

利用者主導による HIV 検査およびカウンセリングの利用は、他の HIV 関連の各種サービスの利用を限定している要因、例えば、偏見や差別、治療・ケア・医療サービス全般への限られた利用、性差の問題などの多くの要因によって妨げられている。アジア 4 ヶ国で実施された調査から、パートナーが病気であるという理由で HIV 検査やカウンセリングを求める割合は男性よりも女性の方が多いことが示されている。これは、診断や予防、治療、ケアがうまくいっていないことの表れである⁵。個人の HIV 感染リスクの過小評価も、利用者主導による HIV 検査およびカウンセリングの利用の妨げとなっていることが多く、このことは特に男性に当てはまる^{6,7,8}。

実際の障害物を取り除く革新的なアプローチがあれば、利用者主導による HIV 検査およびカウンセリングの普及や利用を増やすことは可能である。迅速検査の登場によって、検査実施から結果が得られるまでの時間が短縮した。利用者にとって便利な環境（職場や出張訪問診療所、夜間など）のなかで HIV 検査およびカウンセリングが利用できれば、利用率は大幅に上昇する。在宅中心の HIV 検査およびカウンセリングは、人口統計学的世帯調査（Demographic Household Survey）の一環として実施されることが多く、また予防的・治療的介入の一環として次第に普及しつつあり、これも有望なアプローチのひとつとなっている^{9,10,11}。

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

医療保健施設は、HIV の予防・治療・ケア・サポートを必要としている HIV 感染者と接する重要な拠点である。しかし、先進国での調査や資源不足の国々の調査ではいずれも、医療保健施設での診断やカウンセリングの機会の多くが利用されないままになっていることが示唆されている。オーストラリアのキャンベラにある性医療施設の記録を調べた結果、診断の遅れた HIV 陽性患者の半数以上が診断以前に医療サービスを訪れたことがあり、またその殆どの例において、HIV 検査およびカウンセリングの必要性を医療者が考慮すべきであったと思われる要因をひとつ以上持っていたことが明らかになった¹²。ウガンダの研究では、病院で HIV 検査を勧められ受けた成人（半数はその後の検査で HIV 陽性と判明）のうち 88%が過去 6 ヶ月間に医療保健施設を受診していたにもかかわらず、83%が自身の HIV 感染の有無について知らなかった¹³。

医療者主導による HIV 検査およびカウンセリングは、必要な HIV の予防・治療・ケア・サポートサービスを患者が受けやすくするために、医療保健施設で体系的に HIV 診断を行うひとつの機会となる。

先進世界では、欧州の多くの国々で出生前ケアの一部として医療者主導による HIV 検査およびカウンセリングが導入されている。米国、英国、香港、シンガポール、ノルウェー、カナダでは、医療者主導による HIV 検査およびカウンセリングを導入した結果、検査の利用が大幅に増加したようであり、利用者の大半（ほとんどの研究で 8 割以上）が検査を受けることに同意している¹⁴。米国疾病管理センターでは、HIV 感染の診断の遅れが改善されないこと、ま

た HIV 感染の有無について知らない HIV 患者がかなりの割合で存在することを憂慮し、HIV 感染の有無について自覚することによりリスク行動が減るというエビデンスに基づいて¹⁵、米国内の医療保健施設を受診する 13～64 歳の患者全員に「HIV スクリーニング検査」の実施を推奨する改訂ガイドラインを 2006 年 9 月に発行した¹⁶。

ボツワナ、ケニア、マラウイ、南アフリカ、ウガンダなど、複数の低・中所得国では、医療者主導による HIV 検査およびカウンセリングをさまざまな状況で採り入れている^{17,18,19,20,21,22,23,24}。現時点のデータは比較的限られているが、複数の低・中所得国の出生前ケア環境での研究は、生まれてくる子供にとって有益であると妊婦が考えるならば、積極的に検査を受けようとする姿勢が示されている。

資源に恵まれた状況でも資源が不足している状況でも、検査について日常的に話し合い、提示していれば、また検査が出生前ケアの一部にしっかり組み込まれていれば、検査の利用は増加するというエビデンスが得られている^{25,26,27,28}。出生前ケア以外の状況での研究も増加しつつあり、そこでも有望な所見が得られている。医療者主導による HIV 検査およびカウンセリングが導入される前と後のデータを比較した結果、ボツワナの産後病棟²⁹、ザンビアの小児病棟³⁰、結核診療所³¹、ウガンダの小児病棟³²、産科病棟³³、STI 治療施設³⁴での研究が示すように、導入後に利用が有意に増加することが一貫して示されている。ウガンダのムバララ病院では、HIV 検査の利用増加に伴って臨床的に有益な効果が患者に認められた。医療者主導による HIV 検査およびカウンセリングを導入した後に HIV 陽性と診断された人は、導入前に診断を受けた人に比べて臨床的に早期の段階にあり、CD4 数が高く、そのため適切な時期に治療のために紹介できることが多かった³⁵。

