

エイズ予防指針作業班 報告書(案)

平成23年9月 日

エイズ予防指針作業班報告書目次

はじめに	1
I. 我が国におけるHIV・エイズの発生動向及び現状の問題点	2
1. 我が国におけるHIV・エイズの発生動向	2
2. 現状の問題点	2
(1) HIV抗体検査件数の減少と感染者・患者報告数の増加	2
(2) 個別施策層に対する施策を重点的、 計画的に実施されていない	3
(3) 各ブロックの現状に応じた 医療提供体制の構築が、依然としてなされていない	3
(4) 各種施策の実施状況等についての検討が不十分である	4
(5) 薬害被害者に対する恒久対策の推進	5
II. エイズ予防指針見直しの方向性	6
1. エイズ予防指針見直しの要点	6
(1) 「検査・相談体制の充実」の強化	6
(2) 個別施策層に対する施策	6
① 検査に係る定量的、定性的な目標の設定	6
② 各種施策におけるNGO等との連携	6
(3) 中核拠点病院を中心とした、地域における診療連携の強化	7
2. 指針に掲げられている各種施策分野の見直しについて（各論）	7
(1) 前文	7
(2) 原因の究明（指針第一）	8
① エイズ発生動向調査の強化	8
② 個別施策層に対する調査研究の実施	8
③ 国際的な発生動向の把握	9
④ 発生動向調査等の結果の公開及び提供	9
(3) 発生の予防及びまん延の防止（指針第二）	9
① 性感染症対策との連携	9
② その他の感染経路対策	10
③ 個別施策層に対する施策の実施	10
(4) 普及啓発及び教育（指針第三）	10
① 基本的考え方及び取組	10

② 患者等及び個別施策層に対する普及啓発の強化	……………	1 1
③ 医療従事者等に対する教育	……………	1 1
(5) 検査・相談体制の充実（指針第四）	……………	1 2
① 基本的考え方	……………	1 2
② 検査・相談体制の強化	……………	1 2
③ 個別施策層に対する検査・相談施策の実施	……………	1 3
④ 保健医療相談体制の充実	……………	1 3
(6) 医療の提供（指針第五）	……………	1 4
① 医療提供体制の充実	……………	1 4
② 医療連携体制の強化	……………	1 5
③ 主要な合併症及び併発症への対応の強化	……………	1 6
④ 長期療養・在宅療養支援体制の整備	……………	1 6
⑤ 人材の育成及び活用、 個別施策層やその他に対する施策の実施	……………	1 7
⑥ 個別施策層に対する施策の実施	……………	1 7
⑦ 日常生活を支援するための 保健医療・福祉サービスの連携強化	……………	1 7
(7) 研究開発の推進（指針第六）	……………	1 8
① 研究の充実	……………	1 8
② 研究結果の評価及び公開	……………	1 8
(8) 人権の尊重（指針第七）	……………	1 9
① 人権の擁護及び個人情報の保護	……………	1 9
② 偏見や差別の撤廃への努力	……………	1 9
③ 個人を尊重した十分な説明と同意に 基づく保健医療サービスの提	……………	1 9
(9) 施策の評価及び関係機関との連携（指針第九）	……………	2 0
① 施策の評価	……………	2 0
② 研究班、N G O等との連携	……………	2 0
おわりに	……………	2 1
注釈	……………	2 2
参考資料 「エイズ施策評価総括報告書（平成 18 年度～平成 21 年度）」 「構成員、専門委員及び主任研究者からの提言等」		

はじめに

「後天性免疫不全症候群に関する特定感染症予防指針（平成18年厚生労働省告示第89号）」（以下「指針」という。）は、「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成10年法律第114号）」（以下「感染症法」という。）第11条第1項（※1）の規定に基づき作成され、我が国におけるエイズ対策の方向性を示すことを目的としている。

厚生労働省は、本指針に基づき、後天性免疫不全症候群に応じた予防の総合的な推進を図るため、正しい知識の普及啓発及び教育並びに保健所等における検査・相談体制の充実等による発生の予防及びまん延の防止、HIV感染者・エイズ患者（以下それぞれ「感染者」、「患者」という。）に対する人権を尊重した良質かつ適切な医療の提供等の観点から、総合的・体系的に各種施策を講じてきた。

しかし、厚生労働省エイズ動向委員会のエイズ発生動向調査（以下「エイズ発生動向調査」という。）によれば、我が国のエイズ動向は、昭和60年のエイズ発生動向調査開始以降、新規感染者及び新規患者（以下「新規感染者・患者」という。）の増加傾向が続いており（※2）、平成22年の新規感染者数は1,075件で過去3位、新規患者数は469件で過去1位となり、予断を許さない状況が続いている。

こうした状況にかんがみ、エイズ予防指針作業班（以下「作業班」という。）は、指針に基づく施策の推進状況について専門的な評価を行い、今後のエイズ対策の方向性及び具体的な施策についての専門的な検討を行うことを目的とし、平成23年1月に設置された。

本作業班では、我が国におけるHIV・エイズの発生動向、問題点及び先般の指針改定後の状況の変化等を踏まえながら、主として、指針に基づき講じてきた各種施策をどのように見直すべきかという観点で、施策の評価及び指針に掲げられている各種施策分野の今後の方向性等について、9回にわたり議論を行った。

今般、これまでの議論・検討の結果を取りまとめたので、ここに報告する。

I. 我が国におけるH I V・エイズの発生動向及び現状の問題点

1. 我が国におけるH I V・エイズの発生動向

エイズ発生動向調査によると、我が国における新規感染者・患者の報告件数は、1985年に第1例のエイズ患者が確認されて以降増加を続け、2011年3月27日現在において、累積感染者・累積患者は合計18,000件を超えている。

前回（平成18年）の指針の改正後の発生動向の主な特徴としては、

- 感染者・患者の地域的分布から見ると、東京都を含む関東・甲信越地方に比べ、その他の地方において増加傾向であること。
- 新規感染者を年齢別に見た場合、20～30歳代が約70%を占めており、依然として若い世代が感染者の年齢層の中心となっていること。
- 感染経路別に見た場合、性的接触による感染が大部分であり、特に、男性同性間の性的接触が感染経路全体の約70%を占めるに至っていること。
- 新規感染者・患者数に占めるエイズ患者数の割合について、減少傾向が続いていたものの、平成20年以降、再び増加に転じていること。

が挙げられる。

2. 現状の問題点

こうした状況の中、本作業班において、我が国におけるエイズ対策が、近年の発生動向が示す感染者・患者の継続的な増加に対し十分に対応したものとなっていないとの指摘がなされ、今後指針において解決を図っていくべき問題点として、特に次のような指摘がなされた。

(1) H I V抗体検査件数の減少と感染者・患者報告数の増加

エイズ発生動向調査によると、保健所等におけるH I V抗体検査件数は平成20年以降減少が続く一方、新規感染者・患者は依然として増加傾向にある（※3）。

これらの主な原因として、

- ①個人の自発的なH I V抗体検査の受検や感染予防行動の実践等を十分に促すことができていないこと。
- ②検査・相談を受ける機会を十分に提供できていないこと。

等が挙げられる。

具体的には、国民のH I V・エイズに対する関心の低下や、依然として残る差別・偏見の意識により、H I V抗体検査の受検に消極的になっていることに加え、受検の意思があっても、検査の日時や場所等の利便性が十分確保されていないため、受検が容易でないという状況がある。

また、新規感染者・患者の報告件数に占めるエイズ患者（エイズを発症して初めて感染の事実を知る患者）の割合について、近年、減少傾向から増加傾向に転じている。これは、上記①及び②に加え、受検した者に対する「感染のリスクを避けられる行動への変容（以下「行動変容」という。）」の促進が十分でなかったことが要因として挙げられる。

（２）個別施策層に対する施策が重点的、計画的に実施されていない

平成２２年エイズ発生動向調査によると、新規感染者の約７０％を２０～３０歳代が占め（※４）、また、感染経路別では、男性同性間の性的接触が全体の約７０％を占める（※５）など、個別施策層、特に性に関する意思決定や行動選択に係る能力の形成過程にある青少年（以下「青少年」という。）や性的指向の側面で配慮の必要な男性同性愛者（Men who have Sex with Men : MSM）において、新規感染者の継続的な増加傾向が見られる。

その主な原因として、これらの重点的、計画的に取り組むべき個別施策層に対し、個別施策層それぞれの利便性に配慮した、重点的、効率的な施策を実施することができず、行動変容を促すことが十分にできていないことが挙げられる。また、都道府県等（都道府県、保健所設置市及び特別区をいう。以下同じ。）によっては、エイズ対策推進協議会等の設置やエイズ対策計画等の策定がなされず、計画的な施策の企画・立案への取組等が十分になされていない等が挙げられる。

（３）各ブロックの現状に応じた医療提供体制の構築が、依然としてなされていない

感染者・患者の増加に対し、地方ブロック拠点病院（以下「ブロック拠点病院」という。）、中核拠点病院、治療拠点病院等の役割分担による総合的な医療の提供が求められているなか、現状、独立行政法人国立国際医療研究センターエイズ治療・研究開発センター（以下「ACC」という。）やブロック拠点病院への感染者・患者の集中が依然として続いている。その主な原因として、中核拠点病院が十分に機能していないことが挙げられる。

中核拠点病院は、ブロック拠点病院への感染者・患者の集中を解消し、都道府県内における良質かつ適切な医療の提供を目的として、平成１８年度に

設置された。中核拠点病院は、連絡協議会を設置・運営し、ブロック拠点病院や治療拠点病院等との連携調整を行い、感染者・患者の症状に応じた適切かつ効率的な医療提供体制の再構築を図るよう取り組んでいる。

しかしながら、上記の連携調整を行える人材が少ないことや、連絡協議会を設置していないことなどにより十分な機能を果たせず、ブロック拠点病院等との診療連携関係の構築を十分に進めることができていない状況も認められる。

近年のH I V治療の特徴として、抗H I V薬による多剤併用療法（以下、「HAART」という。）の進歩により、H I V感染症ならびにエイズはその死亡率が著しく減少し（※6）、いわゆる、「不治の病」から「コントロール可能な慢性疾患」へと変化した。HAARTの導入によりH I V治療が長期化し、治療に伴う合併症や併発症等を有する患者も認められるようになった。その一方で、H I V感染者において、H I V感染を自認していないことからHAARTを受けておらず、エイズを発症し重篤化した者も少なくない。

重篤な臨床像を呈していない患者等の場合、長期化したH I V治療を地域の一般医療機関において実施することが必要である。一般医療機関との診療連携の際には、関連する保健医療サービス及び福祉サービスとの連携等が必要であり、これらの「各種保健医療サービス及び福祉サービスとの連携を確保するための機能」（以下、「コーディネーション」という。）を地方ブロック拠点病院のみならず中核拠点病院においても担う必要がある。しかし、医療機関によってはH I V・エイズへの理解に格差があり、診療連携の際に、患者の受け入れや紹介を円滑に行う関係が構築できず、長期療養施設への入所や在宅療養への移行が妨げられている例が認められる。

歯科診療や透析医療等の専門的医療については、一般的医療と同様に、地域での診療連携の際に関連する保健医療サービス及び福祉サービスとの連携等が必要であり、地方ブロック拠点病院のみならず中核拠点病院においてもコーディネーションを担う必要がある。しかし、地域によっては、H I V・エイズへの不十分な理解から、各種拠点病院と診療に協力する歯科診療所との連携体制の構築が十分に図れず、感染者・患者を受け入れる体制整備がなされていない等の理由による診療拒否が疑われる事例も指摘されている。

（4）各種施策の効果についての分析・評価・検討が不十分である

以上（1）から（3）の問題点について、解決が図られていない主な背景としては、国は、施策に関して実施したモニタリングや評価、検討の結果を、各種施策に効果的に反映できなかったこと等が挙げられる。なお、施策の効果については、定量的な評価が難しいという側面もあるが、施策評価を実施

するに当たっては、定量的指標を確立することが必要である。

(5) 薬害被害者に対する恒久対策の推進

H I V感染症及びエイズの治療は、H A A R Tの導入により、その死亡者数は減少したにもかかわらず、薬害被害者においては、毎年10人程度が死亡している(※7)。

この薬害被害者の現状と課題を認識し、その課題を克服するための施策を実施することにより、薬害被害者に対する恒久対策を今後も継続することは重要である。

Ⅱ. エイズ予防指針見直しの方向性

1. エイズ予防指針見直しの要点

(1) 「検査・相談体制の充実」の強化

Iの2の(1)で述べたとおり、近年、HIV抗体検査件数が減少傾向にあり、また、新規感染者・患者の報告件数に占めるエイズ患者数の割合が増加傾向に転じている。この背景には、検査・相談を受ける機会を十分に提供できなかったことが挙げられる。

検査・相談体制の充実は、利用者が早期に検査を受検し、適切な相談及び医療機関への紹介を受けるなど、個人においては早期発見・早期治療に資するものであり、社会においては感染拡大防止に資するものであることから、利用者の立場に立ち、検査の場所や日時等の利便性に配慮した検査・相談の機会の拡充を図るべきである。

(2) 個別施策層に対する施策

エイズ発生動向調査によると、感染者・患者ともに、性的接触による感染がその大部分を占めていることから(※8)、各種施策分野において「性感染症対策の一環」として対応することが重要となる。

特に、感染者・患者の多数を占める青少年・MSM等の個別施策層に対して、人権や社会的背景に最大限配慮したきめ細かく効果的な施策を実施できるかどうか、今後の大きな課題である。

① 検査に係る定量的、定性的な目標の設定

感染者・患者の多数を占める個別施策層に対する検査相談体制については、効率的に検査を実施するという観点で、特に新規感染者・患者報告数が全国水準より高いなどの地域(以下、「重点都道府県等」という。)において取組を強化するべく、地域の実情に応じた定量的・定性的な目標等を設定し、重点的、計画的に取り組むことが望ましいと考えられる。

② 各種施策におけるNGO等との連携

個別施策層それぞれの利便性に配慮した、重点的、効率的な施策を実施するため、NGO等との十分な連携を図り、効果的なアウトリーチのもと、対象とする個別施策層の行動変容につながる内容の普及啓発を実施することが重要である。

(3) 中核拠点病院を中心とした、地域における診療連携の強化

A C Cやブロック拠点病院への感染者・患者の集中や診療拒否疑い事例を解決するため、都道府県等は、中核拠点病院の設置する連絡協議会等と連携し、地域の医師会、歯科医師会等の関係団体の協力の下、中核拠点病院を中心として、治療拠点病院や地域診療所等との診療連携の充実を図ることが重要である。

特に歯科診療、長期療養施設への受入、在宅療養等については、地域での保健医療サービス及び福祉サービスとの連携等が必要であり、これらの「各種保健医療サービス及び福祉サービスとの連携を確保するための機能（コーディネーション）を担うことができる看護師等の中核拠点病院への配置を推進することが重要であり、また、診療拒否や受入拒否が疑われる事例について円滑に対応し事態の解決を図るために、連絡協議会等を通じた、地域の医師会、歯科医師会等の関係団体の協力が不可欠となる。

2. 指針に掲げられている各種施策分野の見直しについて（各論）

指針に掲げられている各種施策分野に関し、1. を踏まえ、見直しの必要な課題、視点等を提示した上で、指針における具体的対応策等、指針に掲げられている各種施策分野の見直しについて述べる。

(1) 前文

【ポイント】

○個別施策層について、新たに「薬物乱用者」を追加

国及び都道府県等は、個別施策層に対し、人権や社会的背景に最大限配慮した、きめ細かく効果的な施策を実施することが重要である。指針においては、個別施策層として、①性に関する意思決定や行動選択に係る能力の形成過程にある青少年、②言語的障壁や文化的障壁のある外国人、③性的指向の側面で配慮の必要な同性愛者、④性風俗産業の従事者及び利用者、が挙げられているが、状況の変化に応じて適切な見直しが必要とされている。

見直しの必要な視点として、③については、エイズ発生動向調査によれば、感染経路別において男性同性間の性的接触が多数を占めていることから、対象とする層をより明確にするため、性的指向の側面で配慮の必要な男性同性愛者とするべきである。

また、静注薬物使用者を含む薬物乱用者は、H I V感染リスクと強く関連することが知られており、急速な流行拡大の因子となることが海外において認められている（※9）。なお、エイズ発生動向調査によれば、我が国では薬物乱用によるH I V感染者の増加傾向は明確には認められないものの、違法薬物の生涯経験率は増加傾向であり、薬物乱用の拡大が懸念されるという報告もある（※10）ことから、個別施策層に薬物乱用者を追加するべきである。

（2）原因の究明（指針第一）

【ポイント】

- エイズ発生動向調査・個別施策層に対する発生動向調査の分析及び海外発の生動向把握について、研究班やNGO等との協力が重要である旨を追記
- 新たに、発生動向調査等の結果の公開及び提供の重要性について明示

※（指針構成の見直しについて）

発生動向の調査・公開以外の事項については、指針該当箇所に記載

① エイズ発生動向調査の強化

エイズ発生動向調査は、感染の予防及び良質かつ適切な医療の提供のための施策の推進に当たり、最も基本的な事項である。このため、国及び都道府県等は、患者等の人権及び個人の情報保護に十分に配慮した上で、国立感染症研究所、研究班（エイズ対策研究事業に関係する研究者や研究班をいう。以下同じ。）及びNGO等と協力し、エイズ発生動向調査の分析を引き続き強化するべきである。

また、病状に変化を生じた事項に関する報告である任意報告については、患者等の予後の傾向等の把握において重要な情報であるが、報告事例が少ないため、関係者に対し周知徹底した上で、その情報の分析を引き続き強化するべきである。

さらに、エイズ発生動向調査の分析を強化するため、患者等に関する疫学調査・研究等の関連情報を収集することにより、エイズ発生動向調査を補完することも必要である。

② 個別施策層に対する発生動向調査の実施

個別施策層は、感染者・患者の多数を占めることから、国は、研究班や

NGO等と協力し、人権及び個人情報の保護に配慮した上で、研究班やNGO等と協力し、個別施策層に関する発生動向を調査・把握し、分析することが重要である。

③ 国際的な発生動向の把握

国は、諸外国の発生動向等を踏まえた対策や協力体制を推進していく必要があるため、研究班やNGO等と協力し、海外における発生動向を把握し、我が国への影響を事前に推定することが重要である。

④ 発生動向調査等の結果の公開及び提供

国等は、エイズ発生動向調査等により収集された結果やその分析に関する情報を、印刷物、インターネット等の多様な媒体を通じて、広く公開及び提供を行っていくことが重要である。

(3) 発生の予防及びまん延の防止（指針第二）

【ポイント】

- 性感染症対策との連携について予防及び医療の両面における具体的対策を明記
- 「その他の感染経路対策」について、研究班、NGO等との連携による調査研究の必要性を明記
- 「個別施策層に対する施策の実施」について、NGO等との連携の重要性を明記

※（指針構成の見直しについて）

「普及啓発」及び「検査・相談体制の充実」に関する事項については、指針該当箇所に記載

① 性感染症対策との連携

現状においては、最大の感染経路が性的接触であること、性感染症の罹患とHIV感染の関係が深いこと等から、予防及び医療の両面において、性感染症対策とHIV感染対策との連携を図ることは重要であり、具体的には、保健所等における性感染症検査に際し、HIV検査の受検を勧奨す

る体制を充実する等が挙げられる。

② その他の感染経路対策

薬物乱用のうち静注薬物の使用、輸血、母子感染、医療現場における事故による偶発的な感染といった性的接触以外の感染経路について、厚生労働省は関係機関（関係省庁、保健所等、ACC、地方ブロック拠点病院、中核拠点病院及びエイズ治療拠点病院等）と連携し、正しい知識の普及啓発及び教育の充実、検査相談体制の推進等の予防措置を強化することが重要である。また、性的接触以外の感染経路についての実態を把握するための調査研究を実施する際は、関連する研究班やNGO等と連携することも重要である。

③ 個別施策層に対する施策の実施

国及び都道府県等は、個別施策層（特に、青少年及びMSM）に対し、人権や社会的背景に最大限配慮したきめ細かく効果的な施策を、NGO等と連携し追加的に実施することが重要である。

なお、新たに個別施策層に追加した薬物乱用者に対しては、薬物乱用防止の取組等、関係施策との連携強化について、併せて検討することも重要である。

（4）普及啓発及び教育（指針第三）

【ポイント】

- 個別施策層に対して、地方公共団体とNGO等が連携して、普及啓発及び教育を行い、行動変容を促していくことの重要性を明記
- 個別施策層、特にMSM及び青少年に対する普及啓発及び教育の重要性を明記

※（指針構成の見直しについて）

「普及啓発及び教育」、「検査・相談体制の充実」、「医療の提供」は、総合的な予防の推進を図るための重要な取組であるため、指針構成を見直し、「第三 普及啓発及び教育」として位置付ける

① 基本的考え方及び取組

普及啓発及び教育については、国と地方公共団体との役割を明確にした上で、国民一般を対象とした施策と、個別施策層を対象とした施策を今後も実施していくことが重要である。国民一般を対象とした施策については、国民の関心を持続的に高めるために、国と地方公共団体が主体的に全国又は地域全般にわたりH I V・エイズに係る情報や正しい知識を提供することが重要である。また、個別施策層を対象とした施策については、対象者の年齢や行動段階等、個別施策層の実情に応じた内容とする必要があることから、住民に身近な地方公共団体がN G O等と連携して、個別施策層の対象となる層を設定し行動変容を促していくことが重要である。

② 患者等及び個別施策層に対する普及啓発の強化

地方公共団体は、個別施策層に対し、地方の実情に応じた受検・受療行動につながる効果的な普及啓発事業の定着を図るため、保健所、医療機関、教育機関、企業、N G O等との連携を促進することが重要であり、これらの連携を可能とする職員等の育成についても取り組むことが重要である。

特に、MSMや青少年に対する普及啓発及び教育は重要であり、MSMに対する啓発等においては、国及び地方公共団体と当事者・N G O等との連携を必須とし、対象者の実情に応じた取組を強化していくことが重要である。また、青少年に対する教育等においては、学校、地域コミュニティ、青少年相互の連携・協力（ピア・ネットワーク）が重要であるとともに、青少年の多様性に応じた教育等を行う必要がある。

③ 医療従事者等に対する教育

医療従事者等は、その職種によりH I V感染症対策についての理解に差が認められることから、国及び都道府県等は、研修会等により、広く医療従事者等に対して、最新の医学や医療の教育のみならず、患者等の心理や特に個別施策層の社会的状況等の理解に資する教育、患者等の個人情報保護及び情報管理に関する教育等を強化することが必要である。

(5) 検査・相談体制の充実（指針第四）

【ポイント】

- 「普及啓発及び教育」「検査・相談体制の充実」「医療の提供」は、予防の総合的な推進を図るための重要な取組であるため、「検査・相談体制の充実」については、新たに第四章として位置付け
- 検査の結果陽性であった者に対しては、適切な相談及び医療機関への確実な受診を促し、陰性であった者に対しては、行動変容を促す機会として積極的に対応することが重要
- 個別施策層に対する効率的検査実施の観点から、施策の実施においては、定量的・定性的目標等の設定が必要
- 地域の患者やNGO等と連携し、メンタルヘルスケアを重視した保健医療相談の質的向上等を図る必要性を明記

※（指針構成の見直しについて）

「普及啓発及び教育」、「検査・相談体制の充実」、「医療の提供」は、総合的な予防の推進を図るための重要な取組であるため、新たに、「第四 検査・相談体制の充実」を位置付ける

① 基本的考え方

様々な背景を持つ感染者が、早期に検査を受診し、適切な相談及び医療機関への紹介を受けることができるよう、保健所等における検査・相談体制の充実に加え、NGO等との連携により、利用者の立場に立った検査・相談の機会の拡充につながる取組を強化することが重要である。

② 検査・相談体制の強化

都道府県等は、関係機関と連携し、検査の結果陽性であった者に対しては、早期治療・発症予防の重要性を認識させ、適切な相談及び医療機関への紹介による早期治療・発症予防の機会を提供し、医療機関への確実な受診を促すことが極めて重要である一方、陰性であった者についても、行動変容を促す機会として積極的に対応することが重要である。また、検査後においても、希望する者に対して、継続的な検査後相談及び陽性者支援のための相談等、相談体制の充実に向けた取組を強化することも重要である。

る。

③ 個別施策層に対する検査・相談の実施

国及び都道府県等は、個別施策層に対する検査・相談の実施について、人権や社会的背景に最大限配慮しつつ、NGO等と連携した取組を実施し、対象者の実情に応じた、利用の機会の拡大を促進する取組を強化することが重要である。

また、HIV感染者へ適切な医療を効果的に提供することによりHIV感染の拡大を防ぐため、自らのHIV感染を知る感染者の割合（感染自認率）を高めることは重要であり、併せて、効率的な検査を実施することも重要である。これらを踏まえ、個別施策層に対し、新規感染者・患者報告数が全国水準より高いなどの地域においては、地域の実情を踏まえた定量的な指標に基づく施策の目標等を設定し実施していくことが望まれるところであるが、地域の実情及び施策の性質等によっては、定性的な目標等を設定することも考えられる。

④ 保健医療相談体制の充実

国及び都道府県等は、地域の実情に応じた保健医療相談サービスを提供するため、NGO等と連携し、保健医療相談の質的向上等を図る必要がある。特に、個別の施策が必要である地域においては、相談窓口を増設するとともに、メンタルヘルスケアを重視した相談の質的向上等を図るため、必要に応じて、その地域の患者等やNGO等と連携することが重要である。

(6) 医療の提供（指針第五）

【ポイント】

- 都道府県等が設置する推進協議会等において、医療体制整備の進捗状況を評価できる仕組みを検討することが重要
- 都道府県等は、中核拠点病院の設置する連絡協議会と連携し、各種拠点病院と地域診療所等との診療連携の充実を図ることが重要
- 中核拠点病院を中心とした、地域における診療連携の強化
- コーディネーションを担う看護師等の育成を推進し、中核拠点病院への配置を推進
- 肝炎ウイルスとの重複感染を含む合併症・併発症に対する研究や医療における取組の強化の重要性について明記
- 精神科担当の医療従事者に対して、患者等に対する精神医学的介入に関する研修等を実施し、精神疾患を早期発見し、HIV感染症全体の治療効果を高めることの重要性を明記
- 長期療養・在宅療養の患者等を積極的に支える体制整備を推進していくことが重要
- 個別施策層、特に外国人に対し、NGO等と連携し早期に医療へのアクセス等を実現させる取組の必要性を明記

※（指針構成の見直しについて）

「普及啓発及び教育」、「検査・相談体制の充実」、「医療の提供」は、総合的な予防の推進を図るための重要な取組であるため、指針構成を見直し、「第五 医療の提供」として位置付ける

① 医療提供体制の充実

国及び都道府県は、患者等に対する医療及び施策が更に充実するよう、ACC、地方ブロック拠点病院、中核拠点病院及びエイズ治療拠点病院の機能強化を推進するとともに、地域の実情に応じて、中核拠点病院、エイズ治療拠点病院及び地域の診療所等間の機能分担による診療連携を充実

させ、患者等を含む関連団体との連携を図ることにより、都道府県内における総合的な医療提供体制の整備を、重点的、計画的に進めることが重要である。

また、ACCと地方ブロック拠点病院の緊密な連携の下、中核拠点病院等を中心に、地域における医療水準の向上及びその地域格差の是正を図り、一般の医療機関においても、診療機能に応じた患者主体の良質かつ適切な医療が、居住地において安心して受けられるような基盤作りが重要である。

さらに、地方ブロック拠点病院、中核拠点病院、エイズ治療拠点病院及び地域の診療所等の連携を深め、相互の研修等により診療の質の向上を図ることができるよう、都道府県等が設置する推進協議会等において、各種拠点病院における医療従事者への啓発や各種拠点病院間の診療連携の推進、担当医師のみならず担当診療科を中心とした各種拠点病院としての医療提供体制の維持等、医療体制整備の進捗状況を評価できる仕組みを検討することも重要である。

② 医療連携体制の強化

高度化したHIV診療において、医師、看護師、薬剤師、臨床心理士、メディカルソーシャル・ワーカーら多職種によるチーム医療・ケアの実践が必要であり、国は、外来診療におけるチーム医療、ケアの在り方についての指針や手引き等（以下「指針等」という。）を作成し、良質かつ適切な医療の確保の強化を図る取組の強化が重要である。

また、今後は、専門的医療と地元地域における各種保健医療サービス及び福祉サービスの連携等が必要であり、これらの連携を確保するための機能（以下「コーディネーション」という。）の強化を図るため、コーディネーションを担う看護師の拠点病院への配置を推進することが重要である。また、都道府県等は、中核拠点病院の設置する連絡協議会等と連携し、医師会、歯科医師会等の関係団体や患者団体の協力の下、中核拠点病院、エイズ治療拠点病院及び地域診療所等間の診療連携の充実を図ることが重要である。

さらに、HIV治療における医科診療の主体が拠点病院である一方、歯科診療の主体は地域診療所であることから、歯科診療の確保については、拠点病院と地域診療所との十分な連携を図ることが重要であり、地域の実情に応じて、地方ブロック拠点病院及び中核拠点病院相互の連携によるコーディネーションの下、各種拠点病院と診療に協力する歯科診療所との連携体制の構築を図ることにより、患者等に滞りなく歯科診療を提供するこ

とが重要である。

③ 主要な合併症及び併発症への対応の強化

H A A R Tの導入によるH I V治療の長期化の一方で、結核、悪性腫瘍等との合併症や、肝炎等との併発症及び抗H I V薬の投与による有害事象等を有する患者への治療もますます重要であるため、国は、引き続きこれらの治療に関する研究を行い、その成果の公開等を行っていくことが重要である。

特に、肝炎ウイルスとの重複感染により重篤化した肝炎・肝硬変に対する肝移植等を含む合併症・併発症対策のための研究は、その重篤な臨床像から、研究のみならず、診療現場においても専門とする診療科間の連携が重要であり、今後取組を強化していくことが重要である。

また、治療に伴う心理的負担を有する患者に対しては、診断早期よりメンタルヘルススクリーニングを含む精神医学的介入を効果的に行うことが重要であり、この治療を推進するため、精神科担当の医療従事者に対しては、感染者・患者に対する精神医学的介入に関する研修等を実施し、精神疾患を早期発見し、H I V感染症全体の治療効果を高めることも重要である。

④ 長期療養・在宅療養支援体制の整備

患者等の療養期間の長期化への対応は、それに伴う在宅療養の推進も考慮する必要があり、長期化に伴う患者等の主体的な療養環境の選択を尊重するため、長期療養・在宅療養の患者等を積極的に支える体制整備を推進していくことが重要である。

また、H I V診療が外来主体の慢性期疾患に移行しているなか、多くのエイズ治療拠点病院はその地域の急性期病院であり、慢性期の入院患者対応に問題が生じている。このため、夜間や休日診療を実施しているクリニック及び慢性期病院等との連携を推進する必要がある。国及び都道府県等は、具体的な症例に照らしつつ、患者等の長期療養・在宅療養サービスの向上に配慮していくよう努めることが重要であり、都道府県等にあつては、地域の実情に応じて、地方ブロック拠点病院及び中核拠点病院相互の連携によるコーディネーションの下、連絡協議会等において、各種拠点病院と地域医師会・歯科医師会等との連携を推進し、各種拠点病院と慢性期病院との連携体制の構築を図ることが重要である。

⑤ 人材の育成及び活用、個別施策層やその他に対する施策の実施

ブロック拠点病院への患者集中を緩和するため、中核拠点病院のみならず治療拠点病院の医療従事者に対しても、今後も継続的に医療水準の均てん化を目指した講習会・研修会を実施する必要があるとあり、国及び都道府県等は、中核拠点病院及びエイズ治療拠点病院のエイズ治療の質の向上を図るため、地方ブロック拠点病院等による出張研修等により効果的な研修等を実施できるよう支援することが重要である。

また、良質かつ適切な医療の提供のためには、個別施策層への理解のみならず、多様な人間の性について理解し対応できる人材を育成し、効果的に活用することが重要である。

さらに、患者数の増加に伴い、外来療養支援ニーズが質、量ともに増大しているなか、コーディネーションを担う看護師等の不足により、患者に十分な療養支援が実施されていないことから、地方ブロック拠点病院のみならず、中核拠点病院においてもコーディネーションを担う看護師等が配置されるよう、看護師等への研修を強化することも重要である。

⑥ 個別施策層に対する施策の実施

個別施策層が良質かつ適切な医療を享受できることは、感染の拡大の抑制においても重要であり、都道府県等は、地域の実情に応じて、各種拠点病院等における検査やH I V治療に関する相談（情報提供を含む。）の機会の拡充への取組を強化すべきである。

また、外国人に対しては、早期医療アクセスや緊急医療の実現に向け、母国語による啓発に加え、通訳体制の整備、医療ケースワークの充実、N G Oとの連携及び出身国医療への積極的な橋渡しが必要である。なお、外国人に対する医療への対応にあたっては、職業、国籍、感染経路などによって医療やサービス、情報の提供に支障が生じることのないよう、医療従事者に対する研修を実施するとともに、N G O等と協力し、通訳等の確保による多言語での対応の充実等が必要である。

⑦ 日常生活を支援するための保健医療・福祉サービスの連携強化

患者等の療養期間の長期化に伴い、障害を持ちながら生活する者が多くなったことにかんがみ、国及び都道府県等は、専門知識に基づく医療社会福祉相談（医療ソーシャルワーク）やピア・カウンセリング等の研修機会を拡大し、医療機関や地域N G O等と連携した生活相談支援を推進することが重要である。このため、エイズ治療拠点病院とN G O等との連携構

築のための研修等の機会の提供等も重要である。

(7) 研究開発の推進（指針第六）

【ポイント】

- 個別施策層に対する研究については、人権及び個人情報の保護に配慮した上でNGO等との協力により効果的に行うことが必要
- 長期的展望に立ち、継続的な研究を行うため、若手研究者育成の重要性について明記
- 調査研究結果は、学識者による客観的な評価と公開を行い、患者等からの意見も参考とすべきである

① 研究の充実

研究の結果が、更なる感染拡大の抑制やより良質かつ適切な医療の提供につながるよう、研究の方向性を検討する際には、エイズ発生動向や研究班からの研究成果を定期的に確認することが重要である。また、研究については、エイズ発生動向の分析を補完する疫学研究、感染拡大の防止に有効な対策を示す研究、特に個別施策層に対する研究については、NGO等と協力することにより、効果的な研究を行う必要がある。併せて、長期的展望に立ち、継続性のある研究を行うためには、若手研究者の育成も重要である。

② 研究結果の評価及び公開

国は、研究の充実を図るため、検査・相談の実施方法に係る指針等を含む調査研究の結果について、学識者による客観的な評価等によりの確に評価するとともに、研究の性質に応じ、公開等を行い、幅広く患者等からの意見も参考とすべきである。なお、研究結果の公開にあたっては、研究結果を論文化し、学術雑誌に投稿の上査読を受ける等、学識者による客観的な評価を経た後が望ましい。

(8) 人権の尊重（指針第七）

【ポイント】

- 就労斡旋・相談窓口、企業の採用担当窓口及び企業内においても、人権の尊重及び個人情報の保護を徹底することが重要
- 保健医療サービスの提供においては、希望者が容易に相談機会を得られるよう、保健所や医療機関を含む関係機関とNGO等との連携が重要

① 人権の擁護及び個人情報の保護

就労斡旋・相談窓口、企業の採用担当窓口及び企業内においても、人権の尊重及び個人情報の保護を徹底することが重要である。

② 偏見や差別の撤廃への努力

厚生労働省は、文部科学省、法務省等の関連省庁や地方公共団体との連携を強化し、人権教育・啓発事業と連携した、患者等や個別施策層に対する偏見や差別の撤廃のための正しい知識の普及啓発等を行うことが重要である。また、診療拒否の疑われる事例をなくし、患者等が健全な学校生活を送り、職業を選択し、生涯を通じて働き続けるために、NGO等と連携し、社会教育も念頭に置きつつ、医療現場や学校、企業等に対して広くHIV感染症への理解を深めるための人権啓発を推進することも必要である。

③ 個人を尊重した十分な説明と同意に基づく保健医療サービスの提供

HIV感染の特性にかんがみ、利用者及び患者等に十分な説明と同意に基づく保健医療サービスが提供されることが重要であり、そのためにも、希望する者に対しては容易に相談の機会が得られるよう、保健所や医療機関を含む関係機関とNGO等が連携することが重要である。

(9) 施策の評価及び関係機関との連携（指針第九）

【ポイント】

- 国は、施策の実施状況等の継続的なモニタリングと評価を行い、必要に応じて改善に取り組む
- 国及び都道府県等が総合的なエイズ対策を実施する際には、研究班、N G O等との連携が重要（特に、個別施策層）
- 国及び都道府県等は、各種施策におけるN G O等との連携が有効なものとなるよう、施策内容の評価体制を整備することが重要

① 施策の評価

国は、国や都道府県等が実施する施策の実施状況等をモニタリングし、その結果を定期的に情報提供するとともに、施策を評価し、必要に応じて改善を行う。

また、国は、研究班により得られた研究成果を、引き続き研究や事業に活かすことができるよう、患者等、医療関係者、N G O等の関係者と定期的に意見を交換すべきである。

② 研究班、N G O等との連携

国及び都道府県等は、総合的なエイズ対策を実施する際には、研究班、N G O等との連携が重要である。特に個別施策層を対象とする各種施策を実施する際には、各研究班、N G O等と横断的に連携することが重要であり、その体制を整備することが望ましい。併せて、各種施策におけるN G O等との連携が有効なものとなるよう、その施策の内容等を評価する体制を整備することが重要である。

おわりに

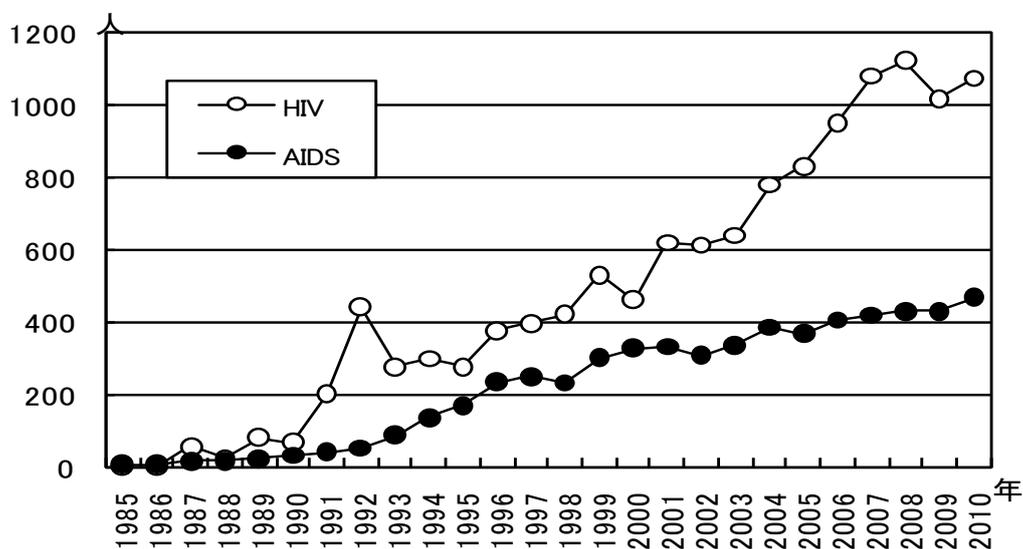
感染者・患者の増加傾向が続く現状にかんがみ、エイズ対策は喫緊の課題との認識から、今後5年間に重点的に取り組む具体策をまとめるとともに、指針（案）を作成した。

今後、厚生科学審議会感染症分科会感染症部会において現行の指針が見直されることとなるが、本作業班の成果が十分に活かされることを期待する。また、新たな指針の策定を受け、引き続き感染者・患者の人権に配慮しながら総合的なエイズ対策が講じられるよう、国及び地方公共団体においては、所要の経費の確保に努め、積極的に取り組まれることを要望する。

注 釈

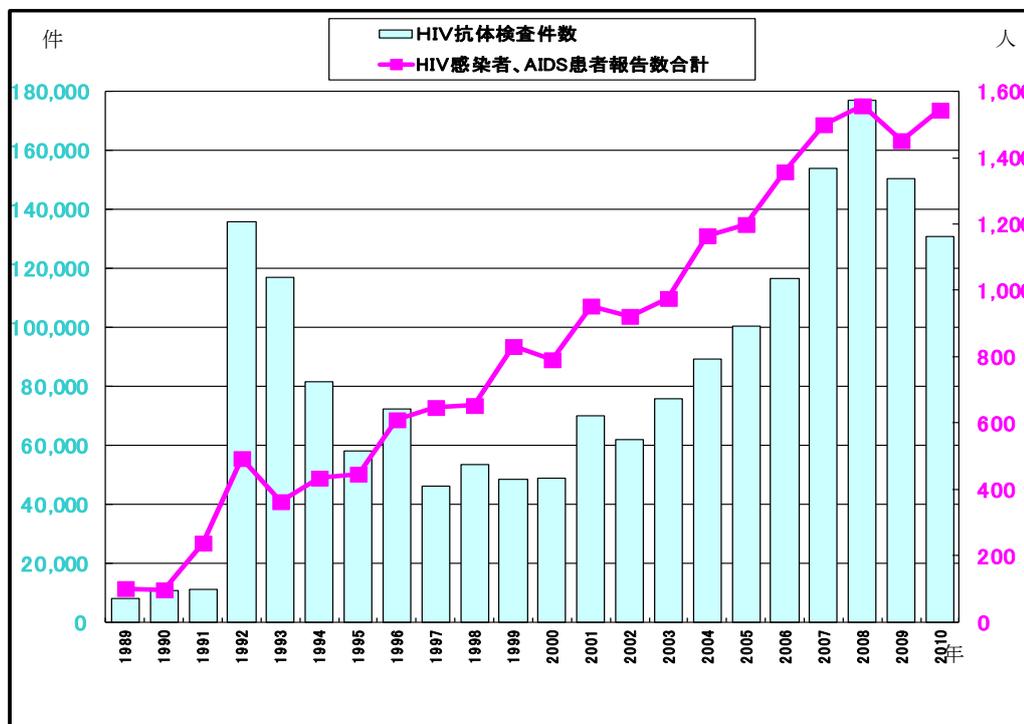
(※1) 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成10年法律第114号）
第11条 厚生労働大臣は、感染症のうち、特に総合的に予防のための施策を推進する必要があるものとして厚生労働省令で定めるものについて、当該感染症に係る原因の究明、発生の予防及びまん延の防止、医療の提供、研究開発の推進、国際的な連携その他当該感染症に応じた予防の総合的な推進を図るための指針（特定感染症予防指針）を作成し、公表するものとする。

(※2) HIV感染者およびAIDS患者の年次推移（「平成22年エイズ発生動向年報」より）



※国内初の新規感染者・患者報告から4年後の1989年に年間報告数合計が100件を超え、その10年後の1999年に831件、20年後の2009年に1,452件と推移している。

(※3) 保健所等におけるH I V抗体検査件数とH I V感染者、A I D S患者報告数合計の年次推移（「平成 22 年エイズ発生動向年報」より）

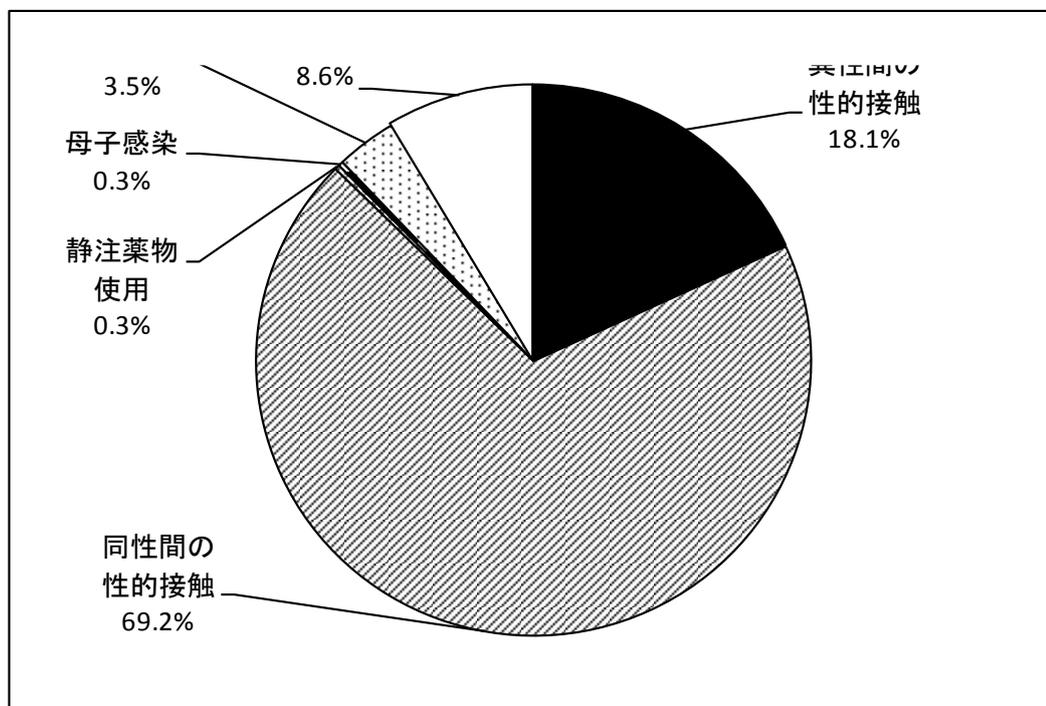


(※4) 平成 22 (2010) 年に報告されたH I V感染者の年齢階級別内訳（「平成 22 年エイズ発生動向年報」より）

年齢階級	10歳未満	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60歳以上	合計
HIV感染者数	3	0	15	132	197	184	213	115	75	47	38	56	1,075
割合%	0.3%	0.0%	1.4%	12.3%	18.3%	17.1%	19.8%	10.7%	7.0%	4.4%	3.5%	5.2%	100.0%

※20～30歳代の割合 67.5%

(※5) 平成22(2010)年に報告されたHIV感染者の感染経路別内訳(「平成22年エイズ発生動向年報」より)



(※6) 死亡率の減少

Hammer SM, Squires KE, Hughes MD, et al. A controlled trial of two nucleoside analogues plus zidovudine, zalcitabine, and didanosine in persons with human immunodeficiency virus infection and CD4 cell counts of 200 per cubic millimeter or less. N Engl J Med 1997;337:725-33.

