

5) 沢田貴志. 治療アクセスを追及する国際社会の動向の中で自治体の外国人 HIV 対策に求められること. 保健医療科学 2007 ; 56 : 253-256

6) 沢田貴志, 稲場雅紀, 他. 第 20 回エイズ学会シンポジウム「転換期を迎えた在日外国人医療～治療アクセスを進める世界情勢の中で今求められること～」. 日本エイズ学会誌. 2007 : 9 : 109-111

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

○沢田貴志 : 外国人の結核への新たな取り組みとしての通訳派遣制度. 結核. 2012;87:370-372

○山本裕子. 沢田貴志, 他. NPO への相談から見た外国人診療困難事例の分析. 日本エイズ学会誌 第 25 回日本エイズ学会学術集会・総会抄録集. 2011;13(4):520(344)

2. 口演

○SAWADA T. Improving Access to Treatment-Responding to HIV Situation of Migrants in Japan. Satellite Symposium” Improving Access to HIV, Prevention, Treatment, Care & Support for Migrants in Receiving Countries in East Asia through Networking”10th ICAAP. Busan 2011

○沢田貴志. 外国人結核への新たな取り組み. シンポジウム「結核から見た日本」. 結核病学会総会. 2011

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

アフリカ人コミュニティにおける予防啓発の介入と課題（平成23年度）

「外国人の HIV 予防対策とその介入効果に関する研究」班

研究分担者 慶応義塾大学文学部教授 樽井 正義
研究協力者（特活）アフリカ日本協議会 稲場 雅紀
研究協力者（特活）アフリカ日本協議会 小川 亜紀
研究協力者（特活）アフリカ日本協議会 川田 薫

研究要旨

在日のナイジェリア人コミュニティとカメルーン人コミュニティと連携し HIV 予防啓発を兼ねた健康相談会を開催した。日本においてナイジェリア人は、アフリカ出身の中で在留者数が最も多く、予防啓発の重点地域でもある。一方で、在日ナイジェリア人コミュニティとの連携は、当初 HIV に対する偏見や、健康相談会の開催者である日本の NPO 団体への信頼感の欠如等から極めて難しい状況にあった。だが前年度、在日本ナイジェリア大使館の協力を得ることで、ナイジェリア人コミュニティへの介入の道が開かれることとなった。さらに、日本の大学に留学中のナイジェリア人医師の紹介を得たことで、ナイジェリア人コミュニティとの連携がよりスムーズに行われた。

在日カメルーン人コミュニティは、在日ナイジェリア人と比較すると HIV への受容態度が高いため、在日カメルーン人のキーパーソンがコミュニティの中心メンバーに働きかけることで、コミュニティからの理解を得ることができ、HIV の予防啓発のアウトリーチをスムーズに進めることができた。

本年度は、医療機関での HIV 検査の若干の増加や HIV 陽性者の帰国相談なども寄せられたことから、介入の効果が見られるようになったと考えられる。次年度は、キーパーソンとなる協力者が在日アフリカ人が集まり易い場所でアウトリーチを積極的に行うことを通して早期受検と早期受診の増加を目指していく。

A. 研究目的

本年度は、日本におけるアフリカ人の中で在留数が最も多いナイジェリア人コミュニティと HIV/AIDS の啓発に積極的なカメルーン人コミュニティへの予防啓発に向けた介入を重視した。前年度も指摘したように、在日ナイジェリア人は、人口規模が多く、また内部では同郷団体も設立されていることからコミュニティへのアプローチが成功すれば、介入がスムーズに行えると考えた。実際、HIV の啓発が必要とされているコミュニティであったが、差別やスティグマが強く、HIV の話題を日本人が持ち出すことは極めて難しいコミュニティでもあった。そのため、HIV への差別が強いコミュニティに対しての介入方法を確立することを目的として在日ナイジェリア人コミュニティに対する啓発に着手した背景がある。

今年度は、下記の経緯で留学生である感染症専門のナイジェリア人医師の協力を得ることが可能となった。これにより、自身の民族言語で安心して相談できる場を提供することによって受容態度に変化が生じるか否かについての検討が可能となった。

在日カメルーン人は、（特活）アフリカ日本協議会（以下「AJF」という）が以前より HIV に関する相談を受けているコミュニティであった。そのため、在日カメルーン人コミュニティは AJF によるものであれば、HIV の情報提供に対する抵抗が比較的少ないと考えられるため、動員者数の確保を中心とした予防啓発の介入の方法を検討することとした。

B. 研究方法

1) 健康相談会及びアウトリーチの実施方法

関東圏で暮らしているナイジェリア人とカメルーン人コミュニティを予防啓発の対象とした。本研究班にて、医師が関わる健康相談会と予防啓発を中心とした情報提供のアウトリーチのプログラムを準備し、コミュニティへの橋渡しとなる協力者と共に、交渉を重ねて、開催の準備を行った。

- ・在日ナイジェリア人コミュニティとの連携強化
前年度も言及しているように、平成21年度からアフリカ出身の中で在留人口が最も多いナイジェリア人と

共に HIV 啓発を兼ねた健康相談会を行ってきた。過去の開催から明らかとなった問題として、開催の主催者（日本人側）への信頼感の欠如及び HIV に関する拒否感が強い集団であることが判明している。開催内容に関しては、HIV 啓発を前面にした予防啓発のアプローチは有効でないため、医師との個別相談と簡易健診を併せた健康相談会（以下「相談会」という）と HIV の情報提供を交える形で介入を行ってきた。¹

動員に関しては、在日ナイジェリア人が直接、自身の属している同郷団体に働きかけることで相談会がスムーズに実施され、動員にもつながることが明らかになったことで、ナイジェリア人の協力者と AJF との信頼関係の構築が重要となる。

本年度は、研究協力者が、日本アフリカ学会において研究成果発表時に、長崎大学の教員から紹介を受けた留学中のナイジェリア人男性医師との連携を図ることとした。

・在日カメルーン人コミュニティとの連携方法

在日カメルーン人コミュニティと AJF は、2007 年に在日カメルーン人コミュニティの代表からの要望によってカメルーンから同国人活動家を招聘し、予防啓発を行った経緯がある¹。在日カメルーン人コミュニティでは HIV 陽性者の問題を抱えていたためコミュニティの成員への HIV の情報提供は比較的歓迎される傾向にあった。コミュニティへの介入には多くの障壁はないものの、動員に向けての方法を模索した。

健康相談会の連携の過程

・上記ナイジェリア人医師を交えた連携

前年度は在日本ナイジェリア大使から各同郷団体に AJF が行う健康相談会への参加の呼びかけを周知してもらった形で、2 つの同郷団体から相談会への参加の表明を得ることができた。1 団体へは、前年度に予防啓発を兼ねた健康相談会を開催したが、もう 1 つの団体へは、動員と会場の問題のため次年度への課題となっていた。

本年度は、上記ナイジェリア人医師の紹介を得たことで、在日ナイジェリア人との連携がし易くなった。同ナイジェリア人医師は、出身州で構成されている同郷州団体の州の病院に勤務していた医師であったことで、介入する団体に信頼感を与える位置にあった。

同研究協力者は長崎大学を訪問し、同医師との面会を通して、本研究班の目的を伝える共に、同医師から在日ナイジェリア人のために協力するとの約束をとりつけた。

同郷団体の会長にも同じ出身州の医師が遠方の長崎から来ることを伝え、協力の意思を示してもらった。これらを経て定例ミーティング後の会場を借りて、HIV 予防啓発と健康相談会を実施することができた。

・在日カメルーン人へのアウトリーチの実施

2011 年 6 月より在日カメルーン人の協力者と共にカメルーン人コミュニティへの有効な予防啓発の方法の話し合いを持った。カメルーン人コミュニティと AJF は言及したとおり長年、HIV 問題で関係性を築いてきた。そのため AJF という団体への不信感や拒絶はあまりみられなかった。

このような AJF に対して、また HIV 予防啓発に対しては比較的フレンドリーな意識を持った協力者らによって、健康相談会の開催はスムーズに進んだ。

しかしながら、動員に関しては、同コミュニティの成員が一同に集まる機会と併せて開催することが健康相談会への動員につながるため、当初はサッカー大会と一緒にするなど案があったが、健康相談会とは方向性が異なることで、別の方法を模索することとなった。

これらの結果、同 12 月に在日カメルーン人コミュニティが寄付金を集めるパーティーを開催することが判明し、そこで予防啓発のアウトリーチを行うことが了承され、実施に至った。

C. 研究結果

1) 健康相談会の実施結果

・在日ナイジェリア人同郷団体との健康相談会の開催結果

上記ナイジェリア人医師の協力を得たことが在日ナイジェリア人団体との共同開催に結びついた理由である。

下記のように在日ナイジェリアの同郷団体の協力で相談会を行うことができた。

参加者は男性のみであった。開催場所が新宿区の繁華街の飲食店であり、中には繁華街で仕事をしている者もいるため、HIV の正確な情報提供が必要な集団であった。

医師との個別の相談では、参加者は周囲の様子を見ながらという感じであったが、徐々に会員が相談し始めるとほぼ全員が相談をするようになった。

HIV の情報提供については、ナイジェリア人男性医師が感染症専門であり、医師が英語と民族語を交えて HIV の話題を話したことで、参加者は話をきちんと聞いていた印象があった。また、医師の年齢が 40 代後半であったことも、参加者の大半を占める 30 代から 50 代男性にメッセージを届けることができた一因だと考える。

¹ アフリカ日本協議会、研究報告書「アフリカ人コミュニティとともに 1～在日アフリカ人と HIV/AIDS 問題～」2008 年、厚生労働科学研究費エイズ対策研究事業「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」

