

活動をして問題に対応する人々とどういったリスクがあるか、どういったことが自分たちを守るために出来るかということを見せていくということ。それからまた移動の期間です。ここでのプログラム。別の国に移動している段階ではありますが、この段階というのは非常にビザのある人ではなくて、その在留資格のない人たちにとって、特に重要な時期であります。在留資格のない人たちというのは、その途中の国で滞在することがある。その場合トランジットの段階で特に女性の場合ですと HIV の脆弱性が高いトランジットの状態ということでありまして、人身売買もあるわけです。人が売り飛ばされるということはあるエージェンシーにお金を払って、そしてそれをもって非常に脆弱性がある。そしてこういった時期におきましては、女性の場合はレイプが非常におきうる。レストランでウェイトレスとして働くという約束だったのに、しかし性産業で働くことを強要されるということになるわけです。ですからトランジットを移動の期間でもって介入することが大事です。しかし難しい問題です。

今度は受入国においてでありますけれども、特に初めの段階では介入がかなり必要となるわけです。どの国でもそのようなことを移住者にやる責任があるわけです。すなわち情報提供をしないということは正直ではないということ。教材を、彼らの言語でもって用意するということが重要。そしてまた彼らの文化的なデリカシーに配慮するということが重要でありまして、適応の最初の段階これが極めて重要であります。私どもの研究ではこれは数多くの国で私たちやったのですけれども、例えば人々はどこに一番近いお医者さんがいるかということを知らなさいいけない。売春宿が一番近いところは仲間から知ることが出来るわけです。ですから介入のスペースがここであるわけです。かなり影響をこの段階でもって提供することができます。そしてまたその国に溶け込んでいく場合。例えばオランダの場合ですけれども、その状況は日本でも例えば在日朝鮮人の問題があると思うのですけれども、在日の人たちもいるわけでありまして、在日何世という形でもっているわけでありまして日本国籍でない。それとも彼らは移住者なのか、それとも日本人として考えるべきなのか。同じような状況がオランダにもありまして、モロッコ、トルコから 60 年代に移住してきて、そして労働者として移住してきてそして子供たちもいる。そしてオランダで生まれた第二世というのはオランダ語も流暢に話すことが出来る。そして医療に対してのアクセスまた情報に関してのアクセスほとんど問題がないのですが、しかし自分の親との考え方でもってかなり緊張関係がある。そしてオランダの適応に対して問題がある。例えば同性間の性的接触に関しましては、特別の介入がここで必要になるということ。それからまた本国に戻ってくる。そうするとまた再度溶け込むのは難しいという問題があるわけです。

このことは政策面でどういう意味合いがあるのか。それからまた抗 HIV 薬に関してどういった意味があるのか。HIV をコントロールするためには、全体像でもってすなわち治療に対してのアクセスがあるということでもって保証される。オランダの場合ですと例えば、基本的な人権といたしまして、緊急医療に対しての人権があるということ。保険があろうとなかろうと病院に緊急医療を受けるために来た場合にはそれを拒むことが出来ない。ですから緊急医療に対しての基本的な人権は保証されているということ。これが 1 番目。

それから 2 番目。どこでこれがとまるか、どこまで医療を提供するか、どこまでを緊急医療と考えるかということです。そして 2 番目の問題として、緊急医療を提供するだけではなく、治療に対してのアクセスというのは正式のことだけではなく、プログラムを開発して人々のアクセスが

あるようにしなければならない。それから 3 番目。それを予防プログラムと連携させるということ。ケアと予防を連携させるということ。要するに、抗 HIV 薬を投与しなければならないという時まで待つのではなく、それより一歩先に進むということ。移住者に対しての特別のプログラム。彼らの言語を使ったもの、そしてカウンセリングを提供する。そして教材を提供するということが重要。それから抗 HIV 薬に関してですが、これは非常に微妙な問題です。すぐ値段が高いということです。ちょっと変な考え方だと思えます。命をこれで救えるのだからそんなに高価とは思えないわけです。ですからこれを提供しなければもつと問題が大きいということであり、世界ではいろいろな政策があるわけですが、フランスとギリシアの 2 カ国のみが無料で抗 HIV 薬を提供している。そしてまた在留資格のない人たちも治療を受けることができるのがこの 2 カ国だけです。ほかの国でもいろいろな工夫をしています。例えばオランダでは、どの病院でも特別の基金があり、それで医療費未払いに対して埋めている。これがかなり抗 HIV 薬に使われている。この未払い医療費というのは在留資格のない人達の場合が多い。というのは保険を持っていないからです。

ところが大抵の病院においては、このファンド(基金)が十分ではなかった。そこで病院が政府と交渉して、さらに追加的な緊急医療費を求めたわけです。どの病院においてもきちんと資金がないので政府で追加の資金を取り付けて抗 HIV 薬を提供できるようにしている。そして 4 番目の点としては、HIV、エイズの移住者に対してのプログラム、それから抗 HIV 薬の問題というのは移住者にとっても受け入れることができるかたち、そして地元の政治家にとっても十分に受け入れられるかたちで懸命に策定されていることが必要です。ありがとうございました(スライド 5)。

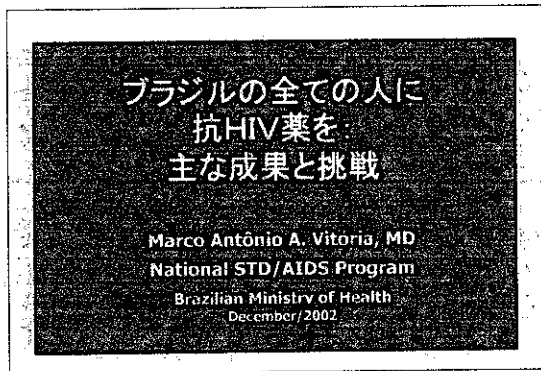
### 集団移動の過程における重要な段階

予防介入を発展させるに必要なものには以下のようなものがある。  
 集団移動の過程における主な段階に関するしっかりとした理解、  
 及びこれらの段階と移住労働者や彼らの性的パートナーが直面する HIV 感染リスクとの関連に基づく必要がある。これらの段階とは、

- ・出発前
- ・移動
- ・目的地域での最初の滞在
- ・適応の成功
- ・帰還

スライド 5

圓山座長 ウォルファーさん、どうもありがとうございます。続きましては、マルコ アントニオ アピラ ヴィトリアさんによる「抗 HIV 薬無料提供とブラジルの HIV/AIDS 流行の取組」というテーマでお話いただきます。感染症がご専門で、1998 年以来、ブラジルの厚生省にて STD エイズプログラムの医療コンサルタントとしてご活躍なさっています。よろしくお願いたします。

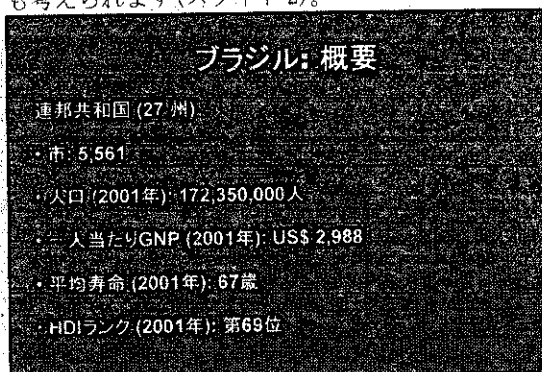


スライド1

ヴィトリア 皆様、こんにちは。ここでエイズの世界的流行に対するブラジルの主要な取り組み、特にわが国が採用している HIV/AIDS 治療政策について講演できますことを非常に幸いに思います。

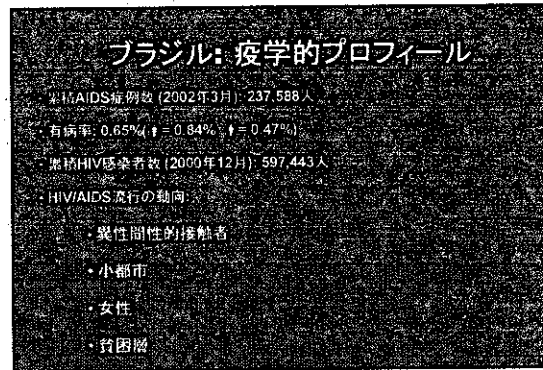
我々の成功の歴史はブラジル国内でも国際的にも認められており、わが国の HIV 流行へのアプローチは巨大な社会的健康モデルの影響を最小限に食い止める他の発展途上国も続くモデルになろうと考える人もおります。しかしながら、わが国は本当にモデルになるのでしょうか。ブラジルの取り組みはエイズという新興感染症ゆえに特別なものなのでしょうか。この私の話の中でこれらのことを明確にしていきたいと思えます。

ブラジルは5,000以上の都市に約1億7千万人が住む大きな連邦共和国です。このスライドでは2001年末の平均余命や1人当り GNP などいくつかの社会経済的、人口動態的なデータが示されています。また人間開発指標分類(ヒューマン デベロップメント インデックス クラシフィケーション)では「中」に属することが示されています。ブラジルはまた、広大な国土と経済、社会、文化、多様性を有しています。それが80年代初頭以来、直面している動的で多様なエイズ流行パターンの原因になっているとも考えられます(スライド2)。



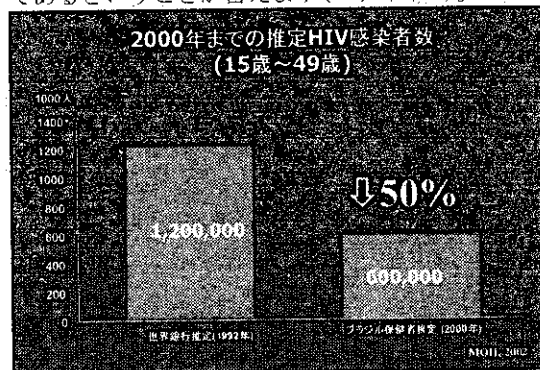
スライド2

流行が始まってから2002年3月までに237,000以上のエイズ症例が保健省に報告されました。累積エイズ関連死亡者数は約110,000人にのぼっています。ブラジルは特に男性同性間性的接触者、セックスワーカー、静注薬物のような脆弱な集団の中で発生数を優位に減少させることができるようになってきました。しかしながら、このような流行のプロフィールは急激に変質しております。またより小さな都市や異性間性的接触者、女性や貧困層での拡大現象が目立っております。しかしながらブラジルではエイズ流行がいまだに基本的には都市の疾病であることは注目に値します(スライド3)。



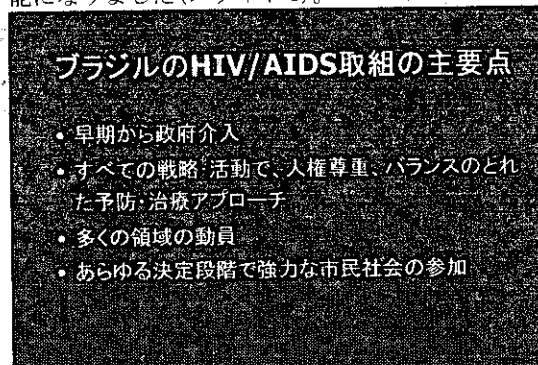
スライド3

ブラジル保健省は1996年から強力な抗 HIV 薬併用療法を無料で提供するようになりました。これは国家ガイドラインを定期的に改正し、それに基づき補給と配分基準を決めて行っています。2002年11月までに120,000人の患者がこの計画の恩恵を受けています。1992年に世界銀行が、ブラジルでは2000年までに約1,200,000人が感染すると予測しましたが、それとは逆に最近の推定によれば HIV キャリアの数は実際には600,000人未満であるという数値が出てきています。言い換えれば、数年前の予想の50%であるということが言えます(スライド4)。



スライド4

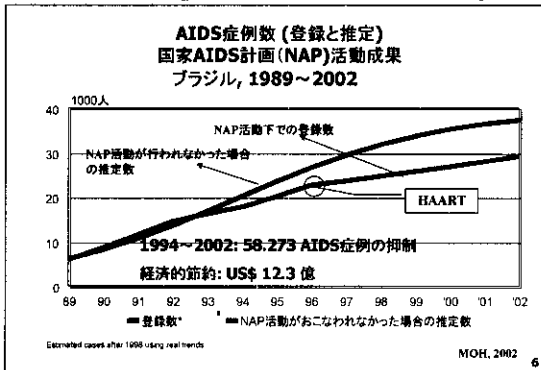
この非常に優れた結果は早い時期から連邦政府と市民社会とが強力なパートナーシップに基づいて流行に対して効果的取り組みを行った成果であり、あらゆる戦略や活動の中で多領域の人たちの動員が可能であった。主にバランスのとれた予防治療アプローチができた。ならびに人権と市民権の啓発とが可能であったということで、これが可能になりました(スライド5)。



スライド5

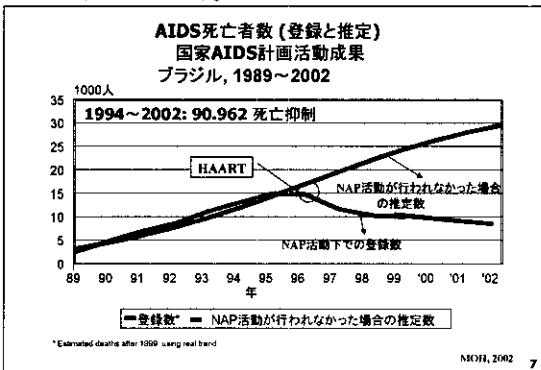
実際にブラジルでは、特に男性同性間性的接触者、セックスワーカー、静注薬物濫用者のような脆弱な集団で HIV/AIDS 発症率を有意に減少させることができました。バランスのとれた予防ケアアプローチの効果について最近の分析によると、発展途上国、特に HAART の導入後の国で同様な効果がみられたということです。この10年間、ブラジル STD エイズ計画によって60,000人近い新規エイ

