

構成員、専門委員及び  
主任研究者からの提言等

## 目 次

- 1 検査・相談体制—現状と課題及び今後への提言・・・・・・・・・・ 1  
(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・・・・・・・・ 2  
(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・・・・・・・・・・ 4  
(市川専門委員提出資料)
- 4 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・・・・・・・・ 8  
(長谷川構成員提出資料)
- 5 「人権の尊重」について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 9  
(大平構成員提出資料)
- 6 エイズ普及啓発対策の全体像について・・・・・・・・・・・・・・・・ 11  
(木原正博専門委員提出資料)
- 7 MSM対象の全国インターネット調査の調査結果・・・・・・・・・・ 13  
(日高専門委員提出資料)
- 8 青少年対策・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 21  
(木原雅子専門委員提出資料)
- 9 患者等及び個別施策層に対する普及啓発の強化(外国人)・・・・・・・・ 23  
(厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業  
主任研究者 仲尾唯治(山梨学院大学経営情報学部教授)提出資料)
- 10 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)・・・・・・・・・・・・ 24  
(厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業  
主任研究者 東優子(大阪府立大学人間社会学部准教授)提出資料)
- 11 エイズ発生動向調査の強化について・・・・・・・・・・・・・・・・ 25  
(岩本専門委員提出資料)
- 12 「エイズ発生動向調査の強化」の問題点と提言・・・・・・・・・・・・ 26  
(加藤専門委員提出資料)

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。
- 拳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。

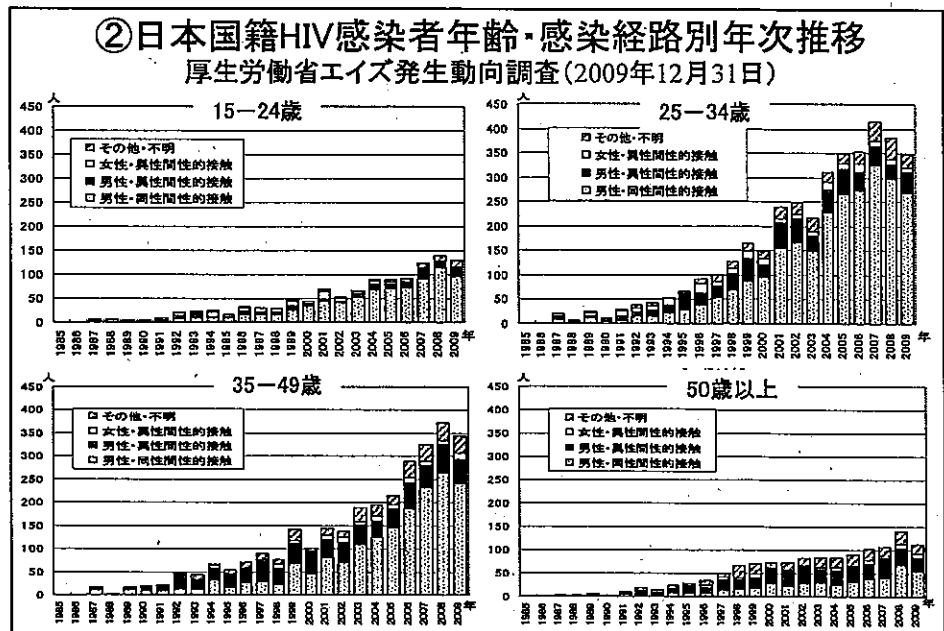
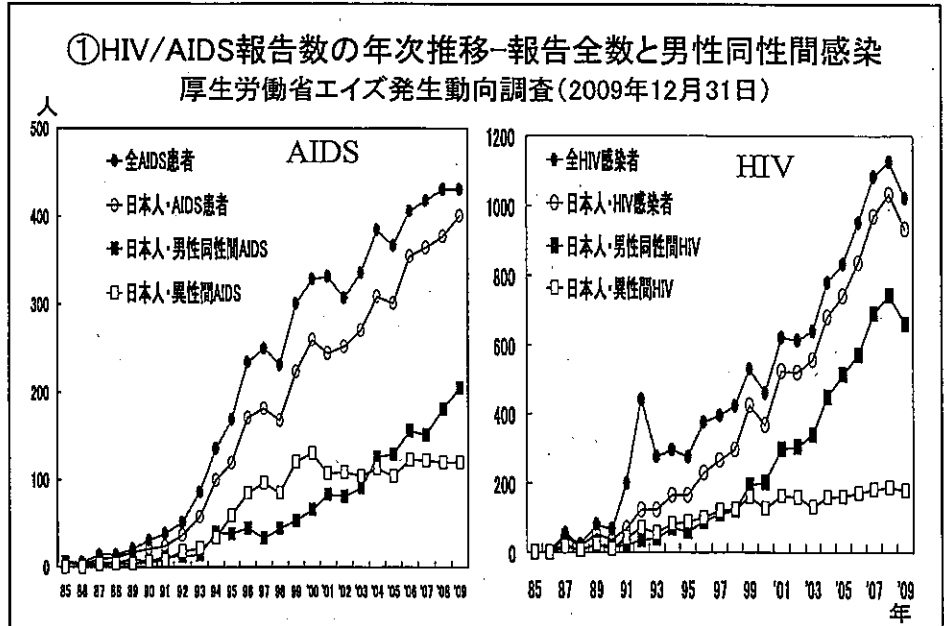
わが国においては、男性同性愛者や滞日外国人

