

組みは疫学的危機の対応に焦点が置かれ、研究は連邦疾病管理研究センター（LCDC）と特別調整団体である AIDS 連邦センターに集中した。あらゆるレベルの政府機関や社会のあらゆる部門との広範囲な協議の後、1990 年に *National AIDS Strategy* の第 1 期が始動した。この *National AIDS Strategy* のもと、連邦保健省（当時は Health and Welfare Canada と呼ばれた）が先導機関であり、National AIDS Secretariat が局内の調整機関であった。

Secretariat 内部には行政単位があった（予防・ケア・治療・支援を管理するユニット、能力向上とプロジェクトの補助金を通して NGO の支援を行うユニット、国際的調整を行うユニット、この *National AIDS Strategy* 全体の調整と協力を行うユニット）。研究調査の責任は衛生局内のセンターに置かれ、National Health Research and Development Program（心理社会的研究）、衛生局の様々な部門での組織内研究や外部の生物医学研究者への補助金が医学研究審議会（保健相直属の独立法人）により行われた。国の専門家から選出された高いレベルにある AIDS 国家諮問委員会が保健相に極秘の報告を行い、共通の課題を議論する場とするために 1991 年に連邦・州・準州諮問委員会が結成された。この期間中に、臨床試験を支援するために連邦政府の資金を提供する国家的な臨床試験ネットワークが設立された。製薬会社が試験の費用をほとんど払っていたが、公的に資金提供された試験もあった。多くの国際的フィールドプログラムはカナダ国際開発局という別の政府組織より資金提供されていた。この組織は保健相ではなく、国際開発相の監督下にある。これらの国際的プログラムは連邦 HIV/AIDS 戦略の正式なものではない。

1992 年に行われた広範囲な国家協議会が *National AIDS Strategy*（1993～1998 年）の第 2 期へとつながり、構造変更がわずかに行われた。より親密な政府内の協力の必要性が明らかとなるにつれて、この戦略では連邦刑務所（カナダ矯正保護局）、司法、労働（雇用）、移民を担当する各部局がより強力で連携するようになった。この政策期間中、連邦予算により、国家的な治療情報サービス（無料の電話、インターネット、郵便のサービス）を HIV/AIDS Treatment Information Network（トロントのコミュニティベースの組織）に、さらに国家情報資源センターをカナダ公衆衛生協会（CPHA、NGO）に設立することが支援された。

1997～1998 年の協議の結果、大幅な構造変化を取り入れた *Canadian Strategy on HIV/AIDS*（1998～2003 年）へと進んだ。連邦政府の HIV/AIDS への関与について、主な責任は保健省（現在は Health Canada（カナダ保健省）と呼ばれる）にとどまった。National AIDS Secretariat は廃止され、新しく Division of HIV/AIDS Policy, Coordination and Programs が設立された。この部署内にはいくつかの行政ユニットがあり、予防、コミュニティ開発、ケア、治療とサポート、相談、評価、モニタリング、報告を担当した。研究は医学研究審議会とカナダ保健省のいくつかの部門で分担していたが、サーベイランスはカナダ保健省の別の部署が担当していた。この戦略の期間中、すべての健康調査活動はカナダ保健省から新しい独立助成団体である Canadian Institutes for Health and Research（CIHR）に移行し、医学研究審議会は廃止された。HIV/AIDS の研究支援は、CIHR にある 13 施設の一つの Institute for Infection and Immunity

内で行われた。AIDS 国家諮問委員会は廃止され、大臣審議会に引き継がれた。これは、カナダ全土からの専門家の集まりで、保健相にオープンで透明な方法に関して助言を行った。この記録は一般市民が閲覧できるようにウェブサイトに公開されている。矯正保護局（連邦刑務所）が予算の増加を伴ってこの戦略の全面的なパートナーとなった。新たな予算支援が先住民コミュニティと司法・倫理・人権のプログラムへ提供された。サーベイランスと国際協力は、カナダ保健省の HIV/AIDS 部とは別のセクションの担当であった。この戦略の重要な側面の一つは、不明確な将来（無期限）に対して長期の安定した資金を初めて持ったことであった。

この計画の最後の数年間、保健省はカナダ保健省とカナダ公衆衛生庁の二つに分離した。国際的な調整はカナダ保健省の担当に残したまま、Division of HIV/AIDS Policy, Coordination and Program は、公衆衛生庁に移された。HIV/AIDS プログラムへのカナダの国際的支援については、カナダ国際開発庁が引き続いてこの分野の資金提供プログラムを担当している。HIV/AIDS 部が公衆衛生庁へ移転したことから、HIV/AIDS 部の業務は、Center for Infectious Disease Prevention and Control 内のサーベイランスを担当する行政ユニットと統合された。センターにはまた、C 型肝炎、性行為感染症などを担当する部門がある。新しい組織によって、各行政ユニットは、より調和して働くことが可能となっている。現在 HIV/AIDS 部は 4 つのユニットから構成されている。各ユニットの業務は、HIV の予防・ケア・治療、HIV 戦略調整とパートナーシップ、HIV の公的説明責任と部門別オペレーション、HIV 対策展開と分析である。

HIV/AIDS 部には 30-35 人の職員がおり、同じ公衆衛生庁の疫学サーベイランス (HIV/AIDS 及び他の性感染症関係) には別に 20 人を擁する。HIV/AIDS 政策・プログラム関連業務は HIV/AIDS 部とヘルスカナダの国際局長（スタッフ 3-4 名）によって行われる。

現在の *Federal Initiative to Address HIV/AIDS* は、*Canadian Strategy on HIV/AIDS* で開発した構造を残している。しかし、予防とケア、治療、支援を担当したユニットは一つにまとめられた。他の連邦局は次第にパートナーとして *Federal Initiative* へ関与するようになった。この *Federal Initiative* の中で直接資金提供を受けるパートナーはカナダ公衆衛生局、カナダ保健省、カナダ健康開発財団、カナダ矯正保護局である。*Federal Initiative* の政策状況では、国家活動計画 “*Leading Together : Canada Takes Action on HIV/AIDS (2005-2010 年)*” という大きな傘の下、数あるステークホルダーの一つとして連邦政府の位置づけがより明確になっている。

### 政策とプログラム実施の財務的側面

*Canadian Strategy on HIV/AIDS* が 1998 年に開始されるまで、連邦政府の HIV/AIDS 構想に対する資金提供は年ベースで決められていた。資金について年ベースであることの不確実性は、国と地方レベルのプログラムに悪影響を及ぼし、ステークホルダーは長期的に続くことが明らかな病気の流行に対して安定的で保証された資金提供の必要性を一貫して主張し、有意義な進歩を達成するための長期継続的な取り組みを要求した。*Canadian Strategy* は、確立したプログラムとしては初めて、長期的な資金提供を保証したものである。これは、現在の *Federal Initiative* でも続いている。

HIV/AIDS に対する連邦予算は 1982 年以来確実に増加している。*National AIDS Strategy* の第 2 期では、1993～1998 年の年間予算は 4,220 万ドルに、カナダ国際開発局からの国際プログラムに使われる 5,000 万ドルを加えたものであった。また、戦略に対して割り当てられた 4,220 万ドルに加え、他の政府機関がそれ

ぞれ独自の予算を出している（例えばカナダ矯正保護局）

*Canadian Strategy on HIV/AIDS*（1998～2003 年）では、戦略に対する年間予算 4,220 万ドルの内訳は以下の通りである。

予 防	390 万ドル
コミュニティ開発と全国 NGO の支援	1,000 万ドル
ケア、治療、支援	475 万ドル
研 究	1,315 万ドル
サーベイランス	430 万ドル
国際協力	30 万ドル
法的、倫理的、人権	70 万ドル
先住民社会	260 万ドル
相談、評価、モニタリング、報告	190 万ドル
矯正保護局	60 万ドル
合 計	4220 万ドル

*Canadian Strategy on HIV/AIDS* の間、計画に対する論評やカナダ議会（選挙で選ばれた議院）の委員会報告では、流行を追い越すための（単に後をついて行くのではなく）大幅な予算増加を勧告している。現在の *Federal Initiative to Address HIV/AIDS* では、かなりの予算が当てら

れている。2008～2009 年の会計年度（連邦政府の会計年度は 4 月 1 日から翌年の 3 月 31 日まで）までに、またそれ以降は、*Federal Initiative* への年間配分は 8,440 万ドルとなり、以下のように分配される。

