

割合の増加と推定患者年齢中央値の低下は、HIV 感染症流行の指標として活用できると考えられる。カンボジアのような、HIV カウンセリング・テストサービスが全国に普及していない国や、結核患者の持続的 HIV サーベイランスが困難な国での、結核への HIV 感染症の影響のモニタリングに有効活用できることを期待できる。

2. 国立結核センターから地方結核ユニットへの 2003 年の紹介・転出患者の後ろ向き調査

約 20%の未登録の紹介・転出患者の細かな分析は、国内人口移動の結核および HIV 感染症に対する影響をより明確に理解するチャンスであり、今後、オペレーショナルリサーチ等を実施し、患者の紹介・転出システムの改善とともに、結核対策、HIV 感染症対策への影響を期待したい。

3. カンボジアにおける HIV 感染症と国際人口移動に関する事例検討

プノンペン市における HIV ホームケアチームは、HIV 患者の国内外の人口移動の動態を調査し、人口移動による HIV 感染症蔓延に対する介入プログラムを実施するグループとして活用できる可能性が高いのではないかと思われる。人口移動は、患者にとって社会的にセンシティブな問題であり、ホームケアチームのように地域住民・患者に密着したグループは、アプローチの手段として大きな可能性を秘めているのではと思われる。

後述のように、Prey Veng 県での結核患者 HIV 陽性率の改善には、PATH による PROMDAN プロジェクトの貢献も考えられる。PROMDAN プロジェクトのユニークな点は、人口移動に着目した HIV 感染症対策であり、このプロジェクトの効果のより詳細な評価を参考にして、他の HIV 対策に活用してい

くことが期待できる。

4. 2005 年 TB・HIV サーベイランス

全体の HIV 感染率および、高蔓延地域の HIV 感染率は、2003 年に比べてやや低下した。しかし、これを単純に HIV 感染症の流行の鈍化・結核への HIV 感染症の影響の減少とは捉えられない。2003 年に比べて、結核患者数は増加しており、特に、タイ国境地域と沿岸地域での結核患者数が増加した。DOTS 拡大により、結核患者の検出率が向上した影響に加え、HIV 感染症の流行が、HIV 陽性結核患者の増加に続いて、非 HIV 結核患者の増加をも引き起こしている可能性が考えられる。また、2003 年には男性の高感染率を認めていたのが、2005 年には男女の HIV 感染率に差がなくなったことも、結核に対する HIV 感染症の影響はまだ活発であることが示唆される。

プノンベン、タイ国境、沿岸地域がいまだに HIV 感染症高蔓延地域であることは、国内外の人口移動の影響が HIV 感染症流行に関与していることが示唆され、これまでの HIV 感染症対策に加え、人口移動に着目した対策が求められる。

各県毎の HIV 感染率を見ると、Siem Reap 県と Prey Veng 県での感染率が 2003 年に比べて大いに改善していた。これらの地域は、NGO が中心になり HIV 対策に力を入れている地域であり、その効果が現れていることが考えられる。Prey Veng 県では、前述のように、人口移動に着目した HIV 対策を行っている地域であり、Siem Reap 県は国境なき医師団を中心として、HIV 感染症を含めた慢性疾患の管理・医療サービスのキャパシティの向上を図っている。これらの地域の TB/HIV 対策を分析し、高蔓延地域の対策に活用していくことが期待される。

5. フィールド視察

男性パートナー（夫）が先にAIDSを発病死亡し、残された女性が後にTB/HIVを発症するといった、性行為を通じたAIDS流行パターンを結核病棟の観察でも垣間見ることができる。

病院の患者数で見ると限りHIV感染の広がりも疑われるが、次の二つの要素が作用するみかけの現象の可能性もありさらなる検討を要する。

- i. アジア西太平洋地域としては他の国にはまだみられないが、カンボジアではエイズの流行がすでに成熟期に入っており、新感染者よりエイズ発症者の方が多いため患者が見かけ上多く見える。
- ii. 結核患者の発見・治療は村落レベルのヘルスセンターで可能となったが、HIVの検査、またとくに治療は都市に限られた施設に限定されるため、HIV検査やARTを求めて、エイズ患者、結核患者の流動が起きている。

HIV感染とその流行の危険因子として人口移動があるだけでなく、普及しつつあるARTを求めて、AIDSやAIDS合併結核の患者の

移動が起きている。そのインパクトの解明だけでなく、リフェラルシステムやサーベランスシステムの構築が急務である。

E. 結論

カンボジア王国において、結核対策にはHIV感染症および人口移動の影響は大きい。しかし、対策のアプローチはいくつか明らかになってきており、今後調査、分析を進め、政策につないでいくことを期待している。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

