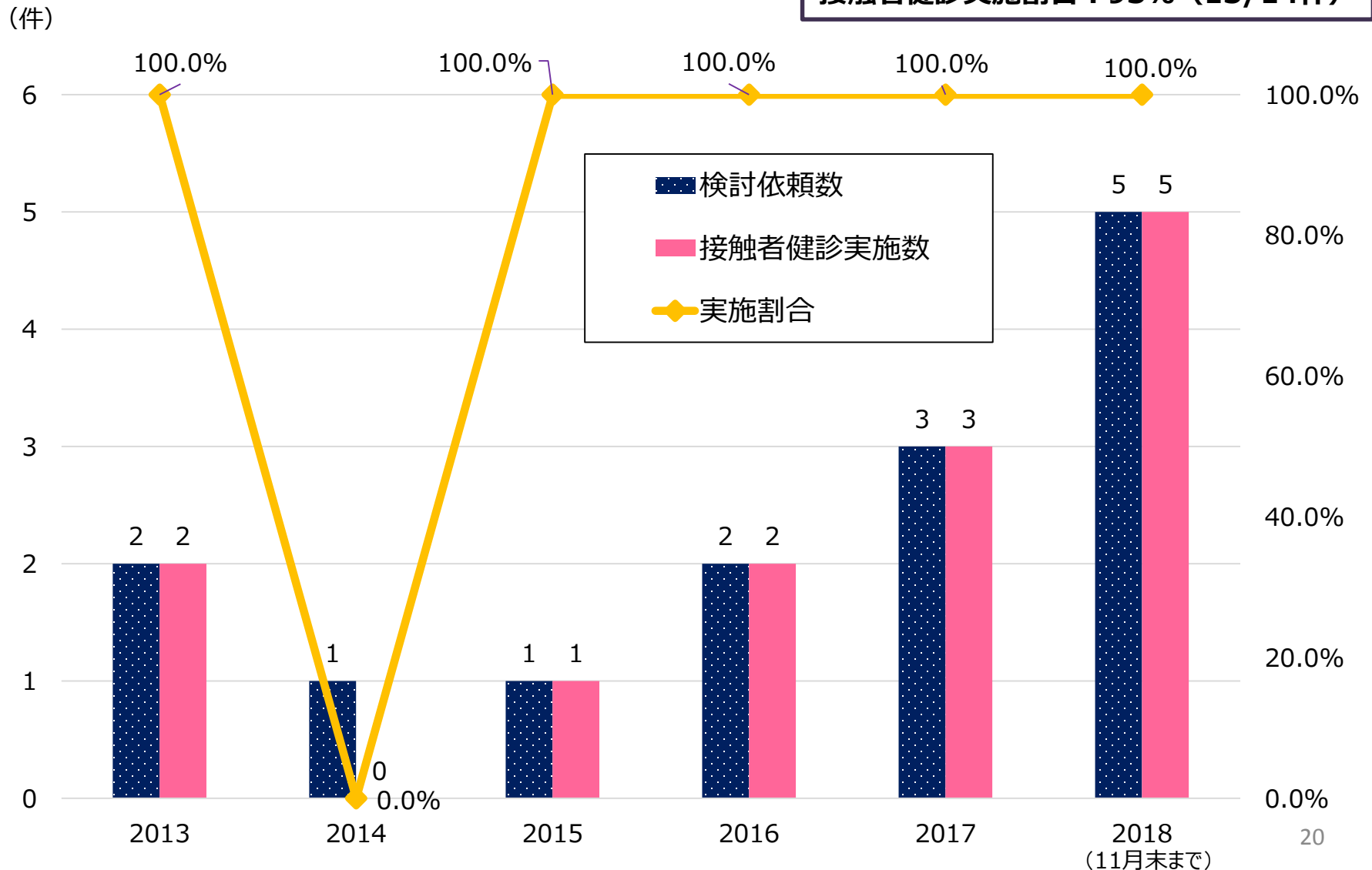
【結核集団感染事例一覧について, 厚生労働省健康局結核感染症課, 平成29年12月27日】

【東京都広報資料】

平成29年結核登録者情報調査年報集計結果公表にあたって外国出生結核を中心に (2018年8月28日)
結核予防会結核研究所 加藤誠也先生資料より

(大阪市) 日本語学校における 接触者健診検討依頼数と健診実施割合の推移

接触者健診実施割合：93%（13/14件）



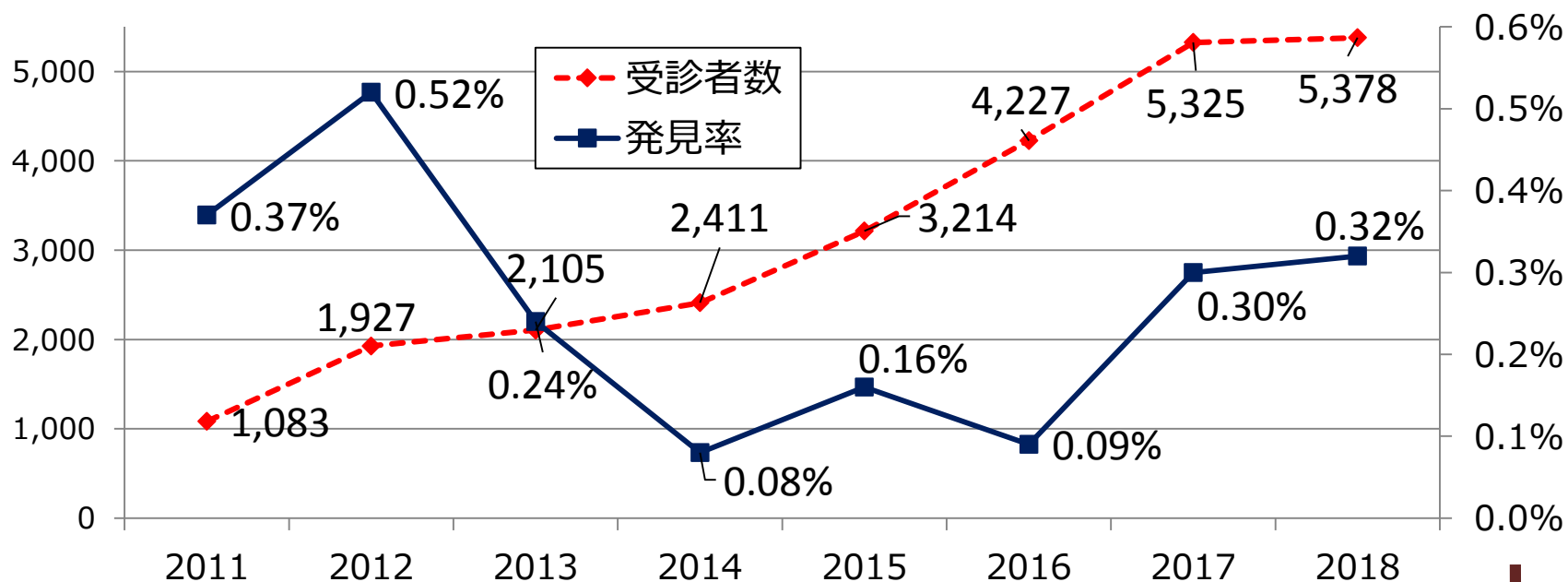
大阪市の日本語学校健診

- ① 大阪市の日本語学校 41校*
 - ・専修学校/各種学校（結核定期健診の義務あり） 17校
 - ・その他（株式会社立など） 24校
- ② 2011年4月より健診義務の対象となっていない者に対する結核健診を実施
（専修学校等は2年次以降の学生に対して、他の学校については入学時健診を含む）
- ③ 2017年は24校で健診実施（うち専修学校等以外は20校）

*把握数、41校に対して健診実施案内を送付

受診者数と発見率推移

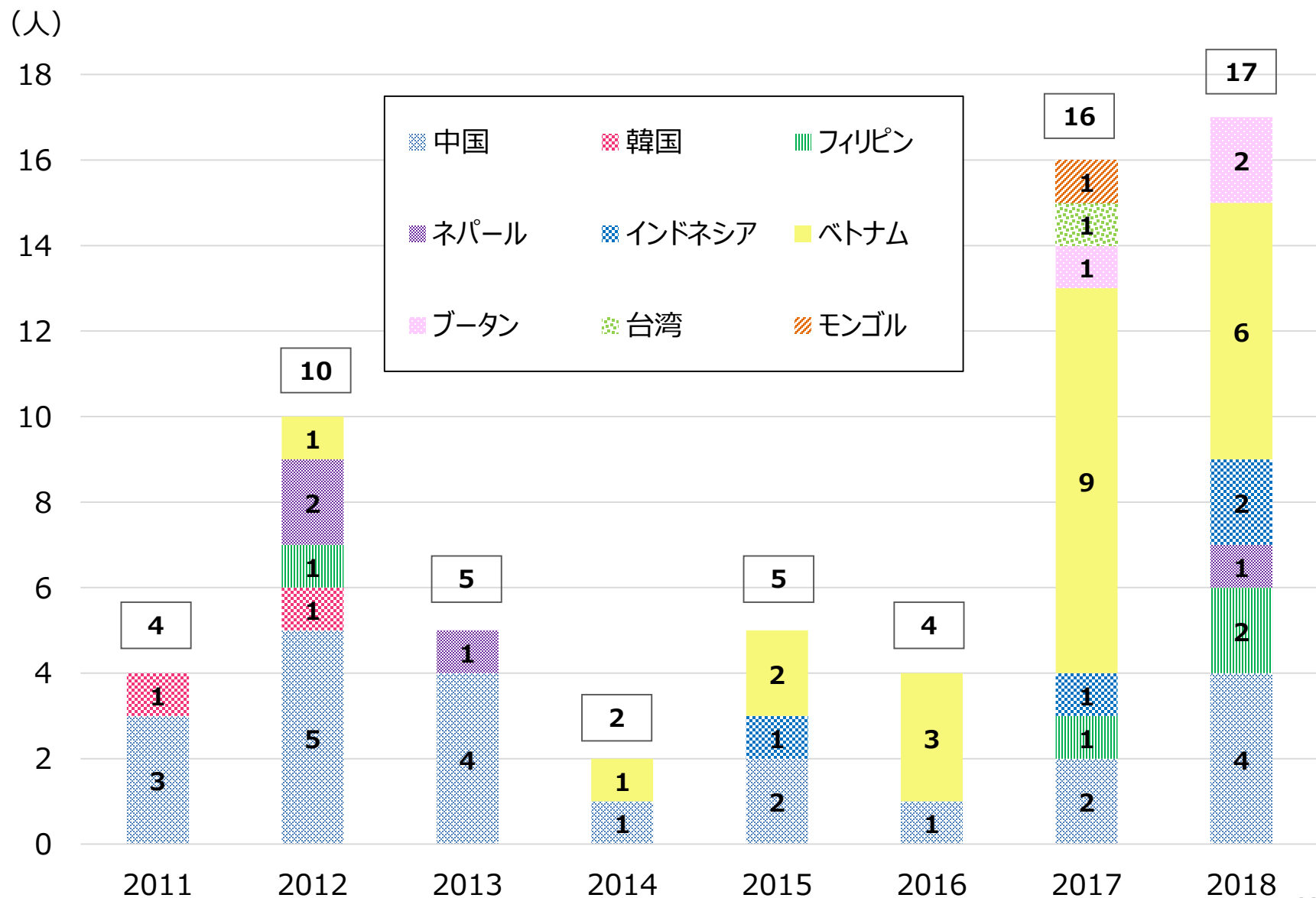
(人)



年度	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
受診者数 (人)	1,083	1,927	2,105	2,411	3,214	4,227	5,329	5,378
学校数	11	16	15	15	16	19	24	27
実施回数	17	23	23	25	25	43	49	57
要精検数 (人)	27	24	24	29	25	32	34	39
活動性結核患者	4人	10人	5人	2人	5人	4人	16人	17人 (12月末現在)

(7年間合計) 発見率 : 0.2% (46/20,296人)

発見患者の出生国年次推移 (n=63)



