

の血液で調べてみたいのです」ということを言っています。でも、正直言ってはっきりした取り決めがあるわけではないので、遺伝子に関わることはインフォームドコンセントが必要ですが、血清とか遺伝子とは違うレベルに関しては患者さんに断っているかという甘いといえます。場合によってはほとんどお話してない部分もあると思っています。」

「僕は内視鏡で実際の検体の採取を行うのですが、内視鏡による検体の採取は文書を作って、拒否する方からは採取しないようになってきています。組織生検自体も拒否される方は組織生検自体もしない。その時には必要性をご説明した上で文書で回答を得てそういうことをするようになってきています。血清に対してはそういう具体的なことはまだないのですが、組織生検のサンプルについてはそうです。」

「検体の残りを実験に使って欲しくない人だけ投書箱に名前を書いて入れてくれというのはやっています。」

「研究に使われたくない人だけ名前を投書するということは、やっているだけでも素晴らしいですよ。ほとんどのところではそういうことはしてないと思います。残った検体を研究に使うことはありえます。」

考察

一般参加者は、個人診療記録と生体資料を研究目的で二次使用することについて様々な態度を取っていた。そして、医療に対するコミットメントのあり方と基本的人権（主に医療を受ける権利やプライバシーに対する権利を含む）に対する考え方が様々な態度に影響しているようだった。個人診療記録と生体資料の無断利用の賛成、反対の基礎となる考え方は、医療へ不信や不安が大きいか小さいかで影響され、不信や不安の少ない層は全体的に協力する意向が強く、一方、医療に関してネガティブな意識が強い群は、無断利用は否とする傾向が強い。もうひとつの軸として「基本的人権意識の強さ、弱さ」がある。患者は治してもらう立場であり弱いものだ、専門知識もないので対等ではない、医師と患者には上下関係がある、黙って医師の指示にしたがってれば良いといった低い人権意識の方向と明確に患者の権利を意識している方向とにわかれている。一方、「現実的にはいちいちことわりはないが、カルテも見られているだろうし、血液も使われていると思う。それが現在の医学の進歩につながっているのだ。」「知らないうちに見られていても、自分にマイナス要因がなければ自分の社会貢献につながる」「そのおかげで医学が進歩し、その辺は暗黙の了解である」という意見も出て、事実、医学が発展するなら構わないという考え方が多く聞かれた。少なくとも一般的な疫学ガイドラインで決められているような考え方が一律に受け入れられているとはいえないようだ。

一般参加者は、医療における人権と医療に対する不信という軸を使って以下の4つのタイプに分けられた。これはあくまでも一つの試みである。

- 1 告知すべきグループ：基本的人権意識が強くかつ医療への不信の強い人は、「遡及不可能性への不信」と「個人診療記録と生体資料は本来患者のものであるという考え方」に基づいて『本人に告知しなければ見てはいけない』という態度となる。本人に告知することで医学の発展の一旦を自分もなっているのだという自覚ができると積極的に評価する人もいる。このグループに近い集団として「本人に直接でなくとも公に告知してから使って欲しい」というグループがある。
- 2 悪用されなければだまってみても良いグループ：基本的人権意識は強いが医療への不信感

の少ないグループは、「匿名性を確保し悪用されなければ」、「研究成果を期待」ということで無断使用を由としている。

3 自分に被害がなければ暗黙の了解グループ：基本的人権意識が低く、かつ、医療への不信感の少ないグループは、「自分におおきなマイナスがなければ」、「患者は弱い立場であり自分のデータを黙って使ってもらえれば、社会的な貢献も間接的に可能になる」と暗黙の了解をしている。

4 もう既に見られている暗黙の反感グループ：人権意識が低く、医療への不信感が強いこのグループは、「もうすでにしらないうちに見られている」、「良い気持ちはしない」ということで暗黙の反感を持っている。

なおさらに、本人にインフォームドコンセントをせずに黙って見ることが許される要件としては、以下の6つのポイントが挙げられた。

- (1) 個人への非遡及性の確保（できれば名前をマスキングし、コピーをとってから使う、守秘義務が守られるような法律ができて、それをクリアしていればよい）
 - (2) 利用することを公表する（病院内にカルテを利用することを公表する、マスコミを通じてカルテを見ることを公表する）
 - (3) 拒否権を確保する（嫌な人は嫌だと言える拒否権を確保する）
 - (4) 結果のフィードバック（本人に研究結果を知らせる）
 - (5) 研究体制の公表（どんな人が研究者として参加しているのかを明らかにする、院長などが立ち会う必要はない）
 - (6) それ以上の負荷を与えない（あとで血液を取るなどして呼ばれるのはゴメンである）
- 医師参加者にとっては、遺伝子研究以外では現実的には制約なく個人診療記録や生体資料を利用できる現状が推測された。わずか7名の医師の参加者であったが医療機関によって異なるインフォームド・コンセントの実践は差があるようであった。また、「どこまでは同意を得ないでやっていいのか、どこまでが同意が必要なかがわからなくなっているのです。」という発言に象徴されるように、匿名で個人診療記録や生体資料を使用する際の同意の手續きに関する戸惑いがあるようだ。

V エイズサーベイランスの問題点

HIV/AIDSのサーベイランスは1984年からAIDS調査検討委員会によって始められ、その後エイズサーベイランス委員会に引き継がれ現在に至っている。その概要は次のようである。

- 1) 所謂エイズ予防法によって、医師はHIV感染者の発生時都道府県知事に対して報告義務がある。その情報は最終的には厚生労働省へもたらされる。
- 2) 医師が通報した（する）ことを患者に伝える義務は特に明記されていない。
- 3) 報告票に含まれる主な個人情報、年齢・性別・国籍・診断日・特徴的症状である。
- 4) サーベイランスの結果の概略は、統計的な度数として一般にも公開される。

このサーベイランスにはいくつか問題が指摘されよう。一つは、このようなサーベイランスの場合、説明や同意は不要としてよいのであろうか、という点である。報告票に含まれる個人識別情報は少ないとはいえ、何らかの他の病院情報を利用することで個人を特定することは不可能ではない。かりにまったく個人を遡及できない情報であっても、そうした情報を本人に無断で通報してよいかどうかは問題が残る。それは疫学研究における倫理的問題と類似している。サーベイの主体が国で

あり、また目的が感染予防にしても基本的問題は共通である。むしろ、ともすれば強権が入り込みやすく個人が要請を容易に拒否しにくい分、いっそうの配慮が必要とも言える。

他方、疫学的な問題も生じている。当初より個人特定情報が少なく、それによる疫学上の不備が指摘されていた。特に感染者が医療機関を替えた場合、多重登録が生じうるという懸念である。医師が登録票記載の際に登録の事実を伝える必要がなく、実際伝えないことが多い。このことが更に多重登録の可能性を高くする。

