

## 引用文献

- 1 Hart GJ, Flowers P, Der GJ, Frankis JS : Homosexual men's HIV related sexual risk behaviour in Scotland. *Sex Transmitted Infection*75:242-246, 1999
- 2 Elford J, Bolding G, Sherr L: High-risk sexual behaviour increase among London gay men between 1998 and 2001: what is the role of HIV optimism?
- 3 Elford J, Bolding G, Sherr L: Seeking sex on the Internet and sexual risk behaviour among gay men using London gyms. *AIDS* 15:1409-1415, 2001
- 4 Elford J, Bolding G, Davis M, Sherr L: Web-Based Behavioral Surveillance Among Men Who Have Sex With Men: A Comparison of online and Offline Samples in London, UK. *J Acquir Immune Defic Syndr* 35: 421-426, 2004
- 5 Elford J, Bolding G, Sherr L: Peer education has no significant impact on HIV risk behaviours among gay men in London. *AIDS*15:535-538, 2001
- 6 Williamson LM, Hart GJ, Flowers P, Frankis JS, Der GJ: The Gay Men's Task Force: the impact of peer education on the sexual health behaviour of homosexual men in Glasgow. *Sex Transmitted Infection* 77:427-432, 2001
- 7 Imrie J, Stephenson JM, Cowan FM et al: A cognitive behavioural intervention to reduce sexually transmitted infections among gay men: randomized trial. *BMJ*322:1451-1456, 2001
- 8 Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC : In search of how people change. Applications to addictive behaviors. Applications to addictive behaviors. *Am Psychol* 47:1102-1114, 1992
- 9 Marlatt GA, Gordon JR : Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors. Guildford, 1985
- 10 Bandura A : *Social cognitive theory and exercise of control over HIV infection*. In: Diclemente RJ, Peterson J, eds. *Preventing AIDS: theories and methods of addictive behaviors*. Plenum, 1994
- 11 Duoru, Annie, Alary Michel, Otis Joanne et al : Correlates of Risky Behaviors Among Young Older Men Having Sexual Relations With Men in Montreal, Quebec, Canada. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 23:272-278, 2000
- 12 Remis RS, Dufour A, Alary M, Vincelette J, Otis J, Masse B, BTurnel B, LeClerc R, Parent R, Lavoie R, Omega Study Group: Association of Hepatitis B Virus Infection With Other Sexually Transmitted Infections in Homosexual Men. *American Journal of Public Health*:1570-1574, 2000
- 13 CDC : Hepatitis A among homosexual men-United States, Canada, Australia. *Morb Mortal Weekly Report* 41:155, 161-164, 1992
- 14 Allard R, Beauchemin J, Bedad L et al : Hepatitis A vaccination during an outbreak among gay men in Montreal, Canada, 1995-1997. *Journal of Epidemiological Community Health* 55:251-256, 2001
- 15 Leave CA, Allman D, Meyers T, Veugelers PJ : Effectiveness of HIV Prevention in Ontario, Canada: A multilevel Comparison of Bisexual Men. *American Journal of Public Health*, 94:1181-1185, 2004
- 16 Harvey John : Design of a Comic Book Intervention for Gay Male Youth at Risk for HIV. *Journal of Biocommunication*, 24:16-24, 1997
- 17 DT Ridge et al : Young gay men and HIV: Running the risk? *AIDS Care* 6:371-378, 1994
- 18 Myers TI et al: The Canadian survey of gay and bisexual men and HIV infection: Men's survey. Ottawa, Canadian AIDS Society, 1993
- 19 First Ever National Gay Men's HIV Prevention Campaign Hits Canada June 15<sup>th</sup> : Archived Media Advisories & Releases. <http://www.aidsvancouver.org/news/archive/?id=97>
- 20 日高庸晴, 市川誠一, 古谷野淳子, 浦尾充子, 安尾利彦, 木村博和, 木原正博 : インターネットによる MSM のコンドーム使用と心理・社会的要因に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業 男性同性間の HIV 感染予防対策とその推進に関する研究 平成 15 年度研究報告書, 86-102

## 薬物使用者に対するエイズ対策に関する研究

-イギリスおよびカナダを事例として-

分担研究者 池上清子 (UNFPA 東京事務所)  
研究協力者 嶋根卓也 (順天堂大学医学部衛生学)  
吉田智子 (Youth Focus Kansai (YFK))

### 研究要旨

世界の HIV 感染の約 10%は、注射による薬物使用によるものとされている。注射器の共有などにより、薬物使用者間では極めて短期間に感染が拡大する。さらに、薬物使用者のセックスパートナーへ、そして一般人口へと、HIV 感染は拡大する可能性があり、薬物使用者に対する HIV/AIDS 対策は、公衆衛生上極めて重要な課題である。本研究では、イギリスとカナダを事例として、薬物使用者に対する HIV/AIDS 対策やその評価に関する事例を収集し、その特徴を分析した。その結果、イギリス、カナダともに 1980 年代後半より、薬物使用者に対する HIV/AIDS 対策が進められており、①薬物政策の中に感染症対策の必要性が示されていること、②HIV/AIDS 対策の個別施策層として薬物使用者が位置づけられていること、③取り組みとしては、薬物の使用に伴うリスクを軽減させる「ハームリダクション」アプローチを推進していること、④その具体的なプログラムとしては、注射器交換プログラム、注射器消毒薬やコンドームの配布、メサドン代替療法、カウンセリングなどであること、が明らかになった。これらイギリス、カナダの事例を踏まえて、我が国の薬物使用者に対する HIV/AIDS 対策に活かすことのできる教訓や提言を検討したい。

### 緒言

注射による薬物使用は、HIV 感染の大きな割合を占めている。国連エイズ合同計画 (UNAIDS) によれば、世界中の HIV 感染の 10%が注射による感染である<sup>1)</sup>。注射による薬物使用での HIV 感染の特徴は、注射器の回し打ちなどにより、非常に短期間に感染が拡大することである。これまでの事例では、ある地域で注射により薬物を使用する人々の中で最初の HIV 感染者が確認されたから、わずか6ヶ月～1年の間に、その集団の40%に感染が拡大した例がある<sup>1)</sup>。そしてこの感染は、彼らのセックス・パートナーや子どもを通じて一般人口に広がり、疫学で言う「広範流行期」を形成していく。

こうした状況を受け、国際機関も注射による薬物使用と HIV 感染拡大について、各国における積極的な対策を促している。注射による薬物使用

と HIV 感染予防に関する国連の見解は、Preventing the Transmission of HIV Among Drug Abusers<sup>2)</sup>に示されている。国連の基本姿勢は、世界中に広がっている注射による薬物使用が HIV/AIDS の流行に大きな影響を与えているのだから、注射により薬物を使用する人々を対象にした HIV 感染対策を政治的急務として位置づけ取り組むべきである、というものである。具体的には、注射により薬物を使用する人々の人権尊重を大前提に、薬物使用の「現実」に依拠した、予防教育から治療までをも網羅した包括的なプログラムの実施が検討されるべきであるとしている。

### 「薬物使用者」の呼称について

「薬物使用者」にあたる英語の呼称としては、「drug users」が、また「(静脈)注射による薬物

使用者」については、「(intravenous) injection drug users (IDU)」が一般的であるが、薬物使用に対するアプローチの変化に伴い、これらの呼称にも変化が見られるようになっている。

イギリスの政策資料においては、課題として扱う薬物使用の範囲を“健康・社会・経済的損失”と考えるのに伴い、「drug users」に代わり、「drug misusers」を使用している。カナダのサーベイランスにおいては、「注射による薬物使用者」について「IDU」という呼称が引き続き使用されている一方、近年の政策資料においては、薬物を使用する人々の人権を尊重し、リスクの高い行動への対策を強調する表現として、「people who use drugs」、また注射による薬物使用者については「people who inject drugs」を使用している。アジア・太平洋地域で、薬物使用者を中心とする HIV 感染予防や健康被害低減のための政策提言、ネットワーキング、プログラム実施に取り組む Asian Harm Reduction Network (AHRN) <sup>3)</sup>においては、略語としても「PUD (people using drugs)」、「PID (people injecting drugs)」の使用を推進している。

本報告では、「注射による薬物使用：Injection Drug Use」という行為を「IDU」、「注射により薬物を使用する人々：Injection Drug Users」を「IDUs」と表記する。

## A. 研究目的

イギリスおよびカナダにおける IDUs に対する HIV/AIDS 対策事例およびその評価を取り扱った報告を収集し、分析することが本研究の目的である。

## B. 研究方法

1. 本研究における具体的な調査項目は以下の通りである。

- 1) イギリス・カナダの IDUs における HIV/AIDS 流行の経緯と現状

- 2) イギリス・カナダにおける IDUs に対する HIV/AIDS 政策とその特徴
- 3) IDUs に対する HIV/AIDS 対策の具体的なプログラムの内容や方法（国レベル、地域レベル、NGO レベルなど）
- 4) そのプログラムに対する評価やモニタリング

