

A. 目的

日本は国際的には HIV 低流行国に分類されているが、新規感染者の報告数は年々増加しており、感染爆発の分岐点にあるとの指摘もある。感染の予防、蔓延の防止を更に強力に進めていく必要があることから、積極的に HIV/AIDS 対策を推進し、国際的にも評価されている国・領域を概観・検討し、わが国の HIV/AIDS 対策に資することを目的とした。

B. 方法

国、領域などの行政レベルの既存の対策・戦略を対象とした。まず流行の実態を把握し、それに対する対策・戦略を経過的レビュー、構造的レビュー、対策の影響と評価について解析・検討した。全般的な政策・戦略の解析に加えて、個別施策層として MSM、若者、性交渉やパーティでの薬物使用者、海外からの移住労働者に対する施策についても調査検討した。

対象国及び個別施策層の選定は研究会議の議論により決定した。

ブラジル¹⁾ は世界銀行が公表した「ブラジル連邦共和国第二次 AIDS・STD コントロールプロジェクト実施完了報告書」に拠った。

カナダ²⁾、香港³⁾については対象国の専門家が起草し、日本側グループが調査検討、起草者との質疑を経て、解釈、翻訳した。

日本⁴⁾とタイ⁵⁾については政府報告書や資料、国際機関報告書及び学術論文を基に日本の研究者がまとめた。

サンフランシスコ市⁶⁾はサンフランシスコ HIV 予防プラン委員会が公表した「HIV 予防プラン 2004」に拠った。

C. 結果

各国の流行及び対策の概要を別表にまとめた。国別概要が示されている。また、わが国で個別施策層と考えられる MSM、パーティドラッグ使用者、若者、移住労働者についての各国・

各領域の対策を調査研究した。これらについては平成 16-18 年度の本研究班報告書に当たられたい。

ブラジル^{1) 8)9)}

ブラジルは 1982 年に最初の AIDS 症例が診断されてから、市民社会と州・連邦政府が HIV 流行拡大を抑制するために行動を起こしてきた。1992 年世界銀行に HIV/AIDS との闘いに支援を求めるより以前から、すでに国家 AIDS プログラムと国家 AIDS 委員会を構築し、政府及び非政府関係者による革新的な予防対策と人権推進に 10 年の経験を積んでいた。さらに、治療・ケアの提供も開始していた。ブラジル政府の要求により世界銀行は第 I 期、第 II 期プロジェクトを通じ 10 年にわたり以下の要素について技術と資金面で支援した：(a) 予防 (b) 診断、治療、ケア (c) サーベイランス、研究、モニター、評価 (d) 制度構築。

AISDI (第 I 期プロジェクト、国際復興開発銀行 (IBRD) 貸付 1 億 6 千万米ドル相当、1993 年承認) と AIDSII (第 II 期プロジェクト、IBRD 貸付 1 億 6 千 5 百万米ドル相当、1998 年承認) は、HIV と STD の発生率と伝播の抑制及び予防、治療、管理プログラムの能力強化を目標とした。

成果は以下のとおりである。HIV 感染リスクの高い集団 (MSM、IDU、性産業従事者) に焦点を置きつつ、HIV 感染リスクに暴露される集団 (IDU の性交相手、バイセクシャル男性、多数パートナー保有者) にも対象を広げ、一方で女性、若者、郡部、貧困者の有病率は低く保つ革新的な予防活動をブラジル中で世銀資金が支援することによって流行の遅延または抑制に結びついた可能性があり、2000 年の 15-49 歳の有病率は 0.65%にとどまった。流行は HIV 感染リスクの高い集団に集中している。疾病や感染予防に対する認識の高揚で、感染や疾病拡大が緩和され、治療・ケアを受けている HIV/AIDS 患者は、それらが行われなかった場合よりも低く抑えられていると考えられる。

AIDSI と II は 27 州すべてにおいて次のように診断、治療、ケアの質を高めた：

(a) 237 カウンセリング・検査センターのネットワークの構築と支援 (b) HIV/AIDS 患者専門健康サービスネットワークの構築により高額な病院への入院を低額の代替入院と外来に切替え (c) 患者のフォローに必須なモニタリング研究システムの強化 (d) ARV 配布と使用を管理統制するソフトウェアの開発 (e) 何万人ものヘルスケア提供者と技術スタッフの訓練

2003 年には 14 万人がブラジル方式の積極的プログラムにより治療中であり、19 万 6 千人の無症候感染者がモニターされている。AIDS の罹病率、死亡率、日和見感染率、病院入院はブラジルが国民皆 HAART アクセスを決定した翌年 1997 年から急激に減少したことが証明されている。薬剤耐性も低く、ブラジルの治療プログラムが良質であることを示している。しかし、推定 60 万人の感染者の多くは感染に気づいておらず、カウンセリング・検査の普及は不十分である。彼らも HIV 感染が確定すれば無料の治療・ケアを求めるであろう。

制度的側面に関しては州及び郡の能力開発が進んだ。27 州と 150 郡すべてに STD/AIDS 調整係りが設置された。地方が連邦政府と調整しながら作成した毎年の行動計画に盛り込まれたターゲットと目標に基づき財源委譲が開始された。

公私パートナーシップで、NGO 及び指摘部門と契約を結ぶことにより世銀の資金提供が可能となり、辺縁のアクセスしにくいグループに届くなどプログラムの拡大が図られた。

今後の課題は以下のとおりである：ブラジルは多くの革新的かつ理論的には費用効果の優れた介入を行ったが、実際の費用効果や影響の証拠に欠けている。異なる集団、異なる地域で場当たりに HIV 感染状況や行動研究をやっている。HIV や行動サーベイランスのデザインや実施に関する方法論的枠組みが欠如しており、経時的な動向を系統的に追うことができない。

各プロジェクトデザインでは M&E (モニターと評価) を強調しておきながら、プログラムモニターや評価の実行システムが欠如している。従って、ブラジルの HIV/AIDS プログラムの達成度を確認することは困難である。同様に世界銀行の貢献についても確認できない。

AIDSI 及び II の成果は全体として満足なものと考えられる。制度開発の影響は実質的である。各プロジェクトの持続性は期待できる。世界銀行及び借受者のパフォーマンスは満足とされている。(注参照)⁸⁾

注) 世界銀行実施評価部 (OED) の成績評価システム

目的の関連性：プロジェクトの目的が国の開発の優先事項、世銀の国・セクター支援戦略と組織目標 (貧困削減戦略ペーパー、国支援戦略ペーパー、セクター戦略ペーパー、実施政策に記載) との一致の程度。成績の表し方：高、実質的、並、無

