

問題について取り組んでいるオーストラリア最高裁判事、マイケル・カービー氏 (Michael Kirby) が行った。カービー氏の講演内容は、オーストラリアにおいて「メディケア」を中心としたユニバーサル・ヘルス・カバレッジの体制が構築された歴史的背景を説明したものであった。第2次大戦前後に同国の外相を務めたハーバート・ヴェア・エヴァット (Herbert Vere Evatt) は大戦後、国連総会議長として1948年の世界人権宣言の起草を指導し、この中で社会・経済・文化的権利を定義づけた。その後、彼はオーストラリア国内においてこの社会・経済・文化的権利を実体化するために憲法を改正し、英国の国民保健サービス (National Health Service: NHS) をベースとした「メディケア」を設立して、米国と同様、個人主義的な色彩が強い同国において、コミュニティの相互扶助の思想を国レベルに高めた「ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ」を実現したというのである。カービー氏の基調講演をMSHのUHC広報担当者であるジョナサン・ジェイ氏 (Jonathan Jay) が引き取り、現状において30か国以上の中所得国・低所得国がUHCの設立に取り組んでいると述べ、とくにUHCの実現には、エイズへの取り組みにあったような市民社会の運動が必要であると述べ、各パネリストの提起に誘導した。パネルディスカッションの司会はジョナサン・クイック氏が行った。

3. 提起と討論：UHCとHIV/AIDSを巡って

最初の発言者の国際HIV/AIDSアライアンスのマイク・ポドモア氏 (英国) は、ポスト2015においては保健が目標の一つとなり、HIV/AIDSがその下のターゲットに落ちたことが課題であると指摘。そのうえで、UHCが単に「資金的危機からの保護」(Financial Risk Protection)にとどまらず、コミュニティ・システム強化 (Community Systems Strengthening: CSS) に結びつくことが必要だと提起した。

次に世界銀行で地球規模エイズ・プログラムを担当するデヴィッド・ウィルソン氏 (David

Wilson) は、今後のエイズに関する資金の流れについて、今後5年間はエイズへの資金拠出は増えるものと思われるが、さらにそれを越えた5年間については、エイズ対策を全体的な保健対策に統合していく方向性が主流化するだろうと提起。そのうえで、「対策のカギとなる人口集団」への対策について、たとえばタイのセックスワーカーは、UHCのシステムができることにより、親兄弟が疾病をかかえて貧困化することがなくなれば、セックスワークに従事する必要もなくなる、と主張、UHCが「周縁化」を乗り越える可能性を示唆した。(注：筆者は、この論法は、経済学的に十分な検証に耐えられるものではないと考える。)

三番目に発言にたったのはナイジェリアのHIV陽性者を代表する活動家で、世界エイズ・結核・マラリア対策基金の感染者代表理事も務めた「治療アクセスのためのポジティブ・アクション」(Positive Action for Treatment Access: PATA)のロラケ・オデトインボ氏 (Rolake Odetoyinbo) である。司会のクイック氏が「ナイジェリアはアフリカでもっとも古く1968年に保険制度ができ、ジョナサン大統領もUHCについてコミットすると発言した」と紹介されたオデトインボ氏は、これらを一笑に付したうえで、そもそも、エイズ活動家はエイズ対策だけでなく、頭脳流出を食い止め、保健人材の育成・定着を求めるなど、包括的なケアを求めてきたと主張。そのうえで、ナイジェリアはエイズ治療に関してはいまだに必要な人の4割に届いていないこと、頭脳流出がいまだに続いていることを指摘、保健人材への投資のないところにはUHCもない、と提起した。

最後に、フィリピンでゲイの看護師として働くセザール・パトリック・ボナレス氏 (Cesar Patrick Bonales) が、フィリピンの全国的なユニバーサル・ヘルス・カバレッジのスキームである「フィル・ヘルス」(Phil Health) がHIV/AIDSについてはきちんとカバーされておらず、同スキームでは、CD4検査 (免疫量の検査) が年2回、ウイルス量の検査が年1回しか認め

られておらず、エイズ治療の効果的なモニタリングができない上、抗レトロウイルス治療についても、仕組みとしては入っているが、現実的にはまだ適用されていないと主張、HIV/AIDS対策をUHCの中に組み入れることが重要であると指摘した。

