

に 34%、1989 年には 49%だった。ゆえに、男性、女性ともに同じ割合で減少したものの、それより以前の 12 ヶ月の間に、性的パートナーを持たなかった女性の割合は男性に比べて非常に高いままである。

インターネットは 21 世紀に急速に広まった。性に関するコミュニケーションはインターネット上で盛んに行われるようになってきている。16-24 歳のほぼ全員がインターネットを利用している。コミュニケーション媒体としてのインターネットは新しい接触方法となり、以前に一般的だったのとは違う前提条件で性的パートナーを探すことを可能にした。21 世紀に入って若者の間で性的パートナーの増加や行きずりの性的関係が増えたのは、インターネットから得られる新しい機会と関連しているということは十分考えられることだ。

初体験

初体験年齢の中央値は 1970 年代末から 2004 年までずっと 16 歳前後だった。2007/2008 年に行われた若者の調査⁸では、2007 年時点での中央値はちょうど 16 歳だった。さらに、15-24 歳の若者の 18%は 15 歳の誕生日前に初体験をしていたことが分かった(表 10 参照)。また、女性では 15 歳になる前に初体験をすることが男性よりも多いことも明らかである。この研究の時点で 15-19 歳の若者は 20-24 歳の人よりも初体験が早いことに注意すべきである。

表 10. 15-24 歳の若者で 15 歳以前に初体験をした割合

Age	15-19 years		20-24 years		15-24
	Men	Women	Men	Women	
Age of debut <15 years	25%	34%	8%	13%	18%

出典：The Youth Barometer, 07/08

しかし、若者の中でも、社会経済的な階級によって、またスウェーデン人かスウェーデン人でないかによって初体験年齢が違う可能性がある。高等学校で職業訓練プログラムを受ける若者は理論的学習プログラムを受ける人より初体験がやや早いという研究結果がある⁹。ルーツがスウェーデンでない女性はスウェーデン人の女性よりも初体験が遅い傾向にあるが、ルーツがスウェーデンでない男性はスウェーデン人の男性よりも初体験がやや早いか、ほぼ同じである¹⁰。

コンドームの使用

7 回続く KAB のスウェーデン人全般についての研究をまとめた報告書から、近年になってコンドームの使用について認識が高まっていることが分かる。表 11 は性的にアクティブで、前月の性行為でコンドームを使用した人のパーセンテージを年齢層別にまとめたものである。

この表を見ると、調査結果から 2007 年のコンドーム使用は 16-17 歳でその他の年齢層よりも高いことが分かる。男性の 67%、女性の 42%が、前月中に自分またはパートナーがコンドームを使用したと回答している。表 12 を見ると 15-24 歳の若年層の 37%が最後の性行為でコンドームを使用していることが分かる。この研究ではさらに表に示すようにコンドームの使用はもっとも若い層でもっとも普及している。

表 11. 性的にアクティブで、前月にコンドームを使った人のパーセンテージ

Year	1989		1994		1997		2000		2003		2007	
Age	Men	Women	Men	Women	Men	Women	Men	Women	Men	Women	Men	Women
16-17	52	26	55	36	56	42	63	33	52	46	67	42
18-19	43	28	38	28	41	32	37	30	44	31	42	30
20-24	24	23	28	24	32	19	34	21	28	26	33	29

出典：Herlitz, HIV/AIDS in Sweden, 1987-2007

表 12. 最後の性行為でコンドームを使用したと報告した若者のパーセンテージ

Age	15-19 years		20-24 years		15-24
Sex	Men	Women	Men	Women	Total
Used a condom	49%	33%	39%	29%	37%

出典：The Youth Barometer 07/08

スウェーデンではコンドームは広い物流網で手に入り、店、薬局、それにインターネット上で買うことができる。2004年にスウェーデンではコンドームが1800万個販売され、消費額はコンドームの平均単価を5クローネ（約0.77ドル）として、約9,000万クローネ（約1,400万ドル）であると見積もられている。郡議会により無料で配布されているコンドームの数は、1987年以来著しく増えており、現在は消費量の約20%を占める。

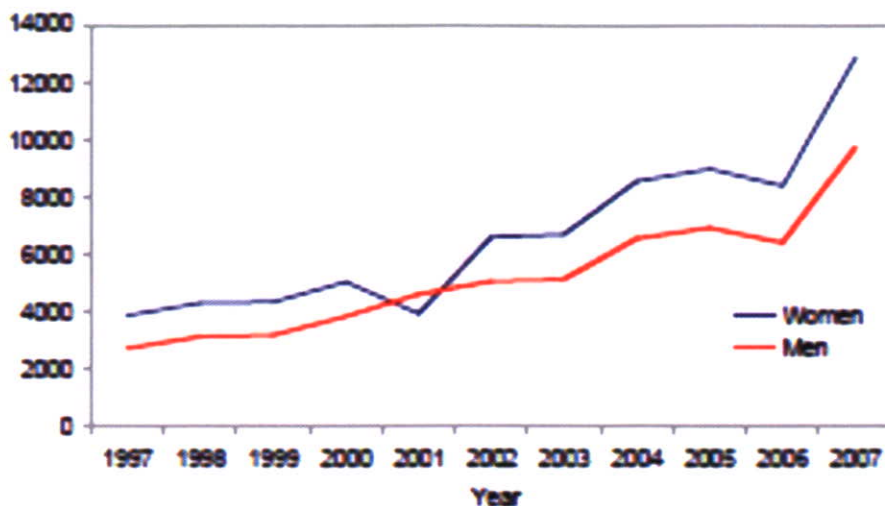
クラミジア感染

クラミジアは今やスウェーデンでもっとも多く報告される性感染症である。1988年より、クラミジアは感染症法に含まれている。感染者数は13,905件が報告された1997年から一貫して増加している。2005年には33,100件以上が報告されている。2006年には感染者数の報告が減少したが、これは2006年秋に発見されたクラミジアバクテリアの変異体について、スウェーデンの検査研究所の半数あまり

