

そのため、若いMSMの間でHIV感染が増加傾向にある。1980年初頭では、MSM間の感染率は新規感染者の80%以上だったが、1996年には40%以下まで減少した。しかしその後増加し現在では45%である。社会経済的状况に関しては、MSMは他のリスクグループに比べて教育レベルが高く、収入も多い傾向がある。また流行当初から今日まで、MSMは政府のHIV/AIDS活動を提唱するステークホルダーの指導的グループとなっている。新しいターゲットグループの多くが彼らの唱道モデルを研究し手本としている。

女性

近年カナダでは、女性のHIV感染者数が確実に上昇している。2005年末の時点で、11,800人の女性がHIV/AIDS患者であると推定された。これはカナダ全体の20%にあたる。2005年では新規感染者の27%が女性で、その多くは異性間性的接触あるいは注射薬物使用により感染したものである。特に25歳から29歳の若い女性と、先住民の女性にこの傾向は顕著である。多くの場合、感染した女性は社会経済的に不利なグループに属し、自尊心の低さに悩み、感染から自分自身を守る知識や資源、力を備えていないと思われる。女性はステークホルダーの中では代表的な存在とはなっていない。

1991年には50%であったHIVの母子感染は、妊娠中および妊娠後の抗レトロウイルス薬の導入によりゼロに近づいている。カナダのほとんどの州と準州では妊婦に対するHIV検査プログラムを実施している。

先住民

先住民はカナダの人口の3.3%を占め、主に3つのグループから成り立っている。ファース

トネーション（歴史的には「インディアン」と呼ばれた）、イヌイト（カナダ北部、特にヌナブト準州に居住。歴史的には「エスキモー」と呼ばれた）、そしてメティス（混血。ファーストネーション+ヨーロッパ系カナダ人の場合が多く、特にフランス系との混血が多い）である。ファーストネーションの人々は次の4つのサブグループに属している: Status（歴史的にイギリス政府あるいはカナダ政府との協定により、土地を保有する権利やその他のサービスを保証されている）、Non-Status（協定がない）、On-Reserve（ファーストネーションで、先住民特別保留地で生活する人々）、Off-Reserve（ファーストネーションで、特別保留地以外、主に都会で生活する人々）などである。財政的な見地から、カナダ政府はファーストネーションとイヌイトに対して直接的な医療を提供しなければならない。その医療の多くは州や準州の医療プログラムと連携して提供される。

先住民はカナダ総人口の3.3%であるが、HIV感染者の7.5%を占め、新規感染者の10%近くに達し、特に女性の感染者数が非常に多い。先住民の感染率は他のグループの3倍近くにもなる。2005年の先住民新規感染者の内訳は、53%が注射薬物使用者（すべてのカナダ人の注射薬物使用者による感染は14%である）、33%が異性間性的接触、そして10%がMSMであった。大半の管轄区では、HIVと診断された人の民族性に関する情報を収集していないため、これらの数値は問題を過少評価している可能性がある。

先住民の社会経済状況と健康状況は一般のカナダ人より低い。一般人に比べ、カナダ先住民は糖尿病や心疾患の割合が多い。HIV/AIDS患者の先住民はHIVに感染した他のカナダ

人よりも診断が遅れるので、より早く AIDS を発症して死に至る。これは、医療へのアクセスがかなり低いこと、抗レトロウイルス薬の処方計画を確実に遵守するための支援プログラムの欠如に由来していると考えられる。

注射薬物使用者

2005 年末の時点で、推定 9,860 人の注射薬物使用者が HIV に感染していた。これは全感染者の 17% であり、新規感染者の 14% である。この数字は、注射薬物使用者の新規感染率がピークだった 1996 年（新規感染者のおよそ 35% を占める）に比べて大きく減少しており、このターゲットグループの流行の飽和状態を反映していると考えられる。コカイン使用者はより頻繁に注射するため、ヘロイン使用者に比べてコカインやクラックコカインの注射使用者に感染割合が高い傾向がある。注射薬物使用者は大都市に集中しているが、小さなコミュニティにも存在すると考えられる。清潔な注射針を使用すること、注射針を共有しないことを奨励する被害軽減プログラム（harm reduction program）により、感染をある程度防ぐことができた。2003 年、カナダはバンクーバーに注射薬物使用者が清潔な器具を入手し安全な環境で注射できる場所を開設し、監督下注射施設（supervised injection site）を持つ世界で最初の国の一つとなった。このプログラムの事前評価では、HIV 予防効果が高いと示されている。ヘロイン使用者に対するメサドン維持療法プログラムも HIV 予防に関して有益な結果を示している。

注射薬物使用者は女性、若者、先住民、ホームレスや住居不定者などの社会的・経済的弱者などから構成されるグループである。幼少時や青年期における虐待（精神的、身体的、性的）、自尊心や生活能力が低いこと、精神衛

生上の問題、ホームレス、貧困、服役、ソーシャルサポートネットワークの欠如など、注射薬物使用との関係が調査により示されている。また注射薬物使用者は C 型肝炎との重感染について危険性が高く、結核との重感染の危険性も増加している。

カナダでは、パーティでの臨時的な薬物使用に対しても注意が向けられているが、注射薬物使用に比較すれば HIV 感染という面ではマイナーである。アルコール使用と安全でないセックスとの関係は研究されており、同様の現象が近年（過去 2-3 年）結晶メタンフェタミン（結晶 meth）使用においても、特に MSM で見られている。これまでの研究から予測される結果は、アルコールやパーティ薬物使用は安全でないセックスへの障害を取り除き、誘導するというものである。ある研究では、様々な要因が自尊心の低下や抑うつに結びつくことを示しており、このことが、自己の健康を軽んじ、安全でないセックスなどの危険も冒させると考えられる。

