

HIV/HCV重複感染者に対する肝移植

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

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

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

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

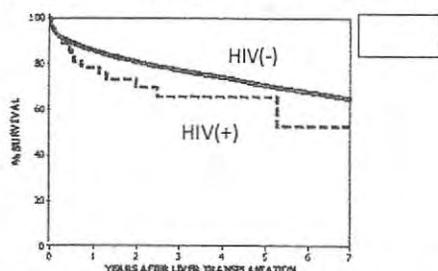


FIGURE 1. Comparison of survival probabilities of all human immunodeficiency virus (+) and non-human immunodeficiency virus patients after LT ($P < 0.047$).

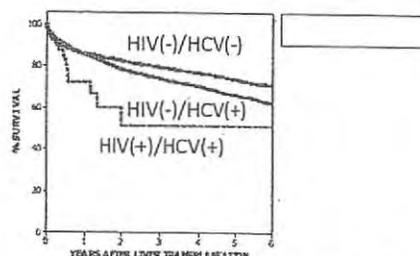


FIGURE 2. Comparison of survival probabilities of patients with human immunodeficiency virus (HIV)/hepatitis C virus (HCV) coinfection and non-HIV patients with and without HCV after LT ($P < 0.0001$).

HIV (+) HCV (-) 患者の予後は比較的良好。

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

わが国のHIV感染例に対する生体肝移植

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

2011年頭でも日本で約10例程度の報告のみ

東京大学で肝移植を受けた6例

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

(年齢等はプライバシー保護のため省いた)

(小池班報告書より)

当該患者のベースにあるもの

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



移植成績の向上のためには
多方面よりの研究が必要！

HIV・HCV重複感染 -HIVがHCVに与える影響-

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

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

非代償性肝硬変まで中央値15年で、HCV単独より、21倍risk高い。
Br J Haematol 1994;87:555-61.

肝硬変での累積死亡4倍。 Lancet 1997;350:1425.

肝疾患死亡率 7倍。 J Infect Dis 1999;179:1254-8.

肝癌もより早期に発症。 Am J Gastroenterol 2001;96:179-83.

HIVの進行と肝生検所見に関連なし。 Haemophilia 2002;8:668-73.
 はばたき福祉事業団調べ

世界でのHIV感染者に対する肝移植の報告 (2)

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

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

エイズ予防指針作業班「第三 医療の提供」検討会

HIV/AIDS 患者の長期療養と在宅療養における課題について

独) 国立国際医療研究センター エイズ治療・研究開発センター (ACG)

看護支援調整職 島田 恵

○前提

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

○現状と課題

1. 長期療養が課題となる点

- 1) 外来受診の長期化 →在宅療養でいかに外来受診を継続するか

例：・脳梗塞後の ADL 低下のため自宅で介護サービスを利用

- ・進行性多巣性白質脳症（PML）治療後の内服確認、健康管理のため施設で介護サービスと訪問看護を利用

- ・外来における療養支援の再考

受診中断の予防と継続の支援、副作用のモニタリングと対処 など

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

2. 入院期間長期化の理由

- 1) 治療に長期間を要する

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

- 2) 急性期病院において医学的に退院可能となったが、他の理由で退院が難しい

（1）医療ニーズが高く慢性期病院への「転院」が望ましい場合

①転院を要する主な目的

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

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

②転院困難の主な理由

- i) 急性期病院側の理由
 - ・転院の見通しをたてるのが難しい
 - ・転院先を開拓するのが難しい

- ii) 慢性期病院側の理由
 - ・受け入れの経験や感染管理などの知識がない

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

3. HIV/AIDS 患者の背景的要因

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

○提言

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

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

抗HIV療法に伴う心理的負担 および 精神医学的介入の必要性に関する研究

平成22年12月6日

研究分担者 廣常秀人（大阪医療センター 精神科）

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

HIV感染症と精神疾患

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

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

GHQ30(精神健康調査票)

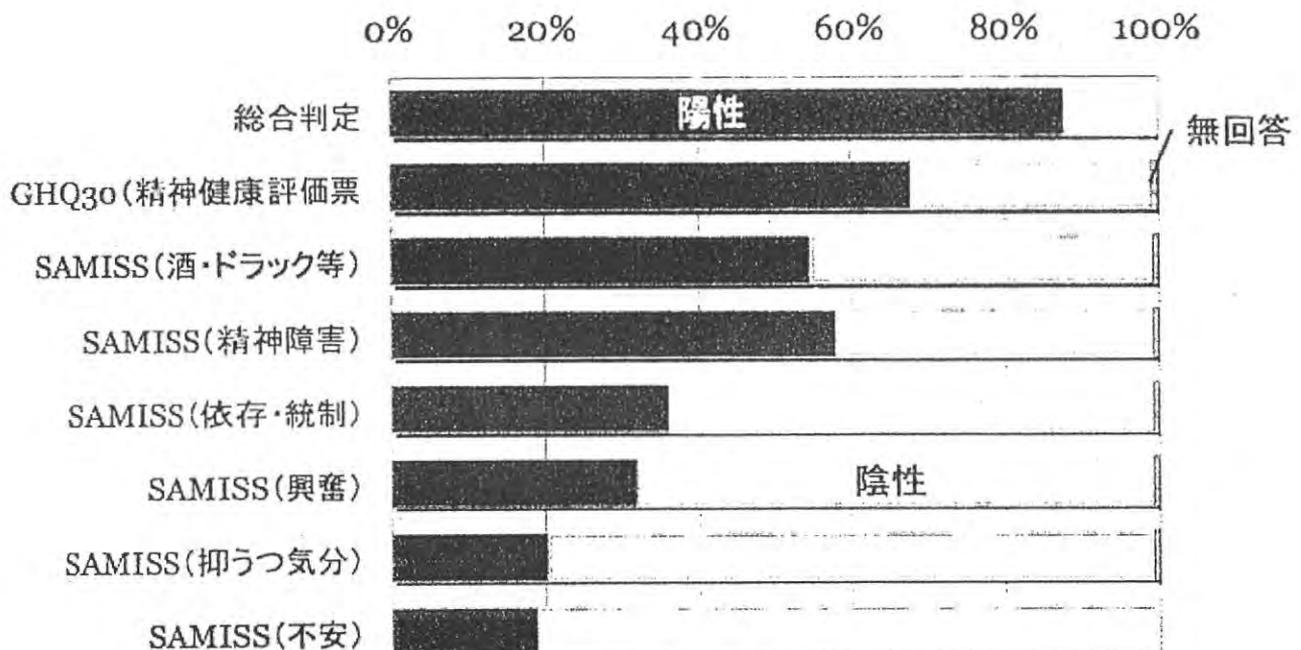
- 6因子(各5項目)30項目中、7項目以上で陽性(中川・大坊ら, 1996)
- (A) 一般的疾患傾向: 疲れ、主観的な病気の感覚など
 - (B) 身体的症状: 頭痛、頭重感、発汗など
 - (C) 睡眠障害: 早朝覚醒、入眠困難など
 - (D) 社会的活動障害: 仕事、日常生活がうまくいっているかなど
 - (E) 不安と気分変調: 怖さ、重荷、自信のなさ
 - (F) 希死念慮・うつ傾向: 望みの喪失、消えたい、死んだ方がまし、など

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

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

GHQ30およびSAMISS 初診時の傾向

(08年6月~09年8月、n=146)



初診の1年後調査

調査期間:2010年1月～6月

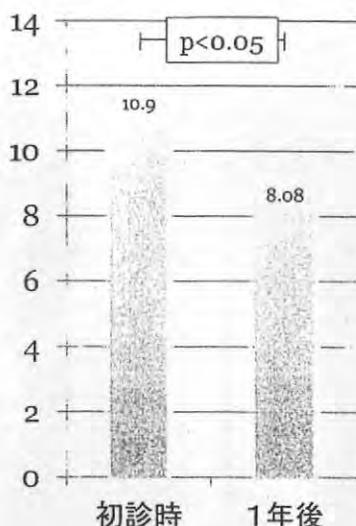
対象:初診より1年を経過し上記の期間中に受診し同意を得られた50名。(平均年齢:39.0歳)

追加の調査項目:1年間の生活での経験

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

GHQ30 1年後 vs 初診時

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



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

* : $p < 0.05$

1年後に、全得点、一般的疾患傾向、社会的活動障害で有意に改善

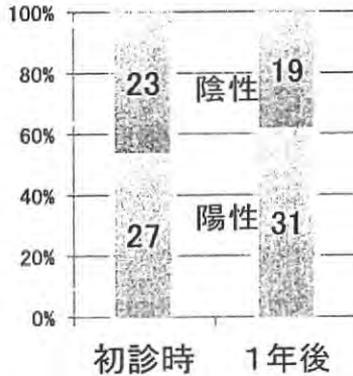
SAMISS 1年後 vs 初診時

飲酒・物質使用関連 (n=50)

① 飲酒・物質使用・物質に対する依存・統制 各項目の得点および陽性判定数

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

② 飲酒・物質使用 陽性者の割合



☆1年後は陽性例が微増。

☆有意な差は見られなかった。

③ 飲酒・物質使用状況 陽性・陰性のクロス集計

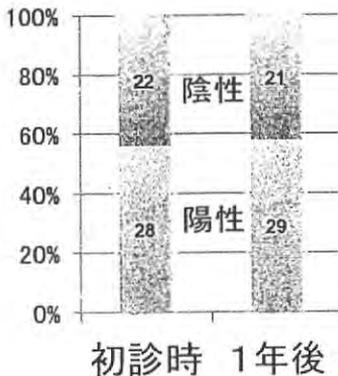
		1年後	
		陽性	陰性
初診時	陽性	20(40%)	7(14%)
	陰性	11(22%)	12(24%)

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

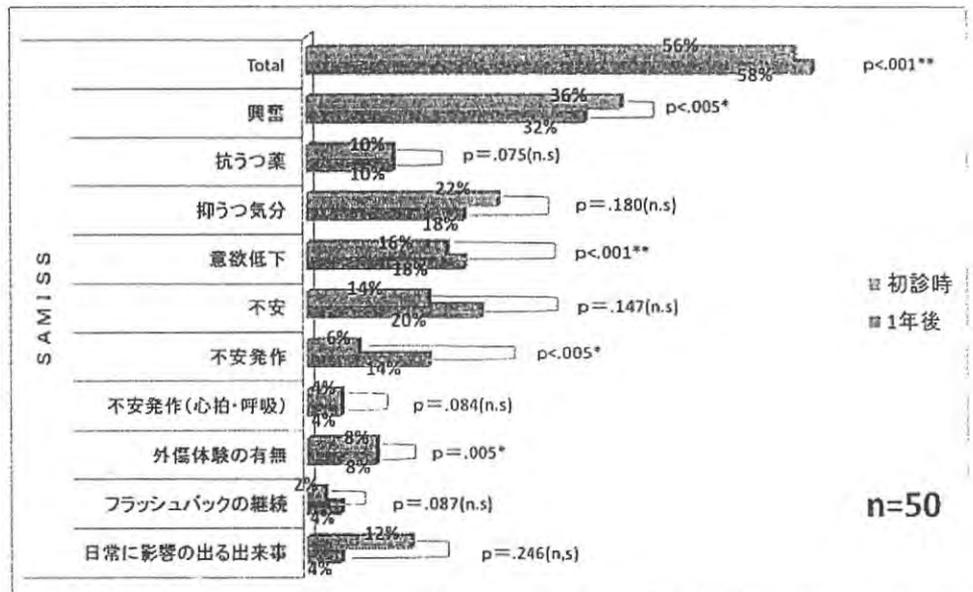
SAMISS 1年後 vs 初診時

精神症状 (n=50)

① 精神症状 陽性者の割合



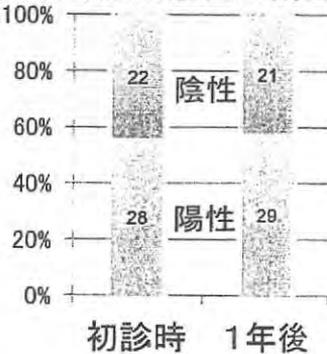
② 精神症状 全体および各因子における陽性割合の比較



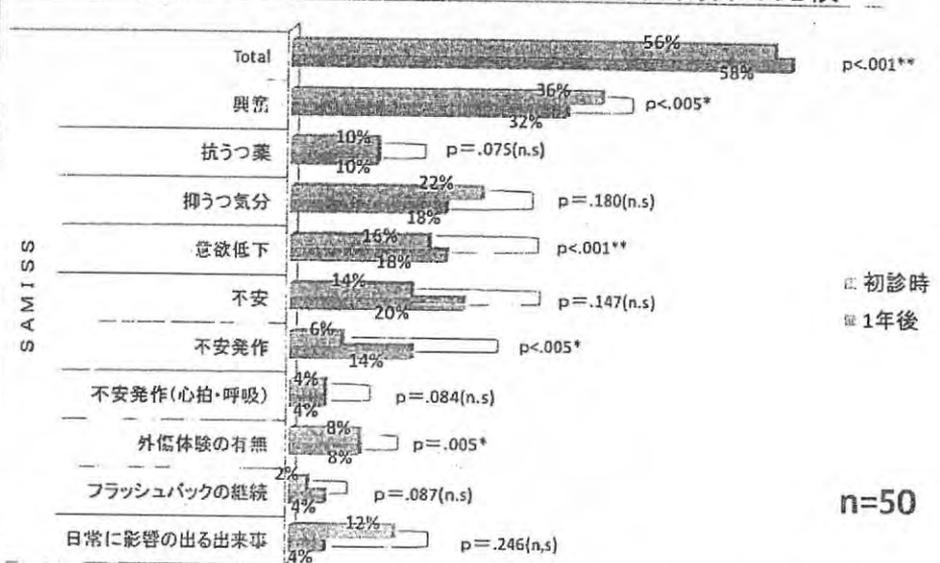
☆興奮は1年後に陽性判定割合が有意に減少しているが、意欲低下や不安発作は1年後に陽性判定割合が有意に増えていた。

SAMISS 1年後 vs 初診時 精神症状 (n=50)

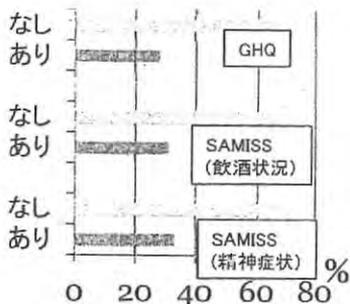
① 精神症状陽性の割合



② 精神症状 全体および各因子における陽性割合の比較



③ カウンセリングの有無による1年度の陽性割合



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

← 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。

「第六 人権の尊重」・人権の擁護や個人情報保護などについて陽性者の観点から

日本HIV陽性者ネットワーク 代表 長谷川博史

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

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

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

そこで今回の予防指針見直しについて以下の４点を提言します。

1、個人情報保護の再確認

2、HIV陽性者への差別禁止をより具体的に明記すべきこと

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

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

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

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

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

（イ）医療機関および医療者を対象とした啓発

（ウ）患者等及び個別施策層に対する偏見、差別の撤廃

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

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

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

平成23年2月16日

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

エイズ予防指針作業班 班長 木村哲 様

班構成員 大平勝美

一、人権の擁護及び個人情報の保護

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

現在は、当事者の勇気と支える人たちの熱情で、社会参加の突破口を拓けている。

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

二、偏見や差別の撤廃への国の責務

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

ありがとうございます。よろしく申し上げます。

エイズ患者の人権とその環境

第4回エイズ予防指針作業班(2011.3.15.)