で応用されている検査方法では検出することができないためであろう。さらに、特に男性で、感染していることに気付かず、報告されない例も多数あることも考えられる。男性はクラミジア検査の統計では非常に低く見積もられており、報告例の40%でしかない。クラミジアの記録件数については地域的な差も大きく、年ごとのバラツキもある。その理由としては、検査とカウンセリングへの到達度や、健康医療ケアシステム内での処置や手続の違いがあると考えられる。

2007年の上半期、クラミジアの感染例は22,610件報告され、2006年の同じ時期より52%増加している。この増加の大部分は*Chlamydia Trachomatis*の遺伝的変異体を検出する技術が改善された結果である。また、別の説明として、検査人口が増えたことも考えられる。そのため、この結果を単純に前年以前と比較するのは難しい。上半期には下半期に比べて報告例の件数が少ないのが普通で、これは夏に感染し、休暇から戻ってきた後に検査を受けることが多いことが原因と思われる（図4）。先に見た通り、件数の半数以上は女性である（57%）。

図4. 6ヶ月ごとのクラミジア感染件数、1997-2007年



出典：SMI

年齢の中央値は、先に見た通り、女性で 20 歳、男性で 22 歳である。もっとも増加しているのは、15-19 歳の年齢層（2007 年の数値は 2006 年より 72%大きい）と 20-24 歳の年齢層（54%）である。ベクトン・ディッキンソン法（新型の変異体も検出できる検査法）を主に使用していた郡自治体では、同じ時期の報告例の増加率は 27%である。クラミジアは相変わらず異性間がおもな感染ルートである（前年の 94%）。クラミジアはスウェーデン国内でもっとも流行している感染症である。

人工中絶

現在のスウェーデンの人工中絶に関する法律は 1975 年に施行し、妊娠 18 週間までは人工中絶の自由を保証する条項が含まれる。女性だけが人工中絶を決断し、実施するよう求めることができる。年間の人工中絶件数は 2000 年以來増加している。2006 年には 36,045 件の人工中絶が行われた。2005 年は 34,978 件だった。これは、人工中絶件数が 2005 年には 1,000 人に 20.2 人だったのが、2006 年には 1,000 人に 20.6 人になったということである。10代の人工中絶については2006年には1,000

人に 25.4 人で、2005 年から 5%増加した。

ユースクリニック

現在スウェーデンにはユースクリニックが 227 件ある。当クリニックの全体目標は身体的・精神的健康を増進し、若者のアイデンティティ形成を補強し、自分の性欲を管理して無計画な妊娠や性感染症を減らすことである。ユースクリニックは若い女性・男性全員が利用できなければならない。年齢の上限は 20-25 歳の間である。もっとも一般的な上限は 23 歳である。クリニックのほとんどは年齢の下限を設けていない。

業務としては、個別のカウンセリング、検査、治療、グループ活動および支援活動などである。支援活動には、学校のクラスからの学習訪問を受けること、学校への情報提供、学校での性や人間関係に関する教育の補完活動などである。また、ユースクリニックは少年少女の集団、障害を持つ若者、移民の若者などと、対象集団を決めた活動も行っている。クリニックには常時助産婦、カウンセラーおよび/または心理学者、医師がいる。地元のニー

ズや条件に応じてそれ以外のカテゴリーの職員も配備する。

課題および改善活動

組織とリーダーシップ

スウェーデンは1980年代中期からHIV感染の予防対策を実施してきた。この活動が評価され、新しい「HIV/エイズおよび特定の感染症に対する国家戦略」が2006年に採択された。見直しの結果、素晴らしい活動もたくさんあったものの、より系統的な方法が必要であることが明らかになった。いくつかの要因から強化または刷新すべき活動も見つかった。資源配分の管理法と同様に、計画、調整および監視を担当する組織を明らかにする必要がある。これら要因のすべてが、スウェーデンでのHIV/STI予防活動の大きな再編成につながった。HIV/STI予防活動と財務編成を、有効な予防活動を維持しながら刷新および再編成を行うのは難しいことであった。

見直しのプロセス中に取組みが滞ることがあった。また、政界再編の影響で、首相が任命するHIV予防のための国家評議会の設置に関しても、当然ながら遅れが生じた。この評議会は複数の部門が関わる活動で当局と利害関係者との間を調整する特殊な役割を持っている。政界再編の影響としてさらに、計画されていた高校教育の改革が棚上げされた。ここでは性とHIVに関する教育指針が予定されていた。しかし、教育部門での全般的な取組みの多くは予防活動の基盤となりうる。

再編成と民営化プロセスを進行させつつ、スウェーデンの福祉制度再編成を行っていくことは、HIV/STI予防活動にとって根本的な組織的課題である。予防対策は医療と教育にお

ける周辺的な活動と見なされることもしばしばあり、再編成中は低い優先度しか与えられないこともある。

より明確な調整と監視の新しい仕組みが整えられようとしており、できあがれば継続的に活動の監視と調整ができるようになるだろう。

スウェーデンへの移民

スウェーデン政府とスウェーデン地方自治体連合との間で結ばれた契約では、地方自治体はその契約の適用範囲であるスウェーデンへの移民（亡命者など）に健康カウンセリングと健康診断を提供することになっており、その中にHIV検査も含まれる。これは適用される人が郡市に居を構え、スウェーデン移民局に登録してからできる限り早期に実行される。対象グループでこうした健康診断を受けている割合は40%程度と概算されている。健康診断を受ける亡命者の割合については地方的な差異も存在する。カウンセリングと健康診断の実施もスウェーデン国内全体で見るとバラツキがある。NBHWの広報1995:4（「亡命者および難民に対する健康医療サービス」）では、カウンセリングと検査を進める方法についていくつかのアドバイスを掲載している。移民の親戚は、多くがHIV感染率の高い地域から移住してきており、健康診断へのアクセスが非常に限られた移民集団となっている。

