

# タイ班 4 THAI



追跡調査のフィールドで、道案内を買って出てくれた警官と宮原（1年）

## 4 タイ班 HIV 難民 ホスピス寺と帰国支援

### 活動目的

エイズ対策先進国タイにおいて、患者たちがどのような環境の中で療養し、社会とどう関わり合っているかを、パバナブ寺でのボランティア活動を通して学ぶ。

日本で AIDS を発症し、HAART 導入のためにタイへの帰国を支援した患者が、今現在どこでどのような治療を受けているかを追跡調査し、帰国支援の有効性について検討する。

### 活動場所

タイ・ロップリー パバナブ寺  
タイ・ノンタブリ 保健省  
タイ・コーンケン 帰国支援患者 P 氏の自宅

### 活動期間

2006 年 8 月 10 日から 2006 年 8 月 31 日

### 班員構成

船田 大輔 (九州大学医学部医学科 4 年・班長)  
座光寺 正裕 (九州大学医学部医学科 4 年)  
香月 真理子 (佐賀大学医学部保健学科 4 年)  
宮原 敏 (九州大学医学部医学科 1 年)

### キーワード

エイズホスピス、無資格滞在者、帰国支援、30 パーツ医療、HIV 難民

### HIV 難民という視座

HIV に感染した結果、職と家庭とを失い、社会の片隅にあるホスピス寺でひっそりと暮らすタイの人々がいる。ある日突然それまでの生活の場から切り離され、山間の寺に追いやられる人々の生き様は、政治や宗教を理由に迫害され、住みかを失った難民を思い起こさせる。

日本にも同じような境遇におかれるタイの人々がいる。建設現場で安価な労働力を提供するタイの男性や、夜のネオン街で渦巻く欲望に応える女性は、日本で HIV に感染しても治療の機会を得られないことが多い。滞在資格を持たず、日本の社会保障の編み目からこぼれ落ちてしまった彼らは、そもそもパスポートすら持ち合わせず、帰国さえかなわないこともある。

タイ国内、国外を問わず、両者に共通するのは、HIV 感染が原因となり、それまでと同様の生活が送れなくなってしまった、という点である。単に HIV に感染した難民という意味合いではなく、より広い (そして大雑把な) 括りとして、ここで新たに **HIV 難民** を試みに定義したい。「HIV 難民とは、HIV 感染を理由として、それまでと同様の生活を送れなくなった社会的弱者をいう。」

こうした HIV 難民がおかれる苦境を看過してよいのかという問いかけが私たちの問題意識であり、本稿に通底するまなざしである。

第1章ではタイのホスピス寺で行ったボランティア活動を通して見知ったタイ国内の HIV 難民の境遇について紹介し、第2章では日本におけるタイ人 HIV 難民への支援の実際と課題とを、帰国支援した患者の追跡調査を通じてまとめた。

## 第1章 パバナブ寺—HIV 難民の駆け込み寺

(文責・宮原)

### 活動目的

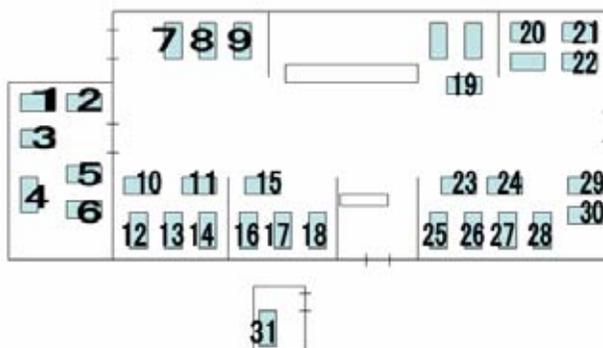
昨年、先輩方が訪れたパバナブ寺に再び向かいボランティア活動を行う。タイにおけるエイズホスピスの現状を自らの目で確かめるとともに、ボランティア活動を通じてタイ人患者との対話を試み、実践することを目的とした。

### パバナブ寺の地理

平地の端、斜面に面している。周りの平地は農地として利用され、大通りからは農地で隔されている。(14° 50'15.00"N 100° 40'55.00"E)



パバナブ寺の門構え



病棟の模式図

注：図中の番号は作者がつけたものであり実際のベッド番号とは異なる。

### パバナブ寺の施設

今回主に活動した病棟は、パバナブ寺が持つ数あるホスピス病棟のうち重病患者病棟として位置づけられている。

長細い建物の中に 33 床のベッドが配置されている。室内は明るく、窓が開放されて風が通り快適な空間だと感じた。主な出入り口は 2 つあり、団体客が一方のドアから入り、中央の通路をまっすぐあるいてもう一方のドアから出て行くという、人の流れを生んでいる。

図左側の部分(番号 1~6)は結核病棟で、大部屋と壁 1 枚で隔されている。しかしながら 2 つをつなげる扉はほぼ常に開放されており、ボランティア、ワーカーが自由に行き来するため、それほど『隔離』という印象はなかった。一方で上図 31 番のひとつだけ離れた空間は『隔離』そのものであった。裏口を出てすぐの物置の隣に位置しベッドひとつしか入らないその空間は他の患者

に迷惑をかける患者を収容するためのものだという。

入り口には英語で『これはいじめではない』と書いてある。実際私たちの滞在中にも一人の患者が収容されていた。その患者は、普段は静かな病棟内で苦しみからくる泣き声を一日中あげており、うるさいという理由のためであった。隔離病棟に入ると確かに病棟内には泣き声は響いてこない。しかし、同時に普段病棟内にいるワーカー等職員の耳にもその声は届かないのではないか。私には見捨てられているようにも見えた。

この病棟以外にも、パバナブ内には多くの施設が存在する。病棟としては、この重病患者病棟以外にもいくつか存在している。どれも規模は重病患者のそれよりも大きい。私たちが見てきたのは、パバナブ寺の抱える患者のほんの1部であった。

寺の敷地内を歩いていくと、Museum とかかれた建物が多く目に付く。展示されているのは亡くなった HIV 患者の骨であり、臓器の標本であり、ミイラ化した患者の肉体そのものであった。その1つ Life Museum について紹介したい。

### 特別室？

#### 初日 病棟にて

「ここって特別室があるらしいよ」  
～ふーん。そうなんだ。  
「テレビがあるんだって」  
さすが発展途上国。テレビがあると特別室なのか。差額ベッドだったりするんだらうなあ。

#### 初日 反省会にて

～テレビあった？  
「ない。なんで特別室なんだらう？一般病棟と全然変わらないのだけど？」  
一同「うーん…」

#### 次の日 病棟にて

職員「TB 病棟だよ。」

！

まさか…TB (tuberculosis：結核の略語) を TV と間違えたのでは…

～ティービー病棟だと言ってたよ。

「ほら、テレビがあるって言ってたでしょう？」

これは本気だ。早く他の人に伝えねば、面白すぎる！

この日の反省会で大いに盛り上がったこの会話。きっと当人は一生「TB」の単語は忘れないことでしょう。(ふ)

## Life Museum

ミイラ館。10体ほどのミイラが展示。ほとんどが乾燥したものであるが、1体は水槽に入っていた。耳、鼻に綿が詰めてあり、髪の毛、歯が残っている。いくつかのものにはカバーが無く、その体にはハエがたかっている。すべてのミイラのそばには説明書きがはられていた。そこには名前、生年月日、死亡日、職業、HIV 感染理由がタイ語と英語で書かれている。一部のものには生前の写真も貼られていた。ミイラの内訳は、こどもが2体ぐらいで、あとは成人である。男女は半々。奥に一体だけ特別扱いなのであろうか両側に花がそえてあるものがあつた。

この施設は一般に開放されていて、私たちが見学している間にも何組ものタイ人の観光客が見学をし、撮影をしていた。患者の中にもここに亡くなった夫のミイラが展示されており、彼に会うため通っているという女性もいた。

Museumに加えて、様々な写真や説明にあふれた資料館や毎週患者たちの手によってショーが開かれるホールなど見学者向けの施設が多く存在していた。

もちろん寺院であるため、仏像があつて線香やろうそくを立ててお祈りするスペースや、お坊さんがあつまってお勤めをする建物、納骨堂などの施設も見られた。



静けさの中にかつての入所者らが眠る

## パバナブ寺での1日のおしごと

私たちは5日間に渡ってボランティア活動を行った。一日の大まかな流れは以下の通りである。ボランティアの仕事は9時に始まる。マスク、手袋、エプロンの身支度を終え、世話を求める患者を探す。多くの場合すぐにいずれかの患者に手招きでよばれる。行くとマッサージ、オムツの取替え、飲み物(氷水、もしくはシロップの飲み物)、髭剃りなどを頼まれる。ある患者の世話が終わると、またすぐに別の患者に呼ばれる。途切れることはほとんどない。

11時頃になると患者の食事が始まる。食事は病棟内に運ばれ、各自自分のベッドで食べる。ボランティアは、歩けない人のベッドに食事を運んだり、食事の介助をしたりする。食事のかたづけを終えたら、ボランティアは昼食を含む1時間ほどの休憩をとる。支給される食事は患者のものと同じである。休憩後は午前中と同様に、患者の求めに応じて、マッサージ等をおこなった。この時間は、昼寝をする患者がいる分、午前中よりもゆっくりできる。15時を目安にボランティアは仕事を終え、帰宅する。

## 今回の旅行中最も健康的な5日間

と言うのも9時にパバナブに到着するため起床時間は7時前と早起きになる。そして昼間はパバナブでしっかりと体を動かす。すると早起きと疲労感から夜は10時ごろからぐっすりと眠ってしまう。このように生活リズムだけは非常に健康的であった。しかしながらこの5日間で2人も病人が出てしまったのではあるが。

## 患者の生活

- 05:00 起床
- 06:00 朝食
- 11:00 昼食(食後くすり)
- 15:30 夕食
- 16:00 風呂
- 20:00 就寝

2,3人ひとりで散歩に行く患者も見られたが、その他大部分は1日中ベッドの上で過ごす。それぞれ思い思いの生活を営んでいた。新聞、本、雑誌を読む人。ラジオを聴く人。隣の人としゃべったり、ふざけあつたりしている人。お菓子、フルーツを食べる人。あるいは1日中横になってぼんやり宙を見つめている人と様々であった。

## 患者の健康状態

もっとも元気な人は自由に歩き回り、表情豊かでよくしゃべり、よく食べ（1プレートの食事を3杯ほどおかわり）、病人とは思えないほどであった。しかしながら一方で、寝たきりで、体重が28kgまでやせ細り、食事はまったく摂れない患者も同じ病棟にいた。

私には健康そのものの患者と、瀕死の患者がベッドを並べているのは、最初奇妙な光景に写った。しかし、瀕死の状態だからといって特別な治療があるわけでもなく、また昨日まで元気に動き回っていた患者が翌日行ってみると急変し高熱でうなされている姿などを見るにつれて、HIVのホスピスにおいてはこの方が合理的なのかも思うようになっていった。

## 見学者

1日に3,4グループの見学が来ていた。主にタイ人の団体客であったので、タイ国内における関心の高さを感じた。団体はコンダクターに連れられてやってくる。ぞろぞろと病棟内に入りコンダクターがいくつかの患者のベッドの前にとまって説明を始めると、その周りを取り囲むように集まる。説明が終わりコンダクターに従って病棟を出て行く。あまり患者の生の声を聞いたり、患者とふれあったりといったことは見られなかった。

見学者にしてみれば、かつてタイ政府が行ったキャンペーンにより植えつけられたHIVという病気に対する偏見が残っているかもしれないし、パバナブ施設内に遍在するMuseumも患者に対するある種の嫌悪感みたいなものを助長しているのかも知れない。見学の目的がこれらの誤解を拭い去るためのものであるなら、その目的は実際には果たされていないように感じた。

小学生くらいの生徒の団体も訪れていた。社会科学だろっか先生に連れられきちんと整列して見学している。かれらもまた、ただ見て通り過ぎていくだけであった。見学によって学んだものがHIVとHIV患者に対する嫌悪感であってはならないはずである。

## ボランティアとワーカー

ボランティアの登録は受付で登録書に記入し、パスポートを提示すれば完了した。我々が登録した時、ボランティアは男性2人、女性3人であり、そのうち日本人が2人と聞かされた。この病棟内には、ボランティアのほかに、5、6名の女性ワーカーがいた。ボランティアがいる日中、彼女たちは、施設内の掃除を行うほか患者たちの身の回りの世話を行っていた。ボランティアの仕事と重なる部分が多く、ボランティアだけで間に合うときは、座って雑談していることが多かった。



陽気なワーカーらに囲まれる船田と香月

## ボランティア活動を通じて

今回私たちはこの活動を始めるに当たって、ひとつの目標を立てた。それは、5日間という連続した時間の中で、タイ人患者と複数回の対話および観察を通じて、その患者一人ひとりの持つ背景

を浮き彫りにすることである。これには、このパバナブでの活動の後、追跡調査でタイ人患者にインタビューをすることが予定されていたため、それに向けてのシミュレーションのねらいもあった。

もちろんそこには言語の問題が生じる。こちらは、タイ語を知らない状態であったし、相手が英語を解するとは限らないからである。そこで、今回は「旅の指差し会話帳タイ第二版(情報センター出版局)」、「イラスト会話ブックタイ(JTBパブリッシング)」など指差し式の会話帳を用いてコミュニケーションを図ることにした。

患者との対話はマッサージを要求した患者に対し、マッサージ後、自己紹介をすることから始まる。こちらの名前を言った後、今度は拙いタイ語で相手の名前を聞いてみる。ここでの反応は、すぐに答えてくれる人、そっぽをむいて追い払おうとする人、耳が聞こえないという身振りをする人、なにも答えずただこちらを見つめる人と様々であった。答えてくれる人には、さらに踏み込んだ会話をしてみる。

会話帳の効果は絶大であった。患者のほうも興味を持って本と一緒に眺め、楽しそうに答えてくれる。実に役立つ本である。実際多くの日本人にとって強い味方であるようだ。パバナブ寺には、以前ボランティアとして働いていた日本人が、自分のように訪れるだろう日本人のために残した1冊の会話帳が置いてあった。最初はそっぽを向いた患者の中にも、マッサージをするたびに話しかけると、だんだん答えてくれるようになる人はいた。

