

海外医療協力委員会
エイズ協力専門部会
報告書

平成8年2月

JICA LIBRARY



J 1131421 (8)

国際協力事業団
医療協力部

医計

J R

96-14

海外医療協力委員会
エイズ協力専門部会
報告書

平成8年2月

国際協力事業団
医療協力部



1131421 (8)

序 文

平成7年2月23日に開催された、第27回海外医療協力委員会において、「地球規模問題であるAIDSに対し、国際機関や他の援助国がどのように協力事業を実施しているか調査研究し、こうした援助動向を踏まえて今後の国際協力事業団（JICA）の取り組み方を検討すること」を目的とした、エイズ専門部会の設置が承認されました。

また、AIDS問題への具体的な取り組みを検討するため、9名の専門家に参加して頂き、本専門部会の下にタスクフォースを設置することとし、平成7年7月13日に、第1回エイズ協力専門部会タスクフォース会議を開催いたしました。以来、平成7年9月5日に第2回、平成7年10月23日に第3回、平成7年11月13日に第4回、平成7年12月25日に第5回、平成8年1月19日に第6回と会合を重ね、この間、専門家各位から貴重なご意見を頂きました。

本報告書は上記タスクフォース会議の検討結果を取り纏めたものです。なお本報告書の作成に当たりまして、長きにわたりご協力頂きました関係各位に、深甚なる謝意を表する次第です。

平成8年2月

国際協力事業団

医療協力部長 平良 専純

目 次

序 文

1. 開発途上国における HIV/AIDS の現況及び協力課題	1
1-1 アジア地域	1
1-1-1 タイ	6
1-1-2 インドネシア	14
1-1-3 マレーシア	16
1-1-4 フィリピン	19
1-1-5 カンボディア	24
1-1-6 ヴィエトナム	29
1-1-7 ミャンマー	34
1-2 中南米地域	39
1-2-1 ブラジル	39
1-3 アフリカ地域	44
1-3-1 ケニア	48
1-3-2 ガーナ	51
1-3-3 ザンビア	54
2. 国際機関及び各国援助機関の AIDS 協力	55
2-1 国際機関	55
2-1-1 世界保健機関	55
2-1-2 世界銀行	55
2-2 各国援助機関	55
2-2-1 米国	55
2-2-2 カナダ	56
2-2-3 イギリス	56
2-2-4 オランダ	58
2-2-5 その他ヨーロッパ諸国 (ドイツ、デンマーク、フィンランド、ノルウェー、スウェーデン)	59
2-2-6 オーストラリア	61
3. 我が国の AIDS 協力に対する取り組み	63
3-1 地球規模問題イニシアティブ (GII)	63
3-2 AIDS 分野での協力	63
3-2-1 国際機関を通じた協力	63
3-2-2 二国間協力	63
4. 開発途上国に対する AIDS 対策協力のあり方	65
4-1 基本的な考え方	65
4-2 協力分野	65
4-3 総括	68
エイズ協力専門部会及びタスクフォース名簿	71

1. 開発途上国における HIV/AIDS の現況及び協力課題

1-1 アジア地域

アジア諸国の範囲を、WHO の所轄区分から西太平洋地域 (WPR) と東南アジア地域 (SEAR) と仮定して、その地域の諸国の AIDS 患者報告数を多い順に表 1-1 に示した。

アジア・太平洋地域は AIDS 流行に関してはパターンⅢといわれているが、その HIV 感染原因リスクは極めて多様である。表 1-2 には WHO 西太平洋地域内諸国の報告数と感染原因割合を示した。異性間感染の多い国はラオス、ブルネイ、マカオ、韓国、シンガポール、フィリピンなど、男性同性愛の多い国はオーストラリア、ニュージーランド (パターンⅠ) と太平洋地域諸島など、薬物注射乱用者 (IDU) は、ベトナム、マレーシア、中国などで、血液製剤/輸血は日本が突出している。母子感染はまだ多くない。

アジアの主要国の HIV/AIDS 流行の特徴の比較を表 1-3 に示した。

また、WHO/WPR 地域内諸国のハイリスク集団別の HIV 抗体保有率を表 1-4 に示した。アジア地域の諸国を HIV/AIDS 流行拡大の可能性の程度から 3 つのグループに分けると、グループ 1 (急速に増加中) はタイ、カンボディア、インド、ミャンマーなど、グループ 2 (急速に増加する可能性がある) はインドネシア、ラオス、ベトナム、マレーシア、ネパール、フィリピン、中国南部など、グループ 3 (増加中) は中国、ホンコン、日本、韓国、台湾などと考えられている。

このような世界の流行状況を踏まえて、WHO は HIV 感染者の年次発生数を推計・予測し、2000 年までにアフリカとアジアを主として全世界で成人 AIDS の累積数は 1,000 万人、HIV 感染者の累計は 3,000 万~4,000 万人に達すると予測している。一方、AIW の予測では、2000 年までの HIV 感染者累計は、最少予測 3,800 万人、最大予測値を約 1 億 800 万人と推計している。いずれにせよ、今後アジアの増加率は最も高く、世界全体としての感染者数の増加は今世紀中は続くもの考えられる。

表 1-1 アジア・オセアニア地域の AIDS 患者報告数

(WHO, 1995. 6. 30)

順位	国名	報告数 (人)	対 100 万*
1.	タイ	19,095	335.7
2.	オーストラリア	5,737	321.5
3.	インド	1,036	1.2
4.	日本	924	7.4
5.	ミャンマー	475	10.7
6.	ニュージーランド	473	135.6
7.	イスラエル	316	58.4
8.	ベトナム	228	3.2
9.	マレーシア	200	10.4
10.	フィリピン	198	3.0
11.	トルコ	164	2.7
12.	ホンコン	142	24.3
13.	シンガポール	123	43.9
14.	イラン	114	1.8
15.	カタール	112	293.9
16.	サウジアラビア	106	6.5
17.	パプア・ニューギニア	91	21.7
18.	レバノン	83	28.7
19.	インドネシア	67	0.3
20.	中国	65	0.05
21.	オマーン	51	32.7
22.	スリランカ	47	2.6
23.	パキスタン	46	0.4
24.	仏領ポリネシア	45	212.2
25.	ニューカレドニア	43	245.7

*人口は 1993 年推計値, UN

表 1-2 WHO 西太平洋地域 (WPR) 諸国の AIDS/HIV 報告数の感染危険因子別割合 (%) (1995. 6. 19)

国/地域	異性間性的接触 %	男性同性愛 %	IDU % (1)	輸血 % (2)	母子感染 %	その他・不明 %	総報告数
オーストラリア	4.6	53.8	3.3	2.3	0.2	35.9	18,782
ブルネイ	86.5	1.6	0.4	0.8	0.0	10.7	252
カンボディア	26.1	0.0	0.2	0.0	0.1	72.3	1,225
中国	8.2	0.4	72.7	0.3	0.1	18.4	1,774
フィジー	60.7	21.4	0.0	3.6	3.6	10.7	28
フランス領ポリネシア	30.6	37.5	10.4	9.0	4.9	7.6	144
グアム	21.4	50.0	2.9	7.1	0.0	18.6	70
ホンコン	42.5	35.5	2.2	12.1	0.2	7.5	544
日本	20.7	9.6	0.4	55.2	0.3	13.8	4,122
ラオス	98.3	0.0	1.7	0.0	0.0	0.0	59
マカオ	76.3	12.9	1.1	1.1	0.0	8.6	93
マレーシア	2.7	0.9	78.1	0.3	0.2	17.8	11,375
マリアナ諸島	0.0	60.0	0.0	0.0	0.0	40.0	10
ニューカレドニア	17.9	36.6	12.2	1.6	0.8	30.9	123
ニューージーランド	7.1	57.3	4.1	4.0	0.2	27.3	997
パプア・ニューギニア	17.0	2.0	0.0	0.4	4.9	75.7	247
フィリピン	50.6	18.8	0.5	1.6	1.3	27.2	618
韓国	68.2	19.1	0.0	7.9	0.0	4.8	456
シンガポール	58.8	35.7	2.3	0.3	0.3	2.6	308
ガイエトナム	9.2	0.0	80.6	0.0	0.1	10.2	2,325
合計 (3)	9.9	27.2	29.3	6.7	0.3	26.6	43,574

注: (1) 薬物注射乱用者 (2) 血友病及び臓器移植を含む (3) その他の国を含む

表 1-3 アジア諸国の HIV/AIDS 流行の現状

国名	主要リスク行為	AIDS 患者 報告数 ^a	HIV 抗体保有率 (調査年) ^b	流行の現状
バングラデシュ	異性間接触	1	不明	不明
カンボディア	異性間接触	0	0.8%、献血者 (1992) 9.2%、売春者 (1992) 4.2%、STD 患者 (1992)	急速増加
中国	IVDU/異性間接触	36	12.5%、IVDU、雲南省 (1991)	増加、特に南部で著しい
ホンコン	男性同性間/異性間接触	99	1.8%、男性同性愛/両性愛者、中国人 (1989) 39.4%、血友病 (1987)	増加
インド	異性間/IVDU	713	39.1%、IVDU (1986-91) 41.2%、売春婦、ボンベイ (1992) 1.4%、妊婦、マニプール (1986-92) 7.8%、STD 患者、タミールドゥ (1991)	急速増加
インドネシア	異性間/男性同性間接触	49	0.6%、異性服飾倒錯者 (1989-90) 0.1%、海外労働者 (1988)	流行初期、 急速増加の可能性
日本	異性間/男性同性間接触	713	2.0%、男性同性愛/両性愛者 (1988) 36.8%、血友病 (1985)	増加
ラオス	異性間接触	14	0.8%、献血者 (1993)	増加
マレーシア	異性間接触/IVDU	107	6.9%、IVDU (1991) 1.4%、売春者 (1991)	流行初期、 急速増加の可能性
ミャンマー	異性間接触/IVDU	261	0.3%、献血者 (1991) 1.0%、妊婦 (1990) 11.0%、売春婦 (1991) 76.5%、IVDU (1991)	急速増加
ネパール	異性間接触/IVDU	24	0.8%、売春婦/STD 患者 (1993) 1.6%、IVDU (1992)	増加
北朝鮮	不明	0	不明	不明
パキスタン	異性間接触	41	4.4%、性的放縦者 (1990) 0.8%、売春者 (1986)	増加
フィリピン	異性間/男性同性間接触	136	0.1%、売春者 (1992) 0.3%、同性愛者 (1988)	増加
韓国	異性間接触	19	0.1%、売春者 (1992) 0.3%、血友病患者 (1985-90)	増加
シンガポール	異性間/男性同性間接触	75	3.6%、男性同性愛/両性愛者 (1992) 0.5%、STD 患者 (1993)	増加
スリランカ	異性間/男性同性間接触	37	0.5%、売春者、コロンボ (1993)	増加
台湾	異性間接触/IVDU	48	2.2%、同性愛者 (1988) 0.3%、STD 患者 (1991) 0.4%、IVDU (1988-90)	増加
タイ	異性間接触/IVDU	5,654	1.8%、妊婦外来 (1993) 33.0%、IVDU (1993) 29.8%、売春者 (1993) 8.7%、STD 患者 (1993)	急速増加
ヴェトナム	異性間接触/IVDU	107	8.7%、IVDU (1993)	流行初期、急速増加

資料：a. WHO 報告、1994. 6. 30

b. Center for International Research, U. S. Bureau of the Census, HIV/AIDS Surveillance Database, 1994. (スリランカ、タイを除く)

表 1-4 アジア・太平洋諸国の HIV 抗体保有状況

(WHO/WPR, 1993)				
	時期	検査数	HIV 陽性数	HIV 陽性%
売春婦				
オーストラリア ^a	1992.1~9	1,039	—	—
カンボディア	1992.1~6	207	19	9.2
日本 ^b	1987-1991	1,672	—	—
マレーシア	1991	667	9	1.3
フィリピン	1992	12,590	8	0.064
韓国 ^c	1985-1991	41,125	11	0.0027
シンガポール	1992.1~7	2,740	—	—
薬物注射乱用者				
オーストラリア	1991	96	3	3.2
	1992.1~9	727	3	0.4
中国 (雲南省)	1991	1,167	146	12.5
ホンコン	1992	76	—	—
マレーシア	1988	697	1	0.14
	1989	4,317	114	2.6
	1990	9,094	459	5.0
	1991	5,123	352	6.9
フィリピン (バギオ、セブ)	1992	120	—	—
シンガポール	1992.1~6	212	—	—
ヴェトナム	1989-1992	2,008	4	0.2
	1993.2~3	1,061	92	8.7
男性同性愛/両性愛者				
オーストラリア	1984-1988	1,537	466	30.3
	1992.1~9	1,440	29	2.0
日本	1988	2,011	40	2.0
フィリピン (バギオ、セブ)	1992	495	—	—
シンガポール	1992.1~6	111	4	3.6
性感染症患者				
オーストラリア ^d	1992.1~3	2,250	—	—
カンボディア	1992	72	3	4.2
ホンコン	1991	2,662	2	0.08
	1992	2,565	—	—
パプア・ニューギニア	1992	1,722	3	0.17
フィリピン	1992	266	—	—
献血者				
オーストラリア	1989-1990	1,968,894	20	0.001
カンボディア	1991	3,965	3	0.076
	1992.1~6	1,724	13	0.75
日本	1992	2,179,069	7	0.0003
マレーシア	1990	193,059	28	0.015
シンガポール	1992.1~6	26,579	—	—

a : STD 診療所任意検査

b : 日本人

c : 陽性者は 1988 年以前

d : 異性間接触者のみ

— : 0

1-1-1 タイ

(1) 国状の概要

人口	5,858万4,000人(1993年)
気候	全土が熱帯気候に属し、年平均気温は北部内陸地方で26℃、南部の臨海地域で28℃と高温である。5～10月の雨季と11～4月の乾季に分かれる。
主要民族	タイ族(シャム族、ラム族)80%、中国系6%、インド系、ヴェトナム人のほか、山岳少数民族としてカレン族、ミャオ族、ヤオ族など
宗教	仏教(小乗仏教)95%、イスラム教4%、キリスト教0.6%
平均寿命	男性66歳、女性71歳(1993年)
教育制度	6・3・3制、義務教育年限6年
成人識字率	93%(1990年) 男性95%、女性91%
国民総生産	1,202億4,000万ドル(1993年)、1人当たりGNP 2,040ドル(1993年)
政治・経済	政体は立憲君主制、ASEANの有力な一員で、政府は近隣諸国との地域協力を積極的に進め、同時に日本、米国を始めとする西側諸国との友好関係の緊密化に努めている。他方、隣接するヴェトナム、ラオスなどの社会主義国に対しても良好な関係維持に努めている。ただし、カンボディアの内乱に伴う難民のタイへの流入は、タイの政治・経済・社会の大きな負担となっている。

労働人口の約半数は農業従事者で、主要産物は米、ゴム、砂糖などの農産物である。ほかに錫、マンガン、ホタル石などの鉱産物の産出も多い。最近では水産業、特に製造工業の発展が目覚ましく、高い経済成長を続けている。また、都市と地方の所得格差が大きいと、政府は経済成長の維持、所得格差の是正を目指し農業開発に力を注いでいる。

(2) HIV/AIDSの流行状況

JICA及び在タイ国日本大使館から入手した、現時点で最新の疫学情報を以下の表に示す。

① 表1-5 Distribution of AIDS by sex and risk behavior (Data as of November 30, 1995)

② 表1-6 Results from Sentinel Seroprevalence Survey, Thailand 1989-1995

タイはアジアでインドと並んで多数のHIV感染者を抱える国で、既に80万人程度が感染していると考えられている。1997年までに12万5,000人から15万人がAIDSで死亡し、西暦2000年までに感染者が200万～400万人、患者が35万～65万人に達するであろうと、WHOは予想している。タイにおける第1例は1984年9月に確認された米国帰りのタイ人の男性(MWSM)で、その後の初期の症例は外国から帰国したタイ人男性(MWSM)が主であったが、1987年から1988年にかけてIDU間に注射針の回し打ちによる感染が爆発的に広がった。その後、感染は売春男女性及びその顧客に広がり、異性間の性交渉が感染経路の中心となっていった。また、買春男性が家庭にHIVを持ち込み、主婦の間にも感染が広がってきている。妊婦の感染率は1.5%以上で、1993年には約3,000人の新生児が感染していることが判明した。このように、タイではMWSM、静脈薬物乱用者、売春女性、買春男性、その配偶者、母子感染とAIDS・サイクルが極めて短期間に完結したことになる。地域別では、北部における抗体陽性率が高い(図1-1)。タイにおけるHIV/AIDSに関する統計の主たる情報源は

① AIDS Voluntary Reporting System

② Semi-annual Sentinel Seroprevalence Surveillance System

の2者で、後者による各 Population Group の抗体陽性率は、IDU 31.39% (1995年末)、Prostitute-High-charge 9.48% (1994年末)、Prostitute-Low-charge 33.15% (1994年末)、Male Prostitutes 18% (1994年6月)、Male STD outpatient 8.08% (1995年末)、Donated Blood 0.63% (1995年末)、Pregnant Women 2.29% (1995年末) である。

表 1-5 Distribution of AIDS by sex and risk behavior
(Data as of November 30, 1995)

Risk Behavior/Sex	1984-1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	Total	%
1. Sex Related	14	34	64	357	1,186	4,829	9,817	6,583	22,884	78.67
-Homosexual Male	8	10	2	5	6	42	89	89	251	0.86
-Bisexual Male	1	4	4	4	0	2	23	25	63	0.22
-Heterosexual Male	5	17	50	320	1,062	4,181	8,298	5,333	19,266	66.23
-Heterosexual Female	0	3	8	28	116	591	1,335	1,104	3,185	10.95
-Unknown	0	0	0	0	2	13	72	32	119	0.41
2. IVDU	2	6	22	40	134	492	791	532	2,019	6.94
-Male	2	6	21	40	131	480	769	529	1,978	6.80
-Female	0	0	1	0	3	12	22	3	41	0.14
3. Blood Transmission	1	1	1	4	10	8	9	4	38	0.13
-Male	0	1	1	3	8	5	4	2	24	0.08
-Female	1	0	0	1	2	3	5	2	14	0.05
4. Vertical Transmission	2	2	15	69	133	449	711	410	1,791	6.16
-Male	0	1	10	35	63	252	371	224	956	3.29
-Female	2	1	5	34	70	197	340	186	835	2.87
5. Unidentified	0	0	2	13	77	635	1,016	615	2,358	8.11
-Male	0	0	2	12	71	563	873	527	2,048	7.04
-Female	0	0	0	1	6	72	143	88	310	1.07
TOTAL	19	43	104	483	1,540	6,413	12,341	8,144	29,090	100.00
Death in Country	11	17	40	130	530	1,577	3,317	2,589	8,211	28.23

Source : Division of Epidemiology

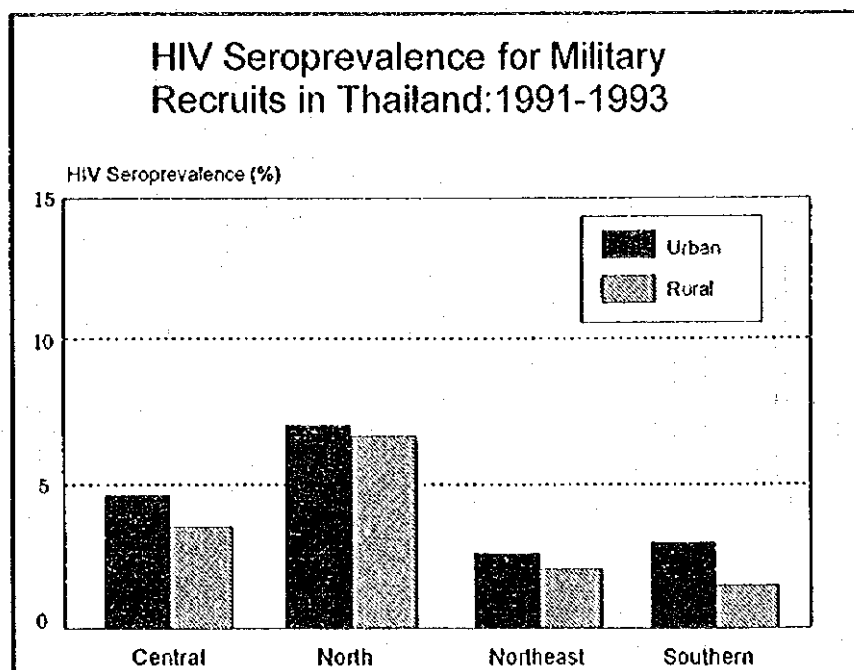
表 1-6 Results from Sentinel Seroprevalence Survey, Thailand 1989--1995

Population Group	Median													
	Jun-89	Dec-89	Jun-90	Dec-90	Jun-91	Dec-91	Jun-92	Dec-92	Jun-93	Dec-93	Jun-94	Dec-94	Jun-95	
Injecting Drug Users (IDU)	39.00	27.75	31.36	30.59	30.00	35.69	38.24	36.39	35.21	35.62	34.27	30.56	31.39	
Prostitute-Low-charge	3.50	6.93	9.30	10.53	15.24	21.83	22.97	23.86	28.67	29.52	27.02	33.15	17.79*	
High-charge	0.00	1.62	1.26	2.64	3.95	5.10	4.73	6.46	7.58	7.69	7.69	9.48		
Male Prostitutes	3.80	3.30	5.30	10.85	7.69	7.43	13.42	10.53	9.82	12.75	18			
Male STD out-patient	0.00	2.00	2.82	4.47	5.05	5.67	5.71	6.06	8.00	6.67	8.50	8.60	8.08	
Donated Blood	0.28	0.25	0.41	0.36	0.46	0.79	0.80	0.95	0.74	0.80	0.68	0.89	0.63	
Pregnant Women	0.00	0.00	0.00	0.00	0.81	0.63	1.00	1.00	1.39	1.50	1.78	1.61	2.29	

Source: Division of Epidemiology, Ministry of Public Health

Note: *The surveillance in this group is carried out in only 5 major provinces

**Including "low-charge prostitutes and high-charge prostitutes"



This study describes the urban/rural differentiation in HIV infection levels among Royal Thai Army recruits. All four regions report higher levels among urban recruits. The North region reported the highest urban and rural levels.

Source: International Programs Center, Population Division, U.S. Bureau of the Census, HIV/AIDS Surveillance Data Base, Dec. 1994.

