

●グローバル化時代の医療・検査事情 19

在日外国人の感染症対策の課題と 医療アクセス支援の取組み

Challenges to improve health care access for
infectious diseases among immigrants in Japan

さわ だ たか し
沢 田 貴 志
Takashi SAWADA

かったのである。

I. 感染症を広げる貧困。格差との出会い

1986年4月医学部を卒業し国家試験の発表を待つ間にフィリピンで過ごした3週間が、私の人生を大きく変えることとなった。当時のフィリピンでは、農産物価格の暴落によって一部の農村では深刻な飢餓が生じ、行き場を失った人々が都市に溢れスラム街の人口が急増していた。さらに長期の独裁政権下で経済が低迷し、貧富の格差が拡大する中で多くの人が感染症で命を落としていた。飢餓のひどい地域の支援を始めた日本のあるNGOに参加した私は、そうした地域の実態を報告するミッションをいただき現地を訪問することになったのだ。劣悪な住環境とひどい栄養状態の中で子どもたちは肺炎や下痢、麻疹などで命を落とし、大人の間では結核が蔓延する状況を目の当たりにした。社会的に弱い立場にいるために予防や治療へのアクセスができない人々を感染症が容赦なく苦しめていた。

医療が保障された日本との大きな格差を感じた私は、5年間総合内科の研修を終えてフィリピンのNGOの活動を支援するために再びスラムを訪れた。そこで目にしたのは、現地のNGOが取り組んでいる住民に知識を普及する活動や、自分たちでトイレや学校を建設して環境を改善していく活動が成果をあげている様子であった。医療へのアクセスを改善するためには、医療機関側のサービスを改善するだけでなく、住民側にアプローチして彼ら自身をエンパワーすることが大切であることを学ぶこととなった。私自身が現地の人々から学ぶことのほうが多

II. 日本の中で取り残されていた人々

そんな最中の1990年代、日本で大変なことが起きていることを知ることになった。1990年代はバブル経済の影響がまだ残っており日本に働きに来る外国人労働者が急増していた。そして、こうした外国人労働者が病気の際に適切な医療を受けることができず重症化したり死亡したりする事例が頻発していたのである。当時は外国人の単純労働者を雇用する制度はなく、ほとんどの外国人労働者は観光ビザのまま来日し雇用されており、ビザの期限である3か月が過ぎると超過滞在者となり健康保険の加入ができなかった。外国人の支援に関わる人材や団体も少なく、医療機関側にも言葉の対応はほとんどなかった。そんな中で中小企業や建設業界の下請け孫請けの工務店が外国人を多数雇用している実態があった。経済基盤の弱い雇用主たちは、いざ労働者が重い病気になると高額な医療費を背負いきれなくなり投げ出してしまうことがしばしばあった。当時、公的に把握可能な外国人労働者の数が、40万人程度と推定されていたのに対して、超過滞在者数が30万人と外国人労働者の4割ほどを占めていたと考えられる(図1)。誰もが平等に医療にアクセスできるようになっているはずの日本で、大勢の外国人労働者が医療機関にかかるのが遅れ生命の危険にさらされているという現実に衝撃を受けた。そんな時に、フィリピンで若いNGOスタッフから言われた言葉がよみがえってきた。「私たちの問題は私たち

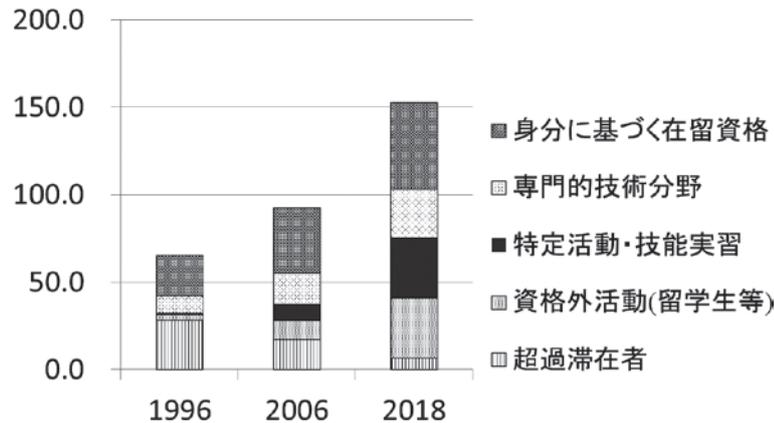


図1 在留資格別外国人労働者数

(厚生労働省労働統計*・法務省「入管統計」より改編)