結核と診断された63名のまとめ（2011-2018）①

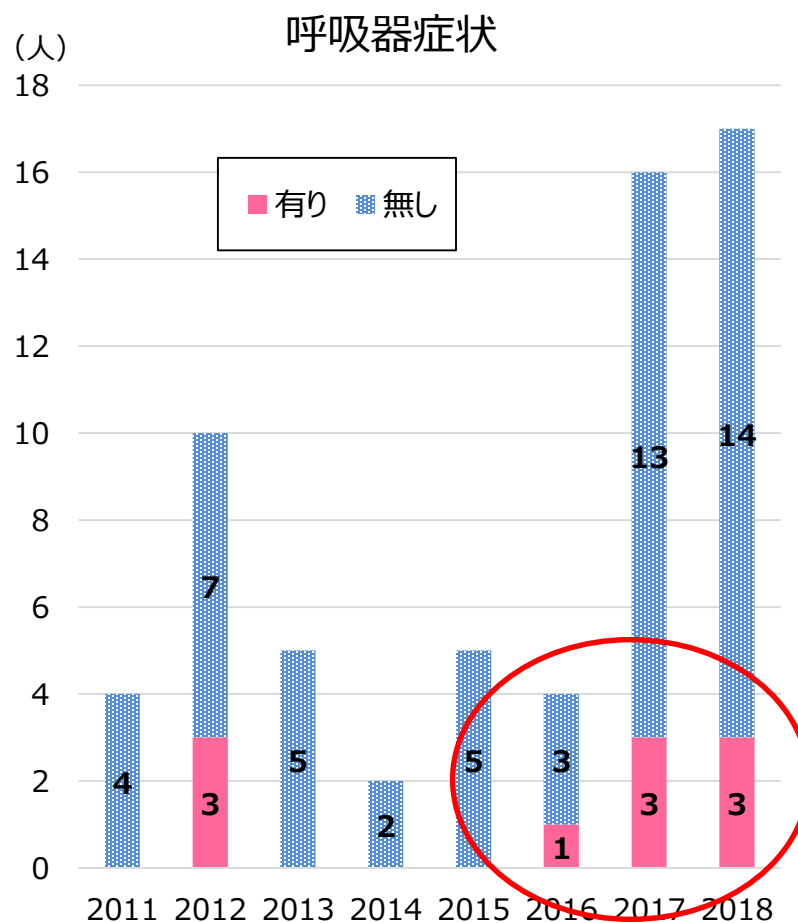
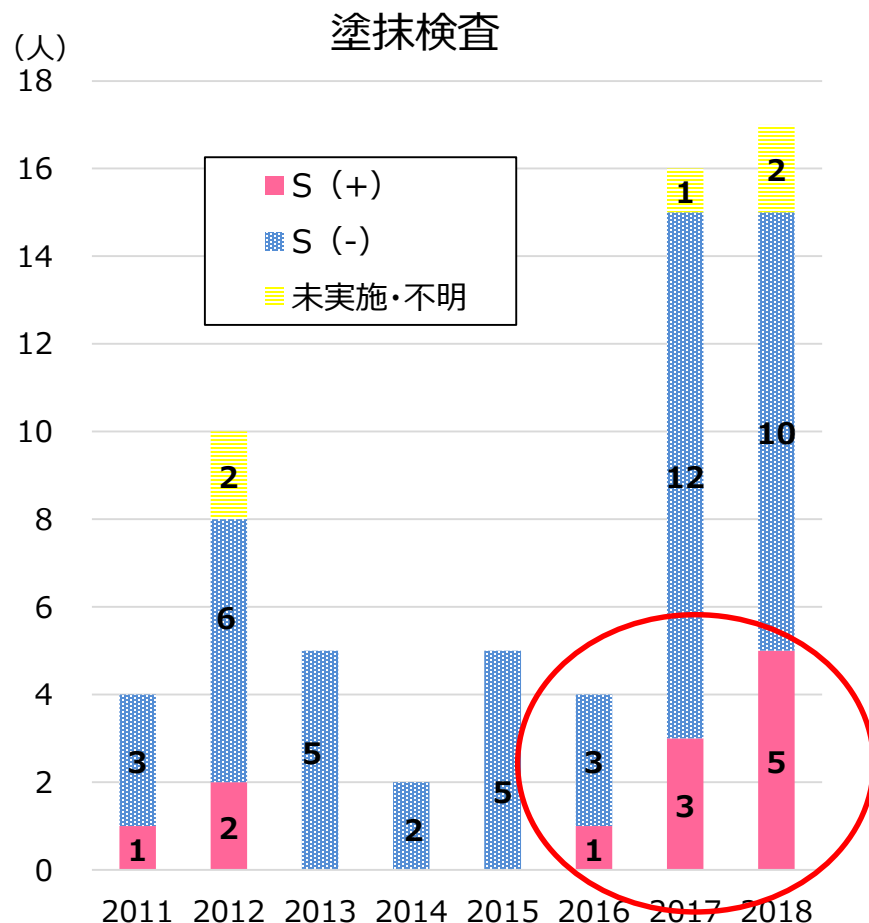
項 目		度数（%）	
年齢	中央値（範囲）	23（18-31）歳	
性別	男性	40	(63.5)
	女性	23	(36.5)
出生国	中国	22（S+:1）	(34.9)
	ベトナム	22（S+:5）	(34.9)
	フィリピン	4（S+:1）	(6.3)
	ネパール	4（S+:2）	(6.3)
	インドネシア	4（S+:1）	(6.3)
	その他	7（S+:1）	(11.1)
入国から健診までの期間（不明3名を除く）		80.5（12-459）日	
呼吸器症状	あり	10	(15.9)
	なし	53	(84.1)
喀痰塗抹（不明5名を除く）			
	陽性	11	(19.0)
	陰性	47	(81.0)

結核と診断された63名のまとめ（2011-2018）②

項 目	度数（%）	
喀痰培養（検査中・不明6名除く）		
陽性	25	(43.9)
陰性	32	(56.1)
薬剤感受性結果（培養陰性・検査中・不明38名除く）		
全剤感受性あり	14	(56.0)
SM耐性	4	(16.0)
INH耐性	6	(24.0)
MDR	1	(4.0)
治療成績（2011-2017：46名中不明・治療中4名除く）		
治癒	8	(19.0)
治療完了	28	(66.7)
脱落中断	0	(0.0)
国内転出	1	(2.4)
国外転出	5	(11.9)
DOTSタイプ（2011-2017：46名中不明・治療中6名除く）		
A	5	(12.5)
B	22	(55.0)
C	11	(27.5)
未実施	2	(5.0)

H26年以降では、Bタイプ以上91.3%（21/23名）

発見患者の 喀痰塗抹検査および呼吸器症状有無の年次推移



※不明除く	入国後3ヵ月以上割合	
塗抹陽性	54.5% (6/11人)	<0.05
塗抹陰性	15.6% (7/45人)	

塗抹陽性者で、1年以内のX-P歴あり:36.4% (4/11人)
うち、日本入国後のX-P歴ありは、2名 (50%)

健康教育

1. 日本語学校

2011年度より、学校関係者および学生に対し健康教育を実施
2014年度より、教員に実施

内容：世界の状況、外国人結核の現状をまじえ、結核の基礎知識、定期健診や有症状受診の重要性について日本語で実施、ポスター配布あり

講師：保健師

年度	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
実施校数	5校	3校	3校	5校	14校	13校	16校
受講者数 (職員)	29人	5人	35人	11人	17人	15人	20人
(生徒)	36人	83人	69人				
(全体)	65人	88人	104人	11人	17人	17人	20人

2. 外国人技能実習生・監理団体職員等

2016年度より実施

年度	実施団体	実施回数	参加者数
2016	2	3回	59人
2017	4	7回	177人

大阪市全数：約60ヵ所

3. その他

2016年度より医療通訳者に対し年1回研修を実施し、2017年度より産業保健分野の健康管理者に対し、年1回産業保健総合センターで健康教育を実施。

日本語学校健診まとめ①

① 患者発見率（2011-2017年） 46/20,296名、**0.2%**

2017年以降増加が著しく、2018年は**0.32%**（12月末現在）であった。

⇒2016年度大阪市の定期・住民健診発見率（4名、0.07%）より高い（ χ^2 検定、 $p < 0.05$ ）

② 早期発見に貢献

日本語学校健診で発見された結核患者の

a. 入国後1年未満である者の割合（不明3名除く）： 53名中60名（**88.3%**）

（参考）

大阪市における外国生まれ結核（2014-17年、日本語学校健診以外で発見の20代54名）で

入国後1年未満である者の割合 **31.5%**（17名）

b. 塗抹陰性割合： 47名中58名（**81.0%**）

（参考）

20代外国生まれ肺結核患者の塗抹陰性割合：**65.9%**（29名）

（2014-2017年；日本語学校健診以外で発見の44名）

日本語学校健診まとめ②

【課題】

- ①症状があり、塗抹陽性で発見される患者が増加傾向
- ②健診の時期（入国時期が複数、狭間での発病）
- ③日本語学校の協力が得られない場合もある
- ④受診へのハードル（言葉の問題、自国の医療事情との違い）
- ⑤医療費や公費負担制度の理解が困難
- ⑥治療中の帰国（ビザの期限切れ、経済的問題）

★日本語学校への情報提供・啓発

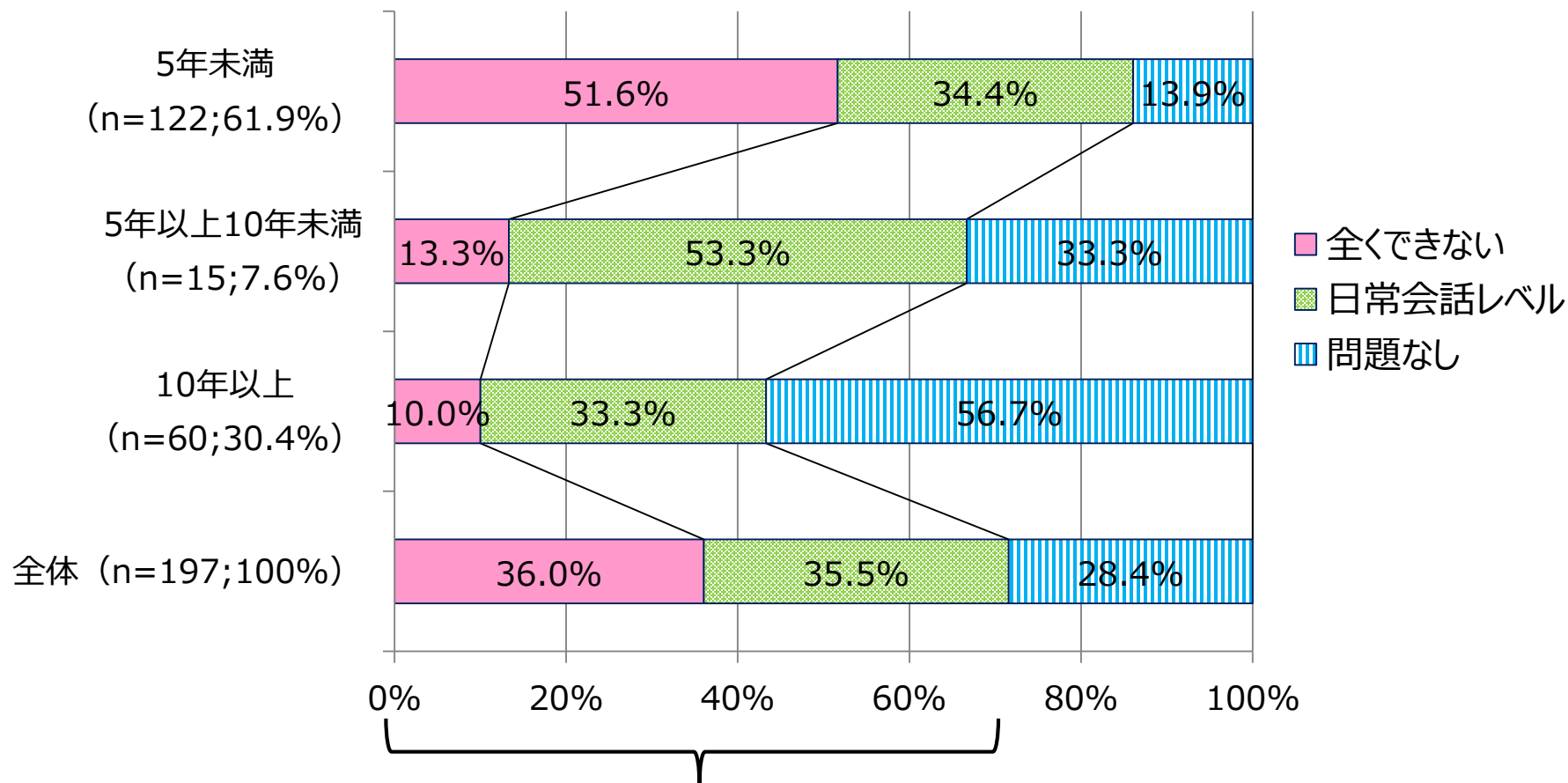
★日本語学校に対する要精検時の説明リーフレットの作成

2018年2月、厚生科学審議会結核部会で結核入国前健診実施が了承。
今後、6カ国（フィリピン、インドネシア、ミャンマー、ネパール、ベトナム、中国）を対象に開始予定。

3. 治療成績と患者支援

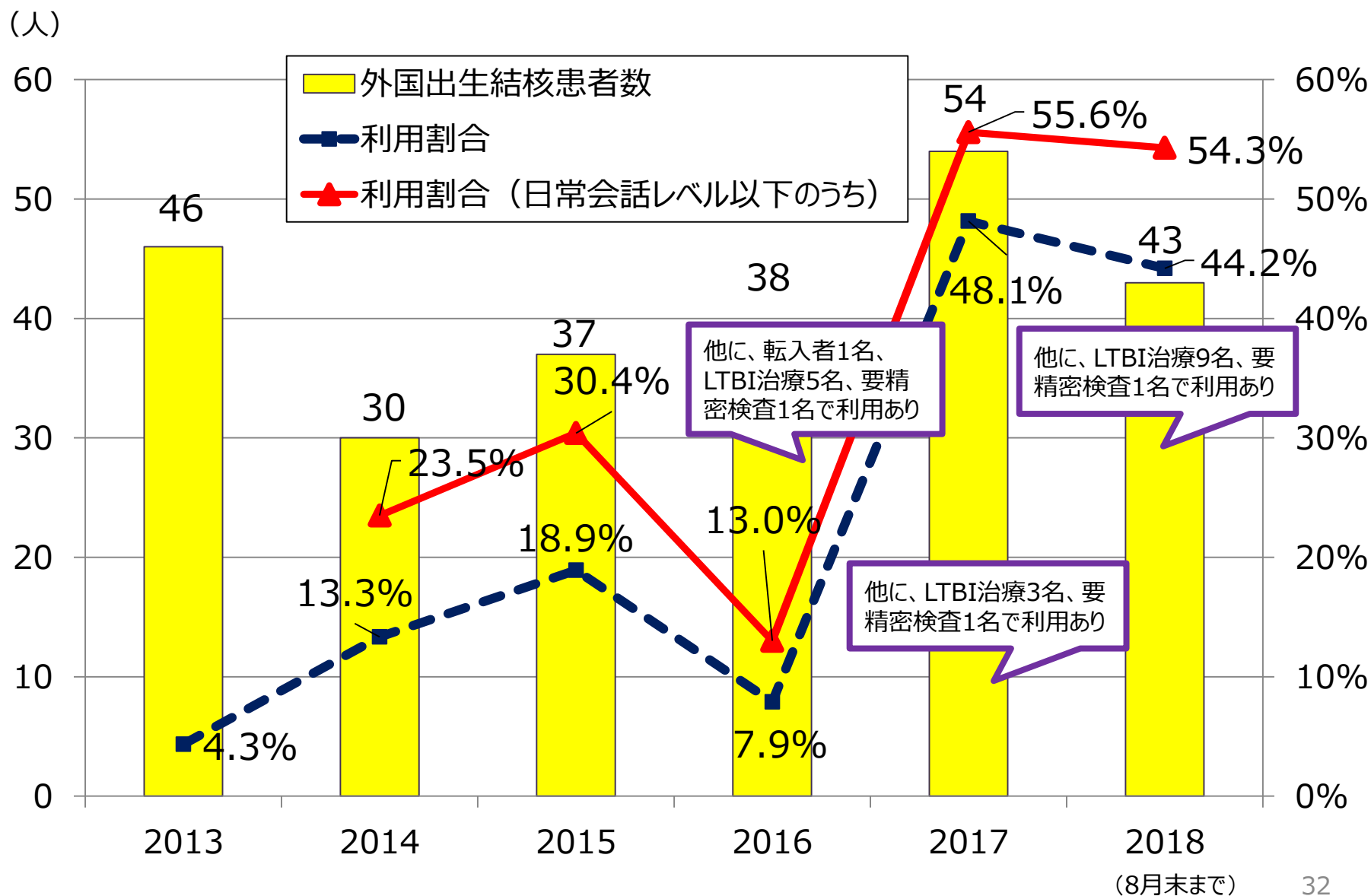
入国後期間と日本語レベル (n=197)