このボナレス氏の発言をフォローする形で、インドネシアから、インドネシア・エイズ連合 (Indonesia AIDS Coalition) のサンディ・プトリ氏 (Sandi Putri) が、インドネシアで最近導入されたユニバーサル・ヘルス・カバレッジのスキームではHIV/AIDSがそもそも入っていないこと、また、「対策のカギとなる人口集団」である「男性とセックスする男性」(MSM)、セックスワーカー、薬物使用者、トランスジェンダーが同制度にアクセスするのが極めて難しいことを指摘し、これについて、証拠に基づいた政策提言をすることが非常に重要だ、と主張した。また、国際HIV/AIDSアライアンスで、カンボジアで働くグレッグ・グレイ氏 (Greg Gray) は、UHCを基本的に支持するとし、世銀のデヴィッド・ウィルソン氏からの発言について、HIVの特殊性をしっかりと認識することが必要と指摘。これをフォローする形で、世界青少年エイズ連盟 (Global Youth Coalition on AIDS: GYCA) のジュリー・メリン氏 (Julie Mellin) は、セックスワークや薬物使用の問題については、権利ベース・アプローチを軸に取り組むべきとの指摘、および、メンタル・ヘルスについても十分な対応がなされていないところ、とくに医薬品については、知的財産権の問題を克服し、安価に購入できるようになることが必要と指摘。また、先のオデトインボ氏が発言を求め、UHCの成功には、各国が自らのオーナーシップに基づいて、人々の保健に投資するようになることが必要で、そのためには国内でのアドボカシーがカギである、と述べた。

司会を務めたクイック氏は、全体をまとめる形で、HIV/AIDSの教訓とは、市民、患者、当事者の力を結集したことだと述べ、世界レベルでUHCを実現するためには、同様に市民社会

の力が必要であると述べて、シンポジウムを締めくくった。

4. まとめと評価

このサテライト・シンポジウムは、国際エイズ会議において唯一、UHCを焦点としたものであった。MSHと国際HIV/AIDSアライアンスという、いずれも実施系の巨大NGOが主催したものであったが、とくにMSHが、UHCを「財政的持続性」の中に技術的に封じ込めるのではなく、広く市民社会の声を追い風にして、普遍的で質の高いUHCを実現する方向で、「アドボカシー」を積極的に位置づけようとしていた点が大変印象に残った。また、参加した市民社会関係者も、「エンド・エイズ」などのスローガン政治に埋没することなく、包括的な保健を求めてきた自らの原点や、自国で直面するUHC制度の課題などについて、合理的かつ建設的なアドボカシーを提起していたことが印象に残った。

B. インドネシアにおけるUHCとHIV/AIDS

1. インタビュー概要

上記シンポジウムでインドネシアのUHCとHIV/AIDSの問題を提起したインドネシア・エイズ連合 (Indonesia AIDS Coalition) のアドボカシー・政策オフィサー、サンディ・プトリ氏 (Sindi Putri) に、現状のUHCとHIV/AIDSの状況および展望についてインタビューを行った。内容は以下のとおりである。

2. インドネシアのUHC

インドネシアでは、本年1月1日から、全国レベルのUHCスキームである「全国保健カバレッジ」(Jaminan Kesehatan Nasional) が開始された。それまでは、県・郡レベルでは同様なシステムがあったものの、国レベルでは存在せず、また、全ての県・郡においてこうしたシステムがカバーしていたわけではなかった。今回の全国保健カバレッジの導入について、エイズ

に関わる市民社会は基本的にこれを歓迎している。

同システムは3つに分かれており、まずは貧困層に対する無料のサービス、二つ目にフォーマル・セクターおよび公務員に向けた保険制度、第3に一般人口向けの保険制度という構成になっている。

3. HIV/AIDS に関する問題

同スキームは HIV/AIDS について大別して二つの課題があるが、深刻なのは特に「対策のカギとなる集団」(Key Affected Population) の UHC へのアクセスが難しいことである。これらはいずれも、UHC スキームに登録するには、身分証明カード (identity card) が必要であることに起因する。

セックスワーカーは、収入が一定せず移動が多いことなどもあり、身分証明カードをもっておらず、また、確保することも難しい場合が多い。トランスジェンダーは、身分証明カードの性別に関する記述の仕方に難があるため、これまた身分証明カードを使用することが難しい。MSM も同様で、差別を恐れて身分証明書を活用したくない。薬物使用者については、より難しい問題が生じる。薬物使用者においては、HIV/AIDS に加え、C 型肝炎の問題があり、現状、薬物使用者の 8 割が C 型肝炎に感染していると言われているが、インドネシアの UHC スキームは、薬物依存やアルコール依存などに起因する疾患については、その対象から排除することになっているため、薬物使用者は自己の HIV/AIDS や C 型肝炎の治療に同スキームを活用することができない。このように、インドネシアの UHC スキームは、現状で、これら「HIV/AIDS 対策のカギとなる人口集団」に関して、文化的・社会的な配慮が十分にできておらず、また、不適切な形で倫理的な基準 (薬物依存に起因する疾病を対象から排除する) を設けているために、HIV/AIDS 対策に十分な役割を發揮できず、また、HIV/AIDS に関わる市民社会の支持を得ることができていないのである。

もう一つは、同スキームが HIV/AIDS 対策を十分にカバーしていないことである。インドネシアでは、外部資金によって、UHC とは別に HIV/AIDS 対策の制度が設置されており、抗レトロウイルス薬の供給は無料で行われている。しかし、抗レトロウイルス治療に不可欠な、効果のモニタリングとしての CD4 検査およびウイルス量検査については、HIV/AIDS 対策制度ではカバーされておらず、また、UHC の方でもカバーされていないので、モニタリングについては、患者・感染者が自らの出費で行わなければならない。これは高価である。

