

予防指標 (HIV-PI) 6:

特定集団プログラム

若者における不特定の相手とのコンドーム使用

過去1年間にリスクの高いセックスをし、最近のリスクの高いセックスでコンドームを使用した若者の割合

根拠

この指標は国連エイズ特別総会指標でもあり、ミレニアム開発目標指標でもある。これは、特定関係ではない性関係を持つ若者がどの程度コンドームを使っているかを示す。この指標の傾向を解釈する場合、変化は、リスクの高いセックスをする人数の変化を反映していて、必ずしもリスクの高いセックスでのコンドーム使用の変化を反映していないかもしれないことに注意が要る。したがって、この指標は、プログラムによる意味を理解するためには、リスクの高いセックス（同棲していない相手とのセックス）をする若者の比率の変化を考慮しながら注意深く分析されるべきである。

指標の定義

分子：過去12ヶ月間に、同居していない相手とセックスをして、そのような相手との直近のセックスでコンドームを使った15-24歳の回答者数

分母：過去12ヶ月間に同居していない相手とセックスをした15-24歳の回答者

備考：この指標の対象集団は15-24歳である。性別と年齢別の分析と報告が必須である。年齢幅は15-19歳、20-24歳にすべきである。

尺度

回答者はまず、これまでにセックスの経験があったかどうか聞かれる。セックスの経験があった者に、直近の3人の相手について質問される。過去12ヶ月間の直近の3人の相手それぞれについて、相手の種類（配偶者、同棲相手、ボーイフレンドあるいはガールフレンド、知人、セックスワーカー）と、直近のセックスでコンドームを使ったかどうかについての情報が質問される。

この指標は、男女および15-19歳、20-24歳、15-24歳の3つの年齢群に区分して、割合として示されるべきである。UNGASS目標の進行状況の報告のために、15-24歳の年齢区分は都市部と地方部在住者を分けて報告すべきである。

基盤：一般人口対象の全国の代表サンプル

頻度：2年に1度が好ましく、少なくとも4～5年ごとに実施

文献

WHO-UNAIDS (2004) Guide to Monitoring and Evaluating National HIV/AIDS Prevention Programmes for Young People. Geneva. http://www.who.int/hiv/pub/epidemiologu/me_prev_yp/en

UNAIDS (2002) Monitoring the Declaration of Commitment on HIV/AIDS: Guidelines on Construction of Core Indicators. Geneva: UNAIDS. http://www.unaids.org/UNGASS/docs/JC718-CoreIndic_en.pdf

予防指標 (HIV-PI) 7:

カウンセリングと検査

検査とカウンセリングサービスのある地区

少なくとも一ヶ所のカウンセリングと検査の運営場所がある地区の割合

根拠

この指標は、一般住民がサービスを利用できる地区の数を見ることで、国内のカウンセリング・検査サービスの普及度 (coverage) を測定するために重要である。

指標の定義

分子：少なくとも一ヶ所のカウンセリングと検査の運営場所がある地区の数

分母：地区の総数

備考：地区での分析と報告が推奨される。

尺度

分子には、カウンセリング・検査サービスの提供に関わる度合いに応じて、様々な種類の民間あるいは公的機関が含まれてくるだろう。この情報は保健省から得ることができる。

地区の人口とHIV有病率についてのデータは、サービスの利用可能度がニーズと釣り合っているか比較するのに役立つ。

基盤：保健省保健システム記録

頻度：年に1度

文献

UNAIDS/MEASURE (2000) National AIDS Programs: A guide to monitoring and evaluation. Geneva:

UNAIDS. <http://www.cpc.unc.edu/measure/guide/guide.html>

UNAIDS (2004) National AIDS programmes. A guide to monitoring and evaluating HIV/AIDS care and support.

Geneva: UNAIDS (in preparation).

予防指標 (HIV-PI) 8:

カウンセリングと検査

カウンセリングと検査を要請する人

過去12ヶ月間に、HIV検査、結果受け取りと検査後カウンセリングを受けた一般人口の割合

根拠

HIV検査とカウンセリングは、予防とケアのニーズのための重要な入り口である。そのため、予防とケアから受益する可能性がある人数の指標として、これらのサービスにアクセスした人を測定することは重要である。この指標は、何人が受検し、検査後カウンセリングを受けたかを示すよう計画されている。プログラム運営者にとって、この指標は、以下を特定できる情報の流れとなるかもしれない。

- 1.検査前カウンセリングと（あるいは）、インフォームドコンセントを確実にするに十分な検査前情報を受け取った人の数
- 2.検査前カウンセリングを受け、実際に検査をした人の割合
- 3.検査をして、結果を受け取った人の割合
- 4.検査をして、検査後カウンセリングを受けた人の割合

指標の定義

分子：過去12ヶ月間に、HIV検査の結果を受け取り、検査後カウンセリングを受けた人の数

分母：データ収集法に応じて被調査者、または全母集団の人数

備考：構成要素とジェンダーによる分析と報告が推奨される。過去12ヶ月間の、HIV検査の希望数、受検数と、結果受け取り数についてもデータ収集が勧められる。また、25歳未満については、15-19歳、20-24歳にデータが区分されることも推奨される。

尺度

次の方法が推奨される。

1.世帯調査

これまでに検査を受けたことがあるか、過去12ヶ月間に検査を受けたことがあるかを回答者に質問することで、国民の代表性のある方法でこの指標を把握できる。

2.保健管理情報システム (Health Management Information System: HMIS)

理想的なのは、地方レベルで収集され、国レベルの保健管理情報システムを通じて集められたデータを概観することで、この指標のための情報収集ができることである。

3.保健施設調査

HMISが十分に機能していないところでは、検査・カウンセリング要素を伴った保健施設調査を全関連部署/部局で利用しなければならないかもしれない。

これらのサービスがどのように実施されているかによって、指標を階層化することが必要である。とりわけ、統合的（つまり、診断目的の検査）サービス実施体制と縦割り（つまり、独立した自発的検査）サービス実施体制がある。

分母、つまり全人口は直近の国勢調査データからえられる。

基盤：UNAIDS一般人口調査、人口保健調査（DHS）AIDSモジュール；FHI 成人BSS；若者BSS

頻度：年に1度

文献

UNAIDS/MEASURE (2000) National AIDS Programs: A guide to monitoring and evaluation. Geneva:

UNAIDS. <http://www.cpc.unc.edu/measure/guide/guide.html>

UNAIDS (2004) National AIDS programmes. A guide to monitoring and evaluating HIV/AIDS care and support.

