

研究ノート

日本における HIV 陽性外国人の受療を阻害する要因に関する研究

沢田 貴志^{1,2)}, 山本 裕子²⁾, 塚田 訓久³⁾, 横幕 能行⁴⁾,
岩室 紳也⁵⁾, 樽井 正義⁶⁾, 仲尾 唯治⁷⁾

¹⁾ 港町診療所, ²⁾ シェア = 国際保健協力市民の会, ³⁾ 国立国際医療研究センター,
⁴⁾ 国立病院機構名古屋医療センター, ⁵⁾ 厚木市立病院, ⁶⁾ ぶれいす東京, ⁷⁾ エイズ&ソサエティ研究会議

目的: 日本に在住する HIV 陽性外国人の初診が遅れる要因を明らかにする目的で後ろ向き調査を行った。

方法: 対象は、2008年4月1日から2013年3月31日までに日本国内の10のエイズ拠点病院を受診した351人のHIV陽性外国人である。調査内容は、年齢・性別・国籍・言語能力・健康保険の有無・初診時のCD4値と日和見感染症・転帰である。

結果: 平均年齢は36.2歳、男性が75.2%を占め、初診時のCD4中央値は239/ μ Lと2002年の先行調査に比べて高値であった。初診時の日和見感染は、111人(31.6%)にみられ、ニューモシスチス肺炎について結核性疾患が多かった。出身地域別では東南アジアの減少と東アジアの増加が目立った。公的健康保険非加入者の割合は14.3%と先行調査に比べて有意に低かった。日本語も英語も不自由な受診者が72人(23.3%)を占めた。初診時のCD4数が低値となることと相関する要因として「年齢35歳以上」、「出身地が東アジア以外のアジアと中南米」「日本語も英語も不自由」が有意であった。保健所等の検査機関から紹介された割合は、日本語が不自由な外国人で有意に少なかった。

結論: HIV陽性外国人の医療へのアクセスは、従来指摘されていた健康保険の非加入ではなく言葉の障壁と強く関連していたことが示された。今後、検査施設や治療施設の多言語対応がきわめて重要である。

キーワード: 外国人, 治療アクセス, HIV, CD4

日本エイズ学会誌 22: 172-181, 2020

序 文

1985年に日本で初めての外国人のHIV感染者の報告があって以来、日本で報告されるHIV感染者・AIDS発症者に占める外国人の割合は少なくない。2002年までにエイズ動向委員会に報告されたAIDS発症累計報告数のうち外国人は25.4%を占めていた¹⁾。国籍別ではタイ・ブラジル・ペルー・サハラ以南のアフリカの出身者が多数を占めていることや、言葉が不自由で、健康保険非加入者の割合が高く、重症化してからの受診が多いなどの特徴が指摘されていた²⁻⁵⁾。

しかし、近年HIVに感染して日本に在住する外国人(以下HIV陽性外国人とする)の動向に変化が生じていることが指摘されている。2013年10月に実施した「エイズ診療拠点病院全国調査から見た受療動向と診療体制に関する検討⁶⁾(以下「エイズ診療拠点病院全国調査」とする)では、2008年4月~2013年3月に253の拠点病院を訪れたHIV陽性の初診患者全629例を捕捉することができた。こ

の調査では受診者の言語を検討した結果、タイ語など従来多数を占めていた言語の話者が減少し、中国・フィリピン・インドネシア語などアジアの多様な言語の話者が増加していることが示されていた。また、医療機関側にとって診療を困難とする要因として日本語も英語も困難な外国人への対応に苦慮していることが示された。

外国人の間でのHIV感染症の広がりに対する効果的な対策を策定するためには、HIV陽性外国人の動向と受診阻害要因を把握することが必要であるが、こうした多施設横断調査は1999年から2002年にかけて行われた複数の調査²⁻⁵⁾(以下2000年前後の調査と略す)以降は実施されていない。エイズ動向委員会の報告でも2007年以降国籍不明が多数を占め、出身地域の把握が困難になっている。このため、外国人の診療実績の多い拠点病院を対象に、受診した外国人の属性と初診時のCD4陽性細胞数(以下CD4数と略す)や発病状況について尋ねる調査を行った。

方 法

2013年10月に全国の381拠点病院を対象として外国人の受診状況や医療機関の対応について尋ねる質問票調査を行い、エイズ診療拠点病院全国調査(一次調査)として日

著者連絡先: 沢田貴志 (〒211-0056 横浜市神奈川区金港町7-6 港町診療所)

2019年5月8日受付; 2020年4月19日受理

本エイズ学会誌に報告した⁶⁾。一次調査では2008年4月1日から2013年3月31日の5年間に、HIV陽性の外国人の受診が10人以上あったと回答した拠点病院は13施設であった。

そこで二次調査として、この13の拠点病院の診療担当者に対してそれぞれの事例の詳細を訪ねる質問票調査を実施した。調査期間は、2014年9月1日より2015年1月31日であった。対象施設のうち人事異動や欠員などにより協力が困難との回答があった3病院を除き、10病院が調査協力機関となった。

