

日本で生活する難民・庇護希望者の医療・健康問題

森谷康文

目次

I 受け入れ団体と専門調査員紹介

1. 専門調査員の経歴
2. 受け入れ団体概要

II 調査（活動）内容

1. 受け入れ団体との活動内容協議

- ① 世界の難民・庇護希望者の状況と日本
- ② 外国人の医療・健康問題
- ③ 医療・健康問題における難民・庇護希望者の特殊性
- ④ 難民支援の普遍性
- ⑤ 専門調査員の活動について

2. 調査・活動手法

III 難民・庇護希望者の医療・健康問題

1. ヨーロッパ諸国の難民・庇護希望者の医療・健康問題対策
2. ヨーロッパにおける支援の焦点と課題
3. 日本における難民・庇護希望者の医療・健康問題対策

IV 日本で生活する難民・庇護希望者の医療・健康問題調査

1. 調査の目的
2. 調査方法
3. 調査対象の概要
4. 調査対象の医療・健康問題に関する動向
 - ① 概況から見えること
 - ② 疾病動向の概要
 - ③ 疾病動向の詳細と特徴
 - ④ 健康保険への加入状況
 - ⑤ 難民・庇護希望者への支援の動向
 - ⑥ 疾病動向と支援内容の考察

V 特徴的な支援事例

VI 提言と今後の課題

VII 所感

VIII 参考文献

I 受け入れ団体及び専門調査員紹介

1. 専門調査員の略歴

森谷康文

【最終学歴】

2002/10 オーストラリア・シドニー大学 社会福祉、社会政策学科修士課程修了。

論文『Deinstitutionalisation in Australia focus on psychiatric hospitals』

【勤務歴】

1989/4～

愛媛医療生活協同組合愛媛生協病院に勤務。

精神障害者の生活相談、社会復帰の支援、自助グループの組織化等に携わる。

1994/11～1999/9

愛媛医療生活協同組合新居浜協立病院に勤務。

同上

1999/10～2001/8

オーストラリア 心身障害者デイ・アクティビティセンターにて勤務。

多様な国籍の患者へリハビリテーション、自立支援、家族の相談を実施。

2004/8～

NPO 法人難民支援協会 顧問。精神保健の専門家の立場から PTSD、統合失調症、躁うつ病等の精神疾患を持つ難民への支援について助言を行う。

著書 『精神障害者と家族のための医療・福祉制度のすべてQ&A』 萌文社

『精神保健福祉ジャーナル ゆうゆう』 等

2. 難民支援協会の概要

① 設立経緯

難民問題に専門的・総合的に関わる NGO の存在が必要であるという認識を持った人間が集まり、1999年に難民支援協会を設立した。

② 活動内容

難民支援協会では、①難民の法的支援（難民認定申請に関わる支援、弁護士の紹介／UNHCR（国連難民高等弁務官事務所）との協働事業）、②難民の生活支援（住居、医療、就労、日本語教育等に関する支援／UNHCR 協働事業）、③人道支援における難民・避難民の保護（プロテクション）の実施（2006年パキスタン大地震被災者キャンプにてキャンプ住民及び援助関係者への研修を実施）、④難民保護に関わる政策提言（実現可能な政策の提言、国際会議への参加、発信）、⑤調査研究（法律・制度面の諸外国の事例研究、日本の難民の生活状況調査、文献の翻訳と紹介等）、⑥国内外の難民支援

NGO のネットワークの形成と強化（難民条約再活性化に関する世界協議へ参加、アジアにおける難民支援 NGO とのネットワーク構築、UNHCR 提唱の Partnership in Action 分科会国内難民支援部会の提案・参加、2004 年まで議長・事務局を担う、国内難民支援 NGO ネットワークであるレフュジュー カウンシル ジャパン(RCJ)への参加)、⑦一般の人々への情報発信（シンポジウムや講演会の開催、資料の配布、ボランティア養成講座[難民アシスタント養成講座]開講及び 600 人のボランティアを育成、国際理解教育等）といった総合的な活動を行っている。

特に活動の中核である難民の保護としての直接支援活動（上記①、②）は、2000 年より UNHCR との協働事業契約を締結。協働事業は、支援者数の増加とともに強化・発展を続けており、UNHCR への難民登録事業代行、電話相談の開設、支援金の支給、難民相談員の増強等により UNHCR が掲げる国際基準に沿った多様な支援サービス支援を目指し、実施を行っている。

これら上記の活動が社会的評価を受け、2005 年には東京青年会議所 NPO アワード「優秀志民活動賞」、及び東京弁護士会「東弁人権賞」等を受賞している。

II 調査（活動）内容

1. 受け入れ団体との活動内容協議

① 世界の難民・庇護希望者の状況と日本

国連が 1951 年に「難民の地位に関する条約（難民条約）」を採択して 55 年が経とうとしている。難民問題を取り扱う国連の機関である「国連難民高等弁務次官所（UNHCR）」が援助対象としている人は 2005 年 1 月 1 日で全世界に 1920 万人存在している（UNHCR 2006）。

援助対象者を地域別にみると、アジアは地域的に最も多い難民の発生国であり、受入国となっている。しかし、アジアにおける難民条約の締約国はまだ少なく、日本は数少ない難民条約締約国の 1 つとなっている。

日本において庇護を申請した者は 2004 年 12 月 31 日で 426 人と前年より 110 人多くなっており、2005 年の難民認定数は 46 人にのぼる（法務省入国管理局 2006）。また、難民認定には至らなかったものの、人道的な配慮等から特別に在留を許可された人は 97 名で、両者をあわせて 147 名へ庇護が提供されたことになり、これは日本が難民受け入れ制度を整えた 1982 年以降過去最も多い保護数となっている。

② 外国人の医療・健康問題

健康に何らかの問題を抱える外国人の割合が、その受け入れ国の在住者と比較すると

高くなる傾向にあることは、様々な調査や文献で指摘されている（中桐・高山 1992）。また、生まれ育った国から別の国に長期滞在することで、精神的な諸問題を抱える危険因子が高くなることも、これまでに報告されている（大西 1991、杉山・大西 1995、阿部 1995）。

しかし、外国に移ることだけで健康問題、とりわけ精神的な健康問題の危険因子が高くなるわけではなく、精神的な障害を引き起こす要因は移り住むことそのものよりも、移住にともなう様々な心理・社会的な環境の影響が大きいことも同時に指摘されている。桑山（1999）は、野田文隆氏が日本に紹介した「カナダの移住者と難民の精神保健に関する特別調査」を引用し、精神になんらかの障害を引き起こす危険因子として年齢や性別、移住先の言語の熟達度、学歴など本人の持つ要素に加えて、「移住前の心的外傷体験」や「家族などの近親者と離別」、「移住先の情報不足」、「移住先の受け入れ対策の質」や「同族コミュニティの存在」などの環境が移住者の健康問題の発生と深い関連があることを強調している。整理すると、外国人の医療・健康問題を考える場合、年齢、性別、学歴など本人の状況、移住前及び移住過程の状況、移住後の生活状況の3つの側面から検討する必要がある、移住後の生活環境を整えることで、かなりの割合で、移住者の健康問題を改善できると考えられる。

③ 医療・健康問題における難民・庇護希望者の特殊性

難民・庇護希望者も他の移住者と同様に、海外に長期間滞在するという点ではおなじである。しかし、自らの技能を活かすために一定の計画を持って移住した者とは異なり、難民となって外国に逃れた者の多くに、言葉のみならず専門職の認定制度の違いにより、出生国で従事していた同質の仕事に就くことができずに単純労働をおこなうことを余儀なくされている例は少なくない。特に政治的な理由で出生国を離れる者には社会的な地位や学位歴は比較的高いものが多く、移住先の不安定な生活とのギャップが大きいため、精神的にも不安定になる危険性が高いといえる。さらに、難民・庇護希望者は、出生国を離れるに至った原因や移動過程において、戦争や家族との離別、近親者の死などの心的外傷の原因となる体験することが多い。また、強制された移動（forced migration）のために移動先の情報は非常に限定されたものになりがちである。これらのことから難民・庇護希望者は、彼／彼女ら以外の移住者よりも健康に問題を抱える危険性が極めて高く、逃れた国で生活する上での様々な困難を抱えていることが容易に想像できる。

