

原 著

超過滞在外国人の HIV 感染者の実態と問題点

山村 淳平, 沢田 貴志

港町診療所

目的: 日本では外国人 HIV 感染者に対して医療の保障が十分なされていないのが現状である。その実態と問題点をあげ、今後の対策について述べる。

対象および方法: 10 年間に港町診療所がかかわった超過滞在外国人 23 症例である。外来および入院記録をもとに調査を行い、母国に帰国した症例も追跡を試みた。

結果: 東南アジア半島部とサハラ以南アフリカ諸国出身者が全体の 87% を占め、その多くは母国語の通訳を必要とした。エイズ未発症 HIV 感染者では受診中断となる例が多かった。エイズ患者では病院受診の遅延がみられ、結核やカリニ肺炎などの日和見感染症をひきおこし、重症の状態では緊急入院している例が大半を占めていた。全員が健康保険を持っておらず、高額な医療費を支払わなければならなかったが、一部の例で制度や法律を活用し、公費負担としていた。転帰では帰国や死亡が多かった。

結論: HIV 感染者の治療と HIV 感染の広がりを抑えるためには、以下の点をすすめていくことが必要である。

1. 通訳制度を確立していく。
2. 地域・国籍別出身によって日和見感染症の内容と頻度が異なるため、それを踏まえ予防と治療を行う。
3. 母国の医療情報を得ることおよび母国の病院・政府機関・NGO と連携しながら、治療と帰国について対応していく。
4. 国内の NGO への支援および外国人団体へ働きかけることで、予防と早期発見をおし進めていく。
5. 医療機関への受診を容易にするため、また治療中断や未払い医療費を防ぐためにも、国籍を問わずすべての外国人に健康保険の資格を与える。

キーワード: HIV 感染症, 超過滞在外国人, 健康保険, NGO, 国際協力

日本エイズ学会誌 4 : 53-61, 2002

緒 言

現在、開発途上国と先進国とのあいだでは人の移動がはげしくなりつつあり、その流れはとどまることはない¹⁾。それに伴い結核や HIV などの感染も各国に広がり、先進国での外国人の結核患者は増えており^{2,3)}、HIV 感染者も同様の傾向がみられている^{3,5)}。それは日本も例外ではなく、開発途上国出身の患者を多く診察している港町診療所では、年間平均 11 名の結核患者が発見されており⁶⁾、HIV 感染者も少なくない。そうした外国人患者は、病院受診の遅れ・医療費未払い・言葉・治療中断・帰国などの問題があげられ、エイズを発症し重症におちいった患者では、それがいっそう顕著にあらわれている。筆者はここ数年のあ

いだ、他の病院に入院しているエイズ末期重症患者の相談を受けているが、彼らを母国へ搬送した経験から⁷⁾、その点を痛感している。こうした重症患者を含めた外国人の HIV 感染者の対応は、日本ではまだ手さぐりの状況といつてよい。

本稿では、超過滞在外国人の HIV 感染者の診療と母国への搬送から得られた経験をふまえ、その実態と問題点をあげ、今後の対応や対策について述べたい。

対象および方法

対象は、1992 年から 2001 年までの 10 年間に港町診療所がかかわった外国人のエイズ未発症 HIV 感染者 8 名とエイズ患者 15 名の合計 23 名である。当院から他院に紹介した例、他院から当院に紹介された例、また他院から依頼された重症患者の搬送例も含んでいる。日和見感染については、患者の状態や経済状況を配慮したため確定診断がしていない例も若干あり、それについては「疑い」とした。

著者連絡先: 山村淳平 (〒221-0056 神奈川県横浜市神奈川区金港町 7-6 港町診療所内科
Fax: 045-441-0747

2001 年 10 月 29 日受付; 2002 年 3 月 20 日受理

すべての例は、健康保険に加入できない超過滞在外国人である。医療機関の入院記録や外来記録をもとに追跡調査を行い、母国に帰国した例についてもできるだけ追跡調査を試みた。なお、サハラ以南アフリカ諸国の出身者はその地域出身者として一括に扱っている。

結 果

a) 対象症例の背景 (表 1, 2)

男女比は 4 対 1 で、年齢階級では 20 代と 30 代が全体の 87% を占めていた。地域・国籍別では、タイとサハラ以南アフリカ諸国とで全体の 78% を占めていた。また、タイ以外にも東南アジア半島部出身者が 13% にみられた。居住地別では、東京を中心とした首都圏がほとんどであったが、なかには静岡からの患者もみられた。また、サハラ以南アフリカ出身者では埼玉に居住している例が多かった。対象症例の滞日期間は 2 年から 12 年で平均 5.4 年であった。

b) 発見動機と病院受診までの期間 (表 3)

