

2. 外国人 HIV 陽性者支援で直面する問題

多くの医療相談員が外国人の相談には困難が伴うこと、治療中断が多いことを指摘しています。いったいどうした理由でこうした問題が生じるのでしょうか。これまで多くの相談事例や医療相談員の検討会などで指摘されてきたものなからから代表的なものを取り上げてみましょう。

A. 言葉が通じない

日本にいる親戚を訪問中のAさんが、滞在中にカリ二肺炎を起こして入院してしまいました。片言の英語は通じますが、複雑な会話は母国語の通訳がいらないと理解ができません。

本人の希望もあり病院に付き添ってきた兄に通訳をしてもらい、当初をしましたが、兄が動揺してしまっている様子が明らかで冷静に通訳をしてくれているかどうか疑問です。

HIVに感染していることがわかった外国人についてはしばしば相談されることは、コミュニケーションの困難さです。「言葉がわからないうちに円滑な診療が出来ない」、「相談者の社会的な背景がわからないうので支援のあり方を決められない」という事態がしばしば起きています。そうこうするうちに相談者が来院しなくなり、連絡も取れなくなってしまうと言う経験はありませんか。

一般に、HIV診療では治療の方針をたてるためにも、または相談者の将来設計の相談にのっていくためにも、相談者の生活様式や社会背景について十分な情報を得て一人一人の状況に合わせて対応することが求められます。HIV診療には相談者と医療チームとの密接な意思疎通が不可欠といってもよいでしょう。治療継続に様々な困難が予測される外国人の場合、なおさら高質な相談が必要であり、通訳の確保はとも重要で。

しかし、現実には、医療機関での通訳の利用はあまり進んでいません。それにはさまざまな理由があります。まず、通訳を見つけてくれること自体が困難なこと、

それから通訳を頼んでみたのにうまく診療が行かず、効果に疑問を感じている場合、報酬がなく謝礼を払えないので依頼することに躊躇を覚えている場合、この他に医師が時間のかかる通訳の回席を好まない場合、などがあります。

一方、移民の受け入れで先んじている欧米諸国では医療通訳を確保するための体制作りが進んでおり、医療機関の中で活躍する医療通訳が育っています。通訳をつけたほうが診療が円滑になり事故や無用の混乱がなくなるので病院側にもメリットが大きいという考えもあるようです。また、スウェーデンや米国のように社会の少教者への配慮から法律で通訳制度の確立を医療機関に求められているところもあります。

日本では、適切な人材が少なく、効果的な通訳が行われ難いので通訳の必要性が認知されていない、このため謝礼を払う予算がない、良い人材が医療の現場の通訳に未だいない、といった悪循環のために殆どの地域で医療通訳の体制が整っていません。このため、通訳の利用は個々の病院のMSWの努力にかかってしまっているのが現実です。

B. 医療費の支払いに困難

貧しい農村地帯出身のBさんは、家族の累計を助けるために日本に働きに来るようになりました。しかし、来日して数年したところで発熱を繰り返すようになり、次第に就業困難になります。病院に行っても治らず、経済的にも困窮。最初はサポートしてくれていた周囲の人のおまわりに医療費がかさむため次第に疎遠になってきました。やがて歩行することも困難となり、救急車で運びこまれました。

外国人の病人を受け入れてみたものの健康保険に加入できずに医療費の支払いが困難だったという経験をした医療ソーシャルワーカー（MSW）も少なくないでしょう。こうした問題が生じるのはなにも超過滞在者や違法入国者に限りません。近年急速に増えている在留外国人の呼び寄せ家族でもこうした問題が生じます。

例えば、日本人と結婚した外国人女性が出産にあたって母国の母親を呼び寄せた場合、3ヶ月ごとの滞在資格が与えられますが、1年間の滞在を前提としていないため国民健康保険に加入できません。このため、日本に滞在している間に脳出血や焦心症などの重篤な病気を起こした場合に、莫大な医療費がかかってしまうことがあります。

たとえ滞在資格や健康保険がなくとも医療を必要とした状態で受診した患者さんに対しても適切な医療を提供する義務（応召義務）があることは自明です。しかし、受け入れた病院の備えがなければ、不要な混乱を生じ医療機関の信頼を落とすことにも繋がりがかねません。ただでさえ受診が遅れがちな外国人患者さんの受診がさらに遅れ重症化してしまうことがしばしばです。

AIDSを発病する外国人は、病気の原因を知ることなく徐々に病状が悪化するにより生活が困難してからの受診が多いのが特徴です。また、診断がされていても医療機関から帰国をすすめられ、母国での治療が不安で遠征する間に病状が悪化させてしまう人もいます。

C. 支援環境・生活背景がわからない

日系人のCさんは3年前に来日し地方都市の大きな企業の工場で働いています。2ヶ月間下痢を繰り返し通院をしていましたが、検査の結果HIV陽性であることがわかりました。幸い服薬にて病状は落ち着き入院を要することはありませんでしたが、健康保険に加入しておらず自費での支払いとなりました。医師は今後の治療の継続を考えると医療割度が働いている母国に帰国させるべきだと言いますが、本人は「まずと日本に暮らすつもりなので帰国したくないと言います。」

「外国人であれば母国に帰ったほうが生活が安定するはず」「HIVは言葉のわかる母国で医療を受けたほうが良い・・・」と考える医療従事者も多いでしょう。しかし、既に母国の生活を完全に引き払って家族ぐるみで日本に渡ってくる日系人もおり、よりよい医療環境を整えるためには、生活の背景をよく知る

ことが大事です。国民健康保険に加入出来るかどうかはビザの種類と有効期限を確認すればわかります。また社会保険については雇用環境・家族関係などと密接に関わっており、療養の支援には多様な背景を知ることが不可欠です。尚、日系人は人材派遣会社に雇用される形で工場等に派遣されていることが多いですが、この場合、本来健康保険をかけなければならない雇用主が社会保険に入れておらず、国民健康保険の加入も断られている事態が少なからず生じています。しかし、本来一年以上の滞在資格があって健康保険がないのはおかしなことです。

D. 帰国をしたらどうなるか不安

12年前に来日したDさんは、成人してまもなく来日したため母国で医療機関に行ったことは殆どありません。しかし、子どももこの近所でHIVを疑われた人がなかなか治療を受けることも出来ず周囲の偏見にさらされながら亡くなっていった事を思うと、とても帰国をする気持ちにはなれません。自分だけでなく家族も差別をされるのではと思うと日本でこのまま死んでしまったほうがまだ良かったと思っと思っています。

滞在資格のない外国人でも活用できる社会制度はありますが、多くは一時的なもので永続的なサポートが得られるものではありません。ですから健康保険に加入できない外国人がHIV陽性だとわかった際には、帰国を勧める医療機関は少なくないでしょう。しかし、現実には帰国を勧められた外国人が結局帰国しておらずしばらくたつてから病状が悪化して他の病院に入院したという事態もしばしば耳にします。

これはどうしたことが原因なのでしょう。帰国すると約束をして来院しなかった外国人を不誠実だと言うだけではなく、こうした行動の背景についても少し知っておく必要があります。

