

着目した疫学的な報告が中心であった。しかし、1995年以降は外国人のおかれている vulnerable な状況に対して注目し、外国人コミュニティの empowerment を重視する立場から介入調査を行なう報告が増加した。また、人権や政策提言に関する報告も見られるようになったが、1998年以降は報告自体がやや減少している。

## 2) 外国人感染者の聞き取り調査

本年度は HIV に感染している在日ラテンアメリカ人について、初めての質的研究を行った。31人にインタビュー調査を行い、エスノグラフで整理した上で、医療の場におけるインフォームド・コンセントをめぐる問題について分析を加えた。これによって、医師や通訳とのコミュニケーションを妨げているものとして、外国人および医師・通訳の双方の要因を明らかにした。外国人感染者の側の阻害要因としては、感染や超過滞在が職場等に伝えられることを恐れて医師とのコミュニケーションが避けられる、出稼ぎの患者・感染者であるという自覚ゆえに医療制度の利用や治療を受ける権利を主張することを控える、健康より仕事が大事なために偏見・差別を恐れて職場で薬を飲もうとしない、などが挙げられた。また、医師や通訳の側の阻害要因としては、説明しただけで同意がえられたと思ひ、患者の納得、他の治療法などの情報の要求への配慮がない、感染者と男性同性愛者の同一視、男性同性愛者への偏見・差別ゆえに、感染者から信頼を寄せられない、などが挙げられた。

## 3) 外国人支援 NGO/NPO 調査

### 3)-a. 医療通訳派遣団体調査

全国 22 都道府県の 42 団体の通訳派遣状況が明らかになった。使用言語は、英語が最も多いが、スペイン語・ポルトガル語・中国語・韓国語などの派遣をしている団体も少なくない。研修制度をもっている団体は 7 団体であり通訳に対する謝礼は請求していない団体が多く、請求していても 1 回あたり 3000 円など小額の団体が多数を占めた。

### 3)-b. HIV 相談実施団体調査

外国人のための医療の相談を行なっている団体の中でも、HIV の相談を行なっている団体は少なく、今回回答のあった団体のなかでも経験数が少なく自信がないとする団体も多かった。多くの団体が財政基盤・人材育成・医療機関との連携の有り方などに課題を感じていた。

## D. 考察

外国人が HIV に vulnerable な状態となる理由には情報・社会的ネットワーク・労働環境など多様な要因が関係をしており問題の解決には多面的なアプローチが必要である。過去発表された論文では、外国人社会の empower が必要であるとの認識が少しずつ増えているが、これまでの調査ではこれらの諸要因の検討や具体的な対策の分析は少ない。一方、外国人の支援に関わる社会資源も限りがあるなかで、医療へのアクセスに困難をかかえている外国人が多い。

移民の HIV の問題はアジア太平洋地域全

域での大きな課題であり、送り出し国、受入国双方の役割を明確にした連携が必要である。今後アジア太平洋エイズ会議の中での議論をふまえ日本側の役割を明確にした上で、国内の社会資源の拡充やネットワークを行なっていく必要がある。

## E. 結論

外国人・移民の HIV に対する脆弱性については今だ日本国内の研究は少なく、十分な調査を行なった上で社会資源の有効な活用を提案する必要がある。

個別施策層に対する固有の対策に関する研究

# 在日外国人の HIV/AIDS に関する研究動向

鶴田 浩史 在日外国人 HIV/AIDS 支援ネットワーク

## 1. 在日外国人感染者数の傾向

1980年代後半より、日本社会の労働力の需要を補うべく、新来外国人の流入が急速に進行し（図1）、外国人登録者数は100万人を超え、すなわち日本の総人口の1%以上を占めるようになった。その結果、医療の分野における予防体制や支援体制の整備の重要性が増し、その高まりのなか、在日外国人の HIV/AIDS に関する研究も、1990年代前半より、疫学研究を中心にはじめら

れた。そして、文化的、社会的背景から、在日外国人が日本における典型的な vulnerable population である、との認識が生み出されている。

まず、在日外国人の HIV/AIDS に関する研究の起点となったのが、木原らによる1992年の在日外国人女性 HIV 感染者数の急増（図2）に関する研究である<sup>3)4)</sup>。厚生省エイズサーベイランスにおいて、1988年には僅か2人であった年間報告数が、1992年には274人と増加した。木原らによれば、この報告数の増加は、正確な HIV 感染者数

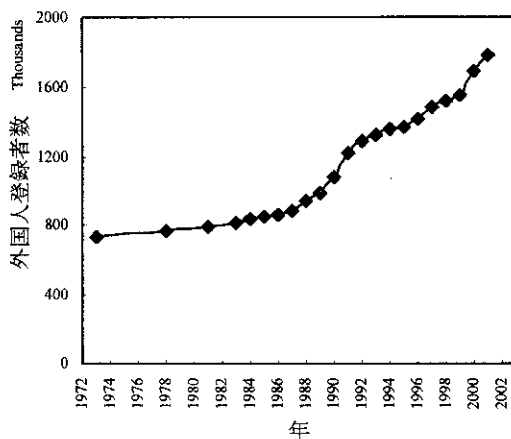


図1 外国人登録者数<sup>1)</sup>

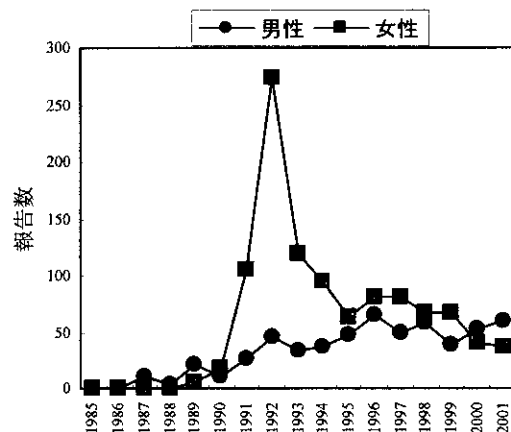


図2 外国人 HIV 感染者報告数<sup>2)</sup>

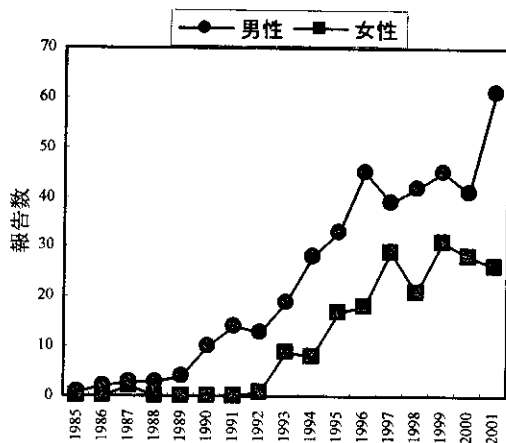


図3 外国人 AIDS 患者報告数<sup>2)</sup>

を反映しているのではなく、HIV 抗体検査の受検率の増加が背景としてあり、たとえば、風俗営業に従事する外国人が、管理者により抗体検査を強いられた状況が生じたためであると考えられている<sup>3)5)6)</sup>。また、この時期には、長野県や茨城県の一部の医療機関に、HIV や STD 検査のために多数の外国人が詰め掛けるという現象もみられ<sup>6)7)</sup>、結果として、厚生省エイズサーベイランスへの全外国人報告例の 10%が一医療機関から報告されるようなことが起こった。1992 年以降は、報告数は一時下回るようになったが、木原によれば、これは感染者の潜在化が現実的な見解として示唆され<sup>8)</sup>、つまり、エイズサーベイランスで把握されているのは、現実に存在する来日外国人女性感染者のごく一部に過ぎない可能性が考察されている<sup>9)</sup>。

