

窓口の担当者を対象に聞き取り調査を行った。

2000年3月に外国人感染者の相談を多数受けた実績のある4つのNGOの担当者に対して対面式聞き取り調査を実施した。調査対象となった団体は、外国人女性のために生活・法律などの相談を受け緊急時の保護も行っている団体が2つ。いずれも東南アジア諸国の女性達の相談を数多く受けている。残る2団体は、在日外国人に対してHIVの情報提供を行っている団体であり1方はスペイン語・ポルトガル語で、他方はタイ語を母国語とするクライアントの相談を多数受けている。いずれの団体も公的な機関から業務の委託を受けたり、公的な基金から助成を受けた経験のある団体であり、社会的な信頼性の定着している団体と言える。

質問項目は、日本人の事例をもとに分類した項目を基礎に、言語による障壁や経済問題、情報不足といった予備調査で明らかになった外国人特有の問題点についても追加をした。

用語の解説 超過滞在者

本研究においては、出入国管理及び難民認定法（以下入管法とする）に違反して滞在するものに対して「不法滞在者」という用語は使わず主として超過滞在者という用語を使用した。これは、入管法に違反して滞在するものであっても生存権など基本的人権は保障されるべきものであるにもかかわらず、「不法滞在者」という用語を使うことで一切の権利が保証されない法の外にあるもののような印象を与えてしまう危険があるからである。

ただし、本邦に滞在し入管法を違反し滞在するものの中には、正規のビザで入国しこの期限を越えて滞在する超過滞在者が大半を占めるがこれ以外に、密入国や偽造旅券・偽造ビザで入国をしているいわゆる「不法入国者」も含まれており、両者の違いを踏まえで両者を包含する表現が必要な場合は、非正規滞在者という表現をする。

ちなみに、海外の文献においてもHIV関連の社会学的な調査・社会医学的な調査においては、こうした人々を不法(illegal)という表現はせずに非登録移民(undocumented migrant)という用語を使用することが通例となっている。

C. 結果

医療の場面：

1 検査

無断検査については、まず、在日外国人労働者が技能工や生産工として働く日本の企業には、中国人、ペルー人、イラン人等、様々な国籍、エスニシティが存在する中で、健康診断の際に、特にHIV有病率の高い国の出身者だけに無断で検査を行ったケースが報告された。

外国人女性に関しては、妊娠による通院時に「無断で検査をさせられた」ケースが数多く挙げられた。女性労働者の場合、自ら進んで「検査のためだけに病院や保健所に行く」というケースはほとんど存在しておらず、陽性が判明したケースのほとんどが「妊娠による通院時の検査」で感染があきらかになっている。そして、多くの場合、妊娠時の検査については、検査に関する説明を受けていないか、または受けていてもそれを理解していないという。

これらの妊産婦に関する事例については、外国人妊産婦が言葉を理解できないから医師や医療関係者が説明や同意をとらなかったのか、各医療機関が国籍を問わず妊産婦へはすべてHIV検査をしているのかについては判断ができない。しかし、ここではたとえ説明され、同意を求められたとしても言葉がわからない場合は妊産婦はそれを理解できないことが問題として指摘された。NGOが通訳として依頼され医療の場に関わるのは、「陽性告知の際の通訳」の場面においてであり、そこで始めて本人は検査結果を聞かされ、検査が無断で行われたことを知ることになる。これは、検査が陰性であった場合にはその後のフォローアップがなされていないことも意味しており、外国人妊産婦の無断検査のケースはかなり一般的に行われていることが予測できるという。

その他、タイ人からは無断検査や強制検査に関する相談が比較的少ない。NGOによると医師に対しクレームを付け難い母国の文化や、陽性であることへの対応で精一杯であり、当時の検査が無断であったといった問題をあまり重要視していないとの指摘があった。

強制検査に関しては、日系ブラジル人が日本企業で就職する際には「ブローカー」を通すことが多いが、そのブローカーが雇用の条件として「検査を強制する」事例があげられた。日系ブラジル人の就職をめぐる雇用者、ブローカー、企業の契約に関しては、そのほとんどが「口約束」であり、文書化した契約書にあたるものは存在していない。しかし、実際に検査を受けた労働者によると、この検査の強制については、日本に来る前に本国で要求されることがあり、日本企業の要請ではなく仲介に入るブローカーの判断によるものだという。

また、女性労働者に対する強制検査の事例として、1990年代初頭に性産業に従事していたタイ女性に雇用者がHIV検査をさせた例がかなり多く存在していたことが報告された。しかし、現在の時点ではこのタイ女性を対象とする強制検査の報告は殆どなくなっている。

2 告知

告知に関しては、1992年-1993年頃の時期にクリニックで告知を受け、そのまま治療に関する説明をまったく受けず、医師に「国に帰りなさい」と一方的に告げられるケースがかなり存在していたことが報告された。現在、このような事例は減少しているが、無症状の時期に検査を受ける事例自体が減少しており、必ずしも状況が改善していることは考えられないという。また、実際、クリニックで十分な説明を受けカウンセリングを受けたという事例も殆ど報告がない。

タイ人女性の事例では、「陽性だと判明」した後、実際には「本人が自分の感染がわかっているにもかかわらず、どこでどう告知されたか」がわからないケースが報告された。まず個人病院で検査を受け、その結果、陽性で拠点病院にうつされ、そこで始めて告知を受けるケースも存在するという。

告知の際の情報提供については、外国人妊産婦の場合、妊娠時の検査でわかっているので母子感染の危険の情報についてはかなり詳しい説明がなされることもあるという。しかし、一方で治療方針、パートナーへ感染させないための方法といった点については情報が充分ではないという。また、それらの説明を本人がどれほど理解しているかについては確かではない。特に、妊娠・中絶を繰り返すタイ人女性のケースもあり、それらはHIV感染をめぐる事態をよくわかっていないためと同国人同士のサポートグループがないためだと述べられた。

プライバシーにかかわる事例では、NGOから通訳を介して告知が比較的スムーズに行われ、その感染者のプライバシーが守られた例もかなり報告された。一方で、コミュニティーの規模が小さい外国人社会では同国人の通訳からプライバシーがもれることに対する不安を持つ感染者もおり、共通の知人がいないような通訳が選択できるよう十分な数の通訳が提供される必要であることも指

摘された。

その他、第3者告知に関しては、感染している外国人と感染していない日本人のカップルで医師が外国人感染者本人ではなく、「日本人のパートナー」にまず告知しようとしたケースが報告された。このケースに関しては、感染していたのが日本語のよくわからない外国人だから本人に告知しようとしなかったのか、医師が最初に本人ではなく「パートナー」に知らせるべきと判断したかについてはあきらかではない。

また、重症でコミュニケーションがとれない状態の外国人女性が病院に運ばれた際に、医師が付き添っていた日本人男性にその関係性を聞くことなく「告知」をしたケースも報告された。患者が日本人の患者の場合、医師が患者と付き添い者の関係を問うことなく告知をすることは考えられなく、ここでは医師が第3者に告知を行ったことに関して患者が外国人であったことがその要因として考えられる。