町野朔

(上智大学法学研究科、上智大学生命倫理研究所)

エイズ予防指針(改正案) 「第6 人権の尊重」

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

「偏見」「差別」の内容

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

医療を受ける権利

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

医療の強制⇒インフォームド・コンセント

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

行動の自由

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

プライバシーの保護とエイズ・サーベイランス

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

エイズと人権：基本的視点

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

「人権の尊重」について

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

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

1. すべての医療機関において差別・偏見を無くすこと。

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

2. 正確な情報の周知徹底。

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

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

3. 関連省庁との更なる連携について。

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

エイズ普及啓発対策の全体像について

新しい予防戦略の時代

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

具体的にできることは何か。

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

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

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

複合予防
マルチゴール
マルチレベル
マルチスコープ

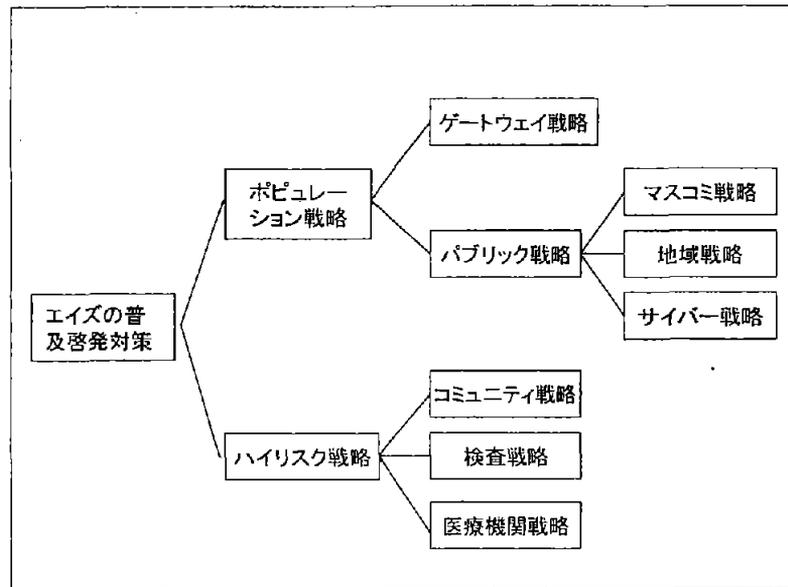


図 エイズ普及啓発対策の全体構造について

エイズ予防指針「第七 普及啓発及び教育」

患者等及び個別施策層に対する普及啓発の強化 (MSM)

専門委員 日高庸晴

MSM 対象の全国インターネット調査の調査結果

○ 学齢期における同性愛についての情報提供とエイズ予防教育 (図 1~2)

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

○ 抑うつ割合の高さ (抑うつスクリーニング項目 CES-D による判別)

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

○ HIV 抗体検査生涯受検経験割合 (表 1~3)

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

○ 過去 1 年間の HIV 抗体検査受検経験割合 (表 1~3)

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

○ 過去 1 年間の HIV 抗体検査受検者における受検場所 (表 4~6)

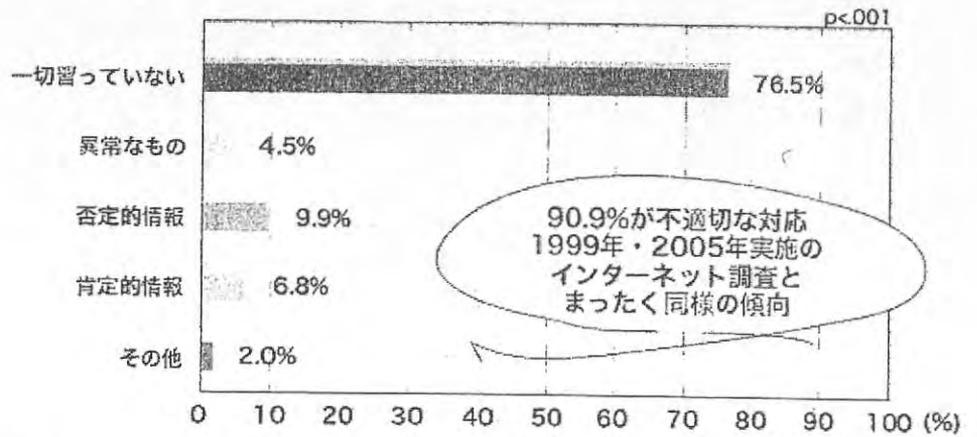
都市部では病院・医院での受検が最多 (2008 年調査によれば東京都在住者で過去 1 年間の受検者のうち 37.9%、表 6) であるのに対して、地方都市では保健所の利用割合が最も高かった。このことから HIV 抗体検査の受検環境について俯瞰すれば、都市部において MSM にとって個々人のニーズに応じた選択肢が増加している一方、地方都市においては保健所に集中しており検査環境の選択肢が少ないと言える。大都市以外の地域において保健所の果たす役割やその期待は大きいと考えられる。医師や保健師など検査に従事する者は、性的指向への正しい認識を持つことや MSM の特徴を理解した面接技法や健康教育手法を身に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

○ 自己申告の HIV 陽性割合 (表 7~9)

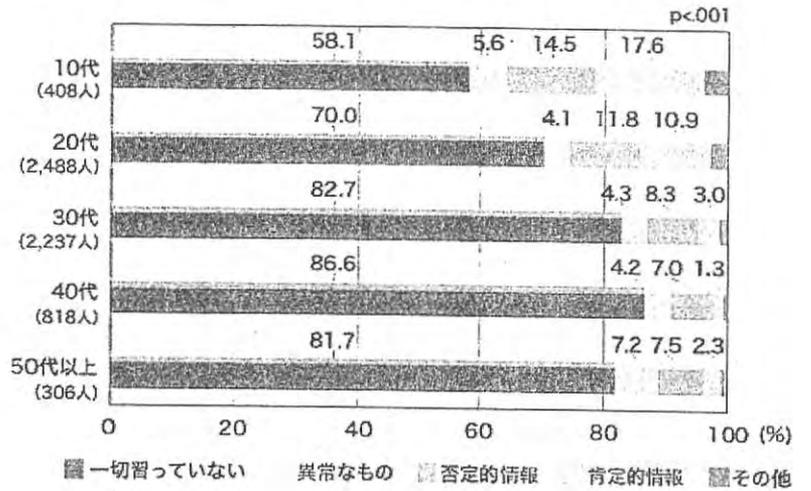
インターネット調査の参加者によれば、都市部だけではなく地方都市でも感染が拡大していることが示されている。このことから、保健所を中心としたより良い検査環境の整備が必要である。その際には地方都市においては地方独特の地縁・血縁等の人間関係があることや、プライバシーや人権尊重に配慮した環境整備・検査機会の提供が必要であると考えられる。

図. 1

教育現場でのセクシュアリティ教育や同性愛に関する情報提供の圧倒的不足



年代別では



1999年調査 n=1,025
2005年調査 n=5,731

Yasuharu Hidaka

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

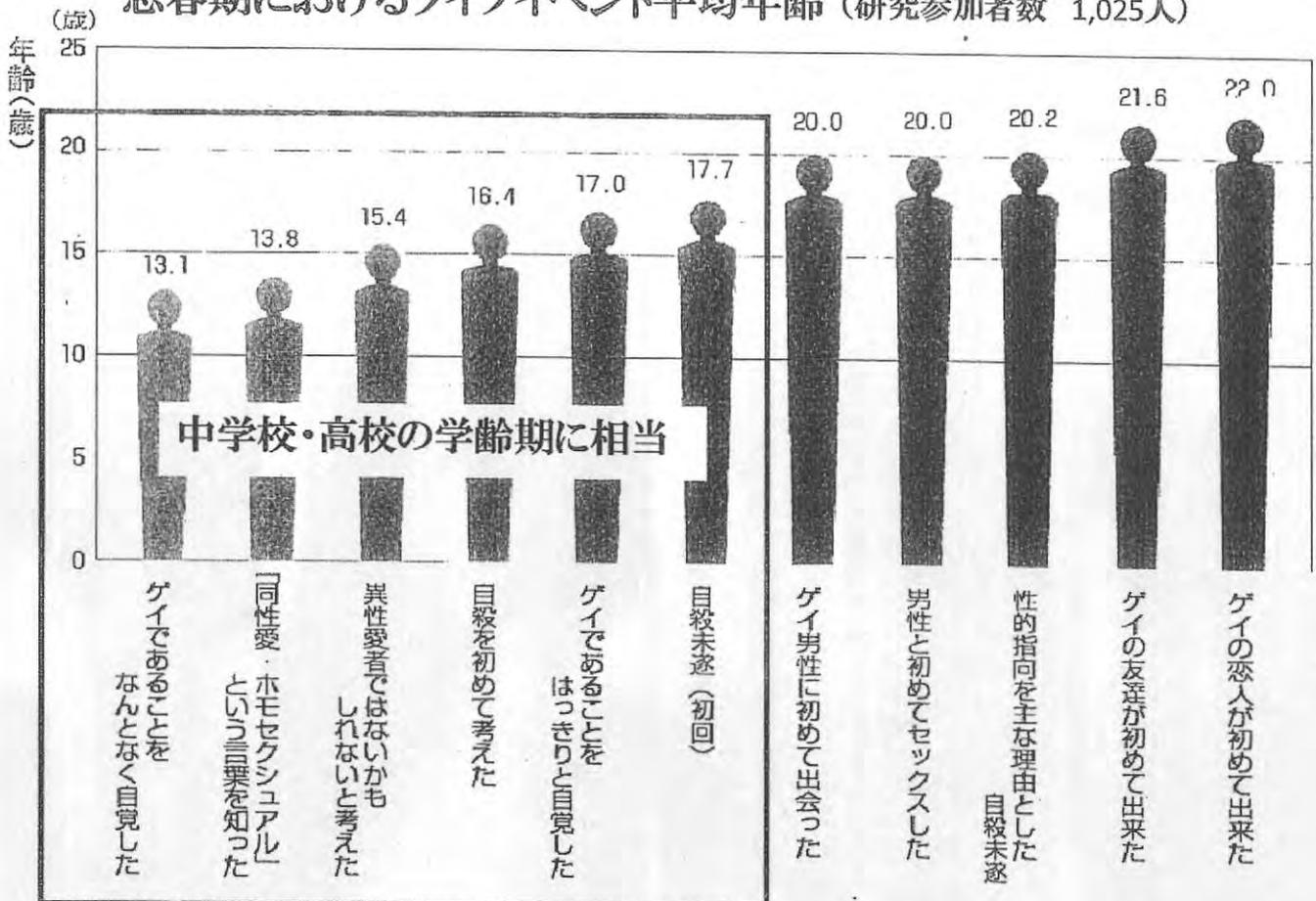


表1. 2005年 全国MSMインターネット調査(過去1年のHIV抗体検査受検割合) 有効回答数5,731人

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

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

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

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

北海道・東北	関東	東京都	信越・北陸	東海	愛知県	近畿	大阪府	中国・四国	九州・沖縄	福岡県	無回答	全体
n=417	n=1,161	n=1,347	n=154	n=235	n=325	n=497	n=570	n=313	n=247	n=180	n=79	n=5,525
これまでHIV抗体検査を受検した p<.001												
142 (34.1)	463 (39.9)	720 (53.4)	65 (42.2)	98 (41.7)	149 (45.8)	203 (40.8)	283 (49.6)	140 (44.7)	110 (44.5)	73 (40.6)	33 (41.8)	2,479 (44.9)
過去1年間にHIV抗体検査を受検した p<.001												
73 (17.5)	267 (23.0)	358 (26.4)	35 (22.7)	45 (19.1)	87 (26.8)	113 (22.7)	156 (27.4)	74 (23.6)	63 (25.5)	41 (22.8)	22 (27.8)	1,332 (24.1)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

北海道・東北	関東	東京都	信越・北陸	東海	愛知県	近畿	大阪府	中国・四国	九州・沖縄	福岡県	無回答	全体
n=478	n=1,298	n=1,468	n=186	n=241	n=343	n=523	n=592	n=378	n=376	n=316	n=82	n=6,282
HIV感染症 p<.001												
10 (2.1)	32 (2.5)	66 (4.5)	0 (0)	5 (2.1)	15 (4.4)	12 (2.3)	33 (5.6)	8 (2.1)	9 (2.4)	7 (2.2)	2 (2.4)	199 (3.2)

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

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

■ 青少年対策

1. 青少年対策の重要性と有効性

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

2. 青少年の現状

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

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

3. 青少年対策の現状と課題

①学外における啓発事業(地方自治体)

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

②学内における啓発活動(中学校・高校学校教育)

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

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

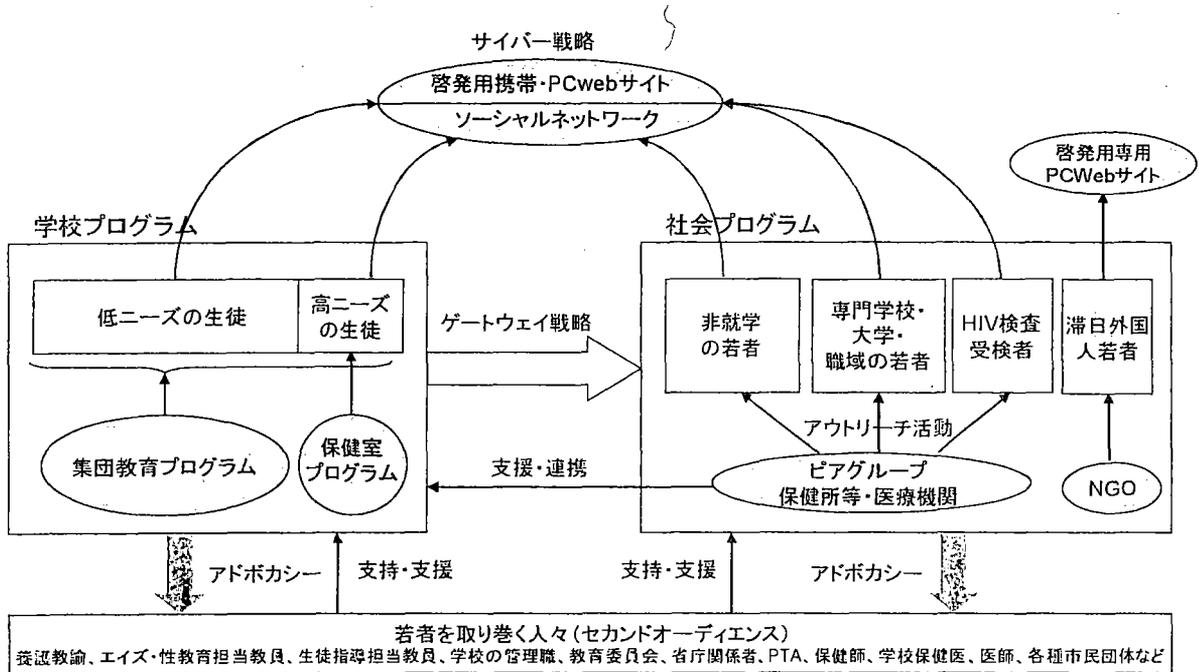


図. WYSHプロジェクトのプログラム構成

参考文献

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

エイズ予防指針「第七 普及啓発及び教育」

患者等及び個別施策層に対する普及啓発の強化(外国人)

仲尾唯治(山梨学院大学経営情報学部教授)

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

現状と課題

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

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

現状と課題を踏まえた提言

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

エイズ予防指針「第七 普及啓発及び教育」

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

東優子(大阪府立大学人間社会学部准教授)

