

さらに拡充が必要であり、性感染症について予防や治療の改善が必要なことから評価は「満足」とした。

### 構成要素 3: HIV/AIDS 及び STD 責任執行機関の強化:

#### ICR 評価: 満足

本構成要素は項目ごとに達成度に差があるが、全体としては満足できるものである。HIV/AIDS 疫学調査、国立リファレンス試験所強化、スタッフ能力の育成においてはかなりの改善が見られた。また、プロジェクトの最後になったが州と市当局に管理や資金を分散した。この過程にはかなりの準備期間が必要であったが、AIDS III プロジェクトに大きな影響を与えるであろう。

HIV/AIDS の疫学サーベイランスシステムの強化が非常に進んだ。AIDS 症例と先天性梅毒の症例報告はさらにシステム化され、症例定義と感染経路について修正、品質管理実施、中央と州のスタッフ訓練により改善した。

抗 HIV 薬へのユニバーサル・アクセスを実施し、AIDS 死亡の減少につなげるために、プログラムは HIV 基礎情報システムの構築に向かって動いている。その重要なステップは以下の通りである: (a) 新しい方法による妊婦のセンチネル・サーベイランスの強化、(b) 2001 年 AIDS 報告システム (SINAN) にリンクした HIV 陽性妊婦及び新生児の新規 HIV 症例報告システムの導入 (ソフトウェアに問題あり) (c) 2002 年初頭に、HIV 検査受検者のリスク行為と人口学的統計をモニタする VCT ベースセンチネルサーベイランスシステムの導入、(d) 3 回にわたる軍人を対象とした有病率調査の実施 (1996, 2000, 2003 年) (e) 州レベルスタッフのサーベイランストレーニングの実施。センチネルサイトの病院がほとんど HIV/AIDS リファレンスセンターに徐々に移行していることからバイアスを避けるために 2000 年にサーベイランスシ

ステムを変更した。現在では年間 500 例以上分娩のある産科をランダムサンプリングし、出産女性を検査し HIV 流行を測定している。測定ごとに異なるサンプルを選択している。第一回は 2000 年、第 2 回は 2003 年に行われた。

本プロジェクトでは行動調査もあわせて行っている。17~19 歳の徴収兵の行動調査、州レベルでの地域別調査が AIDS I で 1998 年に行われており、2003 年 1 月にはある都市をサンプルとして意見/行動調査を行った。さらに 2001 年に 5 つの都市で SW を対象にした調査を行い、IDU を対象とした調査も 2 つ (1998 と 2000 年)、MSM を対象とした調査が 2 つ (2001、2002 年) 行われた。しかしながら、各調査に使用された方法論が異なっており、行動について得られた情報にいくつか重大な齟齬が見られた。

(略)世銀調達方法に関する訓練、研究の齟齬補完のための要求

さらに、本プロジェクトの重要な弱点は介入による影響評価やプログラムの全体効果の改善のために教訓を引き出す十分なモニタリングと評価 (M&E) システムがセットされていないという点である。これは特に予防介入で問題である。数多くの研究がなされているにもかかわらず、方法論の相違により、異なる地域や時間経過で比較することが難しい。プログラム進行と介入効果に関して定期的なデータがないと、費用効果に基づく介入の選択やより影響の大きいプログラムやより持続性のある介入への切替え可能性に制約を生じる。プログラムは M&E (モニタリング及び評価) への系統的なアプローチとそれを実施する内部チーム (M&E 係) を欠いていた。調整係は各係りが最大限の自治を有し、自分が適切だと考えた研究を行うマトリックス管理モデルに固執していた。さらにこの研究スタッフは、自分の属する部署の分野

の専門家であっても、定量的定性的評価に必要なバックグラウンドを欠いていた。このことは係り横断的な M&E 努力が非調整に分散し、評価研究は比較データを提供できず、プログラムに影響する証拠を構築することができない。データに基づく文化の醸成が是非とも必要である。特に、財政と活動が州・市当局に分権され、国レベルは調整役となるのであればなおさらである。AIDSIIIの準備で十分な M&E 係の設立が盛り込まれ、効果的 M&E 戦略が合意され、プログラムは現在機能的な M&E 係が設置され、測定結果に大きな関心を有している。

プログラムモニタリングには監視訪問とプログラムデータの机上レビューがある。管理者が早期に問題を発見し、その場で矯正措置をとる。プログラムでは契約によりフォローアップのためりっぱな物理的、財政的情報システムが構築されたが、技術面に焦点を当てておらず、これを補完するため現場を定期的に訪問することが重要であった。フィールド活動のモニタリングはより大きな効果をもったであろう。4.5 年間のプロジェクト実施期間に 46 訪問、一年 10 訪問行ったに過ぎない。

#### (略) 地方分権、プログラム管理

資金の 10% が連邦レベルから NGO にイアマークされているが、NGO から十分な対応を引き出すには不十分である。NASCAP は NGO が持続的にプログラムと協働するよう特別のステップを取った。計 180 NGO が専門性や管理能力の改善、提案書起草と資金集め強化訓練を受けた。それでも NGO の持続可能性をさらに強化する必要がある。資金面では、ほとんどの NGO が歳入をプロジェクトの財政と持続性に頼っている。管理面では、多くの NGO が支出の多くを管理費に費やしており、資金的に破綻寸前である。多くの NGO

はプロジェクトの必要性を満たし、サービスを行うのに必要な管理構造を支持できない。NGO にいっそうの持続可能性を付与するためには、サービス提供に既存公的構造を利用するなど官民パートナーシップの代替案を開拓する必要がある。

要約すると十分な M&E システムが確立されていなかったが、他の活動項目の達成度は意味あるものであった。よって評価は「満足」である。

#### 4.3 正味現在価値/経済収益率

プロジェクト終了時に詳細な経済分析を行うには、利用できるデータが不足している。ここで示された結果は AIDSIII のために準備された経済分析に基づく。特に、AIDSII について利用可能なデータでは予防効果の合理的な信頼できる評価に到達できない。予防効果を異なる仮定の上で導き、プロジェクトの費用効用を計算することは可能である。

ブラジルに対する投資額が 3 億 US ドルに対して、2001 年の入院費用の節約だけで 3 億 6 千万 US ドルに達し、プロジェクトの総投資額を相殺して余りあり、このプロジェクトの高い費用便益性を示している。

ブラジルにおけるエイズ平均死亡年齢や、潜伏期間、典型的な有病期間、世界疾病負担調査による障害ウエイト (Murray&Lopez1996) から見積もると、一 HIV 感染を防ぐごとに、障害調整生存年数 (DALY) が平均 19.2 年回避される。(この数字は計算を簡単にするため、他の性感染症を除いてある。)

これらの結果、2003 年から 2005 年までの推定新規感染 52,000 症例をもちいて、防止される感染数、回避される DALY 及びプロジェクトの限界費用効用が計算された。AIDSII プロジェクトの限界及び増分費用効用はプロジェクト活動に帰される予防の増加によるものであって、規制活動の予防効果による

ものではないことを強調する必要がある。

その結果、予防効果の各パーセンテージに（1%感染が防止されるたびごとに）9,700DALY が回避されることを示している。調査した予防効果の範囲内で、増分費用効用は DALY 当たり 400US ドルから 2,000US ドルの範囲にある。

#### 4.4 財政収益率:

利用できない

#### 4.5 制度・機構構築への影響:

(略)

### 5. 実施に影響する主要要因とアウトカム(成果)

5.1~5.3: (略)

#### 5.4 経費と出資:

本プロジェクトに対する総支出額は査定時の推定額である 300million US でドルの 98.8%にあたる \$ US296.5million であった。2000年9月に US\$ 3.5million がキャンセルされた理由としては本プロジェクトの前身である AIDS I での未調達金を世界銀行に返金する代わりに AIDS II に引き当てたためである。

本プロジェクトは立ち上がりが遅く、最初の2年では予定された50%程度しか支出されなかった。プロジェクトは第3年目に支出計画を回復し、所期の累計支出の80%近くに達した。(遅延については前出につき省略) 出資はブラジル政府と世銀で45%と55%の割合で分担することになり、2億9650万USドルに対してその割合で出資した。(以下略)

### 6. 持続可能性

(略)

### 7. 世界銀行及び借入国の実績

(略)