効果：プロジェクトの目的の達成度または達成期待度。成績表し方：高、実質的、並、無

効率：プロジェクトの達成した範囲、または達成期待度

持続性：経時的なリスクに対する実ベネフィットの弾力性。成績の表し方：大いにあり得る、あり得る、あり得ない、ほとんどあり得ない、評価不能

制度開発の影響：次の (a) (b) により、プロジェクトが国、地域の人材、財源、天然資源を一層効率的、平等、持続的に活用する能力改善の程度：(a) 制度の定義、安定性、透明性、執行性、予見性の改善 及び/または (b) 組織の任務、能力の整理統合。成績の表し方：高、実質的、並、無

成果：プロジェクトの主要な関連目標の達成度または達成期待度。成績の表し方：非常に満足、満足、やや満足、やや不満足、不満足、非常に不満足

世銀のパフォーマンス：世銀の提供したサービ

スの開始時の質と適当な監督による実施支援の確保。成績の表し方：非常に満足、満足、不満足、非常に不満足

借受者のパフォーマンス：開発目的と持続性の達成のために、準備と実施の質を確保するためのオーナーシップと責任にとり、契約・合意に合致する借受者の程度。成績の表し方：非常に満足、満足、不満足、非常に不満足

カナダ²⁷⁾

カナダについては1982年から2006年までに実施したHIV/AIDSへの対応をまとめた。同国では1982年にAIDS患者が初めて確認され、1990年代初めにかけて患者が急激に増加したが、1990年代後半には新規HIV感染者数は減少し、予防対策とターゲットグループへの対策が成功したと考えられていた。しかし、2000年を境に再び新規感染者は増加に転じた。

2005年末時点でカナダには58,000人のHIV感染者がいると推定され、また2005年の新規感染者は2,300~4,500人と推定されている。16,000人もの感染者が自分のセロステータスを知らないと考えられている。

疫学的状況は州と準州が調査データを収集し、カナダ公衆衛生局内の連邦政府感染症予防管理センター(the federal government's Center for Infectious Disease Prevention and Control)に送られる。同センターは情報を分析し、疫学的調査報告書を完成する。

1990年以降、連邦政府の役割は一連のNational HIV/AIDS Strategyに定義されている。この計画では連邦政府と、州・属州政府、NGO(非政府組織)、研究者、HIV感染者間の協力を重視している。カナダ連邦政府の制度では、医療提供は州と準州の管轄であるが、カナダ全土の取り組みを調整するのは政府の役割である。

カナダにおけるHIVの流行パターンは諸外国と類似しており、最初の感染者集団はMSM

(男性と性交渉を行う男性)や血友病患者など血液・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いるおり、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。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である。カナダ国家戦略の特長は、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タ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。カナダ国家戦略が過去24年間に行った活動内容は、感染予防、HIV感染者のケア、治療、支援、研究、感染コミュニティの能力向上、評価とアカウンタビリティなどで、連邦政府はHIV/AIDS戦略活動に関する公報を毎年12月1日の世界エイズデーに発行している。

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。こうした実績がある一方で、例えば流行を拡大する社会経済要因、特定層における流行の進行、監督機関、治療薬、国民の認識と関心の維持、カナダの政治制度に根付く保健制度の問題を打開するための連邦・州・準州の協力などに関連する格差もまだかなり残っている。

総体的に、カナダはこれまで HIV/AIDS にうまく対応してきた。様々なパートナーの取り組みに協調し、有効な協働方法を構築して得た教訓は他諸国にも有益な手引きとなるであろう。

日本⁴⁾

日本では、1985年に初めて AIDS 症例が公式報告された。現在も HIV 低流行国に分類されているが、その報告数は年々増加しており、2006年の年間報告数(速報値)は、HIV 新規感染者 914 件、AIDS 患者 390 件となっており、HIV 感染者数は、3年連続で 1,000 件を超え過去最高を記録した。発生動向は感染症法に基づく HIV 感染者と AIDS 患者を診断した医師の報告義務と、症状変化を診断した医師の任意報告により把握されている。

包括的な HIV/AIDS 対策は 1987 年にエイズ問題総合対策大綱以降、1992 年、1999 年に見直されたが、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、男性の同性間性的接触の増加等)から、さらなる対策の充実・強化が必要とされ 2006 年 4 月に改正エイズ予防指針が施行された。

新予防指針は次の 3 点を柱としている。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(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施策対象の重点化・計画化(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)。

施策要素としては原因究明、発生の予防と蔓延防止、医療の提供、研究開発の推進、国際的な連携、人権の尊重、普及啓発及び教育、施策評価及び関係機関との新たな連携で構成されている。

2006 年 6 月国連 HIV/AIDS 対策レビュー総会の日本政府国別報告書で、現状の問題点として、①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 ③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 ⑤実施した対策の評価不十分、の 5 点が挙げられているが、2006 予防指針ではこれらの問題点の克服が図られている。

特に、エイズ対策に対する評価・モニタリングは、①エイズ施策評価検討会、②エイズ動向委員会、③重点都道府県等エイズ対策課長連絡会議、④関係省庁連絡会議の 4 点で行われる。①と③については、今回のエイズ予防指針の改正により、新たに導入されたメカニズムである。

また、施策の普及を支える手法として、①NGO 等との連携強化、②関係省庁間連絡会議の定期的な開催、③感染者・患者の多い 16 自治体との重点的な連携を挙げている。

このように、2006 年のエイズ予防指針には、いくつかの新しい概念やメカニズムが導入され、旧予防指針の曖昧さがぬぐわれ、様々な面が「明確化」されるものとなった。たとえば、科学的枠組みの導入は対策実施の根拠を「明確」にし、評価メカニズムの充実対策成果を「明確」にし、マニュアルの導入は地方公共団体が行うべき対策を「明確」にし、そして、国と地方の役割も「明確」にした。今後、課題点も多く見いだされていくだろうが、「明確化」が進んだことで、より施策に対して検討のしやすい状況が整えられ、今後の施策の展開が期待される。

タイ⁵⁾

タイでは1984年に初めてAIDS症例が診断され、1991年には新規感染者が143,000人とピークに達した。しかし、2004年には新規感染者は19,500人、2005年には18,000人と著しく減少しており、国際社会の中でHIV/AIDS対策成功国とみなされている。しかし、現在、新たな課題や取りこぼされてきたグループでの感染が露見し、HIV感染再拡大の懸念が生まれている。現在540,822人がHIV/AIDSと共に生きており、成人の陽性率は1.5%である。