ナイジェリア人との健康相談会の開催概要

- ・アプローチ方法：
 - 在日ナイジェリア大使からの周知後、同郷団体のナイジェリア人から相談会の打診を受けていた、在日ナイジェリア人医師の参加によって説得し易い材料ができた。
- ・実施内容：2011年9月新宿区にて開催、上記ナイジェリア人医師、AJF、看護師ボランティアとシェアの医師の協力
 - 当事者の関心ある医療問題（生活習慣病）とHIV啓発のミニ講義を組み合わせる
 - 医師との個別カウンセリング、簡易健診（血圧、尿検査）
- ・結果：18名参加（ナイジェリア人男性18名）
 - 高血圧の問題、肥満、ストレスの悩みが目立つ
- ・成果と課題（◎：成果、×：課題）
 - ◎同じ民族のナイジェリア人医師の参加によって同郷団体の会員への説得がスムーズであった
 - ◎感染症専門のナイジェリア人医師が直接エイズに関する啓発を行ったことで、参加者も真剣に聞いていた
 - ◎AJFのエイズ啓発資料の作成に関わった当同郷団体のナイジェリア人がリーダーとして開催の実現まで協力した
 - ◎相談会と団体の定例ミーティングの開催日程を同じにした
 - ×動員を優先すると、定例ミーティングが会場となるため個別相談でのプライバシー確保が困難

・在日カメルーン人コミュニティへのアウトリーチの結果

開催に向けての交渉は終始順調であった。カメルーン人協力者が、団体の会長を説得し、AJFの健康意識向上の一環であるHIV予防啓発を12月開催の年度末パーティーのゲストスピーカーとしてスケジュールに組んでもらうこととなった。

AJFは、このパーティーに招待客として参加し、在日カメルーン大使をはじめとして、カメルーン、ナイジェリア、ガーナやリベリアなどの在日コミュニティから100名近い参加者がいたことで、日本のNGO団体が在住アフリカ人の健康問題に取り組んでいるという強いメッセージを伝えることができた。会場では、本研究班が制作したアフリカ人向けのHIV予防啓発冊子、健康全般に関する情報と福祉サービスに関する情報の資料を参加者に配布した。

また日本人医師の協力を得ていたことで、健康の悩み相談を必要な参加者に提供することもできた。実施に関するまとめは下記表に示すとおりである。

カメルーン人とのアウトリーチの開催概要

- ・アプローチ方法：
 - アフリカ日本協議会（AJF）と協力関係のあるカメルーン人経由で在日カメルーン人団体の会長に交渉を依頼
 - 協力者と団体の会長との話し合いで、開催までの協力を得ることができた
- ・実施内容：2011年12月東京都葛飾区の在日カメルーン人団体主催のパーティーにて実施、AJF、シェアの医師の協力
 - HIV予防啓発及び健康情報の資料の配布
 - 医師による個別カウンセリング
- ・結果：約100名に予防啓発資料の配布
 - 参加者は、在日カメルーン人、来賓は在日本カメルーン大使、およびナイジェリア人、ガーナ人、リベリア人などの在日コミュニティ
 - 市民団体の代表としてシェアの医師による参加者へ健康のマネージメントに関するスピーチ
- ・成果と課題（◎：成果、×：課題）
 - ◎団体の会長を説得するカメルーン人協力者が積極的に動いた
 - ◎予防啓発の資料を協力者が中心となり参加者に積極的に配布した
 - ×エイズ的话题を前面にすることはパーティーにつき控え目にせざるを得なかった

D. 考察

本年度は、前年度からネットワーキングをしている在日ナイジェリア人とカメルーン人コミュニティの協力者と共にHIV予防啓発を行った。今年度のアウトリーチでは動員数も多くなり、その背景には協力者のコミュニティへの影響力という威信が働いたと思われる。また、在日ナイジェリア人との連携では、彼らが日本人の団体への信頼感の欠如を払拭すべくコミュニティの協力者と同民族のナイジェリア人医師の協力があつたことで、同郷団体への説得がスムーズにいった事例である。

在日カメルーン人コミュニティへのアウトリーチでは、アウトリーチの方法をコミュニティ協力者と議論を重ねてきた。結果、年に一度行われる多くのカメルーン人が参加するイベントでのHIV予防啓発の場を得ることができた。

双方のコミュニティへの介入から見えてくることは、本研究班が数年にわたりアフリカ人協力者に予防啓発の重要性を語りつけ、こうした市民団体の思いに協力者が共感し、彼らが主体的に動いたことにある。極めて地道な活動ではあるが、日本の市民団体が在住アフリカ人の健康の意識向上のためにアフリカ人と共に活動する姿勢が少しずつ浸透してきたと考える。

しかしながら、アフリカ人のコミュニティへの介入

には、大きな権威を持つ各国の団体の会長の理解なしでは、アウトリーチの実現は困難であることが明らかとなっている。当研究班が有するアフリカ人ネットワークでは限界があり、アウトリーチの開催の承諾を得るまで時間を要するなど、影響力のある人物とのコネクション作りも今後の課題である。

E. 結論

本年度は、HIV 啓発と健康相談会及び HIV の情報提供のアウトリーチを上記 2 団体と共に行った。在日アフリカ人コミュニティへのアウトリーチは、彼らが集う時間や日程に合わせて開催することが確実な動員につながるため、団体の会長と会員の承諾が必須である。本年度は、ナイジェリア人医師の協力が、市民社会と在日ナイジェリア人コミュニティとの連携に大きな役割を果たした点で高く評価できる。同国人の医師の存在は、参加者への安心感を与える存在として、動員数にも寄与することから、今後の活動において、積極的に AJF が大学医学部の留学生とつながっていくネットワークの構築に努めるという課題ができた。

在日カメルーン人へのアウトリーチは、HIV 陽性者の問題を抱えているコミュニティという背景もあり、HIV の話題に対する受容態度が高いことが、今回の連携によって確認ができた。在日アフリカ人コミュニティでは HIV の問題を少なからず抱えているが、コミュニティの会長や聖職者などが相談相手となり公にならない場合がほとんどである。こうした HIV の話題を公に不特定多数の会員の前で提供できる数少ない国としてカメルーンがあり、彼らの文化背景や HIV の受容態度の分析を行うことで、今後他国への介入方法に反映できると考える。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 学会発表

川田薫「日本で暮らすアフリカ人の健康からみえる社会—無料健康相談会とエイズ啓発の取り組みから—」、第 48 回日本アフリカ学会学術大会. 弘前市. 2011

Kaoru Kawada, Aki Ogawa, Masaki Inaba,
Breaking the Myth of HIV/AIDS among African
Migrants in Japan: The case study of
implementation of HIV prevention program to
Nigerian community
ICAAP10, Busan, Korea. 2011

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

定住外国人の HIV 療養に必要なとなる課題の検討

「外国人の HIV 予防対策とその介入効果に関する研究」班

研究分担者	神奈川県勤労者医療生活協同組合港町診療所所長	沢田 貴志
研究代表者	山梨学院大学経営情報学部教授	仲尾 唯治
研究協力者	(特活) シェア＝国際保健協力市民の会	山本 裕子
研究協力者	(特活) シェア＝国際保健協力市民の会	廣野 富美子
研究協力者	(特活) アフリカ日本協議会	川田 薫

研究要旨

近年、開発途上国においても積極的な治療で HIV 陽性者の生活の質を向上させることがエイズ対策の重要な要素として進められている。かつて、日本で HIV 陽性が判明する外国人は、在留資格がなく一時的な在留しか見込まれない対象者が多数を占めていた。このことも影響し日本に定住する外国人の HIV 療養支援については情報や技能の蓄積が十分普及していたとはいえない。本研究では、外国人感染症患者の療養支援を行っている NPO に寄せられた医療機関からの相談事例を分析することで、HIV 陽性外国人の属性を把握することを試みた。併せて多数を占めている定住性の高い外国人についてどのような療養支援が必要とされているか分析を行った。2010年4月1日から2011年10月31日までに医療機関から寄せられた68例の相談の中で、日本での滞在根拠があり定住性が見込まれる外国人の割合は、60例(88%)と比べて高く、必要とされる支援は、言語の支援だけではなく療養環境を整えるためのさまざまな社会資源の利用に関する相談が多数を占めていた。また、出身国の医療事情に関する問い合わせも多数寄せられた。在留資格や出身国側の状況に関する知識など外国人特有の情報が必要であり、医療相談担当者への研修などを通じて情報提供をすることが通訳確保のための支援と並んで重要であることがわかった。

A. 研究目的

1990年代の日本では HIV 陽性が判明する外国人は非正規労働者や人身取引被害者などの一時滞在外国人の占める割合が多く、自己の HIV 陽性を認識した外国人が長期間日本で療養する事例は必ずしも多くなかった。こうした中で、医療機関の間でも HIV 陽性外国人の療養を支援していくための情報やスキルが蓄積されにくい傾向があった。

しかしながら近年経済状況や入国管理制度の変化の中で日本に滞在する外国人の構成も変化を遂げている。このため日本で療養する HIV 陽性外国人のなかで在留資格のない外国人の割合は大きく減少している。また、2003年以降、HIV をめぐる国際的な環境は大きく変化し日本国内のみならず出身国側でも抗レトロウイルス剤治療ができる環境が広がりつつある。適切な医療の提供を普及することで効果的な対策を進めようとする国際社会の流れの中で、日本国内に在住する外国人の HIV 診療をより充実したものとすることはますます重要になっている。

本研究は、日本の医療機関で把握される HIV 陽性外国人に必要な療養支援の概要を明らかにした上で、日本での定住性が高い HIV 陽性外国人の俗性別割合とその療養支援に必要な課題を検討することを目的としている。

B. 研究方法

特定非営利活動法人 シェア＝国際保健協力市民の会（以下シェア）および特定非営利活動法人日本アフリカ協議会（以下AJF）では、1994年よりエイズ分野の国際医療協力に取り組んできた経験や、日本国内での外国人医療相談、自治体の行う外国人結核検診への協力などを行ってきた。またアジア太平洋エイズ国際会議などを通じた海外のNPOやエイズ対策関係者との情報交換などを通じて開発途上国側のエイズ医療事情の情報収集を行ってきた。こうした経験を背景に2004年より医療機関やHIV陽性者に対し出身国側の医療情報の提供や訓練された通訳の派遣を行ってきた。このためシェアには HIV 陽性外国人を診療する多くの医療機関から相談が寄せられるようになっている。

本調査では、2010年4月1日から2011年10月31日までの一年半の間にシェアおよびAJFによせられた116例(522回)の相談のうち、医療機関の担当者に対して情報提供や支援を必要とした68例につき、相談者の地域分布、支援対象者の属性の分析を行った。なお、当初の相談者が HIV 陽性外国人であり、その後医療機関の担当者からも相談が寄せられるようになった事例も含まれている。ここでは相談を寄せた医療従事者を「相談者」、支援を要した HIV 陽性外国人を「対象者」と呼ぶ。

