

8. CDC. Late versus early testing of HIV—16 sites, United States, 2000–2003. *MMWR* 2003;52:581–6.
9. CDC. Revised guidelines for HIV counseling, testing, and referral. *MMWR* 2001;50(No. RR-19):1–62.
10. CDC. Recommendations for HIV testing services for inpatients and outpatients in acute-care hospital settings. *MMWR* 1993;42(No. RR-2):1–10.
11. CDC. Revised recommendations for HIV screening of pregnant women. *MMWR* 2001;50(No. RR-19):63–85.
12. Institute of Medicine, National Research Council. Reducing the odds: preventing perinatal transmission of HIV in the United States. Washington, DC: National Academy Press; 1999.
13. CDC. Technical guidance on HIV counseling. *MMWR* 1993;42(No. RR-2):11–7.
14. Association of State and Territorial Health Officials. Guide to public health practice: HTLV-III screening in the community. McLean, VA: Association of State and Territorial Health Officials Foundation; 1985.
15. CDC. Public Health Service guidelines for counseling and antibody testing to prevent HIV infection and AIDS. *MMWR* 1987;36:509–15.
16. CDC. HIV counseling testing and referral: standards and guidelines. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, CDC; 1994.
17. Connor EM, Sealing RS, Gelber R, et al. Reduction of maternal-infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with zidovudine treatment. *N Engl J Med* 1994;221:1173–80.
18. CDC. U.S. Public Health Service recommendations for human immunodeficiency virus counseling and voluntary testing for pregnant women. *MMWR* 1995;44(No. RR-7).
19. CDC. Advancing HIV prevention: new strategies for a changing epidemic—United States, 2003. *MMWR* 2003;52:329–32.
20. CDC. Advancing HIV prevention: interim technical guidance for selected interventions. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, CDC; 2003.
21. Troccoli K, Pollard H III, McMahon M, Foust E, Erickson K, Schulkin J. Human immunodeficiency virus counseling and testing practices among North Carolina providers. *Obstet Gynecol* 2002;100:420–7.
22. Epstein RM, Morse DS, Frankel RM, Frarey L, Anderson K, Beckman HB. Awkward moments in patient-physician communication about HIV risk. *Ann Intern Med* 1998;128:435–42.
23. Kellock DJ, Rogstad KE. Attitudes to HIV testing in general practice. *Int J STD AIDS* 1998;9:263–7.
24. US Preventive Services Task Force. Screening for HIV: recommendation statement. *Ann Intern Med* 2005;143:32–7.
25. Frieden TR, Das-Douglas M, Kellerman SE, Henning KJ. Applying public health principles to the HIV epidemic. *N Engl J Med* 2005;353:2397–402.
26. Walensky RP, Weinstein MC, Kimmel AD, et al. Routine human immunodeficiency virus testing: an economic evaluation of current guidelines. *Am J Med* 2005;118:292–300.
27. Paltiel AD, Weinstein MC, Kimmel AD, et al. Expanded screening for HIV in the United States—an analysis of cost-effectiveness. *N Engl J Med* 2005;352:586–95.
28. Rothman RE. Current Centers for Disease Control and Prevention guidelines for HIV counseling, testing, and referral: critical role of and a call to action for emergency physicians. *Ann Emerg Med* 2004;44:31–42.
29. Lyons MS, Lindsell CJ, Ledyard HK, Frame PT, Trott AT. Emergency department HIV testing and counseling: an ongoing experience in a low-prevalence area. *Ann Emerg Med* 2005;46:22–8.
30. Wilson JM, Jungner G. Principles and practice of screening for disease. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1968.
31. Barbacci MB, Dalabetta GA, Repke JT, et al. Human immunodeficiency virus infection in women attending an inner-city prenatal clinic: ineffectiveness of targeted screening. *Sex Transm Dis* 1990;17:122–6.
32. Fehrs LJ, Hill D, Kerndt PR, Rose TP, Henneman C. Targeted HIV screening at a Los Angeles prenatal/family planning health center. *Am J Public Health* 1991;81:619–22.
33. Lindsay MK, Adefris W, Peterson HB, Williams H, Johnson J, Klein L. Determinants of acceptance of routine voluntary human immunodeficiency virus testing in an inner-city prenatal population. *Obstet Gynecol* 1991;78:678–90.
34. Klein D, Hurley LB, Merrill D, Quesenberry CP Jr. Review of medical encounters in the 5 years before a diagnosis of HIV-1 infection: implications for early detection. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2003;32:143–52.
35. Alpert PL, Shuter J, DeShaw MG, Webber MP, Klein RS. Factors associated with unrecognized HIV-1 infection in an inner-city emergency department. *Ann Emerg Med* 1996;28:159–64.
36. Liddicoat RV, Horton NJ, Urban R, Maier E, Christiansen D, Samet JH. Assessing missed opportunities for HIV testing in medical settings. *J Gen Intern Med* 2004;19:349–56.
37. Institute of Medicine. No time to lose: getting more from HIV prevention. Washington, DC: National Academy Press; 2001.
38. Jenkins TC, Gardner EM, Thrun MW, Cohn DL, Burman W. Risk-based human immunodeficiency virus (HIV) testing fails to detect the majority of HIV-infected persons in medical care settings. *Sex Transm Dis* 2006;33:329–33.
39. Chen Z, Branson B, Ballenger A, Peterman TA. Risk assessment to improve targeting of HIV counseling and testing services for STD clinic patients. *Sex Transm Dis* 1998;25:539–43.
40. Dodd RY, Notari EP, Stramer SL. Current prevalence and incidence of infectious disease markers and estimated window-period risk in the American Red Cross blood donor population. *Transfusion* 2002;42:975–9.
41. CDC. U.S. HIV and AIDS cases reported through December 1999. HIV/AIDS Surveillance Report 1999;11.
42. Public Health Service Task Force. Recommendations for use of antiretroviral drugs in pregnant HIV-1-infected women for maternal health and interventions to reduce perinatal HIV-1 transmission in the United States. Available at <http://aidsinfo.nih.gov/ContentFiles/PerinatalGL.pdf>.
43. Cooper ER, Charurat M, Mofenson L, et al. Combination antiretroviral strategies for the treatment of pregnant HIV-1-infected women and prevention of perinatal HIV-1 transmission. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2002;29:484–94.
44. International Perinatal HIV Group. The mode of delivery and the risk of vertical transmission of human immunodeficiency virus type 1: a meta-analysis of 15 prospective cohort studies. *N Engl J Med* 1999;340:977–87.
45. American College of Obstetricians and Gynecologists. Scheduled cesarean delivery and the prevention of vertical transmission of HIV infection. *Int J Gynaecol Obstet* 2000;73:279–81.

