



特定非営利活動法人 北関東医療相談会ニュースレター

群馬県太田市東別所町 427-44

電話番号 080-5544-7577 / Fax0276-46-4462

<https://npo-amigos.org/>

当団体は、カリタスジャパン、日本カトリック難民移住異動者委員会、大阪コミュニティ財団、赤い羽根、VIDES JAPAN の皆様の協力を得て運営されています。



本年（令和七年）度を迎えての御挨拶



特定非営利活動法人
北関東医療相談会
代表理事

後藤 裕一郎

2025 年（令和七）年 4 月 1 日

アミーゴスの各会員の皆さん、当会理事の後藤裕一郎です。

皆様は心身に気を遣って御健康に御過ごしでいらっしゃって居る事と、私は推測して居ます。

我々、“アミーゴス”の活動継続には、未だに“コロナ感染症問題”も昨（令和五）

年五月の政府に依る決定、“コロナ感染症問題”の（感染症）第五群への分類は勿論、其れ以降の重症感染者の発生率も爾来、定頻度に改善しつつ経過して居る様です。会員一同は何時も視野に入れつつ、我々に与えられる仕事の世界全体への恩返しと考え、一人一人の為に成る時には一人の為に、全体への為に成る時は全体の方々の為に当“アミーゴス”の活動が此の“コロナ禍”に在っても、いや在るからこそ我々の行動が一般社会の利益に適う様に継続させて頂いて居ます。

御陰様にて、当団体、アミーゴス内では今迄大きな“コロナ禍”に直接関係する重症型コロナ感染症事例は皆無でした。逆に令和二年からの我が、アミーゴスの活

動も年一回等の制限は在るものの、何とか復帰出来るかも知れない、と言う期待の声も生まれつつ、当会の余裕が在れば、適宜に開催させて頂いて居ます。一般の情報番組でも昨年、令和六年の春過ぎ以降は重症な患者様集団の出現や、大きな感染源と成り得るウイルス自体の変異、新ウイルスの出現等も暫くは無い様です。此の点に関しては、私の所属先の高崎市保健所に於いても顕著な感染者数の昨年度からの激減と言う形で表れて来て居る様です。

私自身も、街頭を歩く一般人にマスクを使用しないで以前の様相を纏いまるで“コロナ禍”を知らないのでは無いかと疑わせる様な方々を頻繁に見る様に成って来て居ます。



私が察するに、丁度百年程度以前のアメリカ合衆国、日本、全世界での“インフルエンザ感染禍”の再来、此の際には現在の様な予防薬や、保健上の速やかな対応等も無い事も在って、今のコロナ禍に居る犠牲等とは程遠い医療の無力さを感じさせる状態だった、と私も聞いて居ます。一般の方々、特に免疫能が低下して居たり、食事を十分に採られていない方には此のコロナウイルス感染は大きな脅威に成ってしまう事が多いとは私は推計しますが、上記の“感染症五類”への仕分けを考慮すれば高齢で免疫機能や防衛機構の低下でも無ければ、此の感染症をさほど気に掛ける必要も無い～高齢者で免疫能低下を疑われる症例以外では一般市民は本感染症を必要以上に恐れるべきでは無い、と私は思います。

逆に懸案が肥大化して世界を心理的な（不

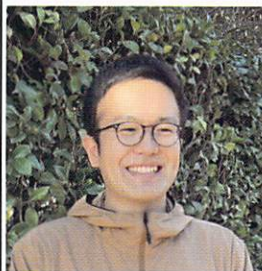
必要な）恐慌状態へ陥れた場合等では、過去に於いて“インフルエンザ”が「スペイン風邪」として米国内、全世界で市民達を恐怖に陥れた大正初期からの日本国内での大きな感染症禍を思い起こしてしまいます。

さて、其れ以外にも健康への大敵に成り得る問題は他の分野でも未だ在り、政治の世界では“中国の軍備費増加と領地・領海等の拡大”、“詐欺工作に依る一般人への現金窃盗等の脅威”、等々の危険な種はばら撒かれて居て尚、大きな注意を求められて居ます。

一方にて、今回の六年目に入った“コロナ禍”に対して政治的に賢い意思決定も我々市民へ大きな議論や決定的行動を要求されて居るし、今後も普段にそうした賢明な決心が確かめられるであろう、と私は考えます。

皆様、会員様には“アミーゴス”からの医療行動や其の他の一般社会への篤志的行動への御同意やそうした向社会的行動、其れに基づく社会的正義の実現を、全幹事から宜しく御願い申し上げます。

【連載】困窮外国人支援の現場から ～私たちにできることを考える～



特定非営利活動法人
北関東医療相談会
理事
一般社団法人
つくるい東京ファンド
生活支援スタッフ

大澤 優真

第13回困窮する外国人支援 実践マニュアル

—在留資格・帰国支援—

今回は難民認定申請者や仮放免者の在留資格取得と帰国支援についてお伝えします。在留資格の有無や種類はその人の生活を左

右します。また、選択肢が極めて限定されているなかで本人の将来を考えると帰国支援も選択肢の一つとなることがあります。なお、在留資格についてさらに詳しく知りたい方は、第二東京弁護士会国際委員会編（2021）『わかりやすい出入国在留管理の実務必携 Q&A』（民事法研究会）などをご覧ください。

在留資格：難民認定申請者

まずはじめに難民認定申請者の在留資格についてお伝えします。少しややこしいです。私が支援する難民認定申請者の多くは来日後「短期滞在」という在留資格を取得することが多いです。この在留資格は15～90日まで日本に在留することができますが、それを超えるとオーバーステイになり在留資格を失ってしまいます。そのため、この期間中に入管に行き、難民認定申請を行わなければなりません。

申請後、難民認定申請者は「特定活動」という在留資格が付与されます（資料1）。

資料1 難民認定申請後の一般的な在留資格の流れ



出所：難民支援協会「在留資格変更と在留期間更新許可申請の方法と申請書」

期間は2カ月です。その後、同じ「特定活動」3カ月が付与され、さらにもう一度「特定活動」3カ月が付与され、申請から約8カ月後に「特定活動」6カ月が付与されます。6カ月間の在留期間が認められる在留資格を持つことができると、就労や社会保障の利用が認められます。生活保護や国民健康保険にも加入できます。ただし、入管が明らかに難民に該当しないと判断した場合などは就労や社会保障が認められない在留資格しか付与されなかったり、そもそも在留資格の付与自体が認められないことがあります。

「特定活動」6カ月の在留資格は1回目の

難民認定申請期間中は6カ月ごとに何度も更新して継続することが多いです。その間は就労できますし、社会保障も利用できます。問題は難民認定申請が却下されたときです。難民認定されれば安定的な在留資格が付与されるので問題はないのですが、ご存じのように、日本の難民認定率は諸外国と比較してとても低い状況で、大半の難民認定申請者は申請を却下されます。しかし、難民認定申請が却下された場合、原則、その時点で在留資格を失うことになります。それは就労も社会保障の利用も認められなくなることを意味しています。結果として、本国に帰国できない人が仮放免者になるということがあい次いでいます。

こうした状況に対して、難民認定率を諸外国並みに引き上げることで解決が求められます。また、極めてハードルは高いですが、1回目の難民認定申請中にほかの在留資格を取得・変更したりすることで在留資格を失うことを回避できる可能性もあり得ます。現場では手探りの状況が続いていますが、必要な方がいたら入管法に明るい弁護士や行政書士に相談してみてください。

在留資格：在留資格のない人

次に、仮放免者など、在留資格のない人の在留資格付与について示します。ここでは、医療に関する部分についてのみ示します。医療的ケアが必要な仮放免者に在留資格が付与されることがあります。イラン人のアフシンさんは長らく心房細動と慢性心不全で苦しみ「手術しなければ死に至る」こともあり手術が必要な状況でした。アフシンさんと支援者は入管に在留資格取得のための申し立てを行い、最終的には在留資格が付与されました（注1）。

