

そして、HIV/AIDS やセクシャル・ヘルスに関わる情報提供もライフ・スキルトレーニングと併せ、学校カリキュラムに組み入れられていった<sup>3,24</sup>。

これまで、保健省と教育省の協働の下で行われたプロジェクトは、学生支援システム開発(Development of Students Assistance System 2000)、幸福・倫理学習システムの開発(Development of Well-being and Ethical Learning System 2001)、学習者改善活動のためのシステム開発(Development of System for Learners Improvement Activities 2002)などがある<sup>24</sup>。また、ライフ・スキル・トレーニングの実施を支援するために、保健省精神衛生局によるライフ・スキルの拡大のための参加型活動の運営に関するハンドブック及び教材(Handbook for Management of Participatory Learning Activities for Enhancing life Skills and Teaching Materials)などの資料も作られてきた<sup>24</sup>。

しかし、実際には、どの程度の教育機関が、ライフ・スキル・トレーニングを導入し、継続的に取り組んでいるか、疑問視されている<sup>4</sup>。ライフ・スキル・トレーニングの行動変容への効果を評価する調査・研究もほとんど存在せず、多くの学校運営者や教師は、ライフ・スキル・トレーニングを導入することに関し、その不便さやコンセプトの理解不足等から、それほど熱心ではないともいわれる<sup>4</sup>。

一方で、タイでは、ライフ・スキル・トレーニングのほかにも、ピア関係を基にした HIV/AIDS 予防・ケア活動の効果的なモデルの Good Example も既にいくつか存在してきた。今後、そのような取り組みを、若者の中でも、薬物使用やリスク行動を取るより脆弱な若者グループにもアクセスできるように、拡大していく必要がある<sup>4</sup>。一方で、若者自らの認識によれば、HIV/AIDS 対策として、言葉・形式も含め、若者のニーズに合致し

た HIV/AIDS 情報の供給の拡大、HIV 感染の回避や HIV と共によりよく生きていくための支援のためのライフスキルの獲得、若者に身近なカウンセリングやコンドームへのアクセスなどが望まれている<sup>2</sup>。

#### 4.4 移住者

現在、移住者に対する介入の多くは、保健省とのパートナーシップの下、NGO によって行われている。たとえば、タイにおける移住労働者間の HIV/AIDS 予防プロジェクト (Prevention of HIV/AIDS Among Migrant Workers in Thailand Project :PHAMIT )は、9 つの NGO: Raks Thai Foundation、Center for AIDS Rights、World Vision Foundation of Thailand、PATH、Stella Maris Center、MAP Foundation、Empower (Chiang Mai)、Pattanak Foundation が、タイ南部・東部の 20 県にまたがるプロジェクトであり<sup>2,25</sup>、グローバル・ファンドからの年間 1500 万ドルの助成を受け、保健省や地域医療提供者とのパートナーシップに基づいて、移住労働者間の HIV/AIDS 対策に取り組んでいる<sup>25</sup>。PHAMIT は、在タイ移住労働者間の新規 HIV 感染者数の減少、タイ・カンボジア・ミャンマーなどの隣国での HIV/AIDS の減少に向けた貢献を行うことを目標とし、対策戦略として、タイで生活・労働する移住者に対する HIV 予防活動を大きく展開してだけでなく、移住労働者やその家族などの関連グループの在タイ時の生活の質の改善を促す保健・医療システムの構築・社会的サポート体制、関連施策の開発を挙げている<sup>25,26</sup>。

また、一方で、タイ国内だけではなく、メコン川流域国間の国々との間の地域的な共同的な対策も検討されている。2004 年、第 11 回 AIDS に関する ASEAN タスク・フォース会議が開かれ、ASEAN 諸国の間で、人口移動に関する HIV 脆弱

性の軽減に向けた共同対策に関する覚書(MoU for Joint Action to Reduce HIV Vulnerability Related to Population Movement)の署名が取り交わされた<sup>25,27</sup>。これは 2001 年に開始された同様のメコン川流域諸国の共同 HIV/AIDS 対策プログラムを更新したものであり、人口移動に関連した HIV に対する脆弱性の軽減を目的に地域間の取り組みの強化を図るものである<sup>27</sup>。

また、移動性の高い集団と HIV 脆弱性に関する国連地域タスク・フォース(UN Regional Task Force on Mobile Populations and HIV Vulnerability)も、この地域間協力のプラットフォームとして存在しており、地域諸国間の対策原則や地域間の相違の調整や、情報・Best Practice の共有、キャパシティ・ビルディング、プログラムや政策実施を推進していくための場を提供していく役割を負っている<sup>27,28</sup>。このタスク・フォースは、もともと 2000 - 2004 年の UNDP・東南アジア HIV・開発プログラム(UNDP South East Asia HIV and Development Program)によって開始されたものであるが<sup>27</sup>、現段階(2005 - 2007)では、バンコクを基点とした国連地域コーディネーターが代表を務め、数カ国の政府や、国際的 NGO や地域内 NGO の代表などからなる運営委員会によって運営されている<sup>27</sup>。

#### IV. タイの HIV/AIDS 対策の効果

タイの HIV/AIDS 対策の効果を示唆する情報として、各グループの HIV/AIDS 感染状況を下にまとめる。

##### (1) 現状の HIV/AIDS 対策の効果

タイのこれまで 20 年間の HIV/AIDS 対策は、積極的な政治的リーダーシップ、科学の結集、社会動因、大規模な投資、ケア・サポートの充実によ

る HIV/感染拡大の抑制や AIDS の影響緩和の実現可能性を示すものである。2005 年の 1 年間の新規 HIV/AIDS 感染者数も減少したが、近年のタイの社会・経済的変化やいくつかの調査・サーベイランスの結果から垣間見られる HIV/AIDS 感染状況の変化は、現行の HIV/AIDS 対策・戦略がもはや十分な効果を生むことのできない状況や効果の与えることのできていない対象グループの存在があることを意味し、HIV 感染再拡大などこれまでのタイの成果を翻す可能性を示唆している<sup>24</sup>。

2005 年 HIV/AIDS 対策外部評価報告書『*External Review of The Health Sector Response to HIV/AIDS in Thailand*』: タイにおける保健セクターの HIV/AIDS 対策に対する外部評価<sup>2</sup> がタイ保健省・WHO と共同で公表されたが、HIV 感染再拡大の兆候として以下の点を述べている。この評価報告書は、2005 年 8 月、主に過去の文献から情報を収集・分析し、HIV/AIDS と共に生きる人々や種々のステーク・ホルダーとの面談、タイ国内のプロジェクト地域への視察により情報を補完し、まとめたものである<sup>2</sup>。

- 年間新規感染者数の減少率が、過去 10 年の減少率と比較すると、鈍化してきている
- 2005 年における HIV 新規感染者の 1/3 から 1/2 が、パートナーと安定した関係を持つ女性であり、配偶者やレギュラー・パートナーからの感染経路をたどったと考えられている
- 若者男女間において、自らを HIV 感染に晒すようなリスク行動の発現率が、数年前と比べ増加してきている。
- セックス・ワーカーへの不十分なアウトリーチ、タイのセックスワークの状況変化、不十分なコンドームの供給等により、100%コンドーム・プログラムの成果が疑

われてきている

- MSM、トランスジェンダー、また、少数民族、移住者やその家族、服役者、薬物使用者などのほかの社会の周縁にいる人々の間で、HIV 感染リスクの増大が観察されるようになってきた
- 検査・治療クリニックが、セックス・ワーカーが通院に拒否感を覚えるような病院へ転換していったこと、セーフターセックスの実践に対するアドヒアレンスが低下してきたこと、コンドームの供給が不十分になってきたことなどにより、いくつかの性感染症の増加が観られるようになってきた