Geneva: UNAIDS (in preparation).

予防指標 (HIV-PI) 9:

母子感染予防 (PMTCT)

母子感染予防の最低限のパッケージを提供する保健施設

過去12ヶ月間に乳幼児へ最低限のHIV予防パッケージを提供している公的、宗教的、事業的な場所（家族計画やプライマリー・ヘルス・ケア・クリニック、ANC/MCH、産院）の割合

根拠

この指標は、国内で活用可能な女性と乳児の予防とケアについて重要な情報を提供する。これは、何処でサービスが必要とされているのか、あるいはどここの施設が女性と乳児のHIV予防のための十分なサービスを提供しているかといったことをプログラム立案者が確定する上で有益である。

指標の定義

分子: 過去12ヶ月間に、乳幼児のHIV感染予防のための最低限のサービスパッケージを提供した、公的、宗教的、事業的な場所（家族計画やプライマリー・ヘルス・ケア・クリニック、ANC/MCH、産院）の数

分母: 全ての公的、宗教的、事業的な場所（家族計画やプライマリー・ヘルス・ケア・クリニック、ANC/MCH、産院）の数

備考: サービスのタイプごとの分析と報告が推奨される。

尺度

この指標のために必要な情報はさまざまな方法で集められ、それはどの位の資源が利用でき、どこまで細部を求めるか次第である。これは、臨床環境の種類で決まってくる最低限のサービスパッケージに焦点を当てる（文献参照）。家族計画やプライマリーヘルスケア・クリニック、ANC/MCHや妊婦へのサービスを提供する全ての公的、宗教的、そして事業的な保健施設に質問紙を送付することもひとつの選択肢である。関連情報を収集するための他の方法としては、既に存在する他の手段を改変することである。

基盤: 保健施設調査

頻度: 2-3年ごと

文献

WHO (2004) National guide to monitoring and evaluating programmes for the prevention of HIV in infants and young children. Geneva: WHO (in preparation).

予防指標 (HIV-PI) 10 :

母子感染の予防

母子感染リスク低減のために抗レトロウイルス予防剤の完全な処置を受けているHIVに感染している妊婦

過去12ヶ月間に、国内承認済みの治療プロトコル（あるいはWHO/UNAIDSの標準）にしたがって母子感染リスク低減のために抗レトロウイルス予防剤の処置を完了したHIVに感染している妊婦の割合

根拠

この指標は抗レトロウイルス予防剤による母子感染予防の進展状況を評定する。

指標の定義

分子：過去12ヶ月間に、国内承認済みの治療プロトコル（あるいはWHO/UNAIDSの標準）にしたがって母子感染のリスク低減のために抗レトロウイルス予防剤の処置を完了したHIVに感染している妊婦の数

分母：過去12ヶ月間に出産をしたHIV感染妊婦の推計数

備考：サービスの種類による区分が推奨される。

尺度

過去12ヶ月間に母子感染リスク低減のために抗レトロウイルス予防剤を提供されたHIV感染妊婦の数は、プログラムのモニタリング記録から得られる。全処置を完了した女性のみを含めるべきである。母子感染リスクを低減するために抗レトロウイルス予防剤が与えられたかもしれない潜在的なHIV感染妊娠の数は、過去12ヶ月間に出産した女性の総人数（統計局による推定出生数）に、国内の妊娠女性のHIV有病率の最新の推計値（HIVセンチネル・サーベイランスの妊婦の推計値）を掛け合わせることで推定される。

基盤：プログラムのモニタリング記録、統計局による推定出生数の記録

頻度：2-3年ごと

文献

UNAIDS (2002) Monitoring the Declaration of Commitment on HIV/AIDS: Guidelines on Construction of Core Indicators. Geneva: UNAIDS. http://www.unaids.org/UNGASS/docs/JC718-CoreIndic_en.pdf

予防指標 (HIV-PI) 11:

性感染症の診断と治療

性感染症の包括的なケース・マネジメント

ヘルスケア施設で適切に診断、治療、カウンセリングされる性感染症患者の割合

根拠

性感染症の拡大を治療および抑制するサービスを利用可能にして活用すれば、人口におけるHIVの伝染の率を減らすことができる。性感染症をコントロールする基礎の一つは、有症状の患者の包括的なケース・マネジメントである。この合成指標は、こうしたサービスを適切に提供する保健サービス提供者の能力と提供されたサービスの質を反映する。

指標の定義

分子：次のような正しい手続きを経た性感染症患者の数。1)問診、2)診察、3)診断と治療、4)パートナー告知とコンドーム使用、HIV抗体検査についての効果的なカウンセリング。