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

現状と課題

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

現状と課題を踏まえた提言

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

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

厚生労働科学研究費補助金

エイズ対策研究事業

H I V感染予防対策の効果に関する研究

行政と NGO の連携を促進するための検討報告書

主任研究者 池上千寿子

平成 18(2006)年 3 月

はじめに

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

Ⅲ 施策の評価等

(2)NPO、NGO等との連携及び財団法人エイズ予防財団の機能の見直し

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

本検討会は、以下を主な目的とした。

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

検討会の構成委員

エイズ予防財団事務局長、専務理事 他担当者

厚生労働省健康局疾病対策課担当者

市川誠一（名古屋市立大学）

長谷川博史（JaNP+）

生島嗣、池上千寿子（特定非営利活動法人ぶれいす東京）

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

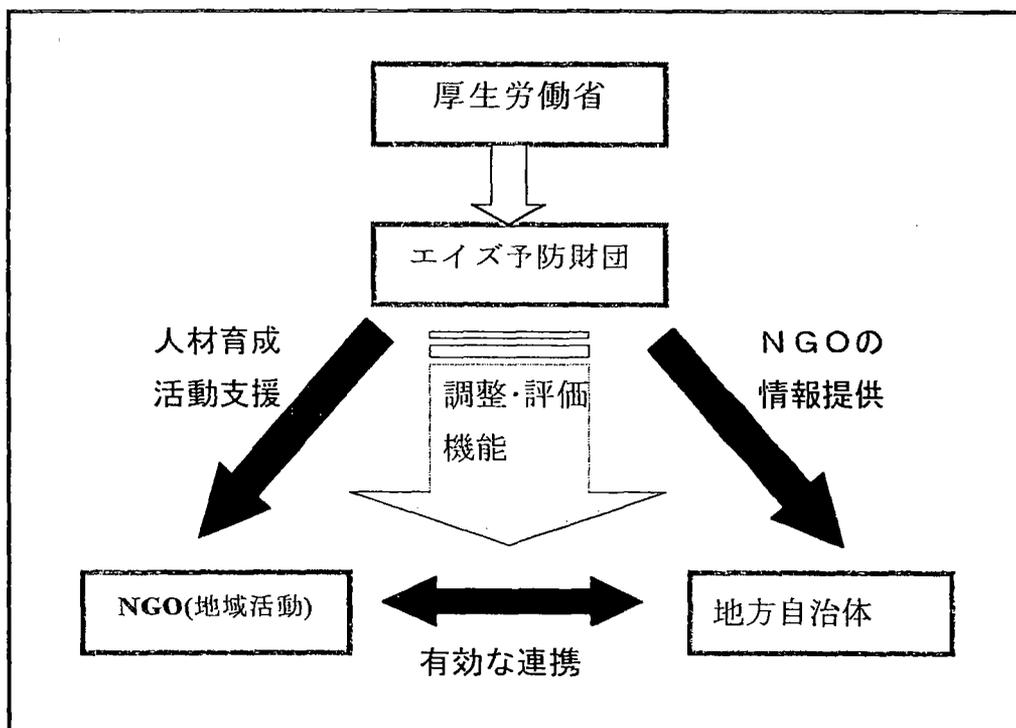
総論

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



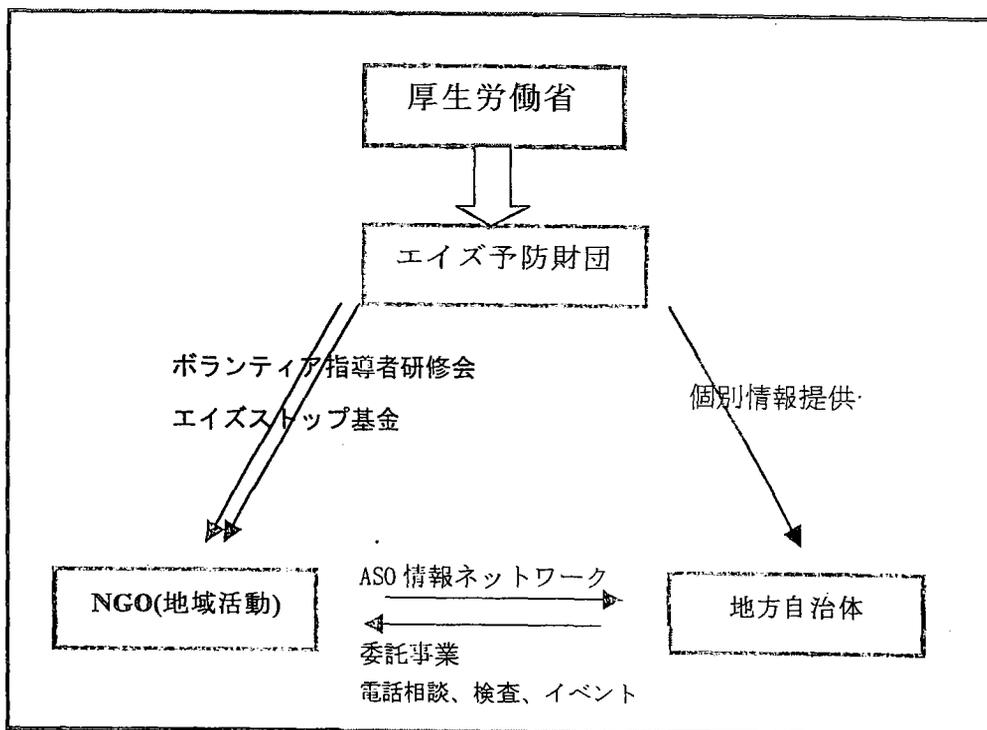
まず、図1で示すNGOとはなにか整理しておきたい。直訳すれば「非政府組織」であり、特定非営利活動法人という法人格を有する組織と任意の団体として法人格を有しない組織とが含まれる。広義には財団法人エイズ予防財団もNGOであるが、ここではエイズに関する予防やケア等の具体的な活動を地域に密着して継続的に運営している組織に限定する。

ただし地域密着といっても市町村等に限ら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―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ということはどういうことなのかを検討し、そのために財団が果たすべき調整及び評価機能について具体的に考察する必要がある。これらの項については各論でくわしくふれる。

4 目標を達成するために NGO連携委員会の設置

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

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

各論

1 NGOの役割とNGO活動支援の必要性と重要性について

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

1) エイズ対策におけるNGOの役割について

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

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

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

2) NGO活動支援の必要性と重要性について

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

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

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

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

各論

2. エイズ予防財団によるNGO支援についてー現状と課題

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、コミュニティの自助能力を高め、NGOの人材を育成するという点で有効であろう。

個別施策層への対策について、たとえば「対象となるMSMが地域にいかに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（Patton1997）」からだといえる。

2) 組織評価とプログラム評価

そこで、NGOを客観的に測定するものさしのひとつが組織評価である。

① 組織評価

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

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

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

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

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

② プログラム評価

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

表 1

評価の立場	自己(内部評価)(たとえばNGOが自身の活動成果を評価) 受益者(サービス消費者がいかに満足しているか) 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—現状と課題

1) NGOと自治体の連携事業—現状の問題点

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

①NGOが安価な労働力として使われる

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

② 調整機能がない

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

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

2) 有効な連携とはなにか

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

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

3) 連携のレベル

① 当事者の立案参加レベル

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

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

表2 事業参加度段階

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

② 実施における民間資源とのネットワークレベル

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

表3

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

4) 連携の課題；継続性と実現可能性—事例研究をとおしての整理

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

図3 S保健所の事例

高校生によるエイズに関するラジオ番組の制作



事業の立案段階での試み：

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

事業の実施段階での試み：

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

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

○ どのレベルの連携を考えるか：継続性と実現可能性

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

継続性を確保するためには、どのレベルでの連携なら維持できるか調整できるかを考慮すべきだろう。あるいは高度な連携で立案実施した事業の評価をきちんと行い、継続できる予算と人材を確保すべきである。さもな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行わ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、H I V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課題や課題をテーマにしたフォーラムの開催（隔月）である。エイズ&ソサエティー研究会議は『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で、その概要を公開することは、それぞれのNGOの活動実態の一端を広く広報する上で重要であろう。同時に基金の提供（あるいは打ち切り）基準、基金の提供理由も明らかにすることが望ましい。

3) NGOホームページを利用する

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

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

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

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

各論

6 NGOプログラム評価のための人材育成について：プログラム・オフィサー

1) プログラム・オフィサーとは何をするのか

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

しかしここで注意しなければならないのは以下の点である。

① 申請書どおりに実施できるのか否か

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

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

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

以上のような点について行政とNGOの間に入って、専門的視点からアドバイスをし、行政に対してはよりよい事業展開と成果の達成を手伝い、NGOにとってはキャパシティ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でする場合と、受益者からの視点（参加型）で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ふわけで、参加型評価を促進する傾向にあるが、参加型評価を促進するための課題も指摘されている。

