

# 東日本大震災における支援する外国人、 支援を受ける外国人 —災害時医療の問題を中心に—

尋 木 真 也

- I. はじめに
- II. 海外からの医療支援—支援する外国人
- III. 被災外国人への医療支援—支援を受ける外国人
- IV. 災害時医療救援の法的指針
- V. おわりに

## I. はじめに

2011年3月11日14時46分、東日本を中心に未曾有の大震災が起こった。観測史上最高のマグニチュード9.0を記録した東日本大震災は、多くの被害者を生み、その被害者たちは多くの支援を必要とした。このニーズに対して、国内、国外を問わず、早い段階から非常に多くの支援が寄せられた。その支援により助けられた人は非常に多く、いたるところで感謝の声が聞かれた。

こうした支援のなかでも、人間の生命にかかわる医療支援は、捜索・救助と並び非常に重要な位置づけを占める。緊急時には1分1秒を争う活動が必要であるとともに、その後も治療やメンタル・ケアのため継続的な支援が必要とされなければならない。このような重要性から、外国諸国からも多くの医療支援の申出がなされた。こうした海外からの支援は美談として語られることが多いが、実際に受け入れるにあたっては、いくつかの問題点が伴うものである。また、このようなスポットライトがあてられる外国人がいる一方で、

震災時に日本に在留していた外国人は、災害弱者であるにもかかわらず、日本人被害者の陰に隠れ焦点が当たることは少ない。

そこで本稿では、支援する側の外国人と支援を受ける側の外国人に関していかなる問題点があるのかについて、最重要支援の一である医療の問題に絞って検討する。また、このような問題点の指摘とともに、若干の解決策の模索も行うこととする。なお、本研究は、早稲田大学社会安全政策所における社会安全研究財団からの受託研究のうち、「東日本大震災における国民保護－救出救助等の国際支援に対する国内体制の壁」（共同研究(E)）の研究会報告に基づくものであるが、各国政府からの支援受入れに関する問題については、萬歳寛之研究員の報告に委ねることとした。

## Ⅱ．海外からの医療支援－支援する外国人

### 1 東日本大震災における医療支援

#### (1) 日本人による医療支援活動

3月11日に発生した地震と津波により、岩手県、宮城県、福島県の東北3県においては、380ある病院のうち300の病院が被害を受け、そのうち11の病院が全壊した。また、6,531ある一般診療所・歯科診療所のうち、1,174の診療所が被害を受け、そのうち167の診療所が全壊の被害を受けている<sup>1</sup>。

こうした甚大な被災状況にもかかわらず、日本人医師による医療支援対応は迅速であったといえる。日本赤十字社は、発災当日から全国の救護班および災害時の救護活動の拠点となる移動仮設診療所チームを被災地各県に派遣し、医療救護班は9月30日までに総計821個班にも及んだ<sup>2</sup>。被災地石巻市にある石巻赤十字病院では、震災発生4分後の14時50分には災害対策本部が立ち上げられ、救急医療の拠点として昼夜を問わず医療活動が行われた<sup>3</sup>。

また、厚生労働省の派遣要請に基づき、震災当日から3月22日までの間、各都道府県の災害派遣医療チーム（DMAT）が、病院支援や広域医療搬送等の救護活動を行っている。3月13日には、193ものDMATが被災地で活動を行うこととなった<sup>4</sup>。さらに、慢性疾患患者への医療ニーズなどから、日本医師会や病院団体に医師等の派遣要請がなされ、累計2,438の医療チーム

が被災地で支援活動を行っている<sup>5</sup>。同時に，日本に拠点や支部をおく医療関係の NGO やボランティアも，震災直後から医療に関するさまざまな活動を開始している<sup>6</sup>。

## (2) 外国政府からの医療支援

東日本大震災に対しては，世界中から支援の手が差し伸べられた。10月17日現在で，163の国・地域および43の国際機関から支援の申出があり，そのうち24の国・地域および4の国際機関からの支援を受け入れることとなった<sup>7</sup>。医療支援チームに限定すると，約40の国から派遣の申出があり<sup>8</sup>，イスラエル，ヨルダン，タイ，フィリピンからの医療チームが実際に受け入れられた。これらの医療チームは，各々その役割を十分に果たし，感謝の声のもと帰国の途についている。

## 2 海外医療支援の受入れメカニズム

### (1) 外国人による医療行為

日本で医療行為を行うには，日本の医師免許が必要となる。医師法17条は，「医師でなければ，医業を行うことはできない」と規定する。医業とは，「反復継続ノ意思ヲ以テ医行為ヲ為ス事」をいうが<sup>9</sup>，その事実上継続反復されることは，必ずしも必要とはされない<sup>10</sup>。医行為（医療行為）の一般的定義については，さまざまな学説が展開されてきたが，一般に「医師の専門的知識又は技能をもってしなければ危険な行為」<sup>11</sup>であるとするのが通説，判例となっている<sup>12</sup>。

そして，「医師になろうとする者は，医師国家試験に合格し，厚生労働大臣の免許を受けなければならない」（同2条）。すなわち，日本で医療行為を行うためには，日本で国家試験を受け，日本の医師免許を取得することが条件となるのである。したがって，外国で医師免許を取得していても，日本で医療行為を行うことはできない。明文上認められる例外は，医療に関する知識・技能の修得を目的として日本に入国した外国人医師が，厚生労働大臣の許可を受けて臨床修練（臨床指導医の指導下で医業を行うこと）を行う場合だけである（外国医師等が行う臨床修練に係る医師法第17条等の特例等に関する法律3条1

項)13。

## (2) 阪神淡路大震災の際の海外医療チームの受入れ

海外から日本に医療チームが派遣されたのは、東日本大震災のときが初めてではない。1995年1月17日に生じた阪神淡路大震災に際しても、ギリシャ、スロバキア、バングラデシュ、イエメン、キューバ、ポーランド、ユーゴスラビア、イギリス、韓国、中国、タイから医療チーム派遣の申出があった<sup>14</sup>。しかし、当時海外の人的支援の申出を受けるのが初めてであったため、受入れの判断には時間を要した<sup>15</sup>。とりわけ医療要員については、「日本の医師免許がなければ医療行為はできない」との認識のもと、兵庫県や神戸市の医師担当者から受入れを拒否され、一時的に活動できなくなっていた<sup>16</sup>。これを報道で知った厚生省が、1月23日に兵庫県などに対して「医師法は緊急事態を想定しているものではなく、被災者に対し、必要最小限の医療行為を行うことは、緊急避難的行為として認め得るもの」と伝達することで、ようやく一定の医療活動が認められるに至った<sup>17</sup>。この通達を受け、阪神淡路大震災の際は、国境なき医師団（MSF）や世界の医療団（MDM）等のNGOが医療活動を行ったほか、タイ政府および韓国の企業グループ三星からも医療チームが派遣されている<sup>18</sup>。

