

第9回エイズ予防指針作業班

平成23年9月9日(金) 10:00-12:00
経済産業省別館10階 各省庁共用1020会議室

議事次第

1 開会

2 議題

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について(総括討議)

3 閉会

【配布資料】

資料1 エイズ予防指針作業班報告書(案)

資料2 エイズ予防指針改正(案)

資料3 後天性免疫不全症候群に関する特定感染症予防指針新旧対照表(案)

【参考資料】

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

参考資料2 「エイズ予防指針見直し」に係る今後の流れについて

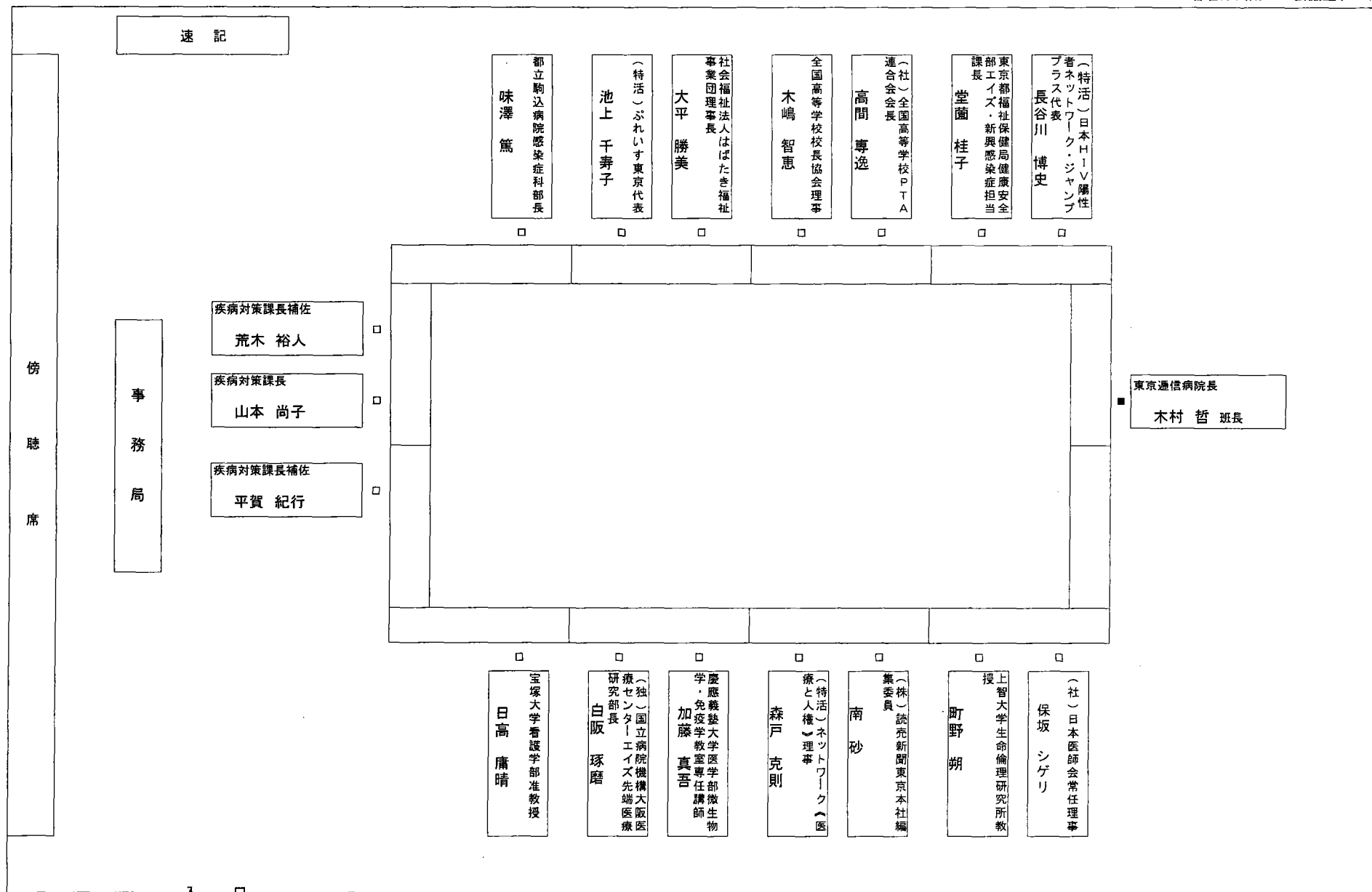
第9回エイズ予防指針作業班

日時：平成23年9月9日(金)

10時00分～12時00分

会場：経済産業省別館

各省庁共用1020会議室(10F)



エイズ予防指針作業班構成員名簿

氏 名	所 属	役 職 名
味 澤 篤	都立駒込病院感染症科	部 長
池上 千寿子	特定非営利活動法人ぶれいす東京	代 表
大 平 勝 美	社会福祉法人はばたき福祉事業団	理 事 長
岡 慎 一	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	センター長
木 嶋 智 恵	全国高等学校校長協会	理 事
◎ 木 村 哲	東京逡信病院	院 長
高 間 専 逸	社団法人全国高等学校PTA連合会	会 長
堂 蘭 桂 子	東京都福祉保健局健康安全部	担 当 課 長
長谷川 博史	特定非営利活動法人日本HIV陽性者ネット ワーク・ジャンププラス	代 表
保 坂 シゲリ	社団法人日本医師会	常 任 理 事
町 野 朔	上智大学大学院法学研究科	教 授
南 砂	株式会社読売新聞東京本社	編 集 委 員
森 戸 克 則	特定非営利活動法人ネットワーク《医療と人権》	理 事

◎は班長

(敬称略:五十音順)

エイズ予防指針作業班専門委員名簿

氏 名	所 属	役 職 名
市 川 誠 一	名古屋市立大学看護学部	教 授
岩 本 愛 吉	東京大学医科学研究所	教 授
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
兼 松 隆 之	長崎大学大学院医歯薬学総合研究科	教 授
木 原 雅 子	京都大学大学院医学研究科	准 教 授
木 原 正 博	京都大学大学院医学研究科社会疫学分野	教 授
白 阪 琢 磨	国立病院機構大阪医療センター エイズ先端医療研究部	部 長
玉 城 英 彦	北海道大学大学院医学研究科	教 授
日 高 庸 晴	宝塚大学看護学部	准 教 授

(敬称略:五十音順)

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	……………	11
③ 医療従事者等に対する教育	……………	11
(5) 検査・相談体制の充実（指針第四）	……………	12
① 基本的考え方	……………	12
② 検査・相談体制の強化	……………	12
③ 個別施策層に対する検査・相談施策の実施	……………	13
④ 保健医療相談体制の充実	……………	13
(6) 医療の提供（指針第五）	……………	14
① 医療提供体制の充実	……………	14
② 医療連携体制の強化	……………	15
③ 主要な合併症及び併発症への対応の強化	……………	16
④ 長期療養・在宅療養支援体制の整備	……………	16
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	……………	17
⑥ 個別施策層に対する施策の実施	……………	17
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	……………	17
(7) 研究開発の推進（指針第六）	……………	18
① 研究の充実	……………	18
② 研究結果の評価及び公開	……………	18
(8) 人権の尊重（指針第七）	……………	19
① 人権の擁護及び個人情報の保護	……………	19
② 偏見や差別の撤廃への努力	……………	19
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	……………	19
(9) 施策の評価及び関係機関との連携（指針第九）	……………	20
① 施策の評価	……………	20
② 研究班、NGO等との連携	……………	20
おわりに	……………	21
注釈	……………	22
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HIV・エイズの発生動向及び現状の問題点

1. 我が国におけるHIV・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) HIV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HIV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HIV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HIV・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、HIV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HIV治療の特徴として、抗HIV薬による多剤併用療法（以下、「HAART」という。）の進歩により、HIV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HIV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、HIV感染者において、HIV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HIV治療を地域の一般医療機関において実施でき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HIV・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、HIV・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に努め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N G O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N G O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NGO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、NGO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・NGO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。

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

HAARTの導入によるHIV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HIV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、HIV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る。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、HIV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。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、効率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HIV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るべきである。

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、NGO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、NGO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NGO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NGO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的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、NGO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NGO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、NGO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、NGO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、NGO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、NGO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NGO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。

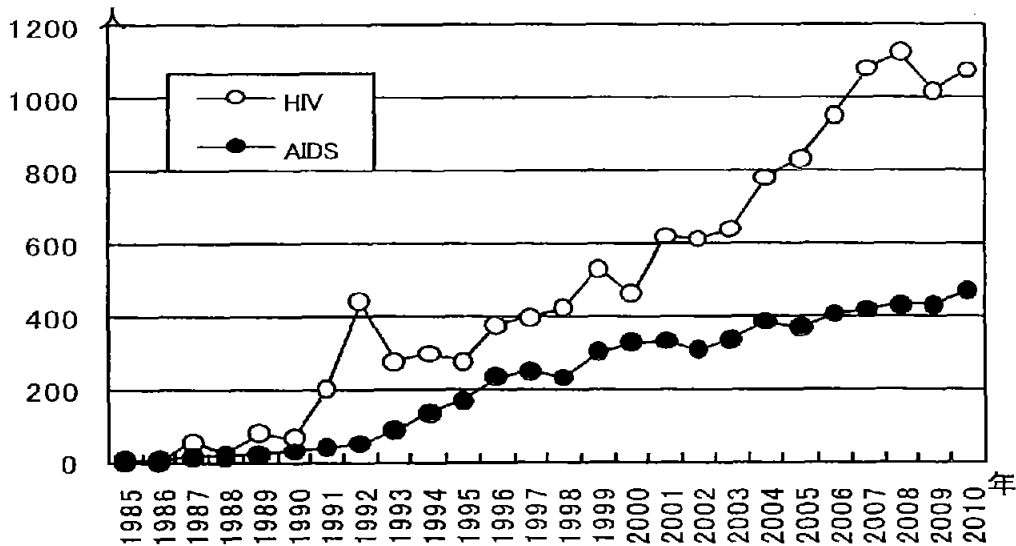
今後、厚生科学審議会感染症分科会感染症部会において現行の指針が見直されることとなるが、本作業班の成果が十分に活かされることを期待する。また、新たな指針の策定を受け、引き続き感染者・患者の人権に配慮しながら総合的なエイズ対策が講じられるよう、国及び地方公共団体においては、所要の経費の確保に努め、積極的に取り組まれることを要望する。