④ 難民支援の普遍性

これまでの難民支援においては、海外で難民支援を行うNGOと日本国内で難民支援を行うNGOが別の分野として捉えられる傾向にあった。しかし、迫害を恐れて国

を逃れた難民自体のニーズは全く同等であり、国内の支援経験をもとに海外の難民支援へ応用、また、その逆のケースも見られるようになっている。例えば、難民支援協会ではジャパン・プラットフォームに参加し、国内の難民支援をもとにパキスタン大地震の被災者キャンプ（キャンプ・ジャパン）にて保護（プロテクション）のワークショップを行った。派遣されたスタッフは、「ソーシャルワーカーへの研修やトラウマを抱えている人への対応、また女性・子ども・障害者・高齢者等の弱者を認識し、支援のあり方を考えるためには、今までの支援経験をそのまま生かすことができた」と述べている。

国内外を問わず、「難民」を支援するのに必要とされる知識や技術というのは必要であり、日本における難民支援もその意味で海外における援助と同じ分野としてとらえることが可能である。

⑤ 専門調査員の活動について

以上述べてきた観点から、難民・庇護希望者の生活支援のあり方を検討し、国内外における難民支援の現場で参照・活用されるものとするために、日本における支援を題材とし、今回の専門調査員の活動の課題を以下のように整理した。

(1) 今後強化が必要な生活支援を検討する資料を作成すること。

受け入れ団体ではすでに対応した支援希望者の状況や要求をデータベース化し、蓄積をしているが、その収集された情報を分析し、今後の活動に活かすことが課題となっていた。専門調査員が過去の記録を整理し、より必要な情報を的確に集約・分析することで、今後の活動の提案をおこなえる資料を作成する。

(2) 難民・庇護希望者の生活支援の効果的なあり方を検討する。

現状では、難民・庇護申請者からの個別要求に応えることが支援活動の中心となっている。そこで、より一層のソーシャルワーク技能の蓄積のため、国内外の様々な資料から、難民・庇護希望者の動向をしらべ、より効果的な支援の方法や国際的な水準を明らかにする。

(3) ソーシャルワークの知識と技能強化

受け入れ団体のこれまでのとりくみの中で難民・庇護申請者のメンタルヘルスの問題への対応は、課題とされていた。専門調査員の精神保健福祉分野のソーシャルワークの経験と知識を受け入れ団体スタッフに伝え、スタッフの能力強化に貢献する。また、キャンプ・ジャパンにおけるソーシャルワーカーへの研修等に関してアドバイスを行う。

2 調査・活動手法

第一に、難民・庇護希望者の健康問題と保健・医療に対するニーズの把握をおこなった。調査方法は、難民支援協会が2002年から2005年までの間に対応した難民及び庇護希望者の記録から健康問題に関する相談件数を集計した。

第二に、調査員は受け入れ団体の生活支援担当者と難民の健康問題に関する相談に可能な限り同席し、ケースカンファレンスを月1回開催し、生活支援相談担当者へのスーパーヴィジョンをおこなった。また、難民・庇護申請者への効果的な支援の試行的なとりくみとして、グループ・アクティビティーを3回おこなっている。これらのとりくみのなかで特徴的な事例を報告し、今後の効果的な難民支援のあり方を検討する問題提起としたい。

第三に、難民・庇護希望者の医療・健康問題支援の国際的な動向把握を、国内外の難民支援に関する文献、ウェブサイトなどを通して調査した。

最後に、専門調査員自身も受け入れ団体の担当者に同行し、難民・庇護希望者の面接及び支援に携わる機会を得た。特徴的な事例と対応のあり方を振り返ることで、この後の支援のあり方の参考としていく。

III 難民・庇護希望者の医療・健康問題対策の現状

1. ヨーロッパ諸国の難民・庇護希望者の医療・健康問題対策

医療へのアクセスに限って見ると、ヨーロッパ諸国では、難民及び補完的保護の受益者に対しては身体的精神的両方を含むアクセスが確保され、また国民と同様の条件でアクセスを確保しなければならないとしている。さらに、妊婦、障害者、拷問、強姦その他の深刻な形態の精神的肉体的又は性的暴力を受けた者、未成年であって、あらゆる形態の虐待、遺棄、搾取、拷問、残虐な非人道的な及び品位を傷つける取扱いの犠牲者であるか又は武力紛争で傷ついた者のような、特別の必要のある難民の地位又は補完的保護の地位の享有者に、当該地位を付与した加盟国の国民と同一の受給条件で、十分な医療サービスを提供しなければならない。と定めている。¹

また庇護希望者の医療に関する最低基準として健康管理については少なくとも応急処置と基本的な病気の治療を含む支援が定められている²難民認定された者の医療サ

¹ 第三国民又は無国籍者の、難民又は国際的保護を必要とする者としての性質決定及び地位並びに付与される保護の内容についての最低基準に関する理事会指令 2004/83/EC

² EC Directives 2003/9/EC of 27 Jan, 2003. laying down minimum standards for the reception of asylum seekers.

ービスの利用については、ほとんどの国で自国民と同じNational Health services (NHS)を利用することが保障されている。また、難民認定がされる前の庇護希望者 (Asylum seekers)への処遇は厳しく規制している国もあるものの、デンマーク、フランス、ギリシャ、オランダやアイルランドのように、庇護申請者にも自国民が利用するNHSの利用を認めている国も少なくない (refugee net 1998)。また、完全に自国民と同じ医療サービスの保障はしないまでも、緊急時の場合には自国民と同じ基盤で、原則的に無料で医療を受けることができる国がほとんどである。たしかに、スペインのように難民申請が却下された者や訴訟中の者をNHSでの医療サービス利用から完全に排除する国があるのは事実である。しかし、緊急時の場合に限定しているものの、受け入れ国の大半は、「難民認定を却下された者」や「難民申請却下を不服として訴訟中の者」に対しても自国民と同じNHSを利用できることを保障している (refugee net report 1998)。

2. ヨーロッパにおける支援における焦点と課題

ヨーロッパで難民支援を展開する Refugee net (refugee net report 1998) がまとめた報告書によると、ヨーロッパ各国の難民・庇護申請者の医療へのアクセスにおける主な問題点 (main obstacles) の一つは、訓練された医療通訳者の不足や言葉や生活環境の問題によって必要十分な情報が提供されず、政府が行う医療サービス結びつかないといった問題、難民・庇護申請者が医療を利用する際の言葉や文化の違いによって生じる医療従事者とのコミュニケーションの問題があげられている。さらに、心的外傷 (トラウマ) などの難民経験を原因として起る心身機能の悪化や社会生活上の問題、また西洋医学になじまない者や出生国の文化や宗教に対して特別な配慮が必要な者に対応する医療専門職の力量や施設・設備の不足が指摘されている。医療へのアクセスが国の政策によって一定保障されているヨーロッパ諸国における難民の医療・健康問題への支援の中心は、彼／彼女らが政府の提供する医療サービスに結びつくために、その障壁となっているニーズに応え、公的に提供される医療を補強することが課題となっているように思われる。

ヨーロッパ諸国において、こうした課題を主に担っているのはNGOである。難民支援にあたっているNGOは、難民・庇護申請者の言葉の問題、文化背景や生活習慣の違いを理解した情報提供や相談活動を展開し、難民や庇護申請者をNHSに結びつける、いわゆる bridging (橋渡し) などの活動をおこなっている。また、医療へのアクセスが十分でない地域に住む難民コミュニティに対して直接に医療サービスを提供するアウトリーチ活動や拷問を受けた者やトラウマを負った者の心身のケア、異文化理解や異文化間の適切なコミュニケーションに焦点があてられている。たとえば、拷問 (Torture) の被害者や心的外傷を被った者への特別な回復プログラムの実施や、難

民が多く住む地域での健康増進、疾病予防の教育活動をおこなうなど、難民・庇護申請者の社会参加や地域との共生にむけた、より系統的で計画的なとりくみが展開されている。また、先に述べたように先進諸国の多くが福祉予算の削減傾向にあるなかで、難民・庇護申請者の処遇を縮小あるいは拡大しない政府に対して改善をもとめるロビー活動や難民・庇護申請者のアドボカシーもNGOの重要な役割となっている（BMA 2002）。

政府が難民・庇護希望者に対して基本的な医療サービスの門戸を開いていることで、NGOは特別なプログラム展開のマンパワーや資金を効果的効率的に運用することができる。これにより、小規模のNGOが数多く活動する基盤が形成され、多種多様な活動が展開され、幅広い層の難民・庇護希望者の個別のニーズに合わせた対応が可能となっている。