### 8. 教訓

#### プロジェクト設計の問題

- ① 世界銀行による投資が、投資を必要とするプログラム全体のごく一部をカバーしたにすぎないとしても、その投資は変化の触媒となりうる。プロジェクト活動の戦略的な焦点は、変化の触媒として作用して更なる投資を惹きつけ、変化を促進し、また、特に市レベルでプログラム投資を政治的影響から守ることである。
- ② プロジェクト投資の M&E の欠如が、プログラム進行と介入効果の測定を困難なものにしている。本プロジェクトでは HIV/AIDS や性感染症に関する数多くのデータを収集したが方法論が異なるために、解釈不可能な矛盾点を生じ、経時的な評価を行うことができなかった。従って、本プロジェクトは業績の多くを提示できない。
- ③ プログラムマネージャーが管理のためのデータ使用の重要性を正しく評価しない場合、十分な M&E がなされない。
- ④ プロジェクト管理コストは、一部カウンターパートによって出資されるべきである。外部資金により多数のコンサルタント契約を結ぶことは慎むべきである。プロジェクト資金は内部能力を構築するために使用されるべきである。
- ⑤ NGO との協働により、健康組織では通常到達できない人口集団に到達でき、プログラムに一層大きな責務を与える非常に効果的なアプローチであることが証明された。一方 NGO との協働は、プロジェクトの技術的な質の確保や彼らの活動を持続するためのメカニズムを開発するという管理上非常に大きな課題を伴っている。

## HIV/AIDS 及び性感染症の予防と治療問題

- ① HIV/AIDS 活動の管理及び出資は州や市当局に委譲し、インプットより、むしろアウトプットやアウトカムに焦点を合わせることは、執行者を運転席に座らせ、活動に責任を取らせるものである。
- ② プログラム財政を出来る限り早く一般保健財政メカニズムに統合すべきである。特に州市レベルでは出資プログラム活動は保健省予算から分離されており並行又は垂直プログラムを創生する恐れがある。本システムでは他のプログラムとの協働性を増し、重複を避け、資源の有効利用を州市当局が行うことができる。
- ③ HIV/AIDS 高発生地域に優先的に資源を集中させることは短期的視野で見ると流行と戦う効果的な戦略である。しかし、低収入層や非都市集団など到達困難な層にも資源が届くようにするために、このアプローチをより広い公平ベースのアプローチと組合わせて実施すべきである。
- ④ 抗 HIV 薬の供給は入院費を減らし、日和見感染症の治療コストを削減する。その結果、抗 HIV 薬供給によるコスト増の一部を相殺し節約する結果となる。
- ⑤ プログラムは PLWHA 135,000 人に対し、現在まで抗 HIV 薬を供給してきた一方、SINAN データ(それらは 3-5 年の報告遅延がある)によると、抗 HIV 薬が利用可能となった 1996 年以降も、159,000 件の AIDS 症例が報告されている。1996 年は抗 HIV 薬が広く利用できるようになった年である。この数字は死亡数も含んでいるが、治療が既に可能だったのであれば大多数は生存していなければならない。これは、抗 HIV 薬の普及度 (coverage) が 80 パーセントかおそらくもっと低いものであったということになる。サービス普及度が低いのは資源の貧しい、非都市地域である。HIV/AIDS に関する知識不

足および偏見が抗 HIV 薬治療へのアクセスの障害となっている。教育を受けていない人々がヘルスケアを求めない傾向にあるという事実は、彼らが報告されにくく、また、HIV/AIDS に関する正しい知識を有せず、アクセスが少ないこれらの人びとに対する新たな戦略の必要性を示す。

## 9. パートナーのコメント

- (a) 借り入れ/実施機関:
- (b) 共同出資者:
- (c) その他のパートナー (NGOs/民間セクター)

## 10. 追加情報

### ICR Team

Sandra Rosenhouse (Senior Health Specialist,

ICR Task Leader, main author)

James Cercone (Health Economist, Consultant)

Lerick Kebeck (Team Assistant)

Comments provided from:

### コメント提出者

#### Bank:

Suzana Abbott (Lead Operations Officer, LCSHD)

Theresa Jones (Lead Operations Officer, LCSHD, TM for project preparation)

Anabela Abreu (Sector Manager, SASHD, TM for supervision)

Isabel Nogueir (Epidemiologist, Consultant project supervision)

Efraim Jimenez (Lead Procurement Specialist, LCOPR)

#### Borrower:

Alexandre Grangeiro (Director NASCP)

Joel Sadi Nunes (Planning, NASCP)

Aristides Barbosa (M&E, NASCP)

Ana Roberta Pascom (M&E, NASCP))

Sérgio D'Avila (Prevention, NASCP)

## イギリス・カナダの移住者への HIV/AIDS 医療・対策

分担研究者	池上清子（国連人口基金東京事務所）
研究協力者	鶴田浩史（HIV/AIDS:在日外国人支援ネットワーク）
	稲場雅紀（特定非営利活動法人アフリカ日本協議会）
	枝木美香（特定非営利活動法人アユス仏教国際協力ネットワーク）
	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）
	小松隆一（国立社会保障・人口問題研究所）

### 研究要旨

イギリス、カナダにおいても、移住者、特に非正規移住者の健康に関する権利は、保障されていない。これに対し、国際条約や規約など、普遍性が高いものを基準とし、問題解決に向けた検討が必要である。たとえば、入国時の強制HIV検査であれば、「人の移動が受け入れ社会へのHIV/AIDSの脅威を加算することはなく、受け入れ国の社会保障サービスへの負担が、移住者の存在によりもたらされる利益を上回る場合のみ、強制HIV検査は妥当とされること」、緊急医療であれば、「国籍・在留資格を問わない緊急医療の提供を保障すること」が基準となる。イギリスやカナダにおいては、南アジアやサハラ以南アフリカなどの出身者が組織したCBOやNGOの運営するプロジェクトに対して、政府が資金面で多くの支援を行っている。CBOやNGOは、このような資金を活用することで、自らのコミュニティに対して、HIV/AIDSや性的健康に関する意識向上のためのプロジェクトを数多く展開している。しかし、こうしたプログラムやプロジェクトでは、一部で評価等が行われているものの主に構造・過程やアウトプットについてであって、アウトカムまで評価しているものは非常に少ない。

### A. 研究目的

今日、グローバリゼーションのうねりとともに、人々の移住に対するニーズが高まるなか、人間の生存戦略の一貫として、住み慣れた土地から離れなければならない状況が広がり、多くの人間が地球上を国から国へと移動している。このような状況の中、必然として、移住に対する国際的論議の必要性は高まっている。移住や移住する者に対して適切な対応を取ることができれば、国家及び社会に対して移住は利益をもたらすものとなり、対応が不適切なものであれば、個々の移住者からの搾取や社会的な緊張や国家間の関係悪化へとつながるものとなると考えられる。

このように世界的な問題意識の拡大するなか、本研究では、日本の在日外国人 HIV/AIDS 医療やその効果的対策に資するための検討を試みた。主に、日本以外の他の先進国、本年度はイギリス、カナダを取りあげ、そこでの移住者を対象とした医療・保健政策や HIV/AIDS 対策に焦点をあて、これを通し、今日、HIV/AIDS と移住者に関する各国の課題点を探った。そして、日本の在日外国人の HIV/AIDS を取り巻く状況が現在、そして将来にわたって、直面しうる可能性のある課題を明確にし、在日外国人を対象とした HIV/AIDS 医療や対策に関わる議論を促すものとなることを考えた。

## B. 研究方法

日本国内から入手できる文献及びイギリスとカナダから日本へ取り寄せることのできる文献を中心に、イギリスやカナダにおける移住者を対象とした医療・保障制度に関する情報や、HIV/AIDS 対策に関する情報の抽出を試みた。この文献には、イギリス、カナダ政府発行の報告書や NGO や第 3 者機関の報告書や提言書などが含まれる。また、移住者の HIV/AIDS 対策に関する世界的な議論、課題、とそれらの傾向を知るために、国際機関発行の報告書やガイドライン等も参考にした。

また、イギリスに関しては、実際に移住者と HIV/AIDS に関して、アフリカ系住民コミュニティとの接点を持ち、その当事者組織や NGO の技術訓練にあたっている専門家で、自身もナイジェリア移住者二世であるイビドゥン・ファコヤ氏を招聘し、イギリスにおける移住者の保健制度へのアクセスに関する実際の状況や、当事者組織・NGO のプロジェクトの現状などについてインタビューによる調査も行った<sup>1</sup>。

