

みると、もう1つの注目すべき側面があり、1990年代初頭に外国籍者の間で報告された HIV 感染のピークが顕著なものだということだ。この特徴は説明される必要があるだろう。ほとんどの感染は、関東地方で見つかっており、報告のうち約一割が、特定地域のもので、これについての詳細な調査もなされてきた（木原他 1993、木原他 1995）。その調査の結論によれば、報告が突然多くなったのは主に人為的なものだったという。つまり外国籍女性のセックスワーカーが、この時期に HIV 検査をいつもより徹底して受けていたようである。これはタイの HIV について国際的に報道された時期とも一致している。当時タイの HIV 流行は主にセックスワーカーとその顧客とされていた。

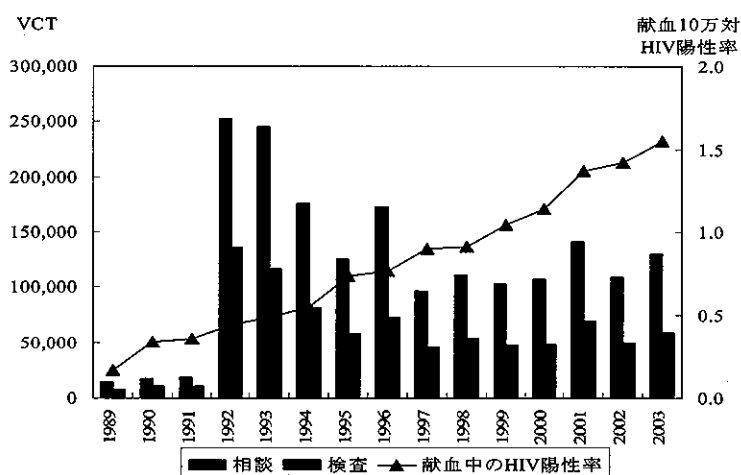
外国籍者の人口規模として、総務省による人口推計の日本在住外国籍者数を利用すると、外国籍者の数は 1985 年の 721,000 人から 1990 年には 890,000 人に、1995 年の 1,142,000 人から 2000 年には 1,313,000 人（表 2）に増加している。年齢構造の調整などはしていないが、1990 年では 100 万人の外国籍者につき、32.6 人の HIV 報告、11.2 人の AIDS 患者に値し、1995 年では 100 万人につき 97.2 人の HIV、43.8 人の AIDS、2000

年では 100 万人につき 71.6 人の HIV、52.6 人の AIDS に値する。これは日本の一般人口と比較すると初期にはほぼ 100 倍であったが、近年は 10 倍程度に減少したことになる。このように外国籍者の占める割合は減少し続け、HIV 感染は国内問題となってきており、外国籍者の疾患という認識をすべきではない。しかし、日本での、新規の感染症を予防し、HIV の流行を制御し影響を緩和するために、依然として外国籍者は重要な要素と言える。

日本に在住する外国人が日本での HIV 感染において多大な影響を与えていたことは、国際的な人口移動の一方の側面であったが、国際人口移動には当然もう 1 つの側面がある。つまり日本人の海外への移動である。10 年前には、日本国内で感染したと推定される HIV 感染の割合は男性 68.6%、女性 59.1%であり、流行の初期段階では海外旅行の役割がより影響していた。しかし、現在では HIV に感染した日本国籍者のうち、感染地が日本であると推定したのは男性の 86.1%、女性の 61.5%へと増加しつつあり、残りは海外かまたはわからないと報告した。

一方、HIV に感染していることがわかった外国籍者は必ずしも日本に来る前に海外で感染し

たわけではなく、多くは日本で感染している。1993 年では、HIV に感染した 6.1%の外国籍者男性と 10%の外国籍者女性が HIV に感染した場所は日本と報告している。その 10 年後 35.4%の男性と 28.6%の女性が日本で感染したと報告している。その一方で 14.6%の男性、40.0%の女性は海外で感染したと主張し、残りは不明である。



出典:エイズ動向委員会

図 4 HIV カウンセリング・検査と献血中の陽性率の推移

つまり外国籍者は日本での HIV 感染に対して高い脆弱性とリスクの状態だということになる。

上記の議論で明らかになったのは、国際的な人口移動が初期ほど日本の HIV 感染にとって重要ではなくなり、流行の国内化が進んでいるということである。人から人に感染する感染症の常として、流行の初期には国境を越えた感染が低流行地の新規発生の中心を占めるが、次第に国内感染が流行の中心となる。したがって HIV 感染に対する対応は、国内での感染により注意が必要となってくることが示唆される。

国際人口移動とサーベイランス

1. HIV サーベイランス

サーベイランスは流行病の発見やモニタリングにとって必須のものであり、また感染を抑制し、その影響を弱めるように時宜を得た対応を示すためになくてはならないものである。しかしながら、国際人口移動は、移動者の感染者を的確に把握できないことにより、サーベイランスに基づく疫学状況の理解を歪めているかもしれない。日本の HIV/AIDS の場合、これはかなり重要なことである。その理由は、サーベイランスに報告されている HIV/AIDS を保有している外国籍者の割合が相当数あること、日本人の旅行の果たす役割のためである。すでに挙げた例は、1990 年代初頭、外国籍女性の間で実際かなりの数の HIV/AIDS が報告され、減少したのは人為的な出来事の結果であった。つまり、HIV 感染の疑いがある外国籍女性セックスワーカーに関しての、ある種パニック反応であった。報告された数を国籍に関わらず集計していれば、日本での HIV の全体的な傾向は、誤解を招くであろう。つまり、それは、移動労働者が国のサーベイランスをゆがめる可能性のあることをは

つきりと例示している。

サーベイランスのもっとも簡単な形式は症例報告であるが、HIV/AIDS の症例報告に生じる問題は複雑である。症例報告は基本的に自発的に検査を受けるか通常業務の検査によって HIV だとわかるものや、症状が進行して AIDS の診断を受けることに頼っている。自発的に検査を受けるためには、感染の危険がある行動をとっている人が自ら VCT 施設に行かなくてはならない。このためには、少なくとも HIV 感染のリスクがあることや、自分の身を感染のリスクに暴露するような行為があることに気づき、検査施設を利用しなくてはならない。VCT の利用が増加していくためにもっとも重要なのは検査を受けた人々にとって有益でこそあれ、無害な環境ではないことが保障されることである。

しかし多くの日本人は AIDS の症状が進行してはじめて医療を頼り、AIDS 症状の発症を遅れさせる多剤併用療法を病期の早い時期から利用しないことが多い。先にも述べたように、このことは AIDS 患者の報告が増加していることで示される。潜伏期間は感染から臨床症状が現れるまで、HIV では 5~10 年かかるので、AIDS 患者の報告は 5~10 年前に危険行為と感染があったことの報告を意味する。症例報告は、診断と報告が重要な遅れなしに実質的に完全なものであり、検査において患者を発見することがほとんど完璧な状態であれば問題ない。しかし日本の場合、診断と報告状況はかなり良いといえるものの（谷原 2003）、検査行動は理想とはかけ離れている（図 4、松山他 1999、橋本他 2003、木原他 2000）。そのためこの情報をモニタし活用するにも限界がある。この限界はかなり深刻で、報告によって、ケアと治療の準備はある程度はできるとしても、とくに予防の部分での対応を遅らせる結果となっていると考えられる。

表 2 国籍別 HIV/AIDS 人口比の推移

年	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995
日本国籍											
人口(1,000) ^{1,2,3)}	120,328	120,919	121,482	121,947	122,356	122,721	123,123	123,516	123,847	124,149	124,428
HIV 報告数 ⁴⁾	0	0	45	19	53	37	69	124	124	166	166
AIDS 報告数 ⁴⁾	5	3	9	11	17	21	24	37	58	100	119
100 万対 HIV	0.0	0.0	0.4	0.2	0.4	0.3	0.6	1.0	1.0	1.3	1.3
100 万対 AIDS	0.0	0.0	0.1	0.1	0.1	0.2	0.2	0.3	0.5	0.8	1.0
外国籍											
人口(1,000) ^{1,2,3)}	721	741	757	798	849	890	978	1051	1091	1116	1142
HIV 報告数 ⁴⁾	0	0	10	4	27	29	131	318	153	132	111
AIDS 報告数 ⁴⁾	1	2	5	3	4	10	14	14	28	36	50
100 万対 HIV	0.0	0.0	13.2	5.0	31.8	32.6	133.9	302.6	140.2	118.3	97.2
100 万対 AIDS	1.4	2.7	6.6	3.8	4.7	11.2	14.3	13.3	25.7	32.3	43.8

