

特集：新しいエイズ対策の展望

第一部：エイズ対策を巡る新たな方向性

HIV 感染予防対策とヘルスプロモーション

橘とも子¹⁾, 西塚至²⁾

¹⁾ 国立保健医療科学院人材育成部

²⁾ 東京都福祉保健局保健政策部保健政策課

HIV Prevention Measures and Health Promotion

Tomoko TACHIBANA¹⁾, Itaru NISHIZUKA²⁾

¹⁾ Department of Human Resources Development, National Institute of Public Health

²⁾ Health Political Section, Health Political Division, Bureau of Social Welfare
and Public Health, Tokyo Metropolitan Government

抄録

1983年以来日本のエイズ対策は、「開始導入期」、「エイズ予防法期」、「感染症予防法（旧）エイズ予防指針期」を経て「感染症予防法（改正）エイズ予防指針期」に入った。（改正）エイズ予防指針では、（旧）エイズ予防指針に基づくエイズ対策の推進における課題への解決を図るべく、地方公共団体が地域の実状に応じたエイズ対策を重点的・計画的に推進するために必要な基本的枠組みが示されている。近年のHIV/AIDS発生動向などから地方公共団体におけるエイズ対策には、感染予防策・まん延防止策の強化・充実が特に求められるところであるが、この（改正）予防指針では、地方公共団体がヘルスプロモーションに基づくエイズ対策の充実を図るために必要な基盤体系が提示されているといえる。地方公共団体は、population strategyとtargeted strategyの併用によって、「性の健康」におけるヘルスプロモーションの充実を視野に入れたきめ細かいエイズ対策を、計画的に実施・充実することが今後求められるだろう。その際、具体的な「指標」を利用して施策の検証を行いつつ、地域の実情に応じたエイズ対策の企画・立案・実施・評価を実施する必要がある。厚生労働省が設定する「モニタリング指標」は、施策検証に①施策前提要因、②事業、③予算、の各視点で活用できる指標となるだろう。さらに、ヘルスプロモーション施策における指標モニタリングならば、住民の健康行動（感染予防行動）に関するモニタリングも今後指標として考慮できる可能性が考えられる。参考事例として、米国におけるBRFSS（Behavioral Risk Factor Surveillance System）を紹介した。性教育などに関わる日本の歴史的・文化的背景に配慮しつつ、今後地域を中心として、健康日本21における手法を最大限活用したヘルスプロモーションに基づくHIV感染予防対策の構築・実現を図る必要があると思われた。

キーワード： エイズ対策、後天性免疫不全症候群に関する特定感染症予防指針（エイズ予防指針）、ヘルスプロモーション、施策評価、モニタリング指標、行動リスク因子サーベイランスシステム（BRFSS）

Abstract

Since 1983, measures to deal with AIDS in Japan have passed through the “initial introductory phase,” the “AIDS Prevention Law phase”, and the “(former) AIDS Prevention Guidelines phase of the Infectious Disease Prevention Law,” before entering the “(revised) AIDS Prevention Guidelines phase of the Infectious Disease Prevention Law.” The AIDS Prevention Guidelines (revised) have provided the basic framework required in order for local authorities to implement AIDS policies according to the circumstances in the locality in a focused and systematic manner that should find solutions for the

tasks involved in promoting AIDS countermeasures based on the (former) AIDS Prevention Guidelines. Strengthening and improvement of measures to prevent infection and prevent its spread are particularly required in the AIDS countermeasures by local authorities based on trends in the occurrence of HIV/AIDS, etc., in recent years, and it is fair to say that the revised prevention guidelines lay out the basic system that is needed in order for local authorities to attempt to improve the AIDS guidelines based on health promotion. It seems that in the future local authorities will be required to execute and improve detailed AIDS countermeasures that take into account improvement of health promotion in “sexual health” in a focused manner by combining a population strategy and a targeted strategy. In so doing it will be necessary to conduct the design, planning, execution, and evaluation of AIDS countermeasures according to the circumstances in the locality, while using specific “indicators” and verifying the measures. The “monitoring indicators” set up by the Ministry of Health, Labour and Welfare may become indicators that can be applied to verification from various standpoints: ① prerequisite factors for countermeasures, ② projects, and ③ budget. Moreover, if there is going to be indicator monitoring in the health promotion measures, it also seems possible to consider monitoring related to residents’ health behavior (infection prevention behavior) as a future indicator. We describe the Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS) in the United States as a case in point. It seems that in the future it will be necessary to attempt to construct and implement HIV infection prevention measures based on health promotion that fully utilizes the methods of “Healthy Japan 21” centered on the individual localities, while giving consideration to the historical and cultural background in Japan related to sex education, etc.

Keywords: anti HIV/AIDS strategy, revised AIDS Prevention Guidelines, health promotion, evaluation of a policy, indicators of monitoring, BRFSS(= Behavioral Risk Factor Surveillance System)

1. 日本における HIV/AIDS 対策の推移 — 今, エイズ対策の何が課題なのか? —

AIDS (= Acquired Immune Deficiency Syndrome; 後天性免疫不全症候群, 以下「エイズ」) 患者が米国ではじめて報告されたのは1981年のことである。以来, 米国内に HIV (= Human Immunodeficiency Virus; ヒト免疫不全ウイルス) 感染は急速にまん延した。流行情報を得た当時の日本では, 国内における流行に備えて1983年に「後天性免疫不全症候群 AIDS の実態把握に関する研究班 (エイズ研究班)」を発足させ, エイズ対策を開始した。この時点を日本におけるエイズ対策のスタートとすれば, その後2007年現在に至るまで継続実施されている日本のエイズ対策は, 時系列に沿って3期に大別することができる (表1)。すなわち, (1) 第1期: 開始導入期, (2) 第2期: エイズ予防法 (=「後天性免疫不全症候群の予防に関する法律」) 期, (3) 第3期: 感染症予防法 (=「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」) 期の3期である¹⁾。そして第3期の感染症予防法期はさらに, ① (旧) エイズ予防指針 (=1999年作成「後天性免疫不全症候群に関する特定感染症予防指針」) 期, および, ② (改正) エイズ予防指針 (=2006年3月改正エイズ予防指針) 期, の2期に分類することができる。