更に、68例の相談のうち長期在留が見込まれる外国人60例についての相談内容を分析することで今後医療機関の担当者に求められる役割について検討した。ここで、長期滞在が見込まれる外国人を「定住外国人」と呼ぶ。定住外国人の中には、日本人の配偶者としての在留資格を持つ外国人(以下「日本人の配偶者」とする)、就労や就学により1年以上のビザを持つものを含めた。また、相談開始時に在留資格がない場合でも、日本人や定住外国人の配偶者であり在留資格の認定がほぼ確実な場合や、2012年3月時点で難民認定され1年以上の在留資格が出ている例は定住外国人の分類に含めた。

分析は、各事例ごとに相談内容を書き出し、求められる対応ごとに分類し類型化を行った。ただし、複雑な家族関係や、特殊な出身国の社会背景などによって個人の特定につながる危険のある相談内容については細部の分類はしないこととした。

(倫理面への配慮)

日本の外国人社会の人口は比較的少ないため個人の属性などの周辺情報から個人が特定されてしまうリスクが日本人よりも高い。このため個人の特定につながりうる事例の詳細については慎重に記載を避けて集計を行った。また、日本に在住する人口が特に少ない国の出身者については国籍や在留資格などの詳細が類推されるような記載を避けた。

C. 研究結果

1) 相談者の所在地と職種

相談を寄せた医療機関の分布は、19都道府県に及び、北海道から九州までの地方を含んでいた。東京・千葉・神奈川をはじめとした関東地方が7割を占め、これに中部地域が続いており外国人人口比の高い自治体の分布とほぼ一致していた。依頼者は、主として医療相談員であったが、自治体の派遣カウンセラー、看護師、医師、保健師などからの依頼もあった。

相談の支援対象者の国籍は、東南アジアが全体の7割を占め、タイ一国で48%をしめた。これにサハラ以南アフリカ諸国や東アジアが続き、欧州・北米出身者に関する相談はわずかであった。

表1) 相談者の居住地 N=68

東京	30	
関東	21	千葉8, 神奈川5, 茨城3, 埼玉3, 群馬2
中部	6	岐阜2, 愛知, 長野, 山梨, 新潟 各1
近畿	4	大阪3, 三重1
中国	2	広島1, 岡山1
九州	2	福岡1, 沖縄1
北海道	1	
東北	1	山形1
不明	1	

表2) 相談者の職種 N=68

職種	人数
医療相談員	25
カウンセラー	13
看護師	10
医師	8
保健師	5
その他	7

2) 支援対象者の属性

表3) 国籍別支援対象者数 N=68

出身地域	人数
(内わけ)	
東南アジア	50 (73.5%)
タイ	33
インドネシア	6
ミャンマー	4
フィリピン	3
その他	4
サハラ以南アフリカ	7 (10.3%)
ウガンダ	3
その他	4
東アジア	5 (7.4%)
中国	4
台湾	1
南アジア	2 (2.9%)
インド	1
ネパール	1
ラテンアメリカ	2 (2.9%)
北米・欧州	2 (2.9%)

全体に日本人の配偶者となっている外国人女性の割合が多く、男女比は女性が多く全体の65%を占めた。また、2000年ごろに行われた先行研究に比して、在留資格を持っている対象者の割合が顕著に高くなっており、相談開始時に全体の77%(51人)が健康保険加入資格のある在留資格を持っていた。しかし、日本人の配偶者であるにもかかわらず

わらず在留資格がなかったり、在留資格はあるが健康保険取得に困難がある場合など対象者の立場は多様であった。在留資格がない10人と難民申請中の5人は健康保険の取得ができない状態での相談であった。しかし、このうち6人は難民や日本人の配偶者としての審査が行われた後に在留資格の認定がなされており、これを含めると調査終了の時点で86.4%(57人)が在留資格を得ていることになった。(在留資格不明の2人は母数から除外)

表4) 性別および在留資格別

性別	
女性	44人
男性	24人
在留資格別	
日本人の配偶者	36
就労・就学	10
定住・永住等	5
不明	2
資格なし	10
(うち2人は配偶者として申請中)	
難民申請者	5

3) 寄せられた相談の内容

医療スタッフに情報提供・支援を行った課題は以下のように分類された。このうち定住外国人の占める数を()内に示す。

表5) 外国人の受療および診療を阻害する相談事例(複数回答)

相談内容	人数	(定住)
通訳確保の相談	36	(28)
日本での受療環境に関する相談	29	(27)
出身国の医療事情(治療情報)に関する相談	26	(18)
その他の相談	15	(13)

相談の中で多かったa)通訳派遣に関する相談、b)日本の受療環境に関わる課題の相談、c)出身地の医療事情に関する相談、について内容を詳記する。

3-a) 通訳確保の相談

受診者の国籍が多様化する中で求められる言語のバリエーションも増えている。アフリカ出身者に対しては、英語・フランス語での対応がなされているが、東南アジア・南アジアの多様な言語の必要性が増している。通訳を必要とする場面は緊急医療を提供する際に疾患理解が困難である場合から始まり、結核治療や出産などのために転院を要する場合などさまざまである。タイ語以外は母数が少ないため、匿名性担保の観点から定住性の有無による検討は行っていない。

表6) 通訳派遣依頼のあった言語 N=36

言語	人数	言語	人数
タイ	22	ラオス	1
インドネシア	3	中国	1
フィリピン	2	スペイン	1
インド	1	ポルトガル	1
ネパール	1	フランス	1
カンボジア	1	英語	1

3-b) 日本での受療環境に関する相談

日本での受療環境にかかわる相談をよせた29人のうち、日本人の配偶者である場合が12人と最も多く、定住者・永住者とその配偶者(5人)、就労・就学によるビザをもつ人(5人)をあわせると大半が相談を寄せた時点で在留資格を持っていた。残る7人は在留資格を持たなかったが、このうち4人は難民申請者についての相談であった。

日本人の配偶者であれば、通常健康保険の取得や自立支援医療の手続きには障害はないはずであるが、診療困難事例として相談が寄せられた理由には以下のようなものがあつた。「夫からの暴力、ネグレクト、夫の死亡などの理由で日本での受療環境の確保に困難がある事例」「発症時に在留資格が切れており、日本人の配偶者であることによる在留資格を取得するまでに時間を要して医療費の支払いに困難が生じている事例」などである。いずれも対象者本人と医療相談員が通訳を介して十分コミュニケーションをとらなければ解決が困難であり、解決までに頻回にやり取りをする場合が多かつた。

就労・就学により一年以上の在留資格をもつ相談者の場合は、本来は健康保険加入により医療の確保がされているはずの立場である。しかし、発病し入院するとともに解雇され生活の場を失ってしまった例や事業主が健康保険に入れていないなどの待遇面で問題のある事例も少なからずあつた。

在留資格がない場合には出身国への医療の橋渡しの相談が寄せられることが多く、日本での受療環境の整備に関する問い合わせがなされるのは例外的な事例であつた。それらは、出身国での受療環境の確保に困難がある難民申請者や日本人と事実婚状態にある事例など、日本国内に何らかの在留の足がかりがある場合がほとんどである。日本での難民認定件数はきわめて少数であるが、法務省入国管理局が公表しているガイドラインに合致する事例では人道的に在留資格が出される場合があり、今回の調査の対象者の中にも審査の後に在留資格が認められた事例も複数見られた。

3-c) 出身国の治療アクセスに関する相談

表 7) 出身地での治療に関する相談例の国籍 N=26

出身地	人数	出身地	人数
タイ	10(8)	中国	3(2)
インドネシア	3(2)	南アジア	2(2)
他の東南アジア	2(1)	北米	1(1)
アフリカ	5(2)		

()内は、定住者の内数

タイの医療事情に関する相談が4割を占めたが、在日外国人人口の増加している中国やインドネシアの相談も増えている。また、東南アジア・南アジア・アフリカの地域の相談は、あわせて9カ国の相談となっており、対象者の出身国が多様化している。以前はこうした開発途上国出身の対象者の大半が在留資格を持たない人であったが、今回の集計では、こうした地域出身の対象者も在留資格のある定住者であることが多いことが見て取れる。

こうした定住者であっても出身国側の医療情報の提供が医療機関側から求められるのは、家庭内や職場での立場が不安定なために、在留資格を失った場合に備えて出身国の情報を取得しておきたいという例が少なからずあるためである。また、留学生で卒業後の生活の場を決定するために出身国側の医療事情を確認したいという相談もあった。

在留資格がない対象者の場合は、CD4 が低下し抗レトロウイルス剤治療が必要になった時点で出身国側での治療への橋渡しを要することが大半であるが、在留資格がある場合は、出身国の情報を収集しつつも日本での環境の整備を行い日本での治療を続ける事例が多かった。

現在、多くの開発途上国でジェネリック薬を利用したARVの供給体制が整いつつあるが、使用可能なレジメは限りがあり、また供給には地域差が大きい。日本での標準治療が新しくなり途上国の標準治療との乖離が大きくなる中で、日本で開始した薬剤の継続が可能であるか知るための相談も増えている。また、薬剤耐性が確認されている場合の相談もあり、必要な出身国側の情報も複雑化をしている。開発途上国側の治療薬の供給状況も年々変化をしており、情報の收拾には注意が必要である。また、インドや中国を含め制度的にはARVの供給が可能であるとされているが、国内の医療環境が地域によって大きく異なっている場合には出身国側の医療に対する対象者の不安が強く、慎重な情報取得が必要であった。

また難民申請者や政治的な迫害の恐れのある対象者の相談を受けた医療機関では、治療状況のみならず社会状況や難民の認定状況についての情報を得る必要性を感じており、より専門的な情

