

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組む方法であり、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、歯科医療従事者にも同様に、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、HIV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のに、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 の実施に一つづつ前進するように、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HIV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

HIV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。観点を变えて、

病気の本質を正確に伝える

Standard Precautions の必要性を力説する

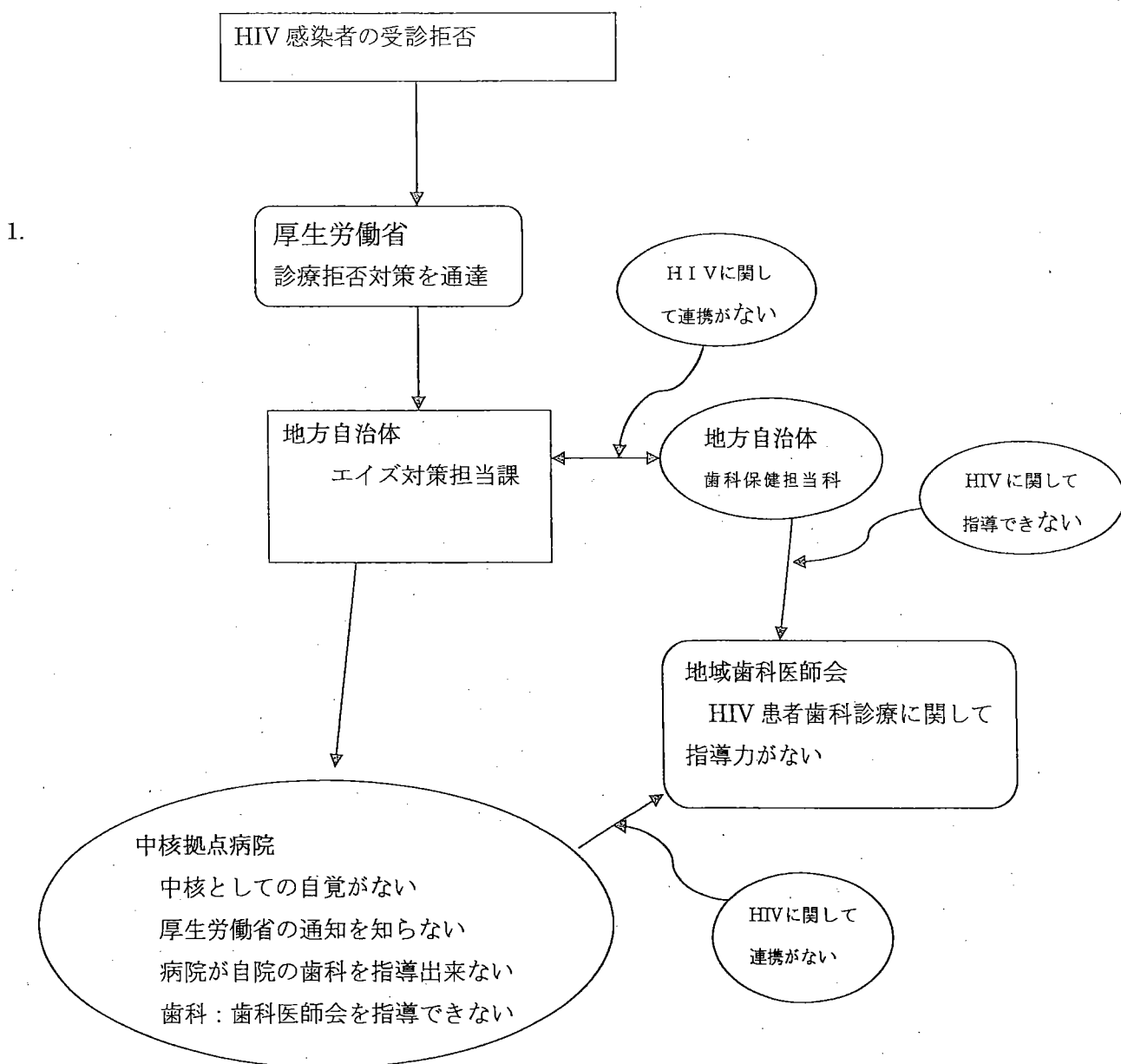
- 何故必要か
- どんなメリットが患者さんと医療従事者にあるか
- 実施への努力が如何に歯科医療の質の向上に寄与するか

## 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 (\*)

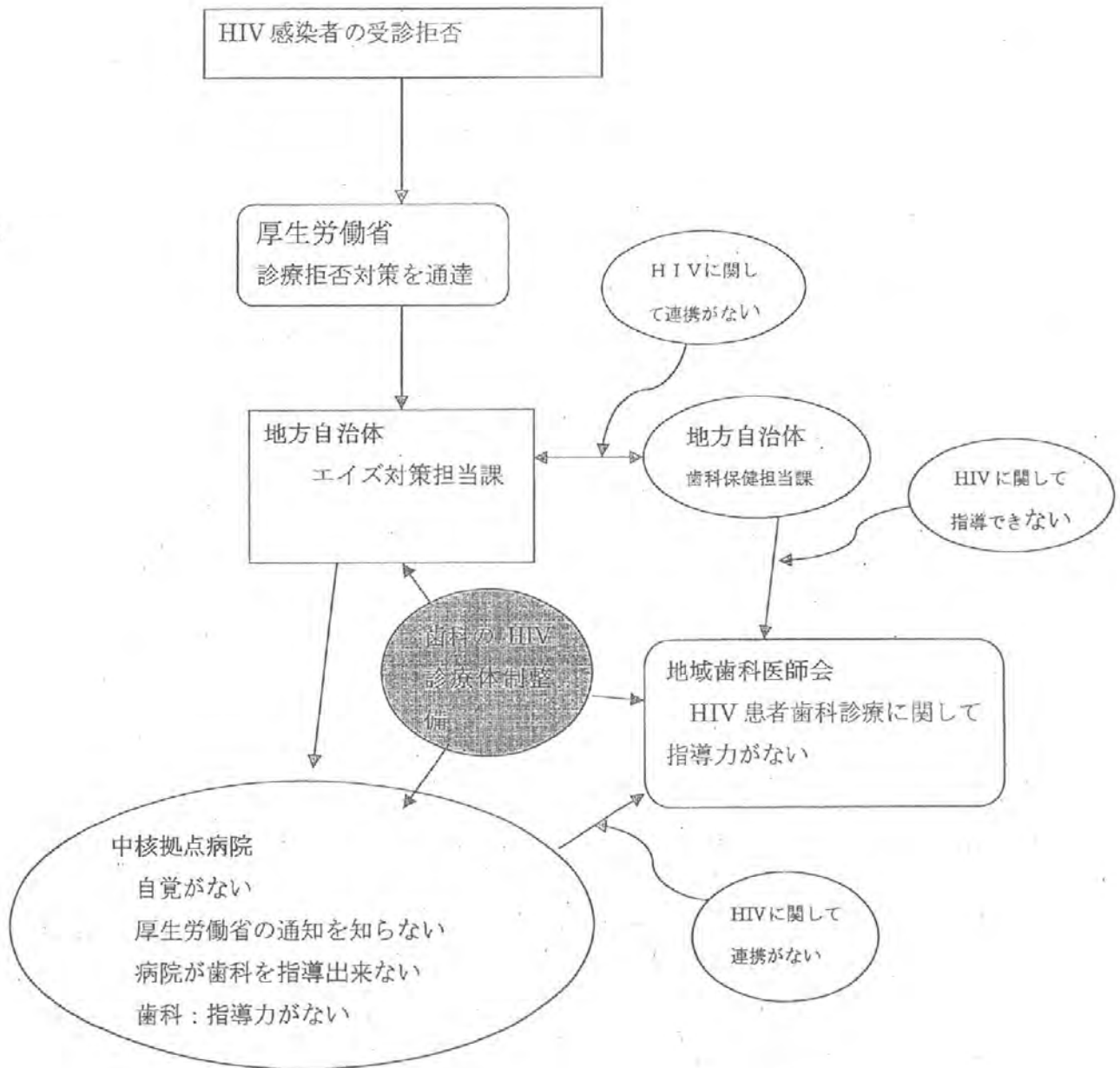
すでにネットワークを実施中の同都県の活動に関しては、「HIV 感染症歯科診療ネットワーク取り組み事例集」を参照して頂きたい。

\* 中核拠点病院としての広島大学の活動 (別途記載)

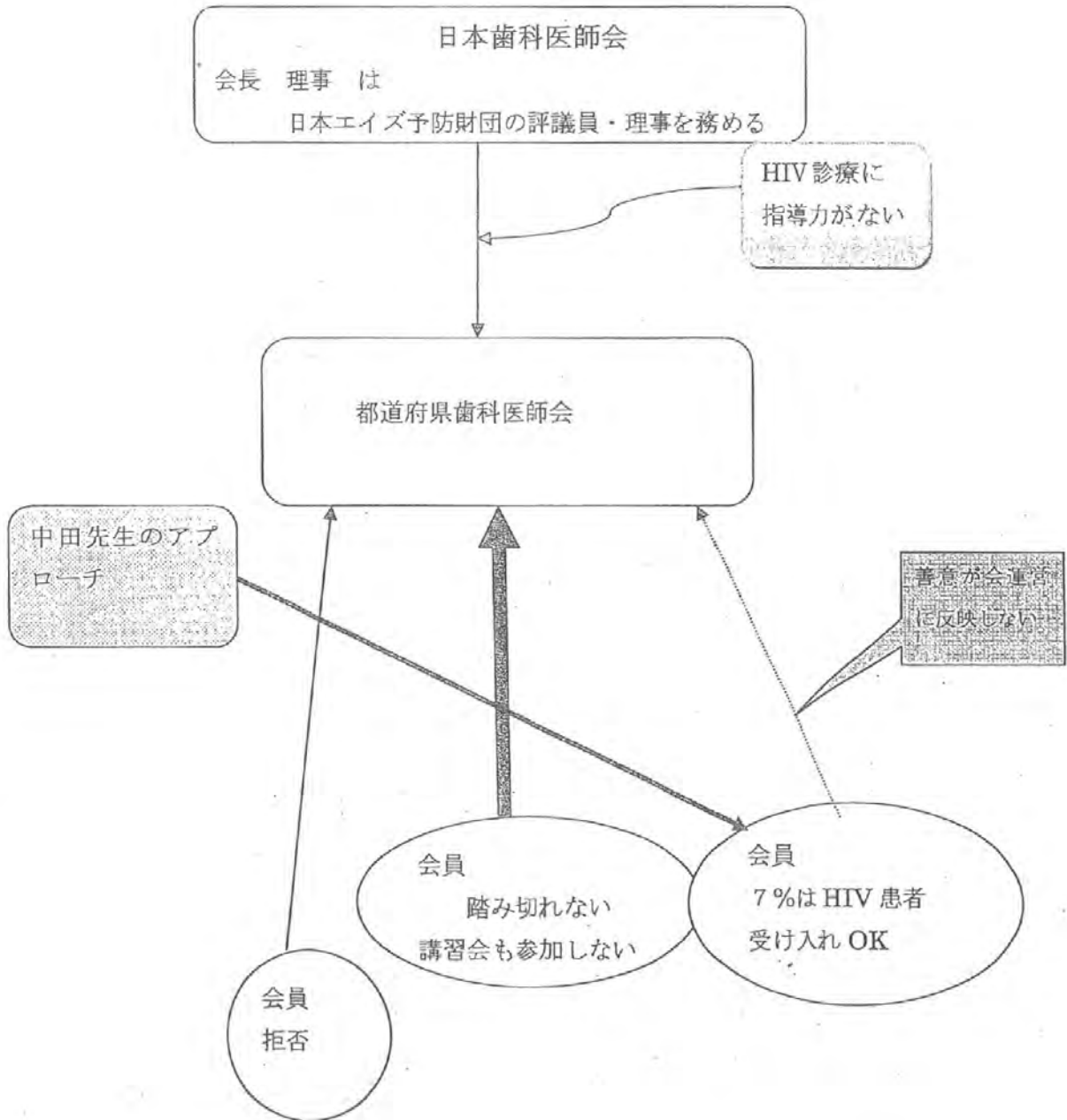


医療体制班 歯科の HIV 診療体制整備班の位置づけ

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。

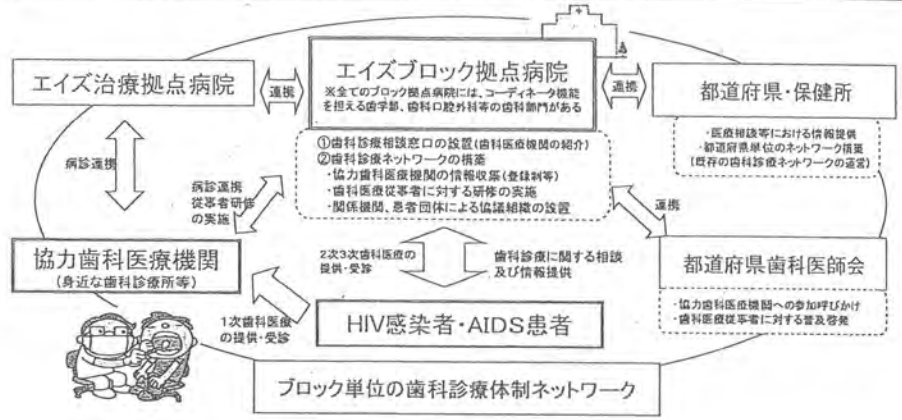
HIV陽性者に対する歯科診療体制の確保には、エイズ拠点病院と地域歯科医師会との連携が必要であり、広島県においては広島県歯科医師会がエイズ拠点病院からのHIV陽性者の歯科診療を受け入れるためのHIV歯科診療ネットワークが既に構築されています。このネットワークの構築は、HIV陽性者がより近医での歯科受診を可能とする画期的な歯科診療体制の実現であると考えます。本邦では、HIV陽性者の数は増加しており、今後、この歯科医療ネットワークに参加する歯科医師の確保が必要です。

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り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 とする取り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り組みを開始しており、昨年度までに大阪府、愛知県でこの取り組みを開始し、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、愛知県での取り組みに加え、沖縄県、福岡県での取り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、または今後取り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り組みをしています。

