

#### ■資料4 地方要因以外の、活動における困難・障壁

- ・ HIV に対する関心がどの程度あるのか不明だし（メディアでそれほどさわがれていないので、関心がひくいとおもわれるが）、対象をどう絞って効果的に予防啓発活動を行っていけばよいのか、難しいと感じる。
- ・ 他の感染症対応でじっくりと取り組みができていない。
- ・ 予算から考えても、他の業務と比べ、優先度が低い。担当も他の業務を兼務しておりどうしても他業務が優先してしまう。
- ・ HIV/エイズに対する偏見や性について話すパンフレットを見ることの恥ずかしさを感じている人もまだ少なくないこと。（若者よりも大人が）
- ・ 地域住民のエイズに対する関心が低いこと。
- ・ 陽性者がほとんどおらず、危機感があまりない。
- ・ NPO、NGO などの地域の団体がなく、啓発の限界を感じる。
- ・ 地域に個別施策層の情報を得る手段がない。
- ・ 学校においては、とりくみに温度差があり、一律の啓発が難しい。
- ・ 青少年へは、高校やカラオケボックスなど若者が目に触れる場所に啓発資料を設置することができた。高校からエイズや性感染症の健康教育の依頼を保健所がうけるようになった。
- ・ 30～40 歳代の成人への働きかけとして、効果的な啓発活動については模索中。
- ・ 思春期を対象にした思春期ピアカウンセラーは専門学校の学生が中心。学業との両立があり活動時間や活動範囲等（中・高校からの啓発の依頼等）すべて応じることができない。
- ・ 感染症業務が多忙なため、マンパワー不足。関係機関(学校関係、医療関係、NPO 等)と連携不足。
- ・ HIV・エイズ対等の目標がはっきりと定まらないことがいちばんの障壁。
- ・ 保健所でのマンパワー不足。これは外部との連携ができれば解決すると思うが、教育/保健/福祉/民間がバラバラに啓発をやっているような点もあり、これらのリソースをまとめたら、もっと大きな働きができるのにと感じる。
- ・ HIV に関する関心の低さ。
- ・ 人員不足と業務多忙。
- ・ エイズ担当(1名)といえど複数の業務を担当しており、又、相談業務が主である。通常の迅速検査(検査技師が未配置のため本所からきてもらう)、週刊・月間の広報、各関係機関へのポスター、グッズ等の配布はおこなっているが、予防講演会等の予算配置は本所になっている。
- ・ 性についてのタブー意識が関係機関（学校や教育委員会など）から感じられる。
- ・ HIV/AIDS は、専門的な知識を必要とされ、情報もどんどん新しいものになるため、常

に新しい情報を得ておく必要があるが、学ぶ機会があまりない。書籍やインターネットから学ぶことはできるが、限界があり、研修に比べて効率が悪い。

- ・エイズ対策にかける時間的な余裕がない。多業務を担当しているため、最小限の対応になってしまっている現状。
- ・世界エイズデーのポスター掲示を行っているが、ポスターの枚数も少なく、限られた場所に貼付するのみ。予算措置がない中で、知恵と熱意、創意工夫していくには、どんなことができるのか考えるが、結局何もしないで終わっている。
- ・過去に講演、健康教育を行った時期がありましたが、啓発を行う対象が限られ、エイズへの関心が高まらない、広がらない、進まない状況にある。
- ・イベントなどで資料配布すると、関係ないからいいと拒否的な姿勢の人もいる。
- ・保健所職員が年々削減され、特に今年度は新型インフルエンザの課題もあり、予防啓発活動はきわめて困難。
- ・若者の性に対する価値観。
- ・HIV のチラシやパンフを手にしていても避けたいような意識があると思う。検査に来られる方もなかなかお持ち帰りいただけない。
- ・同性愛者等の個別施策層への啓発が十分できていない。
- ・当所管内で実施するためには、どのような地区でどのような活動をすれば効果的なのか、地区診断のところからのノウハウを教えてほしい。
- ・カラオケ店等に中高生は集まり、啓発活動をしていきたいが営利施設でもあり、理解が得にくい。
- ・啓発には何かと予算がかかるが、財政上予算を上げることが難しいので、限られた範囲内での内容になってしまう。対象者が集う場所を活用できればと思うが、現状が把握できていないため、活用できない。
- ・9万人の管轄人口に対し、3人の保健師で、精神保健、母子保健、感染症、特定疾患等の各種申請事務、相談業務、訪問指導、精神疾患の措置業務も担当している。HIVの無料検査は、年間15件程度であるため、予防啓発活動としては、エイズキャンペーン期間中の街頭キャンペーンや、小・中高校からの性教育等に対応しているのみで積極的な活動はなし。
- ・予算や担当職員が減らされている。予算削減から時間外勤務についても制限があり、担当者にはかることなく上司が夜間検査の時間や受付枠に制限をすることがあり困難を感じる。また担当者のメインは結核事業であるが、新型インフルエンザ対応なども加わると手一杯となりエイズ予防啓発活動は消極的にならざるを得ない。
- ・HIV 抗体検査については夜間や即日など受診しやすい体制を整備しているが、ハイリスクの個人、グループにこの情報が伝わっているのかどうかかわからない。
- ・対象者の選定やどのように取り組めば効果的かが課題。対象者が集まりにくい。
- ・性感染症であるため、Hなイメージが伴いやすい。