プログラムと政策介入	3,540 万ドル
知識開発（研究）	3,190 万ドル
調整、計画、評価、報告	1,020 万ドル
通信と社会的マーケティング	470 万ドル
世界的（国際的）関与	220 万ドル
合 計	8,440 万ドル

*Federal Initiative* では、資金提供を受ける 4 つの連邦政府が 2008～2009 年の会計年度までに

年間で以下の金額を受ける。

カナダ公衆衛生庁	5,190 万ドル
カナダ保健省	570 万ドル
カナダ健康開発財団	2,260 万ドル
カナダ矯正保護局	420 万ドル
合 計	8,440 万ドル

*Canadian Strategy*（1998～2003）と現在の *Federal Initiative* の間の資源配分で最も顕著な変化は、見かけ上、研究に大きく力を入れていることである。*Canadian Strategy* では予算額の 31%に対し、*Federal Initiative* では予算額の 38%である（ただし *Canadian Strategy* では、研究とサーベイランスを合計すると 41%となる）。確実に増加しているのはより重要視され

ている調整と評価である（*Canadian Strategy* では全予算の 4.5%だが、*Federal Initiative* では 12%である）。プログラムと政策介入の合計の比率は実質的に変化なく、国際的な関与については若干配分が増えている。カナダ矯正保護局は全予算の 1.4%から 5%へと大幅に増加している。

さらに注意すべき点は、どの会計年度の期間中においても、新しい問題が表面化して資金が必要となった場合や、あるプログラムが割り当てられた全予算を使うことがないと予測される場合（この場合、使われない資金は他のプログラムに割り当てることが可能）など、全予算の範囲内で再配分の可能性がある。通例、大幅な予算再配分が予測される場合には大臣審議会の勧告が求められる。

また、HIV/AIDS 部によってコントロールされる予算の大部分は、影響された人々とともに働く NGO にプロジェクトグラントとして提供されている。

## 5. インパクト評価

カナダにおける HIV/AIDS 流行に対する過去 25 年間のカナダ政府の介入はどのような効果をもたらしたか。予防に関しては、予防できたケースは表面化しないため回答はむずかしい。しかし、カナダ政府の介入で顕著な効果が見られたのは確かである。カナダはこれまで HIV の感染率上昇に比例して 1 人当たりの予防への投資額を増加してきた。1990 年代末期のカナダの 1 人当たりの予防への投資額は英国を下回り米国を上回っていたが、HIV の症例数も同様に英国より少なく米国より多かった。カナダの HIV の流行は本報告書ですでに述べたターゲット層に集中しており、こうした流行はグループごとに異なる特徴を有するため、独自のやり方が必要となる。しかし包括的で透明性の高い評価手順のおかげで、連邦政府はこれまで成果の有無や効果的な変更の導入法を難なく把握してきた。

### 評価とモニタリングのメカニズム

評価とモニタリングは、連邦資金が確実かつ効果的に投資されるよう構成されている。*National AIDS Strategy* (1990~1998) の第 1 期と第 2 期に、連邦政府はプログラムと業績に関する年次公報を作成した。公報では予防、ケア、治療と支援、コミュニティ開発、研究とサーベイランス、活動の協調など様々な分野のイニシアティブに焦点を当てている。この期間の年間予算の配分は毎年不定であったため、連邦職員は支出承認を行う連邦省庁の保健財政委員会会長 (Minister of Health and Treasury Board) に対して毎年予算を要請する必要があった。*National AIDS Strategy* の 8 年間で、報告の焦点は活動報告から成果の調査に移行した。HIV/AIDS に対する連邦予算のほとんどが、プロジェクトと研究への助成金として NGO に配分されたので、受給組織には助成金を申請に評

価要素を組み込み、各助成プロジェクトには、リスク行動の低減、コミュニティの生活態度の変革など、助成プロジェクトで達成できた成果を証明させた。協調に関しては、カナダ保健省内の HIV/AIDS 部門ですべてのパートナーから政策の主要な助成プログラムからデータを収集し、年次公報に集約した。

加えて、*National AIDS Strategy* の第 2 期の半ばに、外部コンサルタントによる独立レビューを実施し、計画の有効性を評価するとともに調整の必要性を検討した。独立レビューで得られた情報から、例えば注射薬物使用の注意をより促す必要があると確認され、この問題に対処することになった。このレビューではさらに、感染者とコミュニティがプログラムやサービスに接する最初の間であるコミュニティグループの能力と技術を構築する必要性が確認された。これに応じて一連の国内技術構築会議が設立され、2 年に一度会議を開催し、現場従事者を集めて、その知識と技術の更新に必要な費用を支援した。

さらに連邦政策の有効性の評価手順として、第 2 期の最後の年にステークホルダーと協議を行い、この計画に関与したすべての機関、例えば研究者、州と準州政府、地域と州レベルでのコミュニティベースの組織、国内の専門家協会（医師、看護師、ソーシャルワーカーなど）、さらに国内 NGO にフィードバックを要請した。カナダ全土で行われた協議期間中、数百におよぶステークホルダー団体からデータが得られた。さらに国内のステークホルダーの代表者からなる常任委員会が諮問機関となり、連邦政府と定期的に会合を開いて種々の改訂を唱えた。この中には、例えば予算の増大と安定や MSM 問題への新たな喚起、さらに一般にも公開される透明性の高い方法で助言する顧問機関を設置し、政府がその助言に基づき責任を持って活動できるようにすることなどが含まれた。この顧問機関は *Canadian Strategy on HIV/AIDS* の初年度である 1998 年に審議会となった。

*Canadian Strategy on HIV/AIDS* (1998 年~2003 年) では、新規のアカウントビリティ体制が設立され、根拠に基づく決定、活動中のレビューとモニタリングなどに重点を置き、変化する HIV/AIDS の実情に即し迅速に対応できる戦略を維持した。計画はあらゆる側面からより厳密に定期的に報告され、目標と目的を対照に検討されるようになった。ステークホルダーには、ロジックモデルに基づいた活動、アウトプット（事業実施量）、短期・中期・長期の成果を含む年次計画モニタリング報告書を配布した。評

価に関する質問、指標、データソースが公開され、質問では「計画はカナダにおける HIV/AIDS 問題にどの程度適応しているか、指標としては、ハイリスク行動の量、HIV の発症数と有病率、感染者の罹患率と死亡率、プログラムの疫学データとサーベイランスデータへの一致性、Strategy の優先順位が感染者の需要を反映している根拠の有無」、データソースは「文書、データ、資金配分分析結果、実地調査、比較分析結果、重要情報提供者との会談、専門家との会談、などが可能であった。

ロジックモデルを利用して、独立した中期計画レビューを行い、有効性の検討や多数のステークホルダーとの秘密会談などを実施した。この計画の間には、例えば先住民間の流行がサーベイランスと原住民コミュニティと医療提供者との会合で指摘され、重要問題となった。その結果、手順に従って原住民への戦略が改善された。毎年 12 月 1 日の世界エイズデーには、カナダの活動と実績に関する国民への年次報告書が作成され、ステークホルダーには年次モニタリング報告書が配布された。

2003 年に終了する *Canadian Strategy* に先立ち、十分な時間をかけて次期計画が練られた。2000 年にはステークホルダーの代表者がカナダ保健省と会談し、2003 年以降の *Canadian Strategy* のおおまかな方向を明確にした。2002 年に 2 回目の国家活動方向設定会議を開催し、国内の協働能力を強化すると共に、2000 年の会議で明確化した方向に即して活動計画の検討を開始した。この 2 回の会議で、対談や国民オンライン調査など 2003 年～2004 年の全国的な審議の枠組みが出来上がった。こうした審議やフィードバックを経て、カナダ国家活動計画である “*Leading Together*” が完成し、2005 年に公表された。3 年間のこのプロセスを指導したのは主なステークホルダーと政府当局者からなる運営委員会であった。

*Canadian Strategy on HIV/AIDS* の終了近くに、第三者コンサルタントによる 5 年間の包括的なレビューが実施され、*Canadian Strategy* 期間中に実施されたイニシアティブが評価され、カナダ国内外のステークホルダーを対象とした大規模なインタビューが行われた。コンサルタントの報告書 “*Getting Ahead of the Epidemic*” : *Canadian Strategy on HIV/AIDS (1998-2008)*” が 2003 年に発行された。この報告書では連邦政府の果たすべき役割が定義され、今後 5 年間の連邦予算が提示された。定義された連邦政府の役割は、総合的なリーダーシップ、サービスへの平等なアクセスの確保、個々の状況に応じた

