

## 平成 24 年の予防指針に基づく施策に関する調査(Part 1) 「エイズ予防指針」改定に向けた意見聴取(Part 2)

研究代表者： 松下修三 (熊本大学)  
研究協力者： 宮崎菜穂子(東大医科研/感染研)  
香月 智寿、月足美樹(熊本大学)

### 研究の背景と目的

平成 24 年の予防指針改定では、感染の可能性が疫学的に高く、特別な配慮を要する「個別施策層」に着目し、重点的に取り組む対策が示された。すなわち 1)「検査・相談体制の充実」の位置付け強化、2)個別施策層に対する検査の目標設定、3)地域における総合的な医療提供体制の充実、4)NGO 等との連携の重要性である。本研究では、これらの施策がどのように実行に移され、どのような成果が得られ、どのような問題点があるかなどに関して各担当者(ブロック拠点病院、都道府県行政担当者、保健所担当者)にアンケート調査をする。アンケートで問題点を抽出し、次期予防指針改定の参考資料とする。

### 方法

インターネットを通じて、全国のブロック拠点病院、中核拠点病院、保健所を含む行政関係者、CBO(NGO/NPO)を対象としてアンケート調査を行った(調査用紙は添付資料5)。内容は大きく分けると「個別施策層」に着目した重点的に取り組む対策に関するもの(Part 1)と、今後の日本が目指す HIV 感染症/AIDS 対策の展望、また、どのような感染予防対策を推進していくべきかに関して(Part 2)意見聴取した。

### 結果

総数:597 施設/団体にアンケート調査を依頼し、287 件の有効回答を得た(回収率 48%)。対象別の回収率は、中核・ブロック拠点病院:39.3%(152/387)、行政機関(都道府県担当者・保健所担当者):83.1%(118/142)、NPO/NGO:25%(17/68)であった。解析した 287 件の回答を表1にまとめた。

#### Part 1(重点的取組み):

平成 24 年の予防指針改定では、感染の可能性が疫学的に高く、特別な配慮を要する「個別施策層」に着目し、重点的に取り組む対策として以下の4点が挙げられた。

- 1)「検査・相談体制の充実」の位置付け強化
- 2)地域における総合的な医療提供体制の充実
- 3)NGO・NPO 等との連携の重要性

#### 4) 個別施策層に対する検査の目標設定

この点に着目し、ブロック・中核拠点病院などの医療機関、保健所・都道府県などの行政機関、NPO/NGO にアンケート調査を行った。解析の結果、以下の点が明らかとなった。

##### [1. 平成 24 年度以降、「検査・相談体制の充実」の位置付け]

「強化された」という回答が 38%、「強化されなかった」が 29%、「どちらともいえない」が、30%とほぼ 1/3 ずつに分かれた。検査数や利便性の向上によって検査数が増加したなどの答えが多く、保健所・行政機関では「強化された」が 48%、一方、拠点病院などの医療機関は 30%であった。

##### [2. 平成 24 年度以降、地域における総合的な医療提供体制の充実に向けた取り組み]

「順調に進んでいる」が、49%、「行われていない」が 44%、医療機関も行政機関も 50%が順調に進んだと評価した。

##### [3. 平成 24 年度以降、NGO・NPO 等との連携]

「推進された」との回答は 38%、「推進されていない」が、58%であった、特に、保健所・行政機関では、「推進された」が、56%であったのに対し、医療機関では 20%であり、NGO・NPO 等との連携の行政の取り組みの中に、医療機関との連携が含まれていなかったことが推察される。

##### [4. 行政機関の方への質問：平成 24 年度以降、個別施策層に対する検査の目標設定]

に関して、保健所・行政機関に伺ったところ、「設定された」が、17%、「設定されていない」が、80%であった。

さらに検査の選択肢を増やす取り組みとして

##### [2-1. 検査機会の拡大の方法 opt-out 検査の導入]について尋ねた。

「導入すべき」は 38%、様々な問題点の指摘の上、「それ以外」としたのが 52%であった。医療機関では 56%が導入すべきとしたのに対し、保健所・行政機関では、19%であった。さらに感染予防の選択肢を増やす取り組みとして、以下の新たな感染予防法に関して調査した。

##### [2-2. PrEP、および PEP の導入]に関してアンケートを取った。

全体では「導入すべき」は 38%、様々な問題点を指摘する慎重論から、「それ以外」としたものが 50%であった。こちらも拠点病院の 47%が「導入すべき」としたのに対し、保健所・行政機関では、29%にとどまった。PrEP に関しては、WHO/UNAIDS が 2015 年 9 月に、ハイリスクグループへの導入の推奨を発表したが、我が国では、十分な理解が得られていない点明らかとなった。これらの答えのうち、「それ以外」の回答の理由を後述する。

一部の結果について、コミュニティセンター関連組織(CBO)があり、活発に感染予防キャンペーンが行われている地域とそれ以外の地域で違いがあるのではないかという指摘があった。表2に CBO 活動の活発な地域として東京、大阪、名古屋、福岡、沖縄をあげ、その他の地域と比較を行った。「検査・相談体制の充実」には差がなく、「地域における総合的な医療提供体制の充実に向けた取り組み」に関しては、患者数が多いためか、特定地域のほうが医療機関における評価が高かった。一方、「NGO・NPO 等との連携」に関しては、予想通り違いが大き

く、特定地域の行政においては72%が推進されたとの認識であるのに対し、他の地域は49%にとどまった。「個別施策層」のなかでもMSMに対する、検査の普及はCBOの協力によって初めて行えるものであり、これまで整備されてきたCOBネットワークをどのように拡大していくかが、今後の行政のテーマと考えられる。

## Part 2: 「エイズ予防指針」改定に向けた意見聴取

我が国のHIV・エイズ対策は、新規感染報告数の増加が見られないという点で、一定の効果を果たしてきた。一方で、最近の7~8年間にわたり我が国の新規HIV感染症例は、およそ1000名、エイズ発症例は500名という数字に変わりがない。これらの事実は、現在の取り組みに加えて新たな感染予防の取り組みが必要であることを示唆する。2014年、WHO(UNAIDS)は“90-90-90 by 2020”<sup>1)</sup>という行動目標を発表した。すなわち、2030年までにHIV/AIDSをコントロールするために、2020年までに感染者の90%が検査を受け、そのうち90%が治療を受け、そのうち90%で良好な治療効果が得られることを目標にしています。そのためにはHIV検査機会の拡大が必要であることから、医療従事者でない担当者を訓練した(コミュニティセンターなどでの)簡易迅速検査<sup>2)</sup>や、抗ウイルス治療の感染予防効果(TasP)<sup>3)</sup>を根拠とし途上国に対しても抗HIV療法(ART)<sup>4)</sup>の早期導入、曝露前予防としての抗HIV薬の内服(PrEP)<sup>5)</sup>を推奨している<sup>6)</sup>。

1) 90-90-90 by 2020: 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)

2) WHO, Consolidated guidelines on HIV testing services July, 2015.