医療者主導による HIV 検査およびカウンセリングは、患者を医療サービスから遠ざけてしまうのではないかと懸念も存在する。現時点の限られたエビデンスでは、このような懸念を裏づける結果は得られていない。ボツワナの妊娠管理クリニックでは、医療者主導による HIV 検査およびカウンセリングを導入した結果、出生前ケアの利用が減少することも、検査結果の通知を受け取る人の割合が減ることもなかったようである³⁶。ジンバブエでも、検査後のカウンセリング率や抗レトロウイルス薬による予防の実施に有害な影響はみられなかった³⁷。

複数の研究から、患者は医療者主導による HIV 検査およびカウンセリングに対して一般に肯定的な態度を示すことが見出されている。米国の入院患者に対し、患者自らが求めている HIV 検査についてどう思うかと尋ねたところ、ほとんどの患者が肯定的な反応を示した³⁸。コンゴ民主共和国のキンシャサにある結核診療所で医療者主導による HIV 検査とカウンセリングの 3 つのモデルを比較したところ、検査を拒否するのは難しいというのが利用者の共通した認識であったが、3 分の 2 を超える利用者は拒否しない限り検査を行う「オプトアウト」検査を好んだ³⁹。

状況によっては、HIV 感染の有無について知ることや検査結果の開示が増えるに伴って、偏

見や差別、遺棄、暴力が増加するのではないかと懸念も存在する。17 件の研究のレビューから、症例全体の 3%~15%で暴力を含め開示に伴う有害な結果が報告されているが、その他の研究はそれよりも頻度の低いものもあれば高いものもある^{40,41,42,43,44}。検査前に家庭内暴力が顕著に認められる場合は頻度が高い。米国で実施されたパートナーへの告知に関するシステマティック・レビューでは、有害な結果はほとんど見出されなかった⁴⁵。タンザニアの研究では、回答者の約半数がパートナーから支援を得られたと報告している⁴⁶。ケニアとザンビアの研究からのエビデンスでは、支援を得られないのではないかと恐れていた一部の人も含め、HIV 陽性の女性の大半が開示によって望ましい結果が得られたと報告している⁴⁷。

総合的に考えられることは、現時点のエビデンスが示唆しているように、医療者主導による HIV 検査およびカウンセリングは、HIV 検査およびカウンセリングの規模を拡大するための一連のアプローチに加え、新たな重要なアプローチとなる可能性があり、HIV 治療・予防・ケア・サポートサービスへのアクセスを促す。その一方で、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、特にカウンセリングやインフォームドコンセントの取得、HIV 検査結果の守秘といったプロセスに関して、医療者の適切な訓練と指導が重視される。患者にとって有害な結果を最小限に抑え、最大限の有益な効果が得られるような形で医療者主導による HIV 検査およびカウンセリングが実施されるためには、綿密なモニタリングと評価（特に実施の各段階）が必要となるであろう。

1.4 本ガイダンスの調整

本書に示す包括的ガイダンスを疫学的・社会的に異なるさまざまな状況に適用するには、調整が必要となる。調整過程では、医療者主導による HIV 検査およびカウンセリングを特定な状況に導入した際のリスク・ベネフィットの評価が必要になるであろう。これには、利用可能な各種資源、現在広く用いられている標準的な HIV 予防・治療・ケア・サポート、現時点の社会的・法的・政策的枠組みの評価が含まれる。一般住民のあいだで HIV が流行している状況下では、資源やキャパシティが限られている場合には、最優先の医療保健施設での段階的な実施が適切であると考えられる。

本ガイダンスを状況に応じて適用し、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には、市民団体や HIV/AIDS 患者も含め、主要な利害関係者すべてと協議しながら進める必要がある。また、綿密なモニタリングと評価を行うことによって、利用可能な資源を有効に活用できるようになり、偏見や差別、暴力、守秘義務違反、強要、治療、その他 HIV 関連のサービスの不履行など、有害な結果を回避できる。

WHO および UNAIDS が承認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。医療者にとって何よりも重要な原則は、常に個々の患者の利益を最優先に考えて行動することである。そのためには、患者が情報を得た上で検査について自発的に決断できるよう十分な情報を提供し、患者の秘密を遵守し、検査後のカウ

ンセリングを実施し、適切なサービス機関に紹介することが必要である。

2. 目的

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、基本的な実践上のガイダンスを示す。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 に関するサービスを提供する非政府組織を中心とする幅広い読者を対象としている。WHO および UNAIDS は利用者主導による HIV カウンセリングおよび検査も強く支援しているが、これらについてはすでに別のガイダンスがあるため^{48,49}、ここでは詳しくは採り上げない。

