

## 第20回日本エイズ学会シンポジウム記録

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～」

“Access for All” Is the World Trend.

## What Should Be Done for Migrant in Japan

沢田 貴志<sup>1)</sup>, 稲葉 雅紀<sup>2)</sup>, 岩木 エリーザ<sup>3)</sup>, 内野 ナンティヤ<sup>4)</sup>, 李 祥任<sup>5)</sup>Takashi SAWADA<sup>1)</sup>, Masaki INABA<sup>2)</sup>, Elisa IWAKI<sup>3)</sup>, Nantiya UCHINO<sup>4)</sup>, Songnim LEE<sup>5)</sup><sup>1)</sup> 港町診療所, <sup>2)</sup> アフリカ日本協議会, <sup>3)</sup> CRIATIVOS, <sup>4)</sup> TAWAN, <sup>5)</sup> シェア<sup>1)</sup> Minatomachi Medical Center, <sup>2)</sup> Africa Japan Forum, <sup>3)</sup> CRIATIVOS, <sup>4)</sup> TAWAN, <sup>5)</sup> SHARE

## はじめに

日本で AIDS を発病する人の 4 人に 1 人は外国人である。しかし、日本では外国人 HIV 陽性者を支援するための情報や社会資源が不足していることから支援は大きくたち遅れてきた。外国人の診療は困難だからと消極的な医療機関も少なくないのが現実であり、30 万人の人口を擁する日系ラテンアメリカ人であっても診療を受ける上で困難が多いとの声をしばしば耳にする。また、滞在資格のない外国人であれば、ケアを受けることが更に困難であり、多くは重篤な日和見感染症を発症するまで HIV 診療にアクセスすることがなく、死亡率も極めて高い。こうしたなかで在日外国籍住民の間では HIV に対するスティグマが強く、予防情報の普及や早期の検査や受診が困難となっている。

しかし 2002 年以降の世界の AIDS 対策の流れは、有効な AIDS 対策にはケアの充実も必要との考えから ARV (抗レトロウイルス剤) を含めた積極的な治療の提供拡大に力を割いている。1996 年に ARV の普遍的アクセスを開始したブラジルのみならず、タイでも 2003 年から Generic 薬を使用した無料での ARV 治療が全ての公立病院で開始されている。また、これまで一般住民には ARV のアクセスは不可能とされていたサハラ以南のアフリカ諸国でも少しずつ ARV へのアクセスが改善して来ている。

こうした中で日本国内にいる外国人に対する日本の保健医療関係者の果たすべき責任も大きく変わろうとしている。AIDS は治癒できない病気だからと治療の展望を明示しないで帰国を促すという対応が今後も許されるのだろうか。現地の情報と日本での取組みの状況を聞いた上でフロアの参加者とともに、問題の改善のためになにができるのか意

見交換を行った。

## ブラジルエイズ対策の革命的な成功

アラウージョ リマ フーリョ氏 (ブラジル国家生命倫理委員会諮問委員)

ブラジルのエイズプログラムは、多くの人が検査や治療を早期に受け、感染拡大を食い止めることができた最も成功したプログラムとして世界に名高い。この成功のプロセスを語るには 1988 年のブラジル憲法の話しにさかのぼる必要がある。当時のブラジルは、軍事政権のもとで、貧富の格差が大きくなり、人々が享受できる医療サービスの格差が大きくなっていった。この軍事政権が倒れ民政に移管される流れの中で現在の憲法が制定されることになり、「健康は全ての人の権利であり国家の義務である」と明記されることになったのである。

ブラジルでは、16 種類の全ての ARV へのアクセスを全ての必要な人に保障しているが、この「普遍的アクセス (Universal Access)」が実現したのは 1996 年である。それまで国民健康保険から ARV は除外されていたが、HIV 陽性者の女性がサンパウロの地方裁判所に「国民皆保険制度がありながら ARV だけ除外されているのは憲法違反だ」という裁判をおこし勝訴したことがきっかけである。当初、こうした治療の無料化はブラジルの保健財政上継続不可能であるとしてブラジル財務省はこれをやめさせようと強く反発をした。何度も財務省の圧力がかかり、その度に市民の側が制度の存続のために声をあげた。しかし、最後は市民の側の主張が通ったのである。ブラジルのエイズ政策は単に薬を無料化しただけではなく、受け易い検査体制を各地に整え、医師・カウンセラー・ソーシャルワーカーの 3 人のチームによる包括的診療体制を整えることで治療のアドヒアランスを高く保つことを支えるなど多くの工夫がされていた。この結果、多くの人が早期に治療を受け日

著者連絡先：沢田貴志 (〒221-0056 横浜市神奈川区金港町 7-6 港町診療所)