46. World Health Organization. HIV and infant feeding: guidelines for decision-makers. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2003.
47. Karon JM, Fleming PL, Steketee RW, De Cock KM. HIV in the United States at the turn of the century: an epidemic in transition. *Am J Public Health* 2001;91:1060-8.
48. CDC. Trends in HIV/AIDS diagnoses—33 states, 2001–2004. *MMWR* 2005;54:1149–53.
49. CDC. U.S. HIV and AIDS cases reported through December 2001. *HIV/AIDS Surveillance Report* 2001;13.
50. Beckwith CG, Flanigan TP, del Rio C, et al. It is time to implement routine, not risk-based, HIV testing. *Clin Infect Dis* 2005;40:1037–40.
51. Bozzette SA. Routine screening for HIV infection—timely and cost-effective. *N Engl J Med* 2005;352:620–1.
52. CDC. HIV testing among pregnant women—United States and Canada, 1998–2001. *MMWR* 2002;51:1013–6.
53. CDC. Voluntary HIV testing as part of routine medical care—Massachusetts, 2002. *MMWR* 2004;53:523–6.
54. Fincher-Merger M, Cartone KJ, Mischler J, Pasiaka P, Lerner EB, Billittier AJ IV. Assessment of emergency department healthcare professionals' behaviors regarding HIV testing and referral for patients with STDs. *AIDS Patient Care STDs* 2002;16:549–53.
55. Coil CJ, Haukoos JS, Witt MD, Wallace RC, Lewis RJ. Evaluation of an emergency department referral system for outpatient HIV testing. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2004;35:52–5.
56. CDC. HIV prevalence, unrecognized infection, and HIV testing among men who have sex with men—five U.S. cities, June 2004–April 2005. *MMWR* 2005;54:597–601.
57. CDC. Routinely recommended HIV testing at an urban urgent-care clinic—Atlanta, Georgia, 2000. *MMWR* 2001;50:538–41.
58. Kelen GD, Shahan JB, Quinn TC. Emergency department-based HIV screening and counseling: experience with rapid and standard serologic testing. *Ann Emerg Med* 1999;33:147–55.
59. CDC. Anonymous or confidential HIV counseling and voluntary testing in federally funded testing sites—United States, 1995–1997. *MMWR* 1999;48:509–13.
60. Irwin KL, Valdiserri RO, Holmberg SD. The acceptability of voluntary HIV antibody testing in the United States: a decade of lessons learned. *AIDS* 1996;10:1707–17.
61. Hutchinson AB, Corbie-Smith G, Thomas SB, Mohanan S, del Rio C. Understanding the patient's perspective on rapid and routine HIV testing in an inner-city urgent care center. *AIDS Educ Prev* 2004;16:101–14.
62. Spielberg F, Branson BM, Goldbaum GM, et al. Overcoming barriers to HIV testing: preferences for new strategies among clients of a needle exchange, a sexually transmitted disease clinic, and sex venues for men who have sex with men. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2003;32:318–28.
63. Copenhaver MM, Fisher JD. Experts outline ways to decrease the decade-long yearly rate of 40,000 new HIV infections in the US. *AIDS Behav* 2006;10:105–14.
64. American Academy of Pediatrics, American College of Obstetricians and Gynecologists. Human immunodeficiency virus screening. *Pediatrics* 1999;104:128.
65. Koo DJ, Begier EM, Henn MH, Sepkowitz KA, Kellerman SE. HIV counseling and testing: less targeting, more testing. *Am J Public Health* 2006;96:3–5.
66. Lo B, Wolf L, Sengupta S. Ethical issues in early detection of HIV infection to reduce vertical transmission. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2000;25:S136–43.
67. Bayer R, Fairchild AL. Changing the paradigm for HIV testing—the end of exceptionalism. *N Engl J Med* 2006;355:647–9.
68. Simpson WM, Johnstone FD, Goldberg DJ, Gormley SM, Hart GJ. Antenatal HIV testing: assessment of a routine voluntary approach. *BMJ* 1999;318:1660–1.
69. Stringer EM, Stringer JS, Cliver SP, Goldenberg RL, Goepfert AR. Evaluation of a new testing policy for human immunodeficiency virus to improve screening rates. *Obstet Gynecol* 2001;98:1104–8.
70. Brees P, Burman W, Shlay J, Guinn D. The effectiveness of a verbal opt-out system for human immunodeficiency virus screening during pregnancy. *Obstet Gynecol* 2004;104:134–7.
71. Jayaraman GC, Preiksaitis JK, Larke B. Mandatory reporting of HIV infection and opt-out prenatal screening for HIV infection: effect on testing rates. *CMAJ* 2003;168:679–82.
72. Branson BM, Lee JH, Mitchell B, Nolt B, Robbins A, Thomas MC. Targeted opt-in vs. routine opt-out HIV testing in STD clinics [Abstract]. Presented at the 13th meeting of the International Society for Sexually Transmitted Diseases Research; July 11–14, 1999; Denver, Colorado.
73. Stanley B, Fraser J, Cox NH. Uptake of HIV screening in genitourinary medicine after change to "opt-out" consent. *BMJ* 2003;326:1174.
74. Perez F, Zvandzava C, Engelsmann B, Dabis F. Acceptability of routine HIV testing ("opt-out") in antenatal services in two rural districts of Zimbabwe. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2006;41:514–20.
75. Kaiser Family Foundation. Survey of Americans on HIV/AIDS. Washington, DC: Kaiser Family Foundation; 2006. Available at <http://www.kff.org/kaiserpolls/7521.cfm>.
76. CDC. Youth risk behavior surveillance—United States, 2005. In: CDC Surveillance Summaries, June 9, 2006. *MMWR* 2006;55(No. SS-5).
77. Rotheram-Borus MJ, Futterman D. Promoting early detection of human immunodeficiency virus infection among adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2000;154:435–9.
78. National Institutes of Health, Office of AIDS Research. Report of the working group to review the NIH perinatal, pediatric, and adolescent HIV research priorities. Bethesda, MD: National Institutes of Health; 1999. Available at <http://www.oar.nih.gov/public/pubs/pedreport.pdf>.
79. American Academy of Pediatrics. Adolescents and human immunodeficiency virus infection: the role of the pediatrician in prevention and intervention. *Pediatrics* 2001;107:188–90.
80. Rawitscher LA, Saitz R, Friedman LS. Adolescents' preferences regarding human immunodeficiency virus (HIV)-related physician counseling and HIV testing. *Pediatrics* 1995;96:52–8.
81. Rand CM, Auinger P, Klein JD, Weitzman M. Preventive counseling at adolescent ambulatory visits. *J Adolesc Health* 2005;37:87–93.
82. Murphy DA, Mitchell R, Vermund SH, Futterman D. Factors associated with HIV testing among HIV-positive and HIV-negative high-risk adolescents: the REACH study. *Pediatrics* 2002;110:36.
83. Calonge N, Pettitt DB. Screening for HIV (Response). *Ann Intern Med* 2005;143:916–7.
84. Chou R, Huffman LH, Fu R, Smits AK, Korthuis PT. Screening for HIV: a review of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2005;143:55–73.

