

移住者であると推測されている (Huang S.ら (2003) の引用 (Castles, S., Miller, M.J., 1998) から)。しかし、非正規の移住者の増加により、実際の数字を見積もることは難しい。また、外国人移住者の各国間の共通定義が不明確であり、受け入れ国と送り出し国のデータが合致しないこともある (Hayase 2003)。

移住先国の選択の変化

アジア太平洋地域では、ネパールやベトナムのような国が新たに労働者移住に関わってくるようになってきた。その一方で、ここ数年の受け入れ国の社会経済状況や政治状況の変化により、移住の形態が変化してきている。たとえば、インドネシアやインド (Table 1, 2等参照) では、移住先が東南アジアや東アジアへと変化している。ここには、新たな格安労働力源に対する受け入れ国のニーズが合致したこともある。

Table 1 インドネシア人移住労働者の移住先 (1996年～2000年)

	1996	1997	1998	1999	2000
マレーシア	38,652	317,685	95,033	169,177	170,067
シンガポール	29,065	31,928	42,031	34,829	20,456
台湾	8,888	9,445	14,109	29,372	41,620
サウジアラビア	115,209	116,844	177,404	131,157	108,734

Source: Ministry of Manpower & Soeprobo, 2003, in Hatmadji (2003)

Table 2 インドネシア人移住労働者のインフォーマル・セクターへの海外就労 (2002年1月～12月)

移住先	女性	男性	計
アジア			118,995
マレーシア	43,925	633	
シンガポール	15,991	68	
ブルネイ	4,949	31	
香港	20,430	1	
台湾	32,511	327	
韓国	29	100	
日本	0	0	
タイ		0	
小計	117,835	1,160	

中東			239,917
サウジアラビア	194,488	17,376	
UAE	7,430	163	
クウェート	16,381	37	
バーレーン	666	0	
カタール	846	53	
オマーン	1,309	2	
ヨルダン	1,131	0	
イエメン	12	0	
キプロス	23	0	
小計	222,286	17,631	
合計	340,121 (95%)	18,791 (5%)	358,912 (100%)

Source: Computed from 2002 figures of Indonesian Ministry of Manpower and Transmigration for Indonesian Country Report to the UN Special Rapporteur on Human Rights of Migrants, Kuala Lumpur, 30 September to 03 October 2003 (2003)

Table 3 移住先別、インドからの年間労働流出の分布（1997年～2002年）

国	1997	1998	1999	2000	2001	2002
バーレーン	17,944	16,997	14,905	15,909	16,382	20,807
クウェート	13,170	22,462	19,149	31,082	39,751	4,859
オマーン	29,994	20,774	16,101	15,155	30,985	41,209
サウジアラビア	214,420	105,239	27,160	58,722	78,048	99,453
UAE	110,945	134,740	79,269	55,099	53,673	95,034
シンガポール	-	21,298	19,468	18,399	27,886	24,399
カタール	-	-	-	-	13,829	12,596
マレーシア	-	-	62	4,615	6,131	10,512
リビア	-	-	1,129	1,198	334	1,339
その他	29,951	33,654	22,309	32,003	11,645	13,765
合計	416,424	355,164	199,552	243,182	278,664	367,663

Source: Ministry of Labour, India as cited in the India Country Report to the UN Special Rapporteur on Human Rights of Migrants, Kuala Lumpur, 30 September to 03 October 2003 (2003)

移住の女性化

中東のエミレーティゼーション政策の導入 (Rajan, 2003) のような政治・経済状況の変化により、移住先が東南アジアへ移りゆく傾向もある。一方、女性の移住化、特にインフォーマル・セクターで

の就労を中心とした移住の女性化が強まる傾向が顕著にある。たとえば、フィリピンでは、2002年の新雇用者の10分の7が、女性移住労働者であった (Huang 2003)。インドネシアでは、女性移住者そのものの数 (Table 4) だけではなく、インフォーマル・セクターの就労への移住労働 (Table 5)、主に家事労働へ移住労働をする女性数が増大してきている。

Table 4 ジェンダー別インドネシア人移住労働者数 (1969年～2002年)

年	女性	男性	合計
1969-74	*	*	*
1994-79	3,817	12,235	16,042
1979-84	55,000	41,410	96,410
1984-89	198,735	93,527	292,262
1989-94	442,310	208,962	651,272
1994-97	503,980	310,372	814,352
1999-2002	972,198	383,496	1,355,694

*ジェンダー別資料は存在せず。1998年統計資料も同様

Source: Ministry of Manpower and Transmigration, from Indonesia Country Report to the UN Special Rapporteur on Human Rights of Migrants, Kuala Lumpur, 30 September to 03 October 2003 (2003)

Table 5 インドネシア人移住労働者の就労先 (2002年1月～12月)

	フォーマル		インフォーマル		小計		合計
	女性	男性	女性	男性	女性	男性	
アジア太平洋	22,549	96,780	117,835	1,160	140,384	97,940	238,324
中東	904	1,140	222,286	17,631	223,190	18,771	241,961
アメリカ	7	33	0	0	7	33	40
ヨーロッパ	33	35	0	0	33	35	68
小計 (セクター別)	23,498 (19%)	97,988 (81%)	340,121 (95%)	18,791 (5%)	363,614	116,779	480,393
全体に対する割合	5%	20%	71%	4%	76%	24%	100%
合計	121481 (25%)		358912 (75%)				

Source: Computed from 2002 figures of Indonesian Ministry of Manpower and Transmigration, from Indonesia Country Report to the UN Special Rapporteur on Human Rights of Migration, Kuala Lumpur, 30 September to 03 October 2003 (2003)

また、香港では、1997年や1998年の経済危機に関わらず、外国人家事労働者の増加が見られた。

Table 6 出身国別、香港の外国人家事労働者人口 (1990年～2002年)