3 診療

まず、医療情報へのアクセスという点では、日本社会に生活している中で「日本語が読めない」という事実はアクセスを極端に悪くすることが指摘された。特に現在、日本に存在する HIV に関する情報は日本語で書かれたものが圧倒的に多い。NGO からは、在日外国人労働者の多くは、日本語がほとんど読めないことその他に日本社会との接点がほとんどないという点において、医療情報、HIV に関する情報から隔離されていることが挙げられた。また、ブラジルやタイは文化的な特徴として彼らの多くは、「書かれた情報」を求めない傾向があるため、日本で作成されている数少ない外国語によるパンフレット等が有効に生かされていないとの指摘があった。

また、タイ人女性で性産業・サービス業に従事している場合、来日してからの日数、借金が返済終えているかどうかのステータスが情報資源やサービスの利用に関して影響を及ぼしている。特に来日間もなく、現役でセックスワーカーとして働いている場合、極端に不安が高く、社会的な資源へのアクセスを拒否する傾向が見られるという。そして、それらの傾向は、すでに借金返済が終了し自由の身となった女性達が比較的にリラックスして NGO 関係者と会話ができることに比べて格差が著しいとのことであった。

しかし、一方で、滞在が7-8年と長くなっているタイ人についてはまだ自国でのエイズ感染が深刻ではない時期に日本に来ており、自国での情報にほとんど触れていないという意味で情報量が少なく、新規で来日している女性はタイでのエイズに関する情報にかなり触れているという。

病院へのアクセスという視点では、病院が「敷居が高く」てちょっと具合が悪いくらいでは、病院には行けないために NGO に連絡があることが報告されている。また、救急車を呼ぶと、オーバースティーである同国人の居所がわかってしまうことを恐れて深刻な病状なのに救急車を呼ばなかったケースもある。

実際の医療機関での診療の場面では、ブラジル人の感染者が病院で「診療」を行う前に、「ビザの有無」、「国民健康保険の加入」を聞かれ、国民健康保険に加入していない場合、診療を拒否された例があげられた。これらは、エイズ治療の拒否以前に、医療費を支払えない患者を受け入れたくない病院側の態度として報告された。このように在日外国人の場合、病院にとっては、外国人の患者が支払いができるかどうか問題とされるケースが多い。しかし、一方で正式な就労ビザがあったり、日本人の配偶者ビザがあり健康保険に加入しているにもかかわらず、それを確かめないで外国人だからと言う理由で診療を拒否されたケースも報告されている。診療の拒否では、すでに発症

しており、入院の必要性があるにもかかわらず、帰国を促し、大使館やシェルター（女性のための一時保護施設）に紹介してくる事例がいくつか報告された。その他、病院で日本語が書けないために様々な書類に記入できなく、診療を後回しにされた事例もある。医療従事者による「日本語が書けない人は診療が受けられない」との言葉もあったという。また、外国人女性のケースでは、セックスワーカーが多いとメディアで報道されている国の出身の女性が、それだけで医療従事者に「不道德なことをしている人」という態度で扱われたとの指摘もあった。

実際の診療が行われた事例のなかでは、診療を途中でやめるケースがかなり多くあることが報告された。これらについては、医師による患者の治療継続性の可能性評価が充分ではないこと、患者は、様々な治療の選択肢が与えられたがそれらが正確に理解できていなかったことなどがその原因としてあげられた。特に多剤併用療法では中断が多いという。入院した場合については、医療従事者が直接手をふれなかったり、名前のない個室に入れられ、「汚いもの」の様に扱われたとの事例が報告されている。

治療の説明については、日本人と外国人がカップルで感染していたケースの場合には、医師が最初から「外国人が日本人に感染させた」と決めつけて HIV 感染にかかわる説明をしたケースが報告されている。また、感染者が外国人でそのパートナーが日本人である場合のケースについては、医師が日本人の家族に様々な説明をし、確認を取りたがる傾向が報告された。多くの場合、医師は患者が日本語をよく理解できないという前提で「家族に話す」ことで患者に対して説明ができていたと思いがちであるという。しかし、日本人のパートナーに患者への支援能力がなく、治療を続けることを困難にするケースも多い。

医療連携という視点では、女性の場合、そのほとんどが妊娠による通院と治療になるが、医師からの紹介がないことによって妊娠・出産の後、感染症科などの院内の他科に適切につながらない事例がかなり多い。また、出産の後、積極的に帰国を勧める傾向もあるという。そして、感染している場合、本人の意思を確認する前に医療従事者が「自国に帰るのが本人にとって幸せ」であるという思いこみで説明することがあるとの指摘があった。また、この思いこみは医師だけに特有のものではなく、NGO の支援者やソーシャルワーカーの中にさえも存在するという。

一方で、外国人の診療へのアクセスを積極的に高める試みとしては NGO がかわったケースからは医療機関によっては、診療時間を延長して夜の診療を実施したり、土曜日に薬をもらえるようにするなどの配慮がなされた事例が報告された。診療時にビザの有無を問わなかったり、分割払いを認めるなどの配慮も医療機関によっては行われている。

4 生活の場面

職場では、HIV 感染を理由に解雇された事例がある一方で、町工場の社長が経済的な援助をしたり、小手術の際の保証人になるなどの積極的なケースも報告された。

地域社会での事例としては、子どもを持つケースでは乳児院や保育園・幼稚園での対応が報告された。感染者とわかっていても差別なく受け入れがある乳児院が存在する一方で、子どもの入園に際して HIV 感染の有無を証明する書類を求めた保育園もあるという。

その他には、オーバースティーマの外国人の場合で、日本人と婚姻関係にあることで障害者手帳が

交付され、治療が可能となるようなケースでは、パートナーとの結婚生活に問題を抱えていても、そのためにパートナーに依存せざるを得ないことが起こり得るという。

D. 考察

在日外国人の HIV 感染にかかわる本研究の多くの事例は、まず第一に、日本では医療の場においても「外国人排除の論理（駒井、1999 年）」が働いていることをあきらかにしている。在日外国人は医療の場においては、「HIV 感染者」である前に「外国人」であることによって人権が侵害され、差別を受ける対象となりうる。報告された多くの診療拒否の事例は、患者が HIV 感染者であることよりも「外国人」であることに基づくものである。患者が HIV 感染の診断をされる前に診療自体を拒否される事例は、日本人の感染者ではほとんどありえないであろう。

多くの診療拒否事例は、健康保険を持たない超過滞在者に対して起きているが、拒否の理由が、必ずしも「経済的な理由」だけではないことは、医療従事者が在日外国人の「健康保険の有無」を確認しなかった事例に示されている。

また、露骨な診療の拒否のみならず、感染者・患者個人の持つ諸事情を考慮することなく「帰国することが本人のため」、「自分の国の医療サービスを受けるのがいい」といった一部の医療従事者の思い込みや態度もまた日本社会の「外国人はいつかは自国に帰るべきである」という排除の論理を体現するものである。それらは HIV 診療だけに限ることではなく、日本の「外国人医療一般」の場における共通の人権問題として指摘することができる。