年	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
日本国籍								
人口(1,000) ^{1,2,3)}	124,708	124,961	125,248	125,427	125,613	125,908	126,008	126,139
HIV 報告数 ⁴⁾	230	268	297	424	368	525	521	557
AIDS 報告数 ⁴⁾	171	182	168	224	260	245	252	271
100 万対 HIV	1.8	2.1	2.4	3.4	2.9	4.2	4.1	4.4
100 万対 AIDS	1.4	1.5	1.3	1.8	2.1	1.9	2.0	2.1
外国籍								
人口(1,000) ^{1,2,3)}	1151	1196	1224	1240	1313	1383	1427	1480
HIV 報告数 ⁴⁾	146	129	125	106	94	96	93	83
AIDS 報告数 ⁴⁾	63	68	63	77	69	87	56	65
100 万対 HIV	126.8	107.9	102.1	85.5	71.6	69.4	65.2	56.1
100 万対 AIDS	54.7	56.9	51.5	62.1	52.6	62.9	39.2	43.9

出所 1) 総務省統計局 2003 『我が国の推計人口大正9年～平成12年』、2) 総務省統計局 10月1日現在推計人口、3) 総務省統計局 『平成12年国勢調査報告』、4) 厚生労働省エイズ動向委員会(2004) 平成15年エイズ発生動向年報

症例報告が信頼に欠ける場合は、HIV のセンチネル・サーベイランスが役に立つし、HIV 低流行国ではリスク行動のサーベイランスの方が、疾病リスクにタイムリーに対応する準備をするのにより役立ち、これは第2世代サーベイランスとして推薦されている (WHO & UNAIDS 2000)。しかし日本では、公式な HIV のセンチネル・サーベイランスも、機能している行動サーベイランスも無く、症例報告だけが国家規模で実施されている。各種集団でのリスクと HIV の状況の究明のために、厚生労働省の研究費により研究を実施している研究者も見られるが、これらは、基本的には、アドホックな研究プロジェクトとして資金が与えられ、対象者の選択、抽出といった方法論だけでなく、結果の報告や普及、資金についても継続的、安定的に実施される保証がない。また、症例報告とのリンケージも十分ではない。

HIV そのもの以外の生物学的指標もまた有益で、流行と感染リスクを理解するときに、第2世代サーベイランスの一部として推奨されてい

る。体系的な研究がなされたわけではないが、日本人に関してもいくつかの研究が実施されてきた。生物学的指標が示すのは、日本人の間で感染リスクのある性行為が増してきていることである。女性の間ではクラミジアの患者が、1995年以前は10万対200人であったが、95年以来増え続け2000年には10万対250人を越えた(木原他 2003)。さらに、人工妊娠中絶の数は、全年齢層ではある程度安定していて1995年以来1000対約11人であるが、10代に限ってみると90年代初頭に1000対8人以下だったのが、2000年には1000対13人以上となった(小松・木原・木原 2003)。これらの数字がある一方、日本のコンドームの生産は、90年代を通して減ってきていて、年間生産数は7億4千万から4億9千万になった。こうしたデータでも外国籍者に関して大部分が欠落している。外国籍者のサーベイランスに加えて、外国籍者の他の関連データが体系的に集められ、分析され、外国籍者にとって時宜にかなった効果的なプログラムに発展させる必要がある。

2. 日本に居住する外国籍者

外国籍の国際移動者は、HIV/AIDS サーベイランスに生じる問題により深刻に直面している。アメリカの研究でも、不法滞在の身分は、必要な健康管理の受診をためらうことと相関していた(Berkand & Schur 2001)。特にアジア・太平洋諸国出身でアメリカ在住の HIV 感染者は、低所得者支援ケアプログラムへのアクセスを遅らせている可能性がある(Pounds, Conviser, Ashman, & Bourassa, 2002)。情報不足によるところが大きいが、日本にいる外国籍者の意識・知識は高くない。2002年には、日本在住の日系ブラジル人の69.9%は診療所や病院の HIV 検査サービスを知っていたが、保健所で行われている無料匿名 VCT サービスを知っているのは 38.2%だけであった(岩木他 2003)。この研究の回答者は、日本在住期間が男性で 6.5 年(平均 31 才)、女性で 5 年(平均 29 才)であった。

日本人と同様の症例報告システムが内包する問題に加え、症例報告において外国籍者は特有の問題が生じる。つまり外国籍者が、ケアや治療だけでなく自発的 HIV カウンセリング・検査の受診を遅らせている要因は日本人の場合よりも多く、外国籍者はケアや治療を享受する見込みが少ないのでより遅れてしまう。これらの要因にはスティグマや差別への恐れが含まれているだろうし、さらに経済的・法的な懸念も入っているだろう。日系ブラジル人の研究では、31.5%もの人が HIV 検査で陽性であれば、日本政府が国外へ追放するのではないかと心配して

いる(岩木他 2003)。別の研究では、無保険の外国籍者は、初診時に顕著に CD4 カウントが低く、経済的な事情で日本の保険サービスを受けるのが遅れていることを示唆している(表 3、沢田他 2000、沢田 2003a)。無保険者はほとんどが潜在資格を持たない非正規滞在者であると予測され、このような不安定な身分が、低い CD4 カウントと関係しているように見られ、状況は深刻である(沢田 2003b)。

また日本にいる多くの外国籍移動者の環境には問題が多い。1992 年頃、HIV 検査を受けた女性外国籍者の多くは自分の意思ではなく、彼女たちを使って稼ぐ仕事を経営するエージェントが連れて行ったのだという話がある。HIV が陽性と判明した人たちは、その後解雇され、診療所でも病院でも拒絶されたため、何の利益も得ない。このような逸話が VCT に対する外国籍滞在者の動機づけを低めている。そのような外国籍女性を雇用した経営者たちも、少なくとも表面上は、HIV 検査をやめ、メディアの関心を引くようなことを避けているようである。これらの背景は、90 年代半ば以降、外国籍者の間で HIV 報告が一定もしくは微減していることを説明している。もう 1 つの例は、ラテンアメリカからの日系移民の子孫が仕事を失う危険に晒されていることである。彼らは HIV 陽性の外国籍男性の大部分を占めている。79.5%の日系ブラジル人は、HIV に感染していることが雇用者に知られると解雇されるのではないかと危惧していた。これはもっともな懸念であり、日系ブラ

表 3 国内に滞在する無保険外国人で HIV/AIDS がある人の初診時の CD4⁺細胞カウント

	CD4/m ³		計	オッズ比
	0-199	200+		(95% 信頼区間)
無保険(N=100)	73.0%	27.0%	100.0%	4.6
有保険 (N=73)	36.5%	63.5%	100.0%	(2.4-8.8)

出所: Sawada et al. (2000)

ジル人が訴訟を起こした事例までである。彼らの母国語で会話できる VCT 施設がほとんど存在せず、HIV が陽性のブラジル人に対して必要な通訳者が病院にいないので、しばしば HIV 陽性のブラジル人の職場で雇われた通訳者が同行する。これは彼らのプライバシーを侵害し、その情報は雇用者に誤用される可能性がある。クライアントのプライバシーを守るような通訳補助サービスと文化的な敏感さを持った VCT 施設を用意することが必要である。

日本の HIV/AIDS 報告に外国籍者が占める割合が高いため、できる限り正確に現時点の外国籍者の感染リスク行動と HIV/AIDS 感染の状況を理解することは不可欠である。日系ブラジル人は、数年間にわたり同一 NGO によって感染リスク行動とその他の知識などについて、定期的に追跡調査された集団のひとつである (岩木他 2004)。しかし、他の外国籍移動者についての調査は広くは実施されていない。このような現状では、国内の最新のリスクと HIV/AIDS の状況を理解しモニタすることや、適切な対策を体系的に行うにはかなり限界がある。

外国籍住民は HIV/AIDS に感染したことがわかると帰国して、後に日本の保健システムや HIV 流行の疫学に対してあまり影響を与えることはないのだろうか。AIDS 患者のケアや治療をした病院や外国籍者患者を扱うその他の病院で行われた調査によれば、出身国による違いが見出されている。直近の5年間で、英語を母国語として話す人の34%、タイ語の38%が帰国したが、ポルトガル語を話す人では25%、中国語では13%の人しか戻らなかった。19%ものタイ人は、失踪し追跡できなくなった (宇野他 2001)。HIV に感染している外国籍住民は日本での健康管理を必要とし、それゆえにケアと治療に対する備えが必要である。また必要なケアと治療を自国で受けるために帰国を選択した人々には、国際的な協力が重要となるだろう。

3. 海外の日本人

一方、日本で検査を受けようとせず、特に HIV 検査とケアや治療またはそのどちらかを受けるために、匿名性がいっそう高いところ、サービスのよりよいところを求めてアメリカなどの海外へ行く日本人がいると言われる。日本人の多くは、保健所で HIV カウンセリング・検査を受けに来る人をスタッフがどのように扱うかということだけでなく、プライバシーや匿名性についても懸念していると考えられ、外国で VCT を受ける日本人についての逸話が時々報告されている。このような行動は、母国のサーベイランスで発見すべき実態を隠蔽する。そういった行動の規模がわからないのは、HIV や AIDS に感染した渡航日本人の行動に焦点をあてた疫学的調査がほとんどないためである。日本の場合、いまだ報告される HIV/AIDS が比較的限られているため、このタイプの行動の影響が思いがけないほど大きい可能性がある。

