

## 第 358 回東京医科大学臨床懇話会

### 国際化社会における HIV 感染症診療の問題点

#### Some problems in treating HIV-infected foreign patients

日 時: 平成 18 年 2 月 27 日 (月) 18:00~19:20  
場 所: 東京医科大学病院 6 階 臨床講堂  
当 番 教 室: 東京医科大学臨床検査医学講座  
協 力: 東京医科大学病院 医療福祉相談室室長  
神奈川県勤労者医療生活協同組合港町診療所  
司 会 者: 西田 恭治 (臨床検査医学講座講師)  
発 言 者: 加藤 宏基 (臨床検査医学講座)  
藤平 輝明 (医療福祉相談室室長)  
ボランティア A (飲食業)  
沢田 貴志 (神奈川県勤労者医療生活協同組合港町診療所医師)  
天野 景裕 (臨床検査医学講座講師)

西田: 定刻となりましたので、第 358 回東京医科大学臨床懇話会を始めたいと思います。

本日のタイトルは、「国際化社会における HIV 感染症診療の問題点」ということです。

我々の大学の中に種々の会がありますが、必ずしも多くの方が出席されるということはないように思います。それは、1 つには、テーマが自分とあまり密接に関連していないということで、興味がわいてこないような会が数多くあって、参加率も低いのではないかと思います。

しかしながら、本日のテーマである、外国の方々と我々との関連ということに関しては、HIV に限らずいろいろな科で最近ことさらにそういう機会が増えています。また、職種も医療者のみならず、パラメディカルの皆さん、それぞれお困りの経験があるかと思っています。今日のテーマは HIV に関してですが、その中から何か一つでもヒントを持ち帰っていただければありがたいと思います。

大体の流れを紹介しますが、我々のほうから一つの症例の提示をします。その後、それに携わっていたいただいたソーシャルワーカーの視点から、あるいはボランティアの視点から、それから、港町診療所で外国の

方をたくさん見ていただいている沢田先生の視点からということをお話を進めていきたいと思っています。

各演者の最後に質疑を受け付けますが、質疑をされる時には、ご所属とお名前をお願いいたします。

それでは、加藤先生、お願いします。

加藤 (臨床検査医学科): 簡単に、今回の症例の臨床経過を説明します。

症例は、30 歳代のコロンビア国籍の男性で、主訴は発熱と呼吸苦でした。2 カ月前頃より 40°C 近い発熱と咳嗽を認めて、友人の勧めで HIV 抗体検査を受けたところ陽性と判明し、5 月 ■■■ に告知を受け、翌 ■■■ 日深夜に当院救急外来を受診されました。

入院時現症では、意識清明、高熱と倦怠感を認め、ラボデータ上白血球減少と貧血を認めています。

入院時の胸部レントゲンと CT を示します。典型的な重症のカリニ肺炎像とは言いづらいのですが、両肺下肺野中心にスリガラス影を認めました。加えて、動脈血ガス分析では、酸素分圧の低下を認め、カリニ肺炎の診断にて加療を開始しました。

臨床経過を示します。症状・診療と出来事、そして我々の方針に分けてご説明します。今回は、出来事というのがかなり重要なところを占めます。

カリニ肺炎の診断にて入院されて、まずは日和見感染症であるカリニ肺炎の治療を行い、そのまま国内で抗 HIV 療法の導入を行う方針としました。これは、母国のコロンビアでは、所得により受けられる医療に大きな格差があるという情報があり、この患者の場合は、帰国しても抗 HIV 療法を受けることができない可能性が高かったため、帰国は断念していただいて、日本国内で健康保険や更生医療を利用して治療を進めるということが、本人の延命には有益であると考えたためでした。

まずは、カリニ肺炎に対して ST 合剤、1日9錠。そして、プレドニゾロンを使用して、症状・所見は速やかに軽快しました。

症状が改善し、ST 合剤とステロイドを中止し、様子を見ていましたが、6月 頃より発熱が再燃しました。胸部レントゲンを撮影いたしました。左はカリニ肺炎が治癒した後であり、その2週間後の発熱再燃時の胸部X線では、両下肺中心に淡い結節影の出現が見られます。

その時の CT では、両肺野のスリガラス影は消失して、そのかわりに結節影が認められています。同時に行った胃カメラでの胃液培養から非定型抗酸菌が検出されたことより、非定型抗酸菌症であると判断して、クラリスロマイシンとエタンブトール、塩酸シプロフロキサシンにて加療を開始しました。

入院当日は、発熱と呼吸苦があつて、重症感がありましたが、その後は比較的安定に経過したとカルテには記載されています。というのは、彼はスペイン語が母国語であつて、日本語はもちろん英語もできない方でした。最初に覚えたというか、むしろ我々が覚えさせてしまったのかもしれませんが、その日本語が「ダイジョウブ」という言葉だったようで、回診に行くとき必ず「ダイジョウブ」と。そして、カルテには連日「ダイジョウブ」と記載されていて、「ダイジョウブ」と言って、かすかに微笑む彼の姿を今も思い出しますが、そんな中、7月 月に胃の痛みの訴えと食欲低下の訴えが聞かれました。

これに関して、「ダイジョウブ」以外にあまり訴えがなかっただけに、さまざまな検査とか診察を進めましたが、胃内視鏡検査を検討していた矢先に、7月 月、訴えがあつてから4日目ですが、自分は初診時に提示した保険証の人物ではない、別人であるということを告白されました。

胃の痛みというのは、どうやら別人になりすまして

いたことに対する自責の念によるものであったらしく、それを訴えられた後は症状が軽快し、食事も100%摂取できるようになりました。そのかわりに、こちらにおります病棟医長の西田の胃の痛みと食欲不振が再燃したことは言うまでもありません。