3) TasP: Treatment as Prevention, HPTN054で示された

4) ART: Anti-retroviral therapy

5) PrEP: Pre exposure prophylaxis

6) WHO, Guideline on when to start antiretroviral therapy and on pre-exposure prophylaxis for HIV. Sept. 2015

これらの事実を踏まえ、意見徴取を行った。

### 1) 日本のHIV感染症/AIDS対策の概観

「これまで日本が成し遂げてきたこと」として、多くの意見が寄せられたなかで、拠点病院体制をはじめとした医療体制の整備、更生医療(自立支援医療)・重度医療による医療費の補助、派遣カウンセリングシステム構築や医療担当者の研修制度などによって、我が国のHIV陽性者が世界最高水準の医療やケアを受けられることは、多くの関係者に評価された。また、全国で無料・匿名のHIV検査・相談体制が整備されたことや、検査普及月間・エイズデーを中心とした予防啓発活動、さらにコミュニティセンターの事業化などによる、「個別施策層」を対象とした検査の普及感染予防戦略は、感染拡大防止に一定の効果を果たして来たと評価された。

### 2) 一方、今後の課題としては、以下のように多岐にわたる指摘があった。

【治療体制・医療面】

抗ウイルス薬の進歩に伴い、HIV陽性者も長期にわたり一般の社会生活を送ることが可能となった。一方、患者の高齢化から、他疾患の治療や高齢者施設への入所等に係る地域連携が必要となっているが、感染の不安や正しい知識の不足等により、受け入れ可能な医療機関や

施設が不足している。HIV 陽性者の一般診療も含めた医療全般を、拠点病院で対応する体制が続いたことにより、一般医療機関の意識や検査診断技術の向上を困難としたという意見もある。感染判明後の早期治療開始を徹底する必要性。HIV 感染症担当医師の養成が課題とを感じる。

#### 【HIV 検査】

言葉が不自由な外国人が匿名で検査を受けられる施設が少ない。HIV 検査の普及、感染の予防という長期的な目標を達成するために、多様なセクシュアリティの若年者に向けた取り組みが必要である個別施策層に対する取り組みがまだ不足している。検査の機会は増やすべきであり、その一つの方法として拠点病院での検査補助事業があるのだが、むしろ非拠点病院や開業医に広めていくべきではないかと思われる。HIV 感染/エイズリスク面だけでなく、早期発見・早期治療のメリットを強調した周知が必要。いまだに感染リスクの高い集団へのアプローチが不十分であり、今後の課題と考える。

#### 【予防面】

世界的な潮流である TasP、PrEP を含む予防対策に関してはこれまで議論されていないのではないかと考える。また、医療体制に関しては、まだ整っていないのが現状ではないかと考える。HIV 感染症に向けた国民の関心は薄まっており、新規感染を予防するために、より効果的な啓発が必要である。一方、HIV 感染症への誤解・偏見は解消されておらず、HIV 陽性者が社会から差別を受けることも依然多い。また、過度の恐怖心等から早期に HIV 検査受検につながらず、エイズを発症するケースもなかなか減少しない。HIV 陽性者の問題は、性的少数者 (LGBTQ) や社会的弱者 (低所得、低学歴、家庭環境の悪化) の問題と重複することも多く、これらの対策を並行して行う必要がある。特に MSM を中心とした個別施策層に対する重点的な取り組みを継続しつつ、従来からエイズ対策に関わる拠点病院や NPO 等にとどまらず、一般医療機関、福祉機関、企業等が主体的に、社会全体で理解・受け入れを促進する活動を展開することが必要である。予防啓発には、小学高学年、中学までの教育現場で、性教育と性の多様性についてきちんと伝えることがまず大切。すべての教師が理解し、保健の授業だけでなく、すべての科目の授業の中で伝えることが大事。

などであった。

「検査機会の拡大」に関して opt-out 検査導入に慎重な意見として、以下のようなものがあつた。

#### 【Part2-2-1 検査機会の拡大の方法 opt-out 検査の導入】に関して、「それ以外」のコメント例

**人権・プライバシー・偏見差別への懸念:**現時点では拒否しただけで、社会的に差別を受ける可能性が否定できない。社会・職場・学校・家庭等において AIDS に対する差別・偏見がある中で opt-out 検査を導入すると、HIV 検査陽性者に対する差別・偏見につながる可能性がある。時期尚早。HIV に感染していることが、差別や忌避の対象になっている状況である限り、あぶり出しになってしまう懸念がある。

**教育(広報活動・情報提供等):**特に職場や学校での啓発活動が十分広がってから実施する方が良い。全員に検査というのは、まだ、一般の方も医師も知識が十分でなく、難しいと思わ

れる。「治療により、発症を抑えることができる」という情報はまだ、十分普及しているとはいえない。

**医療体制上の問題:**スクリーニング検査陽性者に対するフォローがきちんと行えることが重要。実際にスクリーニング陽性者に的確なアドバイスが行えるのが課題。HIV 検査前のカウンセリングや、実際の陽性時の対応を全ての医師が行えるようにする体制。全員に検査というのはまだ一般も医師も知識が十分でなく、難しいと思われる。スクリーニング抗体陽性の段階から確認検査陽性までの段階でも、十分な説明と心理的なサポート、慎重なプライバシー保護が必要なため、ある程度訓練しないと一般医師や検査技師などでは難しい。病院のルーチン検査にHIVがはいり、HIVに対するイメージが変化すると期待されます。現在は説明があるので大変な病気かと思われませんが、B型肝炎C型肝炎などと一緒に測定できればHIVに対する心理的な壁の一部が低くなるのではと期待します。Opt-outの実施には、Informed consent がしっかりととれることと、その後の治療が保証されることの二点が不可欠である。外国人については通訳の導入と、検査後の治療の保証という問題が解決されなければ Opt-out の推進を行うことは推奨できない、

**費用:**導入の方向性自体は賛成だが、個別施策層に対して重点化して検査普及をしていく方針とは相反してしまうことや、検査を行うことにより、医療費が増大することとなるが、行政側の予算が厳しい状況を鑑みると、費用対効果の面で疑問があるため、導入にあたっては多方面の検討が必要と考えられる。感染リスクの低い対象者を含めた健診実施の費用対効果。HIVの有病率が桁違いに高いアフリカ諸国であれば、opt-out 検査でも費用対効果が合うのかもかもしれませんが、格段に有病率の低い我が国での opt-out 検査は、社会全体としては費用対効果が極めて低いものと推測します。

#### **検査対象(個別施策層):**

開業医や一般病院で検査の機会を広げて、どのような患者に検査するべきか周知し、target を絞った検査の方が実情にあうのではないだろうか。ハイリスクグループが明らかなのに、それ以外のグループも含めて全員を検査対象にするのは、きわめて非効率です。MSM 対策を優先すべきと考える。opt-outの前にハイリスク層の受検を推進する方策(例えば、市川班の1000円キャンペーンなど)の評価と、効果があれば事業としての展開を検討頂けたらと考えますし、保険基金の査定で、STI クリニックでの STI 罹患者の HIV 検査を査定しない様なお指導をお願いしたいと考えます。リスクの無い層に対しても検査を行うのは、費用対効果が低い。そこで今は、個別施策層への対策をさらに強化することに赴きを置く方が望ましい。【セックスワーカーの観点からの意見】日時や場所が都合よく、さらにプライバシーが保護されて相談しやすい空間づくりといった観点で言えば、セックスワーカーが受けやすい検査機会は未だ乏しい状況が続いています。そのため、全員検査よりも、まずはセックスワーカーが受けやすい検査機会を整備することが重要。なお、現在セックスワーカーに関する厚労省研究班は存在しておらず、