専門的でややこしいのですが、「特定活動」の在留資格には告示内「特定活動（医療滞在）」と告示外「特定活動（療養する活動目的）」というものがあります。アフシンさんのような医療的ケアが必要な仮放免者には後者の在留資格が付与されます。この

在留資格は就労は認められませんが国民健康保険の加入は認められます。ただし、前者の在留資格は国民健康保険の加入が認められません。自治体では両者が混同され、後者の在留資格なのに国民健康保険の加入が認められないことが起きています。ご注意ください。

このように医療的ケアの必要な仮放免者には在留資格が付与されることがありますが、その基準は明確ではなく、支援者らの事例を鑑みると、生死を左右するような疾患のときにしか考慮されていないことが多いです。生きるか死ぬかを基準とするのではなく「健康」でいられるかどうかを判断基準にすべきだと私は考えます。



帰国支援

在留資格の付与についてお伝えしましたが、実際には在留資格が得られることはまれです。周知のように在留資格のないまま日本で暮らすことはとても困難で、生存すら危ぶまれる状況に置かれます。そうしたなかで、本人の意思に基づいて帰国支援をすすめることもあります。

国際移住機関（IOM）駐日事務所は「非正規移民、正規移民、元難民申請者、移住先へ行く途中に立ち往生している移民など。また、人身取引被害者、老人、子ども、健康に問題のある者など、脆弱な立場にある移民」を対象に、自主的帰国・社会復帰支援事業を行っています。日本からは70人（2019年現在）が同事業を利用して帰国しました（注2）。

私も IOM を利用した帰国支援にかかわったことがあります。西アフリカ出身の仮放免男性、重度の心臓病やアルコール依存症で苦勞していました。本人は帰国を望んで

いましたが、飛行機代がなく、身体がフライトに耐えず、本国に戻っても生活や治療の目途が立たないことなどから帰国できない状況が何年も続いていました。そこで、私たち支援者は IOM に相談をしました。本人、IOM、入管、本国の医師、日本の医療機関、支援者らと面談を重ね、最終的に彼は帰国しました。彼は帰国後、生活費として一時金が給付され医療機関にもつながり、帰国後、彼からは「治療はうまくいっている」と連絡がありました。

その一方で、IOM の支援にも限界があり、IOM の支援対象から漏れることもあるし、予算の問題で支援を利用できないこともあります。その場合は、自費による出国という選択肢になります。ある非正規滞在者の自費出国の支援にかかわりましたが、大使館に行き、片道用のパスポートを得るための手続きに何カ月もかかったり、入管での手続きにも何カ月もかかったり、飛行機代を寄付で集めたりするなど、とても骨の折れる作業を経たのち、ようやく帰国できました。

私は本人のいのちや健康が保障されるのであれば、帰国ということも選択肢の一つになり得ると考えています。しかし、難民認定申請者、日本に定住し生活基盤が日本にある人たち、日本生まれ日本育ちの子どもや若者の多くは本国に帰ることができません。仮放免者の多くがそのような状況下にあり、帰国できない状況が続いています。今年6月に施行された改定入管法では、難民認定申請を3回以上した人は無理やり本国に帰すことができるようになりました。生存権が保障されないなかでの帰国はすべきでないと私は考えます。

（おおさわ・ゆうま）

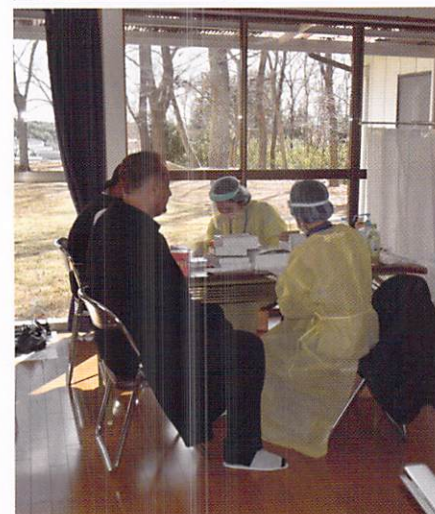
注1：afshinsheartsupport's diary「アフシンさんを支援してくださった皆様へ：在留資格の獲得と心臓手術における報告」

注2：法務省出入国在留管理庁 収容・送還に関する専門部会第4回会合 2019年12月12日「国際移住機関提出資料」

2月9日 日曜日茨城県友部のイエス・マリア聖心会修道院で 第 69 回医療相談会が行われました。

当日は、終日良く晴れ風もなく一日温かく芝生の上は部屋の中にいるようでした。

受診者は57名で、スタッフは医師12名、看護師8名、助産師2名、歯科医師2名、歯科衛生士2名、医学生、看護学生5名、弁護士3名、MSW4名、通訳13名、一般ボランティア57名の総勢108名でした。今回は、要望の多かったマンモグラフィ検診車を導入することができました。