## (3) 東日本大震災の際の海外医療チームの受入れ

東日本大震災の際も、海外医療チームの受入れについて、医師法の壁が問題となった。しかし、今度は阪神淡路大震災の際の教訓を活かし、震災3日後の3月14日に、厚生労働省から東北3県の医療主管課に対し、「外国の医師免許を有する者の医療行為の取扱いについて」と題する以下の通知が発出された。

「 今回の東北地方太平洋沖地震に係る医療活動の中で、外国の医師資格を有する者が我が国において医療活動を行うことに対する当課の考えは下記のとおりであるので、御了知の上、現地の実情を踏まえ適宜対処するとともに、関係者への周知方お願いする。

## 記

医師法上，外国の医師資格を有する者であっても，我が国内において医療行為を行うためには，我が国の医師国家試験を合格し，厚生労働大臣の免許を受けなければならないこととされている（医師法第2条，第17条）。

しかしながら，医師法は今回のような緊急事態を想定しているものではなく，こうした事態の下では被災者に対し必要最小限の医療行為を行うことは，刑法第35条に規定する正当業務行為として違法性が阻却され得るものと考えられる。<sup>19</sup>

阪神淡路大震災の際は，緊急避難的行為として外国人医師による医療を認めたが，東日本大震災の際は，正当行為を規定する刑法35条に基づき，違法性阻却事由として外国人医療を認めるに至った。これにより，外国人医師は正当行為として医療活動を行えることとなったのである。

### 3 非常事態への対応のあり方

#### (1) 厚生労働省の通知の問題点

上述の厚生労働省の通知により，外国人医師による医療行為が可能となり，実際に先述した4か国の医療チームにより東北地方で医療活動が行われた。しかし，この対応にまったく問題がなかったというわけではない。

まず，手続に要した時間の問題がある。通知が出されたのは震災発生3日後であり，すでに救命の限度といわれる72時間が経過していることになる。さらに，厚生労働省から東北3県に通知されたのち，県から関係者に周知されたうえでニーズを汲み取り，ニーズを有する各自治体ないし避難所等から外務省に人員派遣要請がなされ，ようやく海外医療チームに要請が伝わることになる。確かに，阪神淡路大震災の際はニーズのミスマッチが起り，摩擦を生じさせることもあった<sup>20</sup>。しかし，こうした事態が生じたのは，初動対応の遅れが原因であるとも考えられる。緊急医療を要するなかでは，迅速な行動が求められる。

また，刑法35条の「法令又は正当な業務による行為は，罰しない。」という抽象的かつ包括的な1文に依拠して，外国人医師のあらゆる医療行為の違

法性を阻却することにも、問題がないわけではない。これだけでは、認められる医療行為の範囲や活動が許される期間などが不明確である。確かに、緊急事態において詳細な指示を出すことは困難である。そのため、阪神淡路大震災の際に「必要最小限の医療行為」を認めるとしたのは、やむを得ない対応であったということができる。しかし、今は阪神淡路大震災の際の経験があり、外国人医師の受入れにあたっては医師法の壁が問題になることはわかっていたはずである。それにもかかわらず、東日本大震災に際しても同様のアドホックな通知で対応したことがよかったのかについては、再検討する必要があるだろう。

こうした点を踏まえると、今後いつ起こるかわからない災害に備えて、海外医療支援チームの受入れに関する法整備をしておくことが望ましいと考えられる<sup>21</sup>。海外からの支援のなかでも、医療支援は人命にかかわる最重要項目の一である。そのような意味においても、迅速かつ明確な支援受入れ体制を整えておくことが求められるが、いかなる法的枠組みが必要かについては、第4章で扱うこととする。

## (2) 地方自治体の負担

海外医療チームの受入れにあたっては、厚生労働省の通知により、地方自治体が「現地の実情を踏まえ適宜対処」することが求められた。確かに、地域の実情を最もよく把握でき、ニーズの汲取りに適しているのは当該地域の自治体である。しかし、当該自治体自身も甚大な被害を受けた被災当事者であり、そのうえほかにも非常に多くの震災関連業務をかかえている。そのようななか、自治体が住民のニーズを本当に適切に汲み取ることができたかについては、必ずしも定かではない<sup>22</sup>。現行法は基本的に、応急対策を実施する主体が震災後も被災前と同様の機能を発揮できる前提で規定されているが、災害時の現実を考慮すると、緊急事態法制を再検討する必要性が考えられる<sup>23</sup>。

東日本大震災のような非常事態が生じると、しばしば憲法に国家緊急権の規定を設けるべきかという議論が展開される。確かに、行政手続の煩雑さを考慮すると、非常事態の際に権限を集中させることには一定の意義がある。

しかし、国家緊急権の規定を憲法に設けることになると、全権委任規定となってしまうため、非常事態に対処する方式としては法律による対応が基本的に妥当であると考えられる<sup>24</sup>。東日本大震災においても、原子力災害対策特別措置法15条に基づき総理大臣が原子力緊急事態宣言を発し、一定の地域に避難指示が出されたが、海外医療支援についても、同様に個別の法的対応を行い、厚生労働大臣等に指揮命令系統の統一がなされることが望ましいものと思われる。自治体の機能不全への対応ないし負担軽減という観点からは、阪神淡路大震災の教訓を踏まえ、緊急時には都道府県知事の要請がなくても消防庁長官が市町村に応援出動の措置を求めることができるとした、消防組織法44条4項が注目に値しよう<sup>25</sup>。

#### 4 海外の民間医療団体の受入れ

##### (1) 国際医療 NGO による支援

厚生労働省の通知に問題がなかったわけではないとはいえ、外国政府が派遣する医療チームは、外務省や自治体の協力のもと、当該通知に基づき医療活動を行った。一方で、海外の医療関係 NGO 等の民間団体による活動に関しては、ほとんど報道が見受けられない。その理由は、ほとんどの国際 NGO が外国人による医療活動を行っていないからである。国境なき医師団は、日本人医師のみが医療活動を行い、ほかには医療機材や仮設診療所の提供を行っている<sup>26</sup>。アメリケア (AmeriCares) やインターナショナル・メディカル・コープス (International Medical Corps) といった医療関係 NGO についても、外国人による医療活動は見受けられない<sup>27</sup>。

このように、民間の外国人による医療行為が行われていない理由としては、まず東日本大震災の特徴があげられる。阪神淡路大震災の際は、死者数が6,434名、行方不明者数が3名であったのに対し、負傷者の数は43,792名に上った。一方で、東日本大震災においては、死者数15,270名、行方不明者数8,499名に対し、負傷者数は5,363名であった<sup>28</sup>。この違いは、前者が直下型地震であり建物の倒壊による被害が多かったのに対し、後者は津波による被害が多かった点にある。このように、負傷者が比較的少なかったため、当初想定されていたほど緊急医療が求められず、日本の医師に加えて外国人医

師が参画する必要性はあまり高くなかったといえる。

しかし、だからといって、医療のニーズがまったくなかったわけではない。国際 NGO による医療活動が控えられた他の理由として、医師免許の問題があげられる。厚生労働省の発出した通知は、東北 3 県に宛てられたもので、外国人医師に宛てられたものではない。そのため、この通知により一般に外国人医師が日本で医療活動を行えるようになったかは明確ではなく、医療活動を自粛する傾向があったようである。このような観点からも、災害ごとに通知を出すという方式ではなく、医療支援受入れに関する明確な法律が求められよう。

