

ドイツにおける HIV 感染の感染経路で最も多いのは同性間性交渉によるものあり、1996年から2001年にかけて一時減少傾向にあったが2001年を境に増加傾向が観られるようになり、2004年のHIV感染者報告数2058人のうちの約50%が同性間性交渉によるものである。次に多い感染経路は異性間性

行為であり、3番目に多い感染経路は薬物注射針共有であるが1996年以降多少の増加減少を繰り返しながら2001年以降はほぼ横ばい状態である。ドイツにおける感染経路別HIV感染者報告数の年次推移を男女別に示したものが、表8、9、図17、18である。

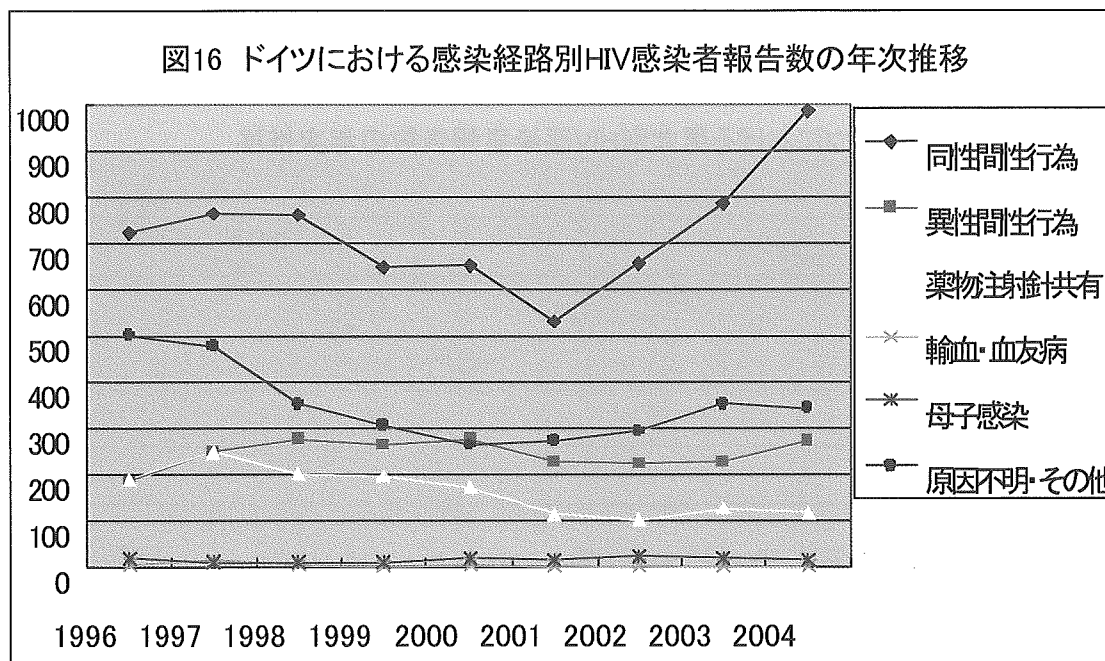


表8 ドイツの男性における感染経路別 HIV 感染者報告数の年次推移

HIV感染経路	1996年	1997年	1998年	1999年	2000年	2001年	2002年	2003年	2004年
同性間性交渉	722	762	760	647	648	530	654	785	982
異性間性交渉	106	123	135	132	132	129	124	126	164
薬物注射針共有	122	173	139	136	127	78	73	88	81
母子感染	8	6	5	4	6	9	8	9	7
輸血・血友病	5	3	1	0	2	2	1	0	0
HIV 高感染率国からの移住者	102	158	146	135	120	111	128	121	113
原因不明・その他	344	358	259	224	189	207	221	287	248
合計	1409	1583	1445	1278	1224	1066	1209	1416	1595

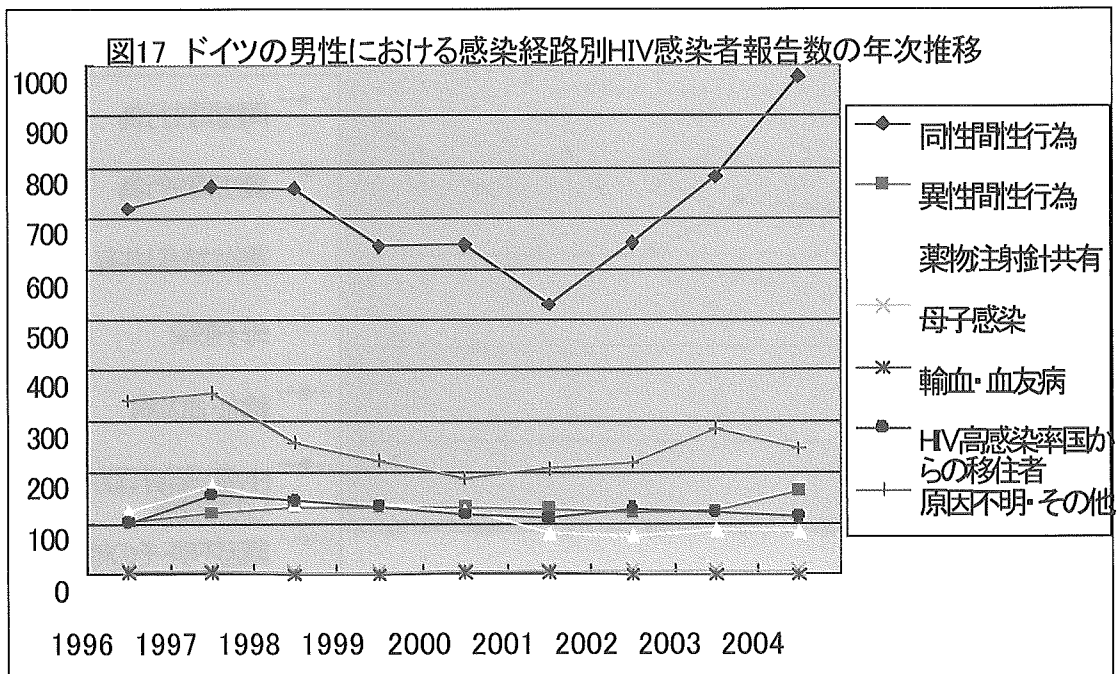
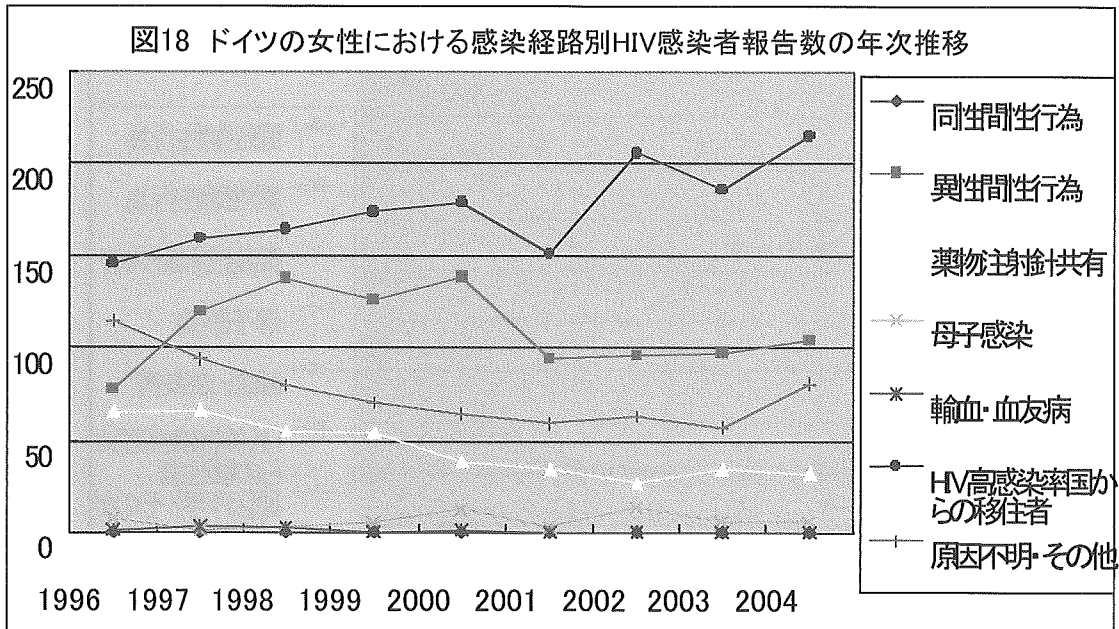