サービスの提供である。詳しくは下記のとおりである。

- ・リーダーシップ：活動によっては直接責任を負う。適宜、他の団体にも責任を負わせる。政府省庁間とコミュニティの活動を協調し指導する。

- ・平等なアクセスの確保：HIV/AIDS 感染者に多数のプログラムやサービスを平等に提供する。政府の省庁が保健省、州・準州の関係部局、さらに互いに協力して活動する。

- ・個々の HIV/AIDS の状況に応じたサポートとサービスの提供：カナダの計画の範囲内で提供する。カナダ保健省の管轄とし、知識、予防、ケア、治療と支援、海外との協働と国際的な能力などに関連した活動に取り組む。

こうした連邦の役割を基に現在の *Federal Initiative to Address HIV/AIDS* が作られた。報告書の推奨予算レベルは期間で提示されており、連邦政府により中期予算として年間 8500 万カナダドルが *Federal Initiative* に財政約定として承認された。

業績の調査と評価は、これまで通り *Federal Initiative* の重要政策の一つとなる。一般的にもっとも知られているのは毎年 1 回世界エイズデーに発行される連邦イニシアティブに関する年次報告書であろう。さらに技術的な評価報告書は内部用に作成され、省庁の審議会で 4 半期毎に検討された後、該当するステークホルダーに配布される。

## 改革：教訓と変革

カナダはこれまで HIV/AIDS への対応として、本報告書ですでに記載した方法で評価、調査、協議、調整などをほぼ継続的に行ってきた。以下は代表的な例である。

- ・1990 年代初頭から準備していたエイズコミュニティ行動計画 (The AIDS Community Action Program : ACAP) を開始した。連邦のプログラムに対する年間予算が 1998 年まで不確定だったこともあり、同計画に対する資金給付は 1 年間とされた。ACAP 下で行われたプロジェクトを評価した結果、リスク行動の予防に顕著な変化をもたらすのに 1 年間という期間は十分でないことが分かった。これを踏まえて、生活態度を改めこれを維持できるよう予防プロジェクトにより長期的に資金が給付された。

- ・サーベイランス報告により、原住民、注

射薬物使用者、HIV 流行地域からの層に新たな流行が認められた。予算配分を見直し、新たな流行と医療介護機関や感染コミュニティとの共同研究費を増やして的確に対応できるようにした。

・心理社会的な研究から、知識を供給し生活態度と行動変容を支援する予防プログラムの必要性が継続して浮き彫りになった。流行の初期は、本質的に情報を提供すれば十分だろうという想定のもとに活動を推進していたが、調査研究した結果、このアプローチが不適當であることがすぐに明らかとなった。そのため、知識、生活態度と行動変容を継続すると共に、長期的な予防プログラムを構築した。プロジェクト、ならびに生活態度と行動変容を推進する様々な要因（最終的にはすべて予防プログラムに編入された）への研究に対してより長期的な予算が分配された。調査と経験を通して、例えばピアグループの認知とサポートの重要性が明らかとなり予防プログラムの重要要素となった。

・研究の結果、生活態度と行動は、当該する感染コミュニティが方法を考案し支援すれば改変できることが認められた。従ってプログラムではコミュニティと共にアプローチを考案し、コミュニティに活動予算を宛てることに重点を置いた。こうしたプロジェクトの多くはコミュニティ開発手順の重要な要素となり、その結果、HIV/AIDS に対するコミュニティの対応能力が強化され、自然にリーダーを輩出することとなった。

・臨床試験は流行確認当初より連邦が資金を提供し、カナダ全土にサテライトセンターを有するブリティッシュコロンビア州 HIV/AIDS 中核的研究拠点（British Columbia Centre for Excellence in HIV/AIDS）で実施されている。これまでの経験から、製薬会社は治験実施に対しては資金を提供するものの、薬剤の承認後調査または他薬との有効性比較試験には商業利益がないとして資金を提供しないことが分かっていたため、連邦予算を増やして国民の利益になると考えられる臨床試験を実施できるようにした。

・研究と経験から HIV の流行と社会的・経済的要因との強い関連性が認められ、政府省庁と NGO パートナーの取り組みを協調し、関連付けることが明らかとなった。その結果、国民健康管理政策の枠組みが採用され、政府内と政府間の協調が推進され、

多部門からなる諮問機関が設立された。具体的には、例えば M S M の国民医療モデル、*Leading Together* と *Federal Initiative* に社会正義体制を採択、連邦・州・準州顧問委員会による HIV/AIDS 対策共同活動の増強などがある。

・過去 20 年以上にわたり連邦が行ってきた HIV/AIDS に対する活動をあらゆる方面から厳密に再調査し評価することにより、報告の透明性を向上させた（年次報告など）結果、連邦イニシアティブに対する信頼が生まれ、政府は政治リーダーらにプログラムを推進し、その予算を着実に増やしていくことを納得させることができた。

## 6. 特長と格差

カナダの HIV/AIDS 対応には多くの特長があるが、問題点も認められる。

連邦政府の対応における特長は次の通りである。

迅速な対応：

連邦政府は流行の早期に対応を開始した。事実を求めて流行のすべてのステークホルダーと話し合ってきた。過去 25 年間、科学的根拠に基づく調整を行ってきたことが何よりの証拠である。

革新性：

カナダは様々な分野で先駆者として取り組んだ。注射薬物使用者間の HIV 感染の削減を目的とした世界初の監視下注射施設がある。

包括性と協調性：

流行の拡大に伴い、連邦政府は順次、計画と決定段階ですべてのステークホルダーを参加させた。この方法は健康を改善する対応としてコミュニティに確実に定着することわかった。連邦の HIV/AIDS 対応のパートナーシップモデルでは、あらゆるレベルの政府とステークホルダーが関与している。新たな層で流行が始まったときには、新しいステークホルダーのために協議の場が設けられた。

統合性：

カナダ政府は連邦制をとっている。連邦と州・準州の政府がそれぞれの保健を管轄しているが、各省庁が独自で流行に対応するのは不可能なため、あらゆるレベルの政府の協力が必要であった。国民保健体制を導入した結果、保健分野にかかわらず（住宅と所得の保障など）あらゆるレベルの政

府とステークホルダーが一緒に取り組むようになった。このようにあらゆるレベルを統合した取り組みを通じて継続的に強力かつ柔軟な対応を行うことができるようになり、他の医療戦略の手本にもなった。

#### 責任の遂行能力：

流行が認められた当初から、連邦政府は説明責任を対応に組み入れており、公報と公開諮問を行い、その透明性を向上させてきた。その結果、連邦政府は対応に対してステークホルダーから高い信頼と敬意を得ることができた。

#### 情報提供能力：

ここ何年にもわたり、カナダ国民の間では HIV/AIDS に対する認識が向上し、初期の不安や差別は顕著に減少した。同時に連邦政府やステークホルダーは、国民の認識は当然のものではなく、常に更新する必要があることを理解している。

#### コミュニティの活動と結束を推進：

連邦プログラムでは、政策とプログラム開発にはコミュニティの関与が必要であることを一貫して強調してきた。その結果、コミュニティの流行に対する対応能力向上と協調型の連邦政府の対応への貢献などの成果が見られた。

#### 研究重視：

カナダはこれまで HIV の研究に大きく貢献してきた。抗 HIV 剤 AZT はカナダで開発され、海外での重要な臨床試験にも導入された。

#### HIV 医療の実績：

母子感染をほぼゼロにまで減らした。

#### 資源の生産：

多くのカナダ人が開発した資源は世界で使用されてきた。例えば HIV 緩和ケアガイドは広く利用されている。

#### 人権重視：

カナダは健康と人権を決定要因として重要視したので、倫理面で世界のリーダー的存在となった。コミュニティベースの組織である Canadian HIV/AIDS Legal Network は重要なステークホルダーとして連邦予算が提供されており、UNAIDS から国際的な「最優秀実践モデル」と認定されている。

#### 国際的な信頼性：

カナダはこれまで世界中の HIV/AIDS プログラムで多大な貢献をし、リーダーとして世界基金とアフリカを注目するように

貢献してきた。1989 年、1996 年、2006 年の国際 AIDS 会議ではホスト国となっている。

こうした特長と実績があるが、まだ次のような重大な問題も残っている。

#### 流行を拡大させる社会経済要因：

貧困、差別、そして健康の決定要因がまだ不完全な部分、原住民、注射薬物使用者、女性などの弱者グループ間で流行が進んでいる。

#### 流行の拡大：

高齢の MSM など一部の層では流行が後退しているものの、若年層の MSM、カナダ原住民、女性といったグループでは流行は進展している。

#### 協働と統合における継続課題：

カナダの政治制度は連邦政府であり、政治的緊張や HIV 問題に対する州と準州間の活動の不一致などがあることから、連邦・州・準州レベルでのパートナーシップに則った活動を継続することが目下の課題である。

