

E. 想定される支援例

～ 2009 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リー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。首都の飲食店でウエ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。日本のパ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のだが、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。狭い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由の身になり、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。当初は父親のみの来日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。また家族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人全員が永住の在留資格を持っている。

<背景>

ロベルトさんとマリアさんはこれまでの互いの人生を全て知った上で、受けとめあい正式の婚姻をしたいと思っていた。その矢先の妊娠であった。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週間以内に決定しなければ中絶は不可能となる。マリアさんはブローカーの手引きで入国しているためパスポートも在留資格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に相談に行くことを申し出ている。

<出身国の医療事情>

マリアさんの出身国であるアマリージャ共和国では、抗HIV薬による治療が受けられる人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HIV薬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 242 / μ l、ウイルス量 32,800 コピー。内科の主治医は、既に免疫機能が低下していることから、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抗HIV療法の開始が望ましいだろうとの意見であった。

Q.1 マリアさんにとっての、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型肝炎と誤解している可能性がある
- # 本人ではなく、ボーイフレンドへ先に 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。在留資格がないので、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は出されず、本人の意思に関係なく中絶を勧められている

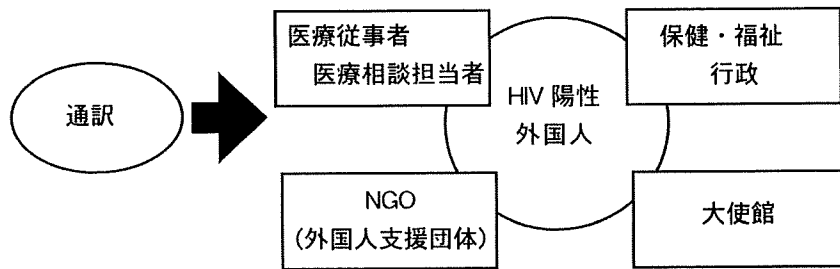
Q.2 対応策とは

マリアさん自身、在留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。彼女にとっては、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、適切な時期を逸し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手する(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



IV. 出身国の医療事情

A. ラテンアメリカ諸国

1. 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ほぼ同数でした。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さかのぼります。「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、公的な医療機関のサービスには抗 HIV 薬は含まれていませんでした。

ブラジルでは HIV 流行の当初は都市に住む知識人層の陽性者が多かったといわれています。しかし、次第に当時地方の貧困層・女性への感染の拡大が生じて、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、公的健康保険制度から抗 HIV 薬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、以降、国は抗 HIV 薬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省は既に治療・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。

a. HIV 診療の標準化

抗 HIV 薬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。

b 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 (Vountary Counseling and Testing、略して VCT) が受けられるように整備しました。

c 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ステップハウス・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。

d 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 HIV 療法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、ブラジル財務省からは、政府財政を更に悪化させることを理由に抗 HIV 薬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 HIV 薬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に発展しましたが、数年すると抗 HIV 療法により元気になった 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、ブラジル保健省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以下にと激減したことの影響が大きく、2002年ごろには保健省のAIDS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陽性者が元気になれることが住民に知られるようになると、病気のスティ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。2008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AIDS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。

ブラジルで治療を受けるためには

ブラジルでは住民であることを証明できれば、誰でもがHIV関連に治療を受けられます。住民証明は電話・水道・ガス料金明細書などですることが出来ます。また、HIV関連治療には抗HIV薬、臨床検査、日和見感染症の治療など、必要とされる治療を無料で受けられます。また、現在、リポジストロフィー(体脂肪分布異常)関連の美容整形手術も無料で受けられることができます。但し、抗HIV薬や日和見感染症治療薬以外の服薬については有料の場合もあります。

医療体制は主に拠点病院、総合病院の専門外来、医療専門ユニット、保健所などで構成され、地域によって整備されている医療機関は異なります。また、医療機関とのパートナーシップを結んでいる様々なNGOがあります。

ブラジルへの帰国者、または、ブラジルでHIV治療(抗HIV療法)を受けするには下記のステップを踏むとよりスムーズに進みます。

(1) 訪問又は帰国時の滞在場所(市名)のNGOや医療機関と連絡を取り、次のことを伝える

(ア) 受診者の氏名、年齢

(イ) 現在の健康状態(CD4値、服薬の有無及び薬剤名、日和見感染症の有

無とその治療状況、他の治療など)

(ウ) 受診時期

(2) 日本から準備するもの

(ア) 2～3ヶ月分の薬剤

(イ) 受け入れ先の医療機関への英語又はポルトガル語による紹介状

(ウ) 税関などへの証明書(服薬している薬の名前、量などが記載されているもの。病名は不要)