表9 ドイツの女性における感染経路別 HIV 感染者報告数の年次推移

HIV感染経路	1996年	1997年	1998年	1999年	2000年	2001年	2002年	2003年	2004年
同性間性行為	0	0	0	0	0	0	0	0	0
異性間性行為	77	120	137	126	138	94	96	97	104
薬物注射針共有	65	66	55	54	38	34	27	34	32
母子感染	7	1	2	5	12	3	13	6	6
輸血・血友病	1	3	2	0	1	0	0	0	0
HIV 高感染率国からの移住者	146	159	164	174	179	151	206	186	215
原因不明・その他	115	94	80	70	64	59	63	57	81
合計	411	443	440	429	432	341	405	380	438



ドイツの女性における HIV 感染者報告数の感染経路でもっとも多いのが HIV 高感染率国からの移住者であり、1996 年から徐々に増加してきており、2004 年の報告数は 200 人を越えている。

続いて多い感染経路は異性間性行为によるものである。しかし 2000 年の 138 人をピークに 2001 年以降は 100 人前後まで減少しており、ほぼ横ばい状態が 2004 年までは続いている。

薬物注射針共有を感染経路とする HIV 感染者報告は、1996 年以降減少傾向にあり 2004 年では 1996 年の報告数の半分の 32 人に下がってきている。

ドイツにおける HIV 感染者の年齢層別報告の推移を 15 歳未満、15 歳から 19 歳、20 歳から 24 歳、25 歳から 29 歳、30 歳から 39 歳、40 歳から 49 歳、50 歳から 59 歳、60 歳から 69 歳、70 歳以上、年齢特定不明の 10 分類年齢別に分類して観たものが図 19 である。

ドイツにおける年齢別 HIV 感染者報告数の年次推移では 1993 年以降大きな年齢層で

の変動はなく HIV 感染者の若年化ならびに高齢化の傾向はない。

HIV 感染者報告数最多年齢層は 30 歳から 39 歳である。続いて 25 歳から 29 歳の年齢層、40 歳から 49 歳の年齢層での HIV 感染者報告数が多い。

また 25 歳から 29 歳の年齢層の HIV 感染者報告数がやや減少傾向にあり、2003 年以降 40 歳から 49 歳の年齢層よりも下回っている。

ドイツにおける年齢別 HIV 感染者報告の 1993 年から 2004 年までの累積数を観ると報告数の最多年齢層は 30 歳から 39 歳で、全体の 39% を占めている。25 歳から 29 歳の年齢層が全体の 19%、40 歳から 49 歳の年齢層が 15% を占めており、ドイツにおける HIV 感染者の 7 割以上が 25 歳から 49 歳の間に報告されている(図 20)。

続いて年齢別 HIV 感染者報告数を男女別に分類すると、男性の累積報告では 30 歳から 34 歳の年齢層が最多で、25 歳から 29 歳の年齢層、35 歳から 39 歳の年齢層が続く(図 21、22)。1993 年から 2004 年までのドイツの女性における年齢別 HIV 感染者累積報告