- ・他業務（感染症一般）で時間が費やされる。
- ・男性の同性愛者に対する予防啓発活動をどのように実施していくかについて。
- ・予算が削減されてきているので、パンフレット等を準備しにくくなった。
- ・若い世代への啓発。指導者の偏見がある。
- ・まだまだ人ごと感覚。
- ・地方では学校以外に青少年が集まり、効率よく啓発できる施設が少ない。携帯サイトは有効ツールと考えるが予算計上がなく実現不可能。
- ・青少年層 学校の主に養護教諭に情報を提供することで必要なときは資料を提供したり、相談にのっている。市内学校で統一された教育内容にはなっておらず、その内容や方法はそれぞれの学校によってバラバラである。
- ・MSM/外国人 HIV 抗体検査に来所した方にそのときにきちんと情報提供したり、ていねいに対応することで次回の来所につながったり、周囲へ PR してもらうようにしているが、ターゲットとしては、はっきりつかめていない。
- ・教育現場、企業に入っていくことの難しさ。  
（中・高校は「1 単位」しか授業時間を確保できず、しかも学校単位、学年単位の対象となるため一方的な展開になる。）
- ・地域のコミュニティが未熟であること（MSM に関して）  
（個人的に啓発活動をしたいとの申し出をいただいたことがあったが、大きな活動、継続的なものには発展しにくいこと。）
- ・田舎の地域なので性の問題はタブーの目があり、とり組みをオープンにしにくいところがある。
- ・新型インフルエンザや肝炎の対応に追われ、予防活動に人員や時間をさくことは困難。
- ・個別施策層の実態がわからない（見えない）。
- ・感染症担当は結核の兼務 1 名と、1. 5 名体制で行っている。1. 5 名のうち HIV 対策にかけられる時間（業務割合）は限られているので、スキルアップする間がなく、定期検査で手いっぱい。
- ・有効な啓発をしたいと考えるが、学校では独自の考えによる性教育が行われているため、入りづらく、大きな企業もないため一般成人へも活動しにくい現状がある。
- ・今年度より経費削減。
- ・個別施策層（同性愛者）へのアプローチ。
- ・高校生を対象に学校にて予防啓発活動を実施しているが、学校によって取り組みに格差があり教育現場で継続した性教育（リスク管理）を行うことの難しさを感じる。
- ・高齢者が多い地域。
- ・若者も点在して活動している中で、集団での教育は難しい。

- ・「性」に対する偏見がある。
- ・正しい情報を発信するとしても知識のある人材が少ない。
- ・効果的に行うために対象と方法の選択について。
- ・時間やスタッフ不足。
- ・個別施策層への予防啓発活動への取り組方法、何々連携が取りにくい。
- ・学校等に対する啓発活動の点で、教育委員会や学校長の考えによって介入できないところ。(学校間で差ができる。)
- ・成人男性に対しての啓発活動で、介入する組織や企業等に協力が得られない。
- ・県行政として予防啓発活動が手薄であるため、充実できない。
- ・管轄地域と保健所の所在地が離れているため、検査 PR の方法が難しく、受検者が気軽に受検できる環境とは言いづらい。
- ・高校卒業後、管外に出ていく割合が高く活動に協力が可能な若者が少ない。エイズやコンドームの使用等についての教育に消極的(身近なものと、とらえていない)。
- ・行政以外の団体等に啓発活動を行うきっかけが作りにくい。どうしたら啓発活動が広げられるか、担当になったばかりなので案が浮かばない。
- ・担当が他業務を多くかかえている為、活動を企画する余裕がない。
- ・身近な問題としてとらえにくく、意識は低いと考える。
- ・HIV について偏見があるため、啓発にコンドームが使用できないなど制限があり、むずかしい。
- ・多くのセックスワーカーや同性愛者、血液製剤使用者が感染する特殊な病気と捉える傾向があると思う。
- ・啓発活動としてパネル展や臨時検査を行いました反響はあまりなく実施側の要因か？関心が高くないのか？あるいは他の啓発機会があったのか？など啓発活動の評価に難しさを感じます。
- ・学校保健との連携。
- ・学校等で外部講師等による講演等を行っても知識は増えるが行動が変わらないように感じる。また、具体的にどうしたら危険を少なくできるか、という質問を検査の結果説明時に改めて聞くことが多い(特に若年者)。  
しかし、学校での講演という形では「危険」までは踏み込めても「安全策」が曖昧な形になることが多い。学校によっては STD というものを題材にするなどというところもある。(人権教育としてのエイズのみ、など)
- ・他分野の仕事も担当しているため、十分な時間がとれず活動が手薄になることが多い。
- ・担当者が少数で他の業務ももっているため十分に活動できない。
- ・感染症対策全般と医務業務を一課で対応しているため、人的時間的に HIV に関わるのが困難です。
- ・エイズ対策についての事業予算は HIV 検査のみといっても過言でない現状において啓発

も保健ホームページや広報紙などに限られ、予算的にもむずかしいし、関係機関と連携をとってネットワーク作りをするマンパワーが足りなすぎる。

- ・ 十分な予算とマンパワーの不足
- ・ マンパワー不足。
- ・ 学校等、連携する意義はあるが日常の業務に手いっぱい話をする時間がない
- ・ 目標の設定や評価が困難である
- ・ 中高年への啓発。
- ・ 商業施設でパンフレット配布等のイベントをさせていただけるよう依頼しても受け入れていただくことが困難。
- ・ 連携を取りたくても、一人の職員が、他の業務の片手間にやっているような状態では無理がある。
- ・ 学校からの依頼により出張して講習会を開いているが、依頼してくる学校にも偏りがあり、すべての若者に知識を提供できない。保健所がすべての学校に出向くのも限界がある。
- ・ 患者・感染者の発生数が年 0~3 人程度であり、患者・感染者の居住地も不明なため行政職員に予防の必要性を訴えても、市民かどうかもわからず発生数も数名というデータでは理解が得られにくい状況です。また、かなりきびしい財政難であり、エイズ対策よりももっと重要な課題に、といわれる。
- ・ 対象者として若年層へ働きかけたいが、対象者が都市部へ出ており不在又は地域若年層がいない。
- ・ 人口が少なく高齢化の地域である。あまり青少年が集まる所がないのでキャンペーンはいつも駅前になってしまう。
- ・ 日々の業務量が多く、優先順位が低くなってしまっている。
- ・ 外国人・同性愛者・性風俗産業従事者への介入について。
- ・ 個別施策層の集団の把握が困難であり効果的な啓発活動が難しい。
- ・ 紹介できる資源は限られる。
- ・ HIV・AIDS 活動以外の時間がなかなかとれない。
- ・ ポスター、リーフレットの掲示等、協力してくれる企業、お店が少ない。
- ・ 協力できる、NGO.NPO がない。
- ・ 資金面、人材不足。
- ・ NPO 等の団体がいない、育っていない。
- ・ 育成機関内での優先順位や危機意識が低い。
- ・ 新たなアプローチをしていくためのマンパワーと予算が足りない。
- ・ 地方であるため、ハイリスク集団の特定と把握が非常に困難。
- ・ 大都市のようにオープンではない。しかし、エイズ患者はいるため、予防啓発活動は必須。都市部と比べ、どのように集団を特定すればいいのか、方法がわからない。