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。

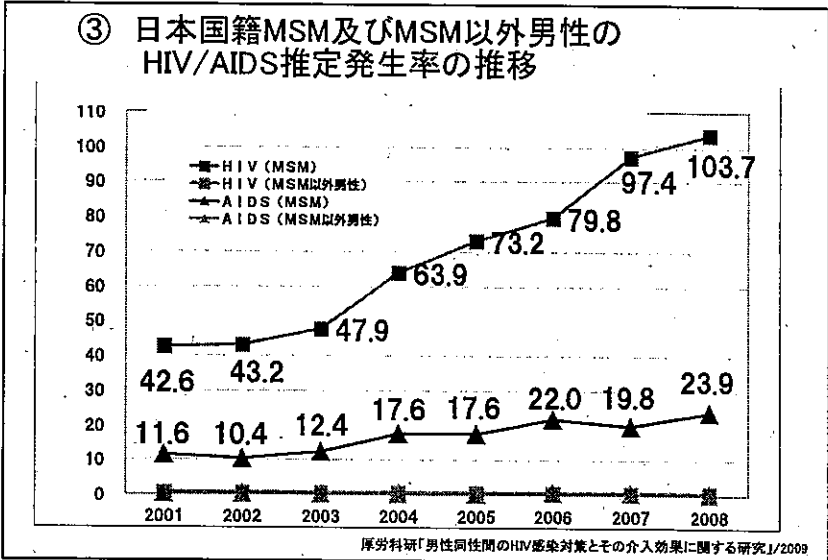
MSMにおけるHIV感染者およびAIDS患者の新規発生率は増加が続き、2008年は2001年の2倍となっている(図③)。