2. その他のラテンアメリカ諸国

現在、アルゼンチンが最も HIV / AIDS 医療に力を入れ、無料化が進んでいます。しかし、他国に関しては、まだ未整備の国々が多いのと共に、政治・経済状況によって大きく変わることもありますので、常に訪問・帰国先の国や滞在場所についての情報入手が必要とされます。

なお、情報入手やコンタクトは基本的にポルトガル語・スペイン語によるため、日本国内の NGO との連携が必要であると考えられます。

B. アジア諸国

1. タイ

従来、タイの AIDS 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省は、1991年に AIDS 対策の見直しを行い、翌年から始まった AIDS 対策5ヶ年計画に「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 AIDS カウンセラーを配置、日和見感染症治療の充実、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 HIV 薬や高価な日和見感染症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行い、中には薬草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 HIV 薬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、少しずつ治療枠が広げられ 2003 年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た。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 HIV 薬は有償であり、ごく一部の富裕な人でなければ使用できないという状況がありました。現在は、タイ政府が特許をはずした一部の抗 HIV 薬を使用することが国際的にも承認されたために、抗 HIV 療法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ないのは、使用される薬には制約があり、抗 HIV 療法もスタブジン (d4T) + ラミブジン (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、エファビレンツ（EFV）やロピナビル+リトナビル（LPV+RTV 商品名：カレトラ）のようなプロテアーゼ阻害薬（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、日和見感染症治療についても、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、AIDS 治療については、シェア（050-3424-0195）へ情報をお問い合わせください。

◎都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もあります。

2. その他のアジア諸国

以下は、2009 年末現在での状況です。治療体制は刻々と変化しており、新しい情勢については当研究班および HIV/AIDS 在日外国人支援ネットワークに問い合わせをして下さい。

(1) インドネシア

インドネシア政府の発表では約 27 万人の HIV 陽性者がおり、世界 AIDS 結核マラリア基金（グローバルファンド）の支援などを受けて、国が無料の抗 HIV 療法を提供しています。全国 154 の病院で治療が可能で、約 18000 人が治療を受けています（2009 年）。病院では CD4 検査などは可能ですが、耐性検査ができる整備は進んでいません。ジャカルタなど都心部での治療サービスは整ってきていますが国土が広大であり、地方での医療アクセスには課題も多いです。

NGO の Spiritia Foundation などが、陽性者のサポートをしています。

(2) 韓国

韓国の制度は日本の制度に類似しており健康保険加入資格があれば、抗 HIV 療法はほぼ無料で提供可能ですが、健康保険証取得には、韓国の ID が必要です。

KANOS (Korea HIV/AIDS Network of Solidarity) や Korean HIV/AIDS Prevention & Support Center などの支援団体があり、日本から帰国した韓国人への支援の実績もあります。

(3) 中国

中国政府は、ジェネリック薬を利用した抗 HIV 療法の提供を政策として推進しています。しかし、上海・香港などの都市部と内陸部等の農村地域との格差は大きく、現実に治療が受けられるかどうかについては出身地の情報を慎重に収集する必要があるとされています。

(4) ネパール

公立医療機関での無料の抗 HIV 療法の制度があります。21 の医療機関で抗 HIV 療法を提供しており、13 の医療機関で母子感染予防に対応しています。3000 人の HIV 陽性者が治療を受けています (2009 年末)。しかし、公立病院の無料サービスでは、日和見感染症の治療が十分対応できていないとの指摘もあります。

国に 120 の HIV 陽性者自助グループがあり、陽性者のケア・サポートにあたっています。中央組織として National Association of PLHA in Nepal (NAP+N) があります。

(5) ラオス

首都ビエンチャンにある Sethathirath 病院やサバンナケート県などで、無

料の抗 HIV 療法を提供していますが、地方での治療の実績については情報が乏しい状態です。

(6) フィリピン

マニラ首都圏の3つの国立病院を中心に無料の抗 HIV 療法のプログラムが提供されてきています。しかし、使用される薬剤はグローバルファンドが提供するジェネリック薬が主体であり、薬剤の選択には制限が大きいです。

Pinoy Plus が HIV 陽性者の互助組織であり服薬している陽性者の多くが加入しています。

(7) ミャンマー

近年国際 NGO の支援や政府の努力により抗 HIV 療法を受ける患者の数は徐々に増えているものの、治療体制の整備は遅れ、治療可能な施設も地域も限られている。今後のグローバルファンドの復帰によって治療体制が拡大することが望まれる。