セックスワーカーの中でもどういう人たちに HIV 感染症の問題がより直面しやすいかはほとんど明らかになっていません。たとえば、MSM に関してはゲイ商業施設利用層がより HIV 感染症の問題に直面しやすいという学術的データや、コミュニティセンターをベースとした CBO の活動があったからこそ、「dista でちえっくん」のような、受けやすく安心できる検査機会の確立や高い陽性判明率へとつながったのだと思います。しかしながら、セックスワーカーについては MSM のような研究班もなければコミュニティセンター事業も存在しません。エイズ予防指針には個別施策層としてセックスワーカーが入っていますが、「ただ入っただけ」といった状況です。きちんとセックスワーカーに係るエイズ対策の予算をつけ、CBO と協働しながら対策を講じることが優先されると考えます。【全施策層からみた意見】全例患者への権利を優先とした医療であるべきであり、導入は避けるべきと考えます。カリフォルニア大学の Montoy らが行った、救急受診患者を対象としたリサーチの結果(\*1)によれば、検査同意率は、オプトイン群 38.0%・オプトアウト群 65.9%・選択群 51.3%でした。Denver HIV Risk Score での高リスク患者では受検率が高く、オプトアウト法の効果は小さかったとされます。同じような研究を日本国内で行った上で再考すべきであると考えます。(\*1)Juan Carlos C Montoy, resident, William H Dow, professor, Beth C Kaplan, professor "Patient choice in optin, active choice, and opt-out HIV screening: randomized clinical trial.", British Medical Journal, 2016;352:h6895

#### **その他:**

検査導入の意義について一般医療機関の理解を得ること。opt-out 検査の導入には幅広い公知が必須である。米国海岸部の主要都市ではインターネットや雑誌、新聞などへ広報を行っている。日本で導入するには、日本政府の意思決定、検査費用の負担割合の決定、導入する地域の限定(日本では大都市圏以外で行うのは cost effective ではない)など政治マターが多く、政治家の支援が必要です。検査への動議づけがあいまいなまま検査をすることで結果の扱いが不適切になる懸念や、不用な偏見を生む恐れもあると思われる。将来的には導入すべきだと思うが、中高年ゲイを含む一般の人の話しを聞いていると HIV = エイズ = 死の病というイメージを持っている人も多く、誰が個別のフォローが必要なのかどうか判別は難しいだろうと思う。時期の問題ではなく、どれだけ医療者に対して、HIV 感染告知に関する準備性を高められるかという点で課題がある。「HIV を特別な疾病にしない」という考え自体には賛成だ。しかし、いまだに HIV に関するスティグマがあり、自身のステータスを開示できない日本社会にあって、陽性告知時にどのような対応を行うかによってその後の陽性者の予後に大きく影響を与える。そのことを前提に、opt-out の議論を考えていきたい。なお本項目から回答内容が拡散してしまうが、LGBT の社会における受容度と、HIV の受容度は必ずしも連動せず、逆に LGBT のムーブメントが進むと HIV の問題の取組が弱くなってしまいう逆機能の関係を起こすこともある。台湾の言説状況などを参照されたい。

#### **【Part2-2-2. PrEP、および PEP の導入】に関して、導入に慎重な理由:**

**薬剤に対する懸念:**感染機会が繰り返し起きる状況での服薬アドヒアランスがどのくらい担保できるのかがよくわかりません。不適切な使用による耐性株の出現が 心配です。副作用が強く薬価が高い。効果と副作用、自己判断できるかどうか？医療被害が発生した際の保障をどうするのか、経済的な負担がどの程度が妥当なのか、薬剤耐性の問題など、クリアすべき点も多く、まずはトライアルでスタートし、課題を整理することが大切だと考える。

**教育(予防対策・情報提供等):**まだまだ予防教育が不十分と思います。医療経済を考慮しても安易に薬剤を供給すべきではない。教育と検査態勢の充実が先決である。PreEP よりコンドーム使用についての教育を高校生等に行うことがより有効ではないか。PEP は有用と考える。PrEP や PEP の導入は必要と考えるが、予防の概念に関する教育が十分であるとは言えない状況では、なぜ、PrEP や PEP が必要であるか十分に理解されず、遵守率の低下やかえって性行動の活性化を生み出し、感染者の増加を来すかもしれない。PrEP や PEP が、医療削減にどのように効果的か、国民に対し分かりやすく説明を行い、議論を重ねる必要がある。行動変容は容易ではないが、予防教育の推進がまだまだ重要だと思われる。PrEP や PEP に対する情報が不足していると考えられるため、抗 HIV 薬の適正使用のために、導入に当たっては、まず、国内の医療機関やコミュニティにおける正しい情報の浸透が必要と思われる。実際に PrEP を導入する場合、ターゲットはゲイ男性になると思います。ゲイ男性の間で PrEP が普及するためには、まず金額や入手しやすさが市販薬程度になること、そして PrEP についての知識・情報が十分に提供されることが必要と考えます。当法人でも、発行しているニュースレター (<http://www.janppplus.jp/newsletters>) において、PrEP の特集を組むなど、HIV 陽性者向けの認知向上に取り組み始めたばかりです。

**感染リスク行動を増大させる恐れ:**死ぬ病気でなくなった事だけでも危機意識が薄らいでいる現状で、中途半端な予防策の推奨は性行動により影響を及ぼさないとと思われる。曝露前後においても、予防的に抗 HIV 薬を内服することで全ての感染が予防されるとの考えが広まってしまっているのではないかと。コンドーム着用等の予防行動こそ重要である。PrEP に関しては、適切な予防対策を講じていれば不要と思われ、導入に関しては検討が必要。PEP は適切な予防対策を講じていたという前提があれば使用可能というように、ある程度の条件付けがされれば導入も可能。暴露前内服を導入することで、コンドームを使用しないで性交渉を行う人や薬物器具の使い回しをする人が増えることが懸念される。そのため、本当に必要な方のみ処方されるような対策、また、他の予防方法も併せて徹底して指導する体制を整える必要があると考える。PrEP 導入により他の予防行動がとられなくなることも危惧される。コンドームの着用率の低下につながり、他の性感染症に感染する可能性がある。正しい知識の普及、安易に選択しないよう普段からの予防策を怠らないことを併せて周知することが必要と考える。抗 HIV 薬内服の効果は 100% でない以上、薬物に頼った予防対策は感染リスクを大きくする可能性がある。予防とし

て薬を飲むことが浸透すると、コンドームの使用等の予防行為につながらず、同じ事をくり返すのではないかと懸念される。まずは予防行動の知識を浸透させる必要がある。

**医療体制:** 性感染症を診るクリニックの組織化と PrEP の講習が必須です。PEP については早期に導入すべきと考える。PrEP については、行うべき事例の条件について、どの医療機関でも簡易に判断できる基準の整備が必要と考える。どの医師が前もって処方しておくのか、どのタイミングで受診するのか、具体的なところが分からない。医療従事者以外に検査や説明をさせ、PEP の判断までは非常にハードルが高く、導入しても全国一律のクオリティー維持は困難と考えます。処方にも責任もってあたることのできる経験ある医師の不足。対応できる医療機関の増加、予防策の副作用に関する対策、標準予防策の徹底、感染予防に関する教育などが先行する。継続して服薬する必要があり、服薬支援の対策が必要なのではと考えられる。