HIV/AIDS/STD の疫学とともに、サンフランシスコで HIV 検査を求める日本人についての特性も調査した研究がある (Komatsu et al 2003)。たとえば、総計 368 人の日本人・日系人が、1995 年から 1997 年までにサンフランシスコで HIV のカウンセリングや検査を求めていた。この調査の限界は、公式な統計では国籍や、居住地、ビザ上の滞在区分を区別していないため、この研究でとりあげられている日本人・日系人のほとんどは、日系アメリカ人だった可能性がある。しかしこの研究でも、アメリカ国外で生まれた日本人は日本出身の日本人であった可能性は高い。そして、サンフランシスコで AIDS の診断を受けた 96 人の日本人患者のうち、33 人がアメリカ国外で生まれたと報告した。これらの日本人には、アメリカに長期間居住していてアメリカで感染した日本人と、主に日本に居住し感染も日本だった日本人が含まれていたかもしれない。いずれにせよ、サーベイランスに与える影響という観点からも、国際的移動が重要である。

アメリカで行われた別の研究では、サンフランシスコ、ニューヨーク、ロサンゼルスで、電話によるインタビューを実施しているが、HIVに感染している日本人を募集したところ、その中でインタビューに応じた約半分が永住ビザを保持していたが、残りは学生や旅行など、一時的な身分のものであった(根元他 2003)。この研究によれば、日本から来た日本人とその他の日本人はビザや滞在の状況にかかわらず、いろいろなサービスを受けることができた。そこには抗レトロウイルス療法も含まれており、サンフランシスコやアメリカの他の地域では、ADAPを受けられる資格として決められている収入制限など、規準を満たせば受けることができる。さらに、アメリカのカウンセラーや、ソーシャルワーカーはよく訓練されており、PLWHA 問題の処理する豊富な経験があった。日本語を話すスタッフはほとんどいないにもかかわらず、多くの日本人 PLWHA は、カウンセラーやソーシャルワーカーによって提供される高い質のサービスに満足していると述べていた。

疾病に罹患した外国籍者への政策対応

1. 状況

疾病に罹患した外国籍者に注意を向ける政策は十分なものではない。健康保険のシステムは日本に住む全ての人をカバーすることになっているが、外国籍者はこのシステムから洩れることも多い。日本の健康保険のシステムは、簡単にいうと、合法的な滞在者の全員は、被雇用者や被雇用者の家族に提供される保険が利用できない場合、地元行政が運営している国民健康保険の資格対象となる。言い換えると、合法的な身分で日本に滞在してないと、国民健康保険の資格がなく、ゆえに保険に加入できない。このため超過滞在の外国籍者が、疾病の症状が進行したときに充分必要な医療サービスを利用することが難しい。また、合法的な滞在であっても滞在資格の見込みが一年に満たない場合は国

民健康保険に加入することができない。

超過滞在者の健康と医療の問題に関して日本政府はあいまいな態度をとっている(中村 2003)。これらの問題に対する基本的な態度とは、超過滞在の移動者は日本には存在すべきでないといふとみなされ、もし発見されれば、国外に退去すべきと考えられているので、彼らに提供されるサービスには合法的な根拠はないというものだが、その一方で医師はビザの身分に関係なく疾病になった人を拒否すべきでないともみなされている。1990年代の初めにバブル経済がはじけた後、超過滞在の外国籍者は帰国すると期待されたが、実際は、超過滞在者の中には、いっそう日本に腰をすえて、家族を作り、結婚をし、時には相手が日本人であり、子供が成長して学校に行くようになる者もいた。それでも状況の目立った改善はみられない(中村 2003)。ただし、法務省がこういった人々の立場を見直し、合法的滞在を許可する場合もある。このような場合でも、再調査の結論には長い間待たされ、2、3年はさらにかかることがあり、それまで保険をうける資格が無いことになる。

国レベルでの対策が遅れる中で東京や、群馬、神奈川といった、外国籍の居住者が多い都道府県の行政は、1993年以來幾つかの対策を講じて来た。いくつかの地方行政では、1899年に制定された、親類や保護者のいない疾病を患った旅行者のための旧法を活用し、居所も援護者もなく住所不定のまま深刻な病状となった外国人に対して旅行中の行き倒れ者として医療費の補填をするようにしている。また、いくらかの予算を確保し、外国籍者が急病で緊急医療を要した後に再三の請求にもかかわらず診療費が支払いきれないと認められた際に医療機関側に生じた損失の一部を補填するという制度を策定した。

しかし、これらの方法を使う都道府県は限りがああり、これらの方法を用いていない地域では外国籍患者を診療所や病院が婉曲に拒否する傾向があるとされている。全国的に実施されている制度としては、結核菌を排出している活動性

結核の患者や感染力の強い指定感染症で強制入院を発動する際に国籍滞在資格に関わらず医療費を公的に負担する制度などがあるが、こうした制度の対象になる病人は外国籍の病人のごく一部でしかない。そのため、滞在資格のない外国籍患者たちは健康を得るための権利を失っている。このことは、後でより大きな医療費負担が社会にかかりうることも味している。患者は早期に治療を受けないと、集中治療などを必要とするより深刻な状態に進行するからである。既に示したように(表3) 無保険者の低いCD4 カウントという顕著な傾向はその例である。このような費用の問題のため、診療所や病院もジレンマに直面している。緊急な場合でさえ、未払いを恐れて無保険の患者を拒否する医療機関がある一方、数少ない医療機関が善意により割安に無保険の患者を診ると、その結果、このような患者を多く抱えることになり、財政困難へと陥る(中村2003)。

健康保険を持つ外国籍者が診療所や病院を訪れる場合であっても、とくに外国籍者を支援するような一貫した政策や、プログラムが存在しない。外国籍者にとってコミュニケーションは非常に困難で、母国語が英語でない場合は特にそうである(宇野他2001)。このことはさらに、罹患した人を医療サービスから遠ざけ、それゆえにサーベイランスシステムからも遠ざける原因となっている。英語が患者の母国語でない場合、通訳が使われることがある。しかし、ほとんどの通訳は、医療用語になじみがないし、HIV カウンセリング・検査での難しい心理的社会的側面については言うまでもない。ときには、家族や友人、もしくは雇用者までもが一緒に来て、その外国籍者の通訳をする。これでは、匿名性やプライバシーだけでなく、思慮あるカウンセリングの機会を決定的に失ってしまう。このように人権を傷つける状況にとって、VCTの促進と利用が妨げられている。

2. をすべきか

HIV とリスク状況を理解し、VCT を促進させるためには少なくとも以下のことが必要である。短期的方法として、もっと多くの医療通訳者が訓練され、質の高い労働条件のもと、VCT センターや診療所、病院で利用できる状態にしておくべきである。この様な配慮と施策は外国籍者にVCT を広め、深刻な状態になる前に、ケアと治療を必要な人々に施すためには欠かせない。またこれは、比較的少額の予算追加で現行の法枠組みの中に取り入れることができであろう。例えば、神奈川県は居住者の求めに応じて医療通訳の派遣プログラムを開始した。しかしこれはほんの小さな第一歩にすぎない。

2 番目に、適切な数のソーシャルワーカーが訓練を受け、複数の言語によって利用できるようにし、罹患した外国籍者が最良の決断を下す援助ができるようにする必要がある。ソーシャルワーカーの手助けによって、外国籍者が複雑な法律問題や利用できる制度を理解し利用することができる。よく訓練されたソーシャルワーカーと医療通訳者が1つのチームを形成してこの役割を遂行することもできる。

3 番目は、少なくとも緊急な状態の外国籍者に対して財政支出できる枠組みがなくてはならない。これについては、地域によってはある程度行っているところもあるが、国全体へと広がっていかなくてはならない。

4 番目は、外国籍者の生活状況をより理解することで、彼らの健康行動の促進のための最善の方法を見つけるべきである。日本に住んでいる外国籍者は、経歴や滞在目的が実に様々で、そのため健康を促進させる方法も異なる。

さらに、母国のケアと治療状況についてより多くの情報を与えることで、HIV に感染した外国籍者が自国へ戻ることに自信を持たせる。現在は日本にいる HIV/AIDS にかかった外国籍者の多くはタイや、ブラジルの出身者で、この国々では抗レトロウイルス療法を受けることができる。治療を受ける手助けをする日本とこれらの