Palella FJ Jr, Delaney KM, Moorman AC, et al. Declining morbidity and mortality among patients with advanced human immunodeficiency virus infection. N Engl J Med 1998;338:853-60.

Gortmaker S., et al. Effect of Combination Therapy Including Protease Inhibitors on Mortality among Children and Adolescents Infected with HIV-1 N Engl J Med 2001;345:1522-1528 による。

(※7) 厚生労働省委託事業 血液凝固異常症全国調査 平成22年度報告書による。

(※8) 平成22(2010)年末におけるHIV感染者及びAIDS患者の国籍別、性別、感染経路別累計(「平成22年エイズ発生動向年報」より)

診断区分	感染経路	日本国籍			外国国籍			合計		
		男	女	計	男	女	計	男	女	計
HIV	異性間の性的接触	2114	593	2707	349	786	1135	2463	1379	3842
	同性間の性的接触*1	6300	3	6303	369	1	370	6669	4	6673
	静注薬物使用	28	2	30	24	3	27	52	5	57
	母子感染	14	9	23	4	8	12	18	17	35
	その他*2	202	35	237	46	23	69	248	58	306
	不明	788	93	881	332	522	854	1120	615	1735
	HIV合計	9446	735	10181	1124	1343	2467	10570	2078	12648
AIDS	異性間の性的接触	1621	193	1814	255	191	446	1876	384	2260
	同性間の性的接触*1	1817	2	1819	113	2	115	1930	4	1934
	静注薬物使用	20	3	23	22	1	23	42	4	46
	母子感染	9	3	12	1	4	5	10	7	17
	その他*2	130	19	149	23	12	35	153	31	184
	不明	836	70	906	317	135	452	1153	205	1358
	AIDS合計*3	4433	290	4723	731	345	1076	5164	635	5799
凝固因子製剤による感染者*4	1421	18	1439	—	—	—	1421	18	1439	

*1 両性間性的接触を含む。

*2 輸血などに伴う感染例や推定される感染経路が複数ある例を含む。

*3 平成11年3月31日までの病状変化によるエイズ患者報告数154件を含む。

*4「血液凝固異常症全国調査」による2010年5月31日現在の凝固因子製剤による感染者数

(※9) 感染症発生動向調査週報 2002年第39週号(2002年9月23日～9月29日)「感染症の話」(国立感染症研究所 武部豊 著)による。

(※10) 国立精神・神経センター精神保健研究所、「薬物使用に関する全国調査」による。

エイズ施策評価総括報告書 (平成 18 年度～平成 21 年度)

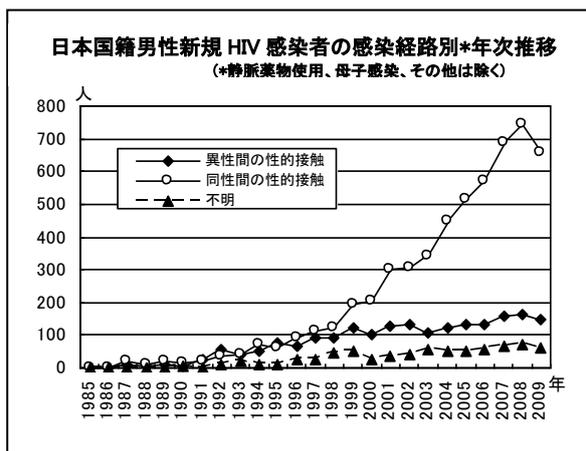
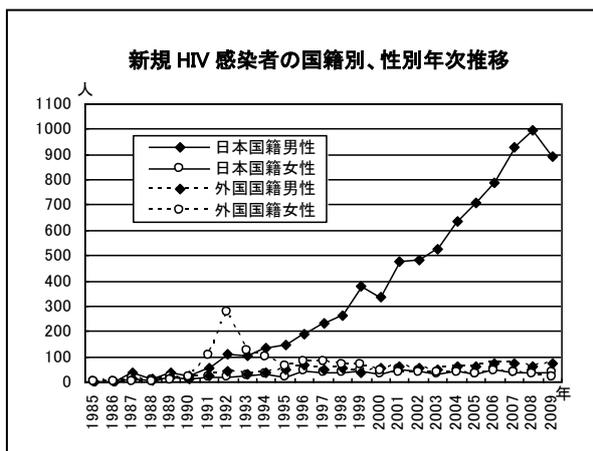
第 1 エイズ発生動向（平成 18 年～平成 21 年）

調査結果

- ① 平成 18 年～平成 20 年における新規H I V感染者報告数は毎年過去最高を更新したが、平成 21 年は過去 3 位であった。

新規エイズ患者報告数は平成 18 年～平成 21 年において毎年過去最高を更新した。

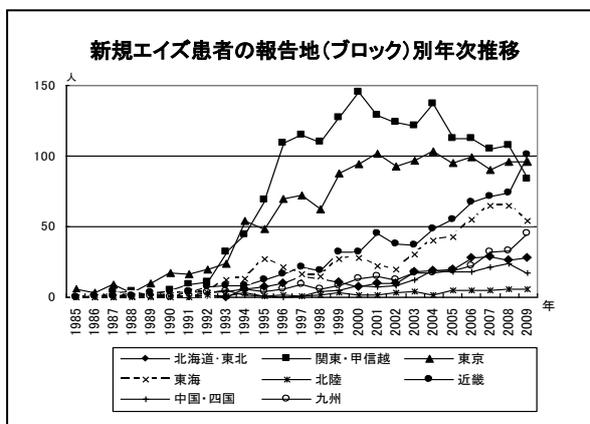
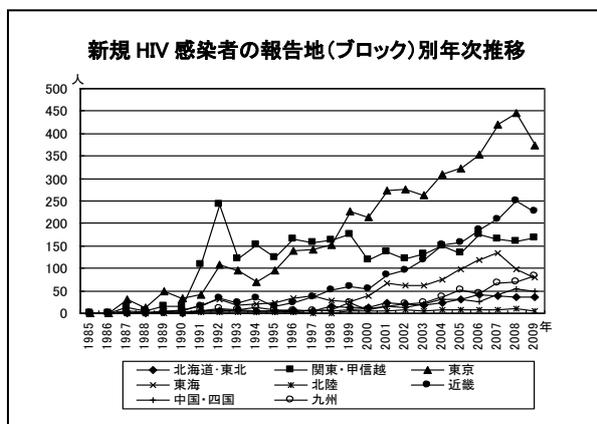
- ② 新規H I V感染者報告数は日本国籍男性で、同性間性的接触を感染経路とするものが引き続き、多数を占めた（平成 18 年～平成 21 年の新規H I V感染者報告数のうち、日本国籍男性で、同性間性的接触を感染経路とするものの占める割合は 63.6%）。



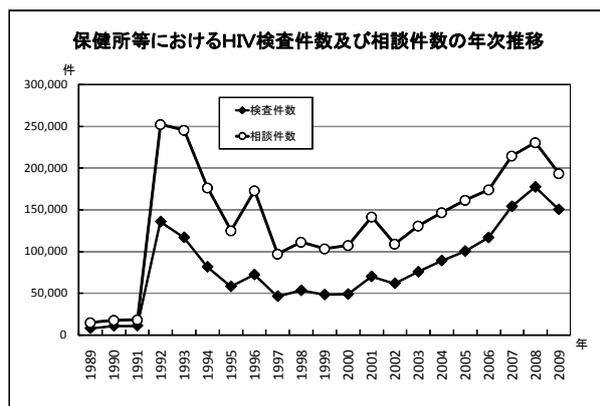
- ③ 全年代で新規H I V感染者報告数は増加傾向であり、50 代以上の年齢層では、新規エイズ患者報告数も増加した。

- ④ 新規H I V感染者報告数は、平成 18 年及び平成 19 年では、これまでの関東ブロックでの増加に加え、近畿ブロック、東海ブロックその他大都市圏においても増加が見られた。平成 20 年の新規H I V感染者報告数は、北海道・東北ブロックと東海ブロックを除く各ブロックで増加した。

新規エイズ患者報告数は、平成 18 年～平成 20 年で北海道・東北ブロックを除く各ブロックで増加した。平成 21 年は、関東・甲信越ブロック等で減少したが、近畿ブロック及び九州ブロックで特に増加が見られた。



- ⑤ 平成 20 年において、H I V検査件数は地方自治体等の関係者の努力により過去最高となり、新規H I V感染者・エイズ患者報告数に占めるエイズ患者報告数の割合は低下傾向であったが、平成 21 年には、保健所等でのH I V検査・相談件数は減少に転じた。



⑥ 20 歳代～40 歳代や、同性愛者等の個別施策層を中心とした積極的な予防施策が必要であり、地域の実情に応じ、教育関係者、医療関係者、企業、NGO等との連携の下、各地域での対策が展開されることが重要である。また、各自治体においては、個別施策層（特に男性同性愛者）を中心に、利用者の利便性に配慮した検査・相談事業を推進し、予防に関する普及啓発に努めることが重要である。さらに、人権に十分配慮しつつ、HIV感染の早期発見による適切な治療の促進と感染拡大の阻止に努める必要がある。

第2 疾病対策課の主な施策

1 HIV検査普及週間及び世界エイズデーイベントの実施（平成 18 年度～平成 21 年度）

- 世界エイズデー（12 月 1 日）の他に、平成 18 年度から国や都道府県等（都道府県、保健所を設置する市及び特別区をいう。以下同じ。）が行う検査・相談体制の充実を図る取組を強化することにより、国民のHIVやエイズに対する関心を喚起し、もってHIV検査の浸透・普及を図ることを目的に、HIV検査普及週間（6 月 1 日～7 日）を創設した。
- HIV検査普及週間及び世界エイズデーの前後においては、都道府県等では、夜間・休日検査や迅速検査を強化するなど、検査・相談体制を拡充するとともに、リーフレット等の作成・配布、新聞、雑誌、テレビ、ラジオ等を活用した広報活動、講演会、シンポジウム、街頭キャンペーン等の実施等によるエイズに関する正しい知識の啓発活動が展開されてきた。
- 厚生労働省では、多くのアーティスト、著名人等の参加による「RED RIBBON LIVE」で若者を中心とした世代に予防啓発のメッセージを発信するとともに、ラジオによる普及啓発、地方公共団体、NGO等の協力の下、街頭キャンペーンやHIV無料匿名検査、インターネット（エイズ予防情報ネット等）により自治体を実施するイベントやHIV検査・相談の実施体制等についての情報提供を実施してきた。
- 平成 21 年においては、新型インフルエンザの影響も一因となって、都道府県等における検査件数が約 27,000 件、相談件数が約 37,000 件と平成 20 年から大幅に減少したものの、HIV検査普及週間及び世界エイズデーにおける普及啓発キャンペーン、自治体の検査・相談体制の拡充等により年々着実に検査・相談件数は増加している。
- 特にHIV検査普及週間の実施により、平成 17 年以前に存在した第 1 四半期から第 2 四半期（1 月～6 月）にかけての検査・相談件数の落ち込みを抑えるとともに、世界

エイズデーのある第 4 四半期（10 月～12 月）に向かって第 2 四半期から第 3 四半期（4 月～9 月）にかけて検査・相談件数の上昇傾向を維持する効果がある。

2 テレビCM等による普及啓発（平成 18 年度～平成 21 年度）

- 平成 17 年度～平成 20 年度において、公共広告機構（A C（平成 21 年 7 月に社団法人 A C ジャパンと改称））を通じて、TV、ラジオ、新聞、雑誌、ポスター等の媒体を利用した全国的な普及啓発を実施した。
- その他、H I V 検査普及週間・世界エイズデー前後には、ラジオ、新聞等の媒体を利用した政府広報を実施した。

3 エイズに関する関係省庁間連絡会議の開催（平成 18 年 6 月、平成 21 年 4 月）

- 我が国のエイズ患者、H I V 感染者の発生が、依然として地域的にも年齢的にも広がりを見せている状況に鑑み、より一層総合的かつ効果的なエイズ対策を推進することを目的に、関係省庁間連絡会議を定期的の実施し、法務省、外務省、文部科学省及び厚生労働省におけるエイズ対策の取組状況について情報共有が図られた。

4 重点都道府県等エイズ対策担当課長連絡協議会の開催（平成 18 年度～平成 21 年度）

- H I V 感染者やエイズ患者の数が特に多い地域の自治体を重点的に連絡調整すべき都道府県等（以下「重点都道府県等」という。）として選定し、定期的に重点都道府県等エイズ対策担当課長連絡協議会（以下「連絡協議会」という。）を開催した。
- 連絡協議会では、厚生労働省のエイズ対策の概要、個別施策層（青少年・男性同性愛者（MSM）・外国人）に対するエイズ対策マニュアル、研究班による講義、自治体の施策紹介等を実施のほか、MSM コミュニティセンターや委託検査施設の現場視察を実施し、重点都道府県等のエイズ対策を支援するとともに、情報共有が図られた。
- なお、連絡協議会を H I V 検査普及週間又は世界エイズデーの前に実施することで、重点都道府県等における H I V 検査普及週間又は世界エイズデーの取組の更なる推進を図った。

5 H I V / A I D S の対策に関する東南アジア行政官会議の開催（平成 18 年度～平成 21 年度）

- 厚生労働省主催により A S E A N 10 か国及び中国、韓国、台湾の H I V / エイズ関連施策に携わる行政官と意見交換する場を設け、アジア諸国等との情報交流の推進を図った。

6 エイズ予防のための戦略研究

- 5 年後に H I V 検査件数を 2 倍に、新規エイズ患者報告数を 25% 減少することを目標として、平成 18 年度に開始した。

※ 主任研究者：財団法人エイズ予防財団

① 研究課題 1（平成 22 年度まで継続し、平成 22 年度末で終了）

「首都圏および阪神圏の男性同性愛者を対象とした H I V 抗体検査の普及強化プログラムの有効性に関する地域研究介入」（研究リーダー：市川誠一（名古屋市立大学看護学部教授））

② 研究課題 2（平成 20 年度の中間評価において中止）

「都市在住者を対象としたH I V新規感染者及びA I D S発症者を減少させるための効果的な広報戦略の開発」（研究リーダー：木原正博（京都大学大学院医学研究科社会健康医学系専攻社会疫学分野教授））

第3 地方公共団体に対するモニタリング

1 東京都・愛知県・大阪府と各近隣府県（注）のH I V検査件数・新規エイズ患者報告割合の比較

- ・ 東京都、愛知県及び大阪府のような大都市圏では、新規H I V感染者・エイズ患者報告数が集中しているものの、平成 18 年～平成 21 年の各年における新規H I V感染者・エイズ患者報告数の合計に占める新規エイズ患者報告数の割合（以下「新規エイズ患者報告割合」という。）は全国平均と比較して低い傾向にあり、H I V感染者の早期発見が行われている。
- ・ 大都市圏に隣接する地域においては、人口に対する検査件数の割合が著しく低い場合、発見が遅れ診断時に既にエイズを発症している事例として報告される傾向にある。
- ・ 平成 19 年・平成 20 年においては、東京都、愛知県及び大阪府の各近隣府県では、その多くが平成 18 年に比べ新規エイズ患者報告割合が着実に低下しており、検査推進の効果が認められた。
- ・ 一方、平成 21 年においては、東京都、愛知県及び大阪府と各近隣府県の多くが検査件数の減少に伴い、平成 20 年に比べ新規エイズ患者報告割合が上昇している。

（注）① 東京都の近隣県：茨城県、埼玉県、千葉県及び神奈川県

② 愛知県の近隣県：岐阜県、静岡県及び三重県

③ 大阪府の近隣府県：滋賀県、京都府、兵庫県及び奈良県

2 全国及び主要都府県の検査件数・新規報告数の推移

- ・ 全国、主要都府県（東京都、愛知県及び大阪府）ともに、検査件数の増加に伴い、新規H I V感染者・エイズ患者報告数の合計が増加しており、特に新規H I V感染者報告数が伸びていることを踏まえると、H I V感染の早期発見はできているものの、この傾向が続く間においては、新規エイズ患者報告割合の低い地域にあっても、検査を推進する必要がある。
- ・ 全国的にみると、平成 21 年においては、検査件数の大幅な減少にもかかわらず、新規エイズ患者報告数が平成 20 年と同数であり、その結果として、新規エイズ患者報告割合が上昇した。これは、H I V感染の早期発見のための検査機会を逸していることによるものと考えられるので、引き続き検査を推進する必要がある。

3 「検査体制の充実」に対するモニタリング

- ・ 各都道府県の検査件数を人口で除した割合を全国的に比較すると、新規エイズ患者報告割合が低い都道府県や重点的に連絡調整すべき都道府県が上位を占める傾向にある。
- ・ 検査体制では、利便性の高い場所と時間帯に配慮した保健所の夜間・休日検査や委託検査のニーズが高い。

4 「普及啓発」に対するモニタリング

- ・ 新規HIV感染者報告数の約7割を占める男性同性愛者（MSM）に対する普及啓発を行っている都道府県は、新規エイズ患者報告割合が低い傾向にある。

第4 研究の視点からのモニタリング

1 普及啓発及び教育（注1）

- ① わが国のHIV流行に関連する情報のモニタリングと統合的分析に関する研究（平成 18 年度～平成 20 年度）・内外のHIV／STD流行及び関連情報の集約的分析に関する研究（平成 21 年度）

最新の行政統計（エイズ・STD発生動向、出産・中絶、コンドーム出荷数、出入国管理、警察関係、がん登録）、文献データ（HIV／STD知識・意識調査、若者の性行動・STD感染率、MSMのHIV感染率・行動等）、海外HIV／STD情報（先進国 [米英独加豪]、近隣地域 [中台韓香]）、新聞報道記事（平成 9 年～平成 18 年）、都道府県のエイズ対策予算を収集・分析し、①近隣諸国でのHIV流行進展と感染経路、②先進国でのHIV流行再燃（同性間／異性間）と感染者蓄積、STD流行再燃、③日本は 30 歳未満感染者割合が大きいこと、④性関連現象の複雑な変化（性行動の低減、細菌性STD（梅毒を除く、クラミジア感染症、淋菌感染症等）の減少、ウイルス性STDの増加、梅毒の増加、中絶の減少、コンドーム出荷量の減少）、⑤若者の性行動が米国より無防備なこと、⑥エイズ報道の低迷、⑦性産業や覚醒剤摘発の増大、⑧海外長期滞在日本人、近隣諸国からの入国者数増加、⑨高校生性経験率の低下、⑩男性では風俗女性との膣・口腔性交、特定相手との膣性交が、女性では不特定相手及び特定相手との膣性交が女性のSTDリスクであること（症例対照研究）を示した。

- ② STD患者のモニタリングに関する研究

関東等の9のSTD関連施設をHIV検査目的外で受診した患者に無料HIV／STD検査と簡易性行動調査を依頼したところ、男性では、平成 18 年度は 48 人中 1 人（2.1%）、平成 19 年度は 214 人中 5 人（2.3%）、平成 20 年度は 198 人中 2 人（1.0%）、平成 21 年度は 108 人中 2 人（1.9%）にHIV感染を認めた。女性では、平成 18 年度・平成 19 年度は 470 人（性風俗産業の従事者（以下「CSW」という。）を除く。）、CSW500 人、平成 20 年度・平成 21 年度は 300 人（CSWを除く。）、CSW442 人に陽性者を認めなかった。

- ③ 薬物乱用・依存者のモニタリングに関する研究

平成 18 年度・平成 19 年度において、全国主要 6 施設の覚醒剤使用者 439 人と 5 自助組織 74 人（いずれも平成 18 年度・平成 19 年度合計）につき、HIV、STD、肝炎感染率、性・注射行動を調査した。HCV感染率や注射共有率は一過性の増加後再び減少傾向にあること、CSWやそれ以外の女性との無防備な性行動が少なくないことを認めた。

また、平成 20 年度・平成 21 年度において、全国主要 5 医療施設の覚醒剤使用者 220 人と 5 自助組織 61 人（いずれも平成 20 年度・平成 21 年度合計）につき、HIV、STD、肝炎感染率、性・注射行動を調べ、医療施設の男性 2 人（1.0%）にHIV感染例を認めた。HCV感染率や注射共有率は減少傾向であった。

④ 自治体のエイズ施策のモニタリングに関する研究

平成 18 年度の住民知識調査結果と、平成 19 年度のエイズ発生動向、検査・相談実績・サービス時間、予算データを用いて、都道府県間格差、費用対効果の高い自治体の存在を示した。

また、平成 20 年度には、自治体別エイズ関連知識とエイズ対策予算情報を用い、予算と住民啓発度の関連を解析し、検査相談予算 1 万円／千人に対する啓発度増を 2 % と推定した。

⑤ H I V 流行の予測・推計に関する研究

既成のモデリングソフトを用い、平成 17 年時点の MSM の H I V 流行につき、平均感染率 3 %（将来最大感染率 11 %）、感染者数約 1.6 万人と推定した。

さらに、最新データにより MSM 流行の決定論モデルを完成し、①平成 21 年末の H I V 感染率 7 %、②年間新規感染発生約 850（1 % 人年）、③累積感染者 1 万人、④新規感染者の検査捕捉率 50 % と推定した。

⑥ 我が国の H I V 流行に関するまとめ

ア 我が国の H I V / エイズ動向の特徴

- ・ 新規エイズ患者報告数に減少が見られないのは先進国で例外的であり、検査普及の遅れは明らかである（注：検査数も先進国で例外的に低い。）。
- ・ H I V 流行自体は依然進行中である可能性が高い（同性間性的接触優位で、若年者に多い。）。
- ・ 流行の都市拡散が進行している。

イ 国際的状況

- ・ 周辺地域・国の新規 H I V 感染者・エイズ患者報告数は人口比で我が国を大きく上回っており、流行が我が国より先行している可能性がある。その結果、流行が我が国に流入する可能性がある。
- ・ 欧米では H I V 流行が再燃し、同性間性的接触による感染が主ではあるが異性間性的接触による感染（主として移民）も増加しており、対策の難しさが示唆される。背景として、H A A R T 普及に伴う楽観論、油断、対策の緩み、インターネット利用、薬物等の新たな社会的要因の関与が指摘されており、こうした新しい局面認識に立った対策の強化が必要と考えられる。
- ・ 海外からの流行流入を媒介する可能性のある社会層（海外長期滞在外国人及び外国人旅行者）が増加しており対策が必要である。）。

ウ 国内的動向

- ・ 21 世紀に入って、若者の性行動には、近年重要な変化（性経験率の減少）が観察され、若年層での S T D や人口妊娠中絶の減少が見られている（注：S T D の減少は先進国で例外的）。こうした成果を持続するために、青少年エイズ対策／教育ガイドラインやその後のエビデンスに基づく、その地域の条件下で実施可能な地域ベース及び学校ベースの若者対策（例：W Y S H 教育）の一層の強化が求められる。
- ・ 若者の性行動リスクは分極化が進み、依然リスクの高い層が存在するため、学内外での対策の強化が必要である。
- ・ 薬物使用のまん延が進んでいる可能性があり、性産業の増加も進んでいるため、それに伴うリスクの増加が考えられる。
- ・ H I V 検査は、H I V 検査普及週間の導入等で増加し、特に大都市圏で普及が進

んだが、全般的には、新規エイズ患者報告数の減少が見られないなど、まだ普及は不十分であり、一層の対策強化が求められる。

- ・ H I V / エイズ報告や対策に自治体格差が大きく、平準化のための努力が必要である。
- ・ 国民や若者の間では、エイズや S T D に関する基本的な情報の普及が依然遅れている。

以上を踏まえると、我が国の H I V 流行は、検査や啓発等の遅れにより制御不十分なまま増加傾向が続き、近未来に周辺地域や欧米の流行に影響を受ける危険に直面している。しかし、欧米と共通する新たな社会的要因の出現により、流行（特に同性間性的接触）の制御は以前より困難が増していると考えられ、それを踏まえた対策の強化が必要である。若者の性行動は、改善が明確な稀な分野であり、先進国で例外的な成果として、対策の持続的強化が求められる。

2 検査相談体制の充実（注 2）

- ・ 即日検査、休日・夜間検査などの利便性の高い検査相談を実施している保健所が平成 19 年に全体の 74% に達したが、この割合はその後ほとんど変化おらず、利便性の高い検査相談の導入が停滞している。
- ・ 平成 21 年は新型インフルエンザの流行の影響等もあり保健所等における受検者数が大きく減少した。しかし、平成 22 年に入って新型インフルエンザの流行が収まり、保健所等での検査体制も従来通りに復帰したにも関わらず、減少傾向が依然続いている。A C、マスコミ、政府や自治体の広報等を使った H I V 検査相談の普及・啓発活動の強化が必要である。ただし、利便性の高い検査相談を実施している施設では受検者数が回復する傾向があった。このことは利便性の高い検査相談に対する受検者希望者のニーズが高いことを示している。
- ・ 保健所等で判明した陽性者のうち医療機関への受診が確認された人の割合は 80% 以下のままである。ほぼすべての陽性者が医療機関に繋がることが確認できるよう、陽性判明者の追跡方法を工夫する必要がある。
- ・ 民間クリニックにおける有料 H I V 検査の受検者数は年々増加し、H I V 検査体制の重要な一翼を担っている。適切なインセンティブを与え、実施施設の拡大を図ることが望ましい。
- ・ 郵送検査の利用者数も新型インフルエンザの影響をほとんど受けることなく増加が続いている。低リスク層における有効な検査手段として社会的認知を受けつつあると考えられる。
- ・ 今後、我が国への導入が望まれる検査法として唾液検査法がある。この方法は侵襲性が低く、安全性が高いことから、個別施策層を対象としたアウトリーチでの検査手段として適していると考えられる。速やかに国内で使用可能となることが望まれる。
- ・ 我が国の H I V 検査相談体制のうち最も多くの感染者を診断しているにも関わらず、その実態がほとんど掴めていないものに、大規模病院における院内感染対策のための入院前・手術前検査がある。今後その実態調査を行い、H I V 感染者の早期診断のためにどのように役立つかを検討することが重要である。

3 医療提供体制の再構築（注 3）

この 4 年間の H I V 医療体制班の活動から、医療提供体制の再構築のための政策提言に必要な重要項目を列挙することができる。

- ① HIV感染症は外来を中心とした診療を行う慢性疾患になったという理解に基づいた政策が必要である。
- ② したがって、病病連携、病診連携など医療連携を強力に進めていくための仕組みを構築することが必要である。
- ③ HIV診療に協力的ではあるが、処方医のいない病院・診療所を、診療連携という観点から、いかに医療従事者を養成するかという政策立案が必要である。
- ④ 一方で、医療崩壊などにより診療する医師がいないエイズ治療拠点病院（以下「拠点病院」という。）では、拠点病院の存続を望まない、又は病院全体としてHIV診療に対する理解が得られていない場合も判明してきている。こうした病院については、拠点病院見直しも必要である。各拠点病院のHIV診療実績や診療意欲・地域性・専門性（例えば結核療養施設）を基に、各ブロックで拠点病院を再評価し、現状の 379 施設から絞り込みを検討する必要があるのではないか。
- ⑤ 患者が集中するブロック拠点病院では、医師の確保、更にはコーディネーターナース、カウンセラーなどの配備も必要である。

(注 1) ① 平成 18 年度～平成 20 年度厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業「HIV感染症の動向と影響及び政策のモニタリングに関する研究」（主任研究者：木原正博（京都大学大学院医学研究科社会健康医学系専攻社会疫学分野教授））

② 平成 21 年度厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業「国内外のHIV感染症の流行動向及びリスク関連情報の戦略的収集と統合的分析に関する研究」（主任研究者：木原正博（京都大学大学院医学研究科社会健康医学系専攻社会疫学分野教授））

(注 2) ① 平成 18 年度～平成 20 年度厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業「HIV検査相談機会の拡大と質的充実に関する研究」（主任研究者：今井光信（神奈川県衛生研究所長））

② 平成 21 年度厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業「HIV検査相談体制の充実と活用に関する研究」（主任研究者：加藤真吾（慶應義塾大学医学部微生物学・免疫学教室専任講師））

(注 3) ① 平成 18 年度・平成 19 年度厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業「HIV感染症の医療体制の整備に関する研究」（国立国際医療センターエイズ治療・研究開発センター長）

② 平成 20 年度・平成 21 年度厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業「HIV感染症の医療体制の整備に関する研究」（主任研究者：濱口元洋（独立行政法人国立病院機構名古屋医療センターエイズ・感染症診療部長））

構成員、専門委員及び 主任研究者からの提言等

目 次

第一 原因の究明

- 1 エイズ発生動向調査の強化について 1
(岩本専門委員提出資料)
- 2 「エイズ発生動向調査の強化」の問題点と提言 5
(加藤専門委員提出資料)

第二 発生の予防及びまん延の防止

- 1 検査・相談体制－現状と課題及び今後への提言 6
(加藤専門委員提出資料)
- 2 相談事業の現場から HIV陽性者、家族パートナー支援相談 7
(池上構成員提出資料)
- 3 男性同性間のHIV／エイズの現状、課題、提言 9
(市川専門委員提出資料)

第三 医療の提供

- 1 エイズ医療体制の現状と課題、それをふまえた提言 13
(岡構成員提出資料)
- 2 エイズ診療におけるブロック拠点病院から見た
医療体制に関する課題および提言 15
(白阪専門委員提出資料)
- 3 エイズ中核拠点病院から見た医療体制上の課題 21
(味澤構成員提出資料)
- 4 厚生科研「医療体制」班における分担（看護）の立場から 28
(島田恵（独立行政法人国立国際医療研究センター
エイズ治療・研究開発センター 看護支援調整職）提出資料)
- 5 「医療体制」に関する現状、課題、提言 30
(長谷川構成員提出資料)

6	「医療の提供」「研究開発の推進」について	33
	(大平構成員提出資料)	
7	「H I V陽性者歯科診療に関する現状認識、問題点等」 ならびに「課題克服班でのH I V陽性者歯科診療の取組」	36
	(厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業 研究分担者 前田憲昭(医療法人社団皓歯会)提出資料) (厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業 研究分担者 中田たか志(中田歯科クリニック)提出資料)	
8	「H I V／H C V重複感染者の肝硬変(に対する肝移植)」に関する資料	45
	(兼松構成員提出資料)	
9	H I V／A I D S患者の長期療養と在宅療養における課題について	53
	(島田恵(独立行政法人国立国際医療研究センター エイズ治療・研究開発センター 看護支援調整職)提出資料)	
10	抗H I V療法に伴う心理的負担、および精神医学的介入の必要性 に関する研究	55
	(白阪専門委員提出資料)	

第六 人権の尊重

1	人権の擁護や個人情報保護などについて陽性者の観点から	61
	(長谷川構成員提出資料)	
2	「人権の尊重」について	62
	(大平構成員提出資料)	
3	エイズ患者の人権とその環境	64
	(町野構成員提出資料)	
4	「人権の尊重」について	68
	(森戸構成員提出資料)	

第七 普及啓発及び教育

1	エイズ普及啓発対策の全体像について	69
	(木原正博専門委員提出資料)	

2	MSM対象の全国インターネット調査の調査結果	71
	(日高専門委員提出資料)	
3	青少年対策	79
	(木原雅子専門委員提出資料)	
4	患者等及び個別施策層に対する普及啓発の強化(外国人)	81
	(厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業 研究代表者 仲尾唯治(山梨学院大学経営情報学部教授)提出資料)	
5	患者等及び個別施策層に対する普及啓発の強化 (性風俗に係る人々:セックスワーカー)	82
	(厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業 研究代表者 東優子(大阪府立大学人間社会学部准教授)提出資料)	

第八 施策の評価及び関係機関との新たな連携

1	HIV感染予防対策の効果に関する研究	83
	(池上構成員提出資料)	
2	HIV検査に関する数値目標について	108
	(加藤専門委員提出資料)	

エイズ発生動向調査の強化について

2011年1月28日付けでご依頼の「後天性免疫不全症候群に関する特定感染症予防指針（予防指針）各論第1 原因の究明1 エイズ発生動向調査の強化」に関して、意見を申し上げます。

① 現状の問題点

かねてより予防指針で指摘されていますが、平成18年の改正以降も、特に男性同性間の性的接触によるHIV感染及びエイズ患者報告数が著しく増加しています。また、MSMにおいては梅毒、急性B型肝炎等、HIV以外の性感染症についても、その罹患率が増加あるいは高止まりしています。欧米の先進諸外国や経済発展しつつある新興・中興国でも、MSMにおける新規感染者の増加・再増加が指摘されています。また、アジアには非常に多数の違法・脱法薬物使用者がおり、多くの国や地域で薬物使用とHIVや肝炎ウイルスの感染が関連し、大きな健康問題となっています。人権と感染症法、及び上記の基本的な認識に基づいて、エイズ発生動向調査に関わる諸問題に関して私見を述べます。

- (1) エイズ発生動向調査の強化について：急性感染症対策を骨子とした感染症法に基づくHIV感染症／エイズ患者の発生時の動向調査だけでは、HIVのような慢性症対しては自ずと限界があると考えます。
- (2) 感染後の経過に関する動向調査について：現行の予防指針では、病状変化についての任意報告が記載されているのみです。「第二 発生の予防及びまん延の防止」に関わる諸項目における成果等と動向調査が関連づけられていません。
- (3) 地方自治体の役割：エイズ発生動向の調査と正確な把握にしか言及されておりません。
- (4) 罹患率、有病率等の推定について：国際的な動向調査や比較検討では、罹患率や有病率に関する推定値が用いられますが、わが国においては報告数の数値しかありません。
- (5) 国立感染症研究所の役割：エイズ研究センター、感染症情報センター等を擁する国立感染症研究所の役割が、予防指針に明記されていません。
- (6) 医療経済的な考察について：エイズ動向調査のあり方について、医療経済的な考え方も必要だと思いますが、その情報がほとんどありません。

② 現状の問題点を踏まえた提言

わが国のHIV感染は右肩あがりが増え続けていると判断されます。エイズ発生動向調査を引き続き強化することが、極めて重要です。日本におけるHIV感染者の増加は、性的接触によるものがほとんどという現状を考えると、ハイリスク集団への利便性の高い無料検査と、性感染症に罹患した者の医療保険による検査の普及は、HIVの早期発見、早期治療の為の車の両輪だと考えます。これまで検査件数の量的な推進が図られ成果をあげてきたと存じますが、ハイリスクな集団がより検査を受けやすいように配慮・工夫し、検査の質を高めることが、エイズ発生動向調査の強化のために肝要だと考えます。人権と法の縛りを踏まえた上で、罹患率や有病率の推定など、これまでのエイズ発生動向調査だけでは得られない情報を、NGO/NPOや研究班の活動等と連携しながら得ること、調査結果を予防対策、研究班との有機的なつながりに組み入れるシステムを模索することが重要と考えます。

HIV感染症は元来、急性感染期、無症候期、エイズ期という経過を持つ慢性感染症です。治療の有無にかかわらず、人権と法の遵守、現場の負担等を考慮しながら、経過中の出来事について

も情報を得る工夫が必要だと思えます。抗 HIV 療法が進歩し、グローバルな対策において「HIV の治療は予防にも役立つ」ことが叫ばれています。国民医療費の観点も踏まえ、HIV／エイズへの総合的な対策と動向調査が有機的な関係を持つように工夫することが必要です。動向調査に関する国と自治体の連携強化が必要なことは申し上げるまでもありません。東京をはじめ HIV 感染者が集中しやすい政令指定都市における対策の強化と、HIV 感染の発見が遅れ相対的にエイズ発症者の多い地方都市への配慮が、ともに必要だと考えます。

HIV は複数の感染経路を持つウイルスであり、様々な人間の行動や社会の影響を受けながら流行します。特に、アジアをはじめとする国際的な状況、国内における昨今の傾向を見ると、薬物使用と HIV 感染の関連が、わが国に於いても次第に強くなっていることが懸念されます。今後を展望すると、経静脈的な薬物使用による発生動向調査だけでは不十分であり、関係諸機関、部署の対話と連携が望まれます。エイズ発生動向調査が、国の対策を決定する根拠になるよう強化されるのは当然ですが、様々な対策の成果が動向調査にも反映されるよう強く期待いたします。

2011 年 2 月 1 日

厚生労働省エイズ動向委員長

東京大学医科学研究所

岩本愛吉

エイズ発生動向調査の強化について：具体案についての私的提案

- (1) エイズ発生動向調査の強化について：急性感染症対策を骨子とした感染症法に基づく HIV 感染症／エイズ患者の発生時の動向調査だけでは、HIV のような経過の長い感染症に対しては自ずと限界があると考えます。

【具体的提案】

- ・ エイズ発生動向年報の内容を、以下の2本立てとする（例えば次の予想指針や感染症法の見直しまで）。

(1) 現在の感染症法に基づく報告件数をもとにした動向

(2) 発生動向に関わる研究班等の報告、特に日本の個別施策層等の発生動向の推定値などに焦点を当てた研究報告あるいは対策の纏め、また可能な範囲で薬物使用と HIV 感染、他の性感染症との関連など、項目を絞って盛り込む。（エイズ動向委員会は、評価委員会ではないので、どこで項目を選ぶかについては議論が必要と思います。）

- (2) 感染後の経過に関する動向調査について：現行の予防指針では、病状変化についての任意報告が記載されているのみです。今日加藤委員の議論のように、任意報告では信憑性が足りないという議論が出る一方、動向委員会にあがってくる現実の病状変化の報告には、7日以内の報告が義務づけられているため、まず無症候キャリアとして報告されたものの実際には AIDS 発症例で2週間程度以内に死亡した例（あまりに発見が遅く救命できなかった死亡例と思われる）あるいは、キャリアとしての報告から数日以内に指標疾患が診断され、病状変更の AIDS として任意報告される例が多いように思います。いずれも、HIV 感染より、AIDS 指標疾患の診断に時間がかかるためです。

【具体的提案】

- ・ これまで日本の発生動向調査では、後天性免疫不全症候群（HIV 感染症を含む）の様式により、(1)無症候キャリア、(2)AIDS、(3)その他が、報告されるシステムである。すなわち、HIV 感染者の総報告数は、(1)+(2)+(3)である。（(3)その他がどれほどあるかは、多田先生に聞かないと分かりません）。

- ・ 感染症法による報告の仕方を(a)HIV 感染、(b)AIDS 発症（指標疾患にある23疾患の発症時）、(c)死亡の3点に変更する。その時点で任意報告を撤廃する（例えば、2013年からというように、あらかじめ変更年次を決めておく）。すなわち、(a)=現在の(1)+(2)+(3)、とする。日本の HIV 感染総報告数は(a)が示すことになり、(b)は現在の(2)すなわち“いきなり AIDS” + “病状変化の中のエイズ発症”となる。(c)は現在の病状変化の内の死亡に相当する。

（現在の感染症法が原因微生物に基づく診断を根拠にしているため、この変更は見かけほど容易ではありません。また、岡部先生や多田先生と、現状の動向調査の問題点や変更の可能性を議論する必要があります。個人的には任意報告の強化は極めて困難であるか、法による強制など、強化しすぎると弊害を生むと思います。）

- (3) 地方自治体の役割：エイズ発生動向の調査と正確な把握にしか言及されておりません。本件

には、今日の市川委員等の発言にあったように、感染症は地域で起こっているが対策は行政単位でやらざるを得ない、というような矛盾があるように思います。

- (4) 罹患率、有病率等の推定について：国際的な動向調査や比較検討では、罹患率や有病率に関する推定値が用いられますが、わが国においては報告数の数値しかありません。

【具体的提案】

- ・ エビデンスに基づいて推計値を出すような研究が重要と思います。
- ・ 例えば、NGO/NPO 等と協力した個別施策層のコホート研究などが必要だと思います。

- (5) 国立感染症研究所の役割：エイズ研究センター、感染症情報センター等を擁する国立感染症研究所の役割が、予防指針に明記されていません。

【具体的提案】

- ・ 感染症研究所にエイズ(動向あるいは情報)専門官を置くべきと考えます。

- (6) 医療経済的な考察について：エイズ動向調査のあり方について、医療経済的な考え方も必要だと思いますが、その情報がほとんどありません。

【具体的提案】

- ・ 一方、医療保険による HIV 検査料の概総額、病院の持ち出し検査等を含め、検査に使われている総額(医療費)を推計する。(動向委員会として行うのではなく、研究として行うことを想定しています。)
- ・ 検査キットの出荷数や大手検査会社の聞き取り調査等により、民間での検査の現状などを推計する。(この件は 2 月 7 日の動向委員会でも少し議論されました)。(動向委員会として行うのではなく、研究として行うことを想定しています。)
- ・ 抗 HIV 薬の販売額などの調査により、治療に使われている医療費の増加の情報も必要だと思います。(今日も申し上げたように、諸外国では治療によってウイルス量を下げることとも予防に役立つ、という議論がされております。)

2011 年 2 月 9 日

厚生労働省エイズ動向委員長

東京大学医科学研究所

岩本愛吉

「エイズ発生動向調査の強化」の問題点と提言

加藤真吾

エイズ発生動向調査の問題点と改善策について、例年のエイズ発生動向年報に詳しく記載されている。

現行の報告システムの問題点について

エイズ動向調査は、HIV感染者やAIDS患者の発生の的確な把握を行うためのシステムであるが、その観点から見て、感染症法施行以降のシステム（以下、新システム）には、エイズ予防法下のシステム（以下、旧システム）と共通した、あるいは新たに見られる問題点がある。エイズ動向調査による実態把握をより正確なものとするためには、今後のシステム改訂の際に考慮する必要がある。

(1)重複報告の問題

新システムの報告票は、旧システムの場合と同様、同一者が異なる医療機関から報告されても、それを原則的に区別することができないため、重複報告が含まれる可能性がある。流行の推移に伴って、今後重複報告の割合がどのように変動するかは予測し得ないため、今後の実態把握における不確定要因となり得る。また、HIV感染者、AIDS患者に見られる高率の感染経路不明例は、両システムに共通する問題点であり、感染経路の正確な把握を妨げるため、流行状況の的確な把握に支障をきたす可能性もある。

(2)病変報告の問題

第一に、病変報告票には、感染経路、感染場所等や、初回報告に関する項目が含まれていないため、病変報告によるAIDS患者（以下、病変AIDS）を、感染経路、感染場所等によって分類することができない。このため、病変AIDSは、たとえ捕捉されても、感染経路や感染場所等が不明な例として扱われることとなる。

第二に、病変報告票は、初回報告を行った後に、その臨床経過に応じて、改めて報告するものであるという性格上、報告漏れの危険を伴うが、病変AIDSや死亡数の動向は、最近の治療の進歩を反映し得るものであるため、病変報告票による報告件数が低下すればエイズ動向調査から患者発生の動向に関する情報の一部が脱落する恐れがある。

第三に、病変AIDSは、AIDS患者の中で、以前HIV感染者として捕捉されていた者であり、病変AIDS数が正確に把握できれば、病変AIDS以外のAIDS数との対比によって、全HIV感染者数（注：潜在感染者を含む）の推計が可能となるため、推計および将来予測上のもっとも基本的な情報として利用されてきた。従って、病変AIDS数の捕捉が低下したり、感染経路別の分類が不可能であると、全HIV感染者数の推計や予測の支障となる。

(3)今後検討を要する問題

人権への配慮等、感染症法の趣旨を尊重しつつ、エイズ動向調査をさらに充実させるためには、以下の点を検討する必要があると考えられる。

①**報告の意義とシステムに関する医師への普及啓発**：報告の源は医師であるため、正確な情報記載の意義や病変報告の意義を医師に徹底し、記載漏れや報告漏れの防止を図る必要がある。

②**保健所の役割強化**：新システム下では、保健所を経由して情報収集が行われる。従って、報告を受けた保健所が、記載漏れをチェックするとともに、報告医師に対して病変報告の存在等についての周知を行うようにすれば、動向調査の質の向上を図ることができる。

③**個人を同定し得ない照合情報の導入**：重複報告の問題を解決するために、生年月日、あるいは欧米諸国で実施されているような個人の特定につながらないコードを報告項目に導入すれば、報告間の照らし合わせが可能となり、また、病変AIDSから再び有用な情報が得られることとなる。

④**外国人患者、感染者のために通訳サービスの導入・普及**：患者、感染者が外国人の場合、意思疎通が困難なために不明となる場合がある。外国人報告例で特に不明が多いのは、これが原因であると考えられる。通訳サービスが普及すれば、医療の向上に資するのみならず、動向調査の質の向上に資するところも大きい。