では 25 歳から 29 歳の年齢層が最多で、続いて、30 歳から 34 歳の年齢層、20 歳から 24 歳の年齢層となる。

図19 ドイツにおける年齢別HIV感染者報告数の年次推移

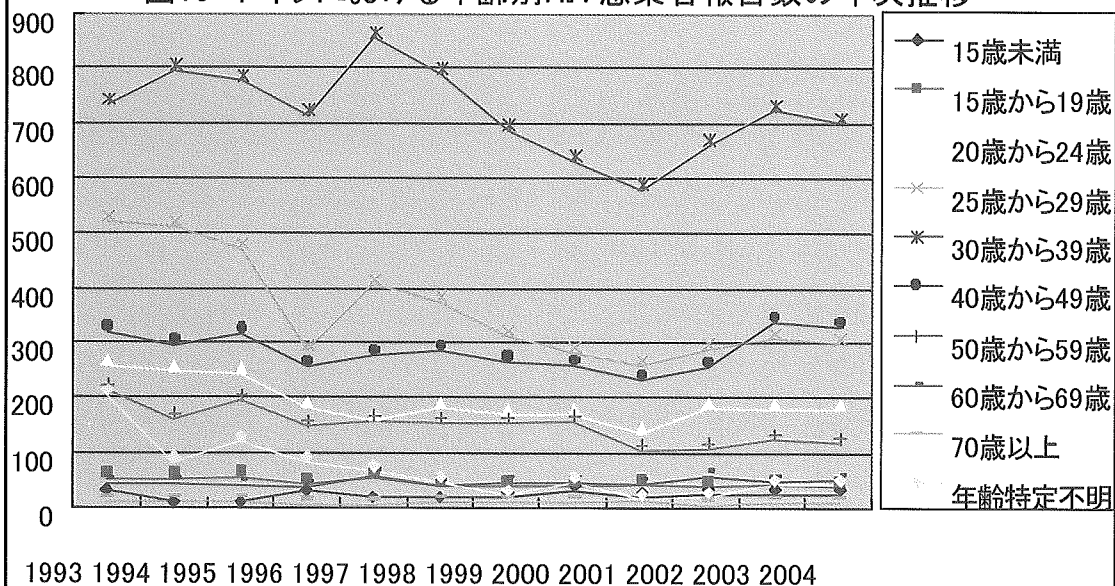


図20 ドイツにおける年齢別HIV感染者報告数  
1993年から2004年までの累積の割合

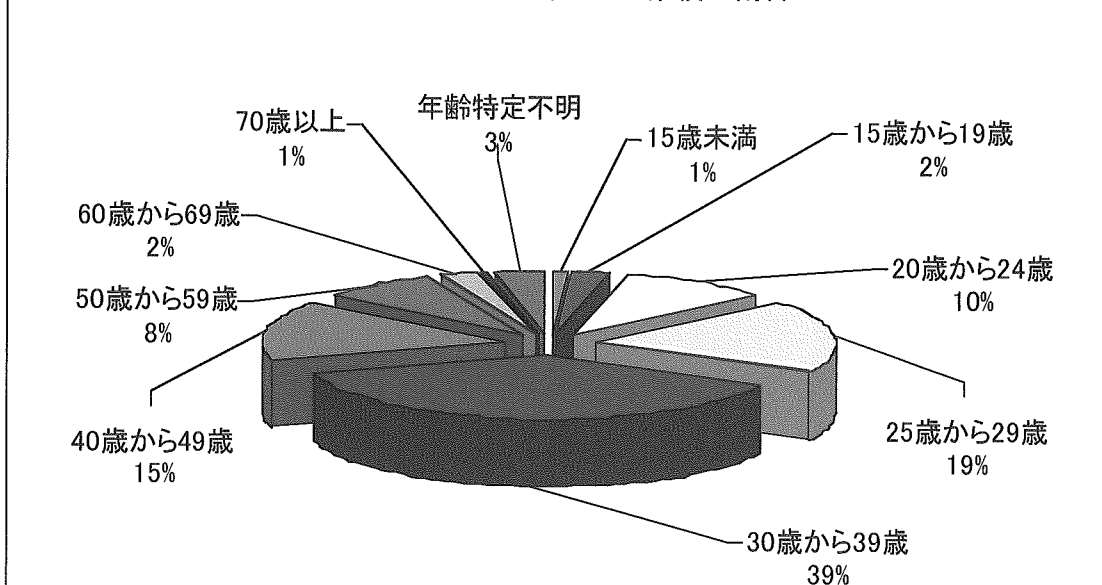


図21 ドイツの男性における年齢別HIV感染者報告数  
1993年から2004年までの累積

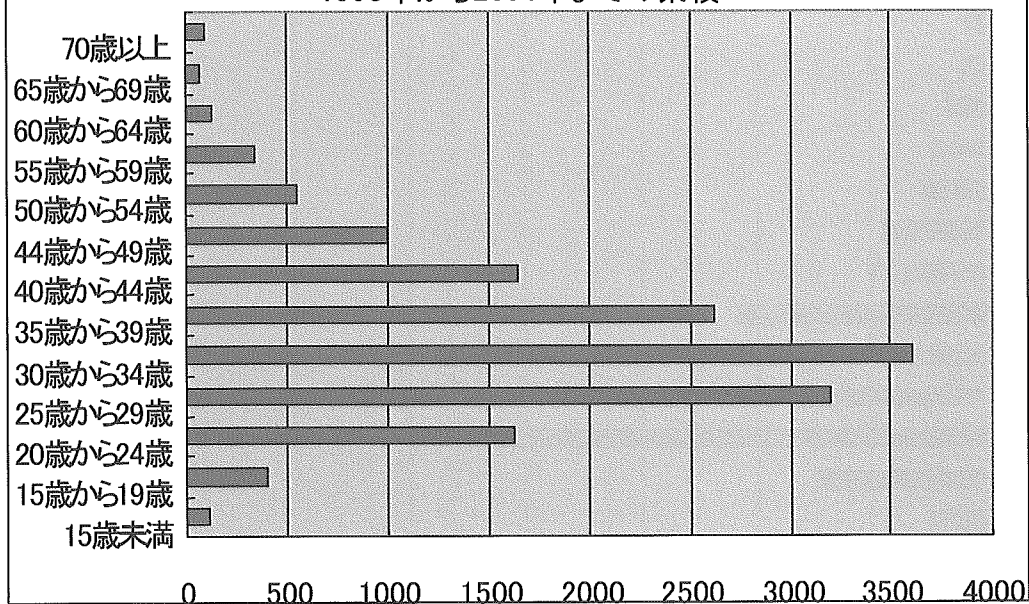


図22 ドイツの男性における年齢別HIV感染者報告数  
1993年から2004年までの累積の割合

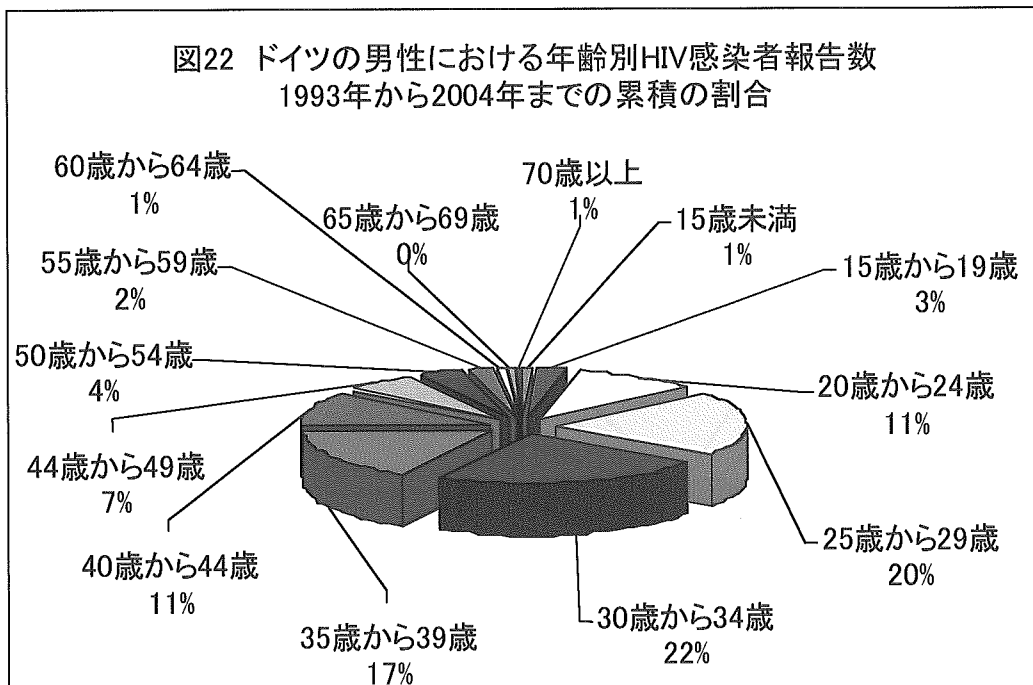


図23 ドイツの女性における年齢別HIV感染者報告数  
1993年から2004年までの累積

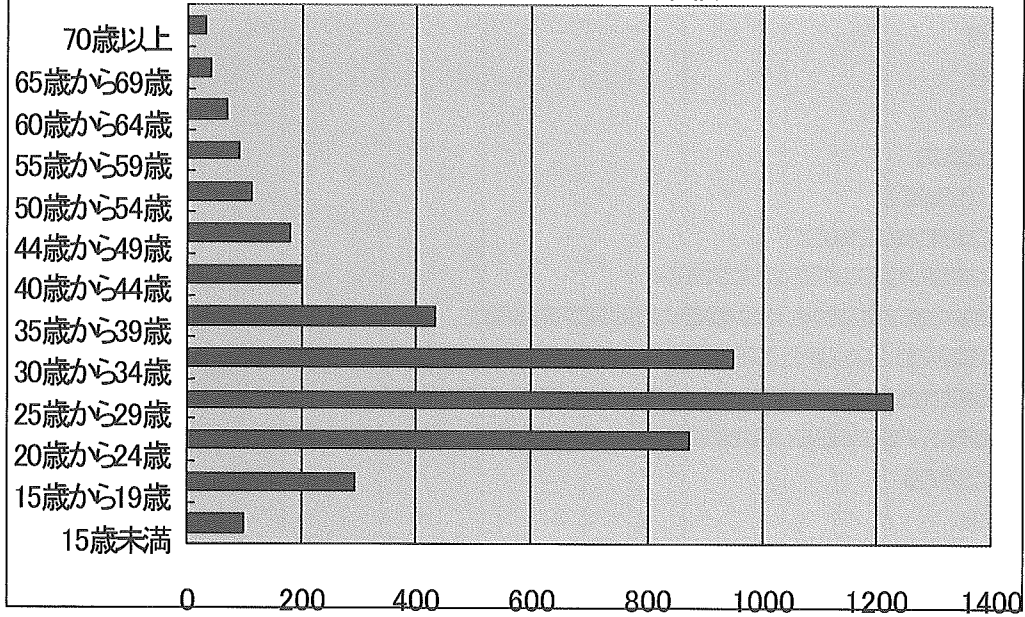
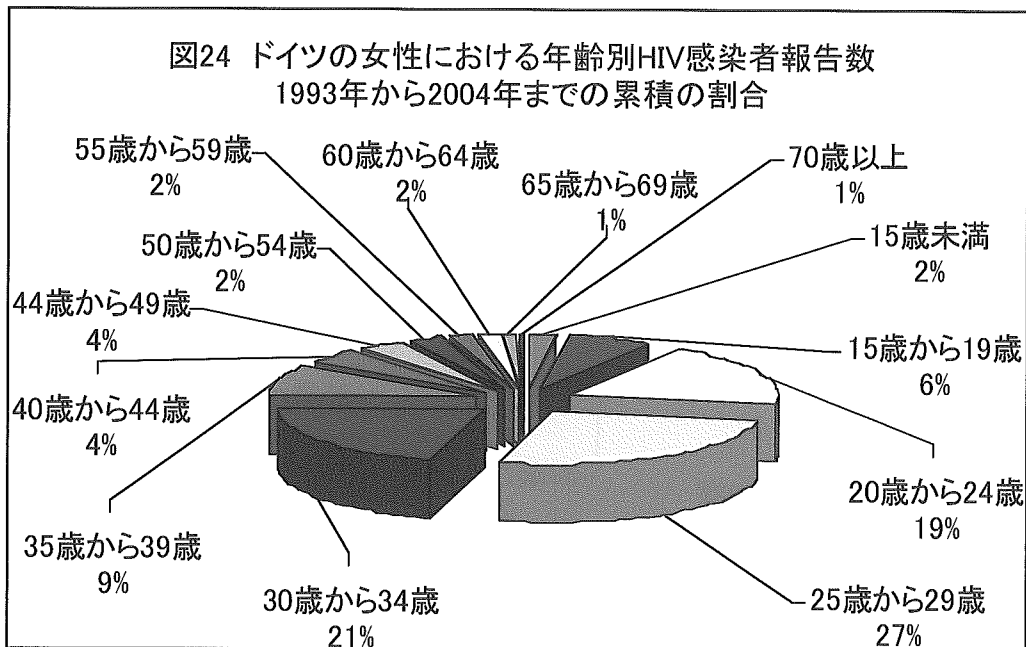


