

II 外国人感染者の人権の研究

1. 在日外国人の HIV をめぐる人権状況に関する調査
～医療従事者の視点から～
2. 在日外国人感染者の母国における受入状況に関する現地調査
～タイにおける医療と帰国者の受入体制～

在日外国人の HIV をめぐる人権状況に関する調査

～医療従事者の視点から～

沢田 貴志 兵藤 知佳 枝木 美香 樽井 正義

A. 目的

昨年度、本研究班は、HIV に関する外国人支援を実施する NGO への聞き取り調査を行い、特に医療サービスにおける外国人の人権の状況について考察を行った。その中で、特に、発展途上国の出身者で健康保険へ加入できない外国人の医療サービスへアクセスする権利が十分に保障されていないこと、言葉が理解できないために起こるコミュニケーションの問題が、在日外国人の人権の問題と深く関連すること等が明らかとなった。

これらの成果を踏まえ、現在の在日外国人と HIV をめぐる人権の状況をより多角的な視点から分析し、今後の人権の保護、尊重への取り組みの方法論を検討するにあたり、今年度は、医療サービスを提供する医療従事者の立場から感染者、患者の人権をめぐる現状を考察することを目的とした。

現在、日本における HIV 感染者全体では、外国人が占める割合が多いにもかかわらず、その医療対策は積極的には実施されてきていないことが様々に報告されている。そのような中、超過滞在で健康保険を有しない外国人の医療サービスについては、医療費の未払いが様々な形で問題として認識されつつある。今後、HIV 診療については、医療費が高額であること、感染者・患者の数が確実に増えること等を含め、さらに問題が深刻化することが予測される。これらの状況の中で、実際に直接的な形で医療サービスを提供する医師は、医療従事者という立場で、多くの問題を抱えることが予想される。

特に、医師は、患者の「医療を受ける権利」を保障する職務上の立場にあり、「患者・感染者のために」医療サービスを提供することが求められる。しかし、HIV が単なる感染症としての疾患だけではなく、社会・文化的、経済的な要因と深く関連する現象であることは広く指摘される所であり、こうした背景が日本人とは異なる外国人に関しては、それらがより複雑な様相を呈する。そういった意味において、医療従事者の外国人に対する HIV 診療に関する意識、態度等を分析することは、今後の HIV をめぐる外国人感染者・患者の人権を考察する上で貴重な視点を提供すると思われる。

B. 調査手法

外国人感染者がアクセスしている医療機関の医師へ聞き取り調査を実施した。対象となる医師の選択については、「HIV 診療に関わる医療従事者のネットワーク」から医師を紹介してもらうという方法をとった。選択の基準については、今までに外国人の HIV 診療を行っていることとし、国立病院、私立病院等の違いを想定した上で、それぞれの病院から選択を行った。地域の選択については、現在、日本人と同様、感染者の多くは、東京都に集中していることから、まずは、東京都内で多くの外国人の HIV 診療を実施している医師に聞き取りを行った。その一方で、活用出来る社会資源が東京とは異なっている事が予想される地域で外国人が多い千葉県と茨城県の医療機関を対象とした。

聞き取りを依頼した医師の内訳については、東京都 2 名、千葉県 2 名、茨城県 2 名、(国立病院 3

名、公立病院1名、私立病院1名)の合計6名であった。性別については、5名が男性医師、1名が女性医師であった。また、これらは、すべて拠点病院であり、今までに関わった外国人のHIV診療のケースについては、少なくとも4名、多くは20名以上であった。インタビューについては、半構造化した質問紙を用いた面接調査を実施し、所用時間はそれぞれ1時間から2時間とした。聞き取りについては、基本的に調査者2名によって行われ、1人が質問を行い、もう1人がノートを取るという方法を用いた。インタビューの内容については承諾をとり、すべてテープに録音をとり、分析の対象とした。

質問の項目については、主に、(1)今までの、外国人感染者・患者の持つ背景(2)通訳や各種制度の利用やそれにかかわる現状(3)外国人に告知や治療を実施するにあたっての問題(4)治療の継続と帰国の問題とし、インタビューの流れの中で、それぞれの医師がかかわった個別の事例については自由に語ってもらった。

C. 結果

1. 感染者・患者の持つ背景

今回インタビューをした医師に関しては、その患者のほぼ全員がアジア、ラテンアメリカを中心とする発展途上国の出身の患者であった。しかし、病院によって国籍に偏りが見られ、東京都では、タイ、及び、スペイン、ポルトガル語系の感染者が比較的多く、千葉、茨城の病院では東南アジア出身の女性で、特に性産業に従事する女性が多い傾向が見られた。

保険に関しては、基本的に、日系のブラジル人労働者、及び、日本人男性と法的に結婚している東南アジア女性については健康保険を有しているが、その割合は感染者・患者の全体の中では、きわめて少ない。

また、多くの患者は、かなり症状が進んだ状態やエイズを発症した段階で病院に運ばれてくることが多く、検査の段階で病院を訪れることは非常に少ない。また、近隣の開業医から紹介されるケースもかなり見られた。女性感染者については、「妊娠」のために来院し、HIV感染があきらかになるというケースが多かった。

2. 通訳・各種制度の活用について

今回の対象となった医師の全員がなんらかの形で通訳を依頼した経験の有していた。都立病院では、診療上医師が必要と認めた場合は通訳に対する謝金が制度化されているが、こうした病院はむしろ少数であり、多くの病院では研究室の研究費からの持ち出しであった。都立病院ではない場合には、ほぼボランティアに頼っている。その他、英語に関しては、外国語を話せる同僚の医師に一時的に通訳を依頼する場合もあるが、スペイン語、タイ語に関しては、人材を探すのが難しいのが現状である。これらの手配については、医療ソーシャルワーカーが実際に行っており、医師との連携も構築されている例も見られた。

東京以外では、自治体の負担で保健所の医療通訳ボランティアを要請したり、県が派遣する制度が存在する。しかし、これらの制度は基本的に予約制で、かつ保健所を通じて少数の大学の学生ボランティアを依頼するため、緊急時には対応ができていない。また、通訳が医学的な通訳や病院になれておらず、十分な対応がしきれないことも問題として挙げられた。実際には次の診察のために通訳を予約しても、次の診察には患者がこないというケースもかなりある。一方で電話によるNGOの通訳サービスはかなり頻繁に利用されており、貴重な資源となっていることが指摘された。通訳の経費については、現在のところ自治体が負担しており、病院の負担にはなっていない。

診療の場における通訳の必要性については、すべての医師が認識を有しており、積極的なシステムの整備を望んでいた。また、ニーズが高まる中でその費用をどう負担していくかが今後の問題として指摘された。また、通訳を頻繁に利用している医師によると、その役割については、告知、治療の際に「事実を告げる」役割として通訳と、「患者の精神的なサポートを担う」通訳とが同時に行われているという。医師の1人は、これらは分けて考えるべきと述べていたが、実際にはそれを実現することに対しては、非常に困難を感じていた。