85. Quinn TC, Wawer MJ, Sewankambo N, et al. Viral load and heterosexual transmission of human immunodeficiency virus type 1. Rakai Project Study Group. *N Engl J Med* 2000;342:921-9.
86. Sanders GD, Bayoumi AM, Sundaram V, et al. Cost-effectiveness of screening for HIV in the era of highly active antiretroviral therapy. *N Engl J Med* 2005;352:570-85.
87. Marks G, Crepaz N, Janssen RS. Estimating sexual transmission of HIV from persons aware and unaware that they are infected with the virus in the USA. *AIDS* 2006;20:1447-50.
88. Walensky RP, Weinstein MC, Smith HE, Freedberg KA, Paltiel AD. Optimal allocation of testing dollars: the example of HIV counseling, testing, and referral. *Med Decis Making* 2005;25:321-9.
89. Weinhardt LS, Carey MP, Johnson BT, Bickham NL. Effects of HIV counseling and testing on sexual risk behavior: a meta-analytic review of published research, 1985-1997. *Am J Public Health* 1999;89:1397-405.
90. Kamb ML, Fishbein M, Douglas JM, et al. Efficacy of risk-reduction counseling to prevent human immunodeficiency virus and sexually transmitted diseases: a randomized controlled trial. *JAMA* 1998;280:1161-7.
91. EXPLORE Study Team. Effects of a behavioural intervention to reduce acquisition of HIV infection among men who have sex with men: the EXPLORE randomised controlled study. *Lancet* 2004;364:41-50.
92. Lubelchek R, Kroc K, Hota B, et al. The role of rapid vs conventional human immunodeficiency virus testing for inpatients: effects on quality of care. *Arch Intern Med* 2005;165:1956-60.
93. Halpern SD. HIV testing without consent in critically ill patients. *JAMA* 2005;294:734-7.
94. Kahn JO, Walker BD. Acute human immunodeficiency virus type 1 infection. *N Engl J Med* 1998;339:33-9.
95. Celum CL, Buchbinder SP, Donnell D, et al. Early human immunodeficiency virus (HIV) infection in the HIV Network for Prevention Trials vaccine preparedness cohort: risk behaviors, symptoms, and early plasma and genital tract virus load. *J Infect Dis* 2001;183:23-35.
96. US Department of Health and Human Services, Panel on Clinical Practices for Treatment of HIV Infection. Guidelines for the use of antiretroviral agents in HIV-1-infected adults and adolescents. Washington, DC: US Department of Health and Human Services; 2006. Available at <http://www.aidsinfo.nih.gov/ContentFiles/AdultandAdolescentGL.pdf>.
97. Weintrob AC, Giner J, Menezes P, et al. Infrequent diagnosis of primary human immunodeficiency virus infection: missed opportunities in acute care settings. *Arch Intern Med* 2003;163:2097-100.
98. Coco A, Kleinhans E. Prevalence of primary HIV infection in symptomatic ambulatory patients. *Ann Fam Med* 2005;3:400-4.
99. Smith DE, Walker BD, Cooper DA, Rosenberg ES, Kaldor JM. Is antiretroviral treatment of primary HIV infection clinically justified on the basis of current evidence? *AIDS* 2004;18:709-18.
100. Wawer MJ, Gray RH, Sewankambo NK, et al. Rates of HIV-1 transmission per coital act, by stage of HIV-1 infection, in Rakai, Uganda. *J Infect Dis* 2005;191:1403-9.
101. Pilcher CD, Eron JJ, Galvin S, Gay C, Cohen MS. Acute HIV revisited: new opportunities for treatment and prevention. *J Clin Invest* 2004;113:937-45.
102. CDC. Achievements in public health: reduction in perinatal transmission of HIV infection—United States, 1985-2005. *MMWR* 2006;55:592-7.
103. US Department of Health and Human Services. Reducing obstetric barriers to offering HIV testing. Washington, DC: US Department of Health and Human Services; 2002. Report OEI-05-01-00260. Available at <http://oig.hhs.gov/oei/reports/oei-05-01-00260.pdf>.
104. Lindsay MK, Johnson N, Peterson HB, Willis S, Williams H, Klein L. Human immunodeficiency virus infection among inner-city adolescent parturients undergoing routine voluntary screening, July 1987 to March 1991. *Am J Obstet Gynecol* 1992;167:1096-9.
105. Royce RA, Walter EB, Fernandez MI, Wilson TE, Ickovics JR, Simonds RJ. Barriers to universal prenatal HIV testing in 4 US locations in 1997. *Am J Public Health* 2001;91:727-33.
106. Warren B, Glaros R, Hackel S, et al. Residual perinatal HIV transmissions in 25 births occurring in New York state [Abstract]. Presented at the National HIV Prevention Conference; June 12-15, 2005; Atlanta, Georgia.
107. Sansom SL, Jamieson DJ, Farnham PG, Bulterys M, Fowler MG. Human immunodeficiency virus retesting during pregnancy: costs and effectiveness in preventing perinatal transmission. *Obstet Gynecol* 2003;102:782-90.
108. CDC. Controlling tuberculosis in the United States: recommendations from the American Thoracic Society, CDC, and the Infectious Diseases Society of America. *MMWR* 2005;54(No. RR-12).
109. CDC. Recommendations to improve preconception health and health care—United States. *MMWR* 2006;55(No. RR-6).
110. Wade NA, Birkhead GS, Warren BL, et al. Abbreviated regimens of zidovudine prophylaxis and perinatal transmission of the human immunodeficiency virus. *N Engl J Med* 1998;339:1409-14.
111. CDC. Protocols for confirmation of reactive rapid HIV tests. *MMWR* 2004;53:221-2.
112. CDC. 1995 revised guidelines for prophylaxis against *Pneumocystis carinii* pneumonia for children infected with or perinatally exposed to human immunodeficiency virus. *MMWR* 1995;44(No. RR-4).
113. Working Group on Antiretroviral Therapy and Medical Management of HIV-Infected Children, the Health Resources and Services Administration (HRSA), and the National Institutes of Health. Guidelines for the use of antiretroviral agents in pediatric HIV infection. Available at <http://aidsinfo.nih.gov/ContentFiles/PediatricGuidelines.pdf>.
114. CDC. HIV partner counseling and referral services—guidance. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, CDC; 1998. Available at <http://www.cdc.gov/hiv/pubs/pcrs/pcrs-doc.htm>.
115. CDC. CDC guidelines for national human immunodeficiency virus case surveillance, including monitoring for human immunodeficiency virus infection and acquired immunodeficiency syndrome. *MMWR* 1999;48(No. RR-13):1-32.
116. CDC. HIV and AIDS: United States, 1981-2000. *MMWR* 2001;50:430-4.
117. CDC. Use of social networks to identify persons with undiagnosed HIV infection—seven U.S. cities, October 2003-September 2004. *MMWR* 2005;54:601-5.
118. Gostin LO. Public health strategies for confronting AIDS. Legislative and regulatory policy in the United States. *JAMA* 1989;261:1621-30.
119. Health Research and Educational Trust. Map to HIV testing laws of all U.S. states. Chicago, IL: American Hospital Association; 2006. Available at <http://www.hret.org/hret/about/map.html>.



