特集：国際保健における人材養成

人材養成―世界のHIV/AIDS対策の経験から

清　水　美登里

Human resources development――Experiences of global HIV/AIDS programme

Midori SHIMIZU

1．はじめに

1999年のノーベル平和賞に「国境なき医師団」が選ばれた．1971年に設立された民間の人道援助組織で人種，宗教，思想などの違いを超えた中立公平な立場に立つことを基本理念として，これまでに80か国以上で，一万人以上の医師，看護婦，物資援助員を派遣している．エイズの分野でも当組織の技術的サポートは見逃せないものとなっているが，いかにそのプロジェクトやプログラムが現実的に役立つか，どれほど実用的であるかが現場では求められる．そのためには，試行錯誤を繰り返しながら積み上げられた経験や実績を基に具体的な思考を重ね，論理を積み上げていくこととなる．ここでは東南アジアでの経験を中心に，今や世界的脅威であるHIV/AIDS予防対策をいかに行うかということについて幅広い視点から人材の養成も含めて考えていくこととする．

2．エイズの状況

国連エイズ計画の1999年末の発表の最新資料（表1）によれば，成人と子供を併せて3,360万人のHIV/AIDS感染者が世界中で生存している．このうち，3,240万人は成人，残りの120万人は子供である．東南アジア及び南アジアを合計すると世界の感染者の約2割だが，中国，インドなどに代表されるように世界の人口の過半数以上を占めるこれらの地域では潜在的な感染者増加の危険性が高く，例えば，タイやフィリピンなどのアジアの国々では強力な予防プログラムの実施でHIVの危険性が緩和され，HIV感染率が低下，もしくは，横ばいであるにもかかわらず，1999年1年間を通して560万人の新規感染者が発生した．その他のアジア諸国はとりわけ売春婦(CSW)や男性と性関係を持つ男性(MSM)の間の麻薬静注の拡大やコンドームの未使用が新たな情報として示されたことによって警鐘が鳴らされた．また，エイズ予防のための努力はエイズに付随する差別偏見のため徒労におわっている．感染原因の傾向は世界のそれぞれの地域で異なっている．

アジアの国別に比べると，とりわけインド，タイ，カンボジア，ミャンマー及び中国の感染の拡大が懸念されている（表2）．

3．HIV/AIDSの感染原因とその背景

人類の脅威であるHIV/AIDS感染の最高の特効薬は現在のところ，予防以外にないとされている．決定的な治療法もワクチンもまだ開発中であり，21世紀のペストとも比喩されるこの疾病の脅威から逃れるには，今のところ感染経路をいかに遮断するか，感染原因をいかに避けるか，が鍵となる．一般的に感染経路は次の四つである．1）性的接触（経膣，経肛門）による場合2）HIVウィルスの混在した血液や血液製剤，組織，器官による場合3）HIVウィルスの付着した針や注射器，その他の鋭利な器具の使用による場合4）母子感染による場合，とされている．単純に考えれば，以上四つの感染経路を断ち切ることができれば，この病の危険に人類が曝されることはないはずである．だが，いずれの感染経路も人々の日常生活に深い関連があるばかりか，宗教的，社会的，経済的，文化的要因とも複雑に絡み合っており，そう容易くなくすことはできない．そこで，現実的に予防するために，いかに人々の行動を変容させていくか，ということに着目されている．日本では，生活習慣病の対策に大いに活用されているので，これと重ね合わせて想像していただければ，より理解しやすいと考える．流行状況や対策の評価には行動変容のサーベイランス結果が具体的な目安として使用される傾向にある．今のところ行動変容はHIV/AIDS流行に対して最も効果的な対策の中心となっている．

4．タイ国のHIV/AIDS対策の経験とその成果

タイのHIV/HIDS禍に対する国を挙げての長年の取り組みとその成果は，アジアの近隣諸国にとって手本になっており，学ぶところは少なくない．

1）タイのHIV/AIDS流行の始まり

最初の報告は，1984年に外国からタイに戻ってきた男性で，タイで初めてエイズと診断され，バンコクの病院で加療された．それから数年は感染者はそのほとんどがMSMであ