⑤**その他**：居住地情報を得るために、初回報告票に都道府県等の居住地の項目を追加する必要がある。病変報告票と初回報告票との照らし合わせを可能とするために、オンラインファイルに、報告医師名や医療機関名の追加、あるいは、病変報告票に初回報告票と同等の情報の追加等について早急に検討しなければならない。

上記以外の私見

①病変報告は、平成11年4月1日に任意報告となって以来、捕捉率が低下し、今ではエイズ動向調査にほとんど役立っていない。特定の病院（ACC、ブロック拠点病院、中核拠点病院）からの報告システムに改変する。

②報告されたHIV感染者数、エイズ患者数は実際の数を反映していないため、そのままではエイズ予防対策の評価に使うことが難しい。今までのエイズ発生動向調査のデータをもとに数学モデルを構築し、それぞれのリスクグループにおけるHIV感染者数、エイズ患者数の推定を行う必要がある。この作業を行うための数理疫学グループをエイズ動向委員会の中に組織する。

③報告地と居住地のズレを分析することにより、受診行動の特性が推定できる可能性がある。

④HIV感染症診断に至った契機を記入する項目を発生届に追加し、HIV感染の早期診断に関与する施策を評価できるようにする。記入例としては、保健所等での自発検査、疾患・徴候にもとづく診断のための検査、入院時・手術前など院内感染管理を目的とした検査、自己検体採取キットを用いた郵送検査などが挙げられる。

検査・相談体制—現状と課題及び今後への提言

慶應義塾大学医学部 専任講師
加藤真吾

保健所等における受検者数は平成 20 年の 17.7 万人をピークに、平成 21 年 15.0 万人、平成 22 年 13.1 万人と大きく減少している。新型インフルエンザの流行を契機に HIV/エイズに関する社会的関心が低下していることが最も大きな原因と考えられる。AC、マスコミ、政府や自治体の広報等を使った HIV 検査相談の普及・啓発活動の強化が必要である。ただし、他の性感染症の検査や即日検査を導入している保健所では受検者数が回復する傾向がある。また、特設検査施設における陽性判明者の数・率は増加傾向にある。感染リスクの高い集団に対して重点的に検査相談機会を提供するため、特設検査施設の充実と拡大を図ることが重要である。

利便性の高い即日、夜間、土日検査のいずれかを実施している保健所の割合は、平成 18 年 59.1%、平成 19 年 74.0%、平成 20 年 69.2%、平成 21 年 69.4%と推移しており、保健所への利便性の高い検査相談方式の導入が近年停滞している。保健所における検査相談の利便性を高めるために行政が積極的に取り組むことが重要である。

保健所等において、陽性判明者のうち医療機関への受診が把握できた人の割合は、平成 18 年から平成 22 年にかけて 70.2%、76.8%、74.5%、73.9%、76.8%とほぼ一定で推移している。ほとんどすべての陽性判明者が医療機関に繋がるよう、陽性判明者への情報提供、告知カウンセリングを一層充実させる必要がある。

大都市圏を中心とした民間クリニックでの匿名有料の HIV 検査は、陽性判明者数が年々増加しており、我が国の HIV 検査相談体制の一翼を担っている。民間クリニックでの検査は、陽性判明者に対して自院あるいは専門医療機関への紹介によりほぼ確実に医療を提供できるという特質がある。今後、実施施設の拡大を図ることが重要であると考えられる。

郵送検査（自己検体採取と検査会社への検体送付）の利用者数は年々増加が続いている。インターネットを通じて申し込みと結果通知が可能であるため、匿名性を重視する検査希望者の受け皿になっている。しかし、郵送検査で行っているのはスクリーニング検査のみであり、陽性と判定された者は保健所等や医療機関で必ず確認検査を受ける必要がある。また、郵送検査の陽性者に対して相談、情報提供、精神的ケアをどのように行うかという問題も残されている。郵送検査に関するガイドライン等の作成が必要であると考えられる。

国外においては、唾液を用いた診断薬や、穿刺血を用いて 1 分で結果が得られる診断薬など、利便性の高い検査法が次々と認可、使用されている。特に、唾液を用いた診断薬は侵襲性が低く、安全性が高いことから、個別施策層を対象としたアウトリーチでの検査手段として適していると考えられる。このような新規診断法が速やかに国内でも使用可能となることが望まれる。

保健所や医療機関において陽性者の性的接触の相手に対して HIV 検査推奨が実際に広く行われているが、そのための指針作りが進んでいない。陽性者の精神状態や生活環境を十分に配慮し、説明と同意を得た上で、性的接触の相手に検査を推奨することをエイズ予防指針に明記してはどうかと考える。

診断目的あるいは性感染症患者への医師主導型 HIV 検査を促進することが重要である。また、多くの感染者が診断されている、入院時や外科手術前など院内感染管理のための HIV 検査における情報提供や陽性告知時の相談を充実させることも重要である。

相談事業の現場から HIV 陽性者、家族パートナー支援相談 池上千寿子

現状：2009年6月よりポジティブライン（0120-02-8341）事業化

日本語相談 ふれいす東京ポジティブライン 月-土 13:00-20:00

他言語相談通訳派遣など シェア、クリアティーボス、チャームに委託

実績：2009年度 日本語相談 3275件

電話相談 1388, メール相談 1275, 対面相談 640, ファックス 2

実人数 574

(陽性者 398、パートナー66、家族 30、専門家 39、その他 41)

2010年度 4-12月 日本語相談 3254件

相談者の傾向

- 全相談者のうち新規相談者が 335人で 58.4%をしめる。
(告知当日相談が 17人でうち 16人は一般医療機関での検査告知)
- 相談者のうち女性は、HIV 陽性者では 10%以下で家族が多い。
- 専門家による相談は MSW、医療従事者、行政、企業などである。
- 「その他」には判定保留／確認結果まち、検査キット陽性、雇用主など。
- 新規相談者の情報源はインターネットなど 54.9%,人的ネットワーク 15.5%

相談内容の傾向

- 1) 生活上の具体的な問題 724
- 2) 病気や病態の変化に伴う不安や混乱 540
- 3) コミュニケーション 475
- 4) 医療体制／医療との関わり 461
- 5) 対人関係上の問題 448
- 6) 心理や精神に関する相談 362
- 7) パートナーに関する相談 252
- 8) より積極的な参加 247
- 9) 情報や知識の獲得 155
- 10)検査や告知に関する相談 152

コメントと課題

- 看護学校など医療関係における偏見／差別的対応がみられる。学生と学校側双方が相談してきたので解決できたが未相談で排除されるおそれがある。企業、人事からの相談も啓発のよいチャンスであるが、相談を待っているのでは遅い。
- 挙児希望カップルで医療は女性のみ検査し陰性を確認したが、じつは男性が陽性であった。これは男性性自身の自発検査で明らかになり、緊急相談にいった。外国籍女性の妊娠については通訳サービス欠如による問題もある。妊婦検査にともなう相談支援サービスはじつに不十分である。
- 一般の医療の場で6～7割の告知が行われており、その告知により混乱して相談してくる人が多く存在する。HIV検査の告知は検査の結果の通知という意味だけでなく、疾病イメージの適正化という意味も持つ。医療者への啓発が必要。
- セクシャリティに関する相談をあわせてする人が多く、他の機関で満たされないニーズが存在している。
- 相談者の9割以上がMSMであり、サーベランスの結果とは印象として違う。
- 医療サービス利用者であるHIV陽性者がどの拠点病院に通うのかを決める際に参考にできる、治療実績などのデータが公開されていない。
- 実際に診ていないのに、リストに掲載されている医療機関は問題がある。例えば、更生医療、自立支援医療などの指定機関になっていないなど、経済的な負担を押さえて受診ができていない地方の例がみうけられる。
- 地方のHIV陽性者には、サポートリソースが少なく、フリーダイアルに全国からの相談が寄せられている。
- 発症や体調悪化で障害が固定した場合に、施設の入所などが、病気により差別されることがいまでもある。福祉、介護領域の従事者への啓発が必要。
- 離職転職などの相談が生活相談のなかでは、最も多く、治療と社会生活の継続をどうするのかという相談が非常に多く寄せられる。
- 大量服薬、自殺などが多く、その根底にはメンタルヘルスの悪化がある。精神領域も含めて、心理、社会的なサポートをどう提供していくのが重要。

1 男性同性間の性的接触 (MSM) における HIV/AIDS の現状

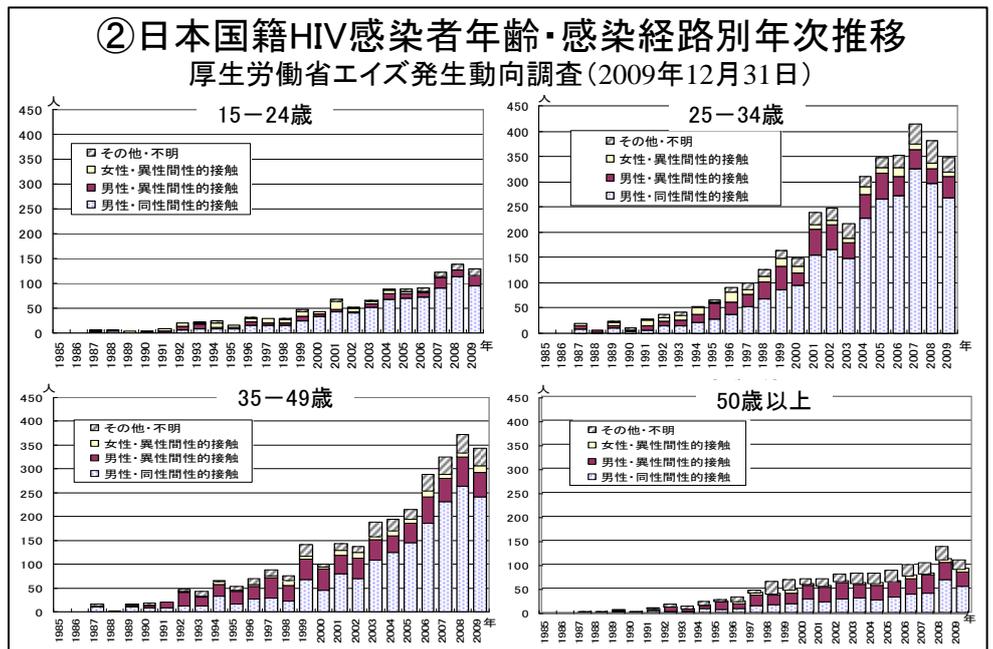
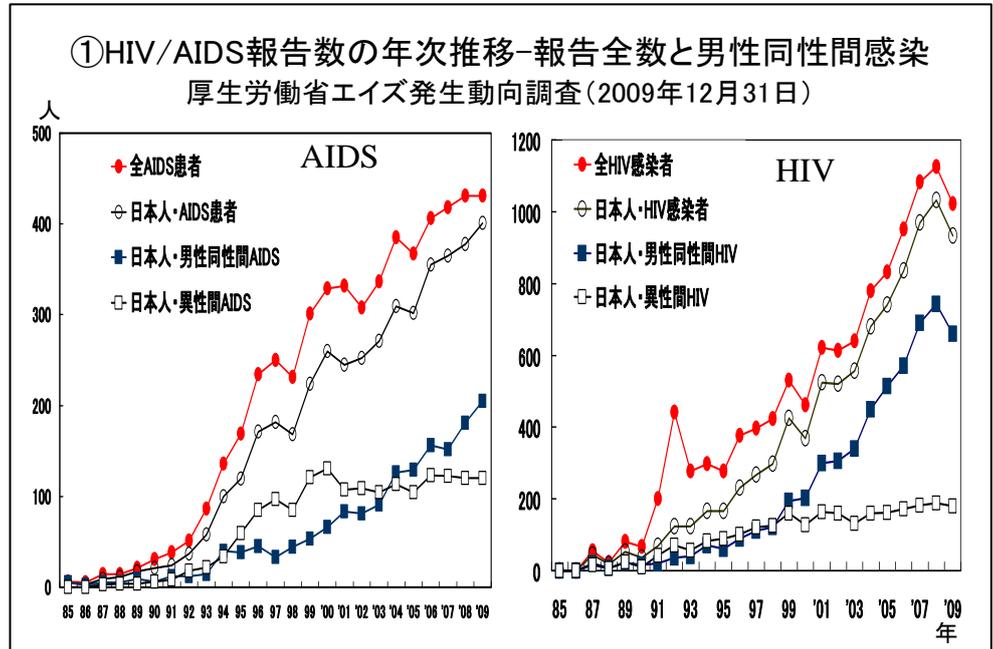
1) エイズ動向年報による現状

2009 年の HIV 感染者 1021 件のうち 91.3% (932 件)、AIDS 患者 431 件のうち 93.0% (401 件) が日本国籍である。そして、日本国籍 HIV 感染者の 70.7% (659 件)、AIDS 患者の 51.1% (205 件) を男性同性間感染が占めている。HIV 感染者、AIDS 患者共に、日本国籍の異性間感染例 (男女) は 2000 年ごろからほぼ横ばいで推移しているが、男性同性間感染は増加が続いている (図①)。

日本国籍 HIV 感染者の年齢階級別・感染経路別推移では、どの年齢層も男性同性間感染の占める割合が高く、増加が著しい。特に 25-49 歳の年齢層での報告例が多い (図②)。

近年の外国国籍報告例は、HIV 感染者では 100 件前後、AIDS 患者では 50-70 件程度で推移している。外国籍男性の同性間性的接触の感染例も目立ち、また日本国内での感染例も見られ、滞日外国籍者への予防啓発や医療の支援が重要な状況にある。

わが国においては、男性同性愛者や滞日外国人は HIV 感染対策が脆弱な層であり、これらの層に対して、HIV や性感染症の情報の入手が容易となる環境や HIV 感染リスクやそれに伴う相談、検査環境、そして、HIV 陽性者への医療や相談、就労・就学などの支援環境を構築するなどの対策が益々必要となる。



2) MSM の HIV 感染対策に関する調査研究による現状 (厚生労働省エイズ対策研究事業研究班報告から)

日本成人男性に占める同性間性的接触経験 (MSM) 割合を明らかにし、MSM 人口を推定し、HIV/AIDS 有病率と年次発生率を求め、MSM と MSM 以外の日本成人男性での相違を検討した。

(1) MSM 人口の推定

性的な魅力を感じる対象に同性あるいは同性と女性の両者をあげた割合は 3.7% (95% CI: 2.82%-4.65%)、性行為の相手が同性のみまたは同性と異性の両者を回答した割合は 2.0% (95%

CI:1.32%-2.66%)、同性への性的指向と同性への性行為のいずれかあるいは両者を回答した割合(同性愛者等)は4.3%(95%CI:3.31%-5.25%)であった。平成17年度国勢調査における20歳以上60歳未満の日本成人男性人口とMSMの割合から、同性愛者等はおよそ1,468,000人、MSM人口はおよそ683,000人と推定された(資料#2)。

(2) HIV/AIDS有病率と年次発生率

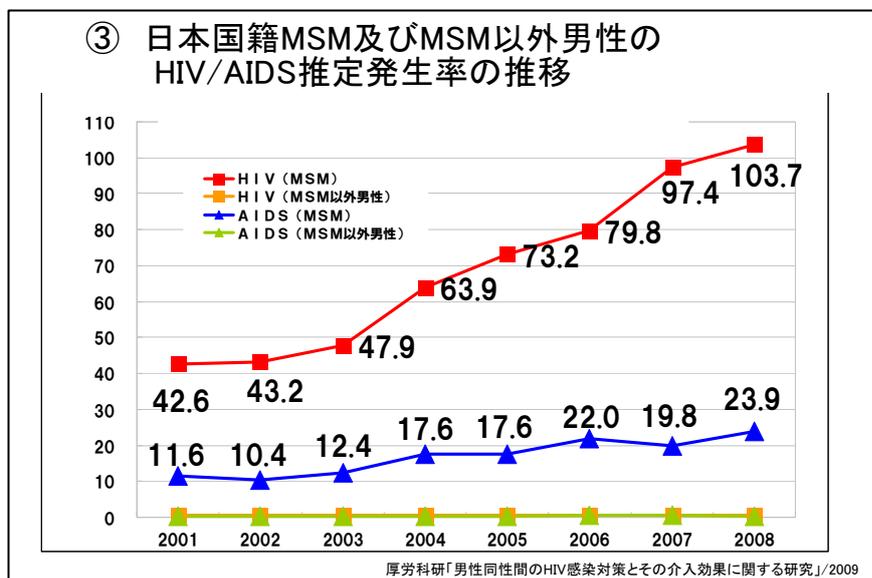
平成20年エイズ発生動向年報におけるMSMとMSM以外の男性のHIVおよびAIDS報告累計から有病率を推計した。人口10万人対のHIV有病率はMSMが692.9でMSM以外の男性7.2の96倍、AIDS有病率はMSMが188.9でMSM以外の男性5.8の33倍であった。

MSMにおけるHIV感染者およびAIDS患者の新規発生率は増加が続き、2008年は2001年の2倍となっている(図③)。

各地のMSM人口を算定して求めた2008年のAIDS患者発生率は、東京が35.4と最も高く、近畿33.2、東海32.2が同程度まで上昇し、九州など他の地域も同じ状況に近づきつつある。このことは、MSMではいずれの地域も東京と同程度のHIV感染状況にあることを示唆している。

HIV+AIDSに占めるAIDS割合(AIDS%)は、大阪が2003年に、東京が2007年に12%台まで低下し改善が見られた。しかし、どちらの地域もその後上昇している。また、他の地域ではAIDS%が30%を超える地域もあり、各地のMSMに向けて、検査機会を拡大する対策を設け、早期検査を促進しなければ、今後もAIDS患者の増加は続くことが予想される。

MSMにおけるAIDS患者の増加は、HIV感染が拡大していることを示唆しており、また各地のAIDS患者の新規発生率が東京都と同程度に近づきつつあることから、今後は各地でMSMのHIV感染者が増加することが予想される。



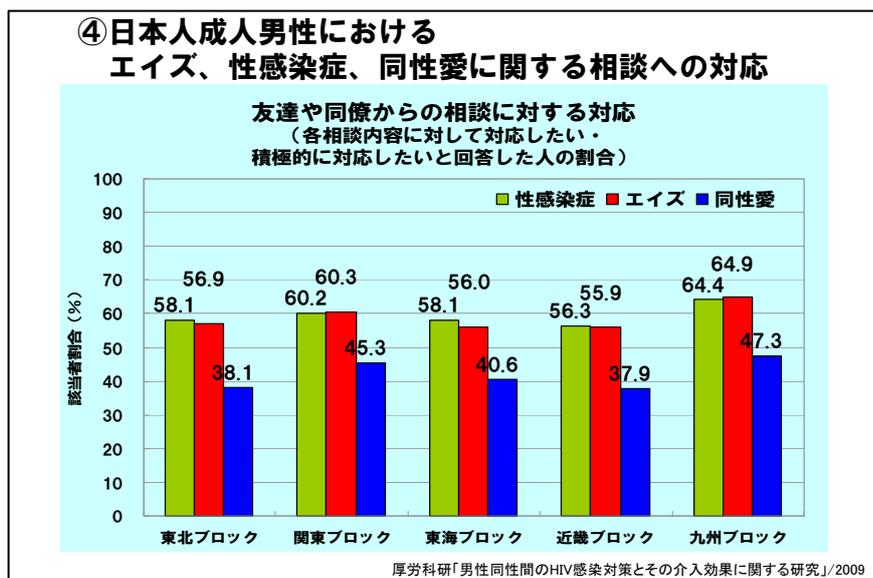
2 MSMにおけるHIV感染対策の課題と取り組むうえで重要な点

1) 性的指向に対する偏見と差別

男性同性愛者は社会において偏見・差別を受けており、自身の性的指向を明らかにして就学・就労などの生活を送ることが困難な人が殆どであるといえる(図④)。またHIV陽性者はHIV/AIDSへの偏見・差別が重なり、こうした偏見・差別が受検行動、受療行動、予防行動などに影響を及ぼしている。従って、彼らの社会的背景に考慮し、人権や守秘性を重視した取り組みを必要とする。

2) 訴求性のある啓発とNGO活動

HIV感染予防やHIV検査などの情報を普及するためには異性愛者を中心とした一般社会の啓発に加え、男性同性愛者等に訴求性のある資材や方法で啓発を行い、HIVを彼らの健康問題として意識化することを進め、予防行動や受検行動を促進することに寄与する取り組みを行う必要がある。



そのためには、当事者で構成する啓発活動組織（NGO）の働きは欠かすことができず、彼らが活動し、当事者を呼び込むようなコミュニティセンターの設置が必要である。既存の市民対象の公民館などは、性的指向を明らかにすることができない男性同性愛者等が HIV 啓発活動に活用するのは困難である。

3) NGO 活動の評価と研究班の役割

厚生労働省エイズ対策研究事業の研究班に関わってきた同性愛者 NGO の啓発普及は、検査行動や予防行動の変化に寄与することが評価調査の結果で示されている（図⑤、⑥、資料#1、2）。

調査研究の結果は、NGO が発信する情報誌等の資料を介して同性愛者等に還元され、検査行動や予防行動の改善に向けたものとして活用されている。

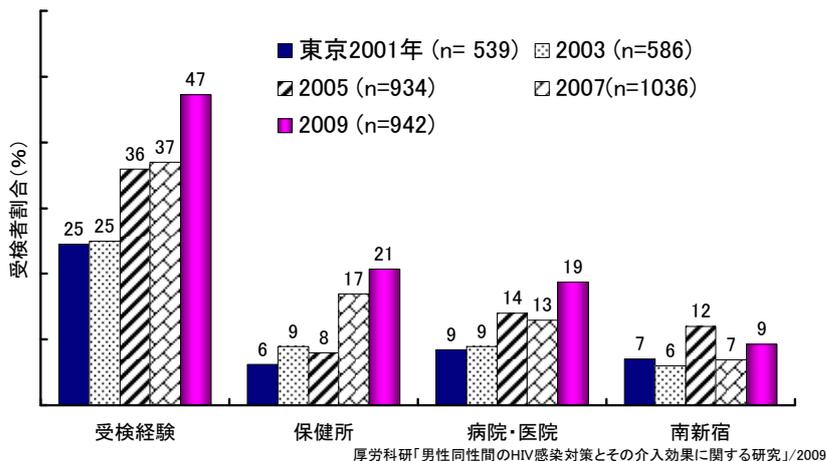
当事者に訴求性のある NGO の活動を維持し、啓発普及の促進を図ることが、今後の対策として重要である。そのためには、啓発活動に関わる人材を確保することで、そのための資金確保が必要となる。事業や研究について評価していくことは重要であるが、年単位で予算が変動し、次年度以降からどうなるか不安定な状況では、効果的な予防啓発や検査普及の活動を行うことは困難である。中長期的な計画と展望を持った施策を進める体制が必要である。

3 コミュニティセンター事業について

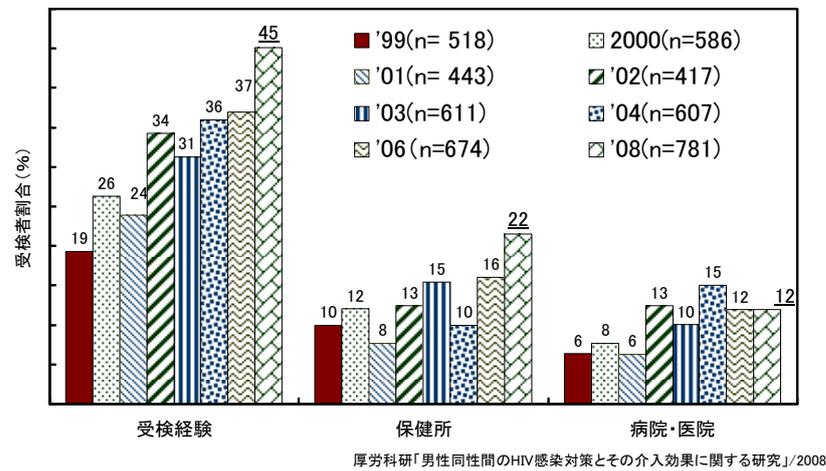
厚生労働省は 2003 年から「男性同性間の HIV/STI 感染予防に関する啓発事業」を財団法人・エイズ予防財団を通じて実施している。現在は、コミュニティセンター「ZEL」（仙台）、コミュニティセンター「akta」（東京）、コミュニティセンター「rise」（名古屋）、コミュニティスペース「dista」（大阪）、コミュニティセンター「haco」（福岡）、コミュニティセンター「mabui」（那覇）など全国 6 地域で展開されている（図⑦）。

1) 当事者が集う「場」としてのコミュニティセンター

⑤東京地域のMSMのHIV検査受検割合（過去1年間）と受検施設の年次推移（クラブイベント参加者調査 2009年）



⑥大阪地域のMSMのHIV検査受検割合（過去1年間）と受検施設の年次推移（クラブイベント参加者調査 2008年）



API-NET(エイズ予防情報ネット)コミュニティセンター

⑦同性愛者等を対象としたHIV感染対策普及啓発のためのコミュニティセンター

2003年: 大阪・dista、東京・akta 開設
 2004年: 名古屋・3N(現在 rise)
 2005年: 福岡・haco
 2009年: 仙台・ZEL、沖縄・mabui

福岡「haco」<<LAF
 大阪「dista」<<MASH大阪
 名古屋「rise」<<ALN
 東京「akta」<<Rainbow Ring
 仙台「ZEL」<<やろっこ
 沖縄「mabui」<<nankr

大都市圏に展開しているコミュニティセンター「akta」、コミュニティスペース「dista」の月間利用者数は平均約 800 人から 900 人（2009 年）であり、また名古屋や博多の中都市圏でもコミュニティセンター「rise」や「haco」が月平均 140-150 人である。利用者数は年々増加し、ほとんどがゲイ・バイセクシュアル男性であり、これまで HIV や性感染症の情報に無関心だった人を呼び込む工夫が実施されている。

2) 予防活動の「拠点」としてのコミュニティセンター

コミュニティセンターは予防活動の「拠点」であり、MSM を対象とした予防啓発事業のベース基地となっている。東京では毎月 4,000 個のコンドームや 5,000 部の情報誌「monthly akta」の資材を商業施設に配布しており、大阪でもコミュニティ情報誌「SaL+」を商業施設等に月平均 6,000 部配布している。その結果、MSM における HIV 抗体検査受検割合やコンドーム常用割合の上昇が見られている。

3) 連携の「ハブ」としてのコミュニティセンター

予防活動の「拠点」であると同時にコミュニティセンターは、コミュニティに向けたインターフェイスであり、研究者や行政関係者、医療・支援関係者との連携における「ハブ」となり、協働を促進している。行政関係者や医療・支援関係者と当事者の間で、MSM のセクシュアルヘルスについて考える場を創出し、男性同性愛者等が利用する商業施設と連携した啓発普及を促進する役割を果たしている。

4) コミュニティセンター活動の課題

「場」「拠点」「ハブ」の 3 つの役割と意義を有しているコミュニティセンターが、その機能を継続し、さらに効果的な啓発を進めていくためには、それを支える経済的・人的資源が圧倒的に不足している。1990 年代後半に男性同性間の HIV/AIDS 対策に成功したオーストラリアでは、コミュニティ向けの予防啓発活動に携わるスタッフは 100 人以上雇用されており、国や州政府の予算が投入されている。日本でも国の対策のもと 6 地域でコミュニティセンターが運営されているが、啓発活動のほとんどは無償のボランティアスタッフに依存している。

4 男性同性間の HIV/AIDS 対策の提言

1) MSM における HIV 感染対策の目標の設定と具体的な行動（戦略研究を参考にして）

MSM における AIDS 患者発生を抑制し、かつ予防行動の向上による HIV 感染者の減少を達成するためには、その行動計画（検査促進、受療促進、予防啓発介入など）を持ち、具体的に進めていく体制が必要である。

2) 啓発活動や研究評価が安定して計画立案でき、実施できる体制

男性同性愛者等や HIV 陽性者を対象とした研究や啓発事業が効果を発揮するためには、安定して計画立案と啓発実施ができる体制とそれを支援する予算の確保が重要である。中長期的な展望をもって、対策を促進する事業とそれを評価する研究を連動していく施策が必要である。MSM の HIV 感染対策に関する NGO の啓発活動事業や研究は、それを行う公的基盤や社会基盤が少ないために、優秀な人材を確保して事業や研究を継続することが困難である。このことは、日本の MSM における HIV 感染対策を進めていく上での最大の課題である。国は事業費や研究費に加えて、人材確保の予算を投入するなどの判断が必要である。

3) 大都市、地方都市での MSM への HIV 感染対策の実施

MSM では HIV 感染者、AIDS 患者が全国的に増加しており、大都市圏に加え地方圏でも MSM を対象にした HIV 感染対策が必要となっている。このためには、地域特性を考慮しつつ、コミュニティセンターを中心にした啓発介入事業、それと連動した大規模研究班を指定研究として結成し、NGO、研究者、行政エイズ担当者の協働体制を確保する必要がある。

4) 国がリーダーシップを発揮した MSM 対策

地方自治体のエイズ対策予算はその殆どが HIV 検査等の予算であり、地域の MSM への HIV 感染対策のための予算を新規に設けることは困難な状況にある。MSM における HIV 感染が、全国的に見られている現状から、国はリーダーシップを発揮し、MSM における HIV 感染対策を進める予算を確保し、当事者の NGO の普及啓発活動や、陽性者支援活動、そして MSM の予防行動等に関する研究が促進できる体制を構築することが求められている。

参考資料：

- #1 市川誠一、他 厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業「男性同性間の HIV 感染対策とその介入効果に関する研究」-平成 20 年度 総括・分担研究報告書-
- #2 市川誠一、他 厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業「男性同性間の HIV 感染対策とその介入効果に関する研究」-平成 21 年度 総括・分担研究報告書-

エイズ医療体制の現状と課題、それをふまえた提言

A C C 岡 慎一

(Aの番号(課題)とBの番号(提言)が対応しています)

A. 現状と課題

1. ACC-ブロッカー中核-拠点病院のシステムの中で、均霑化を目指した講習会・研修会が、活発に行われており、多くの病院でH I V診療のレベルアップが認められる。
2. ブロックレベルへの患者集中が見られる。
3. 拠点病院の中にも、積極的なところとそうでないところの2極化が進んでいる。
4. H I Vを積極的に見ている病院においても、診療担当医に任せきりで、医師の孤立化、負担増が問題になっている。この点は、障害者自立支援法に依存した医療システムにも問題が生じている。医師一人に任せられてしまっていた場合、その医師が移動・退職などでいなくなると、翌日から処方医不在となってしまう事例が少なくない。
5. H I V診療が外来を主体とした慢性期疾患に移行している。この点を理解した医療システムの構築が必要である。
6. 患者の高齢化や、エイズ発病後の後遺症などで若いにもかかわらずねたきりとなった患者も少しずつ増加している。しかし、多くの拠点病院がその地域での急性期病院であるため、慢性期に入った入院患者の対応に問題が生じている。

B. 提言

1. 一極集中緩和のためには、継続的な均霑化の推進も不可欠で、研修・講習の継続が必要。
2. 患者集中を緩和するためには、医療連携・病診連携の推進が必要であり、そのためには、診療点数においてチーム医療加算の更なるインセンティブが必要。小児科や産科などが参考になる。最低限、中核拠点においてチーム加算が算定できるよう、中核拠点コーディネーターナースを養成できるよう提言する。
3. 拠点病院の見直しが必要。この場合、拠点病院にすべてを求めるのではなく、拠点病院の実績、意欲、機能(専門性)を勘案に入れ、複数の病院で1ブロックレベルを満たす、機能に応じた連携ができるようにする。
4. 自立支援法に規定された処方医の基準を緩和する事も検討課題である。医師の養成は、重要であるが、短期間に達成できるものではない。また、近年の医師不足もあり、H I V専門医を育てる事は容易ではない。処方に関する基準を個人の医師の実績でなく、病院での診療実績で代用できることなどは一案である。
5. 慢性疾患の治療は外来診療主体であるため、夜間や休日診療を行っているクリニックなどの活用も重要になってくる。これにより、安定期患者の社会復帰が促進される。

この推進のためには、大病院に付加されているチーム加算だけでなく、拠点病院との連携加算のような個人レベルのクリニックに対するインセンティブが不可欠。

6. 慢性期病院や養護施設との連携を推進するためには、それら施設における医療費問題が存在する。急性期病院でそれら患者を抱えるより、慢性期の施設で十分な医療を提供する方が、患者本人、及び、医療経済学的にも効率的であろう。現状では、それら施設のボランティア的な意思に頼っている部分があるが、この点も慢性期H I V加算など医療費面で改善するための仕組みが必要である。また、いきなりエイズ等で後遺症を残した 40 歳以下の若い患者の場合、介護保険等の既存の制度ではカバーされず、これら制度の適応拡大を検討することも必要である。

エイズ診療におけるブロック拠点病院から見た医療体制に関する課題および提言

独立行政法人国立病院機構大阪医療センター 白阪琢磨

はじめに エイズ動向委員会の報告によると、HIV感染者、エイズ患者いずれも新規報告者数は年々増加を続けており、医学の進歩によってHIV感染症は慢性疾患となった今、診療が必要な患者が蓄積し、患者のニーズも変化してきており医療体制の構築と整備が必要である。以下、近畿のブロック拠点病院としての医療体制の課題と提言を述べる。

1. 当院の診療状況における課題と提言 当院は平成8年にエイズ診療における拠点病院に、平成9年には近畿ブロックのエイズ診療におけるブロック拠点病院に選定された。これまでの累積患者数は2000名を超え、最近では毎年200名を超える新規患者の受診が継続している。患者内訳を表-1に示した。初診患者は若者が多いが長期の加療が必要であるので年齢分布は幅が広く成ってきている。医学の進歩により当院の死亡者数は約60名であり、多くが治療で良好な健康状態を維持しているものの、エイズ発症時の重症の後遺症（PMLやHIV脳症などによる重度の高度中枢神経障害および運動機能障害、CMV網膜炎による失明）を抱える患者も少なからずあり、施設等の受け入れ先が見つからず急性期病院にとって大きな負担と成っている。さらに長期加療での副作用や種々の合併症（精神科領域、歯科、腎透析等）への対応、加齢に伴う高齢者対策が必要となってきた。現時点ではACCやブロック拠点病院等が担っているが（文献1）、拠点病院等だけの対応には数的、質的な限界が来ていると考えられる。HIV感染者での針刺し等暴露に対しては予防内服法も確立しており（文献2）、昨年には労災給付の対象とされた。HIV感染者・AIDS患者の診療はHIV感染症に専門的なものと、そうでないものとに大別できる。抗HIV療法の導入や重症のAIDSの治療には拠点病院での専門的医療が必要と考えるが、例えば、HIV感染者の花粉症、アトピー性皮膚炎、消化性潰瘍、急性虫垂炎の治療等はHIV感染症の専門的病院で無くとも診療可能であるので、拠点病院との連携の元、一般病院でもHIV感染者の診療が実施されるように強く望む。実際、近畿圏内で実施したアンケート結果でも、118施設が可能、病状により可能等との回答があり、今後の連携が必要と考える。

2. チーム医療における課題と提言 HIVは脆弱性の高い人に拡がると言われている。医療上も若者やMSMなどへの対応が必要であるが、心理的、社会的、経済的、精神的困難を抱えている例が多い。現在の治療は抗HIV薬の多剤併用療法を適切に長期継続する事が必要であるので、これらの困難の解決あるいは改善が治療に不可欠である。そのため、HIV診療は医師、看護師、薬剤師、臨床心理士、メディカルソーシャル・ワーカーらの多職種によるチーム医療の実践が必要である（文献3）。今、多くの分野で医師の育成と確保が困難であるが、HIV感染症の分野でも同様である。薬剤師に専門あるいは認定薬剤師の制度がある様に、看護師等のHIV医療における資格化が望まれる。

3. 自治体の課題と提言 福祉も含めた医療体制の構築には自治体の調整が求められるが、調整が困難な事例が少なくない。医療体制構築をはかる上で、中核拠点病院会議（拠点病院、協力病院等、自治体、関係者）の定期的実施と自治体の継続性が必要と考える。

4. 受診前相談の有用性について 当院では2007年からHIV担当MSWが受診前相談を開始し、毎年10名程度の相談がある。利用者の多くは医療になじみがない、あるいは経済的問題を抱えており相談がなければ受診の遅れあるいは医療機関に繋がらなかった可能性もあったと考えられる。無料匿名での本相談の必要性は高いと考えた。所要時間は1回あたり平均約30分（電話10～20分、面接30分～60分）であった。

5. 厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業「HIV感染症及びその合併症の課題を克服する研究」班の研究分担者からの意見と提言

1) 各職種の育成と確保のためにも専門性を促す見地から指針の薬剤師に専門薬剤師を追加。

2) 第1条、第一項の病状変化等の任意報告を「義務化」へ

3) 研究者の育成に関して 現在の指針では第四条中に軽く「関係各方面の若手研究者の参入を促すこと」としか触れられておりませんが第三条の「人材の育成と活用」のように独立した項目として研究開発をささえる人材育成の重要性を謳っていただきたい

4) 日常生活を支援するための保健医療サービスと福祉サービスの連携強化については、第三医療の提供 — 総合的な医療提供体制の確保 の6に統合させてはどうか

第三 医療の提供 — 総合的な医療提供体制の確保

6. 療養継続と日常生活支援のための体制整備と連携強化

患者の療養期間の長期化に伴い、各地域において患者・家族等の主体的な療養環境の選択への意思を尊重し、個別の身体的心理的社会的状況に鑑みた支援を行うための体制を整備していくことが重要である。そのためには、医療機関においてはソーシャルワーカー（社会福祉士）やカウンセラーを含むチーム医療体制を強化すること、また地域においては在宅・福祉サービスの充実を図ると共に、保健医療サービス提供者と国、地方自治体、サービス提供事業者、NGO等（ピア・カウンセリングやセルフヘルプグループ等を含む）の連携を強化し、患者等が必要なサービス・支援を活用し、安心して療養継続と日常生活が営めるように努めることが重要である。

5) 前文に「市民の参加」を加えてはどうか

（案）こうした状況を踏まえ、今後とも感染の予防及びまん延の防止を更に協力を進めていくことが必要であり、そのためには国と地方公共団体及び地方公共団体相互の役割分担を明確にし、正しい知識の普及啓発及び教育並びに保健所などにおける検査・相談体制の充実を図ること、一方で、地域におけるケア・療養環境を市民と共に整備することにより、感染の早期発見

や予防に繋がるための戦略を立て、実行することが重要である。そのためには、国、地方公共団体、医療関係者、患者団体を含む非営利組織又は非政府組織（以下「NGO等」という。）、海外の国際機関等との連携を強化して、各地域の実情に即して重点的かつ計画的に取り組むことが必要となる。

文献1 白阪琢磨 特集：新しいエイズ対策の展望 第1部：エイズ対策を巡る新たな方向性 エイズ医療の課題81)：ブロック拠点病院によるチーム医療体制の現状と課題 J. Natl. Inst. Public Health, 186-191, 56(3):2007.