- ・現在、中高生対象とする健康教育を実施しているが、他の学校へ広がっていない。
- ・同性愛者への啓発ルートづくり。
- ・個別施策層について実態を把握しにくく、アプローチの方法が難しい。
- ・校教育との連携が難しい。トップの考え方で活動がしやすかったり難しかったりしている。
- ・体検査が陽性になっても地域でサポートできる体制がない。
- ・学校に対する具体的な啓発に壁あり。対応する職員側の知識不足、抵抗。
- ・地域柄か HIV 検査も 10 件/年程度。HIV は関係がないという方が多いのか啓発方法がよくないのか顔を知られたくない等の問題なのかわからない。
- ・青少年（小学校～大学生）の各年代別の部分啓発のためキーワードや啓発方法が明確になっていない。
- ・学校側ではエイズに関する取り組みの優先順位が低いものとなっている。
- ・年々、予算人員とも減るなかでの啓発活動に苦勞する。
- ・ピアカウンセラーの養成や中・高生にアプローチしたいが教育現場とのギャップがある。  
（教育にコンドームの使用法まで教えてはいけないとかセックスという言葉の使用制限等）
- ・個別施策層の「青少年」以外の層は、啓発の必要があるとは思いますがどの位の人がいてどうその人たちと接触すればいいのかわからないので、特に対策を行ってない。
- ・市や町もエイズ・性感染症予防には興味があまりない様子。
- ・中学や高校は必要なことだと思うが、他のことで忙しい。

## ■資料5 地方であるがゆえの予防啓発の困難・障壁

- ・ 地方だと特に「自分たちには関係ないこと」と感じている印象。協力医療機関での研修会でもそのように感じたので住民はなおさらのことではないかと推測している。
- ・ 交通の便が悪いため、イベント・キャンペーンを企画しても人が集まりにくい。
- ・ 該当者が少ないこともあり地域のなかでの認知・受け入れ状況が十分とはいえないため、当事者が中心となって地方・地元で活動することはほとんどない。また、活動するときには大都市まで行っているとおもわれる。
- ・ 危機感が都市にくらべて低いようにおもう。関心が低い。
- ・ 住民自身、身近な問題として捉えていないように思う。
- ・ 関心が低い。他人事意識が高い。H I V ・ A I D S について目に付く広報を地域全体が好まない。
- ・ 管内の対象者の存在が不明。効果がみえにくい。
- ・ 身近なことと考えにくい。セクシャルマイノリティへの接触困難。
- ・ H I V 感染者・エイズ患者は当県でも増えているにもかかわらず、県民（住民）はエイズ問題を身近なこととしてとらえる意識がうすい。
- ・ 若者の行動。
- ・ 都市部と比較し同性愛がまだまだオープンになっていないとおもわれる。
- ・ セクシャリティの多様性について理解が少ないため、表にみえにくく、問題となってもわからない現状があるのではないか。
- ・ 既存の資源が少ないこと。
- ・ 個々の施策者も孤立していて、そのなかでの連携がとりにくく、とりまとめ役のひとがおられないような気がする。行政と各層のパイプ役が必要かも。
- ・ 予算から考えても他の業務の比較して優先度が低い 担当も他の業務を兼務しておりどうしても他の業務が優先してしまう。
- ・ 連携・協力している市民活動団体・N G O の発足等の不存在的 啓発に使える情報拠点の不足。
- ・ 予算・スタッフの不足。
- ・ 都市部はMSM、若年層向けの啓発が多いように思う。当地域は異性間の性的接触による感染、中高年層の感染者が多い状況のため既存の啓発資材だけでは対応できない。啓発対象者の範囲がひろい。
- ・ 地域の支援団体が無い。
- ・ 大学がないため学祭時にあわせて啓発活動を行うようなイベントは企画できない。  
人が多く集まる娯楽施設（映画館など）やデパートがないため、ポスターなど啓発資材を設置する場所に困る。  
知人に会うと（見られると）困るとの理由で抗体検査をためらうケースや公共交通

機関の便が悪く検査を受けられないケースもいる。

- ・ 専門機関がない（NPO、中核拠点病院）。
- ・ 性の問題をオープンに語るようになるまでにはまだまだ時間がかかる。

啓発でコンドーム配布について相手側に抵抗がある。

中学にはHIV感染予防の健康教育に介入できない。（教育委員会の見解により）
- ・ 人口が少ない、若者が少ないということでHIV/AIDSの啓発対象者事態が少ない  
ということでまとまったことがやりにくいということがあるかもしれない。
- ・ 顕在化した健康課題に関心がいきがち。かつ活動する余力がない。
- ・ 予防啓発の場所が都市部とくらべてかなり限定されている。現在のところその場が学校ぐ  
らいであり、MSMやセックスワーカーに対しては支援できる場がない。
- ・ 保健所管内に感染者も患者もいないため地域的にも所属的にも危機感がない。
- ・ 広い意味での人々の認識 社会資源
- ・ 小中学校の性教育が学校・担当により差がある。 県教育庁作成の手引き書の活用も学校  
により差が見られる。 まだまだ小中学生へのエイズ教育には偏見があるところも  
多いと感じる。 情報不足の面も多いとおもわれる。
- ・ HIV感染者やエイズ患者が身近にないため、地域で共に生活するというイメージをも  
て活動することが難しい。 拠点医療機関が地元にないため医療との接点も持ちに  
くい。
- ・ 研修の多くが東京などの大都市で行われるため参加できないことが多い。
- ・ 気運が高まらない。対象となる集団がつかめない。
- ・ エイズへの興味・関心が薄れている。 性感染症全般・思春期の健康という入り方でな  
いとエイズだけのテーマでは受け入れられにくい。
- ・ NPO活動は都市部では活発であるが地方部はまったくない。