報を必要とした。

3-d) その他

母子感染予防や陽性小児のケアに関する資料等の相談が6件あった。また、セクシャルマイノリティ、鬱状態や依存症など精神科治療を要する対象者など、外国人である上に別のマイノリティ性をもった相談も寄せられた。拠点病院受診前に職場やパートナーに対して先に告知がされてしまい、職や居所を失い生活が困難となったという守秘に関わる事例が3件、薬剤耐性があり出身国での薬剤の確保が困難であるにもかかわらず離婚などにより在留資格が不安定になってしまった事例の相談もそれぞれ3件あった。さらに、出身国に一時帰国中に東日本大震災で日本に帰ることが困難になった対象者について、出身国での薬剤確保の方法を問合わせる相談もあった。

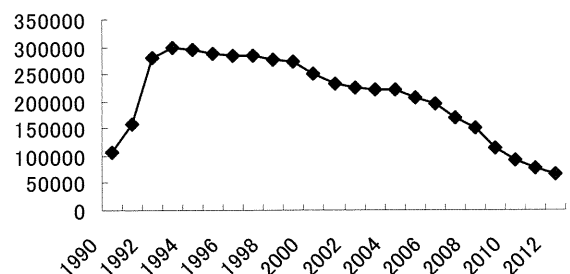
D. 考察

今回の検討により明らかになったもっとも大きな知見は、日本の医療従事者が支援の対象としてかかわるHIV陽性外国人の大半が在留資格がある外国人になったという点である。これは、経済の動向と出入国管理法の運用の変化により1992年をピークに在留資格のない外国人の人口が約30万人から7万人(2012年初)と大きく減少したこと、経済のグローバル化で婚姻や就労で日本に滞在する外国人の国籍や業種が多様化したことが影響していると思われる。日本でHIV陽性を認知する外国人の大多数が定住性のある在留資格を持っていることで、日本の医療機関がHIV陽性外国人に対する支援の技能を高めることが今後更に重要になると思われる。

6) 超過滞在外国人数の変遷

図1) 超過滞在外国人数の推移

(法務省入国管理局 入管統計より改変)



相談を寄せる医療機関の分布も拡大を続けており、ほぼ全国に達していた。関東・中部の相談が多いのは、これまで研究班等が主催し医療相談員などを対象に療養支援のための研修を行っていたためと思われる。こうした研修に参加した拠

点病院の医療相談員が繰り返し相談を寄せるケースが多い。一方、研修を行っていない地域にも相談者が広がっているのは、医療相談員や医師・看護師間の情報交換で相談窓口を知った場合が多い。今後より円滑に相談に対応するためには各地域の医療相談員やNPOに情報を蓄積していくことが必要であり、今後も研修の機会やNPOの育成のための事業が望まれる。

支援の対象者の出身国が多様化しており、必要な医療通訳の言語も増えている。2000年前後の先行研究では、必要な言語がタイ語、ポルトガル語、スペイン語、英語で大半を占めていたが、南アジアおよび東南アジアの多様な言語の要請が増え、今後の通訳の育成は大きな課題である。中国語、韓国語については日本で高等教育を受けている自国語話者が多く通訳を仕事としている人口も多い。しかし、今回依頼が確認されたインドネシア語、ミャンマー語・フィリピン語・ネパール語・ヒンディー語、クメール語、ラオス語などのアジア言語については、職業通訳や日本での高等教育を受けた自国語話者の人数が限られている上に同国人の社会が狭いために守秘の確実な通訳を確保することが容易ではない。外国人のHIV陽性者の診療の際に同じ地域の同国人ボランティアの通訳で診療をすることが通常であった地域で、守秘が保たれないことの不安から受検が抑制されているという指摘もある。通訳の確保は今後きわめて重要な課題である。首都圏では、この間東京都福祉保健局が結核対策を目的とした通訳の育成と確保を行っていたため、アジアの14言語の通訳の提供が可能となった。

表8) 東京都福祉保健局「外国人結核患者に対する治療・服薬支援員派遣事業」の対象言語

中国語	インドネシア語
韓国語	ベトナム語
ポルトガル語	ミャンマー語
スペイン語	タイ語
英語	ヒンディー語
フランス語	ネパール語
フィリピン語	モンゴル語

以上14言語（2012年3月現在）

しかし、外国人の診療時に通訳を求める相談が広域化しており、今後全国的な通訳の確保の戦略が必要である。現在行われているエイズ予防財団の通訳研修の活用だけでなく、通訳に対する人件費の確保や派遣調整が行える体制を整えていく制度の整備が望まれる。この間、東京都以外にも、神奈川県、愛知県、大阪府などで自治体とNPOの連携で医療通訳を派遣する制度が試みられてお

り、今後の連携が重要である。

日本での受療環境に関する相談のあった対象者のほとんどが在留資格があり、日本人の配偶者である外国人が多数を占めた。こうした場合は、「日本人の配偶者など」という在留資格を持っており、本来健康保険や身体障害者手帳の取得に問題はないはずである。しかし夫からの暴力のために離婚を考えている事例、夫の協力がいないために手続きに滞りがある事例などの相談が病院の医療相談員や自治体のカウンセラーから多数寄せられていた。こうした事例では、出身国側の医療事情についても問い合わせが寄せられたが出身国側で可能な治療が制限があることや、日本での生活歴が長いことから日本での受療を継続しつつ出身国の医療の向上を待つ事例も少なくない。就労による在留資格は外国人本人の要件で審査されるが、婚姻による在留資格は夫との関係性が悪化して離婚をすれば在留資格を失うことになりえるため、不安定なものとなりうる。しかし、日本国籍の子供を養育している場合や、在留が長くなり定住ビザを獲得している場合は離婚後も在留資格が継続できる可能性が高い。こうした在留資格に関する知識と情報を医療相談の当事者が把握していくことが重要である。

就労によるビザを一年以上持っていないながら健康保険に加入できない事例の中には、単なる雇用主の手続きの遅れによるものから、在留資格自体が健康保険の対象にならない特殊なビザの事例まで多様であった。特に深刻だったのは、拠点病院に紹介される前に受診した医療機関から職場にHIV陽性の事実が伝えられたことや結核発病で休業をしたことをきっかけに職を失い、日本での治療が困難になる事例である。本来、日本での受療継続が可能な外国人が守秘や労働法規の遵守が不十分であることで職を失ってしまうことはHIV陽性者の早期受検を阻害してしまうことになりかねない。通訳の確保でHIV陽性外国人の守秘を徹底し早期の相談と早期の受検を保障していくことが重要である。

出身国が多様化する中で、出身国側の医療情報を求める依頼にどのように応えていくかは今後重要性が増す課題である。世界エイズ結核マラリア対策基金や、WHOなどの国際機関の公表している情報だけでは、年々変化する薬剤供給体制を十分捉えられない可能性があり、直接国際協力関係機関・出身国側医療機関・NGO・患者組織などを通じての情報収集を行った。この結果、既存の情報では得られないと思っていた治療薬が供給可能となったことがわかった例もある。現在、日本の標準治療と途上国の標準治療の差異が大き

くなっているが、具体的に供給可能な治療薬の種類を確認する中で日本の処方のままでの橋渡しが可能となる例が昨年から出てきている。公的医療機関の治療薬の供給状況については情報の頻回の確認が必要である。

外国人であることに加えて女性であること、セクシャルマイノリティであること、精神科治療を要する状態であることなどの2重3重の障壁によって医療の確保に困難を感じている対象者の相談も少なからず見られた。今後、日本人の間でもセクシャルマイノリティや薬物使用者等への相談体制の整備が重要になる中で、外国人にも同様の支援が提供できる体制を用意していくことが望まれる。そのためには、医師のみならず医療相談員、カウンセラーが通訳を介して相談に当たれる体制が必要となる。

相談開始時に在留資格がなかったにもかかわらず、その後在留資格が得られた事例もあった。こうした事例の中で典型的なものは、日本人あるいは永住資格のある外国人などの配偶者であることが認められ、審査の結果在留が許可される事例である。これ以外にも、難民申請をしていた対象者が人道的な在留資格を認められ健康保険加入が可能となった例があった。こうした人道的な対応については、あくまでも審査の結果法務大臣の裁量で決定されるものであり、出身国で少数民族などに属し、政治的な迫害の恐れがあると考えられる根拠がある場合など、他の申請者に比して保護をすべき特定の理由の認められた人々に限られる。こうした在留資格にかかわる課題の相談も、対象者の背景に関する十分な聞き取りなしには方向性が定まりにくい。また対象者と審査側の認識が大きく食い違っていることもしばしばある。医療相談に関わる専門職も在留資格や難民の認定について正しい知識を持つと共に、専門家（弁護士、行政書士、外国人・難民関連団体）と正確な情報のやりとりをしていく準備が必要である。

E. 結論

今回の調査により、日本でHIV陽性が判明する外国人の中で定住性の高い外国人が大半を占めていることが示された。

出身国側の医療の向上とあいまって、外国人の場合でも抗レトロウイルス剤治療を含めた質の高いHIV医療に結びつけることが多くの対象者に可能となっている。特に日本での療養を継続する必要がある外国人への支援の体制を整備することが今後重要となると思われる。

HIV陽性外国人の療養上の支援を的確に行うためには、守秘が守れる環境での正確かつ詳細な情報を対象者から得ることと、日本および出身国側の医療制度のタイムリーな把握が必要である。こ

のため医療相談担当者等への研修や情報提供の機会を充実させていくことが重要であると考えられた。

G. 研究発表

1. 論文発表

○沢田貴志：外国人の結核への新たな取り組みとしての通訳派遣制度. 結核. 2012;87:370-372

○山本裕子. 沢田貴志. 他. NPO への相談から見た外国人診療困難事例の分析. 日本エイズ学会誌 第25回日本エイズ学会学術集会・総会抄録集. 2011;13:520

2. 口演

○Takashi Sawada. Improving Access to Treatment-Responding to HIV Situation of Migrants in Japan. Satellite Symposium "Improving Access to HIV, Prevention, Treatment, Care & Support for Migrants in Receiving Countries in East Asia through Networking" 10th ICAAP. Busan 2011

○沢田貴志. 外国人結核への新たな取り組み. シンポジウム「結核から見た日本」. 結核病学会総会. 2011

○Tadaharu Nakao, Takashi Sawada, Masayoshi Tarui et.al. Challenges Experienced by Workers in Hospitals and NGOs in Tokyo in Treating and Caring for HIV Positive Migrants. The 10th International Congress on AIDS in Asia and the Pacific (ICAAP10), 2011, Busan, Korea.

