

# 超過滞在外国人における結核症例の検討

— 最近3年間の活動 —

山村 淳平 沢田 貴志

**要旨：**最近の3年間に港町診療所で経験した超過滞在外国人の結核症例32例を検討した。対象症例の男女比は2.5:1で、各年齢層ではほぼ均等に分布していた。国籍では東アジアおよび東南アジア出身者が全体の87%を占めていた。超過滞在のため健康保険に加入することができず、医療機関を受診する機会は少なく、受診の遅れが多くみられた。しかし、一方では無料結核検診での発見例も22%にみられ、早期発見には結核検診と医療機関への受診促進の重要性が示唆された。肺外結核は全症例の28%にみられ、高い比率を示していた。治療成績について、1990年から1998年までの治療中断率は41%ときわめて高かったが、今回は12%と減少していた。以下の点を積極的に実施していったことが治療中断率の減少につながったと考える。①結核予防法の申請による経済負担の軽減、②多言語での対応、③治療開始時の結核についての十分な説明、④厳重な経過観察、⑤国内外の団体との連携および情報交換。

**キーワード：**結核、超過滞在外国人、治療中断、帰国、国際連絡網

## はじめに

筆者らは1990年から1998年までの9年間の超過滞在外国人の結核症例を検討し、早期発見の遅れ・未治療・治療中断・帰国などの問題点を指摘し、その対策について言及した<sup>1)</sup>。そうした問題の解決にむけ具体的な活動を試み、それから3年が経過している。本稿では、最近3年間の症例を再び検討し、前回の報告と比較しながら、活動内容を中心に述べる。

## 対象と方法

対象は1999年から2001年までの3年間に港町診療所を受診した結核症例32例である。その内訳は、当所に通院した19例、排菌しているため他院へ紹介した9例、他院退院後当所へ紹介された4例で、1例を除きすべての例は健康保険に加入できない超過滞在外国人である。その1例は日本に住む家族を訪れた短期ビザの学生であり、健康保険を持っていなかった。対象症例の多くは菌・組織検査の結果から診断されているが、ガフキー陰性・培養陰性の軽症例は抗結核薬投与中の病巣の縮小変化に

より診断されている。

対象症例の年次推移・性・年齢・国籍・居住地・在日期間・発見動機・自覚症状出現から受診までの期間・受診から診断までの期間・部位別診断・菌検査成績・X線写真病型分類・治療成績について検討した。当所を含む医療機関の入院および外来診療記録をもとに調査を行い、帰国例についても帰国後の追跡調査をできるだけ行った。また、治療中断および帰国の理由もあわせて検討した。

当所ではこれまで無料外国人結核検診などをおとして医療機関への受診促進をはかってきたが<sup>2)</sup>、最近の3年間については、未治療・治療中断・帰国による治療中断を防ぐため、下記の方針を徹底して行った。

- ① 結核予防法の申請による経済負担の軽減
- ② 多言語での対応
- ③ 治療開始時の結核についての十分な説明
- ④ 厳重な経過観察
- ⑤ 国内外の他団体との連携および情報交換

そして、具体的な実践活動として次のことを試みてきた。

- 未治療と外来治療中断に対して

初診時に結核を強く疑った場合、未治療や治療中断の可能性を念頭におき、患者・家族・友人の住所と電話番号をかきとめた。治療開始時には、例外なく結核予防法の申請を早めに行い、同国人の通訳者をまじえながら母国語で結核の危険性と治療の必要性を説明し、治療費は公費負担であることを強調した。外来治療では診療日をあらかじめ指定し、担当医がカレンダーに名前を記入し、その日に来院しなければ、患者・家族・友人に電話連絡した。それでも来院しなければ、患者の自宅を直接訪問し来院と服薬の必要性を説明した。