3. 日本における難民・庇護希望者の医療・健康問題対策

日本における医療サービスの利用は、通常、医療保険を介して行われるが、言語の壁や在留資格上の制限でアクセスすることができない庇護希望者がいる。

中村は、在日外国人の医療の利用にあたっての課題を「言語・コミュニケーション」「保険・経済的側面」「保健医療システムの違い」「異文化理解」の4つに大別している（2003）。「言語・コミュニケーション」や「保健医療システムの違い」「異文化理解」といった問題はヨーロッパでも同じように外国人支援の課題となっている。しかし、日本では在留資格が短期滞在の者や在留資格を有しない者は、一部に例外はみられるものの、原則的に加入は認められていないため、支援の中心は医療費を補助する財源の確保とあわせて受診希望者、つまり難民・庇護希望者の心身及び経済状況を説明し理解ある医療機関の開拓をおこなうことになる。通訳や文化的背景や難民経験から発生する特別なニーズへの対応も合わせて必要になることはいうまでもないが、支援者側の資金やマンパワーの比重が医療費に関する問題にかかるため、難民特有のニーズや異文化理解といった活動がどうしても手薄になる傾向にある。医療へのアクセスを包括的に向上させるには、彼／彼女らと共同して難民・庇護希望者の医療・健康問題を自治体、国レベルで改善していくためのソーシャル・アクションを重視する必要があるだろう。

IV 日本で生活する難民・庇護希望者の医療・健康問題調査

1. 調査の目的

本調査は、日本で生活する難民・庇護希望者の効果的な支援を検討する基礎資料とするため難民・庇護希望者の医療・健康問題に関する状況の把握をおこない、医療に対

するニーズの傾向とアクセスに関する障壁に焦点を目的に実施した。

2. 調査方法

調査は、専門調査員の受け入れ団体である「難民支援協会」が対応してきた難民・庇護希望者の生活支援の記録から医療・健康問題に関する事項を集約した。集計にあたり、相談内容を下記のように分類している。

① 難民・庇護希望者の疾病動向

- (1) 内科系
- (2) 精神科系
- (3) 産婦人科系
- (4) 整形外科系
- (5) 歯科系
- (6) その他

疾患名や特徴的な症状の記載がある場合は、その把握をおこなっている。また、疾病・症状の発症時期（母国在住時からか日本に入国後からか）についても記録から把握できるものは集約した。さらに記録に残っている医療・健康問題に関する記載から特徴的なものについてもその傾向の分析を試みた。

② 公的医療保険（健康保険証）の有無及び種類

- (1) 国民健康保険
- (2) 社会保険
- (3) 労災保険
- (4) 生活保護
- (5) 無保険

③ 医療・健康問題に対する支援内容

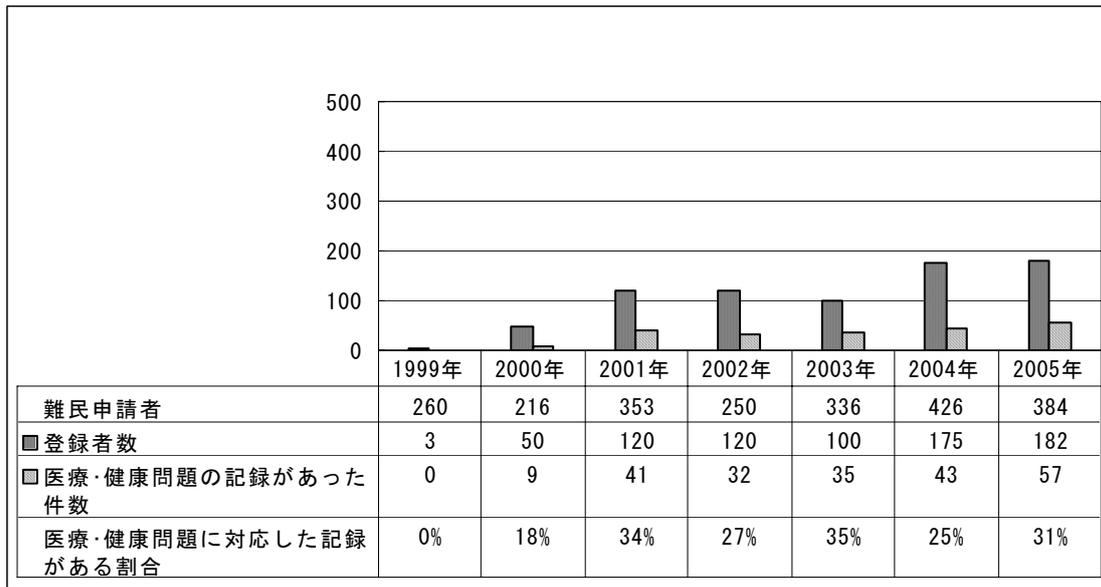
- (1) 社会保障・福祉制度の利用
- (2) 医療機関との連絡調整
- (3) 医療機関の情報提供・紹介
- (4) 他支援団体との連絡調整
- (5) 無料医療相談
- (6) 通訳（手配を含む）
- (7) カウンセリング
- (8) 医療費の支給（『緊急ファンド』基金の活用）

3. 調査対象の概要

調査対象は難民支援協会が対応してきた対象者の記録を発足時の1999年から2005年までのファイルとした。ファイルは対象者一人につき1冊作成されており、担当者によって、そのとりくみが記載されている。ファイルは難民・庇護希望者が支援を求め難民支援協会を訪れ（電話連絡含む）、双方が支援関係を結ぶ合意ができた時点で作成される。また、件数としては少ないが、相談に訪れたが、明らかに難民でない者や匿名で電話相談をおこなった場合には、ファイルは作成されていない。また、難民支援協会では、申請手続きの支援等の「法的」な支援もおこなっており、その対応だけを希望する申請者もいることから、全てのファイルに医療・健康に関する対応が記載されているわけではない。また、2000年以降に作成された統一フォーマットに記載されている情報を中心に抽出したため、それ以前のファイルから情報が取り出せなかったケースは今回の調査では対象に入れなかった。

ファイルの件数、つまり難民支援協会に登録され、支援をおこなった件数及び医療・健康問題に関する記載があったものは図1のとおりである。難民支援協会が活動を始めた当初は、全ての記録が残されていないこと、スタッフが少なく、支援の中心が「難民申請手続き」に集中したため、対応件数自体が少ないことや医療・健康問題に対応しても記録していないなどの問題点がある。しかし、調査の対象とした期間と同時期における日本での庇護希望者数は2,225人となっており、約30%が難民支援協会が対応していることになり、日本で生活する難民・庇護希望者の状況を把握する資料としては十分と判断した。

図1 庇護希望者数及び難民支援協会登録数



4. 調査対象の医療・健康問題に関する動向

① 概況から見えること

難民支援協会が1999年から2005年に作成したファイル、つまり難民支援協会に登録し支援を利用した難民・庇護希望者は750名になる。まず、ファイルから集約された難民・庇護希望者の医療・健康問題に関する問題の概況であるが、相談をした記載があった者は217人で、各年毎の人数は先の図1のとおりである。毎年約3割程度の者が医療・健康問題に対する相談、あるいは体調の不良を訴えていることになる。1999年は集約した人数が少ないが、難民支援協会が設立された年であり、記録自体がおこなわれていないことも多くあり、実際の対応者数は若干多くなると考えられる。その後は、2003年には若干の減少がみられたが、庇護希望者数の増加に伴い登録者数は次第に多くなっている。

実際に受診した者は全体で142名となり、相談のあった者の総数に対する割合は約19%になる。また、体調不良を訴えるなど、なんらかの医療・健康問題に関してニーズがあるにも関わらず、受診に至っていないものが75名確認された。それらについては、受診に至ったにも関わらず記録されていないという場合も考えられるが、少なくとも19名の者が経済的理由から受診ができないことを訴えていることが記録から把握できる。さらに9名の者が、経済的問題は特に示唆していないが、強い痛みや不安を訴えているにもかかわらず、「まだ大丈夫です」とがまんをしていることが記載されている。また、不眠や抑うつ状態など精神科領域の訴えをする者の中には、難民支援協会のスタッフに不安を聞いてもらうことで、当面の精神的な不安を解消している例もみられる。

その他の受診していない理由として特徴的だったのは、母国に住む家族から薬を送ってもらっている者が2名、思想信条の理由での受診拒否が2名、健康診断書の作成に関する相談のみが1名確認されている。肩が凝る、視力が落ちたといった漠然とした健康不安のみの者は数人しかなく、75名の受診に至らない者の3分の2以上は客観的にも医療が必要であるが、何らかの理由で受診に至っていないと考えられる。