国家戦略の中間目標2では亡命者と移民の親戚の間でのHIV感染を2ヶ月以内に把握すべきと明記されている。疫学的監視を深め、外国にルーツを持つ、高いリスクにさらされている人に到達する方法を確立すべきである。国家戦略では、HIV拡大防止活動における亡命者、移民の親戚などへの健康診断の重要性も強調している。

現在NBHWでは、新規亡命者や移民の親戚などに対する健康カウンセリングや健康診断、HIVやSTIの検査を大幅に増やすための幅広い支援活動計画を作成することを目的としたプロジェクトが進行中である。このプロジェクトは「健康、医療および福祉サービスにおける人権」と名付けられた、NBHWのいくつかのプログラムを包括するプロジェクトの枠内で実施されている。プロジェクトの側面のひとつとして、こうした検査を受ける権利のある人々が実際に受けられているか、また、よりリスクの高い行動をとる他の人々に同じ権利が与えられるべきかどうかを吟味することがある。NBHWは亡命者だけでなく新規移民の全員がスウェーデン到着の際に健康カウンセリングと健康診断を受けられるようにする活動を継続している。

監視と評価

国レベル

スウェーデンは以前まで国家的なHIV予防活動の枠組みを持っていなかった。2005年に通過した国家戦略の運用を進めるための作業が現在進行中で、これがスウェーデンでのHIV予防活動の指針となる予定である。この運用戦略は国家戦略で策定されたよりリスクの高い行動を取る人の種別によって8つの領域に分かれている。つまり、男性同性愛者、注射薬物使用者、感染率の高い地域にルーツを持つ人、若者と若年成人、海外旅行者、妊娠女性、商業的セックスに関わる人、HIV感染者と生活する人である。目標は今後作成される予定で、政府法案で規定された戦略と活動を監視するにあたり、適切な指標を特定する作業が開始されている。これからのスウェーデンの発展に追随する、他国との比較を可能にする、コミットメント宣言の監視を強化する、といった目的にできる限り見合う指標が特定

される予定だ。さまざまな領域での国家的活動の枠組みを作成し、運用戦略に組み込む。

NBHWにHIV予防課を設置し、そこに調整、監視および評価の明確な役割を課し、将来の系統的な監視が容易にできるようにする。スウェーデンで機能する監視システムを設立するときの最大の課題は、郡評議会、地方自治体から国レベルへ情報を定期的に報告するシステムを作ることである。

地方、地域レベル

一般社会向けおよびよりリスクの高い行動を取る人向けの予防措置を実行するのは、大部分が郡評議会と地方自治体の責任である。国は地域および地方レベルの活動を法律の規制によって管理できる。法律には感染症法と健康および医療サービス法がある。公衆衛生に向けた複数の分野にまたがる取組みは規制されておらず、政府助成金の供与や知識の頒布などといった他の手段によってのみ、管理することが可能である。HIVおよびSTIの予防に向けた政府助成金として、総額で1億4600万クローネ（約2200万ドル）が計上されている。その3分の2は地方および地域の活動に充当されている。

NBHWは政府助成金の支援を受けて実施される活動に関する情報を収集し、地方および地域の活動を追跡調査する。スウェーデン感染症管理研究所は感染症の流行の監視を地方の郡医療担当官を通して行い、担当官はHIVの感染件数を報告する。この監視体制はうまく機能している。NBHWは、よりリスクの高い行動を取る人向けに幅広い地域への資金配分と、地方および地域の活動の体制を調整している。

さらに知識管理の方法もある。これには知識伝道の支援や知識の増進があり、この方法に

より地方および地域の予防活動の基盤を作る。2006～2007年、各郡評議会および大都市自治体の中でHIVとSTI問題の焦点が特定された。焦点となる問題とHIV予防活動で政府助成金を受けける組織について「論理的枠組みによるアプローチ」の方法のトレーニングが行われた。

スウェーデンの地域および自治体での活動はその場所の条件や要件によってまちまちである。活動の計画、管理および組織化もスウェーデン国内で違いがある。そのため、国レベルで報告を調整する際に問題が起こる。NBHWは地方および地域の活動について統一された報告体制を策定した。この体制は2008年に始まり、次の情報を毎年収集する。

- ・ 計画、監視および調整のシステム
- ・ 地方および地域の研究および評価
- ・ 情報の取組みとその目標
- ・ 政府助成金を受けて実行される活動と、その活動の国家的目標との関係

この年次情報はフォローアップ訪問で補完される。全郡評議会および大都市自治体は2007年10月から、3年おきに訪問を受けることになる。

謝辞

保健福祉庁のHIV予防国家調整課は、さまざまな部門にわたるたくさんのパートナーの協力を得てUNGASS報告書2008を作成した。次の機関、研究所および団体がこの報告書に貢献した。

ダラルナ研究所(行動データ、全般人口統計)、カロリンスカ研究所(注射薬物使用者・疫学的データ)、カロリンスカ大学病院(抗レトロウイルス療法)、マルメ大学(男性同性愛者)、

スウェーデン感染症管理研究所(疫学的データ)、社会医療再拘留プロジェクト(注射薬物使用者)、保健福祉庁、NBHW(UNGASS報告書NCPI Part Aの調整)、スパイラル・プロジェクト(セックスワーカー)、フェンヘルサン(男性同性愛者)

