

れた6ヶ月後の介入効果によれば、標準的なHIVカウンセリングのみであっても効果は認められる。しかしながら、自己正当化カウンセリングやセクシュアル日記などを組み合わせるとより介入効果が高いことが示された。

グループによる短期カウンセリング

サンフランシスコにおいてアジア太平洋諸島系出身MSMを対象とした短期カウンセリングによる介入研究¹¹が実施された(研究実施時期1992年3月~1994年12月)。対象者の基準は、アジア太平洋諸島系出身者であり、男性同性間の性的経験があり、18歳以上であり、非IDUであることであった。研究参加者の募集はサンフランシスコの地元ゲイニュースペーパーに広告を掲載することや、アジアアメリカンのコミュニティが主催しているストリートフェアなどを通じてアウトリーチが行われた。

介入前のベースライン調査では基本属性、これまでのHIV抗体検査行動、HIV感染状況、HIV関連知識、HIV感染リスク認知、AIDSに関連する不安、コンドーム使用や性行動などについて質問紙調査が実施された。介入群と統制群の割付は無作為に行われ、統制群は3ヶ月間のwait list controlとされた。介入プログラムのプロセス全てに参加した者にはUS40ドルの謝金が支払われた。

介入プログラム

グループによる短期カウンセリングは3時間とし、介入プログラムのスタッフは2人配置され、1人は高度にトレーニングされたファシリテーターであり、もう1人はゲイコミュニティからのボランティア(自分自身の性的指向と文化的なアイデンティティについて受容できており、言語的に問題がなく、多様なエスニック背景を持つ20代~30代)とされた。介入プログラムのスタッフは介入プログラムに参加することも含めて6時間のトレーニングを行い、その他サブリーダーとして平

均6~8の介入グループに参加することによって経験を積んだ。介入資材は地元NGOとアジア太平洋諸島系出身のゲイ男性を対象に予備調査を経て開発、介入プログラムの参加者は最大8人までとされた。介入プログラムは1)前向きなセルフアイデンティティとソーシャルサポートの開発、2)セーフターセックス教育、3)セーフターセックスをエロティックにする、4)セーフターセックス交渉の4側面から構成された。

1) 前向きなセルフアイデンティティとソーシャルサポートの開発

ゲイであること、アジア太平洋諸島系出身者であることに起因する否定的な経験を参加者同士で共有すること、サポートネットワークを持っている自分をセルフイメージすること、性的指向とアジア太平洋諸島系出身者であるという二重のアイデンティティに関連することのトピックカードを用意し、それについて意見交換をした。

トピックの一例

家族との問題、カミングアウト、宗教や伝統、白人を好きなアジア系であること(ポテトクイーン)、スティッキーライス(アジア太平洋諸島系出身者が好きなアジア太平洋諸島系出身者)、言語、うわさ話、移民のこと、コミュニティ、人種問題、ホモフォビア、バイセクシュアルフォビア、自分の強さ(NOと言うこと、自分のニーズを他の人に表現する、調和とバランスを保つ、自分自身にオープンである)

2) セーフターセックス教育(3段階)

- ① セーフターセックスにまつわる否定的な感情と肯定的な感情の両側面を表現してみる。
- ② HIV感染について現状のデータを提供する。
- ③ パートナーごとによって異なるリスクについて理解するためのゲームをやる(一晩限り、HIV陽性者、HIV陰性者、理想の相手、恋

人のそれぞれの場合)。

3) セイファーセックスをエロティックにする

セイファーセックスをエロティックにする方法を参加者に書いてもらい、互いに読み合う。コンドームの正しい使い方、より刺激的にコンドームを使う方法について学ぶ。

4) セイファーセックス交渉

交渉スキルの習得はロールプレイを通じて行われた。ファシリテーターはセイファーセックスについて罪悪感を持つことやセイファーセックスをすることに困る必要はないことを強調。そしてどうやって unsafe sex を少なくするかを示した。

結果

1992年3月～1994年12月の間に329人登録。人種の内訳は中国が123人(37%)、フィリピンが112人(34%)、日本人32人(10%)、ベトナム26人(8%)、その他36人(11%)。婚姻状況は99%が未婚。平均年齢は29歳であり、移民が67%、学歴はcollege以上が66%。年収2万ドル以下は全体の42%であった。79%が同性愛者であることを親から責められたことがあるが、54%は今では認めるようになったという。329人が研究に登録され、208人が無作為に介入群に、121人が統制群に割り付けられた。介入前のベースライン調査の段階でこの二つのグループの属性やリスク行動に有意差はなかった。

介入効果の指標は、介入後の「セックスパートナーの数」「UAI頻度」「エイズ関連知識、態度、スキル」とした。329人のうち78%(258人)が3ヶ月後のフォローアップまでを終えた。3ヶ月後の効果評価によると、介入群は有意にセックスパートナー数が減少し(中央値3.9人 v.s. 6.4人, $p<.001$)、ベースライン時のセックスパートナー平均数が0-1人の層でも、2人以上の層でもともに有意な介入効果がみられた(1.4人 v.s. 2.2人,

$p<.05$ 、5.7人 v.s. 9.5人, $p<.001$)。また、中国人かフィリピン人であればセックスパートナーの数に有意な減少があったが(3.9 v.s. 7.2, $p<.001$)、他人種では違いはなかった。3ヶ月後のフォローアップ時におけるUAIは、中国人とフィリピン人において有意な減少が認められた(OR=0.41, 95%CI=0.19-0.89; $p=.024$)。これ以外の人種においてはリスク行動の軽減は認められなかった。エイズ関連知識(7.53 v.s. 7.41, $p=.043$)やAIDS不安(2.26 v.s. 2.43, $p=.039$)については有意な効果が認められたが、HIV関連リスク認知、コンドームを楽しむこと、特定の相手と性的なコミュニケーションをとること、新しい性的パートナーとセイファーセックスについて交渉することなどには介入効果は認められなかった。

この介入プログラムで用いられたゲイコミュニティの文化に配慮した短期カウンセリングによる介入プログラムによって、HIV関連知識や態度、スキル、そして実際の行動についてはセックスパートナー数の減少、中国人とフィリピン人においてはUAI減少に効果的が認められた。

アフリカンアメリカン対象のグループ介入

サンフランシスコ市および近郊においてアフリカンアメリカンのMSMを対象としたグループワークによる介入研究ⁱⁱⁱである(研究実施時期:1989年11月～1991年6月)。この研究は白人MSMよりもHIV感染リスク行動の割合が高いと言われていたアフリカンアメリカンMSMのリスク低減のために実施された。研究参加者の募集は、バーやサウナ、アフリカンアメリカンMSMの団体、街頭、アフリカンアメリカンMSMが購読層の新聞への広告掲載、口コミなどを通じて行われた。対象は、アフリカンアメリカン男性であること、ゲイあるいはバイセクシュアルであること、18歳以上であること、HIVに感染していない者とされた。ベースライン時、12ヶ月後、18ヶ月後のフォローアップそれぞれにUS15ドル、US25ドル、US30

ドルが謝金として支払われた。

介入群と統制群の割り付けは無作為に行われ、1回3時間のワークショップ1回のみ、1回3時間のワークショップ3回、統制群 (wait list control) とされた。認知に介入するにあたって基盤とした健康理論は AIDS リスク低減モデルの一部であり、この介入研究の大部分にその影響を与えていた。介入プログラムで用いられたビデオテープ、ゲーム、ロールプレイなど全ての介入資材はアフリカンアメリカン MSM の性行動や態度、文化に即したものであるようにパイロットテストが行われた。介入プログラム運営のファシリテーターは2人おり、性教育および心理カウンセリング、エイズ教育の経験がある30代後半のアフリカンアメリカン MSM であった。2人とも公衆衛生学領域における修士号を取得しており、介入プログラムのための研修を5時間受けた。

介入プログラム

アイデンティティとソーシャルサポートの開発

性的指向と人種の二重のマイノリティであることについて問いかけ、この二重のマイノリティ状況にプライドを持つように促すこと、セルフイメージの低さが結果としてリスク行動につながってしまうことを参加者が理解するように支援した。参加者は最初にアフリカンアメリカンの同性愛についてのビデオを視聴し、その後、性的指向と人種の二重のマイノリティにまつわる否定的な経験、肯定的な経験の両方についてグループで意見交換をした。

AIDS リスク削減

リスクを減らすための効果的なコンドーム使用の知識について、二つの体験プログラムが用意された。「エイズ感染の危険性についてのゲーム」を行い、ゲーム後ファシリテーターと正しくない回答について話し合い、HIV 感染や HIV 抗体検査の重要性、参加者からの質問に答えた。また、「コン