なお、本報告では、移住者の HIV/AIDS 医療や対策に関する議論の導入部分となるよう議論を進めた。実際には、“移住”という術語は多様なものであり、移住者とは、様々な人口移動の形態や移動の理由、法的状態を持つ者であり、その差異は、医療・社会保障制度や HIV/AIDS 対策の中で、大きな影響を持つ。たとえば、正規 (regular) と非正規 (irregular)、または、資格保持・登録 (documented) と資格外・未登録 (undocumented) の区別は、存在が正当化される者と存在していないはずの者との差であり、HIV/AIDS 医療や対策の枠組みでは全く異なる者として認識する必要がある。移住者という言葉には、様々な種類の集団を含むものであり、多様である。本研究や本報告書に続いて、移住者に対する HIV/AIDS 対策に関する詳細かつ多様な議論が展開されていくことを望む。

## C. 研究結果

### 1. イギリスの状況

#### I. 現状

近年、イギリスは多くの庇護希望者を受け入れる国のひとつであり、また、過去、HIV 感染者の報告数が増加の一途をたどっている国のひとつである。この感染者数の増大の主な理由として、MSM (men who have sex with men: 男性と性行為をする男性) の間での感染拡大と並び、サハラ以南アフリカ地域からの HIV 感染者の移住が挙げられており<sup>2</sup>、黒人やエスニック・マイノリティに対する HIV/AIDS の問題や移住者の HIV/AIDS に対する対応への注目が増している。

イギリスは約 6 千万人の人口を持つ国である<sup>3</sup>。第 2 次大戦後の復興期より、労働力不足の解消を目的に移住者を積極的に受け入れてきた。その結果、イギリス国内には多くのマイノリティ・エスニック・グループの住民が存在する。人口構成で見た場合、2001 年の国勢調査によれば、460 万人 (7.9%) の者がマイノリティ・エスニック・グループの者となっている。人口比率で見ると、全人口に対し、白人系 92.1%、アジア系 4.0%、黒人系 2.0%、中華系 0.4%となっている<sup>4</sup>。

近年でも、イギリスは難民・庇護希望者を含め多くの移住者を受け入れている。2003 年現在、イギリスでの在留許可者は 139,675 人に及んでいる<sup>3</sup>。このうち 29,600 人 (21%) が就労に関わる在留資格 (employment-related grants of settlement) を持ち<sup>3</sup>、20,980 人 (15%) に難民認定やそれに関する特別在留等が許可 (asylum-related grants of settlement: refugees and exceptional leave)<sup>3</sup>、約 65,800 人 (47%) が家族形成・統合に関わる在留許可 (family formation and reunion)<sup>3</sup>、また約 17,000 人が長期滞在者に対する在留許可等を含むその他任意の在留許可 (other grants on a discretionary basis)<sup>3</sup> を与えら

れている。一方、1999年から2003年までの在留許可者を出身国別にみると、32%の者がアフリカ、21%がインド地域、18%が他のアジア諸国から、11%が EEA 加盟国（European Economics Area：ヨーロッパ経済地域圏）を除くヨーロッパ各国、12%がアメリカ大陸、5%がオセアニア地域の出身者である<sup>4</sup>。

このような移住者の受け入れ状況に対し、近年の新規 HIV 感染報告のうちに、サハラ以南アフリカ地域出身者が占める数が多い。2004年11月の報告では、2003年時、サハラ以南アフリカ地域出身の HIV 状況は悪化していると述べられている<sup>2</sup>。2003年、新規の異性間接触による感染者報告数 3,801 件のうち、その 4分の3である 2,727 名の者が、アフリカ地域で感染したと推定されている<sup>2</sup>。この点については、ファコヤ氏も、サハラ以南アフリカ出身者の大部分は出身地域で感染したと考えられていると述べている<sup>5</sup>。また、GUM（Genito Urinary Medicine: 生殖泌尿器科）クリニックへ検診に来る異性愛者のうち、HIV 感染が判明するサハラ以南アフリカ地域出身者は、ロンドンで 4%、ロンドン郊外で 8%まで増加したとされている<sup>2</sup>。さらに、イギリス全体として、妊娠女性の内 HIV に感染しているサハラ以南アフリカ地域出身者は 2.4%となっている<sup>2</sup>。以上のような統計から、イギリスでの移住者、特にサハラ以南アフリカ地域出身者への対応が求められていることがわかる。

一方で、移住者や HIV に感染した移住者が置かれている状況は、イギリスも他の国々と変わらないと考えられる。HIV 感染率の高い国からイギリスへ渡ってきた者の中には、日和見感染症等を重症化するまで NHS（National Health Services）にアクセスしない者がいるという<sup>6</sup>。HIV 感染が判明した者の中には、適切な初期治療等が必要な場合もあれば、ARV 治療を開始するためにフォローアップや治療が必要な者もいる。しかし、HIV 高感染率国から来た者にとっ

て、HIV が人生を崩壊させる疾病であるという認識は未だ根強く、HIV 感染が判明することを“死刑宣告”として受け取ってしまい、治療の道があることを認知していないかもしれないという<sup>6</sup>。さらに、たとえ治療の存在を知っていたとしても、自らの滞在資格の状態などにより、イギリス内ではその治療にアクセスできない場合があるという<sup>6</sup>。

## II. 移住者に対する HIV/AIDS 医療制度

移住者の HIV/AIDS をはじめとする健康に対して、重要と思われる入国審査と HIV/AIDS の問題、一般的な HIV/AIDS の保障の問題、緊急医療の問題について、以下に述べる。

### a. 入国審査と HIV/AIDS

今日、イギリスへの入国者のうち、以下の者に対して HIV 検査が課せられているが、入国時のこの HIV/AIDS 検査による入国の拒否は実施されていない<sup>6,7</sup>。

- 永住予定の者
- 6ヶ月以上の長期滞在者
- 健康問題を理由に入国する者もしくは疾患のために自立できない可能性のある者
- 入国管理局員が病気であると疑う者

ただし、いくつか例外があり、たとえば、HIV 感染者が治療を目的として短期滞在等を申請する場合、その者が入国許可を得るためには、治療が滞在期間で完結すること、また治療後退去すること、滞在期間の医療費を負担できることを証明しなければならないなどである。

しかし、今日のイギリスでは、強制 HIV 検査を基準にした入国管理を求める世論の声が現れてきている。これは、外国人・庇護希望者の増大に伴う外国人排斥的な世論の流れとも合い重なっている。

移住者は、HIV/AIDS とともに生きる人々と並び、メディアや世論の中で最もスティグマを

負わされやすいグループであり、移住者の偏見や差別は医療に限らず種々の社会的課題と常に関連付けられている<sup>6</sup>。その中、難民申請者や海外からの入国者が教育や医療、社会福祉への負担を増大しているとして、その数の減少を求める世論によるイギリス政府への圧力が成立する<sup>6</sup>。その結果、反移住者感情が統計的数値と結びつき、移住者と保健・医療・公衆衛生を取り巻く議論へと及び、結核や B 型肝炎、HIV の報告数の増加とイギリスへの移住者の増加の関連付けや、NHS への圧力の増大とイギリス国内での移住者の保健・医療へのアクセスの量との関連付けがなされることがある<sup>6</sup>。そして、その結果、これらはイギリス国内での移住者の保健・医療へのアクセスへの制限の拡大など、より厳格な方法を求める声の高まりとなり、移住者への強制 HIV 検査へと結びついている。

このような状況に対し、AIDS に関する全党派国会議員グループ (All-Party Parliamentary Group on AIDS) などは、現在の移住者と HIV に関するメディアの方向性は、スティグマや差別を単に助長するだけのものであり、非効果的かつ不適切な政策を奨励していると指摘している。また、強制 HIV 検査についても、効果的なものではなく、むしろ不適切な対応として反対の姿勢を示し、UNAIDS のガイドラインに従うよう提言を行っている<sup>6</sup>。また、外国人に対する強制検査の実施に対しては、HIV/AIDS 問題に取り組む NGO・CBO が共同で、「強制検査を行うべきでない」とする提言書を政府に提出するなど、強制検査に反対する運動も存在している<sup>8</sup>。

#### b. 一般・HIV/AIDS 医療が保障される者

イギリスの医療保障制度は、National Health Services (NHS) といい、税金を財源とした無料の医療の提供を原則としているものである<sup>7,9</sup>。その受給資格は、国籍や国民保険や税金の支払

いではないと考えられ、イギリスでの定住者 (Ordinarily resident) かどうかに基づくとされている<sup>6,9</sup>。

定住者 (Ordinarily residents) でない者は、海外訪問者 (Overseas visitors) とみなされ、NHS の無料医療への権利は制限される<sup>6</sup>。なお、NHS の公的文書には、不法移住者 (Illegal migrants) という記述はなく、非正規移住者 (Undocumented migrants) などはイギリスへの旅行者などとともに海外訪問者 (Overseas visitors) として扱われる<sup>9</sup>。この非正規移住者には、経済的移住者 (Economic migrants)、難民申請を不受理とされた庇護希望者 (Rejected asylum seekers)、超過滞在者 (People who have overstayed on work visas or visitors visa) などが含まれる<sup>9</sup>。