開業途上国の出身者の場合、帰国すれば抗レトロウイルス剤による治療はお

るか、日見感染症に対する治療も満足に受けられないことが予測されます。これまで、日本で母国側の医療サービスの情報を得ることは難しく、多くの医療機関が帰国時に紹介先を明示することができていませんでした。また帰国後のクライアントの転機も把握できていませんでした。アジア・アフリカの出身者の場合、発病して帰国した人の殆どは帰国後に情報が不明になっています。現地側の医療事情を考えればしばらくは亡くなったと思われれます。

こうした厳しい現実の中で、HIV陽性であることが解った外国人は帰国にたいして大きな不安を抱えています。日本の病院で帰国を勧められても、母国側で医療が受けられる希望がなければそのまま日本に残留したいと考えるのも無理からぬことでしょう。

幸いなことに近年、タイ・ブラジルなどAIDS対策に熱心な国では母国側の医療事情が急速に改善されています。他の開発途上国でもゆっくりとはありますが、世界エイズ結核マラリア対策基金の支援などを受けながら治療体制の整備をしようとしています。しかし、数年前に日本に来た外国人感染者がそのような情報を入力していることはまれです。数年前の差別の強い印象を持っている相談者はよほど確実な情報を提供しないかぎり、積極的に帰国を望む気持ちにはなれません。すでにタイ・ブラジルなどの相談者の人口が比較的多い国については情報がまとまってきており、MSWがこれを取集して相談者に伝えることはとても効果的です。

3 支援のための道具箱

A 医療通訳を得るためには

外国人の診療がうまく行っている医療機関は、向らかの形で通訳の確保をしている場合が殆どです。しかし、その確保の方法は、地域によって大きく異なっています。以下に幾つかの具体例を示します。家族や職場の関係者、友人などに通訳を依頼することはブライバイシ어의経営に繋がることも多く、治療中断やトラブルの原因になることがしばしばありますので信頼できる通訳を近隣の病院のMSWらとともに確保しておくことは重要です。

1 病院での確保

群馬県・神奈川県・静岡県などの外国人集住地域では病院が通訳を雇ったり、ボランティア通訳の制度を持っているところがあります。また都立病院でも、NGOやボランティアの通訳のリストを作り技能の高い通訳を確保するよう努めているところがあります。こうした病院では質の高い通訳を維持するためにMSWなどが担当者となり一定の謝礼を支払うための制度を作っています。

2 自治体の取り組み

神奈川県では、外国籍県民会議の提言を受け、県の国際課が医療通訳制度の整備に踏み切りました。国際課と医療関連4団体（医師会、歯科医師会、薬剤師会、病院協会）と通訳派遣NPO（MTCかながわ）の3者が協定を結び、県内の基幹病院に対する医療通訳の派遣を開始しました。（巻末資料 59-62頁参照）

長野県でも国際課と長野県国際交流推進協会が協力し外国籍住民の支援員制度を作り、4日間の医療通訳研修を行うなどの工夫により人材の確保を行って

います。千葉県では、派遣カウンセラーが訪問する際に通訳に謝金を支払う制度が作られています。

3 NGOの取り組み

HIVに感染した外国人のために言葉のサポートをしている団体には、CRIATIVOS, CHARM, HIV/AIDS在日外国人支援ネットワーク（ayus）、SHARE, サーラーなど）、AMDA 国際医療医療情報センターなど幾つかの団体があります。これらのHIV専門の支援を行っている団体については「C. 外国人支援のための社会資源」の項目で詳記します。しかし、こうした団体は一部の都心部に限られているためここでは、一般的な通訳の派遣を行っている団体の中で医療機関に対する通訳派遣を行ったことがある団体のリストをあげます。ここであげた団体についてはHIV医療の現場での通訳としての研修や経験をj持っているわけではありませんので、提供される技能には大きなばらつきがあることをご理解下さい。また、団体によって得意とする言語や派遣できる地域に違いがあります。詳細は別表（巻末資料 65-72頁）をご参照下さい。

通訳体制確立のポイント

日本の場合ほとんどの地域で通訳制度が確立しておらず、専門性の高い通訳がすぐに依頼出来るという地域は極めてわずかです。そこで、病院側も通訳を大切に育てていく姿勢が求められます。通訳の確保を進めていくためには、以下のような配慮が必要です。

a 通訳の技能の評価

研修や認定を行っている一部の通訳派遣団体を除いて、医療現場を訪れる通訳の多くはボランティアであり技能にはばらつきがあります。病院のスタッフが通訳の能力を考えることなく実力以上の通訳業務を依頼しつづけることは、事故につながる可能性があるだけでなく通訳自身のバーンアウトの原因になり

ます。MSWなど通訳の相談にのるスタッフを特定し、通訳の現場に同席したり、利用した医療スタッフや通訳自身から話を聞くことで無理が生じていないかどうか確認することが必要です。

b 通訳への研修の提供

医療の現場での通訳は、高度な正確性が求められ本来は専門の認定を受けた高い技術を持ったスタッフが十分な謝料を受けとってやるべきものでしょう。しかし、日本では医療通訳の制度が未確立のために短時間の研修を受けたボランティアが現場にたまたまされているのが現実です。こうした状況下で通訳の確保をする場合には、通訳と医療機関との間で一定の通訳ルールを定めたり、研修の機会を提供することが望まれます。通訳を育成した経験のない医療機関が独自に研修を行うことは困難ですが、近年は県の国際交流協会などでも通訳研修を行うところが少ずつつでてきています。こうした機会を調べ通訳に研修の機会を提供することが必要でしょう。

22

c 通訳の身分の確保

質の高い通訳に繰り返し働いてもらうためには、通訳が本来の生業を休んでも生活が成り立つように十分な謝料を支払う財源の確保が必要です。医療事故を防ぎ診療を効率的に行うために役に立つことですから所属する医療機関内や自治体単位で財源を確保するための取り組みをされてはどうか。

d 通訳の責任範囲を明確に

多くの外国人患者にとって言葉のわかる通訳に出会うことはまさに「地獄に仏」のような気持ちになります。そこで様々な相談ことが通訳に持ち込まれがちです。こうした時に、MSWがしっかりと通訳の相談を聞いていないと、気がついたときには通訳が心理的相談や経済的な相談などまで引き受けていて、過剰な負担でつぶれそうになっていることがあります。通訳が安心して本

来の業務を行うことが出来るように、通訳の役割を明確に区切り、経済社会的な相談はMSWが、心理相談はカウンセラーが引き受けられることを通訳に伝えましょう。こうした専門相談員との間での通訳業務に頼ることができれば通訳が過剰な負担でつぶれてしまうことを防ぐことが出来ます。

e 医療従事者の側の注意

医療通訳が効果的に働くためには、医療従事者の側も工夫が必要です。文章を適度な長さで区切りゆっくるとはなすこと、専門用語を出来るだけ避け平易な言葉遣いをする、専門用語での確認が必要なきなどは辞書をひくなどの時間的な余裕を提供すること、解りにくい概念は図示するなどにより理解を助ける・・・といった配慮が必要です。こうした事例を医師や看護師などに伝えることも重要です。(巻末資料 p63)

f 積極的な調整を

上記のような問題を避けるためにも、MSWまたは他の専門職が通訳と患者、医療従事者の間をコーディネートし問題を早期に解決するように努めましょう。

通訳の担当役割の例としては、神奈川県で国際課や医師会等と共同で通訳派遣事業を行っているMICかながわが登録通訳に対して行っている研修資料を参照(巻末資料 59-62頁)してください。