※2014-2018（8月末まで）活動性結核患者 入国後期間不明4名、日本語レベル不明1名除く



全くできない・日常会話レベル : **71.6% (141/197人)**
→うち、**74.5% (105/141人)** が入国後5年未満

(大阪市) 医療通訳利用割合の推移



医療通訳利用と日本語レベル、入国後期間 (n=197)

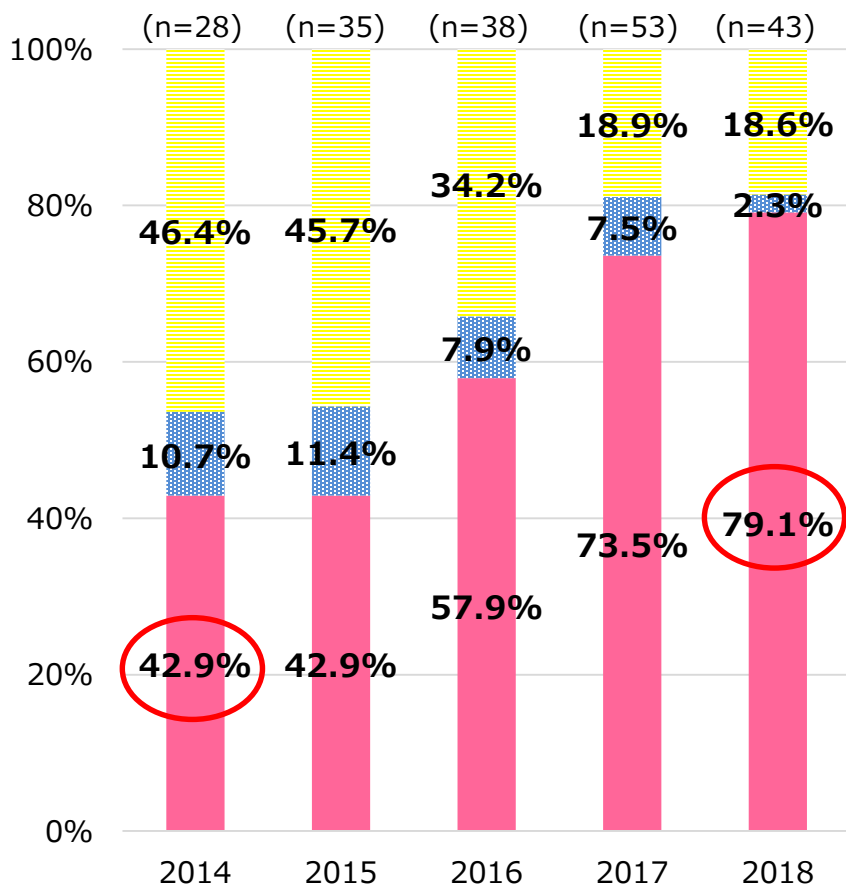
※2014-2018（8月末まで） 活動性結核患者 入国後期間不明4名、日本語レベル不明1名除く

		医療通訳		
		n	派遣数	派遣割合
日本語レベル	ほとんどできない	71	42	59.2%
	日常会話ができる	70	16	22.9%
	問題なし	56	1	1.8%
入国後期間	5年未満	122	50	41.0%
	5年以上10年未満	15	2	13.3%
	10年以上	60	7	11.7

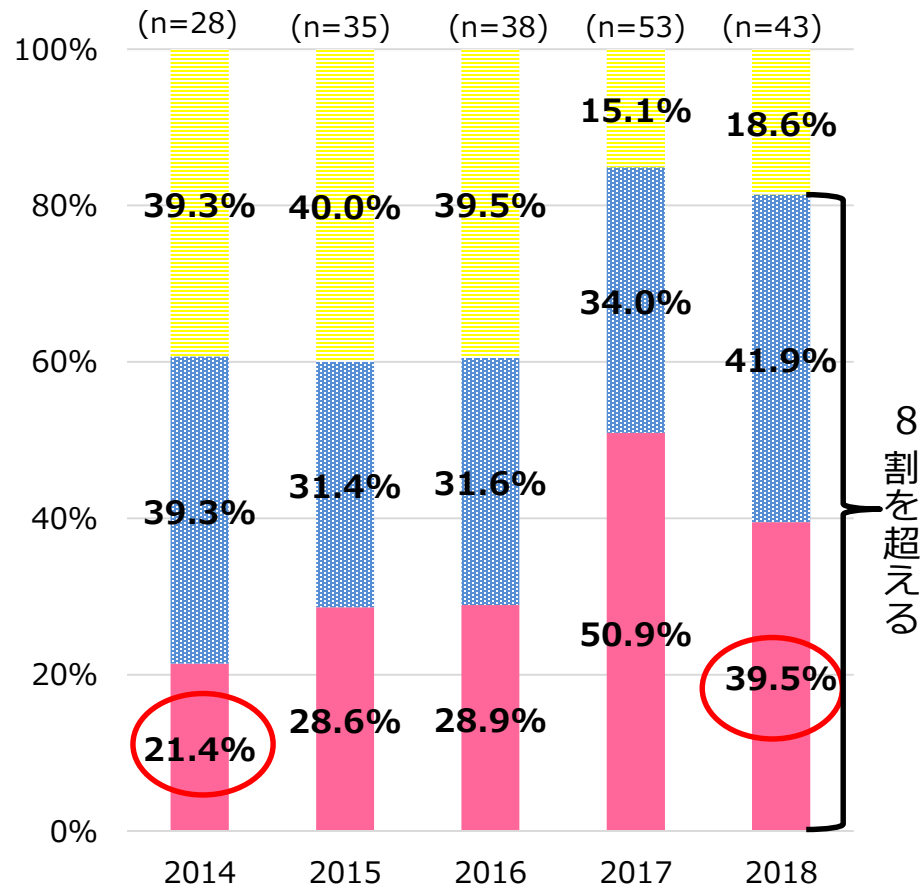
入国後期間と日本語レベルの推移 (n=197)

※2014-2018（8月末まで）入国後期間不明4名、日本語レベル不明1名除く

入国後期間



日本語レベル



入国後期間が短く、日本語でのコミュニケーションが難しい患者が増加している

医療通訳の有無とDOTSタイプ・治療成績

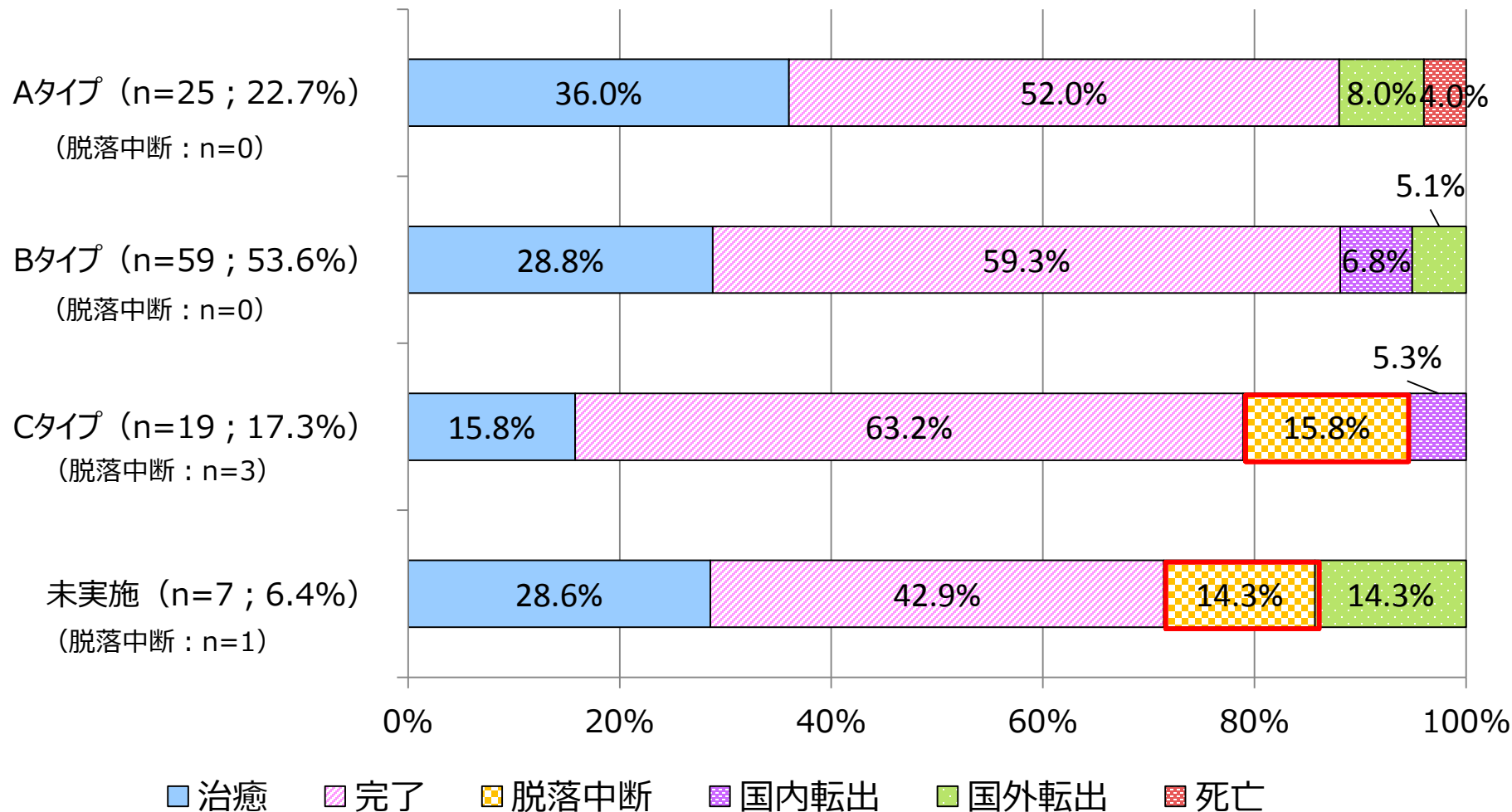
(2014-2017肺結核：n=133)

※肺外結核26名除く

	医療通訳あり (n=37)		医療通訳なし (n=96)	
DOTS (院内DOTS/不可/治療中23名除く)				
Aタイプ	9 (27.3)	} 78.8%	16 (20.8)	} 75.3%
Bタイプ	17 (51.5)		42 (54.5)	
Cタイプ	5 (15.2)		14 (18.2)	
未実施	2 (6.1)		5 (6.5)	
治療成績 (治療中3名、死亡時診断1名除く)				
治癒	8 (22.2)	} 66.6%	24 (25.8)	} 76.3%
治療完了	16 (44.4)		47 (50.5)	
脱落中断	2 (5.6)		2 (2.2)	*有意差なし
治療失敗	0 (0.0)		0 (0.0)	
国内転出	2 (5.6)		6 (6.5)	
国外転出	7 (19.4)		5 (5.4)	*有意差あり
死亡	1 (2.8)		9 (9.7)	
人数 (%)				

外国生まれ肺結核患者の DOTSタイプと治療成績（n=110）

治療中3名、院内DOTS11名、不可9名を除く



日本生まれ肺結核患者との治療成績の比較 (2014-2017全年齢 ; n=2,945)

※治療中147名除く

	外国生まれ (n=133)	日本生まれ (n=2,812)	<i>P value</i>
治療成績			
治癒	33 (24.8)	1111(39.5)	0.498
治療完了	64 (48.1)	819 (29.1)	
脱落中断	4 (3.0)	113 (4.0)	
治療失敗	0 (0.0)	2 (0.07)	
転出	20 (15.0)	47 (1.7)	<0.001
(再掲) 国内転出	8 (6.0)	—	
(再掲) 国外転出	12 (9.0)	—	
死亡	12 (9.0)	720 (25.6)	

人数 (%)

χ^2 検定およびFisher正確確率検定

* (参考) 18-39歳における脱落中断率 : 外国生まれ 3.3%、日本生まれ 5.4% (有意差なし)