そして、これらの外国人であることに基づく人権の侵害や差別は、HIV は性行為感染症であり「外国から来た病気である」、「外国人によってもたらされる病気」という日本社会におけるエイズの認識によって助長される。カップルで感染している場合、本研究でも報告された医療従事者が「外国人」である方が先に感染したと思いき事例はこれらの日本社会の認識を顕著に表すものである。これらの構造の中で、現在、在日外国人の感染者は「外国人であること」と「HIV 感染者であること」において 2 重の人権侵害や差別を受けることになる。

これらの「在日外国人」に対する人権を考察する事例として、本研究は、「非西欧系の人々」を対象とした。しかし、エイズと人権の文脈ではこれらの在日外国人もまた同質な集団ではなく、異なる国籍、エスニシティによる多様性が存在することがあきらかとなった。駒井(1999 年)によると、現在日本に滞在する発展途上国を中心とする外国人の傾向としては、ブラジル人、スペイン語圏の出身者は、日本人の配偶者等、定住者からなる日系ブラジル人が多数である。彼らは、技能工、生産工程に従事しており、日系人として正規の就労ビザを有している者も多い。

一方、アジアでは男性は工場や建設現場で単純労働に従事する超過滞在者が多く女性では工場などの労働以外に、興業ビザでの娯楽サービス関連産業に従事する女性や日本人の配偶者の割合が他の国に比べて多い。単純労働者やセックスワーカーのほとんどが超過滞在者である。

これらの背景の違いや多様性は在日外国人のエイズをめぐる人権問題においては重要な視点である。例えば、多くの妊産婦の事例は、アジア諸国の女性での日本で就業動向が彼らをめぐる人権問題、特に差別のありように大きな影響を及ぼしていることをあきらかにしている。報告された事例では診療を目的とすべき病院において、アジア出身の女性が「性産業に従事している不道德な行いをする人」としての扱いを受けたと感じている。工場労働者や主婦であっても、特定の国出身の女性が「セックスワーカー」として見られることはしばしば起きている。

これらは日本において「東南アジア女性」＝「セックスワーカー」のステレオタイプの存在を示すものである。そして、これらのステレオタイプは HIV 感染に関する偏見と強く関連しており、それらは男性労働者、感染者とは異なった文脈でおこる差別・偏見として指摘することができる。

また、本研究で報告された事例では HIV に関しては、ブラジルやタイをはじめ「出身国のエイズの蔓延状況」が、彼らをめぐる人権侵害・差別における重要な要因であった。日本社会の中に「エイズは外国から来る病気」という思い込みが存在する一方で、企業の雇用者の中では外国の中でも「エイズの蔓延する国」と「エイズの危険の少ない国」の差異化があることは注目できる結果である。

1 検査

本研究は方法論として「在日外国人支援 NGO」の事例を収集した。この場合、NGO は多くのケースにおいて感染者と告知時の通訳という場面で始めて関わるために、検査の同意を取る場面での状況があらかじめできないという限界が存在する。しかし、陽性告知で関わった例では、そのほとんどが本人は検査を理解していなかったことから、外国人に対する無断検査はかなり頻繁に行われていることが予測できる。特に、「日本語がわからないからよく説明しなかった」ことは外国人に対する検査のあり方として充分考えられよう。充分な説明と同意のある検査を行うためには、検査をするかしないかの判断の段階で通訳の介入があることが望ましい。しかし、実際に通訳に入る NGO がその段階で呼ばれる例は極めて希であり、こういった積極的な例はほとんどないと思われる。また、「妊産婦の強制検査」に関しては、本研究では医師がどのような意図を持って行ったかについてはあらかじめできない。しかし、陽性対応ができない病院における検査の実施という点においては、医療従事者の自己防衛の意味があったことは充分予測できるだろう。しかし、一方で母子感染の予防のためのなどの意図があったことも予想され、今後の課題として「医療従事者側の検査への態度」を分析する必要性があげられる。

1993 年前後には、多数の外国人が「自主的に」検査を受け多数の抗体陽性者が報告された。しかし、こうした事例はほとんどが、「外国人セックスワーカーに感染者が多い」というエイズパニックの中で、雇用主から陰性証明書を求められて受診したセックスワーカー達であり、一部の施設を除いて通訳の同席やカウンセリングの実施はなされなかった。当時、告知を受けたセックスワーカー達の多くは帰国を薦められるばかりで、医療情報の提供はほとんど受けず治療には結び付いていない。

この時期には、「抗体検査で陽性がわかると入管に通報されて帰国させられる」との流言もタイ人の間では広く流布されていた。

その後、雇用者側からの検査の強要がおきないようにすると、抗体検査受検者数は激減し現在に至っている。このことは、検査が本人の意思によって行われ本人の利益をまず尊重するものでなければならないことを物語っている。

2 告知

在日外国人の場合、なによりも「言葉がよくわからない」ことが問題であり、適切な告知のためには通訳の介入が不可欠の条件となる。そこではまず、外国人の告知の場面に関しては、告知の場に通訳がいたかどうか問われる必要がある。しかしながら、本研究においては「告知の際に通訳を派遣する」NGO のケースについての報告であり、通訳がない場合のケースについては詳しくはあらかじめできない。それでも、実際には日本ではポルトガル語やタイ語などで充分に HIV に関する通訳ができる人材は限られていることから、通訳を介していない告知や説明の場面が存在していることは充分に予測できる。また、通訳の存在があった事例でも、告知時の情報の提供・カウンセリングという視点では、外国人の事例ではカウンセリングが行われたケースは非常に少ないことは特徴的であろう。

その他、告知時の通訳に関して、感染者が同国人の通訳を断った事例より医療現場における通訳、特に、HIVの告知に関しては「告知の情報を通訳が知ること」を外国人患者のプライバシーを守るという視点からどのように考えるかという問題が提起された。特に、日本に滞在する同国人の人口が少ない国であれば、患者と通訳が偶然に知り会いであるという可能性が高くなり、その際に情報はいかにして守られるのかが問われる必要がある。「通訳をつける権利」と「プライバシーを守る権利」の位置づけ、「通訳の守秘義務」は今後の通訳をめぐる人権の課題としてあげることができる。

3 診療

一般的に超過滞在や短期滞在者など健康保険に加入できない外国人は、「高い医療費を払えないこと」、「超過滞在者であることを入国管理局に通告されることを恐れること」が指摘された。そのために必然的に、我慢する期間が長くなり、HIV感染者が医療を受ける段階ではすでに発症し、かなり病状が進んでいることが多くなる。

在日外国人、特に超過滞在者の医療保障に関しては「国民健康保険」への加入ができないことが最も大きな障害であることは広く指摘されてきている（高山ら、1992年）。本研究においても多くの事例から在日外国人、特に超過滞在者にとっては高額な医療費が払えないことがHIV診療を受ける障害となっていることがあきらかになった。駒井(1999年)は、医療費の全額負担が非正規滞在者の医療機関へのアクセスを抑制させることを指摘した上で、「非正規滞在者が医療保険に加入できないことは基本的人権である生存権の侵害ともいえる」と述べているが、医療費の支払いができないためのHIV診療拒否も同様の文脈において生存権の侵害と位置づけられる。