一方で、検査の受診者のデータより、来日外国人女性の 95%以上が未感染であり、その性行動や置かれている状況により、HIV により感染しやすい存在であることが

指摘されている<sup>3)</sup>。とくに、若年層ほど HIV や STD s の感染率が高く、たとえば、風俗営業に従事するタイ人女性では、若い者ほど、接客数が多く、コンドームの使用率が低いという調査結果もある<sup>9)</sup>。さらに、木原によれば、大半が HIV 未感染の状態で来日し、半ば暴力的に風俗産業に従事させられることによって、HIV 感染のリスクに曝されているというのが実状のようであり<sup>8)</sup>、実際に、1990 年代前半にはすでに、エイズサーベイランスには国内感染の報告事例が存在している<sup>4)</sup>。

1992 年で一時ピークを迎えた HIV 感染者報告数であるが、一方で、在日外国人 AIDS 患者の報告数は男女とも増加を続け、2001 年 12 月末時点で、日本の総人口の約 1.6%に過ぎない外国人が、日本で発病した AIDS 患者の 26%を占めている<sup>2)</sup>。また、国内感染者も少なくない<sup>2)</sup>。したがって、日本国内において、在日外国人が HIV に感染しやすい状況に置かれていることに応じ、より効果的かつ早急な対応が望まれている。

## 2. 在日外国人 HIV/AIDS 医療に関わる課題

### a. 在日外国人臨床像

在日外国人の医療を考える上では、臨床的側面から社会的側面まで種々の要素を含め、議論を進めていく必要がある。

たとえば、在日外国人感染者に関する症例について毎年数報の報告がなされている

が、外国人症例は、サルモネラ感染や糞線虫症といった日本人症例に見られない疾患や、ウイルスサブタイプが E という報告が多いなど、日本人症例とは異なっているとされるものが多い<sup>10)11)12)</sup>。これに対し、山村らは、在日外国人の合併症は、受入国や送り出し国の検査・診断能力や自然・住居環境に左右される面もあり、母国の感染状況をある程度反映していると指摘しており<sup>10)</sup>、在日外国人の様々な背景を考慮した診療にあたる必要性があると考えられている。

さらに、高額医療費、言葉の問題、習慣の違い、医療情報の不足、入国管理による摘発の恐れ等により、受診の遅れも大きな問題である<sup>10)13)14)15)</sup>。受診の遅れは、結果として在日外国人の受診時の CD4 値の極端な低下となって表れ、受診時の状態が結核やカリニ肺炎などの合併症の急性悪化により重症状態となっているケースが、多数報告されているという<sup>10)</sup>。特に、沢田らの報告によれば、健康保険を持たない外国人では、健康保険を持つ外国人に対し、初診時の CD4 値が有意に低いことが示されており、健康保険の取得の有無が発症から受診までの期間の長さに影響を与えていることが指摘されている<sup>14)</sup>。同様に、費用等で継続治療が難しい状況や自覚症状がないことや雇用への影響等で、未発症 HIV 感染者や結核患者が経過観察中に行方不明なる例が多いことも指摘されており<sup>10)15)</sup>、治療の継続性をも併せ、在日外国人の医療へのアクセスを議論していく必要があることが示

唆されている<sup>10)14)15)</sup>。

## b. 医療提供者の視点

一方、エイズと人権・社会構造に関する研究班の調査によれば、医療提供者の中には外国人診療に対する抵抗感が根強く、外国人の受け入れに影を落としていることが指摘されている<sup>16)</sup>。たとえば、この調査によれば、「医師としてすべての患者に医療を提供する責任感」と「法治国家の構成員としてのアイデンティティー」とが葛藤をおこすケースや、「未払い問題」に関し、支払い能力を持たない者に対する医療の提供の是非とは別に、「誰が費用を負担するか」が重要な政治的事柄として認識されているケースなど、在日外国人の受け入れに対して消極的な姿勢を示す事例が報告されている<sup>16)</sup>。さらに、その結果として、外国人が就職する際に、無断検査が行われたり、「支払能力」だけでなく、「外国人であること」が基準となり医療拒否が行われているといった差別を誘発していることが指摘されている<sup>16)</sup>。

また、これに言葉や習慣、文化の違いによるコミュニケーションの難しさが絡み<sup>13)17)18)</sup>、たとえば、不適切なインフォームドコンセントなどが問題となっている<sup>16)</sup>。異文化理解という点に関して、医療提供者の中には、「理解能力がない」など外国人を過度に一般化したり、ステレオタイプ化する傾向も見られ、同時に、「国に帰るのが幸せ」という前提など、パターンリスティッ

クな態度も存在しているという<sup>16)</sup>。言葉が通じず、通訳がつかないために、医療機関や医師とのコミュニケーションに支障をきたし、場合によっては、「つきそい」をはじめとする第三者に説明や告知を行っているという事例も報告されている<sup>16)</sup>。

このような状況を改善するためには、在日外国人の多様性を尊重し、コミュニケーションを潤滑にし、日本及び母国での社会資源を十分に提供し、患者の自己決定が可能な体制の整備を図っていくことが必要である。そこには、医療提供者、医療ソーシャルワーカー、カウンセラー、NGO、通訳者、行政等間およびその国内外の広いネットワークの構築が重要であり、通訳制度の確立、地域・国籍の相違を踏まえたうえでの治療、母国の医療情報などの整理、外国人感染者への支援のガイドライン等の対応策を実施し、在日外国人の支援・予防を推し進めていくことが不可欠であるといえる<sup>13)16)17)18)</sup>。

### 3. 支援

上記の問題を受け、現在日本では、いかに在日外国人の日本の医療へのアクセスに対する不安および医療提供者側の不安を取り除き、HIV検査や相談を受けやすい支援体制の確立に向け、次のような対策や活動、研究が行われている。