インターネットの普及率は地方では都市部と比較して少ないなかで周知不足が考えら  
れる。

都市部と比較して感染者・患者が少ない エイズへの関心は高まらない。

感染者の生活実態が伝わらず顔が見えないなかで、感染に関しては他人事ではないか。
- ・ 自分には関係ないという偏見が未だに強い。

結核など他のパンフレットと共に配布することで受け取ってもらうようになってきて  
いる。
- ・ 大きなNGOなどとの協働が難しい。
- ・ 地域性なのか、HIV・AIDSという切り口で性教育など受け入れられにくい風潮が  
ある（学校）。
- ・ 性産業もなくここに住んでいる限りはHIVは他人事としてとらえられている。

若者たちも情報はいろいろ入ってくるけれど都市部の子供たちよりは多分純真なの  
だろうと思う（とはいえSTDの罹患率は上昇しているが）。



性教育も学校長の判断が分かれるところ。

- ・同性愛のコミュニティの存在が不明確。また、働きかけの方法が難しい。
- ・ゲイコミュニティの差別意識が根強い、オープンにできにくい風土。セクシャルマイノリティの人々の存在が表立つことがない。
- ・カラオケ店などに中高生は集まり啓発活動をしていきたいが営利施設でもあり理解が得にくい。
- ・H I Vにかかわらず性感染症、性に関しての意識が違うように感じられます。
- ・無料検査を受けるために保健所を利用するのに勇気がいるのではないか。相談件数も少ない。保健所に検査技師が配置されておらず日程調整が必要になるため検査を受けたいと思った日に検査ができない。
- ・エイズなんて関係ないという意識があるのではないか（人工妊娠中絶は高率なのに…）まだまだ偏見の対象にある。
- ・性に関して閉鎖的であると思う。
- ・対象者（若い世代など）が集まっている場所を特定する等（学校）市内と予防啓発にならない。
- ・性感染症であるためHなイメージが伴いやすい。
- ・「都会の問題である」との住民および関係者の意識。
- ・きぼの大きなNGOなどの組織がなく非行政的な団体との連携が難しい。
- ・地方部でもとくに当保健所は離島にあり、さらに管内には小離島をかかえています。小さな地域のため、検査のための来所に抵抗がある（周りおn目が気になる、船での移動）などの意見が聞かれ、又、島外で検査・治療している方がいることも考えられるため、実態がつかみづらく、住民のニーズ把握が難しい印象があります。
- ・農村部では意識が低いか。正しい知識は充分ではない。
- ・地方では学校以外に青少年が集まり高率よく啓発できる施設が少ない。携帯サイトは有効ツールと考えるが予算計上がなく実現不可能。
- ・特にMSM、外国人については、地方では対象者数や規模が少ないと考えられるため、ターゲットとするには顔がわかりすぎてやりにくい感じがする。実際H I V抗体検査に来所するリピーターについては、スタッフのほうも顔がわかっているだけに、「このあいだも話したように…」などと言ってしまいがち。もしくはすでに相談を受けずに帰ってしまう方もたくさんいる。
- ・実際の患者・感染者数が少ないため、訴えていくだけのインパクトとなるものがない。住民が身近な問題として捉えられない。
- ・偏見。顔見知りが多いこと。
- ・特になし。
- ・研究班やNGOが少ない。
- ・検査やイベントの場で知り合いと会ってしまう可能性が高いこと。

- ・田舎の地域なので性の問題はタブーの目があり、取り組みをオープンにしにくい面がある。
- ・連携できるNPOがない。
- ・身近な病気と考えている人の数が少ないように感じる。
- ・都市部以上にHIV・AIDSを身近に感じられない。
- ・管内人口の状況で高齢化。若者の数が少ない。
- ・実施する側と受け入れ側の情報内容についての食い違い。
- ・学校に出向いての健康教育の場では、PTAから内容の制限が入るなど十分な予防行動についての健康教育が実施できない。
- ・閉鎖的な印象があるので、性の問題や感染症などでうける偏見を恐れ表出しない地域的气氛があるように思う。
- ・HIVについての偏見。青少年の現状を大人が理解できないこと（地方なので都会ほど遊んでいないと思っている）。地元では知っている人に会うといけないから、と都会で検査をうけるなど、プライバシーが守られない。
- ・近くに感染者が多く存在する状況でなく、身近な問題として捉えられていない。
- ・地域のなかでも差がある。地域性（排他的）。親など周囲の受け入れが不十分。
- ・他に娯楽が少ないせいなのか（？）、性体験の活発な子とそうでない子に2分されている印象が特に中学校につよく、どの層に目を向けるか難しい。セクシャルマイノリティと保健所が協働するような機会がない。
- ・エイズに対する意識は低い。身近な問題としては捉えていない。
- ・同性愛者グループが皆無とは考えにくい現状であっても、偏見があり、そのような組織を把握しにくい。よってほんとうに支援すべき対象者に支援できていないのではないかとおもう。
- ・患者組織との連携が地方では十分にできない。患者自身の自助グループの力も地方では伸びにくい（周囲の目もあるので…）。
- ・HIVの問題があまり表面化しておらず関心が薄い。
- ・自分に関係ないという意識があると考えられる。
- ・HIV・AIDSに関してどこか遠いところの出来事という住民の意識を払拭できない。
- ・他人事という意識が強い。偏見がある。
- ・啓発をしても検査を受けられる枠が少ないので困る。大都市のような検査を一手に引き受ける機関がない。
- ・若年者の都市部への流出。管内に大型店や大が宇が少ない。
- ・啓発の場は学校が中心となるので、擁護経論、学校長などの姿勢に左右される。
- ・外国人・同性愛者といった方への偏見。コミュニティーを公にしにくい環境。
- ・過疎化が進み若者の就職が困難なことから都市部へ行かざるを得なく、医療機関の不足の関係で近隣の市へ入院・通院することから、老人の流出もしている。