しかし、その一方で在日外国人への医療の保障を人権として前提とした上でも「医療保険に加入していない人が基本的人権として保障されるべき医療はどこまでか」という議論が残される。本研究は、HIV診療における「きわめてクリティカルで緊急性がある場合」についての診療拒否の事例があげられた。この場合における医療の提供は、それが、生命の保障を目的とし選択が存在しないという意味で、この事例が基本的人権の侵害であることに異論はないだろう。しかし、抗HIV薬や日和見感染の予防等診療に選択肢が広く存在する場合において、必要不可欠な医療の範囲をどうやって規定して行くのかという点については今後さらなる議論が必要だろう。

さらに、情報へのアクセスという視点では、日本の社会で日本語がわからない外国人は情報へのアクセスが極端に抑制されるのはあきらかである。この言葉の問題は、世界的にも移住労働者がHIVの情報にアクセスできない大きな障害として広く指摘されている。また、本研究の事例では日本で作成される外国語のパンフレット等についても、日本語の直訳が多いなど、文化的配慮を欠いたものであること、それが実際に在日外国人の手元まで届いていないことも報告された。今後、正確な情報を届ける際には、文化の多様性の前提のもと、情報そのものだけではなく「情報の求め方」に関する文化的な配慮が必要とされよう。特に、ラテン系の支援グループがケーブルテレビでの情報を流し、それによって相談の情報が多くの人々に伝わった例は文化に配慮した方法論として示唆的である。

その他に、本研究では言葉の問題だけではなく、オーバースティであることが通報されることを恐れる態度が様々な情報から隔離される大きな要因であることがあきらかとなった。それらの態度は、救急車を呼ぶなど生命に関わる場合においても、行動に影響を与えている。これらの行動に関連する要因については、情報量が少ないという物理的な条件だけではなく、支援者は、当事者たちの中に「情報やサービスにアクセスできる」という認識がないことをその要因として指摘している。

こういった状況の中で、多くのオーバースティの外国人が支援NGOへアクセスしていることは、

注目すべき事柄であろう。支援 NGO が、外国語で対応できること、法的なステイタスを問わないという安心感が当事者のアクセスを高めていることは十分に考えられる。しかし、同時に現実にはこれらの NGO にまでアクセスできていない在日外国人が多数存在していることも問われる必要がある。社会資源として支援 NGO が存在するという情報をいかに当事者に届けるかについては、方法論をふくめてさらなる取り組みが必要である。

参考文献：

厚生省エイズ動向委員会 報告 1998 年

駒井 洋 日本の外国人移民 明石書店 1999 年

中桐伸五 高山俊雄 編 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 年

Ⅲ 人権に関するガイドラインの研究

HIV/AIDSと人権に関する先行研究の概観

3. HIV感染症における人権に関する英文文献の研究
4. HIV感染症における人権に関する邦文文献の研究

HIV 感染症における人権に関する英文文献の研究

浅井 篤 大西 基喜

1 目的

今回は海外の HIV 感染症における人権に関するガイドラインを調査する一貫として、HIV 感染症に関する倫理的問題を議論した英論文のレビューを行った。

2 方法

MEDILINE、BIOETHICSLINE、およびAIDSLINE を利用しコンピューター検索を行った。human rights, guidelines, policy, ethics, position paper をキーワードとした。また筆者らや班員の個人所蔵の書籍や文献も利用した。

3 制約

今回のポジションペーパーや論文のレビューには以下のような幾つかの制約がある。

- 1) 英語で出版されている論文のみを取り上げており、他の言語のものは含まれていない。したがって非英語圏の議論は明らかになっていない。また、MEDILINE、BIOETHICSLINE、およびAIDSLINE に登録していない雑誌については検索できていない。
- 2) 論文で扱われている問題は、主に医療現場における倫理的問題であり、職場、学校、住居などより広い社会的倫理的問題については、他の方法によるさらなる調査が必要である。
- 3) 今回の検索では、規範倫理的議論を中心としたため、記述倫理的な実態調査については扱っていない。また、終末期医療についての問題も、あまりにも問題の範囲が広いため除外した。

4 論文の紹介

概略

HIV 感染症に関して人権を含む倫理的問題は多い。Schuklenk¹⁾の言うように格別「新しい倫理的問題はない」のかもしれないが、現代の権利観の高まりと人類への脅威となる性行為感染症とが織り成す倫理的問題は広範にわたっていて、様々に新しい様相を呈している。人権侵害例は極めて多く報告され、また裁判例も膨大に集積されつつある(Gostin ら²⁾)。Lo3)によればこれらは単に一般的な倫理原則(自律、仁恵、正義、真実告知、そして秘密保持など)を当てはめるだけでは解決しがたく、前例を研究して結論を出すという主義(casistry)でも限界がある。以下に、多岐にわたる倫理的問題に関して、検索し得た文献につきテーマ別に編集した。ただテーマ別とは言っても複雑に入り組み、相互に関連しているので適切な分類は困難である。

個人の権利と公衆衛生、予防について

従来の公衆衛生的手法は HIV 感染症蔓延の抑制にはあまり役に立たない。Kirby⁴⁾はとりわけ発展途上国で障害になっていることとして、性教育に対する宗教的障害、危険なセックスに従う弱い女性の立場、法による同性愛などの禁止、コンドームの入手不可、予防政策の不備などを挙げている。更に、国際共同体における予防努力は普遍的な人権の観点から考慮すべきで、強制的な介入ではなく、反対に感染リスクの高い人々の人権を尊重することで感染蔓延の抑制は達せられると説く。一方、Danziger⁵⁾は HIV 感染者の権利と共に、感染予防における感染者の社会に対する責任にも言及されなければならないとしている。公衆衛生と人権の尊重はもともと相容れず、いまだ公衆衛生の倫理

は確立していないとする議論もある(Mann⁶⁾)。Maue⁷⁾による、公衆衛生的手法とそれによって侵害される個人の権利の一覧表を付表で示す。

医療資源配分の問題

HIV/AIDS患者の診療、ケアに対して、どのように医療資源を配分すれば良いかは問題であろう。Hansen⁸⁾は、HIV/AIDSに関する研究にどれだけ予算をあてればよいか、HIV感染症に多大の出費をしてもよいのかは問題であるとしている。Casarett⁹⁾もHIV感染症以外の疾患にも公平な配慮を要求している。

抗体検査と告知

強制的抗体検査についてしばしば議論される。検査は本人のためと、他者(配偶者、胎児、公衆衛生上、医療従事者)のためが考えられるが、どれも現在一般的に許容されているものはない(Schuklenk¹⁾)。

匿名のスクリーニング検査については、同意が必要か、匿名スクリーニングの結果を患者に知らせるべきか、という問題がある。Levine¹⁰⁾によれば、研究で明らかになった抗体検査結果を、知らされる権利及び知らされない権利が考えられる。さらに研究に明らかになった抗体結果を基にパートナー告知をするのか、という問題、またそれを研究参加者からインフォームド・コンセントを取るときに明示すべきではないかとの議論がある。

検査結果については、医療従事者はHIV陽性者に結果を説明する義務があるか、当該機関に報告する義務があるかという問題が生じる(Hansen⁸⁾)。また告知後のカウンセリングの問題もある。