#### a. カウンセリングサービスの充実

新宿保健所や AMDA 国際医療情報センターなど、在日外国人を対象とした HIV/AIDS 関連社会的サービスの利用に関する研究報告がなされている<sup>19)20)</sup>。新宿保健所では、外国人が HIV 抗体検査や相談を受けやすい体制整備を図るため、1994 年から、英語、タイ語、スペイン語、ポルトガル語の相談員を採用し、保健所職員と共同で検査前・後の相談を行い、また、1995 年からは、外国語による電話相談を開始した<sup>19)</sup>。一方、NPO としては、AMDA 国際医療情報センターが、在日外国人からの無料医療・医事相談を電話で受け付けており、東京と大阪にオフィスで、それぞれ数ヶ国語で対応している<sup>20)</sup>。近年の動向として、これら事業の充実に伴い、外国人の HIV 抗体検査数や電話相談件数は増加してきており、治療や療養生活についての継続的な相談が増え、また、医療機関や福祉など他の行政機関、あるいは NGO など関係機関との連絡調整が増えていることが報告されている<sup>19)20)</sup>。電話相談は今後も需要が予測され、即時性、簡便性、場所を選ばないなどの利便があり、今後とも継続していく必要があると考えられている<sup>19)20)</sup>。

#### b. 通訳サービス・支援の充実

通訳サービス・支援の重要性や課題点は、宇野らが開催している外国人 HIV/AIDS 患者支援通訳養成セミナーを中心に議論が行われている<sup>13)21)</sup>。在日外国人に対する医療

にはコミュニケーションが必要であるため、通訳や対訳集など意思疎通の支援システムが不可欠であり、通訳はその存在だけではなく、患者のプライバシーへの配慮や医学的な知識や情報の正確な伝達のための技量が求められていると提言されている<sup>22)23)</sup>。一方で、その通訳の重要性が高いにもかかわらず、現在、多くの通訳がボランティアとして務めており、交通費すら保証されない状況が問題点として存在している<sup>22)23)</sup>。さらに、実際、多くの通訳は、医療における通訳業務のみならず、患者のケア、権利擁護等の多様な仕事を抱え込んでおり、医療の現場での位置づけや責任が明確でないことも課題点として上げられている<sup>24)25)</sup>。今後の方向性として、通訳養成セミナーが、単に通訳の教育・訓練の場としてだけではなく、日本における外国人医療の現状を把握し、医療の改善を議論する場となり、質の高い医療通訳の安定確保のために、通訳の身分保障の重要性、経済的保障体制、人材確保のための施策等への提言に向け、継続的に開催されることを望まれている<sup>13)21)</sup>。

#### c. 母国の医療情報の提供

HIV感染者が自己の将来設計を選択していくためには、享受しうる医療についての情報は不可欠であるが、在日外国人感染者が母国で受けられる医療につ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指摘されている<sup>26)</sup>。本来は、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、母国の医療事情の把握や在日外国人の社会的背景に関する情報は、必要不可欠なものであることから、現在、沢田らを中心に NGO 関係者が共同し、タイおよびブラジルの現地調査を含めた医療情報の収集が行われ、その提供がはじめられている<sup>26)</sup>。

#### 4. 予防

現在、予防介入対策に関し、報告書として目を通すことができるものは、厚生科学研究事業の中で進められている在日ブラジル人やスペイン語系の住民を対象としたラテンプロジェクトおよび在日タイ人を対象としたタイプロジェクトの二つである<sup>27)28)29)30)</sup>。

ラテンプロジェクトでは、1990年6月の「出入国管理及び難民認定法」の改正以来、増加しているラテンアメリカ諸国の日系人を中心に、ポルトガル語系、スペイン語系に分けて文化の違いに配慮し、それぞれの住民に適した HIV 予防・ケアの対策モデルの構築のための研究を行ってきた<sup>27)28)</sup>。一方、タイプロジェクトにおいても、長期にわたって日本に滞在する来日タイ人全般について、STD/HIVに関する効果的な啓蒙活動を行うことを目的とし、その STD/HIVに関する知識・意識および行動の実態調査 (KAP Survey)を実施し、様々な知見を明らかにしてきた<sup>29)30)</sup>。双プロジェクトとも、感染・知識・行動の状態を疫学的に把握し、evidence-based approachを積み重ね、それぞれのコミュニティの文脈に即した予防

対策・支援のモデルを探求している<sup>27)29)</sup>。

そのなかで、とくに明確になってきていることは、在日外国人コミュニティの特徴がそれぞれ多様な性質を持っていることや、コミュニティを取り囲む生活・社会環境が時間とともに変わってきている点などである。また、在日外国人の情報疎外の実態も明らかになってきており、エイズ検査の受検につながる正確な情報の不足や性感染症の予防の重要性に関する認識の不足など、男女いずれにおいてもHIVに感染しやすい状況にある可能性が示されてきている<sup>27)28)29)30)</sup>。したがって、プロジェクトの調査結果によれば、予防介入を実施する上で、全般的な情報提供や情報提供の活用メディアの選択、アクセスポイントの選択、対象集団の生活・社会環境およびその変化等への考慮、質的調査手法や医療文化人類学の活用、在日外国人自身の参加などが重要であるという<sup>27)29)</sup>。

## 5. 行政施策および制度

日本政府の基本的な在日外国人政策は、社会保障制度の原理ではなく、入管政策の上に置かれ、「不法滞在の助長」と「医療目的の入国」に対する危機感と「人道的配慮」の必要性の上を揺れ動き、社会保障制度の成立・運用・解釈上に多くのひずみを作り出し、対応の不十分さや対策の遅れにつながっているとの指摘がある<sup>31)</sup>。在日外国人のHIV/AIDSの問題に対する行政施策にお

いても同様の指摘が多く<sup>10)13)14)16)</sup>、宇野らは、あまりにもNGO・ボランティアに依存し、今まで外国人診療体制の現状を日本社会が十分に考えてこなかったとの述べている<sup>13)</sup>。

とくにHIV/AIDSに関する制度の問題のなかでは、医療費の保障対策が大きなテーマとしてあげられる。高額医療費は外国人側の受診を消極化させ、先述のように受診の遅れを促し<sup>10)13)14)15)</sup>、また、医療費未払いとして医療行為者側の診療体制維持に支障をきたすことが示唆されており<sup>13)16)</sup>、両者相いれることが困難な溝が作り出されているといえる。すなわち、医療費の補填を充実させその溝を埋めることが、在日外国人HIV感染者の医療へのアクセスを大きく改善する方法の一つだといえる。現在、補填制度や事業に対して提言されていることは、1)「結核予防法」等の現法上適用可能な制度の運用を徹底し応用していくこと、2)「行旅病人及び行旅病人及び行旅志望人取り扱い法」や「救急医療未払医療補填事業」等の一部地域でのみ適用されているような適用の可能性のある制度の運用を拡充していくこと、3)健康保険等の制度の改善または新規制度の確立、の三点を中心とした医療体制の議論が行われている<sup>10)13)14)16)</sup>。