ドームゲーム」ではリスクの低い性行動にまつわる否定的な感情と肯定的な感情について探求した。

自己主張訓練 (アサーティブトレーニング) と行動コミットメント

リスクの低い性行動の交渉スキル得るために自己主張訓練が行われた。内容としては、現在のパートナーあるいは新しいセクシュアルパートナーを想定し、リスクの低い性行動あるいはリスクの高い性行動を断るにはどうすればいいかという課題について、ロールプレイに取り組んだ。そして最後に、リスクを減らす努力を強化するために参加者同士でリスク削減のための方策を共有し、そのコミットメントを言語化(行動変容宣言)した。

結果

318 人の登録があり、年齢の中央値は 31 歳 (SD=5.31) であり、平均教育年数は 13 年 (SD=2.1) であった。婚姻形態は 88% が独身であり、56% が年収 1 万 5 千ドルあるいはそれ以下であった。

12 ヶ月後のフォローアップ (n=168) では、UAI 割合はベースライン時と比較すると 3 セッション参加者は 46% (95%CI=0.33-0.59) v.s. 20% (95%CI=0.11-0.32) であり 26% 減、1 回のみセッション参加者は 47% (95%CI=0.34-0.61) v.s. 38% (95%CI=0.27-0.52) であり 9% 減、統制群は 26% (95%CI=0.14-0.41) v.s. 23% (95%CI=0.11-0.31) であり 3% 減であった。18 ヶ月後のフォローアップ (n=185) における UAI 割合はベースライン時と比較すると 3 セッション参加者は 45% (95%CI=0.33-0.57) v.s. 20% (95%CI=0.12-0.31) であり 25% 減、1 回のみセッション参加者は 50% (95%CI=0.37-0.63) v.s. 38% (95%CI=0.26-0.51) であり 12% 減、統制群は 24% (95%CI=0.14-0.38) v.s. 18% (95%CI=0.09-0.32) であり 6% 減であった。

コミュニティレベルの予防介入

18～27歳の若年MSMを対象としたコミュニティレベルの予防介入プロジェクト Mpowerment が実施された。この介入研究の理論的枠組みは、diffusion of innovation、コミュニティオーガナイズ、ピアの影響、個人のエンパワーメントであった。Mpowerment プロジェクトは多様な方法でセーフセックスの規範を促進するプロジェクトであり、12人～15人の中心グループによって牽引された。実施都市はサンタバーバラ（カリフォルニア州）、ユージン（オレゴン州）、アルバカーキ（ニューメキシコ州）、オースティン（テキサス州）であった。

本稿ではユージンおよびサンタバーバラで実施された介入研究^{iv}について報告する。二つの都市の選定理由は 1)大規模な州立大学があること、2)周辺の郡から若者が集まる魅力的な街であること、3)似たような人口サイズであること、4)エイズ関連 CBO はあるが、若年層のゲイ男性を対象としたプログラムが積極的に実施されていないこと、5)1軒ないし2軒のゲイバーがあること、6)大規模なコミュニティから1～2時間離れていること、6)HIV感染が拡大している大規模コミュニティよりも低感染であること。

ユージンが先に介入対象となり、統制群は wait list control が用いられサンタバーバラが最初の統制群となり、同一介入が後から実施された。統制群となった都市は介入期間中には Mpowerment プロジェクトによる介入は行われなかったが、HIV 予防のポスターやパンフレットなどはバー、HIV 抗体検査場、大学のキャンパスなどで目につく状況ではあった。介入前後の質問紙調査は郵送法で実施し、1年後のフォローアップとし、研究参加謝金は\$10ドルであった。

介入体制

ユージンで実施された介入プログラムは8ヶ月間に渡って実施され、4人の若いゲイ男性がプロジェクトコーディネーターとして非常勤雇用され

た。プロジェクト遂行のための中心グループは12人～15人の若いゲイ男性によって担われ、意思決定機能を持たせた。中心グループがプロジェクトの名称、ロゴ、イメージ、どうやってゲイバーやコミュニティイベント、その他のソーシャルイベントと連携するか考え、同時に自らイベント内容も企画した。また、中心グループはアウトリーチで使用する啓発資材もデザインした。採用されたロゴは一般にゲイとは認識されないようなデザインとして、Tシャツやボタンなどにも使われた。またプロジェクトの運営にあたってはコミュニティアドバイザー委員会が中心メンバーと毎月ミーティングを持つことによって意見交換やアドバイスなどを行った。

介入プログラム

ピアアウトリーチ

アウトリーチは若いゲイ男性によって担われ、diffusion of innovation 理論に基づいたアウトリーチを実施、コミュニティ内の人に話しかけることによって行われた。目的はセーフセックスのメッセージをコミュニティに広めていくことであり、セーフセックスのメッセージが口コミでコミュニティ内にどんどん浸透していくことを目指した。同時にプロジェクトに参加する新スタッフのリクルートも兼ねた。アウトリーチに当たってはアウトリーチワーカー（若いゲイ男性）がゲイ関連地域に出向き、セーフセックスの重要性について語りかけた。また、アウトリーチチームはセーフセックスを呼びかけるパフォーマンスや衣装など工夫を凝らしてゲイイベントなどでもアピールした。

イベント

Mpowerment center では毎週様々なイベントが行われた。例えば、セーフセックスについて語らう小グループセッション、中心グループミーティング、ビデオパーティ、ラップグループ、ド

ロップインの時間などである。これらのプログラムは若いゲイ男性の中の様々なセグメントに対応するよう心がけられた。また一連のイベントは中心グループ及びボランティアによって企画・運営され、大規模なダンスパーティ、オープンハウス、ピクニック、ハイキングや自転車などによる遠出といったもう少し大きなイベントにも発展していった。全てのイベントにはアウトリーチチームによるセイファーセックスのプロモーションが含まれていた。

小グループセッション

Mグループと呼ばれるピア先導によるの1回終了型のミーティングであり、1回あたり8人~10人、時間は長くととも3時間とした。Mグループはセイファーセックスの阻害要因が何であるかに焦点をあてて進行し、主なテーマはセイファーセックスにまつわる誤解、セイファーセックスは何故楽しくないのか、セクシュアルコミュニケーションスキル、個人の内面についてなどであった。小グループでのプログラムは事前に実施した違う都市でのフォーカスグループで得られた知見を参考に構成した。小グループセッションの主な骨子は1)導入: グランドルールの説明、アイスブレイク、最初のトピックはHIVに関連しない楽しい内容とした。2)Clearing up: セイファーセックスについての誤解、セイファーセックスのガイドライン(線引き)などについてグループで意見交換した。3)セイファーセックスをどうエロティックに楽しむか: このテーマについてグループで意見交換した。4)コンドーム使用の促進: 参加者は実際にコンドームを手にとってみてディルドなどペニスの模型でコンドームの正しい使用方法についてグループで学び、何種類かのコンドームと潤滑剤が入ったセットを持ち帰った。5)言語あるいは非言語によるセイファーセックス戦略: パートナーとのセイファーセックスについてどう考え組み立てるかグループで考え、相手が見知らぬ相手の場合あるい

は恋人の場合などを想定してシナリオを作った。6)そして最後のセクションは、インフォーマルアウトリーチについて取り上げられた。参加者が自分の友達にセイファーセックスの必要性を伝えていくことを目的にロールプレイを行った。また、自分の友達をMグループに誘うことは出来るか?、友達に手渡すためのMグループ招待状とセイファーセックスキットが配布された。

この研究では対象地域の推定ゲイ男性数の15~20%の若いゲイ男性を小グループセッションに勧誘し、セイファーセックスのメッセージがコミュニティに浸透していくよう働きかけることを目指した。ユージンにおいて168人の参加があり、この人数はユージン郡の推定ゲイ男性数の15%に相当すると考えられた。

パブリシティ・キャンペーン

若いゲイ男性が集まる場所等で配布されるゲイコミュニティの新聞やアウトリーチ資材などを媒介にパブリシティ・キャンペーンを実施した。

結果

平均年齢は23.4歳であり、81%が白人、6%ラテン系、4%がアフリカンアメリカン、7%がアジア太平洋諸島系、2%がその他であった。86%は性的指向をゲイ、14%がバイセクシュアルと自認していた。介入前にユージンとサンタバーバラの研究参加者の属性等を比較したところ、非白人男性はユージンよりもサンタバーバラに多く、カリフォルニア州という土地柄か人種の多様性がオレゴン州よりも特徴的であった。サンタバーバラの参加者に限って白人と非白人の性行動を比較したところ、違いはなかった。