特になし

図1. 1998～2003年のNTP新規結核患者数の推移

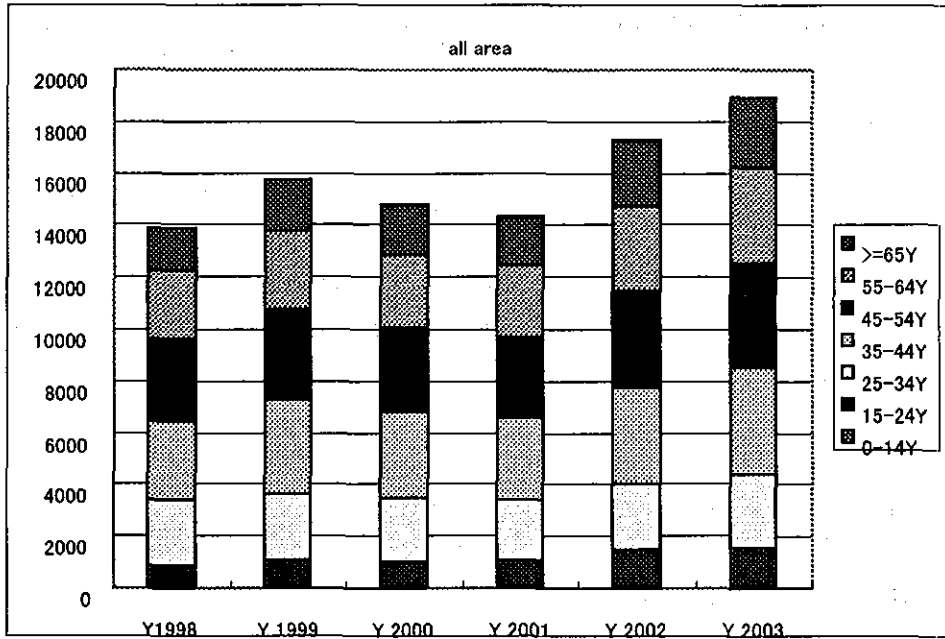
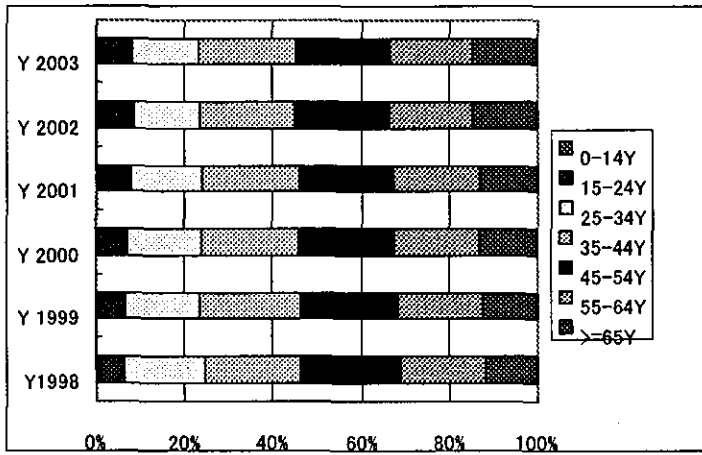
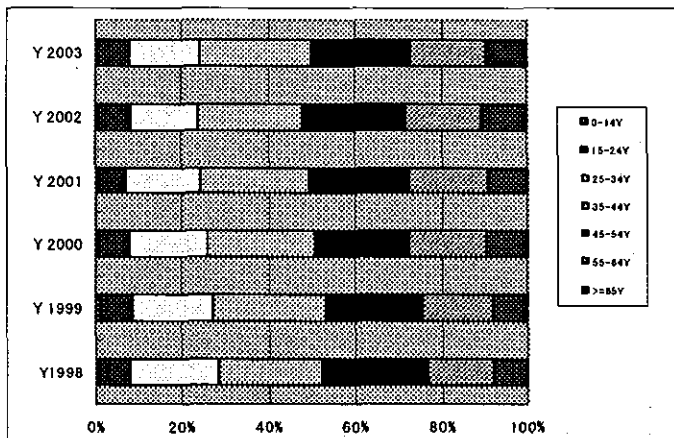