また、以上のような状況に対して、これまでの HIV/AIDS 対策戦略が妥当でなくなってきた、対応できなくなってきたことが示唆されている<sup>24</sup>。タイ保健省・WHO の共同の報告書では、現行の対策戦略が直面している課題として次の点を挙げている<sup>2</sup>。

- セックス・ワーカーなど、ニーズに合致した予防対策が届いていない(これまで、もしくは、今までも)特定コミュニティでは、感染拡大の脅威は存在し、衰えていない兆候がある。また、HIV/AIDS は、“無関心に基づく欺瞞的な現状肯定と欺瞞的な自己肯定”(Complacency) が広がっているコミュニティ、特に若者の間などで、再拡大していく懸念もある。さらに、一方で、MSM など、いくつかのグループでは、感染率の増加が観察されてきており、また、静注薬物使用者など、アンダーグラウンドへ潜っているコミュニティに対しては、アプローチすることがより困難になってきている

- 治療へのアクセスの迅速な拡大は必要不可欠なものであるが、ケアと同時に拡大されるべき予防の重要性を見にくいものになっている
- HIV 対策が、疾病予防に向けた社会的力の動員・関与(Mobilization)から、感染拡大後の HIV/AIDS への臨床的焦点(Clinical focus)の拡大へと向かい、人間中心のアプローチ(People-centered approach)から患者中心のアプローチ (Patient-centered approach) へと移行している、といった一般社会の認識がある

以上からわかるように、現在のタイの HIV/AIDS 対策では、ケア・サポートへの取り組みを評価する一方で、予防対策の縮小が懸念され、将来的・長期的な HIV/AIDS の影響緩和に向け、行動変容やスティグマ・差別の撲滅に向けた予防活動の再認識が指摘されうるものとなっている<sup>2</sup>。なお、これに関し、1990 年代初頭のタイの HIV/AIDS 対策上の変換期で中心的存在であった Mechai 元保健大臣も同様に、予防対策の縮小への懸念を示し、“Now I can give a second lesson: how to lose the battle with AIDS : さあ、二つめの授業を行いましょう。それは、AIDS との戦いにどのようにして負けるのか? ということ。”との発言を行っている<sup>29</sup>。

今後、現行の国家 HIV/AIDS 予防・緩和計画 2002-2006 後、以上の状況やまた書きに示すような現行の対策戦略上多くの課題を持っていると認識されている対象グループの状況を踏まえ、2007 年以降の国家 HIV/AIDS 対策戦略 2007-2011 がどのようなものになるか、どのような議論が行われていくか、注目していく必要がある。

## **(2) 対象グループへの対策効果**

### **2.1 男性とセックスする男性(MSM)**

タイの MSM は、独立したコミュニティを構成しているという確固なる証拠はなく<sup>4</sup>、むしろ多様なグループから成り立っている<sup>2</sup>。様々な調査が、タイの男性の 3.3%から 16.0%が、コマーシャルまたは非コマーシャル・セックスの双方を含む男性同士の性的関係の経験をしていることを報告している<sup>2</sup>。一方で、多くの MSM が女性とのセックスの経験を持つ可能性も指摘されている<sup>2,4,14</sup>。たとえば、1990 年代半ばの中部タイのノン・サワン県の男性セックス・ワーカーに対する調査では、1/3 の男性セックス・ワーカーが、自らをヘテロセクシャルであると認識し、女性コマーシャル・セックスワーカーと、半数が女性のパートナーとの性的経験を有していることが明らかとなった<sup>30</sup>。現在、タイの MSM は、MSM 間及びそれを越えた HIV 感染の潜在性の中にいることが示唆されている<sup>2,4</sup>。

しかし、これまで、タイの MSM に対する HIV/AIDS 感染拡大状況に関する情報は限られてきた。先述の通り、タイでは、MSM に対するセンチネル・サーベイランスや疫学調査は男性セックス・ワーカーを除いて、ほとんど行われてはきておらず、さらに、ホモセクシャルに対するステイグマ等の影響で、HIV 感染が低く見積もられてきた経緯があると言われている<sup>14</sup>。

このような歴史的経過の中で、最近、実施された調査結果は、MSM 間での HIV/AIDS の感染拡大への大きな懸念を生むものであった<sup>12,14</sup>。2003 年、保健省は、バンコクの MSM に対する調査をはじめて行った<sup>12</sup>。さらに、2005 年に第 2 回目の調査を行った<sup>14</sup>。これらの調査は、タイ・保健省と米国疾病対策センター (CDC)、タイ赤十字、Rainbow Sky Association の共同で行ったものであ

る。2003 年の第 1 回目の調査では MSM 間の HIV 感染率は 17.3%を示した。これに対し、2005 年には大きく上回り、HIV 感染率は 28.3%を示した。また、これら調査によれば、複数パートナーとの性的接触を持つがコンドームの使用が定常的でない者の割合は、2003 年では 20.9%であったのに対し、2005 年では 25%へ増加した<sup>14</sup>。さらに、MSM の血液検査や病院・カウンセリング・サービスへの拒否感も示唆された<sup>14</sup>。

一方、男性セックス・ワーカーに対する保健省のサーベイランスの結果は、男性セックス・ワーカーの数の増加傾向を示している<sup>24</sup>。また、2003 年時のサーベイランスの報告によると、その HIV 感染率は、約 20%に及んだ<sup>2</sup>。また、バンコクにおける保健省と CDC の共同調査によると、フリーランスの男性セックス・ワーカー(freelance-male sex workers)の HIV 感染率は 22.6%、被雇用ベースの男性セックス・ワーカー(venue-based male sex workers)は 15.4%に及んでいる<sup>2</sup>。

このような状況は、タイ政府による MSM に対する HIV/AIDS 対策が十分に行われてこなかったことを反映している。HIV サービスへのアクセスが欠如した状況は、社会的周縁化や排斥による HIV 予防への妨害とともに、MSM をより HIV/AIDS に対してより脆弱な環境に置く<sup>2</sup>。現在、タイにおいて、MSM の予防・ケアに対するニーズに合致した特有の対策が求められている<sup>2,4</sup>。

### **2.2 薬物使用者**

タイの HIV 感染拡大は、1980 年代半ば、静注薬物使用者の間での感染拡大から観察されはじめた。それにもかかわらず、約 20 年たった今まで、静注薬物使用者間の HIV/AIDS 感染拡大は抑制されず、これまでのデータからは、その HIV 感染率が微増傾向にあることが読み取れる<sup>2,4,6</sup>。ま

た、近年では、ヤバ(メタンフェタミン)等の非静注薬物使用者間の新たな HIV/AIDS 感染拡大も懸念されるようになってきている<sup>2,4</sup>。

2001 年の統計によると、タイで、マリファナ、クラトム、大麻、吸入剤、ヘロイン、ヤバ(メタンフェタミン)、ケタミン、コカインの 8 種類の薬物に関して、その使用経験者ある者の数は、おおよそ 731 万人に上っている<sup>17</sup>。特に、非静中薬物の乱用は、ナイトクラブに行く者、裕福な若者層、旅行者の間で見られている<sup>17</sup>。タイ・麻薬取締局事務所 (Office of the Narcotics Control Board: ONCB)によると、タイの麻薬の蔓延状況、特にヤバの広がりに関しては、過去よりもより深刻な状況になってきているという<sup>17</sup>。