調査の対象とした事例は、一次調査と同様に2008年4月1日から2013年3月31日の5年間に対象となった10拠点病院を受診した新規のHIV陽性者である。年齢・性別・出身国・受診経路・初診時CD4陽性細胞数（以下CD4数と記載）・日和見感染症・配偶者の国籍・健康保険・医療費未払の状況、言語能力・通訳利用・転帰について診療録に基づき後ろ向き調査を行い、2000年前後の調査との比較を行った。協力病院は、近畿、中部、関東、東京の各地域に分布しており、患者報告数が多い地域をほぼ網羅している。調査協力が得られなかった施設は、東京1（東京以外の）関東2施設であり、一次調査での報告数は3施設あわせて50人であった。寄せられた事例のうち初診が対象期間内にないもの、施設間の重複例、海外もしくは他の拠点病院ですでに治療開始されていた事例などを除いた351例について分析を行った。対象者が保健所などの検査機関からの紹介であるか医療機関への直接受診であるのかによって検査施設の利用状況を類推する指標とした。

また、この際、外国人の出身地域は「東アジア」、「東南アジア」「南および西アジア」、「アフリカ（全員がサハラ以南アフリカ）」、「ラテンアメリカ（中南米）」、「欧州（東欧を含む）・北米（アメリカ合衆国とカナダ）・大洋州（オーストラリアとニュージーランド）」の6地域に分類した。

初診時のCD4数と日和見感染の有無で受診の遅れの評価を行った。年齢・性別・出身地域・配偶者の有無・健康保険の加入状況・言語能力が初診の遅れや検査施設の利用に関連をしているかどうかを検討した。この際、「東南アジア」と「南および西アジア」はまとめて「その他のアジア」として比較した。統計的評価はロジスティック回帰分析を行いOdds比と95%信頼区間を求めた。

本調査は、厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業「外国人におけるエイズ予防指針の実効性を高めるための方策に関する研究」（研究代表者 仲尾唯治）の調査の一環として実施され、研究代表者が所属する山梨学院大学研究倫理委員会、ならびに協力10医療機関による研究倫理委員会の承認に基づき実施した。個人を特定しない後ろ向き調査であるため、個人のインフォームドコンセントの取

得は行わず、対象者向けの情報公開を各調査実施機関の院内掲示と、外国語での問い合わせを担当するNPOであるシェア＝国際保健協力市民の会のホームページ等において行った。掲示の内容は、研究の目的と調査対象者、調査で取り扱うデータの詳細、調査への協力を拒否する機会の保障とその連絡方法についてであった。

結 果

1. HIV陽性外国人受診者の属性

調査対象となった351人のうち男性が264人（75.2%）と多数をしめた。平均年齢は36.2歳であったが、35歳未満の占める割合は男性では半数以下であるのに対して、女性で66.7%と有意に高かった。

出身地域別に分類すると東南アジアが105人（29.9%）と最も多く、ついで中南米、東アジアと続いた。全体に男性が多数を占めているなかで、東南アジアとアフリカのみが女性の占める割合が4割を超えている。男女別に出身地の分布をみると、男性は東アジア、東南アジア、中南米出身者がほぼ同数で分布している。北米・欧州・大洋州の出身者は3者あわせてこれらと同数になる。一方女性は、43人（49.4%）とほぼ半数が東南アジアで占められ、これに次ぐアフリカ25人（28.7%）とあわせて8割近くを占めて

表 1 HIV陽性外国人受診者の基本属性

	女性	男性	合計
年齢 (N=351)			
35歳未満	58 (66.7)	124 (47.0)	182 (51.9)
35歳以上	29 (33.3)	140 (53.0)	169 (48.1)
出身地 (N=351)			
東アジア	5 (5.7)	55 (20.8)	60 (17.1)
東南アジア	43 (49.4)	62 (23.5)	105 (29.9)
南アジア・西アジア	2 (2.3)	8 (3.0)	10 (2.8)
アフリカ	25 (28.7)	30 (11.4)	55 (15.7)
中南米	8 (9.2)	56 (21.2)	64 (18.2)
欧州・北米・大洋州	4 (4.6)	53 (20.1)	57 (16.2)
健康保険 (N=342)			
あり (生保含む)	73 (86.9)	220 (85.3)	293 (85.7)
なし	11 (13.1)	38 (14.7)	49 (14.3)
配偶者 (N=331)			
日本人	42 (52.5)	28 (11.2)	70 (21.1)
外国人	25 (31.3)	48 (19.1)	73 (22.1)
なし	13 (16.3)	175 (69.7)	188 (56.8)
言語能力 (N=309)			
日本語理解良好	28 (40.0)	136 (56.9)	164 (53.1)
英語は理解良好	19 (27.1)	54 (22.6)	73 (23.6)
どちらも不十分	23 (32.9)	49 (20.5)	72 (23.3)