- ・個別相談など、都市部と異なり特定されやすい。
- ・資材や支援団体など社会資源が少ない。
- ・リスク集団の集う場が不明。都市部のようにNGONPOの団体が発足しにくい地域性。
- ・個別施策層のなかでも同性愛者に関して見える場所がはっきりあるわけではないので実体  
がつかみにくい。東京都周辺の都市だと都内に出ているため、市内の啓発につい  
ての必要性などの理解が得られにくい。
- ・患者が少ないためか、一般市民のみならず「医療・教育関係者」での意識レベルの低下  
がみられる。
- ・同性愛者だとしてもそれを伝えられない人もいるように思う。顔見知りも多いためか検  
査に来る人も少ない。
- ・住民意識としても、自分には関係ないとおもっている人が多いと思われる。
- ・性感染症と同時に実施しているが、H I Vは身近な問題としての捉えが薄い。
- ・就学・就職などによる青少年人口の減少。
- ・地元では検査を受けにくい！アンケートでは日曜日の検査を希望する人が多いが、実際  
に予定すると受検者が少ない。
- ・偏見もあり、また、周囲に感染者がいないことにより、身近な問題としてとらえにくい  
ようにおもう。
- ・顔見知りの方が多く相談するときの抵抗があるかもしれない。  
教育・医療機関でも他人事意識が強い。
- ・性に対する抵抗感あり。特にS E Xを意識した対話ができにくい状況。
- ・簡単に素性が割れてしまうため、検査への敷居が高いのか。
- ・対象となる若い人が少ない。僻地に住んでいる人はH I V検査に来るまでの交通費がか  
かるし、交通の便も悪い。
- ・感染者の事例が少ない（又は見えていない）ので、予防啓発に力を入れなければいけな  
いという危機感があまりない。  
保健所検査でH I V（+）は0件、H I V（+）の人が施設入所を希望しているとい  
う話もない。病院から相談もない。（直接基幹病院に相談しているのかもしれない）
- ・顔見知りが多いという地方ゆえの困難→対象者がアクセスしにくい。  
（医療・行政関係者の連携がとりやすいというメリットもあるが。）

厚生労働科学研究費補助金 エイズ対策研究事業  
H I V感染予防個別施策層における予防情報アクセスに関する研究

H I V感染予防情報および検査へのアクセス促進要因としての  
人権配慮およびスティグマ低減に関する研究

分担研究者：岡村牧男（ネットワーク医療と人権）

研究協力者：大北全俊（大阪医療センター エイズ予防財団リサーチレジデント）

研究要旨

昨年度に引き続き、H I V感染症対策の倫理的な問題を考察するにあたり最も有用と考えられる公衆衛生の倫理に関する分析を継続した。

さらに、本年度は公衆衛生の倫理がその議論の背景として援用している社会/政治哲学に関する分析にも着手し、現在のH I V感染症の諸問題を記述するにあたって手掛かりとなる議論を概観した。それらは同時に、今後の公衆衛生の倫理の議論の進展にも寄与するものと考えられる。

今後は、それらの議論をもとに、実際のH I V感染症の諸問題を記述する予定である。

A. 研究目的

昨年度に引き続きH I V感染症対策の問題を考察するためにもっとも有用と考えられる公衆衛生の倫理 public health ethics に関する文献の分析を継続し、同時にそれらの議論の背景を形成し、かつ今後の議論に寄与しうると考えられる社会/政治哲学の文献を分析することによって、現在のH I V感染症をめぐる諸問題を記述する手掛かりについて明確にすることを目的とする。

B. 研究方法

公衆衛生の倫理に関する文献の分析および、そこでの議論と関連する社会/政治哲学に関する文献を分析する。

C. 研究結果

公衆衛生の倫理 public health ethics の議論が未だ歴史的にも浅く、途上であるということは昨年度の報告書にてまとめたとおりである。また、CDC のドキュメントを主とする議論の内容についても、昨年度の報告書において概観した。

公衆衛生の倫理の議論が歴史的に浅いということ、公衆衛生とその施策の実施によって発生していたであろう倫理的な問題は古くからあったにも関わらず、これまで医療倫理 medical ethics /生命倫理 bioethics の議論において中心的に取り上げられなかったということ、その主な原因として、Onora O' Neill は医療倫理の議論がこれまで「個人の autonomy の呪縛」にとらわれていたということ——個人の autonomy に最もプライオリティを置いて議論をすすめてきたこと——、そして議論を「国内」に限定し国境を越える視野に立ってなされてこなかったことをあげている。裏返して言えば、医療倫理が対象とする医療臨床の場と異なり、公衆衛生の施策についてその倫理的な諸問題を考察するにあたっては、個人の autonomy に何よりもプライオリティを置いて議論をすすめるということが非現実的であること、また公衆衛生に関する出来事は一国内におさまる問題ではないということ、以上に留意する必要があるということになる (Onora O' Neill, "Public health or Clinical Ethics: Thinking beyond Borders", Ethics & International Affairs 2002; 16 no. 2:35-45)。