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 1) HIV 血清サーベイランス：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 2) 行動サーベイランス (Behavioral surveillance system: BSS)：主に、軍人男性と男女工場労働者、第11学年の学生 3) AIDS 発症報告サーベイランス：医療機関が保健省にHIV/AIDS患者の人口動態学的情報、症状・症候、検査結果、診断などを報告。この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。

1980年代にはHIV/AIDSは非一般的な性行動やライフスタイルをとる外国人・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が、1989年に立ち上げられたセンチネルサーベイランスの拡大に従い、IDUやコマーシャルセックスワーカーの間で感染拡大状況が確認され、HIV感染は国家全域の問題であるという認識が生まれた。1991年には首相を委員長とする国家AIDS予防対策委員会が首相府に設置された。1992-1997 AIDS 予防・対策計画が策定され、それ以前の保健・医療のみに焦点を絞った戦略から積極的な社会動員・関与を求める方向へと転換した。マスメディアを使った大規模なキャンペーンや1992年には性産業及びその顧客に対する100%

コンドームプログラムが全国規模で展開された。

1990年代半ばより感染状況の改善が徐々に観察され、STD感染率の低下に始まり、軍人間でのHIV感染率の低下やコンドーム使用率の増加、コマーシャルセックスの顧客のコンドーム使用率の増加、妊婦のHIV感染率の低下などが認められた。UNDPは成功要因として政治の積極的なリーダーシップと関与、政府による巨額な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、市民社会とくに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、予防への焦点化などを挙げている。

1997-2001 国家 AIDS 予防・緩和計画期には経済危機に見舞われ、母子感染予防を除く予防対策費用が削減されたが、AIDS患者の増加による治療・ケアへのニーズの高まりに、治療・ケアの財源はそのまま残された。また、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、教育、保健・医療、社会福祉の、質及びアクセスが再強調された。1992-1996 計画の取組みの延長で、より多くの財源がNGOに対して提供され、HIV/AIDSに関わる様々なステーク・ホルダーは、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。1997年の憲法改正を受けて、2001年には30 パーツ政策など国民にベーシックな健康サービスへのアクセスを保障する保健・医療改革が進められる一方、HIV/AIDS対策に重大な結果を及ぼす公的部門のリフォーム、地方分権化や保健省機構改革が行われた。2002-2006 HIV/AIDS 予防・緩和計画も実質的に1997-2001計画の方向性を引き継いだものとなっている。

タイの成功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（セックス・ワーカー、若者、MSM、静注薬物使用者など）が存在することを意味している。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。現在のタイの HIV/AIDS 対策について、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の必要性が指摘されている。

このような状況に対してタイ保健省と WHO 南東アジア事務局の共同報告書 2005 は以下のように提案している。

- HIV を社会の関与・議論の中心へ戻す
- 中央行政はモニタリング・早期発見システムの運営、地方自治体は人々に密接な取り組み
- 予防及びケアへの平等アクセス
- 費用負担可能な薬剤による持続的治療アクセス
- 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
- 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 感染リスクパターンに適合した予防戦略
- HIV/AIDS 政策や戦略の立案に調査知見の系統的使用と HIV/AIDS 政策や戦略による調査研究必要分野の指摘
- 市民社会、特に NGO や CBO への国家や地方財源からより効果的支援
- 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取り組みの実現に向け、適切な手段・方法

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り 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。新たな課題を抱えたタイが HIV/AIDS 対策 2007-2010 がどのようなものになるか注目される。

香港³⁾

香港は、成人人口の有病率が 0.1%未満の低流行地域であり、低感染率地域の HIV/AIDS 戦略のモデルとして取り上げた。

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最も一般的な HIV 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。

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 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：試験所や医療従事者が、新規に診断した HIV 感染者・AIDS 患者を匿名報告。2005 年 9 月現在、累計 2738 件の HIV 感染、760 件のエイズ発症。年間報告数は、年々増加し、現在、年間約 250 件の新規 HIV 感染報告、50 件の新規 AIDS 患者報告(2)非関連付け・匿名スクリーニング：メサドン・クリニック通院薬物使用者、結核治療クリニック通院患者、更生施設の新規入所者

(3) 特定グループの血清陽性率モニタリング：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、社会衛生クリニック (Social Hygiene Clinic) 通院者の性感染症感染率、病院管理局や衛生署管轄の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

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 つの指針原則により構成され、4 つの特定戦略目標が掲げられている。

指針原則：1. 予防・治療・ケアの連関 2. 焦点を絞った介入 3. 地域における HIV と共に生きる人々の受容促進 4. プロフェッショナルスタンダードな治療・ケア・サービス 5. 科学的根拠に基づく効果のある HIV 予防・ケア・対策 6. 中国本土、地域間、地球上との連帯 7. ジェンダーの視点

戦略目標：1. 低有病率状況に最も適した焦点を絞った介入 (targeted intervention) の実施 2. 科学的根拠に基づくプログラム開発の支援 3. 既存の保健・社会サービスへの、HIV 予防・教育・治療・ケア対策の統合 4. 最大限の共同効果を生み出すことを目的に、中国本土との効果的連携

香港の HIV/AIDS 対策戦略の主な強みは、コミュニティによる取り組みの増進を促すような政府主導の政策立案構造の高い自警的・反動的・先見性である。これは、香港やその隣国、特に中国本土の HIV/AIDS 状況の変化に応じて HIV/AIDS 感染拡大を抑制していくのに必要である。また、香港は既に AIDS 戦略の形成に対して 5 年周期の計画・検討サイクルを確立している。一方、政府・NGO の支援の下、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作り上げられていることも強みのひとつである。

香港モデルの課題は、特に (1) コミュニティによるプランニング・プロセスの発展、(2) 資金提供の長期化による AIDS 専門 NGO の発展

(3) 政府・NGO 協働の拡充、(iv) AIDS 分野で働く者やボランティアの能力開発、(v) 科学的根拠に基づく介入の導入 であるが、何れも克服できるものであると考えられている。