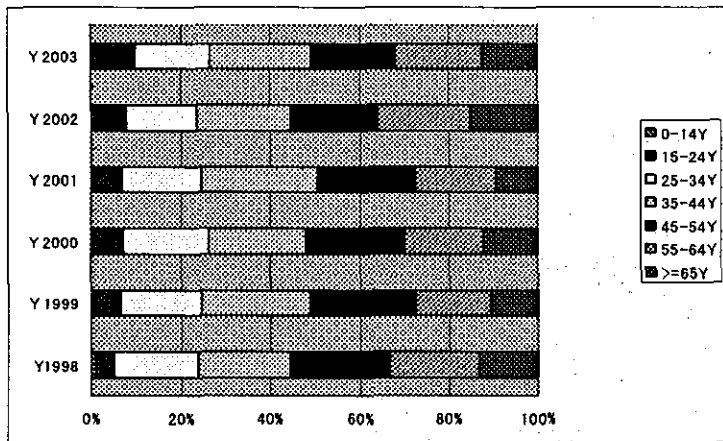
図2. NTP新規結核患者における年齢分布 全国



タイ国境



沿岸地域



プランペン

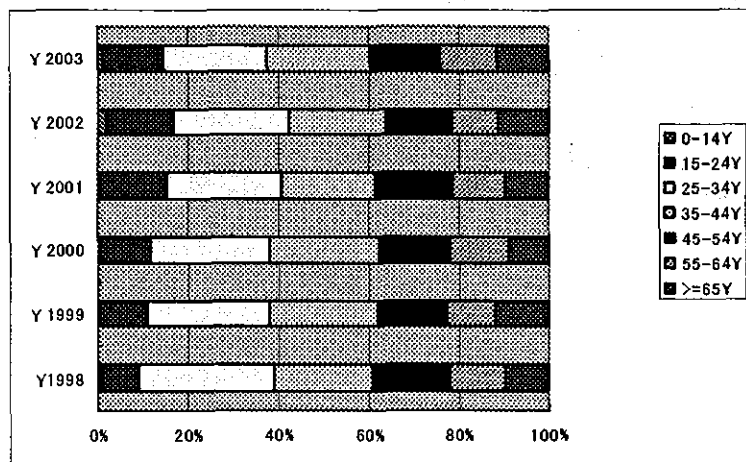


図3. 1998～2003年の地域ごとNTP新規結核患者の好ましくない転帰の割合

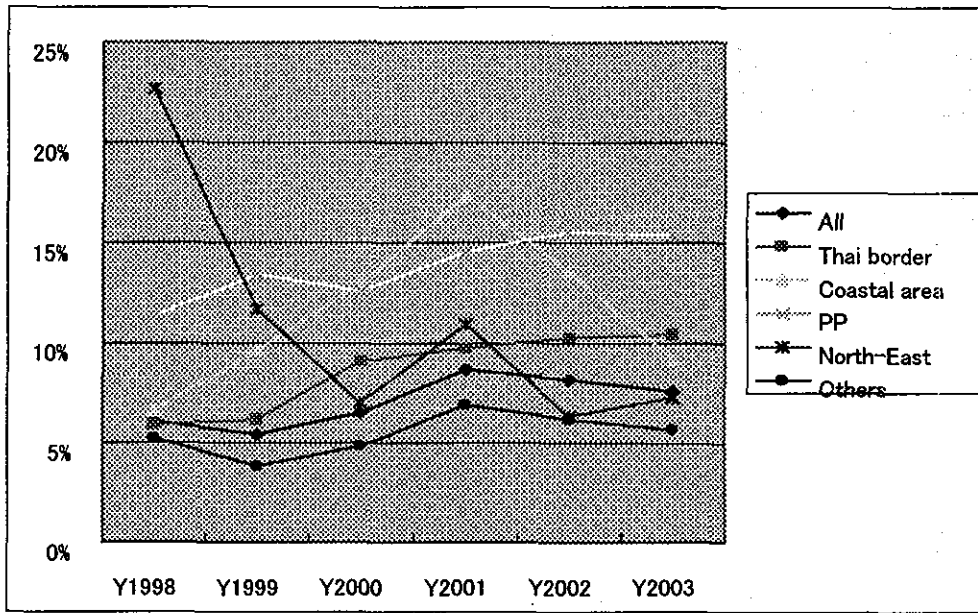


図4. 1998～2003年のNTP新規結核患者の好ましくない転帰に占める地域の割合

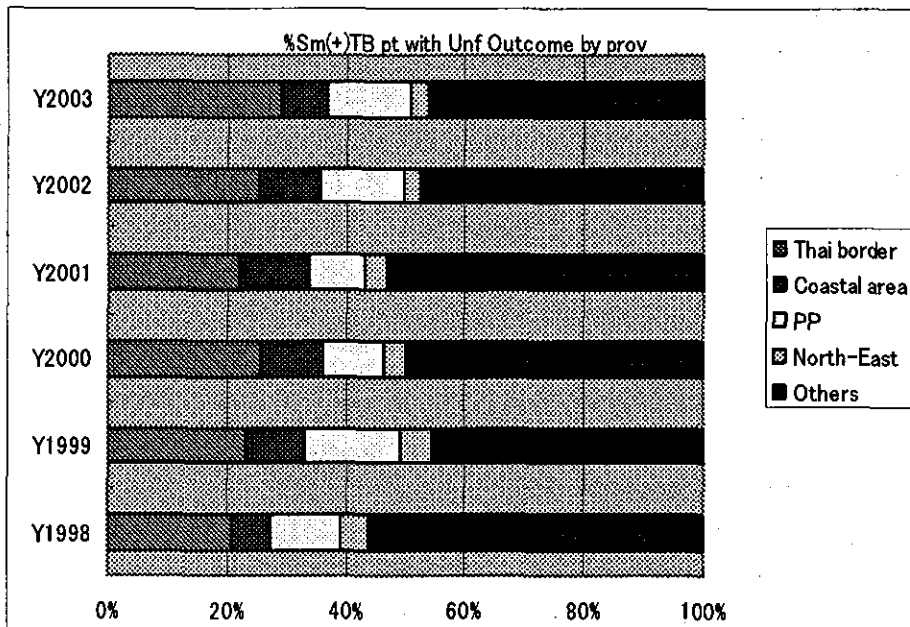
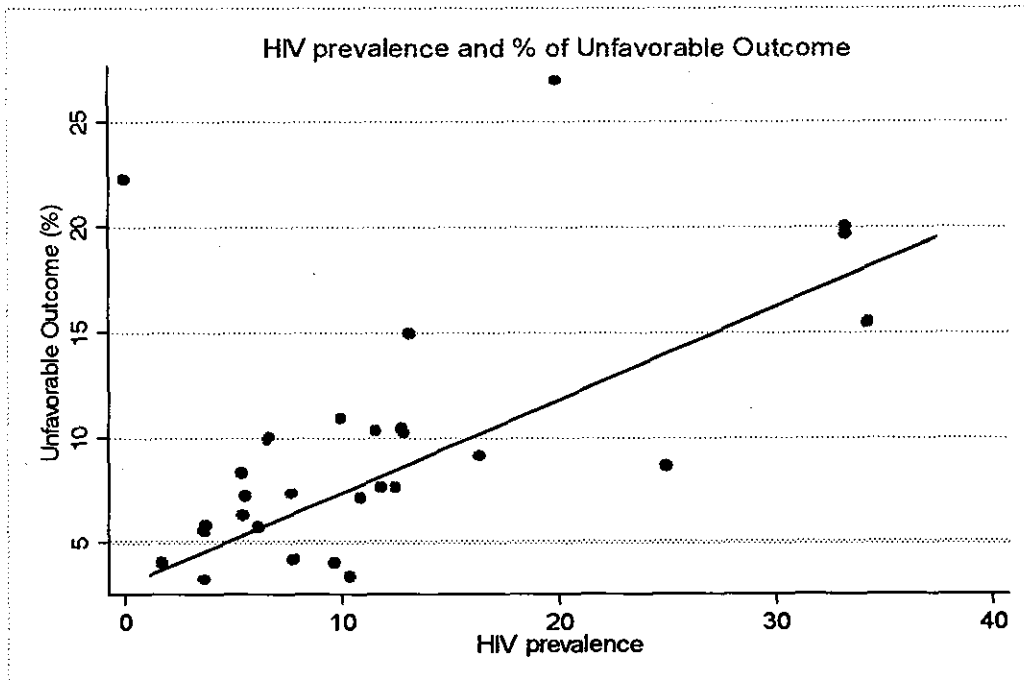
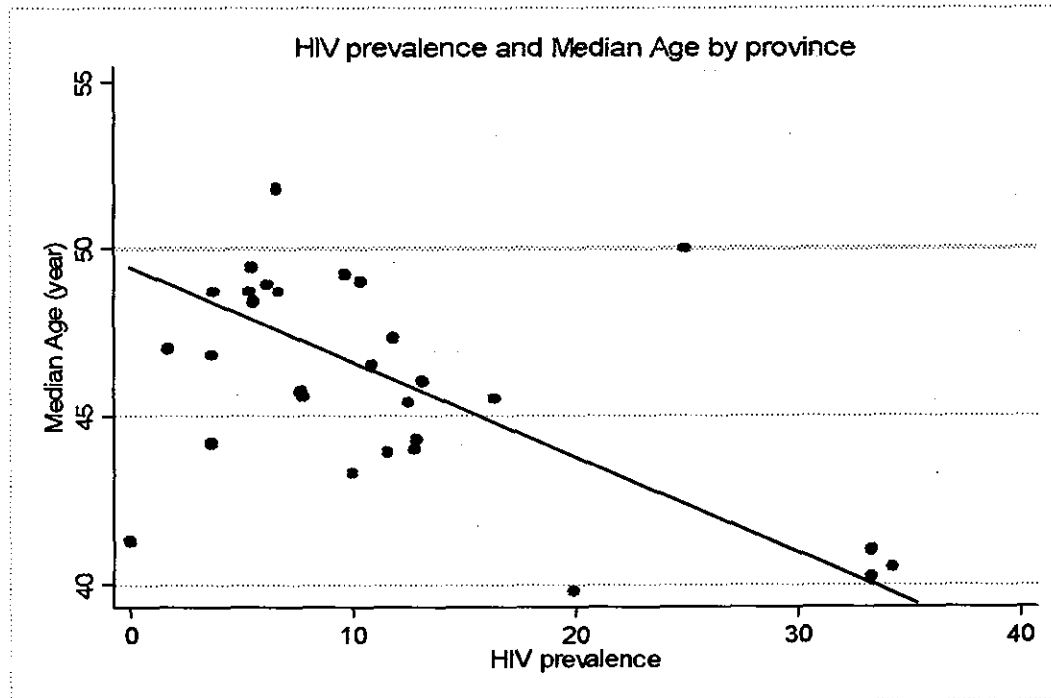


図5. 回帰分析: 県毎の HIV 感染率と好ましくない転帰の割合



R= 0.64886

図6. 県毎の HIV 感染率と推定患者年齢中央値



R=0.5848

表1. 性別と HIV 感染率

	total	HIV(+)	%HIV(+)
Male	1309	130	9.9%
Female	1336	133	10.0%
Total	2645	263	9.9%
M/F	0.97979		