分母：サービス提供者と患者のやりとりが観察された性感染症患者の数

備考：ジェンダーや、25歳未満と以上の年齢での区分が推奨される。理想としては、25歳未満では、15-19歳、20-24歳に区分する。

全体指標の得点と共に、指標の各構成要素の得点（つまり、問診、診察、診断と治療、カウンセリング）が報告されるべきである。

尺度

性感染症サービスを提供するヘルスケア施設の標本において、サービス提供者とクライアントのやりとりの観察でデータが収集される。サービス提供者は、問診、診察、適切な診断と治療、そして、パートナー告知、コンドーム使用、HIV抗体検査についての効果的なカウンセリングについて評定される。いずれの国においても、「適切な」診断と治療とカウンセリング手続きとは、国の定める性感染症サービス指針で特定されたものである。

基盤：WHO/UNAIDSの性感染症サービス評価の改訂版指針やMEASUREサービス供給評定（SPA）をベースにした保健施設調査

頻度：2年に1回

文献

UNAIDS (2002) Monitoring the Declaration of Commitment on HIV/AIDS: Guidelines on Construction of Core Indicators. Geneva: UNAIDS. http://www.unaids.org/UNGASS/docs/JC718-CoreIndic_en.pdf

予防指標 (HIV-PI) 12:

血液の安全性とユニバーサルプリコーション

献血者の募集と輸血へのアクセスのある区域

無償かつ患者の親類から献血者を募集しない輸血サービスへのアクセスのある区域または地域の割合

根拠

安全な血液のアクセスを向上しようとする多くの国々は、地域や区域レベルで血液銀行も含めた輸血サービスを設立してきたし、自主的な献血者の募集を高めるため、そして親類や売血者からの血液への依存を減らしたりなくしたりするため、組織的に活動している。この指標は、これが国内政策で指令される水準で実施されている程度を評定する。

指標の定義

分子：献血者に支払わず、患者の親類から献血者を募集しない輸血サービスにアクセスがある区域や地域の数

分母：区域または地域の全数

尺度

輸血の少なくとも95%が、リスク行動について提供者をスクリーニングし、親類や売血者からの輸血を除外している、地域または県単位の輸血サービスによって提供されていれば、区域または地域はこの指標においてアクセスありと採点される。

基盤：MEASURE Evaluation 血液安全プロトコルのドラフト

頻度：年に4回

文献

UNAIDS/MEASURE (2000) National AIDS Programs: A guide to monitoring and evaluation. Geneva:

UNAIDS. <http://www.cpc.unc.edu/measure/guide/guide.html>.

予防指標 (HIV-PI) 13:

血液の安全性およびユニバーサルプリコーション

HIVスクリーニングがされた輸血ユニット

国あるいはWHOの指針に沿って適切にHIVスクリーニングされた過去12ヶ月に輸血された血液ユニットの割合

根拠

血液安全プログラムは、血液ユニットの圧倒的大多数（理想的には100%）でHIVスクリーニングがされ、そして国の血液供給に含まれる血液ユニットが実際に感染していないことを確実にすることを目指している。この指標は、HIVが存在しないと確信をもって宣言できるに十分な、高い基準でスクリーニングされた血液ユニットの全体的な割合の情報を示す。

指標の定義

分子：過去12ヶ月間にHIVのスクリーニングがされた血液ユニットの数と、それらの中で、WHOまたは国の基準でスクリーニングされた数

分母：過去12ヶ月間に輸血された血液ユニットの全数

備考：指標の構成要素による区分が推奨される。

尺度

輸血されたユニットの数とHIVスクリーニングがされた数は、保健情報システムから得られるはずである。スクリーニングの質は、すでにスクリーニングされた血液のサンプルを再テストする研究から、またはスクリーニング実施状況の評定から決定してもよい。この方法が不可能な場合、きちんとしたスクリーニングと輸血の記録があり、テストキットが在庫切れでない施設の割合についてデータが、この指標のために、適切にスクリーニングされた血液の推定に使えるだろう。

基盤：MEASURE Evaluation血液安全プロトコル

頻度：2～3年ごと

文献

UNAIDS/MEASURE (2000) National AIDS Programs: A guide to monitoring and evaluation. Geneva:

UNAIDS. <http://www.cpc.unc.edu/measure/guide/guide.html>

治療指標 (HIV-TI) 1:

抗レトロウイルス治療とモニタリング

抗レトロウイルス併用療法 (therapy) を受けている進行したHIV感染者

抗レトロウイルス併用療法を受けている進行したHIV感染者の割合

根拠

HIV流行が拡大するにつれ、多くの人々がHIV感染の進行した段階に至るようになっている。抗レトロウイルス併用療法は、感染者の死亡率を減少することがわかっており、開発途上国であっても手に入りやすくする努力がされている。抗レトロウイルス併用療法は、家族の介護者に対するカウンセリングを含め、より幅広いケアと支援サービスと一緒に提供されるべきである。

指標の定義

分子：国で認められた治療プロトコル（あるいはWHO/UNAIDS標準）による抗レトロウイルス併用療法を受ける進行したHIV感染者の数

分母：HIV感染の進行した人の数

備考：この指標は公的／私的サービスによって区分すべきである。

尺度

この指標の分子は、年初から治療を受けている人数と過去12ヶ月に治療を開始した人数から、過去12ヶ月に治療を停止した人数（死亡も含む）を差し引いた数からなる。HIV感染が進行した人数は、（この指標の目的のためには）現時点の感染者数の15%と想定される。感染した人々の総数は、最近の国のセンチネル・サーベイランスデータを用いて推定される。抗レトロウイルス療法を受けている人数が与えられている期間の開始と終了の日付が記されるべきである。報告期間の重複は可能な限り避けられるべきである。

基盤：プログラムモニタリング

頻度：2年に1度

文献

UNAIDS (2002) Monitoring the Declaration of Commitment on HIV/AIDS: Guidelines on Construction of Core Indicators. Geneva: UNAIDS. http://www.unaids.org/UNGASS/docs/JC718-CoreIndic_en.pdf

