

5.1.2.6 病棟の電話の設置場所についての配慮がなされている

- a. 電話ボックスや電話の設置場所を工夫することによりプライバシーへの配慮がなされている
- c. 配慮がなされていない

個々のベッドに電話が設置されている場合でも、この項目は病棟に設置されている電話について評価する

<選んだ理由>

5.1.2.7 面会用のスペースがある

- a. 見舞い客などのための面会用の部屋が整備されている
- c. 整備されていない

専用である必要はないが、プライバシーを保つことができること

<選んだ理由>

◎5.1.2.8 患者、家族等に説明するための、プライバシーの保たれる場所がある

- a. プライバシーの保たれる場所が常時確保されている
- c. プライバシーの保たれる場所がない

専用の部屋であることが望ましい

<選んだ理由>

5.1.3 患者に対して相談支援が行われ、院内との調整が行われている

- 5. 極めて適切である
- 4. 適切である
- 3. 中間
- 2. 適切さにやや欠ける
- 1. 適切でない／存在しない

<選んだ理由>

◎5.1.3.1 相談窓口が設置されており、その窓口がわかりやすく明示、広報されている

- a. 窓口が明示、広報されている
- c. 明示、広報されていない

☑初診者に対して、又、相談しにくいことを伝えられるような工夫がなされている

<選んだ理由>

5.1.3.2 担当者がおり、患者・家族等が相談しやすい状態にある

- a. MSW またはこれに準ずる医療相談のための専任の担当者が決められている
- c. 担当者が決められていない

☑実績が確認できる

<選んだ理由>

5.1.3.3 患者・家族等と相談等を行うための、適切な相談スペースが確保されている

- a. 患者・家族等と相談を行うための部屋が常時確保できる
- c. 確保が困難である

☑専用の部屋である必要はないが、プライバシーが確保できること

<選んだ理由>

5.1.3.4 相談内容により担当者が院内スタッフと調整している

- a. 他の院内スタッフと調整を行うような体制が整っている
- c. 調整していない

<選んだ理由>

5.1.3.5 患者または家族等に説明やカウンセリングを行う場合の環境に十分な配慮がなされている

- a. 防音、採光、落ち着ける適切なスペース、彩色、人目に触れない場所にある等の配慮があり、患者や家族等が安心して相談できる
- c. 配慮がなされていない

<選んだ理由>

6.0 病院運営管理の合理性

6.1 医事業務

6.1.1.1 エイズ患者等がプライバシーの問題で個室に入院した場合の点数加算について理解されている

- a. 主治医・担当医、病棟婦長、医事課職員などが、点数加算について理解している
- c. 理解していない

☞ 点数加算とは、「重症者等療養環境特別加算」を指す。なお、「難病患者等入院診療料」などについても留意が必要

<選んだ理由>

6.2 施設管理

6.2.1 ハウスキーピングなどにおける感染対策がなされている

- 5. 極めて適切である
- 4. 適切である
- 3. 中間
- 2. 適切さにやや欠ける
- 1. 適切でない／存在しない

<選んだ理由>

6.2.1.1 院内の環境整備を統括する部門があり清潔管理体制が確立しており、院内は整理整頓され、清潔である

- a. 体制が確立しており清潔に保たれている
- c. 体制が確立していない、または汚い

☞評価する場所は院内全てだが、特に患者病室、廊下、トイレ、浴室は必ず見る

<選んだ理由>

6.2.1.2 退院後のベッド環境の清潔に配慮がなされている

- a. 配慮されている
- c. 配慮されていない

☞ベッド環境とは、病室、ベッドそのものなど患者が直接生活する場所を指す。感染症患者に限らず、

一般の患者を対象とする

<選んだ理由>

6.2.2 医療廃棄物の処理が適切に行われている

- 5. 極めて適切である
- 4. 適切である
- 3. 中間
- 2. 適切さにやや欠ける
- 1. 適切でない／存在しない

<選んだ理由>

6.2.2.1 医療廃棄物処理の責任者を配置している

- a. 責任者が明確である
- c. 責任者が明確でない

<選んだ理由>

6.2.2.2 感染性廃棄物の分別・梱包が適切である

- a. 廃棄物などの性質・形状などを配慮し、危険のないように分別・梱包している
 - c. まったく不適切である
- ☑ 一般廃棄物の集積所も確認して評価する。保管場所、施設管理など

<選んだ理由>

6.2.2.3 医療廃棄物処理の過程が適切に行われていることが確認されている

- a. 院内で処理されているものがある場合、施設内の焼却施設、オートクレーブで滅菌処理が行われている。また、外部委託によって行われているものがある場合、業者などにより処理が行われていることを文書により確認している
 - c. 適切に処理されていない、または確認されていない
- ☑ 外部委託の場合には、業者による処理の適切性の確認が必要。焼却施設を用いている場合は、ダイオキシンの問題をクリアしていることを確認する

<選んだ理由>

6.3 人事・労務管理

6.3.1 職場環境が整備されている

- 5. 極めて適切である
- 4. 適切である
- 3. 中間
- 2. 適切さにやや欠ける
- 1. 適切でない／存在しない

<選んだ理由>

6.3.1.1 希望者に対し HIV 抗体検査を実施する体制がある

- a. 実施する体制がある
- c. 体制がない

<選んだ理由>

6.3.1.2 職員のストレス対策に配慮している

- a. サポート体制があるなど、配慮されている
- c. 配慮されていない

<選んだ理由>

6.4 委託業務の管理

6.4.1 委託業務の管理が適切に行われている

- 5. 極めて適切である
- 4. 適切である
- 3. 中間
- 2. 適切さにやや欠ける
- 1. 適切でない／存在しない

<選んだ理由>

6.4.1.1 患者サービスと病院業務の質の向上に配慮して、業務の委託が行われている

- a. 委託業務の内容について検討する場があり、定期的に見直されている
- c. 委託業務の内容について検討する場がない
 - ☞ 委託の必要性、適切性などについての検討の場