Table 1 Background

|                              |                           | No. | %  |
|------------------------------|---------------------------|-----|----|
| Total                        |                           | 32  | —  |
| Year                         | 1999                      | 16  | —  |
|                              | 2000                      | 9   | —  |
|                              | 2001                      | 7   | —  |
| Sex                          | Male                      | 23  | 72 |
|                              | Female                    | 9   | 28 |
| Age group<br>(Years)         | 20-24                     | 2   | 6  |
|                              | 25-29                     | 6   | 19 |
|                              | 30-34                     | 6   | 19 |
|                              | 35-39                     | 5   | 16 |
|                              | 40-44                     | 2   | 6  |
|                              | 45-49                     | 7   | 22 |
|                              | 50≤                       | 4   | 13 |
| Nationality                  | Koreans                   | 10  | 31 |
|                              | Filipinos                 | 8   | 25 |
|                              | Thais                     | 4   | 13 |
|                              | Malaysians                | 2   | 6  |
|                              | Chinese                   | 2   | 6  |
|                              | Taiwanese                 | 1   | 3  |
|                              | Burmese                   | 1   | 3  |
|                              | Indians                   | 1   | 3  |
|                              | Nepalese                  | 1   | 3  |
|                              | Bolivians                 | 1   | 3  |
| Guineans                     | 1                         | 3   |    |
| Residential<br>area          | Kanagawa                  | 17  | 53 |
|                              | Tokyo                     | 11  | 34 |
|                              | Saitama                   | 2   | 6  |
|                              | Chiba                     | 1   | 3  |
|                              | Tochigi                   | 1   | 3  |
| Time in<br>Japan<br>(Months) | 0-3                       | 2   | 10 |
|                              | 4-6                       | 1   | 5  |
|                              | 7-12                      | 0   | 0  |
|                              | 13-24                     | 2   | 10 |
|                              | 25-36                     | 6   | 28 |
|                              | 37-48                     | 2   | 10 |
|                              | 49-60                     | 1   | 5  |
|                              | 61≤                       | 7   | 33 |
| Unknown                      | 11                        | —   |    |
| Detection                    | Symptoms                  | 25  | 78 |
|                              | Tuberculosis<br>screening | 7   | 22 |

#### ●入院治療中断および退院後治療中断に対して

入院治療から外来治療にきりかわる際、患者が治療終了と勘違いしてしまい、中断となった例をこれまでも何度か経験している。そこで、紹介先の病院にかならず見舞いに行き、数カ月間の入院の必要性と退院後の外来治療継続を説明した。そして、病院の主治医やソーシャルワーカーとも密に連絡をとりあっていた。

#### ●帰国希望に対して

患者が帰国を希望した場合、母国の医療事情—結核の治療を行うには、医療環境が十分に整っていないこと—を説明し、十分に理解が得られなければ、同国人の友人やNGOの職員をまじえながら、日本での治療の利点を説明した。それにもかかわらず患者の帰国の意志が強ければ、治療継続のため、母国での医療機関・行政組織・NGOと連絡をとり、患者の経過観察を依頼していた。

## 結 果

### (a) 対象症例の背景 (Table 1)

年次推移では、1999年は16例であったが、2000年は9例、2001年は7例であった。

男女比は2.5:1で、年齢層では、20代前半と40代前半を除いて、ほぼ均等に分布していた。

国籍別では、韓国が最も多く、フィリピン・タイ・マレーシア・中国と続き、東南アジアと東アジア出身者が全体の87%を占めていた。

居住地では、神奈川県と東京都が全体の87%を占めていた。

在日期間が判明している21例のうち、25カ月以上の長期滞在者は全体の76%を占めていた。一方、入国後6カ月以内に発見された例は15%にみられた。

発見動機では、有症状受診例が78%、検診発見例が22%であった。

### (b) 自覚症状出現から受診までの期間 (Table 2)

検診発見7例を除き、自覚症状のある25例について検討した。自覚症状出現から受診までの期間についてみると、その平均期間は1.9カ月(中央値1カ月)で、1カ月以上の受診の遅れは40%にみられ、なかには8カ月や9カ月の受診の遅れた例もあった。

### (c) 受診から診断までの期間および部位別結核 (Table 3)

受診から診断までの期間についてみると、その平均期間は1.0カ月(中央値0.25カ月)で、91%は1カ月以内に診断がなされていた。しかし、なかには17カ月も診断の遅れた例があり、この症例を除けば平均期間は0.5カ月(中央値0.25カ月)であった。