*1996年は、山崎隆志、外国人労働者の就労・雇用・社会保障の現状と課題、レファレンス、平成18年10月号、P20表1 就労する外国人の推移(推定) 2006年は、我が国で就労する外国人労働者数の推移(厚生省職業安定局2008年5月30日発表) 2018年は同省「外国人雇用状況の届け出状況」から、筆者改編

が解決をするから、あなたはあなたの国の中で起きている問題にぜひ取り組んでほしい。」

当時、外国人労働者の間では危険な作業による事故、肺炎や虫垂炎などの治療可能な病気での重症化、未受診妊婦の駆け込み分娩など多くの問題が指摘されていたが、明確な統計はなかった。そんな中で、特に深刻な問題として把握されていたのが結核とHIVであった。1990年代前半には、結核患者に占める外国人割合が急増していた¹⁾。

Ⅲ. 外国人コミュニティの中へ

私が1991年に診療に参加した港町診療所では、ほぼ毎月、結核患者を新たに診断する状況が続いていた。そして、受診者の7割を日本人が占めているのに結核を発病した患者は全員が外国人であった。当時、外国人の結核患者は治療開始までに重症化していることが多く、治療の中断や途中帰国の割合が多いことが問題となっていた¹⁾。これは、公衆衛生上も大きな課題であった。

1990年代初頭に私たちがまず取り組んだのは、外国人の集まるコミュニティに出かけて健康相談を行い、早期の受診を促す活動である。カトリック教会やエスニックレストラン、外国人の互助組織などに出かけて休日に健康相談を行うことで健康に不安のある大勢の外国人に出会うことができた。当初

は、問診や血圧測定・検尿などを提供しながら必要な医療機関につなげる活動が主であった。やがて神奈川・東京・千葉などの自治体から依頼され、自治体が行う外国人向けの結核検診と連動して行うようになった。感染症は早期の受診が患者本人にも医療機関にとってもメリットが大きい。虫垂炎や肺炎も早期に発見すれば入院も短く、医療費を分割払いにすれば自分たちで支払える金額であることが多かった。また、結核は早期に発見すれば入院せずに治療することができ、仕事をしていれば医療費は自分で負担が可能である。こうした外国人コミュニティでの健康相談では、医療を必要とする外国人を早期に発見するという効果が一定認められた。また、こうした相談会を外国人コミュニティのボランティアたちと実施することにより、外国人コミュニティの側に医療機関を利用するノウハウが蓄積することこそ意義があったと考えている。特に結核医療が公費負担によって軽減されること、早期の受診により入院せずに治療ができることなどの情報の普及に力を入れた。