## (2) 官民一体の受入れ体制

東日本大震災では負傷者が相対的に少なかったとはいえ、今後起こりうる災害の状況まで予測することはできない。その意味でも、海外からの医療支援団体の受入れ体制を整えておくことは重要である。とりわけ、医療支援団体は他の支援団体と異なり、緊急段階における救命活動が重要となってくる。緊急段階においては、手続や情報が錯綜しやすいため、少なくとも参照できる指針があることが望ましい。これに医師法の問題を加味すれば、事前の法整備の必要性は非常に高いといえることができる。

こうした法律に基づき、支援受入れに際して指揮命令系統を厚生労働大臣等に統一することの有用性は先述したが、こうした行政機関の長が、今後いかなる対応をとるべきかという点について、外国政府の派遣する医療チームの受入れは原則として断るべきであるとする見解がある<sup>29</sup>。国として受入れをすれば、省庁や自治体の時間と人手を煩わすことになるからである。実際に、イスラエルからの支援を受け入れた際にも、外務省から 5 名の通訳が派遣されたり、栗原市長や南三陸町長が出席する式典が行われたりしている。

自国民保護や外交的配慮などの観点から、こうした外国政府の要請を無下に断るのはよくない。しかし、純粋に医療の観点からすると、外国からの支援を受け入れるにあたっては、災害医療の豊富な経験を有する国際 NGO の医師団を受け入れることが望ましいように思われる。そのためには、日本の NGO と海外の医療関係 NGO との間でマッチングを行ってもらい、行政機

関が直接関与せずに NGO が行う支援を主体とするのが現実的であろう<sup>30</sup>。指揮命令系統を司る行政機関の長は、積極的に支援要請を行う立場から、支援の申出を許可する立場へとその位置づけを修正することで、より医療ニーズに適った支援受入れができるのではないだろうか。

### Ⅲ．被災外国人への医療支援－支援を受ける外国人

#### 1 外国人の被災状況

##### (1) 震災犠牲者と出国者

東日本大震災の被害を受けたのは日本人だけではなく、日本にいた外国人も同様である。彼らは、日本人以上に困難な状況に立たされる災害弱者と位置づけられる。確認された在留外国人の死者数は2011年4月4日現在19名であり、在日韓国・朝鮮人のほか、中国、米国、カナダ、フィリピン、台湾、パキスタン籍の男女であった。また、その段階で安否不明者がいる国は32か国に及んだが、全容の把握はなされていなかった<sup>31</sup>。

震災を受けて、日本にいた外国人の数は一時的に激減した。震災前の1週間（3月5日～11日）の間に日本を出国した外国人の数は、約14万人であった。そのうち、再入国許可を受けて出国した外国人は約2万9,000人で、全体の20.7%であった<sup>32</sup>。再入国許可とは、日本に在留する外国人が、一時的に外国へ出国（または母国などへ帰国）し再び日本に戻る予定である際に、出入国管理を簡略化するため日本を出国する前にあらかじめ日本政府から与えられる特別な許可のことをいう。

一方で、地震発生直後の1週間（3月12日～18日）は、出外国人数が約24万4,000人、うち再入国許可を有する者が12万1,000人となった。出入国許可を有する外国人の割合が49.6%と非常に高くなったが、前の週に比べ純増した10万人の外国人のほとんどは、再入国許可を有している日本在留の外国人であることがわかる。

また、出国を急いだため、再入国許可を取らずに出国した外国人も多くいたが、こうした留学生等に対しては、新学期までに戻れるよう、外務省との協議を経て、特例として入国事前手続を簡略化する措置が入国管理局により

とられている<sup>33</sup>。

## (2) 在留外国人への対応

出国した外国人が多くいた一方で、被災により予定通りに出国できなかった外国人もいた。こうした外国人に対しては、「特定非常災害の被害者の権利利益の保全等を図るための特別措置に関する法律」3条2項に基づき、3月16日に法務省から告示が出され、在留期間の満了日が8月31日まで延長されることとなった<sup>34</sup>。

在留外国人のなかには、日本語が堪能ではない者も少なくなく、外国語による情報が求められた。こうした要請に対しては、行政機関や民間の団体から多くの外国語情報が提供された<sup>35</sup>。たとえば、阪神淡路大震災を契機に設立された10か国語ラジオ放送の「FM わいわい」は<sup>36</sup>、テレビの映らない東北の被災地において、多くの在留外国人に安心をもたらしたようである。

こうした多角的な情報提供がなされたにもかかわらず、必要なすべての情報が在留外国人に届けられたわけではない。とりわけ、在留外国人にとって、医療に関する情報は重要である。以下では、震災後も日本での在留を続けた外国人に対する医療支援に焦点を絞って話を進めることとする。

## 2 震災後の外国人医療費問題

### (1) 医療費等の免除措置

2011年5月2日、「東日本大震災に対処するための特別の財政援助及び助成に関する法律」(以下、「震災特別法」)が成立した。この法律により、住宅の全半壊、主たる生計維持者の死亡または行方不明、原発の事故に伴う政府の避難指示などの対象となっている人は、被災地以外の市町村に転入した場合を含めて、一部負担金や入院時食事療養費、生活療養費等の自己負担額を医療機関に支払わずに受診することが可能となった。災害救助法による医療に関する救助の期間は、原則として災害発生から14日以内であるが、東日本大震災に関しては、その甚大かつ広範な被害に鑑み、新規立法による対応がとられたことになる。

震災特別法は、内外人を問う規定を含まないため、外国人であっても日本

人と同様の待遇、すなわち医療費の免除を受けることができる。しかし、同法適用の前提となる医療保険への加入という条件が、外国人が救済を受けるうえでの障壁となっている。

## (2) 外国人の医療保険加入状況

日本では、いわゆる「国民皆保険」の制度がとられている。これは、生活保護受給者等一部の者を除き、全国民がいずれかの保険に入る制度のことであるが、外国人被用者や1年以上在留資格のある外国人も、健康保険ないし国民健康保険に入ることが義務づけられている。上述の震災特別法は、この国民皆保険制度の上に成り立っている。

しかし、現実には医療保険に加入している外国人の割合はあまり高くない。たとえば、日系ブラジル人の多い豊田市では、2004年の外国人労働者の健康保険加入率は42.7%、国民健康保険加入率は16.8%で、医療保険加入率は64.4%にとどまる<sup>37</sup>。また、同様に日系ブラジル人の多い磐田市では、正社員として勤務する外国人の世帯であっても健康保険加入率は56%であり、正社員でなくとも健康保険への加入が義務づけられる週4日以上ないし30時間以上勤務する外国人に至っては、その加入率は30%程度にとどまる<sup>38</sup>。