図24 ドイツの女性における年齢別HIV感染者報告数  
1993年から2004年までの累積の割合



ドイツにおける年齢別 HIV 感染者報告数の特徴として、男性よりも女性のほうが若年層での HIV 感染者報告数が多く、男性よりも狭い年齢層に集中している。

次にドイツにおける HIV 感染者報告数を感染地域別に分類した。感染地域の分類はドイツ国内、西ヨーロッパ、中央ヨーロッパ、バルト諸国、サハラ砂漠以南のアフリカ諸国、東南アジア諸国、北・中央・南アメリカ諸国・北アフリカ・その他、不明の 8 地域である。これら 8 地域における 2001 年から 2004 年までの HIV 感染者報告数を表 10 に示した。またドイツの男性におけるに国内外での HIV 感染者報告数と感染地域（2001 年から 2004 年まで累積とその割合）を図 25 に、女性を図 26 に、それぞれ示した。2001 年から 2004 年までの 4 年間でドイツの男性全体で計

4,321 人の HIV 感染者が報告され、そのうち 2,333 人（54%）がドイツ国内を感染地域とした感染者である。次いでサハラ砂漠以南のアフリカ諸国での感染者報告数が 346 人であり男性 HIV 感染者の 8%に当たる。また、西ヨーロッパや中央ヨーロッパを感染地域とする HIV 感染者も 130 人（3%）みられ、2001 年から 2004 年までのドイツの男性における HIV 感染者の約 60%がヨーロッパ内で感染していることがわかる。ドイツの女性において最も HIV 感染者が報告された地域はサハラ砂漠以南のアフリカ諸国で 59 人（35%）、次いでドイツ国内での感染者報告が 323 人で 25%に当たる。また、男性とは異なり東南アジア諸国を感染地域とする HIV 感染者が 103 人（8%）報告されているのが特徴である。

表10 ドイツにおける国内外での HIV 感染者報告数と感染した地域  
2001 年から 2004 年までの累積報告数

感染地域	男性	女性	合計
ドイツ国内	2333	323	2656
西ヨーロッパ	130	26	168
中央ヨーロッパ	130	39	168
バルト諸国	86	39	112
サハラ砂漠以南のアフリカ諸国	346	452	798
東南アジア諸国	65	103	168
北・中央・南アメリカ諸国・北アフリカ・その他	108	39	149
不明	1123	271	1394
合計	4321	1292	5613