ズ症例が抑制され、外来診療費だけでも米国ドルで12億以上経済的に節約ができたということです。十分な財政的、人的資源に欠け、ほかにもさまざまな健康問題に頻繁に直面しているブラジルのような発展途上国では、特にこれらの数字は重要な意味を持ちます(スライド6)。



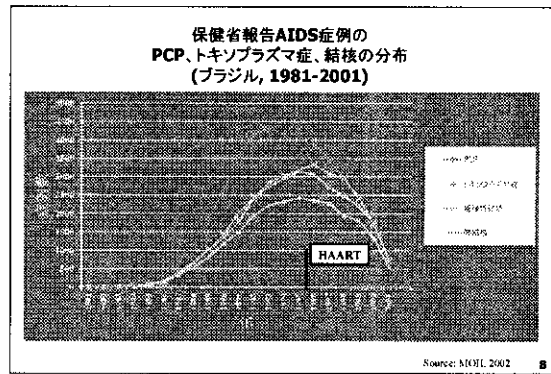
スライド6

さらに際立っていることは、エイズ関連死亡者が全国で着実に減少しているという点です。1989年以來、90,000人以上の死亡が抑制されています。またこの減少は90年代半ばにおきたHAARTへのアクセス拡大と深く関係しています。しかし、実際はそれより早い時期から減少が始まっています。おそらくHIV陽性者に対する日和見感染症の予防化学療法、ケア、その他の治療管理が改善されたことによるものと考えられます。リオデジャネイロ、サンパウロのような大都市では1995~2001年にエイズ関連死亡者数が70%も減少しました。国全体では平均減少率は約50%でした(スライド7)。



スライド7

罹患率低下の観点から、HIV関連日和見感染症発症に60~80%の減少が見られました。このスライドでもわかるように、ニューモシスティスカリニ肺炎、トキソプラズマ症、結核のような主要な日和見感染症発症率の減少は特にHAARTが利用可能になった後に起きていることがわかります。さらにHIVヘルスケアサービスのプロフィールにも変化が見られます。外来診療、在宅ケア、デイホスピタルの利用が著しく増加しました。しかしながら、このような罹患率の減少の反面、引き続き結核がHIV陽性者の最大の死因であること。また、最近ではC型肝炎とある種のガンが大きな懸念材料となっていることを言っておきたいと思えます(スライド8)。



スライド8

ここ最近エイズ患者は入院の必要がなくなっていることが観察されています。過去5年間で患者当りの入院数は7分の1に減少しています。HAART導入後、HIV感染者ケアは外来診療が標準的となり、財政的、社会的負担が大幅に減少しました。358,000回のエイズ関連入院が回避されたことは注目し値します。また、これにより1997年から2001年までに米国ドルで11億以上のさらなる政府支出の節約ができたということもわかりました(スライド9)。

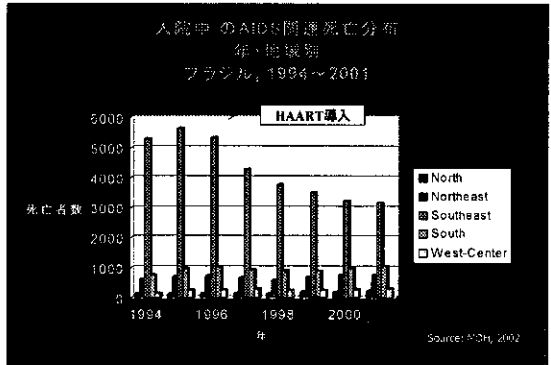
HAART導入後公的医療制度によるAIDS入院  
 ブラジル(1996~2001)

	1,996	1,997	1,998	1,999	2,000	2,001
入院治療	25,458	25,157	24,700	25,027	26,655	25,274
AIDS患者数	15,390	31,140	43,823	57,604	69,446	105,150
入院/患者数 (平均値)	1.65	0.81	0.56	0.43	0.38	0.24

Source: MOH, 2002

スライド9

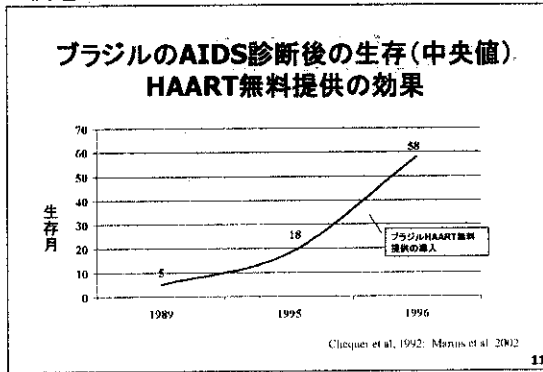
入院中のエイズ患者死亡数が次第に減少しています。入院患者の重症度及び複雑さが低下していることを意味していると考えられます。ブラジルではHAARTの使用が広まった1996年以降、このことがさらに明確になってきました。抗HIV薬併用療法普及後、入院数、入院期間及び入院理由となった病態の治療の複雑さが明らかに減少し、エイズ患者にとって大きな福音となっています(スライド10)。



スライド10

これまでのスライドを考えてみますと、予防、ケア戦略の結果は非常に印象深いものです。1996年から現在までHIV陽性者の死亡率、罹患率及び入院率に顕著な低下が見られます。特に90年代半ば、HAART無料提供を開始以後、エイズ発症後の生存率が大幅に伸びていることが最近の評価で示されています。このスライドでもわかるように、生存中央値は併用療法普及以前には6カ月未満であった

のが、現在では5年近くまで伸びています。HIVと共に生きる人々の生存中央値が最近で12倍になったというすばらしい事実はブラジルで行われた HAART 無料提供と密接に関連しています(スライド11)。



スライド11

HIV/エイズと共に生きる人々の QOL を向上させるためにブラジル保健省は90年代半ばに抗 HIV 薬無料提供を始めました。実際にこの努力は1991年にAZTカプセル限定配布を開始した時にまで遡ることができます。これは1996年の大統領令により強化され、HIV感染市民にHIV治療用必須医薬品が無料提供されることになりました。その年末から供給されるようになったプロテアーゼ阻害薬も含まれています。また同じ大統領令で保健省によりHIV治療調剤基準が示されました。現在、成人/青年HIV治療、小児HIV治療、及び妊婦HIV治療にそれぞれフォーカスをあてた3つのタスクフォースが保健省に置かれました。そしてこの問題に取り組んでいます。これらのタスクフォースは少なくとも年に1回基準を見直し、画期的医療、新治療法について検討しています。前にもコメントしたように、2000年初め、この115,000人の患者が公的医療制度により抗 HIV 薬無料提供を受けています。この年末までには135,000人に近づき、2004年には160,000人以上がブラジルの公的医療制度による抗 HIV 薬で治療を受けると見積もっています(スライド12)。

### ブラジル抗HIV薬無料提供計画: 主要点 (1)

- 90年代半ばは抗HIV薬の普遍的・無料提供政策の創設 (大統領令、1996年11月)
- 国家抗HIV薬治療ガイドライン (成人、小児、妊婦)
- 115,000人に抗HIV薬療法を提供

スライド12

また、ブラジル連邦政府は国家 HIV 治療ガイドラインを確立し、治療を確実にモニターするために、この薬の特別補給管理システムを構築しました。また、ウイルス量検査施設の全国ネットワークと、CD4細胞数検査施設の全国ネットワークも確立しています。それぞれ73施設と65施設あります。現在、遺伝子型検査ネットワークをセットアップしているところであり、12センターがこれまでに稼動を始めました。また、日和見感染症の診断と医療観察、並びに HIV 感染の診断とモニターを改善する目的で、1,000以上の公的代替療法、HIV感染検査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きました。エイズ関連日和見感染症治療薬の入手は、市や州の仕事として確立されたということが重要

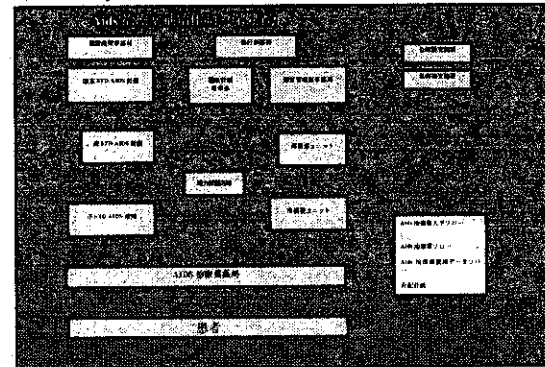
な点です(スライド13)。

### ブラジル抗HIV薬無料提供計画: 主要点 (2)

- 公的代替ケアサービス全国ネットワーク: ~ 900 サービス
- HIVのためのVCT全国ネットワーク: 208 サービス
- 検査室サポート全国ネットワーク
  - HIVウイルス検: 73 検査室
  - CD4+細胞数: 65 検査室
  - HIV 抗体検査: 12 検査室
- 国家抗HIV薬補給管理制度: 474 薬局

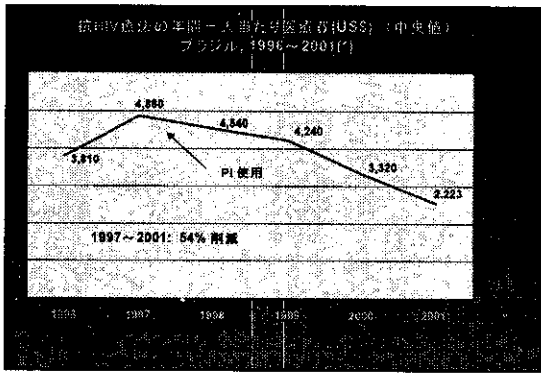
スライド13

ブラジル保健省はまたセクロム(SICLOM)と呼ばれる抗 HIV 薬補給管理用の特別なコンピューターシステムを運営しています。これは約500の薬局で抗 HIV 薬の供給と消費をモニターしています。この補給管理システムの主な目的は、①国・州・市レベルでの薬剤備蓄コントロールをする、②薬剤供給の効果と安全性の確保を行う、③薬剤購入計画を行う、④薬剤の一般管理確保を行う、です。現在、このシステムは111の薬局を取り込んで運営されています。そして公的医療制度による抗 HIV 薬治療中患者の65%をカバーしております。また、2002年の末までにはこのシステムはすべての薬局で稼動し、公的医療システムで治療中の国中すべての患者をカバーすることになると考えられています(スライド14)。



スライド14

抗 HIV 薬療法の年間患者当りの平均医療費は、より高価で複雑な治療を必要とする患者数の増加にもかかわらず、昨年までの約半額になっています。それはあいともなった3つの活動の組み合わせにより実現されました。まず第1は、国内に国立検査施設設置のための保健省の投資があったこと。第2は抗 HIV 薬の大量購入、第3はいくつかの抗 HIV 薬の独占的メーカーとの効果的な薬剤価格交渉があったということです。現在、5社の抗 HIV 薬製造国内業者があります。その1つであるファーマギノホスフィログスファーマスーティカルズ(Farmaguinhos-FIOCRUS Pharmaceuticals)ではブラジルで使用されている全抗 HIV 薬の約40%の供給をしています(スライド15)。



スライド 15

2002年にブラジル保健省は3つの異なる薬理分類の15種類の抗HIV薬を国家ガイドライン基準に合致するすべてのHIV感染者に配布しています。このうち8つが国内生産抗HIV薬剤であり、薬理規格で後発品として分類されています。このスライドでハイライトのついたものがその薬剤です。(スライド16)

保健省配布抗HIV薬 - ブラジル (2002)

○ ジドブジン (ZDV)*	○ サキナビル
○ ジダノシン (ddi)*	○ ネルフィナビル
○ ザルシタビン (ddC)*	○ アンブレナビル
○ ラミブジン (3TC)*	○ ネビラピン*
○ スタブジン (d4T)*	○ テラビルジン
○ アバカビル	○ エファビレンツ
○ インジナビル	○ ロピナビル/r
○ リトナビル	

(\*) locally produced version available

スライド 16

また一定条件下での強制実施権の行使を避けるためにブラジル保健省は層別、差別的価格に基づき、独占的製造業者と戦略的交渉を行っております。2001年4月に2種類の抗HIV薬値下げに関し、メルクシャーブドーム社との合意が発表されました。この合意によりインジナビルは65%値下げされました。また、エファビレンツが半額以下の59%まで値下げされています。また、2001年にはロッシュ社との交渉でネルフィナビルが40%値下げされました。最近、アボット社との合意により新しいプロテアーゼ阻害薬のロピナビル、リトナビル配合剤の価格が46%下げられています。

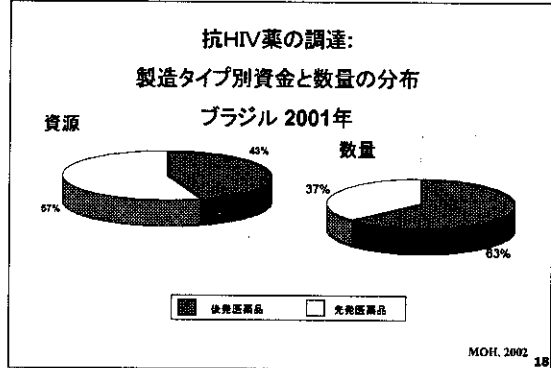
ブラジルの抗HIV薬国内生産政策が国内消費のためだけに行われているということも重要であります。さらに交渉がブラジル政府の製薬会社に対する最初のオプションであります。強制実施権はブラジル国民に薬を提供するための防衛手段であり、最終手段です。今までに行使されたことはありません(スライド17)。

ブラジル保健省&メルク社, ロッシュ社, アボット社  
抗HIV薬値下げ合意(2001/2002)