Ⅳ. 医療通訳普及への取組み

相談を通じて患者が発見されると、外国人のボランティアたちが通訳として付き添い、受診の手助けをしてくれるようになった。当時は、病院での通訳

を同国人のボランティアや、その言語を学習する機会のあった日本人のボランティアらが支えていた。しかし、本来医療通訳にはしっかりとした技術とルールの習得が必要である。訓練を受けていないままでは通訳者たちも不安を抱えており、医療機関の側でも通訳として信頼してよいものかどうか躊躇があった。そこで神奈川県では社会福祉協議会が医療通訳ボランティアの研修を開始、私も講師として呼ばれることになった。こうして、医療通訳ボランティアの学習会は、医療通訳派遣をする NPO である「MIC かながわ」の結成へと発展した。ちょうどこの頃、神奈川県では外国籍県民会議からの提言を受け、県がこうした通訳ボランティアに訓練を施し公的な医療通訳ボランティア制度を作ることを模索していた（図 2）。こうして 2002 年に、医師会などの医療関連 4 団体と NPO との間で協定を結び試験的に通訳派遣を行うようになった。これが医療機関側に非常に好評で、やがて県の助成金を受けて本格的に事業を開始。2018 年には年間 6,000 件以上の通訳派遣を行うまでに発展している。事業は 60 ほどの県内の医療機関を対象とし、日本語の不自由な受診者があった時に病院のソーシャルワーカーがこの相談を受け、NPO の事務局に依頼をするというものである。NPO は 4 日間の研修で医療通訳を訓練し、実地試験を通過した人のみを登録する。これによって然るべき技術がある通訳者が派遣されるようになり、医療機関側からの依頼が年々増えている²⁾。

結核患者の治療完了率の向上には患者が結核について正確に理解をし、治療中に起きる様々な課題を乗り越えることが必要である。そのためには、医療従事者と患者側のコミュニケーションが大切である。そこで東京都では 2006 年に、日本語が不自由な外国生まれの結核患者のための服薬支援員制度を

作り、保健師が結核患者を訪問する際に訓練を受けた通訳を派遣できるような制度を整えた³⁾。この制度は、シェア＝国際保健協力市民の会が育成と派遣調整を担い、こちらも NPO と自治体の連携プログラムとして実施されている。同様のプログラムが大阪などにも広がっている。こうして、外国人のための医療環境を整備する取り組みが自治体と NPO の連携で進められる中、さまざまな社会条件の変化もあり、2000 年代に外国人の結核患者の増加は頭打ちとなり、解決の道筋が見えてきた。

V. HIV 対策に求められた包括的アプローチ

一方、深刻な事態が続いていたのが HIV である。2002 年までに日本で報告された累計 AIDS 発症数の約 4 分の 1 を人口比では 2% に満たない外国人が占めていた⁴⁾。また、東南アジアやアフリカなど開発途上国出身者が初めて医療機関を訪れた際の免疫状態は著しく低く、治療の中断が多数を占めていた。これは、日本のエイズ医療費の補助が健康保険加入を前提としているため、在留資格のない外国人の場合、医療費の補助が全く受けられず医療費が極めて高額となることが影響していた。このため多くの医療機関がエイズを発症した外国人の診療を忌避しがちで、外国人の側も HIV に対する不安があっても受診をしない状況があった。2002 年の調査では、健康保険加入資格のない外国人の治療継続率は 13% に過ぎず、多くの事例が帰国をしたと報告されていた⁵⁾。しかし、帰国しても治療の機会が得られないと考えられていた当時、帰国を勧奨されても、とても帰国をする気になれず、そのまま日本に残留し、深刻な病状になってから救急搬送された患者が少なからず認められた。このように、医療機関側の消極的な受け入れと患者側の受診動機の低迷が相互に作用し、外国人エイズ患者の多くが検査を受けなのまま重症化し、早期発見や予防の推進が極めて困難な状況が続いていた。

こうした事態を改善するために、厚生労働科学研究費エイズ対策研究事業を活用し、拠点病院・NPO・エイズ予防財団などが連携し、早期受診を促す新たな診療モデルの提唱を行った（図 3）。まず、NPO がそれぞれの外国人コミュニティに対して母国語で啓発活動を行った。啓発では単に予防の知識