発見動機についてみると、エイズ未発症 HIV 感染者では、性病・皮膚病の経過観察中あるいは本人の抗体検査希望により HIV 抗体陽性が判明していた例がほとんどであった。

表 1 性・年齢階級別分布

年齢階級	男 性	女 性	小 計
20～29 歳	6	0	6
30～39 歳	11	3	14
40～49 歳	1	2	3
合 計	18	5	23

一方、エイズ患者では、1 名を除きすべての例で自覚症状が出現し、病院受診をきっかけにエイズを発症していることが判明していた。エイズ患者の症状出現から病院受診までの期間についてみると、2 週間から 1 か月が多く、しかも意識障害や呼吸困難などの深刻な症状をきたしていた。なお、受診までに 24 か月を要した 2 名も、はじめは倦怠感や微熱などの症状を訴えていたが、最終的には急性症状を呈し緊急入院となっていた。

c) 臨床経過 (表 4a, b)

エイズ未発症 HIV 感染者 8 名についてみると、初診時の CD4 値は平均 522/ μ l (中央値 457/ μ l) であり、2 名は抗 HIV 薬を服薬し、6 名は服薬なしで免疫状態の評価をしながら経過観察していた。その後の経過では、一定期間経過観察後に不明となったのは 3 名、経過観察中は 3 名 (2 名は当院、1 名は他院)、帰国は 2 名であった。全員が診療費を自費で支払っていた。

エイズ患者 15 名についてみると、初診時の CD4 値は平均 34/ μ l (中央値 23/ μ l) であり、すべての例で日和見感染症を合併し入院していた。日和見感染症の内訳は、結核が 8 名で、そのうち肺外結核は 6 名 (2 名に腹部のリンパ節腫大をみとめ、結核性リンパ節炎が疑われた) であった。次にカリニ肺炎が 3 名で、感染性下痢疾患 (イソスポーラ)、カンジダとヘルペス、トキソプラズマ疑と尿路感染症、カンジダと非定型抗酸菌症疑がそれぞれ 1 名ずつであった。全員が健康保険を持っていなかったため、入院医療費の全額を自費で支払わなければならなかった。しかし、結核と診断された 5 例は「結核予防法」の適用が認められ、5 例は「行旅病法」(行旅病人及び行旅死亡人取扱法) の対象となり、それぞれ公費負担としていた。他の 5 例は末期の状態では本人が支払える状況でなく、しかも医療費は高額で、医療費の一部を患者の家族が支払っていたとしても全額は無理で、最終的には入院先の病院が負担していた。

表 2 国籍・居住地別分布

国 籍	居 住 地*					小 計
	東 京	埼 玉	神 奈 川	千 葉	静 岡	
タイ	5	0	4	0	1	10
サハラ以南アフリカ**	2	5	0	1	0	8
マレーシア	1	1	0	0	0	2
ビルマ (ミャンマー)	1	0	0	0	0	1
アメリカ合州国	0	0	1	0	0	1
ベネズエラ	1	0	0	0	0	1
合 計	10	6	5	1	1	23

*滞日期間: 2~12 年 平均 5.4 年

**ナイジェリア, ガーナ, タンザニア, ウガンダ, コートジボアール

表 3 発見動機と病院受診までの期間

発見動機	病院受診までの期間				小計
	2週間以内	1か月	3か月	24か月	
エイズ未発症 HIV 感染者					
性病・皮膚病経過観察中	4	0	0	0	4
本人の希望	2	0	0	0	2
不明	2	0	0	0	2
エイズ患者					
自覚症状	9	2	1	2	14
他疾患経過観察中	1	0	0	0	1
合計	18	2	1	2	23

表 4a エイズ未発症 HIV 感染者の臨床経過

n=8

国籍	タイ 3 名 サハラ以南アフリカ 2 名 ビルマ 1 名 ベネズエラ 1 名 アメリカ合州国 1 名
初診時 CD4 値	377~865/ μ l 平均 522/ μ l (中央値 457/ μ l)
日和見感染症 合併症	なし
治療	抗 HIV 薬 2 名 なし 6 名
医療費支払方法	保険なく自費
転帰	一定期間経過観察後不明 3 名 現在経過観察中 3 名 帰国 2 名

エイズ患者の転帰についてみると、帰国した患者は 11 名で、そのうち帰国後死亡は 5 名、帰国後治療中は 2 名、他の 4 名については帰国後の経過を追うことはできなかった。帰国していない又は帰国を確認できていない患者は 4 名で、そのうち一定期間経過観察後に不明となったのは 2 名、入院後死亡は 1 名、経過観察中は 1 名であった。経過観察中の 1 名は、エイズ発症 2 年後に日本人の配偶者を得て、国民健康保険を取得し、抗 HIV 薬の治療中である。