- インジナビル 64.8% 値下げ  
US\$ 1.33/カプセル ⇨ US\$ 0.47/カプセル
- エファビレンツ 59.0% 値下げ  
US\$ 2.05/カプセル ⇨ US\$ 0.84/カプセル
- ネルフィナビル 40.0% 値下げ  
US\$ 1.075/カプセル ⇨ US\$ 0.64/カプセル
- ロピナビル/r 46.0% 値下げ  
US\$ 2.97/カプセル ⇨ US\$ 1.60/カプセル

スライド 17

1999年には輸入抗HIV薬が保健省予算の80%を占めていましたが、2001年には約57%までに急激に減少しました。現在では公的医療制度において消費される抗HIV薬の63%が国内製造品です。国内製造抗HIV薬の価格変遷を見てみると、1996~2001年に平均82%の価格低下が実現されています。これはブラジルにおける抗HIV薬の後発品政策の重要性を強調しています。我々の健康管理費を考えると、もしこの政策に投資していなかったら需要の30%以下しかカバーできなかったこととなります(スライド18)。



スライド 18

また抗HIV薬への支出額は保健省予算の1.6%を占めるに過ぎません。また、2001年、ブラジルGDPの0.05%未満であることは言及に値すると考えます。我々が今、検討しているもう1つの新戦略は1日の薬剤服用負担を減らす抗HIV薬新配合の後発品を国内製造することです。これにより、治療へのアドヒアランスを向上させ、さらに医療費削減を進めることができます(スライド19)。

抗HIV薬: 保健省の支出額 (1996 ~ 2001)

年	US\$ 百万	平均患者数 N	保健省 予算 %
1996	34	-	0.2
1997	224	35,900	1.2
1998	305	55,600	1.8
1999	336	73,000	3.2
2000	303	87,500	2.9
2001*	235	105,150	1.6

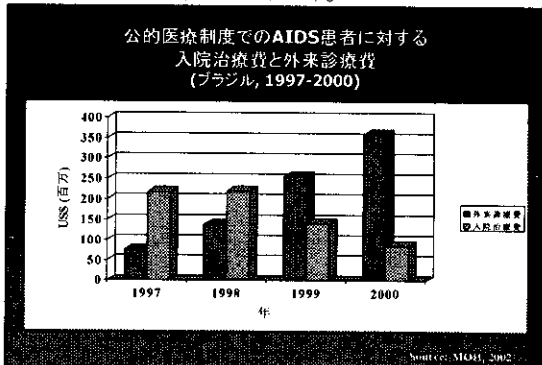
\* preliminary data

2001年ブラジルGDPの0.04%

Source: FAHMEH 2002

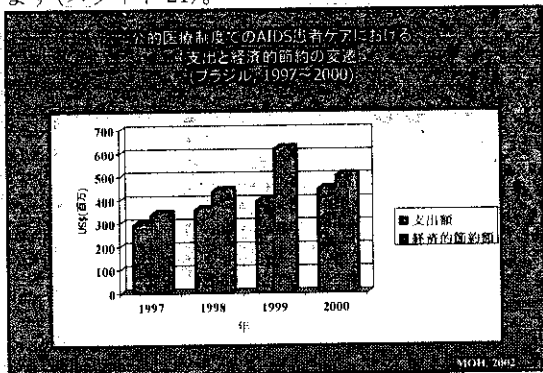
スライド 19

HAART導入後、エイズ患者の入院治療費が次第に減少し、かわりに外来診療費がこれらの患者の主な支出カテゴリーとなってきています。実際、HAART導入後、HIV感染症はコントロール可能な慢性疾患となってきており、外来診療がこれらの患者の標準的なケアと規定されるようになってきています(スライド20)。



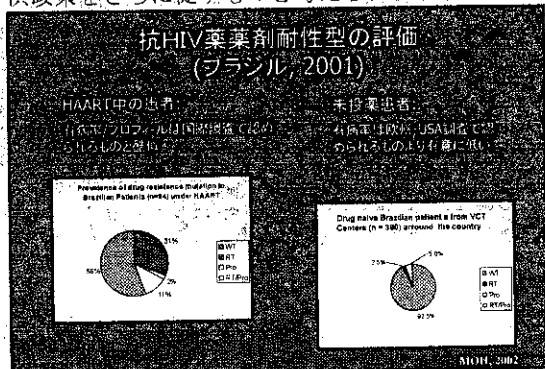
スライド 20

これらすべての戦略とツールが確かに政府に採用された抗 HIV 薬無料提供政策の維持継続に役立ってきました。ブラジルエイズ計画はこれまで費用対効果が上がっていることがスライドにも示されています。1997年から2000年までの支出額は米国ドルで18億、同期間の入院、外来診療費の経済的節約は20億ドル以上にのぼっています。さらにこの期間ブラジル政府のSTDエイズコントロール全投資のうち、外部資金は約10%未満だったということも非常に重要です。これは性感染症とエイズ予防ケアの質の大部分が国家資源により保たれてきたことを意味しています(スライド21)。



スライド21

これまで HAART 中のブラジル人患者における薬剤体制変異型の有病率とプロフィールは他の国際研究で得られているものと非常に良く似ていることがわかりました。しかしながら、未投薬者の一次耐性有病率はヨーロッパや米国よりも有様に低い事実もあります。これは HIV 陽性者の死亡率、罹患率、入院率の著しい減少とあいまって、後発抗 HIV 薬の品質、安全性及び有効性ならびに、この10年間のブラジル保健省により採用された抗 HIV 治療無料提供政策をさらに促すものと考えられます(スライド22)。



スライド22

このような成果に達成するまでには長いプロセスもあり教訓もありました。まずアドヒアランスの支援戦略は抗 HIV 治療のために必要でした。ブラジルのパイロットスタディで抗 HIV 薬治療の受療率、効果、アドヒアランス率は低学歴や重大な社会的制約のある患者ですら高収入国に匹敵することが示されています。ヘルスケア専門職と患者グループに対するアドヒアランス向上のトレーニングプロジェクトがこの過程を成功に導く重要因子であると考えられています。トレーニングでは診断、治療、モニタリングアプローチに簡単な臨床検査ツール等を使用しています(スライド23)。

### ブラジルの経験: 教訓

- 抗HIV薬治療最適化にアドヒアランス戦略が常時必須
- 簡単な臨床・検査ツールを用いた診断と治療モニタリングアプローチの必要性
- 抗HIV薬治療無料提供と後発医薬品政策  
— 低価格で良質

スライド23

最後のスライドをお願いします。国際社会において Monterrey プロトコル及び世界同盟で確立されたように、豊かな国が世界的貧困削減合意を実施し、貧しい国のすべての人が抗 HIV 薬や必須医薬品へのアクセスを確保することが本質的に基本であるということがわかってきました。また、これは国際宇宙ステーションが撮影した写真によりよく写されていると思います。これは世界的不平等を解消する第一歩であると考えられます。

結論として、効果的エイズ治療は今では貧しい国でさえ利用可能であるということも多く証拠が示していることです。抗 HIV 薬の価格低下で HIV/AIDS 治療経済を劇的に変化させることができました。注目すべきは、これらのすべての努力が国家、地域、国際レベルで社会開発と貧困削減の二重の戦いを進める、極めて堅いコミットメントにより支えられて初めて一貫性、継続性のあるものになることが重要です。これが私どもの本当の挑戦であると考えております。エイズ流行はその解決策ともども、世界全体の問題です。

どうもご清聴ありがとうございました。ここに來られたことを非常にうれしく思っております。

圓山座長 どうも、ありがとうございました。それではお疲れかと思いますが、続きましてはカナダからお招きしましたウォーレン・オブライエンさんによる「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」と題してお話を伺いたいと思います。オブライエンさんは現在、NGO であるバンクーバーのエイズバンクーバーの長をしておられます。また、その手腕を買われてカナダのブリティッシュコロンビア州で HIV、エイズに関する企画、立案を州政府の方々と共にやっておられます。では、よろしくお願いいいたします。

### HIVに対する組織的取り組み: ポピュレーション・ヘルス・アプローチ

Warren O'Brien  
Director, Community Development  
AIDS Vancouver  
warren@aidsvancouver.org  
Warren.O'Brien@bcems6.gov.bc.ca

日本・名古屋国際エイズシンポジウム  
プレゼンテーション  
2002年11月30日


スライド1

オブライエン どうもありがとうございました。組織委員会にまずお礼を申し上げたいと思います。カナダのアプローチに関心を持っていただきありがとうございます。また木村教授、及び大学院の学生さんが私に大変に良くしてい

ただきありがとうございました。

バンクーバーは皆様、よくご存知かと思いますが、西カナダで一番大きな所です。2,000,000人で経済的にはさまざまな活動があり、ブリティッシュコロンビアで一番大きな所です(スライド2)。

ブリティッシュ・コロンビア州、バンクーバー




人口: 2,100,000人  
 経済活動:  
 ・第一次産業  
 ・観光事業  
 ・金融  
 ・テクノロジー  
 ・教育  
 ・映画・テレビ

2

スライド2

バンクーバーというのは綺麗な所ですが、国際的には悪い評判というのも実はあるわけです。これは西側諸国の中でHIV、HCVの感染率が一番高いということです。そして、ブリティッシュコロンビア州では静注薬物常用者が15,000人と見積もられています。90%がHCV陽性、25~30%がHIVの陽性です(スライド3)。

バンクーバーの現況  
 -HIV疾患に最もかかりやすい人々



- ・ブリティッシュ・コロンビア州の静注薬物常用者のHIV・HCV感染率は、現在西側諸国の中で一番高い
- ・ブリティッシュ・コロンビア州では静注薬物常用者は15,000人と見積もられている。そのうち、90%がHCV陽性、25~30%がHIV陽性である

3

スライド3

ということでバンクーバーの現在の状況はこうなっております。最も脆弱であると考えられるのが、若年ゲイの方、それから先住民コミュニティにおける劣悪な環境があるということ、それから異性間での感染率も上昇しているわけです。それから今日も話に出てきましたが、移民、季節労働者の人たちが非常に脆弱(スライド4)。

バンクーバーの現況  
 -HIV疾患に最もかかりやすい人々

- ・先住民コミュニティにおける劣悪な生活環境
- ・若年ゲイ間の感染率上昇(感染者の低年齢化)
- ・異性間の感染率上昇
- ・季節労働者

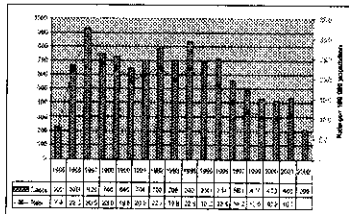
4

スライド4

これは私のブリティッシュコロンビア州の HIV 感染率

です。95年から今年中頃までということで見えます。テストが非常によくできるようになってまいりまして、ご覧のように、まずピークが1987年に見られました。そして900人を超えるぐらいであったわけです。そしていろいろなかたちで匿名検査するというようになってきました。一般的にみると減少傾向だったのですが、ここにまたピークが現れています。90年初めということ。これはHIVがIDUの中で広まってきたというので恐れたわけですが、IDUに対してテストをするようになってきたわけ。ということで、ここで見つかりピークが見られ、また減少傾向になります。それで安定して下がってきて、昨年はこのようになりました。なぜこのように下がったのかということですが、特に初期の段階ではさまざまな健康増進活動が行われましたし、健康教育がされたということがあります。また、HIVに対するリスクということで多く強調されたからです。より最近になり戦略をアップストリームに向けるようになりました。基礎的な所、脆弱な所を改善していくということに焦点を変えたということがあったと思えます(スライド5)。

ブリティッシュ・コロンビア州の HIV  
 -2001年に再び上昇した-

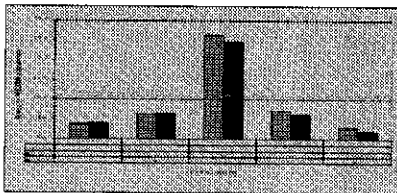


5

スライド5

我が州における HIV ということですが、人口的にはバンクーバーに人が多く集まっており、保健当局的には5つに分かれており、それぞれ1,250,000人ぐらいです。真ん中が感染のセンターになっているバンクーバーです(スライド6)。

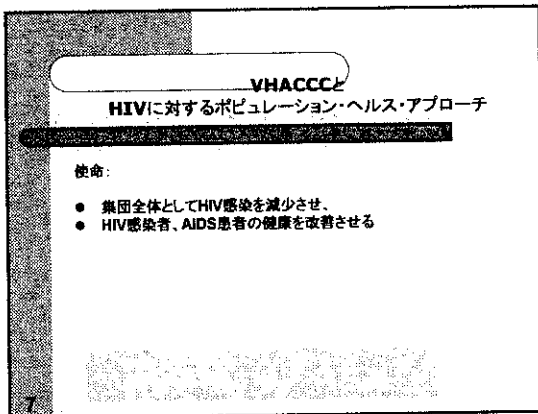
ブリティッシュ・コロンビア州の HIV  
 -最多発地帯はバンクーバー地域-



6

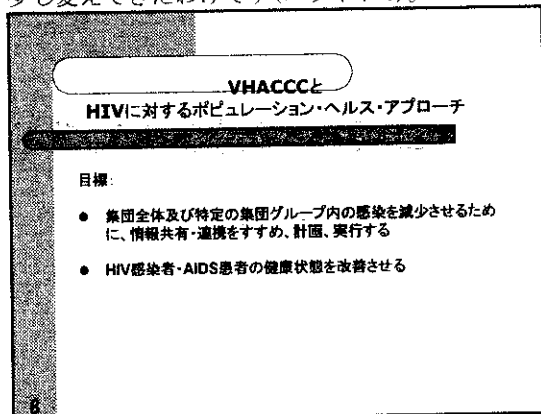
スライド6

この難しい状況においてどうしようかバンクーバーで感染率が非常に高いということで対策を考えたわけ。90年代初頭にまず委員会を作りました。カナダにおける委員会ということ。そしてVHACCCということでケアをコーディネートする委員会ということで設立しました。99年のことです(スライド7)。