サンフランシスコ市⁶⁾¹⁰⁾

サンフランシスコは米国内で AIDS 流行が最初に起こり、現在でも 3 番目に PLWHA が多い都市である。1980 年代から 1990 年代後半に掛けて HIV 新規感染者が激減し、HIV 予防対策に成功を収めたと考えられた。しかし、1990 年代末からゲイ男性や MTF (男性から女性への性転換者) で HIV 感染が増加して、再び強力な HIV 予防対策を余儀なくされている。

2003 年現在で 791,600 人の人口のうち凡そ 18,000-19,000 人が HIV/AIDS とともに生きており有病率は凡そ 2.4% である。主に次の 3 種のデータが提示されている：

- ・ HIV 発生動向、推定有病率、行動疫学の知見を検討した 2001 年コンセンサス会議
- ・ 公的資金サイトでの任意検査受検者のカウンセリング・検査データ
- ・ HIV 感染リスク指標の最近の傾向

HIV 予防計画委員会 (HPPC: HIV Prevention Planning Council) が、サンフランシスコ公衆衛生局 (SFDPH) と強い協力関係にあり、サンフランシスコの HIV 予防対策を指導している。1997 年以來 3-5 年ごとに HIV 予防計画を策定・公表している。HPPC は多様な人口構成を反映した地元住民と地方政府により構成されている。

サンフランシスココミュニティ計画の概要は次のとおりである。

1) 概念と仕組み：コミュニティ計画は、コミュニティの HIV 予防の優先事項と必要性に対応するには、その地域で決定し実行するのが最善であるという概念に基づく。

サンフランシスコのキープレイヤーは HIV 予防計画委員会 (HPPC) であり、HPPC が、コミュニティの声を拾い上げ、必要性に対応し、訓練

と支援を提供し、適切・効果的かつ費用効果のよい対策に必要な資源を確保する役割を担っている。

2) サンフランシスコ市のアプローチの精神

- ・ 肉体的、精神的、情緒的ならびに魂も含め総合的な健康と健全さの向上
- ・ 適切な予防が、HIV 陰性者にも HIV 陽性者にも届くことを確保
- ・ コミュニティと個人のニーズの総合的分析に見合う連携と調整の強化。PWHL、感染危険性の高い HIV 陰性者、および感染未認識者を含めた広範囲のサービス連携を含む。多面的な方角や多様なレベルで存在するニーズに注目。例えば、プライマリ・ケア、STD 診断と治療、メンタル・ヘルス・サービス、依存症予防と治療・住居や経済的援助やソーシャル・サポート。

3) 計画と実施の5原則：

- ・ 焦点はコミュニティ
- ・ 費用効果
- ・ プログラムや介入の対象施策層の限定
- ・ ハームリダクション
- ・ 連携と紹介

4) HIV 予防のための戦略と介入

戦略と介入は、健康教育とリスク・リダクションの枠を超えたアプローチと活動により、7つのカテゴリーに分類される：

- ・ カウンセリング・検査と紹介 (Counseling, testing and referral: CTR)
- ・ パートナーへのカウンセリングと紹介 (Partner counseling and referral services: PCRS)
- ・ 陽性者と共に行う予防 (Prevention with positives)
- ・ 健康教育とリスク・リダクション対策と介入
- ・ 一般への情報提供とコミュニティ・レベルの対策・介入
- ・ 構造的介入

- ・ 周産期感染予防

5) 地域評価分析

施策対象階層によって HIV が与える影響は異なっている。施策対象グループを決定する最も重要な要素は「行動」と「HIV に暴露される可能性」である。HIV 予防のニーズも異なってくる。これらの人々に対し HIV 予防の優先順位付けを行い、HPPC の資金管理により、感染リスクの高いグループに資金が届くよう確保できた。

6) 優先順位付けモデル

1995 年にサンフランシスコで開発され改良されてきたモデル。フォーカスグループからの参加者のインプットをもとに HPPC 計画委員会が作成し HPPC が承認。

- ・ リスク行動層 (BRP)：人口学的ではなく、リスク行動によって人々を区分
- ・ 小群層と余因子 (S & C)：人口統計学的あるいは HIV リスクを押し上げる余因子により細分
- ・ 資源分配階層ガイドライン：BRP が層にグループ分けされ、リスクレベルの高い層ほど高い助成金割合が勧告される。

サンフランシスコの最優先の施策対象層には ①男性同性愛者、②バイセクシャルな男性、③男性と性行為を行うが異性愛者と自覚している男性 が含まれる。

7) 対策評価は

- ・ 感染リスクのある施策対象層のニーズ
- ・ HIV 予防プログラムや介入の効果
- ・ 新規 HIV 感染の減少効果など

についてデータ収集し分析される。

プログラムや介入の評価はニーズ査定、過程、成果、成果の追跡の各段階で行われ、継続するプログラムの改善につながるようフィードバックされる。

8) ニーズ査定、過程評価、成果モニター、成果評価は HPPC, SFDPH, HIV 予防プログラム提供者が行う。CDC 実施指標データを含むサーベイランスのニーズには SFDPH が応じる。

コミュニティと行政の強い連携に裏打ちされたコミュニティ計画委員会のリーダーシップ、優先順位付けモデルによる資金配分の確保、プログラム各段階での評価とフィードバックは、わが国のコミュニティレベルの方策の参考に資すると考えられる。

D. 考察

HIV の流行から開放された国・地域はなく、タイやブラジルのように嘗て流行抑制に大きな成功を収めたとされる国でも、従来の対策・戦略が効果を挙げないあるいは施策の届きにくいグループでの感染拡大で、抑制に歯止めがかかることが懸念されている。また、カナダやサンフランシスコでは 90 年代には減少した年間新規感染者数が再度増加し始めた。香港や日本のような低流行国では感染者の増加率の上昇が続いている。このように、HIV/AIDS は常に疫学的調査や社会科学的調査により流行状況を把握し、それに見合った適切な対策・戦略・施策を間断なく履行していくことが要求される疾病である。

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 の発生動向、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。ブラジルの介入は成功したと一般的には考えられているが、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。包括政策策定当初は中央省庁中心に政策が決定され実施されるが、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 対策の一パートナーとなり、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、いずれの国で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をはかることは、当事者とコミュニティ能力の向上にもつながる。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 対策の方向性は海外調査対象国と同じであるが、2)の行政の積極的関与以外の上記項目は、2006 エイズ予防指針の実施などを通して、今後の強化が期待されるものである。

E. 参考文献

- 1) 木村和子、高山麻希子、小松隆一
「HIV/AIDS 対策評価方法の研究」 厚生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(主任研究者 鎌倉光宏)」平成 16 年度研究報告書、124-141、平成 17 年 3 月
- 2) 木村和子、Janet Dunbrack、林(青木)素子、奥村順子 「HIV/AIDS に対するカナダ

