

パシーの保護に最大限配慮した上で、地域における HIV 感染症・エイズの発生動向を正確・適時に把握することが可能な仕組みを検討する必要が盛り込まれた。

## 2. 検査・相談体制の強化について

HIV 感染症・エイズの予防および蔓延防止並びに個々人の病状の重症化防止のためには、可能な限りの早期検査による早期発見が望ましい。国および都道府県等は、検査・相談の機会を、感染者・患者のみを対象として考えるのではなく、個々人の具体的な行動変容を促す絶好の機会と位置付け、感染の不安を感じている方々などに、検査・相談を利用してもらうための取り組みを積極的に講じる必要がある。

国においては、迅速検査の実施方法やカウンセリングに関わるマニュアルなどを整備し、検査時のサービス向上を支援するとともに、検査・相談体制につき、各種イベントなど集客が多い普及啓発の機会を利用し、積極的に国民への周知を図ることを通じ、都道府県等を支援すべきとされた。

都道府県等においても、機会をとらえ検査・相談体制の周知を図るとともに、保健所における検査・相談体制の強化を基本とし、夜間・休日検査、迅速検査などを導入することにより、引き続き利便性の向上に努めるほか、従来の保健所での検査は受付時間などでの制約が大きいことから、大幅な見直しが要求された。

また、地域における HIV 感染症・エイズの発生動向に即し、感染症法に定める予防計画などに年間の検査・相談計画を盛り込むことにより、計画的に検査・相談体制の整備を進める必要がある。さらに、検査陽性者に対しては、医療機関への紹介などにより、確実に治療に繋がる体制を整備する必要性が強調された。

## 3. 文部科学省および関係省庁間との連携強化について

国は、「関係省庁間連絡協議会」の場などを活用し、関係省庁が講じている各種施策の実施状況などについて定期的な報告を行うこと等により、総合的なエイズ対策を実施するべく、関係省庁の連携をより一層進める必要がある。

普及啓発の対象に、青少年や男性同性愛者等の個別施策層を設定する場合においては、個々人の自発的な行動変容にのみ期待するのではなく、行動変容を起こしやすくするような社会的環境を醸成していくことが必要である。このため、厚生労働省が文部科学省と連携して取り組んでいる「青少年エイズ対策事業」や、同性愛者に対する普及啓発の拠点を確保する「コミュニティセンター事業」等を活用し、普及啓発手法のマニュアル化などによって地方自治体における効果的な普及啓発事業活動の定着を図る必要がある。とりわけ、青少年対策に当たっては、都道府県等を中心に関係機関が連携し、青少年を取り巻く家庭、地域、学校等の社会的環境を改めて見直す必要がある。具体的には、衛生主管部局と教育委員会が連携し、学校医などの専門家の支援を得ながら、保健所等と学校・PTA 等が協力することにより、学校等における予防教育を実施するなどの取り組みが考えられる。文部科学省、地域教育委員会が、とかくコンサバティブな姿勢をとりがちであることが、若者に対する情報提供の妨げとなっている点を改善しなければならない。

## IV エイズ対策の見直しの内容 — 新機軸

### 1. 国と地方自治体の役割分担について

国と地方自治体(都道府県および市町村)の役割分担が明確でなかったために、相互に相手がやるであろうとの思い込みがあり、結果的にどちらもやっていなかったと言った状況があった。この弊害をなくすためには、各種施策分野における互いの役割分担に関し、施策の実施に関わる第一義的責任の所在を、可能な限り明確に整理することが必要である。その上で、HIV 感染症・エイズの疾患特性を踏まえつつ、施策の目的、施策の対象の特性などに応じて、施策の再構築を行うこととされた。

基本としては、HIV 感染症・エイズの疾患特性が「コントロール可能な慢性感染症」へと変化したこともあり、一般的感染症として地方自治体が中心となって施策の実施に当たるべきとされた。具

体的には、都道府県等は、検査・相談体制および医療提供体制の整備を中心的に担い、普及啓発に当たっては、市町村と相互に連携を図ることが求められた。国においては、これらの役割に対し、地方自治体が適切に対応できるよう支援を行うとともに、各種研究事業の成果など、国の保有する情報を地方自治体に十分かつ適切に提供することなどを通じた技術的支援の強化を担当することとされた。

先に述べたように、大都市周辺の地域では、住民が大都市で検査を受け、大都市の医療機関を受診することが多いため、感染者・患者の報告がその大都市の感染者・患者として報告されてしまい、周辺の自治体が自己の問題として捉えられない弊害を減らすため、居住県が分かる報告が望ましいとの議論があり、各自治体が自己の状況を正しく認識し、自治体がより主体的に取り組むべきであることが強調された。また、国と自治体の施策の策定に当たっては、できるだけ数値目標を盛り込み、客観的評価が行いやすい体制にすべきとされた(後述)。

## 2. 各都道府県に中核的拠点病院を新設

感染者・患者の増加に伴い、一部の医療機関への集中が生じて、そこにおける医療サービスの内容が希釈され、質が低下することが危惧される状況となっていることから、国および都道府県は、感染者・患者の利便性を考慮し、少なくとも各都道府県内で総合的な医療提供体制が確保されるよう、重点的・計画的に医療提供体制の整備を図っていく必要がある。

国は、地方ブロック拠点病院と地域のエイズ治療拠点病院との間に、診療の質の格差などが存在し、一部の医療機関へ感染者・患者が集中している状況を改善するため、感染者・患者が医療機関を選ぶ上で必要な情報提供に努めることに加え、新たに「中核拠点病院」制度を創設し、都道府県内におけるエイズ治療拠点病院間の機能分化を含めた医療提供体制の再構築を図るべきであることが定められた。

中核拠点病院制度の創設に当たっては、原則、都道府県に1カ所設置することとし、地方ブロッ

ク拠点病院は中核拠点病院を、中核拠点病院はエイズ治療拠点病院をそれぞれ支援するという位置付けを明確化し、都道府県内における総合的な診療体制の確保と診療の質の向上を図るべきとされた。また、中核拠点病院のエイズ診療の質の向上を図るため、その診療体制および治療内容等の改善が可能となるよう、これらの病院を対象として、地方ブロック拠点病院による出張研修などによって支援することが必要である。また都道府県は、地域における中核拠点病院を中心として総合的な治療体制の確保が図れるよう、連絡協議会の設置など、所要の支援を行う必要がある。

感染者・患者の多い自治体にあつては、複数の中核拠点病院を指定することにより、特定施設への集中を緩和することができ、一方、感染者・患者の少ない自治体にあつては中核拠点病院に集中させることによって、HIV診療の質を高めることができる。

なお、外国人に対する医療の対応について都道府県は、各地域の実情に応じ、各種拠点病院において、通訳や外国人に対応できる医療ソーシャルワーカーを確保するなどにより相談窓口を整備することが必要である。また、母子感染予防対策については、市町村が実施している母子保健事業の一環として、保健指導の際、HIV感染症・エイズを含む母子感染の可能性のある疾患予防のための検査を勧奨するなど、引き続き適切な保健指導を行うことが望まれるとともに、都道府県等においては、厚生労働省がとりまとめている「母子感染予防ガイドライン」を関係機関に周知徹底するなど、所要の支援を行う必要がある。