公衆衛生の倫理について、その独自の議論を展開する必要性について論じた文献には、O' Neill が指摘するように——また昨年度の報告書にもまとめたように——、公衆衛生の施策が目的とする「公共善の維持および促進」のためには、時に個人の諸権利の制限を必要とするということ、つまり、個人の autonomy を無制限に認めるわけにはいかないということについて指摘されているものが多い。2009年の春ごろより世界的にパンデミックをもたらした新型インフルエンザ（H1N1）を例にとれば、上記の議論はその説得力を持つであろう。日本でも感染の水際対策として感染の疑いのある個人を一定の宿泊施設において停留措置の対象とした事実は記憶に新しい。感染の拡大を予防するために個人の諸権利を制限する施策の是非をめぐって、またそのより倫理的に妥当な施策を模索するための議論の枠組みとして、これも昨年度の報告書においてまとめた Childress らの論考がある（Childress et al. “Public health ethics: Mapping the terrain”, *Journal of Law, Medicine & Ethics* 2002; 30:170-178）。そこでは、個人の autonomy を軸に議論を進めるというよりも、まず何が倫理的な問題として発生しているのか明確にし、その上で何らかのコンフリクトが生じている場合、実施される公衆衛生の施策がもたらす利益とその実施によってもたらされる侵害の均衡性を軸に、倫理的に妥当な施策の実施を模索するといった議論が試みられている。もっとも、Childress らの議論において無視できない点は、公衆衛生の施策の実施のみならず、いかにして当該施策が実施されるにいたったのか、施策決定過程の透明性 transparency など、施策の倫理的な是非について「公的な正当化 public justification」を必要とするという点である。それは、施策の実施によってもたらされる利益と個人の諸権利への侵害などとの均衡を求めるといふことそのものの困難さ——あるいはその不可能さ——に起因するものと考えられる。このあたりの問題については、本報告書に転載している、日本生命倫理学会へ投稿中の論文（掲載未定）にて中心的に論じている。

しかしながら、上記の議論でその代表例とした新型インフルエンザと本研究がその目的とする HIV 感染症とではやや事情が異なる。最も大きな違いとしては、HIV 感染症に関する現在の日本での主な施策には、新型インフルエンザのときに実施された停留措置のような個人の諸権利を制限する強制措置は実施されていないということである。「公共善の維持および促進のために個人の諸権利を制限する」といったような「個人の権利と公衆衛生との緊張関係」という、公衆衛生の倫理の代表的な問題構成は、そのままでは HIV 感染症の施策については見出しにくい。

もっとも、Ronald Bayer が指摘しているように、「個人の権利と公衆衛生との緊張関係」という問題構成は、感染症の拡大防止といった強制的な措置のみならず、喫煙に対する制限など健康増進に関する施策にもあてはまる（“The continuing tensions between individual rights and public health”, *EMBO reports* 2007; 8 no. 12:1099-1103）。Bayer が主に指摘している論点はパターンリズムをめぐる問題であるが、そこで問題となっていることをさらに言い換えれば「価値」をめぐる対立が問題となっていることが分かる。つまり、公衆衛生の施策が是とする価値（例えば、喫煙の習慣をやめることによってより「健康的な生活」を送ること）と、個人が追求する価値（喫煙の習慣によってもたらされる快楽を追及すること）とが一致しないということである。そして、そういった価値追求における不一致が生じている場合、国家は公衆衛生の施策として、個人の価値追求を制限するような措置をとることはいかにして正当化されうるかという問題構成となる。

ただし、この点については、価値追求における不一致に関する指摘以外にも注意を向けるべき議論がある。一つにはヘルシズム healthism に関する指摘である。特に健康増進などに代表される公衆衛生の施策は、ある「健康」な状態の達成を目指すべく人びとに様々な仕方で介入をする——「行動変容」を目的とする一連の介入など——が、そこで志向される「健康」なるものは価値中立的なものではありえず、ある一定の生活様式、あるいはある一定の価値観を内包せざるを得ない。よって、健康増進の施策は不可避免的に価値追求の多様化に否定的に働き、人びとの価値観や生活様式の画一化を志向するものとなりうるという指摘である。また、社会的にある一定の「健康」に関する考えが一般化している場合、それに合致し

ない行動を選択した結果なんらかの疾病に罹患したものに対して、疾病罹患の原因をその価値判断の不適切さ、あるいは自己管理能力の欠如に求めることで、さらに罹患者を道徳的に責める victim-blaming といった現象についての指摘も、H I V感染症の問題を考える上で無視することのできない論点である (D. Callahan(ed.), *Promoting Healthy Behavior*, 2000, George Town University Press. 服部健司「健康を増進する義務」『生命倫理』2006 ; 16(1) : 178-184.)。

また、公衆衛生の倫理としては、資源の配分——well-being の配分といったあらゆる意味での健康に関わる資源の配分を問題とする——を中心に、正義 justice あるいは公平 equity に関する議論も無視できない論点である (S. Arnand, F. Peter, and A. Sen(ed.), *Public health, Ethics, and Equity*, 2004, Oxford University Press.)。

#### D. 考察

以上のように、公衆衛生の倫理での議論を概観した結果、それらの問題構成は、すぐれて社会および政治に関する哲学の議論をその背景としていることがわかった。例えば、個人の価値追求に対してどこまで国家が介入することが許されるか、あるいはそういった介入が意味することは何かといった問題は、古くは J. S. Mill に代表されるリベラリズムをめぐる中心的な問題であり、すぐれて政治哲学の領域の問題である。また、ヘルシズムや victim-blaming といった現象について、その意味するものを明らかにするためには、M. Foucault の生権力/生政治に関する思索がその手がかりになるものと考えられる (M. フーコー『性の歴史 I 知への意志』(渡辺守章訳, 新潮社, 1994, 169-203.)。

また、同時に、H I V感染症対策が意味するものを社会/政治哲学の思索をもとに記述することに終始するのではなく、そこに何らかの問題点が明確になった場合、いかなる実践——倫理的のみならず政治的な実践——が求められるのかということ考察するにあたっては、H. Arendt の政治に関する議論がその手がかりになるものと考えている (H. Arendt (J. Kohn ed.), *The Promise of Politics*, 2005, Schocken Books.)。

さらに、文献に基づく考察のみならず、本研究の分担研究である陽性者へのライフストーリーインタビューによって、日本での H I V感染症対策が意味するものを明確にする試みも、不可欠のものとする。

#### E. 結語

公衆衛生の倫理をめぐる議論は、まだその歴史は浅く途上の議論とされてはいるが、その議論の範囲はすでに多岐にわたる。しかしながら、現在の H I V感染症対策のように個々人に行動変容を促すことを第一とする施策に対しては、それが内包しうる問題の指摘はなされていてもやはり議論およびその意味するところの分析が十分になされているとはいえないように思われる。公衆衛生の倫理という問題構成に基づく視点からは、H I V感染症対策の問題はまだ見えにくいものといえるだろう。