介入前のベースライン調査はユージン191人、サンタバーバラ109人であった。介入後のフォローアップ調査における回答数はユージン103人(65%)、サンタバーバラ88人(81%)であった。介入後の性行動の変化は明らかであり、UAI(不

特定の相手) 割合: 介入群は 20.2% v.s. 11.1% であり 9.1%減 ($p<.05$) に対して統制群は 26.7% v.s. 22.1% であり 4.6%減 (N.S.) であった。UAI (恋人など特定の相手) 割合: 介入群は 58.9% v.s. 44.7% であり 14.2%減 ($p<.05$) に対して統制群は 56.4% v.s. 59.5% であり 3.1%増 (N.S.) であった。いずれかの UAI 割合: 介入群は 41.0% v.s. 30.0% であり 11.0%減 ($p<.05$)、統制群は 38.6% v.s. 39.8% であり 1.2%減 (N.S.) であった。

D. 考察および本邦への応用可能性

HIV 感染予防介入を個人対象に行う場合、とりわけ *hard to reach population* あるいは *hidden population* が対象の場合、HIV 抗体検査時における予防介入は数少ない貴重な介入機会であると考えられる。異性愛の男女を対象とした予防教育であれば学校ベースで介入可能だが、セクシュアルマイノリティ対象の個別健康教育の機会そのものが少なく、MSM 対象の個人介入/個別健康教育が実施できる唯一機会あるいは水際がまさに HIV 抗体検査場面であると言っても過言ではないだろう。

サンフランシスコで実施された HIV 抗体検査頻回受検 MSM 対象のカウンセリング介入事例は、わが国においても大いに援用可能な加入手法と考えられる。わが国においても HIV 抗体検査頻回受検 MSM における陽転例があることから、HIV 抗体検査時に「再度検査に来ないで済むように」リスク行動を繰り返さないような予防のための行動変容支援の徹底が必要であると考えられる。現在、厚生労働省の研究班を中心に迅速検査マニュアルおよび検査時のマニュアルの整備を進めているが、現行においては MSM に特化した検査マニュアルはない。わが国のエイズ発生動向委員会への報告によれば HIV 感染者報告数の 6 割強、AIDS 患者の 4 割は MSM であることから、MSM 向けの検査マニュアルの整備も今後急務である。同時に、現場で適切かつ確かな MSM 対応がなされるよう医師・保健師研修の充実も不可欠であると考えら

れる。

グループ介入としては短期カウンセリングをグループで実施した例と、ワークショップの事例があった。これらに共通する点としては、エスニックマイノリティかつセクシュアルマイノリティという二重のアイデンティティを重視している点であろう。アメリカ社会において人種に関わる差別や偏見、それに関連する社会環境など健康問題に関連する要因は多岐に渡り、加えてセクシュアルマイノリティということに起因するストレスなども加わり、これらが HIV 感染予防行動の阻害要因と考えられている。紹介事例ではこの点に配慮し、対象集団の持つ特徴に特化したプログラムを設定していた。加えて、カウンセリングやワークショップの進行は心理カウンセラーや高度にトレーニングされた者、公衆衛生学領域の修士号を持つ者など専門家が担っていた。これまでのわが国のグループ対象の MSM 予防介入はほとんどピアによって担われてきており、専門家の登用は皆無である。ピアの力だけで予防介入を推進するのではなく、その効用と限界点を踏まえた上で、ピアと専門家の連携が必要であろう。例えば、心理カウンセラーや行動療法などの領域において臨床経験が豊富な者と連携することによって、より多層的な HIV 予防介入および MSM 支援の実現が可能になるものと考えられる。MSM 支援の専門家養成にあたっては、HIV 抗体検査受検時のカウンセリング介入同様に、MSM 特有の問題や文化などを含めた対人援助職者対象の研修の実施が急務である。

コミュニティレベルの予防介入にあたってはピアのアイデアを重視しつつ、介入プログラムの実施・運営にあたっては健康行動の理論的裏付けをしておくこと、プロジェクト推進のためのオフィス (Mpowerment 研究では Mpowerment center と呼ばれるプロジェクト推進の中核となる場所) やスタッフの雇用が必要不可欠であることが示唆された。わが国の MSM 対策においても東京、名古屋、大阪には HIV 予防啓発および介入を推進させ

るためのコミュニティセンターが設置されており、Mpowerment center 同様に予防介入プロジェクトの中心的役割を担っているとも言えるだろう。米国の介入研究実施にあたっては対象集団の居住地域内あるいはその近くにフィールドオフィスを構え、コミュニティと一体となって研究を進めることが多い。また、個人介入、コミュニティレベルの介入の何れにおいても可能であれば同一集団を捕捉することにより、介入の効果評価がより適切にされると考えられる。わが国では MSM 対象のコホート研究は開始されておらず、長期的なコホートの開始・実現は難しいとしても、短期コホートを組むことによって介入の効果評価をより綿密に把握することも必要であるだろう。

また、カリフォルニア州では、サンフランシスコに複合的施設としてレズビアン・ゲイ・バイセクシュアル・トランスジェンダーコミュニティセンターがある。センターの建物は4階建であり、貸し会議室や子育てスペースも完備され、センターの組織はいくつかの部門から構成されている。主な部門は経済セクション（住宅ローン、求人、技能訓練）、健康セクション（HIV 予防、HIV 陽性者支援、12 ステッププログラム、法律相談、若者・トランスジェンダー・低所得者・有色人種など HIV 感染の脆弱性の高い層を対象にしたイベント）、芸術・文化・社会活動（パフォーマンスや朗読、芸術関連のイベント）等であり、レズビアン・ゲイ・バイセクシュアル・トランスジェンダーの生活を様々な面から支援している。コミュニティセンターは文字通りコミュニティ活性化の中核として機能するものであり、単に箱としての存在ではなく、そこを介して人的交流や団体間の交流が活性化され、コミュニティを強化していくことにつながると考えられている。コミュニティ開発という視点から言えば、対象集団の個々人やその集合体であるコミュニティが力を付け、自分たちで HIV をはじめとする健康問題に立ち向かっていくことが最も必要であると言えよう。そのためにもフィール

ドオフィスやコミュニティセンターの存在や役割は大きい。

これらの情報から、より効果の高い介入を実施するには常に対象集団の生の声をフォーカスグループなどによって予め吸収しておくこと、健康行動の理論的背景を持つ介入デザインであること、介入や評価には専門家を登用すること、必要なスタッフの雇用、同時にその財源の確保、介入やコミュニティの拠点となるセンターを整備することが不可欠であることが示唆された。

ⁱ Dilley JW, Woods WJ, Sabatino J, et al. Changing sexual behavior among gay male repeat testers for HIV. A randomized, controlled trial of a single-session intervention. *JAIDS*30:177-186, 2002

ⁱⁱ Choi KH, Lew S, Vittinghoff R, et al. The efficacy of brief group counseling in HIV risk reduction among homosexual Asian and Pacific islander men. *AIDS* 10:81-87, 1996

ⁱⁱⁱ Peterson JL, Coates TJ, Catania J, et al. Evaluation of an HIV risk reduction intervention among African-American homosexual and bisexual men. *AIDS* 10:319-325, 1996

^{iv} Kegeles SM, Hays RB, Coates TJ. The Mpowerment Project: A Community-Level HIV Prevention intervention for Young Gay Men. *American Journal of Public Health* 86:1129-1136, 1996

HIV/AIDS 対策の成功と課題

－タイの HIV/AIDS 対策からの考察－

分担研究者：木村和子（金沢大学大学院国際保健薬学）

研究協力者：鶴田浩史（エイズ予防財団リサーチレジデント/慶應義塾大学文学部）

要 旨

本稿は、HIV の深刻な流行の抑止に成功したタイ国における HIV/AIDS 対策に関しまとめたものである。HIV/AIDS の状況に対する AIDS 戦略の原則を示すと共に、MSM、若者、非静注薬物使用者、移住労働者などの個別施策層に対する戦略と対策にも焦点をあてている。

タイは、次のような原則を5年ごとの国家 HIV/AIDS 計画で繰り返していた：1. 国の積極的関与と分権化による地域実態に即した取組みの強化、2. 包括的多角的対策、3. 多分野の人々の関与と人間開発、4. 信頼性の高い情報とその系統的活用。これらは他の成功国の原則とも共通するものである。