その後、7月 月に胆嚢炎などを起こしました。これは CD4 の低下によりさまざまな細菌感染などを惹起するような状態であつたと考えられますが、彼は超過滞在者で、国民健康保険が使えないということが判明してしまいました。

これで方針が全く変わることになりました。抗 HIV 療法の薬品代は1カ月に約15~20万円、これに再診料や検査料、そして自費診療だとさらに高くなってしまふということで、自費ではとても診療を継続することができないことが考えられました。

胆嚢炎が生じてしまったぐらいの CD4 の低下が見られましたので、このまま免疫力が下がり続けてしまうと、日本で命を落としてしまう可能性があるということで、それであれば、元気なうちにご家族のいらっしゃるコロンビアに早期に帰国してもらおうではないかという方向に話が進んだこともありました。

医局の中でもさまざまな意見を聞くことができました。結論のない、難しい問題でした。

後ほどソーシャルワーカーの藤平室長からお話があるかと思いますが、ソーシャルワーカーの皆様のご尽力がありまして、9月 月に、国内で外国人の診療を補助するための行旅法の適用が認められました。これにより、入院中の治療費は自治体が負担してくれることになったわけです。

しかしながら、抗 HIV 療法は永続的な内服が必要であり、退院した後も薬を飲み続けなくてはなりません。コロンビアへ帰国した後も薬を飲まなくてはいけないのですが、その入手方法に問題がありました。

それに対していろいろ考えたのですが、帰国して抗 HIV 療法を行うことを前提に、入院中は行旅法による診療を行うことになったわけです。そして、HIV 療法を9月 月に開始しました。

ここで一つポイントになるのですが、ジェネリック医薬品(後発医薬品)というのがあります。日本でもよく耳にするようになったのですが、新薬の開発後、一定期間が経過した後に、特許が切れたものを他社が生産、販売するというもので、日本は欧米よりも後れをとっているものの、最近では、高橋英樹さんのCMでアピールされています。

そのような中、インドの国内では医薬品は特許の例外とされておりまして、合法的にジェネリック医薬品を生産することができます。

そのインドのシプラ社というところにある抗 HIV 薬をコロンビアでご本人が個人的に入手できるのではないかということをご前提として、入院中は日本の内服薬を使用し、抗 HIV 療法を導入することになったわけです。

これは決して、ジェネリック医薬品を汎用して、既存の特許権を侵害することを推奨しているわけではないことは申し添えておきます。

ということで、シプラ社でつくっている薬を調べて、同じ薬で始めることにしました。Triomune (トリオミューン) という薬がありますが、日本では3剤になります。d4T (サニルブジン)、3TC (ラミブジン)、ネビラピンという多剤併用療法ですが、この3剤を日本で使うと15万3,036円します。これをインドのシプラ社の Triomune で行いますと、例えば日本では、ちょっと怪しいホームページでいろいろな薬が買えるところがあるのですが、それによって購入すると、その人の手間賃を含めても1万900円、原価はその3分の2ぐらいなのではないでしょうか、それぐらいで手に入れることができることになっていました。そこで、9月 〇〇 日より、Triomune の導入を見据えて3剤の内服を開始しました。

しかし、そのうちの1つのネビラピンによると思われる皮疹 (アレルギー) が出現してしまいました。9月 〇〇 から内服を開始して、4日後に皮疹が出現しました。まずは手のひら、そして体幹、その後8日目に顔面に紅潮が出現しました。

眼球的発赤、そして口腔内の粘膜の発赤、口唇にもかなり腫れが見られます。普通は皮疹が出た時点で薬を中止するのですが、抗 HIV 療法においては薬剤中止による耐性の出現という問題があるため、ステロイドや抗アレルギー薬、ヒスタミン剤を使って何とか乗り切ることがあります。皮膚科の先生からお考えをお聞きすると常識的に考えにくいということでしたが、ちょっと推そうということで、皮疹が出現した後も続けていました。顔面紅潮があった後しばらく続けましたが、それが両上肢に拡大しました。そして、ステロイド 60 mg を開始しましたが、その効果なく、9月 〇〇、2週間で中止としました。

その後、9月 〇〇 からネビラピンをカレトラ (ロピナビル、リトナビル配合剤) に変えました。その後、イ

ンドの薬を導入することを目標として、10月 〇〇 に、AZT (ジドブジン) と 3TC (ラミブジン) 1種類になったものが発売されているので、これらを使って再び開始しました。

その間の経過ですが、薬を始めて2カ月が経過した時に、9月 〇〇 の CT では、先ほどご覧いただいた非定型抗酸菌症は改善していたのですが、11月17日のレントゲンで再び下肺野を中心とした結節影が出現しました。

CT では、前回の非定型抗酸菌症とはまた形の違う、多数の結節影を見ることができました。同時に行った胃内視鏡検査では、血管腫を思わせる肉腫様の所見がみられ、生検の結果、カポジ肉腫の診断に至りました。

カポジ肉腫に対してドキシソルビシンの点滴を4回行い、こちらに関してはかなり効果が現れ、肺野の結節影も大幅に改善しました。

10月 〇〇 から新しい薬を始めたわけですが、この薬によって白血球  $1,500/\mu\text{l}$ 、ヘモグロビン  $7.4\text{ g/dl}$ 、血小板  $12.8\text{ 万}/\mu\text{l}$  という汎血球減少を認めてしまいました。これがカポジ肉腫のドキシソルビシンによるものなのか、または抗 HIV 剤の AZT (ジドブジン) によるものなのか判断に苦慮しましたが、なかなか改善しないため抗 HIV 薬によるものと判断し、AZT の継続を断念して、再びメニューを変更しました。