表1: 日本のエイズ対策の推移

第1期: 開始導入期
第2期: エイズ予防法期
第3期: 感染症予防法期
① (旧) エイズ予防指針期
② (改正) エイズ予防指針期

本稿を執筆している2007年現在は, これらのうち「第3期: 感染症予防法期」の「(改正) エイズ予防指針」に相当しており, まさに, 改正エイズ予防指針に基づく新たなエイズ対策が, 全国的に展開されようとしている時期といえる。これまで保健所等を中心として全国的に構築・実施されてきたエイズ対策を土台として, 充実・強化を図りながら, 「性感染症予防対策」にいつそう配慮したきめ細かいエイズ対策を, どのように効果的に充実させていくか, という課題に直面している時期であるといえる。

以下第1章では, 本稿の主題である「HIV 感染予防対策とヘルスプロモーション」を論じるに先立ち, これまでの日本における HIV/AIDS を取り巻く状況やエイズ対策を, 時系列に沿って先ず整理してみることとした。各時期の対策では一体何が課題であったのか, また, 改正エイズ予防指針に基づくエイズ対策では何が課題なのか, 具体的に考えてみることにしたい。

(1) 「開始導入」期 (表2: エイズ対策関連年表¹⁾²⁾ 参照)

日本のエイズ対策において「開始導入」期とは, 1983年から1987年3月のエイズ予防法成立までの時期が相当する。(旧) 厚生省エイズ研究班の発足により診断基準の作成, サーベイランスの開始, AIDS 調査検討委員会 (後に AIDS サーベイランス委員会と改称) の設置が行われた。深刻な世界的流行の広がりに加えて国内でもエイズ患者が確認されるようになり, 1987年にエイズ対策関係閣僚会議を設置, 「エイズ問題総合対策大綱」が決定された。大綱では緊急かつ総合的な対策を推進するための取り組みとして, ①正しい知識の普及, ②感染源の把握, ③相談・指導体制の充実及び二次感染防止対策の強化, ④国際協力及

表 2: エイズ対策関連年表 (「日本の情勢・国の対応」は、文献¹⁾より抜粋、他は、文献²⁾より一部抜粋、著者編集)

西暦	海外の情勢 (東京都 保健所エイズ対策マニュアルより一部抜粋)	日本の情勢・国の対応 (エイズ対策関係略年表 ¹⁾ より抜粋)	東京都の対応 (東京都 保健所エイズ対策マニュアルより一部抜粋)
	月	月	月
1981 S56	6 アメリカで男性同性愛者にカリニ肺炎		医療体制・調査研究の整備
1982 S57	9 エイズ定義成立		
1983 S58	1 アメリカで異性間感染のエイズ		
	6 LAV (HIV-1) を発見	厚生省エイズ研究班発足、わが国における AIDS の診断基準を作成。	6 エイズ研究会 (1983.6 ~ 85.7)
1984 S59	11 国際 AIDS 専門家会議 (WHO)	9 AIDS 調査検討委員会設置、エイズサーベイランスの開始。	9 サーパーバイランス協力機関: 44 病院
1985 S60	9 雨理恵、患者数 5,636 人	3 エイズ患者確認第 1 号	3 都立駒込病院に専門相談窓口設置
	1 HIV の全構造発表	5 血友病患者でエイズ確認第 1 号	10 都立病院感染症科で相談・診療開始
	4 第 1 回国際エイズ会議 (アトランタ)	7 加熱処理による凝固因子製剤の使用開始	12 保健所でリーフレット配布
1986 S61	7 アメリカエイズ患者数 12,000 人以上		
	9 世界患者数 8 月末 14,000 人 (WHO)		
	1 世界患者数 20,000 人以上 (WHO)		
	3 WHO/CDC エイズ診断手引き		
	4 LAV-2 (HIV-2) 発見	11 献血液の HIV の抗体検査開始	
	5 CDC, HIV 感染症分類発表	12 AIDS 調査検討委員会を映すサーベイランス委員会と改名	サーバイランス協力機関: 105 病院拡大、都防疫対策審議会にエイズ対策諮問、医療従事者向け講習会の開始
1987 S62			都防疫対策審議会が調査・研究体制の早期整備、保健所相談窓口の開設の 2 点を都に要望
		日本での女性患者確認 (神戸)、エイズサーバイランスの対象にキヤリアを追加。	1 エイズテレホンサービス開始
		エイズ対策関係閣僚会議を設置、エイズ問題総合対策大綱を決定。	都全保健所で相談・検診を開始、理・美容所の器具消毒を業界・関係機関通知、JR 等社車中吊りポスター
	3 アメリカ、AZT を認可		パンフレットを保健所、都立病院、医療機関、新聞折り込み、リーフレット、テレビ、ラジオ、ビデオ、掲示用ポスターを保健所に
1988 S63	6 世界感染者 5,000 万人 (WHO)		3 衛生局エイズ対策連絡会議設置
		「後天性免疫不全症候群の予防に関する法律 (エイズ予防法) 案」の国会提出	9 エイズ相談指導マニュアル作成
		4 『HIV 感染症診療の手引き』作成	
		6 (財) エイズ予防財団設立	3 海外渡航者向けリーフレット発行
		国立予防衛生研究所にエイズ研究センター設置、国立病院医療センターにエイズ医療情報センター設置。	
		「HIV 母子感染予防のガイドライン」作成	7 エイズ専門相談員制度発足
1989 S64	12 WHO 「世界エイズデー」提唱	12 WHO 「世界エイズデー」を提唱	
		血液製剤による HIV 感染被害救済事業の開始	
		2 「エイズ予防法」の施行	4 保健所で匿名検査開始
		「HIV 医療機関内感染予防対策指針」作成	6 母子間感染予防リーフレット発行