B 医療費問題

～外国人の医療相談に関わる上で熟知しておくことが求められる制度～

外国人が医療費に関する諸制度を活用出来るかどうかについては在留資格が関係するために複雑だという印象があるようです。このため活用の努力をせすにあきらめてしまう医療従事者も少なくありません。結核予防法や労災保険のように国籍や滞在資格に関わらず適用しなければならぬものについても、患者側に情報が浸透しておらず適切な治療に結びつくことなく病状が悪化してしまう例がしばしばあることは残念なことです。

こうした制度が確実に使われて円滑な医療が提供されるように支援が必要です。また、国籍や滞在資格に関わらず適用が可能であるとされているものでも現実には地域によって円滑に適用がされていない場合があったり、行旅病人法などのように明らかに運用に格差が出来てしまっているものもあります。

とりわけ外国人急病人の未払い補填事業については、制度のない地域の多くの医療機関で日和見感染の治療にも困難を感じており深刻な問題となっています。欧州諸国が欧州人権規約に基づき緊急医療の提供を保障しているように、日本においても自治体間の格差を解消し緊急医療が保障されるよう制度の改善が必要と思われます。

結核医療など制度的に確立したものに關しては、ほとんどのNSWが有効な支援が展開できています。しかし、AIDSに結核が伴った場合に診断が困難であるために制度活用に至っていない例がしばしば見られる他、2007年4月より結核予防法が感染症予防法に統合される中で細部の変化があることに注意が必要です。入院助産、養育医療、育成医療、予防接種などについては、2000年5月に「外国人の医療と福祉に関する質問に対する答弁書」が発表されて以降、各自治体の適用が進んでいるようです。しかし、こうした制度の情報は自治体の担当者に十分理解されていないことも多く、事例がおきた際にMSWが自治体の担当者に働きかけ運用可能であることを確認していくことが

必要です。外国人医療についてはいまだ日本の制度は未整備でありMSWの参加による問題解決の重要性も指摘されています。

〈制度運用の現状〉

以下に、外国人医療に關係することが多い主な制度について概略を説明します。詳細は巻末資料をご覧ください。

A 国籍や滞在資格によらず適用しなければいけないもの

a 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

感染性の高いI類、II類感染症に対して入院治療の必要性とその医療費の公費負担を規定しています。エボラ出血熱・SARSのような感染力が強く公衆衛生上重要な感染症がその対象となっていますが、いずれもHIV陽性者が感染する機会は稀であり、最も重要なのは、発病者数が多くかつ治療に長期を要する結核（II類感染症）です。

I類、II類感染症の分類（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第15条より）

I類感染症	II類感染症
①エボラ出血、②クリミア・コンゴ出血熱、③痘そう、④南米出血熱、⑤ペスト、⑥マールブルグ病、⑦ラッサ熱	①急性灰白髄炎、②結核、③ジフテリア、④重症急性呼吸器症候群（病原体がコウライウイルス属SARSコロナウイルスであるものに限る）、⑤

新しい感染症予防法においても、結核予防法の主要な要素は引き継がれ、国籍滞在資格を問わず全ての結核患者が対象となります。喀痰等に菌の排出がある感染性の結核の場合は結核予防法35条と同様に、入院治療費全てが公費負担となります。ただし一部の高額所得者の場合は自己負担があり、日常生活品の費用は個人で負担する必要があります。

結核療養に影響を及ぼしうる全ての合併症に対する医療費も公費負担となるため、非菌をしている結核で発症したAIDS患者については、HAARTも公

費負担となり得ます。ただし、排菌終了と共に結核治療に要する薬剤以外は公費負担でなくなるため、HAARTの導入は継続性を考慮した慎重な選択が必要となります。

他者に感染させる状況となっていない非開放性の結核に関しては、旧結核予防法34条と同様に、結核医療と結核の動静を判断するために最低限必要な検査についての100分の95の費用が健康保険又は公費にて負担されます。ただし、あくまでも必要最低限の規定された薬剤・検査が対象であり、対象外の血液検査などがあるので注意が必要です。

結核予防法の感染症予防法への統合の中で生じた主な変化としては以下のものがあります。公費負担の審査が6ヶ月毎から1ヶ月毎に短縮し公費負担となされる入院期間が大きく短縮されることが予測されること、入院治療を開始するにあたって十分な説明をし患者に意見表明の機会が保障されることが明記されたことです。また外来治療の支援体制を強化することも重要な方針として確認されました。

入院期間の短縮は、経済的な困難がある外国人結核患者にとっては負担増となる場合が多いと予測されます。しかし、説明責任の明確化や外来治療支援の強化は医療通訳の確保などに追い風となる可能性も秘めています。ただし、こうした対応は自治体の個別の施策に任せられており、現場での工夫と働きかけが不可欠です。

b 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律

急性の精神能や急性薬物中毒などによって昏迷が著しく自傷他害の恐れがある場合は、29条のさだめにより鑑定医の鑑定の後措置入院となります。29条が適用された場合は、入院中の治療費は全部公費負担となります。てんかんを含む精神神経疾患で長期外来通院を必要とする場合には外来通院を公費負担にすることが可能です。

c 労災保険

業務中に生じた事故など労働災害については国費や潜在資格にかかわらず医療費は労災保険より支払われます。雇用者が被雇用者を労働災害保険にかけたいなかった場合についても、雇用者側に対してペナルティが科され、就業開始時に遡って掛け金が追徴された上で労災保険が適用されます。

潜在資格のない外国人の場合、労働基準監督署への届出を躊躇する場合もあります。労基署は入管への通報義務より労働者の救済を優先する対応をすることが明らかにされています。(資料：平成1年田会法務委員会答弁)

B 国籍や潜在資格によらず適用が可能なもの

以下の制度については、潜在資格のない外国人にも自治体の判断により適用が可能であることが確認されています(巻末資料71-98頁参照)。

- a 入院助産：出産費用の支払が困難である妊婦に対する指定施設での出産費用の給付
- b 養育医療：体重が2000グラム以下であるなどの状態で医師が入院養育を必要と認めた場合に未熟児医療の費用が給付される
- c 育成医療：緊急に手術などを行わなければならない将来重度の障がいを残すような場合に限り潜在資格のない外国人障がい児にも給付が可能
- d 母子手帳の交付：居住地の市町村が母子健康手帳を交付する。
- e 予防接種：外国人登録等で居住が確認されれば、定期予防接種の対象になり副作用被害の救済も行われる。(外国人登録以外の方法でも居住を証明できれば可能であることが確認されている)
- f 三次救急医療機関未払い医療費補填：1996年度より、国は三次救急医療施設に入院した患者の医療費に限り一人30万円を超える場合に医療費の補填をする制度を差込させています。ただし、三次救急施設だけが対象であり適用数は少数です。

C 地域により運用に差があるもの

a 行旅病人及び行旅死亡人取り扱い法

明治時代に保護者のない病人の医療費を公的に負担するために作られた法律。生活保護法の制定により極めて限定的にしか使われなくなりましたが、1990年に厚生省が外国人への生活保護の適応を制限する見解を示して以降、身よりのない外国人の医療費を拠出するためにいくつかの自治体が予算措置を行なうようになりました。

