

討論では：

- 新規感染例に占める若年者の割合が大きい、一方、若年者の検査例が少ない点に関しての対策が必要である。
- コミュニティセンターは、地域の核になって検査普及の努力をしてきた。戦略研究の成果として、保健所への受験者数を首都圏では倍増することができたという実績がある。
- 世の中のHIV感染に対する関心の低下にもかかわらず、VCTが30%台を保っているのは感心する。VCT検査に関しては、旧態依然とした態勢で行われ、工夫が必要と考えられるが、それでも高い検査率で貢献していると評価できる。
- 918人の陽性者に、アンケート調査しHIV陽性判明前にコミュニティセンターを知っていたかどうか調査した。MSMには限っていないが、AKTAは21.2%、DISTAは13.4%知られていた。すなわち、他のコミュニティセンターを含めれば4割くらいは知っていたのではないかと考えられる。
- コミュニティセンターのない地方では、ハイリスク層に検査を勧めるのは難しい状況であり、病院医師が検査を勧めなければならない状況である。
- 自発検査で陽性が判明した中で、パートナー告知が検査につながったことに注目すべきである。パートナー検査がスティグマの問題で進まないという問題点がある。
- コミュニティセンターの活動で30代40代には情報がよく届くようになって、これらの年齢の新規感染はある程度コントロール可能になった。しかし20代などの若い人には届いていない。これまでのコミュニティセンターの活動が、商業施設を中心に行われてきたところにも偏りの原因があるかもしれない。

### 3. MSM伝播ネットワークの感染拡大パターン（椎野 禎一郎；国立感染症研究所）

薬剤耐性検査の匿名化されたデータベースを用いた。2003年から5018例の解析例、4386のsubtype Bのウイルスに限定して、系統樹解析した。日本国内で感染がつながっていることが明らかな集団を

トランсмッションクラスター (TC: transmission cluster) と呼ぶ。研究では 312 の TC があると考えられた。そのうち 121 が 5 人以上のグループ、2 人や 3 人で構成されているクラスターが多い。一方、44 ケースは 20 人以上のグループになっている。20 人以上はアウトブレイクになる。クラスターの患者さんがどこから来た人かを見ると、どのクラスターにも主要な感染の場所があると推定される。物理的に近い出身の方々の感染が起こっていると考えられるところから、ウイルスが近縁のものを結び付けてネットワーク解析すると、ある患者さんから特定のクラスターに至るときに必ず通過するカギになる症例がある。クラスターが発生した時間が古いと、いくつものサブクラスターを作る。このように、クラスターの成長には一定のパターンがある。図 6 に示すように、密で伝播の主役が少数いるコミュニティ内のネットワークから始まって、クロスオーバー個体を介して地域外のサブネットワークに広がっていくパターンが見られる。このようなカギになる方々が検査を受け、ART 治療を受けることが重要である。感染が拡大するところは、コミュニティの外にあるという結果となっている。

結果は以下のようにまとめられる：

- 国内の MSM 集団のサブタイプ B は、地域ごとに複数の独立した感染クラスター (TC) を形成している
- TC の多くは 90 年代にコミュニティに導入された
- TC は初期には地域内の MSM の密な関係の中で拡大する
- TC 内のウイルスはある段階で少数の「クロスオーバー個体」を介してほかのコミュニティに飛び火し、結果として密度と集中度の低いネットワークが形成される
- 我が国の HIV 感染の予防に関する問題の一つに、検査検出率の低さがある
- この問題に対する、今回の結果の寄与：
  - I. ネットワーク成長初期および後期周辺地域⇒コミュニティへの積極的な啓発等で新規感染者を効率的に検査へと導くことができる
  - II. 後期の感染中心部⇒クロスオーバー個体を作らない対策 (TasP 等)

討論では以下のような議論があった：

- HIV に関する相談をしていて、パートナーが何人いるとか、性行動に関しては話しにくいところがある。このような数学的解析を現場にどう生かすかが課題である。
- これらのデータを生かしてどのように新規感染阻止のための介入ができるかが課題。
- 米国では、サンフランシスコのコホートで介入の試みが行われている。ネットワークのキーになる集団に介入するほうが、効果的と報告されている。
- これらは既診断症例でのデータであり、診断されていない感染者からの感染がどのように拡大しているかわからない側面があることは否定できない。

#### 4. TasP を実践するため、HIV 検査拡大のための方策拠点病院の役割 (横幕能行；名古屋医療センター)

保健所へのカウンセラー派遣、保健所職員への指導、無料匿名検査会の取り組み、多職種研修会などの開催と共に無料匿名検査会を行っている：昨年度は 2 回 6 月 (NLGR)、12 月 MSM 向け (M 研) 検査会を行った。

Sexual minority に対して 4 種の STD に関して、少なくとも翌日までに確認検査ができるようにする。保健所検査の陽性判明率が 0.3% に対して 1~2% 陽性が出るという成果があり、陽性と出た人は医療

機関につなげることが容易である。NLGR は 15 年目となり、毎年 500 人以上の受験者がある。一方、M 検は、2009 年からで、毎年 130 人くらいの受験者数である。陰性は即日、陽性は翌日に告知する。多くのボランティアの協力を得てやっている。2013 年 HIV 感染で国立名古屋医療センターの初診受診者は、名古屋出身が約 50%、AIDS 発症は 20%と少ないが CD4 数が  $200/\text{mm}^3$  を切った人が 50%であり、早期発見ができていたとは言い難い。保健所検査で分かったのは 20%程度でした。合併症としては、HBV 感染は多く 60%、アメーバは減少したが、梅毒は多い、HCV もアメーバも介入のおかげで減少した。

M 検に来られる方々と初診の方々を見ると全然違う人々との印象がある。新患で来られるのは、ほとんどが他の医療機関から送られてきた方、検査を受けて早期に分かった方はほとんどなかった。2010 年の M 検は、40 台未満の方が多い、ゲイまたは bi sexual の方々であり、過去に受けている方が 85%、70%は一年以内に検査に来ている。このように半分以上の方は繰り返し検査を受けている方々である。一方、初診の 60%は、HIV 検査を受けるのは初めてであった。初診の方の 30%は梅毒陽性であるが、M 研に来られる方の梅毒は 5%程度である。2011 年までは 5%位陽性者が見つかった。去年は 500 人くらいの受験者で 1.5%位である。検査会での判明率からは、新規陽性者は下がっているように見えるが、新規症例は減少していない。もっと簡便な検査の普及が必要かもしれない。たとえば、オラクイックは急性感染を拾えないがその他は陽性になる。

次のような討論があった：

- 検査会に来る方が固定化してきている。しかし、定期的に検査し、感染予防ができてきているゲイの方々が認められることは、評価すべき。
- 宣伝を、ゲイ向けの雑誌、出会い系サイトに広告したが、検査会への動員に関して十分な効果が得られなかった。情報が届いていない人々がある。