	1 世界患者数20万人以上 1 世界推定エイズ患者数150万人、指定 10 感染者数1,000万人 10 アメリカ、ddl を認可	5 わが国初の母子感染例報告	3 ゲイ向けパンフレットの作成・配布 3 外国人向けリーフレット発行（7か国 語） 12 世界エイズデー・イベント 9 エイズ緊急対策事業の開始、保健所に おける検査拡大、保健所保健婦等講 習会開始 9-11 マス・メディアによるキャンペーン
1990 H2 1991 H3 1992 H4	4 アメリカ、ddC を認可 7 世界患者数50万人超（WHO）	公衆衛生審議会伝染病予防部会エイズ 対策委員会が「エイズ対策に関する提 言・エイズについての緊急アピール」 を意見具申、厚生省内に厚生大臣を本 部長とする「エイズストップ作戦本部」 を設置。 10	5 エイズ対策推進会議・エイズ専門家会 議設置 7 東京都エイズ対策基本方針策定 10 エイズ対策室設置 10 ボランティア講習会開始
1993 H5	アメリカ、新エイズ診断基準採用、世 界のエイズ患者数61万人以上（WHO）、 1 世界推定患者数250万人、推定感染者 数1,300万人（WHO） 6 第9回国際エイズ会議（ベルリン） 7 ヨーロッパ、新エイズ診断基準採用	4 日本エイズストップ基金設立 7 エイズ治療の拠点病院の整備につい て 通知	予防月間キャンペーン（無料検診・シ ンポジウム）、予防月間無料検査実施 11 カウンセリング講習会開始 11-12 海外渡航者向けビデオ作成、保健所無 料検査開始、エイズ対策普及・啓発活 動費補助開始 4 医療機関等エイズ研修費補助開始 9 エイズ診断マニュアル配布 11-12 マス・メディアによるキャンペーン 11-12 予防月間キャンペーン
1994 H6 1995 H7	1 世界のエイズ患者数85万人以上 （WHO） 6 世界推定患者数400万人、推定感染者 数1,700万人（WHO） 12 バリエイズサミット開催 1 世界エイズ患者数102万人以上（WHO）	8 「第10回国際エイズ会議」を横浜で開 催 2 アジア地域エイズ専門家研修事業の開 始 10 血友病治療のために使用していた血液 製剤によるHIV感染に関するエイズ訴 訟について、東京地方裁判所と大阪地 方裁判所が和解勧告	6 教材用ビデオ作成、一般向け、若者向 けリーフレット発行 11-12 予防月間キャンペーン（南新宿検査・ 相談室休日検査） 11 夜間電話相談の開始
1996 H8	1 国連エイズプログラム（UNAIDS）発 足 11 世界推定患者数840万人、推定生存感 染者数2,260万人（WHO）	1 国連合同エイズ計画（UNAIDS） 1 発足 3 血友病治療のために使用していた血液 製剤によるHIV感染に関するエイズ訴 訟について和解が成立	11-12 予防月間キャンペーン 8 同性愛者に対するアウトリーチ開始

1997	H9	11 世界推定患者数1,290万人、推定生存感染者数3,000万人 (WHO)	4 エイズ治療・研究開発センター整備 11 「エイズサバーバイランス委員会」を「エイズ動向委員会」と改名 12 地方ブロック拠点病院全国8ブロック毎に整備	「血液凝固因子製剤による非血友病 12 HIV 感染者調査」における対象医療機関の情報提供 3 エイズ診療協力謝金支給開始 5 エイズ対策基本方針改正、東京都エイズ対策事業実施計画策定 8 予防薬の配置 10 HIV 感染防止のための予防服用マニュアル 12 エイズ診療拠点病院を9医療機関、エイズ診療連携病院を10医療機関指定・公開	「血液凝固因子製剤による非血友病 12 HIV 感染者調査」における対象医療機関の情報提供 3 エイズ診療協力謝金支給開始 5 エイズ対策基本方針改正、東京都エイズ対策事業実施計画策定 8 予防薬の配置 10 HIV 感染防止のための予防服用マニュアル 12 エイズ診療拠点病院を9医療機関、エイズ診療連携病院を10医療機関指定・公開	11-12 予防月間キャンペーン
	H10	11 世界エイズ患者報告数1,987,217人、推定生存感染者数3,340万人 (WHO)	3 「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案」の国会提出	12 エイズ診療拠点病院を2医療機関、エイズ診療連携病院を2医療機関指定・公開 3 「一般医療機関のための HIV/AIDS 診療マニュアル」配布	HIV 感染者の療養支援に関する都区合同プロジェクトチーム「HIV 感染者の療養支援体制の確立に向けて」報告 11-12 予防月間キャンペーン	
	H11		4 「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（感染症新法）」の施行 10 「エイズ予防法」の廃止 「後天性免疫不全症候群に関する特定感染症予防指針」の公表 12 HIV 診療情報ネットワークシステム (A-net) の本格運用開始			
	H12		7 九州・沖縄サミットにおいて「G8コミニケ・沖縄2000」採用（「2010年までにエイズに感染する若者の数を25%削減する」との数値目標明記） 6 米国ニューヨークで国連エイズ特別総会開催 4 特定感染症検査等事業の開始 3 「同性間性的接触におけるエイズ予防策に関する検討会」中間報告			
	H13					
	H14					
	H15					

び研究の推進, ⑤立法措置, が示され, これに基づき施策が組み立てられた。同時に, 血友病治療に使用された非加熱血液製剤由来感染への対策として, 1985年には第Ⅷ・Ⅸ凝固因子加熱製剤が承認され切り替えられるとともに, 1986年から発症予防・治療研究事業が開始され, 1988年には血液製剤の HIV 感染被害救済事業が開始されている。

患者・感染者の届け出数が全国で最も多かった東京都では, 開始導入期のこの時期, エイズ研究, サーベイランスの開始につづき都立病院に相談窓口の開設, 保健所を介したリーフレット配付, 医療従事者向け講習会開始, 専門相談員制度発足など各種施策が開始されている。この時期を通じて, のちのエイズ対策基本方針に基づく基本的な主要施策を都と区が協働体制により推進するための基盤整備がなされたといえよう。

(2)「エイズ予防法」期

「エイズ予防法」期は, 同法が成立した1988年12月から感染症予防法成立・施行までの時期と位置づけられる。エイズ予防法に基づいてプライバシー保護を前提とした医師による HIV/AIDS 報告が継続された。基本的体系に基づく施策が推進されたにもかかわらず, 性的接触を主な感染経路として国内のエイズ新患者数・HIV 感染者数は年々増加した。1992年には HIV 感染者のホテル宿泊拒否が社会的に問題となるなど, HIV/AIDS に対する差別・偏見解消策を視野においた総合的対策のいっそうの推進が必要となった。(旧)厚生省は「エイズストップ作戦本部(本部長: 厚生大臣)」を発足させ, 正しい知識の普及・啓発の強力な推進体制を整えた。血液製剤由来感染については, 国・製薬製剤メーカーを被告とした損害賠償請求訴訟が1989年に提起され, 1996年に和解が成立した。和解時期と相前後してこの時期には, 地域におけるエイズ診療の水準向上, 地域間格差是正を目的としたエイズ診療体制整備が一段と推進され, 全国的に地方ブロック拠点病院が整備されている。