結局、匿名にし、通報の説明・同意を抜きにすることで医師が通報しやすくし、ひいては疫学的情報を正確にしようとしたものと推察されるが、その一方で、感染者が通報事実を知らず、疫学的不正確さにつながるという面も招来している。しかし、いずれにせよ無断通報は被通報者への倫理的配慮を欠いたものと考えざるを得ない。医師の心理的抵抗があり、それによる通報不備を生じようとも、被通報者への説明と同意を得るべきであろう。ちなみにそれが重複登録を避けることにもつながるはずである。個人情報をごくまでサーベイに入れるかは公衆衛生・医療政策上の観点、病名の持つ意味等さまざまな視点が必要になるが、原則的に、その個人情報の取得と処理にあたっては、その個人が十分に理解し、同意する手続きがあくまで重要である。

考察と結論

本年度は、疫学研究の倫理について、ガイドラインのレビューと批判的検討、小討論会、そして、グループ・インタビューを用いた質的研究の手段を用いて、規範倫理、記述倫理の両面の研究を行った。さらにエイズサーベイランスについても検討した。HIV/AIDS 領域では疫学研究の役割は大きく、今回、検討した倫理的問題は HIV/AIDS における人権や社会の問題に強い関連性がある。問題だけ同定され十分検討されていない問題も多いが、それらについては別の機会に検討したい。

健康権と国際公共財

～感染症対策沖縄国際会議報告～

林 達雄

世界は今、エイズをはじめとする感染症の脅威の中にある。特に問題が重複集中するアフリカ、アジア諸国では、当時者本人の病気の問題にとどまらない。一家の働き手であり、子育ての時期にある男女の命を奪うエイズは家族を崩壊させ、孤児やストリートチルドレンを増加させる。偏見と不安は、家庭内や路上での暴力につながる。家族と途上国国家の経済問題、世代を超えた社会問題になっている。一方、エイズ治療薬は開発され、改善されつつあるが、大多数の感染者のところには届いていない。治療を受けられる者と受けられない者の格差を寿命の差にまで広げてしまったという不満の声が聞かれる。途上国内部での医療インフラが地方にまでゆきわたらないことに加え、国際的な薬やワクチンの開発の方法、分配・供給の方法が問題になっている。その背景には特許を優先して、医療、遺伝子、ITなどの先端産業を立ち上げようとするレーガン政権以来の米国主導の国際戦略と貿易協定が存在する。それは、せっかく最新技術を開発しても、お金がないけど必要とする多くの人々に届けることができないという矛盾を内包している。そこで、国をあげて感染症対策に取り組む途上国政府は、こうした経済戦略や貿易協定と衝突せざるをえなくなった。2000年はこうした矛盾と衝突が国連をはじめとする国際舞台で表面化した年である。もはや各人や各国の自助努力だけで解決できる問題ではない。医療の専門家だけが集まっても手におえる課題でもない。きわめて国際的で政治的な課題となっている。こうした背景の中で、途上国、国際機関、NGO、企業（製薬会社）、そして主催者である先進 G8 諸国が参加した沖縄会議は、医療と国際社会のあり方を問い直し、その矛盾や障害を共有する機会となった。

1. 世界すべての人の健康を目指すのか？

基調講演者のザンビア大統領チルバ氏は、エイズ、結核、マラリア、小児の下痢や感染症が深刻な社会、経済上の問題であることを語り、アルマタ宣言の時点に立ち返ろうと訴えた。アルマタ宣言とは、1978年にWHOとUNICEFの主催によって世界100カ国の厚生大臣が集まり、『2000年までに世界すべての人の健康』を目標に署名したものである。病気の背景にある社会問題への対応を抜きでは健康問題は解決できないとし、各国政府の包括的な政治的決断を求めた。ここでは薬やワクチンなどの医療資源をすべての地域住民に届けることは優先課題とされた。しかし、80年代、90年代を通して、途上国の保健行政は前進したとは言えない。債務問題により途上国は医療分野への予算と人員を削減せざるをえなくなり、民営化と受益者負担の潮流により、医療や保健はお金のない人から遠のいた。そこにエイズをはじめとする感染症の大流行が直撃したのである。ザンビア大統領は、人類を襲ったこの衝撃にたいし、すべての国やNGOが個々の活動に終始するのではなく、対策の全容に参加すべきであると述べた。第2のスピーカーであるインドネシア大統領婦人は、経済危機が、人々の栄養と健康の状態の悪化に拍車をかけたと言った。第3の講演者、ブルントラントWHO事務局長は一人あたり年間の医療費に5ドル～10ドルしかかけられない途上国の現状では感染症対策は困難であるとのべた。そして債務問題が途上国の財政を圧迫し、感染症対策を阻害していることを強調した。その上で「ここまで貧困と格差が大きくなった今、従来のやり方を根本から変える必要がある。そのために私たちは沖縄に集まった。」と語り、世界規模の保健体制

の樹立を提唱した。経済が地球規模に拡大した今、保健体制もまた地球規模なものせよというのである。

2. 特許によって治療薬が届かない

UNICEFの代表は、感染症によって年間300万人の子供が死にいたり、3000万人の子供がすでに孤児になっていると述べ、その原因の一つに、薬が届きにくくなっていることをあげた。アフリカのNGO代表は、安価で安全な抗ウイルス剤がアフリカに必要であることを訴え、世界の製薬会社は、薬の製法に関する情報（知的財産）を独占するのではなく、途上国に提供すべきだと求めた。また、EU代表は、世界の貿易協定のあり方が感染症対策を遅らせていると発言した。

薬をはじめとする医療資源が人々に行き渡らない原因は、景気の低迷や債務の問題ばかりではない。特に90年代以降は、米国の特許優先政策が世界に大きな影響を及ぼしてきた。特許は独占の危険を持つものとして、80年代以前は米国も特許をそれほど重視してこなかった。しかし、レーガン政権の時代に自国の不況をのりきるために特許重視に政策を転換した。80年代まで途上国は先進国の技術を模倣し、国産化することによって、国民のニーズに合う価格で製品を供給しつつあった。特に薬や食料のような公共性の高いものは、特許の対象にならないことが多かった。ところが、90年代にはいり米国は、模造品を作ろうとする国や企業に対し、特許を掲げた通商法を楯に訴訟や経済制裁を行使するようになった。エイズ治療薬の国産化を進めようとしたタイ政府や南アフリカ政府は政治的圧力を受けた。92年にタイ政府は米国政府から、そんなことをすると一切のタイ製品の輸入を禁止するぞと脅されたのである。それ以来、薬をはじめとする医療資源は、貿易や通商上の規定に縛られることになる。特許は知的所有権と変名され、95年には世界貿易機構（WTO）の樹立により、医薬品を含む国際協定となる。WTOに加盟した国はこの国際規定に従わなければ多額の賠償金を払わざるをえなくなった。

特許と医薬品の問題は、2000年一年間を通して、あらゆる国際会議で焦点となった。保健、医療をテーマにした会合で、特許、知的所有権といった通商上の言葉が使われることは奇異なことだ。しかし、世界規模の感染症対策が必要な時期に、薬の普及が、貿易通商上の規定に束縛されている以上、避けてとおることができない。そのことを多くの関係者が認識したのである。国際NGOと途上国が中心となって訴えてきたこの問題は、今回の沖縄会議では、EU諸国やUNICEFが加わることにより、最大の論点となった。