## 3. 施策の評価など

地方自治体においては、感染症予防計画などの策定または見直しを行う際には、地域の実情に応じ、施策の目標を設定すべきである。目標の設定に当たっては、基本的には、定量的な指標(例;検査・相談件数の増加率など)に基づく目標を設定することが望まれる。但し、各地域の実情や、施策の性質に応じ、定性的な目標を設定することを排除するものではない。

また、指針に基づき講じている各種施策の効果

または実施状況などを、定期的に第三者が評価すべきであると定められた。これは画期的な決定とすることができ、各種施策の空文化を防ぐ上で、重要な意味を持つ。

さらに、国においては、定期的に地方自治体が講じている各種施策の実施状況などをまとめ、必要に応じ、厚生科学審議会疾病対策部会性感染症・エイズワーキンググループ等の場において実施状況などを報告するべきであるとともに、感染者・患者数が全国水準より高い地域に対しては、所要の助言などを行うべきである。

## V おわりに

感染者・患者の増加傾向が続く現状に鑑み、エ

イズ対策は喫緊の課題との認識から、今後5年間に重点的に取り組む具体策をまとめ、それを基に予防指針が改定された。その中において、各都道府県の責任を明確にし、中核拠点病院を設置して、都道府県内において診断・治療・ケアが完結できる体制を整備することが定められた。また、国および都道府県は、可能な限り数値目標を立てること、各施策の成果（アウトカム）は、定期的に客観的に評価されるべきであることが定められた。

今後、この改定予防指針が十分に活かされ、総合的なエイズ対策が的確に講じられるようになることを期待する。

# バンコマイシン耐性腸球菌(VRE)感染症 ハンドブック

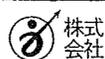
産業医科大学泌尿器科学教授 松本 哲朗 編

B6変型判 268頁 定価4,095円(本体3,900円+税5%)送料実費

ISBN4-7532-2104-0 C3047

## おもな内容

1. VREってどんなもの？
2. VREは院内感染するの？
3. VREはどのくらい分離されているの？
4. 感染症と治療にはどのようなものがあるの？
5. 滅菌消毒はどのようにすればよいの？
6. VREの院内感染事例と対策
7. VRE感染を防止するためにはどうすればよいの？
8. 抗菌薬耐性菌および院内感染に関する地域ネットワークの意義と必要性
9. VRE感染疑いの患者が出たら、何をすればよいの？



株式会社 医薬ジャーナル社

〒541-0047 大阪市中央区淡路町3丁目1番5号・淡路町ビル21 電話 06(6202)7280(代) FAX 06(6202)5295 (振替番号)  
〒101-0061 東京都千代田区三崎町3丁目3番1号・TKIビル 電話 03(3265)7681(代) FAX 03(3265)8369 (00310-1-33353)

# 9

# HIV感染症

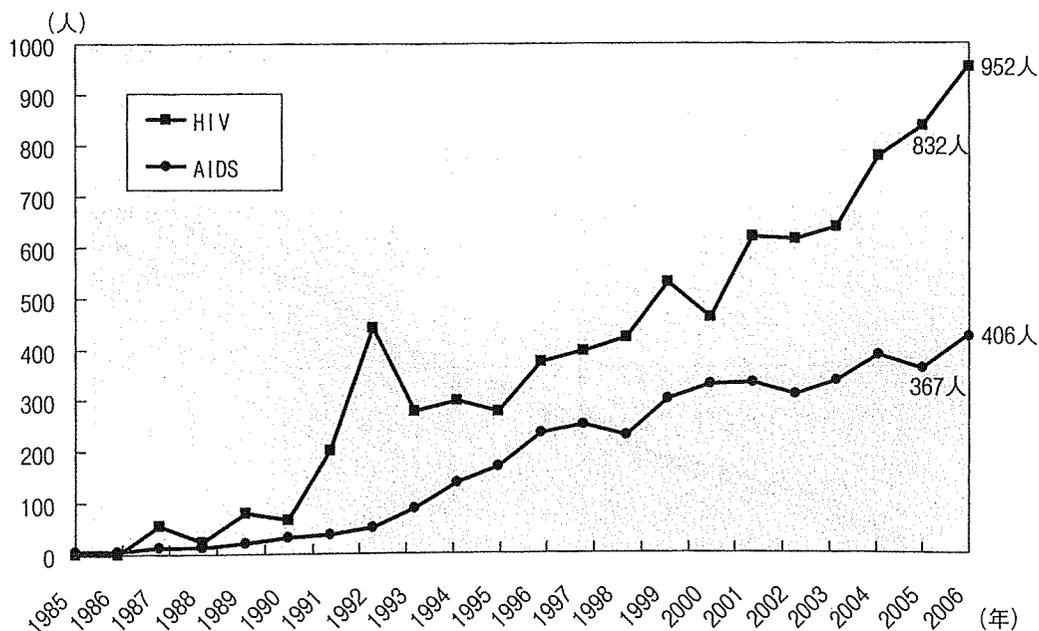
木村 哲

東京通信病院病院長

## 1. HIV感染症/エイズの疫学とHAART

HIV感染症/エイズは1981年に新しい病態として報告され<sup>1,2)</sup>、1983年には早くもその原因がヒト免疫不全ウイルス(HIV)であることが推定された<sup>3)</sup>。この感染症は全世界に広がり、これまでに7,000万人が罹患し、そのうち3,000万人が死亡している。そして現在も途上国を中心として拡大を続けている。最近では、中国、インドなどの人口大国でHIV感染とエイズ発症が急増してきて、大きな問題となっている。一方、先進国では感染の拡大は必ずしも食い止められていないが、治療薬の発達もあり、エイズの発症は軒並み減少している。

日本の現状はどうであろうか。平成19(2007)年5月22日付で厚生労働省から平成18年12月31日現在のHIV感染者およびエイズ患者の報告数の確定値が報告された。それによると、平成16年1年間の新規のHIV感染者は780人、新規エイズ発症者は385人であり、合計で遂に1,000人を越え、1,165人となった。その時点での感染者・患者の累積数は9,837人で、1万人を越えるのは時間の問題であったが、平成17年4月3日の報告で1万人を越え、遂に10,070人となった。年間の報告数には歯止めがかからない状況で(図9.1)、何とか食い止めないと将来大変なことになる。エイズ発症者が増え続けているのは先進国としては異例のことであり、看過することはできな



■ 図9.1. HIV感染者及びAIDS患者報告数の年次推移 ■

い。

現在、日本を含む先進国では強力な抗HIV薬併用療法 (Highly Active Anti-retroviral Therapy; HAART) が可能で、この治療を正しく行えばエイズの発症を非常に効率よく予防することができる。したがって、感染者の多くが適切な治療を受けていれば年間の新規エイズ発症者数が減少するはずであり、現にアメリカではHAARTが行われるようになった1995年以降、エイズの発症もエイズ死も劇的に減少した。日本では1997年以降、HAARTが可能になり全国的に普及したが、図9.1に示したように、1998年に少し新規のエイズが頭打ちになったものの、その後すぐ増加に転じている。HAARTにより感染者の予後改善が得られると同時に、他人への感染の伝播も抑えることができる。