なお、インドネシアの抗レトロウイルス治療は、第1選択薬がジドブジン (AZT)、ラミブジン (3TC)、エファビレンツ (EFV) という古典的なもので、第2選択薬はロピナビル・リトナビル (商品名アルビア) とテノホビルである。

プトリ氏は、現状、抗レトロウイルス治療それ自体については、外部資金に基づく HIV 治療スキームでカバーされているが、外部資金が将来にわたって持続性があるとは限らないことから、抗レトロウイルス治療についても UHC の中で認める必要があると主張する。これは、インドネシアが経済成長により上層中所得国になれば、世界基金などの治療支援は、「カギとなる人口集団」への特定施策以外については対象外になるであろうことを見越しての提起である。プトリ氏は、これらを含め、現状で「カギとなる人口集団」における UHC のカバー率などがどの程度なのかについて、全く具体的なデータがないことを懸念し、調査を行って、証拠に基づいた政策提言を行いたいと述べている。

4. まとめと評価

MDGs が終了してポスト 2015 に移行する中、HIV/AIDS 対策も「エンド・エイズ」のスローガン政治のもと、しばらくは資金動員も継続するであろうが、これらの多くは疾病負荷の高い低所得国、とくに疾病負荷の 75% が集中する

サブサハラアフリカ等の15か国に重点配分され、それ以外の国、とくに疾病負荷の低い下層・上層中所得国については、「カギとなる人口集団」へのスポット的な対策以外については、デジタル的に外部資金の配分対象から除外されていくものと思われる。

一方で、HIV/AIDSに関わるグローバルな市民社会は、「エンド・エイズ」のスローガン政治とエイズ対策の「医療化」の促進、および世界基金に関わるアドボカシーに特化しており、アフリカ以外の地域での現実的なエイズ対策の強化等については、十分な視点を持っていない。こうした中で、特にASEAN諸国のエイズに取り組む市民社会が、インドネシア、フィリピン等を筆頭に、自国のUHC制度に対する政策提言を証拠に基づいた形で行おうとしていることは注目に値する。また、その考え方は、UHCの設計に伝統的に欠けていた、周縁化された人々に対する文化的・社会的・倫理的な排除への問題提起であり、これを提起することでUHCをより豊富化・包括化しようという志向性を持ったものである。

実際、プトリ氏は、こうした問題が解決される中で、より多くのHIV陽性者や「対策のカギとなる人口集団」にUHC制度への登録を促したいと述べている。こうした、ポスト2015を見据え、UHC制度のさらなる包摂化、包括化を求めるASEAN市民社会の運動は現実的かつ野心的である。

また、HIV/AIDSに関わるグローバルな市民社会の運動がスローガン政治に巻き込まれ、形式的な戦闘性の表出に固執することで形骸化を増す中で、ASEAN地域から、地に足の着いた現実的な政策提言運動が登場しつつあることは注目に値する。HIV/AIDSと国際保健に取り組む日本の市民社会としては、HIV/AIDSとUHCを架橋するASEAN諸国の市民社会運動との連携を強化することが、戦略的にも重要であると考えられる。

C. グローバル・ヴィレッジでの企画「ポスト2015とHIV/AIDS」について

7月22日、グローバル・ヴィレッジの会議場において「HIVはポスト2015のどこに？」(Where is HIV in Post-2015?)が開催された。これは、「ミレニアム開発目標」(MDGs)終了後の新たな世界レベルの開発目標(ポスト2015開発アジェンダ)のなかにどうHIV/AIDSを位置付けるかという課題に関して、アジア・太平洋地域から取り組んでいるアジア太平洋エイズ・サービス組織評議会(APCASO)が主体となって開催したシンポジウムであり、国際エイズ・サービス組織評議会(ICASO)のメリー・アン・トーレス(Ms. Mary-Ann Torres)、アフリカのHIV/AIDSに取り組む市民ネットワークの代表であるエマニュエル・オティム(Mr. Emmanuel Otim)、UNAIDSのアジア太平洋地域事務局の代表であるスティーブ・クラウス(Mr. Steve Kraus)らとともに、筆者(稲場雅紀)も登壇し、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジとHIV/AIDSに関してプレゼンテーションを行った。

厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業
外国人におけるエイズ予防指針の実効性を高めるための方策に関する研究
平成 26 年度 総括・分担研究報告書

発 行：平成 27（2015）年 3 月

研究代表者：仲尾 唯治

〒 400-8575 山梨県甲府市酒折 2-4-5 山梨学院大学経営情報学部

電話 055-224-1349（直通） FAX 055-224-1384（共用）

E-mail nakaot@ygu.ac.jp

