

	<p>がる危険性、予防に関し女性の主体性が低いなどリスクの高い実態が示された。さらに、首都圏街頭の若者調査からは、性行動のネットワーク化が具体的に示された。2001年に実施された地方高校生の調査では、都会並の性交性経験率、相手の多数化、無防備な性行動が多い、といった実態が明らかにされている。公的施策への反映は講演会などを通じた情報面のみで、新たなプログラムの開発が教育現場等で行われた事実はない。</p> <p><b>静注薬物使用者</b>：施設入所者の静注薬物使用者の感染率は1992-1999年までモニターされ、感染率は0.1%を下回ってきた。薬物中毒で入院した患者の調査（1993-2000年、毎年ほぼ400名以上）では、HIV感染者は認められていないが、針や注射器の共用は効率で、C型肝炎ウイルス感染率は40%を越え、また、性活動が活発で無防備である実態が示されている。最近の変化としては、入院患者では、注射使用率が年々低下し、2001年は1996年の約半分となった。これは、あぶり（覚せい剤を熱してその蒸気を吸う行為）の上昇と裏腹の現象と考えられるが、あぶりは近年若者層に浸透しつつあることが示唆されており、入院患者での上昇はそれを裏付けるものと考えられる。公的施策が行われているとの情報はない。</p>
<p>今後の方向 提言</p>	<p>個別施策層単位（同性愛者、青少年、外国人等）での分析をより詳細にする。</p> <p>アクセスの困難な集団であるが、サンプリング定点を固定し、HIV/STD感染率と行動を定常的にモニターできるシステム構築が必要。</p>

第一 原因の究明	
三 国際的な発生動向の把握	
<p>評価すべき内容 (指針で掲げられている)</p>	<p>海外での発生動向を把握し、我が国への影響を事前に推定する。</p>
<p>評価 (括弧内は文献番号、文献は参考文献)</p>	<p>出入国統計の年次推移は、公的統計で把握可能。 国際流行状況の概要については、国連合同エイズ計画 (UNAIDS) や Monitoring on AIDS Program (MAP)、WHO の各種報告書で入手可能だが、個別国の詳細な状況についての情報はしばしば獲得が難しい。</p> <p>現在までの入手資料によれば、世界的には、4000 万人の PLWHA が存在し、毎年 300 万人が死亡、また毎日 500 万人が新に感染している。サハラ以南アフリカでは、高感染率のために、2020 年までには、複数の国家が機能停止に追い込まれる危険に曝されるといふ破局的状況を迎えており、アジアでは、売買春、薬物静注という古典的リスク行動による感染が、アジア全体に拡大し、加えて、近年、若者の間で、「あぶり」(覚せい剤を熱してその蒸気を吸う行為) やカジュアルセックスが蔓延し始めており、アジアに大流行が発生する懸念が高まっている。こうした流行の動向は、わが国の流行に大きな影響を及ぼすと思われ、引き続き注意深い情報収集が求められる。</p>
<p>今後の方向・提言</p>	<p>個別国の詳細な情報については、行政主導での系統的情報収集と情報発信が必要。</p>

## 第三 発生の予防及び蔓延の防止

### 一 基本的な取り組み

<p>評価すべき内容 (指針で謳われていること)</p>	<p>正確な知識と情報の普及 個々人の行動変容のための具体的な方策についての研究 性的接触以外の感染経路についての予防措置の強化 拠点病院間の連携の強化</p>
<p>評価 (括弧内は文献番号、文献は巻末参照)</p>	<p><u>正確な知識と情報の普及</u>：①平成5年8年に全国の保健所を対象とした調査が行なわれたが、この調査以外に現状を把握する資料が無い。評価はできない。②学校におけるエイズ予防に関する知識の定着度に関しては概ね満足できると考えられる。③1999年の全国性行動調査や国立大学生調査（旧厚生省 HIV 疫学研究班）によって、一般的知識（握手やプール、トイレで感染しないなど）の知識は比較的普及しているものの、性感染症関係の知識、HIV 感染と性感染症の相互作用、検査を受けるべき時期、保健所における無料匿名検査に関する知識・情報の普及は遅れていることが明らかにされた。保健所の無料匿名検査については、2000年の内閣府の世論調査でも同様の結果が出されている。</p> <p><u>個々人の行動変容のための具体的な方策についての研究</u>：個別施策層に対する行動変容のためのプログラムは、以下のように研究班ベースで開発が続けられているが、財政基盤、持続性が担保されていない。</p> <p>滞日外国人：日系ブラジル人やスペイン語系住民を対象にした新聞・テレビを用いた大規模普及啓発キャンペーンの効果評価が行われ（ラテンプロジェクト）、性行動に影響しないこと、一部の層にしか情報が浸透しないことが明らかにされた。このプロジェクトは、その後ブラジル保健省と NGO の共同の予防介入プロジェクトに発展し、ブラジル保健省の予算で一部事業化され、2002年より具体的に実行される。しかし、わが国では行動変容のための公的な施策は行われていない。</p> <p>男性同性愛者：1996年に東京都内の施設で、コンドームを取りや</p>