#### サーベイランス：

有効なサーベイランス手順における課題の 1 つは、連邦、州、準州政府が比較できる広範囲のデータの収集と報告システムを構築することである。このシステムを改善しながら、民族関連データなど慎重な扱いを要する情報を収集する際に民族文化的コミュニティが納得できる方法を考案していく必要がある。

#### 薬剤：

新薬の副作用と有効性を監視する承認後調査は、いまだに十分に行われていない。これには公的資金が必要である。さらにコミュニティのステークホルダーは、新薬承認までに時間を要することや、新薬が福利厚生プログラムに組み込まれて州と準州すべての HIV 感染者が入手できるまでに要する時間が長い点を批判している。これまで同様、薬物使用者やホームレスなどの社会的弱者グループに治療を遵守させる有効な方法を探索し実行していくことも今後の課題である。(注：カナダには承認され市販された医薬品の副作用情報等を集める市販後調査が製薬会社に義務付けられておらず、再審査制度もない。)

#### 国民の認識の維持：

適切なグループに定期的に最新の情報

を提供する運動を行い、国民の認識を常に呼び覚ます必要がある。このような認識キャンペーンにはかなりの費用を要し、他のプログラムとの予算の折衝があるため、これは目下の課題である。

総合すると、連邦政府の HIV 流行対策はこれまで順調に成果を見せてきた。リーダーとして、またコーディネータとしての役割も十分に果たしてきた。それにもかかわらず流行は拡大し続けており、当分の間は連邦政府の多大な介入とリーダーシップが必要であろう。

## 7. 結論

カナダは地理上の面積が広く人口の少ない（3000 万人）国である。連邦制であるので、連邦政府と 13 の州と準州が協働して医療を管轄する必要がある。また多文化であることから、様々な人種を包括することには慣れている。こうした現状を基に、連邦政府はカナダの HIV/AIDS 流行への様々な対策を推進している。対応は協議に基づき迅速・包括的に行われる。過去 20 年間に構築した政策とプログラムのほとんどに多数のステークホルダーが介入しているが、流行の拡大は広範な健康の決定要因に起因している。従って、統合したアプローチが必要であり、個人とコミュニティはそれぞれ関

連する政策とプログラム開発に完全な発言権を持つ必要がある。カナダで特定されているターゲットグループは日本と類似（MSM、注射薬物使用者）しているが、全く同じではない（原住民コミュニティ、HIV 流行国からの移住者によるコミュニティなど）。

カナダが HIV/AIDS 対応で大きな成果を挙げていることは注目に値する。その多くがカナダ社会の性質や、また課題と評価の継続の強調に取り組める包括的で参加型の構造、コミュニティと政府代表者（下院議員）と市民に広く影響を与える報告書を生産した結果だと考える。カナダの HIV/AIDS 対策の目下の課題は、社会経済的な要因に根ざしており、例えば社会的不公平が原因で、貧困者、女性、弱者グループなどが特に HIV/AIDS に感染しやすくなっている。連邦・州・準州の政府間で医療プログラムや方針が異なるため、医療政策協定を継続して国家レベルで協働することが今後の課題である。カナダは多種多様な協力関係者を取りまとめ、共通問題に対応する有効な取り組み方法を考案しながら様々な教訓を学んできた。こうした教訓は複雑な流行対策に直面する他の諸国にも有益であろう。



## 付録：参考文献

以下の参考文献はカナダ公衆衛生局（Public Health Agency of Canada）  
[www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/index.html#arch](http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/index.html#arch) またはカナダ HIV/AIDS インフォメーションセンター（カナダ公衆衛生協会）のホームページ [www.aidssida.cpha.ca](http://www.aidssida.cpha.ca) で参照できます。

1. Albert T and Williams G. 1998. The Economic Burden of HIV/AIDS in Canada. Canadian Policy Research Networks Study #H/o2.
2. Anderson J and Garmaise D. 2001. Towards a Broader View of Health: Strengthening Inter-Ministerial Collaboration on HIV/AIDS in Canada. Prepared for the Ministerial Council on HIV/AIDS.
3. Canadian Aboriginal AIDS Network. 2003. Strengthening Ties, Strengthening Communities: An Aboriginal Strategy on HIV/AIDS in Canada.
4. Canadian Aboriginal AIDS Network. 2006. Canadian Journal of Aboriginal Community-Based HIV/AIDS Research, Volume 1, Inaugural Edition.
5. Canadian Institutes of Health Research. HIV/AIDS Research Program. [www.cihr-irsc.gc.ca/e/4602.html](http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/4602.html).
6. Canadian Public Health Association. 2005. Leading Together: Canada Takes Action on HIV/AIDS (2005-2010).
7. Canadian Treatment Advocates Council. 1997. Briefing Paper: National AIDS Strategy Phase III.
8. Federal/Provincial/Territorial Advisory Committee on AIDS. 1997. Overview Report: Federal/Provincial/Territorial Consultations on the Renewal of the National AIDS Strategy.
9. Federal/Provincial/Territorial Advisory Committee on AIDS. 2004. A Report on Governments' Response to HIV/AIDS in Canada: A National Portrait.
10. Gay and Lesbian Health Services of Saskatoon. 2000. Framing Gay Men's Health in a Population Health Discourse.
11. Gay and Lesbian Health Services of Saskatoon. 2000. Valuing Gay Men's Lives: Reinvigorating HIV prevention in the context of our health and wellness.
12. Government of Canada. 1985. Canada Health Act
13. Government of Canada, 1991. National AIDS Strategy Progress Report.
14. Government of Canada. 1993. National AIDS Strategy Phase I: Significant Highlights.
15. Government of Canada. 1993. National AIDS Strategy Phase II: Building on Progress.
16. Government of Canada. 1995. National AIDS Strategy Phase II: Progress Report 1994-1995.
17. Government of Canada. 1995. National AIDS Strategy Phase II: A Synthesis of Program Directions for 1995-96.
18. Government of Canada. 1996. National AIDS Strategy Phase II: Progress Report 1995-1996.
19. Government of Canada. 1997. National AIDS Strategy Phase II: Progress Report 1996-1997.
20. Government of Canada. 1997. Discussion Paper: Towards a Canadian Strategy on HIV/AIDS.
21. Government of Canada. 1998. National AIDS Strategy Phase II: Progress Report 1997-1998.
22. Government of Canada. 1998. Renewing Canada's Strategy on HIV/AIDS: Successes, Barriers and Lessons Learned.
23. Government of Canada. 1998. The Canadian Strategy on HIV/AIDS: Moving Forward Together.
24. Government of Canada. 1998. Canada's Report on HIV/AIDS 1998: HIV/AIDS Shared Vision, Shared Hope.
25. Government of Canada. 1999. Canadian Strategy on HIV/AIDS: Performance Reporting Framework.
26. Government of Canada. 1999. Funding Guidelines for Urban and Rural First Nations, Inuit and Metis Projects on HIV/AIDS. Prevention and Community Action Programs, Health Canada.
27. Government of Canada. 1999. Canada's Report on HIV/AIDS 1999: Motion and Progress.
28. Government of Canada. 2000. Evaluation Framework for the Canadian Strategy on HIV/AIDS.
29. Government of Canada. 2000. First Annual Report on the Canadian Strategy on HIV/AIDS: May 1998 to March 1999.
30. Government of Canada. 2000. Canadian Strategy on HIV/AIDS. Monitoring Report May 1998 to November 1999.
31. Government of Canada. 2001. Canadian Strategy on HIV/AIDS 1999-2000.