東京都では, エイズ対策室を設置(いずれも1992年度)し, 東京都エイズ対策基本方針の策定により, ①「普及・(予防)啓発」, ②「相談・検診(検査相談)」, ③「医療体制整備」, ④「調査研究」, を柱とする施策体系が整えられた。

(3)「感染症予防法」期

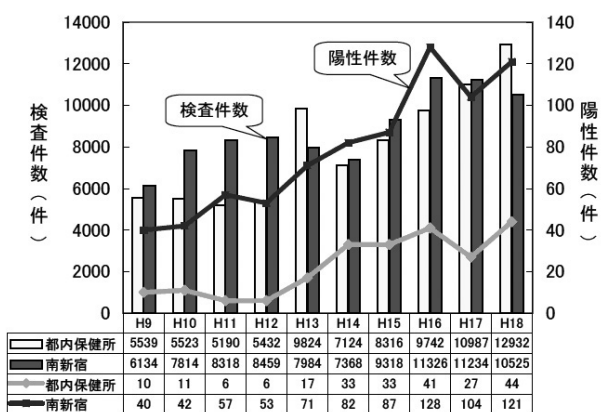
1) (旧) エイズ予防指針期

日本におけるエイズ対策の「開始導入」期および「エイズ予防法」期には, HIV/AIDS に対する差別・偏見対策が前面に立った社会予防的観点, いうなれば「管理」的視点から, 対策が開始され基盤が整備された側面が強かった。第3期ともいえる「感染症予防法」期に入った今日では, HIV 感染は HAART (=Highly Active Antiretroviral Therapy) の普及などにより, 少なくとも医療面では「不治の特別な病」ではなく, 慢性性感染症の一つとして「コントロー

ル可能な一般的な病」へ位置づけられるようになってきた。エイズ固有の法律が存在することがむしろ患者などへの差別を助長する可能性がある, などの指摘を受け, エイズ予防法は廃止され, 感染症予防法(1999年4月施行)における四類感染症(2003年法改正後は五類感染症)に位置づけられた。日本におけるエイズ対策は, 感染症予防法に基づくエイズ予防指針(平成)に沿って構築され, 実施されることとなったのである。効果的なエイズ対策を総合的に推進するため, 国・地方自治体・医療関係者・患者組織を含む NPO (= Nonprofit Organization J または Not-for-Profit Organization; 非営利団体) などとの連携によって, 感染症発生動向調査に併せて予防と医療にかかるさまざまなエイズ対策が実施された。

(旧) エイズ予防指針に基づいて構築されたエイズ対策では, 想定される殆どすべての施策項目が網羅された。また, 保健所など地域における HIV 抗体検査・相談は, 発症予防手段の登場によってますます感染早期発見の重要性が増したため, HIV 抗体検査・相談のいっそうの推進が全国的に図られた。結果として検査件数は, 患者・感染者数が一貫して多くを占める東京都においても²⁾(図1), また全国においても³⁾(表3) 概ね増加した。しかし同時に, 検査件数の増加に伴って抗体検査陽性数も同時に増加し, 検査実績から算出した抗体検査陽性率は年々上昇する結果となった。HIV/AIDS は, 発生動向調査における患者・感染者の報告数からみても, 全国的な増加傾向が, 緩やかとはいえず止まらなかった⁴⁾(図2)。さらに, 発生動向に関連する近年の現状として, ①新規感染者の増加傾向, ②地方大都市圏における拡大傾向, ③(とくに男性同性間)性的接触によるものが増加, ④エイズ治療拠点病院受診患者・感染者の地域的偏在, などの問題点があることも明らかになってきた⁵⁾。

これら一連の経過を通じて, 感染症予防法(旧)エイズ



HIV検査件数は, 近年増加傾向である。
東京都南新宿検査・相談室の検査件数は, 土・日曜日の検査を開始した平成15年以降は, 増加傾向にあったが, 昨年はやや減少した。
都内の保健所では, 平成16年以降, HIV即日検査を導入した保健所があり, 前年(平成17年)と比べ, 約2割増加した。
陽性件数は, ともに前年より増加した。

図1: 平成18年東京都の HIV 感染者・AIDS 患者の動向及び検査・相談事業の実績 (文献³⁾より一部抜粋)

表3：エイズに関する相談・検査と衛生教育開催状況（文献⁴⁾より一部抜粋）（厚生労働省大臣官房統計情報部人口動態・保健統計課保健統計室、平成16年度地域保健・老人保健事業報告の概況、厚生指標 2006；53(6)：45-52. より抜粋）

	平成 12年度 (’00)	13 (’01)	14 (’02)	15 (’03)	16 (’04)
相談件数					
電話相談	45,302	52,027	45,772	47,566	53,168
来所相談	61,561	94,048	71,801	84,437	92,547
HIV 抗体検査のための採 血件数					
スクリーニング検査	46,314	70,139	52,241	61,552	72,419
確認検査*	552	1,492	989	1,255	1,469
陽性件数	65	101	135	132	196
陽性であった割合(%)**	1.40	1.44	2.58	2.14	2.71
衛生教育開催回数	2,564	2,798	2,973	3,112	2,989

注 *) スクリーニング検査で HIV 抗体反応が陽性・疑陽性であった者に対して行う検査である。

**) 確認検査の陽性件数/スクリーニング検査件数×1,000

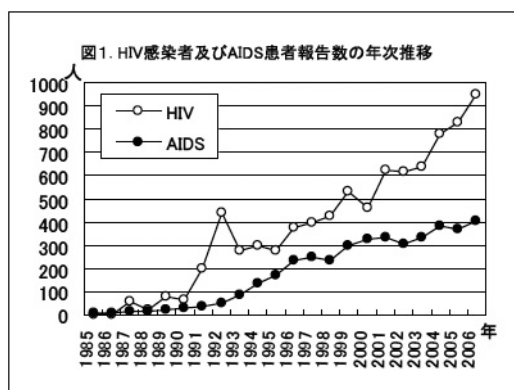


図2：HIV 感染者及び AIDS 患者報告数の年次推移(文献⁵⁾より抜粋)