① 参加型評価の主観性

バイアスは否めない。そこは、実施者視点評価と組み合わせて対処する。

② 参加型評価に参加する対象の選択の問題

受益者もいるが、損害、被害を受ける人もいるかもしれない。

どのように選ぶか。その妥当性。

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

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

3) プログラム・オフィサーの育成

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

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

各論

7. NGO連携委員会の設置と活動について

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

この重要かつ必要な機能を果たしていくために何が必要なのだろうか。

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

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

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

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

以下は、委員会についての提案である。

委員会の名称：NGO連携委員会（仮称）

委員会の目的：NGO支援、行政とNGOの連携を促進することを目的とする。

委員会の設置：エイズ予防財団内におく。

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

委員会の構成：財団、NGO、感染者組織、研究者(以上エイズ関係)
NPO関連専門のNGO、プログラム・オフィサー等

委員の任期：別に定める

委員会の活動資金：NGO支援・連携促進事業として位置づけ予算化する。

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

数値目標

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

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

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

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

【検査分野における数値目標】

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

図1. 保健所等でのHIV検査年次推移

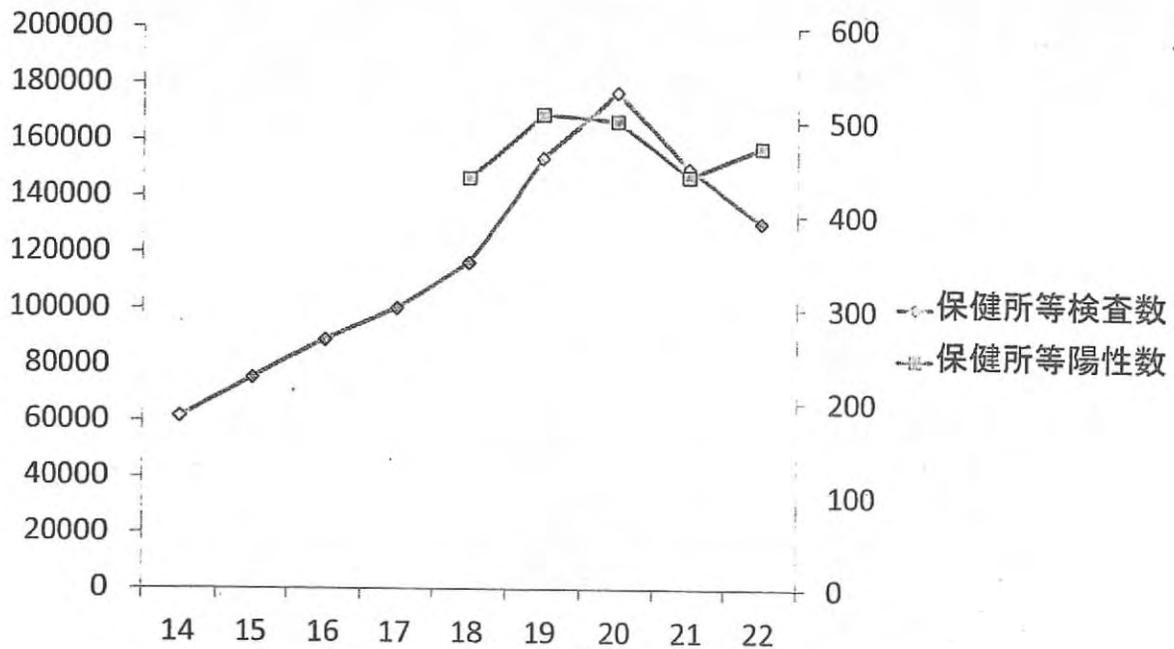


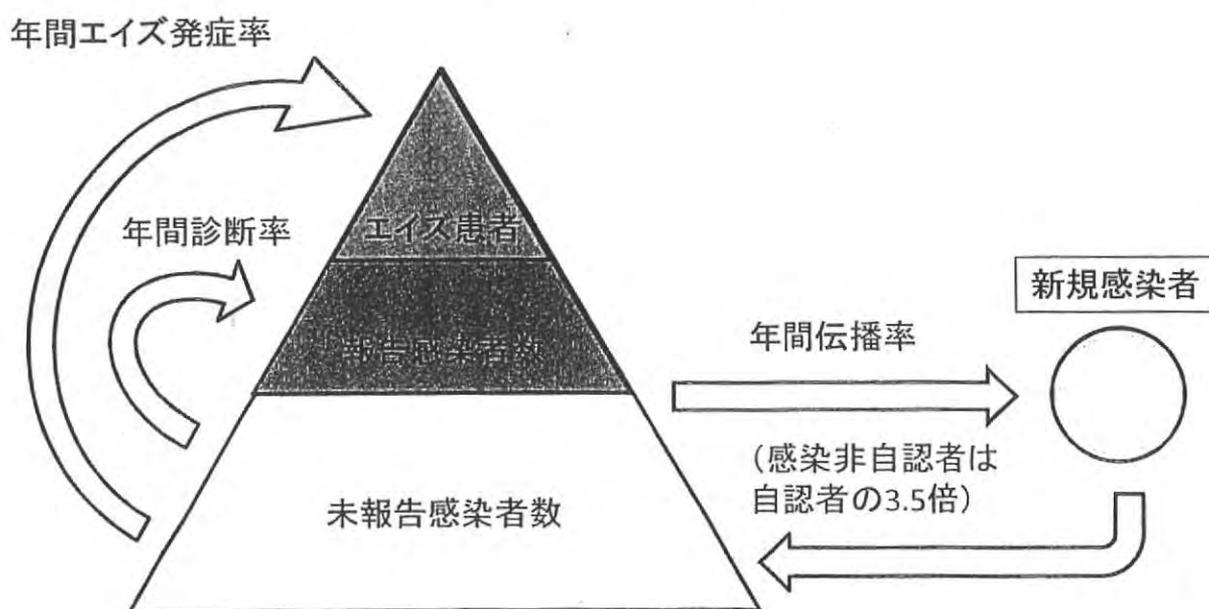
図2. 数値目標を達成した場合の2016年末における推定数

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

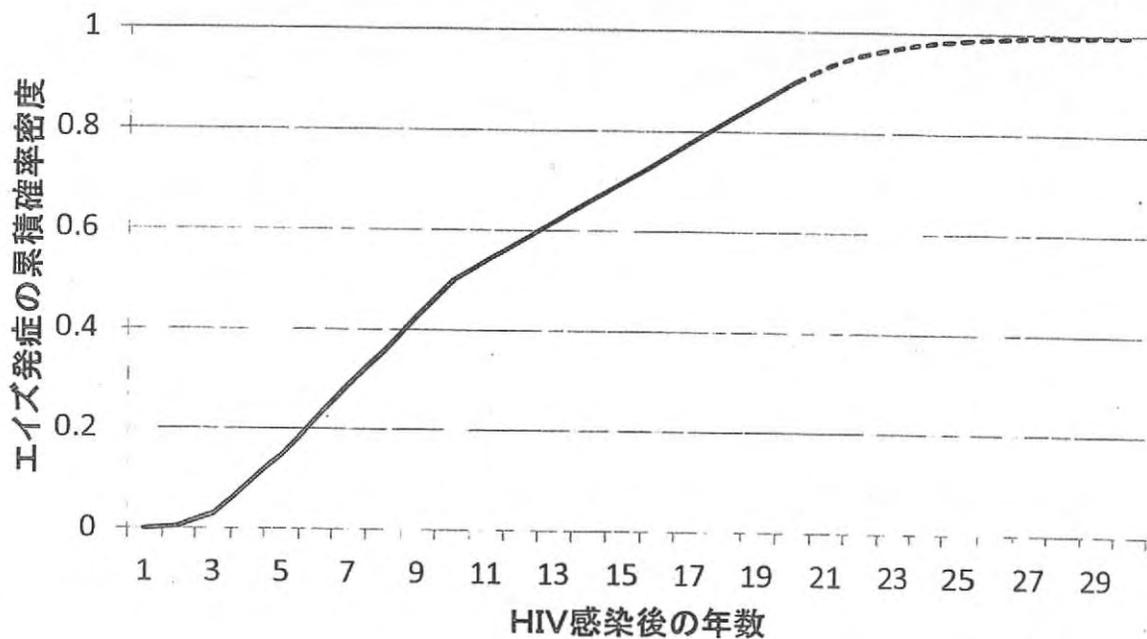
日本人HIV感染者数の推定と 将来予測

慶應義塾大学医学部
微生物学・免疫学教室
加藤真吾

患者・感染者数推定のための Markovモデル



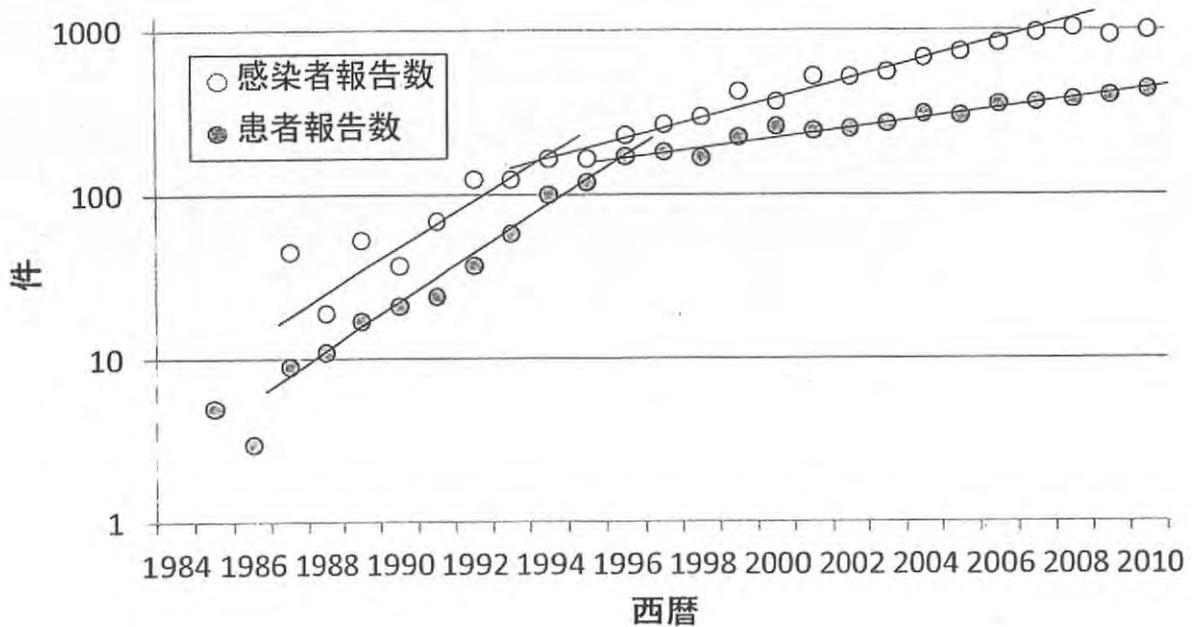
HIV感染後年数に対するエイズ発症の累積確率密度 (Chin and Lwanga [WHO], 1991)



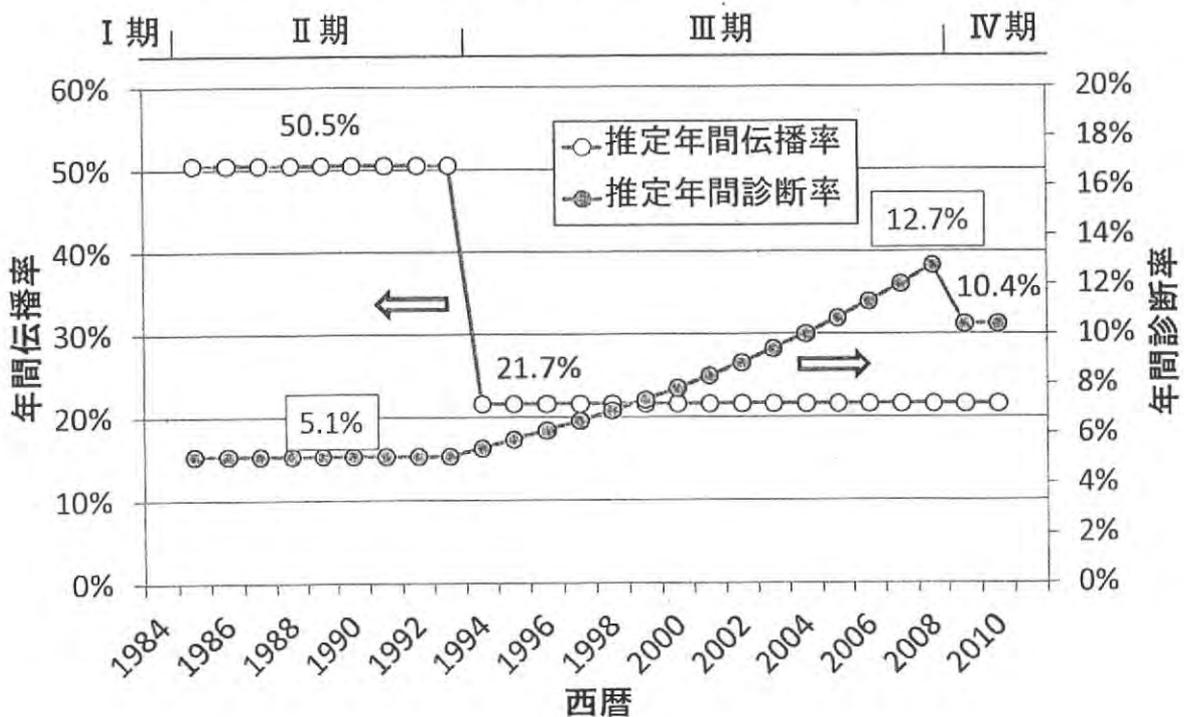
HIV感染者及びエイズ患者報告数(日本国籍)の年次推移



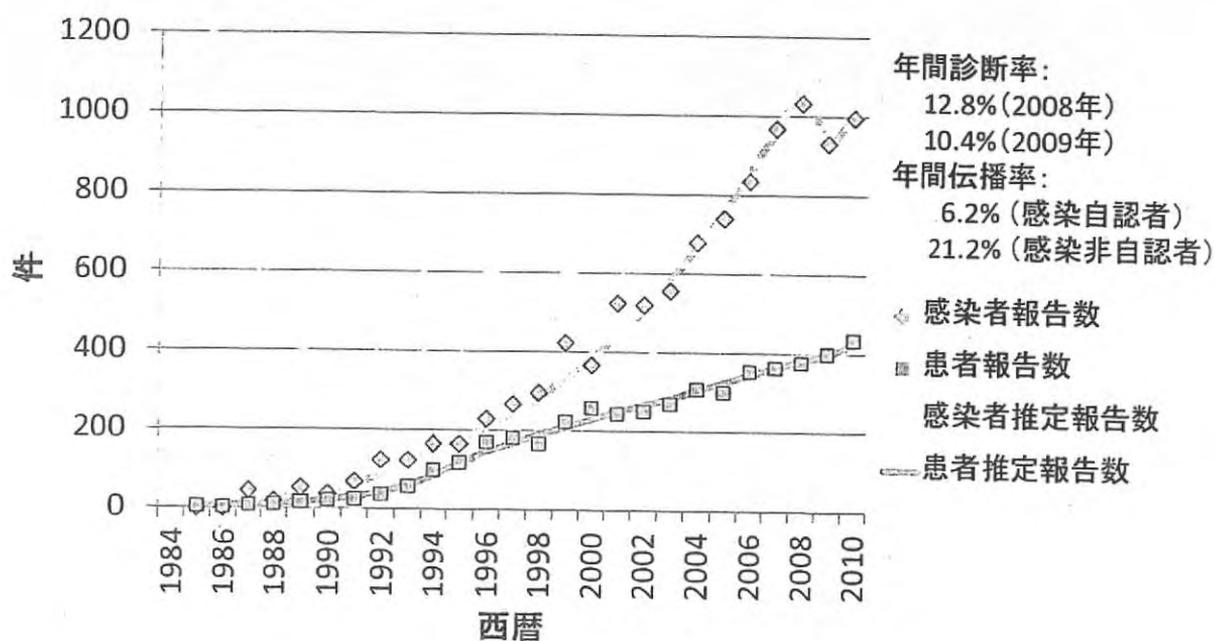
HIV感染者及びエイズ患者報告数(日本国籍) の年次推移



推定年間伝播率と推定年間診断率の推移



1985年から2010年までの報告数と推定数



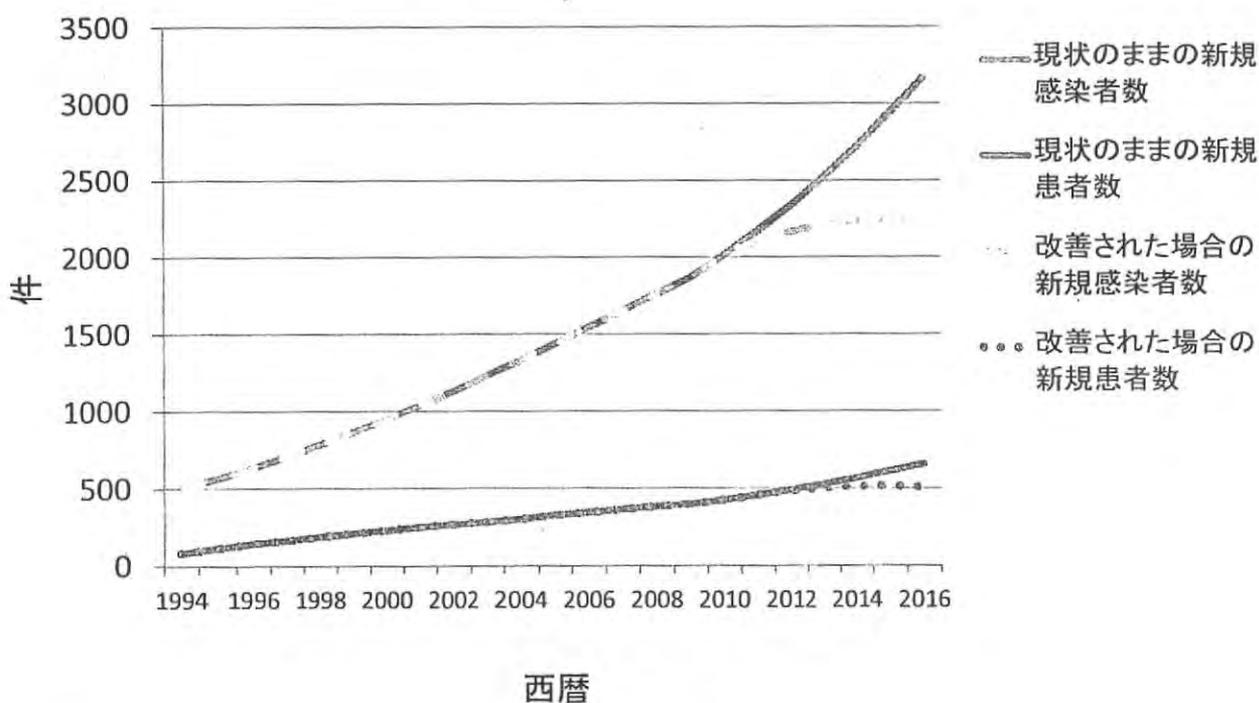
2010年における報告数と推定数

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

新規感染者数を減少傾向にするために

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

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



HIV感染の拡大を抑制するための 具体的数値目標

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

エイズ予防指針改正(案)

我が国のエイズ動向は、個別施策層(特に青少年やMSM)を中心に新規HIV感染者・エイズ患者ともに依然として増加傾向にある。一方で、エイズ治療の進歩により患者の延命が図られ、長期・在宅療養等の新たな課題も生じている。こうした状況を踏まえ、今般の指針改正に当たっては、以下の重点的に取り組む新たな対策を中心に、社会全体で総合的なエイズ対策を実施していく方針を示した。

○「検査・相談体制の充実」の位置付けを強化

- 「検査・相談体制の充実」は、エイズ対策の重要な施策の1つであるため、新たに単独の章として位置付ける
- 場所や時間帯等、受検者の利便性に配慮した検査を実施し、医療機関受診を促す

○「個別施策層に対する検査について、目標設定の必要性を明記」

- 個別施策層に対し効率的に検査を実施する観点から、重点都道府県等に定量的もしくは定性的な目標設定を求める

○「地域における総合的な医療提供体制の充実」

- 各種拠点病院と地域の診療所等の診療連携体制を構築する
- 中核拠点病院におけるコーディネイト機能を担う看護師等の配置を推進する
- 肝炎・肝硬変等の併発症・合併症対策は、当該研究及び医療について、診療科間の連携のもと、その取組を強化する
- 精神医学的介入による治療を円滑に行うため、精神科担当医療従事者に対する研修を実施する
- 診療連携を進め、長期療養・在宅療養の患者等を積極的に支える医療体制整備を推進する

○「NGO等との連携の重要性を明記」

- 個別施策層に対する施策の実施及び普及啓発等において、NGO等と連携し施策を実施する

※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、必要な改善を行う

○ 後天性免疫不全症候群に関する特定感染症予防指針(平成十八年厚生省告示第八十九号)の一部を改正する件

改正後

後天性免疫不全症候群や無症状病原体保有の状態(HIV(ヒト免疫不全ウイルス)に感染しているが、後天性免疫不全症候群を発症していない状態をいう。)は、正しい知識とそれに基づく個人個人の注意深い行動により、多くの場合、予防することが可能な疾患である。また、近年の医学や医療の進歩により、感染しても早期発見及び早期治療によって長期間社会の一員として生活を営むことができるようになってきており、様々な支援体制も整備されつつある。

しかしながら、我が国における発生の動向については、国及び都道府県等(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HIV感染に関する情報を収集及び分析し、国民や医師等の医療関係者に対して情報を公表している調査(以下「エイズ発生動向調査」という。)によれば、他の多くの先進諸国とは異なり、地域的にも、また、年齢的にも依然として広がりを見せており、特に、二十代から三十代までの若年層が多くを占めている。また、感染経路別に見た場合、性的接触がほとんどを占めているが、特に、日本人男性が同性間の性的接触によって国内で感染する事例が増加している。

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強力に進めていく必要がある。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等における検査・相談(カウンセリング)体制の充実を中心に、連携して重点的かつ計画的に取り組むことが最も重要であるとともに、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いくことが重要である。

また、我が国の既存の施策は全般的なものであったため、特定の集団に対する感染の拡大の抑制に必ずしも結び付いてこなかった。こうした現状を踏まえ、国及び都道府県等は、個別施策層(感染の可能性が疫学的に懸念されながらも、感染に関する正しい知識の入手が困難であったり、偏見や差別が存在している社会的背景等から、適切な保健医療サービスを受けていないと考えられるために施策の実施において特別な配慮を必要とする人々をいう。以下同じ。)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追加的に実施することが重要である。個別施策層としては、現在の情報にかんがみれば、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、言語的障壁や文化的障壁のある外国人及び性的指向の側面で配慮の必要な同性同性愛者(Men who have Sex with Men:MSM)が挙げられる。また、HIVは、性的接触を介して感染することから、性風俗産業の従事者(Commercial Sex Worker:CSW)及び利用者も個