文献2 抗HIV治療ガイドライン（平成21年度厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業「HIV感染症及びその合併症の課題を克服する研究」）

文献3 HIV診療における外来チーム医療マニュアル（平成21年度厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業「HIV感染症及びその合併症の課題を克服する研究」）

当院を受診したHIV感染症患者の累積数の内訳（1902名。平成22年10月末現在。）

初診時年齢別の感染経路内訳（平成22年10月末現在）

	血液製剤 由来	異性間	同性間	薬物	母子感染	その他	合計
0-19歳	9	1	22	0	1	2	35
20-29歳	27	61	421	0	0	10	519
30-39歳	32	119	581	2	0	30	764
40-49歳	13	70	229	2	0	26	340
50-59歳	4	51	96	1	0	16	168
60歳以上	1	18	47	0	0	10	76
合計	86	320	1396	5	1	94	1902

性別

	人数	%
男	1807	(95.0 %)
女	95	(5.0 %)
合計	1902	(100.0 %)

初診時病期

	人数	%
HIV	1417	(74.5 %)
AIDS	485	(25.5 %)
合計	1902	(100.0 %)

紹介元内訳

一般医療機関	840	(44.2 %)
拠点病院	405	(21.3 %)
他ブロック拠点病院	48	(2.5 %)
ACC	31	(1.6 %)
保健所	278	(14.6 %)
献血	45	(2.4 %)
NGO	98	(5.2 %)
その他	156	(8.2 %)
不明(入力なし)	1	(0.1 %)
合計	1902	(100.0 %)

初診時居住地別内訳

近畿ブロック	1812
大阪府	1405
大阪府以外	407
関東甲信越ブロック	32
北海道ブロック	0
東北ブロック	1
北陸ブロック	3
東海ブロック	14
中国・四国ブロック	21
九州ブロック	3
海外	2
不明	14
合計	1902

近畿ブロック中核拠点病院の課題

- 1、患者数増加に対応困難
マンパワー不足、専任でなく、他の業務が多忙
院内の協力が得られない
- 2、長期療養が必要な症例の受け入れ先がない
 - 診療経験が乏しいことへの懸念
 - 在宅療養支援をやりやすい体制にできないのか？
 - ⇒開業医・訪問看護ステーションへのバックアップを行政面からできないか？
 - 抗HIV薬は高額であり在庫を抱えるリスクはある。その一方でメリットがない。
 - 長期療養施設をもつ病院を協力病院にできないか？
- 3、HIV診療は専門性が必要
ブロック拠点や中核拠点病院へ集中
一般医療の需要が増加しているが、すべてに対応することが困難
(歯科、透析、精神科・・・)

近畿ブロックのHIV感染者の一般医療の診療についての研究

【目的】

HIV感染者の一般医療に関する診療体制の構築

【方法】

近畿圏の100床以上の入院病床を有する施設に「HIV診療に関するアンケート調査」を実施した。

【調査項目】

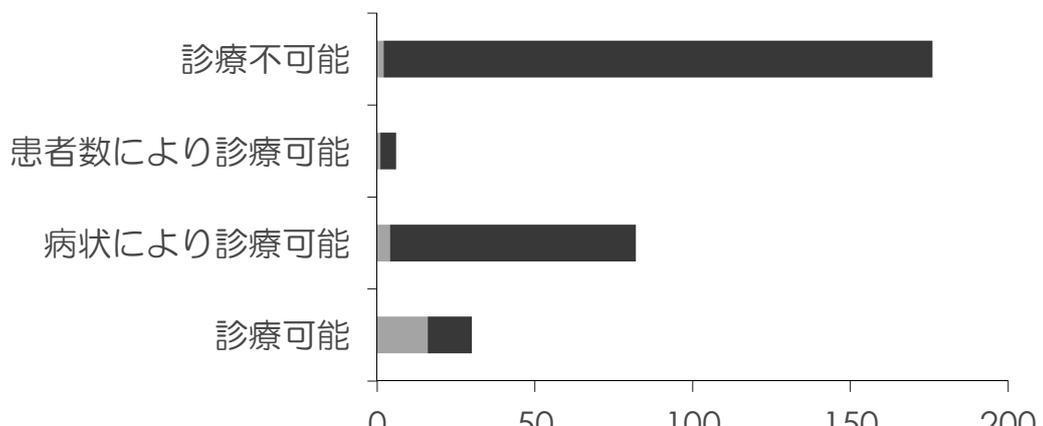
HIV患者の診療経験の有無
今後のHIV患者の診療が可能かどうか
不可能な場合の理由とその対策
術前や観血的処置の前にHIV抗体検査を実施しているかどうか、
HIV針刺しに関する対応マニュアルがあるか

【アンケートの発送総数】	848通
【回答数】	294通
【回収率】	35%
【回答者の職種】	82%が医師

拠点病院以外でも
HIV診療は可能か

今後のHIV陽性者の診療が可能かどうか？

n=294



6割が診療不可能
4割は病状や患者数により診療可能と回答

今後のHIV陽性者の診療が可能であるという回答と関連のある要因

要因	合計	診療		p*
		可能	不可能	
回答内容	293	118	154	
HIV陽性者の診療経験がある もしくは過去に診療経験がある	113	74	39	<0.001
HIV陽性者の診療を行う上で問題となったことある	54	35	19	0.37
HIV針刺しに関する対応マニュアルが有る	206	99	107	<0.001
針刺し事故後の対応を知っている	219	96	123	0.03

- HIV診療の専門医の育成
- 診療経験を増やすための工夫
- HIVの針刺し後の予防薬内服など感染対策の整備

*Chi-square test

厚労省の通知によるとエイズ中核拠点病院の機能としては

1. 高度な HIV 診療の実施
2. 必要な施設・設備の整備
3. 拠点病院に対する研修事業及び医療情報の提供
4. 拠点病院等との連携の実施

があげられている。

多くの中核拠点病院ではこれらの機能を十分有しているものと思われる。現在 HIV 治療の進歩とともに、HIV 感染者の余命は著明に改善している一方、さまざまな合併症が生じている。特に 1.高度な HIV 診療の実施に含まれる「全科による診療体制を確保すること」が重要と思われる。

2008 年に 42 中核拠点病院から他科受診に関するアンケートを取った。これによると中核拠点病院では、他科の受け入れはおおむね良好で（図 1）、外科手術（図 2）、精神科対応（図 3-4）、出産などの対応（図 5-6）は十分可能である。一方、31 パーセントの中核拠点病院は維持透析ができず、維持透析先の確保が重要と思われる（図 7）。

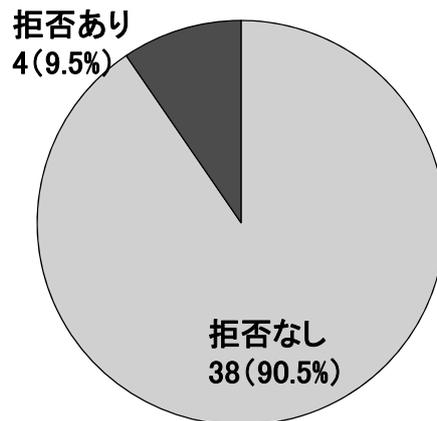
また当院での死因の変化をみると最近 7 年間では非 AIDS 指標悪性腫瘍の増加が目立つ。今後がん治療医との連携も必要と思われる（図 8）

同通知における都道府県の役割としては

1. 良質かつ適切な HIV 医療を提供する中核拠点病院の選定
2. 中核拠点病院が設置する連絡協議会運営への積極的関与
3. 中核拠点病院や拠点病院の診療の質の向上を図るための研修計画策定
4. 患者等に対する歯科診療確保のため、診療協力歯科診療所との連携推進があげられている。

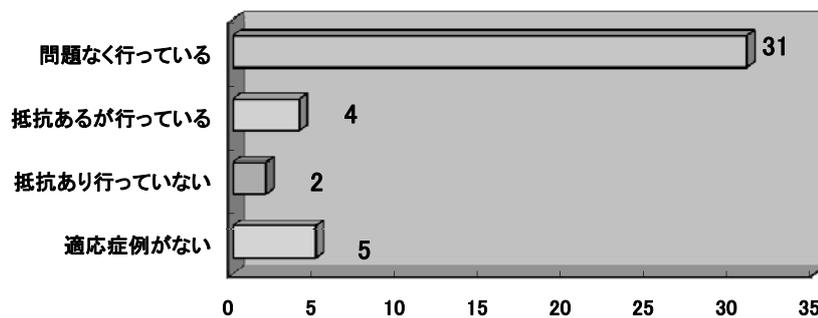
2008 年当院 HIV 感染者の歯科診療に関するアンケートを取ったが、これによると HIV 感染者は HIV 判明前 5 年以内に 72.8 パーセントが歯科診療を受けた（図 9）。また HIV 判明後も 68.9 パーセントが歯科診療を受けた（図 10）。うち 60 パーセントは当院および紹介歯科を受診したが、約 40 パーセントはそれまでのかかりつけや新規歯科を受診した（図 11）。その中で 20 パーセントしか HIV 感染を歯科に告げることができなかった（図 12）。これらのことから歯科には HIV 判明前の受診を考慮して標準予防策を推進すること、および HIV 判明後に紹介できる歯科ネットワークの充実をはかる必要があると思われる。

図1 過去5年間で院内他科に紹介して拒否されたことがある



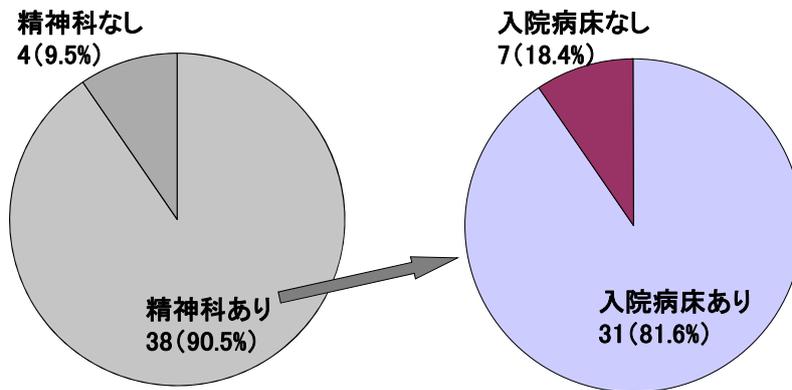
今村顕史 第22回日本エイズ学会

図2 外科手術は問題なく行えているか



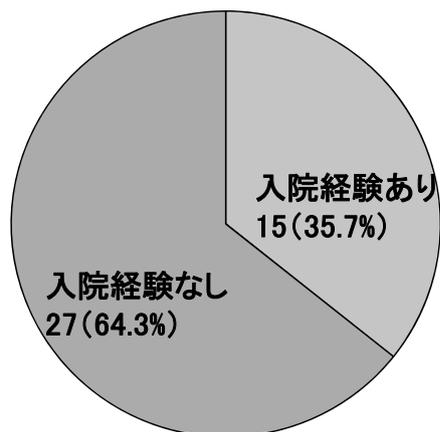
今村顕史 第22回日本エイズ学会

図3 【院内に精神科はあるか】 【精神科入院の病床】



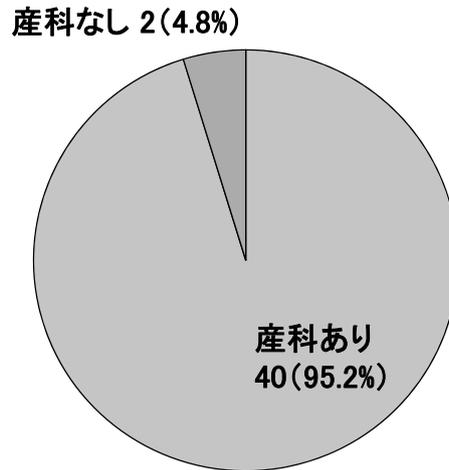
今村顕史 第22回日本エイズ学会

図4 精神科への入院症例の経験はあるか



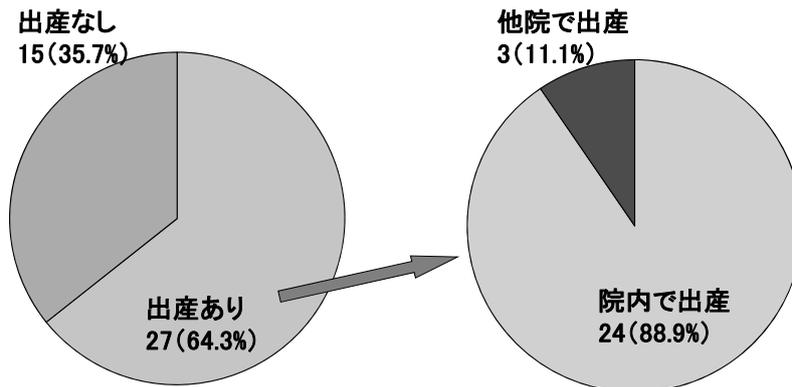
今村顕史 第22回日本エイズ学会

図5 院内に産科はあるか



今村顕史 第22回日本エイズ学会

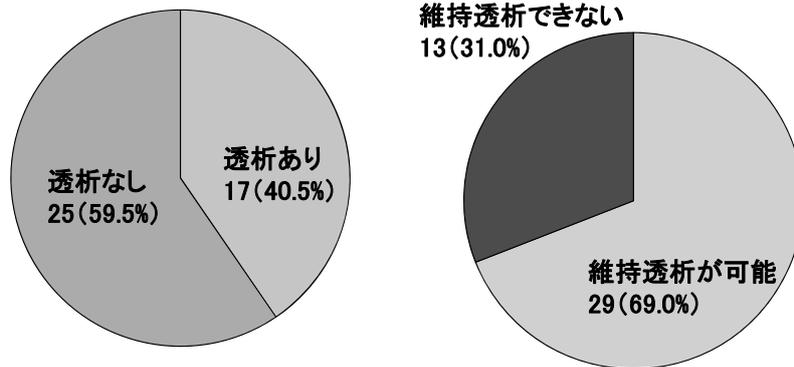
図6 【通院中患者の出産経験】 【出産した病院】



今村顕史 第22回日本エイズ学会

図7 【透析導入の経験】

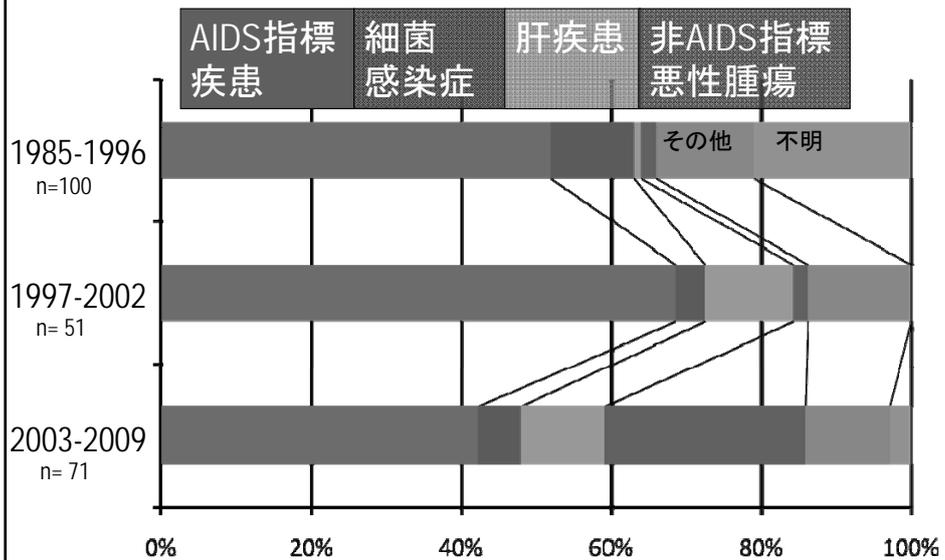
【院内での維持透析】



今村顕史 第22回日本エイズ学会

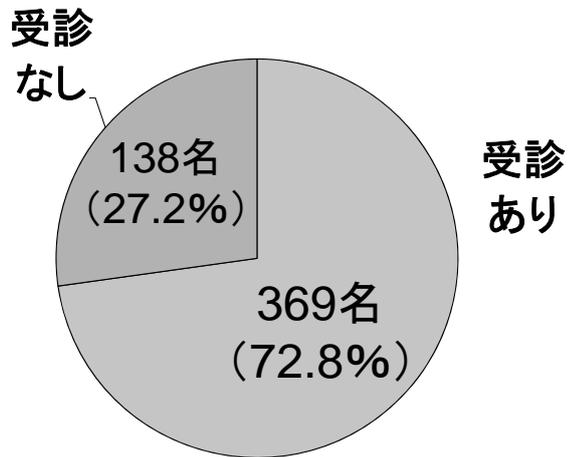
図8 死因の変化

2009年駒込病院



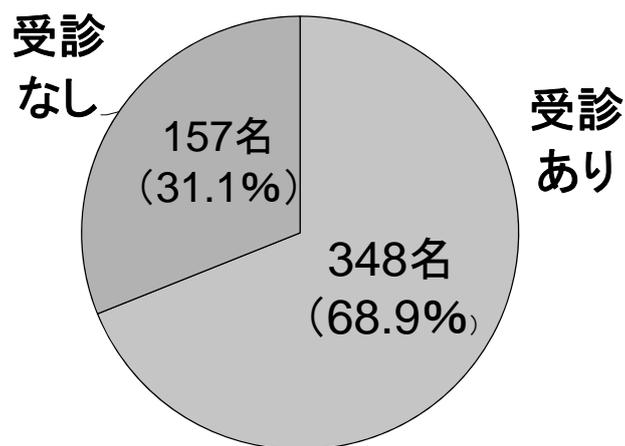
味澤篤 第24回日本エイズ学会

図9 当院初診前の5年以内に歯科受診があったか



村松 崇 第22回日本エイズ学会

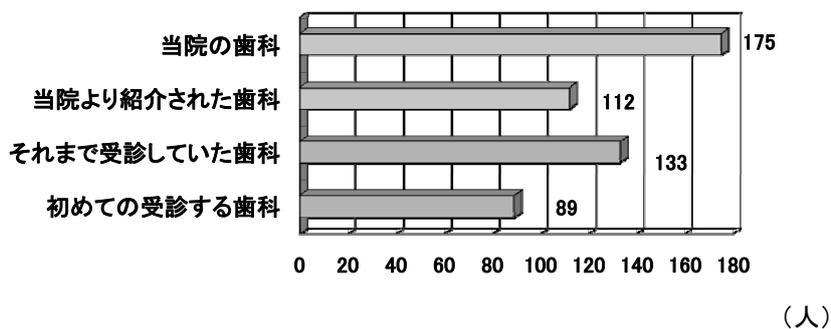
図10 当院初診以降に歯科受診があったか



村松 崇 第22回日本エイズ学会

図11 「初診後受診あり」と答えた人への質問

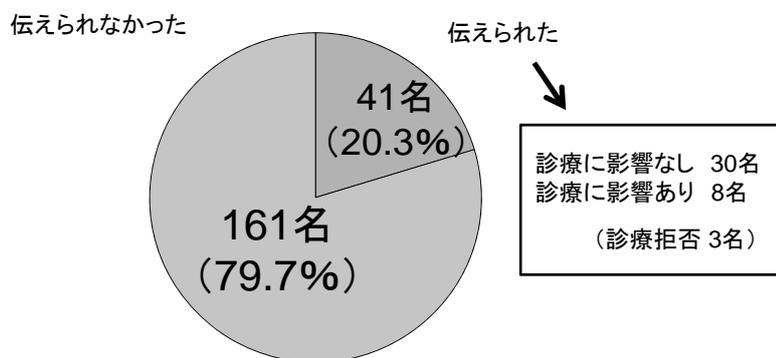
実際に受診した歯科はどこでしたか
(複数回答あり)



村松 崇 第22回日本エイズ学会

図12 それまでの歯科、初めての歯科を
紹介なしで受診した人への質問

HIV感染について、その歯科に知らせたか？



村松 崇 第22回日本エイズ学会

エイズ予防指針作業班「第三 医療の提供」検討会

厚生科研「医療体制」班における分担（看護）の立場から

独）国立国際医療研究センター エイズ治療・研究開発センター（ACC）

看護支援調整職 島田 恵

1. エイズ医療体制におけるコーディネーターナースの役割

1) コーディネーターナースとは

- ・ 進行性の慢性感染症である HIV/AIDS 患者のセルフマネジメントを支援することによって、患者自ら医療に参加できる環境を整える役割を担う看護師。
- ・ 患者にとっては医療側の相談窓口（ファーストコンタクト）であり、医療チームにとっては患者からのニーズを受け止めるゲートキーパーである。
- ・ 患者が治療と生活を両立させられるよう、医療チームの機能を最大限活かしながら支援する際のチームの要と考えられている。

2) 治療長期化に伴うケア焦点化の変化

当初) 「1 初診」から「5 HAART 開始時」に焦点をあてたアドヒアランス支援（治療成功を目指した看護支援）

今後) アドヒアランス支援を基盤に「6・7 HAART 開始後」に焦点をあてた長期療養支援（QOL 向上を目指した看護支援）

例：外来フォローアップ（副作用・合併症などのモニタリング・マネジメント、生活習慣病・依存症等の関連領域における看護、二次感染予防等の行動変容支援、社会参加のための支援）

コーディネート機能（院内外の他科・部門との連携・調整、特に在宅療養支援等における地域側サービスとの連携開拓）

HIV/AIDS外来療養支援

プロセス

●:実施 ○:必要性を検討し適宜実施

5つの活動項目		実施時期						
		1 初診	2 再診	3 未治療	4 治療前	5 開始時	6 後短期	7 後長期
1. 初診時の対応	トリアージ	●						
	オリエンテーション・問診	●						
2. 患者教育	概論	●						
	各論		●					
3. 服薬支援	オリエンテーション		●					
	アセスメント			●				
	スケジュール立案・シミュレーション				●			
	服薬指導					●		
	フォローアップ						●	
	6か月未満以降						●	
4. サポート形成支援	人的サポート	●	○	○	○	○	○	○
	経済的サポート	●	○	○	○	○	○	○
5. 連携・調整	他科・他部門との連携	○	○	○	○	○	○	○

2010/9 ACC

2. コーディネーターナース配置上の課題

1) コーディネーターナース配置の現状

(H23.3 現在)

	CN 該当者	人数	備考
A	ACC 研修「CN コース」 修了者	14	H9～22（14 年間）の総修了者 31 名 修了者の実働率 45.2% 所属内訳：ブロック 6 名、中核 5 名、拠点 3 名
B	ブロック拠点 8 病院 「担当看護師」	19	「CN コース」修了者 6 名（A と重複） ブロック担当看護師の修了率 31.6% ブロック内訳：近畿 4 名、北海道・東海各 1 名 修了者のブロック配置率 37.5%
C	ACC「CN」	9	調整職 2 名含む
合計		42	
		36	重複を除外した合計数

2) コーディネーターナース配置の課題

平成 9 年から厚生科研においても、「CN 育成」や CN 配置の前段階である「担当看護師の明確化」等を提唱してきたが、以下のような理由により進展していない。

理由 1) 担当看護師（専従・専任・その他）の配置状況は病院の「患者数」と関係している（平成 18 年度日本看護協会委託研究）ため、患者数の少ない多くの拠点病院で担当看護師が配置されない状況になっている。

理由 2) 平成 18 年に診療報酬「ウイルス疾患指導料 2」の施設加算条件が新設された。

その要件の 1 つである「エイズ看護経験 2 年以上の専従看護師」については、「専従」が「その看護師の仕事 100%がエイズ看護である」と解釈する場合には看護師配置が困難であること、「2 年以上」が経験の質について不問であることが、当初から指摘されている。

理由 3) 年々ケアの難易度が高まり、看護師が強いストレスを感じる看護であるにも関わらず、担当看護師として継続するための体制が不十分であり、担当者が数年で交代してしまう。

3. コーディネーターナースに関する今後の提言

エイズ医療体制の整備（均てん化）を進めるために、CN を確実に配置する必要がある。そのために、以下のことを提言する。

- 1) CN をブロック拠点病院および中核拠点病院に確実に配置する。
- 2) CN 養成のための研修に関する条件（研修期間、実習、指導者等）を提示する。
- 3) 診療報酬の専従要件を専任に緩和すると同時に、専任候補者には ACC やブロック拠点病院で実施している研修を必須化し、要件を満たす場合には点数が算定される仕組みをつくる。

エイズ予防指針作業班

「医療体制」に関する現状、課題、提言

日本H I V陽性者ネットワーク（J a N P +） 長谷川博史

日本H I V陽性者ネットワークでは平成22年、全国374のエイズ診療拠点病院を対象とした診療実態に関する独自調査を行いました。また全国のH I V陽性者から広く意見を求める **Positive voice project** を立ち上げエイズ施策へのより広い当事者の意見を募りました。これらの活動から医療体制の改善について次の通り課題と改善を提言します。

1、現状 患者数の増加と長期化による問題の双極化

- (ア) H I V感染者の増加によってH I V感染症治療を行う拠点病院の中でもブロック拠点病院や中核拠点病院に患者集中の傾向が見られる一方で患者を受け入れる経験が全くないあるいは意志がないとみられる拠点病院が20%近く存在する。
- (イ) 少人数の患者数の拠点病院が36%存在しており、その受入れ病院数は拡大しているものの、心理支援の提供可能な病院（外部派遣・紹介を含む）は40%にとどまり、形成外科、産婦人科、口腔外科等が受信可能な拠点病院は60%強にとどまっている。ただし、患者からは受信可能であっても出産、手術など観血処置を伴う治療行為において転院をさせられたり、専門知識がないという理由によって実質的診療拒否を受けた例も報告されている。

2、課題

- (ア) 患者の療養の長期化に伴いより高度な専門医療を必要とし、この臨床体制の整備とこの領域における臨床研究の推進が求められている。さらに、これらにおいて患者のニーズが十分に反映されているとは言い難い状況がある。臨床現場において患者のニーズを十分に把握し、これに応える医療体制の整備が必要。
- (イ) 拠点病院によっては心理支援や社会支援などへのアクセスが困難なところも未だ多く残されている。このことが告知後の患者のソーシャルネットワークの回復を損ない、医療現場の負荷を高める結果となっている。この意味においてH I V診療の患者への初期対応の在り方について再考が必要。
- (ウ) 未発症期の患者にとってH I V感染症治療体制が拠点病院に集約されている一方、歯科、外科、産科等の診療科においては地域で受信できないものも多く、これら他科診療までが拠点病院に集約されることは就労中の患者の利便性を著しく損なっている。今後の患者数の増加が予測される中、病診連携を含め地域社会における受信可能な環境の整備が急務である。

3、提言

- (ア) 拠点病院においてはH I V陽性患者の全科対応を原則とし、これを徹底する。そのために専門家と患者の協働により医療体制の整備に関する定期的な検討会を設け、これに基づき医療体制整備を推進する。ここには感染経路を問わず幅広い患者の意見を反映させる。
- (イ) 拠点病院と地域保健、NGO/NPOの連携・協働を推進する。また、これらのニーズに対応可能な連携モデルを構築するための研修機会を提供する。
- (ウ) 実質的な診療拒否をなくすために広く医療者を対象としたH I V理解のための人権啓発を推進する。ここでは厚生労働省がその主体となり、他省庁との協働のもとこれに患者も参画する。

参考資料:医療体制に関する提言

日本HIV陽性者ネットワーク（J a N P +）エイズ拠点病院アンケートより

1、調査概要

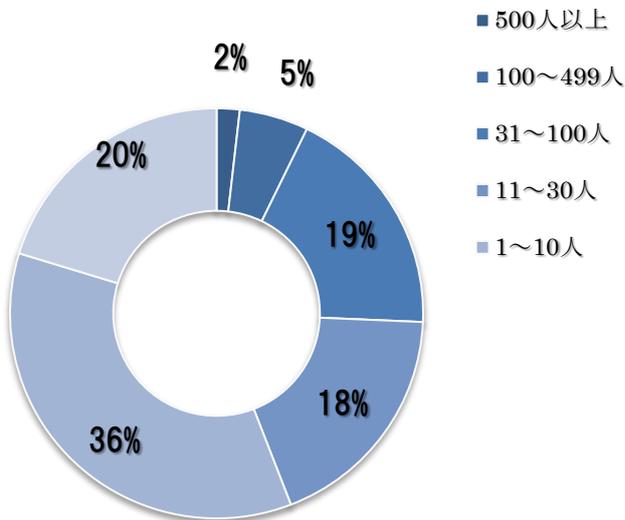
目的：HIV陽性者、保健所・検査所、支援団体や一般医療機関などへの情報提供

対象：全国エイズ診療拠点病院（374）

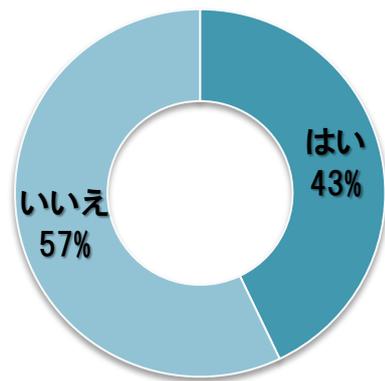
方法：回答内容を公開することを明記し自記式調査票を郵送にて依頼。有効回答数225（60%）。

2、調査結果

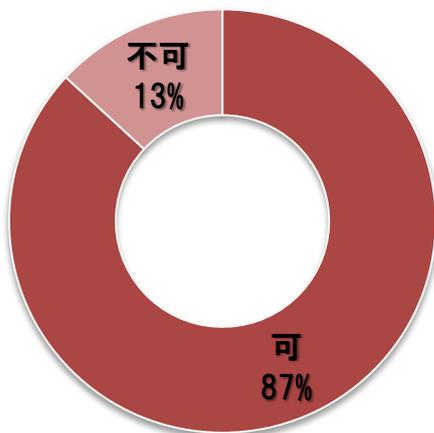
過去1年間におけるHIV・エイズ診療の受診者数



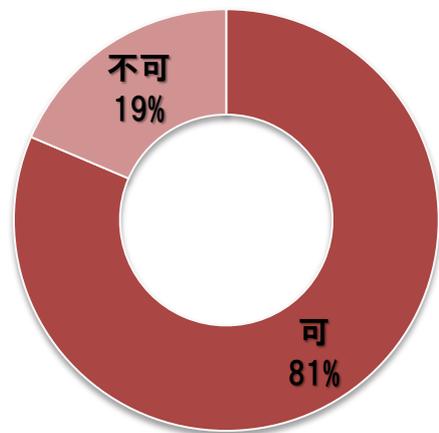
希望者に対する受検前カウンセリング



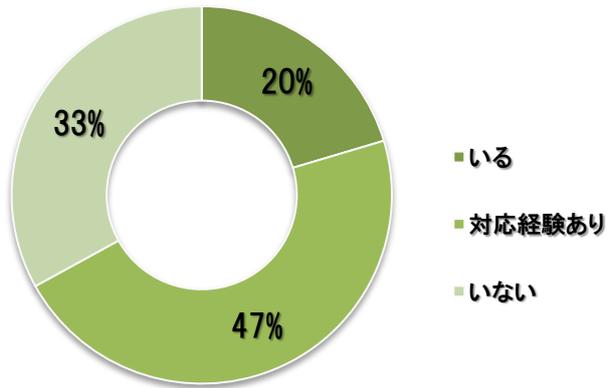
抗HIV薬の処方&服薬指導の可否



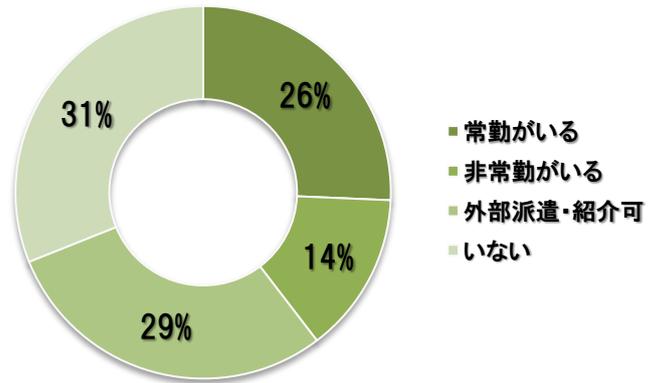
エイズ発症に対する治療の可否



HIV専門の看護師はいるか

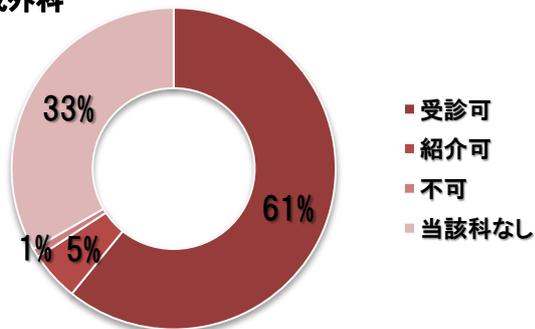


HIV陽性者に対応可能なカウンセラーはいるか

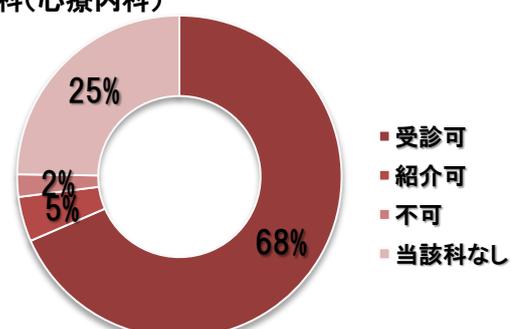


他科でのHIV陽性者受け入れ状況

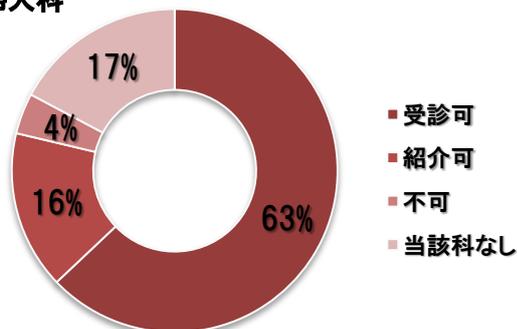
形成外科



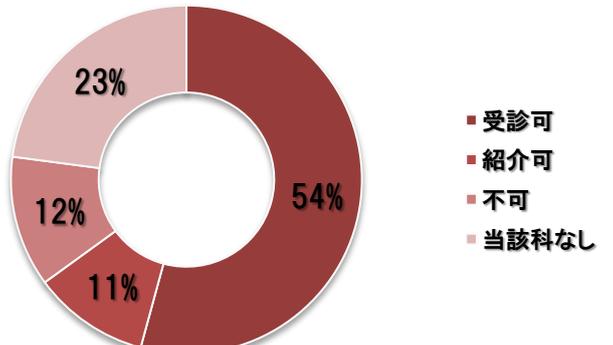
精神科(心療内科)



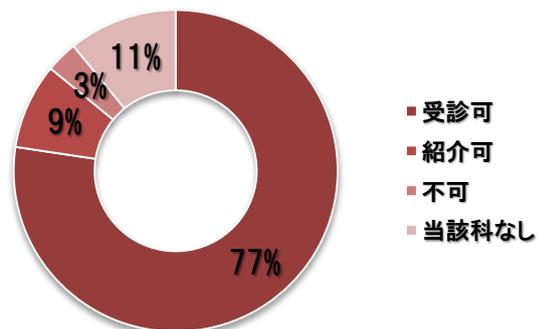
産婦人科



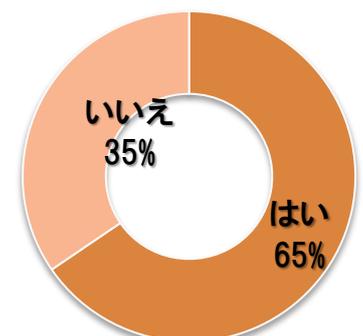
透析



眼科



過去3年間における他科の医療従事者を対象とした研修・教育等の実施



平成23年3月23日

後天性免疫不全症候群に関する特定感染症予防指針への意見
「医療の提供」「研究開発の推進」について

エイズ予防指針作業班 班長 木村哲 様

班構成員 大平勝美

医療についての現状の問題点

国のエイズ対策費の削減や地方公共団体の大幅予算カットによる医療の縮小

薬害HIV感染被害者の合併症等による病状悪化。768人が死亡、年間10人以上死亡している原因はHIV/HCV重複感染の悪化や長期感染によるリンパ腫や癌発生。

抗HIV薬の副作用（インジナビル等による腎障害、ddIによる門脈亢進症、d4Tなどの核酸系によるリポジストリフィーなど代謝系異常症、ネビラピンの肝障害、等々多様な障害が長期障害として続く）。

HIVそのものによる血管障害や悪性腫瘍、肝障害などの日和見感染症以外の発生。

変化の激しい合併症や副作用・抗HIV薬の発生や出現に、国のリーダーシップの欠如（縦割り行政）やナショナルセンターとして使命のあるACCの研究・情報集約と提供・指針の先駆的治療や実践的医療提供の遅滞がある。ブロック拠点病院もACCからの最新情報や医療提供が遅れていることから同様の傾向がある。このため、患者の不安やニーズの把握手遅れが救える患者の命をなくしている。

良質な医療の提供において、質の低下と医療機関の人材不足は深刻である。

総合的な医療提供体制の確保

国、都道府県 良質な医療の提供が何よりもHIV感染者にとって生活していく上で重要である。患者は増加していく中で、より身近な地域で良質な医療が受けられるよう中核拠点病院構想が5年前に打ち出されているが、全国設置に時間を要し、また患者の求める総合的ケアを提供できる態勢にないところがある。早急に都道府県でHIV医療の要となる中核拠点病院の指導体制を見直しして、早急に設置の使命を遂行できるようにすべきである。その指導体制としては、診療担当科医師が責任者とするのではなく、病院一体で取り組む体制にすべきである。

薬害HIV裁判で被害救済及び日本のHIV医療のナショナルセンターとしてACCはブロック拠点病院、中核拠点病院、拠点病院の医療体制について常に医療・情報・研修等の指導的役割をもって設置されている。その使命をACCには改めて自覚し、ブロック拠点病院との緊密な連携のもとに良質な医療をもって、居住地で安心して通院できる体制を確保すべき。

そのために、合併症や副作用など今後も想定される問題を視野に、ACC はモデル医療の創出や機能強化・使命の徹底に務める人的・物的体制を確立すべき。

また、ブロック拠点病院は中核拠点病院の大きなサポート拠点であることから、そのための機能が発揮できるための人材や医療の質向上の強化に努めるべき。

拠点病院は、HIV 診療の受け入れ態勢が出来ていない施設は少なくなく、また病院内での職員の共通認識ができていないところもある。一方、中核拠点病院規模の質が確保できているところもあり、再評価してランク分けしての対応も必要と考える。

高度医療の確保 変化する抗 HIV 薬やエイズ症状、合併症や副作用、そして生涯治療と一人一人の患者の生活との調整は、高度な医療調整を伴う長期療養の視野が必須である。基本的に良質な医療の確保が原則で、医療とその周辺の患者生活環境の調整はよりよく生きる患者のライフサイクルを保障する。そのためより院内外の調整を整えたチーム医療が要となる。概して病院内での縦割り診療だけでなく病院病院の壁が患者中心の医療を拒みひいては命の心配にさらされることとなる。チーム医療の要となる医療職として、ACC やブロック拠点病院の中にはコーディネーターナースが存在している。これらの職務について、専従看護師という形で診療報酬が加算されているが、中核拠点病院や拠点病院の規模の大きなところにはこうした医療調整をある範囲でできる一定の研修をした看護師に専任看護師としてチーム医療に貢献してもらうように努力してもらう。

また、歯科については、未だ安心、安定的に身近なところでしか診療が出来る体制はできていない。特に、最も日常的な診療機関でありながら、診療拒否が最も多く、そしてネットワーク化の構想も一部の地域以外では長きに進んでいない。この不利益は患者が負うことになる。打開策として患者側から提案されているブロック拠点病院の鹿を事務局としたネットワークをつくり、患者が希望する地域で登録されているしか診療所を紹介するシステムを導入すべき。連絡役には歯科医療に携わる歯科衛生士等を充て、人的余裕がない場合リサーチレジデントで補完する。

主要な合併症及び併発症への対応の強化 先の指針改定で強化が盛り込まれているが、適切な研究とそれを反映した成果が出ていなかった。特にけん引役を担うべき ACC はその任をおろそかにしてきたため、感染時期が早い薬害 HIV 感染被害者の犠牲は年間 10 人を超えている。改めてこの項目を入れた意義を確認し、国は研究及び対応する治療についての進展をはかる手立てを早急を実施すべき。そして、未知或は稀な合併症等のデータが個々の病院内で埋もれることなく公開してリスク情報等として共有され新たな治療法へと進展させるべきである。

A-net 薬害被害者の恒久対策の一環としてスタートした情報ハイウェイの機能を持って、専門医療機関と地域での診療機関双方向の医療データ共有をして高度な医療を受けることが期待された A-net は、運営管理の悪さでその期待を得ないまま一時的に

終了した。新たな A-net は、当面薬害被害者の救済に役立てるデータ集積と運用をもって HIV/HCV 重複感染研究や合併症、長期療養の課題について役立て、その成果を今後反映させるためのモデルとする。

在宅療養等の長期療養について

長期療養という視点を持つての施策は前の指針でも薄い箇所である。病院から出た自己管理を基本とする治療と生活を両立させ、高齢化や後遺症を持った発症者について医療を兼ね備えた受け入れ施設を開発したり、既存の制度にエイズ特有の項目を併せたものとして利用していく研究や実践が急務となってきた。これには、医療・福祉について調整する機能が強く求められ、コーディネーターナースと社会福祉等々を包含したシステムが必要とする。

治療薬については従来の迅速導入は維持されなければならない。併せて新薬だけでなく剤形変更や合併症や日和見感染症への対応も視野に入れた対策仮名更なければならない。

薬害 HIV 感染被害者への対応

裁判和解による恒久対策を国はその責務を果たし、原状回復医療を基本に、今後も未知の領域に常に踏み入った病状をきたす被害者に対する研究開発と実践的治療、貴重な資料を役立てるためにもそのデータ蓄積と解析を常に続け、将来に役立てるようしっかり体制作りを再構築させなければならない。

ありがとうございます。よろしく申し上げます。

現状認識（医療体制班からの所見）

HIV 感染者に歯科医療を提供する体制を確保するために2つの手段が進行しています。1つは開業医の大半を組織する日本歯科医師会、あるいはその傘下の都道府県歯科医師会を診療ネットワークに取り込む方法であり、他の1つは、組織に関係なく、自ずからの信念に基づいて、すべての方を区別・差別なく診療しようとする歯科医療従事者と個別にネットワークを組む活動です。前者の対応は医療体制班（研究分担者 前田憲昭）、後者の対応は課題克服班（研究分担者 中田たか志先生）と考えています。

1：日本歯科医師会の現状

① 世界歯科医師連盟（FDI）は、HIV 感染者への差別のない歯科診療の提供を決議し、その決議内容を公表しています。日本歯科医師会は FDI の主要メンバーとして、決議に賛成していますが、日本国内で具体的な活動はしていないように見えます。

② 日本歯科医師会は研究班の公開質問状に対して下記の回答をしています。残念ながら、現在のところ、あくまでも回答のため回答であり、会員に向けた行動基準となっていません。具体的な成果が確認できません。

下記は班が作成した冊子より引用（HIV 感染症歯科診療ネットワーク取組事例集）

<http://www.hiv-dent.com/uploads/photos/18.pdf>

3：日本歯科医師会 会長の HIV 感染者歯科治療に対する基本的姿勢の宣言

研究班の質問に対する日本歯科医師会会長の公式回答

日歯発第996号平成19年8月30日（地域保健課扱い）

厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業

「歯科の HIV 診療体制整備」 分担研究者前田憲昭様

社団法人日本歯科医師会 会長 大久保満男

H I V感染者歯科診療体制について（回答）

平素より本会会務運営に格別のご高配を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、貴研究班より平成19年6月27日付にてご照会いただきました事項につきましては、下記の通りご回答申し上げます。

記

[照会事項要旨]

1. H I V感染症に対する日本歯科医師会の基本的態度の宣言について
2. H I V感染者歯科診療に積極的に取り組むか、具体的な指針の提示について

[回答]

1. 日本におけるエイズ感染の拡大防止及びH I V感染患者を含むすべての患者が安心して円滑に歯科医療を受けることができるよう日本歯科医師会は力をつくします。
2. その具体的な方法として、日本歯科医師会全会員が、H I V感染患者に対してあらゆる患者と等しく適切かつ安心・安全な歯科治療を提供し、歯科医療従者にも同様に、安全・安心が確保される環境の整備を図ります。また、都道府県歯科医師会に対し、地区に選定されたエイズ中核拠点病院と連携を図り、上記の対応が円滑に果たされるよう本会より要請します。さらに日本歯科医師会広報、日本歯科医師会雑誌等を通じ、適切なH I V感染者歯科診療体制の周知に努めます。

注) この文章は 研究班が日本歯科医師会 大久保会長に提出した質問状への回答です。
日本歯科医師会が HIV 感染症に対する基本姿勢を明確にすることで、今後の班の活動に明確な指針を与えるものと考えています。また、中核拠点病院と地域歯科医師会の連携にも基本的な関係を構築する基礎を与えるものです。 なお、大久保会長は財団法人日本エイズ予防財団の理事でもあります。 F D I 会長も別途宣言を公表されています。(前田憲昭 会長は平成23年現在 評議員)

対策：日本歯科医師会に具体的な成果を求めます。また自主的にH I V感染者の歯科治療が全国で等しく提供される体制の確立が、何時になるか提示をして頂きたい。

2：HIV感染者歯科医療が一般歯科で受け入れられない背景

歯科はB，C型肝炎対策が来ているではないか？

B,C型肝炎対策が出来ていてもHIVが診れない理由

拠点病院システムがH I V感染者医療の認識の違いを生んでいる可能性

初期のH I V感染者医療受け入れ拒否と拠点病院システムの構築で

限定した医療機関が診療するものと認識されてきました。特別な対応が

必要なのではないか、と思われてしまいました。

また、最初に設定された拠点病院には、歯科医師養成機関がありませんでした。

対策：歯科診療だけを開業医に依頼するまえに、H I V感染者の医療のあり方を広く国民に知らせる必要があります。

3：歯科医療従事者が感染対策費を保険点数に盛り込むように要請する背景

同じ GNP の諸外国に比べて、歯科の技術点数が極端に低い現状があります。したがって、感染防御対策に出資する費用は、技術点数を割り込みます。

対策：臨床の現場の経営の厳しさを痛感しているため、一般開業歯科医師に厳しいことが言えません。

支出を抑制しながら、Standard Precautions の実施に一つずつ前進するように、研究班として励まし続けます。

5：医療体制班の活動

背景

- エイズ対策事業で歯科が研究代表者の活動がありません。
- エイズ対策予算の総額における歯科領域対策の予算総額は1%以下
- 研究班には権限がありません。
行政・歯科医師会・拠点病院に参加を呼びかけるが自由参加
患者を診るのは医療従事者の義務であるとの主張だけでは進みません。

対策：

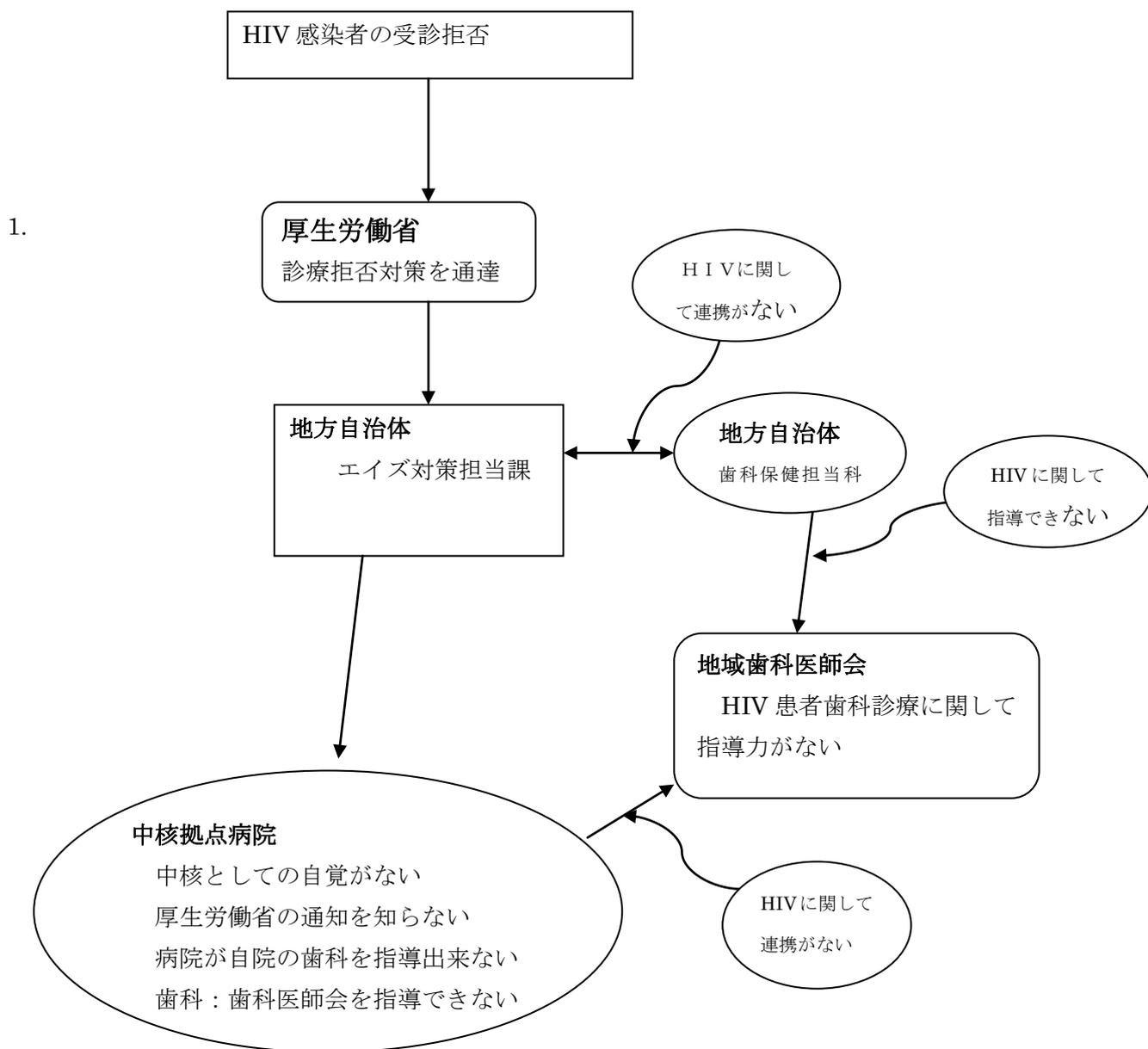
- ① ブロック拠点病院・中核拠点病院の改革
- ② ブロック拠点病院・中核拠点病院と当該歯科医師会のH I V感染者歯科診療ネットワーク立上げの義務化
- ③ 即効性の対応として、ブロック拠点病院歯科に歯科診療に関する対応を担う、コーディネーター歯科衛生士の配置
- ④ 歯科の HIV 診療体制整備班として
H I V感染症が明らかになって25年以上、もはや義務論を伝える時代ではない。観点を変えて、
病気の本質を正確に伝える
Standard Precautions の必要性を力説する
 - 何故必要か
 - どんなメリットが患者さんと医療従事者にあるか
 - 実施への努力が如何に歯科医療の質の向上に寄与するか