表2. 年齢分布と HIV 感染率

Age group	total	HIV(+)	%HIV(+)
0-14	56	6	10.7%
15-24	226	14	6.2%
25-34	422	104	24.6%
35-44	588	103	17.5%
45-54	498	26	5.2%
55-64	472	8	1.7%
65-	383	2	0.5%
Total	2645	263	9.9%

表3. 結核タイプと HIV 感染率

	total	HIV(+)	%HIV(+)
Pul TB	2202	165	7.5%
Extra Pul TB	443	98	22.1%
Total	2645	263	9.9%

表4. 結核カテゴリーと HIV 感染率

	total	HIV(+)	%HIV(+)
New	2545	248	9.7%
Not New	100	15	15.0%
Total	2645	263	9.9%

表5. 各県ごと結核患者数と HIV 感染率

	total	HIV(+)	%HIV(+)
Kandal	225	13	5.8%
Svay Rieng	180	5	2.8%
Phnom Penh	237	62	26.2%
Pursat	61	5	8.2%
Battambang	174	40	23.0%
Pailin	14	2	14.3%
B Meanchey	175	32	18.3%
Siem Reap	185	12	6.5%
Oudor Meanchey	23	0	0.0%
Kg Thom	137	3	2.2%
Takeo	217	26	12.0%
Kg Speu	112	3	2.7%
Kampot	110	11	10.0%
Krong Kep	7	0	0.0%
Kg Som	24	7	29.2%
Koh Kong	15	3	20.0%
Prey Veng	244	5	2.0%
Kg Chnnang	93	6	6.5%
Kratie	46	3	6.5%
Kg Cham	293	22	7.5%
Stung Treng	15	1	6.7%
Preah vihear	41	0	0.0%
Mondul Kiri	4	1	25.0%
Rattanakiri	13	1	7.7%
total	2645	263	9.9%

表6. 地域毎の結核患者数と HIV 感染率

	total	HIV(+)	%HIV(+)
Others	1562	88	5.6%
North East	119	6	5.0%
Thai Border	571	86	15.1%
Coastal area	156	21	13.5%
Phnom Penh	237	62	26.2%
total	2645	263	9.9%

1. Thai Border Provinces include Oudor Meanche, B. Meanchey, Siem Reap, Battam Bang, and Pailin provinces.
2. Coastal Provinces include Kampot, Krong Kep, Kg Som, and Koh Kong provinces.
3. North East Provinces include Pheah Vihear, Stung Treng, Kratie, Mondul Kiri, and Rattanakiri provinces.
4. Others include Kandal, Svay Rieng, Pursat, Kg Thom, Takeo, Kg Spu, Prey Veng, Kg Chnnang, and Kg Cham.

図7. ロジスティック解析

factor	AOR*	95%C.I	p-value
Province Area			
Others	reference		
North East provinces	0.98	(0.40-2.35)	0.96
Thai border provinces	2.53	(1.81-3.54)	<0.01
Coastal provinces	2.66	(1.53-4.61)	<0.01
Phnom Penh	4.44	(2.95-6.67)	<0.01
Age group			
more than 65	reference		
55-64	3.62	(0.76-17.3)	0.11
45-54	10.46	(2.45-44.7)	0.002
35-44	39.56	(9.63-162.5)	<0.001
25-34	59.49	(13.3-225.1)	<0.001
15-24	1.85	(2.15-43.7)	0.003
0-14	1.74	(2.08-57.9)	0.005
Sex			
Male	reference		
Female	1.02	(0.77-1.36)	0.88
Nationality			
Cambodian	reference		
Non-Cambodian	3.01	(1.08-8.34)	0.03
Category			
New	reference		
Not-new	2.56	(1.34-4.84)	<0.01
TB-site			
PTB	reference		
EPTB	3.09	(2.25-4.25)	<0.01

*AOR: Adjusted Odds Ratio

厚生労働省エイズ対策研究事業
分担研究報告書

HIV/AIDS の国際疫学情報収集と解析による危機管理の検討に関する研究

分担研究者 丸井英二 順天堂大学医学部教授
研究協力者 坂本なほ子 順天堂大学医学部助手

これまでの研究で、HIV/AIDS 感染に関して、女性の感染者率が比較的高い国では全体の感染者率が高く、逆に男性の感染者率が比較的高い国では全体の感染者率が低い傾向が見られた。本研究では、更新されたデータを用いて、その傾向を再検証した。

A. 研究目的

これまでのわれわれの研究から、HIV/AIDS 感染に関して、女性の感染者率が比較的高い国では全体の感染者率が高く、逆に男性の感染者率が比較的高い国では全体の感染者率が低い傾向が見られた。¹⁾ 本研究では、更新されたデータを用いて、その傾向を再検証する。

B. 資料と方法

利用した資料は前回と同じ The Epidemiological Fact Sheets on HIV/AIDS and Sexually Transmitted Infections (UNAIDS/WHO) の 2004 年版 (実質的には 2003 年データ) である。各国の推定成人患者数と推定女性患者数、および、推定成人有病割合を用いた。データ数は、アフリカ 34 ケ国、東南アジア 18 ケ国、中南米 20 ケ国である。選択基準は、前回の分析に含まれていた国で、今回データが更新されている国である。

国別の性比と有病割合を地域ごとにグラフ化した。性比は、推定成人患者数から推定女性患者数を除したものと、推定女性患者数の比とした。縦軸に推定有病率 (%)、横軸に性比をとった。

C. 結果と考察

1. 全体

3 地域全体のグラフを図 1 に示す。性比 1 未満に分布する点はアフリカ地域の国である。また、性比 5 以上に分布する点はアジア地域の国である。有病割合や性比が地域によって大きく異なることが分かる。詳細な検討のために、以下、地域別にグラフ化した。

2. アフリカ (サハラ以南)

図 2 に示すように、各国の性比は 0.8 前後であった。性比が非常に低い国はレソト (0.53) である。

3. 中南米

図 3 に示すように右下がりの傾向が見られた。

4. 東南アジア

図 4 に示すように、以前よりも右下がりの傾向が顕著になった。

D. 引用文献

- 1) 丸井英二: HIV 感染症の疫学に関する研究. 平成 13 年度エイズ対策研究事業報告書.
- 2) <http://www.who.int/GlobalAtlas/>

E. 研究発表

1)