<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



財団法人エイズ予防財団

目次

- 1. 緒言 ..... 1
- 2. 調査方法 ..... 1
  - (1) 対象と方法 ..... 1
  - (2) 調査対象 ..... 1
  - (3) 調査期間 ..... 1
  - (4) 調査方法 ..... 1
- 3. 調査結果 ..... 2
  - (1) 調査対象者の状況 ..... 2
    - ① 平成20年5月31日現在で生存中のHIV感染血液凝固異常症 ..... 2
    - ② 生存中の増殖抑制剤内服 ..... 9
    - ③ 増殖抑制剤におけるインヒビター種類 ..... 9
    - ④ 増殖抑制剤の上昇定率 ..... 11
    - ⑤ HIV感染血液凝固異常症における死亡原因 ..... 12
  - (2) HIV感染血液凝固異常症 ..... 13
    - ① HIV感染血液凝固異常症 ..... 13
    - ② HIV感染血液凝固異常症の流行状況 ..... 14
    - ③ HIV感染血液凝固異常症の地域別状況 ..... 14
    - ④ HIV感染血液凝固異常症の年齢別状況 ..... 14
    - ⑤ HIV感染血液凝固異常症の性別別状況 ..... 14
    - ⑥ HIV感染血液凝固異常症における生存率 ..... 15
    - ⑦ HIV感染血液凝固異常症の併発症 ..... 15
    - ⑧ HIV感染血液凝固異常症における死亡原因 ..... 18
    - ⑨ HIV感染血液凝固異常症におけるHIV感染の経過 ..... 23
    - ⑩ HIV感染血液凝固異常症におけるCD4陽性率 ..... 24
    - ⑪ HIV感染血液凝固異常症におけるHIV RNAコピー数 ..... 26
    - ⑫ HIV感染血液凝固異常症におけるHIV RNA陽性率 ..... 27
    - ⑬ HIV感染血液凝固異常症におけるHIV RNA陽性率とCD4陽性率との関係 ..... 28
    - ⑭ HIV感染血液凝固異常症におけるHIV RNA陽性率とCD4陽性率との関係 ..... 28
    - ⑮ HIV感染血液凝固異常症におけるHIV RNA陽性率とCD4陽性率との関係 ..... 29
    - ⑯ HIV感染血液凝固異常症におけるHIV RNA陽性率とCD4陽性率との関係 ..... 29
    - ⑰ HIV感染血液凝固異常症におけるHIV RNA陽性率とCD4陽性率との関係 ..... 29
    - ⑱ HIV感染血液凝固異常症におけるHIV RNA陽性率とCD4陽性率との関係 ..... 29
    - ⑳ HIV感染血液凝固異常症におけるHIV RNA陽性率とCD4陽性率との関係 ..... 29

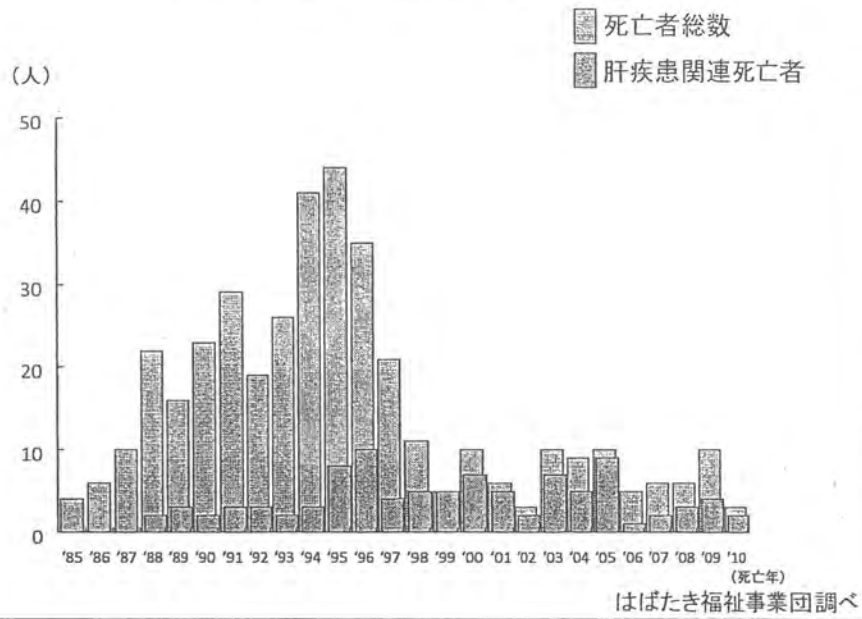
日本全国における血液凝固異常症総数

	血友病A	血友病B	VWD	軽症重篤	小児
HIV非感染生存	3606	733	883	448	5675
(男性)	3583	725	404	245	4957
(女性)	23	8	439	203	118
HIV感染生存	602	163	7	4	796
(男性)	662	163	2	1	788
(女性)	0	0	5	3	3
HIV非感染・感染生存合計	4211	916	892	452	6471
(男性)	4185	900	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)	465	142	1	5	613
(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

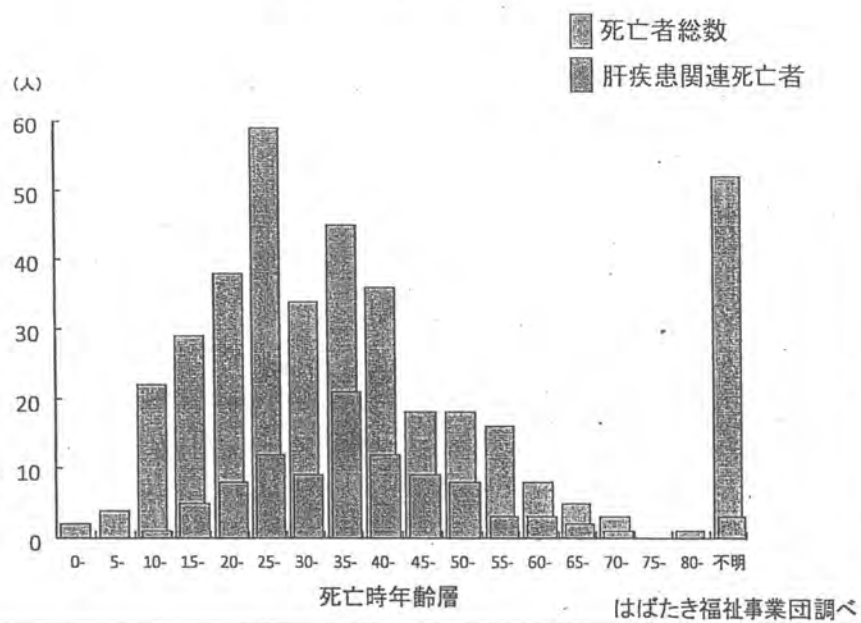
肝炎重複感染の方が97%と言われており、今後深刻な事態が予想されます。

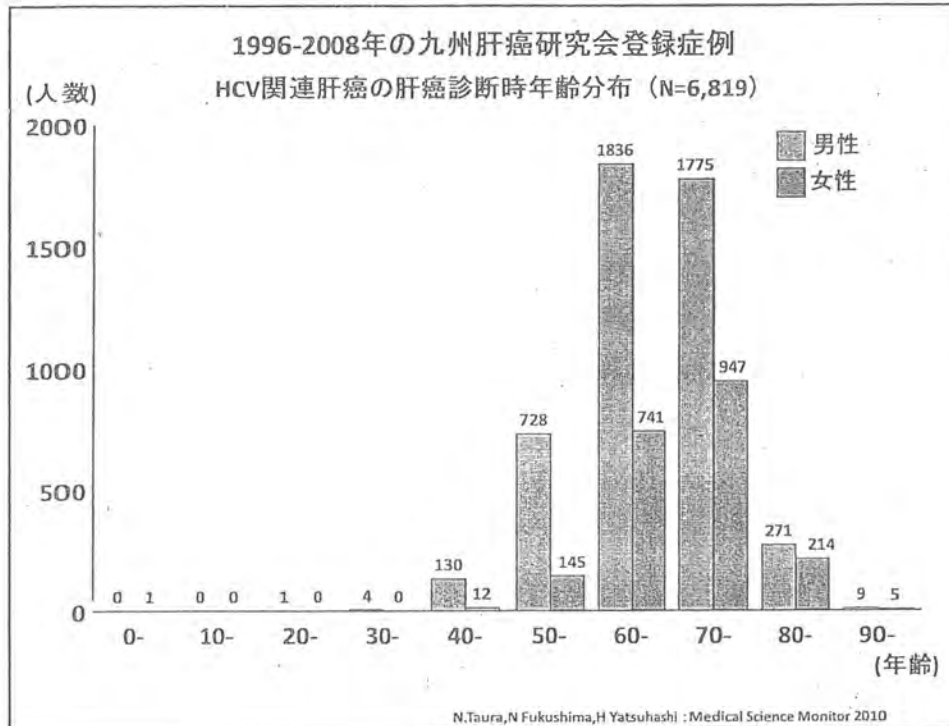
H20 エイズ予防財団 血液凝固異常全国調査  
http://api-net.jfap.or.jp/siryou/research.htm

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)





## 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. Minilikoglu,<sup>1,4</sup> Aric Rieger,<sup>2</sup> and Laurence S. Magder<sup>1</sup>

*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.

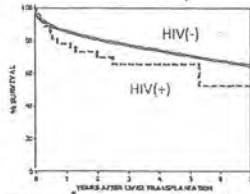


FIGURE 1. Comparison of survival probabilities of all human immunodeficiency virus (+) and non-human immunodeficiency virus patients after LT ( $P < 0.047$ ).

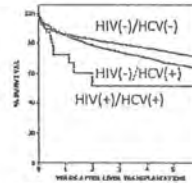


FIGURE 2. Comparison of survival probabilities of patients with human immunodeficiency virus (HIV)/hepatitis C virus (HCV) coinfection and non-HIV patients with and without HCV after LT ( $P < 0.0001$ ).

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% <small>J Hepatol 1997;26:1-5.</small>

◦ 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.  
はばたき福祉事業団調べ

## 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/ul以上、HIV RNA 10<sup>4</sup>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 <sup>21</sup> )	HIV 24	3年 72.8%	患者死亡のリスクファクターはHCV+, CD4+<200 / $\mu$ l, HAART開始不可, HIV viral load>400 copies/ml.
	HIV+HCV 15	3年 56.9%	
2003 Pittsburg Miami (Liver Transpl <sup>39</sup> )	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 / $\mu$ l (6/16), <100 / $\mu$ l (2/16), 急性拒絶 (6/16), FKレベル上昇 (6/16)。
	HIV+HCV 11		
2004 Review (Liver Transpl <sup>35</sup> )	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 <sup>40</sup> )	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 <sup>41</sup> )	HIV+HCV 4	3/4 生存	1例17ヶ月でFCHIにて死亡。 CD4+<100 / $\mu$ l (2/16), 急性拒絶(1/4), 日和見感染なし。
2005 Essen (Liver Int <sup>42</sup> )	HIV+HCV 5	2/5 生存	2生存例はHAARTあり。

HIV: human immunodeficiency virus, HCV: hepatitis C virus, HBV: hepatitis B virus, HAART: highly active antiretroviral therapy.



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 <sup>28</sup> )	HIV+HCV (n>200)	Review	1年 50-55% (OLTなしで)	移植適応: CD4+>100 / $\mu$ l, HIV検出感度以下。 SVR率 15-20%。
2007 Miami (Transplantation <sup>29</sup> )	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 / $\mu$ l, HIV<200 copies/mm <sup>3</sup> 。
2008 Vienna (Eur J Clin Inv <sup>43</sup> )	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 (THEVIG study group) (Hepatology <sup>30</sup> )	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 / $\mu$ l, HIV検出感度以下。
2009 France (J Hepatolo <sup>31</sup> )	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 <sup>34</sup> )	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
- ・転院に対する不安
- ・キーパーソンの不在

iii) 患者側の理由

(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; Pence, et al,2007など)

**GHQ30(精神健康調査票)**

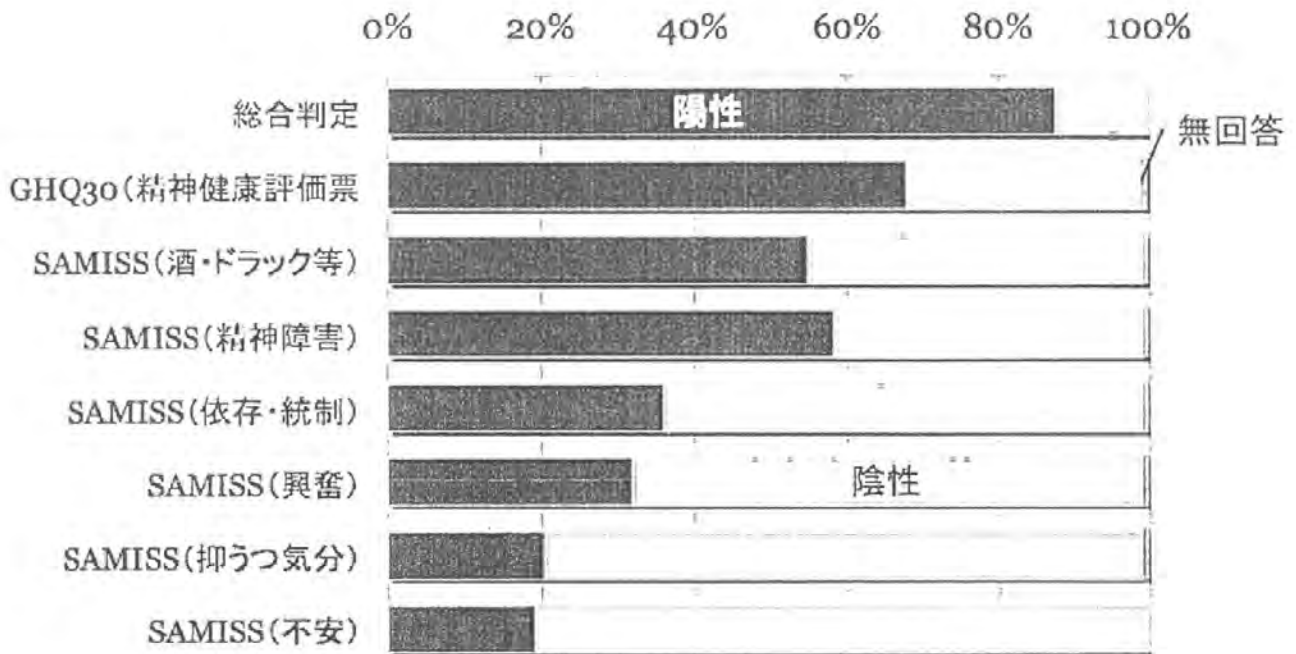
- 6因子(各5項目)30項目中、7項目以上で陽性(中川・大坊ら, 1996)
- (A) 一般的疾患傾向: 疲れ、主観的な病気の感覚など
  - (B) 身体的症状: 頭痛、頭重感、発汗など
  - (C) 睡眠障害: 早朝覚醒、入眠困難など
  - (D) 社会的活動障害: 仕事、日常生活がうまくいっているかなど
  - (E) 不安と気分変動: 怖さ、重荷、自信のなさ
  - (F) 希死念慮・うつ傾向: 望みの喪失、消えたい、死んだ方がまし、など