エイズ対策にはいまだ決めてとなるような戦略はない。各現場が様々な試みを行っている段階である。たとえばUNICEFを中心に薬を使ったエイズの母子感染防止の計画が試験的に始められている。妊娠、授乳期の母親と子供に対して、選択的に治療薬の短期投与を行うものである。しかし、この計画には大きな矛盾があることが沖縄会議の席上でもアフリカの女性から指摘された。子供が感染を免れても、感染者である母親への治療が継続できないため、子供は母親を喪い、孤児になってしまうからである。必要な薬が高価で手に入りにくいことは、対策の現場に携わる者に新たな矛盾を背負わせることになる。各国の各現場ベースで良かれと思う事業を推進しようとしても、国際的な仕組みが後押ししなければ、成功しえない時代が到来している。

3. 途上国の戦略とネットワーク

ブラジルはエイズ対策に成功した国として評価されている。ブラジル代表は抗ウイルス薬を国産化し、その結果として96年から99年までにエイズによる死亡率を60~80%下げたと発表した。ブラジルは、自国のとった方法を技術移転することによって、その成果をラテンアメリカ諸国を中心とする他の途上国に広めたいと述べた。

80年代後半、全国的な調査の結果、医薬品、食料などの生活必需品が地方住民に行き渡らなくなっていることを知ったブラジル政府は、国民の全員が医療にアクセスできる権利を謳った憲法を發布した。そして、その憲法の下に国内政策と国際政策を断行した。国内的には中央から地方に権限を委譲し、医療の地方化、自治化（ディセントラリゼーション）をはかり、そのために必要な人材を養成するために医療教育制度を改革する。国際的には、通商法、知的所有権を楯に特許を押し付けてくる米国に対し、憲法、健康権を楯に対抗し、医薬品の国産化を行った。ブラジルが過去10年間推進してきたこのような政策を他の途上国にも広めようということが、ブラジル代表が技術移転と表現する内容である。ブラジルはラテンアメリカ諸国だけではなく、インドやアフリカ諸国との政策ベースのネットワークを開始しているという。

これまで、薬と特許の問題を論じるとき、国連や途上国の多くは強制特許という言葉が頻繁に使ってきた。これは、国家的危機に遭遇したケース場合などには、所有者の意志にかかわらず、その技術を使用できるという、法律上の例外規定である。これは、特許が国際協定になった後も、その規定の中に盛り込まれているが、WTO 成立以降これを実際に行使した国は存在しない。たとえば、タイでは厚生省がこの例外事項を行使しようとしても、米国からの政治的圧力を恐れた通産省が反対していると聞く。この件に関して、ブラジル代表に会議の合間に質問してみた。ブラジルは現在、プロテアーゼ阻害剤の特許をめぐるその特許を所有する製薬会社と交渉中だが、もしこの交渉が決裂すれば、国際特許をブレイクする用意があると、彼は答えた。通商上の規定と、健康対策が対立した際、健康対策を優先することが、ブラジルでは当然のことらしい。健康優先はどこの国でも、本来、当たり前のはずである。しかし、企業の知的所有権の保護が当然のこのように優先される現在の国際政治の上では、当たり前のことが、とても新鮮に聞こえる。そのことが、ストレートに述べられないために、煩雑な法律用語が使われ、実状を分かりにくいものになっている。

4. 国際公共財

沖縄会議では、治療へのアクセスの問題とともに、薬やワクチンの開発について意見が出された。医療産業が先進国の市場を対象にした高価な薬しか開発しないため、途上国の保健や感染症対策に必要な基本的な医薬品やワクチンの開発が進んでいないのではないかという指摘である。たしかに、米国を中心とする世界の医療産業は、巨大な投資に見合う利潤を生む先端技術の開発に集中している。その一方で、儲からないけどみんなのためになるワクチン開発はあまり進まないのではないか？という疑問が提起される。それは、巨額の開発費を理由に、新薬に関する情報を一人占めしているのではないかという疑問とともに、会場の中に現在の医療産業のあり方に対する不信感が形成された。それは表面的には、納得のゆく答えを出すことのできない製薬工業会代表に対する反発であった。しかし、その根底には、大切な医療資源の開発を産業界に依存しすぎていた、これまでの医療政策に対する問い直しであった。すでに、エイズ治療薬の国産化を成功しているブラジルのような国では、医療資源の開発を産業界にまかせるのではなく、国家政策として、公共事業として行っている。過去20年間、世界の医療の潮流は、産業界にまかせる民営化の方向にあったが、成功の鍵は逆に公共化にあるのではなからうか。公共化といっても必ずしも国家主導のものだけではない。たとえば日本の研究者から発表されたワクチン開発の方法は、先進国の研究者が、途上国の研究所および、被験者となる地域住民と組み、最初から途上国の地域に基盤をおいた、受益者中心の開発を行おうというものである。

沖縄会議のG8からの提案の中に国際公共財という言葉がみられた。感染症対策に必要なワクチンや薬、情報などの資源を国際公共財として扱おうという提案である。国際的な論点となっている治療薬などの開発に関する情報の所有権の問題に触れていないため、明瞭さに欠ける提案になっている。しかし、治療や予防に必要な薬やワクチン、コンドームなどの器具、あるいは情報や知識、

技術などは国際公共財＝世界のみんなのものだという意味に受け取れる。お金がある人だけに届けばよいのではなく、お金がなくて買えない人にも届ける仕組みを作ろうという意志が感じられた。

今回の会議は、米国大統領選挙中に行われたことにより、米国代表の発言は控えめであった。特許を医療資源の開発においても重視するのかもしれないのか、世界の医療をより公共性の高いものにするのか、民営化路線でゆくのか。そういう議論の一方の旗頭である米国があまり発言しなかったために、議論の流れは途上国やNGOの主張に近いものになった。

5. 日本の対応

2000年7月の沖縄サミットの際G8諸国はその共同コミュニケの中で「感染症は個人の生命の脅威にとどまらず、開発途上国の経済・社会開発の重大な障害になっており、病気の貧困の悪循環が発生している。」と述べ、2010年までのエイズ、結核、マラリアの感染者、死亡者を削減する数値目標をあげた。その目標達成に向けての最初の会議がこの感染症対策沖縄会議であった。今回の会議では、これまでの対策上の矛盾と障害を洗い出し、対策の将来像を提示することが課題であった。その意味で今回の会議は一応の成功をおさめた。プロジェクトベースの援助のあり方というよりは、その前提になる今後の国際的な感染症対策への基本的な考え方や、国際的な政策が各参加者から述べられた。ところが、日本政府は、30億ドルの援助を約束しているものの、政策的な意思表明を行わなかった。議論ばかりして、現実的な資金導入がなければ問題は解決しないと森首相はその挨拶文の中で表明しているが、はっきりとした政策を表明せずに議長国がお金だけをだすというのは、会議の流れの中でのはずれな印象を受けた。それに対し、日本のNGO、10団体は、今回の議事の流れに沿うような形で明瞭な共同提言を行い（資料参照）、参加者からの評価を得た。なぜなら、NGOは、アジアや日本の現場で、実際に感染者や外国人などに向き合う中で、感染症対策を成功させようとするれば、現在の国内的、国際的な制度の中では無理があることを実感しているからである。小さな力量の中でも、枠組みを変えようと努力を始めているからである。

