

厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業

先進諸国におけるエイズ発生動向、調査体制、対策  
の分析に関する研究

平成16－18年度 総合研究報告書

主任研究者

鎌倉光宏  
(慶應義塾大学)

# 目 次

1. 総括研究報告：先進諸国におけるエイズ発生動向、調査体制、対策の分析に関する研究  
鎌倉光宏・・・1
  
2. 分担研究報告
  1. 先進諸国におけるH I V / A I D S発生動向に関する研究  
鎌倉光宏・・・11
  
  2. H I V / A I D S対策に関する研究  
－ ブラジル、カナダ、日本、タイ、香港、サンフランシスコ市 －  
木村和子・奥村順子・Janet Dunbrack・鶴田浩史・林素子・Billy Ho Chi On・・・18
  
  3. H I V / A I D Sに対するカナダ政府の対応  
－ 1982年から2006年の政策、プログラムと組織－  
木村和子・Janet Dunbrack・林素子・奥村順子・・・34
  
  4. ドイツにおけるH I V予防活動  
池上清子・北田祐子・日高庸晴・小松隆一・・・64
  
  5. オーストラリアにおけるH I V予防活動  
池上清子・北田祐子・日高庸晴・小松隆一・・・79
  
3. 研究発表  
・・・96

# 厚生労働科学研究費補助金（エイズ対策研究事業）

## 平成16-18年度総括研究報告書

### 先進諸国におけるエイズ発生動向、調査体制、対策の分析に関する研究

主任研究者：鎌倉 光宏

（慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科、慶應義塾大学看護医療学部／医学部）

#### [ 研究目的 ]

本研究は世界の先進諸国の発生動向、動向調査、調査体制について、その特徴や過去の経緯・教訓を明らかにすること、さらに実施された対策とその後の発生動向との関連を可能な限り探り、わが国における効果的かつ効率的な動向調査体制の確立と対策の立案および今後の施策に資することを目的とした。

#### [ 研究内容 ]

（１）先進諸国におけるHIV/AIDSの発生動向の研究を国際機関および各国の発生動向報告書、websiteの情報等を活用し、とくに1980年代中期以降のHIV/AIDSの発生動向を比較検討することによってその変遷に注目した分析を行った。先進諸国間でも得られる疫学の細分化のレベル、患者・感染者の属性の分類、報告継続期間等がかなり異なるので、比較対照の際の信頼性についても検討を行った。

（２）先進諸国における感染経路別の対策と評価の研究に関して、各種施策集団ごとの対策とその評価を行った。その効果評価についての判定指標について情報を集積し、成功事例と不成功事例の検討・分析を行った。平成16年度は英、カナダの各種集団を対象とした事例を収集し、その効果評価についての判定指標についての情報も集積して事例の検討・分析を行った。平成17年度は、カリフォルニア州サンフランシスコ市・香港・タイでの事例をもとに、若年者・MSM・薬物使用者・移民に対するエイズ対策を検討した。平成18年度は、カナダ・ドイツ・オーストラリアの事例をもとに、若年者・MSM・薬物使用者・移民等に対するエイズ対策を検討した。また、わが国のこれまでのエイズ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。

#### [ 総括 ]

先進諸国間においてもサーベイランス体制、とくにHIV感染者に対する報告制度・サーベイランスにはかなりの質的相違があり、それぞれが必ずしも有効に機能しているとは限らず、また捕捉率に関するデータも十分ではない。わが国のサーベイランスのシステム上の大きな問題は病変とくにAIDS死亡に関するデータが不足しており、薬剤の客観的な治療効果判定を行うことが不可能である点である。平成19年度より施行される予定の改正感染症法においてHIV/AIDSは「慢性の感染症」として省令で定められることになると考えられるが、その届出事項については、生年月日など人権・守秘を配慮した個人識別指標の導入が今後の疫学情報の質を確保するために必要であるものと考えられる。多くの先進国では行動サーベイランスが系統的に実施されている場合が少なくなく、リスク行動に関しての情報が時系列で得られ、行動の変化に応じて適切な介入をタイミングよく実施することや、その後の変化を明らかにすることが一定の水準で可能であった。わが国においても体系的な情報を入手し、より効果的な対策を推進し、それを評価するための行動サーベイランスの仕組みを設立する必要性が高いと考えられる。先進諸国の中でも正確な疫学情報とそれに基づく弾力的な予算措置により最も体系的な予防対策が行われているのはカナダであると考えられた。介入研究報告について先進国においても極めて数が限られていたが、カリフォルニア州で行われたHIV抗体検査複数回受検のMSM対象の個人介入では、標準的カウンセリングと自己正当化カウンセリングを組み合わせた場合感染危険を伴う性行動の経験率が激減することが示されていた。MSMに対する介入は、現存のコミュニティ介入だけでなく、個人や小グループ介入実施の促進が必要であると考えられ、個人介入においてはHIV抗体検査場面における個別健康教育の有効性を指摘し、MSM向けの検査マニュアルや医師・保健師研修の充実させることが必要である。多くの対策事例の分析から、今後わが国においては（１）地域／コミュニティの現実を重視した敏感な対策、計画立案・予算計上の脱中央集権化、地域／コミュニティでの対策立案・実施・モニタリングに対する技術・財政支援（２）国家の役割の明確化：種々の対策のより効果的な調整、AIDS対策の強化、根拠に基づく資金提供、脱中央集権化、公衆衛生セクターを越えた政府機関、地方自治体、NGOの動員（３）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・文化的な側面に対する調査、などが求められるものと考えられた。

## 分担研究者

小松 隆一（国立社会保障・人口問題研究所  
人口動向研究部）（平成16年度）

池上 清子（国連人口基金東京事務所 所長）  
（平成16-18年度）

木村 和子（金沢大学大学院自然科学研究科  
国際保健薬学 教授）  
（平成17-18年度）

野内 英樹（長崎大学国際連携研究戦略本部）  
（平成18年度）

## 1. 研究目的

先進諸国では、プロテアーゼ阻害剤がHIV感染症に対する多剤併用療法に組み込まれるようになった1996年頃からAIDS症例報告数ならびにAIDS死亡者数が減少する傾向が見られるようになった。しかしながら、わが国においては、HIV感染者報告のみならずAIDS患者報告も依然として増加傾向にあるという憂慮される状況が続いている。このような状況下、世界の先進諸国の発生動向、動向調査、調査体制、予防対策を整理・分析し、わが国における効果的かつ効率的な動向調査体制の確立と対策の立案に資することは、必要かつ緊急性の高い課題と考えられる。

本研究は先進諸国のHIV/AIDS発生動向とその調査体制および対策について情報を収集・分析し、その特徴や教訓を明らかにすること、さらに実施された対策とその後の発生動向との関連を探り、わが国の今後の施策に資することを目的とした。

## 2. 研究方法および方針

(1) 先進諸国におけるHIV/AIDSの発生動向の研究を国際機関および各国の発生動向報告書、websiteの情報等を活用し、とくに1980年代中期以降のHIV/AIDSの発生動向を比較検討することに

よって発生動向の変遷に注目した分析を行った。先進諸国間でも得られる疫学情報の細分化のレベル、患者・感染者の属性の分類、報告継続期間等がかなり異なるので、比較対照の際の信頼性についても検討を行った。