現在の国内の HIV 感染者歯科診療の実態

例外 東京都 神奈川県 北海道 広島県（*）

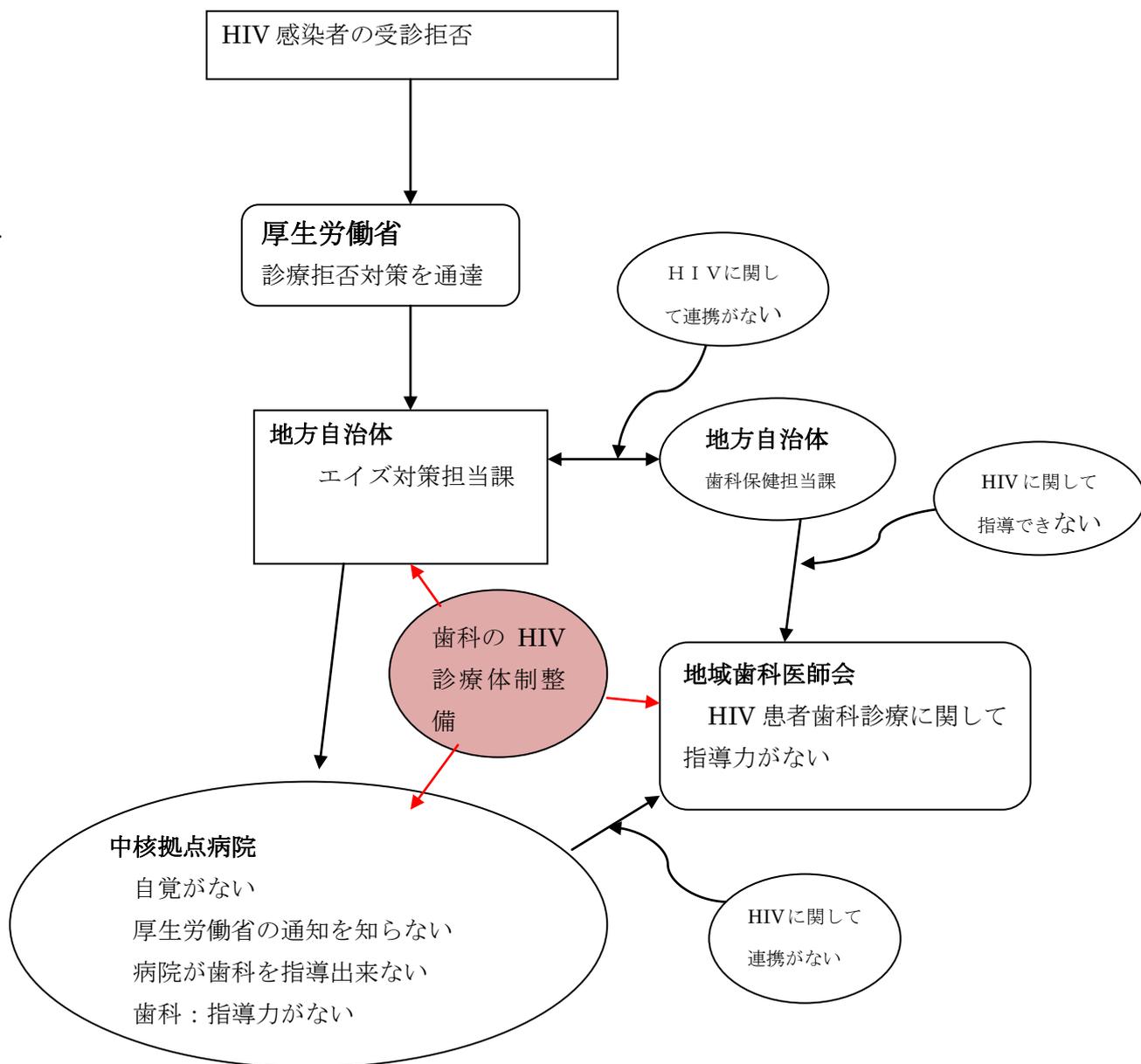
すでにネットワークを実施中の同都県の活動に関しては、「HIV 感染症歯科診療ネットワーク取り組み事例集」を参照して頂きたい。

* 中核拠点病院としての広島大学の活動（別途記載）

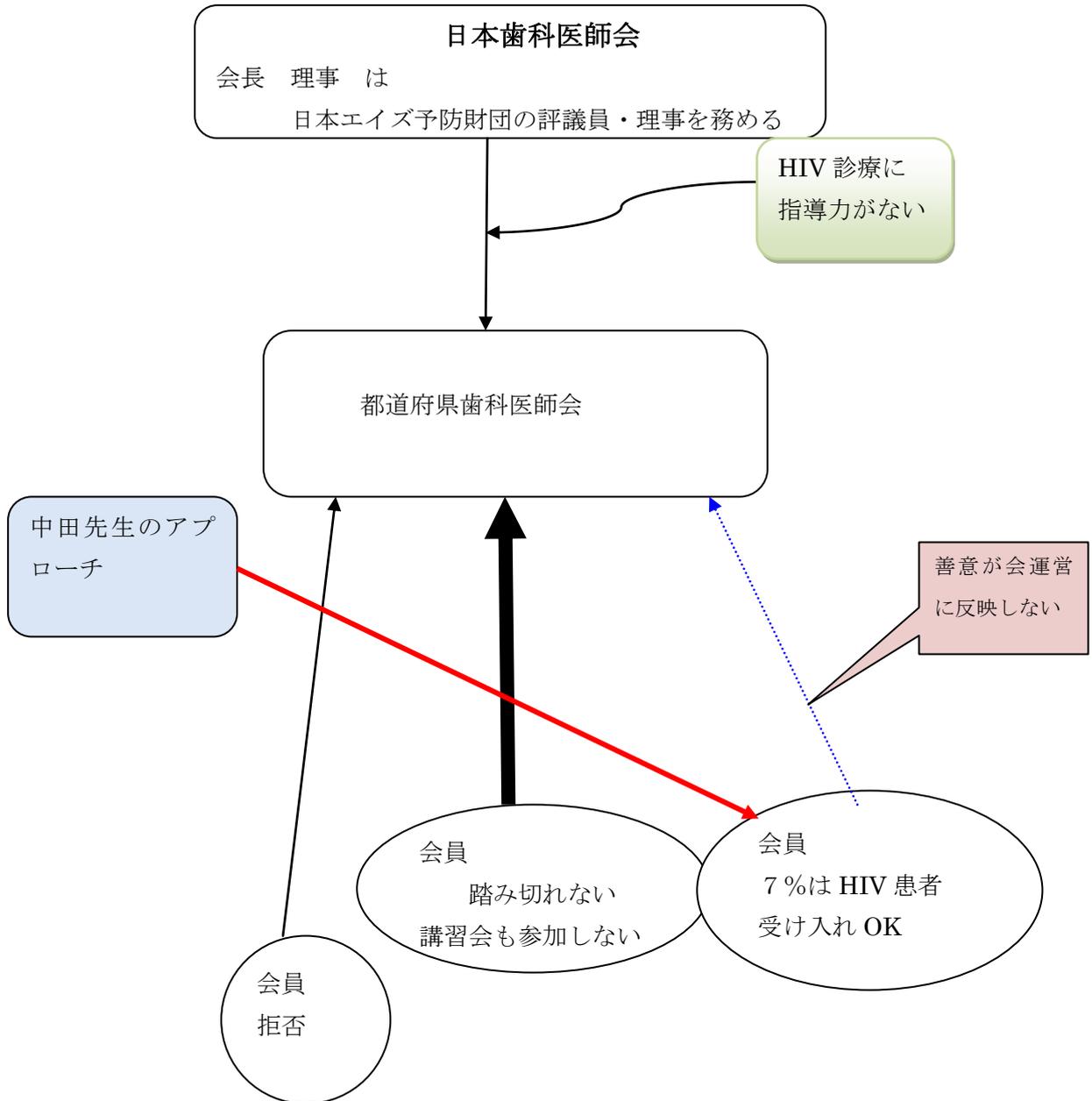


医療体制班 歯科の HIV 診療体制整備班の位置づけ

2.



日本歯科医師会と都道府県歯科医師会の構図



広島大学の取り組み（ブロック拠点病院・中核拠点病院としての模範）

これは平成23年2月6日に開催された研修会への案内です。厚生労働省の通達をよく理解されています。すべての府県で見習って頂きたと思います。

広島県歯科医師会 会長 山科 透

広島大学病院長 越智 光夫

第1回広島県歯科医師会の歯科医師及び院内歯科研修医のための HIV 感染症に関する講習会開催の案内

平成17年5月6日に厚生労働省医政局歯科保健課長から、「歯科医療機関における HIV 感染者等の診療体制について（依頼）」（医政歯発 第0506001号、健疾発第0506001号）が出されました。その主な内容は、HIV 陽性者等の診療を断る歯科医院が無いように、歯科医療従事者が HIV 感染症についての正しい理解を図り、適切な感染防止策を講じることにより、HIV 陽性者に対する歯科診療体制を確保することでした。

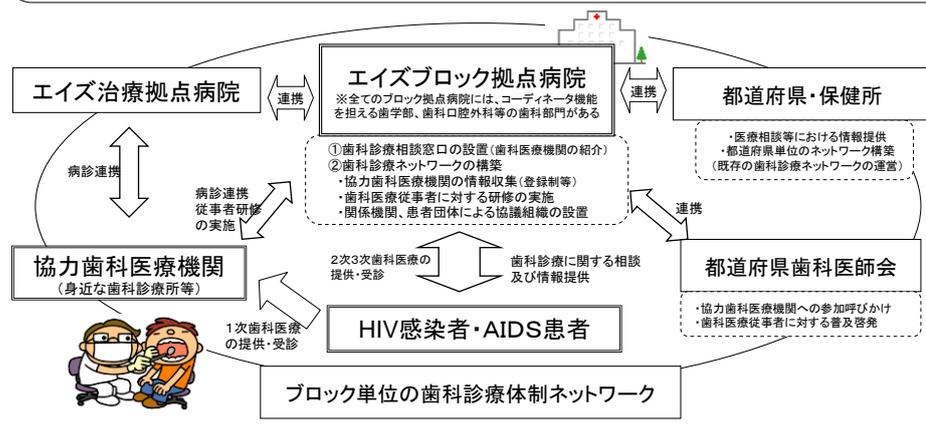
HIV 陽性者に対する歯科診療体制の確保には、エイズ拠点病院と地域歯科医師会との連携が必要であり、広島県においては広島県歯科医師会がエイズ拠点病院からの HIV 陽性者の歯科診療を受け入れるための HIV 歯科診療ネットワークが既に構築されています。このネットワークの構築は、HIV 陽性者がより近医での歯科受診を可能とする画期的な歯科診療体制の実現であると考えます。本邦では、HIV 陽性者の数は増加しており、今後、この歯科医療ネットワークに参加する歯科医師の確保が必要です。

本院は厚生労働省が定めたエイズ治療のための中国四国地方ブロック拠点病院として、医療従事者のための教育・研修の役割を担っております。つきましては、広島県歯科医師会の歯科医師および院内の歯科研修医にご参加頂き、歯科医療従事者が HIV 感染症についての正しい理解を図り、適切な感染防止策を講じることによって HIV 陽性者の歯科医療確保にご尽力くださるよう、別紙の通り、講習会を開催したく存じます。皆様、お誘い合わせのうえ、多数ご参加くださいますようご案内申し上げます。

ブロック拠点病院を中心としたHIV感染症歯科診療体制ネットワークの構築について(案)

本邦におけるHIV感染者、AIDS患者数は、年々増加傾向にあるほか、薬物療法の進歩により通常の社会生活を過ごすことが可能になりつつある。このため、HIV感染者・AIDS患者の方々が、日常生活に支障を来すことなく身近な地域で安心して歯科医療サービスを受けられる体制が求められている。しかし、実際には、歯科診療所の受入体制が不十分なため、HIV感染者が診療拒否等を恐れ、通院に時間のかかる拠点病院や大学病院等への受診を余儀なくされる場合や相談先がなく歯科治療を諦めている感染者、患者も多い。

このような状況を早急に改善するため、地域単位の歯科診療体制ネットワークの構築が必要である。具体的には、ブロック拠点病院を活用することが現実的かつ実効性があると考えられ、ブロック拠点病院に歯科診療に関する相談窓口を設置するほか、歯科医療従事者に対する研修や関係機関の連携促進を図る協議組織を設置するなど、各ブロックにおける歯科診療体制の構築を図るべきである。



課題克服班での HIV 陽性者歯科診療の取組

「HIVとその合併症の課題を克服する研究」

「HIV陽性者歯科診療の課題と対策」

研究分担者 中田たか志

平成 21 年度から課題克服班の分担研究「HIV 陽性者歯科診療の課題と対策」として、医療体制整備班での取組みとアプローチの方向を変えて、HIV 陽性者歯科診療を陽性者自身からの依頼や NGO 等の紹介、拠点病院医師・歯科医師等からの依頼、保健所からの依頼等で既に HIV 陽性者歯科診療を開始しているが地域にネットワークが構築されていない診療所のネットワークを構築し、その構築したネットワークの紹介機軸を地域の HIV 陽性者支援をしている NPO/NGO とする取組みを開始しました。

またそれらの地域で、歯科開業医として HIV 陽性者歯科診療を困難としている 3 大理由の設備の不備、スタッフの理解が得られない、風評被害の恐れが、本当にそうなのか？という視点、また HIV 陽性者歯科診療は拠点病院歯科で診療すべき事例なのか？という視点、歯科開業医が拠点病院歯科の歯科医師と決定的に違う経営者としての視点から、分担研究者が歯科開業医として 15 年以上 HIV 陽性者歯科診療に従事してきた経験と、開業医が現在置かれた現状の中での HIV 陽性者歯科診療の実際、また地域の拠点病院医師による HIV 診療についての総論とともに講習会を開催し、新たにこのネットワークに参加する歯科診療所を増やし、行政や歯科医師会主体の総合的なネットワークが構築できるまでのタイムラグを埋めるべく現実的な対策としての取組みを開始しており、昨年度までに大阪府、愛知県でこの取組みを開始し、ネットワークが構築されつつあります。

また本年度は大阪府、愛知県での取組みに加え、沖縄県、福岡県での取組みを開始する予定で進めています。

またこのネットワークへの参加のハードルを下げるために、歯科医師、歯科衛生士など、歯科医療従事者向けに、HIV 感染症や HIV 陽性者の現状、歯科におけるスタンダードプリコーションについての情報を提供し、その他の感染症をふくめた情報や対応について共有するネットワークである 1) 歯科医療従事者ネットワーク

HIV 陽性者歯科診療を既に取り組んでいる、または今後取組みを検討する歯科診療所のネットワークである 2) 歯科診療所ネットワーク

と二つのネットワークを構築し HIV 陽性者歯科診療の裾野を広げる取組みをしています。

<http://hiv-dentalnet.com/index.html>

合併症及び併発症への対応

「HIV/HCV重複感染者の肝硬変 (に対する肝移植)」 に関する資料

HIV感染症患者の予後

HAART登場以降HIV感染例の予後は改善。

1995年以降、HIV感染例の死亡数は減少するとともに、死因に大きな変化が見られた。

1997年-2000年に死亡した135人のHIV (+) 患者のうち、

AIDS関連死（日和見感染による死亡）は約50%。

残りの約半数のうち、約90%は肝疾患関連であり、多くはHCV感染症による死亡であった。

(Collaborations in HIV Outcomes Research United State, 2001)

厚生労働省委託事業

血液凝固異常症 全国調査

平成20年度
報告書

財団法人エイズ予防財団

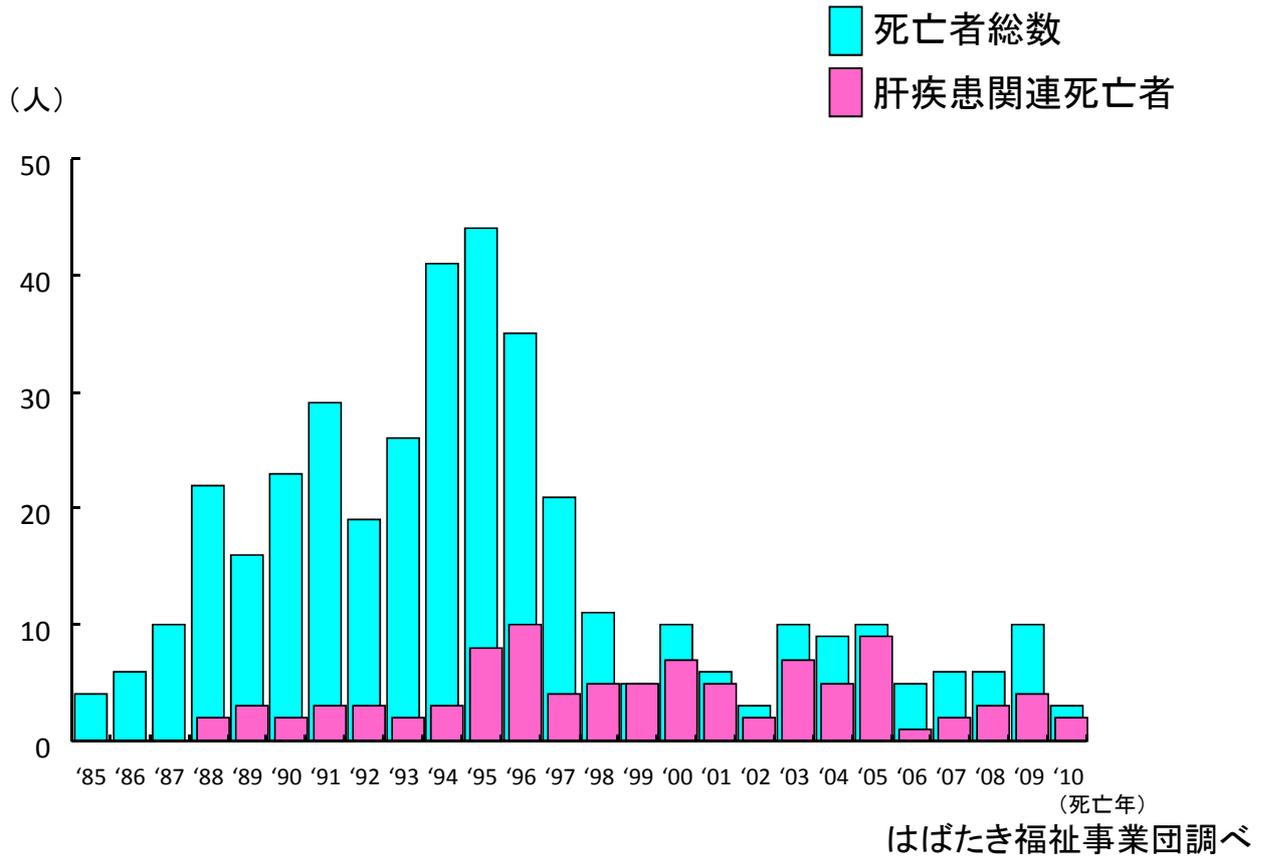
はじめに	
I. 緒言	1
II. 調査方法	1
(1) 対象と方法	1
(2) 調査用紙	1
(3) 同意取得に関する書類	1
(4) 集計方法	2
III. 調査結果	2
(1) 調査票の回収状況	2
(2) HIV非感染の血液凝固異常症	2
① 平成20年5月31日現在で生存中のHIV非感染血液凝固異常症	2
② 生存中の類縁疾患症例内訳	9
③ 血友病におけるインヒビター症例	9
④ 家庭療法および定期補充療法について	11
⑤ HIV非感染血液凝固異常症における死亡報告	12
⑥ 小児の血液凝固異常症数	13
(3) HIV感染血液凝固異常症、HIV感染後天性凝固異常症および2次・3次感染症例	14
① HIV感染症例総数	14
② HIV感染生存症例数	14
③ 新規のAIDS発症例	14
④ AIDS発症生存例数	14
⑤ HIV感染例の死亡報告	14
⑥ HIV感染後天性凝固異常症および2次・3次感染の症例	15
⑦ HIV感染死亡例の累積数	15
⑧ 血液凝固異常症の死亡例における死亡時のAIDS指標疾患の有無と肝疾患の有無	18
⑨ 血液凝固異常症における抗HIV薬の使用状況	23
⑩ リポジストロフィーおよび乳酸アシドーシスの状況	23
⑪ 血液凝固異常症におけるAIDS指標疾患の状況	24
⑫ HIV感染血液凝固異常症におけるCD4陽性リンパ球数とHIV-RNAコピー数	26
(4) 生存中のHCV感染血液凝固異常症におけるHCVウイルス量とウイルスのサブタイプ	27
(5) 生存中のHCV感染血液凝固異常症における肝疾患の病期	29
(6) 血液凝固異常症における肝疾患の治療状況	30
① インターフェロンによる治療状況	30
② 血液凝固異常症における肝炎症状の消失例	33
③ 肝移植の報告数	33
④ 肝硬変剤の使用状況	33
IV. 結論	33
V. 謝辞	34
調査通知文書	35
同意取得関係書類	39
医療調査票	43
調査協力施設一覧	53
血液凝固異常症全国調査運営委員会名簿	65

日本全国における血液凝固異常症総数

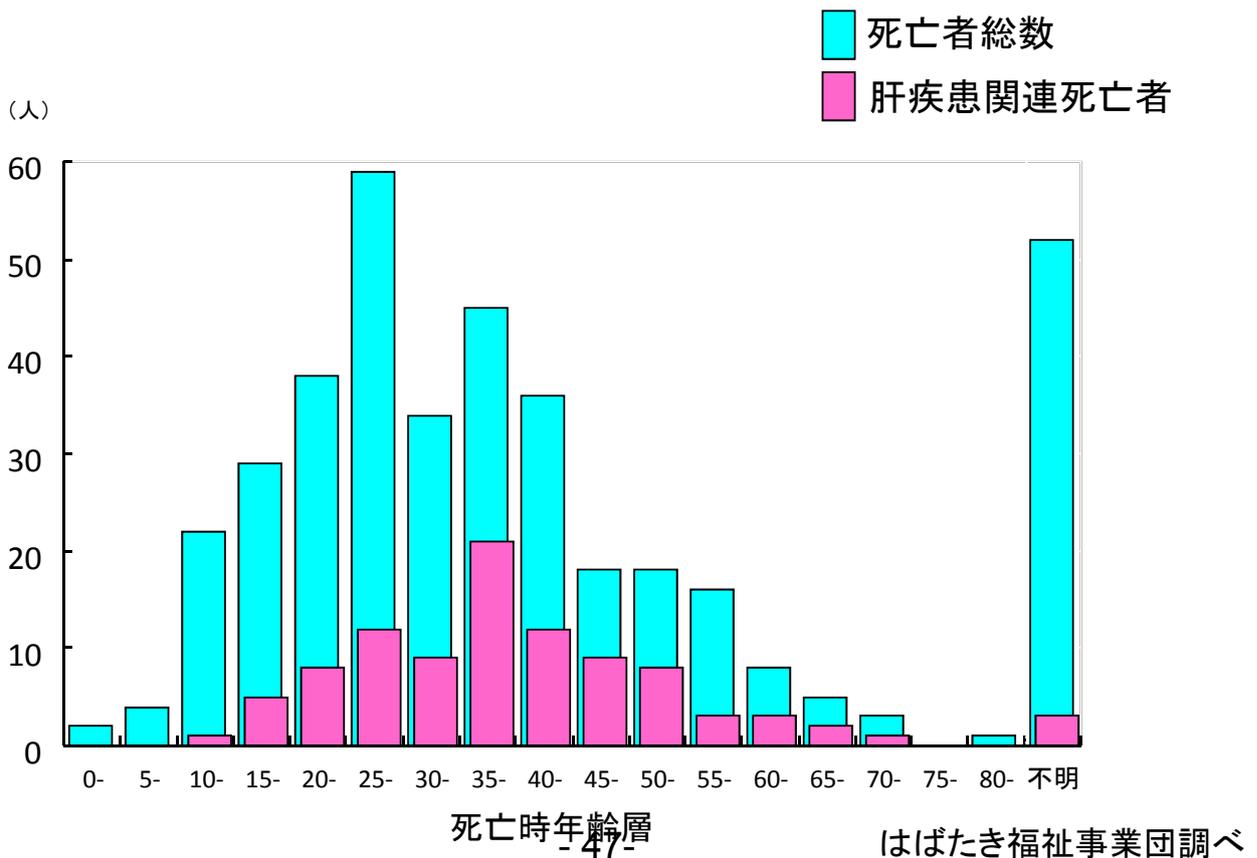
	血友病A	血友病B	VWD	類縁疾患	小計
HIV非感染生存	3609	733	885	448	5675
(男性)	3583	725	404	245	4957
(女性)	26	8	481	203	718
HIV感染生存	602	183	7	4	796
(男性)	602	183	2	1	788
(女性)	0	0	5	3	8
HIV非感染・感染生存合計	4211	916	892	452	6471
(男性)	4185	908	406	246	5745
(女性)	26	8	486	206	726
AIDS発症(生存)	123	41	2	0	166
(男性)	123	41	0	0	164
(女性)	0	0	2	0	2
HIV感染死亡(累積)	485	142	1	8	636
(男性)	483	140	1	6	630
(女性)	2	2	0	2	6
HIV感染総数(生存および累積死亡)	1087	325	8	12	1432
(男性)	1085	323	3	7	1418
(女性)	2	2	5	5	14

肝炎重複感染の方が97%と言われており、今後深刻な事態が予想されます。

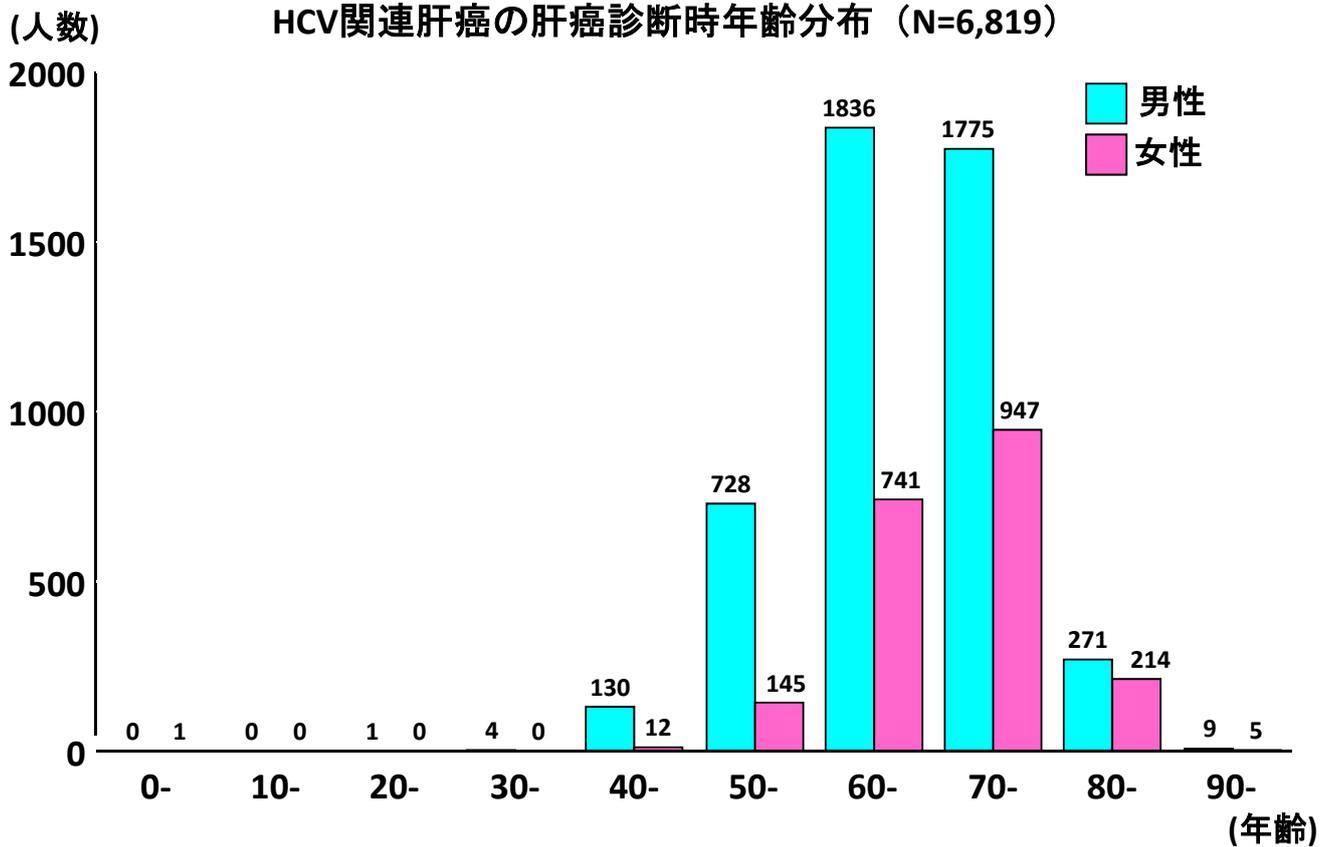
HIV感染者、死亡数の年次推移 (N=390)



HIV感染者、死亡時年齢別患者数の分布 (N=390)



1996-2008年の九州肝癌研究会登録症例
HCV関連肝癌の肝癌診断時年齢分布 (N=6,819)



N.Taura, N. Fukushima, H. Yatsushashi : Medical Science Monitor 2010

HIV/HCV重複感染者

- 肝硬変へ進行するのが早い。
- 若年で死亡する例あり。
- HAART薬剤の影響もありそう。



肝移植により救命できないか？

HIV/HCV重複感染者に対する肝移植

Impact of Human Immunodeficiency Virus on Survival After Liver Transplantation: Analysis of United Network for Organ Sharing Database

Ayşe L. Mindikoglu,^{1,4} Arie Regev,² and Laurence S. Magder³

Transplantation • Volume 85, Number 3, February 15, 2008

- HAART登場以降、1997年1月1日以降の肝移植症例（HIVの原因は問わず）.
- retrospective study.
- HIV (+) 137名、HIV (-) 30520名を対象.

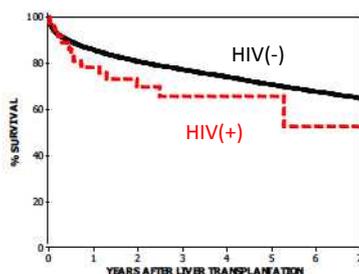


FIGURE 1. Comparison of survival probabilities of all human immunodeficiency virus (+) and non-human immunodeficiency virus patients after LT ($P < 0.047$).

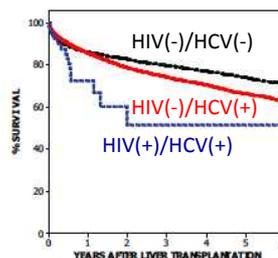


FIGURE 2. Comparison of survival probabilities of patients with human immunodeficiency virus (HIV)/hepatitis C virus (HCV) coinfection and non-HIV patients with and without HCV after LT ($P < 0.0001$).

HIV (+) HCV (-) 患者の予後は比較的良好.

HIV (+) HCV (+) 患者予後はHIV (-) HCV (+) 患者に比較して若干低下

わが国のHIV感染例に対する生体肝移植

2005年3月の時点で、HIV・HCV重複感染例に対する肝移植は、
東京大学6例、広島大学1例.

2011年頭でも日本で約10例程度の報告のみ

東京大学で肝移植を受けた6例

症例	予後	術後期間 (ヶ月)	IFN+ リバビリン治療	現在のHCV- RNA (KIU/ml)	HAART	HIV-RNA (copies/ml)
1	生存中	48	副作用にて中止	(-)	-	530
2	死亡	3	投与できず	421	-	16,000
3	生存中	26	完了	(-)	投与中	100
4	生存中	12	投与中	5,000	投与中	<50
5	死亡	5	投与された	881	投与された	470
6	生存中	3	投与中	1,530	投与中	440

(年齢等はプライバシー保護のため省いた)

(小池班報告書より)

当該患者のベースにあるもの

1. 免疫不全（HIV感染）
2. 肝炎ウイルスによる肝障害（HCV感染）
3. 先天性凝固異常（血友病）
4. 血管炎、門脈圧亢進症、（HIV関連サイトカイン、HARRT治療）
5. 薬剤性肝障害（HARRT治療）
6. 代謝異常（脂肪肝、NASH、糖尿病）



移植成績の向上のためには
多方面よりの研究が必要！

HIV・HCV重複感染 -HIVがHCVに与える影響-

• 10年後の肝硬変率 HCV単独 2.6%
 HIV/HCV重複 14.9% J Hepatol 1997;26:1-5.

• 血友病患者を対象
肝硬変への進行速い Br J Haematol 1996;94:746-52.
 Hepatology 1990;30:1054-8.
 J AIDS 1993;6:602-10.

非代償性肝硬変まで中央値15年で、HCV単独より、21倍risk高い。

Br J Haematol 1994;87:555-61.

肝硬変での累積死亡4倍。

Lancet 1997;350:1425.

肝疾患死亡率 7倍。

J Infect Dis 1999;179:1254-8.

肝癌もより早期に発症。

Am J Gastroenterol 2001;96:179-83.

HIVの進行と肝生検所見に関連なし。

Haemophilia 2002;8:668-73.

HIV・HCV重複感染 -HCVのHIVに与える影響-

- AIDS関連疾患死亡率 HIV/HCVではHIV単独に比較し1.7倍。 Lancet 2000;356:1800-5.
I型予後不良 Haemophilia 2002;8:534.
(Swiss) J Infect Dis 1997;175:164-8.
予後変わらない (USA) JAMA 2002;288:199-206.

Swiss: young, F, white v.s. USA: aged, African American

- PEGインターフェロン-Rib CD4陽性T 500/uI以上、 HIV RNA 10⁴以下
Clin Infect Dis 1996;23:585-91.
SVR率 44－65% AIDS 2002;16:813-28.

世界でのHIV感染者に対する肝移植の報告 (1)

報告年、移植施設 (報告誌)		n	生存	備考
2003 Pittsburgh (J Inf Dis ²¹)	HIV	24	3年 72.8%	患者死亡のリスクファクターはHCV+, CD4+<200 / μ l, HAART開始不可, HIV viral load>400 copies/ml。
	HIV+HCV	15	3年 56.9%	
2003 Pittsburg Miami (Liver Transpl ³⁹)	HIV+	16	14/16 生存	2例が肝障害にてHAART中止。 13/16が移植前に HIV検出感度以下。 CD4+<200 / μ l (6/16), <100 / μ l (2/16), 急性拒絶 (6/16), FKLレベル上昇 (6/16)。
	HIV+HCV	11		
2004 Review (Liver Transpl ³⁵)	全世界	51	80% 生存	68%がHCV重複感染。
	Pittsburg	29	20/29 生存	26%が血友病。
2004 King's (Liver Transpl ⁴⁰)	HIV+HCV	7	2/7 生存	4名はHCV再発、敗血症で死亡。 HBV再発なし。
	HIVのみ	7	7/7 生存	
2005 Madrid (Liver Transpl ⁴¹)	HIV+HCV	4	3/4 生存	1例17ヶ月でFCHIにて死亡。 CD4+<100 / μ l (2/16)。 急性拒絶(1/4), 日和見感染なし。
2005 Essen (Liver Int ⁴²)	HIV+HCV	5	2/5 生存	2生存例はHAARTあり。

世界でのHIV感染者に対する肝移植の報告（2）

報告年、施設名 (報告誌)		n	生存率	備考
2007 Barcelona (J HIV Ther ²⁸)	HIV+HCV (n>200)	Review	1年 50-55% (OLTなしで)	移植適応: CD4+>100 / μ l。HIV検出感度以下。 SVR率 15-20%。
2007 Miami (Transplantation ²⁹)	HIV+ HIV-	15 857	3年 73.3% 3年 79.4%	感染性合併症 26.7% vs 8.7% (p=0.006)。 適応: CD4+>100 / μ l, HIV<200 copies/mm ³ 。
2008 Vienna (Eur J Clin Inv ⁴³)	HIV-HCV HIV-HCV HCVのみ	31(移植後) 20 (移植前) 25(移植前)	SVR率 28% SVR率 50% SVR率 56%	免疫抑制剤はHCVウイルス量を増やす。 CD4+が保たれていればIFN効果的。
2008 UNOS (Transplantation)	HIV+ HIV-	137 30520	5年 60% 5年 70%	HCV+では予後悪い
2008 France (THEVIC study group) (Hepatology ³⁰)	HIV-HCV HCVのみ	35 44	2年 73% 5年 51% 2年 91% 5年 81%	多変量解析にて術前MELDスコアが生存に最も寄与。 HIV重複でF2以上への進展早い。 移植適応: CD4+>100 / μ l。HIV検出感度以下。
2009 France (J Hepatolo ⁷¹)	HIV+HCV	14	2年 93%	移植適応: HIV検出感度以下。AIDSなし。 FK、HAARTとも術後2Wより再開。FKの過剰投与 5/14 (36%)。 FCHで1例死亡。1年でF2 2、F3 1、F4(FCH) 2例。
2009 Bilbao, Spain (Transplant Proc ⁵⁸)	HIV-HCV HCVのみ	12 59	3年 62% 3年 84%(p=0.09)	患者生存、HCV再発、FCHの頻度など変わらない。

HIV: human immunodeficiency virus, HCV: hepatitis C virus, FCH: fibrosing cholestatic hepatitis, SVR: sustained virological response

エイズ予防指針作業班「第三 医療の提供」検討会

HIV/AIDS 患者の長期療養と在宅療養における課題について

独) 国立国際医療研究センター エイズ治療・研究開発センター (ACC)

看護支援調整職 島田 恵

○前提

- ・「療養」とは、治療（医療）と養生（生活）を行いながら暮らすことであり、HIV/AIDS 患者の療養期間は長期化している。
- ・「在宅療養」とは、自宅や施設など病院以外の生活の場で治療と生活を両立させながら暮らすことである。

○現状と課題

1. 長期療養が課題となる点

1) 外来受診の長期化 →在宅療養でいかに外来受診を継続するか

例：・脳梗塞後の ADL 低下のため自宅で介護サービスを利用

- ・進行性多巣性白質脳症（PML）治療後の内服確認、健康管理のため施設で介護サービスと訪問看護を利用
- ・外来における療養支援の再考

受診中断の予防と継続の支援、副作用のモニタリングと対処 など

2) 急性期病院における入院期間の長期化 →病院からいかに退院し在宅療養するか

2. 入院期間長期化の理由

1) 治療に長期間を要する

日和見感染症（悪性腫瘍、播種性非定型抗酸菌症など）によっては、治療期間が長期化する。

2) 急性期病院において医学的に退院可能となったが、他の理由で退院が難しい

(1) 医療ニーズが高く慢性期病院への「転院」が望ましい場合

①転院を要する主な目的

- ・併存・合併疾患の治療が必要 例：がん治療、依存症治療
- ・入院によるリハビリテーションが必要

例：PML、HIV 脳症等の中枢神経疾患発症後の ADL 低下に対し在宅療養までのリハビリテーション

②転院困難の主な理由

- i) 急性期病院側の理由
 - ・転院の見通しをたてるのが難しい
 - ・転院先を開拓するのが難しい
- ii) 慢性期病院側の理由
 - ・受け入れの経験や感染管理などの知識がない

- ・受け入れ後の入院期間の長期化は困る
 - ・医療区分の低さによる入院費用の採算性が低い
 - ・抗 HIV 療法のマルメによる医療費の問題
- iii) 患者側の理由
- ・転院に対する不安
 - ・キーパーソンの不在
- (2) 介護ニーズが高く病院ではない「自宅・施設への退院」が望ましい場合
- ①自宅・施設への退院を検討する理由
- ・高齢化に伴う障害 例：転倒骨折後の認知障害
脳梗塞後の ADL 障害
 - ・若年者のエイズ発症に伴う障害 例：エイズ脳症による高次機能障害
PML 後の ADL 障害
- ②自宅・施設への退院困難の理由
- i) 急性期病院側の理由
- ・在宅への退院の見通しを立てるのが難しい
 - ・施設を開拓するなど療養環境を整えるのが難しい
- ii) 在宅側の理由
- ・受け入れの経験や感染管理などの知識がない
 - ・一般的に高齢者、若年障害者に対する社会資源が不足
- iii) 患者側の理由
- ・入院継続の希望と在宅療養への不安感
 - ・キーパーソンの不在

3. HIV/AIDS 患者の背景的要因

転院または在宅療養に関する支援をすすめていく際、患者本人だけでなく、両親、同胞、配偶者や子供など患者の私的な関係者が支援者として鍵となる。しかし、支援者の方が年上（高齢）である場合が多く、また患者が家族等に対し病名を伝えることを望まない場合には、適切な支援を得られにくい事例がある。このような場合、その役割を医療チームとして補う必要があるが、医療現場のマンパワー不足と医療者の支援経験・スキル不足があり、支援を十分提供できていない可能性がある。

○提言

HIV/AIDS 患者が抗 HIV 療法によって免疫コントロール良好となった後も、治療経過や状態に適した療養の場を選択できることが重要である。

- ・広く保健・医療・福祉職に対し HIV/AIDS 患者の長期療養に関する啓発・教育を行う。
- ・長期療養支援を行う医療チームに対して支援に必要な技術の研修を行う。
- ・急性期病院の後方支援病院として、慢性期病院の採算性を踏まえた適切な技術評価をする。

抗HIV療法に伴う心理的負担、および 精神医学的介入の必要性に関する研究

平成22年12月6日

研究分担者 廣常秀人（大阪医療センター 精神科）

研究協力者 吉田哲彦 梅本愛子（大阪医療センター 精神科）
安尾利彦 大谷ありさ 倉谷昂志 森田眞子
藤本恵里 宮本哲雄 仲倉高広（臨床心理室）

HIV感染症と精神疾患

- ・HIV感染症患者の**17.5%**に抑うつ傾向、**24.3%**に高い不安、**13.0%**に認知機能の低下が認められた（国立大阪精神科 越智ら,2006）
- ・精神科診断名としては、うつ病(**25%**)、適応障害(**12.5%**)、人格障害(**10.7%**)、HIV脳症(**7.1%**)が高頻度で認められる(国立大阪精神科 廣常ら,2007)
- ・国内6施設での新規患者462名の中で精神科を受診した患者は44名(**9.5%**)であった(廣常ら,2008)
- ・海外の文献では、精神障害と抗HIV療法の服薬アドヒアランスとの関連性が多く指摘されている
(Whetten, et al,2008; Penge, et al,2007など)

感染症内科を初診のHIV感染症患者に心理検査を診療の一環で実施(2008年6月より)

GHQ30(精神健康調査票)

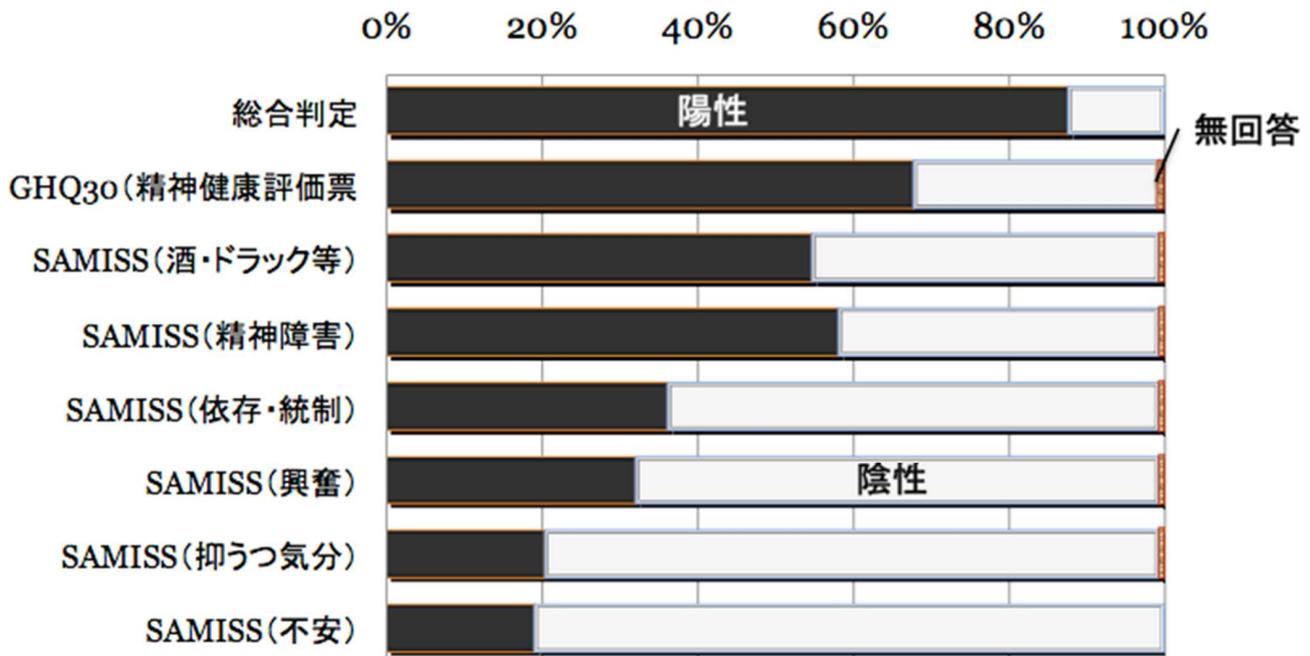
- 6因子(各5項目)30項目中、7項目以上で陽性(中川・大坊ら, 1996)
- (A) 一般的疾患傾向: 疲れ、主観的な病気の感覚など
 - (B) 身体的症状: 頭痛、頭重感、発汗など
 - (C) 睡眠障害: 早朝覚醒、入眠困難など
 - (D) 社会的活動障害: 仕事、日常生活がうまくいっているかなど
 - (E) 不安と気分変調: 怖さ、重荷、自信のなさ
 - (F) 希死念慮・うつ傾向: 望みの喪失、消えたい、死んだ方がまし、など