予防指針におけるエイズ対策には、いつかの問題点や要改善事項があることが、具体的に明らかになってきた。すなわち、HIV 感染症が感染症予防法の対象疾患となったことで、法的には、人権の尊重を大前提として「個人が主体となって行う予防行動を専門家などが支援する」というエイズ対策の体系が整えられたにも関わらず、必要十分なエイズ対策・施策を、実状に合わせて地方公共団体が行うためには、さらに改善・充実を図るべき事項のあることがわかってきたのである。さまざまな識者による頻回の検討会などを通じて、(旧)エイズ予防指針に基づくエイズ対策推進上の課題として、主に以下のような3つの問題点が浮き彫りになった¹⁾。

i) 地域における患者・感染者の有病状況把握が必ずしも十分にできない

⇒ 地域におけるエイズ対策の「成否を検証」すべき：

保健所等、地域の行政機関が HIV/AIDS 患者・感染者の状況を把握できるデータは、①感染症患者発生動向調査における診断医療機関からの届け出、および②身体障害者(免疫不全)手帳の市町村窓口における申請・交付、の2つが主な情報源である。

前者①の、感染症予防法に基づく発生動向調査は、診断した医療機関の所在地を基本とするため、地域別発生動向は把握できる反面、居住地に代表される生活動向の地域別状況が把握できない。診断届け出に基づく患者・感染者の発生地域は、地方公共団体における検査体制や医療体制の整備状況に左右されることから、HIV 感染の地域における有病状況を把握することができない。感染症予防法の対象疾患のうち、急性感染症の場合は「発生地域＝対策必要地域」であることが大半であるため地域別には発生動向が把握できれば問題はないが、HIV 感染症のような慢性感染症の場合は、むしろ「発生地域≠対策必要地域」であることが多いと言って良いのではないだろうか。慢性感染症における対策必要地域、特にきめ細かい予防支援や療養支援が求められる慢性感染症では、むしろ「対策必要地域＝生活地域」である。そのため、地域が実状に応じた慢性感染症対策を充実させるためには、患者・感染者の地域ごとの生活状況、すなわち地域別有病状況を発生動向に加えて把握することが必要である。

後者②の、身体障害者福祉法に基づく身体障害者手帳の申請・交付は、免疫不全状態の基準を満たす患者・感染者に対して医療費公費負担や福祉サービスが受けられるよう本人が申請するものである。患者・感染者の居住地町村に届けられるため、患者・感染者の「生活地域」、すなわち「対策必要地域」における状況を把握できるが、全感染者が申請・認定対象となるとは限らない。そのうえ対象に該当する全感染者が申請するとは限らないことから、本制度を介して把握できる地域の患者・感染者の状況はごく一部にすぎない。そのため、身体障害者福祉法に基づく申請・交付状況から地域ごとの有病状況を推定するには限界があると考えられた。

以上のような状況から、地方公共団体にとってはこれまで、HIV 感染症に関する地域ごとの有病状況を把握するために利用することのできる指標入手に関して制限があったと言わざるを得ない。地域における患者・感染者の有病状況把握が必ずしも十分にできない、ということは、具体的指標が不足しているために地域におけるエイズ対策の成否を検証することができない、という事態である。加えて、今後効果的なエイズ予防対策を地方公共団体が工夫するために必要な基礎データが不足している事態である。

ii) 「同性愛者」、「青少年」などの個別施策層に対する、より効果的な普及啓発を重層的・行動科学的に行う方法を開発すべき：

一般的な普及啓発に加え、同性愛者、青少年といった個別施策層に対して、より効果的な普及啓発を重層的・行動科学的に行う方法を開発する必要がある。

iii) 患者・感染者に対する社会的偏見差別を解消するための効果的な普及啓発法をいっそう研究・開発すべき：

近年になっても、患者・感染者に対して人権擁護の観点

から問題になる事例が皆無ではなく、社会的偏見差別を解消するための効果的な普及啓発方法についていっそうの研究が必要である。

2) (改正) エイズ予防指針期

感染症予防法に基づく見直し規定に基づき、(旧) エイズ予防指針は HIV/AIDS の発生動向の変化などを踏まえ、抜本的な見直しが行われ、2006年3月2日改正、4月1日から適用開始となった。(改正) エイズ予防指針は、(旧) エイズ予防指針と同様、国・地方自治体、医療関係者および患者団体を含む NPO などが共に連携してエイズ対策を進めていく行動指針として、次のように構成されている⁶⁾。すなわち指針の主な構成は、①原因の究明、②発生の予防および蔓延の防止、③医療の提供、④研究開発の推進、⑤国際的な連携、⑥人権の尊重、⑦普及啓発および教育、⑧施策の評価および関係機関との新たな連携、の8点である。指針の基本的考え方は、発生動向などの近年の特徴を踏まえ、(改正) エイズ予防指針に基づくエイズ予防のための総合的施策推進は、基本的に地方公共団体（とくに都道府県）が中心となって、地域の特性・実状に応じたエイズ対策を重点的・計画的に推進していくこととなっている。感染の予防およびまん延の防止をさらに強力に進めていくためには、地方公共団体が中心となって population strategy と targeted strategy の併用によるきめ細かいエイズ対策を実施していくことが必要であり、既に保健所などにおいて実施されている検査・相談体制の充実、医療・保健・福祉サービス提供体制の確保、普及啓発をいっそう重点的かつ計画的に推進していく必要がある。同時に国は、地方公共団体が適切に対応できるよう、必要な技術支援などを強化するという役割分担が、(改正) エイズ予防指針では明確化されたといえる。

(改正) エイズ予防指針に基づく具体的な対策の詳細は、本特集における別著（秋野公造、エイズ予防指針改正後のエイズ対策について）を参照願うところであるが、ここでは、(改正) エイズ予防指針が地方公共団体（とくに都道府県）に対して、よりいっそう具体的に求めている点は何かにについて注目していただきたい。改正指針では、より強力な感染予防・まん延防止策を進めるために、つまり「よりきめ細かいエイズ対策を展開するために」、地方公共団体（とくに都道府県）を中心としたエイズ対策を、地域の実情に応じて推進することを求めている。そのために、地方公共団体には、「とりわけ予防およびまん延防止の対策に係る施策を中心に、施策対象者の重点化（同性愛者や青少年に重点を置いた普及啓発）など、地域の実情に応じて具体的な目標などを記載したエイズ対策計画を策定」して、重点的かつ計画的にエイズ対策に取り組むことを求めているのである。すなわち、いっそう地方公共団体に求められるようになったのは「地域の実情に応じた具体的なエイズ対策と評価」といえるのではないだろうか。