若者

カナダ人の若者は HIV 感染の危険にさらされている。2005 年末の時点で、年齢別の AIDS 患者データによると若者（10～24 歳）は 3.5% であった。2005 年末までの青少年（10～19 歳）AIDS 患者の累計では 60% が血液製剤に関係していた。年齢の高い若者（20～24 歳）では AIDS 患者累計の 52% が MSM で、21% が異性間性的接触によるものであった。2005 年では、若者の新規感染者の 35% は女性であった。

カナダ教育閣僚協議会（全州と準州の代表）による 2003 年の調査では、5 年前の調査と比べ、中等学校生における性知識の低下が明ら

かになった。2003年の調査では、14～17歳の若者の27%が性的に活発であることが明らかになった。路上生活する若者（ホームレスや住居不安定者）では注射薬物使用が報告されている（2003年の調査では若年路上生活者の22%）。危険にさらされる若者は、MSM、異性愛者、先住民、注射薬物使用者、ホームレスの混成グループである。このサブグループを対象とした予防介入や治療介入が必要である。

HIV流行国の出身者

サーベイランスデータによると、カナダのAIDS患者では、HIV流行国出身者の割合が増加していることが示された（アフリカとカリブのコミュニティに多い）。2005年末時点で、HIV流行国出身のカナダ人約7,000人がHIVに感染していた（異性愛者のデータのみ）。サブサハラアフリカ諸国とカリブ海諸島出身者はカナダの人口の約1.5%にすぎないが、2005年の異性間性的接触による新規感染者の15%がこれら地域出身者のコミュニティの人たちであった。この感染率は他のカナダ人と比べて少なくとも12倍高い。カナダのHIV母子感染の70%はサブサハラアフリカとカリブ出身者と推測される。現在のところ、カナダ国内での感染なのか国外で感染したのか識別する方法は無いが、これらのデータの収集方法を究明する研究が進められている。また、各州と準州によって民族性データの収集方法が統一されていないことが、こうした傾向を調査する妨げとなっている。連邦レベルの職員と複数の州の職員が、影響を受けているコミュニティについて調査を行い、このターゲットグループでの感染流行に関する適切な調査方法を決定している。

服役囚

2003年末時点で、カナダ全土の連邦刑務所⁴には13,000人の服役囚がいた。1999年から2002年の間では服役囚のHIV罹患率は2%に上がったが、その後2004年には1.4%まで減少した。女性犯罪者の罹患率は男性より高い。2004年では、男性の罹患率1.37%に比べ女性は3.44%であった。在監者の疾病率は、彼らの多くが無防備なグループに属するために、一般住民に比べて高い。2004年には、HIV感染がわかっている服役囚の60%近くが抗レトロウイルス療法を受けていた。C型肝炎との重感染も懸念されている。カナダの一般住民と比べ、HIVに感染に対する服役囚の危険率は10倍であり、C型肝炎については30倍である。刑務所内における医療は連邦政府の責任であり、確実な診療を行うために、当該刑務所が所在する州や準州と連携する場合もある。

刑務所内では、無防備な（コンドームを使用しない）性交や、注射針の共有、刺青などの結果、HIV感染が起こっている。メサドン維持療法プログラム、注射針の交換、コンドームの利用は限定的である。いくつかの刑務所では、注射針を洗浄するための漂白剤と、注射薬物使用者や刺青の器具を提供するプログラムが準備されている。しかし、公式的な政策では刑務所内におけるこれらの慣行の存在は認識されていないことが多い。このことがHIV感染や被害を抑制する可能性のあるプログラムに対する障害を生み出している。

4 2年以上の服役を言い渡された犯罪者は連邦刑務所に収監される。2年未満の判決を言い渡された者は州もしくは準州の刑務所に収監される。この報告書のデータは連邦刑務所のものを示している。

性労働者

衣食住などの生活やお金のために売春する性労働者は危険層に指定されているが、現在のサーベイランスでは売春に関するデータは収集されていない。調査の結果、生活のために働く性労働者は性産業に従事する性労働者比べてより無防備な性交を行う傾向があると示されており、HIV 感染の危険性が高いと推定される。バンクーバーで行われた調査によると、中心都市で働く女性の性労働者の約半数は先住民であることがわかった。つまりこのグループの危険因子は複合的なものである。

その他のターゲット層

その他の無視できないターゲットグループは一般のカナダ人で、HIV/AIDS 認識キャンペーンを通じて HIV 感染者への汚名や差別を防止し排除することに取り組んできた。こうした努力はこの病気の流行が始まったときから続けられている。近年、50 歳以上の大人の間でも感染率の増加がわずかながら認められた。この年齢グループの多くは配偶者との死別や離婚経験者で、性関係を再開した者である。また自分たちの年齢層は HIV に感染するはずがないという間違っただ思い込みが強く、安全なセックスをする必要性を理解していない。安全なセックスの実践を年配者も学ばなければならないという認識を年配のカナダ人の間に高める努力がわずかではあるが始められている。

事故などにより注射針や体液に暴露されると HIV に感染する危険性が見地から感染流行時には、医療従事者はターゲットグループとされていた。1990 年代初頭に紹介された方法で、まず AZT を用いた後に数種類の抗レトロウイルス薬を使用する暴露後予防法