	フィリピン	インドネシア	タイ	その他	合計
1990年12月	63,600	1,000	4,300	11,400	70,300
1991年12月	75,700	1,800	5,600	1,500	84,600
1992年12月	89,100	3,500	6,700	1,900	101,200
1993年12月	105,400	6,100	7,000	2,100	120,600
1994年12月	121,200	10,700	7,100	2,400	141,400
1995年12月	131,200	16,400	6,700	2,700	157,000
1996年12月	134,700	21,000	5,800	2,800	164,300
1997年12月	138,100	24,700	5,100	3,100	171,000
1998年12月	140,500	31,800	5,300	3,000	180,600
1999年12月	143,200	41,400	5,760	3,340	193,700
2000年12月	151,490	55,200	6,450	3,650	126,790
2001年12月	155,450	68,880	7,000	3,950	235,280
2002年9月	152,100	77,170	6,940	3,970	240,180

Source: Computed from Hong Kong Immigration Department, 2002 for Indonesia Country Report to the UN Special Rapporteur on Human Rights of Migrants, Kuala Lumpur, 30 September to 03 October 2003 (2003)

ダッカ大学で政治学の教鞭を取るTasnim Siddiqui博士の推測によれば、バングラディッシュでは女性の移住が禁止されているにもかかわらず、この禁止令が導入されて以来、約5万人の女性がバングラディッシュから出国しているという。 (<http://www.ipsnews.net/migration/stories/ban2.html>)

海外送金

移住労働者の海外送金額も着実に増加していることが報告されている。2003年、インドの移住労働者による海外送金額の総計は、GDPのわずか2.6%ではあるが、インド史上最大額を示し、世界第1位額でもあった。この結果により、インドの債務残高は減少し、世界銀行及びIMFはインドを低債務国に格上げした (Migrant Forum 2003)。一方、フィリピンやスリランカの海外送金額は、それぞれGDPの8.9%、6.9%であった (Rajan 2003)。

Table 7 インド人移住者の個人送金額総計

年	送金合計額 (百万USドル)	送金額 (カロール・ルピー)
1990-91	2,069PR	3,711.0PR
1991-92	3,587	9,418.9

1992-93	2,651	8,124.0
1993-94	5,265	16,513.0
1994-95	6,200	25,416.0
1995-96	8,506PR	28,660.2PR
1996-97	12,367PR	43,868.1PR
1997-98	11,830	43,764.4
1998-99	10,341	43,494
1999-2000	12,290	53,280
2000-01	12,873	58,756
2001-02	12,125	
2002-03	57,821	

Source: Compiled from the Ministry of Labour, India, for the India Country Report to the UN Special Rapporteur on Human Rights of Migrant, Kuala Lumpur, 30 September to 03 October 2003 compiled by Migrant Forum

一方、インドネシア人の送金額には、海外送金に関するジェンダーの側面が映し出されている。インドネシア人女性移住者の受け入れ国（中東やアジア太平洋地域の国々）からの送金額は、インドネシア人男性移住者の受け入れ国（アメリカやヨーロッパ）からの送金額よりも高額である（Hamadeji (2003) のSoeprobo (2003) からの引用より）。

移住斡旋組織

移住労働者の脆弱性や移住者の権利保護に対する国家介入の欠如は、移住斡旋組織の増大や国家による斡旋組織の監視の不足から明らかである。インドネシアでは、約300の斡旋組織が存在することが報告されている（Krisnawati 2001）。また、バングラディッシュには、600の組織があるという（Fernandez 2002）。また、インドには、今日、1250の組織が登録されており、それぞれの組織の下には、少なくとも10の不法な下部組織が存在しているという。斡旋組織の管理の不足や欠如は、受け入れ国での移住労働者の権利侵害の拡大につながっている。Tenaganitaは、2003年1月から6月の間で、食糧やシェルターを提供せずに移住者をマレーシアに置き去りにした悪徳斡旋組織に関し、134件の訴えを取り扱ったと報告している。

移住者とHIV/AIDS

現在、移住労働者とHIV/AIDSに関し、入手できる情報は非常に限られている。2003年8月、フィリピンでは、保健省国民登録簿上のフィリピン人PLWHA1921人のうち、海外フィリピン人労働者（OFWs: Overseas Filipino Workers）が32%を占めた。この数字は、2003年始めの30%という数字を2%上回っている。感染経路は、主に性的な接触によるものであった。32%のOFWsの内、40%が船

員であり、これに家事労働者や看護師のような陸上労働者が続く。登録簿の中でOFWsが高い割合を占めていることは、移住者に対し強制HIV検査が実施されているためでもあるが、OFWsのHIVに対する脆弱性を明らかにし、またOFWsの感染者への衝撃を緩和するために、介入を行っていかねばならない (ACHIEVE 2003)。

バングラディッシュでは、同様に、バングラディッシュ人帰還者PLWHAが全PLWHAの41%を占めている。一方、インドのような国の取り組み姿勢から示唆されることは、移住者のHIVに対する脆弱性に関する問題に対する国家の関心の低さが、データや国家介入 (NACO, TANSACS) の欠如に反映されているということである (Migrant Forum 2003)。

インドネシアでは、Suara Pembaruan Magazine紙 (HIV/AIDSに関わるコミュニティの支援雑誌、NGOのYayasan Pelita Ilmuにより発行) が2003年4月に報道したところによると、東ジャワのBanyuwangiでHIV陽性と判明した者24名のうち、15名が女性であり、大多数が家事労働移住者やセックスワーカーであった者だという。家事労働移住者の場合、台湾や香港での雇用期間中に、パートナーや雇用主、雇用主の息子との性的接触により感染したという (Indonesia Country Report to UN Special Rapporteur 2003)。

また、香港で、香港大学が実施した調査は、HIV陽性と判明した女性29名の内、21名が非中国系アジア人であり、8名がセックスワークに従事した者であったと報告している (Regaldo-Bragas 2003)。



緊急課題と憂慮

スティグマや差別

送り出し国のCARAMパートナーNGOの報告では、活動コミュニティのHIV陽性移住者に関わる取扱い事件件数、支援件数、相談件数などが増加しているという。また、生活・労働場所であるコミュニティで、移住者が頻繁に直面するスティグマや差別の問題は、HIV陽性であることによる様々な問題と同様、深刻化している。そして、その結果生じる疎外感や寂寥感、肉体的かつ精神的症状、生活の崩壊、治療へのアクセスの困難など、新たな問題を誘発している。