しかし、タイでは、これまで一般国民や異性間性的接触による感染拡大の抑止には成果を挙げることができたが、大規模な公共啓発・教育を中心とした予防対策では対応することが難しい個別施策層での HIV/AIDS 感染拡大懸念が見られている。今後、政治的なコミットメントと共に、新たな現実に対処すべき戦略が必要とされている。たとえば、i) 脱中央集権化による地域／コミュニティでの対策立案・実施・モニタリング、ii) サーベイランス・システムを通じた正確かつ適切な情報収集・分析の継続および、感染の社会・経済・文化的側面に対する調査、などはわが国にとっても示唆に富む。

タイでは一般国民や性産業での異性間接触による深刻な HIV/AIDS 感染拡大が抑止されたが、近年でも成人の陽性率は1.5%であり、わが国と流行構造は異なっている。しかし、近年の個別施策層（MSM、若者）は共通しており今後の取組み強化の展開はわが国にも関心がもたれる分野である。

目的

タイは HIV/AIDS の深刻な流行を食い止めるのに成功した数少ない国のひとつである。HIV/AIDS 状況とともに、タイが講じた政策・戦略を収集・理解し、効果的な国レベルの政策・戦略のあり方について考察し、わが国の HIV/AIDS 対策の強化に資することを目的とする。特に、わが国の HIV 感染拡大期にあって、その脆弱性が

懸念されている MSM、パーティ薬物使用者、若者、移住労働者についてのタイの取組みを個別に概観する。

方法

タイにおける HIV/AIDS 対策、特に予防対策に重点を置いてまとめたものである。主に国際機関

報告書、学術論文、タイ保健省報告書などの既存文献からの情報収集を中心に、タイの過去 20 年間にわたる国家 HIV/AIDS 対策の変遷とその成功を振り返ると共に、現状の HIV/AIDS 状況の問題と対策上の課題、特にその明示的グループである、男性とセックスする男性(MSM)、薬物使用者、若者、移住労働者の HIV/AIDS 感染状況と対策に焦点を当てた。この総説は、3 部分に分けられ、第 1 に、タイにおける HIV/AIDS 対策の変遷、原則・目的などの構造に関する考察、第 2 に、HIV/AIDS プログラムの組織、財政、実施に関する運用に関する考察、第 3 に、タイの HIV 対策の効果に関する考察である。

結果

I. タイの HIV/AIDS 状況

2006 年 1 月 2 日、タイ・保健省は、2005 年の AIDS 関連死亡数が、2004 年 5,020 件から 1,640 件へと減少した、との声明を発表した¹。また、同時に、新規 HIV 感染推定数も、約 10%減少し、2005 年で約 1,800 人に減少し、さらに、AIDS 発症者報告数も、2004 年 13,364 件から 2005 年 8,681 件へ減少したとの公表も行った¹。1984 年初めて HIV 感染が報告されてから 2005 年現在まで、1,092,327 名の感染が確認されており、そのうち 551,505 人が死亡、540,822 人が現在 HIV/AIDS と共に生きている²。

タイは、1990 年代後半より、国際社会の中で自他共に HIV/AIDS 予防対策成功国とみなされてきた。1984 年に初めて報告されたタイの HIV 感染拡大は、1990 年代半ばまでにピークを迎えた²⁻⁴。しかし、1990 年代初頭からの積極的な HIV/AIDS 対策の推進により、HIV 感染拡大はそれ以降、大幅に抑制されていった。Thai Working

Group on HIV/AIDS Projection によれば、1991 年の新規感染者推定数は 143,000 人と推測されたが²、2004 年には 19,500 人⁵、2005 年には上述のように 18,000 人へと減少した。これらの成功は、HIV/AIDS に対して、政治的なリーダーシップ、科学、社会動員・関与、資源等が投入されたことなどにより、もたらされたものと考えられている^{2,4}。

このように、タイでは HIV 感染拡大の抑制に成功しているように見て取れる一方で、今日、HIV/AIDS 感染状況はより複雑・多様になってきており、HIV 感染の再拡大が懸念されるようになってきている^{2,4}。たとえば、過去 20 年間 HIV 感染率が抑制されることがなかったといった静注薬物使用者の HIV 感染拡大の非抑制状態の持続、若者間でのクラブ・ドラックなどの非静注薬物やアルコールの使用の増加やそれに伴うリスク行動の発現率の増加、MSM、移動性の高い人々、漁業従事者などいくつかのグループの中の感染拡大状況の出現などが指摘されている^{2,4}。

II. タイの HIV/AIDS 対策の構造

(1) タイの HIV/AIDS 対策の発展

タイの HIV/AIDS 対策の歴史的変遷は、次のように大きく分けられる。

1. 感染拡大未明期(1984-1988 年)

タイで、初めて HIV 感染報告がなされたのは、1984 年のことである。しかし、当時は、政府も、民間セクターも、国民も、あらゆる者が急速な経済発展を享受しているという社会的状況の中で、HIV/AIDS の感染拡大の兆候は明確に認識・把握されず、HIV/AIDS に対する関心もほとんど存在

しなかった^{3,4}。政府関係者の間では、積極的な HIV/AIDS 対策を案じるよりも、HIV/AIDS の持つマイナスのイメージが想起され、社会・経済への負の影響に関する議論が起こり、HIV/AIDS は、外国やタイ社会の外部・周縁からやってくる脅威として認識され、非一般的な性行動やライフ・スタイルを取る外国人・外国滞在者や社会の周縁にいる者のみが感染・発症する疾病であると捉えられていた^{3,4}。

このような社会・政治的認識の中で、この時期のタイの HIV/AIDS 対策は、世界保健機構が推奨する対策のみに絞られた⁴。すなわち、安全な血液供給、医療現場での普遍的予防策(Universal Precautions)、AIDS 患者早期報告システムの確立、静注薬物使用者や同性愛者などハイ・リスクと呼ばれたグループへの情報提供などである。1987 年後半には保健省感染症対策局が国家 AIDS 諮問委員会を立ち上げたが、短期 AIDS 対策計画に留まった⁴。AIDS 発症までの潜伏期等を含め、この時期以降の HIV 感染状況を考慮すると、初期の感染爆発がこの期間に既に始まっていたことが示唆されている⁴。

2. 感染状況判明期 (1989-1991 年)

1980 年代末のタイでも、以降のタイの HIV/AIDS の歴史と比較すると、HIV/AIDS は政治的・国民的関心の的、最優先課題とは認識されず、HIV/AIDS 対策も包括的な対策とはならなかった。しかし、感染状況や行動パターンなどの情報の収集・獲得の拡大、感染経路の解明などの進展により、効果的な対策への礎は徐々に築かれていった時期でもあった。

まず、1989-1991 年 AIDS 対策中期計画(Medium Term AIDS Prevention and Control Plan)がまとめ

られた^{3,4,6}。これは、他のアジア諸国に先駆けた国家的 HIV/AIDS 対策の立案であった^{3,4}。しかし、配分される国家予算は、わずか 684,000 ドルと低く、その大部分は国際期間からの援助であった⁴。また、HIV/AIDS 対策は、プログラム・マネジメント、健康教育、カウンセリング、トレーニング、サーベイランス・モニタリング、医療・社会的ケア、安全血液の供給の上に置かれたものの、包括的な取り組みへとは発展せず、限定的なものであった⁴。

一方で、サーベイランスの拡大にしたがって、徐々に静注薬物使用者やコマーシャル・セックス・ワーカーの間での感染拡大状況が確認されていった^{3,4}。まず、1989 年、タイ・保健省は、14 県の 6 つのグループ: 供血者、出産前クリニックの妊婦、静注薬物使用者、性感染症クリニックの男性患者、女性セックス・ワーカーに対するセンチネル・サーベイランス・サーベイを立ち上げた^{3,4}。この結果を受け、同サーベイランスは、1989 年末には 31 県へ、そして、1990 年には国家全土 73 県 (県数は、1993 年に 76 県へ増加) に拡大されていった⁴。

これらのサーベイランスの結果は、政治関係者や国民の間へ徐々に伝えられ、浸透していく中、政治関係者の楽観的な態度は変容していき、政治的沈黙や否定が打ち破られていった⁴。そして、HIV 感染は、社会一部の問題・外部の問題ではなく、国家全域の問題であるという認識が徐々に生まれていった⁴。

3. 本格的対策展開期 (1992-1996 年)