ただし、海外訪問者 (Overseas visitors) でも NHS の無料医療への権利が認められる場合がある。具体的には、次のような者が海外訪問者 (Overseas visitors) を含め、NHS の対象者とされている<sup>7,9,10</sup>。

- 治療時に過去 12 ヶ月間、イギリスに滞在している者
- 永住目的で入国した者
- 永住権を有する者
- 難民・難民申請者 (イギリス入国前の健康ニーズに対して治療は制限されうる)<sup>10</sup>
- ヨーロッパ経済地域権 (European Economic Area: EEA) の国民及びその家族、並びに EEA に居住する難民及び無国籍者
- イギリスと相互協定を持つ国の国民及び住民 (アンギラ、オーストラリア、パルバドス、英領ヴァージン諸島、ブルガリア、チャンネル諸島、チェコ共和国、フォークランド諸島、ジブラルタル、ハンガリー、マン島、マルタ、モントセラット、ニュージーランド、ポーランド、ルーマニア、ロシア及び旧ソビエト連邦諸国、スロバキア共



和国、セントヘレナ、タークス諸島・カイクス諸島、旧ユーゴスラビア諸国)

- 刑務所や入国管理当局に収容された者
- 上記に記した者の夫、妻、子ども（16歳または教育課程にあれば19歳までに当たる者）

以上に含まれない者は、原則的には、医療費は自己負担となり、NHSによる治療は制限される。ただし、GUMなどで実施されるHIV検査及びカウンセリングは、The National Health Regulationsにより、国籍・在留資格に関わらずすべての者に無料で提供されている<sup>7,9</sup>。

一般的には、患者はGP（General Practitioners）のNHSのリストに登録され、必要な場合に専門医へ照会されるというプロセスを通る<sup>7,9</sup>。HIV/AIDSの場合は、GPを通さずに、直接STIクリニックやGUMで検査を受診でき、陽性であれば、専門医による治療を受ける<sup>6,7</sup>。NHS対象者であれば、HIV処方薬等が無料で提供される<sup>7</sup>。しかし、資格外移住者をはじめとし、NHSに登録されていない移住者は保障の対象とはならない<sup>6,7</sup>。

誰が医療保障NHSの需給の権利（Entitlement）を有するかどうかは決められているが、実際には、NHS上で移住者が治療を受けられるかどうかは、また、どのようにNHSに患者が登録されるかは、GPの裁量に任されている<sup>6,9,10</sup>。また、GPは、患者を永続的な患者とするか、一時的な患者として受け入れるかをも判断できる<sup>9</sup>。一時的（3カ月未満）な患者は、（NHS上の）あらゆる健康スクリーニングの対象からはずされ、血圧さえ測定されず、いかなる予防接種も提供されない<sup>9</sup>。GPが患者の受け入れを拒否する場合、この患者が他のGPに行き受け入れてくれるかどうかを交渉することは自由である。実際には、エスニック・グループや庇護希望者、難民に対する医療提供を活発に行っているGPは数少ないとの指摘もある<sup>9</sup>。こ

のような状況は、GPによる緊急医療の提供にも当てはまり、その裁量に委ねられているようである<sup>6,9</sup>。

このようなイギリスの状況に対し、WHOの報告書 International Migration, Health and Human Rights (2003)<sup>11</sup>では、フランスとの制度の比較・考察を行っている。定住性を中心に置き、非正規移住者の存在を不明瞭な形で医療の提供の枠組みを作ったイギリスと、滞在資格を特定し、非正規移住者の医療へのアクセスまでを認められたフランスを比較し、互いのシステムが不十分であることを指摘している。フランスの法律が、複雑で移住者に限定的なスキームを通じて、移住者の医療へのアクセスを保障したことで非正規移住者にスティグマを与え、その一方、イギリスの法律は、移住者や非正規移住者の問題を直視しなかったことで、保健・医療へのアクセスを不確かなものとしたという<sup>11</sup>。

### c. 緊急医療

一時医療の段階での緊急医療の保障についても、このGPの裁量により左右される。緊急医療とは、“不可欠な治療であり、患者がその母国に戻るまで治療を滞らせることができないもの”と定義されるが<sup>9</sup>、この解釈は人により異なるため、最終的に個人の医療提供者の判断に委ねられるようである<sup>9</sup>。

これに対し、条例1989: Regulation 1989は、緊急時に事故・緊急部（Accident and Emergency services）での提供を受ける場合、患者は支払いの義務はなく、国籍や滞在資格を問わず、搬送時のすべての治療は無料になることを示している<sup>6</sup>。実際にも、2次医療機関などでの緊急医療の提供は保障されているようである<sup>9</sup>。しかし、多くのGPは自営医であるために、条例1989が適用されないともいう<sup>6</sup>。

なお、今日、日和見感染症やAIDS関連の疾病で重篤状態にある場合、緊急医療に送られる

ことがある。この場合、滞在資格は不明確である場合や滞在期間が 12 カ月未満である場合などは、その疾患に対する治療は受けることはできるが、その根本にある HIV への対処は認められていない。つまり、重篤な日和見感染症については緊急医療で対処できても、その原因である HIV/AIDS の治療を無料では提供できないという状況に置かれている<sup>6,12</sup>。

このような状況に対し、「患者がイギリスに滞在している間、HIV 陽性および AIDS 患者の容体の重篤な状態に対して、治療へのアクセス、特に ARV 治療へのアクセスを拒否することは、非人道的または劣悪な処遇であるとともに、患者らの重大なリスクを増すものである。」との指摘がされている<sup>6</sup>。

### \* ヨーロッパ人権規約第 3 条：European Convention on Human Rights Article 3

非人道的または品位を傷つける対応について、ヨーロッパ人権規約第 3 条は、「いかなる者も、拷問や非人道的、劣悪な処遇、罰則を被ってはならない (“No one shall be subjected to torture or to be inhuman or disregarding treatment or punishment”）」と明記している。このヨーロッパ人権規約第 3 条の施行例として、WHO 報告書<sup>11</sup>の中で、次のようなイギリスのケースが挙げられている。

HIV 陽性者の D は、イギリスからカリブ海諸島の国セント・キッツ<sup>13</sup>への送還に異議を申し立て、受け入れられた。送還は、ヨーロッパ人権規約第 3 条の違反に当たる非人道的かつ劣悪な処遇を与えることとなるということを論じたのである。ヨーロッパ人権裁判所は、D の訴えを受け入れ、セント・キッツへの送還は、適切な ARV 治療の提供が不可能な国への移動であり、生命維持に必要な治療の不意の中止をもたらすものとして、第 3 条の侵害であると述べた。こ

の件は特別な状況にあったことに留意しなければならないが、裁判所は、第 3 条に述べられている非人道的かつ劣悪な処遇からの保護は絶対的なものであり、送還可能性のある者の品行に関わらず強いられるものであると述べた<sup>14</sup>。

### III. イギリスの移住者 HIV/AIDS 対策

今日、日本において、他国の移住者の HIV/AIDS に関わるプログラムやプロジェクトを一般化して、国色をとらえ、議論していくことは、非常に困難である。それは、そのような情報に公にアクセスできないためである。たとえば、アムステルダム Vrije 大学 Ivan Wolfers 博士は、2002 年来日時、次のように述べている<sup>15</sup>。

ヨーロッパでは、移住者や *Ethnic Minority* を対象としたいいくつかの介入方法が、科学的に評価されている。しかし、実際に行われている介入に関する多くの情報は、未公刊文献、すなわちプロジェクトの解説、出版されていない報告書やニュースレター記事などからしか得ることができない。

実際に、イギリスにおいては、移住者やエスニック・マイノリティを対象とした活動に関わる NGO や CBO は、その活動資金・助成金を目的にプログラム・プロジェクトの構造的な評価はすることはあっても、その効果までの評価はあまり多くないようである。また、エスニック・コミュニティを対象とした活動に対する評価の難しさは、外部者が当該コミュニティの現実を理解しにくいことに一因があるかもしれない。

ただし、イギリスの移住者もしくはエスニック・マイノリティを対象とした予防対策に関しては、イギリスの HIV/AIDS 状況に関する年間報告書 “Focus on Prevention – HIV and other

Sexually Transmitted Infections in the United Kingdom in 2003 では、次のような見解が示されている<sup>2</sup>。

