

200629009A

厚生労働科学研究費補助金

エイズ対策研究事業

NGOによる個別施策層の支援とその評価に関する研究

平成18年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 樽井 正義

平成19(2007)年3月

厚生労働科学研究費補助金

エイズ対策研究事業

NGOによる個別施策層の支援とその評価に関する研究

平成18年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 樽井 正義

平成19（2007）年3月

## 研 究 組 織

### 主任研究者

樽井 正義 慶應義塾大学文学部

### 分担研究者

沢田 貴志 港町診療所、特定非営利活動法人 シェア＝国際保健協力市民の会

### 研究協力者

李 祥任 特定非営利活動法人 シェア＝国際保健協力市民の会

鶴田 浩史 エイズ予防財団リサーチレジデント、慶應義塾大学文学部

稲場 雅紀 特定非営利活動法人 アフリカ日本協議会

### 事務局

〒108-8345 東京都港区三田 2-15-45 慶應義塾大学文学部樽井研究室  
TEL/FAX 03-5427-1131 E-mail : tarui@flet.keio.ac.jp

## 目 次

I. 総括研究報告		
NGOによる個別施策層の支援とその評価に関する研究		
-----樽井正義		1
II. 分担研究報告		
1. 医療相談担当者のための在日外国人HIV陽性者支援研修とその評価		
-----沢田貴志 李祥任		6
2. Migrant Friendly Testing：外国人にとって快適な検査体制		9
-----鶴田浩史		
3. サハラ以南アフリカ出身者への支援とその評価に関する研究		
-----樽井正義 稲場雅紀		30
III. 研究成果の刊行物・別刷		
1. HIVと生きる人のための心理・社会的支援者育成研修ガイド		
在日ラテンアメリカ系市民編 日本語要約版 -----		38
2. 帰国する在日アフリカ人PLWHAとケア提供者のためのガイドブック		
-南アフリカ共和国のHIV/AIDS治療アクセスハンドブック- -----		49

総括研究報告書

NGOによる個別施策層の支援とその評価に関する研究

主任研究者：樽井 正義（慶應義塾大学文学部 教授）

分担研究者：沢田 貴志（港町診療所 医師）

研究要旨

1. 在日外国人の受診促進・予防啓発および支援体制に関する研究 在日タイ住民、ラテン系住民、医療環境調査により、外国籍住民の健康に関わる社会・文化的健康決定因子としては、大きく「医療サービスの質」「健康行動の選択・代替治療」「医療・保健情報へのアクセス」「個々人の財政・経済課題」「生活・労働環境条件」「支援メカニズム」「コミュニケーション」「社会・人間関係」等が分類され、それらの複雑かつ多岐にわたる相関性も推測された（1年目）。

また検査に関わる医療機関、支援NGOおよび外国籍住民の調査により、送り出し国における健康診断の内容が不明瞭なこと、外国人対応の保健所68カ所では英語での対応しか準備されていないこと、外国人には検査機関について知られておらず、また受検希望もないことが明らかになった（2年目）。

アフリカ系住民の調査からは、コミュニティの主な課題である失業・貧困、滞在資格・入管、家族問題の陰で、HIV/AIDSへの関心が低く、情報も不足していることが明らかにされた。また、母国における医療の現状とNGOによる支援活動等を調査に基づき、希望する外国籍陽性者が帰国してARV治療を受ける可能性を提示するとともに、研究に参加したNGOが日本の医療機関・行政と母国の医療機関・NGOをパーソナルに媒介する帰国支援の実績により、方策の評価を行った（1、2年目）。

2. 医療機関における外国人診療促進の研究 1年目の成果である外国人療養支援ハンドブックとアフリカ医療現況ガイドブックを使用して医療者研修会（10カ所、延300余名参加）を開催し、外国籍住民の診療を促進する具体策と母国の医療事情を紹介するとともに、ハンドブックに対する評価を判定するデータを収集した。また診療の場で直面する諸問題および各地における外国人の互助組織の実情について情報を収集して、ハンドブックの改訂に反映させた（2年目）。

3. エイズ関連NGO データベースの構築（2年目に追加） 行政および医療機関とNGOとの連携、NGO相互の交流に資するNGOデータベースを作成した。

A 研究目的

この研究の目的は、在日外国籍住民に対し、HIV感染予防と抗体検査の情報に加え、日本と母国におけるARV治療の情報を提供することにより、在日外国人の受検と受診を促進し、併

せて感染予防をはかることにある。

在日外国人、わけても途上国出身の陽性者は、経済的言語的文化的要因によって医療から遠ざけられ、これまでは予防介入も容易ではなかった。しかし近年、ブラジル、タイ等でも

ARV 治療の導入がはかられつつあり、エイズ対策はそれら途上国のみならず日本でも、大きな転換点を迎つつある。すなわち、これまでの対策はコンドーム使用と受検促進による予防を直接に目的としていたが、検査を受けても感染を宣告されるだけで QOL の向上を望めない状況では、受検の動機づけは容易ではなかった。そこで、予防と検査の情報に加え、母国での ARV 治療の可能性を伝えることが、いまや求められている。検査とともに治療の情報を提供することによって、早期発見早期治療による陽性者の QOL 向上と帰国への前向きな姿勢形成がはかれるとともに、感染の広がりを防ぐことも期待される。

## B 研究方法

1. 在日外国人の受診促進・予防啓発および支援体制に関する研究 外国人の医療環境の現状調査を、アジア系（タイ）およびラテンアメリカ系住民に対し、当事者を研究協力者として GFI による質的研究を行った（1 年目は治療アクセス、2 年目は検査について。この研究は CARAM-Asia/アムステルダム自由大学によるアジア 10 カ国の共同研究「健康へのアクセス」の一環をなす）。またアフリカ系住民については、在日大使館、キリスト教会・イスラム寺院、飲食店、さらにはアフリカ出身男性と結婚している日本の女性グループ等との接触を通じて、各コミュニティのリーダーとの連携を構築し、アフリカ人コミュニティにおける情報伝達経路を把握した（1 年目）。これらの調査研究を踏まえて、日本の NGO、医療機関、行政が、日本での受検・受診の促進と母国で医療にアクセスするための帰国支援について協力可能な方策を策定した（2 年目）。外国人コミュニティの現状とニーズに関する情報収集および研究成果の還元には、国際保健協力市民の会（SHARE、とくにアジア系住民対象）、CRIATIVOS（ラテンアメリカ系住民対象）、アフリカ日本協議会（AJF、アフリカ系住民対