現在、タイにおける新規 HIV 感染報告の約 4 分の 1 は、非衛生的な静注薬物を通じた感染である<sup>4,6</sup>。静中薬物使用者の間での HIV 感染率は 1989-1993 年の間 30-40%を推移し、1994 年に最低値 30.6%を示した<sup>6</sup>。しかし、その後 HIV 感染率は、上昇し、1996 年以降 40-50%の範囲を横ばい状態で推移し、1999 年最高値 50.8%を示した<sup>6</sup>。2001 年のタクシン政権による不法薬物戦争が開始された同時期に、静注薬物使用者間の HIV 感染率はわずかな減少が観られたが、その後現在まで、HIV 感染率 40-50%の定常状態は持続されている<sup>6</sup>。

このような状況の中で、NGO・CBO や国際機関からタイ政府に対して、ハーム・リダクションに関連した取り組みの実践や薬物使用者に対するよりサポートティブな環境の創出を求める声がある<sup>2,4,19,20</sup>。また、過去 20 年間高 HIV 感染状況

が継続したことから、薬物使用者が VCT やケア・サポート・ART などの HIV 関連サービスを必要としているとの指摘もある。これまで、タイでは、これらのサービスの提供において、薬物使用者特有の課題・ニーズには十分な関心が注がれてこなかった<sup>2</sup>。

一方、現在、非静注薬物者の間での HIV/AIDS の感染拡大も問題視されるようになってきている<sup>2,4,21,22</sup>。その感染拡大は、静注薬物使用者とは異なった人口統計学的特徴を持ち、より若い、若者・青年層への拡大が観察されている<sup>4,20</sup>。2004 年に報告された調査結果によれば、メタンフェタミン使用者間の HIV 感染率は 3.2%であった<sup>21</sup>。また、Thanyarak Institute で行われている薬物依存に関する調査(table 2 参照)では、ヤバなどのメタンフィタミン系薬物使用者の間での HIV 感染率は、1995 年 1.5%であったものが、1998 年には 7.6%と増加している<sup>4</sup>。また、1996-2001 年の間、施設で治療を受けているマリファナ依存者の HIV 感染率は約 10%、アルコール依存者は 5-7%に及んだ<sup>4</sup>。非静注薬物使用者の間での HIV 感染率は、静注薬物使用者と比較しはるかに低い HIV 感染率であることがわかるが、その一方で、生殖期にある一般成人 HIV 感染率 1.5%よりも高い値であることも明白である<sup>21</sup>。また、非静注薬物使用者の間での性的リスク行動の出現率も高く、薬物・アルコール使用の影響によるリスク性行動が HIV 感染の原因となり得るものと考えられている<sup>2,20,21</sup>。このような状況の中で、メタンフェタミン使用に対する一次予防・治療等の対策が早急に望まれる。

表2 静注薬物・アルコール依存者間 HIV 感染率 (Thanyarak Institute on Drug Abuse, Ministry of Public Health)

	HIV 感染率 (%)									
	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
マリファナ	-	2.6	4.5	6.3	9.5	10.4	10.0	7.7	3.1	9.5
アルコール飲料	2.2	4.0	2.1	2.3	5.0	6.1	7.2	5.8	2.3	5.7
吸入剤	0	7	4	2.5	5.3	7.8	14.6	8.0	4.8	6.5
アンフェタミン系薬物	0	0	0	1.5	3.4	5.5	7.6	4.9	3.6	3.6

Source: Thanyarak Institution Drug Abuse, Ministry of Public Health(UNDP, *Thailand's Response to HIV/AIDS: Progress and Challenges* (2004)<sup>4</sup>より再引用)

### 2.3 若者

今日、タイの若者の新規 HIV・STI 感染者の中で若者が占める割合も増加してきており、HIV/AIDS の感染リスクは高まってきていると言われている<sup>2,4</sup>。適切な予防サービスを受けている者は 5%未満に過ぎない、性的活動期にある若者のうち、定常的にコンドームを使用する者の割合はわずか 20-30%に過ぎない、若者が HIV/AIDS の感染に対する誤解や不十分な知識を持つ傾向がある、などの報告もある<sup>2,4</sup>。11 学年の生徒に対する行動サーベイランスの結果は、若者の間での年々性交経験者の数が増加してきていることを示唆し<sup>4,6</sup>、さらに、感染経路に関する知識があったとしても、必ずしもコンドーム使用につながっていないとの調査結果も存在する<sup>4</sup>。

一方、社会環境の変化が、若者の行動に影響を与えていることも示唆され、現代技術の発展は、携帯電話やインターネット、ビデオ、その他メディアなどの性の情報の暴露や性体験の機会に関わるより多くのチャンネルを多く作り出しているという<sup>2</sup>。また、先述の通り、若者の間での、薬物・アルコール使用・摂取も拡大してきており、感染リスク行動の発現の増大への懸念も増大してきている<sup>2,4,21</sup>。

このような状況の中で、若者の行動の背景にある複雑な社会的関係や多様性に則した HIV/AIDS

対策が求められている<sup>2,4</sup>。また、そのために、若者の社会背景や、薬物使用と HIV/AIDS との関連への理解を改善していくための社会調査への投資の拡大も望まれている<sup>4</sup>。また、ストリートチルドレン、MSM やトランスジェンダーの若者、少数民族、移住者、国境地域の若者、薬物使用者の若者、HIV と共に生きる若者、スラムの若者なども、より脆弱な若者のグループとして、特別配慮を払っていく必要があると考えられている<sup>2</sup>。

### 2.4 移住者

2004 年の統計によると、登録システムを通じタイに入学してきた移住労働者及びその家族の人数は、約 128 万人に及ぶ<sup>26</sup>。国内を移動するタイ人に比べその数はまだ小さいものではあるが、タイ社会の建設業、農業、漁業などの単純労働に必要な労働力として、隣国のミャンマー、カンボジア、ラオなどから移住労働者として入学してきている<sup>26</sup>。

一般的にも、またタイにおいても、移住者や移動する人は HIV に対して非常に脆弱であり、HIV 関連サービスへのアクセスが難しいことが多い。タイでの移住労働者、すなわち漁業従事者や建設業従事者、工場従事者として働く移住者は、困難な労働環境、低賃金、不十分な住環境、低い識字率、強制送還の恐れ、教育へのアクセスの欠如などの状況の下に暮らしている<sup>2,4,26</sup>。また、コンド

ームなどをはじめとする保健・医療情報やサービスへアクセスの制限、文化・言語の障害もまた、HIV/AIDS への脆弱性を高めている<sup>2,26</sup>。さらに、タイへの送り出し国の状況や HIV/AIDS 対策によっては、タイ入国前に、HIV/AIDS や健康に関する情報・知識が不足している移住労働者も少なくないと考えられる。コンドーム使用率の低さ、薬物使用の拡大、アルコールの飲酒、労働災害等の健康へのリスクも HIV/AIDS への脆弱性を作り出す要因である<sup>2,26</sup>。結果として、タイの移住労働者は、同地域のタイ国民よりも、HIV 感染率が高くなる<sup>2,26</sup>。

現在、タイでは、移住労働者間の HIV 感染率に関する調査・サーベイランスなどは散発的なものであり、十分な情報が存在していない<sup>4</sup>。しかし、いくつかの調査結果は、移住者間での感染拡大を暗示するものとなっている。1996 年、NGO:CARE の調査によると、いくつかの工業地域で移住労働者の HIV/AIDS 感染率が 6%を越えた<sup>26</sup>。また、2001 年のサムット・サコン県での調査では、ミャンマーからの移住者の HIV 感染率は 1.4%であった<sup>24</sup>。同年、タイ国内数県の出産前クリニックで行われた調査では、移住女性の HIV 感染率がタイ女性よりも高い傾向があった<sup>24</sup>。2003 年、タク県のメータオ・クリニックの出産前検診においては、2435 人の妊娠女性の内 35 名 1.4%の