2007 年 5 月 10 日受付

和見感染による入院が回避された。その数は7年間で79万人にのぼると言われている。これは莫大な金額の医療費の節約につながり、やがてARVの購入費用を上回るようになった。こうして数年が経つ中でブラジルの普遍的アクセス政策はかえってエイズ医療にかかる財政を好転させることになった。適切な医療が行き渡ったことでAIDSへの不安やスティグマが減少し、検査を受ける人が飛躍的に増し予防の面でも成果を収めることになった。

特筆すべきことは、この普遍的アクセスは、何もブラジル国籍を持つ人々にのみ与えられているわけではないことである。この制度はブラジルに住んでいる全ての人が対象であり、滞在資格のない人、いわゆる不法滞在者でも対象になる。なぜならブラジル憲法では健康は全ての人の権利だと書かれており、国民の権利とは書かれていないからである。

こうした制度がブラジルで実現したのに、ブラジルより豊かな日本でどうして実現できないのだろうか。ブラジルでビザを超過して滞在する日本人は医療のサービスが受けられるのに、その逆は受けられないのである。人権というものを考えれば、医療を提供するという事は滞在資格の有無にかかわらず必要なものであり、ブラジルでは国籍や滞在資格に関わらず治療は提供される。これらはブラジルの人権を尊重すべきだという市民社会の運動の成果である。もし、これができない国があるならそれはアドボカシーが不足しているためではないか。私達はウイルスと戦っているものであり、人を国や資格で区別するのはおかしいことである。

### 在日ラテンアメリカ人の置かれている状況と取り組み

岩木エリーザ（特活 CRIATIVOS—HIV・STD 関連支援センター）

日本には現在ブラジル人（30.2万人）やペルー人（5.8万人）など多数のラテンアメリカ人が住んでいる。その多くは既に日本に定住をし、自動車産業などの工場で働き日本の経済を支えている。しかし、こうしたラテンアメリカ人は様々な意味でHIVに対して脆弱な立場に置かれており、支援が必要である。多くの場合、人材派遣会社に雇用されているため、しばしば勤務地を移動させられることになる。今月は名古屋の工場で働いていたかと思うと翌月は金沢に勤務するといったこともしばしばである。このため、コミュニティをつくるのが難しく、情報が入り難い孤独な生活となりがちである。また、深夜勤など過酷な労働条件下で自尊心が下がってしまったり、健康への関心が低下し易い。このように、母国にいる時よりもvulnerable（脆弱）な状態に置かれている日系ラテンアメリカ人に対して、CRIATIVOSは母語であるスペイン語・ポルトガル語

で、予防啓発・電話相談・検査前後のカウンセリング・PLWHAの支援活動を行っている。支援の内容は、病院で医療が円滑に受けられるように通訳を行ったり、社会制度が活用できるように行政との橋渡しをしたりしている。ラテンアメリカ人の場合は英語が堪能ではないが多くは多くの医療機関や社会サービスは英語しか対応出来ておらず、それぞれの場に於いて言葉の支援が必要が多い。また、異文化の中で不安定な立場で治療を受けることから心理的なサポートを必要とすることも多く、医学や心理学を母国で学んだスタッフが日本の専門職と連携しながら対応している。帰国が必要な場合は母国のNGOと連携して帰国後の医療の確保や帰国便の手配まで行うことがある。この場合は、ブラジルについては帰国後の支援体制が確立しているが、ボリビア・ペルーといった国から来た人々については母国のHIV診療が整っておらず容易ではない。苦労しながら地元のNGOやブラジルのNGOなどと連携し取り組んでいる。

### 全ての人に治療を約束したタイのエイズ政策

李 祥任（シェア＝国際保健協力市民の会）

タイでは約6,000万人の人口のうち、これまで100万人以上がHIVに感染したと推計されているが、このうち過半数がすでに亡くなったとされている。しかし、2004年以降はAIDSで亡くなる人の数が急速に減少している。タイでは1990年代より少しずつ日和見感染症を中心とした医療サービスの向上に努めていたが、2003年の秋からついに全国でHAARTを無料で提供するプログラムの開始に踏み切った。当初はグローバルファンドの支援を得ていたが現在では国家予算で実施している。また、2001年より、公的な医療機関での医療が原則として一回30パーツ（約80円）で受けられる制度を作り、貧しい人々の医療そのものへのアクセスが大きく改善した。更に2006年11月にはこれが無料で提供されるようになった。ただしこれは住所登録地の医療機関に限られており、登録地以外の医療機関を受診する場合は公立病院であっても有料となる。こうした公的なサービスの充実のほかに、各県・各郡レベルに至るまでHIV陽性者の自助グループが結成され、ピアカウンセリングや学習会・家庭訪問など多様な活動を通じてHIV陽性者の医療と生活の向上のために当事者自身が積極的な参加を活発に行っている。