UNAIDS

表１　地域別のHIV/AIDS流行状況（1999年12月）

地　域	流行の始まり	成人及び子どもHIV/AIDS感染者数（単位：千人）	成人及び子どもの新たなHIV/AIDS感染者数（単位：千人）	成人感染率*	女性のHIV(+)割合(%)	主な成人HIV/AIDS感染経路
サハラ以南のアフリカ	1970年代終わり～1980年代初め	23300	3800	8.0%	55%	異性間性感染
北アフリカ・中東	1980年代終わり	220	19	0.13%	20%	麻薬静脈注射 異性間性感染
南アジア･東南アジア	1980年代終わり	6000	1300	0.69%	30%	異性間性感染
東アジア･太平洋	1980年代終わり	530	120	0.068%	15%	麻薬静脈注射 異性間性感染 男性間性感染
ラテンアメリカ	1970年代終わり～1980年代初め	1300	150	0.57%	20%	男性間性感染 麻薬静脈注射 異性間性感染
カリブ地域	1970年代終わり～1980年代初め	360	57	1.96%	35%	異性間性感染 男性間性感染
東ヨーロッパ･中央アジア	1990年代初め	360	95	0.14%	20%	麻薬静脈注射 男性間性感染
西ヨーロッパ	1970年代終わり～1980年代初め	520	30	0.25%	20%	男性間性感染 麻薬静脈注射
北アメリカ	1970年代終わり～1980年代初め	920	44	0.56%	20%	男性間性感染 麻薬静脈注射 異性間性感染
オーストラリア･ニュージーランド	1970年代終わり～1980年代初め	12	0.5	0.1%	10%	男性間性感染 麻薬静脈注射
合計		33600	5600	1.1%	46%	

＊1998年人口を使った1999年の成人(15才～49才)HIV/AIDS感染割合

り，HIV/AIDSの流行は限局されたものだった．1985年～1987年はじめにかけて行われた売春婦（CSW）及び麻薬静注者（IDU）らへのいくつかの研究によれば，その当時最も流行していたMSWがせいぜい１～２％，IDU １％以下で，売春婦（FSW）にいたっては，パタヤで見つかった１症例のみであった．この頃流行は緩慢で限局的流行だったため，多くの人はHIV/AIDSが今日のような極めて深刻で重大な問題になるとは夢にも思わなかった．

タニャラック病院及びバンコク市内のクリニックでのIDU間サーベイランスによって，HIV感染レベルが爆発的な増加に到っていることがわかった1987年から翌88年の間に状況は一転した．IDUの感染率は，87年の１％以下が88年半ばまでに30％以上に上昇した．国レベルでも同じくIDU間での感染の急上昇が89年末までに見られた．その後現在に至るまでIDU間のHIV感染罹患率は30％から40％の間で落ち着いている．

しかし，IDUに関心が向いている間，タイの異性間性接触によるHIV/AIDS流行はほとんど目に触れなかった．88年から89年の間，継続したFSWへの血液調査では国中のHIVレベルは低いとされていた．例えば，88年のチェンライ調査では検査対象のFSWの0.5％がHIV陽性，一方バンコク，パタヤ，チェンマイ，プーケットでの調査では血清罹患率は０％から0.4％と報告された．

これらの継続的な低レベルの感染率はほとんど警鐘の理由とはならなかった．89年半ば保健省が新たに確立した国家センチネルサーベイランスの結果からチェンマイの売春宿を基点としたFSWの44％がHIV陽性であることがわかったとき国家的な衝撃が走った．このシステムによる第一回のサーベイランスが行われた14県のどこにもHIV感染があることの判明は衝撃以上であっただろう．HIV感染の地理的分布

表２　アジア・太平洋の主な国のHIV/AIDS感染の状況
（1999年UNAIDS・WHO統計による）

国　名	推定感染数（千人）	成人感染率	感染経路	流行傾向
カンボジア	180	3.70%	異性間性行為	爆発的流行
中国	0.3～500	0.1%	麻薬静注	急上昇
インド	2000～5000		性接触 麻薬静注	ある州で流行 その他は横ばい
ラオス	1.2	0.01%	異性間性行為	低い，横ばい
マレーシア	41	0.19%	性接触 麻薬静注	横ばい
ミャンマー	440	1.80%	麻薬静注	増加
ネパール	25	0.24%	性接触 麻薬静注 売春婦とのつながり	ゆるやかな増加
パプアニューギニア	4	0.19%	異性間性行為	ゆるやかな増加
フィリピン	29	0.10%	性接触	低い，横ばい
タイ	770	2.4%	性的感染	低い，横ばい
ヴェトナム	80	0.20%	性接触 麻薬静注	ゆっくりとした増加

は拡大していた．

89年末までにこの14のほとんどの県のSTDクリニックに通院している男性がHIV陽性であることが報告された．そのほとんどは売春宿の客であり，また約３分の１の妊婦がHIV陽性であることもわかった．90年６月までにこのサーベイランスシステムを全県で実施した．その結果，各県で次々にFSW，STDクリニックに通院する男性及び妊婦らの間でのHIV感染がわかってはじめて，異性間性接触優位のタイにおけるHIV/AIDS感染の流行が疑いようのないこととなった．