最近経験したエイズ重症患者で、母国の医療機関や NGO との協力により母国へ無事搬送した例を紹介する。32 歳のマレーシア人男性でエイズを発症し、結核性髄膜炎および肺門縦隔リンパ節結核と診断され、2001 年 3 月呼吸

表 4b エイズ患者の臨床経過

n=15

国籍	タイ 7 名 サハラ以南アフリカ 6 名 マレーシア 2 名
初診時 CD4 値	1~108/ μ l 平均 34/ μ l (中央値 23/ μ l)
日和見感染症 合併症	肺外結核 6 名* 肺結核 2 名 カリニ肺炎 3 名 感染性下痢疾患 1 名 カンジダ+ヘルペス 1 名 トキソプラズマ疑+尿路感染症 1 名 カンジダ+非定型抗酸菌症疑 1 名
治療	抗結核薬 6 名 抗 HIV 薬 3 名 抗生物質 4 名 抗真菌剤 1 名 抗原虫剤 1 名
医療費支払方法	行旅病法適用 5 名 結核予防法適用 5 名 保険なく自費 (病院の負担) 5 名
転帰	退院後—帰国—死亡 5 名 退院後—帰国—不明 4 名 退院後—帰国—治療中 2 名 退院後—治療中 1 名 入院死亡 1 名 退院後不明 2 名

*腹部結核性リンパ節炎疑 2 名を含む

器専門病院に入院した。入院当初から意識障害がつづき、日本で亡くなる可能性もあったため、家族の強い希望により急きょ帰国することになり、筆者に搬送の依頼がきた。状況はさし迫っていたが、前年に同様の患者を搬送した経験⁷⁾から、マレーシア航空・マレーシアの NGO・マレーシア大学病院とのつながりをもっていったのが幸いし、各組織と至急連絡をとりながら搬送準備をすすめた。3週間後にマレーシア大学病院まで筆者が患者に同行し、搬送はとどこおりに終えた。その後、結核の治療によって患者の意識は回復し、全身状態は良くなったため、患者は自宅での療養となった(2001年6月の時点)。

考 察

1. HIV 感染者の背景

外国人 HIV 感染者は男女ともに 1995 年以降年々増加を続け、日本の HIV 感染者全体に占める外国人の比率をみると、HIV 感染者では男性 14% と女性 34%、エイズ患者では男性 20% と女性 8% に達している⁸⁾。現在日本に住んでいる新来外国人が人口の 1% (124 万人) であること⁹⁾ を考えれば、非常に高い率である。外国人感染者が増加している背景には、発展途上国と先進国との経済格差・人口の増大・戦争や内戦による難民発生・農地の荒廃と環境の変化・貧困・失業などによって世界的規模の人の移動が引き起こされていることがあげられ¹⁾、それに伴い世界的に HIV が広がりつつあることが指摘されている^{3,10,11)}。

地域・国籍別でみると、東南アジア半島部とサハラ以南アフリカ出身者が 9 割を占めており、他の報告でも東南アジア (おもにタイとビルマ)・南米 (おもにブラジル)・サハラ以南アフリカ出身者が多い^{12,13)}。新来外国人の国籍別人数⁹⁾ からみても、東南アジアとサハラ以南アフリカ出身者で HIV 感染者の占める比率はきわめて高い。これは、他の先進国も同様の傾向を示しており^{3,4)}、世界的にみても HIV 感染者数は東南アジア・南アジア・サハラ以南アフリカに集中している¹⁴⁾ ことから、日本での外国人 HIV 感染者の国籍分布は、その反映と言えるだろう。

一般的に開発途上国出身者の外国人は、若年男性が多く、資格外労働者として建設現場や工場で働き、都市の中でも住居費の安い地区に集中して住んでいる傾向が強いが、国籍による違いも若干みられる^{9,15)}。居住地についていえば、サハラ以南アフリカ出身者は埼玉県在住が多く、タイ人女性は茨城や長野などの地方都市でサービス産業に従事していることが特徴的である¹⁶⁻¹⁸⁾。

今回の報告の対象者はすべて健康保険を持っていなかった。他の報告でも HIV 感染者の健康保険保有率は低く^{12,13)}、外国人健康診断の結果でも、タイ、ビルマ、サハラ

以南アフリカ出身者の健康保険の保有率は、それぞれ 5.6%、6.2%、1.8% ときわめて低い値を示していた¹⁵⁾。しかも、彼ら/彼女らはエイズの知識や医療情報に乏しく、言葉の障害もあり、医療機関を受診する機会はほとんどない。このように、社会的弱者である超過滞在外国人は HIV 感染の危険性にさらされていると言っている。それにもかかわらず、日本での医療はほとんど保障されていないのが現状で、こうした状況を放置することは感染の拡大につながり、感染症対策としては不適切である。今のところ外国人から日本人への感染の影響は証明されていないが、いずれそれは現われてくるだろうし、それがまた外国人に対する偏見や差別などの社会的な問題のひきがねにもなりかねない。