日本は健康保険制度という極めて公共性の高い医療制度をはじめとして、世界に誇れる医療政策を持ってきた。今回のように医療の公共性が問われる会議は、その政策の長所を国際的に普遍化し、世界に発信する機会であった。その一方で、日本の経済が国際化し、労働力や住民も国際化し、感染症が国際化してゆく中で、公共性をさらに拡大すべき時期にあることを自覚するチャンスであった。財政難を公共制度の枠を縮小したり、医療スタッフに過重労働を課すことで克服するのではなく、医療資源を供給してきた産業界と対峙することで克服する道もある。そうしたことを途上国から学ぶ機会であった。

「感染症対策沖縄国際会議」

NGO連絡会 提言書

—21世紀に向けた人間中心の保健戦略構築のために—

私たち日本のNGOグループは、リプロダクティブヘルス・ライツ、およびHIV/AIDS、結核、マラリアを含む寄生虫感染、ポリオなどの感染症対策、ならびに住民のエンパワーメントなどに関して、つねに草の根の視点、コミュニティの視点、ジェンダーの視点などから取り組み、GO・NGOの連携を推進してきている。私たち日本のNGOグループは、「感染症対策沖縄国際会議」を契機として、日本政府と対等なパートナーとしての更なる連携強化を期待する。

感染症対策は、人権の視点、住民のエンパワーメントの視点、社会開発の視点なくしては成り立たない。感染症対策には、保健医療システム全体の向上と住民のエンパワーメントに資することを含む包括的な支援が必要である。

さらに、途上国の人々、貧困に苦しむ人々、人種、国籍、性、ジェンダー、年齢などの差別を受けている多くの人々に、予防と治療の両面への平等なアクセスと、それを可能にする生活基盤を保障することが求められる。

私たち日本のNGOグループは、感染症対策は、予防および治療サービスがすべての人々に届かなければその目的を達成できないと考える。この認識は、新薬開発の努力と耐性をもつ病原体出現の際限なき繰り返しの末に、感染症に挑戦する私たち人類に共有されるに至った。

国境を越える経済の拡大は、同時に感染症を世界のすみずみまで広げたが、その予防と治療という対策は、サービスや知識を必要とする人々全員には未だに届いていない。科学は進歩し、新しい治療法が開発されても、その成果は一部の人々にしか享受されていない。

経済のグローバル化は、一方では保健医療の普及を促してはいるが、他方で妨げている。途上国が医薬品を国産化し、必要な人に届けようとしても、特許を理由にそれを阻む者がいる。

感染症対策は、こうした矛盾や障害を解決することによってはじめて可能になる。この目的を達成するためには、いわゆる「隔離と管理」の政策から、当事者である感染者を中心においた「適切な医療の提供と人権の尊重」の政策へと転換する必要がある。また、国際社会を「差別と格差」のない「相互理解と共存」の方向に進めなくてはならない。

さらに、感染症対策の国際問題での取り組みと国内問題の取り組みは常に表裏一体であるべきであり、省庁間の連携、およびセクター間の連携が求められる。

私たち日本のNGOグループは、こうした認識に基づいて、21世紀の新たな保健戦略の構築とそのアクションについて議論する「感染症対策沖縄国際会議」に際し、これを主催する日本国政府と参加各国政府ならびに国際機関に、以下のことを提言するとともに、その実施に世界の各分野のNGOと連帯して協力することを表明する。

■ すべての人々に健康と医療を

1) 健康権（保健医療サービスと保健医療に関する知識にアクセスし、自らの健康を維持し向上させる権利）を保障する世界的な法と制度を

- －感染症の予防と治療に必要な費用は個人に委せるのではなく、国際社会が負担する。
- －特に「国民の誰もが医療にアクセスできる社会制度」を保有する日本は、これをグローバルに拡大するイニシアティブをとる。

2) 必要とするすべての人に医薬品を

- －治療や予防に関する開発を市場経済に任せるだけでなく、国際社会が負担する。
- －途上国向けの医療・健康の分野から特許を除外する。
- －途上国による現地生産を促進するために、医薬品の開発に必要な技術・情報を先進国および製薬会社は率先して途上国に提供する。
- －途上国における医薬品へのアクセスを可能にするために、保健医療の基盤を整備する。

3) すべての人にワクチンを

- －すでに開発されているワクチンへのアクセスを、先進国でも途上国でも、すべての人に保証する。
- －開発途上にあるHIV/AIDSやマラリアのワクチンについては、その基礎研究・試験・生産のすべての段階で、先進国政府は援助を行う。
- －試験が行われるコミュニティにおける人権と利益には、とくに配慮する。

4) 感染症治療およびケアに対する平等な機会の提供を

- －感染症の危険にさらされやすく、社会的インフラにアクセスすることが困難な周辺層に対して重点的な支援を行う。
- －性・ジェンダーによる差別・格差が生じないように十分に配慮する。
- －各国政府は、移住労働者や難民に対して、滞在資格の有無に関わらず、受け入れ国の市民と同等の感染症治療を提供する。

5) 感染者の人権と合意を重視した、感染者自身の参加にもとづいた対策を

- －予防においては具体的な情報と予防手段を提供する。
- －強制検査、無断検査はこれを行わない。
- －治療においてはプライバシーを尊重し、治療に関する情報を提供する。

6) 「感染予防・啓発」と「感染者への支援・ケア」を両輪とする一貫した感染症対策を

- －HIV母子感染予防対策における妊婦の同意や検査なしの予防戦略と、予防の数値的効果と経済効率だけを追求する対策を見直す。
- －母子感染予防対策では、感染女性に対する支援とケア、母親と子ども双方のQOL向上という視点をプログラムに組み込む。
- －思春期・若者の感染予防・啓発プログラムについてジェンダーの視点から見直し、若い男性の積極的参加を図る。
- －女性だけに避妊手段を提供する人口政策や保健計画を見直し、男女が共に健康を向上させることのできるプログラムを開発する。

7) 感染者自身とNGOが主体となった実践の継続と発展の保障を

－感染症対策に必要な制度の策定は、感染者やその支援を行うNGOの合意の上で、各国政府および国際機関が行う。そして、その実践および評価においては感染者、NGOの主体的参加のもとに行う。
－重要な実践者である感染者・NGOの活動が継続・発展するよう、各国政府および国際機関は制度面、資金面でその活動を保障する。

■ 人間中心の保健戦略の構築を

1) 感染症対策、保健医療基盤整備と社会開発の統合を

水や食料、住居など生きるための基本条件が整い、教育が普及してはじめて人間は健康な生活を維持できる。保健医療の基盤を整えるとともに、貧困と格差を解消して、これらの基本的条件を誰もが満せるようにする社会開発、社会政策を、各国政府および国際社会は優先課題とし、コミュニティーの参加によってこれを実施する。