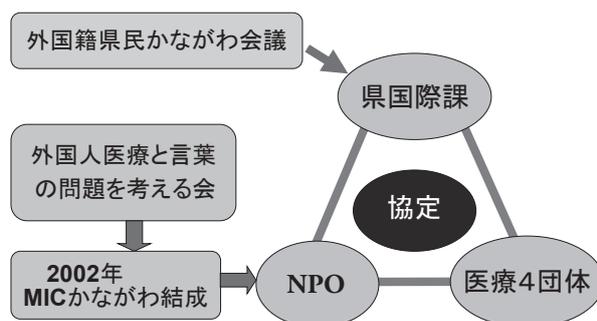


図 2 神奈川での医療通訳派遣の始まり

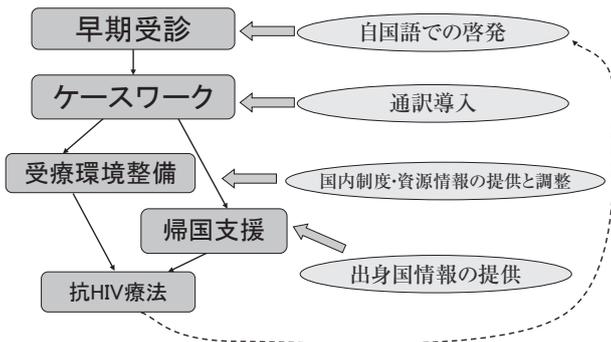


図3 新しい外国人 HIV 診療の流れ(研究班推奨モデル)

の普及をはかるだけでなく、早期の受診によって治療が受けられれば生活の再建ができることを強調した。一方、エイズ拠点病院の医療相談担当者や医師・看護師に向けて、外国人のエイズ患者が受診をした際に医療通訳を活用し積極的なケースワークで患者支援をすることを求めた。エイズ予防財団では、日本で発病するエイズ患者の多い国の言語の通訳の育成を行った。拠点病院向けの研修では、通訳人材の紹介とともに具体的な事例をもとに日本での治療環境を整えるための制度利用法の解説を行い、出身国側の医療事情の情報を提供し帰国後の治療の手配を手助けした。おりしも2002年よりWHOやグローバルファンドの活動により開発途上国のエイズ医療が改善する時期であり、出身国側の治療施設を必ず確保して病院側と患者に伝えることで、誰であっても治療確保ができるよう努力を進めた⁶⁾。こうした

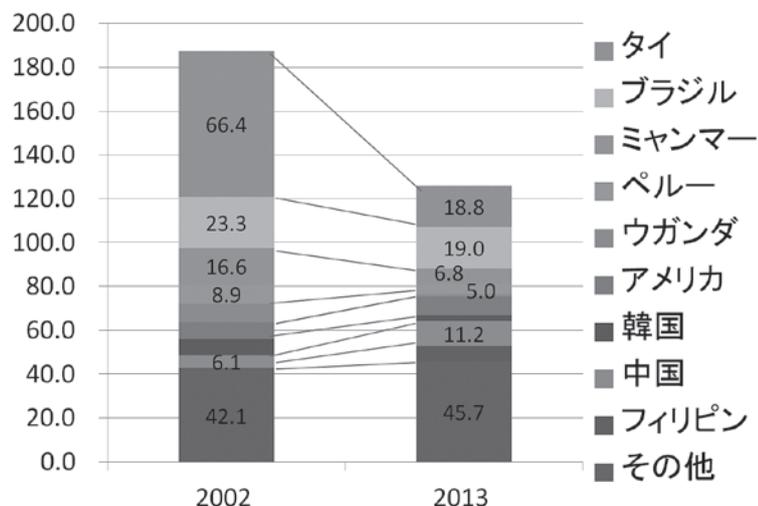
対応の結果、治療が得られ元気になった患者からお礼の手紙が寄せられるようになった。そこで、これをプライバシーに配慮したうえで外国語の情報誌上で提供し啓発に活用した。こうしてエイズ拠点病院でしっかりとした患者支援が行えるようになり徐々に早期の受診例が増えていった。

この介入研究のモニタリング機関であった港町診療所では、初診時CD4中央値が2003年以前の50/ μ l以下から、2006年以降300/ μ l以上と大きく改善した⁷⁾。また、エイズ動向委員会に報告される外国人HIV/エイズ事例も減少に転じ、特に重点的な対策を行ったタイ人ブラジル人の減少は顕著であった(図4)。もっとも、こうした改善は、限られた介入だけで実現するものではなく、2005年に人身取引防止政策が開始されたこと、出身国側のエイズ医療がよくなったことなど様々な要因が加わって実現したものであると考えられる⁸⁾。