このように外国人の医療保険加入率が低い理由として、まず雇用主と外国人労働者の双方に、医療保険未加入へのインセンティブがはたらくことがあげられる。健康保険料の半額負担を回避できるという雇用主の利益と、保険料の分得られる給与が増えるという外国人労働者の利害が一致するのである。さらに大きな要因として、健康保険への加入は、厚生年金とセットでの加入を強いられるという点があげられる。同様に、国民健康保険と国民年金もセットでの加入となる。老齢年金の受給には25年の被保険者期間が必要となるが、それ以前に帰国を予定している外国人にとっては、掛捨て同然になってしまう<sup>39</sup>。国民年金または厚生年金の保険料を6か月以上支払った後に帰国する外国人は、その支払い期間に応じて脱退一時金が支給される。しかし、その金額は低く<sup>40</sup>、またその制度を知らない外国人も多い。このように、医療保険料の支払いだけならまだしも、年金の保険料まで支払いを強いられるため、健康保険であれ国民健康保険であれ、加入しない外国人が多く

存在するのである。

さらに、オーバーステイしている外国人のように、正規の在留資格をもたない外国人には、そもそも医療保険への加入資格がない。そのため、こうした医療保険未加入の外国人に対しては、震災特別法に基づく医療費の免除は適用されないのである。それどころか、いかに大きな被害を受けていようが、治療のためにかかる費用は全額負担しなければならないのである。

### (3) 医療機関を利用しない外国人

医療保険に加入していない外国人のなかには、震災により重傷を負った者など、医療費全額を支払ってでも病院で治療を受ける外国人もいるだろう。その一方で、金銭的な理由により病院に行くのを控え、その結果病状が悪化し、さらに治療費がかかるという悪循環も起こりうる。こうした事態を避けるため、医療保険の適用がないときの最後の救いとして考えられるのが、生活保護法の定める医療扶助であろう。しかし、生活保護法の適用対象者は「国民」に限定されており、外国人には一般に適用がない<sup>41</sup>。人道的にはゆゆしき問題である。

外国人が医療機関を利用しない理由は、高額な医療費負担だけではない。日本に不法滞在している外国人のなかには、本国に強制送還されることを恐れて病院に行きたがらない者もいるという。出入国管理及び難民認定法62条1項は、「何人も、第24条各号の一に該当すると思料する外国人を知つたときは、その旨を通報することができる」とし、同2項は「国又は地方公共団体の職員は、その職務を遂行するに当つて前項の外国人を知つたときは、その旨を通報しなければならない」と規定する。24条は退去強制に該当する事由を列挙する条文である。すなわち、外国人患者が不法滞在者であると病院の職員が知った際、当該職員はその旨を入国管理局に通報する権利を有しており、さらに国公立病院の職員であれば、通報する義務を負っていることになる。実際には、病院の職員が通報することはほとんどないようである。しかし、通報される可能性がないわけではない以上、正規の在留資格を有しない外国人は、病院に対する警戒を怠れないのである。

#### (4) 阪神淡路大震災の教訓

こうした問題は、実際に阪神淡路大震災の際に生じていた<sup>42</sup>。短期滞在ビザで来日したばかりの韓国人男性は、1月17日の地震で神戸市内の寮の下敷きになり、6時間後に救出された。左半身の圧迫により急性腎不全となり、大阪府内の病院に搬送された。茶碗ももつことができないほど握力が弱っていたが、すでに医療費が約200万円にもなっていたため、3月2日に退院することにしたという。

また、ペルー人の親子もアパートの下敷きになり、入院して人工透析などを受けた。治療費は500万円近くにも及んだが、2人はペルー大使館や入国管理局の立合いで帰国し、結局治療費は支払われなかった。そのほかにも震災で負傷した外国人はかなりいたと思われるが、退去強制を恐れて病院に行かなかった者も少なくなかったと考えられる。

阪神淡路大震災による外国人死者は、10か国173名に及んだ<sup>43</sup>。また、地震後に出国するため大阪入国管理局に出頭した外国人不法滞在者は155名いたという。こうした不法滞在者は、潜在的に医療費を支払えない外国人であるといえることができる。彼らに医療費の支払いを求めることは難しいが、誠心誠意治療を行った病院が負担を被るのも問題である。こうした問題を受け、NGOが基金を募って災害弔慰金を肩代わりしたケースもあったようである<sup>44</sup>。

東日本大震災では、主たる被害が津波によるものだったため、がれき等による負傷者の数はそれほど多くなかった。しかし、今後何らかの災害が起こった際に、また外国人負傷者の医療費問題が生じる可能性は十分にある。不法滞在者や保険料未払者を優遇することには問題があるが、だからといってそうした外国人を見捨てるわけにもいかない。ここに、有効な解決策を見いだすことのできない法と人権・人道との相克があるといえよう。

### 3 被災外国人の救済に向けて

#### (1) 各国との社会保障協定の締結

国民年金保険料の支払いは、日本人であっても滞納する者が少なくなく、低所得の外国人にとっては一層厳しいものである。厚生年金についても、加

入を見送る外国人が少なくないことは先述のとおりである。このような状況のもと、外国人の医療保険・年金への加入率を上げることは容易ではないが、その一助になるものとして、各国との社会保障協定がある。社会保障協定の主な内容は、①滞在期間に応じて、自国または相手国いずれかの法令のみを適用することと、②両国の年金制度の加入期間を通算して計上し、それぞれの国の加入期間に応じた年金が受給できるようにすることの2点である<sup>45</sup>。年金通算協定とも呼ばれ、一方で公的年金保険料の二重負担を解消するとともに、他方で厚生年金への加入に伴い負担する保険料の掛捨て観念を払拭する利点を有する<sup>46</sup>。

2000年以降、ドイツ、英国、韓国、米国、ベルギー、フランス、カナダ、オーストラリア、オランダ、チェコ、スペイン、アイルランドの計12か国と順次社会保障協定が締結されているが、日本に在住する外国人登録者数の3番目に多いブラジルとの間でも、2012年3月1日に発効する予定である。また、2009年8月からフィリピンとの間で予備協議が始まり、2011年10月から中国との間で交渉が開始されている<sup>47</sup>。2011年9月現在、国籍別外国人登録者数は、1位中国(675,724人)、2位韓国・朝鮮(550,531人)、3位ブラジル(215,134人)、4位フィリピン(209,824人)、5位ペルー(53,300人)、6位米国(51,063人)となっているが<sup>48</sup>、中国とフィリピンの間でも同協定が締結されれば、日本に在住するかなりの数の外国人が協定上の恩恵を受けることになる。これにより、年金の掛捨て問題は払拭されるため、年金と同時加入の医療保険の加入率も上昇することが期待される。外国人の医療保険加入率が上がれば、いざ大災害が起きたときでも、外国人も日本人同様にさまざまな優遇措置や特別措置が受けられることになろう。

## (2) 外国人による外国人のための医療

医療保険の問題は、災害時に傷病者が急増すると顕著にあらわれることになるが、必ずしも震災後に特有の問題というわけではない。医療に関する外国人の困難は、日常においても存在するのであり、そのためにも平常時から対策を施しておくことが望ましい。外国人が直面する他の問題として、診療時の言葉の壁と心の壁がある。外国語で自分の症状を正確に伝えることが難