守秘義務と警告義務

守秘義務は絶対的なものか相対的なものかが問題となる。Gillin¹¹⁾は臨床医として最大限に守秘義務を守るとしても、社会に対する害を避けるための機会は見逃すべきではないとする。しかし現実には守秘義務と警告義務のジレンマの解決は容易ではないことをも指摘している。Lo¹²⁾はまた第三者への警告は、どの範囲の関係者までかと疑問を呈している。更に医師は警告義務を持つのか警告特権を持つべきかという問題も提起している(Lo¹²⁾)。

一方罹患者としては、自殺、事前指示、エイズについて正直であるべきか秘密にすべきか、自分がゲイでエイズであることを秘密にすべきか否か、差別を避けるために嘘をつくのは正しいか、エイズに罹っていても子供を持つべきか、他の人に感染させる可能性があっても性的に活動的であるべきなのかという問題が生じる(Cameron¹³⁾)。

パートナー告知

パートナー告知は感染予防に有効だが、様々な問題があるとされる。Watters¹⁴⁾によれば、検査に積極的でない場合があるし、特に弱い立場にある女性に対する家庭内暴力もある。また感染者告知も困難な状況では感染者に自発的告知が期待できない場合がある。とくに家庭内暴力はHIV感染症と共に女性を危険に陥れる(North¹⁵⁾、Temmermanら¹⁶⁾、Rothenbergら¹⁷⁾)。Rothenberg¹⁸⁾らの指摘によれば、パートナー告知は重要な予防戦略の一つで、法的に感染者から同意をとることなくパートナーに告知を勧めたり強制する州が多くなってきているが、家庭内暴力の危険にある女性感染者に対する配慮が重要であるとする。彼女はすべての感染女性の家庭内暴力に対する危険を評価し、適切に介入することや、家庭内暴力の可能性が高い場合は、感染女性の同意なしにはパートナー告知を行わないことを提議している。また感染者の同意なしのパートナー告知を認める法は改正すべきで、パートナー告知を拒否した感染者を罰する法改正も必要だとしている。

医療従事者の権利と義務に関する問題

医療従事者は HIV/AIDS 患者を診療する義務を持つかという問題がある。医療従事者に恐怖と無知、偏見（たとえば「同性愛に対する神罰」）が認められる(Hansen⁸)。Schuklenk¹¹はこの問題について、医療職の特殊性から義務を主張する倫理学者もいれば診療も一つのビジネスであって、そのような義務はないとするものもいる現状を指摘しながら、契約関係を結びたくないものに、それを強制すべき理由はないとする。診たくない医師の標準以下の治療が指摘されており、それは熱心な医師に委ねるのが妥当であろうと現実的な対応を提示している。Wittmann¹⁰は外科医は HIV/AIDS 患者の手術する義務を持つかを議論している。外科医の間で合意はなく、ある外科医はヒポクラテスの誓いを遵守し、他の外科医は、緊急手術以外は、誰を手術するかを決める権利を持っていると主張する。更に彼によれば、外科医が抗体検査を受けるべきか、感染している外科医が診療活動を制限すべきかとの問題もあるが、これに関する合意はないとしている。

臨床研究及び治験薬使用について

この問題は議論が多い。研究そのものの倫理的側面、治験薬へのアクセスの問題、さらに発展途上国・先進国間の問題などが含まれる。

【臨床研究】

HIV 感染症に対する新薬の試験と使用について Lo¹¹は、臨床治験参加は患者の利益か、または将来の患者の利益かという問題を提示し、疾患が致死的な場合ランダム化比較試験(RCT)は倫理的に許容されるかと問う。Schuklenk¹¹は生命を脅かされている人に RCT で利他的行動を期待するのは無理であり、例えば新薬を求めるためには患者は嘘をつくことも当然ありうると述べている。

Brennan¹⁰はヘルシンキ条約改定案についてインフォームド・コンセントの方法、治験参加者への医療の保障、有効薬がある状況でのプラセボの使用、非倫理的研究の出版など問題点が多いと指摘している。これには反論もある(Levine¹¹)。

【治験薬へのアクセス】

Arras²²によれば、エイズ活動家の運動で臨床治験の従来の捉え方が変わり、治験参加は利益であり、実験段階の効果未定薬剤は治療であり、そして彼らはそれらの薬物を手に入れる権利を持っているとする。彼らにとって被験者を保護するための倫理規範はパートナーリズムの最悪の形態でしかない。自分が負うリスクについては自分で決めるとする。Daugherty²³や Schuklenk¹¹も類似の見解を提示している。

個別新薬についての討議もあり、例えば ACTG076 の治験についてプラセボの使用、特に開発途上国での使用に関して議論がされている(Lurie ら²⁴、Angell²⁵、Varmus ら²⁶)。

【発展途上国・先進国間の問題】

今までの「倫理産業」はあまりに狭量に過ぎ、発展途上国の問題を無視してきた(Keith²⁷)。Annas ら²⁸は発展途上国における臨床治験は多くの問題を抱えているとして、臨床治験の倫理的規範の普遍性、文化的差異と普遍的倫理原則、臨床治験におけるインフォームド・コンセントの水準、実施国の利益などについて論じている。他国で行なう臨床研究にアメリカの倫理スタンダード(インフォームド・コンセント)を当てはめるのは適当であるか、またそれらは文化や宗教で変わるのかと。しかしそうした相対主義的立場は、結局は米国国内では非倫理的と判断され施行不可能な研究を、第三世界で行なうことを正当化するのではないかと Angell²⁹は警告している。Glanstz³⁰も少なくとも研究成果が当事国の人々に利益をもたらすことができなければならないとしている。

附) ワクチンについて

ワクチンも発展途上国で行われる傾向が出てきて、被験者の権利や利益が問題となっている。Guenter³¹は UNAIDS の記録で国際的な調整を報告している。発展途上国の不利にならないよう治験の取り決めがなされつつある。また生ワクチンについては医師などが自発的に参加する試みがあるが、安全性が確認されてもいず、Pinching³²は参加に真の自発性がないなどの警告を発している。

差別や習慣などについて

民族、文化、習慣の違いなどによって人権が侵害される場合も多い。ラテンアメリカの多くの国では今でも同性愛は罪になる(Schuklenk³³⁾)。Scheper-Hughes³⁴⁾は女性、性転換者などの Sexual citizenship (セックスや生殖に関して自由に自発的に選択できる権利、性的な自律やプライバシーを守る権利)が保障されていない国家では、個人の権利のみを基本にしたプログラムを行うと、もともと個人としての権利を保障されていない脆弱な集団は HIV 感染から守られず、彼らを守るためには人道的な公衆衛生的方法にも利益があるとしている。また Schuklenk³³⁾は、一夫多妻制などの伝統的習慣によってそれと知りながら感染が広がるにまかせる事例、貧困な女性の生きる糧としての売春、効果的な性教育を阻む宗教的道德観(たとえばコンドームの普及に反対する教会)などを示している。

引用文献

1) Schuklenk U: AIDS: individual and 'public' interests In: Kuhse H, Singer P(eds); A Companion to Bioethics London; Oxford University Press: 343-356.,1998

総論。関心を集める理由: STD である。死に至る病である等
生命倫理学者の関心を集めてきた主題:

- ・ HIV テスト
- ・ HIV 感染は他者への害と考えるべきか、自己への害と考えるべきか
- ・ AIDS の臨床研究と治験薬へのアクセスにかかわる問題
- ・ 感染した医療従事者の問題と感染者 (HIV、AIDS) 治療の義務に関する問題

2) Gostin LO, Webber DW: HIV infection and AIDS in the public health and health care systems: The role of Law and Litigation. JAMA 279:1108-1113,1998

過去 20 年間の HIV 感染症に関わる 600 例近くの裁判例の要約である。

HIV 抗体検査と報告に関する事例:

プライバシー、警告義務、そして知る権利: 医療現場での HIV 暴露への恐怖、HIV に感染した医療従事者の開示義務、危険に曝されている第三者への警告義務

予防と治療: HIV 感染症の診断ミス、静脈麻薬用シリンジの配給

差別と診療へのアクセス: 「障害」の定義、医療従事者の診療義務、医療保険における無差別、HIV に感染した医療従事者、囚人の医療

3) Lo B: Ethical dilemmas in HIV infection: What have we learned? Law, Medicine, and Health Care 20:92-102,1992

HIV 感染症に関わる倫理的問題は、単に一般的な倫理原則(自律、仁恵、正義、真実告知、そして秘密保持など)を当てはめるだけでは解決出来ない。また前例を研究して結論を出すという主義(casistry)でも限界がある。

HIV 感染症に対する新薬の試験と使用(臨床治験参加は利益か?今の患者の利益か将来の患者のそれか?)疾患が致死的な場合 Randomized clinical trial は倫理的に許容されるか?治験外での正式に認可されていない薬物の使用。

パートナー告知: 守秘義務の重要性、第三者への害を防ぐ、医師は警告義務を持つのか警告特権を持つのか?

HIV 感染症は他の感染症とどこが違うのか?感染グループ(教育ある裕福なゲイの人々)に対する

強い差別が市民権運動を引き起こし、HIV 感染症に対する例外的な感染抑制方法を確立させた。抗体検査に対する法的規制、自発的検査の保障、匿名による届出、秘密保持のための法律確立。一方、強制的検査、隔離、監禁を支持する強い主張も出現した。

4)Kirby M: Human rights and the HIV paradox. Lancet 348:1217-1218,1996

従来の公衆衛生的手法は HIV 感染症蔓延の抑制にはあまり役に立たない。法で行動変容をさせることはできない。発展途上国では以下のような事項が障害になっている。

性教育に対する宗教的障害

危険なセックスから自分を守れない弱い女性の立場

法による同性愛などの禁止

コンドームが入手できない

予防政策の不備

従来の強制的な介入でなく、国際共同体におおえる予防努力は普遍的な人権の観点から考慮すべきである。今までに幾つもの人権が同定されている。

HIV パラドックスは、強制的な介入では感染蔓延の抑制はできず、反対に感染リスクの高い人々の人権を尊重することで達せられる。一世記前の梅毒の時と類似している。いくつかの感染抑制策を挙げる。

5)Danziger R: An epidemic like any other? Rights and responsibilities in HIV prevention. British Medical Journal 312:1083-1084,1996

エイズはかつては公衆衛生的危機と捉えられていたが、今は慢性的な公衆衛生的問題と見なされ、他の感染症と同じように扱われてきている。また、今までは HIV 感染者の権利に焦点が当てられてきたが、これからは、権利と共に、感染予防における感染者の社会に対する責任にも言及されなければならない。

6)Mann J: Medicine and public health, ethics and human rights Hasting Center Report May-June:6-13,1997

公衆衛生と人権の関係：もともと相容れないもの、公衆衛生の倫理は確立していない。個人レベルでは倫理、公衆衛生レベルでは人権の概念を用いたほうがよい。人権の生得的価値と機能的価値、これからの公衆衛生、医師と人権。

7)Mauel C, Enel P, Charrel J, Reviron D, Larher MP, Auquier P, SanMarco JL: Ethics and AIDS: The protection of society versus the protection of individual rights. AIDS and Public Policy Journal 6:321-36,1991

公衆衛生的手法とそれによって侵害される個人の権利の一覧表(巻末)。

8)Hansen RA: The ethics of caring for patients with HIV or AIDS The American Journal of Occupational Therapy 44:239-242,1990

五つの問い

HIV/AIDS 患者の診療、ケアに対して、どのように医療資源を配分すれば良いか。HIV/AIDS に関する研究にどれだけ予算をあてればよいか。HIV 感染症に多大の出費をしてもよいか？

感染を抑制するための最も適切な方法は何か？強制的抗体検査、強制的隔離、それとも教育？

患者は、誰が知るべきかを定める権利を持つか？パートナー告知、contact tracing に対する支持と批判。

医療従事者は HIV 陽性者に結果を説明する義務があるか、当該機関に報告する義務があるか？
医療従事者は HIV/AIDS 患者を診療する義務を持つか？医療従事者の恐怖と無知、偏見。たとえば「同性愛に対する神罰」。

9)Casarett DJ, Lantos JD: Have we treated AIDS too well? Rationing and the future of AIDS Exceptionalism. Annals of Internal Medicine 128:756-759,1998

「特別なニーズをもつ特別な集団は特別な扱いが正当化される」という議論で、HIV 感染者に対する特別な医療が供給されてきた。しかし、その医療費が高額になるにつれ、医療資源の公平な配分という点で問題が起こってきており、今までのような HIV 感染症医療の特別扱いは困難になりつつある。他の疾患にも公平な配慮をした医療を行なうべきである。

10)Levine C: AIDS and the Ethics of Human Subjects Research ,

匿名スクリーニングに同意が必要か、匿名スクリーニングの結果を患者に知らせるべきか
研究で明らかになった抗体検査結果を、知らされない権利
研究に明らかになった抗体結果を基にパートナー告知をするのか、それを研究参加者からインフォームド・コンセントを取るときに明示すべきではないか
HIV/AIDS リサーチにおける RCT (プラシボ)
実験薬へのアクセス

11)Gillon R: Confidentiality In: Kuhse H, Singer P(eds); A Companion of Bioethics London; Oxford University Press; 425-431.,1998

守秘義務は絶対的義務か相対的義務か。それぞれの立場の利点と不利益を紹介し、守秘義務尊重の重要性を強調しつつ、それによって害が引き起こされる場合は放棄されるべきである。一方、英国で一般医 (General Practitioner) として臨床に携わっている立場から、具体的にはどのようにすれば「守秘義務は厳守するがまれに例外もある」という立場を取ることができるかは必ずしも明らかでない。

「臨床医として最大限に守秘義務を守るが、社会に対する害を避けるための機会は見逃さない」、
「常識を働かせて、患者やその代理人が自分に何を期待しているかを考える」が、守秘義務と警告義務の対立という純粋なモラルジレンマは容易には解決出来ない。

12)Lo B: Ethical dilemmas in HIV infection Journal of the American Podiatric Medical Association 80:26-30,1990

抗体検査、守秘義務、医療従事者の診療拒否の問題が注目されている。そして、健常者を感染者からの感染から守ること、感染者に適切なケアとカウンセリングを提供する、そして差別を防ぐことが急務である。

第三者への警告 (HIV 陽性患者は、自分のパートナーに、自分が抗体陽性であるという事実を知らせる倫理的義務を持つか、どの範囲の関係者までか?)