その後、白血球は  $3,400/\mu\text{l}$ 、ヘモグロビンは  $13.2\text{ g/dl}$ 、血小板は  $15.8\text{ 万}/\mu\text{l}$  まで改善しました。代替として使用していたコンビビル (ジドブジン、ラミブジン配合薬) は、まだジェネリック医薬品が出ていませんので、再び2月 〇〇 に AZT を含む従来のメニューに戻しましたが、やはり白血球、ヘモグロビン、血小板が下がってしまうということで、AZT は使えないという結論に至り、再びジェネリック医薬品の検討を行いました。

その結果、もともと使用していた d4T、3TC に加え EFV (エファビレンツ) を使ったラミビル N とエファビル 600 の2種類を使うことによって、コロンビアでも薬の入手ができるのではないかということになり、最終的に3月 〇〇 にこのメニューに変更し、ようやく白血球、ヘモグロビン、血小板の値も改善したところを確認し、日和見感染症とカポジ肉腫も改善し、退院となりました。

その間のウイルス量と CD4 の値を下に示します。入院時  $3.5 \times 10^4$  だったものが、この薬の内服によって検出感度未満になり、CD4 に関しては、最初4個だっ

たものが、最終的に退院時は40個というふうに徐々に改善を認めているという状態です。

行旅法入院中でしたので、その後コロンビアへの帰国に向けて退院されたというのが入院中の経過です。

西田：何かご質問があれば。また最後にもまとめてお伺いしますが、ございませんか。とにかく長期の間に我々も苦心をして薬を導入したわけですが、種々の副作用が現れたりして、なかなか思うように事が運ばなかったということは分かっていただけではないかと思えます。

それでは次に、相談室の藤平先生からお願いいたします。

藤平（医療福祉相談室）：「国際化社会におけるHIV診療の問題点に関する一考察」ということでお話をしたいと思います。

35歳の男性で、コロンビア国籍の方でした。身体障害者手帳の申請について、当室のスタッフが説明をしている時、無保険であることが分かりました。実際は超過滞在で、観光ビザで入国して、以来数カ月ごと、仕事を変えるたびに会社の寮や友人宅への居候というのでしょうか、転々とした生活をされていたという状況でした。

母国には奥様と4人のお子さん、お母さん、お兄さんと大家族ですが、ご本人が日本に来て仕送りをして、生活が成り立っているというような状況で、貧困な状態であるということが分かったわけです。

患者さんの話で、心理的な葛藤が見られます。先ほども胃が痛いという話があったと思いますが、治療してもらうことに対する申しわけなさ、あるいは治療へのあきらめになっていたり、その一方で、家族のために自分は生きたいんだ、治療したいという意味ももちろんあったわけで、その中で揺れていたという状況でした。「神様が導いてくださるであろう」というような患者さん自身の言葉も聞きました。

ソーシャルワーカーの援助は、HIV感染者の方の緊急医療を人道的にどう切り開くのかということを中心にして進めてきました。それにより社会的、経済的、心理的にも治療できる環境整備をいかに進めるかということです。もちろん、スペイン語しかお話しできない状況の中でコミュニケーションをいかに確保するか、その中で、入院中の患者さん自身のストレスの緩和を図るということをソーシャルワーカー援助の柱として設定しました。

検討した諸課題ですが、最初は、国民健康保険に入

れないものか、それが人道的見地からも必要ではないかということを検討しました。国民健康保険は、1年以上の在留資格がなければ加入できないということがかなりタイトに決まっていて、いくら人道的な見地から主張しても難しいということが判明しました。

次に、免疫機能障害で身体障害者手帳の認定を受けて、それによって更生医療10割ということができるとはならないかということも探っていきました。身体障害者福祉法には、国籍条項がありません。ですから、法律の論理としては手帳申請ができるであろうということですが、平成12年に参議院の大協議員が内閣に対して質問書を出しています。いわゆる「外国人の医療と福祉に関する質問趣意書」という公文書で内閣に対して質問をした中で、この更生医療について、あるいは手帳の交付については、超過滞在の方には不適用だということが答弁書として書かれているわけです。

しかし、この答弁の意味合いはほかにもあって、例えば、入院助産であるとか養育医療、育成医療、あと母子手帳の交付についてとか予防接種等については、在留資格の有無を問わずに適用ができるという公式的な答弁も引き出した意義が大きいと言われています。

次に検討した課題は、外国人の医療の医療費損失補填事業を東京都が実施しています。これは平成6年から、医療機関の未収金のそれぞれの治療費の7割相当分、1例について200万円を限度として補填をしようというのが東京都の水準で決まっています。

これは民間の医療機関に対する補填です。ですから、個人に対する保証とか補填ではないわけです。東京都の予算も決まっていますから、都内の民間の医療機関の補填の部分を全部集約して、頭割りしていくような形になっています。

こういうシステムをとっているところは、東京都をはじめ10都県にすぎないと言われています。ですから、他県ではこういう補填制度がないところもかなりたくさんあるわけです。

検討した課題の4つ目は、行旅法です。これは、「行旅病人死亡人法」といって、明治32年につくられた法律です。いわゆる行き倒れの人をだれが救済し、だれがその葬祭もするかということを決めたものですが、この検討をしました。

生活保護法での救済ということをして1990年までしていたわけですが、国のほうが生活保護法の準用をしないということを決めてから、行旅法の適用という話に進んできた経過があります。



これは非常にタイトな要件がありまして、まず緊急医療であることが必要。あと、医療費の支払いが困難であること。単身者で援護者がいないということ。帰国の意思があること。定住者ではないこと。定住者ではないということは、例えばアパートで生活しているとか、どこかの会社で就職しているとか、そういう方は認めませんということです。このすべての要件を満たしていることが必要ということになっています。

これは、発生地自治体担当者に調査を依頼して、東京の場合は東京都の支給決定を待たなければいけません。現在もこれは適用しているわけですか、申請をしてから決定が出るまで数カ月を要するというのが今の問題点として挙げられています。