いた。

健康保険に関する情報が得られた342人のうち健康保険への加入も生活保護の受給もない受診者は49人(14.3%)にすぎなかった。配偶者ありと回答したのは全体で143人(43.2%)であり、このうち配偶者の国籍は日本国籍と外国籍がほぼ同数であった。男女別にみると、女性では42人(52.5%)と過半数が日本人の配偶者であったのに対して、男性では日本国籍の配偶者を持つのは28人(11.2%)にすぎず、175人(69.7%)と大多数が配偶者なしと回答をしていた。

医療機関側の認識に基づく言語能力が回答されていた309人のうち、「日本語の理解が良好」とされた人が164人(53.1%)、「日本語理解が不十分ながら英語での理解が良好」とされた人が73人(23.6%)、「どちらの理解も不十分」とされた人が72人(23.3%)であった。女性では、日本語理解が良好とされたのは28人(40.0%)にすぎず、32.9%が日本語も英語も理解が不十分とされていた。

言語別の受診者の内訳をみると、2002年代の先行調査で3~5割を占めていたタイ語圏の出身者が10.5%と著しく減少しており、中国語・英語を公用語とする地域の出身者の割合が増加していた。英語を公用語とする地域の中では、イギリス・北米・オーストラリア・ニュージーランドの出身者と英語を公用語とするサハラ以南アフリカの出身者が36人ずつと同数であった。また、ミャンマー、フィリピン、インドネシア・ベトナム・ネパールといったアジアの多様な言語の話者の増加が目立っていた。

日本語も英語も不自由で通訳利用が必要と思われた

72人のうち、何らかの形で通訳が利用されたのは61人(84.7%)であった。しかし、訓練された通訳(外部通訳および病院雇用の通訳)が利用されたのは、35人(48.6%)にすぎず、患者関係者による通訳の代替や通訳のない診療が合計36人と半数であった。タイ語・ポルトガル語では訓練された通訳の利用率がきわめて高かったが、その他の言語では訓練された通訳の利用率が低値であった。スペイン語・フランス語は主としてラテンアメリカ・サハラ以南のアフリカの出身者で必要とされていたが、訓練された通訳の手配は半数以下であった。

また、ミャンマー・インドネシア・ベトナム・ネパールといったアジア諸国出身者も通訳の必要性が高かったが、これらの言語でも訓練された通訳の手配は低い割合にとどまった。

2. HIV陽性外国人受診者の検査・医療アクセスの状況

検査機関の利用状況を知るために、調査対象者が拠点病院に受診をするに至った紹介元の施設について尋ねた。「保健所」および「他のVCT施設」との回答を合わせて「検査機関から紹介」としたところ全体の21.1%(72人)とエイズ動向委員会に寄せられる日本全体の割合⁷⁾に比して少数であった。一般病院からの紹介が190人(55.6%)と最も多く、直接調査対象施設を受診した場合と他の拠点病院から紹介された場合の両者をあわせて「拠点病院直接受診」とするとこれが80人(23.4%)であった。

初診時に何らかの日和見感染症等を発症していた受診者が111人(31.6%)であった。その内訳を表3に示す。ニューモシスチス肺炎が最も多数であることは日本人と同様であ

表2 受診者の公用語の分布と通訳必要者に対する手配の状況

	総数 (%)	うち日英 不十分の人数	訓練ある 通訳利用	患者関係者 の通訳	通訳なし	不明
英語	72 (20.5)	—	—	—	—	—
ポルトガル語	45 (12.8)	14	11	1	2	0
中国語	45 (12.8)	2	1	1	0	0
タイ語	37 (10.5)	15	12	0	2	1
ミャンマー語	25 (7.1)	11	3	7	1	0
スペイン語	21 (6.0)	7	2	5	0	0
フィリピン語	16 (4.6)	2	1	1	0	0
韓国・朝鮮語	15 (4.6)	1	0	1	0	0
フランス語	15 (4.3)	5	0	3	2	0
インドネシア語	12 (3.4)	3	0	2	1	0
その他	47 (13.4)	12	5	5	2	0
合計	351	72	35	26	10	1

*それぞれの言語は()内の国の出身者を含む。中国語(中国, 台湾, シンガポール), ポルトガル語(ブラジル, 旧ポルトガル領アフリカ諸国), スペイン(スペイン語, 中南米のスペイン語圏諸国), フランス(フランス, アフリカの仏語圏諸国), 英語(イギリス, 北米, 大洋州およびアフリカの英語圏諸国)。

るが、結核性病変が29人(26.2%)とこれに続いた。そのうち9人は肺外結核であり、肺外結核と肺結核の合併例4人を合せて全日和見感染症例のうち11.7%(13人)に肺外結核を認めていた。

初診時CD4数が記録されていた348人の検討を行った。CD4中央値は、239/ μ Lと2002年に行われた同様の対象者に対する先行研究^{4,5)}でのCD4中央値が156/ μ Lであったことに比して高値であった。CD4数が350以上での初診が35.4%を占める一方で、CD4数100未満ときわめて低値の受診者が32.2%を占めており、早期受検ができていない群と受検が遅れている群との差が大きかった。男女での有意な差は認めなかった。

