

Lee, S., Hirono, F., Arai, S., Mukareewatana, S., Sawada, T., Nakao,	Improving treatment access for HIV positive migrants in Japan through health professional training	第9回アジア太平洋地域エイズ国際会議 (The 9th ICAAP)	2009/8	Bali, Indonesia
川田薫	在日アフリカ人の HIV/AIDS 予防啓発から HIV 陽性者支援の取り組み	日本国際保健医療学会	2009/8	宮城県仙台市
沢田貴志、李祥任、川田薫、富田茂、仲尾唯治	NGO と連携した一診療所での外国人 HIV 陽性者初診時 CD4 の変遷	日本エイズ学会	2009/11	愛知県名古屋市
川田薫	在日外国人の生存権と治療アクセス	日本エイズ学会	2009/11	愛知県名古屋市

# 研究成果の刊行物・別冊

# 外国人医療相談 ハンドブック

— HIV陽性者療養支援のために—



改訂版（平成22年3月）



個別施策層に対するHIV感染予防対策  
とその介入効果の評価に関する研究班

外国人医療相談ハンドブック HIV陽性者療養支援のために

国立感染症研究所エイズ感染症科編纂、平成22年3月



外国人医療相談ハンドブック  
—HIV 陽性者療養支援のために—  
改訂版（平成 22 年 3 月）

個別施策層に対する HIV 感染予防対策と  
その介入効果の評価に関する研究班

## はじめに

すでに日本における外国籍住民の人口は220万人を超え、日本に住む人の60人に一人は外国籍という時代が到来しました。かたや少子化の進行により労働力の不足が指摘されており、産業界にも日系人などの外国人労働者の雇用を促進する声もあります。国際的な人口移動の潮流とあいまって、おそらく日本の社会の中での移民の増加傾向は今後もしばらく続くことが確実でしょう。

そうしたなかで現代の日本の医療機関は、こうした変化に充分対応できているでしょうか。多くの医療機関で外国人の診療は「難しい」「治療が効果に結びつき難い」などと感じているのではないのでしょうか。日本には通訳など外国人の受診を支援する人的な資源が限られていることや、外国人への医療サービスについてのノウハウが蓄積していないこと、外国人の相談者の中に社会生活上の困難を抱えている人が少なくないことなどが背景にありそうです。しかし、日本でこれまでにAIDSを発病した人の5人に1人が外国人であったことを考えるならば、外国人への適切な対応を抜きに日本のAIDS対策もHIV診療も成り立ちません。

この数年、国際社会の中でAIDSをめぐる状況は大きく変化してきました。2002年に世界AIDS結核マラリア対策基金<sup>(1)</sup> (Global Fund) が設立され、更に世界保健機構 (WHO) が開発途上国のエイズ患者に対して2005年までに300万人に抗HIV薬の治療を普及すべく取り組んだこと<sup>(2)</sup> などにより、開発途上国の治療の向上に世界が大きく一歩を踏み出しました。これは、治療という希望がなければ拡大を続ける開発途上国のAIDSの問題を沈静化することは困難という判断からです。

こうした状況の変化により、在日外国人のAIDS診療にも少なからぬ影響が出てきました。まず、出身国の治療環境の改善により帰国して治療が受けられる人が増えるために、出身国の医療機関にしっかり橋渡しをすることが不可能ではなくなったことです。安定した治療環境が望めるのは、まだタイヤブラ

ジルなど一部の国に限られています。こうした国々の出身者で良い連携のモデルを作成しておけば、今後他の国にも応用が利くようになることが期待されます。これまでは、日本で在留資格のない外国人が AIDS を発病した場合、帰国しても生命予後の改善に繋がらないことが多く、治療中断し国内で重症化することがしばしばでした。今後こうした状況の好転が期待されます。

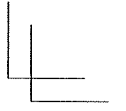
一方でこうした出身国側の治療環境の向上は、国籍によらず全ての人に適切な治療を保障するべきだという考え方に国際社会の合意が形成されてきたことの現われでもあります。私達が日本国内で行う医療のあり方も問われていくことになるでしょう。