<選んだ理由>

6.4.1.2 委託業務の品質管理を担当する部門または体制がある

- a. 各部門委託業務の品質管理を担当する担当者がいて、常に活動している
- c. 委託業務の品質管理を行う担当者がいない

<選んだ理由>

6.4.1.3 委託業者に対してエイズに関する基礎的事項に関する教育が行われている

- a. 研修会などが定期的に行われている
 - c. 研修会などが行われていない
- ☑ プライバシー・感染対策について教育が行われている

<選んだ理由>

6.4.1.4 委託業務の事故発生時には、単独に処理せずに必ず病院責任者に報告して指示を受けるよう手順が定められている

- a. 事故発生時の処理方法が定められていて、全業者に説明されている
 - c. 事故発生時の処理方法が定められていない
- ☑ 対応方法の明確化、業者への周知

<選んだ理由>

6.5 医療事故防止への対応

6.5.1 患者の医療事故防止への対応が適切に行われている

- 5. 極めて適切である
- 4. 適切である
- 3. 中間
- 2. 適切さにやや欠ける
- 1. 適切でない／存在しない

<選んだ理由>

6.5.1.1 患者の医療事故または医療事故に準ずる出来事が分析され安全教育の場に戻されるなど、患者の医療事故を防止するための組織的対応体制が整備されている

- a. 事故等の発生状況に関する分析をもとに具体的な事故防止対策が組織的に検討され、教育に活かされている
- c. 事故防止対策が組織的に検討されていない
 - ☞ 事故防止に関する委員会または権限を委譲された責任者がおり、事故情報の収集や院内を巡回して防止対策を指導するなどの活動が行われていることが望ましい

<選んだ理由>

6.5.1.2 患者の医療事故発生時の対応が明文化され定期的に見直しが行われている

- a. 医療事故に対する適切な対応手順が明文化され定期的に見直しが行われている
- c. 対応手順が明文化されていない
 - ☞ 事故発生時の連絡体制、担当部署（担当者）の明確化など。

<選んだ理由>

6.5.1.3 医療事故の発生時には、その内容が記録され、残されている

- a. 医療事故に関する記録が残されている
- c. 医療事故の記録が残されていない

<選んだ理由>

6.5.1.4 医療事故が発生し、医療従事者に責任があるとの結論に至った場合、患者や遺族への賠償について適切に対応している

- a. 病院賠償責任保険に加入するなど適切に対応している
- c. 保険に加入しておらず、その都度対応している

<選んだ理由>

◎6.5.2 職員の事故防止への対応が適切に行われている

5. 極めて適切である
4. 適切である
3. 中間
2. 適切さにやや欠ける
1. 適切でない／存在しない

<選んだ理由>

6.5.2.1 職員の事故または事故に準ずる出来事が分析され、組織的に事故防止対策が検討されている

- a. 事故等の発生状況に関する分析をもとに具体的な事故防止対策が検討されている
- c. 事故防止対策が組織的に検討されていない
 - ☞ 薬剤や機器の取扱い方法、注射器のリキャップなど具体例を尋ね、誤った認識や動作を回避するための対策が日常的に行われているかどうかを確認する

<選んだ理由>

◎6.5.2.2 針刺し事故のような職員の事故発生時の対応が明文化され定期的に見直しが行われている

- a. 針刺し事故などの発生時の対応について、おおよその対応手順が明文化され定期的に見直しが行われている
- c. 対応手順が決まっていない
 - ☞ 事故発生時の速やかな報告と対処、労災の手続きなどのおおよその対応手順が明文化され定期的に見直しが行われていること

<選んだ理由>

6.5.2.3 職員の事故発生の状況が記録されている

- a. 職員の事故発生の状況について記録されている
- c. 記録されていない
 - ☞ 事故に準ずる出来事についても報告され、記録されていることが望ましい

<選んだ理由>

海外をモデルとしたHIV医療体制の確立に関する研究

分担研究者：木村 和子（金沢大学大学院自然科学研究科医療薬学専攻）

研究協力者：池上 千寿子（ふれいす東京）

木原 正博（京都大学大学院医学研究科社会健康医学系専攻）

桜井 賢樹（財団法人エイズ予防財団）

沢田 貴志（国際保健協力市民の会）

白阪 琢磨（国立大阪病院臨床検査部ウイルス研究室）

林 素子（日本福祉大学社会福祉学部保健福祉学科）

圓山 誓言（大阪府吹田保健所）

若井 晋（東京大学医学部医学系研究科国際地域保健学教室）

渡辺 恵（国立国際医療センターエイズ治療・研究開発センター）

研究要旨

公開国際シンポジウム「HIV/AIDS—必要としている人々にケアは届いているか」を「HIV感染症の医療体制に関する研究班」（主任研究者：白阪琢磨）と「感染症の動向と予防介入に関する社会疫学研究班」（主任研究者：木原正博）との共同研究として開催した。

「HIV感染症の医療体制に関する研究班」の分担研究「海外をモデルとしたHIV医療体制の確立に関する研究」（分担研究者：木村和子）、「地域HIV医療体制の構築に関する研究」（分担研究者：圓山誓言）及び「在日外国人HIV医療についての研究」（分担研究者：若井晋）が実施にあたった。

このシンポジウムは、国民皆保険の日本に居ながら若者や外国人労働者など抗HIV薬治療を受けられない人々の現状を認識し、どうしたら抗HIV薬の恩恵に預かれるようになるのか改善策を見いだすことを目的とした。シンポジウムでは多くの貴重な情報と提言が含まれており、我が国に止まらず全ての地域、国、地方にも当てはまる重要な解決への道が示された。

まず、HIV/AIDSに最も感染しやすいグループの脆弱性が指摘された：国が貧しく国民の多くが治療にアクセスがない場合、海外に移住労働に出かける人々、特に女性、日本のように国民皆保険制により一般に高水準の医療が提供されているにもかかわらず青少年、外国人など予防・ケアが行き届かない人々が最も脆弱であり、そして問題解決には彼らのエンパワメントが重要である。特に政府の強いコミットメントと市民社会の積極的参加が不可欠であることが明らかにされた。また、多領域の動員とバランス良い予防・治療施策、各対象と段階に適合したプログラムの必要性が訴えられた。