**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

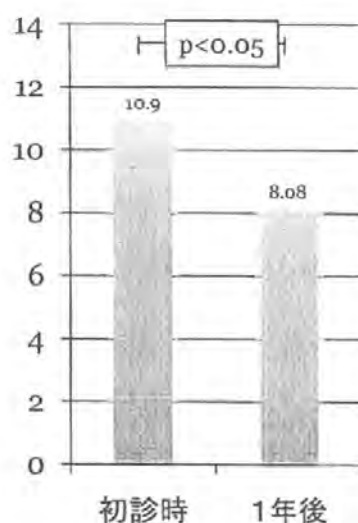
対象:初診より1年を経過し上記の期間中に受診し同意を得られた50名。(平均年齢:39.0歳)

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*
不安と気分変動	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

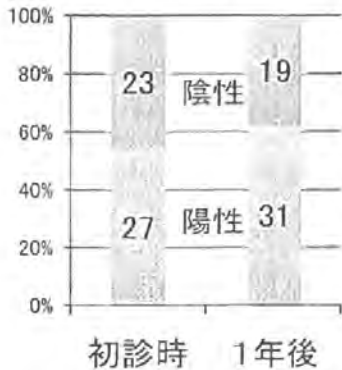
## 飲酒・物質使用関連 (n=50)

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)

☆有意な差は見られなかった。

② 飲酒・物質使用 陽性者の割合



☆1年後は陽性例が微増。

③ 飲酒・物質使用状況 陽性・陰性のクロス集計

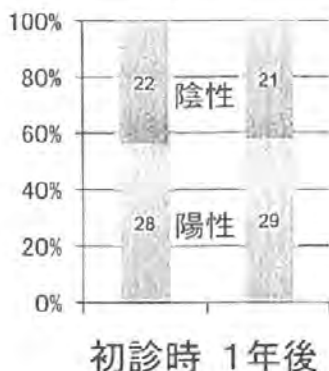
		1年後	
		陽性	陰性
初診時	陽性	20 (40%)	7 (14%)
	陰性	11 (22%)	12 (24%)

☆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。

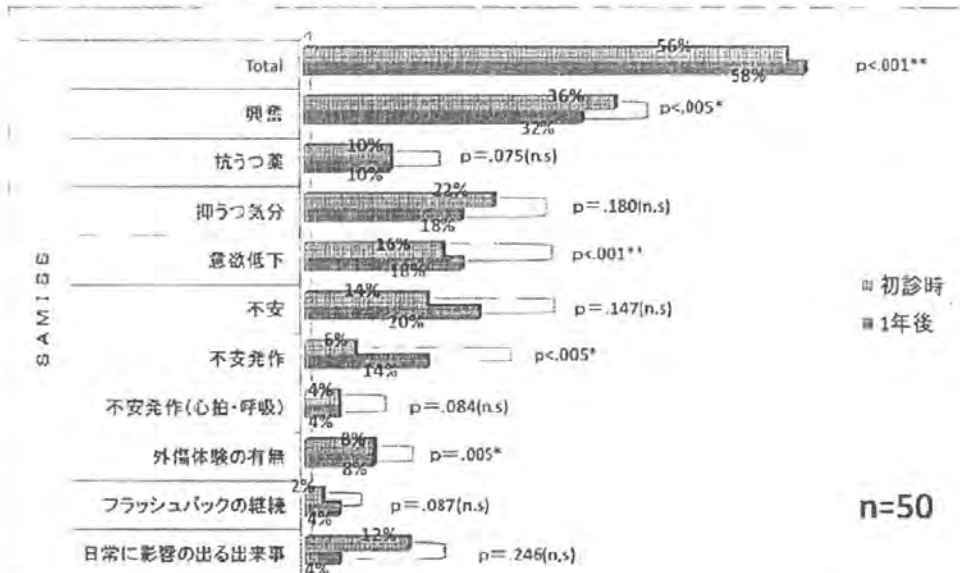
# SAMISS 1年後 vs 初診時

## 精神症状 (n=50)

① 精神症状 陽性者の割合



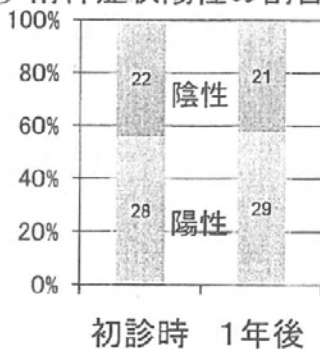
② 精神症状 全体および各因子における陽性割合の比較



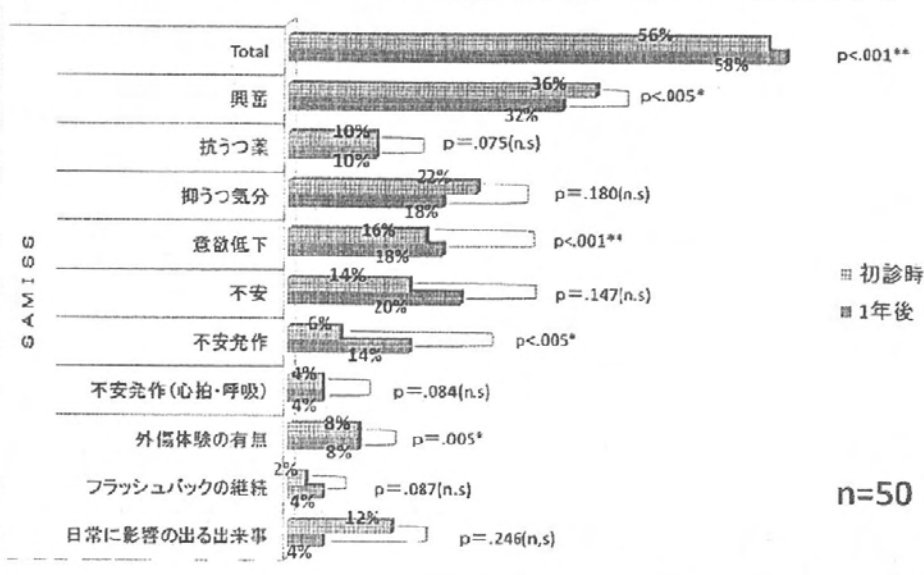
☆興奮は1年後に陽性判定割合が有意に減少しているが、意欲低下や不安発作は1年後に陽性判定割合が有意に増えていた。

# SAMISS 1年後 vs 初診時 精神症状 (n=50)

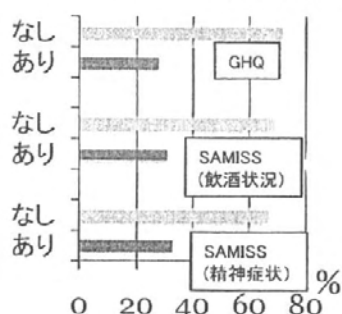
① 精神症状陽性の割合



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。

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ぷれいす東京）

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

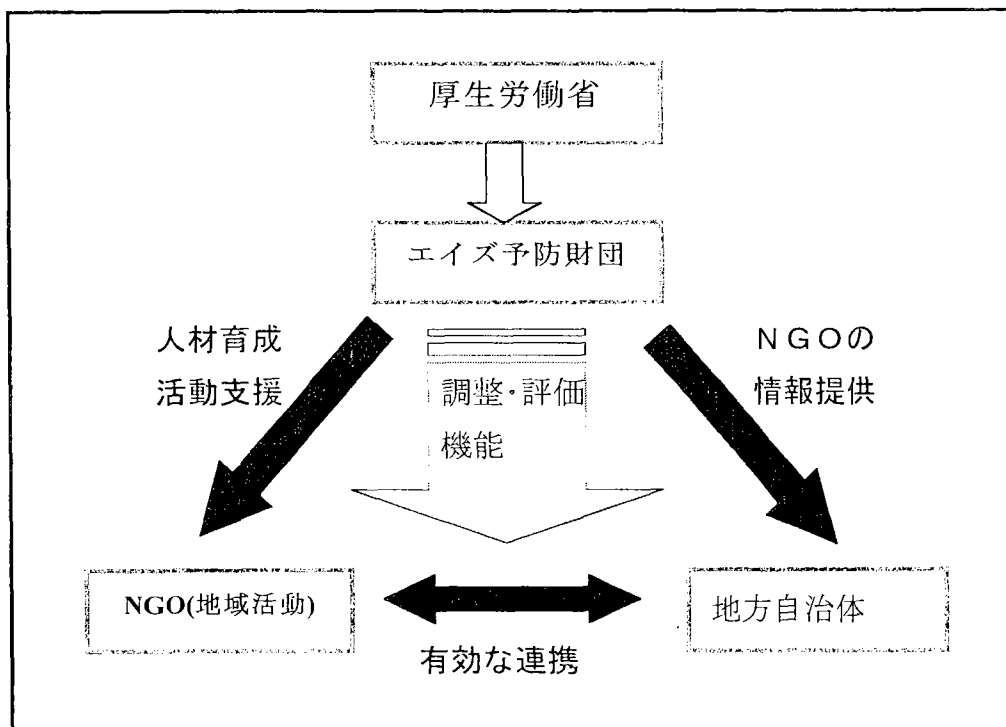
## 総論

### 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



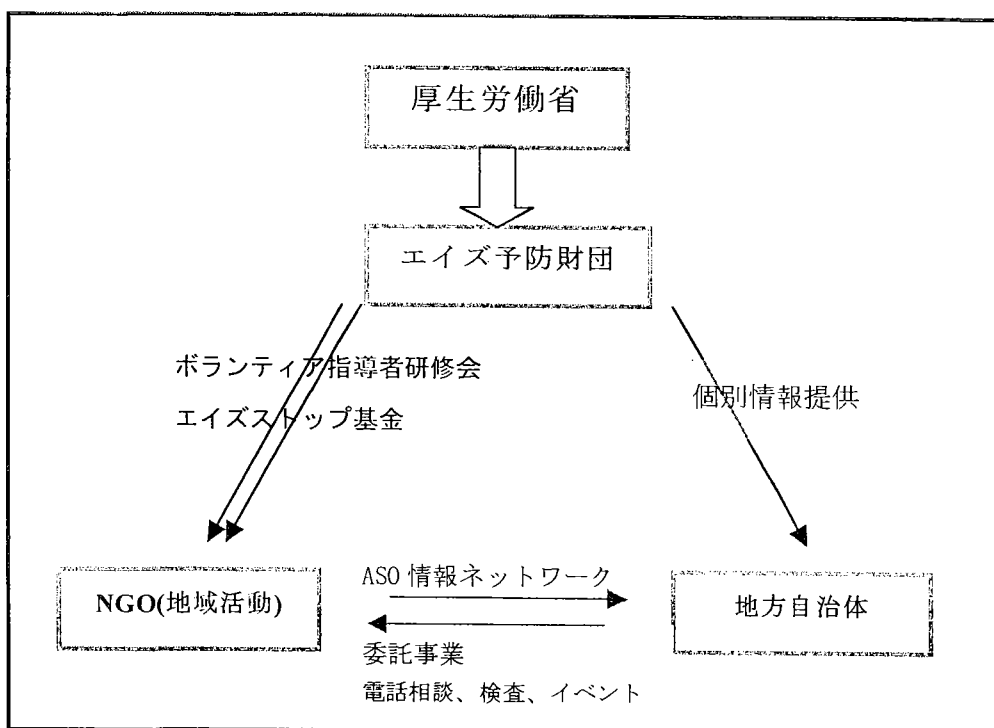
まず、図1で示すNGOとはなにか整理しておきたい。直訳すれば「非政府組織」であり、特定非営利活動法人という法人格を有する組織と任意の団体として法人格を有しない組織とが含まれる。広義には財団法人エイズ予防財団もNGOであるが、ここではエイズに関する予防やケア等の具体的な活動を地域に密着して継続的に運営している組織に限定する。

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な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かねない、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付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—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、コミュニティー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（Patton 1997）」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ろうし、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

でに指摘されている。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の連携について一現状と課題

#### 1) NGOと自治体の連携事業一現状の問題点

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った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

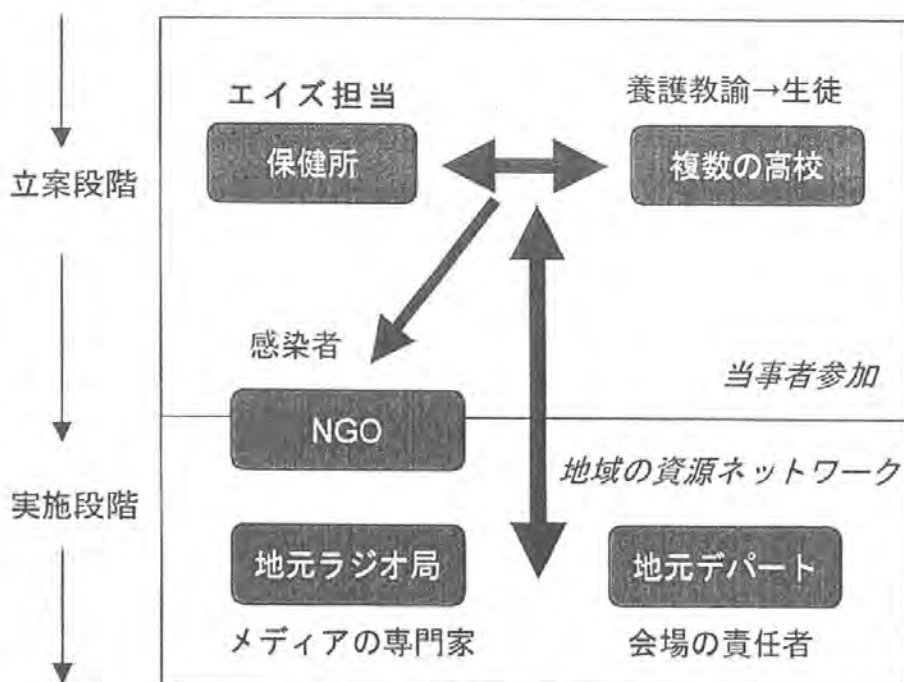
ネットワーク度	
1段階	行政の担当者だけで実施する。
2段階	行政が医師などの専門家、学校関係者、NGO、女性センター、若者グループ、企業など地域の資源のどれか一つとともに実施する
3段階	行政が複数の地域資源（個人や組織）とともに実施する