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）

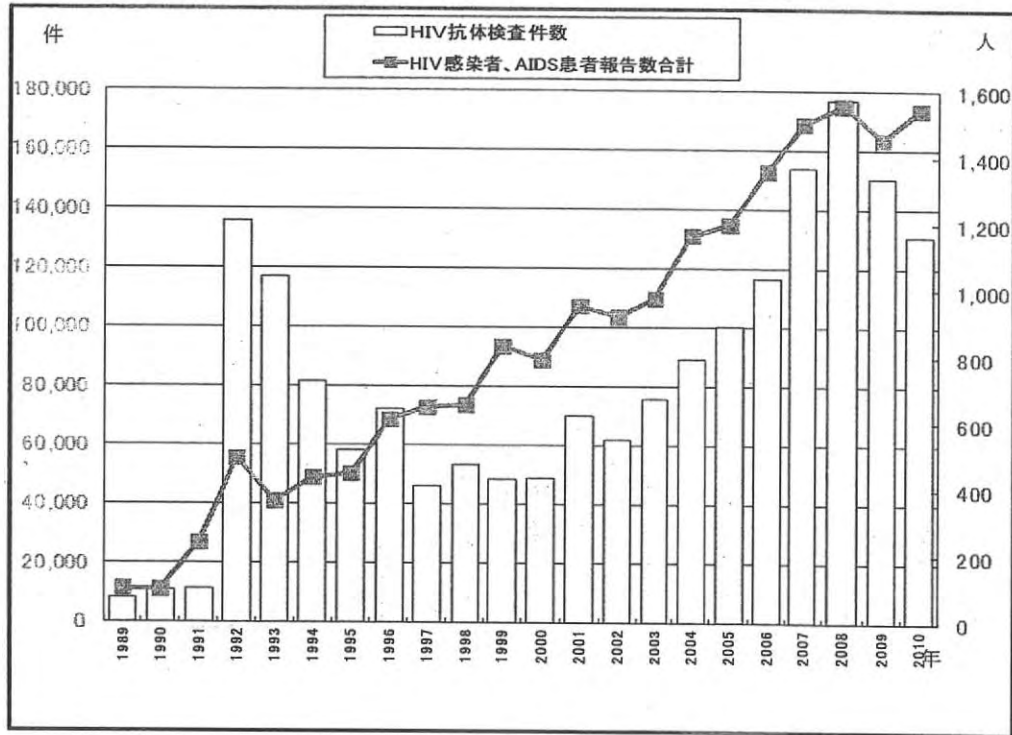
第11条 厚生労働大臣は、感染症のうち、特に総合的に予防のための施策を推進する必要があるものとして厚生労働省令で定めるものについて、当該感染症に係る原因の究明、発生の予防及びまん延の防止、医療の提供、研究開発の推進、国際的な連携その他当該感染症に応じた予防の総合的な推進を図るための指針（特定感染症予防指針）を作成し、公表するものとする。

(※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HIV抗体検査件数とHIV感染者、AIDS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）

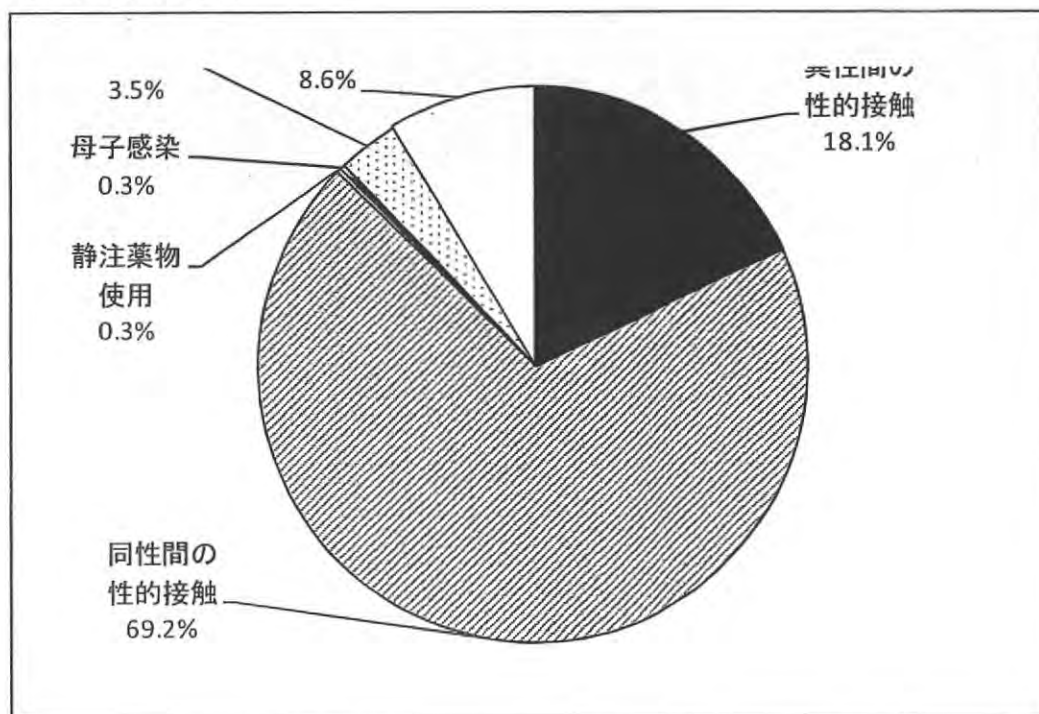


(※4) 平成22(2010)年に報告されたHIV感染者の年齢階級別内訳（「平成22年エイズ発生動向年報」より）

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 indinavir 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)

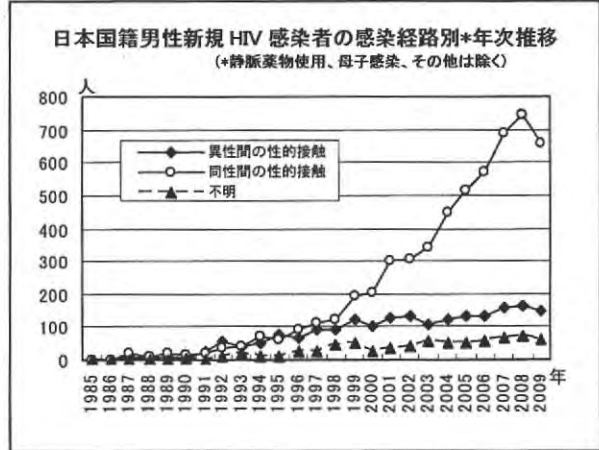
第 1 エイズ発生動向（平成 18 年～平成 21 年）

調査結果

- ① 平成 18 年～平成 20 年における新規 HIV 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。

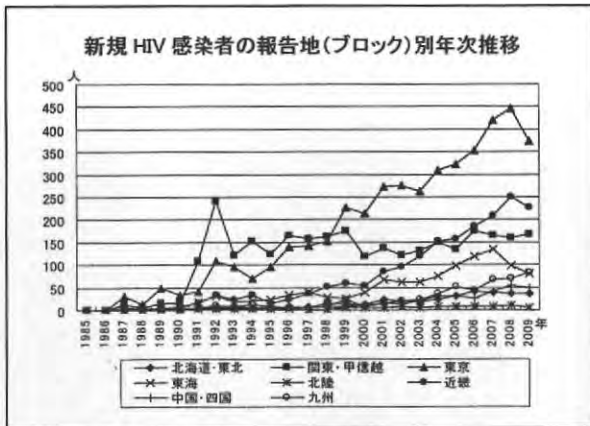
- ② 新規 HIV 感染者報告数は日本国籍男性で、同性間性的接触を感染経路とするものが引き続き、多数を占めた（平成 18 年～平成 21 年の新規 HIV 感染者報告数のうち、日本国籍男性で、同性間性的接触を感染経路とするものの占める割合は 63.6%）。



- ③ 全年代で新規 HIV 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 HIV 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 HIV 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、HIV 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 HIV 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 HIV 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）により自治体の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（AC（平成 21 年 7 月に社団法人 AC 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、HIV 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、HIV 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）

- ・ HIV 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 HIV 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 HIV 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 HIV/AIDS 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 ASEAN10 か国及び中国、韓国、台湾の HIV/AIDS 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 HIV 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 HIV 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 HIV 新規感染者及び AIDS 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 HIV 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 HIV 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 HIV 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、HIV 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 HIV 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 HIV 感染者報告数が伸びていることを踏まえると、HIV 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、HIV 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 HIV 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 HIV 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 HIV 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 HIV 流行に関するまとめ

ア 我が国の HIV/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。）。
- ・ HIV 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 HIV 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 HIV 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、HAART 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 STD や人口妊娠中絶の減少が見られている（注：STD 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：WYSH 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。
- ・ HIV 検査は、HIV 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。

- ・ HIV／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STD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HIV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。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、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を確認できるよう、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HIV検査の受検者数は年々増加し、HIV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HIV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、HIV感染者の早期診断のためにどのように役立てる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HIV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と。
- 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 「HIV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HIV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 「HIV/HCV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 HIV/AIDS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・・・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個人を特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。