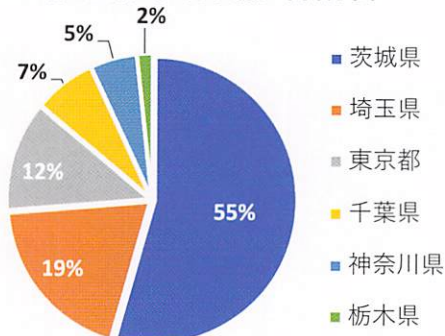


第 69 回医療相談会 (2 / 9) 結果速報ダイジェスト

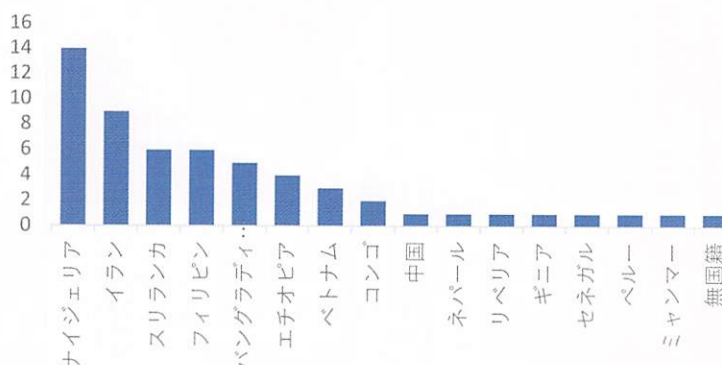
○基本情報

開催地	実施日	参加者数	受診者数	男性：女性	最多国籍	最多地域
茨城県・友部	2025/2/9	57人	57人	67%：33%	ナイジェリア	アジア

都道府県別受診者割合



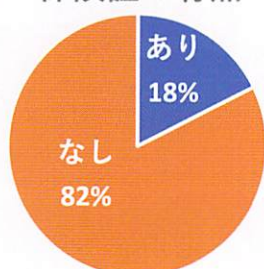
受診者国別人数



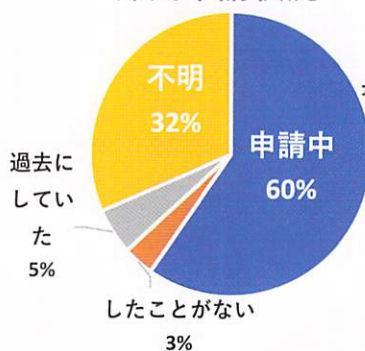
○社会福祉的分析

保険証不所持率	仮放免者率	在留資格の無い人の割合
82%	68%	70%

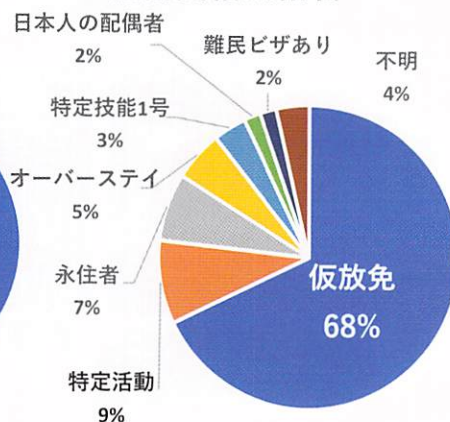
保険証の有無



難民申請状況



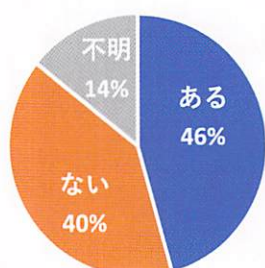
在留資格別割合



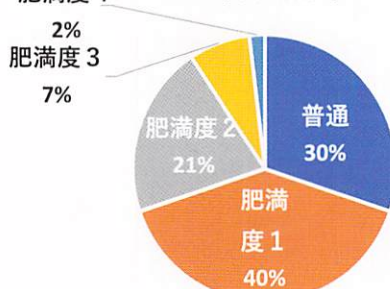
○検査結果

肥満率 BMI ≥ 25		糖尿病率 HbA1c ≥ 6.3		高血圧率 DBP ≥ 90, SBP ≥ 140		脂質異常率 総コレ ≥ 220or 中性脂肪 ≥ 150		中性脂肪室 ♂: ≤ 39,235 ≤ ♀: ≤ 29,118 ≤		生活習慣病保有率	
全体	仮放免	全体	仮放免	全体	仮放免	全体	仮放免	全体	仮放免	全体	仮放免
70%	79%	15%	14%	38%	57%	56%	56%	27%	19%	89%	97%

虫歯保有率



BMI判定比率



2025/3/10時点

特定非営利活動法人北関東医療相談会
久保田羽南 正木泉 長澤和子

結果分析

第 69 回医療相談会受診者（以下、受診者とする）の健康状態が、相対的にどのようなものなのかを把握するため、厚生労働省による「令和 5 年 国民健康・栄養調査結果の概要」との比較を行った。比較項目は、BMI、血圧、HbA1c、平均寿命である。なお、国民健康・栄養調査の調査対象に、世帯主が外国人の世帯は含まれていない。

◎用語解説

BMI：身長と体重を手掛かりとして肥満や低体重を判定するために国際的に使われている体格指数

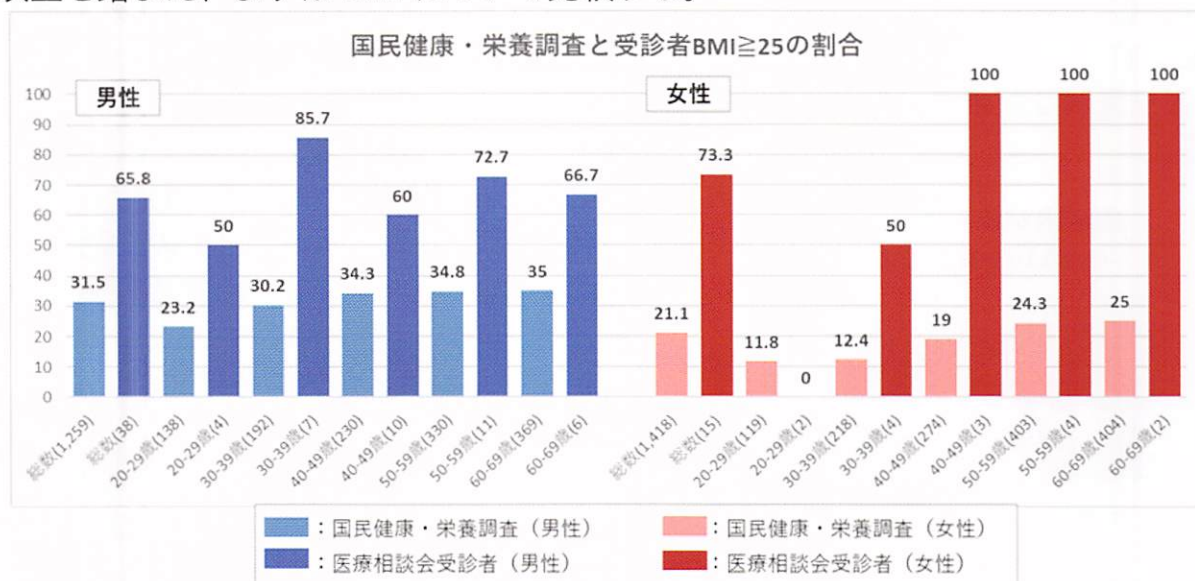
BMI＝体重 (kg)÷{ 身長 (m)× 身長 (m)}

正常値…18.5 以上 25 未満

HbA1c：全身の細胞に酸素を送る働きを持つヘモグロビンが血液中のブドウ糖とくっつく糖化ヘモグロビンになる。HbA1c は糖化ヘモグロビンがどのくらいの割合で存在しているかを表したものであり、過去 1～2 ヶ月前の血糖値を反映する。

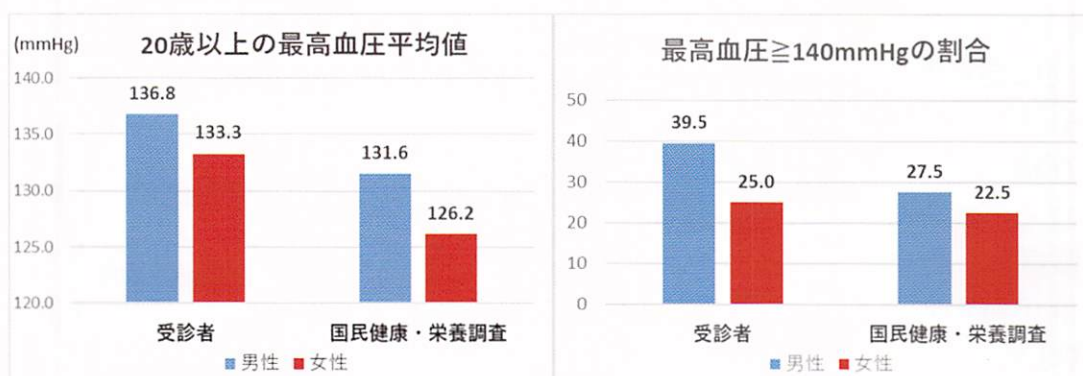
正常値…4.6～6.2%

以上を踏まえ、まずは BMI について比較する。

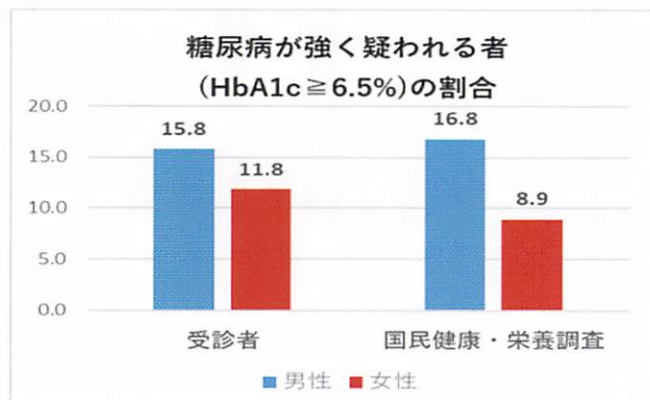


上のグラフからわかる通り、今回の医療相談会受診者の BMI25（肥満Ⅰ度）以上の割合は、国民健康・栄養調査の対象者と比較して圧倒的に高くなっている。肥満は、糖尿病や脂質異常症・高血圧症・心血管疾患などの生活習慣病をはじめとして数多くの疾患のもととなる。受診者は、その困窮した生活の中での偏った食事や運動不足などが肥満につながり、疾患のリスクが高まっていると考えられる。

