

令和4年度

地域保健総合推進事業

「グローバル化時代における 保健所の機能強化と国際社会への 貢献に関する研究」報告書

令和5年3月

日本公衆衛生協会

分担事業者 矢野 亮佑
(盛岡市保健所 所長)

目 次

はじめに	1
I. 事業概要	
1. 分担事業者・協力事業者・助言者一覧	2
2. 令和4年度の活動概要	
A) 目的	3
B) 方法	3
C) 結果	4
D) 考察	5
E) 今後の方向性	5
F) 学会発表	6
G) 班会議等の活動実績	6
II. 事業報告	
1. 外国人研修の内容の標準化と質のさらなる向上 『日本の保健医療を学ぶ外国人研修生向け教材集』の作成	7
2. 国際・国内の保健衛生行政を往来できる人材の育成 国内外の保健衛生行政経験がある医師等へのインタビュー調査	8
3. 保健所の外国人対応能力強化	
A) 保健所における外国人の精神保健に係る事例の把握	10
B) 『保健行政窓口のための外国人対応の手引き』の小改訂	13
C) 『保健行政のための多言語行政文書集』の拡充	13
4. その他	
A) 第81回日本公衆衛生学会総会における発表	14
B) 講話『グローバルヘルスへの貢献』（講師：下内昭）	14
III. 資料	
1. 『日本の保健医療を学ぶ外国人研修生向け教材集』の使い方	16
2. 『日本の保健医療を学ぶ外国人研修生向け教材集：保健所編』	21
3. 『日本の保健医療を学ぶ外国人研修生向け教材集：医療制度編』	31
4. 『保健行政窓口のための外国人対応の手引き（第2.2版）』（第2章）	38
5. 『保健行政のための多言語行政文書集』の文書一覧	57
6. 『保健所における新型コロナウイルス感染症に係る外国人対応』 （第81回日本公衆衛生学会総会における発表）	59
7. 講話『グローバルヘルスへの貢献』資料	60

はじめに

COVID-19 パンデミックが始まって3年目に突入した。ワクチンが普及し、流行の主体がオミクロン株に置き換わり、患者数や死者数こそ過去最多を更新しつつも致死率は季節性インフルエンザと比較できる程度になったことで、対策はウィズ・コロナに舵が切られた。一方で、法律上は新型インフルエンザ等感染症に位置付けられ続けたことによって本年度も保健所における COVID-19 対応が業務全体に占める割合は低くなく、特に第7波においては COVID-19 対応以外の活動は大きく制限された。そのような中でも、本研究を進めようと合間を縫って活動した協力事業者や助言者には感謝の言葉しかない。

本研究のミッションは、日本の保健衛生行政の国際社会への貢献と、グローバル化時代における保健所の機能強化の2面から成る。前者については、日本の地域保健衛生行政の経験を他国に伝達する場として着目してきた開発途上国の保健衛生行政関係者等を対象とした研修の場で、講師となる自治体職員が心得ておくべきことを『日本の保健医療を学ぶ外国人研修生向け教材集』にまとめ始め、また国際・国内地域保健双方に貢献できる人材育成について模索するため、国内外の保健行政に従事経験がある医師等へのインタビュー調査を始めることができた。後者については、全国の保健所を対象に外国人の精神保健事例への対応の実態と課題を調査することができ、事例がどのような経緯で保健所につながっているのか、どのように継続支援を受けているのか、課題や取組みを整理するための2次調査への弾みがついた。

本年度は、過去2年間に計画していたものの実現することができなかった活動に一步踏み出すことができた年となった。新興感染症から災害・気候変動、軍事衝突や経済危機などに象徴される VUCA (Volatility: 変動性、Uncertainty: 不確実性、Complexity: 複雑性、Ambiguity: 曖昧性) 時代であるからこそ、誰一人として取り残さないユニバーサル・ヘルス・カバレッジ (UHC) を目指すことは欠かせず、日本を含む共通の悩みを抱える国・地域同士が互いの知恵や経験を共有することは地域共生・社会的包摂の実現に寄与する。また、国内では長期的な労働人口の急減傾向は変わらないことから、COVID-19に伴う水際対策等により一時的に減少した在留外国人数、特に技能実習生や日本語学校生は再び増加することが見込まれ、外国人であっても地域住民として保健行政が対応できるようになることは待たないである。

初心を胸に、コロナ後を見据え、再スタートを切ることができた1年となった。

最後に、本研究の実施にあたり、御協力頂いた日本公衆衛生協会、全国保健所長会ならびに都道府県・市区関係部署の皆様方に心より御礼申し上げたい。本研究が各現場において少しでも役立つ場面があればこれ以上にありがたいことはない。

令和5年3月

令和4年度地域保健総合推進事業

「グローバル化時代における保健所の機能強化と国際社会への貢献に関する研究」

分担事業者 盛岡市保健所 所長 矢野 亮佑

I. 事業概要

1. 分担事業者・協力事業者・助言者一覧（敬称略）

	氏名	所属	所属役職
分担事業者	矢野亮佑	盛岡市保健所	所長
協力事業者	大塚優子	神奈川県平塚保健福祉事務所 秦野センター保健予防課	課長
協力事業者	小正裕佳子	獨協医科大学国際協力・支援センター 国際疫学研究室	特任講師
協力事業者	須藤章	兵庫県丹波健康福祉事務所	所長
協力事業者	劔陽子	熊本県菊池保健所	所長
協力事業者	平野雅穂	豊橋市保健所 健康部感染症対策室	専門員
協力事業者	細野晃弘	名古屋市保健所 名東保健センター	所長
協力事業者	堀江徹	長崎県県北保健所	所長
協力事業者	松井三明	神戸大学大学院保健学研究科 パブリックヘルス領域国際保健学分野	教授
協力事業者	本木隆規	奈良県郡山保健所 健康増進課	課長
協力事業者	山本佳子	奈良県福祉医療部医療政策局 健康推進課	保健師
協力事業者	四方啓裕	福井県若狭保健所	所長
協力事業者	渡邊洋子	八王子市保健所	所長
助言者	阿部裕	四谷ゆいクリニック	院長
助言者	岩本あづさ	国立国際医療研究センター国際医療協力局 連携協力部連携推進課	課長
助言者	大川昭博	移住者と連帯する全国ネットワーク	理事
助言者	大澤絵里	国立保健医療科学院 国際協力研究部	上席主任 研究官
助言者	沢田貴志	港町診療所	所長
助言者	仲佐保	シェア＝国際保健協力市民の会	医師
助言者	中村安秀	日本 WHO 協会	医師
助言者	野村真利香	国際協力機構（JICA） 人間開発部	国際協力 専門員
助言者	長谷川麻衣子	長崎県福祉保健部 感染症対策室	医療監
助言者	村上邦仁子	東京都西多摩保健所 健康推進課	課長
助言者	森田直美	全国医療通訳者協会	代表理事
顧問	宇田英典	地域医療振興協会 地域医療研究所	医師

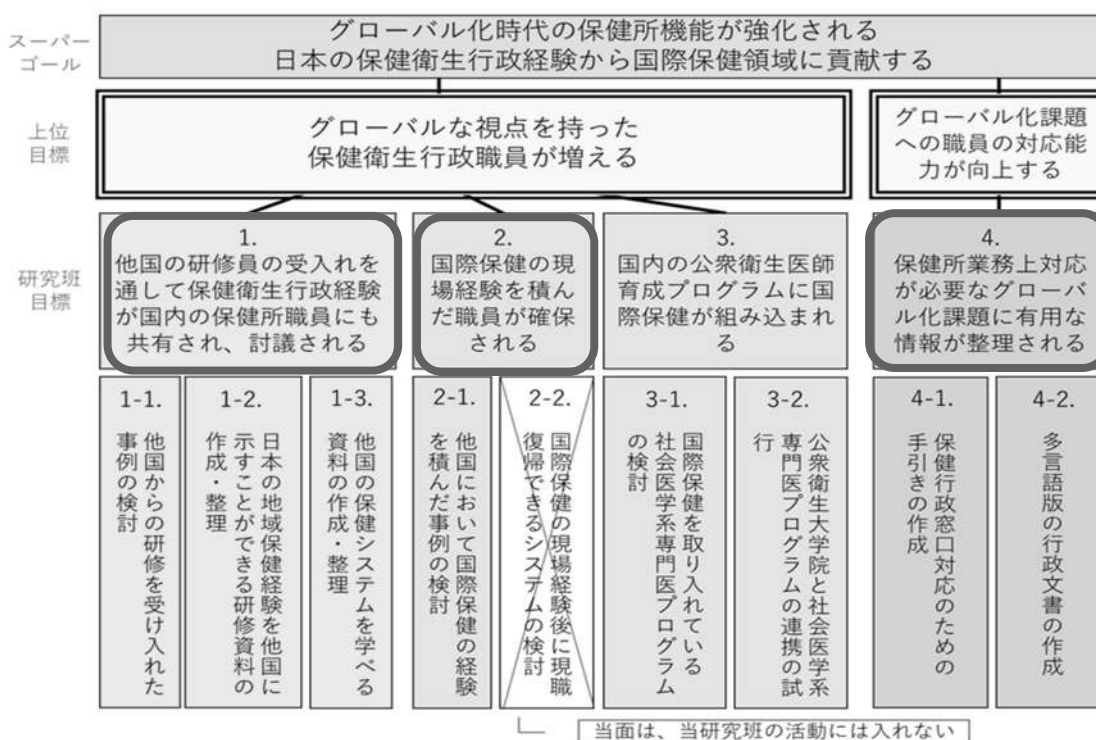
2. 令和4年度の活動概要

A) 目的

これまでも母子保健や結核をはじめとする感染症対策、地域包括ケアを含むユニバーサルヘルスカバレッジ（UHC）など、日本の公衆衛生経験は、国際貢献に寄与してきた。そこで、グローバルな視点を持った保健衛生行政職員が増えることを上位目標に、他国からの研修員の受入れを通して保健衛生行政経験が国内の保健所職員にも共有され討議されること（図1における1）、国際保健の現場経験を積んだ職員が確保されること（図1における2）を研究班目標としてきた。

また、社会のグローバル化により保健所が外国人等に対して対応する機会や、これまで日本が経験しなかったような事例を経験する機会が増えている。グローバル化課題への保健所等の職員の対応能力が向上することを目的に、保健所業務上対応が必要なグローバル化課題に有用な情報が整理されること（図1における4）を研究班目標としてきた。

図1 当研究班の活動図（PDM）



B) 方法

今年度は、以下3つを柱に活動を進めた。

(1) 外国人研修の内容の標準化と質のさらなる向上〔図1における1〕

日本の地域保健衛生行政の経験を他国に伝達する場として着目してきた外国人（海外の保健従事者や施策実施者等）研修の場で、受け入れ自治体等が行う研修がより効果的になることで、国際貢献に寄与するため、『日本の保健医療を学ぶ外国人

研修生向け教材集』(以下、ポイント集)を作成した。2019年度に、研修講師となった職員等が最低限心得ておくべきことをまとめた『外国人研修を受け入れる自治体職員のためのポイント集内容案(検討中)』(H31/R1年度当事業)をもとにまとめた。

(2) 国際・国内の保健衛生行政を往来できる人材の育成〔図1における2〕

国際・国内地域保健双方に貢献できる人材育成の方法について模索するため、国内外の保健衛生に従事経験がある医師等へのインタビュー調査(以下、インタビュー調査)を行った。聴取した基礎項目は、①基本属性(年代、現所属組織および職位、学位、資格等)、②低中所得国での勤務を開始した経緯、経験および内容、③現在の仕事をする上で重要と考える能力やコンピテンシー、④低中所得国での経験と、上記③の能力やコンピテンシーとの関連性、⑤現在の職についての経緯、⑥低中所得国での勤務経験と日本国内衛生行政の勤務経験とをつなげるために重要なこと、であった。本調査は神戸大学大学院保健学研究科保健学倫理委員会の承認を受けて実施した。

(3) 保健所の外国人対応能力強化〔図1における4〕

保健所が、感染症、精神保健、母子保健、食品衛生等の地域保健業務において対象者が外国人等であっても質の高い対応ができるよう支援するため、2019年に『保健行政窓口のための外国人対応の手引き』(以下、手引き)と『保健行政のための多言語行政文書集』(以下、文書集)を作成し全国保健所長会ウェブサイトにて公開した。

今回は外国人の精神保健に係る支援方策を検討するため、事例把握調査(以下、精神事例調査)を全国の保健所を対象に令和4年10月28日～12月28日に実施した。調査項目は、①保健所設置主体、②外国人精神保健対応件数、③外国人精神保健地域継続支援件数、④外国人精神保健活動を行う際の課題、⑤対応についての認識であり、記述統計とU検定にて分析した。本調査は獨協医科大学倫理審査委員会の承認を受けて実施した。

また、手引きの「《第2章》総論：対象者の背景を理解しましょう」における人口統計や在留資格等を更新して小改訂とするとともに、獨協医科大学基本医学語学・人文教育部門と東京大学大学院医学系研究科国際地域保健学教室の協力により文書中にウクライナ語・ロシア語を追加した。

C) 結果

(1) 外国人研修の内容の標準化と質のさらなる向上〔図1における1〕

ポイント集は総論を作成した。日本の保健分野と医療分野の区別、保健所の業務、医療の制度や特徴などをまとめたスライド資料(日本語、英語)を作成し、全国保健所長会ウェブサイトに掲載した。スライドノートに説明者向けの日本語解説を加え、説明者が内容を理解して使えるように工夫した。

(2) 国際・国内の保健衛生行政を往来できる人材の育成〔図 1 における 2〕

インタビュー調査は、スノーボール方式で選択した対象者 1 名に行った。結果は①50 代医学博士、国内県型保健所管理職、②1 回目：所属官庁方針による派遣、2 回目：JICA への応募、③専門や経験に拘泥せず「自分のあり方を変えていく」という感じ、④国内外で何度も職場や職位が変わったが、その度に「自分はこうだ」というこだわりを捨てることでうまくやってきた、⑤職員公募に応募、⑥日本に CDC のような組織があれば国外経験が積みやすくなる、その他として、国内の業務は分担分業が進んでいるが、低中所得国での仕事は「自分ですべて調整する」必要があり、当時の経験は今でも大きく生きている、となった。

(3) 保健所の外国人対応能力強化〔図 1 における 4〕

精神事例調査の回答数は全体で 237 (回答率 50.3%)、設置主体別では県型 183、市型 54 であった。外国人への精神保健対応経験は 165 保健所 (県型 120、市型 45)、継続支援件数は、126 保健所 (県型 84、市型 42) であり、いずれも対応件数は市型で有意に多かった。外国人対応経験がある保健所のうち 38 保健所(23.2%)では継続支援までは行っていなかった。また、外国人の精神保健事例への対応について困難と考える保健所 (108 件) が対応可能と考える保健所 (77 件) より多かった。外国人に対して精神保健活動を行う際の課題として多いものより順に、「言語・会話」「通訳・コーディネーターの手配」「保険の有無・治療費負担の可否など金銭面の確認」「家族やコミュニティとの連絡」「生活習慣・制度の違い (宗教・文化などを含む)」「必要書類とその説明」「在留資格」「医療機関との連携」「警察との連携」が挙げられた。

手引きは第 2.2 版とし、文書集には新型コロナウイルス感染症に係る 15 文書、結核に係る 11 文書、精神保健福祉に係る 3 文書についてウクライナ語・ロシア語に翻訳し、全国保健所長会ウェブサイトに掲載した。

D) 考察

ポイント集の作成は、日本の保健衛生体制の歩みや特徴について改めて学び、意識する機会となった。資料は、研修で活用されるよう周知し、フィードバックを受ける必要がある。

インタビュー調査は、新型コロナウイルス感染症の全国第 7・8 波対応等により、1 名にとどまったが、今後さらなるインタビューを行うための布石となった。

精神事例調査では、外国人の精神保健事例への対応件数や継続支援へのつながりは保健所により様々であることが明らかになった。今後、外国人の精神保健事例についてどのような経緯で保健所につながっているのか、その後どのように継続支援を受けているのか、課題や取組みを把握する必要がある。

E) 今後の方向性

ポイント集は、今後は母子保健、感染症対策、高齢者対策、医療体制などの各論について作成したい。

インタビュー調査は、今後、インタビューデータを増やし、国内外の保健衛生行政の向上に資する人材のコンピテンシーの解明を進めたい。

精神事例調査は、調査に回答した保健所の中から、保健所につながった事例の経緯やその継続支援の状況についてさらに聞き取り、課題や取組みを整理し、保健所の対応能力向上につなげる方法を検討したい。

F) 学会発表

- 第81回日本公衆衛生学会総会におけるポスター発表『保健所における新型コロナウイルス感染症に係る外国人対応事例』（劔陽子他）

G) 班会議等の活動実績

令和4年4月20日（水）	第1回班会議〔オンライン〕
令和4年5月11日（水）	事業説明会（ヒアリング）〔AP 東京八重洲〕
令和4年6月19日（日）	第2回班会議〔対面：AP 東京八重洲〕
令和4年7月21日（木）	第3回班会議〔オンライン〕
令和4年10月8日（土）	第4回班会議〔対面：甲府商工会議所〕
令和4年10月9日（日）	第81回日本公衆衛生学会総会におけるポスター発表
令和4年11月22日（火）	第5回班会議〔オンライン〕
令和4年12月6日（火）	中間報告会〔AP 東京八重洲〕
令和4年12月27日（火）	第6回班会議 ※中止
令和5年1月17日（火）	インタビュー調査〔対面：長崎大学〕
令和5年1月21日（土）	第7回班会議、講話〔対面：AP 東京八重洲〕
令和5年3月6日（月）	発表会〔都市センターホテル〕

Ⅱ. 事業報告

1. 外国人研修の内容の標準化と質のさらなる向上

『日本の保健医療を学ぶ外国人研修生向け教材集』の作成 (p.16～37 資料参照)

主担当 堀江 徹

【目的】

研究班の活動目標の一つが、「他国の研修員の受け入れを通して保健衛生行政経験が国内の保健所職員にも共有され、討議される」である。外国人研修生は、日本の保健医療の仕組みなどを自国の今後の保健医療の発展に参考にしたいという目的をもって来日する。しかし、日本の保健衛生行政への予備知識がないうに、日本の自治体職員が、日本と他国の違いを上手に説明できないと、ボタンの掛け違いをしたまま研修プログラムが進行することになる。

そこで、『日本の保健医療を学ぶ外国人研修生向け教材集』（以下、ポイント集）を作成し、日本の自治体での研修の導入段階で活用することで効果的な研修に資することを目指した。

ポイント集の各テーマを外国人研修員と保健所職員等が討議することにより、お互いの学びや向上の場につながることを期待する。

【方法】

ポイント集の内容案は、2019 年度に『外国人研修を受け入れる自治体職員のためのポイント集内容案（検討中）』として頭出しをしている。その項目をベースに、班員同士が電子メールや班会議（オンライン・オフライン）にてパワーポイント資料を作成した。

【結果】

今年度は、ポイント集の総論として、以下のようなスライド（日本語・英語）を保健所編と医療制度編として作成した。なお、スライドノートには説明者向けの日本語での解説やなぜこのスライドが必要かの補足等を加えた。

- *保健分野と医療分野が分かれている。
- *保健所業務について。
- *保健所には、都道府県型と政令市型がある。
- *日本の医療制度の特徴は、国民皆保険やフリーアクセス制である。
- *公立と私立の医療機関の医療費やサービスに大きな差がない。

今後は、実際の研修機会に活用してもらい、フィードバックを受け修正していく。また、ポイント集の各論として、保健所業務のなかでも感染症、精神保健、食中毒、公費医療負担制度など取り上げ、追加していく方向である。

2. 国際・国内の保健衛生行政を往来できる人材の育成

国内外の保健衛生行政経験がある医師等へのインタビュー調査

主担当 細野 晃弘

【目的】

国際保健分野において日本人が培ってきた経験を国内の保健衛生行政に応用すること、また日本国内の保健衛生行政経験のなかで低中所得国に活用できる可能性を明らかにすることである。具体的には以下の2点である。

- ① 低中所得国における勤務経験を日本国内の保健衛生行政に活用できる可能性、またそのために必要とされる方法はなにか。
- ② 日本国内の衛生行政で働く際に求められる資質とコンピテンシー、およびその資質とコンピテンシーと、低中所得国での勤務で培われる経験との関連性。

【方法】

スノーボール方式で選択した対象者に対してインタビューを行った。

《インタビュー時に聴取した基礎項目》

- ① 基本属性（年代、現所属組織および職位、学位・資格等）
- ② 低中所得国での勤務を開始した経緯、経験および内容
- ③ 現在の仕事をする上で重要と考える能力やコンピテンシー
- ④ 低中所得国での経験と、上記③の能力やコンピテンシーとの関連性
- ⑤ 現在の職についた経緯
- ⑥ 低中所得国での勤務経験と日本国内衛生行政の勤務経験とをつなげるために重要なこと

《研究対象者》

低中所得国での保健行政従事経験者

《インタビューの方法》

対面とオンラインのハイブリッド形式による個別インタビュー

《その他》

神戸大学大学院保健学研究科保健学倫理委員会の承認を受けた

【結果】

1名に対してインタビューを実施した。基礎項目は（表1）のとおり。

【今後の方向性】

インタビュー対象者を増やし、インタビュー記録からキーワードを取り出し質的研究

を行う。

表1 インタビュー基礎項目の結果

項目	結果
① 基本属性（年代、現所属組織および職位、学位・資格等）	50代 国内県型保健所管理職 医学博士
② 低中所得国での勤務を開始した経緯、経験および内容	1回目：所属官庁方針による派遣 2回目：JICAへの応募
③ 現在の仕事をする上で重要と考える能力やコンピテンシー	専門や経験に拘泥せず「自分のあり方を変えていく」という感じ
④ 低中所得国での経験と、上記③の能力やコンピテンシーとの関連性	国内外で何度も職場や職位が変わったが、その度に「自分はどうだ」というこだわりを捨てることでうまくやってきた
⑤ 現在の職についての経緯	職員公募に応募した
⑥ 低中所得国での勤務経験と日本国内衛生行政の勤務経験とをつなげるために重要なこと	日本版 CDC 組織があれば国外経験が積みやすくなる。派遣法や職員出張で行くケースが増えれば
⑦ その他	国内の業務は分担分業が進んでいるが、低中所得国での仕事は「自分ですべて調整する」必要があり、当時の経験は今でも大きく生きている