以下は、活動中に班員がそれぞれ患者の情報を持ち寄り、ベッドの配置を模した図に書き込んでいったものをまとめたものである。番号は上の模式図の番号と対応している。

	名前	性別	年齢	歩行	備考
1	S	女	?	○	マッサージが好き。ハイテンション。
2	?	女	?	○	おどり、一人で歌う。生花ピアス。
3	C	男	37	○	奥さんいない。
4	W	男	?	×	アイスが大好きだがしゃべれない。右手拘縮。オムツ。
5	D	男	35	○	コココーラ販売員。結核結節らしきものが肩甲下にあり。右ふくらはぎにも結節?
6	S	女	49	×	おむつ。
7	T	男	48	△	歩行器使用。仕事はウェアゴーン? 6年前 AIDS 発覚し、パバナブ入院。民族音楽が好き。左足が悪い。
8					8/17入院
9	?	女	32	×	脳性マヒか。13年前にパバナブ入院。夫も AIDS で死去。遺体は現在も Life Museum に展示されており、彼女は毎日その夫に会いに行く。
10	?	男	?	×	8/15 移動。高熱。吐き気(食事なし)。顔にぶつぶつ。足には斑点状のかさぶた。褥瘡。妻子はいないが、死亡かどうかは不明。バンコク出身。刺青多数(ドラゴン、虎、蜘蛛、蝶、神、その他判別不能)。8/14 血圧 96/64 体重 28kg。
11	P	男	52	×	酸素吸引。コカイン注射で感染。右腕に注射痕。バンコク出身。バイクドライバー。
12	R	男	42	×	酸素吸引。コカイン注射で感染。右腕に注射痕。バンコク出身。バイクドライバー。
13	S	男	48	×	ロップリー出身。仕事はトムソン?。お参りとコーラが好き。ピンクのミルクが嫌い。コカイン注射?見舞い一度もなし。高頻度でマッサージを頼む。食欲旺盛。4日前に入院。電気技師。アユタヤ出身。奥さんたちはチェンマイ。微熱が続く咳が目立つ。8/17 軽症病棟へ移動。
14	P	男	23	○	4日前に入院。電気技師。アユタヤ出身。奥さんたちはチェンマイ。微熱が続く咳が目立つ。8/17 軽症病棟へ移動。
15	?	女	?	×	右半身麻痺。
16	?	女	?	×	子供。8/14 うめき声。8/15 移動(閉鎖病棟:上図31番)。食事は液体のみ。泣き声のために隔離された。
17	?	男	?	×	全身乾癬。
18	N	女	37	○	農業。バレーボール好き。4年前 AIDS 発覚。2年前パバナブ入院。
19	?	女	?	○	何を言っても頷くだけ。オムツ使用。
20	A	男	35	○	バンコク出身。3年間日本にいた。カラオケ屋のボーイ。肺炎。7/26 パバナブ入院。8/15 昼 39°C熱。

	名前	性別	年齢	歩行	備考
21	F	女	45	○	農家の嫁。アユタヤから。7ヶ月前にHIV。5ヶ月前にババナブ。
22	S	男	50	△	車工場労働者(トヨタ?)。HIV感染は10年前、妻から。4年前ババナブ。ライチが好き。ハイキングがすき。右足マヒ。8/16歩行器を使用して、一人で歩いた。
23	?	男	?	×	歯軋り。ワーカーにいじめられる。
24	D	男	34	×	竜の刺青。左半身不随でおむつ。1ヶ月前入院。アイスクリームの会社員。家族にAIDSなし。
25	?	女	20代?	○	耳が聞こえにくい。目もかすかにしか見えない。外を歩き、お祈りができる。炭酸飲料が飲めない。いつも笑顔。8/14に28kg。
26	?	男	?	○	
27	?	男	?	○	おせっかいを焼くのが好きなおじさん。場合によりトラブルメーカー。他の患者とけんかも。耳が聞こえない。
28	?	男	?	○	元気いっぱい。よく食べ、よく寝て、そしてよく働く。
29	S	女	29	×	8/16 13:10 亡くなる。
30	K	男	?	×	8/17 17:00 亡くなる。
※	W	女		○	DVにより障害? 4年前にババナブ。

## タイ語の会話帳

外国での班活動に欠かせないものと言えば会話帳である。現地の人たちとの交流に現地の言葉は欠かせない。



### バンコクにて 班員も集合し、活動開始前日

～(会話帳を見せながら) みんな会話帳もってきた?

A「おれはこれにした。」

よしよし。ちゃんと買うときに同じものを買わないようにと電話で打ち合わせしたもんな。

B「え、地球の歩き方の付録でいいかなと思っただけ…」

はい、戦力外通告。

～とりあえず4人のうち2つもあるし、使い回せばいいか。

### 翌日、列車での移動日

長距離、長時間の移動は眠くなり…

向かいのタイ人のおじさん「次だぞ! (タイ語)」

～次らしい! みんな起きろー! 降りる用意しろよ!

### 到着

～よしっ! 降りろっ!

～いやあー、無事着いたなあ。これからいよいよ活動開始だな!

「あ、列車に荷物忘れた!」

～中には何が?

「資料と、『日本沈没』、会話帳が…」

～…しょうがない。コピーすればいいか。

### 宿にて

C「あの…、実は私も会話帳持ってます…」

他一同「なんだってー!？」

C「いや、何かなかなか言い出せなくて…すみません」

～謝らなくていい! お手柄だ! よくやった!

### 翌日

C「あの、どうも会話帳落としたみたいです。昨晩屋台で食べたときは持っていたんですが…」

他一同「なんだってー!？」

結局1冊の会話帳をコピーしたり使い回したりして何とか間に合わせました。

次から会話帳は多めに持って行こうと、決意したり、しなかったり。(ふ)

1

沖縄

2

フライマリアゲア

3

インド

4

タイ

5

中国

## クロノジカル オーダー

8/12 午後

私たちは観光局観光局のオフィスで行き方を確認しバス、バイクを乗り継いでパバナブ寺へ向かった。バスでは行き先を『ワットパバナブ』といえば一応通じる。15分ほど乗って、新市街を走る大通りの途中でバスを降りる。一緒に降りる客は5日を通じてほとんどいなかった。大通りから細い道に入るところにバイクが常時3-5名駐在していた（パバナブに行くためのもの？）。

そこからパバナブまでは5分程度。大通り沿いには民家が見られるがしばらく走ると景色は一面農地（トウモロコシ畑など、牛、イヌなどが見られる）になる。バイクは片道2人で25B。運転手は気さくに話しかけてくる。日本人をたびたび乗せるのであろうか「イヌ、イヌ」と日本語で話しかけてくることもあった。彼らは携帯をもっており、帰りの迎えは携帯で呼ぶことができ便利であった。バイクはゲートのところまでで止まる。ゲートには覆面をつけた守衛がおり鉄製のバーを上げ下げしている。

パバナブ寺の中に足を踏み入れ、私たちはまずは受付をさがした。が、敷地内には多くの建物がありません。途中でLife Museumなる建物へ。しばらく見学した後ふたたび、受付を探すために人だかりのあるところへ向かった。着いた先は病棟のようなところで、タイ人の団体客が集まって患者をみている。そのそばで一人の人が患者について説明している。ふと入り口を見ると「ボランティアを断っている」を意味するとおもわれる英語の張り紙がはってあった。予想外の展開に動揺する。

とりあえず交渉はしてみようと、病棟内のワーカーにボランティアをしたいという旨を伝える。すると受付へ通され、意外にもあっさり承諾された。登録はパスポートのコピーと登録用紙の記入であった。翌日から5日間働くことを伝えその日は寺を後にした。その後ロップリーでは、働く準備としてエプロンを用意することにした。服屋、スーパーを一通り探しても見つからず諦めかけるも、結局屋台のひとに店をきいて何とか購入した。夕食のときには屋台街で指差し帳を1冊紛失してしまった。これで最初3冊あったものが1冊にまで減ったことになる。これは今回の活動の大きな反省点のひとつであろう。

8/13

ボランティア初日。パバナブに9時に着くためには、朝はゆっくりしてられない。屋台はまだほとんどでていないため、朝食は毎日セブンイレブンの食パンとヨーグルト、ホテルのサービスでのめるコーヒーやココアを食べた。8時半にはホテルを出発する。パバナブにつき、いざ身支度を終え、どの人からすればいいか見回していると、ある男性患者が手を振ってよびかけてきた。

彼は40、50代くらいで痩せてはいるが周りの患者に比べ、健康そうにみえた。その患者はやる側の自分の緊張に対し、見知らぬボランティアにマッサージされることに慣れていただった。彼はそばによるとすぐに身振りでも何をしてほしいかを明確に示してきた。『腕をこんな風にもんでくれ』、『もっと強く』、『痛い、強すぎる』、『そう、そこがきもちいい。もっとやってくれ』、『次はこっちをやってくれ』、『腰にこのクリームを塗ってくれ』。すべて豊かな表情とみぶりでコミュニケーションである。

言葉が通じない相手に対してマッサージを行うというのは初めての体験であったが、このようにずっと相手の求めていることが不思議と伝わってきた。これは患者の側が異国のボランティアに気

持ちを伝えるすべを身につけているためかもしれない。また患者からは（この患者に限らないが）ボランティアを気遣う心も感じた。立ってマッサージを行おうとすると、ベッドのうえにスペースを作って座ってするように言ってくる。また、マッサージが終わると頭をさげて感謝をしてくれる。

さらに次はあの患者をしてやれと世話してくれさえもする。さらに彼はマッサージをしていると本当にリラックスした、気持ちのよさそうな表情をし、時には満面の笑みを浮かべていた。初めてのことで不安でいっぱいだった自分はこの患者のおかげでいくらかやれるかもという希望をもてたのだと思う。

次は紹介された患者にマッサージを行った。その患者は坊主頭であったが、顔立ちがきれいで20歳前後の女性のように見えた。いざベッドに近づいてみると私は彼女が先ほどの患者と大きく異なることに気づいた。まずさっきの患者に比べ彼女は、痩せて（体重は28kg）元気がなく、表情は暗かった。またマッサージを行ってみても反応がほとんどなく、やりづらさを感じずにはいられなかった。重い雰囲気を変えようと拙いタイ語で名前を尋ねてみると、彼女は耳が悪いらしく身振りでそれを伝えてきた。先ほどとは大違いのやりづらさに仕方なくとりあえず思いつく一通りのマッサージを行なって、その場を離れることにした。そんな気持ちでマッサージを行っていたにもかかわらず、終えたときには合掌して礼を言われたときには申し訳ないような複雑な気持ちになった。

この患者も終わるとまた別の患者から手招きされる。初日にもかかわらず頻繁にお呼びがかかる。ボランティアは当班4人に加えタイ人女性1人の5人であり結構忙しかった。続けていくうちにやはり身振りでうまく伝えてくれる患者ばかりでないことがわかってくる。そのような患者には取りあえず一通りマッサージを行ってその場を離れることしかできなかった。この日会話帳がなかったので、患者のほうが何かタイ語で話しかけてきても、笑顔で返すことしかできない。会話帳の必要性を強く感じた瞬間であった。マッサージは、手への負担が意外と大きく、午後を過ぎるころには皆両手が痛くなっていった。ホテルに帰ったあとと香月先輩が風邪のような症状でダウン。夜には残りの3人でマッサージの特訓を行なった。

## 8/14

香月先輩休み。朝行くと大体初日にやった人にまた手招きされる。彼らが顔を憶えてくれてまたよんでくれることは、自分の働きが認められたようでうれしかった。サーシャがオフから復帰し、午後からは日本人女性2人ボランティアに参加した。人数が多くなると圧倒的に楽になる。余裕ができた分呼ばれたことの無い患者にも積極的に近づきマッサージは必要ないか、飲み物はいらぬかなど聞いてまわることができるようになった。この日は日本人の見学が2組あった。順天堂熱研の10人弱の団体と、教師とパバナブOBの青年二人組であった。この日にはオムツ換えをおぼえて、今までワーカーをよんでいたのを自分でやるようになる。仕事が減ったためか、このころからワーカーがモップ片手に雑談をする姿がよく見られた。

## さいごに

私が今回パバナブ寺での活動を通じてもっとも心に残っているのは、患者とのコミュニケーションの体験である。患者の側からしてみれば、病気の苦しみの中、言葉もろくにしゃべれない外国人が突然やってきてマッサージをし、オムツまで換えられ、そしてやたらと話しかけられるのは決して喜ばしいことではないだろう。それにもかかわらず、患者達が私にむけた笑顔は、とてもあたたかで印象的だった。パバナブ寺が外国人のボランティアをひきつける理由はこんなところにあるの

かもしれない。これからパバナブ寺に行かれる方は是非思い切って患者に笑いかけ、ふれあい、話しかけてほしい。国籍も世代も境遇も超えて笑顔で向き合えるのは本当にいいことだと私は思う。

さいごに、今回このような貴重な体験をする機会を与えてくださり、また旅行中に様々な面で支えてくださったタイ班の船田先輩、座光寺先輩、香月先輩に感謝の意を述べたい。加えて、パバナブ寺のマイケル、サーシャをはじめとする現地でお世話になった多くの方々、本当にありがとうございました。

1

沖縄

2

フライ  
マリ  
ケア

3

インド

4

タイ

5

中国

## 第2章 在日タイ人 HIV 陽性者の追跡調査

(文責・座光寺)

### はじめに

無資格滞在のタイ人 HIV 陽性者が国内の病院を受診した際、現在の日本の保健行政の枠組みの中では、タイ本国へ送り返すほかないという。では、帰国した患者は期待通りにきちんと治療をうけ、安らかな療養生活を送れているのだろうか。

### 1. 活動の概略

2005年11月、長野県の佐久総合病院を受診したタイ人が、多発性脳結核腫を伴う AIDS と診断された。患者はビザを持たない無資格滞在者であり、また健康保険にも未加入だったため、国内での HAART<sup>(a)</sup> (Highly Active Anti-Retroviral Therapy) 導入は現実的ではなく、結核予防法<sup>(b)</sup> に基づいて日和見感染のコントロールをつけた後、2006年4月、タイ大使館・NGO と連携して祖国への帰国支援を行った。

タイでは通称 **30 パーツ医療制度** という低所得者層向けの健康保険制度があり、一回 30 パーツの支払いで基本的な医療が保証されている。HAART も特例的にこの適応に含まれており、紹介元の佐久総合病院の HIV 診療チームとしては、帰国後 P 氏が積極的な治療を受けられるだろうという期待があった。

2006年8月、私たち熱帯医学研究会のタイ班は、佐久総合病院の HIV 診療チームからの依頼を受け、チームの代理として、P 氏の住まいを訪ねてその後の病状や治療経過を聞き取り調査した。その結果、P 氏は帰国後 HAART 導入はなされておらず、それどころか、自己判断で抗結核治療も中止しており、一切通院せずに自宅静養していることがわかった。

この一連の追跡調査に関しては、過日長崎市で開催された第 47 回日本熱帯医学会・第 21 回国際保健医療学会合同大会<sup>(c)</sup> において、佐久総合病院のエイズ診療チームからポスター発表がなされた。(演題番号 P3-15,16<sup>(d)</sup>) 小沢、高山両医師からの許可を得た上で、この報告書にも資料として転載した。