PrEP、および PEP において、内服前のメリット、デメリットを踏まえた十分な説明、内服後の経過観察ができる体制を整えていく必要があります。明確な方法や効果等の情報をもとにガイドラインを作成し、それに沿った対応が必要と考えられる。

**費用:** 薬代が高額。費用をどこまで公費負担すべきか悩ましい。自費とすれば服用しない場合が増え予防の効果が減じるし、公費負担を増やせば不要な内服にかかる医療費の負担が増してしまう。自費での PrEP 処方の継続性は難しいのではないかと印象がある。PrEP、PEP についての正しい知識の告知と、一部の医療機関に希望者が集中しないように、すべての診療費の統一化が必要。コストパフォーマンスを考えると、予防薬より予防策 (safer sex) を呼びかけ、正しい知識の普及啓発及び行動変容を促すべきと考える。費用負担は服用者だと考えますので、費用対効果を明らかにする必要があります。PrEP については、日本では HIV 予防薬が認められていない点と認められたとしても費用が高い点が問題である。抗 HIV 薬は高額であるため、予防内服まで保険診療で行うのは難しいのではないかと懸念される。医療従事者の事故等における感染の緊急回避については有用と考えられるが、一般的な感染予防策とするには、経費、HIV 予防知識の普及への影響などの課題があると考えられる。

**人権・プライバシー:** 曝露者のプライバシー保持。暴露を前提とした接触を認めることになることを危惧する。PEP について、例えば医療従事者が予防内服する場合、プライバシー配慮が保障される体制が未確立な中では時期早尚と考える。

**投薬対象:** 個別施策層には非常に有用な対策だと思われるが、薬剤の提供方法や、健康被害に対する対策などの課題を解決しなければならない。日本における PrEP も PEP もターゲットとしては、現時点では Serodiscordant couple の内で希望者という位にとどまるのではないかと考える。PrEP、および PEP の導入については、リスク集団の把握、迅速ウイルス量測定可能な施設 (米国の現在の情報によれば、ウイルス量測定に 7-10 日かかるようであれば急性期の感



染 ウインドウ期を逃してしまう)、他の性感染症への対応や保険適用の拡大等、導入以前に解決しておかなければならない課題が多すぎる。利益を享受する層は極めて限られる。MSMの中で、セーファーセックスを実践しない人が、PrEPを行うとは考えにくい。また、PrEPでHIVの感染を防ぐことをできたとはいえ、他の性感染症の感染についてはどう考えるのかということも課題である。そこで、PrEP導入に当たっては、まず、これらの課題を整理してしていく必要があると言える。PrEPは感染者が多い発展途上国や、感染リスクが高い特定の集団においては有効と考えるが、日本で実施するためにはエビデンスが少ないのではないかと。対象者選定のための根拠や有効性の評価が必要。投与される対象者の基準の整備、費用対効果、副作用の有無等について十分な検討がなされた上での実施であれば良いと思います。

・同性間性交渉があるゲイコミュニティでは効果があると考えられる。しかし、コンドームの使用が減ればHIV以外の性感染症(梅毒など)がかえって拡大する恐れがあるので、そのことを考えなければいけないと思う。たとえば性被害にあった方、針刺し事故など、必要となる人は少なからず存在していると考え。しかし、一般の方に導入する場合は、内服以外の予防方法(コンドームの着用等)との併用を確実に説明することが必要。HIVやその他の性感染症の拡大につながる危険もあると考える。その方策が整わないうちの導入であれば、使用の目的と対象者にはある程度の制限が必要と考える。PrEPの対象者を限定すること。現在の日本でのPrEPの議論で欠けているように見えるのは、MSM当事者がどのような予防方法を望んでいるのか、そのニーズに関するものである。PrEPの公衆衛生的なインパクトについては、すでに海外での先行研究が示すとおりである。そうであるならば、いったいMSM当事者がPrEPやPEP、TasPなどについて、どのようなニーズを持っているのかを議論しなければならない。多元化したニーズの把握と整理こそ、MSMに関連するNGOの重要な役割ではないかと考えている。

**時期尚早:**我が国では、議論が未熟であり、公的医療保険の対象とすべきかどうかも問題。PrEP、PEP両者とも有効であると考え、現段階では時期尚早。ゲイ当事者の意識調査、厚労省のコミットメント、科学的に根拠があったとしても、公的医療資源をPrEP及びPEPに対し導入することに対する国民の理解を得る必要。International partners (ie WHO)と連携し、厚労省を通じてわが国における適切な導入方法についてconsultする対象や適応などの判断は一部の専門医に限定すべきで一般化にはまだ時期が早い。針刺し事故などの医療関連のPEPは現状通り積極的に行う。・検査を受けやすくして、感染者を発見し、治療を行うことが先では? 暴露後予防としてのPEPの導入したうえで、PrEPを導入することが望ましい。しかしPrEP服薬時の副作用の問題や医療体制、行政との連携体制、ハイリスク層の位置づけ、服薬を含んだセクシュアルヘルスのあり方など多くの課題が不明であるため、時期早尚である。

PEPについては賛成。PrEPについては、導入した場合は、無秩序な性風俗環境を助長する懸念がある。導入した米国との性風俗の社会状況が違うのを考慮する必要がある。また、保険適用となった場合は、医療費が増大する恐れがあり、費用対効果を検討する必要がある。PEPは自由診療、陰性陽性を明らかにし、陽性であれば治療につなげ、陰性であれば予防教育を

徹底して行うなどの対応をとれば、緊急避難的投与はあり。HIV に対する関心の低下のため、時期尚早と思われます。

**その他:**国内の感染者数を考慮すると、開発途上国とは条件が異なる。欧米でこの手法が導入されているのは公衆衛生学的に、教育効果が期待できない手段に対するアプローチという判断だが、日本での議論は手法の議論であって、公衆衛生学的な議論ではない。PrEP 自体の理論には賛成ではあるが、WHO の推奨する 3/100 人・年以上の集団が日本のどの集団に認められるのかが不明だと考える。また治療期間は、PROUD 試験では連日投与となっているが、IPERGAY study では性交渉前後になっている。投与方法が定まっていないと考える。PrEP が必要な HIV 非感染 MSM は、拠点病院には来ません。性感染症を診るクリニックの組織化と PrEP の講習が必須です。加えて費用負担の大きさから米国でも登録者は4万人前後です。セクシュアリティの開示による情報漏洩リスク、3 ヶ月毎の HIV 査、日本ではパートナーへの導入にとどまり、真のリスクな人にはとどかないでしょう。Safer sex を基本に置かない PrEP、PEP の議論は、どうでしょうか？既にネットで自由に薬が入手可能であり、心配な人は自分で使用している現状。曝露前予防は必要ないのではないかと思う。HIV 感染症の有病率が低い国において、優先される対策が他にあり得ると思われるため。