これらを調査するに際して、①国連などの国際機関における IDUs に対する HIV/AIDS 対策の基本的な姿勢と、②イギリス・カナダにおける薬物に関する法律や薬物事情、③日本の IDUs における HIV/AIDS の現状とその対策についても同時に調査し、合わせて検討することとした。

2. 以上の調査項目を検討するため、以下に挙げる情報源から必要な情報を収集した。

- 1) 国連エイズ合同計画 (UNAIDS)、国連薬物犯罪オフィス (UNODC)、世界保健機関 (WHO) などの国際機関が発表した報告書や統計資料など
- 2) イギリス保健省 (Department of Health) およびカナダ保健省 (Health Canada) が発表した、HIV/AIDS に関する国家戦略や統計資料、サーベイランスなど
- 3) イギリス、カナダにおける薬物政策のベースとなる国家戦略
- 4) IDUs に対する HIV/AIDS 対策の評価や患者の動向などを扱った医学系の文献
- 5) イギリス・カナダ国内の NGO や国際 NGO が発表する報告書
- 6) 日本のエイズ動向委員会の報告書、厚生科学研究エイズ対策研究事業の報告書、内閣府が発表した薬物対策

以上の情報を考察しながら、日本の IDUs に対する HIV/AIDS 対策に活かすことができるよう提

言を行う。

## C. 研究結果

### 1. イギリス・カナダの IDUs における HIV/AIDS 流行の経緯と現状

#### 1) イギリス

2003 年末時点で、イギリスの HIV 感染者数は推計 53,000 人（うち 27%は感染に気づいていない）とされている。2003 年の新規 HIV 感染者数は 6,780 人で、流行開始当初からの累計は、66,554 人となった。2004 年 9 月時点での累計 AIDS 患者数は 20,778 人で、うち 13,033 人がすでに死亡している<sup>4)</sup>。

イギリスでは、1980 年代半ばに HIV 抗体検査が広く実施されるようになり、男性とセックスをする男性 (MSM)、IDUs、血液製剤による治療を受けている人々が 3 大リスク・グループとされていた。しかし、血液製剤による HIV 感染者は 1985 年までに検査を受け、感染状況が判明したため、それ以降は、MSM、異性間性交渉、IDU が、イギリスにおける 3 大 HIV 感染経路とされている。なお、2003 年の新規 HIV 感染者 6,780 人のうち、IDUs は 118 人 (1.7%) であった。

#### 2) カナダ

2003 年末時点で、カナダには HIV 感染者/AIDS 患者が推定 56,000 人いるとされている。HIV 抗体検査が開始された 1985 年 11 月～2004 年 6 月に HIV 抗体陽性とされたのは 56,523 人で、2003 年には 2,499 人の新規 HIV 感染者が報告されている。AIDS 患者については、2004 年 6 月までに 19,468 人が報告されており、そのうち少なくとも 13,343 人がすでに死亡している。地域的には、ブリティッシュ・コロンビア、アルベルタ、オンタリオ、ケベックの 4 州に人口の 85%が集中しており、AIDS 患者も 95%がこの 4 州に集中している<sup>5)</sup>。

1980 年代の初頭まで、カナダにおける HIV 感

染は、MSM に集中していた。しかし、1990 年代中頃までには IDUs 間の感染が拡大するようになった。IDU による HIV 感染者数 (15 歳以上) は、2004 年 6 月までの累計 3,855 人 (MSM/IDU を含むと 5,293 人) で、全体の 9%を占める。感染経路が判明しているものの中では、男性では MSM に次いで、女性では異性間性交渉に次いで、2 番目に感染者数の多い経路となっている。

また、IDUs の HIV 感染者に見られる傾向として、女性、若者、アボリジニ (原住民) の間に特に HIV 感染リスクが高い状況が報告されている。

男性 HIV 感染者では、IDUs の占める割合が 20%前後であるのに対して、女性感染者では、3 分の 1～半数が IDU を感染経路としている<sup>6)</sup>。また、IDUs における感染率についても、性差がみられ、男性の IDUs よりも女性の IDUs の方が約 40%高いという報告がある<sup>7)</sup>。

また、バンクーバーにおける若い (24 歳以下) IDUs の HIV 感染率の調査によると、IDUs 全体の HIV 発生率が 1.5/100 人年であるのに対し、若い IDUs の間では、男性で 2.96/100 人年、女性で 5.69/100 人年と大きな差があることがわかった<sup>8)</sup>。同調査では、若い IDUs の HIV 発生率は、女性性、性暴力の経験、生活・生存のためのセックス経験、連日のヘロイン注射、連日のスピードボール (ヘロインとコカインを混ぜたもの) 注射、セックス経験人数の多さの要因により高まることがわかった。

一方、アボリジニの IDUs は、アボリジニ以外の IDUs に比べて 2 倍以上 HIV 感染率が高いという調査があり、2002 年の国民調査では、HIV 感染者のうち IDUs の占める割合は、アボリジニ以外では 30%以下であるのに対し、アボリジニでは 63%であった<sup>9)</sup>。

### 2. イギリス・カナダにおける IDUs に対する HIV/AIDS 政策とその特徴

国際機関や各国政府、NGO は、IDUs に対する HIV 感染予防の戦略、プログラム策定において、薬物使用そのものよりも薬物使用に伴って起こる健康被害に着目した実用主義的なアプローチ「ハームリダクション」の考え方を採用するようになってきている<sup>9)</sup>。

ハームリダクションとは、薬物政策における「厳正な禁止」、「Just say NO」といった個人の使用行動のみに着目した立場の限界が示される中で、薬物使用の現状に対応したアプローチとして生まれてきた概念である。すなわち、ハームリダクションでは、薬物使用を止めることができない人々がいるという現実を受け止め、その上で、薬物使用が個人、地域、社会全体に及ぼす「被害(harm)を低減する(reduction)」ことを目的とし、IDUs にとって「敷居の低い」(low-threshold)さまざまなプログラム・方法を実践する。これは、薬物使用を禁止する政策と対立するものではなく、共存し、補完しあうものである。

薬物問題に対するハームリダクションの原点は1980年代までさかのぼることができる。IDUsの間でのHIVやC型肝炎拡大が深刻化する中で、感染リスクを減少させる戦略として注目を浴び、オランダ、イギリス、カナダ、オーストラリア、スイスが先行して政策に取り入れてきた。

ハームリダクションにはさまざまなサービスが含まれるが、典型的なプログラムとして、教育、予防、治療の要素を含む、以下のものを挙げることができる。

- 1) 健康教育・情報提供
- 2) 注射器交換プログラム(注射器消毒薬・コンドームの配布を含む)
- 3) 薬物代替療法(メサドンなど、身体への負担がより低い薬物で使用を代替する治療法)
- 4) 薬物関連以外の保健医療サービスの提供

- 5) カウンセリング・抗体検査
- 6) 薬物乱用予防教育

今回、研究対象としたイギリス、カナダにおいても、IDUs に対する HIV/AIDS 政策にハームリダクションの考え方が早くから採用され、具体的なプログラムが実践されてきている。

#### 1) イギリスの政策枠組み

ヨーロッパ連合(EU)は、2004年2月アイルランドのダブリンで開催されたEU閣僚会議「Breaking the barriers - Partnership to fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia」を受け、宣言をまとめた<sup>10)</sup>。この中で、EUにおけるHIV/AIDS対策を特に強化すべきターゲットの一つとして、IDUsが重要視されている。

具体的には、IDUsが予防、薬物依存症治療、ハームリダクション(例:注射器交換プログラム、注射器洗浄用ブリーチやコンドームの配布、自発的なHIV抗体検査およびカウンセリング、代替薬物療法、性感染症診断・治療)といった多様なサービスに確実にアクセスできるようにすること、またそのために各国の政策に合わせて、上記のサービス・プログラムが各国内で広く導入されるよう、推進、実現、強化を進めることが求められている。IDUsのうち、少なくとも60%が薬物依存症治療とハームリダクションに基づくプログラムにアクセスしない限り、流行に歯止めをかけることはできない、という世界保健機関(WHO)による提言を引用し、各国政府に積極的な対応を求めている<sup>10)</sup>。

また、その後、同年9月に開催された閣僚会議「Europe and HIV/AIDS: New Challenges, New Opportunities」の後に発表された委員会報告書において、更にその具体的な対策が示され、情報提供とカウンセリング、IDUsのいる地域やその家族によるHIV予防活動への参加、アウトリーチの強化、精神・社会的ケアを含めた代替薬物療法の