- Annual Monitoring Report.
32. Government of Canada. 2001. Meeting Report: Canadian Strategy on HIV/AIDS Annual Direction-Setting Meeting, October 29-November 1, 2000.
  33. Government of Canada. 2001. Canada's Report on HIV/AIDS 2001: Current Realities: Strengthening the Response.
  34. Government of Canada. 2002. Canada's Report on HIV/AIDS 2002: Lessons Learned: Reframing the Response.
  35. Government of Canada. 2003. Data Standards and Quality: Moving Forward Together: Report of the National HIV/AIDS STI Surveillance Meeting.
  36. Government of Canada. 2003. Canada's Report on HIV/AIDS 2003: Looking Forward: Focussing the Response.
  37. Government of Canada. 2004. The Federal Initiative to Address HIV/AIDS in Canada.
  38. Government of Canada. 2004. Canada's Report on HIV/AIDS 2004: Strategic Approaches: Renewing the Response.
  39. Government of Canada. 2004. Epi Notes. Understanding the HIV/AIDS Epidemic among Aboriginal peoples in Canada: The Community at a Glance.
  40. Government of Canada. 2005. Canada's Report on HIV/AIDS 2005: Strengthened Leadership: Taking Action.
  41. Government of Canada. 2005. HIV/AIDS Epi Update. HIV in Canada among Persons from Countries where HIV is Endemic.
  42. Government of Canada. 2006. Epi Update.
  43. Government of Canada. 2006. HIV and AIDS in Canada: Surveillance Report to June 30, 2006.
  44. Government of Canada. 2006. Canada's Report on HIV/AIDS 2006: Action and Accountability.
  45. Ministerial Council on HIV/AIDS Annual Report 2001-2002.
  46. Ministerial Council on HIV/AIDS Annual Report 2002-2003.
  47. Ministerial Council on HIV/AIDS Annual Report 2003-2004.
  48. Ministerial Council on HIV/AIDS Annual Report 2004-2005.
  49. National HIV/AIDS Stakeholder Group. 1997. Recommendations for Phase III of the National AIDS Strategy.
  50. Spigelman, M. 2001. Taking Stock: Assessing the Adequacy of the Government of Canada Investment in the Canadian Strategy on HIV/AIDS. Prepared for the Ministerial Council on HIV/AIDS.
  51. Spigelman, M. 2001. Sharing Experiences: Learning from Five Countries' Experience with the HIV/AIDS Epidemic. Prepared for Health Canada as part of the Year Three Evaluation of the Canadian Strategy on HIV/AIDS.
  52. Spigelman, M. 2003. Getting Ahead of the Epidemic: The Federal Government Role in the Canadian Strategy on HIV/AIDS (The Five Year Review). Prepared for Health Canada.
  53. University of Toronto, Centre for Health Promotion. 1997. National AIDS Strategy: Phase III Consultation: A Summary Report of Results.

# 日本の HIV/AIDS 対策

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

日本は、1985 年の HIV 感染者初報告以来約 20 年経つが、HIV 感染報告数はいまだ低く、HIV 低流行国に分類される。しかし、その報告数は年々増加しており、感染爆発の分岐点であるとの指摘もある。その中で、平成 18 年に、エイズ予防指針の改正が行われた。本稿では、これまでの我が国の HIV 対策を振り返ると共に、新エイズ予防指針における MSM、パーティ薬物使用者、若者、移住労働者に対する対策について概観・検討した。海外の HIV/AIDS 政策・戦略の調査研究と同じ手法を日本に適用したものである。

## 目的

これまでの HIV/AIDS 政策・戦略の調査研究を行ったカナダ、香港、タイを対象にしたのと同じ手法により国レベルの既存政策・戦略をレビューすることにより、わが国の HIV/AIDS 対策の特徴を把握し、今後の対策の参考に資することを目的とする。

## 方法

調査研究範囲は、日本の疫学データの実態を踏まえつつ、過去のエイズ対策を組織的、経過的にレビューし、影響評価もレビューした。特に注目する集団は、MSM、若者、パーティ薬物使用者、海外からの移住労働者とした。

政府公文書その他の関係文献を収集し、著者の HIV/AIDS 分野の調査研究及びその他の活動経験に基づいて構築した。

## 結果

### 1. 日本のエイズ対策の歩み

#### 1.1. エイズ対策の変遷

##### a. 1983～1986 年：無法期

1981 年米国で、初のエイズ患者が発見された。この未知の疾病に対し、日本においても、1983 年、厚生省が「後天性免疫不全症候群 AIDS の実態把握に関する研究班」(エイズ研究班)を発足させた<sup>1)2)</sup>。さらに、その翌年 1984 年には、AIDS 調査検討委員会<sup>3)</sup>(1986 年にエイズ・サーベイランス委員会、1997 年にエイズ動向委員会に改名)を発足させ、エイズ患者等の発生状況に関するサーベイランスを開始した。そして、1985 年、エイズ患者が初めて公式報告された<sup>4)</sup>(非公式には 2 年前の朝日新聞報道<sup>5)</sup>等がある)。厚生省は、エイズ患者第一例目の公式報告に対し、翌年 1986 年、専門的見地から HIV 感染や研究動向を正しく評価することを目的に<sup>6)</sup>、対

策専門家会議を設置した<sup>7)</sup>。

## **b.1986～1999年：エイズ予防法期**

### **i) エイズ・パニック**

1986年10月、「フィリピンから出稼ぎに来ていた女性が帰国後の検査で陽性者が出た」との報道を発端とした「松本事件」、さらに翌年、1987年1月には、エイズ・サーベイランス委員会が「我が国初の女性患者認定」と発表を発端とした「神戸事件」などに代表されるエイズ・パニックが引き起こされた<sup>8)</sup>。

これに対し、1987年2月、政府は、エイズ対策関係閣僚会議を催し、エイズ対策の効果的推進を目的としたエイズ問題総合対策大綱を決定し日本におけるエイズ対策の方針を打ち出した。エイズ問題総合対策大綱は、重点対策として、①正しい知識の普及 ②感染源の把握 ③相談・指導体制の充実及び二次感染防止対策の強化、④国際協力及び研究の推進、⑤立法措置を掲げた<sup>9)10)</sup>。

一方、先に述べたエイズ対策専門家会議は、エイズ問題総合対策大綱の中でこのエイズ対策関係閣僚会議の下に置かれると記され、公衆衛生審議会伝染病予防部会とともに、「後天性免疫不全症候群の予防に関する法律」（エイズ予防法）案の検討をはじめた<sup>1)</sup>。そして2年弱の検討審議を経て、エイズ予防法は、1988年12月に成立、翌年2月に施行された。このエイズ予防法に対しては、様々な立場から種々の意見が向けられ、たとえば、社会防衛を目的とした感染症拡散防止に主眼が置かれ、患者／感染者の権利保護や尊厳へ配慮に疑問視されるなど問題点が指摘されました<sup>11)</sup>。

この前後の時期には、今日の日本のエイズ対策の基盤となる組織等が整備されていた。たとえば、1987年6月に財団法人エイズ予防財団の設立、12月第1回に日本エイ

ズ学会の開催があり、翌年1988年には、4月国立予防衛生研究所（現国立感染症研究所）にエイズ研究センター、国立病院医療センターにエイズ医療情報センターが設置された<sup>1)</sup>。

### **ii) 新局面**

エイズ予防法施行3年後の1992年1月、厚生省は、91年末現在の日本のHIV感染状況を発表し、エイズ患者・感染者の急増、在日外国人感染報告数の急増、異性間性接触による感染者の増加等により、HIV感染の新たな局面を迎えたと分析した<sup>1)</sup>。

これを受け、厚生省は、2月、公衆衛生審議会伝染病予防部会エイズ対策委員会を設置、また、第3回エイズ対策閣僚会議を開催し、エイズ問題総合対策大綱を改正し、重点対策を①正しい知識の普及 ②検査・医療の体制の充実 ③相談・指導体制の充実及び二次感染防止対策の強化の4分野と、一部変更した<sup>12)</sup>。さらに、これに基づき、10月、公衆衛生審議会伝染病予防部会エイズ対策委員会が「エイズ対策に関する提言—エイズについての緊急アピール—」<sup>13)</sup>を意見具申したり、また、厚生大臣を本部長とする「エイズストップ作戦本部」が設置された<sup>14)</sup>。また、マスコミもエイズを話題として取り上げ、危機意識を盛り上げるなど、メディアとともに予防キャンペーンを繰り広げた<sup>15)</sup>。

また、これ以降、厚生省が、拠点病院の整備、保健所のHIV抗体検査の整備など進めていった一方で、文部省や労働省もエイズ対策に関与していった<sup>1)</sup>。また、94年には、横浜での第10回国際エイズ会議の開催、外務省の「人口／エイズ分野に関する地球規模問題イニシアティブ」の発表など、対外的なアピールや当事者との対等な交流が始まった<sup>15)</sup>。