## 2. 血液製剤の安全性

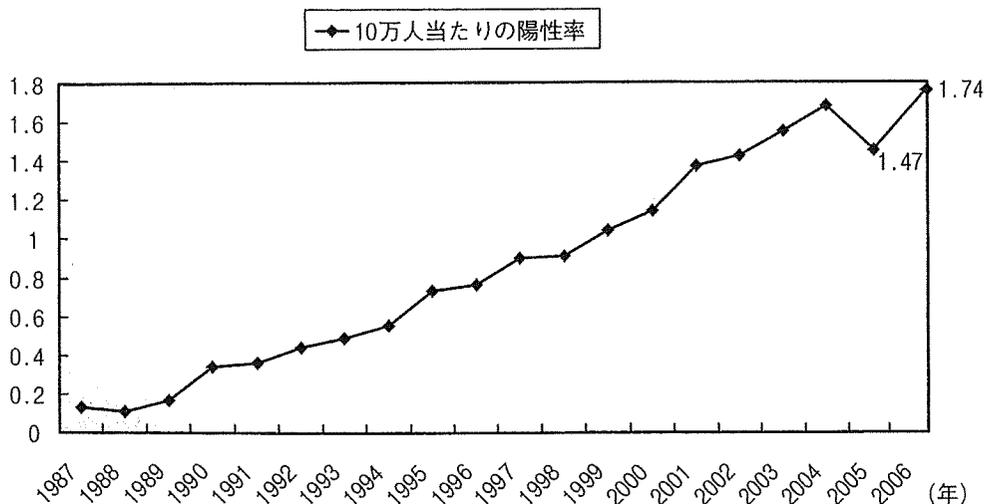
先に述べたように、日本では、これまでの累積のHIV感染者/エイズは一人を越えているが、これはあくまでも報告された感染者・患者の数である。実際の感染者数は、その報告された感染者数の5倍程度と推定される。もし2倍であるとしたら、全感染者の半数は陽性と判り医療機関にかかっているので、HAARTが一気に普及した1997～1998年には全感染者の半数からは新たなエイズ患者は発生しなくなるわけであり、エイズの発症は半分近くに下

がっていい筈である。ところが1998年にはほんのわずかしか減っていない。このことから、隠れた感染者が相当存在することは間違いないと思われる。献血血液のHIV抗体陽性率 (対10万) は右肩上りに上昇し、1.7になっている (図9.2)。この傾向は、検査目的に献血をする人がいることを差し引いても、隠れた感染者が増加していることを示しているのではないかと推定される。

そこで問題になるのが血液製剤の安全性である。血液製剤が薬剤部管理になっている施設も多いが、1978年から非加熱血液凝固因子製剤が使われ、多くの血友病患者がHIVやHCVに感染してしまったことは記憶に新しいところである。1985年に加熱製剤が承認されたが、その後も非加熱の在庫品が使われ、さらに感染者が出てしまったことも大きな問題となった。

1985年から献血血液はすべてHIVの抗体検査が行われ、陽性血液は破棄されるようになったが、抗体検査では感染後で抗体が陽性になるまでの、いわゆるウィンドウ期の血液を見落としてしまうことが、次の問題点としてクローズアップされてきている。輸血を受けた人の中に、少数ながらHIVに感染してしまった人も出ている。

この問題解決のため、日赤では2000年4月から、核酸増幅検査 (NAT) を併用し、HIVの検出を行うようになった。初め50検体プールしたものをNATにかけていたが、2004年9月から20検体毎にNAT



■ 図9.2. 日本の献血血液の抗体陽性率 ■

を行い、より精度を高めるようになった。これによりウィンドウ期は短くなったが、まだ2週間前後のウィンドウ期が残っている。輸血を受ける人には少ないながらリスクのあることを理解していただく必要がある。そのためにはインフォームドコンセントが重要である。

### 3. HIVの感染経路

HIVの感染伝播様式は血液・体液を介する接触感染で、具体的感染経路の主なものとしては、HIVで汚染された血液製剤の輸注、汚染された注射針の共用や針刺し事故、性的接触などの他、母児感染が挙げられる。

医療現場ではHIVで汚染された血液製剤によるもの、汚染された針やメスその他の鋭利な器材による受傷に伴うもの、汚染された血液・体液による粘膜・傷のある皮膚への暴露に伴うものなどが問題となる。母児感染およびその予防対策も医療現場で遭遇する重要課題であり、稀な例としてドナーが陽性であった場合の臓器移植に伴う事例も知られている。

医療従事者への職業感染としては針刺しやメスによる受傷に伴うものが多く、海外では1997年までの集計で264人の医療従事者が感染している(表9.1)<sup>4)</sup>。このうち、職業別では看護師が36%、採血などに従事する検査技師14%、内科医10%、外科医6%などとなっている。国別では表9.1のとおり米国からの報告が66%を占めている<sup>4)</sup>。報告数の多い米国では

2001年12月で確実例57、疑い例139、合計196例で、その後2003年12月まで新規の確実例はなく、疑い例が1例増えているのみである<sup>5)</sup>。これは後述の暴露後予防策の効果と考えられる。幸い日本では医療従事者がそれにより感染した例は報告されていないが、針刺し・切り傷事例は100床あたり年間30～40件起きているのでリキャップの禁止、廃棄ボックスの完備、安全装置付きの器材の導入など十分な対策が必要である<sup>6)</sup>。

針刺しによる感染のリスクは、その針に目に見えるほどの血液が付いていた場合とか、その針が静脈や動脈に入っていた場合、刺し傷が深い場合などには高くなるが、総じて0.3%といわれている<sup>7)</sup>。粘膜暴露ではこれよりさらに低く0.09%である<sup>8)</sup>。

### 4. 標準予防策と針刺し防止

標準予防策の基本は、すべての患者の①血液、②体液、分泌物(汗を除く)、排泄物、③傷のある皮膚、④粘膜は何らかの感染性を持っていると考え、感染予防策をとることにある<sup>9-10)</sup>。

具体的には、直接これらに触れないようにし、もしこれらに触れた時は直ちに流水で洗うことを勧めている。また、あらかじめこれらに接触したり、あるいはその飛沫を受けることが予想される場合には、その部位に応じて手袋やマスク、帽子、フェイスシールド、ガウンなどを着用することを勧めている。

標準予防策でもう一つ強調されているのは使用後の注射針には決してリキャップせず、そのまま針廃棄用ボックスに捨てる点である。これはアメリカで1985年頃から針刺し事故により医療従事者がHIVに感染した事例が次々と表面化してきたために<sup>4)</sup>、その予防策として強調されるようになった。

日本では医療従事者が針刺し事故によりHIVに感染した事例はまだないものの、HBVやHCVの感染例が少なくない。リキャップ禁止は推奨はされているものの、実際の事故調査結果ではリキャップによる事故が最も多く<sup>6)</sup>、まだ徹底されていないのが現状である。病室に廃棄ボックスが設置されていない

■ 表9.1. 職業的暴露によるHIV感染事例<sup>4)</sup> ■

	確実	疑い	計
米国	52	114	166
フランス	11	27	38
イギリス	4	9	13
メキシコ	0	9	9
イタリア	5	0	5
オーストラリア	4	0	4
スペイン	5	0	5
南アフリカ	3	1	4
ドイツ	3	3	6
その他	7	7	14
合計	94	170	264

場合は、携帯用の廃棄ボックスを持って行くことを習慣づけるべきである。

## 5. 安全器材

針刺しや切り傷事故は個々人の注意や手技である程度防ぐことはできるが、注意力や手技には個人差があり、また同じ個人でも100%の注意力を常に継続することは不可能で、いくら注意していても偶発的に針刺しや切り傷に遭遇することもある。