“今も、家族は、私がHIV陽性者だということを知りません。私は、仕事をしていないことで、隣に追いやられ、差別されています。もし、感染したことをうち明けたら、これ以上、どうになってしまうのでしょうか？難しいことに、私には、気持ちを分かち合える人がいないということです。両親ももういません。家族もいないようなものです。友人も見当たりません。”

(出発前、到着後、再適合プログラムに関する地域サミットでのJonathan de Veraの報告から)

負わされる医療費の増大

タイでは、30パーツ政策が導入され、移住者の治療へのアクセスを保障されようとしている。しか

し、他の受け入れ国では、移住者に負わされる医療費は、劇的に増大している。

たとえば、マレーシアの公立病院では、移住者に対する3等治療に1等治療相当の医療費を課す政策が継続されている。また、これに続き、外来患者に対する受付費用（入院費用）がRM2からRM15へと増額された。また、救命救急の場合に支払わなければならない保証金は、RM600となった（1US\$=RM3.82）。マレーシアの例が示す問題は、次のような要素と合い重なり、助長されている。

—雇用主が移住者の金銭を管理している。

—移住者が、治療や自己治療を避ける。

—家事労働者のような場合、雇用主が医者診察に連れて行かず、雇用主自らが薬を与えることが多い。

(Tenaganita 2002)

“私は、パンドールを飲んでいますが。ここから取ります。家の中にいつもあるのです。私たちは、これだけ飲みます。医者には行きません。パンドールを飲んで、30分眠ります。1時間くらいすると元気になります。”

(Tenaganitaによるインドネシア人家事労働者Aへのインタビュー (1/10/02) より)

“いいえ、全く許されていません。隣のメイドと話すことさえも許されていません。彼らは、私が逃げ出すことをこわがっているのです。”

(Tenaganitaによるインドネシア人家事労働者Bへのインタビュー (21/2/02) より)

マレーシアで、移住者が高額納税者層の1つであるという事実には照らしてみると、移住者に負わされる医療費の増大は不当である (Tenaganita 2000)。

香港でも同様の状況が見られる。病院当局は、外来患者が緊急入院した場合、診察毎にHK\$100の支払を課すという政策を導入した。また、家事労働者の最低賃金額の引下げがあり、また家事労働者を雇用する世帯にHK\$9600が課せられ、結果として、家事労働者が自由にできる収入は減少し、そして、最終的に、移住者の食糧や栄養の摂取に影響を及ぼしている。これらは、移住者の健康や医療・保健サービス提供に対する大きな弊害となっている (Regaldo-Bragas 2003)。

強制HIV検査と強制送還

強制HIV検査は、各国で実施されている。しかし、強制HIV検査が、移住者の行為変容を促したり、HIV/AIDSに対して移住者をエンパワーメントしたりするという明らかな証拠はない。それは、移住者自らが、検査を受けているという事実をほとんど、または完全に、知ることがないからである。検査前や検査後のカウンセリングも実施されていなかったり、適切なものでなかったりする。雇用前の健康診断で陰性と診断され出国する移住者にとって、HIV/AIDSの問題は、新しい国で、新しい生活を送ろうとする多大な不安の中、関心をよぶものではない。

一方、送り出し国の移住斡旋組織は、“病気の存在をほのめかすことは、自らのビジネスの利益を害する”という不安から、移住予定者にHIVの情報を提供することを拒んでいる（Indonesia Country Report 2003が引用しているSuara Pembaruan紙より）。

強制検査は、低効率のHIV感染拡大防止手段であり、プライバシーに対する権利、秘匿性に対する権利、同意に対する権利、生活に対する移住者の権利などを露骨に侵害するものである。それにも関わらず、受け入れ国では、その使用が持続されている。また、受け入れ国では、強制検査が、「HIV陽性移住者の強制送還が感染拡大から国を守る手段である」、という誤った国家安全保障の感覚を一般大衆に広める原因となっている。つまり、送り出し国は、健康とHIV検査を、移住を管理することに重点を置いて用いているのである。現在、世界で60カ国が、移住者に対する強制検査を実施している（WHO2003）。1998年、UAEは、全人口に対するスクリーニング検査を実施し、HIV陽性が半明した労働者を送還した。ヨーロッパの各国（ドイツ、英国）や米国でも、公的機関へのアクセス拒否を利用した入国管理に必要な道具として、検査と滞在資格を用いている。

2002年3月、タイ・ビルマ国境のビルマ側の町Myawaddyの収容センターで、タイから帰還したビルマ人移住者を対象とした定期健診が実施された。当初の収容センターの設立目的は、タイ・ビルマ間の移住の管理であり、正規の書類を持つ者は、タイに行くことが許可され、他の者は職業訓練を受けることが認められていた。しかし、実際は、全ての帰還者に対して、HIV強制検査を実施し、長時間に及ぶインタビューとHIV陽性者の隔離を行う場所となっている。

多くの組織・団体が、国家平和開発協議会（SPDC・翻訳者注・ミャンマー政府と同意）に対して強制検査を中止するように、また、タイ政府に対して、Myawaddyの収容センターへの移住者の送還を取りやめるよう緊急声明を発表した（2002）。

現在もなお、ビルマ側の収容センターは運営されており、月400人の帰還者が収容される。この“帰還受付センター”で、HIV/AIDS強制検査が継続されている。このセンターに対し、国際赤十字委員会が関係を保っているが、強制検査に関するアドボカシー活動は実施していない。SPDCは、現在、人身売買された帰還者のリハビリテーション・センターとして、収容センターを用いていると表明している（MAP Foundation 2003）。

他方、インドネシアでは、帰還者、特に虐待を受けた者を対象とした健康診断や治療は与えられていない。Solidaritas Perempuanが指摘していることは、治療が必要な帰還者に対する医療は、東ジャカルタのSukanto中央病院のみで提供されているということであった。なお、家事労働移住者の健康問題の大部分は、虐待の結果によるものだという。

Table 8 Sukanto警察病院で治療が行われた移住労働者数（2000年1月～2003年6月）

	2000	2001	2002	2003年1-6月
虐待に関わるもの				
身体的	65 (28%)	50 (25%)	118 (27%)	5 (3%)
非身体的/精神的	126 (54%)	88(43%)	226 (50%)	121 (71%)
小計	191 (82%)	138 (68%)	344 (77%)	126 (74%)