2. 病院受診の遅れ

エイズ発症後の症状出現から病院受診までの期間は短く、CD4 値もきわめて低く、重症の状態である緊急入院している例が大半を占めていた。このことは二つのことを示している。一つは病院受診の遅れであり、もう一つは後に述べるように結核やカリニ肺炎などの日和見感染症による急性悪化である。病院受診が遅れる理由に、高額医療費・言葉の問題・医療情報の不足・入国管理局による摘発の恐れがあげられる。また、一部の外国人女性はサービス産業に従事しているため、受診することが容易でない特殊な状況におかれていることも理由の一つである。

一方、医療従事者の間では、言葉の問題・未払い医療費・長時間診療のため、外国人診療に対する根強い抵抗感があり、外国人を受け入れる診療体制は不十分である^{6,12)}。しかし、外国人を支援している NGO を介して医療機関を訪れる例もみられ、それが HIV 感染者と医療機関との橋わたしとなり、そこから良好な関係を築きあげていくことは可能である。NGO との連携を強めていくことで、早期の受診をうながしていくことが重要となる。

3. エイズ未発症 HIV 感染者の受診中断

今回の報告と同様、経過観察後に行方不明となる例が多いことが指摘されている^{12,18,19)}。それは、健康保険がないため抗 HIV 多剤併用療法が高額になることや自覚症状がなく来院の動機に乏しいためである。日和見感染症の症状と危険性を説明し、その予防や早期発見のため定期的に来院を勧め、胸部 X 線写真・痰・CD4 値の検査をしながら、日和見感染症の早期発見に努めるしかない。精神的な不安に陥ることもあるため、同胞や NGO の通訳者による母国語の心理的なサポートも行いながら、来院の必要性を説得するのも方法である。また、連絡先を残すよう患者の理解をもとめ、来院しなければ電話連絡するなど、医療従事者が積極的に働きかけることを試みてもよいだろう。

4. 通訳について

サハラ以南アフリカ出身者と医療関係者との会話は英語で行われ、ある程度の意思の疎通は可能であったが、東南アジア半島部出身者（タイ・マレーシア・ビルマ）および南米出身者では母国語の通訳を必要とした。一部の例では NGO から派遣された通訳者によって病状の説明はなされたが、なかには家族・友人・同胞に通訳を依頼していた例もあり、そこではいくつかの問題が生じていた。患者の秘密が守られていないこと、医学的な知識に乏しいため正確な情報が伝わらず、患者が理解できていなかったことである。また、通訳者は通訳以上の役割を要求されることもあり²⁰⁾、しかも、医療機関までの交通費は自費で無料奉仕として通訳していた。そうした負担は通訳者にとって大きい。そうした問題を解決する方向で、一定の訓練をうけた医療専門の通訳者を確保するために、通訳制度を整えていく動きもみられている²¹⁾。

5. エイズ患者の日和見感染症

日本でのエイズ患者の日和見感染症は、カリニ肺炎・サイトメガロウイルス感染症・活動性結核の順に多い²²⁾。ただし、これは日本人と外国人を一緒に扱っているため、外国人に限っての日和見感染症の内容と頻度は明らかでない。今回の検討では結核とカリニ肺炎がほとんどであった。他の先進国の報告でも外国人エイズ患者の日和見感染症は同様の傾向がみられ、アジア出身者では結核が、サハラ以南アフリカ出身者では結核とクリプトコッカスが、中南米出身者では結核・トキソプラズマ・クリプトコッカスがより高い頻度であらわれており、出身国別に若干異なっている^{4,5)}。もともと東南アジア・サハラ以南アフリカ・中南米では結核とカリニ肺炎が日和見感染症の上位にあげられ、東南アジアではクリプトコッカスが、中南米ではトキソプラズマが比較的多くみられているのが特徴である^{14,23-25)}。受け入れ国や送り出し国の検査・診断能力や自然・住居環境に左右される面もあるため、すべてでないにしても外国人の日和見感染症は母国の感染状況にある程度反映しているとみてよいだろう。このように地域・国籍別出身によって日和見感染症の内容と頻度は異なり、その点をふまえながら診断にあたらなければならない。また、日和見感染症に対する予防投与の効果は確実ではなく、とくに外国人の場合は費用の点からいっても実施されていない。むしろ食事や環境因子によって日和見感染症が現われてくることもあるため、費用のかからない日常的な予防対策を心がけたほうがよいだろう。

そうした日和見感染症のなかで結核は特に注意を要する。症状が数週間のうちに現われ、急速に悪化し緊急入院となる例が多いからである。しかも、HIV 陰性の結核と比較すると、全身性の肺外結核が多く、胸膜炎や播種性など