本ガイダンスは、医療倫理と臨床・公衆衛生・人権上の目的の相乗作用を目標としている。これには以下の事柄が含まれる。

- HIV 感染者に情報を提供した上で、HIV 感染を自発的に認識できるようにする。感染者が HIV の予防・治療・ケア・サポートサービスを求め、それを受けられるようにする。感染者から他者への HIV 伝播を予防できるようにし、また HIV に関連した偏見、差別、暴力から感染者を守る。
- 治療や予防の結果の改善。
- 自主独立、プライバシー、秘密保持の権利の促進。
- エビデンスに基づく政策や実践、実施可能な環境の促進。
- HIV 関連の検査やカウンセリング、それに関連した介入を確実に提供するために、医療者の役割や責任を一層明確にする。

本書では、HIV 検査に関する 2004 年の UNAIDS/WHO 政策声明をさらに精緻なものにするため、以下の事柄を提示する。

- 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用語の改訂（セクション 3）
- 流行型や小児および青年を含む種々の集団に応じた、医療者主導による HIV 検査およびカウンセリングの実施に関するガイダンス（セクション 4）
- 推奨される HIV 関連のサービス、実施を支えるのに必要な社会的・政策的・法的枠組みなど、実施可能な環境に関する説明（セクション 5）
- 検査前に最低限提供すべき情報、インフォームドコンセント、検査後のカウンセリング時に提供すべき情報など、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に従うべきプロセスの説明（セクション 6）
- 検査技術に関する概論（セクション 7）
- 本書を国や地域の事情に合わせて適用することについての概論（セクション 8）
- モニタリングと評価に関する概論（セクション 9）

本書は、2006年7月にWHOおよびUNAIDSが召集した審議会で示されたエビデンスや専門家の意見⁵⁰、2006年11月から2007年2月までのオンライン協議期間に寄せられた150以上の団体や個人からのパブリックコメント、その他、幅広い個人や団体との協議に基づいて作成された。

3. 用語の定義

本書では、以下の用語が用いられている。

利用者主導による HIV 検査およびカウンセリング（Client-initiated Testing and Counseling; CITC, Voluntary Counselling and Testing, VCT とも言う）とは、個人が HIV 検査およびカウンセリングを実施している機関にこれらサービス提供を積極的に求めること。通常、利用者主導による HIV 検査およびカウンセリングでは、カウンセラーによる個人のリスク評価と管理が重視されており、HIV 検査を受けることが望ましいこと、その意義、個々のリスク低減策の工夫といった問題が取り扱われる。利用者主導による HIV 検査およびカウンセリングは、医療保健施設や医療保健施設以外の独立した施設、出張訪問サービス、地域社会、さらには在宅など、さまざまな状況で幅広く実施されている。

医療者主導による HIV 検査およびカウンセリング（Provider-initiated Testing and Counseling; PITC）とは、医療保健施設を受診した人に対して、医療者が標準的な医療の一環として HIV 検査およびカウンセリングを勧めること。このような検査やカウンセリングの主な目的は、患者が自分自身の HIV 感染の有無について知らなければ可能とならないような具体的な臨床的決断や特定の医療サービスの提供を可能にさせる点にある。

HIV に起因すると思われる疾患の症状や徴候を呈して医療保健施設を受診した人の場合、患者の日常的な臨床的管理の一環として HIV 検査およびカウンセリングを勧めるのは医療者の基本的責務である。これには、結核患者や結核が疑われる者に HIV 検査およびカウンセリングを勧めることも含まれる。

医療者主導による HIV 検査およびカウンセリングのもうひとつの目的は、医療保健施設を受診した者のなかから、HIV 感染を認識していない、または疑っていない患者を見付け出すことである。そのため、状況によっては患者に HIV に関連した明らかな症状や徴候が認められなくとも、医療者は HIV 検査およびカウンセリングを勧めてもよい。このような患者のなかには、明らかな症状や徴候が認められなくとも HIV に感染している場合があり、また具体的な予防・治療サービスを行うためには、患者自身が HIV 陽性であることを知ることが有益な場合がある。このような状況では、医療者はその医療保健施設で行われる患者とのあらゆる臨床的やりとりのなかで、患者すべてを対象とした各種サービスパッケージの一環として HIV 検査およびカウンセリングを勧めることになる。

ここで重要なのは、利用者主導による HIV 検査およびカウンセリングの場合と同様、医療者主導による HIV 検査およびカウンセリングも自発的なものであり、「3つのC」、すなわちインフォームドコンセント（informed consent）、カウンセリング（counseling）、秘密保持（confidentiality）を遵守しなければならない。

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、いわゆる「オプト

アウト」アプローチと「オプトイン」アプローチのどちらを採用すべきかについては、かなり議論があった。

「オプトイン」アプローチでは、検査前に情報を提供された患者が検査を受けることに積極的に同意しなければならない。インフォームドコンセントは、肝生検や外科的介入など、臨床現場での特殊な検査や介入の際に要求される方式と似通っている。