2) NGOのキャパシティビルディング（能力強化）と人材養成

国内外のNGOのキャパシティビルディングと人材の養成をはかり、また、国内のNGO活動と国際的なNGOネットワークを支援する。とりわけ感染症対策をつねに住民にもっとも近いところで実践し、一人一人の患者、感染者、家族、コミュニティーとともに取り組んでいるNGOの活動を支援する。

3) 国際的な対策と国内的な対策をリンクさせた包括的戦略を

－感染症問題は、いうまでもなく先進国国内においても進行している。感染症対策を包括的な世界戦略とするために、各国で保健医療セクターを超えた社会開発諸分野の協力体制を構築し、国内対策と国際対策を融合する。

－開発協力NGOと国内NGO（CBO/CSO）の連携を強化し、住民一人一人の生存、生活、尊厳に配慮した支援を行う。

－議長国日本はその範を示し、国内対策と国際対策の融合をはかり、NGOと連携して、21世紀に向けた新しい人間中心の保健戦略の構築を図る。

(2000年12月7日 沖縄県宜野湾市)

QOL: Quality of Life, CBO: Community-based Organization, CSO: Civil Society Organization

国際人権法における健康に対する権利と HIV/AIDS

藤本 俊明

はじめに

I 健康に対する権利に関する国際人権基準

II 健康に対する権利の法的性質

1 規範的内容

(以上, 本報告書に収録)

2 自動執行性 (self-executing) 及び裁判規範性 (justiciability)

III 健康に対する権利に関する義務の性質

IV 国際的実施

V 国内的実施

結びに代えて

資料

(本報告書に収録)

はじめに

これまでの HIV/AIDS と人権に関する研究は、医療関係者を中心とした医療的アプローチと法律関係者を中心とした法律的方法に大別することができるだろう。前者は、いかにして HIV 感染者及び AIDS 患者（以下、HIV 感染者と略）の人権¹に配慮した医療実務を実現するかという必要のもとに進められてきた。一方、後者は、HIV 感染者に関するさまざまな人権問題をどのように法的に位置づけ、訴訟などによる救済、解決を図るかということに主眼を置き進められてきた。HIV 感染者に関する具体的な人権問題は両者にほぼ共通する一方で、学問的基礎及び背景が異なることから、相互の研究成果を融合させる試みはこれまでのところほとんど見られなかった。HIV 感染者の人権の実現ということを優先的に考慮するならば、本来、二つのアプローチの融合は不可欠なことであるとも言える。

HIV/AIDS に関する国際社会における取り組みとの関連においては、医療的アプローチでは、WHO（世界保健機関）や UNAIDS（国連エイズ合同計画）などの国際機関における「政策」が相対的に注視されてきた反面、OHCHR（国連人権高等弁務官事務所）をはじめとするさまざまな人権機関における「法（人権基準）」とその「実施」についてはほとんど取り上げられてこなかった。それでは、法律的方法が国際的な人権機関における取り組み²に注意を払ってきたかという点、残念ながらこれまでのところ十分な研究成果は

¹ 本稿では、近年問題とされている医療従事者等の「非感染者」の人権については検討の対象から除外する。

² 近年の人権機関を含む国際機関の HIV/AIDS と人権に関する取り組みの概要については国連人権委員会（Commission on Human Rights）による報告書（The protection of human rights in the context of human immunodeficiency virus (HIV) and acquired immune deficiency

皆無に近いのが現状である。

そこで本稿では、法律的方法においても、少なくとも日本国内においては発展途上の段階にある、国際人権法³における健康に対する権利に関する研究の現在の到達点を概観することにより、HIV 感染者の人権保障における国際人権法の意義を提示することにした。

I 健康に対する権利に関する国際人権基準

1 国際人権基準の法的性質

HIV/AIDS を含む健康に対する権利に関する国際人権基準を概観する前に、国際人権基準の法的性質について確認しておく必要がある。ここでは国際人権法におけるさまざまな人権基準を、「条約」と「その他の人権文書」に大別して述べる⁴。

① 条約

条約とは、「国の間において文書の形式により締結され、国際法によって規律される国際的合意」⁵とされる。また、名称は必ずしも「条約」という語が用いられていなくともよく、例えば、「協約」や「協定」、「取極」、「規約」、「憲章」、「議定書」などの名称が使用されることもある。ある国が条約に拘束されることについての同意を、批准、受諾、承認、加入等の手続きにより表明した場合には、その国は当該条約に法的に拘束されることになり、国際法上の条約の実施義務を負うことになる。

条約の国内における法としての効力、いわゆる条約の国内的効力については、各国の国内法（憲法体制）により決定されるが、日本では、憲法 98 条 2 項⁶の規定を根拠として、立法措置などの特別な変型の手続きがなくとも、国内法としての効力を持つとされている⁷。条約が国内法の階層においてどこに位置づけられるかという国内的序列については、日本の場合、法律の上位、すなわち憲法と法律の中間に位置づけることが一般的である。したがって、後述する各人権条約は、日本において国内法としての効力を持つことから、条約に規定される諸権利は、国内法上も個人の権利として認められることになる。

syndrome (AIDS), U.N.Doc.E/CN.4/2001/80) に簡潔にまとめられている。

³ 国際人権法とは、国連などの国際機関を中心に採択された人権の国際的保障に関する条約や宣言などのさまざまな国際人権基準の総称である。国際人権法の概要については、阿部浩己・今井直・藤本俊明『テキストブック国際人権法（第2版）』（日本評論社、2001年）参照。

⁴ 条約に加えて、一般に国際法の形式的法源とされる国際慣習法については、紙幅の都合から割愛する。

⁵ 条約法に関するウィーン条約 2 条 1 項(a)。同条約は、日本について 1981 年 8 月 1 日に発効。

⁶ 憲法 98 条 2 項「日本国が締結した条約及び確立された国際法規は、これを誠実に遵守することを必要とする」。

⁷ 日本のように、批准、加入等により自動的に国内法としての効力を有する体制の国（「一般的受容体制」）は必ずしも一般的ではない。条約それ自体は国内において法としての効力を持たず、新たな立法措置が必要とされる国（「変型体制」）も多いことは、諸外国との比較において注意を要する点である。また、一般的受容体制の国であっても、条約の実効的な実施のために、国内法の改正や新たな法律の制定が必要とされることもある。

② その他の人権文書

ここでの「その他の人権文書」とは、条約以外の国際的な文書全体を指すが、文書の形式や名称は多種多様である。本稿との関連では、条約のような法的拘束力を持たない「宣言」や「勧告」、「規則」、「原則」、後述する各人権条約機関が採択する条約解釈の指針となる「一般的意見 (general comment)」⁸、各条約締約国が定期的に提出する報告書に対して各条約実施機関 (委員会) が採択する「総括所見 (最終所見, concluding observation)」などが挙げられる⁸。1996年に採択された HIV/AIDS 国際人権ガイドラインも同様の法的性質の文書である。

これらの文書については、条約のような法的拘束力をもたない点が指摘されることがあるが、必ずしも法的拘束力の有無により国際人権文書の正当性や実効性が失われるわけではない。条約解釈の「補足的手段」⁹の一つとして、条約で定められた人権基準の規範的内容をより明確にする積極的な意義をもつことにも留意する必要がある。