**【Part2-2-3. その他、郵送検査(血液または唾液)、自己検査キット等についての現況やお考え、医療体制(HIV 陽性妊婦を含む)の充実、感染予防啓発及び教育の方法等、ご自由に記載してください】**に関して、自由記載より抜粋

#### **【Part2-2-3】 郵送・自己検査キット**

##### **賛成意見(今後の課題も含む)**

感度や特異度などの精度管理、どのくらい普及しているのが行政が把握できるのかという不安がある。検査結果のフォロー体制がしっかり担保されれば、郵送や自己検査キットも容認される。実際に陽性であった時に対応できる医療機関が極めて限られているのが課題である。また、実際に確定陽性となってからも CD4 が低下するまではむしろ治療しにくい福祉制度となっており、世界の流れと逆行していることも課題である。a) 集団検診の存在、b) 陽生時にケアにきちんとつながるか、c) 陰性時の行動変容につながるか、が課題であり、厚労省のイニシアチブで何らかの standard を確立する必要(WHO との連携も有効)。唾液の検査に関しては、歯科診療を考えると普及してよいのではないかと考える。パッケージには必ず検査の limitation(偽陽性/偽陰性など)や陽性の際にどこに相談すべきか記し、care engagementを円滑にする必要があると思われる。郵送検査や自己検査キットを使用した人たちをいかに医療機関受診に繋げていくかが課題である。保健所などにおける無料検査受入れ体制の充実のほか、市内に検査コーナーを常設して、検査を受け易くするなどの対策も必要ではないか。郵送検査は、結果報告の際に詳しい説明(偽陽性も多いのできちんと確認検査を受けなくてはならないことや、

もし感染者であってもきちんと治療すれば心配ない等)が成されるならば良いと思います。検査を受けた人への相談窓口やカウンセリングなどのサポートが必要だと思います。郵送検査では、検体送付時の破損等で郵便職員に曝露のリスクが生じると考えられ、検体の密封や郵送方法をきちんと決める必要があると考えられる。自己検査キットでは、使用後の廃棄について同様にきちんと方法を定める必要がある。郵送キットは専門機関が判定し、結果を郵送するのに対し、自己検査キットは自己で検査結果を判定するため、正しい検査を行ったのか、また、検査結果の判断が正しいか不明であり、郵送検査のさらなる充実が必要と考える。また、電話やメールでの当合わせ時に、陽性者に対する正しい情報提供ができるシステムの構築が必要と考える。行政などの援助があると、リスクが高いと考えられる人に無料で配布できるシステムなどがあると良い。最終的には結果の解釈がエイズ診療拠点病院に求められるため、診療医の補充なく検査だけが普及するのは一概にはいいとは思いません。検査の質と真の陽性者確認、治療に結びつけるフォローが必要と考えます。責任の所在も、全て民間委託で良いのか疑問が残ります。自己検査キットは妊娠検査薬のように、任意で検査したい時に購入できるドラッグストアでの販売。Ora Quickなどは、妊娠反応と同様、ある程度きちんと責任もって販売できる薬局で扱い、比較的簡単に入手できるようにした方が良いでしょう。

台湾のコミュニティセンターで簡易迅速検査を受検した際に、気軽に検査を受けることができる雰囲気があった。我が国では、プライバシーを強調するあまり、検査受検への敷居が高くなっているようにも感じる。プライバシーも大切ではあるが、気軽に検査が受検できるような対策を考えていく必要がある。検査の精度に関する情報の提供がされた上で、尚かつ(風俗業者の集団検診などもあるので)本人の同意のもとに実施されることが重要。さらに、陽性であった場合、感染不安時に活用可能な相談リソースがセットになり、提供されていることが大切だと思う。全国で24時間受けられる電話相談体制を整備するのはどうか。判定保留(陽性)であった利用者への責任ある相談対応を義務付けてほしい。郵送検査等の実施については、受検者の最寄りのエイズ拠点病院との連携が図られた上で実施できるとよい。郵送検査については、「受検者一業者」間の対応だけでなく、上記を補う第三者(公的機関又はNPO等)が介入するシステムが望ましいと考える。検査の精度管理についてガイドライン等で示すことが望まれる。

- ・精神面のフォローの実施や医療機関の受診につなげる体制の整備が必要と考える。保健指導を受ける機会もなく、また陽性となった場合に医療機関での精査につながる確証がないことから、積極的に推奨できない。ハイリスク層が集まる場(繁華街等)がある地域に検査機関を充実させ、それ以外の地域は縮小させる、郵送検査等を拡充させるなど効率を高めることが必要であると考えます。郵送検査を行う事業者に対して、カウンセリング体制整備を義務付ける、信頼できるNPOや民間事業者との連携を促すことが必要となる。あわせて、これらの検査キットの精度データを公表する。郵送時の温度管理や陽性者のサポートのこと等気になる点はあるが、検査の利便性は高いので、HIV感染の有無を知る検査の1つの手段として必要なのではないかと。

## 反対意見

結果の正しい判断ができないと思われるので、やはり保健所や検査センターなどでの検査を最優先に受けていただきたい。効果/費用の問題もあり、まだ時期早尚であり検証が必要と考えます。陽性であったときに医療機関を受診する、あるいは陰性であった場合に今後の性行動に関する注意喚起するなどが不十分となる可能性が高い。郵送や自己検査キットは、陽性者の受診行動へと導かれるのが不安である。結果についてのカウンセリングなしに行っても意義が薄い。少なくとも結果について適切な相談ができるフォローアップ体制を整備すべきである。保健所などで公共の施策のなか行われるよう、国レベルでの体制の充実をのぞむ。いろんな事情の方がおられるのは理解できるが、検査はしっかりした検査機関(保健所や病院)で受けるのが原則と思います。国として利用者数・陽性率などの現状の把握と、必要ならば規制すべき。規制に至らなくても、精度に問題があるなら、その点の周知も必要ではないか。

保健所等の検査の充実を図るべきと考える。行動変容を促す機会となっているかは不明であり、保健所等の検査と異なり正しい知識、理解を第三者から伝えられる場にはならない。陽性判明後の確認検査実施体制・精神面の支援体制・受診行動の確認が十分でないため、困難と思われる。プライバシーの点(住所氏名等の個人情報特定されるため)、対面による保健指導ができない点がある。「AIDS = 死」のイメージが払拭されない中で、自己検査を導入することは、本人の不安だけをあおる事になるので、時期尚早と思われる。検査を受けるには保健所や医療機関など信頼できる検査法で行い、必要なカウンセリングを提供することのできる施設での受検を促すことが最善である。郵送検査や自己検査キットは陰性を確認したいがために行うような印象がある。陽性であった場合、どうするのかまでの記載があるのか。病院へ行くにもどこの医療機関を受診するのか、紹介状を持たずに行くのか等、課題が多いように思う。

・フォロー体制が整わず検査ばかりが先行しても陽性者が適切に医療を受けられない恐れがある。心理的に(陰性願望)操作され、正しい期間(オープンピリオド)に想定されないのではな  
いか。現在の抗体検査はカウンセリングや健康教育の意味合いも含んでおり、自己検査となった場合、結果によって、医療機関につながるかどうか心配である。HIV に関する正しい知識が普及していないとパニックとなる。また、予防薬の配置や相談・投薬できる医療機関の充足など体制整備が課題となる。多くの外国人相談者は検査前・検査後のカウンセリングが必要な状態。たとえ陰性であっても、リスクのある行動を繰り返さないように相談にのる必要がある場合、また、陽性であった場合、次にどうしたらいいのか、保険や身障者手帳、自立支援医療の手続きまで、理解できる言語で説明しないと必要な情報に自らアクセスできないケースが多いと思われる。そのような層に対しては、郵送検査や自己検査キットなどの普及は逆効果となりかねない。