一方で、上記を医療行為者及び受療者への対応とするならば、現行の医療を在日外国人に対して効果的かつ効率的に供給していく上で、宇野らの通訳セミナーの報告に提言されているように、両者の間を取り持



つ中間者、通訳者、カウンセラー等の人的資源への法的または制度上の支援の必要性も出てきている<sup>21)</sup>。在日外国人を対象とした場合、医療行為者と受療者の間の言語や文化の相違等が、外国人患者治療に大きな影響を及ぼすため、たとえば、通訳者への支援体制の確立には、1) 通訳者の医療行為上の役割、責任の明確化、2) 人材確保および質の向上のための施策、3) 通訳の身分の保証、などについて、制度上の整備が望まれている<sup>13)21)</sup>。

## 6. 今後の研究に向けて

医学中央雑誌データベースを中心に検索を行った結果、在日外国人の HIV/AIDS の問題に関する論文および抄録の数は、2002 年までに、約 140 報に及び、図 4 が示すように、その数は、増加傾向にある。これは、HIV/AIDS に関する認識の高まりに加え、在日外国人に関する議論の深まりによると

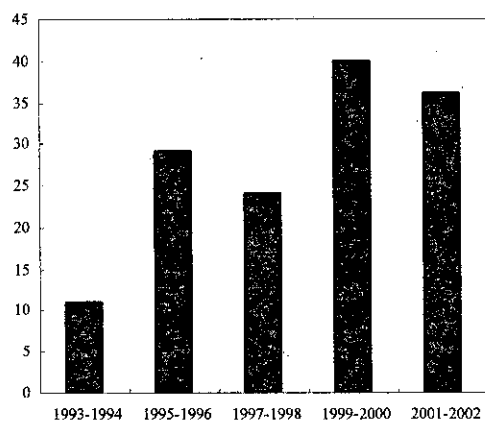


図 4 在日外国人 HIV/AIDS に関する研究報告数の変化

考察できる。また、便宜上その報告数のみに注目し、各研究の内容を分類し、内容の変化を分析すると、年々、疫学動向に関する研究が減少し、一方で、研究分野の多様化や、支援、人権、制度、予防に関する研究の総数が増加していることがわかる(図 5)。すなわち、疫学研究が問題提起をした在日外国人の HIV/AIDS の問題が、年を追うことに、広く、深く認識されるようになり、現在、その問題解決を思案する研究に、関心が寄せられていると考えられる。

しかし、在日外国人の医療の問題の解決には、依然、多くの議論が必要なようである。宇野らが述べているように、在日外国人と医療の問題はあまりにも大きく、厚生科学研究の研究組織でできることはかぎられており、厚生労働省、外務省、経済産業省、相手国をも巻き込んだ検討の場、経済的補填も確保された継続的研究組織の構築による有効な施策の研究、そして、恒久的な施策運用のための制度化の実現が望まれる<sup>15)</sup>。とくに、在日外国人の HIV 医療やそ

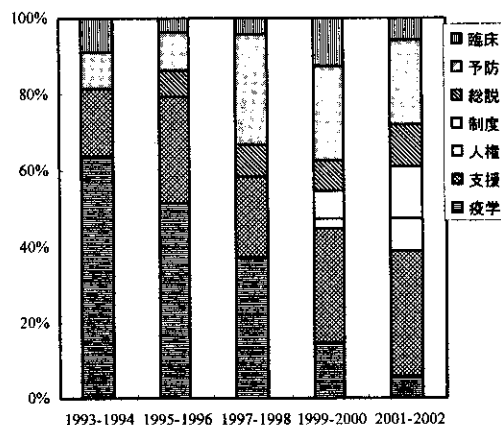


図 5 在日外国人 HIV/AIDS に関する研究内容の変化

の HIV に対する脆弱性には、種々の社会的、文化的要因が複雑に関わっていることから、医療提供者の視点のみではなく、在日外国人の視点を中心に、さらに、医療のみならず生活の質の改善に向けた研究や政策の検討が必要であろう。

## 7. 参考文献

- 1) 法務省入国管理局「出入国管理統計」  
「在留外国人統計」各年度版より
- 2) 厚生労働省エイズ発生動向各年度版より
- 3) 木原正博. 最近の来日外国人女性 HIV 感染者数の増加をどうみるか. 日本公衛誌, **40**(11), pp.1001-100, 1993.
- 4) 木原正博, 市川誠一, 木原雅子, 橋本修二, 新村和哉, 曾田研二. 厚生省エイズサーベイランスに見られた 1991-1992 年の外国人報告数の増加の内容について. 日本公衛誌, **42**(8), 569-578, 1995.
- 5) 木原正博, 木原雅子, 清水源之, 曾田研二. 来日外国人の HIV 抗体検査率、HIV 抗体陽性率および性感染症の動向について—茨城県の一医療機関の診療記録調査. 日本公衛誌, **40**(12), pp.1169-1175, 1993.
- 6) 木原雅子, 木原正博, 清水源之. 曾田研二. 茨城県の一医療機関における来日外国人の HIV 及び STD 感染の動向について. 日本公衛誌, **42**(8), pp.579-585, 1995.
- 7) 内野英幸, 木原正博. 風俗営業に従事する来日外国人女性の HIV/STD 感染の動向と分析—長野県小諸地域から見た現状と課題. 日本公衛誌, **42**(9), pp.808-814, 1995.
- 8) 木原正博, 木原雅子. ハイリスクグループの性感染症—新来外国人 (タイ人女性の場合). クリニカ, **24**(6), pp.413-417, 1997.
- 9) 木原雅子, 木原正博, 曾田研二. 風俗営業に関わる来日外国人女性の職・経歴および国内における性行動について. 日本公衛誌, **41**(2), pp.172-176, 1994.
- 10) 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, **4**(2), pp.55-61, 2002.
- 11) 坂本光男, 吉川晃司, 相楽裕子, 宇宿秀三, 野口有三, 近藤真規子, 今井光信. 外国人 HIV 症例に関する検討—日本人症例との比較を中心に. 感染症学雑誌, **74**(10), pp.894-895, 1999.
- 12) 石原美和, 高野操, 源河いくみ, 池田和子, 古澤美和, 野々山未希子, 安岡彰, 青木眞, 岡慎一. HIV 感染外国人の入院医療に関する問題について. 感染症学雑誌, **73**(8), pp.845, 1999.
- 13) 宇野賀津子, 内藤真, 沢田貴志, 岩木エリーザ, 吉崎和幸. 日本における在日外国人 HIV 感染者の医療状況と問題点. 日本エイズ学会誌, **3**(2), pp.72-81, 2001.
- 14) Sawada T., Negishi M., Edaki M.. Delayed access to health care among