近年の HIV や STI の報告数の増加が示唆していることは、イギリスで、黒人、エスニック・マイノリティのセクシュアル・ヘルスの状況に継続的に格差が生じているということである。したがって、サーベイランス及び予防戦略に対し、その調整と拡充に必要性があることが明確だと言える。一方で、イギリスに暮らし HIV 感染者である黒人—アフリカ系成人—の数の増加は、文化的かつ人口構成上の多様性や変化をもたらしている。これは、効果的なサーベイランスだけではなく、同時に、文化的に適切であり対象に受け入れられるように予防や治療のニーズに対して、継続的に理解をより深めていく必要性があることが示唆される。

また、国際開発戦略 (IDS) に関する全党派国家議員グループからは、次のような取り組み姿勢が必要であることを提言している<sup>6</sup>。

OHIV に対する効果的な対応には、治療、ケア、予防サービスへの時宜を得たアクセスが求められる。国籍に関わらず、イギリス国内で HIV に感染している者に対して、イギリス HIV 協会 (British HIV Association) の治療ガイドラインに基づく国家基準が準じられるべきであり、運用されるべきである。

○いまだイギリスに新たに到着した個々人に対する関心は低いですが、こういった者に対し、より効果的な手段で、健康情報が提供されることを政府は保証すべきである。

- また、ニーズに応じた健康・HIV に関する情報がロンドン以外にいる者にも伝達される必要がある。

- 医療提供時家族や友人が通訳者となる可能性を回避すべきであり、特に、子どもは決して用いられるべきではない。このことを政府は保証すべきである。また、可能であれば、電話による通訳ではなく、1対1の通訳が望ましい。NASS (National Asylum Support Services : 国家庇護希望者支援サービス) のようなサービスでは、移住者が参加しているあらゆる状況において、専門の通訳者と常時に連携を図っていくべきである。
- 政府は、人々が分散されているロンドン外の地域で、包括的な言語サービスを提供すべきである。

○できる限り早く HIV 感染移住者が、就労に戻れるように支援を拡大するべきである。就労が HIV 感染した移住者の身体的かつ精神的な健康を改善することも明らかになりつつある。これには、移住者が就労場所において感染とうまくやっていけるように、派遣プロセスの見直し、IT のような技術研修の利用の拡大、自由度の高い労働時間の導入などを必然的に伴う。

○政府は、移住者と HIV、特に、ケア・サポートから完全に排除される可能性のある非正規の移住者に関し、その社会的調査及び政策研究を支援すべきである。

#### IV. イギリスにおける取り組み例

イギリスの移住者を対象とした取り組みの中で、その評価に関する情報まで得られるものを見出すことは非常に困難であった。

ただし、ヨーロッパ地域の移住者とともに活動する NGO のネットワークである European Projects AIDS and Mobility (www.aidsmobility.org) の報告書の中に、イギリス国内での移住者の HIV 対策に関わる活動として以下のようなものが挙げられている<sup>16</sup>。

また、イギリスにおけるアフリカ系住民への取り組み例については、ファコヤ氏のインタビューにおいて、詳細がある程度明らかにされた<sup>17</sup>。

**African HIV Policy Network:** HIVやセクシャルヘルスに関して活動している多くのアフリカ系コミュニティ・ベースの組織を総括しているネットワークである。多くの小組織は、イギリスにいる移住者や庇護希望者、難民にプライマリ・サービスを提供して、その一方、ネットワークは、各組織が、政府の政策立案や資金創出、コミュニティ活動に影響を持てるように、提言活動を行っている。(www.ahpn.org)

この組織には、アフリカ系コミュニティの当事者などで作られる約150のCBOが参加し、同じコミュニティの人々に、パーティー、ワークショップ、セミナーの開催などを行い、コミュニティ内のHIVに関する意識を高めている<sup>18</sup>。

**British Medical Association:** 移住者に対して治療へのアクセスなどに関する情報、社会資源、報告書などを提供している。(www.bma.org.uk)

**Joint Council for the Welfare of Immigrants:** 入管や国籍上の問題を抱える者に対して助言や情報、説明を行っている。入国管理法や難民法や政策に対する提言活動や人種差別への反対に取り組んでいる、ボランティア組織、無料の相談電話サービスやケースワーク、出版などを行っている。(www.jcwi.org.uk)

**Language Line:** 多言語の通訳提供をしている商業電話サービス。保健関係者が登録している。(www.language.co.uk)

**Medact:** 移住者、難民や庇護希望者の支援や協働するあらゆる医療従事者に対して、セミナー

等を提供している。目的は、経験・情報の共有と、経験豊富な医療関係者と新来者の協力的なネットワークをつくることである。セミナーでは、実践的なプライマリ・ケアの情報や現制度に関する情報も行っている。また、医療提供者間のネットワークも行っている。

(www.medact.org)

**Medical Foundation for the Care of Victims of Torture:** 拷問被害者や組織化暴力の被害者を対象としたサービスを提供している。これには、ケースワークや相談事業、福祉権に関する助言、身体的・肉体的ヘルスケアの提供、個別・集団セラピー、家族セラピー、子ども・青年セラピーなどが含まれる。また、法定医療へのアクセスに関する助言・相談も提供している。

(www.tourne-care.org.uk)

**Naz Project:** HIV感染者である黒人やエスニック・マイノリティ、移住者に対する支援サービスを提供している。このサービスの中には、専門情報や個別相談、アドボカシー活動、照会サービス、ドロップ・イン・スペース、支援グループ、翻訳などが含まれる。また、Naz Projectは、European Projects AIDS and Mobilityのイギリスでのフォーカルポイントでもあり、ヨーロッパ各国の組織との連帯活動も行っている。(www.naz.org.uk)

この組織は、もともと南アジア、中東、北アフリカおよびアフリカの角地域(エリトリア、ジブチ、ソマリア)などの出身者に対してHIV/AIDSと性的健康について取り組む組織であり、最近では活動を拡張して、サハラ以南アフリカ出身者やラテンアメリカ出身者の意識啓発活動も行っている<sup>19</sup>。

**Refugee Council:** イギリスにいる庇護希望者や難民を対処とした直接的・間接的なサービスの

提供。たとえば、ブリクストンや南ロンドンにおける One-step アドバイス・サービスや、デイ・サービスの提供を行っている。

(www.refugeecouncil.org.uk)

## V. HIV/AIDS に関わる啓発活動と政府資金の流れ

HIV/AIDS や性的健康に関して、多言語・多文化に対応した形で啓発を行う目的で、数多くのパンフレットやポスターなどが作成・配布されている。これらの教材作成は NGO によって行われているが、その資金は政府の助成によって担われている。サハラ以南アフリカ出身者のコミュニティに対して、こうした啓発活動の受け皿となっているのは National African HIV Prevention Programme: NAHIP 「全国アフリカ人 HIV 予防プログラム」であり、この組織は政府から運営費として 40 万ポンド（約 8000 万円）を得ている<sup>20</sup>。

これら多くの活動は、その有効性などに対する評価まではあまりなされていないことが実情のようである。前述の NAHIP や Naz Project などは、プロジェクト評価を行っている。サハラ以南アフリカ出身者のコミュニティの活動評価については、外部者がその文化やコミュニティのあり方を理解していない場合、適切に行うことができない難しさがある<sup>21</sup>。

## 2. カナダの状況

### I. 現状

カナダは、第 2 次世界大戦以来、800 万人を越える移住者を受け入れてきた。2002 年、全人口約 3 千 2 百万人に対して、移住者人口は 229,091 人に及んでいる<sup>22</sup>。カナダへの移住者は、移住の理由により、いくつかの層に分類される。たとえば、経済移住者 (Independent class)、家族移住者 (Family class)、難民、その他などである。2002 年の報告<sup>22</sup>によれば、家族移住者

28.5%、経済移住者 60.5% (53.9%が熟練労働者)、難民 11.0%、その他 0.1%を占めている。

これに対し、Kinnon<sup>23</sup>により、1996 年当時、約 500 万人、すなわちカナダ人口の 17.4%が外国生まれの者であり、カナダに暮らす 5 人に 1 人が、移住者もしくは移住者の両親を持つ者であると報告されている。

カナダは、移住者大国といえる。2002 年現在、移住者人口の出身地域の内訳をみると、上位は、アジア・太平洋地域出身者が 51.9%、アフリカ・中東地域出身者が 20.1%、ヨーロッパ・イギリス出身者が 17.0%を占める。さらに、国別では、14.5%が中国、12.6%がインド、6%がパキスタンからの移住者である<sup>22</sup>。

