

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あることが指摘されてきました。

- 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た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ません。

こうした状況に対して、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。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 療法を実現できるようになりました。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 300 以上へと著しく改善しています⁽⁹⁾。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。

日本で医療機関を受診する HIV 陽性外国人の社会背景にもこの数年変化が見られるようです。当研究班が 2010 年から 2012 年にかけて医療機関から相談を受けた 89 人の HIV 陽性外国人に関する相談のうち在留資格のない外国人の相談は 16 人に過ぎませんでした。このことは 2000 年頃と比べて経済的な理由で治療が困難となる外国人の割合が大きく減少したことを示唆しています。一方で、HIV 陽性外国人の大半を日本で長く生活することが予想される定住者が占めていることを示しており、通訳をつけて確実な治療環境を整備する必要性が高まっているとも言えます。

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「平成 23 年末における外国人登録者数について」(2012 年 6 月)
- (3) 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 24 年 1 月 1 日現在)」(2012 年 3 月)
- (4) 法務省「出入国管理統計年報」(昭和 56 年)
- (5) 厚生労働省エイズ動向委員会：平成 23 (2011) 年エイズ発生動向年報 (2012 年 5 月)
- (6) 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
- (7) 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
- (8) 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
- (9) 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をしてき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、良い人材が医療現場の通訳に来ない、といった悪循環のために医療通訳の体制が整っていない地域が多いのは残念なことです。通訳の利用が病院の医療ソーシャルワーカー(MSW)の努力次第となってしまう場合もあります。

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。在留外国人の呼び寄せ家族でもこうした問題が生じ得ます。

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心筋梗塞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事です。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も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永続的なサポートが保障さ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

も知っておく必要があります。

つい数年前までは、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しばしばでした。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たのです。現地側の医療事情を考えればしばらくして亡くなったと思われる。

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大きく好転しています。また、他の開発途上国でも治療体制の整備が進んできています。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。

Ⅲ. 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いっている医療機関は、何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プライバシーの侵害に繋がることが多く、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。普段から信頼できる通訳を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用したり、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に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（MIC 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 B. 参照）。京都市も NPO との連携で医療通訳派遣を行っています。

千葉県では、派遣カウンセラーが訪問する際や HIV 陽性者の受診時に通訳へ謝金を支払う制度が作られています。また、結核分野では東京都は NPO（シェ

ア) に委託し、結核療養に関わる医療通訳の派遣・育成を行っています。

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、シェア、TAWAN、AMDA 国際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. 外国人の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得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 D. 参照）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礼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たさ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決めたり、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しずつできています。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。

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金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でしょうか。

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。そこでさまざまな相談ご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な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徹す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できます。

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りとはなすこと、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と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。こうした事柄を医師や看護師などに伝えることも重要です（巻末資料 C. 参照）。

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。

通訳の担う役割の例としては、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 B.）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が不十分なままあきらめてしまう医療従事者も少なくありません。感染症予防法や労災保険のように国籍や在留資格に関わらず適用しなければならないものについても、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、国籍や在留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いるものもあります。

とりわけ外国人急病人の未払い医療費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関しては、ほとんどのMSWが有効な支援が展開できているようです。しかし、AIDSに伴う結核では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みられます。また、入院治療期間が近年短縮される傾向にある中で、外来での結核治療完了のための支援がますます重要となっています。こうした観点から、東京都・大阪府などは保健師が服薬支援を行う際に通訳が同行できる事業を開始しています。

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、各自治体で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は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、外国人医療に関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。

1. 国籍や在留資格によらず適用しなければならないもの

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6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（病原体がコロナウイルス属 SARS コロナウイルスであるものに限る）

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、国籍や在留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旧結核予防法 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、日常生活用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、排菌をしている結核で発症した AIDS 患者については、抗 HIV 療法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、抗 HIV 療法の導入は継続性を考慮した慎重な選択が必要です。

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、対象となる検査かどうか注意が必要です。

旧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でなされる入院期間が大きく短縮されたこと、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、自由権の尊重という点で意義のあることです。しかし、一方で公費負担の期間が短縮することにより治療の途中で医療費や生活費に困窮してしまう外国人の事例をしばしば経験するようになりました。入院期間中から通訳をつけて退院後の支援を計画しておく必要が増しています。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されており、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

急性の精神症や急性薬物中毒などによって混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に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額公費負担となります。尚、言葉が不自由な外国人の鑑定には通訳の確保が必要です。

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籍や在留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て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。

在留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がありますが、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。(平成元年国会法務委員会答弁、巻末資料 E. p.101 参照)

2 国籍や滞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、在留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 E. 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将来重度の障がいを残すような場合に限り在留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：在留カード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なわれる(それ以外の方法でも居住を証明できれば対象になる可能性がある)
- 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 万円を越える場合に医療費の補填をする制度を発足させている。ただし、三次救急施設だけが対象で有り適用数は少数である。

なお、以前は在留資格がない外国人でも自治体が発行する「外国人登録証」で居住を証明できました。これに対し、2012 年 7 月に施行された改定入管法ではこの制度は廃止されました。替わって導入された法務省が発行する外国人の居住を示す「在留カード」は在留資格のない外国人には発行されなくなりました。よって、在留資格がない外国人の居住の証明が難しくなり、現場での上記の制度などの運用について混乱が生じる可能性があります。しかし、改定入管法に関する国会付帯決議などによって、在留カードなどの有無にかかわらず、すべての外国人が行政上の便益を引き続き受けることができるよう体制整備をするよう求められている（参議院法務委員会付帯決議 平成 21 年 7 月 7 日、改定住民基本台帳法附則 23 条、いずれも巻末 E. 参照）ことから、各種制度活用の継続が期待されます。

3. 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

明治時代に援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、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医療費補填事業

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月の質問趣意書への回答では、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、在留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。

2006年から施行された障害者自立支援法により、従来の障がい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

HIV 陽性外国人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です。病院によっては、HIV 陽性外国人は全員 MSW との面談を薦め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しばしばあります。

MSW を中心に県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や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いました。1990 年の衆議院法務委員会での答弁（平成元年 国会法務委員会にて、巻末資料 E.p.101 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ある場合は、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あ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ます。

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困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

出身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すが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在留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、在留資格を取得でき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事例が少なからずあります。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〉

a 在留資格の種類

国民健康保険への加入は従来1年以上の在留資格を持つことが条件でしたが、2012年の入管法改定に伴い、3ヶ月を越える在留資格があれば加入が可能となりました。(国民健康保険法施行細則、住民基本台帳法、出入国管理及び難民認定法、国民健康保険及び後期高齢者医療制度の被保険者となる外国人住民の取扱いに関するQ & Aについて、以上いずれも巻末資料E. 参照) しかし、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ていないもの、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、在留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こともしばしばあります。

後者の例でよく問題となるのは、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あ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