しいことは、想像に難くない。また、外国で外国人による医療を受けるということは、病状やけがの具合が重ければ重いほど心理的な負担になる。とりわけ大災害後は、災害弱者たる外国人にとって心のケアが重要になってくるが、言葉と心の壁が重くのしかかることになる。

さらに、宗教や風習上の違いも壁となりうる。イスラム教徒や小乗仏教の女性信者などには、男性医に肌を見せることを望まない患者も少なくないようであるが、こうした感覚は日本人には乏しいものである。また、日本人の男性医がカンボジア人の女性の乳房を診察した際、患者を安心させるために女性の看護師と通訳を同席させていたところ、医師に見られるのは仕方がないが、同性の看護師や通訳に見られるのは耐えられないとして診察室から出てもらったケースもあるという。カンボジアでは一般的な考えであるそうだが、そうした風習は日本人には想像がつかない<sup>49</sup>。

こうした問題の解決に資するのが、母国の医師による診療である。もちろんそこに言葉の壁はなく、また安心を提供することもできる。宗教や風習上の問題にも対応できよう。このような意味で、東日本大震災後に、フィリピン政府が自国民の心のケア等の医療支援のために派遣した医療チームは、非常に意義のある活動を行ったと評価することができる。また、外国人による自国民の医療は、通訳の経費の削減という経済的利益にも適う。外国人支援の受入れにかかる通訳のコストと、在留外国人への支援にかかる通訳のコストという、二重のコストを解消することができることになる。

### (3) 外国人医師の受入れ

外国人に対しては、同国出身の医師による診療が望ましいと考えられる一方で、平常時の外国人医師の受入れについては賛否両論あるところである。環太平洋経済連携協定（TPP）への参加の可否に関する議論において、医師の相互承認についての問題が取り上げられることがある。医師の相互承認が進めば、日本で医療活動を行える外国人医師が増えることになる。しかし、こうした議論において、相互承認の導入には概して否定的な見解が提示される。その理由としては、日本人医師がより高給の外国へ流出することや、医療サービスの質の低下などが指摘される<sup>50</sup>。また、日本の医師不足解消のた

めに外国人医師を導入する議論もなされるが、日本語という言葉の壁や給与水準の低さ、労働時間の長さなどから、日本の医療現場にあまり魅力はなく、あえて日本を職場として選択する外国人医師は少ないとの主張がなされる<sup>51</sup>。

一方で、法的には外国人医師を受け入れることは可能で、現在すでに、フランス、英国、シンガポールについては、相互受入れの取極に基づいて、特例的な試験に合格した外国人医師等の医療行為が認められている<sup>52</sup>。たとえばシンガポールについては、経済連携協定（EPA）締結時の口上書の交換により、日本は、①日本の国家試験を英語で受験し合格すること、②外国人のみが治療対象であること等を条件に、7名以下の医師を受け入れることを約束している<sup>53</sup>。小規模ではあるものの、②の趣旨は災害時に必要な外国人医療の目的にも適うものである。FTA や EPA の締結により、人の移動も増えることが予想される今日、こうした相互受入れの制度を漸増させることが、災害時医療改善の第一歩となりうるものと考えられる。

2011年1月には、医療ツーリズムの促進等の国際医療交流を深めるために、外国人に最長半年間の在留期間が与えられる医療ビザの発給が始まった。それに伴い、外国人医師・看護師による国内診療を可能とするなどの規制緩和も検討されているが<sup>54</sup>、経済的な観点だけでなく、外国人保護の観点からも同様の議論が展開されることが望ましいといえよう。

## Ⅳ．災害時医療救援の法的指針

### 1 災害救援に関する国際文書

第2章では、災害時に外国人を受け入れる際の法的枠組みの必要性を論じ、第3章では、被災外国人のための外国人医師による救済の重要性について述べた。本章では、そのような災害時の外国人医師の受入れを迅速かつ適正に行うための法整備を行うための指針について、若干の考察を行うこととする。

### (1) 国連の取組み

大災害が起こったときにいかなる対応を取るべきか、事前に考えておく必要があるということは各国に共通する認識であり、災害時の対応について記した国際的なガイドラインやマニュアルは少なくない。とりわけ、海外からの人道支援の受入れに関する国際文書が増えたのは、1985年のメキシコ地震や1988年のアルメニア地震以降の1990年代に入ってからである<sup>55</sup>。1991年に採択された「国連の緊急人道援助の調整の強化」と題される国連総会決議46/182では、アルメニア地震の際の反省を踏まえ、人道援助の重要性を確認する一方で、被災国の主権や責任、国連や国際社会による調整の必要性が明示された<sup>56</sup>。

総会決議46/182はさらに、「国連人道問題局」(DHA、国連人道問題調整部(OCHA)の前身)とともに、「機関間常設委員会」(IASC)の創設の根拠となった。IASCは、国連の諸機関や赤十字、NGO等の間で人道支援政策について協議や調整を行う組織であるが、近年いくつかのガイドラインを策定している。災害時の医療に関係するものとしては、2011年の「自然災害時における人の保護に関するIASC実用ガイドライン」(IASC Operational Guidelines on the Protection of Persons in Situations of Natural Disasters)や、2007年の「緊急事態における精神保健及び心理社会的支援に関するIASCガイドライン」(IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings)などがある。一方OCHAは、2006年の「災害救援における軍事及び民間防衛施設の使用に関するガイドライン(「オスロ・ガイドライン」)」(Guidelines on the Use of Military and Civil Defence Assets in Disaster Relief—“Oslo Guidelines”)を作成し、外国からの施設の配備を簡易化するためにビザ要件を免除すべきことなどを規定している(パラグラフ60)。

また、1990年代は「国際防災の10年」とされ、その後継として2002年には「国際防災戦略」(ISDR)が正式に発足した。その過程では、日本のイニシアティブにより「より安全な世界に向けての横浜戦略」(1994年)や「兵庫宣言」・「兵庫行動枠組2005-2015」(2005年)が採択されている<sup>57</sup>。これらは、主として「防災」や「減災」を扱うものであるため、災害後の対応、とりわけ外国人医師の受入れについて指針を示すものではない。

## (2) 赤十字の取組み

赤十字は、人道・公平・中立・独立・奉仕・単一・世界性という7つの基本原則に則り人道的支援を行う組織であり、「赤十字国際委員会」(ICRC)、「国際赤十字・赤新月社連盟」(IFRC)、「各国の赤十字社・赤新月社」の3つの機関から構成される。発足当初からある ICRC は、主として戦争の犠牲者保護のために活動する機関である。自然災害の際に活動するのは主に後2者であるが、ルール策定に携わるのは IFRC となる。

IFRC は、複数の NGO の協力のもと、1994年に「災害救援における国際赤十字・赤新月運動及び非政府組織 (NGO) のための行動規範」(The Code of Conduct for the International Red Cross and Red Crescent Movement and Non-Governmental Organisations (NGOs) in Disaster Relief) を作成した。10の原則から成る本文は、救援する側である赤十字や NGO の行動規範を記したものである。一方で、その附属書 I では、被災国政府への勧告が規定されており、救援要員受入れの際の出入国ビザの免除などの勧告がなされている<sup>58</sup>。