国々の NGO の活動により、この種の情報が広がれば、移動者の間で VCT 利用を広めることができる。

行動サーベイランスと HIV のセンチネル・サーベイランスは、移動者の状況を追跡し、移動者に対しさらに別の方策を施すのに有益で効果的である。しかし外国籍者の差別や排除を広げないために、慎重に適用していくことが重要である。

長期的には、外国籍者の生活を、特に健康面において、改善していくための包括的な計画が必要となってくる。

考察

海外旅行など一時的なものも含め、国際移動はグローバル化の時代には欠かせないもので、当事者の健康だけでなく共同社会を営む他の人々にとっても無視できない。このことは特に人から人へうつる感染症の場合にはっきりと見て取れる。HIV/AIDS に焦点を当て、感染症サーベイランスと人口移動に関連する問題だけでなく、移動者の健康についての政策的問題にも議論を及ぼせた。

これまで HIV/AIDS の広がり方が比較的少なかったため、日本の対応は国内の流行を適切に抑制するほど強力ではなく、効果も出ていない。その証左として、HIV 感染者報告数と AIDS の患者報告数が増えており、多剤併用療法が導入された後でさえ、特 AIDS 症状が進行してからようやく見つかる人が増えている。また感染のリスクの高い性行為がとくに若い人の中で広がり、10 代の妊娠と性感染の増加傾向に結びついている。したがって、日本は他国とよりいっそう協力することで、ベストプラクティスや効果的な対応の実施を展開していくべきである（木原・小松 2003）。この過程において、各国政府、国際機関や NGO を含む複数の国・国相互の主導によって国際移動者の課題を効果的に扱わねばならない。

HIV/AIDS の世界的流行によって、MSM、性産業従事者、薬物使用者、若者、国際移動者を含むマイノリティや、マージナルな人々の健康や人権に幅広く注意が向けられるようになった。国際移動者の健康を低下させる原因は HIV/AIDS だけではない。他の疾病も国際移動者に影響を与えうるし、しかも、HIV や AIDS に見られるように、もともとの居住者より移動者の方が感染の頻度が高く、影響も強く受けやすいし、健康サービスを受けることが限られている。そのため国際移動者や旅行者の健康にはことさら焦点を当てる必要があるし、実際的な政策プログラムによって向上していかななくてはならない。

国際移動者人口は拡大中であるが、外国籍者の脆弱性や HIV/AIDS 報告数に占める割合も依然高く大きな影響を与えているにもかかわらず、捕捉されにくく、日本の HIV 流行の実態が HIV/AIDS 報告によるサーベイランスに反映されないという危惧がある。

引用文献

- Berk, ML. & Schur CL. (2001) The Effect of Fear on Access to Care Among Undocumented Latino Immigrants *Journal of Immigrant Health* 3(3) 2001. 151-156.
- CDC (2003) Advancing HIV Prevention. *MMWR* 52(15): 329-332, 2003
- Kihara M, Ono-Kihara M, Feldman MD, et al. (2003) HIV/AIDS surveillance in Japan, 1984-2000. *J Acquir Immune Defic Syndr*; 32 Suppl 1:S55-62.
- Komatsu R, Kamakura M, Choi K-H, & McFarland W. (2003) AIDS, HIV, and STD among Japanese and Japanese-Americans in San Francisco, California, USA. *International Journal of STD & AIDS* (14), 704-709.
- Lloyd, LS, Faust M, Roque JS, & Loue S. (1999) "A Pilot Study of Immigration Status, Homosexual Self-Acceptance, Social Support,

- and HIV Reduction in High Risk Asian and Pacific Islander Men." *Journal of Immigrant Health* 1 (2) 1999 115-122.
- Matsuyama Y, Hashimoto S, Ichikawa S, et al. (1999) "Trends in HIV and AIDS based on HIV/AIDS surveillance data in Japan." *International Journal of Epidemiology*. 1999 Dec;28(6):1149-55.
- National Institute of Population and Social Security Research (2002) *Social Security in Japan: 2002-2003*. National Institute of Population and Social Security Research.
- Pounds, MB., Conviser R, Ashman JJ, & Bourassa V (2002) "Ryan White Care Act Service use by Asian/Pacific Islanders and other clients in three California Metropolitan Areas (1997-1998)" *Journal of Community Health, Vol. 27, No. 6, December 2002* 403-417.
- Sawada T, T Edaki, & Negishi M. (2000) Delayed access to health care among undocumented migrants in Japan. In L-N Hsu (Manager) and C Steensma (Compiler) *Population morbidity in Asia: Implications for HIV/AIDS action programme*. UNDP South East Asia HIV and Development Project, pp33-39.
- State Department Office to Monitor and Combat Trafficking in Persons (2004) *Trafficking in Persons Report*. US State Department (<http://www.state.gov/>) accessed on September 30.
- Teutsch S.M. and Churchill R.E. (1994) *Principles and practice of public health surveillance*. New York: Oxford University Press.
- UNAIDS and WHO (2000) *Guidelines for second generation HIV surveillance*. Geneva: UNAIDS and WHO.
- WHO (2005) "3 by 5" progress report. December 2004. WHO and UNAIDS.
- 岩木エリーザ他(2004)滞日外国人グループ：在日ラテンアメリカ系住民の HIV/STD 関連知識・行動及び予防・支援対策の開発に関する研究 (ラテンプロジェクト) (In) 木原正博『HIV 感染症の動向と予防モデルの開発・普及に関する社会疫学的研究』96-118.
- 宇野賀津子他(2001)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(2) 72-81.
- 外務省 (2003) 海外安全に関する意識調査 平成 15 年 2 月(<http://www.mofa.go.jp/>) accessed on September 30, 2004.
- 外務省大臣官房領事移住部政策課(Various years)『海外在留邦人数調査統計』
- 木原正博 (1993)最近の来日外国人女性 HIV 感染者数の増加をどうみるか『日本公衛誌』40(11):1001-5.
- 木原正博、小松隆一(2003) エイズ対策の体系と今後の国際援助戦略について『国際協力研究』19 (2) 38, 1-12.
- 木原正博他(1995)茨城県の一医療機関における来日外国人の HIV 及び STD 感染の動向について『日本公衛誌』42(8):579-85.
- 木原正博他(2000)日本人の HIV/STD 関連知識、性行動、全国調査(In)木原正博『HIV 感染症の疫学研究』565-83.
- 厚生労働省エイズ動向委員会(2004) 平成 15 年 エイズ発生動向年報
- 小松隆一、木原雅子、木原正博(2003)わが国のエイズ対策の省察と今後の展望『公衆衛生』67(12), 910-913.
- 沢田貴志 (2003a) 外国人 HIV 感染者の治療環境と支援 *Progress in Medicine* 23:2313-2316.
- 沢田貴志(2003b)外国人労働者と HIV/AIDS 医療 (In)HIV 感染症の医療体制に関する研究班『HIV/AIDS:必要としている人々にケアは届いているか』p107-120.
- 総務省統計局(2002)『平成 12 年国勢調査報告第 2 巻』. 総務省統計局.
- 総務省統計局(Various years) 10 月 1 日現在推計人口
- 総務省統計局 [統計調査部国勢統計課人口推計

係] 編 2003『我が国の推計人口大正9年～平成12年』人口推計資料 No.76

谷原真一他(2003)エイズ診療拠点病院担当医師の HIV/AIDS 患者届出状況に関する調査－届出に影響を及ぼす因子の解析を含めて『日本エイズ学会誌』 5(1)27-32

中村安秀 (2003) 本音と建前の狭間で－外国人医療保健問題が提起するもの(In) KOBE 外国人支援ネットワーク編『在日外国人の医療事情』遊文舎. p8-25.

根元透他 (2003)米国在住日本人 HIV 感染者の医療・社会資源活用状況および性行動と薬物使用に関する研究『日本エイズ学会誌』5: 17-26.

橋本修二他(2003)エイズ発生動向調査への報告 HIV 感染者数の動向と未報告 HIV 感染者数の推計(In)木原正博『HIV 感染症の動向と予防介入に関する社会疫学的研究』p47-53.

法務省(2004).「本邦における不法残留者数について(平成16年1月1日現在)」プレスリリース

法務省入国管理局(various years)『在留外国人統計』. 法務省入国管理局

法務省(various years)「出入国管理統計年報」法務大臣官房司法法制調査部調査統計課(法務省).