改正前

後天性免疫不全症候群や無症状病原体保有の状態(HIV(ヒト免疫不全ウイルス)に感染しているが、後天性免疫不全症候群を発症していない状態をいう。)は、正しい知識とそれに基づく個人個人の注意深い行動により、多くの場合、予防することが可能な疾患である。また、近年の医学や医療の進歩により、感染しても早期発見及び早期治療によって長期間社会の一員として生活を営むことができるようになってきており、様々な支援体制も整備されつつある。しかしながら、我が国における発生の動向については、国及び都道府県等(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HIV感染に関する情報を収集及び分析し、国民や医師等の医療関係者に対して情報を公表している調査(以下「エイズ発生動向調査」という。)によれば、他の多くの先進諸国とは異なり、地域的にも、また、年齢的にも依然として広がりを見せており、特に、二十代から三十代までの若年層が多くを占めている。また、感染経路別に見た場合、性的接触がほとんどを占めているが、特に、日本人男性が同性間の性的接触によって国内で感染する事例が増加している。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強力に進めていく必要がある。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等における検査・相談(カウンセリング)体制の充実を中心に、連携して重点的かつ計画的に取り組むことが最も重要であるとともに、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いくことが重要である。

また、我が国の既存の施策は全般的なものであったため、特定の集団に対する感染の拡大の抑制に必ずしも結び付いてこなかった。こうした現状を踏まえ、国及び都道府県等は、個別施策層(感染の可能性が疫学的に懸念されながらも、感染に関する正しい知識の入手が困難であったり、偏見や差別が存在している社会的背景等から、適切な保健医療サービスを受けていないと考えられるために施策の実施において特別な配慮を必要とする人々をいう。以下同じ。)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追加的に実施することが重要である。個別施策層としては、現在の情報にかんがみれば、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、言語的障壁や文化的障壁のある外国人及び性的指向の側面で配慮の必要な同性愛者が挙げられる。また、HIVは、性的接触を介して感染することから、性風俗産業の従事者及び利用者も個別施策層として対応する必要がある。なお、具体的な個別施策層については、状況の変化に応じて適切な見直しが必要であるべきであ

別施策層として対応する必要がある。さらに、薬物乱用等も感染の一因となり得るため、薬物乱用者についても個別施策層として対応する必要がある。なお、具体的な個別施策層については、状況の変化に応じて適切な見直しが必要とされるべきである。

さらに、施策の実施に当たっては、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（以下「法」という。）の理念である感染症の予防と医療の提供を車の両輪のごとく位置付けるとともに、患者等（患者及び無症状病原体保有者（HIV感染者）をいう。以下同じ。）の人権を尊重し、偏見や差別を解消していくことが大切であるという考えを常に念頭に置きつつ、関係者が協力していくことが必要である。

本指針は、このような認識の下に、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、国、地方公共団体、医療関係者及びNGO等が連携して取り組んでいくべき課題について、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、患者等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新たな取組の方向性を示すことを目的とする。

なお、本指針については、少なくとも五年ごとに再検討を加え、必要があると認めるときは、これを変更していくものである。

第一 原因の究明

一 エイズ発生動向調査の強化

エイズ発生動向調査は、感染の予防及び良質かつ適切な医療の提供のための施策の推進に当たり、最も基本的な事項である。このため、国及び都道府県等は、患者等の人権及び個人の情報保護に十分に配慮した上で、国立感染症研究所、研究班（エイズ対策研究事業に関係する研究者や研究班をいう。以下同じ。）及びNGO等と協力し、法に基づくエイズ発生動向調査の分析を引き続き強化するとともに、患者等への説明と同意の上で行われる、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も、関係者に対する周知徹底を図り、その情報の分析を引き続き強化すべきである。なお、エイズ発生動向調査の分析においては、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が必要である。

また、都道府県等は、正しい知識の普及啓発等の施策を主体的かつ計画的に実施するため、患者等の人権及び個人情報保護に配慮した上で、地域における発生動向を正確に把握することが重要である。

二 個別施策層に対する発生動向調査の実施

る。

さらに、施策の実施に当たっては、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（以下「法」という。）の理念である感染症の予防と医療の提供を車の両輪のごとく位置付けるとともに、患者等（患者及び無症状病原体保有者（HIV感染者）をいう。以下同じ。）の人権を尊重し、偏見や差別を解消していくことが大切であるという考えを常に念頭に置きつつ、関係者が協力していくことが必要である。

本指針は、このような認識の下に、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、国、地方公共団体、医療関係者及びNGO等が連携して取り組んでいくべき課題について、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、患者等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新たな取組の方向性を示すことを目的とする。

なお、本指針については、少なくとも五年ごとに再検討を加え、必要があると認めるときは、これを変更していくものである。

第一 原因の究明

一 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配慮した上で、法に基づくエイズ発生動向調査の分析を引き続き強化するとともに、患者等への説明と同意の上で行われる、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よる情報の分析も引き続き強化すべきである。

また、都道府県等は、正しい知識の普及啓発等の施策を主体的かつ計画的に実施するため、患者等の人権及び個人情報保護に配慮した上で、地域における発生動向を正確に把握することが重要である。

二 個別施策層に対する施策の実施

国は、個別施策層に対しては、人権及び個人情報保護に配慮した上で、追加的に言語、文化、知識、心理、態度、行動、感染率、社会的背景等を含めた疫学的調査研究及び社会科学的研究を、当事者の理解と協力を得て行うことが必要である。さらに、これらの調査研究の結果については、公開等を行うとともに、迅速に国の施策に反映させることが重要で

国は、研究班やNGO等と協力し、人権及び個人情報保護に配慮した上で、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。

三 国際的な発生動向の把握

国際交流が活発化し、多くの日本人が海外に長期又は短期間滞在しているとともに、日本国内に多くの外国人が居住するようになった状況にかんがみ、国は、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。

四 発生動向調査等の結果の公開及び提供

国等は、収集された調査の結果やその分析に関する情報を、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。

第二 発生予防及びまん延の防止

一 基本的考え方

後天性免疫不全症候群は、性感染症と同様に、個人個人の注意深い行動により、その予防が可能な疾患であり、国及び都道府県等は、現在における最大の感染経路が性的接触であることを踏まえ、①正しい知識の普及啓発及び②保健所等における検査・相談体制の充実を中心とした予防対策を重点的かつ計画的に進めていくことが重要である。また、保健所をこれらの対策の中核として位置付けるとともに、所管地域における発生動向を正確に把握できるようその機能を強化することが重要である。

二 性感染症対策との連携

現状では、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が重要である。したがって、性感染症に関する特定感染症予防指針（平成十二年厚生省告示第十五号）に基づき行われる施策とHIV感染対策とを連携して、対策を進めていくことが必要である。具体的には、性感染症の感染予防対策として、コンドームの適切な使用を含めた性感染症の予防のための正しい知識の普及啓発、保健所等における性感染症検査に際して、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。

三 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は、厚生労働省は引き続き、関係機関（関係省庁、保健所等、国立国際医療センター）エイズ治療・研究開発センター（以下「ACC」という）、地方ブロッ

ある。

また、都道府県等においても、地域の実情に応じた、個別施策層に対し、人権及び個人情報保護に配慮した上で、追加的に調査研究を実施することが望ましい。

三 国際的な発生動向の把握

国際交流が活発化し、多くの日本人が海外に長期又は短期間滞在しているとともに、日本国内に多くの外国人が居住するようになった状況にかんがみ、海外における発生動向も把握し、我が国への影響を事前に推定することが重要である。

第二 発生予防及びまん延の防止

基本的考え方及び取組

1 | 後天性免疫不全症候群は、性感染症と同様に、個人個人の注意深い行動により、その予防が可能な疾患であり、国及び都道府県等は、現在における最大の感染経路が性的接触であることを踏まえ、①正しい知識の普及啓発及び②保健所等における検査・相談体制の充実を中心とした予防対策を重点的かつ計画的に進めていくことが重要である。また、保健所をこれらの対策の中核として位置付けるとともに、所管地域における発生動向を正確に把握できるようその機能を強化することが重要である。

2 | 普及啓発においては特に、科学的根拠に基づく正しい知識に加え、保健所等における検査・相談の利用に係る情報、医療機関を受診する上で必要な情報等を周知することが重要である。

また、普及啓発は、近年の発生動向を踏まえ、対象者の実情に応じた正確な情報と知識を、分かりやすい内容と効果的な媒体により提供することを通じて、個人個人の行動がHIVに感染する危険性の低い又は無いものに変化すること（以下「行動変容」という。）を促すことを意図して行われる必要がある。

3 | 検査・相談体制の充実については、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は、感染症の予防及びまん延の防止のみならず、感染者個々人の発症又は重症化を防止する観点から極めて重要である。

4 | このため、国及び都道府県等は、保健所等における検査・相談体制の充実を基本とし、検査・相談の機会を、個人個人に対して行動変容を促

ク拠点病院、中核拠点病院、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、関連する研究班やNGO等と連携し、その実態を把握するための調査研究を実施することも重要である。

四 個別施策層に対する施策の実施

国及び都道府県等は、引き続き、個別施策層（特に、青少年及びMSM）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、NGO等と連携し追加的に実施することが重要である。

特に、都道府県等は、患者等や個別施策層に属する者に対しては、対象者の実情に応じて、検査・相談の利用の機会に関する情報提供に努めるなど検査を受けやすくするための特段の配慮が重要である。

なお、薬物乱用者については、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が重要である。

す機会と位置付け、利用者の立場に立った取組を講じていくことが重要である。

二 性感染症対策との連携

現状では、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が重要である。したがって、性感染症に関する特定感染症予防指針（平成十二年厚生省告示第十五号）に基づき行われる施策とHIV感染対策とを連携して、対策を進めていくことが必要である。具体的には、性感染症の感染予防対策として、コンドームの適切な使用を含めた性感染症の予防のための正しい知識の普及啓発等が挙げられる。

三 その他の感染経路対策

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は、厚生労働省は、引き続き、関係機関（保健所等）に加え、国立国際医療センターエイズ治療・研究開発センター（以下「ACC」という）、エイズ治療拠点病院等）と連携し、予防措置を強化することが重要である。

四 検査・相談体制の充実

1 国及び都道府県等は、基本的な考え方を踏まえ、保健所における無料の匿名による検査・相談体制の充実を重点的かつ計画的に進めていくことが重要である。

2 具体的には、都道府県等は、個人情報保護に配慮しつつ、地域の実情に応じて、利便性の高い場所と時間帯に配慮した検査や迅速検査を実施するとともに、検査・相談を受けられる場所と時間帯等の周知を行うなど、利用の機会の拡大に努めることが重要である。

また、国は、都道府県等の取組を支援するため、検査・相談の実施方法に係る指針や手引き等（以下「指針等」という。）を作成等するとともに、各種イベント等集客が多く見込まれる機会を利用すること等により、検査・相談の利用に係る情報の周知を図ることが重要である。

3 また、検査受診者のうち希望する者に対しては、検査の前に相談の機会を設け、必要かつ十分な情報に基づく意思決定の上で検査が行われることが必要である。

さらに、検査の結果、陽性であった者には、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する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望ましい。

第三 普及啓発及び教育

一 基本的考え方

普及啓発及び教育においては特に、科学的根拠に基づく正しい知識に加え、保健所等における検査・相談の利用に係る情報、医療機関を受診する上で必要な情報等を周知することが重要である。

また、普及啓発及び教育は、近年の発生動向を踏まえ、対象者の実情に応じて正確な情報と知識を、分かりやすい内容と効果的な媒体により提供する取組を強化することで、個人個人の行動がHIVに感染する危険性の低い又は無いものに変化すること（以下「行動変容」という。）を促進する必要がある。

さらに、感染の危険性にさらされている者のみならず、それらを取り巻く家庭、地域、学校及び職場等へ向けた普及啓発及び教育についても効果的に取り組み、行動変容を促しやすくするような環境を醸成していくことが必要である。

普及啓発及び教育を行う方法については、国民一般を対象にHIV・エイズに係る情報や正しい知識を提供するものと、個別施策層等の対象とな

五 個別施策層に対する施策の実施

国及び都道府県等は、引き続き、個別施策層（特に、青少年及び同性愛者）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追加的に実施することが重要である。

特に、都道府県等は、患者等や個別施策層に属する者に対しては、対象者の実情に応じた、検査・相談の利用の機会に関する情報提供に努めるなど検査を受けやすくするための特段の配慮が重要である。また、心理的背景や社会的背景にも十分に配慮した相談が必要であり、専門の研修を受けた者によるもののみならず、ピア・カウンセリング（患者等や個別施策層の当事者による相互相談をいう。以下同じ。）を活用することが有効である。

六 保健医療相談体制の充実

国及び都道府県等は、HIV感染の予防や医療の提供に関する相談窓口を維持するとともに、性感染症に関する相談、妊娠時の相談といった様々な保健医療相談サービスとの連携を強化する必要がある。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ことが必要である。また、相談の質的な向上等を図るため、必要に応じて、その地域の患者等やNGO等との連携を検討すべきである。

第三 医療の提供

一 総合的な医療提供体制の確保

1 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に、国のHIV治療の中核的医療機関であるACC、地方ブロック拠点病院及びエイズ治療拠点病院の機能を引き続き強化するとともに、新たに中核拠点病院制度を創設し、エイズ治療拠点病院の中から都道府県ごとに原則として一か所指定し、中核拠点病院を中心に、都道府県内における総合的な医療提供体制の構築を重点的かつ計画的に進めることが重要である。

具体的には、ACCの支援を原則として受ける地方ブロック拠点病院が中核拠点病院を、中核拠点病院がエイズ治療拠点病院を支援するという、各種拠点病院の役割を明確にし、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るとともに、一般の医療機関においても診療機能に応じた良質かつ適切な医療が受けられるような基盤作りが重要である。

2 また、高度化したHIV治療を支えるためには、専門医等の医療従事者が連携して診療に携わることが重要であり、国は、外来診療における

る層を設定し行動変容を促すものがあり、前者については、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施策に取り組むことが重要であり、後者については、対象者の年齢、行動段階等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等と連携して進めていくことが重要である。

国及び地方公共団体は、感染の危険性にさらされている者のみならず、我が国に在住するすべての人々に対して、感染に関する正しい知識を普及できるように、学校教育及び社会教育との連携を強化して、対象者に応じた効果的な教育資料を開発する等により、具体的な普及啓発活動を行うことが重要である。また、普及啓発に携わる者に対する教育を行うことも重要である。さらに、患者等やNGO等が実施する性行動等における感染予防のための普及啓発事業が円滑に行われるように支援することが重要である。

二 患者等及び個別施策層に対する普及啓発及び教育の強化

国及び地方公共団体は、患者等及び個別施策層に対する普及啓発及び教育を行うに当たっては、感染の機会にさらされる可能性を低減させるために、各個別施策層の社会的背景に即した具体的な情報提供を積極的に行う必要がある。このため、個別施策層に適した普及啓発用資料等を患者等とNGO等の共同で開発し、普及啓発事業を支援することが必要である。特に、地方公共団体は、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に、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。

エイズ発生の予防において、MSMに対する普及啓発及び教育は特に重要である。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等との連携が必須であり、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。

性に関する意思決定や行動選択に係る能力について形成過程にある青少年に対する普及啓発及び教育は特に重要である。

その際、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、青少年を取り巻く環境や青少年自身の性に対する考え方は多様性がある

チーム医療、ケアの在り方についての指針等を作成し、良質かつ適切な医療の確保を図ることが重要である。

また、都道府県等は、患者等に対する歯科診療の確保について、地域の実情に応じて、各種拠点病院と診療に協力する歯科診療所との連携を進めることが重要である。さらに、今後は、専門的医療と地元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）を強化していくべきである。