1991 年は、タイの HIV/AIDS 感染状況において、新規感染者数 143,000 と、歴史的ピークを迎えた年である。しかし、その一方で、タイの

HIV/AIDS 対策戦略上、大きな変換点を迎えた年でもあり、以降のタイの HIV/AIDS 対策・戦略の数多くの成功への分岐点となった時期でもあった。

タイの HIV/AIDS 対策戦略に、大きな変換をもたらしたものは、1991 年 2 月、Ananda Panyarachun が首相に任命され、さらに、AIDS 活動家でもあった Mechai Veravaidya が保健大臣へと就任したことである^{3,4}。これ以降、積極的な政治的関心・関与が、急速に広がる HIV/AIDS の問題の抑制・緩和に向けられた^{3,4,6}。まず、1991 年、国家 AIDS 予防・対策委員会(National AIDS Prevention and Control Committee: NAPCC)が設立され、その委員長に首相が就任し、また、同時に、国家 AIDS 予防・対策委員会が首相府(Office of Prime Minister)に設置された^{3,4}。また、国家 AIDS 予防対策委員会は、保健省に代わり国家経済社会開発委員会(National Economic and Social Development Board: NESDB)を HIV/AIDS 政策立案・戦略計画の立案・策定の中心機関に指定した³。これらの転換は、政府内だけでなく様々なセクターに対し、タイが HIV/AIDS を単なる医療・保健の問題ではなく国家発展に関わる問題として取り組んでいくことを示し、以降、国を挙げて HIV/AIDS 対策に乗り出していくことを示す大きなシグナルとなった⁴。

まず、1992-1996 年 AIDS 予防・対策計画(National AIDS Prevention and Control Plan 1992-1996)では、医療・保健のみに焦点を絞った戦略から、大規模な公教育・公共啓発と幅広いコミュニティ・ベースの取り組みなど、積極的な社会動員・関与(Social Mobilization)へと戦略方向の転換が打ち出された⁴。そして、HIV/AIDS が社会・経済発展に影響する課題であるとの認識から、

政府だけでなく市民社会、民間企業等の参画、また、保健・医療セクターだけでなく様々なセクターの関与が推進された⁴。

たとえば、当時既に存在していた強固な情報インフラストラクチャ、すなわち、テレビ、ラジオ、雑誌、新聞等のマス・メディアを使った大規模な情報キャンペーンを通じた、感染経路や予防方法、コンドーム使用の重要性などの情報が流されていった⁴。同時に、流布されるメッセージは、恐怖・パニックを扇動するものから、HIV/AIDS に対して受容的・実践的なものへと変化していった。また、コンドーム使用の増進キャンペーンも、公教育・公共啓発を補完するかのようになり、タイ全域に拡大されていった⁴。性産業及びその顧客に対する 100%コンドーム・プログラムなどの全国規模の展開も、1992 年のことである^{4,6}。また、NGO や CBO の役割も劇的に変化し、AIDS 患者の人権やより受容的ケアの必要性などを社会・政府に対して問うと共に、政策の HIV/AIDS 対策立案への参画も促進されていった。実際、いくつかの NGO の参画が 1992-1996 年 AIDS 予防・対策計画に反映されている⁴。また、この際、対策費用も急激に増大し、1993 年には 4400 万ドル、1997 年には 8200 万ドルを越えた^{4,6}。また、そのうち国際機関からの援助の占める割合は 1993 年にはわずか 10%となり、さらに、1996 年にはタイ政府の対策費用負担割合が 96%に増大した⁴。

このような積極的な取り組みでも、HIV/AIDS に対する認知・行動変容と HIV 感染率の減少の関係性など、HIV/AIDS やその対策の複雑さから、その効果は直ぐに目に見えてくるものではなかったが⁴、1990 年代半ばより、感染状況の改善が徐々に観察されていった^{3,4}。HIV 感染抑制の発現を示唆するものとして、STD 感染率の低下を

皮切りに、1993 年末頃からの軍人間での HIV 感染率の低下やコンドーム使用率の増加などの行動変容、コマーシャル・セックスの顧客間でのコンドーム使用率の増加、1990 年代からの妊婦間の HIV 感染率の低下などが挙げられている^{3,4,7}。現在、推定ではあるが、1990 年代初頭に新規 HIV 感染者数はピークに達し、1993 年頃から減少が始まったと考えられている⁷。

これらの、1991 年から 1996 年までのタイの HIV/AIDS 対策の成功要因として、先述の UNDP の報告書⁴中では、以下のような要因を挙げ、考察を行っている。

- 政治の積極的なリーダーシップと関与
- HIV/AIDS 対策への政府による巨大な HIV/AIDS 対策費用の拠出:
- 様々な関係者・機関が参画した幅広い対策の推進:
- 市民社会、特に HIV/AIDS と共に生きる人々による行動実践と社会変革
- 大規模な公教育・公共啓発キャンペーン
- 予防への焦点化
- 現実主義
- 対策の広域展開
- 適切な情報
- 既存の保健・医療システム上での HIV/AIDS 対策の戦略的構築
- 実践からの学習
- コンドームやセックスへの柔軟・寛容的姿勢(Openness)

4. 人間中心への方向性転換期(1997-2001 年)

国家 AIDS 予防対策計画 1992-1996 について、国家 HIV/AIDS 予防・緩和計画 1997-2001(National

HIV/AIDS Prevention and Alleviation Plan 1997-2001)が策定された^{3,4,6}。この国家 HIV/AIDS 予防・緩和計画 1997-2001 の期間は、AIDS 発症者の増加に伴うケア・治療へのニーズの増大が課題とされたのと同時に、経済危機に見舞われた時期でもある。経済危機は、HIV/AIDS 対策への財源の縮小、AIDS 対策を含む社会事業の再編をもたらした。ただし、母子感染予防を除く、予防対策費用が削減された一方で、AIDS 患者の増加による治療・ケアへのニーズが高まりは治療・ケアへの財源を手付かずのまま残された^{3,4}。

この国家 HIV/AIDS 予防・緩和計画は、国内外の HIV/AIDS 疫学状況の変化や AIDS 患者の増加に伴うケア・治療へのニーズの増大などに対応していくために方向性やアプローチの変換があった⁴。それは、HIV/AIDS というウイルスや疾病に焦点を当てたアプローチから、コミュニティの権利の強化、政府機能の分権化、政策立案過程への国民参加の推進、ガバナンスの改善などによる人を中心とした開発 (People-centered development)への転換である^{3,4}。これは、国家 HIV/AIDS 予防・緩和計画の中では、『人間開発』と『個人を AIDS 予防や HIV/AIDS の影響緩和に導くような環境の構築』の 2 点として述べられた。HIV/AIDS の広がりがかつてロー・リスクと呼ばれていた人々に到達した状況の中で、あらゆる個人が HIV/AIDS 予防やその他の社会課題に対して解決能力を発揮することを促すことを目標とし⁶、教育、保健・医療、社会福祉を、質及びアクセスの点で、再強調したものであった⁴。

国家 HIV/AIDS 予防・緩和計画 1997-2001 の取り組みの延長では、NGO やコミュニティ・グループ、市民社会組織等の活動・参画の推進が図られた。より多くの財源が NGO に対して提供され

た⁴。また、政府省庁も、保健・医療に限定的な HIV/AIDS 対策から脱却した対策を実践していくために必要なサポートを期待した⁴。さらに、HIV/AIDS と共に生きる人々のグループの参画も増大していった。HIV/AIDS と共に生きる人々のグループは、ローカル・ネットワークの構築を経て、自らの権利保護に向けた公共政策のモニタリングやアドボカシー活動を行うまで及んだ³。HIV/AIDS に関わる様々なステーク・ホルダーは、HIV/AIDS に関わる社会運動を展開するようになり、政策立案やその実施・運用に対して影響力を持つようになり、AIDS 予防に対して、より包括的・多角的なアプローチが推し進められていった^{3,4}。

なお、同様の方向性は、1997 年に新たに制定された憲法の中にも見られるものである。この憲法は、今までのタイにない民主的な憲法と言われ、人民憲法"People's constitute"と称されている⁴。人間の尊厳や権利、自由の保護、男女の平等、個人情報・プライバシーの保護の権利など、HIV/AIDS にも高い関連性を持つ条文が盛り込まれ、さらに、健康が国家によって保護されるべき権利として述べられている²。また、この憲法の下で、中央政府から地方政治・行政への権限・資源の移譲、30 パーツ政策のような、3 種類の保険・保証システムによる国民皆保険 (Universal Coverage Scheme) などによる、国民の平等な健康へのエンタイトルメントの創出を目指した保健・医療改革などが進められている²。

5. 現在(2002-)

国家 HIV/AIDS 予防・緩和計画 1997-2001 の方向性を引き継いだ国家 HIV/AIDS 予防・緩和計画 2002-2006 が HIV/AIDS 対策の中心に置かれてい

る。しかし、現在、タイの HIV/AIDS 対策は、HIV/AIDS 感染状況や社会状況に伴い、変換期を迎えていると言われており、2007 年以降の国家 HIV/AIDS 対策 2007-2011 がどのようなものになるか注目されている。