現在、群馬・東京・神奈川などのいくつかの自治体で外国人入院患者への適用が報告されています。

b 地方自治体の未払い補填事業

1993年に群馬県が実施したのを皮切りに、1990年代半ばに相次いで関東地方など外国人人口の多い地域で制定されました。急病のために受診した外国人患者の医療費が未払いとなり1年間にわたって再三の請求にもかかわらず支払われない相当の理由があるときに自治体が医療費の一部を肩代わりする制度です。自治体によって基準がまちまちですが対象となる治療期間や医療費の上限が制定されています。

c 更生医療

身体障害者手帳を取得すれば、前年度の収入によって決定する一定の自己負担を除き公費で障がいに関わる医療が受けられます。本来健康保険の有無に関わらず入院治療・外来治療両者を含めて対象となります。しかし、2000年5月の質問応答への回答では、非定住外国人については身体障害者福祉法の適用対象として想定されていないとされ、滞在資格がない外国人に対して身体障害者手帳を発行する地方自治体は確認されていません。

平成18年から施行された障害者自立支援法により、従来の障害に係る公費

負担医療(更生医療、育成医療、精神通院医療)が自立支援医療に統合されました。しかし、対象となる「身体障害者」は引き続き従前の身体障害者福祉法に基づいて規定されており、更生医療の法制度は残り、従来の政府見解にも変更はありません。

C 外国人の支援のための社会資源

外国人 HIV 陽性者は一般に日本人より多くの療養上の課題を抱えていることが多く、より多様なサポートが必要とされます。病院によっては、外国人 HIV 陽性者は全員 MSW との面談を簡略しているところもあります。一方で MSW がいない、あるいはいても医師や看護師から MSW への紹介が積極的に行われない医療機関もあるようです。

外国人のための社会資源については情報が少なく、MSW の技能がもっとも発揮される分野です。経験の豊富な MSW は、外国人相談者の課題の解決に積極的な役割を果たすことで院内の他の医療従事者からの評価が高まる場合もあればあるようです。

MSW を中心に異レベルでの学習会を行うことで、MSW 間の情報交換を積極的に進めている地域もあり、いざという時にこうしたネットワークが情報収集の大きな力になります。また、外国人支援の NPO との連携をとっておくことで通訳の確保をしておくことで外国人相談者が円滑に MSW へつながることができた事例もあります。

なお、公的な病院の医療従事者にとっては、超過滞在を知った際に通報義務が生じるのかどうかという疑問点が以前より指摘されてきました。1990 年の衆議院法務委員会での答弁(1989 年国会法務委員会にて、巻末資料 93 頁参照)によれば、公務員が入国管理法の違反を知ったとしても、その通報が本来の行政機関の任務の遂行に支障が有る場合は、通報をしなくても処罰の対象とはならない旨を法務局の人権相談所の例を上げて確認しています。

このことから考えれば、守秘義務を負っている医療従事者の場合、入管法違反の通報が治療の遂行に支障が有る場合は通報しなくても違反とならないと判断することができそうです。

外国人の場合、日本人に比べて社会資源の活用についての情報が乏しかったり活用に関難がある場合が少なくありません。しかし、開発途上国出身者では

母国での条件が更に厳しく、日本での資源の活用ができるかどうかが生死を分ける場合もあります。社会制度の活用には、制度についての詳細な知識が必要で、言葉の不自由な外国人の場合、自分たちのおかれている状況を正確に把握できていないこともあり、注意深く社会背景を聞き取る必要があります。ただし、相談者の利益のために情報を収集しているという立場を明確にしていなければ協力が得られず滞在資格など正確な情報が収集できない可能性がありま

す。MSW が外国人相談者の社会的背景を十分把握し支援をすることで、滞在資格を獲得したり社会保険への加入が認められるなどの重要な社会資源の獲得ができた場合があります。以下のような留意点に注意しながら経済社会状況の把握を進めておく必要があります。

(留意点)

■ 滞在資格の種類

1 年以上の滞在資格を持つ場合、持つことが見込まれている場合に国民健康保険に加入資格があります。外国人の中には健康保険制度の趣旨を理解しておらず加入資格があるにもかかわらず加入しないもの、特殊な雇用関係のために国保加入が拒まれている場合などがあり、滞在資格や就労状況などを把握し適切な助言を行うことで保険加入が可能となる事もしばしばあります。

後者の例でしばしば問題となるのは、雇用主が社会保険に加入させておらず、自治体が社保の加入資格が有ることを理由に国保への加入を拒んでいる事例です。人材派遣会社を通じて工場で働く日系人労働者に多くみられます。この場合は、まず社会保険への加入を雇用者が行うべきですが、実現しない場合は日本人の同様の例と同等に扱われるべきであることが国会の審議で明らかになっています。(2002 年国会厚生労働委員会 p77)

1 年以上の滞在資格を持たない場合には、婚姻などで将来滞在資格が変更される可能性がいかほど注意が必要です。社会保険の扶養家族については滞在資格

の種類に関係はありません。

■婚姻状況

HIV 感染症は婚姻関係が形成される年齢層に多い疾患であり、感染した外国籍相談者のパートナーが日本人であることが少なからずあります。婚姻は本来的な人権であり、双方に婚姻の意志が確認された時点で滞在資格が切れたとしても婚姻の書類は受理されなければなりません。通常は滞在資格を超過した外国人は入国管理局に出頭すれば強制退去処分となり原則として5年間の再入国ができません。しかし、婚姻関係が成立し在留資格の特別許可を法務省に申請した場合は、法務大臣の裁量で在留資格が許可される事例が近年増えていきます。これは、国連人権規約に基づき家族の結合権を尊重する立場からの措置であり特別な事情がなければ現在のところ許可が下りています。ただし、許可はあくまでも法務大臣の裁量に任されており、全てに許可が降りる保障はなく許可までに要する期間も3ヶ月～3年とばらつきが多くなっています。病状が深刻である場合は医師の診断書でその旨の説明を行うことで許可までの期間が大幅に短縮されたケースもあります。

■療養環境

滞日年数の長い外国人には、すでに母国での生活基盤が失われていたり、子どもの教育などで日本国内での生活基盤が強いものとなっている事が少なくなく、帰国によって生活基盤が著しく脆弱になってしまう可能性もあります。また開発途上国では社会福祉制度が充実しておらず帰国によって治療環境が著しく低下する事も考えられます。外国人であれば帰国する事が心身の安定に良いと考える事は必ずしもあつていないとは限らず、両国での経済状況や療養環境を慎重に評価する必要があるでしょう。20年を超えて日本で社会生活を行っている場合や子どもが中等教育以上を受けている場合など、すでに母国での生活基盤よりも日本での生活基盤が強固となっていると判断される場合もあるこ

とを付記します。

■経済状況

多くの外国人労働者にとって日本国内での収入と母国での収入の格差は大きく、母国の医療費水準が低いからと言って帰国した方が医療を受けやすいと言いう訳ではありません。これまで開発途上国では母子感染予防などの限定された状況をのぞき抗レトロウイルス剤の費用を補助するような制度はありませんでした。開発途上国ではごくわずかの経済的に裕福な人々しか治療を受けることが不可能でした。また、こうした特権階級の人々が日本に健康保険を取得できない形で滞在することはほとんどありませんでしたから、事実上日本から帰国する開発途上国出身者には治療の機会は閉ざされていました。近年でこそ世界エイズ結核マラリア対策基金の支援やWHOの3 by 5政策の影響により、抗レトロウイルス剤治療の公費での導入に踏み切る国がでてきましたが、全ての国民を対象に薬の供給が出来ている国はブラジル・タイなどごく一部でしかありません。