次の団体は国家複合的指針インデックスPart Bの作業に参加した団体である。

HIV-Sweden

RFSL

RFSU

ソマリア医療チーム/The Somali Health Team

ノアの方舟/Noah's Ark

本報告書はカロリーナ・クヴァルナレ監督官とヴィヴェカ・ウルウィッツ部長が編纂した。

脚注

1. スウェーデンの国家戦略ではこの用語は売春の犠牲者を指す。
2. Claes Herlitz, HIV/AIDS in Sweden 1987-2007: Knowledge, attitudes and behaviours of the general population during 20 years, Dalarna Research Institute
3. LGBT-Lesbian(レズビアン)、Gay(ゲイ)、Bisexual (バイセクシャル) および Transgender (トランスジェンダー) の略。
4. Lewin, Fugl-Meyers, Helmius, Lalos & Månsson, 1997, Macdonald et al., 2004
5. 本分析の初版は2007年末にマルメ大学より出版された。
6. Maria Addiction Centre, Beroendecentrum Stockholm, The Socio-Medical Remand Project, The Social Services Committee in Stockholm, The Stockholm City Mission and The Salvation Army
7. Claes Herlitz, HIV/AIDS in Sweden, 1987-2007: Knowledge, attitudes and behavior of the general population during 20 years, Dalarna Research Institute
8. The Youth Barometer (07/08)
9. Edgardh K. (1992). Tonåringer, sex och samlevnad. : Förlagshuset Gothla.
- Hägström-Nordln, E. (2005). Worlds Apart? Sexual Behaviour, Contraceptive Use, and Pornography Consumption among Young Women and Men, Uppsala University.
10. Forsberg, M. (2006), Brunettes and Blondes. Youth and Sexuality in Multi-Cultural Sweden. Gothenburg University.

略号

AIDS	後天性免疫不全症候群／Acquired Immune Deficiency Syndrome
ART	抗レトロウイルス療法／Antiretroviral Therapy
HIV	ヒト免疫不全ウイルス／Human Immunodeficiency Virus
IDU	注射薬物使用者／Injecting Drug User
KI	カロリンスカ研究所／Karolinska Institutet
LAFAP	ストックホルム自治体 AIDS 予防プログラム／Stockholm County AIDS Prevention Programme
LGBT	レズビアン、ゲイ、バイセクシャル及びトランスジェンダー／Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender
MSM	男性同性愛者／Men who have sex with men
NBHW	保健福祉庁／National Board of Health and Welfare
NCPI	国家複合的政策指標／National Composite Policy Index
NGO	非政府組織／Non-Governmental Organization
RFSL	スウェーデン・レズビアン、ゲイ、バイセクシャル及びトランスジェンダー連盟／Swedish Federation for Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Rights
RFSU	スウェーデン性教育協会／Swedish Association for Sexuality Education
SEK	スウェーデン・クローネ／Swedish Crown
SIDA	スウェーデン国際開発機関／Swedish International Development Agency
SMI	スウェーデン感染症管理研究所／Swedish Institute for Infectious Disease Control
STI	性感染症／Sexually Transmitted Infection
SW	セックスワーカー／Sex Worker
UNGASS	国連エイズ特別総会／United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS

エイズ発生動向、調査体制、対策の分析：特にエイズと結核の統合型対策 についての研究開発

分担研究者：

野内ジンタナ（財団法人結核予防会結核研究所 国際部国際研修科科长代理）

研究協力者：

河津 里沙（財団法人結核予防会結核研究所 研究部リサーチフェロー）

伊藤 千頭（東京大学大学院医学系研究科国際保健計画学教室）

わが国は結核中蔓延国であるとともに、HIV 感染者及びエイズ患者数の持続的増加傾向が認められる国でもあるため、今後、エイズ合併結核に関しては十分な対策上の準備が必要である。本研究では先進諸国（英国・カナダ）及びタイにおけるエイズ合併結核の現状を調査し、各国の対策の特徴や過去の教訓を明らかにすることで、わが国への応用性を探った。英国やカナダでは HIV・結核ともに低蔓延国であるにも関わらず、全ての結核患者に対する一律 HIV 抗体検査や、新規 HIV 感染者の結核スクリーニングの開始などの対策が進んでいる。またタイは経済的には「先進国」とは言えないものの、特にエイズ・結核高蔓延地域である北部などでは、患者を中心としたエイズ合併結核に対するケアが充実している。歴史的・政治的・社会経済的な要因が異なる英国、カナダ及びタイと日本を単純に比較することはできず、外国の成功例をそのまま日本の状況に当てはめるのは難しい。しかし、英国、カナダ及びタイにおけるエイズ結核対策や今後の戦略の中で、日本の状況に合わせて検討可能な要素として以下が考えられる。1) 研修や講習会、勉強会などを通じ、エイズ及び結核に携わる医療関係者（医師、看護師、保健師等）のエイズ合併結核に対する知識及び認識を高めること。2) 関係組織内部及び組織間の連携を強化し、同時にそれぞれの役割や義務を明確にすること。3) エイズ教育に結核教育を、あるいは結核教育にエイズ教育を組み込んだ啓蒙活動を通じ、一般市民のエイズ合併結核に対する知識及び認識を高めること。4) HIV 感染者の結核スクリーニングや結核患者の HIV 抗体検査に関しては、日本の現状に適した標準化したガイドラインを作成すること。5) 在日外国人に対するエイズ合併結核対策に関しては、国際条約など普遍性が高いものを基準とし、また医療従事者側からだけでなく、当事者側からの視点も十分に反映した、持続可能な政策を検討策定すること。

A.研究目的

主任研究テーマである「先進国を中心とした海外におけるエイズの発生動向、調査体制、対策の分析に関する研究」は、ヨーロッパ及び北アメリカ諸国など先進諸国における発生動向、動向調査、調査体制などを調査・分析し、実施された対策とその後の発生動向との関連を探ることにより、日本における効果的な動向調査体制の確立と対策の立案に資することを目的としている。昨今では、世界的規模においてエイズ合併結核が増加傾向にあり、効果的なエイズ対策を検討するためには結核対策との連携が重要であると考えられる。更に 2004 年には WHO が” HIV-TB interim policy”と題した報告書¹の中で、エイズ結核対策の枠組みを提案しており、HIV 対策と結核対策の連携の重要性を強調している。