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。



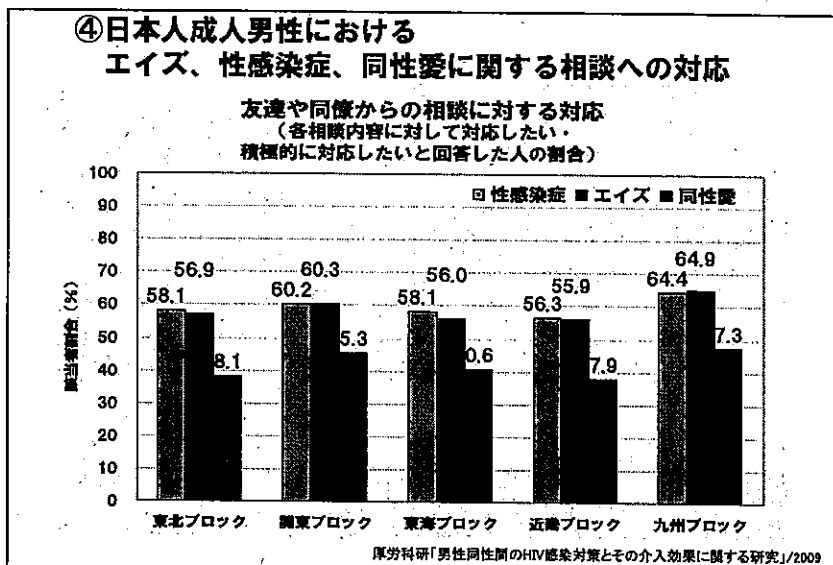
2 MSMにおけるHIV感染対策の課題と取り組むうえで重要な点

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。

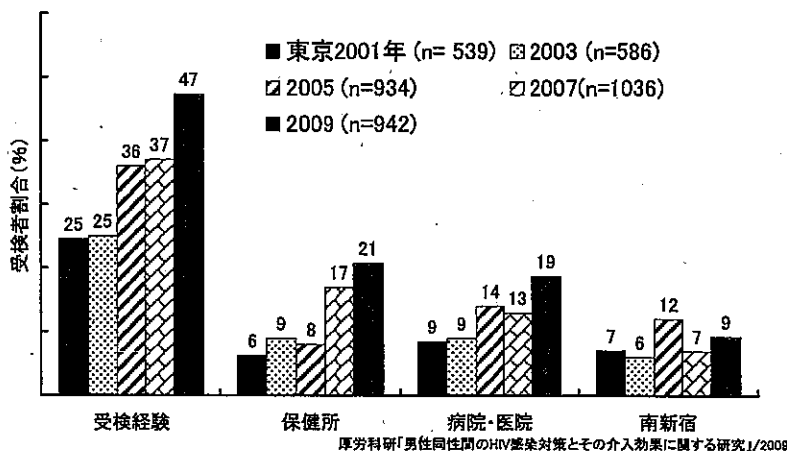
当事者に訴求性のある NGO の活動を維持し、啓発普及の促進を図ることが、今後の対策として重要である。そのためには、啓発活動に関わる人材を確保することで、そのための資金確保が必要となる。事業や研究について評価していくことは重要であるが、年単位で予算が変動し、次年度以降からどうなるか不安定な状況では、効果的な予防啓発や検査普及の活動を行うことは困難である。中長期的な計画と展望を持った施策を進める体制が必要である。

### 3 コミュニティセンター事業について

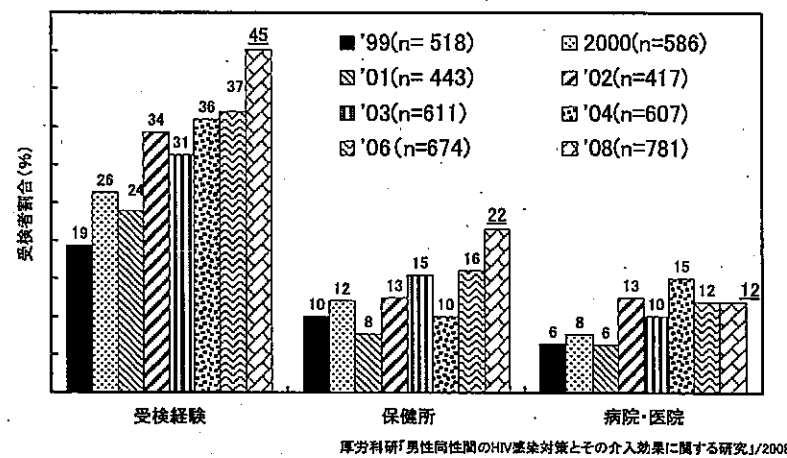
厚生労働省は 2003 年から「男性同性間の HIV/STI 感染予防に関する啓発事業」を財団法人・エイズ予防財団を通じて実施している。現在は、コミュニティセンター「ZEL」（仙台）、コミュニティセンター「akta」（東京）、コミュニティセンター「rise」（名古屋）、コミュニティスペース「dista」（大阪）、コミュニティセンター「haco」（福岡）、コミュニティセンター「mabui」（那覇）など全国 6 地域で展開されている（図⑦）。

#### 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）



#### 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





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-

「第六 人権の尊重」・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

日本HIV陽性者ネットワーク 代表 長谷川博史

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ないのか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、で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。