#### 5-(1) コミュニティセンターの役割 (岩橋恒太;akta)

コミュニティセンターakta を起点とした、郵送検査の試み “HIV Check” を行っている。国立国際研究センターの研究班に入って行っている。akta にて、研究参加の同意書を取り、簡単なアンケート調査に協力していただき、検査キットの説明をする。Web 検査で結果がわかる仕組みで、Access と care (確認検査)医療機関へのリンクをモニターできる。相談ニーズのある方々へのカウンセリングやサポートはプレイス東京のスタッフの協力を仰いでいる。研究の目的は UNAIDS の 90-90-90 by 2020 の実現のために、検査率を上げるための試みの一つである。

我が国では MSM が最もおおきな HIV 感染のリスクがあることはわかっているが、実際に感染を把握できている層がどのくらいかはわかっていない。このような背景から、MSM 研究班での調査を行った結果、生涯に一度でも同性と性行為をしたことがある例が、4.6%と報告されている。これらから、日本における成人男性総数から推計すると 150 万人の MSM が存在すると推計できる。これらの中で、どの年齢で HIV 感染が拡大しているかを調べた。ここ 10 年間年代別の HIV/AIDS の割合を調べたところ、40 台歳代 30 台歳代の MSM の間で、AIDS 発症の割合が上がってきている。一方、HIV 感染で分かる例は減少している。この結果は 30 代の MSM ではすでにある程度検査ができていたのではないかと考えられる。ただし 1980 年台出生れのグループを見てみると明らかな増加が見られる。すなわち、若い世代の HIV 感染が増加していることと 30 代以上の MSM の早期検査推進が課題である。

MSM 研究班では、商業施設にあるコミュニティセンターだけでなく、インターネット上の出会い系サイトを使っている層を対象としたいと考えている。どこで HIV に感染したかについて、商業施設を生涯で利用した層と出会い系サイトを使っている層を比べると商業施設を使った方に多いという結果で

あった。ただし、多くの陽性判明例は、両方とも利用している現状がある。MSM 検査機会の拡大に対し、昨年大阪の日本エイズ学会にて、郵送検査の長所と欠点について議論したうえで、MSM コミュニティセンターを起点とした郵送検査について研究の準備を開始した。自分で血液を濾紙にしみこませて ACC へ郵送する。結果は、個人情報保護され web で報告されるが、結果を受け取ったか、医療機関につながったかをモニターできる仕組みになっている。インターネット上の動画で血液の採取、穿刺を含めた検査法がわかるようなホームページを作成している。ACC や東新宿心のクリニックで確認検査等を行うようにしている。

10 月末日まで配布 211 キットが配布され、138 件検体が検査された。65%の回収率となる。これまでの陽性件数は 3 件であった。検査を受けたのは 20~30 代が多い、74%が検査経験者であったが、初めての受験者は 4 分の 1 強であった。45%は一年以内に受けていた。半数以上は 1 年以上前の検査経験者であった。検査動機に関しては、定期検査、新しいパートナーができた、友人の勧め、体調不良などであった。

HIV check をなぜ受けたかに関しては、都合のいい時に検査ができるという理由が多かった。検査のために akta に来る必要があるし、その点での便利さは無いはずだが、都合のいい時に検査ができる、また結果を聞くタイミングが選べるのがよいという理由が多かった。akta での検査は、保健所や南新宿検査センターに代わるものではない。公的な検査センターを補完するというのがコミュニティセンターでの検査目的である。

#### 5-(2) コミュニティセンターの役割 (町登志雄:MASH Osaka)

「dista でちえっくん」は、MASH 大阪と大阪市の共同で 2015 年 1 月に行った。「検査の敷居を下げる」のが目的で、採血などは、アクセスしやすいと考えられる土曜の午後に堂島の dista で行った。チェックシートにアンケートに記入していただいて採血した。採血は、dista の開館時間内に行ったが、結果はプライバシーを考慮して時間をずらして行った。医療従事者、機材は大阪市、カウンセリングなどのサポートは、NPO 法人 CHARM にお願した。受験は 60 名、1 名梅毒は 2 名、ゲイ 75%、大阪府 68%、海外出身者 8.3%でした多くはアジア出身であった。ゲイバーや発展場、出会い系アプリの利用者が多く、過去 6 か月における肛門性行為時のコンドーム使用は 34%であった。初受験者は 35%と高かった。保健所検査との満足度は同等であった。

1 月には 60 名来られたが、現在の DISTA のスペースではハード面で混雑した。結果を伝えるのは DISTA では困難なので別の場所で行ったが、自分の結果が陽性なのではという心配が生じた。その後、検査会を引き続き行ったが、採血は dista で結果は dista に近い TKP などで、プライバシーに配慮した形で行った。今年度 8 月から 3 回検査会を行いそれぞれ 25 名 (陽性者 0 名) 27 名 (陽性者 3 名) 23 名 (陽性者 4 名) (総数 75 名うち 7 名陽性判明 : 9.3%)。検査機会の提供は有意義と考えられ、継続していく予定である。

#### 6. PrEP 導入に向けたコミュニティセンターの役割に関して (牧園裕也:LAF)

10 代 20 代の若者、高齢で症状が出るまで受験されない方々など、HIV 感染に関して情報が届いていない MSM がある。コミュニティセンターという枠の中で、どういう取り組みが可能かというなかで、海外における。感染予防の動向を踏まえて、今後何ができるのかを PrEP の事例を考えて議論する必要がある (詳細は添付資料 4)

## 7. 「エイズ予防指針」改定に向けた提言（立川夏夫：横浜市立市民病院）

我々が対象としているのが性感染症（STD）であることをもう一度考え直す必要があると思う。その意味で、人類は STD を根絶したことはないのではないかと考えられる。はっきりしたデータは公表されていないが、中国では、一年間で 7 万人の新規 HIV 感染者が発生していると言われている。総数は 100 万人を超えている。日本は、島国で外国の動向と無関係ではない。実際、横浜医療センターにも中国を行き来する陽性例がある。

一方、我が国の MSM については、現場では、井上先生の Future Japan 報告書にある「safer sex fatigue」は本当だと思う。報告書にある 33.5% 程度はそうなっている。もう安全なセックスにつかれたと言っている。一方、患者さんと話して、みな sexual contact はあるようである。陽性者だけの集まりというのもあると聞いている。

HIV 診療をしていて思うのは、MSM コミュニティは、大変幅広く一つのコミュニティにはくれない。代表的には MSM だが、しかし全ての性的志向者には多様性がある。MSM が一つの network、community に属することはありえない。すなわち network を介する到達には限界がある。必ず自主検査を希望しないグループが存在することを認識すべきである。

HIV とどのように共存していくかというところを目標にすべきと考えられる。社会は多様性を許容する方向に向いている。患者さんも社会も HIV を受け入れるようになるべきである。医療者への HIV 教育（エイズ学会以外の学会への浸透）を充実させることにより、HIV 感染症を一般疾患として扱い、これによって日本の医療資源が、最大限に活用可能となる。その意味では、検査における同意とカウンセリングの省略も重要なテーマである。