虐待に関わらないもの	41 (18%)	68 (32%)	105 (23%)	45 (26%)
合計	232 (100%)	204 (100%)	449 (100%)	171 (100%)

Source: Sukanto Central Police Hospital in East Jakarta as cited in the Indonesia Country Report 2003

逮捕、拘留、送還

多くの受け入れ国では経済不況があり、また、“テロリズムへの対抗”という大義名分から、移住者の問題を“国家安全や地域安全”の枠組みに強いる風潮がある。特に、9/11以降は、それが顕著である。しかし、こういった状況は、移住者の人間としての安全保障を脅かし、免疫力や健康に悪影響を与え、HIVのような感染症に対する脆弱性を創り出している。

特に重大な問題であるのは、逮捕時や拘留時、送還時の移住者への虐待である。1995年に、Tenaganitaは、この虐待の問題に関し、報告書を発表（これに対し、TENATANIGATAの議長に12年の懲役判決が下った）した。さらに、最近、移住労働者の権利侵害に関するマレーシアの状況報告書を公表した。これは、2002年、Sabah州で開始された大規模送還時、拘留されたインドネシア人移住者及びフィリピン人移住者に対する権利侵害が数多く目撃されたことを報じたものである。2002年9月7日付けのMalays Mai紙が伝えたところでは、国境の町ニュニユカンに送還された約22万700人の非正規移住者の内20万人が正式なパスポートと労働許可を保持していたという。この情報は、国境のインドネシア側NGOによるモニタリングからも、裏付けられている。

リプロダクティブ・ヘルス、ジェンダー、セクシャリティに関するMindanaoワーキング・グループの調査では、マレーシアの入管収容センターで収容者への虐待は、いまだ存在し、さらに、以前よりも悪化している可能性があることが示唆されている。この中には、収容時の児童虐待の報告も存在している。また、Mindanaoワーキング・グループは、フィリピン保健省による帰還者の受け入れの際、拘留経験者が呼吸器疾患や肺炎、下痢症、胃腸病などを患っていたことも報告している（Cabarabanら 2003）。さらに、調査報告書には、フィリピンへの送還時、使用された海軍船の船上で、数名の児童が命を落としていることを述べている。また、Indonesia Country Reportも、帰還時、拘留者が身体疾患（主に呼吸器疾患や下痢症）や精神疾患の症状を著していたことを報じている（Indonesia Country Report 2003）。さらに、先述の収容施設で72人の移住者が亡くなったことも報告している。このような状況に対し、Tenaganitaによる移住者の送還に関する報告書では、収容者に対する適切な医療や治療の提供が欠如していることを重大視している。

2003年4月、Malaysiakini紙は、大使館による渡航書類の発行の遅れや裁判所からの証人要請、送還時の上陸地の変更などにより、収容施設に1年以上拘留されている者がいることを報じた。また、2003年9月22日の記事では、2003年8月時点で、収容センター、入管センター、児童センター、刑務所に、合計3804人の移住者が拘留されていることを報じている。

マレーシアの入国管理法の改定により、超過滞在者に対する罰則に、むち打ち刑が含まれることになった。これも問題である。

Tenaganitaは、入管センターの拘留者に対する相談活動を通し、収容時の移住者に対する虐待が改

善されていないことを報告している。

Haseeb氏の申し立てによれば、収容キャンプで課せられる刑罰として、発熱を訴える収容者に冷水をかける、蹴る殴るの暴行を加える、長時間炎天下に立たせる、長時間鉄条網に手足をぶら下げる(縛り付ける)などがあったという。逃亡を企てた者は、捕まえられ、15日間毎日、数時間毎に暴行を加えられたという。皮がさけ、肉がみえるまで。また、ある者は、陰毛を一本一本抜くように命令されていたという。また、フェンスに手錠をかけられ、ペニスをプラスチックのピンで4、5回、形が変形するまで、いたぶられた者もいたという。

Ann氏は、Semenyih収容キャンプへ連行された。...そこでは、収容者に対し、1日1回の入浴が認められていた。普段、Ann氏は、Cigku (男性警邏員) の巡回時である夕方に入浴するように命じられていた。開かれた場所で入浴をし、裸になるように命じられていた。Cigkuは巡回している振りをしていて、実際は盗み見をしていた。Ann氏は、入浴時つねに、恥辱に耐えなければならなかった。

Ann氏の憂慮は、収容キャンプの幼い児童にも向けられていた。児童たちには、十分な栄養、食料、水が与えられていなかった。生後数ヶ月という児童もいた。生後1ヶ月の赤ん坊を抱えるインドネシア人女性もいたが、自らの栄養も不足しているために、母乳を与えることができていなかった。

Mindanaoワーキング・グループは、女性収容者への性的虐待も報告している。

移住者支援の組織・団体が、移住者に対する拷問、特に拘留中の移住者に対する拷問の問題を明らかにすることは、必要不可欠なことである。それは、以下の理由による。

- ・ 拷問が、非人間的な処遇であるため。
- ・ 拷問によるトラウマは、移住者やその家族、コミュニティに対し、長期に渡る肉体的かつ精神的被害をもたらすため。
- ・ 拷問が行われているのは、公務員の行動に対する懸念が薄く、国家による監視が存在しないような場所であるため。
- ・ 移住者が医療へアクセスできたとしても、医療提供者の共謀により、肉体的または精神的問題の原因である拷問が報告されないため。
- ・ 移住者は、置かれた状況により、自分自身の利益に適う訴えをすることができないため。
- ・ この問題に憂慮を持つ活動家を抑圧するような風潮があるため。
- ・ 自らの問題を他人と共有することが不可能であり、移住者は、実際は社会問題である物事に対し、個人的な問題であると誤認し、より大きな疎外感を持ち、病状を悪化させるため。