3. 保健所の外国人対応能力強化

A) 保健所における外国人への精神保健活動の実態調査

主担当 須藤 章

【目的】

全国の保健所における外国人への精神保健対応状況と課題を明らかにする。

【方法】

調査対象：全国の保健所

調査期間：2022年10月28日～2022年12月28日

調査項目：保健所設置主体、外国人精神保健対応件数、外国人精神保健地域継続支援件数、外国人精神保健活動を行う際の課題、対応についての認識

統計解析：記述統計、U検定

倫理的配慮：本調査は獨協医科大学倫理審査委員会の承認を受けて実施した。

【結果】

回答数：237 回答率：50.3%

表2 保健所の属性

	n	%
県型	183	77.2
市型	54	22.8
計	237	100.0

県型保健所の回答率 51.7%、市型保健所の回答率 46.6%であり、大きな差は認められなかった。

表3 県型・市型保健所別にみた外国人に対する精神保健対応件数

	県型		市型		計***	
	n	%	n	%	n	%
0	61	33.7	7	13.5	68	29.2
1-5	79	43.6	18	34.6	97	41.6
6-10	18	9.9	9	17.3	27	11.6
11-15	7	3.9	6	11.5	13	5.6
16-20	5	2.8	3	5.8	8	3.4
21以上	11	6.1	9	17.3	20	8.6
計	181	100.0	52	100.0	233	100.0

*** p<0.001

市型保健所の方が県型保健所と比べ有意に対応件数が多かった。

表4 県型・市型保健所別にみた外国人に対する精神保健継続支援件数

	県型		市型		計***	
	n	%	n	%	n	%
0	96	53.3	10	19.2	106	45.7
1-5	71	39.4	25	48.1	96	41.4
6-10	7	3.9	7	13.5	14	6.0
11-15	2	1.1	3	5.8	5	2.2
16-20	0	0.0	1	1.9	1	0.4
21以上	4	2.2	6	11.5	10	4.3
計	180	100.0	52	100.0	232	100.0

*** p<0.001

市型保健所の方が県型保健所と比べ有意に対応件数が多かった。

表5 県型・市型保健所別にみた外国人に対する精神保健対応経験がある保健所における継続支援経験の有無

	県型		市型		計	
	n	%	n	%	n	%
0	35	29.4	3	6.7	38	23.2
1-5	71	59.7	25	55.6	96	58.5
6-10	7	5.9	7	15.6	14	8.5
11-15	2	1.7	3	6.7	5	3.0
16-20	0	0.0	1	2.2	1	0.6
21以上	4	3.4	6	13.3	10	6.1
計	119	100.0	45	100.0	164	100.0

対応経験がある保健所のうち 38 保健所(23.2%)では継続支援までは行っていない状況であった。

表6 外国人の精神保健事例への対応についての認識

	n	%
問題なく対応できる	2	0.9
ある程度対応できる	75	31.9
あまり対応できない	96	39.3
全く対応できない	12	4.9
わからない	50	21.3
計	235	100.0

対応困難と考える保健所の数の方が対応可能と考える保健所の数よりも多かった。

表 7 外国人に対して精神保健活動を行う際の課題

	n	%
言語・会話	232	97.9
通訳・コーディネーターの手配	205	86.5
保険の有無・治療費負担の可否など金銭面の確認	200	84.4
家族やコミュニティとの連絡	195	82.3
生活習慣・制度の違い（宗教・文化などを含む）	184	77.6
必要書類とその説明	181	76.4
在留資格	144	60.8
医療機関との連携	140	59.1
警察との連携	84	35.4
その他	14	5.9

多いものより順に「言語・会話」「通訳・コーディネーターの手配」「保険の有無・治療費負担の可否など金銭面の確認」「家族やコミュニティとの連絡」「生活習慣・制度の違い（宗教・文化などを含む）」「必要書類とその説明」「在留資格」「医療機関との連携」「警察との連携」が挙げられた。

【考察】

- 市型の保健所は県型保健所と比べて外国人の精神保健対応事例が多い。
- 継続支援につながっているかどうかは保健所毎に異なる。
- 外国人の精神保健事例対応における課題としては、他機関との連携に関する事柄よりもコミュニケーションに関する事柄を挙げる保健所の数が多かった。
- 平成 28 年度の調査では回答した 295 保健所のうち精神保健対応経験があると回答したのは 49 保健所(26.1%)であり、今回の調査結果とは大きく乖離していた。
- 外国人の精神保健事例についてはどのような経緯で保健所につながっているのか、その後どのように継続支援を受けているのか、状況を調べ、課題を明らかにすることが今後必要。

B) 保健行政窓口のための外国人対応の手引きの改訂

(p.38～56 資料参照)

主担当 村上 邦仁子

『保健行政窓口のための外国人対応の手引き（第 2.1 版）』（以下、手引き）の「第 2 章総論：対象者の背景を理解しましょう」について、言語統計や在留外国人統計、難民申請者に関する統計を更新し、入管法の改正に伴う在留資格の更新も行った。新型コロナウイルス感染症の影響を受けた内容を加筆し、小改訂とした。『保健行政窓口のための外国人対応の手引き（第 2.2 版）』を作成し、保健所長会ウェブサイトに掲載した。

全国保健所長会 各種情報提供（外国人対応）

http://www.phcd.jp/02/t_gaikoku/

C) 行政文書の多言語化

(p.57～58 資料参照)

主担当 小正 裕佳子

獨協医科大学基本医学語学・人文教育部門と東京大学大学院医学系研究科国際地域保健学教室の協力により、『保健行政のための多言語行政文書集』（以下、文書集）に、新型コロナウイルス感染症に係る 15 文書、結核に係る 11 文書、精神保健福祉に係る 3 文書について、ウクライナ語・ロシア語の翻訳を追加した。翻訳した文書集は、全国保健所長会ウェブサイトに掲載している。

全国保健所長会 各種情報提供（外国人対応）

http://www.phcd.jp/02/t_gaikoku/

4. その他

A) 第 81 回日本公衆衛生学会総会における発表

(p.59 資料参照)

主担当 劔 陽子

第 81 回日本公衆衛生学会総会にて「保健所における新型コロナウイルス感染症に係る外国人対応事例」と題し、令和 3 年度の活動成果の一部についてポスター発表を行った。発表では、班員が保健所で経験した外国人対応事例の検討を通して得られた、実際に使える支援や資材、課題などを報告し、研究班内でまとめた Tips の紹介を行った。(後方の資料参照)

B) 講話『グローバルヘルスへの貢献』

(p.60～69 資料参照)

講師 下内 昭

(公財) 結核予防会ネパール事務所 都市結核強化プロジェクト担当

令和 5 年 1 月 21 日(土)の第 7 回班会議に合わせて、(公財)結核予防会ネパール事務所「カトマンズ市における積極的結核患者発見プロジェクト」現地事業責任者である下内昭氏に現地よりオンラインで講義をして頂いた。この講話は、「2. 国際・国内の保健衛生行政を往来できる人材の育成 国内外の保健衛生行政経験がある医師等へのインタビュー調査」の補完的役割もあり、さらに国内の若手を中心とした実体験の場の提供の可能性が考えられた。(後方の資料参照)

Ⅲ. 資料

1. 『日本の保健医療を学ぶ外国人研修生向け教材集』の使い方
2. 『日本の保健医療を学ぶ外国人研修生向け教材集：保健所編』
3. 『日本の保健医療を学ぶ外国人研修生向け教材集：医療制度編』
4. 『保健行政窓口のための外国人対応の手引き（第 2.2 版）』（第 2 章）
5. 『保健行政のための多言語行政文書集』の文書一覧
6. 『保健所における新型コロナウイルス感染症に係る外国人対応』（第 81 回日本公衆衛生学会総会における発表）
7. 講話『グローバルヘルスへの貢献』資料

外国人研修生に日本の保健医療や、保健所のことを紹介される自治体職員の方へ
～パワーポイント『日本の保健医療を学ぶ外国人研修生向け教材集』を使う前に～

日本に研修に来られる方は、「自国の今後の保健医療の発展のために、日本の保健医療の仕組みなどを参考にしたい」という目的を持って来られていることでしょう。研修受け入れを依頼された自治体職員の方は、日本の保健医療・社会保険制度の仕組みや保健所の働きについてや、各自治体における特色的な保健医療活動についてなどの説明を求められると思います。その際に、「研修生たちの国(多くはいわゆる途上国)と、日本の仕組みの違い」などを踏まえた説明をしないと、研修生たちにうまく理解してもらえないことがあります。この「ポイント集」は、研修受け入れの際にそのまま使ってもらえるパワーポイント資料になっています。この中では「日本と他国の違い」について、特に強調して説明すべきこと、どう説明するのがよいのかなどについて、「ノート」部分に示されていますので、参考にしてください。

本稿では、「ポイント集」パワーポイントを使った講義の前に、是非、皆様に知っておいていただきたい、他国と日本との違いについて、あらかじめ説明します。



1. 日本の保健医療制度:「国民皆保険・フリーアクセス」は、日本の特徴です。

UHC(ユニバーサルヘルスカバレッジ)とは「すべての人が、適切な健康増進、予防、治療、機能回復に関するサービスを、支払い可能な費用で受けられる」ことを意味しており、持続可能な開発目標(SDGs)においてもゴール 3(健康と福祉)の中で「UHC の達成」が掲げられています。

日本は、早い時期(1961 年)から国民全員がいずれかの公的医療保険に加入する「国民皆保険」の状態になっていて、概ね UHC を達成している国と言えますが、社会保障制度でカバーされているのは世界人口の 45%程度とされています。途上国では、今でも「医療機関までが遠く、交通手段もなく、なかなか行かない」「お金がなくて受診できない」といった状況があり、UHC が達成されていない国もたくさんあります。



SDGs ゴール 3「健康と福祉」 ターゲット 3.8

すべての人々に対する財政リスクからの保護、質の高い基礎的な保健サービスへのアクセス及び安全で効果的かつ質が高く安価な必須医薬品とワクチンへのアクセスを含む、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ(UHC)を達成する。

先進国でも、日本と同じ社会保険方式で、公的保険と民間保険を両立させて皆保険となっているドイツ、税方式を取っていて医療費が無料(自己負担なし)となっているイギリス、公的医療

保険制度の対象者が限られていて、無保険の国民も多いアメリカなど、国によって制度が異なっています。また、イギリスでは自己負担無し(無料)で外来受診ができるものの、受診できる医師は登録制になっていて、国民は好きな医療機関を受診できません。また受診できるまでの時間もかかるようです。日本は、どこの医療機関でも好きなときに受診できるフリーアクセス制になっています。

途上国では、社会保険料を納めることが困難な社会的弱者が多く、国自体の財政基盤も脆弱であり、効果的に稼働できる医療保険制度が確立していないところも少なくありません。途上国で、プライマリケア診療を担う「ヘルスセンター」(「ヘルスセンター」の詳細については後述)を受診する場合、ヘルスセンター内にある薬に関しては無料で処方してもらえても、ヘルスセンター内にある薬では足りない場合、ヘルスセンター内に常備されてない薬が必要な場合などは、患者さんが自分でお金を払って市場で買わないといけない、といった事態が発生し、その場合貧困のために薬を買えないような人もいます。またヘルスセンター内での医療が無料、と制度上はなっていますが、後述するようにヘルスセンターで働く医療スタッフが充分なお給料をもらえていないことも多いので、いい医療を与えることの交換条件として、不当な料金(いわゆる賄賂)を求められるようなこともあります。

このような中、まだ日本が豊かとは言えなかったような時期から、UHC を概ね達成している日本の保健医療・社会保険制度は、他国からも参考にされることが多く、日本の制度を学びに来るのです。



2. 途上国では公立/私立の医療機関の医療費やサービスに差がある国も多いです

医療供給を公的医療機関が主体で行っているドイツ、フランス、イギリス等の諸外国と異なり、日本は 7 割を占める民間病院からの医療供給が主体となっています。そして、日本では、民間病院を受診しても公的病院を受診しても、受けられる医療(質・量)に大きな差はありません。国が定めた保健医療に関する法律等は、公的・民間に関わらず、すべての医療機関に遵守することが求められます。

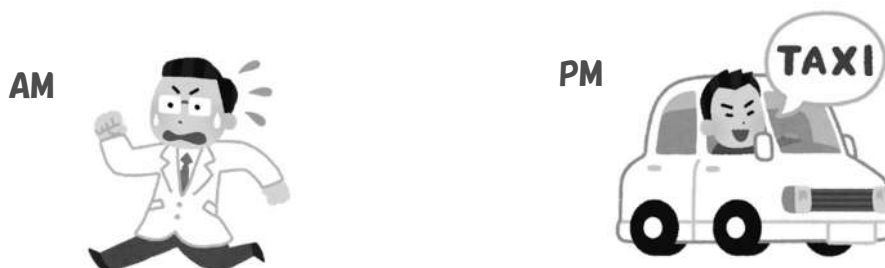
途上国にも公的病院も民間病院もあります。クリニック機能を持つ公的ヘルスセンターもあれば、街中には開業医の民間クリニックもあります。しかし、途上国では、民間医療機関と公的医療機関とで受けられる医療サービスに大きな差があることが多いです。一般的に公的医療機関では無料もしくは安価にサービスを受けられるものの、設備が十分に整っていない場合もあります。一方で、民間医療機関では、場所によっては先進国並みの設備が整っており、高度な医療を受け

られることもあります。その分医療費が高額になります。お金持ちは民間医療機関に行って良い医療を受けられますが、貧しい人は公的医療機関で、そこでできるだけ医療を受けるしかないのが現状です。また、国が定める「診療ガイドライン」などは、公的医療機関には行き渡るものの、民間医療機関には行き渡らず、また特に民間医療機関がガイドラインに沿わない治療を行っていてもそれを監督する制度もないような場合もあります。



3. 途上国では公務員の給与水準が非常に低いので、公務員であるヘルスセンター職員の大多数が、生活のために兼業しています

日本では公務員の兼業や副業は厳しく制限されていますが、生活できるに足る給料を得ているため、兼業や副業をしないことによって公務員の生活が困窮するようなことはないと思います。しかし、途上国では公務員の給与水準は非常に低いのが一般的で、公務員としての給料だけではとても生活できない場合が多いです。そのため、多くの公務員が、公務員としての仕事は最小限にして、副業をしています。それは保健医療職でも同じです。例えば、ヘルスセンターの診療時間が公には「8 時～17時」となっているにもかかわらず、昼過ぎに行くと閉じているというようなことはよくあります。一日中ヘルスセンターでの「公務」に従事していたら、公務員としての安月給しかもらえないため、午後からは副業をするためにヘルスセンターを閉じているのです。「本業」は公務員としてのヘルスセンター看護師である人が、午後からタクシードライバーをしている、「本業」が保健省の医師である人が、夕方からは自宅でクリニックを開業している、などはごくごく一般的です。兼業収入が本業収入を上回ることもしばしばで、日本人公務員のように職務に専従するべきという義務感を持ちあわせていないとお考えください。しかし、家族を養うという目的に照らすと、とても勤勉な人が多いです。



4. その他、途上国では、日本とは違うことがいろいろとあります

例えば、日本では処方箋がないと入手できないような抗生物質やステロイド、抗がん剤などの厳重な管理が必要な薬が市場で売っていて、誰でも買えることもあります。

また、医療従事者に賄賂を渡せば、自由に「陽性」「陰性」の結果をもらえることがあります。どうということかという、例えば外国に行って働きたい場合、結核「陰性」の証明が(本当は結核陽性であったとしても)必要になります。また、結核患者がもらえる国連機関からの米の配給が欲しい時は「陽性」の証明が必要です。これらの「陽性」「陰性」の証明が(文書だけでなく、場合によっては「痰の標本」なども)、お金で買えることがあるということです。

さらには、無料でもらった抗結核薬を市場で換金して、生活費の足しにするような人もいます。結核は貧困層に多い病気なので、そうせざるを得ない人が少なくないため、内服しているところを医療関係者が直接見届けるべく直視監視下短期化学療法(DOTS)が開発されました。内服しているところを直接見ることなしに、保健所職員が患者に電話して内服を続けているかを尋ねるだけで“電話DOTS”、月に1回程度患者宅を訪問して残薬を確認することを“訪問DOTS”と呼んでいる日本版DOTSは、世界の標準からはだいぶ外れています。



5. 日本では保健分野と医療分野がきっちりと分かれています、他国では先行して整備した医療機関に保健事業の実施も担わせていることが多いです

日本では、保健分野(公衆衛生)は保健所、医療は病院・診療所と役割が明確に分かれています、「保健所」は日本独特の公衆衛生サービスを実施する公的機関です。他国の、診療所機能が主体の「ヘルスセンター」とは機能が大きく違います。途上国の「ヘルスセンター」には、国により、看護師、助産師、ヘルスアシスタント、レディヘルスビジターといった保健医療職が働いて、診療をしています。医師がヘルスセンターにいることは、あまりありませんが、看護職が簡単な投薬や処置をすることが、法的にも認められていることが多いです。ヘルスセンターのスタッフは、診療以外にも、乳幼児健診や妊婦健診のようなこと、住民の家を回っての家族計画指導や栄養指導などの公衆衛生的な活動もしていることが多いです。

日本の「保健所」を health center と英訳して説明していくと、他国の人は町立診療所、村立診療所のようなものを連想するのが普通です。途上国の公衆衛生サービスは、指揮命令系統や予算、資機材、薬剤、ワクチンなどが、縦割り式の保健プログラム別に運営されていることが多く、

最前線の拠点として HIV 検査センター、結核プログラム事務所、家族計画プログラム事務所、予防接種プログラム事務所などが別々に設置されています。県レベルや郡レベルになると、県保健局や郡保健局の建物の中に各プログラムの管理職が課長等の肩書きで配置されている場合が多く、前者は県庁衛生保健部、後者は市町村保健担当課のような事務を行っているとお考えください。そして、結核患者の発見と治療、家族計画用の避妊薬配布、ワクチン接種などの対人サービスは一括して「ヘルスセンター」に任せることが多いです。衛生事業を中心とする対物サービスや事務に加えて保健事業を中心とする対人サービスや事務を1つの拠点で網羅的に提供している日本の「保健所」は、世界の中ではユニークな存在です。



日本の保健医療を学び 外国人研修生向け教材集 〔保健所編〕



その1：「保健所」とは？

What is the Japanese Public Health Centers
'HOKENJO' function?



日本の仕組みを説明する際に 触れておくと良いポイント

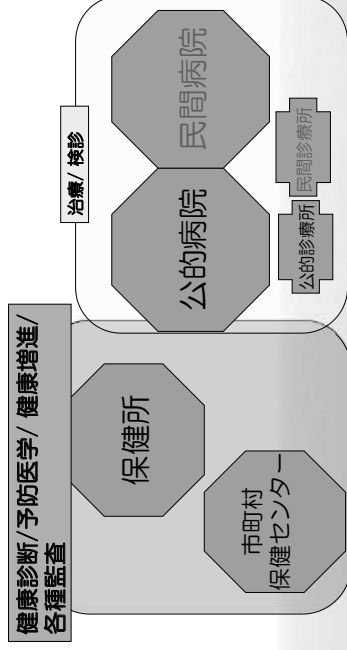
【日本の保健所の特殊性】

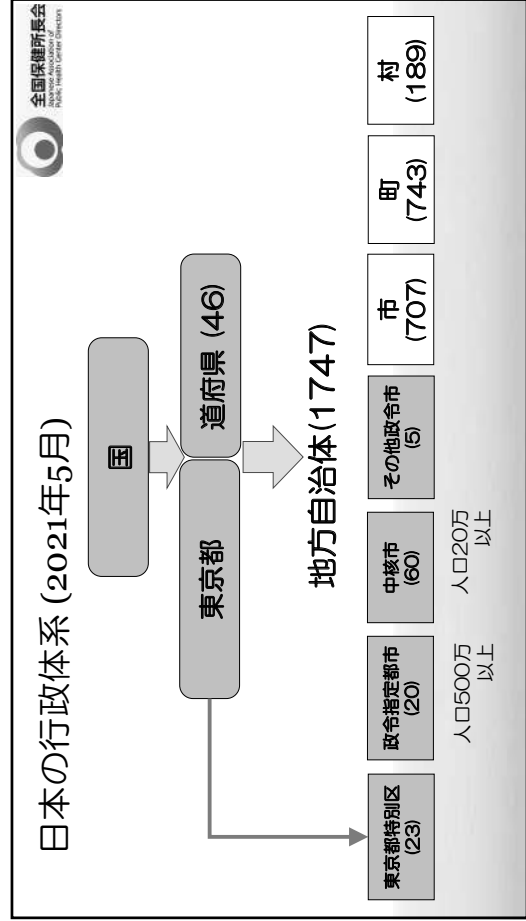
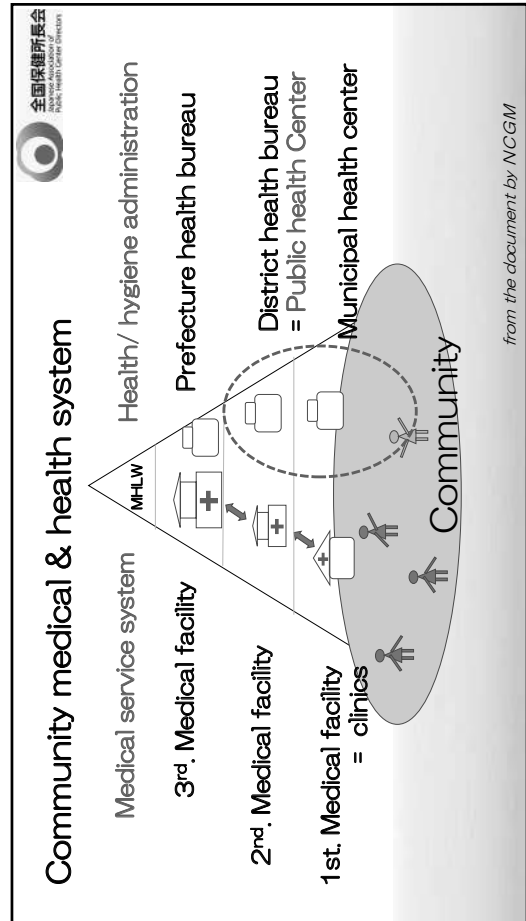
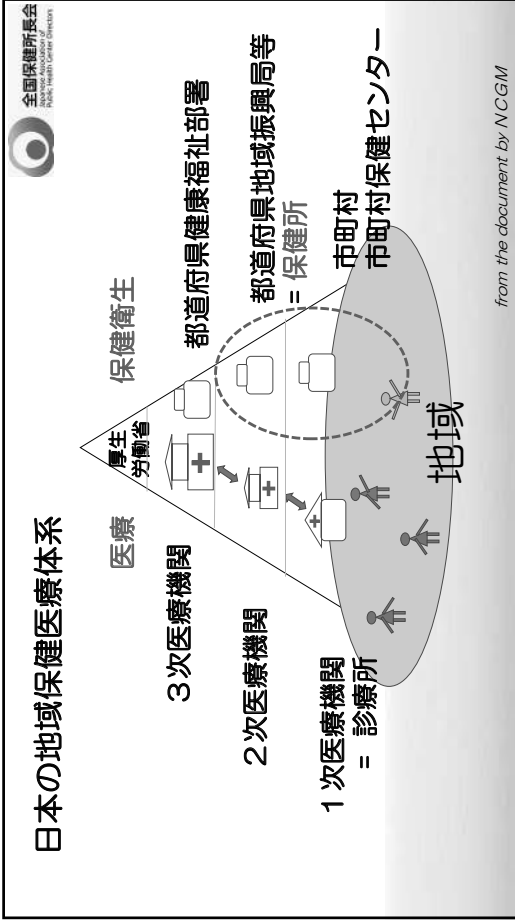
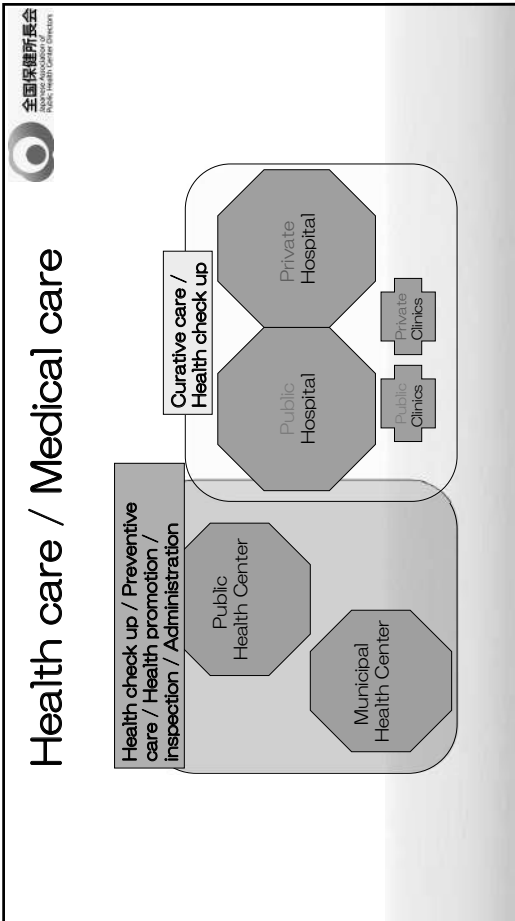
- 日本の保健所には診療機能はありません。診断・検査・治療をする医療機関とは別の視点で動いています。
- 保健所長（公衆衛生医）は臨床医と給与水準の差がないフルタイム勤務の公務員です。兼業はできません。
- 公衆衛生医は、感染症、母子保健、生活習慣病・がん、難病、精神保健福祉、食品や環境などに関する生活衛生、医事・薬事など多くの分野で活動しています。