5つ目は、コミュニケーションのことです。母国語での通訳ということで、今回は、後でお話しいただく知人の方の理解が得られたことが非常に幸いしたと思います。それと、行旅法が適用されても、日用品費等、生活に必要な部分の費用はどこからも出ませんので、これは非常にわずかな金額ではありましたが、メモリアルキルトジャパンからの支援を受ける申請等もしてきました。

諸課題の6は抗 HIV 薬の確保ということです。これは西田先生、加藤先生にもいろいろ尽力いただいたところですが、母国での医療事情の調査とか、ジェネリック薬の輸入という形で確保しようという話は先ほど詳しく触れられたとおりです。

ここで、背景の説明ということで話をしたいと思います。外国人の緊急医療について、超過滞在者であっても、1990年までは生活保護法の準用によって対応してきました。これによって各自治体の生活保護の担当者の人道的配慮の裁量がまだあったわけです。しかし、1990年に厚労省が生活保護法の準用を一切認めないということを口頭指示します。そういう中で社会問題化して、行政の対応を求めるという形で議論がされてきた経過があります。

生活保護法の準用というのはどういうことかという、生活保護というのは、国家保証として法律ができていますので、国民に対する保障ということになります。ですから、外国人はそもそも想定していないわけです。しかし、在留している外国人の方は現にいらっしゃるわけで、定住者の方も生活困窮する場合もあるということで、いわゆる生活保護の決定について不服申し立てする権利はないけれども、生活保護を利用できるということで、準用という形で対応して

きたということです。しかし、90年からは一切認めないということになり、これは今も続いています。

その中で、国籍要件がない行旅法に予算をつける取り組みがいろいろされました。そして、東京都で初めて、いわゆる非定住の超過滞在の人も含めて医療費の部分で行旅法の予算をつけるという形になりました。あるいは、先ほど示した損失補填事業を実施するという形ができてくるようになったということです。

しかし、この行旅法についても地域的な差異がかなりあります。全国で13都府県しか行旅法に予算をつけていません。ですから、関東近県でいいますと、例えば茨城県とかは行旅法については予算をつけていませんから、何の手だてもない状況が今も続いていることになります。

国際化の中ですので、国際法の観点ということをお話したいと思います。

国連人権宣言に基づいて、国連の自由権規約、社会権規約が提唱され、その後10年たった1979年に日本も批准をしてきた経過があります。その中で国内法としてどう整備するかということが課題になってきています。今、国連では移住労働者とその家族の諸権利に関する条約を国際条約という形で進めていますが、日本は現在に至っても批准していません。これは「すべての移住労働者及び家族の権利保護に関する条約」というのですが、その中に、緊急医療については、在留の資格を問わずに提供されるべきである、そういう社会であるべきだということが成文化されているわけです。日本が早くそういう社会になるという意味で、国際化が求められているのではないかと思います。

国内法を整備していくということですが、新しい法律をつくるということよりも、少なくとも1990年まではできていたことですから、生活保護法の適用も含めて実施できる状況にはあると思いますが、今の状況ではまだできていないということです。

この後、沢田先生からもお話を伺いますが、感染の拡大を防ぐという点でもこれは非常に緊急な課題であると思っています。

西田：ありがとうございます。何かこの段階でご質問ございませんか。

私も損失補填事業というのは承知していなかったのですが、200万円が限度でそれぞれの医療機関ごとということ、いわゆる未収の部分それぞれの医療機関に補填するというものですか。

藤平：そのとおりです。

西田：東京医大に関しては、年間どのぐらいそれを……。200万円限度いっぱいとかいつているわけでしょうか。

藤平：1例で200万を超える話は、そうはないと思います。ただ、毎年の金額の実績については把握していないのですが、救急で外来にいらして、そのままの状態になっているという部分も合わせての話です。東京都は、年間の予算を決めていますので、必ずしも200万円限度できちんと払われるかどうかというのは、全体の件数によります。

西田：ほかに何かご質問ございませんか。

ここまでお話を進めてきましたように、最終的には、当該患者は、月日こそかかりましたが、HIVウイルス量が測定感度未満となって退院にこぎつけることができたわけです。しかしながら、その過程においては、我々医療スタッフ、あるいはナース、パラメディカル、ソーシャルワーカーの方々、そしてまた、それらにこたえてくださった行政の方々とか、多くの人たちの手があってそこに至っているわけです。

そして、忘れてならないのは、今からお話ししていただくAさんの存在です。彼は、日系ペルー人の方で、当該患者さんに関して、我々との間でスペイン語の通訳をしていただいたり、あるいは患者さんが食事をとれない時に食事の介助をしていただいたり、我々の励ましとなっていただいた方です。

現在、患者さんは帰国しているのですが、言葉がスペイン語なもので、我々も連絡の取りようがないわけです。その中で、唯一彼の最近の消息を電話やメールでご存じの方です。

今回、臨床懇話会でお話ししていただくことに関しては、ご本人も緊張していらっしゃるのですが、これは我々の今後のために非常に役に立つものであるので、ボランティアの立場、その経過の中で感じたことを何でもいいから少し話してくれないかと無理をお願いして、今日は来ていただいています。

それでは、Aさん、よろしいでしょうか。

A氏：皆さん、こんにちは。私はペルー人です。彼は、私の友達の友達の友達でした。教会で知り合いました。だから、彼の家族から電話を受けた時、私は彼のことを何も知らなかった。彼の家族のアパートに行った時、すごくびっくりしました。私もHIVを持っていますから、HIVのことを知っています。もうすぐ死ぬと思いました。彼のビザがないことも知っていま

した。どうするかをいっぱい考えた。だから、日本人の友達に手伝ってくださいと電話で頼んで、東京医科大学はいい病院だから、一緒に連れていきました。

そして、何回も面会して、彼のことがどんどん分かりました。本当に最初から死ぬと思った。でも、お祈りして、神様に頼んだ。私、外国人だから日本語はあまり分からないけど、何かできることがあったらやりたいと思った。彼は1年間ぐらい入院して、すごくよくなった。すごくうれしかった。彼もいっぱい頑張った。