次に、血圧についてである。



20 歳以上の平均血圧値を比較すると、受診者は男女ともに日本人に比べて高血圧傾向であることがわかる。血圧は一般的に、加齢とともに高くなるが、70 歳代以上も対象となっている国民健康・栄養調査に対し、受診者は平均年齢 45.9 歳、最高年齢 69 歳であることから、受診者の血圧は高値傾向であると言える。また、最高血圧に着目すると、高血圧と診断される **140mmHg** 以上の割合も受診者において高くなっている。高血圧が進行し動脈硬化になると、心臓では狭心症や心筋梗塞、心不全など、脳では脳梗塞、脳出血などの脳血管障害（脳卒中）や認知症などのリスクが高まる。受診者の中には最高血圧が **200mmHg** に迫る者もあり、より重篤な疾患のリスクも高くなっている。



次に HbA1c の値についてである。国民健康・栄養調査で「糖尿病が強く疑われる者」と扱われている 6.5% 以上に着目すると、その割合は男性 15.8%、女性 11.8%となっている。女性の割合は言わずもがなで高値となっている。また、HbA1c も血圧と同様、加齢とともに高くなる傾向にあるため、その点を鑑みると、男性も決して低い値とは言えず、糖尿病および糖尿病予備軍の受診者も多いと考えられる。糖尿病が進行すれば、神経症状や眼症状、腎機能障害等が出現し、患者の生活の質の低下や医療費の増大は避けられない。

ここまでの受診者と日本人の健康に関する数値の差には、受診者の出身国での生活背景や文化も関係していると考えられる。



今回の受診者の国籍別平均寿命は上記の通り（国順はグラフ左より受診者人数順）である。日本とは最大 23.2 歳の差があり、上記グラフから計算した受診者全体の平均寿命 (69.4 歳) とも 15.1 歳の差がある。この差の一因として、食事に対する健康意識や摂取栄養の違い、日々の生活や文化の中での運動量の違い、生活習慣病やその他疾患・治療についての知識不足などが挙げられ、受診者の生活習慣や健康、医療に対する意識は日本人とは大きく異なる。また、これらが、日本人と比較して BMI や血圧、HbA1c が上記のように高くなる原因となっていることも考えられる。

このような違いを受診者が把握しないまま日本での医療を受けても、本人の自己管理能力は上がり、医療支援費は増大する。受診者が日本で健康に生きていくためには、受診や医療の機会の提供だけでなく、健康に生きるための生活力や自己管理能力についての知識提供も必要だろう。

【引用文献】

- 1) 厚生労働省「令和 5 年国民健康・栄養調査結果の概要」p.5,7,8 001338334.pdf
- 2) World Health Organization: Life expectancy at birth (years), 2024. Life expectancy at birth (years)

今春アミーゴスを巣立つ正木泉さん、久保田羽南さん

アルバイトをとおして、アミーゴスを支えてくださった お二人への感謝の言葉

Thank you

この 4 年間、お二人は当会の縁の下の力として支えてくださいました。若い感性としなやかさで当会の課題である「仮放免者を中心とした在留資格の無い外国人への支援」を支えました。

その思いは、この小さな支援団体の声ともなり、励み、小さくされている人々のいのちを守るために、社会の流れに逆らいながらついていくことでした。多くの危機や、不足、そして味わいつくせない達成感や貧しい人に対する忠実さを、共に、学びました。

これらの経験は、将来、お仕事や人生の中での大きな栄養となって新しいご自分を発見できるものと考えます。

この 4 年間に感謝を込めて贈りたいと思います。

AMIGOS 長澤 正隆

「4 年間に感謝を込めて」



正木 泉

(まさき いずみ)



- わかっている “つもり” -

私は AMIGOS の中に入って初めて「仮放免者」という単語を知りました。まだ日本の中でも知らない人が多いなか、もちろん私も例外ではありませんでした。しかし私は運良く大学生時代という、時間には余裕があり吸収力も持ち合わせているタイミングで当団体と関わり仮放免者をはじめとする在留外国人困窮者の実態について肌で学ぶことができました。そして気づいたことは、様々な境遇の人がいるということをわかっている”つもり”でいたということです。実際の現状を目の当たりにすると、自分の想像がどれだけ甘いものだったのかを思い知らされます。そしてこの現実を知らずして、わかっている”つもり”で済ましていたことを恥じ、そして恐ろしいとも思いました。まだまだ未熟な私には多くの”つもり”が潜んでいることを自覚しつつ、このような機会に恵まれて学べたことに於いては周囲に伝えていく責務があるように感じられます。

- 自分と同世代の子との関わり -

支援の対象者として自分の同世代と関わる機会も少なくありません。彼らは一見大人びているようで、まだ甘えたい、それでも家族のためにと、背伸びしているようにみえることがありました。そしてその背伸びの上手な緩め方も知らないようにみえました。自分はただ勉強と部活を好きな事をしているだけだった年頃に、どれだけ多くの心配事や悩みを抱えながら日々過ごしているのかと何度も想像しました。ですが目の前で背伸びをしている彼らに対して私ができることは平凡な慰めなどではなく、笑顔を向けることでした。それが彼らにとって具体的な助けにはならなくても、少しでも心に安らぎを与えられる最も普遍的方法であると思います。

そして私はこの 4 月から作業療法士として働きますが、所謂普通の医療現場の前に在留外国人困窮者に特化した特殊な医療支援・生活支援の現場で経験ができたことで、必然的に私の視野は広がりました。作業療法士はこれまでの人生を尊重しながら今後に向けたサポートをする仕事です。これから大きく変化する世の中にあっても、学びを糧に自分らしく日々励んでまいります。ありがとうございました。

<卒業論文より>



在留資格を持たない在日外国人の受診支援に当たる支援者の困難経験

久保田 羽南 (くぼた はな)



要旨：日本で生活する在留資格を持たない外国人は、生活が困窮しており、必要な医療にたどり着くことが難しい。加えて、受診の際には、保険や医療費、言語の問題など、多くの困難がある。このような人々を支援する団体が存在するが、支援者は在留資格のない外国人の支援に困難を抱えている。そこで、在留資格を持たない在日外国人の受診時の支援に当たる者の体験する困難や課題を明らかにすることを目的とし、日頃から、在日外国人の受診支援に関わる支援者 5 名に半構造化インタビューを実施し、在留資格を持たない在日外国人の受診支援に関する話を伺った。支援者は「支援者の担う仕事に関する困難」「コミュニケーションに関する困難」「在留資格がない外国人の抱える困難」「病院の外国人受け入れ環境」「行政的困難」といった困難経験をしており、今後の外国人医療の現場において、改善すべき事項である。

キーワード：在日外国人、受診支援、在留資格

1. はじめに

1. テーマ選択のきっかけ

私がアルバイトをしている NPO 法人では、日本で生活する在留資格のない外国人生活困窮者を対象として、医療や生活の支援を行っている。在留資格を持たない外国人の日本での生活は困難が多く、困窮している。特に医療の面では、保険がなく受診の際の負担額が大きいことや、そもそも病院にたどり着くこともできないことがある。そこで NPO では、医療面での困難を抱える外国人に対して、受診時の伴走支援や医療費の負担、無料の健康診断会の開催などを実施し、在留資格のない外国人でも日本で十分な医療を受けられるよう支援をしている。しかし、実際に支援に当たる支援者からは、症状の重症化や医療に関する知識不足、生活文化の違い、言語の問題など、多くの困難が NPO に寄せられている。この経験から、在留資格を持たない在日外国人の受診支援における困難を明らかにしたいと考えた。