	<p>すい場所に配備することで、使用率が 12%から 30%に上昇することが示された。1998 年には旧厚生省 HIV 疫学研究班によって予防介入を目的とする MASH (Men and sexual health) プロジェクトが大阪に導入され、当事者、NGO、研究者、行政がパートナーシップを組んで、個人レベル、コミュニティレベルでの予防介入の開発と実施を行っている。これまでに、HIV 検査行動を大きく促進する効果が確認され、また、行動変容への意図の高まりや、グループレベルの介入が行動変容に効果が高いことを示すデータが出始めており、MASH 大阪の介入が、コミュニティレベルでの効果を生み始めたことが示唆されている。まだ介入効果は確認されてはいないが、東京にも MASH プロジェクトが発足し(2000 年)、また、いくつかの地方都市で、プロジェクト OURS という取り組みも始まっている。男性同性愛者の行動変容のための公的な施策はまだ行われていないが、2001 年度に厚生労働省疾病対策課は、同性間感染の抑制を目的とした、各種ゲイメンバーからなる懇談会を発足させている。</p>
<p>今後の方向・提言</p>	<p><u>正確な知識と情報の普及</u>：①厚生労働省または研究班で各地方自治体の状況を定期的(年1回)に調査する。②総合的な学習時間においてエイズに関する指導が行なわれるよう教材の整備を継続する必要がある。その際、行動科学に基づいた教育手法を取り入れる必要がある。このため、教員の質の向上、教材の開発、教育実践の普及など、一層の充実をはかる必要がある。</p> <p><u>個々人の行動変容のための具体的な方策についての研究</u>：予防介入を開発するためには、様々な試行経験をわが国独自に蓄積する必要がある。多様な試みを保障する研究支援が必要であり、また効果の確認されたもの(受けやすい検査機会)については、逐次事業として実施していくべきである。</p>

## 第二 発生予防及び蔓延の防止

### 二 個別施策層に対する施策の実施

<p>評価すべき内容 (指針で掲げられていること)</p>	<p>職域における知識の普及 感染拡大抑制のための効果的施策の追加実施</p>
<p>評価 (括弧内は文献番号、文献は参考文献)</p>	<p><u>職域における知識の普及</u>：①職域の保健専門スタッフを対象とした研修は平成5年度から健保連が、また平成6年度から旧労働省が行ってきた。また、一般の労働者等を対象として、各健保組合や企業がおこなう研修等の取り組み状況は、平成6年当時は冊子を配布したり研修会を開催する組合・企業も多かったが、最近は以前よりも低調である。②健保組合の機関誌や企業社内報を通じて、あるいは社内研修の折りにエイズに関する正しい知識を容易に情報発信できるよう、健保連では、転載可能な記事を掲載した情報誌を平成9年度から12年度まで発行した。</p> <p><u>感染拡大抑制のための効果的施策の追加実施</u>：都道府県等自治体で行なっている個別施策層に対する効果的施策実施状況に関する資料が入手できていない。評価はできない。</p>
<p>今後の方向・提言</p>	<p><u>職域における知識の普及</u>：知識の普及啓発と共に理解と共生の職場風土作りを目指したセミナーの開催が必要。</p> <p><u>感染拡大抑制のための効果的施策の追加実施</u>：厚生労働省または研究班で各地方自治体の状況を定期的（年1回）に調査する。</p>