また、専門の通訳が利用できない場合、「付き添いの人」、「日本人のパートナー」、「友人」等が通訳を行うことが多く、特に、東京以外の地域でその傾向が見られた。しかし、医師は、それらの方法には問題が多いと感じており、特に、「正確な病気や治療に関する情報」が伝わっていないと感じている。

各種制度の利用については、現在、HIV診療において利用できると思われる制度は1、行旅病人法 2、未払い医療費補填事業 3、結核予防法 4、障害者認定がある。東京都の医師2名は、これらの制度はすべて利用経験があり、その利用にあたっては、病院内の医療ソーシャルワーカーが積極的な役割を果たしていると認識していた。

一方、東京都以外では、例えば行旅病人法等は、法律として存在しているが、県としての予算がついていないために実際には利用できていないという。また、補填事業についてもHIV診療にかかわる医師の連絡会として行政に働きかける動きがあるが、いまだに実現していないことを問題として挙げていた。その他、3次救急病院での補填制度があるが、特定の病院に救急車で運ばれた場合は利用できるが、極めて限られたものである。

また、インタビューを実施した医師に共通して、「結核を併発する患者」は、制度としての結核予防法を適用できるので、治療費の負担を心配しなくてよく、診療がスムーズに進むが、その他の病人では困難に直面しやすいと述べていた。

NGOの利用についても地域差がみられ、東京都の病院は積極的に患者にNGOの支援サービスの紹介を行う一方で、それ以外の地域の医師は、「地域での具体的な活動が見えない」という理由で患者に情報を積極的に提供していない。

3. 告知や治療に関して

すべての医師が、患者にはその病気や治療について、十分に説明したいという態度を有していた。しかし、多くの場合、実際の診療の場面では、通訳を介しても十分に説明でき、患者に理解されていると感じることは難しいと述べている。その中でも、東京都の医師1名は、患者が定期的に通院するケースの場合は、説明に時間をかけることができるので比較的、理解が深まると感じていた。

一方で、東京以外の地域で、「外国人の知的レベルが低い」といった「患者の側の理解力の不足」を指摘したり、「外国人患者がすべて医者におませの態度を持っており、とりあえずの症状を軽減することだけを考えている」という印象で、理解の不足を患者の側の態度の問題と考える医師もいた。

告知に関しても、事例の数は少ないが基本的には、「わかる範囲でできるだけのことを説明する」ことを医師として心がけるという医師がほとんどであったが、医師のなかには、アジアからのセックスワーカーの患者に対しては、「日本人ほどショックを受けていなく、受け入れがよい」、「日本で仕事を考えると、しょうがないと思うのじゃないか」といった解釈がなされている場合があった。

治療方針については、「基本的には健康保険があってもなくても日本人と同様に考えて治療していく」とする態度が5名であった。そのために、これらの医師は、治療の選択肢についてはコストを含めてすべて説明するという。その場合、絶対に支払いが不可能な高額で有効な治療法を患者に説

明することはつらく、難しいことであると述べている。一方で、東京以外の1名の医師は、「治療は日和見感染の治療だけ行う。超過滞在の外国人については抗HIV治療や多剤併用治療を実施しない」という明確な方針を持っていた。その理由については経済的に「支払いができない」、「定期的に通院できない」、「定期的な服用ができない」ことがわかっているのだからという点を挙げている。この医師は、「オーバースティの外国人に高額な治療を提供する医師は、偽善者であり、自己満足に過ぎない」と述べている。

また、東京都の医師の1名は、自らは医師として患者に対して、最善の治療を努めるが「法的に違法に滞在している労働者」に自分が医療を提供するのはどうにかについて自分自身を正当化する論拠の確立に困難を抱えていた。また、この医師は、支払いができないとわかっている患者に対して、どこまでの段階までオーバースティの患者に治療を提供すべきかについても葛藤があることを述べている。その他1名の医師も同様に、自らは「医師の責任」として治療を行うが、「日本は法治国家なのだから、オーバースティは違法であり、法をおかしている人に結果的に無料で医療を提供することになった場合、その自分の立場はおかしい」と述べ、その葛藤を指摘している。

超過滞在者で健康保険を持たない外国人の医療費の未払いに関しては、すべての医師が治療を行っていく上での「問題」として認識していた。しかし、その態度については様々であり、1名の医師は、「医師として最善の治療を提供することが自分のすべきこと」として支払いの問題については「事務にまかせている」という態度を持ち、それは医師として自分の関わる領域ではないと述べている。2名の医師は、患者の数が少なく、現在の支払いは病院が持ち出しているが、それが経営を圧迫する程ではないから構わないと正当化していた。また、国立病院の医師1名は、「外国人の医療の未払い問題は国の制度的な問題であり、その問題を目にみえる形にするためにも、高額な未払い分を国につきつけるべきだ」と考え、自らの病院では積極的に未払いの患者にも治療を実施すると述べている。

4. 治療の継続と帰国について

患者の帰国については、6名の医師のうち4名が、帰国については「本人の意志」をできるかぎり尊重することが必要であるとの態度を持っていた。特に、母国での治療の継続が実際には不可能だとわかる場合については、できるだけ日本で治療をつづける方向で考えると述べている。しかし、その場合でも、「何が患者にとって最善か」をいかにして考えるかについては常に困難を抱えている。特に、母国への仕送りを目的として働く労働者については、「自分の命よりも家族に送金することが優先される」のではとの認識と、残りの時間を家族と過ごすべきではないかとの葛藤があると述べている。また、これらの問題については病院内の医療ソーシャルワーカーにまかせるとの態度も1名あった。

残りの2名の医師は、「基本的には帰国を薦める」または「帰国すべきである」との態度を示していた。そのうちの1名は、理由として、日本にいても、どんどん病状が悪化するばかりで、経済的な負担が増えるなかで日本に滞在することには意味がないと考えており、もう1名は、「超過滞在者が、医療費を払えなくなり、結果的に無料で日本の税金を使ってHIVの治療を受け続けることになるのは母国で合法的に働く人々に失礼だ。」と述べている。医師のこうした態度に反して、実際には殆どの患者は、「帰国を望まない」のが現状であり、特に、日和見感染の治療がうまく行った場合については殆どが帰国しないで、さらに病状が悪化するまで働きつづけるという。これらの患者の態度については、不満を持つ医師もおり、特に結核を併発している感染者の例を挙げ、「社会的に患者の無責任な行動」として、外国人感染者を責める態度も見られた。

しかし、これらの医師についても、一方で配偶者が日本人である場合など、生活の拠点がすでに

日本にあるケースについては、「それは旦那さんが決めること」と考えており、いわゆる「超過滞在の出稼ぎ労働者」と「合法的に滞在する日本人の配偶者」とでは、医師の側で帰国に対して異なる態度を有している。