2. 在留資格のない在日外国人を取巻く日本の現状

1) 出入国管理及び難民認定法 (入管法)

この法律は、日本に入国または日本から出国するすべての人の出入国の公正な管理を図るとともに、難民の認定手続を整備することを目的としたものである。2024 年 6 月より、新たに改正された法律が施行された。改正された法の大きなデメリットとして、難民認定の申請中は自国への強制送還が停止される規定について、3 回目の申請以降は「相当の理由」を示さなければ適用されなく

なったことが挙げられる 1)。日本は欧米主要国と比較して、難民認定率が非常に低いため、今回の法律改正で、在留資格のない在日外国人は、より日本での生活を送りにくくなったと考えられる。

2) 仮放免制度

出入国在留管理庁では、仮放免制度について、『収容令書又は退去強制令書の発付を受けて収容されている被収容者について、健康上、人道その他これらに準ずる理由により収容を一時的に解除することが相当と認められるときに、収容を一時的に解除する制度』2) としている。しかし、仮放免となった者に在留資格は与えられず、さらに、就労も許可されていない。そのため、収入を得られない状況での生活を強いられることとなる。

3) 保険

日本の国民皆保険制度は外国籍の人も対象としているが、在留資格のない人は対象外である。そのため、在留資格のない外国人が医療機関を受診すると、自己負担は 10 割またはそれ以上となる。結果として、生活に困窮する在留資格のない外国人は、日本での医療を満足に受けることができない。

4) JMIP

JMIP とは、外国人患者受け入れ医療機関認証制度 (Japan Medical Service Accreditation for International Patients) の略である。外国人が安心・安全に国際的に高い評価を得ている日本の医療サービスを楽しむことができる体制を構築するため、厚生労働省の支援事業として始まった。第三者機関による認証制度によって医療施設機能が評価されている病院または健診施設が認証医療機関となり、医療教育財団より認証書が発行される。2024 年 12 月時点で全国 69 の医療機関が認証を受けている。

このような現状から予測される受診支援者の困難として、支援の主な対象となる在留資格のない在日外国人への社会的支援の必要性が考えられる。また、必ずしも在留資格のない在日外国人が外国人患者受け入れ制度の整った医療機関を受診できるわけではない。このことから、外国人への医療提供体制が整っていない医療機関で受診支援をする場合の、言語や施設設備、医療制度などにおける困難があることも予測できる。

3. 先行研究

伊藤ら 3) は、『医療通訳者は、通訳者の役割を理解できていない医療従事者から通訳者の域を超えた職務内容を要求されることがある、患者からお金を持っていないことを相談される、カウンセリングのような内容の相談をされる』といった困難に遭遇していることを明らかにしている。この研究結果から、医療通訳者に限らず、外国人の受診支援に当たる人は、同様の苦労や困難に直面していると言える。

瀧田ら 4) は、『国や地域によって言語のニュアンスが微妙に異なるため、パニック状態の患者に対しては公用語としての英語での診療は患者の不安や訴えを十分に読み取れない例が少なからずあるように思われるとされていること』や、『極度に不安の強い外国人の患者に対しては通訳ツールを使用する前に、まず患者の現症を確認し片言であっても患者の母国語の用語を用いて安心させ

ることが有効であること』5)を示した。これらから、外国人の受診支援の場において、言語的な課題も多くあると考える。

中野ら6)は、外国人患者の受入れに当たり、医療者側の負担や不安の上位に、言語や意思疎通の問題、対応に要する時間や労力の問題、未収金や訴訟などのリスクを挙げている。また、『「治療」を行うことに重点をおくと、問題となるのは言語や意思疎通の問題である。日常診療の全ての場面で医療通訳が同席することは非現実的である。代替手段として、近年普及が広まっている自動翻訳機を当院でも導入しているが、コミュニケーションエラーは少なくない。また翻訳された内容が真に正しいのかも知り得ないため、患者が理解したようにみえたとしても、自動翻訳機に全幅の信頼をおいての診療は難しい、結果的に診療の大半は通訳を介すことなく行われており、医療スタッフの非言語的コミュニケーションや診療スキルに支えられている。』7)とも述べている。このことから、外国人の受診支援においては、支援者が命に関わるコミュニケーションを行うからこそ負う責任と負担も大きいのではないかと考えられる。

大坪ら8)は、研究の対象となった国立大学病院 42 施設において、『比較的小規模の投資による機材等の整備は遂行されやすく、中長期的な視点での意思決定を伴う人員配置には慎重な姿勢であることがうかがえた。』また、『国立大学病院における「自病院で総合窓口での患者対応が可能な言語数」では、年々充実する傾向があり、外国人患者の受入れに対して前向きな姿勢がうかがえるため、体制整備における過渡期であると解釈できる。』9)とも述べている。これらから、外国人患者の受け入れについて、病院の体制の変化・強化は進んでいるものの、未だ充実しているとは言いきれないことがわかる。この現状が患者や受診支援を行うスタッフにも影響を与えている可能性が考えられる。

以上の先行研究より、外国人が日本で医療機関を受診する際の課題として、言語的な問題が多く指摘されていた。それに加え、特に受診を支援する立場の人には、職域外の仕事内容の要求や、そもそもの人員不足による負担があることが考えられる。しかし、先行研究の結果のみでは言語に伴う困難が多く示され、在日外国人の受診時の支援者の困難はすべて明らかになっているとは言えない。

4. 研究目的

在留資格を持たない在日外国人の受診時の支援に当たる者の体験する困難を明らかにする。

この研究を行うことにより、今後の医療機関において在留資格を持たない在日外国人に対する重点的に改善すべき事項、また、支援方法を強化することができる。

5. 用語の操作的定義

1) 受診支援

本研究では、在留資格を持たない在日外国人が日本で病院を受診するために、研究対象となる支援者が所属している NPO 法人が実施する支援のこととした。

2) 受診者

本研究では、受診の際に支援を要する外国人の受診者のこととした。

II. 研究方法

1. 研究デザイン

質的帰納的研究

2. 研究期間

倫理審査承認後より 2024 年 10 月 27 日まで行った。

3. 調査対象

日頃から、在日外国人の受診支援に関わる支援者 5 名とした。支援者の職業が医療関係職であるかは問わず、年齢についても制限は定義しなかった。

4. 調査方法

1) インタビュー

日本に住む在留資格のない外国人生活困窮者を支援する活動をしている NPO 法人にて、外国人の受診の支援に当たる支援者の実態について、職業、年齢、受診支援を行っている年数、頻度、支援の内容、支援を行う上で苦労すること等を問う、インタビューガイドを用いた半構造化面接にてその経験を聞いた。研究参加者の都合により、オンラインインタビューも考慮した。

2) 分析

各インタビューの内容から逐語録を作成した。逐語録を熟読し、データそれぞれにコードを付けて意味を抽出した。コードをさらにグループ化し、関連するコードをまとめてサブカテゴリーを作成した。それらから、在留資格のない外国人の受診支援を行う人がどのような体験をし、どのような点に困難や課題を感じているのかなどの主要なテーマや概念にまとめた。この際、職業・キャリアによる体験の差については、考慮しなかった。

5. 倫理的配慮

研究参加者には、参加は自由意志であり、いつでも中断・撤回可能であることや、個人情報研究用 ID で符号化し匿名性を確保することを文書と口頭で説明し、同意を得た。同意書と共に撤回書を配布し、研究協力の撤回方法も明示した。インタビューはプライバシーを確保できる場所で実施し、録音前に了承を得た。得られた情報は守秘義務を遵守し管理した。本研究は卒業研究として卒業研究発表会および論文集で発表予定であり、個人が特定されないよう配慮することも説明した。