日本のHIV感染者は2010年には約5万人に上ると予測されている。現在抱える問題を討論のみで終わらせるのではなく、いつまでに何をしなければいけないかタイムフレームによって行動することが重要であると認識された。

1. 研究の背景

AIDSはこれまで人類が直面した最も悲惨な病であり、2001年末までに6,000万人を超える人がHIVに感

染し、現在HIVとともに生きている人は4,000万人に上ると推定されている（2001年12月UNAIDS報告より）。その疫禍により存立基盤が脅かされている国がある一

方、新規感染者の増加傾向に歯止めがかかったとしている国もある。

我が国のHIV感染者数は推定12,000人以上であり、諸外国に比較して多くはないものの、確実に増加しており、決して流行を免れているわけではない。

日本政府はHIV/AIDSとともに生きる人びと(PWHA)のために三層の医療システムを構築した。国立国際医療センター内にエイズ治療・研究開発センターを設置し、全国8ブロックに核となるブロック拠点病院及び各県に拠点病院を選定し、日本中どこにおいても適切な高度医療が提供されるよう図られている。

また、高額な抗HIV薬も医療保険制度によって一定限度の自己負担ですべての被保険患者に供給されている。プロテアーゼ阻害剤の出現で1997年以降AIDSによる死亡者は減少し、感染者の病態の改善も認められた。

それにもかかわらず、情報不足や偏見を恐れるため若者や同性間性的接触者などにはこの恩恵に浴していない者も多い。また日本の医療保険制度の外におかれている海外からの移動労働者などは、必要な医療サービスすら受けることができない。

このシンポジウムでは海外からの専門家との情報交換及び意見交換を通じ、今後の日本のHIV感染症ケアシステムの改善策とともに、誰もがHIV感染症ケアや抗HIV薬を受けられるよう、新たな考えや発想の展開に努めるものである。

HIV感染症の医療体制に関する研究班の中で木村は「海外をモデルとしたHIV医療体制の確立に関する研究」において、わが国のHIV医療体制を海外のHIV医療体制と比較研究を行う中で、医療保障制度により抗HIV薬治療は西欧諸国で国民に広く提供されているが、その制度の外に置かれている外国人などはこれらの国でも高価な抗HIV薬治療へのアクセスに困難があることを明らかにした。

圓山は「地域HIV医療体制の構築に関する研究」においてAIDSは障害に加えHIV感染に対する偏見差別から従来の保健福祉医療機関が必ずしも利用しやすい環

境にないこと、また、HIV感染は従来保健医療行政が想定していた対象集団と異なる特定サブカルチャー集団に多発する傾向があることなどを指摘した。ポピュレーションヘルスアプローチの理念・行動計画に基づき、先進的に取り組んでいるカナダの地域HIV医療体制及び全国のNGOのネットワーク化を進めるドイツの例を参考にわが国の今後の地域HIV医療体制のあり方を研究した。

若井は「在日外国人HIV医療についての研究」において在日外国人はHIV感染治療において通訳など相談体制の問題、さらに健康保険非所持者の割合が高いために、受診が遅れるという公衆衛生上の問題、医療費未払い問題から、医療機関が診療拒否を行うなど悪循環を引き起こしていることを指摘した。また、先進国と患者の母国における患者支援体制の情報を提供した。

即ち、三班の研究活動から、一般の国民には医療保障制度下で抗HIV薬治療が提供されているにも関わらず、外国人やサブカルチャー集団ではその恩恵に浴することができない状況にあること、また、同じ問題を西欧諸国も抱えているが、国によっては先んじた取り組みを行っていることが明らかになった。

研究活動三年目の締めくくりとして三班合同で、わが国の識者及び海外で先進的にユニバーサルアクセスに取り組んでいる専門家を招いて情報交換し、意見交換を通じ、この問題の本質、核心は何なのかを解明し、今後の改善方策を同定することとした。

2. 目的

- ・日本のHIV/AIDSケアに関する現状と問題点の確認
- ・PWHAに対する外国の医療ケアシステム、特に社会的弱者に対するものについて紹介。
- ・日本のHIV感染症ケアの中長期目標、手法の同定

3. 方法

公開国際シンポジウム

[講演者と演題]

木原正博: 京都大学大学院医学研究科社会健康医学系

専攻国際保健学講座教授

“HIV/STDに関する最近の状況と今後のHIV流行の展望”

・Ivan Wolffers, PhD, Professor

Health Care and Culture, Vrije Universiteit
Amsterdam, the Netherlands

“移住者という脆弱な集団とHIV/AIDS”

・Marco Antônio de Avila Vitoria MD

National STD/AIDS Program, Ministry of Health,
Brazil

“抗HIV薬無料提供とブラジルのHIV/AIDS流行の取組”

・Warren O'Briain

Director, Community Development, AIDS Vancouver,
Canada

“ポピュレーションヘルス、HIVと社会の片隅に追いつ

やられた人々:カナダの経験から”

・沢田貴志 シェア=国際保健協力市民の会副代表

“外国人労働者とHIV/AIDS医療”

・池上千寿子 ぶれいす東京代表

“地域におけるHIV/AIDSケアの取組み”

[座長]

木村和子 金沢大学大学院自然科学研究科教授

圓山誓信 大阪府吹田保健所所長

若井 晋 東京大学大学院医学系研究科教授

[参加]

- ・エイズ政策立案者
- ・外交官、入国管理官
- ・HIV医療関係者、医療保険関係者
- ・NGO/NPO、コミュニティ団体
- ・大学、研究機関の研究者
- ・民間企業
- ・HIV感染症に関心を有し、討論に参加を希望するもの

[開催日時、場所]