3. 初診に影響を与える因子

初診の遅れと関連する要因を探る目的で、初診時に日和

表3 HIV陽性外国人受診者の検査・医療アクセスおよび病状等の状況

	女性	男性	合計
受診経路(N=342)			
検査施設から紹介	12(14.0)	60(23.4)	72(21.1)
拠点病院直接受診	26(30.2)	54(21.1)	80(23.4)
一般病院から紹介	48(55.8)	142(55.5)	190(55.6)
初診時に日和見感染			
あり	25(28.7)	86(32.6)	111(31.6)
なし	62(71.3)	178(67.4)	240(68.4)
初診時CD4数(N=348)			
0~99	29(33.3)	83(31.8)	112(32.2)
100~199	10(11.5)	35(13.4)	45(12.9)
200~349	16(18.4)	52(19.9)	68(19.5)
350~500	20(23.0)	53(20.3)	73(21.0)
500~	12(13.8)	38(14.6)	50(14.4)
転帰(N=349)			
死亡	2(2.3)	12(4.6)	14(4.0)
中断	5(5.8)	25(9.5)	30(8.6)
帰国	9(10.5)	37(14.1)	46(13.2)
転医	13(15.1)	49(18.6)	62(17.8)
継続	57(66.3)	140(53.2)	197(56.4)

表4 合併した日和見感染症等の種類

日和見感染症等	人数	日和見感染症等	人数
ニューモシスチス肺炎	38	HIV消耗性疾患	6
全結核	29	带状疱疹	4
トキソプラズマ症	8	クリプトコッカス症	3
サイトメガロウイルス症	7	アメーバ性腸疾患	3
悪性リンパ腫	7	その他	8

見感染症を発症していることと関連する要因を検討した。

初診時に日和見感染症を発症している例は、「年齢が35歳以上」「出身地がその他のアジア(東南アジア・南アジア・西アジア)」「日本語も英語もともに不十分」の3つの群で有意に多かった。

初診時CD4数が低値(200未満)になってからの受診者が多いことに関連する要因は、「年齢が35歳以上」「出身地が中南米およびその他のアジア(東南アジア・南アジア・西アジア)」「日本語・英語いずれも不十分」といった要因であった。性別や配偶者の有無との相関はみられなかった。2000年前後の先行研究で強い相関を示していた健康保険の有無についても相関が認められなかった。

健康保険がない外国人の初診時CD4中央値は、1999年調査の63/ μ Lから今回の151.5/ μ Lまで大きく増加していた。

4. 検査施設の利用に関連する因子

保健所などの検査機関での発見が全体の21.1%と日本人に比してやや低値であった。検査施設からの紹介割合は、出身地域によって大きく異なり、東アジア出身者で検査施設の利用率37.3%と突出して高いのに対してアフリカ、北米・欧州・大洋州の群で低かった。

紹介元が保健所やVCT施設などの検査施設であることに関連している属性は、「年齢が35歳未満」、「東アジア出身者」、「日本語能力が高い」といった属性であり、「健康保険の加入」、「性別」、「婚姻状況」による差は認めなかった。なお、検査施設から紹介された72人の中で、5人は初診時に日和見感染を認めていた。

検査施設利用率の高い東アジア出身の受診者を分析すると、他の地域の出身者に比べて平均年齢が若く、独身男性の割合が有意に高かった。また、健康保険非加入者がきわめて少なく日本語が流暢な人の割合が著しく高かった。

5. 転帰および医療費未払い

転帰の明らかとなっている349人のうち、死亡が14人(4.0%)と少なくない。一方、帰国は46人(13.2%)、中断は30人(8.6%)と2002年の先行研究^{4,5)}に比べて少数であった。中断例のうちすでに日和見感染症を発症していたのは3名のみであり、多くは日和見感染症未発症であった。

ただし、健康保険のない49人に限ってみれば、帰国17人(34.7%)、中断9人(18.4%)となっており、調査施設での治療継続は12人(24.5%)にすぎず、健康保険がない場合の治療継続率は従来の調査同様に低い傾向が示された。

医療費に未払いがあったのは、有効な回答の得られた209事例の中で16事例(7.7%)であり、未払い金額の平均値は114万円、中央値は35万円であった。なお1万円未満の未払いは集計からはずした。1999年の調査では全受診者の28.4%に医療費の未払いがあり、その平均未払額は