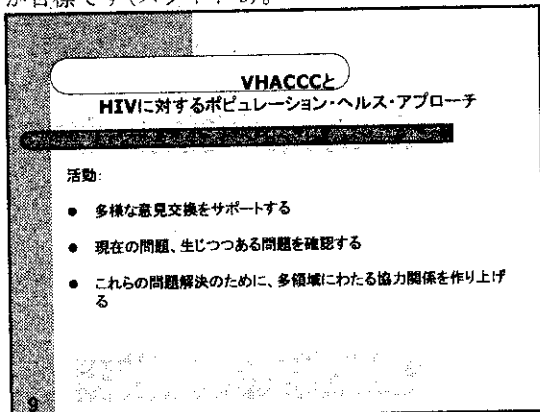
スライド7

この委員会の目的ということですが、現在はもう少し目的が広がっております。健康増進や予防も入ってきています。そしてポピュレーション・ヘルスという考え方を中に入れるようにしてきました。使命として、人口全体に対して増進をしていく、人口全体のHIVに対する脆弱さということを改善しようという取り組みということで、考え方を少し変えてきたわけですから(スライド8)。



スライド8

では、この委員会の目標は何でしょうか。集団全体、及び特定の集団グループ内の感染を減少させるために情報を共有し、連携を進めて計画を実行するというものです。また、HIV感染者、エイズ患者の健康状態を改善させるのが目標です(スライド9)。



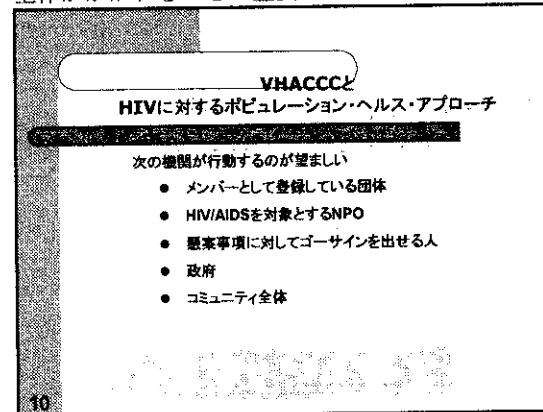
スライド9

何をしているのかという活動ですが、まず、多様な意見の交換をサポートすることです。実は大きな委員会ということになると、非常にいろいろな意見があるわけです。

こういうかたちで意見を盛んに交換してリサーチのアイデアなどさまざまな意見交換をして現在の問題を確認することをしたわけですから。そしてこれらの問題解決のために多領域にわたる協力関係を作り上げたことが重要な

取り組みでした。

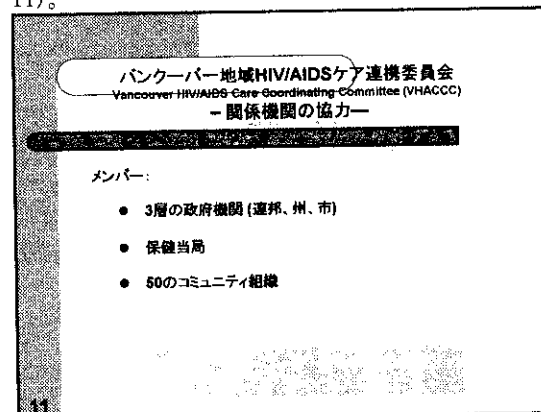
それから協同的に進めるのが望ましいと考えております。メンバーとして登録している団体、HIV、エイズを対象とするNPO、組織、意思の決定者、政府、コミュニティ全体がかかわることが重要なわけですから(スライド10)。



スライド10

どういう人たちが関わっているのか、ノートを見てみたいといけません。まず3つのレベルです。連邦政府、州政府、これは予算を出しているところですから。それから市の自治体、これは物理的環境を整える。また健康当局、これは実際に医療サービスを提供するところですから。また、重要なのは50の異なるコミュニティの組織があるわけですから(スライド7)。

このリストを読んでみたいと思います。まず公安委員会、医療経済学者、ブリティッシュコロンビア大学、医政局長、また現在では次期の市長になることになっている住宅公団、PWHAのグループ、また移民局、サービスグループ、銀行、社会福祉局、警務官、新聞記者、IDUのグループ、また広告会社、あるいは広告会社のコンソーシアム、そして環境組織鈴木財団というものがあります。非常に広範囲にわたった所から人が出ている委員会であり、社会経済的な決定要因に関して、検討するということですから(スライド11)。



スライド11

それでは、どのような決定因子があるかということで、いろいろなかたちで分けることができると思います。4つの分野で分けました。生活及び仕事の環境、この中に住宅は含まれています。また物理的環境、飲料水、仕事、収入のサポートです。個人の能力と技能に関しては医療教育、コンドームがどこで入手できるのか、あるいは注射針がどこで入手できるのかなどが含まれています。社会環境、人権を尊重することが重要であるということは語られました。またスティグマを避けるということ、地域社会の支援、地域社会に対するエンパワメントがこの中に含まれます。

保健サービスですが、これは脆弱なポピュレーションに



において誰にとってもアクセスができるものでなくてはならない。HIV のテスト、カウンセリング、サポート、プライマリーケア、急性期のケア、また IV に対するアクセス、また安全な血液製剤の供給、こういうものが中に含まれるのです(スライド 12)。

健康の決定因子

- 生活・環境
- 個人の能力と技能
- 社会環境
- 保健サービス

スライド 12

それでは脆弱というものはどういうものなのか。これは前のスピーカーの方からも説明がありました。共通するものを挙げてみたいと思います。バンクーバーにおいては貧困が第一の脆弱性の要因です。最も収入の低い人たちが HIV 感染及びエイズになる可能性が高いわけです。それから絶望感というものがあります。バンクーバーでは移民が多いということもあります。また内的な移民があります。非常に小さな地方に住んでいる人たち、もしかしたら先住民かも知れませんが、新しく都市にやってきた、新しい生活を求めて都市部にやってきた人たち、こういう人たちというのは非常に孤立化してしまいます。都市にやってきて、もともとの地域社会から途絶してしまっている。家族からも離れてしまっている、また自分自身からも離れてしまっている。孤立感、孤独ということです。これは例えば、IDU との関連もあるし、また薬物濫用とも結び付いていることです(スライド 13)。

病気にかかりやすくなる度合いを決定する因子

- 貧困
- 絶望
- 孤立

スライド 13

それでは私どもが定めた優先事項は何だったのか。どこから始めなければいけないわけです。こういうかたちで私どもは全体的なかたちで HIV に取り組もうとしたわけです。まず提供する住居形態の改善・拡大を求めるということ、それから社会が安心する環境を作っていくということです。これに関してはディスカッションがされました。社会一般が例えば若い人たちをどのように扱うか、ID をどのように扱うか、トランスジェンダーの人たちをどのように扱うかということです。ホームリダクションサービスを増大させるということが重大だと考えました。ホームリダクションというのは路上でアウトリーチするということが、サービスがあまり行われていないところに対して、こ

ちらから出て行くということも含まれています。また長期にわたってドラッグを使っているような人たちに対してサービスを提供していくということです。これは我々にとって問題であるし、また複雑な問題です。全人的アプローチを適切にするためには重要だと考えました(スライド 14)。

VHACCC一計画から多領域にわたる活動まで

明らかにされている優先事項:

- 提供する住居形態の改善・拡大
- 社会が支援する環境をつくる
- ホームリダクションサービスを増大させる
- 感染の危険性のもっとも高い人々にターゲットを絞り、保健サービスの充実はかかる
- ビジネスコミュニティとの協力体制をつくる
- HIVが一般市民の目に触れるようにする

スライド 14

また、感染の危険を求めた人々にターゲットを絞って保健サービスの樹立をはかることが重要です。また、文化的に適正なサービスを提供することが重要です。また、こちら側から人々にリーチをしていくことが重要だと思います。また、ビジネスコミュニティとの協力体制を作ることが重要です。バンクーバーにおいてはこのコミュニティが非常に影響力があります。また、異なった形で公共施策を考えていくということは可能であると考えました。また HIV、エイズが一般市民の目に映るようにすることが重要だと考えました。これは誰にとっても問題のあることなのだとか常に訴え続けることが重要だと思います(スライド 15)。

VHACCC一多方面に活動を展開する  
(感染機会の高い人々を対象とした保健サービス)

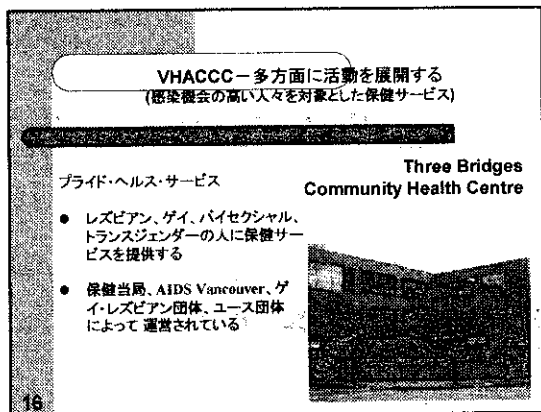
メンバーの団体は、感染機会の高い人々に、文化的差異に配慮した支援を行っている。

Welcome To  
Vancouver Native Health Society

"Dedicated to improving the health status of the First Nations and Downtown East Side Community."

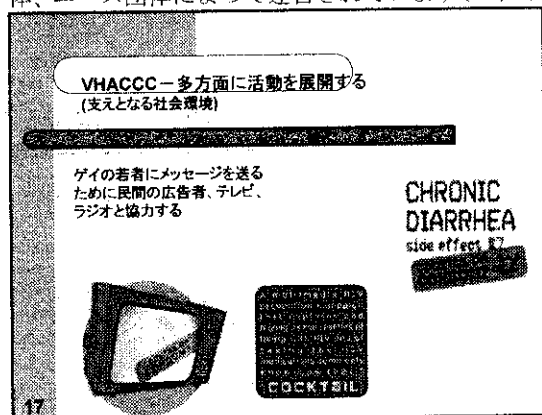
スライド 15

それでは例を挙げたいと思います。VHACCC ということですが、感染機会の高い人々を対象としたマルチセクターの活動を行うということで行いました。もともとの地域社会から途絶している人たち、あるいは 2,000 キロも離れた所で育って都市にやってきた人たちに対してのサービスを提供するというです。コミュニティ全体に対してサービスを提供するというを考えました(スライド 16)。



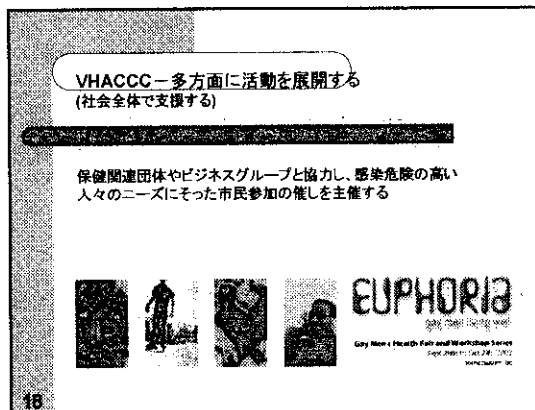
スライド 16

もう1つの例、クリニックです。レズビアン、ゲイ、バイセクシャル、トランスジェンダーの人々に保健サービスを提供するという試みです。このクリニックは当局が資金を出していますが、さまざまな所が運営に関わっています。保健当局、私のエイズバンクーバー、ゲイ・レズビアン団体、ユース団体によって運営されています(スライド17)。



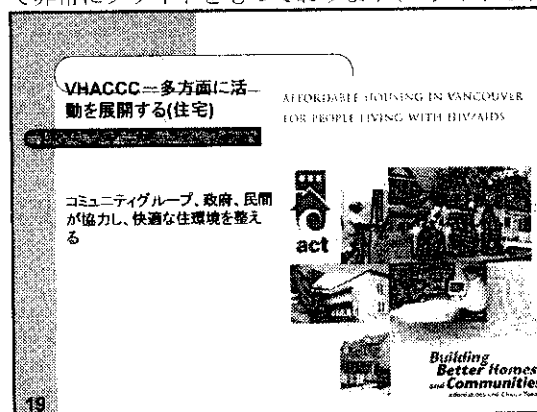
スライド 17

広告に関連して、あるいはメディアの人に対してどのようなかたちで参加していただいているかを示しています。これはキャンペーンです。「カクテルかコンドームか」というものです。抗HIV薬に対してアクセスができるようになっていますが、カクテルという名で呼ばれています。HIV、エイズのマネージメントということで、なかなかそれが難しい。そしてリスクをとってしまうという若者がいるわけですので、テレビ・ラジオ等を使って、30秒のスポットですがこのような広告機関を通して情報を流しています。そのようなキャンペーンから少しずつとって、いろいろな形で情報を提供するようにしております。これは健康フェアと呼ばれているものであります。他のコミュニティでは長い間されていたのかもしれませんが、我々にとってはちょっと新しい取り組みであります。言ってみればフェアのようなものを行います。夏、あるいは9月におきまして、非常に公園に来る人が多いということですので、小さなお祭りをそこで行います。2カ月ほど前ではありますが、HIV/AIDSの観点だけではなく、全体的な観点で情報を提供する。ゲイの人たちに対して一般的な健康問題について情報を提供するという試みを行いました(スライド18)。



スライド 18

これは住宅ということでもあります。快適な住環境というものが大変に欠けております。HIV/AIDSに対して脆弱な人たちの間でこれが不足しているのです。私の組織におきましては、アパート等を建てたいというふう思うわけですが、我々の所だけではこれは無理であるということでありまして、2つのレベル、3つのレベルが関わっております。銀行等も含まれます。その委員会参加者の他の所も協力をいたしまして、一棟アパートを買い入れ、そして感染してHIV陽性となった人たちに対して住みやすいような形をして、そしてサービスもそこに付与して住宅を提供するというものであります。私どもはこれに対して非常にプライドをもっております(スライド19)。