外国人の AIDS 診療については、まだまだ問題が山積しており決して容易に解決する問題ではありませんが、この数年の国際社会の動きの変化はこの問題に効果的な前進をもたらす好機と考えることが出来ます。この小冊子は、そうした中で、在日外国人の AIDS 診療が円滑に進むように役立つ資料となることを目指しています。ぜひ、病院の医療相談員や医師、看護師、保健所の保健師そして外国人の病人の相談にあたる NGO 関係者などを含む広範な問題解決のネットワークが広がっていくことを願っています。なお、この冊子は平成 22 年 1 月の時点で作成したものであり、今後、情報のこまめな更新が必要です。また、本書は『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(改訂版)』(平成 19 年 3 月発行)を改訂したものであることを付記します。

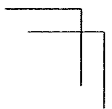
#### (1) 世界 AIDS 結核マラリア対策基金 (Global Fund)

2002 年に設立以後、G7 諸国を中心とする各国の政府や民間セクターの資金拠出によって確保した財源を、途上国の上記三大感染症対策のために拠出する独立した基金。日本も拠出国の一つ。途上国における三大感染症の予防並びにケア・治療の実現に必要とされる貴重な財源となっている。

(2) 3 by 5 イニシアティブとして取り組んだが、2005 年末において抗 HIV 薬にアクセスできた途上国人口は 130 万人と、目標に届かなかった。しかし、2010 年までに HIV/AIDS 治療への普遍的アクセスの実現