表 5 初診時の日和見感染症発症の有無と関連する要因

	人数	うち初診時日和見感染症 ありの人数 (%)	Odds 比 (95% 信頼区間)
年齢			
35 歳未満	182	41 (22.5)	1.00
35 歳以上	169	70 (41.4)	2.43 (1.53~3.87)
出身地域			
欧米大洋州	57	13 (22.8)	1.00
アフリカ	55	13 (23.6)	1.05 (0.44~2.52)
東アジア	60	15 (25.0)	1.13 (0.48~2.64)
中南米	64	20 (31.3)	1.54 (0.68~3.47)
その他のアジア	115	50 (43.5)	2.60 (1.27~5.35)
性別			
女性	87	25 (28.7)	1.00
男性	264	86 (32.6)	1.20 (0.70~2.04)
健康保険			
なし	49	19 (38.8)	1.00
あり (生保含む)	293	91 (31.1)	0.71 (0.38~1.33)
言語能力			
日本語が流暢	164	45 (27.4)	1.00
英語は流暢	73	19 (26.0)	0.93 (0.50~1.74)
いずれも不十分	72	35 (48.6)	2.50 (1.41~4.45)

表 6 初診時 CD4 数に影響する因子

	人数	うち CD4 数<200 の人数 (%)	Odds 比 (95% 信頼区間)
年齢			
35 歳未満	181	68 (37.6)	1.00
35 歳以上	167	89 (53.3)	1.90 (1.24~2.91)
出身地域			
欧米大洋州	56	17 (30.4)	1.00
アフリカ	54	17 (31.5)	1.05 (0.47~2.37)
東アジア	59	23 (39.0)	1.47 (0.68~3.18)
中南米	64	32 (50.0)	2.29 (1.08~4.86)
その他のアジア	115	68 (59.1)	3.32 (1.68~6.55)
性別			
女性	87	39 (44.8)	1.00
男性	261	118 (45.2)	1.02 (0.62~1.66)
健康保険			
なし	46	26 (56.5)	1.00
あり (生保含む)	293	128 (43.7)	0.60 (0.32~1.12)
言語能力			
日本語が流暢	164	73 (44.5)	1.00
英語は流暢	72	22 (30.6)	0.55 (0.30~0.99)
いずれも不十分	72	43 (59.7)	1.85 (1.05~3.24)

表 7 検査施設の利用に関連する因子

	人数	うち検査施設から紹介の人数 (%)	Odds 比 (95% 信頼区間)
年齢			
35 歳未満	180	54 (30.0)	1.00
35 歳以上	162	18 (11.1)	0.29 (0.16~0.52)
出身地域			
欧米大洋州	54	8 (14.8)	1.00
アフリカ	54	5 (9.3)	0.59 (0.18~1.92)
東アジア	59	22 (37.3)	3.42 (1.37~8.56)
中南米	63	13 (20.6)	1.50 (0.57~3.93)
その他のアジア	112	24 (21.4)	1.57 (0.65~3.77)
性別			
女性	86	12 (14.0)	1.00
男性	256	60 (23.4)	1.89 (0.96~3.71)
健康保険			
なし	47	6 (12.8)	1.00
あり (生保含む)	286	66 (23.1)	2.05 (0.83~5.04)
言語能力			
日本語が流暢	161	48 (29.8)	1.00
英語は流暢	69	6 (8.7)	0.22 (0.09~0.55)
いずれも不十分	70	11 (15.7)	0.44 (0.21~0.91)

表 8 東アジア出身者の特徴

	東アジア出身者	東アジア以外の出身者
人数	60 人	291 人
平均年齢	31.6 歳	37.5 歳
男性割合	55 (91.7%)	209 (71.8%)
日本語が流暢	52 (86.7%)	112 (38.5%)
既婚者	14 (23.3%)	129 (44.3%)
健保未加入	3 (5.0%)	48 (16.5%)

152 万円 (中央値で 92.5 万円) と大きかった⁵⁾。今回の調査では未払い額の減少が示された。

考 察

1. 調査の信頼性

今回の調査は、2008 年から 2012 年にエイズ動向委員会に報告された HIV 陽性外国人全数 629 例の 55.8% にあたる 351 例を捕捉しており、本調査で寄せられた事例は調査期間における日本の HIV 陽性外国人の特性を十分代表し得ると考えられた。

男性割合が 264 人 (75.2%) を占めたが、これは上記期間内にエイズ動向委員会に報告された外国人 HIV・AIDS 事

例の男性比率が 73.1% であったこととはほぼ一致している⁷⁾。エイズ動向委員会に報告された 2007 年までの累計数の中で男性の占める割合は 65.5% であったが、近年は日本人のみならず外国人についても同性間の性的接触による感染が多数を占めていることが指摘されている。今回の調査で男性割合が高く、男性のうち 7 割以上が配偶者なしと分類されていたことはこうした動向委員会の報告と整合性を認める。

2. 出身地域別の動向

出身地域別の分類ではその内訳は、2013 年の「エイズ診療拠点病院全国調査」の結果とはほぼ一致したが、2007 年までの累計 AIDS 報告数、HIV 報告数の出身地域分類と比較すると、東南アジア出身者の割合が 55.1% から 30.0% へと減少し、東アジア出身者の割合が 5.3% から 17.1% へと増加が目立った。