图 1-1

(3) HIV 流行に関連する社会事情

性交渉に関して、タイ赤十字社が 1993 年に行った調査 (N=2,801) によると、タイ男性の初体験の平均年齢は 17 歳であり、そのうち約半数は売春婦を相手としている。15~19 歳の年齢層の 20% が過去 1 年間にしばしば売春婦と接触し、20~24 歳の年齢層になると 38~47% に達する。一般に、タイでは男性の性行動は束縛が少なく、伝統的に買春を行う傾向があると考えられており、コンドームの使用率が低いことも指摘されている。一方、女性に対しては純潔を求める傾向が強く、婚前性交や夫以外の男性との性交渉を告白した配偶者は数%であった。経済的に遅れている農村では、少女が義務教育を終えると、職業として性産業を選択し、それを貧しい家庭を救う手段として積極的に選択するという傾向が認められると繰り返し指摘されている。

(4) HIV/AIDS 対策の現状

1) National AIDS Plan

内閣総理大臣を議長とする国家 AIDS 委員会があり、多数の省庁と NGO、民間企業で構成されている。国家 AIDS プログラムは 1987 年に開始された。AIDS 予防対策計画 (1988~91 年) に基づいて短期プログラム (1988 年) 及び中期プログラム (1988~91 年) が実施されたのに続き、現在では国家 AIDS 予防計画が進行中である。国レベルで策定されたプログラムは地方に下ろされるが、大きな県の中には、これに加えて独自の調査やパイロットプロジェクト等を行っているところがある。県 AIDS 部局に対する STD/AIDS センター (全国 13 カ所に設置) の支援や、精神病院・大学等による積極的な協力も認められる。

2) 検査・血液管理体制

精度としての献血システムは確立しているが、完全に voluntary というわけではなく、家族献血による部分が多い。輸血用血液は 1985 年にスクリーニングが開始され、1989 年には全国で検査が実施されている。現在、抗体については 100%、抗原は 30% 程度検査が行われている。国の中央においては検査体制が確立されているが、地方における病院内の検査体制は不十分で格差が大きい。更に、スクリーニングテストキットの種類が一定せず感度の悪い製品も認められ、検査技術の指導を受けていない者が実際の検査を実施している場合もある。テストキットに対する精度管理を行うことと検査技術者の教育・研修が重要な課題である。血液検査については、各種医療機関で匿名で検査が行われている。

3) 診療体制

国のリファレンス病院としてバンコク (Bangkok) に専門病棟が感染症専門病院内に設置されている。現在、国及び地方政府によって末端の保健所に至る包括的なケア体制が整備されようとしているが不十分である。最近、在宅ケアを重視する傾向が認められる。末期患者に対す AIDS ホスピスとしては、タイの文化と地域性に根ざした仏教集団の存在が重要で、自ら寺院を開放している例もみられる。

4) 各国政府援助機関の協力状況

プロジェクトとして、各種 Funding Agency を通じた協力を行ってきたが、現在は対タイの二国間援助を停止し、米国大使館内にて地域協力を行っていく予定である。CDC はタイ保健省内にプロジェクトの事務所を構え、ワクチン研究、サーベイランス等を行っている。AIDSCAP は 1996 年まで地域事務所を備えて、性感染症 (STD) 関連の研修コース等を設けて人材開発

を行っている。ECはマヒドン大学の付属機関に対して、スラム、工場、村落、学校、歓楽街等を対象とした婦人問題、公衆衛生、プライマリー・ヘルス・ケア及び研修を中心とした人材開発計画を予定している。

日本のODAとしては、①タイ国立衛生研究所研究促進プロジェクト（1985～94年）〔実験室の供与、専門家派遣による診断用キット作成技術の提供、HIV/AIDS研究協力による専門家派遣・研修生受入れ〕②タイ国AIDS予防対策プロジェクト（1993～96年）〔HIV感染診断技術指導、日和見感染症診断技術指導、啓発教育活動における視聴覚技術利用、北部モデル地区における野外調査等〕③AIDS予防財団による研究費援助〔NIH、マヒドン大学、チュラロンコン大学、国立中央胸部疾患病院などを対象、詳細は表1-7参照〕

今後の協力のあり方については、診断及び供給血液の品質管理に関して、高品質の抗HIV抗体検査キットの安定的供給、精度管理及び作成技術の提供などが考えられる。公衆衛生の面からは啓発・教育手段に対する技術援助が基本であると考えられるが、日本の豊富な経験による視聴覚教育の手法の導入は貢献の可能性のあるものと考えられる。協力の効果を具体的に評価しようとする場合には、母子感染率の減少など対象を限定した援助が薦められる。

表 1-7 ENTRUSTMENT OF RESEARCH WORK (THAILAND)

Subject of Research	Researcher	Methods of Research	Fiscal year
<p>1) Search for the effective approach to prevent the spread of HIV infections in Bangkok</p> <p>2) Research for the improvement of diagnosis technology</p>	<p>① Bencha Petchchai, M. D. Prasert Thongcharoen, M. D. Faculty of Medicine Mahidol University</p> <p>② Boonluan Phanthumachinda, M. D. Komi Kanai, M. D. NIH Department of Medical Sciences</p>	<p>Rapid spread of HIV infections among drug abusers in Bangkok is now one of the biggest concerns on AIDS epidemics in the world. To estimate the size of the problem of HIV infections, serosurvey of the citizens as well as high risk groups will be performed at least at two different time points. At the same time the evaluation of the importance of antigen testing and PCR for the detection of fresh infections will be performed.</p>	<p>1988 ①② 1989 ①② 1990 ①② 1991 ①② 1992 ① 1993 ①</p>
<p>Study on Promiscuity Among Thais and Japanese in Bangkok</p>	<p>Dr. Sairudee Vorakitphokatorn Dr. Richard A. Cash Mahidol University</p>	<p>-to describe promiscuous behaviour of Japanese in Bangkok -to evaluate the risk of HIV-transmission -to utilize the date to create further public education program</p>	<p>1990 1991 1993 1994</p>
<p>1) Characterization of HIV strains isolated in Thailand</p> <p>2) Surveillance and follow up of HIV-infections in Ubon Ratchathani area, especially in the groups of opportunistic infections</p>	<p>Komi Kanai, M. D. NIH, Department of Medical Sciences</p>	<p>Rapid spread of HIV infections among drug abusers and other high risk group in Bangkok and other areas in Thailand is now one of the biggest concerns on AIDS epidemics in the world. Molecular and biological characterization study of the HIV strains isolated in Thailand comparing to the other strains from other countries will be done in cooperation with Japanese and USA teams. In addition, surveillance and follow-up study of HIV-infections in Ubon-Ratchathani area, locates Northern-east Thailand, especially in the groups of opportunistic infections.</p>	<p>1992</p>
<p>1) Search for reliable diagnosis of mother-to-infant infection with HIV early after birth</p> <p>2) Management of pregnant HIV carriers</p>	<p>Kamheang Chaturachinda Ramathibodi Hospital Chantapong Wasi Siriraj Hospital Mahidol University</p>	<p>The number of pregnant women infected with HIV is increasing fairly rapidly in Thailand. Early diagnosis of infection of newborns with HIV is one of the urgent problems to be solved. The usefulness of both nucleic acid diagnosis and immunological diagnosis will be determined in this research project.</p>	<p>1992 1993</p>
<p>Application of Community-based Approach on AIDS prevention, Control, and Concerning in Thailand</p>	<p>Dr. Som-arch Wongkhomthong Asean Institute for Health Development, Mahidol University</p>	<p>At first, AIDS crisis situation in Thailand was surveyed by literatures and questionnaires including hearing, participant observation, focus group discussions, and so on. By this surveillance, problems in the community, become to clarify, and then the necessary activities for solving the problems are determined and planned. These results and experiences will be shown at workshop held in November, 1994.</p>	<p>1992 1994</p>

Subject of Research	Researcher	Methods of Research	Fiscal year
<p>Problem of drug resistance in HIV positive tuberculosis patients in Thailand</p>	<p>Chareon chuchottaworn, M.D. Chief, Microbiology Section, Central Chest Hospital, Thailand</p>	<p>Rapid spread of HIV infections among drug abusers and other high risk groups in Bangkok and other areas in Thailand is now one of the biggest concerns on AIDS epidemics in the world.</p> <p>Surveillance works of HIV infections in tuberculosis patients and the problem is the drug resistance will be studied in addition to the study of opportunistic infections of other mycobacterium in AIDS patients.</p>	<p>1993 1994</p>
<p>1) Surveillance of HIV infections in STD patients (new) 2) Surveillance of HIV infections in tuberculosis patients (continued) 3) Study of fungus and mycobacterium infections in AIDS patients</p>	<p>Komi Kanai, M.D. HIH, Department of Medical Sciences, Thailand</p>	<p>Rapid spread of HIV infections among drug abusers and other high risk groups in Bangkok and other areas in Thailand is now one of the biggest concerns on AIDS epidemics in the world.</p> <p>Surveillance works of HIV infections in tuberculosis patients and the problem is the drug resistance will be studied in addition to the study of opportunistic infections of other mycobacterium in AIDS patients.</p>	<p>1993</p>
<p>1) Population-based Surveillance of HIV/TB in Four HIV Epidemic Districts, Chiangrai 2) A Cohort Study of HIV-infected individuals in Chiangrai</p>	<p>Dr. Wat Uthaiworakit, M.D. Chief, Dept. of Preventive & Social Medicine Chiangrai Regional Hospital</p>	<p>1) Population-based Surveillance with the collaboration of Chiangrai Regional Hospital, Phan District Hospital, and Mae Chan District Hospital. ① Monitor the incidence rate of active TB in four districts and HIV sero-prevalence among TB cases ② Determine and investigate</p>	<p>1994</p>
<p>1) Search for the effective approach to prevent the spread of HIV infections in Bangkok and other parts of Thailand</p>	<p>Srivilai Tanprasert, M.D. Deputy Director National Blood Center Thai Red Cross Society</p>	<p>The routes of the spreading of HIV infection must be continuously monitored. Diagnostic tools must be developed, introduced, evaluated, and applied to the populations at risk. These diagnosis technologies will lead to early detection of HIV infections, which will be more useful when the more effective chemotherapy and immunotherapy are available. The diagnostic tools targeted are serodiagnostic techniques for HIV infection in infants, antigen detection for blood donors under simplified PCR techniques.</p>	<p>1994</p>
<p>1) Search for reliable diagnosis of mother-to-infant infection with HIV early after birth</p>	<p>Kamheang Chaturachinda Dept. of Obstetrics and Gynecology Faculty of Medicine Siriraj Hospital Mahidol University</p>	<p>Follow up study of HIV-infected-born babies will be done from the points of acceleration of HIV infection and role of co-factors on onset of illness, and development of early diagnostic method.</p>	<p>1994</p>

Subject of Research	Researcher	Methods of Research	Fiscal year
1) Surveillance of HIV infections in drug abusers and blood donors 2) Surveillance of HIV infections in patients with respiratory diseases including tuberculosis	Chaiyrudee Jayawasu, M.D. National Institute of Health Dept. of Medical Sciences Ministry of Public Health	Surveillance works of HIV infections in drug abusers, blood donors, and patients with chronic respiratory diseases	1994
Pathogenesis Study of HIV Infection in Congenitally Infected Children	Chantapong Wasi, M.D. Associate Professor Head, Dept. of Microbiology Faculty of Medicine Siriraj Hospital Mahodol University	Early diagnosis of infection of newborns with HIV is one of the urgent problems to be solved. The usefulness of both nucleic acid diagnosis and immunological diagnosis will be determined in this research.	1994

1-1-2 インドネシア

(1) 国状の概要

人口1億8,000万人のアジア第3の人口大国である。主としてイスラム教徒よりなるが、他のイスラム諸国のような戒律の厳しさは感じられない。その他に仏教、ヒンズー教、カソリック、プロテスタントが主要宗教として存在する。政治はスハルト大統領による独裁色が強く、AIDS対策をとっても1994年の大統領布告を待つて軌道に乗り始めた感がある。独自に油田を持つこの国は人口問題などを抱えてはいるが、将来発展が期待される国である。

(2) HIV/AIDSの流行状況

最初の報告は1987年にAIDS 2症例（全HIV感染者数はAIDSを含めて6例）が記録されている。1995年10月末までの総感染者数355名中AIDS患者は85名となっている（図1-2）。感染者はジャカルタ、バリに多く、全体の感染者の34%（120名）が外国人であり、中でもタイ国人船員（64名）の比率が高いことが注目される。IDUは少なく、HIV感染経路の主たるものは性交渉で、男性同性愛（76/355）、異性間性交渉（215/355）となっている。血友病患者のHIV感染は2名にすぎない。性比は男3.1：女1となっている。この国では長距離トラック運転手の性病罹患率が高く（30%）、このグループにより国全体にHIVが広がるのを警戒している。STDのコントロールがうまくいっていないこと、フリーランスの売春婦が多いことなどよりHIVの広がりには十分注意を払う必要がある。

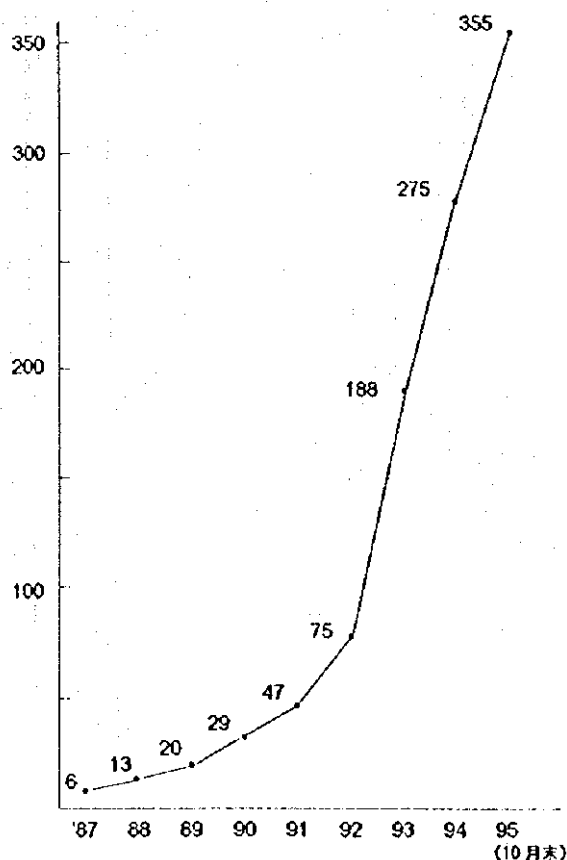


図1-2 累積HIV感染者（AIDSを含む）

(3) HIV 流行に関連する社会事情

売春婦は registered、フリーランスに大別できるが、スラバヤのドーリ地区の売春婦をみても十分な管理が行き届いているためか、HIV 感染者は 1984 年現在で 2～3 名にすぎない。しかし、フリーランスの売春婦も多く、STD のコントロールもうまくいっていないことを考えると、HIV 流行が拡大しても不思議ではない。

(4) HIV/AIDS 対策の現状

- 1) 1994 年の大統領布告に基づいて Indonesian National AIDS Strategy が決定している。教育、血液の安全性など WHO のこれまでの指導に準じており、特別なものはない。
- 2) 1994 年度にインドネシア政府の AIDS 予算の 300 万ドルは全て血液スクリーニングのため赤十字に支出されている。一応、血液対策は整っているとみられる。
- 3) AIDS 患者の絶対数は多くないが医療スタッフの関心度は高く、オーストラリア、シンガポールなどで研修を受けているものも多い。また、日本の協力で建設された Dr. J. Sulianti Saroso Infectious Disease Hospital では特別な AIDS 病室（個室、エアコン付）も設置されている。スラバヤ大学なども AIDS 対策委員会を作り、教育、研修活動を行っている。
- 4) 熱心な NGO が多く存在し、ホットライン相談、カウンセリングなどが多く開かれ、ジャカルタでは高校生を対象に、peer education を進めているところもある。
- 5) 表 1-8 に示したように主なドナー国には、米国、オーストラリア、ドイツ、欧州連合（EU）などがある。

表 1-8 インドネシア政府及び外国政府よりの AIDS 予算

財 源	金 額	決定されている用途
インドネシア政府	3,000,000 米ドル (1994 単年度)	主として Red Cross における血液対策
USAID	20,000,000 米ドル (4 年間分)	
AIDAB	15,000,000 オーストラリアドル (4 年間分)	AIDS 教育
KFW	11,000,000 米ドル (4 年間分)	血液対策・教育
欧州連合	800,000 米ドル	STD 対策

これ以外に World Bank Loan が考えられている。

AIDAB : Australian International Development Aid Bureau

USAID : US Agency for International Development

KFW : German Development Bank

(5) 我が国の協力について

- 1) 既に前述の感染症専門病院の建設を始め、種々の協力がなされているが、特別に AIDS 対策としては AIDS 予防財団による「長距離トラック運転手」のサーベイを中心とするもの（3 年計画、1 年に 300 万円）が注目を惹く。
- 2) 表にあるように他の国の援助は目的をはっきりさせている場合が多い。我が国もインドネシアの持つ諸問題の中で目標をはっきりと決めて（総花的でなく）予算に応じて成果のみられ

るテーマを選ぶことが大切である。例えば、西オーストラリア州ではAIDS研修を実施しているが、受講希望者を面接し（オーストラリアから出向いてくる）選抜して研修を行っている。厳しいようであるが却ってインドネシア人の信頼感が高まるようである。

1-1-3 マレーシア

(1) 国状の概要

人口	1,924万7,000人（1993年）
気候	半島部及びボルネオ島（サバ・サラワク両州）とも高温多湿の熱帯雨林気候である。気温の年間変化は少なく、24～32℃の間にある。北東モンスーンの吹く10～2月に多量の雨が降り、特にマレー半島の東海岸は多雨となる。6～9月は比較的雨量が少なくなる。
主要民族	マレー系及び原住民58.6%、中国系32.1%、インド系8.6%
宗教	マレー人、パキスタン系はイスラム教（国教）、インド系はヒンズー教、華人は仏教、道教、原住民は部族固有の宗教
平均寿命	男性69歳、女性73歳（1993年）
教育制度	6・3・2・2・3制、義務教育年限9年、中等教育進学率 男性57%、女性59%
成人識字率	78%（1990年） 男性86%、女性70%
国民総生産	600億6,000万ドル（1993年）、1人当たりGNP 3,160ドル（1993年）
政治・経済	政体は立憲君主制（連邦制）、マレーシアは英連邦の一員で、元首である国王は9つの州のサルクンの中から5年ごとに互選される。国王は下院で多教の信任を得た議員を首相に任命し、実際の行政権は首相を首班とする内閣にある。

外交面では、ASEAN協力の強化、非同盟中立、イスラム諸国との連帯、自由主義諸国との協力などを基本方針として、特に、ASEANを中心とした地域協力に力を注いでいる。

マレーシアは典型的な一次産品輸出国で、その主要品目である天然ゴム、パーム油の生産量は世界の1/2を占めており、錫の生産量も多い。近年、石油の生産量も増加傾向にある。しかし、一次産品に頼る経済は、世界の景気の動向に大きく左右されるため、政府は経済構造を工業製品重視の輸出構造に変えつつある。また、マレーシアは複合民族国家であり、地域間、人種間に経済的格差が生じているため、政府はその解消に新経済政策を打ち出している。

(2) HIV/AIDSの現況及び協力課題

1) National AIDS Plan

1985年にNational Task Force on AIDSが創設された。また、NGOの活動を支援する機関として、1990年にはthe Malaysian AIDS Councilが厚生省(Ministry of Health)のsenior officerの発案で組織された。この組織はNGOグループに対して、その創設期には資金援助を行うこともあり、政府とNGOグループが比較的密接な関係のもとに予防活動を行っているのが特徴である。厚生省の対策の中心はDepartment of Public HealthのAIDS/STD Divisionである。

2) 政府援助機関の協力状況

日本のODAとして1991年から、クアラルンプール (Kuala Lumpur) の Institute for Medical Research に対して、HIV 陽性の母親から生まれた新生児の serological follow-up 研究の資金援助が行われている。マレーシアにおいては、厚生省を中心とした AIDS 予防のためのファンダメンタルズは既に築かれていると考えられるが、薬物乱用に対する政策面を含めた対策、一般国民に対する一層の AIDS 予防キャンペーンの実施、検査キットの精度の改善などは、今後も国内及び政府間援助の課題であると考えられる。

3) 疫学情報

医療機関による患者の届け出とスクリーニングによる感染者の発見が疫学情報の中心である。アジアの国の中では、中国、ヴェトナムと並んで感染要因として IDU の割合が高いのが特徴である。また、人種別では、感染者におけるマレー人の割合が高い (69.59%) ことも特徴である。表 1-9 に最近の統計を示す。マレーシアの IDU の seroprevalence の報告で最も高い値を示したのは、1992 年 Kelatan 州の首都 Kota Bharu で報告された 29.5% である。WHO へのサーベイランス・レポートでは、静脈麻薬常用者の seroprevalence は 1988 年の 0.1% から 1991 年の 6.9% へ着実に上昇している (図 1-3)。Commercial sex workers (CSW) においても、1989 年までは HIV 陽性者の報告はなかったが、1990 年 1%、1991 年 2% とこちらも上昇傾向が認められる (図 1-4)。

表 1-9 CLASSIFICATION OF HIV INFECTED PERSONS IN MALAYSIA
(1985 to 31 JUL 1995)

Factor	Classification	Asymptomatic HIV Infections		AIDS Cases		Combined HIV Infections and AIDS Cases	
		Cumulative Total	%	Cumulative Total	%	Cumulative Total	%
Gender	Male	12,427	95.66%	239	92.28%	12,666	95.69%
	Female	561	4.34%	20	7.72%	581	4.41%
	Total	12,991	100.00%	259	100.00%	13,250	100.00%
Age in Years	<13	28	0.22%	5	1.93%	33	0.25%
	13-19	608	4.68%	2	0.77%	610	4.60%
	20-29	6,392	49.20%	76	29.31%	6,469	48.82%
	30-39	4,679	36.02%	128	49.42%	4,807	36.28%
	40-49	821	6.32%	26	10.01%	847	6.39%
	>50	156	1.20%	19	7.34%	175	1.32%
	Unknown	307	2.36%	3	1.16%	310	2.34%
Total	12,991	100.00%	259	100.00%	13,250	100.00%	
Ethnicity	Malays	9,011	69.59%	109	42.08%	9,150	69.06%
	Chinese	1,956	15.06%	99	38.22%	2,055	15.51%
	Indians	1,362	10.48%	35	13.51%	1,397	10.51%
	Other Malaysian	105	0.81%	1	0.39%	106	0.80%
	Foreigners	458	3.53%	15	5.79%	473	3.57%
	Unknown	69	0.53%	0	0.00%	69	0.52%
Total	12,991	100.00%	259	100.00%	13,250	100.00%	
Transmission Risk Factor	Homo/Bisexual	68	0.68%	23	8.68%	111	0.81%
	IDU	10,092	77.68%	129	49.81%	10,221	77.14%
	Prostitutes	207	1.59%	8	3.09%	215	1.62%
	Heterosexual	312	2.40%	62	23.91%	374	2.82%
	Transfusion Blood/Blood Product	31	0.24%	9	3.47%	40	0.30%
	Mother to infant	20	0.15%	3	1.16%	23	0.17%
	Other/Unknown	2,241	17.25%	25	9.65%	2,266	17.19%
	Total	12,991	100.00%	259	100.00%	13,250	100.00%

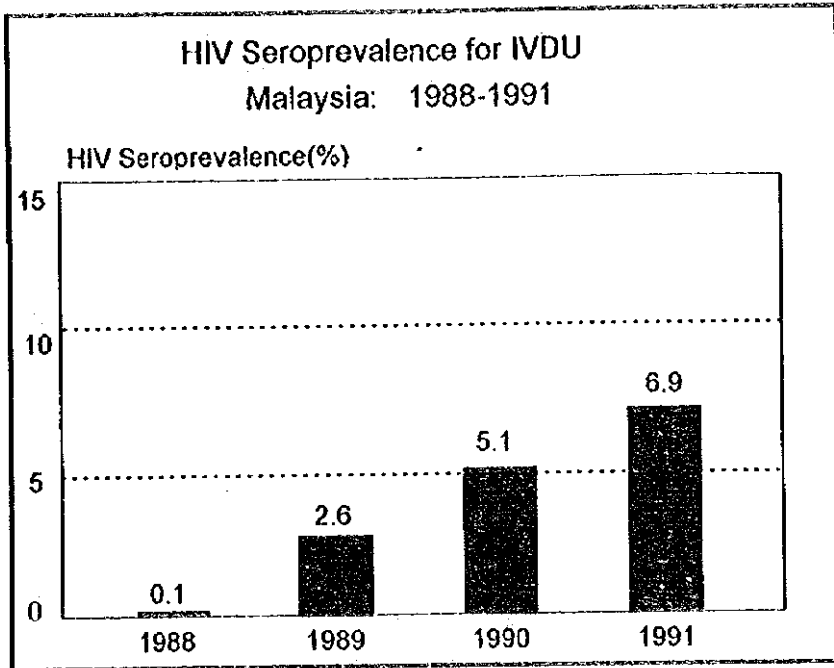


图 1-3

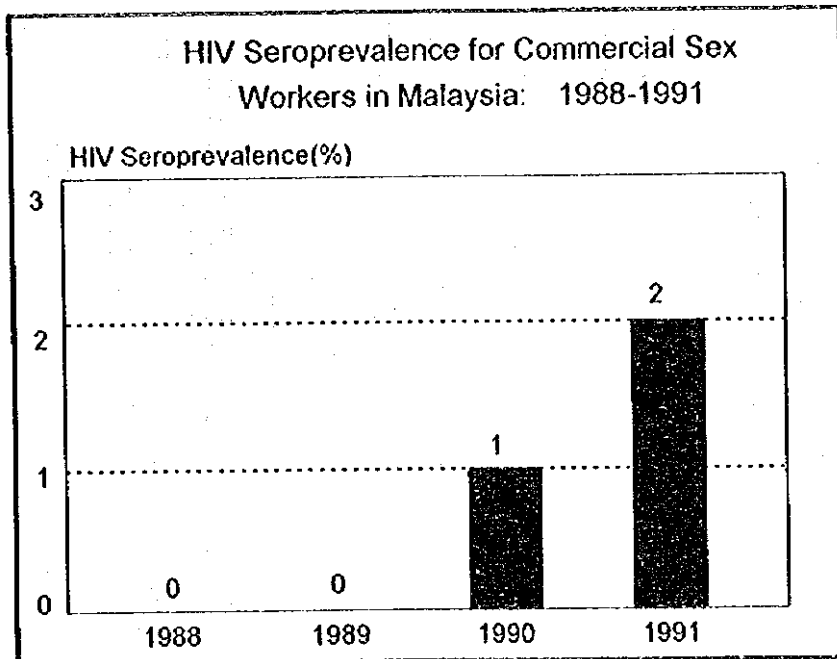


图 1-4

Source: International Programs Center, Population Division,
U.S. Bureau of the Census, HIV/AIDS Surveillance Data Base, July 1995.