「オプトアウト」アプローチでは、検査前に情報を提供された上で、検査を望まない患者ははっきりと検査を拒否しなければならない。このようなインフォームドコンセントの取得方法は、胸部 X 線検査や血液検査、その他の非侵襲的な検査など、臨床で一般に行われる検査の際に要求される方式に近い。ほとんどの場合、患者が拒否しなければ、医療者の勧めに従って検査が行われることになる。

2003 年の WHO の政策オプション⁵¹および 2004 年の HIV 検査に関する WHO/UNAIDS 政策声明⁵²にしたがって、本書では、医療者主導による HIV 検査およびカウンセリングに「オプトアウト」アプローチを採用する。ただし、特に被害を受けやすい集団を対象とした医療保健施設など、状況によっては「オプトイン」アプローチも考慮に値する。「オプトイン」アプローチでも「オプトアウト」アプローチでも、最終的な結果は同じでなければならない。すなわち、与えられた情報に基づいて医療者が勧める HIV 検査を受け入れるか拒否するかを決定するのは、患者自身でなければならない。本書では通常、「オプトイン」、「オプトアウト」という用語は用いず、「医療者主導による HIV 検査およびカウンセリング」という表現を用いる。この表現には、情報提供を受けた上で HIV 検査の勧めを拒否する患者の権利が含まれる。

本書では、(HIV に関係した症状を有する患者に対して)「診断」目的で勧める HIV 検査およびカウンセリングと、症状はないが HIV に感染している可能性のある患者に勧める HIV 検査およびカウンセリングとの区別は設けていない。「HIV スクリーニング検査」、「ルーチンとして提示」、「ルーチンとして推奨」⁵³といった表現も避け、「医療者主導による HIV 検査およびカウンセリング」という表現を用いる。

本書に示したガイダンスは、医療者から患者に対して HIV 検査およびカウンセリングを勧めるべきか否か、またどのような状況で勧めるべきかという点を明確に示したものである。

医療者主導による HIV 検査およびカウンセリングは、義務的なものでも強制的なものでもない。WHO および UNAIDS は、公衆衛生上の理由から個人に検査を義務づけたり強要したりすることには賛同しない。

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

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の実施に関するガイダンスは、HIV の流行型にしたがって分類されている (Box 1)⁵⁴。

Box 1 : HIV の流行型

WHO および UNAIDS は、HIV の流行型を以下のように定義している。

1. HIV の低レベルでの流行

HIV が長い間、存在していた可能性はあるが、個別集団のあいだではいずれも実際の流行レベルにまで 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% を超えたことがない。

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。流行がどのように今後推移するかは、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係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。

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

4.1.1 症状が認められる患者

疾患の症状や徴候を呈して医療保健施設を受診した患者は、診断、治療、ケアを希望してい

ると考えられる。いずれの HIV 流行型でも、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、小児に対しては、医療者は標準的な処置の一環として HIV 検査およびカウンセリングを勧めるべきである。このような徴候や症状には、結核、その他にも WHO の HIV 臨床病期分類⁵⁵に明示されている病状が含まれるが、必ずしもこれに限定されるわけではない⁵⁵。その他にも、多くのよくみられる軽微な愁訴が基礎疾患として HIV 感染症を示唆している場合もある。

HIV 検査およびカウンセリングは救急診療の際に症状のある患者に対して最も推奨されることが予想されるが、それ以外の診療現場でも、HIV を示唆する病状や症状のある患者に遭遇することもある。HIV に関係していると思われる症状を有する患者に対して HIV 検査やカウンセリングの推奨を怠ることは、標準以下の医療行為である。

4.1.2 HIV 曝露歴のある症状を有する小児

妊娠・分娩・授乳中に HIV に曝露された小児の感染の有無を調べることは、HIV 母子感染予防プログラム (PMTCT) におけるフォローアップサービスの重要な部分を占めている。そのため、HIV に曝露された、あるいは HIV 陽性の母親から生まれた乳児すべてに対して、通常のフォローアップケアの一環として HIV 検査およびカウンセリングを勧めるべきである。

生後 18 ヶ月間は、HIV 抗体検査によって乳児が本当に HIV に感染しているかどうかを確認することは信頼性の点から難しいため、HIV ウイルスまたはその産物の検出に頼る HIV 検査法 (ウイルス学的検査) が必要である。一般に、ウイルス学的検査法は費用がかかり、高度な技術を要する。

小児の免疫不全は進行が早く、臨床的徴候も非特異的であるため、一般住民に HIV が流行している場合には、受診時に発育不良や栄養不良がみられる小児にも HIV 検査およびカウンセリングを勧めるべきである。その他の流行状況でも、栄養不良の小児に対する適切な栄養療法が奏効しない場合など、ある種の疫学的な状況下にある小児には HIV 検査およびカウンセリングを考慮した方がよい。

小児の HIV 検査について判断を行う場合には、小児疾患の統合的管理 (Integrated Management of Childhood Illness, IMCI)⁵⁶などで用いられている臨床的アルゴリズムが有用な指針となるであろう。