このことを考えれば保険の有無だけでなく、日本国内と母国での経済状況を把握しなければ治療の場の選択についてアドバイスをすることは困難です。

■就労条件

研修&興行

本来興行ビザで就労中の疾病については、雇用者が民間保険に加入させる事で保証する事が義務付けられています。また研修中は受入機関の用意する民間保険、技能研修生となれば国保の加入が可能です。こうした義務を履行しないで使用されている場合には、労働組合や各国大使館にある労働省の出先機関、NGOなどが相談に乗っています。

■外国人 HIV 陽性者に対する専門支援を行う団体

・CRATIVOS (クリアチアポス)

スペイン語・ポルトガル語でラテンアメリカ出身者に対して電話相談・通訳・カウンセリング・予防介入を行っている。スタッフの中には母国で医師や臨床心理士として仕事をしていた経験のある日系人が多数おり、母国との連携も強い。

連絡先 045-360-2094 (事務所)

相談電話 03-3369-7110 (木 14:00-16:00)

・HIV/AIDS 在日外国人支援ネットワーク

アジア系外国人の相談にあたる南関東の NGO が共同で設置した相談窓口。関東一円の医療機関に主としてタイ語の通訳派遣を行っている。

連絡先 03-3820-5831 (アークユス内 担当：枝木)

・シェア=国際保健協力市民の会

タイ大使館と連携しタイのエイズ治療の状況や医療機関の紹介を行っている。タイでのエイズ対策に従事していた日本の看護師が対応。

連絡先：03-5807-7581 (月～金)

タイ語電話相談 080-3791-3630 (土 17:30-22:00)

・AMDA 国際医療情報センター

神奈川県下の病院などに日本の免許を持つタイ人看護師の派遣を行っている。

連絡先 090-3359-8324 (月～金 9:00-17:00 担当：マニー)

・CHARM

京阪神地域を中心に検査・相談・相談・通訳派遣・ピアサポートなどの活動を行っている。

連絡先 06-6354-5901 (毎週土曜日 16:00-20:00)

・タワン

タイ人によるタイ人のためのグループ。HIV や医療に関する相談、予防活動を行っている。

連絡先 080-3791-3630 (木曜日 9:00～16:00)

なお、東京都では都内の拠点病院を対象にタイ人カウンセリングの派遣も行っています。

D 帰国のための支援

日本で発病する外国人の大多数は、それぞれの事情があり生活の基盤を日本においている人です。ですから、できることなら日本での治療を受けたいと希望する場合があります。しかし、残念ながら日本での生活の基盤が脆弱で帰国を決断せざるを得ない場合も少なくありません。この帰国をするという選択は日本に生活する私達が想像することのできないほどの苦渋の選択であることが少なくありません。それは多くの場合、帰国によってこれまでの収入の道が閉ざされるだけでなく、治療への希望もたれてしまつたためです。

こうした途上国の厳しい現実に希望が見え始めたのはついこの 2～3 年のことです。2002 年に世界エイズ結核マラリア対策基金が結成され、開発途上国の HIV の予防とケアに対して国際的な支援の動きが本格化しました。これらうけて世界保健機構 (WHO) でも 3 by 5 計画を発表し、2005 年までに 300 万人に抗レトロウイルス剤治療を届けることを目標に取り組み始めました。

これまでは、AIDS を発病した外国人で滞在資格がある人は日本に定住して種々の治療を受けられるのに対して、滞在資格がない人々は帰国をして待つ以外に術がないと言つのが現実でした。このことが現在大きく変わろうとしています。開発途上国に帰国しても生き延びる道が生まれようとしているのです。しかし、開発途上国の HIV 診療体制を整えるには時間がかかります。また、残念ながら現状では地域間の格差が極めて大きいのが実情です。(各国の医療事情については、次章を参照)

そこで、現在急速に母国側の治療環境が改善しているタイを例に帰国支援の方法について解説します。

帰国支援のポイント タイの場合

1 旅券 (パスポート) の確認・再発行

パスポートが切れていては出国することは出来ませんしタイに入国することも出来ません。日本で AIDS を発病するタイ人の中には、パスポートが失効

している場合やプロカーに取り上げられている場合が少なくありません。このため必ずパスポートを所持しているかどうかを確認し、ない場合は迅速に東京のタイ王国大使館タイ人保護課（関西は大阪の領事館）に連絡してください。大使館には、自国民保護の立場から病人や人身売買被害者などを保護し船国の支援をする日本人の担当官がいます。パスポートに代わる身分証明の発行には本人確認をする書類（タイの戸籍・住民票にあたる書類）を本国との間で確認する作業がありますので1～2週間かかってしまう場合があります。帰国するかどうか迷っている段階でも早めに相談をすることが望ましいでしょう。

2 帰国後の医療の確保

アジアの国の中では比較的医療が整っているタイでも、農村部の住民にとって気軽に医療機関にかかれる状況が整ってきたのはこの数年のことです。多くの病人にとって帰国しても病院の敷居は高く受診に躊躇する場合があります。ましてやAIDSに関しては、差別を恐れて受診しない可能性や帰国そのものを止めてしまう事態も想定する必要があります。帰国後に受けられる医療についてはできるだけ具体的に伝えていく必要があります。タイ大使館ではNGOと連携して帰国するタイ人HIV陽性者に対して公費負担で医療が受けられる医療機関の名称と担当看護師の名前を調べて伝えることが出来ます。しかし、住民票所在地の管轄の公立病院以外では公費負担になりませんので注意が必要です。また、抗レトロウイルス剤の治療は原則的に特許の国際条約上generic薬の製造が許可されている薬剤を第一選択として行います。従って、d4T、3TC、ネビラピンを組み合わせた標準治療です(2007年9月現在)。日本で普及している薬剤で治療を導入しても帰国後は変更を余儀なくされる可能性が高いことを認識して治療を行う必要があります。

円滑な治療継続を行うためには、英文の紹介状を用意してください。抗レトロウイルス剤の使用は日本と同様CD4が200以下であること、あるいは250以下で日和見感染症などを発症していることが証明されなければ公費負担にな

りません。また、ウイルス量や耐性検査などは経済的理由で検査出来ないことが予断されますので、日本で行った検査結果はできるだけもちまらず記載をしてください。

3 輸送手段の確保

病状が充分安定して航空機に搭乗できる状態であることを確認して航空会社と連絡をします。この際、所定の英文の診断書への記載を求められます。タイ大使館に保護された病人についてはタイ航空が格安チケットを提供しますが診断書の審査を本社の医務官が実施します。このため追加の書類を求められるなど時間がかかることが予測されますので（場合によっては書類作成後1～2週間程度）、早めの診断書の送付が必要です。また、胸部レントゲン写真の添付を求められることがあります。機内で病状が悪化する可能性がある場合には医師または看護師の同乗を求められる可能性がありますので、日和見感染は充分コントロールされてからの搭乗が望ましいでしょう。