提供、注射器交換プログラムと交換所の設置などの対策を促している<sup>11)</sup>。

イギリスでは、2001年に保健省が「性の健康とHIVに関する国家戦略(The national strategy for sexual health and HIV)」<sup>12)</sup>を発表した。これは、性感染症とHIVに対する予防・治療・ケアに関する初めての国家戦略である。特に予防に力をいれるべき高リスク集団として、アフリカ系の移民、ゲイ男性などとともに入国者(IDUs)を挙げている。IDUsに対しては、注射器交換プログラムを引き続き行うことを明言している。また、若年層のIDUsおよびHIV感染者/AIDS患者・肝炎(B型およびC型)患者に対して国家的なインフォメーションキャンペーンを行うとしている。これらは、政府の薬物10ヵ年戦略<sup>13)</sup>にも盛り込まれている。翌年2002年には、この国家戦略の実施計画書(Implementation action plan)<sup>14)</sup>を発表し、具体的な介入方法や時期について述べられている。この中で、2002-2003年までに、IDUsを減らすキャンペーンとして100万ポンドの予算が組まれており、具体的には「若年層のIDUsを対象とした国家的なインフォメーションキャンペーン」と「地域の注射器交換プログラムの継続的な支援」の2つの柱を掲げ、保健省が実施するとしている。

## 2)カナダの政策枠組み

1997年夏、HIV/AIDS対策に関わる各レベル・分野の関係者が一同に会して議論をおこなった結果を受け、カナダ政府はその翌年1998年に、カナダHIV/AIDS国家戦略The Canadian Strategy on HIV/AIDS(CSHA)を立ち上げ、年間4億4,200万円の連邦予算を投入することを決めた<sup>15)</sup>。この戦略の特徴は、疾病そのものに注目していたこれまでのアプローチを改め、疾病の原因や健康の決定因子、さらにHIV/AIDS流行のさまざまな要因に注目するアプローチへとシフトした点にある。特に、HIV感染者/AIDS患者と、最もHIV

感染に対して脆弱な人々への対策を強化することが目標とされた。

5年目の中間報告を終えた後、2004年5月に当時の保健大臣は、これまでの年間予算の2倍にあたる年間8億4,400万ドルを、今後5年にわたり投入していくことを発表している<sup>15)</sup>。

IDUに対する政策については、薬物政策を中心に、1980年代半ばからハームリダクションへの取り組みが積極的におこなわれている。2001年にカナダ政府は関係機関、州・自治体政府とともに、『カナダにおける注射による薬物使用に伴う被害低減のために』という提言をまとめた<sup>16)</sup>。この中でカナダ政府は、IDUを健康、社会、経済への負担が大きく「深刻な健康・社会問題」であると明確に位置づけ、この問題に拍車をかける要因としてHIV/AIDSおよびC型肝炎を取り上げている。こうした背景により、現在のカナダ政府の政策においては、薬物対策とHIV/AIDS対策、C型肝炎対策とが緊密な連携を取って推進され、そのすべてにおいて一貫したハームリダクションが戦略として採用されるようになっている。

カナダのHIV/AIDS・薬物対策には、双方に共通する5つの原則が定められ、両政策を方向付けている。

- IDUは、何よりもまず、健康および社会問題として扱われるべきである
- IDUsは、尊厳を持って扱われるべきであり、人権が尊重されなくてはならない
- 提供されるサービスは、IDUsにとってアクセス可能で適切なものでなくてはならない。また、サービスの計画・決定のあらゆる過程で、IDUs当事者が関与するべきである。
- プログラムや政策は、IDUs当事者のジェンダー、文化的背景、年齢、地理的条件、複数薬物使用など、多様性を考慮したものでなくてはならない。
- 各地域社会やステークホルダーが対策に

関わるべきである。

カナダにおけるハームリダクションは、薬物に関連する被害を低減する目的を持ったあらゆる政策やプログラムを包括的に指し示すもので、危険度の高い薬物使用行動を減少させることを優先する狭義のハームリダクションと対照を成すものである<sup>5)</sup>。

具体的には、カナダの薬物戦略は、注射器交換プログラム、メサドンによる代替薬物治療、治療共同体（セラピューティック・コミュニティ）などの断薬治療、不法薬物使用の法的取締りなどを支持している。現在では、ヘロインの処方、監督された注射所の設置、刑務所における注射器交換プログラムが政策アジェンダとして上がってきている。

なお、カナダでは連邦政府の政策ガイドラインにもとづき、各州が具体的な政策を実行している。州レベルの IDU 対策では、バンクーバー市を抱えるブリティッシュ・コロンビア州が先駆的な役割を担っている。"A Framework for Action: A Four-Pillar Approach to Drug Problems in Vancouver"では、予防、依存症の治療、犯罪行動に対する法執行と並び、ハームリダクションを4つの中心的な戦略の一つとして位置づけている。

### 3. IDUs に対するエイズ対策の具体的なプログラムの内容や方法

#### 1) イギリス

##### 【エジンバラでの感染爆発】

1970年代後半から、エジンバラの警察は薬物乱用の波を抑えるために、注射器の販売を制限するようになった。同時に、注射器の単純所持も有罪証拠とされ、注射器に対する取締りが強化されたことで、IDUs が薬局などで注射器を入手することが困難になり、結果として IDUs の間に注射器を共有するスタイルが確立された<sup>17)</sup>。

1982年には、IDUs の間で B 型肝炎の集団感染が起こり、注射器共有が流行の原因だと考えられていた。1985年8月に HIV 抗体検査ができるようになり、B 型肝炎の検査用に保存されていたエジンバラの IDUs の血液を調査したところ、164検体のうち51%が HIV 抗体陽性であることがわかった<sup>17)</sup>。IDUs 間の HIV 感染爆発は1983-1984年に起こったと推定されており、初期に感染したと思われる40人の IDUs のライフスタイルを調べたところ、1980-1983年に注射器共用のコミュニティを作っていたことが明らかになったため、注射器共有が感染爆発の原因だと考えられている。その後、注射器交換プログラム・啓蒙活動・消毒剤の提供・カウンセリングなどが実施され、HIV 感染率は1986年にピークに達し、以降低下する傾向を示している<sup>18)</sup>。

##### 【注射器交換プログラムの実施】

エジンバラでの感染爆発を受けて、イギリスでは、1986年に注射器交換プログラムを開始し、1987年には政府がプログラムを正式に承認した。その後、注射器交換所は全国に広がり、1990年にはロンドンだけで35ヶ所となり、1992年にはイングランドとウェールズで250カ所を超えた<sup>19)</sup>。

##### 【グラスゴーの事例】

グラスゴーでは、1985年に IDUs 間の HIV 感染が報告された。IDUs 間の HIV 抗体陽性率は1987年には4.8%だったが、それ以降減少傾向となり、3.5% (1988年)、1.1% (1990年)、1.2% (1992年) という値を示し、エジンバラと比較すると非常に低い陽性率で推移している。こうした減少は、1987年に薬局で注射器を買うことができるようになり、注射器交換プログラムが実施され、1988年にはメサドン療法が導入されたことなど、様々な予防プログラムの効果であるとされている<sup>20)</sup>。

## 2) カナダ

カナダで最初の注射器交換サービスは、深刻な薬物事情を背景に1987年に始まり、1989年3月にはバンクーバーに最初の公的な交換所が開設された<sup>5)</sup>。当初は、交換所と路上でのアウトリーチ活動がおこなわれていたが、次第に移動バンを利用したサービス提供が行われるようになっていった。1989～1993年にかけては、連邦政府が4つの州と費用を分担し、アウトリーチのパイロットプログラムを実施した。

現在では、ブリティッシュ・コロンビア州、ケベック州、オンタリオ州の都市部を中心に<sup>21)</sup>、200ヶ所以上の注射器交換サービスがあり、今後も増加する見込みである<sup>5)</sup>。さらに、現在では薬局での注射器交換サービスも数多くおこなわれるようになってきている。しかし、国土の広いカナダではプログラムの分布に偏りがあり、サービスへのアクセス度の格差が問題となっている。

もう一つの代表的なハームリダクションプログラムであるメサドン代替薬物治療は、1990年代末から急増した。

カナダでは、連邦政府および州政府のさまざまな委員会でIDUに伴う深刻な被害についての報告がなされてきた。薬物使用に関する委員会からの報告はもちろんのことながら、HIV/AIDS、肝炎、刑務所、アボリジニ関連、司法関連などの各委員会からなど多岐にわたり報告があった<sup>5)</sup>。こうした報告の成果として、現在、カナダにおいては薬物政策、HIV/AIDS戦略、C型肝炎予防・支援・研究プログラムなどにおいて、一貫した「ハームリダクション」戦略が採用されるようになっている。

## 4. プログラムに対する評価やモニタリング

### 1) イギリス

#### 【指標1】HIV抗体陽性率

表1に、年齢階級別および男女別にみたIDUs間のHIV抗体陽性率の年次推移を示した。ロン

ドンのHIV抗体陽性率は、その他の地域と比べて高率であり、最新の報告では、ロンドン2.9%に対して、その他の地域では0.53%となっている(2003年)。ロンドンでは、1992年にピーク(7.0%)となりその後減少傾向となっている。年齢階級別にみると、2001年までは35歳以上の群が若年層と比べて高率であったが、近年では年齢階級による差が小さくなり、最新の報告では、25歳以下のIDUs(3.3%)の方が、35歳以上のIDUs(2.9%)よりも高くなっている。性別では、男性の方がやや高率であり、この傾向は1990年から変わっていない。一方、ロンドン以外の地域については、1990年のピーク(1.0%)以降、常に1%を下回っている。若年層のHIV抗体陽性率は極めて少なく、男女間の差もみられない。