部位別結核の内訳は、肺結核例が63%、肺外結核合併肺結核例が9%、肺外結核例が28%であった。肺外結

**Table 2** Patient's delay and classification by organ

| Organ                                    | Months |      |    |    |    |   |   | Total | %   |
|--|--------|------|----|----|----|---|---|-------|-----|
|  | <1/4   | <1/2 | <1 | <2 | 3  | 8 | 9 |       |     |
| Pulmonary                                | 3      | 1    | 3  | 2  | 3  | 1 | 0 | 13*   | 52  |
| Pulmonary & Extrapulmonary               | 1      | 0    | 1  | 1  | 0  | 0 | 0 | 3     | 12  |
| Cervical lymph node                      | 0      | 0    | 3  | 1  | 0  | 0 | 1 | 5     | 20  |
| Pleura                                   | 0      | 0    | 1  | 0  | 0  | 0 | 0 | 1     | 4   |
| Hilar/Mediastinal lymph node & Meningina | 0      | 0    | 1  | 0  | 0  | 0 | 0 | 1     | 4   |
| Miliary                                  | 0      | 0    | 0  | 0  | 1  | 0 | 0 | 1     | 4   |
| Colon                                    | 0      | 1    | 0  | 0  | 0  | 0 | 0 | 1     | 4   |
| Total                                    | 4      | 2    | 9  | 4  | 4  | 1 | 1 | 25    |     |
| %  | 16     | 8    | 36 | 16 | 16 | 4 | 4 |       | 100 |

\*Excluding seven cases to be detected by tuberculosis screening

**Table 3** Doctor's delay and classification by organ

| Organ                                    | Months |      |    |    |    | Total | %   |
|--|--------|------|----|----|----|-------|-----|
|  | <1/4   | <1/2 | <1 | <2 | 17 |       |     |
| Pulmonary                                | 11     | 5    | 3  | 1  | 0  | 20    | 63  |
| Pulmonary & Extrapulmonary               | 2      | 0    | 1  | 0  | 0  | 3     | 9   |
| Cervical lymph node                      | 2      | 1    | 1  | 1  | 0  | 5     | 16  |
| Pleura                                   | 1      | 0    | 0  | 0  | 0  | 1     | 3   |
| Hilar/Mediastinal lymph node & Meningina | 0      | 1    | 0  | 0  | 0  | 1     | 3   |
| Miliary                                  | 1      | 0    | 0  | 0  | 0  | 1     | 3   |
| Colon                                    | 0      | 0    | 0  | 0  | 1  | 1     | 3   |
| Total                                    | 17     | 7    | 5  | 2  | 1  | 32    |     |
| %  | 53     | 22   | 16 | 6  | 3  |       | 100 |

**Table 4** Bacteriological confirmation

|                | Smear positive<br>Culture positive | Smear negative<br>Culture positive | Smear negative<br>Culture negative | Unknown | Total |
|----------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|---------|-------|
| Pulmonary      | 10                                 | 2                                  | 9                                  | 2       | 23    |
| Extrapulmonary | 4                                  | 1                                  | 3                                  | 1       | 9     |
| Total          | 14                                 | 3                                  | 12                                 | 3       | 32    |
| %              | 44                                 | 9                                  | 38                                 | 9       | 100   |

核例のうち、頸部リンパ節炎例が16%、胸膜炎例が3%、髄膜炎合併肺門縦隔リンパ節炎例が3%、粟粒結核例が3%、腸結核例が3%であった。

(d) 喀痰および他検体の結核菌検査成績 (Table 4)

肺結核23例のうち、喀痰の塗抹陽性あるいは培養陽性は半数以上にみられ、ガフキー3号以上の大量排菌者は30%であった。肺外結核9例のうち、検体の塗抹陽性あるいは培養陽性は半数以上にみられた。

(e) X線写真病型分類 (Table 5)

肺結核23例のうち、II型が22%、III型が78%であった。

(f) 結核治療歴と合併症

結核治療歴については、治療歴なし88%、治療歴あり3%、不明9%であった。

合併症については、糖尿病が13%、エイズが6%にみ

**Table 5** Result of chest radiograph

| Type | I | II 3 | II 2 | II 1 | III 3 | III 2 | III 1 | Total |
|------|---|------|------|------|-------|-------|-------|-------|
| Case | 0 | 3    | 2    | 0    | 4     | 8     | 6     | 23    |
| %    | 0 | 13   | 9    | 0    | 17    | 35    | 26    | 100   |

られた。

(g) 治療成績 (Fig. 1)