HIV/AIDS サーベイランスと当事者コミュニティのエンパワメント

稲場雅紀（特定非営利活動法人 アフリカ日本協議会）

小松隆一（国立社会保障・人口問題研究所）

1. はじめに

1981年6月、米国の疾病管理・予防センター（Centers for Disease Control and Prevention: CDC）は、「疾病・死亡週報」（Morbidity and Mortality Weekly Report: MMWR）に、5名の「男性」がニューモシスティス・カリニ肺炎に罹患したという報告を掲載した¹。HIV/AIDS（より正確には、やがて HIV/AIDS として把握されることとなる疾病）が感染症サーベイランスの世界に姿を現したのは、この時が最初である。

それから24年を経過した今日までに、私たちは、この疾病の感染動態を把握するために、各種の方法を開発した。AIDS 事例および HIV 事例の動向調査、妊産婦や性感染症クリニックに受診する人々に対する定点サーベイランス、感染の可能性の高い行動に関するサーベイランス（以下、リスク行動サーベイランス）を中心とした機動的なサーベイランス・システムの構築を目指す第2世代サーベイランスなどである。

本論考は、HIV/AIDS のサーベイランスの歴史と現状について、特に HIV/AIDS に対して脆弱性を持つ社会集団（コミュニティ）との関わりから検証し、コミュニティの立場から、将来に向けたサーベイランスのあり方について提言を試みるものである。

この目的を達成するために、本論考では、まず80年代のアメリカ合州国（以下、米国）に遡り、HIV/AIDS の把握の経緯とコミュニティの関係のあり方を捉え直す。次に、90年代以降に感染の拡大が大きな問題と認識されるようになった途上国において構築され、発展したサーベイランス体制のあり方と、サーベイランスをめぐる生じている論争に注目する。この二つのケーススタディを踏まえ、現在の HIV/AIDS

サーベイランスがコミュニティとの関わりにおいてどのような課題を抱えているかを結論として析出してみたい。

2. 米国における HIV サーベイランスの展開と ゲイ・コミュニティ

2-1) 疾病の発見にいたるまで

米国が、やがて HIV/AIDS と名付けられる新たな免疫不全疾患の存在を連邦レベルで把握したのは、冒頭に述べたように、1981年6月、CDC がロサンゼルスにおける5名の男性のカリニ肺炎の事例を報告したのが最初と考えられる。米国における HIV/AIDS サーベイランスの歴史を検証する上で最初に必要なのは、この時点での把握が果たして早かったのか、それとも遅かったのか、という点である。

米国では、これ以前にも異常な免疫障害の事例が複数、出現していた。1980年末の段階で、ニューヨーク市、サンフランシスコ市などで、すでに5名の米国人男性が、カリニ肺炎や全身衰弱によって死亡し、免疫障害に端を発すると思われる感染症の診断を受けた人も、すでに55人に上っていた²。これらの人々の殆どがゲイだったことから、ゲイ・コミュニティでクリニックを開く医師などはすでに、この新種の疾患について認識し始めていたようである³。

70年代にはすでに、米国の都市スラムに居住する薬物使用者の間に、おそらくカリニ肺炎と思われる症状で死亡する事例が相次ぎ、「ジャンキー肺炎 (junkie pneumonia)」として知られていた。しかし、これは当時の米国の公式のサーベイランス体制の中で認知されることはなかった⁴。ゲイにおける免疫不全が80年末に知られ

るようになったのは、これらのゲイが白人中産階級に属していて、「医療を受けることができる」立場にいたからに過ぎない、と結論づける論者もいる⁵。

一方、欧州およびアフリカ中部（現コンゴ民主共和国等の地域）においても、同様の免疫障害を原因とするカリニ肺炎やカポジ肉腫などの事例が、1970年代後半以降、すでに数例見いだされていた。その一部分は男性同性愛者と、アフリカ中部に関連を持つ人々であった。

このように、後に HIV/AIDS として知られるようになる病気は、1970年代の末から80年にかけて、すでに米国においても、また欧州でもアフリカでも、その姿を各所において現しつつあった。とくに、ゲイや薬物使用者など、やがて感染が爆発的に増加するコミュニティ・社会集団においては、その姿はかなり顕在化していたということが言える。

これらの兆候を、より早い段階で新種の免疫不全疾患として把握することはできなかったのだろうか。全国レベルのサーベイランス・システムが、この疾患の存在を1981年6月まで把握できなかった最大の理由と考えられるのは、すでにかかなりの数の発症例が出ていたゲイ、薬物使用者等、この疾患に対して社会的、もしくは行動学的に脆弱性を持つコミュニティにおける保健・医療情報を効果的に捕捉する手段が欠けていたということ、また、この疾患が社会的にどの程度の影響を及ぼす可能性があるかについての関心が欠落していたということである。

2-2) AIDS と命名されるまで

この二つの問題は、当該疾患が CDC によって把握されてからも長く尾を引くことになる。この疾患が MMWR に報告されてから、82年8月までに「後天性免疫不全症候群」(AIDS)として定義されるまで、1年2カ月もの時間が経過しているのである^{6,7}。この間、この疾患がどのような性質を持つのかについて、様々な説が

取りざたされたが、当初は、米国の医療システムにおいて、この疾患の罹患率として把握された人々のほとんどがゲイだったことから、この疾患の原因を、ゲイ・コミュニティに還元し、この疾患のゲイ・コミュニティ以外の人口への影響を否定する議論が多数を占めた。1981年末まで強固に主張されたのは、この免疫不全が、当時ゲイ・コミュニティにおいてセックスの際に刺激を増すための吸入剤としてしばしば使用されていた「ポッパー」(popper)や、都市型の不健康な生活習慣などを原因として生じるものなのではないか、というものであった。当初、この疾患は「ゲイ癌」(gay cancer)と呼ばれた。ゲイ癌というのは、カポジ肉腫を発症するゲイが多かったことによる。ただ、カポジ肉腫だけでなく、トキソプラズマ症やカリニ肺炎などの日和見感染を発症する人もいたことから、その命名は「ゲイ関連免疫不全」(GRID: Gay Related Immune Deficiency)へと発展した。

1981年7月には CDC は「カポジ肉腫および日和見感染症 (KSOI: Kaposi's Sarcoma and Opportunistic Infections) に関する特別調査班」を設立し、この免疫不全が感染症である可能性も含めて調査にあたった。この調査は新型疾患に関する対応としては早く進み、3カ月後には症例対象研究が開始された。しかし、この特別調査班の研究には、本来必要な予算がつかず、調査のスピードは遅くなった⁸。

この疾患が何らかの感染因子によるものであること、ゲイ・コミュニティ以外の人々も罹患するものであることは、82年になってようやく確定した。前者は、CDC が限られた費用の中で完遂した症例対象研究と発症者への追跡調査によって明らかにされ、後者は、同様の症状を発症したハイチ人、血友病患者、薬物使用者の存在が明らかにされたことによって証明された。その結果として、1982年8月までに、それまで正式な命名がされていなかったこの疾患は、「後天性免疫不全症候群」(AIDS)として定義された⁹。しかし、このことが対策の加速化にすぐつな

がったわけではない。

2-3) 最初の三年間と、次の三年間

これまで、米国における「新種の免疫疾患」＝AIDSの初期段階での把握・対策の遅れについて見てきたが、対策の遅れは、米国だけの話ではない。

欧州やアフリカにおいても、すでに70年代末からこの不思議な免疫疾患の事例はいくつか出ていたが、WHOがこの疾患について最初に会議を開いたのは1983年10月のことであった¹⁰。この会議以降、米国、欧州15ヶ国、ザイール共和国（現コンゴ民主共和国）、ハイチおよび中南米7ヶ国を対象に、AIDSに関する最初の地球規模のサーベイランスが構築されることになる。また同年、ルワンダの首都キガリで26人、ザイールの首都キンシャサで38人のAIDS患者が見いだされたが、これらの感染経路は先進国と異なり、異性間性的接触であることが強く疑われた。また、体重減少と下痢などの消耗症状を引き起こすスリム病として知られる疾患もアフリカで広く見られるようになった。

AIDS対策は、この1983年の後半以降、米国でも、また国際的にも、大きく加速されることとなる。すでにこの年、フランスのパストゥール研究所がAIDSの原因と思われるウイルスを分離し、LAVと名付けていたが、1984年には、米国でも同じウイルスが分離され、1985年、これらが同じウイルスであることが見いだされ、86年にこのウイルスは「ヒト免疫不全ウイルス」(HIV: Human Immunodeficiency Virus)と命名されることになる。一方、1985年には最初の抗体検査の方法(ELISA法)が開発される。同年、米国アトランタで最初の国際エイズ会議が開催され、国際的なHIV/AIDS対策が討議されるに至る。1986年には、最初の抗レトロウイルス薬(ARV)であるAZTが登場する。1996年の多剤併用療法の登場以前におけるHIV/AIDS対策の基本的なコンポーネントが、1983年後半

