

## 第23回日本エイズ学会サテライトシンポジウム記録

## サテライトシンポジウム「在日外国人の生存権と治療アクセス」

## Health Rights and Access to AIDS Treatment among Migrants in Japan

川田 薫<sup>1),2),3)</sup>, 鍵谷 智<sup>4)</sup>, アラウージョ・リマ・フィーリョ<sup>5)</sup>, 沢田 貴志<sup>1)</sup>, 仲尾 唯治<sup>6)</sup>  
*Kaoru KAWADA<sup>1),2),3)</sup>, Satoru KAGIYA<sup>4)</sup>, J.A. LIMA FILHO<sup>5)</sup>, Takashi SAWADA<sup>1)</sup>, Tadaharu NAKAO<sup>6)</sup>*

<sup>1)</sup> シェア=国際保健協力市民の会, <sup>2)</sup> エイズ予防財団リサーチレジデント, <sup>3)</sup> アフリカ日本協議会,  
<sup>4)</sup> 外国人入管手続研究会・行政書士, <sup>5)</sup> ブラジル国家生命倫理委員会諮問委員, <sup>6)</sup> 山梨学院大学

<sup>1)</sup> Services for Health in Asian & African Regions, <sup>2)</sup> Japan Foundation for AIDS Prevention, Research Resident, <sup>3)</sup> Africa Japan Forum, <sup>4)</sup> Immigration Procedures Assistance Association, <sup>5)</sup> Brazilian National Committee for Bioethics, <sup>6)</sup> Yamanashi Gakuin University

## はじめに (座長)

在日外国人は日本で AIDS を発病する人々の間で 2 番目に大きな個別施策層である。しかし、医療へのアクセスが困難な人々が多く、長らく深刻な状態に置かれていた。例えば、2004 年度下半期に東日本の病院からタイ大使館に帰国支援の依頼があったタイ人エイズ患者 13 人のうち 7 人が帰国できず日本でなくなったという報告がある。すでに HAART が報告されて 8 年がたち、日本ではエイズは死なない病気になったといわれていた時期にもかかわらず、過半数が死亡する極めて深刻な状況があった。

医療へのアクセスが困難な外国人が治療が遅れて死亡する。それによってエイズに対する恐怖が広がり効果的な啓発もできない。このことが感染拡大を進めるといふ悪循環であった。そこで「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班」ではこの状況を改善するために一つのモデルを提唱している。それは、通訳の活用促進や母国や日本の医療制度の情報提供により抗レトロウイルス剤治療で救命できる外国人患者数を増やしこのことを活用して早期受診を促す啓発を行うというものである。

過去 2 年間、私たちのところに寄せられた病院などからの相談に対してタイやブラジルだけでなくアフリカや東南アジアの 10 カ国で母国の治療を確保することができた。研究班と連携して治療アクセスの確保に努力をしてきた港町診療所では 2004 年以降に受診した 31 人のうち HAART が必要となった 19 人のほぼすべてに抗レトロウイルス剤治療ができる環境を確保できた。こうした中で早期受診が

実現し、初診時の CD4 中央値は 33.5 (2003 年以前) から 357.5 (2007 年以降) と改善した。

今回のシンポジウムでは、まず、母国との連携を探ってきた取り組みについて特にアフリカ出身者の状況に詳しい研究班の川田さんにご報告いただいた。次に、日本で在留資格が特別に認められる事例の動向について行政書士の鍵谷さんにお話しいただき、これらの発表で現在の法制度の中でできていることをまず確認する機会を設けた。更に、エイズ対策先進国であり日本への移民も多いブラジルで HIV 陽性者の権利のために多年取り組んできたアラウージョさんに今後のあり方について展望するための発言をいただいた。

## 「開発途上国の医療アクセスの動向と日本への影響」

川田 薫

アフリカ日本協議会はアフリカの開発に関わる NGO であり、HIV・AIDS の領域でも現地の医療事情の収集や日本のアフリカコミュニティへの啓発などを行ってきた。