転帰の定義は前回と同様である<sup>1)</sup>。前回では、帰国例をすべて一括に扱っていたが、帰国後の経過観察がほとんど行われていなかったため、母国での治療継続は不明で、未治療や治療中断の可能性も否定できなかった。今回は、帰国後の追跡調査を行っており、治療終了と確認された例は「終了」、中断と判明した例は「治療中断」、

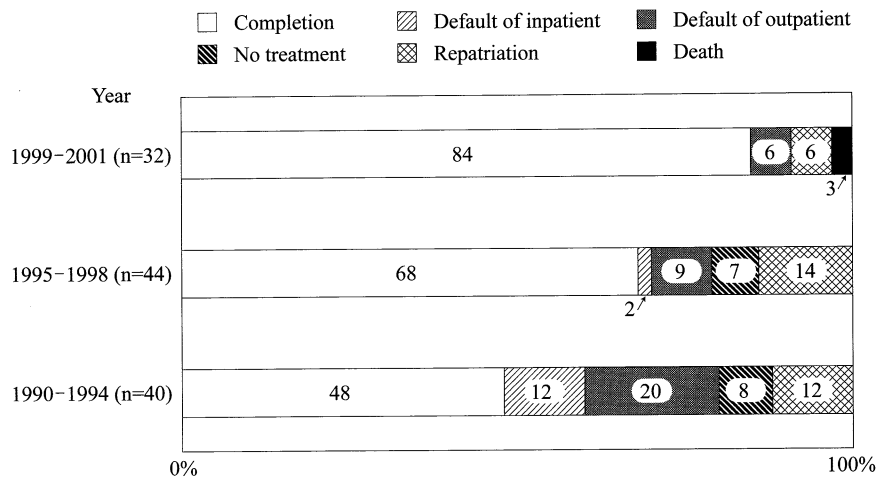


Fig. 1 Outcome of treatment

Table 6 Reason of default and loss to follow-up after repatriation

|                                      | Sex    | Nationality | Reason  |
|--------------------------------------|--------|-------------|---|
| Default                              | Female | Thai        | Due to debt and economic problem  |
|                                      | Female | Filipino    | Due to domestic and economic problem  |
| Loss to follow-up after repatriation | Male   | Filipino    | Strong wish to be treated in home country despite treatment for five months<br>Inadequate cooperation with medical facilities     |
|                                      | Female | Taiwanese   | Strong wish to be treated in home country after sign of side effect of medicine<br>Inadequate cooperation with medical facilities |

追跡できなかった例は「帰国後不明」とした。

全症例32例のうち、終了例が84%、入院（退院後）治療中断例が0%、外来治療中断例が6%、未治療例が0%、帰国後不明例が6%、エイズ末期のため帰国4日後死亡例が3%であった。これまでの12年間を年度別に比較すると、1990～94年では終了例の比率が48%（19/40例）に対して、1995～98年では68%（30/44例）、1999～2001年では84%（27/32例）となっており、終了例の比率は増加していた。

（h）治療中断例および帰国後不明例とその理由（Table 6）

治療中断例の理由をあげると、夫の事業失敗による夜逃げ1例、経済的および家庭内問題があり帰国後の治療中断判明1例であった。帰国後不明例では、入院5カ月後患者の強い希望により帰国1例、副作用出現後患者の強い希望により帰国1例であったが、患者への働きかけは消極的で、入院先および帰国先の病院との連絡が十分にとられておらず、結局2例とも帰国後不明となってしまった。

（i）未治療および治療中断の可能性はあったが治療終

了に導いた例

ガフキー10号の大量排菌例は、強く説得されたにもかかわらず、自己判断で帰国しようとした。やむを得ず入管（入国管理局）に緊急連絡し、他者への感染の危険性と治療の必要性を入管に説明したところ、入管は患者の出国を中止させ、入院の手続きを優先する対応をとった。結核治療が国外退去に優先するよい例である。

ガフキー7号の患者は長期入院に慣れておらず1カ月で自己退院され行方不明となってしまった。しかし、患者の友人の連絡先を控えていたため、友人を通して患者と連絡をとることができ、外来治療継続へとつながった。