者が HIV 陽性と判明した<sup>24</sup>。一方、ラオスの調査などでは、タイからの帰国移住労働者に HIV 感染者が報告されている事例もある<sup>24</sup>。

移住労働者間の HIV/AIDS 感染状況が明確に捉えられていないことからわかるように、移住者は、これまでタイの HIV/AIDS 対策の関心の的とはなっていなかったことが示唆される。今後、移住労働者に対する HIV 予防対策を行っていくためには、移住労働者特有の HIV 予防・治療ニーズを把握し、より積極的な AIDS 教育やより巧みなセーフ・セックス/コンドーム促進プログラムなどの予防活動を行っていく必要があると考えられている<sup>24</sup>。

また、NGO のプロジェクトや予防活動、保健・医療へのアクセスの妨害となりうる政策に関しても、検討が必要であることが、指摘されている<sup>2,26</sup>。たとえば、タイの外国人登録制度などである<sup>2</sup>。保健省・WHO の 2005 年 HIV/AIDS 対策評価報告書にも、PHAMIT の報告書中でも、タイ政府により、移住労働者とその家族の存在の承認が排除されることにより、移住労働者を HIV に対してより脆弱な環境に置くことになると指摘されている<sup>2,26</sup>。

表3 2001年における出産前クリニックでの妊婦間の HIV 感染率

	移住女性		タイ女性	
	検査受検者数	HIV 感染率(%)	検査受検者数	HIV 感染率(%)
トラート	89	6.7	305	2
サムット・サコン	93	4.3	2,029	2
チェンマイ	467	2.4	1,619	2.5
メーホーソン	198	2.5	238	0.4
ラノー	102	0	385	1

Source: 保健省 (UNDP, *Thailand's Response to HIV/AIDS: Progress and Challenges* (2004)<sup>4</sup>より再引用、受験者数 80 以上のデータだけを表記)

## 考察

現在の状況を把握した上で、いくつかのレポートが今後のタイの HIV/AIDS 対策に対して、提案を記している。以下に、2004 年の UNDP の報告書の提案の概略<sup>4</sup>、及び 2005 年の保健省・WHO の報告書<sup>4</sup>に記された提案を記す。ただし、一部、本稿では述べていない部分を含む。

### (1) 2004 年 UNDP 報告書 Thailand's Response to HIV/AIDS: Progress and Challenges より

- 柔軟なメカニズムの必要性：多様な HIV/AIDS 感染状況に対応するために、コミュニティの現実に適したプログラムの展開がより重要となっている。そのためには、計画立案や予算分配の権限を脱中央集権化し、地方自治体へと委譲していくことが大きな助けとなる。同様に、地方レベルでの計画立案、実施、モニタリングへの技術・財政支援も必要である。
- 国家 AIDS 予防・緩和委員会の役割の明確化：現在の国家 AIDS 予防・緩和委員会の権限・関与が不明確である。委員会は、新たな任務の採用とその機能の修正を行っていく必要がある。特に、委員会には、1)

様々な対策に対する効果的な調整の再検

討、2)AIDS 対策の強化と科学的根拠・結果に基づく資金提供と脱中央集権化の推進、そして、3)保健・医療セクターを越え、政府機関や地方自治体、NGO などの動員が求められている。

- 信頼性の高い情報・分析の提供の継続：信頼性の高い情報は、タイにおける HIV/AIDS 感染状況への対応を具体化していくための重要な要素である。感染状況の変化に対応するには、適切な状況分析・解釈の土台となるモニタリングシステムの修正が必要である。また、感染に関する社会・経済・文化的側面に対する調査も必要とされている。

### (2) 2005 年保健省 WHO 報告書：External Review of the Health Sector Response to HIV/AIDS in Thailand: 7-19 August, 2005 より

- 政府のリーダーシップの下、社会開発上の優先課題である HIV/AIDS への国家の関与を明確にし、HIV を社会の関心・議論の中心へ戻すべきである



- 地方自治体への権限の分散化の中で、中央行政は、核となる対策促進・管理・調査の機能の維持、対策上の問題発生に対するモニタリング・早期発見システムの運営の役割を担っていく一方、現在進行中の政治・行政の分権化は、地方行政の体系的なキャパシティ・ビルディングと共に、HIV に対する取り組みをより人々に密接なものとするべきである。
  - 保健・医療改革は HIV を考慮に入れるべきである。また、予防及びケアが、経済状況や法的地位に関わらずあらゆる者が等しくアクセスできるものであること、また、それらが無料または受益者が負担できる場合は既存の制度で完全に保障されることを、保証すべきである。
  - 治療へのアクセスの持続性は、革新的な薬剤調達方法、国内生産、国内・国際価格への圧力などの展開、また、必要とあれば、国際貿易協定で具体化されている防衛手段の応用などにより、国がより費用負担可能な薬剤へのアクセスによって促進されるべきである。
  - 予防や社会支援はより顕著に行い、また、既存の計画に従い、治療へのアクセスが拡大されていく中で、よりケアと密接に行っていく必要がある。
  - 若者や HIV と共に生きる人と結婚した者・持続的関係を持つ者に対する予防を再認識すべきである。
  - 予防戦略は、セックス・ワーカーやその顧客、MSM、薬物使用者、国境移動者や正規・非正規の移住者など社会的マイノリティの HIV 感染リスク行動やリスクのある状況の出現パターンに適合させなければ
- ならない。それは、彼らの健康と国家の健康のためである。
- 調査を通して得られた知見は、HIV/AIDS 政策や戦略の立案に系統的に用いられるべきであり、同様に、HIV/AIDS 政策や戦略は、特に、社会調査、行動調査、保健・医療システム調査、介入調査の分野における調査懸案を明確にするべきである。
  - 市民社会、特に NGO や CBO は、国家や地方財源からより効果的に支援を受ける必要があり、地方当局はその支援能力を持つことを奨励され、また、早急に与えられていくべきである
  - HIV 対策は、憲法や法律に含まれている人権条項に結びつくように、取り組みが行われていくべきであり、この目標の実現に向け、適切な手段・方法が取られていくべきである。

### (3) 今後に向けて

これまでのタイは、成功国とみなされてきたが、それは一般国民や性産業での異性間接触による HIV/AIDS 感染拡大の抑制の成果であった。現在、社会状況や HIV 感染状況の変化などから、新たな課題やこれまで直視してこなかった課題、取りこぼされてきたグループの課題が大きく露見しはじめ、HIV 感染再拡大の懸念が生まれている状況にあると考えられる。

現在、タイでは、MSM、薬物使用者、若者、移住者、どのグループに対しても、現在の状況に似合った有効な手だては講じられていない。また、それ以前に、各グループの感染状況や社会現状の把握が十分に行われていない状況である。今まさに、タイは、この4つのグループに対する有効かつ新たな HIV/AIDS 対策を模索している段階、も

しくは、それ以前の各グループの状況把握を行っている段階にあると考えられる。そのような状況の中で、各グループ内の HIV/AIDS の感染拡大が垣間見られてきたことは、注目に値する。

現在の国家 HIV/AIDS 予防・緩和計画 2002-2006 は来年までであり、これまでの HIV/AIDS 対策の成果と課題、現状を踏まえ、2007 年以降の対策戦略に向けて、今後どのような議論が行われていくか、注目の必要である。

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同じではない。タイの対策も必ずしもそのままわが国にとって効率の良いものとは限らないが、調査による感染状況の把握や感染リスク行動の発現の増大の懸念からわが国と同じ個別施策層（MSM, 若者）に対する今後の取組みの必要性が認識されており、強化されていくものと考えられる。その展開はわが国にとっても示唆に富むものであろう。

