

外国人 HIV 感染者への対応に関する課題とあり方：

外国人 HIV 感染者の家族通訳での診療と治療継続に伴う課題

「HIV 検査と医療へのアクセス向上に資する多言語対応モデル構築に関する研究」班

研究協力者 佐野麻里子 杏林大学病院看護部
研究代表者 北島 勉 杏林大学総合政策学部教授

研究要旨

外国人患者の増加に伴い、医療機関では多様化する使用言語や患者背景への対応に苦慮することも多い。しかし外国人患者に対しても日本人患者と同様に患者の権利を守り、適切な医療を提供していくためには、私たち医療従事者がこれらの問題に配慮し、柔軟に対応していく必要がある。とはいえ日本語や英語でのコミュニケーションが困難な外国人患者については医療通訳へのハードルも高く、家族を介した通訳に頼らざる負えない現状があり、患者のプライバシーを守ることや医療従事者が患者の意思・意向に気づくことができず、患者に不安や心理的負担をかけてしまうこともある。

また既に出身国での治療が開始されていた場合、日本の医療制度を利用しようとしても申請要件を満たすことができず、治療継続が困難となる可能性もある。外国人患者が増加している背景も鑑み、患者が安心して治療を受けられるよう診療環境を整え、外国人患者も守ることができる日本の医療制度への見直しが必要と考える。

研究目的

近年、医療機関を受診する外国人患者は増加傾向にあり、外来診療においても国籍や言語、文化の違いなど背景が複雑な外国人対応に困難を感じることも多い。加え HIV 診療では、患者の性別、社会的背景や家族歴、特に経済的問題も大きく影響される。医療者が診療に必要な正確な患者情報を収集しつつ、安全且つ適切な医療を提供していくにあたり、当院でも外国人対応において苦慮した症例を経験したため報告する。

症例

背景

40 代、女性。カンボジア国籍（在留資格：配偶者ビザ）。使用言語はクメール語と片言の英語。前夫はカンボジア人であるが既に死亡していた。12 年前にカンボジアに海外赴任していた現夫（日本人）と知り合い 10 年前に国際結婚し、母国と日本を行き来する生活をしていた。前夫との子の大学進学を機に日本への永住を考え、5 ヶ月前に配偶者ビザを取得した。

現病歴

他院にて僧房弁狭窄症の精査目的にて入

院し、入院時のスクリーニング検査にて HIV 抗体陽性を認めため、拠点病院である当院へ紹介受診となった。

診療経過

初診：診察には現夫の同席があり、夫による通訳を介して診療を行った。診療情報提供書には HIV スクリーニング検査陽性の結果が記載されており、疑陽性の可能性もあるため、当院でも改めてスクリーニング検査を実施した。検査の結果は陽性であった。

2 度目の受診（初診日の 3 日後）：確定診断のため WB 法・PCR 法、CD4 値の検査を実施した。患者はとても不安そうな表情をしており、夫から治療法がないのではないかと質問もあったため、夫の通訳を介し疾患の特徴や診断が確定した際の治療法（ART）についての説明を行った。しかし患者は時折首を傾げるなど正確な理解が得られているかが分かりにくい印象であった。検査結果は WB：HIV-1 陽性、HIV-2 判定保留、HIV-RNA：検出せず、CD4：770.1/ μ l であった。WB：HIV-1 陽性であるにも関わらず、VL が検出されない結果であったため、既に ART を開始されているのか、また B 型肝炎の治療を受けている可能性もあると考えた。

3 度目の受診（2 度目の受診の 14 日後）：これまでの検査履歴について再度確認を行った。しかし HIV 含め HBV・HCV についても紹介元以外に検査歴はなく、HBV 治療歴もないとのことであった。またこれまで 17 年前の出産（帝王切開）・上部内視鏡・流産した際の手術経験はあったが HIV 陽性の指摘はなく、輸血歴もない。カンボジア人の前夫は交通事故で死亡したが、HIV は陰性

であったとのことであった。一般採血と共に WB 法、PCR 法、CD4 値の再検査を実施し、加え HBs 抗原、HBs 抗体、HCV 抗体の検査も実施した。本人は不安そうな表情で流涙されている様子もあったが、現在は CD4 値が維持されており、すぐに重篤なことが起こる数値ではないことを説明すると安堵されている様子もあった。また患者の検査結果を受け、夫とカンボジア在住の長女も現地にてスクリーニング検査を実施したが共に陰性であった。この 3 度目の受診の 3 日後、夫より当院に連絡があり、患者は 3 年前よりカンボジアにて TDF/3TC+EFV(ジェネリック)を服用していたことが分かったとの報告があった。カンボジアでは 3 ヶ月毎に無料で処方を受けることができ、現在も服薬を継続していた。しかし今回僧房弁狭窄症の加療を日本で行うことを現地で伝えたところ、そのような状況であればカンボジアでの処方は支援として行っているものであり、日本に居住し僧房弁狭窄症の加療も日本で行うのであれば、HIV 治療も日本で行うべきであると告げられ、残薬も少なくなる中、今後現地では処方が受けられなくなる可能性があるとのことであった。夫はこの事実を知り、今後の生活拠点を日本とすることに迷いが生じている様子で、他院での僧房弁狭窄症治療の結果次第で検討したいと話していた。日本では HIV 治療を行うと仮定した場合、国民健康保険（家族・3 割負担）では処方のみでも約 7 万円/月かかる。患者の経済的負担軽減のための社会資源として「重度心身障害者医療費助成制度」及び「障害者自立支援医療制度」があるが、申請には 4 週以上の間隔をおいた検査結果（2 回分）の記入が必要