## 第二 発生予防及び蔓延の防止

### 三 性感染症対策との連携

<p>評価すべき内容 (指針で掲げられていること)</p>	<p>性感染症に関する特定感染症予防方針に基づく施策との連携</p>
<p>評価 (括弧内は文献番号。文献は巻末参照)</p>	<p><u>性感染症に関する特定感染症予防方針に基づく施策との連携</u>：現在のところ性感染症に関する特定感染症予防指針に基づいた施策とリンクしたH I V感染予防のための啓発事業等の資料が入手できていない。評価はできない。</p>
<p>今後の方向・提言</p>	<p><u>性感染症に関する特定感染症予防方針に基づく施策との連携</u>：厚生労働省または研究班で各地方自治体の状況を定期的（年1回）に調査する。</p>

## 第二 発生予防及び蔓延の防止

### 四 検査体制の維持及び強化

<p>評価すべき内容 (指針で語られていること)</p>	<p>検査法 保健所の無料検査・特別検査相談機関における無料検査 クリニック等における有料 HIV 検査 献血者の HIV スクリーニング検査 無料匿名検査の継続 個人情報の保護 検査を受けやすくするための配慮</p>
<p>評価 (括弧内は文献番号、文献は巻末参照)</p>	<p><u>検査法</u>：抗原・抗体同時検出法や核酸増幅検査法（NAT）の開発普及により感染初期の発見が可能になりつつある。また、15分で結果の分かる迅速簡便検査キットの開発によりスクリーニング検査に関しては迅速診断への道が開かれた。</p> <p><u>保健所の無料検査・特別検査相談機関における無料検査</u>：①全国の保健所における検査相談件数は平成5年をピークに減少傾向にあるが、夜間検査や日曜検査、またSTD検査やNAT検査の導入により検査、相談件数の増えている保健所もある。</p> <p><u>クリニック等における有料 HIV 検査</u>：大阪、東京のSTDクリニック等の有料検査においても、高率でHIV陽性者が見出されており、民間クリニック、特にSTDクリニックの果たす役割は重要である。</p> <p><u>献血者の HIV スクリーニング検査</u>：献血血液に対してNATを平成11年より実施している。12年には3例の陽性例を検出しており、輸血感染予防に効果をあげている。但し、NAT導入後も11日のウィンドー期が残ることからドナーセレクトが重要。</p> <p><u>無料匿名検査の継続</u>：全国のほとんど全ての保健所で無料匿名検査を行っているが、検査数が月平均10件以下の保健所が381（75%）と多い一方、50件以上と多い保健所も4（1%）存在し、地域および各保健所の取り組みの違いで検査実施数は大きく異なっている。</p> <p><u>個人情報の保護</u>：保健所等の無料匿名検査では匿名を用いており、また多くのクリニック、病院等のHIV検査でも個人情報の保護については配慮されているが、今後もその徹底に努めることが重要。</p>

	<p><b>検査を受けやすくするための配慮</b>：土曜、日曜検査の導入や予約不要の検査等により検査がかなり受けやすくなった保健所がある一方今後の課題も多い。即ち、保健所等の無料匿名検査について知らない若者も多く、またその制度は知っていてもその具体的な方法が分らない人も多い。また、保健所検査では結果が分るまでに1-2週間かかることと、2回保健所に行く必要があること、時間的制約が多い、等の理由で検査を受けない人も多い。</p>
<p>今後の方向・提言</p>	<p><b>新たな検査法の導入と評価</b>：新たに開発される検査法の性能評価と精度管理を実施し、有効な活用法に関する情報の提供を積極的に行なう。</p> <p><b>多様なニーズに合わせた検査の提供</b>：夜間や土日の時間外検査やSTD検査、迅速診断キットの導入（即日結果返し）といった多様なニーズに合わせた検査体制の構築が求められている。南新宿や川崎タイプの特別検査機関の設置は都市部では極めて効果的と思われる。</p> <p><b>民間クリニックにおける検査体制の充実</b>：有料であってもクリニックで検査を希望する人も多いため、民間クリニック、特にSTD関連クリニックでの検査相談体制の充実をはかる。</p> <p><b>献血血液の安全確保</b>：NAT検査の導入による最高水準の検査体制を推進する一方で、献血におけるドナーセレクションの充実をはかる。また、献血を検査代わりに使うことの無いよう本来の検査体制の充実をはかる。</p> <p><b>検査を受けやすくするための対策</b>：保健所やクリニック等で行っているHIV検査の内容をより多くの人に知ってもらうため、ホームページの活用等も含め、効果的情報提供に努める必要がある。また、多様なニーズ（即時検査、感染初期の検査、土・日・夜間検査・核酸検査等）に合わせた検査体制の整備が必要。</p> <p><b>検査時のカウンセリング体制</b>：検査を受ける行動は、多くのケースで、リスク行動への振り返りや行動変容への意識が高い状態にある。検査が行動変容への機会となるような支援として、リスクリダクションとなるカウンセリングの導入、感染防止の啓発資材</p>