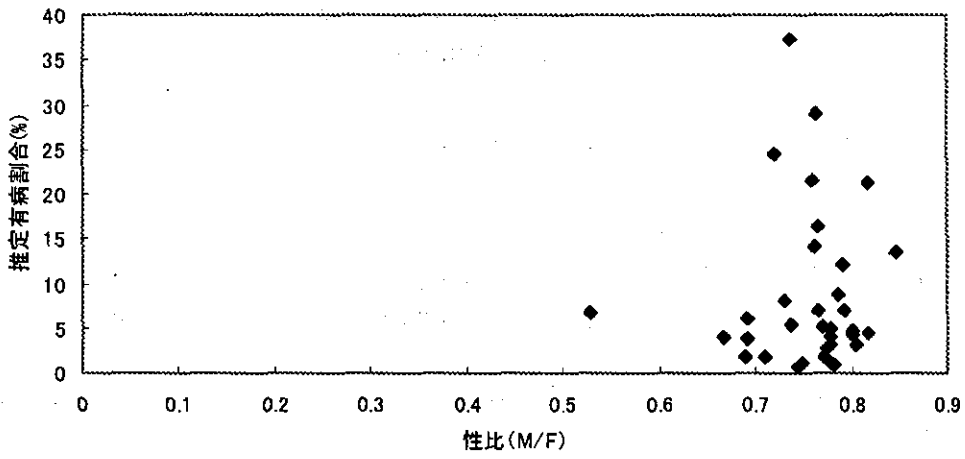


図2 アフリカ(サハラ以南)

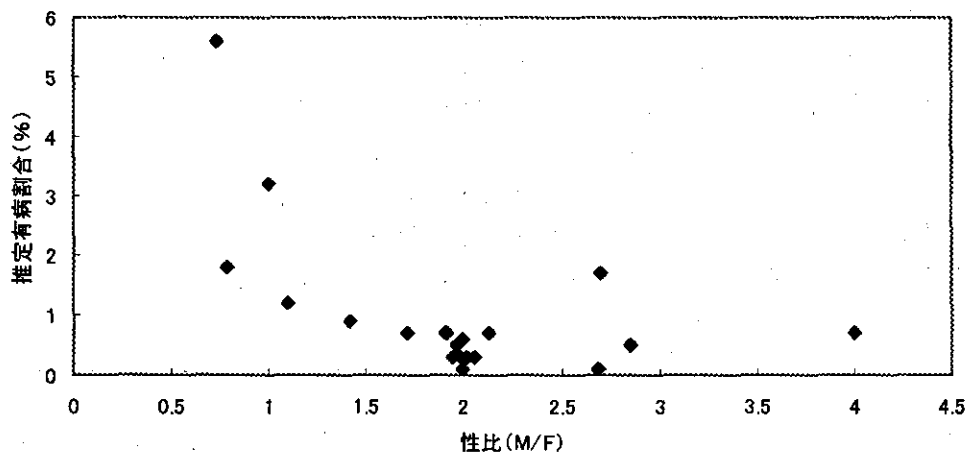


図3 中南米

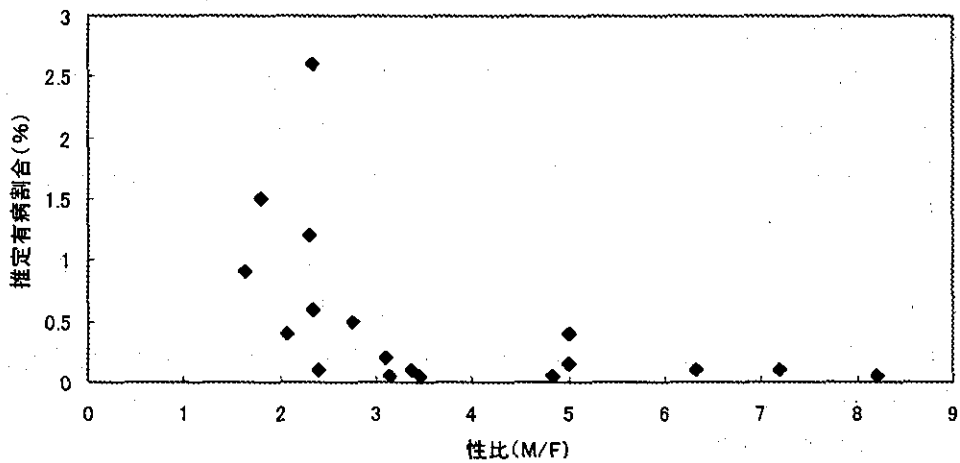


図4 東南アジア

厚生労働省エイズ対策研究事業
分担研究報告書

移動人口の HIV 流行に対する西ヨーロッパの政策に関する研究

分担研究者 野内英樹 結核予防会結核研究所
研究協力者 今津里沙 結核予防会結核研究所リサーチ・フェロー
ロンドン大学熱帯医学公衆衛生院博士課程

研究要旨

本研究では危機管理という視点から、国際人口移動に伴う HIV 対策に関する政策提言を行うために、結核分野の経験や情報を利用した HIV 流行の実態把握と、長期的な「危機管理」のあり方を探ることが目的である。具体的には、在日外国人の HIV 感染の実態に関する理論疫学的分析、日本への入り口というべきアジア太平洋地域の HIV 疫学と人口移動に関する分析、政策分析と政策提言作成への試みを行った。

危機管理対策の分析からは、結核や HIV/AIDS の対策に必要な「危機管理」は、各組織や部署の横の連携強化が必要であり、長期的な国家戦略であるべきという結論が導き出された。方法の1つとして、アジア太平洋地域の「専門家」をネットワーク化する重要性と可能性が示された。最終年度は、より系統的で詳細な調査を継続し、海外に渡航する日本人やアジアに滞在する日本人、日本企業を対象としたリスクマネジメントのガイドライン改訂、アジア地域における専門家のネットワーク作りへの具体的な提言や活動を行う。

A. 研究目的

本研究は、アジア太平洋地域において、疫学的側面をもった①在日(来日)外国人の HIV 感染に関する研究と、②アジア太平洋地域の HIV 疫学と人口移動に関する研究を通じて得られた HIV 感染症に対する国際人口移動の影響と、結核を入り口とした HIV 問題の実態把握を通じ、今後の人間の安全保障の立場に立ってリスクマネジメントとしての危機管理政策への提言をすることを目的としている。

B. 研究計画・方法

1) 先進国におけるエイズ、結核等感染症の移民に対する対策、危機管理政策分析、重症急性呼吸器症候群 (SARS) による危機管理

体制の変化の動向を調査した。

2) 日本の感染症危機管理体制の現状を踏まえた HIV 等感染症の国際人口移動に関連した政策提言を試みた。
(倫理面への配慮)

研究は現地政府と倫理委員会の許可の下で行われ、現地の結核・エイズ対策責任者、研究協力機関との共同研究を組んで行われた。

C. 研究結果 (平成 16 年度まで)

本項目においては、昨年シンガポールの HIV 対策と SARS 対策の対比研究に引き続き、ヨーロッパの国境を越えた枠組みについて研究した。Euro-HIV という共同のサーベイラン