より重要なのは、2007年に IFRC により作成された、「国際的な災害救援及び初期復興支援の国内的促進及び規則に関するガイドライン」(Guidelines for the Domestic Facilitation and Regulation of International Disaster Relief and Initial Recovery Assistance) である<sup>59</sup>。本ガイドラインは、表題のとおり災害救援等に関する国内法整備の指針を提供することを目的として作成された(パラグラフ1-3, 8-2, 8-3)。そのパラグラフ16-1cでは、外国医療要員等の専門資格を被災国が一時的に承認すべきことが規定されている。本パラグラフは、運転免許等を含むさまざまな資格の承認を規定するものであるが、とりわけ医師免許の承認が重要であるとされる<sup>60</sup>。また、資格の承認は災害救援と初期復興の業務に限定されるべきで、一時的なものにとどまるべきであるとされる。さらに、提供国または人道援助組織がその医師免許を保証するよう要請されるべきであるとされる。本ガイドラインの目的と照らし合わせると、これらの内容を国内法化することが求められているといえよう。

## (3) 国際文書の意義

上記以外にも、たとえば OECD の開発援助委員会 (DAC) が2005年に作

成した「23の原則と人道提供のよい実行」(23 Principles and Good Practice of Humanitarian Donorship) などがあり，災害救援に関する国際文書は多岐にわたる<sup>61</sup>。これほど多様な文書があると，有効なガイドラインたりえなくなるともいえ，権威ある文書の存在が求められる。現段階では，2007年のIFRCのガイドラインがその地位にあると考えられるが，国際災害救援法の条約化も視野に入れつつ議論が進められることが望ましいといえよう<sup>62</sup>。

筆者の知る限り，直接的に外国人医師の受入れに関する指針となりうるのはIFRCのガイドラインのみということになる。2011年11月28日から12月1日に開催された第31回赤十字・赤新月国際会議では，災害対応に関する法整備の強化，とりわけ2007年のガイドラインを国内法の枠組みに組み入れることの必要性が改めて確認された<sup>63</sup>。日本が今後法整備を進めるにあたって，同ガイドラインは参考になるものと考えられよう。

## 2 指針としての国民保護法

国際文書のなかに外国人医師受入れに関する有用なガイドラインがほぼ見受けられない一方で，既存の国内法に参考になる法律がある。2004年に制定された，「武力攻撃事態等における国民の保護のための措置に関する法律」(国民保護法)がそうである。本法は，日本が武力紛争時の人民の保護に関するジュネーヴ諸条約追加議定書に加入するにあたり，同議定書を国内実施するために作成された法律である。その91条は，まさに外国人医師の受入れに関する規定であるため，やや長いが以下に全文を掲載する。

(外国医療関係者による医療の提供の許可)

第91条 厚生労働大臣は，大規模な武力攻撃災害が発生した場合において，次の各号に掲げる資格を有する者の確保が著しく困難であり，避難住民等に対して十分な医療を提供することができないと認められ，かつ，外国政府，国際機関等から医療の提供の申出があったときは，それぞれ当該各号に定める法律の規定にかかわらず，政令で定めるところにより，その従事する区域及び業務の内容を指定して，外国において当該各号に掲げる資格に相当する資格を有する者（第3項において「外国医療関係者」という。）が，必要な限度で医療を行うことを許可することができる。

- 一 医師 医師法（昭和23年法律第201号）第17条
  - 二 歯科医師 歯科医師法（昭和23年法律第202号）第17条
  - 三 薬剤師 薬剤師法（昭和35年法律第146号）第19条
  - 四 看護師 保健師助産師看護師法（昭和23年法律第203号）第31条第1項
  - 五 准看護師 保健師助産師看護師法第32条
  - 六 救急救命士 保健師助産師看護師法第31条第1項及び第32条
- 2 厚生労働大臣は、前項の規定による許可をしたときは、速やかに、その旨を当該許可に際して指定した区域を管轄する都道府県知事に通知しなければならない。
- 3 厚生労働大臣は、第1項の規定による許可を受けた外国医療関係者（以下この条において「許可外国医療関係者」という。）による医療を行う必要がなくなったと認めるときは、当該許可を取り消すものとする。
- 4 厚生労働大臣は、許可外国医療関係者が、業務に関し犯罪又は不正の行為を行ったとき、その他政令で定める事由に該当するときは、当該許可を取り消すことができる。
- 5 許可外国医療関係者については、外国において医師、歯科医師、薬剤師、看護師、准看護師又は救急救命士に相当する資格を有する者をそれぞれ医師、歯科医師、薬剤師、看護師、准看護師又は救急救命士とみなして、政令で定める法律の規定を適用する。
- 6 医師法第18条、歯科医師法第18条、薬剤師法第20条又は救急救命士法（平成3年法律第36号）第48条の規定は、許可外国医療関係者のうち、それぞれ外国において医師、歯科医師、薬剤師又は救急救命士に相当する資格を有する者については、適用しない。

同条は、大規模な武力攻撃災害が発生したときに、外国人医師が日本で医療を行うことを許可できる旨を規定した条文である。本条だけでもかなり詳細に受入れ手続が明記されているが、さらに同法の施行令19条（外国医療関係者による医療の提供の許可の手続）、20条（許可外国医療関係者の許可の取消事由）および21条（政令で定める法律の規定）で、細かい施行規則が規定されている。

国民保護法91条1項によると、一定の場合に、外国医師免許を有する者が日本の免許なくして医療活動を行えることになる。その要件は、①大規模な武力災害が発生し、②国内の医療関係者のみでは避難住民等に対して十分な医療を提供することができず、③外国政府、国際機関等から医療関係者を派

遣する旨の申出があった場合において，④厚生労働大臣が指定した区域および業務内容に限定して，⑤1項各号に列挙された医療資格に相当する資格を外国において有する者に対して許可を与えるというものである。ここでいう「外国政府と国際機関等」には，NGOや外国の地方公共団体等の組織も含まれるとされる<sup>64</sup>。

本法は武力攻撃災害時に適用される法律であるが，91条のいずれの手続も自然災害時に準用できるように思われる<sup>65</sup>。本条は，本稿第2章で指摘した，刑法35条の抽象的な規定に依拠することの適切性の問題を解決し，厚生労働大臣への指揮命令系統の統一化や地方自治体の負担の軽減にも資し，認められる医療行為の範囲や活動が許される期間なども明確にするものである。そのため，自然災害時の外国人医師の受入れの法整備をするにあたっては，国民保護法91条を参考にして，新規立法ないし災害対策基本法を改正するなどの措置をとることが適切であると考えられよう<sup>66</sup>。