(2) 先進諸国における感染経路別の対策と評価の研究に関して、各種施策集団ごとの対策とその評価を行った。その効果評価についての判定指標について情報を集積し、成功事例と不成功事例の検討・分析を行った。調査研究の主題は疫学実態に基づき、組織的レビュー、プロセスレビュー、影響評価である。特に注目した集団は若年者、MSM、薬物使用者、海外からの移住労働者とした。平成16年度はとくに英、カナダの各種集団を対象とした事例を収集し、その効果評価についての判定指標についての情報も集積して事例の検討・分析を行った。平成17年度は、カリフォルニア州サンフランシスコ市・香港・タイでの事例をもとに、若年者・MSM・薬物使用者・移民に対するエイズ対策を検討した。平成18年度は、カナダ・ドイツ・オーストラリアの事例をもとに、若年者・MSM・薬物使用者・移民等に対するエイズ対策を検討した。また、わが国のこれまでのエイズ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。

(3) 具体的な研究方法は文献調査に加え、必要に応じて同意を得た上で、実施団体の内部文書、担当者へのインタビューを行った。PubMedなどの医療論文データベースを始めとして、各種プロジェクト実施機関であるNGOのホームページからも情報を収集した。各分野・各地域における事例を広く検討した後、定量的評価データが手に入るいくつかの成功事例を詳細に分析することで日本のエイズ対策への応用性を検討した。地域・分野に

よって、定量的評価を有する介入に関する文献の入手可能性が異なった。

およびドイツにおける予防対策に関して歴史的な展開の考察を含むレビューを行った。

(倫理面への配慮)

平成 16-18 年度を通じて一般人・感染者・患者を直接に対象とし個人の特定に結びつくような調査は行わなかったため、倫理上検討すべき問題は生じていない。また、疫学研究に関する指針等関連する医学研究指針に抵触する調査は行っていない。

### 3. 研究結果

(1) 世界の HIV/AIDS 流行は引き続き多様性を増しながら拡大傾向を続け、HIV 罹患数の多少の減少は認められるものの、AIDS 死亡者数は少なくとも数年間は増加するものと考えられる。推定 HIV 感染者/生存 AIDS 患者数について、増加が著しいのは東アジアおよび太平洋地域と東ヨーロッパおよび中央アジア地域で、2004 年末の推計値に比べて、何れも 2 年間で 20% 以上の増加を示している。

主要先進国においてもサーベイランスの対象および質の充実度はかなり異なり、米国においては、幾つかの州が個人識別指標として、氏名ではなくコードあるいは氏名から転換したコードを依然使用していることにより、国全体としての HIV 感染者の情報収集は現在に於いても不完全である。フランスにおいては新規導入した HIV 感染者報告システムは要求する情報量が過大なために、報告の遅れが目立ち、本来目的とした迅速な感染者情報が得られていない。

主要先進国のサーベイランス等についてわが国が参考にすべき点の概要は以下の通りである。

1) 米国：州レベルの登録が基本で、患者については統一されているが、感染者の届出については、

その開始時期、方式が異なる。届出は個人特定情報を除いて CDC に送られる。感染者の届出については、守秘を担保した氏名の使用が種々の試みを経て最善であると判断され、一般化されつつある。

2) 英国：個人識別指標として soundex code を使用し、疫学資料の精度・充実度が先進国の中でも最も高い。連結不可匿名の検査残存血液の血清サーベイランス利用、特定集団への CD4+サーベイランスと薬物治療効果の経時的判定、臨床報告・死亡診断報告との連結等、優れたシステムの融合が成果を生んでいる。感染経路として異性間性的接触の増加、国外感染症例急増の問題を抱える。

3) ドイツ：サーベイランスの疫学的質が高く、感染者・患者の有病率の算出が可能である。さらに HAART 適用率の年次推移も記録されており、わが国にとって必要とされるデータが得られる。

4) フランス：2003 年に導入された感染者のサーベイランスシステムが実質上機能していない。病原ウイルスに関する詳細な情報など報告の要求水準を高めたことと機関間の症例照合に時間がかかり過ぎるため報告の遅れが目立ち、後からの報告数値の修正の幅が大きい。

5) オーストラリア：個人識別指標として姓・名 2 つずつのイニシャルを使用している。Newly acquired HIV infection、Late HIV diagnosis というカテゴリーを設け、最初から AIDS として報告される症例の割合を 41% と算出するなど、対策に直結する疫学情報の整理・統合に参考とすべき点が多い。

6) カナダ：特に対策の策定面で先進性がある。Action Plan が期待する目標、理論的根拠、具体的な行動について詳細に生まれ、且つ施策が全体として新規の HIV 感染者、AIDS 患者発生動向にどのように影響を与えたかを年次推移により評価、判定している。予算額の算出も一定の水準で可能であ

る。

(2) 調査および評価の体制の現状について、行動サーベイランスについては、カナダ、スイス、フランス、米国では、リスク行動サーベイランスと位置づけられる調査が実施されていた。とくに、米国の行動サーベイランスは長期にわたって大規模に実施されていた。米国の健康リスク行動の全国調査 BRFSS (Behavioral Risk Factor Surveillance System) の HIV / S T I に関連する調査項目を整理・検討したが、インターネットを通じて予防対策に関わる有用な情報の収集が可能で、またその結果を地域に還元することも同様に可能であったが、感染に関わる守秘の問題および薬物使用など法律に触れる項目方法については、特に国内に導入する場合の問題点が認められた。

(3) サンフランシスコ市の事例研究では、同市においては HPPC (HIV 予防計画委員会 : HIV Prevention Planning Council) が 1994 年に設立されコミュニティ計画を策定している。2004 年予防計画では「プライオリティ設定」が重視され、新規感染者の 69% を占めることから非注射薬物使用の MSM を最も重要な対象とし、更に同集団を人口数、併存のリスク要因別に層化し層ごとにリソース分配が行われていた。同時にゲイ男性の精神衛生特に孤立、孤独、低い自己評価も性行動で危険を侵す可能性に結びつくことが指摘され、若年者の自己拒否感及び感染不可避感がゲイコミュニティに広まっており、実際の性行動で危険を冒すことに繋がっていることも指摘されていた。ゲイ男性の HIV 予防プログラムは精神衛生と薬物乱用を含む健康サービスとの連携が必要であること、また (1) 記録された数、人口統計、利用者の感染リスク行動 (2) 介入によるリスク行動に対する成果 (3) 流行の追跡 を評価項目に含み、予防サービ

スの利用者による必要性、介入、目的、ゴールに対してそれぞれの段階で評価が行われることの重要性が強調されていた。

カリフォルニア州で行われた HIV 抗体検査複数回受検 MSM を対象とした個人介入研究では、Unprotected Anal Intercourse (UAI) の経験率が標準的なカウンセリングのみをおこなった場合には 1% (介入 12 ヶ月後) しか下がらなかったが、標準的カウンセリングと自己正当化カウンセリングを組み合わせた場合、40% (介入 12 ヶ月後) も下がっていた。アフリカンアメリカンの MSM を対象にしたグループ介入では、3 回のグループセッション参加者の UAI 割合は、ベースラインに比べて介入 18 ヶ月後 25% 減で、統制群の 6% 減を大幅に上回った。さらに、若いゲイ男性が中心となったコミュニティ介入の事例では、介入群の不特定相手との UAI 割合は 9.1% 減り、恋人など特定の相手とは 14.2% 減少していた。一方、コントロール群は、不特定相手との UAI 割合は 4.6% 減少、特定相手とは 1.2% 減少に留まっていた。MSM に対する介入は、現存のコミュニティ介入だけでなく、個人や小グループ介入実施の促進が必要であると考えられた。