### **iii) 薬害エイズ**

1996年には、1988年に起訴された血液製剤によるHIV感染に関する訴訟、すなわち薬

害エイズ問題が「和解」という形で決着した。真相の究明と、被害者に対する医療・福祉といった対策が急務であり、この和解により、感染者に対する社会福祉等のシステムの整備へとつながった<sup>15)-19)</sup>。しかし、これは、血液製剤による HIV 感染訴訟に端を発したものであり、この時期、感染経路として増加しつつあった性的接触による HIV 感染には関心は寄せられず、それぞれの対応の間には隔たりがあったことも指摘されている<sup>18)</sup>。

### c.1998～2005 年：感染症予防法期

1897 年に制定された伝染病予防法は、時代の変化とともにエイズを含む新興感染症への対応にそぐわないものとなってきたことを理由に見直しが行われ<sup>20)</sup>、1998 年 10 月法律 114 号「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」(感染症法)が成立し、1999 年 4 月施行された。これにより、エイズ予防法は、伝染病予防法、性病予防法とともに廃止され、それぞれに関わる法・規制は感染症法に組み込まれることになった。

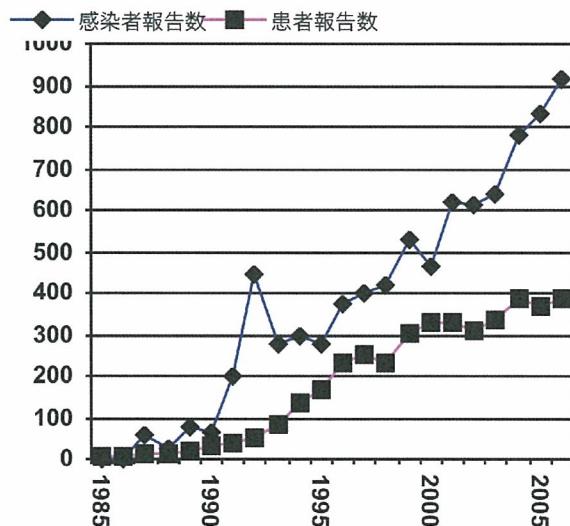
そして、この感染症法を基に平成 11 年 10 月 4 日厚生省告示第 217 号として「後天性免

## II.これまでのエイズ対策の影響

### a.日本の感染状況

2006 年末現在、日本では、累積 HIV 感

図1.日本におけるHIV感染者及び  
AIDS患者報告数の推移<sup>21)22)</sup>



疫不全症候群に関する特定感染症予防指針」(以下、平成 11 年エイズ予防指針)<sup>21)</sup>が公表され、我が国のエイズ対策の基本となった。1999 年、エイズ予防指針は、①原因の究明、②発生の予防及び蔓延の防止、③医療の提供、④研究開発の推進、⑤国際的な連携、⑥人権の尊重、⑦普及啓発及び教育、⑧関係機関との新たな連携、8 項目から構成された。

このエイズ予防指針では、過去のエイズ予防法の社会防衛的な視点に対する反省を踏まえ、感染者の人権を尊重することが明記された。また、このエイズ予防指針が新たに打ち出した特徴として、「感染の可能性が疫学的に懸念されながらも、感染に関する正しい知識の入手が困難であったり、偏見や差別が存在している社会的背景等から、適切な保健医療サービスを受けていないと考えられるために施策の実施において特別の配慮を必要とする人々」として「個別施策層」が定められことが挙げられる。個別施策層には、青少年、外国人、同性愛者、性産業の従事者及び利用者が述べられるに至った。

染者報告数は 8,306 件、累積エイズ患者報告数は 4,034 件(共に、血液凝固因子製剤の投与による感染者数 1,438 件を除く)となっている(平成

17 年までは確定値、平成 18 年は速報値)<sup>23)22)</sup>。また、2006 年の年間報告数(速報値)は、HIV 感染者報告数 914 件、AIDS 患者報告数 390 件となっており、HIV 感染者数は、増加傾向にある<sup>22)</sup>。

エイズ動向委員会平成 17 年発生動向年報によれば、発生動向の特徴としては、この新規感染者の増加率の上昇が持続していること、20～30 代の占める割合が高いこと、

大半が性的接触であること、男性間の同性間の性的接触による感染が増加していること、近年まで、東京での増加率の拡大のほか、近畿、東海等の都市部での増加もみられることなどが挙げられる<sup>23)</sup>。

木原らによれば、こうしたサーベイランスの動向は、二点ではかの先進諸国と異なるという<sup>24)</sup>。それは、第一に多剤併用療法が利用できるにもかかわらず、エイズ発生報告数が増加していること。第二に、HIV 報告数の増加率、特に日本国籍者の増加率が大きいことである。また、感染者報告数の主体は、同性間接触による感染であり、異性間感染は微増状態にあることから、日本の HIV 流行がまだ初期にあることも指摘している<sup>24)</sup>。

このような状況に対して、2006 年 6 月国連 HIV/AIDS 対策見直し総会に向けて日本政府が提出した日本政府国別報告書内<sup>25)</sup>では、現状の問題点として、①HIV 陽性者の 3 分の 1 がエイズを発症していること(原因：早期発見・治療機会の欠如)、②青少年と同性愛者に対する取り組みの欠如(原因：青少年と同性愛者向けの対策が不明または、不十分)、

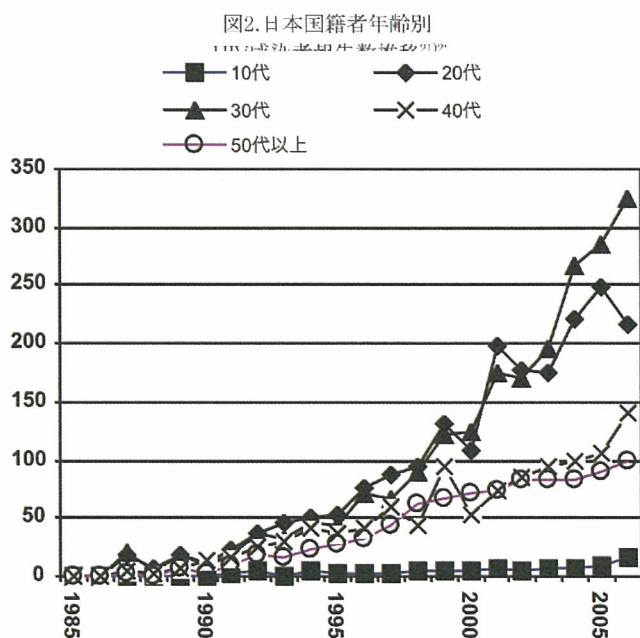
③感染者・患者が特定医療機関に集中していること(原因：ケアの質の差、病院間の連携不足)、④国と地方自治体の責任分担が不明瞭(原因：それぞれの比較優位性が考慮されることなく対策が実施されていること)、⑤実施した対策の評価が不十分であること、の五点を挙げている。

一方で、稲葉・樽井らにより HIV/AIDS 活動家の立場から同総会に提出された国別報告書<sup>26)</sup>では、日本のエイズ対策に対して、より悲観的な評価が行われており、日本は低流行期から局限流行期への移行状態にあるとし、その状況の中で、包括的な HIV/AIDS 対策について「極めて遅れた状況」としている。しかし、日本政府の報告書に挙げられた問題点のうち、①、②、⑤については、細部や根拠等に関し違いはみられるものの、概して同様の認識を示している

## b. 青少年

エイズ発生動向<sup>21)23)</sup>を基に、日本国籍者に

対する年齢別 HIV 感染報告数をみると、全ての年齢層で増加していることがわかる一方、その増加が特に 20 代、30 才の層で顕著であ



ることがわかり(図2)、青少年層での HIV 流行が示唆される。その一方で、HIV だけでなく、その他性感染症の若者の間での感染拡大の懸念<sup>27)</sup>、10 代の人工中絶率の増加<sup>28)</sup>も存在する。これに対して、木原らは、2004 年度による全国高等学校 PTA 連合会と共同で実施した 1 万人を対象とした調査などをもとに、性行動の早期化、性行為のタイプの変化、性的パートナーの多数化、性