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

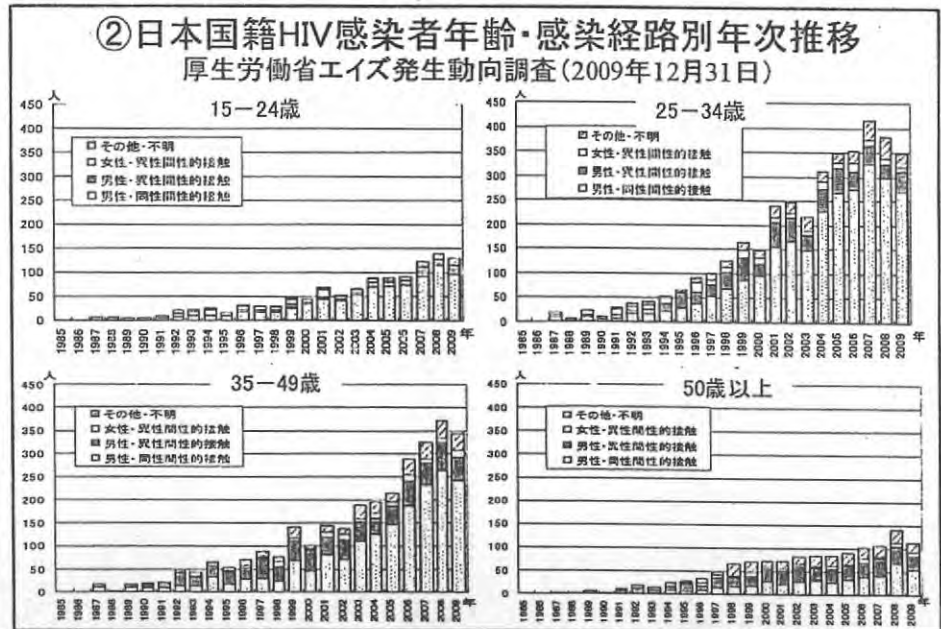
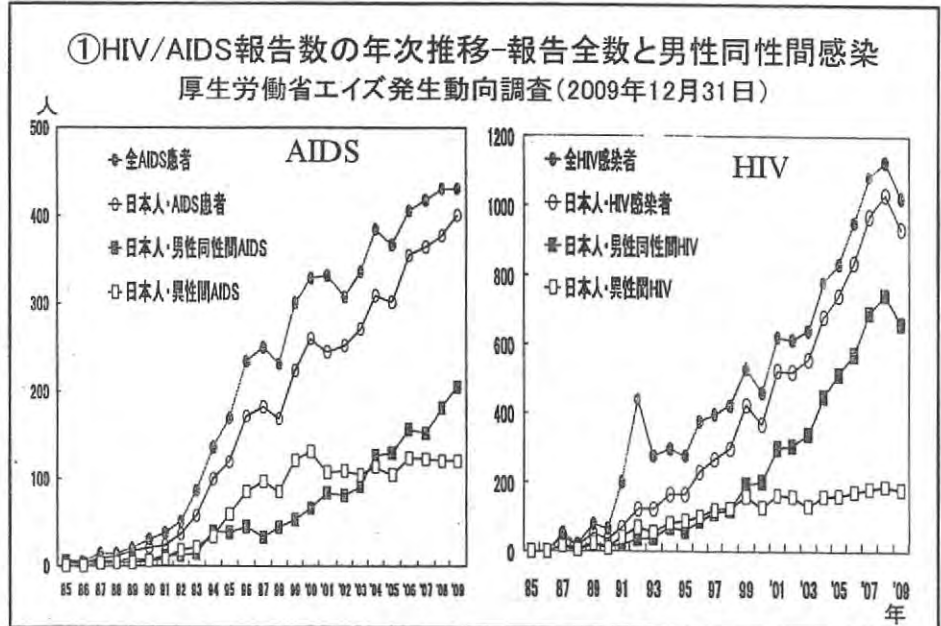
1) エイズ動向年報による現状

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、同性愛者等はおおよそ1,468,000人、MSM人口はおおよそ683,000人と推定された(資料#2)。

(2) HIV/AIDS有病率と年次発生率

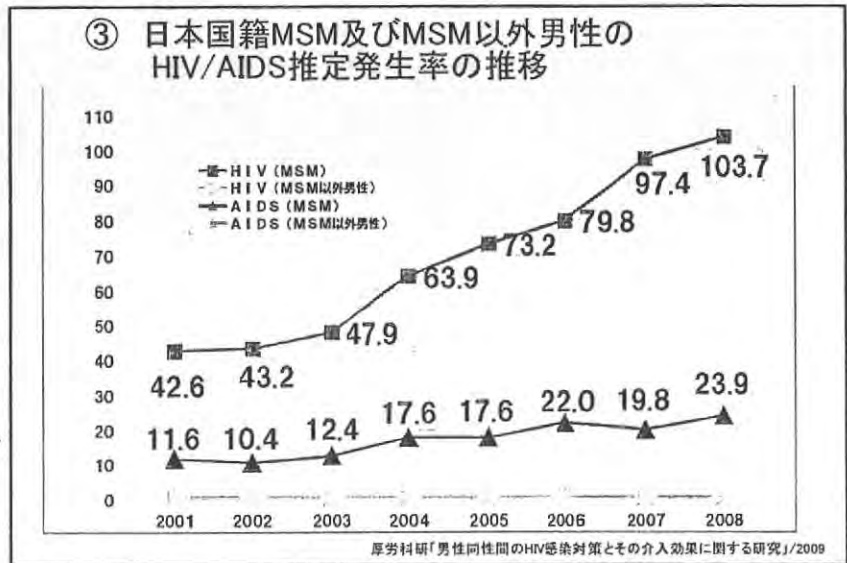
平成20年エイズ発生動向年報におけるMSMとMSM以外の男性のHIVおよびAIDS報告累計から有病率を推計した。人口10万人対のHIV有病率はMSMが692.9でMSM以外の男性7.2の96倍、AIDS有病率はMSMが188.9でMSM以外の男性5.8の33倍であった。

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。



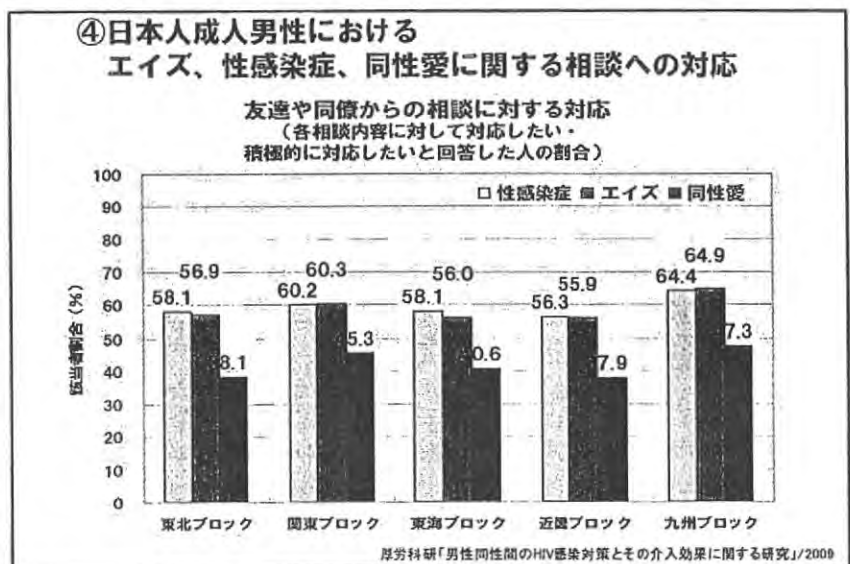
2 MSMにおけるHIV感染対策の課題と取り組むうえで重要な点

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。

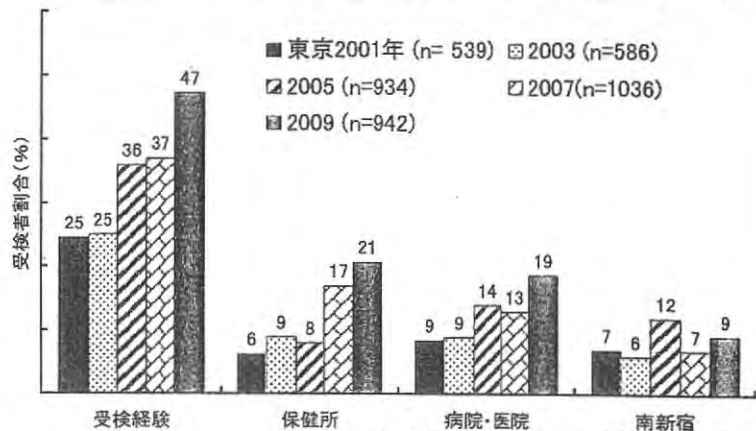
当事者に訴求性のある NGO の活動を維持し、啓発普及の促進を図ることが、今後の対策として重要である。そのためには、啓発活動に関わる人材を確保することで、そのための資金確保が必要となる。事業や研究について評価していくことは重要であるが、年単位で予算が変動し、次年度以降からどうなるか不安定な状況では、効果的な予防啓発や検査普及の活動を行うことは困難である。中長期的な計画と展望を持った施策を進める体制が必要である。