象）の協力を得た。

2. 医療機関における外国人診療促進の研究 西アフリカに関する調査をもとに、両国の HIV/AIDS の現状、ケア・サポートを実施している NGO、治療を提供している機関等を紹介するガイドブックを作成した（帰国する在日アフリカ人 PLWHA とケア提供者のためのガイドブック 2006 年版 西アフリカ編、1 年目）。これに 2005 年に作成した東アフリカ編と、新たに収集した南アフリカの情報を加えて、サブサハラを包摂するガイドブックの充実をはかった（2007 年版、2 年目）。また、外国人への医療サービス提供を促進するために、通訳や支援 NGO への連絡方法、公的制度の利用方法等を提示する相談ハンドブックを作成した（医療相談員のための外国籍 HIV 陽性者医療支援ハンドブック、1 年目）。これをもとに医療者研修プログラムを開発して、厚労省および重点 16 自治体の協力を得て研修会を実施し、これを通じて改訂版を作成した（2 年目）。

3. エイズ関連 NGO データベースの構築（2 年目に追加） ICAAP 開催を契機に大きく変化してきた NGO の現状に鑑み、これに対応した NGO に関する既存データベースの更新を、作成実績をもつエイズ&ソサエティ研究会議（JASA）等の協力を得て行った（2 年目）。

倫理面への配慮 本研究において倫理上、人権上の配慮を要するのは、個別施策層に属する個人の情報が扱われる場合である。その取得が必要とされる理由と守秘の方法とを説明し、それについて理解と同意を得ることを徹底した。また個人情報の研究での利用は、同意が得られた範囲に限定した。

## C 研究結果

1. 在日タイ住民、ラテン系住民の医療環境調査により、外国籍住民の健康に関わる社会・文化的健康決定因子としては、大きく「医療サービスの質」「健康行動の選択・代替治療」「医療・保健情報へのアクセス」「個々人の財政・

経済課題」「生活・労働環境条件」「支援メカニズム」「コミュニケーション」「社会・人間関係」等が分類され、それらの複雑かつ多岐にわたる関連性も推測された。アフリカ系住民の調査からは、コミュニティの主な課題である失業・貧困、滞在資格・入管、家族問題の陰で、HIV/AIDS への関心が低く、情報も不足していることが明らかにされた。また、母国における医療の現状と NGO による支援活動等を調査に基づき、希望する外国籍陽性者が帰国して ARV 治療を受ける可能性を提示するとともに、研究に参加した NGO が日本の医療機関・行政と母国の医療機関・NGO をパーソナルに媒介する帰国支援の実績により、方策の評価を行った。

2. 1年目の成果であるハンドブックとガイドブックを使用して医療者研修会（10カ所、延300余名参加）を開催し、外国籍住民の診療を促進する具体策と母国の医療事情を紹介するとともに、ハンドブックに対する評価を判定するデータを収集した。また診療の場で直面する諸問題および各地における外国人の互助組織の実情について情報を収集して、ハンドブックの改訂に反映させた。

3. 行政および医療機関と NGO との連携、NGO 相互の交流に資する NGO データベースを作成した。

#### D 考察

外国籍住民は医療費・言語という客観的要因によって受検・受診が困難にされているだけでなく、仕事と収入が最優先という主体的要因によって健康と予防行動への関心が低い。救急医療すら制度的に保証されていないなかで、こうした要因を除去することは、研究という形態においては至難と思われる。しかし、現状においても受検・受診を促進する方策があることは、医療費補填、通訳利用、生活・文化背景の理解、帰国支援等の課題に即して具体的に示すことができた。さらに促進の実を挙げるには、医療

機関・行政・NGO との一層の連携が必要であり、とくに各地域の外国人互助組織との連携は、予防行動の促進のためにも不可欠と考えられる。

当初の計画から見て、外国籍住民への情報提供については、アフリカ系住民に対する英語・仏語パンフレットの作成が課題として残された。他方で医療機関に対しては、診療促進のハンドブックとアフリカ情報のガイドブックを提供しただけでなく、各地で研修会を開催することによって情報の交流と共有をはかることができた。また2年目に追加された NGO データベースについては、当初予定した国内で活動する HIV/AIDS 関連 NGO (ASO) に加えて、青少年のピア活動を行う NGO および海外支援を実施している NGO についても、それぞれにデータベースを作成した。

研究成果の意義としては、在日タイ住民・ラテン系住民を対象とした医療環境調査は、CARAM-Asia によるアジア 10カ国の共同研究として行われ、2006年の IAC において報告された。また医療機関向けの外国人診療ハンドブックは、従来の指針を中心にしたものから一歩を進め、受診・生活支援はかる具体的方策を示した。

今後の課題としては、医療機関において、外国人受検・受診を円滑に行う方策への需要は大きく、研修会の継続が望まれている。研修会の開催を通じて、医療費確保、通訳利用、NGO 連携に成功している自治体・医療機関の例が確認されたが、その方策を整理し共有をはかることが求められる。また各地に外国人互助組織が存在することも確認されたが、これを通じた母国語による情報提供が検討される必要がある。

#### E 結論

ブラジルやタイをはじめ途上国においても治療へのアクセスがようやく導入され始めたいま、外国籍陽性者は日本で早期に治療が提供されれば、また帰国して適切な治療を受けられ

れば、生活を続けられる事例が本研究において確認された。しかし、外国籍住民がもつ日本の医療情報、医療機関がもつ行政・NGOの社会資源利用の知識や外国籍住民の社会・文化的背景情報は、いまだに不足している。本研究によって作成された「医療相談員のための外国籍HIV陽性者療養支援ハンドブック 2007年版」および「帰国する在日アフリカ人PLWHAとケア提供者のためのガイドブック 2007年版 サブサハラ編」には、この不足を少しでも補い、在日外国籍陽性者の医療環境を整備し、外国人コミュニティの予防啓発を促進することが期待される。

## F 研究発表

### 1. 論文発表

- 1) Castro-Vazquez, G. and Tarui, M (2006) 'I am not a guinea pig' : Quality of Life and methodological issues in the research with Latin American PLWHA men in Japan. In International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being QHW, 1 (2), 78-90. 2006
- 2) Castro-Vazquez, G. and Tarui, M., Embodiment and Sexual Experiences of some Latin American PLWHA men in Japan. In Sexuality & Culture, 10 (4), 81-113. 2006
- 3) Castro-Vazquez G., Tarui M., Pueblo chico infierno grande: community support and HIV/AIDS among HIV-positive Latin Americans in Japan. Ethnicities 6 (1), 52-73. 2006
- 4) Castro-Vazquez G., Tarui M., A service or a right: Informed consent for HIV-positive Latin American men in Japan. Anthropology & Medicine. (Accepted August 2005, in print)
- 5) 樽井正義、国境を越える権利と義務。カント全集別巻。岩波書店。2006. 3. 272-286.
- 6) 樽井正義、2006年HIV/AIDSに関する政治宣言について。グローバルなエイズ対策への市民社会の参画。AJF/JaNP+/JASA. 2006.6. 15-19.
- 7) 樽井正義、HIV/エイズ 25年目の課題。Monthly Jica 2006.10. 28-29.
- 8) 沢田貴志: 外国人感染者への対応。レジデントノート. 8:1128-1131. 2006
- 9) 沢田貴志: 在日外国人の結核・HIV対策の鍵を握るのはケア・サポートの充実。保健師ジャーナル. 62:1000-1003. 2006
- 10) 沢田貴志: 瀬戸際のアジア 崖淵の日本。日本エイズ学会誌.7:217-219. 2005