VI. 再度増加を始めた外国人の感染症をどう見るか

以上のように結核・エイズいずれも改善が認められた2000年代の外国人の感染症対策であるが、2012年以降に新たな課題が生じている。

図5は、新たに登録された結核患者数に占める外国生まれの患者の割合の年次推移である。いったん頭打ちになったと思われたものが2012年から急



2002: 1996-2002年に15施設を受診した383例の国籍分布と動向委員会報告数より推計
2013: 2008-2013年に253施設を受診した629例の国籍分布と動向委員会報告数より推計

図4 年間推定国籍別外国人 HIV 陽性者受診数

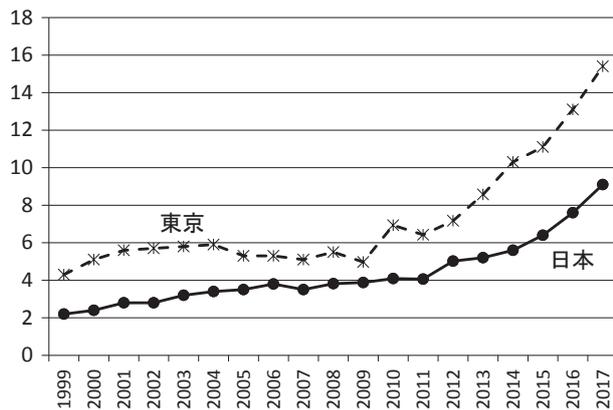


図5 結核新規登録の中で外国生まれの占める割合

出典：公益財団法人結核予防会結核研究所疫学情報センター
<http://www.jata.or.jp/rit/ekigaku/>

増している。この主要な原因は、従来外国人結核患者の三分の二を占めていた中国・韓国・フィリピン出身者の発症が増えていないにもかかわらず、ベトナム、ミャンマー、ネパール、インドネシアなどの新興国の出身者が急増していることにある。これらの国はいずれも技能実習生や日本語学校生が急増している国である。外国人結核の動向の背景には常に、日本の労働政策の変化があった。1990年代は超過滞在者が急増し、身分の不安定な外国人労働者が急増する中で結核や HIV が増えた。2000年代は超過滞在者を雇用する企業への罰則を強化し、日系人や日本人配偶者、専門技術分野の労働者を増やす政策が取られた。また、2005年に米国政府の指摘を受けて人身取引の防止策が政策として取り込まれるようになった。このように、不安定な立場で就労する外国人を減少させ、安定した在留資格の外国人労働者が多数を占めるようになったことが、結核や HIV が頭打ちになったことに大きく貢献していたと考えられる。

しかし、2012年以降、技能実習生と日本語学校などで学びながらアルバイトをする外国人(名目上は留学生だが実態としては労働者)を増加させる政策が取られることになった。技能実習生は実習という名目で労働をさせるため、転職の自由がなく、妊娠や病気による解雇・強制帰国という事例が多数あった。2010年に技能実習生にも労働法規が適応されることになり、こうした解雇は違法であるが、現実には労働法規違反が多発していることが分かり大きな問題となった。留学生のアルバイトも週28

時間以内という限られた就労条件である。病気をすれば失職し、長引けば在留資格を失い帰国することになる。労働する側にしてみれば、その不安定な立場から就労先としての魅力が乏しい。このため、2012年以降技能実習生や日本語学校生として来日する労働者は韓国や中国ではなく、ベトナム・ネパール・ミャンマー・インドネシアといった、より所得の少ない地域の出身者に移っていった。こうした地域の結核の有病率が中国や韓国よりも高いことが外国人の結核が増えた一つの要因であるだろう。しかし、技能実習生や日本語学校生の医療へのアクセスが良くないことも外国人の結核が急増したもう一つの理由であると考えられる。技能実習生が結核を発症した際に、簡単に解雇されるような実状を放置していれば、咳や痰などの症状のある技能実習生が解雇を恐れて病気を隠すようになる。このことは規模の大きい集団感染事例が生じる温床となるだろう。