- (a) 3剤以上の抗 HIV 薬 (ARV) 併用による治療法。この確立により、HIV 感染症は死に至る病ではなくなり、感染者・患者の長期生存が望めるようになった。日本をはじめとする先進諸国では 1996 年ころより導入され、タイにおいても 2003 年に試験的な ARV 無料配布が始まり、2005 年から 30 パーツ医療制度の枠組みで幅広く提供されている。
- (b) 結核予防法第 34～36 条。結核療養に影響を及ぼしうる全ての合併症に対する医療費も公費負担となる (35 条)。したがって排菌をしている結核で発症した AIDS 患者については、制度上は HAART も公費負担となり得るが、実際には、抗結核薬と抗 HIV 薬の併用は患者に大きな負担になり、優先する結核の治療が落ち着いた後でなければ HAART は開始できない。したがって、外国人 AIDS 患者に対して結核予防法を根拠に HAART 導入するのは医学的に困難である。なお、他者に感染させる状況となっていない非開放性の結核に関しては、結核医療と結核の動静を判断するために最低限必要な検査についての 100 分の 95 の費用が公費にて負担される (34 条)。
- (c) <http://nile.tm.nagasaki-u.ac.jp/jstm-jaih/>
- (d) <http://nile.tm.nagasaki-u.ac.jp/jstm-jaih/image/program.pdf> から抄録が入手可能である。

## 2. 在日外国人のHIVをめぐる状況

具体的な帰国支援の追跡調査について言及する前に、日本で暮らす外国人の間でどの程度 HIV が発生しているのかを概観しておきたい。外国人だけをリスクグループとして見なすのは、時代錯誤だと批判を受けるだろうか？

### 外国人というリスクグループ

たしかに、HIV は特定の集団や地域に限定したリスクではない。誰も多かれ少なかれ感染の危険にさらされているという当事者意識なしに、感染拡大を阻止することはできない。またリスクグループというレッテルは、あたかも特定の人々が社会の HIV 感染源であるかのような差別を助長する危険がある。これも、もっともな指摘である。2007 年 2 月に長野県の村井知事が HIV は「特別な仕事に多い」と発言し、物議を醸したのは記憶に新しい<sup>(e)</sup>。

こうした議論の末、HIV のリスクはその人がなんであるか（**リスクグループ**）ではなく、なにをするか（**リスク行動**）で決まるのだという見地から、リスクグループという用語が影を潜め、リスク行動がこれに取って代わった時期があった<sup>(f)</sup>。

しかし実際には、すべての人々が等しく HIV のリスクに曝されているわけではなく、特にリスクが高い集団や地域があるという事実は揺らがない。行政が資源を効率よく分配し、効果的に感染拡大対策を講じるために、どのような人々が HIV 感染に対して脆弱な立場におかれているかを把握することは必須であろう。

現在、日本における HIV 陽性者の大半は日本人男性が占めており、若年者の男性同性愛者が最大のリスクグループと見なされているのは衆知のことだが、本稿の焦点とはずれるのでここでは割愛する。

### 4 人に 1 人は外国籍

2005 年 12 月現在、日本国内で報告された HIV 陽性者<sup>(g)</sup>の累積総数は 11036 人であり、依然

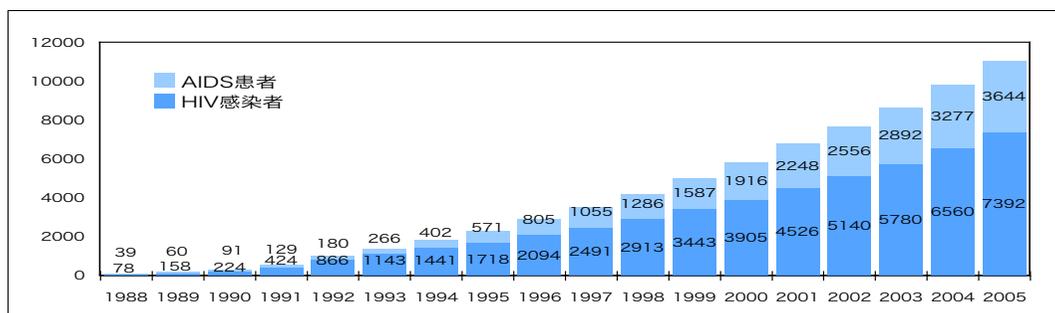


図 1 累積 HIV 陽性者数 (2005 年末)  
平成 17 年エイズ発生動向年報<sup>(h)</sup>より作成

- (e) 2006 年、長野県の新規 HIV 感染者は 15 人、AIDS 患者は 12 人の計 27 人。このうち 21 人 (77.8%) が日本人で、男性 18 人、女性 3 人だった。知事は、県のエイズ対策についての記者質問中、かつては外国人女性の比率が高かったが、現在は日本人の比率が高いとの指摘に対し、「私の理解では長野県もまだ今おっしゃった前段の状況だ」と述べた。一般市民に感染は広がっているとの認識ではないのかとの質問には、「そうは理解していない」とした。
- (f) HIV 感染者（無症候性キャリア）と AIDS 患者（発症者）をあわせて、HIV 陽性者と呼ぶ。HIV 感染者は AIDS 患者に比べて補足率が低いため（潜在的な HIV 感染者）、両者を足しあわせることに意味は無いとする立場もある。

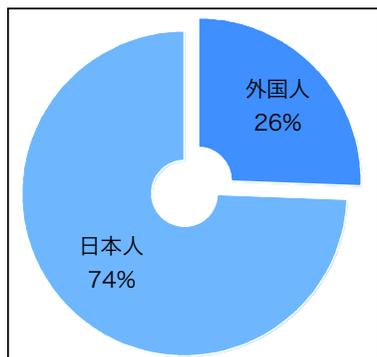


図2 HIV陽性者に占める外国人の割合とその出身国の構成 (2005年末)  
平成17年エイズ発生動向年報<sup>(g)</sup>より作成

出身地	HIV陽性者	割合 (%)
東南アジア	1371	57.9
ラテンアメリカ	407	17.2
南アフリカ	251	10.6
東アジア	112	4.7
南アジア	105	4.4
その他・不明	588	5.1
合計	2834	100

増加に歯止めがかかるとの気配はない。このうち25%の2834人が外国人で占められている<sup>(g)</sup>。日本の全人口のわずか1.7%<sup>(h)(2)</sup>に過ぎない外国人が、日本で報告されたHIV陽性者の四分の一を占める現状は、外国人の一部が特に高いHIVリスクに曝されていることを示唆している。なかでも特に多いのは東南アジアの出身者であり、外国人HIV陽性者の6割を占めている。(図1および図2)

地域	人数	CD4中央値
北米・豪・欧州	12	473
東アジア	16	225
中南米	27	241
アフリカ	18	118
東南・南アジア	55	84

表1 出身地域別初診時CD4細胞数 (n=128)  
医療相談員のための外国籍HIV陽性者療養支援ハンドブック<sup>(4)</sup>より引用

また、東南アジアのHIV陽性者は初診時にすでにAIDSを発症している、いわゆるいきなりAIDSの比率が高いのが特徴的である。(表1) これは、東南アジア出身者が健康保険に加入しておらず、医療機関への受診が遅れる傾向を反映したものと考えられる。

### 3. 長野県の東信地区における状況

今回紹介元となった佐久総合病院がある長野県の状況について、県単位で注目したい。単年度では統計にばらつきが出るため、最近の傾向を評価する場合には、直近3年間の平均を用いることにする<sup>(i)</sup>。

#### いきなりAIDS最前線、長野県

長野県の特徴は、診断時に既にAIDSを発症しているいきなりAIDS患者の割合が高いことだ。2003年から2005年の3年間における感染者・患者の割合は、全国平均では全体の7割がHIV感染者で、3割がAIDS患者だった。長野県の場合はこの比率が逆転し、AIDS患者が全体の6割を

(g) 血液製剤による感染者1435人は、感染動態が他の感染経路と大きく異なるため、この集計には含めない。  
 (h) 平成17年末現在の外国人登録者は201万人、不法残留者数は19万人で、合計220万人である。日本の総人口は平成17年10月の推計で1億2777万人である。なお、数万人といわれる不法入国者数については、算入していない。  
 (i) 厚生省健康局疾病対策課が2005年に「(HIV/AIDS対策について)重点的に連絡調整すべき都道府県等の選定」を行った際にも、同様の集計方法がとられた。人口10万人あたりのHIV/AIDS報告数(日本人と外国人を問わない)が多かったのは、東京都3.02、長野県1.26、大阪府1.22、茨城県1.04、山梨県0.90などで、その結果をうけて10の都府県と6の政令指定都市が重点地域に選ばれた。およそ2割の自治体でHIV/AIDS報告数全体の77%を占める結果となった。(10の都府県の合計人口は日本全体の45%であり、HIV感染が一部の地域に偏在していることがわかる。)

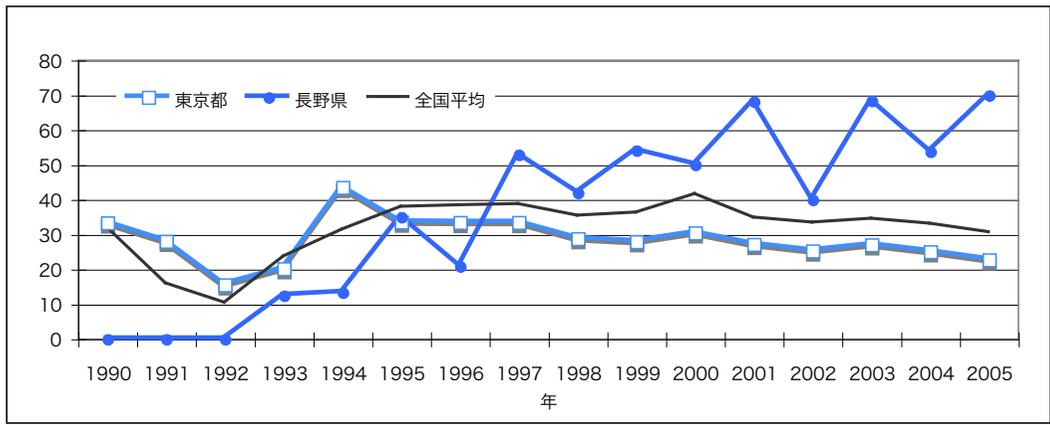


図3 全 HIV 陽性者の中で AIDS 患者が占める比率 (1990-2005)

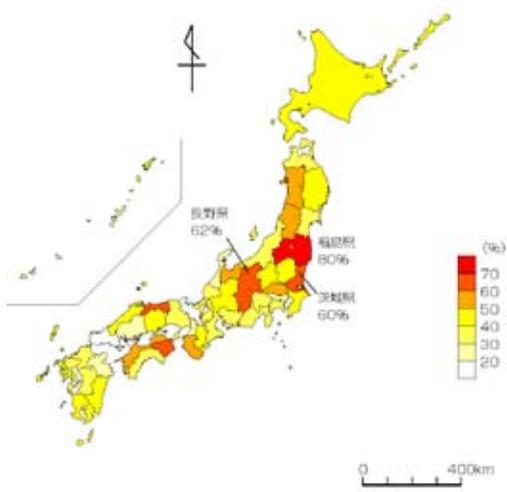


図4 AIDS 比率 (2003-2005)

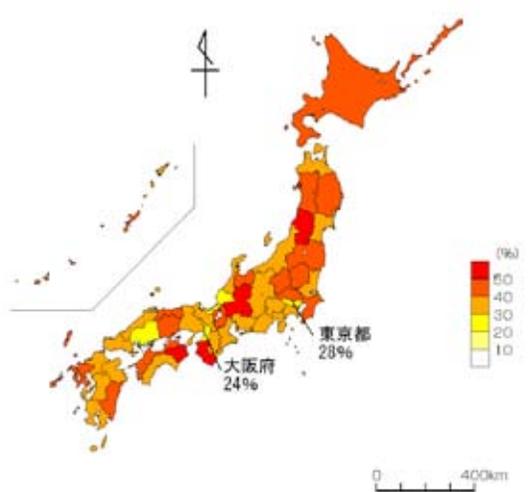


図5 AIDS 比率 (累積)

占める。

1990年からの経時変化を見ると(図3)、東京都ではAIDS患者の占める割合は漸減傾向にあり、長野県のAIDS患者比率が高止まりしているのとは、対照的である。ここ3年のAIDS比率と、これまでの累積のAIDS比率をそれぞれ日本地図に塗り分けたものが図4、図5である。図4の最近の傾向では関東甲信越地域がドーナツ状の高率を示すこと、逆に、図5の累積で見ると東京都と大阪府が低率を示すことに注目したい。

発症するまで感染に気づかない人が多い長野県の現状は、水面下で無自覚のHIV感染者が潜んでいる可能性を示唆しており、憂慮すべき事態である。感染に気づかなければ、いずれはある日突然病院でAIDS発症を告げられることになるからだ。なぜ長野県にはいきなりAIDSが多いのだろうか？

もちろん、一般論として、長野県では(東京や大阪に比べて)HIV感染症の早期発見の重要性が十分に啓蒙されておらず、抗体検査の受検が思うように広がりを見せない、という指摘には一定の真実があるだろう。事実、長野県は抗体検査の実施率をあげるのに躍起になっている。しかし、要因は受検率の低さだけだろうか？

鋭い読者であればすでにお気づきだろうが、大きな要因の一つは、多数の無資格滞在者の存在である。長野では1998年に冬季オリンピックが開催され、それにあわせて高速道路、バイパス、新幹線と次々と交通インフラが整備され、また大掛かりな競技場がいくつも建設されるなど、空前の建設ラッシュの様相を呈した。当時、長野県に住んでいた筆者としても、急速に姿を変える故郷の姿は強く印象に残っている。

オリンピック開催に伴う建設ラッシュで、東南アジアを初めとする諸外国から、多数の建設作業員が来日し、滞在期限が過ぎた後も日本にとどまる無資格滞在者を生み出した。新幹線と高速道路と多数の施設とを、短期間でかつ人件費を抑えて仕上げるために、外国人建設作業員の力が是非とも必要だった。そして同時に、夜の世界で彼らを顧客とする外国人女性も増加したと想像するのは難しくない。そして彼らは、オリンピックが終わって滞在資格が失効してなお日本に残り、出稼ぎを続けたのである。

こうした無資格滞在者の多くは、祖国への仕送りの必要と、自身の生活との板挟みになっており、経済的に困窮していることが少なくない。また、当然のことながら、不法に日本に滞在しているため、健康保険などに加入することはかなわず、受診行動を抑制していると考えられる。次に示す表2は2005年末の時点で、日本国内の各都道府県の外国人 HIV 陽性者の累積人数を集計したものである。さらに、図6には、全 HIV 陽性者に占める外国人の比率を日本地図に塗り分けた。外国人陽性者が関東周辺に偏在していることが見て取れるだろう。