HIV/AIDS プログラム

医療保健サービスを強化し、HIV/AIDS と闘う

医療保健施設での医療者主導による HIV 検査およびカウンセリング に関するガイダンス

WHO 図書館刊行物目録データ



医療保健施設での医療者主導による HIV 検査およびカウンセリングに関するガイダンス。

1. AIDS の血清学的診断, 2. HIV 感染症 - 診断, 3. カウンセリング, 4. ガイドライン,
I. 世界保健機関, II. UNAIDS.

ISBN 978 92 4 159556 8

(NLM 分類: WC 503.1)

©世界保健機関(WHO) 2007 年

本書に関するすべての権利は世界保健機関が所有する。世界保健機関の刊行物は以下から入手可能である: WHO Press, World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (tel.: +41 22 791 3264, fax: +41 22 791 4857, e-mail: bookorders@who.int)。世界保健機関の刊行物を複製・翻訳する場合は(販売目的、非営利目的による配布にかかわらず)、上記所在地の WHO Press (fax: +41 22 791 4806, e-mail: permissions@who.int) に許可を求めること。

本書で用いられている名称および資料の表示方法は、国、領土、都市、地域またはその権力当局の法的立場に関する世界保健機関の見解を表明したものである。その国境や境界線の画定に関する見解を表明したものである。地図上の点線は大まかな境界線を示したものであり、未だ完全な合意が得られていないものもある。

具体的な企業名や一部製造者の製品が記載されている場合、同様の性質をもつ他の企業や製品よりもこれらの企業や製品が好ましいとして世界保健機関が支持・推奨しているわけではない。誤りや過失による場合を除き、製品の商標名は、識別のために頭文字を大文字にして表記する。

本書に記載されている情報を検証するために、世界保健機関は適切なあらゆる対策を講じているが、発表された資料の流布にあたっては、明示的にせよ暗示的にせよ世界保健機関はいかなる種類の保証も行わない。資料を解釈し、利用する際の責任は読者にある。その利用によって生じた損害については、世界保健機関は一切の責任を負わないものとする。

Published by the World Health Organization in 2007

under the title *Guidance on provider-initiated HIV testing and counselling in healthcare facilities*

©World Health Organization 2007

本書はエイズ予防財団が WHO Director General から翻訳の許可を得て作成されたものです。

平成 20 年度厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業

「エイズ対策研究事業の企画と評価に関する研究」

研究代表者 木村 哲 (東京通信病院、エイズ予防財団)