結核中蔓延国と分類されているわが国においても、近年、特に大都市圏内では若年者の結核減少が鈍化している。また、わが国は先進国の中で、唯一 HIV 感染者及びエイズ患者数が増加し続けている国である。一般人口の HIV 感染症に関する認識度は決して高いとは言えず、HIV 抗体検査の普及もまだまだ不十分である。

また、若者の性行動の調査にも示唆されているように、危険な性行動による HIV 感染は確実に広がっており、HIV 感染と結核が一致する状況は既に出来上がってきている。更に結核と HIV が蔓延している海外からの労働者の増加が不可避である点からも、わが国におけるエイズ合併結核には今後、

十分な対策上の準備が必要である。

従って、本研究では先進諸国（英国・カナダ）及びタイにおけるエイズ合併結核の現状を調査し、各国の対策の特徴や過去の教訓などを明らかにすることで、わが国への応用性を探ることを目的とした。

B.研究方法

文献データベース (PubMed) を用いて、2007 年 4 月から約 6 ヶ月間にわたり、検索を行った。前述した WHO の “HIV-TB interim policy”の中で効果的なエイズ合併結核対策の要として挙げられている結核患者の HIV 抗体検査、HIV 感染者の結核スクリーニング、及び HIV 対策と結核対策の連携に焦点を当てた。 “HIV/AIDS AND tuberculosis AND UK/Canada/Thailand”, “HIV testing AND tuberculosis AND UK/Canada/Thailand”, “HIV/AIDS AND tuberculosis AND immigrants”などのキーワードを中心に、1990 年以降の文献・論文・資料（英語のみ）を渉猟した。また、各国の保健省や関係機関、NGO や国際機関のホームページ内で公開されている関連文献や資料を検索した。更に、各国の政策関係者に対して電話インタビュー、あるいは電子メールでの簡易アンケート調査を行った。

C.結果

英国とカナダは両国共に結核・エイズ低まん延国に分類されている。タイは結核・エイズ高まん延国、日本は結核中まん延国、エイズ低まん延国である。これらの国のエイズ結核対策を比較すると次のような相違

¹ WHO Interim Policy on HIV/TB Collaborative Activities. WHO: Geneva 2004

点が挙げられた。主な結果を表 1 にまとめた。

I 結核患者の HIV 対策について

(1) 公費負担制度

英国とカナダではそれぞれの医療保健制度（英国は National Health Service、カナダでは Medicare）の加入者であれば HIV/AIDS に関する医療費は基本的に全額公的負担である。細部において異同はあるが、医療保険制度の対象者となるためには英国、カナダ共に国籍の有無ではなく定住しているか否かが主な条件になっている。一方で、タイの場合はタイ国籍者（タイ国籍身分証明書の保持者）に限り、HIV/AIDS の医療費が公的負担となる。日本では HIV/AIDS に関する医療費は健康保険のほか、高額医療費制度、身体障害者手帳、自立支援医療費制度、重度障害者医療制度、障害年金などを利用することができ、制度の利用範囲によって自己負担額は異なるが、全額公的負担にはならない。

(2) HIV 検査

結核患者に対する HIV 抗体検査については、英国、カナダ及びタイではそれぞれの専門機関が発行しているガイドラインによって全ての結核患者に対する HIV 抗体検査が推奨されている^{2,3,4}。しかし実際には、全ての結核患者に対して HIV カウンセリング

及び検査を実施できている国はなく、また実施率も把握されていない。日本ではそもそもガイドラインが策定されておらず、病院によっては「疑わしい場合」は HIV 抗体検査を実施している、というのが現状である。

(3) HIV 陽性結核患者に対する ARV 療法及び日和見感染症の予防

HIV 陽性結核患者に対する ARV 療法及び日和見感染症の予防に関しては詳細が異なるが、4 国において CD4 数によって結核治療と共に ARV 療法及びコトリモキサゾールによる予防療法を開始することが推奨されている。

II HIV 陽性者及びエイズ患者の結核対策について

(1) 結核医療費

結核医療費に関しては、英国、カナダ、タイにおいてはそれぞれの保健制度の対象者であれば全額公的負担である。日本においては、入院医療費は全額公費負担であるが⁵、通院医療費は 5%が自己負担となる。対象となる医療費には、抗結核薬による化学療法・外科的療法・骨関節結核の装具療法・エックス線検査・結核菌検査・赤血球沈降速度検査に要した費用が含まれる。

(2) HIV 陽性者及びエイズ患者に対する結核スクリーニング

HIV 陽性者及びエイズ患者に対する結核スクリーニングは各国において対応が異なる

² British HIV Association Treatment Guidelines for TB/HIV Infection, BHIVA, 2005.

³ Canadian Tuberculosis Standards, 6th edition. Public Health Agency of Canada, 2007.

⁴ Guidelines for Integrating TB and HIV/AIDS Services. Bureau of AIDS, TB and STIs Department of Diseases Control Ministry of Public Health, Thailand. Bangkok: The National Buddhism Publisher, 2005.