2 主要な国際人権基準

① 社会権規約

HIV 感染者の人権を含む健康に対する権利の国際的保障において、最も中心的な役割を果たす条約が、経済的、社会的及び文化的権利に関する国際規約 (社会権規約)¹⁰である。同規約 12 条は健康に対する権利について次のように規定している (政府公定訳, 下線筆者)。

「12 条 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。

- (a) 死産率及び幼児の死亡率を低下させるための並びに児童の健全な発育のための対策
- (b) 環境衛生及び産業衛生のあらゆる状態の改善
- (c) 伝染病、風土病、職業病その他の疾病の予防、治療及び抑圧
- (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

② 社会権規約委員会一般的意見 14

上記の社会権規約を含む主要な人権条約は、実効的な保障を確保するために、それぞれの条約実施機関 (委員会) を設置している。社会権規約もその実施機関として経済的、社

⁸ 一般に、決議 (resolution) の形式で採択される。

⁹ 条約法に関するウィーン条約 32 条。

¹⁰ 1966 年 12 月 16 日国連総会第 21 会期にて採択、1976 年 1 月 3 日発効。日本については、1979 年 9 月 21 日発効。2001 年 7 月現在の締約国数は 145。後述の自由権規約と併せて、国際人権規約と称される。規約を含む本稿で取り上げた各人権文書の原文は国連人権高等弁務官事務所 (OHCHR) のホーム・ページ<<http://www.unhchr.ch/>>などを参照。日本語訳は外務省ホーム・ページのほか、田畑茂二郎ほか編『国際人権条約・宣言集[第 2 版]』(東信堂、1994 年)などを参照。

会的及び文化的権利に関する委員会（社会権規約委員会）¹¹を設置し、同規約の実施のためのさまざまな活動を行なっている。委員会は、同規約の各規定の内容の精緻化により、解釈の指針とすることなどを目的とした「一般的意見（general comment）」の採択を主要な活動の一つとしている。

2000年5月に採択した「一般的意見 14 到達可能な最高水準の健康に対する権利（第12条）」¹²では、規約12条の規範的内容や締約国の義務、規約の違反、国内的实施などが、極めて詳細に記されている。社会権規約の国際的実施に関する権限を有する委員会の公式見解として、規約の解釈にあたっては十分に参照されるべき文書といえるだろう。

③ HIV/AIDS 国際人権ガイドライン

HIV/AIDS と人権に関して単独に扱った唯一の国際人権基準とも呼べるものが、1996年の「第2回 HIV/AIDS と人権に関する諮問会議（OHCHR と UNAIDS の共催）」で採択された「HIV/AIDS 国際人権ガイドライン」¹³である。12項目にわたる極めて詳細なガイドラインは、社会権規約の実施にあたっては、補完的に適用していくことにより、より実効的な HIV 感染者の人権保障が可能となるだろう。

2001年6月の国連エイズ特別総会の政治宣言でも指摘されているように、HIV 感染者の人権保障における各国での HIV/AIDS に関する反差別法の制定は不可欠なものとされている。この点からは、1999年に UNAIDS により作成された「HIV/AIDS、法及び人権に関する立法者ハンドブック」¹⁴も有効に活用されるべき内容を備えた基本文書の一つである。

④ その他の関連人権文書

国際人権法における健康に対する権利、特に HIV 感染者の人権保障については、これらが中核的な基本的文書となるが、ここではその他の関連人権文書についても主要な人権条約を中心に取り上げることとする。

社会権規約を含む国際人権規約とともに、国際的人権保障の出発点として、現在においても参照されるべき基本文書が、1948年に国連総会にて採択された世界人権宣言である。同宣言は条約ではないことから、すべての国家（少なくとも国連加盟国）が達成すべき人権基準とされている。同宣言は25条で健康に対する権利について規定している。

国際人権規約のもう一方の条約である市民的及び政治的権利に関する国際規約（自由権規約）¹⁵も健康に対する権利を含む社会権の保障と無関係ではない。同規約の実施機関である自由権規約委員会は、「法律の前の平等」を規定する同規約26条が、社会権について定めた法律についても適用可能であるとの解釈を行なっている。

¹¹ 社会権規約委員会については、後述の「IV 国際的実施」を参照。

¹² 一般的意見の原文は OHCHR のホーム・ページ（注10）参照。日本語訳は、アジア・太平洋人権情報センター編『アジア・太平洋人権レビュー2001 ドメスティック・バイオレンスに対する取組みと課題』（現代人文社、2001年）152-168頁参照。

¹³ United Nations, HIV/AIDS and Human Rights International Guidelines, 1998 (HR/PUB/98/1). UNAIDS のホーム・ページ<<http://www.unaids.org/>>にて参照可。

¹⁴ UNAIDS/IPU, Handbook for Legislators on HIV/AIDS, Law and Human Rights, 1999 (UNAIDS/99.48E). UNAIDS のホーム・ページ（同上）にて参照可。

¹⁵ 1966年12月16日国連総会第21会期にて採択、1976年3月23日発効。日本については、1979年9月21日発効。2001年7月現在の締約国数は147。

その他、日本についても適用可能なものとしては、あらゆる形態の人種差別撤廃に関する条約（人種差別撤廃条約）5条（e）、（iv）、難民の地位に関する条約（難民条約）24条、女性に対するあらゆる形態の差別の撤廃に関する条約（女性差別撤廃条約）12条、子どもの権利に関する条約（子どもの権利条約）24条、拷問及びその他の残虐な、非人道的な若しくは品位を傷つける取扱い又は刑罰を禁止する条約（拷問等禁止条約）などの条約に加えて、国連高齢者原則、同性愛者、被拘禁者取扱い標準最低規則、被拘禁者保護原則などの多数の文書において、健康に対する権利が規定されている¹⁶。

3 国際人権法における人権基準の相互不可分性

それぞれの人権は相互に不可分な関係にあり、部分的な実現のみでは実効的な人権保障が確保されないという人権基準の相互不可分性は、国際人権法においてこれまで繰り返し強調されてきた人権基準の基本的な性質である。例えば、表現の自由を保障されていたとしても、教育への権利が保障されていないと、表現の自由の実効的な保障とはならない。このような人権基準の相互不可分性は、その適用においても当てはまる。一人の HIV 感染者が、女性であり、外国人であり、また同性愛者でもありうるのである。したがって、当事者の属性に応じて、社会権規約又は自由権規約を中心にさまざまな人権基準を相互補完的に適用していくことがより実効的な人権保障へとつながるのである。

II 健康に対する権利の法的性質

1 規範的内容

次に国際人権法における健康に対する権利について、前述の社会権規約委員会による一般的意見 14¹⁷を参考としながら、その規範的内容を見ていくことにする。まず前提として、健康に対する権利は、健康であるべき権利（a right to be healthy）ではなく、不当な干渉を受けない自由のような自由権としての側面と健康を享受するための保健制度への平等な機会の確保のような社会権としての側面を併せもつ権利である。