3 コミュニティセンター事業について

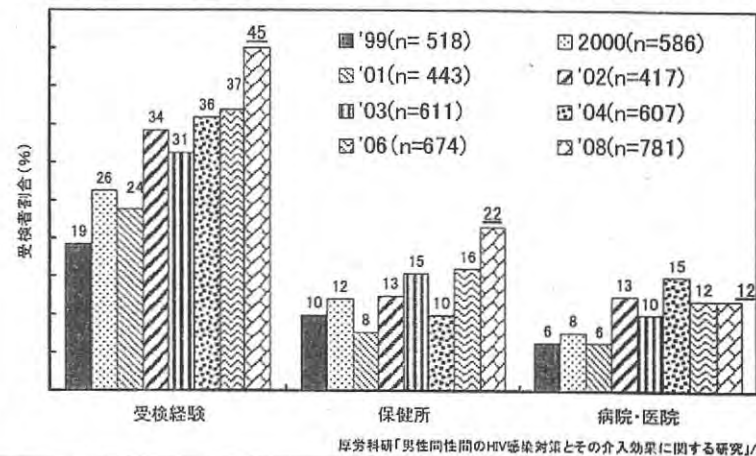
厚生労働省は 2003 年から「男性同性間の HIV/STI 感染予防に関する啓発事業」を財団法人・エイズ予防財団を通じて実施している。現在は、コミュニティセンター「ZEL」(仙台)、コミュニティセンター「akta」(東京)、コミュニティセンター「rise」(名古屋)、コミュニティスペース「dista」(大阪)、コミュニティセンター「haco」(福岡)、コミュニティセンター「mabui」(那覇) など全国 6 地域で展開されている (図⑦)。

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

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と呼ば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

ACC 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HIV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. HIV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. HIV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、HIV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に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

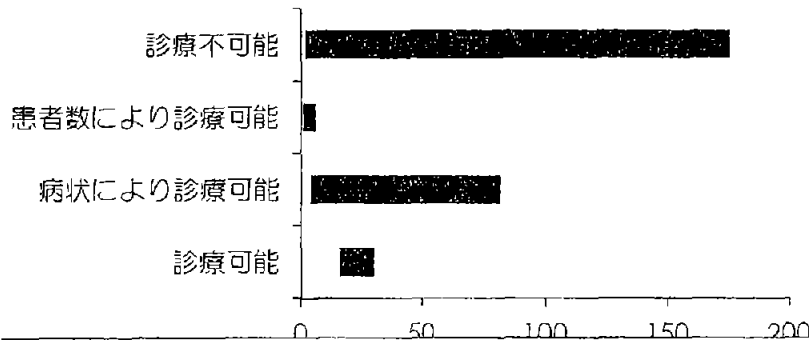
【アンケートの発送総数】	848通
【回答数】	294通
【回収率】	35%
【回答者の職種】	82%が医師

拠点病院以外でも
HIV診療は可能か

厚生労働科学研究費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」班

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

エイズ中核拠点病院から見た医療体制上の課題

がん・感染症センター都立駒込病院

味澤 篤

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）。

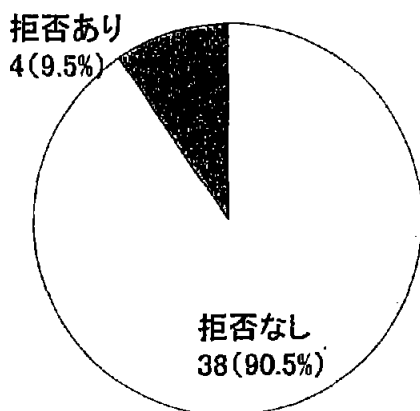
また当院での死因の変化をみると最近 7 年間では非 AIDS 指標悪性腫瘍の増加が目立つ。今後がん治療医との連携も必要と思われる（図 8）

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。

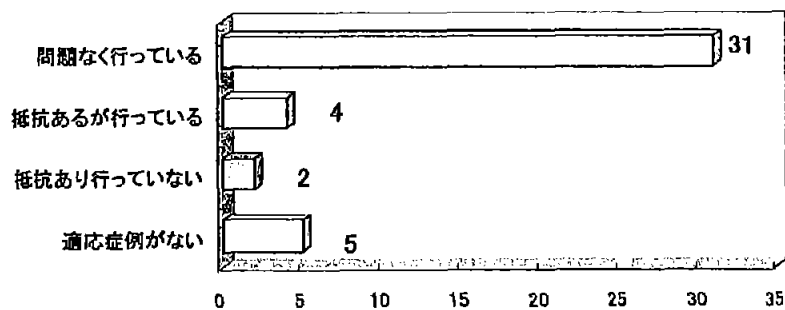
2008 年当院 HIV 感染者の歯科診療に関するアンケートを取ったが、これによると HIV 感染者は HIV 判明前 5 年以内に 72.8 パーセントが歯科診療を受けた（図 9）。また HIV 判明後も 68.9 パーセントが歯科診療を受けた（図 10）。うち 60 パーセントは当院および紹介歯科を受診したが、約 40 パーセントはそれまでのかかりつけや新規歯科を受診した（図 11）。その中で 20 パーセントしか HIV 感染を歯科に告げることができなかった（図 12）。これらのことから歯科には HIV 判明前の受診を考慮して標準予防策を推進すること、および HIV 判明後に紹介できる歯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



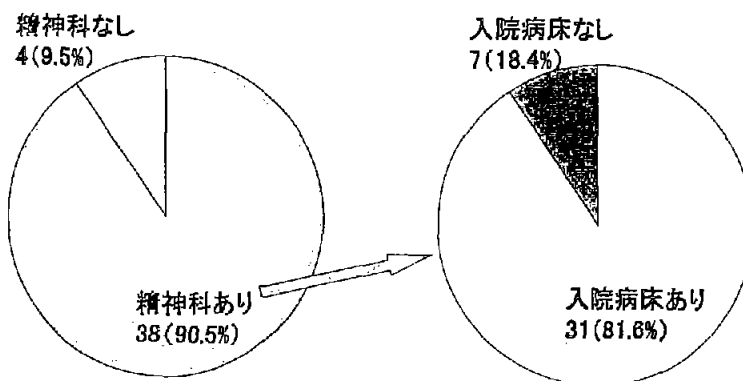
今村顕史 第22回日本エイズ学会

図2 外科手術は問題なく行えているか



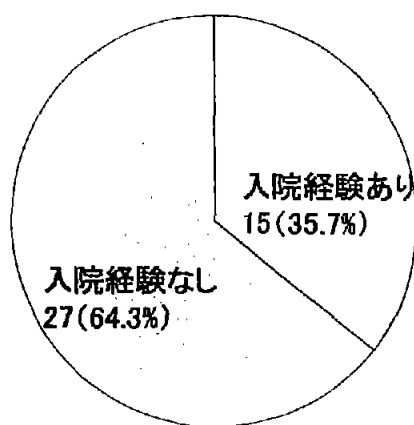
今村顕史 第22回日本エイズ学会

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

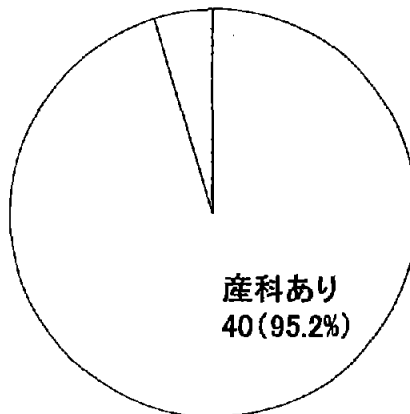
図4 精神科への入院症例の経験はあるか



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

産科なし 2(4.8%)

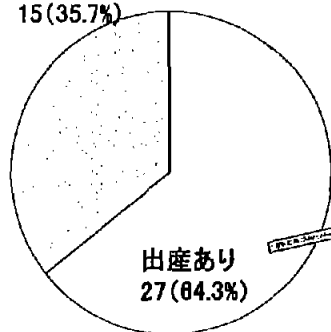


産科あり
40(95.2%)

今村顕史 第22回日本エイズ学会

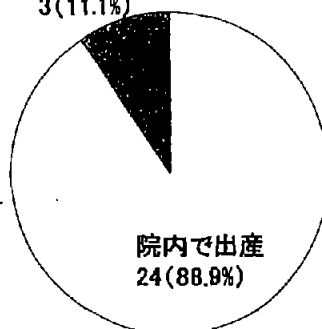
図6 【通院中患者の出産経験】 【出産した病院】

出産なし
15(35.7%)



出産あり
27(64.3%)

他院で出産
3(11.1%)



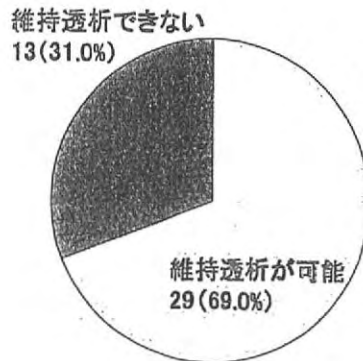
院内で出産
24(88.9%)