政府の対応：1982年から2006年の政策、プログラムと対策」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（主任研究者鎌倉光宏）」平成18年度研究報告書（submitted）

3) 木村和子、Ho Chi On, Billy、鶴田浩史 「低感染地域のHIV/AIDS戦略－香港のHIV/AIDS戦略からの考察－」厚生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（主任研究者鎌倉光宏）」平成17年度研究報告書、191-217、平成18年3月

4) 木村和子、鶴田浩史 「日本のHIV/AIDS対策」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（主任研究者鎌倉光宏）」平成18年度研究報告書（submitted）

5) 木村和子、鶴田浩史 「HIV/AIDS対策の成功と課題－タイのHIV/AIDS対策からの考察－」厚生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（主任研究者鎌倉光宏）」平成17年度研究報告書、166-190、平成18年3月

6) 木村和子、林素子 「コミュニティのHIV対策－サンフランシスコHIV予防計画にみる－」厚生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（主任研究者鎌倉光宏）」平成17年度研究報告書、118-155、平成18年3月

学会発表

7) 木村和子、鎌倉光宏、第19回日本エイズ学会学術集会・総会、HIV/AIDS対策の策定：カナダのHIV/AIDS連邦イニシアティブ策定に学ぶ、2005年12月1-3日、熊本

8) Document of the World Bank, Report No:29146, IMPLEMENTATION COMPLETION REPORT (CPL-43920) ON A LOAN IN THE AMOUNT OF US\$165.0 MILLION TO THE FEDERATIVE REPUBLIC OF BRAZIL FOR A SECOND AIDS AND STD CONTROL PROJECT, May 30, 2004, Human Development Sector Management Unit, Brazil Country Management Unit, Latin America and the Caribbean Region

9) Document of the World Bank, Report No:28819, PROJECT PERFORMANCE ASSESSMENT REPORT, BRAZIL, FIRST AND SECOND AIDS AND STD CONTROL PROJECTS (LOAN 3659-BR AND 4392-BR) April 27, 2004

10) HIV Prevention Planning Council, 2004 San Francisco HIV Prevention Plan, Harder+Company Community Research April 2004

<http://www.dph.sf.ca.us/HIVPrevPlan/page2.htm>

表 ブラジル、カナダ、日本、タイ、香港、サンフランシスコの HIV/AIDS の流行と対策の概要

国・領域(班報告年)	カナダ(2006)	タイ(2005)	日本(2006)	ブラジル(2004)	香港(2005)	サンフランシスコ(2005)
流行状況	1982 初のエイズ症例、推定 HIV 感染者数 58,000、新規感染者 2300 - 4500(2005)、MSM51%	1984 初のエイズ症例診断、HIV 感染者累計 1,092,327、新規感染者 18,000 人(2005)、成人の有病率 1.5%	1985 初のエイズ症例報告、HI V感染者累計 7,392、エイズ患者累計 3,644、新規感染者報告数 914(2005)	1982 初のエイズ症例、推定 HIV 感染者 62 万人 [37 万 - 100 万人]、15-49 歳の推定 HIV 有病率 0.65%	1984 初のエイズ症例報告、HIV 感染者累計 2738(2005.9)、新規感染者報告約 250、成人有病率 < 0.1%、MSM 24%	1981 初のエイズ症例報告、HIV/AIDS 感染者 18,000-19,000、有病率 2.4%、MSM71%
調査方法	州・準州 → 連邦感染症予防管理センター	i) 血清サーベイランス ii) 行動サーベイランス iii) AIDS 発症報告サーベイランス	i) 感染症法による医師の届出 ii) 任意の病変報告	・公立産科産婦人科・年次サーベイランス・軍年次サーベイ・救急患者報告	i) 任意報告、ii) 血清陽性率調査 iii) 行動サーベイランス iv) STD サーベイランス	・HIV 発生率/有病率評価会議・公的資金サイトの VCT 報告・HIV リスク指標データ
包括対策開始(改正)年	1990 (I)、1993 (II)、1998、2005	1991、1992、1997、2002 2007(5 年ごと)	1987 1992 1999 2006 少なくとも 5 年ごとに再検討	1993 1998 2003	1994 1999 2002 今後 5 年周期	1997 1998 2001 2004 2009(予定)
対策の名称(直近)	協働 (leading together)	国家 HIV/AIDS 予防・緩和計画	エイズ予防指針	ブラジル第二次 AIDS、STD コントロールプロジェクト	香港 HIV/AIDS 戦略提案	HIV 予防計画

作成プロセス	国民政策会議、ステークホルダーの助言・協議、ステークホルダーと政府当局者の運営委員会	政治のリーダーシップと関与 国家 AIDS 予防・対策委員会(首相委員長) + 12 省庁の代表 + AIDS 関連 NGO 代表 + 企業代表 + HIV/AIDS と共に生きる人々	政府主導: 専門家・識者・当事者による検討会、厚生科学審議会、エイズストリップ作戦本部	世界銀行 査定 1998.3.20 認可 1998.9.15 終了 2003.6.30	政府主導の政策立案	HIV 予防計画委員会(HPPC) とサンフランシスコ公衆衛生局 (SFDPH)
政策・戦略の原則	パートナーシップ、ポピュレーション・ヘルス、説明責任	単なる医療・保健問題ではなく社会経済発展に影響する問題	予防と医療の提供、患者等の権利尊重、偏見や差別の解消	早期からの持続的予防活動、人権の保護推進、治療・ケアへの普遍的アクセス、市民社会と政府の関与、多様な分野の動員	予防・治療・ケアの連携、焦点を絞った介入、受容の促進、プロフェッショナルスタンダードでの治療ケア、科学的根拠による効果的予防・ケア・対策、中国本土・地域・地球との連帯、ジェンダーの視点	コミュニティの HIV 予防はその地域での決定・実行が最善、肉体・精神・情緒・魂の健康と健全、陰性者にも陽性者にも届く予防、多面的アプローチの総合的分解と連携・調整
政策・戦略の方針・目標	ターゲットグループに焦点を当てた政策	積極的な社会動員・関与、様々なセクターの関与、コミュニティの権利強化、政策立案過程への国民参加、政府機能の分権化、ガバナンスの改善	役割分担、連携強化、重点的かつ計画的、個別施策層	HIV と STD の罹患率の減少、予防・治療・管理能力の強化	低感染地域の維持、焦点を絞った介入、科学的根拠に基づくプログラム、保健・社会サービスへの HIV 予防・教育・治療・ケアの統合、中国本土との効果的連携	優先順位付けモデル > コミュニティで決定・実行、費用効果、対象施策層の限定、チームリダクション、連携とリファラル(医療と社会サービス)