や NGO 等の予防事業等と連携したタイプの検査体制も望まれる。

医療機関への連携の強化：検査後に医療機関の受診が必要となった場合、その受診と受療の継続は本人の健康管理の上で重要である。医療機関受診は検査時の対応によって左右されるので、クライアント中心の相談事業、医療機関紹介を一層徹底することが望まれる。

匿名検査の継続：研究班等で各地方自治体（または保健所）の状況の変化を定期的（数年1回）に調査し、全国一律でなく各地の実情に合った検査体制の構築が必要。

## 第二 発生予防及び蔓延の防止

### 五 検査時の相談（カウンセリング）体制の充実

<p>評価すべき内容 (指針で謳われていること)</p>	<p>検査前後での相談の機会の提供                  専門家研修の受講者による相談体制の整備                  ピアカウンセリングの活用</p>
<p>評価 (括弧内は文献番号。文献は巻末参照)</p>	<p><u>検査前後での相談の機会の提供</u>：平成 8 年の調査では全国の保健所の 96% で検査前の相談機会が提供され、93% で検査後の相談機会が提供されていた。しかしその後の状況については資料が欠如。評価ができない。②保健所には専門的な研修を受けた医師、保健婦を配置しているが、受検者数そのものが減少。休日夜間などの検査体制は一定の効果があるが、検査相談要因の確保が困難。③献血時相談体制が未確立。</p> <p><u>専門家研修の受講者による相談体制の整備</u>：  <u>ピアカウンセリングの活用</u>：①ピアカウンセリングの活用状況については資料が無く不明。評価ができない。研究班（今井班）では、平成 12 年度に全国保健所での HIV 相談及び検査体制に対する調査を行なっている。②男性同性愛者を対象にした検査前後相談にピアカウンセリング活動が一部地域で開始された。</p>
<p>今後の方向・提言</p>	<p><u>検査前後での相談の機会の提供</u>：①地域医師会と連携して一般医療機関での検査前後の相談体制を支援する体制を作る。②血液センターでの献血時相談体制を確立する。</p> <p><u>専門家研修の受講者による相談体制の整備</u>  <u>ピアカウンセリングの活用</u>：ピアカウンセラーに対する専門的な支援体制作り。</p> <p>検査時の相談体制については、研究班（今井班）でさらに詳細に調査し、問題点を分析する必要がある。</p>

## 第二 発生予防及び蔓延の防止

### 六 保健医療相談体制の充実

<p>評価すべき内容 (指針で掲げられていること)</p>	<p>感染予防や医療の提供に関する相談窓口の維持 さまざまな保健医療相談サービスとの連携強化 地域の患者やNGOとの連携</p>
<p>評価 (括弧内は文献番号、文献は省略)</p>	<p><u>感染予防や医療の提供に関する相談窓口の維持</u>：①全国の保健所の相談件数は平成5年をピークに減少傾向。②都道府県の5割、政令市の7割に派遣カウンセラー制度が設置。ただし、活用状況は地域差が大きい。</p> <p><u>さまざまな保健医療相談サービスとの連携強化</u>：①エイズ相談窓口は100%の保健所で設置されていたことが平成8年の調査で明らかになっているが、その後の資料は無い。②ブロック拠点病院に配置されたカウンセラーは地域との連携で重要な役割を果たしている。ただし、限られた相談窓口、限られた相談員で対応しているのが現状。</p> <p><u>地域の患者やNGOとの連携</u>：①他のサービスとの連携状況、NGOとの連携状況に関する資料は欠如。相談、検査件数やNGOへの紹介については、研究班（今井班）で平成12年度に全国保健所でのHIV相談及び検査に関する調査を行った。②大都市では、患者団体やNGOとの連携は活発だが、地方では地域差が大きい。</p>
<p>今後の方向・提言</p>	<p>①行政は派遣カウンセラー制度を周知徹底し、有効活用を促す。 ②ブロック拠点病院のカウンセラーの定員配置。③地域NGOのなかに相談コーディネーターを配置する。④研究班で各地方自治体（または保健所）での状況を定期的に（年1回）調査する。⑤検査時の相談体制については、研究班（今井班）でさらに詳細に調査し、問題点を分析する必要がある。</p>