## その他:

HIV 陽性者の立場から下記3点について意見を申し上げます。1) 疾患に関する情報はプライ

バシーであり、結果を本人以外が知り得ないような仕組みとするべき。2)陽性判定の場合に行われる拠点病院のあんないにあたっては、実際にはHIV診療ができない、いわゆる「名ばかり拠点病院」を紹介リストから外すべき。保健所や医療機関と異なり、こうした実情に関する職員のノウハウによってカバーされない懸念が大きく、医療機関たらい回しによる治療アクセスにつながらないリスクがある。3)実際に協力可能な陽性者の血液を用いて、陽性判明時にきちんとした対応が現実に行われているかどうかのモニタリングをしてはどうか。事業者への聞き取りやウェブサイトへの閲覧だけでは、企業不正に対する監査・監督や指針等の評価が十分に真実を反映したものになるとはいえない。郵送検査や自己検査キットは、人目を気にせず検査を受けることができるというメリットはあるが、陽性の場合、受診行動につながりにくい。HIV 陽性者の方に正しい知識を提供し、前向きに治療を行うためにも、病院や保健所での検査をより受検しやすくする必要である。自己検査により陽性と判定されたが医療に結びついたか、メンタルフォローなど課題が多いと思われる。郵送検査や自己検査キットは、自分の都合の良い時間で誰にも遭遇せずに検査を行うことができるという利点があり、年々増加傾向にあるが、偽陽性も含まれていたり、検査結果が要請だった場合のフォロー体制が整っていなかったりと課題も多い。正しい結果を得てその後の治療面や心理面をサポートするためにも、HIV に感染している可能性がある場合は、専門スタッフがいる保健所や医療機関で検査するよう推奨すべきだと思われる。郵送検査等については、検査の実績や精度について自治体にも情報がほしいと考えている。

### 【Part2-2-3】 医療体制の充実

HIV 陽性妊婦出産に際し、みなぎ協力しスムーズにいきました。いろいろな問題点が各部署から出て、非常に勉強になりました。中核拠点病院に、24 時間体制で確実に診療方針を相談できる部署を設置してほしい。また、治療が必要な初診患者は全員受け入れてほしい。現在の肝炎総合対策に上乘せをして保健所や協力医療機関での健康診断に付加診断(任意)として加える。人間ドックでのオプション検査に推奨する。(ただし匿名ではなくなる。) 拳児希望のカップルの増加があり、HIV 関連の IVF の施行が各大学または拠点病院での倫理委員会で承認されやすくなるべきである。妊婦の HIV 抗体検査を義務づけることはたとえ擬陽性問題があっても必要である。HIV 感染男性のパートナーの妊娠にあたり、精子洗浄を行える施設が非常に限られているのが問題と思う。医療体制については拠点病院だけに偏らない制度的な見直しが必要と思う。医療体制等については、HIV 感染症をより一般化するため、地域の一般医療機関におけるかかりつけ医の推進等積極的に取り組む必要がある。また、府内の拠点病院を含む医療機関で、HIV 陽性者の体外受精が可能な医療機関がなく、妊娠・出産の選択を困難としている。割合は少ないが、妊婦を含む女性の報告も毎年数件あり、周産期センターや母子保健分野との連携促進も必要となっている。1. わが国に国家エイズプログラムが存在しないのは問題で、確立すべき 2. 予防指針に数値目標は含まれず、公衆衛生学的なゴールとターゲットが不明瞭 3. 厚労省と自治体の役割分担が不明確 4. 90-90-90 は一つの考え方

であるが、わが国もコミットしており、質の高い cascade analysis が必要。対策のための予算を俯瞰する必要 (funding landscape)。医療体制の充実についてはすでにここまで標準予防策がひろがっている現状では拠点病院体制をみなおす時期に来ているのではないか？抗ウイルス療法以外の一般的医療行為は一般医療機関で行うべき時期にきている。ただ、しばらくは HIV 患者診療に対しては保険診療上の優遇をつけ一般医療機関で診療しやすくすべきと思う。身体障害者手帳を取得するために1ヶ月治療を遅らせるのはナンセンスと考える。治療がすぐ行えるようにしてほしい。AZT の点滴、シロップ、ダラプリムなどの保険適応が必要。医療体制の充実においては、歯科医院への感染予防対策と陽性者の受け入れ体制の整備が課題。医療体制の充実には、HIV 感染者等の医療を一般医療機関で受けられる基盤づくりが必須であり、その要は医師の養成時にあると考える。よって医学部教育の中でエイズ治療の今について触れることが望ましい。医療体制で考えること：高齢化が進んでおり、介護施設などでの受け入れを充実させるべきだと考えている。いまだに HIV 感染者の診療を拒否する病院や診療所が多く、介護施設などになると極めてハードルが高い。国家レベルの対策が必要。医療体制について、感染症専門医の絶対数が少ないうえに、拠点病院が拠点病院として機能していないために、専門医がいる特定の医療機関に負担がかかるという実態がある。感染症専門医の育成と拠点病院の体制整備に力をいれていく必要があると考える。HIV 陽性妊婦を含む医療体制の充実については、残念ながら現在のところ、対応出来ない拠点病院が多数あると推測される。特に HIV 陽性妊婦やその出産・分娩を経験している施設は非常に限られていると思われる。九州にも HIV 陽性の方の顕微授精ができる医療機関を設けてほしい性風俗店に HIV の定期検査を義務化し、検査費用を公費で負担してはどうか(検査キットを配布する等)。ハイリスク検診として、蔓延予防に効果的ではないか。医療提供体制の点検を行う必要がある。研修医制度の改変により、専門医が異動した拠点病院・協力病院は少なくないと思われる。診療実績、エイズ診療実働者数の再把握等を行い、医療体制の再構築が必要である。検査情報の広報については、有名ウェブサイトなどへの広告掲載(検査情報等が掲載されたホームページのバナー掲載)が有効的であるため、個別施策層の対象者がよく閲覧するウェブサイトの情報収集と広告掲載を、国を中心に推進してはいかがでしょうか。(自治体レベルでは、広告費の獲得が難しい)・HIV の医療体制については受け入れ可能な病院への理解や協力体制の整備等まだまだ課題があると認識している。一歩ずつ着実に体制強化を進めて生きたい。暴露後予防(PEP)としての抗 HIV 薬内服は、本人に提供すべき情報で服用するのか否かは本人しだいであるが必要である。しかし、すべての医療施設が設置はむずかしいのが現状であるため、医師会等と連携して暴露後予防フローを共有し、安心して業務に従事できる体制づくりが急務であると思います。医療体制のみならず、介護福祉体制の充実が望まれる。厚生労働省の「HIV 感染者・エイズ患者の在宅医療・介護の環境整備事業」をさらに拡充して頂きたい。身体障害者手帳交付関係書類の情報分析・部署が異なるため、詳細な情報共有ができていない。歯科診療体制の充実(感染症対策への予算措置)

## 感染予防啓発及び教育の方法

【Part2-2-3】 予防啓発・教育方法 (総回答数:58)

### 学校教育:

本県において実施した高校生に対するアンケート調査では、HIV/AIDS に対する知識が不足していることが明らかになったため、特に青少年に対する予防啓発が重要であると考えます。