本研究は所属施設の倫理審査を受審後、承認（承認番号：24511）を得て行った。

III. 結果

分析の結果、201 個のコードが抽出され、19 個のサブカテゴリー、5 つのカテゴリーに分類された。5 つのカテゴリーは、【支援者の担う仕事に関する困難】【コミュニケーションに関する困難】【在留資格がない外国人の抱える困難】【病院の外国人受け入れ環境】【行政的困難】であり、支援者の業務内容や外国人自身の問題、医療体制についての困難状況が浮き彫りとなった。

図 1 在留資格のない外国人の受診支援を行う人がどのような体験をしているか

1. 【支援者の担う仕事に関する困難】

このカテゴリーは主に支援者が受診支援を行う際の仕事内容に関する困難が分類され、[支援者が受診支援に当たる頻度][支援者の仕事内容][通訳の確保][医療通訳者の置かれている状況][支援者の専門性][多職種連携]の 6 つのサブカテゴリーが含まれた。支援者は、受診者の受診日程に合わせ、多いと毎日支援に当たり、担

う仕事は個人の所属や専門性に合わせて多岐に渡っていた。特に通訳者の確保に困難を感じており、「支援に関わる人が少ない」「病院の通訳確保は進んでいるだろうが、現状は厳しい」といった声があった。一方で医療通訳制度が確立している地域で働く支援者からは「制度ができて以来、通訳者が負担を感じることはほとんどなくなった」といった声もあった。また、「支援者本人が医療専門職ではないため、わからないことが多い」という、個人の専門性の違いによる困難も述べていた。

2. 【コミュニケーションに関する困難】

このカテゴリーは主に受診時のコミュニケーションに関する問題が分類され、[翻訳ツールの使用][日本語・英語以外への対応][思い・考えが伝わらない]の3つのサブカテゴリーが含まれた。支援者は、翻訳ツールの使用について「細かい話でなければ通訳アプリでも良いが、込み入った話は難しい」「翻訳機には人間のような温かみがない。」など、便利ではあるが、ツールの限界について述べていた。また、「外国人受診者の中には母国語がわからない、書けない人がいる」など日本語・英語以外への対応等が必要になる場合の受診時の困難さを述べていた。

3. 【在留資格がない外国人の抱える困難】

このカテゴリーは主に受診者が在留資格を持っていないことによって支援者に生じる問題が分類され、[お金を持っていない外国人][在留資格がないとは][在留資格のない外国人の疾患]の3つのサブカテゴリーが含まれた。在留資格を持たない外国人について、「お金がなく、病院に行けずに、適切な医療も受けられない」「仮放免制度自体が多くの病人を作る」「在留資格のない人たちも難病になる」といった困難が述べられた。また、「在留資格のない外国人患者が納得して自己決定できる環境は整わないことが多い」という、権利の保護に関する困難も挙げられた。

4. 【病院の外国人受け入れ環境】

このカテゴリーは主に、病院側の外国人患者受け入れ環境に関する問題が分類され、[病状説明と説明責任の所在][応召義務と外国人患者の受入拒否][高額な医療費の支払い]の3つのサブカテゴリーが含まれた。支援者は、病状等の説明に関して「説明がうまくいかないことによる、外国人患者と病院間のトラブルが生じている」という医療の質にも関わるような困難を述べていた。また、「病院には基本的に、応召義務があり、患者を断ることは本来できない」と述べた一方で、「外国人というだけで、病院側に嫌がられることがある」「在留資格がないために、高額な医療費の支払いになる」といった受診のハードルの高さを指摘した。

5. 【行政的困難】

このカテゴリーは主に行政や制度に関する問題が分類され、[県・自治体の対応][医療通訳制度][他国と日本の比較][今後の期待]の4つのサブカテゴリーが含まれた。在留資格を持たない受診者への対応は日本の中でも県や自治体によって差があり、「外国人保障のための制度があっても、自治体によっては適用されないことがある」「通訳制度の全国的な拡大に困難を感じる」という声があった。加えて、「他の先進国と比較して、日本の医療や教育の法的・行政的フォロー・人権保障は遅れている」という困難も挙げられ、支援者は「在留資格の

ない外国人の存在を多くの人に知ってほしい」と今後への期待を述べた。

IV. 考察

1. 先行研究との比較

受診者と支援者双方で思いや考えがうまく伝わらないことや、翻訳ツールでは対応しきれないといった困難は先行研究の通りであった。しかし、受診者は英語話者とは限らず、中には現地語しか理解できない状態の人もいる。また、日本語や英語が話せる受診者であっても、専門性の高い医療用語の理解や、自らの本心の表出は、母国語でなければ上手くできないことがある。このような受診者への支援も行うため、支援者は幅広い言語への対応が求められ、困難を経験していると考えられる。

また、医療通訳者の抱える困難も先行研究の通りであった。実際に、医療従事者から通訳者の域を超えた職務内容を要求されることがあり、医療者側の医療通訳という職への理解の拡充が必要と考えられる。

2. 支援者の抱える困難

支援者は第一に、自らの仕事内容に多くの困難を抱えていた。各々の今までの経験や専門分野によって違いがあるものの、共通するのは役割範囲の広さや曖昧さであると考えられる。自ら病院へ支援に出向くこともあれば、病院や入管、行政等と受診者の橋渡しを担ったり、通訳を手配したりと、その業務は多岐に渡る。支援者は必ずしも医療専門職ではないため、受診時に医療者側の説明の理解に苦しんだり、受診者の病状に関する咄嗟の判断ができなかったりといった困難も経験していた。支援者の母数も少ないため、必然的に1人が担う業務量も多くなることも、支援をよりハードなものにしている一因と考えられる。

また、今回の研究で在留資格を持たない外国人の受診に着目したことで、在留資格がないことによる困難も明らかとなった。在留資格がなければ日本の国民皆保険制度に加入できないため、受診した際の医療費負担は10割以上となる。支援者は基本的に、この高額な医療費を、助成金や寄付金を集めて対応するか、無料低額診療のような制度を利用して工面するしかなく、その対応方法にも悩まされていた。そもそも、仮放免制度や入管への収容といった、在留資格がないために行われる対処によって病気が生まれているという声もあった。支援者の力だけではどうにも改善しきれない部分によって生まれる負担も負いながら、支援者は受診支援を行っていた。

さらに、病院側の受診者の受け入れ環境も支援者の困難に影響していた。日本では、先行研究の通り少しずつ外国人患者の受け入れ体制整備が進んでいる。しかし、今回の研究で、外国人患者の受け入れに対してまだまだ課題の残る現状も明らかとなった。外国人であるというだけで受診を拒否されたり、医療者から差別・偏見を持たれたりするといった経験を、今回インタビューを行った支援者全員がしていた。特に医師に関しては、医師法第十九条10)において『診療に従事する医師は、診療治療の求があつた場合には、正当な事由がなければ、これを拒んではならない。』という応召義務が定められているにもかかわらず、在留資格を持たない外国人をめぐる受診環境はこの通りではなかった。また、受診することができても、病院の通訳整備等がなされておらず、病状等

の説明における責任の所在が不明といった困難もあった。県や自治体によって制度の整備が進んでいる地域はあっても、医療者の対応を含めた日本の病院全体としての在留資格を持たない受診者の受け入れについては困難が多いと考えられ、このような状況の中で受診支援にあたる支援者は、病院に対しても困難感を抱いていると考えられる。