現在、アフリカ諸国を含む開発途上国では世界エイズ結核マラリア対策基金などの国際的な支援を得て HIV、結核などの感染症への対策が進められている。しかし、アフリカ 53 カ国 (国連による承認国数) の中には内戦中の国や少数民族への排除が行われている国などもあり、国ごとに状況は様々である。また、HIV 診療のできる病院の多くは都市部にあり農村部との格差も大きい。病院があっても治療薬・機材・インフラの不足から受診するだけでも数日待たされるようなこともしばしばであり、治療アクセスには多くの不安定要因がある。

サハラ以南アフリカの出身者は日本に在住する外国人のなかで 1% 以下にすぎないが、日本で過去に AIDS を発症した外国人の累積数の中では 10% 以上を占めている。日本に在住するアフリカ人の中には、ビジネスで世界中を移

著者連絡先: 川田 薫, 沢田貴志 (〒110-0015 東京都台東区東上野 1-20-6 丸幸ビル 5F シェア=国際保健協力市民の会)

2010 年 8 月 23 日受付

動する人々がいる一方、国によってはコミュニティでの差別とスティグマが強く HIV のことを容易に話題にできないような環境下にある人もいる。

そうした中でアフリカ日本協議会では、病院のソーシャルワーカーなどからの相談を受けてアフリカ人 AIDS 患者の治療のための支援を行ってきた。ある事例では、ビザがないことを理由に複数の拠点病院で診療が受けられず、最終的に拠点病院ではないある病院が受け入れた。アフリカ日本協議会のスタッフが訪問し母国の医療事情について英語で説明し帰国の支援を行った。帰国便について同郷団体の支援を得たり、母国の治療については AIDS 対策で派遣されていた JICA 関係者に橋渡しを依頼するなどの方策を採り、最終的に抗レトロウイルス剤での治療に参加することができた。もう一人は保険を持っているが帰国を希望した例、母国のケアサポートグループを紹介。日本で日和見感染症治療を行った後で帰国し母国の治療につながった。

こうした支援の経験を通じていくつかの課題を感じている。一つは、連絡をもらった時にはすでに病状が深刻になっていることが多いことである。また治療費の問題から日和見感染症の治療が不十分なまま帰国をさせられてしまった例もあり、日本での治療アクセスにも課題を感じる。次に、市民団体と医療機関の連携の問題がある。私たちの団体の活動もまだ多くの医療機関に知られておらず、特に東京以外の地方の医療機関にはほとんど知られていない。更に、アフリカという地域が持つ多様性から生まれる問題もある。一つの地域の中に多くの多様な国が存在し、国によっては母国の NGO だけでなく国際 NGO や JICA との連携が必要になることもある。

アフリカ出身者であっても母国側の治療アクセスが可能な事例が大きく増えている。しかし、53 カ国の出身者すべてに母国の治療へのアクセスを保証するためには、今後より広範なネットワークが必要である。

### 「入国管理制度の動向と在留特別許可」 鍵谷 智

行政書士として外国人の在留資格の申請に関わっている立場から、この間変化がみられる在留資格の特別許可の状況や新しい入管法について説明をしたい。

外国人の在留許可は出入国管理及び難民認定法（以下「入管法」とする）に基づいて定められており、在留資格がなければ日本に滞在することができない。しかし、一旦在留資格を失った後に在留を特別に認められる人がいる。入管法第 50 条には、法務大臣が特別に在留（資格）を許可することができるかとされているが、従来その基準はあいまいであった。しかし、2009 年 7 月にその基準となるガイドラインが改正され公表された。これは権利として認められたものではないが、こうした基準を満たした場合に特