その移住者大国カナダでは、近年の AIDS の年間報告総数は、減少傾向にある。たとえば、1992 年から 2002 年の過去 10 年間、1,750 件から 283 件に減少している<sup>24</sup>。しかし、一部のエスニック・グループの間では、同様の減少傾向にはないことが指摘されている<sup>24</sup>。

過去、白人系の者が、AIDS 報告数の大半であったが、過去 10 年にわたり減少傾向にある。1988 年には、民族属性のわかる AIDS 報告数のうち、白人系の者が占める割合は 91.0%であったが、1999 年までに 67.7%まで減少した<sup>24</sup>。2000 年には 74.8%へ再度増大したが、2001 年には、68.4%となった<sup>24</sup>。2003 年現在では、54.3%となっている<sup>15,25</sup>。

このように白人系の者の減少に対し、白人系以外のエスニック・グループの報告の割合は増大している。特に、1994 年以降、この増大傾向は、先住民 (先住民) と黒人系の人口で顕著であった<sup>24</sup>。

2001 年時、先住民の人口がカナダ全人口に占める割合は 3.3%、黒人系の占める割合は 2.2%であった<sup>24</sup>。これに対し、同年、民族属性のわかる AIDS 報告数のうち、先住民の者が占める割合は 5.3%、黒人系の者が占める割合は 13.9%

であった<sup>24</sup>。2003年現在では、先住民が占める割合は13.4%であり、黒人系の者が占める割合は21.5%と増大している<sup>25</sup>。つまり、AIDS報告数の中で、先住民の者と黒人の者が占める割合が、その人口と比較して過剰となっているのである。

このようなエスニック・グループの状況がある中で、移住者とエスニック・グループを同一視せずに、移動する者、国籍の違う者、滞在資格の違う者として移住者を考察しうるような統計情報は多くない。たとえば、2003年度のHealth Canadaなどの統計では、エスニック・グループという視点からの議論はあるものの、日本のエイズ・サーベイランスのように、移住者として外国籍の者とカナダ国籍の者とを区別した統計情報は見られない<sup>24,25</sup>。

唯一みられるものは、HIVがEndemicである地域（風土病のような存在である地域）の出身者に対する議論である<sup>25</sup>。HIVがEndemicである国の出身者は、2002年のカナダの総人口に占める割合が小さいにもかかわらず、新規の感染報告数に占める割合は対象により6-12%に上った<sup>26</sup>。先住民も6-12%であり、同様に高い<sup>26</sup>。

また、異性間接触による感染報告の中で、HIVがEndemicである国の出身者が占める割合は、1998年では約10%であったのに対し、2003年には、25%以上となっている<sup>25</sup>。なお、総感染報告の中で、異性間接触による感染の割合も増加傾向であり、1995年に7.5%であったのに対し、2003年には36.9%へと割合を増やしている<sup>25</sup>。

このような状況の中で、2002年1月に強制HIV検査によるスクリーニングが入国時の健康診断に加えられた。ただし、HIVはEndemicである国の出身者からの報告数の増加が、強制HIV検査の導入の理由になっているとの文献は得ていない。2003年、HIV感染者報告数は、2,482例であったが、その過去2年間の報告数は

増加傾向にある<sup>25</sup>。これは、2002年1月の入国管理への強制HIV/AIDS検査の導入の影響として考察されている<sup>25</sup>。

## II. 移住者に対する HIV/AIDS 医療制度

### a. 入国審査と HIV/AIDS

カナダでは、入国時の健康診断が行われ、健康状態によっては、入国が拒否される。入国管理・難民保護法（Immigration and Refugee Protection Act）の38項（1）において、①公衆衛生及び安全への脅威になると考えられる場合、③カナダでの社会保障サービスへの過度の負担となる場合、医療・健康状態を理由に入国を拒否することができる<sup>27</sup>。

その健康診断の中に、HIV/AIDSの検査が、2002年1月以降含まれるようになった。1991年以来、カナダは、HIV/AIDSを公衆衛生や安全への脅威とは認識してこなかったとされる<sup>27</sup>。したがって、強制HIV検査の導入の目的は上記の2番目の理由によるものであり、HIV/AIDSとともに生きる移住者に対する医療や社会支援が、カナダの社会サービスに過度の負担になるかどうかという視点に基づくものである<sup>27</sup>。

なお、この強制検査の導入前からすでに、HIVの感染により入国が制限されることはあった<sup>28</sup>。たとえば、入国管理当局に、滞在申請者がHIV感染者であることが伝わってしまった場合、“医学的に否認（Medically inadmissible）”として、同様に社会サービスへの負担を理由に、永住資格を受理してこなかった。

2002年1月に導入された入国時のHIV/AIDS検査を含む健康診断は、基本的には、6ヶ月以内の一時滞在者であれば、重篤な病気でない限り、健康診断を強制はされない。対象となるのは、カナダへの永住を望むすべての外国籍の者、また、ある種類の一時滞在に対する申請者である<sup>27</sup>。

大きく分けると、入国時の検診が課せられる一時滞在者について、次のような者が挙げられる<sup>27</sup>。

- 6ヶ月継続的にカナダに滞在することを希望し、なおかつ申請直前に指定国に6ヶ月以上居住していた者。(指定国とは、たとえば、サハラ以南アフリカ・アジアの一部・ラテンアメリカのようなカナダより伝染病の頻度が高い国など)
- 居住国や滞在期間にかかわらず、公衆衛生の保護が重要と考えられる職業に従事するためにカナダに入国を希望する者

この HIV 検査には、HIV 陽性と検査されたことがあるかどうかという質問が含まれ、また、15歳以上の者には、HIV 抗体検査も実施される<sup>27</sup>。抗体検査は、15歳未満の者にはほとんど行われませんが、輸血・血液製剤を受けたことがある者、HIV 陽性の親を持つ者、養子となる可能性のある者には、実施されている<sup>27</sup>。

入国時の強制 HIV 検査の結果により、HIV 陽性と判断された者に対しては、一般に、カナダの保健・医療保障サービスにおいて、過度の負担を作り出すものとして、入国が拒否される。ただし、次のようなものは、例外とされる。

- 難民（申請がカナダの内外に関わらず）
- ある者に支援を受けている家族永住申請者（特に、配偶者、内縁・同棲パートナー【Common law partner】、親の保護下にある子ども）

家族永住申請者が受ける支援は、カナダ人市民による支援であっても、一定期間その申請者に対する財政的責務を負うことに同意した最低18歳の永住資格者による支援であってもかまわない<sup>27</sup>。

また、一方で、HIV/AIDS とともに生きる短期滞在申請者が発症していない場合は、保健・医療・社会保障サービスに需要を持たないとされ、カナダへの入国は認められる<sup>27</sup>。ただし、

一般的に、これら訪問者は、州などによる保険の受給はできない<sup>27</sup>。

その他の外国人に対しては、ケースバイケースであり、カナダの保健・医療・社会保障サービスに過度の負担を課す者かどうか判断される。この過度の負担とは、5年以上連続して保健・医療・社会保障サービス費用頭あたり、カナダ人の平均を上回る需要のことをさす<sup>7,27</sup>。

一方で、「カナダ社会への個々人の貢献」は、社会的であろうと経済的であろうとも、考慮されない<sup>27</sup>。カナダの保健・医療・社会保障サービスに対して、どの程度の負担を与えるかが、唯一の前提となっているようである。

#### b. 一般・HIV/AIDS 医療が保障される者

カナダの保健・医療サービスは、各州によりそれぞれ健康保険制度を連邦規則原則に適合する形で運営され、連邦政府から財政的支援を受けているメディケア (Medicare) である<sup>7</sup>。ここでは、すでに日本語文献でも先行研究、紹介されているオンタリオ州の保険制度である OHIP (Ontario Health Insurance Plan) の医療保障へアクセスできる者について、簡単に列挙する。

医療保障を受ける者の資格として、まず、前提となることは、3ヶ月間滞在していることにある。3ヶ月滞在しないと移住者資格が与えられず、メディケアの対象とはならない。

ただし、たとえ、OHIP を獲得したとしても、入管によって健康情報にアクセスされることや HIV 陽性であることによる滞在拒否の恐れなどにより、医療にアクセスできないという指摘もある<sup>29</sup>。コミュニティセンターによっては詳しい素性を聞かずに医療提供するところもあり、そのようなところに辿り着けば医療を受けられるが、制度化されたものではないともいう<sup>30</sup>。

具体的に、OHIP の需給対象者となるための3つの条件が挙げられている<sup>7</sup>。

- オンタリオ州に住居を持つ者

- 1年のうち 153 日以上、オンタリオ州に居住している者
- 下記のひとつの条件がある者
  - カナダの国籍・永住権
  - 難民
  - 移住申請後、健康診断を受け入国管理局の医療条件を満たしている者
  - 労働許可保持者