Ⅶ. 感染症対策に必要な住民のエンパワーメント

結核・HIV といった慢性感染症を減らすためには、早期の検査・治療へのアクセスを保障することが最も有効である。そのためには、公的に医療通訳を提供し、医療へのアクセスを支援することが重要である。また、不適切な解雇が生じないように職場を指導し、問題があった時に指摘ができるように外国人労働者たち自身をエンパワーしていくことも必要である。今後、特定技能という新たな在留資格での外国人労働者の受入が進められることが決定し、その規模はいずれ34.5万人まで増やすことが想定されている。今後、日本の社会がこの労働者をどのように扱うかによって、外国人の感染症の動向は大きく変わってくるだろう。日系人や高度専門職の労働者のように、病気をしたときにしっかり療養できる環境を整えて早期の受診を促していくのか、それとも技能実習生のように簡単に解雇がされる状況を放置し、安価な労働力にとどめるのだろうか。外国人労働者を移民として遇し、自国民と同等に近い社会サービスを提供する移民政策を取らない限り、外国人の感染症は増加を続けていくことだろう。

おりしも国際社会は持続可能な開発目標(SDGs)に力を入れており、各国政府に公平な医療の普及や

貧困対策・格差の解消を求め、企業にも不適切な労働環境がないように求めている。特に企業の責任は強化され、原材料を納入する企業にも不適切な労働環境がないように監督する責任を大企業に課す制度がイギリスをはじめ欧米諸国で広がってきている。このような潮流が進むのであれば、日本国内で技能実習生が不適切に解雇されている状況を止めない限り多くの日本企業が信用を失い、欧米の市場から排除される事態が起こりかねない。

感染症対策は、社会の中に弱い立場の人を作らないことが大切な戦略となっている。同時に、国際社会の中で日本の信用を保つためには、外国人が社会的に弱い立場で放置されるような状況を作らないことが重要となっている⁹⁾。外国人の感染症対策が私たちに問いかけてくる問題は公衆衛生の分野にとどまらない。今後の日本社会の健全な発展のためにも、外国生まれの住民を人間としてしっかり支える社会制度の重要性を伝えていきたいと考えている。

謝 辞

在日外国人の感染症対策と医療支援に取り組み、いつのまにか30年ほどが経とうとしている。勤めていた病院を退職しこの取組みを始めた際は、不安に満ちた出発であった。しかし、指導者との出会いに恵まれ、診療所やNPOの仲間そして大勢のボランティア・外国人コミュニティの皆さんに支えられてこれまでなんとか活動を続けることができた。私自身の貢献はわずかなもので

あるが、私たちが大勢のメンバーで一緒に取り組んできた活動に対して「大山健康財団賞」という形で光を当てていただいたことは感謝の気持ちでいっぱいである。伝統ある財団より力強いご支援をいただいたことの責任を肝に銘じ、今後も活動のネットワークを更に広げるよう努めていきたい。

文 献

- 1) 吉山崇. 在日外国人結核症の最近の疫学動向. 結核 **74** : 667-675; 1999
- 2) 岩元陽子. 神奈川の医療通訳派遣システム～16年間を振り返って. 自治体国際化フォーラム **338** : 11-12; 2017
- 3) 沢田貴志, 他. 外国人の結核へ新たな取り組みとしての通訳派遣制度. 結核. **87** : 370-372, 2012
- 4) 厚生労働省. エイズ動向委員会報告. 2002年
- 5) 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
- 6) 外国人のHIV予防対策とその介入効果に関する研究班編. 外国人医療相談ハンドブック; PP23-28.2013 http://api-net.jfap.or.jp/library/guideLine/images/h25_nakao.pdf
- 7) 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
- 8) 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
- 9) Yasukawa K, .Health-care disparities for foreign residents in Japan. Lancet **393** : 873-874; 2019
[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(19\)30215-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(19)30215-6/fulltext)