帰国例のなかに母国で治療継続し終了した2例があった。1例はエイズ末期のため母国に搬送した患者です（ここでは1999年に当所で経験したフィリピン人女性の例をあげる。頸部リンパ節結核と診断され、外来治療を開始したところ、4カ月後にはリンパ節は縮小していった。ところが、家庭の事情などにより患者は帰国を強く希望した。そこで、筆者らは帰国前にフィリピンの結核対策担当者から情報収集し、患者の出身州の衛生部担当者に直接連絡し、州立病院の結核担当医の名

前を聞き出し、紹介状を患者に渡した。患者の帰国後に衛生部担当者が病院への橋渡しをした結果、患者の病院受診が円滑に進み、治療継続が可能となった。その後の患者からの連絡により治療の終了が確認された。

## 考 察

### 1. 対象症例の背景—前回の報告と比較して

当所での10年間の年次推移についてみると、1992年から1999年までは年平均12例であった。ところが2000年と2001年では1ヶ台となり、2002年の6月の時点ではまだ2例の結核患者しか発見されておらず、確実に減少傾向を示している。超過滞在外国人は1993年に30万人をピークに、2002年1月には22万4000人と減少している<sup>4)</sup>。それが港町診療所を訪れる外国人患者数にそのまま反映し、1993年では1日あたり20名の外来患者に対して、2002年では1日あたり10名と半減しており、それが当所での結核患者の減少に大きく影響しているのだろう。

国籍別についてみると、韓国とフィリピンがあいかわらず多く、近隣諸国の東アジアや東南アジア出身者が大半を占めていた。一方、日本から遠く離れている南アジアやサハラ以南アフリカ出身者は、前回と比較し減少している。この国籍の変化が、女性の比率を相対的にあげ、中高年齢層も増加させている。また、年齢層の変化は最近の定住化傾向とも関連している可能性が強い。

居住地については、神奈川県や東京都などの首都圏に集中しており、前回と比較してもほとんど変わらない。

結核の診断は入国2年以上経てからの例がほとんどであり、結核の再燃による発症がもっとも考えやすい。一方、入国後6カ月以内の発症例も15%にみられ、この比率は前回も同様で、母国で発症したまま入国している患者が多いことがうかがわれる。こうした点から、入国後には機会があればできるかぎり胸部X線写真を撮影し、陳旧性を含めた結核陰影の有無を確かめる必要がある。

多くの例は自覚症状があり医療機関を受診し結核が発見されているが、最近では検診発見例も増えてきている。当所が中心となって行っている外国人結核検診では、開発途上国出身の受診者が大半を占めており、0.69%の高い確率で活動性結核が発見され、しかも全例が軽症であったことから、早期発見に外国人結核検診が有用であることが証明されている<sup>2)</sup>。費用効果の点からいってもかなりの利点があるにもかかわらず、外国人結核検診はまだ制度化されていない。いまのところ最善の策として、住民健診を発展させた形の地域の結核検診および職場健診を積極的に行うことではないかと考える。神奈川県や東京都などで外国人結核検診を実施する際、自治体が胸部

X線写真撮影を提供し、当所を含めた地域の医療機関とNGOとの合同協力によって人材がまかなわれ、特にNGOは広報・通訳・患者の経過観察のために不可欠な存在である。職場健診については、超過滞在外国人の働く場のほとんどが零細企業であるため、ほとんど行われていないのが実状であるが、今後零細企業に対して労働基準監督署からの指導を徹底させなければならない。

### 2. 外国人結核の特徴

前回と同様に、肺外結核は3割前後を占めており、外国人結核の特徴のひとつといえてよい。とりわけ頸部リンパ節結核が多くみられ、頸部リンパ節腫脹の鑑別診断としてかならず念頭におかなければならない。

1カ月以上の受診の遅れはまだ多くみられ、なかにはII型でガフキー3号以上の排菌例もあり、重症化した状態で発見される例も少なくない。しかし、前回と比較すると、軽症例は相対的に増えてきており、外国人結核検診をとおして医療機関への受診を積極的に促していることが軽症例の早期発見につながっているのではないかと考える。

ほとんどの例が1カ月以内で診断されており、前回と比べても診断の遅れはほとんどなくなってきている。しかし、腸結核例は組織検査によりクローン病と診断されていたため、診断が17カ月も遅れていた。症状が軽快せず、結局開腹手術によって結核の診断がなされた。以前にも当所では別の腸結核例を経験しており、その例も最終的に開腹手術によって確定診断がなされていた。腸結核が疑われた例では慎重に診断を進めていかなければならないことを痛感する。