まとめると以下のような目標が考えられる：

HIV と共存する社会を目指して

- 同意・カウンセリングから OptOut へ
- STD 検査への統合（HIV+HBV+Syphilis）
- OraQuick の販売
- 医師・医療者への STD 学習の必修化＝他学会への浸透
- 委員会報告は累計数を表示する（各年度だけではなく）
- スクリーニング陽性→スクリーニング要確認と呼ぶ

## 8. 討論総括および中学高校などの Sexuality に関する教育（LGBT）の促進（池上千津子；NPO 法人ぶれいす東京）

若年者の感染予防教育が重要という点では、教育現場ということになるが、教育現場にはあまり期待できないのではないかと思う。教科書に書いていないことは言えないし、高校の教科書ではどの教科書にも同性愛に関して書いていない。さらに、男女共同参画基本法では、5 年ごとに改定されるが、今年改定された。以前は個人の尊重と否認に関する教育ということがあったが、家族の日を設けるというような内容に後退した。4 月 30 日に文科省が学校での GID の子供がいたら配慮しなさいという通達が出されたとき、「その他の性的少数派」という言葉が使われたことには期待を持ったが、いまだに現場では整理ができないままで、十分な対応ができていないと言えない。これらは、若い MSM への情報教育、性教育そのものがないことを示している。あるいは、MSM そのものが、存在しないことになっている。教育現場には期待できないというのがこの 10 年間の実感であり、コミュニティやネットでもなんでも駆使して、若年者の予防啓発活動を皆さんと推進していくしかないと思う。

## 参考文献

- 1) Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, et al : Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. *N Engl J Med* 365 : 493-505, 2011.
- 2) Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, et al. Antiretroviral treatment prevents HIV transmission: final results from the HPTN 052 randomized controlled trial. Abstract MOACO101LB, 8th IAS Conference on HIV Pathogenesis, Treatment & Prevention, Vancouver, Canada, July 19-22, 2015.
- 3) McCormack S, Dunn DT, Desai M, et al. : Pre-exposure prophylaxis to prevent the acquisition of HIV-1 infection (PROUD): effectiveness results from the pilot phase of a pragmatic open-label randomised trial. *Lancet* 387: 53-60, 2016.
- 4) Molina J-M, Capitant C, Charreau I, et al. : On-demand preexposure prophylaxis in men at high risk for HIV-1 Infection. *N Engl J Med* 373:2237-2246, 2015.
- 5) World Health Organization. Guideline on when to start antiretroviral therapy and on pre exposure prophylaxis for HIV. WHO website ([www.who.int](http://www.who.int)) September, 2015.
- 6) UNAIDS. How AIDS changed everything- MDG6: 15 years, 15 lessons of hope from the AIDS response. Geneva: UNAIDS; ([http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/MDG6Report\\_en.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/MDG6Report_en.pdf)), 2015
- 7) UNAIDS. FAST-TRACK Ending the AIDS epidemic by 2030. 2014.  
*[http://www.unaids.org/en/resources/documents/2014/JC2686\\_WAD2014report](http://www.unaids.org/en/resources/documents/2014/JC2686_WAD2014report)*
- 8) Abdool Karim SS, Abdool Karim Q: Antiretroviral prophylaxis: a defining moment for HIV prevention. *The Lancet* 378: e23-e25, 2011.
- 9) Grant RM, Lama JR, Anderson PL, et al. : Preexposure chemoprophylaxis for HIV prevention in men who have sex with men. *N Engl J Med*. 363: 2587-99, 2010.
- 10) Baeten JM, Donnell D, Ndase P, et al. : Antiretroviral prophylaxis for HIV prevention in heterosexual men and women. *N Engl J Med*. 367:399-410, 2012.
- 11) Thigpen MC, Kebaabetswe PM, Paxton LA, et al. : Antiretroviral preexposure prophylaxis for heterosexual HIV transmission in Botswana. *N Engl J Med*. 367:423-434, 2012.
- 12) Van Damme L, Corneli A, Ahmed K, et al. : Preexposure prophylaxis for HIV infection among African women. *N Engl J Med*. 367:411-422, 2012.
- 13) Choopanya K, Martin M, Suntharasamai P, et al. : Antiretroviral prophylaxis for HIV infection in injecting drug users in Bangkok, Thailand (the Bangkok Tenofovir Study): a randomised, double-blind, placebo-controlled phase 3 trial. *Lancet* 381:2083-2090, 2013.
- 14) Grohskopf LA, Chillag KL, Gvetadze R, et al. : Randomized trial of clinical safety of daily oral tenofovir disoproxil fumarate among HIV-uninfected men who have sex with men in the United States. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 64:79-86, 2013.
- 15) Grant RM, Anderson PL, McMahan V, et al. : Uptake of pre-exposure prophylaxis, sexual practices, and HIV incidence in men and transgender women who have sex with men: a cohort study. *Lancet Infect Dis*. 14:820-829, 2014.
- 16) Marrazzo JM, Ramjee G, Richardson BA, et al. : Tenofovir-based preexposure prophylaxis for HIV infection among African women. *N Engl J Med*. 372:509-518, 2015.
- 17) Guidance on oral pre-exposure prophylaxis (PrEP) for serodiscordant couples, men and

transgender women who have sex with men at high risk of HIV: recommendations for use in the context of demonstration projects. Geneva: World Health Organization;

([http://www.who.int/hiv/pub/guidance\\_prep/en](http://www.who.int/hiv/pub/guidance_prep/en)), 2012.

- 18) Abdool Karim SS, Kashuba A, Werner L, et al.: Drug concentrations after topical and oral antiretroviral pre-exposure prophylaxis: implications for HIV prevention in women. *The Lancet* 378:279-281, 2011.
- 19) Cottrell ML, Yang KH, Prince HM, et al.: A Translational Pharmacology Approach to Predicting HIV Pre-Exposure Prophylaxis outcomes in men and women using Tenofovir Disoproxil Fumarate±Emtricitabine. *J Infect Dis.* In press, 2016.
- 20) UNAIDS 90-90-90: an ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic. Geneva: UNAIDS; 2014 ([http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/90-90-90\\_en](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/90-90-90_en))

#### 【出席者名簿】

1. 松下修三 熊本大学エイズ学研究センター
2. 中谷安宏 石川県立中央病院
3. 山本政弘 国立病院機構 九州医療センター
4. 横幕能行 国立病院機構 名古屋医療センター
5. 立川夏夫 横浜市立病院
6. 西島健 国立国際医療研究センター病院
7. 岩橋恒太 慶應義塾大学/akta
8. 椎野 禎一郎 国立感染症研究所
9. 吉村和久 国立感染症研究所
10. 宮崎菜穂子 東京大学医科学研究所附属病院感染免疫内科
11. 北原 加奈子 厚生労働省
12. 前野 良隆 厚生労働省
13. 宮田一雄 公益財団法人エイズ予防財団
14. 白井美穂 横浜 AIDS 市民活動センター (運営受託公益財団法人横浜 YMCA)
15. 荒木順子 東京: コミュニティセンターakta
16. 町登志雄 大阪: コミュニティセンターdista
17. 宮田りりい 大阪: コミュニティセンターdista
18. 牧園裕也 福岡: コミュニティセンターhaco
19. 金城健 沖縄: コミュニティセンターmabui
20. 玉城祐貴 沖縄: コミュニティセンターmabui
21. 高久陽介 日本HIV陽性者ネットワーク・ジャンププラス
22. 池上千津子 特定非営利活動法人ふれいす東京
23. 生島 嗣 特定非営利活動法人ふれいす東京
24. 井上洋士 HIV futures Japan プロジェクト/放送大学