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

厚生労働科学研究費補助金（エイズ対策研究事業）
平成23年度研究報告書

ICAAP10（第10回アジア・太平洋地域国際エイズ会議）サテライトシンポジウム
「アジア地域の移住労働者受入れ国における
HIV/AIDS 予防、治療、ケアサポートへのアクセス向上のためのネットワーキング構築」報告書

「外国人の HIV 予防対策とその介入効果に関する研究」班

研究分担者	慶応義塾大学文学部教授	樽井 正義
研究分担者	神奈川県勤労者医療生活協同組合港町診療所所長	沢田 貴志
研究協力者	（特活）アフリカ日本協議会	稲場 雅紀
研究協力者	（特活）アフリカ日本協議会	小川 亜紀
研究協力者	（特活）アフリカ日本協議会	川田 薫

研究要旨

平成23年8月に韓国、釜山で開催された第10回アジア太平洋地域国際エイズ会議(ICAAP10)にて、本研究班は「アジア地域の移住労働者受入れ国における HIV/AIDS 予防、治療、ケアサポートへのアクセス向上のためのネットワーキング構築」と題したサテライトシンポジウムを主催した。本サテライトシンポジウム（以下「シンポジウム」とする）では、日本、韓国、タイ及び中国で活動をしている NGO や国際機関の職員をスピーカーとして招き、各国における移住労働者に関する HIV の予防、治療及びケアサポートの現状と課題を共有していくことで、ユニバーサルアクセスの達成に向けた各国間のネットワーキングの強化を図った。

A. 研究目的

本シンポジウムでは、アジア地域で活動している NGO 及び国際機関の職員をスピーカーとして招き、現場の活動から見えてくる移住者の HIV の予防、治療、ケアサポートの課題を共有していく。また、この問題と関わる保健医療政策は、HIV 陽性移住者の生存権とも深い関係にあることから、受入れ国での移住者の保健医療制度についての状況について共有を図る。

B. 研究方法

ICAAP 10 の開催期間中にサテライトシンポジウムを開催し、日本、韓国、タイ及び中国での移住労働者の HIV 関連の活動に従事している NGO 及び国際機関の職員と情報共有、交換を行い、アジア地域での脆弱な移住労働者の HIV 政策の現状を考察していく。

C. 研究結果

1. アジアの先進国/新興国における移住者の ART (Antiretroviral Therapy) アクセスの現状

報告者：ブラム・プレス

所属：ラクス・タイ

【アジアの移住者の概要】

本報告では、最初にアジアの先進国と新興国の移住者の概観をみていきます。その後、脆弱集団である HIV 陽性者の ART へのアクセスについて概観を考察します。

先進国である日本における外国人移住者は約 200 万人、中国、韓国の東アジア地域が最も多く、南米の日系ペルーやブラジル、そしてアフリカ諸国からの移住者がいます。

韓国では約 110 万人の移住者がいるとされています。出身国は、多くが中国から、またモンゴルからも来ています。東南アジアからは、インドネシア、タイやフィリピンなどです。バングラディッシュやネパールなど南アジア出身者もいます。

新興国である中国は、主に中国人が村落から都市への国内の移住労働が顕著といえます。最近では、アフリカからビジネス目的での来住者の増加があります。反対に中国人のアフリカへの移住労働の動きもあります。香港では、約 22 万人の移住者がいます。東南アジアからのフィリピン、タイ及びインドネシアからは、家政婦として来住しています、台湾も約 30 万人の移住者がおり、出身国は香港と同様に東南アジアからの移住者となります。

東南アジアから新興国への移住国として、シンガポール、マレーシア及びタイがあります。これらの国は多民族国家です。マレーシアなどは、東南アジ

ア地域からの移住者が最も多く、南アジアからの移住者もおります。シンガポールも 100 万人程の移住者がおり、マレーシアと同様東南アジアからの移住者です。タイは、ラオス、カンボジア、ベトナムなどの近隣諸国からの移住者です。約 200 万人移住者がいるとされますが、その半数は在留資格があると思われる。こうした国で仕事をしている移住者の多くは単純労働と呼ばれる未熟練労働に従事しています。従事する職業は、移住先の国や性別によって異なります。代表的な仕事は、工事現場、工場、農業、家政婦や遊興サービスなどです。

【移住者と HIV】

移住者は HIV に関しては脆弱集団といえます。彼らは、生殖適齢の時期に伝統的な規律社会から離れてしまいが、彼らも人間ですから性的な接触があります。出身国にいた時も HIV に関する情報を得ていない者が、移住した先では、言語障壁や雇用者による移動の制限がされる場合があり、情報やサービスへのアクセスが制限されてしまいます。雇用者が移住者のパスポートを取り上げているや、孤立している生活環境にある場合は外出することも難しく情報へのアクセスはより厳しい状況となります。

また、間違った知識やコミュニティ内での規範は、移住者のリスク行動に結びつくことがあります。それは HIV 感染や性感染や予期せぬ妊娠などにより、移住者の脆弱性が増していくことにもなります。

医療や福祉サービスへのアクセスの障壁として、合法的な移住者は健康保険に加入しているが、国によって治療費の負担率も異なっています。移住者がサービスやクリニック及び医療にアクセスすることを妨げるような差別のある国では、サービスを得ることがより困難となります。言語障壁は、移住者がサービス提供者とコミュニケーションをとる際に直面する課題のひとつであります。非合法の移住者は、HIV も含めた健康の維持において最も脆弱な集団といえます。逮捕や強制送還の恐怖からサービスにアクセスすることを難しくさせています。

主な障壁として、出身国と受け入れ国における HIV 強制検査があります。移住労働者における強制検査が実施される場合は、3C として同意 (Consent)、カウンセリング (Counseling)、秘匿 (Confidentiality) があります。しかし、これらは遵守されていません。受け入れ国に到着時に移住者は HIV 検査があります。出国前の検査結果との整合性の確認をするためです。また、就労資格の更新でも HIV 検査が行われ、HIV 陽性が判明すると即座に出身国に送還されます。

HIV 強制検査を行っている国には、マレーシアとシンガポールがあります。これらの国では、検査し

て陽性が判明すると強制退去となります。韓国は、2011 年に入国時に実施していた外国人への HIV 強制検査を特定の在留資格者に対しては廃止しました。しかしながら、多くの疑問が残っています。例えば、送出国ははまだ検査を行っているのか、また韓国内でははまだ検査を行っているのか、また本国への送還は本当に廃止されたのか、などがあります。

一方で日本と香港は、HIV 検査の結果は在留資格の取得や就労には一切関係がありません。しかしながら、会社などの健康診断で就労者が HIV 陽性と判明し、万が一雇用者が事実を知った場合は、就労者は解雇させられることもあります。実際、就労者には HIV 検査の受検義務はありません。就労者の HIV 検査ならびに HIV 検査結果によって被雇用者が解雇された場合でも解雇を取り消す為の法的制度はありません。

受け入れ国で HIV 感染が判明した移住者は、ART 薬にアクセスすることは容易ではありません。ART 薬は健康保険でカバーされない国もあるため、治療薬が高額になることが障壁となっています。加えて、自由貿易協定 (FTA: Free Trade Agreement) によって、薬剤の割増の金額を支払うこととなり、ジェネリック薬品を製造したり輸入したりすることはできなくなります。経済的に発展している先進国においては、移住者の ART 費用は世界エイズ・結核・マラリア対策基金や海外の基金では適用外となっていることもあります。

もう一つの議論として、受け入れ国の政策は、移住者を正確に把握していないため、現実的な行動がとれていません。そのため、介入が必要な移住労働集団を特定することを怠り、多様な言語や文化に配慮した VCT (Voluntary Counseling and Testing) サービスの提供や性やリプロダクティブヘルスに関する情報が不十分となっています。こうしたことは、フィリピン、パキスタンやバングラディッシュなどの低い有病率の国々では、出身国に帰国した移住者によって高い HIV 感染の発生に加担することになっているのです。

2. 日本における移住者の HIV 状況に関して

報告者：沢田 貴志 (本研究班分担研究者)

所属：港町診療所・(特活) シェア=国際保健協力市民の会、

【日本の HIV の現状】

日本における外国人移住者の人口は 200 万人ほどであり、日本の全人口の 1% を占めています。最も多いのが中国人です。東南アジアや南米も人口規模が大きくなっています。日本の HIV の流行動向をみると、かつて外国人の HIV 報告は、日本人も含めた全体の 20%

以上に及びました。その後少しずつ外国人のエイズ報告者の割合が減少し、2010年度には全体の7%までになりました。一方で日本人MSM(Men who have sex with Men)の感染の拡大が起きていました。

2005年以前の移住者のHIV感染状況を振り返りながら、現在のような状況の変化について考えていきます。2005年以前の外国人HIV陽性者の多くは在留資格がないため健康保険に加入できない人々でした。医療機関でHIV陽性と診断されると、出身国への帰国を勧めていました。しかし多くは出身国での治療アクセスの情報を持っていなかったため、出身国に帰国することは死の宣告を受けるような状況でした。そのため多くの移住者は、HIV/AIDSに対して恐怖心をもっていたので、HIV検査には消極的でした。

2004年から2005年に、横浜の外国人にフレンドリーなクリニックである港町診療所では、13名の無保険のタイ人がHIV陽性者と確認されましたが、しかしながら数週間内にその半数が日本で死亡しました。日本は既にART薬を入手できるようになっているにも関わらず、どうしてこのように多くの死者がでてしまったのでしょうか。それはAIDSを発症し深刻な状況になるまで適切な治療にアクセスすることができなかったことにあります。日本では、在留資格がない外国人は健康保険に加入ができません。体調が深刻になっても高額な医療費により無保険のHIV陽性の移住者は、適切な治療や診療にアクセスすることは難しかったと言えます。つまり、高い死亡率は、移住者の治療アクセスの困難さが要因と考えられます。