今回の結核例のうちエイズの占める比率は6% (2/32例)であった。これまでの結核全例についてみても、その比率は7% (8/117例)と一定であるため、結核を発症した場合、たえずエイズの合併も念頭におく必要がある。一方、当所でのエイズ患者のうち結核を発症した比率をみると、53% (8/15例)と高率であり、全例が結核を発症しはじめてエイズと判明した例であった<sup>3)</sup>。そのうち6例は肺外病変を伴い急性に増悪した重症例であり、結核を発症したエイズ患者の早期発見がいかに難しいかをものがたっている。外国人診療にあたって、結核とエイズは避けておることができない疾患であることを認識しなければならない。

### 3. 治療中断および帰国

最近の3年間に発表されている他の医療機関での外国人結核の治療終了率は、33% (3/9例)<sup>5)</sup>、43% (13/30例)<sup>6)</sup>ときわめて悪い。しかし、なかには81% (22/27例)<sup>7)</sup>の良好な治療終了率も報告されている。この場合は、労働資格のあるビザを持ち健康保険を取得している外国人で、それが良好な治療成績につながったものと考え。当所

の例は健康保険に加入することのできない資格外労働の超過滞在外国人であり、治療中断や帰国希望の患者はきわめて多く、治療にあたってはいつそう困難をとまう。特に女性の中断率は高く、これは男性より女性のほうが経済的・職業的（おもにサービス産業に従事）・家庭・妊娠などの複雑な問題をより多くかかえているため、その点を考慮しながら治療にあたらなくてはならない<sup>1)</sup>。

当所の活動の結果、治療中断や帰国後不明の患者を減らすことができた。それは、患者が病院に入院する際あるいは帰国する際に、入院前後や帰国前後に病院関係者・NGO 関係者・患者の家族や友人と連絡を密に行い、治療継続と追跡が可能となっていたからである。一方、帰国後不明例（おそらく治療中断）では、そうした対応はとられておらず、各組織間の連絡が不備なまま帰国されてしまった。積極的に働きかけていけば、こうした例は治療終了につながったであろう。国内外の医療機関やNGO と緊密に連携していくことは外国人結核対策上重要なことと考え、当所ではそれを積極的に推し進めている（Fig. 2）。

また、超過滞在外国人であっても結核患者である以上、出入国管理法より結核治療を優先する対応をしなければならない。治療の必要性を説明することで入管は理解を示し結核治療を尊重する措置を施してくれることを経験しているが、多くの医療関係者はこうした対応に慣れていない。戸惑うかもしれないが、治療中断を防ぐためにもまず入管への説明を実行することである。

治療中断および帰国は、一般に「文化の違いの問題」としてとらえられている。そうした面は否定できないが、その「文化の違いの問題」に対する解決のカギは、患者側にあるのではない。当所では治療成績が50%以下の

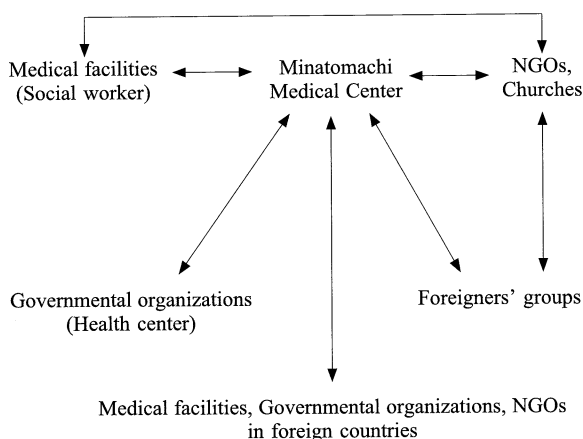


Fig. 2 Cooperation with organizations in Japan and foreign countries

きわめて悪かった苦い経験がある。その反省にたち過去の症例を徹底的にみなおし、問題点の分析を行い、その後試行錯誤を繰り返しながら治療中断や帰国に対応していった。当所での対策は医療従事者側のわずかな工夫と努力によって可能である。こうした積極的な患者への働きかけとその積み重ねによって、医療従事者と患者との信頼関係がはじめて築きあげられるのではないかと考える。