MSM オールジャパンでの新たな予防戦略の導入を見据えた  
MSM 向けエイズ対策における中・長期的計画の策定  
-2015年12月30日 議事録-

2015年12月30日の検討会

開催場所：コミュニティセンターakta

参加者：17名

太田貴(コミュニティセンターZEL/やろっこ)

岩橋恒太(特定非営利活動法人akta)

荒木順子(コミュニティセンターakta/特定非営利活動法人akta/公益財団法人エイズ予防財団)

星野慎二(特定非営利活動法人SHIP)

石田敏彦(コミュニティセンターrise/ANGEL LIFE NAGOYA)

塩野徳史(名古屋市立大学看護学部/MASH大阪)

町登志雄(コミュニティセンターdista/MASH大阪/公益財団法人エイズ予防財団)

新山賢(HaaTえひめ)

金城健(コミュニティセンターmabui/nankr沖縄/公益財団法人エイズ予防財団)

生島嗣(特定非営利活動法人ぶれいす東京)

市川誠一(人間環境大学)

高野操(国立国際医療研究センター)

椎野禎一郎(感染症疫学センター・エイズ研究センター)

鯉淵智彦(東京大学医科学研究所附属病院)

宮崎菜穂子(東京大学医科学研究所附属病院)

松下修三(熊本大学)

北原加奈子(厚生労働省)

アジェンダ

1. 現状の共有
2. コミュニティセンターの意義と All Japan の取り組みについて
3. MSM のエイズ予防対策に関するオールジャパンのミッションと枠組み
  - ① HIV 抗体検査の受検行動
  - ② セーフターセックス（特にコンドーム使用）の促進
  - ③ 新しい予防方法(PrEP・PEP・TasP)
  - ④ 地域における行政連携

1. 現状の共有について

まず、2012(平成24)年に改定された予防指針が、実際の予防対策に影響を与えた程



度について、「HIV 感染症予防指針に関する研究」による調査票をもと NGO 部会で意見交換した。

2012（平成 24）年予防指針では、地方自治体と CBO との連携することが指針として示されていた。それによって、地域行政に CBO 連携に対する意識が生まれたが、エイズ予防対策に関わる CBO と自治体の連携のあり方には、地域によって少し異なる。検討会などの会議の枠組みには地域差があり、地域によっては対策検討会などに、CBO が直接参加できない地域もある。検討会に参加していたとしても、MSM 対策については「丸投げ」という地域もある。予算化・事業化の方向性もないまま、丸投げにされると CBO は疲弊してしまう。方向性の決定には、専門職者が参加しており対等に意見交換できない場合もある。

自治体と CBO で情報共有しながら、対策を進める必要がある。また効果評価をもとに自治体と交渉できる力をつける必要もある。予防指針では CBO の体制をサポートできるような、具体的な連携の在り方について示すことが必要であるなど意見交換した。

## 2. コミュニティセンターの意義と All Japan の取り組みについて

これまでの経験から、ゲイコミュニティと言っても一様ではないことが肌感覚として実感している。例えば、予防行動に対する地域間での違いや世代間での違い、商業施設数や種類などのコミュニティの状況、セクシュアルマイノリティに対する社会的背景、HIV スティグマの強さ、性交時の薬物併用の有無、コミュニティ感覚の世代による違いなどが複雑に絡み合っている。

これに近年話題になっているゲイツーリズムを考えると、もはや地域毎の予防対策では追いつかない場合が想定でき、コミュニティセンターのない地域も含めてカバーできる仕組みが必要となる。また研究班の調査やコミュニティセンターの利用者の中に 5%~10%の HIV に感染している人がいることが報告されており、こういった枠組みには HIV 陽性者を支援してきた団体や個人の参画も必要だろうと考えた。

コミュニティの状況を省みると、誰もが「健康でありたい」と思っているはず、という前提だけでは啓発が届かない、ハイリスクな MSM 層もいる。そのためコミュニティセンターを中心に MSM の（予防など含めた）QOL の向上（MSM が「健康でいたい」と思う社会、環境を整備）に資する活動を続けることが重要であり、これこそがコミュニティセンター事業の意義でもある。

MSM のエイズ対策については、コミュニティセンターのない地域を巻き込みながら、全国に点在するコミュニティやゲイツーリズムを考えて対策を進めるボードが必要で、各地域でバラバラに活動し、情報を共有するだけではなく、All Japan でのミッションを明確にし、具体的に数値化して取り組むことが重要であることを共有した。

一方で地域によって活動や CBO の体制は異なっており、ほぼ無償のボランティアで活動を継続している地域もある。こういった状況の違いも考慮しながら、現実的に可能な地域毎の目標を、共通のミッションに応じて設定することも必要である。

# MSMのエイズ予防対策に関する オールジャパンのミッション

□ 活動のミッションが、コミュニティにおけるセクシュアルヘルスの増進であることは共通している



MSMオールジャパンとなるために…

1. ミッションを具体的に数値目標を立てる。
2. 取り組みを実施する。→予算とプログラムの支援
3. MSM対策についてアウトカムを共有し各地域で近づけていく。
4. 地域によって状況が違うことも考慮しながら目標を設定する。
5. MSMのエイズ対策について、指標を話し合うボードを組織する。
6. プログラム評価について、設定したアウトカムをもとに、どういうプログラムだったのかを意見交換できる
7. 若年層など啓発対象のプライオリティや啓発を届けにくい層についてはボードで検討していく。

### 3. MSMのエイズ予防対策に関するオールジャパンのミッションと枠組み

MSM オールジャパンで共通のミッションについて検討していくにあたっては、参加したCBOの誰もがコミュニティのセクシュアルヘルスの視点で検討することが必要であることは一致していた。

本検討会では、一旦予防指針の改定や予防指針への提案を離れて、純粋にミッションに立ち返って検討を進めることにした。この過程を丹念に積み上げて、予防指針改定にCBOが提案できることを、ボトムアップの形で提案していけることが望ましい。予防に関して現在CBOが展開している活動が、「コミュニティにおけるセクシュアルヘルスの増進」であることを念頭に、その下位の枠組みを設定し次の4つが挙げられた。

- ① HIV抗体検査の受検行動
- ③ セーフセックス（特にコンドーム使用）の促進
- ③ 新しい予防方法(PrEP・PEP・TasP)
- ④ 地域における行政連携