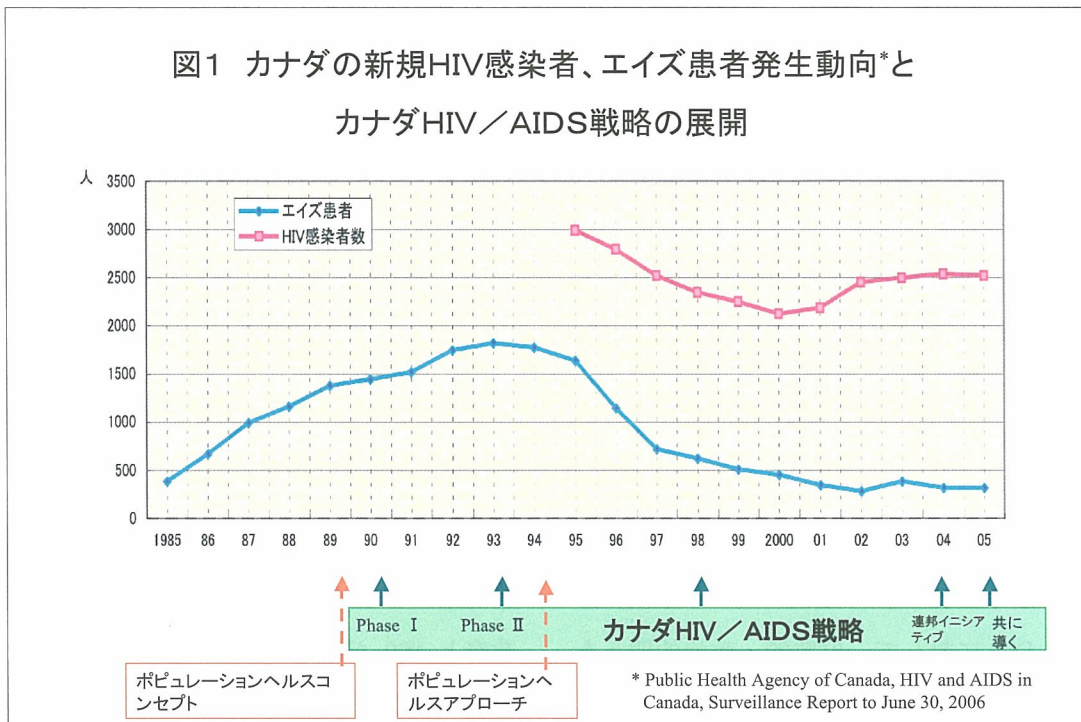
低有病率地域である香港においては、HIV / A I D S 対策戦略の対象が MSM、若者、薬物使用者、移住労働者の 4 つの施策層に別れていたが、この中で、MSM が最も高い血清陽性率を示しており、2004 年は 1.8% であった。直接的な予防介入についての研究結果はなかったため、cross-sectional design による行動疫学調査を分析し、電話による無作為抽出の population based 研究 (18 歳~60 歳の男性 14,963 人が対象、回答率 57%) から、過去 6 ヶ月間に男性同性間の性交経験があった者の中で、アナルセックス経験者は非経験者と比較して HIV 知識についても正しく知っていたが、男性

同性間の性行動は HIV 感染のリスクに関係がないと信じており、3人以上のセックスパートナーがおり (OR=5.4、95%CI=2.5-11.7)、教育レベルは高く (OR=2.1、95%CI=1.03-4.4)、過去6ヶ月間における女性とのセックス少なかった (OR=0.1、95%CI=0.04-0.21)。また過去6ヶ月間にアナルセックスの経験がある MSM のうち 19.4%は過去6ヶ月間に少なくとも1回は男性のセックスワーカーとの接触があり、23%は3回以上男性セックスワーカーと接触があった。彼らのセックスワーカーではない相手とのコンドーム常用割合は 42.9%であった。

HIV/AIDS 流行が Epidemic より Endemic へと変わったと考えられるタイは、1991年以來、HIV/AIDS に対して、財政的・政治的関与を含め、現実的かつ積極的な対策を打ち立ててきた結果、1991年のピーク時の新規感染者数 143,000 が、2003年には約 80%の 19,000 と大幅に減少した。インフォームドコンセントを与えられたバンコク市内の MSM を対象としたロケーションサンプリングによる質問紙調査と HIV 抗体検査を組み合わせた研究では、多変量解析の結果、HIV 感染のリスクファクターは学歴高卒以下 (OR=1.79、95%CI=1.12-2.82)、職業訓練校在籍 (OR=1.35、95%CI=0.87-2.00)、研究参加募集の場所がサウナ (OR=1.28、95%CI=0.82-1.98)、公園 (OR=1.71、95%CI=1.21-2.41)、自認する性的指向がホモセクシュアル/ゲイであること (OR=1.92、95%CI=1.12-3.32)、アナルセックスで挿入される側 (OR=1.51、95%CI=0.96-2.38)、挿入する側とされる側の両方 (OR=1.82、95%CI=1.23-2.70)、最初にアナルセックスをしてから 13 年以下であること (OR=1.06、95%CI=1.02-1.11)、これまでの男性のセックスパートナーの数 (OR=1.16、95%CI=1.03-1.30) であった。

(4) カナダにおける HIV の流行パターンは諸先進国と類似しており、最初の感染者集団は MSM や血友病患者など血液製剤受容者であった。感染が拡大するに従い、女性、原住民、注射薬物使用者などのリスクグループが新規感染者の大半を占めるようになった。最近の HIV/AIDS 戦略のターゲットグループは MSM、女性、原住民、注射薬物使用者、若者、HIV 流行国からの移民、囚人、性労働者などである。HIV の流行には様々な社会的要素が関連しており、ポピュレーションヘルスの枠内で健康の決定要因 (HIV、収入、住居、教育、性別、差別など) に重点を置いた政策が打ち出された。この政策により HIV/AIDS 流行対策にうまく対応するには、あらゆるレベルの政府と NGO が協力し、連邦政府がリーダーシップをとりながら全体の調整を行うことが必要不可欠であると認識され、現在、HIV/AIDS 問題に対処する連邦政府の省庁は、感染症監督、予防、管理を管轄する行政センターと協力連携する上で統合しやすい構造となっている。カナダの国家戦略の特長は、協力体制、協議を基本とする、新規状況への順応性、全セクターの成果の統合、オープンで透明性の高い報告手順を用いた取り組みとアカウントビリティを重視することである。HIV/AIDS が長期的課題として認識された時点で、HIV/AIDS 戦略に対する連邦政府予算は年間予算から長期予算へと移行され、その額は現在では年間ほぼ 8500 万カナダドルに及ぶ。加えてカナダ政府の各省庁と各機関による国際イニシアティブ (HIV/AIDS 戦略の公式パートナーではない) にも予算が割り当てられている。カナダの HIV/AIDS への対応の特長は、迅速な対応、革新的、包括性と協調性、統合性、責任遂行能力、情報提供能力、コミュニティの活動と結束の促進、研究重視、予防と治療面での様々な奏功実績、成