スライド 19

このグループであります。ここにfocusをあてたいと思います。IDUの人たちでありますけれども、経験についての話をしてくれました。これはスティグマと差別ということに関しましての話し合いということ。それからこのようにおきましてHIVに対する脆弱性が強いということでもあります。そして例えば現在はVancouver Area Network of Drug Usersには千人以上のメンバーがいます。前は知らなかったわけでありまして、現在ではグループを組織してありまして、相互扶助が行われるような形になっております。他の隠れている人たちに対しても、例えば清潔な針でなければいけないというような情報を流しているのです。そして直接的な影響力を行使しております。これは政府の人たちに対してもそうであります。このようなグループに対して支援を行ってより健全な公共政策にしていきたいと我々は考えております(スライド20)。

**VHACCC—多方面に活動を展開する**  
(支えとなる社会環境・ハームリダクション)

感染学会の高いコミュニティ内で活動している新たなグループと協力する

—  
例えば、現在Vancouver Area Network of Drug Usersには1,000人以上のメンバーがあり、ハーム・リダクション推進の強力な母体になっている

20


スライド 20

これは大変に重要なことであります。エイズおよびHIVに関しまして常に目が向くように働きかけるといふことであります。非常に大きな取り組みが1年に一回されます。9月でありますけれども Saving Money, Saving Lives というタイトルの基にこのシンポジウムを開いたわけであり、いろいろな国から来てもらいまして、IDUのコミュニティに対しまして命を救っていくといふこと。それからまた医療費を節約するといふこと。あるいは刑務所に入ってしまうといふことによりまして経費を削減させるというようなことについて訴えております(スライド 21)。

**VHACCC—多方面に活動を展開する**  
(ビジネスとの協力・ハームリダクション)

**Saving Money, Saving Lives**

ビジネスコミュニティにたいして、  
静注薬物常用者が直面している  
HIV、HCV、他の健康・社会問題  
に目を向けるよう働きかける



**Building a Business Case for a  
Comprehensive Drug Policy**

21

スライド 21

州政府とそれからまた保健当局と協力してといふことで、これから6カ月実際は州政府で仕事をしますわけですが、これからの5年計画をたてました。今後2007年までの達成目標といふことであります。2007年までに新たな感染率を50%にまで減らすといふことを目標にあげております。戦略といたしましては、最低基準のハームリダクションサービスのための支援を拡大してまいります。感染危険率の最も高い集団を引きつけてエイズのためのアウトリーチ予防活動の改善を行います。またケア活動におきまして感染危険率の最も高い集団を引きつけてエイズのための活動を開催いたします。それからまた拘留所における針の交換のパイロットスタディを行いたいといふふうに思います。カナダあるいは他の国におきまして、刑務所内ではIDUにならないのではないかといふふうに考えますけれども、実際は刑務官がいろいろ行いまして、コカインあるいは麻薬といふものがどうしても刑務所の中に入ってきてしまって。そして刑務所に入った時はHIVの陰性であったのに、刑務所から出てくる時にはHIVが陽性になっていたといふことも現実なわけであり、そしてIDU増加が刑務所内で続いているといふことを示すわけであり、従いまして、刑務所における針の交換を行っていくといふことを、パイロットスタディで行いたいといふふうに考えております。また感染危険率の高いグ

ループに対する人権保護の改善を行いたいといふふうに考えております(スライド 22)。

**今後—2007年までの達成目標**

2007年までに新たな感染率を50%までに減らす

方法:

- 最低基準のハーム・リダクションサービスのための支援拡大
- 感染危険率の最も高い集団を引きつけ、維持するためのアウトリーチ予防活動の改善
- ケア・治療において、感染危険率の最も高い集団を引きつけ、維持するための活動改善
- 拘留所における針交換指針
- 感染危険率の高いグループに対する人権保護の改善

22

スライド 22

ご関心のある方ということですが、ポピュレーションヘルスアプローチといふことについて、この情報が得られるホームページを掲げてあります。英語あるいはフランス語のウェブサイトでありますので、もう少しこれはちょっと映しておいていただけますでしょうか。関心のある方はここにアクセスをしてください。どうぞご静聴ありがとうございました(スライド 23)。

**さらなる情報—インターネットリソース:**

[www.aidsvancouver.org](http://www.aidsvancouver.org) (AIDS Vancouver's home page)

[www.bccdc.org](http://www.bccdc.org) (BC Centre for Disease Control's home page)

[www.vhaccc.org](http://www.vhaccc.org) (Vancouver HIV/AIDS Care Coordinating Committee's home page)

[www.cfeweb.hivnet.ubc.ca/](http://www.cfeweb.hivnet.ubc.ca/) (BC Centre for Excellence in HIV/AIDS - research - home page)

[http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/phdd/resources/title\\_m-p.html](http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/phdd/resources/title_m-p.html)  
(Health Canada's documentation on population health)

23

スライド 23

圓山座長 オブライエンさんどうもありがとうございました。皆様の方から向かいまして右側こちらの側の前と後に質問用紙が置いてございます。もし何か質問がありましたら是非そこにお書きになって前の方にまで持ってきていただいたら幸いです。よろしくお願いたします。それでは後二人、今度は二名の日本人による講演をさせていただきますと思います。最初は国際保健協力市民の会の副代表であります沢田貴志先生です。沢田先生はまた医者として港町診療所で外国人に対する医療相談も行っておられますし、また最近ではタイの農村、それから日本において感染者のアクセスをよくするためのいろいろな運動に従事なさっております。では沢田先生よろしくお願いたします。

## 外国人労働者とHIV/AIDS医療

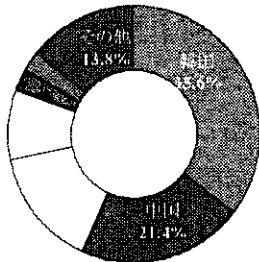
沢田 貴志

特定非営利活動法人  
シェア=国際保健協力市民の会

沢田 ありがとうございます。ご紹介いただきました沢田です。それではさっそく始めさせていただきます。これは東京の風景ですけれども、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の数は急速に増加してきました。現在外国人登録をして滞在する外国籍住民は178万人となっています。

この数は20年前の約2倍にすぎませんが、実は第二次世界大戦中から滞在する在日韓国・朝鮮・中国の永住者の方たちとその家族を除きますと約20年間に8倍に増加をしております。中でもブラジル・ペルー等の南アメリカ諸国における日系人の方々。それからタイやフィリピン等の東南アジア出身の方々が著しく上昇しています(スライド2)。

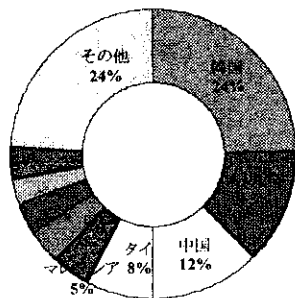
### 外国人登録数 Total 1,778,462 DEC 31, 2001 JAPAN



スライド2

この他に滞在資格を持たずに働く外国人が日本全国で約22万人いると推定されています。ほとんどがアジア太平洋の開発途上国の方たちですけれども、その数はバブル経済の終了とともにやや減少傾向となっていますが、慢性的な労働力不足に悩む中小零細企業がやはりこういった方を必要としておりますので、急速に減少するということはないと予想されています(スライド3)。

### 推定超過滞在者数 224,067人 2002年1月1日



スライド3

これは東京に隣接する神奈川県における過去20年間の

外国人登録数の変化です。タイ人、フィリピン人が約40倍です。それからブラジル人100倍、ペルー人がなんと400倍というように急速にニューカマーの外国人の方が増えています。このように日本の在住するニューカマーの外国籍住民は過去20年間に約10倍に増加したという現実がございます。しかしながらこの現実には医療というものは対応出来てきたでしょうか?この医療の整備は極めて遅れていると言わざるをえません。英語以外の外国語で業務を行える医師・看護師・ソーシャルワーカーといった人たちはほとんどおりません。医療通訳というものが諸外国では進んできていますが、日本ではこういった方たちが診療場面に入るといことは例外的にしか行われておりません(スライド4)。

### 神奈川県における外国籍住民の増加

	2001	1980	2001/1980
合計	135104	41664	3.2
韓国	34421	29611	1.2
中国	31186	5777	5.4
ブラジル	13888	109	127.4
フィリピン	13608	368	37.0
ペルー	7533	17	443.1
アメリカ合衆国	4978	2375	2.1
タイ	3775	103	36.7
ベトナム	3116	234	13.3
その他	22599	3070	7.4

スライド4

こうした背景の中で、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%となっています。これは血液製剤による感染を除いた数字です(スライド5)。

### 累計エイズ患者登録数 Japan ~Dec 31, 2001

	人数	割合 (%)
日本国籍	1710	74.0
外国籍	601	26.0

スライド5

これは私たちが東京 HIV 診療ネットワークというところと一緒に1999年に第5回のアジア太平洋エイズ会議に発表したものです(スライド6)。

### Delayed access to health care among undocumented migrants in Japan

Takashi Sawada<sup>1</sup>, Mika Edaki<sup>2</sup>, Masayoshi Negishi<sup>1</sup>  
\*1 Tokyo HIV Health Care Network  
\*2 Network on Supporting HIV Positive Migrants  
Presented to 5<sup>th</sup> ICAAP

スライド6

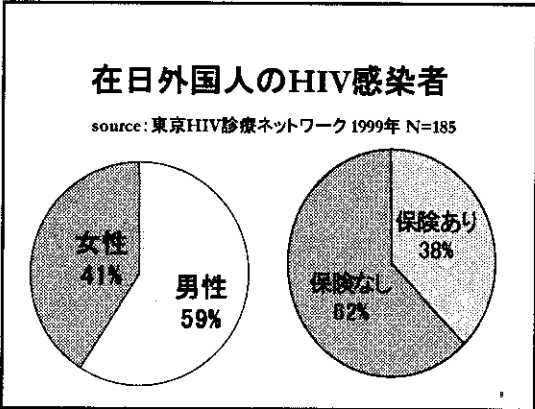
この調査では1996年から3年間、日本の三大都市圏にある14の病院を訪れた185人の外国籍HIV感染者の属性と初診時のCD4細胞数、それから医療費の支払い状況について調査しました(スライド7)。

### 方法

- 外国人のHIV感染者についての調査票を18病院に送付
- 調査期間: 1999年4月28日~6月30日
- 調査項目: 年齢、性別、出身地域、居住地  
初診時CD4細胞数、健康保険未払い医療費
- 回答者: 14病院の医師・ソーシャルワーカー  
185人の事例について解析

スライド7

外国籍感染者の方の多くは30代の方が多いのですが、男性が多くて健康保険を持たない方が62%と多数を占めています(スライド8)。



スライド8

感染者の出身地をみますと、開発途上国が87%を占めまして、特にタイ・ミャンマーといった東南アジア、それからブラジル・ペルーといったラテンアメリカの方たちが上位を占めています。こういった国の方たちは英語でのコミュニケーションも日本語でのコミュニケーションも困難な方が非常に多いということがございます(スライド9)。

### 外国人HIV感染者の出身地域

N=182 東京HIV診療ネットワーク1999

地域	人数	%
東南アジア	99	54.4
ラテンアメリカ	32	17.6
アフリカ	23	12.6
東アジア・西太平洋	13	7.1
北米・欧州	10	5.5
南アジア	5	2.7

スライド9

興味深いのは初診時のCD4細胞数が出身地区によって大きく異なっています。欧米諸国出身の方たちというのは、あるいは東アジア太平洋地域これは韓国、中国の方がほと

んどですけれども、そういった方たちについては、初診時のCD4が300以上と非常に高い。つまり比較的早い段階で医療にかかることができています。ところがラテンアメリカの方たちは200以下。アフリカの方・東南アジアの方になると100程度ということで医療にかかった時期が感染してかなり時間がたって、もう症状が出てからいらっしゃる方が多いということが分かってまいりました(スライド10)。

### 出身地域別初診時CD4細胞数

HIV+ migrants in Japan 1996-1999

	中央値	平均値
北米・欧州	303	384.3±240.6
東アジア・西太平洋	379	346.6±202.6
ラテンアメリカ	183	244.2±210.1
アフリカ	108	199.9±244.4
南・東南アジア	105	183.9±229.1

\*p<0.05    \*\*p<0.01

スライド10

もっと顕著な差が出ましたのは、健康保険があるかないかですね。健康保険のある方が比較的免疫力が高いうちに病院につながっているのに対して、健康保険のない方はCD4が50以下の方が45%という形で、半数近い方がもう末期に近い状況、免疫が非常に落ちた状況で初めて病院にきているということがわかります(スライド11)。

### 保険の有無と初診時CD4細胞数

HIV+ migrants in Japan 1996-1999

	中央値	平均値
保険あり (n=73)	290	311.5±233.7
保険なし (n=100)	63	159.9±211.7**

\*\*p<0.001

Tokyo HIV Health Care Network 1999

スライド11

また外国籍の方で医療費の支払いに困る方が非常に多い。特に保険のない方ですと40%、一人あたり平均140万円の医療費の未払いが出てしまうということがございます(スライド12)。