4.1.3 HIV を予防するために包皮切開術を受ける男性

最近の複数の研究によれば、男性の包皮切開術は、女性から男性への HIV 感染を最大 60% 予防する効果があることが示されている。これに従い、WHO および UNAIDS では、男性の包皮切開術を HIV 予防法のひとつとして認める一連の勧告を発表した⁵⁷。勧告では主に、HIV 感染率が高く、男性の包皮切開術の施行率が現時点で低い状況下での施行に焦点を当てている。これらの勧告にしたがい、HIV 予防法として包皮切開術を希望する男性すべてに HIV 検査およびカウンセリングを勧めるべきである。

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

4.2.1 すべての医療保健施設での実施

一般住民のあいだで HIV が流行している場合、標準的な HIV の予防・治療・ケアに関する推奨（セクション 5 を参照）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 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。

4.2.2 実施の優先順位

一般住民のあいだで HIV が流行している状況において、資源やキャパシティに制約があるため、医療者主導による HIV 検査およびカウンセリングを段階的に実施しなければならない場合もある。その際には、最初に特定の医療保健施設や患者集団を優先的に選択する。優先的な医療保健施設および患者集団の選択は、地域の疫学的・社会的背景の評価によって施行すべきである。このような評価を行うための主な手順をセクション 8 に示す。

一般住民のあいだで HIV が流行している場合、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には、以下の点を優先的に検討すべきである。

- 結核診療所を含む入院・外来医療施設

一般住民のあいだで HIV が流行している場合、病棟には通常、診断・治療・ケアの対象となる HIV 患者がかなりの割合で存在する。HIV に伴う重度免疫不全を有する患者であっても必ずしも明らかな臨床症状や疾患の徴候が現れるわけではないため、一般住民のあいだで HIV が流行している状況では、病院、その他の入院施設に収容された患者すべてに対して HIV 検査およびカウンセリングを勧めるべきである。これには、結核の疑いのある患者、結核と診断された患者、結核治療を受けている患者も含まれる。

外来患者は一般に入院患者ほど重症ではないが、一般住民のあいだで HIV が流行している場合には、外来医療施設を受診する患者に対しても必ず HIV 検査およびカウンセリングを勧めるべきである。

● 周産期医療サービス

予防・治療・ケアの観点から、妊娠中はなるべく早期に HIV 検査およびカウンセリングを実施した方が妊婦にとって有益であり、乳児の HIV 感染予防のための介入も始められる。

分娩のために医療保健施設を受診する女性のうち、出産前の HIV 検査やカウンセリングを受けていない者はかなりの割合に上る。妊娠・分娩・出産後初期の PMTCT には、抗レトロウイルス薬の予防的投与が最も有効であるが、これは分娩時に開始しても効果があり、また生後まもなくの乳児に対しても効果があることが示されている。したがって、分娩時に HIV 感染の有無が明らかでない女性に対しては、HIV 検査およびカウンセリングを必ず勧めるべきであり、それが難しいようであれば、出産後なるべく早い時点で行うべきである⁵⁸。

HIV 検査歴のない女性には、できれば出産後早期に HIV 検査とカウンセリングを勧め、授乳カウンセリングやサポート⁵⁹、乳児の診断（適宜）も含め、母子ともに HIV 関連の各種サービスが受けられるようにすべきである。

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予防するための重要な介入法であり、医療者主導による HIV 検査およびカウンセリングの結果、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実施する必要がある。このような状況では、適時に介入が行えるように HIV 迅速検査も重要である。

HIV 陰性と判定された女性に対しては、妊娠期間中および授乳期の感染を防ぐために、当面のあいだ必要なあらゆるサポートを確実に行うことが重要である。この期間に陽転すると、母子感染のリスクが高くなる。

HIV 陽性と診断された女性に対しては、男性パートナーに HIV 検査およびカウンセリングを提案することを勧めるべきである。このような検査は、医療保健施設で、例えば夫婦カウンセリングの後の後に行ってもよいし、パートナーを利用者主導による HIV 検査およびカウンセリングサービスに紹介してもよい。

● STI 治療サービス

一般住民のあいだでの流行では、HIV が主に異性間性行為によって伝播し、性感染症（STI）が存在すると HIV 感染・伝播リスクが高くなる可能性がある。STI 治療施設は、性的営みのある男女が HIV 感染の有無について知り、HIV の予防・治療・ケアを受ける機会を増やすための重要な場所のひとつである。

したがって、一般住民のあいだで HIV が流行している場合は、STI 治療施設や性医療施設を受診した人すべて、あるいは STI で他の医療施設を受診した人すべてに HIV 検査およびカウンセリングを勧めるべきである。

STI と診断された患者に対しては、パートナーにも HIV 検査およびカウンセリングを提案す

ることを勧めるべきである。このような検査は、医療保健施設で、例えば夫婦カウンセリングの後に行ってもよいし、パートナーを利用者主導による HIV 検査およびカウンセリングサービスに紹介してもよい。