- undocumented migrant workers in Japan: Population mobility in Asia: Implications for HIV/AIDS action programmes, Bangkok, UNDP, pp.33-39, 2000.
- 15) 重藤えり子. 在日外国人結核、HIV 感染者結核の治療. 治療, **76**(11), pp.46-52, 1994.
- 16) 沢田貴志, 兵藤知佳, 枝木美香, 樽井正義. 在日外国人の HIV をめぐると人権状況に関する調査. 厚生科学研究費補助金エイズ対策研究事業・エイズと人権・社会構造に関する研究・平成 12 年度研究報告書, pp.55-63, 2001.
- 17) HIV/AIDS と人権に関する指針. 厚生科学研究費補助金エイズ対策研究事業・エイズと人権・社会構造に関する研究・平成 13 年度研究報告書, pp.7-12, 2002.
- 18) HIV/AIDS と人権に関する指針 具体策と根拠. 厚生科学研究費補助金エイズ対策研究事業・エイズと人権・社会構造に関する研究・平成 13 年度研究報告書, pp.13-35, 2002.
- 19) 河野弘子, 水口千寿, 神楽岡澄, 松浦美紀, 井口理, 長谷川祥子, 狩野千草, 木村久子, 平野美恵子, 菊池潤一, 平野進, 渡邊紀明. 新宿区保健所の外国人に対する HIV 抗体検査・HIV/AIDS 相談事業. 平成 13 年度厚生科研費エイズ対策事業研究・HIV の疫学と対策に関する研究・研究報告書, pp.171-177, 2002.
- 20) 小林米幸. AMDA 国際医療情報センター東京でのエイズ関連電話相談の解析. 厚生科研費エイズ対策事業研究・HIV 感染症の疫学研究・研究報告書, pp.258-260, 2000.
- 21) 宇野賀津子, 内海真, 沢田貴志, 吉崎和幸. 外国人 HIV/AIDS 患者支援—通訳養成セミナーの開催意義. *Minophagen Medical Review*, **47**(2), pp. 83-84, 2002.
- 22) 谷川真理, 宇野賀津子, 沢田貴志, 内海真, 鬼塚哲郎, 榎本てる子, 岸田綱太郎, 吉崎和幸. 外国人 HIV 感染症診療における医師—通訳連携—通訳養成セミナー参加を通じて. *Minophagen Medical Review*, **46**(2), pp. 95-96, 2001.
- 23) 谷川真理, 宇野賀津子, 沢田貴志, 内海真, 鬼塚哲郎, 榎本てる子, 岸田綱太郎, 吉崎和幸. 外国人 HIV 感染症診療における医師と通訳の連携に関する考察. *日本エイズ学会誌*, **2**(4), pp.463, 2000.
- 24) 鬼塚哲郎, 岩木エリーザ, 沢田貴志, 宇野賀津子, 吉崎和幸. HIV 通訳者の活動領域—フォーカスグループ・ディスカッションに見るクライアントのニーズ、通訳者のニーズ. *Minophagen Medical Review*, **46**(2), pp. 94-95, 2001.
- 25) 榎本てる子, 宇野賀津子, 鬼塚哲郎, 沢田貴志, 岩木エリーザ, 栄ロルイザ, 菊池恵美子, 内海真, 吉崎和幸. 外国人 HIV 感染者支援体制確立における通訳の果たす役割の重要性. *日本エイズ学会誌*, **2**(4), pp. 464, 2000.
- 26) 沢田貴志, 枝木美香, 福島由利子, 樽井正義. 在日外国人感染者の母国におけ

る受け入れ状況に関する現地調査. 厚生科学研究費補助金エイズ対策研究事業・エイズと人権社会構造に関する研究・平成 12 年度研究報告書, pp.65-74, 2001.

外国人政策の提言・2002 年度版, pp.49-56, 2002.

27) 岩木エリーザ, 木原正博, 木原雅子, 市川誠一, 大屋日登美, 津島真利絵, 栄ロルイサ, エリゼッテ小貫. 在日ラテンアメリカ人の HIV/STD 関連知識、行動及び予防・支援対策の開発に関する研究. 平成 13 年度厚生科研費エイズ対策事業研究・HIV 感染症の動向と予防介入に関する社会疫学的研究・研究報告書, pp.150-166, 2002.

28) 小貫大輔, 定森徹, Jose Araujo Lima Filho. 在日ブラジル人に対する 2 つの HIV 関連調査. 平成 6 年度厚生科研費エイズ対策事業研究・HIV の疫学と対策に関する研究・研究報告書, 137-140, 1995.

29) 小堀栄子, 内野ナンティヤー, 木原雅子, 木原正博. 滞日タイ人の STD および HIV/STD 関連知識、行動及び予防・対策支援の開発に関する研究. 平成 13 年度厚生科研費エイズ対策事業研究・HIV 感染症の動向と予防介入に関する社会疫学的研究・研究報告書, pp.168-170, 2002.

30) ニクン・ジッタイ, 小堀栄子, 沢田貴志. 来日タイ人への STD および HIV に関する啓蒙活動について. 平成 9 年度厚生科研費エイズ対策事業研究・HIV 感染症の疫学研究・研究報告書, 210-217, 1998.

31) 移住者と連帯するネットワーク。「多民族・多文化共生社会」に向けてー包括的

厚生労働科学研究費補助金（エイズ対策研究事業）  
分担研究報告書

個別施策層に対する固有の対策に関する研究

HIVに感染している在日ラテンアメリカ人と  
インフォームドコンセントに関する研究

Genaro Castro-Vasquez 慶應義塾大学文学部訪問研究員  
樽井 正義 慶應義塾大学文学部

A. 背景

着手後、日本経済のバブルは1980年代の  
終わり頃から始まり、これにともない、ラ  
テンアメリカ人を含む低賃金労働者の日本

への流入が増大した。法務省は平成13年に、  
ラテンアメリカ全体では332,726人、うち  
265,962のブラジル人と50,052のペルー人  
が、日本に合法的に存在していると報告し  
ている。

在留資格	ブラジル人	割合	ペルー	割合
永住者	20,277人	7.6%	11,059人	22.1%
日本人の配偶者	97,262人	36.6%	9,643人	19.3%
永住者の配偶者等	135人	0.05%	226人	0.5%
定住者	142,082人	53.4%	22,047人	44%
短期	1,351人	0.5%	5,430人	10.9%
未取得者	2,922人	1.1%	1,040人	2%
その他	1,933人	0.75%	607人	1.2%
総数	265,962人	100%	50,052人	100%