⁵ ただし、所得税額が 150 万円を超える場合は、2 万円の自己負担。

る。例えば英国では HIV 感染者の結核スクリーニングは特に推奨されていない。前述した英国エイズ協会のガイドラインはアメリカで実施されている新規 HIV 感染者に対するツベルクリン反応検査の効果について慎重な姿勢をみせており、「結核低まん延国における結核対策としては必ずしも効果的な対策であるとは断言できない」と述べている⁶。

一方、カナダでは結核スクリーニング（胸部 X 線検査等）及び isoniazid による予防療法が推奨されており、実際にトロントやオンタリオといった大都市では HIV 関連施設や、ハイリスク集団とされている先住民が多く移住する First Nations といわれる地域を中心に、胸部 X 線検査による結核スクリーニングが行われている^{7,8}。しかし他の地域におけるそのようなスクリーニング等の実施の有無は不明である。結核患者に対する HIV 抗体検査と同様、ガイドラインと現実に差があることは否定できない。

またタイにおいては政府に対し INH 予防療法に関する専門的・技術的な助言を行う technical advisory group がガイドライン⁹を発行しており、2001 年より 22 箇所 of 病院や医療施設にて試験的に INH 予防療法が導入された。しかし実際の実施率などは全国的なレベルでは把握できておらず、結核患者に対する HIV 抗体検査と同様、同国においてもガイドラインと現実に差があること

は否定できない。

日本では、潜在性結核感染症の治療の対象として、HIV 感染者が含まれている。ツ反陽性で BCG 未接種者、ツ反 15 mm 以上/QFT 陽性の BCG 接種者で INH6 か月投与が推奨されている。胸部レントゲン撮影については、初診時以降は「適宜」という以外に撮影の基準はなく、「適宜」の臨床的な考え方（目安）は、以下のとおりである。

1) CD4 数が高値有症状など（結核の鑑別が必要な場合）
2) CD4 数が低値（ $<200/\mu$ l）年 1 回程度（PCP 等の肺炎の可能性）。

⁶ British HIV Association Treatment Guidelines for TB/HIV Infection, BHIVA, 2005. p.17

⁷ The role of routine tuberculin skin testing in an HIV outpatient clinic in Canada. Demers B et al. Int Conf AIDS. 1992 July 19-24; 8:73

⁸ Tuberculosis screening and management in HIV-specialty care in Ontario, Canada. Millson P, Rachilis A. Int Conf AIDS. 1998 July 12:140

⁹ Tuberculosis Division. Ministry of Public Health, Thailand. The National Strategies for Integrating TB/HIV Prevention and Care. Bangkok: The National Buddhism Publisher 2001.

表1 各国のエイズ合併結核対策

	英国	カナダ	タイ	日本
人口(2007年) ^a (人)	60,776,238	33,390,141	65,068,149	127,433,494
GDP(ppp) ^b (\$)	33,238	33,375	8,677	31,267
総医療費の対GDP比 ^b (%)	7.0	6.8	2.3	6.3
HDI順位(値) ^b	16(0.946)	4(0.961)	78(0.781)	8(0.953)
HIV成人感染率 ^c (%)	0.2	0.3	1.4	<0.1
結核報告件数(2005年) ^d (件)	8,494	1,522	91,374	36,065
結核罹患率(2005年) ^d (人口10万対)	14	5	142	28
成人結核患者中の抗HIV陽性率 ^d (%)	6.7	8.3	7.6	0.7
結核患者に対するHIV対策について				
○ HIV/AIDS医療費	National Health Insurance 加入者であれば全額公 的負担	Medicareの対象者であ れば基本的には公的負 担だが、抗ウイルス薬に 関しては州により負担 額と対象になる薬が異 なる	Thai National Identity Card(タイ国籍身分証明 書)の保持者であれば全 額公的負担	健康保険のほか、高額医 療費制度、身体障害者手 帳、自立支援医療費制 度、重度障害者医療制 度、障害年金などを利用 できる。制度の利用範囲 により、自己負担額は異 なる
○ 結核患者に対するHIVカウン セリング及び検査	ナショナル・ガイドライ ンによって、全ての結核 患者に対するHIV検査 が推奨されている	ナショナル・ガイドライ ンによって、全ての結核 患者に対するHIV検査 が推奨されている	ナショナル・ガイドライ ンによって、全ての結核 患者に対するHIV検査 が推奨されている	ナショナル・ガイドライ ンはない。病院によって は、疑わしい場合(若い 男性など)に行っている ところもある
○ HIV陽性結核患者に対する ARV療法及び日和見感染症の 予防	CD4数によって結核治 療と共にARV療法及び コトリモキサゾールに よる予防療法を開始	CD4数によって結核治 療と共にARV療法及び コトリモキサゾールに よる予防療法を開始	CD4数によって結核治 療と共にARV療法及び コトリモキサゾールに よる予防療法を開始	CD4数によって結核治 療と共にARV療法及び コトリモキサゾールに よる予防療法を開始

<p>HIV 陽性者及びエイズ患者の結核対策について</p> <p>○ 結核医療費</p>	<p>National Health Insurance 加入者であれば全額公的負担</p>	<p>Medicare の対象者であれば全額公的負担</p>	<p>Thai National Identity Card (タイ国籍身分証明書) の保持者であれば全額公的負担</p>	<p>入院医療費は全額公費負担。ただし、所得税額が150万円を超える場合は、2万円の自己負担。通院医療費は、5%の自己負担(対象となる医療費は、化学療法・外科的療法・骨関節結核の装具療法・エックス線検査・結核菌検査・赤血球沈降速度検査など)</p>
<p>○ HIV 陽性者及びエイズ患者に対する結核スクリーニング及びINH 予防内服</p>	<p>ナショナル・ガイドラインは新規 HIV 感染者に対する結核スクリーニングに関しては得に推奨していない</p>	<p>ナショナル・ガイドラインによって胸部 X 線検査による結核スクリーニング及び INH 予防内服が推奨されている</p>	<p>ガイドラインによって INH 予防内服が推奨されている</p>	<p>HIV 感染者の初診時の検査項目に胸部 X 線検査が挙げられている。ツ反陽性で BCG 未接種者、ツ反 15 mm 以上/QFT 陽性の BCG 接種者で INH6 ヶ月投与</p>

参照：

^a CIA-The World Fact Book. <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook> (retrieved 21 November 2007).