救済・補償を受ける権利

マレーシアやタイでは、給与の未払や不当解雇、契約違反など、雇用主による労働法違反が増加し

ている。その一方で、労働法違反を被る移住者に対する法的救済や補償はほとんど存在していないことが報告されている (Tenaganita, MAP Foundation 2003)。たとえば、マレーシアでは、調停・裁判期間中の労働許可は、移住者に与えられていない。近年の入国管理局は、調停・裁判期間中、移住者労働者の法的な決着までの滞在要求に対し、それを許可するような滞在資格の発行を行っていない。裁判所は、多くの訴訟で、移住者に対する補償や有利な判決を与えているが、雇用主は明らかにその判決には応じてはいない。このような環境では、移住者の健康や免疫力は、重大な影響を被る可能性がある。それは、このような期間、移住者が医療へのアクセスが困難になるためである。Tenaganita とMAP Foundationは、現在、移住者を組織し、法教育や権利教育を与え、法的相談や立件の支援を行い、この問題の関わる者を対象としたアドボカシー活動に取り組んでいる。

また、受け入れ国の不遜な態度も問題である。特に不況期、労働力として必要の無くなった移住者に対し、ぞんざいな扱いをする冷酷な受け入れ国の姿勢がある。

人身売買

マレーシアやインドネシア、タイ、カンボジア、インドなどの多くの団体・組織の報告によれば、受け入れ国の制限的な入国管理政策や送り出し国の深刻な経済状況により、秘密裏の非正規移住が増加し、これに従い、人身売買被害者が増加してきているという。人身売買される移住者の多くが、性産業での就労に送り込まれるため、健康への影響は、HIV/AIDSを中心に、重大な関心事となっている。人身売買される移住者女性が置かれる状況は、性的サービスを強要される危険かつ暴力的な状況であり、これは、HIV/AIDSへの脆弱性を増加させる状況である。

この問題に取り組んでいく中で、次のような難しさがある。

- ・ 人身売買や人身売買を行う者を扱う法律規定は存在するのだが、人身売買を入管法違反の枠組みの中でとらえ、被害者を罰するような法施行の持続されている。
- ・ “法的拘留”のような非支援的なメカニズムが存在し、人身売買被害者女性が必要とする適切なサポートが与えられていない。
- ・ 人身売買被害者を対象とした保護施設や医療施設が不足している。



変化への戦略

上記に示した問題から示唆されることは、受け入れ国を中心に、移住者に対する多くの問題や暴力が存在しているという。従って、移住者の権利と健康を支えていく上で、送り出し国、移住斡旋組織、NGO、国際機関の責任にもあるが、最も重大であるものは、受け入れ国の責務である。

全てが直接的に受け入れ国に関係するものではないが、上記の認識を元に、改善に向けた戦略を構

築していかなければ、効果的かつ持続的な社会変容は創り出されないであろう。

移住者の権利と健康の保護を増強していくために、次のような戦略が考えられる。

1. 移住とHIVに関わる領域の変化や移住者の健康や脆弱性への状況のモニタリングや調査。政策提言に対して、科学的根拠に基づくアプローチを促進していくためでもある。
2. 移住者や支援者団体とのネットワークと協力の強化。情報共有と政策アドボカシー活動の共働である。
3. 移住労働者の組織化、参画、協働の促進。
4. 各国政府に対して影響力を持ちうる移住者に関する国連特別報告官やUNDP、UNAIDSなど、国連機関との連携。
5. ASEANやSAARCなどのような地域的な国家連合体との連携。
6. 次の事柄に対するアドボカシー活動。
 - ・ 移住労働者とその家族の権利保護に関する国際条約(International Convention on the Protection of Rights of All Migrant Workers and Members of their Families(1990))の批准。しかし、私たちは、送り出し国、受け入れ国双方が批准を躊躇することについて、各国の限界を認識する必要がある(Piper 2003)。また、条約には、不明瞭な条文が含まれていることに対しても認識が必要である。たとえば、第8条などでは、移住者と家族に対し、いかなる制限も被らず、いかなる国家から出国できる権利を認めているが、これには、国民の保健・医療の保護を目的とした法による制限は例外とされている。つまり、公衆衛生的な理由により、人間の移動が制限される可能性がある。私たちは、保健・医療の点から、この条約を検討し、また、移住者に対する予防、緩和、治療を軽視した緊急医療を注視している現在の保健医療を改善するという視点で、選択議定書を考察する必要があるだろう。
 - ・ 移住労働者人権10年(Decade of Human Rights of Migrant Workers)の国連総会への提出。
(2003年10月、Kuala Lumpurで、CARAM-Asia及びAPWLDにより主催された第2回移住者の人権に関する国連特別報告官と移住者と活動するNGOの年次会議で、提出された共同声明より)
 - ・ 強制HIV検査と送還。
 - ・ 逮捕、拘留、送還状況のモニタリング。
 - ・ 非正規移住者の権利。
 - ・ 移住者に対する送り出し国の責任に留意することを目的に、送り出し国への海外送金の研究。
 - ・ 労働としての家事労働の認知。
 - ・ 人身売買と移住の関連性。



参考文献

1. World Health Organization (WHO), *“International Migration, Health and Human Rights”* (2003)
2. Tenaganita, *“Abuse, Torture and Dehumanized Treatment of Migrant Workers at Detention Camps”*(1995)
3. Wolffers I., Verghis S. and Marin M., *“Migration, Human Rights and Health”*, CARAM Asia (2003)
4. International Organization of Migration (IOM), *“World Migration Report”*(2003)
5. Huang S., Yeoh B. S. A., Asis M.M.B., *“Filipino Domestic Workers in Singapore: Impact on Family Well-being and Gender Relations”*, Ad hoc Expert Meeting on Migration and Development, Economic and Social Commission for Asia and the Pacific (2003)
6. Hatmadji H. S., *“Gender Dimension of International Migration: Indonesian Case”*, Ad hoc Expert Group Meeting on Migration and Development, Economic and Social Commission for Asia and the Pacific (2003)
7. Solidaritas Perempuan, KOPBUMI and KOMNAS PEREMPUAN, *“Indonesia Country Report to the UN Special Rapporteur on Human Rights of Migrants, Kuala Lumpur, 30 September to 03 October 2003”*(2003)
8. Rajan I. S., *“Dynamics of International Migration from India: Its Economic and Social Implications”*, Ad hoc expert Group Meeting on Migration and Development, Economic and Social Commission for Asia and the Pacific (2003)
9. Migrant Forum, *“India Country Report to the UN Special Rapporteur on Human Rights of Migrants, Kuala Lumpur, 30 September to 03 October 2003”*(2003)
10. Krisnawati T., *“the Crime against Humanity that was Neglected”*, CARAM-Asia – AOHR Consultation on the Status of Rights of Migrant Domestic Workers in the Middle East (2001)
11. Fernandez A., *“the Status of Labor Rights in Asia”*, 1st Annual Consultation with the UN Special Rapporteur on Human Rights of Migrants (2001)
12. ACHIEVE, *“Half Yearly Activity Report”*(2003)
13. Regaldo-Bragas C., Asia Pacific Mission for Migrants (APMM), *“The Effects of Current Migrant Policies to Health Conditions of Migrant Workers in Hong Kong”*, Consultation with the UN Special Rapporteur on Human Rights of Migrants, Kuala Lumpur, 30 September to 03 October 2003 (2003)
14. Hayase Y., *“Statistics of International Migration and Current Status of Migration in East Asia”*, Ad hoc Expert Group Meeting on Migration and Development, Economic and Social Commission for Asia and the Pacific (2003)
15. CARAM Asia, *“Report of the Regional Summit on Pre-departure, Post arrival and*