(Post-exposure Prophylaxis: PEP) と呼ばれるものや医療行為時のユニバーサルプレコシオン（普遍的予防措置）を採用したことで、もはや医療従事者は危険グループとは指定されることはなくなった。カナダでは医療従事者の事故による HIV 感染ケースはほとんどない。医療従事者に対する PEP 用薬品と検査費用は州や準州政府がすべて出資する。

「移住労働者」は、カナダの疫学サーベイランスでは区別されたグループとして検出されないが、一般に、このグループは大きくなく疫学者もこのグループに流行が内在するという懸念を表明していない。唯一、問題となる移住労働は収穫時期の農場労働者であるが、カナダでは大部分の収穫は機械で行われ、大規模な労働力を必要としない。漁業や林業などの産業では労働者の季節的な動きはいくらかあるが、こうした労働者のほとんどは就労地の近隣に住むカナダ定住者である。

3. 政策とプログラムの概要

政策方針の概略

カナダは HIV/AIDS への対応で次の要素を強調してきた。それは予防、ケア・治療・支援、調査研究、ステークホルダー組織（コミュニティベースの組織）の能力向上と評価である。国家戦略の発展に伴い、これらの要素は次第に特定のグループと目的に焦点を当てるようになった。

National AIDS Strategy の第 1 期（1990～1993 年）は政策方針よりもプログラムの構成要素に力を注いだ。ステークホルダーとの広範囲にわたる議論の後、*National AIDS Strategy* の第 2 期ではプログラム計画に 5 つの主要政策方針を定義した。

パートナーシップの強化 — 連邦政

府の各部局間、州、準州、コミュニティグループ、国内外の非政府組織、民間セクターとの連携の強化

HIV感染症を慢性かつ進行性の病気として認識 — 深刻な闘病期間の課題と疾病に伴う社会的・経済的困難に対処すること。連邦政府の役割は研究、医療や社会サービス提供者の専門的能力向上の促進、地域開発計画の推進と資金提供、プログラムの評価、ケアと支援で浮上する問題の評価に重点を置く。

HIV感染者とAIDS患者の健康増進 — HIV/AIDS患者の、医療上の決定への参加、疾病への対処、健康に配慮した選択、より良い医療サービス利用方法確保のための能力向上

協力的な社会環境の整備 — 住民参加の促進、差別の軽減、社会的ネットワークとコミュニティネットワークとサービスの強化を目的とする健康増進（健康の決定要因）のアプローチ

健康的な行動の推進と維持 — 予防の取り組みを、個人、コミュニティ、グループが、健康的な行動を維持するための意思決定と交渉能力を得ることと、公衆政策とサービス提供に関する提案のサポートに集中させる。

さらなる経験と広範囲にわたる議論の結果、ステークホルダーとの協議により3つの方針を含む *Canadian Strategy on HIV/AIDS* (1998～2003年) が作成された。

持続可能性と統合の強化 — 長期の持続的国家的活動を統合し調整する新しいアプローチと仕組み

最もリスクの高いグループに対する

重点の強化 — 社会的・経済的に底辺に属し、放置されたグループのリスク行動に焦点を当てた革新的戦略

国民に対する説明責任の増大 — 証拠に基づいた意思決定と業績評価と監視を増加し、変化する HIV/AIDS の現実に適切かつ効果的に対処するために *Canadian Strategy on HIV/AIDS* を継続する。

Canadian Strategy on HIV/AIDS の一連の流れに関与するすべてのステークホルダーとの広範囲な議論の後、現在の *Federal initiative to Address HIV/AIDS* (2003～2010年) では次の方針が選ばれた。

パートナーシップと契約 — あらゆるレベルの政府機関とステークホルダー組織 (NGO とコミュニティのパートナー) との連携、ボランティア (非営利) セクター、専門職セクター、民間セクター、国際的なパートナー、HIV/AIDS 感染者、HIV/AIDS 感染リスクグループへの関与の強化、そして連邦政府内での各部局内や部局間のアプローチの調整

連邦政府 HIV/AIDS プログラムは適宜に他の健康プログラムや社会プログラムと統合 — 多重感染や健康に害を及ぼす状況にある人、あるいは感染リスクグループへのサービスの障害に対処するためにプログラムを統合し、連邦政府の HIV/AIDS プログラムを他の健康プログラムや社会プログラムと連動させる。これらの障害を克服するために、罹患している人々が重要な役割を果たす。

説明責任 — 連邦政府は、意見交換パートナー間の相互説明義務を促進し、「世界エイズデー」レポート (12月1日) で

業績と課題を毎年報告する。

Federal initiative の政策方針は連邦政府独自のものである。これらの政策方針では、全カナダ行動計画 “*Leading Together: Canada Takes Action on HIV/AIDS 2005-2010*” の広範囲の内容に連邦政府の対応が述べられている。

“*Leading Together: Canada Takes Action on HIV/AIDS 2005-2010*” では、構想、目標、計画の方向性（そこに向かってすべてのレベルの政府機関と地域社会のステークホルダーが2010年まで努力する）の概要が説明されている。“*Leading Together*” は2003年から2004年の全国的な協議を経て作成された。その目標は、①人々の健康を脅かす、社会的な不正、烙印や差別の軽減、②HIV感染の予防、③適宜、安全で効果的なケア、治療、支援を提供する、④流行防止と治療法発見に向けた世界的な取り組みに貢献すること。その戦略方針は以下の6つである。

HIV/AIDS に関する意識向上、HIV/AIDS プログラムとサービスへ資金提供を持続的に行うための取り組みの強化

- ・ 流行を加速する社会的要因と不公正への取り組み
- ・ 予防努力の更なる促進
- ・ 診断、ケア、治療、支援の強化
- ・ 地球規模（国際的）でのリーダーシップの提供
- ・ 最前線における早期対策実施と持続のための能力の強化