そして、次の4点が健康に対する権利の相互に関連する本質的な要素とされる。

- (a) 利用可能性 [availability]
- (b) アクセス可能性 [accessibility]
- (c) 受容可能性 [acceptability]
- (d) クオリティー [quality]

さらに、(b) のアクセス可能性には、無差別（non-discrimination）、物理的なアクセス可能性（physical accessibility）、経済的なアクセス可能性（economic accessibility）、情報へのアクセス可能性（information accessibility）、の4つの側面が含まれる。

¹⁶ 前述の社会権規約委員会による一般的意見の採択と同様に、各人権条約の実施機関（委員会）も一般的意見・勧告を採択しており、注意が必要である。例えば、女性差別撤廃委員会は、1999年に「一般的勧告 24 女性と健康」を採択している。

¹⁷ 前掲注（12）参照。

一般的意見 14 は、特に HIV/AIDS との関連では、第 12 条を解釈する際に、「HIV/AIDS のような、以前は知られていなかった病気」を考慮に入れる必要があることを指摘している (para.10)。また、保健施設、物資及びサービスは、「HIV/AIDS ウィルスをもった人のような脆弱な、又は排除された集団にとって、物理的に安全に手が届く範囲になければならない」としている (para.12)。さらに、健康に対する権利の実現において、「健康状況 (HIV/AIDS を含む)」による差別の禁止を強調している (para.18)。一般的意見 14 により、その他にもさまざまな視点から、社会権規約さらには国際人権法における健康に対する権利の規範的内容の具体像が提示されている。

*以下の各資料は本稿との関係では、直接的には次回報告書のためのものであるが、一定の意義を有する性質のものであることから、本報告書にも収録することにした。

【資料 1】

日本政府による経済的、社会的及び文化的権利に関する国際規約第 16 条及び第 17 条に基づく第 2 回報告 (仮訳文)

* 該当箇所のみ、全文は外務省のホーム・ページに掲載。

第 12 条

1. 国民の健康状況に関するデータ

WHO Regional Office for the Western Pacific, "Western Pacific Region Data Bank on Socioeconomic and Health Indicators Dec.1995"を参照されたい。

2. 我が国の保健政策

(1) 疾病の予防、治療及び抑制

(a) 感染症対策

感染症の予防のため、伝染病予防法により医師の患者発生届出義務、健康診断、収容、汚染物件の消毒・処分等の感染源対策及び感染経路対策が行われている。また、予防接種法により、急性灰白髄炎、ジフテリア等 7 種の伝染病について、定期、臨時の予防接種を実施している。

これらの対策の結果、腸チフス、パラチフス等の疾病は 1950 年以降で最も発生の多かった年に比べて 20 分の 1 以下に減少した。特に急性灰白髄炎の発生は、ほぼ制圧されている。国内に常住しない伝染病の病原体が、わが国に侵入することを防止するため、検疫法に基づき検疫を実施している。

結核について、政府は、健康診断、予防接種、特定業種への従業禁止、命令による療養所への収容等により、その防止を図っている。その結果、新規の患者数は年間 4 万 2 千人程度に減少している。

エイズについては、我が国における感染はなお少数にとどまってはいるが、感染者数は着実に増加している。政府は、「エイズ問題総合対策大綱」(1987 年 2 月 24 日関係閣僚会議決定 (1992 年 3 月 19 日改正))に基づき、正しい知識の普及等の対策を講じ、感染拡大防止に努めている。

(略)

(2) 適切な医療サービスの保障

(a) 医療供給体制

我が国の医療供給体制については、患者の心身の状況に応じた良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制が確保されるよう、その整備が進められ、全国的にみると、病床数、医師数等の量的な面では必要な整備がなされている。

また、1986年度より、都道府県において、医療関係者等の協力の下に地域の実情に応じた医療計画を作成することとし、その具体的な推進を図っているところである。

なお、医師、看護婦をはじめとする医療関係職種については、その資格制度を定めることなどを通じてその養成・確保を進めている。また、医師については、全人的な診療のできる資質の高い医師の養成を図るべく、医師免許取得者の臨床研修の充実にも努めている。

へき地・救急・がん・小児医療等の不採算医療または高度な医療を提供している病院に対しては、必要な助成を行っている。

へき地における医療の確保を図るため1956年度以来、年次計画により、へき地中核病院、へき地医療支援病院及びへき地診療所の整備、へき地巡回診療の実施、へき地勤務医師の確保、患者搬送体制の整備等の各種施策を推進している。

休日・夜間における地域住民の救急医療を確保するため、1977年度から初期救急医療体制、第二次救急医療体制及び第三次救急医療体制並びに救急医療情報センターの計画的かつ体系的整備を推進するとともに、1991年度には、救急救命士制度を創設するなど、救急現場及び搬送途上における医療の確保に努めている。

(略)

(b) 医療保障制度

我が国の医療保険制度の概要については、本報告書中第9条に関する部分を参照されたい。国民のすべてが何らかの医療保険制度により給付を受けることになっている。ここでは、我が国の医療保障制度のもう一つの柱である公費医療について述べる。

(i) 生活保護法の医療扶助

我が国の公的扶助法である生活保護法の医療扶助により、財政的事情により扶助を要する者に対し、入院、診察、投薬、注射、手術等の給付を行っている。医療扶助による医療給付は、国民健康保険法、老人保健法の診療方針によることとなり、医療保険による給付内容とほぼ同等の医療が保障されている。

(ii) 難病に対する医療扶助

政府は、1972年に定められた難病対策要綱に基づき、現時点で効果的な治療法の発見されていないベーチェット病、重症筋無力症等の難病に関し、広範な調査研究を推進している。

このほか、難病患者の医療費については、自己負担の軽減を図っている。また、児童については、治療が長期にわたり、医療費の負担も高額となるなど、児童の健全な育成を阻害する特定の慢性疾患について、治療研究事業として医療費を援助し、医療の確立と普及を図っている。

(略)

(vi) その他

上記の他、公費による医療保障制度として、原子爆弾被爆者に対する擁護に関する法律による被爆者医療、伝染病予防法による伝染病治療等がある。

【資料 2】

政府報告書に対する NGO レポート (社会権規約 NGO レポート連絡会議)

* 該当箇所のみ、レポート全文は、社会権規約 NGO レポート連絡会議編『社会権規約と日本 2001』(エイデル研究所, 2001 年) 参照。

13 HIV 感染者及び AIDS 患者

1 HIV 感染者/AIDS 患者に関する不十分な人権保障 (主に規約 2 条 2 項, 9 条, 12 条)

■ 問題点

1998 年 10 月に公布された「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律 (以下, 感染症法)」は, HIV 感染者/AIDS 患者のための実効的な人権保護規定を含んでいない。国内における HIV/AIDS に関する施策においても, 規約上の権利についての言及は皆無である。さらに, 政府報告書では, 感染者・患者の人権状況について全く言及していない。

[政府報告書 60-62 頁]