対策としては針や鋭利な器材の安全な扱い方、リキャップ禁止などにつき教育を繰り返すことに加え、いつ、誰が使っても針刺し・切り傷を負わないように工夫された安全装置付き器材（安全器材）を導入・活用することが一つの有効な方法である。ディスプレイの注射針、翼状針、留置針には多種類の安全器材が製造・販売されており、針を使わないニードルレスタイプの器具も上市されている。医療施設では職員の安全のために、これらを積極的に取り入れるべきである。定価は若干高くなるが、納入価格はフレキシブルなものが多いので、いくつかの業者と交渉してみることを勧める。

導入に際しては安全機能、価格のほかに、使い易さ、操作の簡便さ、廃棄量が増えないことなど、いくつかの観点から評点し、ユーザー（実際に使う人）の意見も考慮しつつ選定するのがよい。またその安全器材の正しい使い方を周知することも重要である。せっかく安全器材を使っているが、安全装置を作動させていなかったために生じた針刺し事例

も多数報告されている。安全翼状針を全病的に導入した経験があるが、効果は歴然としている。

## 6. 暴露後予防

針刺しなどの暴露後速やかに服用すれば、通常0.3%といわれている感染をAZT単独でも81%抑制できるとされている<sup>11)</sup>。現在はより強力なAZT+3TC+ロピナビル/リトナビル(RTV)などHAARTに準じた暴露後予防（postexposure prophylaxis；PEP）が推奨されている<sup>12)</sup>。しかし、PEPは副作用もあるので、できるだけ本当に必要な場合に限りて服用するようにした方がいいのも事実である。HIVに感染するリスクは針刺しなどにより、HIVが体内にどれくらい入ったかに左右されるため、血液、体液の単位体積あたりのHIV量が多い場合、体内に注入された量が多い場合、傷の深さが深い場合、傷が大きい場合などにはリスクが高くなる。同じ針刺しでも中空針で穴の中に血液などが入っている場合は縫合針よりリスクが高いし、同じ中空針でも太い方が細いものよりリスクが高い。

HIV陽性の血液・体液による針刺し・切り傷および粘膜・皮膚への暴露があった場合には、暴露後予防服薬が必要かどうかを判断する必要がある。その時に備えあらかじめ、当事者の判断を補助・支援する相談担当者を決めておくことが望ましい。その役にはHIV診療の経験が多い医師または薬剤師が適している。

相談担当者も該当者もこれらの諸条件を客観的に

■ 表9.2. 針刺し・刺し傷によるHIV暴露後予防法<sup>12)</sup> ■

暴露の程度	汚 染 源		
	HIV(+)<1,500コピ-/mL	HIV(+) $\geq$ 1,500コピ-/mL	HIV(?)
軽いもの*	基本レジメ	拡大レジメ	予防不要 場合により基本レジメ
より重いもの**	拡大レジメ	拡大レジメ	予防不要 場合により基本レジメ

\* 表層的傷ですんだもの、または穴のない針によるもの

\*\* 中空針(穴のある針)、深い傷、目に見える血液が付いている器材によるもの、または血管内に入っていた針によるもの

評価し、PEPを開始するかどうかを判断する必要に迫られる。実際には、その判断が難しいのでCDCのガイドライン<sup>12)</sup>ではこれらのリスクを層別化し、暴露の程度と血中ウイルス量の組み合わせによって推奨レジメの答えが出せるように工夫されている(表9.2)。このほかに粘膜・皮膚の暴露についても表が示されている。

いずれの場合も、基本レジメとしてはAZT+3TC(またはFTC)あるいはTDF+3TC(またはFTC)、また第2選択としてd4T+3TC(またはFTC)その他が勧められており、リスクが比較的低い場合に用いる。よりリスクの高い場合に用いる拡大レジメとしては基本レジメにロピナビル/RTVあるいはアタザナビル±RTV、ホスアンプレナビル±RTVなどのいずれかを追加することとされている<sup>12)</sup>。

元となった患者が薬剤耐性ウイルスを持っているか、持っているとしたらどの薬剤に対する耐性かなども考慮し、薬剤を選択する。エファビレンツは胎児に深刻な奇形を生ずる可能性があるため、当該者が女性の場合は妊娠していないことを確認する必要がある。

服用の開始は暴露後、早ければ早いほどよく、24～36時間以上経つと効果が減弱するとされているので、決断は1～2時間以内にすべきである。決断がつかない場合は第一回目の服用をして、次の服用

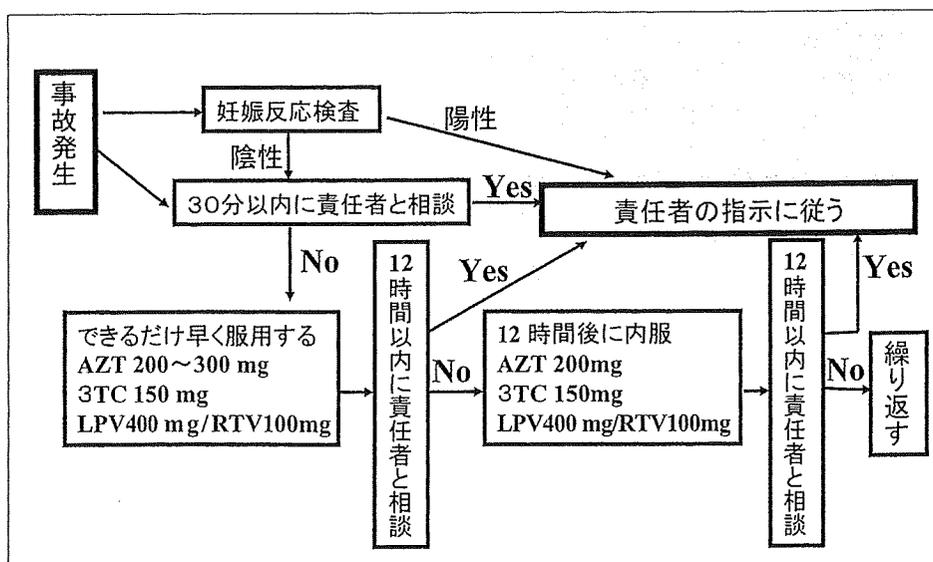
時間(AZT+3TC+ロピナビル/RTVの場合であれば分2なので12時間後、図9.3参照)までに決めることとしてもよい。

高頻度で皮疹、消化器症状(下痢、悪心など)、肝機能障害、めまいなどを生ずるので、状況により薬を変更せざるを得ないこともある。通常4週間服用することを原則とする。

## 7. エイズ合併日和見感染症の病院感染予防策

带状疱疹や結核がHIV感染症に合併することは稀ではない。これらは空気感染するので病室を個室とし、陰圧管理する必要がある。ただし、带状疱疹の場合は周囲が免疫不全のない成人であればあまり問題とならないが、免疫不全の患者や小児がいる場合は、きちんとした空気感染予防策をとる必要がある。

ニューモシスチス肺炎の原因である*Pneumocystis jiroveci*の院内感染例もあると推定されている。まだ十分なエビデンスがなく、エイズのニューモシスチス肺炎は不顕性感染の再活性化が主体であろうと考えられているが、周囲に免疫不全の患者がいる場合は飛沫感染や環境からの感染が起こらないよう配慮した方がよい。