に向けて目標が再設定された。

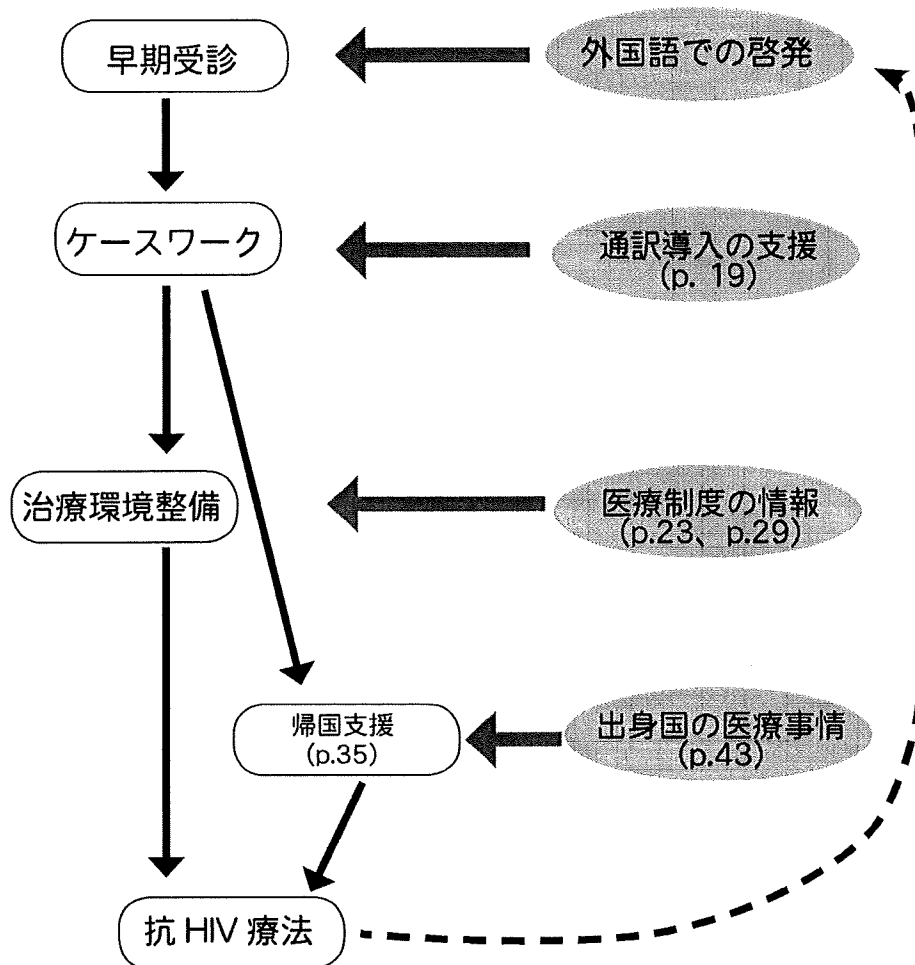


# 目次

はじめに	1
新しい外国人 HIV 診療の流れ	6
Ⅰ. 在日外国人の HIV をめぐる状況	7
Ⅱ. HIV 陽性外国人支援で直面する問題	13
A. 言葉が通じない	13
B. 医療費の支払いに困難	14
C. 支援環境・生活背景がわからない	15
D. 帰国をしたらどうなるか不安	16
Ⅲ. 支援のための道具箱	19
A. 医療通訳を得るためには	19
B. 医療費問題	23
～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～	
C. 外国人の支援のための社会資源	29
D. 帰国のための支援	35
E. 想定される支援例	39
～2009 年度「外国人 HIV 陽性者療養支援セミナー」事例検討より～	
Ⅳ. 出身国の医療事情	43
A. ラテンアメリカ諸国	43
B. アジア諸国	46
C. アフリカ諸国	50
資料集	57
資料 A. 外国人 HIV 診療における人権ガイドライン	57
資料 B. 医療通訳の心構え「MIC かながわ」の例	63
資料 C. 医療従事者のための医療通訳を依頼する際の注意	67
資料 D. 医療通訳派遣実施団体リスト	69
資料 E. 在日外国人医療及び福祉制度関係法令通知集	75
資料 F. 外国人 HIV/AIDS 陽性者支援に対する専門支援を行う団体	103



## 新しい外国人 HIV 診療の流れ



## I. 在日外国人の HIV をめぐる状況

### 国際化のなかで

近年、日本に在住する外国籍住民の数は増加を続けており、2008 年末の時点で外国人登録数 221 万人となり総人口の 1.7% を占めるに至っています<sup>(1)</sup>。また、これ以外に定められた在留期間を超過して滞在する超過滞在者がおり、最も多い時期で約 30 万人、2009 年 1 月 1 日の時点でも約 11 万人が居住していると推定されています<sup>(2)</sup>。従って、2008 年初の時点で、日本に居住の実体がある外国人数は、230 万人を超えているわけです。

外国人登録数全体で見ると、1980 年以降 28 年間に外国籍住民の数は約 2.8 倍に増加したにすぎませんが、ここで韓国・朝鮮籍の人々を除いた人数に注目してみましょう。韓国・朝鮮籍の人々は、第 2 次大戦終了時から日本に居住している人々とその親族の占める割合が高く、日本で産まれたり、日本での生活歴が長く日本語にも殆ど不自由のない人々が多数を占めます。こうした韓国・朝鮮籍の人々を除いた外国人人口は、実は過去 28 年間に約 13.8 倍という急激な増加を示しています<sup>(1)(3)</sup>。これは、1980 年以降の日本経済の発展の中で日本の製造業が南米から招聘した日系人労働者や近隣諸国から仕事や婚姻などで日本にやって来た人々が多く、言わば日本の社会の変化によって新たにやって来た日本社会の重要な構成メンバーの人々といえるでしょう。国籍では、ブラジル・フィリピン・ペルー・タイといった国の人が増えています。まだ日本社会に加わってからの歴史が浅い人が多く新来外国人（ニューカマー）と呼ばれることがあります。新来外国人は、一般に生活基盤や情報へのアクセスが弱く、感染症を含めた健康上の障がいによりさらされやすい人々であるとされており、健康を守るためにはしかるべき支援が必要であると考えられます。

日本の外国籍住民の人口動態には、上記のような劇的な変化が起きているにもかかわらず、外国人の医療サービスの利用を支えるための特別な施策はあ

まわり行われてきませんでした。日本の外国人の健康問題を考える時には、こうした背景を考慮しておく必要があるでしょう。

こうした現状の中で、2008 年末までに日本で発病し登録された AIDS 患者のうち約 5 分の 1 を外国人が占めています（表 1 参照）。

表 1 国籍別外国人の HIV をめぐる状況（2008 年）<sup>(4)</sup>

	HIV 報告数	AIDS 報告数
日本国籍	8,252 (78.2%)	3,886 (79.3%)
外国籍	2,300 (21.8%)	1,013 (20.7%)

これまで AIDS を発病した外国人の出身地をみると、東南アジア、ラテンアメリカ地域で全体の 4 分の 3 を占めます（表 2 参照）。ここで重要なのは、こうした国々の出身者が話す言語は英語ではないことです。過去に拠点病院を受診した外国籍患者の母国語を調べた調査でも、いずれもタイ語、ポルトガル語、スペイン語などが英語よりも重要であることを指摘しています<sup>(6) (7)</sup>。これまで国別ではタイ、ブラジルが上位を占めてきましたが、この 2 ヶ国がいずれも出身国の AIDS 対策が効果的に行われ感染者数の減少が始まっていることから、将来的には人口の多い中国語や韓国語の必要性が高まることが予測されます。