では、現在の H I V感染症対策には倫理的な問題は、およそ取り上げるべきものとしては見当たらないものと結論付けていいのだろうか。

むしろ、H I V感染症対策における、その倫理的な問題の捉えづらさは、それが内包する問題が多岐にわたるがゆえに、インフルエンザ対策における停留などの隔離措置といった明確でかつ限定した仕方では表れにくい——最も隔離をめぐる問題が「小さな問題」というわけでは決してない——可能性がある。強制によらず、個々人に safer sex を促すといった行動変容の促進を中心とする施策は、隔離措置と比較してその外見は穏やかでなんら個人の諸権利を制限するものには見えないけれども、ヘルシズムや victim-blaming といった現象、およびその背後に見出される生政治/生権力まで視野に入れて記述しなせば、その意味するところは決して穏やかでもささやかでもない実態が現れる可能性がある。

社会/政治哲学の思索を手がかりにしながら、H I V感染症の意味するものを記述する試みは、公衆衛生の倫理の議論をより深めることに寄与すると同時に、もし仮に現行の H I V

感染症対策が何らかの限界に直面しているとすれば——そもそも本研究の存在意義は現行の対策の限界を予防情報へのアクセスといった点から打開するところに求められている——その限界の意味するところを明確にすることに寄与しうるものとする。

本年度は改めて公衆衛生の倫理の議論を概観し、その議論の進展に寄与しうる社会/政治哲学の文献の分析に着手した。次年度は、それらの議論に基づき、H I V感染症対策の意味するものの記述を試みる。

注：以下の論文は『生命倫理』（日本生命倫理学会）通巻21号に投稿中（掲載未定）の論文である

【標題】

感染症の拡大を防止することと個人の権利を制限すること  
ーインフルエンザ対策などにみられる倫理的な問題についてー

大北 全俊

1. 感染症対策をめぐる主な問題について

本論考の目的は、新型インフルエンザなど感染症に対する公衆衛生の対策において、感染拡大の防止に焦点をあて、その主な倫理的な問題を明確にし、かつ必要な倫理的配慮について考察することである。

感染症といっても様々なものがあるが、近年で最も社会的な関心を集めたものとして、2009年メキシコから感染拡大を始めた新型インフルエンザ（H1N1）が挙げられるだろう。2009年6月11日には WHO によってフェーズ6が宣言されるに至るまで世界中に感染が拡大し、日本においても感染は広がり、現在落ち着きを見せてはいるが、依然予断を許さない状況である。

新型インフルエンザ対策には、感染拡大の予防のみならず、医療の提供やワクチン接種など、いわゆる予防医学上の一次予防から三次予防にわたる対策が実施されている。ワクチン接種における順番など資源配分をめぐる問題や、感染のリスクを抱える医療者の職務の範囲など、そのそれぞれに無視することのできない倫理的な問題がある。そのなかで、本論考では感染拡大の防止として初期の段階で実施される薬剤を使用しない非医療的な介入 nonpharmaceutical interventions（以下 NPI）をめぐる倫理的な問題に焦点をあてて考察する。NPI とは、ワクチンや抗ウイルス薬など有効な治療方法が確立されるまでの主な感染症対策を意味し、具体的には、調査をはじめ通告・追跡・隔離・検疫・学校閉



鎖・集会の禁止・交通制限などが挙げられる。そのいずれにも共通することは、日常は個人の権利として尊重されている移動の自由やプライバシーの保護などの諸権利が制限されるということにある。このように、公衆衛生、なかでも感染症対策に見られる主な倫理的な問題として、感染拡大の防止という社会的な利益 common/public good<sup>1</sup>と個人の権利・利益との衝突といった問題がその主なものとして挙げられる。今回の新型インフルエンザ（H1N1）対策においても、水際対策として、空港近くの宿泊施設で感染の疑いのある人を一定期間停留する措置がとられたことも報道などで周知のことである。それ以外にも積極的疫学調査・健康監視など個人のプライバシーに関わる措置がとられている。

このように、感染拡大を防止する施策によって、common/public good と個人の権利・利益との間に緊張関係が生じるわけであるが、ではこの緊張関係についてどのように考え、またどういったアプローチが倫理的に適切でありうるか、以下の章で検討する。大きくは、緊張関係を解消し、なるべく両者の一致を求める試みと、緊張関係はそのままに両者のバランスをとる試みに整理して考察を進める。

## 2. common/public good と個人の権利・利益との緊張関係について

### ①なるべく両者の一致を求める思考

両者の一致を求める思考としては主に以下の三つのものについて考察する。

まず、common/public good の保全と個人の権利・利益の保護が一致するという考えに基づく感染症対策として HIV 感染症対策の「例外主義 exceptionalism」が挙げられる。これは感染症対策として実施されてきた従来の通告や追跡などの措置は、HIV 感染症の場合にかえって感染者の検査や医療受診の忌避を招き、感染の潜在化を招く危険性があるとして、個人のプライバシーの保護の徹底が感染拡大の防止にむしろ有効であるという考えを意味する。しかし、HIV 感染症対策の例外主義は、感染力が弱くまた感染後の経過がいわば慢性疾患に類似した経過をたどる HIV 感染症の特性を反映した考えおよび施策であり、あらゆる感染症において採用されうるものとは言いがたい。特に新型インフルエンザなどのように感染力が強く、また感染後の経過が急激でかつ重篤になりうるものの場合、すべ

てを個人の自発性に委ねる措置というものは感染拡大の防止としては現実的なものではないだろう。よって本論考では例外主義についてはその提示にとどめ、これ以上の検討は要しないものとする<sup>2</sup>。