2002年11月30日 13時40分-16時45分

名古屋国際会議場白鳥ホール

4. 結果

4-1. 講演要旨

4-1-1. HIV/STDに関連する最近の状況と今後のHIV

流行の展望

京都大学大学院医学研究科社会健康医学系専攻国際保健学講座

木原正博

日本は低流行国に分類されており、成人人口中の平均HIV感染率は0.01%程度と見積もられている。しかし、近年HIV/AIDS報告数は増加を続けており、また最近5年間に明らかな加速傾向が現れている。若者の間に無防備なセックスが蔓延を強めている現状から考えれば、日本は本格的流行期に突入する危険が高い。

HIV/AIDSの疫学

日本は、HAART療法を受けられる環境にあるにもかかわらず、HIVもAIDS患者数も増加が続いている。先進国でそうした現象が見られているのは日本だけである。

2002年9月30日現在で、累積報告数(注:凝固因子製剤感染者を含まず)はHIV感染者4982人(男/女=2.3、日本国籍/外国国籍=2.0)、AIDS患者2488人(男/女=6.1、日本国籍/外国国籍=2.9)であり、増加の中心は、日本人男性である。日本人女性の報告数はまだ少ないが着実に増加が続いている。累積HIV感染者報告の中で、異性間感染が43%、同性間感染が34%、感染経路不明が20%で、薬物静注による感染は、合計30例に満たない。AIDSの感染経路の分布は、HIVにほぼ近い。報告地は、東京が依然最大であるが、近年東京以外からの増加が続いており、特に、愛知、大阪からの増加が顕著である。

最近の数年間にMSMと若者の報告数の急増が観察されており、これらの集団の中にHIV感染が急速に拡大していることが示唆されている。

献血血液中のHIV抗体陽性率は増加を続け、2001年には10万対1.37に達した。この値は、西欧諸国の中央値を50%以上も上回る値で、これも他の先進国と際立った違いを見せている。妊婦の感染率は<0.02%、無料匿名検査の受検者の感染率は全国平均で<0.3%であるが、MSMの検査受検者(3%)と外国人セックスワーカー

一(1-3%, 1992-1999)では、数%レベルの感染率が記録されている。

性行動

1999年に、ランダムサンプリングによる全国性行動調査が実施され、最近10年の間に若者、特に女性において急速な性行動の変容が生じ、買春を除けば、それまでの男女差がほぼ消失したことが示唆された。若い年齢層(18-24歳)では、初交は80%の性交経験者で19歳までに経験されており、生涯パートナー数が5人以上という人の割合も18-24歳女性では他の年齢層の比べ、顕著に高いことが明らかになった(36% vs. 2-10%)。男性における平均買春経験率は11%であり、30歳未満年齢群で15-19%と最も高い値を示した。欧米では数%以下が普通であるので、日本は先進国の中で例外的な存在ということになる。

1999年には、国立大学生の性行動調査が行われ、96あるうち26校が参加した。この調査から、日本の大学生は決まった相手よりもカジュアルの相手の場合でコンドーム使用頻度が少ないこと(74% vs. 63%)、また、相手の数が多い人ほどコンドームを使わないことが明らかになった。コンドームの使用目的は90%以上が避妊であり、HIVやSTDの予防と回答したのはわずか20%程度であった。その後、2001年には、2つの地方県で高校生の性行動調査が行われ、地方高校生の性経験率(~30%)は都会と大差がないこと、大学生同様、多数との性行為を持つ傾向が進んでいること、相手の多い人ほどコンドームを使用しない傾向にあることが半明した。これらの調査から、最近の人工妊娠中絶や性感染症増加の背景となる若者の性行動の実態が具体的に明らかになった。

MSM(男性と性行為をする男性)については、東京、大阪において、社会学的サンプリング法を用いたいくつかの性行動調査が実施されている。これらの調査によれば、肛門性交時のコンドーム常用率は、決まった相手との場合で26-47%、カジュアルな相手との場合で、43-66%であり、無防備な性行動が少なくないことが示されている。

また、滞日外国人については、日系ブラジル人の調査がなされており、カジュアルの相手との性交渉が少なくなく、かつコンドーム常用率も60%程度にとどまっていることが示されている。

推計と予測

我々の研究によれば、2002年現在で、わが国の推定生存感染者数は16,000人であり、4-5年で倍化し、2010年には50,000人に達すると見積もられる。しかし、この予測には、今後の近隣諸国における流行の影響は見積もられていない点で不確実さを有している。

結論

日本のHIV流行は依然低率ではあるが、確実に次の流行期である“局在流行期”(少なくともひとつの集団の感染率が5%を超える時期)に向かっている。

しかし、性行動調査の結果は、若者、MSM、来日外国人でリスクの高い性行動がとられていることを強く示唆しており、これまでのエイズ対策が効果を表していないことは、これらの性行動の現状と人工妊娠中絶率・性感染症の増加から明らかである。また、検査体制の遅れは、AIDS患者の報告数が先進国としては例外的に増加を続けていることに明らかに示されている。

予防、検査、ケアにおいて、速やかに有効な対策が取られなければ、日本が大きな流行を被ることは避けられず、また、医療費を含め、その強いインパクトを受けることになるだろう。

4-1-2. 移住者という脆弱な集団とHIV/AIDS

Ivan Wolfers

Vrije Universiteit Amsterdam, the Netherland

1980年代、世界中の人々がHIV/AIDSという新たな感染症に直面していることが明らかとなった。同時に、HIVに感染する可能性は人によって異なるということもはっきりした。すなわち、あるグループは他のグループよりも感染しやすい。社会的かつ文化的要因が、HIVの広がり大きな影響を与えているようであった。生物学者がHIV感染やその広がりに関する生物学的な要素を研究する一方、疫学者や社会学者は社会的か

つ文化的な視点を見出すことに勤しんだ。それは、人類の健康に対する大きな試練に挑む上で、最も適切な介入方法見出そうとしたためである。本講演では、移住者を対象として開発されたHIV/AIDS介入方法について述べ、AIDSと移住に関わる重要な考え方を示した。