### 2. 学会発表

- 1) Castro-Vazquez G., Tarui M., Embodiment and Sexual Experiences of some Latin American PLWHA in Japan. 7th Conference of Asia-Pacific Sociological Association (APSA), Dec. 2005, Mahidol University, Salaya, Thailand.
- 2) Castro-Vazquez, G. and Tarui, M., Language matters: informed consent for HIV+ Latin Americans in Japan. 16th Japan Anthropology Workshop East Meets West. JAWS Conference. The University of Hong Kong Mar 2005.
- 3) Castro-Vazquez, G. and Tarui, M., "I am not a guinea pig": quality of life and methodological issues in the research with Latin American PLWHA men in Japan. XVI International AIDS Conference. Toronto, Canada. Aug 2006
- 4) Tarui M., HIV/AIDS and Drug Use in Japan. Taiwan-Japan Symposium on HIV/AIDS. Taipei, Taiwan. Sept 7 2006
- 5) Castro-Vasques G., Tarui m., Embodiment, Sexual Life, and Psychological Well-Being: Sexual Experiences of Some Male Latin American PLWHA in Japan.. 7th International Congress on AIDS in Asia and the Pacific. Kobe. Jul 1-5. 2005,
- 6) Tarui M., Vaccine Development and Ethical Issues in Japan. WHO Regional Consultation on Expanding Capacity and Accelerating HIV



- Vaccine Development in Asia, Sapporo, Nov 1 2006
- 7) Sawada T., Uchino N., Niikura H., Tsuruta H., Karasuda Y., Edaki M., Nishiyama M., Ruangsuwan K., Djim Ono. Mecessity of Multisectral Collaboration for the Care and Support of HIV Positive Migrants - Learning from the Case in Japan. 7th International Congress on AIDS in Asia and the Pacific. Jul 1-5. 2005, Kobe.
  - 8) Sawada T. Emerging Issues in HIV/AIDS Interventions among Migrant Workers : A Receiving Country's Perspective, Satellite Symposium "HIV/AIDS among the Moile Population in South-east Asia". 7th International Congress on AIDS in Asia and the Pacific. Jul 1-5. 2005, Kobe.
  - 9) Siriwan A., Lee S., Moontha S., Shirota K., Sawada T., Sripirom D., Sanrarat P., Toomjun S., Bundasak P., Somjet P. Promoting Access to ART for PLWHA: Experiences Gained in Rural Areas of Northeastern Thailand. 7th International Congress on AIDS in Asia and the Pacific. Jul 1-5. 2005, Kobe.
  - 10) Moolpadab P., Honin K., Lee S., Shrota K., Nuron N., Nontaya P., Chalorn S. Successful Srrategy of a Hospital in AIDS Care with the Multi-Sector Collaboration. 7th International Congress on AIDS in Asia and the Pacific. Jul 1-5. Kobe 2005
  - 11) Honin K., Kamsanrat S., Kamman C., Moontha S., Sawada T., Moolpadab P., Nuron N. Peer Supported Anti-Retroviral Treatment Made Remarkable Progress in the Quality of Life for PLWHAs. 7th International Congress on AIDS in Asia and the Pacific. Jul 1-5. 2005, Kobe.
  - 12) 樽井正義、国連エイズ政治宣言と国内の課題. 第20回日本エイズ学会学術集会記念シンポジウム. 2006.11.30 東京
  - 13) 沢田貴志, 烏田康弘. 外国人感染者の支援 : 保健所・病院の役割、スキルズビルディングワークショップ. 第7回アジア太平洋地域エイズ国際会議. 2005年. 神戸
  - 14) 李祥任、Asasri S.、Moontha S.、代田香苗、西山美希、Sripirom D.、Sanrarat P.、Toomjun S.、Somjet P.、沢田貴志. 抗HIV薬治療へのアクセスを促進させる因子～東北タイにおける経験から～. 第20回国際保健医療学会. Nov 5-6. 2005. 東京
- 3 パンフレット
- 1) 医療相談員のための外国籍 HIV 陽性者療養支援ハンドブック
  - 2) HIV と生きる人のための心理・社会的支援者育成研修ガイド 在日ラテンアメリカ系市民編 (ポルトガル語)
  - 3) 在日外国人 HIV 陽性者支援のためのアフリカ 6 カ国 HIV/AIDS 治療・ケアの現況ガイドブック
- G 知的所有権の出願・取得状況 (予定を含む)

## 医療相談担当者のための在日外国人 HIV 陽性者支援研修とその評価

分担研究者 沢田 貴志 港町診療所 医師  
研究協力者 李 祥任 特定非営利活動法人 シェア＝国際保健協力市民の会

### 研究要旨

これまで日本で AIDS を発病した在日外国人の 96%は欧州・北米・豪州を除く国々の出身者であり開発途上国が大半を占めている。これまでこうした開発途上国では AIDS 発症者に対する十分な診療体制がないため日本で AIDS 発病が確認された外国人は帰国後に治療を受けられず死亡する事例がほとんどであることが指摘されていた。このため外国人 HIV 陽性者の多くは、AIDS が死の病であるという印象を強く持っており、早期受診を阻む大きな要因の一つとなっていた。しかし、2002 年の世界エイズ結核マラリア対策基金の結成以来、開発途上国の治療環境は徐々に改善を示しており、ブラジル・タイのように全ての必要な国民に HAART を含む AIDS 治療の提供に踏み切った国もでてきている。

本研究では、在日外国人 HIV 陽性者のケアサポートにとって必要な母国側の情報・日本の医療制度の活用法、医療通訳や支援環境などにつき調査し医療相談担当者向けのハンドブックの作成を行った。さらに、これらの情報を元に HIV 報告数の多い自治体を中心に 9 回の研修を実施し、研修参加者の知識や認識の変化につき評価を行った。

### A. 研究目的

HIV 陽性者及び AIDS 発症者の累積報告数の中で在日外国人はいずれもほぼ 4 人に一人を占め、在日外国人は日本では MSM について個別の施策が重要な人口集団である。更に、近年 HIV 陽性報告数が AIDS 発症に比べ減少を続けており、外国人 HIV 陽性者の受診が日本人居比して遅れる傾向が深刻化していることがうかがわれる。外国人 HIV 陽性者の早期受診が遅れる理由として、母国での治療環境が乏しいことから来る HIV 自体への絶望感に加え、医療機関で通訳の利用ができず、外国人への医療相談体制が未整備であることから日本の医療機関に対する絶望感を持っていることも要因として指摘されている。外国人の早期受診を促進するためには医療相談体制の充実と通訳活用の促進が必要であり、医療相談担当者への研修の実施により、こうした課題の改善が可能かどうか検討した。