帰国支援の有無と関連要因（n=12）

※帰国支援：紹介状の作成、現地医療機関等の紹介、抗結核薬の処方等

帰国支援あり：66.7%（8/12件）

		n	帰国支援あり	%
医療通訳	あり	8	5	62.5
	なし	4	3	75.0
帰国までの期間	2か月以内	5	2	40.0
	2か月以上	7	6	85.7
帰国の報告	なし	4	0	0.0
	あり	8	8	100.0
職業	日本語学校生	3	2	66.7
	技能実習生	3	3	100.0
	無職・家事従事者	4	2	50.0
	その他	2	1	50.0
国外転出の理由	ビザ（種別・期限、経済面など）	7	6	85.7
	その他	5	2	40.0

【帰国支援なし5件の理由】

- * 診断直後に帰国（連絡不可）：2件（日本語学校生、調理師）
- * 連絡なく帰国：2件（無職）

国外転出者の背景（n=12）

-国外転出以外との比較-

	国外転出（n=12）	国外転出以外（n=106） （※国内転出・治療中・不明除く）	P value
入国後5年未満割合	91.7%	54.7%	<0.05
日常会話レベル以下割合	91.7%	69.8%	n.s.
喀痰塗抹陽性割合	75.0%	36.8%	<0.05

【国外転出者の出生国】

ベトナム:4名

フィリピン:2名

中国、韓国、インドネシア、ミャンマー、タイ、インド:各1名

DOTSの方法（A・Bタイプ）

【AタイプDOTS（n=25）】

- 家族：9名（36.0%）
- 学校：7名（28.0%）
- 職場：4名（16.0%）
- 保健師による訪問または来所：2名（8.0%）
- ヘルパー：2名（8.0%）
- あいりんDOTS：1名（4.0%）

日本語学校生のうち34.1%
（15/44名）が学校DOTS

【BタイプDOTS（n=58）】

- 保健師（または委託事業所）による訪問または来所：41名（70.7%）
- 学校：8名（13.8%）
- 薬局：8名（13.8%）
- 職場：1名（1.7%）

治療成績と患者支援まとめ

- ① 日常会話レベル以下のうち、医療通訳利用割合は2017年以降50%を越えており、未だ十分とはいえないが年々増加している。
- ② 脱落中断者は、いずれもCタイプ以下のDOTSであった。質の高い支援のためにも、適切なリスクアセスメントと積極的な医療通訳導入の上、患者に合った支援を検討していく必要がある。
- ③ 外国生まれ患者においては国外転出が多く、ビザ更新と本人状況との兼ね合いで帰国した者が多かった。治療を確実に終えるために、患者の意思に寄り添いながら、やむを得ず帰国する際には早期に把握し、できる限りの帰国支援を行う必要がある。
- ④ 言葉の問題だけでなく、多様性の理解や共感、想像力といった基本的な姿勢は何よりも患者支援に重要であり、研修を通じた人材育成も必要であると考えます。

患者支援における課題

★日本生まれと同様の支援ために…

- ①医療通訳の導入（研修や情報共有による質の担保）
- ②多言語の資材の充実、電話やITなどを利用した医療通訳
- ③日本語学校や技能実習生管理団体との連携
- ④医療機関との連携
- ⑤支援者側の在留管理制度や外国人のための医療・福祉・社会保障等に関する知識の充足
- ⑥帰国先の医療状況の情報収集（結核研究所との連携）
- ⑦多様性の理解、グローバルな視点を持った支援者の育成

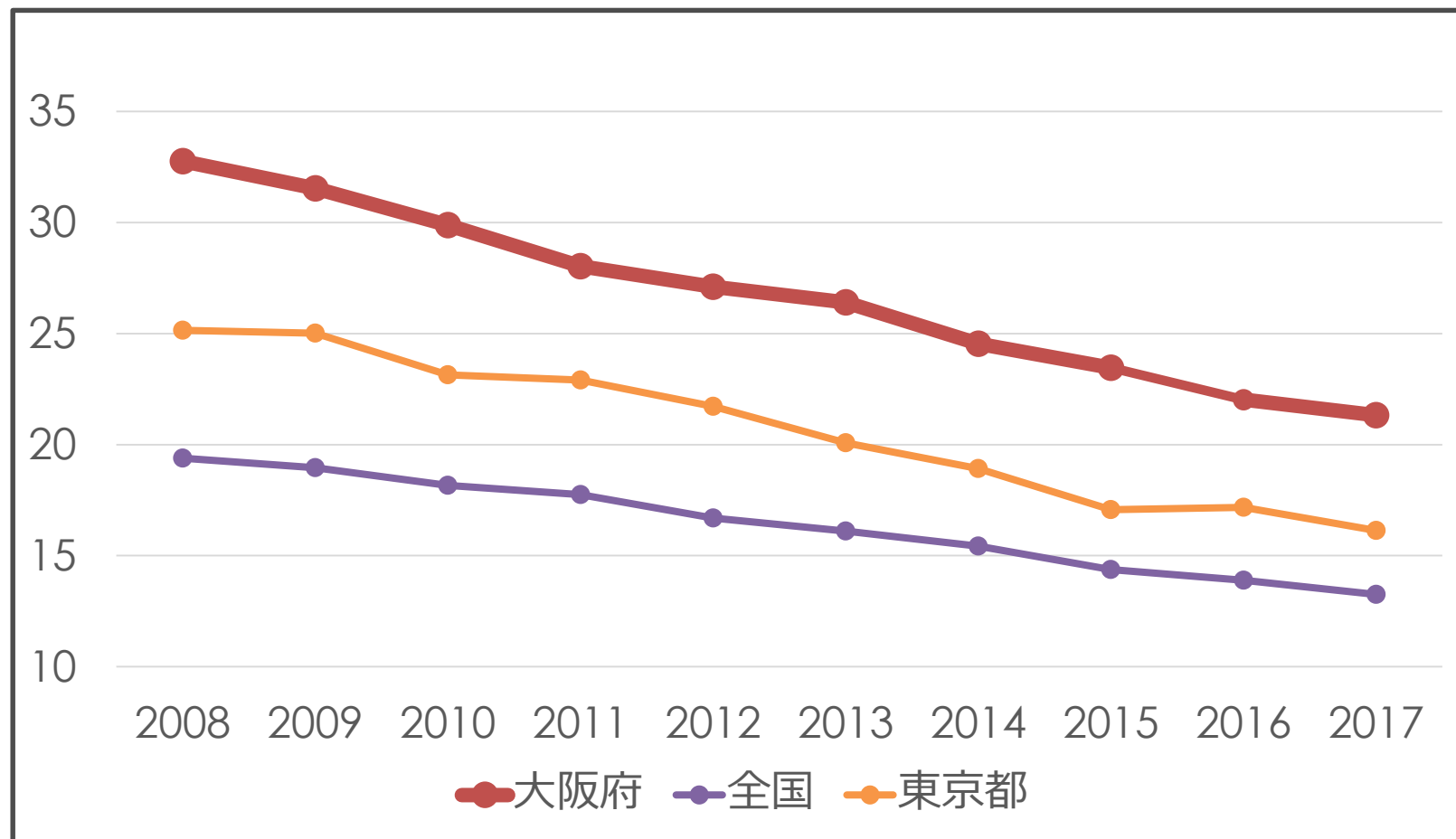
大阪府での 外国人の結核の現状と、課題

大阪府健康医療部保健医療室
医療対策課
田邊 雅章

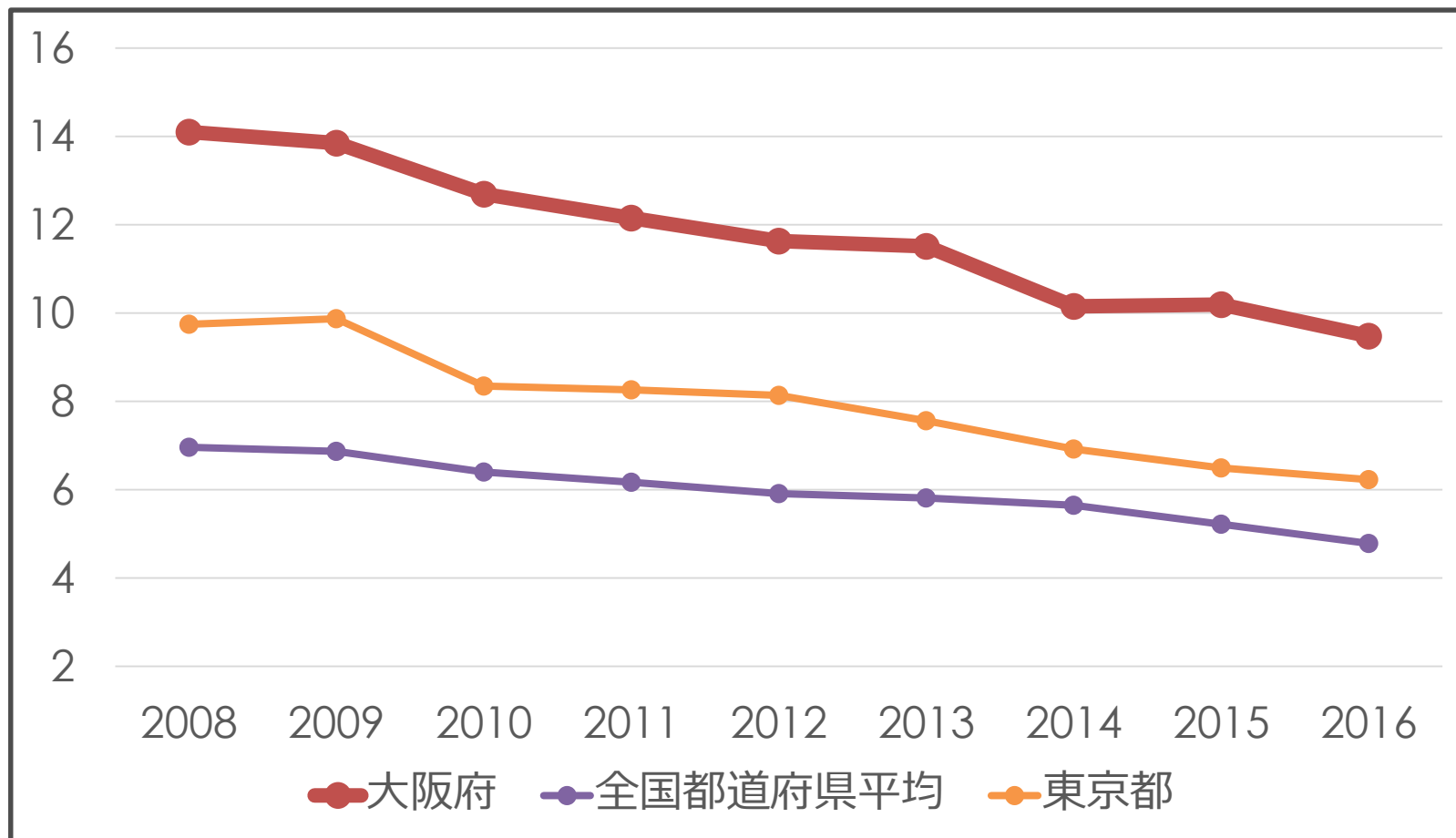
大阪府における結核の現状と結核対策について

大阪府結核対策推進計画について

全結核罹患率（人口10万対）



喀痰塗抹陽性肺結核罹患率（人口10万対）



大阪府における結核対策における課題 (大阪府結核対策推進計画（平成29年改正）より）

<大阪>

- り患率は年々減少傾向にあるが、依然として高く全国でワースト1（平成27年り患率 23.5）
- 受診の遅れ、診断の遅れが改善されていない
- 医師から1日以内の発生届提出が改善されていない
- 社会経済的弱者、高齢者、外国出生の結核患者が増加している
- 結核高まん延地域がある
- 処遇困難事例や他疾患合併事例の増加

大阪府結核対策推進計画（平成29年改正）

大阪府として独自の取組み-1

1 発生の予防・まん延の防止

- ① 結核健診対象事業所の実態把握、健診未実施機関への指導
- ② 結核発症率の高いグループへの結核健診や健康教育の実施
- ③ 高まん延地域における結核事情改善のための対策、大阪市との連携の強化
- ④ 小児結核の予防と対策支援の強化

大阪府結核対策推進計画（平成29年改正）

大阪府として独自の取組み-2

2 適切な医療の提供

- ① 早期受診・診断：府民への啓発、医療従事者向けの学習会や結核に関する情報提供
- ② 必要な病床数を確保し、医療体制のあり方を再考
- ③ 専門医療機関相互の連携強化
- ④ 患者の治療完遂：患者中心のDOTS（服薬確認療法）の充実強化