13)Cameron ME: Living with AIDS:experiencing ethical problems Newbury Park; SAGE Publications: 6-8,1993

自殺、事前指示、エイズについて正直であるべきか秘密にすべきか、自分がゲイでエイズであることを秘密にすべきか否か、差別を避けるために嘘をつくのは正しいか、エイズに罹っていても子供を持つべきか、他の人に感染させる可能性があっても性的に活動的であるべきか。

14)Watters JK: HIV test results, partner notification, and personal contact. Lancet 346:326-7,1995

パートナー告知は感染予防に有効というデータあり。しかし、様々な問題あり。

検査結果を知らないでいる権利

告知者、特に弱い立場にある女性に対する家庭内暴力

感染リスクの高い人々が、プライバシーが守られないことを恐れて検査を避ける。

非常に費用がかかり、他の予防活動に影響を及ぼす。

感染者告知に対して非常に敵意ある対応がなされる状況で、感染者に自発的告知を期待できるか？

15)North RL, Rothenberg KL: Partner notification and the threat of domestic violence against women with HIV infection. New England Journal of Medicine 329:1194-1196,1993

Rothenbergら17)参

16)Temmerman M, Ndinya-Achola J, Ambani J, Piot P: The right not to know HIV-test results. Lancet 345:969-970,1995

Rothenbergら17)参

17)Rothenberg KH, Paskey SJ, Reuland MM, Zimmerman SI, North RL: Domestic violence and partner notification: Implications for treatment and counseling of women with HIV. JAMA 278:87-93,1995

家庭内暴力はHIV感染症と並んで女性を危険に陥れている。陽性結果のパートナーへの告知が女性への暴力を引き起こす危険がある場合、医療従事者はどうすべきか？感染女性への肉体的危険とパートナーへの感染の危険の両方を勘案して、通知の是非を考えるべきである。1995年の米国での研究では、調査に参加した医師の24%が自分の患者が陽性結果をパートナーへの告知したところ暴力を受けたと回答し、全患者の8%が肉体的暴力を、23%が精神的虐待を経験し、19%が「見捨てられた」と報告した。多くの医療従事者が、家庭内暴力の可能性が非常に高い場合は、患者の同意の有無に拘わらずパートナー告知をしないと回答した。アフリカで1989年から92年にわたって行なわれた研究でも、パートナー告知をした女性の約6%が暴力を受けていた。また、多くの抗体検査を受けた女性は自発的には結果を聞きに来ず、また陽性女性の3分の1以下しかパートナー告知をしていなかった。

18)Rothenberg KH, Paskey SJ: The risk of domestic violence and women with HIV infection: Implications for partner notification, public policy, and the law. American Journal for Public Health 85:1569-1576,1995

パートナー告知は重要な予防戦略の一つ。法的に感染者から同意をとることなくパートナーに告知を勧める、または強制する州が多くなってきている。しかし家庭内暴力の危険に曝されている女性感染者に対する配慮が重要である。3つの推薦事項。

すべての感染女性の家庭内暴力に対する危険を評価し、適切に介入すること。

家庭内暴力の可能性が高い場合は、感染女性の同意なしにはパートナー告知を行なわないこと。感染者の同意なしのパートナー告知を認める法は改正すべきである。

パートナー告知を拒否した感染者を罰する法を改正すること。

19)Wittmann MM, Wittmann A, Wittmann DH: AIDS, emergency operation, and Infection Control

Infection Control and Hospital Epidemiology 17:532-538,1996

外科医は HIV/AIDS 患者の手術する義務を持つか？ 外科医の間で合意はなく、ある外科医はヒポクラテスの誓いを遵守し、他の外科医は、緊急手術以外は、誰を手術するかを決める権利を持っていると主張する。手術中の感染のリスク。外科医が抗体検査を受けるべきか、感染している外科医が診療活動を制限すべきかに関する合意はない。

20) Brennan TA: Proposed revisions to the declaration of Helsinki - Will they weaken the ethical principles underlying human research? NEJM 341:527-531,1999

Levine²¹)参

21) Levine RJ: The need to revise the Declaration of Helsinki NEJM 341:531-534,1999

ヘルシンキ条約改定案は改悪。文書でのインフォームド・コンセント、治験参加者への最高レベルの医療の保障、有効薬がある状況でのプラセボの使用、非倫理的研究の出版などの4点に関して後退があり、先進国の研究者が自国で認可されない研究を他国で行なう可能性が増える。これは Ethical imperialism と Ethical relativism を許し、正義・公平さの原則に反する。また改定案は研究が行なわれる当事国の利益をきっちりと強調していない。

反論：CIOMS は、研究計画正当性の判断基準として、現場への responsiveness と sustainability の有無を挙げている。現場にとって ACTG 076 と短期コースの比較は relevant でなく、短期コースと当事国の現状（無治療）の比較が重要。したがってプラセボは正当化される。

22) Arras JD, Steinbock B: Experimentation on Human subjects In: Ethical Issues in Modern Medicine 5th edition. California; Mayfield Publishing Company: 537-597,1998

エイズ活動家の運動で、臨床治験の従来の捉え方 (Belmont report) が変わってきた。彼らにとって、治験参加は利益であり、実験段階の効果未確定薬剤は治療であり、そして、彼らはそれらの薬物を手に入れる権利を持っている。彼らにとって被験者を保護するための倫理規範はパターナリズムの最悪の形態である。自分が追うリスクについては自分で決める。

23) Daugherty CK, Siegler M, Ratain MJ, Zimmer G: Learning from our patients: Learning from our patients: One participant' impact on clinical trial research and informed consent Annals of Internal medicine 125:892-897,1997

末期がん患者で臨床治験に参加する人々は、死にたくないのだ、なんとかがんから逃れようと戦っているのだ。臨床一層試験でも、どんどん治験薬の容量を増加させていってもいいのではないか。臨床治験における末期患者で失うものがほとんど無い（したがって害をあたえられない？）の risk-taking behavior は受け入れられるべきか？

24) Lurie P, Wolfe SM: Unethical trials of interventions to reduce perinatal transmission of the HIV in developing countries NEJM 337:853-855,1997

Varmus ら 26)参

25) Angell M: The ethics of clinical research in the third world NEJM 337:847-849,1997

Varmus ら 26)参

26) Varmus H, Satcher D: Ethical complexities of conducting research in developing countries. NEJM 337:1003-1005,1997

ACTG 076 の効果は確立している。したがって、プラセボを使った臨床試験は非倫理的である。何人の子供がわかっていながら感染してしまった。試験対象者に提供される「医療の水準」は、研究主催国のそれではなければならない、研究が行なわれる貧困な途上国のそれであってはならない。したがって「研究でプラセボ群になっても、もともと研究に参加しなければ AZT は初めから受けられない」から正当化かされるという議論は正当性がない。これは二重基準の論理である。また、RCT だけが有効な研究方法ではない。

ACTG 076 は研究当事国では実行不可能。ACTG 076 以外のもっと安価で短期治療の有効性は確立しておらず不明。したがって Clinical Equipoise (臨床的中立) が成立し、プラセボを使用した RCT は倫理的に許容される。プラセボ群を使用した研究のほうが、早く、小規模で、そして、確実なデータが入手できる。その方が多くの患者の利益になる。

27) Keith SJ: The ethics industry Lancet 350:897,1997

今までの「倫理産業」はあまりに狭量に過ぎ、発展途上国の問題を無視してきた。

”the ethics industry needs to be rooted in clinical practice and not in armchair moral philosophy.”