これに対し、カナダで資格外移住者の HIV 感染者は、保健・医療やサポートへの資格を持たない。移住者や難民申請者、就労許可、訪問者としてカナダの生活を開始した者の中にさえも、滞在資格を持たない状態に行き着く者もいるという<sup>29</sup>。ただし、そうであっても、多くの感染者にとっては、カナダで不法に生活することが、よりよい選択肢であることもあるとの指摘がある<sup>29</sup>。さもなければ、母国へ帰国することで、迫害や死に直面することになるためでもあるという<sup>29</sup>。

HIV 感染症の治療は、一次医療機関であり一般診療所や専門診療所、病院の HIV 科で提供されている<sup>7</sup>。ただし、OHIP の対象となっていない非正規移住者は、自己負担を負わなければならない。

2001 年時の報告によれば、そのような移住者感染者は、金銭的余裕のあるときは一次医療機関にアクセスし、無くなればストップすることになるという<sup>29</sup>。また、多くの保険未加入の感染者は、CHC (Community Health Center : コミュニティの診療所) の一次医療にアクセスするといわれ、これに対して、CHC の診療所は、他のサービスへの需要やそのような大多数の保険未加入感染者の存在により、財政が大きく逼迫していると指摘している<sup>29</sup>。その結果、多くの CHC は、新規の感染者を受け入れることが難しくなっているという<sup>29</sup>。

### c. 緊急医療

カナダでは、緊急医療とは、生命もしくは健康状態が危うい状態である事故の被害者、重篤な疾患もしくは傷害を負った者に対する迅速な短期的援助を提供するプログラムである、と定義されている<sup>7</sup>。この緊急医療は、在留資格に関係なくすべての人に提供されるべきものであるが、カナダでは、非正規移住者などの医療保障の対象者でない者に対する緊急医療は、法的に保障されていない<sup>7</sup>。緊急医療の提供は、病院や医師の倫理感に基づくもので費用はそれぞれの予算でやりくりされるものとなっているという<sup>30</sup>。

2001 年当時の報告でも、たとえば、重篤状態にもかかわらず、病院の緊急医療部から入院を拒否されたケースがあることが述べられている<sup>29</sup>。保険未加入の者を受け入れる場合であっても、病院費用を減らすために、できる限り短期の入院期間に抑えようとするところがあることも報告されている<sup>29</sup>。

### III. カナダの移住者 HIV/AIDS 対策

イギリス同様に、カナダで行われている個別 HIV/AIDS 対策を検討していくことは、困難である。特に、移住者をエスニック・マイノリティやコミュニティと同一視するのではなく、移住する者、移動する者としての視点から、HIV/AIDS に対する取り組みをその効果に関する評価まで含めて検討することは、さらに難しい。ただし、カナダというコンテキストから得られた提言を含むいくつかの方向書は存在する。

まず、HIV/AIDS Action Plan for All Canada 2004-2008<sup>26</sup> の中では、ゲイ男性、薬物静注使用者、先住民、刑務所服役者、リスクに置かれる女性と並び、HIV が Endemic である国の出身者を HIV に対して脆弱なグループであると位置づけている<sup>26</sup>。



先住民や HIV が Endemic である国の出身者は、スティグマや人種差別により、リーダーシップや社会サポートを提供するスキルや能力、サービスの計画や実施に参加する力を持たないという<sup>26</sup>。さらに、文化的かつ言語的な問題により、先住民や HIV が Endemic である国の出身者のようなグループの中には、サービスへアクセスできないものもあるという<sup>26</sup>。これら問題の根底には、多くの者が、差別や人種排斥と HIV のような疾病の関連を理解できていないこともあるという<sup>26</sup>。

HIV/AIDS Action Plan for All Canada 2004 – 2008<sup>26</sup> の中では、HIV が Endemic である国の出身者に限定せず、これら種々の脆弱なグループに対する対応として、種々の総合的な提言を行っている。たとえば、HIV に脆弱なグループに対して文化的に適切、包括的、総合的な予防、サポート、ケア、検査、治療サービスへのアクセスを作り出すことや脆弱なコミュニティと協働することを挙げている<sup>26</sup>。

他にも、公衆の認知の向上と支援、貧困などの問題を明確にするために他のセクターとの協力、リスクに面しているグループの声を活用していくことや、リスクの中に置かれるコミュニティを、ピア組織やネットワーク、予防やサポートプログラムやサービスの中に積極的に参画させていくことなどを述べている<sup>26</sup>。そして、これらを通して得られる、HIV のリスクに直面しているすべての者に対する協力的な環境を創出していくという<sup>26</sup>。

また、HIV の影響を最も受けやすい様々なコミュニティ複雑な健康や社会的ニーズに、プログラムが合致することや、脆弱なグループが直面するリスクを明確にし、包括的な予防戦略の構築のために、そのコミュニティと協働していくことも挙げている。

また、エスニック・グループにより限定した提言は Interagency Coalition on AIDS and

Development のカナダのアフリカン・カリビアンコミュニティの HIV/AIDS に関する報告の中にみられる。たとえば、次のようなものが、予防に関する良き実践例 (Best Practice) として挙げられている<sup>31</sup>。

○予防: 多くの人種文化的 (Ethno-cultural) コミュニティでの AIDS サービス組織は、臨機応変に対応しやすい戦略を用いている。この戦略の根本は、文化的に適切で、話し言葉・表現・シンボルを用いたメッセージを創り出している。

#### IV. カナダにおける取り組み例

カナダにおいては、移住者の HIV/AIDS の問題に対し活動を行っている組織・団体は、数多い。これに対し、Committee for Accessible AIDS Treatment は、HIV/AIDS に感染した新来外国人のためのサービス資源情報の抄録を作成している<sup>32</sup>。この抄録の中には、保健・医療サービス、法律サービス、社会サービスの3つに分類して、種々の活動を紹介している。他にも、Canadian AIDS Society からも同様の抄録がある<sup>33</sup>。また、Interagency Coalition on AIDS and Development の報告の中<sup>31</sup>に活動組織が挙げられており、その中に含まれている団体組織を中心に、いくつかを紹介する。

**Africans in Partnership against AIDS (APAA) :** コミュニティ・ベースの組織であり、アフリカ系感染者の支援を行っている。教育活動やエンパワーメント、HIV 感染者に対する文化的に適切な支援、特に、女性やその家族を対象に活動している。

**Alliance for South Asian AIDS Prevention (ASAAP) :** HIV/AIDS とともに生きる南アジア人に対して、ワークショップの開催や HIV/AIDS 図書館の開設などを通じた健康増進

活動、生活相談・支援、教育、アドボカシー活動を行っている。(www.apaa.ca)

**Asian Community AIDS Services (ACAS)** : 東アジアや東南アジア系のコミュニティを対象に HIV/AIDS 教育活動や予防、支援サービスなどを提供している。具体的な活動は4つにわかれ、アジア系ユースへの HIV/AIDS 啓発等のアウトリーチ、英語、中国語、タガログ語、ベトナム語などを用いた、HIV/AIDS とともに生きるアジア人、そのパートナーや家族への支援・カウンセリング・ケースワークなどのサービス、アジア系ゲイ男性を対象としたアウトリーチ、アジア系女性を対象とした活動が行われている。(www.acas.org)

**Black Coalition for AIDS Prevention (Black CAP)** : コミュニティ・ベースの組織であり、アフリカ系住民に対して活動を行っている。HIV/AIDS 教育活動や黒人男性へアウトリーチやコンドームの配布、情報の流布を目的としたコミュニティ・ラジオのプログラム、また、HIV/AIDS とともに生きる者に対するカウンセリングやアドボカシー、財政支援なども行っている。(www.black-cap.com)

**Canadian Legal AIDS Network** : カナダ国内や国際的に、HIV/AIDS とともに生きる者や HIV/AIDS に対し脆弱な者の人権を促進することを目的に、研究調査、法・政策の分析、教育活動、アドボカシー活動、コミュニティの変革などに取り組んでいる。(www.aidslaw.ca)

**Committee for Accessible AIDS Treatment (CAAT)** : 移住者や難民、非正規滞在者でもある HIV/AIDS とともに生きる者に対して、法的サービスや医療へのアクセスの改善に向けた取り組みを行っている。ワークショップやトレ

ーニングの開催、アドボカシー活動や調査・政策提言活動なども行っている。

(www.regentpartchc.org/CAAT.htm)