医療保健施設での医療者主導による
HIV 検査およびカウンセリング
に関するガイダンス

2007 年 5 月



UNAIDS
JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS

UNHCR
UNICEF
WFP
UNDP
UNFPA
UNODC
ILO
UNESCO
WHO
WORLD BANK



**World Health
Organization**

目次	3
目次	3
要旨	5
1. 序文	15
1.1 背景	15
1.2 利用者主導による HIV 検査およびカウンセリングの規模拡大	15
1.3 医療者主導による HIV 検査およびカウンセリングの規模拡大	16
1.4 本ガイドランスの調整	18
2. 目的	20
3. 用語の定義	22
4. 医療者主導による HIV 検査およびカウンセリングに対する HIV の流行型別の推奨	24
4.1 すべての流行型に対する医療者主導による HIV 検査およびカウンセリング	24
4.1.1 症状が認められる患者	24
4.1.2 HIV 曝露歴のある症状を有する小児	25
4.1.3 HIV を予防するために包皮切開術を受ける男性	25
4.2 一般住民のあいだでの HIV 流行下における医療者主導による HIV 検査 およびカウンセリング	26
4.2.1 すべての医療保健施設での実施	26
4.2.2 実施の優先順位	26
4.3 HIV の集中的流行および HIV の低レベルでの流行の状況下における医療者主導による HIV 検査およびカウンセリング	30
4.3.1 医療者主導による検査およびカウンセリングは症状のある患者を優先して実施すること	30
4.3.2 特定の医療保健施設での医療者主導による HIV 検査およびカウンセリング実施の オプション	31
4.4 勧告の要約	32
5. 実施可能な環境の確保	34
5.1 推奨される HIV 関連の各種サービス	34
5.2 患者を支援する社会的・政策的・法的枠組み	36
5.2.1 基本的要素	36
5.2.2 その他の対策	38
6. プロセスおよび要素	40
6.1 検査前の情報提供とインフォームドコンセント	40
6.1.1 インフォームドコンセントを取得するための最低限の情報	40
6.1.2 その他、妊婦または妊娠の可能性のある女性への情報	41
6.1.3 小児の場合の特別な検討事項	41
6.1.4 青年の場合の特別な検討事項	42
6.1.5 重症患者	43
6.1.6 検査を拒否した場合のフォローアップ	43
6.2 検査後のカウンセリング	44
6.2.1 HIV 陰性の人に対する検査後のカウンセリング	44
6.2.2 HIV 陽性の人に対する検査後のカウンセリング	44
6.2.3 HIV 陽性の妊婦に対する検査後のカウンセリング	45
6.3 その他の HIV 関連サービスへの紹介	45
6.4 検査の頻度	46
7. HIV 検査技術	47
7.1 検討すべき要因	47
7.2 検査アルゴリズム	48
8. プログラムに関する検討事項	49
9. モニタリングと評価	52
付録	53
関連情報源	53
注釈および参考文献	57

要 旨

1. 序 文

本書は、医療保健施設での医療者主導による HIV 検査およびカウンセリングについて、高まりつつある基本的な実践上のガイダンスの国レベルでのニーズに応えるためのものである。本書は、政策立案者、HIV/AIDS プログラムの企画担当者や調整担当者、医療者、HIV/AIDS 関連サービスを提供する非政府組織、市民団体を含む幅広い読者を対象としている。

サハラ以南のアフリカで実施された調査では、HIV 検査を受け、その結果の通知を受けたことのある人の割合は中央値で男性 12%、女性 10%にすぎないことが示されている。HIV 治療、ケア、サポートを HIV 感染者が適時に受けられる機会を増やすため、HIV 感染状況に関するより多くの情報を得ることが不可欠であり、それによって他者への伝播を防ぐための情報や手段を得る機会を HIV 感染者に提供できる。2005 年の G8 首脳会議および 2006 年の国連総会で承認された HIV の予防・治療・ケア・サポートへのユニバーサルアクセス（すなわち、必要とするすべての人が均等にこれらのサービスを受けられるようにすること）を実現させるために、HIV 検査およびカウンセリングを受ける機会を増やすことはきわめて重要である。

WHO および UNAIDS は、利用者主導による HIV 検査およびカウンセリングの継続的な拡大を今後も積極的に支援するが、それ以外にも多様な革新的アプローチが必要であることを認識している。医療保健施設は、HIV の予防・治療・ケア・サポートを必要とする HIV 感染者と接する重要な拠点である。先進国のみならず資源制約のある国の調査からも、医療保健施設では個々の人たちの診断やカウンセリングを提供する機会が見逃されているのが現状であり、医療者主導による HIV 検査およびカウンセリングによって診断および HIV 関連の各種サービスへの利用が促されることが示唆されている。一方、医療者主導による HIV 検査およびカウンセリングは患者に対する強要や開示による有害な結果の可能性も懸念されることから、医療者の適切な訓練と指導、ならびにプログラムの綿密なモニタリングと評価が強調されている。

本書で、医療保健施設での医療者主導による HIV 検査およびカウンセリングについて、検査前の簡単な情報を含む「オプトアウト」アプローチを推奨している。このアプローチは、2003 年に定めた WHO の政策オプションおよび HIV 検査に関する 2004 年の UNAIDS/WHO 政策声明に沿ったものである。このアプローチでは、1) 流行の状況にかかわらず、臨床症状が基礎疾患である HIV 感染に起因すると思われる患者すべてに対して、2) HIV が一般に蔓延した状況下では医療保健施設を受診した患者すべてに対して標準的な医療措置の一環として、また 3) 低レベルの集中的な流行の場合には HIV 検査を選択的に実施することを推奨している。検査を望まない者は HIV 検査の拒否をはっきりと示すことが必要である。HIV 検査結果を開示

することで特に被害を受ける可能性の高い集団に対しては、HIV 検査を拒否する権利、HIV 検査および開示に伴うリスク・ベネフィット、利用可能な社会的サポートについてさらに議論する必要があると考えられる。特に被害を受けやすい集団に対しては、「オプトイン」によるインフォームドコンセントのアプローチが考慮すべき事項に値する。

医療者主導による HIV 検査およびカウンセリングは、セクション 5 に示す予防・治療・ケア・サポートを含む HIV 関連サービスの推奨パッケージを組み入れ、抗レトロウイルス療法を必要とするすべての人が均等に治療を受けられるように国のプランの枠組み内で実施する必要がある。また、医療者主導による HIV 検査およびカウンセリングの実施と平行して、患者にとって有益な最大限の結果が得られ、有害な影響の可能性を最小限に抑えるために、患者を支援する社会的・政策的・法的枠組みの整備についても同様に取り組む必要がある。

本ガイダンスを国レベルで適用するために、地域の疫学的評価や医療者主導による HIV 検査およびカウンセリングのリスク・ベネフィット評価が必要となるであろう。これには、利用可能な各種資源、広く用いられている標準的な HIV 予防・治療・ケア・サポート、現行の社会的・法的保護の適切性の評価が含まれる。医療者主導による HIV 検査およびカウンセリングを実施するにあたっては、市民団体グループおよび HIV/AIDS とともに生活している人々を含め、主要な利害関係者と協議しながら進めることが必要である。

HIV 検査およびカウンセリングを推奨するサービス提供者は常に、個々の患者の利益を最優先に考えて行動することが必要である。そのためには、患者が情報を得た上で検査を自発的に決断できるように十分な情報を提供し、患者の秘密を遵守し、検査後にカウンセリングを実施し、適切なサービスを紹介することが必要である。

WHO および UNAIDS が支持する医療者主導による HIV 検査およびカウンセリングは、強制的あるいは義務的な HIV 検査ではない。WHO も UNAIDS も、公衆衛生上の理由で個人に検査を義務づけたり強要したりすることはしない。