(2) 国家 HIV/AIDS 予防・緩和計画 2002-2006

2002 年から現在まで、タイにおける HIV/AIDS 対策の中心に位置付けられているものは、国家 HIV/AIDS 予防・緩和計画 2002-2006(National Plan for Prevention and Alleviation of HIV/AIDS in Thailand 2002-2006)⁸ である。実質上、国家 HIV/AIDS 予防・緩和計画 1997-2001 を引き継いだものとなっており⁶、1997 年の憲法制定による公的セクターの改革、地方分権化、保健省の改編の流れの中で、『HIV/AIDS に関わる問題の予防とその影響の緩和に向けて、個人、家族、コミュニティが、その知恵・知識を結集し、互助的精神を持ち、協働していくことが可能な力強く健康な社会を形成していく』といった将来像を描いている。また、具体的な達成目標としては、以下の 3 点が挙げられている⁸。

- 2006 年までに、生殖年齢人口の HIV 感染率を 1%未満まで減少させること
- 最低 80%の AIDS と共に生きる人々と AIDS による影響を受けている人々が、公的・民間・コミュニティから適切かつ公正な手段で、社会/経済/教育/プライマリ・ヘルス・ケアのサービスなどのケア・サポートへアクセスできるようになり、また、ケア・サポートが提供されるようになること
- 地方行政やコミュニティ組織が、効率的

かつ持続的に、HIV/AIDS 予防とその影響緩和の計画を立案し、実行に移していくことができるようになること

さらに、この 3 つの目標に基づき、以下の 5 つが、戦略として打ち立てられ、強調されている^{2,8}。

1. HIV/AIDS 予防とその影響緩和のために、個人、家族、コミュニティ、様々な社会的環境の潜在能力の発展
 - 生殖年齢期にあるヤング・アダルト(20-25 歳)、教育システム内外の若者を戦略の一般対象グループに、覚せい剤使用者、移住労働者、移民労働者、漁業従事者を含まれている。
2. HIV/AIDS 予防とその影響緩和に関わる保健・社会福祉サービスの確立
 - 薬物使用者が、一般住民・性感染症感染者・HIV 感染妊婦と並び、対象に含まれている。
3. HIV/AIDS 予防とその影響緩和に向けた知識・調査の展開
4. HIV/AIDS 予防とその影響緩和に向けた国際協力
 - 国際移住労働者のグループが対象グループに含まれている。
5. HIV/AIDS 予防とその影響緩和に関する様々な取り組みの統合を目的とした、包括的マネージメント・システムの展開

Ⅲ. タイにおける HIV/AIDS 対策の運用

(1) HIV/AIDS 対策組織

1.1 国家 AIDS 予防・緩和委員会

国家 HIV/AIDS 予防・緩和計画 2002-2006 の計画・策定・実施の中心に位置するものが、国家 AIDS 予防・緩和委員会(National AIDS Prevention and Alleviation Committee: NAPAC)である⁶。この国家 AIDS 予防・緩和委員会は 32 名より構成され、首相が議長を務め、その他各省庁の代表、AIDS 関連 NGO の代表、企業の代表、HIV/AIDS と共に生きる人々の代表等で構成されている⁶。また、国家 AIDS 予防・緩和委員会の下には、いくつかの小委員会が設置されており、2004 年現在次の通りである。8 つの小委員会が存在している⁶。

1. AIDS 予防・緩和に対する人的資源、家族、コミュニティ、社会環境の潜在性開発に関する小委員会
2. AIDS 予防・緩和に対する保健・医療サービス及び社会福祉に関する小委員会
3. AIDS 予防・緩和に対する伝統的知識・調査の開発に関する小委員会
4. AIDS 予防・緩和に対する国際協力の展開に関する小委員会
5. 地方行政における AIDS 予防・緩和対策に関する小委員会
6. AIDS 予防・緩和プロジェクト・プログラムの実施のモニタリング・評価に関する小委員会
7. AIDS ワクチン試験・実験に関する小委員会
8. AIDS 医薬品、ワクチン、AIDS・Elisa 試験の開発研究に関する小委員会

1.2 各省庁の HIV/AIDS 関連取り組み

現在、タイでは、国家 HIV/AIDS 予防・緩和計画 2002-2006 に従い、保健省と、内閣府を含む 12 の省庁が、HIV/AIDS 対策に関与している^{2,6}。

保健省は全 HIV/AIDS 予算の約 80%を受け取っており、また、国内からの寄付金に対する窓口を持ち、HIV/AIDS 予防・緩和対策においては、中心的な役割を負っている。数多くの対策が存在しており、あらゆるグループに対して広く行われている取り組みもあれば、特定グループのみを対象としているものもある。現在、1997 年の憲法制定に従い、公的セクターの改革、地方分権化、

保健省の改編などが進められている²。地方分権化は、HIV/AIDS 対策が対象グループや住民により密着したものとなっていく可能性がある一方で、地方行政は、HIV/AIDS 対策の運営・管理、財源の確保、HIV/AIDS 関連事項の優先度決定、非 HIV/AIDS 関連事項との調整などをはじめ、その能力がより大きく問われるものとなり、より責任を増すことになる²。そのような状況の中で、保健省の役割も変化が求められ、また変化してきている²。以下は、政策及び予防・緩和対策の概略である⁶。

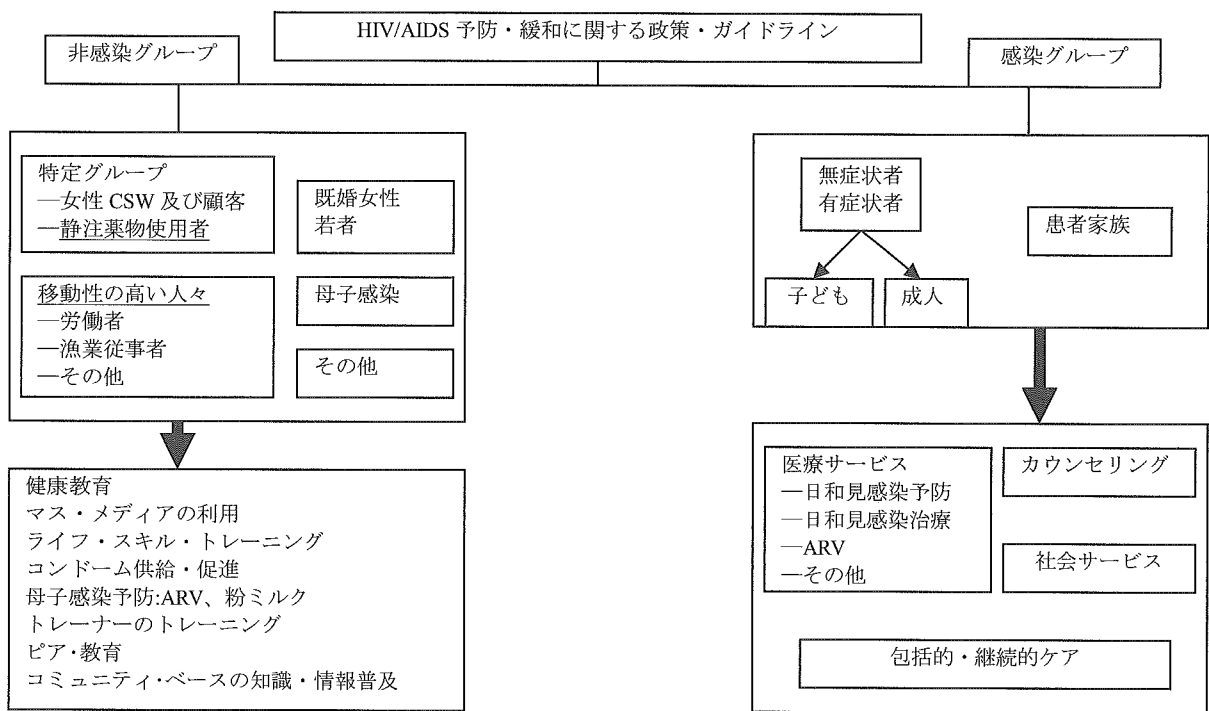


図 政策及び予防・緩和対策の概略⁶

保健省のほかには、内閣府、防衛省、内務省、法務省、教育相、大学省、労働省、社会開発人間安全保障省、観光・スポーツ省、文化省、国家警察賞、最高裁判所が HIV/AIDS 対策に関与してい