関係のネットワーク化などが性感染症や望まない妊娠多発の土壌となっていることを指摘している<sup>29)30)</sup>。

このような状況に対して、先述の通り、日本政府の国連総会に提出した報告書の中では、青少年向けの取り組みが欠如してきた認識を示した<sup>25)</sup>。また、稲葉・樽井らは、上記の報告書の中で、性教育を含む基本情報の提供不足を挙げ、文部科学省のエイズ問題への姿勢が消極的であり、予防方法の伝達が困難となっていると考察している<sup>26)</sup>。一方で、木原らは、そもそも日本の具体的なエイズ対策は、欧米の予防教育の輸入・コンドーム教育への偏重であり、日本の社会背景や風土に合致しているか否か明確でない上に、効果評価を伴った独自のエビデンス(科学的根拠)に

基づいた対策が講じられてこなかったことも指摘している<sup>31)</sup>。

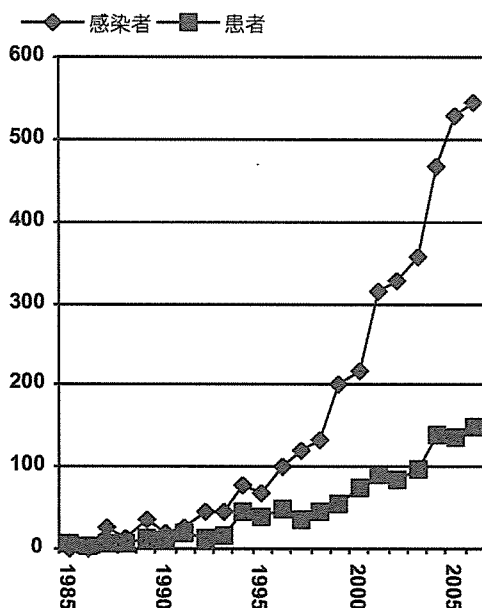
さらに、木原らは、原因・背景の中心として、単に性情報の過剰や予防情報の不足、保健施策や学校教育の不備だけでなく、「人間的なつながりの衰え」といった社会病理があるとも述べている<sup>30)</sup>。家族での会話の乏しさや教師との信頼関係の衰えと、性意識、性経験の間に相関関係があり、これより、人間的なつながりを通じた規範意識や知恵の伝承の途切れが、性行動を含む青少年の様々な社会問題の原因である可能性がある、という見解を示している<sup>31)</sup>。

### c. MSM

エイズ発生動向によれば、男性同性間の性的接触による HIV 感染者報告数及びエイズ患者報告数は、1996 年以降増加が続いている<sup>22)23)</sup>。特に、2001 年からは、全 HIV 感染

者報告の過半数を占めるに至り、エイズ患者報告数でも3分の1を占める状況になってきている<sup>22)23)</sup>。また、男性同性間の感染のほとんどが、日本国籍の者であり、国内感染であると報告されている。

図3 男性同性間接触によるHIV感染者及びAIDS患者報告数の推移<sup>21)22)</sup>



このような状況は、男性同性間の性的接触を対象とした対策が緊急事項であると同時に、1998年の感染症法施行に伴うエイズ予防指針において、同性愛者を個別施策層として位置づけたものの、MSMを対象としたHIV対策の効果がいまだ感染拡大制御へとつながっていないことを示唆する。具体的には、①国民向けのエイズ対策はMSMに対する訴求効果がなかった、②MSM向けの啓発資料開発や啓発普及は十分でなく、効果的なエイズ対策が存在しなかった、③保健所等の無料

HIV 抗体検査・相談等の普及及び受検者への性感染症予防介入が十分でなかった、などが指摘されている<sup>32)</sup>。

一方、エイズ発生動向は、男性同性間の性的接触による感染報告の多くが、若年層を中心とするものであることを示している<sup>23)</sup>。日本国籍 HIV 感染者の 15-24 歳及び 25-34 歳の年齢層では、男性同性間の性的接触による感

染の割合は 70%を超えており、また、男性同性間の性的接触による HIV 感染者の 3 分の 2 が 35 歳未満である<sup>23)</sup>。つまり、上記の青少年の問題と同性間の感染の問題に重複する層が存在し、感染報告でも相当数を占めることが明確になっていることを意味し、この点を見落とすことは危険であるとの指摘もある<sup>33)</sup>。



#### d. 外国人

近年、日本の少子高齢化の現状の中の労働力供給源として、外国人労働者の存在がクローズアップされてきている。今後の入国管理政策や労働政策、経済政策の変化の中で、受け入れ状況も変化していくことも考えられ、外国人労働者の基本的人権や社会負担までを含めた受け入れ議論も徐々に活発になってきている。法務省入国管理局の報告によれば、2005年末現在における外国人登録者数は約200万人であり、外国人登録者が総人口に絞める割合は1.6%で、63人に一人の割合となっている<sup>34)</sup>。また、図4からわかる通り、この数は、1980年代後半以来急増傾向にある。

こうした状況の中で、外国人患者の新規感染者数は、図5に示すように横ばい傾向にある。エイズ発生動向によれば<sup>22)23)</sup>、2005年末現在の外国人の新規報告数は、HIV感染者91件(全国内報告数の10.9%)、エイズ患者報告数65件(全国内報告数の17.7%)であった(2006年末の速報値は、それぞれ114件、48件)。したがって、HIV感染者・エイズ患者全報告数に絞める外国人感染者／患者の報告数の割合は、総人口に占める外国人登録者数の割合1.6%を上回っている。

これまで、エイズ動向調査の結果から、在日外国人の潜伏化が読み取られてきた。たとえば、1992年の在日外国人女性HIV感染者数の急増による、不自然なピークに対する考察があり<sup>35)</sup>、木原らは、1992年時のピークに見られるような急激な報告数の増加は、セックスワークに従事する外国人女性とその管理者により抗体検査を強いられたことを原因とした受検率の増加が背景にあり、さらに1993年の急激な減少から、感染者の潜伏化の可能性を指摘した<sup>35)</sup>。ちなみに、現在でもなお、感染者報告数は1992年の報告者数を上回ってはならず、いまだ、感染者やAIDS患者の潜伏化の可能性が暗示される。

図4.外国人登録者数の推移<sup>33)</sup>

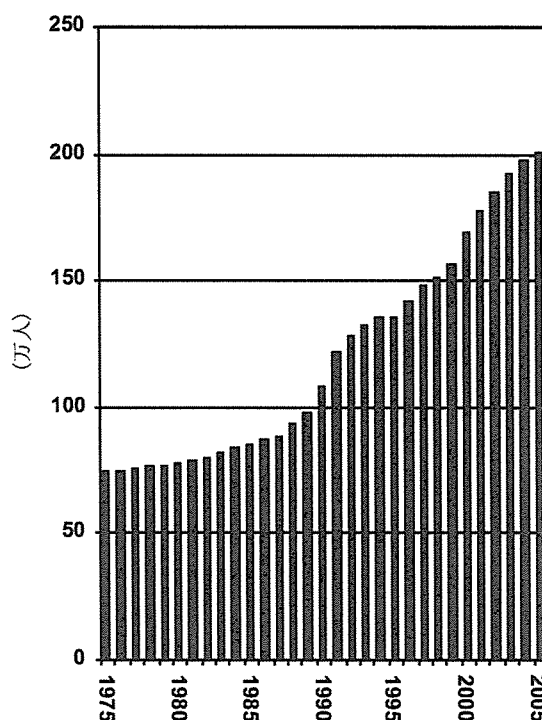
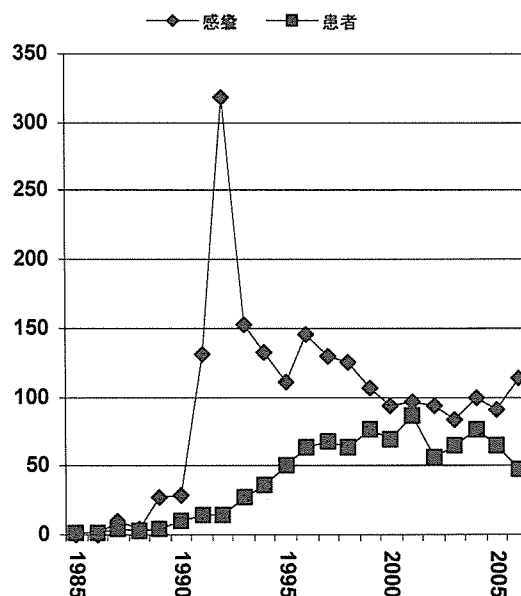


図5.外国人HIV感染者  
及AIDS患者報告数推移<sup>21)22)</sup>



また、近年の外国人の発生動向を HIV 感染者の報告数に対する AIDS 患者報告数の比が大きいことも特徴的である。たとえば、上記に示した図 1 や図 3 では感染者報告数が患者報告数を大きく上回るのに対し、図 5 では