果が認められる措置の開発、人権重視、国際的な信頼性などである（図1）。





(5) ドイツ連邦政府は過去 20 年間にわたって「Gib AIDS keine Chance (エイズに隙を与えないで)」という HIV 予防キャンペーンを継続的に実施している。ドイツ連邦政府保健省の直下に HIV 予防専門機関を設置し、政府の HIV 予防活動指針とその理念を明確に打ち出すことによって対策を実施している。予防キャンペーンの効果評価は定期的に実施することによって、随時見直しが図られている。また、ドイツのキャンペーンの最大の特徴は、州政府や国内の医療機関、民間営利団体および非営利団体などとの協力関係であり、この関係は政府予算を抑える効果だけでなく、コミュニティにおける予防教育活動の活性化をももたらしている。MSM (Men who have Sex with Men) 対象の対策においても、コミュニティセンターを拠点として HIV 予防キャンペーンが行われている。

(6) オーストラリアは、患者・感染の大半が MSM 症例であり、同集団を主たる対象として有効な HIV 感染予防を行ってきた国として知られている。新規 HIV 感染者数はここ数年の若干の上昇まで、1980 年代以降大幅な下降の一途をたどった。対策に大きな貢献をしたのは市民団体（主に MSM 団体）であり、1983 年にはエイズ対策を目的とする地域ベースの市民団体 (MSM、薬物使用者、性産業従事者等) が複数形成され、対策の牽引力として大きく機能した。HIV 予防対策が優先順位として高いと判断され、州によってはそれまで違法だった行為を「推奨はしないが」という条例文を加えることで合法化した事例もある。これによってこれらの団体は直接連邦政府の予算を受け取り、ハイリスク層に属する市民は無料で匿名 HIV 抗体検査が受けられるようになり、抗レトロウイルス療法は国民健康保険制度による負担対象になり、注射器および注射針の無料交換プログラムが全土で早期に開始された。注射器および注射針の無料交換プログラムはオーストラリアの

HIV 感染予防対策において特に重要な役割を占めてきたといわれる。MSM に特化した行動疫学研究の実績も豊富であり、シドニーでは 1996 年から毎年コミュニティレベルで質問票調査が実施され、HIV 予防意識や HIV 感染リスク行動の実態把握を行っている。この調査は経年的モニタリングとして対策実施に伴う効果評価の役割や新たな予防対策実施にあたっての指針となっている。また、MSM を対象とした HIV 陰性者コホート研究と陽性者コホート研究の両方が実施されており、研究を通じて得られる情報は相互補完されている。

(7) 香港は、成人人口の感染率が 0.1%未満の低感染地域であり、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。若年者の成人感染率 0.1%よりもはるかに小さく、HIV 感染者の多くは血液・血液製剤によるものである。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、(1) 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。

(2) HIV/AIDS 状況に基づき、包括的 AIDS 戦略とともに個別施策層に対する戦略を策定し、それぞれの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。

(3) 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。

#### 4. 考察

わが国のサーベイランスシステム上の問題は病変(HIV感染者→AIDS患者およびAIDS患者の死亡)報告、とくにAIDS死亡に関するデータが極めて不足しており、経時的変化の観察、国際比較および薬剤の治療効果判定を行うことが不可能である点である。わが国の流行は先進国の中でも感染者の年次報告数、献血者における血清有病率の着実な上昇が認められることが特徴で、特に日本国籍男性においてその傾向が著しい。予防対策費の算出の根拠ともなる正確な疫学データを入手するためには、諸先進国のように個人識別指標の導入が不可欠である。平成19年度より施行される予定の改正感染症法においてHIV/AIDSは「慢性の感染症」として位置づけられることになると考えられるが、その届出事項について生年月日など人権・守秘を配慮した個人識別指標の導入が今後の疫学情報の質を確保するために必要であるものと考えられる。

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られる。カナダの HIV/AIDS への対応の特長は、迅速な対応、革新的、包括性と協調性、統合性、責任遂行能力、情報提供能力、コミュニティの活動と結束の促進、研究重視、予防と治療面での様々な奏功実績、成果が認められる措置の開発、人権重視、国際的な信頼性などである。エイズ対策において中央政府の取組みは、日本とカナダでは役割や方向性など定性的には同じであるが、人数、配分など定量的な側面において違いがあると考えられる。

オーストラリアの新規 HIV 感染者数は 1980 年代以降、ここ数年は若干上昇しているものの、大幅な下降の一途をたどって来た。これは市民社会、特に MSM をはじめとする市民自身が形成した自助グループが、HIV・エイズを自らのコミュニティーが抱える大切な課題と捉えて感染予防活動およびエイズ教育に取り組んできたことに起因すると考えられる。地域レベルでは常に地道に、確実に、HIV 予防活動やエイズ教育、また PLWHA への支援活動が行われてきたことが、オーストラリアにおいてエイズ対策が一定の効果をこれまで現してきた大きな要因だと考えられる。

ドイツにおける HIV 予防キャンペーン実施の最大の特徴は各州政府や国内の医療機関、民間営利団体および非営利団体などとの協力関係であり、これは政府予算を抑える効果だけでなく、地域社会における予防教育活動の活性化をももたらしめている者と考えられる。HIV 感染者やエイズ患者に対する差別や偏見をなくすことを予防活動の基礎と位置付け、特にマスメディアの活用や市民参加型のキャンペーンを実施している点は、日本における予防活動への参考となる。

米国カリフォルニア州で行われた HIV 抗体検査複数回受検 MSM を対象とした個人介入研究で

は、HIV 抗体検査場面における個別健康教育の有効性が指摘され、MSM 向けの検査マニュアルや医師・保健師研修の充実が必要であることが示された。グループ介入を応用する際には対象集団の持つ特徴に特化したプログラムを設定すること、およびピアだけでなく MSM 支援の専門家を養成・登用することが必要であり、小規模・短期的であってもコホートを設定して効果評価を実施することも重要である。また、コミュニティレベルでも、健康行動の理論的背景を持つ介入デザイン、介入や評価における専門家登用、スタッフ・その財源の確保など不可欠であると考えられた。

香港は東アジアのなかで感染経路など HIV の流行様式が比較的わが国に似た様相であると判断されてきたが、行動疫学調査の実施状況はわが国と異なり、電話による調査が実施されている点、一般住民対象の大規模調査の中で MSM とそれ以外の男性の比較研究がされている点が異なる。わが国のエイズ予防領域における行動疫学調査は訪問留置の質問紙調査の実施が多く、電話による調査はほとんど実施されていない。調査で明らかになった MSM の行動特性についてはわが国の調査結果と類似する点があり、とくに Unprotected Anal Intercourse は HIV 感染リスクが他の行動よりも高いため、これに関連する要因や属性把握をより詳細に進めることが今後の対策につながるものとする。また、香港の HIV/AIDS 対策戦略の主な強みは、政府主導政策立案構造が、HIV/AIDS 感染拡大抑制を目標としたコミュニティによる取り組みの増進と共に、高い自警的・反動的・積極的姿勢を示しているところである。既に香港では、AIDS 戦略の形成に対して 5 年周期の計画・審議サイクルが確立されており、HIV/AIDS 予防・ケアサービスの提供に関する明確な組織構造が政府・NGO の支援のもとに作り上げられている。