2カ月前、コロンビアに電話した。彼は今、向こうで薬を飲んでいる。とても元気でした。本当に先生方、ありがとうございます。

西田：先ほど加藤が申し上げましたが、日本語が分からないので、「ダイジョーブ」ということしか言わなかった。我々が外国人医療に接して問題となることはいろいろなことがあります。経済的な問題、言葉の問題、習慣の問題、さまざまなことがあります。その中で、言葉の問題を初めとして多くのことに関して、Aさんは我々の手助けとなってくださいました。そのAさんから見て、先生たち、もっとこういうふうにしてよ、東京医大、もっとこういうふうにしてよということがあれば言っていたいただきたいのですが。

A氏：日本に来日していた知り合いが3人、HIVに感染して、なかなか医療を受けることができない状況にいましたので、やむを得ず国に帰ることになりました。ただし、3人とも国でも治療費を支払うことができずに亡くなりました。心が痛む結果になって残念に思いました。

彼が入院していた時、ほかの友達から電話があった。千葉県に入院していたけれども、その人は3年で死んだ。だから、僕はお手伝いをする決意をしたんです。

西田：彼は、こちらに来ていただいた時に、我々の患者さんだけじゃなくて、他科の患者さんのボランティアやバディとしての働きもしていただき、現在も、我々にとってはすごく手を貸していただいている存在です。

それから、今回、臨床懇話会を依頼された時に、いつもの自己満足的な臨床懇話会になったらつまらないなと思ひまして、ぜひともっと身近な立場な方の意見を聞きたいということで、彼をお願いをしたところ、彼は、もしも抗HIV剤の患者さんの飲み残しとか飲み忘れて、残薬があるなら、それを下さいと。それ

をペルーのボランティア団体に送りたい。それを条件としてお話しさせていただくというふうに快諾していただいたわけです。非常にありがたいことであって、我々のところには患者さんの飲み忘れの薬は山のようにありまして、それを彼にお渡ししてペルーに送っていただいたわけですが、向こうの NGO にもそれを振り分けるドクターがちゃんといらっしやるそうで、そのドクターが経済的に薬が手に入らないペルーの方々にお薬を提供しているようです。そういったような人道的な見地で我々にも手を貸していただいている A さんです。今日は本当にありがとうございました。

**A 氏:** 彼も当医大で大変お世話になった患者さんで、皆様に対して大変感謝しています。これほどやさしく、人道的に対応してくれるとは最初から思っていませんでした。そして、こういう HIV の治療は一生薬を飲まなくてはいけないということがとても心配でしたが、このように接してくれるのでしたら、もっと早いうちから治療を始めたほうがよかったということです。

そして、先ほどの患者さんに対しては、2カ月前にコロンビアに電話をしたら、皆様に大変お世話になって、おかげさまで元気になっています。仕事もこれからできるような状況までよくなって、また皆様にお会いすることができればうれしいという話でした。そして、彼からの要望として、外国人の患者さんが増えてくるにつれて、コミュニケーションのことが触れられたので、もし治療に詳しい通訳、またはそういう資料をきちっと翻訳できる人がいれば、大変助かります。

もう一つ、ソーシャルワーカーの方にはお願いですが、ビザの点でいろいろな問題がありますので、正規のビザを持っていない人に関して、詳しい情報があれば助かります。

最後になりますが、ボランティア団体はブラジルとかペルーとか、各国にそういう代表の方がいて、毎年日本に講演に来られています。国でどういう保証がされているとか、どういう医療を受けられるかという貴重な情報がそういう方々から聞かれるので、もしよろしければ、こういう場にそういう方もお呼びになるといいのではないかと思います。こういう機会を与えてくださり、心から感謝しています。(拍手)

**西田:** どうもありがとうございました。

最後になりますが、こういったような外国の方々に以前から数多く診ていただいて、我々にもいろいろ助

言をいただいている、神奈川県勤労医療生活協同組合港町診療所の沢田貴志先生にお話をいただきたいと思えます。

**沢田 (港町診療所):** 今日は非常にすばらしいカンファレンスにお招きいただきまして、ありがとうございます。

今の A さんのお話を聞きまして、HIV という、今人類を脅かしている非常に大きな病気に取り組んでいく上で、患者さんご自身の力が、私たちの医療従事者の支えになっているのだということを痛感させられました。

私は、神奈川県診療所で外国籍の方を多数診療しています。それともう一つは、東京大学の国際地域保健医学教室というところで、公衆衛生系の教室で非常勤の仕事させていただいています。

まず皆さんに、バックグラウンドとして、外国籍の方の人口の動向を見ていただきたいと思えます。現在、外国人登録をされている方が 200 万人ほどいらっしやいます。この数は、12 年前に比べて 1.5 倍に増えているという状況で、外国籍の方は、どんどん数は増えています。これは、日本に若年の労働力がなかなかいない中で、大勢の外国籍の方に働いていただかないと成り立たない状況になっていたということが、大きな要因であるかと思えます。

一方、今のお話にも出ていました滞在資格のない、超過滞在の方の人口は、30 万人をピークに、今 20 万人程度という形で減少しています。これは、バブルがはじける中で仕事はそれほどないということで自然減をしまして、医療サービスをよくすると滞在資格のない人が増えるから、滞在資格のない人に医療サービスをよくするのはよくないと言われる方がいますが、実はそういうことはなくて、1994 年、1995 年に一定の改革が行われて、若干制度は改善しているのですが、数は減っているのです。ですから、滞在資格のない方に対するコントロールと、人道的な医療は別のものとして考えていくことができると思っています。

これで見ただけだと、滞在資格のない方の比率は、12 年前の半分に減っているということが言えます。(Fig. 1)