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るケアにしる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。さもないとエイズ対策事業は「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議は自身が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话题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議は『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、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、それに応じ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とする場合と、受益者からの視点（参加型）とす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れて、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いが、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。

# 医療の提供について

（「総合的な医療提供体制の確保」関係）

# エイズ予防指針の3本柱

- ◆ 我が国のHIV・エイズ対策は、感染症予防法に基づき策定された「エイズ予防指針」(平成18年改正)に基づき実施
- ◆ 「エイズ予防指針」の基本的な考え方(①疾病概念の変化に対応した施策展開 ②国と地方公共団体との役割分担の明確化 ③施策の重点化)に基づき、以下の施策を実施

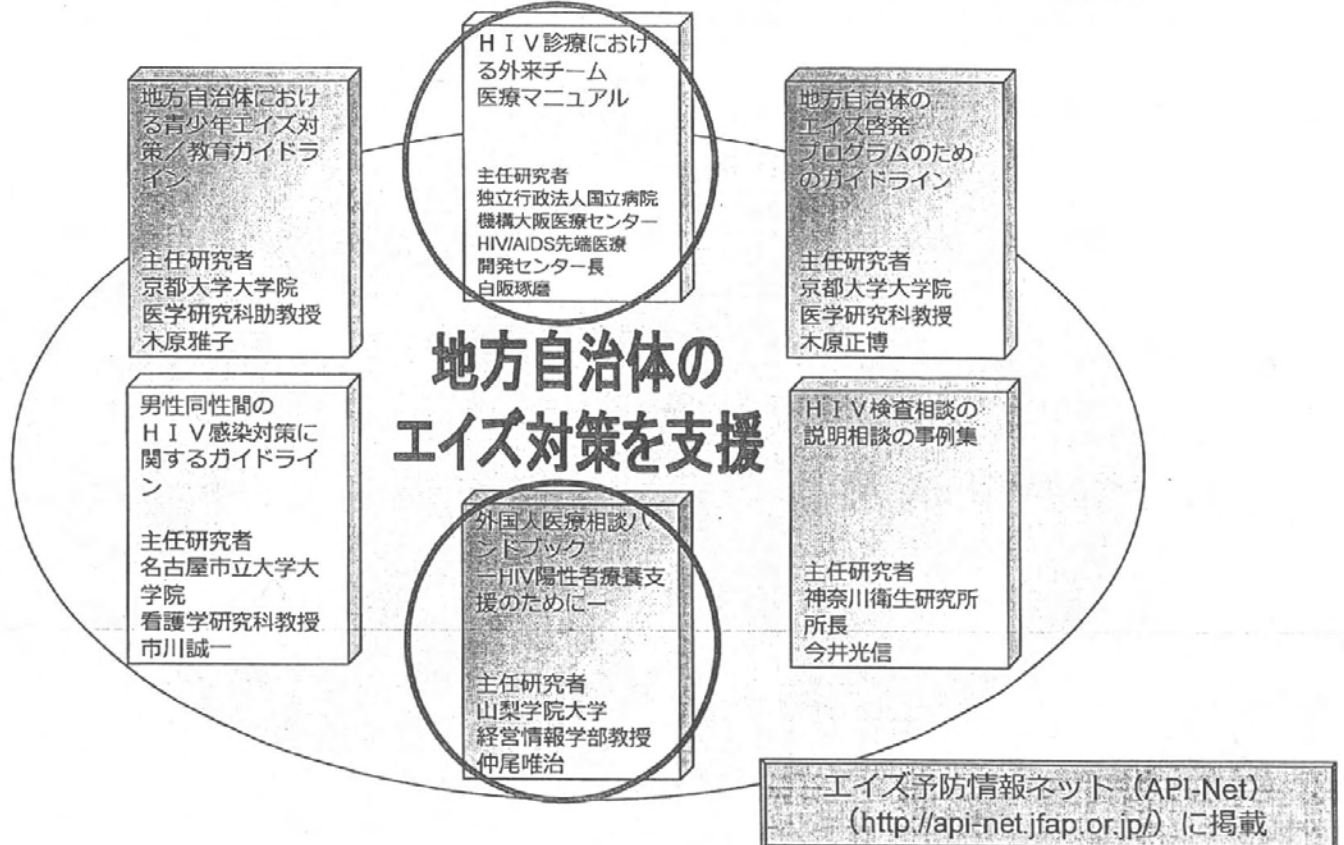
普及啓発及び教育	<p>《国が中心となる施策：一般的な普及啓発》</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ HIV/エイズに係る基本的な情報・正しい知識の提供</li> <li>・ 普及啓発手法の開発、普及啓発手法マニュアル作成</li> </ul> <p>《地方自治体を中心となる施策：個別施策層に対する普及啓発》</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 青少年、同性愛者への対応</li> </ul>
検査相談体制の充実	<p>《国が中心となる施策：検査相談に関する情報提供》</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ HIV検査普及週間(毎年6/1~7)の創設</li> <li>・ 検査手法の開発、検査相談手法マニュアル作成</li> </ul> <p>《地方自治体を中心となる施策：検査・相談体制の充実強化》</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 利便性の高い検査体制の構築(平日夜間・休日・迅速検査等)</li> <li>・ 年間検査計画の策定と検査相談の実施</li> </ul>
医療提供体制の再構築	<p>《国が中心となる施策：新たな手法の開発》</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 外来チーム医療の定着</li> <li>・ 病診連携のあり方の検討</li> </ul> <p>《地方自治体を中心となる施策：都道府県内における総合的な診療体制の確保》</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 中核拠点病院の整備を始めとした都道府県内における医療体制の確保</li> <li>・ 連絡協議会の設置等による各病院間の連携支援</li> </ul>

## 施策の実施を支える新たな手法

- 普及啓発等施策の実施におけるNGO等との連携強化
- 関係省庁間連絡会議の定期的な開催による総合的なエイズ対策の推進
- 感染者・患者数の多い都道府県等(17地方公共団体)への重点的な連携

# 地方自治体向けエイズ対策マニュアル

○各地方自治体のHIV・エイズ対策を効果的に支援するため、厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業において、下記のマニュアルを作成

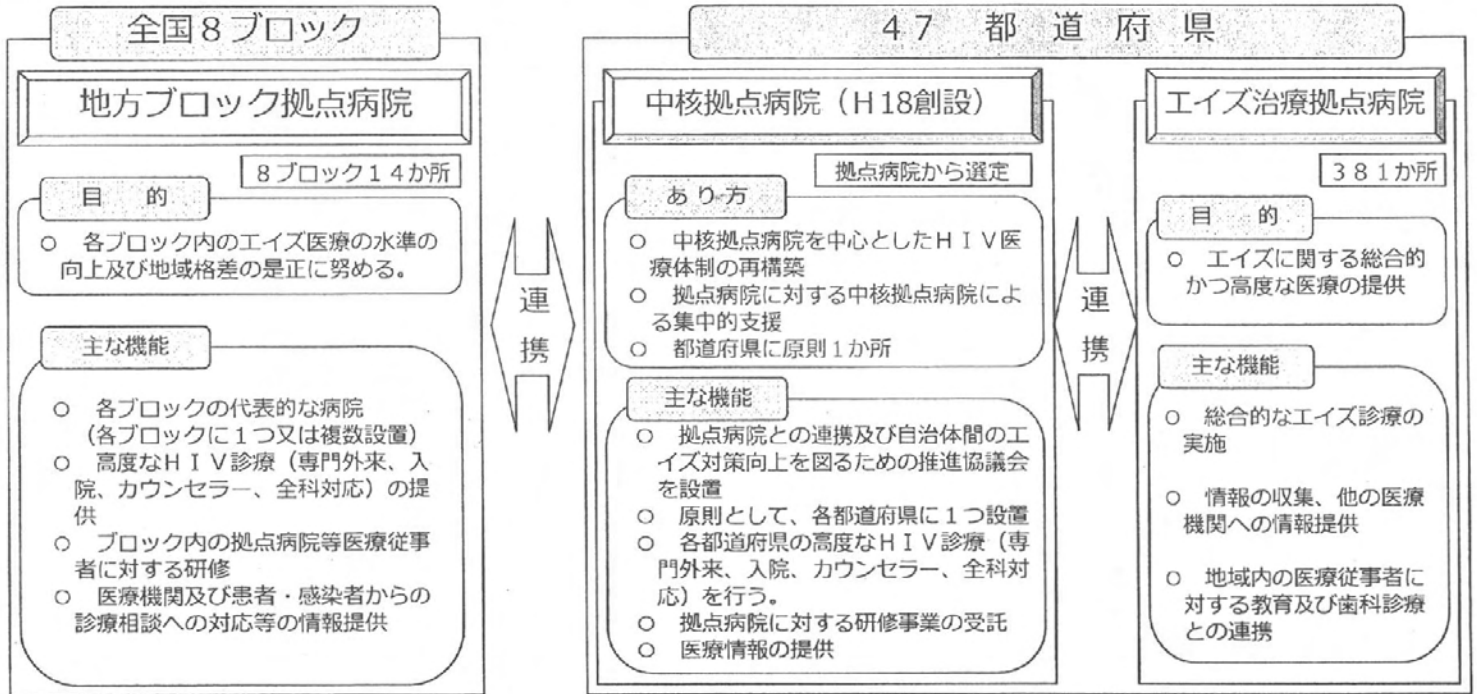


# 医療提供体制の再構築

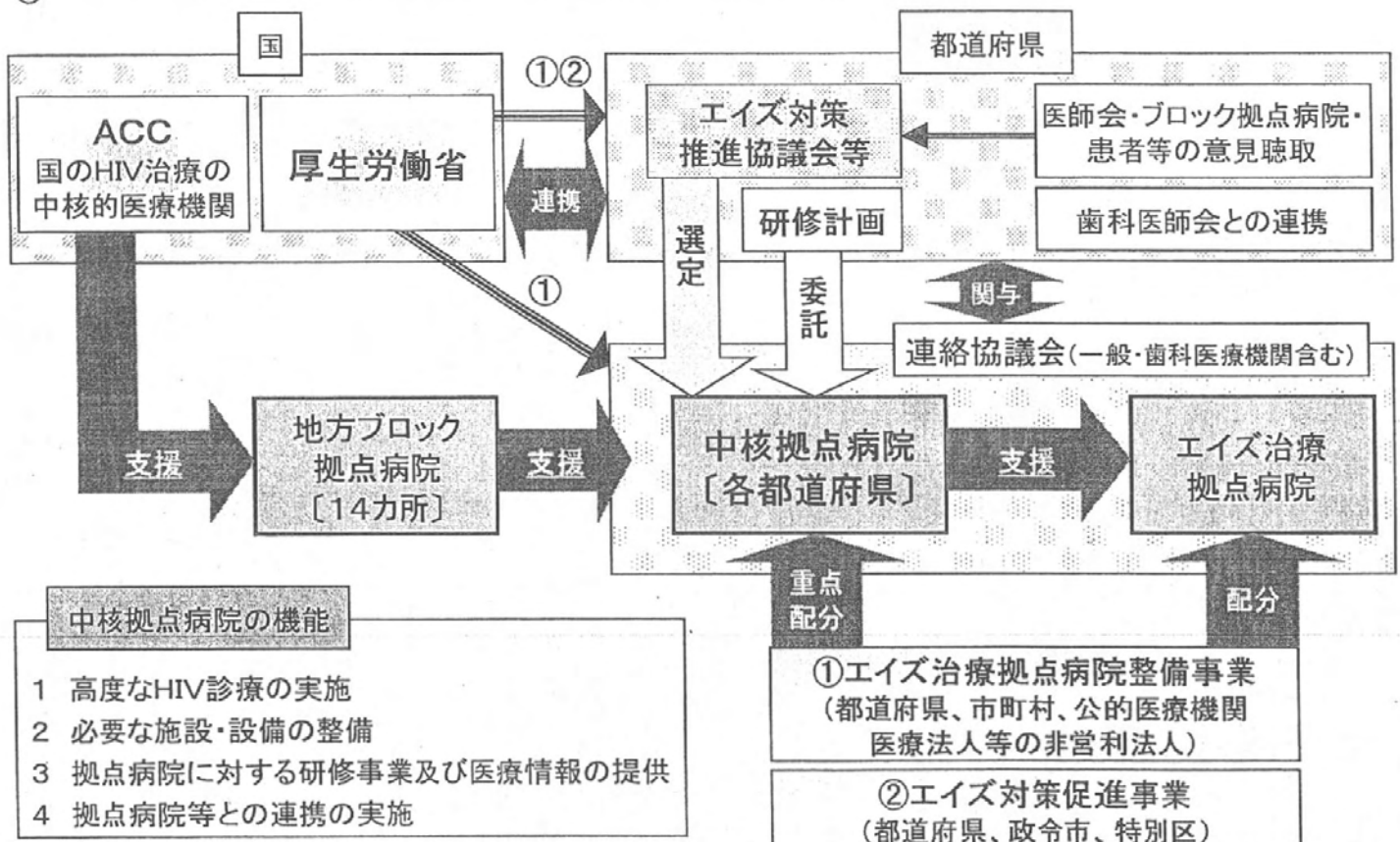
ACC (国際医療センターエイズ治療・研究開発センター)