予防対策が一定の効果を上げたと認知されて

いるタイでは、一方で個別施策層での HIV/AIDS 感染拡大の懸念が見られ、これまでの大規模公共啓発・教育を中心とした予防対策では対応することが難しい状況が表在化して来ている。今後、新たな政治的なコミットメントと共に、(1) 地域／コミュニティの現実を重視した敏感な対策、計画立案・予算計上の脱中央集権化、地域／コミュニティでの対策立案・実施・モニタリングに対する技術・財政支援(2) 国家の役割の明確化：種々の対策のより効果的な調整、AIDS 対策の強化、根拠に基づく資金提供、脱中央集権化、公衆衛生セクターを越えた政府機関、地方自治体、NGO の動員(3) 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、などが求められていると考えられ、何れもわが国の今後の予防対策に具体的な立案・実施に参考になるものであると考えられる。また、タイは世界最大の在外日本人勤務者コミュニティ（約 1 万 7 千人）を有する国でもあり、近年、国境を越え移動する国際移動人口における HIV 感染リスクが短期滞在者を含め懸念されることから、職場における HIV/AIDS ガイドラインの導入や国際放送の利用などにより、更なる知識の啓発を行うことが必要であることが、海外日本人駐在員の HIV 感染リスクと日系企業の対策に関する研究から明らかにされたと考えられる。

ここ数年間の日本国籍 MSM 感染者報告の増加は、各種キャンペーン等の効果による抗体検査絶対数の増加による陽性者報告の増加の可能性もあるものの、男性献血者における陽性率の上昇傾向と併せ、流行構造が初期に回帰した可能性があるとも考えられる。わが国の場合、感染経路について複数のリスク要因を有する集団は他先進国よりも少ないと考えられるため、予防対策の対象リスク集団の規模が小さいことで効果について大きな成果が得られない可能性も高い。この観

点から最も重要な施策対象集団はMSMであり、機能を特化したマニュアルの作成、専門相談者の養成等が引き続き必要であると考えられた。

多くの対策事例の分析から、今後わが国においては（１）地域／コミュニティの現実を重視した敏感な対策、計画立案・予算計上の脱中央集権化、地域／コミュニティでの対策立案・実施・モニタリングに対する技術・財政支援（２）国家の役割の明確化：種々の対策のより効果的な調整、AIDS対策の強化、根拠に基づく資金提供、脱中央集権化、公衆衛生セクターを越えた政府機関、地方自治体、NGOの動員（３）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・文化的な側面に対する調査、などが求められるものと考えられた。

平成16-18年度総合研究報告書における分担研究報告は、3年間の分担研究報告のうち、総括的内容に加え、国別にまとめた今後のわが国施策にとって特に参考となると考えられるものを、一部の内容・図表に変更を加えて掲載した。

# 先進諸国における HIV/AIDS の発生動向の研究

主任研究者：鎌倉 光宏（慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科／看護医療学部／医学部）

研究協力者・情報提供協力者：

Karen Stanecki Delay (Chair, Monitoring the AIDS  
Pandemic Network)

Gilles Pומרol (HIV/AIDS Department, WHO)

Francois Hamers (European Centre for the  
Epidemiological Monitoring of AIDS)

Yi-Ming A. Chen (Institute of Public Health, National  
Yu-Ming University)

Paul De Lay (Monitoring and Evaluation Section,  
UNAIDS)

Souichi Koike (Monitoring and Evaluation Section,  
UNAIDS)

Barry Evans (Health Protection Agency, United  
Kingdom)

## 要 旨

先進諸国における HIV/AIDS の発生動向の研究を国際機関および各国の発生動向報告書、website の情報等を活用し、とくに 1990 年代中期以降の HIV/AIDS の発生動向を比較検討することによって動向の変遷に注目した分析を行った。世界の動向としては、HIV 流行は引き続き多様性を増しながら拡大傾向を続け、HIV 罹患数の多少の減少は認められるものの、AIDS 死亡者数は少なくとも数年間は増加するものと考えられる。罹患数については特に東欧・中央アジア、東アジアにおける増加傾向が著しく、これらの地域では、感染者の患者への転症が続き、今後、患者報告数の増加が予想される。各地域の流行構造の変化にも注目すべきで、とくにわが国と交流の深いアジア地域の数カ国の動向は、わが国の将来動向にも大きな影響を与えうるので、注意深い観察が必要である。主要先進国においてもサーベイランスの対象および質的充実度はかなり異なり、米国においては、幾つかの州が個人識別指標として、氏名ではなくコードあるいは氏名から転換したコードを依然使用していることにより、国全体としての HIV 感染者の情報収集は現在に於いても不完全である。フランスにおいては新規導入した HIV 感染者報告システムは要求する情報量が過大なために、報告の遅れが目立ち、本来目的とした迅速な感染者情報が得られていない。

わが国のサーベイランスシステム上の問題は、現行の感染症法下で任意報告であるため、病変（HIV 感染者→AIDS 患者および AIDS 患者の死亡）報告、とくに AIDS 死亡に関するデータが極めて不足していることで、経時的変化の観察、国際比較および薬剤の治療効果判定を行うことが不可能である点である。わが国の流行は先進国の中でも感染者の年次報告数、献血者における血清陽性率の着実な上昇が認められることが特徴で、特に日本国籍男性においてその傾向が著しい。ここ数年間の日本国籍 MSM 感染者報告の増加は、各種キャンペーン等の効果による抗体検査絶対数の増加による陽性者報告の増加の可能性があるものの、男性献血者における陽性率の上昇傾向と併せ、流行構造が初期に回帰した可能性があるとも考えられる。予防対策費の算出の根拠ともなる正確な疫学データを入手するためには、諸先進国のように個人識別指標の導入が不可欠であり、平成 19 年度より施行される予定の改正感染症法において HIV/AIDS は「慢性の感染症」として位置づけられることになると考えられるが、その届出事項について生年月日など人権・守秘を配慮した個人識別指標の導入が今後の疫学情報の質を確保するために必要であるものと考えられる。わが国の場合、複合のリスク要因を有する集団は他国よりも限られているものの、リスク集団の規模が小さく、効果について大きな成果が得られない可能性も大きい。この観点から最も重要な対象は MSM 集団であり、機能を特化したマニュアルの作成、専門相談者の養成が必要である。

## 1. 研究目的

世界のHIV流行は、幾つかの発展途上国および先進国の特定集団を除いて依然拡大傾向にあり、性質の異なる様々な成熟段階の多くの流行から構成され、複雑さを増している。このような状況下、世界の先進諸国の発生動向、動向調査、調査体制、予防対策を整理・分析し、わが国における効果的かつ効率的な動向調査体制の確立と対策の立案に資することは、必要かつ緊急性の高い課題と考えられる。

本研究は主として先進諸国を対象としたHIV/AIDS発生動向について情報を収集・分析し、その特徴を明らかにし、わが国の今後の施策に資することを目的とした。

## 2. 研究方法

世界では、国によってはサーベイランス・システムが機能しておらず、またサーベイランスおよび行動疫学に関するデータを政府が公表しないという事情があるが、HIV感染の現状と今後の動向について、比較的最新の資料であること、他の研究においても引用されることが多いこと、先進諸国の情報を含んでいること、報告書の作成の一部に主任研究者関与していることなどから、特に以下の資料を選び、検討した。

また、先進国のサーベイランス資料においても、5年程度まで遡って感染者・患者罹患数(年度新規報告数)の修正が行われることが少なからずあり、その点についても注意を払った。