^b UNDP Human Development Report 2007/2008

^c WHO Report on the Global AIDS Epidemic 2006

^d WHO. WHO Report 2007 Global Tuberculosis Control Surveillance, Planning, Financing. WHO: Geneva, 200

III 非合法滞在者のエイズ結核対策について

次に各国のいわゆる非合法滞在者（合法的な滞在資格を持たない外国人）に対するエイズ結核対策を比較した。主な相違点を表2にまとめた。

(1) 入国審査時の強制的 HIV 抗体検査及び結核スクリーニング

英国では日本と同様に現在のところ移住者に対する入国審査時の強制的 HIV 検査及び結核スクリーニングは実施されていない。

一方、カナダでは同国における滞在予定期間が6ヶ月以上であり、尚且つ入国予定日から遡って過去一年間に、健康診断が必要とされる国や地域に6ヶ月以上滞在していた場合、もしくはカナダ入国の目的が乳幼児（or 小児、子ども、未成年者）や高齢者の世話・介護・医療・教育などに関わる就労である場合には、入国に先立って健康診断が求められる。その中には胸部レントゲン検査と HIV 抗体検査¹⁰が含まれており結核スクリーニングの結果活動性結核と診断された場合は、治療を受けて非活動性と証明されない限り入国は許可されない。また、HIV 陽性と判断された者は「カナダの社会保障サービスへの過度の負担」になると考えられ、入国が拒否される場合もある。

またタイにおいては「登録難民」申請者¹¹には結核を含む7つの疾病に関する検査が義務付けられているが、その中に HIV 抗体検査は含まれていない。申請の認められた

¹⁰ HIV 抗体検査は2002年1月以降に含まれるようになった。

¹¹ 登録移民とはタイ政府に公式に認められたラオス、ミャンマー及びカンボジア出身の移民労働者のことを指す。彼らは1年単位で移住許可及び就労許可が与えられる。

者が検査時、あるいは検査後に活動性結核と診断された場合は、タイの公費による無料の治療が提供される。HIV に関しては、陽性と診断された場合でも特に入国が拒否されることといったことはないが、この場合はタイの公費による無料の ARV 療法は提供されない。

(2) 非合法滞在者のエイズ治療へのアクセス

比較を試みた4ヶ国のいずれにおいても、合法的な滞在資格を持たない者は、エイズ合併結核に関する医療サービスへのアクセスが極めて制限される。英国・カナダに関しては緊急医療制度があり、結核やエイズ関連の疾病で重篤状態にある場合は「非常事態」と認められ緊急医療の対象になる場合もある。しかしこの場合、緊急医療で治療が受けられるのはあくまでその疾病に対してのみであり、HIV 感染への対処（ARV 療法など）は認められていない。

タイにおいては、特に北部では隣国からの非登録移民者のエイズ合併結核が懸念されているが、彼らを支援・保護する法的な枠組みは現段階では存在していない。エイズ合併結核に関するアクセスは国境無き医師団（MSF）などの国際支援団体が提供する医療・福祉サービスによってのみ保障されている。

また日本においても滞在資格のない外国人への医療費を補助する枠組みは存在していない。また、医療費の支払いが困難な外国人を治療する際に適用が可能な制度としては、「行旅法」、「救命救急センター運営事業交付金制度」、「外国人医療費未払い補填事業」などが挙げられるが、「行旅法」、「外国人医療費未払い補填事業」の適用は、東

京、神奈川、埼玉など一部地域で適用されているのみであり、日本全国全ての医療機関で適用されているわけではない。

表2 各国の移民に対するエイズ結核対策

	英国	カナダ	タイ	日本
移民数 2005年(推定)°(人)	5,408,118	6,105,722	1,050,459	2,048,487
移民増加率 2000 - 2005年(推定)°(%)	2.5	1.9	4.4	4.7
移民に対するエイズ結核対策について				
○ 入国審査時の強制的 HIV 抗体検査及び結核スクリーニング	なし	あり (カナダにおける滞在期間が6ヶ月以上であり、カナダ入国予定日から見て過去一年間に、健康診断が必要とされる国や地域に6ヶ月以上滞在していた場合、あるいはカナダ入国の目的が子供や高齢者の世話や介護、医療、教育に関わる就労である場合)	結核検査はあり HIV 抗体検査はなし (登録移民は結核を含む7つの疾病に関する検査が義務付けられている。HIV 抗体検査は希望すれば受けることができるが、検査費用は自己負担)	なし
○ HIV 陽性あるいは結核と判明した場合の対応	なし	活動性結核と診断された場合は、治療を受けて非活動性と証明されないとい入国は許可されない。HIV 陽性と判断された者は「カナダでの社会保障サービスへの過度の負担」になりなると考えられる	活動性結核と診断された場合、治療は無料で受けられる。HIV 陽性と診断された場合、特に入国が拒否されることといったことはないが、無料で ARV 療法を受けることはできない	なし

<p>○ エイズ合併結核に関する アクセス</p>	<p>NHS 対象者でなければ基本的な自己負担（HIV カウンセリング及び検査は匿名無料で受けられる）。合法的な滞在資格を持たない者に対しては医療費を補助する法的な枠組みはないが、緊急医療制度はある</p>	<p>Medicare 対象者でなければ基本的に自己負担。合法的な滞在資格を持たない者に対しては医療費を補助する法的な枠組みはないが、緊急医療制度はある</p>	<p>タイ国籍身分証明書の保持者でなければ自己負担。合法的な滞在資格を持たない者に対しては、現在は国境なき医師団（MSF）などの国際支援団体が医療・福祉サービスを提供している</p>	<p>国民健康保険は、1年以上の滞在者であれば加入でき、加入者は日本人と同様の医療保障の対象となる。滞在資格のない外国人への医療費を補助する枠組みはない。医療費支払い困難な外国人を補助する制度は幾つかあるが、それらの制度が日本全国すべてで適用されているわけではない</p>
-------------------------------	---	--	---	--

参照：

^e United Nations population Division. World Migrant Stock: The 2005 Revision Population Database. <http://esa.un.org/migration> (retrieved 15 December 2007)