その後、4つそれぞれについて、検討すべき事象を具体的に意見交換し、共有した。その過程で、先行研究で培った経験を活かして、実施するプログラムの評価方法や評価軸についても検討した。本来CBOの活動は最終的に予防行動が促進し、HIV感染の拡大がおさまることや、自発検査で早期に感染していることがわかり早期に治療に結

びつくことが最終的な目標となるはずなので、活動の予防効果に対し、段階的にでも資するプログラムだったのかを確認していく必要がある。これから策定される目標や指標には、効果を客観的に対外的に説明していく上で有益なものになるはずである。

### **HIV 抗体検査の受検行動**

- ・ 評価指標は、検査件数のみではない
  - 陽性件数、MSM 割合、定期受検、年齢層、VCT を 2 倍にする
  - 保健所、検査サイトで総受検者の内、MSM 割合 15%以上という指標
  - どこで評価するのか？ 評価のシステムをどう構築していくか？
- ・ 自分のステータスを知らない人達への検査普及
  - 実際の数ほどの程度か？
  - 若年層 ハッテン場利用者はそれほど多くない、「さぼ」、ウェブ
  - 若者、というカテゴリーでは幅が広すぎる。
- ・ 新しい検査手法(郵送検査、唾液検査、コミュニティセンターでの検査など)
  - akta での HIVcheck、dista でのちえつくん等のプログラムについて、経験を共有
  - dista の受検者層は陽性率が比較的高い、ハッテン場使用割合が高かった
- ・ オプトアウトについて
  - 陽性結果の受取の準備制が検査を受ける側には低い可能性がある。そのため医療者に向けたマニュアルの必要性がある。
- ・ 「健康でありたい」と思っている、という前提だけでは届かない層がいる。
  - MSM が「健康でいたい」と思う社会、環境をつくる
  - 検査を促す基点について、NGO だけではなく、他のポイントも検討するか？

### **セーファーセックス（特にコンドーム使用）の促進**

- ・ 予防行動にどの程度貢献したのか？
  - 明確な予防の指標を立て、評価をする。
  - 最近のアナルセックスのコンドームの使用に焦点をあてて評価されている？
  - 最近では検査ばかりの広報になっており、セーファーセックスの部分は手薄になっている。本来であれば、コンドーム使用などにもっと注力するべきではないか
  - コンドーム使用行動はここ数年で 50%も上がった？50%しか上がらなかった？どう評価するかでも変わってくる。
- ・ セーファーセックスに関するキャンペーンを全国で展開する方法の検討
  - ミッションについて、予防指針の枠組みに限定されず、コミュニティのセクシュアルヘルスの視点で検討することが必要。
- ・ 地域間、世代間での違いがある
  - コミュニティセンターの有無、バーアウトリーチの有無

- ・ コミュニティ感覚の相違がある
  - 活動の状況によって、HIV に対するスティグマが変わっている
  - HIV の身近感は地域間でだいぶ異なっている
  - Living Together、地域間、他国での展開

### **新しい予防方法 (PrEP・PEP・TasP)**

コミュニティのなかでは PrEP について情報が広まりつつあり、すでに個人輸入などで適切な情報を持たないまま服薬を始めるなど今後コミュニティからの反応が増えてくることが予想される。MSM を対象とした 2 つの国際研究によると、MSM 対象の予防効果は 86%といわれている。ただし、それには複数の条件があつての結果である。そのため、コンドーム使用の促進をあげた上で、コンドーム使用と PrEP の併用、他の性感染症対策(性感染症予防ワクチンのプロモーション)と共にコミュニティに普及の可能性を検討していくことが望ましい。

- ・ **新しい予防方法の意味を MSM にわかりやすく伝える枠組み**
  - どのような形ならアダプト可能かの検討
- ・ **PrEP 導入には、PEP の導入や、システムを作らなければならない**
  - CBO にどこまでの機能を持たせるか (カウンセリングまで担うのか等)
  - 地方自治体、医療機関、NGO・CBO でどのように連携して枠組みを作るか
  - 専門職(薬剤師など)の協力の枠組みとシステムを考えることが必要
  - 費用の問題はどのようにクリアするか (研究班で無料配布後、有料化? ジェネリックで解決になるか等)
- ・ **TasP についての情報提供**
  - すでに出会い系アプリ上ではステータスについての言及がある
- ・ **HIV に対するスティグマの低減**
  - HIV の身近感について、地域間でだいぶ異なっている
  - Living Together、地域間、他国での展開
- ・ **リスクの高い層への介入**
  - そもそもリスクの高い層は予防を意識している層ではないので、必要性を考えられるのか?
  - コミュニティセンターではホームレスやメンタルヘルスの悪い状態の人もいて、有料であれば活用することが難しいかもしれない
- ・ **コンドーム使用やセーファーセックスと PrEP の併用**
  - 他の性感染症対策(肝炎、梅毒等)
  - 他の性感染症予防ワクチンのプロモーションも必要

## 地域における行政連携

- ・ 2011 年度予防指針が実際の予防対策にどの程度影響があったのか？
- ・ エイズ予防に関わる CBO の立場から、行政連携の意味の検討  
→ 行政連携 MSM 対策は「おまかせ」の側面もある。
- ・ 地域差がある。  
→ 地域の対策検討に、CBO が直接参加できない地域もある。  
→ 会議のフレームの有無等

## 追記：1月31日のMSM 研究班 班会議にて

\*議事録をもとに 12 月 30 日の意見交換の内容を確認し、参加者から以下のコメントを頂いた。また「コミュニティにおけるセクシュアルヘルスの増進」であることを念頭に設定した下位の枠組みの内容について、さらに具体的に検討することになった。そのときまでに、研究班参加者を含め状況を共有し、3 月末に合同で再度検討会を調整することになった。  
\*このボードは閉鎖的なものではなく、LGBT コミュニティの予防活動に携わる団体・個人には、開かれたものにしていきたいことも共有した。追記する。

- コミュニティセンターのある地域とない地域では、活動の幅やマンパワー、資金にはかなりの差がある。そのためミッションに対する目標を設定するときには、最低限のラインを設ける必要がある。地域毎の状況にあわせつつも、ミッションに向かって前進していけることを、どの地域も振り返って評価していけるものになりたい。
- ミッションの妥当性と、実行可能な体制の両方を段階的に考えていく必要がある。
- 予防を進めていくときにはここに集まっている CBO の人々との協力や、ボートの中に支援や HIV 陽性当事者の人も入っていただいて、考えていけるといい。
- PrEP は、HIV 陽性者の抱えている自分自身のスティグマや差別的な社会環境を変えていく上でとても重要な役割を果たすことになると思う。HIV 陽性者とそのパートナー間では導入への期待も高まっている。一方で、予防の視点で PrEP を捉えるときに、ハッテン場などの感染リスクの高い場所での有効性は、適切な服薬アドヒアランスの維持が重要である。コンドーム使用に関してもなかなか使えないのに、服薬アドヒアランスを維持するためには相当な教育が必要になるのではないかと思う。
- CBO の中でも HIV 陽性者団体への支援は非常に脆弱で、個別施策層にも含まれていない。HIV 陽性者は感染しており、予防には関係ないので、予防指針の対象にはならないと考えている行政担当官もいる。医療につなぐだけが予防ではない。これも含めて、MSM コミュニティが抱えている HIV をめぐる課題の全体像を整理できるような取り組みにしていただきたい。また単年度の予算で配分など活動体制についても未だ脆弱性の高い日本で、5 年先・10 年先を見据えて、具体的に改善が進んでいくような提言を期待したい。