## さいごに

かつて、筆者は開発途上で難民・被災民の医療活動に従事した経験がある。そこでは底辺の人たち—とくに社会的弱者や少数民族—が偏見にさらされながら差別され、それゆえまともに医療を受けることができない現実をまのあたりにした。彼（女）らは、外国人である筆者にたいし不信感をいだき、治療を受ければ治るにもかかわらず、キャンプ内に設けられた診療所になかなか訪れようとしなかった。日本でおこなってきた医療は彼（女）らにとってはるか遠い存在であったことを、そこではじめて思い知らされたのだった。みずから彼（女）らの中にはいっていかなければ、おたがいの信頼関係を築いていくことはとうていできず、治療も不可能であった。

ことは日本の社会的弱者である超過滞在外国人についても同様である。超過滞在外国人の医療を受ける権利が十分保証されていない状況は現在も続いており、日本の医療関係者はこうした新しい事態への対応を迫られている。外国人結核患者の信頼にこたえることができるかどうか、今後も問い続けていかなければならないだろう。

## 謝 辞

以下の医療機関の協力によって外国人結核症例の再検討をおこなうことができました。あらためて深謝致します。

複十字病院，神奈川県立循環器呼吸器病センター，国立療養所横浜南病院，国立療養所千葉東病院，都立荏原病院，国立国際医療センター

## 文 献

- 1) 山村淳平，沢田貴志：超過滞在外国人の結核症例検討。結核。2000；75：79-88。
- 2) 山村淳平：超過滞在者を含む外国人の結核検診。結核。2001；76：19-27。
- 3) 山村淳平，沢田貴志：超過滞在外国人のHIV感染者の実態と問題点。日本エイズ学会誌。2002；4：53-61。
- 4) 法務省入国管理局：本邦における不法残留者数，国際人流。入管協会。2002；180：16-19。
- 5) 立石欣司：当院における在日外国人結核の現況。日本胸部臨床。2000；59：16-21。

6) 柏木秀雄, 高橋好夫, 中崎隆弘, 他: 最近の外国人結核の臨床的検討. 治療. 1994; 81: 162-171.

7) 野溝明彦, 反町政巳, 山本裕久, 他: 当院における外国人結核の概況. 群馬医学. 2000; 71: 153-155.

————— **Field Activities** —————

**A STUDY ON PATIENTS WITH TUBERCULOSIS AMONG FOREIGNERS  
OVERSTAYED IN JAPAN AFTER EXPIRATION OF VISA**  
—Activities over Three Years—

Jumpei YAMAMURA and Takashi SAWADA

**Abstract** An analysis of thirty-two cases of foreign patients with tuberculosis (TB) who had overstayed their residence permits was done at Minatomachi Medical Center over the past three years. The ratio of male to female patients was 2.5 to 1; the age of the subjects was evenly distributed. By country of origin, 87% of the cases were from Southeast Asia and East Asia. As none of the patients belonged to health insurance schemes because of their illegal status, their access to medical care was restricted, and the delay in visiting clinics was notable. As 22% of the cases were diagnosed as a result of programs to provide free TB screening for foreigners, it is important to ensure easy access to TB screening and medical facilities for early detection of TB. Amongst the cases, the proportion of cases of extrapulmonary tuberculosis occupied 28%, which is higher than that of Japanese. Although the defaulting rate among patients during the nine years period from 1990 to 1998 was high (41%), it decreased to 12% during the past three years of this study. The following active measure was vital for preventing defaulting from treatment and ensuring clinical cure:

1. Utilization of the Tuberculosis Prevention Law to reduce the economic burden of the patients.
2. Interpreters available in various native languages.
3. Provision of adequate information of TB before starting treatment.
4. Strict follow-up of patients to ensure coherence to treatment.
5. Establishment of an international network of governmental organizations, NGOs, and medical facilities to exchange informations on preventive and curative cares in the home and host countries.

**Key words:** Tuberculosis, Foreigners without their residence permits, Default, Repatriation, International network

Internal Medicine, Minatomachi Medical Center

Correspondence to: Jumpei Yamamura, Internal Medicine, Minatomachi Medical Center, 7-6, Kinko-cho, Kanagawa-ku, Yokohama-shi, Kanagawa 221-0056 Japan.