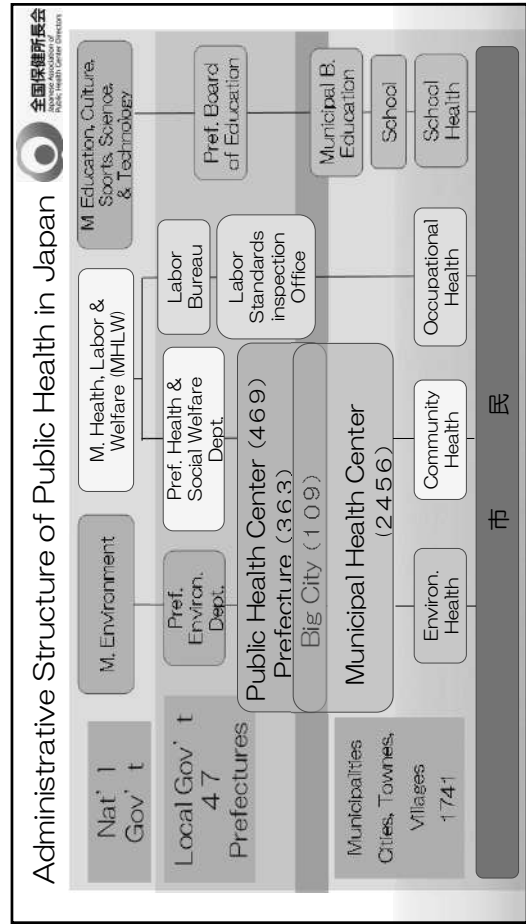
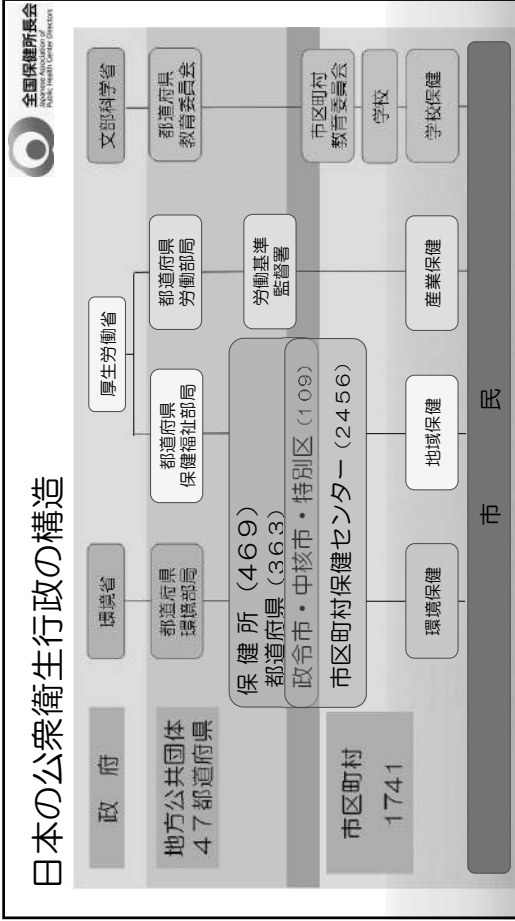
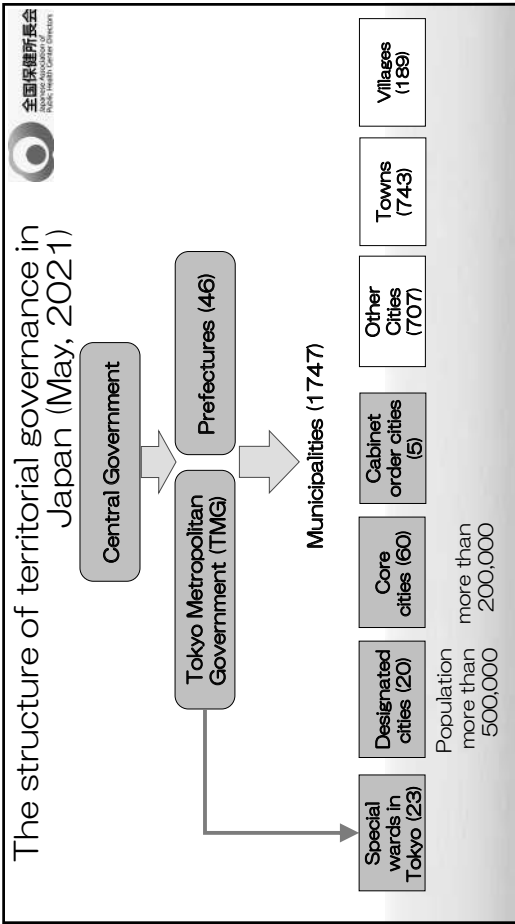
日本の「保健所」のような組織は、他の国にはあまりありません。こういうことも踏まえて説明すると、外国人にも理解してもらいやすくなるでしょう。



日本の公衆衛生サービスと医療サービスの関係







保健所の特性

- 保健所は1947年に作成された保健所法（1994年に地域保健法に改正）に基づき、地方行政機関により設置された公衆衛生の専門的行政機関である。
- 2022年4月1日現在、全国に469か所の保健所が設置されている。
- 保健所の設置目標は健康増進、健康保護、予防等である。他の国のヘルスセンターとは異なり、予防医学の実践機関であり、治療は行っていない。
- 保健所長は、1947年の保健所法に基づき少なくとも3年以上公衆衛生の経験のある医師でなければならないとされた。しかしながら2005年から一定の公衆衛生能力を有する場合、医師でなくとも良いとする規制緩和に基づき、これまで何人かの歯科医師が保健所長として勤務している。

Characteristics of The Public Health Center (PHC)

- Public health centers are public health administrative institutions established by local governments according to the Public Health Center Act enacted in 1947 (amended to the current Regional Health Act in 1994).
- There are 469 PHCs nationwide in Japan as of April 1, 2022.
- The major roles of PHCs in Japan is health protection through health promotion, prevention, and preparedness. Our PHCs do provide preventive medicine, but not curative medicine like other countries.
- The director of public health center had to be a medical doctor with working experience in public health field for more than three years.
- Since 2005, non-MDs with adequate public health ability has been able to become a director for 2 years only. So far, a little number of dentists have taken the positions.

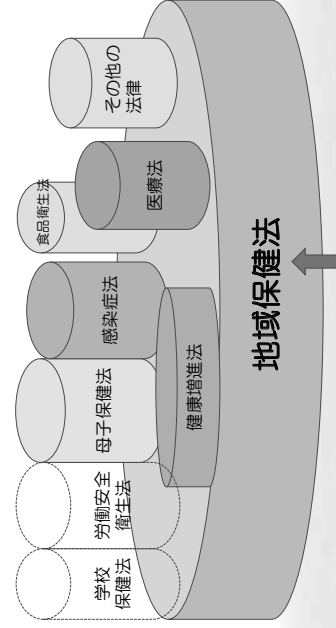
保健所の設置と我が国の公衆衛生の変遷 (保健所に係る主な法律や体制)

- 1945 - 1960'
 - 課題 公衆衛生面（伝染病、栄養不良、不衛生な生活環境 等）
 - 対策 医療面（医療の利用、貧困 等）
 - 衛生行政の枠組み（厚生省、保健所設置）、UHC（国民皆保険）
 - サーベイランスシステム（人口動態、伝染病患者の登録）
 - 対人保健、生活衛生改善（飲食品、廃棄物、水、大気、下水 等）
- 1947 - 1990'
 - 課題 高齢化、生活習慣病（脳卒中、心疾患、がん）、国際感染症、自殺、地方分権
 - 対策 地域保健体制の再編（保健所、市町村保健センター）、介護保険
- 1994 - 2000-
 - 課題 地域保健法（保健所法の改正）→保健所、市町村保健センター
 - 対策 大規模災害の頻発、高齢化、人口減少
 - 健康日本21（健康寿命の延伸、地域包括ケアシステムの導入）

Brief history of the Administrative Public Health in Japan (Main Act and systems related to Public Health Center: PHC)

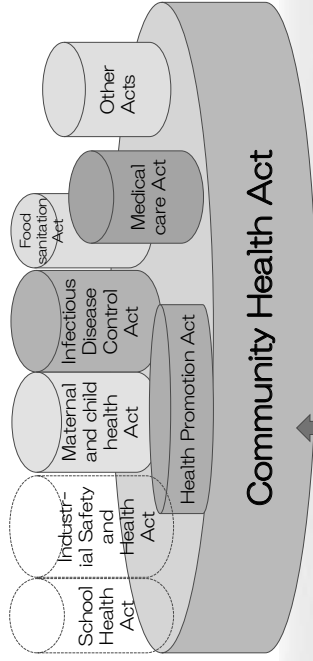
- 1945-60's issues: Public health (communicable dis. (CD), malnutrition, insaniitary environment etc.)
- measures: Health care system (MHW, PHO): UHC (Medical Insurance),
Surveillance System (demographics, notification of CD's),
Activities for the health of individuals and/or groups.
Activities for the environmental improvement(waste, water, air, medical facilities) etc.
- 1947 Public Health Center Act
- 1990' issues: ageing, NCDs (stroke, CVD, cancer), global infectious dis. Suicide, decentralization
- measures: Health care system (PHC + Municipal HC, decentralization), Long-T care insurance
- 1994 Regional Health Act PHC Act amended
- 2000- issues: Frequent disasters, ageing, decline of population,
measures: Healthy Japan 21 (prolongation of healthy life span), regional comprehensive care

保健所の活動に関係する法律



地域保健法には、基本的な考え方と目的、市町村の役割などが定められている

The acts on which the activities of health centers are based



Basic philosophy and aim
Roles of prefecture and municipality

日本の「保健所」の役割は？

日本の保健所の役割

• 予防医学を担い治療は行わない⇒他国のHCとの違い

- 保健所は地域保健法などに基づき
- 個人や集団の健康に関する活動
 - 個人や集団の対物保健に関する活動を行います

Roles of Japanese Public Health Centers

- Preventive medicine. They don't provide medical care.
- ⇒ Different from Health Center in other country.

The Activities of the Public Health Center are based on the Community Health Act

- Activities for health of individuals and/or groups.
- Activities to the objects that affect the health of individuals and/or groups.

保健所は、主に“都道府県型”と“政令市型”がある

- 都道府県型
 - 管内の市町村と協力して、関係機関と調整を行い、関係を構築して、食品衛生や感染症等の広域的業務、医事・薬事衛生や精神・難病対策等の専門的な業務を行う。また、大規模で広域的な感染症や食中毒の世、自然災害や原因不明の健康危機管理にとりくみ、地域全体の住民の健康のしヘルアップを図っている。
- 政令市型
 - 都道府県型の保健所が行う専門的、広域的な業務に加え、市区町村の業務と重ねている乳幼児保健等の母子保健業務、特定健診・特定保健指導等の生活習慣病対策、更に、がん対策等の住民に身近な直接的な事業を行い、より地域に密着して、地域全体の健康づくりを推進します。

Two main types of Health Centers: Prefectural and Government ordinance city type

- Prefectural type
 - In cooperation with the municipalities and related organizations within their jurisdiction, they work on wide-area operations such as food sanitation and infectious diseases, specialized operations such as medical and pharmaceutical affairs and measures against mental and intractable diseases. They also work on large-scale, widespread infectious diseases and food poisoning, natural disasters and health crisis management of unknown causes, to improve the health level of residents throughout the region.
- Government ordinance city type
 - In addition to the above services provided by prefectural public health centers, they provide maternal and child health services such as infant health checkups, lifestyle-related disease countermeasures such as health checkups and health guidance, and direct services close to residents such as cancer countermeasures.

保健所と市町村保健センターの特徴

保健所		市町村保健センター	
設立	県 大都市 (人口≧200,000)	市区町村	
数	469	2456	
主な業務	<ul style="list-style-type: none"> • 専門的な個人サービス (感染症、難病等) • 法律の執行 (医療機関、食品衛生等) 	<ul style="list-style-type: none"> • 住民の日常生活に深く関る個人向けサービス (母子の健康、予防接種、障害者、高齢者) 	
主な職員	多くの公衆衛生専門職	保健師と栄養士	

Characteristics of Public Health Center and Municipal Health Center

	Public Health Center	Municipal Health Center
Established by	Prefectures, Big cities (pop. number ≧ 200,000)	Municipalities (city/ town/village)
Number	469	2456
Main works	<ul style="list-style-type: none"> • Specialized personal services (infectious disease, intractable disease, etc.) • Law enforcement (medical facilities, food hygiene etc.) Various public health professional staff	<ul style="list-style-type: none"> • Personal services closely related to the daily lives of residents (MCH, immunization, disabled, elderly) Public health nurses and dietitians
Staff	Various public health professional staff	Public health nurses and dietitians

保健所業務の柱

基本理念

▶ 地域保健に関する思想の普及及び向上

健康リスクと危機管理


- | | |
|------------------|---|
| ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ | <ul style="list-style-type: none"> • 栄養の改善 • 母性、乳幼児、老人の保健 • 歯科保健 • 精神保健 • 難病 • ヘルスプロモーション |
| 食品衛生 | <ul style="list-style-type: none"> • 環境の衛生 (住宅、水道、下水道、廃棄物の処理、清掃その他) • 衛生上の試験及び検査 • 医事及び薬事 • 公共医療事業の向上及び増進 • 感染症の予防 (HIV/AIDS、結核、性感染症その他) |

専門人材の育成

統計

- 保健師
- 人口動態統計、その他地域の健康に係る統計

地域保健法 (1994) で定める


 全国保健所長会
 National Association of
 Public Health Center Directors


Pillars of a Japanese Public Health Center

Defined in the Community Health Act (1994)

Principle

➢ Promoting and developing the community-health mind
 Health Risk and Crisis Management

Universal Health Coverage <ul style="list-style-type: none"> Improving nutrition Maternal, child and elderly health Oral (dental) health Mental health Health for intractable diseases Health promotion 	<ul style="list-style-type: none"> Food sanitation Environmental health (housing, water supply, sewage, waste disposal and cleaning) Hygiene inspection and laboratory testing Medical and pharmaceutical affairs Developing and improving public healthcare provision Measures against infectious diseases (HIV/AIDS, tuberculosis, sexually-transmitted diseases etc.)
Nurturing Professionals <ul style="list-style-type: none"> Public health nurses 	<ul style="list-style-type: none"> Statistics
<ul style="list-style-type: none"> Demographics and statistics regarding community health 	



 全国保健所長会
 National Association of
 Public Health Center Directors


市区町村保健センターの業務

一般事務職員もしくは保健師によって運営されている地域に根差したサービスを、住民に直接提供している

1995年の地域保健法制定以降、以下のような業務が保健所から市町村保健センターに移管された

- 小児の発達評価
- 母子手帳の発行
- 住民健診
- 保健指導
- 予防接種事業




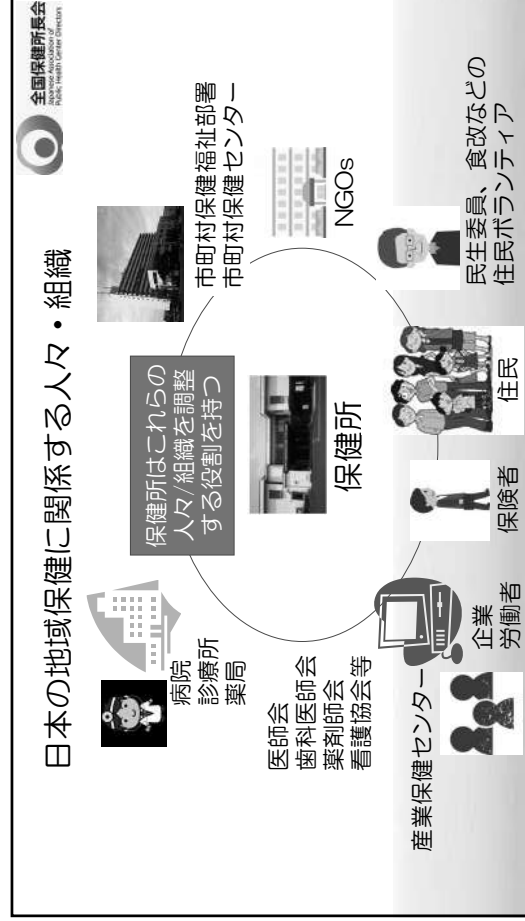

 全国保健所長会
 National Association of
 Public Health Center Directors

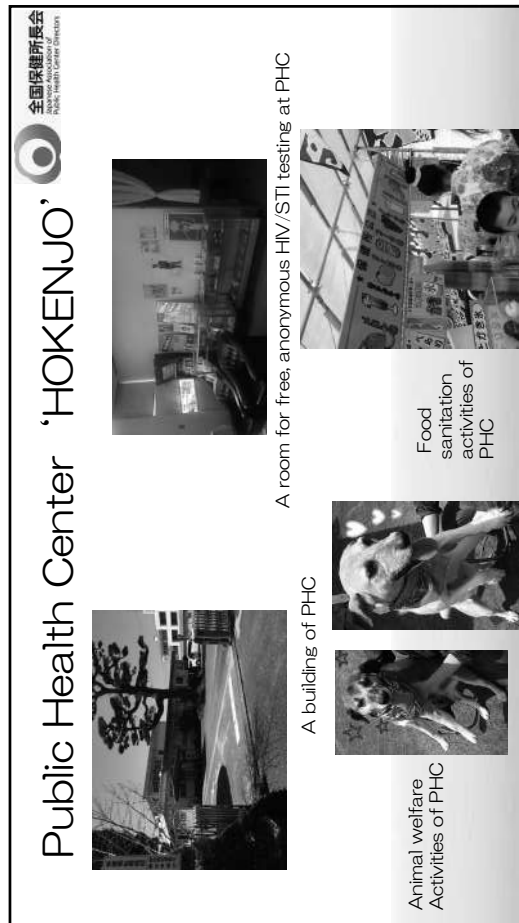
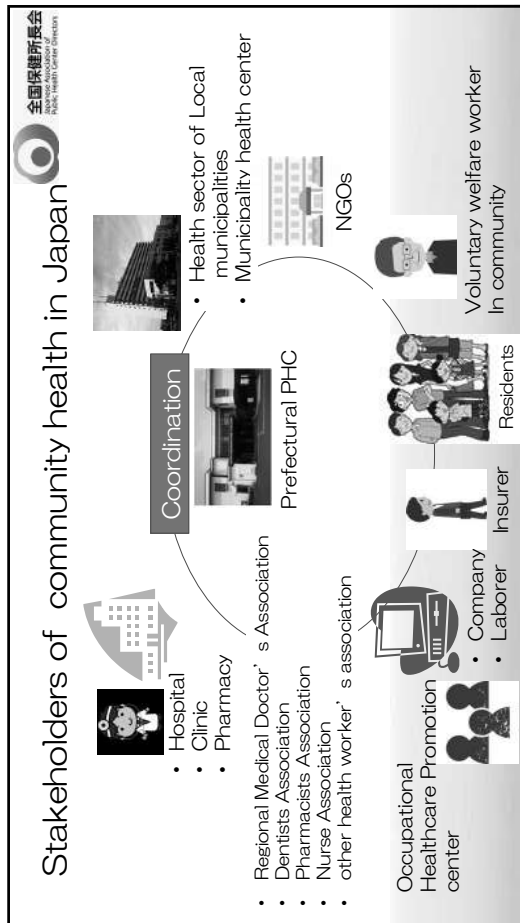
Municipal Health Centers

Headed by a general office staff or a public health nurse.
 Provide community-oriented health services directly to the residents in the municipalities.

In 1995, the authority was transferred from Public Health Centers.