## 参考文献

1. Medical News Today on 6 January 2006, *Thailand Announces Fewer AIDS-Related Deaths, New HIV Cases in 2006* (2005)
2. Ministry of Public Health, Thailand and World Health Organization Regional Office for South-East Asia, *External Review of the Health Sector Response to HIV/AIDS in Thailand: 7-19 August, 2005* (2005)
3. T. Sunthrajam, S. Wongkongkatehp, C. Onnom and P. Amorwichet, *Health Promotion: Challenge in the Prevention Control of HIV/AIDS* (2005) 6GCHP Bangkok Thailand 2005, 7-11 Augst 2005 Bangkok Thailand
4. UNDP, *Thailand's Response to HIV/AIDS: Progress and Challenges* (2004)
5. AIDS Division Bureau of AIDS, TB, and STIs, Department of Diseases Control, Ministry of Public Health, AIDSThai: <http://www.aids thai.org/aidsenglish> 中の Thai Working Groups on HIV/AIDS Projections のデータより (2006 年 1 月現在)
6. UNAIDS Thailand, *2004 Thailand Country Profile: HIV/AIDS Situation in Thailand and National Response to the Epidemic* (2004)
7. V. Chandeying, *Review: Epidemiology of HIV and Sexually Transmitted Infections in Thailand* (2004), Sexual Health 1, p.p. 209-216
8. National AIDS Prevention and Alleviation Committee, Thailand, *National Plan for the Prevention and Alleviation of HIV/AIDS in Thailand 2002-2006* (2001)
9. Ministry of Public Health, *Thailand Health Profile 2001-2004* (2005)
10. Y. Wangroongsarb, B. G. Weniger, C. A. Wasi, Traisupa. P; Kunasol, W. Rojanapithayakorn, and S. Fucharoen, *Prevalence of LAV/HTLV III antibody in selected populations in Thailand* (1985), Southeast Asian J. Tropical Medicine Public Health: vol. 16, p.p. 517-520
11. Naz Foundation International, *Assessment of Sexual Health Needs of Males Who have sex with Males in Laos and Thailand-Part one: Rapid literature review of current knowledge of MSM and HIV? AIDS in Laos and Thailand* (2005)
12. F. Van Griensven, S. Thanparasertsuk, R. Jommaroeng, G. Mansergh, S. Naorat, RA. Jenkins, et al, *Evidence of a previously undocumented epidemic of HIV infection among men who have sex with men in Bangkok, Thailand* (2005) AIDS: 19, p.p 521-526
13. Gay Sexual Health Online Project Chiang Mai, Thailand supported by UNESCO, <http://www.healthygay.com/>
14. S. Thanparsertsuk, P. Sirivongrangson, K. Ungchusak, R. Jommaroeng, T. Siriparapasiri, P. Phanuphak et al, *The Invisibility of the HIV epidemic among men who have sex with men in Bangkok, Thailand*, (2005), AIDS 19, pp.1932-1933
15. Ministry of Public Health, press release: *HIV Infection Soars among Men who have sex with Men* (2005)
16. Discussion document as public services funded by the Australian Federation of AIDS Organizations, *Questions and Answers about the Increased HIV Infection Rates among Men who Have Sex with Men in Bangkok, Thailand in 2005* (2005)
17. ONCB, *Thailand Country Report* (2003)
18. AHRN, *Harm Reduction and HIV/AIDS in Thailand: The Northern Drug Treatment Centre and the FAH-MAI Clinic*, (2005) AHRNews January-July, p.p. 20-21
19. P. Kahn and K. Kaplan, *Thai Drug Users Network, AIDS and Human Rights: a conversation with Karyn Kaplan* (2004) , AIDS Vaccine Handbook 2nd Edition: Global Perspectives, p.p.191-197
20. UNODC, *Drugs and HIV/AIDS in South East Asia: A Review of Critical Geographic Area of HIV/AIDS Infection among Injecting Drug Users and of National Programme Responses in Cambodia, China, Lao PDR, Myanmar, Thailand and Vietnam*

(2004)

- 21 C. Beyrer, MS. Razak, J. Jittiwutikarn, V. Suriyanon B, T. Vongchak, S. Kawichai, S. Tovanabutra, K. Rungruengthanakit, et al, *Methamphetamine users in northern Thailand: changing demographics and risks for HIV and STD among treatment-seeking substance abusers* (2004), Int'l J. STD & AIDS, 15(10), p.p. 6970704
- 22 UNODC and UNAIDS, *Drug Use and HIV Vulnerability- Policy Research Study in Asia* (2000)
- 23 Human Rights Watch, *Not Enough Graves: The War on Drugs, HIV/AIDS, and Violations of Human Rights* (2004) Human Rights Watch 16(8)
- 24 Department of Mental Health, Ministry of Public Health, *Situational Review of Adolescent Sexual Behavior, Life Skills Promotion and Counseling Services* (2004)
- 25 PHAMIT, Web Site: <http://www.phamit.org/>

26 PHAMIT, *Migrant Health and HIV Vulnerability* (2004)

27. Mekong Migration Network and Asian Migration Centre, *Annotated Bibliography: Migration in the Greater Mekong Su region* (2005)
- 28 Asia Development Bank, *Strategy on Mobility and HIV Vulnerability Reduction in the Greater Mekong Sub region* 2002-2004
- 29 International Herald Tribune on 27<sup>th</sup> November 2005, *Thailand faces new AIDS Threat* (2005)
- 30 P. Kunawarak, C. Beyrer, C. Natpartan, W. Feng, D.D. Celentano, M. de Boer, K.E. Nelson, C. Khamboonruang, *The Epidemiology of HIV and Syphilis among Male Commercial Sex Workers in Northern Thailand*, (1995) AIDS: 9, p.p. 517-521

# 低感染地域の HIV/AIDS 戦略

—香港の HIV/AIDS 戦略からの考察—

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：Ho Chi On, Billy (香港市立大学社会学部)

鶴田浩史 (エイズ予防財団リサーチレジデント/慶應大学文学部)

## 要 旨

香港は、成人人口の感染率は 0.1%未満の低感染地域であり、低感染地域の HIV/AIDS 戦略のモデルとして香港を取り上げた。ここでは、香港の HIV/AIDS 状況を概観し、HIV/AIDS 戦略の構造、運用、効果について考察すると共に、過去 10 年に渡る MSM、若者、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た。

香港の HIV/AIDS 状況と戦略の概要は次のとおりである：

香港の過去 20 年間の全 HIV 感染報告数の 24%を MSM が占め、種々のグループの中で最も高い血清陽性率 (2004 年 1.8%) を示している。若者においては、成人感染率 0.1%よりもはるかに小さく、HIV 感染者の多くは血液・血液製剤による。しかし、近年、性的リスク行動の出現率の増加やケタミン、エクスタシー、アンフェタミン類の乱用増加が認められている。

香港の HIV/AIDS 戦略の主な強みは、政府主導の政策立案・実施構造が存在し、HIV/AIDS 感染拡大抑制を目標としたコミュニティによる取組みの増進と共に、高い自警的・反動的・積極的姿勢を示していることにある。2002 年には、AIDS 戦略について現状分析やニーズアセスメントを含む 5 年周期の計画立案メカニズムを確立させた。

個別施策層への対策としては、2001 年、MSM、薬物使用者及び若者それぞれに特有の HIV/AIDS 予防・ケア戦略を打ち立て、コミュニティにおける優先課題の理解と、社会科学的視点からの実践的なアプローチを取り入れている。