HIV 感染への脆弱性

多くの人にとって HIV/AIDS と移住者という問題はなかなかよく分からない。移住によりエイズがある国に入ってくると捉えられているが、これは誤解である。基本的に問題となるのは、移住により人々が感染に対して脆弱性をもつことである。東南アジアのいくつかの国で、多くの移住者が入ってくるタイやマレーシアでは入国前に強制的に検査が行われる。即ち感染していない人が移住する。もし、感染しているならばその国に入ってから感染したということである。たとえばフィリピンで感染者の 27%は外国で働いて戻ってきた人たちである。即ち、海外で感染しているということである。移住すると感染しやすくなる、脆弱性を持つ。

移住者がなぜ HIV/AIDS に対して脆弱性を持つか。移住先では自分の理解できない言語で話されており、情報に対してアクセスがない、または知識が限られる。バングラデシュも多くの人をアジア諸外国に移住者として出しているが、文盲率が高い。移住者は貧しい地域の人々、特に農村地域ですでにかなり貧困状態にある、そもそも脆弱な人達である。

自分の国の中にも脆弱であり、そして移住すると情報に対してアクセスがないことでさらに脆弱性が高まる。情報に加えてケアに対してのアクセスもない。受診したくても行き方が分からない、医療制度が分からない。文化的な様々な誤解もある。アジアでは非常に医療が信頼されているところもあれば、伝統的な古い師にかかるところもある。超過滞在外国人労働者では医療費が払えず、受診を敬遠する。マレーシアの移住者医療特別センターは地元住民より医療費が高い。性感染症や HIV は受診が遅れば問題が大きくなるが、重症になってから来る。これでますます脆弱性が増す。

ジェンダーの問題

ジェンダーの問題も重要であり、女性は HIV 感染に対して脆弱性が高い。特にコンドーム使用を交渉する権利が少ない文化では一層である。フィリピン、インドネシア、バングラデシュから家事手伝いとして働き始めると、外の世界との関係がほとんどなく、家の中でしか接触がない。性的虐待にあっても、主に苦情を申し立てることができない。

労働市場に参入しても性的サービスができるからと性産業に入ることも多い。それが目的でなくても結局そこに行き着いてしまう。村落でリクルートされて移住のために借金する。返済しなければならぬ。また、国の家族に送金しなければならぬ。結局性産業に入ってしまう。非常に脆弱性が高い。

適合した介入

即ち、移住そのものが非常に大きな脆弱性を移住者に対してもたらすのであり、移住者がウイルスを持ち込むのではない。移住者また移住者と接触する人達がリスクある状況に置かれる。従って適合した介入が必要である。そうでないと、この流行を止めることはできない。

政治家がどんな政策を策定しようとも、人々は移住する。在留資格がある人もない人も、安い労働力を提供する。雇用者はより安い労働力を求め在留資格のない人々を使う。移住は今後増加する。国境を閉じることはできない。従って、移住者に適合した介入が必要である。

ヨーロッパでは AIDS 患者の国籍を登録していない国もある。オランダは国籍を登録させない。倫理的でないと考えている。アフリカ出身であろうと、オランダ出身であろうと治療しなければいけない。感染しているかいないかということ、女性か男性かは知りたい。印象としては移住者の感染率はかなり高い。ヨーロッパの国によっては移住者の感染率はかなり高い。特別プログラムを移住者のために開発することが重要である。

移住者は一時的にある国に滞在し、将来は本国に帰

国したい。しかし、本国に送金しなければならず、残してきた家族は経済的生存を移住者に頼っており、帰国することができない。結局永久にその国で生活することになる。習慣、文化的要素を維持しながら、その国に統合できない、しかしある意味で社会へ統合し、その国の人たちと性的接触も増えていく。HIV のホットスポットを解明し、移住者に対する介入プログラムの作成が必要である。

集団移動の過程における重要段階

HIV/AIDS は一国のレベルで見ることではできないグローバルな問題である。国内問題ではこんなに急速に全世界に病気が蔓延しなかった。どこでも急速に感染率が高くなっている。タイでは 80 年代末に最初の症例が発見され、今では 80 万人が感染している。ベトナムでは 91 年に発見され、現在では 18 万人感染者がいる。日本でも感染が増加している。感染の存在を問題にするのではなく、それをストップすることが重要である。

まずは移住出発前の段階でのプログラムである。在留資格をもっている人に正式な研修をする。HIV 感染症のリスクと対応を教育する。たとえばコンドームの使用について知らせる。バングラデシュではコンドームを知らないし、又インドネシアでは家族計画と捉えており、リプロダクティブヘルスを守るためだとは知らない。

次に、地域に根ざしたプログラムを提供する。貧困な地域から移住者がでる。コミュニティレベルで活動し、どういったリスクがあるか、自分たちを守るために何ができるかを教える。

また、移動期間のプログラムが重要である。移動している段階は在留資格のない人にとって特に重要な時期である。在留資格のない人達は途中の国で滞在することがある。特に女性は HIV の脆弱性が高い。人身売買も起きる。女性ではレイプが起きうる。ウエイトレスという約束が CSW として労働を強制される。トランジットの期間に介入することが大切で難しい問題だが、介入する責任がある。教材を移住者の言語で作成し情報提供すること、文化的デリカシーに配慮することが

重要である。特に、適応の最初の段階が極めて重要である。一番近い医者、例えば CSW の集まる歓楽街に一番近いところを仲間から知る。ここに介入スペースがある。その国にとけ込んでいく場合、2 世など情報へのアクセスは問題ないが、親との考え方で緊張関係があり、例えば、同性間性的接触では特別の介入が必要になる。本国にいったん戻ってから、再度融け込む過程にも困難がある。

政策面でどういう意味があるか。HIV をコントロールするためには治療に対してアクセスがあるということ保証される。一番目は、オランダでは、緊急医療に対して基本的人権が保障されている。健康保険があるとなかろうと、病院に緊急医療を受けるために来たら拒むことができない。