### 第三 医療の提供

#### 一 医療体制の確保

<p>評価すべき内容 (指針で掲げられていること)</p>	<p>医療機関の確保・総合的な診療体制の確保 合併症、併発症への対応強化 情報ネットワークの整備 在宅療養支援体制の整備 人材の活用 治療薬剤の円滑な供給</p>
<p>評価 (括弧内は文献番号、文献は巻末参照)</p>	<p><u>医療機関の確保・総合的な診療体制の確保</u>：①感染者患者に対する診療は専門性が高く、片手間にはできない。また、医療現場におけるユニバーサルプレコーションも現状では十分とはいえない。一方、歯科医療サービスは拠点病院の1/3に併設されているのみで十分とはいえない。：②地方在住の患者・感染者の中には東京のほうが新薬へのアクセスが容易との認識から、東京と地方の医療機関を受診している場合がある。こうした行動に見られるように、地方の医療機関の水準が東京に比べ遅れているとの認識がある。：③一般医療機関における医療拒否事件は以前より減少しているが発生は続いている。一般医療機関を受診し、結果としてHIV感染が判明するとその後の診療が拠点病院に回されることがほとんどである。また、患者・感染者の側としても、一般医療機関で受診を拒否されることを警戒し、あえて拠点病院で診療を受けることが多い。歯科医療についても患者・感染者でも受け付けてくれることの明らかな病院についての情報を患者・感染者同士のコミュニケーションによって仕入れてから受診するが多い。④医療機関、医療サービスの確保について、東京など大都市では地域内で複数の選択肢を選ぶことができる状況になりつつあるが、地方では特定の拠点病院でしか対応しておらず、病院に問題があっても他の選択ができない。そこで、治療水準やプライバシー漏洩を心配して東京まで受診にくる人もいまだ存在している。⑤心理的側面に対する医療サービスについては、患者・感染者に対応できるカウンセラーなどが全ての地方に存在するわけではなく、精神的、心理的側面に関わる医療サービスをどのよう</p>

に受診すればよいか分からないという訴えがある。また、医師とのコミュニケーションが中心の場合、生活上の心理的な問題について相談ができず、問題が先延ばしになることがある。⑥精神的側面に関する医療サービスの提供について、患者・感染者で HIV 医療と精神医療の兼ね合いについて問題を抱えているケースは多い。特に精神医療を優先させている場合、抗 HIV 薬の服用を制限せざるを得ず、このことに深刻な不安を感じるケースがある。また、HIV 治療と精神医療で別々な病院にかかっている場合、双方の医師から矛盾した指摘を受け、混乱するケースがある。⑦コーディネーション機能の強化についていえば、現在医療、保健、福祉分野が縦割りとなっている。本来ソーシャルワーカーが患者の立場からこれらを統合的にコーディネートすべきであるが、コーディネーターが置かれていない病院すらある。⑧医療従事者による患者等への説明と理解確保について、治療方針の決定プロセスにおいては医師の指示による部分が大きくなりやすく、また、診療時間が短いため、服薬に関するアドヒアランスが十分に確保されない。また、差別や偏見を恐れて会社などで服薬できないといった問題がある。こうした社会的要因に基づく服薬不能状況について医療側から対処できないケースがある。⑨外国人患者への適切な医療の提供について、在留資格の無い外国人等については活用できる医療サービス等の提供がほとんど無いため、HIV/AIDS 診療を恒常的に受けることが困難である。通訳等のサポートが極めて貧弱である。⑩現在、HIV 医療体制を担っている医師、看護婦、心理職はパートタイム職員であり、心理職に至っては派遣制度で運用しているところもある。

合併症、併発症への対応強化：医療機関間の情報交換不足等により対応が一定ではない。

情報ネットワークの整備：①患者・医療従事者への情報提供、また、A-net の活用も限定されたものとなっている。②ACC、ブロック拠点病院を中心に医療関係者の研修や相互交流、海外研修、も進んできている。また、A-net 等の普及で治療法や症状等の早期発見が進んできている。東京を中心にではあるが、歯科開業医におけるネットワーク化ができ、近くでの歯科治療が可能になってきた。しかし、全国的にはいまだ専門的医療の提供・連携が無いまま長期間適切な治療を受けられず、重症化して専門医療機関へ搬送されるケースが少なくない。