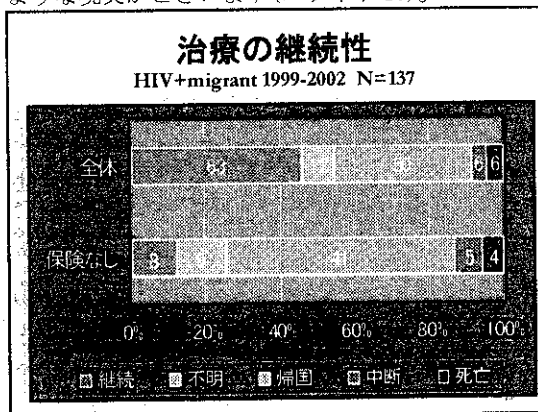
### 未払い医療費

	総人数	未払い事例	平均未払い額
保険あり	69	6(8.6%)	280,000円
保険なし	114	46(40.4%)	1,480,000円

スライド12

同様の調査が同じ年にルイ・パスツールの研究所の宇野

先生が行われまして、対象者はもっと大勢だったのですが、感染している方のプロフィールについてはほぼ同様の結果で出ています。ただここでもう一つ注目すべきことは、医療機関を対象とした調査の中では拠点病院で外国人を診療した拠点病院の半数が医療費の払えない外国人の方を経験しておりまして、そのうち53%がこういった医療費が未払いになるということが HIV の診療体制の維持にとっても支障があるというように答えていました。こちらは現在集計中のデータですけれども、この3年間に同様の調査をしまして、ここまではどのくらい治療が続けられているかということをもとめていました。全体でみまして約半数の方しか医療を継続出来ておらず、帰国される方が非常に多いと。これは実はどうしてかということ、保険のない方についての状況が非常に悪く、本当に少数の方、恐らくこれはかなり免疫が良くてまだ重点的な治療を必要としない方ばかりが多いと思うのですが、そういう方は治療を受けられたいけれどもほとんどの方がもう帰国せざるを得ない。あるいはいつのまにか病院に来なくなってしまう。不明になってしまったり、来なくなってしまう方が多いというような現実がございます(スライド13)。



スライド13

ここで外国人の感染者の方が治療を受ける上で障害になっていることを整理してみましょう。一つは言葉の障害です。これはさきほど申し上げましたようにタイ語・ポルトガル語・スペイン語といった英語圏でない方が70%を占めていますが、こういった言語の理解出来るスタッフがいる医療機関はほとんど今のところございません。その一方で医療通訳を安定して供給するような制度は日本の中にはまだ出来上がっておりません。そもそも HIV の診療というものは説明と同意に基づく相互の信頼関係が非常に大切なものですが、十分なスキルをもった医療通訳が得られない状態の中で適切な HIV の診療環境が果して得られるのかということが非常に大きな問題だと思います。特に通訳の手配が難しいからといって、配偶者の方に通訳を依頼するとか、あるいは職場の関係者の方に通訳を依頼してしまったというお話を聞くことがあります。愕然とした思いになってしまいます。さらにもう一つ社会的な環境それから経済の問題がございます。感染者の6割の方が健康保険を持たないという現実がありますが、こうした健康保険に加入出来ない超過滞在をしている方等の人口は外国籍住民の人口の10%にすぎません。しかしながら6割の方がそういった方々の中から出ているということはいかにこの方たちが弱い立場におかれてしまっているかということを示しているかと思えます(スライド14)。

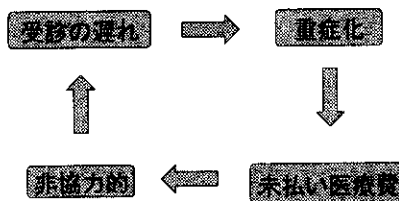
### 外国人HIV感染者の治療を阻むもの

- 言葉の障害
- 不安定な社会的立場
- 経済的障壁
- 医療機関の支持的姿勢の不足

スライド14

これまでの調査でもお話しましたように、HIV の診療にかかわっている拠点病院でありまして外国人の医療費が未払いになってしまったり、非常に負担になっているというように認識があります。これは中小の民間病院ではさらにそういった意識が大きいということがございまして、少なからぬ医療機関が残念なことに外国人の重症患者に対して婉曲に診療を拒んでしまうというようにおきてしまっています。このような非協力的な姿勢を医療従事者がとってしまうということが、さらに外国人患者の医療機関の受診を遠のかせそして重症化させてしまう。そして結局どこかの病院でもっと大きな医療費の未払いにつながってしまうという悪循環がおきているというように考えております。過去私たちは髄膜炎患者やカリニ肺炎の患者が治療で経済的理由により途中で中断されてしまったり、より重篤な状況になって他の県の拠点病院に再入院をしたという残念なケースを何度か経験しております。当然そういったことがおきますと、さらに大きな医療費がかかりますので、こうした事態は医療機関にとっても不幸なことですし、そしてなによりも患者さんの人権という意味であってはならないことだというふうに思っております(スライド15)。

### 外国人HIV診療の悪循環



スライド15

ではこうした悪循環を断ち切るために一体私たちはどのようなことが出来るのでしょうか。まずすぐにおこなわなければならないことは、そしてすぐ出来ることは、私たちが外国人の感染者の方が受診をしやすい環境を作っていくと。これは一つに訓練を受けた医療通訳を確実に供給する体制を作っていくということ。それからもう一つはいるんな社会的、経済的な困難を抱えている外国人の方が他言語でカウンセリングが受けられる。あるいはソーシャルワーカーへの相談が受けられる体制を整備することだと思えます。それからもう一つは日和見感染症を発現した時に、より早期に医療機関が適切な治療をしていくということが明確な方針として示されなければいけませんし、そのことを可能にするために緊急医療を保障するた

めの財政的な裏付けを作ることが必要になります。これは現在の制度を大きく変えなくても実は実現出来ることだと思います。例えば神奈川県等一部の自治体では未払いになった医療費の一部を自治体が病院に補填をするという形で診療拒否がおきないようにという試みをやっています。それから誰も助ける人がいない旅行者のための医療費の制度が 100 年前ぐらいにあったわけですが、その制度をつかわれていなかったものを自治体が予算をつけて外国人のために活用するというようなことも行われています。いずれもまだまだ予算的に不十分でごく一部の方しか恩恵を受けられていませんが、こういった制度を国レベルでどここの地域でもより多くの方が使えるようにという体制を作っていくことが必要ではないでしょうか。

先程のオルファーズ先生のお話で私もちょっとうかがいましたが、ヨーロッパではヨーロッパ人権規約に基づいて緊急医療については行政が保障する体制をとっているというようにうかがっております。日本についても同様の政策が必要だというふうに強く思っております。このような提言を行った時によく言われるのは財源をどうするかということですが(スライド 16)。

### 短期的提言

- 訓練を受けた医療通訳の供給
- カウンセリングを受ける機会の向上
- 緊急医療費を保証する財源の確保

スライド 16

これは東京大学の奥村先生が行った医療経済学的なシミュレーションですが現状では医療費の支払いが出来ない重症患者にかかる医療費が 10 年間で約 2 億円と見積もられます。しかし滞在資格にかかわらず無料で CD4 やウイルス量の測定そして定期的なカウンセリングを提供するというをやった場合、重症患者さんの入院を 3 割ぐらい減少させることが出来るのではないかと。そうすると医療費がその部分が浮いてくるということで経済面でもこれは十分成り立つ制度ではないかというお話です。ブラジルのように抗 HIV 薬の無料提供するというものが治療へのアクセスをよくするという意味では一番いいのですが、残念ながら日本の今の ARV 価格ではとても採算がいません。しかし現在世界的にジェネリック薬が出来ている中で、そういった価格の低下が将来おきれば十分採算にある可能性があるのではないかと検討されています(スライド 17)。

### 介入の効果予測

	重症例数	10年間の費用	避けられる感染
シナリオ 1 (現状)	133	¥242,115,860	—
シナリオ 2	101	¥211,009,680	120
シナリオ 3	101	¥3,743,255,180	120+

Source: 奥村 ほか 医療費の点から見た在日外国人 HIV 診療の今後 2001年度日本エイズ学会総会  
シナリオ 1: 現状のまま シナリオ 2: 検査・カウンセリング シナリオ 3: ARV

17

スライド 17

私この一番後の抗 HIV 薬について今日強調しようと思っただけで用意をしていたのですが、先程皆さんのお話を聞きまして、ちょっと考えが変わりました。ARV の治療。今お話したようにこのウイルスを克服するために全ての人に ARV を提供することが非常に大事な戦略であるということは確かですから、将来的に滞在資格とか国籍に関わらず ARV が無料で提供されることが必要ですし、それはそう遠くない時期に可能でないかというふうに思っています。しかしそれだけではなくて、私は今まで医療体制のことばかり話していましたが、この外国人の方々が非常に弱い立場におかれているというのは、社会的な状況をそちらが非常に大きいと思います。言葉が分からない、あるいは保険がない。滞在資格がないといったことで、不利な立場にあり、危険な労働に従事させられる。あるいは女性が自分たちの体を守るための積極的な発言が出来ないという状況、そのこと自体を変えていくということ。それがなければいくら治療の体制が整っても問題の本質は変えていくことが出来ないのではないかと。そのために日本に住んでいる少数者の人たち、ここでは特にマイグランドの方たちが自分たちの社会が自分たちの力でよりよいものとしていけるような環境を整えていくこと。そういった活動にやはり私たち日本に住む全ての日本人、外国人を問わず市民が協力をしていくということがとても重要なんじゃないかというふうに思いました。

それと同時に木原先生のお話にありましたように、アジアでの流行が非常に大きくなっていると。そういった中でやはりマイグランドの送り出し側の国そして受け手の国、双方がお互い何をすべきかということをはっきりし、出来ることを協力しあう。ブラジルからは今、日本に対して、日本に来て要る日系ブラジル人の方のためのエイズのいろいろな活動が盛んに行われてきていますけれど、もそういったネットワークを私たちが作って海外の実際に行われてきた実践から学び、そして自分たちも力をつけていくということが是非とも必要なのではないかと思っております。今回今日各国からゲストの方をお招きしてそしてまた来年には神戸でアイカップがございまして。私たちはこういった海外の方たちと情報を交流し、お互いの問題点を話し合うということを通じて、ぜひとも国際的な連携を強めてこの HIV の問題に取り組みを強めていけたらというように思っています。ありがとうございました(スライド 18)。

## 長期的な提言

- 外国人労働者とその家族に対する包括的  
社会サービスの構築
- 国際的なネットワークの形成により、HIVの  
予防やケアの知識の普及
- 妥当な価格でのARV治療プログラムを導入  
する

スライド 18

圓山座長 沢田先生どうもありがとうございました。それでは本日最後になりますが、特定非営利活動法人ぶれいす東京代表の池上千鶴子様にお話をいただきます。タイトルは地域における HIV エイズケアの取り組みです。池上さんは現在東京都エイズ専門家会議の委員をしておられます。エイズアンドソサエティ研究会会議の理事もなさっております。また研究活動といたしましては厚生労働省の研究事業でありますエイズの人権と社会構造の研究班というのがありますが、その中で日本人の感染者と人権研究の分担研究者も引き受けておられますし、またエイズの普及啓発における NGO の活動に関する研究班、これは主任研究者として現在精力的に活動を続けておられます。では池上さんお願いします。

池上 ありがとうございます。最後です。皆さんお疲れ様です。私はスライドを使いません。皆様せっかくお手元に分厚い公開国際シンポジウム講演要旨集というのがございます。私の発表は英語で言えば 71 ページ、日本語で言えば 72 ページから始まります。この明るいライトのもとでこのデータを参考にしながらお話をさせていただきたいと思っております。77 ページ以降は私どもぶれいす東京のご案内、活動報告の要旨とそれからウェブ、ホームページ等々のご紹介もありますので、また改めてアクセスできる方はぜひアクセスしていただきたいと思っております。ぶれいす東京といいますのは、PLACE 東京とございますが、Positive Living And Community Empowerment の略語、頭文字をとったものです。1994 年にスタートいたしまして丸 9 年。いよいよ来年は 10 年目ということですが、1994 年にスタートしました時は、活動スタッフは 20 数名、私たちのその時から予防とケアの方の活動をはじめからやっておりますが、その時ケアの方を利用されていた HIV/AIDS の方は恐らく 20 名ちょっとぐらいだったと思っております。それが現在は活動するスタッフは 150 名を超えております。それから昨年度 1 年間と言いますのは 2001 年 4 月から 2002 年 3 月までの 1 年間に私たちのケアサービスを利用された方は実人数で 300 人を超えました。スタッフの数を大幅に上回りましたこの勢いは止まるところを知らないという感じです。

日本ではマスメディアが HIV/AIDS についての報道をほとんどしません。あるとすれば国際協力的なことなので、いっても日本では日本の事情というのは数だけ出てくるけどよく分かっていないという方が多いのではないかと思います。そして薬もある、保険もある、あるいは身障者手帳という福祉サービスもあるというなかで、医療や制度が整ってくれば私たちのような民間の地域でケアを行うというニーズは減るのではないかというふうによく言われたりしますが、実際は全く逆です。2001 年 4 月から 2002 年 3 月までの 1 年間、HIV あるいはエイズという告知を受けてから初めて私たちぶれいす東京にコンタクトを

とってこられた方というのが 1 年間で 127 人。月平均 10 人を初めて突破してしまいました。この 4 月以降もこの勢いはおとろえておりません。同じような勢いで増えております。理由はもちろん告知を受ける方自体が増えているということももちろんですが、医療や制度だけでなく、支え合いのニーズというのが実は多様化し増えているということも反映していると思います。その一つは私たちが行っております HIV 感染者相談サービスというのがあります。実はこれは 1997 年から必要にせまられてスタートしたものです。

1997 年と言えはいわゆる抗ウイルス療法が始まった時です。拠点病院も全国にあって大変整ってきた頃です。ところがその頃から、それまでは NEST と言いまして HIV/AIDS を持っているということを知っている方たちが安心して集まれる場所というのを 1994 年からオープンしてしまして、そこで安心して集まっていたいで情報交換したり、相談したりしているということだったのですが、1997 年以降とても具体的な個別の対応を要する。しかも継続的な対応を要するニーズというのが非常に増えてまいりまして、陽性者のための特定の電話番号を設置いたしまして、あと予約による面談サービスあるいは現在非常に増えておりますのがメールによる相談というものをいたしました。この相談サービスを担当しているのは社会福祉士・臨床心理士・医療従事者等々のそのトレーニングあるいは実績をつんだ人たちがおこなっております。この相談サービスを見てください。72 ページあるいは 71 ページに表があります。1999 年から 2001 年までの統計をとっております。これは相談の件数です。けれども 1999 年 1,505 件、2000 年 1,957 件、2001 年 2,290 件とこうなっております。2002 年には恐らく 2001 年の 5 割増し程度が見込まれております。