2. 勸告

本書に示した医療者主導による HIV 検査およびカウンセリングに関するガイダンスを、以下に示す HIV 流行型に従って分類する。

1. HIV の低レベルでの流行

HIV が長い間、存在していたとしても、個別集団 (sub-population) のあいだではいずれも重大な流行レベルにまで HIV が広がっていない。報告されている感染は、リスク行動の高い人たち、例えば、性産業従事者、注射薬物使用者、男性同性愛者に限られている。代用指標：特

定の個別集団で HIV 感染率が一貫して 5%を超えたことはない。

2. HIV の集中的流行

HIV の急激な蔓延が特定の個別集団のあいだでみられるが、一般住民のあいだで定着した蔓延はみられない。このような集中的流行は、個別集団のなかに活発なリスクネットワークが存在することを示唆している。流行が今後どのように推移するかは、感染率の高い個別集団と一般住民との結びつきの頻度や性質によって左右される。代用指標：1 つ以上の特定個別集団で HIV 感染率が一貫して 5%を超えているが、都市部に住む妊婦の感染率は 1%未満である。

3. HIV の一般住民のあいだでの流行

HIV が一般住民のあいだで確実に定着している。HIV の蔓延には、高リスクの個別集団が大きく関与している可能性があるが、感染リスクの高い個別集団とはかかわりなく一般住民のなかで性的ネットワークが流行を持続させるに足る状態にある。代用指標：妊婦の HIV 感染率が一貫して 1%を超えている。

● すべての流行型に対する勧告

すべての HIV 流行型において医療者は、以下の人々に対して HIV 検査およびカウンセリングを標準的なケアの一環として勧めるべきである。

- HIV 感染症の可能性を示唆する徴候、症状、病状を呈して医療保健施設を受診したすべての成人、青年、小児。このよう徴候、症状には、結核、その他にも WHO の HIV 臨床病期分類に示されている病状が含まれるが、必ずしもこれらに限定されるわけではない。
- HIV 陽性の母親から生まれた小児には、通常のフォローアップケアの一環として実施する。
- 一般住民のあいだで HIV が流行している状況下、ならびに栄養不良の小児が適切な栄養療法に奏効しないような特定の状況下で連れて来られた発育不良または栄養不良の小児。
- HIV 予防策として包皮切開術を求める男性。

● 一般住民のあいだでの HIV 流行に対する勧告

一般住民のあいだで HIV が流行している場合、HIV の予防・治療・ケアに関する推奨パッケージを含め、可能な環境と適切な資源が整っているのであれば、医療者はあらゆる医療保健施設を受診した成人および青年すべてに対して HIV 検査およびカウンセリングを勧めるべきである。これは、内科および外科、公立および民間医療保健施設、入院および外来診療、訪問すなわち出張医療サービスのいずれにも適用する。

患者が基礎疾患としての HIV 感染の徴候や症状を呈しているかどうかにかかわらず、また医療保健施設への受診理由にかかわらず、医療者は患者に HIV 検査およびカウンセリングを通常の標準的な処置の一環として勧めるべきである。

資源や許容能力の制約により、医療者主導による HIV 検査およびカウンセリングの段階的な施行が必要な場合もある。一般住民のあいだで HIV が流行している状況下では、医療者主導による HIV 検査およびカウンセリングの実施には、以下を優先的に考慮すべきである。

- － 結核診療所を含む入院および外来医療施設
- － 周産期医療保健サービス
- － 特にリスクの高い集団への医療保健サービス
- － 年少小児（10 歳未満）へのサービス
- － 外科診療サービス
- － 青年期を対象としたサービス
- － 家族計画を含む生殖医療サービス

● HIV の集中的流行および HIV の低レベルでの流行に対するオプション

低レベルの流行や集中的な流行の場合、ほとんどの人に対しては HIV 曝露リスクが低いと考えられるため、あらゆる医療保健施設を受診する人すべてに対して HIV 検査やカウンセリングを勧める必要はない。基礎疾患として結核など HIV 感染の可能性が示唆される徴候や症状を呈して医療保健施設を受診したすべての成人、青年、小児、ならびに周産期に HIV 曝露が明らかな小児に対しては、優先的に HIV 検査およびカウンセリングを勧めるべきである。

結核患者の HIV 感染率が非常に低いというデータが得られている場合は、必ずしもこれらの患者に対して HIV 検査やカウンセリングを優先的に勧める必要はないと考えられる。

低レベルの流行や集中的な流行の場合に、特定の医療保健施設で医療者主導による HIV 検査およびカウンセリングを実施すべきか否か、またどのように実施すべきかの判断は、疫学のおよび社会的背景を評価した上で行う必要がある。以下の医療保健施設やサービスで、医療者主導による HIV 検査およびカウンセリングの実施を検討してもよい。

- － STI 治療
- － 特にリスクの高い集団への医療サービス
- － 周産期医療
- － 結核治療

3. 実施可能な環境

医療者主導による HIV 検査およびカウンセリングには、セクション 5 に示す HIV に関連した予防・治療・ケア・サポートサービスの推奨パッケージを組み入れるべきである。HIV 検査を実施する同一施設ですべてのサービスを必ずしも提供する必要はないが、地域の施設への紹介を通してこれらサービスは提供されなければならない。抗レトロウイルス療法の提供は、医療者主導による HIV 検査およびカウンセリングの実施のための絶対的前提条件とすべきではないが、抗レトロウイルス療法を必要とするすべての人が均等に抗レトロウイルス療法を受けられるように、国のプランの枠組み内でこの治療を受けられるという一定の見通しが立っていることが少なくとも必要である。

抗レトロウイルス薬による予防および授乳カウンセリングは、母子感染を防ぐための重要な介入法である。医療者主導による HIV 検査およびカウンセリングで HIV 陽性と診断された妊婦には、標準的な処置の一環としてこれらの介入を提供できるようにしなければならない。

医療者主導による HIV 検査およびカウンセリングの実施と同時に、患者に最大の結果をも引き出し、有害の可能性を最小限に抑えるために、患者を支援する社会的・政策的・法的枠組みの整備を確保するための努力が必要である。これには以下の事柄が含まれる。