- reintegration Programs for Migrant Workers*"(2000)
16. Tenaganita, *"Report to the National Consultation on Foreign Migrant Domestic Workers"* (2002)
 17. Tenaganita, *"Vulnerable, A study of the HIV Vulnerability of Bangladeshi Migrant Workers in Malaysia"*(2000)
 18. Group Working in Close Contact with Burmese Migrants on the Thai Burma Border, *"Deportations of Burmese Migrants and HIV Testing, Information Sheet and Recommendation"*(2002)
 19. MAP Foundation, *"Half Year Activity Report"*(2003)
 20. Cabaraban M.C., Fernandez E.M. and Hassan A., *"Reopening the Whirlwind: Travails of the Hawlaw (Filipino Deportees from Malaysia)"*, Mindanao Working Group on Reproductive Health, Gender and Sexuality (2003)
 21. Piper N. and Iredale R., *"Identification of the Obstacles to the Signing and Ratification of the UN Convention on the Protection of the Rights of All Migrants 1990 – The Asia Pacific Perspective"*, UNESCO (2003)

NGOフォーラム神戸：2003年11月28日

厚生労働科学研究費補助金（エイズ対策研究事業）

分担研究報告書

個別施策層に対する固有の対策に関する研究

男性同性愛者等に対する保健医療機関への

アクセシビリティの向上をつうじた

HIV／STD予防介入に関する研究

分担研究者	鳩貝 啓美	特定非営利活動法人 動くゲイとレズビアンの会
研究協力者	柏崎 正雄	特定非営利活動法人 動くゲイとレズビアンの会
	太田 昌二	特定非営利活動法人 動くゲイとレズビアンの会
	風間 孝	特定非営利活動法人 動くゲイとレズビアンの会

研究要旨

本研究は、保健医療機関へのアクセシビリティの向上をつうじてHIV／STD感染予防および患者／感染者のQOLの向上を目指すことを目的とする。

本年度は、(1)男性同性愛者等の保健医療機関へのアクセシビリティの阻害状況についての調査、(2)保健医療従事者における同性愛者対応におけるニーズ・アセスメント、(3)欧米の保健医療従事者を対象とする男性同性愛者対応マニュアルの分析、(4)保健医療従事者を対象とする半構造化面接、を行った。

(1)では、男性同性愛者等を対象としたSTD電話相談の分析から、依然として保健医療機関へのアクセスが阻害されている状況、および背景に同性間の性行為もしくは同性愛への無理解や偏見を恐れ、同性愛者が受診しやすい保健医療機関への紹介を求める心理が働いていることを明らかにした。

(2)では、①知識・情報に関するもの（言葉づかい、同性間の性行為、同性愛者に多く見られるSTD、不快感を与える事例、セルフヘルプグループや相談機関等の紹介先等）、②コミュニケーションに関するもの（知りたいことを尋ねてよいか、構えない対応にするためにはどうしたらよいか等）、③法的・制度的側面に関するもの（同性パートナーをキーパーソンとすること、その場合の親族との関係など）、の3つが主要なニーズであることを明らかにした。

(3)では、米国のガイドラインが、①事前の準備——環境づくり、スタッフのトレーニング、守秘義務研修——、②診療時の対応——問診、診察——、③事後の対応——社会資源および他機関との連携——の3つからなっていることを明らかにした。

(4)では、1) 接し方に関しては同性愛者の話を聞く等の場を設定することの重要性が、2) 知識に関しては同性愛者と接するうえで肯定的に作用する一方、クライアントへのラベリングや自己のセクシュアリティに対する態度・価値観の直視を回避することにつながる必要性が、3) 性的指向を限定しない対応に関しては相手とのやり取りの中で異性愛ではない可能性を想定しながら、対応することの重要性が、4) 行動変容に関してはクライアントが自発的に行動変容できる環境・雰囲気保健医療従事者がつくっていくことの必要性が、半構造化面接により示された。

A 目的

本研究は、エイズ予防指針において「感染に関する正しい知識の入手」や「偏見や差別が存在している社会的背景等から、適切な保健医療サービスを受け」られない状況の改善が求められていることに鑑み、保健医療機関へのアクセシビリティとサービスの向上をつうじてHIV/STD感染予防および患者/感染者のQOLの向上を目的とする。

B 研究方法

1 男性同性愛者等の保健医療機関へのアクセスにおける現状を検討するため、「特定非営利活動法人 動くゲイとレズビアン会」が実施している同性愛者等（以下、同性愛）を対象とするフリーダイヤル式STD電話相談（STD情報ライン）の実施記録を定量的に検討した。

2 男性同性愛者等を診療する場合の保健医療従事者のニーズを明らかにするため、A県およびB府において自記式の記述式質問

票調査を行った。回答総数は59名であった。本年度は、調査内容として、同性愛者等への対応における困難点を中心に置いた。分析にあたっては、記述内容をKJ法によりデータの分類・カテゴリー化を行った。