SAMISS(Substance Abuse and Mental Illness Symptoms Screener: 日本語版)

- アルコール摂取・薬物使用状況
- ・アルコール摂取: 13点中5点以上で陽性
 - ・薬物使用: 8点中3点以上で陽性
 - ・アルコール摂取・薬物使用の依存・統制: 8点中1点以上で陽性
- 精神症状
- ・過去1年間の精神症状(興奮、抗うつ薬服用、抑うつ気分、興味減退、不安、不安発作、心拍の異常、心的外傷体験、フラッシュバックの継続、心理的動揺による日常生活の障害)の有無: 1つでも有であれば陽性

GHQ30およびSAMISS 初診時の傾向

(08年6月~09年8月、n=146)



初診の1年後調査

調査期間:2010年1月～6月

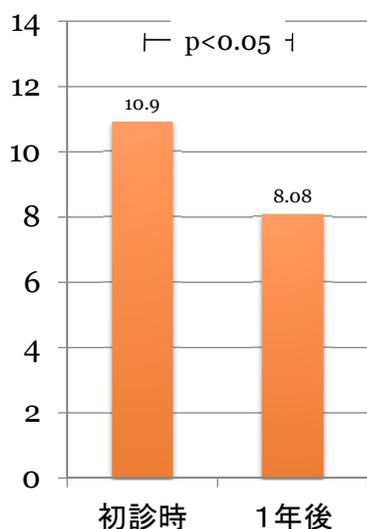
対象:初診より1年を経過し上記の期間中に受診し同意を得られた50名。(平均年齢:39.0歳)

追加の調査項目:1年間の生活での経験

- ・治療状況、服薬状況
- ・精神科受診、カウンセリング利用状況
- ・医療スタッフとの関係性に関する主観的評価
- ・配偶者、パートナー、友人、家族への告知や相談の状況と、関係性の変化の有無に関する主観的評価
- ・他のHIV感染症患者との接触の有無
- ・性に関する体験(性欲、性行動、主観的満足度)・・・など

GHQ30 1年後 vs 初診時

GHQ30の平均値は、初診時は10.9点で32名(64%)が陽性と判定されたが、1年後の平均点は8.08点となり、陽性と判定された人は21名(42%)に減少した。



	初診時	1年後
全得点	10.9±7.43	8.08±6.95*
一般的疾患傾向	2.42±1.68	1.80±1.56*
身体的症状	1.76±1.35	1.40±1.46
睡眠障害	2.44±1.83	1.90±1.91
社会的活動障害	1.24±1.45	0.64±1.08*
不安と気分変調	1.76±1.83	1.66±1.72
希死念慮とうつ傾向	1.24±1.84	0.84±1.42

* : $p < 0.05$

1年後に、全得点、一般的疾患傾向、社会的活動障害で有意に改善

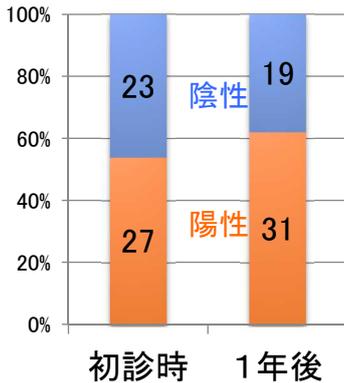
SAMISS 1年後 vs 初診時

飲酒・物質使用関連 (n=50)

① 飲酒・物質使用・物質に対する依存・統制 各項目の得点および陽性判定数

	初診時	1年後
飲酒	4.55±3.34(23名)	4.43±3.27(23名)
物質使用	0.41±0.71(0名)	0.37±1.25(1名)
依存・統制	0.59±0.49(15名)	0.88±1.41(21名)

② 飲酒・物質使用 陽性者の割合



☆1年後は陽性例が微増。

☆有意な差は見られなかった。

③ 飲酒・物質使用状況 陽性・陰性のクロス集計

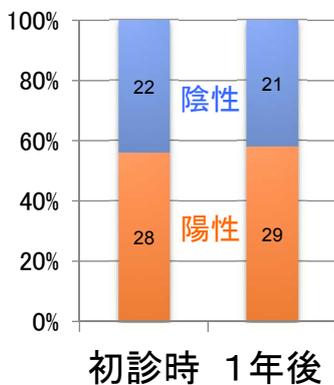
		1年後	
		陽性	陰性
初診時	陽性	20(40%)	7(14%)
	陰性	11(22%)	12(24%)

☆初診時は陰性であったが、1年後に陽性となる人が11名(22%)認められた。

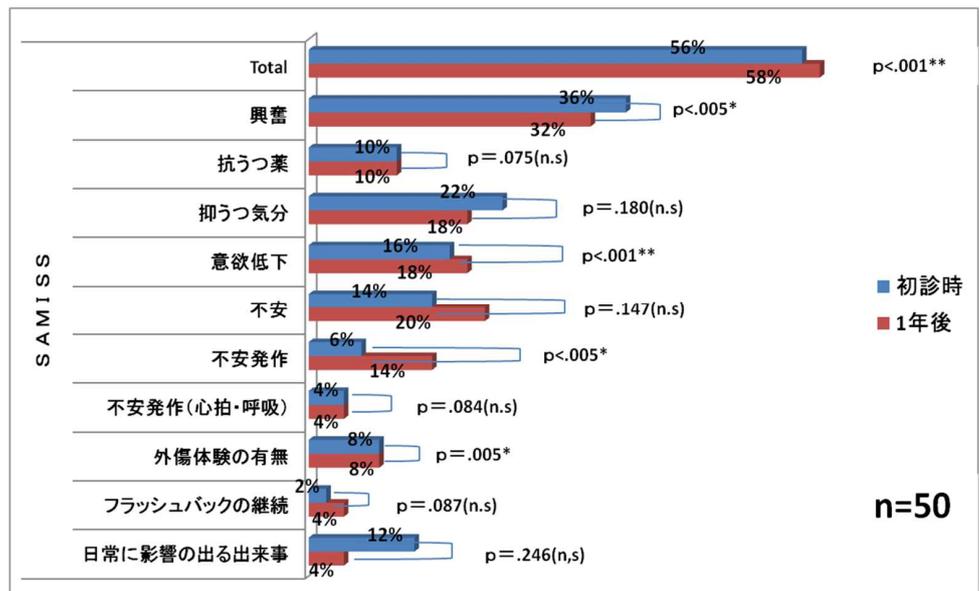
SAMISS 1年後 vs 初診時

精神症状 (n=50)

① 精神症状 陽性者の割合



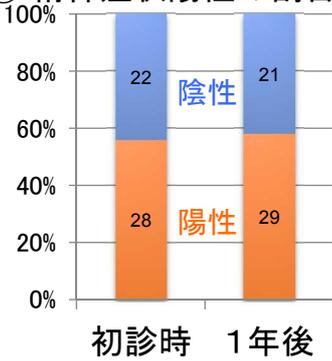
② 精神症状 全体および各因子における陽性割合の比較



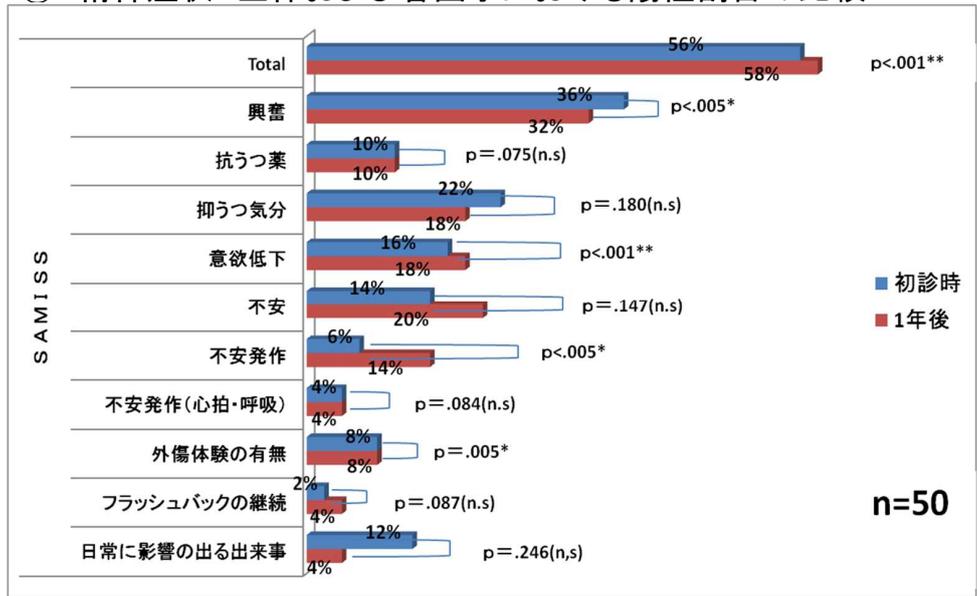
☆興奮は1年後に陽性判定割合が有意に減少しているが、意欲低下や不安発作は1年後に陽性判定割合が有意に増えていた。

SAMISS 1年後 vs 初診時 精神症状 (n=50)

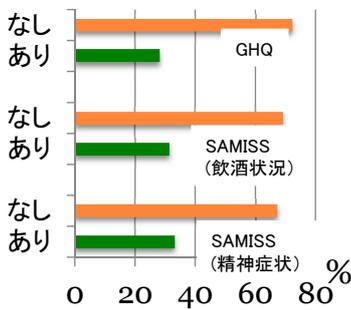
① 精神症状陽性の割合



② 精神症状 全体および各因子における陽性割合の比較



③ カウンセリングの有無による1年度の陽性割合



☆興奮は1年後に陽性判定割合が有意に減少しているが、意欲低下や不安発作は1年後に陽性判定割合が有意に増えている。

← いずれも有意差は認められなかったが、カウンセリングの「利用あり」群の方が1年後の陽性判定割合は少なかった。

考察

- ・GHQ30の結果からは、全体的には初診から1年後においてメンタルヘルスが改善することが認められた。
- ・しかしSAMISSの結果から1年後において部分的にメンタルヘルスの悪化が認められること、1年後においてもGHQ30では約4割、SAMISSでは約6割が陽性と判定されることから、感染告知からある程度時間が経過したあともメンタルヘルスのフォローが必要と考えられる。
- ・約2割において初診時は飲酒・物質使用で陰性ながら1年後に陽性と判定されることなどから、告知後の様々な情緒に対処するためにアルコールや薬物が用いられている可能性が考えられる。
- ・カウンセリング利用経験と1年後のメンタルヘルスの改善との間に関連が認められた。利用経験のない群のメンタルヘルスをフォローする必要性が示唆された。

課題提起

- ・HIV感染症患者の1割が精神科を受診していた。
- ・初診時のメンタルヘルススクリーニングでは大半が陽性判定であり、精神的・心理的介入のニーズは高いと考えられた。
- ・カウンセリングによるメンタルヘルスの改善傾向が観察された。
- ・特に、精神疾患を有する例では服薬の自己中断が多く認められた。服薬アドヒアランスや定期的な受診行動の維持などの保健行動の観点からも、心理的介入および精神医学的介入が必要と考えられた。

提言

- 診断早期よりメンタルヘルススクリーニングを含む精神医学的介入を効果的に行うことが、必要である。また、医療従事者に対する、HIV感染患者に対する精神医学的介入に関する講習を実施し、精神疾患の早期発見し、HIV感染症全体の治療効果を高めることも重要。今後、このような精神疾患等の克服に関する研究は重要であり、推進されなければならない。予防指針の見直しも、患者の目線を常に意識した、現場に即したものであってほしい。

エイズ対策においてHIV陽性者の人権の尊重はすべての施策の根幹にかかわる問題であると認識します。国連合同エイズ計画（UNAIDS）が最重点課題とする HIV 予防・治療・ケア・支援の普遍的アクセスはHIV／エイズやHIV陽性者に対する偏見・差別がない状態でこそ実現できるものです。

予防指針においても人権の尊重が謳われ、（１）個人情報保護の徹底 （２）患者等及び個別施策層に対する偏見、差別の撤廃に関する普及啓発の努力、が明記されているにもかかわらず、政府および地方自治体において実質的な人権啓発は行われていないのが実情です。

さらに、陽性者が増加する中、予防指針において「個人を尊重した十分な説明と同意に基づいた保健医療サービスの提供」の規定があるにもかかわらず、検査時の本人同意が軽視され療養生活の質的低下を来している現状が依然として認められる。

そこで今回の予防指針見直しについて以下の４点を提言します。

1、個人情報保護の再確認

2、HIV陽性者への差別禁止をより具体的に明記すべきこと

（ア）医療機関全般においてHIV陽性であることを理由にした診療拒否の禁止、及び実質的診療拒否が行われないよう徹底指導を行うこと（歯科、産科、外科、透析科、耳鼻咽喉科、等）。特に術前検査、妊婦健診などにおいてHIV陽性が判明した患者への対応は検査を行った医療機関が人道的立場から患者の人権に十分な配慮を行い、責任を持って治療を行うべきこと。

（イ）拠点病院において全科対応を徹底指導すること。（不当理由による転院などの実質的診療拒否の禁止）

（ウ）HIV陽性であることを理由とした実質的就労拒否（正当な理由なき配転、出向、転籍、等）

3、行政が行うべき人権啓発の具体的対象と内容として明確化された事項を遵守すべきこと

（ア）文部省、労働省、法務省等の関連省庁や地方公共団体と連携して、患者等や個別施策層に対する偏見や差別の撤廃のための正しい知識の普及啓発を行うとともに、偏見や差別の撤廃に向けての具体的な資料を作成する

（イ）医療機関および医療者を対象とした啓発

（ウ）患者等及び個別施策層に対する偏見、差別の撤廃

（エ）学校や職場における偏見や差別の発生を未然に防止するためには、学校や企業に対して、事例研究や相談窓口等に関する情報を提供する

4、検査時指針として「十分な説明と同意に基づいた個人を尊重した保健医療サービスの提供」の徹底

HIV感染の特性にかんがみ、検査、診療、相談、調査等の保健医療サービスのすべてにおいて、検査受診者及び患者等に説明と同意に基づいた保健医療サービスが提供されることが重要であり、そのためにも、希望する者に対しては容易に相談の機会が得られるようにしていくことが重要である。

平成23年2月16日

後天性免疫不全症候群に関する特定感染症予防指針への意見
「人権の尊重」について

エイズ予防指針作業班 班長 木村哲 様

班構成員 大平勝美

一、人権の擁護及び個人情報の保護

人権の擁護 本来国民ではあるが1人の人として弱い立場にある個人の人権を保護するために、人権の擁護が謳われているが、HIV/AIDSについて国が一疾患を特定しての法律を作り特別な感染症としての位置づけをしたことで、偏見差別の定着化が起きてしまったことは、当該偏見や差別の大きな原因でもある。この反省の下に単独の予防法は廃止され、新感染症法に統合された。しかし、20年以上の定着化された、偏見差別の感情を起こさせる人への刻みつけは未だに深く沁み込んでいる。これを解消させるには国の強い責任感と指導力の発揮が必要だが、人権の擁護についての指導力の発揮は実感に乏しい。特に、一番に解消が求められる医療関係者・医療機関での偏見差別が今もって一番強い。就労についても感染者の医療関係者・学生への人権侵害が強く、それも陰湿な形で横行している。

現在は、当事者の勇気と支える人たちの熱情で、社会参加の突破口を拓けている。

1. 感染を確認するための検査機関への検査・相談について、差別的対応などが起きないように、当事者への人権の擁護及び情報の取り扱いについては、検査機関・保健所、医療機関等々でその保護を徹底するとともに、窓口等々の関係者についての研修の徹底が求められる。
2. HIV 感染症患者の医療環境の改善に伴い、患者が社会参加し日常生活者としての活動が大きなウエイトを占めてきた。そのため、生活基盤の就労、そしてサポートする医療機関、医療保険事務担当部門、ハローワークや就労斡旋・相談窓口、企業について、人権侵害が起きないように徹底した保護を保持するとともに個人情報の保護に努めることを責務とする。
3. また、人権侵害や保護についての不安や実際の問題が惹起された場合の苦情相談・侵害是正のための相談窓口を確立し、適正な措置を講じられるようにする。
4. 相談の保護
5. 報道についての配慮
6. 歯科での医療偏見差別は20数年来の未解決事項。いいかげんに、国の責任をもって解決し、日常診療の中で歯科診療が確保することが大切

二、偏見や差別の撤廃への国の責務

1. 薬害 HIV 感染被害者と国との協議で、偏見差別の解消への取り組みは、国の責務となっている。しかし、薬害 HIV 裁判和解から 15 年になろうとしている現在も、患者の生活を支える就労について、HIV/AIDS への偏見差別、また患者らへのいわれのない偏見差別が、社会参加に大きな壁を作り、病名を告げて安心して仕事に励める環境に程遠い。4 年前から企業や経団連、厚労省の担当部局、就労斡旋業者、医療者、支援団体、当事者らが協働で就労環境の改善のための積極的な活動を始めた。ただし、更に国が企業等を後押しする積極的な人権擁護策としてこの活動を牽引する必要がある。国のリーダーシップの欠如が就労を代表するように社会生活上での偏見差別解消の進まない点でもある。
2. HIV/AIDS についての、人権教育と健康教育との一体化が必要
命が大切とパートナー等の健康の大切さ、感染すると生涯治療の必要性と持続的自己管理を保持する努力、社会には多様且つ個性豊かな人たちがいることのやわらかい心の育みが必要。HIV/エイズ教育の反省と転換期。
3. 医療者医療機関等々の保護を重視した検査姿勢から、個人の健康や利害を考慮した検査視点をより大切に
最近、医療機関の汚染を考慮しての無断検査・強引検査が横行していることがマスコミで取り上げられている。特に医療者・医療機関の保護が盛んに言われていて、HIV/AIDS の背景を下に人権感覚を特に強めてある指針等々への遵守が忘れられている。患者の置かれてきた道程を考えれば、医療者・医療機関の傲慢さを早急に改善させることが必要。
特に、インフォームドコンセントが日本において盛んに言われているが、形式的、本当に患者に分かりやすく説明しているのか、その後の苦情処理システムができているのかが疑わしいところでの HIV/AIDS の検査のやり方は、患者不在で容認できない。
4. 偏見差別の解消は、国の責務。
感染者・患者が不安なくくらせる生活環境の確保が要。
患者が希望を持って療養を目指せ、安心して生活の糧を得る就労環境の確保。
医療機関での偏見差別がまかり通っている現状を早急に改善する。

ありがとうございます。よろしく申し上げます。

エイズ患者の人権とその環境

第4回エイズ予防指針作業班(2011.3.15.)

町野朔

(上智大学法学研究科、上智大学生命倫理研究所)

エイズ予防指針(改正案) 「第6 人権の尊重」

- 一. 人権の擁護及び個人情報保護の保護
 - － 個人情報保護以外の人権とは？
- 二. 偏見や差別の撤廃への努力
 - － 「偏見」「差別」の内容は？
- 三. 個人を尊重した十分な説明と同意に基づく保健医療サービスの提供
 - － インフォームド・コンセント
 - － 治療を受ける権利

「偏見」「差別」の内容

- 「偏見」が問題だと言われるとき、その内容を明らかにして議論しなければならない。
- 感染の可能性に関する偏見
 - 患者に行動の自由を認めることに対する反対に結びつく
 - この偏見の除去には医学的知識の普及が必要
- 感染経緯に由来するスティグマ
 - 性風俗(CSW)、同性性行為(MSM)、薬物乱用
 - Cf. エイズ予防法5条(医師の指示及び報告)但し書き:ただし、当該感染者が血液凝固因子製剤の投与により感染したと認められる場合には、当該感染者について報告することを要しない。
 - 感染した血友病患者への「偏見」の中身は？
 - この「偏見」の問題は医学的認識とは別の次元
- 「偏見や差別の撤回の努力」はこの2点を区別して、行われることが必要。

医療を受ける権利

- エイズ予防法(予防)から感染症法(感染症の予防及び感染症の患者に対する医療)へ
- カミングアウト、医療を阻む「偏見」
 - 実際上の社会生活の制約
- AIDS/HIV医療について特に考慮すべきこと
 - 医療の長期化
 - 薬害被害者への支援
- エイズ予防指針:個人を尊重した十分な説明と同意に基づく保健医療サービスの提供

医療の強制⇨インフォームド・コンセント

- エイズ予防指針：個人を尊重した十分な説明と同意に基づく保健医療サービスの提供
 - Cf. 伝染病予防法は隔離の措置を規定。命令違反には罰則。
 - Cf. エイズ予防法は医師の指示、患者の協力義務を罰則なしで規定。
- エイズは5類感染症
 - 健康診断の勧告・強制なし
 - 入院の勧告・強制なし
- 感染症法のエイズへの対応は今後も堅持されるべきものと思われる。

行動の自由

- STDの防止のためには感染者等の性行動の自由を規制すべきかが問題
 - 異性間の性行為
 - 同性間の性行為
- エイズは5類感染症
 - 健康診断受診勧告、就業制限、入院勧告の対象ではない。
 - 消毒その他の措置もとられない。
 - 性行為の規制はない。
 - Cf. エイズ予防法
 - 感染者は、人にエイズの病原体を感染させるおそれが高い行為をしてはならない。罰則なし。
 - 健康診断受診命令に違反したときには罰金刑。
- 他人に感染させたときには故意・過失の傷害罪として処罰されることがあるのは別論。
 - HIV positiveと「傷害」の概念
- 医師の指示は規定されていない。
 - Cf. エイズ予防法は医師の指示、患者の協力義務を罰則なしで規定。
- この現行法の態度は維持するという前提で対策を考えるべきである。

プライバシーの保護とエイズ・サーベイランス

- 7日以内の医師の届出—最寄りの保健所長—都道府県知事—厚生労働大臣(12条1項2号)
- 届出事項
 - 年齢、性別
 - その他、厚生労働省令で定める事項
 - 「当該者の職業及び住所」「当該者の所在地」は規定されず。
 - サーベイランスの目的のためには、届出事項はこれで十分かについての議論は必要であろう。
- Cf. エイズ予防法
 - 「当該感染者の年齢及び性別、当該感染者がエイズの病原体に感染したと認められる原因その他厚生省令で定める事項」の都道府県知事への届出
 - →都道府県知事による健康診断受診勧告、指示に至る。
- 個人情報の保護
 - 関係者の守秘義務違反の処罰
 - 個人情報の保護とエイズ・サーベイランス

エイズと人権：基本的視点

- 感染症に関する法的対応の歴史
 - 伝染病予防法(明治30年)
 - 性病予防法(昭和23年)
 - 結核予防法(昭和26年)
 - らい予防法(昭和28年)
 - 後天性免疫不全症候群の予防に関する法律(エイズ予防法)(平成元年)
 - 以上すべてを統合したのが、感染症の予防及び感染症の患者に対する法律(感染症法)(平成10年)
- 公共の利益(伝染の防止)と患者の権利(患者の医療と患者の自由)の保護とのバランスの問題
 - 社会の権利—エイズ蔓延の防止
 - AIDS/HIV罹患者の権利
- 感染症法はそれぞれの感染症の種類に応じたバランスをとっている。
 - エイズは5類感染症
 - 情報の収集と公開が主要な関心事
 - それ以外についてはエイズは通常の疾病と異ならない。
- 以上の基本的態度を前提としながらの基本指針(9条)の策定
 - 正確な知識に基づいた政策決定が必要である。
 - 現在の動向
 - 楽観すべき状態ではないこと
 - 感染経路として若年男性の同性性行為によるものが増加していること
 - しかし、それでも発生率は高くはないこと
 - AIDS/HIVの病態
 - 医学的対応方法の存在
 - 感染の経路、感染の確率

「人権の尊重」について

「人権」については、HIV感染の有無に限らず、疾病の如何によって差異があってはならないものである。しかしながら現在のHIV感染者およびエイズ患者のおかれた状況は、残念ながら漠然としたものではなく歴然とした差別・偏見があると言わざるを得ない。

今回の後天性免疫不全症候群に関する特定感染症予防指針の見直しの議論にあたり、人権の尊重に関して以下の3つを提言いたします。

1. すべての医療機関において差別・偏見を無くすこと。

HIVを診ている診療科以外、外科・産科・精神科・耳鼻咽喉科・皮膚科・歯科・透析科等の他診療科で差異があってはならない。たとえ1つの診療科であっても医療機関の診療拒否は他の国民からみれば、偏見・差別を容認し助長していくことに繋がっていく。医師に限らず医療従事者全て形式的・実質的に関係無く診療拒否を禁止する。これは大きな総合病院だけではなく、地域の診療所や医院にも当然あてはまる。特に今後は診療所や医院でのHIV診療について地方自治体や地域医師会の更なる強い指導力を期待するとともにバックアップやフォロー等の協力・支援体制の速やかな構築を強く要望する。

2. 正確な情報の周知徹底。

わからないことや見えないことは誰でも不安を覚える。その僅かな不安から不正確な情報が重なって社会の中に差別・偏見が助長されていく。特に報道機関は常に正確な情報を発信していかなければならない。過去、80年代や90年代のエイズ報道、近年の新型インフルエンザ報道にみられるような(1部なのかもしれないものの)、結果として感染者を追い込めるようなことがあってはならない。

個人はもとより社会で偏見差別を解消していくには、教育現場や地域社会・企業等でのアップデートされた正確な情報の共有が必須であり、初等～大学教育のみならず社会教育の現場での人権教育の徹底について関係する省庁でもある文部科学省との実効ある連携を強く要望する。

3. 関連省庁との更なる連携について。

国務大臣たる厚生労働大臣は内閣の構成員であり、本法律は厚生労働大臣発の告示であり、内閣つまり国がその責を負うことでもある。公示した厚生労働大臣がその責務を全うすることは当然なものの、関連する省庁も同様に責務がある。2の文部科学省のみならず、法務・外務・総務・警察等の国の各省庁が一体となってより密接に連携し、実効ある人権尊重の政策を推し進めることが肝要である。具体的には各省庁の担当者が汗をかいて知恵を絞っていくことが重要なのではないか。尚、これまでに実施された関係省庁連絡会議、形式的とまでは言わないものの会議の回数を含め、内容も更に1歩も2歩も踏み込んだ議論になることを切に要望する。

エイズ普及啓発対策の全体像について

新しい予防戦略の時代

- 欧米での HIV/STD 流行の再燃に見られるように、HIV/STD 予防は従来の予想よりも難しいことが認識されるに至り、2008 年から「複合予防 combination prevention」という新しい予防概念が提唱されるに至り、世界的に定着した。
- 複合予防は、マルチゴール（性経験遅延 相手の数減少、コンドーム使用）、マルチレベルアプローチ（個人、集団、社会）、マルチスコープ（社会的要因、制度的要因）の、包括性の高い予防戦略であり、根本要因を踏まえた上での社会的総力戦とも言える戦略。

具体的にできることは何か。

- ポピュレーション戦略とハイリスク戦略を組み合わせた系統的な対策が必要である。
- ポピュレーション戦略は、ゲートウェイ戦略（学校での対策）とパブリック戦略（公共空間での対策）に分けられる。
- ゲートウェイ戦略は学校という枠組みの中で行うもの（集団教育、個別指導）であり、確実で、既存資源(教員)を利用でき、かつ長期効果を期待できる戦略である。
- パブリック戦略には、マスコミ戦略（マスコミによる全国的キャンペーン）、地域戦略（保健所による地域社会での対策）、サイバー戦略（web サイトやメール等を利用したサイバー空間での対策）がある。

マスコミ戦略は強力であるが、極めて高価で一過性という欠点がある。地域戦略としては、研究エビデンスからは、ポスターを用いる対策の有効性が示されている（注：人口1万対30枚以上のポスター配布で知識・検査増。医療機関貼付がテレビに匹敵する曝露率）。サイバー戦略は、広域に短時間でキャンペーンができ、現代社会の対策として開発・推進が必要。研究エビデンスから、予防 URL 情報普及を、広く、深く、波及的に促進する条件が明らかになりつつある（保健所配布、ピア配布が有効）。

- ハイリスク戦略には、コミュニティ戦略、検査戦略、医療機関戦略がある。コミュニティ戦略は、我が国でも MSM を中心に推進されているが、コミュニティの構築・維持に多大の労力・時間・費用がかかり持続性の担保が必要。検査戦略は、HIV/STD 検査に訪れた人々を対象とするもので、非常に効率の高い戦略である。ただし、保健所の枠を超えたプログラム展開が必要となっている。医療機関戦略は、受診する HIV/STD 患者に対する啓発普及で、医療機関の理解・協力が必要である。

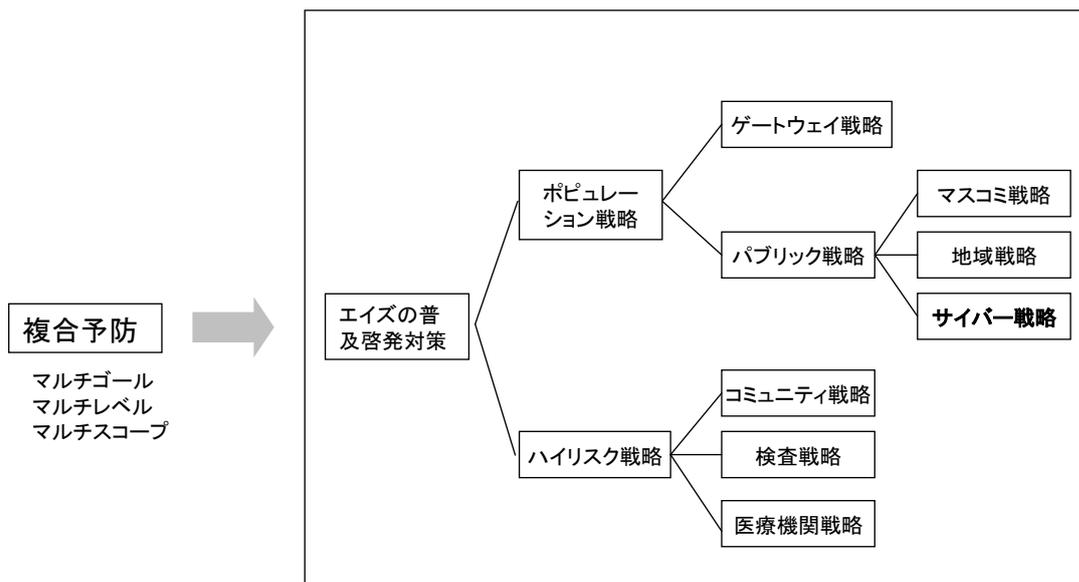


図 エイズ普及啓発対策の全体構造について

患者等及び個別施策層に対する普及啓発の強化（MSM）

専門委員 日高庸晴

MSM 対象の全国インターネット調査の調査結果

- 学齢期における同性愛についての情報提供とエイズ予防教育（図 1～2）

1999 年以降に実施した全国 MSM インターネット調査（累積 2 万人）では、全体の 90% を超える者が学齢期の教育現場で、セクシュアリティに関する適切な情報提供がされておらず、男性同性間の HIV/AIDS 予防について学校で情報提供を受けた割合は全国平均で 12.7% に留り、現在の感染拡大状況に適した教育が実施されていない可能性がある。また、性的指向に特化した思春期のライフイベントは中学校・高校の学齢期に集中して発生していることが示唆されている。これらのことから、思春期の MSM の自己肯定感を育む機会や自尊心を傷つけている教育現場や社会環境があることを否定出来ない。多様なセクシュアリティへの理解や少なくとも中立的な情報提供が不可欠であり、関連する機関と情報を共有すると共に適切な対策が急務である。
- 抑うつ割合の高さ（抑うつスクリーニング項目 CES-D による判別）

全体の 42%（2008 年調査）が抑うつ傾向であり、この割合は他集団のおよそ 2 倍であると推定されている。数多くの欧米の先行研究においても、異性愛ではない性的指向への差別や偏見、生きづらさなどが精神健康に影響を与え、そのことが HIV 感染の脆弱性を高めると指摘されており、メンタルヘルス対策をも含んだ HIV 対策が必要である。
- HIV 抗体検査生涯受検経験割合（表 1～3）

2005 年、2007 年および 2008 年に実施した全国 MSM インターネット調査では、HIV 抗体検査生涯受検経験割合は全国平均 41.7～44.9% であり、東京都在住者（2005 年 53.4%、2007 年 52.1%、2008 年 53.4%）、大阪府在住者（2005 年 45.1%、2007 年 48.3%、2008 年 49.6%）といった都市部における割合が高い一方、それ以外の地域在住者での受検割合は比較的低いことが示された。
- 過去 1 年間の HIV 抗体検査受検経験割合（表 1～3）

過去 1 年間の受検経験割合においても生涯受検経験割合とほぼ同様の傾向であり、全国平均で 22.6～24.1% であった。東京都在住者であれば 30% 近くの受検経験割合だが、生涯経験割合同様に地方都市のそれは低いことが分かった。

○ 過去1年間の HIV 抗体検査受検者における受検場所（表 4～6）

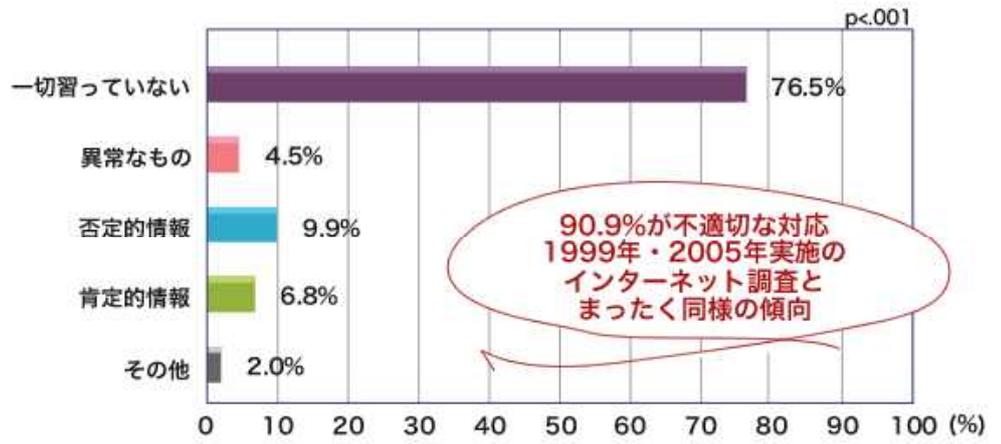
都市部では病院・医院での受検が最多（2008年調査によれば東京都在住者で過去1年間の受検者のうち37.9%、表6）であるのに対して、地方都市では保健所の利用割合が最も高かった。このことから HIV 抗体検査の受検環境について俯瞰すれば、都市部において MSM にとって個々人のニーズに応じた選択肢が増加している一方、地方都市においては保健所に集中しており検査環境の選択肢が少ないと言える。大都市以外の地域において保健所の果たす役割やその期待は大きいと考えられる。医師や保健師など検査に従事する者は、性的指向への正しい認識を持つことや MSM の特徴を理解した面接技法や健康教育手法を身につけることが重要であり、その研修機会を積極的に整備することも急務であると考えられる。

○ 自己申告の HIV 陽性割合（表 7～9）

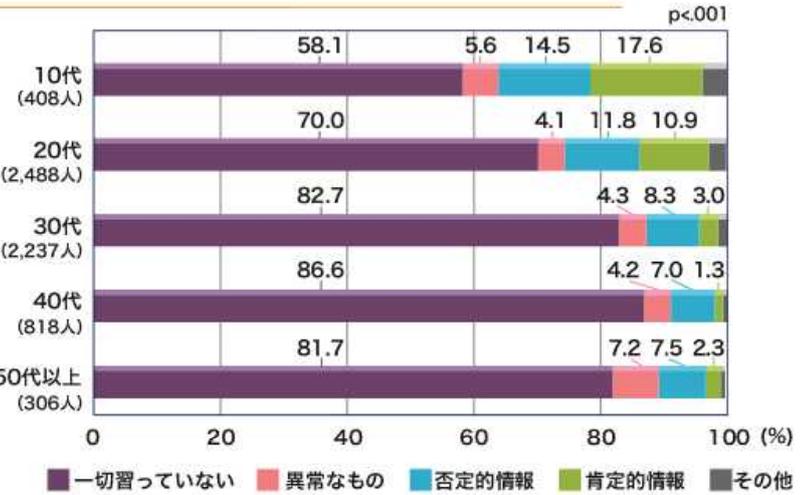
インターネット調査の参加者によれば、都市部だけではなく地方都市でも感染が拡大していることが示されている。このことから、保健所を中心としたより良い検査環境の整備が必要である。その際には地方都市においては地方独特の地縁・血縁等の人間関係があることや、プライバシーや人権尊重に配慮した環境整備・検査機会の提供が必要であると考えられる。

図. 1

教育現場でのセクシュアリティ教育や同性愛に関する情報提供の圧倒的不足



年代別では



1999年調査 n=1,025
2005年調査 n=5,731

Yasuharu Hidaka

図. 2 思春期におけるライフイベント平均年齢 (研究参加者数 1,025人)

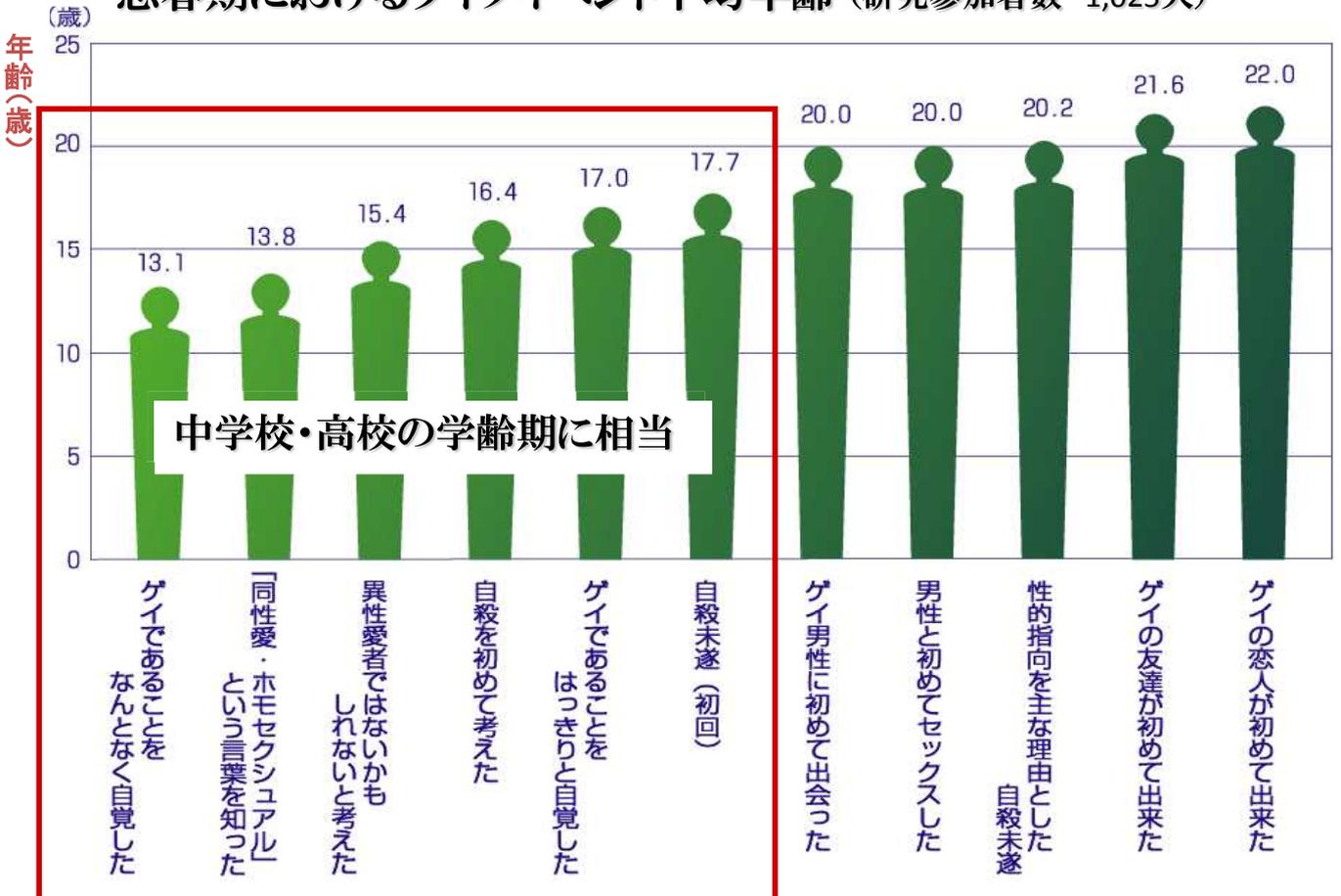


表1. 2005年 全国MSMインターネット調査(過去1年のHIV抗体検査受検割合) 有効回答数5,731人

北海道・東北	関東	東京	信越・北陸	東海	愛知	近畿	大阪	中国・四国	九州・沖縄	福岡	無回答	全体
n=374	n=1,311	n=1,479	n=173	n=221	n=280	n=513	n=541	n=285	n=251	n=217	n=86	n=5,731
これまでにHIV抗体検査を受検した p<.001												
108 (28.9)	505 (38.5)	790 (53.4)	66 (38.2)	83 (37.6)	127 (45.4)	189 (36.8)	244 (45.1)	92 (32.3)	83 (33.1)	82 (37.8)	21 (24.4)	2,390 (41.7)
過去1年間にHIV抗体検査を受検した p<.001												
60 (16.0)	264 (20.1)	421 (28.5)	26 (15.0)	46 (20.8)	70 (25.0)	104 (20.3)	144 (26.6)	63 (22.1)	49 (19.5)	41 (18.9)	10 (11.6)	1,298 (22.6)

表2. 2007年 全国MSMインターネット調査(過去1年のHIV抗体検査受検割合) 有効回答数6,282人

北海道・東北	関東	東京都	信越・北陸	東海	愛知県	近畿	大阪府	中国・四国	九州・沖縄	福岡県	無回答	全体
n=479	n=1,298	n=1,468	n=186	n=241	n=343	n=523	n=592	n=378	n=376	n=316	n=82	n=6,282
これまでにHIV抗体検査を受検した p<.001												
137 (28.6)	519 (40.0)	765 (52.1)	70 (37.6)	94 (39.0)	174 (50.7)	211 (40.3)	286 (48.3)	163 (43.1)	147 (39.1)	124 (39.2)	27 (32.9)	2,717 (43.3)
過去1年間にHIV抗体検査を受検した p<.001												
76 (15.9)	274 (21.1)	399 (27.2)	38 (20.4)	52 (21.6)	102 (29.7)	106 (20.3)	147 (24.8)	75 (19.8)	69 (18.4)	66 (20.9)	14 (17.1)	1,418 (22.6)

表3. 2008年 全国MSMインターネット調査(過去1年のHIV抗体検査受検割合) 有効回答数5,525人

北海道・東北	関東	東京都	信越・北陸	東海	愛知県	近畿	大阪府	中国・四国	九州・沖縄	福岡県	無回答	全体
n=417	n=1,161	n=1,347	n=154	n=235	n=325	n=497	n=570	n=313	n=247	n=180	n=79	n=5,525
これまでにHIV抗体検査を受検した p<.001												
142 (34.1)	463 (39.9)	720 (53.4)	65 (42.2)	98 (41.7)	149 (45.8)	203 (40.8)	283 (49.6)	140 (44.7)	110 (44.5)	73 (40.6)	33 (41.8)	2,479 (44.9)
過去1年間にHIV抗体検査を受検した p<.001												
73 (17.5)	267 (23.0)	356 (26.4)	35 (22.7)	45 (19.1)	87 (26.8)	113 (22.7)	156 (27.4)	74 (23.6)	63 (25.5)	41 (22.8)	22 (27.8)	1,332 (24.1)