## **次回、意見交換会に向けて議題と方向性**

「コミュニティにおけるセクシュアルヘルスの増進」をミッションとして

1) 4つの枠組みそれぞれについて、MSM オールジャパンのゴール

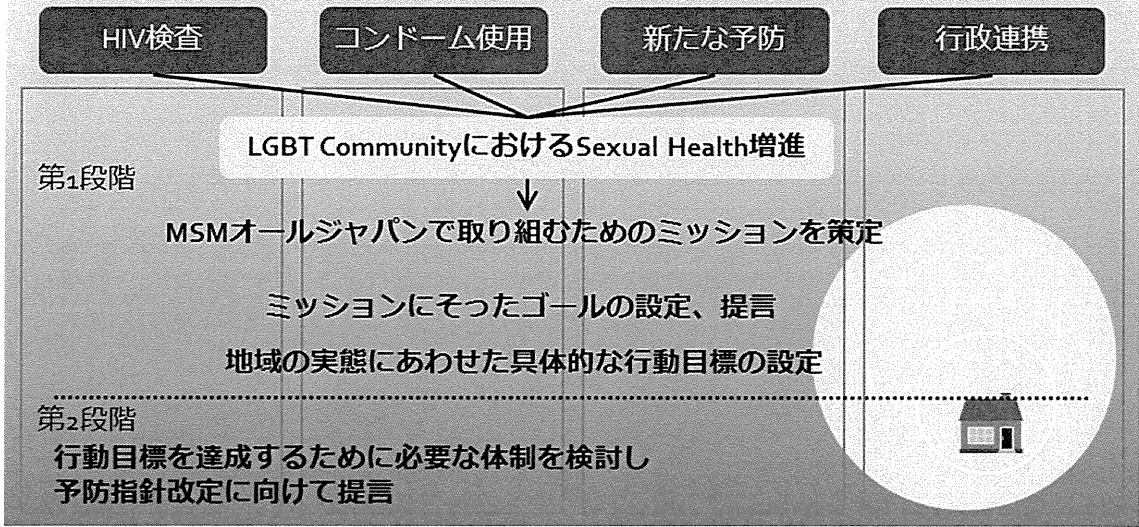
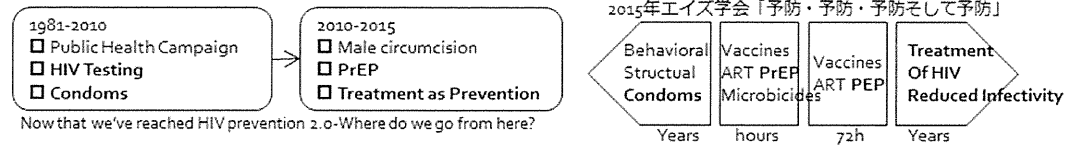
2) ミッション、ゴールを達成するための具体的な目標

を考えて来ていただければ幸いです。

なお、12月30日のときにも伝えましたが、このボードには団体としての参加ではなく、これまで活動してきた1個人として参加していただければと思っています。自由に意見交換ができる場にしたいと思います。

### まとめ

- 治療の開始は、もはや科学的な議論にはならず、財政や政治的な意思の問題。(2015国際エイズ学会開会宣言)
- すべてのHIV感染症例で治療が開催されるべきである。(WHO guideline September, 2015)
- すべてのHIV感染ハイリスク例にPrEPの選択肢が提供されるべきである。(WHO guideline September, 2015)
- コミュニティセンター事業の裾野の拡大とコミュニティに属さないゲイ・バイセクシュアルへの情報提供(日経新聞2014)
- 新規のHIV感染を起こさせないとすべての国民が決意する必要がある。(日経新聞2014)



## 大阪地域 CBO による新たな予防戦略についての コンセンサスビルディングに関する研究

文責：塩野徳史(名古屋市立大学看護学部/MASH 大阪)

研究協力者：青木理恵子(NPO 法人 CHARM)

宮田りりい(NPO 法人関西エイズ対策協議会/MASH 大阪)

後藤大輔(MASH 大阪/関西エイズ対策協議会)

町登志雄(MASH 大阪/公益財団法人エイズ予防財団)

### 1. 目的と背景

大阪における平成 26 年の HIV 感染動向は、新規 HIV 感染者 130 人、新規 AIDS 患者 42 人で横這いの状況が続いている。このうち 82.0%は同性間の性的接触によるものであり、厚生労働省研究班で行っているコミュニティベースの調査でも約 5%~7%と報告されており、MSM(Men who have sex with men)コミュニティにおける HIV 感染は大きな課題となっている。特にゲイ向け商業施設利用者は感染リスクの高い集団であり、これまで MASH 大阪が主にゲイ向け商業施設利用者を対象として介入活動を展開してきたことは妥当であったと考えている。MASH 大阪は商業施設利用者の中でも、有料・無料ハッテン場利用者はとくに重要な層だと考えており、コミュニティセンターでの検査においても、ハッテン場利用者割合が高いときほど陽性判明率は高く、この層に対して定期検査の受検行動促進や PEP・PrEP などの含めた新たな予防介入のニーズは高いと言える。

一方で大阪地域ではセックスワーカー・トランスジェンダー、在日外国人などの個別施策層のコミュニティにおいても HIV 感染や性感染症をめぐる課題は身近なものであり、個別施策層といってもそれぞれが外国籍 MSM や外国籍セックスワーカー、薬物を併用する MSM や MSM セックスワーカーなどクロスオーバーする形でネットワークを形成している。近年ではタイやフィリピン、中国からの留学や移住する外国籍の MSM も増加しており、エイズ政策として PrEP が実施されている国の人からは予防薬の入手方法を尋ねられるケースもわずかであるが増えている。コミュニティの中では、PrEP について「HIV は金と知識で予防できる」といったメッセージが流布されたり、薬を個人的に輸入して性行為前に服用している例もあることが報告されている。

PrEP に関する副作用や、服薬の頻度、耐性ウイルスなどについて状況が明らかにされつつあるが、コミュニティの中でのどのような反応がおこり、どのような対応が望まれるのかについてはコンセンサスが得られているとは言えず、PrEP によるコミュニティへのインパクトが高い可能性を考えると、反応を想定して対応を導入前に検討しておくべきであるとする。そして PrEP や PEP、Treatment as Prevention について、MASH 大阪やコミ