治療指標 (HIV-TI) 2:

抗レトロウイルス治療およびモニタリング

HIV感染者への予防と治療のための進んだ介入を提供できる保健施設

抗レトロウイルス療法の供給を含めた、進んだレベルのHIVケアと支援サービスを提供するための能力と条件を備えた施設の割合

根拠

この指標は、とくにHIV/AIDSと共に生きる人々へのサービス能力を測る。この指標で測られるシステムと項目は、ほとんどの保健システムでの日常を超えるインプットと人材研修が必要であると仮定される。

指標の定義

分子

- 1 進んだレベルのサービス（サービスのリストについては下記参照）を記載する部門のある施設数
- 2 全てのサービスに対する全ての部門を備えた施設数

分母

- 1 調査された保健施設の総数
- 2 特定されたサービスが提供されるか関係している設備の総数

備考：それぞれのサービスに対する特定の要素は個々に表されるべきである。

尺度

進んだレベルのHIV/AIDSケアを提供するための能力には次のものが含まれる。HIV/AIDS患者の進んだケアのための目と見感染症のマネジメントと緩和ケアの提供を支援する体制と品目；HIV/AIDSケアのための進んだレベルのサービスを支援する体制および品目；抗レトロウイルス療法を支援する体制および品目；HIV/AIDS患者に対する進んだ入院ケアを提供する状況；在宅ケアサービスを支援する状況；曝露直後の緊急予防法

基盤：保健施設調査

頻度：2-4年ごと

文献

UNAIDS (2004) National AIDS programs. A guide to monitoring and evaluating HIV/AIDS care and support. Geneva: UNAIDS (in preparation)

治療指標 (HIV-T1) 3:

日和見感染症の予防と治療

HIV/AIDSの基本的レベルのカウンセリングと医療サービスを提供する能力のある保健施設

基本的レベルのHIV抗体検査およびHIV/AIDS診療を提供することが可能な能力と条件を備えた保健施設の割合

根拠

一般的な治療を提供する多くの施設はHIV/AIDSに関するサービスをも提供し、HIVに感染した患者をケアしている。それゆえ、既存の能力の状態を評価することは不可欠である。

指標の定義

分子：

- 1.基本的なサービスのリストを記載する部門のある施設の数（サービスのリストについては下記参照）
- 2.全てのサービスに対する全ての部門のある施設の数

分母：

- 1.調査された保健施設数
- 2.特定のサービスが提供されているか関係している施設数

備考：それぞれのサービスに対する特定の部門は個々に示されるべきである。

尺度

基本的なHIVカウンセリングと医療サービスを提供する能力には次のものが含まれる。HIV/AIDSの検査と結果を提供する体制；テスト前後のカウンセリングのための体制と資格のあるスタッフ；これらのサービスを提供するための資源と消耗品を含めたHIV/AIDSに関する特定医療サービス；院内感染予防のための要素；HIV感染者のための予防と医療のための基本的介入を提供するための訓練を受けた職員と資源

基盤：保健施設調査

頻度：2-4年ごと

文献

UNAIDS (2004) National AIDS programmes. A guide to monitoring and evaluating HIV/AIDS care and support. Geneva: UNAIDS (in preparation)

ケアと支援 (HIV-CS) 1:

遺児の支援

HIV/AIDSによって脆弱性が高まっている、無料の基礎的な外部支援を受けている世帯の遺児と他の子供たち

無料で子供のための基礎的な外部支援を世帯が受けている遺児や脆弱な子供の割合

根拠

この指標は、友人や家族、または近隣の者（コミュニティベースのグループや組織で働いていないかぎり）以外の源から、遺児や脆弱な子供のいる世帯に無料で与えられる支援を測定している。

指標の定義

分子：以下のサービスの少なくとも一つを受けた世帯に住む、遺児や脆弱な子供の数

- ・過去12ヶ月以内の医療的ケア支援
- ・過去3ヶ月以内の情緒的支援
- ・過去12ヶ月以内の学校関連援助
- ・物質的な支援を含む、過去3ヶ月以内の社会的支援

分母：遺児と脆弱な子供の総数

備考：データは、サンプルサイズが許す限り、年齢階級（0-5歳、6-9歳、10-14歳、15-17歳）とジェンダーごとに分析され報告されるべきである。疫学的状況や活用可能な資源によっては、プログラムマネージャーはより大きな年齢幅（0-9歳、10-14歳、15-17歳）に年齢をまとめる決断をしてもよい。

尺度

世帯調査の一部として、すべての適格な遺児と脆弱な子供（18歳未満）を特定するのに、世帯リストを使うことができる。遺児と脆弱な子供がいる各世帯に対して、受けている支援の種類と頻度：および援助の主要な出所について一連の質問が問われる。この指標は、遺児と脆弱な子供（OVC）がいる世帯に焦点を当てており、個々のOVCではない。この調査ツールは、HIV低流行の状況や、絞られた対象集団で、同様だがいくらかアレンジした方法で使うことが出来るだろう。

基盤：世帯調査

頻度：2-4年ごと

文献

UNAIDS/UNICEF (2004). Guide to monitoring and evaluation of the national response for children orphaned and made vulnerable by HIV/AIDS. (in preparation)

UNAIDS (2004) National AIDS programmes. A guide to monitoring and evaluating HIV/AIDS care and support. Geneva: UNAIDS (in preparation)

ケアと支援 (HIV-CS) 2:

遺児への支援

遺児の学校への出席

遺児でない子供に対する遺児の学校出席の比率

根拠

HIV/AIDSは、ちょうど家族を築き子供を育てようとする時に、成人の生命をこれまでにない勢いで奪っている。その結果、遺児は多くの国で絶え間なく増加しつつあり、働き盛りの成人の親族の減少は、遺児になった子供たちが不安定な将来に直面することを意味する。遺児ということは、多くの場合、偏見と悪化する貧困を伴い、そのために子供が学校教育を修了するチャンスは脅かされ、さらにはHIVへの脆弱性を高めるような生存行動をとることにつながるかもしれない。それゆえ、AIDS支援プログラムが遺児の教育機会の確保にどの程度成功しているかのモニタは重要である。

指標の定義

遺児の学校への出席(1)

分子：両親ともに失ったが今なお学校にいる子供数

分母：両親ともに亡くした子供数

遺児でない子供の学校への出席(2)

分子：両親ともに生存し、少なくとも片親と住み、かつ今なお学校にいる子供数 (10-14歳)

分母：両親ともに生存し、少なくとも片親と住む子供数 (10-14歳)

(1)と(2)の率を計算する

備考：指標得点は、全ての10-14歳の子供に対して男女別に必要である。また、可能な限り、指標は1歳ごとに計算されるべきである。この指標の計算に必要な10-14歳の遺児の最低数は50である。

尺度

DHSやUNICEF MICS またはその他の代表性のある人口標本調査

基盤：なし

頻度：できれば2年に一度、最低4-5年ごと

文献

UNAIDS (2002) Monitoring the Declaration of Commitment on HIV/AIDS: Guidelines on Construction of Core Indicators. Geneva: UNAIDS. http://www.unaids.org/UNGASS/docs/JC718-CoreIndic_en.pdf 28 Monitoring and Evaluation toolkit – Annexe A: Description of HIV/AIDS Indicators

支援環境 (HIV-SE) 1:

職場

HIV/AIDSについての職場の方針やプログラムのある企業

職場のエイズ方針やプログラムを持つ大規模な企業や会社の割合

根拠

職場はHIVを抑制する活動を実施する際に、しばしばとても便利で、また実施しやすい場所であり、職場ベースの介入は効果的であると証明されてきている。HIV/AIDSがもたらす深刻な経済的社会的結末を避けようとするには、勤労者にHIV予防の教育をする早めの活動は不可欠となるから、この指標はHIVの有病率が低い国においても有効である。

指標の定義

分子：全ての基準を満たすHIV/AIDS政策や規則をもった雇用主の数

分母：調査される雇用主の数

備考：民間と公的部門を区分した分析と報告と、合わせた分析と報告が推奨される。

尺度

民間部門の雇用主は、労働力の規模に基づいて選出される。公的部門の雇用主は、運輸、労働、観光、教育および保健の各省庁とすべきである。雇用主は、特定の側面で（詳細については参考文献を見よ）最低限をカバーする人事方針や手続きを現在実施しているかどうかを述べることを求められる。人事方針や規則の記載のコピーをできれば入手し評定すべきである。

基盤：上位30の大規模雇用主対象の調査、25の民間セクター、5の公的セクター

頻度：2年に1度

文献

UNAIDS (2002) Monitoring the Declaration of Commitment on HIV/AIDS: Guidelines on Construction of Core Indicators. Geneva: UNAIDS. http://www.unaids.org/UNGASS/docs/JC718-CoreIndic_en.pdf

国際人口移動の HIV サーベイランスへの影響

小松隆一（国立社会保障・人口問題研究所）

沢田貴志（特活 シェア＝国際保健協力市民の会）

目的

わが国の HIV/AIDS 報告において、外国籍者はきわめて大きな割合を占め、AIDS 対策上もっとも重要な集団の一つと考えられる。しかしながら、外国籍者の間での流行には社会経済的要因など複雑な因子が影響しており、サーベイランスでの把握の上でも対策の実行の上でも特有の課題が存在すると考えられる。そこで国際移動と感染症サーベイランスの関わりについて分析し、外国籍者の HIV/AIDS をめぐる課題を理解することを目的とした。

方法

各種統計資料や文献の収集及びレビューと分析をした。

日本での HIV 感染について、以下の見地から国際人口移動の影響を議論した。まず、日本での国際移動の傾向を述べた。また、HIV/AIDS の疫学の観点から、国際移動と伝染病の関係を示した。次にサーベイランスと国際移動に関連する問題にとくに注目し論じた。最後に、日本在住の外国籍者をとりまく問題に関連する政策について概説した。

結果

グローバル化の時代では、旅行といった一時的な移動も含めて国境を越えた行き来がきわめて早いスピードで行われるようになった。この結果、人から人へうつる伝染病において人の移動が大きな注目を集めがちである。特に、HIV

や SARS といった新興・再興感染症は流行の初期段階では、ほとんどの国において、他国から伝染してきたものになるために、人口移動を管理する政策が感染症対策の中で注目されることが多い。しかし、その国でいったん伝染病流行が確立すると、その疾病はもはや「外国の疾病」ではなく国内の疾病となる。グローバル化の進んだ今日では短期間に国内での広がり時期に移りやすいし、HIV のように感染から発症までの時間が長い疾患では国境での防疫は全く意味がない。国際的に移動する移住者・外国籍者の方が、国内での伝播においてこの種の感染症により高い脆弱性とリスクを持った状態であり、またケアや治療において不利な立場に立たされることが多くなることを考えれば、むしろこうが重要である。