1-1-4 フィリピン

(1) 国状の概要

フィリピンは7,000以上の島からなり、人口6,860万人(1994年)で首都はルソン島のマニラ市にある。気候は熱帯性気候に属し、気温は年間平均して26~27℃と暑い。雨季と乾季に大きく分けられる。主な宗教はキリスト教であるがミンダナオ島にイスラム教信者がいる。マルコス大統領からアキノ大統領になり民主化されたが経済状態はかえって悪化し、GNPがアジアで最低になった。現在ラモス大統領に替わり、経済発展が急速に進んでいる。最近では外資企業も投資するようになり、経済は上昇しつつある。

(2) HIV/AIDSの流行状況

フィリピンにおける最初のAIDS患者は1984年に報告され徐々にではあるが増加傾向にある。HIV/AIDS患者数は保健省のFETP(Field Epidemiology and Training Program)から毎月報告される(表1-10、図1-5)。1995年8月末現在HIV感染者は668人、AIDS患者は220人であり、そのうち約半数は死亡している。感染経路の71%は性交渉によるものであり、輸血及び母子感染は1%にすぎない。なお、感染経路の不明が26%と多い。男女比は3対2で男性が多い。最近1年の報告では新感染者は1カ月に8人程度である。報告数は1年に2回行われているハイリスクグループを対象にしたセンチネルサーベイ(現在8サイト)によるものが主である。その他輸血血液検査からの報告やAIDSを発症した患者について病院からの報告が少数ある。ただし、報告数は多くないもののサーベイランスやHIV検査体制が充実すれば感染者もかなりいるものと推定される。また、STDの有病率が10%を超える地域もあり、ひとたびHIVが入り込めば汚染は広がるベースはある。更にダバオや外国船が寄港する港及び海外労働者を受け入れている島などからもHIV感染が広がる恐れがある。なお、HIV検査は1型のみで2型は検査していない。

表1-10 Cumulative totals of Reported HIV Seropositives, HIV/AIDS Registry, 1984 to August 1995

Reporting Period	Cumulative totals 1984-August '95		Totals for 1993		Totals for 1994		Totals for 1995 as of August	
	HIV+	AIDS	HIV+	AIDS	HIV+	AIDS	HIV+	AIDS
TOTAL/CASES	668	220	100	32	119	56	80	37
Death from AIDS		105		11		14		7

Note: HIV(+) asymptomatic + symptomatic (AIDS), whether living or dead
 AIDS only reported symptomatic, whether living or dead
 one additional case was detected during native surveillance

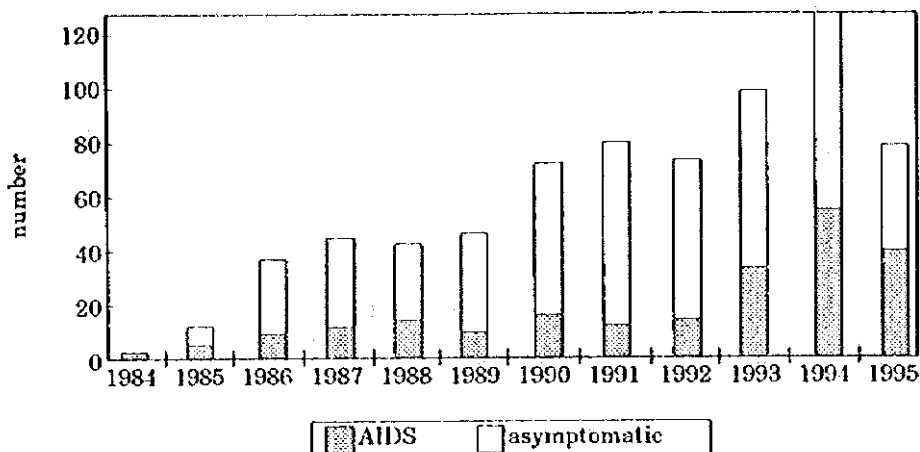


図1-5 Annual Reports of HIV Seropositives, HIV/AIDS Registry
1984 to August 1995 N-668

(3) HIV 流行に関する社会事情

法的には売春規則はあるが多数の登録 CSW (約4万人) や未登録 CSW すなわちフリーランス (約6万人) が存在して、性産業は活発である。現在 HIV 感染者は 668 人であり、我が国の血友病患者の感染者を除いた 1,379 人と比較すると人口当たりの感染率は同等かむしろ低くなる (10 万人当たり、フィリピン 0.97 に対し日本 1.11)。ただし、登録 CSW のうち HIV 感染者の陽性率は 0.34% であり、風俗営業関係者間の HIV 浸潤率は我が国よりも高い。麻薬の使用はセブ島を除けば極めて低い。

(4) HIV/AIDS 対策の現状

1) AIDS 対策プログラム

フィリピンの AIDS 対策は 1988 年に国家 AIDS 予防対策プログラム (National AIDS Prevention and Control Program) が策定され、その後 1993 年には性感染症予防対策プログラム (STD Prevention and Control Program) と統合され、現在は The National AIDS-STD Prevention and Control Program (NASPCP) として実施されている。実施体制は最高機関として政府機関、財界、NGO、議会の代表により構成されるフィリピンナショナル AIDS 審議会 (1992 年設置) があり、その下で保健省が中心となり、法務省、観光省、内務自治省、社会福祉開発省、広報庁などの各省庁がそれぞれ実施面を担当している。

保健省における同計画の実施は本省内に設置された AIDS ユニットを事務局として RITM (熱帯医学研究所)、BRL (Bureau of Research and Laboratories)、サンラザロ病院、HOMS (Hospitals Operations and Management Services)、FETP、PIHES (Public Information and Health Education Services) などの保健省関係機関により構成される National AIDS Management committee (NAPMC) が実施している。

2) 検査体制・血液管理体制

① センチネルサーベイランス

1993年9月にケソン市とセブ市で開始され、その後徐々に増やされ、1995年9月現在は8サイトになった。1年に2回(3月と9月)ハイリスクグループについて行われている(表1-11)。

地域 : ケソン市、バサイ市、セブ市、ダバオ市、アンヘレス市、イロイロ市、ジェネラルサントス市、カガヤンデオロ市の合計8サイト

検査対象 : 登録CSW、未登録CSW、性感染症患者、同性愛者、麻薬常用者

対象数 : 各対象原則100人ずつ

検査項目 : 性行動聞き取り調査、HIV抗体検査、梅毒検査

検査体制 : HIV検査は各サイトの市立病院の検査室がスクリーニング検査をし、確認検査はRITMで行っている。検査済みの血清の10~20%をRITMが、残りはBRLが保存している。

3回目までのサーベイランスの結果は、マニラに近いケソン市とバサイ市の登録CSWにHIV陽性者がみつけたが、最近ではアンヘレス市とダバオ市の登録CSWにもみつき、HIV感染地域が拡大しつつあると考えられる。梅毒の感染は高率にみられ、登録CSWよりも未登録CSWや男性同性愛者に高い傾向である。聞き取り調査の結果、コンドームの低使用率、薬物注射、注射針の共用など感染の危険が高い行動が判明した。

表1-11 HIV Seropositives by Gender for Age Group, HIV/AIDS Registry, 1984 to August 1995

Sex/ Age Group (years)	Cumulative Totals 1984 - August '95			Totals for 1993			Totals for 1994			Totals for 1995 as of August		
	female	male	unknown	female	male	unknown	female	male	unknown	female	male	unknown
< 13	13	6	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0
13 - 19	20	3	0	2	1	0	2	0	0	3	0	0
20 - 29	170	82	0	22	9	0	18	11	0	13	8	0
30 - 39	58	137	0	8	27	0	19	25	0	7	18	0
40 - 49	14	69	0	2	12	0	6	17	0	2	18	0
50 & above	7	24	0	2	3	0	1	7	0	0	4	0
unknown	28	39	7	1	7	3	3	4	4	3	3	0
Subtotal	300	361	7	38	59	3	49	65	4	28	52	0
Total	668			100			119			80		

② 安全な血液供給体制

輸血用血液は赤十字、国立病院付属血液センター及び商業血液銀行（売血）でまかなわれており、供給量の約7割が売血に頼っている。また、米国国際開発庁（USAID）と保健省との共同調査によれば血液需要量の約33%が不足の状況にある。1994年5月に売血を徐々に排除することが閣議決定され、将来は売血をなくして国営の血液銀行を設立する計画を作成中である。

赤十字では24時間体制で需要に対応すべく努力はしているが資金不足を主な理由として供給量はそれほど上がっていない。HIV検査は44カ所のうち17カ所で検査しており、全採血量の約67%をカバーしている。ただし、フィリピン島が多いので試薬がなくなるとマニラから届くまで日数がかかり、その間は検査できない。

成分採血に関しては遠心分離器及び冷凍庫がないか、または壊れているため普及していない。また、成分採血をしても医師の知識が乏しく使用の指示をできない状態である。

HIV感染状況は赤十字の1993年の陽性率が0.06%（47/783,318）であり、日本の約130倍である。売血は献血の3倍の確率でHIVなどの輸血後感染症の危険性がある。売血はHIV検査が義務付けられているが、検査済み血液を再検査すると陽性が見つかるという現状から鑑みて100%実施されているとは考えにくい。

3) 診療体制

① サンラザロ病院にベッド数16のAIDS病棟がある。RITMに研究用のAIDS専用部屋が1つある。地方の県立病院でもAIDS患者を扱えるように保健省は指導を行っているが、ほとんどの患者はサンラザロ病院に送られて来ているらしい。

② ソーシャルハイジーンクリニック（SHC）

SHCはCSWの登録・管理・STD予防教育を行う地方政府機関である。ハイリスクグループとの接点であるためセンチネルサーベイランスの実施拠点となっている。

4) 啓発普及、研修等の対策

HIV感染予防のポスター、コンドームの普及運動などをNGOと協力しながら実施している。フィリピンは多くの島で成り立っているため情報の普及度には地域差がある。SHCではCSWに対してHIV/STDの教育を行っている。また、中学生、高校生を対象にAIDS教育が実施されている。

HIV/AIDSの調査研究はRITMが実施している。医療従事者の研修は公的機関はBRLが行い、私的機関に対してはRITMが行っている。

5) 当該分野における他の先進国の協力

① 米国

米国は1993年から1997年までを協力期間としてセンチネルサーベイランスに協力している。HIV感染状況の正確な把握とAIDS対策実施の支援体制の確立のためのサーベイランスネットワークの整備を目標としている。実施はWHO/WPROが保健省と共同で行っている。

更に、IEC部門でHIV感染予防のキャンペーンとNGOネットワークの確立を目的とした協力を行っている。

その他、研修事業や安全な血液供給のための血液事業計画案作成のための協力を行って

いる。

② オーストラリア

AusAID はマニラ首都圏に新規のコミュニティ・クリニックを開催するプロジェクトを計画中である。SHC は主に CSW が許可を得るために行くイメージが強い。そこで性感染症の診断及び治療機能も加えて、売春が活発に行われている地域において総合的なヘルスサービスを供給し、一般大衆にもぐり込んだハイリスクグループに対して AIDS 予防対策を実施していこうとするものである。

また、オーストラリアは公的機関だけでなく、NGO にも積極的な支援を行っている。

(5) 我が国の協力について

1) これまでの援助動向

① 安全な血液供給体制構築に係わる協力

赤十字に対して HIV 抗体検査キット、梅毒検査キット及び冷蔵庫、遠心器、振盪器など検査機器の供与を保健省を通じて行っている。

② HIV/AIDS のセンチネルサーベイランス検査体制強化

1994 年から 4 年間にわたり、センチネルサーベイランスサイトに HIV 検査キット、梅毒検査キット、統計処理用情報機器、冷蔵庫、HIV 検査用基礎医療機材などの供与が行われている。

③ AIDS の第三国研修

毎年 1 回 RITM で実施されており、我が国から講師が派遣されている。

また、RITM へ PCR が供与され、短期専門家が技術指導を行っている。PCR は第三国研修及びフィリピン国内のサーベイランスに使われる。

④ HACT に対する第二国研修

HACT は国立病院内に組織されている HIV/AIDS Core Team の略であり、医師、看護婦、検査技師、及びソーシャルワーカー、病院によっては歯科部門も加わり、それぞれの職種が複数の人員で、HIV/AIDS 患者の検査、治療、管理をチームで行う組織である。HACT 及び NGO に対する研修が 1995 年から 5 年間 JICA によって行われている。日本から専門家が派遣されている。

⑤ AIDS 対策プロジェクト

AIDS・性感染症リファラルシステム構築のために AIDS・性感染症に係わる検査、研修、サーベイランスなどを実施するための施設として旧 NAMRU 跡地の建物を改修し、中央ラボラトリーを確立するプロジェクトが進められている。更に SHC の検査機能を強化する計画である。

⑥ サンラザロ感染症病院の改修・機能強化

AIDS 診療の中核的な病院であるサンラザロ病院が HIV 感染者・AIDS 患者に対する総合的な診療を実現するために AIDS 病棟の新設及び関連機材供与、結核診療部、病歴部、遺体解剖室の改修など協力が検討されている。

2) 今後期待される我が国の協力について

- ① 安全な輸血用血液確保のための赤十字への HIV 検査の 100%実施への協力
- ② HIV/AIDS 検査及び診断のための技術者養成研修
- ③ 検査キット及びラボラトリーの精度管理、検査法の標準化
- ④ サーベイランス機能及びネットワークの強化に対する協力

1-1-5 カンボディア

(1) 国状の概要

カンボディアは人口 800 万～900 万人、宗教は 90%が仏教である。熱帯モンスーン気候で、日本の半分程の国土の 80%余りが肥沃な平野という農業的には恵まれた環境にあるが、1975～79 年のポルポト政権時の 100 万人以上ともいわれる大虐殺と政治経済文化の破壊、その後十数年に及んだ激しい内戦による社会の破壊からようやく復興の道を歩み始めた国である。しかし、いまなお埋没数 1,000 万個ともいわれる地雷に苦慮し、電気、飲料水、保健医療など社会的インフラは乏しく、マラリア、結核、デング熱が蔓延し、乳幼児死亡率（5 歳未満）約 20%に象徴されるように、衛生状態は著しく悪い。

(2) HIV/AIDS の流行状況

1) HIV/AIDS サーベイランス

1991 年に HIV 抗体検査が導入され、同年に最初の HIV 感染者の存在が確認された。1995 年 4 月までに、患者 13 名と感染者 1,225 名が報告されており、患者の内訳は、異性間感染 1 名、母子感染 1 名、感染経路不明 11 名で、感染者の内訳は、異性間感染 320 名、IDU 2 名、母子感染 17 名、感染経路不明 886 名で、感染経路が判明した者の中では、異性間感染が圧倒的多数を占めている。同性間感染、輸血感染の報告はない。近隣諸国に比べて、IDU の比率が小さいことが特徴である。

2) 各種グループの感染率サーベイランスと感染者の推定

献血者のスクリーニングは 1991 年から、その他各種社会集団のセンチネルサーベイランスは 1994 年から 8 県 1 都市で開始され、そのデータはこの国の驚くべき感染流行の実態を示している。

図 1-6 にプノンペンの献血者における HIV 感染率を示すが、1991 年には 0.08%であったものが、1995 年には 80 倍の 6.40%にまで上昇している。売血者が多いため、一般集団の感染率をどの程度反映するものかは明らかではない。

表 1-12 は、1995 年の調査で明らかになった各種社会集団の地域別感染率である。国全体では、CSW は 37.9%、ダンスホールホステスは 25.0%、警察官 8.1%、軍警察官 8.2%、兵士 8.1%、地雷処理者 9.9%、結核患者 2.5%、妊婦 2.6%という感染率になっている。ただし対象地域が西側に偏っているため、これらの値は主に西側地域の状況を反映するもので、タイとの交易の激しいバクタンバン、最大の貿易港であるシアヌークビルの感染率が特に高い。

1992 年にプノンペンで行われた調査では、感染率は CSW 9.2% (19/207)、警察官 0% (0/240)、兵士 (0/200)、妊婦 0% (0/195) であり、この数年間にいかに急速に感染が

拡大したかがわかる。また、タイの状況と比較すると、タイでは、1994年時点で、低給CSWが27%、兵士が4%、妊婦が1.8%であることから、既にタイと同等あるいはそれ以上に感染が拡大していることが示唆される。1995年後期時点で総人口の1%に近い約7万人の感染者が発生したと推計されている。

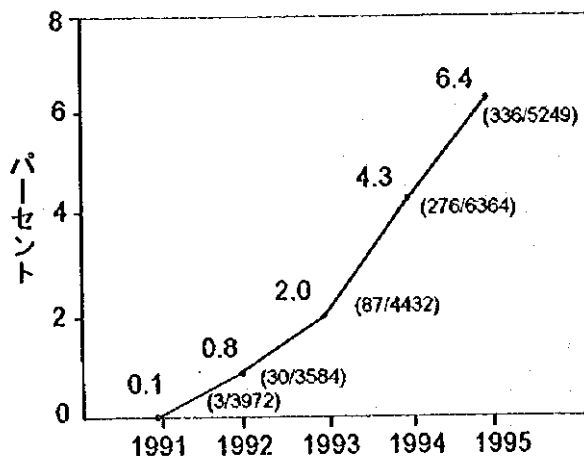


図1-6 カンボディアの献血者における HIV 感染率

表1-12 1995年センチネルサーベイランスにおける各種集団 HIV 感染率

	売春婦	ダンスホール ホステス	警察官	軍警察官	兵士	地雷 処理者	結核患者	妊婦
コーコン県	39.2 (65/166)	23.1 (6/26)	10.7 (8/75)	—	12.9 (4/31)	—	—	—
ラッタナキリ県	21.4 (9/42)	—	3.9 (3/77)	—	0.0 (0/82)	—	—	—
カンダール県	13.6 (9/66)	—	—	0.0 (0/14)	4.0 (2/50)	—	—	—
シアンリープ県	35.1 (20/57)	20.7 (18/87)	9.8 (8/82)	—	1.6 (1/64)	8.8 (14/159)	0.5 (1/201)	4.0 (7/174)
シアヌークビル県	37.7 (60/159)	22.7 (10/44)	21.6 (8/37)	—	11.6 (14/121)	—	3.6 (1/28)	4.4 (2/45)
プノンペン市	30.5 (39/128)	20.2 (23/114)	6.6 (20/304)	5.7 (12/209)	13.5 (14/104)	—	11.3 (9/80)	3.0 (5/165)
バクタンバン県	48.0 (72/150)	29.2 (40/137)	9.7 (15/154)	17.4 (4/23)	10.9 (11/101)	7.8 (5/64)	3.5 (2/58)	2.0 (4/200)
ブルサート県	44.2 (38/86)	27.0 (10/37)	8.1 (11/135)	15.3 (11/72)	4.4 (4/90)	19.2 (9/47)	10.0 (2/20)	2.2 (2/90)
ビーンテミーンチ県	45.8 (70/153)	31.3 (20/64)	4.4 (4/90)	4.2 (1/24)	8.0 (7/87)	9.2 (14/153)	0.0 (0/215)	1.5 (3/196)
全地域合計	37.9 (382/1007)	25.0 (127/209)	8.1 (77/954)	8.2 (28/342)	8.1 (67/824)	9.9 (42/423)	2.5 (15/602)	2.6 (23/870)

表中数字はパーセント。括弧内は陽性数/被検者総数

(3) HIV 流行に関連する社会的・行動的要因

1) 売春婦の横行

皮肉にも 1992 年の国連平和維持軍の駐留を契機として、売春産業が発達し、1994 年の推定で、売春宿 CSW はプノンペンに 2,000 人以上、全国に 1 万人といわれるが、交渉に応じて売春するダンスホール等のホステスを含めれば、実数は更にそれを上回ると思われる。

プノンペンの一地区の CSW の調査 (1994 年) によれば、CSW の国籍は、カンボディア 67%、ヴィエトナム 33%、年齢は 18 歳がピークで、ほとんどが無教育である。売春動機は 70% が金儲け、30% が人身売買であり、97% が転職を希望している。顧客は 1 日平均 5 人、現金収入は平均 1 日 2 米ドル弱で無収入の者も 20% 弱ある。AIDS に関する知識がなく、したがって予防法を知らない者は、約半数に上る。顧客のコンドーム使用率は、60~70% であった。プノンペン以外の地域の情報は無い。

買春は、同国男性にとって日常的な行為であり、買春経験率は 90% ともいわれる。買春の値段は高いものでは 1 万 5,000 リール (2 米ドル弱) であるが、安いものでは 0.3 米ドル弱 (3,000 リール) であり、カンボディア男性の収入 (公務員で月 20 米ドル程度) でも支出可能である。

2) 不衛生な医療用注射の横行

同国では医療目的の注射を介して感染症が伝播するリスクが大きい。事実、C 型肝炎の感染率は約 10% に達しており、今後 HIV がこのルートを通じて広がる危険がある。不衛生な注射が横行する背景には、使い捨ての注射器材・滅菌用具の欠乏、給料の安い公立病院の医療関係者が、午後自宅で診療行為を行うことが慣例化していること、より高い診療報酬を得るために、医療者が注射治療を好むこと、そして、国民も服薬よりも注射を好むこと、などの事情がある。

3) コンドーム使用の限界

買春者のコンドーム使用率は 60~70% であるが、軍人では特に低率といわれ、また一般家庭におけるコンドームの使用率は著しく低い。国立母子保健センターが 1995 年 7 月に実施した全国無作為抽出 6,000 人の主婦を対象とした調査 (回収率 76%) によれば、コンドーム使用率はわずかに 0.3% であった。一般男性の HIV 感染率が高まりつつある現在、家庭での感染、母子感染の拡大の危険が極めて大きくなっている。

4) 医療従事者の感染の危険

医療従事者防護のための資材が極度に不足しており、素手で手術が行われる場合すらある。今後感染者の増加に伴って医療従事者の感染リスクは増大するものと思われる。

5) 静注薬物常用拡大の危険

市場開放と国際交流の増加とともに、カンボディアは周辺諸国からの麻薬の集配地としての位置を高めつつある。これまで同国では、静注薬物常用行為自体が希であったというが、今後、都市への人口集中、スラム化、犯罪の増加という今後予測される社会的変化の中、静注薬物常用による感染増加が懸念される。

(4) HIV/AIDS 対策の現状

1) AIDS 対策体制と対策計画

現在 AIDS 対策は、1994 年に設置された「AIDS/STD 予防対策省庁合同委員会」を中心とし、AIDS 対策専門家委員会、AIDS 対策室、特に後者によって国際機関、NGO との調整、地方の指導など実際の運営がなされている。

同国は WHO の協力を得て、「AIDS 総合対策計画」(1993~98 年)を作成しているが、同計画は、性行為感染の予防、血液感染の予防、母子感染の予防、サーベイランス、社会経済的影響の評価、HIV/AIDS のケア等を骨子とし、その実施には、7,500 万米ドルの予算を要するとしている。国情を反映して、全体に国際機関や NGO に対する依存度が大きい内容になっている。