二番目はどこまでを緊急医療と考えるかということである。緊急医療を提供するだけでなく、治療プログラムを開発しアクセスがあるようにしなければならない。

三番目はケアと予防プログラムを連携させること。抗 HIV 薬を投与するまで待つのではなく、移住者に対して特別プログラムを組む、彼らの言語を使い、そしてカウンセリングを提供する。

抗 HIV 薬は値段が高いが、それで命を救えるので高価とはいえない。提供しなければ、もっと問題が大きいの。フランスとギリシアが無料で在留資格のない人にも抗 HIV 薬を提供している。他の国でも色々工夫している。オランダでは、どの病院にも特別基金が有り、医療費未払いに対して補填している。医療費未払いは保険がない在留資格のない人達が多い。また、かなり抗 HIV 薬に費やされている。基金が十分でなかったのに病院が政府と交渉して、追加的な緊急医療費を求め、抗 HIV 薬を提供できるようにしている。

四番目は HIV、エイズ患者の移住者に対してのプログラム、抗 HIV 薬問題は移住者にも、政策決定者にも受け入れられる形が必要である。

表：いくつかのEU加盟国における累積AIDS患者

(del Amo et al. 2001: 16-17, in: Van Beelen and Broring 2002から採用)

国名	変数	時期	累積AIDS患者数	AIDS患者の割合*
ベルギー	国籍	2000	1,267	47%
イギリス	人種・出生国	2001 (6月)	3,570	22%
フランス	国籍	1998	6,571	20%
ドイツ	国籍	1997	2,250	13%
イタリア	国籍	2000 (11月)	2,326	5%
スペイン	出生国・居住国	2000 (6月)	1,076	2%

*AIDS患者全体数に対する移住者/少数民族の割合

4-1-3. 抗 HIV 薬無料提供とブラジルの HIV/AIDS 流行の取組

Marco Antonio de Avila Vitoria, MD

Brazilian STD/AIDS Program, Ministry of Health of Brazil

ブラジルの HIV/AIDS 医薬品政策は、論争を呼び非難さえされてきた。特に、90 年代初頭政府が実施したとき著しかった。しかし、実施から 10 年、ブラジルの HIV 取組みの成功は明白となり、世界的に認知されるようになった。早期から政府の協調的取組み、強力且つ効果的な市民社会の参加、多領域の動員、バランスのとれた予防・治療アプローチ、すべての戦略で人権尊重の啓発、特に抗 HIV 薬のアクセス拡大政策が成功に導いた。この政策により 96 年から、PI、NNRTI を含む抗 HIV 薬併用無料提供を実施し、定期的に更新される国家ガイドラインに基づく補給分配基準も整えた。2002 年末までに患者 12 万人がこの計画の恩恵を受けている。

さらに、ブラジル政府は、医薬品補給管理システムを構築し、国中で 500 近い抗 HIV 薬配布薬局を組入れている。十分な治療モニターのため、ウイルス量検査施設及び CD4+T リンパ球数検査施設全国ネットワークも確立した。また、HIV 感染症のモニターと診断、日和見感染症医療観察改善のため、約 1,000 の公的従

来型代替療法サービスネットワークが、地域及び行政区分ベースで必要なケアの複雑さに応じて構築されている。

結果として、罹患率/死亡率及び HIV キャリアの医療費が有意に減少した。効果分析では先進国同様の結果が得られた。死亡率の 60~80%減少と主要 OI の著減が認められた。最近の保健省見積もりで、1994 年から現在までに 6 万の AIDS 症例と、9 万の AIDS 関連死が抑制された。入院、期間、治療の複雑さが顕著に減少し、患者の福利が大きく改善された。

医療費においては、抗 HIV 薬併用無料提供政策により OI 治療薬及び入院直接経費が節約された。1997 年から 2001 年の間に、35 万 8 千の AIDS 関連入院が回避され、US \$ 10 億が節約できた。2001 年の抗 HIV 薬の費用は、US\$2 億 3500 万 (保健省予算の 1.6%) で、患者当たりの治療費は、97 年より 50%低下している。現在、使用されている抗 HIV 薬の 63%が後発品で、5 年間で 82%価格が低下した。保健省は、輸入薬の値下げを 60%まで交渉した。

利用サービスタイプも変化し、外来診療サービスの利用が著しく増加し、在宅やデイケアサービス利用が減少した。

ブラジルの抗 HIV 薬併用無料提供政策は、公的医療ベースで費用効果が示されている。死亡率低下、HIV

陽性者の生活の質向上及び医療費節約をもたらし、一方、経済社会関係費も低下した。このイニシアティブに費やされる財源は経済的にも成功する投資である。薬剤価格低下や健康基盤改善のためよく計画され支持された国際的努力があれば、貧しい国でも多くの障害を乗り越えることができる。

4-1-4. ポピュレーションヘルス、HIV と社会の片隅に追いやられた人々：カナダの経験から

Warren O'Briain

Director, Community Development, AIDS Vancouver

問題

カナダにおいて、HIV にもっとも感染しやすい人たちは、そのほとんどが社会・経済の面から社会の片隅に追いやられた人々であり、中でもゲイの若者、先住民、静注薬物常用者、セックスワーカー及び難民に感染の危険が大きい。例えばカナダのバンクーバーでは、静注薬物常用者の HIV・HCV 感染率は、先進国の中でも常に上位を占めている。

健康問題に包括的に取り組むには、単に「健康」だけでなくいろいろな面への配慮を含む指針が必要であることから、カナダ政府は近年「ポピュレーション・ヘルス」という考え方を採用した。これはヘルスプロモーション理論や 1986 年のオタワ憲章の中に含まれる基本的な考え方に基づいたものである。「ポピュレーション・ヘルス」では、健康は広範囲の社会・経済状況が関与していることを明示している。それは個人がコントロールできる範囲外にある要因に対してもっと目を向けたものであるとともに、健康維持は個人の責任であると言われ続けてきたことに対して異を唱えるものである。ポピュレーション・ヘルス・アプローチでは、これらの健康決定因子に取り組むには幅広い対応が必要であること、すなわち、法律・公共政策・サービス提供の責任がある政府及び保健当局だけでなく、感染の危険性の最も高いと考えられる集団内に組織された当事者の参加等による幅広い対応が必要である、ということを理解し、そのように公言することがその出発点となる。