■ 背景・理由

1999 年に厚生労働省 (旧厚生省) が「感染症法」に基づき策定した「エイズに関する特定感染症予防指針 (以下, 指針)」は, 「人権の尊重」について言及しているが, 抽象的な表現にとどまり, 世界保健機構 (WHO) の国際保健規則 (IHR) を含む国際保健法や, 規約を含む国際人権法への明示的な言及はなく, 国際法との整合性を十分に意識したものとは言えない内容となっている。指針では, 人権侵害に関する相談窓口の設置や個人情報保護, 偏見や差別の撤廃, 十分な説明と同意に基づく個人を尊重した保健医療サービスの提供について触れているにもかかわらず, 政府報告書では, 指針の実施状況を含む感染者・患者の人権状況について, 全く言及していない。

これまでも感染者・患者に関する人権問題として, 雇用, 教育を含むさまざまな分野における差別・偏見, 個人情報などに関するプライバシー侵害などが報告されている。医療分野では, 診療拒否をはじめ, インフォームド・コンセントのない抗体検査, 陽性告知のないままでの拠点病院への紹介・転院などの問題が指摘されている。また, 医療関係者からは, 「感染症法」における病名を特定した疾病分類の採用や, 不適切なサーベイランスから生じうる人権上の問題, 感染者・患者や医療従事者への医学的知識を含む情報提供システムの不備などの問題が提起されている。

政府は規約上の諸権利, 特に健康に対する権利に関する 12 条に関する「保護義務 (the obligation to protect)」及び「充足義務 (the obligation to fulfil)」から, 感染者・患者の人権状況を正確に把握すると同時に, 適切な人権保障のための施策を実施する必要がある。

■ 提言

政府は HIV/AIDS に関する施策において、規約及び各一般的意見(特に一般的意見 14)、1996 年「HIV/AIDS と人権に関する国際ガイドライン」(OHCHR, UNAIDS)、1999 年「HIV/AIDS、法及び人権に関する立法者ハンドブック」(UNAIDS, IPU)、国際保健規則などの国際人権法及び国際保健法を適用すべき人権基準として明示的に言及しながら、現行施策の見直しを含めて、感染者・患者の人権保障を確保すべきである。

さらに、感染者・患者の人権状況を監視・救済するための新たな機関の設置を含め、関係省庁連絡会議や疾病管理機構などの組織上の整備も不可欠である。いわゆる「国内人権機関」として新たな設置が検討されている「人権委員会(仮称)」においても、積極的な活動の対象とすべきである。

2 外国人感染者(患者)を含む HIV/AIDS に基づく社会生活上の差別(主に規約 2 条 2 項, 6 条, 7 条, 9 条, 12 条)

■ 問題点

HIV 感染者及び AIDS 患者であることを理由とした差別・偏見が、医療、労働、教育、婚姻を含む家族生活など、公的及び私的分野の双方のさまざまな場面において存在する。特に、日本国内に滞在する外国人の感染者・患者は極めて困難な状況に置かれている。このような状況は、規約締約国に課された保護義務及び充足義務に違反するにもかかわらず、政府は十分に必要な措置を講じていない。

[政府報告書に記載なし]

■ 背景・理由

感染者及び患者は、社会生活上のさまざまな場面において HIV/AIDS を理由とした差別・偏見による人権侵害の被害者となっている。医療機関における合理的な理由のない診療拒否や医師などの過剰な防御体制、職場での採用拒否や辞職の強要、家庭生活における家族・親戚からの嫌がらせ、婚約解消などが、被害者本人、医療関係者、NGO などにより報告されている。また、こうした差別・偏見から生じる感染者及び患者の精神面を中心とした健康への悪影響も指摘されている。

日本国内に滞在する外国人の置かれている状況はより深刻である。感染者・患者であることに加えて、外国人であることにより生じるいわゆる「複合差別」が、規約上の権利の実現をより困難にしている。「国籍や滞在資格を問わず、良質かつ適切な医療を提供することは国及び地方公共団体の責務である」との政府の見解(1998 年 9 月 16 日、衆議院厚生委員会)にもかかわらず、通訳体制や相談窓口などの情報提供体制の不備や、未払補填制度の充実を含む医療費負担に関する問題などが、外国人の規約上の権利の実現に大きな障害となっている。

■ 提言

政府は、外国人を含む感染者及び患者に対する差別・偏見を撤廃し、規約上の権利の完全な実現のために必要な措置を直ちに講じるべきである。特に、現行法の改正により HIV/AIDS に基づく明示的な差別禁止規定を設けるか、2001 年国連エイズ特別総会においても加盟国に対して要請された HIV/AIDS に関する包括的な差別禁止法を制定することにより、HIV/AIDS を理由とした差別を法的に禁止するための

措置を直ちに講じる必要がある。また、外国人に対する差別を禁止するための人種差別禁止法の制定も検討すべきである。

このような措置の実効性を確保するためにも、感染者及び患者の人権状況の監視・救済などを目的とした独立した機関の設置も不可欠である。いわゆる「国内人権機関」として新たな設置が検討されている「人権委員会（仮称）」も、有効に活用されるべきである。

3 同性愛者にかかわるエイズ問題について（規約第2条2項、9条、10条、12条）

■ 問題点

- ① 同性間パートナーに対する制度的差別：同性間カップルについて、一方ないし両方が HIV に感染している場合、異性間カップルとの間に以下の差別が存在している。
 - a) 健康保険・国民健康保険制度において、一方が他方の被扶養者として健康保険に加入することができない。このため、一方が HIV/AIDS によって勤労が不可能な場合や、失業した場合などに社会保険をうけることができなくなる場合がある。これは、既婚・未婚を問わず、一方が他方の被扶養者となることのできる異性間カップルと利益状況が大きく異なることである。
 - b) 同性間カップルは、法律上なんら地位を与えられていないため、同性間カップルの一方が AIDS を発症し危急の状態となった場合において、他方は同性間パートナーの一方当事者として必要な意思決定を行ったり、財産の相続などを受けることができない。これにより、異性間カップルと利益状況に差が生じている。
- ② 同性愛者差別による医療・社会保障へのアクセスの困難：同性愛者である HIV 感染者・AIDS 患者は、HIV 感染を理由とする差別と性的指向を理由とする差別という二重の差別にさらされる危険性がある。そのため、自分が HIV に感染しており、かつ同性愛者であるという事実が暴露されるのを恐れ、社会保障制度へのアクセスを忌避せざるをえない場合がある。このようなケースは、匿名性の高い大都市よりも、閉鎖的な人間関係の強固な地方において顕著に生じやすい。

[政府報告書に記載なし]

■ 背景

- ①については、日本が同性間パートナーを家族の一形態として認知しておらず、なんらの法的地位も与えていないことが背景に存在する。
- ②については、医療や社会保障の運用において個人情報の管理が事実上、必ずしも厳密に行われていないこと、個人情報の漏洩などの被害を受けた者が訴えでることのできる簡易な紛争処理機関がないことなどが背景に存在する。

■ 提言

- ①については、同性間パートナーについて、登録に基づいて一定の法的地位を付与する制度を創設し、登録した同性間パートナーについては、パートナー単位で社会保障へのアクセスを認めること、危急の際の意思決定や相続等に参与する権限を与えることが必要である。
- ②については、社会保障制度の運用において性的指向を含めた個人情報の管理を