■ 図9.3. 針刺し事故後の対応例 ■

## 参考文献

- 1) Gottlieb, M.S., et al. : *Pneumocystis carinii* pneumonia and mucosal candidiasis in previously healthy homosexual men: Evidence of a new acquired cellular immunodeficiency. *N Engl J Med*, 305:1425, 1981.
- 2) CDC: *Pneumocystis pneumonia*: Los Angeles. *Morb Mortal Weekly Report*, 30: 250, 1981.
- 3) Barre-Sinoussi, F., et al. : Isolation of a T-lymphotropic retrovirus from a patient at risk for acquired immunodeficiency syndrome (AIDS). *Science*, 220: 868, 1983.
- 4) J. Perry: International researchers publish study on worldwide cases of occupational HIV infection. *Advances in Exposure Prevention*, 4(4): 42-43, 1999.
- 5) CDC, Division of Health Quality Promotion (DHQP): Issues in healthcare settings. [<http://www.cdc.gov/ncidod/hip/BLOOD/hivpersonnel.htm>]
- 6) 木戸内清, 木村 哲 : 針刺し・切傷の現状と対策 : エイズ拠点病院における1996年～2000年(5年間)の針刺し・切傷. 厚生労働科学研究費補助金厚生労働科学特別事業「医療従事者における針刺し・切傷の実態とその対策に関する調査」.(主任研究者: 木村哲) 平成14年度報告書. pp10-20, シャローム印刷, 東京, 2003.
- 7) D. M. Bell: Occupational risk of human immunodeficiency virus infection in healthcare workers: an overview. *Am J Med*, 102 (suppl 5B):9-15, 1997.
- 8) G. Ippolito, V. Puro, G. De Carli, et al. : The risk of occupational human immunodeficiency virus in health care workers. *Arch Int Med*, 153: 1451-1458, 1993.
- 9) J. S. Garner, et al. : Guideline for isolation precaution in hospitals. *Infect Control Hosp Epidem*, 17: 53-80, 1996.
- 10) J. D. Siegel, et al : Guideline for isolation precautions : Preventing transmission of infectious agents in healthcare settings 2007. <http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/pdf/isolation2007.pdf>
- 11) D. M. Cardo, D. H. Culver, C. A. Ciesielsky, et al. : A case-control study of HIV seroconversion in health workers after percutaneous exposure. *N Engl J Med*, 337: 1485-1490, 1997.
- 12) CDC/DHHS: Updated U.S. Public Health Service Guidelines for the management of Occupational Exposures to HIV and Recommendations for Postexposure Prophylaxis. *Morb Mortal Weekly Report*, 54 (RR-9): 1-17, 2005.

# 週刊保健衛生ニュース

平成20年5月5・12日 合併号 第 1456-1 号

(毎週月曜日発行)

AIDS情報500回記念座談会

## エイズ対策の推進に向けて

- 出 木村 哲 東京通信病院病院長  
(厚生労働省エイズ施策評価検討会座長)
- 席 岩本 愛吉 東京大学医科学研究所教授  
(厚生労働省エイズ動向委員長)
- 者 池上千壽子 NPO 法人ふれいす東京代表
- 市川 誠一 名古屋市立大学看護学部 (感染予防学) 教授
- 菊池 嘉 国立国際医療センターエイズ治療・  
研究開発センター臨床研究開発部長
- [司会]  
鎌倉 光宏 慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科教授  
(本誌「AIDS情報」執筆者)



木村 哲  
東京通信病院病院長



池上 千壽子  
NPO法人ぶんいす東京代表



岩本 愛吉  
東京大学医科学研究所教授

## AIDS情報500回記念座談会

# エイズ対策の推進に向けて

菊池 嘉  
国立国際医療センターエイズ  
治療・研究開発センター  
臨床研究開発部長



市川 誠一  
名古屋市立大学看護学部  
(感染予防学) 教授



[司会]  
鎌倉 光宏  
慶應義塾大学大学院健康  
マネジメント研究科教授



わが国ではHIV感染者・エイズ患者の増加が続いており、厚生労働省のエイズ動向委員会が本年2月に発表した平成19年の年間報告(速報値)によると、新規報告数はともに過去最高を記録した。こうした状況を踏まえ、18年3月に改正告示されたエイズ予防指針に基づく対策の積極的な推進が求められている。予防指針が改正告示され2年が経過したが、第一線の現場では対策をどのように進めていくべきか。本誌では、エイズ対策に造詣の深い方々による座談会を3月10日、東京・千代田区の日比谷松本楼で開催し、予防指針の3本柱である①普及啓発②検査相談体制③医療提供体制に沿って、幅広い意見をいただいた。司会は本誌AIDS情報の執筆者である鎌倉光宏氏(慶應義塾大学大学院教授)。

鎌倉(司会) ただいまより座談会

を始めさせていただきます。現在「AIDS情報」(本誌隔週連載)を書かせていただいている関係で、司会を務めさせていただきます。

本日はお忙しい中、お集まりいただきありがとうございます。

ご承知のように、本年2月に厚生労働省のエイズ動向委員会がまとめられた平成19年の年間報告(速報値)をみると、HIV感染者の新規報告数が1048件と初めて1000件を超えました。また、昨年の新規エイズ患者報告数は400件で、いずれも過去最高

を示しました。

一方、18年3月にエイズ予防指針が改正されました。エイズの疾病概念が変わってきたことよって施策の展開を変え、国と地方自治体の役割分担を明確化して、ターゲットを絞った施策の重点化が図られました。エイズ予防指針に基づく対策が積極的に進められなければいけない状況になっています。

予防指針が改正告示され2年が経過しましたが、現場の対策はどのように変わったのか。本日はエイズ対策に造詣の深い方にお集まりをいただき、予防指針の3つの柱である①普及啓発②

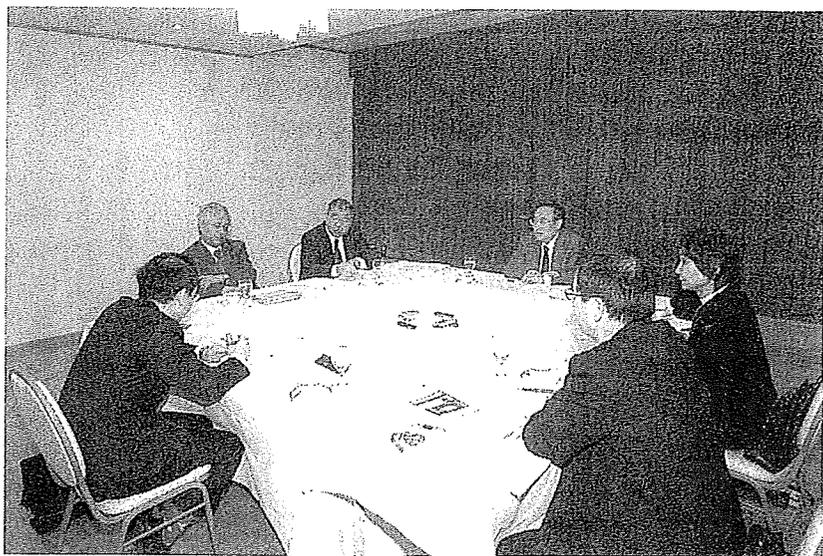
検査相談体制③医療提供体制に沿って、保健師さんから第一線に立っておられる方々が現場で役立つような幅広いご意見をいただきたいと思います。