過去20年間、連邦政策方針には特筆すべき一貫性があり、パートナーシップ、統合、健康の決定要因、説明責任を重要視している。

過去15年のカナダのHIV/AIDSの最も著しい政策転換は、おそらくポピュレーション・ヘ

ルスの枠組みを採用したことである。この健康の決定要因⁵に基づく政策転換はHIV/AIDSに対処するために連邦レベルのあらゆる健康プログラムで行われた。HIV/AIDS対策とプログラムの影響は、1990年からの様々な戦略ではHIV/AIDSの予防・ケア・治療・支援の範囲内にある拡大定義で特に明白である。初期の政策プログラムでは予防プログラム（例えば安全なセックス慣行について）に焦点を当てていたが、最近のプログラムでは、ジェンダー政策、自尊心、汚名、差別・人種差別、さらに住居や収入支援など、様々な要因に注目している。現在の*Federal initiative*では、政策方針の多くは市民健康の枠組みから発展し、ニーズや課題を表明してきた罹患者コミュニティからの重大なインプットに影響を受けてきた社会正義の枠組みと一致している。

HIV/AIDSに対する社会正義の枠組みは、流行を悪化させる社会的・経済的・政治的要因を主に取り扱う。健康の決定要因の範囲を考察し、人権の保護、人権の推進、人権の実行が社会正義を実現する基本であることを認識する。社会正義の枠組みの発展は、ジョナサン・マン博士（Dr. Jonathan Mann）の研究に基づいて進展しており、国際的な人権法と2001年のUnited Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS（国連エイズ特別総会）の政治宣言の一部を形成する見解を拠

⁵ カナダ公衆衛生局では、健康の決定要因として以下をリストアップしている：収入と社会的地位、ソーシャルサポートネットワーク、教育、雇用と労働条件、社会環境、物理的環境、生物学的・遺伝学的素質、個人の健康習慣と対処能力、健康的な子どもの発育、公共医療サービス、性別、文化。このリストは市民健康調査の進展に伴って進化するものと考えられる。

所とする。カナダは宣言調印国の一つである。現在の *Federal initiative to Address HIV/AIDS* では、社会正義の政策枠組みと健康の決定因子は、リスク層の問題に取り組む対策の基礎となる。流行の根本的原因への取り組みを可能とするため、あらゆるレベルの政府機関とすべてのステークホルダーによる統合的対策が望まれる。

ターゲットグループに的を当てた政策

ターゲットグループに的を当てた連邦政府の政策は1990年以来、一貫して次を目的としてきた。HIV感染予防、ケア供給の確保、予防とケアの全体的な研究（流行の心理社会的側面を強く引き出すなど）の支援、流行に応える影響を受けた人々の強化、そして評価である。これらのターゲットグループに的を当てた特別な政策は次の通りである。

予防

1990年に予防プログラムが始まった。危険性が考えられるMSM、女性、若者、民族文化コミュニティに関する知識、態度、行動研究に重点が置かれた。幅広く種々の層の国民に意識の向上と教育キャンペーンが展開された。キャンペーンの初期活動から教訓を得るにつれて、予防は次第に特定リスク層に焦点が絞られてメッセージと介入がうまく行われた。予防への取り組み方は情報提供から態度や行動の変革へと移行した。つまり、知識だけでは行動を変えることができないこと、行動変革は新しい行動パターンを獲得し維持しようとする支援対象者との長期的な関係を必要とすることを示した調査研究に基づくこと、であった。時間と共に、政策展開は罹患したターゲットグループのメンバーや組織を巻き込みよく話し合われた。その結果、ターゲット

グループが政策に賛成して実行したのでより効果的なものとなった。政策から生じたプログラムの資金調達については、主に連邦政府の職員と頻りに連絡をとり、プログラム開発をしたステークホルダー組織に資金が提供された。こうして、変革は最も直接影響を受けた人々の手に委ねられることとなった。

ケアと治療と支援

ケアと治療と支援のプログラムは、1990年代初頭にはMSMと血液製剤によるHIV感染者に焦点が当てられた。ここで再度述べるが、次第に政策はカナダ全土で使用する資源開発のために資金提供を受けていたステークホルダー組織と連携して展開されるようになった。医療サービスは州と準州の管轄区で直接供給されるので、連邦政府は医療サービスへ直接資金を提供できなかったが、医師と看護師のためのHIV治療ガイドなどの全国的に使われる資源を開発する構想には資金を提供できた。州や準州が独自で資源を開発するには資金や専門的知識が不十分であったため、このやり方に協力的であった。流行が広がるにつれて女性、若者、先住民などの新しいグループが組み込まれるようになり、ケアと治療の政策展開に関わるターゲット層は拡大した。これらの人たちは、自分たちのコミュニティに適した政策展開を行うために連邦政府に協力した。1996年の抗レトロウイルス剤療法の登場以後、ケアの焦点は悪化した症状や緩和ケアの取り扱いを学ぶことから、長期の疾患と付き合い健康的に生きることに変換された。その中にはリハビリテーションプログラムも含まれ、HIV感染者が仕事に復帰できるように、あるいは他の方法でコミュニティに貢献できるように支援した。さらにプログラムは先住民やHIV流行国の出身者（サブサハラ