4 出国手続き

パスポートが切れていなくてもビザが切れてしまっている場合は入国管理局に出頭し違反審査の後出国命令を受けてから航空券を購入して再入国管理局で出国手続きをする必要があります。この際、病人であることが解らなければ数ヶ月取返されてしまう可能性がありますので、手紙を急ぐ病人である場合はその旨診断書に明記する必要があります。ただし、搭乗可能であることが書かれていなければ出国手続きがされませんので、西書を記載しておく必要があるります。

5 特別な配慮が必要な場合

重症者で帰国後すぐに入院が必要な場合は、タイ王国大使館から本国外務省、福祉省を経由して国立病院に入院ベッドの手配をします。また身寄りがないな

どの理由で住所所地までの付き添いが必要な場合は、福祉者の海外被災者支援担当がバンコクの空港まで出迎えをします。この場合、平日屋間に到着する航空便を手配することが望まれます。

大幅に改善した帰国者の予後

2004年にタイ大使館とシェア＝国際保健協力市民の会のタイ事務所等とのネットワークを活用して帰国の支援をしたタイ人エイズ発病者の多くは、円滑な帰国が実現し、母国で治療を開始することができました。なかには電話で元気な声を聞かせてくれる人がでてき始めました。以下の表はCD4が50以下というきわめて免疫力が低下した状態ながら入院を必要としない状態で私達のところに相談があった6人のタイ人HIV陽性者のその後の経過です。

全員が過去に医療機関を受診したことがあり、私達のところに相談がくるまでに一人平均2ヶ月所の医療機関に行っています。治療には結びついていませんでした。

医療機関・NGO・大使館の連携で当座の日和見感染症治療を行い、航空機に乗れる状態に病状を安定させながら、帰国後の医療機関の確保を行っています。また、母国の医療事情を十分な情報をもって説明することで帰国に対する不安を除去するように心がけました。この結果、全ての相談者が帰国後適切な医療を受けることができました。

表 2004年に帰国支援をしたタイ人HIV陽性者の転帰

合併症	初診時	
	CD4	転帰
口腔カンジダ、皮膚真菌症	10	HAART 治療中
皮膚真菌症、トキソプラズマ症	9	HAART 治療中
肺炎、敗血症	13	HAART 治療中
帯状疱疹	42	HAART 治療中
肺結核	12	結核治療中にヘルペス脳炎
口腔カンジダ	34	HAART 治療中

E 想定される支援例

～2006年度外国人HIV陽性者療養支援セミナー事例検討より～
【事例】

28才のマリアさんは生理が3ヶ月来ないため妊娠を疑い産婦人科医院を受診した。マリアさんは南米のアマゾンジャ共和国出身で日本語での会話は挨拶程度しか出来ない。診察にはボーイフレンドで南米のベルデ連邦出身の日系人であるロベルトさんが同伴した。診察の結果、妊娠が確認されたが、1週間後の受診の際に医師は日本語での会話が多少は上手なロベルトさんに「HIVが陽性である」と説明し、中絶を強く勧めた。また、「この診療所ではできないので、大きな病院に行くように」と言って拠点病院への受診を促した。

この紹介状を持ったマリアさんとロベルトさんが病院を受診して来たが、「HIV」の意味がよくわかっておらず、どうやらB型肝炎と誤解しているらしいことがわかった。

<生活歴>

マリアさんは、幼いころからスチュワーデスになることが夢であったが両親が事故で死亡しており13歳より養父母に預けられていた。16歳の時に養父から虐待を受けたことをきっかけに家出。首都の飲食店でウェイトレスをしていたが、客を装ったブローカーから誘われて19歳で来日した。日本のバブで働けば高収入が得られ、夢を実現出来ると思っていたことだったが、日本につくとパスポートを取り上げられ、一方的に500万円の借金があると宣言された。預金アパートに監禁され、毎日性労働を強いられた。8年ほどで返済が終了すると自らの身になり、スナックで働き始めた。この頃、ラテンアメリカ出身者が集まる教会でロベルトさんに出会い、同居をするようになった。

ロベルトさんの父親は農場の経営に失敗し手放した土地を取り戻すために日本に出稼ぎに来た。当初は父親の来日のみで短期間に収入を得て帰国する予定だったが思うようには収入が得られなかった。また家賃ばらばらで過ごす中で

思春期の子どもたちが不安定になったことをきっかけに結局家族全員を日本に呼び寄せて一緒に生活することを選択した。そこでロベルトさんも14歳で来日し現在は両親、姉とあわせて4人で日本で働いている。姉の子どもたちは日本で生まれもうベルデ連邦に帰るつもりはない。ベルデ連邦の財産もすべて処分してしまった。4人全員が永住ビザを持っている。

<背景>

ロベルトさんとマリアさんはこれまでの互いの互いの人生を全て知った上で、受けとめあい正式の婚姻をしたかと思っていた。その失念の妊娠であった。2人は妊娠していれば子どもが欲しいと思いつながらの受診であり、医師が中絶を進めたことに対しては驚きと不信感を感じていた。このため紹介状を受け取ってから受診にいたるまで数週間経過しており、あと2週間以内に決定しているため中絶は不可能となる。マリアさんはプロカーの手引きで入国しているためパスポートもビザもなく公的なサービスの利用に困難がある。このため、ロベルトさんの良き理解者である姉が、マリアさんを同伴して入国管理事務所相談に行くことを申し出ている。

<母国の医療事情>

マリアさんの出身国であるアマリージャ共和国では、抗レトロウイルス剤による治療が受けられるひとは極めてまれであり、母子感染予防についても体制が整っていない。一方、ロベルトさんの出身国ベルデ連邦では全ての人に抗レトロウイルス剤が無料提供される体制が整っている。

<病状>

病院での検査の結果、CD4 142 / rL1、ウイルス量 32,800 コピー。内科の主治医は、既に免疫不全が始まっていることから、1ヶ月後の再検査で同様の結果であれば妊娠の継続の有無に関わらずHAARTの開始が望ましいだろうとの意見であった。

Q1 マリアさんにとつて、現状の問題点

- # マリアさん自身、免疫不全が進んでいるが、B型肝炎と認識している可能性がある
- # 本人ではなく、ポエイフレンドへ先にHIV陽性であることが伝えられた
- # マリアさんは、健康保険をもっていない。滞在資格がないので、公的保健サービスを受けられない
- # 子どもを出産したいが、母子感染予防に関する話が出されず、本人の意思に関係なく中絶を勧められている

Q2 対応策とは

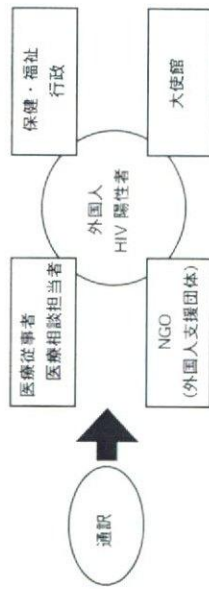
マリアさん自身、滞在資格がない状況ですが、必ずしも帰国を希望しているとは限りません。彼女にとつては、結婚を希望しているパートナーと一緒に生活ができるようこのまま日本で滞在を続け、安全な出産を望んでいる場合も考えられます。母子感染予防の対応も、適切な時期を逃さないよう注意が必要です。こうした事情から、マリアさんの自己選択権を尊重するためにも医療通訳を活用し、本人へ十分な病状説明と本人の意思確認を行いながら、今後の方向性を共に検討していくことが大切です。マリアさんが、日本での婚姻と安全な出産を希望した場合には、次のようなステップを踏んでいく方法があります。院内のMSWが中心となり、外国人支援の経験のあるNGO等にも相談しながら進めてみましょう。