AIDS epidemic update: December 2005,  
UNAIDS

AIDS epidemic update: December 2004,  
UNAIDS

The Status and Trends of the HIV/AIDS  
Epidemics in Eastern Europe the World,  
Monitoring the AIDS Pandemic (MAP)  
of the 5th MAP Symposium, 1998

WHO Weekly Epidemiological Record.,  
No. 49, 2002, 77, 417-430

The Status and Trends of the HIV/AIDS  
STI Epidemics in Asia and the  
Monitoring the AIDS Pandemic (MAP)  
Network, 1999

The Status and Trends of the HIV/AIDS/  
STI epidemics in Asia and the Pacific,  
Monitoring the AIDS Pandemic (MAP)  
Network, 2001

Report on the global HIV/AIDS epidemic,  
UNAIDS, 2002

The Status and Trends of the HIV/AIDS  
epidemics in the World,  
Monitoring the AIDS Pandemic (MAP)  
Network, 2002

Monitoring the AIDS Pandemic (MAP)  
Network: AIDS in Asia, Face the Facts,  
2004

法務大臣官房司法法制調査部 編：第38出  
入国管理統計年報，2001

Japan Immigration Association:  
Statistics

on immigration control, 1998

Kamakura M. in Monitoring the AIDS  
Pandemic Network: Male-male sex and  
HIV/AIDS in Asia, 2005

Kamakura M. in Monitoring the AIDS  
Pandemic Network: Male-male sex and  
HIV/AIDS in Asia, 2005

Kamakura M. in Monitoring the AIDS  
Pandemic Network: Drug injection and  
HIV/AIDS in Asia, 2005

Kamakura M. in Monitoring the AIDS  
Pandemic Network: Sex Work and  
HIV/AIDS in Asia, 2005

法務大臣官房司法法制調査部 編：第44出  
入国管理統計年報，2005

その他、数は限られているが、各国政府のH I V/A I D S 関わる機関の季刊・年間の報告、国際会議などにおいて個人的関係を通じて得たデータなども整理・検討した。U N A I D S, C D C (米国), Health Protection Agency (英国), Health Canada (カナダ), European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS については、インターネット上の website 情報も参考にした。なお、国際機関発行物の数値と各国年報などの数値が微妙に異なる場合には、各国年報の数値の信頼性を優先した。

### 3. 研究結果

2006 末現在の世界のH I V感染者および生存A I D S 患者の合計の推計中央値は 3,950 万人で、2005 末現在の推計中央値 4,030 万人よりやや減少した。2006 年1年間のA I D S による死亡者の推計中央値は 290 万人で、よりも 20 万人減少している。また、2006 年1年間の年間の新たな感染者の推計中央値は 430 万人で、こちらも 2005 年末の推計よりも 60 万人減少している。しかしながら、各年度の推計方法が微妙に異なること、各国人口推計値や血清疫学データの変化によって少なからず影響を受けること、いずれの数値も 2006 年 5 月、国連のエイズ対策レビュー総会がニューヨークで開かれた際に発刊された Report on the global AIDS epidemic の推計値よりも増加していることから、一部の高有病率地域を除いては、流行は基本的に拡大基調にあると考えるべきである。

各国の代表的な集団の血清陽性率の変化や各国の総人口の推定値の変化の影響も考えなくてはならないが、実際の感染者および生存エイズ患者数は依然として高値である(図1)。各年の値の変化は推計方法が年度により少しずつ変化しているので、各年次で担当者が考えた最良の値の変化と見るべきである。捕捉率(報告率)が常に問題になる感染者と長い潜伏期間後に発症し生存している者の合計に

は潜伏期間の延長や発症後の患者の生存率の変化も影響している。地域別の有病数の推定値の増減をみると、カリブ海地域で 50 万、ラテンアメリカで 10 万、東アジアで 12 万の減少があったが、何れも推定の誤差範囲と観るべきであろう。サハラ以南のアフリカでも 110 万の減少が認められたが、対策の効果が反映する各種指標を検討すると、これは実態を反映している可能性がある。世界のその他の地域では推定値は僅かながらも上昇している。

感染者数に最も大きな影響を及ぼしているサハラ以南のアフリカにおける流行は安定化傾向にあり、有病率は平均をはるかに上回るものの少しずつ減少して来ており、推計の根拠が年次で必ずしも同一でないことに注意すべきではあるが、6%を切る5.9%となった。但し、国によって予防対策の効果はまばらで全体の有病率を大きく下げるまでには到っていない。サハラ以南のアフリカでは女性感染者の割合が高いことも特徴で、女性感染者は男性の約1.4倍いるものと推定され、男性感染者が圧倒的に多いアジア型の感染と分布が大きく異なっている。増加が著しいのは東アジアおよび太平洋地域と東ヨーロッパおよび中央アジア地域で、2006年末の推計値は2004年末に比べて、何れも2年間で20%以上の増加を示している。サハラ以南のアフリカを除くと有病率が1%を超えている地域はカリブ海諸国のみで1.2%を示している。この値も減少傾向にあるが、バルバドス、ドミニカ共和国、ジャマイカでは推定有病率が1-2%、バハマ、ハイチ、トリニダードトバゴでは2-4%と考えられている。A I D Sはこの地域の15-44歳人口の死因の第1位である。

A I D Sや結核のような平均潜伏期間が長い感染症では有病率と罹患率は共に重要な指標となるが、2006年1年間の世界の罹患数(新規H I V感染数)の推定中央値は430万人で、この数自体は抗レトロウイルス療法の進歩・普及などにより減少傾向にある。

サハラ以南のアフリカに次いで罹患数およ

び死亡者数が多いのは南アジアおよび東南アジア地域で、それぞれ世界の約20%を占めている。この地域では流行初期の感染者が次第に発病・死亡に到っているため、世界の死亡に占める割合が増加傾向にあり、また、新規の感染者の増加も著しい。この地域では、数年間で抗レトロウイルス療法を受けられる者の割合が急増したが、一部の国（日本、タイなど）を除き、地域全体では必要とする者の中の20%に未だ達していない。

先進国間においても、得られる疫学データの種類・質、とくにHIV感染者に関わるデータの質にはかなりの差が認められる。先進国の中で特に疫学データが充実しているのは、英国、ドイツ、オーストラリアでHIV感染者についても一定の情報を継続的に得ることができる。英国など一部の先進国については旧植民地を含めた国際間の人口移動に注目して動向を分析する必要がある。

世界の国別HIV感染率（Prevalence）を見ると、得られる疫学データの質・種類および推計方法により信頼性に差があるため国際機関によってもその推計値に差が見られるが、現在の状況を図2に示した。絶対値については研究者により差が認められると思われるが、国別の順位が大きく変わることは内と考えられる。パプア・ニューギニアが最も高い値を示し、感染拡大傾向が続いている。各種予防対策が効果を出し始めているものの、カンボジア・タイの推計値は依然他のアジアの国よりも高い。ミャンマーの推計値は得られていない。インド・中国は感染者の絶対数は大きいものの世界1、2位の人口で除した感染率は1%以下になる。米国の推計値はヨーロッパ先進国の中で最高値を示すスペインよりも高く、ヨーロッパ先進国はスペイン、イタリア、フランス、英国、ドイツの順になる。ドイツが低い順位を示した背景については、その対策面を中心に本年度の研究報告で分析している。1990年代までは日本とほぼ同じ感染率と推定されていた韓国は、現在約2倍の値