- 特にリスクの高い集団への医療サービス

あらゆる HIV 流行型において他の人よりも HIV リスクが高い集団が存在する。これには、性産業従事者とその客、注射薬物使用者、男性同性愛者、受刑者、季節労働者、難民などが含まれる。これらの集団は、他の人に比べて重大な健康問題を抱えていることが多く、質の高い医療サービスをなかなか受けられない状況にある。

こうした人々に対する HIV 検査およびカウンセリングの供給率および利用率を高めるために、特に利用者主導による革新的なアプローチによる種々の方策が必要である。これらの方策には、他の地域社会における出張診療所によるサービス、被害軽減 (harm reduction) プログラムや他の支援活動を通してのサービスなどが挙げられる。受刑者に対しては、収容期間中いつでも利用者主導による HIV 検査およびカウンセリングを受けられるようにすべきであり、強制的な HIV 検査は行うべきではない。特にリスクの高い集団が利用者主導による HIV 検査およびカウンセリングを受けられる機会をさらに増やすための努力として、社会的動員や教育の率先により、人々が HIV 感染の有無について自ら知り、サービスを利用するよう奨励することも必要である。

HIV リスクが特に高い集団は特別な医療ニーズを抱えているため、救急診療や STI 治療、薬物依存治療など、特定の医療サービス機関を受診することが多いと考えられる。したがって、疫学的に適切であり、社会的に許容できれば、これらの機関を受診したり、サービスを求める患者すべてに対して HIV 検査およびカウンセリングを勧めることを検討すべきである。このような状況で医療者主導による検査やカウンセリングの計画を立てる際には、セクション 5.2 に示すように、患者を支援する社会的・政策的・法的枠組みの実施を優先すべきである。

HIV 感染リスクが特に高い集団は、HIV 陽性の検査結果を開示することで強要や差別、暴力、遺棄、監禁、その他の被害を受けやすいと考えられる。通常、こうした集団を対象としたインフォームドコンセントの取得や秘密保持の基準を守るには、医療者に対する特別な訓練と指導が必要である。さらに、HIV 検査を拒否する権利、HIV 検査と検査結果の開示のリスク・ベネフィット、社会的サポートの必要性についても論じる必要がある。特に被害を受けやすい弱者集団については、「オプトイン」アプローチによるインフォームドコンセントの取得も考慮に値すると考えられる。

最も適切で人々が受け入れやすい実践方法を得るためには、HIV 検査・カウンセリングプロトコルの作成や医療者主導による HIV 検査・カウンセリングプログラムのモニタリングや評価に高リスク集団とその擁護者らを加えることが有益であると考えられる。

さらに医療サービスには、地域の組織や市民団体が提供する予防・ケア・サポートサービスへの紹介システムも整っていることが必要である⁶⁰。

● 年少の（10歳未満）小児へのサービス

一般住民のあいだで HIV が流行している場合には、医療保健施設を受診する小児のうち、かなりの割合の者が HIV に感染している。小児は成人に比べて HIV 疾患の進行が早く、HIV 感染の症状や徴候が非特異的であることが多い⁶¹。ケアが受けられなければ、HIV 感染小児の4分の1以上は1歳未満で死亡し、ほとんどが5歳までに死亡する。小児の罹病率および死亡率は、抗レトロウイルス治療やコトリモキサゾールによる予防などの介入を行うことで大幅に低下するため、早期の小児 HIV 診断が重要である。

したがって、一般住民のあいだで HIV が流行している場合には、小児医療サービスを受診する小児すべてに HIV 検査およびカウンセリングを勧めるべきである。

小児の場合には、インフォームドコンセントを取得する際にも特に考慮すべき点がある（セクション6を参照）。

出生後最初の1年間は、HIV に曝露された乳児の体内に母親の抗体が残っている可能性があるため、抗体検査の結果は小児の HIV 感染の有無を正確に示しているとは限らない。理想的には、生後18ヶ月未満の小児の HIV 検査は、可能な限りウイルス学的検査法によって行うことが望ましい（セクション7を参照）。

小児は通常、親に連れられて小児医療サービスを受診することが多いため、親や小児の同胞に対しても医療保健施設で家族カウンセリングや夫婦カウンセリング、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への紹介などを通して、HIV 検査およびカウンセリングを勧める機会が得られる。HIV 検査およびカウンセリングが特に重要な意味をもつのは、HIV 感染小児の母親や PMTCT サービスで検査を受けていない母親の場合である。

● 外科診療サービス

「感染予防」目的で、サービス提供者が患者の HIV 感染の有無を知りたいためだけに行う HIV 検査は正当とは認められない。HIV 感染の有無にかかわらず、すべての患者に対して標準予防策を遵守する必要があるからである。本来必要な手術や臨床サービスの提供を拒否するために、HIV の検査結果を利用してはならない。