シェアは、タイ・カンボジア・南アフリカなどでエイズに関する活動を行っている国際協力NPOである。海外で健康を守る地域社会での取り組みを行う一方で、国内でも在日外国人の健康相談を行ってきた。その一環として、これまでタイ語のエイズ電話相談や在日タイ人HIV陽性者の支援を行ってきた。2004年からは帰国を余儀なくされた

AIDS 発病者に対して医療機関の紹介に力を入れており、2004年～2005年の2年間で電話相談や医療機関・大使館などの紹介により29人のHIV陽性者に母国の医療事情の提供を行った。提供できる内容は相談者の住所地で公費負担で治療ができる医療機関の名称と窓口になる担当看護師名・連絡先、病院内あるいは当該地域で活動しているHIV陽性者自助組織についての情報である。29人のうち帰国前に綿密に面談を行うことができた12人とは帰国後に連絡をとり、このうち11人がARV治療にアクセスできたことが確認されている。こうした母国の医療情報の提供以外に、HIV/AIDS在日外国人支援ネットワークと連携して医療通訳の派遣・病院への医療情報の提供を行っている。こうした活動を通じて、エイズに関わる在日タイ人のボランティア組織TAWANが形成され協力して啓発活動も行っている。

### AIDS 対策に貢献する在日タイ人のネットワーク

内野 ナンティア (TAWAN)

タイ国内ではAIDSで命を落とす人の数も減少し、HIV新規感染も大きく減っている。しかし、日本にいるタイ人は医療を受けられずに重くなる人が多く、命を落とす人も少なくない。また予防のための情報や検査の情報も行き渡っていない。他の病気でも重くなるまでがまんしてしまう人も多い。そこで、タイ人のNGOスタッフやボランティアが集まり、在日タイ人の健康を向上させるためのボランティア団体としてTAWANを結成し活動を開始した。特にHIVについての情報の提供に力を入れており、病院や市役所、大使館、NGOなどと連携し、タイ人AIDS患者が問題を解決できるように支援している。

活動としては、相談を受けたタイ人HIV陽性者に対してトレーニングを受けた医療通訳の派遣を行うなどの支援活動や、タイ大使館が行っている移動相談の機会やタイのお寺の行事などを利用して、健康情報のコーナーを設置してパンフレットの配布を行う啓発活動などを行っている。支援する際は、その人がとることができる一番よい方法を選べるように支援している。在留資格のない人であっても、日本人の実質的な配偶者である場合には、在留資格の取得をして日本で治療が受けられるように支援することもある。一方で、現実的に帰国しなければやっていけない場合、シェアから現地の医療の情報を取得し、帰国して医療が安心して受けられるように支援を行う。

AIDSについて在日タイ人社会の間では、情報の不足から恐怖心と偏見が強く残っている。今後、各地のタイ人とネットワークを作り発展させ、予防や治療についての的確な情報を広げていくことに取り組みたい。

### 在日アフリカ人の生活と母国の事情

稲場雅紀 (アフリカ日本協議会)

在日アフリカ人の人口は、外国人登録をしていない人々も含めれば現在2～3万人と推測される。在日外国人人口に占めるサハラ以南のアフリカ出身者の割合は1%程度と少ないが、日本で把握される外国人HIV/AIDSケースの10%を占めており、支援の対象として重要である。在日アフリカ人を出身国別に分類するとナイジェリア、ガーナ、ウガンダといった順に多く、90%が男性という際立った特徴がある。日本人と婚姻し定住している人も少なくなく、貿易や飲食関係のビジネスの経営者として成功している人もいる。一方で工場などで働く在留資格のない人も少なくなく、さまざまな社会背景を持った人々が滞在している。同じ国籍であっても出身地域や立場によって全く交流がないことも多く、支援を得られず孤立してしまう人もいる。多くの人にとっては、職の安定やビザの問題、同国人同士や日本人との人間関係のことが主要な関心事であり、HIVの流行を認識していても決して主要な関心事とはなっていない。また、アフリカの治療環境が整っていなかったために、治療が得られず命を落とす人の話しを知っていることが多い。このためHIVに対するスティグマが非常に強いということも特徴であり、打ち明けられる仲間が得にくい。日本社会の中で定住し生活をする人が増え母国と人的交流が増える中で、日本のエイズ対策を考える上で在日アフリカ人に対して支援をすることは極めて重要である。

アフリカ日本協議会は、アフリカの開発問題に対する調査・アドボカシーなどを行ってきた団体であり、在日アフリカ人のHIVについての支援を始めたのは3年前とまだ日が浅いが、在日アフリカ人の母国のHIV医療事情について調査し、帰国するアフリカ人やその医療を担当した人々に情報提供を行ってきた。これまで、2004年にウガンダ・タンザニア・ケニアといった東アフリカ3国、2005年には西アフリカのナイジェリア・ガーナ、そして2006年には南アフリカ共和国などの南部アフリカについての調査を行っており、それぞれその時点での最新のARVへのアクセス状況についても調査している。