また、オーバースティの患者の帰国に際しては、すべての医師が「大使館が責任を持つべきである」と述べており、在日外国人の医療問題の最終責任は大使館であると考えていた。しかし、実際には大使館の対応については不満を持っており、帰国費の負担を含めて、帰国したい患者がすべて円滑に帰国できるシステムを新たに構築する必要性を感じている。一方で、実際にはパスポートの偽造等で本人が特定できないケースがあるなど、帰国に際する一連の過程がスムーズに運ばないことがあることが指摘された。

D. 考 察

1. 超過滞在と権利としての医療

在日外国人の医療を受ける権利については、正式な在留資格がない場合に健康保険を持っていないことが、患者の権利を保障する上での最も大きな障害であることは広く指摘されてきている。昨年度の研究班の結果でも、医療費の未払いの問題や、患者が「入国管理局に滞在資格があきらかになることを恐れるために医療にアクセスできない」ことが人権の保障を妨げる要因としてあきらかになっている。

この問題に関して、今回の調査は、サービスを提供する側の視点で聞き取りを実施したが、今回、数名の医師のなかに、合法的に日本に滞在している人と、いわゆるオーバースティの外国人に対しては、治療を行うにあたって、あきらかな態度の上で差異がみられたことは注目できる結果である。患者が合法的に滞在し、医療保険があれば、治療費が払えるからという理由はもちろんあるが、本結果からは、医師の内面にある「不法に滞在する外国人に医療を提供する抵抗感」を同時に指摘することができる。

今回、聞き取りを行ったすべての医師が、「すべての患者に最善の治療を実施したい」医師としての立場を強く主張する一方で、数名の医師が、違法で日本に存在し、支払いのできない患者に治療を提供することは倫理的な問題があると述べている。これは、個人の内面において、医師としての「患者に治療を提供する」職務上の責任感と、法治国家の構成員としてのアイデンティティーとがせめぎあいを起している過程と考えることができ、現場の医師の抱える大きな困難として指摘することができる。

今回の聞き取りを行った医師に関しては、この葛藤に対する対処方法として、「医師として患者にやるべきことをやる」として、自らのポジションを市民としてよりも医師の側に傾倒させ、「職務上の責任を果たす」ことで自分の行為を価値づける例が多く見られた。しかし、そのなかで、一名の医師は、自分がなぜ治療を行うのかを正当化する拠り所を人権に求め、「法的な問題があっても自分のすることは患者の人権の尊重である」と考え、そこに理論的な根拠を求めるといった方法をとっていた。

この問題に関しては、まずは、「オーバースティの外国人労働者」が「違法な存在である」という医師の認識の問題を検討する必要があるであろう。入国管理法の解釈では、オーバースティは「違法」の位置づけとなるが、日本経済を支える労働者として、税金を支払う在日外国人が、「法的に違反して存在すること」は「人権を保障すべき対象ではない」と同義ではない。しかし、数名の医師の解釈では、「違法に滞在すること」は「正当な医療を受ける資格を本当は持っていない」ことであり、法律を遵守する個人として、医師の職務との間で葛藤が起きている。

この問題に対応するという意味においても、本研究の結果より、HIVに関わる診療に関して、「人

権の枠組みで超過滞在者を含む在日外国人が医療を受ける権利」を理論化し、医師が治療を提供する指針とすることの重要性が指摘できる。ジョナサンマンが「人権と医療」について記載した論文を自らの理念の拠り所とする医師が、日本でも「権威のあるところが指針として、人権として位置づけてくれたら診療がやりやすくなる」と述べていたのは象徴的であろう。しかし、理論的には、オーバースティの外国人が HIV に関する医療にアクセスすることが人権と認められたとしても、その権利を保証する医師の行為が、医師としての責任か、義務か、もしくは原則とされるならば、その根拠は何かといった問題が残される。さらに、HIV 診療に関しては、どこまでの治療の段階が患者の基本的な人権として認められるべきかといった、具体的な文脈に応じた議論も必要とされるであろう。

今回、聞き取りを行った医師の 1 人が、「日和見感染として現れる症状に対しては、すべての患者をその法的な立場にかかわらず治療する。しかし、健康保険を持たない患者に関しては抗 HIV 剤については原則として処方しない」という個人的な指針を述べていた。こうした線引きについては、その正当性について更なる議論が必要であるが、人権の枠組みにおいて、どこまでの医療は最低限提供すべきであるといった具体的な指針が提示されることは医療を提供する側のニーズとして根強く存在している。そして、これらの議論を行うにあたっては、実際に治療を提供している医師と、「行政」との対話の過程で行われることが重要であり、今後、そうした機会の構築にむけた双方の努力が求められる。

2. 医療費の未払い問題

今回のインタビューでは、すべての医師が、「健康保険を持たない外国人の医療費未払いの問題」については、深刻な問題として語っていた。多くの医師が、「自分は医師として患者の治療に最善を尽くすだけ」という見解を述べながらも、特に、私立病院などは、病院が経営上、補填することを外国人診療に影響を及ぼす重要な要因として指摘していた。そして、これらの現状に対して、「医師として良心的に外国人の HIV 診療を行う程、経営が赤字になる可能性があり、それによって、ますます診療がやりにくい構造がある」ことを怒りとして表明している。それらの怒りは、特定の個人や患者に対して向けられるものとしてではなく、「入国管理の怠慢」、「厚生、労働行政の不備」といった在日外国人をめぐる統括的な制度への不満である。今回、聞き取りを行った医師の中には、日々自らが行っている多数の超過滞在者に対する診療行為は、こうした行政制度やシステムの不備に対する「しりぬぐい」だと述べる医師もあった。これは、現場の医師も既存構造の中では、「被害者」であるとの医師の側の解釈であり、それらの構造の問題については、「1 人の医師としてできることはない」ものとして考えられ、治療を提供する個人の内面に不満として蓄積されている。

そうした怒りや不満を抱えつつ、一方で、今回、聞き取りを行った医師の多くの場合、職務の責任上、「医師」としては、既存のシステムや制度をできるだけ利用する形で個々の患者の治療に最善の努力を行っていた。そのために医療ソーシャルワーカーといった制度の専門家と連携するなど、みずから職務上の役割を果たすことで、医師として「患者のために行う善意の行為」として自分自身の行為を意味付けし、医師としての存在意義を見出していた。

これらの現状は、医師を含む、医療従事者が既存のシステムや制度を最大限に利用し、そのための努力を払うことで個々の患者の問題が解決されるほど、医療行政や社会システムの構造上の本質的な問題が可視化されないというジレンマとして指摘することができる。在日外国人、特に、超過滞在者の HIV 感染と医療の問題は、日本の外国人をめぐる行政制度や社会的ありようの矛盾が目に見える形であらわれている現象であり、決して「局所的」な出来事ではない。それは、「他民族の共存」、「グローバリゼーションの中での人権」といった大局的な議論につながる問題として語られる必要がある事柄である。しかし、本調査でも、現在の医療機関の対応は、外国人の HIV 感染者・エ