28) Annas JG, Grodin MA: Human rights and Maternal-Fetal HIV Transmission Prevention Trials in Africa In: Research Forum: Ethics and Studies of HIV American Journal of Public Health 88:560-563,1998

実験結果を実用できない貧困な国々での先進国主催による臨床試験 (アジア、アフリカ)。先進国が発展途上国を利用しているだけになっている。主催国は個人に対するインフォームド・コンセントを取得し、試験結果が有効であったなら、それが研究現場になった国でも利用できるようにすべきである。人権は普遍的である。

29) Angell M: Ethics imperialism? Ethics in international Collaborative Clinical Research. New England Journal of Medicine 319:1081-1083,1988

発展途上国でのインフォームド・コンセントの取り方の問題：他国で行なう臨床研究にアメリカの倫理スタンダードを当てはめるのは適当か？それらは文化や宗教で変わるのか？

つまり、倫理スタンダードは文化や宗教によって相対的かそれとも絶対的か。「西洋の規範を当てはめるのは倫理帝国主義である」というのは本当か？相対主義的立場は、米国国内では非倫理的と判断されるが故に施行不可能は研究を、第三世界で行なうことを正当化するのではないか？臨床研究における倫理規範は安易に妥協で変えられてはならない。

30) Glantz LH, Annas GJ, Grodin MA, Mariner WK: Research in developing countries: Taking "Benefit" Seriously. Hastings Center Report 28:38-42,1998

先進国の研究者によって発展途上国 (当事国) で行なわれる臨床試験に関しては、当事国の人々にとっての研究目的の重要性、インフォームド・コンセントの質、そして研究成果が当事国の人々に利益をもたらすことができるかが問題となる。なぜ先進国の研究者が発展途上国の人々を対象として研究をすることが受け入れられるのか？研究成果が当事国の人々に利益をもたらすことができなければ、リスクだけに曝されることになり研究倫理に反する。研究目的を設定する場合には、「もし有効な予防策が〇〇ドルならば、当事国の人々が実際に利用できる」という観点がなければならない。

31) Guenther D, Esparza J, Macklin R: Ethical considerations in international HIV vaccine trails: summary of a consultative process conducted by the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS(UNAIDS) J of Med Ethics 26:37-43;2000

開発途上国の被験者を用いたワクチン研究が増加している。被験者の権利と安全を確保するための国際的なコンサルテーションが開催され、種々の取り決めへ向け討議が行われた。

32) Pinching AJ: Live attenuated vaccine trials in medically informed volunteers: a special case? J of Med Ethics 26:44-46,2000

activist の臨床家が HIV ウイルスの弱毒生ワクチンの被験者に志願している。自発的とされるが自発性に問題もあり、安全性の十分確立されていない研究に安易に被験者となるのは望ましくない

33) Schuklenk U, Chokevivat V, Rio CD, Gbadegesin S, Magis C: AIDS:ethical issues in the developing world In: Kuhse H, Singer P(eds): Companion to Bioethics Oxford; Oxford University Press: 355-365.,1998

一夫多妻制などの伝統的習慣によって感染が（わかっている）広がる事例。

貧困な女性の生きる糧としての売春

効果的な性教育を阻む宗教的道德観：たとえばコンドームの普及に反対する教会。

ラテンアメリカの多くの国では今でも同性愛は罪になる。

医療に回す資金が枯渇しており、治療費は非常に高い。限られた資源を予防にまわすか治療にまわすか？他にも多くの疾患があり、HIV 感染症の医療（非常に高い）にだけまわすわけにはいかない。感染の恐怖に根付いた診療拒否がある。

文化的差異と普遍的倫理原則：臨床治験におけるインフォームド・コンセントの水準：共同体が中心だから個人の同意は不要で、共同体の長が構成員にその個人の意に反して研究参加を強要できるか？否である。これでは人権が守られない。

守秘義務：ラテンアメリカでは秘密が漏れるのを恐れて、AIDS ケースが報告されない状況がある。メキシコではエイズ症例は氏名、住所その他個人を同定しうる項目が報告される。

34) Scheper-Hughes N: An essay: AIDS and the social body. Social Science and Medicine 39:991-1003,1994

女性、子供、性転換をした女性役男などの Sexual citizenship (セックスや生殖に関して自由に自発的に選択できる権利、性的な自律やプライバシーを守る権利)が保障されていない国家では、個人の権利のみを基本にしたプログラムを行なうと、もともと個人としての権利を保障されていない脆弱な集団は HIV 感染から守られない。彼らを守るためには、人道的な公衆衛生的方法にも利益がある。キューバの成功とブラジルの失敗。

Table 1
Measures to Protect Society from HIV Infection and How Those Measures Infringe Upon Individual Liberties

| Measures | Infringement of Rights |
|---|--|
| Quarantine , isolation, compulsory hospitalization movement | Infringement of individual freedom and freedom of movement Infringement of the right to equality before the law |
| Discriminatory measures against certain groups: | |
| Exclusion of seropositive persons | |
| From employment | Infringement of the right to work |
| From the army | Infringement of the right to work |
| From schools | Infringement of the right to education |
| At national or state borders | Infringement of freedom of movement |
| By insurance companies | Loss of the right to medical treatment |
| Discrimination against gays | Infringement of privacy |
| Breach of medical confidentiality | Violation of privacy Infringement of the right to confidentiality and anonymity in medical treatment |
| <i>The Protection of Contacts: The Right to Be Warned</i> | |
| Application of the criminal code (transmission of the HIV is punished by prison sentence) | Violation of privacy |
| <i>For Contacts: Respect for the Principle of Independence</i> | |
| Compulsory and systematic screening | Overrules individual freedom or free will |
| Compulsory screening of immigrants, prison inmates, military personnel | Overrules individual freedom or free will |
| Voluntary screening in the context of prenatal care, sexually transmitted disease clinics, drug treatment, before surgery | No infringement of liberty if informed consent is obtained and confidentiality is respected |
| Compulsory reporting of AIDS patients, seropositive persons, suspected contacts | Overrules individual freedom or free will |
| Registries | Endangering of confidentiality if registries are not anonymous |
| Restriction of associations between gay men (closing down bathhouses) | Infringement of the right of association Infringement of property rights |
| <i>For Medical Staff The Right to Safe Working Conditions</i> | |
| Protection of blood donations, organs, and tissue | No infringement of liberty if informed consent is obtained and confidentiality is respected |
| Voluntary screening of donors | No infringement of liberty if informed consent is obtained and confidentiality is respected |
| <i>For Recipients of Blood and Blood Products: The Right to Safe Treatment</i> | |
| Clinical trials of drugs and vaccines | No infringement of liberty if informed consent is obtained |
| Education concerning preventive measures information is not compulsory | No infringement of individual rights if disbursement of compulsory |