庇護希望者には滞在資格の喪失している者も多く、その場合、医療機関に行くことと入国管理局に通報される、摘発をうけるのではと不安に思い受診を拒否する者もいる(平野 2003)。このことを明確な理由として受診しないという記載は今回の調査では見当たらないが、いつ警察や入国管理局に捕まるのではと不安を抱えて暮らしている様子は記録のあちこちから伺え、今後も注意が必要である。また、疾病の状態が悪い者ほど複数の疾病を抱える傾向があり、受診に対して障壁が生じると命に関わる問題に発展する危険性が極めて高いことも指摘できる。

② 疾病動向の概要

今回の対象者に最も多いのは内科系疾患である（図2参照）。これにはいわゆる風邪などの急性疾患も含まれるが、経済的な問題を抱える者が多い中、風邪の初期で受診をする者は少ないことから一定上の継続的な治療や入院を必要とする慢性疾患や中等度以上のものが目立った。次に多いのが精神科系疾患であり、217名中31名が精神科を受診している。また、受診にいたっていないが不眠や不安焦燥感を抱えている者が13名確認されている。以下、産婦人科系14%、整形外科系11%、歯科6%となっており、その他には、小児科、脳外科、肛門科、皮膚科への受診が記載されていた（表1参照）。

図2 難民・庇護希望者の疾病動向

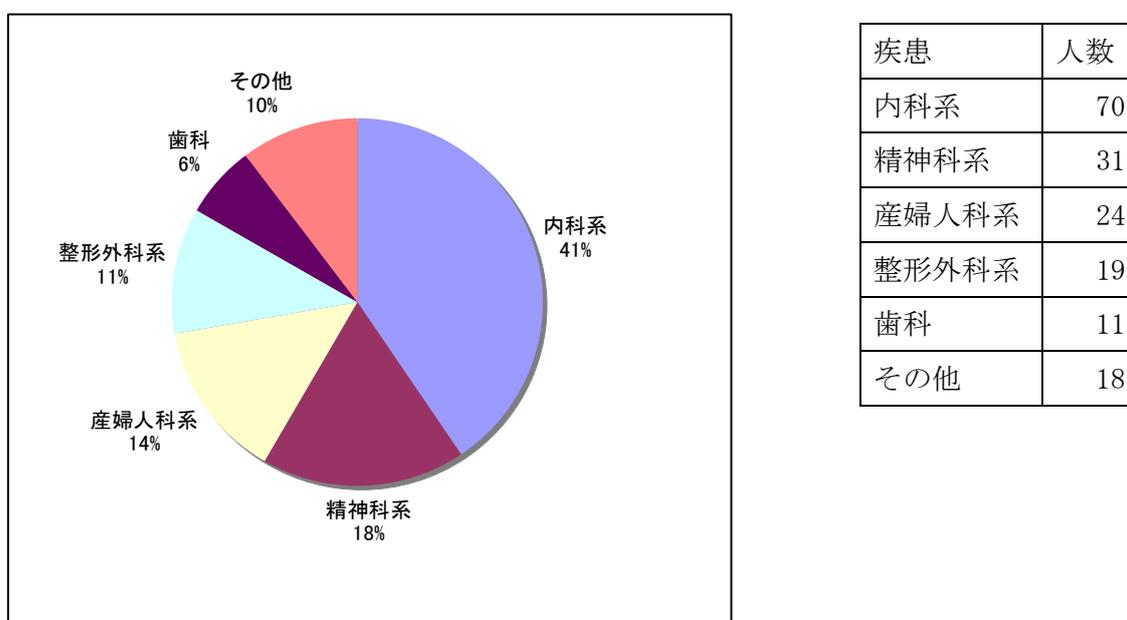


表1 難民・庇護希望者の疾病動向詳細

疾患	人数	疾患	人数
消化器系	39	歯科	11
循環器系	15	泌尿器科	4
呼吸器系	9	小児科	3
代謝・内分泌系	4	HIV	3
内科一般	3	皮膚科	2
精神科 神経症圏	28	脳外科	2
精神科 精神病圏	3	肛門科	2
整形外科	19	耳鼻科	2

③ 疾病動向の詳細と特徴

疾病動向の詳細をみると、最も多い内科疾患のなかでは消化器系の疾患が最も多く、慢性胃炎や胃潰瘍・十二指腸潰瘍などが主な病名となっている。この中の多くの者が症状が続き、何度も再発しているにも関わらず、1回あるいは数回の受診後に中断している。またB型肝炎、肝機能障害、胆石の診断がされている者がそれぞれ1名ずつ確認されたが、すべて継続的な受診には至っていない。

循環器系では、高血圧が大部分を占める。また、狭心症、心室期外収縮、僧帽弁膜閉鎖不全症の診断がされたケースもある。心機能検査には高価なものが多いため詳細な検査が必要にもかかわらず、経済的理由で受けられず放置している者が多い。

呼吸器系の主な疾患は喘息で、9人中6人が喘息で受診をしている。その他には、肺炎が2人、肺結核が1人であった。

代謝・内分泌系は4人全てが糖尿病である。幸い4人とも現在は継続的な受診をしているが、しばらくの受診中断後に足部の糖尿病性壊疽を併発してから再受診に至っている。

精神科系疾患は、3人が統合失調症、躁うつ病の診断名がついている。中には、措置入院に至ったケースもあり、家族や警察、精神病院との連絡調整に奔走することもあった。残りの28人は不眠、不安を中心とする神経症圏であるが、出生国に残した家族のことや日本での生活が経済的に不安定なこと、難民認定がされないことなどからくる不安感が殆どをしめる。また、出生国での迫害体験や来日後の入国管理局での収容体験や日本での生活に適応できずに閉じこもってしまうケースや「何もすることがなく不安」と訴えるケースが多い。

医療・健康問題における産婦人科系の相談24人（14%）のうち19人は出産に関することで出産費用の相談、新生児が未熟児もしくは先天性疾患があることなどから発生する医療費の相談であった。

整形外科疾患は、骨折や腰痛等で、2人の交通事故を除けば、その原因として過重な肉体労働、労働現場での事故による骨折や腰痛の他、長い収容所生活の影響と考えられるものも見当たる。

その他特徴的なものには、脳梗塞で救急搬送されたケースが2人、HIV治療を必要としたものが3人、喉頭がん、胃がん、乳がんなどの診断がされたケースもある。

④ 健康保険等への加入状況

日本で生活する庇護希望者の多くは、短期の滞在資格か難民認定の過程が長期に渡るため滞在資格が喪失したが者が多く、医療保険に加入することは極めて困難となっている（石川 2002 大川 2001）。今回の調査で対象になった難民・庇護希望者も図3

にみられるように公的な保険に加入している者は約10%程度あり、無保険の者が8割を占めている。難民認定された者や特別在留が許可され加入要件を満たしたとしても、経済的な理由で加入できなかった、医療保険制度のこと自体を知らないという場合もある（JAR 2001）。また、図4をみると、2003年に一度増加した難民・庇護希望者の国民健康保険加入率が、2004年から2005年にかけて減少を続けていることがわかる。これは、2004年に改正された国民健康保険法施行規則によって在留資格のない外国人が一律に排除されたことを如実に反映しているといえる（みしゅっく 2005、毎日新聞 2004）。2004年以降に国民健康保険を取得した者6名のうち、3名は難民認定者及び特別在留許可が交付されたものであり、1名は滞在資格がなく次回の保険証更新時期には資格が喪失することを通告されている。