多彩な画像所見がみられ、特に縦隔や腹部のリンパ節腫大は著しい²⁵⁻²⁸⁾。これまでの結核の臨床概念と明らかに異なり、慢性呼吸器感染症から急性全身性感染症へと認識をあらためなければならない。筆者の調査では、外国人結核症例のうち肺外結核は 35% を占めており⁶⁾、外国人結核検診でも結核陰影（陳旧性を含む）は対象者の 9.6% にもものぼり、縦隔・肺門リンパ節の石灰化陰影も少なからずみられていた²⁹⁾。これは、肺外結核の再発が HIV 感染によって容易に起こりうることを示している。抗結核薬の反応はきわめて良く、この点からも急性感染症と似た臨床経過をたどるが、他の日和見感染症によって死亡することが多く、予後はきわめて悪い^{26,27)}。結核を発症しはじめてエイズと診断された例がほとんどであるため、外来や健康診断において胸部 X 線写真と頸部リンパ節触診を積極的に行い、結核の早期発見に努め、陳旧性の結核陰影を持つ受診者には結核再発の危険性を十分説明することが重要である。

6. 医療費

抗 HIV 多剤併用療法によって予後はよくなりつつあるが、超過滞在外国人にこの治療を行うことはきわめて困難である。健康保険がないため医療費は月に 15 万円以上となり、それを長期間支払わなければならないからである。かりに服薬できたとしても、治療を中断する可能性が高く、その結果、病状悪化と薬剤耐性の問題もでてくる。

日和見感染症を合併した場合の入院費についてみると、1 件あたり平均 160 万円から 280 万円もかかり^{13,30)}、全額を支払うことはとうていできない。保険を持たない外国人の入院に病院側が消極的なのも、そこにある。しかし、在留資格を問わない法律や制度を積極的に利用していくことで、外国人患者を救済していくことは可能である。結核の場合は「結核予防法」を適用し、他の疾患の場合は「行旅病法」や自治体の「救急医療未払い医療費補填事業」を活用することで未払い医療費を防ぐことはできる。ところが、地方の自治体や病院ではこのような法律や制度の存在が伝わっておらず、ほとんど利用されていない^{12,13)}。病院側の診療・入院拒否を出さないためにも、こうした法律・制度の利用を地方にも積極的に押し進めていく必要がある。

この方法はしかし、すべての例に適用できるとは限らず、根本的な解決策とならない。日和見感染症を発症した症例では、定期的な外来通院後の入院患者よりも直接入院患者のほうが CD4 値は有意に低く、入院期間はより長く、入院費はより高い、と石原らは報告している³⁰⁾。また沢田の報告によれば、健康保険を持っていない患者の未払い費用は、持っている患者に比べ 5 倍にものぼっていた¹³⁾。これら報告された事実から考えると、健康保険を持っていれば、病院側の受け入れと定期的な患者の通院が容易とな

り、日和見感染症を早期に発見することは可能となり、重症患者を増やさず、高額な入院費を抑え、患者の未払いも防ぐことにつながるのではないだろうか。今後もエイズ重症患者が増えることは予想され、病院側も入院費用の未払いを恐れるあまり、直接的あるいは間接的に入院拒否することもありうる。そうした事態を招かないためにも、在留資格を問わずに外国人に健康保険の資格を与え、受診しやすい医療環境を整えていかなければならない。

7. 転帰と帰国

今回の症例と同様にこれまでも帰国や死亡が多い^{12,18,19)}。重症患者だけでなくエイズ未発症 HIV 感染者も帰国を選択することもあり、帰国も対応のひとつとして考えていかなければならない。ただし、そのためには

- ① 母国の医療事情の把握と病院の情報を得ること
- ② 母国の病院・政府機関・NGO との連携をはかることは必須である。

一般的にいて発展途上国での医療保障は限られており、医療施設も整備されていない。ただし、その医療事情と協力関係は国によって大きく異なる。経済的・政治的に比較的安定している中進国のタイ・マレーシア・韓国・台湾などでは、社会福祉はある程度整っており、公立病院での医療費負担は少なく、医療内容も充実しつつある。筆者の経験からいっても、それらの国々の政府機関・医療機関・NGO と協力関係をつくっていくことは十分可能であり、患者の帰国後の対応も安心してまかせられる⁷⁾。帰国する場合に備えるため、当所は国内外の組織との情報交換や協力関係を積極的に進めている（図1）。

しかし、同じアジアでも経済的・政治的に不安定な国があり、たとえばビルマ（ミャンマー）がそれである。ビルマ大使館はビルマの税金と称して月1万円を在日ビルマ人に課しているが、これは不当な二重課税であるため、多く