今村顕史 第22回日本エイズ学会

図7 【透析導入の経験】



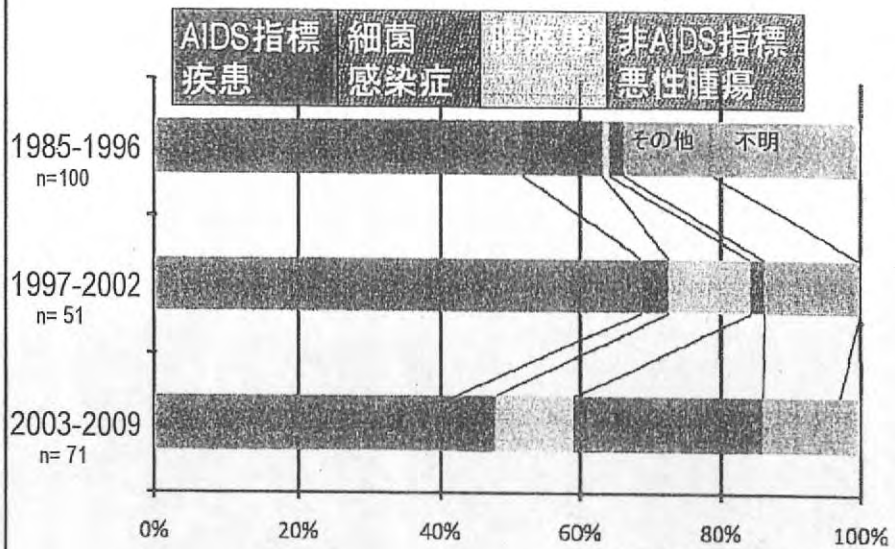
【院内での維持透析】



今村顕史 第22回日本エイズ学会

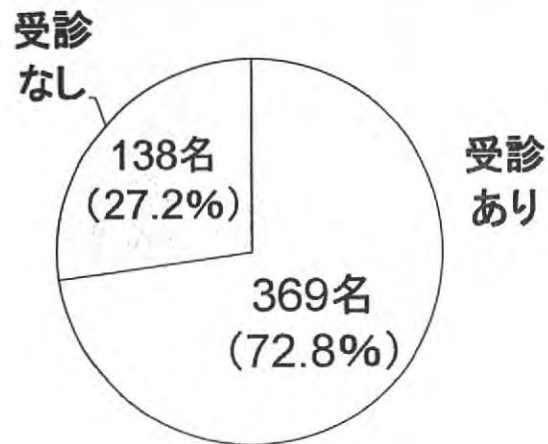
図8 死因の変化

2009年駒込病院



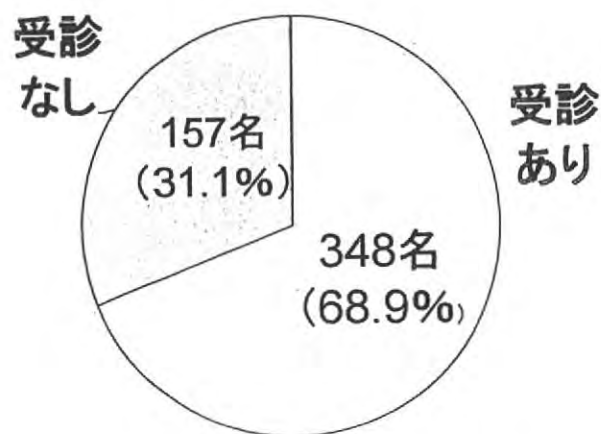
味澤篤 第24回日本エイズ学会

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

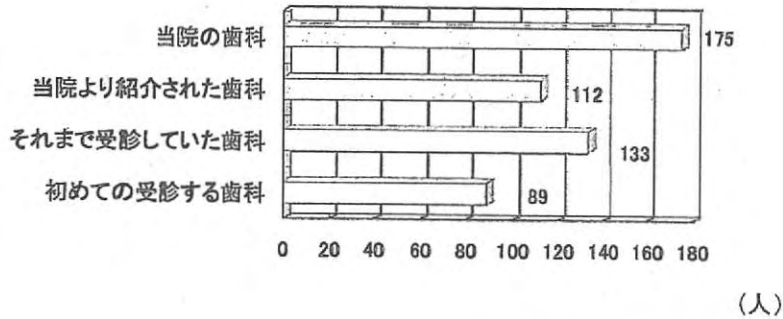
図10 当院初診以降に歯科受診があったか



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

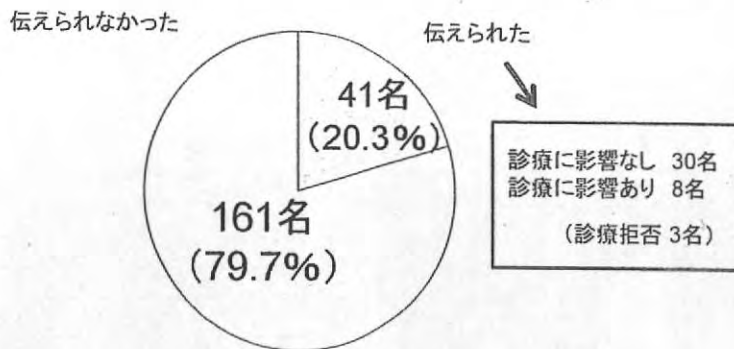
実際に受診した歯科はどこでしたか
(複数回答あり)



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、これに応えう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 (JaNP+) エイズ拠点病院アンケートより

1、調査概要

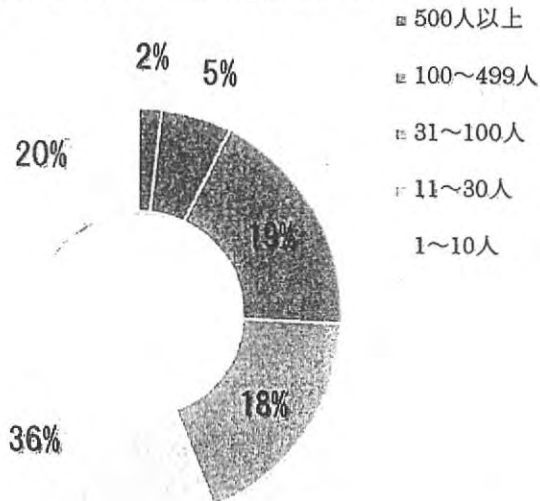
目的: HIV陽性者、保健所・検査所、支援団体や一般医療機関などへの情報提供

対象: 全国エイズ診療拠点病院 (374)

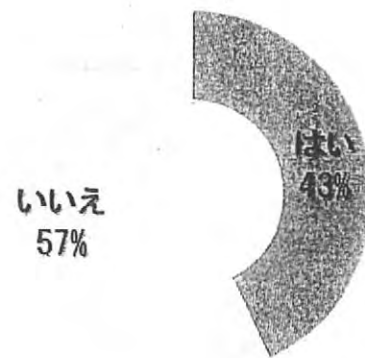
方法: 回答内容を公開することを明記し自記式調査票を郵送にて依頼。有効回答数225 (60%)。

2、調査結果

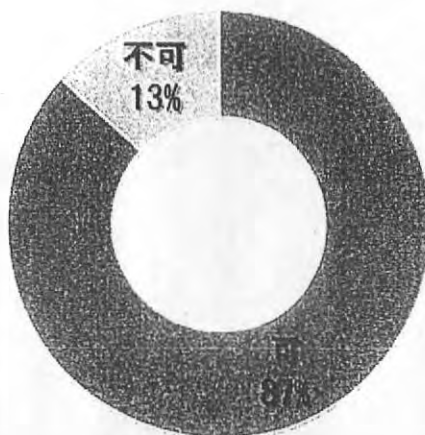
過去1年間におけるHIV・エイズ診療の受診者数



希望者に対する受検前カウンセリング



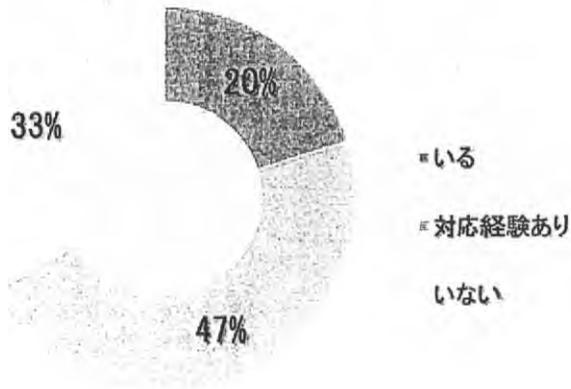
抗HIV薬の処方&服薬指導の可否



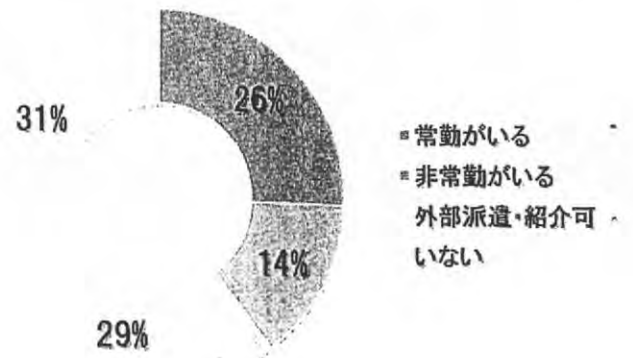
エイズ発症に対する治療の可否



HIV専門の看護師はいるか

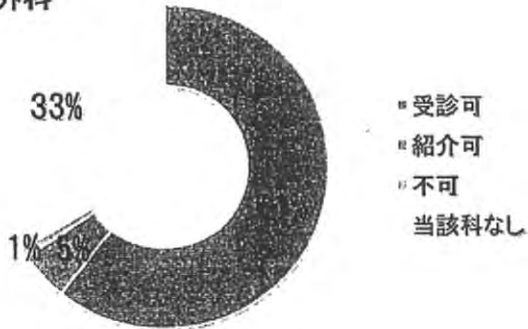


HIV陽性者に対応可能なカウンセラーはいるか

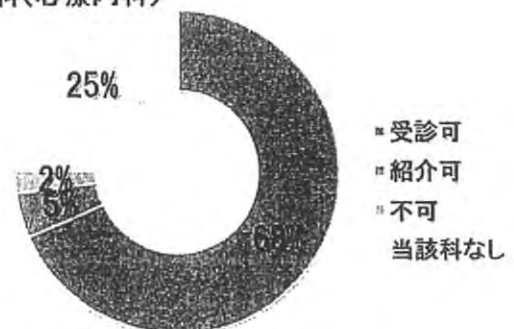


他科でのHIV陽性者受け入れ状況

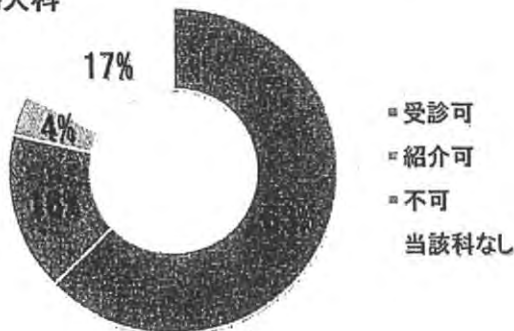
形成外科



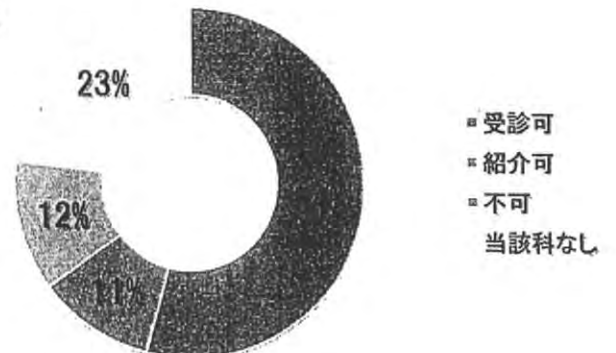
精神科(心療内科)