を示す状況になった。単一の要因を挙げることは難しく、若年層の性行動の変容、コンドーム使用率がわが国ほど高くないこと、MSM集団の増加などが背景として推測されている。この図においては先進國中、わが国の推定値が最も低く、感染率は0.01%以上0.02%未満というのが、関連国際機関の共通した認識である。

主要先進国においてもHIV/AIDSサーベイランスの対象および質的充実度はかなり異なり、とくに国レベルのHIV感染者の届出システムについては英、独、オーストラリア等を除いては全く行われていないか、開始してからの歴史がきわめて短い。症例報告に求められている内容、とくにCase Identifierについて国別の特徴を検討したところ、生年月日、イニシャルおよびその変形を利用する事例が多く認められた（表1）。時点推計については、先進国に共通して適用できる方法論は存在せず、主として妊婦感染率を指標とした経験的推計が為されていることが多いことが明らかになった。

わが国の推定HIV感染率（Prevalence）は2006年1年間の新規HIV感染者報告数は4年連続増加して914件となり過去最高値を示した。また年間の新規エイズ患者報告数は390件でこれも過去最高値を示した（図3）。感染者を年齢別でみると、20歳代が前年より減ったものの30歳代以上の増加傾向が認められ、感染経路別では男性同性間の性的接触が63%と半数を超え、異性間の性的接触が24%であった。国籍別・性別による感染者の動向については、日本国籍男性のみの増加傾向が顕著であるという基本的な傾向は変わっていない。また、総人口の1.7%を占めるに過ぎない外国籍者の人口当たりの有病率、感染率が1990年代よりも差が縮まったものの、日本国籍者よりもかなり高値であるという基本的な傾向も変わっていない。2006年1年間の「保健所等におけるHIV抗体検査件数」（確定値）は116,550件（前年同時期100,287件）で、



前年に引き続き10万件を超え過去10年間において最多であった。2006年1年間の献血件数（速報値）は、BSEの影響や献血の際の問診が厳しきになったことなどから多少減少し、4,987,857件（2005年は5,312,830件）となったが、そのうちHIV抗体・核酸増幅検査陽性件数は87件（2005年は78件）であった。10万件当たりで見た陽性件数は1,744件で、前年の1,468件より増加している。2006年6月実施のHIV検査普及週間、12月の世界エイズデー期間前後を中心として検査件数が増加していることから、検査機会の増加によりHIV感染者の発見の機会が増え、結果として報告される感染者数が増えたとも考えられるが、感染者の真の増加も危惧されるところであり、両者の影響を定量化して判断することは難しい。

#### 4. 考察

世界のHIV/AIDSに関する疫学データは、先進諸国を含めその質が極めて不均一であり、各種解析において限界が存在する。診断の見逃し、届出の過少および届出の遅れによる過少報告が存在する可能性が常に存在し、HIV/AIDSに関する疫学情報の判断には状況に応じた注意が常に必要である。HIV/AIDSに関する各年の値の変化は推計方法が年度により少しずつ変化しているので、各年次で国際機関部門担当者が考えた最良の値の変化と見るべきである。捕捉率（報告率）が常に問題になる感染者と長い潜伏期間後に発症し生存している者の合計には潜伏期間の延長や発症後の患者の生存率の変化も影響していると考えられる。

先進国においては1990年代中期のプロテアー阻害剤の治療への投入以後、種々の治療成績が改善され、AIDS発症後の患者の生存率の向上が認められるようになり、感染から発症に到る潜伏期の延長も見られるようになった。従って患者情報に加え、感染者の情報が予算措置を含めた予防対策上、以前に増し

て重要になったが、先進国においてもそのサーベイランスシステムは十分に機能しているとは言い難い現状がある。

HIVのサーベイランスシステムについて、米国は幾つかの州が個人識別指標として、氏名ではなくコードあるいは氏名から転換したコードを依然使用していることにより、国全体としてのHIV感染者の情報収集は現在に於いても不完全である。フランスにおいては新規導入したHIV感染者報告システムは要求する情報量が過大なために、報告の遅れが目立ち、本来目的とした迅速な感染者情報が得られていない。

世界の動向としては、HIV流行は引き続き多様性を増しながら拡大傾向を続け、HIV罹患数の多少の減少は認められるものの、AIDS死亡者数は少なくとも数年間は増加するものと考えられる。罹患数については南および東アフリカ地域が依然として高いものの、東欧・中央アジアにおける増加傾向が著しく、今後、患者報告数の増加が予想される。アジア地域では、感染者の患者への転症が続き、今後の医療費の増加が懸念される場所である。各地域の流行構造の変化にも注目すべきで、とくに日本と交流の深いアジア地域の数カ国の動向は、外国籍感染者・患者の相対的割合が高いわが国の将来動向にも大きな影響を与える。

わが国のサーベイランスシステム上の問題は病変報告、とくにAIDS死亡に関するデータが極めて不足している点で、有病率の算出、経時的変化の観察、国際比較および薬剤の治療効果判定を行うことが不可能である点である。予防対策費の算出の根拠ともなる正確な疫学データを入手するためには、諸先進国のように個人識別指標の導入が不可欠であり、改正感染症法下の「慢性の感染症」として、守秘を配慮しながら、重報告や転症が検出できる届出方式が導入されることが期待される。

図1 世界のHIV/AIDS 流行の年次推移

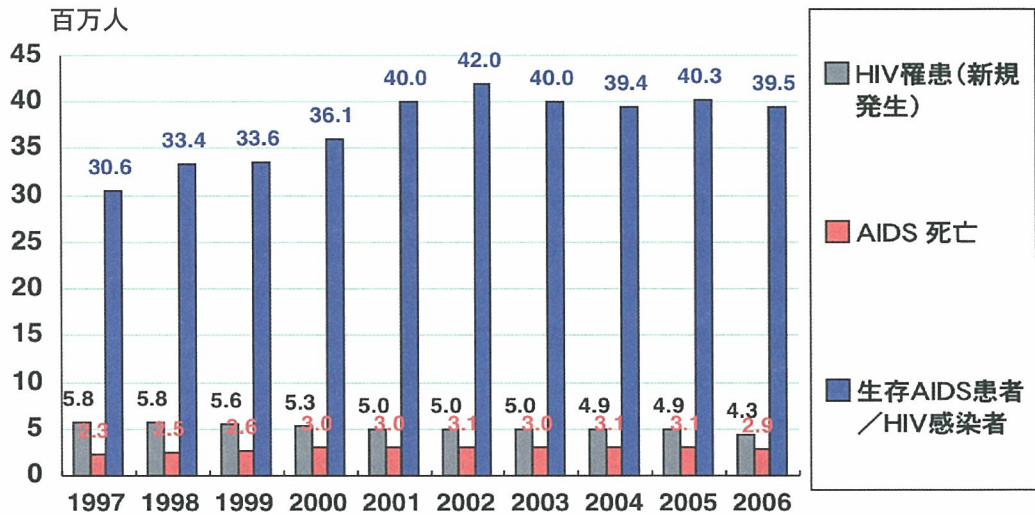


図2 HIV Prevalence 推定値 (／100 000)