HIV 感染と日本の外国籍者の国際移動

1. 外国籍者の国際移動と旅行の傾向

国際的に移動する人口はグローバル化の時代の中で増加し続けている。この点は日本も例外ではない。図 1 で示されるように、ここ 10 年間増加傾向にある。2003 年を例にとると、日本に入国した外国籍者の数は 5,727,000 人であり、1998 年の 4,557,000 から年率約 5% の割合で増加している。1990 年代初頭頃は日本経済が絶好調で、1991 年には 258,000 人の外国籍者が入国超過したと記録された。その後バブル経済の崩壊に伴って、外国籍者の出入国数が落ち込み始めたように見えたが、再び上昇傾向に回復した。2003 年は入国する外国籍者が、前年より 45,000 人 (0.8%) 減少した。これは、2001 年 9 月 11 日、米国テロ攻撃の後の関連する戦争と

SARS 感染により国際移動が減少したためである。5,727,000 人のうち大部分 (3,135,000 人) は男性で 20.8 % が 20 代 (20-24 才が 8.2%、25-29 才が 12.6%) で、26.5% が 30 代 (30-40 才が 13.8%、35-39 才 12.7%) である。渡航目的は 91.9% が短期滞在であった。出国する外国籍者においては、5 日以内の滞在期間のものが 63.3%、次いで 10 日以内が 19.4% であった。

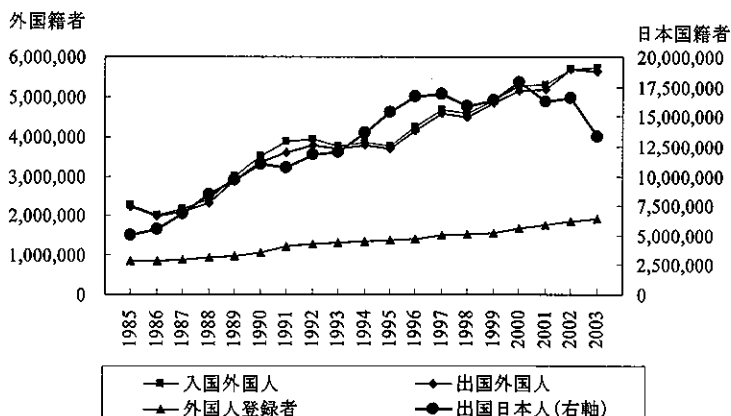
日本にいる外国籍者の多くは観光旅行を含めた短期滞在者であるが、在留外国籍者として日本で暮らすものもある。2003 年には、日本の総人口 1 億 2800 万人のうち 1,915,000 人の外国籍者が日本での在留外国籍者として登録されて、1992 年の 1,282,000 人から増加している (表 1)。登録されている外国籍者のうち、38.8% は永住者であり、残りは非永住者で、日本人の配偶者や子供 (13.7%)、長期滞在者 (12.8%)、学生 (6.6%) 等を含む。注意すべきなのは、多くの永住者は韓国人や中国人で数世代に渡り日本で暮らしている一方で、最近移動してきた人々は「ニューカマー」と呼ばれ、多くは言葉や文化の壁に直面していることである。

登録されている外国籍者の他に、かなりの数の国際移動者が合法的な滞在期間を超えても

様々な理由で残っている。法務省によれば、滞在期間を超えている者の数は現在のところおよそ 220,000 人で、1993 年の 298,000 人のピークから減少し続けている。注目すべきは、超過滞在の韓国人女性は韓国人男性の 2 倍近く (30,000 人 vs. 17,000) で、フィリピン人の場合も女性が 2 倍を超えている (21,000 人 vs. 10,000)。特に、かなりの数のフィリピン人が、ビザのカテゴリーで言う、‘興業’として日本に来ている (そして 11,000 人のフィリピン人「興業者 entertainer」が滞在期間を超えている)。人身売買によって連れてこられた人々が滞在資格を超えている場合も少なくないが、こうした取引の被害者の数はほとんど把握されていない。強制労働や性的労働のために女性や子供が人身売買されることを防ぐために、日本政府は充分に対処していないとアメリカ政府は主張し、日本を「第 2 階層」に位置付けた。同じランクにリストアップされている国に、コンゴ共和国、エチオピア、インド、ナイジェリア、フィリピン、ロシア、タイ、ベトナムなどがある。

もちろん人口の移動は一方向ではない。海外旅行は余暇として日本国民の人気の高いというだけでなく、様々な企業のビジネスに欠かせない。

2002 年には総計 17,819,000 人の日本人が海外に出国しており、1990 年 (図 1) の 10,997,000 人から 2 倍近くになっている (法務省 2001)。2000 年には総計 5,074,000 人の日本人がアメリカを訪れ、1,468,000 人が中国へ向かった (次いで台湾に 845,000 人、香港に 811,000)。日本人がよく訪れるもう一つの国は韓国で、総計 2,387,000 人であった。2001 年には、主要滞在地の記入を含む出国カードを日本国民が提出することは義



法務省『在留外国人統計』『出入国管理統計年報』

図 1. 国籍別の出入国者数の推移

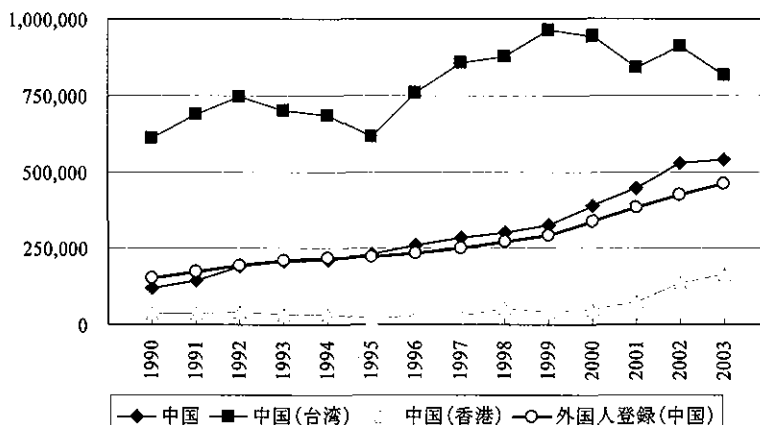
務でなくなり、それ以降は目的地の情報が入手できなくなっている。「テロに対する戦争」と SARS 感染症の負の影響は、日本に来る外国籍者より、海外旅行に出かける日本人の方が大きく、2003年には、3,226,000人、19.5%と大幅に人数が落ち込んだ。