在日ブラジル人の性別と年齢に関しては、  
性別では男性が54.8%、女性が45.2%を占  
め、年齢は20～29歳が29%、30～39歳人  
が24%を占める。在日ペルー人の場合は、  
男性が55%、女性が45%を占め、20～29  
歳人が20%、30～39歳人が30%を占めて  
いる。

都道府県ごとに外国人登録者の国籍別の  
割合を見ると、ブラジル人が大きな割合を  
占めているのは、第一位が静岡県で52.9%、  
三重県47.7%、長野県41%である。ペルー  
人は静岡県6.9%、神奈川県5.6%、埼玉県  
4.7%である。（財団法人入管協会2002）

一方、法務省入国管理局によると、ペルー人は初回調査時から平成7年5月1日までは増加を続けていたが(15,301人)、同年7月15日査証取得勧奨措置が採られたこと等により、それ以降減少傾向に転じ、平成14年3月には7,744人と最多時点からみれば半減している。なお、ペルー不法残留者全体の75.2%(5,826人)を在留資格「短期滞在」が占めている。(法務省2002)

1998年末に厚生労働省HIV/AIDS動向調査委員会から出された報告では、外国人感染者の国別の数値は公表されていないため、木原 et. al. (1999) が、地理分布や実際の受診者数から推測を行っている。それによると大半はブラジル人と見られ、“南米系”の割合は、累積でHIV感染者の10.2%(n=114)、AIDS患者の25%(n=87)を占めるとされている。2001年の厚生労働省の統計によると、外国人感染者数は特に増加してはいないが、男性の感染者の割合がほとんど変わらないのに対し、女性はわずかに軽減している傾向が見られる。国籍に関しては東南アジアのHIV感染者またはAIDS患者の割合が第一位で、ラテンアメリカは第二位である。(IASR 2002; 23:109-110)

先行する研究を見ると、1) 在日外国人HIV感染者あるいは、AIDS患者の医療の現状調査は決して多くはなく、2) 医療機関へのインタビュー調査、あるいは外国人PLWHAに対してもアンケート調査に基づく研究にとどまっている。

先行する研究では、在日外国人感染者に

関する症例について毎年数報の報告がなされているが、外国人症例は、サルモネラ感染や糞線虫症などといった日本人症例に見られない疾患や、ウイルスサブタイプがEという報告が多いなど、日本人症例とは異なっているとされるものが多い(山村 et.al. 2002; 坂本 et.al.1999; 石原 et.al.1999)。これに対し、山村 et.al. (2002) 在日外国人の合併症は、受入国や送り出し国の検査・診断能力や自然・住居環境に左右される面もあり、母国の感染状況にある程度反映していると指摘しえており。在日外国人の様々な背景を考慮した診療に当たる必要性があると考えられる。

さらに、高額医療費、言葉の問題、習慣の違い、医療情報の不足、入国管理による摘発の恐れ等により、受診の遅れも大きな問題である(山村 et.al. 2002; 宇野 et.al. 2001; Sawada et. al. 2000; 山村 et.al. 2002; 重藤 1994)。受診の送れは、結果として在日外国人の受診時のCD4値の極端な低下となって表れ、受診時の状況が結核やカリニ肺炎などの合併症の急性悪化により重症状態となっているケースが、多数報告されていると言う(山村 et.al. 2002)。特に沢田 et.al. (2001a) の報告によれば、健康保険を持ってない外国人では、健康保険を持つ外国人に対し、初診時のCD4値が有意に低いことが示されており、健康保険の取得の有無が発症から受診までの期間の長さに影響を与えていることが指摘されている(Sawada et.al. 2000)。同様に、費用等で継続治療が難しい状況や自覚症状がないことが雇用への影響などで、未発症HIV感染者や結核患者が経過観察中に行方不明になる例が多いことも指摘されている(山村

et.al 2002; Sawada et.al. 2000; 重藤 1994)

一方、エイズと人権・社会構造に関する研究班の調査によれば、医療提供者の中に外国人医療に対する抵抗感が根強く、外国人の受け入れに影を落としていることが指摘されている(沢田 et.al.2000)。また、これに言葉や習慣、文化の違いによるコミュニケーションの難しさが絡み(宇野 et.al.2001; HIV/AIDS と人権に関する指針 2002; HIV/AIDS と人権に関する具体策と根拠 2002)。異文化理解と言う点に関して、医療提供者の中には、「理解の能力がない」など外国人を過度に一般化したり、ステレオタイプ化する傾向も見られ、同時に、「国に帰るのが幸せ」と言う前提など、パターンリスティックな態度も存在していると言う(沢田 et.al.2001b)。言葉が通じず、通訳がつかないために、医療機関や医者とのコミュニケーションに支障をきたし、場合によっては、「つきそい」をはじめとする第三者に説明や告知を行っていると言う事例も報告されている(沢田 et.al.2001b)。

このような状況を改善するためには、在日外国人の多様性を尊重し、コミュニケーションを潤滑にし、日本及び母国での社会資源を十分に提供し、患者の自己決定が可能な体制の整備を図っていくことが必要である。そこには、医療提供者、医療者、ソーシャルワーカー、カウンセラー、NGO、通訳者、行政間及びその国内外の広いネットワークの構築が重要であり、通訳制度の確立、地域・国籍の相違を踏まえた上で治療、母国の医療情報などの整理、外国人感染者への支援ガイドラインの対応策を実地し、在日外国人の支援・予防を推し進めて

いくことが不可欠であると言える(宇野 et.al.2001; 沢田 et.al. 2001b; HIV/AIDS と人権に関する指針 2002; HIV/AIDS と人権に関する具体策と根拠 2002)。

上記の問題を受け、現在日本では、いかに在日外国人の日本の医療へのアクセスに対する不安及び医療提供者側の不安を取り除き、HIV 検査や相談を受けやすい支援体制の確立に向け、次のような対策や活動、調査が行われている。a) カウンセリングサービスの充実(宇野 et.al. 2002; 小林 2000)、b) 通訳サービス・支援の充実(谷川 et.al.2001; 谷川 et.al.2000; 鬼塚 et.al.2001; 榎本 2000)、c) 母国の医療情報の提供(沢田 2001a)、d) 予防(岩木 et.al.2002; 小貫 1995; ニクン・ジッタイ 1998)、e) 行政施政及び制度(移住者と連帯するネットワーク 2002)。