から1986年までの3年間で整えられたのである¹¹。

この3年間と比較したときに、いかにも強く印象づけられるのが、1979年頃から1983年前半頃までの、いわば「エイズ前史」に分類される時期における初動対策の遅れである。奇妙な免疫疾患が米国を始め世界様々な場所に顕在化してから、これがCDCというメジャーな疾病監視システムに把握されるまで、すでに2～3年が費やされている。この把握の後、この疾患が感染症であることが明らかにされ、適切な命名を受けるまでに1年以上の年月が費やされ、さらにこの疾患が国際的なサーベイランスの対象となるまでに1年以上が費やされている。これはもちろん、多様な症状を引き起こす原因が同一のウイルスによるものであることを確認するためには、十分な標本数の疫学調査や、ウイルスの同定と検査法の開発が不可欠であったためであったし、それが可能となつてからの展開は速かった。だが、このはじめの3年間という年月は、例えば「対策の加速化にとって必要な助走期間だった」という説明によって正当化されるべきであろうか。

この問いに答えを見いだすためには、疾病の最大の被害者となつたコミュニティに目を転じる必要がある。

2-4) ゲイ・コミュニティにおけるセイファー・セックスの発明とは

前項2-1)において、対策を遅らせた主要な理由として、米国のサーベイランス・システムが当時、ゲイ、薬物使用者といったコミュニティとの間での円滑なアクセスを欠いていたということを描いた。一方、ゲイ・コミュニティの側にも、対策の遅れをもたらす要因があったとの指摘もある。HIV/AIDS初期の状況を包括的に記録した著作として名高いランディ・シルツRandy Shiltsの「そしてエイズは蔓延した(And the band played on)」においては、70年代の同性

愛者解放運動の「成果」としてのゲイの性行動の「過激化」が、特定のイメージをもって執拗に描かれる。この面で象徴的に取り上げられるのが、CDCがこの疾患が感染症であると判断する上で大きな根拠となっただけの「ゼロ号患者」：飛行機の客室乗務員として全米を飛び回り、各地のゲイ・コミュニティで感染を拡大したとされる人物の存在である。また、この「成果」を守ることに固執したゲイ・コミュニティのオピニオン・リーダーたちの多くが、HIV/AIDSの危険性を直視せず、これに直面することを回避しようとしたとの指摘がなされている。ここで強調されるのが、ゲイの「乱交」の舞台となったバスハウスの閉鎖に関わる論議である。この著作では、多くの人々の命を守るためにあらゆる手段が執られるべきだったとして、バスハウスの閉鎖に反対したゲイのオピニオン・リーダーたちが指弾されるに至っている。

ランディ・シルツのこの著作は1987年に発表されたという時代的制約が存在する。しかし、その制約を踏まえてもなお、シルツの視点には「内なる同性愛嫌悪 (homophobia)」が含まれているとする批判が、ゲイ・コミュニティの中から多く出されている。ダグラス・クリンプ¹² Douglas Crimp の論文「エイズの時代にかに乱交を続けるか」はその急先鋒であるが、クリンプがこの逆説的なタイトルによって指摘しているのは、ゲイは、シルツが勧めるように「過激化」した性行為から撤退し「禁欲 (abstinence)」や「一夫一婦制 (monogamy)」を選択しなかったからこそ、セーフター・セックスというHIVとの共存の技法を生み出した、ということなのである。

セーフター・セックスの起源は1982年にまで遡る。先に見たように、まだこの段階では「カポジ肉腫と日和見感染症」(KSOI)としての把握からAIDSとしての把握へ移行していく時期であった。しかし、この時期に、サンフランシスコ、ヒューストンおよびニューヨークのゲイ・コミュニティにおいて、この疾患が感染症

であることを前提とした予防対策のリーフレットが3種類発行されている。82年段階では、これらのリーフレットが主張していたのは、性行為の相手を減らすこと、不特定の相手と性行為をしないこと、性行為で相手と体液を交換しないことであった。コンドームの使用を中心とした現在のセーフター・セックスのモデルが提案されたのは1983年であった。ニューヨーク在住の二人のゲイ、マイケル・カレン Michael Callen とリチャード・パーコウィッツ Richard Berkowitz がゲイの医師であるジョゼフ・ソナベンド Joseph Sonnabend の支援を受けて執筆したリーフレット「感染症時代のセックスの方法：一つのアプローチ」(How to Have Sex in an Epidemic: One Approach) がそれである。二人はこのリーフレットで、セックスの際に精液に含まれるサイトメガロウイルスの感染を防ぐにはコンドーム使用が効果的であることを説明し、その上で『まだ発見されていないウイルス』がAIDSの原因であるなら、コンドーム使用はこのウイルスの伝播を防ぐ上でも重要な役割を果たす、と述べた。さらに、「何人と、何回セックスをするかではなく、セックスをするときの行動を変えることが、このアプローチの鍵である」と明確に指摘したのである¹³。

マイケル・カレンとリチャード・パーコウィッツはその後、サンフランシスコでちょうど同時期に「ゲイ癌」の患者であることをカムアウトしたゲイの看護師ボビー・キャンベル Bobbie Campbell らとともにデンバーで会議を開催し、「私たちが犠牲者と名付けることを拒否する」と宣言、「エイズとともにある人々」People with AIDS (PWA) という用語を提案するとともに、PWAのセルフ・エンパワーメントを目的とするグループ作りを呼びかけて、11項目からなる「デンバー原則」(Denver Principles) を発表した¹⁴。

その後、AIDSの原因としてHIVが特定され、二人のリーフレットの先見性が明らかになると並行して、例えば米国で最も長い歴史を持つ

PLWHA (People living with HIV/AIDS) のケア・サポート団体であるゲイ・メンズ・ヘルス・クライシス (GMHC: Gay Men's Health Crisis) などは、コンドームの使用を核とするセイファー・セックスのための教材リーフレットの配布を積極的に実施する。これが、現在のセイファー・セックスへの歴史とつながっているのである。

2-5) 早期の段階でのサーベイランス、疫学、コミュニティの知見の統合が疾病の被害を軽減する

こうした経緯から、私たちが知ることができるのは次のことである。

米国で AIDS の発症が最初に顕在化したゲイ・コミュニティでは、AIDS を直視しない傾向、また、AIDS への対応として、既成社会の倫理に同一化しようとする傾向の二つがおもに存在した。とくに、AIDS によってゲイ・コミュニティが意に反する形でさらにスティグマ化される可能性があったことが、AIDS を直視しない傾向に拍車をかけたことは想像に難くない。このように、米国の初期において新たな疾患とそのサーベイランスによる流行の認識が、当該コミュニティにおいて大きな政治性を伴っていたことが伺える。

しかし、そのような中であっても、疾病に現実主義的に対応し、初期段階の極めて限られた知見から、適切な予防対策を生み出す実践が比較的早期に生み出された。それは、「この疾病は性感染症である可能性がある」という単純な知見から生み出された、セックスにおいてコンドームを使うという「セイファー・セックス」の技法だった。

ここで私たちは、先の問い、すなわち、1983年後半に対策が加速化されるまでの3~4年という歳月は「対策の加速化にとって必要な助走期間だった」という説明によって正当化されるべきであろうか、という問いに立ち戻りたい。

「セイファー・セックス」の形成に必要なだっ

たのは、「この疾病は性感染症である可能性がある」という知見と、「性感染症ならば、セックスの際のコンドームの使用によって感染拡大を防げる可能性が高い」という知見の二つだった。

1981年にCDCによって把握された「カポジ肉腫と日和見感染症」(KS/OI)が感染症である可能性が高いと判断されたのは、正式には1982年のことである。また、この感染症の原因としてHIVが分離されたのは1983年のことである。しかし、1981年以前の段階で、サーベイランス・システムが、ゲイ、薬物使用者などの周縁化されがちなコミュニティにおいて発生する疾患を把握できる体制を持って運営されていれば、たとえそれらが同一疾患と結論付けることは困難だったとしても、疾患の把握、およびそれが感染症であるという可能性の推定は、より早い段階でできたかもしれない。もし、その推定ができていれば、より早い段階で「コンドームの使用」とセイファー・セックスの普及に乗り出すことができたはずである。コミュニティの先進的な部分は、この疾患が感染症であることを見越して、ケア・サポートにあたるグループを作り、すでに予防メッセージを含むリーフレットを作成していたのであって、この知見が、より大きなレベルの公的セクターで認知され、コミュニティとの協力体制ができていたならば、状況は大きく変わっていたのではないだろうか。

米国はこれができなかったために、1980年代にゲイ・コミュニティという社会集団が被ったHIV/AIDSの甚大な被害を回避することに失敗した。しかも、社会で周縁化されていたコミュニティが、新規な疾患を前にして政治的にも揺れ動き、疾患についての認識や、効果的な対策をめぐってコミュニティ内部での対立も生じた。これは、数年間を助走期間として正当化するにはあまりにも大きな代償である。私たちがここから汲み取るべき教訓は以下の通りであろう。つまり、「早期の段階でのサーベイランス、疫学、コミュニティの知見の統合が疾病の被害を軽減する」ということであり、サーベイランスがコ