である。また既に治療が開始され、改善してしまっている現在の患者の検査データでは、申請要件を満たすことができない状況であることを説明した。夫へは治療開始前の検査データ（4週以上の間隔をおいた検査結果2回分）があれば、その検査データを申請書類に記載できる可能性もあり、カンボジアで処方を受けていた医療機関への問い合わせを依頼した。またそれが叶わなかった場合の医療費について、国保での概算、また高額医療費制度を利用した場合の概算も伝えた。そしてその際に夫が患者から確認した情報として以下の話があった。前夫は交通事故ではなく病気で亡くなっていた。病名は不明であるが、酷く痩せていたため恐らくHIV感染は前夫からであろうと話していたとのことであった。

4度目の受診（3度目の受診の35日後）：夫を介しカンボジアでの診療状況を確認したところ、患者はホープ・インターナショナル開発機構の支援を受けている病院で診療を受けていたことが分かった。主治医により当該病院へ直接コンタクトをとることとし、返答がなければホープ・インターナショナル開発機構の日本本部へ連絡し、現地支部から交渉できないかを確認することとした。4度目の診察の3日後、主治医は夫に連絡し改めて患者の情報を確認した。夫によれば自身との結婚後に患者は2度の流産を経験しており、2度目の流産の際にHIV陽性を指摘され、以降にカンボジアにてARTを開始されていたのではないかとのことであった。

5度目の受診（4度目の受診の20日後）診察室に入室の際、患者は少し微笑む様子もあった。医師は患者の診察に同席してい

た夫に一度退室頂き、患者と直接話をしたい意向を伝えた。そして夫はこれを承諾し退室された。看護師同席のもと医師は患者に対し直接これまでの経緯についての確認を行った。医師は平易な英語でゆっくり話し、時には互いのスマートフォンの翻訳アプリを使用しながら時間をかけて問診を行った。患者によれば現夫と知り合う4年前、生前の前夫は採血検査を受けHIV陽性の診断を受けていた。そして患者も同じ病院で検査をし、HIV陽性の診断を受けていた。しかし夫婦ともにHIV陽性の診断を信じることができず治療を受けていなかった。病院では定期的にCD4検査を行っていたが、前夫は2年間の抑うつ状態を経て死亡した。その時のCD4は100/ μ lを下回っていた。夫の死後、患者は母親と娘の生活を支えるため経営していたレストランも売却し、家族の面倒をみなくてはならず、自身の通院時間を捻出することができなかった。病院から呼び出しの連絡はあったが、体調も良くHIVに感染しているという確信を持たずに通院していなかった。しかし現夫との子の2度目の流産の翌年、CD4が600台/ μ lまで低下したためカンボジアにてARTを開始していたことのことであった。患者の表情は暗く流涙されてはいたが、これらの経緯を懸命に話そうとしていた。そして主治医より患者から得られた情報について、夫と共有しても良いか否かを確認し、患者同意のもと主治医より夫へ説明された。その後主治医が連絡した当該病院からはすぐに返答があり、検査結果の送付があったが、カンボジアではART開始前にCD4、HIV-RNA検査は実施していないとの返答があり、治療開始後の検査データの送付はあっ

たが、治療開始前の検査結果を得ることはできなかった。この時点で主治医は東京都心身障害者福祉センターへ直接連絡をし、患者の事情を説明したところ、身体障害者診断書・意見書に患者の事情を記載し提出されれば審議委員会に諮ることはできるとの回答があった。治療開始後のデータではあるが、身体障害者診断書・意見書の記載を行い、自立支援医療支給要否意見書と共に提出をした。通常は提出の翌月には身体障害者手帳が交付され自立支援医療の手続きに移行される。しかし患者は現在、審議委員会の判断を待っている状態にあり、治療については夫の了承も得て高額医療費制度を利用し3ヶ月分の薬剤を処方しながら経過をみている。

考察

本症例は日本語・英語でのコミュニケーションが困難な外国人患者で、本来優先されなくてはならない患者の意思・意向を確認されることなく、家族の通訳を介しての診療を受けることになった。家族が通訳の場合、医療者の言葉が正しく伝わらず誤解の要因となる場合が多く、医療の場における通訳は原則として一定の訓練を受けた、専門の通訳が必須とされている¹⁾。更にこの患者はまだ真実を伝えていない夫の通訳を介して診療を受けることにもなった。患者が様々な思いや不安を抱えながら診察を受けていたことを医療者も気づくことができず、患者へは心理的負担やストレスをかけてしまう結果となった。また医療者側も患者と正確な意思疎通が図ることができていないのか不安もありつつ、夫の通訳から得られた情報と検査結果との乖離もあり混乱