HIV 感染症は感染症の一つとして感染症予防法の対象

疾患とはいえ、慢性感染症に位置づけられる。しかも近年日本における主な感染経路は性的接触であることを考え併せれば、従来、保健所など地域保健分野において伝統的に形づくられてきた感染症対策の手法（その多くは急性感染症を中心とした管理的感染症対策手法）というよりも、「健康日本21⁶⁾」における「性の健康」としての対策手法の導入を考慮すべきではないだろうか。この考え方は、HIV 感染予防対策におけるヘルスプロモーションととらえることができよう。HIV 感染症に限らず、慢性性感染症対策を日本において今一歩踏み込んで行おうとする場合には、共通した考え方といえるのではないか。これまで、感染症対策における人権の尊重をはじめ医療や日本社会をとりまくさまざまな問題を表面化させ、改善策の引き金を引いてきたともいえるエイズ対策が、今後さらに慢性性感染症対策の地方公共団体モデルとして引き金役となることは充分期待できるかもしれない。

2. HIV 感染予防対策とヘルスプロモーション —「健康日本21」における「性の健康」の実践に必要なアプローチとは？—

(1) 地域の実状に応じたエイズ対策の充実を目指して

岩室⁷⁾は HIV 感染症を「性生活習慣病」ととらえ、行政・企業・組織・地域・個人などすべての関係者が、感染リスクを理解し、それぞれ施策の方向転換・情報提供・環境整備・行動変容といった対策を考えることの必要性を強調している。これは、HIV 感染対策を「性生活習慣病対策」としてリスクコミュニケーション⁸⁾（本文末 注）の観点からとらえることの提案である。さらに、リスクコミュニケーションに裏付けられた HIV 感染対策、ひいては性感染症対策の結果形成されるヘルスプロモーション体制によって、「健康日本21」における「性の健康」に対するアプローチを図るべきであると強調している。

性の健康に関しては、世界的にも20世紀末の「リプロダクティブ・ヘルス」から「性のヘルスプロモーション」へ、という流れが見られている⁸⁾⁹⁾。すなわち、「性を学ぶ」ということは、体も心も社会的にも健康に生きるということである。単に病気である・ないというだけではなく、自分は自分であっていいというウェルビーイングを保つ生き方ができる（“the state of physical, mental and social well-being”）よう学習することである。そのためには性器をも含めた自分の体についてよく理解する必要がある、また理解することによって主体的に生きる力を得ることができる。」という考え方である。本稿前述のごとく、日本でもエイズ対策における HIV 感染予防対策を含め性感染症全般に対する予防策の一環としての「性のヘルスプロモーション」を、きめ細かく検討すべき時期に来ているのではないだろうか。

それでは、地方公共団体がエイズ対策におけるヘルスプロモーションを導入するために、必要となってくるものは何だろうか？ヘルスプロモーションに基づくアプローチと

いえば、健康日本21の手法が思い浮かぶ。都道府県や市町村をはじめ殆どの地方公共団体は、健康日本21の展開によって既に地域の実情に応じたヘルスプロモーション施策展開の独自手法を持っているだろう。それらの独自展開手法をエイズ対策に応用することが、まず考えられる。その場合、性の健康におけるヘルスプロモーションは、他の分野におけるヘルスプロモーション施策展開手法に比べて何が異なるのだろうか。

ここで考えを整理するために、地域特性に応じた健康日本21の展開におけるキーワードを思い起こしてみよう。健康日本21を契機に、国民の健康づくり施策推進における考えが大きく転換させた際、主なキーワードが2つあった。一つが「住民主体、行政・関連団体等による支援」であり、そしてもう一つが「地域ごとの目標設定による具体的施策評価」である。

前者のキーワードの観点から地方公共団体が、性の健康に関するヘルスプロモーションをエイズ対策に導入しようとする場合、地域によっては、「性の健康に関するヘルスプロモーション施策の展開手法」自体が不足している事態に直面するかもしれない。性の健康に関するヘルスプロモーション、すなわち、「青少年やさまざまな性的指向の住民が性に関する健康づくりを主体的に推進し、専門家や行政がそれを支援する」ために必要な手法そのものを、研究・開発しなければならない可能性もある。性の健康、というに関するヘルスプロモーション手法の科学的根拠を、地域ごとに、連携体制により蓄積する必要があるだろう。

後者のキーワードの観点では、地方公共団体にとっては、性の健康に関するヘルスプロモーション施策の効果を検証するための具体的な指標、あるいは何らかの目標設定が必要となってくる。具体的指標、すなわち地域ごとの有病状況を把握するための指標に関して、これまで地方公共団体は入手に制限があった、と言わざるを得ない点は前述のとおりであるが、ヘルスプロモーション施策の導入する場合、科学的根拠に基づく具体的な指標の設定は不可欠である。地域で利用できる指標の科学的根拠が不足しているのであれば、指標そのものに対してもまた、研究・検証が必要であろう。リプロダクティブ・ヘルスから性のヘルスプロモーションへの転換がなされたのは、前述のように世界的にもごく最近のことである。そのため、施策方法論の科学的根拠は必ずしも十分ではない可能性がある。このことから今後地方公共団体は、性のヘルスプロモーションを視野に入れたエイズ対策におけるヘルスプロモーションの、施策方法論に関する情報入手および科学的根拠の探求が緊急課題といえるだろう¹⁰⁾。

以下次章には、地方公共団体がヘルスプロモーションに基づくエイズ対策を導入する際に今後活用すべき指標、および指標関連の参考事項として、米国における行動サーベイランスシステム（BRFSS）について紹介する。