カナダの公共政策においては現在、ヘルスケア・システムの効率化・改善が強調されている。しかしその一方で、個人の権利と社会的要請との間には緊張関係が存在している。多くの経済的先進国がそうであるように、貧富の差はますます拡大してきている。今述べたようなことをすべて考え合わせると、ポピュレーション・ヘルスを実行すること、特に HIV/AIDS という領域において、それを実行することは私たちにとっても大きな挑戦となるのである。

活動

バンクーバー地域における HIV 対策では NGO が先頭にたっているが、これらは HIV に関心の高いボランティアや行政機関による補助金、また私的な支援によるところが大きい。NGO の 1 つである AIDS Vancouver は、この幅広い対応を行うために他の地元及び地域の NGO と密接に協力している。AIDS Vancouver は、普及啓発・研究・ケア・治療・支援を通して、また公共政策の発展に直接関与することによって、すなわち、これまで以上に幅広い社会的・経済的健康決定因子に取り組むことを通して、その任務を果たしている。そして、ヘルス提供システムと他の公的システム間で協力関係が次第に成熟し、現在、一定の方式が定着してきている。

討論

NGO 活動は、例えばゲイの人やセックスワーカーなど社会の片隅に追いやられているグループに対しては成功してきたと言えるであろう。しかし、静注薬物常用者のような他のグループに対しては、それほど成功したとは言えない。このことは、そのようなグループの HIV 感染率が依然として高いことで裏付けられる。このプレゼンテーションでは、特に感染危険の高いグループに対して幅広い社会的・経済的健康決定因子を取り扱う仕組みを取り入れることを通して、HIV 流行にうまく対処できたことについて言及する。また非公式・公式を問わず多領域にわたる協力関係について検討する。さらにこのプレゼンテーションでは、健康決定因子の範囲を十分認識していなかったもの、考慮していないような NGO の活動であれば、HIV 感染率の減

少、ヘルスケアのレベルアップなどの成功率は決して高くないであろうということも申し添える。その例として、バンクーバーにおける事例を取り上げ、結果評価データ・研究計画・疫学的データを引用してお話する。

チャレンジ及び次のステップ

カナダの現在の財政・政治情勢では、ある一つの組織もしくは同種の組織が集まったところで、広範囲にわたる健康決定因子に効果的に取り組むことは次第に困難になってきている。資金が不安定なことや、ボランティアの支援やコミュニティの受容力を大いによりどころとしている NGO は、公的資金が抑制されているような状況において存亡の危機にたっている。こういう状況において一番のカギとなるのは、NGO、公式のヘルスケア、幅広い公的・私的領域、感染危険率の高い特定の集団間の協力関係の強さである。このプレゼンテーションでは、バンクーバーでの2つの多領域間に渡る調整機構を例に出す。バンクーバーやカナダが、社会の片隅に追いやられた人、すなわち HIV に感染しやすい人のヘルスニーズに取り組んでいるように、その2つの多領域間に渡る調整機構それぞれによって明らかになっている成功や、現在直面しているチャレンジについてお話したい。

4-1-5. 外国人労働者とHIV/AIDS医療

シェア＝国際保健協力市民の会 沢田 貴志

背景

経済のグローバル化や日本社会の若年労働力の不足が進む中で、過去20年間に日本に住む外国人労働者の数は急速に増加してきた。中でもブラジル・ペルーなどの南アメリカ諸国出身の日系人やタイ・フィリピンなどの東南アジア出身者の増加がめざましい¹⁾。

しかしながら、日本での外国人労働者に対する医療体制の整備は遅れており、言語の壁や経済的な障壁によって受診に困難をかかえている外国人が少なくない。英語以外の外国語で業務を行える医師・看護婦・ソー

シャルワーカーは殆どいないのが現状であり、外国語の医療通訳を確保するための公的な支援は、極めて限定された場を除いて運用されていない。

こうした中で、過去日本で発病が報告されたエイズ患者の中で外国人の占める割合は、26%(血液製剤による感染を除く)を占めている²⁾。

過去の調査の概説

外国人HIV感染者の受療状況に関する調査は少ないが、1999年に2つの調査が行われている。最初の調査は、東京首都圏でHIV診療に携わる医療従事者のネットワークによって実施されたものであり、東京・名古屋・大阪という日本の3大都市圏に分布する14の医療機関に調査票を送り、外国人受診者の医療への近接性に関する因子の検討を行なった³⁾。1996年から1997年の6月までにかけて、185人の外国人が上記の医療機関を受診しており、30代の男性が多く、健康保険に加入していない外国人が3分の2を占めていた。

感染者の出身地は、開発途上国が87%を占め、東南アジア・南米など英語でのコミュニケーションが困難な地域の出身者が82%を占めていた。

初診時のCD4細胞数を比較すると、アジア・アフリカ出身者は、欧米や極東・西太平洋地域と比べて有意に低かった(Table1)。健康保険非所持者は健康保険所持者に比べて初診時のCD4数が極めて低く、CD4細胞数が50/ μ l以下となるまで受診していない感染者が45%を占めた(Table2)。また、全感染者の28%に医療費の未払いが生じており、健康保険のない外国人の未払い医療費の平均は140万円にものぼった。

もう一つの調査は、HIV診療体制に関する研究グループが行なった全国調査である⁴⁾。全国362ヶ所の拠点病院に調査票を送り外国人診療を経験した117医療機関から過去5年間に外国人の診療経験があったとの回答を得ている。これらの医療機関を受診した681人のHIV感染者のうち、タイ語を話す人数が300人以上と最も多く、英語、ポルトガル語、スペイン語と続いている。ポルトガル語を話す感染者は健康保険を持ってい