【指標2】注射器共有率：過去1ヶ月以内に、注射針/注射器を他人から受け取った者あるいは他人へ渡した者(使用率)

表2に、年齢階級別および男女別にみたIDUs間の注射器共有率の年次推移を示した<sup>22)</sup>。

注射器共有率の変化は、ロンドン市内もロンドン以外の地域においても大きな変化がなく、16-41%の間を推移している。2003年の報告では、ロンドン市内32%に対して、ロンドン以外の地域29%といった現状である。男女差はロンドン市内ではほとんどみられない(男性31%、女性30%)が、ロンドン以外の地域では、女性の方が高率(男性25%、女性39%)であった。年齢階級別には、25歳以下の群における共有率が高く、ロンドン市内では65%(2002年)、43%(2003年)、ロンドン以外の地域では、42%(2002年)、36%(2003年)であった。

また、参考までに、行政区別にみたIDUs間のHIV抗体陽性率の年次推移(表3)および、行政区別にみたIDUs間の注射器共有率の年次推移(表4)を示した<sup>22)</sup>。



## 2) カナダ

【指標 1】「HIV 抗体陽性者における IDUs および MSM/IDUs が占める割合」

15 歳以上の男女の HIV 抗体陽性者における IDUs および MSM/IDUs\* が占める割合の推移 (1985-2004) を表 5 に示した<sup>23)</sup>。IDUs が占める割合は、1999 年では 28.3%であったが、それ以降徐々に減少し、2003 年の報告では 18.4%となっている。一方、MSM/IDUs が占める割合は 2~3%の間を推移し、大きな変化はみられない。また、性別に検討すると、女性の HIV 抗体陽性者における IDUs が占める割合が男性よりも高く、2003 年では、男性では 15.8%に対して、女性では 27.0%となっている。

\*カナダでは、リスクファクターの階級によって一つのカテゴリーに分類している。もし、一つ以上のリスクファクターが報告された場合は、最も階級が高い要因で分類する。例えば、IDUs は、異性間の性行為を通じてのリスクも同時に抱えているが、この場合は、より階級が高い「注射による薬物使用」を優先し、IDUs として分類する。例外としては、MSM であつ、注射による薬物使用を行っている者は、MSM/IDUs として分類することとする。

【指標 2】「AIDS 患者における IDUs および MSM/IDUs が占める割合」

15 歳以上の男女の AIDS 患者における IDUs および MSM/IDUs が占める割合の推移 (1979-2004) を表 6 に示した<sup>23)</sup>。IDUs が占める割合は、15~20%の間を推移している。MSM/IDUs が占める割合は 2-5%を推移しており、一定の傾向はみられない。また、女性 IDU が占める割合が高いのは、【指標 1】と同じ傾向である。

【指標 3】注射器交換プログラム参加者の HIV 抗体陽性率

Calgary の注射器交換プログラムに参加する IDUs における HIV 抗体陽性率は 2.2% (1992 年)

から 3.3% (1998 年) に上昇した<sup>24)</sup>。

Winnipeg Injection Drug Epidemiology (WIDE) の調査によると、IDUs における HIV 感染率は、1986-1990 の 2.3%から、1998 の 12.6%に上昇している<sup>25)</sup>。

SurvUDI network の報告では、プログラムに参加する IDUs の HIV 抗体陽性率は全体で 12.2% (1995 年) から 18.6% (2002 年) に上昇している。プログラム実施地域全体の HIV 感染率は 14.7%で、都市部 (15.7%) は、都市近郊部 (6.0%) に比べて高率であった (1995-2003 年)。また地域別には、モントリオール (23.3%)、オタワ (19.7%)、ケベック (15.9%) であった (2002 年)<sup>26)</sup>。

【指標 4】注射器交換プログラム参加者における HIV 発生率

Vancouver Injection Drug User Study (VIDUS) の報告では、IDUs における HIV 発生率は、10.3/100 人年 (1997 年)、3.2/100 人年 (1999 年)、1.5/100 人年 (2000 年) と低下しているとされる<sup>27)</sup>。

オンタリオの HIV 検査データベースを情報源とした POLARIS の調査では、IDUs における HIV 発生率は、0.64/100 人年 (1992 年) から 0.14/100 人年 (2000 年) に低下しているとされる<sup>28)</sup>。

SurvUDI network の報告では、プログラムに参加する IDUs における HIV 発生率は 5.3/100 人年 (1995 年) から 2.6/100 人年 (2002 年) に低下したとされる。1995-2003 年における発生率は、2.9/100 人年 (ケベック)、4.4/100 人年 (モントリオール)、4.8/100 人年 (オタワ)、1.9/100 人年 (都市近郊部)、3.7/100 人年 (全地域) であった<sup>26)</sup>。

## D. 考察、結論

### 1. イギリスとカナダの政策から学ぶこと

イギリス、カナダは、オーストラリア、オラン

ダ、スイスと並び、1980年代半ばから IDUs 向けの HIV/AIDS 対策に取り組み、ハームリダクションというアプローチを政策に取り入れてきた。その結果、多くの IDUs の存在にも関わらず、IDUs 間での HIV 感染の急激な拡大を避けることに成功している。

こうした政策の背景には、IDU を個人の問題や犯罪としてのみとらえるのではなく、薬物を使用している個人、家族、地域社会に対して健康被害、または社会・経済的負担/被害を引き起こす課題として扱おうとする姿勢がある。この姿勢のもとでは、IDUs 個々人に問題が帰せられるよりも、むしろ IDU は国家・地域社会にとっての健康、社会問題であり、IDUs はそれらの問題を個人として抱えた人々、つまり国家・社会による支援を必要とする人々ということになる。この課題に対応する戦略として、ハームリダクションは誕生したのである。

イギリス、カナダともに、薬物使用に対する法執行アプローチは柱の一つとして推進しており、国内薬物流通量の削減にも継続して力を入れている<sup>29)</sup>。しかし、その一方で、前述したように IDUs 間での感染症対策のために、地域の警察の協力を得て注射器交換プログラムが推進されている。そこでは単に注射器交換に留まらず、感染症予防に関する情報発信や教育啓発プログラムが行われているほか、地域の医療機関に行きにくい IDUs のための保健医療サービス、鍼灸や霊気 (Reiki) などのサービスが行われるなど、地域における IDUs の生活の質 (QOL) の向上がはかられている。そしてこれと並行して薬物治療への取り組みも進められており、ハームリダクションプログラムであるメサドン代替治療が推進されている一方、特にイギリスでは、より多くの IDUs が薬物治療を受けられるよう施設やサービスの強化につとめている<sup>29)</sup>。

こうした政策の実現に欠かせないのが、薬物政策における感染症対策の位置づけである。イギリ

ス、カナダともに、HIV/AIDS 政策の中に IDUs 向けの対策の必要性が明記され推進されているだけではなく、薬物政策の中でも IDU と HIV、C 型肝炎感染拡大との相乗効果が指摘され、感染症対策が重要な位置を占めている。カナダにおいては、薬物政策、HIV/AIDS 政策、C 型肝炎政策は、「ハームリダクション」にもとづく同じ目標と原則が設定されている<sup>30)</sup>。

このように、IDUs に対する HIV/AIDS 対策においては、薬物政策を含めた包括的な政策の枠組みと、IDUs 当事者が利用しやすく包括的で多様なサービスプログラムが提供されることが重要である。

## 2. 我が国の IDUs へのエイズ対策に関する提言

我が国の薬物政策の基本とされる「薬物乱用防止新5か年戦略(2002年)」の中には、薬物使用に伴う感染症に対する戦略はない。また、エイズ政策の基本とされる「エイズ予防指針(1998年)」においても、薬物使用者は個別施策層に盛り込まれていないという現状がある。

IDUs における HIV/AIDS のサーベイランスとしては、精神科医療施設に入院した薬物依存・精神病患者を対象とした調査が行われている<sup>31)</sup>。覚せい剤依存患者(必ずしも IDUs ではない)における HIV 感染率は 0.3% (2001年、2002年)であり、低率である。しかし、覚せい剤依存症患者の 47-49%は、過去1年以内に注射器共有の経験があり、53%は C 型肝炎ウイルス陽性であったという報告がある<sup>32)</sup>。