コミュニティにもたらす政治性についても認識しておくべきであろう。

3. 現代の途上国におけるサーベイランス体制

3-1) 問題の定義

米国が HIV/AIDS に対処するに当たって、その初動段階での対応の遅れが特定のコミュニティに大きな被害を与えたが、初動段階での対応の遅れは、米国に限らず、グローバルな規模で見られたことである。実際に、WHO が HIV/AIDS への本格的な対応を開始したが、CDC がこの疾患について最初に報告してから 2 年以上も遅れた 1983 年 10 月であったことは、その遅れの程度を物語る。国際社会の HIV/AIDS に対する初動の遅れは、そもそも新興感染症への対応戦略をもたない途上国において、その被害を極めて大きなものにした。しかも、サハラ以南のアフリカでは 1970 年代から徐々に感染は広がっていた。2004 年末現在、世界で HIV/AIDS とともに生きる人々の総数は 3940 万人であるが、この 95% が途上国に生活する人々である。

こうした初動の遅れによる被害を克服し、疾病の動向を早急につかんで早い対応を実現するために、国際社会は様々な方法を形成してきた。WHO と、1996 年に形成された UNAIDS を中核に、CDC などの国家機関や先進国の二国間援助機関なども巻き込んで、現在までに、途上国でも、HIV/AIDS の動向を把握するサーベイランス体制が一定のレベルで整備されている。

本章では、現在の途上国に存在しているサーベイランスの方法と機構を概観し、とくにコミュニティの立場から、これらの現状と問題点を把握する。

3-2) AIDS/HIV 症例報告

HIV/AIDS に特化したサーベイランスの中で

最初に導入されたのが AIDS 事例報告で、米国では CDC により 1982 年に導入された。AIDS の診断基準として、その後、先進国では HIV 抗体検査や CD4 カウントによる診断が一般的になったが、途上国では HIV 抗体検査や CD4 測定装置の普及が見通せないため、1985 年に WHO とアフリカの保健省高官や疫学者が中央アフリカ共和国の首都バンギで開催した会議の中で作られた「バンギ定義」(WHO の成人における AIDS の臨床事例定義 Bangui Definition: WHO Clinical Case Definition of AIDS in Adults) が診断基準として作られた。しかし、この診断基準にも問題があったため、いくつかのアフリカ諸国では、「バンギ定義」を改良した定義による診断が行われるようになった¹⁵。

一方、HIV 事例報告については、HIV 抗体検査が開発され急速に普及した 85 年以降、多くの国においてシステムが導入された。AIDS は 5～10 年という長い潜伏期間ののちに発症する。そのため、AIDS 事例報告は、5～10 年前の感染動向を後追いで把握することにはなっても、現在の感染動向を把握することはできない。逆に、HIV 事例報告は、未発症段階での感染動向を一定程度反映したものとなるため、AIDS 事例報告に比べ、現在の感染動向により早い段階で迫ることができるという利点がある。

しかし、AIDS の場合と違い、HIV 感染の段階での事例把握は、症状が出ていない段階で検査を受けて初めて可能となる。そのため、HIV 事例報告に関しては、症状が出ていない段階で人々が HIV 検査を受けるといことがなければ成立しない。ここで出てくるのが二つの流れである。一つは、自発的なカウンセリング・検査の促進という方向性、もう一つは、何らかの制度への組み込みなどによって、一定の強制力を持つ形での検査を誘導するという方向性である。後者の方向性は、入国管理、就職、結婚、徴兵などの制度や手続きに HIV 検査を組み込み、これらを利用する/対象となる人々が強制的に検査を受けざるを得ないようにするというも

のである。

こうした「強制検査」は、様々な問題を生じさせることとなった。最も大きな問題は、こうした強制検査の場合、事前・事後カウンセリングやケア・医療へのリファレンス体制が欠如していることが多く、また、検査を受ける側も、HIV/AIDS に関する心理的・経済的な準備ができていないことから、陽性が判明した場合に心理的・社会的に本来必要なケアにアクセスできない場合が多く、感染がわかった当事者に極めて大きな打撃になるということである。さらに、どの社会にも HIV 陽性者への差別・スティグマが存在するため、これら強制検査によって陽性が判明した人は、準備が十分でないままに差別・スティグマに直面することとなる。すなわち、こうした強制検査によって感染が判明した HIV 陽性者は、健康権（おかれた状況に即して最大限健康に生を営むことができる権利）に加え、平等権などの基本的な人権を脅かされることとなるのである。

こうした差別・スティグマの存在、HIV/AIDS への根治療法が開発されていないこと等に由来する疾病それ自体への恐怖、また、とくに途上国などにおいて、ケア・サポートや医療へのアクセスが不在であることへの不安などは、必然的に、検査から人々の足を遠のかせることとなる。こうした関係の連鎖から、強制検査の実施は結果としてサーベイランス・データの収集にとってもマイナスとなる側面が大きいため、WHO および UNAIDS は、こうした強制検査の導入については賛同せず、自発的カウンセリング・検査（VCT）の拡大という路線をとっている。

しかし、自発的カウンセリング・検査だけでは感染動向を把握するには不十分であるという主張は、HIV/AIDS と治療を取り巻く状況の変化に対応して、新しく練り直されてきている。とくに2000年以降、安価なジェネリックのARVの導入によって、途上国においても、限界はあっても一定の治療やケアへの道が開かれるよう

になった。さらには、ARV 投与による母子感染の予防の可能性も広がった。これに関連して、特に感染率の高い国・地域において、事前カウンセリングの上で本人の選択を踏まえて検査を実施するという旧来の VCT に対して、より広い範囲の人たちに検査を受けさせることが可能な方法を導入する動きが強まっている。

例えば、2000年以降、サハラ以南アフリカで初めて国民への無料の ARV 供給を国家プログラムとして実現し、母子感染予防の体制も整備したボツワナでは、一方で HIV 検査や治療に向けた市民社会の動機付けが十分にできておらず、VCT の受診や治療へのアクセス件数が体制に比して十分に増加していなかった。そこでボツワナでは、2004 検査受診をより積極的に進めるため、妊産婦に対して、これまで事前カウンセリングの上で検査を受けるか受けないかを選択してもらっていたやり方（Opt-in approach）を改め、検査を受けることを勧めたうえ、断らない限り検査を受けてもらうという方法（Opt-out approach）が導入された。これにより、HIV 検査の受検の割合は上がった。また、検査への恐怖感が妊産婦へのケア・医療へのアクセス自体を遠ざけるといった事態が懸念されたが、実際には減少しなかった¹⁶。ただし、検査結果を後日取りに来ない妊婦はいずれの検査方法でも3割程度と多く、迅速検査の導入が必要とされていた。

この Opt-out 方式による日常検査化による検査促進については、PLWHA への社会的差別・偏見の解消や、HIV/AIDS という疾病への誤解を解く意識啓発、さらには医療・ケアへのリファレンスをより確実にするといった、総合的な取り組みとともに勧められる必要がある。また、UNAIDS¹⁷ が提唱する「3つのC条件（守秘 confidential、カウンセリングとともに accompanied by counseling、知らされた上での同意のもとでのみ only conducted with informed consent）」に留意しなければならない。それらの努力が伴わないところで単に受検率を上げる

ために Opt-out 方式を性急に導入することは、逆により複雑な問題を惹起することになりかねない。

3-2) 定点サーベイランス (Sentinel Surveillance)

前章で触れた HIV 事例報告は、自発的に検査を受けた人のうち HIV に感染していた人について報告し、その人数を把握するというものである。これで判明するのは検査を受けた人口の中での感染率および動向であり、HIV 感染の可能性の点で偏り (バイアス) があると推定される集団についてしかわからない。つまり、検査を受けていない人も含む人口集団・社会集団全体の感染率や動向は把握できない。この問題を解消し、対象となる人口集団・社会集団全体の感染率・動向をそのまま把握するために、「定点サーベイランス」という手法が実施されている。

この手法は、産科クリニックの受診者、性感染症クリニックの受診者、献血者といった、リーチしやすい人口集団、およびその人口集団が利用するクリニックなどを定点として定め、これらの人々から得た検体を (同意の有無に関わらず) HIV スクリーニングにかけて、感染数・率・動向を割り出すというものである。この場合、プライバシー上の問題を回避するため、氏名や ID 番号などはすべて取り除かれ、「匿名・検索不可能 (anonymous and unlinked)」な状態にして HIV スクリーニングにかけることになる。これにより、特定の集団の感染率がほぼ明らかになる。

妊婦は、多くの場合出生前検診の一環として梅毒検査や血液の Rh 型などのために血液を採取するため、「匿名・検索不可能」によるスクリーニングが実施しやすい。また妊婦の感染率は、HIV 流行が一定以上進んだ広汎流行期 (generalized epidemic) の場合、その地域の成人の感染率と比較的近似した数値となるため、サハラ以南南アフリカを中心に多くの国や地域において、妊産婦に対する定点サーベイランス