図25 ドイツの男性における国内外でのHIV感染者報告数と感染地域  
2001年から2004年まで累積

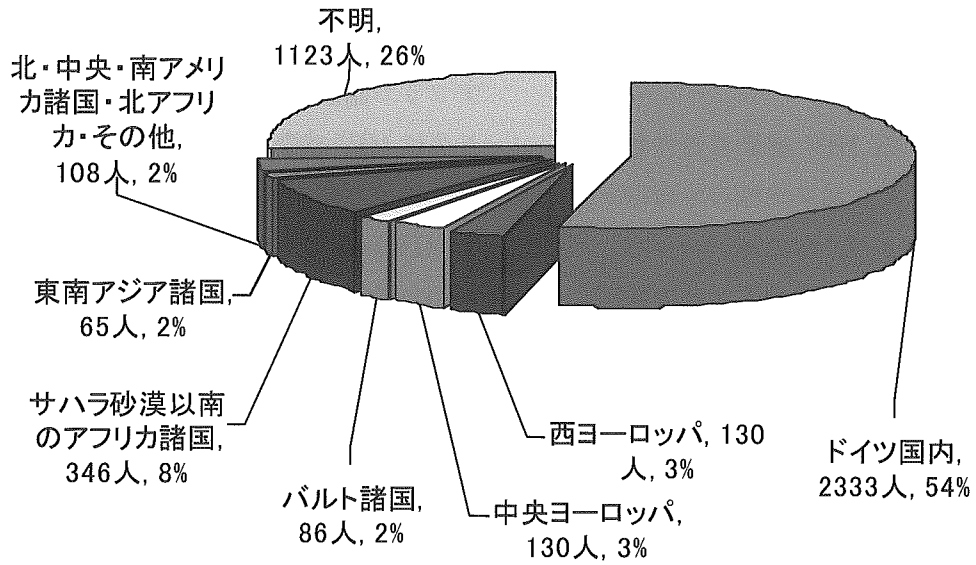


図26 ドイツの女性における国内外でのHIV感染者報告数と感染地域  
2001年から2004年まで累積

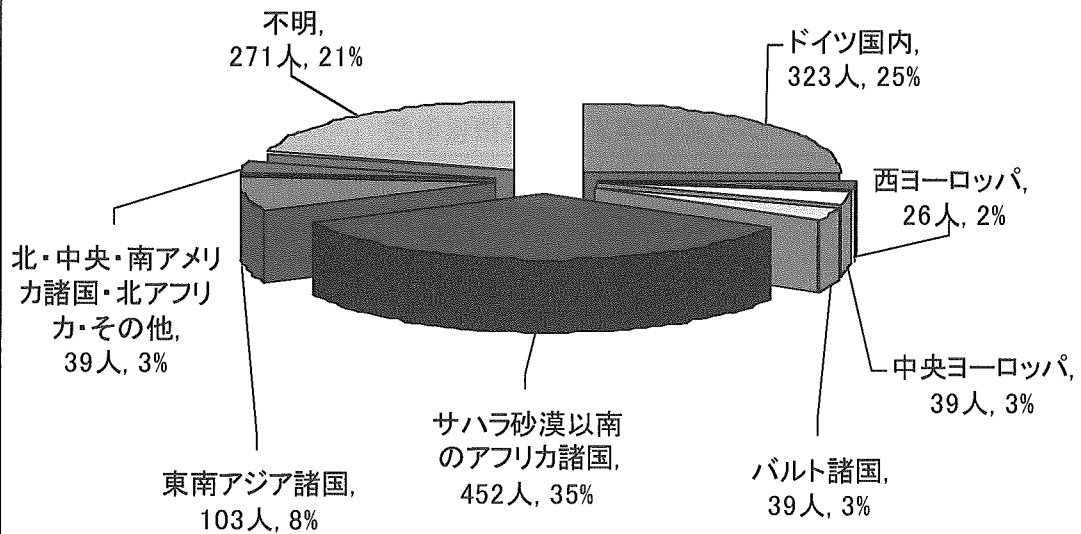


図27 ドイツにおける国内外でのHIV感染者報告数と感染地域  
2001年から2004年まで累積

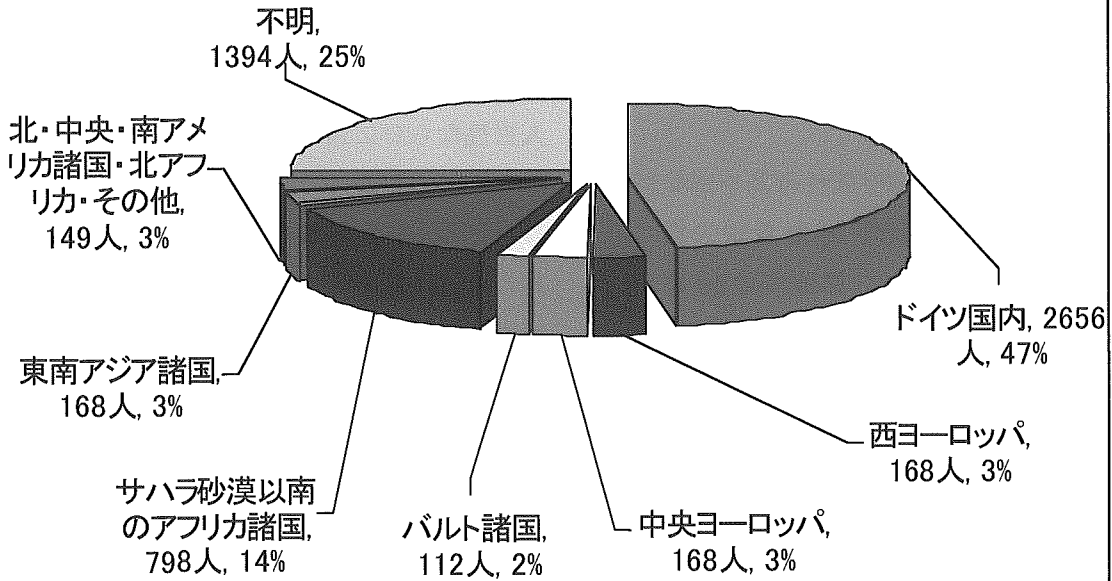
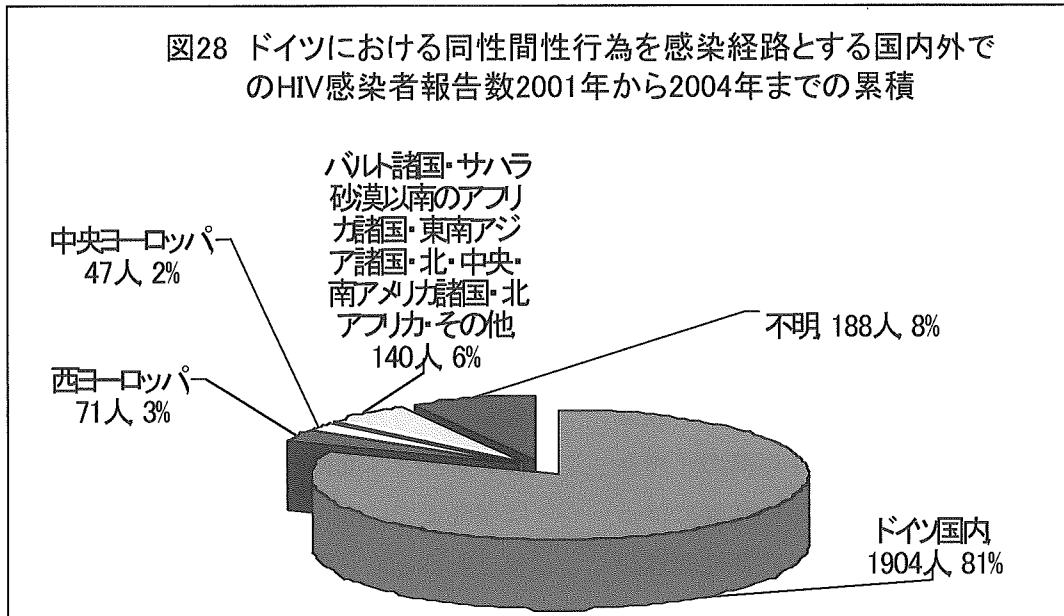


図28 ドイツにおける同性間性行為を感染経路とする国内外でのHIV感染者報告数2001年から2004年までの累積



ドイツにおける男女全体の国内外での HIV 感染者報告数と感染地域（2001 年から 2004 年までの累積）については、約 50%のドイツ人の HIV 感染地域がドイツ国内であり、続いてサハラ砂漠以南のアフリカ諸国が 14%、798 人となる。西ヨーロッパ、中央ヨーロッパ、バルト諸国、東南アジア諸国、北・中央・南アメリカ諸国・北アフリカ・その他は数パーセントの報告数である。

次にドイツにおける同性間性行為を感染経路とする国内外での HIV 感染者報告数の 2001 年から 2004 年までの累積の図 28 に示した。2001 年から 2004 年までの同性間性行為を感染経路とする国内外での HIV 感染者累積報告数の中で、国内で 1904 人が報告されており、これは全体の 81%に当たる。ほとんどの同性間性行為による HIV 感染はドイツ国内を感染地域としている。

#### 4. 考察

イギリスにおける 1999 年以降の異性間性行為を感染経路とした HIV 感染者報告数の増加は、イギリスの男女両者における異性間性行為のパートナーの HIV 感染国がアフリカであること、そして白人男性、サハラ以南の黒人男性、サハラ以南の黒人女性は 1991 年以降特異的に HIV 感染者報告数が増加しているにもかかわらず、白人女性の HIV 感染者報告数の年次推移に関しては 1995 年以降ほぼ横ばいであること、1991 年以降のイギリスの HIV 感染者報告数の著しい増加に伴って、1991 年以降イギリスにおける異性間性行為のパートナーの HIV 感染国としてアフリカ南東部のジンバブエでの HIV 感染者報告数が特異的に増加していることから、以下の可能性が考えられる。ジンバブエに代表され

るサハラ以南の黒人男性と黒人女性が異性間性行為などの感染経路を介して現地で HIV に感染する。そしてサハラ以南の黒人女性のアフリカおよびイギリス国内での白人男性との異性間性行為により白人男性が HIV に感染する。1991 年以降のサハラ以南の黒人女性の HIV 感染者報告数の HIV 感染者報告数の増加の割合が 1991 年以降のサハラ以南の黒人男性ならびに白人男性の HIV 感染者報告数の増加の割合よりも多いことは、売春や強姦などの不特定多数を相手とする異性間性行為の被害に遭遇している可能性がある。1990 年以降アフリカで HIV 感染者報告数が年々増加傾向にあるのは冷戦終結後経済の自由化が進行し、人々の移動がこれまで以上に活発化されてきていることの影響も考えられる

2004 年度のイギリスにおける異性間性行為を感染経路とする国別 HIV 感染者報告数上位 10 カ国の中、8 カ国が旧イギリス領であり、近年のアフリカの経済の自由化や経済発展に伴って、もともとの交流関係があるイギリスとの密な関係や国際社会化が、ジンバブエをはじめとするアフリカ南東部の HIV の感染を拡大させていると考えられる。特に世界各国からのアフリカへの男性旅行者や、ビジネスマンの出張、運輸業者などなんらかの理由で世界各国からこの地を訪れる男性の現地における異性間性交渉が HIV 感染を拡大している可能性がある。観光地として有名なジンバブエ北部のビクトリア滝周辺地域では現在までに成人住民の約 40%が HIV 感染者であるという調査結果も認められる。

さらに、アフリカ南東部及び南部では現在でも男尊女卑の傾向が強く残り、若年層の女性で HIV 感染者が多いことにも関係していると考えられる。AIDS in Africa によるとケ

ニア若年女性の4人に1人が強姦によって処女を失っており、15歳から19歳までの若年層の女性の20%以上がHIVに感染しているという。アフリカ南東部および南部は他の地域と異なったHIV感染の曝露環境にあること、そしてジンバブエをはじめとするアフリカ南東部の諸国はイギリスとの交流関係を現在も強く有することが、イギリスにおけるHIV感染者報告数がいまだに増加傾向にあるということの原因の一つであると推定できる。

ドイツにおける人種別のHIV感染者報告数の年次推移についての情報を得ることはできなかったが、ドイツにおけるHIV感染の特徴として、国内でのHIV感染者が最も多いこと、そしてミュンヘン、ベルリン、デュッセルドルフ、フランクフルト、ハンブルグなどの大都市を中心とした男性同性間性行为によるHIV感染者が多数報告されていることから、ドイツ人男性同士、ならびにドイツ人男

性とドイツの近隣諸国からの男性との間の同性間性行为による新規HIV感染者の影響が大きいと考えられる。もともとEU全体では社会的、経済的理由に伴う人口の移動が激しいこと、そしてHIVはそのほとんどが限定された感染経路によって人間から人間に感染していることから、EU諸国全体の近年のHIV感染者報告数の年次推移もおおよそ類似した方向性を示すものと考えられる。事実、ドイツの隣接国であるデンマーク、ポーランド、チェコ、オーストリア、スイス、フランス、ベルギー、オランダにおける近年のHIV感染者報告数の年次推移はドイツ同様に横ばい・減少傾向にあるからであると推定できる。その点、イギリスに置けるHIV感染者報告の推移は特異的であり、島国であること、また歴史的背景による国際交流の特徴がドイツを含むそのほかのEU諸国とは違う経過をたどっている主たる要因であると考えられる。