最近の感染者の急増に鑑み、以下の対策が 1995 年以降の優先的対策とされている。

- CSW 対策の強化：CSW へのアウトリーチ（啓蒙、診断・治療）の強化、コンドーム配布
- STD 対策の強化：全国的 STD 診療体制の強化、保健医療従事者の研修、STD 感染実態の把握
- 国民の啓発：啓発用資材の開発、AIDS 対策担当者の会議出席・研修派遣
- 世界 AIDS デーでの活動
- HIV/AIDS のサーベイランス：首都、地方県でのサーベイランスの実態
- 対策計画の管理：AIDS 対策室への援助、委員会の開催、毎年の内部評価
- 研修事業：保健医療従事者の研修、地方県対策担当者の研修

このように、同国の AIDS 対策は組織的な体裁が整えられてはいないが、第一に、極端な予算不足からくる物的、人的資源の窮乏、第二に、NGO の活動と政府の活動との協調が必ずしも成功していないことからくる対策全体の調和の欠如、などの問題点が存在する。

1995 年度の AIDS 対策全体の総予算は、44 万 5,000 米ドルで、この内 4 万 5,000 米ドルが政府予算、40 万米ドルが WHO からの拠出であるが、後者は国連の AIDS 対策が UNAIDS に移管されるに伴い、1996 年度からは 15 万米ドルに減額されるという。人件費以外で、AIDS 対策室が啓発、研修などに使用できる予算はわずかである。地方の対策室では予算はほぼゼロで、常勤のスタッフもない状況にある。一方、同国では NGO が果たしている役割が大きい。しかし、NGO の活動は必ずしも行政の対策と協調的に実施されておらず、その結果、対策の極端な濃淡、公的機関からの人材の流出が生じており、バランスのとれた対策の展開が妨げられている面がある。

2) 検査体制

フランスの援助で昨年新築されたパスツール研究所が、レファレンスラボラトリーとして機能しており、高度な検査能力を有している。同研究所では、匿名検査を受け付け、また 2 つの公立病院の HIV 抗体検査を無料で引き受けている。しかし、それ以外で HIV 抗体検査が可能な公立の施設は、ブノンペン市内で 3 カ所（国立血液銀行、Calmet 病院、国立 STD センター）であり、同市以外では地方の 12 の血液銀行で検査し得るにすぎない。公立病院以外では私立の医療機関の一部で検査が行われているというが、その全容は把握されておらず、質が疑問視されている。

3) 血液事業

ブノンペン以外では、12 県に血液銀行が設立されている。財政的には国際赤十字 (ICRC) に依存しているが、ICRC との契約は 1996 年末までであり、その後の財政的見通しは立っていない。全国で年間 5,000 前後の献血血液は全て、HIV、HBV、梅毒について検査されているが、HIV についてはブノンペンでは PA と ELISA の組み合わせで確認し、地方では PA のみを行い、陽性の場合廃棄している。HCV の陽性率は 10% 前後にも及ぶが、検査が高価なため無検査のまま用いられている。

4) 医療体制

公立の医療機関は、Calmet 病院を除き、ほぼ廃虚化しており、電気も水も薬もベッドも満足にない状態で、一般医療すらまともに受けられる状態にない。AIDS 患者は現在 Calmet 病院で診療されているが、CD4 計測もできず、AIDS 患者を満足に診療し得る状況にはない。その上、医師の月給が約 20 米ドルと安いと、公立病院の医師は私立あるいは NGO 経営の医療機関に移行する動きがある。公立病院の医師も、家族を養うために (最低月 100 米ドルは必要)、午後からは自宅で医療行為を行うことがほぼ慣例化しており、公立医療機関は、物的にも人的にも空洞化しているのが現状である。すなわち、今後貧困層から多発すると予測される AIDS 患者を受け入れる医療体制は存在していない。同国では、シアヌーク病院内を AIDS 医療センターとする構想を持っており、同病院のセンターとしての機能を速やかに整備することが、今後の全国的 AIDS 医療体制整備の第一歩であると思われる。

5) 啓発普及及び研修事業

啓発事業に対する政府予算は極めて少なくパンフレットやポスターなど啓発資材の開発、コンドーム配布などは WHO や NGO の協力に支えられている。その他では、国立 STD センターの巡回による小規模啓発活動、警察組織内でのパンフレット配布などが行われているようであるが、教育者が性教育に消極的なこともあり、国民的啓発レベルはかなり低いと思われる。

研修としては、地方の衛生行政関係者、AIDS 対策担当者、NGO スタッフ、看護学校関係者などを対象に、STD の診断治療、サーベイランス、HIV 感染の予防法などについての研修が行われているが、財政的には、外国 NGO に依存しており、内容的には、AIDS の診断法、医療器具滅菌法、HIV 抗体検査法の研修などが不足している。

6) サーベイランス事業

1992 年にブノンペンで、小規模な血清疫学的サーベイランスが実施され、1994 年からは全国 21 県中 8 県に拡大された。一層の拡大が課題であるが、1996 年度から国連からの援助が削減されるため、逆に規模の縮小が検討されている。一方、届け出による患者・感染者数のサーベイランスは、一部の医療機関の報告にのみ依存しており、診断法についての研修機会の確保、増加しつつある公立以外の医療機関の協力が今後の成否の鍵を握っている。行動学的サーベイランスとしては、NGO による一部の CSW の調査以外はほとんどみるべきものはない。

(5) 今後の我が国の協力について

協力分野としては、概念上は感染予防対策、感染者・患者対策に二分され、来るべき AIDS 患者発生を軽減するためにも、現時点、特にここ数年は、前者の比重が大きいと思われる。ま

た、電気、水道等、社会的インフラが未発達で、政府の財政的基盤が極めて脆弱であるため、基幹医療用施設網の建設、機器整備などハード面の援助のみならず、各種消耗材の供給や対策の運営の援助が不可欠である。また、感染爆発の段階に入っているため、援助は緊急を要する。以下、必要と思われる援助内容を記す。

1) 感染予防対策

- ①感染状況の把握：HIV、STD サーベイランスのための検査試薬、検査器材の供与
- ②国民的啓発普及：各種啓発普及教材・資材（パンフレット、ポスター、ビデオ番組、映画）開発・作成の援助、ビデオ機器、映画撮影機器、活動に軌道性を持たせるための車等の供与、一般家庭でのコンドーム使用普及のための大量コンドームの供与
- ③売春婦への対策：コンドームの供与、HIV/STD 教材開発・作成の援助、CSW 出張の検査、治療のための検査試薬、治療薬の供与
- ④非衛生的注射への対策：使い捨ての注射器材・医療器具滅菌用具の供与
- ⑤院内感染防止のための対策：手術用手袋、マスク、ガウン等の供与
- ⑥研修事業：中央及び地方の AIDS 対策行政担当者、NGO スタッフ、検査技術者、カウンセリ
ングに関する研修事業の援助
- ⑦検査体制の整備：公立医療機関での検査体制の整備のための試薬、機器の供給、市民が無
料匿名で受診可能な全国的検査網整備のための試薬、機器の援助
- ⑧血液事業：検査試薬の供与
- ⑨ STD 対策：国立 STD センターの施設拡充の援助、地方の STD 診療施設整備の援助

2) 感染者・患者対策

- ① AIDS 医療体制：AIDS 医療の中核病院構想の対象となっているシアヌーク病院の施設整備
の援助（建物、医療機器の全て）
- ②研修事業：AIDS 診断、ケア、管理に関する全国医療従事者の研修の援助、HIV 感染者

1-1-6 ヴィエトナム

(1) 国状の概要

国土面積 33 万 1,689km²であり、人口 7,098 万人（1993 年）である。インドシナ半島の東側に南北に細長く伸びた地形をしており、北と南では歴史的にかなり異なった背景を持つ。首都は北部の中心地ハノイ市にあり、政治的指導権を持つ。HIV/AIDS 感染者は最大の人口を持つ南部のホーチミン市（旧サイゴン）及びその周辺に多い。

(2) HIV/AIDS の流行状況

最初の HIV の報告は 1990 年である。麻薬による感染が多い。感染者/患者の約半数をホーチミン市が占め、残りの半数は南部各県とカンボディア国境地域に多い。首都ハノイには報告例が少ない（図 1-22、表 1-22）。

ヴィエトナムの HIV/AIDS のサーベイランス状況をまとめると次のようである。（表 1-14～1-16）。

- 1) 1992 年：12 の地方衛生疫学センターで PA 法によるスクリーニング検査が実施できるように整備され、4 万 6,916 検体中 11 検体が抗体陽性であった。

- 2) 1993年：更に19センターが追加され、ハノイとホーチミンのパスツール研究所が確認検査ができるように整備された。6万8,735人中1,124人が抗体陽性と確認された。
- 3) 1994年：残りの全ての地域でPA法ができるように整備された。センチネルサーベイランスサイトにはELISA機器も設置された。新たな陽性者の報告数は1,148人であった。
- 4) 1995年：センチネルサーベイランスサイトが6サイトから12サイトに拡大された。

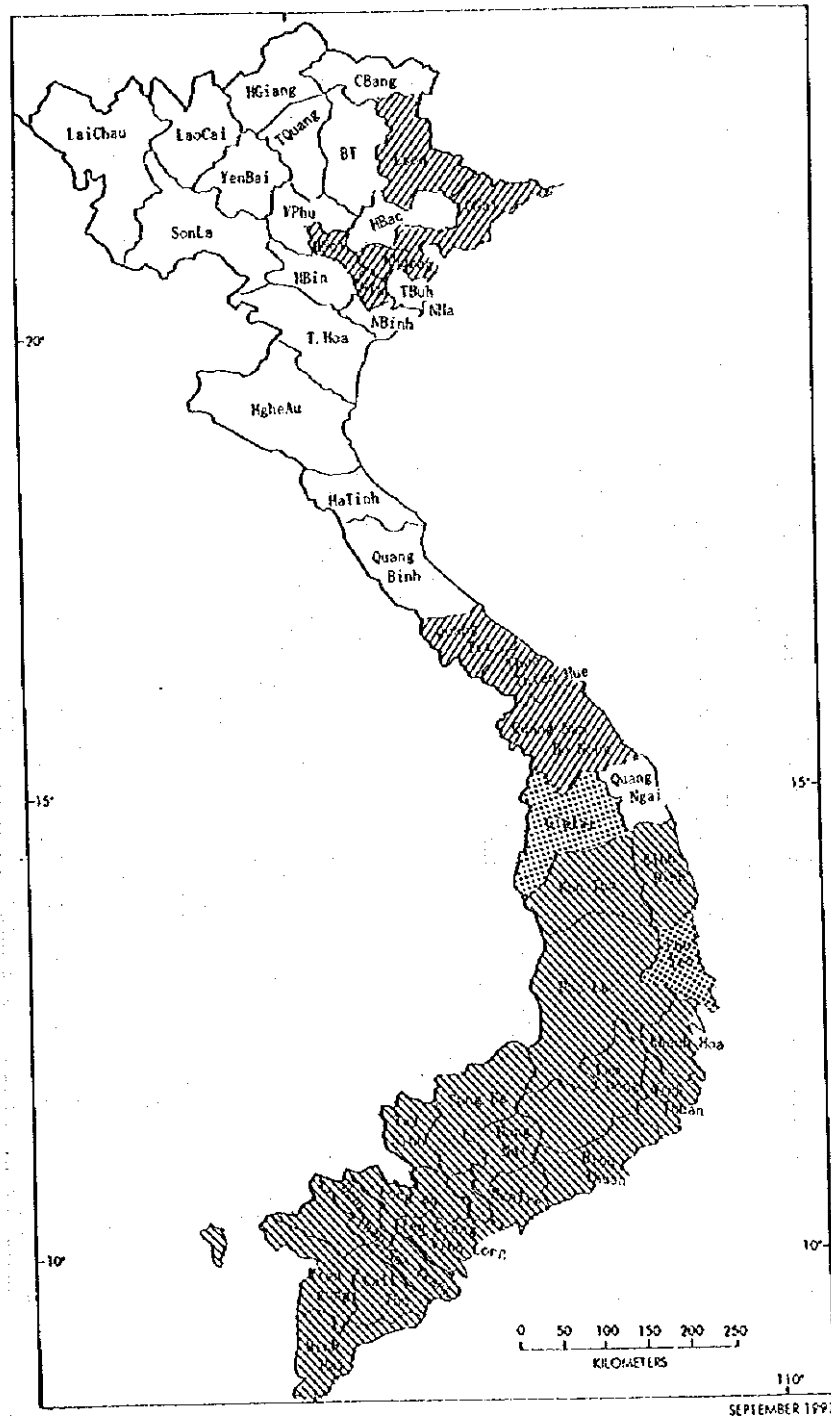


図1-7 SPOT MAP OF HIV INFECTION, VIETNAM

表 1-13 HIV INFECTIONS BY PROVINCES
UP TO 24 FEBRUARY 1995

	PROVINCES	NO. OF INFECTIONS	PERCENTAGE
1	TP HỒ CHÍ MINH	1,186	51.9
2	KHÁNH HÒA	236	10.3
3	Q-NAM-DÀ NẴNG	101	4.4
4	ANGLANG	84	3.7
5	DỒNG NAI	57	2.5
6	LÃMBÔNG	47	2.1
7	V. TÀU-BÀ RIA	23	1.0
8	SÔNG BÉ	26	1.1
9	HUE	19	0.8
10	KIÊN GIANG	26	1.1
11	DÃCLẮC	26	1.1
12	TIỀN GIANG	15	0.7
13	BÌNH ĐỊNH	16	0.7
14	CẦN THO	28	1.2
15	TÂY NINH	9	0.4
16	DÔNG THÁP	8	0.4
17	LONGAN	7	0.3
18	MINH HAI	12	0.5
19	PLAY CU	3	0.1
20	NAM HÃ	3	0.1
21	NINH THUẬN	8	0.4
22	BẾN TRE	8	0.4
23	SÓCTRĂNG	8	0.4
24	HẢI PHÒNG	5	0.2
25	VĨNLÔNG	5	0.2
26	TRÀ VINH	4	0.2
27	HÀ NỘI	5	0.2
28	BÌNH THUẬN	2	0.1
29	QUẢNG TRỊ	2	0.1
30	LANG SON	1	0.1
31	QUẢNG NINH	1	0.1
32	KON TUM	10	0.4
33	GIA LAI	7	0.3
34	PHU YEN	7	0.3
	UNKNOWN	279	12.2
	TOTAL	2,284	100.0

表 1-14 HIV INFECTION BY TARGET GROUPS

	TARGET GROUPS	NO. OF INFECTIONS	PERCENTAGE
1	IV DRUG USERS	1,839	80.5
2	PROSTITUTES	126	5.5
3	STD PATIENTS	56	2.4
4	OTHERS	43	1.9
5	BLOOD DONORS	24	1.1
6	TB PATIENTS	22	1.0
7	REFUGEES	13	0.6
8	AIDS SUSPECTED CASES	12	0.5
9	HOTEL WORKERS	16	0.7
10	PRENATAL ATTENDEES	8	0.4
11	VIETNAMESE IN ABROAD	3	0.1
12	HETEROSEXUAL	2	0.1
13	PERINATAL	3	0.1
	UNKNOWN	114	5.0
	TOTAL	2,284	100.0

表 1-15 HIV INFECTION BY AGES

AGE GROUPS	NUMBER OF INFECTIONS	PERCENTAGE
< 13	3	0.001
13-19	57	2.5
20-29	403	17.7
30-39	1,124	49.2
40-49	530	23.3
50+	51	2.2
UNKNOWN	121	5.3
	2,284	100.00

表 1-16 HIV INFECTIONS BY SEX

SEX	NUMBER OF INFECTIONS	PERCENTAGE
MALE	1,959	86.9
FEMALE	259	13.1
UNKNOWN	30	
TOTAL	2,284	

HIV INFECTIONS BY YEARS

YEAR	NUMBER OF INFECTIONS
1990	1
1991	0
1992	11
1993	1,124
1994	1,148
.....	
TOTAL	2,284

(3) HIV/AIDSの現状

- 1) 1995年8月25日現在HIV感染者は2,990人(全国53県中34県で報告事例がある)、AIDS患者232人であり、そのうち死亡者は70人である。近年AIDS患者が急増している。
- 2) IDUが80.5%と最も多く、次いでCSWが5.5%、STDが2.4%である(表1-14)。
- 3) 1995年2月現在の年齢分布は30歳代が49.2%と最も多く、次いで40歳代が23.3%、20歳代が17.7%である(表1-15)。
- 4) 男女比は87:13で男性に多い(表1-16)。

(4) HIV流行に関する社会事情

南と北では気象条件のみならず歴史的にも異なっている。南はベトナム戦争時代等の影響によりHIV/AIDSが広がっている。それに比べて北は少数である。

(5) HIV/AIDS対策の現状

1) AIDS対策プログラム・体制

National AIDS Committee (NAC) が1990年に設立され、Chairpersonは副首相が、Vice Chairpersonは保健相、企画庁次官、保健衛生局長がなり、保健省が中心となって法務、外務、内務など16省庁による横断的な組織である。毎月委員会を開いてHIVサーベイランス作業部会の報告に基づきAIDS対策の協議を行っている。

2) 検査・血液管理体制

① 検査体制

WHOや他の国連機関の援助により1989～90年の短期計画と1991～93年の中期計画を計画し、9サイトでセンチネルサーベイランスを実施してきた。

ホーチミン市のパスツール研究所がフランスの同研究所の協力のもとで1987年から南ベトナムのNational Reference Laboratoryとして血清学的確認検査及びウイルス分離を行っている。南ベトナムの17 Provinceから確認検査のために毎月約3,000検体が送られてくる。

1992年から結核患者、CSW、IDU、STD患者、妊婦の5項目を対象に疫学調査を実施している。

② 血液管理体制

輸血検査、血液管理は主要な医療機関では徐々に行われつつあるが献血血液が極端に不足している。また、HIV及びHBVの検査体制も不備であり、深刻な問題となっている。

3) 診療体制

カウンセリングや看護はほとんど手が付いていない。

4) 啓発普及、研修などの対策

看板・パンフレット、学校教材などで教育啓蒙活動を行っているが各分野ともに不十分である。人材育成が優先課題である。

(6) 我が国の協力実施状況及び可能性

1) これまでの援助動向

1967年に無償資金協力による脳外科病院を新設し、その後1974年に更に60億円を供与したチョーライ病院がある。ここには現在AIDS患者は入院していない。

2) 今後の協力のあり方について

NACは感染者が最も多いホーチミン市、首都のハノイ及び南部の各県の12県を最優先地域と選定して、地域ごとに保健所や病院など対象機関を決めて実態調査の充実、検査体制の強化、輸血管理の改善、感染者のカウンセリング、患者の看護などを計画しているが資金及び人材が不足している。

①検査体制、輸血管理の改善のための機材供与及び技術協力

②HIV/AIDSの実態調査に関する協力

③教育啓蒙活動の普及拡大の機材供与（教育啓蒙は地域の風習などを熟知し、現地語ができ、現地とのコミュニケーションが親密であることが重要であるので現地のNGO活動を支援するのも1つの方法であろう）

④カウンセリングや看護に対しての研修事業

1-1-7 ミャンマー

(1) 国状の概要

国土面積67万6,578K㎡、人口4,400万人（1993年）、首都はヤンゴン（Yangon）である。東側を麻薬の三角地帯のタイ、中国、ラオスに接している。気候は熱帯性気候に属し、大きく雨季と乾季に分けられる。軍事政権であり、経済状況は極めて悪い。

(2) HIV/AIDSの流行状況

1985年よりスクリーニング検査を開始した。最初の感染者は1988年で37歳の船員である。HIV/AIDSの報告者は3カ月ごとに全国各県からの報告が集計され発表される。1995年6月現在HIV感染者1万421人、AIDS患者636人が報告されている（表1-17）。ミャンマーの感染経路の特徴はIDUと性的接触で85%以上を占める。

AIDS患者の年齢群別では30歳代が最も多く、次いで20歳代、40歳代の順である。

表 1-17 HIV/AIDS SITUATION IN MYANMAR

Total HIV +ve Cases	10,421 (June 95)
Total Reported AIDS Cases	636 (June 95)
Yangon Division	308
Tanintharyi Division	174
Shan State	94
Mandalay Division	20
Kachin State	13
Sagaing Division	11
Mon State	7
Bago Division	4
Ayeyarwaddy Division	2
Kayin State	2
Yakhine State	1

HIV +ve Cases detected

1988	1
1989	323
1990	1,034
1991	2,152
1992	1,641
1993	2,001
1994	2,361
1995 (June)	908
Total	10,421

1) 感染経路

1981年から1995年(3月)までに報告されたAIDS患者(569人)の感染経路の内訳はIVDUが最も多く285人(50.1%)、次いで異性間性的接触によるもの228人(40.1%)の順である(表1-18)。

表 1-18 RISK/TRANSMISSION CATEGORIES (Reported AIDS Cases, Myanmar, as of March 31st, 1995)

	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95
ADULTS:												
Heterosexual								.	3	52	131	42
Homosexual/ Bisexual								.	-	1	1	2
Injecting Drug Users								6	38	79	124	38
Blood Transmission/Blood Products								.	.	1	2	2
Other								.	.	8	17	2
Not specified								.	.	1	7	9
CHILDREN:												
Parental											1	
Blood Transmission/Blood Products												
Other											1	
Not specified											1	
Total	6	41	142	285	95

Note: 1 case with sex unknown as well as risk group unknown reported during 1994 was not included in above table.