ただこの相談内容というのは、相談内容の順位と言いますか、それは比較的同じ傾向が見られまして、一番多いのは生活上の具体的な問題。2001 年で言えば 530 件です。次に感染によって生じた対人関係上の問題。病気や病体の変化に伴う不安や混乱。情報や知識の獲得とこういうふうになります。生活上の具体的な問題と言いますのは、生活者として就労とか療養の両立に関係しています。今この抗ウイルス剤の登場によって HIV 感染は HIV とともに生きるそれからの長い人生生活者としての更なる生活設計ということが不可欠になってきました。そういう時に安心して HIV のことを告げながら相談出来る場所というものが実はほとんどありません。それから残念ながら日本では私たち 1997 年に調べた告知に関する調査でも明らかなのですが、先程木原先生のデータでも報告されましたが、自発的に自分が感染の不安を持って保健所で検査を受けて感染を知る人は半数以下です。私たちの調査では 20% です。じゃあ圧倒的多数の人はどこで知ることか。これは実は一般医療機関です。産婦人科・外科・あるいは新規入院、内視鏡検査等々を病院で進められる。そして検査を受けて突然陽性の場合には陽性と言われる。というわけでこの検査および告知に対して検査を受ける側もあるいは告知をする側も十分な準備が出来ていない。従って情報も不十分であるというようなことで告知を受けた直後に、一次告知そこから普通は拠点病院に紹介されて、また再検査、二次告知というふうに行くことが多いわけですが、その一次告知の段階で例えば絶望して仕事を止めてしまう。結果的にはこれ必要でなかったということや後で分かるのですけれども、あるいは転居をしてしまうといったようなことが少なくありません。そうした時にさらにこの治療を開始してからもう一回生活設計といった時に再就職ということになります。これは非常に難しいです。また今服薬は大変な状況、条件が整わないと服薬が非常に複雑で、副作用も強いので定期的に毎日きちんと飲むためには、特に仕事をし



ながらですね、これは職場の理解が必要です。じゃあ HIV 感染を告げて就職活動が出来るか。ほとんど出来ません。

あと私たちは一昨年ですが、東京都の拠点病院に通っている HIV の方の就労状況と職場におけるプライバシー調査というのをいたしました。実際現在働いていらっしゃる方多いですけども、そのうち 80% の人は職場に告げていません。そうすると職場に告げないで通院して服薬するという、そういうような自分にあった状況というのを、あるいは治療法あるいは通院行動を選んでいかなければなりません。そうすると例えば薬の組み合わせ、あるいは薬の副作用についての情報、あるいは病態が変化したら一体どうなるのだろうか。今このような状況で自分はいったいどれくらい今の場での就労を続けていけるのだろうか。職場を変えなくてはいけないのだろうか。本当に個々、個別複雑多様な問題が出てきます。そういうようなことが本当に具体的に安心して、しかも適格な情報を持って相談してくれるというところが本当に少ないです。薬の情報にしても医療機関も多数の薬がいろいろ出てきて、それぞれの薬についての情報をあらゆるドクターがしっかり持っているとは限りません。そうすると同じ薬を飲んでいる人たちの副作用の状態はいったいどうなのだろうというような情報収集。あるいはセカンドオピニオンがほしいのだけれども、どのドクターに連絡したらセカンドオピニオンがとれるのだろうかといったような非常に個別具体的な個の質問、相談が出てきているわけです。それがこの 1990 年から 2001 年までのこのような相談内容の増加及びこの相談内容の項目ということであがってきていると思います。

それともう一つ私今日は是非皆様にお伝えしたいのは、そういう中で HIV あるいはエイズと生きています、それは HIV だからという括りでは括れません。まずもって生活者です。地域にいる家庭人でもあります。HIV だからという共通項ではとても括れません。そういう中で私たちの NEST の中に関わってこられた HIV エイズの方たちの中からとても自発的に同じような課題、同じような環境を持った方たちのピアグループというのが数多く登場してきました。これもこの 2 年間すごい勢いです。これを私たちは PGM といっています。PEER Group Meeting、この PEER ピアというだけでなく、Peer Empowerment Exchange and Renewal ということのこれまた頭文字をとりました。同じ立場によるエンパワメント、力の与え合い、交流と情報交換それが告知後や療養生活の新たな出発点となることをねらい 3 つの点を目的にしています。第一に安全な出会いの機会を提供すること。ここでは HIV というのをどう話しても安全ですということです。そして利用可能な資源提供をすること。第三に利用出来るサポート資源を増やして自分の生活設計や精神的な安定に役立てることです。

現在私たち PGM は 76 ページあるいは 75 ページをお開きください。このようなグループがあります。告知後 6 カ月以内の人のグループ。結婚しているゲイ、バイセクシャルのグループ。ミドル、40 才以上の男性のグループ。異性間性交渉で感染した男性のグループ。子供から告知をされた母親のグループ。女性のグループ。この女性のグループは今主に子育て会というような感じでシフトしておりますが、それからカポジ肉腫・悪性腫瘍を持つ人のグループ。相手が陽性なのだけれど自分は陰性だという陰性パートナーのグループ。それから陽性、陰性カップル。このカップル同志が集まろうというカップルの会というのがあります。告知後 6 カ月以内のグループというのだけは、6~7 人お集まりになったところで私たちの専任がファシリテーター役をして 4 回のミーティングをもちます。これは必要ないという方はもちろん参加しません。だけれども突然陽性告知を受けた時にこれから生活設計する上で最低

必要な情報、治療はこうなっている。福祉はこうなっている。利用出来るサービスはこんなところがある。安心してあなたは一人じゃない。といったようなことを分かって、共通でもっていただくと。

この告知後 6 カ月以内のグループは 4 回やるのですが、現在このグループは 7 期終了しました。この原稿を書いた時点で 7 期だったのです。今 9 期終了でこれから 10 期。それだけでもですから 60~70 人の方がこれに参加したということになります。それ以外のグループは本当に自発的な形でなんとか自分たちがピアグループをやりたいということで、こちらは必要に応じて場所を提供したり、コーディネート役をしたりということをしております。子供から告知をされた母親のグループ。特に息子さんが母親に言った場合もあります。でも言わないでいたのだけれども薬のビンを見てわかった。という場合もあります。そういう時、母親どこに相談出来るでしょうか。父親に言おうか言うまいかこれから迷います。悩みます。この子にどういう態度をとつたらいいのだろうか。今薬はどうなっているのだろうか。それからこういうことがおきるというのは自分の子育てに何か問題があったのじゃないか。ありとあらゆることを背負いこみます。そういう人たちが集まって本当に思いのたけをはきだす。そういうような言ってみれば家族のケアですけど、そういうものが本当にわきあがってくるニーズとして出てきたと思います。

最後ですが、私たちは NEST でホームページを持っています。その NEST のホームページというのは、HIV/エイズの方たちが中心となって運営しています。そこにピアの非常に大きな意味といえますか効果を発揮しているものがあります。それが告知直後にあるよくある質問集というものです。例えば感染の事実を家族にどう告げようかといったような質問に対して、専門家に聞くとアドバイスが一つかえってくるかもしれない。あるいは二つかえってくるかもしれない。しかしこのホームページでは仲間が自分の経験、あるいは考え方を基にして 10 数人以上の人がサポート的なアドバイスをかえます。質問を發した人はその中から自分にあった、自分が一番よりそえるアドバイスというものを選択できる。そしてそのことをまた自分が次の質問にかえすことによってネットを通して支え合うと言ったようなことが行われております。というような訳で日本の地域におけるケアの具体的な取り組みということをお話させていただきました。私たちは医療 HIV に対する予防ケアは医療と制度だけの問題ではないということで始めておりましたけれども、そのことをまたここにきて強く確信して医療、行政、地域ということの 3 本柱ということの必要性を痛感して、またこういう地域の取り組みに行政あるいは医療との連携、あるいは支援というものを模索しているところです。どうもありがとうございました。

圓山座長 池上さんどうもありがとうございました。これでスピーカーの方々すべてのお話を終わりました。これからパネルディスカッションに移りたいと思います。あとは東京大学の若井先生の方にバトンタッチしたいと思えます。

若井座長 皆様、お疲れのところと思いますが、ディスカッションのセッションは私が司会させていただきます。時間が限られていますが、その中でいろいろなディスカッションができればと思います。

最初に、今日のインバイテッドスピーカーの間で何か特にこの点を明らかにしようと思うことがあれば言っていただければと思います。

若井座長 何かご意見、あるいは明確にしたいこと、スピー

一カー同士の間でありますか。  
 ヴィトリア コメントさせていただきます。私のプレゼンテーションの中で最初のスライドでお示しましたが、ブラジルが他の国のモデルになり得るかどうかということをお話したのですが、ブラジルはモデルではないということをお話したいのです。実は私どもでは、原則を持っています。さまざまなウイルス予防あるいはモビリゼーションのプログラムがあります。そして市民の強い協力というものがあるが、政府、非政府の分野で非常に大きな取り組みがなされていました。それが重要だと考えます。そのような原則を持つことが重要だと思います。そのような原則を基にそれぞれの国で自分たちの活動を起こすべきだと思います。というのは、もしプロセスのモビリゼーションということをお話した場合にメッセージを伝えていくことで、エイズに対して非常に成功しているということではブラジルの場合ないわけで、80年初頭から我々が行ってきた、非常に長い闘争の歴史がブラジルにはエイズに対してはあるわけです。最も重要なメッセージというのは、この全員に対してということです。原則を見つけ出して自分で責任をとって社会、文化、金銭的なプログラムを組んでいくことだと思います。

若井座長 その他、さらに明らかにしたいこと、特に日本の方から外国の方に質問をお願いします。

木原 質問というわけではないのですが、こういうシンポジウムを開いて問題を語るわけですが、それだけでは解決はできない。特に、問題を考える時にどうしても考えなくてはいけないこと、今日の発表では敢えて最後に真っ赤になった地図のスライドを出したのですが、あれを出した理由はタイムフレームが決まっているわけです。永遠に時間があるわけではなく、今から10年後、あるいは10数年後というスパンの中で日本の中にも大きな流行が入ってくるに違いないということを示すために言っているわけです。ですから、いつまでにしなくてはならないというタイムフレームは決まっているわけです。ですからそれにしたがって動いていかないと間に合わない。そのためには何をすべきか。例えば今日声を大にして言おうと思っているのですが、そういったタイムフレームを意識しながら問題解決を強く語っていかねばいけない時期にきていることを自分の意見として申し上げておきたいなと思います。

沢田 これは皆様にお聞きしたいと思います。特にマルコさんにお聞きしたい。ブラジルの成功は政府のポリシーもすばらしかったと思いますが、それプラスいろいろな立場の人がいろいろな役割を演じていったことが成功につながっていったと思います。どんな人たちをどのようにインヴォルブしたというか、パーティシペイトしたというか、参加してこれだけの成果を出せたのかお話を聞きたいと思います。

ヴィトリア ブラジルの対応となると、市民の健康というのは国の責任ということであり、憲法、憲法というのが至上的な法律であり、はっきりと言っているのは「健康というのは国家の責任であり、すべての人に対して保障しなければならない。経済的な状況、人種、宗教、その他、どのような要因にかかわらず市民の健康を国家は保障しなければならない」と謳っています。加えて私どもの医療制度というのは、公的なものです。政府が提供しているものです。そして民間とパートナーシップを組んで提供しているわけです。すなわち病院や診療所と協力して行っているわけです。抗HIV薬に関してはブラジルでは非常に薬をジェネリックとして生産するのに対して投資しているわけです。ジェネリックというのはHIVだけではなく、昔からブラジ

ルはいろいろな薬に対してジェネリックの政策があり、すなわちブラジルで使われている薬の半分以上がジェネリックとなっているわけです。すべての疾患領域において。そして今度はエイズをジェネリックの政策に組み込んだということ。ですからジェネリック政策はエイズだけに向けられたものではない。そして先程も強調したように、非常に長い戦いをエイズに関しては行っているわけです。それで抗HIV薬ジェネリックとして生産するようになり、これが方針となっているわけです。これが国の研究室、検査室だけではなく、民間のラボも関わって抗HIV薬を生産しているわけです。ジェネリックの抗HIV薬を作って、それを政府に対して買い上げてもらっているわけです。

ウォルファー 私の方から強調したいのは、いろいろな利害関係者をかかわらせるということが成功のカギとなるわけです。こういったプログラム、また政策にしてもHIV、エイズではそれが重要だということです。しかし、これは非常に難しいことでありいろいろな利害関係者はなかなかこちらの方からも到達するのが難しい。医師または看護師に関わってもらうのは同意しやす。しかしながら患者、それから今後患者になる人にも関わってもらうとなると一段と難しいわけです。政策決定者も関わってくれるでしょう。しかし、彼らが見ていく問題というのは移住の問題です。ですが政治家の場合は移住に対しては、移住労働者はこれからやめていかなければならないと言った方が票を得ることができる。ですからなかなか複雑な問題であり、そしてなかなか政治家を取り付けることができない。行動変容ということであるならば、例えば移住者の行動変容となると、これも非常に難しい。移住者の組織を通じて彼らの言語を話す人たちを通じて行うことが重要です。そしてまたそういった人たちがどこにいるか。そして彼らを追跡して必要な時には報告、送還する。これに関しては問題があるわけで、明確な政策を打ち立てることが問題を解決するにあたり肝要ということになります。