フリカ諸国、カリブ海諸国と南アジア) などの、HIV/AIDS の影響を最も受けた特定層に焦点を当てている。

研究

流行当初から研究は臨床と心理社会的な流れを含んでいた。1982年に最初の AIDS 症例がカナダで発見された後、主にウイルスの特定と感染媒介生物の追跡が研究の中心であった。さらに多くの AIDS 症例が発生するにつれて、連邦政府の研究プログラムは疾病管理研究センター (LCDC: 疫学研究のための国立の中央施設。カナダでは唯一のレベル 4 実験施設) に集約された。連邦政府に雇われた科学者たちは可能性のある治療について研究を行った。流行が拡大するにつれて、連邦政府はカナダ中の大学の研究者や研究所に資金を提供し、生物医学的研究と心理社会的研究を行った。HIV/AIDS のあらゆるタイプの研究に費やされる連邦予算の割合は年々拡大していった。研究費は現在、*Federal Initiative to Address HIV/AIDS* の下で全資金提供の 40% 近くに達している。

サーベイランスシステムは流行に伴って展開された。現在の制度は連邦・州・準州の各政府の連携により行われている。州と準州の責任でデータを収集し、連邦政府はすべてのデータを統合・分析し、定期的に疫学的報告書を発行する責任を負う。日常的なサーベイランスに加え、MSM や注射薬物使用者など特定層を対象を絞ったサーベイランスシステムが展開された。

影響を受けたコミュニティの能力向上

カナダの HIV/AIDS の対応は HIV に感染した人々が社会と強く関与していることが特徴である。その人々はステークホルダーやコミュニ

ティベースの組織と呼ばれている。流行当初、最も感染者が多かったのはゲイの男性で、彼らは政策決定への積極的な参加を求めて結集した。その行動力が先例となり、病気が流行するにつれて他のコミュニティもあとに続いた。連邦政府、諮問機関、プロジェクトチーム (ステークホルダーで構成される) による協議を頻繁に行うステークホルダーからの有意義なインプットと照らし、連邦政府の計画を定期的に見直すなど様々なメカニズムが存在する。

大体的場合、連邦政府が資金提供するプログラムは補助金とプロジェクト資金のシステムを通じて NGO が運営する。こうした資金はコミュニティの能力構築に役立てられる

評価

National AIDS Strategy の第 1 期と第 2 期 (1990~1998 年) に、連邦政府は計画の成果について年次報告書を発行した (この報告書はすべてのステークホルダーと一般の人々が利用できる)。知識が増えるに従い、強調点は活動報告から政策やプログラムへの投資の成果の調査へと移行した。カナダの HIV/AIDS 戦略の側面については、影響の概略で詳しく述べる。

特定のグループに対する政策

主なターゲットグループ、つまり 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グループに関する 1990~2006 年の政策とプログラムの方向について述べる。

MSM

National AIDS Strategy の第 1 期 (1990~93 年) の MSM の予防対策は、ポスターやパンフレット、コンドームを配布して安全なセックス

の認識を強化すること、またコミュニティベースのゲイグループを支援し、コミュニティにくまなく認識を広めることに集中していた。これらの取り組みはトロント、モントリオール、バンクーバーなど、カナダの大都市を中心に行われた。ケアと治療の政策方針は、HIV感染者に治療情報を提供すること、この新しい疾患を罹った患者のケアを行う医師と看護師に教育することに焦点が当てられた。コミュニティ強化政策では、予防メッセージを広めるとともに治療アクセスを改善するため、コミュニティベースのゲイグループに財政支援が含まれた。調査と疫学研究、新薬の臨床試験、一般的な臨床科学、そして HIV 感染者の所得補助と居住地獲得について心理社会科学研究に力が注がれた。

National AIDS Strategy の第 2 期 (1993~98 年) では、予防、治療、コミュニティ開発、調査研究の分野で引き続き MSM と協力体制で行われた。予防プログラムをより効果的なものとするため、MSM 間の行動の決定因子に関する研究に資金が提供された。ホモホビア (同性愛嫌悪 : MSM に対する恐れや差別) との戦いについての教育資源が配布された。HIV に感染した MSM の精神面や心理社会的懸念に関して様々な研究が行われた。1996 年以前に MSM コミュニティで多くの死者が出たことから、悲嘆や死別に直面する MSM を支援するためのプロジェクトが開始された。抗体陽転や MSM の生活のその他の側面に関する長期的な情報を提供するため、コホート研究が確立された。MSM 間の流行を追跡するために調査が継続されたので、より効果的な報告体系となった。コミュニティを基盤として MSM が運営する協会は予防を広め、メンバーが治療やサービスにアクセスしやすい体制

を強化するために、連邦政府から資金提供を受けた。この期間にはケア、治療、支援の一連の流れが専門団体と連携して開発された。

- ・ HIV 感染者のケアのための包括的ガイド (医師と医療従事者を対象)
- ・ 介護
- ・ 緩和ケア (1996 年の抗レトロウイルス療法の登場以前は特に重要であった)
- ・ 社会福祉事業
- ・ 在宅ケア
- ・ リハビリテーション (1996 年以降重要となる)
- ・ *Managing Your Health* (HIV 感染者 (主に MSM) の協会が開発した。HIV 感染者をターゲットとする。)

カナダの人口が民族的文化的に多様性であることから、南アジアとその他の文化圏を起源とする MSM のための HIV 予防とケアの資源開発の政策がとられた。

Canadian Strategy on HIV/AIDS (1998~2003 年) では、ゲイコミュニティのメンバーが健康の決定因子の枠組みに基づき、MSM の健康へのアプローチを求めて声を上げた。National Reference Group が立ち上げられ、2000 年に 2 つの報告書を作成した。“*Framing Gay Men's Health in a Population Health Discourse*” と “*Valuing Gay Men's Lives: Reinvigorating HIV prevention in the context of our health and wellness*” である。これらの報告書はのちに MSM 問題を取り組む方向へと導いた。この時期に特有の懸念として、若いゲイ男性間における HIV 感染の再流行があった。したがって、こうした MSM の新しい世代を動かす新しいアプローチを開発する必要性が出てきた。パイロットサーベイランス