政策要素	感染予防、ケアの供給、研究、影響を受けた人々の強化、評価	保健医療システム構築 適切な情報 開発 福祉サービスマス、知識・調査 国際協力、取組みの統合、	原因究明 発生の予防及び蔓延の防止、医療の提供、研究開発の推進、国際的連携、人権の尊重 普及啓発及び教育 施策評価及び関係機関との新たな連携	AIDSとSTDの予防、診断・治療・ケア、サーベイランス・研究・モニター・評価、制度構築	サーベイランス、検査・診断・ケア、予防教育活動、コミュニティの強化	健康教育とリスクリダクション
実施組織	〈パートナーシップモデル〉連邦政府：リーダーシップと調整、健康決定因子関係省、州・準州：医療の責任、当事者：意思決定への参加と実施主体	さまざまな関係者・機関の参画(多省庁、ビジネス界、マスコミ)、NGO・当事者による実践	国、地方自治体、NGO等	ブラジル国保健省、州、郡政府、NGO	AIDS諮問委員会(2005.8現在)が戦略立案公表 ・AIDS信託基金→NGO ・AIDS教育・宣伝委員会 ・組織・団体のネットワーク化	HPPC, SFDPH, HIV予防プログラム提供者
評価メカニズム	公的資金受給組織は評価部門を設けプロジェクトの成果を提示、国家戦略の途中で外部コンサルタントによる包括的レビュー	UNDP、タイ保健省とWHOに委任された国際的な評価チーム	エイズ施策評価検討会、エイズ動向委員会、重点都道府県等エイズ対策担当課長連絡協議会、関係省庁間連絡協議会	世界銀行実施評価部(OED)の訪問面接調査と文書・文献調査(標準OED手続き)	AIDS諮問委員会による対策の検討・モニタリング、AIDS信託基金委員会の助成金申請評価のためのテクニカルレビューメカニズム	HPPC・SFDPH・HIV予防プログラム提供者：CDCの評価ガイダンスなどを適用

<p>成果</p>	<p>政府とステークホルダーの協働取組： テークホルダーは連邦政府に高い信頼と尊敬、国民のHIV/AIDSの認識向上、コミュニティの対応能力向上と貢献、母子感染ほぼぜり、国際的に通用するツール等の開発</p>	<p>センチネル・サーベイランスによりHIV/AIDSを国家的問題と認識、一般国民・異性間性的接触感染拡大抑制成功、治療・ケア・サポート体制の拡大</p>	<p>拠点病院の整備、保健所HIV抗体検査の整備、社会福祉システムの整備</p>	<p>予防プログラム形成・支援、HIV/AIDS 診断・治療・社会サ一ビスシステムの拡大・強化・質の向上、州市への持続的出資サポートと責任分散、NGO・民間の事業支援によるアウトリーチの深化</p>	<p>5年周期の計画・検討サイクルの確立、HIV/AIDS 予防・ケアサ一ビス提供組織構造の確立</p>	<p>80-90年代後半ゲイ男性・IDUの新規感染減少、優先順位付けモデル(危険行動施策対象層の優先順位による予算配分)により資金管理</p>
<p>課題</p>	<p>貧困・差別・健康決定要因の不完全なグループでの流行拡大(若年MSM, 原住民、女性、注射薬物使用者)、比較可能なサーベイランス、薬剤の承認と普及、PMS、国民の認識の維持</p>	<p>効果の達しない集団(静注薬物使用者、若者、MSM, 移動性の高い人、漁業従事者)、予防活動の再認識、患者中心のアプローチにとどまらず社会の動員関与</p>	<p>早期発見・治療機会、青少年と同性愛者に対する取組み、医療機関のケアの質の差と連携、国と地方自治体の責任分担、実施した対策の評価</p>	<p>系統的HIVサーベイランスの導入、モニタリングと評価システム、費用効果を最高にする介入の同定、推定60万人の感染未認識患者</p>	<p>コミュニティによる計画プロセスの発展、HIV専門NGOへの資金提供の長期化、政府とNGOの協働の拡大、科学的根拠による介入</p>	<p>90後半以降MSMのHIV感染増加、レクリエーションドラッグ使用者のハイルスク行為、性感染症増加、</p>

<p>予算</p>	<p>8440 万カナダドル(約 87 億円)、連邦資金の多くはグラント、プロジェクトとして NGO により実施</p>	<p>巨額な対策費用の政府支出: 政府活動 4,000 万 US ドル(05)、NGO 助成 170 万 US ドル(05)、グローバルファンド 1 億 9,000 万 US ドル(03-07)</p>	<p>89 億円(2006)</p>	<p>3 億 US ドル</p>	<p>衛生署、病院管理局、社会福祉局、その他各省の個別予算、AIDS 信託基金のプロジェクト助成: 累計 2 億 3950 万香港ドル(約 36 億円)</p>	<p>SFDPH AIDS 室 1550 万 US ドル/年、そのうち 11 百万 US ドルは予防活動を行う CBO に配分</p>
-----------	--	---	--------------------	------------------	--	---

(注) 報告年における最新の対策に関する記載

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—

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 Janet Dunbrack （健康政策コンサルタント）
林（青木）素子 （日本福祉大学非常勤講師）
奥村順子（金沢大学大学院国際保健薬学）

要 旨

この報告書は、カナダが 1982 年から 2006 年までに実施した HIV/AIDS への対応をまとめたものである。主にカナダ政府の対策と、州・準州政府と国内ステークホルダーの取り組みを推進・支援し調整するカナダ政府のリーダー的な役割に焦点を当てている。カナダはこれまで国際的な HIV/AIDS プログラムへ貢献するよりも国内の流行に焦点を当ててきたことから、本報告書はカナダ国内での活動を対象としている。カナダの国際的支援については、カナダ国際開発庁や外務省などの政府機関の責任で行われているが、HIV/AIDS 戦略上は公式パートナーではない。