3 米国における同性愛者の保健医療機関へのアクセス向上の取り組みを明らかにするため、欧米の保健医療従事者を対象として作成されたGLMA（Gay & Lesbian Medical Association）の「MSMにとって安全な医療環境をつくりだすこと」というガイドラインの検討を行った。

4 同性愛者に対しての診療や医療サービス経験に関して、一定の経験を持つ保健医療従事者が、どのように対応し、どのように困難を乗り越えているかを調査するため、2004年1月31日にC県で同性愛者等のHIV感染者からなるセルフヘルプグループを運営している病院カウンセラー（女性、40代後半）、2004年2月14日にD県で保健師（女性、40代前半）を対象に半構造化面接を実施した。所要時間はそれぞれ3時間であった。面接内容は、①同性愛者等に対して対応上困難な点、②困難な点への対応策、③クライアントが保健医療機関を受

診しにくい理由、とした。

(倫理面への配慮)

質問票および面接調査は研究目的を説明したうえで実施した。また、研究成果をアクセシビリティの向上のためのガイドラインおよび対応方法に関するリソースの作成を通じてコミュニティに還元する。

C 研究結果

1 男性同性愛者等の保健医療機関利用における阻害状況の調査

(1) 属性

2003年4～12月の間にSTD情報ラインに相談のあった249件を対象に定量的分析を行った。相談者の属性は、年齢20～34歳65.5%、性別男性90.0%、性的指向ゲイ79.1%、バイセクシュアル男性0.4%であった(以下の集計では、ゲイ、バイセクシュアル男性のみを分析対象とした)。

(2) 集計結果

① 情報ラインの相談主訴は計37項目であり、ペニスにできもの(1位16.7%)やアナルにできもの(4位11.1%)といった身体への症状、感染方法について(2位15.7%)が上位を占める中、保健医療機関へのアクセシビリティに関連する項目である、「病院の選び方・紹介についての相談」「医師とのコミュニケーション不信」に関する相談は、それぞれ前年度の5位(10.0%)から3位(13.6%)へ、10位(5.1%)から6位(8.6%)へと、相談割合が上昇した(表1)。

② つぎに、「病院の選び方・紹介」および「医師とのコミュニケーション」につい

て相談してきたクライアントの相談疾病について集計を行い、この2つの主訴の非相談者とのあいだでカイ2条検定を行った。

「病院の選び方・紹介」について相談してきたクライアントの相談疾病の上位3つは、尖圭コンジローマが最も多く(相談者の40.7%、 $p < 0.0001$)、ついで淋病(22.2%、 $p < 0.01$)、クラミジア(18.5%、 $p < 0.05$)であり、それぞれ非相談者よりも有意に相談割合が高かった。また、「医師とのコミュニケーション」について相談してきたクライアントの相談疾病の上位3つは、梅毒(35.3%、 $p < 0.05$)、尖圭コンジローマ、HIV(ともに23.5%)であり、梅毒においては非相談者よりも有意に相談割合が高かった。

2 保健医療従事者における同性愛者対応におけるニーズ・アセスメント

(1) 対応上の困難点

保健医療従事者の同性愛者対応におけるニーズを調査するために、A県およびB府において記述式質問票調査を行った。分析の結果、対応に困難を感じる背景には、同性愛および同性愛者の置かれている社会的状況に関する知識不足のあることが明らかになった。そのうえで対応上の困難を感じている点を、①同性愛を表現する言葉を含む同性愛者と接するときの言葉づかい、②同性間の性行為および性行為に起因する性感染症の症状についての知識不足、③クライアントに不快感や偏見を与えるのではないかという不安、④同性パートナーおよびクライアントの家族に対するへの配慮・対応方法、⑤同性愛者の抱える問題に対応できる情報リソースのリスト、の5項目に整

理した（表 2）。

(2) 困難点の概要

① 同性愛者と接するときの言葉づかいでは、「何気ない言葉で感情を傷つけてしまうのでは」「なにが同性愛者にとって軽蔑的な態度・言葉になるのか具体的に知らせてほしい」といった、同性愛者を侮蔑することになる言葉や表現を知ることに対するニーズがみられた。

② 同性間の性行為および性感染症の症状についての知識不足では、「性行為の具体的なイメージがつかめない」「STD や同性間に特有な性行為についての知識が少ないので相談されると困ってしまう」といった同性間の性行為や同性間に特有の STD に対する知識の不足が不安として現れること、また「知りたい情報を率直にぶつけてよいか」に見られるように、率直に質問をすることが同性愛者を傷つけることになるのではないかと不安が見られた。また、性行為等を理解するにあたって、「同性愛者、異性愛者にかかわらず、不特定多数の人と性行動をとる人に対して抵抗がある」のように、保健医療従事者の性行為に対する価値観が、理解の促進を阻害していると思われる回答もあった。

③ クライアントに不快感や偏見を与えるのではないかと不安では、「知識不足ゆえに知らず知らずに傷つけてしまうのではと不安になる」「同性愛について全般的な知識が少ないため、共感を持って対応することが困難である」のように、知識不足が不快感や偏見を与えるのではないかと不安意見や、「こちらではニュートラルと思って接しているが、受け取る側がそのように感じないこともあるのでは」「普通に接しよう

と思うこと自体に偏見があったかもしれない」のように無意識のうちに構えた態度をとってしまっているのではないかと不安、「どこまで踏み込んで聞いていいか聞きづらい」のように相手に質問すること自体が不快感を与えるのではないかと不安、「どういうことを聞かれないのか、どういう対応を偏見とを感じるのか、接することがないゆえに、分からないことが多すぎる」「具体例を知りたい」に見られるように、クライアントが不快に感じる具体例を知りたいといった意見があった。

④ 同性パートナーおよびクライアントの家族に対するへの配慮・対応方法では、「パートナーとの接触時間をどこまで配慮すればよいか分からない」「キーパーソンとなる人が男性パートナーで、どの程度までキーパーソンとしていいか困った」のように同性パートナーへの対応方法を求める意見や、「手術や終末期にキーパーソンに対するインフォームドコンセントなど法的側面（親族などに話さないことで、あとで訴えられるのではないか）」のように現状において同性パートナーの法的位置づけが不明確であることによる親族との間での対応方法で困っているという意見があった。