別に在留資格を認めることができると明らかにされた。

これまで在留資格を失った人が特別に認められる事例は、日本人と婚姻した場合や日本人との子供を養育している場合に在留資格を得ていた。外国人同士の夫婦の場合は、これまで子どもが日本で生まれて中学一年生以上になっていれば認めてもよいのではないかという形で扱われてきた。今回のガイドラインではこの基準が緩和されてきている。日本で生まれて 10 年以上滞在し、公教育を受けている場合は認められる方向で進んでおり、そうした該当者について相談があった場合は在留特別許可のことを考慮して相談をしてほしい。小学校低学年の場合は公教育を受けているとはいえ、それだけで外国人の両親にビザが与えられたという事例はこれまでない。しかし、改正後日本人と離婚した外国人が養育している連れ子が小学校に行っているということが考慮されて、配偶者ビザがなくなっても他のビザ（定住者）が認められたという例はある。このようなケースについては、どのように扱われるかを今後の事例で判断をする必要があるだろう。難病等で日本で治療が必要な方についても以前から考慮はされているため、在留資格の要件がなくなってしまったからといって一律にあきらめなければならないわけではない。

今回のガイドラインのもう一つの重要な点は、本邦での在留期間が長く本邦への定着性が認められるという場合に、プラスの評価がされるようになったことである。これをうけて日本での在留が 20 年程になった人たちが出頭する例が出てきているようである。ではガイドラインにない場合は全く駄目かということそうではなく、あくまでも個別の事例ごとにそれぞれの要件を踏まえて検討されることになるので相談の余地はある。（1 年以上の）在留資格が認められることになれば国民健康保険への道が開かれ安定した治療が可能になる。

2009 年の 7 月に入管法が改正になり、3 年以内に新しい法制度が施行されることになる。そして外国人登録証がなくなり外国人も住民票に統一される。それ自体はよいことであるが、日本に 3 カ月以上在留する外国人は入国管理局が発行する在留カードをもつことになり厳しくなるところもある。住所地が変更されれば 14 日以内に届け出なければならない。職場や学校が変わった場合も入管への届け出が必要である。離婚や配偶者の死亡によって日本人の配偶者でなくなった場合も 14 日以内に入管に届け出が必要など入管が直接厳しく管理する制度になる。そして、もし在留資格がなければ行政サービスから厳しく排除される。従来の自治体が発行する外国人登録証と異なり入管が発行する在留カードは在留資格がなくなった時点で失効し自動的に住民票も国保も抹消される。

これまでは居住を管理するために、在留資格がない人も

(長期滞在すれば) 外国人登録をすることが義務づけられていた。しかし、今回の法改正によって在留資格がなければ全く登録する場所がなくなる。在留資格のない外国人の子供たちなど何の証明するものもなくなり困ったことが起きるだろう。法律は通ったが3年後の施行であり十分な検討を行い改正すべきところは変えていく必要があるだろう。

## 「国境を超える HIV 陽性者と医療アクセスの権利」 アラウージョ リマ フィーリョ

本日、在日外国人の支援に関わる方が多数参加されていることは素晴らしいことだ。しかし、議論の中で入国管理局の話がでて、厚生労働省の名前が出てこないことは私にとっては不思議な気がした。人権の話なので法務省が出てくることは当然だが、そもそも人権とはすべての人に対して普遍的に保証されるべきものである。健康も人種や国籍を超えた普遍的な権利であるはずだ。厚生労働省の政策としてこのことが議論されるべきである。

日本は経済的にも豊かな国だが、ブラジルはそうではなく社会の格差も大きい国である。15万人が公的な医療制度の中でエイズの治療を受けているが、実はその中には在留資格のない外国人が含まれている。在留資格については法務省が扱うことであるがその人々の健康は保健省が考えるべきものである。これは健康は権利であり在留資格に優先するという考え方に基づいており、治療の場では在留資格の有無にとらわれる必要はない。在留資格がなくても入院が必要であれば薬で治療がされるし、それはAZTや3TCといった基本的な治療薬だけでなく新薬の治療も含まれている。

もしブラジル人が日本でビザがなく滞在していてエイズ治療が必要になった場合は、治療を受けられない。しかし、日本人がブラジルで超過滞在しても全ての医療は無料で受けられる。治療を必要とする HIV 陽性者が超過滞在をしていたときに、母国に帰してしまえばもう見えないところに行ってしまう。しかし、健康の権利ということを考えればそれで問題が解決するわけではない。