これは、どれだけ外国籍の方が増えたかという神奈川の例です。フィリピンとかタイの方が 36~37 倍と急増していますが、もっと増えているのは、ブラジルが 120 倍、ペルーの方は 400 倍です。これはなぜ増え

**急速に増加した神奈川県  
外国人登録者数**

	2001年	1980年	増加率
総数	135104	41664	3.2
韓国・朝鮮	34421	29611	1.2
中国	31186	5777	5.4
ブラジル	13888	109	127.4
フィリピン	13608	368	37.0
ペルー	7533	17	443.1
アメリカ	4978	2375	2.1
タイ	3775	103	36.7
ベトナム	3116	234	13.3
その他	22599	3070	7.4

Fig. 1

たかという、神奈川県は自動車工場がたくさんあります。そこで働いている方が大勢いるわけです。日本人はよく、外国籍の方は勝手に出稼ぎに来たのだという認識ですが、彼らにしてみると、例えばブラジルの方ですと、ブラジルまで日本の会社の人に来て、日本は非常に人手不足で困っている、ぜひ日本に働きに来てくれということを言われてきたと。ペルーの方も同じです。日系人の方は、いろいろところで働くことが外国人登録法上許されているので、金の卵のようにしてたくさん来ていただいた状態です。

ところが、日本に来てみると、病院に行っても言葉が通じなかったり、人材派遣会社が健康保険に入れてくれなかったりというような、さまざまな社会保障上の不利益があることが分かってきました。そうした中で、外国籍の方は一般に、滞在資格がある方についても医療にかかりにくいという現実があります。

外国籍の方が急に増えたのが1990年代ですが、その時に、公衆衛生の立場でお話すると、結核の治療完了率が悪化しました。日本人も含めて全体で8割ぐらい治療完了していたのですが、外国籍の方は4割しか完了しないという事態が1993年におきました。これは滞在資格のある方、ない方含めてですので、ない方ですともっと悪かったという状況があります。

そこで、立場によって感染症に対する治療が十分受けられないというようなことがあると、やはり公衆衛生上も問題だということで、95年に外国籍の方で、特に滞在資格のないような方についても結核予防法による補助をしっかりとつけようということがありました。

それ以外に、これは私どもの診療所ですが、必ずソーシャルワーカーの方に面談していただくとか、通

訳をつけるというような工夫をすると、どんどん治療完了率がよくなって、日本人よりよくなったということがありました。

このように、結核に関しては外国籍の方でもしっかり治療できる環境が整いつつあるのですが、一方、難しいのが、今までお話のありました HIV に関することです。

これは2002年の調査ですが、日本で拠点病院を受診した HIV 陽性の方の出身国の分布です。東南アジアの方、中南米の方が非常に多いですが、地域を比べていただくと、北米とか豪州、ヨーロッパの方は、CD4が非常に高いうちに受診しています。それに比べてアフリカ、東南アジアの人は、非常に低くなってようやく病院に来れるということで、出身地域によって医療へのアクセスにかなり格差があるということが分かっています。

さらに、治療を継続できているかということで見ると、健康保険のある方は、外国籍の方でも85%というかなりの率で治療継続できているわけですが、健康保険に入れない方は、わずか13%しか治療継続できていないという厳しい状況にあります。これは帰国が一番多いということになってはいますが、不明になってしまう、明らかに中断している、それから、この帰国についても帰ったほうがいいよと言われた後、連絡が取れない方が全部帰国になっていきますので、実は、病院で治療が受けられないと思って、病院に行かなくなって我慢している方もたくさんいると思います。

こういった状況でいるということは、それだけ医療が受けられず、感染をしてもそれに対して何もサポートを受けられずに、行動を変えることができない方が当然いるわけですから、感染症に対する対策でも非常にまずいことになるわけです。

この間、非常に深刻な事態が分かってきたのですが、タイ王国大使館に各病院から、病気の人がいるので帰国をするのを手伝ってほしいという連絡が来るのですが、その中で、2年間に39人のエイズを発病された方の相談が来ました。このうち10人、なんと4人に1の方が亡くなっているのです。これだけ医療の整った日本で、これだけ大勢のエイズの患者さんが亡くなるということは通常ないので、いかに外国籍の方が医療にかかりにくいということが如実に現れているかと思っています。

先ほど未払い補填事業という、医療費がどうしても支払えなかった人に対して自治体が補填をする制度

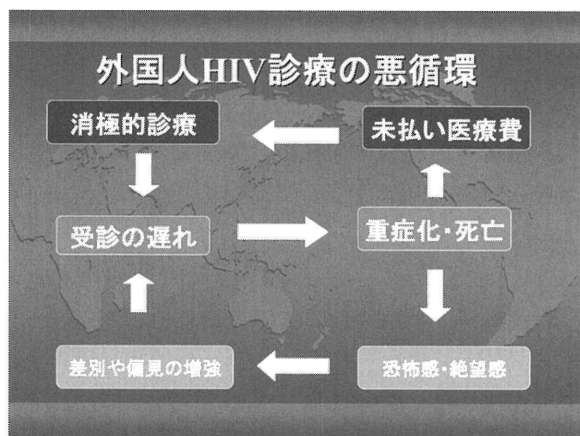


Fig. 2

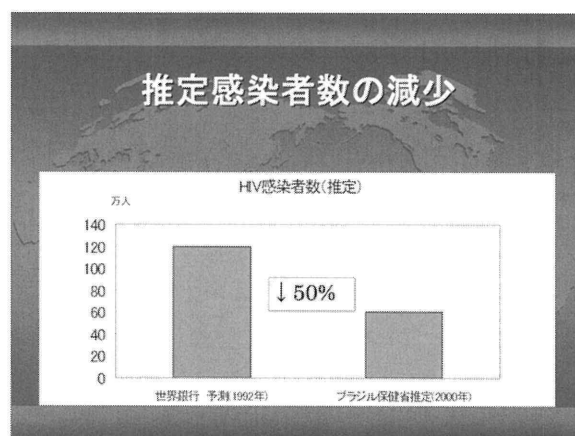


Fig. 3

のお話がありましたが、そういった制度がある東京、神奈川、群馬では17%の方しか亡くなっていないのに対して、補填がほとんど使われていない地域では、約倍の割合で亡くなっているというように、行政のあり方によって患者さんの命が変わってしまうことがあるのではないかと思います。(Fig. 2)