指導・協力

指導・協力



## 中核拠点病院を中心とした医療体制の再構築

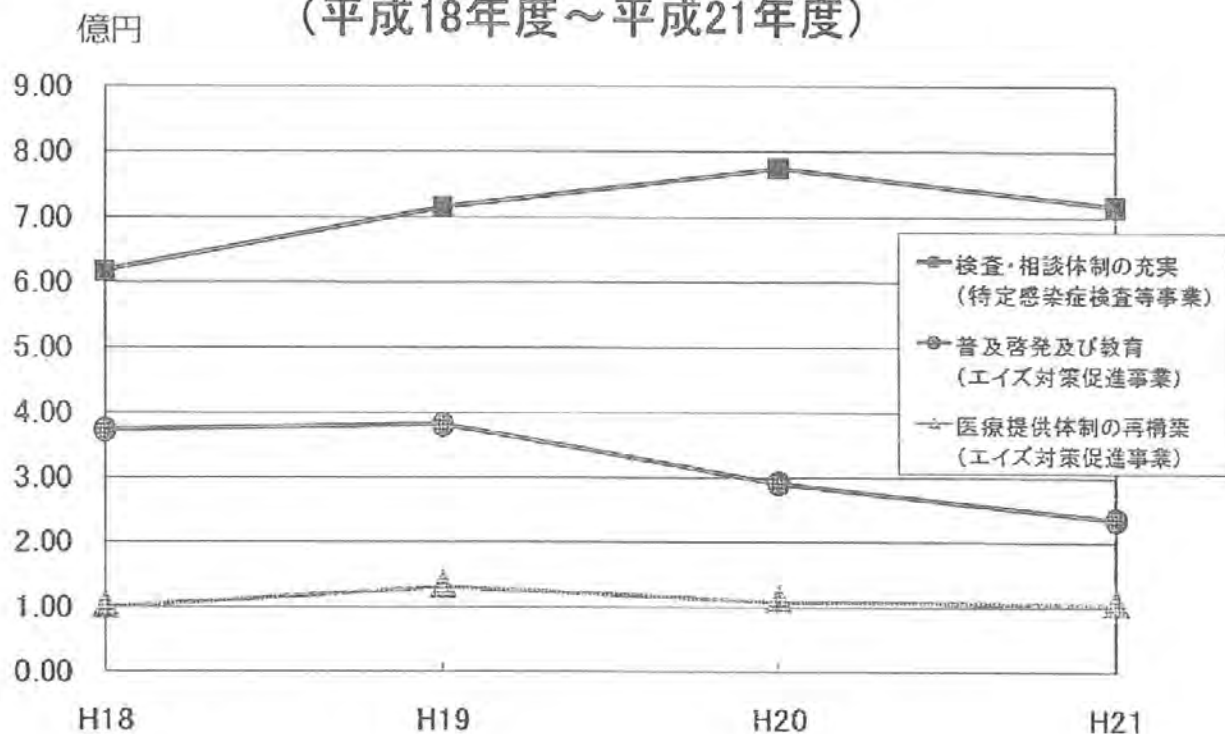


# 都道府県における中核拠点病院を対象とした主な施策 (エイズ対策促進事業)

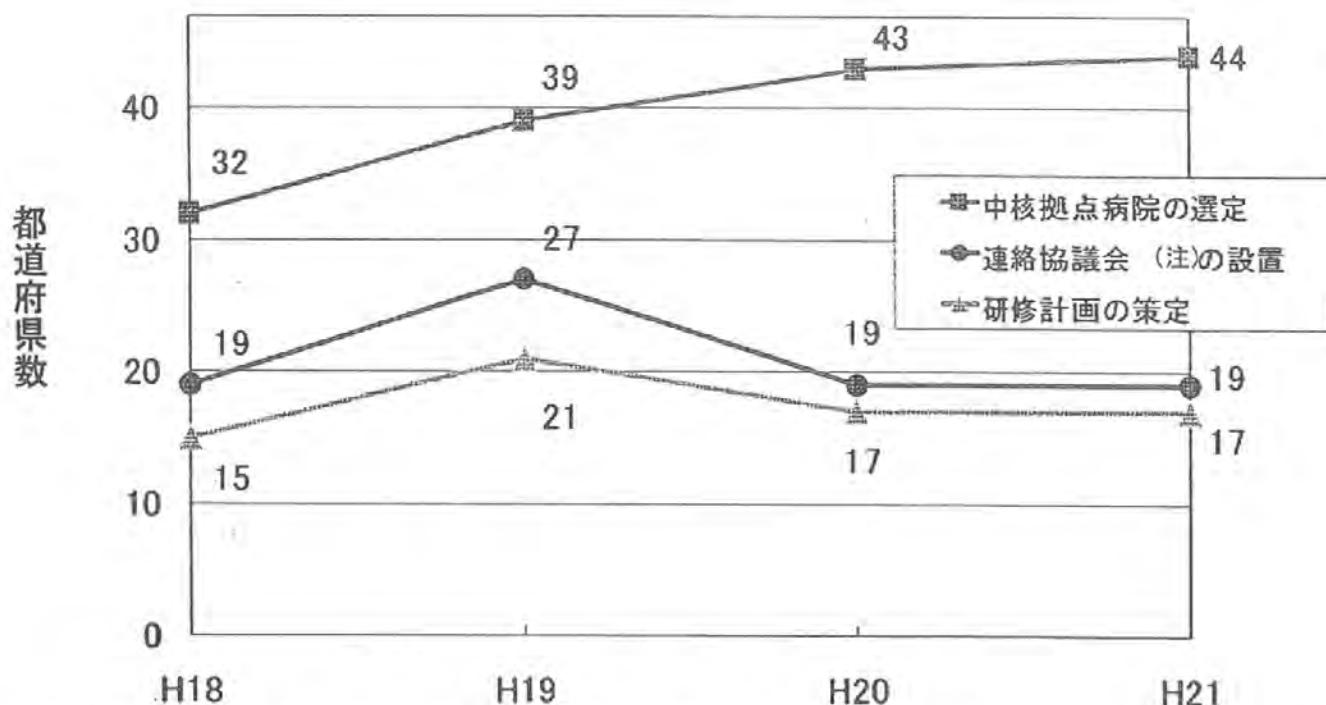
A	県	・エイズ治療拠点病院等連絡協議会の設置・運営
B	県	・エイズ治療拠点病院や患者及びその家族に対する派遣カウンセラー事業を中核拠点病院に委託
C	県	・中核拠点病院からの依頼により、県が雇用するカウンセラーを派遣 ・エイズ診療経験の共有化を図り、エイズ治療拠点病院・一般医療機関・その他医療従事者間のネットワーク化を図るため、症例懇話会を開催
D	県	・県内のエイズ治療拠点病院を対象にエイズ医療体制及び医療水準の向上に関する研修会を実施を中核拠点病院に委託 ・エイズ医療体制及び医療水準の向上に関する対策の検討とその基礎となる資料の収集に必要な調査事業の実施を中核拠点病院に委託
E	県	・中核拠点病院においてエイズ診療に携わる医療従事者を学会等各種研修に派遣
F	県	・エイズ治療拠点病院を技術支援する役割を担う体制を強化するため、中核拠点病院の医療従事者をA C Cが開催する研修に派遣
G	県	・エイズ治療拠点病院の医療従事者等に対する各種研修の実施やH I V診療・ケアに関する情報提供、エイズ治療拠点病院以外の医療関係者に対する普及啓発活動を中核拠点病院に委託
H	県	・高等学校において、エイズ関連の出前授業を実施

# 地方公共団体に対するモニタリング

## エイズ対策促進事業補助金・特定感染症検査等事業補助金 実績額(総事業費)の年次推移 (平成18年度～平成21年度)



## 都道府県における医療提供体制の整備状況 (平成18年度～平成21年度)



(注) 「連絡協議会」とは、中核拠点病院がエイズ治療拠点病院等との連携を進めるために設置するものである。構成については、一般医療機関や歯科医療機関との連携が図られるような委員の選任に配慮することとしている。

# 医療の提供に関する研究班

(厚生労働科学研究費補助金)

## 1 指定型研究

研究課題名	研究代表者 (所属機関)	研究年度
HIV診療支援ネットワークを活用した診療連携の利活用に関する研究	菊池 嘉 (国立国際医療研究センター)	平成20年度～22年度
HIV感染症の医療体制の整備に関する研究	山本 政弘 (九州医療センター)	平成22年度～24年度
HIV・HCV重複感染血友病患者の長期療養に関する患者参加型研究	山下 俊一 (長崎大学)	平成22年度～24年度

## 2 一般公募型研究 (臨床医学)

研究課題名	研究代表者 (所属機関)	研究年度
HIV関連Lipodystrophyの克服に向けて	秋田 定伯 (長崎大学)	平成20年度～22年度
血友病とその治療に伴う合併症の克服に関する研究	坂田 洋一 (自治医科大学)	平成21年度～23年度
HIV感染妊婦とその出生児の調査・解析および診療・支援体制の整備に関する総合研究	和田 裕一 (仙台医療センター)	平成21年度～23年度
安全な生殖補助医療を行うための精液よりのHIVウイルス分離法の確立	田中 憲一 (新潟大学)	平成21年度～23年度
血液製剤によるHIV/HCV重複感染患者に対する肝移植のための組織構築	兼松 隆之 (長崎大学)	平成21年度～23年度
HIV感染症及びその合併症の課題を克服する研究	白阪 琢磨 (大阪医療センター)	平成21年度～23年度
日和見感染症の診断/治療およびそれを端緒とするHIV感染者の早期発見に関する研究	安岡 彰 (長崎大学)	平成21年度～23年度
多施設共同研究を通じた新規治療戦略作成に関する研究	岡 慎一 (国立国際医療研究センター)	平成22年度～24年度
HIV感染症に合併するリンパ腫発症危険因子の探索と治療法確立に向けた全国規模多施設共同研究の展開	岡田 誠治 (熊本大学)	平成22年度～24年度
HIVの構造、増殖、変異に関する研究	佐藤 裕徳 (国立感染症研究所)	平成22年度～24年度
国内で流行するHIV遺伝子型および薬剤耐性株の動向把握と治療方法の確立に関する研究	杉浦 互 (名古屋医療センター)	平成22年度～24年度

(注) 一般公募型研究 (基礎医学) 及び若手育成型研究を除く。



平成23年4月13日  
第5回エイズ予防指針  
作業班資料

## HIV感染症の医療体制の整備に関する研究

研究代表者：濱口 元洋

(独)国立病院機構名古屋医療センターエイズ治療開発センター センター長

研究分担者：小池 隆夫<sup>1</sup>、伊藤 俊広<sup>2</sup>、岡 慎一<sup>3</sup>、田邊 嘉也<sup>4</sup>、上田 幹夫<sup>5</sup>、  
上平 朝子<sup>6</sup>、木村 昭郎<sup>7</sup>、山本 政弘<sup>8</sup>、前田 憲昭<sup>9</sup>、島田 恵<sup>10</sup>、  
山中 京子<sup>11</sup>、田中千枝子<sup>12</sup>、白阪 琢磨<sup>13</sup>、渦永 博之<sup>14</sup>、  
満屋 裕明<sup>15</sup>、杉浦 亘<sup>16</sup>、<sup>1</sup>北海道大学大学院医学研究科内科学講座・第二内科 教授<sup>2</sup>国立病院機構仙台医療センター 内科医長<sup>3</sup>国立国際医療センター戸山病院エイズ治療・研究開発センター長<sup>4</sup>新潟大学医歯学総合病院第二内（臨床感染制御学分野） 助教<sup>5</sup>石川県立総合病院血液免疫内科 診療部長<sup>6</sup>国立病院機構大阪医療センター感染症科 科長<sup>7</sup>広島大学原爆放射線医科学研究所

ゲノム疾患治療研究部門血液内科研究分野 教授

<sup>8</sup>国立病院機構九州医療センター 感染症対策室長<sup>9</sup>医療法人社団皓歯会 理事長<sup>10</sup>国立国際医療センター戸山病院

エイズ治療・研究開発センター 看護支援調整官

<sup>11</sup>大阪府立大学人間社会学部社会福祉学科 准教授<sup>12</sup>日本福祉大学社会福祉学部保健福祉学科 教授<sup>13</sup>国立病院機構大阪医療センター臨床研究センターエイズ先端医療研究部 部長<sup>14</sup>国立国際医療センター戸山病院

エイズ治療・研究開発センター治療開発室長

<sup>15</sup>熊本大学大学院医学薬学研究部血液内科学分野 教授<sup>16</sup>国立病院機構名古屋医療センター臨床研究センター免疫・感染研究 部長

研究協力者：照屋 勝治

国立国際医療センター戸山病院エイズ治療・研究開発センター 病棟医長

## 研究要旨

本研究班は、日本におけるHIV医療体制の現状把握のための基礎資料を収集し、的確な政策提言を行うことと、全国どの拠点病院でも高度なHIV診療ができるようになることが、この研究班の究極の目的としている。基礎資料の収集は、各ブロック拠点病院の患者数や連携実績を基とした。均てん化へ向けては数多くの研修会を実施し、資料を作成し配布することとした。以下にまとめると、

- 1) この班の構成は、各ブロック拠点病院のHIV医療体制整備（8ブロック代表者）と首都圏の医療体制整備を中核にすえ、歯科のHIV診療体制整備（前田）、HIV医療包括ケア整備（島田、山中、田中）、医療経済を含めたHIV医療のあり方検討（白阪）、

HIV診療における全身管理のための研究（湯永）、国内共同研究の基盤整備と薬剤耐性ガイドラインの作成（満屋、杉浦）である。

- 2) 均てん化に向けブロック拠点病院は年間100回以上にも達する研修会を実施し、我が国におけるHIV診療の医療体制を築き上げてきた活動と考えられる。
- 3) 各ブロック拠点病院に患者がますます集中し、まったく診療していない拠点病院との二極化が顕著となっており、拠点病院の見直しに着手した。
- 4) センター化による患者集中により、ブロック拠点病院はHIV診療に十分な知識や経験を得、さらに診療体制の充実が図られた。センター化と均てん化は相反するようにも思えるが、今後中核拠点病院のセンター化が起これば中核拠点病院の診療レベルのさらなる向上と充実化となり、それと並行して近隣の拠点病院への研修が進めば、拠点病院均てん化もさらに前進すると考えられる。
- 5) このような活動は継続的に行う必要がある。

#### A. 研究目的

HIV感染症患者はますます増え続けており、我が国では、血液製剤による薬害HIV感染以外で毎年1,000名以上の新規感染者の報告が挙がっている。さらに“いきなりエイズ”で病院を受診する患者も増えている。我々はそういった患者に良質の医療を提供するとともに、一方で新規HIV感染症患者の発生を予防しなければならない。

本研究班は、全国のHIV医療体制の整備を目的とした指定研究として、事業的側面の強い研究班である。全国8ブロックにおけるブロック拠点病院を中心とし、各県の中核拠点病院との連携を深め、HIV