### B. 研究方法

過去の研究班の調査結果及び海外の公衆衛生当局からの情報収集等により「医療相談員のための外国人 HIV 陽性者療養支援ハンドブック」[http://api-net.jfap.or.jp/siryou/jititai\\_manual/menu.htm](http://api-net.jfap.or.jp/siryou/jititai_manual/menu.htm) を作成。1) 医療通訳、2) 日本の医療制度、3) 外国人の支援環境、4) 母国の医療事情についての最新の情報の整理を行った。特にブラジル・タイ・アフリカ諸国の HIV 医療の現状につき現地側の情報の収集を行った。

こうした情報を元に、2006 年 7 月から 12 月にかけて都道府県ごとに医療相談担当者を対象とした研修を行った。研修プログラムには、以下のようにハンドブックの情報に基づいた最新のものを提供し事例討論による参加型の検討を加えた。

- 1) 在日外国人の HIV の動向
- 2) 母国側の医療事情（タイ・ブラジル・アフリカを中心に）
- 3) 医療通訳や支援団体の状況
- 4) 利用可能な日本の医療制度

対象地は、16 重点自治体を中心とし、東京都・神奈川県（横浜市・川崎市を含む）・千葉県（千葉市を含む）・茨城県・静岡県・愛知県（名古屋市を含む）であった。またこの外に長野県・北陸 3 県の拠点病院を対象とした講演会への講師の派遣、大阪で実施された関西圏のブロック拠点病院の同等のカンファレンスへの協力を通じて沖縄を除く 16 自治体の大半で情報提供を行うことができた。更に、関東甲信越地域の看護師を対象とした同等の研修も実施した。

これらの研修・講演のうち同等のプログラムで実施した 7 回（東京・神奈川・千葉・茨城・静岡・愛知・看護）のうち、事前事後のアンケートを実施することのできた 5 回につき研修参加者への効果を測定した。

（倫理面への配慮）

研修で使用する事例検討では、現実にはしばしば

遭遇する事例をもとに再構成した事例を使用し、個人が特定される可能性のある情報を排除した。また、研修参加者からの質問表による情報収集については、所属機関名も含めて解らないよう無記名での回収とした。

### C. 研究結果

#### 1) 研修参加者

16重点自治体のHIV対策担当者と連絡をとりながら拠点病院・保健所・NPO 関係者などへ広報を行い7つの会場で、285人の参加者を得た。参加者の内訳は、医療相談員35人・看護師62人・保健師52人・医師17人・事務職員8人・NGO関係者12人、その他・不明58人であった。

このうち検査前後にアンケートをとることのできた5回の研修に参加していた199人のアンケートの結果を分析した。

#### 2) 外国人 HIV 陽性者への対応経験

研修参加者のうち外国人 HIV 陽性者への対応を経験している人の割合は、全体では 33%であったが、48.5% (東京都) から 20.6% (愛知) と開催地による差異が大きかった。

#### 3) 研修の前後における知識の変化

在日外国人の HIV の状況や母国の医療事情、日本社会制度などにかかわる知識について3つの質問を行ったところ、いずれも研修後には正当率の向上がみられた。(下線が正答)

質問1. 日本で過去にエイズを発病した外国人の総数のなかで欧州・北米・豪州の出身者が占める割合は ( ) %である。( a. 4%、b. 8%、c. 16%、d. 32%、e. 64% より選択解答)

正答率：研修前 24.1%→研修後 76.2%

質問2. 以下の国のうち、2003年に全ての必要な国民に抗レトロウイルス剤治療を提供する政策に踏み切った国はどれでしょうか。

回答 (a. マレーシア、b. フィリピン、c. タイ、d. インド、e. 南アフリカ、f. ブラジルより選択解答)

正答率：研修前 38.7%→研修後 80.0%

質問3. つぎの制度のうち外国籍住民への運用が地域によって大きく異なるのはどれでしょうか？

回答 (a. 労災保険、b. 行旅病人法、c. 結核予防法、d. 感染症予防法、e. 精神保健法)

正答率：36.2→62.6%と大きく向上した。

#### 4) 研修前後の意識の変化

今後の外国人 HIV 陽性者への関わりに関する3つの質問に対して積極的な関わりへの意欲をあらわす回答(下線部)の割合が増加した。

質問4. 日本語も英語も簡単な日常会話程度しかできない外国人が明日あなたの働く施設に HIV 抗体検査を受けにくることが分かりました。医療通訳の手配をしますか？

回答 (a. 心当たりをさがしてみる、b. 心当たりが

ないのでそのまま説明を受けてもらう)

積極的的回答：研修前 78.4%→研修後 91.6%

質問5. 帰国を希望する外国籍 HIV 陽性者の相談を受けたとします。母国の情報を収集し母国での治療への橋渡しを、自信を持ってできますか？ (a. とても自信がある、b. 少し自信がある、c. どちらでもない、d. あまり自信がない、e. 全く自信がない)

積極的な回答 (a 及び b) の割合：研修前 2.5%→研修 34.9%

質問6. 健康保険のない外国籍 HIV 陽性者が日本人の配偶者であった場合に自身を持って療養相談にのることが出来ますか？ (a. とても自信がある、b. 少し自信がある、c. どちらでもない、d. あまり自信がない、e. 全く自信がない)

積極的な回答 (a 及び b) の割合：研修前 13.6%→研修後 36.2%

#### 5) 自由回答欄

「これまで同様の研修の機会が少なく、効果的であった」「NGO など多様な機関との連携の重要性を感じた」といった感想が多く寄せられた他、「情報をアップデートしてWEB上で公開する等の工夫が望まれる」「事例に沿って説明した方が理解しやすい」といった要望が寄せられた。

### D. 考察

知識に関する設問では、全体的に研修後に高い正答率が示された。一方、外国人の相談を受けることへの自信を問う設問では、研修前より大きく上昇したとは言え積極的な回答をよせた人数が3人に1人程度にとどまり、難しい課題であると認識されていることが示された。

2002年以降、国際社会の AIDS 治療をめぐる動きは極めて活発になっており、開発途上国の AIDS 治療環境は年々大きな変貌を遂げている。しかし、1990年代半ばに AIDS 診療体制の構築が進んだ日本ではこうした情報が話題になることが少なく、研修参加者にとっても、途上国の抗レトロウイルス剤の普及に関する情報は初めて入手するものが多かったようである。

母国の医療事情については、参加者の関心も高く、特にブラジル・タイの AIDS 治療の無料・低額での提供については多くの質問が寄せられた。実際に帰国する外国人 HIV 陽性者の支援に関わる NGO を交えての研修により知識の定着率も高かったように思われる。一方で、外国人の相談を受ける際に活用できる日本の社会制度についての説明は、複雑である上にまだ相談を受けた経験のない担当者にはイメージがつきにくく、研修参加後の知識の向上も限定的なものであった。

具体的な事例に基づいた説明が望ましいとの指摘を受け、12月以降に実施した静岡県・愛知県及び看護職向けの研修では、関連機関の協力を得ることで6時間程度の研修時間を取り、事例検討の時間を充分とることで対応をした。当初行っていた3時間～3時間半の研修では時間が不足で