表 2 外国人 AIDS 患者の出身地（1985 年から 2008 年末までの累計）<sup>(4)</sup>

地域名	報告数
東南アジア	418 (50.2%)
ラテンアメリカ	199 (23.9%)
サハラ以南アフリカ	99 (11.9%)
東アジア・太平洋	41 (4.9%)
西欧・北米・豪州	37 (4.4%)
南アジア	36 (4.3%)

## 治療の遅れ

2002年に「HIV感染症の医療体制に関する研究班」がおこなった調査<sup>(5)(6)</sup>によれば、医療機関への受診のしやすさが出身地域によって大きく異なっていることがわかってきました。医療機関における初診時のCD4<sup>\*1</sup>を比べてみると、欧米の出身者は半数が500近くで受診をしているのに対して、アフリカ・東南アジア及び南アジア出身者では初診時のCD4が100以下の人が半数ほどを占めるという結果になっています（表3参照）。このことは、後者で医療機関への受診が円滑に行われておらず、病状が深刻になってからやっと受診していることを示唆しています。

表3 出身地域別初診時CD4細胞数 (n=128)

地域	人数	CD4 中央値
北米・豪・欧州	12	473
東アジア	16	225
中南米	27	241
アフリカ	18	118
東南・南アジア	55	84

受診が遅れるのは健康保険の所持とも密接に関わっており、健康保険のないグループで初診が遅れていることがわかりました。また、健康保険があれば外国人であっても68人中57人（84%）が治療を継続しているのに対して、健康保険がない群では、68人中9人（13%）しか治療を継続できていませんでした。

健康保険のない外国人の受診が遅れる理由には、医療費の支払いが困難となることが関係していそうです。1999年に行われた「エイズ治療の地方ブロック拠点病院と拠点病院間の連携に関する研究班」<sup>(7)</sup>の調査によれば、回答をよせた94の拠点病院のうち半数が医療費の未払いを経験しており、「医療費の一部が未収になることで診療体制の維持に支障がありましたか」との問いには、

53%が「とても支障がある」、37%が「支障は少ない」と答えており「全く支障がない」は10%でした。

### 山積する課題

以上より、在日外国人の HIV をめぐっては、以下のような課題が示唆されます。

- 1) 非英語圏の出身者が多く、診療を進める上で言葉の障壁が大きい。
- 2) 出身地域による格差があり東南アジア・アフリカ出身者の初診が遅れている。
- 3) 健康保険を持たない外国人の状況が深刻であり、治療にも結びつかず死亡率も高い
- 4) 医療費の未払いが少なからず生じており、診療体制に深刻な影響を及ぼしている

残念ながら在日外国人、とりわけ開発途上国出身の新来外国人にとって HIV 診療を受けることに困難が伴う状況があります。言葉の障がいや医療費負担の不安により受診が遅れてしまう、このために重症患者が増え医療機関の負担になり、外国人を積極的に受け入れようとする医療機関が増えない、そして、HIV 陽性外国人の足が医療機関から遠のいてしまう・・・というような悪循環にはまっているのではないのでしょうか。このように特定の人々を医療へのアクセスが困難な状況に放置しておくことは人道的な見地のみならず、感染症対策の観点からも適切な状態とはいえないでしょう。

こうした現状に対して、2003年には外国人 HIV 診療の人権ガイドラインを制定する取り組みも行われました（巻末資料 A 参照）。

しかし、この数年間で一つの改善の方向性が見えてきました。当研究班に協力している3つの NGO が HIV 陽性者や医療機関からの要請を受けて出身国での治療の可能性を丹念に探ったところ、ブラジルやタイだけでなくアジア・アフリカの多くの国の出身者に対して出身国での抗 HIV 治療が可能な施設を

探し当てることができました。

また、研究班に参加する NGO と連携して帰国後の治療の手配を行っていた港町診療所（神奈川県横浜市）では、2004 年以降に受診した外国人 AIDS 発症者 21 人のほとんど全員に出身国または日本での抗 HIV 療法を実現できたということです。更に、このような治療環境の改善を NGO が広報することによって、重症化する前に受診する人が増え、初診時の CD4 中央値が 2003 年以前の 33.5(22 人) から 2007 年以降の 357.5(12 人) へと著しく改善しています<sup>(8)</sup>。このように治療アクセスをしっかりと追求することで、早期受診を実現した例がすでに明らかになっています。