イズ患者の数が医療行政に圧迫を与える程多くない中で、それぞれ個別のケースが「良心的な医師や医療機関に依存する」ことで個々の問題に対応がなされる傾向にあった。そして、多くの医師が、医師としての職業上の領域を「患者をなんとか見ることしかできない」と納得させていることで、現場の医師や医療従事者に経済的、心理的な負担がまわる構造はさらに強化されている。

これらの現状においては、今後、感染者・患者が増え、医療負担が増加する中で、それを行政としてどういう枠組みで負担していくのかの議論が開かれた形でなされる必要がある。特に、法的な問題を抱える超過滞在者の医療を「誰が、どうして負担する必要があるのか」を様々な立場から理論づけることは不可欠であろう。本研究は、それは、患者の権利を保障する立場にある「医療従事者」のニーズでもあることをあきらかにしている。

3. 医師と在日外国人患者のコミュニケーション

昨年度の NGO を対象とする研究では、言葉の理解力の不足という視点から患者と医療機関のコミュニケーションを支援する通訳の重要性があきらかとなった。言葉を理解し、患者と医師とが相互理解を深めることは患者が医療を受ける権利を保障していく上で不可欠な要因の一つである。今回の聞き取り調査の結果からは、現在の「医師と在日外国人患者」コミュニケーションの抱える問題を、サービスを提供する医師の側からも指摘することができる。

まず、今回の聞き取りでは、茨城県や千葉県といった東京以外の地域における医師の中に、「ここらへんの外国人感染者は、～」という言い方で「外国人一般」を盛んに「カテゴリー化」する傾向が見られたことは興味深い結果である。特に、告知、診療にあたって「外国人は日本人とちがってショックじゃない」、「外国人は、理解力は低いけど、純朴なんです。」という日本人と外国人という2分法で外国人一般を理解しようとする態度が見られた。これらは、感染者が帰国することに対する態度へもつながるものであり、患者のステータスや背景に関わりなく「彼らは、基本的には帰ったほうがいいんです」というように、「日本にいる外国人像」をステレオタイプ化する仕方に対応する方法が見られた。

異なる文化的な背景を持つ患者に医療サービスを提供するにあたっては、その患者のニーズを理解するために社会・文化的な背景を理解し、患者の伝えることを、その文化のコードのなかで解釈するという過程が必要である。しかし、実際には、言葉が通じない、母国の背景がわからないという状況下で、今回、聞き取りを行った医師が職域として自らが考える「治療行為」のなかに、それらは重要な領域としては位置づけられていないことが少なくなかった。また、現在の医療現場では、それらを代行する役割を果たす人材も充分には存在していない。そうした中で、外国人患者一般をステレオタイプ化し、自文化の枠組みで患者や患者のニーズを判断する方法は、医師自身の患者を理解する努力としても考えることができる。

しかし、これらの態度は、「外国人に対しては、こうすればいい」といった一枚岩で HIV に対応する方法論を押しつける可能性があり、「個人の多様なありようやニーズ」を見えなくする危険性をはらむものである。また、外国人だけではなく、「セックスワーカーはお金をためることしか考えられない」といったセックスワーカーのステレオタイプを内面化している医師も存在していた。これらは、医師の側の異文化に対するコミュニケーションの方法論や理解の問題として指摘することができる。

これらの本調査の結果は、在日外国人の人権の尊重という視点に立った際に、医療を提供する側として異文化の背景を持つ「個人の多様性」を再認識する必要性を示唆するものである。また、今回は、東京以外の地域でこうした傾向が見られたことも、今後、都市部と地方の外国人医療をめぐる環境の差異という視点からさらに検討すべき事柄であろう。

その他、今回の聞き取りでは、多くの医師が「何か患者にとって最善かをどう考えるか」につい

での困難を述べていた。この問題に関しても、医師や医療従事者が、外国人患者に対して単に疾病の治療だけではなく、人生をトータルに考慮しようとしたときに自らの認識の枠組みでは「患者の社会・文化を理解できない」ことが、その障害の一つである。そして、多くの場合、こうした背景の理解なしに、医師として「疾病への治療を提供する」という職域の範囲で「これが患者のためである」と考えるために、「生活を抱える患者の視点」との間にズレが生じることになる。そのズレは、時として「何かをしてあげようと思ったのに」というパターンリスティックな立場から、患者対する感情的な摩擦となって現れる。今回の聞き取りでも、しばしば聞かれた、「薬で元気にして、国に帰してあげようと思っていたのに、元気になったら帰らないで、また日本で働き始める」、「高額な薬を出してあげているのに日本人のように飲み続けられない」と不満をもらす医師は、そういった例のあらわれであろう。「在日外国人患者の自己決定」を尊重するという意味において、医師の側の異文化理解への努力とそれを可能にする体制作りが求められる。

こうしたコミュニケーションの問題に対応するためにも、通訳の存在する重要性を改めて強調することができるが、本調査の結果は、通訳が単に、「言葉を訳す」という役割だけではなく「患者の文化や社会・経済的背景を含めた医師と患者の通訳」としての役割を担う必要があることをあきらかにしている。異文化理解を促進する通訳のトレーニングを含めた体制の整備が急務である。

【参考資料】

外国人の医療に関わる医療制度

1. 結核予防法

国籍・滞在資格を問わず、全ての結核患者が対象。排菌をし感染源となる可能性がある場合は命令入所の対象となり、必要な医療費は全額公費負担となる。ただし、所得税額が高額である場合には一定の自己負担が生まれる。外来通院の場合は、薬代と適正医療を提供するために必要な検査費用に限り健康保険の自己負担分の半額が公費負担になる。健康保険を持たない場合は上記の95%が公費にて負担される。

2. 行旅病人法

明治32年に施行され、いわゆる「行き倒れ」の重病人の医療費を公的に拠出する制度。

「この法律において行旅病人と称するは歩行に耐えざる行旅中の病人にして療養の途を有せずにして救護者なき者をいい行旅死亡人と称するは行旅中死亡し引取者なき者をいう」とされている。国籍に関係なく適用可能であるが、生活保護法制定後は日本人はこれによって対応可能となり、外国人の重病人に対応できる予算措置をしている自治体は極めて少ない。いくつかの自治体で外国人適用例があるが、原則として住所不定・無職の入院を要する患者のみが対象とされているため、適用件数は少ない。

3. 外国人未払い医療費補填事業

1994年4月1日に神奈川県が開始して以来、群馬・東京など一部の地方自治体が実施。

制度は自治体によって若干異なるが、典型的なものは、当該自治体に居住する（または就労する）公的医療保険や公的医療扶助を受けられない外国人が緊急性の高い医療を受け、1年間繰り返して支

払請求を行ったにもかかわらず医療費が未払いになった場合、未払い医療費の一部を自治体が医療機関に対して補填をする。補填額は自治体によって異なり、未払い額の 70%、上限 200 万円、治療開始から 2 週間以内、などそれぞれ独自の制限が設けられている。外国人の権利として給付されるものではなく、あくまでも医療機関に対する補填であり、対象の基準も自治体毎の判断によって大きく異なる。全国的に見ればこの制度を持っているのは関東地方などごく一部の自治体にすぎない。