海外で生活する日本国民は、3ヶ月以上の滞在を希望する場合、地元の領事館や大使館で登録する必要がある。ただし、登録の主導権は各個人にあり、この登録が完全に正確なものであるかはわからない。大使館や領事館は、この登録を使った統計の他にも、地元の学校や関連組織、日本企業を調査し、2003年には911,000人を超える日本人が長期滞在者または永住者として外国で登録されている(外務省2004)。1番多い国がアメリカで332,000人の日本人が登録されている。2番目が中国で77,000人の日本人が登録されている。中国における日本人居住者の規模は2002年に比べると、20.4%も爆発的に増えた。海外在住の全日本人のうち22.7%がアジアで生活しており、北アメリカは40.6%である。人口の移動はアジアの国々の間で特に多い。2003年には5,727,000人の入国外国籍者のうち、66.2%がアジアの国からで、欧州からは13.3%、

北アメリカは14.4%である。アジア人の占める割合は徐々に大きくなっている(表1)。外国籍登録者はアジア出身が74.3%を構成し、2002年より52,000人(3.8%)、1991年より262,000人(22.6%)多くなっている(法務省2004)。人口移動の関係が急速に深まったことを示す主な例としては中国があげられる。2000年には総計1,468,000人の日本人が台湾・香港を除く中国に向かい、385,000人の中国人が日本に入国している(図2)(法務省2001)。中国から日本への団体旅行が許可され、それによって中国人旅行者が2000年以來加速している。各国の長期滞在者も増加している(外務省2004)。中国(香港とマカオを含み、台湾を除く)にある日本大使館や日本領事館に登録されている日本人には2003年に76,000人の長期滞在者と1,000人の永住者がいた。2000年の45,000人の長期滞在者、666人の永住者からうなぎのぼりになった(外務省2001・2004)。同様に日本で長期滞在者として登録されている中国人は着実に増えており、462,000人の登録がある(2002年から9.0%跳ね上がった)。これは登録されている外国籍者全体の24.1%である。

20歳以上の日本人に行われた標本調査で、多

くの日本人がアジア諸国へ行ったことがあることがわかった。この調査は68.3%の回答率であった。それによれば、51.9%、1,365人の回答者が海外旅行の経験があり、海外経験のある回答者の42.1%、708人が東アジアに、33.1%が東南アジアに、ま



法務省『在留外国人統計』『出入国管理統計年報』

図2 来日・滞日中国人数の推移

た 4.2%がインドやパキスタンといった南アジアに行ったことがあることがわかった。北アメリカは 38.1%の人々が訪れていて、ヨーロッパは 27.4%であった。この調査で重要な発見は、708 人の回答者、つまり 4.4%が海外で病気になった経験があると報告したことである。

2.日本の HIV と AIDS 疫学

HIV は 1980 年代の初め、HIV が混入した血液製剤によって血友病患者の間で広まり、その事件後、この経路による感染はほぼ防がれている。そこで、血液製剤によって感染した人々は以下の分析から除外することにし、流行の傾向と、最近の根本的な問題というものを、より明確に述べ、理解できるようにする。日本の HIV 感染の特徴にはいくつか注目すべきものがあり、国際人口移動の大きな影響も含まれている。1999 年に関連法の見直しがあったが、厚生労働省は HIV/AIDS の症例報告を継続的に集めている（図 3）。この症例報告によれば、まず、HIV/AIDS の感染者数は日本の総人口 1 億 2800 万人を考えると比較的限定されている。累積数は 2003 年末までで、HIV 感染報告数は 5780 人と AIDS 患者 2892 人であり、ここには初期に血液製剤によって感染した 1432 人は含まれない。言い換えると、累積数で 10 万人に対しわずか 4.5 人の HIV 感染と 2.3 人の AIDS 患者が報告されたことになる。同様に 2003 年末現在で、推定 12,000 人の HIV/AIDS 感染者とは、人口のわず

か 0.01%、15 才～49 才までの成人 5900 万人に対して 0.02%の感染率に相当する。

もちろん HIV 感染が低いとはいえ、日本の深刻な状況ははっきりと見えてくる。日本人男性の間では HIV と AIDS 感染が急上昇の傾向であることが明白で、最近では HIV に対する関心が高くなっている。1996 年から多剤併用療法が利用されるようになったにもかかわらず、AIDS 患者が増え続けていることは特記すべきであろう。この多剤併用療法によって、他の先進国の間では、報告された AIDS 患者の数は安定し、または減少することさえあった。アメリカを始め、これらの国では、抗レトロウイルス療法を組み合わせることで HIV に感染した人々が感染を抑制し、症状が現れるのを遅らせることができるからである（CDC 2003）。この現象には少なくとも 3 つの要因が関係している。1 つの説明としては、1999 年 4 月に HIV/AIDS の報告に関する法律が変わったことである。これにより意識が高まった医師もいたであろう。言い換えれば 1999 年以降の報告の変化の一部はバイアスであり、報告される患者数が人為的に増加することになったのだろう。調査によれば、1999 年より前では、回答に応じた医師の 14%が、HIV に感染していることを診断した患者を必ずしも全て報告するとは限らないと回答したが、1999 年以降は報告しなかったのは、ほんの 6%だけだったという（谷原他 2003）。この医師の各々によって診断された PLWHA の数は判らなかつ