2) IDU グループ

ミャンマーにおける感染の特徴は IDU 間の感染である。1992 年 3 月から 1995 年 3 月までの 3 カ所のサーベイランスの平均は 60% 台から 50% 台に低下の傾向がある。しかし、Myitkina では 90% が既に感染している。Taunggyi では 1992 年から低下しつつあり、30% 前後でとどまっている。Yangon も 1994 年 3 月までは 70% 前後の陽性率であったが 9 月に 50% を切ったが 1995 年 3 月には若干上昇している。このようなことから全体としては約 60% の陽性率である。

3) STD 患者

男性の STD 患者は 8~10% 前後の陽性率である。Mandalay, Tachileik などハイリスクの地域では 10% を超え、Kawthaung は 30% 以上が感染している。女性の STD 患者の陽性率は男性に比べて低いものの、Yangon では 7% の陽性率である。Yangon 以外の地域では 1994 年 9 月に比べて 1995 年 3 月の調査では低下している。これは教育の効果によるものかサンプリングや検査上の問題かは不明である。

4) CSW グループ

Yangon 及び Mandalay において 1992 年 3 月から毎年増加を続けている。5% 前後の陽性率が 1995 年 3 月には 15~20% 程度に急増している。

5) 妊婦

妊婦の HIV 陽性率は Tachileik が 8% を超えている。この地域は STD 患者にも高陽性率を示している。Mandalay, Myitkina は 2% 前後である。

6) 献血者及び新兵

1995 年 3 月現在、共に 1% 強であるが徐々に増加の傾向にある。1992 年 3 月から 1995 年までのセンチネルサーベイランスの全体を通じて地域によるばらつきが大きく国全体の傾向を観察するのが困難である。例えば IDU や CSW は 1994 年 9 月に低下し、翌年 3 月には再び上昇している。また、女性の STD 患者は逆の現象を示した。このことは検査上の問題の可能性もあり、HIV 検査体制の標準化及び検査試薬の精度管理の重要性を示唆するものであろう。

(3) HIV 流行に関連する社会的要因

ミャンマーの HIV 感染は薬物乱用が中心であることからわかるように麻薬は安価で、手軽に入手可能である。したがって、麻薬病院では麻薬を禁止するのではなく感染を蔓延させない麻薬の使用法を指導している。感染ルートのもうひとつはクイに出稼ぎに行って感染して帰ってきた CSW によつての広がりである。現在は外国人の観光客が少ないので国内を対象にした売春が主である。Yangon の港近辺には CSW が多く立っている通りがある。

(4) HIV/AIDS 対策の現状

1) 1985 年に AIDS サーベイランス専門委員会 (Technical Committee for Surveillance of AIDS) が設置され、現在は Cabinet-MOH-DOH-National AIDS Program として機能している。HIV 検査は National Health Lab., Yangon General Hospital, Infectious Diseases Hospital 及び Central National Blood Bank などが実施している。

ミャンマー政府は AIDS 予防対策プログラム (AIDS Prevention and Control Programme) の実施計画として以下の 7 項目を公示している。

- ①ハイリスクグループ及び一般社会に対して HIV/AIDS の関心を高め予防のための適切な情報を提供する。
- ② HIV 感染率が高い地域については安全な輸血用血液の供給を確保する。
- ③注射針、注射筒及び外科機器などによる HIV 感染の伝播を阻止する。
- ④センチネルサーベイランスシステムにより国内の HIV 感染の疫学情報を収集する。
- ⑤ State, Township の各病院及び専門病院は HIV/AIDS 患者の適切な治療とカウンセリングが受けられるようにする。
- ⑥ STD の早期診断と治療に対するサービスを供給する。
- ⑦保健教育、カウンセリング、ケア提供のためのヘルスワーカー、教育者、コミュニティーリーダーの育成を行う。

2) 検査体制

都市部の主な病院及び血液銀行においては HIV 検査を実施しているが地方や都市病院では実施していない。

ミャンマーの HIV/AIDS 情報は 1992 年までは特定のハイリスクグループのサーベイのみであったが 1992 年 3 月以降は更に広域のセンチネルサーベイランスが行われるようになり、19 都市でサーベイランスが実施されている。

3) 安全な血液対策

輸血用血液は全て献血で売血は希であり、採血量は 380ml から 450ml である。成分献血は実施されていない。HIV の検査はハイリスクの地域を重点に 60% のカバー率である。検査試薬は PA と HIV スポットが主に使われている。確認検査は Yangon の National Health Lab. 及び Mandalay の Public Health Lab. が ELISA を加えたスクリーニング 3 法のうち 2 法で検査し、両者陽性の検体を WB で確認している。Yangon では一般病院の中に血液銀行があり、12 病院と中央病院に供給している。陽性率が 0.17% 程度と妊婦や新兵の陽性率に比べ非常に低い。Mandalay 市には 3 つの病院があり、輸血用血液は一般病院の中の血液銀行で採血し、供給している。通常は Public Health Lab. がスクリーニング及び確認検査を行っている。緊急の場合のみ、血液銀行が HIV スポットで検査している。その他の地域は 30 の都市病院のうち、感染の高い地域からの約半数は輸血用血液の検査を行っている。

なお、輸血検査で陽性例の報告が少ないのは検査体制の不備、検査試薬の品質管理（保存、期限切れ）の問題及び感度、精度に問題があると考えられる。

4) 診療体制

国営病院の数は 717、総ベッド数は 2 万 8,277（人口 1 万人当たり 6.54 で日本の約 15 分の 1）である。国立の診療所は 306、地方保健センターは 1,424 である。開業医は多数で正確な数字は把握されていない。医師は 1 万 2,245 人（人口 1 万人当たり 2.85 人で日本の 6 分の 1）、看護婦 9,064 人、助産婦 8,615 人である。医科大学は Yangon に 2 つ、Mandalay に 1 つ計 3 つある国営病院は基本的には医療費は無料である。薬は個人負担で、医師の処方箋により市街の薬局で購入する。薬を販売するのに特別な資格は必要ないので品質管理上問題である。食事が供給できる病院は 2 割程度であり、残りは家族が用意する。当然治療食はない。開業医は昼間国営病院などで勤務し、夜間のみ治療に当たっているところが多い。注射器や

針などは十分に消毒されずに再利用されている。特別に料金を支払えば使い捨ての注射器、針などを使用してもらえる。

5) 感染予防活動

Department of Health (DOH) がタイ及びシンガポール製のコンドームを無料で配布するキャンペーンを行っているが普及率は低いと思われる。Yangon 市内の薬局 2 軒にコンドームの有無を調査したが置いていなかった。しかも、店員がコンドームをわからず、コットン（綿）を渡された。ホテルの売店には 1 個 1 米ドルで置いてあった。ミャンマーの物価を考えれば非常に高価である（公務員の技師が 1,500 円程度、中級の医師の月給が約 3,000 円）。売店の女性は明らかに不快な顔をしてコンドームの置いてある棚を顔を背けながら指さした。避妊はコンドームよりもピルやホルモン剤が一般的である。看板、パンフレット、ポスター、学校教材などで教育啓蒙活動を行っている。

6) 当該分野における他の先進国の協力

現在先進国の援助はない。WHO、UNDP、UNICEF が援助している。

(5) 我が国の協力について

1) これまでの援助動向

JICA が建てた総合病院及びウイルス研究所がある。現在援助はない。

2) 今後の協力のあり方について

- ①実態調査の充実、検査体制の整備及び強化
- ②検査機器、試薬の供与
- ③輸血用血液の管理の改善（冷蔵庫、冷凍庫、遠心分離器など）
- ④医療従事者に対する HIV/AIDS の研修
- ⑤教育啓蒙活動の普及拡大のための各種機材の供与
- ⑥注射器や試験管など医療機材を供与するだけでなく、自国で生産できるような工場の設置や技術移転

1-2 中南米地域

1-2-1 ブラジル

(1) 国状の概要

ブラジルは人口は約 1 億 5,000 万人、日本の 23 倍に及ぶ広大な国土を有している。GNP は世界で 10 位と南米最大の国家ではあるが、最低賃金（105 米ドル）の 3 倍以下の人口が 74%にも及ぶなど貧富の差が大きく、それに伴う様々な社会問題を抱えている。経済的には、1980 年代初めから、年率 1000%にも及ぶ激しいインフレに見舞われ、1990 年のコロールプランの失敗によって混迷を深めたが、1992 年カルドゾプランの導入によって、インフレはようやく鎮静傾向にある。

(2) HIV/AIDS の流行状況

1) AIDS サーベイランス情報の分析¹⁾

ブラジルから WHO の AIDS サーベイランスに報告された累積 AIDS 患者数は、1995 年中期で 6 万 6,380 人に達しており、報告数は中南米で最多、世界では米国、ウガンダ、タンザニア

に次いで4番目に多い。年間報告総数は1993年をピークとしてやや減少傾向にあるが、患者の60%以上が生存し、感染者数は40万人以上とも見積もられ、同国の保健医療に深刻な影響をもたらしている。

地理的には、大都市からの患者報告が多く、サンパウロ (San Paulo, 3万7,219人) とリオデジャネイロ (Rio de Janeiro, 1万650人) の2都市で累積総数の72%を占めている。しかし、この2都市の比率は1980~87年には80.7%であったが、その後年々数%の割合で減少を続けて1994/5年には64.3%となった (図1-8)。これは、1993年までの増加率が大都市よりも地方都市で大きく、また1993年以降の減少率が地方都市で小さい (-24.2% vs -7.1%) ため、地方都市の中には、サンタカタリナ (Santa Catarina) などなお急増傾向にあるものも多い。

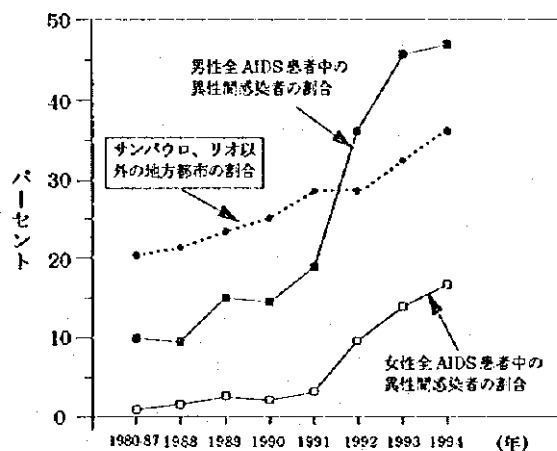


図1-8

感染経路としては、原因未記載を除く5万2,717人の患者のうち、男性(4万4,540人)では、同性間・両性間性交渉によるものが56.7%、異性間性交渉が10.3%、IDUが26.3%、女性(8,177人)では異性間感染が46.6%、IDUが32.4%であり、男女を合計すると性感染が63.9%、IDUが27.2%、そして輸血感染が4.7%、母子感染が2.8%となる。欧米諸国と比較すれば、輸血感染がなお多いこと、女性においてIDU感染の割合が高いことが注目される。また、感染経路の年次推移をみると、性感染の比率が徐々に上昇しており、1989~92年では60.9%であったが、1993年以降は65.5%となっている。この変化は主として、女性における性感染の割合の増加によるもので、各期間の原因未記載を除く女性報告者中、異性間感染の割合は、1989~90年で23.0%、1991~92年で42.5%、1993~95年で60.8%と急速に上昇を続けている。これに対し、男性における性感染割合は、各期間65%前後で安定しているものの、異性間感染が全性感染例に占める割合は、4.7%、14.1%、29.8%と急速に増加しており、男女とも異性間感染が主要な感染経路へと急速移行しつつある様子が窺われる (図1-8)。そして、このような動向と平行して、母子感染例も増加を続けている。

年齢分布は、同性間性交渉例が30~40歳をピークとし、25~39歳で62.3%を占め、IDUではピークが25~29歳で、20~34歳で74.8%を占める。異性間感染もピークは25~29歳で、25~39歳で60.5%を占めている。

性構成は、全報告例(6万6,380人)ではほぼ5:1であるが、近年徐々に男女比が接近

しつつあり、1987年以前は10:1以上であったものが、1994~95年では3:1となっている。

以上、サーベイランス情報の分析結果をまとめたが、サーベイランス情報が患者に関するものであることに特別の注意が必要である。すなわち、これらの情報は、少なくとも成人例に関しては、ほぼ10年ほど前の感染流行の状況を反映しているものと考えられ、最近の感染流行においては上述の動向が更に進んでいるものと考えらるべきであろう。

2) HIV感染率に関連する情報²⁾ - 4)

現在までに入手し得た、サーベイランス情報以外のブラジルのHIV疫学関連情報は限られているが、リスクグループのHIV感染率は、IDUでは、1990年段階で、リオデジャネイロで40%、サンパウロで54%、サントスで57%という調査結果が報告されており、近年でもほぼ40~60%であると推察されている。CSWについては、サンパウロとサントスとカンピナスを比較した1991年の研究(各都市200名)があるが、それによれば、HIV感染率は、それぞれ8%、10%、14%、梅毒感染率は、40%、50%、46%、B型肝炎感染率は、40%、34%、45%、顧客との膾性交時のコンドーム使用率は、51%、51%、97%、肛門性交時の使用率は31%、46%、81%と、高いHIV/STD感染率とsafer sexの不徹底が示された。STD患者においては、1993年の調査では、地域によって差があるが、HIV感染率は、1.3%から15.3%(サンパウロ)と高率であることが示されている。妊婦では、1987年段階では0.3%であったが、1990年以降は1%を上回るようになった。献血者の感染率は、現在ほぼ0.5%であるといわれ、大都市でも地方都市でもほぼ同率であるといわれている。

以上の限られた情報からだけでも、リスクグループにおけるHIVの浸淫が深いこと、感染の拡大をSTDが促進していること、売春婦の横行によって、売春婦が感染の犠牲となり、かつ感染源の一部となっていること、タイ国に匹敵する程度に妊婦へHIVが浸淫がしていること、などが推察される。

(3) HIV流行に関連する社会的事情

詳細は不明であるが、児童売春を含む売春の横行、静注薬物常用の横行、STDの蔓延、限られた教育機会によって、貧困層を中心にHIVが拡大する構造になっているものと推測される。

(4) HIV/AIDS対策の現状と問題点

ブラジルの保健省では、そのAIDS・STD対策計画の現在の重要課題として、

- ①ハイリスク行動者への有効な対策の展開、
- ②HIV/AIDSに関連する保健医療、支援体制上の弱点の解消(医療スタッフの教育、検査機会の拡大、検査のquality control、NGOの財政援助、献血検査時のカウンセリング、STD検査・治療機会の拡大)、
- ③よりの確な情報の収集と提供(信頼性の高いHIV、STD、結核サーベイランスの確立、若年者の啓発)、
- ④財政問題(高騰する患者治療医療への対処)、
- ⑤コンドーム普及(低価格で高品質コンドームの普及)を掲げている。

ブラジル保健省や主要NGOの関係者によれば、最近の同国におけるAIDS予防対策に関して重要な問題点は、以下の4点に要約される。

1) コンドームの入手が困難

現在ブラジルでは、AIDS キャンペーンの浸透に伴って、1年前ほどから、コンドームの販売数が急速に伸びている。しかし、コンドームの価格は、高価なもので3個350円、安価なものでは3個150円であるが、月1万円の最低賃金は安いコンドームの200個分にしか相当せず、相対的にかなり高い価格であり、最も必要な低所得者層への普及の大きな妨げとなっている（注：給与が最低賃金以下の者は労働人口の15.6%）。

2) 検査機会が少ない

1993年段階では、無料匿名の検査が受けられる場所は、サンパウロに1、リオデジャネイロに2の合計3カ所という状況であり、現在でも各州に1カ所程度がようやく整備されたにすぎず、低所得者層に特に必要な無料検査の機会に絶対的に不足している。同国では公立診療所（全国約2,000カ所）が、低所得者層に一般診療（無料）に当たっているが、同所におけるHIV抗体検査は、医師が必要と認めた場合に限定されている。

3) 輸血血液のスクリーニングが不十分

献血血液の感染率は約0.5%であるが、地方によっては、血液事業の経済的事情によって、必ずしもHIV抗体検査を受けずに使用される場合があり、また、ハイリスク行動者に事前チェックも行われておらず、血液感染例の発生が少なくない。

4) IEC (Information, Education, Communication) の機会、機材が不足

異性間感染が主流となった時期にあつて、非常にきめ細かな予防キャンペーンの展開が急務であるが、人的、物的（教材、ビデオ、テレビ等）、財政的限界のため、十分な展開ができていない。

(5) 我が国の今後の協力について

1) 援助内容について

今後我が国の援助内容としては以下のような内容・方向が適切ではないかと考えられる。

① コンドーム普及の援助

2つの方向があり得る。ひとつは、公立診療所ではコンドームの無料配布を行っているが、財政上の問題から現在はほぼ品切れ状態にある。このシステムにコンドームを援助すれば、特に低所得者層へのコンドームの普及が期待され、同時に、同所のスタッフの予防対策上の役割も強化されるであろう。一方、販売されるコンドームに関しては、最低賃金から考えれば、普及上適切な価格は10円程度のもと考えられる。現在コンドームは国内約3万カ所の薬局、スーパーなどで販売されているが、NGOなどの協力を得て、ソーシャルマーケティングの方法を導入すれば、販売は加速されるであろう。

具体的援助内容としては、消耗材としてのコンドームの供給、国産コンドームの品質管理の援助の他に、家族計画、ソーシャルマーケティングの専門家の派遣などが考えられる。

② 検査機会の増加と検査の品質管理の援助

同国では、既存の検査ラボラトリーにおいて、検体管理や検査の信頼性など品質管理に問題があることから、まず、レファレンスラボラトリー（reference laboratory）を整備し、末梢のラボラトリーとの間でしっかりしたシステムを確立させる必要がある。また、HIV感染が特に拡大する（している）と思われる低所得者層への検査機会を増やすために、

無料匿名の検査を公立診療所のシステムに整備させていく必要がある。

具体的援助内容としては、レファレンスラボラトリー整備のための必要機材の援助、検査方法や検体のディリバリーシステムについての専門家の派遣、HIV や STD の検査に必要な消耗材の供給、適切なカウンセリングができるよう、検査担当機関スタッフの研修の援助などが考えられる。

③ 血液事業の援助

HIV のスクリーニングの完全な実施、window period の感染者の血液を極力排除するためのリスク行動に関するチェックシステムの導入について援助が必要である。

具体的援助内容としては、HIV 抗体検査に必要な消耗材、機材を基幹血液銀行に援助すること、カウンセリング技法などについて担当者の研修を援助することが考えられる。血液事業の専門家の派遣も必要であろう。

④ IEC の普及の援助

ハイリスク行動者や若年者に啓発普及を徹底する必要がある。同国では、啓発普及に NGO や患者・感染者の果たしてきた役割が大きいことから、そのようなリソースを有効に利用する形に推進していくべきであろう。

具体的援助としては、啓発に必要な教材の開発費、ビデオ、テレビなど教育機材の援助、スタッフ研修の援助、教育専門家の派遣などが考えられる。

援助のスキームとしては、個別専門家を中樞に派遣する形もあろうが、具体的な効果を上げる意味では、むしろ、まず問題の深刻化しつつある地方都市をモデル地区に設定し、そこに援助を集中して、それに伴う様々な問題点を把握し、次の段階として、中樞に専門家を派遣する方が、同国の事情に沿った有効な援助が実現されることになると思われる。

2) 協力の意義について

中南米においては、ブラジルの AIDS 対策を援助することは、単に同国が最大の国家であり、また同国が最大の AIDS 流行国である可能性があるということにとどまらない。

なによりも、ブラジルは中南米で影響力の大きい国であり、ブラジルでの対策の成功は、モデルとして周辺国家への波及効果が大きい。また、上述したように、ブラジルでは、これまでの独自のキャンペーンで、AIDS 患者数は総数では減少しつつあるが、それは、これまで主流であった同性間感染や IDU などの感染経路への対策がある程度効を奏したことによるのであって、いまや異性間感染が主流となり、国民一般へのきめ細かい対策の展開が必要となっている。同国では、予防への関心が高まりつつある反面で、検査の機会（特に無料検査）や、コンドームの入手（特に価格）などの基本的なリソースに限界があることから、この時期の援助は特に有効であると考えられる。更には、我が国には、約 15 万人の日系ブラジル人が合法的に労働に従事し、日本で発病するケースが最近増加していることから、同国の AIDS 対策は我が国の AIDS 対策とも一部連動する部分があるという事情も考慮されて良いと思われる。

文献

- 1) AIDS Boletim Epidemiologico. Semana 09A22/95
- 2) WHO/GPA/TCO/SEF/94.4. The HIV/AIDS pandemic : 1994 overview
- 3) AIDS in the world. (Edds, Mann, Tarantola and Netter) , Harvard University Press, 1992
- 4) Lurie et al. Socioeconomic status and risk of HIV-1, syphilis and hepatitis B infection among sex workers in Sao Paulo state, Brazil. AIDS (1995) , 9 (suppl 1) : s31-s37

1-3 アフリカ地域

人口4億5,000万人のアフリカ大陸は現在の時点で最も AIDS/HIV の被害の甚だしい大陸であり、世界の他の地区と大きく異なるところは HIV 感染者数では①女性が男性より多いこと、② HIV-1 とともに HIV-2 が広がっていること、③文化、ライフスタイルの面より AIDS 対策が取り難いこと、④政情の不安定な国があること、⑤慢性的に食料不足があり、⑥十分な医療が施され難いなどである。これらの条件下で子供の AIDS も多く大部分5歳になる前に死亡する。また、親を失った子供 (AIDS Orphan) の数も急速に増加しているのが現状である。各国の報告書をみても世界的に教科書的に述べられていることを WHO の報告などを基に書いたものに簡単に各国で調べられたことを付け加えてはいるが、その結論として取るべき対策については概念的に述べているだけで、これまでどれ程の progress があつたかについては触れられていない。ただ、現状を分析 (それでも十分ではない) するだけでは対策にならないという感が強い。

US Bureau of Census の統計によって概略をみたのが図 1-9~1-12 である。ここでは世界的に報告された論文についてまとめた結果が示されているが、アフリカの都市部における妊婦を low-risk group とみて他の成人を high-risk group とみだてている。地域的には両グループで同様の傾向がある HIV-2 の感染は西アフリカに偏っていることがよくわかる。この調査によると 2010 年における小児の死亡率は図 1-13、図 1-14 に示すように HIV 感染の有無により大きく差がつき当然 life expectancy も異なつたものになつてくる (図 1-15)。