エジンバラでの HIV 感染爆発のように、IDUs 間における肝炎の流行は、その後の HIV 感染爆発を予測し得る極めて重要な指標である。また、IDUs 間のみならず、IDUs のセックスパートナーへの感染から一般人口への感染拡大も予想される。このように、我が国の IDUs における注射器共有率や HCV 陽性率の高さ、そして一般人口に与える社会的なインパクトを踏まえると、薬物政

策における IDUs への感染症対策、そして HIV/AIDS 対策における IDUs への対策強化は、公衆衛生上の極めて大きな課題であろう。

## E. 研究発表

1. 論文発表  
なし
2. 学会発表  
なし

## F. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得  
なし
2. 実用新案登録  
なし
3. その他  
なし

## 参考資料

イギリス・カナダの薬物に関する法律

### 1)イギリス

薬物に関わる法律の中心となるのは Misuse of Drugs Act 1971 (以下、MDA) である。これに加え、18 歳以下への溶剤の販売を規制した Intoxicating Substances Act 1985、薬物売買から得た利益の押収や薬物がらみのマネー・ロンダリングを規制する Drugs Trafficking Offences Act 1986、そして薬物に関する逮捕、留置、告訴を取り決めている Police and Criminal Evidence Act 1984 の 3 種類がある。MDA では、薬物の危険度によって Class A~C の 3 段階に分かれている。2004 年 1 月、大麻の使用に伴う罰則規定が見直され、は Class B からの Class C に再分類された。なお罰則規定は、年齢によって異なる<sup>33)</sup>。

### 2)カナダ

薬物に関わる法律の中心となるのは Controlled Drugs and Substances Act (1997) (以下、CDSA)

である<sup>34)</sup>。薬物は Schedule I~VIII に分類されており、Schedule I-III の所持、または I-IV の薬物を医師から入手することが禁じられている(その他詳細規定あり)。大麻に対する罰則規定は、2003 年 5 月に改定されている (Bill C-38)。当初の改定案は少量の大麻所持に対する罰則を緩和することを目的としていたが、実際の改定では、弾力的に解釈されていた改定前の規定よりも厳しい規定となっており、議論が続いている<sup>35)</sup>。

## 文献

- 1) Interagency Coalition on AIDS and Development (ICAD). Fact Sheets: HIV/AIDS, Injection Drug Use, Harm Reduction and Development. ICAD. 2002.
- 2) UNAIDS. Preventing the Transmission of HIV Among Drug Abusers, A position paper of the United Nations System. Annex to the Report of 8<sup>th</sup> Session of ACC Subcommittee on Drug Control, September 2000.
- 3) Asian Harm Reduction Network. <http://www.ahrn.net/>
- 4) United Kingdom HIV&AIDS Statistics Summary. AVERT. <http://www.avert.org/uksummary.htm>.
- 5) Public Health Agency of Canada. HIV and AIDS in Canada. Surveillance report to June 30, 2004. Surveillance and Risk Assessment Division, Centre for Infectious Disease Prevention and Control, Health Canada, November 2004.
- 6) Geduld J, Gatali M, Remis RS, Archibald CP. Estimates of HIV prevalence and incidence in Canada, 2002. CDR 2003;29(23)197-206.
- 7) Spittal PM, Craib KJP, Wood E et al. Risk factors for elevated HIV incidence rates among female injection drug users in Vancouver. Can Med Assoc J 2002;166(7)894-99.
- 8) Tyndall M, Johnston C, Craib K et al. HIV

- incidence and mortality among injection drug users in Vancouver – 1996-2000.
- 9) Canadian Center for Substance Abuse, The. Harm Reduction and Injection Drug Use: an international comparative study of contextual factors influencing the development and implementation of relevant policies and programs. Health Canada. 2001.
  - 10) European Commission. Dublin Declaration on Partnership to fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia. 2004.
  - 11) Commission of the European Communities. Commission Working Paper: Coordinated and Integrated Approach to Combat HIV/AIDS withing the European Union and in its Neighbourhood. 2004.
  - 12) Department of Health UK. The national strategy for sexual health for sexual health and HIV. 2001.
  - 13) Tackling Drugs to Build a Better Britain. The Government's Ten-Year Strategy for Tackling Drugs Misuse. 1998.
  - 14) Department of Health UK. The national for sexual health and HIV Implementation action plan 2002.6.26.
  - 15) Health Canada. Canadian Strategy on HIV/AIDS (CSHA)  
[http://www.hc-sc.gc.ca/english/media/releases/2004/2004\\_29bk1.htm](http://www.hc-sc.gc.ca/english/media/releases/2004/2004_29bk1.htm)
  - 16) F/P/T Advisory Committee on Population Health, F/P/T Committee on Alcohol and Other Drug Issues, F/P/T Advisory Committee on AIDS, and F/P/T Heads of Corrections Working Group on HIV/AIDS. Reducing the Harm Associated with Injection Drug Use in Canada. 2001.
  - 17) J R Robertson, A B V Bucknall. Epidemic of AIDS related virus (HTLV- III /LAV) infection among intravenous drug abusers. *BMJ* 1986; 292: 527-529.
  - 18) Andy D. Peters, Margaret M. Reid and Shay G. Griffin. Edinburgh drug users: are they injecting and sharing less? *AIDS* 1994; 8: 521-528.
  - 19) Gerry V Stimson, Gillian Hunter. Interventions with drug injectors in the UK: trends in risk behavior and HIV prevalence. *International J STD & AIDS* 1996; 7 (Suppl. 2): 52-56.
  - 20) A Taylor, M Frischer, S T Green, D Goldberg, N McKeganey and L Gruer. Low and stable prevalence of HIV among drug injectors in Glasgow. *International J STD & AIDS* 1994; 5: 105-107.
  - 21) HIV/AIDS Epi Update .HIV/AIDS Among Injecting Drug Users in Canada. 2004.
  - 22) Health Protection Agency Centre for Infections Institute of Child Health, London, Scottish Centre for Infection and Environmental Health. Supplementary data tables of the Unlinked Anonymous. Prevalence Monitoring Programme: data to the end of 2003.
  - 23) Health Canada. HIV and AIDS in Canada surveillance report to june 30, 2004.
  - 24) Guenter DC, Fonseca K, Nielsen DM et al. HIV prevalence remains low among Calgary's Needle Exchange Program participants. *Can. J Public Health*. 2000; 91(2): 129-132.
  - 25) Elliot LJ, Blanchard JF, Dinner KI et al. The Winnipeg Injection Drug Epidemiology (WIDE) Study. Eighth Annual Canadian Conference on AIDS, Vancouver BC May 1-4 1999. *Can J Infect Dis* 1999; 10(suppl B): C314.
  - 26) Parent R, Alary M, Morrissette C et al. and the SurvUDI working group. Rapport SurvUDI 2003. Dec 2003.
  - 27) Tyndall M, Johnston C, Craib K et al. HIV incidence and mortality among injection drug users in Vancouver - 1996-2000. *Can J Infect* 2001; 11(Suppl B): 69B 354P.

- 28) Remis RS, Major C, Swantee C et al, Trends in HIV incidence in Ontario based on the detuned assay: update to December 2002. Presentation at Ontario HIV Treatment Network, 5th Annual Research Day, Toronto, Ontario, November 3-4, 2003.
- 29) Reitox. Report to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point, United Kingdom Drug Situation 2001. The Home Office Drugs Strategy Directorate, Updated Drug Strategy 2002. 2002.
- 30) Reducing the Harm Associated with Injection Drug Use in Canada
- 31) 和田清、その他.薬物乱用・依存者における HIV 感染の実態とハイリスク行動についての研究. HIV 感染症の動向と予防介入に関する社会疫学的研究 (主任研究者: 木原正博) 平成 13 年度報告書.178-196.2001.
- 32) Wada K, Greberman SB, Konuma K, Hirai S. HIV and HCV infection among drug users in Japan. *Addiction*. 1999 Jul;94(7):1063-9.
- 33) Urban 75. Drugs and the Criminal Law in UK, Legal advice and useful information. <http://www.urban75.org/legal/drugs.html>
- 34) Special Committee on Non-Medical Use of Drugs. Policy for the New Millennium: Working Together to Redefine Canada's Drug Strategy, Interim Report of the Special Committee on Non-Medical Use of Drugs. 2002.
- 35) Cannabis Law Reform in Canada -- 2002-04. <http://www.cfdp.ca/mj2003.htm>

ローチであり、具体的な取り組みは、「薬物をどうしたら安全に使用できるか」に特化した、教育、予防、治療の要素を含むプログラムである。

**Needle exchange program/Needle and syringe exchange program/NEX:**注射器交換プログラム  
注射器の共有による HIV や肝炎などへの感染リスクを軽減することを目的とするハームリダクションプログラムの一つ。注射器交換所で使用済みの注射器を清潔なものと交換すると同時に消毒薬やコンドームの配布なども同時に行う。