在日外国人感染者の母国における受入状況に関する現地調査

～タイにおける医療と帰国者の受入体制～

沢田 貴志 枝木 美香 福島 由利子 樽井 正義

【はじめに】

HIV感染者にとって自己の将来設計を選択して行くためには、享受しうる医療についての情報は不可欠のものである。昨年度の我々は外国人感染者の相談を受けている NGO から聞き取り調査を行ったが、このなかで、多くの外国人感染者、特にタイ人感染者においては母国で受けられる医療に付いての情報が極めて乏しい中で選択がなされていることが認められた。

本来、インフォームドコンセントに基づく医療が行われるためにはこうした情報はぜひとも必要なものである。しかし、医療機関自体がタイでの保健医療福祉の状況に対して極めて限られた情報しか持たないという限界があることが明らかになった。

そこで、タイ国内の事情に詳しい NGO 関係者が共同して現地調査を実施し、母国側の感染者を支える保健医療福祉の状況に付いての調査を行った。また、帰国する患者の受け入れを行っている立場から 2 人の社会福祉専門家より日本の医療機関に対する要望も併せて聞き取りを行った。

【調査対象および方法】

調査機関は 2000 年 4 月 30 日より 5 月 6 日の 1 週間。バンコク・チェンマイ両市内の 3 医療機関、4 NGO、2 政府機関、1 国際機関を訪問し聞き取り調査を行った。主な対象を以下に記す。

a. Thai Red Cross Society

もっとも早くから無料匿名クリニックを設置したり、水曜クラブと言う患者会の活動を支えるなど HIV 医療のさきがけとして有名である。また、同じ敷地内にあるチュラロンコン大学はタイ国臨床医学の最高峰として知られており、両者は連携して診療を行っている。エイズ診療部門の責任者である Praphan 所長とオランダ・オーストラリア・タイ共同研究プロジェクトの担当者として派遣されている Chris Duncombe 医師より聞き取りを行った。

b. Bamrasnaradura 病院（国立感染症病院）

タイ公衆衛生省直轄の病院でありバンコク市郊外のノンタブリ市にある同省の敷地に隣接してある。近年感染症の中でもエイズに対する対応能力の向上に力を入れ一般市民に対するエイズ医療の中心的な役割を担っている。エイズ課の医長である Somsit Tansuphaswadikul 医師および社会福祉部長の Payap Ratnarathon 氏から話を聞いた。

c. MSF（国境なき医師団）

ノーベル平和賞も授賞した人道的医療活動を行う NGO であるが、タイ国内にはフランス・オランダ・スイスの 3 つのチームが分担し別の地域でエイズに対する活動を行っている。なかでもオランダチームは、在宅医療の推進の傍ら医薬品価格を下げる為の運動をタイ国内の NGO と連携して行っている。David Wilson 医師より聞き取り

d. タイ国公衆衛生省伝染病予防局エイズ課

数十人の職員を擁し、タイのエイズ政策の中核となっているエイズ課の中で医療計画担当者のチャワリット氏に話を聞いた。

e. チェンマイ県メーオン郡病院

感染者数が最も多く、外来看護や地域ケアが最も進んでいると言われるチェンマイ県で郡病院の院長・地域ケア外来婦長より話を聞く。

f. 労働省社会福祉局救援課

海外在住で病気や災害のために援護が必要となったタイ人の帰国の支援を行っている部署。毎年多数の HIV 感染者の帰国を在日タイ大使館と共にコーディネーターとしている。災害救援部の Mukda Kaewuk 氏より聞き取り調査。

g. その他の訪問先

AIDS-net、Welcome House、North Foundation、UNDP

【結果】

A. 保健医療の状況

1) タイの医療制度

タイには日本のような健康保険制度はないが、全ての世帯が年間 500 バーツ (1 バーツ = 2.6 円) の掛け金でヘルスカードと呼ばれる簡易健康保険証を購入することで公的医療機関で基本的な医療を受けた時の医療費が減額される制度がある。しかし、掛け金が安いことからわかるように、享受できる医療は安価なものに限定されており、抗ウイルス剤や一部の日和見感染症の薬剤など高額な薬剤は、この制度の対象外となり全額自費である。

また、住民が居住地の最寄りの保健センターから郡病院、県病院、大学病院と言った患者紹介の流れに乗って受診をしなければ、この制度の対象とはならないため、現金収入のある都市部では多くの住民がこの制度を利用せずに直接病院を訪れ、制度が形骸化しているとの指摘もある。公務員や大企業の従業員などは独自の医療費補助のシステムが有り、カバーされる範囲はやや広いものとなっている。

バンコク・チェンマイなどの都市部では、近年私立病院が多数建設され、高度でかつ快適な医療を提供するようになっているが、こうした病院を受診出来るのはごく一部の富裕層や外国人駐在員・観光客などである。

2) 検査

ELISA 法の抗体検査は比較的普及しており、郡病院のレベルでも可能である。しかし、CD4 の測定は可能な施設に限られており、県病院のレベルでも可能でないことも有り得る。ウイルス量の測定は更に困難であり、通常県レベルでは不可能である。大学病院や専門機関、都心部の一部の私立病院では、ウイルス量の測定まで可能である。

2000 年 5 月現在で Red Cross Clinic でのこれらの検査の費用は以下の通り。

・抗体検査 ELISA 法 80B (通常の医療機関は 100B ほどとのこと、この価格には PA による

確認も含む。) ウェスタンブロット法は高額であるため PA の結果 ELISA の結果が違った時だけ実施されるのが通常。

- ・ CD4 測定 580B
- ・ ウィルス量測定 3500B

これらの検査は自費での支払いとなるが、平均的な労働者の月収を越えてしまう。このため Red Cross Clinic の様な大学関連の HIV 専門医療機関であってもウィルス量ではなく CD4 を基準に治療を行うことが多い。郡病院のレベルでは CD4 の測定も出来ないため、臨床症状やリンパ球数から推測して経過を見ざるをえない。

3) クリニカルトライアルについて

タイでは、2000 年 5 月現在も幾つかのクリニカルトライアルが実施されており、チュラロンコン大学だけでも 800 人が参加をしていた。しかし、そのうち 600 人は 2 剤だけのものであった。

日本から帰国する患者が参加する可能性に付いては、ある医師は人数が多くなければ可能だとの見解を示していたが、現場に近い別の医師は、現実には困難だろうとの見解を示していた。治験の対象になるには、過去の治療歴がなく、ADL がよく、継続して飲める環境にあるなど多くの要件を満たさねばならず、また数百倍の狭き門であり、日本から帰国する患者が参加出来る可能性には余り期待が出来ないだろう。

4) HIV 感染者が受けられる治療の現状

タイの一人辺り国民総生産は 1900 \$ であり、1 ヶ月の HAART を行うためにはほとんどの国民にとって数ヶ月の収入を注ぎ込むことになってしまう。国立感染症病院の Somsit 医師の予想では、タイ国内の感染者で抗レトロウイルス剤による治療が出来ているのは、5%にも満たないだろうとのことであった。