外国籍の方のHIV診療に関しては、言葉が分からなかったり、医療費の問題等で病院に行くのが遅れてしまうということがまずありまして、そのために重くなって亡くなってしまふ方が多い。そうすると、医療費を払うことができなくなって、病院にとって医療費の負担が出てくる。そうすると、病院が消極的になる。例えば通訳を置いたほうがいいと思っても、経営的に通訳を置きたくないということになったり、病院によっては、外国籍の方はなるべく診たくないという態度をとってしまうこともあります。そうすると、患者さんがますます行きにくくなって、悪循環にはまってしまうわけです。

この状況は患者さんの側にも同じようにあります。亡くなる方が多ければ恐怖感、絶望感が強くなって、病気に対して知りたくない、検査に行きたくない、症状が出るまで病院に行かないということが起きて受診の遅れという悪循環になります。

これは世界的に起きていることで、アジア、アフリカ、ラテンアメリカの貧しい地域でどうしてこれだけエイズが広がってしまったかというのは、希望がないからです。病院に行ってもなかなか治療してもらえないとあきらめてしまって、そのために感染が広がるということがあります。このことは、国連機関も大きく認識をして、2002年に、途上国でも治療をしっかりと推進しようということで、世界エイズ・結核・マラリ

ヤ対策基金ができました。WHOも高価で途上国では使えなかった抗レトロウイルス剤の治療を広げようということを行っています。

では、治療を積極的にやるとどういいういいことがあるかという話ですが、ブラジルは1996年に医療費の無料化、抗レトロウイルス剤の治療も無料化に踏み切りました。これは当初、予算が莫大にかかるのでだめだと財務省で言われたのですが、96年以降、それまでぐんぐん増えていた日和見感染で入院する方が減って、入院のために必要な医療費が削減できたのです。無料で薬を配る費用と入院治療費が相殺されて、赤字が出なくなった。(Fig. 3)

もう一つの効果は、治療を受けて元気になる患者さんがたくさん出ると、そういった方がマスメディアに出てきて、自分は早く感染について知って、治療を受けたらこんなに元気になりました。これからは社会の役に立つためにボランティアの活動をしたいですというようなことを言う方が出てきました。そういったものがエイズに対する差別とか偏見を減らし、早く知ったほうがいいんだということになりまして、予防の上でも非常に効果がありました。

世界銀行が1992年に、2000年にはブラジルで120万人が感染するだろうと予想していましたが、治療を推進した結果、ふたをあけてみると60万人で済んだと。半減したわけです。というように、積極的な医療の提供が、エイズに関しては予防の面でも効果があったと言えるかと思います。

このブラジルの経験から、適切な医療の提供と感染している方の生活の質の向上をしていくことが、エイズ対策上非常に大事だと。それから、この人たちはケアを受けられないという人をつくらないようにしよ



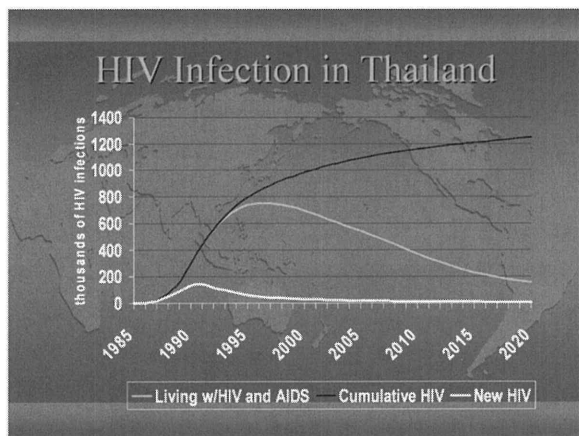


Fig. 4

うということも大事なことだと指摘されています。(Fig. 4)

同じようなことはアジアでも起きまして、タイでも積極的な治療、ケアを始めて、今、減少に転じています。

では、具体的にこれからどうやって外国籍の方の医療全体をよくしていくか。その中に HIV 診療も含まれるわけですが、一つ行われている取り組みは通訳です。通訳がいなければコミュニケーションが十分できません。神奈川では、外国籍住民の方が、医療通訳のないのは、自分たちにとって非常に深刻な問題だということが提言されて、県と NPO と医師会等と一緒に、約 30 の拠点病院に対して通訳派遣制度を始めています。

あるいは、先ほど藤平さんのお話にあったように、医療費の面で困っている方に対して、ソーシャルワーカーの方に頑張っていただいて、こういった使える制度をしっかりと調べて、できる限りの補助をしていくということがあります。

もう一つは、先ほど、南米に帰られた方が、治療ができるようになったというように、今、途上国に関しても治療がだんだんよくなっています。そうした現地側の情報をしっかりと調べて、日本の医療と現地の医療を役割分担してつないでいくということも大事だと思います。

タイに関しても、ちょっと前まで、帰国をするとほとんど亡くなってしまいう状態だったのですが、2004年に医療機関とタイ大使館と NGO で協力して、母国の病院にしっかりと橋渡しをするということをした結果、CD4 はこれだけ低い方ですが、ほとんどの方が HAART を開始することができました。結核