中学高校での健康教育にもっと保健所が介入すべきであるが、学校側は授業以外で触れなければならない項目(タバコや薬物乱用等)が多く、性の多様性や HIV を含めた性感染症についてまで手が回らない現状である。文部科学省と厚生労働省で、学校現場で触れるべき健康問題について整理し、協力しやすい体制づくり及び文書発布を希望する。予防啓発・教育については学童期から年齢に即したレベルの教育をしていくべきと考えます。グローバルな社会になっている以上、早期からの教育が個人防衛につながると思う。アルコールや薬物同様に扱ってほしい。感染予防啓発については、若い世代への働きかけのために、若い世代の協力が必要であると考え、市内の看護大学と協働して活動を行っている。これまでにエイズデーにおける街頭キャンペーン(啓発物品配布)や文化祭でのクイズ・パネル展示を行っており、今年も、啓発のための動画を作成しているところである。若年層を対象としたエイズの感染予防に関する教育は重要と考える。本市では、大学や専門学校の学生向けのエイズに関する出張講座を実施し、座学の他に実習やディスカッション等を交えた講義を行った結果、学生からの反応は良く、効果的な事業であると考えている。今後も、このような取組を継続することが重要と考える。若年層を対象としたエイズの感染予防に関する教育は重要と考える。本市では、大学や専門学校の学生向けのエイズに関する出張講座を実施し、座学の他に実習やディスカッション等を交えた講義を行った結果、学生からの反応は良く、効果的な事業であると考えている。今後も、このような取組を継続することが重要と考える。早い段階で若者の感染予防の啓発・教育に対応するために、学校関係者との連携が欠かせない。HIV 感染症/AIDS 対策への社会的関心を底上げするためには、学校教育の機会を利用し、性の多様性を踏まえた性教育が今以上に普及することが一案と考える。普及啓発は効果評価が困難である。また青少年を対象とした啓発では啓発の内容について学校現場の裁量によるところが大きい。文部科学省から教育委員会等へ具体的な啓発を実施するよう通知を出してもらいたい。(「性同一性障害に係る児童生徒に対する細やかな対応の実施等について」のように)学校では、保健の授業でエイズについて学ぶことができるが、同性間性的接触による感染者が多いという実態を知らない生徒が多数である。また、同性愛やトランスジェンダー等の正しい知識を得る機会が少なく、感染者や患者の方が同性愛者であることをカミングアウトしづらい現状である。そのため、教育の場において、性の多様性について学ぶ機会の必要性が感じられる。教育現場における性感染症教育等に力を入れてほしい。感染予防啓発及び教育については、学童期(小学校高学年)から実施することも検討する必要があると考える。そのためには自治体教育委員会との連携が不可欠であり、文部科学省が示す指導要領への記載も含め連携できる体制を

推進する必要がある。現在、教育現場においては「エイズ教育」が行われているが、予防方法は他の性感染症と同じであるため、特別に取り扱うのではなく、「性感染症予防」と「人権」等、通常の学習項目の中に含めて教えることが偏見を弱めることともなり効果的ではないかと考える。感染予防教育は中、高生あたりから学校教育に取り込む必要があるが、教員の付け焼刃知識ではなく医療者が正確な最新情報を教育する。セクシャリティ教育も重要であるが、日本の現状では困難。啓発・教育に関して、海外に比べて HIV 教育のスタートが遅く、その内容が充実していない。コンドームの使用法まできちんと教育するべきである。HIV の感染予防啓発は医師主導ではなく行政主導としてより若年者(学校教育として)に行うべき時期ではないか。学校教育の中で、日本においては自然災害の対策、感染を含めた疾病予防についての実際の、効果的な指導がもっともとなされるべきと考えます。ひいては健康人口の確保、医療費削減につながると思います。死亡リスクは減ったとしても、それによる経済負担、精神的負担等がいかに大きいかなどは教育されていないと考えます。

### **社会教育:**

啓発が十分に行われていない。成年・老年に対する啓発が十分でないと、風評被害などにより、医療や就労の現場等で人権侵害が起こる(HIVに伴う診療拒否事例などの根は、実はここにある)。また、感染者の増加が止まらない。啓発方法論の研究開発と、抜本的な啓発への取り組みが求められる。青少年は学校で性教育を受ける場面があり、何となくでも知識が得られている印象があるが、働き世代は自発的に動かない限り、HIV やエイズに関する情報を手に入れることが難しい状況である。中高年の「いきなりエイズ」が課題となっていることから、風疹の予防接種のように、職場や産業医等と連携して受検勧奨や予防啓発の機会を設ける取り組みも必要と考える。企業に社員への健康教育の一環として予防啓発を依頼、性的少数者対応についての啓発と併せてHIVについての啓発を実施するなどしてはどうか。効果的な感染予防のためには、個別施策層、特に男性同性愛者間での感染実態を十分に把握し、啓発・教育を行う必要があると思います。啓発については、他の性感染症対策や若年者の健康づくり等とセットにして、横断的な啓発をこれまでにない切り口で実施することが必要である。十年一日のような方法では、社会の関心を引くことは難しい。HIV を特別視するのはもはや時代遅れであることをキャンペーンするのがよいと考えるが、まだ医療者に差別意識が残っているうちは無理かもしれない。コミュニティセンターは、今後今までの予防啓発活動にとどまるのではなく、検査や PrEP も含めた予防活動にも取り組む必要があります。最も難しいのが感染予防啓発、教育であり、特に教育については全く手つかずの状態といってよい。LGBT を含む個別施策層へのアプローチは人権問題の絡みもありデリケートな領域であるが、HIV 対策上避けては通れない部分である。

### **複合教育:**

台湾ではすべての学校の校長が、性の多様性と、性教育をきちんとすることを義務付けられて



います。(2015年 AIDS 学会) それぞれが、それぞれらしく、多様性を認め合える社会が、予防にも、また陽性者が生きやすい社会という点でも重要と考えます。教育への働きかけ、是非共実現お願いいたします。感染予防啓発と教育が最も重要なことなので、これに予算と人材を供給すべきと考えます。感染予防啓発はハイリスクグループだけではなく、一般市民に対しても HIV の正しい知識を啓発していく必要があると考えられる。また、医学部を含む医療関係の学生に対しても、講義だけでなく臨床実習も含めてもっと積極的に教育していくシステムを作り、HIV 診療に興味を持ち拒否することなく患者を診療出来る医療従事者を育てていく必要があると考えられる。HIV の早期発見は多くの問題がありなかなか進まないためとにかく予防にフォーカスをあてた教育、イベントを多く実施すべきであると思います。現在既に感染している人の早期発見のため、特に MSM を対象とする検査体制の充実と共に、新たな感染を防止するための予防教育が重要。現在教育現場での誤解・偏見も根強く、性教育については「寝た子を起こすな」の方針が残っている。学校での性教育をさらにセクシャリティに配慮し、より実践的内容とするため、文部科学省、教育委員会等と共通の方針を打ち立てる必要がある。また、その際には、性感染症予防指針と連動した記載が必要と考える。予防啓発のためハッテン場には性感染症予防啓発パンフレットやコンドームの配置を義務づけることや、高校卒業前にはコンドームの使用法や HIV・性感染症予防啓発の講義を徹底すること等が今後の対策として必要と考える。国民自らが適切な検査と受診行動を身につける教育が必要。感染予防啓発・教育は、文科省と厚労省の足並みをそろえるよう教育部門の内容に組み込んでもらいたい。性的マイノリティの方が生きやすい社会づくりとして人権推進や同性愛者パートナー宣言等、各自治体の動きだけでなく国の方向性を検討しはじめてほしい。管轄地域の現状として、あらゆる世代に十分な情報提供が行えていないところがある。インターネット上の情報だけでなく、直接伝える手段として教育現場や職場での情報提供のあり方を検討する必要がある。