大阪府結核対策推進計画（平成29年改正）

大阪府として独自の取組み-3

3 施策を支える基礎的取組

① サーベイランスの強化

適切な結核発生動向調査の実施、大阪健康安全基盤研究所への結核情報の提供、結核菌分子疫学調査のデータベースの構築

② 普及啓発

府民へ結核についての正しい知識を提供し、定期健診や有症状時の早期受診を促す

大阪府結核対策推進計画（平成29年改正）

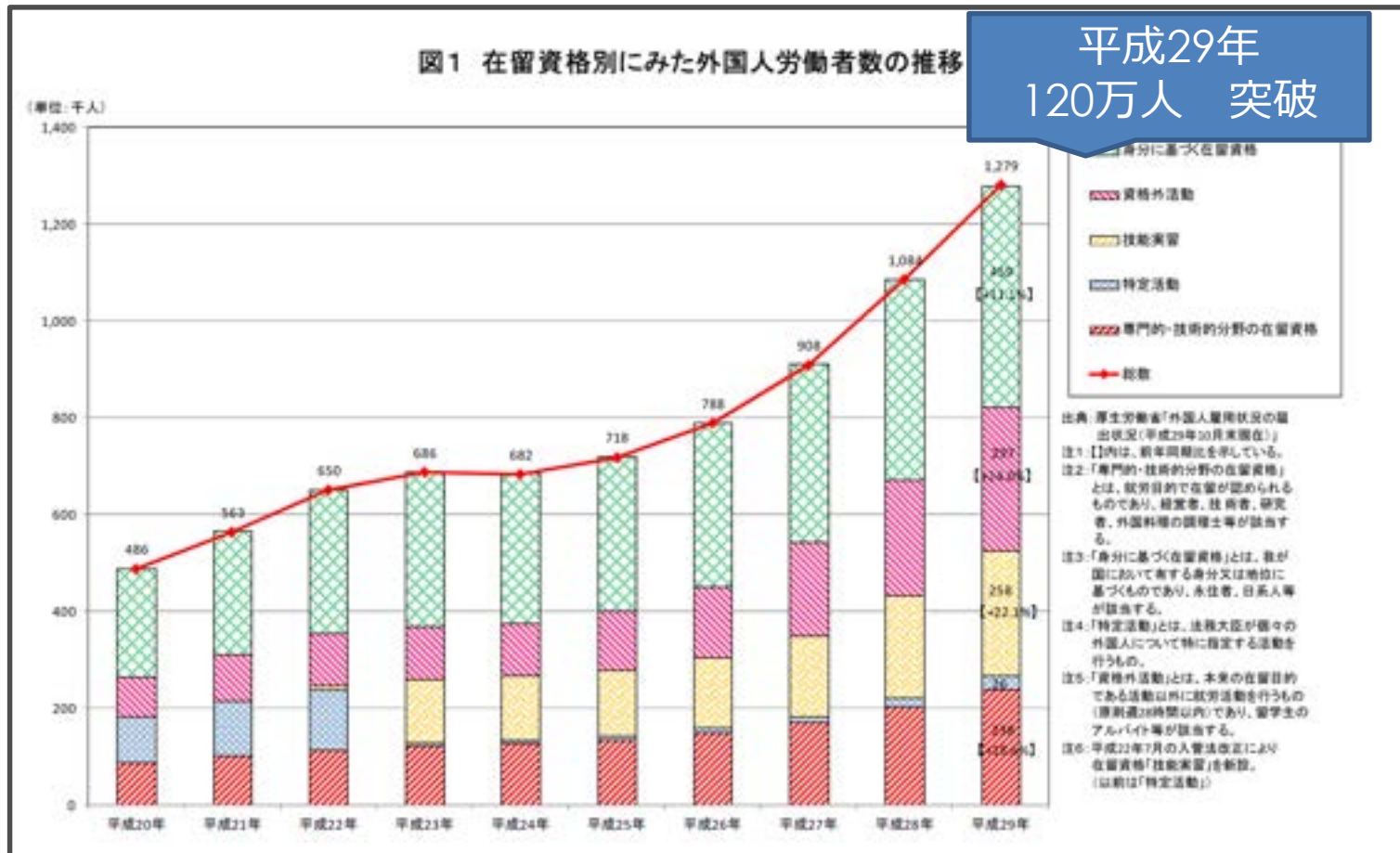
大阪府として独自の取組み-4

4 関係機関との連携

- ① 自治体、関係機関との連携による結核対策の推進
大阪府・保健所設置市による行政課題の共有、共同対策の検討により府全体の結核対策を推進する
保健所は地域の関係機関との連携を強化し患者支援を行う
- ② 施設内（院内）感染の防止
保健所は、立入検査等により院内（施設内）感染防止体制や対応マニュアルの確認をし、必要時指導する

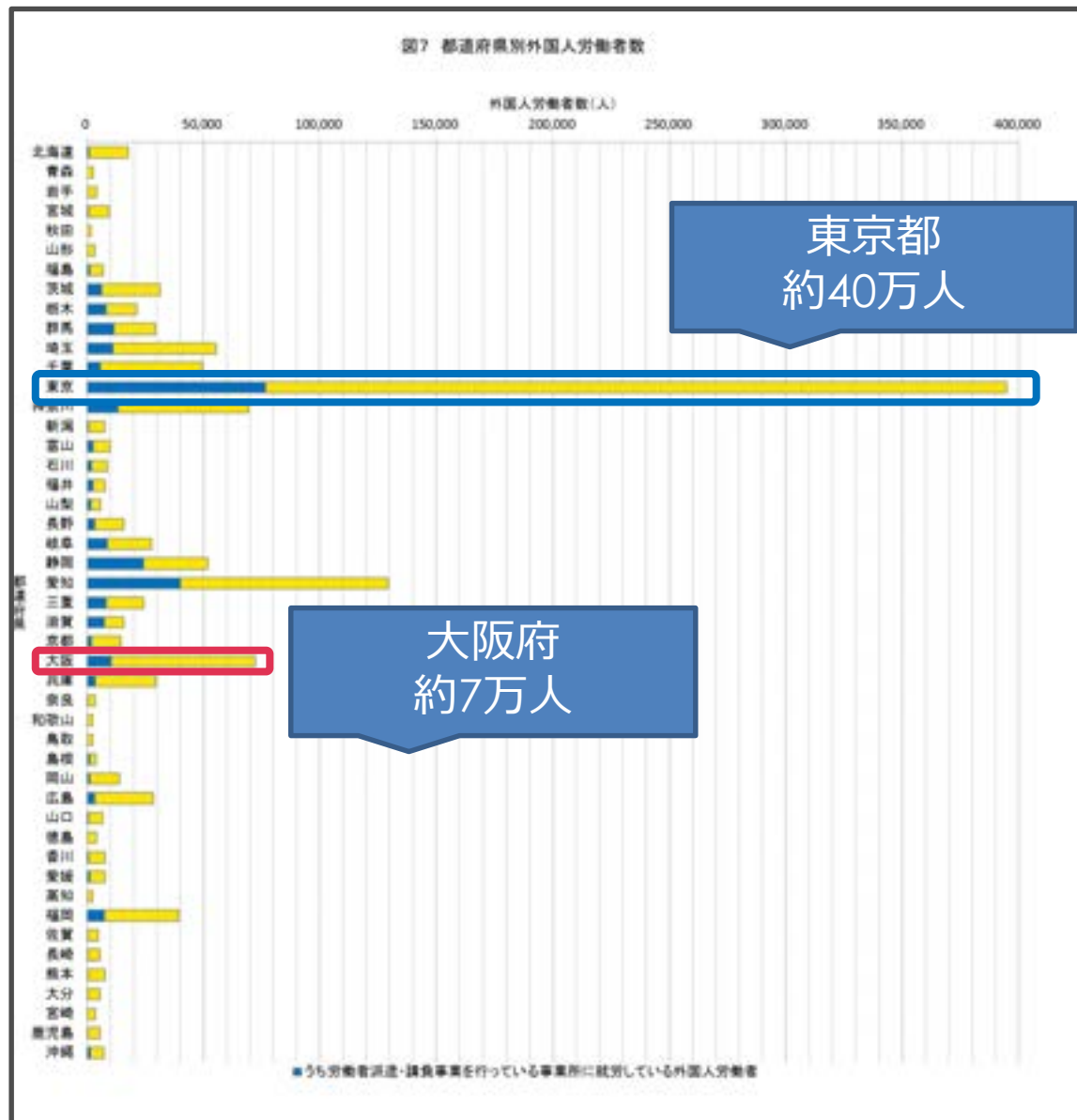
大阪府における外国人結核について

在留資格別にみた外国人労働者の推移



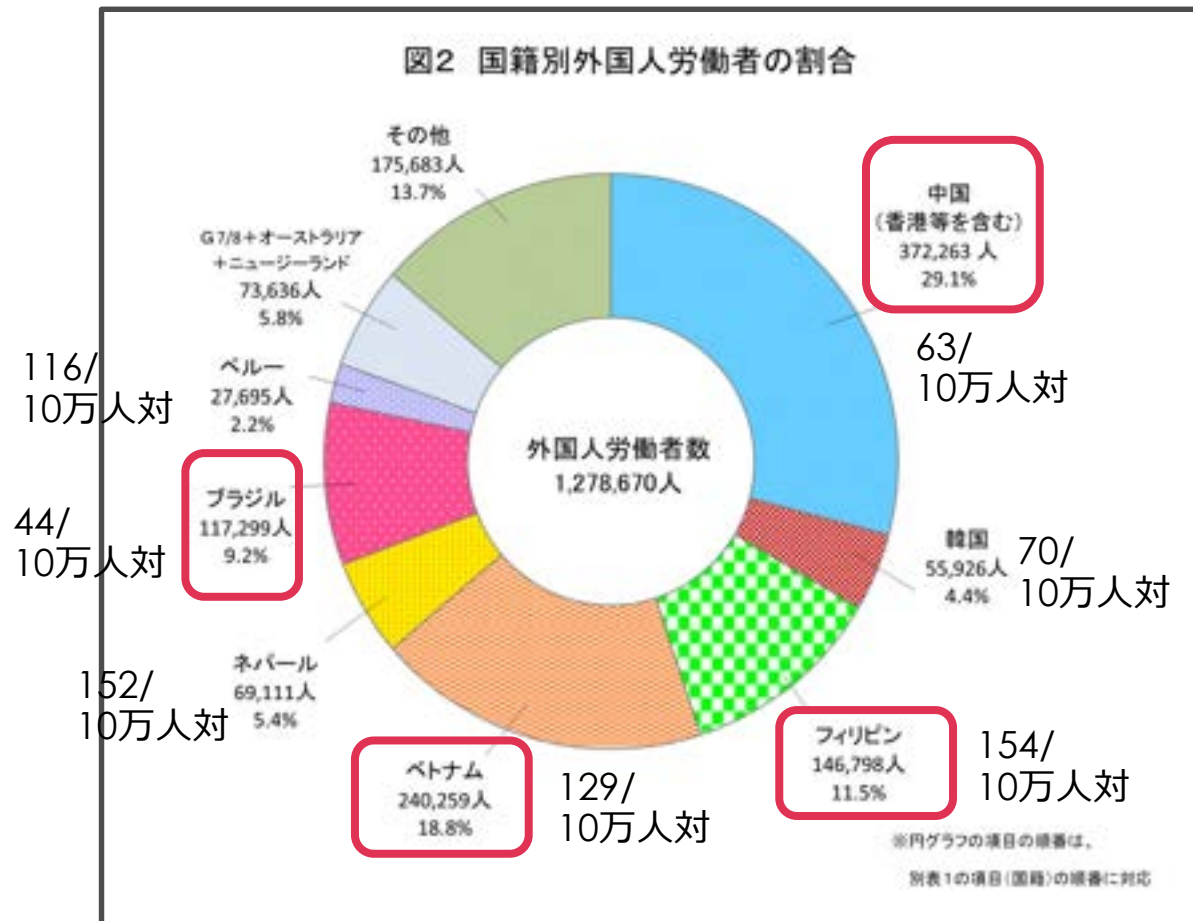
「外国人雇用状況」の届出状況まとめ【本文】
(平成29年10月末現在)

都道府県別 外国人労働者数



「外国人雇用状況」の届出状況まとめ【本文】
(平成29年10月末現在)