- 地域社会の受け入れ態勢および社会的動員
- 適切な資源およびインフラストラクチャー
- 医療者の訓練
- 医療者の実践規範および患者の救済方法
- 強力なモニタリング・評価システム

長い目で、医療者主導による HIV 検査およびカウンセリングを最適に提供するために、HIV 感染、リスク行動、性差による差別に対する法律や政策を整備し、監視し、強化することが必要である。UNAIDS および WHO は HIV 感染の自発的開示、パートナーへの倫理的告知、カウンセリングを奨励しているので、明確に定められた状況でパートナーへの告知を保証するために国の政策や倫理規範を設定する必要がある。

さらに各国政府は、1) 未成年者が自分自身または他者の HIV 検査に同意する具体的な年齢および／または状況、2) 青年期の人の（自他による）同意の最適な評価方法および取得方法について明記している明確な法的・政策的枠組みを設定・実施することも必要と思われる。

4. 検査前の情報提供とインフォームドコンセント

地域の状況にしたがって、検査前の情報を個人への説明またはグループでの医療情報に関する話し合いという形式で提供してもよい。インフォームドコンセントは必ず個別に、医療者同席で非公式の形で得る必要がある。患者にHIV検査およびカウンセリングを勧める医療者は、最低限、以下の情報を患者に提供する必要がある。

- HIV検査およびカウンセリングを勧める理由
- HIV検査に伴う臨床的および予防的観点からの利点、リスク（差別、遺棄、暴力など）の可能性
- 検査でHIV陰性または陽性の結果がでた場合に利用できるサービス（抗レトロウイルス治療が受けられるか否かなど）
- 検査結果は機密扱いとし、患者への各種サービス提供に直接関与する医療者以外には口外しない
- 患者には検査を拒否する権利がある、患者がこの権利を行使しない限り、検査を実施する
- HIV検査を拒否したからといって、HIV感染の有無とは関係のない各種サービスが受けられなくなるわけではない
- 検査の結果、HIV陽性であった場合には、HIVに曝露される危険性のある他の人に陽性結果を開示するよう促す。
- 医療者への質問の機会

さらに、性的パートナーや注射薬物使用仲間 HIV感染を開示することを義務づける所定の法律についての説明も必要である。

通常、インフォームドコンセントの取得には、口頭でのやりとりが適切である。書面による同意取得を求める管轄地域でも、この方針を見直すことが促されている。

患者集団のなかには、他の人よりも検査を強要されやすく、また HIV感染を開示したことにより被害（差別、暴力、遺棄、監禁など）を受けやすい人がいる。このような場合には、本書に定める最低限の要件以外に説明を追加し、インフォームドコンセントを確実に得ることが適切であると思われる。

妊婦または妊娠の可能性のある女性には、検査前の情報に以下の事柄も含めるべきである。

- 乳児の HIV感染リスク
- 抗レトロウイルス薬による予防や授乳カウンセリングなど、母子感染を少なくするための

手段

- HIVの早期診断が乳児にもたらす利点

未成年（通常、18歳未満）の小児や青年には特に配慮する。法律上、未成年の小児からインフォームドコンセントを得ることはできない。しかし、小児は生活に影響を及ぼすあらゆる決定に関与する権利があり、また発達レベルに応じて自分の考えを表現する権利がある。本人に説明し決定に関与させ本人から同意が得られるように、あらゆる努力を払うことが必要である。小児の両親、保護者からインフォームドコンセントを得なければならない。小児および青年の場合の同意取得については、セクション 6.1.3 で詳しく論じる。

HIV 検査を拒否したからといって、HIV 感染の有無とは関係のない各種サービスの質を落としたり、サービスを拒否してはならない。

5. 検査後のカウンセリング

検査後のカウンセリングは、HIV 検査プロセスに必要な不可欠な要素である。検査結果にかかわらず、HIV 検査を受けたすべての人にカウンセリングを行う必要がある。検査の結果、**HIV 陰性**であった人のカウンセリングでは、以下に示す最低限の情報を提供する。

- 検査結果の説明。これには、HIV 抗体が出現するまでのウインドウペリオド（すなわち、抗体陰性期）の説明、最近 HIV に曝露された場合は再検査の勧めなどが含まれる。
- HIV 感染予防方法に関する基本的アドバイス
- 男性用・女性用コンドームの提供とその使い方の指導

その後、医療者は患者とともに、検査後の長期的なカウンセリングおよび新たな予防支援が患者に必要であるかどうかを検討する。

検査の結果、**HIV 陽性**であった場合、医療者は以下を行う。

- 検査結果を簡潔、明確に患者に伝え、患者に考える時間を与える。
- 患者が検査結果を理解していることを確認する。
- 患者からの質問に答える。
- 検査結果によって生じる感情に対処できるよう患者を支援する。
- 目下の懸念事項について話し合い、患者の社会的ネットワークの中で患者をサポートしてくれる身近な人がいるかどうか、いるとすれば誰かを明らかにする。
- 医療保健施設や地域社会の中で受けられるフォローアップサービス、特に利用可能な治療、

PMTCT、ケアおよびサポートサービスを説明する。

- 男性用・女性用コンドームの提供とその使い方の指導も含め、HIV 伝播を予防する方法についての情報を提供する。
- その他、十分な栄養摂取、コトリモキサゾールの使用、マラリア流行地域の場合は殺虫剤処理した蚊帳など、関連の予防的医療措置についての情報を提供する。
- 検査結果の開示の可能性、いつ、どのように、誰に対して開示するかについて話し合う。
- パートナーや子供についても検査とカウンセリングを勧め、紹介を行う。
- 暴力や自殺のリスクを検討し、HIV 陽性と診断された患者（特に女性）の身の安全を確保するために考えられる手段について話し合う。
- 治療やケア、カウンセリング、サポート、その他のサービスを適宜受けられるよう、フォローアップのための受診や紹介の具体的な日時を設定する（結核のスクリーニング検査と治療、日和見感染の予防、STI 治療、家族計画、妊娠管理、オピオイド置換療法、滅菌済みの注射器、注射針の提供など）。