図3 難民・庇護希望者の公的保険加入状況

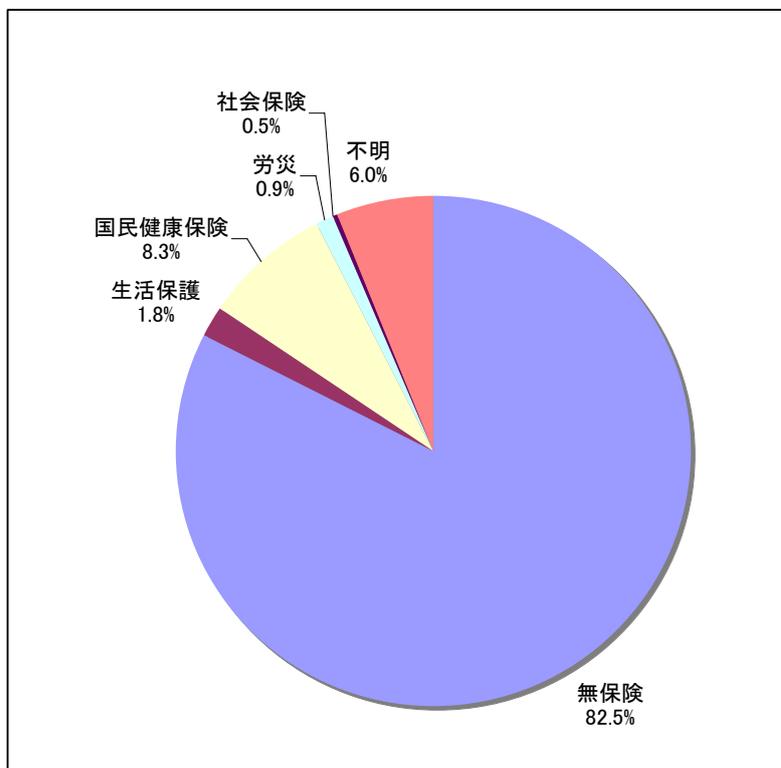
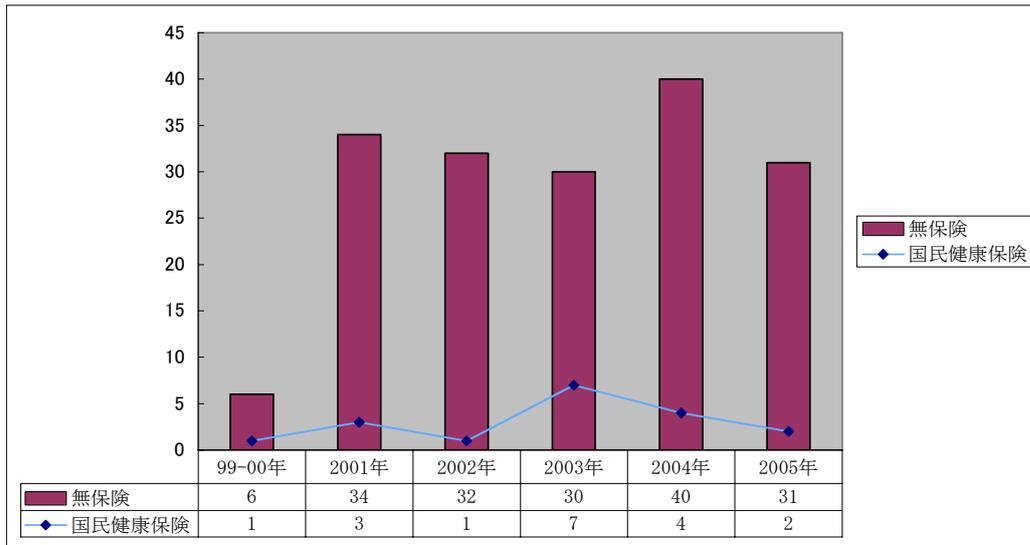


図4 難民・庇護希望者の国民健康保険加入状況の推移



⑤ 難民・庇護希望者への支援の動向

難民・庇護希望者支援協会における医療・健康問題に関する相談内容の動向をみると、図5のようになっている。医療・健康問題に関する相談をおこなった者217名中73名と最も多い支援内容となっている社会保障・福祉制度の利用に関する相談とは、医療費の相談に訪れた難民・庇護希望者に対して、生活支援の担当者が制度を紹介し、手続きに関する支援をおこなったものを集計した。

73名のうち45名に対しては、相談に訪れた者の疾病や推測される通院期間、医療費などから、国民健康保険証が必要と判断して、加入を勧め、市役所等に交付の交渉をおこなっている。また、42名に対しては「入院所産制度」「更正医療」「精神障害者通院医療費公費負担制度」「国民健康保険料の減額・免除」などの制度紹介と市役所への連絡や同行しての申請手続きの援助である。

図5 難民・庇護希望者への支援の内容

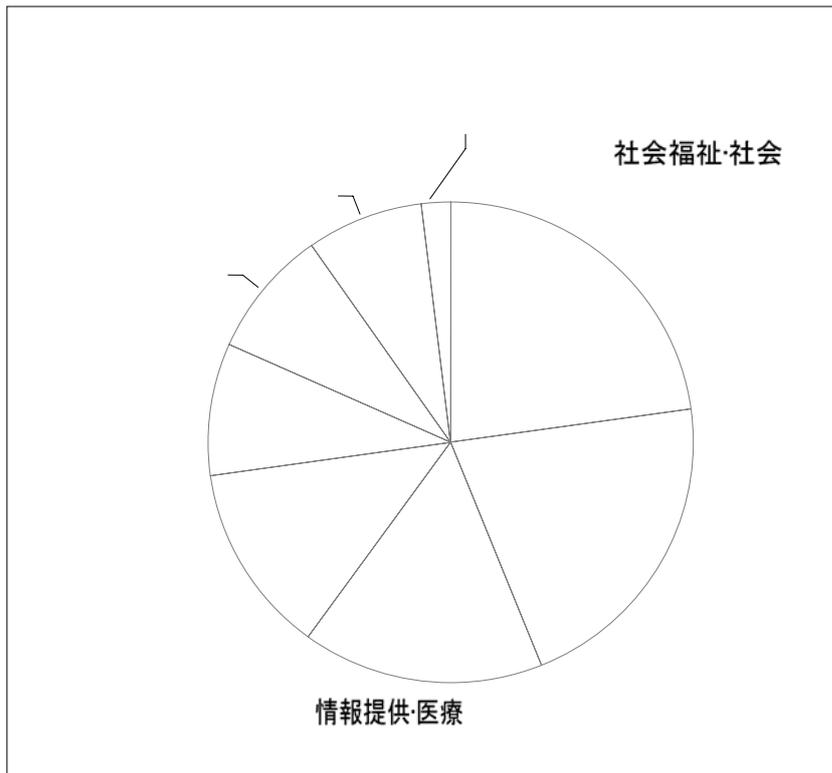


表 2 社会保障・福祉制度の利用、医療機関との連絡調整詳細

支援内容	利用人数
社会保障・福祉制度の利用援助	42
国保加入交渉援助	45
医療機関との連絡調整（理解促進）	36
医療機関との連絡調整（医療費）	58

21%を占める医療機関との連携・連絡調整には、受診する難民・庇護希望者の症状や病気による生活困難の訴えを補足し、適切な診療に協力することが含まれる。また、難民・庇護希望者は自費診療となることが多く、診療費の設定が保険診療の1.5倍から3倍近い設定で請求されることがある。そのため、限られた費用で生活している難民・庇護希望者の状況を説明し、利用可能な制度（実際には少ないが）を提示しながら、治療費の減額や分納を「交渉」するとりくみは、「医療機関との連絡・調整」の85%にあたる58名に関しておこなわれている頻度の高い支援の一つとなっている。一方、連絡調整に含まれるものとして、難民・庇護希望者の文化的背景や難民経験の理解や配慮した対応を促すとりくみは36名に対しておこなっており、その58%にあたる21名が精神科の受診となっている。このことからメンタルヘルスにおいては、文化的背景や難民経験への配慮に対するニーズが高くなる傾向が伺える。

情報提供・医療機関紹介は、全体の16%になっている。紹介先としては、英語やフ

フランス語、スペイン語、ポルトガル語といった難民・庇護希望者の多くが使用している言語で診察を受けることができる医療機関や医療ソーシャルワーカーが配置されており、支援団体と共同して医療費を含めた難民・庇護希望者の生活問題の改善に取り組んでくれる医療機関である。

13%の他支援団体との連携・連絡調整は、難民事業本部（RHQ）、日本福音ルーテル社団（JELA）やカトリック東京国際センター（CTIC）を初めとする他の外国人・難民支援団体と連携をとり、難民・庇護希望者の医療・健康問題に対応したとりくみである。難民認定申請中の者の医療費は、難民事業本部から支給される生活援助費の一環として支給される。しかし、難民認定がされず、異議申立や訴訟の段階にはいつている者については、支給の対象となっていない（石川 2002）。そのため、JELA や CTIC を始めとする支援団体に医療費の支給を相談や依頼をすることが、その内容としてあげられる。さらに、子どもや女性の問題など支援にあたるNGOが得意とする分野があり、そのような場合には、より適切な援助ができるように紹介や情報交換をおこなっている。