る⁶。これらの省庁の対策費用は、保健省エイズ・結核・性感染症対策課から提供される限られた費用に大きく依存している²。また、省庁間の政策・

方針や対策運営・管理上の一貫性に課題があるとの指摘がされている²。

1.3 HIV/AIDS 情報システム

現在、タイ保健省は、いくつかのサーベイランス・システムを用い、HIV/AIDS に関わる情報を収集している^{6,7}。タイの HIV/AIDS 対策では、1)HIV 血清サーベイランス、2)行動サーベイランス(Behavioral surveillance system: BSS)、3)AIDS 発症報告サーベイランスの3種類の中心的サーベイランスのほか、4)性感染症サーベイランス、5)HIV サブタイプサーベイランスからのデータも用いられている^{6,7}。

1.3.1 血清サーベイランス

血清サーベイランスは、現在、供血者、女性セックス・ワーカー、男性セックス・ワーカー、STD クリニック・男性通院者、漁業関係者などを対象に行われている^{6,7}。このサーベイランスのデータは、主に、HIV/AIDS 感染状況や拡大の将来予測の推測に用いられている。

1.3.2 行動サーベイランス

行動サーベイランス・システムは、血清サーベイランスと並び、タイにおける能動的サーベイランスの一つである。1995年に開始された。行動サーベイランス・システム・サーベイは、主に、軍人男性と男女工場労働者を対象にして行われている。1996年、3番目のグループとして、第11学年の学生が対象グループに加えられた^{6,7}。

1.3.3 AIDS 発症報告サーベイランス^{4,6}

タイの医療機関は、保健省に対し、医療機関の HIV/AIDS 患者の人口統計学的情報、症状・症候、

検査結果、診断などを報告することになっている^{6,7}。ただし、公立医療機関外からは、HIV/AIDS 抗体検査を受けた者や治療を受けた者の数の全数が報告されていないことも考えられる。数多くの HIV 陽性者が、個人開業の民間医療機関での治療を模索したり、自己治療を試みたりする可能性もあり、どの程度がサーベイランスの報告数から漏れているかは、明らかではない^{6,7}。

(2) NGO/CBO の取り組み

1990年代半ばより、NGO や CBO、HIV/AIDS と共に生きる人々のグループの数は、大きく増加してきた。現在、500を越える NGO の約 580 のプロジェクトが保健省の助成を受け⁹、800を越える HIV/AIDS と共に生きる人々のグループが存在している²。

感染拡大初期、NGO の多くは、AIDS 教育、啓発、AIDS への理解の促進などの予防対策中心の活動を行ってきた。しかし、HIV/AIDS 感染状況の変化に応じるように、国家 AIDS 予防計画 1992-1996 を出発点に、治療・リハビリテーション、相談者中心のカウンセリング、より良好な社会・経済的環境での生活に向けた HIV/AIDS と共に生きる人々とその家族への支援など、ケア・サポートへと重点を移していった^{2,6}。ケア・サポートには、シェルターの提供、AIDS 患者への適切なケア提供に関する家族の教育、AIDS ケアへの家族・コミュニティの参画、所得創出プログラム、HIV/AIDS と共に生きる人々の子どもの支援なども含まれる。

NGO の活動の予防からケア・サポートへの移行の背景にあるものは複雑であるが、1)ケアは手間のかかる取り組みではあるが、より緊急課題であり、効果を眼にしやすいものであること、2)ケア・

サポートに焦点を当てた外部組織・団体からの助成の増加、3)NGO に向けられる国家予算の縮小への懸念、4)保健省からの助成金授与の方法が変化し、過剰な負担が課せられるようになったこと、などが考えられている²。このような状況の中で、予防活動は、一般的により柔軟性にとみ、いまだ重要であるものの、後退していったと指摘されている²。

(3) HIV/AIDS 対策費用

2005 年、タイ政府の HIV/AIDS 対策費は約 16 億バーツ(4000 万ドル)に及び、このうち約 75%が、ARV や日和見感染症治療薬、HIV 検査、HIV/AIDS と共に生きる人々への社会福祉などの、治療・ケアに割り当てられた²。一方、予防対策費は約 15%であり、公共教育、コンドーム促進、母子感染予防(ARV 治療を除く)、その他コミュニティでの予防活動に当てられた²。そして、その残りが研究・開発費用等に分配されている⁶。

一方、NGO 等のコミュニティ・レベルでの予防・ケア活動に対しては、約 7000 万バーツ(170 万ドル)が助成されている^{2 9}。過去 5 年間、同程度 7000 万バーツの助成が行われているが、2006 年には 5000 万バーツ((125 万ドル)へと縮小される

と考えられている²。多くの NGO は、政府からの助成額は年々縮小されており、NGO や HIV/AIDS と共に生きる人々のグループ、CBO に行き届いていないと感じていると伝えられている²。また、タイでは、政府外部からの対策費用の提供も行われている。たとえば、グローバル・ファンドからは、2003 年から 2007 年の 5 年間の HIV/AIDS 予防・ケア対策に対して、約 1 億 9000 万ドルが提供される²。その他の援助組織・国際機関から様々なプロジェクトへの援助も行われているが、その総計がどの程度のものかという正確な情報は集計されていない²。

なお、2000 年から 2003 年の間の様々な公的セクター、民間セクター、国民世帯、外部財源からの HIV/AIDS 対策費に関する国家 AIDS 会計(National AIDS Account)のデータによると、その額は、2000年には31億4100万バーツ(8000万ドル)、2003年には44億7900万バーツ(1億1千万ドル)に及んだ²。そのうち約 60%が公的セクター、約 21%が世帯から拠出されているという²。世帯の費用負担は治療に対するもので、約 46%が ART、33%が日和見感染症治療に対するものである²。

表 1 2004 年国家 HIV/AIDS 予防・緩和計画 2002-2006 予算⁶

	行動計画			合計 (バーツ)	%
	HIV 予防	AIDS の影響緩和	研究開発		
防衛省	-	16,823	-	16,823	1.03
内務省	-	50,899	0,550	51,449	3.16
保健省	244,101	1,048,849	62,136	1,355,087	83.17
大学省	-	144,814	10,000	154,814	9.50
労働省	-	3,882	-	3,882	0.24
社会開発福祉省	-	44,811	-	44,811	2.75
首相執務室以下その他の政府機関及び国家警察庁	-	2,900	-	2,900	0.18
合計	244,101	1,312,978	72,686	1,629,766	100.00

(4) 対象グループに対する取り組み

4.1 男性とセックスする男性(MSM)

現在、タイの MSM に対する HIV/AIDS 対策は、まだ初期段階にあると考えられる。現在、保健省は、MSM の HIV 予防ニーズや保健・医療ニーズを明確にし、適した包括的な対策を講じていくために、Rainbow Sky のような関連 NGO/CBO や国連機関等との協働を始めたところである。

1984 年のタイにおけるはじめての HIV 感染報告は、MSM であった。当時、欧米のホモセクシャルの男性の間での HIV の流行が注目を集めた時期でもあり、この第一番目の報告例も米国で複数の性的パートナーを持ち、その米国から帰国した男性であった¹⁰。そのような状況で、1985 年、HIV 感染対策の一環として、タイ保健省は、男性を対象としたセクシャル・ヘルス・クリニックを開設し、いくつかの小規模の予防活動、また、男性セックス・ワーカーに対するセンチネル・サーベイランスを開始した¹⁰。しかし、たとえ男性セックス・ワーカーの HIV 感染率が高かったとしても、この値が MSM を代表するものとは言うことはできず¹¹、またその他の AIDS 発症報告や他の疫学的情報では、その調査数は限られていたが、男性同士間での HIV 感染を十分に確認することはできなかった¹²。結果として、これまで、HIV 予防の重点は、異性間性的接触の感染経路へと置かれ¹²、教育、コンドーム促進、セクシャルサービスの改善等の、MSM に対する HIV 予防を目的とした体系的な対策は取られてこなかった¹³。

しかし、他の国々同様に、社会状況や MSM コミュニティ内部の変化により、MSM の HIV 感染状況の把握に対するニーズが強まってきた¹⁴。近年、タイの MSM は、同性関係に関する自らの権利、医療、教育のような問題に対応していくための組織作りを行うようになり、同時に、タイ MSM

の交遊場やセックス・パートナーを求める場所・施設の急増も見られたり¹⁴、一方、インターネットの発展などにより交際方法の変化も示唆されたりしている¹³。

タイ・保健省は、このような状況展開を、MSM コミュニティでの HIV 感染対策を MSM と連携して行っていくことのできる好機と認識し、2003 年にはじめて、MSM コミュニティの状況把握を試みた^{12,14-16}。まず、2003 年のバンコク、MSM の間での HIV 感染状況に関するアセスメントが、MSM コミュニティ内の HIV 予防のためのアウトリーチ活動を行っているボランティア組織 Rainbow Sky との密接な協力関係の上で行われた¹²。ステーク・ホルダー、交際・交遊場所・施設の管理者、MSM のメンバーなどからの参画や支援を懇願するために、数回のコミュニティ・ミーティングなども行われている^{14,16}。