オブライエン 私の方から同じようなことを言いたいのですが、さらに補足すると私の話の中ではIDUに特に注目したわけです。麻薬使用者というのはHIVの問題、健康の問題、医療の問題、それから刑法の問題も関わってくるわけです。警察の人、刑務所関係の人たち、それから公衆保健衛生の人たち、IDUの人たちがお互いに怒鳴りつけることなく話し合う雰囲気させるのは非常に難しいわけです。そしてそれを始めたのですが、まだ完璧な状況に達してはいませんが、しかしいろいろな利害関係者を横断的なかたちで務めさせるのは忍耐力も闘志も必要。それからコミットメントも必要ということです。そして最初に原則として、マルコが言ったように、どういったかたちで共同して公衆衛生を打ち立てていくのか、より健康な医療をするのかをお話したいといけません。

池上 いろいろなステークホルダーをまとめていくプリンシパルを誰がイニシアチブをとって作るのか、ステークホルダーを一緒にしていく時にどこの役割、例えばカナダでは行政のすごいイニシアチブをとったのはNGOなのか、キーパーソンというかまとめていく時に「まとまりましょう」という掛け声だけではまとまらない。では、どうしてまとめることができたのか。その中心は何だったのか。プリンシパルを作る時のリーダーとメンバーは誰だったのかということをお聞きしたい。

オブライエン 私の組織のエイズバンクーバーは95~97年に1,500名の新しいHIVプラスのIDUの人たちがいたわけで、その人たちがサービスを求め、そこでこういった人たちに到達するということを努力し、できるだけ医療が近

接性を持つようにしたわけです。こういった人たちが私の組織に強く関わるようになり、その一部の人たちは「あなたの方で私たちと共にリーダーシップの役割を取って、ほかの組織も関わらせるようにしてください。」と言われました。そこで私の組織、それから他の NGO でこういったプロセスを始めたわけです。加えて私たちは個人で公衆衛生の分野、または政府で働いている人たちで割と考えが柔軟であり、こういった対話が必要だと考えている人たちを集めました。ですから、ある年は警察の人、次の年も警察の人も呼び、しかし何年呼んでもやはり IDU は違法なので、警察はそのような犯罪者との話し合いには関わらないと言った。ところが忍耐力、そして辛抱強くやって代表をこちらからも送り、いろいろとこちらからも魅力を提供して来てもらうようにしたわけです。「ただ、部屋に座ってくれるだけで良い、ただ話を聞いてくれるだけで良い」と言って始めたわけです。それから随分長い道のりでした。私の委員会のあるメンバーが医政局の人で保健省の人ですが、市長に立候補したわけです。HIV、IDU というのはすべてバンクーバー市民にとって重要な問題だと訴えたわけです。そして選挙は勝たないだろうと言われていましたが2倍の票をとって市長の席についたのです。ですから随分エネルギーが必要です。95~02年の7年間で非常に長い道のりを歩んできたということです。

若井座長 フロアからいくつかご質問が来ていますのでご紹介したいと思います。最初は皆様、全員にお願いします。いつも問題になる大きなイシューですが、エイズに罹った人たちのケア、治療とかに関してホストカントリーが責任を持つべきなのか、母国が責任を持つべきなのか質問が出ています。

木原 それはケア、治療に関してだけの質問ですか。

若井座長 この質問は英語で書かれてありますが、そうです。

木原 移民の問題ですが、私たちも長年関わっている部分がありますが、やはり出身国も入ってきた国も面倒見ないということで、対策の真空地帯になってしまうのです。非常に不利な立場に置かれている。基本的には両方の国に責任があると思います。

ウォルファー 私もそう思います。これは双方の責任だということです。また、同時にこれは富のレベルというのは随分違い、移住者もとの国というのはそもそも非常に貧しいわけです。例えばインドネシア、バングラデシュ、インドなど労働力を輸出する所、こういった人たちというのは入国する国というのは勿論経済レベルが高いということです。ですから私が思うに、地域レベル、国際的レベルで協定合意というものが必要ですが、やはり受入国に責任があるということ。例えば観光客が日本に来て2日だけの滞在であっても何か問題が起こればお客様として丁寧に医療を提供するということが必要。日本人が外国に行ったら同じ処遇を受けられるようにということです。そして日本で仕事をしてそれなりの貢献をしている。それならば日本がその人の責任をとることが必要、それからまた送り出し国についてはきちんと教育する。すなわち出発前にきちんとした教育を移住労働者に対して行うことが重要です。どういったことが起こり得るか、どうやって自分たちの体を守ることができるか。そして日本のような国に入ってきた場合だと日本で生活していくにあたり、リプロダクティブヘルスの基本を知らなければきちんと生活していくことができない。ですから両国でももちろん協定合意も必要ですが、労働協約で、そして在留資格のある人であるならば

2 国間でお互いに国がどこまで責任を持つかということをはっきり規定することが重要でしょう。そういったアプローチを取れば問題は簡単。一番難しい問題としては、HIV プラスとなった場合、それからどうなるかということ。そして本国に送り返された場合、どうなるか。そして医療費は誰が払うかということ。問題としては日本では抗 HIV 薬に対して医療費を払うことができる。そして移住者が来て日本にいた間は面倒をみるが、しかし例えばバングラデシュなりインドネシアに戻ったらもはや抗 HIV 薬は受けることができない。そうすると死刑のようなものです。そうすると、どうするかということです。例えば何か基金、ファンドがあってこういった問題に対応するグローバルなファンドが必要でしょう。そしてまたできるだけ万人がこういったかたちで協力することが重要で、いわばネゴが必要で

ヴィトリア おっしゃりとおりでと思います。こういった政治的側面を話さなければならぬと思いますし、おっしゃったことはそのとおりだと思います。ブラジルの場合、制約は全くありません。外人が薬剤を入手するにおいて制約はありません。たくさんの国境があり、国境が1つの道路の場合もあるので差別をするということは難しいです。1本道をわたるとほかの国に入る。ボリビアやアルゼンチンに入るということになるわけです。実際にブラジルではまったく制約はありません。私どもの国にいる人は薬を入手できるということで、これが不法か正当であるかについてはまったく関係ありません。資格があるかないかではなく、その国に今いる人たちに対しては人権であります。ただ、この国を去るという時には別問題です。

O' Briain このように、この資格外に関してはあまりよく知らないのですが、まったく書類を持っていない人たちでは私どもの所に海外からやってくることは非常に難しいです。ということで米国においては大きなマーケットがあって、その無資格者たちが労働者で入って行って、そしてお金を稼ぐことは簡単なのです。カナダにおいてはアサイラムシーカーと呼ばれる難民たちがいるわけであり、このような人たちが、カナダに来た時は HIV 陰性であったのに HIV 陽性になるというリスクは最初の数カ月なのです。言葉がわからない、違う国に来てしまった、そして非常に複雑な立法的システムを通過していかなければならないということで、これはインテルム ヘルス プログラム(臨時保健プログラム)と呼ばれるものがあり、難民の人たちがこのように抗 HIV 薬を無料で得られるように行っております。これは一時的なものです。そしてその後でもっと情報を持って行って正式なプログラムの対象になります。このように無資格者の人たちに関しては非常に大きな統計上の数値があるということではありません。

沢田 両方の責任だと思います。私たちは何をしたいのかというと、ウイルスを無くすこと、ウイルスを少なくすることのために働くわけです。その時に、もしウイルスを持っている人の生活が成り立たなければ治療もできない。そしてその治療もできない中でより困難な社会状況の中で生きていかなければならない。日本で生活が成り立っている人を母国に帰してしまって仕事がなくなって自分の身を切り刻んで仕事するしかなくなって、また危険の高い状況に入っていく。それが果してこのアジア太平洋というリージョンの HIV の対策をしていく上で良いことなのか。全部が全部、今の段階では受入国側で治療できるかというのはまだ難しい。そういったより感染者がより良い条件で治療できていくことを目指していかない限り、私たちはこのウイルスを抑え込むことはできないと思います。では、送

り出し国に責任がないかという、やはり誰しも日本で生活するのが良くて国に帰った方が幸せだという人もいます。ですから、母国での医療環境がより良いものになるよう、私たちも支援し、そして母国側も努力を重ねていくことが必要だと思います。

池上 とても単純に言います。私はどこで病気になったとしても隣の人と同じく治療してほしい。ビザのある無しは関係ない。その上で長期治療が必要だという状況であれば、今いる所でやるのか、それとも言葉のわかる環境の中でゆったりとやるのかということは自分で判断したい。そのために治療状況、医療状況、生活できるかどうかということの情報がほしい。

若井座長 次の質問に移らせていただきます。ブラジルのDr マルコに対してです。ブラジルのプログラムがうまくいったのはなぜか1つだけ挙げるとすれば何ですか。

マルコ ある具体的な要因があったから良い結果が出てきたというのは難しいのです。いろいろなたくさんのアクションがあって、これが4つの先ほど申し上げた原則のもとでそういった活動が行われたからだと思います。まず非常にレスポンスを早くするという、最初のブラジルのエイズプログラムがサンパウロ州で始まりましたが、それはエイズが4例しかない時にスタートしていたのです。ということは流行に対して非常に早く反応したということ。それから2番目、非常に良くバランスされたアプローチを取っていた。治療と予防の間のバランスが取れていた。予防だけではないということです。例えば、世銀であるとか他の国際機関ではコントロールしようと言いましたが、しかしながらバランスのとれたアプローチが重要だと考えています。それからマルチセクターといういろいろな所の人たちを動員したということであり、ブラジルではいろいろな社会の人たち、例えばナショナルエイズカウンセラーも社会のいろいろな人たちを巻き込んで運動しています。これが重要です。それからもう1つ重要な側面というのは、この市民社会を計画からアクションからすべての側面において取り込んでいったということです。そして私どもの活動の中には人権の概念が入っていたということ。この4つが多分1つにまとまって要因になったのではないかと、それによって私どもは80年代初期HIVのブラジルにおける流行というのは例えば南アフリカと同じであったかも知れない。しかしながらブラジルはこのレベルを他に比べて低いレベルに抑えてくることができました。すなわちこの4つの原則に基づいてこのような対策をしてきたことが重要だと思います。ですから、これが要因だとお答えすることができると思います。

若井座長 次のご質問に移りたいと思います。これは日本で関わっている方からです。コマーシャルセックスワーカーに対してエイズの治療はどの程度できるのでしょうか。木原先生、いかがでしょうか。

木原 日本人セックスワーカーの方のことを言っているのか、それとも今話題になっているマイグラントワーカーですか。

若井座長 質問された方、おられますか。

質問者 私の質問は日本人のコマーシャルセックスワーカーです。

木原 日本人である限り、日本人と同じ条件で治療できると思います。特に差別するものは何もないだろうと思います。

質問者 病院で診察をしているのですが、コマーシャルセックスワーカーが来られたことがない。実際もっとそういう方がいるはずだと思いますが来られないので、もしかしたら病院にかかっていないのではないかと。

木原 セックスワーカーであるかどうかを明らかにする必要すら無いわけでありまして。来られた方がそういう方であれば当然の治療を行っていただくということに尽きると思います。

質問者 来られたらどんどんやっていくのですが、なかなか来られないので。

沢田 私も意味がわかったような気がするのですが、実際セックスワーカーの方、私は外国人のそういう方とSDIを含めて関わりをもっていますが、やはり来られないです。それはやはり壁があるのだと思います。来てもセックスワーカーだとは言えない。日本の医療の問題がある点は診察室の中で自分の本当のことが言える環境がヨーロッパ、アメリカ、ブラジルと比べても乏しいと思います。セックスワーカーの方は来ているはずですが、ただ言えない、言っただけで自分のリスクをオープンにしてディスカッションしながら治療していくという環境をもっと我々は作らないといけないと思います。

池上 日本のヘルスで働いているセックスワーカーの方の調査によると、セックスワーカーさんが医療機関をむしろ選んでいます。つまり医療機関に行っても必要もなく職業を聞かれて差別的な対応をされるようだなと思えば行かない。だからロコミでだいたいワーカーが行く所はかなり決まってくるというのが現状です。だからそういうことのない、誰が行っても安心して行ける医療機関が増えればとても良いと思います。

若井座長 質問の最後に2件同様の質問がありました。細かい点には触れませんが通訳の問題です。それでお1人ずつウォルファーさんから順にそれぞれの国で通訳体制について一言ずつお願いします。

ウォルファー 医療通訳の件ですね。自国語で情報を得られるというかたちでの通訳という意味ですね。私の方の説明を先にさせていただきたいと思います。オランダの場合ですが、いくつかの言語を我々は行っています。移民のすべてがドイツ語を話すわけではないので、医者の方に行っただけで自分のことを訴えるというのを自分の言葉でできれば良いのですが、誰かに翻訳を頼まなければいけない。モロッコ語からドイツ語、ドイツ語からモロッコ語に誰かが翻訳してくれると大変良いわけです。そういうふうにお互いの理解がなく医療はできないと思います。ですから私どもは通訳が病院にいます。それから電話で通訳を行うシステムもあります。それは一般医向けということ。どうしても必要なことですから、ナンバー1です。それがなくてどうということになるかという、ナンバー2として、モロッコの家族の母親は仕事をしていないということ。言語を学ぶということをしなくて、ドイツ語を習わない。ところが7~8歳の子どもたちは話す。ということは、子どもが通訳することになる。これは健全なことではないと思います。母親の通訳、医者との話し合いの場で子どもが通訳にならなければならない。これは健康的ではないと思いますのでプロの通訳がいるということは大変重要な意味を持っていると思います。ドクターと患者の仲介をしてくれる人です。もちろん、プライベートのことが出てくると思います。守ることが重要なので、あるルールに従って仕事をしてくれる人でなければならないし、また文化的感受性、文化的背景というものもわかっていなければならない