	<p><u>在宅療養支援体制の整備</u>：①取り組みが開始されたばかりである。②HIV感染者・患者の場合、普通の生活、外来通院が主体となってきているが、一方、発症してから感染が分かるケースも少なくない。重篤な合併症を起こした患者等の在宅医療支援については深刻な問題もある。</p> <p><u>人材の活用</u>：①評価が困難。②1997年の拠点病院開設以来、HIV医療の専門家が少しずつ育ってきている。しかし、こうした人材の効率的活用については、行政の縦割り職域といった医療環境がその活用を阻害している。また、行政の枠の厳しさが研修・実績を積んだ数少ない専門家の活躍の場を狭めている。</p> <p><u>治療薬剤の円滑な供給</u>：①医療上の適応拡大は保険の問題が関係するため容易ではない。また、未承認薬の承認プロセスの迅速化については、抗HIV薬に関してはかなり迅速になってきている。</p> <p>②治療薬剤の円滑な供給確保について、供給は概ね確保されていると思われる反面、地方の拠点病院では、経営上の問題で同種の薬剤を入手しない方針をとる病院もある。種類変更ができないということを知り、HIV耐性ができた場合、どうすればよいのか不安を感じたという訴えがある。</p> <p>③保険制度上、発症予防が治療と認められないケースがあり、患者の救命に差し障りがある。</p>
<p>今後の方向・提言</p>	<p><u>医療機関の確保・総合的な診療体制の確保</u>：②情報交換や人事交流を活性化して、地方でも最新の治療を受けられるようにするとともに、医療機関自らが行ないうる治療水準について公表し、不信感を低減する必要がある。</p> <p>③④拠点病院だけでなく、一般医療機関でも「HIV/AIDS患者が当たり前を受診できる」環境作りを目指すべきである。特に、歯科、肛門科、皮膚科、泌尿器科、については日常的に街の医院などで診療が受けられることが望ましい。</p> <p>⑤全ての地域に、エイズ患者・感染者と対応可能なカウンセラーを配置する。患者・感染者の心理的サポートに関して積極的にこれらカウンセラーを活用する。</p> <p>⑥HIV/AIDS治療と精神医療について医師同士の相互交流を促し、HIV/AIDS治療と精神医療を同時に受診する場合の服薬方法について最新の知見を生かしたガイドラインの作成・普及を促進する。</p> <p>⑦HIV/AIDSに対応できる医療ソーシャルワーカーの人材育成をはかり、拠点病院や一般医療機関に配置する。</p> <p>⑧医師・医療従事者にインフォームド・コンセントやアドヒアランスの重視についての研修を徹底する。</p> <p>⑨国や地方公共団体が行なっている医療供給に関する諸制度について、在</p>

留資格の無い外国人も事実上包含できる形に拡張すべきである。また、患者に対する医療提供は啓発の大切な機会である。NGO に頼るばかりでなく、病院等で通訳が可能な体制を整備すべきである。⑩現在、HIV 医療体制を担っている医師、看護婦、心理職はパートタイム職員であり、心理職に至っては派遣制度で運用しているところもある。こうした体制では恒久的な診療体制を維持することは困難であり、正規職員化を早期に実施することを望む。

医療機関確保に関する提言：ACC、8ブロック拠点病院、366拠点病院・協力病院について、拠点病院は機能的活用の面で今後すべて見直しが必要。全てに同等の診療を求めること自体非現実的。歯科を含め、開業医への啓発を高め、スタンダードプレコーションをサポートする政策を推進して、患者の生活圏での医療水準を高める。

総合的診療体制確保に関する提言：ACC、ブロック拠点病院、一部の拠点病院には HIV 感染症と合併症、たか受診を含む総合的診療体制がある。この機能をさらに充実させるためには院内のコーディネーション機能をさらに充実させる必要がある。ACC、ブロック拠点病院と拠点病院、一般病院の連携が必要。さらに、A-net を十分に活用すべきである。

合併症、併発症への対応強化：ACC、ブロック拠点病院、一部の拠点病院では可能であるが、日和見感染症、結核等の早期発見と早期対処ができていない病院は少ない。HIV に対する高度医療を行っている病院との連携強化が必要。