感染症患者の診療水準の均てん化を目的とする。また、これを補助する研究として、歯科診療の均てん化、包括ケアの均てん化、HIV/AIDS感染症患者が合併する重篤な疾患の全身管理の情報提供、HIV感染症に係る医療費の医療経営学的分析と長期療養患者の実態把握、臨床試験の基盤整備などを目指し、薬剤耐性検査の検査適応のガイドラインを整備する（図1）。

しかし、大きな問題点としてブロック拠点病院への患者集中とHIV診療をまったくしていない拠点病院との二極化が顕著となっており、拠点病院の見直しを視野に入れた活動を行う。

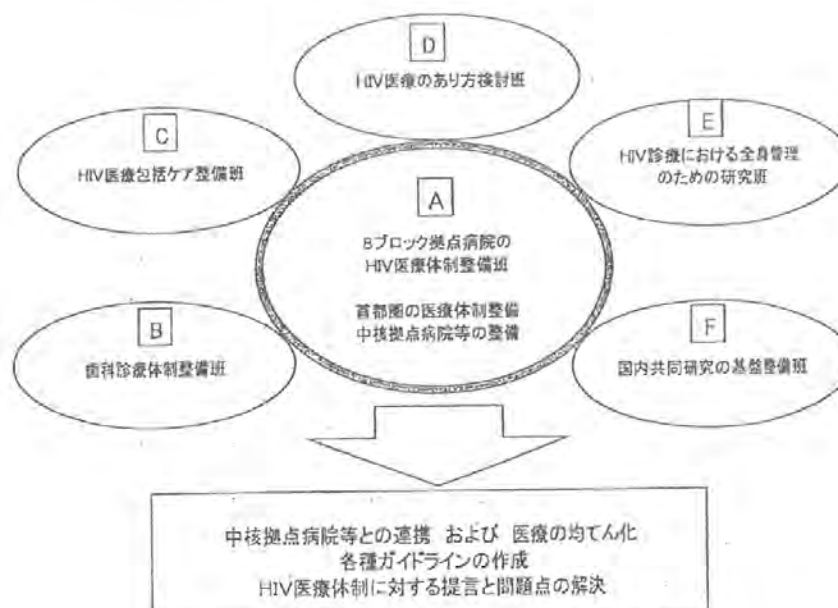


図1 HIV感染症の医療体制の整備に関する研究班の概要

B. 研究方法

政策提言のための基礎資料収集として、各ブロック拠点病院、中核拠点病院における平成19年度の実態に関し調査を行った。均てん化に関しては、ACCーブロック拠点病院による数多くの研修会を実施してきたが、平成20、21年度も各ブロック拠点病院が中心となり、ブロック内の中核拠点病院・拠点病院に対し、研修会・連携会議を実施した。歯科は、均てん化に向け中核拠点病院のネットワーク構築への助言・応援のため、都道府県単位で活動支援を行い、HIV感染者の歯科診療の実態調査を行った。包括ケア班では、コーディネーターナース、カウンセラー、ソーシャルワーカーによるグループで研修を行い、また、患者の就労支援についても調査した。医療経済については、HIV診療の入院・外来の原価計算方法を開発し、実際の原価を計算した。全身管理研究では、HIV感染症患者の全身管理のためには、院内他科との連携が不可欠であり、全国の中核拠点病院の他科連携状態あるいは準備状況について調査し、さらに自覚症状と就労行動に関する調査、血友病患者におけるRALへの安全な治療切り替えに関する調査、C型肝炎プロテアーゼ阻害薬TVRの耐性変異について調査した。共同研究基盤では、実際に多施設共同研究を実施し、その際臨床試験が適切に推進されるよう、すべての試験の効果安全委員長となり臨床試験の補助となった。薬剤耐性班では、新規薬剤に対する薬剤耐性情報の収集と薬剤耐性検査実施状況の調査を主に行った。

(倫理面への配慮)

研修会のデータ解析や症例提示においては、患者個人が特定されないなどの配慮を行った。倫理面の配慮はヘルシンキ宣言に則り、必要に応じて倫理委員会の承認を得た。

C. 研究結果

1) ブロック拠点病院、中核拠点病院ならびに各HIV診療拠点病院に対するアンケート調査

アンケートはWeb回答群と郵送群に分かれるものの、回答率が年々減少し、郵送群における回答率は極めて低い。診療拠点病院とはいっても診療担当医が明らかでなく、拠点病院発足よりまったくHIV感染患者を診療していない施設も存在し、患者が集中する施設との二極化が一段と進んでいる(図2)。

2) 均てん化に向けた取組み

ブロック拠点病院の活動は目覚しく、各ブロック拠点病院が中心となり、ブロック内の中核拠点病院・拠点病院に対し、研修会・連携会議を実施するようになったが、H21年度における8ブロック拠点病院にて主催されたHIVに関する講演会ならびに研修会は、全国で100回を超えた。HIV感染患者の少ない拠点病院の診療経験の浅い医師・看護師・薬剤師において研修の満足度が高く、HIV診療の底上げが期待できた。

ブロック拠点病院では診療患者数が1000名を超

回答率 91.4%

診療患者数	北海道	東北	関東甲信越	首都圏	北陸	東海	近畿	中四国	九州	計	%
回答なし	1	3	6	4	1	5	6	6	0	32	8.6
10>	12	25	12	13	8	22	16	39	13	160	42.8
11-30	4	10	12	10	4	11	5	9	8	73	19.5
31-100	1	2	12	21	1	9	10	4	7	67	17.9
101<	1	1	4	25	0	2	5	1	3	42	11.2
拠点病院数	19	41	46	73	14	49	42	59	31	374	100

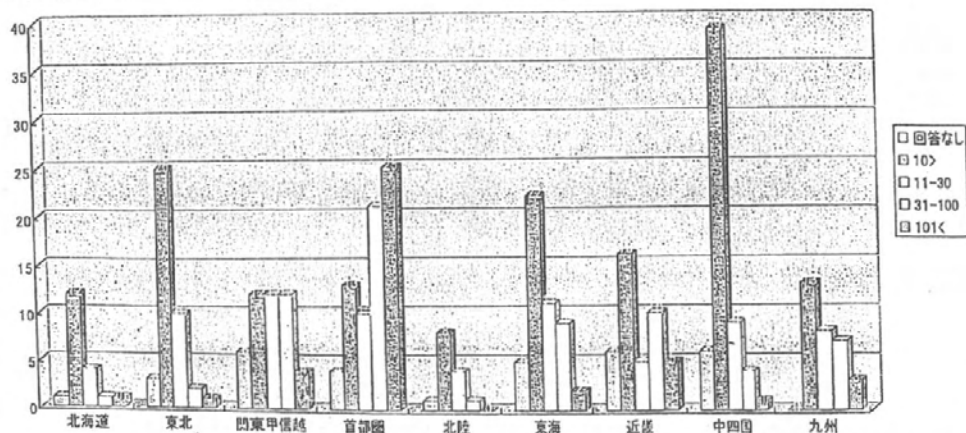


図2 拠点病院のHIV感染症患者診療実績

える施設が3,200名を超える施設が4とさらなるセンター化が起こっている。一方で、HIV診療をほとんど経験していない拠点病院も全国拠点病院の約半数に達しており、中には診療担当医師が退職し、その補充がなくHIV診療ができない拠点病院も認められた。そこで拠点病院見直しの最初の取組みとして、拠点病院存続について聴取した。

また、HIV感染症患者にとって有意義なカウンセラーについては、ブロック拠点病院でのカウンセラーの複数体制の構築、派遣制度の継続的運用、新たな中核相談制度の創設による中核拠点病院へのカウンセラーの配置など、制度上での整備が以前に比して進行していることが判明した。

### 3) 均てん化を補助する研究

医療経済の研究からHIV診療に係る収益（請求額）および原価に関する基礎的データを得ることができた。HIV診療は入院では概ね赤字、外来では黒字の傾向が示された。全身管理の研究ではHIV感染者は、就労意欲はあっても実際には就労できていない現状が明らかになった。また、就労しているHIV感染者の離職意向は高くはなく、先行研究の情報サービス業技術職などと比較するとむしろ著しく低かった。また、健常者と比較すると神経症傾向が強く、身体の変化に意識が向きやすいと考えられた。HIV診療を当該科のみで行うのは不可能であることが明らかであり、他科との連携が不可欠であることが明らかとなった。血友病患者におけるRALへの安全な治療切り替えでは、プロテアーゼ阻害薬からRALへ変更すると、血友病患者の出血傾向が改善する可能性はあるが、抗ウイルス効果の維持が困難になることがあり、注意が必要である。これは、RALの耐性獲得のし易さによると思われる。C型肝炎プロテアーゼ阻害薬TVRの耐性変異については、C型肝炎ウイルスが自然にTVR耐性を持っている率は1%以下で低いとされているが、日本人血友病患者でも低いと思われる。TVRを使用する場合でも、PegIFNやリバビリンとの併用が必要であり、C型肝炎ウイルスのIFN感受性は今後も重要であると思われる。臨床研究の基盤整備では、研究基盤の整備には、先ず多施設での臨床試験を実施し、そのレベルを欧米における臨床試験のそれに引き上げることが必要と思われる。そこで、田邊班で企画されている多施設共同臨床試験の中から、①日本人に最適な1日1回投与による治療法を検討するET study（アタ

ザナビルを固定し、エブジコムとツルバダの無作為割り付けを行う臨床研究）、②アタザナビルによるビリルビン上昇を軽減することを目的としたウルソ試験、③HIV/HCV合併でIFN治療失敗例に対する少量IFN療法、の3つに関し臨床試験の実施が適切に推進されるよう、すべての試験において効果・安全性委員長となり臨床試験の補助を行った。ET studyでは、この試験に関連した2つの情報（ACTG5202試験で高ウイルス量ではエブジコムはツルバダに劣るという情報、DAD試験でエブジコムの成分であるアバカビルを含む治療を受けている患者の心血管障害の有病率が高い）を海外から入手することができ、本試験の継続実施に関する委員長コメントを出した。

### D. 考察

HIV医療体制把握のためのデータ収集からいろいろな問題点が見えてくる。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り、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である。各ブロック拠点病院に患者がますます集中し、まったく診療していない拠点病院との二極化が顕著となった。しかし、センター化による患者集中により、ブロック拠点病院はHIV診療に十分な知識や経験を得、さらに診療体制の充実が図られた。センター化と均てん化は相反するようにも思えるが、今後中核拠点病院のセンター化が起これば中核拠点病院の診療レベルのさらなる向上と充実化となり、それと並行して近隣の拠点病院への研修が進めば、拠点病院均てん化もさらに前進すると考えられる（図3）。

均てん化に向けブロック拠点病院は年間100回を超える研修会を実施し、我が国におけるHIV診療の医療体制を築き上げてきた活動と考えられる。一方で医療崩壊などにより診療する医師がいない拠点病院では、拠点病院の存続を望まない、または、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。そういった病院については、拠点病院見直しを各都道府県に提言してゆく。今回の調査では10数施設が拠点病院存続を望んでいないことが判明した。病院全体としてHIV診療を行うという意識が薄く、診療担当医師に任せきりで、医師の孤立化、個人への負担増となっている（図4）。今一度、病院全体としてのHIV診療拠点病



院であることを病院長に再認識させなければならぬ。

これらHIV感染症患者の診療に関する問題点（表1）に対し以下の対応策を立案し、提言する。

①ブロック拠点病院への患者集中はブロック拠点病院のレベルアップにつながっており、ブロック拠点病院の医師の確保、さらにはコーディネーター、カウンセラーなどの配備も整ってきている。現在、各都道府県に中核拠点病院が設置され、ある意味、中核拠点病院へHIV感染症患者が

集まることは、ブロック拠点病院がなしたと同様、中核拠点病院の医師、コメディカルのレベルアップにつながるとされる。

②現実、診療経験のない拠点病院は、年間にたとえ数名のHIV患者が見つかる中核やブロック拠点に送るだけのことしかできていない。HIV診療連携のための「拠点病院診療案内2009-2010」には拠点病院を辞退希望の項目をつくり、施設の意向を伺った。それを基とし、各都道府県に研究班から提言する。一方で、各拠点病院のHIV診療実

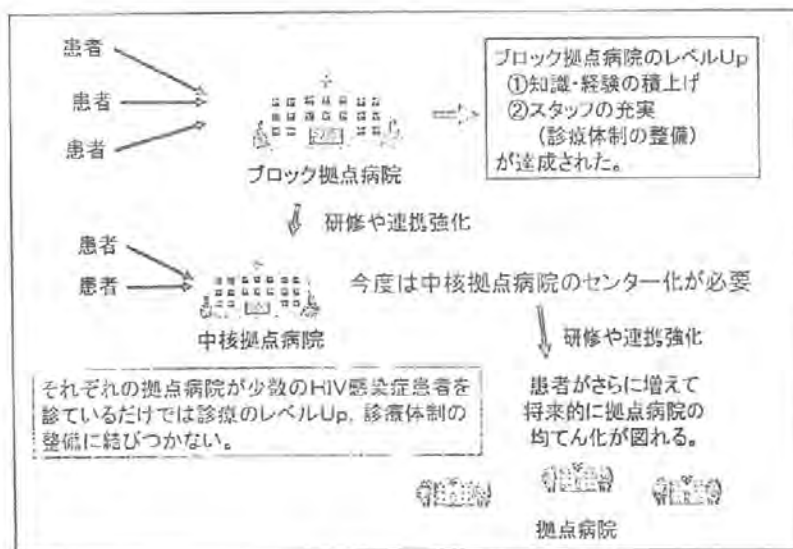


図3 センター化or均てん化

	HIV診療拠点病院	がん診療拠点病院
施設	県からの要請で拠点病院にされたという受け身の姿勢	拠点病院になることを切望する施設多数
県	見直しは考えていない	常に見直しを検討
医師	専門医はいない(マンパワー不足) 余計な勉強・仕事をする(消極的な姿勢) 個人の負担が大(孤立化)	専門医多数 自身の専門分野の勉強・仕事(積極的な姿勢) 複数科で対処
看護師	外来専任看護師が求められ、施設の方針とくい違い	看護師配置に問題なし(病棟、化学療法室など)

中核拠点病院会議でも拠点病院HIV診療担当医師の負担増・孤立化が数多く訴えられた(人的補充の要請強い)。

図4 HIV診療拠点病院とがん診療拠点病院との比較

表1 HIV感染症患者の診療に関する問題点

1. ブロック拠点病院への患者集中
2. 拠点病院の半数が現実HIV診療の経験がほとんどない。
3. 拠点病院のHIV診療を担当する医師個人の負担が大きい(つまり施設としてHIV診療に対する取り組みがない)。
4. 拠点病院を辞退したいという施設が出てきている(全国で16施設)。
5. 長期入院を要するAIDS中枢神経合併症患者の療養所や施設への受入れがまったくできていない(療養所・施設がHIV感染者ということで拒否している)。
6. 個人開業歯科のHIV感染者の診療拒否