のデータをもとにして人口全体の感染率が推定されている。また、性感染症クリニックなどを「定点」として定めて感染率を出すことにより、STI の感染者における HIV 感染率を調べたり、セックスワーカーが定期的を受診するクリニックを定点として定めることによってセックスワーカーの感染率を調べたりするというのが、この「定点サーベイランス」として行われている。

「定点サーベイランス」は、定点として定めるクリニック等を基盤にサーベイランス体制を作ってしまうことによって、経時的に感染動向を追うことができる。そのため、対象の人口・社会集団における感染動向の変化、すなわち、感染が拡大しているのか、安定しているのか、それとも減少しているのかを、リアルタイムに近い形で把握することに、最も有効性を発揮する。これにより、例えば HIV/AIDS 予防・啓発プロジェクトが効果を上げているかどうかを把握することも一定程度可能であり、予防・啓発戦略を立てる際に活用するデータとして有用である。

このように利点の多い「定点サーベイランス」ではあるが、「匿名・検索不可能」とはいえ、許可を得ずに本人の検体をスクリーニングするというその手法は、多くの疑問や批判に晒されてきた。この疑問・批判は主に、a)「知らされた上での同意 (informed consent)」の原則に抵触するのではないか、b)集団を対象としたこのような調査に参加したくない人の自由をどう保障するのかという観点と、逆に c)匿名・検索不可能であるので、感染の有無という情報が本人に伝えられないことによって、本人の利益を損なうのではないかという観点から出されてきた。

米国では、80年代後半から「定点サーベイランス」が実施され、この是非に関する議論も活発に行われてきた。その結論は、定点サーベイランスを実施したからといって、その対象者が自発的カウンセリング・検査を受ける機会が奪われるわけではないということから上記 c)につ

いては問題がなく、また検査結果が通知されない以上、本人が望まないのに感染の有無が通知されるということもないので、検査をすることに関する合意は必要なく、逆に、これらの問題に比べて、サーベイランスを行うことによる公衆保健上の利益は大きいので、定点サーベイランスは倫理上の問題を惹起しない、というものであった¹⁸。一方、この手法の倫理上の問題がより大きく取り上げられたのは欧州であった。英国ではとくに、上記b)の、対象となる人口集団・社会集団に含まれる人で、研究対象とされたくない人の自由をどう保障するかという点が問題となった。最終的に、定点サーベイランスはコミュニティや個人の権利や利益を増進するために行うものであり、人間を単なる研究対象としてみなすものではないという原則と、検体の収集に当たって、それを定点サーベイランスに使用することを周知し、それを拒否する権利を保障するというを確認して、はじめてこのサーベイランスが導入された。

90年代に入って、最も早く開発されたARVであるジドブジン(AZT/ZDV)が母子感染の確率を半減させることがわかり、AZTの投与による母子感染予防が定式化された段階で、上記c)、すなわち、定点サーベイランスによるHIVスクリーニングの結果が通知されないことにより、本来防ぎうる母子感染を防げず、検体提供者の利益を損なうのではないかと、という課題が大きく惹起されてきた。この問題について、「国際医学団体評議会」(CIOMS: Council of International Organizations on Medical Science)の1991年の疫学ガイドラインでは、定点サーベイランスについて、事前・事後カウンセリングを伴う、秘密の守られた自発的カウンセリング・検査を同時並行的に受けられることが必要である、と決めている¹⁹。

もう一つ、特定の社会集団(コミュニティ)を対象とした定点サーベイランスに関して、対象となるコミュニティとどのような関係を作るかという問題が惹起されている。もちろん、コ

ミュニティの了解は検体提供者個人の了解と混同されてはならないが、定点サーベイランスの計画が事前にコミュニティに周知され、コミュニティが参画した検討を経て、受容と協力の下に実施されることが望ましいことは明らかである²⁰。

3-3) 第2世代サーベイランス

第2世代サーベイランスは、これまでのHIV/AIDS事例報告や定点サーベイランスなどの、いわば第1世代のHIV/AIDSサーベイランス・システムが持ってきた問題を克服するサーベイランス手法として、90年代後半頃からUNAIDS、WHOなどの国連機関によって提唱され、2000年前後から多くの途上国に導入されつつあるサーベイランス・システムである²¹。

この第2世代サーベイランスは、これまでのサーベイランス手法に変わる新しい手法を導入するというものではない。用いられる手法は、旧来の事例報告、定点サーベイランス、情報源としての死亡統計、性感染症や結核のサーベイランスなどである。ただ、これに加え、一般人口および特定の社会集団・人口集団におけるリスク行動サーベイランスにより大きな比重を置いている。第2世代サーベイランスが第1世代サーベイランスととくに異なるのは、サーベイランス・システムの設計の哲学・思想の側面である。

第2世代サーベイランスの導入に当たって、旧来の第1世代サーベイランスは以下のように総括されている。すなわち、第1世代サーベイランスは、国や大きな地域単位での感染動向の把握に際して、信頼に足るデータを収集することに貢献し、国レベルでHIV/AIDSがおよぼす影響を把握して、国家レベルでのHIV/AIDSの影響軽減のための計画を作ることに貢献し、また、国家レベルでの対策の効果をモニタリングする上で有効であった。しかし、第1世代サーベイランスは以下の点で有効性を欠くものであ

った。

- a)より早い段階（感染が拡大する前の段階）で感染拡大の可能性や兆候をつかみ、警鐘を鳴らすための機能が脆弱であった。
- b)早期段階での対策構築のために本来有用であるはずの各種データを有効に活用することができていなかった。
- c)多くの国で、一般人口を焦点としてサーベイランス体制が組み立てられていた（妊産婦や献血者など）ために、HIV 感染の高可能性にさらされている社会集団（セックスワーカーと顧客、静注薬物使用者、性感染症の患者・感染者、男性とセックスをする男性など）がサーベイランス上軽視されていた。
- d)旧来のサーベイランス体制は、国・地域レベルでの感染の拡大傾向は把握できても、全体的な感染動向が安定、もしくは減少している状況については、それが実際に意味しているものは何なのか、また、その中で検討に付されなければならないより詳細な動向についての把握は困難であった。
- e)治療が存在する場合、感染から発症、死に至るプロセスは治療が存在しない場合と大きく異なる。旧来のサーベイランス体制は、治療の存在によるバイアスに脆弱で、治療の導入と共に正確な動向把握が難しくなるという傾向を持っていた。
- f)HIV/AIDS の感染動向は時間の経過と共に大きく変化するため、サーベイランス体制も感染モードの変化に応じて変わらなければならないが、旧来のサーベイランス体制には、感染動向の変化に応じたサーベイランス体制自体のシステムの柔軟な再構築という発想がなく、感染動向の変化に取り残されがちであった²²。

第2世代サーベイランスは、既成のサーベイランス体制に全く新しい技術・手法を導入するのではなく、とくにリスク行動サーベイランス

を重要視しながら、旧来のサーベイランス手法を柔軟に活用して、より目的志向型の動的なサーベイランス体制を構築することによって、上記の問題点の解決を図ろうとするものである。

第2世代サーベイランスにおいては、それぞれの国・地域の感染の状態が「低流行期」(low-level)か、「局在流行期」(concentrated)か、「広汎流行期」(generalized)かについて判断する。低流行期とは、HIV 感染が長期間に渡って続いているものの、どの人口集団・社会集団においても HIV 感染が大きく拡大していない状態のことで、いずれの人口・社会集団においても感染率が5%を越えていないことが基準となる。局在流行状態とは、一般人口においては感染が拡大していない（妊産婦の感染率が1%以下）ものの、特定の人口・社会集団において感染率が5%を越えている状態のことである。広汎流行状態は特定の人口・社会集団を越えて感染が一般人口に拡大している状態で、妊産婦の感染率が恒常的に1%を越える状態のことを指す²³。こうした感染流行の状態に応じて、サーベイランスの対象や内容の重視すべき部分を臨機応変に変更していくという発想が第2世代サーベイランスでは重要となる。また、これまでのサーベイランスでは、現在生じている、もしくは過去に生じて現在も継続している感染動向の変化を把握するにとどまっていたのに対して、第2世代サーベイランスは、それぞれの流行状態に即して、現在進んでいるより詳細な感染動向の変化、もしくは、今後生じうる感染拡大の可能性や兆候を早い段階で察知し、早急に対策に結びつけていくことを目的とする。そこで中心になってくるのが、特定の人口・社会集団におけるリスク行動サーベイランスの中心化、および、性感染症の感染率調査など、HIV/AIDS と隣接した領域における調査の統合である。

本稿第2章においては、本来、世界で最も機能的な仕組みを備えていたはずの米国における70年代末～80年代初頭のサーベイランス体制が、なぜ HIV 感染拡大の初期段階でこの疾病の