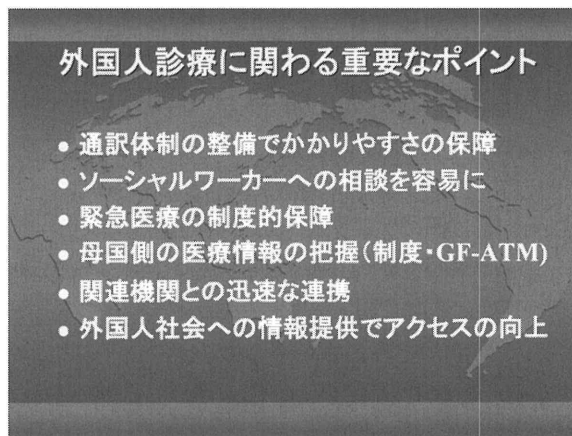


Fig. 5

治療中の方は結核の治療が終わってから始めるということですが、このようにしっかりとつなげば、医療が受けられる国も出てきた。ブラジルとかタイのように改善している国が出てきたということです。

これが連携のネットワークです。(Fig. 5)

これから外国籍の方を日本の社会でしっかりと受けとめて、健康な地域社会をつくっていくために必要なことを整理すると、まず通訳をしっかりとつけられる体制をつくっていくこと。これは滞在資格がある人、ない人にかかわらず必要なことですので、自治体にも協力していただいて、やっていく必要があります。

それから、先ほどの滞在資格のなかった方のように、やはり社会的な困難、貧困、そういったものがある方のほうが病気になりやすいのです。貧困だから見捨ててしまうという社会は、どうしても健康を維持することはできませんので、ソーシャルワーカーの方に頑張っていただいて、できることは何なのか、しっかりと掘り下げていくことが必要だと思います。

藤平さんのお話に、国際条約上緊急医療は提供しなければいけないということがありましたが、ヨーロッパでは、緊急医療が提供されなければ EU に加盟できないようになってきています。人道上必要だということで、少なくとも、先ほどの行旅病人法のように、今の命の危機に瀕している人には医療を提供する制度をつくっていくことが大事かと思っています。

それから、母国側と連携をして、緊急医療が終わった時期に母国に橋渡しをする。これはすべての国でできるわけではないですが、少しずつ改善していくことができればと思います。

そして、大使館とか行政機関、いろいろなところと迅速に連携をとる。そしてもう一つ、こういったサー

ビスが向上する中で、やはり外国籍の方のボランティアの方、あるいはNGO等と協力して、情報をしっかり外国籍の方に提供して、医療にアクセスしやすいようにしていくということも大事なことだと考えています。

以上、駆け足で大変恐縮ですが、私からのプレゼンテーションを終わらせていただきます。どうもありがとうございました。

**西田**：ありがとうございました。時間は押していますが、せっかくの機会ですので、何かご質問があればお受けしたいと思います。

**天野** (臨床検査医学)：いろいろ議論になったことの中に、今、目の前にいる患者さんに関して、行旅法が適用されるかどうか分からない、病院側がすべてのお金を持たなくてはいけないかもしれない。そういう状態の中で目の前にいる人だけを何とかできたらそれでいいのか。病院の経営のこととかを全く考えないで、我々は医療者としての立場でやっていくべきだという考え方もあれば、本当に同じような人がまた来た時に同じことができるのか。この人にはやるけど、この人にはやらないということが起こってしまうようなスタンスでいいのかということが議論になっていきました。

今回は、行旅法をうまく適用できましたが、あの病院に行けば何とかしてくれるのではないかというように話が伝わっていくと、それが患者さんと呼んで、同じような患者さんが来るのではないか。その時に同じことができるのかということですが、先生がやられている港町診療所は、そういうことが有名になっていると思います。患者さん同士のインフォメーションで、そういう患者さんがどんどん来るというご経験について教えていただければと思います。

**沢田**：確かに私たちの診療所は、毎月のように、心不全とか肺炎、結核といった入院が必要な方がどんどん来ます。ただ、私たちはどうして対応できているかというと、それは、今のお話にあったように、この人だけ特別ということではなくて、システムに流しているからできるのだと思います。それは、診療所のシス

テムというよりも、自治体に対して、緊急医療を確保していくために制度として確保して、各公的な病院が少しずつ負担をする。あるいは、大学病院も含めた各拠点病院が少しずつ分担をして、頑張っって力を出していったって、医療費に関しても一定のものが補填されるような制度をつくっていく。もちろん、すべてが補填されるわけではありませんが、そうやって公平に負担がされていくという流れをつくることで、県レベル、あるいはもっと広い地域で、患者さんの流れをつくっていくということが大事だと思います。

東京とか神奈川についてはそういうことができていて、行旅病人法の活用等に関しては東京医大の医療相談室の皆さんが10数年取り組まれていることの貢献が非常に大きいかと思いますが、そうやって一つの病院でモデルをつくるのが、またほかの病院でも使えるようになっていく。その時に大事なものは、この人のためだけということではなくて、行政と相談して制度として落としていくということではないかと思っています。

**西田**：医療サービスの向上をすれば、滞在資格のない方が増えるというのは、病院単位でも、また国単位でもよく議論に上がることですが、そういったことが必ずしも結びつかないということが、今の沢田先生のデータでよく理解できました。

しかし、我々は今、多くの国の方を実際には診ていますし、皆さん方も外国の方を診ていらっしやらない医療者はいないと思いますが、人道的という言葉のなさを、パワーのなさを感じます。人道的という言葉ではなくして、いかにシステムとしてやっていくか、あるいはデータとしてそれを理解していただくかということが非常に大切だと思いますので、沢田先生のお話をいろいろなところで、いろいろな立場の人に聞いていただくと、我々が根底から変わっていく材料になると思います。今後ともよろしく願いいたします。今日はどうもありがとうございました。

それでは、臨床懇話会をこれで終わらせていただきます。

(大滝純司 編集委員査読)