ブラジルには連帯的な国境というプログラムがある。これはブラジル国境から100km以内に住んでいる人は国境を越えて治療を受けることができるというものである。こういう制度があるところぞってブラジル国境に来るのではないかと心配する人もいたが、ふたを開けてみると、連帯的な国境のプログラムで治療を受けているのはブラジルでの治療人口の2%でしかない。

ブラジルがこうした人道的な対策をするのは、国境の向こう側の国に対してしっかりと治療を行うようにメッセージを送ることにもなる。実際にあった話だが、在日ベ

ル一人が日本で治療を受けていた後帰国することになったが、母国で治療ができない状況があった。そこでいったんブラジルで治療の体制を整えてから帰国するという方法をとった。この後、ブラジル政府と相談をし日本から南米大陸に帰る人に対して、ブラジルで製造した治療薬を提供できるようにしている。

日本で外国人の HIV 陽性者の支援をしている皆さんはとても立派な働きをされていると思う。しかし、今こそ必要なのは在留資格のあるなしとか日本で生まれた子供がいるとかいないとかに関わりなく普遍的な人権を尊重していくような施策を求める声を上げていくことである。ブラジルでは普遍的なアクセスを保証しているが、だからといって財政的に破綻したりはしていない。法務省が法を守るために努力をすることについては尊重していく必要があるが、それとは全く違う次元で健康の権利は守られなければならない。HIV 陽性者が「ビザを持っている」「持っていない」という理由で治療を受ける権利が侵害されるとしたら、人類が持っている普遍的な権利に対する犯罪であると思っている。

ブラジルはモザンビークでジェネリック薬を製造するというプロジェクトを行っている。ブラジルのように日本と比べて経済力のない国がアフリカで支援をしている。一方で日本にいる外国人が HIV 陽性だからという理由で手術を拒否されたり、感染を理由に職場を解雇されたという事件が起きている。これは日本で人権への配慮が不十分であることの表れではないだろうか。

## 質疑・全体討論

座長：日本では健康が自己責任であるかのような議論がこの間出ているが、どうしてブラジルでは健康が普遍的な権利だと言い切れるのかその背景を教えてください。

アラウージョ：健康は私たちが持っている最も神聖な権利である。ブラジル憲法の中には「健康はすべての人の権利であり、保障するのは国家の義務である」と書かれている。全てのブラジル国民はと書かれているのではなく、全ての人はと書かれている。つまりブラジルに住んでいる全ての人に健康が権利が保障されているのである。健康の権利を保障するということはその他の基本的な人権を保障することにつながっていく。

質問：日和見感染を治して帰国するのにどのくらいの時間がかかっているのか。また、日本での治療が継続できず薬剤耐性を獲得して母国の治療が困難になった事例がなかったか。

川田：先程の事例では出国の手続きなどを含めて帰国まで一カ月ほどかかった。在留資格がない人の場合、日本での医療は緊急医療に限られることが多く日和見感染症治療の

途上での帰国になったのではと思うような事例もあった。薬剤耐性になった事例はこれまでの経験では出会ったことはない。

座長：いろいろな病院から相談を受けているが医療費の出所が保障されていないと、日和見感染の治療をし母国に繋ぐのが手いっぱい、日本での抗レトロウイルス剤治療に踏みこめている事例は少ないと思う。しかし、病状が非常に厳しく母国の医療事情も悪くて帰国をすれば死んでしまうことが目に見えているような病人もいる。過去にこうした重病人に人道的な理由からビザが特別に許可された例もあった。どういう場合に在留資格が特別に許可される可能性があるのか鍵谷さんに解説いただきたい。

鍵谷：入管法に違反して滞在する外国人は本来強制退去の対象だが、例外的に人道的な配慮に基づき「その他法務大臣が特別に在留を許可すべき事情があると認めるとき。…法務大臣は特別に在留を許可することができる。」という条文がある。