システム（第2世代サーベイランスシステムとして知られる）がMSM間のHIV感染リスク行動、ウイルス性肝炎、性行為感染症を追跡するために、カナダ全土のセンチネルセンターに確立された。

Federal Initiative to Address HIV/AIDS では、MSMは政策の特定対象である。ゲイの男性により、ゲイの男性のための予防と治療に関する2つのソーシャルマーケティングキャンペーンが開発され、2004年と2005年に開始された。

血液製剤感染者

流行当初では、血友病患者と輸血患者はHIVに感染した。これらのグループに対する連邦政府の政策は予防、治療アクセスプログラム、臨床調査、HIVの影響を受けた家族や子どもを心理社会的に支援するカナダ血友病学会の支援を含んでいる。流行が拡大するに従い、血液製剤は献血者のスクリーニングからより安全になったが、抗レトロウイルス療法が確立されるまでの1996年以前は、多くのHIV感染者が死亡していた。このターゲットグループはもはや問題のある感染層ではない。

女性

National AIDS Strategy の第1期では、女性は異性間性的接触を通じて潜在的に感染リスクのあるグループと指定された。直接支援するプログラムはなかったが、彼女たちの声は重要であると注目されていた。流行当初、特にAZT（ジドプジン）が出るまではHIV母子感染が大きな懸念材料であった。*National AIDS Strategy* の第2期では、女性は予防治療政策に関する中心的存在となった。トロントのVoice of Positive Women、またモントリオールやバンクーバーでも同様のグループがあり、HIV女性のコミュニティ組織はさらに強化化

し、連邦政府から予防と能力向上のための資金援助を受けた。1997年から1998年には、連邦・州・準州のグループはHIV母子感染の予防を目指して連携し、一貫的な取組みを強化する体制をとった。

Canadian Strategy on HIV/AIDS では女性に焦点が当てられた。特に先住民族では、注射薬物使用者と注射薬物使用者の性的パートナーを持つ女性間でHIV感染率は確実に上昇したからだ。National Reference Group on Women and HIV/AIDS（2000～2001年）が開かれ、女性を最優先した政策とプログラムを連邦政府に提言した。国家レジストリはHIV母子感染とHIV母子治療に関する長期の効果を追跡し記録するために設立された。集団健康枠組みの下で、連邦政府はHIV/AIDS感染女性に対して連邦政府独自のジェンダー分析を行った。これは女性の予防治療に影響を及ぼす要因を見分けること、さらにすべてのプログラムが性別に敏感に反応していることを示している。

Federal Initiative to Address HIV/AIDS（2003～2010年）でも女性は特別な政策やプログラムを開発するためのターゲットグループであった。2004年にNGOは連携し、*Blueprint for Action on Women and HIV/AIDS* を作成した。プロジェクトは連邦予算を支給され、今やカナダ全土で60以上の組織となっている。

先住民

先住民の感染については、この層の間で感染率が急増した1990年代半ばまで明らかにされなかった。先住民は*National AIDS Strategy*（1990～1993年）の第1期では、文化に応じた予防情報と先住民コミュニティグループ（特に都会や特別保護地区で生活する先住民）の能力向上が必要だとわかった。その取

り組みは予防教材の開発と先住民の層に治療を提供する医療従事者のスキルの強化を中心とした。1991年には先住民の AIDS 教育に関するカナダ国家会議が開催された。

National AIDS Strategy の第 2 期では、先住民間の流行拡大が最も急激なものであるとわかった。政策を地域レベルと国家レベルで先住民コミュニティベースのグループの支援に向け、文化に応じた予防教材を開発し普及し、さらに治療にアクセスしやすくした。この支援であるが、複数の先住民言語と先住民緩和ケアガイドには予防プログラムが含まれている。先住民コミュニティの医療従事者は予防治療研修に参加し続けた。先住民の流行における研究調査力を強化するために特別グループが結成された。調査は HIV 感染者に対する汚名や差別を回復するためにコミュニティの支援を得て、予防の危険因子研究と文化に応じた対策の開発が行われた。カナダ先住民の HIV 感染は注射薬物使用により拡大したことがわかったため、この層では文化に応じた介入の開発に専念した。計画の第 2 期では、先住民グループは固有の先住民 HIV/AIDS 対策を提唱し始めた。

Canadian Strategy on HIV/AIDS (1998~2003 年) では、先住民プログラムと調査に追加資料が割り当てられた。2001 年には、先住民コミュニティベースのグループは HIV/AIDS 先住民国家審議会 (the National Aboriginal Council) を形成し、連邦政府に先住民問題のあらゆる側面を提言した。2003 年には HIV/AIDS 先住民戦略が開発され、連邦政府、HIV/AIDS 先住民国家審議会、カナダ先住民 AIDS ネットワーク (国家ステークホルダー組織) が協力した。HIV/AIDS 先住民戦略は連邦政府の HIV/AIDS 総予算から捻出されて

いる。また先住民固有のプログラムは、オーナーシップ、管理、情報へのアクセス、研究結果の所有権の原則に基づく先住民コミュニティの研究を行うためにも作成された。先住民コミュニティ研究プログラムは先住民と一緒に研究を行う中でコミュニティ全体を巻き込み、学術研究者とコミュニティあるいは個々の研究家の間で指導権の分担を行った。