⑤ 同性愛者の抱える問題に対応できる情報リソースのリストでは、「安全なグループ（セルフヘルプグループ）や安心して出会える場所の紹介」のように同性愛者が安全に出会える場についての情報、「同性愛者の抱える特有の問題を解決できる機関・場などの紹介をどのようにしていけばよいか」のように相談機関等の情報へのニーズが見られた。

3 欧米の保健医療従事者を対象とする男性同性愛者対応マニュアルの分析

(1) 米国の MSM 向けガイドライン

米国の保健医療従事者を対象とする男性同性愛者対応マニュアルの収集を行い、GLMA (Gay & Lesbian Medical Association) の「MSM にとって安全な医療環境をつくり出すこと」というガイドラインの検討を行った。

このガイドラインは、1)環境づくり、2)問診、3)診察、4)スタッフのトレーニング、5)守秘義務、6)社会資源および他機関との連携、に分かれていた。

ガイドラインを検討することにより、この6つの分類を、①事前の準備——環境づくり、スタッフのトレーニング、守秘義務研修——、②診療時の対応——問診、診察——、③事後の対応——社会資源および他機関との連携——の3つに分類した。

(2) ガイドラインの概要

以下、①事前の準備、②診療時の対応、③事後の対応、の3つの分類に沿って、各々項目の概要を紹介する。

① 事前の準備

A) 環境づくり

ここでは、保健医療機関が同性愛者の受診に対する歓迎の意を表明するため、①ゲイ団体やゲイ・メディアを用いた広報、②同性カップル、同性愛者団体、エイズ団体等のポスターの掲示、③同性愛を連想するグッズの設置、④世界エイズデーやゲイパレードのような日の認知、⑤同性愛者の健康問題などを扱ったパンフレットの設置、⑥差別に反対する宣言の設置、⑦同性愛を扱った雑誌や機関紙の設置、が提案されている。

B) スタッフのトレーニング

ここでは、①クライアントやその相手について話す際の適切な言葉づかい、②MSM の健康問題についての基本的な理解 (薬物使用、パートナーの暴力、HIV、STD、うつ病、住居や職場における差別など)、③ゲイもしくは、ゲイに理解のある保健医療従事者を紹介できるようにするための準備、が可能になるようスタッフのトレーニングが必要であるとされている。

C) 守秘義務研修

ここでは、「守秘義務に関する方針を作成し配布することは、MSM が性的健康に関係する情報を打ち明けるのに役立つ」との観点から、ガイドラインを以下の7点を含み、構成するよう提案されている。①情報の保管方法、②情報へのアクセスできる者、③検査結果の守秘、④保険会社と情報を共有する上でのポリシー、⑤守秘義務が解除される場合の事例の提示、⑥守秘義務ポリシーの掲示とクライアントへの配布、⑦ポリシーのスタッフ間での共有、である。

② 診療時の対応

D) 問診

ここでは、①婚姻有無、夫や妻、配偶者という用語を用いずに、例えばパートナーという用語を用いて関係性について尋ねること、②クライアントが特定の性的指向を持っていることを前提とした情報提供を行わない、ことが示されている。

E) 診察

ここでは、診察にあたって、以下の4点に留意することが示されている。①「共感の気持ち」、「偏見のない姿勢」、「決め付けない態度」で接する、②性的接触の相手や大切な人について話す際に、性別を特定し

ない言葉を使う。また③性的健康について話す際は、さらに5つの留意点が示されている。a)性行為経験を持っているのは、当然であることを伝える、b)性的指向について聞くのを避け、性行為について話すようにする、c)これまで行われていた性行為に関してSTDのリスクについての知識度をアセスメントする(すでに知識をもっている人は、同性愛とHIVを勝手に結び付けていると判断して、腹を立てることもあるのでSTD全般として聞く)、d)なじみのない言葉や行為についてはクライアントに尋ねる、e)セクシュアリティについてのトピックについて話すことは簡単ではないので、経験を通じて慣れていく必要がある。そして最後に、④答えるのを躊躇するクライアントの気持ちを尊重する、があげられている。

③ 事後の対応

F) 社会資源および他機関との連携

ここでは、「個人の医師はゲイやMSMのあらゆるニーズに対応することはできない」という前提のもと、「地域の中で利用できる資源のリストを作ることは、あらゆるクライアントに包括的かつ質の高いケアを提供することになる」との観点から、準備すべき情報・資源として以下のようなものがあげられている。①地域のコミュニティ・センター、②サポート・グループ、精神健康サービス、健康教育のための機関をふくむカウンセリング・サービス、③法的資源へのアクセス方法。

4 保健医療従事者を対象とする半構造化面接の実施

(1) 回答者

同性愛者のクライアントへの対応経験が長い病院カウンセラーA氏(女性、40代後半)、および保健師B氏(女性、40代前半)を対象に半構造化面接を実施した。所要時間はそれぞれ3時間であった。面接は、①同性愛者等に対して対応上困難な点、②対応上困難な点への対応策、③クライアントが保健医療機関を受診しにくい理由、の3項目である。

(2) 対応上の困難な点

① 接し方〜どう接したらよいかわからない(A氏)

同性愛者と接する機会を持った当初A氏は、「ヘテロ(注 異性愛者)だからゲイの気持ちが分からないのではないか」「へんなことを言って受診してくれなくなったらどうしよう」「ペニスの症状など具体的なことを聞けなかった」。「セクシュアリティが違うだけだと頭で分かっている、どう接したらよいかスタンスが分からなかった」のである。

だが、アメリカに留学して、ゲイ/レズビアン・コミュニティに歓迎され、またゲイのクライアントと親しくなる経験を通して、「日本のゲイというカテゴリーではなく、個人として見られるようになった。今はセクシュアリティをこえて人間として見られる」ようになったという。

② 感染者の性行為に対して(A氏)

仕事に就いた時、A氏は感染者が性行為することに関して「二次感染をとめ」るために、「私は行動変容させることができる」と思っていた。今から振り返れば、「ある意味で傲慢だった」。だが、「今は、セックスの時、いいと思った人がいても、ゴムがな