C. アフリカ諸国

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 UNAIDS（国連合同エイズ計画）が、2005年末までに途上国で300万人に HIV 治療を供給するという「3×5目標」（スリー・バイ・ファイブ）を提唱し、途上国での治療の拡大に本腰を入れ始めてから、状況は大きく変わりました。2002年には「世界 AIDS 結核マラリア対策基金」が設立、2003年には米国ブッシュ政権が「米国大統領エイズ救済緊急計画」（PEPFAR）を打ち出し、アフリカでの HIV 治療への資金投入が大規模に開始されました。2006年には、世界の AIDS 対策の目標として「2010年までの AIDS 治療・予防・ケアへの普遍的アクセス」が打ち出されました。

アフリカの HIV 陽性者、市民社会、政府と国際機関や先進国の援助機関が協力して治療アクセスの拡大に励んだ結果、2008 年にはアフリカ東部・南部地域では、治療を必要とする人口の 48% に治療が提供されるに至っています（中部・西部地域では 30%）。

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さまざまです。また、国によっては、公的な保健医療システムの機能が弱体である、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。

各国別にみると、ウガンダ、ルワンダ、ボツワナ、セネガル、エチオピア、ケニア、タンザニアなどは、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、ガーナなども、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、カメルーン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 AIDS 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、HIV 検査・カウンセリングと抗 HIV 薬については無料で供給す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 HIV 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 AIDS 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 HIV 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処方を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) + ネビラピン (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) を使うオプションが入ってきます。また、南アフリカ共和国、ウガンダの一部地域など、国や地域によって、リトナビル+ロピナビル (RTV+LPV: 商品名カレトラ) やテノホビル (TDF) など、新しい薬がアクセス可能な場合もあります。いずれにせよ、日本で抗 HIV 薬の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、それとの調和化を図る必要があるでしょう。

2. 各国の状況

日本には約2～3万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6000-7000人程度)、ガーナ (約4000-6000人程度)、ウガンダ (約2000-3000人程度)、カメルーン (約1000-2000人程度)、ギニア、タンザニア、コンゴ民主共和国、エチオピア (約500-1000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。以下は断り書きがない限り2006年末現在の情報です。

(1) ナイジェリア

2005 年末現在で全国 41 箇所 HIV 治療（抗 HIV 療法）が供給されてきましたので、現在では、より多くの地域で HIV 治療へのアクセスが可能になっているはずで、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ます。一方、日本在住のナイジェリア人の多くを占めるイボ人の出身地域である南東部（アナンブラ州、イモ州、アビア州、エヌグ州、エボンイ州など）やエド人の出身地域である深南部エド州・デルタ州などは、ラゴスやイバダン、アブジャなどに比べて治療アクセス状況はよくなく、治療にアクセスできるとしても州都や大都市中心であろうと考えられます。とくにイボ人の住む地域は、北部や西部などに比べ、長年にわたって政治・経済上、不遇な状況に置かれており、その結果、多くの人々が海外に流出している状況です。また、ナイジェリア全体にいえることですが、非効率な行政や汚職・腐敗、薬の供給が治療に追いつかないといった事情により、公式には治療が供給されていても、実際にアクセスするのは難しいといった状況があるようです。

（2）ガーナ

ガーナは、もともと首都のアクラを中心とする南部、古都クマシを中心とする中部・東部などから治療アクセスが拡大し、最近になって、北部の主要都市などでも拠点となる国立病院などで治療アクセスが可能になっています。医療費についてですが、公的医療保険制度が導入されており、安価に抗 HIV 薬にアクセスするには保険制度への加入が必要です。

（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、とくに北部を除く地域では、公立病院やヘルスセンター、また、「エイズ支援機構」（The AIDS Support Organization: TASO）など NGO を通じて、治

療へのアクセスは可能と思われます。抗 HIV 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、北部一帯については、最近まで猛威を振るった内戦などの影響もあり、一部の主要都市を除いては、治療アクセスは概して難しいものと思われます。

(4) タンザニア

2005 年頃まで、治療の導入が他国より遅れていましたが、その後、治療アクセスのための国家計画が整備され、世界エイズ結核マラリア対策基金や米国大統領エイズ救済緊急計画などの資金的・技術的支援によって治療が飛躍的に拡大、現在は全国の県病院レベルで治療にアクセスできるようになっています。抗 HIV 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(南西州・北西州)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、AIDS 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 HIV 療法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す。また、抗 HIV 療法は公的医療でもまだ無料化されておらず、7 ドル/月程度かかります。

アフリカ地域での治療アクセスについて詳しくお知りになりたい方は、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。以下のウェブサイトから PDF ファイルがダウンロード

可能です。「(特活) アフリカ日本協議会」(http://www.ajf.gr.jp/lang_ja/activities/guidebook_complete.pdf)。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：稲場雅紀 (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：info@ajf.gr.jp