Federal Initiative to Address HIV/AIDS (2003~2010 年) では、特別保護地区に居住していない先住民が HIV 予防治療に完全にアクセスできるように特別プログラムが作成された。特別プロジェクトは、バンクーバーに住む先住民 (注射薬物使用者を含む) が直面する問題を中心につくられている。カナダ全土をカバーするこの多種多様なプログラムは予防治療の強化と調査を目的に、先住民コミュニティの能力向上のために連邦政府が予算計上している。調査によると、先住民がサービスにアクセスするときには重大な障害に直面することが示唆された。連邦政府は HIV/AIDS 先住民国家審議会に予算を引き続き提供し、情報共有とスキル確立を推進する。

注射薬物使用者

National AIDS Strategy の第 1 期では、注射薬物使用者は注射針の共有による感染リスクのあるグループに指定された。連邦政府は州政府に資源を提供し、情報、カウンセリング、注射針交換プログラムの提供を強化した。違法薬物の注射をやむを得ず認めることになる注射針交換プログラムが物議をかもしたので、注射針交換が広く浸透する以前に公衆衛生局と法執行機関の数年間に及ぶ協議が必要であった。

National AIDS Strategy の第 2 期では、注射針交換が広範囲に行き渡り、注射薬物使用者の

健康被害軽減戦略 (harm reduction strategies) に焦点を当てた政策がとられた。この戦略によると、麻薬常用者は薬物注射を続ける可能性があり、麻薬の使用を止めるよりも安全な使用に向けて支援することが最大の投資だということだ。またこの戦略では、清潔な注射針の使用や供給を行うこと、注射器針を共有しないこと、この行為がにわか仕立ての場所で実行されるという教訓から、安全に注射できる施設を確保することを含んでいる。健康被害軽減戦略はこの戦略と HIV 予防プログラムの発展段階で多くの麻薬常用者を参加させている。膨大な調査が注射薬物使用者になされたが、特にバンクーバーとモントリオールのコホートからのものが多かった。また政策では、住居不定者やホームレスを対象に、医療制度や社会支援ネットワークへの結びつきが十分でない層の調査も支援した。またこの層を調査するために移動診療車で都市部近隣を巡回し、食糧、コンドーム、清潔な注射器針を配布した。この層には病原体検査分析が行われ、より注意が払われた。国家対策本部は HIV/AIDS と注射薬物使用者に関する行動計画を発展させるために立ち上げられた。

Canadian Strategy on HIV/AIDS (1998~2003年) の政策方針では、新しいコミュニティベースの組織や注射薬物使用者の代表と連携を行い、健康被害軽減戦略、ケアと治療、麻薬常用者への支援を続けた。この期間中、連邦政府は州政府とバンクーバーの自治政府と共に働き、2003年には注射薬物使用者のためにカナダで最初の監視下注射施設の開設を準備した。(最近の研究から、監視施設があれば HIV 感染を抑制し、使用者を治療プログラムにリンクさせることに効果的であると示された。) 国家サーベイランスシステムが 2003年

初頭に設立され、注射薬物使用者が HIV や C 型肝炎になる行動リスクを追跡した。調査には連邦・州・準州の各政府の省庁間の緊密な連携を必要とした。

Federal Initiative to Address HIV/AIDS (2003~2010年) では、注射薬物使用者はターゲットグループに指定されている。プログラムは健康被害軽減への努力を支援し続け、C型肝炎の重感染の調査、感染リスクの削減と抗レトロウイルス治療を遵守することを推進した。

若者

National AIDS Strategy の第1期では、予防が中心課題となり、9年生(14~15歳)を対象にした教育ビデオと大学生用の情報プログラムの開発が行われた。研究により、血液製剤により HIV 感染した家族のニーズが取り上げられた。*National AIDS Strategy* の第2期では、若者を対象とした予防資源を続けて生み出し、またプログラムを大人から若者へ伝えるよりも若者から若者に伝えるほうが効果的なので、ピアプログラム (peer education) に焦点を当て続けた。資源は大都市で路上生活する若者(ホームレス)にサービスを提供しているコミュニティベースの組織に提供された。カナダ全土で HIV 教育は定期的に学校の授業に組み込まれ、連邦予算で開発された資源がしばしば使われた。またこの政策は幼稚園や保育園も含み、教育制度のあらゆるレベルで HIV に感染した若者を支援した。作業の大部分は、恐怖や差別を減らすこと、HIV 感染した子どもを教育環境に馴染ませることに焦点を当てた。

Canadian Strategy on HIV/AIDS (1998~2003年) では、特に HIV 予防の視点から若者と若い MSM に焦点を当て続けた。*Federal Initiative to Address HIV/AIDS* (2003~2010年)

では、ターゲット層に対する市場キャンペーンに強力に焦点を当てた。2004年、若者に狙いを定めた、HIV感染撲滅国家意識向上キャンペーンは、巨大な国家ステークホルダー組織と連携して開発された。

Federal Initiative to HIV/AIDS (2003～2010年) は若者をターゲット層と指定した。新しい政策方針は都市の若者と比べて性知識の少ない田舎の若者に向けられた。連邦政府予算はHIV感染した若者の支援プログラムを続けて支援している。連邦予算で開設された若者のためのウェブサイト *Canadian AIDS Treatment Information Exchange* がある。先住民とMSMのためのプログラムも若者に焦点を当てている。