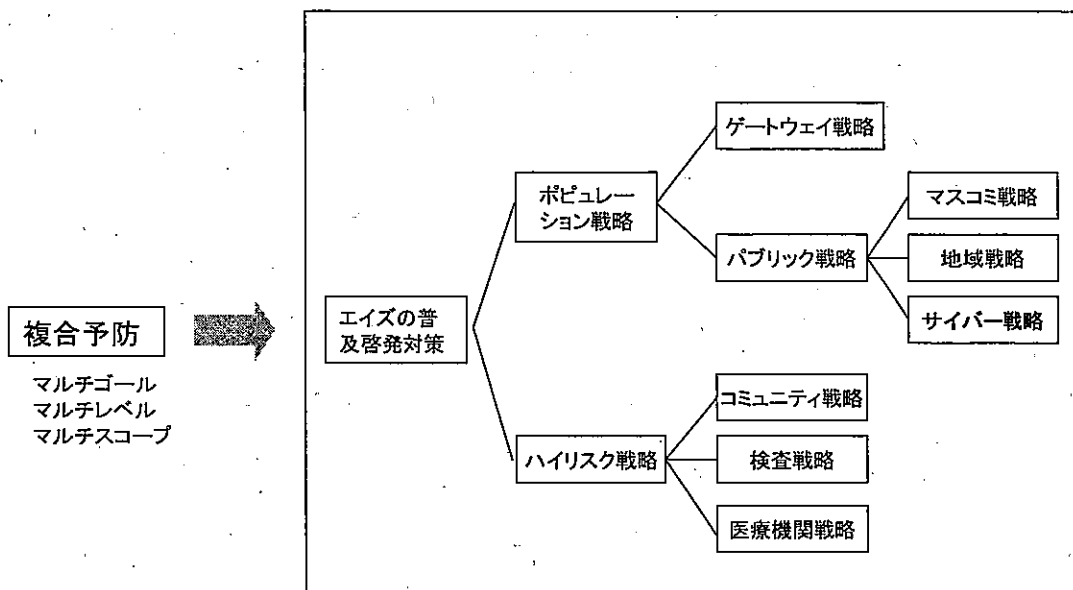


図 エイズ普及啓発対策の全体構造について

## 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 (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用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。

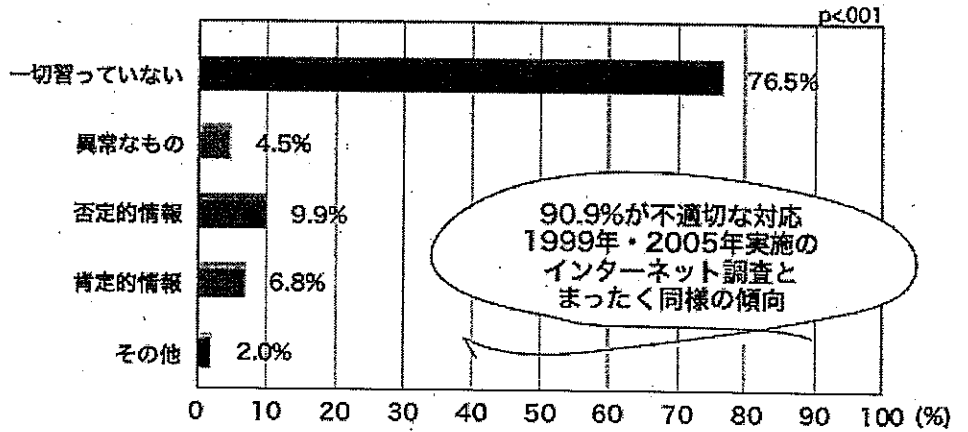
○ 自己申告のHIV陽性割合（表7～9）

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。

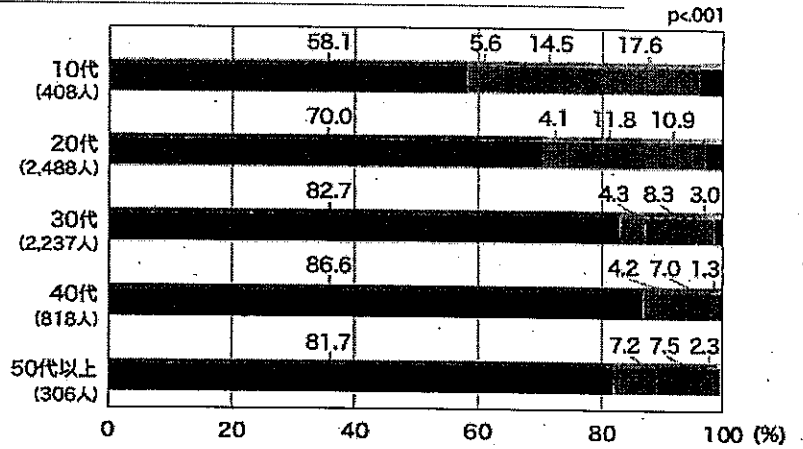


図. 1

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

■一切習っていない ■異常なもの ■否定的情報 ■肯定的情報 ■その他

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)