在宅療養支援体制の整備：プライバシーを守りつつ専門医療機関、地域の病院、保健福祉センター医師会等々の連携で適切な医療を進めながら、在宅治療や入院治療が行なえる支援体制が必要。患者が安心して在宅支援サービスを受けられる環境は、当然感染症に対する適切な知識を有し、偏見・差別を生じないものでなければならない。院外でのコーディネーション機能を充実させるために、医師や看護婦、カウンセラー、等々の人材育成が必要。

人材の活用：数少ない専門家を活用できるよう地域格差を無くすべきである。研修中の人材補填を可能にすべきでもある。

治療薬剤の円滑な供給：②拠点病院は提供できる薬剤の豊富化に努めるべきである。また、提供できる薬剤について情報を開示する必要がある。③保険制度上、発症予防が治療と認められないケースがあり、患者の救命医療に差し障りがある問題について、早

急に改善すべきである。

全般的な提言：医療機関の確保・総合的な診療体制の確保、合併症、併発症への対応強化、情報ネットワークの整備、在宅療養支援体制の整備、人材の活用、治療薬剤の円滑な供給といった項目全てに対し、体制の強化、専門性の確立、システムの整備、多方面からの努力が望まれる。



### 第三 医療の提供

#### 二 個別施策層に対する施策の実施

<p>評価すべき内容 (指針で掲げられていること)</p>	<p>医療関係者への研修機会の確保 個別施策層に対する対応手引書の作成</p>
<p>評価 (括弧内は文献番号、文献は表末参照)</p>	<p><u>医療関係者への研修機会の確保</u>：HIV/AIDS 関連に医療に関して、拠点病院に対する調査が 1999 年に実施されており、半数以上の拠点病院で外国人感染者の診療がなされていることが判明したが、外国人医療のための医療関係者への研修機会の確保はなされていない。同性愛者に対する適切な医療を提供するために、医療関係者への研修機会を提供している地方公共団体は、108 団体のうち 22 団体 (20.4%) であり、そのうちの大部分は外部の講演会等への派遣にすぎない。同性愛者に対しては、医療提供においても性的指向の側面で配慮が必要であるが、この点の認識が不足していると考えられる。</p> <p><u>個別施策層に対する対応手引書の作成</u>：滞日外国人の医療に対する手引書は研究班で、各種言語による服薬指導マニュアルが作成され全拠点病院に配布されている (1999 年)。同性愛者に対する適切な医療を提供するために、対応手引書の作成を行なっている地方公共団体は皆無。今後検討するとした団体も 2 (1.9%) にすぎなかった。指針で挙げられている個別施策が実行に移されていない。由々しき事態といえる。</p>
<p>今後の方向、提言</p>	<p><u>医療関係者への研修機会の確保</u>：滞日外国人感染者は、様々な言語の人々が存在するが、英語以外に対応できる医療機関はほとんど存在していない。様々な言語、文化の患者に対する理解・対応の仕方に関する研修が必要である。同性愛者に対する医療提供に際して性的指向への配慮が必要であることについて、行政としての認識を深め、NPO/NGO などとの協力のもと、積極的に研修の機会を提供する</p> <p><u>個別施策層に対する対応手引書の作成</u>：同性愛者に対する対応手引書の作成は各地方公共団体が個別に行なうのでは手が回らない部分もあるので、国として率先してモデルとなる手引書を作成し、地方公共団体に普及すべきである</p>

### 第三 医療の提供

#### 三 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

<p>評価すべき内容 (指針で掲げられていること)</p>	<p>医療ソーシャルワーカーの活用 ピアカウンセリングの活用 地域 NGO との連携 人権侵害等に対する相談方法や窓口の啓発・普及</p>
<p>評価 (括弧内は文献番号、文献は巻末参照)</p>	<p><u>医療ソーシャルワーカーの活用</u>：平成 10 年 4 月の障害認定制度開始以降、多くの患者が医療ソーシャルワーカーMSW を利用するようになった。ただし、MSW や行政の対応に地域差があり、プライバシー保護に不安な感染者も少なくない。</p> <p><u>ピアカウンセリングの活用</u>：①患者・感染者や個別施策層によるピア・カウンセリングを活用している地方公共団体は、都道府県・政令指定都市・中核市・東京特別区（計 108）団体のうち 10 団体（9.3%）にすぎず、行政・医療機関において、いまだ当事者間のピアカウンセリングの重要性が認識されていない。②地域 NGO の一部でピアカウンセリングが試みられている。</p> <p><u>地域 NGO との連携</u>：①NPO/NGO を支援したり、又協力関係を築いている地方公共団体は、都道府県・政令指定都市・中核市・東京特別区（計 108）団体のうち 22 団体（20.4%）にすぎず、今後計画している団体は 7 であった。民間団体との協力の必要性についての意識は向上しているものの、具体的な関係を築いている団体はまだまだ少ない。②NGO のコーディネーター機能を高める試みが行なわれている。</p> <p><u>人権侵害等に対する相談方法や窓口の啓発・普及</u>：①地方公共団体で人権侵害における相談方法や相談窓口に関する情報普及を行なっているのは、都道府県・政令指定都市・中核市・東京特別区（計 108）団体のうち 37 団体（34.3%）であった。②差別偏見が医療や福祉の現場にあるとの苦言を聴く。</p>