スが1984年に設立されており、2004年9月にはEU委員会で、人口移動問題にも対応したヨーロッパ地域エイズ共同政策が進められている。この制度を可能にしているのは、ヨーロッパでの地域協力に必要な組織構造と、コミュニティとしての協力認識があるためと考えられた。また、この地域政策はオランダを拠点にしているAIDS & Mobilityという専門家集団（ある特定の政策分野に関連した知識に対する権限をもち、認知された経験と能力を持つプロフェSSIONナルのネットワーク）の効率的な関与によって方向性と一貫性ができることが観察された。

D. 考察

本研究では、ヨーロッパの経験がいかに日本や多種多様な文化や歴史を抱えるアジアにおいて応用性があるのかという難しいテーマに取り組んでいるが、国際人口移動とHIV伝播の問題に取り組むアジアの専門家ネットワークの構築からその可能性を検討した。HIVや結核等の感染症の蔓延には、国際人口移動の関与が深く、その状況を出来るだけ正しく把握することが有効な危機管理につながると考えられるが、本研究はそのためのいくつかの貴重な資料を提供でき、危機管理の政策提言への足がかりを作った。最終年度は、より系統的で詳細な調査を継続し、海外に渡航する日本人やアジアに滞在する日本人、日本企業を対象としたリスクマネジメントのガイドライン改訂、アジア地域における専門家ネットワーク作りへの具体的な提言や活動を行い、貢献を目指す。

F. 健康危険情報

なし

G. 知的所有権の出願・所得状況（予定を含む）

特になし

H. 研究発表

1. 今津里沙、野内英樹 ディスコース・アナリスのエイズ関連研究への応用、日本エイズ学会誌、2004;6:97-101
2. 今津里沙、野内英樹 HIV/AIDSと人口移動 - 地域レベルでの取り組みは可能か 第18回日本エイズ学会学術集会(演題168)、2004年12月、静岡
3. 今津里沙、野内英樹 東南アジアにおけるエイズの地域政治学;人口移動の管理に焦点をあてて 第19回日本国際保健医療学会合同大会(一般口頭演題234)、東京、2004年10月
4. 今津里沙、野内英樹、佐藤礼子 危機管理政策提言:「シンガポールにおけるHIV/AIDS対策とSARS対策の比較からみる政府の「危機」に対する認識の重要性 第17回日本エイズ学会学術集会(演題032)、2003年10月、神戸

HIV/AIDS と SARS の比較から見る「危機管理体制」の定義の変化

研究協力者 : 今津里沙 結核予防会結核研究所
ロンドン大学熱帯医学公衆衛生院
分担グループ長: 野内英樹 結核予防会結核研究所)

背景と目的

近年では感染症対策にも「危機管理」という概念が使われることが多くなった。「危機管理」は厚生労働科学エイズ石川班による、「アジア太平洋地域における国際人口移動から見た危機管理としての HIV 感染症対策に関する研究」のキーワードの一つでもある。従来の「危機管理」とは、SARS 流行時に見られたような一時的な応急対策のことを専ら意味していたが、HIV 感染症に対してそのような応急対策的な「危機管理」が効果的だとは思えない。とは言え HIV 感染症対策としての「危機管理」の定義が明確でないことも事実であり、まずはその定義を精査する必要がある。その上で本研究は、SARS と HIV/AIDS という二つの危機がもつ特有性を比較し、HIV 感染症に対する危機管理とは何を示唆するのかをマクロな視点から検討する。

方法

Web of Science を用いて「危機」(crisis)、「危機管理」(crisis management)、「危機管理政策」(crisis policy)、「HIV/AIDS」「SARS」などのキーワードをサーチにかけ、文献レビューを行った。また、経営学や政治学において使われる「危機管理」のモデルを検証し、HIV 感染症に効果的な危機管理体制のモデルを作成した。

結果

「危機」と「危機管理」の定義について:

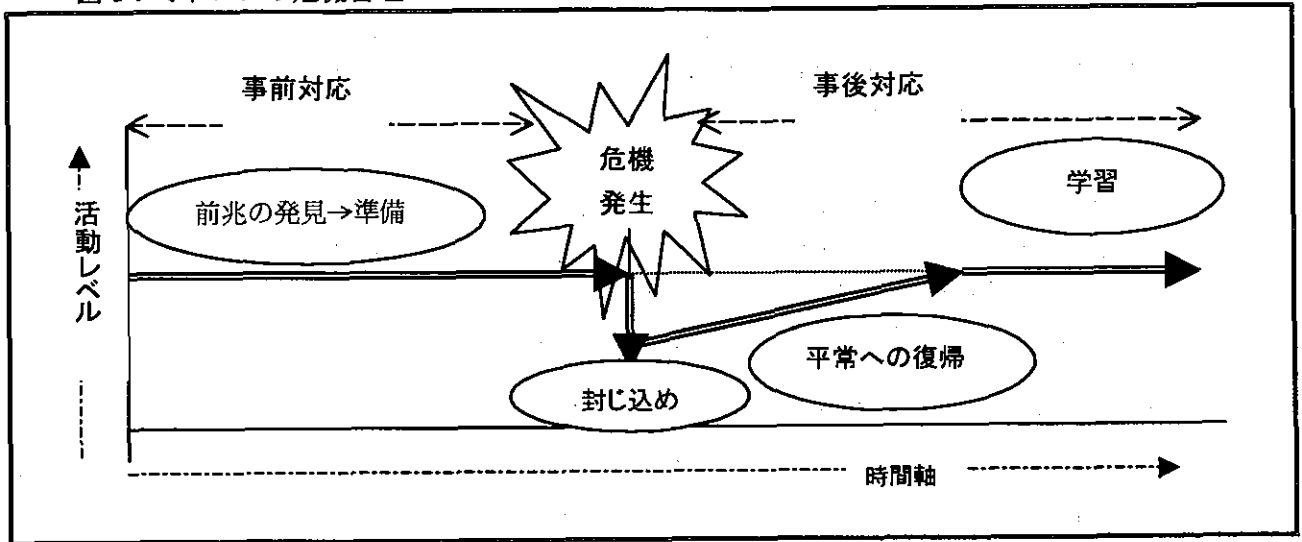
危機管理の定義は様々である。例えば大泉 (1997) は危機を「特別な状況下で発生し、予知、予測、回避が困難である出来事」と定義している。また、D' Aveni & MacMillan (1990) は「組織の存在を脅威する事件または状態」、Barton (1993) は「組織に潜在的に悪い結果をもたらす重要で不測的な事件」と定義している。これらの定義からは以下のとおり、幾つかの共通概念を見出すことができる。すなわち「危機」とは 1) 組織 (会社、国家政府等) に大きな損害を与え、2) 通常はその発生が突発的であり、予知予測、回避が困難である出来事のことを指す、と言うのが共通概念として認められるのである。