6. 参考文献
1. Health Protection Agency /  
<http://www.hpa.org.uk/>
  2. UN AIDS /  
<http://www.unaids.org/en/default.asp>
  3. World Health Organization /  
<http://www.who.int/hiv/en/>
  4. AVERT / <http://www.avert.org/>
  5. Robert Koch Institute /  
<http://www.rki.de>
  6. Euro HIV /  
[http://www.eurohiv.org/mainframe\\_eng.htm](http://www.eurohiv.org/mainframe_eng.htm)
  7. Center of Disease Control and  
precaution /  
<http://www.cdc.gov/hiv/dhap.htm>
  8. Eldis / <http://www.eldis.org/hivaids/>
  9. The Pan America Health Organization  
/ <http://www.paho.org/>
  10. AEGIS / <http://www.aegis.com/main/>
  11. 先進諸国におけるエイズ発生動向、調査  
体制、対策の分析に関する研究 (平成 16  
年度研究報告書) / 鎌倉光宏 / 厚生労働  
省エイズ対策研究事業 / 2004 年
  12. HIV 感染症の疫学に関する研究、世界の  
AIDS の流行格差の要因の分析 / 島尾忠  
男 / 2003 年 3 月
  13. 世界における HIV/AIDS 流行の最新情  
報 / UNAIDS, World Health  
Organization / 2001 年
  14. Sexual behaviour and HIV/AIDS in  
Europe : comparisons of national  
surveys / Michel Hubert / London :  
UCL Press / 1998 年
  15. Ethical issues in HIV vaccine trials /  
Thomas A. Kerns / London / 1997 年
  16. Subnote 保健医療論・公衆衛生学 / 医療  
情報科学研究所編 / Medic Media /  
2004 年
  17. Epidemiologisches Bulletin /  
ROBERT KOCH INSTITUT / 2004 年
  18. HIV/AIDS-Folein Stand Juni 2004 /  
ROBERT KOCH INSTITUT / 2004 年
  19. Report on the global AIDS  
epidemic2005 / UNAIDS / 2005 年
  20. AIDS/HIV QUARTERLY  
SURVEILLANCE TABLES  
CUMULATIVE UK DATA TO END  
SEPTEMBER 2005 / Health  
Protection Agency / 2005 年 9 月
  21. ENGLAND/ HIV DIAGNOSES  
SURVEILLANCE TABLES DATA TO  
THE END OF SEPTEMBER 2005 /  
Institute of Child Health (London) /  
2005 年 9 月
  22. WALES/ HIV DIAGNOSES  
SURVEILLANCE TABLES DATA TO  
THE END OF SEPTEMBER 2005 /  
Institute of Child Health (London) /  
2005 年 9 月
  23. SCOTLAND/ HIV DIAGNOSES  
SURVEILLANCE TABLES DATA TO  
THE END OF SEPTEMBER 2005 /  
Institute of Child Health (London) /  
2005 年 9 月
  24. NORTHERN IRELAND/ HIV  
DIAGNOSES SURVEILLANCE  
TABLES DATA TO THE END OF  
SEPTEMBER 2005 / Institute of  
Child Health (London) / 2005 年 9 月
  25. SOPHID (Survey of Prevalent HIV  
Infection Diagnosed) / Institute of  
Child Health (London) / 2005 年 9 月

# 移住者に対するエイズ対策に関する研究

—アメリカ合衆国カリフォルニア州・香港・タイの事例—

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 菅野文美（UNICEF 北京事務所コンサルタント）

## 要 旨

移住者を対象にしたエイズ対策について、アメリカ合衆国カリフォルニア州、香港およびタイにおける事例を分析し、日本への応用性を検討した。各地における事例を広く紹介したのち、成功事例として、カリフォルニア州の移民労働者に対する HIV 予防介入とプライマリケア、香港から中国大陸に行き来する旅行者・トラック運転手対象の HIV 予防教育、タイの職場における HIV/AIDS 対策を検討した。カリフォルニア州の事例は、国境沿いのコミュニティヘルスセンターが、メキシコ系移民に特化したサービスを提供した結果、プライマリケア診察数が 4.5 倍に増加し、プライマリーヘルスケアに対するイメージも大幅に改善された。香港の事例では、HIV 予防教育パンフレット読者の 58.1%とコミック読者の 54.3%が、「本教材は、コマーシャルセックスワーカーとのコンドーム使用率増加に役立つ」と回答した。タイの事例は、参加企業の HIV/AIDS 対策平均評価点数(100 点満点)は、参加前の 37 点から 51 点に上がり、企業の HIV/AIDS 対策採用・実施を促すには、管理職者の社会的責任感と経済的インセンティブの組み合わせが有効であると判明した。移住に対するエイズ対策として、各移民集団のニーズに対応したサービスを提供するために、人口移動と HIV 感染に対する脆弱性の分析、当事者の参加、コミュニティの能力構築、言語・文化背景およびジェンダーに配慮したコミュニケーションをあげた。さらに、国家間の地域協力の重要性、モニタリングと評価の強化を提案した。成功事例の在日外国人や日本人海外渡航者への応用性を検討した。

### 1. 目的

本研究では、アメリカ合衆国カリフォルニア州、香港およびタイにおける移住に対するエイズ対策の事例を取り上げ、評価し、日本への応用性、とくに在日外国人の予防対策への応用性を検討することである。

### 2. 用語の定義

#### Capacity building

能力構築

#### Community-based organizations (CBOs)

市民団体

#### プライマリーヘルスケア (Primary health care: PHC)

保健制度の末端で実施される基本的保健サービスを包括したもの。(IPPF セクシュアル／リプロダクティブ・ヘルス用語検索サイト)

#### People Living with HIV/AIDS (PLWHAs)

HIV/AIDS とともに生きる人々。(IPPF セクシュアル／リプロダクティブ・ヘルス用語検索サイト)

#### Promotoras

介入対象のラテンアメリカ系コミュニティ出身の非専門家のヘルスワーカーで、自らのコ

コミュニティにサービスを提供するために特別な訓練を受ける。

### Vulnerability, risk and human rights<sup>1</sup>

1998年にジュネーブで開かれた第12回世界エイズ会議における“Mobile Populations and HIV”シンポジウムで提示された移民に対するHIV予防プログラムに有効な3つのテーマ。

- **Vulnerability:** 集団移動により経済・社会・文化的要素によりもたらされるHIV感染への脆弱性。コミュニティをベースにしたマルチ・セクトラルな介入が効果的である。
- **Risk:** 個人の行動、責任感、機会によりもたらされるHIV感染の危険性。個人の行動変容をねらった保健教育が効果的である。
- **Human rights:** 移民が健康を守る権利を行使することを阻む政策に対する支持・擁護が必要である。

## 3. 研究方法

主たる研究方法はWebsiteを多用した文献調査である。医学系データベース、国連エイズ合同計画(UNAIDS)や国際移住機関(IOM)をはじめとする国際機関、移民に対するHIV対策を実施するNGOのwebsiteに掲載されている出版物および国際会議における発表などから、移民に対するHIV対策の成功事例を収集、分析した。また、必要に応じて各実施機関の担当者に連絡し、内部文書を取り寄せ、電話やメールでインタビューを行った。

## 4. 各国地域プロジェクト事例

### 4.1. カリフォルニア州

カリフォルニア州は、アメリカ合衆国の中でも移民の多い州である。2002年にアメリカ

合衆国永住権を認められた移民の四分の一以上がカリフォルニア州住民であった。その出身地として、地域別ではラテンアメリカ生まれの49%、国別ではメキシコ生まれの36%が最も多かった<sup>2</sup>。また、2003年のカリフォルニア州人口3600万人のうち、32%がスペイン語圏諸国出身の“Hispanic”であった<sup>3</sup>。

これらヒスパニック系移民は、言語・文化・スティグマなどの障害に妨げられ、HIV感染のリスクが高いと言われている。2005年11月30日までの累計報告数においても、ヒスパニック系はHIV感染者の26%とAIDS患者の22%を占め、“White”に次いで二番目に多い。ヒスパニック系AIDS患者のうち、86%がメキシコで生まれた新来の移民で、91%が男性、77%がMSM、17%が注射薬物使用経験者であった<sup>4</sup>。

### 4.1.1. CBO能力構築プロジェクト(ラテンアメリカ系移民対象): United States-Mexico Border Health Association (USMBHA), PROMOVISION<sup>5,6</sup>

PROMOVISIONは、新来のラテンアメリカ系移民にHIV/STD予防サービスを提供する市民団体のための能力構築プログラムで、CDCによるCapacity Building Assistance (CBA) Program<sup>7,8</sup>の一環である。CBAとは、「HIV予防の効果・持続性の向上を目的とし、市民団体・コミュニティの能力を構築するプロセス」と定義され、USMBHAを含む31の市民団体がCBA提供者としてCDCから資金提供を受けている。CBA提供者のうち移民を対象とする市民団体は、the Migrant CBA Networkを組織する。