国籍別外国人労働者の割合

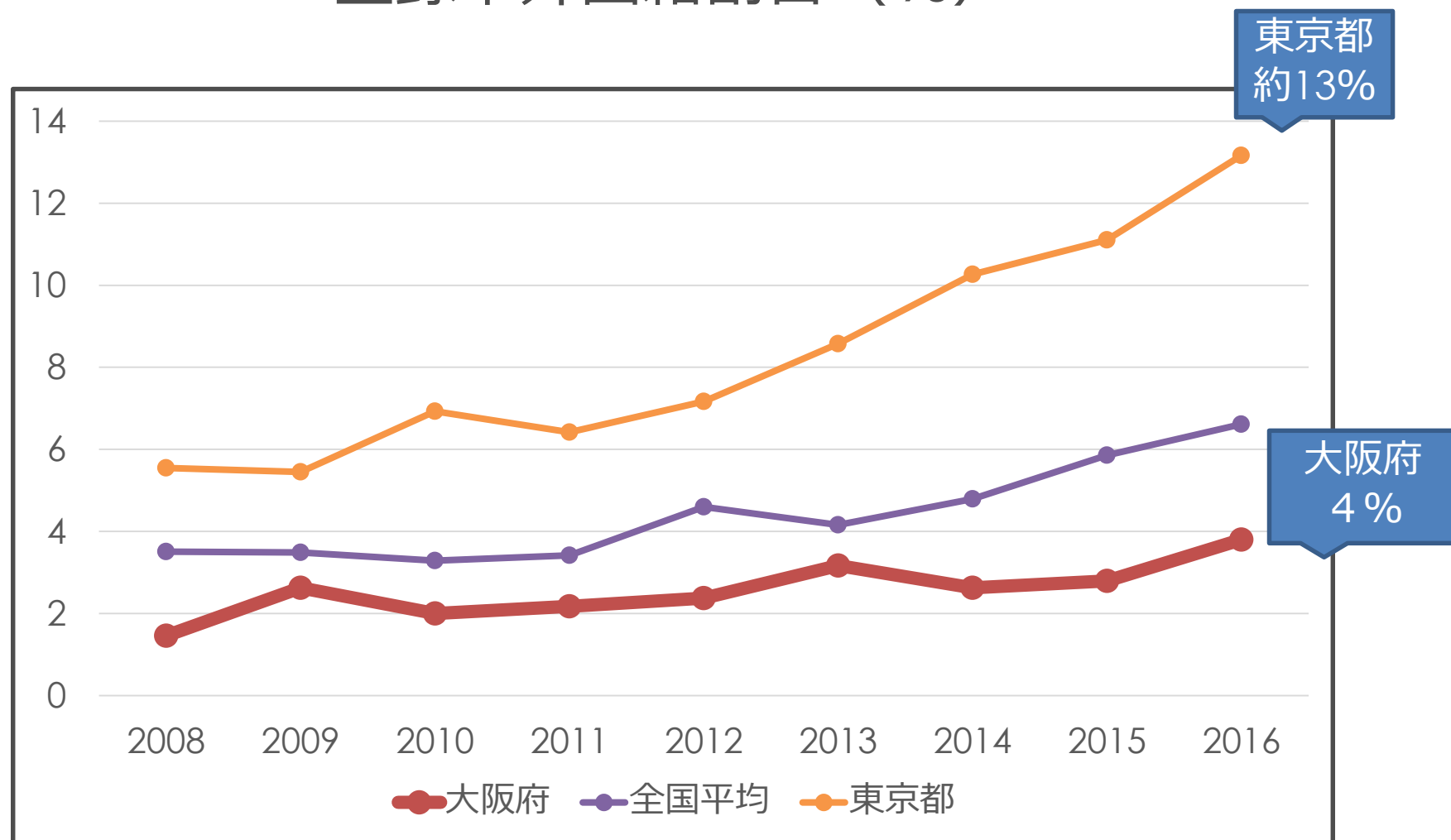


WHO global
TUBERCULOSIS
2018
REPORT

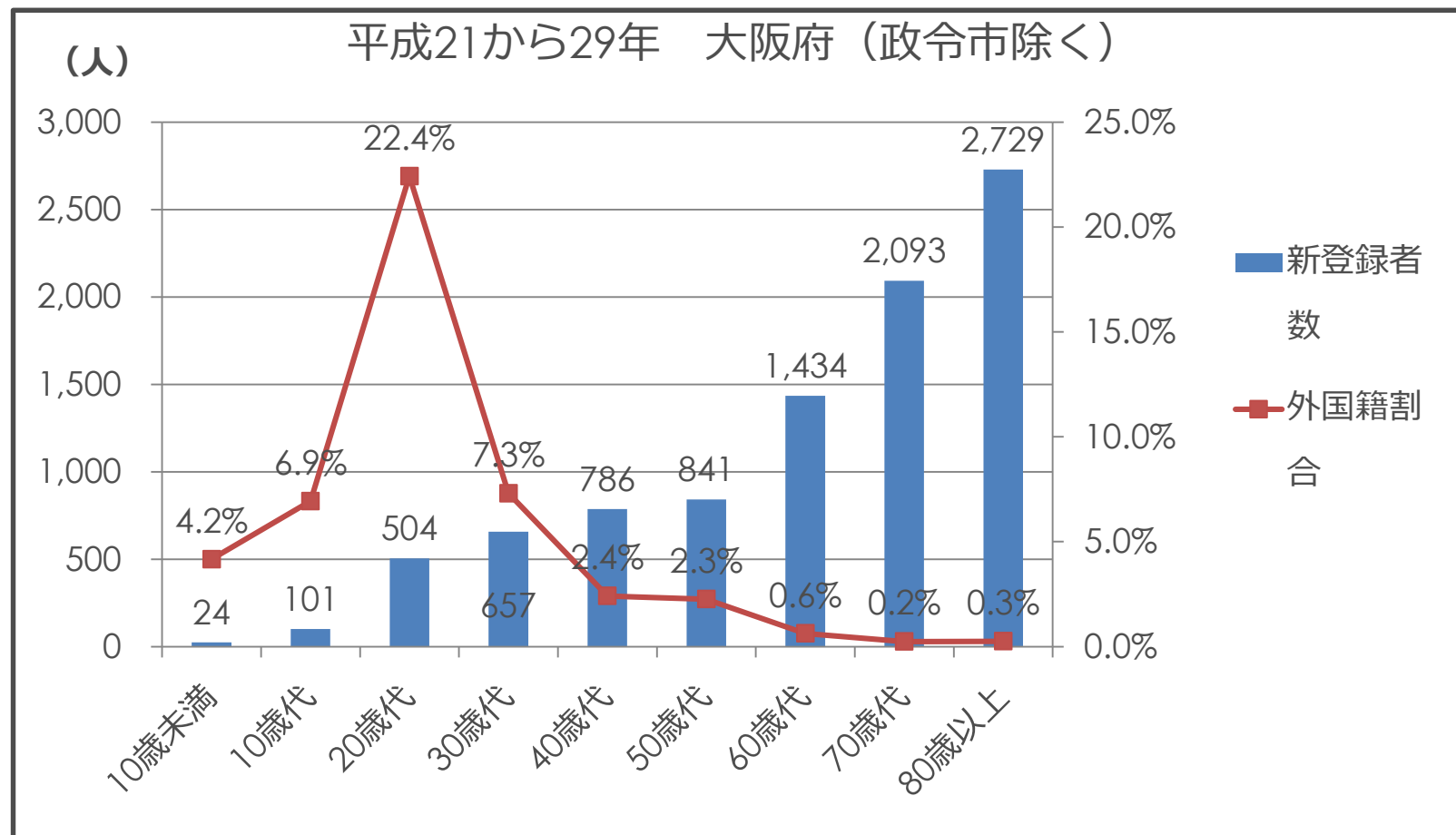
Country profiles
FOR 30 HIGH TB
BURDEN
COUNTRIES

「外国人雇用状況」の届出状況まとめ【本文】
(平成29年10月末現在)

新規登録結核登録患者 登録中外国籍割合 (%)



新規結核登録患者の年齢分布 外国籍の割合



結核登録者情報システムより

大阪府における外国人対策

- 医療通訳派遣

日常的な会話に日本語を使用しない結核患者等とコミュニケーションをとれるよう、医療通訳者を派遣している。

- 啓発物品の作成

平成25年度から結核患者説明チラシ、潜在性結核感染症患者説明チラシ、健康診断啓発チラシ（まんが版）の作成をおこなっている。平成29年度には長期滞在外国人（日本語学校学生や技能実習生等の長期滞在者）向け啓発物をNPO法人と委託契約を締結し府と合同でチラシを作成した。

大阪府における外国人対策-2

- 外国人技能実習生への啓発強化

平成27、28年度には技能実習生を受入れする監理団体にアプローチして啓発を行った（外国人技能実習生受入監理団体啓発研修会）。現在、保健所が中心となり外国人技能実習生への研修会やアンケート調査を実施し、外国人技能実習生用啓発研修資料や技能実習生健康管理調査シートを完成させ、外国人技能実習生の健康チェックに活用している。

- デインジャー・ハイリスク健診の実施

大阪府では、国の結核対策特別促進事業予算を活用して、高齢者や野宿生活者のハイリスク者への健診に加え、日本語学校や地域コミュニティの外国人に対する健診も実施している（平成25年から）

今後の府の外国人対策

- 医療機関からの発生届出提出後、72時間以内のファーストコンタクトの際、保健所は言語の問題によりコミュニケーションが取りにくいこと課題を感じている。医療通訳翻訳機の導入、初回面接調査シートの作成と多言語化を検討している。
- 長期滞在外国人向け啓発物、入院勧告等の患者への配布物や入院等に関する説明資料の多言語化を進める。

大阪府 結核対策の課題について

課題：受診の遅れと診断の遅れ

			2016
発病～初診2か月以上割合	%	大阪府	24.30
		都道府県平均	16.42
		東京都	21.97
初診～診断1か月以上割合	%	大阪府	23.64
		都道府県平均	21.33
		東京都	22.69
発病～診断3か月以上割合	%	大阪府	24.91
		都道府県平均	15.69
		東京都	24.03

課題：受診の遅れ

男性
低所得者
教育レベルが低い人
高齢者
などが要因

参考

Factors Associated with Patient and Provider Delays for Tuberculosis Diagnosis and Treatment in Asia: A Systematic Review and Meta-Analysis

Jing Cai¹ et.al

PLOS ONE | DOI:10.1371/journal.pone.0120088 March 25, 2015

課題：診断の遅れ

慢性咳嗽や呼吸器疾患の存在
肺外結核

開業医（専門医療機関と比較して）

アルコールや薬物乱用者

移民の歴史

典型的な症状出現にも関わらずレントゲン検査や喀痰検査
の施行なし

不適切な抗菌薬使用

など

参考

A systematic review of delay in the diagnosis and treatment of
tuberculosis

Dag Gundersen Storla* et.al
BMC Public Health 2008, 8:15

結核と薬剤耐性アクションプラン-1

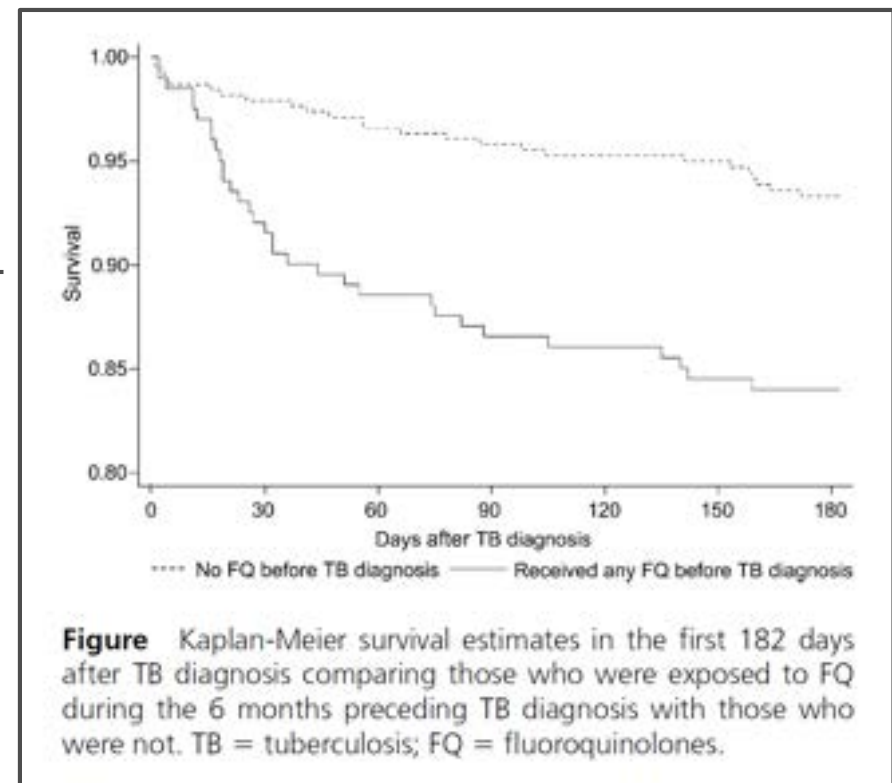
結核診断前の
フルオロキノロン使用は

- 結核死亡リスクを増大させる

参考

Fluoroquinolone exposure prior to tuberculosis diagnosis is associated with an increased risk of death

Y. F. van der Heijden,* et.al
INT J TUBERC LUNG DIS 16(9):1162–1167



結核と薬剤耐性アクションプラン-2

市中肺炎治療のエンピリックセラピー（経験的治療）への
フルオロキノロンを使用は

- 結核の診断の遅れにつながる
- 結核菌の耐性化につながる

参考

Fluoroquinolones are associated with delayed treatment and resistance in tuberculosis: a systematic review and meta-analysis

Tun-Chieh Chen et al

International Journal of Infectious Diseases 15 (2011) e211–e216

Take a home message

結核 受診の遅れと診断の遅れの解消に協力を

- 2から3週間、咳が続く患者が受診したら、胸部レントゲンを
- 胸部レントゲン陰影に異常あったら、結核かもと考え検査計画を
- 呼吸器症状を呈する患者さんにフルオロキノロン系抗菌薬を使用する場合には、結核の除外を



平成30年度 ストップ結核パートナーシップ関西
第6回 ワークショップ(2019.1.26;13:30 - 17:30)

テーマ:「長期滞在外国人の結核対策」

＜提言＞16:25-16:55

グローバルの観点から長期滞在外国人の生命を問う

林田雅至

大阪大学COデザインセンター教授

「社会イノベーション部門」所属

多言語コミュニケーションデザイナー

附属病院未来医療開発部「国際医療

センター」運営委員会メンバー

ポルトガル・リスボン科学アカデミー会員(辞書学・語彙論):

<http://www.acad-ciencias.pt/wordpress/correspondentes-estrangeiros/>

欧州言語検定試験制度(ポルトガル語)責任者(大阪):

<http://caple.letras.ulisboa.pt/centro/3005>

言語学の立場から:

- ・ 外国語＝日本語教育における基礎的
双方向運用能力(interactive
competence)の不可欠性
- ・ 日本語学校におけるステークホルダーの
育成

日本語学校の学習に求めるもの(1)

- 附録1にある、**双方向外国語運用能力**を基礎として実践する「健康管理通訳」について所謂「通訳」で言われる「足しても引いても」駄目であるという原則論は、「健康管理通訳」には通用しない．外国人患者の気持ちを斟酌し、また日本人医療者の説明を噛み砕いて、外国人の母語文化的背景などを考慮し、「**言い換える**」必要がある．
- この「**言い換える**」ことのヒントは、民話研究概念の「**移し替える**(transfer)」にある．