最後に、行政的な課題に対する困難も挙げられた。在留資格を持たない外国人に対する人権保障から、受診に関する部分まで、支援者が制度不足と感じている事柄は多かった。他の先進国と比較して、日本の在留資格を持たない外国人に対しての制度が遅れていることも指摘され、国としての改革の必要性も感じられた。一方、厚生労働省が提示した、外国人受診者に対する支援制度について、各自自治体が把握・適用していないという実態があることも分かった。受診者の居住地地域によって、支援者が対応しなければならない困難も異なることが考えられる。

3. 今後の医療機関において改善すべき事項

このような現状を踏まえ、医療者は、受診者に在留資格がなくても、日本で安心して受診ができるよう、きちんと説明を受け、理解・納得して治療を受けられる環境を整えることが求められると考える。そのためにはまず、言語面でのサポートを充実させる必要がある。受診者の理解できる言語は何か、その理解度はどの程度かを把握し、直接話す、翻訳ツールを利用する、通訳者を立てる等コミュニケーションの状況や内容に応じて、各受診者が確実に理解・納得して医療を受けられるような支援策を講じることが求められる。上條ら 11) は終末期の無保険外国人患者における意思決定支援について、『病棟看護師は、言葉が通じない患者とのコミュニケーションの困難さを感じていた。疲労度の確認や看護を工夫しようとしても言葉が伝わらない。それでも傍に寄り添い患者の表情や些細な変化を察知し看護を行ったことで、患者との信頼関係が構築でき孤独感の緩和や安心感につながったと考えられる。』と述べている。このような、患者にも寄り添い、細やかな観察を怠らない看護・医療を提供することで、受診者や支援者の抱える受診に関する困難を軽減できると考える。また、日本には、在留資格を持たずに生活する外国人がおり、その困窮した生活の中でも平等に医療を受ける権利があるということも知っておかなければならない。日本も批准している国際人権規約第十二条 12) では、『1 この規約の締約国は、すべての者が到達可能な最高水準の身体及び精神の健康を享受する権利を有することを認める。』『2 この規約の締約国が 1 の権利の完全な実現を達成するためにとる措置には、次のことに必要な措置を含む。(中略) (d) 病気の場合にすべての者に医療及び看護を確保するような条件の創出』と述べられている。このことから、どのような受診者や支援者に対しても状況に応じた最善の医療を提供することが、医療者としての使命であると考えられる。

V. 結論

在留資格を持たない在日外国人の受診支援に当たる支援者の困難経験として、支援者の仕事内容に関する困難や受診者とのコミュニケーションに関わる困難、病院や行政制度側の体制整備不十分による困難等、多岐に渡る困

難経験が挙げられた。これらについては、改善しようとする動きも見られるが、多くは世間一般に知られることなく支援者に負担として降りかかっている現状があるため、医療者として支援者の負担を軽減する活動も必要と考える。

謝辞：本論文の作成にあたり、終始適切な助言を賜り、また丁寧に指導いただいた三浦里織先生をはじめとする成人看護学領域の先生方に感謝いたします。また、同ゼミのメンバーには常に刺激的な議論を頂き、精神的にも支えられました。ありがとうございます。そして、本研究の趣旨を理解し快く調査に協力いただいた、NPO 法人北関東医療相談会の受診支援者の皆様に、この場を借りて心より御礼申し上げます。

文献

- 1) 出入国在留管理庁：入管法等改正法の概要等。(最終確認日 2024 年 12 月 3 日)
<https://www.moj.go.jp/isa/content/001404358.pdf>
- 2) 出入国在留管理庁：仮放免制度について。(最終確認日 2024 年 12 月 3 日)
https://www.moj.go.jp/isa/08_00050.html
- 3) 伊藤美保, 飯田奈美子, 南谷かおり, 他：外国人医療における医療通訳者の現状と課題. 国際保健医療, 第 7 巻 第 4 号：387-394, 2012.
- 4) 瀧田正亮, 西川典良, 京本博行, 他：外国人医療支援—言語の壁や食文化への配慮. 大阪府済生会中津病院年報 (0918-5771) 32(2), p216-219, 2022.
- 5) 前掲書 4)
- 6) 中野 洗太郎, 小谷内 克弥, 津澤 有佑：当院血液内科における在留外国人の診療経験. 磐田市立総合病院誌, 第 24 巻 第 1 号：21-24, 2022.
- 7) 前掲書 6)
- 8) 大坪 徹也, 中田 研, ピーター シェーン, 他：国立大学病院における外国人患者受入れ体制に関する認証の取得と整備状況との関連. 国際臨床医学会雑誌, 4 号 (1 ページ)：50-54, 2021.
- 9) 前掲書 8)
- 10) e-GOV 法令検索：医師法 (昭和二十三年法律第二百一十一号)。(最終確認日 2024 年 12 月 3 日)
https://laws.e-gov.go.jp/law/323AC0000000201#Mp-Ch_5
- 11) 上條綾香, 大久保敏子, 中野和美：無保険外国人患者の終末期療養における意思決定支援. 信州大学医学部附属病院看護研究集録 46 (1), 50-53, 2018
- 12) 外務省：経済的、社会的及び文化的権利に関する国際規約 (A 規約) (最終確認日 2024 年 12 月 3 日)
https://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/kiyaku/2b_004.html

2024 年度医療費・支援費ほか**医療費：5,115,399 円**

(診療費：3,974,641 円
薬 代：1,140,758 円

生活支援費：4,460,827 円

(食糧支給（米、食品、野菜）：2,272,496 円
ミルク、オムツ：331,279 円
生理用品：91,156 円
シェルター：1,401,538 円 その他

会費と寄付金をありがとうございます。

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	前期合計
会費	¥60,000	¥28,000	¥9,000	¥3,000	¥12,000	¥0	¥112,000
寄付金	¥1,039,604	¥1,401,674	¥631,248	¥2,199,681	¥856,676	¥864,259	¥6,993,142

2025 年

	10月	11月	12月	1月	2月	3月	後期合計
会費	¥0	¥0	¥48,000	¥0	¥0	¥0	¥48,000
寄付金	¥608,977	¥990,457	¥2,776,050	¥2,836,835	¥370,052	¥637,868	¥8,220,239

皆様へ

会費と寄付金緒納入をありがとうございます。
皆様の厚意にあつく感謝申し上げます。

	前後期合計
会費	¥160,000
寄付金	¥15,213,381
総計	¥15,373,381

物価高騰のおり、とりわけ米の価格が高騰しており支援に影響がでております。
皆様からは寄付金のほか、食料品や商品券の支援もいただいており、大変感謝しております。まことにありがとうございます。

次年度に向けてさらなるご支持をいただきたく思います。

皆様からのあたたかなご支援にこころより深く感謝いたします。

<昨年度の助成金団体の皆様>

Catholic Commission of Japan for Migrants, Refugees and People on the Move
日本カトリック難民移住移動者委員会



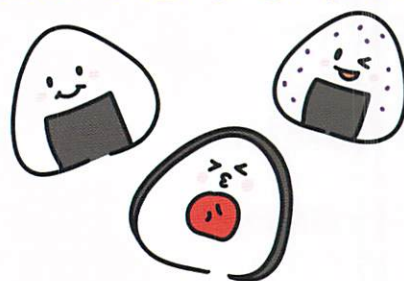
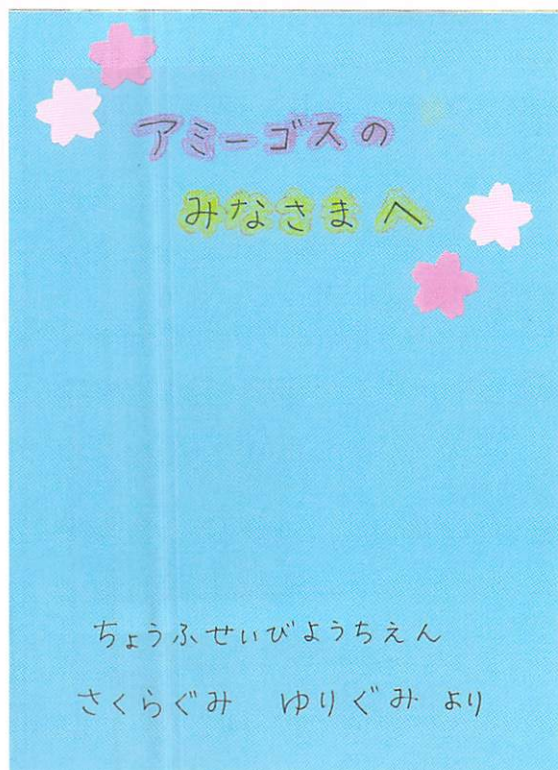
Caritas Japan.
カリタス ジャパン