またその処理、すなわち危機管理にも様々な定義が見られた。例えば大泉 (1997) によると危機管理とは「時と場所を選ばず、思わぬ形で発生する緊急事態を予知、予防することであり、万一発生してもすばやい対応で被害を最小限に留めること」を意味しており、稲葉 (1999) によると「危機に対する回避、封じ込め、学習のシステム」、武井 (1998) によると「いかなるリスクにさらされても組織が生き残り、被害を極小化するために、危機を予測し、対応策を・・・計画し、組織し、指導し、調整し、統制するプロセスであり・・・

損失の発生直前、発生中、および発生直後の緊急対応プロセス」である。これらの定義に共通する危機管理の定義とは 1) 予知・予防から危機発生後、被害を最小化するまでのプロセス、2) 切迫性が求められているプロセスであると考えられる。

具体的な危機管理モデルには色々あるが、代表的なものとしてミトロフ（1988）のそれを挙げると、従来の危機管理とは①前兆の発見→②準備・予防→③封じ込め・ダメージコントロール→④平常への復帰→⑤学習、の 5 段階の順序で進められる。ミトロフは①～②を事前対応、③～⑤を事後対応としているが、これをまとめると図 1 のようになる。

図 1：ミトロフの危機管理



事前対応段階（危機発生前）に危機となりうる要因を発見・分析し、その際策を講ずることによって危機を未然に防ぐことが可能になるか、もしくは危機が発生したとしても、迅速な対応によって損害を最小限に留めることができると考えられている。また事前対応段階にて作成した対策のなかには危機発生後、復旧作業および救済活動に関する計画も含まれているべきであり、それが円滑な平常への復帰に繋がると言われている。更に事後対応段階には危機の監視を続け、これまでの展開を詳細に分析することが求められている。分析の結果を基に、対策の見直しや評価などを行うことが、より効果的な危機管理に繋がると考えられている。

また以上のプロセスを中央・地方政府の各機関・部署で対応するのでは統制がとれず、対応の重複を招く危険性が高い。そこで効率的に危機管理対応を行うためには、危機管理チーム（crisis management team）を編成することも重要である。そのチームの構成は該当する分野の専門家のほかに、広報、連絡、管理上の援助を担当する人員からなる。このようなチームを作ることにより危機が発生した場合にも組織を横断的に統括することができると考えられている。

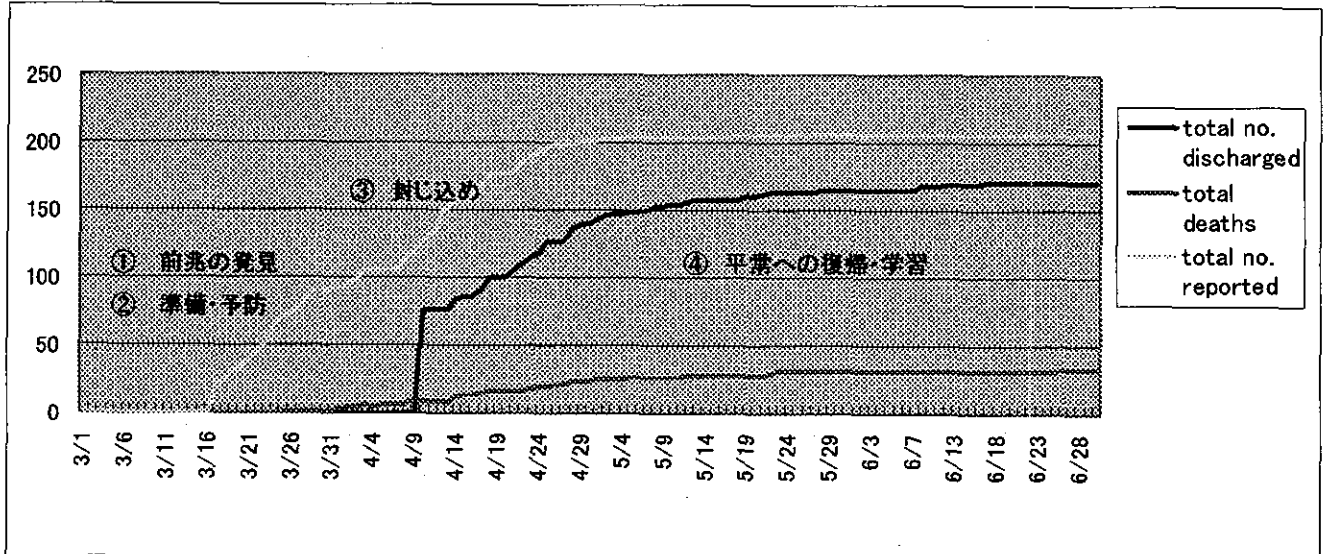
以上が「危機」及び「危機管理」に対する従来の考え方である。これを二つの公衆衛生危機、即ち SARS と HIV/AIDS の場合に当てはめ、それぞれに対する政策を「危機管理」という概念から検討した。特に SARS と HIV/AIDS というそれぞれの「危機」の類似点と相違点、およびそれぞれの体制に求められる要因に焦点を当てて分析した。その結果を下記に述べる。

危機管理としての SARS 対策：

当初 SARS の感染経路は正確に把握されておらず、特效薬もすぐには開発できなかった。このことから SARS は爆発的に広がり、平成 15 年 7 月 5 日に WHO が SARS の終息を宣言した時点で、感染者数 8,098 名、死亡者数 774 名という多大な犠牲者を出した。(終息宣言後、実験室内感染等により、さらに 14 名の SARS 感染者が報告されている)。また、人災に加えて観光業界を始めとする、各種業界への経済的打撃も非常に深刻であった。従って SARS を「危機」と捉えることは妥当だと考えられる。

従って SARS 対策に求められたのは小規模で中央集権化された CMT による、トップ・ダウン形式の応急対策であった。具体的には WHO や世界各国の政府、報道機関が賞賛したシンガポールの SARS 対策が例として挙げられる。下記の図はミトロフの危機管理のモデルにシンガポールにおける SARS 流行の主な出来事をあてはめてみたものである。

図 2:シンガポールにおける SARS 流行 (2003 年 3 月～2003 年 6 月)



① 前兆の発見

3月3日、シンガポールにて3名の香港帰りの女性が肺炎でタントクセン病院に入院
(しかし当初シンガポール政府は、WHO が警告を発した「原因不明の肺炎」の流行とは無関係であると主張)

3月12日 東南アジア中心に発生している「原因不明の肺炎」に関して WHO が警告

② 準備・予防

- 3月15日 保健省内にタスク・フォース設立
- 3月22日 タントクセン病院を SARS 指定病院とする
- 3月24日 感染症法を発動
- 3月29日 チャンギ国際空港にてスクリーニングを開始