- Growth & development monitoring
- Issuing Maternal & Child Health Handbook
- Health checkups for adults
- Health advice
- Arrangement of immunization program



地域保健現場における公衆衛生人材(2016)

全国保健所長会
NATIONAL ASSOCIATION OF
PUBLIC HEALTH CENTER DIRECTORS

保健師	37,713人 (全保健師の73.1%)	保健師	51,280
公衆衛生医師	894 (全医師の0.28%)	医師	311,205
管理栄養士	3,183	助産師	35,774
助産師 *	1,385 (全助産師の3.9%)	看護師	1,149,397
看護師 *	8,939 (全看護師の0.7%)	薬剤師	3,016
獣医師	2,508	獣医師	2,508
その他	歯科医師、診療放射線技師、臨床検査技師等	その他	

* Including clinical working

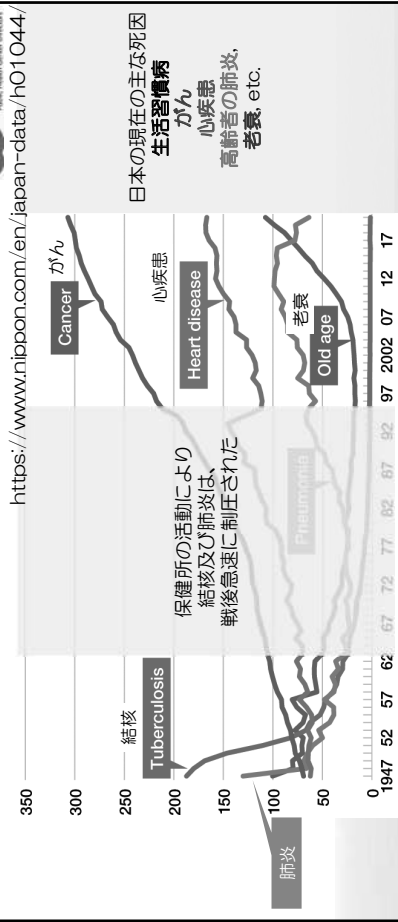
Health professionals in community health (2016)

PHN	37,713 persons (73.1% of total number of PHN)
PH doctor	894 (0.28%)
Nutritionist	3,183
Midwife *	1,385 (3.9%)
Nurse *	8,939 (0.7%)
Pharmacist	3,016
Veterinarian	2,508
others	Dentist, Radiology technician, Laboratory technician

Total number in JAPAN
 PHN 51,280
 Doctor 311,205
 Midwife 35,774
 Nurse 1,149,397

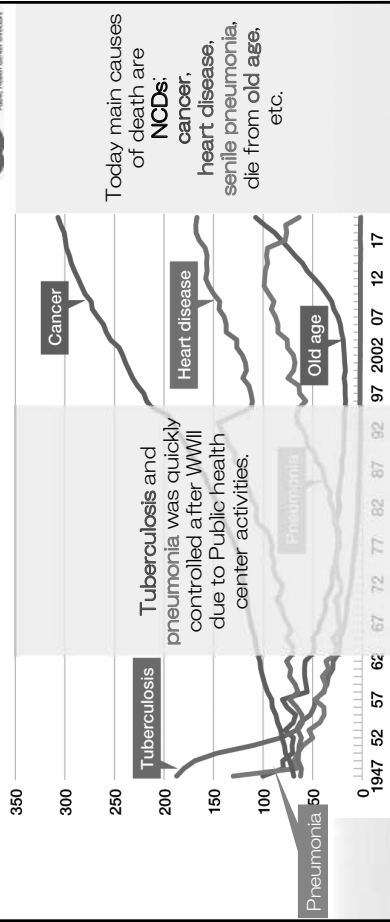
* Including clinical working

原因別死亡率



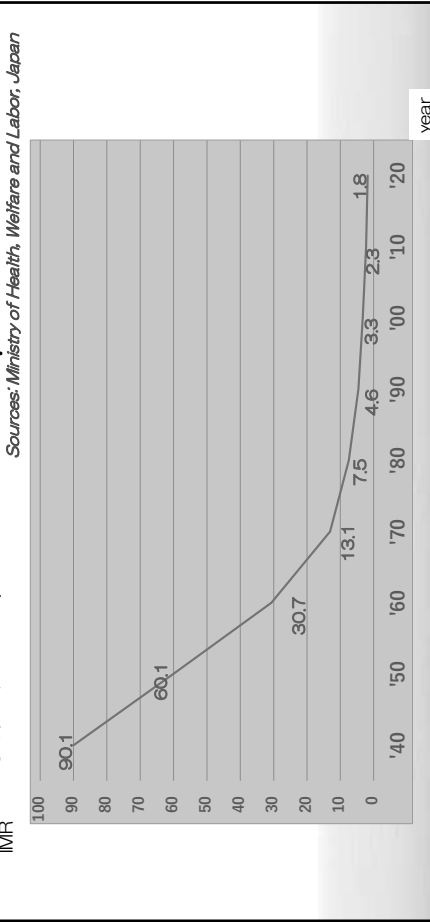
Created by Nippon.com based on data from the Ministry of Health, Labor, and Welfare's 2020 overview of monthly vital statistic reports. Numbers are approximate.

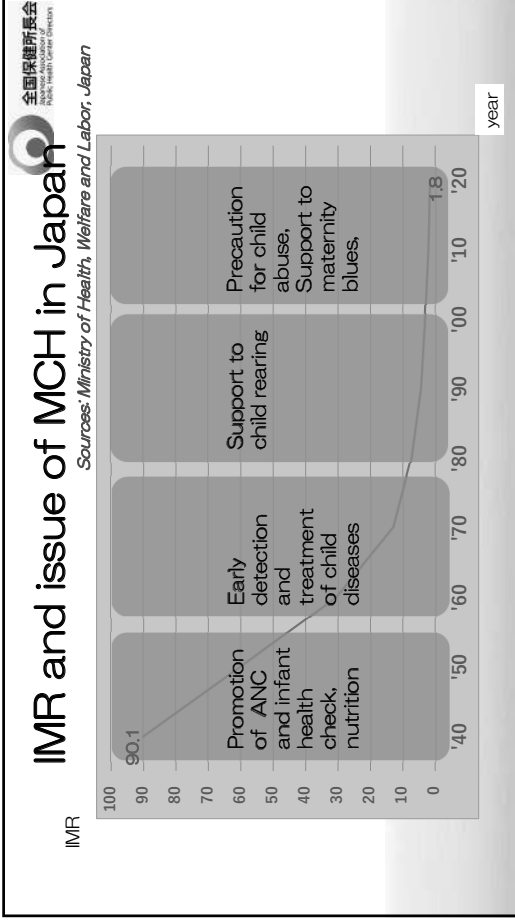
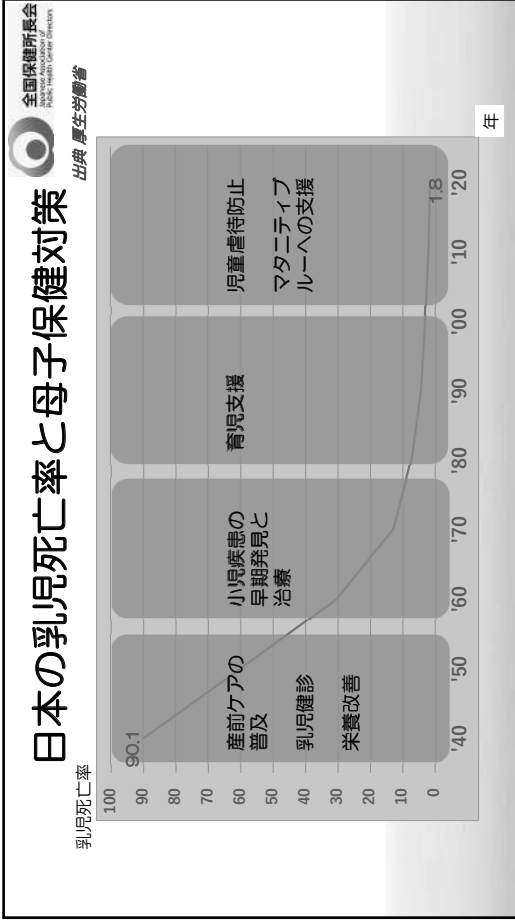
Death Rates by Cause



Created by Nippon.com based on data from the Ministry of Health, Labor, and Welfare's 2020 overview of monthly vital statistic reports. Numbers are approximate; heart disease does not include hypertension.

乳児死亡率：IMR in Japan





グループディスカッション1

全国保健所長会
Public Health Center Directors

- あなたの国にはヘルスセンターがありますか？
どのような役割を持っていますか？
- あなたの国のヘルスセンターについて、日本の「保健所」の機能と似ているところ、違うところを話し合ってみましょう

例)

- ✓保健・医療・福祉に係る法律
- ✓予防医学を担当する組織
- ✓人材

保健所

Group discussion 1:

全国保健所長会
Public Health Center Directors

- Describe about the function of health center in your country.
- What is the difference or similarity between HC in your country and PHC(HOKENJU) in Japan?

e.g.)

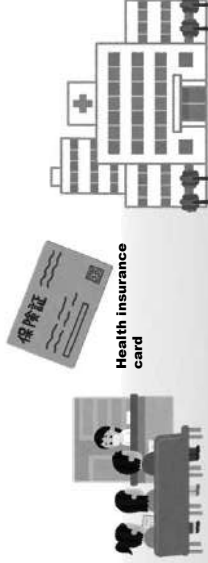
- ✓Laws related to health and medical welfare
- ✓Organizations responsible for preventive medicine
- ✓Human resources

保健所

日本の保健医療を学ぶ 外国人研修生向け教材集 〔医療制度編〕



その2：日本の医療制度について Health care system in Japan



日本の仕組みを説明する際に 触れておくと良いポイント

- 【医療制度について】
- 日本の医療制度の特徴は、国民皆保険、フリーアクセス、自由開業医制、出来高払い、です。
 - 住民は医療保険や介護保険を利用し、公立・私立機関の医療・福祉サービスを受けています。



特に日本の国民皆保険制度は、UHCの観点から着目されており、これを学びにくる外国人も多いと思われます
公立と私立の医療機関でのサービスの差があまりないのも、日本の特徴です。

日本の医療制度の特徴

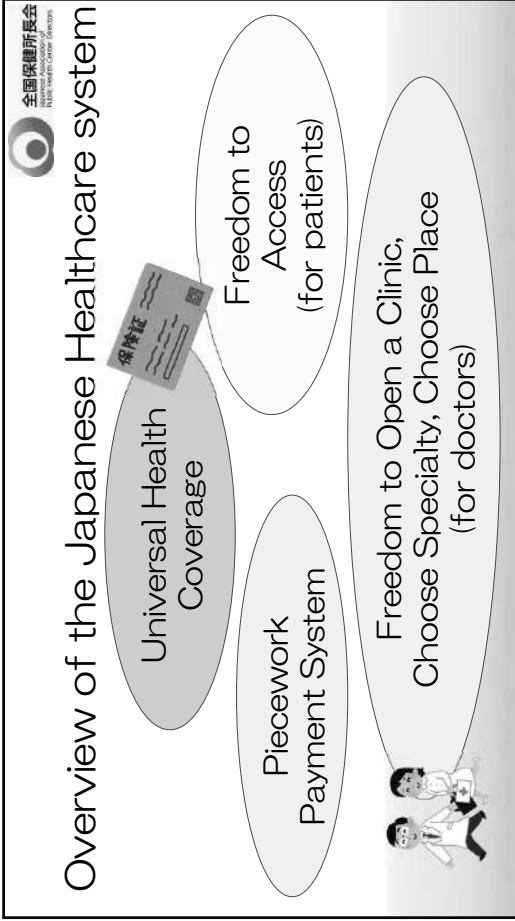
国民皆保険

出来高払い

フリーアクセス
(患者にとって)



自由開業医性、
自由選択の自由選択、勤務地の自由選択
(医師にとって)



日本とUHC

- 日本のユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）への歩みは1927年に一部の被用者に対する公的保険制度を導入することから始まりました。その後、徐々に被保険者の範囲を広げ、1961年4月に国民健康保険法が全面的に改正され、すべての国民が加入する公的医療保険が確立しました。その後、一県一医大構想が1973年に閣議決定され、当時医学部のなかった県に医科大学（医学部）を設置することが示されました。このように国民皆保険制度に加えて、保健医療へのアクセスを改善し、早期にUHCを達成したことが、日本の世界有数の健康寿命につながったといえます。（厚労省HPより）

History of UHC in Japan

Japan's journey toward Universal Health Coverage (UHC) began in 1927 with the introduction of a public insurance system for some employees. Subsequently, the scope of the insured population was gradually expanded, and in April 1961, the National Health Insurance Law was fully revised, establishing a public medical insurance system for all citizens. Subsequently, in 1973, the Cabinet approved the "One Prefecture, One Medical University" concept, which called for the establishment of medical universities (medical schools) in prefectures that did not have any medical schools at the time. Thus, in addition to the universal health insurance system, improved access to health care and early achievement of UHC have led to Japan's world-class healthy life expectancy. (MHLW Website)

日本における健康保険制度の確立

- 1927 健康保険法
対象者は一部の工場労働者に限られていた
農民や自営業者などは対象外だった
- 1938 国民健康保険制度創立
保険者は「国民健康保険組合」とされ、組合の設立や組合員の加入は原則として任意だった

年	健康保険組合	被保険者
1938	168	578,757
1942	4,446	15,901,199

Reference: (Ohnari, One Hundred Years of Health Progress in Japan, International Medical Fundation of Japan, 1971)
 国立保健医療科学院
 大澤先生のPPTを改編

Establishing Health Insurance System

- 1927 Health insurance Act
 - compulsory subscribers are persons employed in some factory
 - farmers or self-employed workers were not covered
- 1938 National Health Insurance Act
 - the insurer was the "National Health Insurance Association", and the establishment of the association and its members' enrollment were, in principle, voluntary.

year	Associations	Insured Person
1938	168	578,757
1942	4,446	15,901,199

Reference: J. Ohnari, One Hundred Years of Health Progress in Japan, International Medical Foundation of Japan, 1971.

戦後の国民皆保険制度の確立

人々: 医療費の負担大

国: 経済的困窮
戦後、国民健康保険体制を強化

1958 国民健康保険法改正
すべての市町村が国民健康保険事業を開始
被用者保険でカバーされない労働者等、すべての国民が健康保険に加入することとなった

国立保健医療科学院
大澤先生のPPTを改編

Realization of Health Insurance System for ALL after WWII

- People : Heavy burden of medical expense
State : Difficult economic situation
From 1946, various type of social insurance was strengthened
⇒ However, there are not insured people
- 1958 Overall revision of National Health Insurance Act
- compulsory work of city, town and village
 - compulsory participation of citizens not insured by any other employees insurance

国立保健医療科学院
大澤先生のPPTを改編

国民保険制度と介護保険制度

- 健康保険 (0-74才)
- 国民健康保険
- 後期高齢者医療制度 (75才-)
- その他の保険

医療ニーズ



介護ニーズ
(福祉)



第1号被保険者 (65-)
第2号被保険者 (40-64)


全国保健所長会
National Association of Public Health Center Directors

Healthcare Needs

- Health Insurance (ages 0-74)
- National Health Insurance
- Medical care system for the elderly aged 75- etc.

Care Needs (Welfare)

Primary insured persons (65-)
Secondary insured persons (40-64)



全国保健所長会
National Association of Public Health Center Directors

国民皆保険制度

日本医師会HPより <https://www.med.or.jp/people/info/kaifo/system/>

後期高齢者医療制度 (年齢75歳以上で加入)

健康保険組合	国民健康保険 (全国健康保険協会)	共済組合	国民健康保険
主に大企業の従業員、従業員、従業員の扶養家族が加入	主に中小企業者中心とした従業員、従業員の扶養家族が加入	公務員・教職員等、その他の公務員が加入	自営業・自営、その他自営業
			退職者は国民健康保険を若くして、75歳から後期高齢者医療制度に加入

75歳 退職

0歳 就学期 (乳幼児期) (扶養家族の範囲に加入)

0歳 注: 養育費とは離れている労働者を指す。

日本で生まれ生涯を日本で過ごせば、子どもから老人になるまで常に上記の公的医療保険に加入していることになります。

全国保健所長会
National Association of Public Health Center Directors

UHC in Japan

75y/o retired

Working age (就労年齢)

School age infancy (学齢年齢)

0歳

Medical care system for the elderly aged 75- National Health Insurance

健康保険組合 国民健康保険 共済組合

Large company worker and their dependent 国民健康保険 (全国健康保険協会) 国民健康保険 共済組合

Smaller company worker and their dependent 国民健康保険 (全国健康保険協会) 国民健康保険 共済組合

Civil servant and their dependent 国民健康保険 (全国健康保険協会) 国民健康保険 共済組合

Self-employed and unemployed dependent 国民健康保険 (全国健康保険協会) 国民健康保険 共済組合

employee Insurance Health Insurance

The retiree will be enrolled in the National Health Insurance then in the medical care system for the elderly Aged 75- when they reach 75 y/o.

注: 養育費とは離れている労働者を指す。

If you are born in Japan and spend your whole life in Japan, you are always be covered by the above public medical insurance from childhood to old age.



<https://www.med.or.jp/people/info/kaifo/system/>


全国保健所長会
National Association of Public Health Center Directors

医療サービスの決済

健康保険証

- 保険登録された医療機関で保険証を提示し、診療を受ける
- 診療報酬制度: 患者は医療機関に医療費の30%を支払い、70%が保険でカバーされる

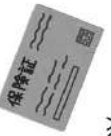






全国保健所長会
 Japanese Association of
 Public Health Center Directors

Payment system for medical services

Health Insurance Card

- People get medical treatment at any clinic/hospital subscribed in the system by showing the card.
- Reimbursement system: Patient pay 30% of the cost at the clinic/hospital, while 70% covered by the insurance.


全国保健所長会
 Japanese Association of
 Public Health Center Directors



医療機関を住民が選べる


患者はどの病院/診療所に行くかは自由

専門医や大病院が優先される

地域や専門分野で大きな格差が生じる

どこで働くか、何を専門にするかは医師の自由


全国保健所長会
 Japanese Association of
 Public Health Center Directors



People can choose their medical provider

Freedom to choose which hospital/clinic to go to.

Preference for specialists and big hospitals.

Wide disparities between geographic regions and medical specialties.

Freedom to choose where to work, what specialty to choose.


全国保健所長会
 Japanese Association of
 Public Health Center Directors

体の調子が悪いな...どこに行きますか?

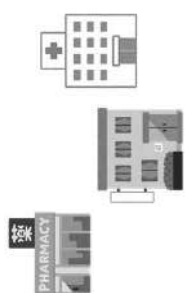
You feel sick... and seek for help. Where will you go?



全国保健所長会
NATIONAL ASSOCIATION OF
PUBLIC HEALTH CENTER DIRECTORS

医療機関のいろいろ

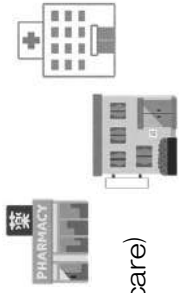
- 病気になったらどこに行く?
 1. OTC薬を買いに薬局へ
 2. 近くの診療所へ (一次医療)
 - *公的?私的?
 - 基本的に同じ
 3. 病院 (二次医療/三次医療)
 - *200床以上の病院に紹介状なしに初診した場合5,000-8,000円の追加負担あり (救急を除く)
 - *500床以上の病院では、さらなる追加負担あり (三次医療機関など)



全国保健所長会
NATIONAL ASSOCIATION OF
PUBLIC HEALTH CENTER DIRECTORS

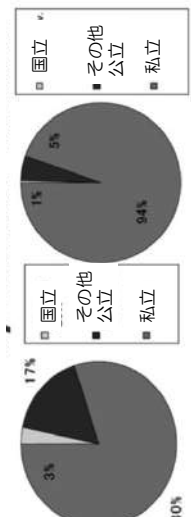
Various healthcare Institutions in Japan

- Where to go?
 1. Pharmacy for OTC
 2. Nearby clinic (primary medical care)
 - *Public or private?
 - Essentially the same.
 3. Hospital (secondary/tertiary)
 - *5,000-8,000 JPY premium if you visit a hospital with 200 or more beds for the first time without a referral letter. (excludes ER)
 - *Further premiums considered for hospitals with 500 or more beds (eg. tertiary care centers)



全国保健所長会
NATIONAL ASSOCIATION OF
PUBLIC HEALTH CENTER DIRECTORS


設立母体別医療機関数 (2004年10月)



機関数	国立	その他 公立	私立
病院数	304	1506	7267
診療所数	620	4895	91051
計	9077	97051	97051

日本では、公的病院/診療所よりも民間病院/診療所が圧倒的に多いです

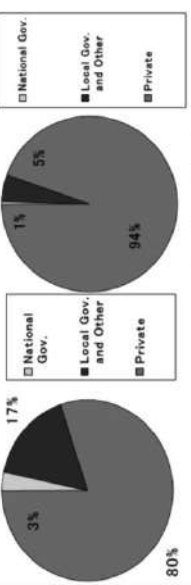
Source: JICA (2005) 16



全国保健所長会
NATIONAL ASSOCIATION OF
PUBLIC HEALTH CENTER DIRECTORS

Number of Medical Institutions by Founder


As of October 2004



機関数	国立 Gov.	Local Gov. and Other	Private
Number of Hospitals	304	1,506	7,267
Total	9,077	9,077	9,077
Number of Clinics	620	4,895	91,536
Total	97,051	97,051	97,051

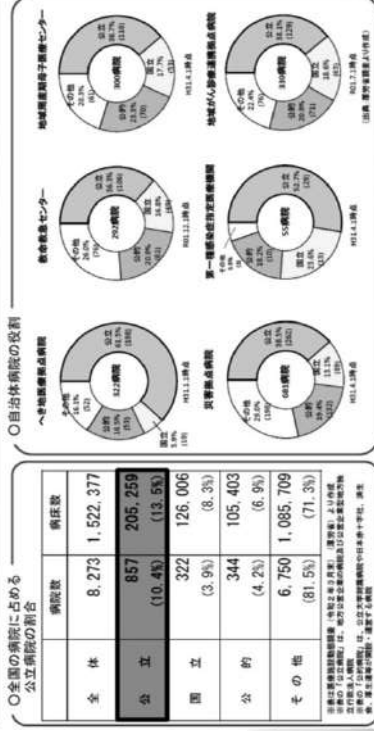
Most of hospitals and clinics are private institutions in Japan

Source: JICA (2005) 16



全国の病院に占める公立病院の役割

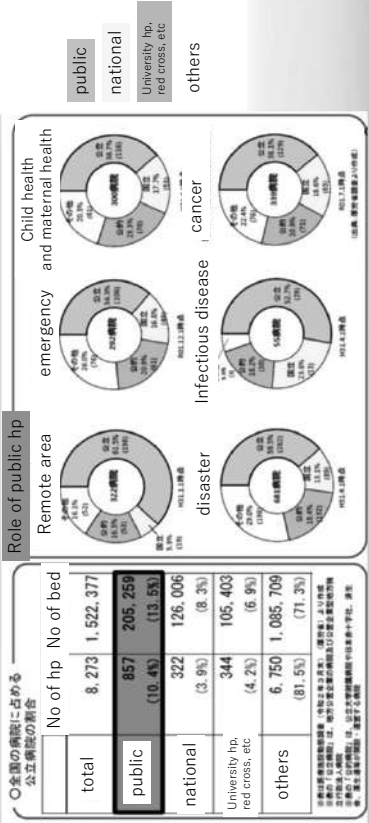
- 全国の病院に占める公立病院の割合は、病床数で約10%、病院数で約14%。
- 民間病院の立地が困難なへき地等における医療や、救急・小児・周産期・災害・精神などの不採算・特殊部門に係る医療、民間病院では限界のある高度・先進医療の多くを公立病院が担っている。



自治財務局
準公営企業室

Role of public hospitals

- Public hospitals; about 10% of all hospitals and about 14% of all hospital beds.
- Public hospitals provide medical care in remote areas, medical care in unprofitable/special sectors such as emergency, pediatric, perinatal, disaster, and psychiatric care, etc



グループディスカッション2

- あなたの国では、病気になるだけなら人々はまずどこにいきますか？
- あなたの国では、十分な医療サービスを受けるために、どのような問題がありますか？
- あなたの国での、望ましい医療や健康保険の在り方について、話し合ってみましょう



例)

- ✓保健・医療・福祉に係る法律
- ✓人口動態・疾病構造
- ✓保険の仕組み

Group discussion 2:

- Which facility does people go when they feel sick in your country?
- What is the problem to get enough medical service in your country?
- What is the desired future medical and health insurance system in your country?



e.g.)