**Substitution therapy:**薬物代替療法  
より依存性や耐性の低い薬物を使うことで、問題となっている依存性薬物の使用を軽減させること。メサドン療法など。

## 用語集

**IDUs(Injection Drug Users):**注射による薬物使用者

**Harm reduction:**ハームリダクション

薬物使用にともなう「被害 (harm) を軽減する (reduction)」ことを目的とした公衆衛生的のアプ

表1.年齢階級別および男女別にみたIDUsにおけるHIV抗体陽性率の推移(1990-2003)

年代	25歳以下		25-34歳		35歳以上		男性		女性		合計	
	%	n/total	%	n/total	%	n/total	%	n/total	%	n/total	%	n/total
ロンドン												
1990	5.3	(2 / 38)	2.2	(3 / 137)	0	(0 / 36)	1	(1 / 147)	6.3	(4 / 64)	6	(6 / 226)
1991	2.3	(1 / 44)	6.9	(12 / 174)	4.6	(6 / 130)	5.9	(17 / 286)	3.1	(2 / 64)	5.4	(19 / 353)
1992	1.8	(1 / 57)	10.7	(27 / 252)	2	(3 / 151)	6.8	(24 / 355)	7.8	(10 / 129)	7	(34 / 489)
1993	0	(0 / 87)	5	(20 / 398)	3	(6 / 200)	4.2	(21 / 499)	2.6	(5 / 194)	3.8	(27 / 705)
1994	2.5	(2 / 79)	4.9	(17 / 348)	3.9	(7 / 179)	3.9	(17 / 438)	5.2	(9 / 172)	4.2	(26 / 613)
1995	0	(0 / 70)	6.6	(21 / 319)	6.8	(12 / 177)	6.1	(27 / 442)	4.1	(6 / 145)	5.7	(34 / 593)
1996	0	(0 / 105)	0.52	(2 / 388)	2.6	(6 / 233)	1	(4 / 396)	1.2	(4 / 339)	1	(8 / 762)
1997	0	(0 / 52)	4	(11 / 274)	3.5	(7 / 200)	3.9	(16 / 406)	1.5	(2 / 131)	3.3	(18 / 543)
1998	0	(0 / 51)	2.4	(7 / 290)	3.4	(9 / 268)	2.8	(13 / 464)	2.8	(4 / 145)	3.2	(21 / 655)
1999	1.1	(1 / 95)	2.5	(9 / 361)	4.1	(13 / 315)	2.9	(17 / 594)	3.2	(6 / 187)	2.9	(23 / 791)
2000	0	(0 / 61)	3	(7 / 233)	4.5	(11 / 247)	3.7	(14 / 379)	2.9	(5 / 170)	3.6	(20 / 559)
2001	1.8	(1 / 56)	2.1	(4 / 193)	6.1	(15 / 245)	4.7	(17 / 365)	2.2	(3 / 139)	4.5	(23 / 515)
2002	2.6	(1 / 38)	3.3	(7 / 213)	3.8	(13 / 340)	3.7	(16 / 436)	3	(5 / 168)	3.6	(22 / 608)
2003	3.3	(2 / 60)	2.6	(7 / 271)	2.9	(13 / 447)	3.2	(18 / 567)	2.2	(5 / 224)	2.9	(23 / 801)
ロンドン以外												
1990	0.37	(2 / 538)	0.52	(3 / 573)	3.6	(7 / 192)	1	(9 / 967)	1	(4 / 353)	1	(14 / 1330)
1991	0.52	(2 / 381)	0.8	(4 / 499)	0	(0 / 161)	0.76	(6 / 791)	0	(0 / 261)	0.56	(6 / 1063)
1992	0.33	(3 / 911)	0.59	(8 / 1367)	1.8	(8 / 448)	0.75	(16 / 2133)	0.59	(4 / 679)	0.7	(20 / 2839)
1993	0.12	(1 / 840)	0.75	(10 / 1340)	1.8	(8 / 452)	0.66	(13 / 1981)	0.86	(6 / 697)	0.7	(19 / 2706)
1994	0.24	(2 / 829)	0.28	(4 / 1413)	1	(5 / 500)	0.34	(7 / 2078)	0.58	(4 / 695)	0.39	(11 / 2808)
1995	0.17	(1 / 576)	0.44	(5 / 1137)	0.22	(1 / 463)	0.42	(7 / 1686)	0	(0 / 530)	0.31	(7 / 2250)
1996	0.42	(3 / 712)	0.22	(3 / 1345)	1.3	(7 / 529)	0.39	(8 / 2040)	0.84	(5 / 598)	0.48	(13 / 2695)
1997	0	(0 / 595)	0.28	(3 / 1053)	1.5	(6 / 392)	0.37	(6 / 1605)	0.41	(2 / 489)	0.42	(9 / 2135)
1998	0.13	(1 / 784)	0.08	(1 / 1317)	1.2	(7 / 566)	0.44	(9 / 2056)	0	(0 / 619)	0.33	(9 / 2711)
1999	0	(0 / 843)	0.21	(3 / 1443)	0.8	(5 / 628)	0.31	(7 / 2281)	0.16	(1 / 638)	0.27	(8 / 2940)
2000	0	(0 / 761)	0.21	(3 / 1400)	0.46	(3 / 658)	0.18	(4 / 2177)	0.3	(2 / 662)	0.21	(6 / 2866)
2001	0.32	(2 / 617)	0.17	(2 / 1196)	0.34	(2 / 584)	0.22	(4 / 1836)	0.34	(2 / 590)	0.25	(6 / 2448)
2002	0.22	(1 / 462)	0.19	(2 / 1072)	0	(0 / 633)	0.24	(4 / 1644)	0	(0 / 579)	0.18	(4 / 2233)
2003	0	(0 / 402)	0.11	(1 / 904)	1.5	(8 / 550)	0.51	(7 / 1363)	0.58	(3 / 520)	0.53	(10 / 1901)

Unlinked Anonymous Prevalence Monitoring Programme. Supplementary Data set for the Annual Report: date to end 2003.

Survey of injecting Drug Users in contact with drug services(England,Wales and N.Ireland)

表2.年齢階級別および男女別にみたIDUs<sup>1</sup>における注射器共有率<sup>2</sup>の推移(1991-2003)

年代	25歳以下		25-34歳		35歳以上		男性		女性		合計	
	%	n/total	%	n/total	%	n/total	%	n/total	%	n/total	%	n/total
ロンドン												
1991	22 (6 / 27)	20 (22 / 110)	13 (12 / 92)	16 (31 / 189)	23 (9 / 39)	17 (40 / 230)						
1992	46 (18 / 39)	22 (38 / 176)	15 (14 / 94)	20 (48 / 244)	28 (24 / 85)	22 (73 / 330)						
1993	22 (15 / 69)	18 (51 / 291)	11 (14 / 123)	14 (51 / 360)	22 (29 / 132)	16 (80 / 492)						
1994	24 (15 / 63)	18 (44 / 248)	9 (10 / 116)	13 (41 / 307)	24 (29 / 123)	16 (70 / 430)						
1995	31 (17 / 54)	17 (40 / 230)	13 (15 / 115)	16 (49 / 316)	25 (26 / 102)	18 (75 / 418)						
1996	26 (23 / 88)	20 (64 / 324)	16 (27 / 172)	14 (41 / 302)	26 (76 / 287)	20 (118 / 593)						
1997	35 (13 / 37)	23 (46 / 200)	13 (15 / 115)	19 (50 / 268)	29 (26 / 89)	21 (76 / 358)						
1998	41 (11 / 27)	35 (63 / 182)	33 (47 / 141)	34 (92 / 268)	36 (29 / 81)	35 (121 / 350)						
1999	68 (41 / 60)	43 (91 / 214)	30 (42 / 142)	39 (129 / 331)	51 (45 / 88)	41 (175 / 422)						
2000	43 (18 / 42)	41 (55 / 135)	40 (46 / 115)	39 (79 / 205)	48 (44 / 91)	41 (123 / 298)						
2001	43 (16 / 37)	38 (41 / 109)	35 (46 / 130)	35 (74 / 210)	42 (31 / 73)	37 (105 / 284)						
2002	65 (13 / 20)	36 (47 / 130)	33 (61 / 187)	33 (83 / 249)	44 (43 / 97)	36 (126 / 346)						
2003	43 (15 / 35)	32 (56 / 176)	29 (72 / 245)	31 (108 / 343)	30 (35 / 117)	32 (148 / 469)						
ロンドン以外												
1991	37 (55 / 150)	23 (45 / 196)	15 (9 / 61)	26 (83 / 317)	29 (28 / 96)	27 (112 / 414)						
1992	25 (128 / 503)	17 (133 / 769)	10 (24 / 236)	17 (202 / 1201)	26 (92 / 357)	19 (295 / 1561)						
1993	25 (141 / 553)	17 (138 / 809)	8.8 (23 / 260)	16 (196 / 1256)	28 (109 / 396)	19 (308 / 1659)						
1994	25 (143 / 571)	16 (140 / 894)	10 (31 / 308)	15 (213 / 1395)	27 (106 / 397)	18 (320 / 1800)						
1995	26 (100 / 389)	15 (107 / 733)	11 (30 / 271)	16 (178 / 1122)	21 (61 / 294)	17 (240 / 1420)						
1996	24 (125 / 523)	17 (139 / 816)	10 (30 / 312)	16 (211 / 1324)	25 (88 / 358)	18 (300 / 1688)						
1997	24 (109 / 454)	15 (104 / 696)	7 (17 / 242)	15 (171 / 1113)	21 (66 / 315)	17 (237 / 1436)						
1998	37 (220 / 588)	32 (274 / 859)	18 (60 / 331)	28 (396 / 1392)	41 (160 / 388)	31 (557 / 1788)						
1999	37 (217 / 580)	29 (262 / 900)	25 (89 / 360)	29 (418 / 1458)	40 (153 / 387)	31 (573 / 1854)						
2000	30 (169 / 564)	29 (271 / 932)	28 (103 / 364)	27 (399 / 1478)	37 (147 / 394)	29 (549 / 1886)						
2001	36 (161 / 452)	35 (291 / 839)	22 (73 / 328)	31 (395 / 1284)	39 (141 / 357)	33 (538 / 1650)						
2002	42 (139 / 329)	34 (239 / 693)	24 (88 / 372)	32 (343 / 1084)	39 (132 / 341)	33 (475 / 1428)						
2003	36 (103 / 284)	29 (171 / 589)	21 (66 / 316)	25 (232 / 910)	39 (114 / 292)	29 (346 / 1208)						