香港の取組みから、わが国にとって注目されることは、以下のとおりである：

第一に、HIV/AIDS 状況把握のために複数のサーベイランスシステムが存在すること。

第二に、HIV/AIDS 状況に基づき、包括的 AIDS 戦略とともにわが国にも関心のある個別施策層に対する戦略を策定し、感染状況等にもとづき、戦略目標、施策などを示していること。特に低感染地域であることから、焦点を絞った介入が重視されている。中でも、HIV 抗体検査の促進が効果的な HIV 予防と考えられている。また、科学的根拠に基づくプログラムの開発を目指している。

第三に、AIDS 信託基金の助成をうけた NGO が数多くのプロジェクトを遂行し大きな役割を果たしてきたこと。

香港のモデルにも改善の余地は残されているものの、わが国の状況にも近く戦略的にも符合するところがあることから、その取組みは示唆に富むものであった。

## 目的

香港は、種々の HIV/AIDS サーベイランスから推測した成人人口における感染率は 0.1%未満の低感染地域である。香港における HIV/AIDS 予防・ケア地策戦略の目標は、香港を HIV 低感染地域として維持していくことであり、低感染地域の HIV/AIDS 対策戦略のモデルとして香港を取り上げた。このような香港が展開する積極的な HIV/AIDS 戦略を概観し、考察することによりわが国の HIV/AIDS 対策の強化に資することを目的とする。また、HIV 感染拡大期にあるわが国で、特にその脆弱性が懸念されている MSM、薬物使用者、若者、移住労働者についての香港の取り組みについて個別に検討・考察する。

## 方法

この報告は、中華人民共和国香港特別行政区の HIV/AIDS 対策・戦略の総説である。香港の AIDS 諮問委員会やその下部組織、AIDS 関連 NGO、学術機関によって、1994 年から 2002 年の間に、作成・発表された AIDS 対策戦略文書、報告書、論文を香港在住研究協力が者が収集・編集し、日本側研究員が翻訳、監修したものである。特に、過去 10 年に渡る MSM(男性とセックスする男性)、若者、薬物使用者、移住労働者を対象とした戦略と対策に焦点を当てた。

この総説は、3 部分にわけられ、第 1 に、香港における HIV/AIDS 対策・戦略の原則、目的、開発などの構造に関する考察、第 2 に、HIV/AIDS プログラムの組織、実施、財政の運用に関する考察、第 3 に、香港の HIV 戦略・対策の効果に関する考察を行った。

## 結果及び考察

### I. 香港の HIV/AIDS 状況

香港で、初めて HIV 感染者が報告されたのは、1984 年のことである。多くの先進諸国と同様に、HIV 発見当初は、血液・血液製剤を通じた HIV 感染が感染報告の大半を占めていた。その後、感染状況は、性的接触による感染(異性間・同性間を含む)の増加へと推移していった。現在では、性的接触による感染が HIV の最も一般的な感染経路となっており、香港の全 HIV 感染報告数の 78% を占めている。

世界のいくつかの他地域と同様に香港でも、HIV 感染の報告は義務づけられていない。したがって、報告数は常に不完全なものであり、実際の発生率の一部を捉えているに過ぎない<sup>1</sup>。香港の HIV/AIDS サーベイランス・システムは、衛生署により、以下の 3 つのメカニズムにより、管理されている。(1)自発的報告、(2)非関連付け・匿名スクリーニング、(3)特定グループの血清陽性率モニタリング、の 3 種類である<sup>2</sup>。

自発的 HIV/AIDS 報告システムは、1984 年に設置された。これは、自発的かつ匿名の報告システムである。試験所や医療従事者が、新規に診断した HIV 感染者・AIDS 患者の報告を衛生署に対して行う。2005 年 9 月現在、このシステム上、累計 2738 件の HIV 感染、760 件のエイズ発症を報告している(別添 I)。年間報告数は、年々増加してきており、現在、年間約 250 件の新規 HIV 感染報告、約 50 件の新規 AIDS 患者報告がなされている(別添 II)。この報告数の 4 分の 3 は、20 歳から 49 歳の中国人男性である。無防備な性的接触が、HIV 感染の最大のリスクとなっており、これまでの全

HIV 感染報告数の 78%を占めるに至っている。

非関連付け・匿名スクリーニング (unlinked anonymous screening) は、香港では 1990 年 11 月に開始された。スクリーニングのために、血液のほか、個々の対象グループの標本収集の環境に応じて、尿や唾液が用いられている。2004 年、メサドン・クリニックに通院する薬物使用者の間では、1000 名につき 2 名 (0.2%) の割合で、HIV 感染が発見された。2001 年の報告 0.105% と比較すると、微増していることになる。また、2004 年、結核治療クリニックに通院する患者の血清陽性率、更生施設の新規入所者の血清陽性率はそれぞれ、0.18%、0.33% であった。(Hong Kong Advisory Council on AIDS, 2004).

特定グループの血清陽性率のモニタリングによると、2004 年、香港赤十字輸血サービスによって収集された輸血用血液の HIV 抗体陽性率は 0.001% であった。また、2004 年、社会衛生クリニック (Social Hygiene Clinic) 通院者の性感染症感染率は 0.1% であり、2001 年の 0.061% より微増していた。2001 年 9 月 1 日以来、病院管理局のすべての出生前クリニックや衛生署・母子保健クリニックで、妊婦全員を対象とした HIV 抗体検査プログラムが行われているが、公的な出生前診断を受ける妊婦 10,000 人当たり 2 人 (0.02%) の割合で、HIV 陽性者が検出されている。

WHO の推定でも、全般的に香港の HIV 感染率は低い。成人人口における感染率は、香港の HIV/AIDS サーベイランスの種々のサーベイから得られたデータを基に、0.1% 未満と推測されている。したがって、香港における *HIV/AIDS* 予防・ケア対策戦略の総体的目標は、香港を HIV 低感染

地域として維持していくことである。

## II. 対象グループの疫学的状況

### (1) MSM (男性とセックスする男性)

香港の 18-60 歳の男性のうち、性的活動性を有する MSM は約 2% であると推測されている。しかし、これに対し、MSM の感染報告数は、過去 20 年間の全 HIV 感染報告数の 24% に及んでいる。2005 年 9 月末現在、合計 556 名の MSM が、HIV 陽性と診断されている。2004 年より、MSM の感染報告数は増加してきている。2005 年第 3 四半期では、36 名の MSM の HIV 陽性が報告され (2005 年第 2 四半期の報告数 22 名と比較すると、64% の増加)、全 HIV 報告数の 37% を占めた。これは、過去 20 年間の MSM の感染報告数が全 HIV 感染報告数の 24% である、ということと比較すると、はるかに大きな数字であることがわかる。また、MSM の血清陽性率は 2004 年において 1.8% であり、HIV 感染リスクにより直面しやすいと言われる種々のグループの中でも、最も高い数値を示している。(HIV Surveillance Office, Department of Health, 2005).

### (2) 薬物使用者 (IDUs)

静注薬物使用者の感染報告数は、過去 20 年間の全 HIV 感染報告数の中でも、わずか 3.4% を占めるに過ぎない。2005 年 9 月末においては、計 99 名の静注薬物使用者が HIV 陽性と診断されている。薬物使用者間の HIV 感染率は、過去数年の間でも 0.2% ほどであり、未だ低値である。しかしながら、非関連付け・匿名スクリーニングプログラムによると、2004 年、メサドン・クリニックへの通院薬物使用者 1000 名あたり 2 名 (0.2%) が HIV 陽性であることが判明しており、2001 年

0.105%より微増している。(HIV Surveillance Office, Department of Health, 2005).