タイでは、特許に関する国内法が 1992 年まで整備されていなかった関係で、これ以前に開発された薬剤に付いては generic medicine (特許をはずしたノーブランド薬) の製造が違法とされない。このことを根拠にアメリカ側と粘り強く交渉を重ね、AZT の生産を国営製薬公社が行うことが認められた。当初タイ政府は、AZT の感染者に対する供給を少数ながらはじめていたが、単剤療法が無効であることが言われ始めてからこれを止め、現在は抗レトロウイルス剤の無償提供は、母子感染予防のために AZT を妊婦に供給すること以外には殆ど行われていない。

Praphan 医師によれば、大学病院等では 10?50% の患者が抗レトロウイルス剤を使用しているとのことであったが、別の医師によればこうした病院はエイズ患者のために使用出来るベッドが極めて限られているために、日和見感染を繰り返し患者はあまり通院していない。この結果として使用率が上がっているだけであり、感染者一般を反映したものではないとの指摘もあった。また、この数字は、2 剤での治療なども含まれているものである。

一方、常時 100?150 床をエイズ患者の治療のために確保している国立感染症病院では、抗レトロウイルス剤の使用率は高くなく、前述のように Somsit 医師は、感染者の 95% 以上が抗レトロウイルス剤を飲むことが出来ないと推測している。また、農村地帯に位置するメーオン郡病院では住民の現金収入は少なく、抗レトロウイルス剤を治療目的で服用している感染者は一人もいなかった。

タイ政府は、エイズ治療はどこの郡病院でも可能であり、まず地域の郡病院に行く事を進めている。しかしそこでの治療の主体はあくまでも日和見感染症に対する対象療法である。日和見感染症

のうち上位を占める結核については排菌をしていれば全額公費負担となるし、2 番目に多いカリニ肺炎に付いても治療に必要なペニシリンは比較的安価で公費補助の対象となる薬剤である。抗真菌剤に付いては高額で入手困難であったが、フルコナゾールに付いては国内で generic 剤の生産が開始され、薬価が約 30 分の一に低下し使用可能になりつつある。しかし、それでも長期の薬剤の費用は住民の負担が大きいので、メーオン郡病院では薬草の利用を促進している。敷地内に薬草を多量に植え、下痢止め胃薬、ヘルペスのための外用薬などを院内で生産し安価で住民に提供している。

基本的にエイズ発症後は在宅ケアを推進し必要に応じて看護婦が訪問家族に介護法を指導、急性疾患がおきた場合に短期間の入院治療を行う、という方針である。周囲の無理解が在宅療養の障害にならないかとの問いに対しては、「感染者数が増加する中で差別や偏見は減少し郡内では隣人からの差別はほとんどない」とのことであった。

MSF によれば、バンコクの公立の大病院や県病院では一定の治療は受けられるようになっており、幾つかの郡病院でも質がよくなっているがとのことであったが、全ての郡病院で良い治療が受けられる訳ではなく、その質や姿勢には格差が大きい。

以前は「エイズはどうせ治らない病気だから…」と公費で提供される医薬品を使いたがらない医師も少なくなかったとの指摘もあったが、現在は一般的には改善しているという。それぞれの地域の医療の状況については感染者団体・NGO などに聞くのが良いだろうとのことであった。

5) 薬 価

現在、MSF (オランダ) や ACCESS (タイの国内 NGO) などが中心になって薬価を下げるための運動を行っている。既に AZT は国内で generic medicine (特許をはずしたノーブランド薬) 生産が始まっており、MSF の情報によれば今後 ddI、d4T、3TC、ネビラピンの生産が予測されるという。タイは国内で特許法が整備されたのが 1992 年であったため、それ以前に開発された薬剤は generic 薬の製造が国内法的には可能だと言う。しかし、製薬会社や特許を保護しようとするアメリカ政府の抵抗もあり当初のもくろみ通りに進むかどうかは解らない。

以下が 2000 年 5 月現在国立感染症病院の薬局で処方されている抗レトロウイルス剤の価格である。ddI はこの後、半値程度に減額されたとの報道もあるが未確認である。また、近い将来 d4T の generic medicine が国内生産されれば月額 600 バーツ程度に下がるとの MSF 側の目算があるが、まだ確認されていない。将来的に ddI、d4T、ネビラピンの 3 種類で月額 6000B とすることを当座の目標にすえているとのことであったが、これでも大半の労働者・農民の月収を超えてしまう。また実現可能かどうかはまだ不明である。

Bamrasnaradura Hospital (national Infectious Disease Hospital) Pharmacy (May 3, 2000)

略称	薬剤名	容量	価格 (B)	商品名	一日量	1ヶ月分 (パーツ)
AZT	zidovudine	100mg	13	Retrovir	4T/day /4times	1612
ddI	didanosine	100mg	48			
ddI		50mg	25	Videx	125-150*2 /2times	4526 (150)
ddI		25mg	14			
ddI	dry syrup				167*2 /2times	
ddC	zalcitabine	HIVid				
3TC	lamivudine	150mg	109	Epivir	2/day/2times	6758
d4T	sanilbudine	30mg	100	Zerit	2/day/2times	
d4T		40mg	104			6448
Saquinavir		200mg	38	Invirase	6/day/3times	7068
Indinavir		400mg	78	Crixiban	6/day/3times	14508
Ritonavir		100mg	48.40	Norvir	12/day/2times	18005
Nelfinavir		250mg	66	Viracept	9/day/3times	18414
Abacavir		300mg	173			
Nevirapine		200mg	151	Viramune		
Efavirenz		200mg	113.25	Sustiva,Stocrin		

価格はいずれもパーツ (2000年5月現在 1パーツ=約2.6円)

B. 福祉の現状

1) 感染者への病院 MSW の関り

タイの HIV 医療の national Center である Bamrasnaradura (国立感染症) 病院で社会福祉部長を勤める Phayap Ratnarathon 氏に同院での社会福祉部の役割と、日本の医療機関に対して望むことに付いて聞き取りを行った。

a. 国立感染症病院を訪れる患者について

感染者の多くは、告知を受けた後眠れない・食欲がないといった悩みを抱えていることが多く、また経済的理由等から家族に遺棄されるなど福祉の支援が必要なことも多い。

このため、Bamrasnaradura 病院では、HIV の新しいケースは必ず社会福祉部の面接を受け、社会的支援・心理的な支援が受けられるようにしている。

医師は多忙であり十分な面接をすることができないため、社会福祉部のスタッフが時間をかけて面接をし、患者がどのようなサービスを必要としているかを把握するよう努める。社会福祉部のスタッフは、臨床心理士、ソーシャルワーカー、看護婦と合せて 15 人である。

相談の中で一番多いのは経済的なことである。政府からの予算で一部の医療費を支援するプログラムがあるが、感染者数の増加でこうした制度の予算は到底ニーズにおいつかなくなってしまった。