の在日ビルマ人は支払いを拒否している。しかし、それを支払わなければ、大使館はパスポートを発給せず、税金を拒んでいる在日ビルマ人患者は望んでいても帰国できない。しかも、ビルマ本国での医療制度はほとんど整っておらず、医療の質は低く、患者の帰国後の対応はほとんど期待できない。そして、軍事政権が支配する政府機関や病院と協力していくことは、きわめて難しい。

サハラ以南アフリカ諸国については、医療情報を得ること自体が大変である。重症患者の対応となると、これまでの重症例を帰国させた経験からいっても、いっそう困難を伴う。ただし、インターネットによる情報収集を行ってみる価値はあるかもしれない。

8. 予防と早期発見

こうした継続治療が難しい状況では、いまのところ予防がもっとも有効な手段である。社会的な偏見をなくすためにも、正しい知識の普及や予防キャンペーンが望まれるが、日本では関心の低さから積極的に進められていない。しかし、在日外国人の特徴をつかみ、それに応じた予防対策と早期発見は可能ではないかと考える。

在日外国人といっても、外国人全体がひとつの集団としてまとまっているものではない^{9,15)}。国籍別に団体を作っていることもあり、フィリピン人はカトリック教会を中心に団体を、ビルマ人はビルマの民主化を求める団体を組織化している。国籍別による「すみわけ」もみられ、サハラ以南アフリカ人は埼玉在住が多く、タイ人女性は地方都市でサービス産業に従事しているのも特徴としてあげられる。また、彼ら/彼女らは社会の少数派であるがゆえに口コミや母国語で書かれた小冊子による情報網を広げている。そうした国籍別の集団の特徴や情報網を把握した上で、そこに的をしばり、正しい知識の普及や予防キャンペーンを展開していくことは、効果的かつ少ない労力ですむ。たとえば南米出身者を対象に NGO のクリアーボスが実施している活動（通訳・心理的サポート・独自の予防キャンペーンや電話相談など）は参考になる^{31,32)}。医療機関と患者との橋わたしに柔軟性のある NGO と積極的に連携していくことは、外国人および日本人の新規 HIV 感染者の増加をくいとめる意味からも重要である。なぜなら、タイやブラジルにおいて新規の HIV 感染者の増加率を抑えられたことができたのは、NGO の果たした役割が大きかったからである。

HIV 抗体検査は本人から同意を得る難しさがああり、検査前後のカounselingにも十分配慮して行わなければならない。早期発見は困難である。陽性の場合も考慮し、経過を追うことが可能な診療体制が整備され、治療につなげられる方向にもっていくことができていなければ、安易に抗体検査を行うべきでない。その点日本の医療体制ではまだ不

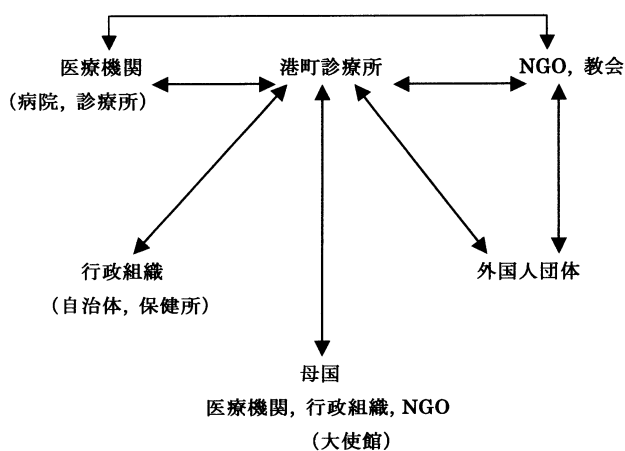


図1 港町診療所と他の組織との関係

十分であり、そのような状況は、HIV感染者の受診の機会をさまたげ、感染を広げることにつながり、最終的には日本の社会に影響を及ぼすことになるだろう。また、入国管理局の「不法滞在者」の取り締まり強化によって感染の潜在化を作りだしている点¹⁶⁾も問題である。他への感染を防ぐという観点から、国籍を問わずすべての外国人に医療を受ける権利を与えること、繰り返しになるが、健康保険の資格を与えることが、医療機関への受診を容易にし、今後の感染を制御するために有効ではないかと考える。

おわりに

移住者と HIV は 21 世紀の大きな課題である。先進国・開発途上国を問わず、多くの国では社会的影響の大きさに危機感を抱き、積極的な対策をたてているが、問題があまりにも深すぎて、その対応に苦慮している。日本ではどちらも数が少なく、まだ大きな社会問題となっていないため、対策はほとんどなされていない。しかし、事態は知らない間に進行しつつある。

「エイズ先進国」のタイやブラジルでは国をあげてエイズ対策に取り組んでいる。日本に住んでいるタイ人やブラジル人の間で HIV 感染者が増えているのであれば、その国の対策方法を学びつつ、問題が深刻化しないうちに、限られた条件のなかで、日本独自の解決をさぐっていくしかないだろう。国境を越えて広がる HIV に対し国際的な協力関係なしで対応することは、もはや不可能である。