## D. 考察

### I. 入国検査と HIV/AIDS

入国時の検査の有無やそれに関する議論が存在するように、イギリスやカナダにおいても、移住者の健康や HIV/AIDS の感染状態が、単なる医療や保健、人間の安全保障の問題だけではなく、常に入国管理の問題と隣り合わせであると言えよう。日本においても、在日外国人の健康が、社会保障と入国管理政策の間を存在していることは指摘されている<sup>34</sup>。したがって、移住者の HIV/AIDS や健康を考察する場合、入国管理の手段として、HIV/AIDS や健康が用いられることの妥当性が、まず議論していくべき課題であると考えられる。

イギリスでは、外国人排斥的な世論の高まりの中で、HIV/AIDS が公衆衛生に対する脅威をもたらすものと誤認識されることにより、強制 HIV/AIDS 検査の導入圧力が生じている。カナダでは、公衆衛生への脅威と意識されずとも、医療・社会サービスへの過度の負担の抑止策として強制検査を導入している。

これに対し、イギリス国内では全党派議員グループが、カナダ国内では Canadian HIV/AIDS Legal Network が、強制 HIV 検査の導入に対して、反対の姿勢を示している。特に、Canadian HIV/AIDS Legal Network は、2006年にトロントで開催予定の第16回国際エイズ会議に向けて、HIV/AIDS による入国管理に関する声明を出すなど、反対姿勢を強めている<sup>35</sup>。

WHO、UNAIDS や IOM (International Organization for Migration) などの国連関係組織も、受け入れ国の保健医療への脅威になるとの誤認から作り出される HIV/AIDS を理由とした入国管理に確固なる反対の姿勢を示してきた<sup>36</sup>。

37。まず、HIV/AIDS と人の移動との関連から、公衆衛生に対する脅威ととらえ、強制 HIV/AIDS 検査を導入することが誤った認識であることが指摘されている<sup>36,37</sup>。さらに、HIV/AIDS による入国管理は、HIV/AIDS による医療・社会サービスへの過剰な負担だけを考慮するのではなく、社会サービスに対する負担が、移住者を通して得られる恩恵、つまり彼らの特別なスキル、能力、労働力への貢献、税負担、文化的多様性への貢献、収入や雇用の創出の可能性などを上回るとされた場合のみ、認められるとしている<sup>36,37</sup>。つまり、カナダの強制 HIV 検査のように、移住者の社会的な貢献を無視するべきではないということが主張されている。

したがって、イギリス世論の一部が受け入れ社会に対する危機管理として、求めている強制 HIV 検査はもちろんのこと、現在カナダで実施されている強制 HIV 検査のあり方も、国際的基準を満たすものではなく、議論の余地が大きく残るといえる。

したがって、今後、日本においても、外国人排斥を肯定するような世論がある中で、入国管理と HIV/AIDS の議論への注目が高まるかもしれないが、その際、強制 HIV 検査について、科学的根拠や強制 HIV 検査の効果・逆効果、在日外国人の日本社会への貢献を無視し、他国の導入実施実績のみから、検討することがないよう注意が必要だと考えられる。

## II. 一般・HIV 医療保障・緊急医療保障

イギリス、カナダともに、滞在資格の形態により、移住者は、医療へのアクセスに制限を受ける。国家が、国籍や滞在資格を問わず、あらゆる者の健康に対する権利を保障する責務を果たす状況にはいたっていない。それは一般医療だけではなく、緊急医療に関しても同様である。イギリス、カナダともに、特に、非正規移住者の緊急医療へのアクセスは、完全に満たされて

いるものではなく、医療従事者の判断に任されている状況が存在する。したがって、そこからは、日本国内の在日外国人と同様に緊急医療の保障の問題が未解決であることが示された。

しかし、この緊急医療の不提供が、非人道的な処置であることも、強く指摘されており、ヨーロッパ人権規約のように、非人道的な処置に対する大きな懸念やその禁止を促すような地域的な基準・標準も作り出されている。また、緊急医療の保障への姿勢がまったく存在していないわけではない。たとえば、イギリスでは、第一次医療の段階にある個人 GP が、患者を NHS 対象者とするかどうかの裁量が持たされているものの、第二次医療での緊急・医療部での、国籍・在留資格を問わない無料医療の提供が、条例 1989 などに明言されている。

緊急医療の保障に関しては、近年発行されたすべての移住労働者及びその家族の権利保護に関する条約（移住労働者権利条約）が大きな提案を行っている。移住労働者権利条約では、移住労働者の人権の保護を規定し、特に国籍や在留資格を問わず、あらゆる移住者に対する緊急医療の提供を保障することを国家の義務とし、正規の移住者に対し受け入れ国国民との差別のない治療と医療へのアクセスを保障する国家の義務を定めている<sup>38</sup>。イギリス、カナダ、日本のどれも移住労働者権利条約に批准はしていないが、国際条約はひとつの国際基準とも考えられる。

したがって、日本においても、まず緊急医療が保障されない状況が、妥当な状態とはせずに、緊急医療の提供を保障するという国家の責務をまず明確に課し、その責務の実現に対し、どのような可能性が存在し、実現に向けどのような枠組みが必要であるかを検討していく必要がある。

### III. 移住者に対する HIV/AIDS 対策

移住者に対する HIV/AIDS 対策をはじめとする保健・医療は、常に入国管理政策や労働政策と密接に関係しており、または、これらが常に優先される状況の中にあり、純粋な社会保障や人間の安全保障の視点から考察されることは少ない。そして、移住者が置かれる状況も複雑である。さらに、移住者は、特に非正規の移住者は、社会的に疎外される立場に置かれ、存在していないものとされることや人間的な側面を無視されやすい存在であり、HIV 感染への脆弱性もきわめて高い。

イギリスやカナダにおいては、政府が、南アジアやサハラ以南アフリカなどの出身者が組織した CBO や NGO の運営するプロジェクトに対して、資金面で多くの支援を行っている。CBO や NGO は、このような資金を活用することで、自らのコミュニティに対して、HIV/AIDS や性的健康に関する意識向上のためのプロジェクトを数多く展開している。また、これはイギリスやカナダと日本の大きな違いである。

ただし、イギリスやカナダの移住者を対象とする HIV/AIDS 対策・プログラムやプロジェクトでは、一部で評価等が行われているものの主に構造・過程やアウトプットについてであって、アウトカムまで評価しているものは非常に少ない。なおかつ日本国内から公的にアクセスできるものは極めて限られていた。こうしたことは、イギリスやカナダに限るものでもないかもしれない。

さらに、プロジェクトを基調とした取り組み自体が、成立しにくい可能性もある。なぜなら、移住者は、他の脆弱なコミュニティであるセックスワーカーや薬物使用者、あるいは男性とセックスをする男性 (MSM) 以上の多様性を内包し、また、これらのコミュニティのような一定のアクセス地点 (売春や薬物売買をする人たちが集合する場所や MSM が集まる場所) というも

のが特に存在しないからである。しかも、これらのコミュニティでは、その構成員にとっても HIV 感染リスクというのは理解しやすく、また、アクセス地点を通して、プロジェクトの事前事後の評価も比較的しやすいが、移住者コミュニティとはこのような条件を欠きがちであると言える。

イギリスやカナダで行われている取り組みを見た場合、移住者を移動する者、移動してきた者への対策という視点のほか、エスニック・マイノリティやエスカルチュラル・グループ (ethno-cultural group) やコミュニティに対する対策、すなわちマジョリティの者と文化的に異なる者への多様なアプローチとの視点が存在し、細分化している。したがって、他国の成功例を単純に、日本の状況に当てはめていくことは、容易ではないかもしれない。

ただし、その一方で、イギリス、カナダにおいて、移住者の HIV/AIDS に関する取り組みを行っている者を中心に提示されてきている HIV/AIDS 対策への提言や今後の戦略の中から、これを集約し、日本の在日外国人対策へ検討できる者があるとすれば、次の 4 つにまとめられるだろう。それは、

①まず、移住者の置かれている状況を明確にすることの必要性であり、サーベイランスを含め、移住者の抱える多様かつ複雑なニーズを抽出することが求められることである。ただし、差別やスティグマが増大するようないかなる事態も生じないようにする配慮が不可欠であり、そのためには当事者コミュニティや支援者が計画、実施、情報の普及といった各段階で密接に関わるようにする必要があるだろう。

②ついで、文化的かつ言語学的に適切かつ移住者に受け入れられる取り組みの必要性である。そこに、HIV 予防やケア・サポート、治療に対する情報に関し、受け入れやすい伝達方法の検討も含まれる。効果的手段の開発には、当事者の