大差ないことがわかる。これより、日本人に比べ、外国人の AIDS 発症前での医療や検査機関へのアクセスが不足している可能性も考えられる。

### e. 薬物使用者

エイズ発生動向では、静注薬物濫用による感染を分類しているが、現在までの報告数は非常に限られている<sup>22)23)</sup>。

しかし、静注薬物濫用による HIV の感染拡大への憂慮は存在している。たとえば、近年、日本の薬物密輸事犯の最大仕出し地である台湾で静注薬物乱用者の間で感染拡大したことから、台湾と日本の薬物濫用者がリンクすることで、日本の薬物乱用者の間でも急激な感染の広がりが起こるとの指摘がある<sup>24)</sup>。

また、合成薬物の拡がりによる、HIV 感染拡大の懸念も表明されている<sup>24)</sup>。たとえば、日本における覚醒剤事犯の検挙数が減少している（ただし、いまだに相当量の押収量はある）一方で、MDMA（3, 4-メチレンジオキシメタフェタミン：別名エクスタシー）等の合成薬物事犯の検挙件数は増加している<sup>36)</sup>。押収量は、平成 16 年において 46 万 9, 126 錠と、前年より 7 万 6, 038 錠（19. 3%）増加し、過去最高であった平成 15 年の押収量を上回った<sup>36)</sup>。

また、特に、20 歳代を中心とした若年層の乱用拡大が顕著であり、覚醒剤乱用やシンナー等の摂取・所持による検挙少年数は現象傾向にある一方で、合成麻薬事犯による少年検挙数も大幅に増加しているという<sup>36)</sup>。原因としては、薬物の危険性や有害性に対する誤った認識、また、取締り法令に触れず多幸感や性的快感等の薬理作用が得られる旨の宣伝がされる、いわゆる脱法ドラッグなどが原因に挙げられている。したがって、男性同性間の感染対策同様、薬物使用者対策において

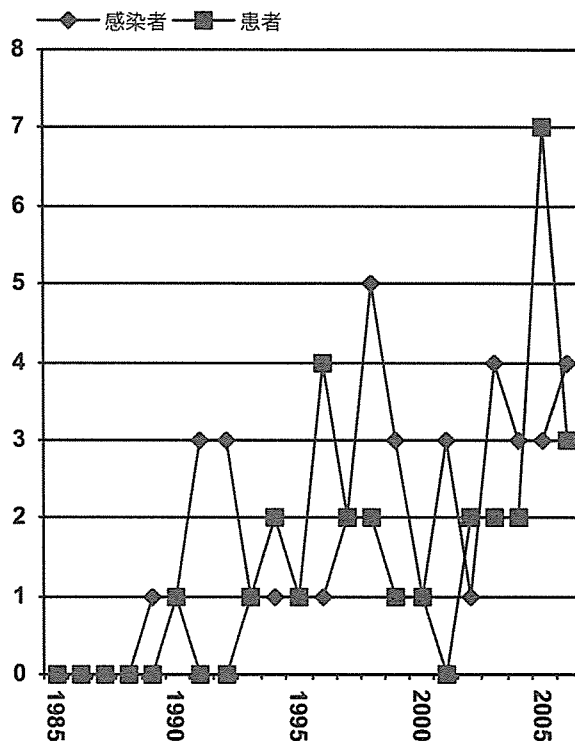
も、青少年対策と重複する部分があり、対策上の見落としがないう配慮の必要性が考えられる。

## III. 新エイズ予防指針

### 1. 作成過程

「後天性免疫不全症候群に関する特定感染症予防指針見直し検討会」は多分野にわたる専門家・識者の委員に加え、当事者の代表がオブザーバとして参加し、計 17 名により構成された。検討会は平成 17 年 2 月か

図6. 静注薬物濫用による感染者及びAIDS患者報告数の推移<sup>21)22)</sup>



ら5月にかけて7回にわたり審議を重ね、HIV/AIDSの発生動向や問題点を踏まえて、エイズ対策の見直しの方向性を検討し、その結果を報告書として公表した<sup>37)</sup>。同年6月21-28日に予防指針改正に対するパブリックコメントを募ったのち、厚生科学審議会感染症分科会感染症部会エイズ・性感染症ワーキンググループ及び厚生科学審議会感染症分科会感染症部会で審議された。平成17年10月20日、厚生労働大臣を本部長とし省内関係局長及び社会保険庁次長を本部員とするエイズストップ作戦本部の議を経て、平成18年3月2日厚生労働省告示第89号で「後天性免疫不全症候群に関する特定感染症予防指針」(以下、新エイズ予防指針)が公表され<sup>38)</sup>、同年4月1日から施行された。

## 2. 枠組み

エイズ予防指針の改正は近年の発生動向の特徴(新規感染者の増加率の上昇、20~30代の占める割合が高いこと、大半が性的接触による感染、男性の同性間性的接触の増加、一部の医療機関への感染者・患者の集中等)

さらなる対策の充実・強化が必要な状況となっているためである<sup>39)</sup>。

このエイズ予防指針の改正は、次の3点を柱としている<sup>40)</sup>。①疾病概念の変化を踏まえた施

策の展開、②国と地方公共団体の役割分担の明確化、③施策対象の重点化・計画化である。①は、エイズが「不治の特別の病気」から「コントロール可能な慢性感染症」へと変化したことに施策の対応の変化を求めるもの、②地方公共団体の具体的施策の計画・実施と、国による先導・技術的支援、③は予防指針に掲げられている各種施策分野のうち、とりわけ予防及び蔓延防止対策にかかる施策の実施を求めるものである。

一方で、新予防指針策定にも関わった木原らは、新エイズ予防指針では、予防対策との関連として、(1)地方自治体と中央の役割の明確化、(2)行動理論やプログラム評価という科学的枠組みの導入、(3)「社会環境の醸成」という新しい戦略概念が導入されたとも、強調している<sup>30)</sup>。

医療の提供

1. エイズ治療のための個室病室等の整備
2. エイズ治療拠点病院に対する医療機器等の整備
3. エイズ治療拠点病院診療支援事業
4. エイズ治療研究情報網整備
5. エイズ治療拠点病院医療従事者海外実地研修
6. エイズ治療拠点病院地域別病院長会議の開催
7. 地方ブロックの拠点病院整備促進事業
8. エイズ治療・研究開発センター運営
9. 医師、看護師、検査技師研修
10. HIV 診療医師情報網支援事業
11. 歯科医療関係者感染症予防講習
12. 医療提供体制確保

原因の究明・発生の予防及び蔓延の防止

1. エイズ発生動向調査
2. 血液凝固異常者実態調査事業
3. HIV 感染者等保健福祉相談事業
4. エイズ患者等に対する社会的支援事業
5. 個別施策層対応手引書作成
6. ボランティア指導者育成事業
7. 相談員要請研修事業
8. 相談体制維持強化
9. 保健所における血液検査の迅速化（検査機器等の整備）
10. 保健所の個室相談室の整備
11. 検査体制維持強化
12. 検疫所での HIV 検査実施
13. エイズに関する教育・研修
14. 保健所等における HIV 検査・相談事業

研究開発の促進

1. エイズ対策の研究
2. 政策創薬総合研究
3. エイズ発症予防に資するための血液製剤による HIV 感染者の調査研究事業
4. エイズ・結核合併症治療研究事業
5. 外国人研究者招聘等研究推進事業
6. エイズ研究センター運営
7. 共同利用型高額研究機器整備

人権の尊重/普及啓発及び教育/関係機関との新たな連携

1. エイズ知識啓発普及事業
2. 「世界エイズデー」啓発普及事業
3. 啓発普及（パンフレットの配布等）
4. エイズ予防ポスター作成
5. 空港でのビデオ等による啓発
6. エイズ対策評価検討
7. エイズ予防情報センター事業
8. 血液製剤安全情報システム事業
9. 青少年エイズ対策

国際的な連携

1. アジア地域エイズ専門家研修事業
2. 国連共同エイズ計画への拠出
3. エイズ国際協力計画の検討
4. 開発途上国ワークショップ開催
5. エイズ国際会議研究者等派遣事業

都道府県等によるエイズ対策促進事業

- エイズ対策推進のためのマンパワーの養成事業
- 啓発普及活動事業
- エイズ治療拠点病院治療促進事業
- エイズ治療拠点病院医療従事者実地研修事業