無料医療相談（9%）は、難民を含めた在日外国人支援をおこなっている医療従事者が定期的におこなっている健康診断への紹介である。ここでなんらかの病気が発見され、初期のうちに治療が開始された例は少なくない。

通訳の依頼は、先に述べた難民・庇護希望者の言語に対応できる医療機関が少ないながらも存在することや自国出身のコミュニティがある場合は、そのなかで、日本語の堪能な者に通訳を依頼しているということもあり、9%程度となっている。しかし、近年に難民支援協会に登録した申請者をみると、多くの国と他民族・他部族が存在するアフリカの出身者が増加傾向にある（JAR 2002, 2003, 2004）。そのため、同じ国の出身であってもコミュニティを持たず、ともすれば孤立しがちな難民・庇護希望者が増え、通訳のニーズも今後更に高くなることが予測される。

8%のカウンセリングは、相談に訪れた者の訴えが、日本での生活困難や孤立、異文化不適應などを原因として焦燥感や不安の訴えなどが起っている場合に、彼／彼女らの訴えに耳を傾け、受容することで一定の解決が図られているものを指している。いうまでもないが、訴えに耳を傾け、彼／彼女らの不安や悩みに共感し受容する姿勢は全ての支援の要素に含まれており、ここでは医療機関の連絡調整や制度の利用としてカウントされなかったものだけを集計している。また医療・健康問題に限らず、住居や就労、日常生活などへの対応を含めれば、カウンセリングは最も多い支援内容となるだろう。

医療費の支給としても利用される『緊急ファンド』基金は、住居費や食費等当面の生活費がない難民・庇護希望者に対して、難民支援協会が基準を持ち支給する制度であり、2004年7月から2005年6月までに約170万円の緊急ファンドを支給している。

今回の調査では、医療費として支給を受けた人数のみを集計している。

⑥ 疾病動向と支援内容の考察

疾病動向をみるとその多くが、胃潰瘍や十二指腸潰瘍、高血圧。また糖尿病といった生活習慣との関連が深いものとなっている。また精神科領域にしても環境不適應などによるストレスを発症の原因とする神経症レベルのものがほとんどである。出生国での迫害体験はもちろんだが、出国後の収容経験や差別される体験が彼／彼女らの不安感をさらに高め、日本での生活適應を困難にしていると思われるケースも少なくない。難民・庇護希望者の多くは、難民認定にかかる期間が長期になり、社会的にも経済的にも不安定な期間が長く続く（石川 2002）。さらに、出生国に残してきた家族や自身の国の行く末など彼／彼女らの不安な気持ちは想像を絶するものがある。また、整形外科疾患をみても多くが過重労働や運動不足が原因と思われる骨折や腰痛などであり、難民・庇護希望者の抱える疾病が、彼／彼女らのおかれている日本での生活環境に大きく関連していることを改めて認識させられる。

一方、支援の動向をみると、出産などは別として、その中心は難民・庇護希望者の医療機関へのアクセスの支援にある。医療機関の中には、難民に対する知識もなく、難民どころか外国人の診察も初めてというところも多い。これまでに門前払いの報告はあまりないものの、診療をおこなう上での良好な援助関係づくりになんらかの困難を抱えるところも少なくない。このような状況の中では、一定の信頼関係を築いている支援団体のスタッフが調整役となり、難民・庇護申請者と医療機関の良好な関係をつくるとともに、医療機関に対して「難民」に対する基本的な知識や彼／彼女らがおかれている個別の状況を説明し理解を促す活動は極めて重要なものとなっている。

このように、難民・庇護希望者の医療・健康問題への対応は、個別対応を基本として、疾病の発生に対する治療やその費用、受け入れる医療機関の確保といった活動が中心となっている。もちろん、ひとりひとりの難民・庇護申請者への対応は個別援助が基本となる。しかしそれは、対処療法的になる傾向もあり、それのみでは申請者の増加やニーズが多様化する中で、経済的にもマンパワーにおいても近い将来に対応しきれない状況になる可能性がある。そこで、今回調査した海外のとりくみや専門調査員の関わった期間の特徴的な事例を踏まえて今後の活動への提言をおこないたい。

V 特徴的な支援事例

1. 精神科受診とボランティア参加によって精神症状と生活の改善を支援した事例

妻に付き添えわれ相談に訪れたA氏は、特別在留許可で滞在ビザを得られたものの、認定審査が長引いたために、これまで就労もできず、経済的にも困窮し地域社会からも孤立した生活が続いていた。その間にA氏は次第に不安感が強くなり、誰かが見張っている、テレビが自分の情報を流している、外出できなくなるなどの言動が始まり、ついには妻から一時も離れられない状態となってしまった。特別在留許可が得られた後もその症状は続き、A氏の状態が悪いため、就労許可を得た後でも夫婦ともに仕事に就くことができず、生活は悪化する一方だった。相談に訪れた時には、これまでの様々な思いが一度に出たためか、涙を流し言葉を詰まらせしばらくは何も言えない状態が続いた。

本人たちも精神科の受診が必要だと感じてはいたし、周囲からも受診を勧められていたが、A氏らの生まれ育った国では、精神科疾患は受け入れ難いものだった。相談にあたった支援担当者は、話をじっくり聴き、これまでの生活がいかに苦しいものであったかとい彼らの訴えに共感した。そして精神科受診は恥ずべきものではなく、医療の力を少し借りれば自分たちの力で解決できる日がくることをゆっくりと説明した。その後、妻と一緒に紹介した難民に理解のある精神科を受診し、通院と安定剤の服薬をするなかでA氏の症状は次第に落ち着いていった。

一方妻は夫の心配をして一日中付き添っていることに疲れを見せはじめていた。また、夫が一人で過ごせるようになれば働きたいとの希望も出始めた。支援スタッフは、精神科を受診することで夫の病状は改善するが、不安な気持ちや夫婦の困難な生活は変わらないと考え、あるNPOに紹介した。そこは、A氏夫妻の難民としての経験や、精神科疾患のことを理解してくれ、A氏たちが参加できる場所としてスタッフがかねてから探していたところである。国際色豊かなNPO事務所と、自分たちと自分たちの困難な生活体験が今度は他の人を支えることにつながったことにA氏は喜びを感じ、今でも積極的にボランティア活動に参加している。

2. 病院とのトラブル解決のために庇護希望者と医療機関の調整役となった事例

B氏は難民申請が不認定となり、異議申出をおこなっている。交通事故で足を骨折し、就労も日常生活も不自由な生活が続いていた。B氏には妻と産まれて間もない女の子がおり、同じ出身国の人たちから生活費を借りる等しながらギリギリの生活を送っていた。B氏の交通事故、そして妻も病気がちで度々病院を受診し、医療費の滞納も増えており、B氏は精神的にもイライラした状態が続き、病院のスタッフにもあたることも度々あった。

ある日、B氏は赤ちゃんが夜中に熱がでたと病院を訪れた。しかし、病院側は、B氏が医療費を滞納していることやいつも夜間に突然やってきては受付でもめB氏への対応に困っており、赤ちゃんはただの発熱なので家で寝ているように促した。その対

応に不満を感じたB氏は、病院の壁を殴り、大声でさげび、病院の受付とトラブルを起こしてしまった。

B氏の友人から連絡をうけた支援スタッフは、病院に連絡をとりB氏についての話し合いをもつことを依頼した。支援スタッフはB氏の状況についての説明とあわせてB氏の医療費についても一緒に考えていくことを病院に約束した。一緒に参加したB氏の不満はすぐには解決しなかったが、病院側がB氏の難民経験や日本での生活状況について理解を示したことで、自分も病院でのイライラした振舞いを改める必要があると語った。

また、この病院には医療ソーシャルワーカーが配置されていないため、B氏家族の医療費に対して支援スタッフが複数の支援団体に連絡をとり、活用できる福祉制度の検討や医療費の確保にとりくんだ。異議申立の段階ということで、B氏が利用できる社会保障・福祉制度はほとんどなく、支援団体の支給できる医療費も限りがあったが、そのとりくみに病院側も理解を示し、医療費の分納に快く応じてくれた。また、B氏一家が受診する際には、彼らの生活や身体を気遣う言葉をかけるようになった。それを反映してかB氏も夜中の受診回数が減り、緊急事以外は外来予約をいれてからの受診をするようになった。