外科患者は一般に他科の患者に比べて HIV 感染率は低い⁶²が、一般住民のあいだで HIV が流行している場合には、医療保健施設を受診する外科患者すべてに HIV 検査およびカウンセリングを勧めるべきである。一般住民のあいだで HIV が流行している状況下で医療保健施設を受診する他のすべての人々と同じように、外科患者に HIV 検査およびカウンセリングを勧める目的は、HIV の適時検出を促し、最善のケアとサポートを患者に提供することにある。

HIV 予防法として包皮切開術を希望する男性には、いずれも HIV 検査およびカウンセリングを勧めるべきである。

- 青年期を対象としたサービス

一般住民のあいだで HIV が流行している場合、青年期（10～19 歳）の人々、特に女子は HIV に感染する危険性が高い。臨床現場で医療者と青年期の患者が接触することで、性や生殖をめぐる健康について患者に情報を与え、カウンセリングを行う機会が得られる。そのため、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を実施する場合には、青年期医療サービスを優先項目のひとつとしてみなすことを推奨する。

青年の場合、インフォームドコンセントの問題には特に注意が必要である（セクション 6 を参照）。

- 家族計画を含む生殖医療サービス

HIV 感染の有無を知ることは、避妊法の利用を含め、妊娠の回数や間隔、時期について、情報に基づいた女性の自発的な決断能力を高めることになると考えられる。したがって、一般住民のあいだで HIV が流行している場合には、医療者主導による HIV 検査およびカウンセリングを生殖医療サービスに組み込むことを推奨する。

生殖医療サービスで HIV 陽性と診断された患者に対しては、男性パートナーにも HIV 検査およびカウンセリングを提案することを勧めるべきである。このような検査は、医療保健施設で、例えば夫婦カウンセリングの後に行ってもよいし、パートナーを利用者主導による HIV 検査およびカウンセリングサービスに紹介してもよい。

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

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

HIV の低レベルでの流行や集中的流行の場合、ほとんどの人は HIV への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 検査およびカウンセリングを勧める必要はない。このような状況では、基礎疾患として結核など HIV 感染があると思わ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 曝露があったことが明らかな小児に対して、優先的に HIV 検査およびカウンセリングを勧めるようにすべきである。

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 検査および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⁶³。

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

HIV 感染率は国全体では低いかもしれないが、一部の地域やある種の集団内、またある種の医療保健施設を受診する人のあいだでは感染率や感染リスクが高いことがある。低レベルでの流行や集中的流行の場合には、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。このような評価に基づき、以下の医療保健施設およびサービス機関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考慮してもよい。

- STI 治療

一般住民のあいだでの流行と同様の検討事項が適用される（セクション 4.2.2、27～28 ページを参照）。

- 特にリスクの高い集団への医療サービス

一般住民のあいだでの流行と同様の検討事項が適用される（セクション 4.2.2、28～29 ページを参照）。

- 周産期医療

HIV の低レベルでの流行や集中的流行がみられ、小児の HIV 感染撲滅を目指している多くの国々では、すべての妊婦に対して医療者主導による HIV 検査およびカウンセリングを実施している。

その他の国々、特に資源が著しく不足している国々では PMTCT プログラムは実施されておらず、他の優先項目に焦点が向けられている。低レベルでの流行や集中的流行がみられる場合に、医療者主導による HIV 検査およびカウンセリングをこうしたサービスの一部に採り入れるか否かについては、地域の資源や疫学的・社会的背景の評価に基づいて判断する必要がある。国や地域の基準に基づき、HIV 曝露リスクが高いと判断された妊婦に対しては、HIV 検査およびカウンセリングを勧めるのが適切であると思われる。

ただし、最初は包括的 PMTCT プログラムの一部の要素しか採り入れられないとしても、いずれの国においても、国の HIV/AIDS 対策プランには母子感染の問題を採り入れるべきである。妊婦に対して出産前の情報提供を行う際には、MTCT および HIV 検査とカウンセリングに関する情報も提供する必要がある。

集中的な流行や低レベルでの流行の場合は、小児医療サービスにおいてすべての小児に HIV 検査およびカウンセリングを勧める必要はない。HIV 検査およびカウンセリングの対象は、HIV に関連していると思われる症状や徴候、病状が認められる小児、HIV 曝露が確認された小児に絞るべきである。

4.4 勧告の要約

すべての流行状況において

すべての医療保健施設において、以下の人を対象に HIV 検査およびカウンセリングを勧めるべきである。

- 結核*を含め、HIV 感染症と思われる徴候や症状、病状を呈して医療保健施設を受診した成人、青年、小児。
- HIV 曝露歴のある小児および HIV 陽性の母親から生まれた小児。
- 発育不良または栄養不良の小児、あるいは一般住民のあいだで HIV が流行している状況下で適切な栄養療法が奏効しない栄養不良の小児。
- HIV 予防策として包皮切開術を求める男性。