HIV 流行国の出身者

このターゲットグループは疫学調査により、このグループで流行が拡大した1990年代半ばの流行の後半までは連邦政府政策の対象ではなかった。当初の懸念は、特にモントリオールの大規模なハイチ人コミュニティにおける母子感染で、コミュニティに予防メッセージを広げてくれるコミュニティベースのグループへの支援や、HIV感染を隠したり、治療を受けなかったり、HIV陽性のレッテルを貼られる恐れから安全なセックスを実践しないなどといった汚名や差別と戦う支援に向けられた。

Canadian Strategy on HIV/AIDS (1998～2003年) と *Federal Initiative to Address HIV/AIDS* (2003～2010年) の期間中、HIV流行国からの出身者から成るコミュニティは政策の強い焦点となっている。連邦政府はコミュニティベースの組織と州政府と協力し、影響を受けているコミュニティの調査とデータ収集の改

善に取り組んだ。また、コミュニティの権利やプライバシーを尊重するような配慮がなされた。2004年には、特別な疫学報告書が作成された。HIV流行国の出身者のコミュニティを代表する組織は、女性が弱い立場になりがちである性的関係で、HIV感染を制御する方法として、*Microbicide* に関する研究の必要性を強く主張している。

Federal Initiative to Address HIV/AIDS (2003～2010年) では、HIV流行国の出身者は依然としてターゲットグループである。影響を受けたコミュニティとHIV感染者に対する予防とサポートプログラムが現在カナダ全土で資金提供を受け、サブサハラアフリカ諸国やカリブ海諸国を出身地とするコミュニティを超えて、南アジアコミュニティまで拡大してきている。HIV流行国の出身者のために、できる限りの国家戦略展開が進められている。

服役囚

連邦政府は、*National AIDS Strategy Phase* (1990～1993) 第1期に、現存する政策や慣行の見直しを行い、連邦刑務所に対し包括的アプローチを奨励するため、カナダ矯正保護局 (*Correctional Service of Canada*) に資金提供を開始した。予防方法としてコンドームが連邦刑務所内で配給された。*National AIDS Strategy* (1993～1998年) の第2期では、カナダ矯正保護局は、連邦刑務所内における予防とカウンセリングプログラムを開発した (服役囚により作成し配布されたピアプログラムを含む)。消毒剤配布のパイロットプログラム (注射薬物使用者間の注射針共用による危険を軽減させるためのもの) がある連邦刑務所で開発され、その後にはほかの連邦刑務所にも広められた。受刑者の権利を主張して、

受刑者が出獄後に生活に適応できるように（特に HIV 予防とケアに力を置いて）、コミュニティベースの組織が結成された。こうしたグループは連邦政府から財政支援を受けた。カナダ矯正保護局は服役前にも同様のプログラムを受けていたオピオイド中毒者のためのメサドン維持療法プログラムの利用機会を拡大した。また各種プログラムで刑務所職員の認識度（HIV の予防とケア、汚名、差別の抑制など）を計った。

Canadian Strategy on HIV/AIDS（1998～2003 年）では、連邦刑務所における予防と治療のイニシアチブに取り組んだが、コミュニティベースの組織は適切なプログラムと資源が不足している現状に対し不満を表明した。

Federal Initiative to Address HIV/AIDS（2003～2010 年）では、刑務所の収容者はターゲットグループとなり、カナダの刑務所における予防と治療へのアクセスの推進政策が行われている。あるグループは取り組みの調整を図り、連邦・州・準州レベルでの刑務所長を一同に集めている。2006 年後半にカナダ議会は 6 つの連邦刑務所内に安全な入れ墨設備を提供していたプログラムを政治的判断で廃止した。この決定はステークホルダー組織から批判を受けている。

性労働者

この層がターゲットグループと指定されたのは流行の終わり頃で、1990 年代中頃から性労働者のコミュニティベースのグループに財政援助が行われ、特にトロントやモントリオールでは、コミュニティのメンバーに対してアウトリーチ型の予防啓発活動を実施し、性労働者との関係も含め常にコンドームを使用する必要があるという社会認識を高めることを目的とした。政策では、性労働者の医療サー

ビスと HIV 検査、治療へのアクセスを高めるためのコミュニティベースのプログラムも支持された。現在の *Federal Initiative to Address HIV/AIDS* のもと、連邦政府は Forum XXX（2005 年にモントリオールで開催された世界初の性労働者の国際会議）に対して財政援助を行った。会議では HIV が主要議題の一つとなった。

4. 組織概要

次のセクションでは 1990～2006 年の *Canadian Strategies on HIV/AIDS* のもとで実施政策とプログラムの組織について述べる。

政策とプログラムの実施

カナダの HIV/AIDS の対応は常にパートナーシップモデルに基づいてきた。これは連邦政府のシステムのため、ある意味では必要に迫られたものである。すなわち、連邦政府（調整とリーダーシップの役割を持つ）は、医療の責任を直接 10 州と 3 つの準州に帰するというものである。それはカナダの価値体系が市民の強い声（人民による、人民のための政治）と多様性の尊重を伴った、参加民主主義への信頼に基づくためでもある。これは歴史的に 2 文化（イギリスとフランス）社会、そして今日における多文化社会にある程度由来している。こうした価値観は政策プログラムの決定や意思決定のための協議に HIV 感染者が関与することを強調するカナダの HIV/AIDS 対応の実施体系に反映されている。これらの価値観はまた、連邦政府は取りまとめ役ではあるが HIV 対応に関係する多くのパートナーの一つに過ぎないという、連邦政府の一貫した姿勢にも反映されている。

1982～1990 年の流行初期では、連邦政府の取

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に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

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grant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、連邦資金が確実に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場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、新規のアカウンタ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相当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 MSM 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