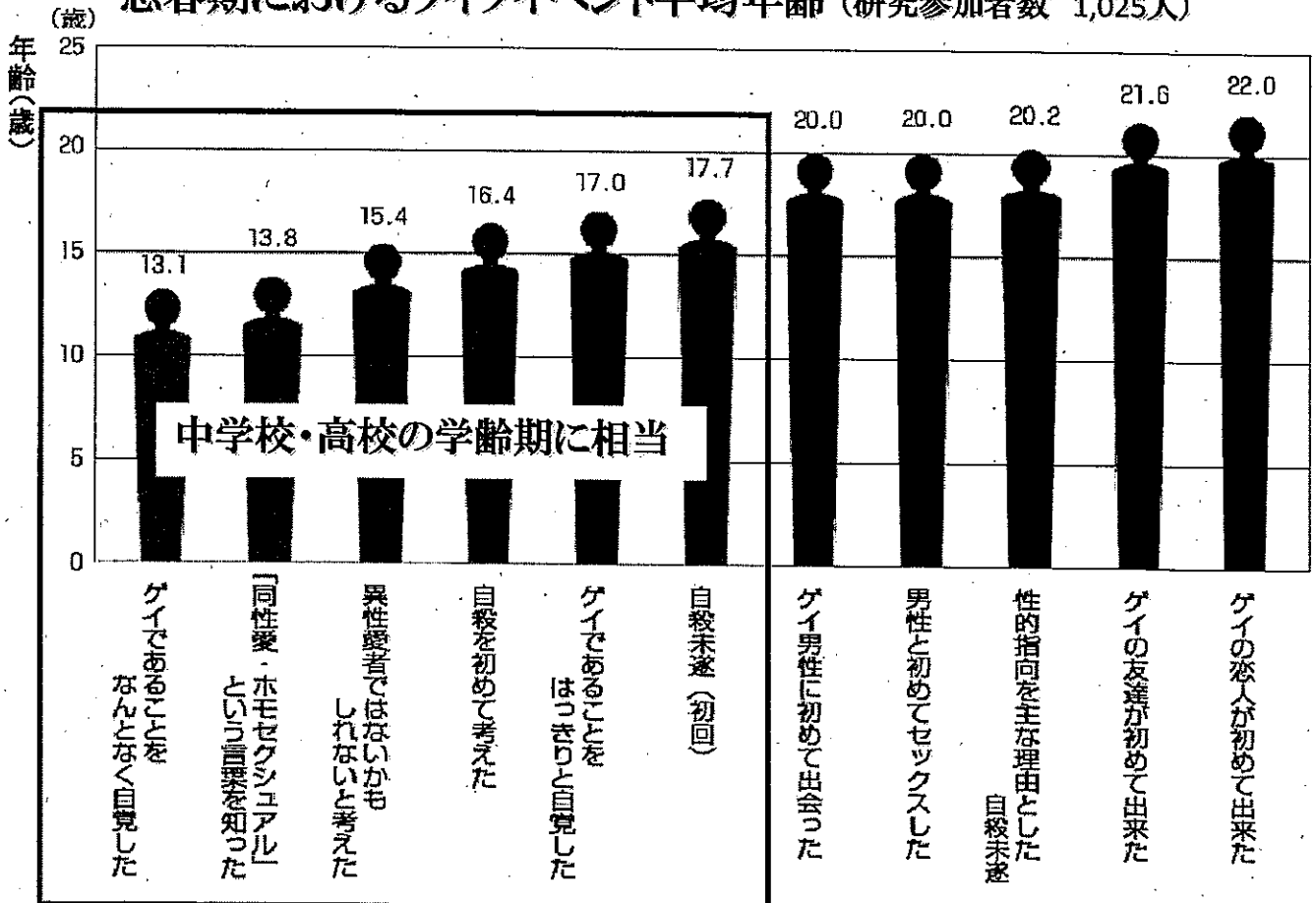


表1. 2005年 全国MSMインターネット調査(過去1年のHIV抗体検査受検割合) 有効回答数5,731人

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)	83 (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=80	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=69	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)
病院や医療機関 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(美数) n=1,418
保健所 p<.001													
35 (46.1)	99 (36.1)	104 (26.1)	16 (42.1)	14 (28.9)	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 (28.3)	14 (28.9)	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)	0 (0)	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 (28.9)	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

	n=73	n=267	関東	n=358	東京都	n=35	北陸信越	n=45	東海	n=87	愛知県	近畿	n=113	大阪府	n=74	中国	九州・沖縄	n=63	福岡県	n=41	無回答	n=22	全体(実数)	n=1,332
北海道・東北																								
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	n=374	関東	n=1,311	東京	n=1,479	信越・北陸	n=173	東海	n=221	愛知	n=280	近畿	n=513	大阪	n=541	中国・四国	n=285	九州・沖縄	n=251	福岡	n=217	無回答	n=86	全体	n=5,731
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)