3. 医療機関と協力して民間の助成金を活用した事例

C氏が入院したのは1ヶ月前のことだった。C氏の病気は難病ではないが、複雑な治療が必要となる病気で医療費も高額になることが予測されていた。C氏は難民認定が却下され、異議申立をおこなっている最中であり就労することもできず、貯金を切り崩しての生活であった。医療が必要な状態にも関わらず、退院を希望するC氏を担当医師と病院の医療ソーシャルワーカーが説得を試みたが、日本語があまり上手でないC氏は首を横に振るだけで、退院の理由を語ろうとはしなかった。心配した病院のソーシャルワーカーがC氏の母国語で通訳ができる人を捜し、話を聞いてもらったところ、C氏が難民であることを知り、難民支援協会に連絡をしてきた。支援スタッフは早速、日本人でC氏の母国語通訳ができるスタッフと病院へ赴き、C氏の話をお聴いた。また、医師の診断や治療計画についても説明をおこなったところ、C氏の経済的な不安や家に残している妻のことについて語り始めた。

そのことを病院側にも説明し、医療費の相談をしたところ、非常に珍しい病気なので、企業から支援金がもらえるかもしれないことを医師が提案した。病院スタッフと支援スタッフは何回か会議を持ち、企業への支援金の申請をおこなった。医師の支援もあり、製薬会社からは入院治療にかかる医療費の殆どが補助されることになった。また、C氏の入院中に一人で過ごしていた妻は、難民支援協会が主催する企画に参加し、同じような境遇の女性と知り合い交流するなかで、C氏のいないさみしさや病気

の不安を紛らわすことができた。治療が終わったC氏は無事退院し、妻と二人で異議申立の結果を待っている。

※ プライバシーの保護のため、全ての事例に対して本質が変わらないに配慮し、本人が特定できないように脚色、細部の変更をしている。

※ 事例1 難民支援協会スタッフがニューズレター（『難民サポート報告 2005 中間報告』）のなかで紹介したものを引用した。

VI 難民の医療ソーシャルワークに取り組むNGOへの提言と今後の課題

① 健康診断の実施

現在、意識的な医療従事者（団体）のおこなっている外国人に対する無料健康診断への紹介をおこなっているが、その多くは本人から体調不良が訴えられた後となっている。イギリスを始めとするヨーロッパ諸国においては、難民として入国した者に対して、既往歴の聴取や基本的な健康診断を実施しており、対象者が結核や肝炎の既往がある場合には、検査項目も追加して対応している（Burnett & Fassil 2000）。また、British Medical Association の調査によると、入国直後は特に健康に問題ない者も、2年から3年後になんらかの疾病の発病など体調の悪化が見られる者が多いことを指摘されており（BMA 2002）、難民・庇護申請者の医療・健康問題への対応は、登録時とその後の継続的な対応の双方が必要であるといえる。

本調査でも明らかになったように、難民・庇護希望者は、生活習慣やストレスによって発症する疾患のリスクが高いグループであり、入国時になんらかの心身の問題あるいは脆弱性を呈する者は、よりきめ細やかな対応を必要とするといえる。特に、難民申請中はその社会的地位や経済的な状況から最も医療や健康を維持するとりくみから遠くなる時期でもあり、様々なストレスなどから心身ともに弱い時期ともいえる。その間になんらかの疾病を発症することは、事例1にもみられるように、その後の生活に大きな影響を与えることが少なくない。医療従事者の協力をえながら支援団体への登録があった者に対し早期に健康診断を実施することは、現時点で健康問題を抱える者を発見し治療に結びつけるだけでなく、継続的な対応が必要な者を一定明確にすることで、効果的効率的な対応が可能となる。

ただし、疾病のスクリーニングは難民・庇護希望者の安易な差別につながることもあり、本人の同意のもとにおこなわれるのが原則であり、実施や結果に関しても秘密保持が貫かれなくてはならない。

② 健康教育の提供

繰り返しになるが、難民・庇護希望者の抱える疾病の多くは、生活習慣やストレスとの関連が深く、彼／彼女らが健康で日常生活を送るための様々な社会資源がどれほど容易に入手できるかという社会環境とも大きく関わっている (Miller, K. E & Rasco L, M. 2004)。究極的には法制度の整備は不可欠だが、そのとりくみをおこないながらも、支援団体が協力して生活習慣病やその予防の基本的な知識やストレス処理(stress coping)についての教育を実施する必要がある。特に食生活については彼／彼女ら自身の生活の経済的な困難もあり、彼／彼女ら自身も配慮が滞りやすい分野でもある。彼らの生活環境の実態に即した効果的な指導や料理教室などのとりくみを検討する必要がある。

③ 医療従事者のネットワークの強化

医療従事者を中心とする外国人支援団体も存在し、積極的な活動をおこなっているが、難民支援協会との定期的な連絡調整会は持たれてはいない。また、難民・庇護希望者が実際治療を受ける医療機関は、一部を除けば個別の受診者の対応を通しての協力関係で終わっている。事例2にあるように、医療機関との連携には医療ソーシャルワーカーの配置などが重要となるが、医療事務担当者であっても円滑な患者受け入れのために協力的な姿勢を示してくれるところも多い。

また、事例3でみるように医療機関だからこそ持ち得る社会資源があり、支援団体が考える以上に、難民・庇護希望者に大きな力となる未着手の資源や協力者が存在していると考えられる。社会資源の積極的な掘り起こしをすることが必要であり、個別の難民・難民申請者の受診援助を通しての医療従事者との関わりをきっかけに、難民支援に理解のある医療従事者のネットワークを強化にとりくむことを重視してほしい。

具体的には、関わりをもった医療機関あるいは特定の医療従事者に対して、定期的なニュースの発送や合同カンファレンスの実施、医療費の滞納問題や無保険者の対応に関する制度の情報の提供等、医療機関側のニーズに応えとりくみも重要と考える。

④ 自助グループの結成とアクティビティ（グループワーク）の実施

難民支援協会では、2005年7月から2006年2月までの間に3度のグループワークを試行的に実施した。内容は、難民問題に興味を持つ大学生やボランティアの協力のもと、海辺でのスイカ割りや食事会、新年会などを企画した。特に自国出身者同士のコミュニティを持たない者の企画に対する反応は大きい。

難民認定が却下され、異議申立をおこなっている者は、就労もできず家に閉じこもっていることも多く、不安や焦燥の原因として「何もすることがないのが辛い」と語る者も少なくない。Johnsonは就労できないことなどを理由に何もせずに過ごす時間(enforced leisure)を重ねることが心身ともの健康問題に大きな影響を与えることや

ひいては自尊感情(self-esteem)の低下につながることを指摘している。イギリスの支援団体には就労できない庇護希望者に対して、スポーツなどのアクティビティを提供することによって健康状態の改善の成果をあげているところもある (Johnson 2003)。効果的なとりくみをするためには、今後さらなる検討が必要であるが、他の支援団体とも協力して、難民・庇護希望者の集団化をおこなうことは、重要な課題の一つと考える

⑤ 支援団体スタッフの自己覚知を促す教育プログラムの構築

次に、調査した文献の中で難民を含めた移住者のソーシャルワークに欠かせない視点として、重要と思われる事項について触れておきたい。まず、Ⅱの調査(活動)の内容でも触れたように、難民支援には国内外を問わず重要となる普遍的な技能やアプローチがある。その中で彼/彼女らの難民経験や異文化への理解は欠かすことのできないものであり、多文化間ソーシャルワークの視点が不可欠である。

視点の例をあげると、異文化あるいは難民・庇護希望者の理解は、対応するソーシャルワーカー自身が自らの文化背景によって形成された特別な価値観や行動パターンをもっていることに気がつくことから始まる。そして、彼/彼女らを一般的な特定の文化に属するものとしてステレオタイプ的に見るのではなく、民族や国の文化を基調にしながらも、個別の状況を把握することが不可欠である。専門調査員が関わった期間に対応した庇護希望者は同じ国出身者であっても部族や自国で居住していた地域によって宗教や生活習慣が少しずつ異なっていることを気づかされた。また、当然ながら個人によって直面する問題も持っている能力もそれぞれに個別性があった。

Al-Krenawi と Graham は、異文化理解の素養の構成として、(1)認知、(2)情緒、(3)技能、(4)総体的な影響の4つの側面から分析をおこなっている(2003)(表3参照)。異文化への対応が最も悪いのは、認知レベルでも異文化の存在に気がつかず、情緒的にも無反応である。また異文化対応の技術も未熟で、そのような対応の総体的な影響は極めて対象者にとって有害であると指摘している。また、異文化に一定理解のある