コミュニティセンターdista、CHARMなど大阪地域のCBO(Community based Organization)でどのように対応していくか、コンセンサスを形成するためには行政担当者や医療職者の意見も含めて、CBOの中で意見交換する機会が必要となる。欧米諸国ではすでにPEPが整備されコミュニティの中に根付いていることや、海外のCBO組織体制(たとえばオーストラリアの予防CBOは200人のスタッフが常勤で雇用されている)と比べると日本のCBO組織や体制は脆弱であることをふまえ、継続性についても日本のCBOの状況を考慮しておく必要がある。

また、PrEPやPEP、Treatment as Preventionを視野に入れた新たな予防戦略の導入にあたりコミュニティやCBOの視点でも広く意見を収集し課題を整理し、新たな予防戦略に対して、コンセンサスを形成する過程で、当事者に向けたsafer sexに関する支援や新たな予防介入の方向性を見極める必要がある。

そこで本研究は、PrEPの導入に関して大阪地域でコンセンサスを形成するために、エイズ対策事業・予防啓発・陽性者支援・個別施策層当事者のキーパーソンおよび団体にヒアリングを行い、コミュニティの視点で課題を整理し、明確化することを目的とした。

## 2. 方法

大阪地域のエイズ対策におけるキーパーソンおよび団体にヒアリングを実施した。これまでの活動経験を通じて培ったネットワークを活用して、大阪地域のエイズ対策におけるキーパーソンを選出した。キーパーソンとしてはゲイ商業施設オーナーや、イベントオーガナイザー、パフォーマー、dista利用者、医療職者、社会系研究者など複数名を選出し、以下の3項目についてヒアリングを行った。

1. クスリの効果でHIVの感染予防ができるかもしれない(たとえば妊娠予防のピルみたいに)と聞けば、あなたはどう思いますか。(もしくはあなたの周囲の人はどう反応すると思いますか?)
2. HIVの感染予防薬は服薬条件が厳密であること、長期的に服薬すると副作用(腎機能が低下の可能性など)があること、薬剤耐性ウイルス(通常のクスリが効きにくいHIV)が発生する可能性があること、服薬していても100%の予防はできないこと、また他の薬物(勃起薬など)が併用できない場合もあることをふまえると、予防薬についてあなたはどう思いますか。(もしくはあなたの周囲の人はどう反応すると思いますか?)
3. コミュニティの反応や新たな公衆衛生施策の中で、CBOやコミュニティセンターはどのような役割を果たすべきだと思いませんか。またそのために必要な仕組みについて、どのような体制が必要だと思いませんか。

次いで、ヒアリングの内容をもとに、主にヒアリングした個人・団体を対象にオープンでの意見交換会を2016年2月7日に開催した。ヒアリングの内容を文脈ごとに切片化し、KJ法を用いて、参加者で内容を整理した。その作業を通じて内容を解釈し、必要な場合に



は新たな切片を追加した。

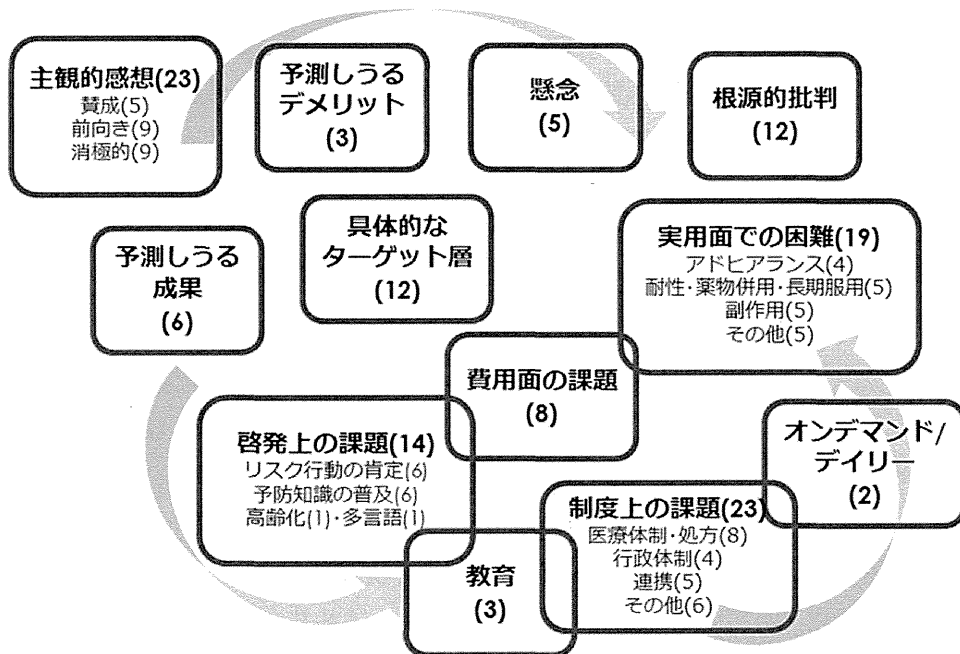
### 3. 結果

意見交換会には CBO(MASH 大阪、NPO 法人 CHARM、ふれんどりー神戸)や大阪市保健所、大阪府公衆衛生研究所などから 15 名が参加した。

最初にわが国における HIV 感染の動向や、予防対策に関する世界の動きを概観した。PrEP に対する世界のコミュニティの動きについて質問があり、アメリカで展開されている PrEP センターやオーストラリアの戦略について意見交換した。

また潜在的な HIV 感染者の推計報告や保健所で検査体制の限界をふまえて、オラクイックやオラシユア実用化の可能性や郵送検査、コミュニティセンターでの検査など検査機会増加についても意見交換した。特に外国籍への対策には移動可能な検査機会の増加は必要であるが、現行では検査実施までの手続きに縛られ、実現し難い状況について話された。

大阪地域のエイズ対策におけるキーパーソンおよび団体にヒアリングは 25 名に行い、126 に切片化された。意見交換会参加者で、ひとつひとつを読み合わせ解釈しつつ、126 切片を「主観的感想(23 切片、以下切片数)」「予測しうるデメリット(3)」「懸念(5)」「根源的批判(12)」「予測しうる成果(6)」「啓発上の課題(14)」「教育(3)」「制度上の課題(23)」「オンデマンド/デイリー(2)」「費用面の課題(8)」「実用面での困難(19)」「具体的なターゲット層(12)」の大カテゴリーに分類した。さらに、文脈を考慮して次の大カテゴリーを小カテゴリーに分類した。「主観的感想」を「賛成(5)・前向き(9)・消極的(9)」に、「啓発上の課題」を「リスク行動の肯定(6)・予防知識の普及(6)・高齢化(1)・多言語(1)」に、「制度上の課題」を「医療体制・処方(8)・行政体制(4)・連携(5)・その他(6)」に、「実用面での困難」を「アドヒアランス(4)・耐性・薬物併用・長期服用(5)・副作用(5)・その他(5)」とした。



■ 主観的感想(23)