- ① マリアさんの本国から婚姻手続きに必要な証明書を入力する(身分証明書、独身証明書など。詳細は各国大使館に確認しましょう)
- ② 市区町村役所で、婚姻手続き
- ③ 入国管理局で、永住者の配偶者であることを示し、在留特別許可を希望する

* 数年かかることもあるので、MSWが医師の診断書を提出し緊急医療の必

要性を訴えると、より短期で許可が出る可能性が高まる

④国民健康保険、あるいは配偶者の社会保険に加入



4. 母国の医療事情

A. ブラジル

ブラジルは、1992年当時には推定 HIV 陽性者数が南アフリカ共和国とは同数でした。こうした深刻な状況が改善する大きなきっかけは 1988年に制定された現行の憲法にざかのぼりです。「健康は全ての人の権利であり国家の義務である」と記載されたことで、国民皆保険制度が作られ、全ての人に無料で公立病院での治療の道が開かれました。この制度のもと、日和見感染症に対しては、無料で治療が受けられるようになりました。しかし、公的な保険機関のサービスには抗レトロウイルス剤は含まれていませんでした。

ブラジルでは HIV 流行の当初には都市に住む外国帰りの知識人層が多かったといわれています。が、次第に当時地方の貧困層・女性への感染の拡大が生じ、多くの人々が発病し入院する事態となり保健行政の財政を圧迫していました。このため政府内では医療サービスの拡大には慎重論がありました。

しかし 1996年にサンパウロ州で HIV に感染している女性が、健康保険制度から抗レトロウイルス剤が排除されている状況は憲法違反であると裁判所に提訴しました。判決は女性側の勝訴となり国は抗レトロウイルス剤の無料提供を始めることになりました。この時点でブラジル保健者は既に治療・ケア体制の整備に着手しており、以下のような対策がとられることになりました。

1 HIV 診療の標準化

抗レトロウイルス剤による治療を全てオンラインで管理し、不適切な治療を是正したり副作用などの情報や薬剤の供給を一括管理出来るようにしました。

2 検査体制の充実

それまで地方によっては十分な検査体制のなかった状況を改善し全ての地域

で自発的カウンセリングと HIV 検査 (Voluntary Counseling and Testing, VCT) が受けられるように整備しました。

3. ケア・サポート・相談体制の充実

NGO の活動を支援し各地に電話相談から在宅ケア・孤児の施設までさまざまなサービスを拡充しました。

4. 診療・ケア体制の整備

デイケアやデイホスピタルを充実させ受診しやすい環境を整えました。また、HIV 診療を医師のみに任せるのではなく、全ての HIV 陽性者がソーシャルワーカーやカウンセラーにアクセスできることを標準的な医療サービスに組み込みました。

こうした努力により HIV 診療体制が向上しているさなかに無料の抗レトロウイルス剤治療が導入されたところ、AIDS 発病者の予後は大きく改善され、1990年代当初に予測された推定死亡数に比べて実際に死亡した人数は4分の1にとどまりました。

このことは人道的には素晴らしいことでしたが、ブラジル財務者からは、政府財政を更に悪化させることを理由に抗レトロウイルスの無料提供を中止するよう保健省に働きかけがありました。

抗レトロウイルス剤の無料化政策を続けるかどうかは、国を挙げての大きな議論が発展しましたが、数年すると HAART により元気にになった AIDS 患者が病院に入院することが激減し財政面でも無料化政策の効果が現れ始めます。また、ブラジル保健者が製薬メーカーに対して大量購入と引き換えに価格の引き下げを迫ったり、一部の薬剤をジェネリック薬として自国生産することで出費も押さえることが出来ました。

特に日和見感染症で入院治療を要する患者数が7分の1以下にと急減したことの影響が大きく 2002年ごろには保健省のエイズ医療への出費の増加が頭

打ちとなりました。更に、治療によってHIV陽性者が元気になることが住民に知られるようになると、病気のステイグマが減少し検査体制の整備とあいまって検査による早期の発見が増加し、新規感染者数を減少させる効果も出てきたようです。2002年の推定HIV陽性者数は、1992年に世界銀行が推定した120万人の半数にとどまることが出来ました。ケアの拡充が予防にも波及したことが予測され、2002年に国連合同エイズ計画(UNAIDS)のピーター・ピオット事務局長は「ブラジルのエイズプログラムは世界でもっとも優れたものの一つである」と発言しています。

B. タイの医療事情

従来、タイのエイズ対策については、100%コンドームキャンペーンといった予防対策ばかりが知られてきました。しかし、実は早くからHIV医療の充実に取り組んできました。予防一辺倒の対策では効果がないことを感じたタイ公衆衛生者は、1991年にエイズ対策の見直しを行い、翌年から始まったエイズ対策5カ年計画に「ケアの充実」と「人権の尊重」を4本柱の2本として盛り込みます。

以後、全ての公立病院にエイズカウンセラーを配置、日和見感染治療の充実に、NGOや当事者互助組織の育成といった形でHIVに感染した住民の生活の質の向上に力を入れてきました。しかし、タイ政府の経済力では、抗レトロウイルス剤や高価な日和見感染治療薬を提供することはできず、こうした治療を受けられるのは、大都市に住む一部の富裕層に限られていました。農村部のHIV陽性者は、HIV陽性者団体をつくり様々な学習活動や互助活動をおこなう。中には薬物の栽培や家庭訪問などを行い健康を維持するための努力を重ねるグループもありました。しかし、多くのHIV陽性者はAIDSの症状がでるようになると数ヶ月で亡くなっていくのが現実でした。

こうした状況を大きく変える事件がおきたのが2001年12月1日でした。HIV陽性者の全国組織であるTNP+（タイHIV陽性者ネットワーク）の代表

が行った治療の改善を求める申し入れに対して公衆衛生大臣が抗レトロウイルス剤の提供を国策として押し進めることを約束したのです。以来、少しずつ治療費が広げられ2003年秋から全ての公立病院でサービスが始まりました。

タイで治療を受けるためには

◎農村部の場合

私達が病気の相談をうけている在日タイ人の大多数は農村部の出身です。地方では一般的に収入は高くなく、大多数の住民は公立病院で治療を受けます。2006年11月からタイの国民医療証は、HIV診療を含む医療を無料で提供できるようになりまし。大多数の国民は、これを使用しています。しかし、提供出来る医薬品は比較的頻度が高い病気の比較的安価な薬に限られています。

数年前までは、抗レトロウイルス剤は有償であり、ごく一部の富裕な人であれば使用できないと言った状況がありました。現在は、タイ政府が特許をはずした一部の抗レトロウイルス剤を使用することが国際的にも承認されたために、HAARTも公的な医療の枠組みで受けられるようになってきました。ただし、気をつけなければならぬのは、使用される薬には制約があり、HAARTもスタブジン(44T) + ラシブジン(3TC) + ネビラピン(NVP)が標準の治療となっています。副作用などでどうしてもこの組み合わせが使用できないと証明された場合にのみ、EFVやPIなども厳密な審査の後提供されることとなります。また、日和見感染治療についても、ゾピラックスやクラリスロマイシンなどについては薬価が高いために個人で購入する必要がある場合もあります。