績や診療意欲・地域性・専門性（たとえば結核療養施設）を基に、各ブロックでHIV診療拠点病院を再評価し、総数で379施設から200施設位までに見直しを行う。

- ③HIV診療拠点病院のほとんどが担当医師個人の努力によりHIV診療が成り立っている（施設としてほとんど医師個人に任せ切り、従ってその医師の異動により診療不能に陥ることもある）、施設長に「病院全体としてHIV診療に取り組む」という姿勢を再確認していただくよう研究班・厚生労働省・都道府県より再度要請する。
- ④長期入院必要患者の施設・療養所の受け入れは、HIVの正しい知識を伝え、感染防御の方法などを指導し、HIVに対するハードルを低くできるよう粘り強く活動を継続していく。現実是个々の療養所・施設に実際赴いて、教育・研修するということを行っている。ほとんどの施設はそれもさせてもらえない。
- ⑤開業歯科の先生方には、近隣の拠点病院が針刺し事故時の対応を行ってくれないという不安感が強い。各拠点病院は自施設だけの針刺し事故対応ではなく、他院で発生した事柄に対しても対応できるように拠点病院連絡会議を通じて要請・指導する必要がある。

## E. 結論

HIV診療の均てん化のためにいろいろな角度からの活動を行った。このような活動は継続的に行う必要がある。

## G. 知的財産権の出願・登録状況

### 1. 特許取得

なし。

### 2. 実用新案登録

なし。

### 3. その他

なし。

第6回エイズに関する  
関係省庁間連絡会議資料

# 第6回エイズに関する関係省庁間連絡会議

## 議 事 次 第

日時：平成21年4月27日

14：00～15：00

場所：厚生労働省共用第7会議室

### 1. 開 会

### 2. 議 事

- (1) 「エイズに関する関係省庁間連絡会議設置要綱」の改正について
- (2) 厚生労働省健康局疾病対策課におけるエイズ対策について
- (3) 各省庁におけるエイズ対策の取組状況について
- (4) 「HIV/AIDSの対策に関する東南アジア行政官会議」について

### 3. 閉 会

#### <配布資料>

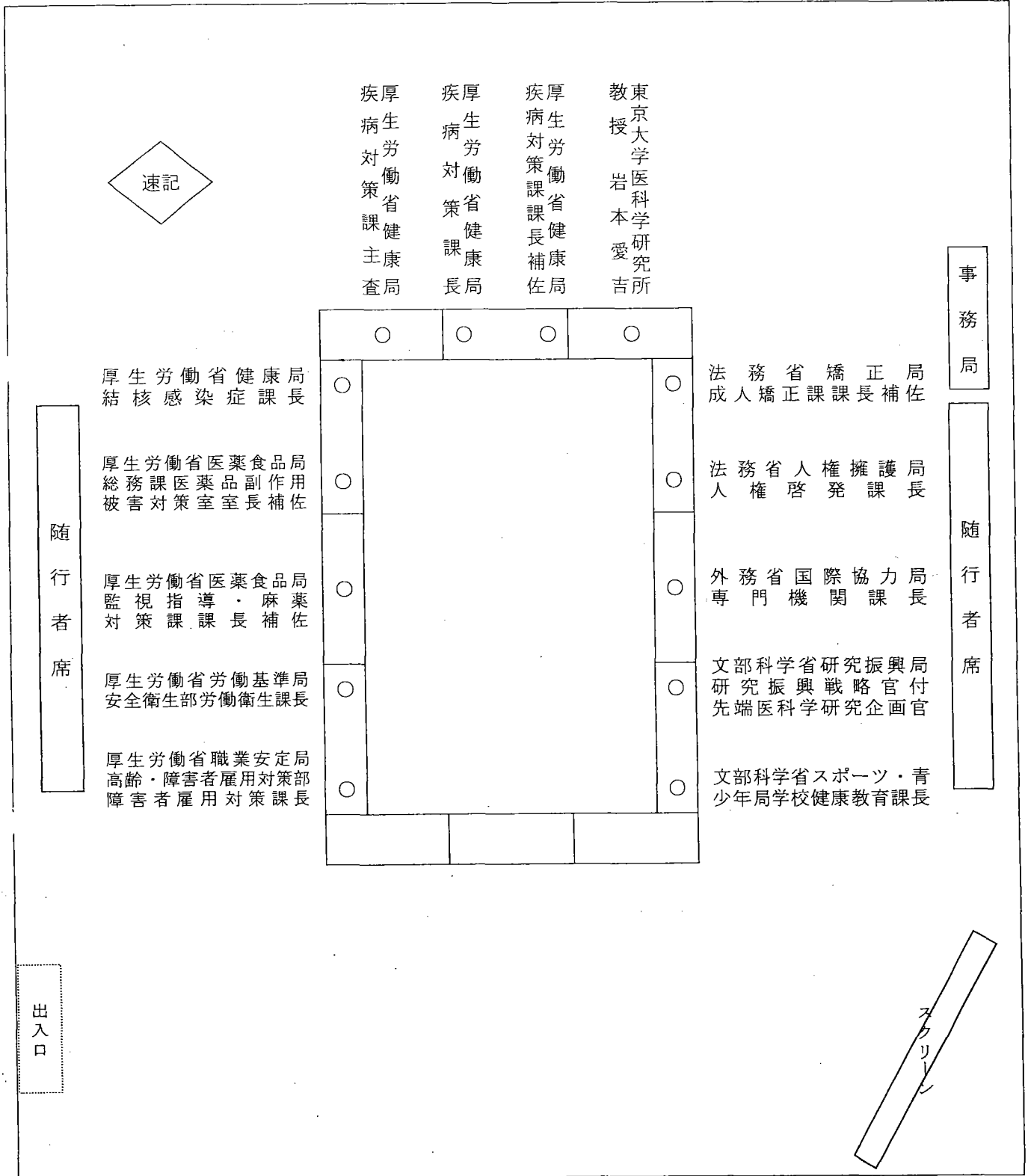
- 資料1 エイズに関する関係省庁間連絡会議設置要綱 改正案
- 資料2 エイズに関する関係省庁間連絡会議設置要綱 新旧対照表
- 資料3 エイズ対策について
- 資料4 各省庁におけるエイズ施策の取組について
- 資料5 HIV/AIDSの対策に関する東南アジア行政官会議について

参考資料1 後天性免疫不全症候群に関する特定感染症予防指針



# 第6回エイズに関する関係省庁間連絡会議座席図

平成21年4月27日(月)  
14:00 開会  
厚生労働省 共用第7会議室



## 第6回エイズに関する関係省庁間連絡会議出席者名簿

### <構成員等>

所 属		職 名	氏 名	構 成	出 席
法務省	人権擁護局 人権啓発課	課長	浅井 琢児	構成員	○
外務省	国際協力局 専門機関課	課長	早川 修	構成員	
	国際協力局 専門機関課	課長補佐	小林 敏明	代理	○
文部科学省	研究振興局 研究振興戦略官	—	倉崎 高明	構成員	
	研究振興局 研究振興戦略官付	先端医科学研究企画官	永田 充生	代理	○
	スポーツ・青少年局 学校健康教育課	課長	松川 憲行	構成員	○
厚生労働省	健康局 疾病対策課	課長	岩崎 康孝	構成員	○
	健康局 疾病対策課	課長補佐	木村 幸司	事務局	○
	健康局 疾病対策課	主査	喜多 洋輔	事務局	○
	健康局 結核感染症課	課長	梅田 珠実	構成員	○
	医薬食品局 総務課 医薬品副作用被害対策室	室長	梶尾 雅宏	構成員	
	医薬食品局 総務課 医薬品副作用被害対策室	室長補佐	岡村 真一	代理	○
	医薬食品局 監視指導・麻薬対策課	課長	熊本 宣晴	構成員	
	医薬食品局 監視指導・麻薬対策課	課長補佐	安田 尚之	代理	○
	労働基準局 安全衛生部 労働衛生課	課長	鈴木 幸雄	構成員	○
	職業安定局 高齢・障害者雇用対策部 障害者雇用対策課	課長	吉永 和生	構成員	
職業安定局 高齢・障害者雇用対策部 障害者雇用対策課	地域就労支援 室長	藤井 礼一	代理	○	

### <オブザーバー>

所 属		職 名	氏 名	構 成	出 席
法務省	矯正局 成人矯正課	処遇第2・3係 補佐官	前澤 幸喜	—	○
東京大学医科学研究所		教授	岩本 愛吉	—	○

## エイズに関する関係省庁間連絡会議設置要綱

平成 12 年 12 月 11 日設置

平成 18 年 2 月 13 日改正

平成 18 年 6 月 12 日改正

平成 21 年 4 月 27 日改正

### 1 目的

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、関係省庁間の協議の場を設定することで、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とする。

### 2 根拠

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 3 月 2 日告示第 89 号）第 8（施策の評価及び関係機関との新たな連携）の 1（施策の評価）に基づく。

### 3 協議事項

- (1) 国際的な連携に関すること
- (2) 人権の尊重に関すること
- (3) 普及啓発及び教育に関すること
- (4) 研究の情報交換に関すること
- (5) 性感染症対策等関連施策との連携に関すること
- (6) その他、省庁間における連携が必要な事項に関すること

### 4 連絡会議構成員

連絡会議の構成は、次のとおりとする。

- ・法務省人権擁護局人権啓発課長
- ・外務省国際協力局専門機関課長
- ・文部科学省研究振興局研究振興戦略官
- ・文部科学省スポーツ・青少年局学校健康教育課長
- ・厚生労働省健康局疾病対策課長
- ・厚生労働省健康局結核感染症課長
- ・厚生労働省医薬食品局総務課医薬品副作用被害対策室長
- ・厚生労働省医薬食品局監視指導・麻薬対策課長
- ・厚生労働省労働基準局安全衛生部労働衛生課長
- ・厚生労働省職業安定局高齢・障害者雇用対策部障害者雇用対策課長

上記構成員の他、協議の内容に応じて各構成員は、関係者の出席を求めることができる。

### 5 連絡会議議長

議長の職は、厚生労働省健康局疾病対策課長とする。

### 6 連絡会議の開催

会議は年 1 回を基本とする。ただし、緊急その他の必要が生じた場合、各構成員は、会議の開催を議長に要請することができる。議長は、この要請を受けたとき又は自らが必要と認めるときは、会議を開催するものとする。

### 7 その他

会議の開催その他の庶務は、厚生労働省健康局疾病対策課において処理する。

(様式4)

各省庁におけるエイズ対策の取組状況について

部局名	文部科学省研究振興局研究振興戦略官付
1 エイズ対策に関するこれまでの取組	
文部科学省においては、平成17年度より、エイズを含む新興・再興感染症に関する基礎研究・人材育成等を推進するため、「新興・再興感染症研究拠点形成プログラム」を実施している。(別紙参照)	
2 エイズ対策に関する今後の取組(予定)	
引き続き、上記プロジェクトを推進する。	

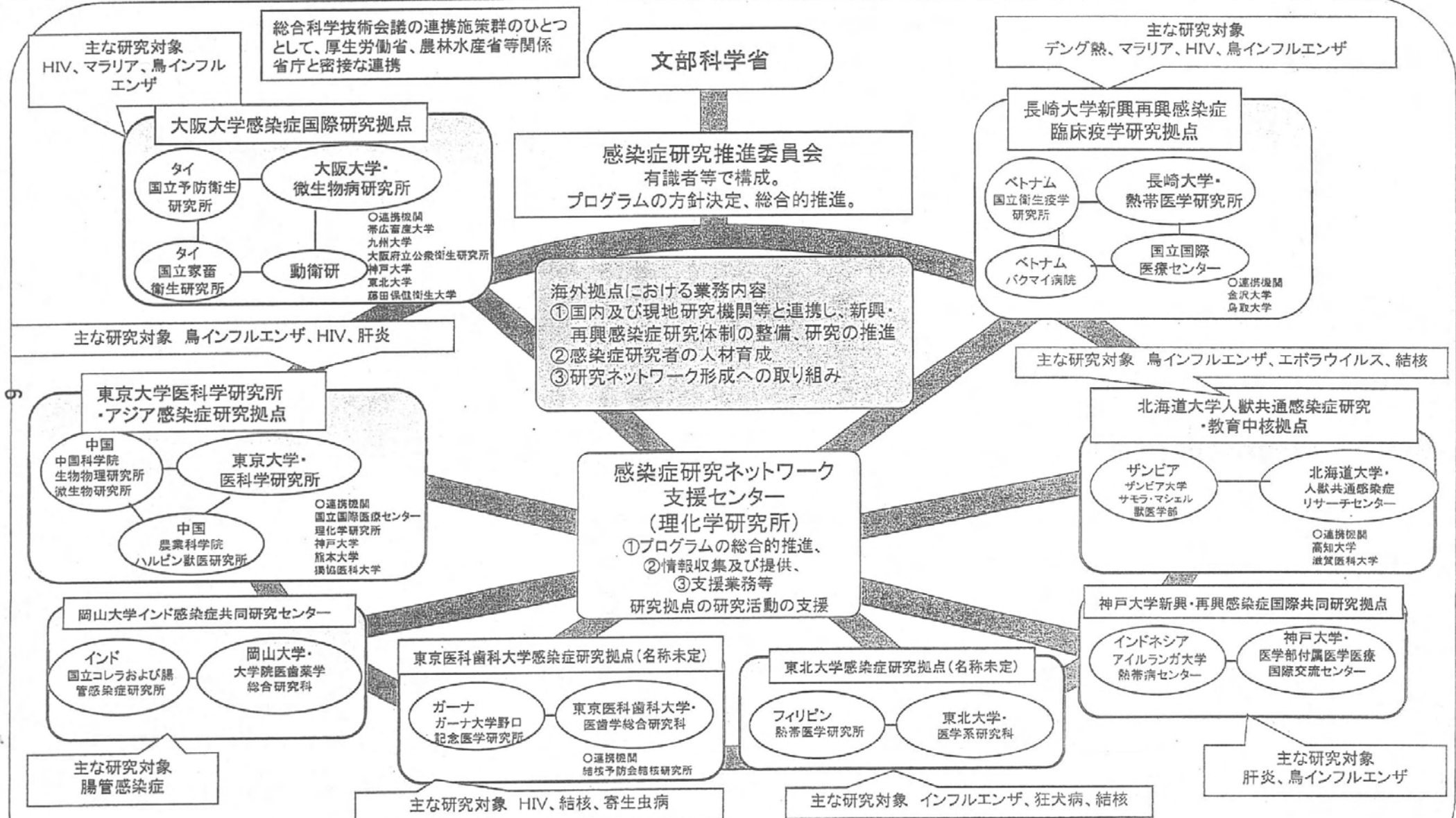
(備考)