2005年以前は、HIV陽性の移住者が医療にアクセスすることが困難だったことでHIV陽性者の死亡率が高くなりました。HIVに感染すると死んでしまうといったイメージが、移住者コミュニティ内で恐怖やスティグマとして増幅していました。こうした状況は、移住者がHIVの受検から遠ざけることとなり、多くがエイズへの拒絶感を生みだしていきました。さらに重篤な日和見感染症で入院した移住者が、医療費を支払えず死亡することもありました。治療の不払いなどにより病院は移住者の受け入れに消極的になっていきました。こうした要因が重なり感染者数の増大という悪い連鎖が生じたと言えます。

【改善に向けた活動】

本研究班では、移住者にHIVを早期に発見すれば命を落とすことはないという情報をしっかりと伝えることを行いました。移住者が病院に受診した際には、プライバシーに配慮するために、医療通訳の養成を行い、医療従事者向けには、移住者の出身国の治療アクセスの情報の提供等の活動をしています。HIV陽性者が適切な治療を受けることができれば、命は救えるということが移住者に伝わることで、受容態度にも変化が現

れることで、より早期の受診につなげやすくなりました。

また、医療従事者を対象としたHIV陽性の移住者の医療支援を目的としたセミナーを開催しています。特に医療機関のソーシャルワーカーは、移住者の国籍や在留資格に関係なく確実に治療にアクセスできる方法を提供する立場として重要な役割を担っています。

先の港町診療所では、2003年までに移住陽性者のCD4値が大変低い状況にありました。2004年から無料のART薬の配布プログラムに必ず結びつけるようにしました。日本では、1年以上の在留資格がない外国人は健康保険に入ることはできません。つまり健康保険でカバーされない場合は、ART薬が高価になるため、薬へのアクセスが難しいことがあります。そこで、出身国に帰国して治療せざるを得ない状況が生じたことで、移住者の出身国でのARTへのアクセス状況の把握が必要になりました。出身国のクリニックに患者の紹介の橋渡しの活動も行うようになりました。2006年以降は、クリニックの患者の平均CD4値が高くなりました。検査を受けて治療につながった患者が、パートナーや知人に早期検査を勧めるようになり早期段階での検査が増えてきました。つまり、HIV陽性者にプライバシーを守りきちんと治療できる情報を提供することで、より早期の検査を促進できることが判明しました。以上の経験から、HIVへの適切な対応として政府は国籍に関係なく誰でも医療にアクセスできるような対策を提供すべきと言えます。

【提言】

そこで以下の提言を挙げたいと思います。

- ・人権にもとづいたアプローチ
- ・全ての移住者に平等な医療へのアクセス
- ・医療通訳者によるプライバシーの尊重
- ・ARTを含む治療のアクセスの確保
- ・ネットワーキングを通じた国外のART治療の橋渡し
- ・移住者コミュニティとの連携
- ・移住者支援の拡大に向けたネットワーキング作り

3. 韓国における移住者の現状とHIV/AIDS

報告者：ユウ・スンチョル

所属：韓国HIV/AIDS予防・サポートセンター

【HIV陽性者の現状】

韓国には様々な国からの移住労働者がいますが、中でも一番多いのは中国(約64万人)、次いで米国(13万人)、ベトナム(11万人)、フィリピン(4.8万人)、日本(4.6万人)、タイ(4.1万人)となります。外国人のHIV累積感染者数は、1998年で92人、2010年は885人となっています。年次ごとでは、2000年で25

人、2004年で153人でした。2003年は、韓国政府は4年未満の居住外国人の滞在を合法化したことで、18万人の外国人が在留資格を取得し、HIV検査を受けたために陽性者数が増えたのです。2010年度は、64人となっています。

【外国人のHIV/AIDSのガイドラインの変更】

2010年から外国人のHIV/AIDS政策に変更がありました。法務省は2010年1月6日にガイドラインの変更の告知をしたのです。法的な変更ではなく、あくまでもガイドラインや規則のレベルでの変更です。こうした変更の情報はUNAIDSのウェブサイトには記載されていますが、国内では十分に周知はされていませんでした。政策の変更は大きな驚きでありました。

政策の変更前は、外国人のHIV陽性者は短期滞在ないし長期滞在資格でも入国することはできませんでした。韓国では、HIV陽性と判明すると即時に母国に帰国しなくてはなりませんでした。

現在は、在留資格のE6(エンターテイメントとスポーツ)、E2(英語教師)、E7(国際ナショナル学校の教師)及びF2(韓国人と結婚した人)の資格以外は、HIV検査は免除されています。

HIV強制検査は、在留資格のE6に該当するエンターテイメントやスポーツ及びD3の未熟練労働に従事する者は、出身国と韓国において検査が行われていました。変更後は、E6は今までのようにHIV検査が必要ですが、D3は強制検査から除外されています。しかし、韓国で暮らしている外国人のD3の未熟練労働者のみが除外されており、それ以外の移住(予定)者はいまだに出身国での検査は行われているようです。

【KHAPの活動とHIV陽性者の状況】

KHAP(韓国HIV・AIDS予防・サポートセンター)の活動を簡単に紹介しますと、HIV・AIDSの情報を多言語(英語、中国語、タイ語、ベトナム語、モンゴル語)で提供しています。ソウルとアンサン地域には、VCTのプログラムとトレーニングのピアグループがあります。アンサン地域は、工業地域であり、多くの移住者が働いています。HIV陽性の移住者が入院をしたり、治療費の支払いが困難な場合は、経済的な支援を行っています。一人につき年間1000ドルまで支援が可能です。このお金はCD4値の計測や日和見感染症の治療の費用に充てられます。しかし、ART薬は1000ドル以上かかるため当団体では提供することはできません。ART薬は韓国では大変高価なため、ある移住者はジェネリックのART薬を母国から入手することもあるようです。

2010年までは、外交官、教授などの立場の外国人でも、HIV陽性と判明した場合は、法務省が母国に帰国をさせていました。

韓国には、110万人の外国人が在留しています。

その内移住人口の約13%は在留資格がありません。2010年までは、大企業に勤務している外国人は、会社の健康保険に加入できましたが、ARTへは保険適用がされず、即刻帰国させられていました。2011年以降は、外国人で保険保有者は、韓国人と同様にARTにアクセスすることが可能になりました。

在留資格のない移住労働者は、一般の健康保険に加入はできませんが、NGOが提供しているコミュニティサポート保険があり、月7ドルの保険料で加入ができます。コミュニティサポート保健が利用できる医療費補助がある提携病院がありますので、そこでコミュニティサポート保険を利用しながらの通院が可能になっています。

4. 中国の国内移住労働者の動向

報告者：リチャード・ハワーズ

所属：国際労働機関(ILO)中国

2010年6月に国際労働機関は、当機関の規約よりも効力の強い、労働者と労働組合のための指針を発令しました。マレーシア以外の国々は、移住者は送出国でも受入れ国の双方においてHIV/AIDSの治療、ケア及びサポートが受けられるべきとの合意をしています。国際労働機関の中国事務所では、中国での予防、治療及びケアなどのサービスに向けた調査及び実施をしています。

中国の移住者労働者に関しては、その多くが国内間を移動する中国人の移住労働者であり、彼らは内陸部の地方村落から上海や広東省など東沿岸部の工業地域の都市で仕事を求めて移住をしています。中国における経済的発展は、潤沢な賃金が安い国内移住労働者に寄与しているといえます。

中国では、HIVなども含めて問題が起きた時は、中国人の拡大家族のような強いネットワークによって治療やケアなどの支援先がある場所に移動する傾向があります。

当機関では、中国国内で移住者向けのプログラムを行ってきました。移住者のコミュニティでは、特に工業地域の炭鉱や大規模な工場などはHIV感染の高いリスクを抱えておりました。移住労働者へのHIV予防啓発における問題点は、他者を信用していないという点です。つまり他者の話しに耳を傾けることはほとんどしません。

HIV陽性者の治療に関しては、国内の移住労働者が移住先の広東省や湖南省で治療を受けようとしても、ヘルスケアやHIVの治療は、その省の住人のためであり、他省からの移住労働者には積極的に治療をしないといったこともありました。

HIV検査の問題点は、クリニックや労働ユニオンの検査で陽性と判明すると、その情報が会社に即座に伝

わってしまう点です。そのため職を失う場合もあり、受検は消極的になってしまいます。万が一、陽性と判明した場合は、別の土地に逃げて仕事を続ける場合もあります。

移住労働者は中国の経済発展に寄与しているわけですから、政府や地方行政機関は、移住労働者の健康問題にきちんと責任をもち、正しいメッセージを人々に、そして正しい治療のアクセスを提供することが予防につながる大きな課題であります。ある地域ではこうした改善が見られています。しかし、現状として政府は移住労働者へのヘルスケアの提供には責任を果たそうとはしておりません。中国が直面している課題は以上の点です。

D. 考察

アジア地域における HIV 感染予防の課題は、多様な国からの来住者に予防啓発を具体的な実践に結び付けていくことにあると言える。外国人コミュニティと共に予防啓発を行い、治療アクセスの道を周知していくことが、スティグマや恐怖心を取り除き、しいては早期受検の促進につながる事例として報告がなされた。感染予防、治療やケアに関しては、医療機関だけでなく、NGO やコミュニティが協働しながら外国人コミュニティに介入をし、当事者の意識向上やサポートの為にトレーニングなどの内側からの変革、医療従事者に向けた外国人 HIV 陽性者の治療姿勢などの変革を一層求めていくことが望ましい。

特に無保険者への HIV 治療は、いまだ有効な福祉政策が打ち出されていない状況にある中、韓国の一部の医療機関が NGO の提供するコミュニティサポート保険を導入するなど比較的規模の大きい福祉制度が運営されている点は注目すべきことであった。こうした取り組みは、日本などのアジア地域でも今後参考になる連携方法として注目ができる。

E. 結論

本サテライトシンポジウムでは、アジア地域での移住者の HIV 治療環境の相違が判明しているものの、ここ数年でアクセス環境は政府や NGO などの努力によって少しずつ改善がされつつあることが共有できた。

特質すべき点として、韓国での HIV 強制検査が部分的に撤廃され、外国人の HIV 陽性者も韓国人と同等の保険治療を受けられるようになったことは大きな変革であると評価できる。

移住労働者の HIV 治療、ケア及びサポートの情報を各国で共有をしていくことは、受入れ国と送出国との間でより安定的で継続した治療に結び付けていくための情報の共有として重要なシンポジウムになったと評価