HIV が陽性であった妊婦に対しては、検査後のカウンセリングで以下も採り上げるべきである。

- 出産計画
- 患者自身の健康（必要で可能であれば）と母子感染予防のために抗レトロウイルス薬を使用
- 適切な母体の栄養（鉄や葉酸を含む）
- 授乳の選択肢および母親の授乳方法選択のサポート
- 乳児の HIV 検査と必要なフォローアップ
- パートナーの検査

6. 検査の頻度

再検査を勧めるべきであるかどうかは、患者のリスクが持続的であるかどうか、人的資源や財源の有無、環境下での HIV 発現率によって異なるであろう。HIV 曝露リスクの高い人には、6～12 ヶ月ごとの再検査の実施が有益と思われる。

HIV が陰性の女性には、妊娠するたびに毎回出来るだけ速やかに検査を実施すべきである。一般住民のあいだで HIV が流行している場合には、HIV が陰性であっても妊娠後期に再度、検査を実施することを勧めるべきである。

7. HIV 検査技術

医療者主導による HIV 検査およびカウンセリングを実施する際、迅速 HIV 検査を利用するメリット（特に、検査業務の体制が十分整っていない医療保健施設の場合）には、検査結果を視認できる、検査に時間がかからない、結果の信頼性が高まる、事務的な誤りを回避できる点などがある。迅速 HIV 検査は検査施設以外の場所でも実施可能であり、特殊な設備は必要とせず、一次医療保健施設でも実施可能である。

多くの検査を実施しなければならないような場合、その場で検査結果を出す必要がない（入院患者など）場合、委託検査施設（reference laboratory）の場合には、ELISA 検査の実施が望ましいと考えられる。ただし、ELISA 検査には特殊な検査設備と専門スタッフが必要である。

医療者主導による HIV 検査およびカウンセリングに HIV 迅速検査を用いるかどうか、ELISA を用いるかどうかを判断する際には、検査を提案する状況、検査キット・試薬・設備にかかる費用や入手可能性、検査のための人員や資源、インフラストラクチャー、検体数、検体採取とその輸送、検査結果を戻す個人の能力などの要因を考慮に入れる必要がある。

さらに複雑で費用もかかるが、生後 18 ヶ月未満の小児の HIV 診断にはウイルス学的検査が推奨される。

8. プログラムに関する検討事項

医療者主導による HIV 検査およびカウンセリングの最適な実施方法に関する判断は、その国の状況をどのように評価するかによって異なる。これには、その地域の疫学的状況、実施のためのインフラストラクチャーおよび財源・人的資源、実施可能な HIV の予防・治療・ケア・サポートの基準、HIV 検査に伴う有害な結果（HIV に関係した差別や暴力など）を防止する既存の社会的・政策的・法的枠組みなどが含まれる。偏見や差別がひどい場合や、医療者の能力が低い場合インフォームドコンセント・秘密保持・カウンセリングという条件下で医療者主導による HIV 検査およびカウンセリングの実施が難しい場合には、実施の前に、このような問題を専門的に対処できる適切な体制を整える必要がある。実施をめぐる種々の判断は、市民団体や HIV/AIDS を抱えている人も含め、すべての利害関係者と協議しながら行う必要がある。

9. モニタリングおよび評価

モニタリングおよび評価は、医療者主導による HIV 検査およびカウンセリングを実施する上で必要不可欠であるが、場合によってはプログラム設定の特定の側面に焦点をあてた評価を施行することも必要である。医療者の実践能力や患者の満足度（検査プロセス、検査前の情報提供、同意取得プロセス、検査後のカウンセリングを含む）の定期的評価は、HIV 検査およびカウンセリングサービスの有効性、許容性、質の改善に有用となるであろう。

1. 序 文

1.1 背 景

近年、HIV の蔓延と闘うために世界規模での責務、行動、資源が顕著に高まっている。2006 年 6 月、国連総会は、2010 年までに可能な限りユニバーサルアクセス状態に近づけることを目標に HIV の予防・治療・ケア・サポートの継続的な規模拡大を支持した。

近年の進歩にもかかわらず、2006 年末に HIV 感染者は世界全体で 3950 万人、2006 年 1 年間に新たに生じた HIV 感染者は 400 万例以上と推定されている。有病率が最も高い地域は依然としてサハラ以南のアフリカであり、HIV 感染者は 2470 万人に上る（世界全体のほぼ 3 分の 2）が、東欧やアジアでも流行が拡大し続けている¹。

特に有病率の高いサハラ以南のアフリカ 12 ヶ国の調査では、HIV 検査を受け、その結果の通知を受けたことのある人の割合は中央値で男性 12%、女性 10%にすぎないことが示されている²。HIV 検査およびカウンセリングの実施率・利用率が低く、HIV 感染の有無を知らない人が多いというこの結果は、HIV 感染者の大半がすでに臨床的に疾患が進行した状態になって初めて HIV 検査およびカウンセリングを受けていることを意味している³。

抗レトロウイルス療法が実施可能であれば、末期の免疫不全状態になる前に HIV と診断されれば、罹患率および有病率の低下という観点で最大限の有益な効果が得られる。たとえ抗レトロウイルス療法が実施可能でない場合でも、母子感染を防ぐためにコトリモキサゾールによる予防や抗レトロウイルス薬による予防などの介入によって、多大な恩恵を母子にもたらすことができる。さらに早期診断は、他者への HIV 伝播を防ぐための情報や手段を HIV 感染者に提供する機会にもなる。

2004 年 6 月に UNAIDS および WHO が発表した HIV 検査に関する改訂後の政策声明⁴は、多くの人々が HIV の予防・治療・ケアを受けられるようにするために HIV 感染の有無について知る機会を増やすことが重要であることを強調した。また、政策声明で、利用者主導による HIV 検査およびカウンセリング（自発的なカウンセリングと検査 [Voluntary Counselling and Testing、VCT] と呼ばれる）と医療者主導による HIV 検査およびカウンセリングのいずれをも奨励している。

1.2 利用者主導による HIV 検査およびカウンセリングの規模拡大

これまで、利用者主導によるアプローチは、HIV 検査およびカウンセリングを提供するための主たるモデルとなってきたが、高所得地域でも資源に乏しい地域でも利用者主導による HIV 検査およびカウンセリングサービスの普及は十分ではない。WHO および UNAIDS は、利用者主導による HIV 検査およびカウンセリングが今後も継続的に拡大することを積極的に支援する。