- ✓Laws related to health and medical welfare
- ✓Demographics and Disease Structure
- ✓Health insurance system

《第2章》 総論：対象者の背景を理解しましょう

1. 言語

1-1. 一番よく使う言語を確認しましょう¹⁾⁻³⁾

対象者にどの言語を使えば最もよく理解してもらえるかを、まず確認しましょう。世界には7,151の言語が存在するとされ、話す人数が多い10言語は、順に、英語、中国語、ヒンドゥー語、スペイン語、フランス語、アラビア語、ベンガル語、ロシア語、ポルトガル語、ウルドゥー語となっています。世界人口は2022年に80億人を超えましたが、その中で英語を第一言語とする人口は3.7億人にすぎません。また、新型コロナウイルス感染症流行以前の2019年の、訪日外国人138万人中の国籍上位10位は、中国、韓国、台湾、香港、アメリカ、タイ、オーストラリア、フィリピン、マレーシア、ベトナムでした。対象者が外国籍でも、意外に英語は通じなかったという経験をお持ちの方もいらっしゃるかもしれません。医療翻訳者や多言語資料、多言語相談窓口などを可能な範囲で活用しながら、対応をしていきましょう。

1-2. 日本語の理解度を確認しましょう⁴⁾⁻⁶⁾

初めから日本語が通じないと決めつけず、対象者の日本語の理解度も確認しましょう。2018年には、世界の134国と8地域において385万人が日本語を学習しており、学習者数の多い国上位5位は、中国、インドネシア、韓国、オーストラリア、タイでした。日本に長期滞在している外国人はむしろ日本語での説明を希望するかもしれません。

ただし、日常会話に出てこない行政の専門用語は、日本人でも理解しづらいものです。在日期间、職場での日本語利用、日本語学校への通学歴などにより、対象者の日本語の理解力は様々ですが、できるだけ専門用語を避け、第1章で述べた”やさしい日本語”を使うことを心がけることが重要です。ローマ字よりもひらがなのほうが伝わる場合もあるので注意しましょう。また、対象者が日本語で「はい」とか「わかりました」と答えていても、よく分からずに相槌を打っている場合もあるため、理解の内容を適宜確認しながら、繰り返し説明するように心がけましょう。

2. 宗教・文化・国民性

2-1. 信仰している宗教があるか確認しましょう⁷⁾⁻¹⁰⁾

信仰している宗教を尋ねることは重要ですが、いきなり尋ねるのは難しいかもしれません。対象者との関係性が少しかけてきたころに聞くとよいでしょう。

世界にはさまざまな宗教があります。世界三大宗教といわれるのは、キリスト教（世界人口の31%）、イスラム教（同23%）、ヒンズー教（同15%）です。イスラム教は中東で信仰されているイメージが強いかもしれませんが、中東以外のアジアにも広く信者（ムスリム）がいます。ムスリム人口が1億人を超える国は、インドネシア、パキスタン、インド、バングラデシュでいずれも中東以外のアジアの国々です。東南アジアではマレーシアとブルネイがイスラム教を国教としています。

2-2. 宗教上の特有の習慣やタブーに気を付けましょう¹¹⁾⁻¹³⁾

それぞれの宗教でタブーとされていることがあります。こちらが気づかずに対象者が不快に感じることをしないように、心を配りましょう。

例えば、ヒンズー教やイスラム教では、左手は生来不浄の手とされ、どれほどきれいに洗っても不浄性は消えません。物を差し出すときには右手を使いましょう。また、人間の頭は、宗教によっては神や仏が宿る、国によっては精霊が宿ると考えられているため、ベトナム、タイ、インド、ネパール等々の国の人に対しては、子どもの頭を撫でるなどの行為は避けましょう。イスラム教では、女性は身内以外の男性に肌を見せないように、顔と手足の先以外を覆った服装を着用しています。現地では原則は女性の患者には女性の医療従事者が対応するため、日本の保健所の検査でも可能であれば女性スタッフを手配できるとよいでしょう。無理な場合には本人にその旨を伝えて相談しましょう。夫または保護者に許可を取らねばならない場合もあります。その他、いろいろ分からない時には、対象者に尋ねてください。

2-3. 宗教によって食事上の制限があります ⁶⁾⁹⁾¹¹⁾¹²⁾¹⁴⁾⁻¹⁷⁾

対象者が入院になった場合など、宗教によって食事上の制限がある可能性を心に留めておきましょう。表 8 にそれぞれの宗教における制限を示しますが、宗教の戒律は地域や個人によって様々であるため、初めから決めつけず尋ねてみることも必要です。

表 8. 宗教と食事上の制限の例

宗教	食事上の制限
キリスト教	一般的に食べ物についての禁止事項はないが、一部の宗派でコーヒーやコーラなどの嗜好品が禁じられたり、禁酒が求められたりする。
ヒンズー教	多くは菜食主義。牛は神聖な動物であるので牛肉は食べない。
シーク教	牛肉は食べない。
ユダヤ教	豚肉は食べず、鱗のない魚も食べない。
イスラム教	豚肉は不浄のもののみならずので食べない。禁酒が求められる。 ※日本では、市販のマーガリンで牛や豚の油脂を含むことがある、ジャムのゼラチン質が動物性タンパク質を原料としている、などの理由でそれらの食品も禁じられる場合がある。

また、毎年イスラム暦 9 月のラマダーン月の、日の出の 1 時間半ほど前から日没までは、一切の飲食を断ちます。ただし、高齢者、重病人、乳幼児、妊婦、旅行中の人などは免除され、後日やり直すか貧しい人にお布施をして償うことができます。このような制限にすべて対応することは難しいですが、最終的な判断は本人が行うことですので、まずは対象者とよく話し合しましょう。

2-4. お祈りの時間は可能な範囲で尊重しましょう ¹⁸⁾

イスラム教では、聖地メッカの方角へ向かって 1 日 5 回、10 分前後の礼拝をささげます。おおよその時間帯は、1 回目は早朝夜明け前、2 回目は正午過ぎ、3 回目は影が自分の身長と同じになってから日没まで、4 回目は日没後、5 回目は夜の就寝前です。礼拝の前には顔と両手両足を洗います。健診や相談などで保健所への訪問時間にお祈りの時間が重なる場合は、可能であれば施設の片隅に場所を提供してあげ、真北と真東の方角を教えてあげるとよいでしょう。対象者が大切にしていることをできる限り尊重する姿勢が伝われば、よりよい関係性を築くきっかけとなります。

2-5. 女性が物事を決められない事情を理解しましょう¹⁹⁾⁻²⁵⁾

対象者が女性で、様々な事柄をその女性が決められずになかなか手続きが進まないことがあります。これは言葉や理解力という問題のみではなく、自国における女性の社会的地位が影響している場合があります。欧米では男女平等の概念がある程度浸透していますが、アジア・アフリカの一部の地域では、女性の社会的地位は欧米に比べて高くない場合があります。教育面では、アジア・アフリカ地域では、小学校に通う割合（初等教育総就学率）で女兒が男児よりも10%以上低い国もあります。伝統的イスラム社会においては、女性の就学就労の機会が少ないこと、一夫多妻制度、男性は外で女性は内という分業の概念、等が指摘されています。日本を含む東アジアなどでも、家父長制の名残により女性は家長の男性の支配下に置かれ、決定権を持たない傾向があると説明される場合もあります。

このような場面でその女性自身の意見を聞き出すために、可能であれば母語の、理想的には同性の通訳者を手配し、同行している男性には少し席を外してもらって話を聞いていく、などの工夫が考えられます。結論を急がず、可能な範囲で本人のペースを尊重して手続きを進めることを心掛けましょう。

2-6. それぞれの国におおまかな国民性・地域性があります⁶⁾¹¹⁾²⁶⁾²⁷⁾

それぞれの国の人々には、その国の歴史や文化を反映して共有されるおおまかな性格的傾向があり、それらは個々の国民性・地域性として認識されています。時間の感覚に関していえば、日本人は時間厳守を美徳と考えることが多いですが、中東や、南米、アフリカの人々は必ずしもそうではない場合があります。対象者が時間の約束にルーズな場合でも、深刻にとらえ過ぎないことも大切です。他にも、個人主義の発達した欧米諸国の人々は、自分の意見をしっかり持つ傾向がある、儒教思想の浸透した東アジアの国々の人々は、年配者を重んじ、血縁や社会的な面子を重んじる傾向があるなど様々です。

一方で、このような国民性・地域性はおおまかな判断基準とはなりませんが、例えば日本人でも時間に正確ではない人がいるように、必ずしも当てはまらない場合が多いのも事実です。同じ国でも都会と地方の差や階層の違いなどによる個人差が大きい場合もあるので、これらの情報を参考にしつつも、あまり先入観にはとらわれず、個々の違いを受け入れながら対応することが大切です。

2-7. 日本でカルチャーショックを受けている可能性があります²⁸⁾²⁹⁾

慣れない日本での生活の中で、対象者がカルチャーショックからくるストレスを感じているかもしれません。靴を脱ぐ生活、ごみの分別、ホテルや電車などで騒がないといった生活上の取り決めから、約束の時間の正確さなど、日本で当然とされているルールに違和感や戸惑いをいだく人もいるかもしれません。また、外国人に理解されにくい文化的側面のひとつとして日本人の宗教心があります。日本には正月や盆、お墓参りなどの慣習があり、国内にも数多くの宗教団体などが存在する一方で、多くの日本人は特定の宗教に対する明確な信仰心を持っていません。このことは、信仰が根付いた国から来た方には大きな戸惑いを与えるかもしれませんが、個人の信仰自体には何の制限もないことを分かってもらいましょう。

時に、日本人とのコミュニケーションについて、単に言語の問題ではない難しさを外国人が感じる場合があります。一般的に日本は和を重んじる文化で、面と向かって自分の意見をはっきり言わない傾向があるため、あいまいな表現を用いると行き違いが生じてしまう場合もあります。トラブル

ルとなることを防ぐために、お互いに丁寧なコミュニケーションを心がけ、そのなかで、外国人に日本の文化をゆっくり理解して受け入れてもらいましょう。

3. 保健・医療

3-1. 保健所の役割が国によって異なることがあります

日本では、保健所は地域保健法に基づき広域的に保健対策や健康に関するサービスを提供する機関であり、健康診断などを除く一般的な診療所（clinic）としての機能は備えていません。しかし、特に発展途上国においては、保健所（public health center）といえ、診療所を兼ねている場合も多いため、対象者がそのようなイメージを抱き、保健所で結核の検査や治療薬の処方があると勘違いする場合があります。また、保健師という職業についても、多くの国では看護師や助産師、コミュニティヘルスワーカーなどが日本の保健師が担当するような業務を実施している場合があります。我が国の保健所や保健師の位置づけがどのようなものであるのか、自己紹介の際に簡単に説明するとよいでしょう。詳しくは各論の章をご覧ください。

3-2. 出産の文化や育児方法も国によって異なります⁶⁾³⁰⁾⁻³⁵⁾

日本では妊娠が確定したらすぐに妊婦健診に通いますが、妊婦健診はお腹が目立ってきてから、あるいは胎動がわかってからでよいと考えている習慣の国もあるようです。また、中国では富裕層は帝王切開術で出産する傾向があり、タイでは占いを基に出産日を決めて帝王切開術を受ける場合もあるといえます。ブラジルや欧州の国々など、無痛分娩を望む人が多い国もあります。

育児では、母乳をできるだけ長く与えることが国際的に推奨されていますが、中国では共働きの家庭が多く女性の職場復帰が早いと、最初から粉ミルクを与えることも多いといわれます。離乳食にも違いがあり、肉食文化のアルゼンチンでは、赤ちゃんにも肉汁に浸したパンを与えたり、韓国では歯が生えるとすぐに唐辛子を洗い落としたキムチのかけらを与えたりする場合があります。日本でだしの味を教える感覚に似ているのかもしれませんが。赤ちゃんの衣服も、日本では夏場は出来るだけ薄着で靴下は履かせない親も多いですが、夏場でも、中国では赤ちゃんを布でぐるぐる巻きにしたり、ザンビアでは毛糸の帽子と靴下を赤ちゃんに着せたりします。できるだけ異文化を理解したうえで、日本のやり方を伝えていく姿勢が必要です。

3-3. 西洋医学が受け入れられない場合があります⁶⁾³⁶⁾³⁷⁾

外国人の中には、西洋医学をあまり信頼しない人もいます。国によってはその土地の伝統医療や様々な代替医療があります。例えばインドネシアでは、風邪のときにルピア硬貨（日本の500円玉ぐらいの大きさ）の縁で背中を上から下まで強く擦り付ける風習があり、背骨に沿ってミミズばれの線が走ったようになりますが、患者は効果があると感じるようです。中国では中国医学が生活に浸透していて西洋医学よりも信頼が厚い場合があります、発熱に対して自国の薬草を投与することもあります。とはいえ、現在世界で主流のマラリア治療の薬も中国の薬草から開発されたという事例もあり、否定することは出来ません。海外の保健医療習慣や文化に関する理解を深めつつ、西洋医学の治療法も受け入れてもらえるよう、説明の仕方を工夫してみましょう。

また、成人になるまで採血やレントゲン検査を受けたことがないなど、出身地域の保健医療の事情によっては、検査に不慣れであったり拒否されたりする場合があります。そのような際には、その検査の目的、必要性などを丁寧に説明し、対象者の理解を得ていく対応が必要です。

3-4. 自国の状況に応じて感染症などの受け止め方が異なることがあります

新型コロナウイルス感染症の流行に伴い、同じ疾患への対応が国によって異なることを感じられた方も多いと思います。日本の感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（以下、感染症予防法）に規定される一類から三類の感染症発生の場合には、就労制限などを出す権限が都道府県知事にありますが、五類感染症の場合は説明が難しい場合があります。例えば麻しんは、日本では2015年にWHOに排除状態であると認定された後は、輸入例を契機としての国内感染が主ですが、東南アジアなどでは依然国内蔓延状態にあります。来日後に発症した外国人に、感染拡大防止のために外出を控える協力を依頼する場合、対象者としては、自分は長年計画をしてようやく訪れたのに、なぜ麻しんくらいで外出を控えないといけないのか、と理解してもらえないこともあります。そのような場合、日本における流行状況と対応について丁寧に説明し、出来る限り協力を仰げるよう、粘り強い対応が求められます。二類感染症である結核も、高蔓延国では排菌をしている肺結核でも外来で治療する国のほうが多いです。日本は2021年のデータで結核低蔓延国となり、今後ますます排菌している患者への対応が重要となります。公衆衛生的視点から入院治療が必要であることを理解してもらう必要があります。

また、これは疾患全般に関しても言えることですが、疾患への理解に対象者の教育背景が関係している場合があります。例えば、外国人の中には一般的な季節性インフルエンザといった疾患に対しても、あまり知識のない人もいて、説明に時間がかかる場合があります。

4. 支払能力

4-1. 医療保険の有無・種類・期限を確認しましょう⁶⁾³⁷⁾⁻³⁹⁾

対象者が医療費を払えなくなる理由の一つとして健康保険の未加入があります。2012年の入管法改正に伴い健康保険の未加入は減りました。

対象者が健康保険（社会保険）、国民健康保険などの公的保険に加入していない場合、健康保険に加入資格のある在留資格かどうかをまず確認し、本来保険に加入できる在留資格を持つ外国人労働者について雇用主が保険加入を怠っている場合には、雇用主に保険加入の働きかけを行う必要性があります。健康保険の対象にならない監理団体や研修期間中の保険、民間医療保険など個人加入の保険と期限を確認しましょう。例えば、結核治療のため就業困難となった場合、勤務先の健康保険に加入している場合は傷病手当金が受給できます。それらがなければ保険外診療となり、公費負担以外の支払いが高額で支払えない、といった事態も起こりえます。また、自立支援医療（更生医療、精神通院医療、育成医療）の活用も検討しましょう（ヒント6参照）。

実際の支払い方法について、現金なのかクレジットカードなのか、または保険に加入していても一旦は現金で立替えるのか、なども対象者は気がかりです。詳しい手続きは、日本側の関係者とも連絡を密にとり、対象者が不利益を被らないようプライバシーにも配慮しながら確認しましょう。

4-2. 医療費の公費負担範囲を改めて確認しておきましょう

外国人対象者が医療費を支払えなくなる、といった事態や、本人が予想していなかった高額な請求に対する不満など、医療費の支払いに対する誤解を避けるためには、公的医療保険制度とその負担について丁寧に説明するとともに、場合によっては公費で支援が受けられることを情報提供することが重要です。在留資格に関わらず適用される公費負担には、感染症予防法による一類・二類感染症および新感染症や新型インフルエンザ等感染症（新型コロナウイルス感染症を含む）への対応、

精神保健法による治療費、小児の予防接種などがあります。どこまでが公費の負担範囲なのか、改めて情報を整理しておくとい良いでしょう。

5. 支援環境

5-1. 家族がいる場合はどこにいるかを確認しましょう⁴⁰⁾

家族のいる外国人就労者の場合、家族が母国にいる場合も多いですが、就労後何年かして家族を呼び寄せている場合もあります。また、血のつながりはなくとも、同郷の友人同士で家族のように共同生活を送っているなど、関係者が多数存在する場合があります。対象者を支援する中で、日本におけるキーパーソンは誰であるかを確認しましょう。例えば活動性結核で就労制限がかかるような場合、周囲からの経済的支援を受けられるかどうか、6か月以上続く結核治療において、家族の理解を得られるかどうか、などは重要なポイントです。

5-2. 家族以外の周囲からの協力がどの程度得られるかを確認しましょう⁴⁰⁾

これは日本人対象者であっても同じ話です。例えば結核の患者さんの場合、接触者健診を実施する場合にはある程度所属する職場や学校からの理解が必要になりますし、長く続く治療の支援も得られれば理想的です。キーパーソンとして頼られていた日本人が支援を打ち切った場合に同国人のボランティアが医療通訳だけではなく精神サポート役も担っていた事例もあります。特定の国の出身者が集まっているような地域もあるので、地域の特徴も考慮したうえで、地元にある外国人支援に関連する NGO や NPO、同郷の人々が集まる在日同国人コミュニティ、宗教団体など、どのような団体につながりがあるのか、出来るだけ対象者から聞き取っていくことが大切です。

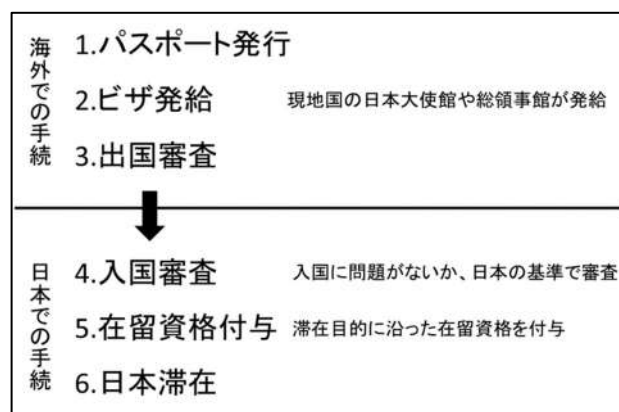
6. 在留資格

6-1. 「ビザ」と「在留資格」は本来の意味は異なります²⁰⁾⁴¹⁾

ビザとは正確には「査証」を指し、在留資格とは異なります。ビザは、外国人が日本に入国するために必要なもので、現地の日本大使館で発行され、短期滞在、就労・長期滞在、医療滞在、外交・公用に分けられます。短期滞在に関しては、日本が査証相互免除措置を締結している68か国からの入国には免除されています。一方、在留資格は外国人が日本に滞在するために必要なもので、入国審査の結果、滞在目的に合わせて付与されます（表9）。

ただし、我々が日常会話の中で在留資格のことをビザと呼ぶことがあります。就労を目的とする外国人に発給される就業査証がワーキング・ビザと呼ばれることから、入国に際し決定される就労を内容とする在留資格のこともワーキング・ビザ、または就労ビザと呼んだり、本来は入国後に査証の有効期間を延長する制度はないのですが、在留期間の終了や更新のことを「ビザが切れた」「ビザの延長」と、または在留資格の変更を「ビザの変更」と呼ぶこともあります。本稿では、第3章以降の表に示す患者への説明例のなかでは、読者により分かりやすいように、在留資格をビザと記載しています。

表9. 一般的な入国までの手順



6-2. 様々な在留資格があります ⁴²⁾⁻⁴⁵⁾

日本国内の在留外国人数は増加し続け、2019年には293万人に達しましたが、新型コロナウイルス感染症の流行に伴う入国制限の影響を受け、2021年には276万人に減少しました。それでも、2011年の208万人と比較すると、過去10年間で68万人の増加を認めています。国籍・地域別では、2021年は中国(26.0%)、ベトナム(15.7%)、韓国(14.8%)、フィリピン(10.0%)、ブラジル(7.4%)の順でした(図1)。中でも近年、ベトナム国籍の割合が著明に増加しており2020年には韓国を抜いて2位となりました。その1/3は技能実習生です。一方在留資格別では、永住者(30.%)、特別永住者(10.7%)、技術・人文知識・国際業務(10.0%)、留学(7.5%)、技能実習2号口(7.3%)の順となっています(図2)。