IV 国レベルでの対策方針について

国レベルでのエイズ対策と結核対策の連携に関しては、タイを除く3ヶ国にエイズ結核対策合同委員会といったような組織は設置されていない。

英国においては2007年、国際市民グループであるリザルツ (RESULTS) の英国支部が、政府レベルでのエイズ対策と結核対策の連携が欠如していることを、英国政府に対して厳しく批判している¹²。電話インタビューを行った Health Protection Agency の呼吸器部部長である John Watson 氏はこの点に関し、これまで英国に合同委員会が設置されてこなかった理由として、エイズと結核の歴史的背景の相違や、英国におけるエイズ合併結核の現状からするとその必要性が未だ感じられないことを挙げている。

カナダにおいても、前述した “Canadian TB Standards” は “collaborative TB/HIV activities” について、「結核低まん延国であるカナダにおいては、現時点で既に実施されている活動（結核患者の HIV 抗体検査や抗ウイルス療法、HIV 感染者の結核スクリーニングなど）以上の公衆衛生的なレベルでの対策は必要ではない」と述べており、国レベルでのエイズ対策と結核対策の連携の必要性を認めていない。

日本でも英国、カナダと同様、国レベルでのエイズ結核対策合同委員会といったものは設立されておらず、厚生科学審議会感染症分科会結核部会、及び感染症部会エイズ・性感染症ワーキンググループが個別に存在しているのみである。

一方タイにおいては2004年に国家結核

対策プログラム(National TB Programme = NTP)と国家エイズ対策プログラム(National AIDS Programme = NAP)との連携を強化するため、Joint NTP-NAP チームが発足し、システムの開発、人材育成、ロジスティックス活動、共同モニタリングなどといった活動を行っている。また、エイズ結核合併症に対する統合型政策のナショナル・ガイドラインを開発し、様々な取り組みを促進している。

V 日本の現状：保健師のエイズ結核対策に関する意識調査より

ここで本研究の補足研究として実施された調査の結果を抜粋して紹介する。この調査は日本における地域レベルでの結核、及びエイズ対策の窓口とも言える保健所・保健センターに勤務する保健師を対象に、エイズ結核対策に関するフォーカス・グループ・ディスカッション(FGD)を行ったものである。参加者は全て財団法人結核予防会結核研究所が2007年9月に主催した研修に参加した保健師である。FGDの参加者は全員で22名(全て女性)、1グループあたり5~6名とし、2日間に亘って計4回のFGDを行った。ディスカッションは全て参加者の同意のもとにICレコーダーで録音して、後日逐語的に書き起こし、質的内容分析を行った。FGDでは「今後の日本のエイズ合併結核の動向について」、「WHO HIV-TB interim policy について」、「今後日本においても必要であろうと思われる取り組みや活動について」など、幾つかのテーマに沿って意見の交換をしてもらったが、ここでは「今後日本においても必要であろうと思わ

¹² An Inadequate Response. Results UK. 2007

れる取り組みや活動について」に関する意見を紹介する。

分析の結果「今後日本においても必要であろうと思われる取り組みや活動について」は、主に以下の2つのテーマが浮かび上がった。

最初に浮かび上がったテーマは、参加者の多くが研修に参加するまでは「エイズ合併結核に対して高い意識を持っていなかった」と述べており、何よりも「意識の向上、改革の必要性を感じている」ということであった。しかもそれは必ずしも参加者ら保健師に限ったことではなく、複数の参加者が「病院の先生達」、あるいは「患者さん」、「一般の人達」にもっと「エイズと結核を

結びつけて考えて欲しい」と発言していた（Box 1 参照）。

次に明らかになったテーマは、「病院やその他の関係機関との連携のあり方と、それぞれの役割を明確にして欲しい」ということであった。参加者の中には、結核患者を対象としたエイズに関する啓発活動やカウンセリングは、保健所の保健師が進んでやるべきである、あるいはやりたいと感じているものの、エイズ合併結核に関する保健所の役割が明確化されていないまま行動に移しては他の機関との関係がこじれてしまうのではないかと、という不安から、結局何もできないでいる自分に苛立ちを感じている者が少なくなかった（Box 2 参照）。

Box1: 意識の向上について

「私達」

- 「自分達の意識がそこまで及んでないと言うか・・・現場でもそう言うこと（合併症）が話題にすら上がっていないと言う現実があって、だからまず自分達でそういう目を持つ、って言う意識改革が必要だと思う」

「病院の先生達」

- 「お医者さんの方でもっと（合併症の可能性について）考えていてくれるといい」
- 「まずは現場のお医者さんのなかでそう言う意識がないとね」
- 「やっぱり臨床のお医者さんたちが両方（エイズと結核）持つケースがある、ってそう言う意識をもってくれないと」

「患者さん」「一般の人達」「地域」

- 「まず患者さんが（HIV）検査が必要なんだ、ってわかってほしい」
- 「本人（患者）さんの（HIV検査に対する）理解が少しでもアップしてくれたら・・・」

Box 2: 病院やその他の機関との連携のあり方とそれぞれの役割について

保健所が結核患者に対してエイズに関する啓発やカウンセリングをすることについて

- 「こちらが（カウンセリングとか）やって、医療機関がいいよ、って言ってくれるならどんどんするけど。でも医療機関のそう言う理解がないのに、そうやって検査とか患者さんに勧めて病院とぎくしゃくしてもいけないし・・・そこに問題があるんじゃないかな」
- 「やっぱりバック（病院）がきちんとしてないと、保健所では（カウンセリングに）踏み切れないと言うか・・・」
- 「保健所にどれくらいやらせてくれるのか、ってそこがクリアになれば・・・」
- 「私は今だと病院から情報がもらえなくて困っているので、そのあたりの連携をもうちょっとうまくできるといいな、と思います」
- 「（それぞれの機関の）役割分担をはっきりさせておけば、動きやすくなると思います」