あるとの意見が少なからず寄せられた。

研修手法の効果については、十分な検討はできておらず評価困難であるが、研修後に保健所・病院から研修担当者への相談が増加したことを考えると、潜在的なニーズが高いことが示唆された。

#### E. 結論

在日外国人 HIV 陽性者の支援にあたる担当者に向けた研修会を、16 重点自治体の医療従事者や NGO などを対象者に実施した。支援に必要な情報の伝達に一定の成果を挙げたが、外国人支援には多くの担当者が困難を感じており、より効果的な研修方法の開発と普及が求められる。

#### F. 健康危険情報

なし

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表 (発表誌名巻号・頁・発行年等も記入)

沢田貴志:在日外国人の結核・HIV 対策の鍵を握るのは、ケア・サポートの充実. 保健師ジャーナル. 62:1000-1003, 2006

沢田貴志:外国人感染者への対応. レジデントノート. 8:1128-1131, 2006

沢田貴志, 他:転機を迎えた在日外国人医療—治療アクセスを求める世界情勢の中で. 日本エイズ学会誌. 2007 年掲載予定

西田恭治, 沢田貴志, 他:国際化社会における HIV 感染症診療の問題点. 東京医科大学雑誌. 64:424-434, 2006

##### 2. 学会発表

李祥任, 内野ナティヤ, 枝木美香, 沢田貴志:在日タイ人 HIV 陽性者の帰国後の確実な治療へのアクセスと stigma 軽減のための取り組み. 国際保健医療学会. 長崎;2006

岩木章子, 内野ナティヤ, 李祥任, 稲場雅紀:サテライトシンポジウム「転換期を迎えた在日外国人医療—治療アクセスを求める世界情勢の中で」. 日本エイズ学会. 東京;2006

内野ナティヤ, 李祥任, 沢田貴志:帰国したタイ人 AIDS 患者の治療アクセスに関する聞き取り調査. 日本エイズ学会. 東京;2006

#### H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

##### 1. 特許取得

なし

##### 2. 実用新案登録

なし

##### 3. その他

なし

## Migrant Friendly Testing：外国人にとって快適な検査体制

鶴田浩史（エイズ予防財団リサーチレジデント）

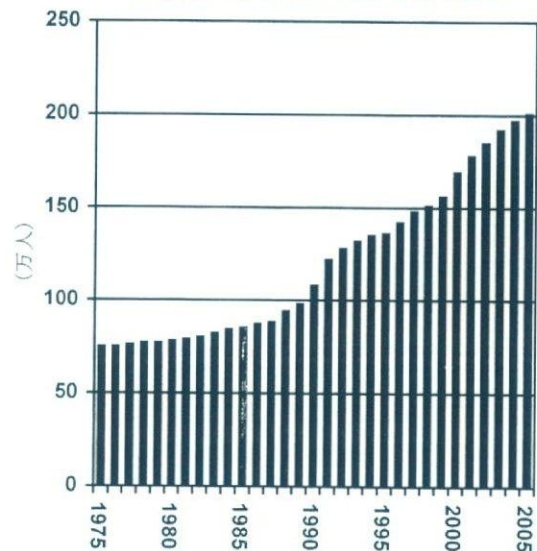
### 1.目的

法務省入国管理局の報告によれば、2005 年末現在における外国人登録者数は約 200 万人であり、外国人登録者が総人口に絞める割合は 1.6%で、63 人に一人の割合となっている<sup>1)</sup>。また、その数は、図 1 に示す通り、増加傾向にある。特に、近年の我が国の少子高齢化の社会現状の中、外国人は労働力供給源としてクローズアップされてきている。今後、入国管理政策や労働政策、経済政策が変化していくことが考えられ、外国人の基本的人権や社会負担までを含めた受け入れ議論が必要となってきている。

その中で、外国人に対するエイズ対策や医療保障、外国人の健康に関する権利等も議論すべき重要課題であると考えられる。たとえば、2006 年に改正されたエイズ予防指針の中でも、外国籍者を個別施策層として明記されている。

ただし、このような移動する者の健康への関心の増大は、決して我が国にのみ限られるものではない。昨年 2006 年 8 月、アジア地

図1.我が国の外国人登録者数の推移<sup>1)</sup>



域で移住労働者の健康増進に取り組む NGO のネットワークである CARAM-AISA は、「State of Health of Migrants- Access to Health」と題する国際的共同調査による報告書を発表した<sup>2)3)</sup>。この共同調査では、アジア地域の移住労働者の置かれている状況と健康へのアクセスについて描写し、各国政府が移住者に対し、世界人権宣言や様々な国際的人権規約に掲げられている義務を遂行するべきであることを指摘した。

アジア地域の移住者の健康に関し、CARM-Asia が重点的テーマと扱っている事柄の一つとして、HIV 及びその他疾患に対する強制検査がある。これまで、アジア地域の諸国で、移住者の入国・出発前や雇用前、雇用期間中に、HIV 検査のほか妊娠検査など 18-20 種類の検査が強いられ、検査結果が、移住者の健康の保護・促進目的ではなく、入国判断・滞在判断・雇用判断の目的とし利用されている事例が報告されてきた<sup>3)</sup>。

CARAM-Asia 等によれば、このような強制検査の存在は、移住者の権利の侵害であると同時に、HIV/AIDS 対策／保健・医療・公衆衛生施策としても、逆効果を生む不適切な対策と述べている。<sup>3)</sup> すなわち、強制検査は、プライバシーや知る権利の侵害、及び入国阻止や強制送還を通じた移動の自由に関する権利や生活権の侵害であると同時に、移住者の失業や強制送還の不安を醸成し、たとえ医療へのニーズを抱えていても医療・保健支援を求める行動をためらわせるものであるという<sup>3)</sup>。同様の見解は、過去、UNAIDS や IOM 等からも示されている<sup>4)</sup>。

このような状況の中で、アジアの一国である我が国の外国人に対する検査体制についても十分な検討を行っていく必要があると考える。そこで、外国人に対する検査の意図や位置づけを明確にするとともに、「移住者にとって快適な検査体制」を現実的な視点から考察していくことを目的に本研究を行った。

なお、本研究は、CARAM-Asia との共同調査「Migrant Friendly Testing : 移住者にとって快適な検査体制」への協力・情報提供の取り組みの一つでもある。

## II. 調査・研究方法

本研究では、我が国の外国人に対する検査体制状況に関わる過去の入国管理施策や外国人を対象としたエイズ施策、労働者の健康／HIV/AIDS や個人情報に関する施策、個別裁判事例、またそれらに関連した調査・研究文献をレビューした。

また、厚生労働省科学研究費エイズ対策研究事業「HIV 検査相談機会の拡大と質的充実に関する研究」班（主任研究者：今井光信）が提供するホームページ「HIV 検査・相談マップ」<sup>5)</sup>によって検索される「外国人への定期的な対応をしている」検査機関 68 機関に対して、公開されている情報をもとに、その検査手順・内容等の動向を数的に示し、検討を行った。