③ 封じ込め・ダメージコントロール

- 4月3日 公共の交通手段の保護
- 4月4日 スクリーニングの強化
- 4月11日 募金設立
- 4月17日 旅行業界等に対する援助政策発表
- 4月23日 熱映像カメラを導入

④ 平常への復帰・学習

- 5月6日 Singapore OK キャンペーン（公衆衛生の向上目的）開始
- 5月30日 タントクセン病院にて no-visitor rule の解除
- 6月5日 110万個の SARS Tool Kit の配布を開始
- 7月1日 タントクセン病院緊急治療室通常業務開始

こうしてみるとシンガポールの場合、危機発生から封じ込めまで（SARS の新規報告件数の停滞）約2ヶ月かかっている。他国に比べると結果的には死亡者を33名¹で抑え、また経済的打撃の緩和も図る余裕も見せたことから、シンガポールの SARS 対策は WHO や各国政府が述べているように非常に効果的であったと思われる。

危機管理としての HIV/AIDS 対策

HIV/AIDS がもたらしてきた、そして今後ももたらし得る社会的・経済的コストの大きさは述べるまでもない。しかし HIV/AIDS は SARS のように従来の「危機」の定義にはあてはまるのだろうか。確かに 1980 年代の AIDS 流行は突発的であり、また感染経路や感染体についても未知の部分が多かった。しかし現在では HIV/AIDS に対する科学的な知識は著しく進展し、一般社会における認識も向上した。その結果ある程度の情報をもった上で、HIV/AIDS の展開を監視し、予期することも今では可能になった。このような HIV/AIDS の現況を考えれば、SARS 対策において見られたような応急対策は、不必要であると同時に不適切でもありと考えられる。

ここで少し話を SARS 対策に戻したい。例えばシンガポールで見られたような集中的な SARS 対策が実行された理由には、SARS 発生を取り巻く状況が応急処置を必要としたばかりではなく、そのような処置を一般社会の方が求めた、あるいは受け入れたことが挙げられる。すなわち SARS の発生自体が異常な状態であったからこそ、通常にはない、あるいは通常で

¹ ちなみに中国本土における死亡者は 349 名、香港 299 名、カナダ 43 名、台湾 37 名であった。

は受け入れられにくい対策があえて実行され、その結果目覚ましい効果を上げたのである。

ひるがえって AIDS 流行当初は特定の人口²にしか影響を及ぼさないと考えられており、一般社会に対する脅威であるという認識は、少なくとも 1980 年代には薄かった。現在では多くの国が HIV/AIDS による社会・経済的な打撃を認めつつあるが、その反面 HIV 蔓延国ではない日本などの政治家や一般市民においては、社会常識としての知識は向上してきたものの、「HIV/AIDS は他人、あるいは他社会、他国の問題」という認識が依然として根強く残っている。又 HIV/AIDS は SARS のように急激な、そして可視的な展開を見せるわけでもないので、多くの人にとって HIV/AIDS は SARS 流行のような、緊急措置を要する「異常状態」として認識されることがないのである。従って HIV/AIDS に関しては、政策担当者は SARS 流行に見られたような応急対策の必要性を認めさせることが困難であり、一般社会はそのような対策は受け入れがたいと感じてしまうのである。

HIV/AIDS が、「組織（社会や国）に多大な損害を与える」といった意味での危機であることに変わりはないが、一般社会が直接的な損害を被らない限り、HIV/AIDS に対する人々の認識は変わらないであろう。もちろん意識の向上を図ることも重要だが、人の意識を変えるのには長い時間がかかり、その間を漫然と待っているわけにはいかない。なぜならば、「危機」として認識されようがされまいが、危機としての HIV/AIDS は厳然として展開し続けており、その展開に応じた対策は常に必要とされるからである。ではどのような対策が適切なのだろうか。本研究は HIV/AIDS が「異常事態」として認識されないのであれば、HIV/AIDS 対策を日常的な業務に取り込む必要があると考える。これはすなわち既存の体制を補強し、トップ・ダウンではなく、ネットワークやコミュニケーションを通して、各組織や部署の横の連携を強化することを意味する。また HIV/AIDS に必要とされている「危機管理」とは、SARS 対策のような緊急展開的の応急処置ではなく、長期的な国家戦略として捕えらるべきであると考えられる。

結論

SARS 流行と HIV/AIDS 流行は、全く異なる性質の危機だということが示唆された。SARS はその発生も突発的であり、未知の要素も大きかったことから、従来の「危機」の定義が当てはまると考えられた。従ってその対策にも従来の「危機管理」に含まれる要素が求められた。しかし HIV/AIDS の現在の状況は、従来の意味における「危機」とは言えず、従って切迫性を追及する従来型の「危機管理」手法は不適切であることが示唆された。またそれ自体が「危機」として認識されにくいがために、従来型の「危機管理」政策として受け入れられない可能性も明らかにされた。従って HIV/AIDS に対しては、正常時の政策に取り込まれた、長期的な国家的戦略が必要であると考えられた。

² 例えば当初アメリカでは HIV/AIDS は“4H”の病気であると考えられていた。“4H”とはハイチ人(Haitians)、同性愛者(Homosexuals)、白血病患者(Haemophiliacs)、ヘロイン中毒者(Heroin Injecting Users)のことである。

参考文献

和文：

稲葉元吉「経営行動論」丸善（1999）

大泉光一「クライシス・マネジメント - 危機管理の理論と実践」同文館（1997）

武井 勲「リスクマネジメントと危機管理」中央経済者（1998）

英文：

Anand, P. "A Note on Coordinating the AIDS Crisis: Issues for Policy management and Research" International Journal of Health Planning and Management, 1997. 12(2), 149-157

Barton, L. "Crisis in organizations. Managing and Communicating in the Heat of Chaos". South-Western Publishing. 1993

D' Aveni, R.A., MacMillan, I.C. "Crisis and the Control of Managerial Communications: a Study of the Focus of Attention of Top Managers in Surviving and Failing Firms". Administrative Science Quarterly, 1990. 35 (4), 634-657

Fee, E. and Krieger, N. "Thinking and Rethinking AIDS: Implications for Health Policy". International Journal of Health Services, 1993. 23(2), 323-346

Foreman, C. "Plague, Products and Politics: Emergent Public Health Hazards and National Policymaking". Brookings Institution Press. 1994

Levin, M., Sanger, M.A. "After the Cure: Managing AIDS & Other Public Health Crises". University Press of Kansas. 2000

Misztal, B. "Management of HIV/AIDS in the Australian Federal System". Social Policy and Administration, 1993. 27 (2), 124-140

Mitroff, I "Break-away Thinking: How to Challenge Your Business Assumptions (and Why you should)". John Wiley & Sons Inc. 1988