人数		人口10万人あたりの人数		外国人の比率 (%)	
東京都	750	茨城県	11.5	山梨県	66.7
茨城県	345	長野県	8.9	長野県	56.0
千葉県	238	山梨県	8.1	茨城県	55.3
神奈川県	234	東京都	6.1	三重県	48.8
長野県	197	栃木県	4.5	群馬県	41.1

表2 外国人 HIV 陽性者の局在 (上位5都道府県・2005年末までの累積)  
平成17年エイズ発生動向年報<sup>(3)</sup>より作成

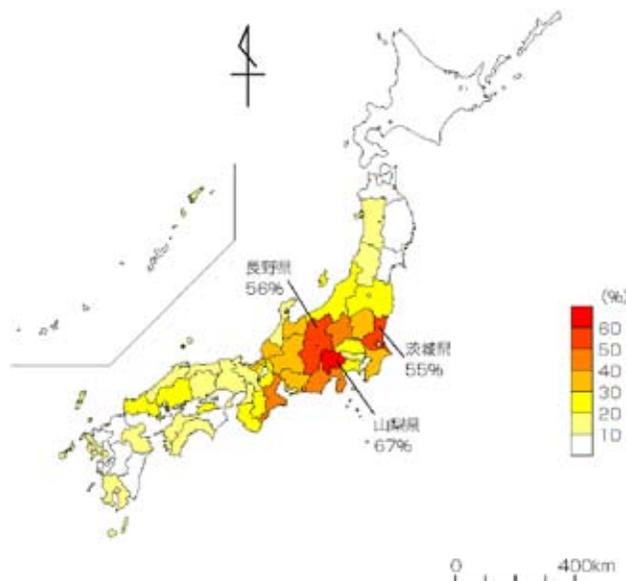


図6 HIV 陽性者に占める外国人の比率

## HIV 感染者の増加は、 必ずしも感染拡大を意味しない

エイズの感染動向を知るために欠かせない統計がエイズ年報である。単年度の感染者数が1000人を超えたなどとさかんにニュースにも登場するが、その数字の読み方はいくつか気をつけなくてはならない点がある。

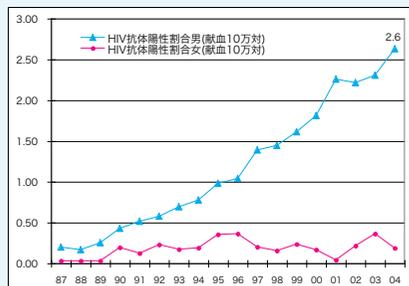
99年の新感染症法で病変報告が任意になったため、現在のエイズ年報では、**初診時にすでに発症している人数だけをAIDS患者として数えている**。したがって、単年度のAIDS患者数は、その年に新たに見つかったいきなりAIDSの患者数である。症状があって医療機関を受診するため、AIDS患者の人数は確度の高い情報で、その増減は感染動態を把握する上で有用である。

分かりにくいのは、このAIDS患者数にはそれ以前にHIV感染者として報告されていた人がその後AIDSを発症したとしても（**転症例**）、AIDS患者として数えないことである。

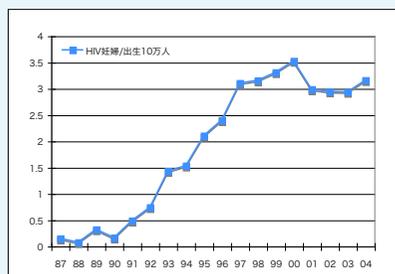
一方、HIV感染者数については、統計上感染者の数が増えているからといって、ただちに、日本国内でHIV感染が拡大していることを示すわけではない。たとえば、抗体検査の受検が一般に広がった可能性もあり、ほかの

変数と照らし合わせて多角的に動向を評価するか、母集団が変動しにくいもので定点観測する必要がある。

たとえば、献血者のHIV陽性率は増加傾向である。



妊婦でもHIV陽性率は漸増している。



こうしてみると、結局、感染拡大傾向に間違いはない。

長野県の中でも特に外国人労働者が多い東信地区において、拠点病院としてHIV診療の中核を担っているのは、佐久総合病院<sup>(j)</sup>である。地域医療の草分け的存在として名高く、医学生の間でも卒後の臨床研修病院として人気が高い。約600床のベッドを持ち、年間3000件の救急車搬送と30000件の救急外来患者を受け入れ、また独自のドクターヘリにより半径100km程度の広範囲な地域を対象に救急医療を提供している。

### 佐久総合病院の患者構成

さらに範囲をしばらくこんで、一つの病院に注目しよう。2006年9月までに佐久総合病院を受診した外国人HIV陽性者の総数は41名であり、そのうち実に39名をタイ人が占めている。39名のタイ人HIV陽性者の転帰は、およそ半数が帰国支援、通院中と行方不明が25%ずつであった。したがって、本稿では焦点を無資格滞在のタイ人に絞ってその実際を紹介したい。

(j) JA長野厚生連佐久総合病院 <http://www.valley.ne.jp/~sakuchp/>

## 福岡の HIV

九州大学病院総合診療部の林純教授によると、九大病院を受診する HIV 陽性者はほとんどが日本人であるという。福岡市の統計<sup>(5)</sup>によると、外国籍の HIV 陽性者は政令指定都市としては驚くほど少なく、2005 年 12 月末の時点で、HIV 陽性者の累計は 102 名だが、このうち外国人はわずか 4 名にすぎず、比率にして 4%である。

これは東京都の 19%や、長野県の 56%<sup>(a)</sup>と比べると際だって低率であることが見て取れる。基本的には、福岡においては（一般に HIV に対して脆弱な立場におかれている）東南アジアやラテンアメリカ出身者が少ないことが背景にあると思われる。

(a) エイズ動向委員会報告の表 10-1,2,4,5 から算出。それぞれ累積の（外国籍の HIV 陽性者 + AIDS 患者）と（全体の HIV 感染者 + AIDS 患者）の比を求めた。

## 4. なぜ、帰国支援か

無資格で日本に滞在している HIV 陽性者に、適切な医療サービスを提供するのは大変難しい。この節では、無資格滞在外国人の診療を行う上でなにが障害になり、どのような対策があるかを概観し、結局のところ帰国支援が最適解である理由について考察する。

### 無資格滞在外国人の診療の難しさ

#### 文化的障壁

外国籍患者のなかには、日本語で十分な意思疎通がとれない人も多く、また食生活や宗教など、長期的な治療を行う上では様々な困難がある。医療通訳の確保や、出身国にあわせた病院食など、各医療機関が独自の工夫や努力をしているが、個々の施設の対応には限界があり、行政からのバックアップを受けながら医療通訳派遣を専門とする NGO などと緊密に連絡を取り合っていく必要がある。

#### 法的障壁

そもそも不法に日本に滞在している患者を診療することは、法的に問題があるのではないかという指摘がなされることがある。

#### 公務員の通報義務 < 医師の診療義務

多くの誤解がはびこる公務員の通報義務について、とくに記しておきたい。公務員法 62 条や刑事訴訟法の 239 条 2 項より、一般に公務員は不法行為を知った場合にはその事実を担当当局に通報する義務がある、とされている。とすると、公的な医療機関で働く医療関係者は、不法滞在者が担ぎ込まれたときには、その事実を入国管理局に通報しなくてはならないということになってしまい、診療を行うことは難しくなる。ところが、この規定には例外があるのだ。この議論については 1989 年の法務委員会の答弁が引き合いに出されることが多い<sup>(k)</sup>。

(k) 【国会法務委員会答弁（1989 年 11 月 10 日）】高橋政府委員：私どももこの（筆者註 本来業務の執行が通報義務に優先するという）考えが妥当であるという前提に立ちまして、入国管理局とも協議いたしました結果、相談者が相談の過程でいわゆる不法残留あるいは不法就労であることがわかりましてそのことを入管局には通報しませんということについて、入管局のご了解も得まして、その旨の宣伝を大いにやっているとでございます。

すなわち、公務員の通報義務よりも、本来の業務の遂行が優先される、というものである。たとえば、各地の法務局が在日外国人向けの人権相談所<sup>(6)</sup>を設けているが、当然そこには多数の無資格滞在者も相談に訪れる。しかし、相談所の本来の業務は、あくまでも在日外国人の立場に立って、彼らの人権を守ることにあるから、相談所の職員は無資格滞在者の情報を入国管理局に通報する義務を免れるのである<sup>(1)</sup>。

これを公立病院の職員に置き換えて考えてみれば、事情は明白である。外国人 HIV 陽性者の診療が本来の業務である病院職員は、たとえ患者が無資格滞在であると判明したとしても、治療行為を優先することができ、したがって、無資格滞在の事実を入国管理局に通報する義務は無いのである。

公務員の通報義務を盾にして、外国人の診療を避けて通ることはできない。今後、臨床の場で無資格滞在の外国人を診療する機会があれば、ぜひこの点は心にとどめておいていただきたいと願う。

### 経済的障壁

無資格滞在外国人の場合、健康保険に加入することができないことはすでに述べた<sup>(m)</sup>。収入の大半は母国への仕送りと、自分自身の生活費とに消えるため、医療費を全額負担する余裕を持つ人はごく少数にとどまる。したがって、無資格滞在者は医療機関の受診を躊躇し、病状が深刻になるまで治療の機会を得られず、病状がさらに悪化し治療費がかさむという悪循環に陥る傾向がある。表3を見れば、健康保険の加入状況が初診時の病状の進行具合に大きく影響を与えることがわかる。

健康保険	人数	中央値	平均値
あり	68	254	262±221
なし	68	99	175±217

表3 健康保険の有無と初診時 CD4 細胞数(1999-2002) 在日外国人 HIV 診療についての研究<sup>(7)</sup>より引用

無保険の外国人患者が受診した場合、医師には診療を行う義務がある<sup>(n)</sup>。特段の事情がない限り、治療の求めにこたえるのが法律上の義務であるし、医療者の良心であろう。しかし、医療費が未払いになることがはじめから明らかなケースでは、患者の受け入れが医療機関の持ち出しとなり、診療を躊躇させる原因になる。現場の医師は(法的・倫理的)義務感と病院経営の現実との間で板挟みになり、診療すべきか否か判断に窮することになる。

外国人診療における未払い問題は裾野の広い課題で、今までも様々な対策が試みられてきた。それぞれについて詳細にふれるのは避け、ここでは簡単に紹介するにとどめたい。詳しくは、臨床の場に立つ前に一度「外国籍 HIV 陽性者療養支援ハンドブック<sup>(4)</sup>」などをぜひ一読いただきたい。

(1) 【衆議院厚生労働委員会(2002年11月15日)】増田政府参考人：入管法六十二条二項は、国または地方公共団体の職員は、その職務を遂行するに当たって退去強制事由に該当する外国人を知ったときは、その旨を通報しなければならないと規定しておりまして、医療、保健、福祉等に携わる公務員につきましても、法律上は通報義務はあるものと考えております。しかしながら、その通報義務を履行すると当該行政機関に課せられている行政目的が達成できないような例外的な場合には、当該行政機関において通報義務により守られるべき利益と各官署の職務の遂行という公益を比較考量して、通報するかどうかを個別に判断して、通報義務を履行しないで済ませるといようなことも運用していると承知しております。

[http://www.shugiin.go.jp/itdb\\_kaigiroku.nsf/html/kaigiroku/009715520021115007.htm](http://www.shugiin.go.jp/itdb_kaigiroku.nsf/html/kaigiroku/009715520021115007.htm)

(m) 1年以上正規に滞在する外国人には、健康保険への加入資格がある。しかし、彼らは一般に経済的に安定しており、HIV 難民化する恐れもない。本稿で焦点を当てているのは、あくまでも、日本の社会保障の編み目をすり抜けて難民化する社会的弱者である。

(n) 医師法 19 条 1 項(診療義務・応召義務)「診療に従事する医師は、診察治療の求めがあった場合には、正当な理由がなければ、これを拒んではならない」一般には、医療報酬の未払いや、診療時間外は正当な理由には該当しないと解釈されている。なお、罰則規定はない。

行旅病人法の拡大解釈、救急医療費未払い金補填事業などは、外国人の急患に必要な医療を提供するために一定の成果を上げてきた。ただし、前者は関東を中心とした少数の都道府県でしか適用されておらず、後者も導入している都道府県は10前後にとどまる。たとえば長野県の未払い金補填事業<sup>(o)</sup>では上限を患者一人あたり150万円に定め、救急医療に限定した適用である<sup>(p)</sup>。他の自治体でも多くの場合、外来で3日以内、入院で14日以内などの制限があり、慢性期の管理には役不足である。

全国的に運営されている制度としては、救命救急センターに対する補助金制度があるが、これも3次医療機関における救急医療に限定したもので、きわめて狭い適用にとどまっている。こうした様々な制度に共通するのは、あくまでも急性期の対応に主眼をおいていることである。したがってAIDSを発症し、HAART導入が必要な患者に対する経済的なよすがとはなりえない。

もしAIDSの合併症として結核があれば、結核予防法を適用することができ、患者の国籍や滞在資格にかかわらず、治療費用の全額が国庫から拋出される。治療費用は結核に限らず、すべての医療行為に対して補助されるため、HAART導入にかかわる費用も対象となる。ところが、結核が落ち着き排菌が終了すると同時に、結核以外の治療費用は補助されなくなるからくりがある。

あるHAART処方例<sup>(q)</sup>で試算してみると、薬価のみで月に20万円前後になり、これを支払える無資格滞在者は皆無に等しい。結局、一旦始めたHAARTを途中で中止せざるをえなくなり、耐性ウイルスの出現やその後の治療法の選択肢を狭めてしまうだけで、現実的な選択ではない。

### 最適解は帰国支援

無資格滞在者のHIV診療の難しさを、大まかに三つにわけて述べてきた。文化的障壁や法的障壁は相応の努力によって解決の糸口を探ることができるが、依然、経済的な障壁は高いままであることがわかるだろう。結果的に、現時点では国内におけるHAART導入はきわめて非現実的と言わざるを得ない。

したがって、**本国への帰国を支援することが、外国人HIV陽性者への対応の第一選択**となる。もちろん、本国においてHAARTを初めとする医療サービスへのアクセスが保証されていることが大前提である。タイやブラジルといったHIV対策先進国では、少なくとも制度の上ではすべての国民に治療機会が保障されているし、こうした傾向は他の途上国にも広がりつつあるものの、依然、祖国での治療機会が不透明な場合には、日本の医療機関としては手詰まりとなってしまうのが現状である。

すでに述べたように、タイではすべての国民がHAARTを受けることができる制度が整っている。それにもかかわらず、現地のタイ人コミュニティからの情報によると、日本から帰国した患者の多くが適切な治療を受けられず、死亡の転帰をとっているとのことである。