## V. おわりに

本稿では，東日本大震災において問題となった，外国人医師による医療活動と，日本に在留する外国人への医療の提供に焦点を当て，その問題点を指摘してきた。災害時の外国人医師の受入れには，医師不足への対応という側面だけでなく，日本にいる自国民に安心できる医療を提供できるという利点がある。外国人医師による自国民への医療の提供は，さらに通訳コストの削減や在外自国民の保護という各国の義務にも資するものである。こうした複合的利益を実現するためにも，国民保護法91条に規定されるような，災害時の外国人医師受入れに関する法整備がなされることが有用であるといえよう。

本稿では触れることができなかったが，災害時の医療支援の問題には，先進国に特有の問題として介護士の不足という問題も存在する。近年のインドネシアやフィリピンとのEPAによる外国人介護士の受入れは，介護士の不足を補うためのものではなく，相手国の要請に応えるためのものであるとされるが<sup>67</sup>，とくに東日本大震災のように地方を中心とした大災害が起こる

と、高齢者を介護する人員の不足が顕著になる。一方で、災害時医療についてノウハウを有する国際 NGO は、主として途上国での活動を念頭においているため、高齢者の介護についてはあまり経験を有していない。こうした状況に鑑みても、外国からの介護士の受入れについては、日本の政府や地方自治体だけでなく、研究者や NGO も含めて、多方面から今後検討していく必要があるだろう。

#### <付記>

萬歳寛之研究員と尋木真也研究員は、田村正博研究員の御協力の下、2011年8月30日に宮城県警察本部にて海外支援隊の受入れに際しての実務的問題点についてインタビューを行うことができた。インタビューのほかにも、被災現地の案内もしていただいた。宮城県警察本部長・竹内直人様、警備部長・菅野敏彦様、災害対策室長・南部宗利様、公安課課長補佐・佐藤誠様をはじめとする多くの宮城県警の方々の御蔭様で、被災地における海外支援隊の受入れの実態を把握することができるようになった。本稿の内容はあくまで執筆者の見解によるものであるが、大変御多忙ななか、実務的課題について忌憚のない御教示を賜ったことに対し、ここに深甚なる感謝の意を表させて戴きたいと思う。

萬歳寛之 尋木真也

- 1 厚生労働省編『厚生労働白書（平成23年版）社会保障の検証と展望～国民皆保険・皆年金制度実現から半世紀～』（2011年）145頁。
- 2 日本赤十字社「東日本大震災に対する日本赤十字社の対応について③」（2011年12月16日）1頁（[http://www.jrc.or.jp/vcms\\_lf/kyugo\\_20111118\\_sokuhou83.pdf](http://www.jrc.or.jp/vcms_lf/kyugo_20111118_sokuhou83.pdf)）。
- 3 日本赤十字社石巻赤十字病院「活動状況について」（<http://www.ishinomaki.jrc.or.jp/img/shinsai01.pdf>）。
- 4 厚生労働省編『前掲書』（注1）149頁。
- 5 医療チーム数は、7月12日時点のものである。『同上書』149-150頁。
- 6 医療関連の支援団体の活動状況については、東日本大震災支援全国ネットワーク（JCN）の支援状況マップ（<http://www.jpn-civil.net/map/g/32.html>）が参考になる。
- 7 外務省「東日本大震災：3. 各国・地域等からの緊急支援」（<http://www.mofa.go>）。

- jp/mofaj/saigai/shien.html)。
- 8 第177回国会参議院厚生労働委員会会議録第8号(2011年5月10日)6頁。
- 9 大判大正5年2月5日『大審院刑事判決録』22輯2巻(1916年)109頁。
- 10 磯崎辰五郎・高島学司『医事・衛生法〔新版〕(法律学全集16-2)』(有斐閣, 1979年)185頁, 前田和彦『医事法講義〔新編〕』(信山社, 2011年)32頁。
- 11 東京地判平成23年3月23日『判例時報』2124号(2011年)120頁。
- 12 金川琢雄『実践医事法学〔増補新訂版〕』(金原出版, 2008年)38頁。
- 13 『同上書』40頁。
- 14 京都市消防局『京都消防阪神・淡路大震災特集号』(「京都消防」編集委員会, 1995年)74-75頁。
- 15 読売新聞大阪本社編『阪神大震災』(読売新聞社, 1995年)104-105頁。
- 16 『同上書』208-209頁, 読売新聞, 朝刊, 1995年1月25日, 31頁。
- 17 読売新聞, 朝刊, 1995年3月15日, 16頁。
- 18 西川智「阪神・淡路大震災にみられた国際救援活動のミスマッチ」『地域安全学会論文報告集』6号(1996年)267-268頁。
- 19 厚生労働省医政局医事課「外国の医師免許を有する者の医療行為の取扱いについて」(<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r98520000015nly-img/2r985200000166pg.pdf>)。
- 20 米国の医療 NGO が骨折や火傷治療のための機材を整えて来日したが, そのときすでに骨折や火傷の重傷患者は病院に収容されており, 最大のニーズは風邪や過労, 慢性疾患等の診察になっていた。西川「前掲論文」(注18)268頁。
- 21 阪神淡路大震災の際にも, 「緊急避難的行為」という認め方に疑問を呈し, 医師法の改正が必要であるとの主張が見受けられた。読売新聞, 朝刊, 1995年3月15日, 16頁。
- 22 海外からの応援部隊の受入れに伴うあらゆる事項を被災自治体に準備させることはやめ, 肩代わりできる組織を新たに用意すべきとするものとして, 河田恵昭「海外からの応援部隊の受け入れの課題とあり方」兵庫県企画管理部防災局防災企画課震災対策国際総合検証会議事務局編『阪神・淡路大震災震災対策国際総合検証事業検証報告』1巻(防災体制)(2000年)258頁。
- 23 生田長人「今回の震災の特徴と災害法制のあり方」『ジュリスト』1427号(2011年)6頁。
- 24 岩間昭道「日本国憲法と非常事態・環境保全」『ジュリスト』1427号(2011年)16頁。
- 25 大脇成昭「自治体の連携」『法学教室』372号(2011年)16頁。
- 26 国境なき医師団「東日本大震災における MSF の緊急援助活動」(<http://www.msf.or.jp/news/2011/03/5179.php>)。
- 27 AmeriCares, “Japan Earthquake and Tsunami” (<http://www.americares.org/whatwedo/emergency/japan/>); International Medical Corps, “Addressing