### (3) 若者

2005年6月末現在、20歳以下のHIV感染者報告数は70名であり、そのうち17名は、出産時における感染報告であった。感染者の大半は、血液製剤に対するスクリーニングや効果的なウイルス不活性化処理が未導入であった時期の1985年以前に感染血液や血液製剤により感染した血友病患者である。一方、性的接触による感染者はごくわずかであり、注射針の共有による感染者に関しては、全く報告されていない。こういった疫学データから、香港の若者は、低リスク・グループとみなされてきた。若者のHIV感染率も、おそらく、成人感染率:1000人あたり1人の割合よりも、はるかに小さい。しかし、これらのデータは、近年の香港の若年者の間にみられる状況、性交渉に対する寛容な姿勢、婚前性交経験・複数の性的パートナー・無防備性交の増加など、性的リスク行動の出現率の増加とは対照的なものでもある。また、ケタミン、エクスタシー、アンフェタミンなどの薬物使用の増加も、若年層のHIV感染の潜在的なリスク・ファクターとなってきている。(STD/AIDS Update - A quarterly surveillance report, Department of Health, 2005; Task Force on Youth, AIDS Prevention and Care Committee, 2000).

### (4) 移住労働者・移動性の高い人々

移動性の高い人々や移住労働者はHIVの伝播において重要なベクターとみなされるが、香港のHIVのリスク評価の過程において、その存在は全く記録されて来なかった。香港では、フィリピンやインドネシア、タイからの移住労働者や家事労働者に対する需要が増加してきている。その多くは、若年層の女性であり、香港に単身で働きに来ている。しかし、移住労働者間でのリスク行動の状況は、これまで把握されてきていない。また、行動研究も限られてきた。香港における移住労働者のHIV/AIDSの疫学データの分析も存在していない。しかし、これまでにないほど多くの香港人が、中国本土で働くようになり、国際的移動者や移動性の高い人々の脆弱性に対する憂慮は増加してきている。彼らの中国本土におけるコマーシャル・セックス産業との関わりは、今後新たなHIV感染拡大経路となり得る。

III. 香港におけるHIV/AIDS対策戦略の構造に関する考察

### III. 香港におけるHIV/AIDS対策戦略の構造に関する考察

#### (1) 香港のHIV/AIDS対策戦略とプログラムの発展

香港におけるHIV/AIDS対策に関わる戦略とプログラムの発展は、次のようにいくつかの段階に分けることができる。

##### 1.1 初期(1984-1986)

香港で、はじめてHIV感染が報告されたのは1984年のことである。これに対し、1984年後半、医療・衛生署により、この新たな疾病への対策を政府に提案することを目的とした専門家委員会が設立された。翌年には、予防対策の実施・調整・監督のための科学的ワーキング・グループが作られた。この短期間において、主に達成したものは、AIDSカウンセリング・クリニック及びホットライン(電話相談)の確立、安全な熱処理済血液製剤の供給、香港赤十字輸血サービスによる輸血スクリーニングを通じた血液供給の安全化、サーベイ



ランス・システムの確立、感染リスクに瀕しているグループへの HIV 抗体検査の提供などである。(Hong Kong Advisory Council on AIDS, 1994)

## 1.2 公共教育拡大期(1987-1989)

AIDS 対策戦略とプログラムの発展の第 2 期では、公共教育が重要事項となった。宣伝・教育プログラムの開始・実施・調整を目的に、AIDS 教育・宣伝委員会 (CEPAIDS: Committee on Education & Publicity on AIDS) や宣伝に関するワーキング・グループが作られた。この時期のプログラムは、様々な政府機関やコミュニティの支援を受け、取り組まれた。たとえば、メディアによる宣伝活動に関しては、政府情報サービスが、HIV/AIDS の様々な側面に焦点を当て、公共広告のテレビ・スポットを製作した。一方、医療・衛生署の AIDS カウンセリング・健康教育サービスは、AIDS 教育・宣伝委員会の実施機関へと発展し、様々なコミュニティ・グループを対象とした教育活動を行った。(Hong Kong Advisory Council on AIDS, 1994)

## 1.3 強化期(1990-1993)

1990 年、香港総督により AIDS 対策の中核組織となる AIDS 諮問委員会 (ACA: Advisory Council on AIDS) が設立された。この AIDS 諮問委員会は、AIDS 対策戦略への助言や香港の AIDS 予防・ケア対策実施の効率化の責任を負った。コミュニティの参画は奨励され、AIDS Concern、香港 AIDS 財団といった AIDS 関連 NGO はこの時期に設立された。一方、HIV/AIDS サーベイランス・システムは、非関連付け・匿名スクリーニングやいくつかの特定グループに対する血清陽性率のモニタリングの実施などを通じて、強化されていった。また、AIDS カウンセリング・健康教育サービスは、

衛生署の AIDS ユニットへと発展した。1993 年にはじめには、HIV 陽性血友病患者や受血者への特別給付、教育・AIDS ケア・プロジェクトへの資金提供を目的とする AIDS 信託基金 (AIDS Trust Fund) などが立ち上げられた。(Hong Kong Advisory Council on AIDS, 1994)

## 1.4 コミュニティの参画拡大期 (1994-1997)

1994 年、AIDS 諮問委員会は、初の公的戦略文書「香港における AIDS 予防・ケア・コントロールの戦略 (Strategies for AIDS Prevention, Care & Control in Hong Kong)」を発表した。これは、政府・コミュニティ組織の対策立案の青写真となるものであった。この期間、コミュニティの参画が拡大され、Action for REACH OUT、Society for AIDS Care、AIDS Memorial Quilt Project、HIV Information & Drop-In-Centre of the St. John's Cathedral、the Teen AIDS などをはじめとする様々な新しい組織・団体が立ち上がった。これらの AIDS 関連 NGO は、AIDS 信託基金の資金提供を受け、大きな役割を果たした。同時に、古くから存在する組織・団体も、従来活動にエイズに関する活動を新たに盛り込むようになった。例えば、Lions Club International District 303 Hong Kong and Macao による AIDS に関するコミュニティ憲章の創出などである。この時期、多くの NGO の参画と AIDS 教育・宣伝委員会の組織再編によりエイズに対する認識と予防に関する教育活動がより拡大していった。(Hong Kong Advisory Council on AIDS, 2004)

## 1.5 対策拡大期(1998-2001)

1998年、対策戦略に対する抜本的な見直しが行われた。これには、内・外部の評価・検討が含まれた。これより得られた結果及び勧告は、1998年7月にAIDS諮問委員会に提出された(Hong Kong Advisory Council on AIDS, 1998)。同年、AIDS諮問委員会は、この抜本的な検討から得られた知見に基づき、「1999年-2001年AIDS対策戦略(AIDS Strategies for Hong Kong 1999-2001)」を発表し、中期的戦略を掲げた(Hong Kong Advisory Council on AIDS, 1999)。この戦略に掲げられた重要点は次の通りである。

### 1.5.1 予防への焦点

リスク行動をとる脆弱なグループに重点が置かれた。HIV/AIDS予防・ケア活動へのコミュニティの参画やHIV/AIDSと共に生きる人々の受容の促進が盛り込まれた。