次に両者の一致を模索する考えとしては、権利を主張する「個人」そのものの捉えなおしを模索する思考がある。public health ethics（公衆衛生の倫理）はアメリカにおいてもここ10年ほどの間に議論が活発になってきた、問題としては古くても ethics の議論としては未だ発展途上の領域である<sup>3</sup>。public health ethics の独自性を議論する際に良く取り上げられるのは、これまでの医療倫理や bioethics との比較、なかでも autonomy の尊重をめぐる問題である。感染拡大の防止など common/public good を保全する公衆衛生の施策の是非を議論するにあたっては、従来の個人の autonomy の尊重を基礎として構築された bioethics の議論や原理は、public health ethics にはなじまないといった主旨の議論である<sup>4</sup>。つまり、個人の自由やプライバシーの保護にもっともプライオリティをおくこれまでの bioethics の議論では、感染症対策など集団の利益を保護する必要について議論するにあたっては適切な枠組みを提示できないという指摘である。そのような議論の中に autonomy 概念を今一度検討することによって、bioethics と public health ethics との連続性を維持しようという Francis らの議論がある<sup>5</sup>。その議論において、autonomy は「自己の行為により他者に与える影響を判断しうる個人によってなされた合理的な選択」を意味するものと捉えなおされている。つまり、autonomy とは他者への影響を考慮しない自己決定を意味するのではなく、自己の行為によっていかに他者に影響を与えるかを十分に配慮したうえでの選択を意味し、またそれに限るということである<sup>6</sup>。よって、他者への影響を配慮していない選択については autonomy として尊重する必要はないということになる。感染拡大につながりうる行為は他者への影響が無視できない行為であり、感染拡大の防止に協力的ではない行為を個人が選択するとすれば、その行為を制限したとしても autonomy の侵害にはあたらないということである。確かに危害原理を持ち出すまでもなく、他者への影響を無視して無制限に個人の自由を尊重するということは倫理的に妥当性を持った主張ではありえないであろう。しかしながら、この Francis らの

議論は個人への干渉の理論的根拠を提示したということにとどまるものであり、実際の感染予防対策によってなされた個人の権利の制限が不当なものであるか否かという問題は依然として残る。

三つ目の考え方として、個々人の感染予防の積み重ねや協力によってこそ、社会全体としての感染症予防が実現するというものがあげられる。日本の感染症対策の基本となる法律「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（以下、感染症新法）」を作成するにあたって、「公衆衛生審議会伝染病予防部会基本問題検討小委員会報告書：新しい時代の感染症対策について」において、新たに作成される感染症新法の基本的な考えが明確に打ち出されている。そこには伝染病予防法などそれまでの日本の感染症対策が「集団の感染症予防に重点を置いて」来たのに対して、今日にあたっては「個々の国民の感染症予防及び良質かつ適切な医療の提供を通じた早期治療の積み重ねによる社会全体の感染症予防に重点を置く」ことの必要性が明言されている<sup>7</sup>。また、「今後の感染症対策は、感染症が発生・拡大した場合に患者をその他の国民から隔離・収容するといった措置を前面に据えるものではない」としたうえで、「むしろ、感染症の発生・拡大等に関する情報を国、地方公共団体、医療機関等が迅速・的確に収集・分析した上で、その情報を国民、患者・感染者に提供・公開し、理解と協力を求めながら感染症の発生・拡大防止を図る考え方に転換する必要がある」とされている<sup>8</sup>。感染症新法16条には感染症の予防や治療に必要な情報を新聞などの報道機関を通じて積極的に公表しなければならないと規定されており、また入院措置について規定している19条には、その第2項に入院勧告にあたって「適切な説明の努力義務」について規定されている。「人権尊重の観点から、可能な限り、当該患者に対し適切な説明を行い、その理解を得るように努め、これが奏功しない場合に限って、強制措置が講じられること」<sup>9</sup>になっている。

以上のような国民に対する情報提供と協力の呼びかけに基づき、社会全体の感染症対策を実現するといった感染症新法の基本姿勢は、先の Francis らによって解釈しなおされた *autonomy* の考えと通じるところがあると言えるだろう。両者とも、感染拡大の予防について情報提供や協力の要請があった場合、他者への影響を合理的に判断し、かかる要請に協

力する個人といった個人像が前提になっている。確かに、感染拡大の予防につながる情報提供やその協力の要請がなされた場合、それに理解を示す人が数多くいるということは事実であるだろう。しかしながら、「個々人が協力の要請に理解を示すか否か」といった問題構成自体、感染拡大を予防する施策者側の視点に立った見方であり、施策の対象として行動の制限やプライバシーに何らかの形で干渉された個人にとっては、やはり何らかの不利益を被っているということは事実として残る。感染症新法の19条など、個人への倫理的な配慮として規定された「説明努力義務」に関する規定ではあるが、医療倫理におけるインフォームドコンセントのように患者側に拒否権が担保されているわけではなく、依然として感染症の拡大防止という common/public good の保全のために個人が強制的措置の対象となっているということにかわりはない。確かに有無を言わず入院などの隔離的な措置を実施するよりも説明を尽くして理解を求めるとことのほうが倫理的に妥当な配慮であるだろう。しかしながら、「説明努力義務」の規定が逆説的に、それに服従しなかった対象者を「理解の足りないもの」と位置づけることにつながるとすれば、それは「協力要請に個人は協力して当然」という考えの醸成に寄与する危険性があるように思われる。感染症新法の基本的な考えにはある程度妥当性はあるとしても、依然として施策の対象となる個々人は、common/public good の保全のための強制的な措置に服従しており、日常では尊重されている諸権利が何らかの形で制限されているという事実が消えるわけではない。

よって、制限を受けた個々人の権利や利益と common/public good の保全のためにとられた感染症対策との間の緊張関係は解消されることはなく、両者の何らかの均衡／バランスについて考えざるをえないように思われる。

## ②両者の均衡／バランスをとる考え方について

現在のところ、public health ethics の議論においては、common/public good と個々人の権利・利益との間の緊張関係を認めたまま、主に両者の均衡 proportionality について吟味するといった枠組みが主流である<sup>10</sup>。例えば、アメリカの CDC : The Center for