今後の方向・提言

医療ソーシャルワーカーの活用：医療ソーシャルワーカーMSW の HIV 教育をさらに普及させ、感染者が安心して障害認定を受けられるようにする。

ピアカウンセリングの活用：①保健医療サービス・福祉サービスにおいて NPO/NGO などが実施しているピア・カウンセリングとの連携を強化し、個別ケースの紹介などを通じてピア・カウンセリングの機会を提供することが望ましい。②NGO と行政が連携して、ピアカウンセリング活動を支援する。

地域 NGO との連携：①かなり多くの都道府県・都市で HIV/AIDS にかかわる NPO/NGO が活動している政府機関がこれら団体の自主性を尊重しながら HIV/AIDS 対策事業において連携を深めていくことは重要であり、国は地方公共団体に対して、積極的に勧奨すべきである。地域に根ざした NPO/NGO がないところでも、全国規模のグループとの協力・連携は可能であると思われる。②NGO と行政が連携して、地域の福祉介護職の HIV 教育を普及させ、感染者が安心して地域で福祉サービスを受けられるようにする。

人権侵害等に対する相談方法や窓口の啓発・普及：①地方公共団体で人権侵害における相談方法や相談窓口に関する情報普及は、エイズに関わるパンフレットなどで、連絡先を明示する程度の紹介がほとんどで、行政の相談機関、医療機関等で個別、人権侵害について適切な対応窓口に関する情報を適宜提供することができているかどうかを調査する必要がある。②感染者の相談利用行動を高める方法を検討する。特に主治医の相談の進め方を検討する。③インターネットを媒体とする相談情報の提供を工夫する。

## 第四 研究開発の推進

### 一 研究の充実

<p>評価すべき内容 (指針で掲げられていること)</p>	<p>適切な医療に繋がる研究 予防に繋がる研究</p>
<p>評価 (括弧内は文献番号、文献は巻末参照)</p>	<p>エイズ対策研究事業では平成11又は12年度終了予定の多くの課題を抱えていた(表1)という実情があり、これが、エイズ予防指針を研究事業に具体的に反映させるべき時期に一致していた。以上の背景から、平成12又は13年度には、それ以前にはなかった様々な要素が研究事業に取り入れられ、一挙に事業の数が増加し、事業がカバーする領域が拡大した(表2)。</p> <p>表1及び表2から12年度に行われた、あるいは13年度発足予定の研究事業を抽出し、それらの目的と内容が予防指針とどう対応しているかを表3にまとめた。ここでは、指針項目四の研究開発の推進にうたわれている一から三の3つの中項目、さらに各中項目中に述べられているキーワードをたて軸に事業を列記した。さらに、各研究事業が四以外の指針の諸項目とどう関連しているかを右端欄に示した。</p> <p>以上のまとめを行って一見して明らかなことは、予防指針に対応してかなり意欲的な研究領域の拡大が実行されたことである。今後の課題はいぜんとして山積しているが、当面努力を傾注すべきことのひとつは、普及啓発や個別施策層への対策に結びつく研究にあっては、調査分析から具体的な行動計画と政策の提言へと進め、行政の実を挙げることにある。また、血友病の遺伝子治療などを展望する先端的医療的研究も新たに導入されており、展開次第では医療の質的転換を含む発展が期待される。</p> <p>基礎医学、臨床医学にあっても予防指針に沿った形で位置付けと目標がより具体的になった。また、その方向で全国の研究者を組織するところとなっている。萌芽的研究をじっくり育てると共に予防治療への実用化に踏み出しうる研究も強く支援する必要がある。重要な問題点のひとつは課題数の増加にもかかわらず、研究費の総額は増えていないことである。そのため13年度には</p>