言語別にみると 2000 年前後に行われた調査で外国人 HIV・AIDS 事例の 30~40% 前後を占めていたタイ語の受診者^{2~5)} が大きく減少し、これまで報告がほとんどなかった中国語・フィリピン語など西太平洋地域出身の受診者の報告が増えている。これは、WHO の東南アジア事務所管内での新規発生が減少に転じている一方で西太平洋事務所管内での新規発生報告が増加している出身国側の疫学的動

表 9 初診時日和見感染の有無・健康保険の有無と転帰の関係

	初診時日和見感染			健康保険		
	あり	なし	合計	なし	あり	合計
死亡	8 7.2%	6 2.5%	14 4.0%	2 4.1%	11 3.8%	13 3.8%
中断	3 2.7%	27 11.3%	30 8.6%	9 18.4%	21 7.2%	30 8.8%
帰国	23 20.7%	23 9.7%	46 13.2%	17 34.7%	26 8.9%	43 12.6%
転医	13 11.7%	49 20.6%	62 17.8%	9 18.4%	51 17.4%	60 17.5%
継続	64 57.7%	133 55.9%	197 56.4%	12 24.5%	184 62.8%	196 57.3%
合計	111	238	349	49	293	342

向⁸⁾を反映していると考えられる。

2000年前後の調査では、いずれも外国人受診者の半数から6割が健康保険に加入できない立場であったが、今回の調査では14.3%と著しく減少していた。これは、1990年代には、日本に実際に在留する外国人に占める超過滞在者の割合が20%前後を占めていたと推測されるのに対して、2014年にはこれが4%以下まで減少したことが背景にある⁹⁾。1990年代は東南アジア・アフリカ出身のHIV陽性外国人の多数を保険に加入できない在留資格のない外国人が占めていたが、今回の調査ではいずれの地域の出身者についても健康保険の加入者が多数を占めており、在留資格を持つ人が大半となっている。

3. 言語能力の影響

今回の調査で初診時CD4数に影響する因子として特に注目されるのは言語能力であり、日本語も英語も十分話せない外国人の初診の遅れが顕著であった。外国人の診療実績が多い拠点病院で日・英両言語ともに理解が不十分とされた72人のうち、61人(84.7%)に通訳が利用されていたことはHIV診療に医療通訳の必要性が高いことを示している。2000年前後の調査結果では、日本でHIV陽性が分かる外国人の出身地は特定の国に集中する傾向があり、タイ語、ポルトガル語、スペイン語、英語の話者が全体の8割以上を占めていた^{2~4)}。これらの言語については、すでに医療通訳の育成が行われており、拠点病院での医療通訳利用を支える体制が整ってきている。

しかし、これ以外の言語では訓練された通訳が得られない場合が目立った。こうした通訳が不在の場合は治療の導入において十分な説明が行いにくく、また知人などの通訳を介することは個人情報の漏洩によるトラブルのリスクが大きい。こうした通訳体制の整っていない国と初診時の

CD4数が低い国とは重複する傾向にあり、個人情報漏洩への不安が早期受診の妨げになる可能性が懸念される。

また、今回の調査でHIV陽性受診者数の増加が確認されたベトナム、インドネシア、ネパール、ミャンマーについては近年日本に在住する人口が急増している。その多くが技能実習生や日本語学校生など若者である¹⁰⁾。

中国・台湾・フィリピンといった近隣諸国出身者の人口増加はこれよりは緩徐であるが、これらの地域では、出身国側で同性間性交渉でのHIV感染報告の増加が指摘されている^{11~14)}。また、西太平洋地域全体で同性間性交渉での感染の拡大が報告されている^{8,15)}。今後、こうした国々の出身者が日本で感染を知る機会が増えることが予測され、こうした多様な言語に対応する医療通訳を得られる制度の早急な整備が必要である。

4. 医療費問題

従来外国人のHIV診療は健康保険加入資格のない超過滞在の外国人が病状が悪化してから搬送されることが多く、ひとたび入院となると高額な医療費未払が生じることが医療機関の受入の大きな障壁となっていた。今回、医療費未払となった割合も金額も減少が示された。

今回未払い医療費が減少した背景には、前述のように超過滞在者が減少した以外に、健康保険を持たない外国人の初診時CD4数が大きく改善した効果が大きいと考えられる。

2000年代にはエイズ対策研究事業やエイズ予防財団、自治体、医療機関、NPOの連携で外国人の早期受診を促す取り組みが行われた¹⁶⁾。まず、HIV陽性受診者の多いタイ語、ポルトガル語、スペイン語、英語の通訳をNPOと連携して育成し、さらに早期受診を促す啓発活動を外国人集住地域で多言語で実施した。拠点病院に対しては研究事業と

自治体の連携でソーシャルワーカー・医師・保健師などに通訳の活用法、日本および出身国の医療制度についての理解の促進、帰国先の病院への橋渡しの具体的方法などについての研修が実施された。特に健康保険のない超過滞在者の初診が遅れていることに注目し、受診時には通訳をつけてソーシャルワーカーが面談し、日本もしくは出身国での確実な医療に結び付ける支援を行うことに力を注いだ¹⁷⁾。横浜市内の診療施設でのモニタリングの結果、2006年以降初診時のCD4数に顕著な改善がみられた¹⁸⁾。初診が遅れて重症化する患者が減少した背景には、出身国側での医療の改善とともにこうした日本側でのエイズ診療体制の流れが拠点病院を中心に整っていった効果も大きかったと考えられる。