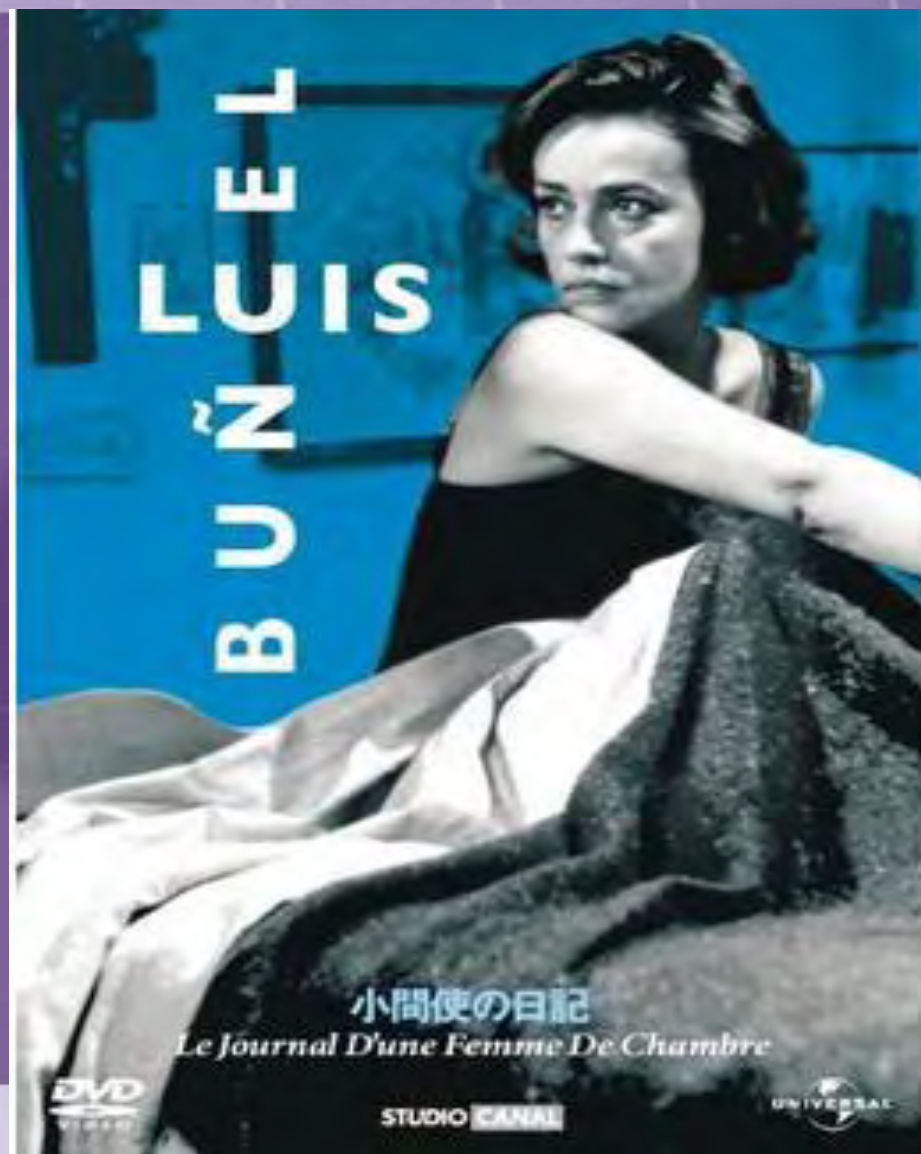
日本語学校の学習に求めるもの(2)

- 例えば、普遍的な概念で「小さい者が大きい者をやっつける」などという民話は世界中にある。
- 御伽草子(17世紀中葉～18世紀前半)に見える、一寸法師桃太郎、浦島太郎、物ぐさ太郎、酒顛(呑)童子など：
- 応仁の乱の頃圧政に苦しむ庶民がそうした民話を通して溜飲を下げたと言われる。
- アフリカの素早く走るウサギや、ブラジルのサッシペレレという黒人片足少年、イベリア半島の世知に長けた女性セレスティーナも同様に既成概念を打ち破る力を秘めている。
- **日本語学習において、学習者の言語文化的背景、多様性を知って、基礎的な「双方向外国語運用能力」を身に付けさせよう！**

上:狩野元信作「酒伝童子絵巻」(下巻部分)1522, サントリー美術館
所蔵;下:歌川芳艶作「大江山の酒呑童子と源頼光主従」(江戸時代)



左: ブラジルSaci-pererê; 右: イベリア半島Celestina



言語学の立場から:

- ・ 外国語＝日本語教育における基礎的双方
向運用能力(interactive competence)の不
可欠性
- ・ 日本語学校におけるステークホル
ダーの育成

母語と学習外国語の橋渡しのための学習(1)

- 日本語学習において、一方的に日本語日本文化を教えるのではなく、彼らの母語・母文化を日本語・日本文化に「**移し替える**」「**言い換える**」橋渡しをする術を高度な「通訳技術」「健康管理通訳」ではなく、簡単なレベルから丁寧に教えるという姿勢が必要だ！
- 基礎的なinteractive competence(**双方向外国語運用能力**)を身に付けると、一方的にパタンプラクティスで覚える紋切り型の日本語による発話ごとに抱える「ストレス」を緩和する効果が発揮される。
- 「日本語ではこう言うんだ」という断定形は止めよう！

母語と学習外国語の橋渡しのための学習(2)

- さて、そうしたinteractive competenceを習得する学習過程で、学習者母数から5%程度、耳のよい言語センスの優れた受講者が現われる。20名クラスなら1名、40名規模で2名になる。そうした「口を楽器」のように駆使できる母語話者を取り出して、**双方向外国語運用能力**を一層鍛えよう！外国人生徒のステークホルダーとして育て、患者生徒と医療者の「**橋渡し**」役を演じてもらい、あらかじめ近隣病院や保健所の医療者の協力を得て、指導を仰ぐことにしよう！勿論、そうした俄か「健康管理通訳者」だけに依存することなく、並行して医療機関側などは「健康管理通訳」人材の育成支援にも尽力し、**二段構え**で外国人生徒の健康維持・病氣回復に対応しよう！
- **公益財団法人・大阪公衆衛生協会主催、大阪大学COデザインセンター共催JICA関西後援「適正テスト」**に関して、「移し替える」「言い換える」通訳能力の第三者チェック機関として、「**適正テスト**」健康管理通訳多言語版の作成を進めています。

言語学の立場から:

- ・ 外国語＝日本語教育における基礎的双方方向運用能力(interactive competence)の不可欠性
- ・ 日本語学校におけるステークホルダーの育成
- ・ 附録1: 医療健康管理通訳人材の育成

ISO医療/健康管理通訳の規格化

- ISO医療/健康管理通訳の規格化は2019年度に発行される見込みである. コミュニティ通訳ガイドライン(2014.12)はJIS(日本工業規格)の日本語「工業」に合わないことから,日本版は発行されなかった.
- ガイドラインの「医療通訳」に健康管理が加えられ現在「医療」は削除. 本来「公共サービス」を前提とする規格化において,今回その内容がタイトルに明確化されたと言える. この場合Health Careの含意はGlobal **Public Health** Careとなる. つまり, 意識すれば, 地球市民(公衆)の健康(衛生)管理である.

Medical Linguistics Innovation

- さて、所謂外国語教育(学習)は学習言語・文化への同化・統合するものと歴史的に位置付けられる。現在のGlobal EnglishやGlobal Chineseも同様である。
- 筆者がMedical Linguistics Innovation(医療言語学刷新)と提唱する所以は、この外国語教育・学習を相対化し、学習者母語・文化の重要性を強調し、学習者母語・文化から外国語・文化への通訳・翻訳が肝要という点にある。(双方向外国語運用能力)

抽象概念の理解の不可欠性

- この「**双方向外国語運用能力**」という難関の課題をいかに克服するか「健康管理通訳」養成のポイントがある.
- まずCEFR・B2以上の能力が求められる理由は、抽象概念の理解の不可欠性にある. それは何を意味するかと言えば, invisibleな内容(患者・家族などの感情的な微妙なニュアンス, あるいは医療従事者の治療上のデリケートな説明)を学習言語で把握できるということで, 欧州言語共通参照枠基準のB1(visibleで具体的な内容理解)からすれば, レベルは格段に上がっている.

母語と学習外国語の橋渡し作業(1)

- 学習者母語による母語・文化の抽象的概念の理解は暗黙の了解ではある.
- けれども、一般的にSNSなどの急速な普及で日本人の母語＝日本語の傾聴力, 理解力が, 非常に低下し, 危機的な状況にあると言ってよい.
- 医療通訳者になろうという志の高い人にそのような懸念を抱く必要はないと思われるが, 通訳学習において, まず母語による傾聴理解力を確認し, 鍛える必要がある. その上で, その内容を外国語・文化に通訳・翻訳し, 「橋渡し」する. これが第一義的に求められる.

母語と学習外国語の橋渡し作業(2)

- 具体的に言えば、学習外国語から日本語への通訳・翻訳する能力と日本語から学習外国語への通訳・翻訳する能力をバランスよく、正確に身に付けることが求められる。
- 「橋渡し」は、学習者自身の自助努力にかかってくるとともに、そこに本人の両言語における**Contextual Sensitivity**
- (文脈を汲み取る感受性)の良し悪しが大いに関わってくる直感力とも言えるし、勘の良さとも言える。努力も必要であるが、両言語における言語的センスが問われることになる。
- 「適正テスト」を実施する根拠はそこにある：
- **SDGs「適正テスト」第2回は2019年2月16日予定：**

<http://www.cscd.osaka-u.ac.jp/co/2018/000521.php>

<https://www.osaka-u.ac.jp/ja/news/seminar/2019/02/8032>

http://kansai-sdgs-platform.jp/cat_event/914/

言語学の立場から:

- ・ 外国語＝日本語教育における基礎的双方向運用能力(interactive competence)の不可欠性
- ・ 日本語学校におけるステークホルダーの育成
- ・ 附録1: 医療健康管理通訳人材の育成
- ・ **附録2: 外国語教育概論など**

表まとめ: 数量根拠に基づく「外国語学習」を考える

	授業時間	自習時間(大学設置 審基準など)	修了単位要件総学 習時間数	留学による学習4, 800時間加算 (1日16時間言語シャワー×300日)
日本の外国語学部系(4 年間): 1コマ≒2h 上記実態:1コマ=1.5h	900 675(7.5s× 4y×15回)	1, 800 1, 350(授業時間数:2 倍)	2, 700 2, 025	7, 500 6, 825
ロシア旧東欧圏東洋学 部日本語科(5年間)	2,250 (20s×5y× 15回)	4, 500授業時間数:2 倍)	6, 750(言語習得基 準参照値)	留学なし
欧州CEFR 言語検定試 験(上級) ALTE - <i>The Association of Language Testers of Europe</i> (現在27 言語)	900	1, 800	2, 700	7, 500 CEFR: <i>Common European Framework of Reference for Languages</i> (ヨーロッパ言語共通参照枠)
ドイツへの移民に課さ れる「社会的統合」(言 語学習)CEFR中級	600	1, 200	1, 800	6, 600(みなし留学) IATE: https://iate.europa.eu/home (European Union Terminolgy: 欧州法言語翻訳サイト:26言語)
小学校～大学までの英 語学習	736. 4	1472. 8	2, 209. 2	7, 009. 2
中等教育課程(英語)	628. 4	1, 256. 8	1, 885. 2	6, 685. 2
日本の大学英文科(4年 間)	900 675	1, 800 1, 350	2, 700 2, 025	9, 385. 2(+6, 685. 2) 8, 710. 2(+6, 685. 2)

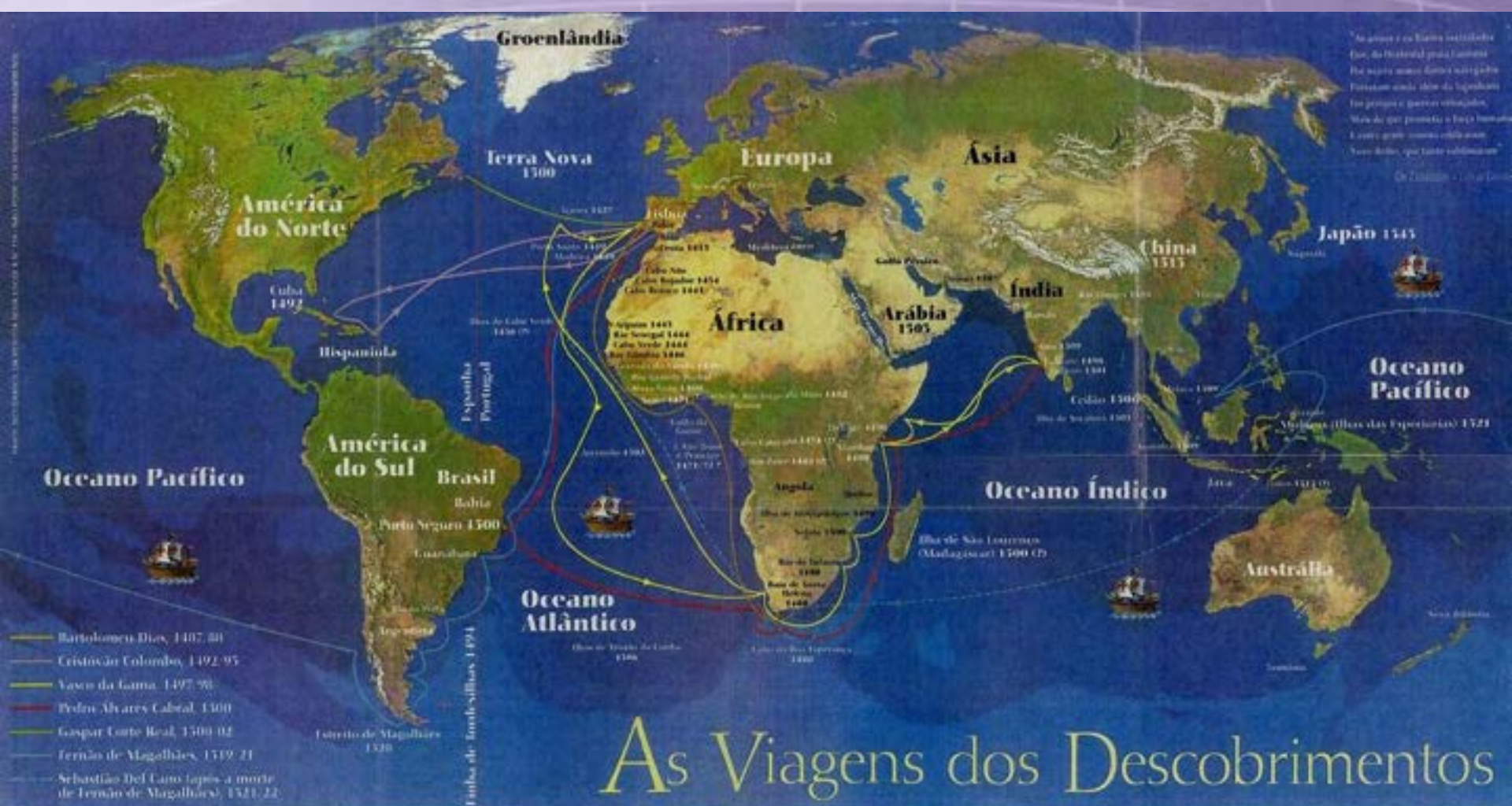
2,000時間を超える外国語学習時間

- 従来「**双方向外国語運用能力**」はバイリンガル話者でなければ、無理ではないかと思われてきた。しかし、**CEFR**による能力(熟達度)別レベルが設定され、6段階の「中上級」にあたる**B2**以上になれば**interactive**で**deductive**(演繹的:応用の効く)なレベルまで達し、**Contextual Sensitivity**(文脈を汲み取る感性)に拠って、しかるべき訓練を重ねて「**双方向外国語運用能力**」は担保される。因みに、日本の大学設置審基準の「義務的」学習時間で、予・復習を含む約**2,000**時間(4年間)を超える実践的な「外国語学習」によって、学習者母数の**5%**ほどが
- 「**双方向外国語運用能力**」に達するとされる。