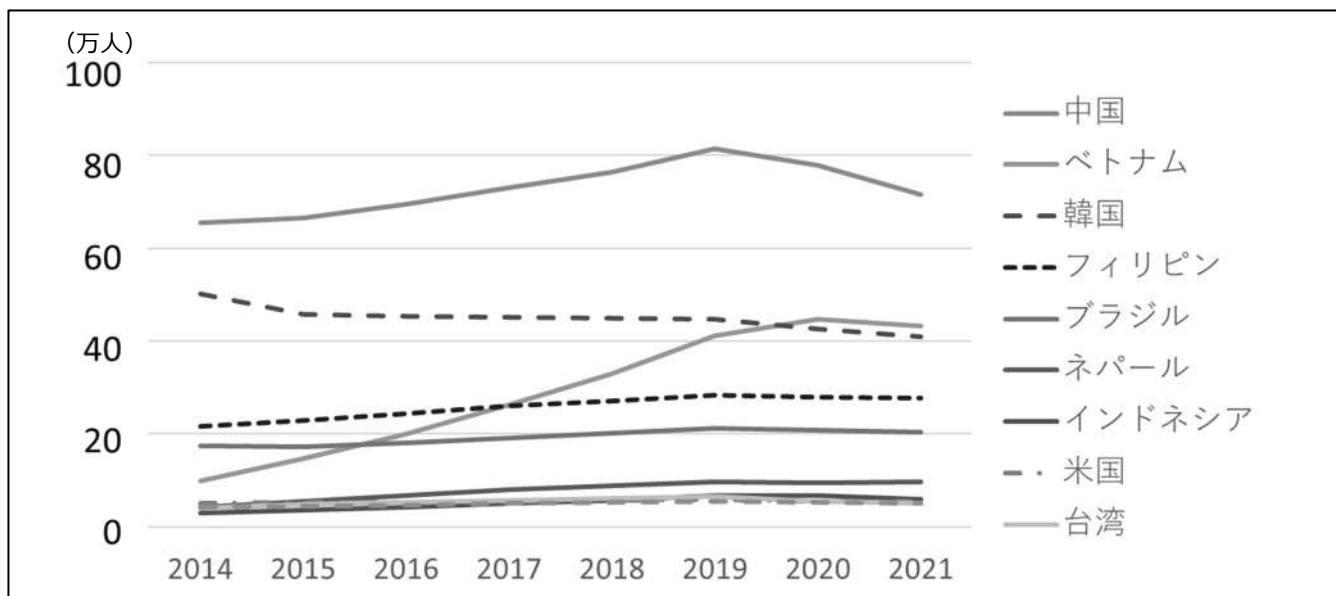


図1. 在留外国人数の推移 (国籍・地域別、上位10か国)

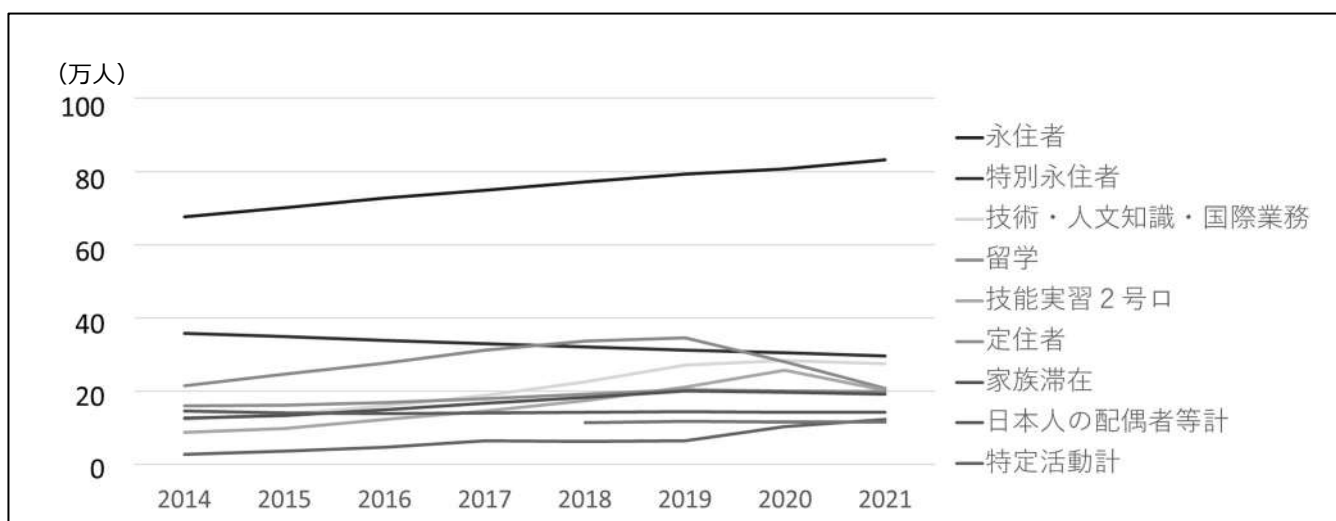


図2. 在留外国人数の推移 (在留資格別、上位10資格)

出入国管理及び難民認定法(以下、入管法)が2018年11月に改正され、2019年4月に改正入管法として施行されました。在留資格は2022年11月現在29種類あり、就労の可否に関して分類すると、四つに大別されます(表10)。「特別永住者(在日コリアンなど)」を除き、外国人が日本に滞在するためにはこれらいずれかの在留資格が必要です。

表 10. 在留資格一覽

就労可否	在留資格	該当職業例、分野例など	在留期間
就労可能	外交	外国政府の大使、公使、総領事、代表団構成員等及びその家族	外交活動の期間
	公用	外国政府の大使館・領事館の職員、国際機関等から公の用務で派遣される者等及びその家族	5年、3年、1年、3月、30日、15日
	教授	大学教授等	5年、3年、1年、3月
	芸術	作曲家、画家、著述家等	5年、3年、1年、3月
	宗教	外国の宗教団体から派遣される宣教師	5年、3年、1年、3月
	報道	外国の報道機関の記者、カメラマン等	5年、3年、1年、3月
	高度専門職	活動内容を(イ)～(ハ)に分類し、学歴・職歴・年収など項目ごとのポイントの合計が一定点数に達した場合に、出入国管理上の優遇措置を与える。 1号 (イ)高度学術研究活動：本邦の公私の機関との契約に基づいて行う研究、研究の指導又は教育をする活動 (ロ)高度専門・技術活動：本邦の公私の機関との契約に基づいて行う自然科学又は人文科学の分野に属する知識又は技術を要する業務に従事する活動 (ハ)高度経営・管理活動：本邦の公私の機関において貿易その他の事業の経営を行い又は管理に従事する活動 2号 1号の活動を行い、在留が我が国の利益に資するとして基準に適合するもの (イ)～(ハ)は1号に同じ (二)2号イからハまでのいずれかの活動と併せて行うこの表の教授、芸術、宗教、報道、法律・会計業務、医療、教育、技術・人文知識・国際業務、介護、興行、技能、特定技能2号の項に掲げる活動	1号：5年 2号：無期限
	経営・管理	企業等の経営者・管理者	5年、3年、1年、6月、4月、3月
	法律・会計業務	弁護士、公認会計士等	5年、3年、1年、3月
	医療	医師、歯科医師、看護師	5年、3年、1年、3月

	研究	政府関係機関や私企業等の研究者	5年, 3年, 1年, 3月
	教育	中学校・高等学校等の語学教師等	5年, 3年, 1年, 3月
	技術・人文知識・国際業務	機械工学等の技術者, 通訳, デザイナー, 私企業の語学教師等	5年, 3年, 1年, 3月
	企業内転勤	外国の事業所からの転勤者	5年, 3年, 1年, 3月
	介護	介護福祉士	5年, 3年, 1年, 3月
	興行	俳優, 歌手, ダンサー, プロスポーツ選手等	3年, 1年, 6月, 3月, 15日
	技能	外国料理の調理師, スポーツ指導者, 航空機の操縦者, 貴金属等の加工職人等	5年, 3年, 1年, 3月
	技能実習	技能実習生 1～3号までそれぞれ イ) 企業単独型: 海外に支社・支店、現地法人などの関連企業がある場合 ロ) 団体管理型: 商工会などの営利を目的としない団体(管理団体)が技能実習生を受け入れ、傘下の企業などの実習実施機関で実習を実施する場合	1号: 法務大臣が個々に指定する期間(1年を超えない) 2号・3号: それぞれ法務大臣が個々に指定する期間(2年を超えない) ※技能実習全体として最長は5年となる
	特定技能 (2022年8月現在)	1号受入れ12分野: 介護分野, ビルクリーニング分野, 素形材・産業機械・電気電子情報関連製造業分野, 建設分野, 造船・船用工業分野, 自動車整備分野, 航空分野, 宿泊分野, 農業分野, 漁業分野, 飲食料品製造業分野, 外食業分野	1号: 1年, 6か月, または4か月ごとの更新, 通算で上限5年まで
		2号受入れ2分野: 建設分野, 造船・船用工業分野	2号: 3年, 1年または6か月ごとの更新, 要件を満たせば家族の帯同可。
就労が認められない	文化活動	日本文化の研究者等	3年, 1年, 6月, 3月
	短期滞在	観光客, 会議参加者等	90日, 30日, 15日以内の日を単位とする期間
	留学	大学, 短期大学, 高等専門学校, 高等学校, 中学校及び小学校等の学生・生徒	法務大臣が個々に指定する期間(4年3月を超えない)
	研修	研修生	1年, 6月, 3月
	家族滞在	在留外国人が扶養する配偶者・子	法務大臣が個々に指定する期間(5年を超えない)
就労に制限がない	永住者	法務大臣から永住の許可を受けた者(入管特例法の「特別永住者」を除く。)	無期限

	日本人の配偶者等	日本人の配偶者・子・特別養子	5年, 3年, 1年, 6月
	永住者の配偶者等	永住者・特別永住者の配偶者及び本邦で出生し引き続き在留している子	5年, 3年, 1年, 6月
	定住者	第三国定住難民, 日系3世, 中国残留邦人等	5年, 3年, 1年, 6月, 法務大臣が個々に指定する期間(5年を超えない)
可否は内容により判断	特定活動 (2021年11月改正)	47種類(11・13・14号は欠番) 1号: 外交官・領事官の家事使用人 2号: 高度専門職・経営者等の家事使用人 3号: 台湾日本関係協会の在日事務所職員とその家族 4号: 駐日パレスチナ総代表部の職員とその家族 5号: ワーキングホリデー 6号: アマチュアスポーツ選手 7号: 6号の配偶者・子 8号: 外国人弁護士 9号: インターンシップ 10号: イギリス人ボランティア 12号: 短期インターンシップを行う外国の大学生 15号: 国際文化交流を行う外国の大学生 16号: EPA インドネシア人看護研修生 (EPA に関しては表 11 参照) 17号: EPA インドネシア人介護研修生 18号: 16号の配偶者・子 19号: 17号の配偶者・子 20号: EPA フィリピン人看護研修生 21・22号: EPA フィリピン人介護研修生 (21 就労有, 22 就労無) 23号: 20号の配偶者・子 24号: 21号の配偶者・子 25号: 医療・入院 26号: 25号の日常生活の世話をする者 27号: EPA ベトナム人看護研修生 28・29号: EPA ベトナム人介護研修生 (28 就労有, 29 就労無) 30号: 27号の配偶者・子 31号: 28号の配偶者・子	5年, 3年, 1年, 6月, 3月, 法務大臣が個々に指定する期間(5年を超えない)

		32号：外国人建設就労者 33号：高度専門職の配偶者の就労 34号：高度専門職とその配偶者の親 35号：造船労働者 36号：研究・教育者あるいは研究・教育に関する経営者 37号：情報技術処理者 38号：36・37号の配偶者・子 39号：36・37号とその配偶者の親 40号：観光・保養 41号：40号の配偶者 42号：製造業に従事する者 43号：日系四世 44号：外国人起業家 45号：44号の配偶者・子 46号：4年制大学又は大学院の卒業生でN1以上の日本語力を有する者 47号：46号の配偶者・子 48号：東京オリンピック・パラリンピックの関係者 49号：48号の配偶者・子 50号：スキーインストラクター	
--	--	---	--

ほとんどの在留資格には定められた在留期間があり、引き続き在留する場合には更新する必要があります。許可された在留資格に応じた活動以外に、収入を伴う事業を運営する活動又は報酬を受ける活動を行う場合は、あらかじめ資格外活動の許可を受ける必要があります。例えば、「留学」の在留資格であっても、許可を受ければアルバイトは可能です。なお、留学生の就労は1週間で28時間以内とされており、在籍する教育機関が学則で定める長期休業期間にある時は、1日8時間まで就労することが可能ですが、労働基準法が適用されるため週40時間が上限になります。

今後の在留資格の動向など最新情報は、法務省出入国在留管理庁のウェブサイトを確認してください。

6-3. 在留資格と在留期間は「必要時に」在留カードを確認しましょう

2012年より外国人登録制度は廃止され、在留資格のある外国人は、日本人と同じように住民基本台帳制度が適用されるようになりました。以前から在留する特別永住者には「特別永住者証明書」が、中長期滞在者に「在留カード（図3）」が交付されており、在留カードには在留資格と在留期限が記載されています。保健所業務で必ず在留カードを確認するわけではないですが、健康保険未加入の人に対して、加入できる在留資格かどうか確認する場合があります。



図3：在留カードの例（入国管理局 HP）

また、在留資格の期限切れが治療などの中断となる場合もありますので、必要時には確認するようにしましょう。

この在留管理制度により、外国人にも日本の行政サービスが届きやすくなった一方で、在留資格のない非正規滞在の外国人への対応や支援が難しいことは、依然課題として残されています。

6-4. 外国人技能実習生と留学生について知っておきましょう ^{⑥(41)44)46)47)}

技能実習制度および外国人研修制度は、1993年に制度化されました。18歳以上の外国人を日本に受け入れ、産業上の技術・技能・知識などを習得させ、本国で活用してもらうことを本来目指した人材育成制度で、技能実習計画に基づき、講習を受け、技能等に係る業務に従事します。企業単独型とは、日本の企業等（実習実施者）が、海外の現地法人、合併企業や取引先企業の職員を受け入れて技能実習を実施する方式です。また団体監理型とは、事業協同組合や商工会等の営利を目的としない団体（管理団体）が技能実習生を受け入れ、傘下の企業等（実習実施者）で技能実習を実施する方式です。公益財団法人国際研修協力機構（JITCO ジッコ）が総合的な支援機関として長く実施に携わってきましたが、2017年11月の外国人の技能実習の適正な実施及び技能実習生の保護に関する法律（以下、技能実習法）の施行後は、認可法人外国人技能実習機構（OTIT）が、実習計画の認定、実習実施者・監理団体への報告要求、実地検査、届出認可などを担い、新制度下の技能実習生への支援も実施しています。

在留資格「技能実習」は1年目から労働者として在留する外国人技能実習生に与えられ、2021年は約27万6千人に付与されました。多い国順に、ベトナム、中国、インドネシア、フィリピン、ミャンマーです。一方在留資格「留学」は、2021年は約20万7千人に付与され、多い国順に、中国、ベトナム、ネパール、韓国、インドネシアでした。

★具体的な日本語教育機関や技能実習管理団体のリストは、以下のサイトで確認できます。

日本語教育機関：法務省ウェブサイト

http://www.moj.go.jp/nyuukokukanri/kouhou/nyuukokukanri07_00217.html

（2022年9月7日現在、全国で1,264機関）

<https://www.moj.go.jp/isa/content/930006074.pdf>

技能実習監理団体：認可法人外国人技能実習機構（OTIT）ウェブサイト

https://www.otit.go.jp/search_kanri/

（2022年9月30日現在、全国で3,615団体※）

※許可管理団体（一般）1,871団体

許可管理団体（特別）1,744団体



6-5. 介護関連の在留資格は4つの区分があります ⁴¹⁾⁴⁶⁾⁴⁸⁾⁻⁵¹⁾

2022年11月現在、日本での介護職への外国人受け入れに関しては、表11に示すように、経済連携協定（Economic Partnership Agreement, EPA）制度、在留資格「介護」、外国人技能実習制度、在留資格「特定技能」の4つの区分があります。最新の情報は厚生労働省ウェブサイト（https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_000117702.html）でご確認ください。

表 11. 介護関連の在留資格

	EPA（経済連携協定） 制度	在留資格 「介護」	外国人 技能実習制度	在留資格 「特定技能」
制度主旨	介護福祉士の国家資格 所得を目的とした受け 入れ、二国間の経済連 携強化	専門的・技術的 分野の外国人労働者の受け入れ	日本から相手国への技能 移転	人材不足対応のため の一定の専門性・技 能を有する外国人の 受け入れ
開始年	2008年インドネシア 2009年フィリピン 2014年ベトナム	2017年	1993年制度化、 2017年介護分野開始	2019年
送り出し 国	インドネシア、 フィリピン、ベトナム	制限なし	制限なし	制限なし
在留資格	特定活動	介護	1年目：技能実習1号 2,3年目：技能実習2号 4,5年目：技能実習3号	特定技能1号
受入調整 機関等	公益社団法人国際厚生 事業団（JICWELS）	なし（介護事務 所の自主的な採用活動）	団体監理型：各監理団体、 企業単独型：各企業	登録支援機関による サポート
就労期間	4年。介護福祉士国家試験に合格すれば永続的に滞在可	5年、3年、1年 又は3月（更新可）	5年、3年、1年（技能実習全体として最長は5年）	5年
求められる介護等の知識・経験等	看護学校卒業生、介護士等		団体監理型技能実習の場合、同等業務従事経験を問う場合あり	入国前の試験等で受け入れ業種で適切に4働くために必要な水準を確認
介護福祉士の国家試験の受験義務	国家試験の受験が必須	国家試験の受験が必須	なし	なし
求められる日本語能力（日本語能力試験）	インドネシア・フィリピン：N5程度以上 ベトナム：N3以上	N2以上、またはN2相当以上	入国時：N3程度が望ましい、N4程度は要件 2号移行時：N3程度が要件	入国前：ある程度日常会話ができ、生活に支障がない程度。 介護現場で働く上で必要な日本語能力。
勤務できるサービスの種類	介護保険3施設、認知症グループホーム、特定施設、通所介護、通所リハ、認知症デイ、ショートステイ	制限なし	訪問系サービス以外	訪問系サービス以外

6-6. 非正規滞在外国人について理解しましょう⁵²⁾⁵³⁾

非正規滞在外国人とは在留資格のないまま日本に暮らす外国人を意味し、警察や入国管理局などに通報をせねばならない人を意味するものではないことを理解しましょう（ヒント2「入管法上の通報義務について」を参照）。非正規滞在外国人の多くを占めるのは超過滞在者で、合法的に入国したが許可された在留期間（上陸許可期間）を超えて滞在している外国人と、国内で出生後に在留資格取得手続きを行うことなく滞在している外国人の二つに大別され、前者には後述の在留資格のない難民申請者も含まれます。退去強制手続きの過程において、法務大臣が特別に在留を許可すべき事情があると認めるときには、入管法に従い在留特別許可が出されることもあります。友人宅への同居、会社の寮への住み込みなど、不安定な居住を強いられている方もいます。対象者がどこにいても連絡方法が確保できるよう、心に留めておきましょう。

6-7. 難民申請者の厳しい状況について知っておきましょう⁵⁴⁾⁻⁶⁰⁾

難民 (refugee) は「難民の地位に関する条約（難民条約）」と「難民の地位に関する議定書（難民議定書）」に従って認定され、(1)人種・宗教・国籍・特定集団の所属・政治的意見などを理由に迫害を受けているかそのおそれがある、(2)国籍国の外にいる者である、(3)その国籍国の保護を受けることができないまたは望まない、などを満たす者と定義されます。

日本における難民は、上記のいわゆる条約難民、またはインドシナ難民及び第三国定住により受け入れた難民の三つの区分があります。日本は1970年代後半のインドシナ3国（ベトナム・ラオス・カンボジア）からの難民大量流出を受け、当時、難民条約未加入であったため政治的措置として一時滞在を認め、その後閣議了解により受け入れました。その後、1981年に難民条約に加入しました。インドシナ難民の受け入れ事業は、2005年度で終了し、受け入れたインドシナ難民の数は11,319人にのびりました。条約難民は1982年に難民認定制度が導入されてから2018年末までの間に750人が受け入れられていますが、実際には日本における難民認定は極めて厳しく、申請を行ってから結果がでるまでには平均3年、長い場合で10年近くかかるといわれます。近年の難民認定申請者の数は2017年の申請者が19,629人と最多でしたが、新型コロナウイルス感染症の流行に伴う入国制限の影響で、2021年は2,413人まで減少しました。2021年の申請者の国籍は50ヶ国で、ミャンマー、トルコ、カンボジアの上位3か国で65%を占めています。



図4. 難民認定申請者数と認定数の推移

さらに 2010 年からは、第三国定住の枠組みによって難民を受け入れています。第三国定住とは、すでに母国を逃れて難民となっているが、一次避難国では保護を受けられない人を他国（第三国）が受け入れる制度です。日本で受け入れる第三国定住難民は、難民キャンプにて日本語などの出国前研修を受けた上で、来日後の研修を経て、日本社会への定住へとすすみます。2019 年までに 50 家族 194 人を受け入れました。

以前は、何らかの在留資格がある時点で難民申請を行った場合は、特定活動への資格変更が認められ、3 カ月を超える在留資格であれば住民票が作成でき、国民健康保険の対象となっていました。また 6 カ月を過ぎた在留資格保持者には一律就労資格が認められていました。しかし法務省は、2010 年以降増加したとされる就労目的の難民認定制度の乱用・誤用防止を目的に、難民認定申請者に就労や在留の制限を加えることとし、2018 年 1 月以降は運用が以下のように変わりました。

まず、法務省は難民申請を受理すると、2か月の「特定活動」の在留資格を付与します。2か月の間に難民認定申請者を A～D の案件分類に振り分け、分類ごとに2か月後の在留資格が決まります。表 12 に各案件の在留資格付与の目安を記載します。いずれの場合も、申請者は自分がどの案件かを知ることはできません。

表 12. 難民認定申請者の区分と在留資格の付与

案件分類		在留資格の付与
A	難民条約上の難民である可能性が高いもの、または本国が内戦状況であることにより人道上の配慮を要するもの	在留資格のある申請者は速やかに「特定活動 6 か月、就労可」が付与される。
B	明らかに難民条約上の迫害事由に該当しない事情を主張しているもの	すべての申請者が在留制限となる（在留資格も就労許可も付与されない）。
C	再申請者で正当な理由なく前回と同様の主張を繰り返すもの	
D	上記以外 D1：本来の在留活動（例えば技能実習生としての就労や留学）を行わなくなった後に難民申請をしたもの、または、出国準備の期間を付与された後に難民申請をしたもの D2：D1 以外	D1：「特定活動 3 か月、就労不可」となり、難民申請手続き中はこれを更新していく（特定活動 3 か月を繰り返す）。 D2：「特定活動 3 か月、就労不可」を 2 回更新すると「特定活動 6 か月、就労可」が付与され、住民登録と国民健康保険への加入資格を得る。