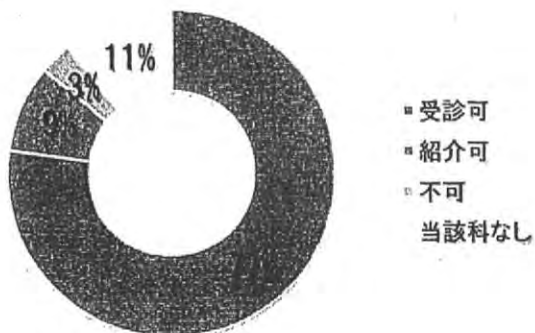
産婦人科



透析



眼科



過去3年間に於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が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棟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に実施すべき。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つ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。FDI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ので、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 の実施に一歩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：

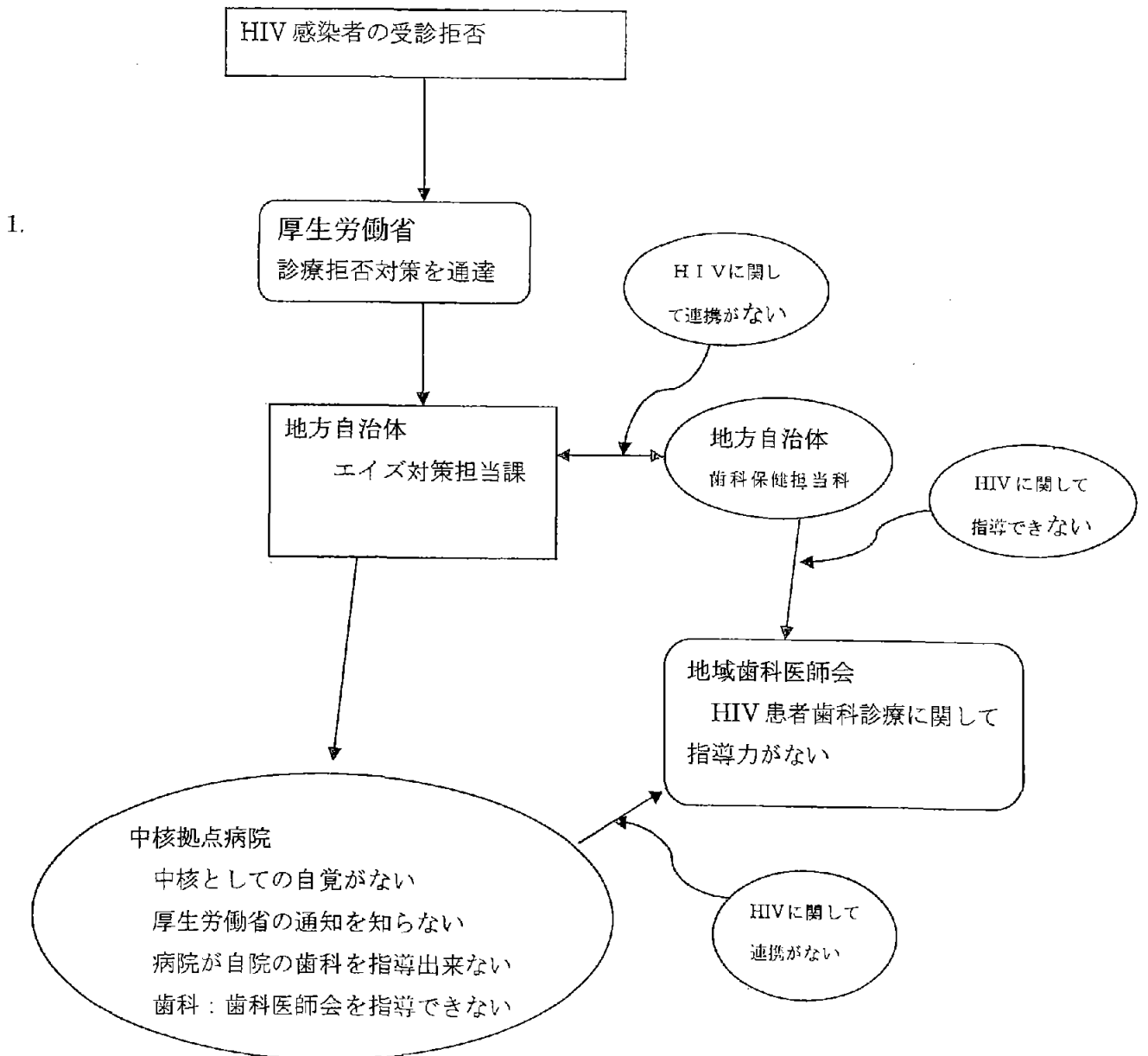
- ① ブロック拠点病院・中核拠点病院の改革
- ② ブロック拠点病院・中核拠点病院と当該歯科医師会のH I V感染者歯科診療ネットワーク立上げの義務化
- ③ 即効性の対応として、ブロック拠点病院歯科に歯科診療に関する対応を担う、コーディネーター歯科衛生士の配置
- ④ 歯科のHIV診療体制整備班として
H I V感染症が明らかになって25年以上、もはや義務論を伝える時代ではない。観点を変えて、
病気の本質を正確に伝える
Standard Precautions の必要性を力説する
 - 何故必要か
 - どんなメリットが患者さんと医療従事者にあるか
 - 実施への努力が如何に歯科医療の質の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

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 (*)

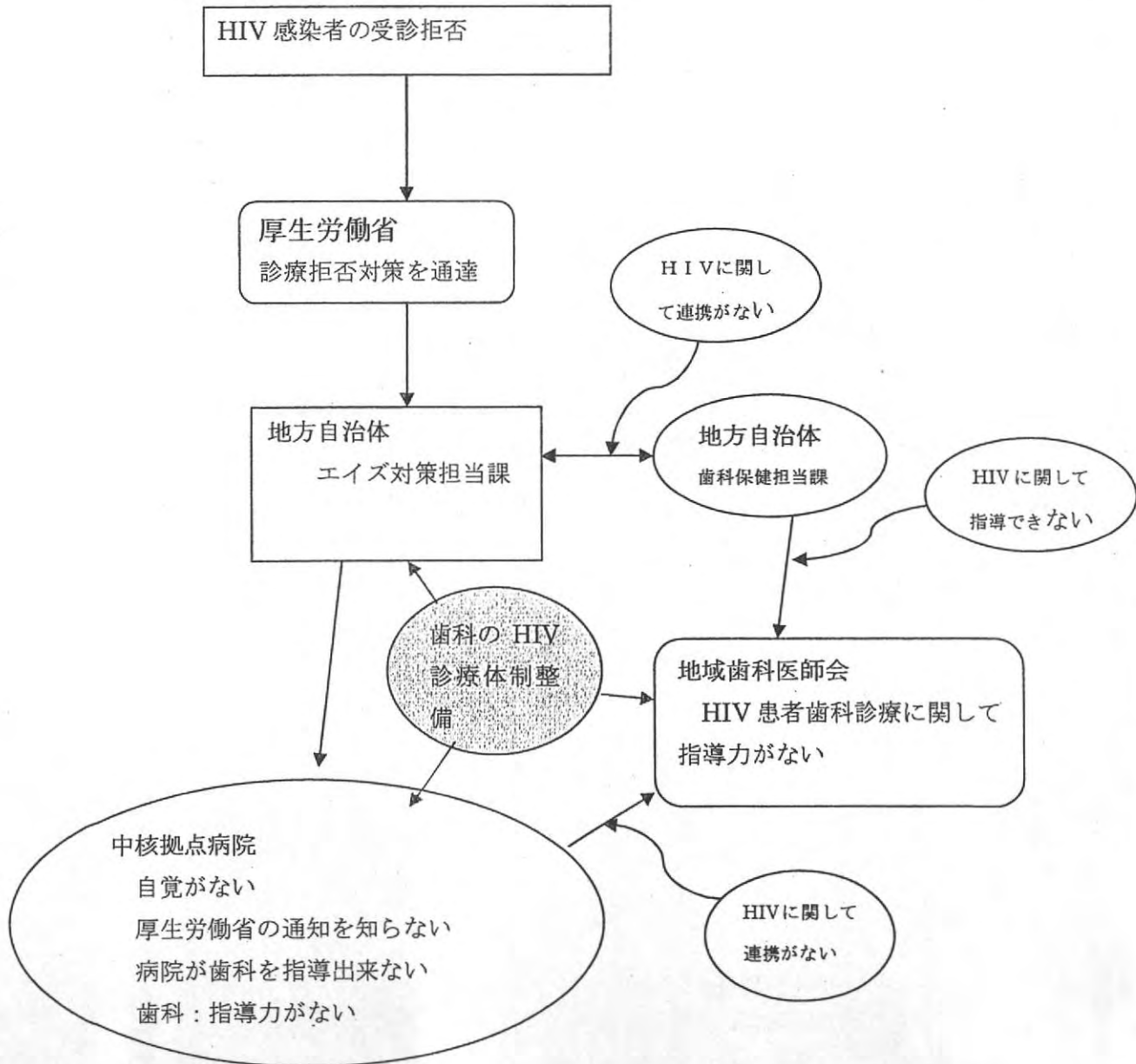
すでにネットワークを実施中の同都県の活動に関しては、「HIV 感染症歯科診療ネットワーク取り組み事例集」を参照して頂きたい。