グローバリゼーションのメルカトル図法世界地図＝大航海時代の海外進出地図

ユダヤ・イタリア系ブラジル人の教育財団発行初等教育教員向け指導手引冊子 *Nova Escola*（118号附録絵地図，1998年）

MAPA: INICIAÇÃO DAS VIAGENS DE DESCOBERTA DO MUNDO. O MUNDO EM 1492. O MUNDO EM 1500. O MUNDO EM 1550. O MUNDO EM 1600. O MUNDO EM 1650. O MUNDO EM 1700. O MUNDO EM 1750. O MUNDO EM 1800. O MUNDO EM 1850. O MUNDO EM 1900. O MUNDO EM 1950. O MUNDO EM 2000.



As viagens e as grandes descobertas do mundo, da Antiguidade ao Renascimento, foram o resultado de uma longa e árdua luta. Foram os navegantes que, com a coragem e a coragem, abriram o mundo para a humanidade. Foram eles que, com a coragem e a coragem, abriram o mundo para a humanidade. Foram eles que, com a coragem e a coragem, abriram o mundo para a humanidade.

As Viagens dos Descobrimentos

A Era das Grandes Navegações

"O tempo é precioso", diz o poeta português Fernando Pessoa. Essa consciência do século XV levou os portugueses a dedicar-se à exploração, dando início à expansão marítima pelo mundo. Foi assim que, ao longo do século XV, os portugueses começaram a explorar o mundo. Foi assim que, ao longo do século XV, os portugueses começaram a explorar o mundo. Foi assim que, ao longo do século XV, os portugueses começaram a explorar o mundo.

Os portugueses foram os primeiros a explorar o mundo. Foi assim que, ao longo do século XV, os portugueses começaram a explorar o mundo. Foi assim que, ao longo do século XV, os portugueses começaram a explorar o mundo. Foi assim que, ao longo do século XV, os portugueses começaram a explorar o mundo.

Os portugueses foram os primeiros a explorar o mundo. Foi assim que, ao longo do século XV, os portugueses começaram a explorar o mundo. Foi assim que, ao longo do século XV, os portugueses começaram a explorar o mundo. Foi assim que, ao longo do século XV, os portugueses começaram a explorar o mundo.

Os portugueses foram os primeiros a explorar o mundo. Foi assim que, ao longo do século XV, os portugueses começaram a explorar o mundo. Foi assim que, ao longo do século XV, os portugueses começaram a explorar o mundo. Foi assim que, ao longo do século XV, os portugueses começaram a explorar o mundo.

Os portugueses foram os primeiros a explorar o mundo. Foi assim que, ao longo do século XV, os portugueses começaram a explorar o mundo. Foi assim que, ao longo do século XV, os portugueses começaram a explorar o mundo. Foi assim que, ao longo do século XV, os portugueses começaram a explorar o mundo.

ESCOLA

LIVRO DE INICIAÇÃO À CULTURA

MINISTÉRIO DA CULTURA

apoiada pela 1ª Abil

ご清聴ありがとうございました

Convite

A ACLUS - Associação de Cultura Lusófona (Faculdade de Letras da Universidade de Lisboa) convida-o para a inauguração da:

Exposição

"Homem, Cosmos e Mitos"
de Rouslan Botiev

na biblioteca da Faculdade.

Dia 10 de Março às 17h 30m

Amazônia / Amazônias

Conferência Temática, org. ACLUS

Sede: Faculdade de Letras - Cidade Universitária - Lisboa

E-mail: aclus@fl.ul.pt

Apartado 52118 - Lisboa

0256641. 2010

R. Botiev

平成30年度 ストップ結核パートナーシップ・講演会 2019年1月26日(土) 参加者84名 アンケート51名

参加者の職種	1	医師	17
	2	保健師 看護師	34
	3	技術職員	18
	4	事務職	13
	5	学生	2
総計			84

アンケート

1	会員	①	通常会員	12
		②	特別会員	1
		③	非会員	38
		④	記入なし	0
			総計	51

2	職種	①	行政	33
		②	医療機関	4
		③	企業	1
		④	協会・団体	3
		⑤	教育機関・研究所	8
		⑥	学生	2
		⑦	記入なし	0
			総計	51

3	何で知ったか	①	協会からの通知	24
		②	職場で聞いた	23
		③	協会のホームページ	2
		④	その他(知り合いより)	2
		⑤	記入なし	0
総計				51

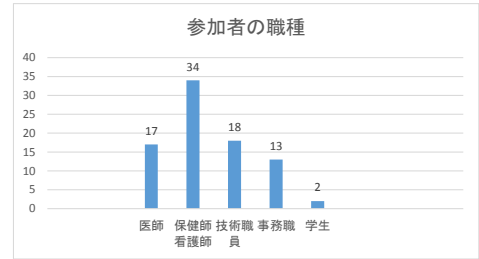
4	理解の深まり	①	理解できた	38
		②	どちらかといえば理解できた	12
		③	どちらかといえば理解できなかった	1
		④	理解できなかった	0
		⑤	記入なし	0
		総計		51

5	業務にいかせそうか	①	おいにあった	27
		②	まあまああった	23
		③	あまりなかった	1
		④	全くなかった	0
		⑤	記入なし	0
		総計		51

6	会合や話し合いが持てるか	①	ぜひ持てみたい	15
		②	持てみたい	34
		③	持てそうにない	1
		④	持つ必要がない	0
		⑤	その他	1
		⑥	記入なし	0
総計				51

平成30年度 ストップ結核パートナーシップ・講演会 参加者84名 アンケート50名

参加者の職種			
	1	医師	17
	2	保健師 看護師	34
	3	技術職員	18
	4	事務職	13
	5	学生	2
総計			84

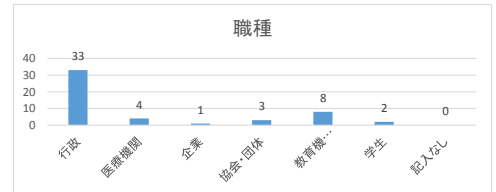


アンケート

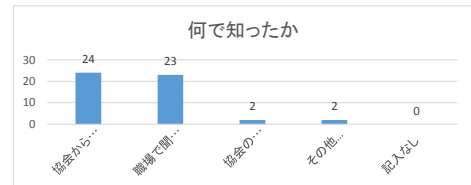
1	会員	①	通常会員	12
		②	特別会員	1
		③	非会員	38
		④	記入なし	0
		総計		



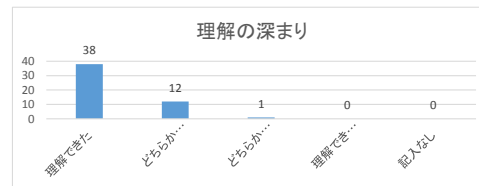
2	職種	①	行政	33
		②	医療機関	4
		③	企業	1
		④	協会・団体	3
		⑤	教育機関・研究所	8
		⑥	学生	2
		⑦	記入なし	0
総計				51



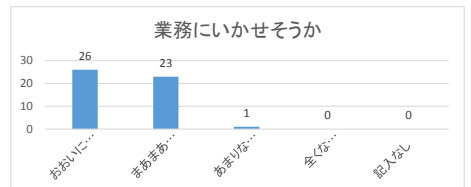
3	何で知ったか	①	協会からの通知	24
		②	職場で聞いた	23
		③	協会のホームページ	2
		④	その他(知り合いより)	2
		⑤	記入なし	0
総計				51



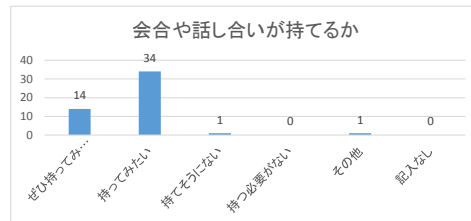
4	理解の深まり	①	理解できた	38
		②	どちらかといえば理解できた	12
		③	どちらかといえば理解できなかった	1
		④	理解できなかった	0
		⑤	記入なし	0
総計				51



5	業務にいかせそうか	①	おおいにあった	26
		②	まあまああった	23
		③	あまりなかった	1
		④	全くなかった	0
		⑤	記入なし	0
総計				50



6	会合や話し合いが持てるか	①	ぜひ持ってみたい	14
		②	持ってみたい	34
		③	持てそうにない	1
		④	持つ必要がない	0
		⑤	その他	1
		⑥	記入なし	0
総計				50



5：日頃の業務でいかせそうな内容はありましたか。

- 大阪市での外国結核患者に対して、薬局DOTSを活用されている事（13.8%）が参考になった。
- 結核の基礎的医学から、外国語教育まで幅広い話題が提供されていた。
- 私はまだ学生なので、直接活かせることはあまりないと思ったから。
- TB業務で外国人対応はマストになってきています。私自身が他言語を話せるようになりたいと思うようになりました。
- 結核についての基礎知識が足りていない（保菌者と発症者の違いなど）
- 外国人のTB対策について、言語の壁、文化の壁を感じながら行っているところです。
- 外国人結核患者の背景を知り、寄り添う支援の大切さや、差別、偏見をうまない配慮をしつつの啓発の必要など色々考えることができた。
- 外国結核Ptに対する具体的な支援方法を理解することができた。
- 日本語学校生に対する面接時等の配慮について、業務に生かして行きたいと思いました。
- 結核治療の完遂のためには言葉、コミュニケーションの問題を解決していく必要があると改めて思いました。
- 津田先生のお話の中に支援者の心構えを学びました。
- 外国人の入国が増加しており、結核患者も増加していることを実感した。課題も整理できました。ありがとうございました。
- もう少し具体的にわかりやすく説明頂きたい。
- 日本語学校や技能実習生の現状が学べた。日本語学校の健診システムが少し理解できました。
- 日本語学校との連携。寄り添い理解がベースにあるべき。
- 医療通訳ですが、大阪市以外の英語ですので、DOTS通訳の出番は今まで0ですが、今日の発表で英語以外の大阪市内の患者さんの動向がわかりました。
- 結核に関する業務には携わっていません。周囲に結核患者がいた経験はありません。
- 健診の大切さと治療を継続させる支援体制について理解できた。
- 現状や問題点が整理されていたのでわかりやすかった。
- 帰国支援の健診を実施し、食生活指導のために学校で朝食を出すように求めたい。

7：企画・運営等」でお気づきになった点

- 良かった。
- 会場へのたどりつき方などを掲載いただくのが良いかと思いました。
- 入国前検診について、もう少し詳しく知りたかった。
- 小児結核の研修会と同日だったのが残念でした。
- 交通便もよい、綺麗な会場での開催をありがとうございました。暖房がききすぎていましたが、お茶も頂きありがとうございました。
- 会場がもう少し広く、かつ机もあると嬉しいです。
- 結核の医療拠点（呼吸器アレルギーセンターや近中、刀根山）を今後いかに守り、確保して行けるか、行くべきか。
- 進行があいまい過ぎてわかりにくい。誰が回答者かわかりにくい。事実や報告を聞いているだけで、現実問題を見て発表できていないように感じた。（予算/関係連携など）ある特定の情報のみの発表に感じた。様々な情報から意見を統合してほしい。
- 最後の言語の話は、今までにない研修内容だった。会場が暑かった。
- 大角さんの資料に英文の物が沢山あったのは何故でしょうか。また「ご存知のように」という言い方を何度もされていましたが、知らないことがほとんどでした。
- 大変勉強になりました。ありがとうございました。
- 交通の便の良い場所での研修希望します。最新の状況について知る良い機会となっています。今後も継続していただきたいです。
- ワークショップ会場立地アクセスが良いので今後も続けて欲しい。

8：今後の為のご意見

- 今回のように行政と現場の方が公開で意見交換ができる場は重要と思います。
- 耐性結核患者支援。外国結核患者支援等。
- 毎回、楽しみにしています。近年のトピックスを取り上げて頂きありがとうございます。東京オリンピックや万博にあたり、今後、外国人の患者増加見込み、早期発見がますます肝要となることを感じました。TB以外の感染症も併せて取り上げてもらえると嬉しいです。
- 日本人からの視点ではなく、双方の視点で情報を共有してほしい。とても一方的に感じた。
- 今日は貴重な（お話）ご講演、発表ありがとうございました。お一人だけ非常に早口でレジュメが非常に細か過ぎる方がおられましたが、発表される時はゆっくりお話しされるようお願いします。
- 今後の長期滞在外国人の定着プロセス健康管理の在り方の同行をフォローする報告をお願いしたい。