HIV 陽性者の多くを MSM が占めることから、MSM への効果的な普及啓発の継続が重要。また、教育現場で男女を問わずセクシュアリティや予防に関する理解を進めることが大切。中学入学後、早い時期から、性感染症(エイズ)の健康教育が重要である。公立のみならず私立学校でも実施できるよう時間の保障をすることが必要と考える。繰り返しの教育が必要であり、毎年の実施が大事。また、大学、専門学校等でも必要。社会に出てからは、知識はインターネットからの入手が多いとみられ、偏見を防ぐためにも職場の中でも予防啓発の情報発信ができる。当協会は、若者支援の一環として、エイズ予防啓発活動に取り組んでいます。特に中高生、大学生を中心に「恋愛」を語りながら、感染予防啓発教育、デート DV(恋人間の暴力)予防啓発と並行して行っています。広く、若者への啓発活動をとどけるという点から、青少年施設や社会教育施設等で間口の広い取り組みが必要だと思っています。

## **方法論:**

政府からの公共広告機構 CM で HIV 問題を取り上げ、継続的に啓発していくことが効果的と考える。啓発方法論の研究開発と、抜本的な啓発への取り組みが求められる。メディアの影響

で検査数の増加に影響するので、今後も周知の継続や工夫が必要と考える。国が積極的にPRしているときは検査件数が増加する印象がある。今後もマスキを上手く使って、検査を受ける気持ちになるメッセージを伝えてほしい。治療薬の進歩により、高齢を迎える患者が増えることで、身近な所でサービスが受けられるよう保健、医療、福祉関係者へのさらなる啓発普及が必要と思われ、マスキ等の関与も不可欠と思われる。予防啓発についても例年同じような内容が続いている。引き続き行う必要なものもあるが、別の切り口の啓発を行えばさらに良いと考える。日本では sexual minority へのアプローチの充実こそが大切である。

### その他:

AIDS 患者の高齢化に伴い、介護施設等職員への研修も必要となる。HIV 感染症/AIDS 患者に対する社会的偏見が根強く残っており、介護保険施設等の受け入れ拒否もあり「AIDS = 死」というイメージもまだまだぬぐいきれない現状である。MSM に対する啓発を充実させるためには、コミュニティセンター(NGO)との連携が不可欠であるため、国はコミュニティセンター存続のための支援を継続していただきたい。HIV 感染を早期に発見できれば、コントロールができる疾患になってきている等、肯定的なイメージを積極的に伝える、個別施策層を強調しすぎない。日本は乱暴な国になってきている。“表現の自由”という名の下に出回っている、無責任な暴力や性描写などの取り締まりが必要である。感染予防啓発や教育に関して、保健所が積極的に取り組んでもらっており、充実して来ているが、県は 2 年ごとに担当者が変わるため、なかなか継続して対応ができないのは問題と考える。心配であれば、医療機関で検査を受ける様にそして、陽性であれば治療薬により今はコントロールできる病気であることを理解させることが重要であると思う。外国ではつきあう前に STD 検査をすることが日本より浸透しています。日本においても「付き合う前」「出産のとき」は人間ドックのように検査する慣習ができてくることが理想的と考えます。インパクトのある有名人が SNS などで STD 検査をしているとアナウンスすれば効果的と考えます。個人的に、昨年 3 週間ほどアメリカに行く機会があり、各地の状況を見てきました。LA の LGBT センターでは 500 人が雇用され、HIV 検査も、カウンセリングも、治療も受けることができるワンストップサービスが提供されていました。近く PrEP センターも建てられるとの話でした。私たちが運営するコミュニティセンターも、これからはドロップインという役割からもう一歩進み、より専門的な施設となっていくべきだろうと思います。予防や治療に関する選択肢は、課題を整理し解決しながらも広げていくことが重要だと思います。国や自治体は、その未来に対して正当な予算を割くべきですし、NGO・NPO は誠意と責任をもってそれを担う意思が必要だろうと思います。

### まとめ

「個別施策層」に着目し、重点的に取り組むこれまでの HIV 対策は、高く評価できる対策である。しかし、「検査・相談体制の充実」に関しては、「強化された」という回答は 3 分の 1 に過ぎな

かった。UNAIDS や WHO が推奨する、opt-out 検査などの検査機会の導入や PrEP の導入に消極的な理由として、ハイリスクの個別施策層への取り組みが不十分だったとする意見が多く挙げられている。現実には、個別施策層に対する検査の目標設定は行われず、「NGO・NPO 等との連携」は、保健所・行政機関では「推進された」が、56%であったのに対し、医療機関では20%に留まった。また、添付資料1の討論会および Future Japan の報告書で明らかになったように拠点病院に来院する新規感染者のうち VCT 検査で見つかる例は 25~30%であった。この現実には、NGO・NPO との連携で検査相談体制が届いた個別施策層が、実際の感染者の 20~30%に過ぎないことを示唆している。討論会でも明らかなように、個別施策層と言っても多様で、コミュニティに属さない多くの人々が存在する。コミュニティを起点としたネットワークの取り組みは必要であるが十分でないことを示している。PEP、PrEP を検査のための動機づけととらえ、自らはハイリスクの個別施策層に属しているとは考えていない若年者に訴える検査システムが必要である。

表1. 【(機関別) アンケート調査集計

回答数	検査相談体制の充実(Part1-1)			総合的な医療体制の充実(Part1-2)			NGO/NPO等との連携(Part1-3)			個別施策層に対する検査目標設定(Part1-4)		
	a- 強化された	b- 強化されなかった	b- どちらともいえない	a- 問題にすんでいない	b- 行われていない	選択なし	a- 推進された	b- 推進されていない	選択なし	a- 設定された	b- 設定されていない	選択なし
医療機関	45	58	43	6	73	7	31	114	7	2	16	134
152	30%	38%	28%	4%	48%	6%	20%	75%	5%	1%	11%	88%
行政	57	21	40	0	49	2	66	50	2	20	94	4
118	48%	18%	34%	0%	42%	6%	56%	42%	2%	17%	80%	3%
NGO	7	3	3	4	3	3	11	3	3	0	1	18
17	41%	18%	18%	24%	18%	35%	65%	18%	18%	0%	8%	94%
計	109	82	86	10	125	22	108	187	12	22	111	154
287	38%	29%	30%	3%	44%	8%	38%	56%	4%	8%	39%	54%
総数				287		287			287			287

回答数	opt-out検査の導入			PREPおよびPEPPの導入		
	a- 導入すべき	b- それ以外	選択なし	a- 導入すべき	b- それ以外	選択なし
医療機関	85	52	15	72	61	19
152	56%	34%	10%	47%	40%	13%
行政	22	86	10	34	72	12
118	19%	73%	8%	29%	61%	10%
NGO	2	11	4	2	10	5
17	12%	65%	24%	12%	59%	29%
計	109	149	29	108	143	36
1.37631	38%	52%	10%	38%	50%	13%
総数			287			287