表4. 2005年 全国MSMインターネット調査 過去1年のHIV抗体検査受検者における受検場所

北海道・東北 n=60	関東 n=264	東京 n=421	信越・北陸 n=26	東海 46	愛知 n=70	近畿 n=104	大阪 n=144	中国・四国 n=63	九州・沖縄 n=49	福岡 n=41	無回答 n=10	全体(実数) n=1,298
保健所 p<.001												
27 (45.0)	102 (38.6)	98 (23.3)	7 (26.9)	15 (32.6)	27 (38.6)	29 (27.9)	70 (48.6)	34 (54.0)	26 (53.1)	26 (63.4)	3 (30.0)	464 (35.7)
病院や医院 p=.077												
19 (31.7)	78 (29.5)	139 (33.0)	11 (42.3)	14 (30.4)	19 (27.1)	28 (26.9)	24 (16.7)	17 (27.0)	11 (22.4)	10 (24.4)	2 (20.0)	372 (28.7)
南新宿検査・相談室 p<.001												
2 (3.3)	34 (12.9)	143 (34.0)	1 (3.8)	1 (2.2)	0 (0)	0 (0)	1 (0.7)	1 (1.6)	2 (4.1)	0 (0)	0 (0)	185 (14.3)
大阪の土曜常設検査 p<.001												
1 (1.7)	4 (1.5)	3 (0.7)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	16 (15.4)	15 (10.4)	1 (1.6)	1 (2.0)	0 (0)	0 (0)	41 (3.2)
夜間検査 p=.064												
4 (6.7)	9 (3.4)	10 (2.4)	0 (0)	4 (8.7)	0 (0)	6 (5.8)	11 (7.6)	2 (3.2)	0 (0)	2 (4.9)	1 (10.0)	49 (3.8)
土曜検査 p=.187												
2 (3.3)	9 (3.4)	11 (2.6)	3 (11.5)	1 (2.2)	0 (0)	4 (3.8)	2 (1.4)	1 (1.6)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	33 (2.5)
休日検査 p=.317												
2 (3.3)	19 (7.2)	14 (3.3)	0 (0)	4 (8.7)	3 (4.3)	7 (6.7)	8 (5.6)	3 (4.8)	0 (0)	1 (2.4)	1 (10.0)	62 (4.8)
HIV検査イベント p<.001												
4 (6.7)	6 (2.3)	11 (2.6)	2 (7.7)	6 (13.0)	18 (25.7)	4 (3.8)	13 (9.0)	1 (1.6)	3 (6.1)	1 (2.4)	1 (10.0)	70 (5.4)
自宅検査キット p=.097												
8 (13.3)	10 (3.8)	20 (4.8)	2 (7.7)	1 (2.2)	0 (0)	6 (5.8)	3 (2.1)	5 (7.9)	3 (6.1)	2 (4.9)	0 (0)	60 (4.6)
その他 p=.041												
6 (10.0)	8 (3.0)	8 (1.9)	0 (0)	0 (0)	3 (4.3)	1 (1.0)	1 (0.7)	1 (1.6)	1 (2.0)	2 (4.9)	1 (10.0)	32 (2.5)

表5. 2007年 全国MSMインターネット調査 過去1年のHIV抗体検査受検者における検査場所

北海道・東北 n=76	関東 n=274	東京都 n=399	信越・北陸 n=38	東海 n=52	愛知県 n=102	近畿 n=106	大阪府 n=147	中国・四国 n=75	九州・沖縄 n=69	福岡県 n=66	無回答 n=14	全体(実数) n=1,418
保健所 p<.001												
35 (46.1)	99 (36.1)	104 (26.1)	16 (42.1)	14 (26.9)	45 (44.1)	48 (45.3)	56 (38.1)	32 (42.7)	40 (58.0)	41 (62.1)	7 (50.0)	537 (37.9)
病院や医院 p<.001												
18 (23.7)	77 (28.1)	141 (35.3)	10 (26.3)	14 (26.9)	12 (11.8)	26 (24.5)	42 (28.6)	15 (20.0)	8 (11.6)	14 (21.2)	2 (14.3)	379 (26.7)
南新宿検査・相談室 p<.001												
1 (1.3)	39 (14.2)	105 (26.3)	1 (2.6)	1 (1.9)	1 (1.0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (1.5)	1 (7.1)	150 (10.6)
大阪の土曜常設検査(CHARM) p<.001												
0 (0)	1 (0.4)	3 (0.8)	1 (2.6)	0 (0)	0 (0)	8 (7.5)	21 (14.3)	1 (1.3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	35 (2.5)
夜間検査 p<.001												
8 (10.5)	11 (4.0)	2 (0.5)	1 (2.6)	2 (3.8)	2 (2.0)	9 (8.5)	11 (7.5)	2 (2.7)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	48 (3.4)
土曜検査 p=.580												
2 (2.6)	11 (4.0)	8 (2.0)	1 (2.6)	0 (0)	1 (1.0)	4 (3.8)	3 (2.0)	1 (1.3)	1 (1.4)	0 (0)	0 (0)	32 (2.3)
休日検査 p=.046												
3 (3.9)	15 (5.5)	9 (2.3)	0 (0)	3 (5.8)	4 (3.9)	3 (2.8)	6 (4.1)	7 (9.3)	0 (0)	0 (0)	1 (7.1)	51 (3.6)
HIV検査イベント p<.001												
4 (5.3)	7 (2.6)	7 (1.8)	2 (5.3)	14 (26.9)	33 (32.4)	6 (5.7)	7 (4.8)	4 (5.3)	2 (2.9)	3 (4.5)	1 (7.1)	90 (6.3)
自宅検査キット p=.068												
1 (1.3)	17 (6.2)	17 (4.3)	0 (0)	5 (9.6)	5 (4.9)	2 (1.9)	4 (2.7)	7 (9.3)	2 (2.9)	1 (1.5)	0 (0)	61 (4.3)
その他 p=.277												
1 (1.3)	4 (1.5)	5 (1.3)	0 (0)	0 (0)	3 (2.9)	1 (0.9)	2 (1.4)	1 (1.3)	4 (5.8)	0 (0)	0 (0)	21 (1.5)

表6. 2008年 全国MSMインターネット調査 過去1年間のHIV抗体検査受検者における検査場所

	北海道・東北 n=73	関東 n=267	東京都 n=356	北陸信越 n=35	東海 n=45	愛知県 n=87	近畿 n=113	大阪府 n=156	中四国 n=74	九州・沖縄 n=63	福岡県 n=41	無回答 n=22	全体(実数) n=1,332
保健所(平日の昼間)	24 (32.9)	55 (20.6)	69 (19.4)	10 (28.6)	9 (20.0)	29 (33.3)	28 (24.8)	43 (27.6)	32 (43.2)	28 (44.4)	23 (56.1)	5 (22.7)	355 (26.7)
保健所(平日17時以降)	8 (11.0)	10 (3.7)	10 (2.8)	1 (2.9)	2 (4.4)	9 (10.3)	16 (14.2)	6 (3.8)	6 (8.1)	4 (6.3)	4 (9.8)	3 (13.6)	79 (5.9)
保健所(土日)	4 (5.5)	22 (8.2)	25 (7.0)	5 (14.3)	0 (0.0)	4 (4.6)	4 (3.5)	2 (1.3)	2 (2.7)	5 (7.9)	2 (4.9)	0 (0.0)	75 (5.6)
病院や医院	8 (11.0)	75 (28.1)	135 (37.9)	7 (20.0)	12 (26.7)	18 (20.7)	27 (23.9)	44 (28.2)	18 (24.3)	11 (17.5)	4 (9.8)	6 (27.3)	365 (27.4)
東京の南新宿検査・相談室	0 (0.0)	31 (11.6)	82 (23.0)	1 (2.9)	0 (0.0)	1 (1.1)	1 (0.9)	1 (0.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	117 (8.8)
大阪の木曜夜間検査	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	5 (4.4)	10 (6.4)	1 (1.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	16 (1.2)
大阪の土曜検査	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	8 (7.1)	22 (14.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	31 (2.3)
大阪の日曜検査	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	8 (7.1)	8 (5.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (4.5)	18 (1.4)
夜間検査	3 (4.1)	4 (1.5)	1 (0.3)	0 (0.0)	1 (2.2)	4 (4.6)	4 (3.5)	1 (0.6)	1 (1.4)	1 (1.6)	1 (2.4)	1 (4.5)	22 (1.7)
土曜検査	2 (2.7)	10 (3.7)	4 (1.1)	1 (2.9)	0 (0.0)	2 (2.3)	2 (1.8)	1 (0.6)	1 (1.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	23 (1.7)
休日検査	0 (0.0)	9 (3.4)	3 (0.8)	0 (0.0)	3 (6.7)	2 (2.3)	1 (0.9)	0 (0.0)	3 (4.1)	2 (3.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	23 (1.7)
HIV検査イベント	1 (1.4)	15 (5.6)	10 (2.8)	1 (2.9)	7 (15.6)	21 (24.1)	6 (5.3)	2 (1.3)	5 (6.8)	1 (1.6)	0 (0.0)	1 (4.5)	70 (5.3)
自宅検査キット(郵送で結果を確認するもの)	2 (2.7)	11 (4.1)	6 (1.7)	1 (2.9)	4 (8.9)	6 (6.9)	3 (2.7)	1 (0.6)	4 (5.4)	2 (3.2)	0 (0.0)	1 (4.5)	41 (3.1)
自宅検査キット(その場で結果を判定するもの)	1 (1.4)	3 (1.1)	3 (0.8)	0 (0.0)	1 (2.2)	2 (2.3)	1 (0.9)	1 (0.6)	1 (1.4)	1 (1.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	14 (1.1)
その他	4 (5.5)	10 (3.7)	3 (0.8)	0 (0.0)	1 (2.2)	5 (5.7)	3 (2.7)	1 (0.6)	0 (0.0)	1 (1.6)	2 (4.9)	0 (0.0)	30 (2.3)

表7. 2005年 全国MSMインターネット調査(自己申告のHIV陽性割合)

北海道・東北	関東	東京	信越・北陸	東海	愛知	近畿	大阪	中国・四国	九州・沖縄	福岡	無回答	全体
n=374	n=1,311	n=1,479	n=173	n=221	n=280	n=513	n=541	n=285	n=251	n=217	n=86	n=5,731
HIV感染症 p<.001												
12 (3.2)	50 (3.8)	127 (8.6)	4 (2.3)	12 (5.4)	19 (6.8)	19 (3.7)	29 (5.4)	11 (3.9)	3 (1.2)	13 (6.0)	7 (8.1)	306 (5.3)

表8. 2007年 全国MSMインターネット調査(自己申告のHIV陽性割合)

北海道・東北	関東	東京都	信越・北陸	東海	愛知県	近畿	大阪府	中国・四国	九州・沖縄	福岡県	無回答	全体
n=479	n=1,298	n=1,468	n=186	n=241	n=343	n=523	n=592	n=378	n=376	n=316	n=82	n=6,282
HIV感染症 p<.001												
10 (2.1)	32 (2.5)	66 (4.5)	0 (0)	5 (2.1)	15 (4.4)	12 (2.3)	33 (5.6)	8 (2.1)	9 (2.4)	7 (2.2)	2 (2.4)	199 (3.2)

表9. 2008年 全国MSMインターネット調査(自己申告のHIV陽性割合)

北海道・東北	関東	東京都	信越・北陸	東海	愛知県	近畿	大阪府	中国・四国	九州・沖縄	福岡県	無回答	全体
n=417	n=1,161	n=1,347	n=154	n=235	n=325	n=497	n=570	n=313	n=247	n=180	n=79	n=5,525
HIV感染症 p<.001												
10 (2.4)	43 (3.7)	93 (6.9)	2 (1.3)	4 (1.7)	11 (3.4)	13 (2.6)	42 (7.4)	13 (4.2)	6 (2.4)	5 (2.8)	6 (7.6)	248 (4.5)

■ 青少年対策

1. 青少年対策の重要性と有効性

個別施策層として、MSM 対策の重要性と同時に、大人社会の入り口にいる青少年に対する「ゲートウェイ戦略」は、極めて重要であると思われる。青少年には大きな多様性があり、当然のことながらリスクの高い層も含まれ、学校での予防教育が確実に実施されれば、費用もかからず一度に多くの対象に確実に情報が提供でき、差別/偏見の撤廃の観点からも重要であり、有効で効率的な予防対策の基礎になると考えられる。

2. 青少年の現状

近年、青少年の性行動は二極化傾向にある。筆者が毎年実施している全国中高生生活意識調査^{1~7)}によると、過去5年間の高校生の性交経験率は減少傾向を示し(男子6%減、女子7%減)、コンドーム使用率は上昇し(男子19%増、女子25%増)、より安全な状況になっていることが示されている。一方、早期性交開始群(中学生の経験者)は、過去5年間、減少はしておらず、同じ割合を保ち、しかもパートナー数は多数化し、コンドーム使用率も減少しており、よりリスクの高い状況になっていることから、青少年ハイリスク群への対処が不可欠であると考えられる。

また、上記同調査結果によると、中学3年生時点での性教育実施前のエイズ基礎知識レベルは、年々低下しており、エイズ基礎教育の普及方法の再検討が必要と思われる。

3. 青少年対策の現状と課題

①学外における啓発事業(地方自治体)

2007年度実施の全国保健所調査⁵⁾の結果によると、地方自治体による青少年エイズ予防対策は実施されているが、予算と人員と時間の制約のため、ポスター・パンフレットの配布活動を含む予防啓発活動全般が低迷化傾向にあると思われる。また、学校での予防啓発活動の占める割合は高いが、教育機関との連携は十分とはいえない。保健所による学校の側面支援として、保健所の保健師と学校の養護教諭のチームティーチングによる連携促進のための研修会開催等が必要であると考えられる。また、最近の調査結果⁸⁾によると、予防支援ニーズが高いにもかかわらず、アプローチが困難な学外および高卒後の青少年に対して、効果的で経済的な啓発方法としてケータイ Web サイト、青少年(ピア)ネットワークを用いた方法「サイバー戦略」が情報普及に効果的である可能性が示唆され始めていることから、今後の一層の科学的エビデンスの蓄積を急ぐ必要がある。

②学内における啓発活動(中学校・高校学校教育)

エイズ教育指定校が終了し、教職員のエイズ教育に対する意識は低下し、エイズ教育単独の授業時間確保が困難になったが、文部科学省や各都道府県教育委員会主催の性教育研修会は毎年開催されており、中でも、エイズ予防指針にも記載されガイドラインにも掲載されている「ゲートウェイ戦略」としての WYSH 教育が主要な教育として実施されている。参加校は年々増加し、参加都道府県も2010年度には43都道府県、参加生徒累積数も18万人に及んだ。参加校における生徒のエイズ関連知識の大幅増加、予防行動の促進が繰り返し観察されている。しかしながら、参加は各都道府県教育委

員会および各校の判断に委ねられているため、教育の地域差、学校差が大きい。近年、研修会予算・授業時間の制約が大きくなりつつあるが、この状況に即した実施可能性のある全国的なエイズ基礎教育普及体制の構築が喫緊の課題であると考えられる。

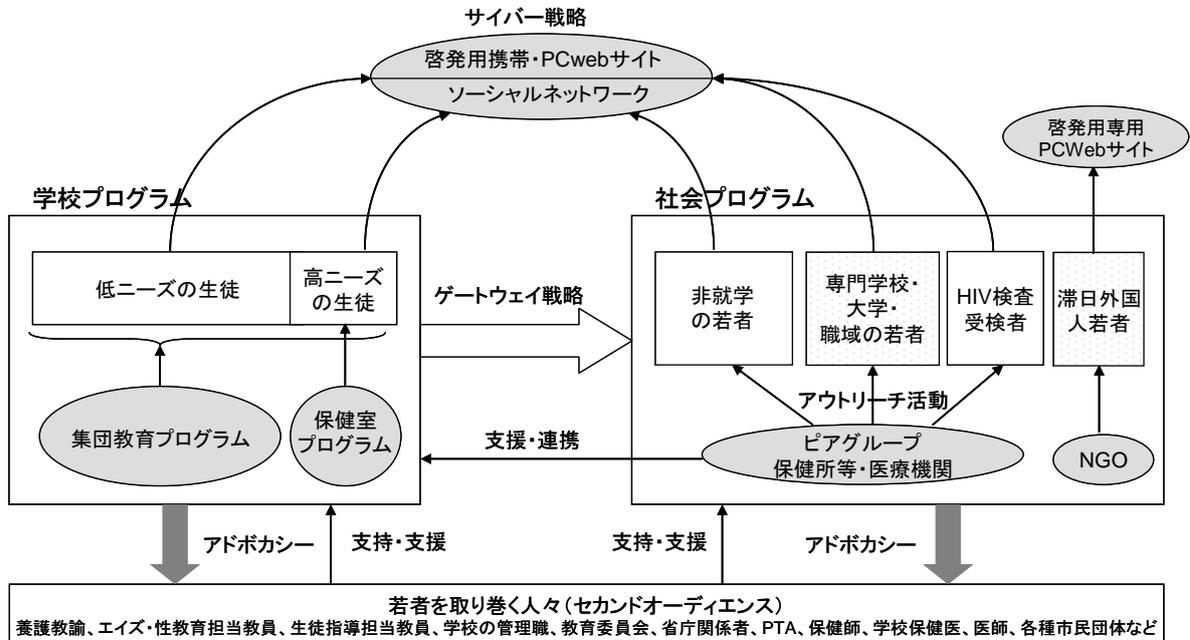


図. WYSHプロジェクトのプログラム構成

参考文献

- 1：厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業 「H I V感染症の動行と予防モデルの開発と普及に関する社会疫学的研究」班報告書（平成 15 年度）
- 2：厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業 「H I V感染症の動行と予防モデルの開発と普及に関する社会疫学的研究」班報告書（平成 16 年度）
- 3：厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業 「H I V感染症の動行と予防モデルの開発と普及に関する社会疫学的研究」班報告書（平成 17 年度）
- 4：厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業 「若年者におけるH I V感染症の性感染予防に関する学際的研究」班報告書（平成 18 年）
- 5：厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業 「若年者におけるH I V感染症の性感染予防に関する学際的研究」班報告書（平成 19 年）
- 6：厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業 「若年者におけるH I V感染症の性感染予防に関する学際的研究」班報告書（平成 20 年度）
- 7：文部科学省「性に関する教育」普及推進事業実践研究報告書（平成 21 年度）
- 8：厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業 「ポピュレーション戦略及びハイリスク戦略による若者に対する HIV 予防啓発手法の開発と普及に関する社会疫学的研究」班報告書（平成 21 年度）

エイズ予防指針「第七 普及啓発及び教育」

患者等及び個別施策層に対する普及啓発の強化(外国人)

仲尾唯治(山梨学院大学経営情報学部教授)

(厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業「個別施策層に対する HIV 感染予防対策とその介入効果の評価に関する研究」平成 21 年度総括・分担研究報告書より)

現状と課題

わが国における HIV/AIDS の累積患者・感染者数のほぼ 1/5 が外国籍となっている。多くの外国人は医療へのアクセスから遠ざかり、HIV/AIDS に対する根強いスティグマの中、結果として受検なしに状態を増悪させる結果となっている。

これら外国籍 HIV 陽性者の特徴として、①重症化してからの受診が多い、②受診中断率が高い、③死亡率が高い、④特定エリア出身者である、という点をあげることができる。そして、このことは当事者の健康問題だけではなく、わが国の医療システムに対しても未払い医療費の増加など、診療体制への負荷の問題を惹起する。

現状と課題を踏まえた提言

これらも、日本での外国人の早期医療アクセスや緊急医療が実現していれば避けられた可能性がある。医療へのユニバーサル・アクセスを希求する世界的な潮流の下、ブラジルやタイなど ARV 治療が開始された途上国が存在する。だが、わが国に在住する外国人はこれら出身国の状況の変化について情報が届かず、結果として劣悪な医療環境の下での生活を余儀なくされている事例が少なくない。これらの状況に対応するには、母国語による啓発に加え、通訳体制の整備、医療ケースワークの充実、NGO との連携、緊急医療後の出身国医療との積極的連携が期待される。

エイズ予防指針「第七 普及啓発及び教育」

患者等及び個別施策層に対する普及啓発の強化(性風俗に係る人々:セックスワーカー)

東優子(大阪府立大学人間社会学部准教授)

(厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業「個別施策層(とくに性風俗に係る人々・移住労働者)の HIV 感染予防対策とその介入効果の評価に関する研究」平成 21 年度総括・分担研究報告書より)

現状と課題

性風俗に従事する人々(セックスワーカー:SW)は、エイズ対策における接近困難な個別施策層であり、安全と人権に配慮した特別な施策を要するとされながらも、法的問題等を理由として、当事者ニーズに対応する具体的かつ有効な施策が取られていない。当該集団への具体的かつ有効な予防対策・支援については、歴史的に HIV 対策の谷間となってきたと言える。諸外国では、政府主導による「100%コンドーム使用政策」がこの層への有効な予防介入として知られているが、実施方法・法執行機関の対応いかんでは、当事者の不安全と人権の侵害につながることも指摘されている。たとえばコンドームの所持が売春の意思の証拠となって SW 逮捕に利用される、ステイグマを強化するなどの報告があるが、日本でも、売春防止法で禁止されている性交(ホンバン)を奨励することとなるので、現実にホンバンが行われる蓋然性が高いと想定されていたとしても、風俗店舗側はコンドームを準備することができない。当事者にしても、いつでも手の届くようなところに準備しておくことができない。また、マイノリティ層(外国人・MSM・トランスジェンダーなど)のコミュニティ内においてもカムアウトできない「複合差別」に直面しているのが SW であって、このことは SW 自身の自己主張力・交渉力を弱めるばかりでなく、量的な現状把握をいっそう困難にしている。

現状と課題を踏まえた提言

接近困難な当該集団に対する予防介入では、その効果はもちろんのこと、安全と人権を守りつつ持続可能な実施方法が重要であるが、その際重要になってくるのは「当事者参加型」および「当事者主導型」のアプローチである。この知見にのっとり、以下を具体的に提言する。

- (1) 当事者主導によるアウトリーチ・プログラムの開発と長期的実施
- (2) 当事者主導による当事者のためになる(安全と人権を守る)調査(とくに質的調査)の実施
- (3) 上記(1)および(2)を当事者調査関係者にとって過度の負担なく実現するための、ファンドなど経済支援の実施
- (4) 性風俗産業の一層のアンダーグラウンド化と SW の一層の社会的排除を避け、かつ搾取と暴力を低減するため、SW がステークホルダーとして参加するよう諮ったうえで関連法政策を改善すること。また、このことへの支持をエイズ対策事業が明示し、長期的視野にたつ制度整備へのイニシアティヴをとること
- (5) 個別施策層である SW へのエイズ対策を可視化するために、厚生労働省や保健所が当事者と協働して展開する性産業へのコンドーム無料配布キャンペーンの実施
- (6) (現在は SW による利用率が低いと指摘される)保健所での HIV 抗体検査の受検率を引き上げるための広報活動
- (7) および対応する職員の意識と態度に関する専門家研修の実施

厚生労働科学研究費補助金

エイズ対策研究事業

H I V感染予防対策の効果に関する研究

行政と NGO の連携を促進するための検討報告書

主任研究者 池上千寿子

平成 18(2006)年 3 月

はじめに

本報告書は、後天性免疫不全症候群に関する特定感染症予防指針見直し検討会による報告書（2005）のうち以下、Ⅲ－（2）をうけて設置された検討会による6回の討議をまとめたものである。

Ⅲ 施策の評価等

(2)NPO、NGO等との連携及び財団法人エイズ予防財団の機能の見直し

個別施策層を対象とする施策を実施する際には、感染者・患者団体を含むNPO、NGO等の民間団体と連携することが有効である。エイズ対策を今後も長期にわたって展開していく必要性にかんがみれば、こうした団体等における人材確保が重要であり、財団法人エイズ予防財団は、人材育成、活動支援等において、こうした団体等を支援する核となって機能すべきである。また、どの都道府県地域で、どのような団体等がどのような活動を行っているのかという情報を、地方公共団体に提供できる体制を確保することが望まれるとともに、支援するに相応しい団体等を評価するための手法の確立が必要である（後天性免疫不全症候群に関する特定感染症予防指針見直し検討会による報告書、2005年）

本検討会は、以下を主な目的とした。

「エイズ予防財団がNGOの活動を支援し、行政との連携を促進するためにNGOのプログラム評価をするための手法及び指標を検討し、その考え方を整理すること」

検討会の構成委員

エイズ予防財団事務局長、専務理事 他担当者

厚生労働省健康局疾病対策課担当者

市川誠一（名古屋市立大学）

長谷川博史（JaNP+）

生島嗣、池上千寿子（特定非営利活動法人ふれいす東京）

講師として山岡義典氏（日本NPOセンター副代表理事）を招聘した。

検討会は2005年7月から12月まで以下の日程で毎月1回開催した。

2005年7月13日、8月12日、9月30日、10月21日、11月14日、12月19日

目次

総論

- 1 予防指針見直しによる今後5年間の課題
- 2 5年間の課題に対する現状
- 3 現状の分析と改善点及び課題の整理
- 4 目標を達成するために NGO連携委員会の設置

各論

- 1 NGOの役割とNGO活動支援の必要性と重要性について
- 2 エイズ予防財団によるNGO支援についてー現状と課題
- 3 NGO活動およびプログラム評価について 考え方の整理
- 4 自治体とNGOの連携についてー現状と課題
- 5 NGOの活動に関するリソースガイドについて
- 6 NGOプログラム評価のための人材育成について：プログラム・オフィサー
- 7 NGO連携委員会の設置と活動について

- 添付資料 1 「助成事業の評価について」山岡義典氏作成の検討会レジュメ（2005）
- 2 「事例別にみた評価手法一覧」田中弥生『NPOと社会をつなぐ NPOを変える評価とインターメディアリー』東京大学出版会（2005）
 - 3 「実施者視点評価と参加型評価の概念比較」田中弥生 前掲書

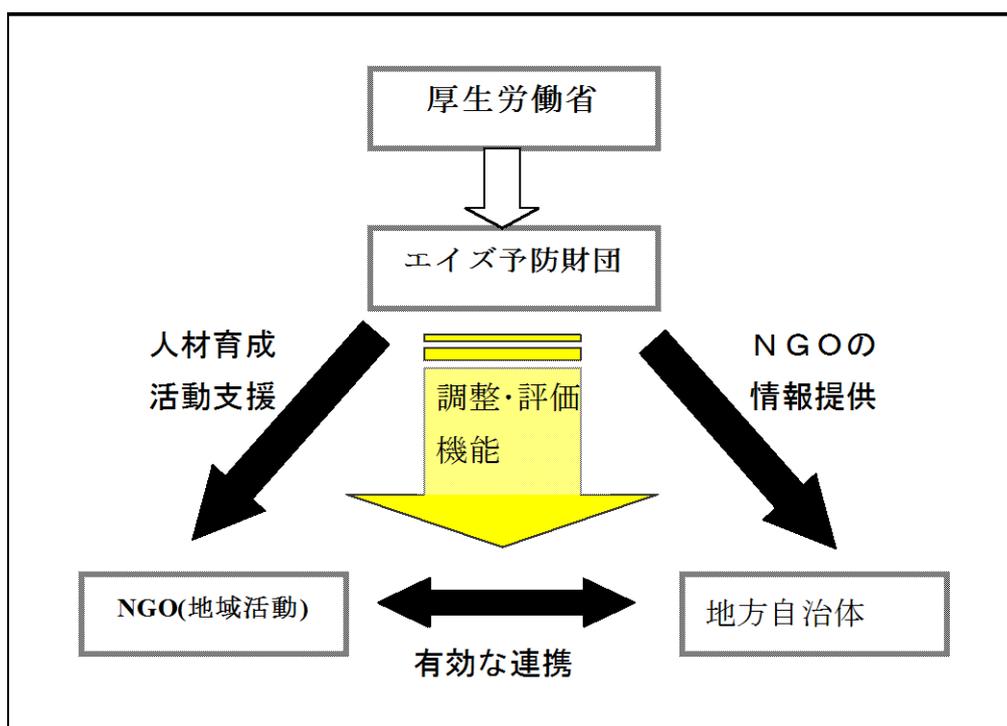
総論

1 予防指針見直しによる今後5年間の課題

エイズ予防指針見直し検討会は、施行以来5年を経過したエイズ予防指針をうけて5年間の施策を見直し、問題点や課題を整理し、今後5年間の指針を構築することを目的として開催された。その報告書(2005)「Ⅲ-(2) NPO, NGO等との連携及び財団法人エイズ予防財団の機能の見直し」が今回の検討会の課題となるテーマである。

この課題で示された理念のイメージを構造的に図示すると以下のように示される。いいかえると、以下のような連携や機能が具体的かつ有効に果たされることが今後5年間の目標であるといえる。

図1 エイズ予防財団の機能に関するイメージ



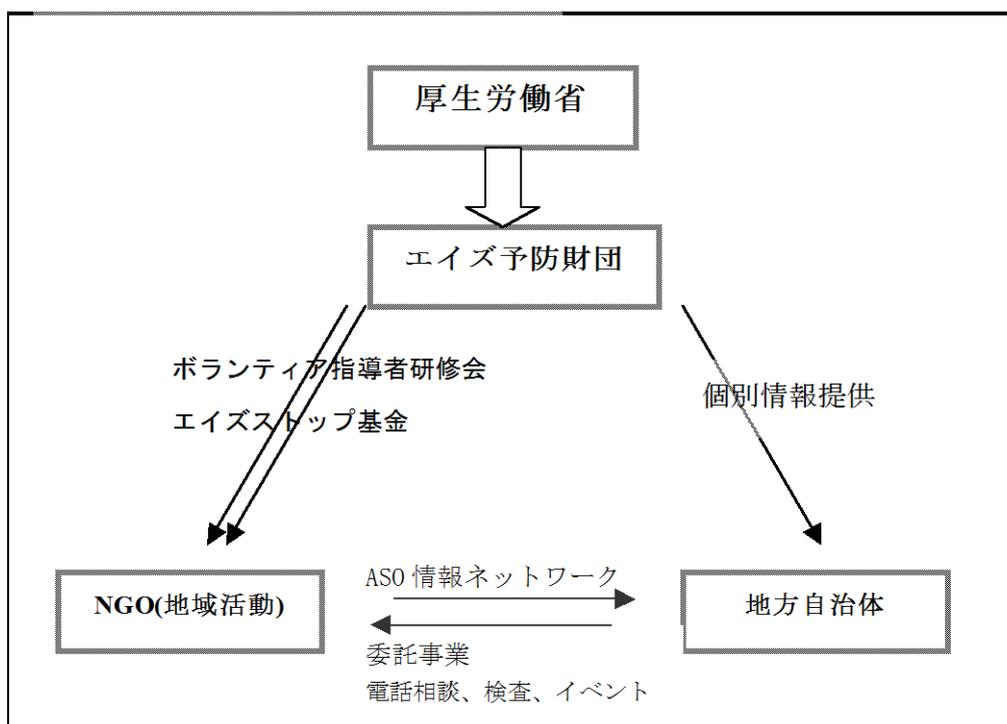
まず、図1で示すNGOとはなにか整理しておきたい。直訳すれば「非政府組織」であり、特定非営利活動法人という法人格を有する組織と任意の団体として法人格を有しない組織とが含まれる。広義には財団法人エイズ予防財団もNGOであるが、ここではエイズに関する予防やケア等の具体的な活動を地域に密着して継続的に運営している組織に限定する。

ただし地域密着といっても市町村等に限定されている場合もあれば、対象者のニーズにあわせて行政の管轄枠を超えてより広域にサービスを提供している場合も含まれる。具体的活動といっても週に1回ボランティアで電話相談を実施しているだけという活動もあれば、専従職員がいて予防とケアに関する複数のプログラムをフルタイムで運営している組織もある。サービス対象者をゲイ、外国人等特定の集団に限る組織もあれば対象者の属性を問わない組織もある。一口にNGOといっても実際にはじつに多様である。

2 5年間の課題に対する現状

では、上記課題に対して現状はどのようになっているのだろうか。現状をわかりやすく認識するために以下に図示してみる。

図2 NGO支援と連携の現状



エイズ予防財団によるNGOの人材育成プログラムとして「ボランティア指導者研修会」が毎年実施されている。NGO活動支援としては「ストップエイズ基金」がある。

NGOに関する情報提供としては、エイズNGOの傘組織といえるエイズ&ソサエティ一研究会議（NGO）が発行した「ASO情報ネットワーク」等がある。

また、NGOは地方自治体の委託事業として電話相談事業や検査事業を実施したりしている。これらは継続的な委託事業であるが、単発的な事業としてはエイズデー関連で自治

体が企画したイベントにNGOが参加したり、保健所による啓発事業でNGOスタッフが地域の学校や研修会等に派遣されることもあり、参加の仕方は多様である。

3 現状の分析と改善点及び課題の整理

さて、上記のような現状からいかにして目標を達成したらよいのだろうか。まずはエイズ予防財団による既存のプログラムが実際どのような役割を果たし効果をあげているのかを分析する（プログラム評価）必要がある。つぎに、プログラム評価を中心にNGO活動の評価とはいかなることかについて整理し、さらにNGOと自治体とが有効に連携することとはどういうことなのかを検討し、そのために財団が果たすべき調整及び評価機能について具体的に考察する必要がある。これらの項については各論でくわしくふれる。

4 目標を達成するために NGO連携委員会の設置

現状を把握し課題を整理したうえで、予防指針の見直しで指摘された目標を達成するための具体的な方策を提言する。結論からいえば、NGO連携委員会をエイズ予防財団に設置することを提言する。この委員会は目標を達成するための活動母体である。

6回の検討会で議論されたことから言えるのは、改善のための実行母体がなければ指針の見直しによる課題の達成は有名無実に終わりがねない、ということである。予防指針の見直し検討会でも、「指針自体はよくできているが実行されていない、指針にもられた施策のモニタリングがされていない」と多くの委員から何度も指摘された。今後はこのような指摘をうけないようにすることこそ、今次見直しによる成果をあげることに他ならない。

各論

1 NGOの役割とNGO活動支援の必要性と重要性について

エイズ予防財団によるNGO活動支援、人材育成の現状分析をする前に、エイズ対策におけるNGOの役割及びNGOの活動支援がなぜ必要で重要なのかを整理しておきたい。

1) エイズ対策におけるNGOの役割について

1988年、WHOはエイズNGOの国際的ネットワークICASO (International Council of AIDS Service Organizations)及び感染者の国際的ネットワークGNP+ (Global Network for People Living with HIV/AIDS) の設立を経済的に支援した。ICASO及びGNP+は各地域(アジア太平洋、アフリカ、ラテンアメリカ、北アメリカ、ヨーロッパ、カリブ地域)に支部ネットワークを持ち、それぞれの地域ネットワークは各国のNGO、感染者団体の傘組織として機能するだけでなく国際エイズ会議、地域エイズ会議の共催団体としてエイズ対策の最前線で活動している。このことはNGO、感染者活動がエイズ対策において必要かつ重要なパートナーであるという国際的認識を示す。エイズは、単なる一疾患として医学的に対応するだけでは解決できない社会的、経済的、倫理的、文化的課題を提起するものであり、社会をうつす鏡であるともいえる。

社会を活性化し、市民にとってよりよい社会を形成していくためには、行政による公助、地域市民による互助、個人の自助のいわゆる三助がそれぞれに有機的に機能し合うことが不可欠であるが、エイズにあてはめれば、公助とは国家的政策の構築、医療、福祉などの整備であり、互助とはNGO活動、自助とは感染者・患者活動であるといえよう。

予防においては、個別施策層それぞれの真のニーズを把握するためには当事者コミュニティと研究者や行政の協働が不可欠であり、ケアにおいてもサービスの消費者たる感染者・患者を無視しては有効な対策を講じることは困難であろう。

2) NGO活動支援の必要性と重要性について

日本ではNGOすなわちボランティアという固定観念が強いために、NGOが安定した経済基盤を確保することはきわめて困難である。しかし安定した経済基盤なくしては事務所の確保も専従スタッフの維持も難しい。そこで、NGOは事業助成や寄付を可能な団体や個人に申請するが、事業助成はプログラム事業に係る経費は認めてもNGO運営に係る経費は認めない。したがって、NGO活動は狭い事務所に無償労働がつきものになってしまっている。NGOの脆弱な経済基盤という問題については厚生労働科研による調査によってもすでに指摘されている(我妻2002)

とりわけエイズNGOについては社会的偏見が経済的困難さを強化してしまう。企業に

よる助成金提供プログラムを含む社会貢献活動においては、「環境」「人権」「女性」「子ども」などのテーマは歓迎されるが、「エイズ」は「企業イメージが悪くなる」と敬遠されてしまう。寄付においても同様である。日本社会は残念ながら、エイズを「だれにでも関係する基本的かつ社会的な課題」として捉えていないのが現状である。

このような社会的意識の喚起は国家的対策としてきわめて重要であるが、コミュニティーや地域での意識喚起はNGOの重要な活動のひとつであり、このことから行政によるNGO活動支援は必要かつ重要である。

各論

2. エイズ予防財団によるNGO支援について一現状と課題

エイズ予防財団がNGO支援を目的として継続して実施してきた事業(プログラム)には、「日本エイズストップ基金」及び「ボランティア指導者研修会」がある。各論1で述べた視点から現状のプログラムが十分に成果を挙げているのか否かを検討する。

1) 日本エイズストップ基金について

これは民間から集められた寄付金を直接NGOに配分するものであり、直接的な経済的支援であるといえる。しかし、検討会では、以下のような問題点が指摘された。

- ① 寄付収入が減少傾向を示し続けている。
- ② 寄付収入の減少にも関わらず配分対象のNGOが多いために個別の配分金額が減少している。
- ③ 基金配分の基準や配分をうけるNGOの選定基準が不明瞭である。
- ④ 配分された助成金がどのように活用されたかに関するモニタリングや評価がない。

寄付収入の減少は社会的意識の希薄さもさることながら、寄付者に対して配分先のNGOの名称しか広報されないために寄付の成果がわかりづらい。NGOにとっては申請書を提出しても選定・配分基準が不明瞭で小額づつばら蒔かれる、という印象をぬぐえない。したがって、寄付者(支援者)にとっても成果(コストパフォーマンス)がわかりにくく、受益者であるはずのNGOにとってもメリット感が希薄であるというのが実情である。このままでは寄付金はさらに減少し、助成はさらに小額になりかねない。

ここで必要なのは、日本エイズストップ基金プログラムについてのプログラム評価である(評価については次項を参照のこと)。

日本エイズストップ基金は、そもそもNGO活動へのファンドレイジングという役割をもつが、さらには社会的意識を喚起するという波及効果も期待されており、受益者(NGO)、支援者(寄付者)、市民という3つの立場の評価が必要であろう。評価の目的は、基金の委員会の構成もふくめたプログラム全体に関する改善点の提示である。

2) ボランティア指導者研修会

これはNGOの人材育成を目的とした支援事業であるが、研修会の企画・運営をNGOに委託することにより、受託したNGOにとっては事業運営のスキルビルディングにもなると考えられる。

この委託方式はNGOとの連携事業のモデルのひとつになりうる。なぜならば、この方

式は事業の立案及び実施において当事者参加レベルがきわめて高いことを示している（事業の連携レベルについては後にふれる）からである。具体的には以下の3点にまとめられる。

- ① NGOで活動するためにどのような人材が求められ、そのためにはどのような研修が必要であるかは受益者たるNGO自身がより正確に把握していると考えられる。
- ② 当事者であるNGOが人材育成の立案から参加し運営、評価まで実施し、財団は育成の場と資金を提供している。
- ③ プログラム及び参加者による評価結果も情報として開示されており、次にこのプログラムを受託するNGOは過去のプログラム情報を次なる研修企画への貴重な資料として活用することができる。

このような方式で継続されている委託事業を指導者養成研修だけでなく新人研修等にも発展させることが求められる。

3) エイズ対策研究事業に関連した支援：リサーチレジデントについて

個別施策層への啓発におけるNGO、コミュニティー支援

厚生労働省によるエイズ対策研究事業では法人格を有するNPOが主任あるいは分担研究者として採用されてきた。この結果、主任あるいは分担研究者であるNGOが、研究事業の一環としてエイズ予防財団によるリサーチレジデント制度を利用して人材(若手研究者)を確保したり、研究成果物を広く市民やコミュニティーに配布するための経費等の支援をうけることができた。

しかしながら、これらの支援はあくまでも研究の一環として実施されるもので研究期間が終了すれば継続不可能になる。また、あくまでも研究という枠組みにしばられるという制約がある。このためNGOやコミュニティーのニーズにあわせて継続する支援にはなりにくい。

とはいえ、ブロック拠点病院には、エイズ予防財団のリサーチレジデントとして「情報官」を継続的に配置しているという実績がすでにある。そのような人材をコミュニティーあるいはNGOにおいても確保しネットワークを作ることは、コミュニティーの自助能力を高め、NGOの人材を育成するという点で有効であろう。

個別施策層への対策について、たとえば「対象となるMSMが地域にいかに存在するのかわからない」、「対象へのアクセスが困難で、アクセスできたとしてもアプローチの手法がわからない」、「したがって対策を講じられない」と説明する自治体が少なくない。しかしMSMは日本のほとんどの地域にいるし、コミュニティーとはいわないまでも、情報伝

達窓口になりうるキーパーソンは存在するのである。広域のMSMコミュニティーあるいはNGOとつながることによってキーパーソンとつながることができる。その意味からもNGOやコミュニティーでの「情報官」的な人材ネットワークをエイズ予防財団が育成し支援することは、地域行政とコミュニティーとの重要な調整機能をはたすことにつながるだろう。

各論

3. NGO活動およびプログラム評価について 考え方の整理

1) 「評価」とはなにか

歴史的には1960年代アメリカで、貧困撲滅のために莫大な予算を投じて福祉政策を実施したが問題は解決されず、政策に優先順位をつけるために「評価」が導入されたことから始まるとされる。その後、事業成果の説明責任、事業の改善を目的としても評価が実施されるようになった。日本では、行政評価、政策評価という言葉が広く使用されているが、**evaluation**（評価）とは価値判断そのものをさすのではなく「客観的な数値のものさしで測定し、客観的な結論を提示するものである。政策の良し悪しの議論ではなく、良し悪しの判断の材料を提供する」（山谷 1997）ものとされる。しかし、数値だけで測定できるものには限界がある。とくに社会事業においては地域社会のなんらかの変容をめざすものであり、コミュニティのイニシアティブという側面を重視し、可能な限り客観的なデータに翻訳するという作業が必要になる。

では、評価で得た材料を判断するのはだれか。「日本では評価者に最終判断まで委ねる依頼主が多いが、これはコンサルタント会社に自社の方針を決めてもらうのと同じことである」（田中 2005）。評価の最終判断はサービス提供者自身である。

つまり、評価とはまず、対象となる事業やプログラムの良否、改善点を判断するための客観的データの収集と分析（評価者が行う）であり、データに基づく判断行為（事業主が行う）である。なぜなら「評価依頼主や事業実施者が評価結果を有効に利用しなければ評価の意味は無い（Patton1997）」からだといえる。

2) 組織評価とプログラム評価

そこで、NGOを客観的に測定するものさしのひとつが組織評価である。

① 組織評価

組織評価とはたとえば、設立年(継続年数の把握)、法人格の有無（格付け）、有給職員の有無、活動スタッフの数、賛助会員(法人)の数、運営資金（寄付金、助成金内訳等を含む）、活動報告書や会報の有無、連絡先（ホームページアドレス、メールアドレス、電話、ファックス番号等）、活動内容（事業項目、事業毎の活動時間、サービス利用者数等）など組織のパフォーマンスを可能な限り数値データで示すものである。

日本ではこれらのNGOデータを収集した「ASO情報ネットワーク」（2001）「エイズ啓発活動におけるNGO活用マニュアル」（2003）があるが、いずれもNGOへのアンケート調査による自記式回答をまとめたものである。したがって内部評価をしているだけであり

外部評価という視点はいってこない。そもそも調査対象にもれているNGOがあるかもしれない、なんらかの理由で回答しなかったNGOもあろう。

さらには、これらの数値は年度ごとに更新されないと意味がない。過去のパフォーマンスが現在にひきつがれるとは限らず、活動が継続されるとは限らないからである。

また、組織評価はNGOの規模を多方面から測定したものであるが、たとえばA団体の寄付収入がB団体の2倍であったとしても、それはA団体の社会的評価がB団体の2倍であるとは限らない。組織評価は、それぞれの事業(プログラム)の具体的内容と成果についてはデータを提供してはいない。それについてはプログラム評価が必要になる。

② プログラム評価

一方で、プログラム評価は、プログラムの成果を評価するためのものである。プログラムは各プロジェクトによって構成されるシステムである。これは、だれが(評価の立場)、いつ(評価の段階)、何のために(評価の目的)するかにより整理できる。

表 1

評価の立場	自己(内部評価)(たとえばNGOが自身の活動成果を評価) 受益者(サービス消費者がいかにか満足しているか) 支援者(ドナーからみた成果:コストパフォーマンス) 社会(社会的な波及効果など)
評価の段階	事前評価(予想される成果、アセスメント) 途中評価(予想した成果があがりつつあるのか、フィードバック) 事後評価(終了後の成果 直後の成果と中長期的成果)
評価の目的	プログラムを実施するか否かを判断するため 軌道修正して実施するため(改善策の提示) 社会的な広報や認知を得るため(成果の確認)

たとえば、自治体を実施する検査事業を考えてみよう。事前評価で受検者数の増加を予測し事後評価において受検者数の増加が確認されると、自己評価としては目的を達成したことになるだろう。しかし、このような評価だけでは受検者の立場が考慮されていないことになる。検査事業の目的は、受検者の増加だけでなく、まずは陽性者をすみやかに医療機関につなげることであり、検査行動を予防行動につなげることであったり、検査を通して社会的な意識喚起も促したいということでもあるだろう。となれば受益者の立場からの評価こそ重要であり、社会の立場からの評価(検査事業はエイズに対する誤解や偏見を解消するのに成果があるだろうか等)も無視はできないだろう。