謝辞：下記の医療機関・政府機関・NGO の協力にあらためて深謝いたします。

横浜市民病院，都立駒込病院，都立大久保病院，都立豊島病院，国立国際医療センター，複十字病院，日本医科大学付属病院，クリアチーボス (CRIATIVOS)，タイ大使館，タイ政府・社会福祉省，Bamrasnaradura National Infectious Disease Hospital，Malaysian-Chinese Association，Malaysia University Hospital。

本研究は厚生科学研究平成 12 年度「在日外国人 HIV 医療についての研究」班の助成を得ました。

文 献

- 1) 桑原靖夫：国境を越える労働者。東京，岩波書店，p 13-p 28，p 51-p 58，1999 (第 11 刷)。
- 2) 島尾忠男：世界の結核。結核，74：83-90，1999。
- 3) Carballo M, Divino JJ, Zeric D：Migration and health in the European Union. Tropical Medicine and International Health 3：936-944，1998。

- 4) Dore GJ, Li Y, Macdonald A, Kaldor JM：Spectrum of AIDS-defining illness in Australia, 1992 to 1998：Influence of country/region of birth. J Acquir Immune Defic Syndr 26：283-290，2001。
- 5) Serrano MT, Smith NH, Shandera WX：Epidemiology of human immunodeficiency virus infection in central Americans treated in Harris county, Texas Hospital District Facilities. Am J Trop Med Hyg 57：678-682，1997。
- 6) 山村淳平，沢田貴志：超過滞在外国人の結核症例検討。結核 75：79-88，2000。
- 7) 山村淳平：超過滞在外国人重症患者の搬送。医療と福祉 33：70-77，2000。
- 8) 厚生省エイズサーベイランス委員会：1997 年 HIV/AIDS サーベイランス報告。Japanese Journal of Infectious Disease 52：55-87，1999。
- 9) 駒井洋：日本の外国人移民。東京，明石書店，p 32-p 46，1999。
- 10) Decosas J, Kane F, Anarfi JK, Sodji KDR, Wagner HU：Migration and AIDS. Lancet 346：826-828，1995。
- 11) Guest P：Population mobility in Asia and the implications for HIV/AIDS, Population mobility in Asia：Implications for HIV/AIDS Action Programmes, Bangkok, UNDP, p 76-p 86，2000。
- 12) 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。日本エイズ学会誌 3：72-81，2001。
- 13) Sawada T, Negishi M, Edaki M：Delayed access to health care among undocumented migrant workers in Japan, Population mobility in Asia：Implications for HIV/AIDS action programmes, Bangkok, UNDP, p 33-p 39，2000。
- 14) Kaplan JE, Hu DJ, Holmes KK, Jaffe HW, Masur H, Cock KMD：Preventing opportunistic infections in human immunodeficiency virus-infected persons. Am J Trop Med Hyg 55：1-11，1996。
- 15) 山村淳平：外国人労働者の健康診断の分析—超過滞在外国人を中心に—。日本公衆衛生雑誌，投稿中。
- 16) 木原雅子，木原正博，清水原之，曾田研二：茨城県の一医療機関における来日外国人の HIV 及び STD 感染の動向について。日本公衆衛生誌 42：579-585，1995。
- 17) 内野英幸，木原正博：風俗営業に従事する来日外国人女性の HIV, STD 感染の動向と分析。日本公衆衛生雑誌 42：808-814，1995。
- 18) 神戸敏行，中村朗，本橋宏一：当院におけるタイ人 HIV 陽性の動向。日本エイズ学会誌 2：465，2000。