わが国では保健所等における相談件数はかなり増加傾向にあり、献血件数に占めるHIV抗体・核酸増幅検査陽性率も上昇しています。検査件数が増えればHIV感染者報告数が増えるのは、ある意味当たり前のことですが、まず始めに、エイズ動向委員会の委員長を務めておられます岩本先生に現況の分析についてお話をいただければと思います。

### 新規エイズ患者は1日約4件

#### 同性間性的接触対策が急務

岩本 厚生省が1985年から「エイズ発生動向」として発表している日本のエイズ発生調査は、HIV感染者(無症状で検査でHIV陽性と判明した者)とエイズ患者(エイズを発症して主に病院から報告された者)について、保健所や病院等から新規の報告が挙がった時点で取りまとめる発生時の調査統計だということをまず再確認し



ておきたいと思えます。

残念ながら、HIV感染者についてもエイズ患者についても、右肩上がりに増加している現状があります。ただし、全体的な傾向から見ると新規のエイズ患者報告数は若干頭打ちの傾向が見え始めていますが、新規のHIV感

染者の報告はどんどん増えてしまっています。

年ごとにみると、HIV感染者とエイズ患者を合わせた報告数は2004年に初めて1000件を超えました。2007年はまだ速報値の段階ですが新規HIV感染者が1048件と単独で1000件を超えました。新規エイズ患者の速報値は400件ですので、合わせると1年に1448件、1日当たり約4件の報告があったこととなります。

確定値の出ている2006年末までの累計で見ると、HIV感染者が8344件、エイズ患者が4050件、合計1万2394件の報告が挙がっています。国籍で見ると、HIV感染者、エイズ患者ともに日本国籍を持つ人が約3/4を占め、外国籍の人が約1/4を占めています。日本国籍の方について性別の内訳をみると、HIV感染者では日本国籍男性が67・9%、女性が7・0%、エイズ患者では日本国籍男性が72・2%、女性が5・4%となっています。

感染経路はHIV感染者、エイズ患

者ともに性的接触が大部分を占めますが、HIV感染者の場合、同性間性的接触(男性)が44・7%、異性間性的接触が35・9%、一方、エイズ患者の場合は、異性間性的接触が42・0%、同性間性的接触(男性)が28・3%となっています。

以上は累計のデータですが、年次別にみていくと、HIV感染者、エイズ患者とも日本国籍男性の増加が著しく、感染経路別にみると、日本国籍のHIV感染者では1999年に初めて同性間性的接触による感染が異性間を超えています。一方、日本国籍のエイズ患者では、2003年までは異性間性的接触による感染が同性間によるものを上回っていましたが、2004年以降逆転しました。すなわち、近年の報告をみると、同性間性的接触による新規HIV感染者、新規エイズ患者がトップを占めており、その対策が急務だと思えます。

地域的にみれば、首都圏や大阪圏、名古屋圏といった大都市とその周辺が重要ですが、その他の政令指定都市周辺でも感染者の報告が増えています。



岩本愛吉教授

昭和49年東京大学医学部医学科卒。内科研修の後、同大医学部第1内科入局。同大医学部助手、講師、助教授を経て、平成6年より国立大学法人東京大学医科学研究所教授。15～18年同大医科学研究所附属病院長。現在、厚生労働省エイズ動向委員長、京都大学ウイルス研究所客員教授、放送大学客員教授、中国科学院微生物研究所客員教授、国際エイズ学会理事などを兼任している。

また、長野県や沖縄県などのように、重点化の必要な県もあると思います。

献血者の中の陽性率も年々増加傾向にあり、2007年には493万9548件の献血に対して102件の陽性がありました。まだ速報値の段階ですが、献血10万件当たり2・065件と過去最高を示しています。

2007年1年間の保健所等における抗HIV抗体検査件数は15万3816件で、前年を大幅に上回り、過去最高だった1992年をも約2万件上回りました。2007年の相談件数も21万4347件で過去最高です。検査件数、相談件数の増加は喜ばしいことですが、検査を必要としている人たちに

より多くの機会が提供されるような工夫が必要だと思っています。

鎌倉 詳細な分析ありがとうございます。エイズの件数の報告が頭打ちになっているのは、早期発見の効果は多少あるにせよ、感染者の数が増えているのは楽観視できないということだと思います。

岩本 国民医療費などを考えても、とにかく予防が大事だと基本的に思います。

鎌倉 ありがとうございます。

木村 HIV感染者数もエイズ患者数も、確定値になったときに若干増えますが、毎年どれくらい速報値から増えているのですか。

岩本 30～40件増えていると思います。2006年の場合、HIV感染者で速報値が914件、確定値が954件でした。エイズ患者の場合は390件が速報値で、最終的には406件です。だから、速報値が400件であったということは、確定値で少しプラスになる。四百数十件までいくかは分かりませんが、プラスにはなるだろうと思います。

鎌倉 諸先進国に比べて修正は少ない方だと思いますが、それでも少し増えるということです。

それでは続きまして、普及啓発と予防対策です。

いまお話がありましたように、日本国籍のHIV感染者の罹患数でも、累積の感染経路別の割合でもMSM(同性と性的関係を持つ男性)症例が一番多いというのが現状です。検査をより多く受けているためであるという解釈も可能かもしれませんが、受検行動に關して、それから、コミュニケーションターがどういう効果を上げているのか。そういったことを含めまして、市川先生から最近感じておられること、予防

対策の要点のようなことをお話しただけだとありがたいのですが。

## 乏しい同性間感染の予防情報 予防行動へ社会環境構築を

市川 岩本先生のお話にもありましたように、日本のHIV、エイズは男性同性間の性的接触による感染が大きな割合を占めています。例えば、2007年のHIV及びエイズ報告数の速報値では、日本国籍男性のHIV感染者の73・2%、エイズ患者の44・3%が男性同性間の性的接触による感染で、最も多い割合となっています。

また、厚労省のエイズ発生動向年報によれば、地域別の男性同性間感染例の年次動向は、東京では1996年頃から増加に転じ、大阪を中心とした近畿地域では1998年頃、愛知を中心とした東海地域では2001年頃から増加に転じました。そして、最近では九州地域、東北地域でも増加の兆しがあります。九州や東北地域の年次報告数は近畿地域および東海地域が増加に転じた時の報告数に達しています。

わが国のエイズ対策として、男性同

性間のHIV感染対策に取り組むことは喫緊の課題といえます。

次に、同性間のエイズ対策としての最近の取組みについて紹介します。

セクシユアル・マイノリティに対する社会の偏見と差別は、同性愛者が同性愛者として生活することを困難にし、同性愛者の存在を不可視化しています。わが国のエイズに関する啓発は、1980年代後半からパンフレット等を介して広く国民に行われるようになりました。しかし、啓発資料に記載される情報は異性愛者を対象にしたものがほとんどで、同性間の感染予防に関する情報は乏しい状況にありました。無防備なアナルセックスが男性同性間の性

的接触によるHIV感染のリスク要因ではありますが、男性同性間で感染が増加してきた背景として、性的指向に関することや同性間のセックスとHIVを含む性感染症予防に関する情報の提供が、同性愛者の生育過程に沿って行われていないこと、また自己の性的指向についての悩みや不安を相談する社会的環境が十分でないことも関連していると思われまます。