Bamrasnaradura 病院では、1987 年にはじめての患者を診療してから何万人もの患者の診療を行ってきた。農村部では大きな病院の方が治療が良いと考える傾向が有り、何百キロも離れた地域

からも患者がやってくるためベッドが足りない。今から 2・3 年後に発症者数が更に増加した時に更に大変な状況となるだろう。以前は患者のほとんどが男性であったが、現在主婦などの女性の感染が増えている。

Bamrasnaradura 病院はエイズ患者のために約 150 床が用意されており、患者の 10%程度が入院治療を受けることになる。地域社会や家族が看て行くことができる状態であれば自宅に帰している。しかし、身体的に自宅で管理できる状態であっても家族に受け入れられずに入院とすることもある。これまでこのように受け入れられないために入院になった患者が（年間？） 100 人ほどである。こうした患者は、生活の場を提供している NGO 等に紹介をしている。現在は 10 年前に比べて状況はよくなり、社会が感染者を受け入れるようになってきた。これは、共生を訴えるキャンペーンの成果であると同時に、どの地域でも感染者がいない地域がなくなってきたことも影響をしている。家庭に帰れない事情は差別ではなくて、子供がいるからとか、働き手を失って経済的に厳しいために自宅で看護をする人手がないといった理由の方が増えている。

b. 日本で発病するタイ人エイズ患者への対応について

1. 通訳

オーストラリアでは外国人の感染者の診療には通訳を付けているのを見た。診療に通訳をつけることが必要であるし、困った時に母国語で相談できるホットラインが必要である。

2. 緊急時の医療の確保

重病人が運ばれてきた時医師や看護婦がしなければならないことは万国共通である。病院は医療費の支払能力やビザに関わらず、重症患者に対ししっかり受け止めて診て行くことが必要。医療へのアクセスが悪ければ感染者は状態が悪くなるまで医療を受けず、抗体検査もされないため感染者はどんどん増えるだろう。このことはかえって政府の負担を増やすことになるという認識がとても重要である。

3. 帰国時の病態

本人が帰国を希望する場合でも安全な移送がされるような安定した状態に回復してから帰して欲しい。

4. 相互の情報交換

医師同士ソーシャルワーカー同士の情報交換が大切であり、患者を紹介するにあたっては事前に十分な情報を送って欲しい。

5. 薬価を下げるための支援

現在タイでは antiretroviral medicine を利用できる患者はほんの少数である。多くの患者が治療を受けられるようになるためには薬価が下がることが不可欠である。この問題については日本などの先進国の影響が大きく、国際会議などの機会を利用して、薬価を下げるための努力をするように政府や企業に影響力を行使して欲しい。

c. 労働省社会福祉局の対応

タイ大使館領事部には、日本国内で事故や病気のために困難を抱えている自国民の帰国を支援するために担当者がある。東京にあるタイ大使館領事部に連絡をとれば、母国の外務省より労働省社会福祉局災害救援部に支援の要請が行き、家族との連絡調整や必要に応じて病院の手配なども行われる。この社会福祉局の担当官である Mukda Kaewuk 氏に聞き取りを行った。

1. 社会福祉局の HIV 感染者に対するサービス

社会福祉局では、HIV 陽性になった人への生活指導、感染を防ぐ方法の指導、健康管理指導、カウンセリングを受けられる場所の情報提供、各県にある社会福祉課の連絡先などの情報提供を行い、アドバイスをしている。全てのタイ人が対象であり、その人が日本からだろうがどこから帰ってきた人でも関係なく対象にする。日本に超過滞在していた場合、公的機関に連絡を取りたがらないかも知れないが、名前を言う必要もなく、怖がる必要がない。また、24 時間サービスのホットラインがある。これは精神的な面でのカウンセリングで、エイズに限ったことではない。

エイズを発病したり、感染を理由に解雇された場合に県福祉局が窓口になっている手当が幾つかある（資料 3 参照）。しかし、各県ともわずかな予算に大勢の対象者があるためごく一部の人しか対象に出来ない制度も少なくない。

2. 日本から送られてくる感染者に関して

日本から送られてくる患者さんは、重症なことが多い。帰国後すぐに入院が必要な病状の重い患者さんを送る場合はもっと時間に余裕をもって連絡して欲しい。病院は社会福祉局の管轄ではなく公衆衛生省の管轄であるためすぐに手配が出来るわけではない。タイには日本と違って国民保険制度もないから、お金がないと病院に行きにくい、本当に支払いが難しければ行政ルートを通じて減免措置も可能。

しかし、ベッドを確保するためには病院にも十分な情報を送らないといけないので、出来るだけ早く英文で病状の連絡が欲しい。日本から送られてくる情報では十分でないこともあり、問い合わせしなすなくてはいけなくなる。紹介状は必ず英語でできるだけ 1 週間前にはお願いしたい。

本当に重症でなければ、家に帰った方がいいだろう。症状が固まっていなければ、自宅にいた方が精神にもいい。自宅まで送ることはできないが、家族に連絡をとって親戚に迎えにきてもらったり、交通費の援助をしたりはできる。

しかし、感染者の中には、地元の病院でもらう薬より、バンコクの病院でもらう薬の方が効果があると思っているひとがいて、バンコクの病院に患者が集中しやすい。出来れば家の近くの病院に行きたいと思うが、私たちの考えと違うところがある。近くの病院だとヘルスカードを使えるのだが、遠くの病院だと使えないから治療費と交通費の両方が負担になる。今、HIV だからといって村八分にあったり診療拒否に合うことはほとんどない。地域の病院（郡病院）で受入れが可能だろう。

3. 日本側へのリクエスト

帰国直前になって病状を伝えて来るケースが多いが、これでは病院のベットを確保し難い。帰国が決まった時点ですぐに病状の概要を英文で送って頂ければ病院の確保がし易くなる。1~2 週間前に送って頂くことが理想だ。

パスポートが切れている場合には、臨時のパスポートをつくるためにタイ側から本人確認の書類を取り寄せるなど時間がかかる。こうした場合も早めに大使館に連絡をして欲しい。

一方で支援を必要としていない人が帰国する際に連絡が来てしまうこともある。本来災害救援部の事業は、自立できない人々を助けるのが目的。経済的にも自立出来ていて福祉局のスタッフが空港に行って見ると家族が待ち受けていて何の支援も必要なかった場合もあった。日本側でも帰国する患者の母国の家族の状況を調べ、福祉局に依頼したい内容を明らかにしておいて頂けると助かる。

【資料】

HIV 感染者のためのタイの社会福祉情報

(以下は、タイ赤十字 AIDS 研究センターにある HIV 感染者ネットワーク

「ウェンズデイ・クラブ」の機関誌「レッドリボン通信」2000 年 1-2 月号を翻訳したものです)

HIV 感染者と AIDS 患者のための社会福祉制度

国内のすべての公立病院には社会福祉課（医療相談室）が設置されており、患者の援助をおこなっている。患者が検査や治療のため公立病院に来院し、様々な問題を抱えていたり、薬代や医療費が払えないときなどには、患者は社会福祉課に相談することができる。社会福祉課にはソーシャルワーカーがおり、病院内のどの科の患者に対しても援助をおこなっている。患者が健康証（ヘルスカード）や低所得者福祉証を持っていれば医療費免除の制度を利用することができる。