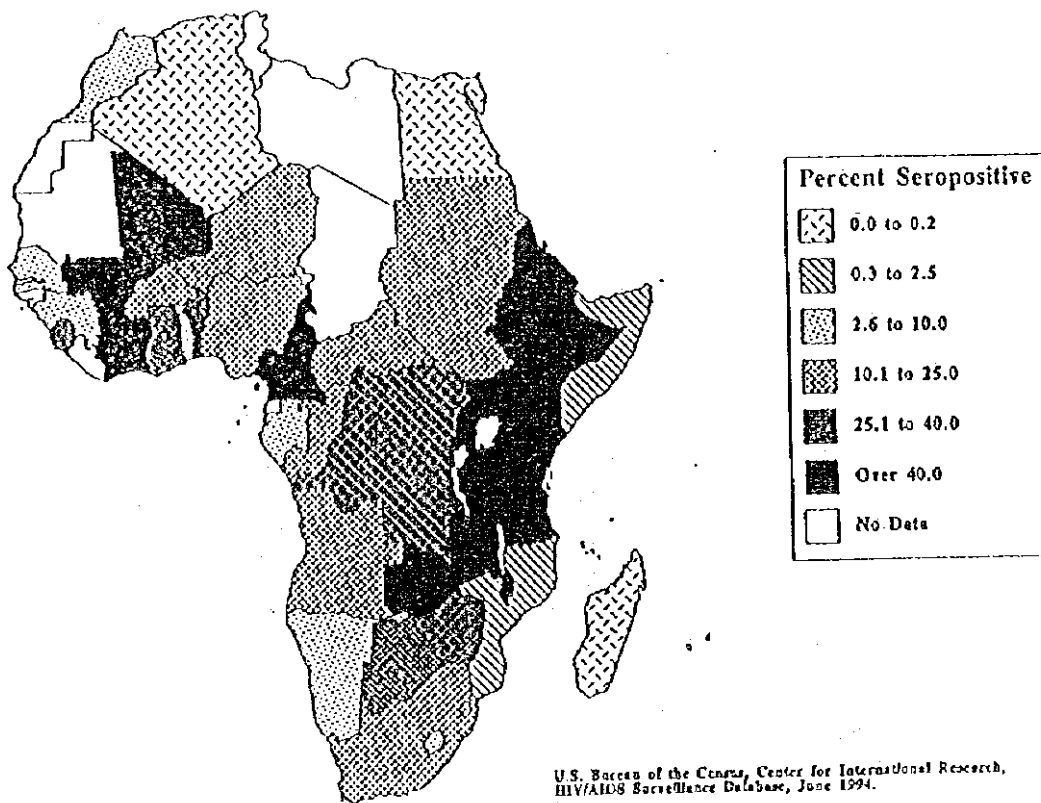


图 1-9 African HIV-1 Seroprevalence for High-Risk Urban Populations

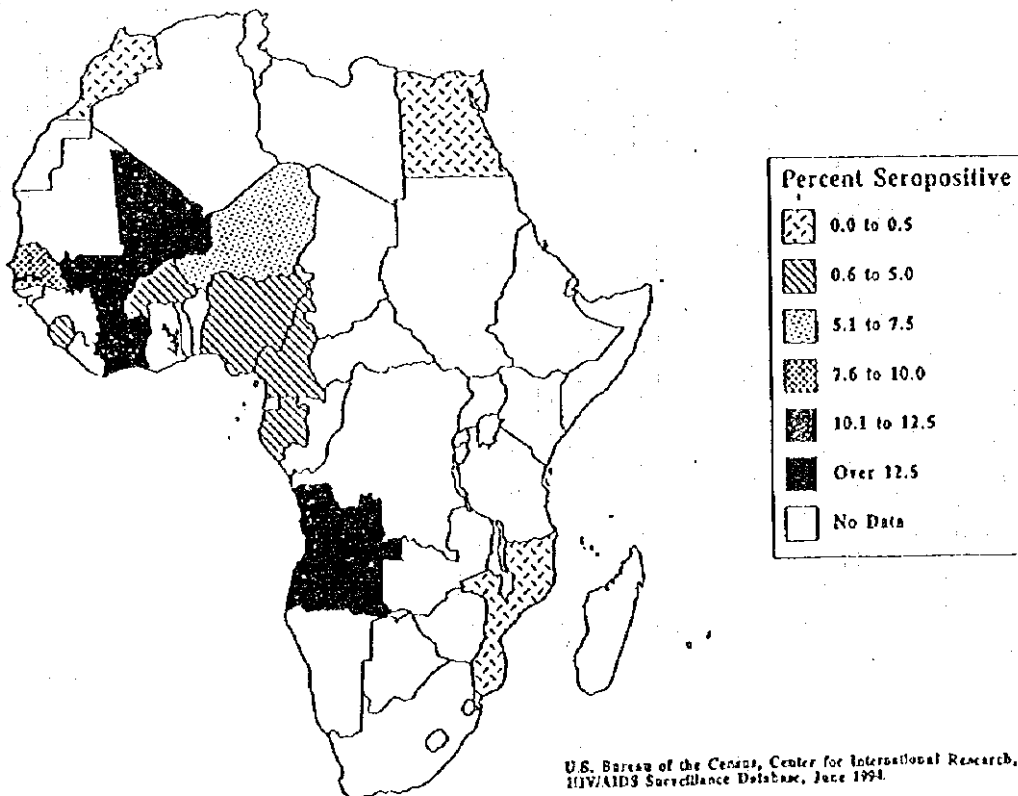
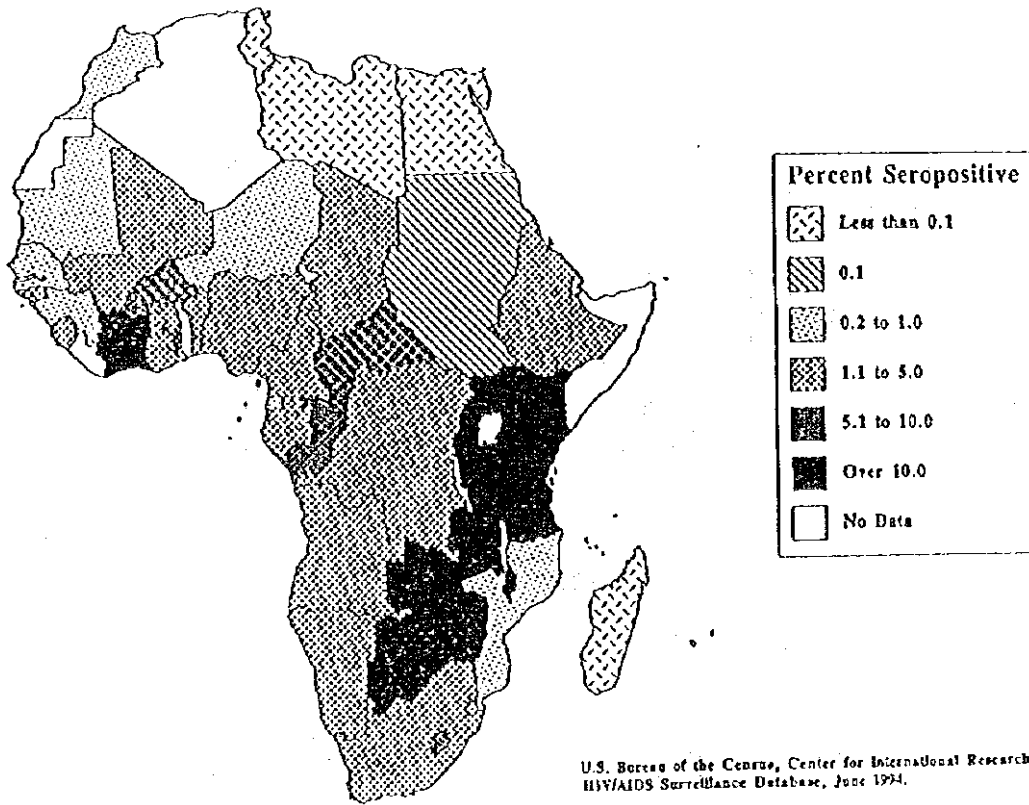
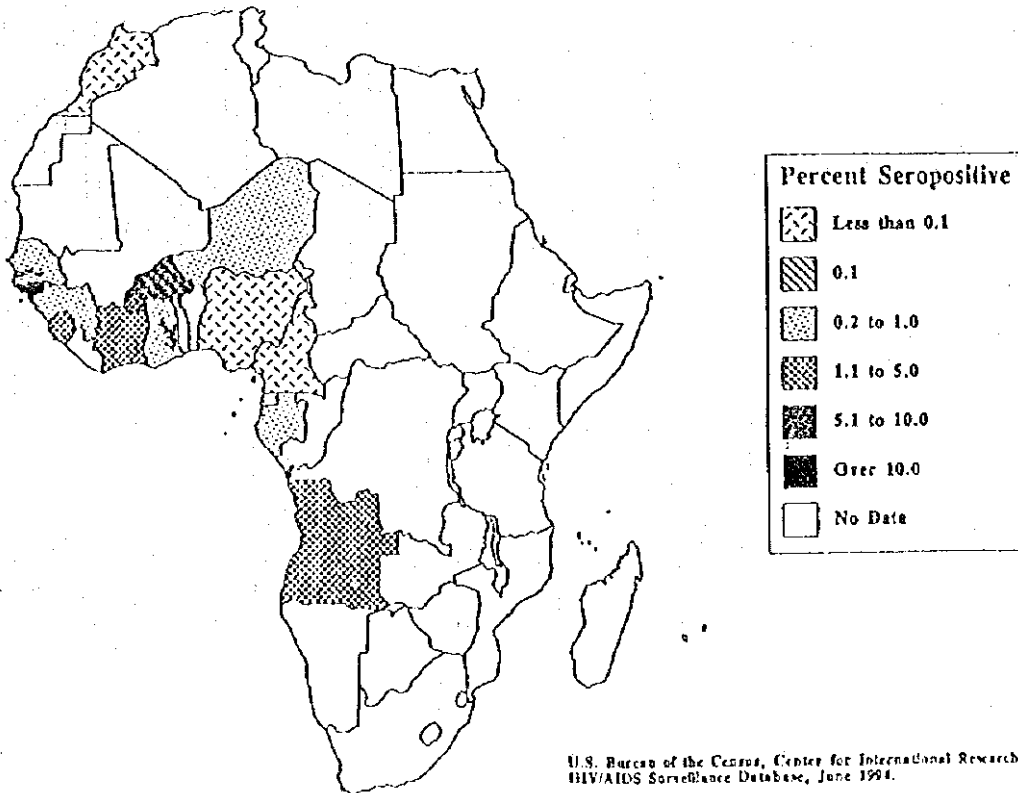


图 1-10 African HIV-2 Seroprevalence for High-Risk Urban Populations



1-11 African HIV-1 Seroprevalence for Low-Risk Urban Populations



1-12 African HIV-2 Seroprevalence for Low-Risk Urban Populations

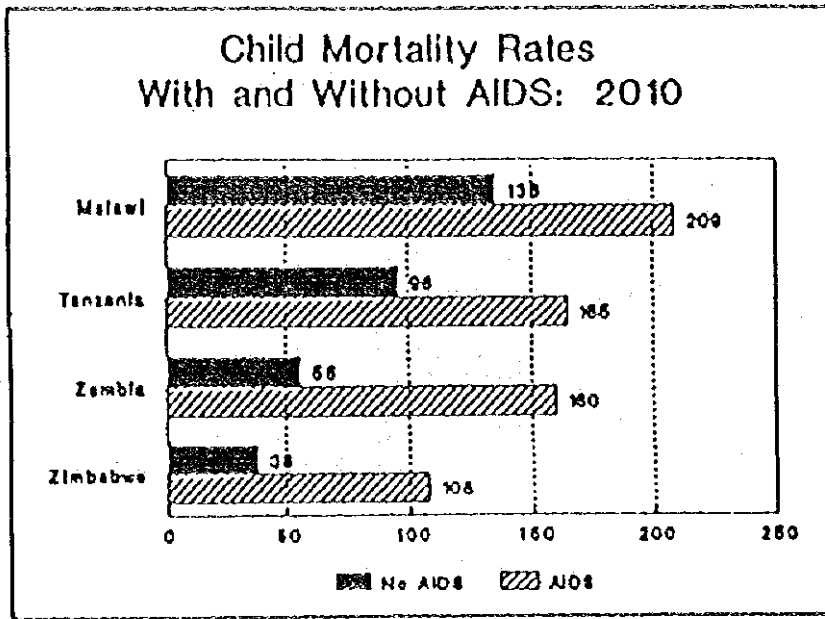


图 1-13

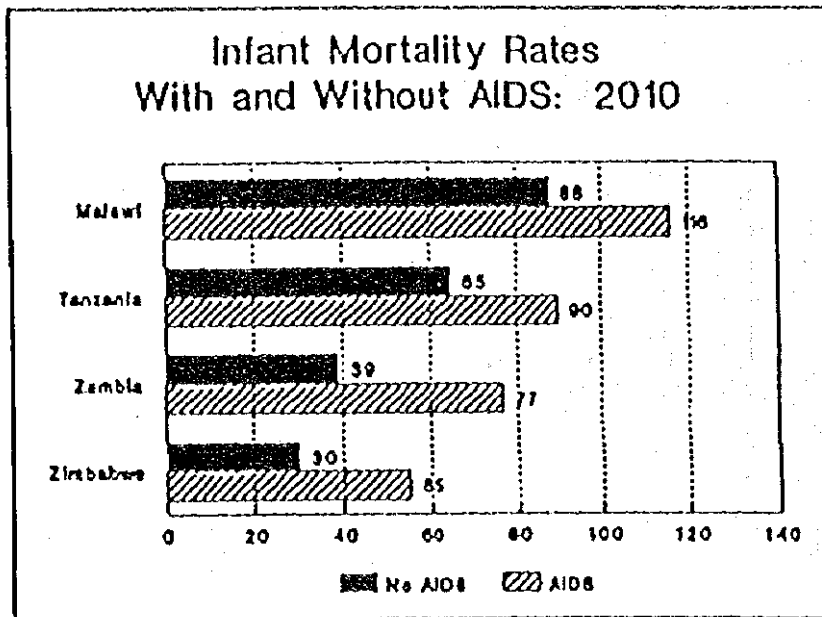


图 1-14

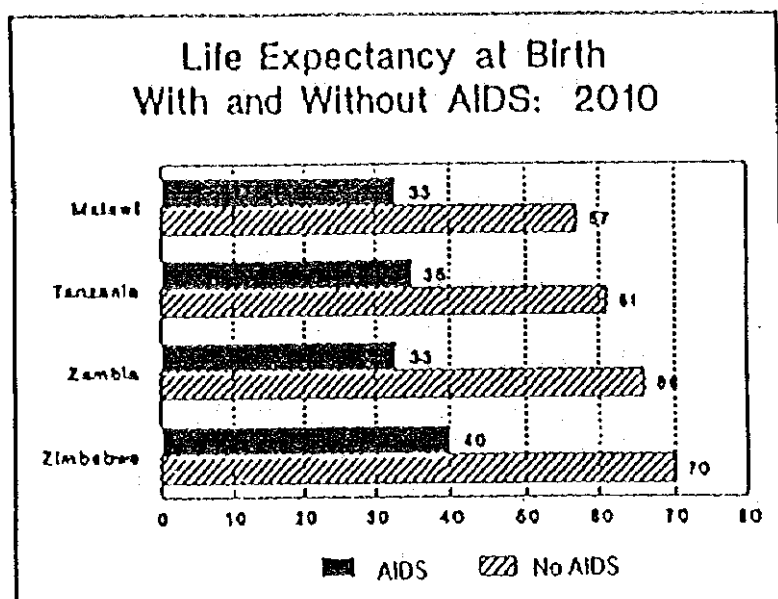


図 1-15

1-3-1 ケニア

(1) 国状の概要

Emerging Disease の宝庫であるアフリカの東海岸にあるこの国は、ソマリア、エチオピア、スーダン、ウガンダ、タンザニアと接し、東側はインド洋に面している。イギリスの植民地であったため、イギリス、インドの影響を受けて比較的フォーマルな習慣を持つ国である。宗教にはカソリック、ヒンズー、イスラムなどがみられる。経済的には貧しく、モイ大統領の独裁色が強く、全般的に活気に乏しい。1997年の大統領選挙が注目されるところがある。首都ナイロビは高地にあり、赤道直下の国とは思えぬ快適な気候であるが、他の地方にはマラリアも存在する。2,400万人の人口よりなる。

(2) HIV/AIDS の流行状況

保健省発行の AIDS in Kenya (1994年7月発行のものが最新) があるが正確な情報には程遠いものが感じられる。一応、1994年6月までに4万9,879例の AIDS 患者が報告されている。診断基準は CDC, WHO のものとは異なりアフリカでも使える (バンギ会議) のものによっている。地理的にはウガンダに近い西部に症例が多い。感染者総数は80万ともいわれるが不明である。アジア諸国と異なり裕福な上流階級にも流行が及んでいる。したがって、社会経済的に低い層と上流階級の両方に流行がみられる。十分なサーベイランスは行われていないが妊婦を中心としたサーベイが行われている (図 1-16)。AIDS 患者の大部分は20~40代にあるが、0~4歳にもピークがあり、母子感染の激しさ (乳幼児の感染者は3万人ともいわれる) が窺われる。地方では成人の4~5%、都市部では11~12%が感染している。今後は更に流行が広がり平均寿命も著しく低下することが予想されている (図 1-17)。

HIV Prevalence Among Pregnant Women in Selected Capital Cities

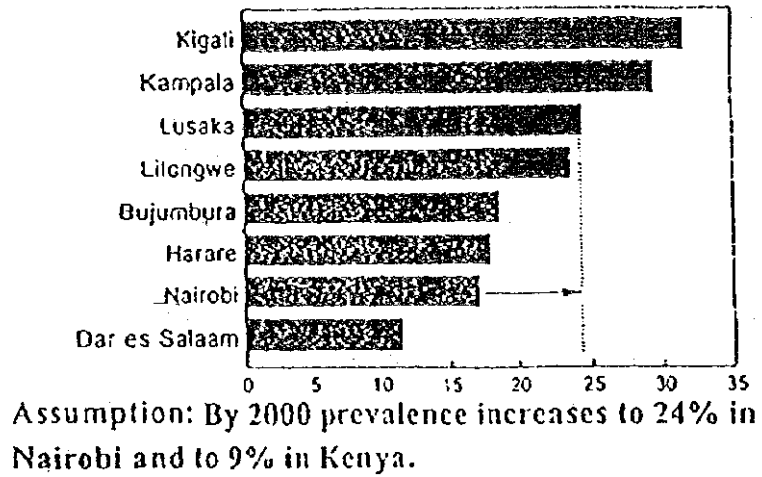


图 1-16

Adult HIV Prevalence

1990 → 1991 → 1992 → 1993
 3.5% → 4.5% → 5.3% → 5.7%

Urban prevalence = 11-12% (1993)

Rural prevalence = 4-5% (1993)

Number infected with HIV (1993):

730,000 adults

30,000 children

图 1-17

(3) HIV 流行に関連する社会事情

貧困に加えて慣習としてセックスにルーズである点、それに加えて Wife inheritance の習慣が流行を拡大していると思われる。これを考えると女性を選ぶことが比較的容易な上流階級に感染者が多いこともうなずける。売春婦としてはケニア人のみならず、タンザニアなど周辺の国より出稼ぎにきている者も多くコントロールし難いと思われる。薬物の使用は多くない。

(4) HIV/AIDS 対策の現状

- 1) 特に AIDS 対策が系統立てて行われているとは思えないが、学校の教師レベルに対する教育も困難な状況にある。特に強力な施策があるとは考えられない。
- 2) 検査は十分行われているといい難く、臨床症状で判断している場合が多い。血液の検査は全国的には不十分であり、大病院（例えばケニヤッタ病院）では WHO より検査キットの無料供給がある限りという条件下の検査実施となっている。WHO の補給も保証されているものではないようである。B型肝炎キャリアのスクリーニングは JICA による協力が成功し軌道に乗り始めた。また、インドへの渡航者は HIV 検査は義務付けられている。

3) 診療体制

正確には不明であるが、伝統医学 (herbal medicine)、witch doctor などによる面も多い。また、医師数も少なく病院では medical officer と称する人による診療が行われており、医師の補充も問題である。2つ目の医科大学の卒業生の社会進出が待たれる。病院の中には消毒もままならぬところもあり、水の供給を含めた衛生環境の整備も待たれる。

- 4) JICA を中心に KEMRI が1つのセンターとして機能しているが、ナイロビ大学も大々的な研修プログラム（東アフリカ、南アフリカ全体を対象）を計画している。NGO による AIDS 対策（教育、AIDS 孤児対策）なども行われている。また、行政機関による講習会も開かれている。
- 5) JICA と KEMRI、カナダとナイロビ大学などの共同の他に USAID の協力もある。最近注目されるのは世界銀行の支援によりナイロビ大学を中心に東アフリカ、南アフリカの中間層医療従事者のレベルアップを目標として第1回打合せ会議を1996年2月1日に行っている。なお、ナイロビ大学には Regional AIDS/STD Training Centre がある。

(5) 我が国の協力について

- 1) JICA では1996年7月より KEMRI におけるプロジェクトに AIDS を加えている。KEMRI に支所もあり、このネットワークを利用した有効な援助が期待される。
- 2) 気候のせい active に仕事をする人口が少ない。active な人間をいかにピックアップしてケニアのために対策に従事させるかが大切である。また、2000年には9%の妊婦が HIV に感染しており60万人の AIDS 孤児の存在が予測される。直ちに青年女子の教育を徹底する必要がある。

1-3-2 ガーナ

(1) 国状の概要

南にギニア湾をみて、周囲をトーゴ、象牙海岸、ブルキナファソに囲まれる国である。アフリカ諸国の中では比較的政治の安定している国である。

(2) HIV/AIDS の現状

1994年版ガーナ政府の報告では1万2,600名のAIDS患者が報告されており、図1-18にその年次別発症数を示している。しかし、①病院を訪れない患者の存在、②AIDSに対する特殊感情、③AIDSであっても他の病気で死亡する例があること、④地方ではAIDS診断ができないことなどのために実数はもっと多いとしている。このこと自体ガーナにおけるAIDS対策の問題点を提起しているものである。実数は3万人の患者がこれまでに存在していたと考えられている。

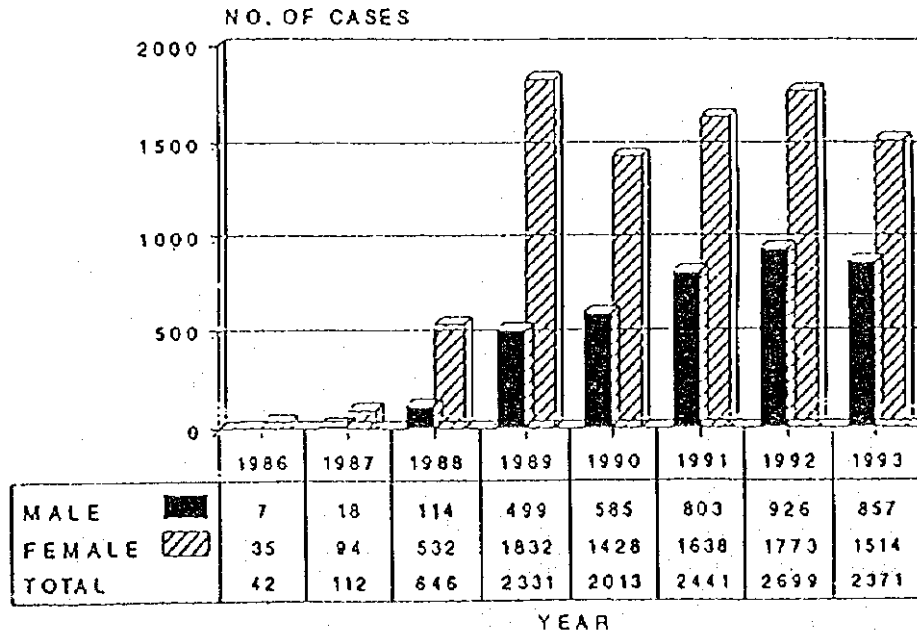


図1-18 NUMBER OF REPORTED AIDS CASES BY SEX IN GHANA 1986-1993

1) 年齢構成及び男女比

図 1-19 に示すように、1986～93 年の統計では圧倒的に AIDS 患者は女性に多く、他の国々と同じく 20 代、30 代、40 代に主に分布している。

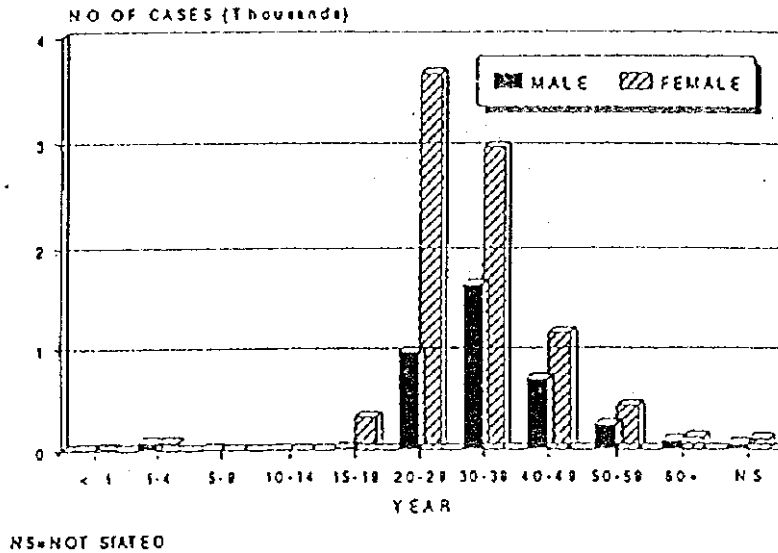


図 1-19 TOTAL REPORTED AIDS CASES BY AGE GROUP AND SEX IN GHANA 1986-1993

2) HIV 感染者の増加傾向

センチネル・スタディによると、図 1-20 のように 1991～92 年にかけて約 2 倍の増加を示している。

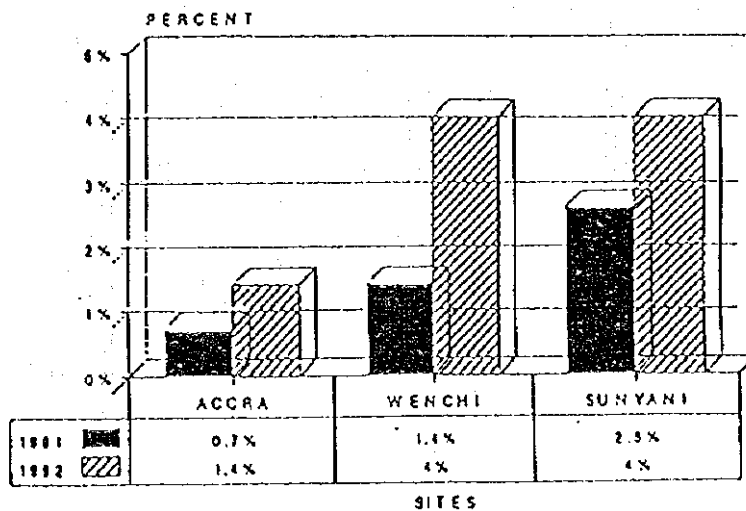


図 1-20 COMPARISON OF HIV PREVALENCE AT SENTINEL SITE 1991 AND 1992

3) 地域別 AIDS 患者数

図 1-21 に示したとおりである。

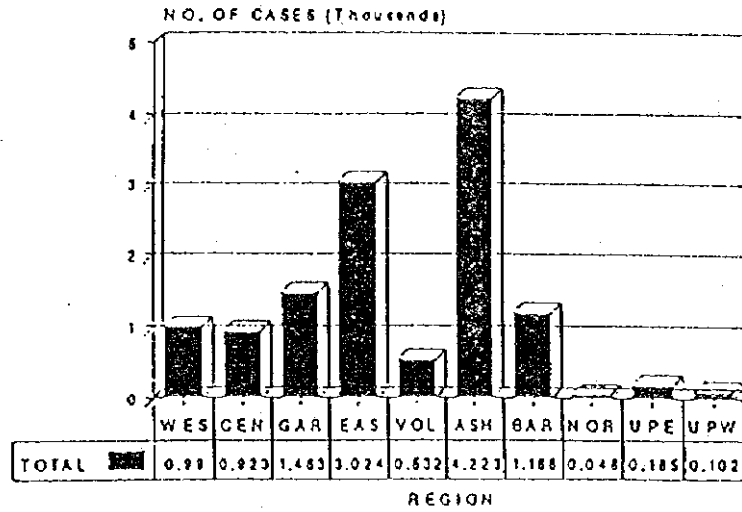


図 1-21 REPORTED AIDS CASES BY REGION 1988-1993

4) 妊婦の HIV-1、2 の感染状況を図 1-22 に示した。各型別の感染状況はこれでは不明であるが、地域差が非常に大きいことがわかる。

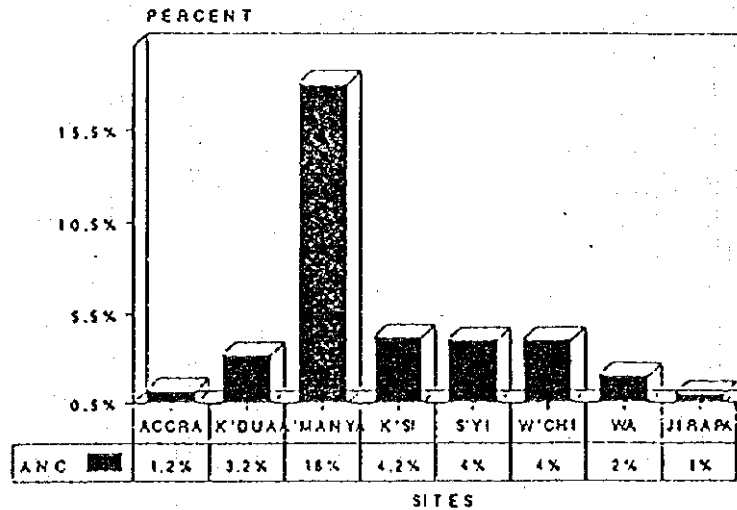


図 1-22 HIV PREVALENCE AT SENTINEL SITES:1992
(ANTE-NATAL CLINICS, HIV1/HIV2)