PROMOVISIONは、promotoras(非専門家のコミュニティ・ヘルスワーカー)・市民団体・保健課職員に、成人教育・コミュニティ

の動員・HIV 予防カウンセリングのファンダメンタルズなどに関する技術習得セッションを 55 回提供し、892 人の参加者を獲得した。PROMOVISION で総合的なトレーニングを受けた promotoras は、HIV 検査、薬物濫用、メンタルヘルスなど多岐にわたる HIV サービス提供の場でコーディネーターとして活躍するようになった。

#### 4.1.2. CBO 能力構築プロジェクト（アジア太平洋諸島出身者対象）：**Asian and Pacific Islander Wellness Center, Laulima Project**

Asian and Pacific Islander Wellness Center は、1987 年以来アジアおよび太平洋諸島からの移民を対象に HIV/AIDS 予防・治療サービスを提供しており、その治療教育とケースマネジメントのモデルは、他のアジアおよび太平洋諸島からの移民を対象にする CBO にも採用されている。1996 年に始まった本プロジェクトでは、アジアおよび太平洋諸島系 MSM のソーシャル・ネットワークおよび HIV 予防プログラムの開発、インフラストラクチャー整備、アジアおよび太平洋諸島系 MSM の参加の促進、などに取り組む。

#### 4.1.3. HIV 陽性者を対象にした HIV 感染予防プロジェクト：**Bienestar, Positive Images**<sup>9</sup>

ラテンアメリカ系移民、特にトランスジェンダー・注射薬物使用者・異性愛者・同性愛者・バイセクシュアル・若者をターゲットに、HIV 感染者へのサポートと感染予防のカウンセリングを行っている。ナイトクラブ・バーなどで個人カウンセリング・ピアカウンセリング・無料電話相談・ウェブチャットをおこなっている。さらに、HIV 陽性と陰性のカップルのためのフォーラム・HIV 感染の告知やセーフセックスを教えるスキルセッション・

ユースプログラムなども実施する。

2004 年に CDC の Prevention Case Management (PCM) for Persons Living with HIV/AIDS Demonstration Project に選ばれ、Bienestar のサービスを利用する HIV 感染者の中から PCM 参加者を募り、予防カウンセリングと従来のケースマネジメントを合わせた介入をおこなっている。PCM ケースマネジャーは患者の人口学的特徴・性交渉や薬物使用などのリスク行動・AIDS 関連の病気やメンタルヘルスなどのデータを記録し、3ヶ月ごとに患者におこなうコンピューター質問の結果に基づいてモニタリングと評価がおこなわれる。

## 4.2. タイ

近年のタイは、移民の送出国としてだけでなく、受け入れ国としての特色を強めている。その主な原因は、近隣諸国との経済格差、政治体制の違いにある。IOM(国際移住機関)の推測によれば、タイの外国人居住者は、2004 年現在で約 235 万人とされる。そのうち、就労許可を持つ移民労働者が約 128 万人、ビザの期限が切れた不法滞在者が約 50 万人、就労許可を持たない移民労働者が推定約 20 万人であった(表 5.2 参照)。就労許可を得た移民労働者 128 万人のうち、ミャンマー出身が 60 万人、カンボジアとラオス出身がそれぞれ 10 万人であった。一方、海外に住むタイ国籍保有者は、合法的就労者が約 15 万人、不法就労者は数万人と予測される。

タイにおける移民の HIV 感染率は明らかではないが、やはり HIV 感染へのリスクが高いと言われる。その主な原因として、コンドームの使用率が低いこと、地元コミュニティから切り離されていること、パートナーから離れていること、彼らの匿名性、保健サービス



や情報へのアクセスが少ないこと、などが上げられる。移民の医療へのアクセスは、登録済み外国人のみに保障されている。128 万人の就業許可をもらった移民のうち、82 万人が健康検査を受け、健康保険を購入している<sup>10</sup>。

表 4.2. タイの外国人居住者の内訳<sup>11</sup>

	居住者	就労者
合計	2,346,438	1,989,964
登録済みプロフェッショナルと扶養家族	(a)200,000	(b)102,446
学生ビザ(c)	19,233	—
期限切れのビザ	502,680	502,680
難民		
キャンプ	135,000	
バンコク	4,605	3,000
カンボジア、ラオス、ミャンマーからの登録済み労働者とその扶養家族	1,284,920	1,181,838
登録していない上記三カ国からの労働者(a)	200,000	200,000

(a) 作者による推測数

(b) タイ労働省雇用課外国人労働者事務所

(c) ラジオ・タイランド (2005年1月22日)

(d) 国連高等難民弁務官事務所タイ事務所

## プロジェクト：UNDP, South East Asia HIV and Development Project (UNDP SEAHIV)<sup>12</sup>

メコン地域諸国の移民の HIV 予防に対して、マルチセクトラルな開発のアプローチから取り組む地域プロジェクトである。タイに本部をおき、1999 年から 2004 年まで実施された。南西アジア地域の政治的協力体制の構築、知識ベースを利用したマルチセクトラルな地域規模の対応、HIV 感染の要因と影響に対するコミュニティの回復力強化を目的とした。

2004 年の外部定性評価<sup>13</sup>によれば、本プロジェクトは各国政府や国際機関などの政策レベルに大きな影響を与えた。第一に、マッピングアセスメントで移動人口とその HIV 感染に対する脆弱性を分析し、HIV 予防を開発セクターでメインストリーム化した。第二に、アジア開発銀行・世界銀行・JBIC/JICA など主要な建設プロジェクトのドナーに対し、大きな建設プロジェクトを請け負わせる業者に現場での HIV 予防プログラム実施を条件とすることを導入させた。第三に、タイを含めた東南アジア諸国が移動と HIV に対する脆弱性に関する覚書に署名し、地域の協力メカニズムを構築した。第四に、マッピングや Early Warning Rapid Response System (EWRRS) に代表されるツールキットや研究報告書の知識ベースを開発し、ウェブサイトで公開した。2004 年 11 月現在で、ウェブ上に公開された 57 の文書のダウンロード件数は 400,000 件に上った。EWRRS は、HIV 感染に対する脆弱性を高める効果がある人口移動を識別し、その対応策を開発するツールである。第五に、コミュニティの能力建設のため、コミュニティ・レベルで総合的アプローチを取る成功事例を紹介し、トレーニングを 2 回おこなった。本プロジェクトは、東アジア諸国や国際機関の HIV 政策に多大な影響を与えたが、草の根

### 4.2.1. 開発のアプローチを取る地域協力プロ

レベルでの効果が現れるにはまだ時間がかかる。

#### 4.2.2. コミュニティ主体の総合的な HIV/AIDS 予防・治療体制：Mae Chiang Community Hospital

ラオス・中国南西部・ミャンマーなどからの移民が集まるタイ北部の Chiang Rai 県における、コミュニティ主体の総合的な HIV/AIDS 予防・治療体制。Mae Chiang Community Hospital が中心となり、住人、仏教僧、学校、ソーシャル・ワーカーが協力して取り組む。例えば、Mae Chiang Hospital は、エイズ患者全員を治療するだけのベッドがないため、自宅療養を支援する。また、仏教僧の間に昔から伝わる漢方を利用し、病院に頼らないで病気の進行を緩和する方法を提示する。仏教僧は、責任ある行動を取ることや PLWHA への差別しないことなどを学校や民家で説く。また、ソーシャル・ワーカーは、エイズ患者を持つ家族と病院や学校との仲介役を担う。特に、稼ぎ手が HIV に感染した家族は、貧困に苦しむことが多いので、治療代や学費などの支援が必要である。

言葉が不自由で家族のサポートを受けられない移民にとって、強力なコミュニティのサポートは重要である。Mae Chiang model は UNDP South East Asia HIV and Development Project によって、コミュニティのセルフ・ヘルプ手法を使った成功事例として取り上げられた。

#### 4.2.3. コミュニティ主体の総合的な HIV/AIDS 予防・治療体制：Mae Tao Clinic

Mae Tao Clinic は、ビルマとの国境地区 Mae Sot に住む約 100 万人のビルマ人不法労働者にリプロダクティブヘルス・HIV 感染予防の

教育プログラムを提供している。これらの不法労働者は、公の医療サービスへのアクセスがないばかりでなく、特に女性の教育機会がないこと、男性移民労働者とセックス・ワーカーの接触増加などにより、HIV 感染リスクが高い。