低所得者福祉証申請に必要な書類

1. 住居登録証（タビエンバーン）
2. 国民登録証（バットプラチャーチョン）

以上の 2 つが申請の根拠となる。低所得者福祉証の申請には以上の書類の他に所得が 1 ヶ月 2000 バーツ以下であるか、世帯全体の所得が 2800 バーツ以下であることが条件となる。

病院が処方する薬は以下の 4 種類に分けられる。

1. 基本薬剤 病院が無料で提供できる薬剤。薬剤委員会により無料提供が認証されたものに限る。
2. 基本外薬剤 一部無料提供のできる薬剤。一部は患者負担となる。
3. 高額薬剤 病院が無料提供ができるまたは一部無料提供（一部患者負担）となる薬剤であるが、高額薬剤の中には種類によって薬剤委員会により基本薬剤として無料提供が認められたものと、無料提供が認められていない基本外薬剤がある。
4. 抗ウイルス剤 抗ウイルス剤は無料提供はできない。日和見感染症治療薬は無料提供できる。患者援助に関しては、ソーシャルワーカーが家庭訪問を含めた患者の来歴調査をおこなわなければならない。また援助の検討、決定は、各関係機関の長の方針により異なることがある。

県福祉局の HIV 感染者 AIDS 患者援助の範囲

各県の福祉局の直接の援助は以下の通り

1. HIV感染者 AIDS 患者への生活費援助は生涯 500 パーツ/月を支給する。生活費申請は、患者がその地域の住民であり、住居登録地が市街地区(テーサバーン)でないことが条件となる。
(訳注：郡部居住者に限るとのこと。テーサバーン地区は特別区なので県の区福祉局の直接の担当でない。) また目に明らかな発症の段階の患者である旨の診断書が必要となる。
2. HIV感染者 AIDS 患者の職業安定資金は 20000 パーツ以内。(解雇されたり失業中の HIV 感染者 AIDS 患者に限る)
3. 1回 2000 パーツ以内の福祉援助金。薬代、医療費、生活に必要な費用として支給される。請求には、国民登録証、住居登録証、医師の診断書が必要。
4. 父母がエイズで死亡した孤児は、県の福祉局は施設等と連携し、学業を続けるための援助をおこなう。乳幼児の場合は、1歳になるまでミルク代の援助をおこなう。
5. 出身県を離れて他県へ働きに出ている患者が、他県の福祉局へ援助を申し出た場合の援助については、南部県のソーシャルワーカーによると、たとえばパッターン県出身の患者がソクラー県に働きに出て、そこで援助を求めた場合、ソクラー県の福祉局はパッターン県の福祉局に連絡を取り、パッターン県の予算から援助をもらうようにしている(この場合援助は遅くなる)または、ソクラー県に住居登録を移動させればソクラー県でただちに援助が受けられる。受けられる福祉はその県の予算と申請者の住居登録地による。これは福祉申請が混乱したり重複したりしないための方策である。

HIV感染者 AIDS 患者が仕事がなかったり、解雇され失業してしまった場合は、県の福祉局は以下の関係機関と連絡をする。

1. 労働者福祉保護局
2. 社会福祉局
3. 労働者技術開発局
4. 職業安定局

〔1. 労働者福祉保護局〕

労働者福祉保護局は、エイズに関わる問題の影響を受けている人の福祉政策のもとに、エイズ患者である労働者とその家族の経済的、社会的な困難を克服することを目的とし、エイズ患者とその家族の就労と適切な所得を保証するための支援などエイズ患者および家族援助の計画を実施している。この計画の実施において、労働福祉保護局は、1995年 HIV 感染労働者及びその家族に対する福祉資金運営に関する労働者福祉保護条例(HIV 感染労働者及びその家族に対する福祉資金運営に関する労働者福祉保護条例 1993年及び1994年より改正)に基づき HIV 感染をしている労働者とその家族への支給金のための援助金予算を得ている。

労働者福祉保護局はその予算を獲得すると、20件以上の援助金申請者のいる各県へ割り当て、各県がそれぞれ福祉金の運営をおこないそれぞれの県財政より引き出すことができる。この予算分配を得られなかった県は、福祉金支給の決定後中央政府の予算より受け取ることになる。

〔2. 社会福祉局〕

福祉局はエイズ予防および問題解決計画実施運営のための予算を得て、HIV 感染者、エイズ患者及びその家族援助の福祉援助業務と援助計画をそれぞれ1つずつ実行している。エイズによる影響を受けている人への福祉援助業務とエイズ予防及び問題解決のための村落共同体のエンパワーメン

ト計画である。

エイズ禍の被害者への福祉援助業務は、経済的困窮を救い、患者が家族や共同体の中で生活できるようにするために、HIV 感染児、親が HIV 感染またはエイズにより死亡した児童、孤児および HIV 感染者、エイズ患者とその家族に対する社会福祉面での援助をおこなうことを目的としている。

基本的な援助は以下の通りである。

1. HIV 感染またはエイズの影響による被害を受けた女性とエイズ患者および感染者の山岳民族とその家族に対する 1 件につき 5000 バーツの職業安定資金の支給。
2. すでに発症しているエイズ患者に対する福祉資金としてエイズ患者生活費援助を 500 バーツ／月を生涯支給する。
3. 家族及び共同体内の感染者（子どもと成人）への金銭及び物品援助。
4. HIV 感染児童への施設内での援助。出生より 5 歳までの感染児童、両親のエイズ罹患のため遺棄されたり両親がエイズのために死亡した孤児への援助をおこなう。

これらの児童の援助は、以下の 4 つの児童施設により養育をおこなう。

- ーチェンマイ県ウィエンピン村乳児院
- ーバンコクパヤータイ乳児院
- ーウドンタニ県東北部女児保護施設
- ーソンクラー県南部児童保護施設

〔3. 労働技術開発局〕

労働技術開発局は HIV 感染者の経済的潜在力開発計画を推進している。その目的は感染者、家族、感染者の近親者および感染ハイリスクグループの人が職業訓練を受け自分自身と家族のための収入の道を得られることを目的として、就職のための準備教育、労働技術のレベルアップのための訓練などの他に職業訓練に参加する若い人たちにエイズに関する知識の普及などを全国 44 カ所の職業訓練所においておこなっている。

〔4. 職業安定局〕

職業安定局では、エイズ予防と問題解決のためにエイズに関する知識の普及計画をおこなっている。求職者、海外出稼ぎ者、職業紹介ボランティア、農村指導者、感染者の家族などにセミナーを開催してエイズに関する知識の普及をおこなっている。

以上の福祉情報は、北部、中部、東北部、南部の 4 地方の適正な服薬推進のための NGO および感染者能力開発研修のまとめより抜粋したものである。