1-3-3 ザンビア

(1) 国状の概要

銅鉱業を主産業とする国でアフリカの南部に位置し、最も AIDS の被害の大きな国の 1 つであるが、1991 年には首都ルサカにてアフリカ地区国際 AIDS 会議を行っている。

(2) HIV/AIDS の流行状況

妊婦の HIV 感染率が最もよく調査されており、地域差はあるが 2～35% が HIV 陽性である。各地方とも都市部での陽性率が高い。配偶者の職業別の傾向では全ての職種に及んでおり、その中ではトラック運転手の陽性率が高くみられる。感染者は 20 代に多い。全人口を対象に対策を立てる必要がある。他のウイルス感染症サーベイランスの中で HIV 感染率を小児で調べたものによると、1 歳未満 26% (64/248)、1～2 歳 26% (55/216)、3 歳以上 (18%) となっており、小児の 20% 前後が既にルサカでは感染していることになる。

(3) HIV 流行に関連する社会事情

全人口に広がっている理由の 1 つに STD の蔓延がある。また、STD 患者の 30～70% が HIV に感染しており、売春とともに強力な対策が望まれる。

(4) HIV/AIDS 対策の現状

- 1) 保健省に付属する National AIDS/STD/TB and Leprosy Programme 中の Epidemiology Unit がサーベイランスを担当している。妊婦を中心に調べており、1993 年には 20 カ所、1994 年には 27 カ所の定点を中心に各定点 400～500 サンプルを調べている。
- 2) 検査は各定点で行うが、確認テストはルサカにある University Training Hospital、トンドラの Tropical Disease Research Centre の 2 カ所で行われる。
- 3) 医療関係者、病床数も不足しており、十分な医療は行われていない。
- 4) NGO その他の努力はあるがマンパワー、財力とも不足は否めない。
- 5) WHO その他の協力はあるが、詳細不明、JICA の協力によりウイルス感染症研究のレベルは高い。

(5) 我が国の協力について

JICA の協力による Virus Research Centre の活躍はよく知られているところであるが、全国民に HIV が広がっている点を考えると、国の経済力の底上げが最も重要である。

2. 国際機関及び各国援助機関の AIDS 協力

2-1 国際機関

2-1-1 世界保健機関

WHO は、1987 年に① HIV 感染の予防、② HIV 感染による個人及び社会の損害の軽減、③国家的及び国際的な力を結集させることを目的として、AIDS 対策に関する世界的戦略を発表した(1992年改訂)。同年、世界 AIDS 対策プログラム(Global Program on AIDS, GPA)を設置した。現在、本プログラムは年間約7,000万ドル、スタッフ300人以上という、WHO で最大のプログラムとなっている。そのプログラムの下、研究、対策の成果及び AIDS 世界戦略に沿って、途上国が自国の AIDS 対策計画を策定し、実施するための技術的・経済的支援が行われてきた。その結果、これまでに約150カ国が AIDS 対策中期計画を策定し、実施している。

1996年1月、国連において、WHO のリーダーシップにより、WHO、UNICEF、UNDP、UNESCO、UNFPA、世界銀行が個々に実施してきた AIDS 関連事業が合同 AIDS 対策プログラム(UNAIDS)に統合された。援助機関間の活動の調整が図られることにより、今後更に効果的な AIDS 対策が期待される。

2-1-2 世界銀行

世銀は、1987年から1996年までの10年間に、60以上の HIV/AIDS/STD 予防・抑制関連プロジェクトを支援してきており、その援助対象国は41カ国、援助総額は約7億ドルにまで達する。

世銀は AIDS を単に保健医療の問題としてだけでなく、途上国の開発のための優先事項として捉え、国や地域レベルにおいてマルチセクトラルなプログラムの支援を行っている。

1986年 AIDS 対策への資金援助の開始以来現在に至るまで、その大半はサハラ以南のアフリカにおけるプロジェクトに、残りはアジア、中南米に配分されている。また、西アフリカを始め4地域に対して、国家の AIDS 対策プログラムを補足する地域政策イニシアティブの支援を行っている。

他方、世銀は分析やリサーチを通じて AIDS 抑制への国際的な努力に貢献しており、近年では AIDS の社会・経済に対する影響、予防・ケア intervention の費用対効果等の研究を支援している。

他の国際機関、患者・感染者のグループを含む NGO 及びコミュニティベースの機関と連携協力を図りながら、前述の UNAIDS の1スポンサーとして AIDS への世界的な取り組みを推進する役割を担っている。

2-2 各国援助機関

2-2-1 米国

米国国際開発庁(USAID)は、1986年以来、HIV/AIDS に対する取り組みにおいてリーダー的役割を果たしている。多国間援助及び40カ国以上での地域・二国間プログラムを通じて、① HIV の更なる蔓延を抑制すること、② AIDS 流行が持続可能な開発に及ぼす影響を軽減すること、に焦点を当てている。

HIV や他の性感染症の感染を減少するために、① AIDS 予防・ケアを中心としたプログラムの実施、② HIV/AIDS に係る社会的障害要因を改善するための政策改善の奨励、③新しい予防法及び緩和法の開発、に重点を置いている。優先地域は、アフリカ、中南米、アジアである。

1986年から1994年まで、AIDSに対する援助総額は7億ドルで、WHOのGPAに対して1億7,500万ドルを拠出している。また、1994年度には、WHO/GPAに対して2,850万ドル、UNDPに対して100万ドル、UNICEFに対して50万ドルの拠出金を通じてマルチ協力を行っている。

USAIDは、行動変容、コンドーム促進のためのソーシャルマーケティング、性感染症の減少に関する研究を支援している。更に、NIH、CDC、WHO/GPAによる疫学的・生物医学的研究とともに、NGOに対して資金援助を行っている。研究分野には、女性がコントロールする予防方法、HIV/AIDSの経済的影響、費用のかからない性感染症の診断法、新しい検査・カウンセリング法も含まれる。

2-2-2 カナダ

カナダ国際開発庁(CIDA)は、①健全な性生活の促進、②AIDS問題に取り組むためのキャパシティビルディング、③HIV/AIDSに関連する医療問題への取り組み、の3分野を援助の優先分野として設定し、これらの分野において、包括的、実践的かつ予防を中心とするアプローチを重視している。

CIDAのAIDS関連分野への援助実績は、1980年代中頃から現在まで総額約1,600万ドルに上る。この援助額は、二国間援助へ全体の51%、多国間援助へ41%、NGOを通じた協力を主体とするパートナーシッププログラムへ6%に分けられる。また、地域別にみると、アフリカ地域におけるAIDS関連プログラムへの援助額が全体の79%を占める。CIDA本部内にAIDS分野の専門家が5名いる。

AIDS協力の研究開発の分野においては、政府研究機関のIDRC(International Development Research Center)が、途上国の研究プロジェクトに対して主に資金援助を行い、キャパシティビルディングに焦点を絞った援助活動を実施している。

2-2-3 イギリス

イギリス海外開発庁(ODA)は、HIV/AIDSを援助の重点分野及びマルチセクトラルな問題として認識し、リプロダクティブヘルス及び感染症対策プログラムを通じた、AIDS協力をを行っている。

過去5年間、ODAは、アフリカ8カ国、アジア4カ国を保健医療・人口プログラムの優先地域に掲げているが、最近南アフリカ、ナミビア、カンボディア、ロシア、カザフスタン、キルギスタン、ペルーが加えられた。

1986年から現在までのAIDSに対する援助総額は8,500万ドルである。援助額のうち、5,800万ドルがWHOに、2,700万ドルが二国間援助、NGO、研究に割り当てられた。

1993年には、大学、MRC(Medical Research Council)、NGOによる研究に150万ドルの資金を援助した。研究の分野では、女性がコントロールできるAIDS予防方法を重視している。また、研究成果及び情報の共有の重要性を認識し、国際会議・ワークショップの開催や出版物の発行に対する援助を行っている。

現在、ODA内にはHIV/AIDS、リプロダクティブヘルスの専門家が1名いる。

表 2-1 米国及びカナダの AIDS 協力の取り組み状況

国名 (援助機関名)	戦 略	優先地域	援助額 (100 万米ドル)	リサーチ	専門家リクルート	NGO	通達員配布
アメリカ USAID : Agency for International Development	<ul style="list-style-type: none"> 予防とケアを中心としたアプローチ HIV/AIDS に係る社会的障害要因を改善するための政策改革 新しい予防法及び緩和法の開発 	<p>アフリカ ブルルンディ、カメルーン、コートジボワール、ケニア、レソト、マラウイ、モザンビーク、ニジェール、ルワンダ、ナイジェリア、セネガル、南アフリカ、タンザニア、ウガンダ、ザンビア、ジンバブエ</p> <p>アジア・中近東 バングラデシュ、カンボジア、インドネシア、インド、モロッコ、ネパール、フィリピン、スリランカ、タイ</p> <p>中南米 ボリビア、ブラジル、ドミニカ共和国、東カリブ諸国、グアテマラ、ハイチ、ジャマイカ、ニカラガ</p>	<p>700 対 WHO/GPA (1986~1994)</p> <p>175 対 WHO/GPA (1994)</p> <p>28.5 対 UNDP</p> <p>1.0</p> <p>0.5 対 UNICEF</p>	<ul style="list-style-type: none"> ビヘーブ・チェンジ分野で USAID の AIDSCAP プロジェクトとカリフォルニア大学の AIDS 予防研究センターと共同研究 WHO の Global Programme on AIDS (GPA) への研究援助 米国のジョン・ホプキンス大学とタイのチェンマイ大学との共同研究事業 			<ul style="list-style-type: none"> ソーシャル・マーケティング法によるロードーム配布
カナダ CIDA : Canadian International Development Agency	<ul style="list-style-type: none"> 予防を中心としたアプローチ ① 健全な性生活促進のための協力 ② AIDS 問題に取り組みするための運営管理面でのキャンペーンデザイン ③ HIV/AIDS に関連する保健・医療分野へのサービス向上に対する協力 	アフリカ	<p>(1980 年代中頃~現在)</p> <p>16.0</p> <p>8.0</p> <p>7.0</p> <p>1.0</p> <p>マウルチ ハイ パートナーシッププログラム</p>	<ul style="list-style-type: none"> 政府系研究機関 IDRC (International Development Research Center) による途上国の研究開発プロジェクトへの資金援助 AIDS の予防、看護、その他対処方法の分野に重点 	<ul style="list-style-type: none"> ① 保健・医療専門家 ・ CIDA 内部データバンク ・ 一般競争入札システム ・ 交換職員プログラムを通じて確保 ② 派遣専門家 CIDA プログラムの実施代行機関による 	<ul style="list-style-type: none"> CIDA の立案したプログラムの実施代行機関としての役割 ・ 独自に援助プログラムを立案し、CIDA から一部補助金のサポートを受けながら実施、運営管理 	

2-2-4 オランダ

オランダ外務省は、AIDSを開発上の問題と捉え、開発援助の優先分野としている。

AIDS対策戦略は、① HIV/AIDSを開発政策に組み入れること、② 予防、ケア、非差別、人権に焦点を当てることである。また、優先すべき活動には、予防教育、性行動に関する研究、女性の地位向上等が含まれる。アフリカ（11カ国）、アジア（4カ国）、中央アメリカ（7カ国）を優先地域としている。

1986年から1991年までのAIDS協力への援助実績は2,270万ドルである。援助額のうち、380万ドルは二国間援助に当てられた。HIV/AIDS関連の活動に対する資金援助は増加傾向にあり、今後もその傾向は続くであろう。

外務省は、エチオピア、タンザニアの研究所とHIV/AIDS/STDの共同研究に対して資金援助を行っている。研究分野においては、ケア及びコミュニティレベルでの支援が優先事項となっている。

表 2-2 ヨーロッパ諸国の AIDS 協力の取り組み状況

国名 (援助機関名)	戦 略	優先地域	投 助 額 (100 万米ドル)	リサーチ	専門家リクルート	NGO	遊妊具供与
イギリス ODA : Overseas Development Administration	リブログクティブヘルス及びHIV感染症プログラムを通じた協力	アフリカ ケニア、ウガンダ、タンザニア、ガーナ、ナイジェリア、ジンバブエ、ザンビア、マラウイ アジア バハマス、インド、パングラダシュ、ネパール	(1986~) 83.8 マルチ : 58.18 バイ、NGO、リサーチ : 27.61 (1993) 15.6 (1994) 8.85	1993年には大学、MRC (Medical Research Council)、NGO による研究に150万ドルの援助 ・女性がコンドームを用いる研究にブライオリティ ・リサーチ情報の普及に対する援助	ODA 内にはリブログクティブヘルスの専門性を有するスグップ1名 ・必要に応じて外部からコンサルタントのリクルート	・ ODA は将来 NGO に対する援助を増大する見込み ・多くの NGO が AIDS と関連の分野で活動 (例) Charity Project Christian Aid International HIV/AIDS Alliance Swedish Children Fund	PPF や UNFPA の助けを借りて直接援助 ・コンドーム ・injectables ・IUD ・避妊薬 ・ベッサリー ・殺精子剤
ドイツ BMZ (経済協力省) GTZ (技術協力公社)	・広報、性教育、コンドーム使用等を通じた予防運動 ・看護者、介護者、家族、孤児等に対するケア ・血液銀行、実験室を備えた病院設立、病院の衛生管理向上等 AIDS 蔓延予防のための対策強化	サハラ以南のアフリカ その他アジア、カリブ	(1986~94) バイ : 158 億マルク NGO への拠出も含む マルチ : 1,900 万マルク (WHO の特別プログラム)	AIDS に関する病理学・社会学的なリサーチを行っている。	—	自助援助グループ WHO/OPA の及び NGO による枠組みの中で AIDS 協力は奨励され、GTZ がコンドーム配付活動も行っている。	—
デンマーク DANIDA : Danish International Development Agency	ケアだけでなく、予防活動にも 焦点	アフリカ ベニン、ブルキナファソ、エジプト、エリトリア、ガーナ、ケニア、ウガンダ、モザンビーク、タンザニア、ザンビア、ジンバブエ アジア パングラダシュ、ブータン、インド、ネパール、タイ、ウズベキスタン	(1986~91) 36.9 マルチバイ : 17.0 バイ : 19.9	—	—	・ Red Barnet ・ Danish Red Cross Society ・ Danchurch Aid ・ World Assembly of Youth	—
フィンランド FINNIDA : Finnish International Development Agency HEDEC : Health and Development Cooperation Agency	HIV/AIDS は他の感染症とともに、またリブログクティブヘルスの一部として取り組むべき	アフリカ セザンビーク、ナミビア、ザンビア、ウガンダ、ジンバブエ、エジプト、モザンビーク、ケニア アジア パングラダシュ、ネパール、スリランカ、タイ、ベトナム、マレーシア、マ	マルチ : (1989) 3.0 (1990) 3.5 (1991) 3.5 (1992) 0 (1993) 2.0	—	—	・ フィンランドの NGO による活動は少ない ・ FINNIDA は国外の国際 NGO に対して資金援助 (例) Paros Institute AHIPTAC London	限定的 明確な政策はない

国名 (援助機関名)	戦略	優先地域	援助額 (100万米ドル)	リサーチ	専門家リクルート	NGO	避妊具供与
オランダ 外務省: Ministry of Foreign Affairs	HIV/AIDSの開発政策との調和 予防、ケアと結びついた予防、ケア、非差別、人権に重点	アフリカ ベニス、ブルキナファソ、エチオピア、ケニア、マリ、モザンビーク、ルワンダ、タンザニア、ウガンダ、ザンビア、ジンバブエ、アジア パキスタン、インド、ネパール、グアテマラ、中央アメリカ ボリビア、コスタリカ、エクアドル、エルサルバドル、ドミニカ、グアテマラ、ホンジュラス、ニカラガ	(1986~91) 22.7 ハイ: 2.8 (1993~94) マルチ: 4.6~5.75	エチオピア、タンザニアの研究所との HIV/AIDS 及び STD 共同研究に対する資金援助 ケア及びコミュニティレベルでの援助にブラライオリティ	技術専門家は外国で確保 プログラムの外部評価のみ外部から専門家のリクルート	1987年、AIDS Coordination Group の創設 (現在8つの NGO から成る) HIVOS NOVIB Memusa Medicus Mundi ICCO	明確な政策はない ・コンドーム ・injectables ・IUD ・経口避妊薬 ・不妊手術 ・norplant
NORAD: Norwegian Agency for Development Cooperation	予防に重点	アフリカ ボツワナ、モザンビーク、ザンビア、タンザニア、ジンバブエ アジア パキスタン、インド、ネパール、スリランカ 中央アメリカ ニカラガ	(1995) 10.4 (ノールウェー政府の AIDS 協力予算) カントリブプログラムに加えて、特別資金が割り当てられている (1993) 4.7 アフリカ 2.0 アジア 1.6 中南米 0.5 不明 0.6	スウェーデン SIDA とケニア AMREF との共同研究プロジェクトの援助 Intervention Development にブラライオリティ	ノールウェーが協力する国家からリクルート	NGO に対する資金 (例) Norwegian Red Cross Norwegian Church Aid Redd Barna (Norwegian Save the Children) CARE Norway	
スウェーデン SIDA: Swedish International Development Agency	HIV/AIDSの、性と生殖に関する健康 (sexual and reproductive health) への援助との調和	アフリカ アンゴラ、ボツワナ、エチオピア、ギニアビサウ、レソト、ケニア、モザンビーク、タンザニア、ウガンダ、ジンバブエ アジア パキスタン、インド、ラオス、スリランカ、グアテマラ 中南米 チリ、グアテマラ、ニカラガ	(1991~92) 270万ドル (1993~94) 13.2 研究のために SAREC (研究機関) の援助	研究のために SAREC (研究機関) の援助	主としてスウェーデンからの様々な機関からリクルート	1991年には SIDA の AIDS 予算の 15% を NGO に援助 (例) ARO Swedish Pentecostal Mission Swedish Church Mission Swedish Red Cross	・人口花 ・コンドーム ・injectables ・IUD ・経口避妊薬 ・卵管結紮 ・精管切除
ヨーロッパ連合	HIV/AIDS問題の、他の保健開発及び開発活動への統合	アフリカ チリ、グアテマラ、ニカラガ	(1986~91) EC とその加盟国の AIDS に対する援助総額は 2億 8,129万 1,000ドルに上る		EC 内で確保できるが外部のコンサルタント (EU 加盟国からリクルート) に頼っている		明確なガイドライン及び政策はない

2-2-6 オーストラリア

オーストラリア国際開発庁 (AusAID) は、予防とケアを中心とした、二国間援助及びNGO 支援を行っている。特にコミュニティベースの活動によりオーストラリア国内で感染者数を抑制した経験豊富なNGO のノウハウを活用している。

1994 年の AIDS 分野における援助額は、1,000 万ドルである。二国間援助に割り当てられた 830 万ドルのうちの 150 万ドルは優先地域である東南アジアに援助が行われた。

予防とケアが中心で、調査を行うことはあるが、研究分野への協力は多国間援助で国際機関への資金援助のみを行っている。

以上、国際機関及び各国援助機関の AIDS 協力を概観してきたが（他の援助機関等については別表参照）、次のような傾向がみられる。

- 1) HIV/AIDS は単に保健医療の問題ではなく、社会・経済に影響を及ぼすことから開発上の問題であると認識されていること。
- 2) AIDS のみを対象とするプログラム/プロジェクトより、AIDS を 1 要素として組み込んでいるプログラム/プロジェクトが重視されていること。
- 3) 研究及び対策においては、AIDS 予防及びケアが中心であること。
- 4) 優先地域は、感染者の多いサハラ砂漠以南のアフリカであること。

表 2-3 オーストラリアの AIDS 協力の取り組み状況

国名 (援助機関名)	概 略	優先地域	授 助 額 (100 万米ドル)	リサーチ	専門家リクルート	NGO	避妊具供与
オーストラリア AusAID : Australian Agency for International Development	<p>予防とケアを中心とした、二国間援助と NGO 支援。特に、コミュニティベースの活動によりオーストラリア国内で感染者数を抑制した経験豊富な NGO のノウハウを活用する。</p> <p>AusAID が掲げる「ポリシージャイロライン」</p> <ul style="list-style-type: none"> ・保健、社会、経済上の開発課題として AIDS に取り組む。 ・受入国の国内事情とサービスを考慮し、その国の HIV/AIDS プログラム及び世界規模の AIDS 戦略にあった取り組みをする。 ・法的、政策的、社会的な枠組みが最重要であり、HIV 及び感染原因について公に議論できる環境が重要。このためメディアの役割が重要。 ・感染者の人権尊重とプライバシーの保護 ・プロジェクト実施に当たり、社会環境の総合的、実情に即した分析が必要。 ・個人の責任ある行動が本人及び他人を守ることを支持する情報と教育 ・女性の直面する危険と介護者、家族の経済基盤としての女性への特別な配慮 ・コミュニティベース、自立的な取り組みが予防及びケアの効果的アプローチ。 	東南アジア	<p>1994・5 : 10.2 二国間援助 : 8.3 (東南アジア : 1.5 その他のアジア : 4.7 南太平洋 : 0.5 アフリカ : 1.6) 多国間援助 : 1.9</p> <p>1993・4 : 4.9 二国間援助 : 3.9 多国間援助 : 1.0</p> <p>1992・3 : 4.7 二国間援助 : 3.9 多国間援助 : 0.8</p> <p>1991・2 : 1.7 二国間援助 : 1.2 多国間援助 : 0.5</p>	<p>予防とケアが中心で、調査を行うことにはあるが、研究分野への協力は多国間援助で国際機関への資金援助のみ</p>	<p>AusAID としては専門家を等しいリクルートすることはしない。二国間援助のプロジェクトの場合でも、競争入札でコンサルタント会社と契約ベースで実施する方式をとっており、コンサルタント会社が、リクルートする外部の専門家(大学教授等を含む)を審査して定める。</p> <p>個別派遣の場合も契約ベース</p>	<p>・ NGO からの提案書をポリシージャイロラインに基づき審査して補助(プロジェクト当たり A\$2 万程度) ・ HIV/AIDS に特化した NGO 機関への補助</p> <p>AFAO : Australian Federation of AIDS Organisations ACFOA : Australian Council for Overseas Aid HDINA : HIV/AIDS Development International Network of Australia</p>	<p>AusAID には、一般的に消滅品の供与は積極的に行わない方針がある。避妊具の供与についてはプロジェクトの一部として行っているが、積極的に行う政策は取っていない。また、プロジェクト単位での援助であるため AusAID 側では供与額等について具体的に把握していない。</p>