また、VCT へのアクセスと母子感染予防サービス、血液の安全検査、5.8 万人のビルマ人に対するホームケアを提供している。2003 年から 2005 年にかけて、VCT を提供した 3000 人の 20% は HIV 陽性であった。カウンセラー 20 人をトレーニングした結果、2004 年から 2005 年の間妊婦 2123 人がカウンセリングを受け、そのうち検査を受けた 1590 人の 3.2% が HIV 陽性と判明した。計 39 人の妊婦が PMTCT プログラムと Mae Sot 病院に紹介され、ホームヘルパーによってフォローアップされた。2005 年現在、30 人のボランティアがホームヘルパーになる訓練を受け、177 人の AIDS 患者とその家族が介護を受けている。Mae Tao Clinic は、サービスの行き届かない人口に対する効果的な方法で HIV 感染予防および治療法に関するモデルとされる。

#### 4.2.4. 移民と家族の絆作りに着目した HIV 予防：PATH<sup>1 4</sup>

PATH は、タイに出稼ぎに来たカンボジア移民に HIV 予防啓発プログラムを提供する。タイに出稼ぎに来たカンボジア移民をモデルにした HIV 教育映画 “No home too far” は、都市での厳しく誘惑の多い生活と HIV 感染の情報を提供するだけでなく、カンボジアにいる家族のことを観客に思い起こさせることで、リスク行動の予防をねらった。また、信頼できる郵便制度がないため、移民の代わりに PATH スタッフが、カンボジアの家族へ葉書やお金を配達する。若くして家族やコミュニ

ティから切り離された移民労働者はリスク行動を取りやすいという推測のもと、家族との絆の維持を支援することでリスク行動の変容を奨励する。さらに、カンボジア・タイ両国のヘルスケアワーカーを交換し、ドロップインセンターで HIV 教材を配布した。インタビューやフォーカスグループの結果、参加者の大半が HIV/STD に関する新たな知識を得、交換制度に参加したヘルスワーカーはカンボジアからの移民を差別しないでケアするようになったことがわかった。

#### 4.2.5. 軍隊での HIV 予防介入プロジェクト： **Royal Thai Army, the 'Thanarat Model'**<sup>15</sup>

4つの陸軍師団の徴集兵を対象に HIV 感染リスク行動の削減をねらったプロジェクトである。軍隊はローテーション勤務が多く、基地周辺に多くのセックス産業を惹きつける。また、過度な飲酒とピアプレッシャー（仲間に受け入れられるため行動や価値観を共有し順応するように求められる社会的圧力）のため、移動先の売春宿で安全でない性交渉をする傾向があり、HIV 感染のリスクが高いとされる。1989 年におこなわれた調査によれば、徴集兵の HIV 感染に関する知識は増加しているものの、行動変容が伴っていないことが判明した。そこで、本プロジェクトは、陸軍指揮系統を利用したピアエデュケーションを提供することで、徴集兵の行動変容に対する HIV 予防の効果と持続性を向上させた。徴集兵に対して影響力を持つ階級がコーディネーターになり、徴集兵のピアリーダーの監督およびサポートをした。例えば、軍医はヘルススーパーバイザーとして STI 予防・治療を、騎兵大隊長はアドバイザーとして、タイ固有のダルマトレーニングやスポーツ活動と飲酒・売春宿通いの節制を指導した。ノンフォ

ーマルエデュケーターは、騎兵隊長とともにレクチャーを開いてコンドームを配布し、牧師は、徴集兵の心理的サポートやモラル教育を担当した。さらに、師団総司令官が HIV 予防政策の指揮をとることで、上層部の理解と政策の持続性を確保した。

本プロジェクトは、徴集兵のセックスワーカー通いの減少、飲酒量の減少、セックスワーカーおよびパートナー双方の場合もコンドーム使用の増加、をもたらしした。HIV スクリーニングの結果、徴集兵の HIV 感染率が下がり、徴集兵の過去 6 ヶ月間の任務中における新しい感染は報告されなかった。成功要因として、強い組織力を利用して、ピアとの横のつながりだけでなく、スーパーバイザーとの縦のつながりを通じて、徴集兵に働きかけたことがあげられる。

#### 4.2.6. ビルマ人移民を対する国境を越えた取り組み： **World Vision, The Ship-to-Shore Project**<sup>16, 17</sup>

2002 年から 2004 年まで、国境付近の港町で働くビルマ人移民労働者を対象にしたタイとビルマの共同プロジェクトである。その二つの目的は、HIV 感染率の低下と PLWHA のクオリティオブライフ向上で、その戦略として、個人の行動変容、総合的なヘルスケアとサポート、国境を挟んだ連携体制の構築を実施することである。した。行動変容を

① precontemplation、② contemplation、③ preparation、④ action、⑤ maintenance の 5 段階サイクルとして捉える Transtheoretical Model に基づいてプロジェクトをデザインし、コミュニティの参加を通じてプロジェクトを実施した。例えば、対象集団の中から、ピアトレーナー、コミュニティヘルスワーカー、ソーシャルネットワークグループのボランテ

ィアを募った。同じくビルマ人移民の Frontline Social Networkers が雇われ、流動性が高く不法滞在者の多いビルマ移民コミュニティとプロジェクトとの媒介役を担った。その結果、継続的コンドーム使用が ④ action と ⑤ maintenance の段階に達した漁師は、タイ人のセックスワーカー相手で 58.4%、ビルマ人サービスガール相手で 33.3%、ガールフレンド相手で 10% である。また、MSM の 19.1% が、セックスパートナーとのコンドーム使用が ④ action と ⑤ maintenance の段階に達した。また、ヘルスケアを求めた PLWHA の 80% にケアとサポートを提供した。さらに、不法滞在者にも効果的にアウトリーチができるようタイ保健省や地元保健局、移民局および NGO と協力体制を築いた。国境を挟んだ連携体制作りとしては、対象集団に特化したトレーニングマニュアルや教材を World Vision のタイ事務所とミャンマー事務所で共有したが、ビルマ側の通信や移動などの制約により、今後も大きな課題を残すこととなった。なお、本プロジェクトは、2003 年より 5 年間 Global Fund for AIDS, TB and Malaria (GFATM) の支援を受けて、Rhaks Thai Foundation など 8 つの NGO による共同プロジェクトである PHAMIT (The Prevention of HIV/AIDS Among Migrant Workers in Thailand) プロジェクトの傘下で継続される<sup>18</sup>。

### 4.3. 香港

2001 年の人口統計<sup>19</sup>によれば、香港の人口約 670 万人のうち、5.1% が外国人であった。そのうち、最も多いフィリピン人が 2.1% で、次いでインドネシア人が 0.8% で、その多くが、ドメスティックワーカーとして働きに来た女性である。

2005 年 9 月 30 日現在、香港の HIV 感染者

累計 2738 人のうち外国人は 30.7%、AIDS 患者累計 760 人のうち外国人は 21.6% であった。香港の人口のうち外国人は 5.1% であることを考えれば、外国人の HIV/AIDS に対するリスクは非常に高い。

香港政府は全ての人に医療へのアクセスを提供する政策を取っており、合法的に滞在する外国人は香港の市民と同じ費用で公立医療機関を利用できる。ただし、不法滞在者に医療へのアクセスは保障されていなく、経済的困難が認められた場合のみ医療費支払いを放棄できる。抗レトロウイルス薬治療は、香港の ID カード保有者は診察 1 回 60 ドル、薬剤は処方ごとに 10 ドルかかるのに対し、ID カードを持っていない者は診察 1 回 1910 ドルと実際の薬代を支払わなければならない。

香港政府は、移民に特化した HIV/AIDS 対策は取っていないが、NGO による移民や旅行者を対象にしたプロジェクトを支援している。

#### 4.3.1. 中国大陸への旅行者・ビジネスマンに対する HIV 予防教育介入：Hong Kong AIDS Foundation, “Set out happy, GO home healthy”<sup>20</sup>

年々増える香港・中国大陸・マカオの国境を行き来する旅行者・ビジネスマンをターゲットにした HIV 感染予防教育プログラム。国境にある 4 つのチェックポイントとバス・ターミナルで、コンドーム入りのポケット・ティッシュ、AIDS 基礎知識や香港エイズ基金の運営するヘルプラインの番号を載せたパンフレットを配布し、セーフ・セックスと HIV 感染の疑いがある場合の検査を呼びかけた。2004 年度には 29.8 万冊のパンフレットが配布された。パンフレット等を配布した 2290 人の越境者からアンケートを回収したところ、80% 以上が今後はコンドームを使用すると答