3 十分な説明と同意に基づく医療の推進

治療効果を高めるとともに、感染の拡大を抑制するためには、医療従事者は患者等に対し、十分な説明を行い、理解を得るよう努めることが不可欠である。具体的には、医療従事者は医療を提供するに当たり、適切な療養指導を含む十分な説明を行い、患者等の理解が得られるよう継続的に努めることが重要である。説明の際には、患者等の理解を助けるため、分かりやすい説明資料を用意すること等が望ましい。また、患者等が主治医以外の医師の意見を聞き、自らの意思決定に役立てることも評価される。

4 主要な合併症及び併発症への対応の強化

HIV治療そのものの進展に伴い、結核、悪性腫瘍等の合併症や肝炎等の併発症を有する患者への治療も重要であることから、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うことが重要である。

5 情報ネットワークの整備

患者等や医療関係者が、治療方法や主要な合併症及び併発症の早期発見方法等の情報を容易に入手できるように、インターネットやファクシミリにより医療情報を提供できる体制を整備することが重要である。また、診療機関の医療水準を向上させるために、個人情報保護の確保に万全を期した上で、HIV診療支援ネットワークシステム（Ainet）等の情報網の普及や患者等本人の同意を前提として行われる診療の相互支援の促進を図ることが重要である。さらに、医療機関や医療従事者が相互に交流することは、医療機関、診療科、職種等を超えた連携を図り、ひいては、患者等の医療上の必要性を的確に把握すること等につながり有効であるため、これらの活動を推進することが望ましい。

6 在宅療養支援体制の整備

患者等の療養期間が長期化したことや患者等の主体的な療養環境の選択を尊重するため、在宅の患者等を積極的に支える体制を整備していく

ため、それぞれの特性に応じた教育等を行う必要がある。

三 医療従事者等に対する教育

国及び都道府県等にあつては、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の強化が必要である。

四 関係機関との連携の強化

厚生労働省は、具体的な普及啓発事業を展開していく上で、文部科学省及び法務省と連携して、教育及び啓発体制を確立することが重要である。また、報道機関等を通じた積極的な広報活動を推進するとともに、保健所等の窓口で外国語で説明した冊子を備えておく等の取組を行い、旅行者や外国人への情報提供を充実させることが重要である。

ことが重要である。このため、国及び地方公共団体は、具体的な症例に照らしつつ、患者等の在宅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る。

7 治療薬剤の円滑な供給確保

国は、患者等が安心して医療を受けることができるよう、治療薬剤の円滑な供給を確保することが重要である。そのため、国内において薬事法(昭和二十五年法律第百四十五号)で承認されているがHIV感染又はその随伴症状に対する効能又は効果が認められていない薬剤の中で効果が期待される薬剤の医療上必要な適応拡大を行うとともに、海外で承認された治療薬剤がいち早く国内においても使用できるようにする等の措置を講じ、海外との格差を是正していくことが重要である。

二 人材の育成及び活用

良質かつ適切な医療の提供のためには、HIVに関する教育及び研修を受けた人材が、効率的に活用されることが重要であるとともに、人材の育成による治療水準の向上も重要であり、国及び都道府県は、引き続き、医療従事者に対する研修を実施するとともに、中核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支援することが重要である。

三 個別施策層に対する施策の実施

個別施策層に対して良質かつ適切な医療を提供するためには、その特性を踏まえた対応が必要であり、医療関係者への研修、対応手引書の作成等の機会に個別的な対応を考えていくこと等が重要である。

例えば、個別施策層が良質かつ適切な医療を受けられることは、感染の拡大の抑制にも重要である。このため、都道府県は、地域の実情に応じて、各種拠点病院等において検査やHIV治療に関する相談(情報提供を含む。)の機会の増加を図るべきであり、特に外国人に対する医療への対応にあつては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。

四

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
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つたことにかんがみ、保健医療サービスと障害者施策等の福祉サービスとの連携を強化することが重要である。具体的には、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カー)等のほか、ピア・カウンセリングを積極的に活用することが重要である。また、患者及びその家族等の日常生活を支援するという観点から、その地域のNGO等との連携体制、社会資源の活用等についての情報を周知する必要がある。

第四

一 検査・相談体制の充実 基本的考え方

1 検査・相談体制の充実については、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は、感染症の予防及びまん延の防止のみならず、感染者個人個人の発症又は重症化を防止する観点から極めて重要である。

2 このため、国及び都道府県等は、保健所等における検査・相談体制の充実を基本とし、検査・相談の機会を、個人個人に対して行動変容を促す機会と位置付け、利用者の立場に立った取組を講じていくことが重要である。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、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。

二 検査・相談体制の強化

1 国及び都道府県等は、基本的考え方を踏まえ、保健所における無料の匿名による検査・相談体制の充実を重点的かつ計画的に進めていくことが重要である。

具体的には、都道府県等は、個人情報保護に配慮しつつ、地域の実情に応じて、利便性の高い場所と夜間・休日等、時間帯に配慮した検査や迅速検査を実施するとともに、検査・相談を受けられる場所と時間帯等の周知を行うなど、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、国は、都道府県等の取組を支援するため、検査・相談の実施方法に係る指針や手引き等（以下「指針等」という。）を作成等するとともに、各種イベント等集客が多く見込まれる機会を利用すること等により、検査・相談の利用に係る情報の周知を図ることが重要である。

2 都道府県等は、関係機関と連携し、検査受診者のうち希望する者に対しては、検査の前に相談の機会を設け、必要かつ十分な情報に基づく意思決定の上で検査を行うことが必要である。

さらに、検査の結果、陽性であった者には、早期治療・発症予防の重要性を認識させるとともに、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、医療機関への紹介による早期治療・発症予防の機会を促進し、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、検査後においては、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

第四

一 研究開発の推進 研究の充実

患者等への良質かつ適切な医療の提供等を充実していくためには、国及び都道府県等において、研究結果が感染の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な研究を行っていくべきである。特に、各種治療指針等の作成等のための研究は、国において優先的に考慮されるべきであり、当該研究を行う際には、感染症の医学的側面や自然科学的側面のみならず、社会的側面や政策的側面にも配慮することが望ましい。

二 特効薬等の研究開発

国は、特効薬、ワクチン、診断法及び検査法の開発に向けた研究を強化するとともに、研究目標については戦略的に設定することが重要である。この場合、研究の科学的基盤を充実させることが前提であり、そのためにも、関係各方面の若手研究者の参入を促すことが重要である。

三 研究結果の評価及び公開

国は、研究の充実を図るため、研究の結果を的確に評価するとともに、各種指針等を含む調査研究の結果については、研究の性質に応じ、公開等を行うっていくことが重要である。

ることも重要である。

三 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、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。なお、個別施策層に対し効率的に検査を実施するという観点で、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あつては、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つては、定性的な目標等を設定することも考えられる。さらに、心理的背景や社会的背景にも十分に配慮した相談が必要であり、専門の研修を受けた者によるもののみならず、ピア・カウンセリング(患者等や個別施策層の当事者による相互相談をいう。以下同じ。)を活用することが有効である。

四 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。また、HIV感染の予防や医療の提供に関する相談窓口を維持するとともに、性感染症に関する相談、妊娠時の相談といった様々な保健医療相談サービスとの連携を強化することも重要である。

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。

第五 医療の提供

一 総合的な医療提供体制の確保

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に、国のHIV治療の中核的医療機関である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の強化を推進するとともに、地域の実情に応じた、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の充実や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かつ計画的に進めることが重要である。

具体的には、ACCの支援を原則として受ける地方ブロック拠点病院が中核拠点病院を、中核拠点病院がエイズ治療拠点病院を支援するといふ、各種拠点病院の役割を明確にしつつ、ACC及び地方ブロック拠点

第五 国際的な連携

一 国際的な連携

諸外国との情報交換の推進
政府間、研究者間及びNGO等間の情報交換の機会を拡大し、感染の予防、治療法の開発、患者等の置かれた社会的状況等に関する国際的な情報交流を推進し、我が国のHIV対策にかつていくことが重要である。

二 国際的な感染拡大の抑制への貢献

国は、国連合同エイズ計画(UNAIDS)への支援、我が国独自の二国間保健医療協力分野における取組の強化等の国際貢献を推進すべきである。

三 国内施策のためのアジア諸国等への協力

厚生労働省は、有効な国内施策を講ずるためにも、諸外国における情報を、外務省等と連携しつつ収集するとともに、諸外国における感染の拡大の抑制や患者等に対する適切な医療の提供が重要であることから、我が国

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るとともに、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で安心して受けられるような基盤作りが重要である。このため、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必要である。

2 医療連携体制の強化

高度化したHIV治療を支えるためには、医療の質の標準化を進めるべく専門医等の医療従事者が連携して診療に携わることが重要であり、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等を作成し、良質かつ適切な医療の確保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」（以下「コーディネート」）を担う看護師等の地方ブロック拠点病院及び中核拠点病院への配置を推進することが重要である。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。特に、患者等に対する歯科診療の確保について、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トの下、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、患者等へ滞りなく歯科診療を提供することが重要である。

3 十分な説明と同意に基づく医療の推進

治療効果を高めるとともに、感染の拡大を抑制するためには、医療従事者は患者等に対し、十分な説明を行い、理解を得るよう努めることが不可欠である。具体的には、医療従事者は医療を提供するに当たり、適切な療養指導を含む十分な説明を行い、患者等の理解が得られるよう継続的に努めることが重要である。説明の際には、患者等の理解を助けるため、分かりやすい説明資料を用意すること等が望ましい。また、患者等が主治医以外の医師の意見を聞き、自らの意思決定に役立てることも

と人的交流が盛んなアジア諸国等に対し積極的な国際協力を進める上で、外務省等との連携が重要である。

評価される。

4 主要な合併症及び併発症への対応の強化

HIV治療そのものの進展に伴い、結核、悪性腫瘍等の合併症や肝炎等の併発症及び抗HIV薬の投与による有害事象等を有する患者への治療も重要であることから、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・併発症対策は、その重篤な臨床像から、研究のみならず医療においても専門とする診療科間の連携が重要であり、今後当該研究のみならず医療における取組に対しても強化することが重要である。また、治療に伴う心理的負担を有する患者に対しては、診断早期からの精神医学的介入による治療も重要である。このため、精神科担当の医療従事者に対しては、HIV診療についての研修等を実施することが重要である。

5 情報ネットワークの整備

患者等や医療関係者が、治療方法や主要な合併症及び併発症の早期発見方法等の情報を容易に入手できるように、インターネットやファクシミリにより医療情報を提供できる体制を整備することが重要である。また、診療機関の医療水準を向上させるために、個人情報保護の万全を期した上で、HIV診療支援ネットワークシステム(A-line)等の情報網の普及や患者等本人の同意を前提として行われる診療の相互支援の促進を図ることが重要である。さらに、医療機関や医療従事者が相互に交流することは、医療機関、診療科、職種等を越えた連携を図り、ひいては、患者等の医療上の必要性を的確に把握すること等につながり有効であるため、これらの活動を推進することが望ましい。

6 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に伴い、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。このため、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る。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ト・シジョンの下、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。

7 治療薬剤の円滑な供給確保

国は、患者等が安心して医療を受けることができるよう、治療薬剤の

円滑な供給を確保することが重要である。そのため、国内において薬事法(昭和二十五年法律第百四十五号)で承認されているがHIV感染又はその随伴症状に対する効能又は効果が認められていない薬剤の中で効果が期待される薬剤の医療上必要な適応拡大を行うとともに、海外で承認された治療薬剤がいち早く国内においても使用できるようにする等の措置を講じ、海外との格差を是正していくことが重要である。

二 人材の育成及び活用

良質かつ適切な医療の提供のためには、HIVに関する教育及び研修を受け、個別施策層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とともに、人材の育成による治療水準の向上も重要である。国及び都道府県等は、引き続き、医療従事者に対する研修を実施するとともに、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、地方ブロック拠点病院だけではなく、中核拠点病院においてもコーディネート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。

三 個別施策層に対する施策の実施

個別施策層に対して良質かつ適切な医療を提供するためには、その特性を踏まえた対応が必要であり、医療関係者への研修、対応手引書の作成等の機会に個別的な対応を考えていくこと等が重要である。

例えば、個別施策層が良質かつ適切な医療を受けられることは、感染の拡大の抑制にも重要である。このため、都道府県等は、地域の実情に応じて、各種拠点病院等において検査や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の強化を図るべきであり、特に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。

四 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、保健医療サービスと障害者施策等の福祉サービスとの連携を強化することが重要である。具体的には、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カー)やピア・カウンセリング等の研修の機会を拡大し、医療機関や地域のNGO等と連携した生活相談支援のプログラム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提供等も重要である。また、患者及びその家族等の日常生活を支援するという観点から、その地域のNGO等との連携体制、社会資源の活用等についての情報を周知する必要がある。

第六 研究開発の推進

一 研究の充実

患者等への良質かつ適切な医療の提供等を充実していくためには、国及び都道府県等において、研究結果が感染の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な研究を行っていくべきである。特に、各種治療指針等の作成等のための研究は、国において優先的に考慮されるべきであり、当該研究を行う際には、感染症の医学的側面や自然科学的側面のみならず、社会的側面や政策的側面にも配慮することが望ましい。

なお、研究の方向性を検討する際には、発生动向を踏まえ、各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、エイズ発生动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、特に個別施策層にあつては、人権及び個人情報保護の配慮した上で、追加的に言語、文化、知識、心理、態度、行動、性的指向、年齢、感染率、社会的背景等を含めた疫学的調査研究及び社会科学的研究を、当事者の理解と協力を得たうえ、NGO等と協力し、効果的に行うことが必要である。なお、とりわけ、患者等のうち大きな割合を占めるMSMに対しての調査研究は重要である。

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、若手研究者の育成は重要である。

二 特効薬等の研究開発

国は、特効薬、ワクチン、診断法及び検査法の開発に向けた研究を強化するとともに、研究目標については戦略的に設定することが重要である。この場合、研究の科学的基盤を充実させることが前提であり、そのためにも、関係各方面の若手研究者の参入を促すことが重要である。

三 研究結果の評価及び公開

国は、研究の充実を図るため、各種指針等を含む調査研究の結果については、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。

第七 国際的な連携

第六 人権の尊重

一 人権の擁護及び個人情報の保護

保健所、医療機関、医療保険事務担当部門、障害者施策担当部門等においては、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り、所要の研修を実施すべきである。また、人権や個人情報の侵害に対する相談方法や相談窓口に関する情報を提供することも必要である。なお、相談に当たっては、専用の相談室を整備する等の個人情報保護措置が必要である。さらに、報道機関には、患者等の人権擁護や個人情報保護の観点に立った報道姿勢が期待される。

二 偏見や差別の撤廃への努力

患者等の就学や就労を始めとする社会参加を促進することは、患者等の個人の人権の尊重及び福利の向上だけでなく、社会全体の感染に関する正しい知識や患者等に対する理解を深めることになる。また、個人や社会全体において、知識や理解が深まることは、個人個人の行動に変化をもたらす、感染の予防及びまん延の防止に寄与することにもつながる。このため、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ともに、「人権教育及び人権啓発の推進に関する法律」（平成十二年法律第四百十七号）第七条に基づく人権教育・啓発に関する基本計画を踏まえた人権教育・啓発事業と連携し、患者等や個別施策層に対する偏見や差別の撤廃のための正しい知識の普及啓発を行うとともに、偏見や差別の撤廃に向けての具体的資料を作成することが重要である。特に、学校や職場における偏見や差別の発生を未然に防止するためには、学校や企業に対して、事例研究や相談窓口等に関する情報を提供することが必要である。