最新の医療事情、エイズ治療については、シェア(03-5807-7581)へ情報をお問い合わせください。

◎郡心部の私立病院では

ほとんど全ての薬剤がそろっています。大学病院で最先端の治療を行っている

る医師が外来に出ているところもあります。しかし、医療費は高価であり日本の治療とそれほど大きく変わらない場合があります。

C. アフリカ諸国の医療事情

HIV/AIDSの影響を最も受けている地域がサハラ以南アフリカです。この地域では、元来、受けられる医療が非常に限られていました。しかし、2003年にWHO（世界保健機関）と国連合同エイズ計画が「3 by 5 目標」（2005年末までに途上国で治療を必要としている人々の50%（300万人）に抗レトロウイルス薬を含む治療を必要としているという国際目標）を掲げてから、各国の政府や市民社会の努力、また、国際的な支援により、主要国の多くでは、治療へのアクセスが可能になりました。2006年6月現在、サハラ以南アフリカで治療にアクセスしている人々は合計100万人を越えています。

1. 全体的な状況

アフリカは北アフリカも含め合計54もの国で構成されており、治療アクセスの状況は国によって様々です。また、国によっては、公的な保健医療システム機能が弱体である、治療薬の供給システムが脆弱であり、需要に対応しきれない、場合によって汚職・腐敗などの問題がある、といった問題があるため、概して、治療へのアクセスには本人のねばり強い努力と忍耐を必要とします。

各国別に見ると、ウガンダ、ルワンダ、ボツワナ、セネガルなどは、都市部であれば、全体から見れば、比較的スムーズに治療にアクセスできると考えられます。また、ケニア、タンザニアなども、近年、治療へのアクセスが飛躍的に向上しています。一方、ナイジェリア・ガーナなどは治療アクセスへの地域差がまだまだ大きいです。コンゴ民主共和国、ギニアなどでは、公的治療の範囲でエイズ治療にアクセスすることはかなり難しいといえるでしょう。

医療状況ですが、公的医療の範囲で、VCTと抗レトロウイルス薬については無料です。無料が提供される国が増えています（ウガンダ、ルワンダ、ボツワナ、ケニア、タンザニア、ザンビア、ナイジェリアなど）。一方、これらの国でも、CD4検査が有料であったり（数千円）、日和見感染症の治療が有料であったりします。日本の常識で考えると、抗レトロウイルス薬が無料で日和見感染症治療薬が有料というのは不思議な感じがしますが、これは、各国のエイズ治療プログラムが主に先進国や国際機関による援助で賄われており、そこで抗レトロウイルス薬に重点的に資金が回されていることによるものです。

治療薬については、多くの地域で、インド製のジェネリック薬が用いられています。一部の国では、インド企業が国内に進出したり地元ジェネリック企業が先進国の製薬企業からライセンスを供与されたりして国内生産が始まっています。公的医療の範囲でアクセスできる治療薬の種類には大きな限界があり、一般に、第1処方薬の選択肢は以下の通りです。

スタブジン (d4T) + ラミブジン (3TC) + エファビレンツ (EFV)

もしくは

スタブジン (d4T) + ラミブジン (3TC) + ネビラビン (NVP)

第2処方としては、これにジドブジン (AZT) やジダノシン (ddI) を使うオプシオンが入ってきます。また、南アフリカなど、国によっては、第2処方としてリトナビル+ロピナビル (RTV+LPV；商品名カレトラ) などが入ってくる場合もあります。いずれにせよ、日本でARV処方を考える場合には、帰国した場合に使える治療薬に限界があることを認識した上、それとの調和を図る必要があるでしょう。

2. 各国の状況

日本には約3万人のアフリカ系移住労働者が居住しています。出身国として

は、ナイジェリア（約7000人程度）、ガーナ（約6000人程度）、ウガンダ（約2,300人程度）、タンザニア・ギニア・コンゴ民主共和国・カメルーン等（約500-1500人程度）などが挙げられます。これらの国の医療状況を概観してみます。以下は基本的に2006年末現在の情報です。

(1) ナイジェリア

全国各地域の合計41箇所（2005年末現在）で抗レトロウイルス薬治療が供給されており、2006年から、抗レトロウイルス薬自体は無料化されています。首都アブジャや最大都市ラゴス、第2の都市イバダンなどでは、治療へのアクセス自体は努力すれば可能と思われる。一方、日本在住者の多い南東部（「イボランド」：アナンプラ州、イモ州等）や深南部（エド州等）は、治療へのアクセス状況はあまりよくないようです。また、とくに地方では、行政能力の低さや腐敗、薬の供給が需要に追いつかないといった事情により、治療アクセスが困難である場合が多いようです。

(2) ガーナ

最近まで治療の導入が他国より遅れており、アクラやクマシ、西部州といった地域に限られていましたが、ここ1年で、中部・北部などの拠点都市でも治療導入が開始されました。おそらく、今後1～2年をかけて全国で治療へのアクセスが可能になるものと思われます。抗レトロウイルス薬はまだ無料化されず、公的医療でも7ドル/月程度の支出が必要になります。

(3) ウガンダ

アフリカ諸国では例外的に90年代後半から一部で治療が導入されていたウガンダでは、治療が必要な人の50%以上が治療にアクセスできる状況であり、とくに南部・西部などでは、公的医療やNGO（TASOや関連団体など）を通じて、治療へのアクセスは可能と思われる。抗レトロウイルス薬については、

無料の場合が多いですが、プログラムの種類によって費用がかかる場合もあります。一方、北部の一部地域では内戦などの影響もあり治療アクセスは概して困難なものと思われます。

(4) タンザニア

最近まで治療の導入が他国より遅れていましたが、ここ2年間で治療アクセスの国家計画が米国や世界基金の支援によって大幅に遂行され、全国の県病院レベルで治療にアクセスできるようになりました。抗レトロウイルス薬は無料化されていますが、CD4検査や日和見感染症治療には若干のお金がかかる場合があります。

(5) カメルーン

カメルーンは全国8州のうち6州が旧フランス領地域、2州が旧英領地域（南西部・北西部）で構成されていますが、日本に在住するカメルーン人の多くは旧英領地域出身です。旧英領地域は援助や資源の配分の面で不利な立場に置かれており、エイズ対策についても、そうとう厳しい状況に置かれているようです。この地域でも、公的医療での抗レトロウイルス薬治療はないわけではありませんが、旧フランス領地域への資源配分の偏り、行政能力の低さや腐敗などが要因で、治療アクセスはかなり難しいと思われ、また、抗レトロウイルス薬治療は公的医療でもまだ無料化されず、7ドル/月程度がかかります。

アフリカ地域での治療アクセスについて詳しくお知らせしたい方は、本書の姉妹編である「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：アフリカ6カ国の HIV/AIDS 治療・ケアの現況 2006年度版」をご覧ください。また、これらで取り上げた国以外の情報や、具体的なケースについては、必要に応じて（特活）アフリカ日本協議会にお問い合わせ下さい。

(特活) アフリカ日本協議会

担当：稲嶋雅紀 (国際保健分野プログラム・ディレクター)

電話：03-3834-6902

電子メール：inf@ajf.jp

ウェブ：http://www.ajf.jp/