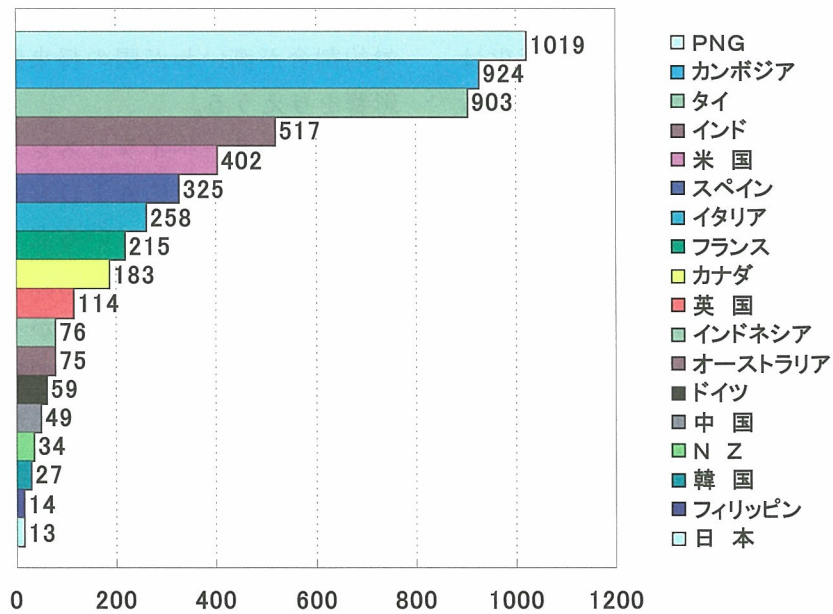
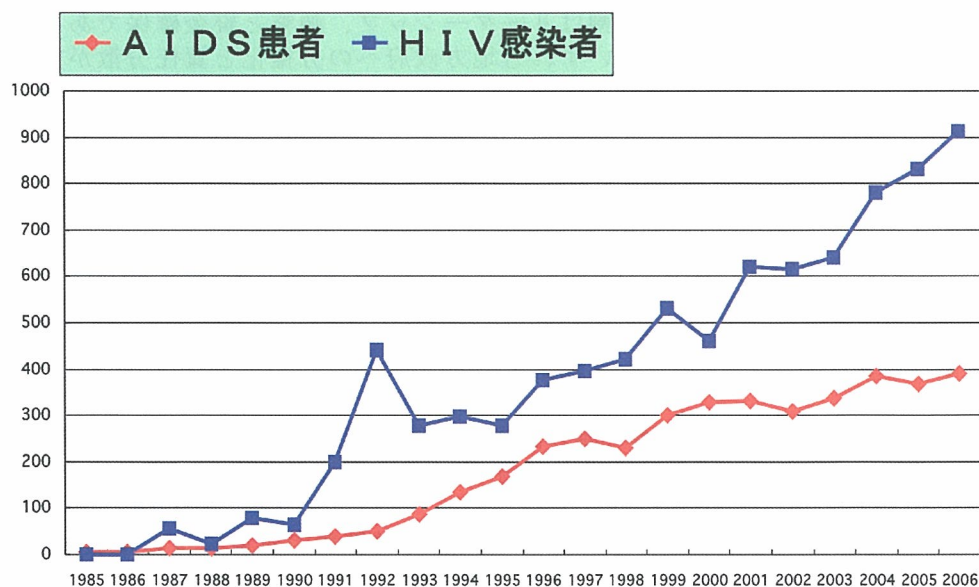


表1 HIV/AIDS 症例報告に用いられる個人識別指標

国	国（地域）レベルの個人識別指標	
	AIDS報告	HIV感染者報告
フランス	イニシャル, 生年月日, 居住地	16桁コード →100桁以上のコードに再変換
ドイツ	イニシャル, 生年, 居住地	生年, 居住地
イタリア	氏名	生年月日, 氏名コード（非共通）
英国	氏名(soundex)コード, 生年月日	AIDSと同様
米国	氏名, 生年月日	氏名に基づく識別指標と氏名に基づかない識別指標
カナダ	イニシャル, 生年月日	AIDSと同様
オーストラリア	氏名コード, 生年月日	AIDSと同様

図3 日本のHIV感染者・AIDS患者の年次報告数  
(血液凝固因子製剤輸注例を除く)



# H I V / A I D S 対策に関する研究

—ブラジル、カナダ、日本、タイ、香港、サンフランシスコ市—

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 奥村順子（金沢大学大学院国際保健薬学）

Janet Dunbrack（健康政策コンサルタント）

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）

林（青木）素子（日本福祉大学非常勤講師）

Dr. Billy Ho Chi On（香港市立大学社会学部）

## 要 旨

HIV/AIDS 予防対策の先進国とされる国・領域（ブラジル、カナダ、タイ、香港、サンフランシスコ市）と日本の対策を疫学動向を踏まえながら構造的、経過的に解析し、その影響と評価について調査研究した。ブラジル、カナダ、タイ、サンフランシスコ市では 1990 年代には感染拡大に抑制がかかり、予防対策が成功したと考えられていたが、近年特定のグループで感染拡大が認められ、抑制に歯止めがかかることが懸念され（ブラジル）、あるいは減少率の抑制（タイ）や実際に再び新規感染者の増加（カナダ、サンフランシスコ）を引き起こしている。低流行国である日本、香港でも新規感染者の報告数が増加の一途にある。このように HIV/AIDS との闘いは決して容易ではない。

諸外国・領域の対策・戦略体系には次のような共通点が見出された。

1) HIV/AIDS の発生动向、有病率、行動サーベイランスの結果に基づき、対策、戦略、施策を講じていること。また、プログラムに対するモニターと評価システムを設け、HIV/AIDS 対策・戦略・施策の達成度を測定し、さらなるプログラムに反映すること。ブラジルの第一次と第二次プロジェクトは一般に成功したと捉えられているが、世界銀行はサーベイランスやモニター、評価システムの欠如により、達成度の確認は不能としている。

2) 政治、行政が HIV/AIDS 対策に積極的に関与すること。流行初期は中央省庁中心に包括政策が策定され実施されても、次第に流行を抱える地域が自ら問題を同定し、対策を決定し、実行する分権化と責任分散が図られている。地方政府の積極的参加により、中央政府は HIV/AIDS 対策のパートナーとなり、その役割はリーダーシップ、調整と資金確保である。ブラジル、カナダ、タイでその段階は異なるが、いずれも地方政府への分権化と責任分散が計られている。香港、サンフランシスコ市は地域が主体的に取り組む HIV 対策の例やモデルを提供している。

3) HIV/AIDS の影響を受けている当事者とコミュニティが HIV/AIDS 政策の決定、実施、評価などあらゆる面で大きな役割を担っている。当事者とコミュニティの活動は公的資金で支援される。当事者とコミュニティの関与により、当事者とコミュニティ能力向上にもつながる。当事者とコミュニティ関与が HIV/AIDS 対策の大きな特徴である。

4) HIV/AIDS を単なる健康・医療の問題としてではなく、関連する社会・経済的要因も対策に包含する。ポピュレーション・ヘルスアプローチを採用しているカナダはいうまでもなく、ブラジル、タイ、サンフランシスコのいずれにおいても、疾病の予防、医療など直接的な因子だけではなく、シェルターの提供や所得創出プログラムなども HIV/AIDS 対策として幅広く取り組まれている。

わが国の HIV/AIDS 対策の方向性も海外調査対象国と同様であるが、2) の行政の積極的関与以外の項目は、2006 エイズ予防指針の実施を通して、さらなる強化が期待されるところである。

なお、MSM、若者、パーティドラッグ使用者、移住労働者の対策についても対象国・地域で検討した。