公益財団法人 大阪コミュニティ財団
The Osaka Community Foundation

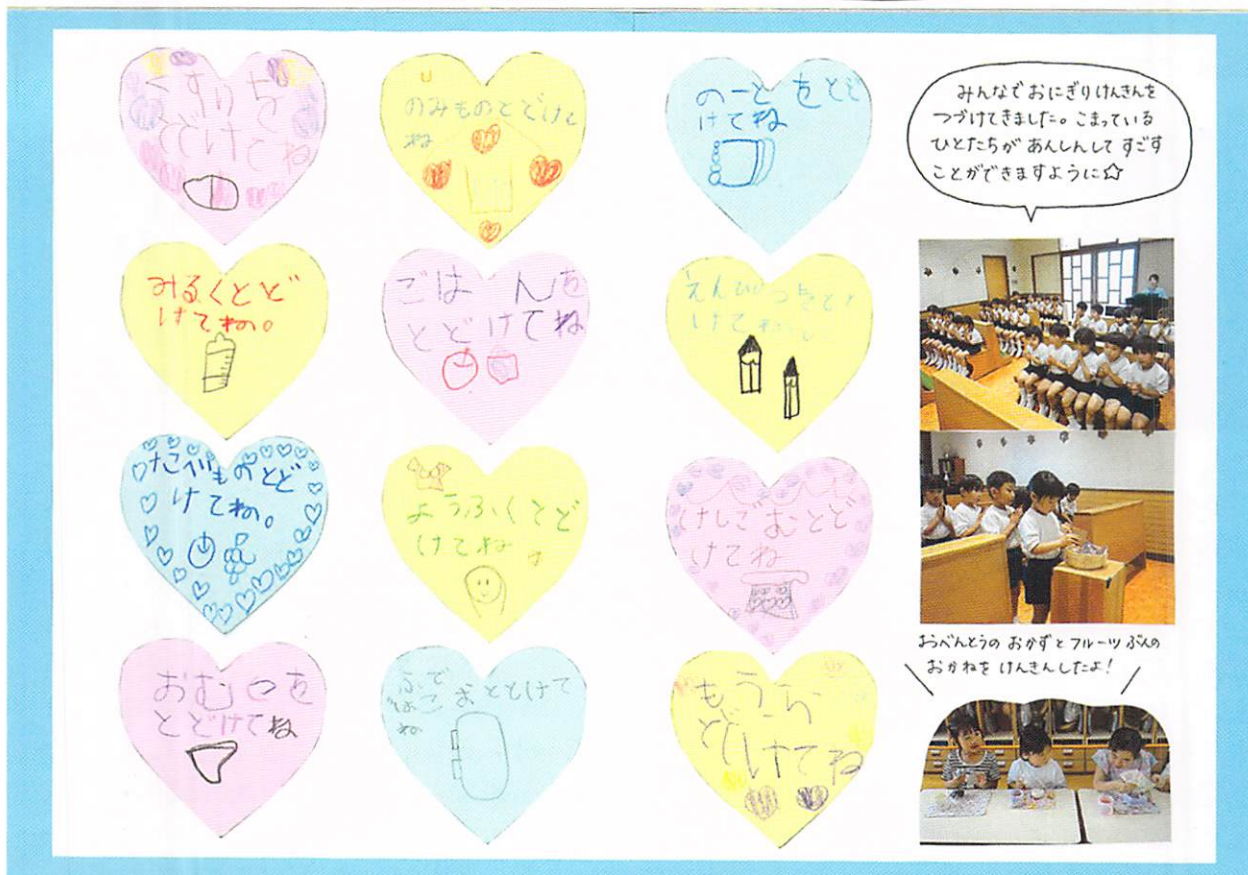


困っている人たちが安心して過ごせますように



おにぎり献金を行なっている
調布星美幼稚園のこどもたち
から素敵なメッセージが
届きました。

84,115 円の献金を
いただきました



おにぎり献金とは？

おにぎり献金とは、おかずを我慢して集めたお金を、困っている人や地域のために寄付する活動です。

<今後の予定>

1、2025（令和 7）年度総会

日時：2025 年 5 月 24 日（土）

会場：さいたま共済会館

2、第 70 回医療相談会

日時：2025 年 6 月 8 日（日）

会場：群馬県 太田公民館東別館

毎月**第一金曜日**は、食糧支援の日です。

ボランティアスタッフの助けをお借りして

食料・ミルク・オムツ・生理用品などを生活困窮者の方々に送っています。

<寄付金の決済がしやすくなりました>

右記の QR コードから寄付金の納入が可能になりました。

読み込んでいただきますと、専用ページに入ることができます。

会費納入の際は、その旨を明記していただきますようお願いいたします。

<http://congrant.com/project/npoamigos/3162>



Catholic Commission of Japan for Migrants, Refugees and People on the Move
日本カトリック難民移住移動者委員会



Caritas Japan.
カリタス ジャパン



一般社団法人 FMA 国際ボランティア VIDES



助成を受けています

編集後記



聖書に「善きサマリア人のたとえ」として知られる箇所があります。福音の中心的な教えとして言われています。ルカ福音書に記載されフランシスコ会聖書研究所訳 1975 年 4 版に以下の注釈があり、『(35) イエズスは「私の隣人とは誰ですか」との質問に直接答えず、たとえ話をしたあとで、逆に律法学者に、この質問をしている。この対話によって、イエズスは真の隣人とは、場所、国、血縁関係ではなく、愛の問題であると教えられた。』ルカ福音書は紀元 60 年から 70 年ころに書かれたとされています。

このたとえ話は、『ことによって、私は愛の人にならなければならない』と、教えているのは教皇ベネディクト 16 世です。そして教皇は、『私の助けを必要としているすべての人に対して、兄弟姉妹である』と宣言しています。同時にこの課題は、今日的な課題としてアフリカの現状にも言及し「国際社会の次元に視点を移すならば、搾取され略奪されているアフリカの人々に対して、私たちが何をしなければならないかという問題が見えてきます。彼らは私たちにとって隣人ではないのでしょうか。私たちの生活スタイル、私たちの歴史、そこに私たちが組み込まれてしまっているのですが、これらすべてのものが彼らに対する搾取、略奪の原因なのです。それに加えて精神的な加害があります。中略 彼らの文化の価値あるもの、偉大なものを完成に導く代わりに、私たちは権力と利益のみを追求するシニカルで無神論的な非人間主義を与え、彼らの伝統的な規範を破壊しました。」日本から遠いアフリカで何が起きているか、「生きていけない」と言われている日本の難民をめざし日本の公園で生活をしています。この現状を教皇ベネディクト 16 世は著書 2008 年の「ナザレのイエス」の「善きサマリア人」のテキストで、「私たちはアフリカだけではない多くの国々に支援をしなければならない」ことを話されています。（長澤拝）