主観的感想は23切片であり全体の18.7%を占めた。文脈を考慮して3つの小カテゴリーに分類した。【賛成】は「リスクを下げられることができるのであれば、予防薬があることはいいことだと思う」「予防できたら素晴らしい」など予防促進の可能性を肯定的に受け止めているもので構成されている。【前向き】は「何もしなければ感染するだけなので実施したほうが良い」「希望する人には使っても良いのではないか」「選択肢のひとつとしてはあっていい」など選択的な使用が前提であるが、予防促進の可能性を肯定的に受け止めているもので構成されている。【消極的】は「簡単に予防できるならとびつくかもしれないが、かなりの条件があるならば考える」「自分はハイリスクでなければ飲みたくない」「自分の周囲の多くの人は関心ない」など消極的な姿勢を示す感想で構成されていた。

主観的感想は賛成・前向きな意見が多く、PrEPが進められることでコミュニティの中でも予防に関する期待は高くなる可能性がある。

■ 予測しうるデメリット(3)

予測しうるデメリットは3切片であり全体の2.4%を占めた。「セーファーセックスの感染予防行動ができなくなる」「コンドーム使用者が減少し、他の感染症が増加するかも」などPrEPによる安心感からコンドーム使用に関する規範や行動が減少し、梅毒や肝炎などの他の性感染症が増加することを具体的に提示しているもので構成された。

■ 懸念(5)

懸念は5切片であり全体の4.1%を占めた。「費用は、どこで入手できるのか、どのように周知するのか」など配布システムに対する懸念であったり、「クスリの横流し、副作用が

出た時の対処」など特殊な状況を想定しているもので構成され、他の複数のカテゴリーと共通しており、それらが絡みあっているものであった。

### ■ 根源的批判(12)

根源的批判は 12 切片であり全体の 9.8%を占めた。「パートナーやセックスフレンドなどは、服薬することで感染しないと思うとセーファーセックスが後退する危険性」「経済的に裕福な人は選択のひとつになるかもしれないが、感染を抑えたい層はそこではない」など主観的感想や予測しうるデメリットに近いが、PrEP に対する肯定的な部分はほとんどないもので構成されている。

また「クスリを飲むより、HIV 感染経路は明らかなので事前に予防策を持つことが先決」「薬だけでなくセーファーセックスの普及も重要」など、クスリで感染予防を進めるといふ考え方に、根源的に反対の立場を示すものも含まれている。

### ■ 予測しうる成果(6)

予測しうる成果は 6 切片であり全体の 4.9%を占めた。「本当に感染が予防できるのであれば、そのおそれがある場合には使うことで感染を予防したい」「多くの人が使うことで予防できるのであれば、全体の感染者が減っていく」など感染抑止に関するものや、「セックス・予防についてコミュニティの中で考えるきっかけになる」などプログラムとしての効果について言及するもので構成されていた。

### ■ 啓発上の課題(14)

啓発上の課題は 14 切片であり全体の 11.4%を占めた。文脈を考慮して4つの小カテゴリーに分類した。【リスク行動の肯定】は「クスリで予防できるという理解となってコンドーム使用がなくなっていく」「クスリを飲めば大丈夫という意識」など、PrEP の推奨によってコンドーム不使用を暗黙のうちに認めることになってしまうのではないかという懸念に対し、広報や啓発の中で解決していくべき課題として整理された。また【予防知識の普及】は「しっかりと説明、理解した上で使えるのであれば良い」など、PrEP の説明を適切に行うことが重要であることを言及している。また感染リスク層の高齢化や外国籍の人に向けて多言語化も検討するべきなど、啓発の方向性を提示するものも含まれた。

### ■ 教育(3)

教育は 3 切片であり全体の 2.4%を占めた。「保健センターが地域の学校に出向いて教育活動をもっと行うことが必要」など根源的批判に関連して、PrEP を進める前に教育の必要性を言及するもので構成された。

### ■ 制度上の課題(23)

制度上の課題は 23 切片であり全体の 18.7%を占めた。文脈を考慮して4つの小カテゴリーに分類した。【医療体制・処方】は「医療機関は診察で混乱する」「限定的な処方の仕方ではないと管理できない」「感染者の方と同じ(場所で)処方できない。病院以外で処方すべき」など病院での処方に関する動線や HIV 陽性者と HIV 陰性者が受け取る際に顔を合わす可能性などで構成されている。これは PrEP で使用される薬が医師の処方が必要とする

日本の体制から生まれた課題であり、制度上の課題に整理された。【行政体制】は「医療機関ではなく行政で実施するのか？（予防医療として）」という疑問や「勤務時間外に検査が受けられる検査会場の開拓と時間外検査の実施」など行政の関わり方を問うもので構成された。また医療・行政・CBOの【連携】として「予防教育と診療がつながった情報提供が必要」など、現状をふまえて仕組みの準備性についても言及があった。【その他】では「大前提としてまだ感染を知らない HIV+の人が感染を知って、かつ治療されている状態が必要」など Treatment as Prevention や「コミュニティセンターで配布したり、服薬の指導・相談が出来るシステムがあるなら良い」などコミュニティセンターでの配布を推奨するものもあった。

#### ■ オンデマンド/デイリー(2)

オンデマンド/デイリーは2切片であり全体の1.6%を占めた。これは意見交換会のなかで追加された切片も含まれる。「オンデマンドの PrEP と、Daily の PrEP では対象となる人が異なるので選択肢として両方あるべき」など薬の配布方法に関して、性行動の頻度や年齢層に応じた性行動の活動性に応じた配布などオンデマンドの配布方法と、リスク層であることを理由にデイリー配布を展開している海外の事例などを共有し、日本では選択性を残すべきであるという意見が多かった。

#### ■ 費用面の課題(8)

費用面の課題は8切片であり全体の6.5%を占めた。「クスリの費用を誰が負担するのか」ではジェネリック薬の開発によって個人負担が減少する可能性や、予防施策として行政が負担することが必要であるが現状の予算削減をふまえると課題が多いことが共有され、「格差が生まれる可能性がある。クスリを買えて予防できる人、できない人」など感染リスク層の中には経済的な事情によって費用の個人負担が困難な層が存在し、PrEP の個人負担がすすめば、取り残される層がいる。経済的事情やセックスワークなど複雑な背景をもっている層は感染リスクのより高い層であり、持続的な PrEP にはその費用が課題となることを考慮する必要がある。

#### ■ 実用面での困難(19)

実用面の課題は19切片であり全体の15.4%を占めた。文脈を考慮して4つの小カテゴリーに分類した。【アドヒアランス】「SEX 前後に計画的に服薬するのは難しい」「対象となる人がきっちりと内服が完了できるとは思えない」など、服薬アドヒアランスに関わるものであり、費用面の課題も含め、性行動は突発的な場合も多いため持続的な服薬については否定的なもので構成されていた。また予防行動が十分に促進されているとは言えない現状をふまえると、服薬アドヒアランスに関する行動変容を期待できないことにも言及された。現在の啓発活動における行動変容は一定の成果が得られており、資源が限られているなかで、行動変容をさらに促すことは困難である。そのため服薬に関する行動変容についても、服薬条件をふまえた行動が確実に浸透するかどうかは課題であるため、啓発上の課題ではなく、実用面での困難に整理された。