ガイドラインによれば日本人の配偶者、日本人の子供を養育する者、次いで永住者・定住者とのつながりがある場合に考慮されることになっていた。それ以外の人への事例はほとんどなかったが、この間は日本で生れて10歳以上滞在して小学校に行っている子どもがいる場合や、難病治療中、他の犯罪歴がなく20年以上日本に長期在留しているといったことが考慮されるようになってきている。しかし、これらのことはあくまでもガイドラインに示されただけであり、可否は法務大臣の裁量によることになっている。つまり権利ではなく恩恵でしかないため確かなものではないことを理解しておく必要がある。

質問：ブラジルではHIV以外の医療費やHIV陽性者への支援はどうなっているのか。また、ブラジルの政策を受けて周辺の南米諸国のHIV医療は変化したのか。

アラウージョ：全ての病気に対して無料の医療が保障されている。ブラジルは世界で2番目に臓器移植の件数が多いが、この8割が無料のシステムで行われている。とはいえ全てが完備されているわけではなく、もっと改善をするよという市民側の取り組みも重要である。

1996年ブラジルが抗レトロウイルス剤によるエイズ治療を無料化した時、世界銀行は反対した。しかしユニバーサルアクセス（全ての人への治療機会）の保障が国家予算を破綻させたりしないということを示し成功したため、世銀も態度を変え、今や世界のお手本となり南米に限らず世界に影響を与える状況となっている。

南米の他の国については多くの国があり国ごとに制度は異なっている。ウルグアイ・パラグアイとブラジルの間では協定が結ばれており、両国の陽性者はブラジルで治療を受けることができる。アルゼンチンも無料の公的な制度が

ある他、NGOを通じた治療アクセスも行われている。ペルーでは基本的な薬剤のみ無料でありプロテアーゼ阻害剤などは無料となっていない。世界基金から資金を受けてアクセスの制度を作っている。

会場意見：ユニバーサルアクセスが日本で実現するかどうかは、経済の問題ではなく理念の問題であると思う。健康や人権について日本人がどう考えるのか。今後の日本に課せられた大きな課題であり、今回の政権交代が理念を作っていくうえでのきっかけになることを期待したい。

質問：在留資格にとらわれずすべての人の健康を保証するために日本の支援団体はどのような戦略を持っていたらよいのか。

アラウージョ：もっと政治的な存在になることを恐れず、社会的な働きかけをすることで翌年の予算作成に市民の声を反映させていくということが必要ではないか。1994年に横浜で世界エイズ会議が開かれたとき、私は来日し当時の雰囲気から、日本でactivismが成長していると感じ期待を抱いた。しかし、その後日本を訪ねるごとに熱気が冷めて政府のエイズに対する予算も削減されている。もっと日本の市民は立ち上がって声を上げていく必要がある。

日頃頑張っている日本のNGOの皆さんに対して失礼になるかもしれないが、日本のNGOももっと街頭に繰り出してデモをするような積極的な直接行動が必要だと思う。社会というものは市民が家でテレビを眺めていて動いていくものではなく一人ひとりの市民が声を出しNGOがそれを反映した要求を政府に届けていくことで作り上げていくものである。

訴えていくには2つの戦略が必要だ。一つはエイズに取り組むことが人権という意味で重要であると訴えること。もうひとつは全ての人を治療することがこの病気を乗り越えるために最も科学的に効果的な戦略であることを伝えることだ。

座長：本日、日本国内で課題に取り組むお二人のお話を伺った後、ブラジルの社会活動家の視点からお話を伺った。人権の尊重と科学的な効果という両方の面から治療アクセスを全ての人に保障することが重要であることが指摘された。

人間の体に問題が生じたときに免疫機能が働いて問題を克服しようとするのと同様に社会にも社会的な運動という問題解決の仕組みがある。今の日本のように社会的な運動を自粛してしまう状況は、ある意味免疫が下がった状態と同様といえるのかもしれない。問題を乗り越えて解決できるような社会にするためには、座視しているのではなくブラジルの経験に学びつつ社会的な働きかけを行っていくことも重要であろう。