### 1.5.2 良質ケアの確保

良質の治療への支援、HIV/AIDSと共に生きる人々のニーズとの合致、HIV検査の促進に注意が注がれた。

### 1.5.3 パートナーシップの強化

一般的プログラムの方向性の設定、コミュニティによる計画立案を通じた対策拡大、経過観察評価の実施、HIV状況モニタリング・サーベイランスの強化などの特色をなした。

### 1.5.4 コミュニティによる計画プロセス

1999年、コミュニティによる計画立案プロセス(CPP: Community Planning Process)が、香港

におけるHIV予防・ケア・サービスの計画立案にコミュニティが参画することを促すために開始された。脆弱なコミュニティとされる若者、MSM、セックスワーカーとその顧客、性感染症患者、静注薬物使用者、HIVと共に生きる人々の6グループそれぞれが、政府・NGOの職員や専門家と協働し、自らのコミュニティにおけるHIV予防・ケアのニーズの調査や優先決定に参画した。2001年9月には、6つの脆弱なコミュニティに対するニーズ・アセスメントおよび将来的なHIV予防・ケア・サービスへの提案を盛り込んだ報告書が政府に提出された(Hong Kong Community Planning Process, 2001)。しかしながら、その後、財政的問題のために、コミュニティによる計画立案プロセスは凍結されている。

## 1.6 現在(2002-現在)

2002年、AIDS諮問委員会は、対策拡大期の成果を強化するために、「2002-2006年香港HIV/AIDS戦略提案(Recommended HIV/AIDS Strategies for Hong Kong 2002-2006)」を発表し、5年サイクルの長期戦略を立案するための戦略的計画立案メカニズムを確立した。戦略目的と平行し、HIV予防・ケア・サービスに関する将来的課題点として11の目標が設定された(Hong Kong Advisory Council on AIDS, 2002)。

### (2) 香港HIV/AIDS対策戦略に関する指針原則

AIDS諮問委員会によって提案された1994年の戦略には、指針原則が含まれていた。これは、次の1999年の戦略で、非差別、社会の関与、既存のプログラムへの統合、持続的な取り組み、国内・地域間・地球上の連帯という点が強化された。

**被差別:** 差別・周縁化(marginalized)された人々は、リスク行動の改善に適した状況に置かれていないことが多く、結果として、社会全般の究極的な健康増進に対する障害となる。したがって、香港における包括的な AIDS プログラムの展開に関わるあらゆる活動(情報・教育の提供、サーベイランスの実施、患者サービスの提供)の実施において、非差別の原則を認識することが重要である。

**関与:** AIDS 予防・サービスプログラムは、社会の人々や政府の全面的な支援が欠如した場合には、効果的なものとはなりえない。社会の関与は、実施・運用レベルと、そして、コミュニティのリーダーと政策立案者の狭間、この双方において欠かせないものである。特に後者に関しては、行動変容の出現に適した環境(セクション 2.2 参照)の創造にとって、特に重要なものである。

**統合:** HIV/AIDS は、大きな社会的かつ潜在的経済影響を持つものである。したがって、健康問題として単離して扱うべきものではない。良質の AIDS プログラムは、しばしば、既存のまたは開発中の一般及び特定の保健/社会プログラムに統合されることが多い。例えば、AIDS 教育の性教育活動への統合、総合的性感染症・HIV マネジメント・システム、AIDS/薬物同時啓発キャンペーンなどが挙げられる。

**持続的な取り組み:** 効果的なワクチンや治療法が欠如している状況では、私たちは今後も、HIV/AIDS と共存していくことになるだろう。また、今日、ウイルスがその増殖を止めたとしても、社会が支援すべき感染者が既に数多く存在して

いる。このことは、AIDS に関わる取り組みが、人間の行動との関連性という AIDS の複雑性ゆえに、個々の人間や社会の変化の中で、維持・継続され、適応されていくべきものであるということである。従って、AIDS プログラムは分離・単独のプログラムとして存在するのではなく、既存の保健・社会インフラストラクチャの枠組みの中に築き上げられていくべきものである。

**連帯:** 有意義な AIDS プログラムというものは、HIV 予防や個人・社会への負の影響の削減といった共通目標を共有する人々と共に助け合う社会の上に築かれる。そういった連帯感は、単にコミュニティ内部でのみ必要不可欠なものだというわけではなく、社会全般にとっても同様の意味を持つ。HIV は国を、人種を、文化的な障害を選ばない。したがって、地球規模の連帯が、AIDS 対策の戦略的発展の礎となるものであるし、また、礎とすべきものである。地域間・地球上の国々とのより深い理解・協力の促進の重要性がそこにある。

現在、将来的な課題に対し新たな戦略を整えていく上で、上記に述べた主要原則(被差別、関与、統合、持続的な取り組み、連帯)に基づき、さらなる指針原則の追加が提案されている。それは、より戦略目標を明確にし、より細部に視点を置いたものであり、一定期限内で用いられることを意図したものである。この新たな戦略原則は、1994年から1999年の戦略の見直しから得られたものである。以下に、追加された7つの指針原則を簡単に記す。

- 2.1 予防・治療・ケアの連関は、効果的 HIV 予防・ケア戦略の礎である。
- 2.2 脆弱性とリスク行動への取り組みの中で、「焦点を絞った介入」の原則は、HIV 予防対策に取りこまれるべきである。これは、特に、低感染状況における提供プログラムの効果評価に関連する。
- 2.3 受容の促進は、HIV 予防・ケアの公共啓発・健康増進活動において、不可欠なものである。この原則は、差別との戦いを越え、HIV と共に生きる人々の地域における受容を求めるものである。
- 2.4 HIV/AIDS と共に生きる人々への HIV 治療・ケア・サービスに対する専門職基準の概念を組み入れるべきである。
- 2.5 対策効果は、様々な研究から得ることのできる科学的証拠によって、HIV 予防・ケア・コントロール対策の展開に内包される基準となる。
- 2.6 HIV/AIDS は国境を越える。中国本土、地域間、地球上との繋がりの中、香港の戦略展開上、連帯の遵守は強調されるべきものである。
- 2.7 ジェンダーの視点が HIV 予防・治療・ケアのプログラムの開発に組み入れられるべきである。

### (3) 香港の HIV/AIDS 戦略目標

香港の究極の HIV/AIDS 戦略目標は、香港を HIV 低感染率地域として維持していくことであり、7 つの指針原則と 4 つの特定戦略目標により描かれている。

### 3.1 低感染率状況に最も適した焦点を絞った介入(targeted intervention)を実施すること

香港は、あらゆるカテゴリーの検査対象グループの血清陽性率が 0.1%未満との報告から、低感染率地域として分類されている。このような状況の中、HIV 感染拡大を効果的に抑制していくためには、ニーズの高い分野に特定の介入を行うよう、より焦点を絞ったアプローチを用いることが求められる。

低 HIV 血清陽性率地域における特定の介入は、対象グループのニーズに特有の対策体制を必要とするであろう。ニーズは、対象グループの HIV 感染の疫学状況のアセスメントを通じ同定された科学的根拠に基づくものでなければならない。一方、個人への介入と、HIV 感染拡大に対する集団的な脆弱性への介入、双方を行うことも重要である。HIV 感染状況や HIV リスク行動が明らかとなり、検査の実施や支援へのアクセスが許される環境が作られて始めて、予防・治療・ケアの提供が可能となる。脆弱なコミュニティの人々や HIV に感染した人々に対する差別の解消だけでなく、一般住民による受容の促進にも特別な配慮が必要である。この点に対し、法律は、HIV/AIDS と共に生きる人々に対するより大きな受容を社会に醸し出すよう吟味・精査されるべきである。これにより、HIV/AIDS の予防に立ちはだかる多くの不必要な障害を軽減することができ、焦点を絞った介入の効果の増大を図ることができる。

香港では、HIV 抗体検査の促進が、効果的な HIV 予防の重要な第一歩となると考えられている。実際には、AIDS 諮問委員会は、HIV 感染状態を知る手段として献血に行く者がいるという現象の存