祖国に戻れば、食べつけた食事や住み慣れた家で家族に囲まれ心安らかに静養し、また30パーツ医療制度の庇護の下、積極的な治療が受けられるだろうという日本の病院の希望的な観測は、残念ながら裏切られた格好である。つぎに、帰国支援の実際の流れを紹介しながら、いったい帰国支援のどの部分が機能不全に陥っているのか検討する。

(o) 外国籍県民救急医療確保対策事業として平成15年から運用されている。

(p) 平成17年度の補助件数は8件(174万円)にとどまっている。なお、同年の外国籍県民による未収金は483件報告されている。

(q) NNRTIを温存したATVr/ABC/3TCの組み合わせで、全額自己負担の場合の薬価。

# 5 帰国支援の枠組み

## 帰国後の治療環境

### 30 バーツ制度

すでに概略で述べたとおり、タイには30 バーツ医療制度があり、これは帰国を促す日本の病院関係者にとっても、帰国する AIDS 患者本人にとっても頼みの綱といえる重要な制度である。2006年9月のクーデターを受けて、新政権では30 バーツの一部負担金を完全無料化する方針<sup>(8)</sup>が打ち出され、保健相が2006年11月1日より完全無料化を宣言したとの報に接した<sup>(9)</sup>。ただし、内閣や財務省との折衝はまだなされていないようで、流動的な要素を含んでいるため、今後の動きを注視していく必要がある。

従来からタイでは富裕者層や公務員、軍人が恵まれた社会保障の恩恵をうける一方で、地方の農民など低所得者層に対しては社会保障が不十分だという指摘がなされてきた。過日クーデターで倒れたタクシン政権は、こうした社会階層を厚遇することで、ひろく国民の信頼を集めようとした。現に、新政権になってなお、農村部を中心にタクシン旧政権に対する支持の声は少なくないようだ。

この制度では、一般的な疾患の治療であれば、一回30 バーツ(およそ100円)を支払うことにより、診察と薬の処方など一連の治療行為を受けることを保証するものである。臓器移植や透析、美容整形など的高額医療は適応とならないが<sup>(10)(11)(12)</sup>、抗 HIV 治療はタイ政府の対エイズ対策への熱意から、特例的にこの30 バーツ制度の対象疾患に組み込まれることになった。この30 バーツ制度がなかったなら、日本からの帰国支援をよとすることはかなわなかっただろう。

### 30 バーツ制度から0 バーツ制度へ

そもそも30 バーツ制度(30-baht healthcare scheme)は、タイの低所得者層向けの医療保険制度の通称である。本来30 バーツ制度は国民皆保険を目指す **UC 政策 (Universal Coverage)** の具体的施策の一つとして位置づけられ、従来からある公務員医療保障制度(CSMBS)、被用者社会保障制度(SSS)に加えて、第三の公的医療保障制度として2002年から運用されてきた。30 バーツの徴収が取りやめられた後は、universal healthcare scheme / project と呼ばれることになる。と想像されるが、混乱を避けるために本稿では30 バーツ制度の表記のままにする。

この30 バーツ制度の特長は、Universal Coverage という名の通り、門戸がとても広いことである。基本的にはCSMBS、SSS、民間医療保険に加入していない全てのタイ国民に加入資格が認められており、2006年現在4750万人、タイ国民全体の75%が加入している。特筆すべきは、そもそも医療保険に加入する必要すらない超富裕者層にも加入が認められている点である。

ただし、この中で、12歳以下、60歳以上、貧困層(独身の場合、月収2000 バーツ以下を基準とする)、地域や宗教のリーダーなどは、特別に30 バーツの一部負担も免除される。先の4750万人の加入者のうち、半数を超える2500万人がこの免除の対象になっており、さらに独自に30 バーツの徴収を取りやめていた病院もあったことから、利用者の間には不公平感が募っていた。こうした背景からクーデター後の新政権は制度の無料化を実施し、利用者や医療機関などからはおおむね好評を博している様子である<sup>(13)</sup>。

従来から逼迫した財政状況が制度の存続自体を危うくしているとの危惧があった中で、完全無料

化がさらなる財政的負担になるのではないかと批判に対しては、一部負担金として徴収されたのは単年度予算の2%程度(10.7億パーツ)に過ぎず、また、その埋め合わせとして一人あたりの予算を従来の1659パーツから2089パーツに引き上げる方向で検討している、との反論がなされている。過去の例から類推するところの水準の予算が確保できると思われませんが、単純に減収を取り戻すだけであれば一人あたり22パーツの引き上げで見合うことになるし、また、30パーツ徴収に伴う事務処理コストが削減できることから、医療費が横ばいと前提すれば、無料化は合理的といえるだろう。

もちろん、無料化は(いままで30パーツが支払えずに受診できなかった低所得者層の)医療需要を増やすのは必至なため、事態はさほど単純ではないものの、30パーツ徴収の無駄なコストと、低所得者の受診に対する抑止力を取り除くという点において価値のある取り組みと思われる。財政面で不安がたびたび取りざたされているが、どういった形であれ、UC政策を安定的に運用し、今の医療サービス水準を維持してほしいと願う。

## ARV へのアクセス

WHOの推計によると、80万人のHIV陽性者のうち、投薬治療を必要とする段階にある人は13万5千人ほどであり、さらにその6割にあたる81000人が投薬治療を受けているとされており、途上国の中では群を抜いた投薬治療の広がりを見せている。タイ政府は限られた予算のなかでどのように抗HIV薬を確保しているのだろうか。

タイで標準的な第一選択薬はd4T/3TC/NVPであり、日本国内でこれと同様の処方をした場合の薬価は、月あたり約20万円となる。81000人に一年間この組み合わせの薬剤を提供する費用は1950億円にもなる。これはタイ保健省の単年度予算に匹敵する金額であり<sup>(r)</sup>、保健省はHIVの薬剤費だけで首が回らなくなってしまう。

そこで威力を発揮しているのが、政府製薬機構GPO<sup>(s)</sup>が製造する**GPO-Vir**である。GPO-Virはタイでは特許がない三種類のジェネリック薬d4T/3TC/NVPの合剤で、その価格は、月1000パーツ(約3000円)を切っており、タイにおけるHAARTの拡大を強力に支えてきた。次の表4は、パバナブ寺の重傷病棟で実際に処方されていたレジメンの例である。

処方例	NRTI	NNRTI	PI	商品名
1	d4T 3TC	NVP		GPO-Vir
2	d4T 3TC AZT	NVP		GPO-Vir Antivir
3	3TC	EFV	IDV	Lamivir Stocrin Crixivan

表4：パバナブ寺におけるHAARTレジメンの例



(r) 2004年度の保健省の予算は777億パーツ(2300億円)である。

(s) Government Pharmaceutical Organization

<http://inter.gpo.or.th/>

しかし一方では、薬剤耐性や副作用により GPO-Vir が適用できない患者が増えてきており、セカンドラインの薬剤が高額であることが問題として急浮上してきている。こうした事態を受けてタイ政府はかねてから、NRTI の Tenofovir、NNRTI の Efavirenz、PI の Ritonavir や Lopinavir などについても、TRIPS 協定<sup>(t)</sup>31 条の**強制実施権<sup>(u)</sup>**の行使を示唆しながら、製薬会社に対して大幅な価格引き下げを求める交渉を進めてきた。

2006 年 12 月には、Efavirenz の特許を持つ Merk 社との交渉が決裂し、ついにタイ政府は強制実施権を発動して Efavirenz の独自生産や輸入ができるようになったという<sup>(v)</sup>。今後はより多くのセカンドラインの治療薬が安価に入手できるようになり、選択肢が広がっていくものと期待される。

## 帰国支援の流れ

日本からタイに帰国する HIV 陽性者の情報は、どのような経路でタイに伝わるのだろうか。図 7 に簡単にまとめた。

はじめに日本の病院から在日本タイ大使館の邦人保護課に、帰国支援を要する患者が入院しているという一報が入る。タイ大使館は日本の外務省領事局と協同し、タイ本国の保健省疾病管理局の AIDS 課との間で帰国支援の準備を整える。患者が帰国すると、タイでは保健省から各県の医療保健事務所 (Provincial Health Office) に連絡が行き、このオフィスの管轄下にある地方病院で患者が治療を受けることになる。

日本の病院にはタイ大使館から外交官ナンバーをつけたバンが迎えにきて、空港のタイ国際航空機<sup>(w)</sup>のタラップに直接横付けされる。機内では 6 座席を占有してベッド状にして、患者を横にしたまま移送する。

バンコクのドンムアン空港には、保健省の担当者や家族が迎えにきており、その後病院へと移送される。今回の例では、当初の入院先病院は Bamrangsaradura 病院であった。この病院は保健省直轄のナショナルセンターであり、タイ最大の HIV 治療拠点病院として位置づけられ、帰国した患者はここから各地の地方病院へと (あるいは残念ながら自宅へと) 移っていくことになる。

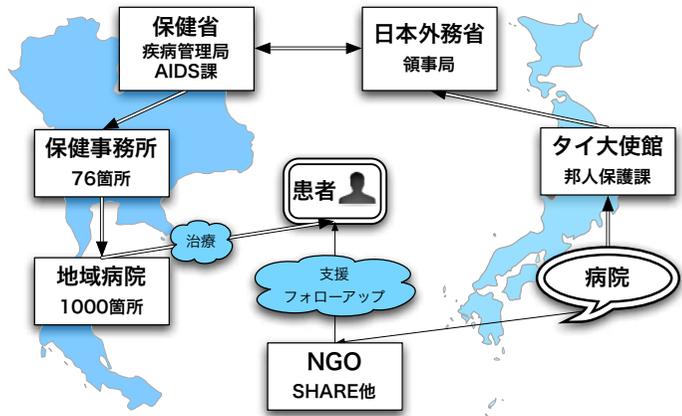


図7 帰国支援の流れ (関係者へのインタビューをもとに構成)

- (t) Trade-related aspects of intellectual property rights 世界貿易機関 (WTO) 設立協定の付属書で、知的所有権の保護を目的とした協定である。
- (u) Compulsory licensing 特許権者の許諾を得ないで、国が特許権者以外の第三者に当該特許を実施する権利を強制的に付与することをいう。本来特許発明の使用には特許権者のライセンス許諾が必要だが、例えば国家的緊急事態など一定の条件下においては、特許権者の許諾を得なくても特許発明 (例えば医薬品) を使用する権利を第三者に認めることができる場合がある。
- (v) 保健省では「5年間の特例措置」としており、この間に支払うロイヤルティは販売額の 0.5%。販売価格はメルク製の半分程度となり、5年間に 40 億バーツ (130 億円弱) の財政負担軽減が可能という。
- (w) タイ国際航空は 35000 円程度でこうした輸送を引き受けているという。

## 6 帰国支援の例

### P氏の例

43才、タイ人男性P氏。

**主訴：**発熱、意識障害

**生活歴：**約10年前に来日し、肉体労働に従事している無資格滞在者。タイの両親は死亡しており、兄はいるが連絡が途絶えている。

**現病歴：**平成17年10月中旬より、倦怠感と咳を自覚。近医を受診したところ抗生剤などを処方された。しかし、その後も軽快せず、言動がおかしいと友人らより気づかれていた。11月中旬より発熱。11月21日、別の近医を受診したところ、肺に結節影を指摘され、結核を疑われると同時にHIV抗体検査を施行された。同陽性のため、翌22日、佐久総合病院へ紹介受診となった。

**入院時現症：**るいそう著明、皮膚乾燥。体温：38.6℃、脈拍：90/min、血圧：96/74mmHg、貧血・黄疸の所見無し、胸部：心音異常なし、左下肺野にて呼吸音低下、腹部：異常なし、体表リンパ節の腫大なし、四肢に浮腫を認めず。

**検査所見：**HIV-RNA：17000 copies/ml、CD4：43/μl

実のところ、P氏の所在はなかなかつかめなかった。佐久総合病院としては、タイ大使館に依頼して実兄を捜し当て、またタイのHIV治療拠点病院に紹介するところまでで帰国支援の一区切りとし、その後の療養先の把握やフォローアップにまでは手が及んでいなかった。

そもそも治療費の支払い能力もなく、受け入れに当たってはおそろしいほどの手間がかかる外国人HIV患者への対応は、日本の病院の日常業務の中でどれほどの優先度に位置づけられているかは、想像するに難くない。そしてまた、その位置づけについて病院は非難されるべきではないだろう。そもそも、受け入れ自体を拒む医療機関の方が大多数なのではないだろうかと思慮する。

P氏の追跡調査のために佐久総合病院の高山医師が紹介先病院のソーシャルワーカーに電子メールで問い合わせたものの、なかなか返信が届かず、平行してタイ大使館への所在照会を行ったとのことである。後日、日本のタイ大使館より、P氏の住所が判明したとの連絡が高山医師のもとに届き、その報告を受け私たちはすぐにバンコクを離れ一路東北部へと向かった。

バンコクに滞在していた私たち一行も、タイ保健省のAIDS課<sup>(x)</sup>のSurasak氏を訪ね、P氏の所在の照会を依頼していた。日本から帰国支援を行った患者は基本的にこのSurasak氏の所属するAIDS課を経由してタイに帰国することになっているため、公的な支援を受けながら帰国した患者の情報は一元的にこの部局に集まっているといえる。私たちが佐久総合病院の代理として追跡調査にきている旨を相談すると、特段身構える様子もなく、帰国者リストを閲覧させてくださった<sup>(y)</sup>。

ところが、そのファイルは2005年の分までしかまとまっておらず、最新の2006年の分について

(x) Bureau of AIDS TB and STIs, Department of Disease Control, Ministry of Public Health

(y) 2005年の帰国支援リストには29人分の氏名や所在、紹介元病院名などが一覧となっていた。

ては資料が無いとの返答で、2006年の4月に帰国したP氏の所在をつかむには至らなかった。情報が日本で止まっているのか、タイのAIDS課以外の場所で止まっているか、あるいはAIDS課にはきていても情報としてまとめられていないのか、いずれなのかは不明であった。

## タイ HIV 陽性者データベース

帰国支援を受けた患者は絶対数が少ないため、こうした手作業での管理の方がむしろ効率的だろうが、タイ全土に推定60万から100万人弱いるとされる全HIV陽性者の動向を把握するには、情報の電子化が必須である。

この点について保健省のSurasak氏に問うたところ、以下のような回答を得たので、簡単にまとめておく。

病院で新規にHIV感染が判明した場合、506/1質問用紙により患者の氏名や所在、病状

など詳細な情報が保健省に報告される。再来患者についても、同様の507/1質問用紙により月に一度のペースで情報が更新され、中央のデータベースでHIVの動向が一括管理されている。現在登録されている患者数は40万人強とのことであり、すべての患者について追跡できているわけではないと推察される。