90年に国家レベルでのHIV/AIDS感染流行の拡大が疫学的に実証されると同時に，タイ赤十字AIDSプログラムとチュラロンコン大学によって第１回危険行動調査が実施された．世界保健機構（WHO）の世界エイズプログラムの補助によるタイのHIV感染に関するパートナー関係と危険性の調査で，性行動，IDU，国中のエイズの見識の各水準と各様式におけるデータが集計された．

政策意志決定者間に幅広く知られたこの調査の結果，15歳から49歳のタイ男性の28％が過去１年の間に婚姻前あるいは婚姻外の性交渉が報告され，これはこの間の買春客の４分の３に相当する．20歳から24歳の若い男性の40％以上が過去１年の間に買春したとの報告もされた．もしも実証されているように売春宿の客がHIV感染に対して高い危険性があるならば，タイの人口やタイの労働力におけるHIV流行の潜在的な衝撃は計り知れないものとなる．

２）拡大された反応とその効果

これら疫学的，行動学的実証の影響によって，タイ社会は91年に始まる流行への対応を迅速に拡大し，その努力を財源の増加とマンパワーの養成にあてた．タイ政府は性産業でのコンドーム使用の積極的奨励（100％コンドームプログラム）並びに実質的STD治療の拡大の両政策を適用した．国家エイズ委員会の座長を首相が務め，政府は予算を着実に増加し，96年までに多額の予算をエイズ活動にあてた．各省がそれぞれエイズ計画を実行するため国家予算を直接投資した．タイの広告業界の支持を得てHIVから国民を守るために国民を教育するような努力がマスメディアを通して展開された．タイの民間組織（NGO）は，そのいくつかは国家の予算補助を受けながら，工場でのピア教育のプログラム，村落地域の現地での関連プログラムへの住民参加開発及び感染者地域を基点にしたケアを導いた．HIV/AIDS感染者は自助グループを組織し，予防，ケア及び活動の支持に着手した．多数の民間ビジネスは労働現場でのエイズ予防プログラムを始めた．

これらの努力は確実に行動変容を促していった．売春宿でのコンドーム使用の報告によれば，国中で急速に上昇し，いくつかの売春宿では90％以上の割合で安全な性交渉が行わ

れていることが判明した．過去12か月の間，FSWを訪れたと答えた男性の割合は，90年から93年の間に半減した．エイズ死亡者数は増える一方で，HIV抗体陽性率によって流行速度の減速が数々の資料から示唆された．保健省性感染症課の報告によれば，性感染症数は確実に減少していった．93年以降，21歳タイ男性HIV感染率は国レベルで最高の3.7％から減少し始めた．

しかしながら，これら数々の前向きな対策が実施されていったとは言え，決してHIV感染に対する国家を挙げての予防とケアを緩めるわけにはいかなかった．ここで述べているように数多くの変容がタイの流行の性格とその方向を生じさせ，国家的対策の新しいプログラムの率先でこれらの変化に力強く対応するはずである．同時に，危険の減少に大いに貢献するプログラムは持続されなければならない．このような配慮がないと国家レベルでの新規HIV感染者の大がかりな減少はあり得ない．

3）行動変容に連鎖した**HIV/STD**の減少

これまでの資料の暗示から，タイのHIV/AIDS流行は恐らく世界のなかでも最も拡大し，かつ，最も完全に文書化された感染症流行であったろう．保健省の国家HIVセンチネル・サーベイランスはほぼ初期から感染流行の評価を捕えた．流行を促す危険行動のデータは早期に集計され，広く頒布された．数多くのタイ研究者や国際的共同研究者が流行の影響因子を理解し，その拡がりを遅速する効果的な対応策を確立するため多数の研究を行った．これら研究は，疫学から行動へ，臨床的明示や治療へ，予防プログラムデザインや評価へとその訓戒の範囲を十分に広げている．HIV/AIDSの様々な観点にたって千以上の良質な報告や論文が発表された．

この強力な研究基盤やデータ活用によってタイは報告された行動変容とHIV/STD罹患率及び有病率の間の連鎖を実証する最適地となった．これらの研究から，行動を変容させることを通して，確実にHIVの拡がりを減速させ，流行状況を変えることができることがわかった．しかし，これを遂行するためには，国家エイズプログラムに対して適切なレベルのサポートが不可欠であり，持続的な疫学的，行動学的状況の監視が肝要である．