5. 検査施設利用の遅れ

東アジア出身者で検査施設の利用が他の地域の出身者に比べて多い理由は明確にはされていない。東アジア出身者では日本語の流暢な人の割合が多く、初診時のCD4数も高い傾向にある。東アジア出身者は一般に言語の類似性を背景に日本語の習得が早いことから、日本語での啓発を見て検査施設の情報を得ていることが予測される。また、中国や台湾などの従来感染率の低かった国々でもMSMなどの個別施策層を中心にHIVの流行が生じていることが近年知られてきている^{11~14)}。こうした国々では近年MSM向けの啓発も進んできており、来日前からの一定の知識の獲得により早期に受検をしている可能性もある。東アジア出身者は検査へのアクセスは比較的良好であるが、確実な治療への橋渡しができるように検査施設での告知時の通訳確保が今後の課題である。

アフリカ、北米・欧州・大洋州の群では検査施設の利用は遅れているが、CD4数低値での受診者は少なかった。これは、この2つの群では日本語が不自由であるものの英語の理解が十分な受診者が多いため外国語での対応がされていない検査施設にはいかずに病院で受検をしていると考えられる。

CD4数低値での受診が多い東南アジア、中南米の出身者の検査施設利用が少ないことは今後の大きな課題である。現状では多くの検査施設では、日本語の不自由な受診者に対して「日本語の分かる人と一緒に来るように」と案内をすることが多い¹⁹⁾。しかし、近年人口が急増している技能実習生や日本語学校生は、日系人や専門技術を持つ外国人労働者に比べて健康問題を抱えた際に解雇されて在留資格を失うリスクが高く、守秘が徹底される通訳環境を整えなければ受診者は伸びないと考えられる。

6. 調査の限界

本調査は、協力病院の倫理委員会での確認を得るなどの煩雑さを考慮し、一次調査で回答があった拠点病院すべて

を対象とはせず、診療実績が多かった13病院のみの調査とした。また3病院50例の参加が得られず、351事例の参加にとどまったことが調査の1つの限界である。ただしこれは2009年から2013年にエイズ動向委員会で報告された外国人エイズおよびHIV報告数の合計629人の55.8%に相当する。

ま と め

日本に在住する外国人のうち健康保険非加入者の割合が減少し、出身国側の医療環境の改善^{8,20)}や日本でのエイズ診療拠点病院での診療体制の整備が進むなかで初診時のCD4数には一定の改善がみられた。一方で、日本語・英語ともに不自由な外国人の初診の遅れが目立っており、今後、検査施設や医療機関での通訳体制の整備が重要である。HIV流行の東アジアの近隣諸国への広がりや技能実習生・日本語学校生や新たな在留資格の外国人人材などの増加を背景に外国人の間でのエイズ報告数がふたたび増加に転ずる可能性がある。こうした現状を踏まえHIVの検査と診療の現場で多様な言語で利用できる通訳体制の確立が急務である。外国人といってもその属性は多様であり、言語能力・社会背景・セクシャリティなどを考慮しつつ、それぞれの人口集団に適合した情報の普及や医療アクセスへの支援を行う必要がある。そのためには更なる背景の調査や、啓発や支援のための資料の開発が必要である。

謝辞

今回の調査は、外国人の診療実績の多い施設での調査であったため、ご協力いただいた各施設の皆様には多大な労力を割いて調査にご協力いただきました。この場をお借りしまして、協力機関のHIV診療担当者の皆様に深謝申し上げます。また、統計的解析や外国人の動向などについてアドバイスをいただきました東京大学国際地域保健学教室 柴沼晃先生、高田馬場さくらクリニック 富田茂先生、調査に関わる連絡事務を担っていただいた特定非営利活動法人シェア=国際保健協力市民の会の皆さんに厚く御礼申し上げます。なお、本研究には、厚生労働科学研究費エイズ対策研究事業より助成をいただきました。

利益相反: 本研究において利益相反に相当する事項はない。

文 献

- 1) 厚生労働省 エイズ動向委員会：年次報告 2002年。
- 2) 宇野賀津子：HIV拠点病院における外国人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。
- 3) 沢田貴志, 奥村順子, 若井晋：2001 HIV感染症対策