- 19) 今村顕史, 笠井大介, 味澤篤, 根岸昌功, 増田剛太 : 当院における HIV 陽性外国人についての検討. 日本エイズ学会誌 2 : 337, 2000.
- 20) 榎本てる子, 宇野賀津子, 鬼塚哲郎, 沢田貴志, 岩木エリーザ, 栄ロルイザ, 菊地恵美子, 内海真, 吉崎和幸 : 外国人 HIV 感染者支援体制確立における通訳の果たす役割の重要性. 日本エイズ学会誌 2 : 464, 2000.
- 21) 神奈川県社会福祉協議会かながわボランティアセンター : 医療通訳ボランティアガイドライン. 神奈川県, 2000.
- 22) 青木真, 木村哲 : 全国拠点病院における日和見感染症に関するアンケート調査(最終報告)平成 11 年度厚生科学研究費補助金エイズ対策研究事業. HIV 感染症に関する臨床研究. 平成 11 年度研究報告書 : 71-75, 2000.
- 23) Tansuphasawadikul S, Amornkul PN, Tanchanpong C, Limpakarnjanarat K, Kaewkungwal J, Likanonsakul S, Eampokalap B, Naiwantanakul T, Kitayaporn D, Young NL, Hu DJ, Mastro TD : Clinical presentation of hospitalized adult patients with HIV infection and AIDS in Bangkok, Thailand. *J Acquir Immune Defic Syndr* 21 : 326-332, 1999.
- 24) Chariyalertsak S, Sirisanthana T, Saengwonloey O, Nelson KE : Clinical presentation and risk behaviors of patients with acquired immunodeficiency syndrome in Thailand, 1994-1998. *Clin Infect Dis* 32 : 955-962, 2001.
- 25) Tshibwabwa-Tumba E, Mwinga A, Pobee JOM, Zumla A : Radiological features of pulmonary tuberculosis in 963 HIV-infected adults at three Central African Hospitals. *Clin Radiol* 52 : 837-841, 1997.
- 26) 森亨, 岸不盡彌, 斉藤武文, 他 : 日本における HIV 感染抗酸菌症の実態 平成 11 年度厚生科学研究費補助金エイズ対策研究事業. HIV 感染症に関する臨床研究. 平成 11 年度研究報告書 : 76-84, 2000.
- 27) 永井英昭, 木村哲 : HIV 感染症に合併した結核症の臨床的検討 平成 9 年度厚生科学研究費補助金エイズ対策研究推進事業. HIV 感染症に関する臨床研究. 平成 9 年度研究報告書 : 73-79, 1998.
- 28) 川名明彦, 豊田恵美子, 小林信之, 工藤宏一郎, 源河いくみ, 青木真, 楠本一生, 岡慎一 : AIDS 患者にみられた肺抗酸菌感染症 8 例の臨床的検討. *感染症学雑誌* 72 : 238-244, 1998.
- 29) 山村淳平 : 超過滞在者を含む外国人の結核検診. *結核* 76 : 19-27, 2001.
- 30) 石原美和, 高野操, 源河いくみ, 池田和子, 古澤美和, 野々山未希子, 安岡彰, 青木真, 岡慎一 : HIV 感染外国人の入院医療に関する問題について. *感染症学雑誌* 73 : 845, 1999.
- 31) 岩木エリーザ, 木原正博, 木原雅子, 市川誠一, 大屋日登美 : 滞日ラテン系外国人におけるエイズ関連の知識・情報及び態度・行動に関する予防介入研究. 平成 10 年度厚生科学研究費補助金エイズ対策研究事業. HIV 感染症の疫学研究 : 243-250, 1999.
- 32) 栄ロルイサ, 沢田貴志, 岩木エリーザ, 津島真利絵 : 在日ラテンアメリカ系 PWHA への総合支援 : NGO の役割. 日本エイズ学会誌 2 : 336, 2000.

The Actual Conditions and Medical Problems of HIV Patients Who Are Foreigners Having Overstayed Their Visas in Japan

Jumpei YAMAMURA and Takashi SAWADA
Minatomachi Medical Center

Objective : Foreign HIV patients have no guarantee of medical care in the present situation in Japan. We summarize their actual conditions, medical problems and resolutions.

Methods : An analysis was done of twenty-three cases of foreign HIV patients at Minatomachi Medical Center during the past 10 years who had overstayed their visas. We made a follow-up survey on the basis of medical records of outpatients and inpatients those who included repatriates.

Result : By country of origin, 87% of the total cases were from South-East Asia and Sub-Saharan Africa. Their English language skills were poor and most medical facilities they visited did not have interpreters. As none of them had medical insurance because of their illegal status, their access to medical care was restricted due to medical costs and lack of medical information. The default rate among HIV-infected patients without developing AIDS was high. Most of the AIDS patients were in critical condition by their first visits to medical facilities and were suffering from opportunistic infections, which included mainly Tuberculosis and Pneumocystis carinii pneumonia. They were not able to pay the high cost of hospitalization, but some of them were able to take advantage of subsidized medical payment systems and the provisions of the Tuberculosis Prevention Law. Most of the AIDS patients died in Japan or in their home countries just after repatriation.

Conclusion : The following measures are needed to control and prevent the epidemic of HIV from spreading throughout our society, which includes foreigners who have overstayed their visas.

1. To establish a system of trained medical interpreters.
2. To prevent and treat opportunistic infections in accordance with the country of origin.
3. To establish an international network with GOs, NGOs and medical facilities to facilitate the repatriation of patients and to exchange information on preventive and curative care in the sending and host countries.
4. To provide education on prevention and to enable earlier diagnosis and treatment of both of HIV and other critical diseases, in coordination with NGOs and some foreign groups.
5. To give all foreigners the right to have medical insurance to enable easy access to medical facilities and to avoid defaulting and unpaid medical costs.

Key words : HIV infection, foreigner having overstayed their visa, medical insurance, NGO, international cooperation