この 2003 年アセスメントでは、HIV 陽性率 17.3%という結果が判明した。そして、これにより、HIV/AIDS 感染拡大の大きな懸念が生まれた⁹。そして、その直後、保健省は、MSM コミュニティの代表や他の政府・非政府組織の代表と共に、MSM・タスク・フォースを立ち上げ¹⁴、2004 年には、MSM 間の HIV 及び性感染症予防国家戦略計画を策定した¹⁴。一方、この過程において、Rainbow Sky は、MSM コミュニティの代表組織と公的に認定されるに至った¹⁴。

2003 年のアセスメントの結果を受け、第 2 回目が 2005 年に行われた¹⁴⁻¹⁶。バンコクだけでなく、チェンマイやプーケットといった北部・南部都市地域も対象に含まれている¹⁴。今後、調査地域の拡大されていく予定出であり、2009 年までにはタイ全土で実施されると考えられる¹⁴。このような定期的なアセスメントは、MSM に対する予防介入やサービスの増大が、保護行動の出現率の増加

や HIV 感染率の減少への影響などの評価を促すものとなると考えられている^{12,14}。

4.2 薬物使用者

タイでは、薬物使用者と HIV/AIDS の問題に対する対策の焦点は、薬物の供給と需要の削減に当てられており¹⁷、国際的に有効性が認められているハーム・リダクションなどの取り組みの推進とは合致していない^{2,18}。実際、タイ政府は、これまで、ハーム・リダクションに対して否定的な姿勢を取っており¹⁹⁻²¹、保健省が関与している具体的な取り組みは、メタドン・プログラムなどに限られている¹⁸⁻²⁰。

メタドン・プログラムは、近年、そのプログラムの規模・治療提供機関の長期化が図られているが、それでも、治療提供機関・場所等が限られていることなどから、その有効性やあり方に批判を受けている^{19,20}。たとえば、タイ全土の 2100 の公的コミュニティ・ヘルス・サービスにはメタドンによる解毒治療の提供が義務付けられているが²⁰、メタドン・プログラムへの参加には敷居の高い条件が定められており、薬物使用者の登録が困難であるとの指摘がある²⁰。また、一方では、公的なコミュニティ・ヘルス・サービスは過労働状態にあり、医療スタッフの不足などにより、適切なサービスを提供することが難しい状態であるとも言われている²⁰。

このような状況の中で、ハーム・リダクションを含む予防・ケア等の活動は、ごくわずかの NGO や CBO に依存してきた^{20,21}。薬物使用者への HIV/AIDS 対策:ハーム・リダクションの欠如の理由は、国家 AIDS 予防・緩和委員会と麻薬取締局事務所、法務省間の調整の不足によるものとの指摘がされている²⁰。保健省が、薬物使用者の間の HIV/AIDS 感染拡大の重要性に気づき、国家保

健・医療計画の優先事項の中でこの憂慮を示しているのに対し、麻薬取締局事務所は、国家薬物対策行動計画 2001-2005(National Drug Control Action Plan 2001-2005)の中に HIV 予防対策を含めていない²⁰。つまり、省庁間のコミュニケーションの欠如、情報共有、役割の相違などがタイにおける HIV と薬物使用の問題に取り組む統合的な対策計画の欠如へと繋がっているという²⁰。

一方、非静注薬物使用に関しては、UNAIDS の報告²²やその他いくつかの調査報告^{2,4,21}が、特に若者の間でヤバと言われるメタンフェタミン系薬物の使用による性的行動に対する判断の鈍化による感染リスクの増大を指摘している^{21,22}。それに対し、近年、国際援助機関の支援の元いくつかの NGO の取り組みがおこなわれている。たとえば、International HIV/AIDS Alliance UK の助成によるタイの AIDSNET の 6 つの NGO によるチェンマイ・チェンライのヤバ使用者に対するハーム・リダクション・プロジェクトや米国 John Hopkins 大学とチェンマイ大学による北部タイの若者ヤバ使用者の薬物関連のハーム/STD リダクション・プロジェクトなどが、数は限られているが展開されている²⁰。現在のタイでは、静注薬物使用者の問題だけではなく、このような非静注薬物使用者に対する HIV/AIDS 予防対策も緊急課題あり、行動変容を促進するような対策が求められている^{2,20}。

ただし、タイの薬物使用者への様々な薬物予防・治療のアプローチは、他の東南アジア各国と比較して、よく運営されているという²⁰。薬理学療法や、ピア・アプローチなどでの治療・動機付けスキル、アウトリーチ・プログラム、コミュニティ・ベースのアプローチなどは、薬物使用者の間の HIV 予防活動にも資する要素ではある²⁰。

War on Drugs

2003年、タクシン首相の主導でタイ政府は、タイ全土で広がる薬物の撲滅“War on Drugs”を宣言した。大量拘束、コミュニティへの警察の手入れ、また、人権侵害と報告されるような16歳の少年を含む2200名—2500名の法廷外死刑執行などが行われ、人権運動団体やThai Drug Users Networkのようなコミュニティ組織による批難を受けた^{19,21,23}。タクシン首相は、2004年、バンコク国際エイズ会議で、ハーム・リダクションの取り組みに言及し、静注薬物使用者間での予防・ケアの促進を宣言した。しかし、その会議3ヵ月後に新たな薬物に対する抑圧的な対策を宣言している¹⁹。

薬物撲滅対策による静注薬物使用者やメタンフェタミンなどの非静注薬物使用者の間でのHIV/AIDS感染拡大への影響は、指摘されている^{20,21,23}。たとえば、チェンマイ大学、保健省、米国John Hopkins大学の調査によれば、撲滅宣言前にチェンマイの治療機関に通院していた薬物使用者のうち37%が、撲滅宣言後、消息不明となったという²⁰。これは、政府の反薬物対策の圧力が、薬物使用者をアンダーグラウンドへと押しやり、その結果、注射針の入手が困難になることで針の共有が促されることになり、HIV感染のリスクを増大させることを意味する^{20,23}。一方で、撲滅宣言初期、メタドン治療を望む薬物使用者は逮捕を一つの好機と考えたが、メサドン提供の責任を持つ公的医療機関の備蓄が欠如していたことから、治療を望む者さえも、結局ヘロインの使用を求めアンダーグラウンドへと戻ることを強いられた状況もあったという^{20,23}。

この薬物撲滅運動の結果として、数ヶ月の間で、2200名とも、2500名ともいわれる(数字は資料によって大きく異なる)者が命を落としたと一方で^{20,21}、薬物使用者のネットワークであるThai Drug

Users' Network(TDN)が立ち上げられた¹⁹。TDNは、当初は政府の薬物撲滅対策に応じた薬物使用者の人権に関するアドボカシー活動を展開していたが、メサドン治療をはじめとする有効な薬物治療、針・注射器交換プログラム(Needle and Syringes Exchange Programmes: NESPs)、VCT、アウトリーチなどに対する薬物使用者の権利のアドボカシーへと活動を発展させていき、これまで、法務省や保健省との協働で、ハーム・リダクションに関する協議を推し進めている^{19,20}。現在、TDNは、UNAIDSやUNODC、WHOとの協働も行い、2003年には、グローバル・ファンドからタイでのハーム・リダクション活動を開始するための助成を受けることになった^{19,20}。2004年時、グローバル・ファンドより、1300万USドルが、TDNのアウトリーチ、教育・情報・コミュニケーション活動の実施に提供された²⁰。

4.3 若者

若者へのHIV/AIDS対策は、保健省のほか、教育省などのその他いくつかの省庁の関与の中で行われてきた²⁴。中でも、若者に対するライフ・スキル・トレーニングを提供し、問題解決能力や分析能力などを発展させていくという戦略は注目されてきた。ライフ・スキル・トレーニングは、1994-1998年のHIV/AIDSの感染拡大が大きな問題であった時点でHIV/AIDS予防の観点から導入され、1999年以降、麻薬・覚せい剤の問題の拡大につれて、薬物使用の予防へも焦点が当てられるようになってきた²⁴。また、教育改革の影響を受け、ライフ・スキル・トレーニングは、国家教育法(National Education Act B.E. 2544)や教育基本カリキュラム(Basic Education Curriculum B.E. 2544)にも含まれるようになり、学生のライフ・スキルを促進するための様々な戦略が取られてきた²⁴。