1:検査前、4週間以内に注射による薬物を使用した者、2:過去1ヶ月以内に、注射針/注射器を他人から受け取った者あるいは、他人へ渡した者

Unlinked Anonymous Prevalence Monitoring Programme. Supplementary Data set for the Annual Report: date to end 2003.

Survey of injecting Drug Users in contact with drug services(England,Wales and N.Ireland)

表3.行政区別にみたIDUsにおけるHIV抗体陽性率の推移(1990-2003)

年代	East of England		London		South East		South West		West Midlands		North West		Yorkshire&Humber and East Midlands		North East		Wales	
	%	n/total	%	n/total	%	n/total	%	n/total	%	n/total	%	n/total	%	n/total	%	n/total	%	n/total
1990	1.1	(1 / 92)	4.3	(25 / 579)	2.4	(4 / 168)	0.4	(1 / 249)			0.7	(13 / 1779)	1.7	(1 / 58)			0.0	(0 / 47)
1992	1.6	(2 / 128)	5.1	(61 / 1194)	2.0	(8 / 406)	0.9	(9 / 955)	1.3	(2 / 157)	0.5	(17 / 3638)	0.0	(0 / 37)	4.2	(1 / 24)	0.0	(0 / 200)
1994	0.0	(0 / 177)	5	(60 / 1206)	0.5	(3 / 604)	0.2	(2 / 930)	0.0	(0 / 52)	0.4	(11 / 2854)	1.1	(1 / 89)	0.0	(0 / 126)	0.4	(1 / 226)
1996	0.0	(0 / 123)	2	(26 / 1305)	1.1	(6 / 548)	0.4	(3 / 866)	0.3	(1 / 387)	0.4	(9 / 2440)	1.7	(3 / 180)	0.0	(0 / 199)	0.0	(0 / 81)
1998	0.5	(2 / 434)	3	(44 / 1446)	0.3	(1 / 393)	0.2	(3 / 1388)	0.0	(0 / 213)	0.4	(8 / 1923)	0.9	(2 / 223)	0.1	(1 / 751)	0.0	(0 / 325)
2000	0.3	(2 / 587)	4	(43 / 1074)	0.4	(1 / 289)	0.4	(4 / 1060)	0.0	(0 / 210)	0.3	(4 / 1570)	0.0	(0 / 283)	0.1	(1 / 999)	0.0	(0 / 206)
2002	0.4	(2 / 510)	3.2	(45 / 1409)	0.0	(0 / 260)	0.6	(6 / 957)	0.0	(0 / 186)	0.3	(3 / 982)	0.3	(1 / 372)	0.2	(1 / 477)	0.0	(0 / 260)

表4.行政区別にみたIDUs<sup>1</sup>における注射器共有率<sup>2</sup>の推移(1992-2003)

年代	East of England		London		South East		South West		West Midlands		North West		Yorkshire&Humber and East Midlands		North East		Wales	
	%	n/total	%	n/total	%	n/total	%	n/total	%	n/total	%	n/total	%	n/total	%	n/total	%	n/total
1992	1.7	(14 / 81)	19	(153 / 822)	27	(70 / 264)	22	(133 / 611)	22	(16 / 74)	17	(334 / 1983)	14	(3 / 21)	16	(27 / 168)		
1994	5.8	(7 / 121)	17	(145 / 848)	28	(131 / 461)	18	(105 / 593)	14	(3 / 21)	16	(262 / 1690)	11	(6 / 57)	28	(26 / 94)	11	(20 / 183)
1996	15	(12 / 82)	20	(194 / 951)	22	(91 / 407)	21	(112 / 527)	34	(101 / 296)	12	(167 / 1445)	15	(20 / 137)	14	(22 / 159)	18	(12 / 66)
1998	32	(79 / 245)	38	(296 / 772)	40	(107 / 270)	39	(356 / 924)	35	(47 / 135)	23	(236 / 1038)	39	(74 / 189)	28	(172 / 606)	25	(59 / 235)
2000	36	(112 / 312)	39	(228 / 582)	31	(54 / 172)	40	(309 / 769)	29	(40 / 140)	22	(179 / 831)	32	(79 / 250)	27	(230 / 840)	38	(84 / 221)
2002	29	(72 / 252)	34	(274 / 815)	28	(41 / 148)	35	(237 / 683)	34	(47 / 137)	24	(126 / 529)	35	(93 / 264)	30	(118 / 396)	35	(52 / 148)

1:検査前、4週間以内に注射による薬物を使用した者、2:過去1ヶ月以内に、注射針/注射器を他人から受け取った者あるいは、他人へ渡した者

Unlinked Anonymous Prevalence Monitoring Programme. Supplementary Data set for the Annual Report:date to end 200

Survey of injecting Drug Users in contact with drug services(England,Wales and N.Ireland)



表5.カナダのHIV抗体陽性者におけるIDUsおよびMSM/IDUsが占める割合(1985-2004)

	1985-1998年		1999年		2000年		2001年		2002年		2003年		2004年(前期)		合計	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
15歳以上の男女 IDUs	3,148	14.6	320	28.3	286	25.8	280	25.4	302	24	226	18.4	111	18	4,673	16.7
MSM/IDUs	511	2.4	32	2.8	27	2.4	34	3.1	21	1.7	36	2.9	20	3.2	681	2.4
15歳以上の男性 IDUs	2,179	11.4	195	22.6	192	22.1	193	23.2	198	20.2	150	15.8	69	14.6	3,176	13.2
MSM/IDUs	509	2.7	32	3.7	27	3.1	34	4.1	21	2.1	36	3.8	20	4.2	679	2.8
15歳以上の女性 IDUs	912	39.7	125	47.5	94	39.3	85	31.7	104	37.5	76	27	42	29.6	1,438	38.2

HIV and AIDS in Canada Surveillance Report to June 30, 2004. Health Canada.

表6.カナダのAIDS患者におけるIDUsおよびMSM/IDUsの占める割合(1979-2004)

	1979-1998		1999年		2000年		2001年		2002年		2003年		2004年(前期)		合計	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
15歳以上の男女 IDUs	1,015	6.1	96	19.8	91	21.1	53	15	63	19.7	40	17.5	8	13.1	1,366	7.4
MSM/IDUs	721	4.3	25	5.2	15	3.5	17	4.8	6	1.9	6	2.6	4	6.6	794	4.3
15歳以上の男性 IDUs	734	4.8	69	17	70	18.7	46	15.5	46	17.1	30	17.6	6	12.5	1,001	5.9
MSM/IDUs	720	4.7	25	6.2	15	4	17	5.7	6	2.2	6	3.5	4	8.3	793	4.7
15歳以上の女性 IDUs	281	22.4	27	35.5	21	39.6	7	12.5	16	32.7	10	17.2	2	15.4	364	23.3

HIV and AIDS in Canada Surveillance Report to June 30, 2004. Health Canada.