受検者はふえたけれども陽性者に対するカウンセリングやケアという体制が不備であったために、陽性者が検査・医療不信を抱き医療機関につながりにくかったという事例はす

で指摘されている。陰性の結果を告知するだけでは予防行動につながらないだけでなく「自分は今後も大丈夫」という誤解を与えかねないこともすでに指摘されている。つまり検査を受ける人は増えても、検査の結果被害を受ける人もありうるのである。数値目的だけが重視されると、受益者の立場（じつは受損者もいるかもしれない）、社会の立場（偏見を助長するかもしれない）は無視される。その時点に限定したコストパフォーマンスのみが問題になると、安くあげるためにNGO等に委託（下請け）したりする。その結果、フォロー体制がないということになり、中長期的には受検者が減ってしまいかねない。陰性であった受検者が後に予防できずに感染することも防げないだろう。

3) 評価のコスト

以上のように、組織評価もプログラム評価も本格的に行うにはコストがかかることがわかる。とくにプログラム評価においてはプログラム・オフィサー(21 ページ参照)などの専門的スキルをもった人材が必要になるだろう。どの程度のコストをかけ、そのコストをだれが負担するのかによって評価の方法は変わってくる。もしコストをかけないのならば、目に見える数値という成果だけしか入手できない。その結果、プログラム自体の総合的な成果をつかむことはできないため、プログラムの改善もできなくなる。

各論

4. 自治体とNGOの連携について—現状と課題

1) NGOと自治体の連携事業—現状の問題点

既に述べたように地方自治体とNGOが連携して実施しているプログラムには継続的委託事業と単発的なプログラムに対するNGOの参加協力とがある。この現状における問題点は次の2つに要約されるだろう。

①NGOが安価な労働力として使われる

自治体が本来やるべきプログラムであるにもかかわらず予算や人材不足からNGOに下請けすることで安くあげようとする。たとえば週日の勤務時間には自治体職員が行っている電話相談を夜間や休日に行うと人件費や庁舎の経費がかかりすぎるという理由ですでに電話相談を実施しているNGOに下請けするような場合である。このような場合、電話相談員のトレーニングから電話相談スペースの維持等、電話相談事業に係る運営費はすべてNGOの負担となり、そのための経費は助成されない。したがって相談員のトレーニングやら相談事業の質の維持について保障することは難しい。自治体とNGOは電話相談に関する必要情報を共有し、相談に対する回答が自治体職員とNGOスタッフによってちがってしまうというような事態を避けるために緊密な情報交換や連絡会をもつ必要があるが下請け関係ではこのような活動経費も無く協働関係を構築するのは難しい。このことは電話相談のみならず検査事業をふくむ下請け的委託契約事業一般にいえることである。

② 調整機能がない

自治体とNGOの連携を成功させるためには関係者間の調整機能が重要である。一般的に自治体の担当者は数年で入れ替わるのが常である。その結果、たとえNGOとの連携がうまくいっても次の担当者にひきつがれるとは限らないだけでなく、NGOがNGOの役割や連携の重要性という基礎的なことから次の担当者に説明し納得してもらわなければ事が進まないという事態に陥りがちである。関係者が増えるにつれて調整機能はより重要になる。調整機能がないということは関係者間での責任の主体が曖昧になる、ということでもある。

以上の2点の問題点からいえることは、現在のところプログラムをモニターし、受益者による評価をフィードバックし、よりよいプログラムに向けて改善してゆくというプロセスがなく、その責任の主体が不明である、ということである。その結果、プログラムを継続するか否かということについてもコストパフォーマンスだけで判断されがちとなる。こうなると、「だれのために、なにをしているのか」というプログラムについての根本的な問いが問われないままとなる。

2) 有効な連携とはなにか

では、なんのために連携するのか。自治体とNGOが連携することによって、エイズ対策事業が、受益者にとってより満足できるものになり、そのために受益者が増えて事業の成果がさらにあがり、受益者との信頼関係ができて彼らからたしかなフィードバックを得ることができ、その結果をふまえて事業をさらに改善しながら継続できること、そしてこのプロセスが経済的にも人材育成の意味でもNGO支援にもなる、このようであれば連携は有効であるといえる。受益者がふえ、NGO支援になり、社会的な波及効果もあり、自治体にとっては対策の成果をあげるという目的を果たせたことになる。

しかし、現実にはいくつかの課題がある。まず、連携にはいくつかのレベルがある。ここでは連携レベルについて、事業の立案における当事者の参加レベルと事業の実施における民間資源ネットワークレベルで整理しておく。

3) 連携のレベル

① 当事者の立案参加レベル

行政とNGOの連携の重要性は国際的に広く認識されており、とくに事業の対象である当事者がいかに事業に参加したか（参加度レベル）が問われる。国家的エイズ対策でいえばGIPA（Greater Involvement of PHA 対策の立案、計画、実施、評価に感染者・患者が積極的に参加すること）が、1996年のパリエイズサミット宣言以来、国家的対策を構築するうえでのひとつの指標になっている。

連携の事例として、たとえば地域の若者への普及啓発事業を取り上げる。以下、表2は、受益者である若者がどの程度、事業立案にかかわるのかの程度を指標化したものである（厚生労働省エイズ対策研究事業 池上班研究報告 2005）。

表2 事業参加度段階

若者の立案参加度	
1段階	行政の担当者だけで事業案を決める
2段階	行政の担当者が、事業内容について医師などの「専門家」の意見を聞き、立案に反映させる。
3段階	行政の担当者が地域で若者と活動している養護教諭やNGOと話し合い、立案に反映させる。
4段階	行政の担当者が直接地域の若者たちの意見を聞き、立案に反映させる。
5段階	行政の担当者が若者たちに「自分たちで話し合い事業を考える」場所を提供し、若者自身が立案する

② 実施における民間資源とのネットワークレベル

表3は、ネットワークの程度をレベルごとに整理したものである。事業の実施において、地域の社会資源がどれくらい関与したかは社会的波及効果が期待され社会的立場からの評価につながりうる。

表3

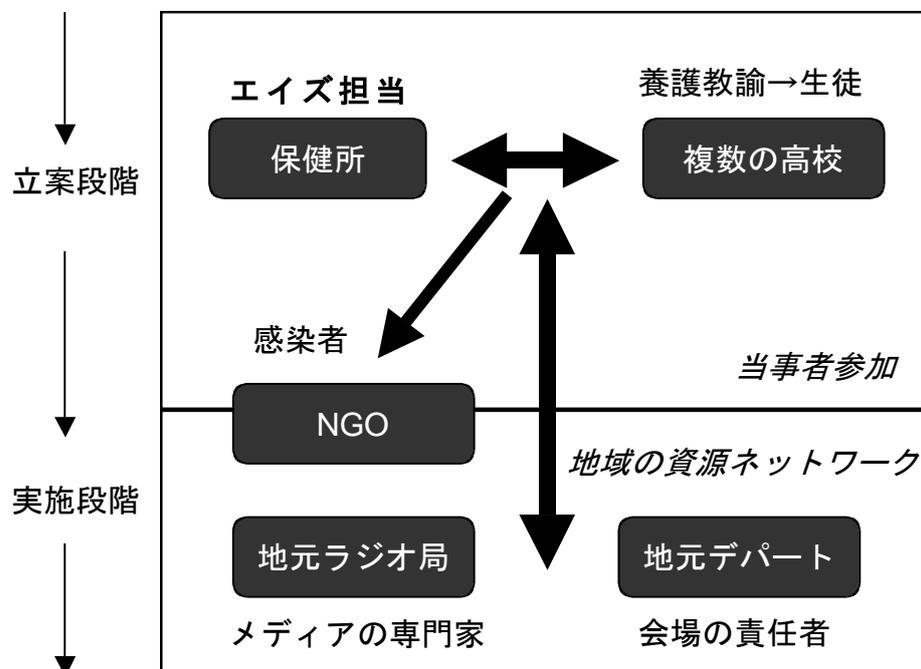
ネットワーク度	
1段階	行政の担当者だけで実施する。
2段階	行政が医師などの専門家、学校関係者、NGO、女性センター、若者グループ、企業など地域の資源のどれか一つとともに実施する
3段階	行政が複数の地域資源（個人や組織）とともに実施する

4) 連携の課題；継続性と実現可能性—事例研究をとおしての整理

次に、事業の立案・実施において高い連携レベルを示した保健所による若者への啓発事業に関する具体的な事例を紹介する。

図3 S保健所の事例

高校生によるエイズに関するラジオ番組の制作



事業の立案段階での試み：

- 保健所の担当者が地域の養護教諭をとおして複数の高校に呼びかけた。
- 自発的に立案に参加する高校生を集めた。
- 保健所で高校生に立案する場を何回も提供した。
- 地域のNGOに連絡をとり若者たちが感染者の生の声に接する機会を提供した。
- 若者たちはエイズデー事業としてエイズに関するラジオ番組の制作を立案した。

事業の実施段階での試み：

- 若者の立案に基づき、担当者は地元のラジオ局及び地元のデパートと話し合った。
- メディア専門家の協力と放送会場の提供をとりつけた。

S市の事業は大いに盛り上がったが残念ながら継続されていない。担当者は自己達成感は大いに得たものの関係者間の調整に疲れきってしまった。次の担当者には前任者のような情熱は無く継続する意志はない。立案に参加した若者たちの満足度は高かったが、地域の若者への効果についての事後評価はない。今回は地域の資源の無料の提供があったが、一般的にはネットワークが広がるほど調整の時間と実施コストが増加する。当事者による立案参加レベルについても、一般的には1段階から5段階にいくほど時間とコストが増えてゆく。

○ どのレベルの連携を考えるか：継続性と実現可能性

当事者による事業立案参加度、実施におけるネットワーク度は高い方が望ましいとはいえるが、現実問題としては高ければよいとはいえない。エイズ対策事業においては予防にしろケアにしろ地道だが良質なプログラムの「継続性」が問われる。単発のプログラム評価はたとえば「イベント参加者〇〇名！」という数値にとどまらざるをえないし、担当者は自己満足を得やすいが、それ以外の成果は疑問である。

継続性を確保するためには、どのレベルでの連携なら維持できるか調整できるかを考慮すべきだろう。あるいは高度な連携で立案実施した事業の評価をきちんと行い、継続できる予算と人材を確保すべきである。さもなければエイズ対策事業は「やる気のある担当者がいたときだけできる連携できる」ということにしかならない。

5) 連携によるデメリットを生じさせないために

以下に行政とNGOの連携の試みによるデメリットの可能性を整理しておきたい。

① あやまった連携相手による失敗

事業の対象となるコミュニティーをもっとも適切に代表するNGOはどれなのかの判断は難しい。組織評価だけでは判断できない。NGOによる対象者に対する事業のサー

ビスについての受益者評価がいかに実施されているかは大事なポイントである。これは自己評価では捉えきれない。なぜなら対象者には受損者もありうるわけで、その声はプログラム改善のための評価に役立つ。専門家による評価が必要になる。

② 連携ではなく下請け関係

すでに述べたが、予算や人材上の制限から安いNGOに事業を任せるということを「連携」とはいわない。事業の種類や内容によって事業主体は自ずと定められよう。たとえば、HIV抗体検査と告知はまずもって保健所あるいは医療機関の役割であろう。それに付随する相談体制を無料でNGOにおしつけるのはNGO支援ではなくNGO酷使でしかないが、相談体制の重要性を認識するならば検査事業の一環として相談事業を位置づけ予算化し連携事業にすべきであろう。NGOを行政の下請け化することは、公助と互助の健全な関係とは言えず、NGO支援ではなく、支援の必要の無い下請け可能なNGOのみ存続させるという本末転倒になりかねない。

③ 調整で失敗、不信感が残る

連携における関係者間の調整機能の必要性と重要性については説明を要しないと考えるが、これをだれが責任をもって果たすのかを明確にせず曖昧に始まる連携事業が少なくない。日本社会の特徴かもしれないが、責任の所在が曖昧である。このため事業の立案や実施において関係者間で「そんなはずではない」がおこりやすい。その結果、関係者間で不信やしこりが残ったりする。これはまさにマイナス効果である。調整機能の必要性と重要性を十分に認識し、評価すべきである。

各論

5. NGOの活動に関するリソース・ガイドについて

日本各地でエイズのNGOが活動しているが、その規模や活動内容はじつに多様である。地域や近隣で活動するNGOあるいは広域にサービスを提供しているNGOもある。普及啓発のための電話相談だけをしているNGOもあれば、予防だけでなくケアのプログラムをもつものもある。有給の専従職員がいないので週に数回しか活動しないNGOもあれば、専従職員を中心にフルタイムで活動しているNGOもある。サービスをうける主な対象者がMSM、外国人、SW、若者、感染者等に限定されるNGOもあれば、さまざまな対象にむけてプログラムを展開しているNGOもある。他の社会資源との連携を進めているNGOもあればそうでないNGOもある。

組織形態も規模も活動内容も多様であるのがNGOだといえる。このように多様なNGOのそれぞれの実態を適格に把握することは難しい。

ここで、リソースとしてのNGO紹介の手法をいくつか提案しておく。

1) エイズNGOのネットワークを利用する：「ASO情報ネットワーク」の更新

エイズ&ソサエティー研究会は自身がNGOであるが、国内のNGO、研究者、医療従事者、行政、メディア、企業等なんらかの形でエイズに関わっている組織及び個人のネットワークである。主な活動はエイズの今日的課題や課題をテーマにしたフォーラムの開催（隔月）である。エイズ&ソサエティー研究会は『ASO情報ネットワーク』という全国NGOリストを発行した。組織評価で述べたような項目に関する質問紙への自記式回答による情報集であるが、資金難から更新されていない。

このネットワークによるNGOリソース集の更新を支援することもできる。印刷媒体だけでなくwebによる情報提供も行い、内容の改定、更新をすみやかに行えるようにすることが望ましい。

2) 日本エイズストップ基金を利用する：基金提供先の情報集

現在は、日本エイズストップ基金の提供を受けた団体について名前と提供された金額のみが情報公開されている。具体的にどのようなプログラムが実施されているのか不明である。基金を受けたNGOは申請書および報告書を提出しているので、その概要を公開することは、それぞれのNGOの活動実態の一端を広く広報する上で重要であろう。同時に基金の提供（あるいは打ち切り）基準、基金の提供理由も明らかにすることが望ましい。

3) NGOホームページを利用する

質問紙への自記式回答集では、組織評価としての情報の一部は入手できるが、それ以外の情報は得られない。現在では多くのNGOがホームページを開設しているが、これらホ

ホームページをみればある程度NGOの顔がみえてくる。ホームページ一覧を地域別のマップにすることなども考えられる。

NGO評価については、NGO自身が行う内部評価と外部の機関が行う外部評価という視点もある。ホームページはいわば内部評価のメニューといえる。リソースガイドは組織評価の一つである。ストップ基金は外部評価の一つの指標だと考えられる。ストップ基金以外の助成団体によるエイズ関連のNGOへの助成記録も外部評価の一つになる。

地域行政がNGOとの連携や活動支援を考えるときには、あくまでも、どのような事業で連携したいのか、どのような支援の形がありうるのか（冊子作成の経費の提供なのか、事業委託なのかなど）によってふさわしい相手を決める必要がある。この意味からも、エイズ予防財団が必要に応じて調整あるいはコンサルティングの機能を果たすことが求められるが、そこで必要になるのがエイズ予防財団に専門的なプログラム・オフィサーが存在し活動すること、適切な構成委員によるNGO連携委員会が存在し機能することである。

各論

6 NGOプログラム評価のための人材育成について：プログラム・オフィサー

1) プログラム・オフィサーとは何をするのか

たとえば、行政が特定の事業を設定し予算を決め、連携するNGOを探すとする。一般的には、ここで情報を公開し公募することになる。するとNGOが申請書を提出する。申請書で判断して決定して実施する。終了後に成果を数値で報告する（冊子配布数、イベント参加者数など）。

しかしここで注意しなければならないのは以下の点である。

① 申請書どおりに実施できるのか否か

申請書だけでは、申請書類の出来具合いかんで判断され実際になにがどのようにできるのかについて不明なままである。より具体的な事前評価が必要ではないか。それをふまえて複数の候補のなかから決定することが望ましい。

② 特に、継続する事業の場合には予想された成果に対する途中評価が必要ではないか。必要に応じて改善をくわえなければならないからである。

③ 事後評価について、数値指標だけでは事業実施者の立場による評価でしかない。受益者の立場からの評価、社会への波及効果なども必要ではないか。

以上のような点について行政とNGOの間に入って、専門的視点からアドバイスをし、行政に対してはよりよい事業展開と成果の達成を手伝い、NGOにとってはキャパシティービルディングの手助けになりNGO支援にもなるのがプログラム・オフィサーの役割であり機能である。

2) 評価手法とプログラム・オフィサーの役割

添付資料2は、笹川平和記念財団が自主企画事業「NPOのための評価」の一環としてMDRC（Manpower Demonstration Research Corporation フォード財団がアメリカ政府6省の事業評価専門に設立したNPO。アメリカでは政府による評価とNPOによる評価を区別せず、地域イニシアティブという視点で市民サービスプログラムの事業評価をしている）に調査を委託した結果を表にまとめたものである（2000）。。

この表からは、以下、対象事業によって評価において注目すべき面が異なり、それに伴って評価の手法と評価を実施する母体が異なることがわかる。

○青少年へのトレーニング事業であれば、事業をいかに形成するかの評価、および当事者(受益者)である青少年の評価参加が重視され、手法としては面接調査が実施されている。

○ヘルパーの労働環境改善事業であれば、労働環境だけでなくヘルパーの生活がどう変わ

ったかが評価として重視され、手法としてはヘルパーへの質問紙調査、聞き取り調査となる。

- 保育園が保育サービス政策への提言をするための事業では、事業の成果と効果に着目し、過去10年間の比較をする手法を用いる。

添付資料3は、国際協力事業団国際協力総合研究所が作成したもので、評価を事業実施者の視点である場合と、受益者からの視点（参加型）である場合の概念を比較したものである。

近年、受益者である市民とともに評価を行うことがより有効なプログラムへつながるといわけで、参加型評価を促進する傾向にあるが、参加型評価を促進するための課題も指摘されている。

① 参加型評価の主観性

バイアスは否めない。そこは、実施者視点評価と組み合わせて対処する。

② 参加型評価に参加する対象の選択の問題

受益者もいるが、損害、被害を受ける人もいるかもしれない。

どのように選ぶか。その妥当性。

つまり、評価手法のそれぞれにはメリット、デメリットがある。評価者がそのことをよく認識すること、適切な評価手法を選び、組み合わせることが重要であることが指摘されている。

事業で重視すべき評価の面はなにか、その評価のための適切な手法はなにか、選んだ手法の利点と限界はなにか、限界を克服するにはどのような対応が可能なのか、これらの重要な課題について、決定するのではなく、あくまでも適切なアドバイスをし、実施者や参加者が経験をつみ重ね学習することの手伝いをするのもプログラム・オフィサーである。

3) プログラム・オフィサーの育成

NGO活動支援と行政との連携の促進について、プログラムを評価しよりよい成果をあげるために、エイズ予防財団が、プログラムオフィサーを育成する必要がある。

日本でも、「市民社会創造ファンド」など、企業からの金を集めて企業にかかわってNGOからの事業申請についての事前評価を行い助成事業を決定しNGOを支援する民間組織が活動している。そこでは何人ものプログラム・オフィサーが活動している。

各論

7. NGO連携委員会の設置と活動について

イメージ図に示したとおり、エイズ予防財団は独自でNGO支援、人材育成等を実施する一方で、自治体に対してNGOとの連携を促すパイプ役を期待されている。そのパイプとしての具体的な機能が、NGOの情報提供、プログラム評価という手法の紹介やそれを実践できる人材の育成、および連携に不可欠な調整機能だといえる。

この重要かつ必要な機能を果たしていくために何が必要なのだろうか。

今回、予防指針の見直しを機にエイズ予防財団、厚生労働省、NGO、感染者組織、研究者が一堂に会して6回の検討会をもったが、そこで共有されたポイントが2点ある。

一つは、行政、NGOにかかわらず、事業に対する評価が十分になされているとはいえない現状である。行政による事業についてモニタリングや評価がなされてこなかったことは見直し検討会でも指摘された。とりわけ、事業の成果を受益者の立場や社会の立場から参加型手法をとりいれて評価することは十分には行われていない。したがって評価に関わる専門家(プログラム・オフィサー)を育成する必要がある。

二つには、NGO支援あるいは行政との連携促進とはいうが、そもそもエイズ予防財団とNGOとの間のコミュニケーションが不足しており、コミュニケーションと議論を保障する場がないことである。

そこで、本検討会として、NGO連携委員会を設置することで情報を共有しあい、支援のあり方や連携の促進、プログラム評価について検討する場を定期的に設置することを提言する。この委員会はプログラム・オフィサーと共にエイズ予防財団の中に設置され、自治体とNGOとのパイプ役をはたすだけでなく、連携の調整及びコンサルティングの機能を果たすことを目的とする。

以下は、委員会についての提案である。

委員会の名称：NGO連携委員会（仮称）

委員会の目的：NGO支援、行政とNGOの連携を促進することを目的とする。

委員会の設置：エイズ予防財団内におく。

委員会の活動；NGOプログラム評価、連携の調整、コンサルティング
支援、連携事業についての政策提言

委員会の構成：財団、NGO、感染者組織、研究者(以上エイズ関係)

NPO関連専門のNGO、プログラム・オフィサー等

委員の任期：別に定める

委員会の活動資金：NGO支援・連携促進事業として位置づけ予算化する。

最後に、今回の検討会は厚生労働省エイズ対策研究事業の一環として研究班が実施し報告書を作成したが、こうした活動は、本来厚生労働省のエイズ対策事業として整備され、継続されるべきものであると考える。

数値目標

HIV 感染者に適切な治療を提供し、HIV 感染の拡大を防ぐために最も効果的な方策は、自らの HIV 感染を知っている感染者の割合（感染自認率）を高めることです。そのためには、なるべく多くの感染リスクのある人々に HIV 検査を受けていただくことが必要です。保健所等における年間 HIV 検査数を今後 5 年間で 50%以上増加させることを目標としてしてはいかがでしょうか。この目標の実現可能性の根拠としては、

- (1) 保健所等での検査数が平成 14 年から 20 年にかけて平均年率 19%で伸びていた
- (2) 平成 22 年の検査数 130,930 件はピークであった平成 20 年の 177,156 件に比べて 26%減少している
- (3) 検査数減少の主要な原因の一つが社会的関心の低下、

であると考えられるので、7 月から AC の広告が再開されることもあり、行政や保健所等が HIV 検査の大規模な普及啓発活動を実施することでこの程度の検査数なら伸ばすことができると考えられる。ただし、検査数が増えても検査陽性者数が増えなければ感染自認率は高まりません。一方、現状のままでも感染者の存在率（prevalence）は自然と高まるため、検査数が増えなくても検査陽性数は 5 年後に約 50%増加すると推定されます。したがって、検査陽性者数を 2 倍以上増加させることも同時に目標にする必要があると思います。

一方、新規感染者報告数のうち保健所等から報告される割合は 4 割程度で、医療機関で HIV 感染が診断される件数のほうが多いのが現状です。医療機関における HIV 検査を促進し、HIV 診断数も同様に伸ばしていかなければなりません。したがって、エイズ動向委員会への新規感染者報告数も 2 倍以上増加させることを目標にしてはいかがでしょうか。

【検査分野における数値目標】

今後 5 年間で、保健所等での年間検査数を 50%増加させ、年間陽性者数を 2 倍にする。同時に、エイズ動向委員会の新規感染者報告数を 2 倍にする。

図1. 保健所等でのHIV検査年次推移

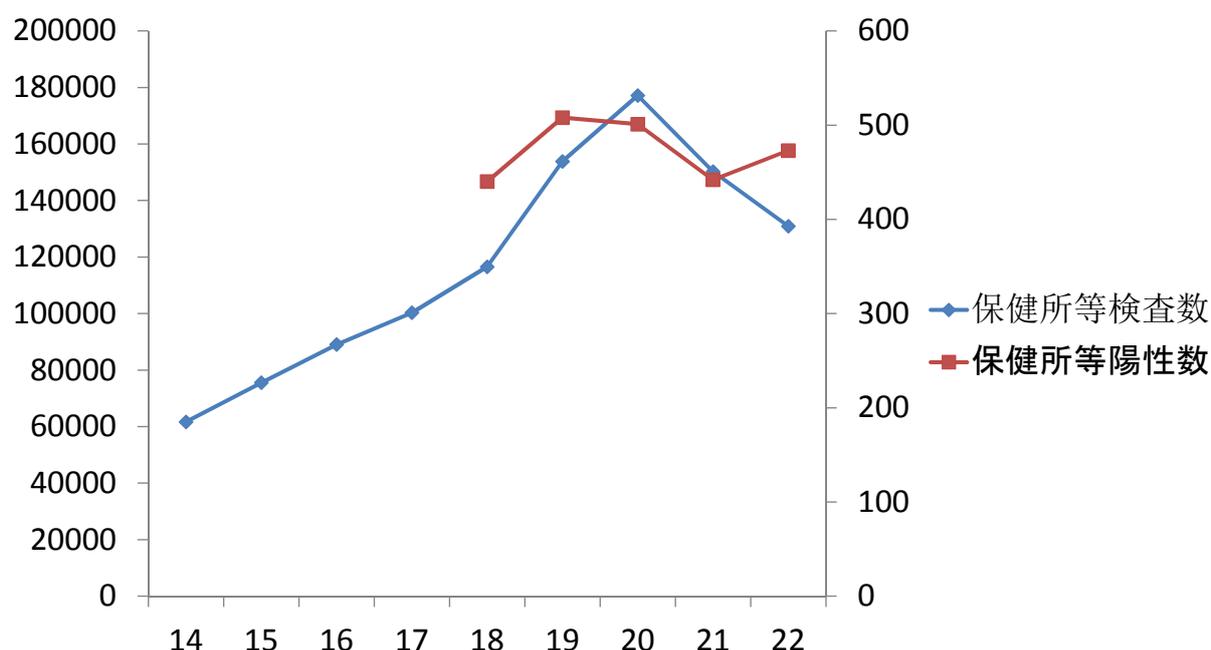


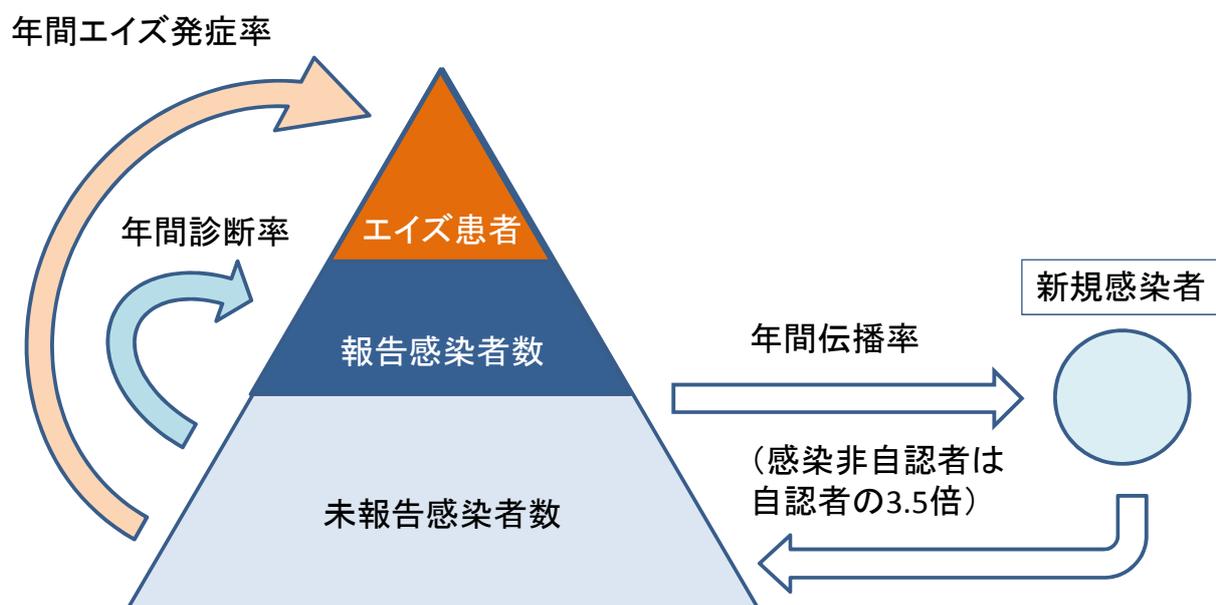
図2. 数値目標を達成した場合の 2016年末における推定数

西暦		検査数 (保健所等)	新規報告感 染者数	新規報告患 者数	新規感染者 数
2010年末	実報告数	130,930	997	436	2,012
2016年末	現状が継続 する場合	130,930	1,568	659	3,164
	数値目標達 成の場合	196,395	2,039	553	2,872

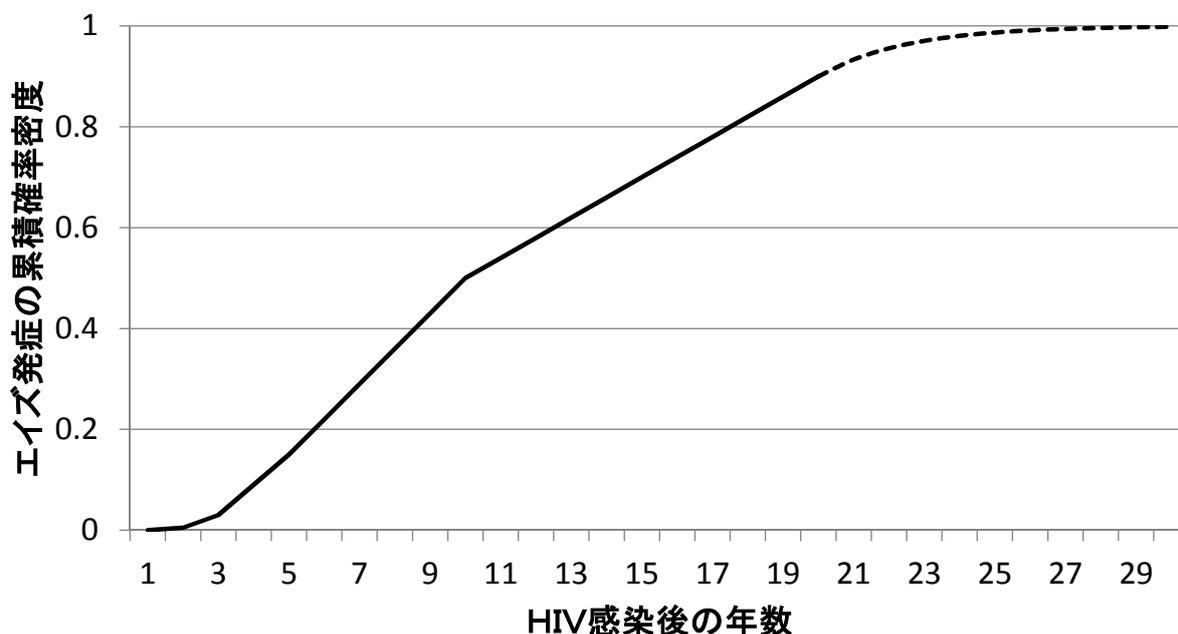
日本人HIV感染者数の推定と 将来予測

慶應義塾大学医学部
微生物学・免疫学教室
加藤真吾

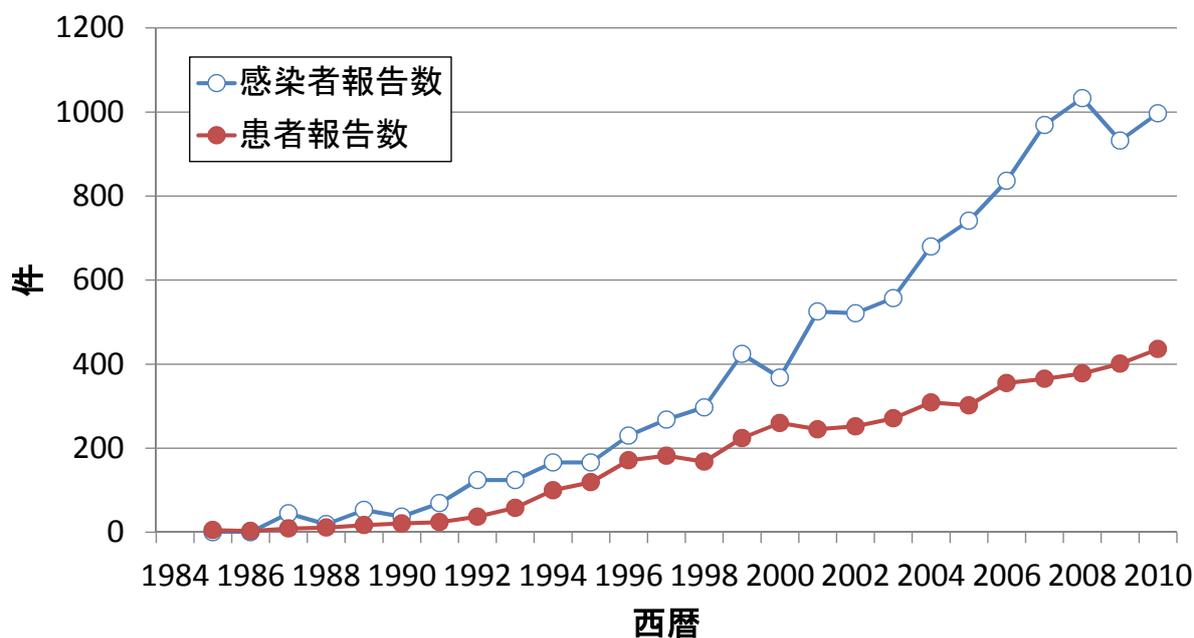
患者・感染者数推定のための Markovモデル



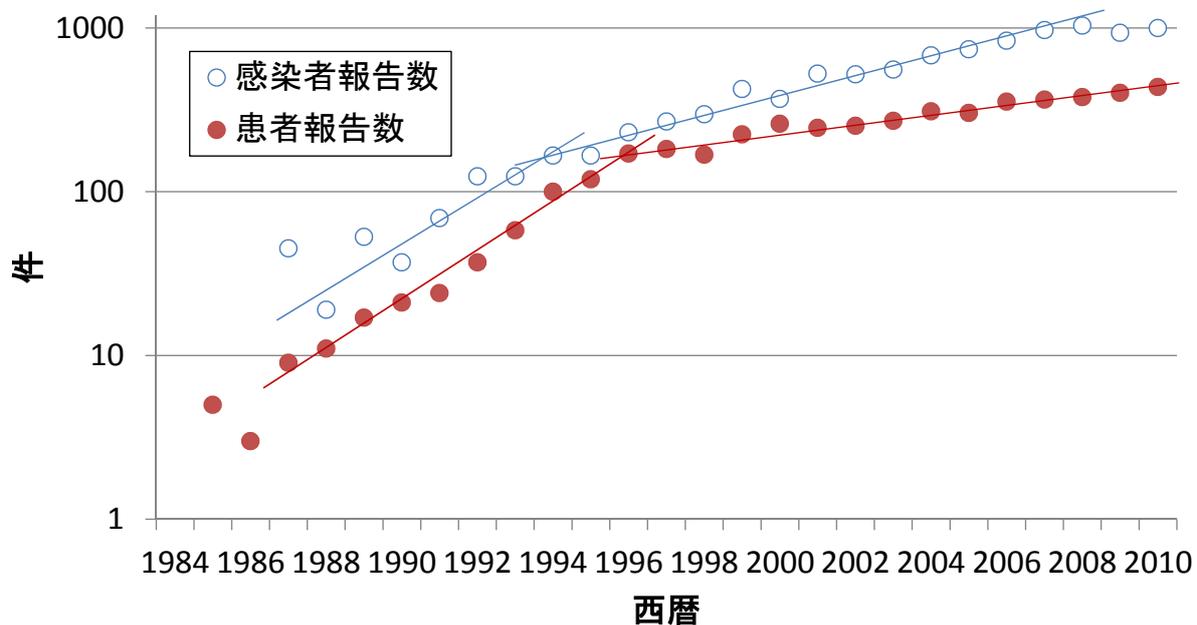
HIV感染後年数に対するエイズ発症の累積確率密度 (Chin and Lwanga [WHO], 1991)



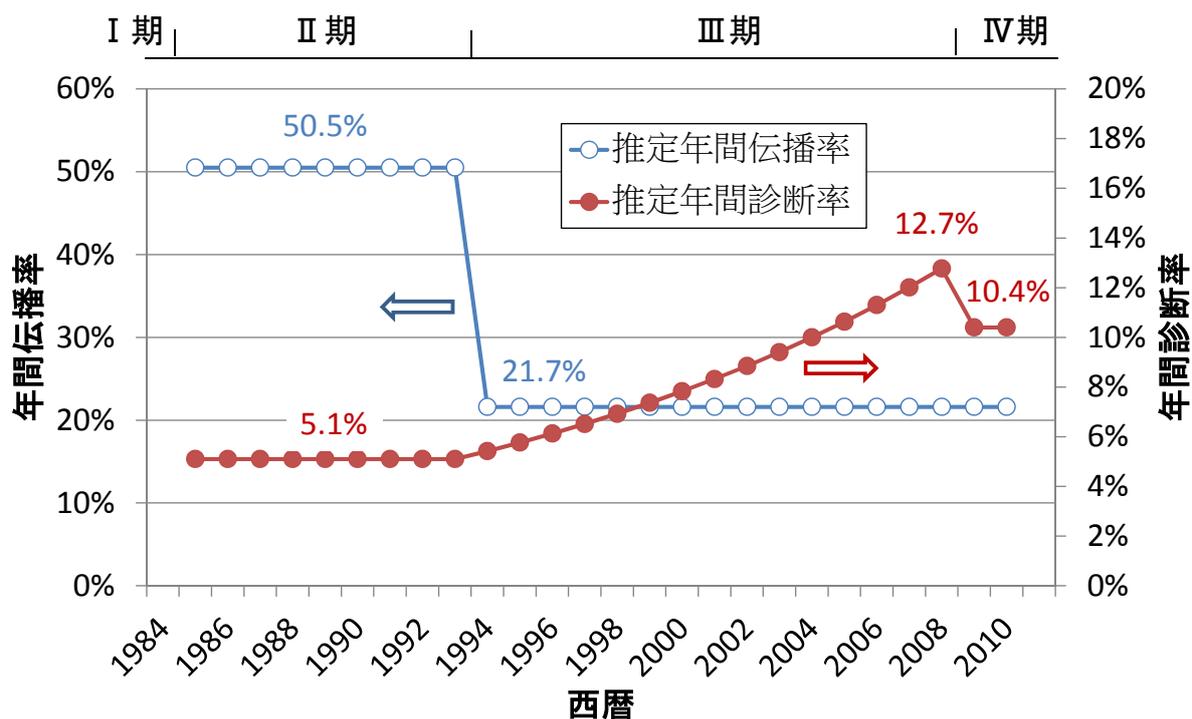
HIV感染者及びエイズ患者報告数(日本国籍)の年次推移



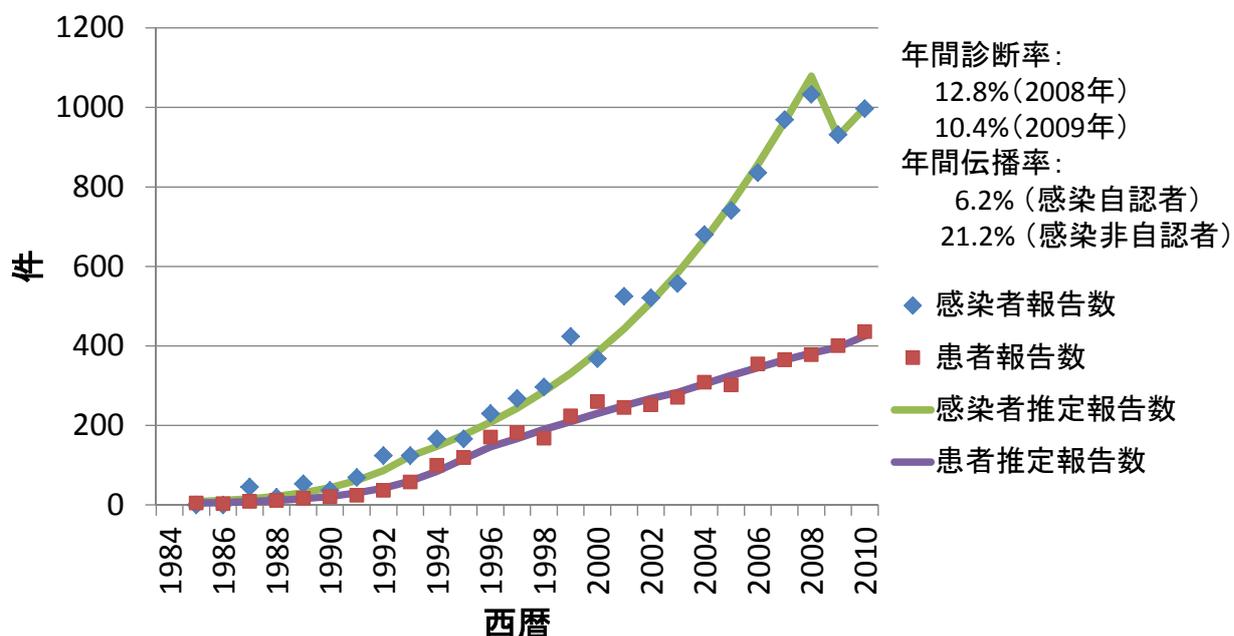
HIV感染者及びエイズ患者報告数(日本国籍) の年次推移



推定年間伝播率と推定年間診断率の推移



1985年から2010年までの報告数と推定数



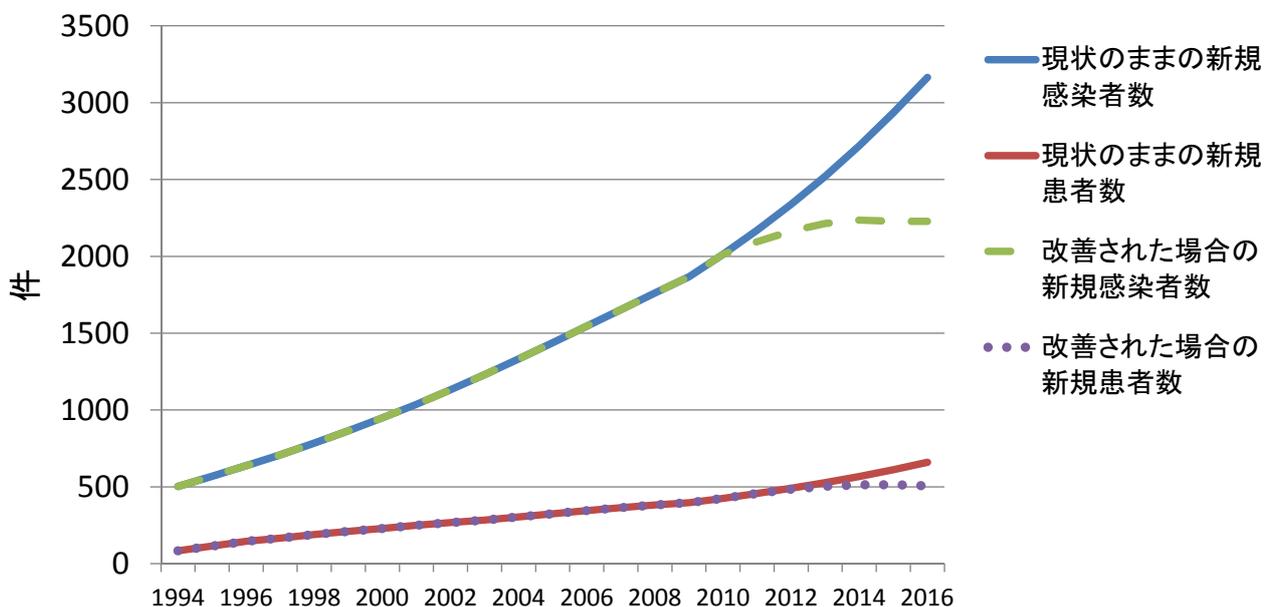
2010年における報告数と推定数

	エイズ動向委員会 報告	システムモデル 推定
累積エイズ患者報告数	4,709	4,690
累積報告HIV感染者報告数	10,159	9,961
新規エイズ患者報告数	436	425
新規HIV感染者報告数	997	999
HIV感染発生数(incidence)		2,012
非報告HIV感染者数		8,190 (36%)
累積HIV感染者/エイズ患者数		22,842
非報告HIV感染者の年間発症率		5.2%

新規感染者数を減少傾向にするために

	年間診断率	感染自認者の年間伝播率	感染非自認者の年間伝播率
2009年の推定値	10.4%	6.2%	21.2%
年間診断率だけ	28.0% (2.7倍)	6.2%	21.2%
感染者だけ	10.4%	4.0% (35%減)	13.9% (35%減)
複合的アプローチ	15.6% (1.5倍)	4.7% (22%減)	16.5% (22%減)
早期診断・早期治療	15.6% (1.5倍)	2.2% (65%減)	21.2%

現状のままの場合と診断率/伝播率が改善された場合の今後のHIV/エイズ発生動向の比較



HIV感染の拡大を抑制するための 具体的数値目標

- 年間捕捉率を50%高める
 - 当面の陽性判明数を50%高める
 - 感染自認率を毎年約3%ずつ高める
- 年間伝播率を22%低下させる
 - Recent infectionを22%低下させる
- その結果、新規感染者数と新規エイズ患者数の増加を食い止めることができる。