さらに、法律家 1 名、検査実施機関 3 機関の 4 名の関係者、及び、在日外国人 5 名（ビルマ人 3 名、タイ人 2 名）に対して、In-depth インタビューを行い、参考情報とした。

なお、以上の調査・研究方法から導かれる議論・結果等は、必ずしも我が国の現在の一般的な状況を明示するものではない。たとえば、個別裁判事例は外国人の置かれている状況を代表するものとは限らないし、また、「HIV 検査・相談マップ」もまた、全都道府

県・市町村を網羅したものではなく、検査実施機関や在日外国人へのインタビューもサンプル数及びサンプリング方法上統計的に有効なものではない。

しかし、本調査・研究結果が目的とするところは、我が国の体制の中で適切に運用・機能していない部分、またはその可能性を指摘することである。たとえば、我が国の検査体制に外国人 10 人中 9 人が満足をしていた場合、それを善しと判断するものではなく、満足していない者が 1 人いることを指摘し、可能であれば、検査体制の機能不全部として、その背景や原因を掘り起こしていくことが本調査の意義があると考えている。このような視点は、外国人のような社会的周縁化されやすく、視覚化されにくく、また代表性も持ちにくい集団を対象とする場合、有効であるとする。

### III. 結果

#### 1) 健康状態による入国管理

##### a) 現方針：健康状態による上陸拒否

現在の我が国の出入国管理及び難民認定法(昭和 26 年 10 月 4 日政令 319 号最近改正平成 18 年 5 月 24 日法律第 43 号、以下、入管法)では、以下のように定めており、一部の健康状態によって渡航者の上陸が拒否されることが明記されている。

#### 出入国管理及び難民認定法

第五条 次の各号のいずれかに該当する外国人は、本邦に上陸することができない。

一 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(平成十年法律第百十四号)に定める一

類感染症、二類感染症若しくは指定感染症(同法第七条の規定に基づき、政令で定めるところにより、同法第十九条又は第二十条の規定を準用するものに限る。)の患者(同法第八条の規定により一類感染症、二類感染症又は指定感染症の患者とみなされる者を含む。)又は新感染症の所見がある者

ここで、入管法であげられる感染症の分類に関し、その詳細は、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(平成 10 年法律第 114 号：最終改正：平成 18 年 12 月 8 日法律第 106 号)第 6 条で定められており、次頁の表 1 の通りである。(ただし、表 1 は改正平成 15 年法律第 145 号時点のもの)

こ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の成立・施行は 1998 年と、比較的新しい。それ以前は、1897 年に制定された伝染病法が中心であった。感染症法は、以下に示す前文に書かれてある通り、時代の変化とともにエイズを含む新興感染症への対応にそぐわないものとなってきたことを理由とした見直しのもとに、成立・施行された。これにより、エイズ予防法、伝染病予防法、性病予防法とともに廃止され、それぞれに関わる法・規制は感染症法に組み込まれることになった。また、この感染症法の一つの特徴として、社会防衛を目的とした感染症拡散防止に主眼が置かれてきた過去を踏まえ、患者等の尊厳への配慮を明示していることにある。

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

(前文)より抜粋

一方、我が国においては、過去にハンセン病、後天性免疫不全症候群等の感染症の患者等に対するいわれのない差別や偏見が存在したという事実を重く受け止め、これを教訓として今後に生かすことが必要である。

このような感染症をめぐる状況の変化や感染症の患者等が置かれてきた状況を踏まえ、感染症の患者等の人権を尊重しつつ、これらの者に対する良質かつ適切な医療の提供を確保し、感染症に迅速かつ適確に対応することが求められている。



表 1 感染症の分類 (67)

分類	疾病	性格	措置
一類感染症	エボラ出血熱、クリミア・コンゴ出血熱、重症急性呼吸器症候群（病原体が SARS コロナウイルスであるものに限る）、痘瘡、ペスト、マールブルグ熱、ラッサ熱	感染力、罹患した場合の重篤性等に基づく総合的な観点からみれば危険性が極めて高い感染症	原則入院、消毒等の対物措置（例外的に、建物への措置、通行制限等の措置も適用対象とする）
二類感染症	急性灰白髄炎、コレラ、細菌性赤痢、ジフテリア、腸チフス、バラチフス	感染力、罹患した場合の重篤性等に基づく総合的な観点からみれば危険性が高い感染症	状況に応じて入院、消毒等の対物措置
三類感染症	E 型肝炎、ウエストナイル熱（ウエストナイル脳炎を含む）、A 型肝炎、エキノコックス症、黄熱、オウム病、回帰熱、Q 熱、狂犬病、高病原性鳥インフルエンザ、コクシジオイデス症、サル痘、腎症候性出血熱、炭疽、ツツガムシ病、デング熱、ニパウイルス感染症、日本紅斑熱、日本脳炎、ハンタウイルス肺症候群、B ウイルス病、ブルセラ症、発疹チフス、ポツリヌス症、マラリア、野兔病、ライム病、リッサウイルス感染症、レジオネラ症、レプトスピラ症	感染力、罹患した場合の重篤性等に基づく総合的な観点からみれば危険性は高くはないが、特定の職業への就業によって感染症の集団発生を起こしうる感染症	特定職種への就業制限、消毒等の対物措置
四類感染症	E 型肝炎、ウエストナイル熱（ウエストナイル脳炎を含む）、A 型肝炎、エキノコックス症、黄熱、オウム病、回帰熱、Q 熱、狂犬病、高病原性鳥インフルエンザ、コクシジオイデス症、サル痘、腎症候性出血熱、炭疽、ツツガムシ病、デング熱、ニパウイルス感染症、日本紅斑熱、日本脳炎、ハンタウイルス肺症候群、B ウイルス病、ブルセラ症、発疹チフス、ポツリヌス症、マラリア、野兔病、ライム病、リッサウイルス感染症、レジオネラ症、レプトスピラ症 （全数把握）	媒介動物の輸入規制、消毒、ねずみ等の駆除等の措置が必要となりうる動物由来感染症	媒介動物の輸入規制、消毒、ねずみ等の駆除等の措置
五類感染症	アメーバ赤痢、ウイルス性肝炎（E 型及び A 型肝炎を除く）、急性脳炎（ウエストナイル脳炎及び日本脳炎を除く）、クリプトスポリジウム症、クロイツフェルト・ヤコブ病、劇症型溶血性レンサ球菌感染症、後天性免疫不全症候群、ジアルジア症、髄膜炎菌性髄膜炎、先天性風疹症候群、梅毒、破傷風、バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌感染症、バンコマイシン耐性腸球菌（VRE）感染症 （定点把握）	国が感染症発生動向調査を行い、その結果等に基づいて必要な情報を一般国民や医療関係者に提供・公開していくことにより、発生・拡大を予防すべき感染症	感染症発生状況の収集、分析とその結果公開、提供
指定感染症	RS ウイルス感染症、咽頭結膜熱、A 群溶血性レンサ球菌咽頭炎、感染性胃腸炎、水痘、手足口病、伝染性紅斑、突発性発疹、百日咳、風疹、ヘルパンギーナ、麻疹、流行性耳下腺炎、インフルエンザ（高病原性鳥インフルエンザを除く）、急性出血性結膜炎、流行性角結膜炎、性器クラミジア感染症、性器ヘルペスウイルス感染症、尖圭コンジローマ、淋菌感染症、クラミジア肺炎（オウム病を除く）、細菌性髄膜炎、ペニシリン耐性肺炎球菌感染症 政令で1年間に限定された感染症	既知の感染症において、国民の生命及び健康に重大な影響を与える恐れがあるものとして政令で定めるもの	厚生労働大臣が公衆衛生審議会の意見を聞いた上で、必要な入院や消毒等の対物措置等を政令で規定
新感染症	[当初] 都道府県知事が厚生労働大臣の技術的指導・助言を得て個別に緊急対応する感染症 [要件指定後] 政令で症状等の要件指定をした後に1類感染症同様の扱いをする感染症	人から人に伝染すると認められる疾病であって、既知の感染症と症状の明らかに異なり、その伝染力および罹患した場合の重篤度から判断した危険性がきわめて高い感染症	[当初] 厚生労働大臣が原則として公衆衛生審議会の意見を聞いた上で、または緊急に、都道府県知事の事務に関し必要な指示をすることができ [要件指定後] 1類感染症に準じた対応を行う