- ストラテジー 外国人医療の問題点. 総合臨床 50 : 2781-2784. 2001.
- 4) 沢田貴志, 奥村順子, 若井晋 : 在日外国人 HIV 診療についての研究. 厚生労働科研費 HIV 感染症の医療体制に関する研究班総合研究報告書. 183-186, 2003.
- 5) Sawada T, Edaki M, Negeshi M : Delayed access to health care among undocumented migrants in Japan. *Population Morbidity in Asia : Implications for HIV/AIDS*, UNDP, pp 33-39, 2000.
- 6) 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見た外国人の受療動向と診療体制に関する検討. 日本エイズ学会誌 18 : 230-239, 2016.
- 7) 厚生労働省 エイズ動向委員会 : 年次報告 2019 年.
- 8) WHO HIV update : Global epidemic progress in scale up and policy uptake. <https://www.who.int/hiv/data/en/> (accessed on November 4, 2019)
- 9) 法務省入国管理局 : 本邦における不法残留者数について (2015 年 1 月 1 日現在).
- 10) 法務省入国管理局 : 在留外国人統計 (旧登録外国人統計).
- 11) Shang H : MSM and HIV-1 infection in China. *Nat Sci Rev* 2 : 388-391, 2015.
- 12) Fan S, Lu H, Ma X, Sun Y, He X, Li C, Raymond HF, McFarland W, Sun J, Ma W, Jia Y, Xiao Y, Shao Y, Ruan Y : Behavioral and serologic survey of men who have sex with men in Beijing, China : implication for HIV intervention. *AIDS Patient Care STDS* 26 : 148-155, 2012.
- 13) Chen YJ : Risk factors for HIV-1 seroconversion among Taiwanese men visiting gay saunas who have sex with men. *BMC Infect Dis* 11 : 334, 2011.
- 14) Department of Health, the Philippines : HIV/AIDS & ART registry of the Philippines July 2019.
- 15) Beyrer C : Epidemiological overview : MSM and transgender women in Asia and the Pacific. *HIV Australia* 11 : 4, 2013.
- 16) 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 : 外国人 HIV 陽性者の療養環境向上と早期受検への影響の検討. 厚労科研エイズ対策研究事業平成 19 年度-21 年度総合研究報告書 7-11, 2009.
- 17) 外国人の HIV 予防対策とその介入効果に関する研究班 : 外国人集住地域で早期受診を促す介入調査. 厚労科研エイズ対策研究事業平成 24 年度分担研究報告書. 7-15, 2012.
- 18) 沢田貴志 : NGO と連携した一診療所での外国人 HIV 陽性者初診時 CD4 の変遷. 日本エイズ学会誌 11 : 550, 2009.
- 19) 仲尾唯治 : 新エイズ予防指針に基づく全国自治体の在日外国人住民対応に関する現状と課題. 日本エイズ学会誌 19 : 37-46, 2017.
- 20) Srikantiah P, Ghidinelli M, Bachani D, Chasombat S, Daoni E, Mustikawati DE, Nhan do T, Pathak LR, San KO, Vun MC, Zhang F, Lo YR, Narain JP : Scale-up of national antiretroviral therapy programs: progress and challenges in the Asia Pacific region. *AIDS* 24 (Suppl 3) : S62-71, 2010.

Factors Related to Delays in Healthcare Access among HIV-Positive Migrants in Japan

Takashi SAWADA^{1,2)}, Yuko YAMAMOTO²⁾, Kuniyoshi TSUKADA³⁾, Yoshiyuki YOKOMAKU⁴⁾,
Shinya IWAMURO⁵⁾, Masayoshi TARUI⁶⁾ and Tadaharu NAKAO⁷⁾

¹⁾ Minatomachi Medical Center, ²⁾ Services for Health in Asian & African Regions,

³⁾ National Center for Global Medicine, ⁴⁾ Nagoya Medical Center, ⁵⁾ Atsugi City Hospital,

⁶⁾ Positive Living and Community Empowerment Tokyo, ⁷⁾ Japan AIDS & Society Association

Objective : This retrospective study examined the factors related to delays in healthcare access among human immunodeficiency virus (HIV)-positive migrants in Japan.

Method : In total, 351 HIV-positive clients, who visited one of 10 acquired immune deficiency syndrome (AIDS) core hospitals in Japan between April 1st 2008 and March 31 2013, were examined. Information regarding age, sex, nationality, language proficiency, health insurance status, and CD4 count at the first hospital visit were collected.

Results : The subjects' mean age was 36.2 years. Males constituted 75.2% of the subjects. The median CD4 count was 239/ μ L, which is significantly higher than that found in a 2002 study. At the first visit, 111 patients (31.6%) had already developed opportunistic infections. Pneumocystis pneumonia followed by tuberculosis were the most common opportunistic infections. In total, 14.3% of the subjects could not join the public health insurance scheme, and 23.3% of clients had difficulty understanding both Japanese and English. The factors associated with a lower CD4 count at the first hospital visit were being "over 35 years old", "Southeast/South/West Asian", or "Latin American"; and "difficulty communicating in both Japanese and English". The frequency of referrals from voluntary counselling and testing facilities was lower among people with low Japanese proficiency.

Conclusion : Language barriers is significantly associated with delayed access to healthcare among HIV-positive migrants in Japan. Testing and treatment should be provided in various languages to promote earlier access to healthcare services for HIV-positive migrants in Japan.

Key words : migrant, treatment access, HIV, CD4