日本からの帰国支援を行ったHIV陽性者も、少なくとも保健省からは、これと同じスキームで取り扱われることになる。したがって、帰国後、通院をしてHIV陽性者として新規の報告をさせられないかぎり、帰国支援した患者がどこでどのような病状でいるのかを知る由はないのである。

## P氏を訪ねるまで

佐久総合病院総合診療科の高山義浩医師からの連絡をうけ、バンコクで待機していた宮原と座光寺の二人は翌朝のバスで一路コーンケン県へと向かった。バンコクの北バスターミナルからおよそ7時間、300Bの道のりである。

コーンケン市に投宿した翌日、市内のバスターミナルからN郡ゆきの路線バスに乗り込んだ。手元にはP氏の住まいの住所があるが、いかんせん村の通りの名前や番地が記されているような地図が市内の書店のどこをさがしても見あたらないため、おおよその場所だけ確認し、とにもかくにもバスに乗ってみようという具合だった。

バスは見渡す限りの緑の平地を駆け抜け、30分ほどでB村に着いた。手当たり次第に尋ねるのもためらわれたため、バスを降りた道の反対側に見えた警察の派出所で道を尋ねた。

派出所の壁には黄ばんだ村の地図が大きく引き延ばされて貼られていたが、おそらくB村に関しては世界中で最も詳細であろうその地図にすら、通りの名前や番地は書き込まれておらず、親切的な警察官指し示すあたりを、漠然と眺めてうなずくしかなかった。

私たちの頼りない姿を心配したのだろう、警察官はメモ帳に簡単な地図を書いてくれた。その線だけの質素な地図を頼りに、P氏の家を目指して歩き出した。幹線道路をそれて雑然とした商店街を200メートルほど歩いたのだろうか、そろそろ曲がり角だろうと思われるところで、角にある簡易食堂の女性に住所のメモをみせながら、片言のタイ語で「ここに行きたいのだ」と告げた。

その女性は少し待ってという仕草をしてから、自転車にまたがり角をおれた先に消え、しばらくしてから、別の女性を連れて戻ってきた。紹介されたこの女性こそ、P氏の実姉A姉さんであった。

このA姉さんに追跡調査の事情を説明したところ、笑顔で私たちを促すと、自転車をひいて歩き出した。

食堂のある角をおれてから100メートルほどゆくと、左手に立派な平屋の一軒家が見えてきた。P氏の家である。その門構えは、周囲の家々より一回り立派で、P氏の仕送りがあったからこそたてられたのだと一目でわかった。

## P氏との対面

家の正面にある階段を数段上ると、上がり端が玄関になっていて、とくに仕切るものもなく、そのすぐ内側が居間になっていた。八畳ほどの正方形の居間にはパナソニックの大きなテレビが鎮座し、その向かい側には、布でできた安楽いすに線の細い男性が寝そべっていた。男性の肌の色つやはよく、一見してかつてCD4が50を割ったAIDS患者のようにみえなかったが、まぎれもなくP氏と出会った瞬間であった。

バンコクで住所が判明したとの連絡を受けてから、患者さん本人にお会いするまで、実に丸二日がたっていた。言葉の通じない異国の地では、単に人を訪ねるだけのことが、いかに見通しが不透明なことであるかを痛感した。

居間に通された私たちは、いくらか興奮気味にすぐさまファイルから高山医師のポートレートを取り出し、P氏に今回の訪問の目的を日本語で伝えた。高山医師の写真に目を細め、懐かしそうになさるものの、はじめのうちはどうやら私たちの訪問の意図が今ひとつ飲み込めない様子だった。

日本に10年以上滞在していたためある程度は日本語で意思疎通ができるとの事前情報を得ていたため、タイ語で話を切り出す用意をしていなかったのだが、まさにその怠慢を呪った瞬間であった。改めてゆっくりと訪問の意図を繰り返し、P氏は徐々に私たちの言葉を飲み込んだようで、笑顔でうなずいた。

汗だくの私たち二人をみたA姉さんは、グラスとお水を用意してくださり、食堂の仕事へ戻っていった。玄関先で私たちとP氏のやりとりの様子を窺っていた警察官も、気づいた時には姿を消しており、どうやら仕事に戻ったようだった。真四角の居間は静けさを取り戻し、P氏を宮原と座光寺とが囲んで座り、3人でインタビューが始まった。

インタビューの質問事項などはバンコク滞在中にマヒドン大学の医学部生の手を借りてタイ語に翻訳してあった。調査の方法がアンケート記入ではなくインタビューであることの強みをいかすために、なるべく話の流れに対応して臨機応変にopen-endedな質問を心がけ、内容の広がりや深まりを意識したが、日本語の質問の意図が十分に伝わっているかどうかわからないとき、このタイ語の質問文を補助的に示すとその効果は絶大であった。

印象深かったのはインタビューを初めて30分ほどたつと、はじめはとぎれとぎれだった日本語の数字がすらすらと出るようになり、語彙が花開くように多彩になり、持参したタイ語の指さし会話帳は、幸運なことに、役目を失ったことだ。つまり、指さし会話帳よりも、P氏の日本語能力の方が勝っていたのだ。



P氏の仕送りで建てられた「日本御殿」

## インタビューを始める前に

インタビューを始めるにあたって、まず最初に確認したのは、P氏がHIV陽性であることをいったい誰が知っており、誰が知らないのかという点だった。「エース」という強烈なスティグマに縁取られた単語が、私たちの訪問を契機として、P氏本人がまだ事実を伝えていない家族や知人の耳に不用意に入ってしまうことがあってはならない、という高山医師の懸念に基づいたものである。

タイ政府が90年代後半に展開した強烈なエイズ対策キャンペーンでは、HIV感染の拡大を食い止めるための原動力として、その病に対する恐怖を用いるものだった。悪魔の病気エイズに対するタイ国民の拒絶反応は、いまだ根強い。

P氏によると、HIV感染について知っているのはA姉さんと近所の数人だという。同居する甥っ子にはまだ話していないとのことだったので、工業高校に通う甥っ子が留守にしている日中に訪問したのは幸いだった。

## 現在の生活

この仕送りでたてられた「日本御殿」にすんでいるのは、P氏と姉のA姉さん、それから16才の甥っ子の三人である。P氏の兄弟は男が3人、女が6人で、同居しているA姉さんは長女(56才)、P氏本人は三男(43才)である。A姉さんは、その年齢を感じさせない清冽な笑顔が印象的で、明るく朗らかな雰囲気私達にも優しいきもちにさせられた。事実上P氏の世話を一手に引き受け、

### エイズを取り巻くスティグマ

バンコクにいる間、私たちはいつもサイアムスクエアの近くの木賃宿に投宿していたが、その従業員との雑談の中で「身近な人にHIV陽性者がいるか」とHIVの話題を持ちかけてみたことがあった。すると彼女ははかめ面をして、そんな恐ろしい病気にかかった人は私の周りにはいない、そう流ちょうな英語でまくし立てた。

進んだ教育を受けた若い世代の間でも、こうした認識が一般的であるようだ。いや、進んだ教育を受けられる人だからこそ、と考えるべきなのかもしれない。国民の1%以上がHIVに感染しているタイ社会ではあるが、感染者の多くは農村部の低所得層出身なのだ。

こうした「私の身近な人に直接関わるわけではない」という認識は、一般市民に限ったものではない。バンコク市内で出会ったある看護師とのやりとりを思い起こす。皆で連れだって夕食に出かけたレストランの

トイレの壁に、HIVに関わると思われる張り紙があったので、彼女に頼んでその内容を教えてもらった。タイで3本の指に入る有名大学を主席で卒業して、女王からじぎじぎに表彰された彼女は、本当に説明しなくちゃならないの、とでも言いたげに恥じらいながら、その掲示の意味をおしえてくれた。“Thank you for not spreading HIV.”

結局、HIV陽性者が今なお厳しい社会的偏見の視線に耐えねばならないというのが実情のようである。もちろん、タイ政府はキャンペーンの方向性をずいぶん以前から転換しているが、一度根付いた恐怖感や嫌悪感は簡単に払拭できるものではなく、対応に苦慮している様子である。一方でこうしたスティグマの軽減を図りつつも、他方で社会的偏見から自由に生活を送りたいというHIV陽性者の需要に応える形で、HIV陽性者が自己完結的に生活できるような独自のコミュニティ形成にも取り組んでいるという。(Surasak氏の話)

食堂の仕事で生計も負って立つ、強くしなやかな女性のようにであった。P氏にとって、A姉さんが身近にいてくれたことは、大きな幸運だったように思われる。

P氏の血色はよく、歩き回るのにも苦勞していない様子だった。佐久総合病院に担ぎ込まれたときと比べれば、劇的な回復である。抗結核療法が奏功した結果だろう。本人はできることなら働きたいというが、なかなか仕事の口が見つからず、いまのところは家で静養しているという。食事もおいしくとれており、天気の良い日は散歩に出かけるくらい体調はいいという。居間の大きなテレビを見ながら昼寝をし、あるいは学校から戻った甥っ子と談笑するのが楽しみという毎日だそうだ。

## 来歴

P氏のおおよその来歴は以下の通りである。

- 18才まで 学生
- 22才ころ 地元で溶接の仕事を始めた。
- 27才ころ バンコクに出て、ホテル関係に就職。その後も様々な仕事を転々とした。
- 29才ころ 来日。初めての職場はY建設(茨城県)で、3ヶ月働いてからより高い賃金に惹かれて、I建設(長野県)に移った。

## 日本での生活

P氏が来日したのは29才のころであり、1993年ころのことである。どういった経路で来日したのかの詳細についてはわからなかったが、出稼ぎを目的としていたことは確かである。はじめは茨城県のY建設で建設作業員として働いていたが、まもなく、より待遇がよい長野県のI建設に職場を移した。その後、職場は何度か変わったものの、生活の拠点は長野県の小諸市にあったという。

給与は月に20万円ほどで、このうち5万円を毎月タイの家族に送金していた。小諸市内に家賃6万円ほどのアパートを仲間数人と借り、共同生活していた。楽しみは、仕事帰りに仲間たちと行きつけのタイ料理店でお酒を飲むことと、パチンコやスナックに通うことだったという。風俗店にも何度か通ったことがあると言いくそくに教えてくれたが、実際には料金が高いため、頻繁に訪れることはなかったという。

仲間はしばしば不法滞在で摘発され、強制送還されていたため、その後音信不通になることも多かった。パスポートもVISAも持っておらず、無資格の滞在だったため、当然健康保険にも加入できず、医療機関への受診はためらわれたという。

2005年の10月ころから咳と倦怠感を自覚するようになり、日本人と結婚したタイ人の女性の名義を借りて、近医を受診した。(その際には抗生剤の処方のみで体調は改善せず、その後11月になって別の近医から佐久総合病院に結核疑いで紹介となったのはすでに述べたとおりである。)

佐久総合病院では高山医師をはじめとする職員はみなとても親切でやさしく、安心していられたが、治療費支払いの目処がたたないこと、重湯ばかりの食事が不満だったことなどから、高山医師と相談の上、祖国へ戻ることを決めた。

## 現在の治療

一切の治療を受けていないという。もしやという心配はしていたが、悪い予感が的中してしまった。申請さえすれば30パーツ医療制度の対象になることは知っているが、手続きが面倒であること、今のところ特に体調不良を感じていないことから、病院を受診していないという。したがって、

HAART 導入もなされていないし、抗結核療法も中断しており、もちろん、病院に受診していないことから、現在の CD4 値などはわからない。

## 後ろ髪を引かれる思いの暇乞い

二日目はタイ南部から夜を徹して駆けつけた班長の船田も合流し、いま一度 P 氏を訪ねた。前日よりもいらか疲れた様子で、本人も体調不良を訴えたため、インタビューは短めに切り上げ、暇乞いをした。病院を受診せず、一切の治療を受けていない P 氏に対して、なにも役に立てなかったことを不甲斐なく感じつつ、コーンケン市へと戻った。

### 帰国してよかったですか？

「タイに戻ってきてよかったですか？」

「マア、ヨカッタ。」

「どういうところがよかったですか？」

「オカネ、カカラナイ。デモ、ニホンモヨカッタ」

「日本は何がよかったですか？」

「オカネヲカセゲル。ソレニ、ビョウインノヒトハミンナヤサシイネ。アンシン。」

「じゃあ、どうしてタイに戻りたかったん

ですか？」

「ビョウキニナツトラ、シゴトデキナイ。

ソレニ、ビョウイン、オカネカカル。タクサン、カカル。ゴジュウマン、ハラエナイ。」

「HIV にかかっていることは、家族の人に話しましたか？」

「オネエサン、シッテル。デモ、[甥っ子]ハシラナイ。」

「どうして話さないんですか？」

「マダ、ハヤイネ。」

## Q 氏の例：帰国支援のち人工透析

佐久総合病院から、もう一人追跡調査を依頼されていた。P 氏の住まいのすぐ近くに、腎不全で帰国支援となった Q 氏が住んでいるはずだから、その後の様子を見てきてほしいとのことだった。人工透析は 30 パーツ医療の適用範囲外であるため、経済的に治療を継続できているかどうか、非常に不透明であった。

Q 氏の名前を耳にした途端、A 姉さんは手元の携帯電話で電話をかけてくれ、その後 30 分ほどすると Q 氏が自分でバイクを運転して P 氏の家まで顔を見せてくれた。13 万パーツ（およそ 40 万円。）をかけて試みた腎移植は生着せず失敗に終わったものの、移植費用の自己負担は 3 万パーツでそれ以外は病院が負担し、また人工透析の費用の半額も病院が負担してくれることになったため、月に 1000 パーツの負担で週に二回の透析を受けているという。大変元気そうで胸をなで下ろす出会いだった。

## 7. 帰国支援の課題

帰国支援を取り巻く最大の課題は、帰国後の HIV 陽性者が、さまざまな理由により、通院や治療に結びついていないということである。特に問題なのは、現地において有効な医療サービスが提供される下地があるにもかかわらず、帰国支援した患者がそうした医療サービスにきちんと引き継

がれず、日本とタイとの狭間にこぼれ落ちてしまっている現実である。

帰国後の治療が保証されることを担保として、日本からの帰国支援を正当化してきた日本の医療機関が、こうした実情と向き合わないまま、漫然と帰国支援を続けることは、もともと患者にとっての最善の方策を探していたはずが、結局のところ単にやっかいな患者をたらい回しにしていたにすぎない、ということになってしまう危険がある。

もちろん、治療を受けない選択をするのは、患者と家族の裁量である。とはいえ、それは AIDS という病気と、その治療を取り巻く医療環境について、十分な情報を得た上でなされる決断でなくてはならない。治療を望む方には、きちんと治療に結びつく手はずを整えなくては、帰国支援は名折れになってしまう。