HIV感染症 p<.001

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	n=479	関東	n=1,298	東京都	n=1,468	信越・北陸	n=186	東海	n=241	愛知県	n=343	近畿	n=523	大阪府	n=592	中国・四国	n=378	九州・沖縄	n=376	福岡県	n=316	無回答	n=82	全体	n=6,282
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)

HIV感染症 p<.001

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

HIV感染症 p<.001

## ■ 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<sup>1-7)</sup>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<sup>5)</sup>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・パンフ類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<sup>8)</sup>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。

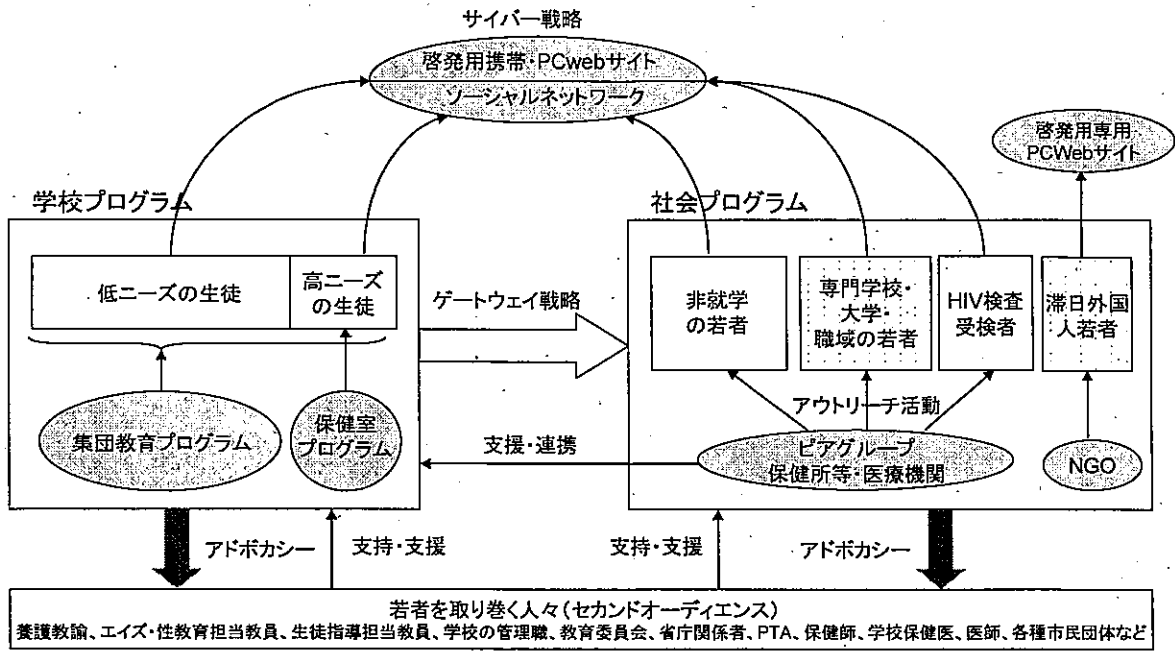


図. WYSHプロジェクトのプログラム構成

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、現実には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、安全と人権を守りか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

## エイズ発生動向調査の強化について

「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

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

### 現状の問題点

#### (1) 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ある。「第二 発生の予防及びまん延の防止」（検査・相談体制）に関わる諸項目における成果等と動向調査との関連付けが重要と考えられる。

#### (2) 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るが、わが国においては報告数の数値しかない。

### 現状の問題点を踏まえた提言

- 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、早期治療の為にともに重要と考えられる。
- 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られる。
- 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である。
- 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ある。
- 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言うまでもない。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、ともに必要と考えられる。
- 経静脈的な薬物使用等、感染経路の今後を展望すると、発生動向調査だけの展望の予想は不十分であり、関係諸機関、部署の対話と連携が望まれる。
- 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、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する。

## 「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。