「culturally sensitive」のレベルにおいても、総体的影響はNeutralであるとし、はっきりせずあまり影響のない関わりだとしている。難民・庇護希望者を支援するためには、異文化への気づきや共感的態度以上の要素を身につける必要がある。それは、Al-Krenawi と Graham が culturally competent と位置づけるレベルであり、対象者の文化背景について総合的な知識を持ち、それに応じて自分自身に変化することに傾倒できる情緒を持ち、対応の技能も一定以上のレベルにある者が建設的な支援が可能であると主張している(2003)。

非常に高いレベルが求められるように感じるが、支援者自身が難民・庇護希望者より優れた知識や技術をもっている、あるいは対象者の文化のことを理解できていると観

念から脱却することがその出発点であり、そのためには対象となる難民・庇護希望者から彼／彼女らのことを学ぶという姿勢がなによりも重要となってくる。難民・庇護希望者の文化背景を尊重し、さらに対象者の個別性を理解しようとする姿勢から異文化の理解がはじまり、効果的な支援に結びつく。

WHOの難民のメンタルヘルスニーズの明確化のための基本指針においても、対象者の訴える症状や病名が、その母国語あるいは民族の間で慣習的に使用される言葉でなんとされているかを把握することや対象者の症状を対象者自身はなんと表現しているのかを聞き、蓄積していくことが必要であることを強調している (Menon, S et al)。

さらに、Al-Krenawi と Graham は culturally competent に関するモデルを二つあげ、最も効果的なモデルを experiential-phenomenological model としているので紹介したい (表4参照)。ここでも、ソーシャルワーカーの異文化理解に対する「批判的自己点検姿勢」が強調されている。

心理学の分野では教育分析などのスーパーヴィジョンのプログラムが構築されているがソーシャルワーク、とりわけ難民支援における異文化理解と支援のあり方は世界的にも手探りの状態ではないだろうか。日本での実践も上記に述べたとりくみが反映され蓄積されるなら、日本国内の難民の生活支援の理論が世界的にも通用するものとなりえる。

表3 異文化理解の素養の構成

Dimension	Culturally Incompetent	Culturally Sensitive	Culturally competent
Cognitive dimension	Oblivious	Aware	Knowledgeable
Affective dimension	Apathetic	Sympathetic	Committed to change
Skills dimension	Unskilled	Lacking some skills	Highly skilled
Overall effect	Destructive	Neutral	Constructive

表4 Two Models of culturally competent multicultural practice

Culturally literacy model	Experiential-phenomenological model
Practitioner as expert	Practitioner as learner
Assumes superior knowledge	Naivete and curiosity
Culture as homogeneous	Plurality and multiplicity of

	internalized culture
Client as member of cultural group	Member as unique individual
Culture-specific techniques	Process-oriented techniques
Nearly impossible	Demands critical self-examination

VII 所管

9ヶ月という短い期間ではあったが、専門調査員の活動に従事させていただいた受け入れ団体に感謝を表したい。また、特にソーシャルワークやメンタルヘルスに関する経験はあっても難民に対する支援は素人である調査員に対して、面接することを許可していただいた難民・庇護希望者の方々にも心からお礼を申し上げたい。実際に出会った難民・庇護希望者の方々には、多くの不安や健康状態に問題を抱える人も多いが、経済的にも困難で、慣れない国での生活にも関わらずひたむきに生きている姿に頭が下がる思いだった。

調査員の経歴が精神医学ソーシャル・ワーカーであることから、提言をNGOで難民・庇護希望者の生活支援にあたるスタッフの技能の向上とメンタルヘルスに関わる視点に焦点を当ててきた。難民支援は、その難民経験という特殊性を持ちながらも、対人援助であるというソーシャルワークの共通基盤をもっており、精神障害者に対するソーシャルワークが「精神障害」という特殊性を持ちながらも、尊厳を持ってお互いに尊重し合うという人間同士の付き合いとしての最低限の姿勢の上に成り立っていることにも似ている。

当初は日本における難民・庇護希望者支援の独自性や日本における支援のあり方を模索していたが、今回の調査を通して、難民の生活する環境と個人の関係性にアプローチするというソーシャル・ワークの視点が難民支援においても有用であり、日本での経験が海外でも十分に応用できることを認識させられた。

一方ソーシャルワーカーの団体の中では難民支援はマイノリティーであり、職能団体の集会でも難民支援の実践や研究の報告はごく一部の者に限られている。効果的な難民・庇護希望者支援のためには、医療機関を始めとする他領域のソーシャルワーカーを巻き込み、意識を向上させるとりくみも同時に必要だと感じている。近年では、大学等の社会福祉の専門職養成過程のなかでも「国際福祉」に関する教育が位置づけられている。実際の現場においても難民支援に従事するソーシャルワーカーと他領域のワーカーが有機的に交流する機会が増えることを心から期待する。

最後になったが、難民支援協会を始めとする難民支援団体の活動が一人でも多くの人に認知され、一人でも多くの難民・庇護希望者が望む場所で平和に暮らせることを心から願っている。

VIII 参考文献

- Al-Krenawi Alean & Graham, John R Introduction (2003) Al-Krenawi Alean & Graham, John R ed. Multicultural social work in Canada Oxford university press New York
- BMA (British Medical Association) Asylum seekers: meeting their health care needs (2002) BMA
- Burnett, A. & Fassil, Y. meeting the health needs of refugee and asylum seekers in the UK (2000). Directorate of health and social care, Department of health
- 難民支援協会 (J A R) 難民認定申請者に対する生活状況調査 財団法人アジア福祉教育財団難民事業本部委託 2001
- 難民支援協会 (J A R) 年時会計報告 2002、2003、2004
- Johanson, Mark R D Asylum seekers in dispersal - healthcare issues (2003) Home office online report
- Menon. MS & Rebecca Muller, et al Working effectively with Refugees The National Alliance for Multicultural mental health A program of immigration and refugee services of America Lessons from the Field: Issues and resources in refugee mental health
- Miller, K. E & Rasco L, M. An ecological Framework for addressing the mental health needs of refugee communities (2004). Miller & Rasco ed. the Mental health of refugees LEA London
- Refugee Net Report overview national situations
<http://www.refugeenet.org/health/index.html>
- UNHCR 統計 2005
unhcr.or.jp/ref_unhcr/statistics/index.html
- まるわかり外国人医療 外国人医療・生活ネットワーク編 移住労働者と連帯する全国ネットワーク 2004
- みしゅっく 国保からオーバーステイを一律排除
www.sainet.or.jp/~ikunmi/mishuk/news/040608.html
- 阿部裕 外国人労働者 その精神医学的概説 現在のエスプリ 335 至文堂 1995
- 共同通信 外国人の国保加入に前向き 山梨県、最高裁受け

2004年1月16日

- 桑山紀彦 多文化の処方箋 アルク 1999
- 杉山章子・大西守 在日外国人のメンタルヘルス 現在のエスプリ 335
至文堂 1995
- 石川えり 日本の難民受け入れ：その経緯と展望
駒井 洋 監修・編著『国際化のなかの移民政策の課題』
講座グローバル化する日本と移民問題第1期1 明石
書店 2002
- 早川寛 応分に担い支えあう 外国人医療を考える KOBE 外
国人支援ネットワーク編 在日マイノリティスタディ
ーズII 在日外国人の医療事情
- 大西守 異文化ストレス症候群 1992
- 大川昭博 外国籍市民と社会保障・福祉制度 NIIRA シティズン
シップ研究会 日本経済評論社 2001
- 中桐伸五・高山俊雄 すべての外国人に医療保障を 外国人労働者と緊急医
療 海風書房 1992
- 中村安秀 本音と建前の狭間でー外国人医療保健問題が提起する
もの KOBE 外国人支援ネットワーク編 在日マイノ
リティスタディーズII 在日外国人の医療事情
- 平野（小原）裕子 定住外国人の健康問題と保健・医療・福祉 講座 グル
ーバル化する日本と移民問題第II期第4巻 石井由香
篇 移民の居住と生活 明石書店
- 法務省入国管理局 平成17年における難民認定者数について
毎日新聞 国民健康保険：不法滞在外国人を全面廃除 厚労省が
明文化 2004年6月8日
- 鈴木江理子 従来の中で外国人が直面する問題 依光正哲篇
日本の移民政策を考える 人口減少社会の課題 明石
書店 2005