上記の A 案件、D2 案件のように、難民認定申請から 8 か月を経過すると就労が許可される場合もあります。一方、在留資格がない場合は、仮放免あるいは仮滞在となります。仮滞在は、就労は認められないが住民票は作成され国民健康保険への加入資格を得ます。仮放免は、就労できず国民健康保険にも入れないため、経済的、身体的に非常に困難な状況の中で難民認定の結果を待ち続けなくてはなりません。

6-8. 仮放免となった場合の対応について知っておきましょう⁵⁷⁾

仮放免とは、入管法違反により収容されていた外国人（被収容者）について、請求により又は職権で一時的に収容を停止し、身柄の拘束を仮に解く措置のことです。日本の入管制度は、違反者に

対し「全件収容主義」を採っていますが、被収容者の健康上の理由、帰国準備等のために身柄の拘束をいったん解く必要が生じる場合などの対応のために、設けられた制度です。

被収容者が病気や負傷した場合は、適切な措置を講じなければならないとされており、入国管理局がその治療の費用を拠出しますが、被仮放免者の医療には必要な手立てが講じられていません。また仮放免された外国人には、就労が認められない、定期的な出頭義務がある、他県へ行く場合に入管の許可を得る必要がある、等の行動制限があります。仮放免となっている場合、出頭時にそのまま収容されることも珍しくなく、連絡が途絶えて治療の中断にもつながりうるため、そのような場合の連絡方法の確保など、日ごろからよく打ち合わせておくことが大切です。

7. 移動（異動）予定

7-1. 一時帰国の予定がないか確認しましょう^{39),61)62)}

多くの国では、年に1回ほど国を挙げてのお祭りや祭日があります。春節と呼ばれる2月の旧暦の正月は、中国や韓国をはじめとして東アジア・東南アジアの国や地域で祝います。フィリピンなどキリスト教信者の多い国では、クリスマスのある12月には長い休暇を取る習慣があります。家族や親族が一堂に会する機会であるため、日本で働く外国人はこれらの時期に合わせて長期休暇を取ることが多いです。

一般的に、日本人の休暇の取り方は他国に比べて短いため、対象者にとっては日本の夏休みや年末年始の休暇では十分ではないと感じる場合があるようです。こちらの考える一時帰国のイメージと合わない場合もありますので、例えば結核の治療を延長する場合の申請などは、期間に余裕を持って進めたほうがよいでしょう。

7-2. 国内・国外の移動（異動）予定を把握して確実な引継ぎを行いましょ

国内の移動では、在留資格が企業内転勤の場合、国内の他の事業所への異動となる場合があります。または、在留資格に関わらず、対象者がより住みやすい環境を求めて引っ越すこともあります。例えば、許可された在留資格に応じた活動以外に、資格外活動としてアルバイトなどに従事する場合があります。国外への移動は、従来は多くが帰国でしたが、近年は再入国可能な永住・定住などの在留資格を持つ人も増えており、必ずしも帰国とは限りません。対象者のこのような移動（異動）予定をできるだけ事前に把握し、先方に確実な引継ぎを行うよう心がけましょう。

〔文：村上邦仁子〕



《第2章における参考文献》

- 1) Ethnologue : language of the world, 25th edition, 2022
- 2) The world almanac, and book of facts 2017, world almanac books, 2017
- 3) 日本政府観光局, 2017, https://www.jnto.go.jp/jpn/statistics/visitor_trends/
- 4) 東京都オリンピック・パラリンピック準備局,
<https://www.2020games.metro.tokyo.jp/multilingual/references/easyjpn.html>
- 5) 海外日本語教育機関調査 2018,
<https://www.jpfi.go.jp/j/project/japanese/survey/result/dl/survey2018/all.pdf>
- 6) 西村明夫, 外国人診療ガイド, メジカルビュー社, 2009
- 7) The World Factbook, 2010 est. , CIA, 2010
- 8) 櫻井義秀・平藤喜久子, よくわかる宗教学, ミネルヴァ書房, 2015
- 9) 井上順孝, 世界のさまざまな宗教, ポプラ社, 2005
- 10) 樋口美作, 佐藤裕一, イスラームの人々・ムスリム, そのくらしと宗教, 偕成社, 2018
- 11) 日本マナー・プロトコール協会, 外国の風習や習慣について,
<http://www.e-manner.info/hospitable/custom.html>
- 12) 小磯千尋, 小磯学, 世界の食文化⑧インド, 農山漁村文化協会, 2006
- 13) 久保陽子他, 日本の病院における救急外来での外国人患者への看護の現状に関する調査, 厚生学の指標, 2014
- 14) R・タイムズ作, 堀内一郎訳, 国際理解に役立つよくわかる世界の宗教(1)イスラム教, 岩崎書店, 1999
- 15) 阿良田麻里子, 世界の食文化⑥インドネシア, 農山漁村文化協会, 2008
- 16) 菊地俊夫, 食の世界—私たちの食を考える—, 二宮書店, 2002
- 17) 阿良田麻里子, 今日からできるムスリム対応, 講談社, 2018
- 18) Islamic Center Japan, サラート(礼拝), <http://www.islamcenter.or.jp/about-islam/prayer/>
- 19) 宇佐見耕一, 他, 世界の社会福祉年鑑 2014, ジェンダーと社会福祉, 旬報社, 2014
- 20) OECD, closing the gender gap, 2014
- 21) 矢野恒太記念会, 世界国勢図会(2022/23) —世界がわかるデータブック, 国勢社, 2022
- 22) アジア経済研究所, 第三世界の働く女性, 明石書店, 1996
- 23) 辻上奈美江, イスラーム世界のジェンダー秩序—「アラブの春」以降の女性たちの闘い, 明石書店, 2014
- 24) 板垣雄三監修, イスラーム世界がよくわかるQ&A100, http://www.aa.tufs.ac.jp/~masato/q_and_a.html
- 25) ジョニー・シーガー著, 原民子訳, 地図でみる世界の女性, 明石書店, 2005
- 26) 幾島幸子訳, 世界比較文化事典—60か国, マクミラン ランゲージハウス, 1999
- 27) 中西優一郎, 図解トラブルを防ぐ! 外国人雇用の実務, 同文館出版, 2014
- 28) 国際研修協力機構, 外国人研修生・技能実習生必携, 日本の生活案内第3版, 財団法人国際研修協力機構, 2005
- 29) 外国人技能実習機構, 技能実習生手帳, 2018
- 30) 李節子, 外国人の母子保健, 日本に生きる世界の母と子, 医学書院, 1998
- 31) 松岡悦子, 小浜正子, 世界の出産, 勉誠出版, 2011
- 32) 多文化医療サービス研究会 -RASC(ラスク)-, MIC かながわタイ語医療研究会, タイの医療と文化,
<http://www.rasc.jp/report/>
- 33) メイリン・ホブグット著, 野口美雪訳, こんなにちがう世界の子育て, 中央公論新社, 2014
- 34) 平山宗宏, 他, 育児の事典, 朝倉書店, 2005
- 35) 恒吉僚子, 他, 育児の国際比較—子どもと社会と親たち(NHK ブックス), 日本放送出版協会, 1997

- 36) 小林米幸, 臨床外国人外来対応マニュアル, ばーそん書房, 2015
- 37) 高橋謙造, 母国と異なる医療習慣への対応, 小児内科, Vol.49, No.6, 東京医学社, 2017
- 38) 二見茜, 堀成美, 外国人医療における日本国内の課題, 小児内科, Vol.49, No.6, 東京医学社, 2017
- 39) 池上重弘, 浜松市と企業・大学・市民による外国人住民受け入れの経緯と課題, 社会政策学会誌「社会政策」Vol.8, No11, ミネルヴァ書房, 2016
- 40) 豊田恵美子他, 国立国際医療センターの取り組み, 在日外国人の結核, 財団法人結核予防会, 2003
- 41) 佐野誠他, すぐに使える! 事例でわかる! 外国人実習・雇用実践ガイド改訂版, 第一法規株式会社, 2018
- 42) 法務省, 在留外国人統計, http://www.moj.go.jp/housei/toukei/toukei_ichiran_touroku.html
- 43) 東京都外国人相談研究会, 改訂外国人よろず相談, 事例と回答 120, 日本加除出版株式会社, 2013
- 44) 出入国在留管理庁, 在留資格一覧表 (令和4年11月現在),
<https://www.moj.go.jp/isa/applications/guide/qaq5.html>
- 45) 出入国在留管理庁, 外国人の受入れ及び共生に関する最近の取組について (改正入管法成立以降), 2019年7月
- 46) JITCO, <https://www.jitco.or.jp/>
- 47) 国際研修協力機構, JITCO 白書 2017 年度版
- 48) 厚生労働省, 外国人介護人材受入れの在り方に関する検討会 会議資料, 2014-2016,
https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-syakai_225506.html
- 49) 「介護分野における特定技能の在留資格に係る制度の運用に関する方針」にかかる運用要領
- 50) 厚生労働省, 外国人介護職員の雇用に関する介護事業者向けガイドブック,
<https://www.mhlw.go.jp/content/12000000/000496822.pdf>, 2019年3月
- 51) 厚生労働省, 介護分野における特定技能外国人材の受入れについて, 2019年3月
- 52) 鈴木江理子, 外国人労働者受け入れを問う, 岩波ブックレット No.916, 2014
- 53) 鈴木江理子, 「見えなくされてしまう」非正規滞在者, 2012,
<http://www.repacp.org/aacp/report/pdf/20120707Suzuki.pdf>
- 54) UNHCR, <http://www.unhcr.org>
- 55) 山田鎌一他, よくわかる入管法第4版, 有斐閣, 2017
- 56) 杉澤経子, 他, これだけは知っておきたい! 外国人相談の基礎知識, 松柏社, 2015
- 57) 大川昭博, 難民と仮放免, 寄稿文, 2018
- 58) 外務省, 難民問題 Q&A, <https://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/nanmin/qa1.html>
- 59) NPO 難民支援協会, 難民を知る, <https://www.refugee.or.jp/refugee/rst.shtml>
- 60) 出入国在留管理庁, 令和3年における難民認定者数等について,
https://www.moj.go.jp/isa/publications/press/07_00027.html
- 61) 永井弘行, Q&A 外国人・留学生支援「よろず相談」ハンドブック, セルバ出版, 2016
- 62) 日本貿易振興機構, 世界の祝祭日, <https://www.jetro.go.jp/world/holiday.html>

5. 『保健行政のための多言語行政文書集』の文書一覧

	日本語	ベトナム語	インドネシア語	ネパール語	ヒンディー語	韓国語	中国語	ミヤンマー語	タイ語	タガログ語	ロシア語	ウクライナ語
結核												
01 就業制限等通知書	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
02 就業制限等通知書(保護者)	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
03 入院勧告書(第 19 条)	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
04 入院勧告書(第 20 条)	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
05 入院延長について(通知)	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
06 結核と診断されたら(第 37 条)	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
07 入院勧告に基づく入院治療の医療費公費負担制度(第 37 条)	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
08 結核と診断されたら(第 37 条の 2)	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
09 一般の結核医療に対する公費負担制度(第 37 条の 2)	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
10 入院費負担義務者について	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
11 接触者健診勧告書	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
精神保健												
07. 措置入院決定のお知らせ	◎	◎	◎	◎							◎	◎
10. 隔離を行うにあたってのお知らせ	◎	◎	◎	◎							◎	◎
11. 身体的拘束を行うにあたってのお知らせ	◎	◎	◎	◎							◎	◎

新型コロナウイルス感染症	日本語	英語	ベトナム語	インドネシア語	ネパール語	中国語	タガログ語	ポルトガル語	フランス語	モンゴル語	タイ語	ミヤンマー語	スペイン語	ロシア語	ウクライナ語
01 8つのポイント	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
02 就業制限	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
03 入院勧告書(第 19 条 1)	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
04 入院勧告書(第 20 条 2)	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
05 入院延長勧告(第 20 条 4)	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
06 積極的疫学調査文例	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
07 患者・疑似症患者臨床情報調査票 (接触的疫学調査票)	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
08 行動 (感染源) 調査票 (接触的疫学調査票)	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
09 行動 (接触者探索) 調査票 (接触的疫学調査票)	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
10 接触者リスト (接触的疫学調査票)	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
11 接触者健康観察票 (接触的疫学調査票)	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
12 感染した方へ	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
13 家庭内での8つのポイント	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
14 濃厚接触者の方へ	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
15 自宅療養チラシ vol.1	◎	◎					◎								
15 自宅療養チラシ vol.2	◎								◎						

全国保健所長会ウェブサイトにて公開中 (ダウンロード可)

 http://www.phcd.jp/02/t_gaikoku/

演題発表に關連し、発表者らに開示すべきCOI関係にある企業などはありません

颯陽子（熊本県菊池保健所）、岩本あづさ（国立国際医療研究センター国際医療協力局）、大塚優子（神奈川県平塚保健福祉事務所秦野センター）、須藤章（兵庫県丹波健康福祉事務所）、平野雅穂（豊橋市保健所）、堀江徹（長崎県北保健所）、矢野亮佑（盛岡市保健所）、村上邦仁子（東京都西多摩保健所）、松井三明（神戸大学大学院保健学研究科）、渡邊洋子（八王子市保健所）、四方啓裕（福井県若狭保健所）

【目的】 新型コロナウイルス感染症対応においても、全国の保健所で外国人対応をする機会があり多くの経験が積まれた。事例を収集、分析することで、今後の保健所による新型コロナウイルス感染症の外国人患者対応、ひいては他の感染症における外国人対応の質の向上に資することを目的とする。

【方法】 研究班員が勤務する保健所で経験した外国人対応事例を集めた。事例ごとにキーワードを抽出し、共通する項目ごとに、対応の実際や良かった点、課題についてまとめた。研究班内で対応のTipsをまとめた。

【結果】

- 7保健所（4県型、3政令市・中核市）の38事例が収集された。
- 対応した外国人事例の国籍：フィリピン、ボリビア、ラオス、インド、ネパール、ペルー、ブラジル、ベトナム、中国、カンボジア、インドネシア



- 【考察】**
- ・ 事例を通じて、外国人対応の時に特に注意すること、各保健所で工夫した対応をしていることが浮かび上がった。
 - ・ 特に「疾患への認識の違い、文化の違い」に關してのエピソードが多く、認識が日本人と異なることを意識した対応が求められる。

● キーワードとエピソード

- <言葉の問題>
 - ✓ 友人や家族などに通訳を頼んでいることが多いがプライバシーの確保が難しい
 - ✓ 通訳依頼できても聞取りに時間がかかる
- <連携した組織・支援者>
 - ✓ 学校や大学健康管理センターと連携調査
 - ✓ 国際交流センターへ通訳を依頼
 - ✓ 国際課が啓発資材作製、住宅課が配布
- <職場との連携>
 - ✓ 職場を通じた調査、啓発を行った
 - ✓ 時に非常に差別的な対応もあった
- <医療機関での対応の問題>
 - ✓ 外国人診療に抵抗感が強く、無保険だと診療を拒否される
- <使った資材>
 - 多言語行政文書、チラシ、ポスター、通訳サービス/アプリ
- <通信手段の問題>
 - ✓ 電話を複数人で共有している
 - ✓ SNSしか通信手段を持たない

<移動手段の問題>

- ✓ 車を持っていないことが多い
- <感染が拡大した要因>
 - ✓ 圏域を超えたコミュニティのつながりがある。その国特有のイベントの季節に陽性者が増える。
- <疾患への認識の違い、文化の違い>
 - ✓ 「隔離」「濃厚接触」を理解しても、らうのが難しい。隔離期間中でも、自宅パーティー三昧だった人、別室で過ごしていても食事は一緒にしていた人などがいた
 - ✓ 「家族」は同居家族だけでなく集まることは通常。「会食なし」と回答
- <家庭内隔離の問題>
 - ✓ 狭いアパートをシェアして暮らす
- <宿泊療養での問題>
 - ✓ 言葉の問題で施設利用のルールが伝えられないなど、外国人は宿泊療養を断られることもある
- <経済的問題>
 - ✓ 所得が減るので、仕事は休まない

『保健行政窓口のための外国人対応の手引き』内に「新型コロナウイルス感染症対応から見えたこと」としてTipsをまとめています。ご活用ください。 (C)全国保健所長会HP内 http://www.phccd.jp/02/t_gaikoku/pdf/tmp01.pdf?202204

グローバルヘルスへの貢献

(公財) 結核予防会ネパール事務所
都市結核強化プロジェクト担当
下内 昭

略歴

1977年京都府立医科大学卒業
大阪鉄道病院研修医、結核病棟あり、INH,SM,PAS 2年間治療
1979-82年厚生省公衆衛生局地域保健課、保健情報課
1980-82年ロンドン公衆衛生熱帯医学校 (LSHTM)
MSc Community Medicine, Diploma TMH
1983-85年環境庁特殊疾病対策室 (水俣病担当)
1985-92年WHO西太平洋地域事務局小児肺炎担当医官(5歳未満児：呼吸数を数え、triage)
1992-93 京都府立医科大学公衆衛生学教室専任講師
1993-96京都府園部保健所長 (検診フィルムを見直し、異常陰影がある者からの発病率が高い)
1996-2002 (公財) 結核予防会結核研究所国際協力部
2002-09大阪市保健所感染症対策監
2009-13 (公財) 結核予防会結核研究所副所長
2013-22 大阪市西成区結核対策特別顧問(ホームレス、生活保護受給者の結核検診)
2022.4-(公財) 結核予防会ネパール事務所
高齢者施設、僧院の定期健診、胸部X線による接触者検診

グローバルヘルスの最終目標

- 途上国の健康状況を改善し、死亡率を下げ、多くの子供を産まなくてよいと人々が感じるようになり、家族計画を成功させ、地球上の人口爆発を防ぐことである。
- いかに、近代化が進んでも、人口爆発を止められなければ、地球の資源が枯渇し、地球の生物全体が滅亡に向かうのは明らかである。
- 従って、先進国は、自国民の健康だけに力を注ぐのではなく、途上国の人々の健康改善の支援に、もっと重点を移すべきである。
- 少なくとも、ある一定の割合の人々が常に、継続して関わるべきである。

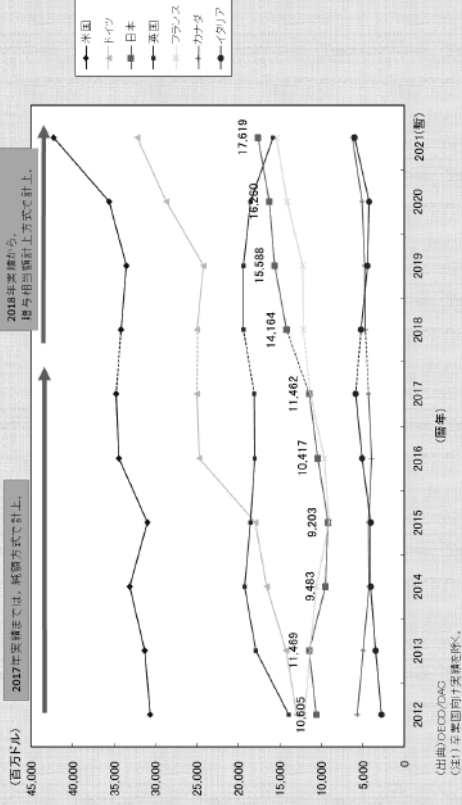
人口構造の変化

- 感染症による死亡の減少、母子保健の改善により、乳児死亡率の減少、若年者の死亡率の減少により、家族計画実施率が高まり、結果として、出生率が下がる。さらに産業構造の変化、農業から工業、サービス業への転換により、子供に対する教育費が増加し、必要な労働力から、教育費支出のための負担に変わり、出生数を抑える方向に働く。東南アジアでは、タイがいち早く、多産多死から少産少死へと移行したが、その際にもデモプロバレーという避妊のためのホルモン剤が月1回の筋注で促進された経緯がある。その点、フィリピンはカトリック教会が強さく、避妊に対して消極的であったことが、人口増加が著しいことにつながっている。

日本国憲法前文

日本国民は、恒久の平和を念願し、人間相互の関係を支配する崇高な理想を深く自覚するのである。平和を愛する諸国民の公正と信義に信頼して、われらの安全と生存を保持しようと決意した。われらは、平和を維持し、専制と隷従、圧迫と偏狭を地上から永遠に除去しようとし、努力を怠らぬ。われらは、全世界の国民が、ひとしく恐怖と欠乏から免かれ、平和のうちに生存する権利を有することを確認する。

主要援助国のODA実績の推移（OECD/DAC標準「支出総額ベース」(2017年まで)／相当相対額ベース(2018年から)】



- 外務省の方針として、世界に貢献することが示されている。

- 世界の援助国が2001年にアメリカで起きた同時多発テロ以降、「貧困がテロの温床になっている」という考えから欧米諸国がODA額を増やしていることは、前項ですでに説明したとおりですが、さらに、同じ額のODAでより高い効果を目指そうという取り組みも進められている。
- 中村哲先生がアフガニスタンで医療支援から、灌漑による農業振興により、麻薬生産依存から脱却し、テロの根源となっている貧困から脱出するよう努力したことは、皆が認めている。

ODA：額より内容

日本の公衆衛生医ができること

公衆衛生でいつも言われるのは、事業をなすには、ヒト、モノ、カネ 人材、知識・技術、予算 が必要。

保健所スタッフ、結核対策(NCD?)、 JICA, グローバルファンド

貧しい途上国でも貢献できる課題とは
母子保健、災害対策、感染症対策もあるでしょうが
結核対策には知識・技術、途上国への特別予算がある。

グローバルファンド

- 三大感染症といわれるエイズ、結核、マラリアは、世界で年間240万人以上の命を奪い、貧しい国の発展を妨げる重大な要因となっている。
- 低・中所得国での三大感染症対策に資金を提供する機関として、2002年1月にスイスに設立。G7をはじめとする各国の政府や民間財団、企業など、国際社会から大規模な資金を調達し。
- 低・中所得国が自ら行う三大感染症の予防、治療、感染者支援、保健システム強化に資金を提供。
- 100以上の国・地域に年間30-40億ドル
- 2000年のG8九州・沖縄サミットで、議長国日本が感染症対策を主要課題として取り上げ、追加的資金調達と国際的なパートナーシップの必要性についてG8諸国が確認したことが、グローバルファンド設立の発端となりました。日本はグローバルファンドの「生みの親」

大阪市西成区あいりん地域における 9年間(2013-2022)の経験より

LTBI治療について

- 米国の結核罹患率は世界で最も低い。
- 人口10万対2.4 (2021)
- 移民も多いが、DOTをニューヨークやサンフランシスコで協力に実施した。
- LTBI治療に昔から力を入れている。
- 日本の学生が、米留学時にツ反をし、INH予防内服を勧められる。日本ではBCGをしているためだと説明したことを覚えてい
- 米国では、既感染者でも、LTBI治療をする。
- サンフランシスコでは、ホームレス、高齢者にIGRAを行い、予防内服をし、(発表されていないが) その対象者は結核患者の20倍を超える計算になった。
日本のLTBI治療対象者数/結核患者数=0.5