HIV感染予防は個人の予防行動に依存しますが、この予防行動を行いやすくする社会環境を構築していくことも重要だと思えます。

厚労省はエイズ予防指針の中で、個別施策層への積極的なエイズ対策が必



### 市川誠一教授

専門分野はHIV感染症の疫学。平成7年に「男性同性間のHIV感染の疫学と予防に関する研究」を始め、現在は東京、大阪など5地域で同性愛者のNGOとともに普及啓発活動に取り組む。厚生労働省エイズ動向委員会、東京都エイズ専門家会議、厚労省エイズ施策評価検討会で委員を務めている。現在、名古屋市立大学看護学部（感染予防学）教授として教鞭をとる。

要であると述べています。そして厚労省は、個別施策層の一つである男性同性愛者へのエイズ対策として、財団法人エイズ予防財団の「男性同性間のHIV/性感染症感染予防の啓発事業」を設け、コミュニティセンター事業を2003年から開始しました。これは男性同性間におけるエイズ対策を進めようという厚労省の意識の表れだと思えます。

コミュニティセンター「akta」は東京都新宿区新宿2丁目に、コミュニティセンター「dista」は大阪市北区堂山町に開設されています。また、東京ではゲイ・NGO「Rainbow Ring」が、大阪ではゲイ・NGO「MASH大阪」がそれぞれのコミュニティセンターを運営し、MSMを対象とした予防啓発プログラムの開発と普及に取り組んでいます。

これらのNGOは、厚生労働省エイズ対策研究事業の「男性同性間のHIV感染対策とその評価に関する研究班」と協働して、訴求性の高い啓発活動を進めています。同性愛者に向けたコミュニティセンター事業の設置によって、

男性同性愛者等が利用する商業施設とゲイ・NGOの間で、連携と協力が推進されるようになり、啓発普及が促進されるようになりました。

2007年からは、名古屋、福岡でもコミュニティセンターが開設されるようになりました。

### 「コミュニティセンター」は 対策を進める地域の活動拠点

ゲイ・NGOの活動と成果について、東京の「akta」を例に話します。

「akta」は、ゲイ・コミュニティに根ざした予防啓発活動を展開すること、また無関心層を呼び込むこと、そしてゲイの人たちがアクセスしやすいことなどを考えて、ゲイ商業施設が集中している新宿2丁目に設立することになりました。事業内容としては、▽行政やNGOが製作した既存の予防啓発資料やゲイ・コミュニティに関する情報の提供▽独自のHIV関連の啓発資料の開発とアウトリーチ活動▽HIV、エイズに関わる人たちのミーティングや研修などの利用▽ワークショップや講演会などの学習の場としての利

用▽展示スペースとしての利用などが挙げられます。

「akta」を利用した展示会は来場者を呼び込む効果があります。展示会を開くアーティストのファンや友達が集まり、結果として「akta」にある展示物、例えばHIVや性感染症の情報に触れていく機会となっています。「展示会はHIV/エイズ啓発事業と関係ない」という声もありますが、展示会を開くことで、実はエイズにあまり関心なかった人が展示会を見に来て、「akta」にあるHIV関連の啓発資料に触れ、エイズの課題に触れていくという啓発効果が期待されています。

また、展示会を開いた方が「Rainbow Ring」と協力して、新たな啓発資料を開発したり、自分のネットワークを利用して啓発情報を普及したりといった二次的効果も見られています。今では、「akta」の延べ来場者数は1年間におよそ1万人になっています。「akta」では情報紙として「マンスリーakta」を毎月発行し、「akta」の月間行事に加え、コミュニ

ティ情報、医療や検査情報、「Rainbow Ring」の予防啓発活動を掲載しています。啓発資材のアウトリーチは「デリヘルプロジェクト」というプログラムで、20歳前後の人たちが集まって毎週金曜日にコンドームや啓発資材を配布しています。「マンスリーakta」もデリヘルプロジェクトのアウトリーチ活動により、150軒ほどのゲイバーやその他の商業施設に配布されています。このようなアウトリーチ活動は、大阪でも行われています。

また、「Rainbow Ring」は2004年からNPO法人「ぶれいす東京」の協働事業として、「Living Together」計画」を始めました。複数のNGOが共同して取り組むというのもコミュニケーションセンターができたおかげだと思っています。

「Living Together 計画」は、感染者の手記のリーディングを通じて「感染者と共に生きる」を視点に入れながら予防啓発を推進していくプログラムです。このプログラムは同性愛者だけでなく他の層にも啓発の効果がみられています。同性愛者やHIV陽性

者への偏見・差別を改善する取組みは、今後のHIV感染対策を推進する上で重要と考えています。HIV陽性者と共に生きることの意識化を図るこの企画は、陽性者を含めたHIV感染対策として評価され、昨年の厚労省のエイズ対策の標語にもなっています。

先ほど検査件数が伸びているというお話が岩本先生からありました。そして、男性同性間の性的接触によるHIV感染の報告数が増えていますので、同性愛者の中で検査を受ける頻度が上がっているのではないかとおっしゃっていました。厚労省のエイズ対策研究事業による研究班で私たちがゲイNGO「MASH大阪」と行った男性同性愛者等を対象にした質問紙調査の結果によれば、過去1年のHIV検査の受検率は1999年のベースライン調査では19%でしたが、2004年の同様の調査では36%に上昇していました。特にゲイNGOの啓発資材に触れている人の方に受検行動が高いという結果も出ています。

そして、大阪と同じような成果が東京での調査でもみられています。MS

Mの間ではHIV抗体検査を受けるという受検行動が促進されたと思われる。しかし、最近では男性同性間の性的接触で感染したエイズ患者が増えていますので、まだまだ検査の機会には十分ではないだろうと考えています。

コミュニケーションセンター事業でのゲイNGOの人たちの活動を見ていて、訴求性のある啓発資材の開発とその普及がさまざまな工夫に基づいて行われ、ゲイ・コミュニティの中で見える予防啓発活動を展開し、またコミュニケーションのいろいろな商業施設の人たちと連携して広がりをつくっています。このような啓発活動が続いていけば、同性間のHIV感染の予防は将来、効果を示すようになるのではないかと期待しています。

そして、その活動をより効果的にしていくには、これらの活動を支援していく行政の対応が必要です。とくに厚労省のみならず地方自治体の方たちの積極的な関わり、政策的な取組みが必要ではないかと考えています。

鎌倉 ありがとうございます。二次的な波及効果のお話を含めて詳細な

お話をいただいたと思います。

受検率のデータは限られた集団であっても大変貴重なデータで、献血のHIV抗体陽性率の変化の見方も少し変わってくるかと思っています。最後にファイナシヤルの問題で、自治体の問題がございました。「MASH大阪」は大阪府自身がありません。大阪府自身はあまりお金がないので、たしか京都府からの補助金の方が多かったように記憶していますが。

市川 そうですね。ここ2年は京都府と共同で行う事業が組まれるようになりました。大阪府も「MASH大阪」ができてから少ない予算でもずっと継続して関わっています。大阪市との共同で「PLUSS」という啓発イベントも行われています。

活動をこれからも継続することが大切だと思いますので、先ほどの大阪府や京都府の場合でも、最近は大分当事者性のあるプログラムに予算を投入するようになりましたが、コミュニケーションセンター事業を維持したり、啓発活動の人員を確保するための予算は出ていません。東京でも、他の地域のコミュニケーションセンターでも同様です。地域の