## b) 過去：エイズ陽性者の上陸拒否

上記、感染症法・前文に「いわれのない差別や偏見が存在したという事実」と述べられているように、過去、我が国においても、HIV/AIDS 陽性者の入国を拒否する法律が存在していた。それは、以下に記す入管法附則第 7 項であり、1989 年 2 月から 1999 年 3 月までの約 10 年間存在していた。

出入国管理及び難民認定法(1999 年改正前)  
附則(上陸の拒否の特例)

7. 後天性免疫不全症候群の病原体に感染している者であって、多数の者にその病原体を感染させるおそれのあるものは、当分の間、(入管法)第 5 条第一項一号に掲げる患者とみなす。

この附則は、1989 年 2 月の後天性免疫不全症候群の予防に関する法律(平成元年 1 月 17 日法律第 2 号、以下エイズ予防法)の成立とともに、入管法改正に付記されたものである。

エイズ予防法案が草案されたのは、日本のエイズ対策の初期のころである。1980 年代後半、日本への HIV/AIDS の上陸確認がされた<sup>8)</sup>。そして、1986 年を皮切りとした全国各地で陽性者の判明報道及びそれに続くエイズパニックが引き起こされていった<sup>9)</sup>。そのような状況の中で、エイズ予防法案は、1987 年に草案され、2 年の審議を経て、1989 年 12 月に成立した。

このエイズ予防法に対して、様々な立場から種々の意見が向けられ、たとえば、社会防衛を目的とした感染症拡散防止に主眼が置かれ、患者／感染者の権利保護や尊厳へ配慮に疑問視されるなど問題点が指摘されもした<sup>10)</sup>。

しかし、90 年代の我が国のエイズ対策は、このエイズ予防法を中心に組み込まれていき、

エイズ対策体制の整備も進められていった。90 年代の疫学状況は、92 年の報告数の急増や感染・患者報告数の増加など、HIV/AIDS の感染拡大を抑制した状態ではなかったが<sup>11)</sup>、一方で、国内外の当事者の参画を促した横浜・第 4 回エイズ国際会議の開催(1994 年)<sup>12)</sup>、日本のエイズ問題の争点の一つであった薬害エイズ問題の「和解」による決着(1996 年)<sup>13)14)</sup>、長くハンセン病患者を社会的に差別・隔離してきた「らい予防法」の廃止(1996 年・らい予防法の廃止に関する法律(平成 8 年法律第 28 号))なども行われていった。

そして、1998 年 9 月、上記に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の前文で述べられているように、各種感染症に関する法律が時代の変化とともにエイズを含む新興感染症への対応にそぐわないものとなってきたことを理由に、エイズ予防法は、伝染病予防法、性病予防法とともに廃止された。

そして、それぞれに関わる法・規制は 1998 年 10 月法律 114 号「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」に組み込まれることになった。これにならい、以下に記すように、HIV/AIDS に対する入管法上の強制措置、すなわち上陸拒否の特例を記した附則 7 が除外された。現在、エイズによる上陸拒否は、入管法上に記されていない。

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・附則 25 条

(出入国管理及び難民認定法の一部改正)

第 25 条 出入国管理及び難民認定法(昭和 26 年政令第 39 号)の一部を次のように改正する。

第 5 条第 1 項第 2 号を次のように改める。

1. 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（平成 10 年法律第 114 号）に定める一類感染症、二類感染症若しくは指定感染症（同法第 7 条の規定に基づき、政令で定めるところにより、同法第 19 条又は第 20 条の規定を準用するものに限る。）の患者（同法第 8 条の規定により一類感染症、二類感染症又は指定感染症の患者と見なされる者を含む）又は新感染症の所見がある者

附則第 7 項を削る。

## 2) 外国人の雇用・就労と検査

### a) 労働者の健康情報の取扱い

#### (i) 事業者及び労働者の健康診断実施・受診義務

事業者は、労働安全衛生法(昭和 47 年 6 月 8 日法律第 57 号・最終改正：平成 18 年 6 月 2 日法律第 50 号)やその関連法令により、労働者の安全と健康の確保のために、必要な措置を講ずる責任を負うことになっている。また、裁判における判例等により、民事上の安全配慮義務を果たすことも期待されている。したがって、これら法的枠組みの中で、労働者の健康状態や病歴に関する情報など医療上の個人情報をも幅広く収集し、必要な就業場所の変更、労働時間の短縮等の措置、作業環境測定の実施や施設・設備等の措置を講ずるために活用することが求められている。

たとえば、事業者及び労働者に対する健康診断の実施・受診の義務に関し、次ページの表 2 にまとめたように労働安全衛生法上で明記されている。

#### (ii) 個人情報としての労働者の健康情報

我が国において、個人情報の保護に関する法律（平成 15 年 5 月 30 日法律第 57 号）は、2003 年成立、2005 年施行された。これは、そ

の前文にあるように、高度情報通信社会の進展に伴い個人情報の利用が著しく拡大していることに対して、個人情報の適正な取扱いに関し、国及び地方公共団体の責務等や個人情報を取り扱う事業者の遵守すべき義務等を定め、個人の権利利益を保護することを目的としている。

この個人情報保護法では、「「個人情報」とは、生存する個人に関する情報であつて、当該情報に含まれる氏名、生年月日その他の記述等により特定の個人を識別することができるもの(他の情報と容易に照合することができ、それにより特定の個人を識別することができることとなるものを含む。）」とされている。