(3)潜在性結核感染症(LTBI)治療の推進 (LTBI: latent tuberculosis infection)

- ① 高齢接触者に対する積極的LTBI治療
シエムレスや簡易宿所で塗抹陽性患者が発見された場合。
ホームレスに対しても療養支援事業を利用して、積極的に実施。
- ② 未治療陳旧性結核患者へのLTBI治療
健診で発見した未治療陳旧性結核患者に対するLTBI治療を行う。
- ③ リファンピシン単剤治療の推進
あいりん地域でDOTが可能であれば、実施する。

○塗抹陽性患者発生アパートへの接触者健診

簡易宿泊所転用アパートの様子

3~4畳
一間
部屋のみ



浴室・トイレ・洗面等
共同が多い



以前は、簡易宿泊所は個室であるから、塗抹陽性患者が発見されても接触者健診は実施していなかった。しかし、同じ簡易宿泊所でVNTR一致例が出たため、同じ階の住人に対しては、実施するようになった。

13

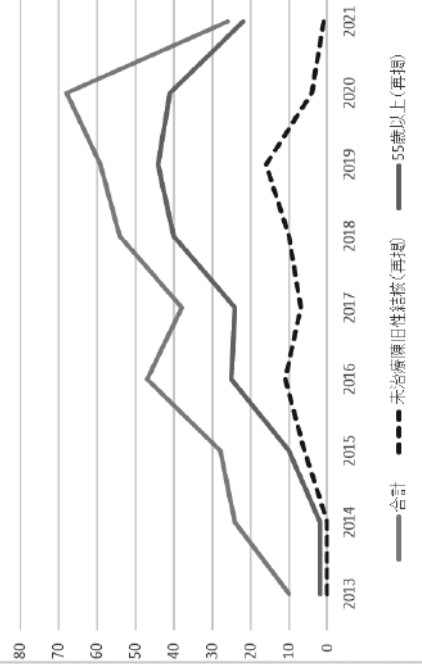
シェア利用者に対する接触者健診



建物概要

- 2階建
- 面積 706㎡ (延床面積 1376㎡)
- 2段ベッド 266台 (定員 532名)

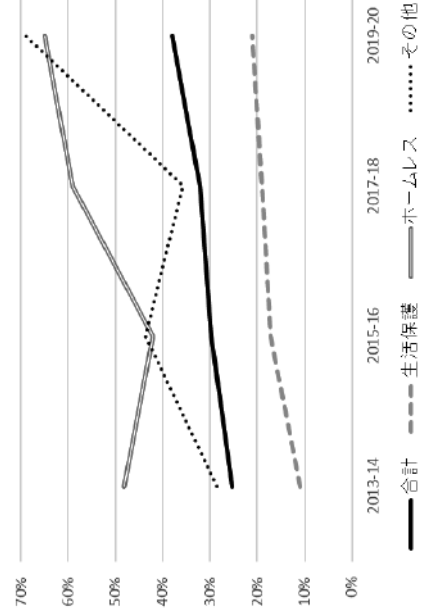
西成区におけるLTBI治療者数(人)の推移



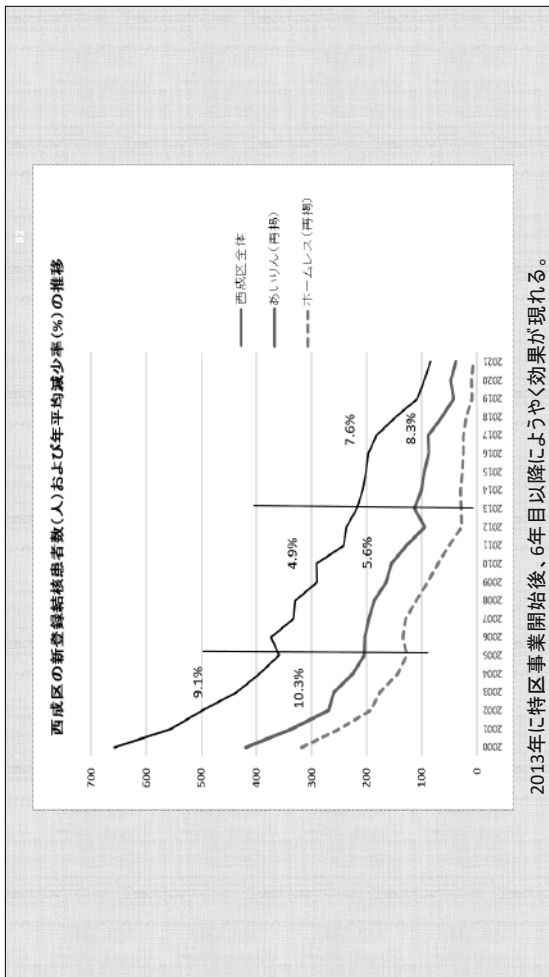
対策開始当初に比べ、最高6倍以上に増えた。

15

大阪市西成区あいりん地域における結核患者の
健診発見割合の推移(%)



76



2013年に特区事業開始後、6年目以降によりやく効果が現れる。

あいりん地域でのLTBI治療

INH・RFPによるLTBI治療での肝障害発生率(2014-2020年)有意差あり

	肝障害あり	肝障害なし
INH	24 (22.4%)	83 (77.6%)
RFP	0 (0%)	24 (100%)

肝機能障害: AST、ALTいずれかが150U/Lを超えるとき

INHによるLTBI治療での肝障害発生率(2014-2020年)いずれの要因でも有意差なし

	肝障害あり	肝障害なし
年齢(54-83)	7 (16.3%)	36 (83.7%)
64歳以下	17 (26.6%)	47 (73.4%)
65歳以上	10 (26.3%)	28 (73.7%)
社会的状況	14 (20.3%)	55 (79.7%)
ホームレス	8 (27.6%)	21 (72.4%)
その他	16 (20.5%)	62 (79.5%)
胸部X線	12 (26.7%)	33 (73.3%)
陈旧性変化	11 (18.0%)	50 (82.0%)
異常なし	19 (25.7%)	55 (74.3%)
飲酒	4 (13.3%)	26 (86.7%)
あり		
なし		
喫煙		
あり		
なし		

あいりん地域での2014-2020年のLTBI治療では、INHでは肝障害による中断例がみられたがRFPでは肝障害なく治療完了した。

全年齢LTBI治療結果

	合計	完了率 n(%)	副作用による中止		χ^2 検定P値
			他の指示中止	自己中止	
大府府 INH	3450	2970(86.1)	255(7.4)	225(6.5)	0.052 有意差なし
2010-20 RFP	94	87(92.6)	2(2.1)	5(5.3)	
[大府府]は政令市を含まない。					
大府市 INH	1895	1648(87.0)	133(7.0)	114(6.0)	0.452 有意差なし
2011-18 RFP	132	121(91.7)	7(5.3)	4(3.0)	

但し、肝機能検査の結果等、客観的資料は記録されていない。

この結果により、2021年4月から、あいりん地域では、LTBI治療をRFP単剤治療4か月で開始し、毎日服薬確認による支援により、2021.4-2022.10 あいりん地域で対象50-84歳の年齢層にLTBI治療開始24名を開始した。

6H: 2名、3HR: 19名、Rから3HR:1名、HからR: 1名、4R: 1名 即ち、4Rあるいは3HRの新しいレジメンでの治療実施者が92%

治療成績は中断1名、治療中1名、治療完了者22名

このように、治療完了率は96%(22/23)と非常に高い。

従って、新しいレジメン3HR, 4Rの利点が明らかである。

結核医療の基準の改訂 2021年10月18日

潜在性結核感染症の化学療法

原則として、次の(1)又は(2)に掲げる通りとする。

ただし、INHが使用できない場合又はINHの副作用が予想される場合には、RFP単独療法を4月行う。

(1) INHの単独療法を6月行い、必要に応じて更に3月行う。

(2) INH及びRFPの2剤併用療法を3月ないし4月間行う。

因みに現在、ネパールなどの途上国では、WHOの推奨で、接触者検査として、GeneXpert陽性患者家族の5歳未満だけにLTB₄治療を3HRで実施している。

現在の私の仕事

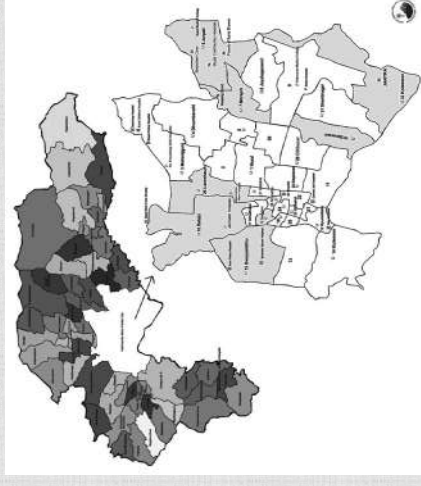
カトマンズ市における積極的結核患者発見プロジェクト

Project for Strengthening Urban TB Control Program
by Active Tuberculosis Case Finding

23

カトマンズの結核の状況

- ネパールの推計結核罹患率は人口10万対229、日本の20倍で、かつ患者の60%は診断治療を受けていない。
- ネパールの患者登録率:人口10万対109に對し、カトマンズ郡の登録率は136と高い(2019年)
- カトマンズ郡は国全体の結核患者の10%(2772/27745)を占め、人口割合(6.6%)以上に結核患者が多い(第3州 Bagmati)における郡の中でも上位)
- カトマンズ市治療成功率(2019/2020年)79%は、全国の91%より低い。(2018/2019)
- スラムや工場労働者の多い地域をカバーするUHC8施設を重点対象とする(カトマンズ市にて結核サービズ提供UHCは21箇所)



24

事業内容

【事業期間】 3年（2022年～2025年）

【上位目標】 カトマンズ市における結核対策プログラムが強化され結核患者の早期発見及び適切な治療が実施される

【プロジェクト目標】

カトマンズ市における結核対策プログラムが強化される

具体的には、結核診断における新しい技術の導入と医療従事者、ボランティアの連携強化等により結核患者の早期発見・早期治療が提供されることで、結核感染拡大が防止される。さらに、研修と実践を通じて医療従事者とボランティアの知識や技術が向上し、持続的成長に貢献する

カトマンズ市における結核患者発見数はCovid-19の影響で、一旦、減少したが、プロジェクト開始前に回復し、プロジェクト1年次は続けて増加した。

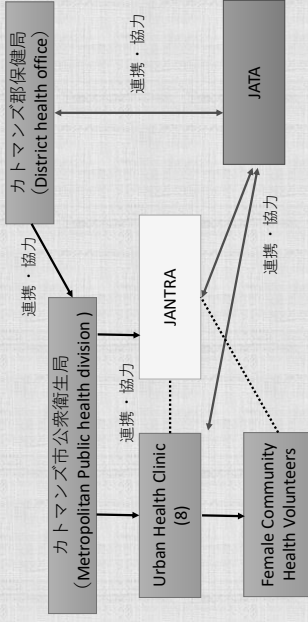
2019: 1030, 2020: 828, 2021: 1035, 2022.1-10: 1583

【成果】

1. 結核の患者発見が強化される
2. 患者中心の治療サービスの強化される
3. モニタリング、監督指導が行われる

連携する関係機関・団体

保健省国家結核対策センター（National Tuberculosis Center）



事業内容 (1) 患者発見強化

1. 感度の高い検査機器の導入（デジタルX線、TB-LAMP, GeneXpert）



2. 医療従事者・ボランティアへの接触者検診に関する研修や月例会

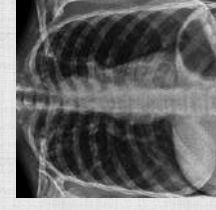
3. 出張検診の実施：患者接触者 8UHC地区の僧侶の僧侶 スラム地区住民 高齢者施設入所者、15歳以上の者であり、症状の有無を問わない。年間の検診受診者を1年目の5000人から10000-15000人を目指す。

4. 喀痰運搬・検査連携の構築

5. 啓発活動の実施

⇒従来の医療施設受診患者に加え、コミュニティでの出張検診を実施することで、より多くの結核患者を見つけ、治療する。

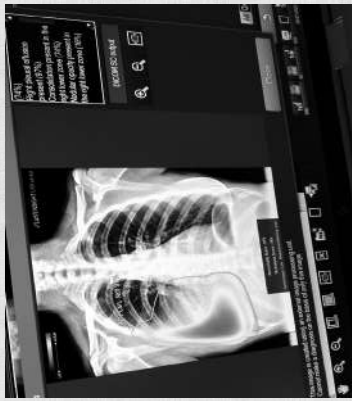
Conduct of TB screening with chest X-ray (TB camp)



出張検診の実際の場面



撮影した画像が即座にPCに送られ、その場で、参加者に説明ができる。



AIにより、病巣の箇所が色で示され、患者に分かりやすい。

29

カトマンズにおける結核検診結果(2022.7-11)

年齢群	検診受診者		結核患者		発見率	
	人数	人数	人数	%	人数	%
0-4	0	0	0	0.0%	0	0.0%
5-14	67	2	2	3.0%	2	3.0%
15-24	1227	12	12	1.0%	12	1.0%
25-34	881	5	5	0.6%	5	0.6%
35-44	831	4	4	0.5%	4	0.5%
45-54	637	3	3	0.5%	3	0.5%
55-64	320	9	9	2.8%	9	2.8%
65+	310	10	10	3.2%	10	3.2%
計	4273	45	45	1.1%	45	1.1%

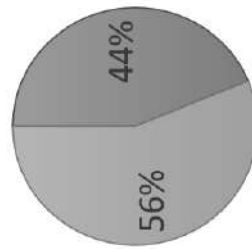
職業	検診受診者		結核患者		発見率	
	人数	人数	人数	%	人数	%
患者家族接触者	60	3	3	5.0%	3	5.0%
退職者	32	1	1	3.1%	1	3.1%
無職	776	16	16	2.1%	16	2.1%
自営業	355	5	5	1.4%	5	1.4%
学生	987	12	12	1.2%	12	1.2%
日雇い労働者	133	1	1	0.8%	1	0.8%
工場労働者	354	1	1	0.3%	1	0.3%
事務職員	757	2	2	0.3%	2	0.3%
その他	819	4	4	0.5%	4	0.5%
計	4273	45	45	1.1%	45	1.1%

all pulmonary TB



■ asymptomatic
■ symptomatic

Bacilli(+) in sputum



■ asymptomatic
■ symptomatic

接触者検診の実例 「結核に家族で戦う」

リーフレットにして、健康教育に使う予定



胸部X線は安全で感度の高い検査方法です。1回の放射線量は、一年間に自然界から受ける総放射線量の1-2%にしか過ぎない。5歳の子供も放射線パネルの前に立

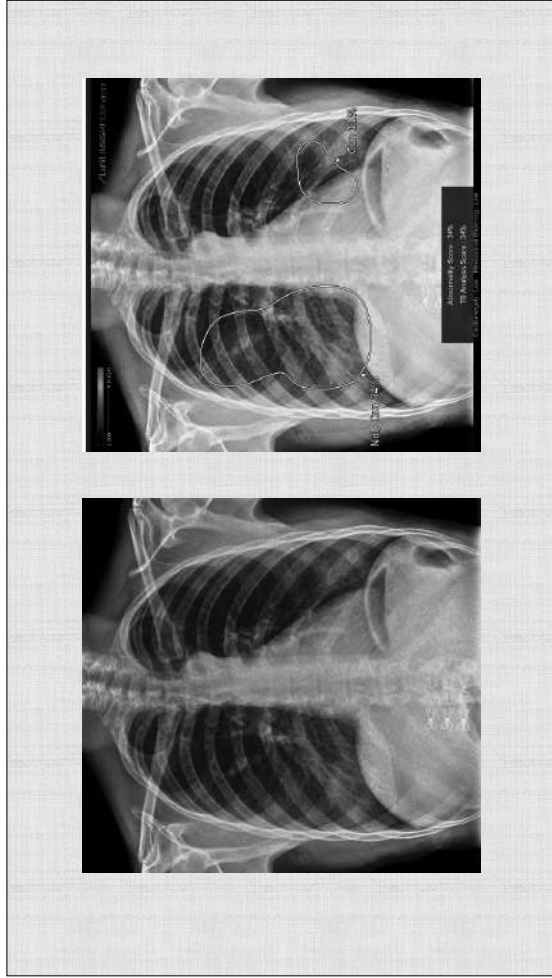
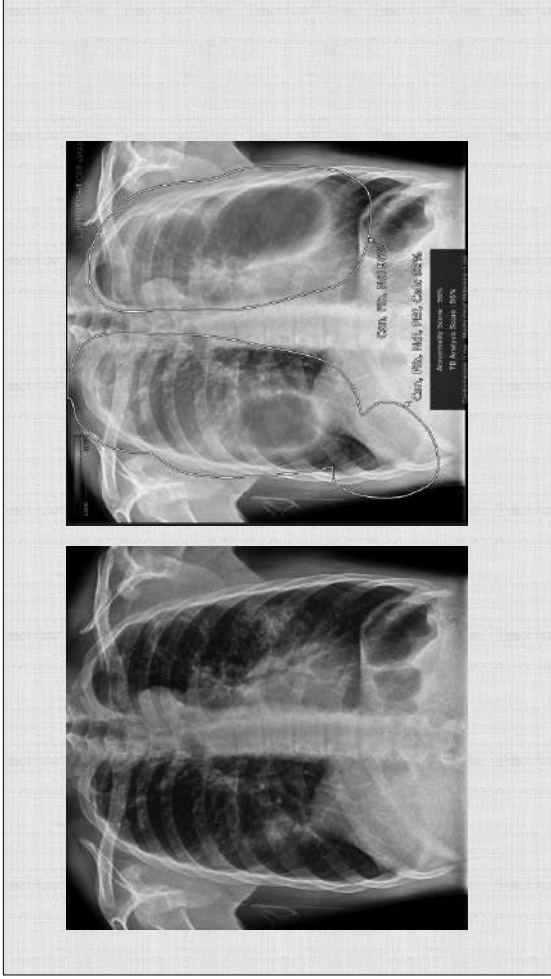
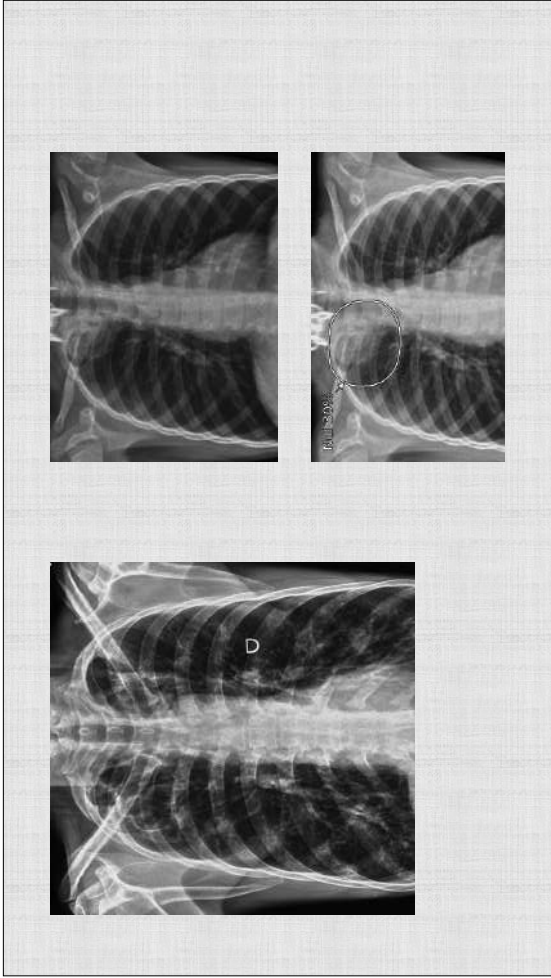
母親は結核治療中だが、感染源であった父親は治療を中断し、その後、結核検診を受けに来て、再発していることが判明。すぐに、治療を再開。家族全員にX線検査をしたところ、5歳の女の子の発病が判明し、すぐに治療を開始した。



13歳の兄も検査。



家族に検査結果を説明中。



事業の継続性

- JAPAN-NEPAL HEALTH & TUBERCULOSIS RESEARCH ASSOCIATION (JANTRA)は、結核予防会(JATA)がJICAのネパールでのプロジェクトが終了する際に、結核対策を支援するために、設立したLocal NGOで、予防会からのシール募金、現在は外務省のプロジェクト支援だけでなく、現在は、そのほとんどをGlobal Fundから資金を得て活動している。
- 国内で先進的な技術・方法を導入し、地域に根差した、結核患者の発見、治療支援を続ける限り、これからも長くGlobal Fundの資金を受け続けることができると期待できる。
- この秋も岸田首相が米国で同Fund会議での拠出を約束した。

ODA：額より内容

日本の公衆衛生医ができること

公衆衛生でいっても言われるのは、事業をなすには、ヒト、モノ、カネ 人材、知識・技術、予算 が必要。

保健所スタッフ、結核対策(NCD?)、 JICA, グローバルファンド

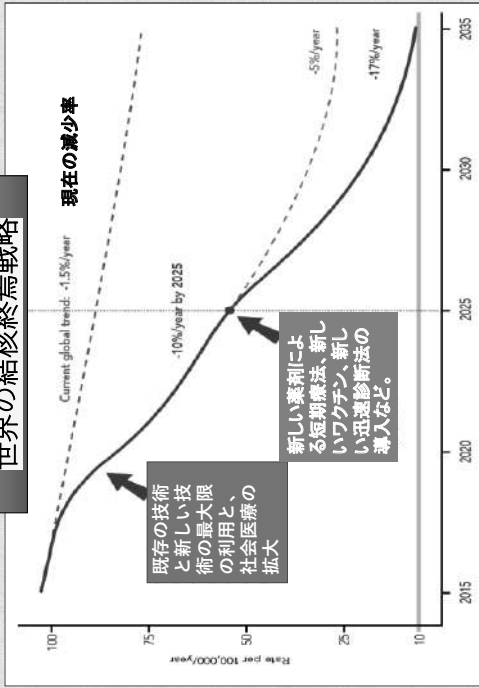
結核対策の知識・技術・経験

胸部X線検査による結核検診

LTBI治療の拡大

世界の結核終焉戦略

X線
迅速細菌学
検査
LTBI治療の
拡大



アンナブルナ運峰

マナスル

ガネーシヒマール

ご清聴ありがとうございました

令和4年度 地域保健総合推進事業
「グローバル化時代における保健所の機能強化と国際社会への貢献に関する研究」
報告書

発行日 令和5年3月
編集・発行 日本公衆衛生協会
分担事業者 矢野 亮佑（盛岡市保健所 所長）
〒020-0884 岩手県盛岡市神明町3-29
TEL 019-603-8301
FAX 019-654-5665