三 個人を尊重した十分な説明と同意に基づく保健医療サービスの提供

HIV感染の特性にかんがみ、検査、診療、相談、調査等の保健医療サービスのすべてにおいて、利用者及び患者等に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にしていくことが重要である。

第七 普及啓発及び教育

一 諸外国との情報交換の推進

国は、政府間、研究者間及びNGO等間の情報交換の機会を拡大し、感染の予防、治療法の開発、患者等の置かれた社会的状況等に関する国際的な情報交換を推進し、我が国のHIV対策に活かしていくことが重要である。

二 国際的な感染拡大の抑制への貢献

国は、国連合同エイズ計画(UNAIDS)への支援、我が国独自の二国間保健医療協力分野における取組の強化等の国際貢献を推進すべきである。

三 国内施策のためのアジア諸国等への協力

厚生労働省は、有効な国内施策を講ずるためにも、諸外国における情報を、外務省等と連携しつつ収集するとともに、諸外国における感染の拡大の抑制や患者等に対する適切な医療の提供が重要であることから、我が国と人的交流が盛んなアジア諸国等に対し積極的な国際協力を進める上で、外務省等との連携が重要である。

一 基本的考え方及び取組

1| 普及啓発及び教育については、近年の発生動向等を踏まえた上で、個人個人の行動変容を促すことが必要であり、感染の危険性にさらされている者のみならず、それらを取り巻く家庭、地域、学校及び職場等へ向けた普及啓発及び教育についても取り組み、行動変容を促しやすくするような環境を醸成していくことが必要である。

2| また、普及啓発及び教育を行う方法については、国民一般を対象にHIV・エイズに係る情報や正しい知識を提供するものと、個別施策層等の対象となる層を設定し行動変容を促すものがあり、後者については、対象者の年齢、行動段階等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中心となって進めていくことが重要である。

3| 国及び地方公共団体は、感染の危険性にさらされている者のみならず、我が国に在住するすべての人々に対して、感染に関する正しい知識を普及できるように、学校教育及び社会教育との連携を強化して、対象者に応じた効果的な教育資料を開発する等により、具体的な普及啓発活動を行うことが重要である。また、患者等やNGO等が実施する性行動等における感染予防のための普及啓発事業が円滑に行われるように支援することが重要である。

二 患者等及び個別施策層に対する普及啓発の強化

国及び地方公共団体は、患者等及び個別施策層に対する普及啓発及び教育を行うに当たっては、感染の機会にさらされる可能性を低減させるために、各個別施策層の社会的背景に即した具体的な情報提供を積極的に行う必要がある。このため、個別施策層に適した普及啓発用資料等を患者等とNGO等の共同で開発し、普及啓発事業を支援することが必要である。特に、地方公共団体は、地方の実情に応じた効果的な普及啓発事業の定着を図るとともに、教育委員会、医療関係者、企業、NGO等と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。

三 医療従事者等に対する教育

研修会等により、広く医療従事者等に対して、最新の医学や医療教育のみならず、患者等の心理や社会的状況を理解するための教育、患者等の個人情報保護を含む情報管理に関する教育等を行っていくことが重要である。

四 関係機関との連携の強化

厚生労働省は、具体的な普及啓発事業を展開していく上で、文部科学省

第八 人権の尊重

一 人権の擁護及び個人情報保護

保健所、医療機関、医療保険事務担当部門、障害者施策担当部門等においては、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り、所要の研修を実施すべきである。また、人権や個人情報の侵害に対する相談方法や相談窓口に関する情報を提供することも必要である。なお、相談に当たっては、専用の相談室を整備する等の個人情報保護の措置が必要である。さらに、報道機関には、患者等の人権擁護や個人情報保護の観点に立った報道姿勢が期待される。また、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。

二 偏見や差別の撤廃への努力

患者等の就学や就労を始めとする社会参加を促進することは、患者等の個人の人権の尊重及び福利の向上だけでなく、社会全体の感染に関する正しい知識や患者等に対する理解を深めることになる。また、個人や社会全体において、知識や理解が深まることは、個人個人の行動に変化をもたらす。感染の予防及びまん延の防止に寄与することにもつながる。このため、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、「人権教育及び人権啓発の推進に関する法律」（平成十二年法律第四百四十七号）第七条に基づき人権教育・啓発に関する基本計画を踏まえた人権教育・啓発事業と連携し、患者等や個別施策層に対する偏見や差別の撤廃のための正しい知識の普及啓発を行うとともに、偏見や差別の撤廃に向けての具体的資料を作成することが重要である。

特に、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、学校や職場における偏見や差別の発生を未然に防止することが重要であり、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とともに、事例研究や相談窓口等に関する情報を提供することが必要である。

三 個人を尊重した十分な説明と同意に基づく保健医療サービスの提供

HIV感染の特性にかんがみ、検査、診療、相談、調査等の保健医療サ

及び法務省と連携して、教育及び啓発体制を確立することが重要である。また、報道機関等を通じた積極的な広報活動を推進するとともに、保健所等の窓口で外国語で説明した冊子を備えておく等の取組を行い、旅行者や外国人への情報提供を充実させることが重要である。

サービスのすべてにおいて、利用者及び患者等に説明と同意に基づき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。

第九 施策の評価及び関係機関との連携

一 施策の評価

厚生労働省は、関係省庁間連絡会議の場等を活用し、関係省庁及び地方公共団体が講じている施策の実施状況等について定期的に報告、調整等を行うこと等により、総合的なエイズ対策を実施するべく、関係省庁の連携をより一層進める必要がある。

また、都道府県等は、感染症予防計画等の策定又は見直しを行う際には、重点的かつ計画的に進められべき①正しい知識の普及啓発、②保健所等における検査・相談体制の充実及び③医療提供体制の確保等に関し、地域の実情に応じて施策目標等を設定し、実施状況等を複数年にわたり評価することが重要である。施策の目標等の設定に当たっては、基本的には、定量的な指標に基づ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応じて、定性的な目標を設定することも考えられる。

なお、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、必要に応じて改善する。感染者・患者の数が全国水準より高いなどの地域に対しては、所要の技術的助言等を行うことが求められる。また、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。

二 各研究班、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、各研究班、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。また、NGO等の情報を、地方公共団体に提供できる体制を整備することも望まれる。

併せて、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、その施策の内容を評価する体制を整備することが重要である。

第八 施策の評価及び関係機関との新たな連携

一 施策の評価

厚生労働省は、関係省庁間連絡会議の場等を活用し、関係省庁及び地方公共団体が講じている施策の実施状況等について定期的に報告、調整等を行うこと等により、総合的なエイズ対策を実施するべく、関係省庁の連携をより一層進める必要がある。

また、都道府県等は、感染症予防計画等の策定又は見直しを行う際には、重点的かつ計画的に進められべき①正しい知識の普及啓発、②保健所等における検査・相談体制の充実及び③医療提供体制の確保等に関し、地域の実情に応じて施策の目標等を設定し、実施状況等を評価することが重要である。施策の目標等の設定に当たっては、基本的には、定量的な指標に基づ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応じて、定性的な目標を設定することも考えられる。

なお、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、進捗状況を定期的に情報提供し、必要な検討を行うとともに、感染者・患者の数が全国水準より高いなどの地域に対しては、所要の技術的助言等を行うことが求められる。また、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。

二 NGO等との連携

個別施策層を対象とする各種施策を実施する際には、NGO等と連携することが効果的である。また、NGO等の情報を、地方公共団体に提供できる体制を整備することが望まれる。

後天性免疫不全症候群に関する特定感染症予防指針【目次】(案)

後天性免疫不全症候群に関する特定感染症予防指針

前文

【第一】 原因の究明	<ul style="list-style-type: none"> ○エイズ発生動向調査の強化 ○個別施策層に対する発生動向調査の実施 ○国際的な発生動向の把握 ○発生動向調査等の結果の公開及び提供
【第二】 発生の予防及びまん延の防止	<ul style="list-style-type: none"> ○基本的考え方 ○性感染症対策との連携 ○その他感染経路対策 ○個別施策層に対する施策の実施
【第三】 普及啓発及び教育	<ul style="list-style-type: none"> ○基本的考え方 ○患者等及び個別施策層に対する普及啓発及び教育の強化 ○医療従事者等に対する教育 ○関係機関との連携の強化
【第四】 検査・相談体制の充実	<ul style="list-style-type: none"> ○基本的考え方 ○検査・相談体制の強化 ○個別施策層に対する検査・相談の実施 ○保健医療相談体制の充実
【第五】 医療の提供	<ul style="list-style-type: none"> ○総合的な医療提供体制の確保 ○人材の育成及び活用 ○個別施策層に対する施策の実施 ○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
【第六】 研究開発の推進	<ul style="list-style-type: none"> ○研究の充実 ○特効薬等の研究開発 ○研究結果の評価及び公開
【第七】 国際的な連携	<ul style="list-style-type: none"> ○諸外国との情報交換の推進 ○国際的な感染拡大抑制への貢献 ○国内施策のためのアジア諸国等への協力
【第八】 人権の尊重	<ul style="list-style-type: none"> ○人権の擁護及び個人情報保護の確保 ○偏見や差別の撤廃への努力 ○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
【第九】 施策の評価及び関係機関との連携	<ul style="list-style-type: none"> ○施策の評価 ○各研究班、NGO等との連携

後天性免疫不全症候群に関する特定感染症予防指針（エイズ予防指針）

後天性免疫不全症候群に関する特定感染症予防指針

前文

原因の究明

- エイズ発生動向調査の強化
- 個別施策層に対する施策の実施
- 国際的な発生動向の把握

発生の予防
及びまん延の
防止

- 基本的考え方及び取組
- 性感染症対策との連携
- その他感染経路対策
- 検査・相談体制の充実
- 個別施策層に対する施策の実施
- 保健医療相談体制の充実

医療の提供

- 総合的な医療提供体制の確保
- 人材の育成及び活用
- 個別施策層に対する施策の実施
- 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

研究開発
の推進

- 研究の充実
- 特効薬等の研究開発
- 研究結果の評価及び公開

国際的な連携

- 諸外国との情報交換の推進
- 国際的な感染拡大抑制への貢献
- 国内施策のためのアジア諸国等への協力

人権の尊重

- 人権の擁護及び個人情報保護
- 偏見や差別の撤廃への努力
- 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

普及啓発
及び教育

- 基本的考え方及び取組
- 患者等及び個別施策層に対する普及啓発の強化
- 医療従事者等に対する教育
- 関係機関との連携の強化

施策の評価及び
関係機関との
新たな連携

- 施策の評価
- NGO等との連携

後天性免疫不全症候群に関する特定感染症予防指針について

○厚生労働省告示第八十九号

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（平成十年法律第百十四号）第十一条第一項の規定に基づき、後天性免疫不全症候群に関する特定感染症予防指針（平成十一年厚生省告示第二百十七号）の全部を次のように改正し、平成十八年四月一日から適用する。

平成十八年三月二日

厚生労働大臣 川崎 二郎

後天性免疫不全症候群や無症状病原体保有の状態（HIV（ヒト免疫不全ウイルス）に感染しているが、後天性免疫不全症候群を発症していない状態をいう。）は、正しい知識とそれに基づく個人個人の注意深い行動により、多くの場合、予防することが可能な疾患である。また、近年の医学や医療の進歩により、感染しても早期発見及び早期治療によって長期間社会の一員として生活を営むことができるようになってきており、様々な支援体制も整備されつつある。しかしながら、我が国における発生の動向については、国及び都道府県等（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HIV感染に関する情報を収集及び分析し、国民や医師等の医療関係者に対して情報を公表している調査（以下「エイズ発生動向調査」という。）によれば、他の多くの先進諸国とは異なり、地域的にも、また、年齢的にも依然として広がりを見せており、特に、二十代から三十代までの若年層が多くを占めている。また、感染経路別に見た場合、性的接触がほとんどを占めているが、特に、日本人男性が同性間の性的接触によって国内で感染する事例が増加している。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強力に進めていく必要があり、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等における検査・相談（カウンセリング）体制の充実を中心に、連携して重点的かつ計画的に取り組むことが最も重要であるとともに、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いくことが重要である。

また、我が国の既存の施策は全般的なものであったため、特定の集団に対する感染の拡大の抑制に必ずしも結び付いてこなかった。こうした現状を踏まえ、国及び都道府県等は、個別施策層（感染の可能性が疫学的に懸念されながらも、感染に関する正しい知識の入手が困難であったり、偏見や差別が存在している社会的背景等から、適切な保健医療サービスを受けていないと考えられるために施策の実施において特別な配慮を必要とする人々をいう。以下同じ。）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追加的に実施することが重要である。個別施策層としては、現在の情報にかんがみれば、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、言語的障壁や文化的障壁のある外国人及び性的指向の側面で配慮の必要な同性愛者が挙げられる。また、HIVは、性的接触を介して感染することから、性風俗産業の従事者及び利用者も個別施策層として対応する必要がある。なお、具体的な個別施策層については、状況の変化に応じて適切な見直しがなされるべきである。

さらに、施策の実施に当たっては、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（以下「法」という。）の理念である感染症の予防と医療の提供を車の両輪のごとく位置付けるとともに、患者等（患者及び無症状病原体保有者（HIV感染者）をいう。以下同じ。）の人権を尊重し、偏見や差別を解消していくことが大切であるという考えを常に念頭に置きつつ、関係者が協力していくことが必要である。

本指針は、このような認識の下に、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、国、地方公共団体、医療関係者及びNGO等が連携して取り組んでいくべき課題について、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、患者等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新たな取組の方向性を示すことを目的とする。

なお、本指針については、少なくとも五年ごとに再検討を加え、必要があると認めるときは、これを変更していくものである。

第一 原因の究明

一 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配慮した上で、法に基づくエイズ発生動向調査の分析を引き続き強化するとともに、患者等への説

明と同意の上で行われる、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よる情報の分析も引き続き強化すべきである。

また、都道府県等は、正しい知識の普及啓発等の施策を主体的かつ計画的に実施するため、患者等の人権及び個人情報の保護に配慮した上で、地域における発生動向を正確に把握することが重要である。

二 個別施策層に対する施策の実施

国は、個別施策層に対しては、人権及び個人情報の保護に配慮した上で、追加的に言語、文化、知識、心理、態度、行動、感染率、社会的背景等を含めた疫学的調査研究及び社会科学的調査研究を、当事者の理解と協力を得て行うことが必要である。さらに、これらの調査研究の結果については、公開等を行っていくとともに、迅速に国の施策に反映させることが重要である。

また、都道府県等においても、地域の実情に応じて、個別施策層に対し、人権及び個人情報の保護に配慮した上で、追加的に調査研究を実施することが望ましい。

三 国際的な発生動向の把握

国際交流が活発化し、多くの日本人が海外に長期又は短期間滞在しているとともに、日本国内に多くの外国人が居住するようになった状況にかんがみ、海外における発生動向も把握し、我が国への影響を事前に推定することが重要である。

第二 発生の予防及びまん延の防止

一 基本的考え方及び取組

- 1 後天性免疫不全症候群は、性感染症と同様に、個人個人の注意深い行動により、その予防が可能な疾患であり、国及び都道府県等は、現在における最大の感染経路が性的接触であることを踏まえ、①正しい知識の普及啓発及び②保健所等における検査・相談体制の充実を中心とした予防対策を、重点的かつ計画的に進めていくことが重要である。また、保健所をこれらの対策の中核として位置付けるとともに、所管地域における発生動向を正確に把握できるようその機能を強化することが重要である。
- 2 普及啓発においては特に、科学的根拠に基づく正しい知識に加え、保健所等における検査・相談の利用に係る情報、医療機関を受診する上で必要な情報等を周知することが重要である。
また、普及啓発は、近年の発生動向を踏まえ、対象者の実情に応じて正確な情報と知識を、分かりやすい内容と効果的な媒体により提供することを通じて、個人個人の行動がH I Vに感染する危険性の低い又は無いものに変化すること（以下「行動変容」という。）を促すことを意図して行われる必要がある。
- 3 検査・相談体制の充実については、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は、感染症の予防及びまん延の防止のみならず、感染者個々人の発症又は重症化を防止する観点から極めて重要である。
- 4 このため、国及び都道府県等は、保健所等における検査・相談体制の充実を基本とし、検査・相談の機会を、個人個人に対して行動変容を促す機会と位置付け、利用者の立場に立った取組を講じていくことが重要である。