必要に応じて、資料を添付願います。なお、既存の資料等を使用する場合には、「別紙参照」と記載願います。

# 新興・再興感染症研究拠点形成プログラム実施体制

平成21年度予算額:2,064百万円  
(平成20年度予算額:2,500百万円)

プログラム実施期間:  
H17~H21



※ その他以下の会議を開催し、プログラムを推進  
 新興・再興感染症研究拠点形成プログラム実施会議: 拠点代表者等で構成し、研究活動上の情報交換、研究現場の意見・要望の取りまとめ  
 新興・再興感染症研究拠点形成プログラム連絡調整会議: 関係省庁、研究者との意見交換、連絡

## 新興・再興感染症研究拠点形成プログラム(平成17年度～平成21年度)

平成21年度予算額: 2,064百万円  
平成20年度予算額: 2,500百万円

### 【背景】

- 国際的に重症急性呼吸器症候群(SARS)や高病原性鳥インフルエンザなどの新興・再興感染症に対する社会不安が増大
- 感染症分野の研究者の人材の層が薄い
- 感染症研究に関する人材、研究設備の国際的な連携が十分とられていないために、緊急の課題に対応することが困難

など

### 【概要】(H17～H21)

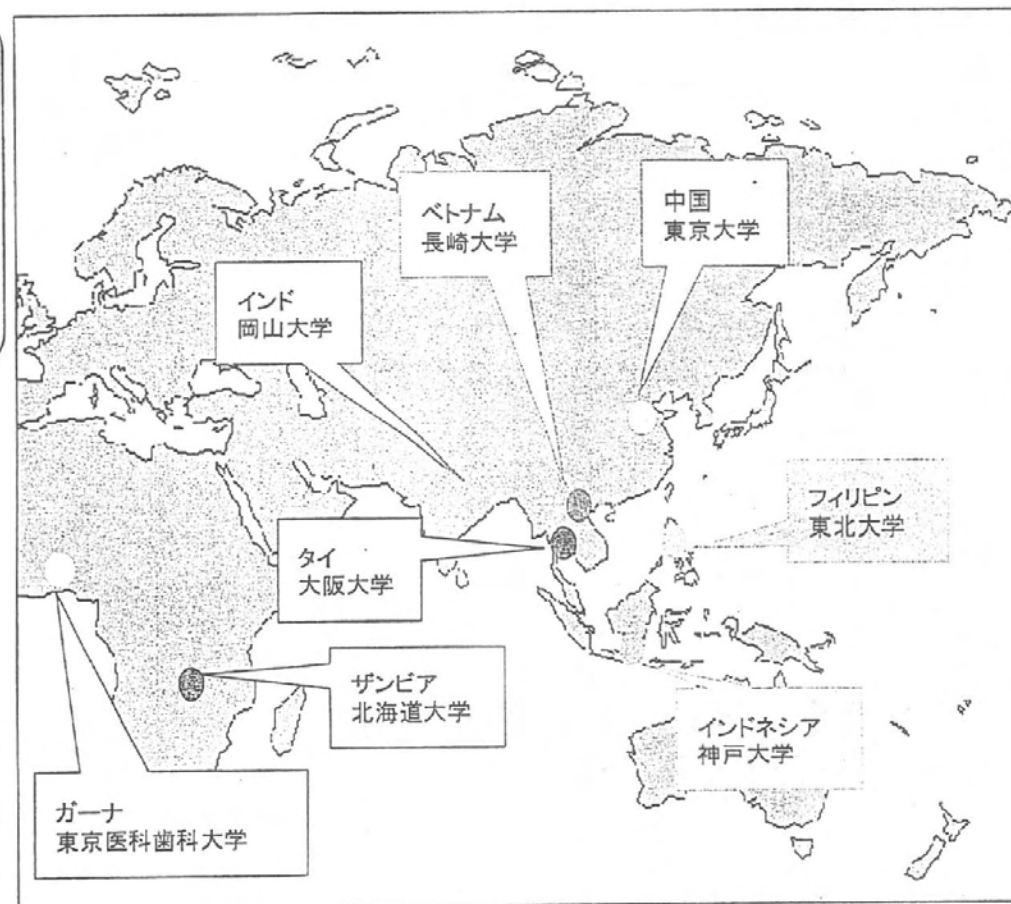
平成17年度より、アジアを中心とした新興・再興感染症の発生国あるいは発生が想定される国に、現地研究機関との協力の下、海外研究拠点を設置するとともに、国内の体制を整備し、感染症対策を支える基礎研究を集中的・継続的に進め、知見の集積・人材育成等を図ることを推進

### 【特徴】

- 医学、獣医学等の領域を超えた融合的研究の推進
- 国内外に研究拠点(特に国外では日本人研究者が常駐して研究できる体制)を整備して、研究及び人材養成を推進
- アジアを中心とした国際的な研究ネットワークを展開

### 【平成21年度の実施】

- 20年度に新たに設置したガーナ(東京医科歯科大学)、フィリピン(東北大学)拠点における研究を本年実施



(様式 4)

各省庁におけるエイズ対策の取組状況について

部局名	厚生労働省健康局結核感染症課
1 エイズ対策に関するこれまでの取組	
<p>後天性免疫不全症候群については、当課所管の「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）において5類感染症として位置づけられているところであり、感染症法の前文の精神にのっとり、人権に配慮した対応をしているところ。</p> <p>平成12年には、感染症法に基づく、「性感染症に関する特定感染症予防指針（平成12月2月2日厚生省告示第15号）」を定め、性感染症（性器クラミジア感染症、性器ヘルペスウイルス感染症、尖圭コンジローマ、梅毒及び淋菌感染症）に関する対策について示しているところであるが、性的接触を介して感染することがある感染症としてHIVとの関係が深く、その発生予防、まん延防止策等において、本指針に基づいた予防対策と、「後天性免疫不全症候群に関する予防指針（平成11年10月4日厚生省告示第217号）」に基づく対策との連携を図ることが必要であるとされている。</p> <p>これまでの取組として、毎年11月25日から12月1日（世界エイズデー）の一週間を「性の健康週間」と位置づけ、国から各都道府県等に対し、HIVや性感染症に関する正しい知識の普及啓発活動をはじめとした取組を進めてもらうよう通知し、性感染症対策の強化を図っているところである。</p> <p>また、国からの地方自治体等に対する補助事業として、全国の保健所において実施される性感染症検査やその前後で実施する相談事業に対し補助を行っている。</p> <p>さらに、医師等による性感染症（HIV含む）に関する電話やメールを使った相談事業（委託先：（財）性の健康医学財団）を実施しているところである。</p>	
2 エイズ対策に関する今後の取組（予定）	
<p>今後も引き続き、感染予防及びまん延防止につながるよう対策を進めてまいりたい。</p>	

(備考)

必要に応じて、資料を添付願います。なお、既存の資料等を使用する場合には、「別紙参照」と記載願います。

(様式 4)

各省庁におけるエイズ対策の取組状況について

部局名	厚生労働省労働基準局 安全衛生部労働衛生課
1 エイズ対策に関するこれまでの取組	
1 「職場におけるエイズ問題にかかわる啓発について」(昭和62年) エイズ問題総合対策大綱(エイズ対策関係閣僚会議決定)を踏まえ、各労働災害防止団体等へ事務連絡を、また、都道府県安全衛生課長へ内かんを發出。  2 「職場におけるエイズ問題に関するガイドライン」作成(平成7年) 事業場が職場におけるエイズ問題に関する方針を作成する上で参考とすべき基本的な考え方を示した。労働基準局長、職業安定局長連名で、各都道府県労働基準局長、各都道府県知事へ通達を發出するとともに、リーフレットを作成し、関係機関に配布。  3 「職域におけるエイズに関する正しい知識の普及事業」(平成7～13年度) 職域におけるエイズに関する正しい知識の普及を図るため、産業医、保健師等産業保健関係者及び企業の衛生管理担当者等を対象とした講習会を開催。  4 「労働衛生のしおり」に「職場におけるエイズ問題に関するガイドライン」及びガイドラインの解説を掲載。(平成15～17年度)  5 「産業医等の医師等を対象とした研修等事業」における「産業保健関係者に対する感染症対策に関する研修」(平成19年度～) 事業場における肝炎、エイズ、輸入感染症等の適切な知識の普及を図るため、産業医、保健師・看護師、衛生管理者、人事労務担当者等を対象とした研修会を開催。  6 「全国労働衛生週間」における事業場の実施事項として「職場におけるエイズ問題に関するガイドラインに基づくエイズ問題の自主的な取組」をあげている。(平成7年度～)	
2 エイズ対策に関する今後の取組(予定)	
1 毎年行われる「全国労働衛生週間」において事業場の実施事項として「職場におけるエイズ問題に関するガイドラインに基づくエイズ問題の自主的な取組」を取り上げ、事業場での取り組みを促進する。  2 「産業医等の医師等を対象とした研修等事業」等において、引き続き、産業保健関係者等に対して、エイズ等の感染症に関する適切な知識の普及を図っていく。  3 都道府県産業保健推進センター、地域産業保健センターにおいて、産業保健従事者や中小事業場等からの相談に応じており、今後ともその利用の促進を図っていく。	

(備考)

必要に応じて、資料を添付願います。なお、既存の資料等を使用する場合には、「別紙参照」と記載願います。



(様式4)

各省庁におけるエイズ対策の取組状況について

部局名	厚生労働省医薬食品局監視指導・麻薬対策課
1 エイズ対策に関するこれまでの取組	
[情報提供]	
国連麻薬委員会ハイレベル会合における薬物乱用者由来の HIV/AIDS を含めた感染症の防止にかかる議論について	
1. 経緯	
1998年の国連麻薬特別総会において合意された世界的な薬物対策にかかる政治宣言、各種行動実施計画の10カ年評価を行うとともに、今後の新政治宣言、新行動実施計画の策定・意思決定のためのハイレベル会合が2009年3月に開催された。	
2. エイズ対策に関係する点	
(1) 薬物乱用者由来の HIV/AIDS 対策は、薬物需要削減対策に含まれ、98年の段階では、adverse health and social consequences of drug abuse と合意され、その後も、comprehensive package を構成する一要素として整理。	
(2) しかし、既に薬物乱用者由来の感染症等による社会への害悪が増加している国からは、かかる害悪を減少させる対策 (harm reduction) の国際的な合意を求めるため、これに対応した文言を新政治宣言・新行動実施計画に挿入するような交渉があった。しかし、harm reduction の定義が合意されておらず、また、ある国の harm reduction として実施している施策が条約違反であることを条約事務局から指摘される等の結果、薬物対策としての観点からは harm reduction は合意されず、従来からの整理とされた。	
(注) 薬物需要対策として合意されている過程は、prevention, care, treatment, rehabilitation であり、これらに横断的に関与するものとして adverse health and social consequences of drug abuse が位置付けられてはいる点までは合意されている。しかし、個別具体策については合意されていない。	
(3) なお、HIV/AIDS 対策の観点からの薬物問題対応で過去に合意されているものとしては、GA60/262 がある。	
3. その他	
国連で薬物を担当する国連薬物犯罪事務所 (UNODC) は、UN AIDS sisters の1つであり、薬物乱用者 (prison setting を含む) 由来のエイズ等の感染症対策を UN AIDS・WHO と協力して担当。	
2 エイズ対策に関する今後の取組 (予定)	
今後とも、薬物乱用者と HIV/AIDS 等感染症との間の交錯に関する情報を鋭意収集してまいる予定。	

(様式 4)

各省庁におけるエイズ対策の取組状況について

部局名	職業安定局障害者雇用対策課
1 エイズ対策に関するこれまでの取組	
<p>HIV 感染者である労働者については、事業主に障害者の雇用義務を課す雇用率制度のもと、公共職業安定所での職業紹介等を通じて、その雇用の促進を図っているところである。また、平成 7 年には労働基準局長と職業安定局長の連名で、HIV 感染者である労働者が誤解や偏見により職場において不当な扱いを受けることがないように、「職場におけるエイズ問題に関するガイドライン」を定め、種々の機会を通じて周知に努めるとともに、平成 10 年には「HIV による免疫機能障害者の雇用のために」という事業主向けマニュアルの作成等を通じ、HIV 感染者に関する正しい理解の促進や、障害者雇用制度等の啓発を行っているところである。</p> <p>最近の取組としては、①平成 20 年 11 月 7 日第 12 回公務部門における障害者雇用推進チームにおいて、HIV 感染者が障害者雇用促進法に定める障害者雇用率制度の対象となることを 2 割以上の官公庁が知らないという新聞報道がなされたことに鑑み、HIV による免疫機能の障害を有する者が、障害者雇用率制度の対象となることを障害者雇用対策課長から周知した。②平成 20 年 10 月 27 日に開催された社会福祉法人はばたき福祉事業団主催の「HIV 感染者就労のための協働シンポジウム」及び平成 21 年 1 月 21 日に財団法人エイズ予防財団主催で平成 20 年度厚生労働科学研究費エイズ対策研究推進事業「地域における HIV 陽性者等支援のための研究」研究成果等普及啓発事業として開催された「HIV 陽性者と社会生活」のトークセッションに障害者雇用対策課地域就労支援室長が参加した。</p>	
2 エイズ対策に関する今後の取組 (予定)	
<p>今後とも、雇用率制度に基づき、HIV 感染者である労働者の雇用の促進を図るとともに、正しい理解を促進するための啓発活動等を適切に行ってまいりたい。</p> <p>●平成 21 年度に、平成 10 年度に作成された「HIV による免疫機能障害者の雇用のために」の改訂版の作成を、独立行政法人高齢・障害者雇用支援機構が行う予定としている。</p>	

(備考)

必要に応じて、資料を添付願います。なお、既存の資料等を使用する場合には、「別紙参照」と記載願います。