* 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 検査および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。

一般住民のあいだで HIV が流行している状況において

上記に加え、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を含むすべての医療保健施設で、すべての患者に HIV 検査およびカウンセリングを勧めるべきである。

医療者主導による HIV 検査およびカウンセリングを段階的に実施する場合は、地域の条件に応じて、以下に示すように適切な優先順位を設定するとよい。

- 結核診療所を含む入院・外来医療施設
- 周産期医療サービス
- STI 治療
- 特にリスクの高い集団へのサービス
- 10 歳未満の小児へのサービス
- 青年期を対象としたサービス
- 外科医療サービス
- 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の状況において

以下のサービスにおいても、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考慮すべきである。

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

5. 実施可能な環境の確保

医療者主導による HIV 検査およびカウンセリングは、HIV の適時検出、HIV 感染予防、その後の適切な HIV 予防・治療・ケア・サポートサービスの提供によって、人々の健康と幸福を最大限に高めることを目的として実施されるべきである。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際には、強制的な検査や許可されていない個人の HIV 感染状況の開示、HIV 感染の有無が明らかになることによる有害な結果などを防ぐための対策が含まれていなければならない。有害な結果として考えられるのは、医療者の差別的態度、検査に伴う経済的負担、許可されていない個人の HIV 感染状況が開示されることによって生じる差別や暴力などである。HIV 感染が開示された場合、女性の方が男性よりも差別や暴力、遺棄、排斥などを受けやすいと考えられる。途上国の女性の HIV 感染開示について複数の研究を統合した結果をみると、ほとんどの事例では開示に関連して肯定的な結果が報告されているが⁶⁴、開示に関連した暴力も実際に起こっているため、予防策を講じることが必要である⁶⁵。

肯定的な結果が得られる確率が高いのは、HIV 検査およびカウンセリングを秘密扱いとし、それにカウンセリングおよびインフォームドコンセントが伴っており、スタッフが適切な訓練を受けており、被検査者に対して適切なフォローアップサービスの提示と紹介が行われ、差別を防ぐための適切な社会的・政策的・法的枠組みが整っている場合である。

5.1 推奨される HIV 関連の各種サービス

医療者主導による HIV 検査およびカウンセリングに付随して、表 1 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実施すべきである。必ずしも HIV 検査実施施設ですべてのサービスを提供しなければならないということはないが、地域の施設を紹介することでこれらサービスをいずれも提供できることが必要である。

抗レトロウイルス療法を受けられる環境は広がりつつあるが、まだ受けられない状況にあるところも多い。しかし、表 1 に示すケア・サポートパッケージは、HIV 陽性と診断された人の健康に大きな恩恵をもたらすものと考えられる。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を実施する際の絶対的的前提条件ではないが、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治療を受けられるように、国のプランの枠組み内で抗レトロウイルス療法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。

資源に限りのある多くの医療保健施設では、HIV 陰性結果が出たすべての人に幅広い予防サ

サービスを提供することが現実的に難しい場合もある。また、その必要のない場合もある。ただしほとんどの場合、こうしたサービスは、地域で行われているサービスや他の適切なサービスを紹介することで提供が可能である。

表 1：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る際に推奨される HIV 関連の各種サービス

- 個人または集団を対象とした検査前の情報提供
- HIV 陰性と診断された人への基本的予防サービス：
 - － 個人やカップルに対する検査後の HIV 予防カウンセリング（予防サービスに関する情報を含む）
 - － 男性用・女性用コンドームの奨励および提供
 - － 注射薬物使用者への針と注射器の提供、その他の被害軽減のための介入
 - － 曝露後の予防（必要に応じて）
- HIV 陽性と診断された人への基本的予防サービス：
 - － 訓練を受けた医療者による個人への検査後のカウンセリング（必要に応じて、予防・ケア・治療サービスに関する情報提供や紹介を含む）
 - － パートナーへの開示のサポートおよびカップルのカウンセリング
 - － パートナーおよび子供への HIV 検査とカウンセリング
 - － 安全な性行為とリスク軽減に関するカウンセリング、男性用・女性用コンドームの奨励および提供
 - － 注射薬物使用者への針と注射器の提供、その他の被害軽減のための介入
 - － 妊婦に対する母子感染予防のための介入（抗レトロウイルス薬による予防を含む）
 - － 生殖医療サービス、家族計画に関するカウンセリング、避妊法の提供
- HIV 陽性と診断された人への基本的ケア・サポートサービス：
 - － HIV 管理のための教育、心理社会的サポート、ピアサポート
 - － 定期的な臨床評価および病期分類
 - － 一般的な日和見感染の管理と治療
 - － コトリモキサゾールによる予防
 - － 結核のスクリーニング検査と治療（必要に応じて）、予防療法（適宜）
 - － マラリアの予防と治療（適宜）
 - － STI 症例の管理と治療
 - － 緩和ケアおよび症状管理