6 ページのフローチャートは、当研究班が外国人の HIV 対策の望ましい姿として描いた概念図です。まず、外国語での啓発や通訳の導入によって早期の受診の機会を提供します。受診した HIV 陽性外国人に対して、ケースワークを通じて十分な医療制度の情報や出身国の医療事情を提供することで日本国内または出身国側でしっかりと治療を受けられるようにし、こうして実現した治療成功の情報を啓発に生かしていくことで早期の受診を促す・・・というモデルです。2007 年当時思い描いたこの流れが、既に一部で実現し始めています。

このハンドブックでは実践のための具体的な情報を例示するよう努力しました。各地域での外国人 HIV 診療の向上に役立つことを願っています。

- (1) 法務省入国管理局「平成 20 年末における外国人登録者統計について」(2009 年 7 月)
- (2) 法務省入国管理局「本邦における不法残留者数について (平成 21 年 1 月 1 日現在)」(2009 年 7 月)
- (3) 法務省「出入国管理統計年報」(昭和 56 年)
- (4) 厚生労働省エイズ動向委員会：平成 20 (2008) 年エイズ発生動向年報 (2009 年 6 月)
- (5) Sawada T, Edaki M, Negeshi M. :Delayed access to health care among undocumented migrants in Japan. In: Population Morbidity

in Asia: Implications for HIV/AIDS, UNDP, pp 33-39, 2000

(6) 沢田 貴志 奥村 順子 若井 晋 :2001HIV 感染症ストラテジー 外国人医療の問題点. 総合臨床.50:2781-2784,2001

(7) 宇野賀津子 他: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 ;Vol3:72-81,2001

(8) 沢田貴志 他.: NGO と連携した一診療所での外国人 HIV 陽性者の初診時 CD4 の変遷. 第 23 回日本エイズ学会学術集会 ;2009.11 月

#### \*1 CD4

病原体から体を守る働きをしてい白血球の中には CD4 陽性リンパ球 (以下 CD4) という名称で分類される成分がある。HIV に感染するとこの CD4 が減少することによって免疫力が下がり、さまざまな症状が出てくる。そこで、血液中の CD 4 の数を調べることで HIV に感染した人の免疫力の強さを推し測ることができる。

#### \*2 抗 HIV 療法

抗 HIV 薬を服用し、HIV (ヒト免疫不全ウイルス) の増殖を抑える事を目的にした治療。通常、3 剤以上を併用した強力な多剤併用療法 (HAART と呼ばれる: Highly Active Anti-retroviral Therapy の略) を行う。海外では、抗 HIV 薬は ARV[Anti retro-viral (drug)] と呼ばれている。

## II. HIV 陽性外国人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のなか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、滞在中にニューモシスチス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告知をしましたが、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。「言葉がわからないため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い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、なおさら綿密な相談が必要であり、通訳の確保はとても重要です。

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。財源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同席を好まない場合、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数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来ない、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医療ソーシャルワーカー（MSW）の努力にかかってしまっているのが現実です。

人材育成、財源の確保、派遣をコーディネートするシステムの構築など通訳派遣を円滑に行うためにはさまざまな準備が必要です。こうした制度は日本にはまだまだ定着していませんが、いくつかの地域で先行した取り組みが始まっており、今後各地での普及が望まれます。

## 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、家族の家計を助けるために日本に働きに来ることになりました。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にもあま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。

外国人の患者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 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ヶ月ごとの在留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狭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。

たとえ在留資格や健康保険がなくても医療を必要とした状態で受診した患者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ことにより生活が困窮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、出身国での治療が不安で逡巡する間に病状を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制度が整っている出身国に帰国させるべきだと言いますが、本人はずっ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。

「外国人であれば出身国に帰ったほうが生活が安定するはず」「HIV は言葉の

わかる出身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、既に出身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切です。国民健康保険に加入出来るかどうかは在留資格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1年以上の在留資格があって健康保険がないのはおかしいことです。

#### 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出身国で医療機関に行ったことは殆どありません。しかし、子どものころ近所で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しだと思っています。

在留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持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ようです。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っ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くな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。

開発途上国の出身者の場合、帰国すれば抗 HIV 薬による治療はおろか、日和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、日本で出身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状況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消息が不明になっています。現地側の医療事情を考えればばらばらで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、出身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出身国側の医療事情が急速に改善しています。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手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 がこれを収集して相談者に伝えることはとても効果的です。