医療機関における治療とその際のコミュニケーションに関して、次の論点が強調されている。

- 1) 日本と外国人の出身地の医療システムや医療に対する考え方、価値観の違い。
- 2) 文化と社会的要素の影響
- 3) 専門の通訳が利用できない
- 4) 通訳に対する謝礼が制度化されず。
- 5) 短時間で説明は不可能。
- 6) 検査の段階で病院を訪れることは非常に少ない。
- 7) 患者の医者に全面的に依存的な態度。
- 8) 情報は日本語で書かれたのが圧倒的に多い。
- 9) 医師は患者が日本語をよく理解できないと言う前提で家族に話す。
- 10) 特にスペイン語、タイ語に関しては人材を探すのが難しい。

- 11) 外国人の知的レベルが低い。
- 12) 患者の理解力が不足。

ているランアメリカからの PLWHA に対して、インフォームドコンセントがどのように実施されているかを、感染者の側から明らかにすることを目的とする。

## B. 研究目的

医療機関において、HIV/AIDS に感染し

## C. 対象者

	HIV 感染者	AIDS 患者	総数
日系ブラジル人	8 人	7 人	15 人
日系ペルー人	2 人	1 人	3 人
ブラジル人	1 人	—	1 人
ペルー人	—	1 人	1 人
総数	11 人	9 人	20 人

- \* 全員男性
- \* 超過滞在者は 3 人（インタビューの中で本人の発言による）
- \* 男性同性愛者は 7 人（インタビューの中で本人の発言による）
- \* 年齢は 28 歳から 37 歳まで
- \* 面接調査期間 2002 年 4 月から 9 月まで

れたデータにコードを付け、システムミック・ネットワーク理論 (Systemic networks)、フェミニスト理論 (Holland et.al.1998) と社会平等批判の枠組み (critical social justice framework) (Crock 2001) に基づいて分析した。

## D. サンプリング方法

- \* 病院の紹介で 4 人
- \* 浜松の某財団の紹介で 5 人
- \* snowball-sampling 法で 11 人

## F. 結果

データの分析から次のことが明らかになった。

## E. 分析方法

対象者一人に二回各 60 分面接を行った。3 人は東京都、2 人は埼玉県、15 人は静岡県で面接した。

対象者から同意を得てインタビューを録音し、その録音を起こして、エスノグラフ (Ethnograph コンピュータプログラム) によって内容データとして整理し、整理さ

- HIV 感染者・エイズ患者はほとんどの場合に薬に関わる情報を得ている
  - しかしその内容を理解しているか、あるいは治療に同意しているかを、医師から確認されてはいない
  - 感染者・患者に治療の選択肢が与えられていない
  - 受けている治療に関わる第三者の意見を尋ねる可能性が示されていない
- さらにデータのなかから、インフォーム



ドコンセントの実施が不十分であることの原因と思われることを列挙する。

● 職場に知られる不安

面接者「いつから感染していますか。」

対象者「本当によく分からない。でも、感染していることが分かったのは三年間ぐらい前。」

面接者「なぜ薬を飲みたくないのですか。」

対象者「飲みたくないわけではない、ただ仕事中は飲めない。私は弁当屋で働いているが、仕事が何時始まるか、何時終わるか分からない。だから、薬を飲む時間をちゃんと守って飲むことはできない。」

面接者「そういうことを医師に言いましたか。」

対象者「言ったつもりです、でも、多分、分かってくれないです。」

面接者「なぜそう思いますか。」

対象者「まだ薬をもらえないから……。本当に仕事中には薬を飲みたくないんです。」

面接者「それは、なぜですか。」

対象者「前の会社は、薬でやめさせられたんです。」

面接者「え？ どういうことですか。」

対象者「薬をロッカーにおいておいて、飲むときは、廊下で飲みました。でも、ある日、仲間にそれを見つかり、ボスに言われてしまった。それで、首になった。だから、また、同じことが起こらないように、気をつけなきゃ。」

面接者「これを、医師は知っていますか。」

対象者「知らないです、言いにくいです。」  
(日系ブラジル人 35 歳、在留資格あり、エイズ患者)

\* 出稼ぎ・外国人という意識

面接者「分からないのに、なぜ先生に言わないのですか。」

対象者「言っても意味がないと思います。」

医療は日本人用になっていますから。例えば、資料とか日本語を読めない人は使えないし……。どうしても、私は帰国したいですね。お金を貯めたら、帰ると思う。友達とか日本にいないし……。日本人のような顔しているのに心はラテンアメリカ人です。」

面接者「何年ぐらい前日本にきましたか。」

対象者「8年間ぐらい前かなあ。」

面接者「帰国する予定がありますか。」

対象者「今のところないです。病気になってから貯金があまりないです。」(日系ブラジル人、36 歳、在留資格あり、HIV 感染者)

● 信頼関係の欠如

\* 男性同性愛者への偏見差別

面接者「日本語は大丈夫でしょう。」

対象者「話せるとは思いますけど。」

面接者「じゃ、なぜ質問があるのに聞かないのですか。」

対象者「あまり良くない事があってから、あんまり話したくないです。」

面接者「どういうことですか、説明は出来ますか。」

対象者「私はそんなにゲイ見えないのに、あるとき、いきなりに、B型肝炎が男性同性愛者の中に増えていて、ケツをなめる (rimming) 人は、肝炎に感染しやすいって……。そのときはえっと思った。後で、なぜそういうことを僕に言うのかと思った。そういうセックスしてないのに……。」

面接者「ゲイじゃないのに、おかしいと思  
ったのですか。」

対象者「違います。ゲイです。でも、医師  
とそういう事について話したことがな  
いののに何でそういうこと言うのかと！」

面接者「なぜ話してないのですか。」

対象者「話す必要がないと思ったから。」(日  
系ブラジル人、34歳、在留資格あり、  
HIV感染者)

面接者「日本語で医師と相談できますか。」

対象者「いいえ、いつも通訳してくれる人  
が必要です。でも……。あんまり良くな  
いです。」

面接者「どういうことですか」

対象者「感染しているって分かってから、  
セックスしなくなってきた。それで先生  
と、男とのセックスについて相談したか  
っただけど、そういうことを通訳して  
くれる人に言ったら、すごく変な目で見  
られて、やっぱりあなたもそういう人っ  
て言われました。その後、本当に必要な  
ことしか聞きません。」

面接者「このことについて誰かと話しまし  
たか。」

対象者「話せないです、だって通訳がない  
と一人で病院に行けないし……。」(日系  
ブラジル人 34歳、在留資格あり、エイ  
ズ患者)

#### \* 超過滞在

面接者「じゃ、分からない時どうしますか。」

対象者「聞かないです。」

面接者「なぜですか。」

対象者「なぜって、そんな雰囲気じゃない  
し……。でも……。それより怖いです。」

だって聞かれたら困る……。」

面接者「何を。」

対象者「僕の保険証じゃないことがばれた  
ら、大変……。薬をもらえれば……。別  
に聞かなくてもいいと思う……。」(ペル  
一人、34歳、不法留、エイズ患者)