- Long-Term Needs in Japan” (<http://internationalmedicalcorps.org/japan>)。
- 28 阪神淡路大震災については2006年5月19日の消防庁確定値、東日本大震災については2011年5月30日の数値である。内閣府『防災白書（平成23年版）』（2011年）11頁。
  - 29 菅波茂編『AMDA被災地へ！ 東日本大震災国際緊急医療NGOの活動記録と提言』（小学館スクウェア，2011年）84頁。
  - 30 東日本大震災においても、国際協力NGOセンター（JANIC）を中心として、こうしたマッチングの対応が行われている。その過程については、以下のJANICの議事録が参考になる。JANIC「東日本大震災支援NGO情報交換会」（<http://www.janic.org/earthquake/ngomeeting/>）。
  - 31 朝日新聞，朝刊，2011年4月5日，5頁。
  - 32 「国際人流」編集局「東日本大震災前後の外国人出入国者数」『国際人流』288号（2011年）24頁。
  - 33 「国際人流」編集局「外国人の入国・在留等の特別措置を実施，被災地域の地方自治体も支援－東日本大震災への入国管理局の対応」『国際人流』289号（2011年）5頁。
  - 34 法務省告示第123号（<http://search.e-gov.go.jp/servlet/PcmFileDownload?seqNo=0000074805>）。
  - 35 「特集東北地方太平洋沖地震に関連する在住外国人への情報」『国際人流』287号（2011年）4-22頁，「特集東日本大震災における外国人への情報支援」『国際人流』290号（2011年）2-19頁。
  - 36 芹田健太郎『21世紀の国際化論－兵庫からの挑戦－（ひょうご双書4）』（兵庫ジャーナル社，2001年）83頁。
  - 37 堤健造「外国人労働者とその家族への医療支援－愛知県豊田氏の事例を中心に－」『レファレンス』673号（2007年）68頁。
  - 38 岩村正彦「外国人労働者と公的医療・公的年金」『季刊社会保障研究』43巻2号（2007年）108頁。
  - 39 「同上論文」108頁，山岡淳一郎「医療の国際化」『国際人流』290号（2011年）34頁。
  - 40 たとえば，国民年金の保険料納付期間が6月以上12月末満の場合は45,300円，12月以上18月末満の場合は90,600円である。36月以上になると，何年支払っても271,800円しか受給できない。日本年金機構「日本から出国される外国人のみなさまへ」（[http://www.nenkin.go.jp/main/individual\\_02/pdf/english.pdf](http://www.nenkin.go.jp/main/individual_02/pdf/english.pdf)）4頁，山崎隆志「外国人労働者の就労・雇用・社会保障の現状と課題」『レファレンス』669号（2006年）32-34頁。
  - 41 岩村「前掲論文」(注38)110頁。
  - 42 朝日新聞，朝刊，1995年3月28日，3頁。
  - 43 読売新聞大阪本社編『前掲書』(注15)110頁。
  - 44 毎日新聞〔神戸版〕，朝刊，2011年6月25日，23頁。

- 45 厚生労働省「海外で働かれている皆様へ (社会保障協定)」(<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/nenkin/nenkin/shakaihoshou.html>)。
- 46 岩村「前掲論文」(注38)112頁。
- 47 厚生労働省「前掲ホームページ」(注45)。
- 48 法務省入国管理局「平成23年9月末現在における外国人登録者数について」([http://www.moj.go.jp/nyuukokukanri/kouhou/nyuukokukanri04\\_00012.html](http://www.moj.go.jp/nyuukokukanri/kouhou/nyuukokukanri04_00012.html))。なお, その他の外国人は333,296人で, 総数は2,088,872人である。
- 49 山岡「前掲論文」(注39)32-33頁。
- 50 第177回国会衆議院外務委員会会議録第10号 (2011年5月11日) 7-8頁, 加藤文子「TPP 参加議論をめぐの一考察-医療分野を中心に-欧米の労働市場との現状比較をふまえて-」『実践女子大学人間社会学部紀要』7号 (2011年) 83頁。
- 51 江原朗「医師不足は外国人医師の招へいで解決できるのか」医療ガバナンス学会メールマガジン147号 (2010年) (<http://medg.jp/mt/2010/04/vol147.html>)。
- 52 山崎隆志「看護・介護分野における外国人労働者の受け入れ問題」『レファレンス』669号 (2006年) 6頁, 「規制改革・民間開放推進3か年計画」(2004年3月19日閣議決定) II重点計画事項 (分野別各論) 6 医療・福祉 (<http://www8.cao.go.jp/kisei/siry0/040319/index.html>) 8頁。
- 53 経済産業省通商政策局編『2011年版不公正貿易報告書-WTO 協定及び経済連携協定・投資協定から見た主要国の貿易政策』(2011年) 548頁。シンガポール側は, 在留邦人のみが治療対象であること等を条件に医師の受入れを約束した (当初15名, 2005年に30名に拡大)。
- 54 「新成長戦略実現2011」(2011年1月25日閣議決定) ([http://www.meti.go.jp/topi/c/data/growth\\_strategy/pdf/jitsugen2011.pdf](http://www.meti.go.jp/topi/c/data/growth_strategy/pdf/jitsugen2011.pdf)) 22, 35頁。
- 55 アルメニア地震の際のヨーロッパ各国による人道支援が多くの失敗を生み, そのことが1991年以降の国連人道問題局災害救済調整部を事務局とする災害時の行動規範に關するルール形成につながったことにつき, 西川「前掲論文」(注18)266-267頁。
- 56 UN General Assembly Resolution 46/182, UN Doc. A/RES/46/182, 19 December 1991, paras. 1, 3, 4, 36, 39, *et al.*
- 57 奥脇直也「自然災害と国際協力-兵庫宣言と日本の貢献」『ジュリスト』1321号 (2006年) 68-69頁。
- 58 The Sphere Project, *Humanitarian Charter and Minimum Standards in Humanitarian Response* (2011), Annex 2, para. 2.
- 59 邦訳として, 以下のものを参照した。墓田桂監訳「国際的な災害救援および初期復興支援の国内における円滑化および規制のためのガイドライン」([http://www.jrc.or.jp/vcms\\_lf/Japanese\\_Guidelines\\_2011.07.07.pdf](http://www.jrc.or.jp/vcms_lf/Japanese_Guidelines_2011.07.07.pdf))。
- 60 IFRC, *Annotations to the Draft Guidelines for the Domestic Facilitation and Regulation of International Disaster Relief and Initial Recovery Assistance* (2007), p. 31.

- 61 そのほか、2011年のIASC 実用ガイドラインの附属書Ⅲに、災害関連の国際ガイドラインが多く掲載されている。
- 62 2012年春に、原子力災害に関する国際的なガイドラインの作成のための国際会議が日本赤十字社のイニシアティブで開催されるが、将来的にはガイドラインを条約化して各国の統一基準にする構想であるとされる。毎日新聞，朝刊，2011年11月23日，1頁。
- 63 31st International Conference 2011, Resolution 7, Strengthening disaster law (1 December 2011), para. 5.
- 64 国民保護法制研究会編『逐条解説国民保護法』（ぎょうせい，2005年）248頁。
- 65 第177回国会参議院厚生労働委員会会議録第12号（2011年6月9日）2頁。
- 66 国民保護法は、その各所で災害対策基本法の条文を準用することを規定している。たとえば42条では、国民保護法上の訓練に際しては災害対策基本法48条1項の防災訓練との有機的な連携が図られるよう配慮することが規定されている。こうした点に鑑みると、反対に国民保護法の規定を災害対策基本法において準用することも可能であると考えられる。
- 67 厚生労働省「規制改革・民間開放の推進に関する第1次答申（追加答申）に対する厚生労働省の考え方」（<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2005/03/dl/h0325-2a.pdf>）4頁。

《2012年1月7日脱稿。なお、本稿で引用したホームページの最終閲覧日も同日である。》