できる。

一方で、ユニバーサルアクセスの観点からは、無保険の移住労働者は最も脆弱集団の地位にある。ART 薬が保障されている先進国でも金銭的な問題で無保険の移住労働者が HIV 治療を受けられない問題が顕在化している。こうした移住者には出身国での治安悪化や ART 薬のアクセスがない、または入手までに時間がかかるなど治療環境が不十分なため、両国間でも医療難民化することが懸念される。生存権という人権の観点からも、受入国での治療の確保が優先されることが望ましく、アジア地域の NGO などと連携し、より有用な活動を提言していきたい。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

○沢田貴志：外国人の結核への新たな取り組みとしての通訳派遣制度. 結核. 2012;87:370-372

○山本裕子. 沢田貴志. 他. NPO への相談から見た外国人診療困難事例の分析

2. 学会発表

○川田薫「日本で暮らすアフリカ人の健康からみえる社会 —無料健康相談会とエイズ啓発の取り組みから—」、第 48 回日本アフリカ学会学術大会. 弘前市. 2011

○沢田貴志. 外国人結核への新たな取り組み. シンポジウム「結核から見た日本」. 結核病学会総会. 2011

○Kaoru Kawada, Aki Ogawa, Masaki Inaba, Breaking the Myth of HIV/AIDS among African Migrants in Japan; The case study of implementation of HIV prevention program to Nigerian community ICAAP10, Busan, Korea. 2011

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

オーストラリアにおける HIV 陽性移住者への支援に関する社会資源

「外国人の HIV 予防対策とその介入効果に関する研究」班
研究協力者（特活）シェア＝国際保健協力市民の会非常勤研究員 李 祥任

A. 研究目的

オーストラリア、ニューサウスウェールズ（New South Wales:以下 NSW）州における HIV 陽性移住者への支援及び医療アクセスに有効な社会資源について文献調査し、日本における HIV 陽性移住者の医療アクセスに関する対策への改善案を示唆する。

B. 研究方法

筆者の在オーストラリア研究期間における、当地での文献検索及びインターネットで公開されている団体情報などの利用による。NSW 州内のセクシュアルヘルスサービスは、移住者にも利用しやすい工夫していると思われるサービスについて関連するキーワード(migrant, culture/cultural, Medicare)を元に、インターネットで検索した。

C. 研究結果

C.1. オーストラリアの基礎情報

オーストラリアの政府は、連邦、州、地方自治体（州内の行政地域）により構成されており、保健医療政策も各レベルで策定されている。HIV に関して連邦政府は、HIV 国家戦略を立て、その戦略に基づいた事業費を各州へ配分する。各州でも HIV 戦略が立てられ、事業費を州内の HIV 関連団体などへ配分している。地方分権により、州によって保健医療政策が異なる点は重要な特徴である。オーストラリアには、税財源により提供されるメディケア（Medicare）という医療保障制度がある。これは、全国民が基本的医療サービスを受けられるよう医療費の一部を国が負担するものである。公立病院における診療費は全額支給されるが、薬剤費は全額あるいは一部が支給される。

2010 年 6 月時点におけるオーストラリアの人口は約 2,230 万人であり、そのうち 27%（約 600 万人）は 200 か国以上の外国で生まれた移住者である[1]。オーストラリアは、人口的な多民族国家であるだけでなく、人々の多様な文化・宗教・言語的背景を尊重する多民族政策を掲げている[2]。

オーストラリアでは HIV に関する政策や民族性に

焦点をあてた HIV 研究、HIV 以外の健康に関するガイドラインの中で、移住者（Migrants）という用語よりも 'People from Culturally and Linguistically Diverse (CALD) backgrounds（文化・言語的に多様な背景をもつ人々）' という用語が使われている傾向がある。この用語は、人々の民族、宗教、精神、言語的な違いを認識し、外国で生まれた移住者だけに限らない幅広い人々を含めるものである。例えば、オーストラリアで生まれた人やオーストラリア国籍をもつ人でも、英語以外の言語を家庭で話す人ならば、このグループに含まれる。この用語は、人々の代代的な影響を理解し、多様な背景をもつ人々を社会的に包括、尊重するものである。この優れた用語の日本への導入案については考察で述べるが、この用語の和訳が長いため、当報告書では、'移住者'という表現を使用する。

The Kirby Institute[4]の報告によると、オーストラリアには 2010 年末時点で、累計約 21,400 名の HIV 陽性者がいると報告されている。陽性者の大多数は男性同性愛者であり、このグループを対象にした HIV 予防並びに陽性者支援が長年強化されてきている。2010 年の新規感染者数（1,043 名）のうち 43.9%は国外で出生した移住者であり、このグループの新規陽性者数は、2006 年の 352 名から 2010 年の 458 名へと年々増加傾向にある。過去 5 年間（2006～2010）における新規感染者数の中で、異性間の性的接触によるもののうち約 43% は、HIV 感染率が高い国*（アフリカ諸国や東南アジアにおける国々）を出身とする移住者である。更に、こうした HIV 感染率が高い国を出身とする移住者の中では、HIV の診断の遅れが問題視されている[5]。

オーストラリアの国家 HIV 戦略は、HIV の予防、治療、ケア、サポートを包括したガイドラインを長年示してきており、近年の国家 HIV 戦略の中で、HIV 感染率が高い国から来た移住者は、優先対象グループに含まれている[6, 7]。

C.2. ニューサウスウェールズ州における HIV 陽性移住者への社会資源

NSW 州は、国内最多の移民人口（約 6 万 6 千人）

がいる州である[1]。当州には国内最多の HIV 陽性者（推定 10,080 人、2010 年時点）がおり[4]、HIV 対策が進んでいることでも有名な州である[8, 9]。NSW 州の HIV 政策では、文化・言語的に多様な背景をもつ人々を優先対象グループに含めている。具体的に示された到達目標には、こうした背景をもつ HIV 陽性者のニーズに応じて HIV に関する医療サービスを提供することや、メディケアに加入できない HIV 陽性移住者の医療アクセスの改善などが含まれている。後者を到達すべく戦略には、連邦政府との継続した交渉努力が含まれている。その背景として、2005 年に発行された NSW 州保健局の報告書[10]によると、メディケアに加入できない移住者の HIV 医療アクセスは公衆衛生上重要であるが、その医療提供は州の責任ではなく、国が責任を取り、州へ予算を配分すべきだという見解を示している。しかし、その要求に対して国が拒否したため、こうした移住者への医療提供は、各地域の判断に任されている現状が記載されている。よって、その当時から取り組まれてきた連邦政府との交渉努力が、近年の HIV 政策にも反映されていることがわかる。

公立のセクシュアルヘルスサービスの例として、得られた情報源からは、Sydney 病院内にある Sydney Sexual Health Centre や、Sydney 郊外では Port Kembla 病院内にある Illawarra Sexual Health Service や Nowra Sexual Health Service など、利用者がメディケアを提示する必要がなく、無料で HIV を含めた性感染症の包括的なケアを提供していると、説明されている[11]。サービスは、性感染症のスクリーニング、カウンセリング、マネジメント、注射針・注射筒交換プログラムなどが含まれる。Sydney Sexual Health Centre のホームページには、性感染症の治療も提供していると記載されている。しかし、いずれの医療機関でも HIV が陽性の場合には、どの範囲の治療が提供されているのか、掲載されている情報からは確認できない。

以下に、HIV 陽性移住者の医療アクセス上、重要な役割を果たす社会資源の中で、HIV 陽性者の支援団体、医療通訳制度について焦点をあてる。

1) HIV 陽性者の支援団体

オーストラリアでは、各州（特別地域も含む）に AIDS Council（エイズ協議会）が設置されているが、NSW 州の ACON（The AIDS Council of NSW）は州内及び国内最大規模の HIV 団体である。シドニー市内にある本部以外に、4 つの支部を持つ。ACON が、コミュニティ団体として HIV 対策の初期から果たしてきた役割は大きく[12]、近年は移住者へのプログラムも実施している。HIV サービスのディレクター[13]によると、NSW 州には ACON をはじめ、3 つ

の陽性者団体と 20 以上の陽性者支援団体が存在する。男性同性愛者を対象にした支援だけでなく、セクシュアリティに特化しない陽性者への支援団体も数多く存在する。医療アクセス上や生活上、様々な課題に直面する HIV 陽性移住者にとっては、既存の幅広い HIV 陽性者支援サービスは大変役に立つものと思われる。例えば、HIV 陽性移住者は、医療アクセス支援から社会支援、法的支援、心の支援（emotional support）、職業訓練や語学能力向上に関する支援、アフリカの女性を対象にしたピアグループミーティングに至る包括的な支援を提供されている[14]。各団体の支援の専門性が異なる状況において、クライアントの多様なニーズに対応するために団体間の連携が強いことも特徴である[14]。移住陽性者に活用されているサービスの中で、政府資金により運営されているものについて、以下に紹介する。

The Multicultural HIV/AIDS and Hepatitis C Service

ホームページ

<<http://www.multiculturalhivhepc.net.au>>

移住者を含む文化・言語的に多様な背景をもつ人々（People from culturally and linguistically diverse (CALD) backgrounds）を対象にした HIV と C 型肝炎に関する州による無料サービスである。Clinical support（臨床支援）プログラムでは、訓練を受けた Co-workers と呼ばれるバイリンガルのスタッフがシドニー地域に在住する HIV 陽性者の医療機関の利用支援、精神的支援、治療に関する関係者との相談調整などを実施している。当プログラムのために 2009 年末時点で、24 以上の言語を話す 120 名以上の Co-workers が登録されている[15]。他に、移住者コミュニティにおける啓発活動やメディア制作なども実施されており、Co-workers 達がプログラムの発展に協力している。ホームページは当サービス内容だけでなく、HIV と C 型肝炎に関する基本情報も掲載されており、20 以上の言語で閲覧できる。

The HIV/AIDS Legal Centre (HALC)