* 中核拠点病院としての広島大学の活動 (別途記載)

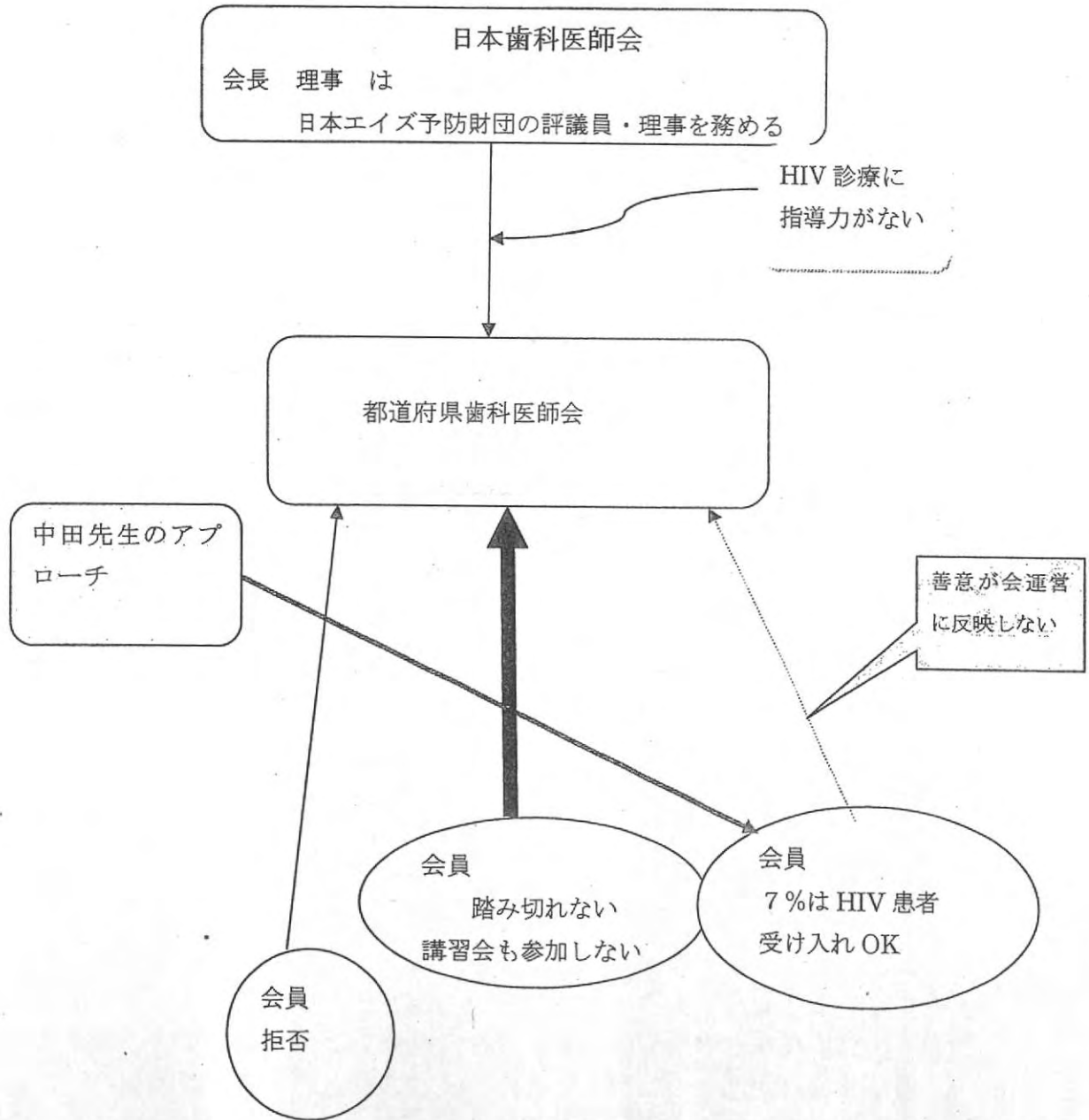


医療体制班 歯科の HIV 診療体制整備班の位置づけ

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。

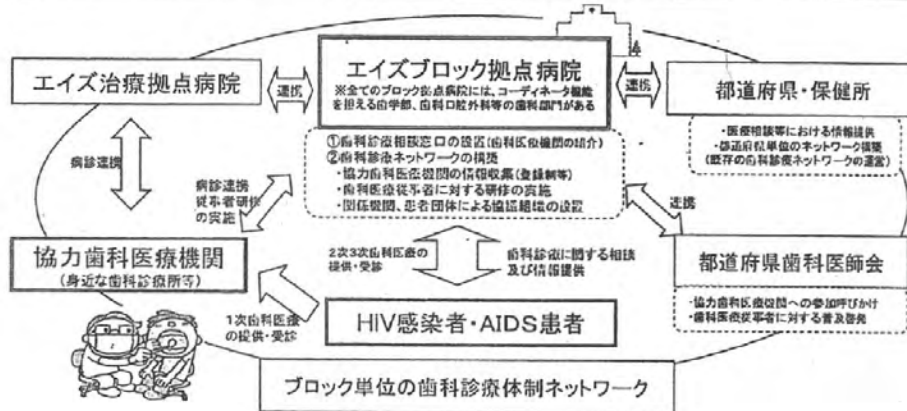
HIV陽性者に対する歯科診療体制の確保には、エイズ拠点病院と地域歯科医師会との連携が必要であり、広島県においては広島県歯科医師会がエイズ拠点病院からのHIV陽性者の歯科診療を受け入れるためのHIV歯科診療ネットワークが既に構築されています。このネットワークの構築は、HIV陽性者がより近医での歯科受診を可能とする画期的な歯科診療体制の実現であると考えます。本邦では、HIV陽性者の数は増加しており、今後、この歯科医療ネットワークに参加する歯科医師の確保が必要です。

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、英物産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感染者が診察拒否を恐れ、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有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けるなど、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