5．行動変容

以上のタイ国の経験から実に様々な現実的な示唆が導かれた．先にも述べたようにHIV/AIDS対策には行動変容なくしては考えられない．

更なるHIV感染を軽減すること，HIV感染者への偏見をなくすこと，地域に根付いた対応を動員すること，法的，倫理的，人権の見地で総意を形成していくこと，麻薬使用による害や性産業の拡大を最小限にすること，病に臥せっている感染者，その家族，長期生存者への地域をベースとしたケアを組織することが重要である．あらゆる状況においてすべての問題に挙げ，行動変容を促していくにはたったひとつの方法では機能しない．なぜなら，これはHIV感染流行のその性格及び社会が協働し合う手段によるからである．各異なった状況においてそこに置かれた個人，家族，地域，国家とそれぞれのレベルで違った効果をHIV/AIDS感染の流行に投げかける．それは，私たちの日常生活，例えば社会的，文化的，経済的，政治的，発展的環境のなかの様々な見地が絡み合っている．とは言えども，どのようなアプローチが最適であるか知るよう大いに努めるべきである．最も効果のあるプログラムは変容を奨励し助長するが，反対に効果の薄いプログラムは周りに左右され妥協する．行動変容を推進するプログラムを企画するには考慮しなければならない普遍的な問題がいろいろある．

HIVの流行を阻止，軽減させるような行動変容は，結果としてその流行に特別なプロセスで係るわけではない．HIV感染に関係する変容を推進可能なプログラムの方法はHIV以外の分野での同様なプログラムとも一致する．われわれは自身の世界を理解し，我々自身が行動する多種多様な方法から効果的な変容が浮かび上がる．それらはすべて，これまでの各種訓練や日常の経験からの理論に伴って引き出される．

6．行動変容を促すプログラム

個人，家族，地域，国家の各レベルで行動変容を図るため，それぞれ汎用されているプログラムがある．

① マスコミュニケーションプログラム（IEC）
② ピア教育（友人同士の会話）プログラム
③ 研究プログラム
④ 戦略的計画や政策反映をサポートするためのプログラム
⑤ NGO，HIV感染者，その他のグループ間でのネットワーキングを奨励し，創設するためのプログラム
⑥ 会議
⑦ カウンセリングサービスを提供するプログラム

行動変容は各人で同じではなく，一筋縄ではない．人々はときと場合に応じてそれぞれ異なった変容の段階を介して変わることが出来る．また，かような行動の変容を受容する環境があってこそ，各段階を経て人々は変容を図り得る．さらに，個人的，あるいは，集約的な受容能力の拡大があってこそ，受容環境は改善され，人々は適応する．いずれにしろ，前述したプログラムの最も決定的な目標は，各段階の変容を可能とするように人々の認識能力を作ることとそれに応じて環境を変えていくことである．加えて，意識的に意図し，企画していく結果，プログラムは人々の間で一連の相互作用となって機能する．

効果的なプログラムを企画するには，以下のような段階が必要となる．

①関係者の間の相互作用，②関係者と一緒に作業することでより一層の理解を高める，③現存する受容力を完遂し，必要とされることを決定する，④必要とされることに対し，最も適切されるプログラムを決定する，⑤選択されたプログラムの選択についてさらに学ぶこと，⑥選択したプログラムを実行すること，である．

あらゆる状況ですべての人々に機能するプログラムはひとつではない．なぜなら，文化，信条，経済，政治といった各種の状況並びに慣習の改善のような多種多様な変容を通してこそHIV感染の流行に影響が及ぼされるからである．したがって，各々異なった状況におかれている個人，家族，地域がそれぞれの角度からHIV感染の流行へ違った効果を及ぼすことができる．しかしながら，各状況で実施されることがうまく効を奏する場合，価値があるとみなされる問題はいろいろである．使用するプログラムの方法を決定する前に各状況の性格を理解する必要性から問題の焦点は絞られるべきである．プログラムはそれだけでは成り立たない．各異なった種類のプログラムが違った状況で機能する．複雑で特異な経緯の問題に対し，性急な解決を計ろうとする以前に最も必要とされることについて注意深く考えることが重要である．行動変容を一層理解することでより効果的にHIV流行を食い止めることができる．最も効果的な対応は，それぞれの特異的な状況において各々懸念されることを挙げ連ねて人々が一緒になって共に立ち向かうことである．HIVの流行が続く限り，出来るだけそれを防いでいくために複合した要因を理解する必要がある．これがすなわち人材の養成に直結する．

7．将来にむけて

今までの私自身のつたない経験も踏まえれば，コミュニケーション能力，現実を素直に捉えるための視点，対象に対する情熱等個人的な資質もさることながら，日本の今後の国際協力の人材養成を考えると，定期的な国際セミナーやワークショップ等の開催，ニュースレター等によるネットワークの構築，JICA等のプログラムへの各方面からの積極的な人材登用等多様な手段が考えられる．エイズ分野に限定すれば，日本は他国の経験から学ぶことが少なくない．行動変容に限らず，これまで世界が学んできた経験と専門知識，技術のうえに各自の創意工夫が加わってこそ，予防，ケアといった着実な前進が可能となると考える．