もあった。最終的には夫に診察室から退出して頂き、患者と主治医が直接コミュニケーションを取ることで情報を得ることができたが、不安を抱え来院された初診の段階で同様な方法を試みたとしても、信頼関係の構築が不完全な状況でコミュニケーションが困難な外国人患者が真実を話すことができていたのか疑問であり、却って患者に心理的負担をかけることになっていた可能性も考えられる。また本症例の場合、患者と現夫が元々良好な関係性を築けていたため、夫に様々な思いはあったにせよ、今後も夫として前向きに患者をサポートして頂ける様子であるが、家族の関係性は様々であり、家族の同席にはその後の関係性の悪化などのリスクも伴う。本来日本人の診療であれば、たとえ家族であっても患者のプライバシーを第一優先に考え、患者の同意がなければ診察に家族を同席させることはない。しかし外国人患者の診療について、特にコミュニケーションが困難な患者については医療者も家族に頼ってしまう傾向にある。本来であれば十分なスキルを持つ医療通訳を活用し診療することが適切であると思われるが、事前に通訳の手配が必要である他、患者の同意が得られることも必須であり、派遣費用を誰が捻出するのか、また本症例のクメール語のように使用言語により通訳を確保すること自体が困難な言語もあり、ハードルが高い。現実的には家族通訳になってしまうかもしれないが、最低限診察に家族を同席させる際には、家族との関係性を見極め、患者の同意を得た上で行う必要があったと考える。

また今回は日本の医療制度の問題点が浮き彫りとなった症例でもあった。患者は配

偶者ビザを取得し夫の国保に加入していたものの、母国にて既に治療を開始していたため、VLはコントロールされCD4値も改善しており、重度心身障害者医療費助成制度の申請要件を満たすことができなかった。今は審議委員会の結果を待っている状況ではあるが、夫は経済的に困窮している状況ではないものの、定年退職を迎える年齢であり、高額医療費制度を利用したまま患者が一生治療を続けることは、いずれ経済的負担が生じてくることが予測される。今後も本症例のような患者が日本で治療を受けることも十分考えられ、現在の制度のままではそのような外国人が適切な治療を受けることが出来なくなる可能性がある。他院では本症例と同様な患者について申請要件を満たす検査データを得るために治療を中断させ、疾患の進行（VL上昇・CD4の低下）を待ったという経験談を聞いたこともある。患者が適切な治療を受けられなくなることは、服薬中断による疾患の進行、AIDS発症の要因になる他、悪性疾患や心血管疾患や腎・肝疾患など様々な疾患への罹患リスクが高まる要因にもなる。また更には患者のVLの上昇により二次感染への懸念も生じかねない。外国人患者が増加している背景も鑑み、患者が安心して治療を受けることができ、患者を守るための制度としての見直しが必要な時期と考える。

結論

医療機関を受診される外国人患者は、受診の経緯も様々で国籍や使用言語、患者背景も多様化している。現在、言語については医療通訳や患者指導用資材などの活用できる資源も増えてはいるが、日本人患者への

対応と同等に細やかな対応ができていないかといえれば疑問もあり、コミュニケーションが困難な患者であれば、医療従事者に対し自身の意向や要望も伝えにくいであろう。私たち医療従事者がそのような外国人患者に適切な医療を提供するためには、患者の権利を守りつつ、個々に応じた柔軟な対応が求められる。医療制度の問題も同様、外国人患者へも日本人患者と同等の医療サービスを提供する必要がある、全ての患者を平等に守ることができる制度であって欲しい。本症例を経験し海外で適切に治療をされていた外国人患者が、日本でも安心して治療を継続できるよう、重度心身障害者医療費助成制度については審議委員会で人道的な判断がなされること、また今後申請要件の見直しがされることを切に願う。

参考文献

- 1) 宇野賀津子, 内海眞, 沢田貴志, 岩木エリーザ, 吉崎和幸: 日本における, 在日外国人 HIV 感染者の医療状況と問題点. The Japanese Society for AIDS Research. 72-81, 2001.
- 2) 仲尾唯治, 山本裕子: 在留資格のある外国人の HIV 受療行動を阻害する要因分析と改善案の検討. 日本保健医療行動科学会雑誌. 28(1), 105-114, 2013.
- 3) 押味貴之: 外国人患者受入れにおける言葉の壁, 日大医誌. 69(5), 282-286, 2010.
- 4) 沢田貴志, 山本裕子, 樽井正義, 仲尾唯治: エイズ診療拠点病院全国調査からみた外国人の受療動向と診療体制に関する検討, The Japanese Society for AIDS Research. 230-239, 2016.
- 5) 二見茜, 堀成美: 外国人医療における日

本国内の課題. 国際化する医療・保健・福祉
-インバウンド・アウトバウンド, インバウ
ンド, 小児内科, Vol.49(6), 851-854, 2017.

健康危険情報

なし

研究発表

なし

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