る率が高く治療継続に至る割合が高かったが、タイ語・ミャンマー語の話者では健康保険の保有率が低く、不明・帰国となる感染者の割合が高かった。また、半数の医療機関が医療費の支払いができなくなる外国人患者を経験しており、医療費未払例を経験した医療機関の53%が、外国人の医療費未払いがHIV診療体制の維持に「とても支障がある」としている。

考察

前述2つの調査はいずれも、日本の医療機関を受診する外国人HIV感染者のほとんどが開発途上国出身者となっており、英語以外の言語通訳の必要性が極めて高いことが示している。本来、HIV診療には説明と同意に基づく医療の提供が不可欠であり、十分なスキルを持った通訳を確保する体制が整っていない現状は極めて深刻である。

現在日本には約22万人の外国人労働者がビザを超過して滞在し就労していると推定されている。そのほとんどが単純労働に従事し、不況下であっても中小零細企業にコスト削減を目的として雇用されている事が多い。日本政府は、こうした資格外労働者の医療費未払問題について、「本来いないはずの人々である」として特別な社会制度を作ることは行っていない。

日本では、ほぼ同等の給付が受けられる医療保険に全ての人が加入している。滞在資格のない外国人はこの制度の対象外であり、治療に高額な医療費がかかった場合、患者が支払いきれないという事態がしばしば生じている。婉曲に治療を拒まれ、受け入れ病院を探すうちに死亡する事件も出ており、医療の現場に大きな混乱を来している。こうした中、神奈川県など一部の自治体では、外国人急病人の診療において未払いとなった医療費の一部を自治体が医療機関に補填する制度を創設したり、ホームレスとなった外国人に対しては、特別の予算を計上するなどの対策を行なっている。しかし、一部の自治体が限られた予算で行なっているのみであり、滞在資格のない外国人への救急医療の提供は、重症であればあるほど医療機関に巨額の損失をもたらす可能性が高い。医療費の未払いを恐れるため

に医療機関が外国人労働者の診療に消極的となり、十分な健康上の情報が伝えられない。このため外国人の受診が遅れがちになり、重症化し緊急医療費の未払いが増えると言う悪循環になっている。このことはAIDS患者に対する治療では特に顕著である。

アジア・アフリカ・南米出身の外国人感染者、特に健康保険を持たない外国人感染者の医療への受診の遅れは深刻であり、約半数の感染者がCD4が50近くに下がるまでHIV診療を受けていない事が示されている。このことは多くの外国人感染者がウイルス量が増加し感染力が高くなるまで行動変容に繋がるような予防の情報を受けていない事になり、感染症対策の見地から見て最も大きな課題の一つと言える。一方、奥村らは、多くの感染者が重症化して入院し高額の未払い医療費を生じていることに注目し、医療経済の視点から検討を行なった。この結果、カウンセリング体制を強化し早期の受診を計ることにより、受診の遅れを防ぐことが費用効果から見て優れているとの試算をしている⁵⁾。また、現状では、HAARTの無料提供を行うことは費用効果の面で効率的であるとは言いが、将来薬価がgeneric薬の価格まで下がった場合には、費用効果の面で検討に値するものとなると予測している。

結核治療に関しては、国籍・滞在資格を問わず同等の公的医療補助が得られる制度が確立しており、こうした制度の活用や通訳の配置などにより、滞在資格のない外国人でも日本人と同等の治療効果を得られたとの報告もなされている⁶⁾。このことを鑑み、HIVについても外国人感染者の受診を促進するための対策が急務である。

提言

外国人労働者という日本国内において最もHIVに脆弱な立場におかれた人々が基本的な医療にアクセスできない状況を放置する事は、人道的な見地のみならず感染症対策の見地からも不適切な状況であり、早急な改善が求められる。とくに、1)医療通訳の確保、2)緊急医療費の財源の保証、3)カウンセリングへのアクセスの改善の3点は早急な対策を要する。

また、長期的には、1)外国人社会全般へのソーシャルサービスの改善、2)国際的なネットワークの構築による移住労働者への情報提供の促進、3)安価なARVによる治療プログラムの導入、などが効果をもたらすと考える。

<References>

- 1) 法務省入国管理局 2001年12月
<http://www.moj.go.jp/press/>
- 2) 厚生労働省エイズ動向委員会 2002年6月
http://www.acc.go.jp/mlhw_survey/2002/07/hyo_01.htm
- 3) Sawada T et al: Delayed access to health care among undocumented migrants in Japan :Population Mobility in Asia: Implications for HIV/AIDS Action Programmes, UNDP, pp33-39, 2000
<http://www.hiv-development.org/publications/mobility-action-programmes.htm>
- 4) 宇野賀津子ほか: 日本における在日外国人HIV感染者の医療状況と問題点、日本エイズ学会誌 3:72-81、2001
- 5) 奥村順子ほか: 医療費の点から見た在日外国人HIV診療の今後、日本エイズ学会誌(投稿中)
- 6) 山村淳平 : 在日外国人結核に関する各機関の取り組み、呼吸器疾患・結核 資料と展望 39:9-16、2001

Table 1: 国籍別初診時CD4細胞数

	人数	中央値 (median)	平均値 (mean)
北米及び欧州	10	303	384.3±240.6
極東・西太平洋	13	379	346.6±202.6
中南米	32	183	244.2±210.1 *
アフリカ	23	108	199.9±244.4 **
South and Southeast Asia	104	105	183.9±229.1 **

*p<0.05 **p<0.01

東京HIV診療ネットワーク1999年調査(第5回アジア太平洋エイズ会議で発表)

Table 2: 健康保険の有無と初診時CD4細胞数

	Median	Mean
健康保険あり (n= 73)	290	311.5±233.7
健康保険無し (n=100)	63	159.9±211.7**

東京HIV診療ネットワーク1999年調査 **p<0.01