3. 我が国の AIDS 協力に対する取り組み

3-1 地球規模問題イニシアティブ (GII)

我が国は、1994年2月に「地球規模問題イニシアティブ (人口・AIDS)」(GII)を表明した。このイニシアティブは、1994年度から2000年度までの7年間で、ODA総額30億ドルを目処に、開発途上国に対し積極的に人口及びAIDS分野における協力を行う姿勢を打ち出し、人類共通の課題の重要性に対する国際的関心を喚起し、問題解決へ向けての世界的な動きを促進するためのリーダーシップを取ることにした。

3-2 AIDS分野での協力

3-2-1 国際機関を通じた協力

これまでAIDS分野の開発途上国における支援に関しては、国際機関を通じての協力が主な部分を占めていた。国際機関を通じた協力として、我が国はWHO/GPAに対する拠出を行っており、1988年から1994年までに2,125万ドルを拠出した。

3-2-2 二国間協力

AIDS分野における二国間援助実績については、主に技術協力と草の根(小規模)無償資金協力が中心となっている。

(1) 技術協力

プロジェクト方式技術として、JICAは現在以下のプロジェクトを実施している。

1) タイ国 AIDS 予防対策プロジェクト (1993. 07. 01~1996. 06. 30)

タイ政府は1991年6月に首相を委員長とする国家AIDS対策委員会を中心にAIDS対策を実施する体制を構築し、予防対策の推進に取り組んでおり、保健省より我が国に対し、AIDSに関する試験分析研究体制の強化及びAIDS協力についての技術協力の要請があった。

プロジェクトの内容は、①AIDS及びAIDS関連症候患者、HIV感染者への医療向上のためのAIDSに関する試験分析研究を強化すること、②ハイリスクグループ及び一般大衆を対象としたAIDSに関する大衆教育を強化することである。

試験分析研究強化については、①医療従事者に対する指導・訓練、②母子感染を含むHIV感染の実験室(抗体検査、ウイルス分離と特性解析)に対するリファレンス活動の向上、③AIDSに関わる日和見感染の診断法の確立・改善、④疫学的研究及び感染予測状況調査、その他のHIV感染に関する研究協力、を活動内容としている。

他方、AIDS教育の活動内容は、①AIDS教育のメディア法略策定のための状況分析、②AIDS教育機材の開発、③AIDS教育実施の適切な方法の開発と応用、である。

2) ガーナ野口記念医学研究所プロジェクト (1991. 10. 01~1996. 09. 30)

ガーナでは、熱帯特有の感染症が蔓延し、医療保健行政も経済不振のため十分ではなく、医療事情は劣悪な状況にあった。特に、医師を始めとする医療従事者が極めて少数であったため医療分野全体の整備充実を目的とする医療協力を要請してきた。

我が国は1986年より基盤整備を行ってきたが、この成果を踏まえて、1977、1978年度の

無償資金協力により建設された野口記念医学研究所において、1980年3月から下痢症と低栄養の分野での協力、1986年からウイルス学、栄養学及び疫学の分野での協力を実施し、同研究所の基盤整備を行った。

プロジェクトの内容は、感染症と免疫学を強化し、感染症への重症化要因の決定とより良い感染症対策を研究する一方、同研究所にリファレンスラボラトリーとしての機能を付与し、人材育成の場を確立する協力である。

具体的には、①予防接種拡大計画 (EPI) 指定ワクチンの接種・効果の評価、②乳幼児下痢症の実態調査と対策、③ HIV-1、2感染の実験診断法の確立と普及、疫学的調査研究、④住血吸虫症の疫学・対策研究、の4領域において技術移転を行うことを目的とするものである。

3) ザンビア感染症対策プロジェクト (1995.04.01~2000.03.31)

本プロジェクトは、ザンビア大学医学部及び大学病院の人材育成を通じ、ザンビアで対策が立ち遅れている感染症の分野での確立・強化を図ることが目的であり、ラボラトリーにおける感染症診断 (特に、ウイルス性感染症) 方法の確立、感染症診断によるザンビア人の感染症患者の病因分析、病因分析に基づく感染症治療の標準化、を内容としている。その活動の一環として AIDS 検査法に関する協力を実施している。

また、インドネシアのジャカルタ及びスラバヤにおける HIV 感染診断に必要な HIV テストキット、HIV 検査に必要な周辺医療機材を供与した。フィリピン国保健省、地方保健所、熱帯医学研究所及び赤十字の血液センターに対し、HIV 検査キット、梅毒検査キット、サーベイランス活動支援用機材等を供与した。ウガンダ国 AIDS・インフォメーション・センターに対して視聴覚教材作成用の機材を供与した。

上記、ガーナ野口記念医学研究所プロジェクト及びフィリピンに対する機材供与は米国とまたウガンダへの機材の供与はフランスと協調して実施された。

(2) 今後新たに実施予定の技術協力

1996年度には、フィリピンにおいて、AIDS 対策プロジェクトを開始する。同国保健省は 1993年から第2次 AIDS 性感染症対策中期計画を実施しているが、全国レベルの検査・サーベイランス体制の整備、感染予防活動に取り組む公衆衛生従事者の能力向上が課題となっている。これに対して、中央ラボラトリーの整備を中心とするリファラルシステム作り及び感染予防活動の支援を目的とし、本目的を達成すべく、活動を進めていく予定である。

また、1996年度予算案では、①途上国と JICA が予防、検査、HIV 感染者のケア、治療に係る適性技術を共同で研究・開発するための AIDS 対策適正開発費、② AIDS 検査キット及び視聴覚機材を供与するための AIDS 対策特別機材供与の2件が新規項目として認められた。

(3) 研修員受入れ

不特定多数の開発途上国より研修員を我が国に受け入れて行う国内研修として、次の4つのコース：①感染症臨床研修、②血液由来感染症、③感染症診断の技術と管理、④ AIDS のウイルス感染診断検査技術を実施している。

4. 開発途上国に対する AIDS 対策協力のあり方

4-1 基本的な考え方

HIV/AIDS が広く知られるようになった 1980 年代前半、我が国は多くの血液製剤を欧米諸国からの輸入に頼っていたため、甚大な被害を受けることとなった。しかしながら、HIV/AIDS の原因が明らかになった以後は、その対策に国を挙げて取り組み、流行初期の血液製剤による感染者を除くと、欧米諸国に比べ極めて低い HIV 抗体陽性率及び AIDS 発生率を維持している。これは、我が国における HIV/AIDS 対策が欧米諸国に比べ効果的に行われていることを示している。

海外に目を転じてみると、開発途上国の中には HIV/AIDS の流行開始からの感染者及び患者の増加が著しい、または急激な増加が懸念されている国も存在する。これらの国の中には自国の力で HIV/AIDS 対策を進め効果を上げている国も多いが、我が国または欧米諸国の HIV/AIDS 対策の技術を得ることにより、対策の効果が更に高まることが期待される国も存在する。

JICA が、HIV/AIDS で苦しんでいる開発途上国に対し、我が国の高い水準の医学及び HIV/AIDS 対策ノウハウの技術提供を行うことは有意義なことといえよう。ただし、後述するように、HIV/AIDS の流行予防には協力対象国の社会制度が大きく関係する。技術協力を行う対象国の決定には、HIV/AIDS 流行状態のみならず、保健医療を始めとする諸制度を含んだ現状把握、分析を行い、効果ある技術協力を行うことが重要である。

4-2 協力分野

(1) 患者/感染者数の把握

1) 患者数の把握

AIDS 患者数を正確に把握することは、HIV/AIDS 対策を作成し、それを評価する際の基本資料を提供することとなる。現在ほとんどの開発途上国において患者数の把握は実施されている。しかしながら、その多くは、医療制度、患者把握の方法等から判断しても精度の高い患者数の把握とはいえない。

我が国は、AIDS 予防法、感染症サーベイランス事業、ガン登録事業等により、種々な方法で地域における AIDS やその他の患者数の把握を行っている。この分野は我が国の技術が開発途上国よりも優れている分野である。

技術協力の方法としては、①特定の大きな医療機関を対象とする AIDS サーベイランスの強化、②特定の地域の全医療機関を対象とする AIDS サーベイランスの強化、③国内の医療機関を対象とする AIDS サーベイランスの強化、④国内の全医療関係者を対象とする AIDS サーベイランスの強化の 4 種類が考えられる。①～④のどの方法を取るかは技術協力を行う国の医療制度、現行の AIDS 患者把握の方法に依存することはいうまでもない。

2) 感染者数の把握

国全体であれ、リスクグループのコホートであれ HIV 感染者数を正確に把握することは非常に困難である。我が国でも AIDS 予防法の下、国全体の HIV 感染者数の把握に努めているが、厚生省研究班の報告によると把握している感染者数は実際の約 1/5 である。また、リスクグループのコホート研究は実施されておらず、リスクグループの感染率としては、厚生省研究

班により横断的な値が発表されている。開発途上国の中で国全体の感染者数の把握を行っている国は皆無であろう。多くの開発途上国では、我が国の厚生省研究班の調査研究と同様に、いくつかのリスクグループに対して横断研究的な HIV 抗体陽性率の調査が実施されている。

この分野での我が国の技術協力は、感染者を特定する集団の大きさを拡大することより、感染者を正確に診断することとなる。これは HIV の血清学的またウイルス学的診断技術の向上及びレファレンスシステムの構築である。このような検査関連の技術協力は、従来より JICA のいくつかのプロジェクトで行われており、JICA として経験豊富であり短期間に成果が上がり易い分野である。ただし、HIV に関する調査は、精度の差こそ存在すれ既に多くの開発途上国で実施されており、また、AIDS の流行防止には他の社会医学的課題が大きな要素を占めており、彼国の流行防止に対するプロジェクトの効果は他の感染症に比べ小さい。

(2) 患者／感染者の管理、治療

1) 在宅患者／感染者の指導、管理、治療

HIV の潜伏期間は平均 7 年間と長く、医療機関入院の患者に比べ在宅の患者や感染者が多い。我が国では、感染者と診断された段階で外来患者となり、医療機関の医師を中心とする医療関係者の指導、管理、治療を受けることになる。我が国での在宅患者／感染者に対するこのような処置は、我が国の豊富な医療関係者の人的資源によっている。人口当たりの医療関係者数が少ない開発途上国においては、在宅患者／感染者に対し我が国類似の指導、管理、治療を行うことは不可能である。開発途上国の医療制度にあった処置が行われている。

この分野で我が国が技術協力できる範囲は少ない。協力するとすれば、開発途上国の医療関係者と一緒に在宅患者／感染者の家を訪れ、指導、管理、治療することになるが、現地の言葉が話せなければ効果は薄いであろう。

2) 入院患者の管理、治療

HIV 感染者が ARC または AIDS の状態になると入院治療が必要となる。患者の入院治療は臨床医学の分野であり世界共通の部分が多い。我が国においても既に多数の患者の入院治療を行っており、また我が国の臨床医学の水準が高いこともあり、開発途上国の臨床医に対し、AIDS 患者を始めとする免疫低下状態の患者に対する管理、治療の分野で技術協力することは可能であろう。この分野での技術協力は、AIDS 患者自身への管理、治療だけでなく、患者を扱う医療関係者の安全性の確保の方法をも含むこととなる。

ただし、AIDS 患者の治療費は高額となる。厚生省研究班の研究によると、非血友病の AIDS 患者 8 人の治療開始から死亡までの 1 人当たりの平均治療費は 813 万円であった。入院患者の管理、治療の技術協力においては、対象となる国の経済的理由を考慮し、彼国ではごく少数の病院でしか実施できないような治療方法の技術協力は避けるべきであろう。

(3) 安全な血液及び血液製剤の供給

1) 輸血用保存血液に対する HIV 検査

AIDS は血液及び体液を介して伝播する疾患であり、その流行予防には安全な血液及び AIDS は血液製剤の供給が必須であることはいままでもない。HIV に汚染された血液や血液製剤が使用されると、AIDS リスクグループに属さない人々も HIV 感染を受ける可能性があり、社会に対する影響力は大きい。特に、売血を行う者は種々の感染症のリスクグループであり、HIV

検査が不十分な売血血液が使用される AIDS の流行は燎原の火のようになる。

我が国では、ライシャワー事件で血液の安全性の重要性を認識した経験もあり、HIV 流行の初期より全献血血液に対する HIV 検査を実施している。現在多くの国においても、AIDS 流行を契機とし売血制度の廃止、全ての輸血用保存血液及び血液製剤に対する HIV 検査実施が急速に進行している。しかし、一部の開発途上国においては、売血制度が残存していることもあり、保存血液及び血液製剤に対する HIV 検査は不十分である。

この分野は我が国の技術協力が期待される分野である。この分野の協力は、先に「感染者数の把握」で述べた HIV の血清学的またはウイルス学的診断技術の協力だけでなく、その診断技術を現実の社会でどのように広範囲に活用するかという技術の運用に関するノウハウも含むこととなる。また、保存用血液及び血液製剤に対する検査は一般に、1検体に1検査項目が実施されることは希で、複数の検査項目が実施されることより、この分野の技術協力は AIDS 対策というよりも安全な血液供給対策とみなし、その視点より技術協力を行うことが望まれる。

2) 医療機関内における HIV 感染者からの新鮮血輸血の予防

医療機関においては緊急の輸血が必要になった際には、ほとんどの場合 HIV 抗体検査を始めとし、結果判定に時間のかかる検査は実施されない。血液提供者に対する簡単な問診だけにより血液の安全性を決定する。この分野での技術協力があるとすれば問診の方法であるが、これは「入院患者の管理、治療」分野の技術協力の一部であろう。

(4) リスクグループに対する感染防止

AIDS のリスクグループとして風俗業従事者（売春婦（夫）も含む）、薬物乱用者、男性同性愛者が挙げられる。これらの中でも、風俗業従事者及び薬物乱用者は感染を受ける可能性とともに他人を感染させる可能性が高い。同一人物が風俗業従事者でもあり薬物乱用者でもあることもある。また、開発途上国では、違法ながら売春が盛んである国が多く、風俗業従事者が HIV/AIDS 流行の主な感染経路となっており、この者たちの HIV 感染率の上昇も著しい。社会での HIV/AIDS 流行防止には、風俗業従事者または薬物乱用者に対する対策が最も重要である場合が多い。

我が国では、売春婦（夫）及び薬物乱用者が違法行為者であることより、この2つのグループに対する行政機関の HIV 感染防止の対策は実施されていない。また、男性同性愛者がある存在を公にしないこともあり、男性同性愛者に的を絞った行政機関の HIV 感染防止の対策も実施されていない。我が国でのリスクグループに対する対策は、一般の地域住民に対する対策の中に含まれている。我が国でのリスクグループに対する HIV 感染防止の対策がほとんど実施されていないにもかかわらず、欧米諸国や開発途上国に比べ、我が国での風俗業従事者及び薬物乱用者の感染率は低い。この原因としては、リスクグループの高い知識、浴室を多用する売春、顧客の穏やかな性活動などがいわれているが、それを決定する資料は存在しない。

この分野の技術協力が HIV/AIDS 対策としても最も重要である場合が多いが、我が国が協力可能な技術は限られている。これらのグループをコホートと考え継続的にグループの感染率をモニタリングすることが考えられる。しかしながら、この分野の協力としては、技術協力以外に、彼国に医療関係者を雇用し NGO 等による HIV 感染防止の活動を指導する青年海外協力隊よ

り NGO 等の活動を支援する、HIV 感染防御用品（コンドーム、清潔な使い捨ての注射筒・針）を供与することが考えられ、これらの協力が技術協力よりも重要であろう。

(5) 地域住民に対する予防教育

HIV/AIDS は性感染症であり、その地域住民に対する予防活動は特に重要である。性感染症の場合、その感染症が、地域住民の一部のリスクグループから一般の地域住民にまで蔓延するか否かには、性生活の様式が大きく関与する。我が国では、保健所が性病予防法の対策を実施していることもあり、地域住民に対する HIV/AIDS の予防教育も保健所が実施している。NGO の活動は諸外国と比較し活発ではない。

地域住民に対する予防教育は、リスクグループに対する感染防止と一部類似している。しかし、HIV の感染力は弱く通常の社会生活上の接触では感染することはない。地域住民への予防教育では、HIV 感染の予防方法を教えるとともに、HIV/AIDS に対する正しい知識を普及し、不必要な心配、HIV 感染者に対する差別や偏見を取り除くことも重要となる。

地域住民に対する予防教育には現地の言葉の使用が不可欠である。したがって、我が国が協力可能な技術は限定される。地域住民への予防教育用材料を開発する、または対象地域で予防教育の効果評価を行うことが考えられる。しかしながら、この分野の協力としては、技術協力以外に、彼国の保健医療関係者を雇用し NGO 等による予防教育の活動を指導する、青年海外協力隊により NGO 等の活動を支援することが考えられ、現時点では、これらの協力が技術協力よりも重要であろう。

(6) HIV/AIDS 研究の推進

HIV/AIDS の研究は、HIV 感染者及び AIDS 患者の発生、AIDS 患者の死亡を抑える基本である。この分野の成果は早期に期待できるものではないが、技術協力の対象分野として不可欠なものである。また、技術協力は付加的な結果として彼国の人材の育成をもたらすことが多い。特に、研究の分野での技術協力は、その過程が師弟関係的接触を必要とすることより、人材の育成につながるが多い。長期的視野に立てば、人材の育成は最も重要な国際協力のあり方の 1 つであり、この面からも研究推進への技術協力は重要である。

4-3 総括

感染症に対する流行防止対策は、感染源対策、感染経路対策、及び感受性対策の 3 つに分けられる。HIV/AIDS に対しこの理念を当てはめて対策を検討すると、現実には可能な HIV/AIDS 対策が極めて限られたものであることとなる（表 4-1）。

感染源対策は、感染者をその疾患が治癒するまで社会から隔離することであるが、完治させる治療薬が存在しない HIV/AIDS にはこの対策は適用できない。我が国では、らい病患者に対し社会から隔離する環境で生涯生活することを義務付けたが、その施策の人権無視が問題となっている。感染力の弱い HIV の場合、感染者を社会生活で差別することはできない。

感受性対策は、非感染者に対し疾患に対する抵抗性をを持たせることであるが、今 HIV に対するワクチンは存在せず、また HIV に対し非感染者の抵抗性を高める他の方法も不明である。

HIV/AIDS に対する唯一の流行防止対策は感染経路対策である。「協力の分野」で述べた対策は感染経路対策に属する。ただし、「HIV/AIDS 研究の促進」は 3 つの対策全てに関係し、「患者／感染者

数の把握」と「患者／感染者の管理、治療」は感染源対策的意味あいもある。一般に、感染経路対策だけで感染症の流行を防止するのは難しい。しかも、HIV/AIDSの感染経路は性生活と関係しており、HIV感染を完全に阻止するのは不可能である。HIV/AIDS対策へのJICAの協力も目立った成果をみないまま長期間に及ぶ可能性もある。我が国がHIV/AIDSに関する技術協力を行える水準にあることは間違いないが、協力の分野及び協力の評価指標を明確にした上で協力を行うことが重要である（表4-2）。

表4-1 感染症対策別にみた技術協力分野

感染源対策	患者の完全治療（現時点では不可能） HIV/AIDS研究の推進 （患者数／感染者数の把握） （患者／感染者の管理、治療）
感染経路対策	患者数／感染者数の把握 患者／感染者の管理、治療 安全な血液及び血液製剤の供給 リスクグループに対する感染防止 地域住民に対する予防教育 HIV/AIDS研究の推進
感受性対策	ワクチン投与（現時点では不可能） HIV/AIDS研究の推進

表 4-2 国別 AIDS 対策協力

国	(1) 患者/感染者数の把握	(2) 患者/感染者の管理・治療	(3) 安全な血液及び血液製剤の供給	(4) リスクグループに対する感染防止	(5) 地域住民に対する教育	(6) HIV/AIDS 研究の促進
タイ	AIDS: 23,008 (1983.7)、患者/感染者数把握は良好	在宅ケアが中心、病院での治療は不十分	輸血用全血液に対し HIV 検査実施	HIV 流行及びコンドームの普及は地域差あり	教育は盛ん	欧米よりの協力は盛ん
インドネシア	AIDS: 86 (1985.10)、精度不明	JICA の協力病院あり	政府の重点施策	風俗業従事者の衛生管理は良好	NGO の活動活発	医師のトレーニング活発
マレーシア	AIDS: 259 (1985.7)、精度不明、IVDU 患者多い	情報不足	情報不足	情報不足	情報不足	情報不足
フィリピン	AIDS: 220 (1985.8)、精度不明、性行為による患者が多い	都市部では病院で治療を受けること可能	輸血用血液の約 7割は売血、HIV 検査は義務であるが実施率は不明	登録された風俗業従事者の衛生管理は良好	NGO の活動活発	優秀な研究者は米国に行ってしまう傾向あり
カンボディア	AIDS: 13 (1985.4)、精度不明	AIDS を満足に診療し得る医療体制は存在しない	輸血用血液の約 6割は売血、献血血液に対しては HIV 検査実施	政府の対策計画はあるが、予算不足等のため運用が不十分	NGO の活動に頼っている	仏国よりの援助盛ん、カンボディアパスツール研究所がある
ヴェトナム	AIDS: 232 (1985.8)、精度不明、IVDU 患者多い	情報不足	献血血液は極端に不足、HIV/HBV 検査体制も不十分	感染者が多い 12 地区を選定し、予防対策を計画中	感染者の多い地区での教育啓蒙活動を計画中	仏国よりの援助盛ん、ヴェトナムパスツール研究所がある
ミャンマー	AIDS: 636 (1985.6)、精度不明	情報不足	輸血用血液は全て献血、HIV 検査実施率約 6割	19 都市でセンチネルサーベイランス実施中、またコンドームの無料配付を実施中	HIV/AIDS 情報の提供、及びヘルスワーカー、教育リーダーの育成を実施中	情報不足
ブラジル	AIDS: 66,380 (1985 中期)、精度は都市部でのみ良好	低所得者層の検査機関、医療機関利用は限定される	抗体検査実施は不十分、輸血による感染例存在	低所得者層ではコンドームの入手困難	人的、物的、財政的に制限あり、不活発	米国よりの協力は盛んであろう
ケニア	AIDS: 49,879 (1984.6)、実際の患者数はもっと多い	医療関係者、病床とも不足、治療も不十分	抗体検査実施しているが、十分な献血が行われているとは考え難い	HIV 流行はリスクグループから妊婦に拡散、流行防止は難しい	情報不足	一般に医学研究水準は高度である
ガーナ	AIDS: 12,600 (1983.12)、実際の患者数はもっと多い	医療関係者、病床とも不足、治療も不十分	情報不足	HIV 流行はリスクグループから妊婦に拡散、流行防止は難しい	情報不足	一般に医学研究水準は高度である
ザンビア	Sentinel Surveillance が実施されている、妊婦 HIV 感染率 2%~35% (1984)	医療関係者、病床とも不足、治療も不十分	情報不足	HIV 流行はリスクグループから妊婦に拡散、流行防止は難しい	情報不足	一般に医学研究水準は高度である

エイズ協力専門部会及びタスクフォース名簿

エイズ協力専門部会

大谷 明 (部会長)	国立予防衛生研究所名誉所員
仲村 英一	財団法人医療情報システム開発センター
廣澤 一成	東京大学医科学研究所所長
山崎 修道	国立予防衛生研究所所長

エイズ専門部会タスクフォース

曾田 研二	横浜市立大学医学部公衆衛生学教室教授
栗村 敬	大阪大学微生物病研究所ウイルス感染症制御分野教授
岩本 愛吉	東京大学医科学研究所感染症研究部教授
梅田 珠実	厚生省保健医療局エイズ結核感染症課課長補佐
鎌倉 光宏	慶應義塾大学医学部衛生学公衆衛生学教室講師
木原 正博	神奈川県立がんセンター臨床研究所研究3課副技官
木村 哲	社会保険中央総合病院副院長
森尾 眞介	鳥取大学医学部衛生学教室助教授
吉原なみ子	国立予防衛生研究所エイズ研究センターエイズ検査室長

JICA