#### \* 健康保険制度

面接者「日本語を話せるのに、何で分から  
ない時、聞かないのですか。」

対象者「病院の人は信用できないと思うか  
ら。」

面接者「どういうことですか。」

対象者「会社から聞かれたことがある、何  
でそんなに病院に行くのかって。個人的  
情報が病院から会社に送られているか  
もしれないと思うので。プライベートな  
ことは会社に知られたくないし……。感  
染していることで首にされるかも知れ  
ないし……。とりあえずいいです。」(日  
系ペル一人、29歳、在留資格あり、HIV  
感染者)

#### ● 言葉の障害

##### \* 外国語

対象者「僕は、英語が分からないし、日本  
語も分からないから、通訳してくれな  
いと先生と話せないです。」

面接者「それでも、分からない時ちゃんと  
聞きますか。」

対象者「そのつもりですが、すごく難しい  
です。時々僕の言った以外のことを話  
しているようだし。」

面接者「どうしてそう思いますか。」

対象者「分からない時、通訳する人に話し  
ます。その後でその人と医師が話す。で  
も僕にすぐ言ってくれないのです。なん

か、2人で話している。だから……。その後、ちょっとだけ説明してくれて、ちゃんと先生の言ったこと教えてくれたのかどうか、分からないし、すごく時間がかかりますから。ちょっと聞こうという気になりません。」(日系ペルー人、37歳、在留資格あり、エイズ患者)

#### \* 専門用語

対象者「もう聞かないようにしています。分からないことはインターネットで調べられるし、ブラジルの友達にも聞けるから……。」

面接者「どうして聞きたくないですか。」

対象者「日本の医師とは話しにくいからです。」

面接者「日本語ができないからですか。」

対象者「違うと思います。ある程度日本語は出来ますよ。勿論、医学の専門用語は分からないし、それは、ポルトガル語でも知らないと思う。カタカナが多いし……。」

面接者「先生にそういうこと言いましたか。」

対象者「言いましたが、何も変わらないですよ、時々英語にしようと思っていますが、医師の英語はあんまりうまくないですよ。日本語とちゃんぽんの英語しかしゃべれないみたいです。」

面接者「どういう事ですか。」

対象者「英語と日本語をまぜるので、もっと難しいです。」(日系ブラジル人、35歳、在留資格あり、HIV感染者)

#### ● 家父長的な (paternalistic) 態度

面接者「なぜ聞かないのですか。」

対象者「聞く必要がないと思います。勿論、

袋に薬の飲み方は書いてあるから十分です。」

面接者「本当に? なぜそう思いますか」

対象者「聞いても何も変わらないし……。」

医師も変わらないし……。」

面接者「どういうことですか。」

対象者「地元の友達と話したら、違う治療を受けているみたいで、それを先生に聞いたら、知らないって言われた。それなら、別のところに行って見ようと思ったけど、通訳してくる人がいないし、カルテのコピーももらえないし……。別の医師の意見を聞くのは無理みたいです。」

(日系ブラジル人、33歳、在留資格あり、エイズ患者)

#### ● 通訳のあり方

対象者「僕にとって一番大変な問題は通訳してくれる人です。」

面接者「どうしてですか。」

対象者「なんか、とても日本的な態度をとるから、僕の言ったこと、本当に医師に言っているかどうか、分かりません。」

面接者「日本的ってどういうことですか。」

対象者「僕が言うとはい、はいと言うのですが、それを医師に伝えてくれたのかどうか……。先週ものすごい下痢で病院に来たし、その前にはヘルペスになった。今日からでも薬を飲み始めようと思っているのに、もらえないんです。もらえるまであと一ヶ月ぐらい待たなければならぬ。本当にすぐ飲みたいのに……。」

面接者「医師に伝えてと言ったのですか。」

対象者「言ったんだけど……。うまく通訳してくれなかったのかもしれない。それに通訳の人は、先週の下痢のような緊急

の時は来てもらえないし……。何か寂しい感じ……。」(日系ブラジル人、28歳、在留資格あり、エイズ患者)

#### ● カウンセリングの困難

対象者「薬に関して文句はないです。先生は優しいし、不明なところはいつでも説明してくれるし、でも……。個人的相談はできない。」

面接者「どういことですか。」

対象者「やっぱり、CD4が上がったり、下がったりしていると不安で、そういう時誰かと話したいなあと思っても、誰もいないです。」

面接者「病院にはカウンセリングは無いのですか」

対象者「有るかもしれないですが、ポルトガル語でないと言いにくいし……。大体ここにいるブラジル人はゲイとエイズの偏見すごくて危険だし、うわさも怖いし……。なんか落ち着かない感じ……。」(日系ブラジル人、31歳、在留資格あり、エイズ患者)

#### G. 考察

以上のことから、外国人感染者のインフォームド・コンセント、それ以前に医師や通訳とのコミュニケーションを妨げているものとして次のような問題点が挙げられる。第一には、外国人感染者の側に、コミュニケーションを躊躇させるいくつかの要因が見られる。

1. 健康より仕事を大事にしている患者は、偏見・差別を受けることを恐れて、職場で(人前で)薬を飲もうとしない。
2. 感染していること、場合によっては超過

滞在していることなどが、医療機関から職場等に伝えられることを恐れ、医師とのコミュニケーションが避けられることがある。

3. 出稼ぎの患者・感染者であるという自覚が、医療制度の利用や治療を受ける権利を主張することを控えさせる(日本語学習意欲も抑えさせる)。

インフォームド・コンセントを妨げている要因は、医師や通訳の側にも見られる。

4. 薬についての説明をもって患者が同意しているように考え、つまり説明すればインフォームド・コンセントが得られたと考え、患者が納得しているのか否か、他の治療法などの情報を求めているのか否かまでは配慮されない場合がある。
5. 感染者と男性同性愛者の同一視、男性同性愛者への偏見・差別を示すゆえに、信頼感をもつ医療者や通訳には、患者・感染者が信頼を寄せることは困難になる。

#### H. 参考文献

Crock, L. (2001) Ethics and Human Rights for PLWHA in health care –Critical Perspectives. Paper presented at the 6<sup>th</sup> Annual Conference on AIDS in Asia and the Pacific. Melbourne , Australia, 7<sup>th</sup> October, 2001.

HIV/AIDS と人権に関する指針 (2002) 厚生科研究費補助金エイズ対策研究事業・エイズと人権・社会構造に関する研究・平成13年度研究報告書：7-12.

HIV/AIDS と人権に関する指針具体策と根拠 (2002) 厚生科研究費補助金エイズ対