(2) 地方公共団体のヘルスプロモーションに基づくエイズ対策の推進に関する指標の具体像とは

1) 改正エイズ予防指針におけるエイズ施策評価に関する指標

i) 発生届け出における患者居住地情報

感染症予防法上の五類感染症に分類される後天性免疫不全症候群（HIV 感染症含む）の発生届けでは、2007（平成19）年4月1日から、患者が居住する都道府県と国籍を届け出事項に位置づけた。厚生労働省が患者・感染者の発生動向を、診断した医療機関の住所だけでなく、患者・感染者の住む都道府県を明らかにする必要があると判断したためである。同年3月31日に公布された「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施行規則第4条第5項の規定に基づき厚生労働大臣が定める五類感染症及び事項」（厚労省告示）に基づくものである¹¹⁾。

改正後の発生届け出は、診断した医療機関等の住所と患者の居住都道府県の両方が分かるようになり、HIV 感染の地域における有病状況を把握しやすくなる。国および地方公共団体では、各自自治体で行われる検査・相談事業をはじめとするエイズ施策の評価に反映させるべく、これにより新たに得られる情報を活用することが期待される。

ii) 地方公共団体におけるエイズ施策の進捗状況に関するモニタリング情報

厚生労働省では改正エイズ予防指針に基づきいっそう効果的なエイズ対策を推進するために検討を重ね、「エイズ施策評価検討会」において全国の地方公共団体で取り組まれるエイズ施策の進捗状況に関するモニタリング項目（案）を定めた¹²⁾。モニタリング指標として、保健所における検査相談件数と延べ時間、エイズ対策促進事業等国庫補助金の申請額などのほか、施策とエイズ患者発生との相関をみるための人口・HIV 検査件数・新規エイズ患者報告割合の比較などが挙げられている。2007（平成19）年度前半にモニタリング指標策定を目的としたシミュレーションが行われ、年度後半を目処に指標を策定し、2008（平成20）年度以降の各地方公共団体におけるエイズ施策に役立てることを目標としている。

モニタリング項目は、①施策の前提となる項目、②事業からの視点による項目、③予算からの視点による項目、に分けられている。これら項目のモニタリングによって把握された施策の実施状況等は、次年度以降の対策の改善や予算獲得などに活用できるよう情報提供されることとなっていることから、今後、地方公共団体はきめ細かいエイズ対策の推進・充実のために是非効果的に活用すべきだろう。

2) 米国における行動リスク因子サーベイランスシステム（BRFSS ; Behavioral Risk Factor Surveillance System）

Behavioral Risk Factor Surveillance System（BRFSS）は、慢性疾患や損傷の発生に関連する情報、すなわち個人

の健康リスク行動や予防的保健活動, 健康管理に関するアクセス環境に関する情報を集める, 州を単位とする全米の健康サーベイランスシステムである。疾病管理予防センター (CDC; the Centers for Disease Control and Prevention) によって1984年に確立され, 2007年現在では, CDC が州をはじめとする自治体から情報入手し, インターネット経由で情報公開している分析・モニタリングシステムとなっている。多くの州にとって BRFSS は, 健康行動を把握するために利用できる, 唯一のタイムリーかつ正確なデータである。

2007年現在では, データは全ての50州, およびコロンビア特別区, プエルトリコ, アメリカ・ヴァージン諸島とグアムで毎月集められる。350,000人以上の成人が毎年この調査の対象となり, そして世界最大規模の電話による健康インタビュー調査を受ける。各州は BRFSS データを使って, 新たに発生している健康問題を確認し健康施策の目標設定を行うとともに, 方向性や公衆衛生施策の推進開発, 評価を実施する。多くの州ではまた, 健康関連の科学

的立法根拠として BRFSS のデータが使われている(図3)。

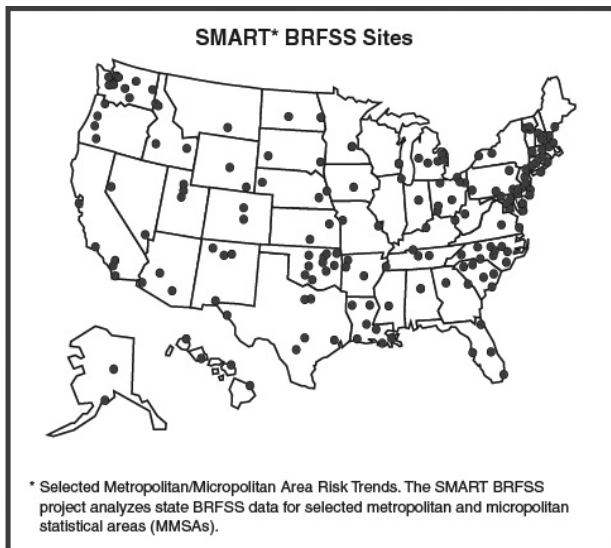
歴史的にみると BRFSS は, 1980年代の米国において「個人の生活習慣(健康行動)が疾病の発生や死亡の予防に重要な役割を果たす」ことが科学的根拠とともに明確に示されたことに, その発端背景を見ることができる。スクリーニング検査・カウンセリング・予防接種といった169項目にのぼる予防医療行為の有効性がメタアナリシスによって客観的に評価され, 米国予防医療研究班報告として示され, 医療界に対する診療上の指針として勧告された¹³⁾。これに基づき米国では, 18歳以上の成人一般人口集団におけるリスク生活習慣, すなわち健康行動リスク要因の全国的動向調査が構築されることとなった。BRFSS への参加自治体は, 1994年までに全ての州およびコロンビア特別区と3領域に及んでいる。対象疾患(健康障害)は, 癌をはじめとする生活習慣病に加え「喫煙」「自動車事故」「火事・火傷」「運動や栄養の不足」などといった健康障害となっている。

BRFSS は, 毎年電話アンケートによるインタビューによって行われ, 回答する対象者は地方公共団体が無作為抽出により選定する。収集される情報は, 健康に関する心構えや知識ではなく「実際の行動」であり, それらは健康増進や疾病予防プログラムの計画・実施・支援・評価のために活用されている。すなわち BRFSS 情報の主な利用目的として, ①健康行動の州横断的な比較, ②健康に関する傾向の記録, ③健康障害事象の識別, ④健康目標に対する進捗状況の計測, が掲げられている。