帰国支援が有効に機能するようなフォローアップ体制を整えるか、それができないのならば、日本国内で最期まで（たとえ消極的になっても）治療にあたるのが道義的な責任ではないだろうか。無資格滞在タイ人 HIV 陽性者の問題は、タイの問題であると同時に、それ以上の鋭さを持って、私たち日本に突きつけられている。

## 8. 実効的な帰国支援に向けて

国内の個々の医療機関や医師個人が外国人診療を背負い込み、過重な負担にあえぐのは理不尽であり、また非効率な痛みだろう。こうした患者の多くが、かつて求められて日本にやってきた労働力であったことを鑑みて、日本は国として、こうした人々の救済にあたるべきだ、と思う。

国家レベルの財政的・政策的支援を基盤として、医療機関は大使館や NGO などの関係機関と緊密に連携し、帰国支援が名折れにならないように注意深く運用していく必要がある。本来であればそのための具体的な提案を列挙すべきところだが、外国人診療を取りまく分野はあまりにも裾野が広く、今回のタイ班の活動では、その複雑な制度を理解し、価値判断をするバランス感覚を汲むには至らなかった。これから実際の医療現場で経験を積む中で、絶えずどうすれば HIV 難民の発生を防げるかと問いかけてゆくことを今後の課題とした。

### 日本国内でジェネリック薬を

治療環境が比較的整っているタイですら、帰国支援には困難が伴っている。ともすれば、当初の目的がむなしくなり、結局やっかい払いに終わってしまう危険と隣り合わせだ。では、そもそも帰国後の治療環境が全く整っていない国の出身者に対して、医療機関はどう対応したらいいのだろうか。

こうした手詰まりに対して、日本国内で、途上国出身者に限定して、ジェネリックの抗 HIV 薬を提供する枠組みは作れないだろうか。祖国の治療環境が整うまで数年間の間だけ、途上国出身者たちにこうしたジェネリック薬を届けることができれば、多くの防ぎ得る死を減らせるはずだ。

たとえば国境なき医師団は中国などで、ジェネリック薬の輸入をひとまとめに行い、配布を行っている。こうした NGO などが、日本においても一括して輸入業務をとりしぎってくれたなら、日本の医療現場の医師たちが今よりはるかに容易に、そして効果的に、無資格滞在者らの治療にあたるだろう。

ただ、**強制実施権**がそもそも公衆衛生上の緊急事態に際して途上国の政府が直接薬剤を作る場合に適用される<sup>(2)</sup>制度である以上、こうした例外的な運用が認められる公算は小さい。製薬会社の立場に立って考えれば、日本国内の患者ならば日本政府が正規の費用を負担すればいいではないか、という結論に至るのは至極当然のことだ。結局のところ、無資格滞在者の HIV 治療をきちんと行うためには、日本政府の経済的な援助が欠かせないということになってしまう。

日本に不法に滞在している外国人に対して、どうして血税を注ぎ込んでまで最先端の治療を施さなくてはならないのか、という国民の不満は簡単に予測できるし、政府もあらたな医療費の増大を喜ばないだろう。それでもなお、日本政府には是非、無資格滞在者の HIV 治療を無料で行ってほしいと思っている。理由は以下の3つだ。

第一に、AIDS 発症者を放置することは、感染拡大のおそれなど、公衆衛生上の脅威になること。日本の HIV 陽性者の四分の一が外国人であるなか、そのリスクグループへの対策が欠落することは大きな不利益である。

第二に、無資格滞在者はかつて日本の市場に求められて、私たちの国や経済を形作る上でおおきな貢献を果たしてきており、実質的には日本国民と同様に社会保障を受ける権利を有すると考えられること。

第三に、たとえばフランスでは超過滞在外国人に対しても、無料で HIV 治療を提供していること。1998年に制定された“CHEVENEMENT”という法律により、無資格滞在の HIV 感染者は、母国の医療環境が整っていない場合はフランスに留まる一時許可を得られ、フランスで HIV 治療を受け、また就労することもできる<sup>(14)</sup>。

### タイ国内問題としての HIV

タイは東南アジア地域におけるエイズ先進国である。徹底した啓蒙で感染の拡大を抑制し、手厚い制度で ART の普及に尽力してきた。東南アジアのなかで、依然、最大の感染率を示すが、新規の HIV 感染者、AIDS 発症者の発生率は非常に良好にコントロールされている。

このように HIV 対策に尽力してきたタイ政府が頭を痛めている問題がある。それは、タイに滞在している近隣諸国からの労働者の間で、HIV 感染が爆発的に拡大しつつあるらしい、ということだ。ラオス、カンボジア、ミャンマーなどから、多くの場合不法に滞在している「外国人」が、タイ国内で無保険のまま AIDS 発症している、

というのである。少なくとも、保健省が確認しているだけで、1000 例以上の報告があるという。

こうした「外国人」はたいてい無保険であり、経済的にも困窮しており、当然、タイ政府が提供する 30 パーツ医療の対象にもならないため、有効な抗 HIV 治療を受けることができていない。

日本でタイ人の HIV 感染が問題化する中で、入れ子式に、タイにおいてラオスやカンボジア人の HIV 感染が取りざたされている。こうした問題の**周辺化**を看過してはいけない。先手の対策を講じなくては、第二の HIV 難民が大量に生まれることになってしまうだろう。

(2) 自国における製造技術がない場合には輸入も認められる。

## 9 おわりに

### 単回調査の限界

私たちの調査は、現地に事務所がある組織が行うものではないため、基本的には一度きりのものである。P氏の現状は放置できないものだったので、できることなら私たちもP氏と共に連れだって郡役場まで出向き、住民登録申請をし、病院で30パーツ制度に申請して受診するところまで手伝いたいという考えが浮かんだ。交通費くらいならば私たちの身銭を切っても、さして懐が痛むものではない。

しかし、現地の制度に対して十分な理解があるわけでもなく、もちろん言葉の壁は高く、しかも継続的な支援ができる立場にもない無責任な調査者である私たちには、実際の所、「30パーツ制度に申請しましょう、病院を受診しましょう」とP氏に頼み込むのが精一杯だった。

継続的なフォローアップが必要なゆえんはここにある。単発の調査では、患者本人に直接支援の手をさしのべることは難しい。帰国支援の一部として、帰国後の治療サービスへのアクセスをきちんと支援する仕組みを作らなくてはならない、そう切実に思った。

その後11月になって、とある全国紙の記者がP氏の元を訪ね、そのときの様子をメールで知らせてくれた。P氏は未だなお治療を始めておらず、私たちが訪れたときは別人のようにやつれ、見当識も怪しく、病状の進行を伺わせたという。自体は急速に悪い方向へ向かっているようだった。

筆者は2007年2月に再度タイを訪れる機会があった。かねてから気にかかっていたP氏を訪ねて、半年ぶりに再び懐かしい道をたどった。高速道路沿いの商店も、P氏宅へ続く脇道の角にある食堂も、半年前となに一つかわらぬ佇まいで、私の不安は薄められる思いだった。

しかし、現実には生やさしいノスタルジーで揺らぐものではない。予想していないわけではなかったものの、笑顔のP氏の遺影が壁に掛けられているのを目の当たりにするのは、大変つらい経験だった。彼は結局、治療を受けない選択をしたか、受けようにも受けられなかったのか、いずれにしても未加療のまま2007年1月3日に他界したのだった。44歳の若さだった。

P氏の日本滞在中のアルバムをめくりながら、A姉さんとふたり泣いた。アルバムの中の彼は、凍てつく信州の冬、慣れない雪かきをした後、仲間たちと鍋を囲んでキリンラガーを片手にご機嫌な笑顔を向けているのだった。

### 謝辞

まず、帰国支援の問題を提起し、私たちがこの活動班を立ち上げる動機付けをしてくださった、佐久総合病院総合診療科の高山義浩医師に感謝申し上げます。高山医師とあわせ、私たちと逐一連携を取り合い、追跡調査を応援してくださった小沢幸子医師、住所照会の労をいただいた在日本タイ大使館、突然の訪問にも快く対応してくださったタイ保健省のSurasak博士、質問フォームの翻訳をお願いしたマヒドン大学医学部のPim、Wee、Big、パバナブ寺のMichael牧師とJoshuaをはじめとする多くの方々のご協力がなければ、今回の活動は成り立ち得ませんでした。改めて、お礼申し上げます。

P氏の冥福を祈ると同時に、彼の死が無駄に終わらず、今後の帰国支援の充実に活かされるよう強く願います。

タイ・ラオスとの国境の町ノンカイにて  
平成19年2月  
座光寺正裕 (zakoji-kyu@umin.ac.jp)

#### 【参考文献】

- (1) エイズ・パンデミック、1998、Jonathan Mann 編・山崎修道 監訳、日本学会事務センター
- (2) 法務省入国管理局：平成17年外国人登録者統計、平成18年5月  
<http://www.immi-moj.go.jp/toukei/index.html>
- (3) 厚生労働省エイズ動向委員会：平成17年エイズ発生動向年報、平成18年4月発行  
[http://api-net.jfap.or.jp/mhw/survey/mhw\\_survey.htm](http://api-net.jfap.or.jp/mhw/survey/mhw_survey.htm)
- (4) 樽井正義、沢田貴志：医療相談員のための外国籍 HIV 陽性者療養支援ハンドブック、平成17年度厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業 NGOによる個別施策層の支援とその評価に関する研究、平成18年3月発行  
[http://api-net.jfap.or.jp/siryou/jititai\\_manual/h18\\_sawada.pdf](http://api-net.jfap.or.jp/siryou/jititai_manual/h18_sawada.pdf)
- (5) 福岡市保健福祉局保健医療部保健予防課：福岡市 HIV 感染者等情報、平成18年6月  
<http://www.city.fukuoka.jp/download/1591053107606.xls>
- (6) 法務省人権擁護局：外国人のための人権相談所  
<http://www.moj.go.jp/JINKEN/jinken21.html>
- (7) 若井晋：在日外国人 HIV 診療についての研究、平成14年度厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業 HIV 感染症の医療体制に関する研究。
- (8) NHSO backs plan to ditch Bt30 fee, The Nation, 31 October 2006
- (9) Big reform of healthcare has started, The Nation, 1 Nov 2006
- (10) 国際協力事業団：タイ王国における医療保険制度運用システムに関する調査報告書、平成14年9月
- (11) 国際協力銀行：タイ王国における社会保障制度に関する調査報告書、平成14年3月
- (12) Thailand Health Profile 2001-2004, Ministry of Public Health
- (13) Scrapping of Bt30 fee welcomed, The Nation, 2 Nov 2006
- (14) 中石朋見：H I V感染外国人への医療提供体制の改善に関する研究、平成15年2月

# エイズ発症した無資格滞在タイ人の一例【臨床経過】

A case of Thai overstayer who developed AIDS - Clinical course -

小澤幸子、高山義浩

佐久総合病院総合診療科

JA長野厚生連佐久総合病院  
〒384-0301  
長野県佐久市日田197

九州大学医学部  
熱帯医学研究部  
第41期活動報告書

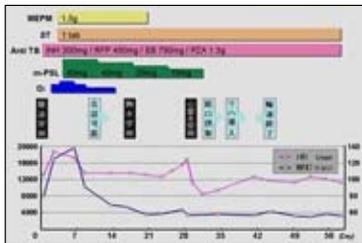
## 緒言

長野県農村地域に位置する当院(図1)では、平成18年9月までに84名の新規HIV感染者の受診があった。そのうち41名が外国人であり、当院においてエイズ診療は外国人診療の様相も呈している。平成17年に当院を受診した新規HIV感染者は11名で、その内訳は表1のようである。その特徴として、いわゆる「いきなりエイズ」が多く(73%)、タイ人の比率が高いこと(36%)が挙げられる。とくに近年は、なかなか受診行動につながらないタイ人において播種性結核発症例が散見されるようになった。ここでは、多発性脳結核腫にてエイズ発症したタイ人男性について、その臨床経過を報告し、いま緊急に求められている課題について提言したい。

## 症例

症例: 42歳、タイ人男性  
主訴: 発熱、意識障害  
生活歴: 約10年前に来日し、肉体労働に従事している無資格滞在者。タイの高親は死亡しており、兄はいるが連絡は途絶えている。  
現病歴: 平成17年10月中旬より、倦怠感と夜を自覚。近医を受診したところ抗生剤など処方された。しかし、その後軽快せず、言動がおかしいと友人より気付かれていた。11月中旬より発熱。11月21日、別の近医を受診したところ、肺に結節影を指摘され、結核を疑われると同時にHIV抗体検査を施行された。同陽性のため、翌22日、当院紹介受診となる。  
入院時現症: いろいろ著明。皮膚乾燥。体温: 38.6℃。脈拍: 90/min。血圧: 96/74 mmHg。貧血・黄疸の所見なし。胸部: 心音異常なし。左下肺野にて呼吸音低下。腹部: 異常なし。体表リンパ節の腫大なし。四肢に浮腫を認めず。

## 臨床経過



画像所見(図2、4)より播種性結核を疑い、速やかに4剤による抗結核療法を開始した。しかし、意識障害が徐々に進行したため、他の細菌性髄膜炎の可能性と抗結核療法への逆説反応を疑い、第6病日よりメロペネムとメチルプレドニゾロンを導入した。その後は著明に改善し、意識も緩徐ではあったが回復基調となった。第10病日より整合性のある会話が可能となり、第21病日にメロペネム終了したが、増悪することなく良好な経過であった。ただし、入院時より認められた心嚢水がさらに増加し、頻脈明らとなり、心タンポナーデの危機と考えられたので、第29-30病日にかけて心嚢水のドレナージを施行した。結果、2000ccと大量の褐色膿性の液がひけた。心嚢水のADAが67.8 IU/Lと異常高値であり、逆説反応の経過と合わせて結核感染を示唆するものであった。その後の経過は良好であり、第33病日より経口摂取を開始し、第44病日には輸液をすべて切ることが可能となった。第50病日の頭脳MR(図3)では、多発した結節影が縮小し、かつ減少していることが確認された。しかし、その後も寝たきりが継続し、リハビリへの協力も得られにくく、再度長期に経過した。第128日に600ccの心嚢水ドレナージを再度施行したが、その他、日和見感染などの出現は認めなかった。抗結核療法を継続したまま、第132病日に帰国支援となるが、その経緯は第2報にゆずる。

表1 平成17年における当院新規HIV感染者

国籍と性別	年齢	CD4	主な日和見感染症	在留資格	健康保険	医療費
日本人男性	35	847	梅毒第二期	—	あり	支払済
日本人女性	35	8	ニューモシチス肺炎	—	あり	支払済
日本人男性	38	80	ニューモシチス肺炎	—	あり	支払済
日本人男性	47	158	帯状疱疹	—	あり	支払済
タイ人女性	24	56	ヒストプラズマ症疑い	あり	なし	未払い
日本人男性	42	62	ニューモシチス肺炎	—	あり	支払済
日本人男性	68	6	ニューモシチス肺炎	—	あり	支払済
日本人男性	45	29	ニューモシチス肺炎	—	あり	支払済
タイ人女性	41	79	播種性結核	あり	あり	支払済
タイ人男性	42	43	播種性結核	なし	なし	未払い
タイ人女性	47	537	なし	なし	なし	未払い