ウェブ：<http://www.ajf.gr.jp/>

資料集

資料 A. 外国人 HIV 診療における人権ガイドライン

平成 14 年度 HIV と人権および社会構造に関する研究班

医療は、国籍・民族・資格に関わらず、すべての人に最善のものが提供されなくてはならず、医療者にはそれを追求することが求められる。外国人は言葉が不自由なことによる障壁や社会的経済的な困難を抱えていることが多く、医療を受け難い立場にあることが多い。HIV/AIDS についても、より影響を受けやすい立場にあることに留意されなくてはならない。

1. 診療の提供の義務

外国人に対して適切な医療が提供されなければならない。医療従事者にとっては、医療の提供が本来の職務であり、他のいかなる義務よりも優先される。

【具体策】

医療従事者は、診療上知り得た個人情報にたいして守秘義務を負っており、たとえ外国人患者が滞在資格を有しない場合も、入国管理局に通報することで診療義務を放棄してはならない。公務員は、違法行為にたいして通報義務が有るため超過滞在者の診療が行えないとの誤解が一部にあるが、1990 年の第 106 回国会衆議院法務委員会での法務省の見解にあるように、本来業務の遂行に支障がある場合通報義務は解除される。

また、医療費の支払いに困難がある外国人については、さまざまな社会資源の活用や支払方法の話し合いなどにより、医療が受けられるよう最大限の努力をしなければならない。特に、緊急医療に関してはいかなる理由があってもこれを拒否してはならない。

2. 生存権の保障

医療費の支払いが困難な外国人患者に対しても人道上必要な医療が提供されるように財政的な保証がなされるべきである。

【具体策】

世界的なグローバル化の進行に伴って国境を越えた人口の移動が加速しており、欧米諸国においては健康保険や滞在資格のない外国人が救急医療を求めて受診をすることは、めずらしいことではなくなっている。こうしたなかで各国共に病人の生命を守るために必要な制度を整えている。フランスでは、1999年に、普遍的医療保障法(CMU)という名称の制度を制定し、緊急医療にたいしては国籍や滞在資格を問わず全ての住民に提供する責任が国にあることを明記している。また、オーストラリアでは、政府が公共医療機関に、経済的な理由で医療を受けることが困難な人々を対象に医療費を補填する予算を計上しており、ここから健康保険を持たない外国人の医療費が補填されている。

日本においては、外国人の急病人が医療機関を受診し、緊急医療費が再三の請求によっても支払われない場合は、自治体が未払い医療費の一部を補填する事業を1994年に群馬県が始め、神奈川・東京など数ヶ所の地方自治体がこれに続いた。

国も高度救命医療を提供する3次救急医療機関を対象に未払い医療費の補填事業を開始している。しかし、これらの事業は対象となる自治体や医療機関が極めて限られている。また、あくまでも損失を受けた医療機関への補填を目的としたものであり外国人自身の医療を受ける権利を示したものではない。このため、医療機関の側に積極的な姿勢がある場合でなければ利用されない。

こうしたなかで、健康保険を持たない外国人に対してスタンダードとされる医療が提供されず、危険な状態にもかかわらず帰国が勧められて死亡に至るといった事件が後を絶たない。医療費の支払いに困難がある外国人であっても、必要な医療を提供する為の法制度の整備が急務である。

3. インフォームド・コンセントと通訳の確保

すべての患者は、国籍に関わらずインフォームド・コンセントに基づく医療を受ける権利を持つ。これを保障するために、十分な能力を持った通訳が養成され、患者の自己負担なしに提供されるべきである。とくに重要な検査の実施、結果の告知、治療方針の選択などに際しては、通訳の果たす役割が大きいことが認識されなければならない。

【具体策】

患者・感染者に必要な医療通訳が保証される為には、

- a. 適切な技能を持つ医療通訳が育成されていること、
- b. 医療通訳に対して正当な対価が支払われ、これを派遣するシステムが整っていること
- c. 医療機関側に医療通訳の導入に対する積極的な姿勢が有り受入体制が整っていること

の3点が必要である。

これまで医療の分野における通訳は、ボランティアの奉仕に頼る部分が大きかった。しかし、行政機関が社会制度の一環として適切な研修の機会を提供し一定の技能を持つ通訳を育成すること、対価の支払われる制度を作ることが必要である。

4. 自己決定の尊重

治療方針は、基本的に本人の自己決定が尊重されるべきである。医療者の役割は、適切な選択ができるように、医学知識や社会制度等必要な情報を提供することにある。

【具体策】

外国人感染者の場合、言葉が不自由な為に意志決定から疎外されることがおきやすく、また滞在資格が不安定で利用できる社会制度に限界があることも多