HIV感染対策を進める活動拠点ですので、地域でも取り組んでほしいところですね。

鎌倉 ありがとうございます。市川先生のお話にもリビング・トゥギャザー計画が少し出しましたが、陽性者に対する支援、陽性者の方を囲む方々の支援です。

池上先生は順天堂大学の講演会で一緒にしたときに、ピアの種類もいろいろある、例えばお子さんが陽性者の方の母親の会もある、女性の感染者の方のピアもある、少し分割化が進んでいるというお話があったかと記憶しています。NPO法人の代表として長く普及啓発相談に従事されてきた中で、現況の問題等を中心にお話をいただきましたと思います。

### 陽性者による「ピア」の活動

#### HIVと生きる準備運動に

池上 普及啓発と相談支援の2点について話したいと思います。

私たち「ぶれいす東京」では、HIV陽性者のための相談事業を始めて10年目になります。毎月10〜20人の新規

相談があります。相談者の実人数は年間400人くらいです。そのうち新規の方が半分近く、残りの半分は継続していらっしゃる方です。新規の方の半数くらいが告知を受けてから半年以内の方ですね。新規の相談のうち2、3割が首都圏外で、北海道、東海、関西、九州などからあります。

相談に来るのは陽性と分かった人だけでなく、その周囲、ご家族、パートナーはもとより、行政や企業の方が結構増えてきました。とくに福祉担当の方や就労関係の方で、「陽性である」と言う方が来たときに、準備が全くできていないのでどうしていいかわからない」という形で相談に来るケースが最近増えていくかなと感じています。

また、「ぶれいす東京」では、陽性者による「ピア」の活動を盛んに行っています。その中心となるのは新人PGM(新人ピアグループミーティング)です。告知後6カ月以内の方の中で、基礎的情報がない、告知のときに提供されていないはずの情報を持っていない、孤立感があり自分一人だと思ってしまう、話せる人が誰もいないというよ

うな人たちが5〜7人集まって、新人PGMを隔週で4回連続して実施します。ファシリテーター(進行役)は陽性者の先輩でトレーニングを受けた人とスタッフの二人が担いますが、医療情報を提供し、「あなたは一人ではありません」「必要な情報はこういうところまでこういう風に取りますよ」「今思っている一番大変なことは何ですか」などと話し合います。

要するに一口で言うと、HIVと生きる新たな生活の準備運動を一緒にやりましょうというものです。一人でできる方もいますが、一人でできない方がいる。そういう人たちがグループを作って、先輩が中に入って、準備運動をしましょうという取組みです。

新人PGMは陽性の方たちの自発的な発案で登場したプログラムです。というのも、HAART療法(多剤併用療法)が浸透してくる、障害者手帳がもらえるといったように、医療や福祉の制度が整ってきた。それと同時にHIV陽性だと分かった場合、以前はいかにして死を受容していくかが大きなテーマでしたが、新たな生活をどう再

スタートするかにシフトしてきました。それぞれが抱える課題、状況に個別に対応し、そのスタートをいかにスムーズに切るかがその後の医療、就労、社会参加と密接に結びついています。検査の普及による早期発見は喜ばしいことですが、陽性だと判かった人をいかに受け止めるかという社会的な環境整備が重要になっていきます。しかし実際は、医療機関の格差はありますし、情報提供も非常に不均衡です。

また、陽性者が増えるほど属性も多岐になることから、いろいろなピア活動が出てきました。母親の会、女性の会、陰性と陽性のカップルの会、ある特定の薬の副作用に悩んでいる方の会

等々。HIV陽性というだけでは何の共通属性にもならないというのは当然ですね。

以前と違うと感じるのは、陽性の人たち自らが何らかの形でHIVに関わるようになりました。予防やケア活動においても、陽性である人自身が強力な活動パートナーです。そういう方たちが増えてきました。陽性者側からの働きかけはじわじわと広がっています。その受け皿が追いついていないと思っています。

### 多様化する若者への啓発 性の健康管理はケアの課題

予防啓発については、日本性教育協



池上千壽子代表

昭和44年東京大学教養学部教養学科アメリカ科卒、63年ハワイエイズNGO「Life Foundation」理事に。平成6年からエイズNPO法人「ぶれいす東京」の代表を務める。12年からNPO法人「エイズ&ソサエティ研究会」副代表。ほかに東京都エイズ専門委員会委員、日本性教育協会理事、厚生省エイズ発動委員会委員、性と健康医学財団理事として活動。17年度には「エイボン教育賞」受賞。翻訳書、著書・共著は数にのぼる。18年の第20回日本エイズ学会・学術集会では、NGO代表から初めての会長を務めた。

会が6年に1度、中・高・大学生を対象に実施している性行動調査の2005年調査報告に興味深い結果が出ています。前回の1999年調査と比べると、性行動は一部で活発化しているが、性的関心は下がっている。つまり、性的関心があるから性行動が活発になるということでもないらしい。若者は非常に多様で、性行動がどういう意味を持つのかも複雑です。

中高生の間で恋愛が重視されていて、恋愛したら性行動が伴わなければならないという形で、デートからキス、性行動までの期間が短縮されています。デートの相手は携帯メールでかなり気安く見つけることができる。恋愛が重視されると、避妊や予防の知識があっても意識されにくくなってしまいます。愛が大事、命が大事であることに反対する人はいませんが、予防啓発としては「愛と健康を切り離してください」と教えずにはいけません。「性の健康管理はケアの課題である」という視点で具体的な情報提供を行っていかなければなりません。

鎌倉 ありがとうございます。私

も教師歴が長いのですが、エイズをテーマとした講義は他のテーマよりも関心を持って静かに聞いてくれますが、知識面では10年前と同じかむしろ後退しています。学生の多様化により確かに一部で性行動が活発化していると思います。

一人で感染・発病を受容できる人とそうでない人の違いは、例えば性別年齢、学歴などの影響がありますか。

池上 一人で十分受容できる方は来ないだろうと思うので分かりにくいですね。来られる方をみると属性も多様ですし、年齢層も本当に様々です。

鎌倉 エイズ予防指針の柱の一つに医療体制の確保があります。ブロック拠点病院や中核拠点病院の役割、集中化と専門化があり、東京を例にとっても患者・感染者が実際に受診する病院の数は少なく、非常に限られています。また、以前よりも地方からの報告が増えてきましたが、それでも北海道・東北地方ではまだ少ないといった地域格差があります。

医療供給体制全般について、菊池先生にお聞きしたいと思います。

### 均てん化されてきたエイズ医療 一部病院への患者集中が課題

菊池 エイズの医療提供体制については歴史が古く、平成5年の通知「エイズ治療拠点病院の整備について」によつてエイズ治療拠点病院が規定され、現在372の拠点病院が整備されています。平成9年からは地方ブロック拠点病院が整備され、各ブロックの拠点を強化する部分とともに、地方ブロック拠点病院とエイズ治療拠点病院が連携してエイズ医療体制が整備されました。

エイズ対策促進事業や厚生労働科学研究「医療体制整備」班に参加された先生方の努力が実り、わが国を8ブロックに分けて、14のブロック拠点病院が整備されており、現在では、どのブロック拠点病院も分け隔てのない同等のレベルで、高い医療の質の均てん化が図られています。各ブロックを細かくみると、診療面が得意なところやサポート体制が強いところなど特徴があると思いますが、かなり均てん化されています。