## イギリスにおける若者を対象とした HIV 予防対策

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 鈴木葉子（特定非営利活動法人 HANDS）

### 研究要旨

イギリスでは、各学校において学校、家庭、地方政府を含む地域コミュニティ等が相談して HIV 予防教育を含めた性教育方針を作成・実施するという体制がとられているため、それぞれの地域や学校における若者のニーズにあった性教育が実現しているとされる。また、性教育プログラムでは、HIV/エイズ予防に関する情報の一部として「何がより危険な行動なのか」、「どのようにしたら HIV やその他の性感染症を予防することができるのか」に焦点を当てられており、HIV/エイズに関する事実の伝達と知識の向上だけを目的とするのではなく、子どもの自尊心を構築し、本人の意思でより責任を持った性行動をとることができるような技術を身につけさせることが主眼となっている。若者をピア・エデュケーターとして活用することもイギリス各地で実施されており、効果を挙げている。一方で、イギリスでは学校での性教育に対する評価が不十分であることも特徴である。イギリスの HIV 予防教育ははまだ歴史は浅いものの、政府が積極的に学校での性教育の取り組んでいることや地域社会など学外とのネットワーク構築の促進、ピア・エデュケーションの重視など彼らの実践から学ぶところは大きい。

### A. 研究目的

近年、日本では若者間の HIV 感染増加が危惧されている。他国の若者を対象とした HIV 予防政策を解析し、その例から学ぶことは、今後の日本における HIV 政策を打ち出していく上で重要な過程であると思われる。この研究はイギリスにおける若者を対象とした HIV 予防政策（法律や政令とその運営、プログラム等）や HIV 予防プロジェクト例を解析し、その HIV 予防対策の特色をまとめ、日本における今後の HIV 予防対策に対する提言を行うことを目的としている。

### B. 研究方法

法律や政令とその運営に関しては、主にイギリス保健省（Department of Health）と教育雇用省（Department for Education and Skills）が公表している資料、データを整理、検討した。また、NGO や学校レベルでの HIV 予防対策をプロジ

ェクトの参考例として取り上げている。その他、数は限られているが、ロンドン大学等の研究機関が行っている HIV 予防教育の研究成果も分析の際の参考とした。

### C. 研究結果

#### 1. 若者間の HIV 感染動向

##### 1. 全体像

ラボラトリーや病院から報告されている HIV 新規感染者<sup>1</sup>累積数、AIDS 新患者<sup>2</sup>累積数は、15-19 歳の年齢グループで 1,457 人、20-24 歳の年齢グループでは 7,329 人となっている（2004 年 6 月）。また男女とも、15-19 歳の若者に比べ、20-24 歳の若者の間で HIV 感染者数、エイズ患者数ともに多く診断されている（同じく 2004 年 6 月、表 1）。

感染経路別では、24 歳以下の若い男性の間では同性間の性行為によって感染する者の数が最

も多く（2004年6月累積感染者数2,647人）、ホモセクシュアルやバイセクシュアルの性的指向を持つ若い男性はHIVに感染する危険性が最も高いグループだといえる。続いて異性間の性行為による感染（同546人）、薬物注射針共有による感染（同177人）が、24歳以下の男性における主なHIV感染経路となっている。同性間の性行為によるHIV感染は1991年から1994年まで急激に減少したが、その後1998年から再び緩やかな増加傾向にある。異性間の性行為によるHIV新規感染者数は2001年までは年間30人前後であり、その発生動向はほぼ横ばいであったが、2001年からは緩やかな増加傾向にある（図1）。若者の薬物注射器・針の共有によるHIV感染者数は少なく、特に1995年以降の新規感染者数は年間10人未満にとどまっている。

24歳以下の若い女性の間では、異性間の性行為によるHIV感染者数が最も多く（2004年6月累積感染者数2,274人）、続いて薬物注射器・針の共有による感染（同157人）となっている。特に1999年以降、若い女性の異性間の性行為によるHIV感染者数は急増しており、1998年には88人だったのが、2003年度には375人と、その数は約4倍にも増えている（図2）。若い女性の間でも薬物注射器・針の共有による感染者数は少なく、1995年からは年間およそ10人前後の新規感染者数となっている。

## II. HIV 治療受診者

HIVと診断される者が近年増加しているのに対し、男女とも若者のエイズ新患者数は減少傾向にある。これはHIVと診断された者が抗エイズ薬治療や日和見感染症ケアなど適切な治療やケアを受けることにより、エイズ発症までの時間がさらに長くなったことが一因だと思われる。そこで治療を受けているHIV感染者数を見ると、エイズ患者数は減少傾向にあるのに対し、HIV感染者数は24歳以下の男女ともに増加傾向

にあることが分かる。特に2002年には女性の治療受診者数が男性の数を上回っており、女性のHIV感染者数の急激な増加の傾向がうかがわれる（図3）。

## III. その他のデータとの関連性

イギリスでは若い男女における性感染症の拡大が問題となっている。例えば、2002年の泌尿器科（Genitourinary medicine）クリニックを利用した男性のうちクラミジア患者の53%、淋病患者の40%が24歳以下の若い男性だったと報告されている。また同報告書では2002年に泌尿器科クリニックを利用した女性のうち、クラミジア患者の72%、淋病患者の66%、梅毒患者の62%が24歳以下の若い女性であった、と報告されている<sup>3</sup>。

またイギリスの若者を対象とした性感染症に関する調査報告によると、近年イギリスの若者はHIVを含めた性感染症に感染する危険性の高い性行動をとる傾向にあることが判明している。例えば、16歳から24歳の若者は、それ以外の年齢層にくらべ複数の性行為パートナーを持つ者が多く、また性行為のパートナーを変える頻度がそれ以外の年齢層に比べて高い、と報告されている<sup>4</sup>。

さらに2000年に行われた調査によると、初めて性行為を経験する平均年齢は、16-24歳の男性では16.5歳、また16-24歳の女性では16歳という結果であった<sup>5</sup>。40年前には初めて性行為を経験する平均年齢は男性が20歳、女性が21歳だったことから、その平均年齢が下がってきていることがわかる。

## 2. 対策事例

イギリスは西ヨーロッパ諸国において、10代の妊娠者数が最も多い。他の西ヨーロッパ諸国では80年代前半に10代の妊娠者数が急激に減少したのに対し、イギリスでは1977年から1990年代

後半にいたるまで高い 10 代の妊娠者数が続いており、その数はドイツの 2 倍、フランスの 3 倍、オランダの 6 倍と報告されている。このような状況の中、10 代の妊娠対策機関として 1999 年に教育雇用省内に Teenage Pregnancy Unit が設立され、学校での性教育を進めていくための指導書作りやメディアキャンペーン、調査などが行われるようになった<sup>6</sup>。

さらに、1990 年代後半からは高い 10 代の妊娠率に加え、若者の間の性感染症感染率や HIV 感染率の増加等から保健省も若者の HIV 感染危機に注目し始め<sup>7</sup>、HIV 感染のハイリスクグループとして若者を対象とした HIV 予防対策を打ち出すようになってきている。このような保健省や教育雇用省による若者を対象とした HIV 感染予防対策の主な政策、フレームワーク、指導書を以下に示す（表 3）（各学校や NGO による HIV 予防政策は添付参照のこと）。

表 2. 主な若者対象 HIV 感染予防関連政策、戦略、指導書等

I.	Education Act (1993)
II.	Education Act (1996)
III.	National Healthy School Standard 指導書 (1999, 教育雇用省)
IV.	Personal, Social and Health Education (1999, 教育雇用省)
V.	Sexual and Relationship Education Guidance (2000, 教育雇用省)
VI.	Learning and Skills Bill (教育法の一部改定) (2000)
VII.	National Strategy for Sexual Health and HIV (2001, 保健省)
VIII.	National Strategy for Sexual Health and HIV Implementation Action Plan (2002, 保健省)

### I. Education Act (教育法)、1993

イギリス政府は 1993 年の教育法により、HIV/エイズに関連して以下のことを定めている。

- 中等教育機関では HIV/エイズ、その他の性感染症に関する性教育の時間を設けることを法で定める。
- 生徒の保護者に対しては、自分の子供に国で定められたカリキュラム以外の性教育を受けさせない、という権利を与える。
- 「理科」のカリキュラムでは人間の性に関する生物学的な内容のみを取り扱い、HIV を含む性感染症に関する内容は性教育において取り扱わなければならない。
- 各学校にある理事会 (Governing body) は性教育に関する教育方針を文書化し、その方針を無料で生徒の保護者に配布しなくてはならない。

### II. Education Act (教育法)、1996

1996 年に改訂された教育法の中で HIV/エイズに関連する項目を以下に挙げる。

- 全ての初等、中等、専門教育機関において性教育を基本的なカリキュラムに入れる必要がある (第 352 章)。
- 児童生徒が道徳の尊重及び家族生活の価値について考えることを推奨するような方法で性教育を実施する必要がある。

### III. National Healthy School Standards (NHSS) 指導書

NHSS は生徒が健康で学びやすい学校環境を作り出すことを目的としている。この NHSS を学校や地域の保健機関で実施していくために、1999 年教育雇用省と保健省が共同で National Healthy School Standards 指導書を作成し、学校や地域の保健機関に配布した。この NHSS 指導書では、各学校での Sex and Relationship Education (性と関係性の教育、以下性教育) の実施状態を評価するために以下のような基準を設定されている。

- 学校が性教育の指針となる性教育方針を策定していること。またこの方針は地域の保