二 性感染症対策との連携

現状では、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H I V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H I V感染対策との連携を図ることが重要である。したがって、性感染症に関する特定感染症予防指針（平成十二年厚生省告示第十五号）に基づき行われる施策とH I V感染対策とを連携して、対策を進めていくことが必要である。具体的には、性感染症の感染予防対策として、コンドームの適切な使用を含めた性感染症の予防のための正しい知識の普及啓発等が挙げられる。

三 その他の感染経路対策

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は、厚生労働省は、引き続き、関係機関（保健所等に加え、国立国際医療センターエイズ治療・研究開発センター（以下「ACC」という。）、エイズ治療拠点病院等）と連携し、予防措置を強化することが重要である。

四 検査・相談体制の充実

- 1 国及び都道府県等は、基本的な考え方を踏まえ、保健所における無料の匿名による検査・相談体制の充実を重点的かつ計画的に進めていくことが重要である。

2 具体的には、都道府県等は、個人情報保護に配慮しつつ、地域の実情に応じて、利便性の高い場所と時間帯に配慮した検査や迅速検査を実施するとともに、検査・相談を受けられる場所と時間帯等の周知を行うなど、利用の機会の拡大に努めることが重要である。

また、国は、都道府県等の取組を支援するため、検査・相談の実施方法に係る指針や手引き等（以下「指針等」という。）を作成等するとともに、各種イベント等集客が多く見込まれる機会を利用すること等により、検査・相談の利用に係る情報の周知を図ることが重要である。

3 また、検査受診者のうち希望する者に対しては、検査の前に相談の機会を設け、必要かつ十分な情報に基づく意思決定の上で検査が行われることが必要である。

さらに、検査の結果、陽性であった者には、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する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望ましい。

五 個別施策層に対する施策の実施

国及び都道府県等は、引き続き、個別施策層（特に、青少年及び同性愛者）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追加的に実施することが重要である。

特に、都道府県等は、患者等や個別施策層に属する者に対しては、対象者の実情に応じて、検査・相談の利用の機会に関する情報提供に努めるなど検査を受けやすくするための特段の配慮が重要である。また、心理的背景や社会的背景にも十分に配慮した相談が必要であり、専門の研修を受けた者によるもののみならず、ピア・カウンセリング（患者等や個別施策層の当事者による相互相談をいう。以下同じ。）を活用することが有効である。

六 保健医療相談体制の充実

国及び都道府県等は、H I V感染の予防や医療の提供に関する相談窓口を維持するとともに、性感染症に関する相談、妊娠時の相談といった様々な保健医療相談サービスとの連携を強化する必要がある。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ことが必要である。また、相談の質的な向上を図るため、必要に応じて、その地域の患者等やN G O等との連携を検討すべきである。

第三 医療の提供

一 総合的な医療提供体制の確保

1 国及び都道府県等は、患者等に対する医療及び施策が更に充実するよう、国のH I V治療の中核的医療機関であるA C C、地方ブロック拠点病院及びエイズ治療拠点病院の機能を引き続き強化するとともに、新たに中核拠点病院制度を創設し、エイズ治療拠点病院の中から都道府県ごとに原則として一か所指定し、中核拠点病院を中心に、都道府県内における総合的な医療提供体制の構築を重点的かつ計画的に進めることが重要である。

具体的には、A C Cの支援を原則として受ける地方ブロック拠点病院が中核拠点病院を、中核拠点病院がエイズ治療拠点病院を支援するという、各種拠点病院の役割を明確にし、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るとともに、一般の医療機関においても診療機能に応じた良質かつ適切な医療が受けられるような基盤作りが重要である。

2 また、高度化したH I V治療を支えるためには、専門医等の医療従事者が連携して診療に携わることが重要であり、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等を作成し、良質かつ適切な医療の確保を図ることが重要である。

また、都道府県等は、患者等に対する歯科診療の確保について、地域の実情に応じて、各種拠点病院と診療に協力する歯科診療所との連携を進めることが重要である。さらに、今後は、専門的医療と地元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）を強化していくべきである。

3 十分な説明と同意に基づく医療の推進

治療効果を高めるとともに、感染の拡大を抑制するためには、医療従事者は患者等に対し、十分な説明を行い、理解を得るよう努めることが不可欠である。具体的には、医療従事者は医療を提供するに当たり、適切な療養指導を含む十分な説明を行い、患者等の理解が得られるよう継続的に努めることが重要である。説明の際には、患者等の理解を助けるため、分かりやすい説明資

料を用意すること等が望ましい。また、患者等が主治医以外の医師の意見を聞き、自らの意思決定に役立てることも評価される。

4 主要な合併症及び併発症への対応の強化

H I V治療そのものの進展に伴い、結核、悪性腫瘍^{しゅよう}等の合併症や肝炎等の併発症を有する患者への治療も重要であることから、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。

5 情報ネットワークの整備

患者等や医療関係者が、治療方法や主要な合併症及び併発症の早期発見方法等の情報を容易に入手できるように、インターネットやファクシミリにより医療情報を提供できる体制を整備することが重要である。また、診療機関の医療水準を向上させるために、個人情報の保護に万全を期した上で、H I V診療支援ネットワークシステム（A-net）等の情報網の普及や患者等本人の同意を前提として行われる診療の相互支援の促進を図ることが重要である。さらに、医療機関や医療従事者が相互に交流することは、医療機関、診療科、職種等を超えた連携を図り、ひいては、患者等の医療上の必要性を的確に把握すること等につながり有効であるため、これらの活動を推進することが望ましい。

6 在宅療養支援体制の整備

患者等の療養期間が長期化したことや患者等の主体的な療養環境の選択を尊重するため、在宅の患者等を積極的に支える体制を整備していくことが重要である。このため、国及び地方公共団体は、具体的な症例に照らしつつ、患者等の在宅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る。

7 治療薬剤の円滑な供給確保

国は、患者等が安心して医療を受けることができるよう、治療薬剤の円滑な供給を確保することが重要である。そのため、国内において薬事法（昭和三十五年法律第百四十五号）で承認されているがH I V感染又はその随伴症状に対する効能又は効果が認められていない薬剤の中で効果が期待される薬剤の医療上必要な適応拡大を行うとともに、海外で承認された治療薬剤がいち早く国内においても使用できるようにする等の措置を講じ、海外との格差を是正していくことが重要である。

二 人材の育成及び活用

良質かつ適切な医療の提供のためには、H I Vに関する教育及び研修を受けた人材が、効率的に活用されることが重要であるとともに、人材の育成による治療水準の向上も重要であり、国及び都道府県は、引き続き、医療従事者に対する研修を実施するとともに、中核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支援することが重要である。

三 個別施策層に対する施策の実施

個別施策層に対して良質かつ適切な医療を提供するためには、その特性を踏まえた対応が必要であり、医療関係者への研修、対応手引書の作成等の機会に個別的な対応を考えていくこと等が重要である。

例えば、個別施策層が良質かつ適切な医療を受けられることは、感染の拡大の抑制にも重要である。このため、都道府県は、地域の実情に応じて、各種拠点病院等において検査やH I V治療に関する相談（情報提供を含む。）の機会の増加を図るべきであり、特に外国人に対する医療への対応にあたっては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。

四 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

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、保健医療サービスと障害者施策等の福祉サービスとの連携を強化することが重要である。具体的には、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）等のほか、ピア・カウンセリングを積極的に活用することが重要である。また、患者及びその家族等の日常生活を支援するという観点から、その地域のNGO等との連携体制、社会資源の活用等についての情報を周知する必要がある。

第四 研究開発の推進

一 研究の充実

患者等への良質かつ適切な医療の提供等を充実していくためには、国及び都道府県等において、

研究結果が感染の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な研究を行っていくべきである。特に、各種治療指針等の作成等のための研究は、国において優先的に考慮されるべきであり、当該研究を行う際には、感染症の医学的側面や自然科学的側面のみならず、社会的側面や政策的側面にも配慮することが望ましい。

二 特効薬等の研究開発

国は、特効薬、ワクチン、診断法及び検査法の開発に向けた研究を強化するとともに、研究目標については戦略的に設定することが重要である。この場合、研究の科学的基盤を充実させることが前提であり、そのためにも、関係各方面の若手研究者の参入を促すことが重要である。

三 研究結果の評価及び公開

国は、研究の充実を図るため、研究の結果を的確に評価するとともに、各種指針等を含む調査研究の結果については、研究の性質に応じ、公開等を行っていくことが重要である。

第五 国際的な連携

一 諸外国との情報交換の推進

政府間、研究者間及びNGO等間の情報交換の機会を拡大し、感染の予防、治療法の開発、患者等の置かれた社会的状況等に関する国際的な情報交流を推進し、我が国のHIV対策にいかしていくことが重要である。

二 国際的な感染拡大の抑制への貢献

国は、国連合同エイズ計画（UNAIDS）への支援、我が国独自の二国間保健医療協力分野における取組の強化等の国際貢献を推進すべきである。

三 国内施策のためのアジア諸国等への協力

厚生労働省は、有効な国内施策を講ずるためにも、諸外国における情報を、外務省等と連携しつつ収集するとともに、諸外国における感染の拡大の抑制や患者等に対する適切な医療の提供が重要であることから、我が国と人的交流が盛んなアジア諸国等に対し積極的な国際協力を進める上で、外務省等との連携が重要である。

第六 人権の尊重

一 人権の擁護及び個人情報の保護

保健所、医療機関、医療保険事務担当部門、障害者施策担当部門等においては、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り、所要の研修を実施すべきである。また、人権や個人情報の侵害に対する相談方法や相談窓口に関する情報を提供することも必要である。なお、相談に当たっては、専用の相談室を整備する等の個人情報を保護する措置が必要である。さらに、報道機関には、患者等の人権擁護や個人情報保護の観点に立った報道姿勢が期待される。

二 偏見や差別の撤廃への努力

患者等の就学や就労を始めとする社会参加を促進することは、患者等の個人の人権の尊重及び福利の向上だけでなく、社会全体の感染に関する正しい知識や患者等に対する理解を深めることになる。また、個人や社会全体において、知識や理解が深まることは、個人個人の行動に変化をもたらし、感染の予防及びまん延の防止に寄与することにもつながる。このため、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ともに、「人権教育及び人権啓発の推進に関する法律」（平成十二年法律第百四十七号）第七条に基づく人権教育・啓発に関する基本計画を踏まえた人権教育・啓発事業と連携し、患者等や個別施策層に対する偏見や差別の撤廃のための正しい知識の普及啓発を行うとともに、偏見や差別の撤廃に向けての具体的資料を作成することが重要である。特に、学校や職場における偏見や差別の発生を未然に防止するためには、学校や企業に対して、事例研究や相談窓口等に関する情報を提供することが必要である。

三 個人を尊重した十分な説明と同意に基づく保健医療サービスの提供

HIV感染の特性にかんがみ、検査、診療、相談、調査等の保健医療サービスのすべてにおいて、利用者及び患者等に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にしていくことが重要である。

第七 普及啓発及び教育

一 基本的考え方及び取組

- 1 普及啓発及び教育については、近年の発生動向等を踏まえた上で、個人個人の行動変容を促すことが必要であり、感染の危険性にさらされている者のみならず、それらを取り巻く家庭、地域、学校及び職場等へ向けた普及啓発及び教育についても取り組み、行動変容を起しやすくする

ような環境を醸成していくことが必要である。

- 2 また、普及啓発及び教育を行う方法については、国民一般を対象にHIV・エイズに係る情報や正しい知識を提供するものと、個別施策層等の対象となる層を設定し行動変容を促すものがあり、後者については、対象者の年齢、行動段階等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中心となって進めていくことが重要である。
- 3 国及び地方公共団体は、感染の危険性にさらされている者のみならず、我が国に在住するすべての人々に対して、感染に関する正しい知識を普及できるように、学校教育及び社会教育との連携を強化して、対象者に応じた効果的な教育資材を開発する等により、具体的な普及啓発活動を行うことが重要である。また、患者等やNGO等が実施する性行動等における感染予防のための普及啓発事業が円滑に行われるように支援することが重要である。

二 患者等及び個別施策層に対する普及啓発の強化

国及び地方公共団体は、患者等及び個別施策層に対する普及啓発及び教育を行うに当たっては、感染の機会にさらされる可能性を低減させるために、各個別施策層の社会的背景に即した具体的な情報提供を積極的に行う必要がある。このため、個別施策層に適した普及啓発用資材等を患者等とNGO等の共同で開発し、普及啓発事業を支援することが必要である。特に、地方公共団体は、地方の実情に応じた効果的な普及啓発事業の定着を図るとともに、教育委員会、医療関係者、企業、NGO等と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。

三 医療従事者等に対する教育

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、患者等の心理や社会的状況を理解するための教育、患者等の個人情報保護を含む情報管理に関する教育等を行っていくことが重要である。

四 関係機関との連携の強化

厚生労働省は、具体的な普及啓発事業を展開していく上で、文部科学省及び法務省と連携して、教育及び啓発体制を確立することが重要である。また、報道機関等を通じた積極的な広報活動を推進するとともに、保健所等の窓口で外国語で説明した冊子を備えておく等の取組を行い、旅行者や外国人への情報提供を充実させることが重要である。

第八 施策の評価及び関係機関との新たな連携

一 施策の評価

厚生労働省は、関係省庁間連絡会議の場等を活用し、関係省庁及び地方公共団体が講じている施策の実施状況等について定期的に報告、調整等を行うこと等により、総合的なエイズ対策を実施するべく、関係省庁の連携をより一層進める必要がある。

また、都道府県等は、感染症予防計画等の策定又は見直しを行う際には、重点的かつ計画的に進めるべき①正しい知識の普及啓発、②保健所等における検査・相談体制の充実及び③医療提供体制の確保等に関し、地域の実情に応じて施策の目標等を設定し、実施状況等を評価することが重要である。施策の目標等の設定に当たっては、基本的には、定量的な指標に基づ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応じて、定性的な目標を設定することも考えられる。

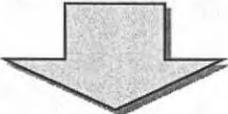
なお、国は、国や都道府県等が実施する施策の実施状況等をモニタリングし、進捗状況を定期的に情報提供し、必要な検討を行うとともに、感染者・患者の数が全国水準より高いなどの地域に対しては、所要の技術的助言等を行うことが求められる。また、患者等、医療関係者、NGO等の関係者と定期的に意見を交換すべきである。

二 NGO等との連携

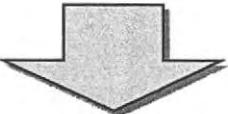
個別施策層を対象とする各種施策を実施する際には、NGO等と連携することが効果的である。また、NGO等の情報を、地方公共団体に提供できる体制を整備することが望まれる。

「エイズ予防指針見直し」に係る今後の流れについて

エイズ予防指針作業班
(第1回～第9回)



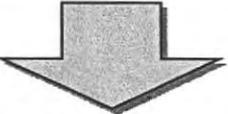
厚生科学審議会感染症分科会感染症部会
エイズ・性感染症ワーキンググループ
(9月16日開催予定)



厚生科学審議会感染症分科会感染症部会



関係省庁協議
パブリックコメント
法令審査



エイズ予防指針の改正 (告示)