日本では、この数年タイやブラジルの情報が充実して来ているが、アフリカの情報は極めてまれであり、こうした調査結果を病院のソーシャルワーカーや支援にあたる人々に配布することで、アフリカ出身者の相談に応えられることをめざしている。また、アフリカ出身者の立場に立った啓発パンフレットを英語とフランス語で作成し配布を行っている。この中には日本での検査や医療の情報とともに帰国しなければならない人々へ帰国後の情報を伝えるようにしている。

アフリカでは、タイやブラジルに比べて状況は悪いが全く治療ができないというわけではない。この数年、UNAIDS や WHO が ARV への普遍的アクセスを目標としてからはアフリカでも HAART を行う環境は徐々に拡大しており、2003 年には 10 万人しか ARV にアクセスができていなかったのに対して、2006 年 6 月に 100 万人がアクセスをしている。しかし、ウガンダ・ボツワナのように必要な人の 50% に提供できているとされる国がある一方で、全くアクセスができない国や地域の人もいる。また治療薬の種類は基本的にはネビラピンを使用した generic が中心であり制限がある場合がほとんどである。治療薬の供給は国家のエイズ対策として明確化されている場合だけでなく、先進国との二国間援助や、NGO の支援で提供されている場合などがあるが、公的な医療でどのように治療が位置付けられているかが重要である。その他、地域間によって格差が歴然とあったり、腐敗した行政機構が障害となって治療に手が届かない場合など課題が多い。しかし、実際にアフリカ日本協議会が支援したひとりで治療にアクセスできた人が続いており、困難の中にも希望が見出される状況である。全ての人に治療アクセスができるといった状況とはほど遠いが、相談者の状況を聞きながらケースバイケースで対応をしていく必要がある。

### 質疑及び全体討論

日本にいる在日外国人の早期の検査や治療へのアクセスを実現するための方策などについて活発な議論がされた。検査や医療へのアクセスが遅れる理由は、母国で AIDS が致死的な疾患である現実から来る強いスティグマが一つの原因として指摘される。タイのように母国の医療事情が改善されてもその情報が日本にいる同国出身者に届いていないためにスティグマが解消されていないという問題もある。一方、ブラジル人のように不安定な雇用形態により社会資源の活用が進んでいない人々がいることも指摘された。そこで、単なる検査や医療機関の情報に留まらない多面的な対応が必要であることが議論に上った。

滞在資格の無い外国人に対しては、母国側の医療事情を良く調べ、治療へのアクセスを確保した上でこれに繋げるという方策がより汎用性の高い対応である。しかし、初期診療を受ける場合でも収入が少なく医療費の支払いが困難

であることや、家族への仕送りをする重圧で、多少の体調不良では我慢して病院にいかない傾向が強い。また、近年厳しくなる一方の入管の取り締まりのため病院に行くために電車に乗ることすら出来なくなっているとの声も聞かれた。母国側での治療のもう一つの課題は、タイを含む多くの中進国・開発途上国で、使用できる ARV に制限が大きいことである。このため、治療が長期化して耐性が生まれたような場合には効果的な薬剤が使えないといった問題もある。これに対してブラジルは全ての ARV が使用できるようになっている上に滞在資格がない人も対象となっている。国外から治療を求める人が集中しないかとの質問が寄せられたが、現在治療プログラムに参加している人のうち外国人が占める割合は 4% にすぎず、治療目的の入国はほとんど起きていないという。

現在の日本の外国人の状況に対してどのような取組みが必要かという議論では、外国人の集まるコミュニティと協力し、その人々の言葉や文化を踏まえた啓発活動を行うことや外国語対応のできる VCT の充実が必要であるとされた。すでに日本の社会に定住し社会生活を行っている外国人が多数いることから、外国人も住民であると認識し行政機関も資源を投入して啓発を行うべきとの意見も出された。

現在日本では厳しい入国管理行政の摘発により、受診そのものが抑制されるようになっているが、HIV は国籍や国境を問わずに広がっている。「このウイルスに張りついていて国籍を区別しようとする考えを止めない限り、日本がこのウイルスに敗北することは目に見えている。」「ビザがないことを理由に治療をしないのは犯罪行為である。」とのアラウジョウ氏の指摘を私達は厳粛に考える必要がある。

今回のシンポジウムでは、1 人を除く全員が外国籍のシンポジストであった。既に在日外国人の HIV 対策の重要な部分は外国籍住民自身の参加によって担われようとしている。国際社会が HIV 陽性者自身の参加のもとに普遍的アクセスを進めようとしている今、HIV 陽性者・外国籍住民といった当事者の取組みとの連携を深めることによって、このウイルスへの対応を進めていくことが重要であろう。