表 1 地域別の在外日本人長期滞在・永住者数の推移

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
総数	728,268	763,977	782,568	789,534	795,852	811,712	837,744	871,751	911,062
アジア	18.8%	20.1%	20.7%	20.4%	20.0%	20.1%	20.7%	21.6%	22.7%
太平洋	4.6%	4.8%	4.9%	5.0%	5.7%	6.4%	6.7%	7.1%	6.9%
北米	39.7%	39.3%	39.8%	40.3%	40.7%	40.9%	41.5%	40.4%	40.6%
中米	1.0%	1.0%	1.0%	1.0%	0.9%	0.9%	0.8%	0.8%	0.8%
南米	16.0%	15.0%	14.3%	13.8%	13.0%	12.3%	11.6%	11.0%	10.4%
西欧	17.6%	17.6%	16.9%	17.4%	17.5%	17.5%	16.8%	17.3%	16.8%
東欧 (NIES)	0.4%	0.5%	0.5%	0.5%	0.6%	0.6%	0.6%	0.6%	0.6%
中東	0.7%	0.7%	0.7%	0.7%	0.8%	0.7%	0.6%	0.6%	0.6%
アフリカ	1.1%	1.0%	1.1%	0.9%	0.8%	0.7%	0.7%	0.7%	0.6%
南極	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
合計	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

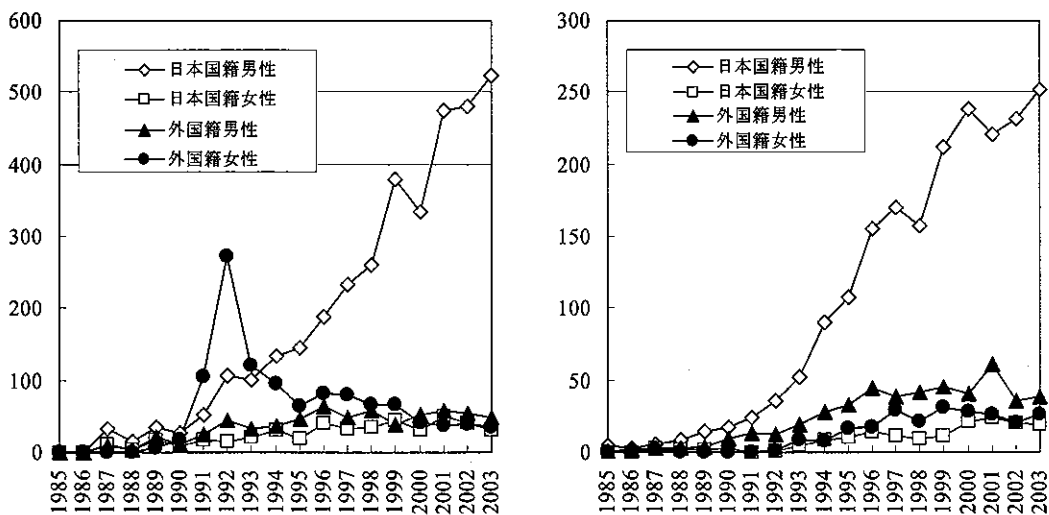
出典：外務省大臣官房領事移住部政策課『海外在留邦人数調査統計』

たが、報告状況が変わったことで増加したのはおよそ 8%ポイントの変化だと仮定できる。しかし 1998 年から 1999 年に報告された AIDS 患者は 33%も増加したことが観察されており、報告のバイアスだけではこれほどの増加を説明できない。可能性のあるもう 1 つ重要な要因としては、日本人の検査行動が限られているので AIDS の症状が発症した場合でなければ治療やケアを求めたり、医療処置を受けに来ないということである。これは確実に日本で AIDS 患者の報告が増していく一因となっていると考えられる。症例報告によって捕捉されている割合は HIV/AIDS を実際に保有している人々のおよそ 2 割程度と推計されている（松山他 1999、橋本他 2003）。さらに 1999 年に行われた全国規模の調査では回答者のうち過去 12 ヶ月の間に HIV 感染の心配があったとしているのはわずか 4%で、そのうち実際に HIV 検査を受けたのは 6 人に 1 人だけだった（木原他 2000）。さらに、HIV 有病率が徐々に上昇しているにもかかわらず、保健所の VCT は 90 年代初期ほどには活用されていない（図 4）。以上のことは日本人の意識の低さと検査受検行動が限られていることを示し

ている。3 番目に考えられる要因としては、日本人の間での HIV 感染が拡大し続けているということである。

詳細にみると、サーベイランスに報告された HIV/AIDS に感染した外国籍者人口はきわめて多いことがはっきりする。2003 年には、HIV に感染している男性で新規に報告されたもののうち 8.4%が外国籍者の中からであった。さらに AIDS の症状が出ている男性の 13.4%が外国籍者であった。さらに驚くべきことに HIV に感染している女性の 52.5%だけでなく、AIDS の症状が出ている女性の 57.8%が外国籍者であった。10 年前では日本人男性の感染報告は今よりさらに低く、日本で感染が発見された外国籍者の割合はずっと高かった。1993 年では男性の場合、報告された HIV の感染者の 24.4%と AIDS 患者の 26.4%が外国籍者であった。さらに女性では 84.5%もの HIV 感染者、64.3%の AIDS 患者の報告が外国籍者であった。日本では在日外国人の人口に占める割合は 1.7%と少数であるにもかかわらずこのように HIV/AIDS に関しては外国籍者の占める割合が高い。

同様に日本の HIV 報告の推移に目を向けて



出典:エイズ動向委員会

図 3 国籍・男女別の HIV 感染者(左図)、AIDS 患者(右図) 届出数の推移