1982 年にカナダで HIV/AIDS の症例が初めて確認されて以来、カナダ政府（連邦政府）は HIV/AIDS 対策のリーダーとして、計画促進と協調を進めてきた。1990 年以降、連邦政府の役割は一連の National HIV/AIDS Strategy に定義されている。この計画では連邦政府と、州・属州政府、NGO（非政府組織）、研究者、HIV 感染者間の協力を重視している。カナダ連邦政府の制度では、医療提供は州と準州の管轄であるが、カナダ全土の取り組みを調整するのは政府の役割である。

カナダにおける HIV の流行パターンは諸外国と類似しており、最初の感染者集団は MSM（男性と性交渉を行う男性）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。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である。カナダ国家戦略の特長は、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タ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。カナダ国家戦略が過去 24 年間に行った活動内容は、感染予防、HIV 感染者のケア、治療、支援、研究、感染コミュニティの能力向上、評価とアカウンタビリティなどで、連邦政府は HIV/AIDS 戦略活動に関する公報を毎年 12 月 1 日の世界エイズデーに発行している。

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。こうした実績がある一方で、例えば流行を拡大する社会経済要因、特定層における流行の進行、監督機関、治療薬、国民の認識と関心の維持、カナダの政治制度に根付く保健制度の問題を打開するための連邦・州・準州の協力などに関連する格差もまだかなり残っている。

総体的に、カナダはこれまで HIV/AIDS にうまく対応してきた。様々なパートナーの取り組みに協調し、有効な協働方法を構築して得た教訓は他諸国にも有益な手引きとなるであろう。

A. 研究目的

カナダはポピュレーションヘルスアプローチ (population health approach) の概念を HIV/AIDS 対策にも適用し、連邦政府がリーダーシップを発揮し地方政府や HIV に影響された人々の NGO などあらゆる利害関係者と広く協力・協議して HIV 政策を計画・決定してきた。また、研究成果や経験を政策に反映させて、HIV 流行の動向に対処してきた。

「HIV/AIDS に取り組む連邦イニシアティブ (Federal Initiative to address HIV/AIDS)」(2003年) および「共に導く：カナダは HIV/AIDS に立ち向かう (Leading Together : Canada takes action on HIV/AIDS)」(2005年) は現時点で HIV/AIDS 対策の粋を極めるものであり HIV/AIDS に悩む他の国々にとっても学ぶところが多い。このようなカナダの政策戦略とその作成手法、成果、影響評価を第 I 期の戦略から今日に至るまでの歴史的経過も踏まえて紹介することにより、わが国の HIV/AIDS 政策策定の参考とし、一層効果的な取り組みに資することを目的とする。

B. 研究方法

昨年度の香港の調査研究と同様の方法によった。即ち、あらかじめ研究目的、主題、語数など、打合せの上、カナダ側研究協力者 Janet Dunbrack 氏が起草し、日本側研究グループの調査検討、Dunbrack 氏との質疑を経て、解釈・翻訳したものである。

目的は調査対象国の国レベルの既存政策・戦略のレビューとした。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。特に注目する集団は、MSM、若者、性交渉またはパーティでの薬物使用者、海外からの移住労働者であっ

た。

Janet Dunbrack 氏の起草に当たっては、カナダ政府と国内のステークホルダーが発表した公的記録書と、氏が共同研究者としてカナダ政府でステークホルダーの組織との共同活動で得た15年間の HIV/AIDS の研究実績に基づいて作成したものである。公的記録書に基づいているものの、この報告書の分析はカナダ政府公認ではない。カナダ公衆衛生局とカナダ公衆衛生協会に対し、公的文書の入手に際する尽力に感謝する。

C. 研究結果

目次

1. 緒論

背景：カナダの概要

HIV/AIDS に対するカナダの対応：過去の概要

2. 概観：ターゲットグループの疫学的・

人口動態学的・社会経済的状況

MSM

女性

先住民

注射薬物使用者

若者

HIV 流行国の出身者

服役囚

性労働者

その他のターゲット集団

3. 政策とプログラムの概要

政策方針の概略

ターゲットグループに的を当てた政策 9
予防

ケアと治療と支援

研究

影響を受けたコミュニティの能力向上

評価

特定のグループに対する政策

4. 組織概要

政策とプログラムの実施

政策とプログラム実施のための財務的側面

5. インパクト評価 9

評価とモニタリングのメカニズム

改革：教訓と変革

6. 特長と格差

7. 結論

8. 考察

付録：文献

1. 緒論

背景：カナダの概要

カナダは地理的に世界でも最も広大な国の一つで（面積ではロシアに次ぐ 2 位）、人口は 3,000 万人を若干超える。田舎や人里離れた地域にもかなりの人口が生活しているが、その大半は都市部にあり、合衆国との南側国境付近に集中している。またカナダは、当初はヨーロッパやイギリス諸島からの移民、後にカリブ海諸国やアフリカ、アジアからの移民の波により多文化社会を構成している。カナダ最大の都市トロントでは、市役所を中心とする半径 5km の範囲内で 72 カ国語が話されていると推測される。公用語は英語とフランス語で、政府が発行するすべての文書は両言語で作成されている。

カナダは 13 の州と準州の連邦国家である¹。

州と準州は境界内で医療を提供する責任がある。この報告書では、カナダ国家政府は「連邦政府」と呼ぶものとする。医療における連邦政府の役割は、州と準州に対してリーダーシップをとり、調整し財源の一部を提供することである。この形式はオーストラリア政府モデルと類似している。1960 年代より、カナダ人の診察費や入院費、検査費を含む必要な医療サービスは、公的資金による健康保険が適用されてきた。しかし在宅ケアや薬などは健康保険から一部がカバーされるものの、個人負担はかなり大きい。

カナダ保健法では、州と準州が連邦政府からの移転給付条件を規定している。医療は公的に管理されたものであり、包括的であり普遍的で移動にも対応していなければならない。各州と準州の医療制度はこれらの原則に従い統治されているが、管轄区では独自の制度が考案されているため、管轄区によって住民が受ける医療保険には大きな格差が生じている。医療に対する国家基準はほとんど存在しない。例えば HIV/AIDS 治療に使用する抗レトロウ

¹ 州と準州は以下の通り(アルファベット順)である：アルバータ州 (Alberta)、ブリティッシュコロンビア州 (British Columbia)、マニトバ州 (Manitoba)、ニューブランズウィック州 (New Brunswick)、ニューファンドランド・ラブラドール州 (Newfoundland and Labrador)、ノースウェスト準州 (Northwest Territories)、ノバスコシア州 (Nova Scotia)、ヌナブト準州 (Nunavut)、オンタリオ州 (Ontario)、プリンスエドワードアイランド州 (Prince Edward Island)、ケベック州 (Quebec)、サスカチュワン州 (Saskatchewan)、ユーコン準州 (Yukon)。