ホームページ

<<http://www.halc.org.au/index.html>>

無料で HIV に関係する法務サービスを提供する Community legal centre（コミュニティ法律事務所）である。事務所は ACON 本部と同じビルにある。国内唯一の HIV 専門法律事務所であり、NSW 州と連邦政府からの資金により運営されている。当センターの 2009/2010 年間レポート[16]によると、同年度の事業収入は約 31 万 5000 豪ドル（日本円（80 円/\$）約 2520 万円）である。同年に支援した法務内容は、医療過失から、住宅、借金、犯罪、メンタルヘルス、社会福祉等に及び、幅が広い。裁判所における代理手続きも数多く実施している。提供した年間 326 回の法務アドバ

イスのうち、約17%が入国に関するアドバイスであると報告されていることから、その相談者の大半は移住者であることが予想される。

2) 医療通訳の基盤

医療通訳制度は HIV 陽性移住者のみならず、移住者の医療アクセスにおいて重要な基盤であるが、英語が第一言語である国の中で唯一、オーストラリアは国家無料医療通訳サービスを提供している[17]。

これは、翻訳・通訳サービス (TIS: translating and interpreting service) と呼ばれる 30 年以上の歴史をもつサービスで、移民市民権省が 24 時間体制で提供している[18]。現在 1900 人の契約通訳者を有し、170 以上の言語に対応している。当サービスは、利用者の特別あるいは緊急的な状況を除き、通常、翻訳及び通訳者のための国家認定機関** (National Accreditation Authority for Translators and Interpreters : NAATI) の認定を受けた通訳者を優先的に選んでサービスを提供している。このサービスは、公共サービスの公平なアクセスの促進を目的としていることから、医療分野だけでなく、公的資金により運営されている幅広いサービスの利用時に無料で利用可能である。英語を話すことができないオーストラリア国民や永住者が通訳を必要の場合や、このサービス利用を許可された民間の医療機関(メディケア扱いによる診療を提供する機関)及び非営利団体による利用時などでも無料である。こうした規定以外の利用時には有料となりうる。このサービスの中で、Doctors Priority Line (医師優先の電話サービス) は、英会話の不自由な患者を診療する医師への無料医療通訳サービスであり、160 以上の言語サポートを提供している。このサービスの特徴は、メディケア扱いの診療を行う医療機関であれば民間の総合診療医 (General practitioner) も含めて無料で利用でき、電話を通じ 3 分以内に通訳の手配ができることである[19]。このように、オーストラリアでは公立と民間、両方の医療機関において、国による無料通訳サービスが利用できる体制になっている。

州レベルでは、州によりサービスシステムが異なるが、NSW 州では医療通訳サービス (The Health Care Interpreter Service : HCIS) が、事業並びに法の側面から整備されている[20]。このサービスは、公立医療機関を利用する患者のため必要時、24 時間無料で専門性を認定された医療通訳による言語支援を提供するもので、対面と電話、ビデオカンファレンスの形式がある。主に NSW 州健康局の資金により運営されている NGO のサービスなどでも、同様に利用可能である。海外からの訪問者などは、有料となる。

NSW 州健康局は、公立の医療機関で働く医療従事者を対象にした医療通訳の利用に関する政策を示しており、その指示内容に従うことを義務付けている[20]。

その政策文書には、医療従事者が「英語が流暢でない人々」及び「ろう者 (Deaf)」と会話をする際に、医療通訳の利用を義務づけている。これは、公共サービスは、英語が流暢でない人々」及び「ろう者 (Deaf)」が公平に利用できるよう提供すべきことを規定した差別禁止法などによって、法的に裏付けられている。以下は、医療通訳に関する政策に記載されているキーポイントである。

- 医療従事者と患者は双方ともに、医療通訳を依頼する権利がある。
- 医療通訳なしに得た患者からの承諾書は法的に無効になりうる。
- バイリンガルの医療従事者を医療通訳として利用してはならない。
- 医療通訳の利用はヘルスシステムにとって、患者の再入院率や入院期間の減少、医療従事者の診療時間の削減及び誤解の予防、不要な診断プロセスの削減、患者の安全という点で、効率的効果がある。

D. 考察

オーストラリアでは、HIV 陽性移住者への医療アクセス及び社会支援などに関するサービスが、公立サービスや NGO により提供されている。これらのサービスは、部分的あるいは全面的に、政府から政策や資金的な支援を受けていることが第一の特徴であるといえる。オーストラリアには、多民族国家における公立サービスは人々が公平にアクセスできるよう整備すべきだとする政策、`Access and Equity strategy`があり[21]、医療通訳など必要なシステム整備を促進している。HIV 分野のサービスにおいても、NSW 州が運営する The Multicultural HIV/AIDS and Hepatitis C Service のミッションには、「当分野のヘルスサービスが適切かつ公平に対応できるよう支援すること」が記載されており、医療サービスへの「アクセスの公平性」を重視していることがわかる[22]。よって、日本における移住者への HIV 分野を含めた医療アクセスの改善においては、今後、「公立サービスへの公平なアクセス」という視点から、公立医療サービスの改善に焦点をあてることが一案として考えられる。関連する医療サービスや事業の発展のためには、オーストラリアにあるような公平性を掲げる政策の存在が、根本的枠組みとして必要であろう。オーストラリアとは異なり、日本は海外で出生した移民の人口割合が少ない国であるが、公立医療サービスへのアクセスに関する公平性は重要な視点であるといえる。

オーストラリアでは、連邦政府並びに州政府が明確な HIV 政策を打ち出すだけでなく、その目的を達成するために必要な公立サービスや NGO による事業へ

運営資金も提供している。資金の幅は、事業費の一部からおおよそ全体の事業費をカバーするレベルに及ぶ。これに対して日本では、国レベルや例として東京都の HIV 政策に、HIV 陽性移住者への支援事業に関する具体的な目標や記述がない[23]。厚生労働省の研究費による当研究事業はあるものの、HIV 陽性移住者への直接的支援事業に関する公的資金援助が極めて限られている。HIV は公衆衛生上の重要な課題であるため、日本における HIV 陽性移住者の医療アクセスの向上のためには、その直接的支援事業に対する公的資金援助の改善が急務である。

オーストラリアの第二の特徴として、HIV 陽性移住者の医療アクセス改善のためには、医療分野の努力だけでは足りないことを認識し、社会的側面の支援が幅広く提供されていることがあげられる。WHO のオタワ憲章がヘルスプロモーションを説明するように、人々の居住の安定や収入による経済的安定を含めた社会生活上の要因は、健康に必要な基本的条件である[24]。よって、HIV 陽性者の生活の安定は医療アクセスへの安定に必要不可欠であり、今後、日本においては、HIV 陽性移住者の医療アクセスの向上努力だけでなく、社会生活支援の強化にも取り組む必要があるといえよう。

次に、医療通訳サービスに関してだが、オーストラリアには当サービスが医療システムの基盤に存在しているために、日本とは異なり HIV 陽性者への支援団体が医療通訳の確保に対応する必要がなく、そのおかげで、より幅の広い支援サービスを提供できる要因になっているといえよう。オーストラリアの医療通訳サービスに注目すると、多民族国家であるという要因だけでなく、‘患者の安全’や‘医療の質’、‘患者の権利’、‘公立サービスの公平なアクセス’という観点を元に、医療通訳の整備への必要性が重視されていることがわかる。こうした観点から、日本でも疾患に関わらず、医療通訳は電話サービスだけでも国レベルで緊急に整備すべきであろう。HIV 診療に関しては、特に HIV 陽性を告知する場面などで、認定された通訳士による対面通訳が‘医療の質’や‘患者のプライバシー保護’の観点などから必要であることは指摘されてきている[25]。NSW の政策のように「医療通訳なしに得た英語の不自由な患者からの承諾書は法的に無効になりうる」という一定レベルの義務化は、日本における医療通訳利用の促進と‘患者の安全’のために必要であろう。しかし、医療通訳の整備レベルに見合った時期を考慮する必要がある。

一方、オーストラリアでは国レベルで無料の医療通訳制度が整備されているにも関わらず、開業医などの民間の医療機関において、必要な患者へ当サービスが十分活用されていないことが指摘されている[17]。Phillips らの研究によると、この要因は認識の低さな

どを含めた医師の判断による影響が大きいことが予想されており、通訳サービスの利用を促進するためには、医師育成の教育機関における教育改善を始め、医療従事者を対象にしたコミュニケーション研修や財政的インセンティブが必要であると報告されている。日本において、医療通訳の基盤づくりと有効利用を促進するためには、長期的なプロセスが必要であり、並行して、関連する研究の強化も期待される。

最後に、当報告書では‘移住者’という用語を使用したが、用語について述べたい。外国人登録者の割合が少ない日本の状況であっても、当グループの人々を‘外国人’や‘外国籍の人々’と呼ぶには、既に保健医療分野などにおいて限界があることを指摘したい。日本に住む人々の中には、既に多様な民族的・文化的・言語的な背景をもつ人々が存在しており、国籍だけで判断できない。そして、レベルの差はあれども、こうした背景が医療アクセスに影響する要因となっている。特に、HIV 陽性移住者の医療アクセスにおいては、出身国の HIV 状況によって左右される疾患としての認識やスティグマ、言語的困難、滞在資格によって左右される健康保険への加入の問題などがあり、個々の異なる社会文化的背景の理解は、必要な支援を明確化するために重要である。オーストラリアでは、People from Culturally and Linguistically Diverse (CALD) backgrounds というコンセプトの認識を促進する上で、‘CALD’ という略語が役立っている。これを参考にし、日本語でも‘文化・言語的に多様な背景をもつ人々’を短文で表現できる用語があれば、医療従事者を始め、支援サービスの提供者や行政スタッフなどの理解に役立つと考える。

E. 結論

オーストラリアにおける HIV 陽性移住者への支援は、公立サービスと NGO によって、医療アクセスから社会生活に及ぶ幅広い支援が提供されている。そして、その背景には、政府による政策や資金援助、既存の医療通訳サービスなどが支援的な環境要因として存在する。当研究を通じて、日本における HIV 陽性移住者への医療アクセスを改善する対策上、‘公立医療サービスへの公平なアクセス’という観点を活かす案も得られた。

今後、オーストラリアにおける HIV 政策の策定や伝達プロセス、公民セクター間の連携などに焦点をあてた研究が、日本における当分野の対策を改善する上で有効であろう。

注釈

*=HIV 感染率が高い国。英語は high HIV prevalence