厚生労働省は、この個人情報保護法の成立に伴い労働者の健康に関する個人情報の在り方について、再度検討が必要となったため、「労働者の健康情報の保護に関する検討会」を 2004 年に開催した。

この検討会の議論は、外国人労働者の健康情報に特化したものではない。しかし、以下に記す労働基準法第 3 条(昭和 22 年 4 月 7 日法律第 49 号、最終改正：平成 18 年 6 月 21 日法律第 82 号)にある通り、我が国の労働法は国籍にかかわらずあらゆる労働者に対して適応されるものであることから、この議論も国籍による区別を含むものではないと考える。

#### 労働基準法第 3 条

使用者は、労働者の国籍、信条又は社会的身分を理由として、賃金、労働時間その他の労働条件について、差別的取扱いをしてはならない。

表 2. 労働安全衛生法上の事業者及び労働者に対する健康診断の実施・受診義務に関する条項

条項	条文
第 66 条 (健康診断)	<p>事業者は、労働者に対し、厚生労働省令で定めるところにより、医師による健康診断を行わなければならない。</p> <p>2 事業者は、有害な業務で、政令で定めるものに従事する労働者に対し、厚生労働省令で定めるところにより、医師による特別の項目についての健康診断を行わなければならない。有害な業務で、政令で定めるものに従事させたことのある労働者で、現に使用しているものについても、同様とする。</p> <p>3 事業者は、有害な業務で、政令で定めるものに従事する労働者に対し、厚生労働省令で定めるところにより、歯科医師による健康診断を行わなければならない。</p> <p>4 都道府県労働局長は、労働者の健康を保持するため必要があると認めるときは、労働衛生指導医の意見に基づき、厚生労働省令で定めるところにより、事業者に対し、臨時の健康診断の実施その他必要な事項を指示することができる。</p> <p>5 労働者は、前各項の規定により事業者が行う健康診断を受けなければならない。ただし、事業者の指定した医師又は歯科医師が行う健康診断を受けることを希望しない場合において、他の医師又は歯科医師の行うこれらの規定による健康診断に相当する健康診断を受け、その結果を証明する書面を事業者に提出したときは、この限りでない。</p>
第 66 条の 2 (自発的健康診断の結果の提出)	<p>午後 10 時から午前 5 時まで（厚生労働大臣が必要であると認める場合においては、その定める地域又は期間については午後 11 時から午前 6 時まで）の間における業務（以下「深夜業」という。）に従事する労働者であって、その深夜業の回数その他の事項が深夜業に従事する労働者の健康の保持を考慮して厚生労働省令で定める要件に該当するものは、厚生労働省令で定めるところにより、自ら受けた健康診断(前条第 5 項ただし書の規定による健康診断を除く。)の結果を証明する書面を事業者に提出することができる。</p>
第 66 条の 3 (健康診断の結果の記録)	<p>事業者は、厚生労働省令で定めるところにより、第 66 条第 1 項から第 4 項まで及び第 5 項ただし書並びに前条の規定による健康診断の結果を記録しておかなければならない。</p>
第 66 条の 4 (健康診断の結果についての医師等からの意見聴取)	<p>事業者は、第 66 条第 1 項から第 4 項まで若しくは第 5 項ただし書又は第 66 条の 2 の規定による健康診断の結果(当該健康診断の項目に異常の所見があると診断された労働者に係るものに限る。)に基づき、当該労働者の健康を保持するために必要な措置について、厚生労働省令で定めるところにより、医師又は歯科医師の意見を聴かなければならない。</p>
第 66 条の 5 (健康診断実施後の措置)	<p>事業者は、前条の規定による医師又は歯科医師の意見を勘案し、その必要があると認めるときは、当該労働者の実情を考慮して、就業場所の変更、作業の転換、労働時間の短縮、深夜業の回数の減少等の措置を講ずるほか、作業環境測定の実施、施設又は設備の設置又は整備、当該医師又は歯科医師の意見の衛生委員会若しくは安全衛生委員会又は労働時間等設定改善委員会(労働時間等の設定の改善に関する特別措置法(平成 4 年法律第 90 号)第 7 条第 1 項に規定する労働時間等設定改善委員会をいう。以下同じ。)への報告その他の適切な措置を講じなければならない。</p> <p>2 厚生労働大臣は、前項の規定により事業者が講ずべき措置の適切かつ有効な実施を図るため必要な指針を公表するものとする。</p> <p>3 厚生労働大臣は、前項の指針を公表した場合において必要があると認めるときは、事業者又はその団体に対し、当該指針に関し必要な指導等を行うことができる。</p>
第 66 条の 6(健康診断の結果の通知)	<p>事業者は、第六十六条第一項から第四項までの規定により行う健康診断を受けた労働者に対し、厚生労働省令で定めるところにより、当該健康診断の結果を通知しなければならない。</p>
第 66 条の 7(保健指導等)	<p>事業者は、第六十六条第一項の規定による健康診断若しくは当該健康診断に係る同条第五項ただし書の規定による健康診断又は第六十六条の二の規定による健康診断の結果、特に健康の保持に努める必要があると認める労働者に対し、医師又は保健師による保健指導を行うように努めなければならない。</p> <p>2 労働者は、前条の規定により通知された健康診断の結果及び前項の規定による保健指導を利用して、その健康の保持に努めるものとする。</p>
第 66 条の 8(面接指導等)	<p>事業者は、その労働時間の状況その他の事項が労働者の健康の保持を考慮して厚生労働省令で定める要件に該当する労働者に対し、厚生労働省令で定めるところにより、医師による面接指導(問診その他の方法により心身の状況を把握し、これに応じて面接により必要な指導を行うことをいう。以下同じ。)を行わなければならない。</p> <p>2 労働者は、前項の規定により事業者が行う面接指導を受けなければならない。ただし、事業者の指定した医師が行う面接指導を受けることを希望しない場合において、他の医師の行う同項の規定による面接指導に相当する面接指導を受け、その結果を証明する書面を事業者に提出したときは、この限りでない。</p> <p>3 事業者は、厚生労働省令で定めるところにより、第一項及び前項ただし書の規定による面接指導の結果を記録しておかなければならない。</p> <p>4 事業者は、第一項又は第二項ただし書の規定による面接指導の結果に基づき、当該労働者の健康を保持するために必要な措置について、厚生労働省令で定めるところにより、医師の意見を聴かなければならない。</p> <p>5 事業者は、前項の規定による医師の意見を勘案し、その必要があると認めるときは、当該労働者の実情を考慮して、就業場所の変更、作業の転換、労働時間の短縮、深夜業の回数の減少等の措置を講ずるほか、当該医師の意見の衛生委員会若しくは安全衛生委員会又は労働時間等設定改善委員会への報告その他の適切な措置を講じなければならない。</p>
第 66 条の 9	<p>事業者は、前条第一項の規定により面接指導を行う労働者以外の労働者であって健康への配慮が必要なものについては、厚生労働省令で定めるところにより、必要な措置を講ずるように努めなければならない。</p>