目次

はじめに 1

I. 調査の目的と調査方法 1

II. 調査方法 1

(1) 対象と方法 1

(2) 調査対象 1

(3) 調査取得に関する事項 1

(4) 調査方法 2

III. 調査結果 2

(1) 調査対象の概況 2

(2) HIV感染の有無の調査結果 2

① 平成19年5月31日現在で生きている中のHIV感染者の感染経路等 3

② 生きている中のHIV感染者の年齢 9

③ 感染経路におけるインシデント率 9

④ 感染経路および、HIV感染の状況 11

⑤ HIV感染者の血液凝固異常症に対する検査結果 12

⑥ 小児の血液凝固異常症の状況 13

(3) HIV感染者の血液凝固異常症、HIV感染者の妊婦の検査結果および2次・3次感染の状況 14

① HIV感染感染経路 14

② HIV感染経路の別による血液凝固異常症の状況 14

③ 血液凝固異常症の別によるHIV感染の状況 14

④ AIDS発症の有無の別による血液凝固異常症の状況 14

⑤ HIV感染者の血液凝固異常症の別による2次・3次感染の状況 15

⑥ HIV感染感染経路の別による血液凝固異常症の状況 15

⑦ 血液凝固異常症の別による妊婦のHIV感染の状況および2次・3次感染の状況 18

⑧ 血液凝固異常症の別によるHIV感染の状況 23

⑨ AIDS発症の有無の別による血液凝固異常症の状況 25

⑩ HIV感染者の血液凝固異常症の別によるHIV感染の状況 26

(4) 生きている中のHIV感染者の血液凝固異常症の別によるHIV感染の状況 27

(5) 生きている中のHIV感染者の血液凝固異常症の別によるHIV感染の状況 29

(6) 血液凝固異常症の別における妊婦の血液凝固異常症の状況 30

① インタビューによる調査結果 33

② 血液凝固異常症の別における妊婦の血液凝固異常症の状況 33

③ 妊婦の血液凝固異常症の状況 33

④ 血液凝固異常症の別による妊婦の血液凝固異常症の状況 33

IV. 結論 33

V. 謝辞 34

調査の協力をいただいた関係機関 35

調査の協力をいただいた関係機関 39

調査の協力をいただいた関係機関 41

調査の協力をいただいた関係機関 53

調査の協力をいただいた関係機関 65

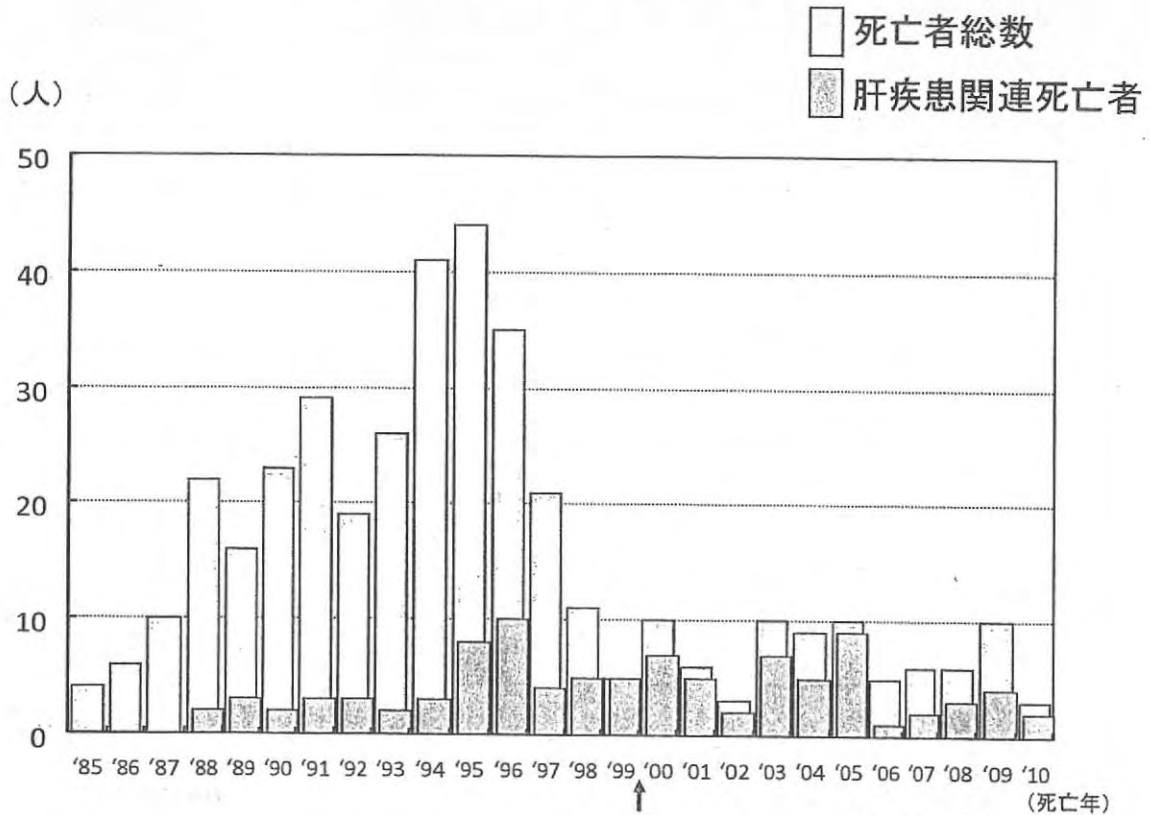
日本全国における血液凝固異常症検査

	血友病A	血友病B	VWD	頸椎疾患	小計
HIV非感染生存	3609	733	865	448	5655
(男性)	3583	725	804	245	4957
(女性)	26	8	61	203	310
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	872	452	6451
(男性)	4185	908	406	246	5745
(女性)	26	8	66	206	306
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。

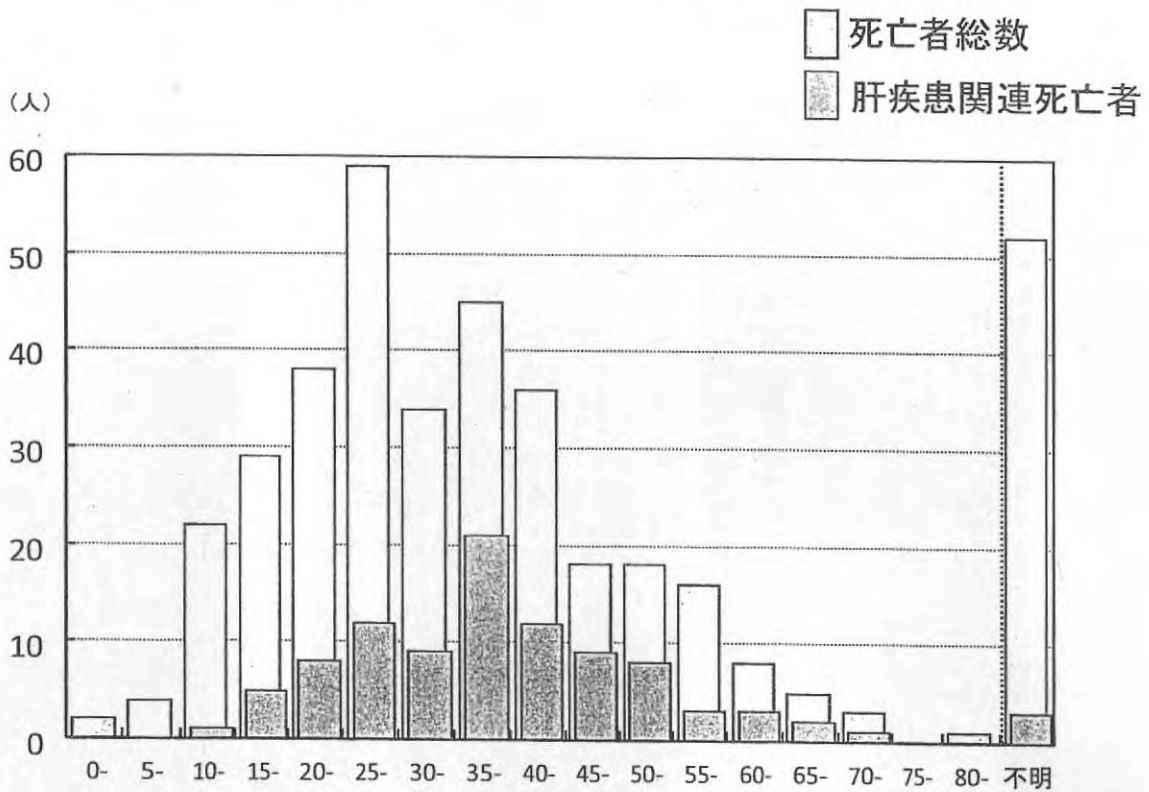
H20 エイズ予防財団 血液凝固異常全国調査
http://api-net.jfap.or.jp/siryou/research.htm

HIV感染者、死亡数の年次推移 (N=390)



はばたき福祉事業団調べ

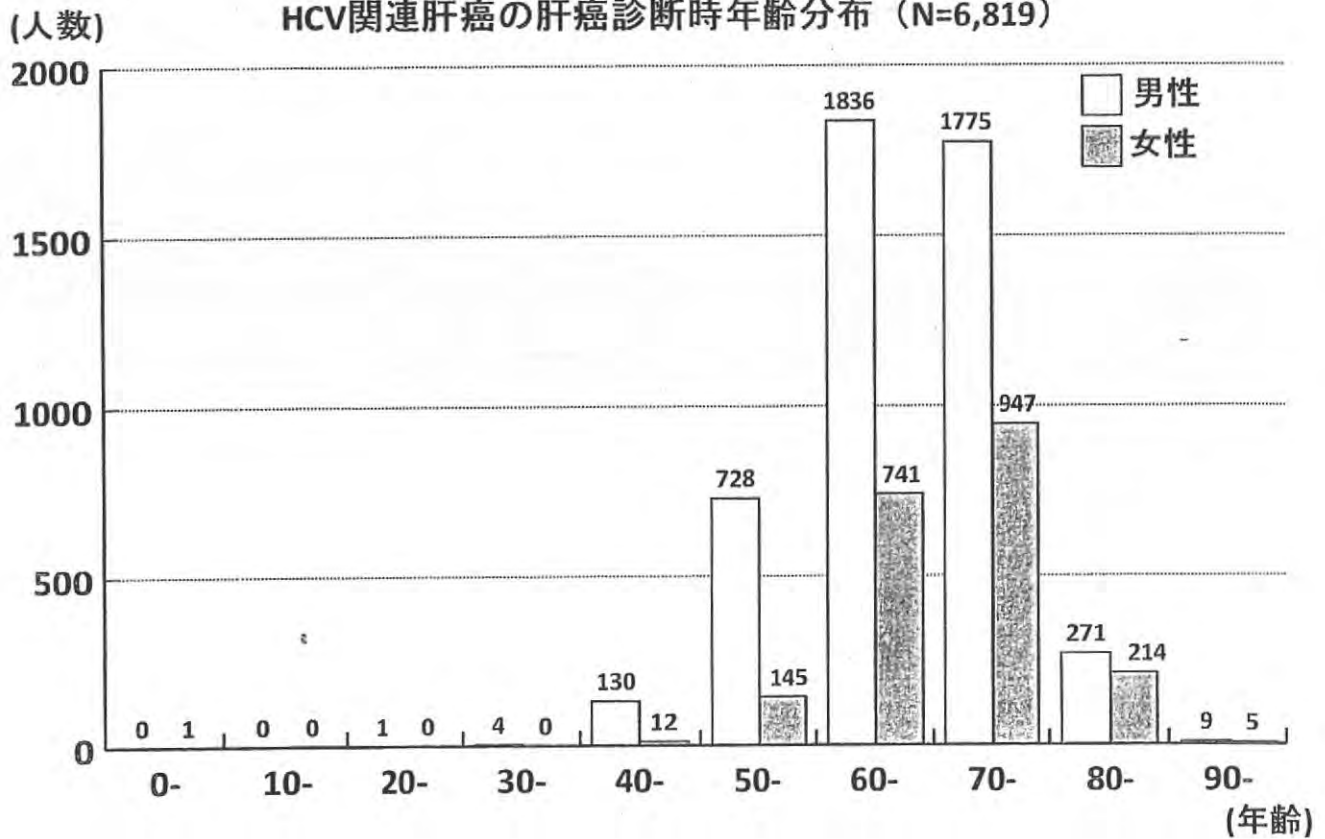
HIV感染者、死亡時年齢別患者数の分布 (N=390)



はばたき福祉事業団調べ

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？