図1 佐久総合病院の位置

## 検査所見

(CBC)	(Serum chemistry)	(HIV-related data)	(Pleural fluid)
WBC 7900 /μl	TP 7.6 g/dl	HIV-RNA 1.7 × 10 <sup>4</sup> copies/ml	Brownish yellow
Neut 76.0 %	Alb 3.0 g/dl	CD4 43 /μl	Cells 500 /μL
Lym 13.5 %	T-Bil 0.8 mg/dl	CD8 763 /μl	Neut 64 %
Mono 9.6 %	LDH 163 IU/l		Lym 34 %
Eos 0.3 %	AST 58 IU/l		Mono 2 %
Baso 0.6 %	ALT 59 IU/l		Prot 2.01 %
RBC 338 × 10 <sup>4</sup> /μl	γ-GTP 158 IU/l		Glu 122 mg/dL
Hb 9.2 g/dl	ALP 905 IU/l		LDH 86 IU/L
Ht 27.9 %	Amy 28 IU/l		ADA 4.7 IU/L
Plt 43.2 × 10 <sup>4</sup> /μl	UA 2.5 IU/l		
	BUN 16 mg/dl		(Cerebrospinal fluid)
	Cre 0.6 mg/dl		Clear and colorless
	Na 130 mEq/l		Cells 672 /μL
	K 4.3 mEq/l		Mono 17 %
	Cl 94 mEq/l		Poly 83 %
	CRP 18.43 mg/dl		Prot 75 mg/dL
			Glu 60 mg/dL
			LDH 44 IU/L
			ADA 1.7 IU/L
			TB [PCR] (-)
			TB [Culture] (-)
			Crypto. Ag (-)
			(Pericardial fluid)
			Seropurulent
			Cells 15800 /μL
			Neut 98 %
			Lym 2 %
			Prot 4.1 %
			Glu 1 mg/dL
			LDH 9785 IU/L
			ADA 67.8 IU/L

## 画像所見の推移

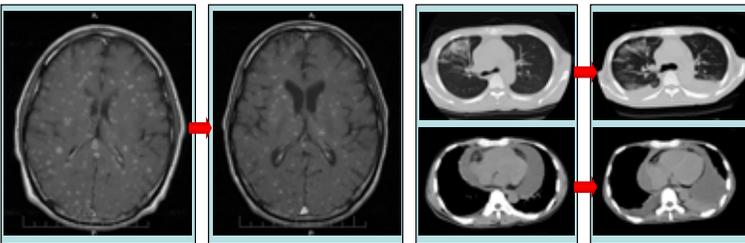


図2 頭部造影MR(第3病日) ※ 一部リング状造影効果のある小結節を無数に認める。結節はいずれも10mm以下であり、大脳、小脳、脳幹を問わず散在するが、皮髄縁と脳室周囲に多い。  
図3 頭部造影MR(第50病日) ※ 結節影が縮小し、かつ減少している。  
図4 胸部CT(第1病日) ※ 右肺上葉S3に浸潤影を認め、末梢には10mm大の結節を認める。また、著明な心嚢液貯留を認める。  
図5 胸部CT(第30病日) ※ 2000ccのドレナージ直後に造影したものであるが、多量の心嚢水が残存している。S3の肺炎像は縮小したが、背側に新たな造影の出現を認める。

## 考察

本症例では、HIV感染と播種性病変より結核感染を強く疑って治療を開始した。とくに脳病変については稀な病像であり、診断に苦慮したが、逆説反応のうちに軽快したことから、臨床的に多発性脳結核腫と診断した。また、心嚢水のADA高値も診断の手がかりとなった。抗結核療法は奏功したが、寝たきり状態で長期化し、身寄りもないため、132日間の入院加療が余儀なくされた。

当院診療圏では、長野オリンピックをきっかけとした出稼ぎ目的の流入で、無資格滞在の無保険外国人が多く、最近では親族不明の経済困窮者が目立つようになってきた。こうした人々のなかには、HIV感染者もいるが、エイズ発症しきりまで受診行動につながらない者が多い。本症例のように、当院では医学的・社会的に困難なエイズ発症例が多発しており、無資格滞在外国人に対する、早期受診と治療導入を可能とするシステムが早急に求められている。とくに、無保険の問題が外国人の受診を遅らせている原因とも考えられ、受診後の未払いは医療機関の経営を圧迫する結果となっている(当院の外国籍患者による未払い金は年間500万円前後)。こうした課題に対する、国もしくは自治体行政による包括的対応が期待される。

## 参考文献

- 1) エイズ動向委員会ホームページ: [http://api-net.jp/or.jp/mhw/survey/mhw\\_survey.htm](http://api-net.jp/or.jp/mhw/survey/mhw_survey.htm)
- 2) Jose E. Vidal, et al: Cerebral tuberculomas in AIDS patients. Arq Neuropsiquiatr 62(3-B): 793-796, 2004.
- 3) 大竹弘哲ほか: 結核性髄膜炎の早期診断における髄液ADA値測定の有用性の検討. 神経内科 54(4): 359-362, 2001.
- 4) Tuberculous brain abscess in a patient with AIDS: Case report and literature review. Rev. Inst. Med. Trop. S. Paulo 45(2): 111-114, 2003.

Sachiko Ozawa, M.D. (e-mail: sachi-o@wa2.so-net.ne.jp)

# エイズ発症した無資格滞在タイ人の一例【帰国支援】

A case of Thai overstayer who developed AIDS - Support for return home -

高山義浩<sup>1)</sup>、座光寺正裕<sup>2)</sup>、小澤幸子<sup>1)</sup>

1) 佐久総合病院総合診療科、2) 九州大学医学部熱帯医学研究会

JA長野厚生連佐久総合病院  
〒384-0301  
長野県佐久市日田197

## 緒言

多発性脳結核によりエイズ発症した無資格滞在タイ人について、132日間の入院治療を実施した。経済面での限界もあったが、言語を含む文化面でも入院治療には多くの困難が伴った。そこで、我々は全身状態が安定するのを待って、タイ王国大使館(以下、大使館)と連携し、本人を帰国させる方針とした。

当院では、2006年9月までに41名の外国人HIV感染者を診療してきたが、そのうち39名がタイ人である。多くが無資格滞在の無保険者であったため、これまでも帰国支援が最大の選択肢となってきた(図1)。ところが、当院診療圏のタイ人コミュニティからの情報によると、当院より帰国支援させた患者たちの多くが死亡していることである。ここでは、本症例を通じて、我々が経験している外国人診療の障壁と帰国支援へと至る経路を紹介する。そして、帰国支援そのものが内包している課題について検討したい。

## 帰国支援の経過

### 入院経過

抗結核療法が奏功し、徐々に全身状態は改善した。しかし、言語の障壁により医療行為への納得同意が得られず、拒否的態度がしばしば見られた。また、食や整容など生活習慣の違いから、入院生活への適応も困難な様子であった。長期の寝たきり状態のため歩行不能となり、排泄はオムツ管理となっていたが、リハビリへの協力も得られなかった。時折、失見当識を疑うこともあり、エイズ脳症の合併も疑われたが、やはり言語の障壁から評価は困難であった。

病名告知をしても、患者が正確に理解できない可能性があり、また告知後にサポートできる体制がなかったため、告知を見送ったまま長期に経過していた。しかし、第86病日、本人より初めて病名について問い合わせがあり、主治医(筆頭筆者)の判断で告知をおこなった。すると、本人は帰国を強く希望し、「死ぬにしても故郷で死にたい」と訴えた。

寝たきり状態の結核およびエイズ患者の帰国支援が可能であるかは、その時点では不明であったが、生存を可能にするのはHAART導入であることから考えても、急性期を脱した現在は帰国が唯一の治療と考えられた。そこで、大使館およびNPO(シェア=国際保健協力市民の会)の協力を仰いで、帰国支援を開始する方針とした。

### 帰国支援

我々の予測に反して、大使館は「帰国は可能である」と極めて前向きであった。NGOが大使館および現地医療機関との間を適切に仲介してくださり、約1ヶ月後を目処に帰国すること合意した。我々が準備したのは、現地医療機関への紹介状、航空機搬送のための診断書、入国管理局への出頭不能事由を示す診断書であった。航空会社は医師同行を条件としたが、これは主治医が同行することとし、その往復航空運賃は大使館が患者に貸与(実質的には供与)することとなった。紹介先医療機関は国立Bamrasnaradura病院とした。

第132病日、大使館より当院に迎えのワゴン車が到着し、そのまま成田国際空港に搬送(図2)。トラブルなくドムアン空港へ到着した(図3)。大使館が探し出していった実兄が空港内診療所に待ち構えており、その再会は感動的であった(図4)。

空港より国立Bamrasnaradura病院(図5)へ救急搬送され、我々の帰国支援活動は終了した。なお、当院診療圏のタイ人コミュニティにてカンパがおこなわれ、この帰国支援に対して¥34,500の寄付があったことは記しておきたい。

### フォローアップ

帰国支援の5ヵ月後に九州大学熱帯医学研究会の協力を得て、同意のもとにバヤオ(タイ東北部)にある患者の自宅を訪問した。それは亡くなった両親への仕送りにより立てられた実家であり、その地域においては豊かなものであった(図6)。患者はもっぱらソファに座っていたが、歩行も可能なまでに回復しているようであった。しかし、患者は「IDカードがないから」という理由で受診しておらず、家族も「死ぬ病気だから」という理由で受診を促していないようであった。また、抗結核療法も自己判断で中断していたことが判明した。

## 課題の整理

1. 保険のない外国人患者の医療費未払いが医療機関に過重な負担となりつづる。
2. 外国人患者への言語サポートが必要である。それは病名告知にも担当するため高い専門性が要求される。
3. 外国人人口の増大にあわせて、病院食を含めた入院医療サービスの多文化対応が求められた。
4. 帰国支援は、現地の医療サービスに継続的に患者が乗って終了する。それまで患者を支えてゆくシステムが必要である。
5. 医療機関が外国人診療を抱え込むのではなく、大使館、NGOとの連携のなかで外国人患者を支えてゆくシステムを定着させなければならない。

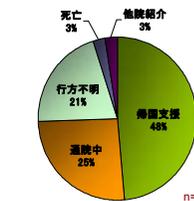


図1 当院におけるタイ人HIV感染者の転帰

## 各職域での問題点

### 【医師】

御本人への病名告知が、周囲のサポートが期待できないため困難であり、伝えないままに治療を続行していたことが非常に辛かった。また、医療費支払いへの限界が予測され、選択できる治療および検査が限られていました。そして、周囲からも「この患者をどうするつもりなのか?」「という視線は確かにあり、自分自身も「どうすればゴールなのか」に混乱していた時期が長かったように思います。

### 【看護師】

言葉が通じないために納得いただけず、その確認すらもとれない状態でした。とくに、点滴ルートをとるときなどは、御本人は常に拒否的で、ときに暴れたりされたので抑えつける必要がありました。そうすると不信感が強くなるようで、噛み付かれたりすることもありました。感染者であることから、私たち自身が危険を感じることも多々あり、抑制(四肢もしくは体幹)している時間が長くなってしまいました。また、食生活や整容など生活習慣の違いも明らかで、病院食が美味しくないと悲しまれていたり、入浴の湯温が高いと立腹されたりということもありました。

### 【医療ソーシャルワーカー】

身寄りのない方であり、友人をキーパーソンとしましたが、金銭的あるいは人的協力が期待できないので調整が困難でした。とくに、急変時に誰に連絡し、どう対応するかが不明確なままでした。また、帰国支援に向けた大使館との交渉において、どこまで対応してもらえるのか、期待してよいかが分からず困りました。誰も責任をとらない、法的にも守られていない患者であることを実感しました。

### 【理学療法士】

長期臥床のため、廃用性に萎縮が認められました。維持リハのために四肢を動かそうとすると、大変に痛がりましたが、その意義を説明することが言葉の障壁により困難でした。また、おそらく疾患に関連した意欲低下、気分落ち込み、リハの導入は全般にうまくいきませんでした。そして、どこまで回復させたいのか、ゴールが不明確だったため、リハ計画を立てるのも困難でした。

### 【栄養士】

提供する食事をとっていただけませんでした。それが嗜好性による食欲低下なのか、治療等による食欲低下なのか、言語の障壁もあり別でできませんでした。ただ、御本人としては同じメニュー(和食)の繰り返しであることを不満に思っておられるようで、私たちなりにタイ料理に近いものを提供しようと努力しましたが、やはり郷土料理についての知識不足があり、御本人には納得していただけず残念でした。

## 考察

HAARTが開発されたことにより、HIV感染症は長期生存が可能となっている。タイ国においても、30バーツ政策の普及により抗HIV薬が農村地域でも手に入るようになってきた。当院診療圏で多発している無資格滞在のタイ人のエイズ発症例についても、急性期については当院で加療し、その後は帰国支援により現地の医療に繋げることで救命できる筋道がみえてきた。本症例はこうした筋道を再確認するものであった。しかし、帰国支援を実施しても、現地の医療機関を受診しなかったり、受診しても適切な医療サービスを受けられなかったり、あるいは経済的な理由で継続できなかったりしているケースが少なくなく、これが「帰国支援のほとんどが死亡している」という、タイ人コミュニティからの指摘の根拠にあるようだ。こうした印象は、早期に感染者が安心して受診するうえで弊害になっており、責任をもつて当院が払拭すべき課題と考える。よって、今後、さらに現地の医療事情を把握し、現地の適切な医療機関、また経験豊富なNGOと密に連携してゆくことが求められている。



図2 成田国際空港  
※ タイ国大使館のワゴン車(手前)が搭乗機に横付けされ、機内へ医師とともに入る。



図3 航空機内  
※ 航空機後部に6座席分を使用した簡易ベッドを設置。患者は寝たまま離着陸。



図4 ドムアン国際空港  
※ タイに到着後すぐに患者の実兄と再会。



図5 国立Bamrasnaradura病院  
※ 紹介先となった病院。空港より救急車で速やかに搬送された。



図6 患者の実家  
※ 仕送りで建てられた、いわゆる「日本邸」。

## 参考文献

- 1) NGOによる個別施策の支援とその評価に関する研究班: 医療相談員のための外国籍HIV陽性者療養支援ハンドブック. 2006.
- 2) 沢田貴志: 外国人HIV感染者の治療環境と支援. Progress in Medicine 23(9): 2313-2316, 2003.

Yoshihiro Takayama, M.D. (e-mail: ihf-adm@umin.ac.jp)