イルス薬の場合、ブリティッシュコロンビア、オンタリオ、ケベック州は HIV 感染者に無料で医薬品を提供した最初の州であるが、他の管轄区では無料で供給していない。

HIV/AIDSに対するカナダの対応：過去の概要

1980 年代初頭に HIV/AIDS 感染（患者の大半が MSM と血液製剤使用者）が初めて認識された。当時、連邦政府はオタワの国立疾病管理研究センター（LCDC）に専門の臨床スタッフと疫学スタッフを置き、国の対応を指揮する立場にあった。HIV についてより多くのことが判明するにつれ、カナダ政府は国の対応を調整するために AIDS に関する連邦センター（Federal Center for AIDS）を設立した。1990 年には *National AIDS Strategy* の第 1 期が開始され、1993 年の第 2 期へと継続された。この *National AIDS Strategy* の 2 期間は各 1 回限りの予算で行われ、継続については未決定であった。1998 年、長期予算が確立して *Canadian Strategy on HIV/AIDS* が開始され、2003 年に 2010 年まで連邦政府の指針となる現在の *Federal Initiative to Address HIV/AIDS* が導入された。

現在の政策枠組みには *Federal Initiative to Address HIV/AIDS* と、その対となる *Leading Together: Canada takes action on HIV/AIDS 2005-2010* が含まれる。*Leading Together* はあらゆるレベルの政府組織と NGO（ステークホルダー組織）の新規構想を導くための行動計画である。*Leading Together* が政策の大枠を提供し、その範囲内で *Federal Initiative* が連邦政府の活動を定める。連邦レベルの HIV/AIDS 予算は *National AIDS Strategy* 第 1

期の 3 年間で 11,200 万ドル²であったが、現在の *Federal Initiative* では年間 8,440 万ドルにまで増えている。この 8,440 万ドルは主に国内プログラムに使われるが、それ以外ではカナダは Canadian International Development Agency、世界エイズ・結核・マラリア対策基金（GFATM）、国際的なワクチン・殺菌剤研究に資金を提供するなど、国際的プログラムにかなり出資している。

一般論として連邦政府の責務は以下のとおりである。

- ・カナダのあらゆるレベルの政府機関の活動を調整すること
- ・ステークホルダーを引き入れること
- ・研究に資金を提供すること
- ・国内と国際的プログラムの援助を行うこと
- ・連邦レベルでの省庁間協力の確保（例：保健、司法、Indian and Northern Affairs、産業など複数にわたる連邦政府部局を参加させる）
- ・評価とモニタリングを行い、連邦政府投資に説明責任の枠組みを提供すること

各州と準州はそれぞれ独自の HIV/AIDS プログラムを提供している。ブリティッシュコロンビア、オンタリオ、ケベックは最も包括的なプログラムを有し、また HIV/AIDS 感染者数が最大である。1990 年代早期より、連邦・州・準州の HIV/AIDS 諮問委員会があり、連邦政府・州・準州間で議論や調整を行う場を提供している。

² この報告書内のドル表示は全て「カナダ・ドル」である。

2. 概観：ターゲットグループの疫学的・人口動態学的・社会経済的状况

州と準州が調査データを収集し、カナダ公衆衛生局内の連邦政府感染症予防管理センター（the federal government's Center for Infectious Disease Prevention and Control）に送られる。同センターは情報を分析し、疫学的調査報告書を完成する。

2005 年末時点でカナダには 58,000 人の HIV 感染者がいると推定され、また 2005 年の新規感染者は 2,300～4,500 人と推定されている。16,000 人も感染者が自分のセロステータスを知らないと考えられている。

1980 年代にはいり、カナダのターゲットグループ³は MSM や血液製剤使用者（血友病患者など）から、今日では MSM（まだ HIV 感染者の半数以上を占める）、女性、先住民、注射薬物使用者、若者、性労働者、服役囚、そして HIV 流行国からの移民コミュニティ（主にサブサハラアフリカ諸国とカリブ諸島）などのグループへと大きく変化した。

各ターゲットグループを代表する組織はステークホルダーとして積極的に関わり、カナダの HIV/AIDS 対策における重要な側面を担っている。行政はあらゆるレベルで新規構想を検討し、ステークホルダー組織の擁護努力に応えている。1980 年代から今日までの連邦政府の戦略展開に伴い、ステークホルダーの役割は重要性を増している。1998 年に発足した *Canadian Strategy on HIV/AIDS* は、ステークホルダーの諮問機関として HIV/AIDS 政府審議会（Ministerial Council on HIV/AIDS）を正式

³ カナダでは通常、ターゲットグループは“vulnerable（冒されやすい）”あるいは“at-risk（危険にさらされた）”集団と称される。

に創設した。その役割は連邦保健大臣に助言を行うことである。政府審議会のメンバーは個々の専門的知識で選ばれ、主要なステークホルダー組織と親密な関係を持つ。

ステークホルダーはカナダの政策とプログラム展開に影響力のある意見を表明してきた。現在の *Federal Initiative* とカナダの *Leading Together* の活動計画はいずれも、多数のステークホルダーが様々な会議で助言することで発展してきた。会議には何百人が参加した 2000 年と 2002 年の二つの政策会議が含まれる。これらの政策会議では国家・州・準州レベルの政策の主な方向が示された。さらに、ターゲットグループに的を絞った政策もグループの協力により発展してきた。会議の広範囲なプロセスおよびターゲットグループのメンバー、ステークホルダー組織、政府職員からなる国家プロジェクトチームや専門諮問機関の編成を通じて発展してきた。

以下では、主なターゲットグループの概要を述べる。

MSM

2005 年末時点で HIV 感染の MSM は 29,600 人であり、カナダの感染者総数の 51% に相当する。1980 年代初頭から主に死亡数、予防への取り組み、そして他のターゲットグループの新規感染数の拡大により、この割合は着実に減少してきた。MSM で注射薬物使用者は感染者全体の 4% である。

MSM は依然として新規感染者の最も大きなターゲットグループである（45%）。若い MSM は HIV/AIDS が治療可能な慢性病と信じ、過去に年配の MSM が神経質であった防止メッセージを耳にしなかったため、安全な性交についてそれほど警戒していないようである。