調査項目は, CDC による全国規模調査項目である「Core Sections: コア項目」と, 各州が独自に行う「Optional Modules: オプション項目」により構成されている。前者「コア項目」は毎年比較的一定の質問内容が継続されるため, 全米の年次による比較や州別の比較をすることができる。これに対して後者「オプション項目」は, 各州が特定の健康課題について, 年ごとに調査項目を追加するものである。州が独自に抱える新たな健康課題や健康障害因子に関する調査を, タイムリーに行うことができる。オプション項目の例として, たとえばニューヨーク, ニュージャージー, およびコネチカットにおける2001年9月11日同時多発テロ直後の調査では, テロによる心理的・感情的影響を調べるための行動リスクファクター項目が追加されている, などがみられる。州ごとのオプション項目は, 新たな健康課題に応じて毎年調査項目の追加・削除が行われており, それらはすべて州別・カテゴリ別に CDC のホームページから閲覧することができるようになっている。

(<http://www.cdc.gov/brfss/questionnaires/questionnaires.htm>)

HIV 感染症/STI (= Sexually Transmitted Infection; 性感染症) もまた予防可能疾患の一つとしてとらえられ, 科学的根拠に基づく勧告によって示された HIV/STI 関連リスク行動要因の情報が, BRFSS を使って収集・モニタリングされている。図4に, 2006年の BRFSS におけるコア



※ (CDC, BRFSS ホームページ :<http://www.cdc.gov/brfss/index.htm> より転載)

BRFSS の多様性

州は BRFSS を用いて, 独自の質問項目をニーズに応じて付け加えることができる。またサーベイ用のコアとなる標準質問項目については, 州ごとの比較や地域ごとの比較, さらに国との比較を公衆衛生専門家が行うこともできる。BRFSS のデータは, 主な健康関連事項に関する州ごとの比較に焦点を当てているのだ。例えば2005年には, 現在喫煙している成人の割合は, ユタ州の11.5% からケンタッキー州の28.7% にまで分布していた。

BRFSS のデータはまた, 州内部の小地域についても調べることができる。例えば, CDC は170以上の大小都市統計エリア (= MMSAs : Metropolitan and Micropolitan Statistical Areas) に対する BRFSS データを分析し, それを SMART (=Selected Metropolitan/Micropolitan Area Risk Trends) と呼ばれる Web 上に公開している。SMART BRFSS によって, 健康高リスク行動の有病状況がどのように変化しているかを, 都市 (MMSAs) ごとに大まかに把握することができる。

(CDC, BRFSS ホームページ : <http://www.cdc.gov/brfss/index.htm> より 一部抜粋, 著者と訳)

図3: BRFSS

2006年 BRFSS 質問票

セクション21: HIV/AIDS

回答者が65歳以上の場合は次のセクションにすすんでください。

次の質問は、AIDS をひき起こすウイルスである HIV による健康問題に関するものです。あなたの回答は厳重に秘密を守られると同時に、あなたが答えたくなければすべての質問に答えなくとも良いということを覚えておいてください。質問の中で検査についてお尋ねしますが、あなたがこれまでに受けたかもしれないどんな検査に対しても、結果をおききすることはありません。

21.1 あなたはこれまでに HIV 検査を受けたことがありますか？献血の時に受けたかもしれない HIV 検査は数えないでください。唾液検査による HIV 検査は数えてください。

- | | | |
|---|--------------|--------------------|
| 1 | はい | |
| 2 | いいえ | [次のセクションにすすんでください] |
| 7 | わからない／確かではない | [次のセクションにすすんでください] |
| 9 | 答えたくない | [次のセクションにすすんでください] |

21.2 献血の場合は含めないで、直近の HIV 検査は何ヶ月前でしたか？

注：もし回答が1985年1月以前であれば、「わからない」にコードしてください。

- | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|--------------|
| 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 月、年 |
| 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | わからない／確かではない |
| | | | | | | 答えたくない |

21.3 直近の HIV 検査はどこで受けましたか？— 個人の開業医、HMO (Health Maintenance Organization: 会員制健康維持組織) のオフィス、検査相談所、病院、クリニック、拘置所や刑務所、治療施設、家庭、あるいはその他の場所、のうちどこですか？

- | | |
|----|---------------------|
| 01 | 個人の開業医または HMO のオフィス |
| 02 | 検査相談所 |
| 03 | 病院 |
| 04 | クリニック |
| 05 | 拘置所や刑務所 |
| 06 | 治療施設 |
| 07 | 家庭 |
| 08 | その他の場所 |
| 77 | わからない／確かではない |
| 99 | 答えたくない |

もし Q21.2 の回答が最近12か月以内の場合は Q21.4 をきいてください。そうでない場合は次のセクションにすすんでください。

21.4 その検査は、2、3 時間以内に結果の出る迅速検査で行われましたか？

- | | |
|---|--------------|
| 1 | はい |
| 2 | いいえ |
| 7 | わからない／確かではない |
| 9 | 答えたくない |

図 4：2006年 BRFSS コア項目調査における HIV/AIDS 関連質問群の調査票（著者和訳）

項目のうち、HIV/AIDS に関連する質問群を抜粋（著者和訳）した。また表 4 には、近年 6 年間の HIV/AIDS セッションのコア項目を示した。前述のごとくコア項目は毎年比較的同一とされているものの、必要に応じ若干変更されていることがわかる。収集・分析加工された情報は、調査票同様すべてオンラインを通じて配信されているので、米国各州のみならず世界中のインターネットアクセスサイトから情報を取り出すことができる。また AIDS 関連のオプション項目は、2002年調査で追加した州はないが、2001年には Indiana 州と Kansas 州が追加実施していることなどがわかる。このような健康行動や健康リスク行動の、疫学的に妥当な方法による全国的動向調査は、HIV/AIDS に関するヘルスプロモーション施策を地域がきめ細かく推進するために、有用かつ効果的であると同時に柔軟性のあるタイムリーな調査体系であると考えられる。日本においても今後将来的に、国民栄養調査をはじめとする全国的なヘルスプロモーションに関連する調査の効率化によって、調査分析方法のみならず疾患の対象を見直し、エイズ対策に関わるヘルスプロモーション施策の効果検証に

必要な情報を得るための工夫を検討することは可能ではないだろうか。

3. ヘルスプロモーションに基づくエイズ対策をとりまく問題点・課題 —今後いっそうエイズ対策を推進するにあたり配慮すべき点は何か？—

エイズ予防指針の改定に先立つ厚生労働省「後天性免疫不全症候群に関する特定感染症予防指針見直し検討会（座長：木村哲 国立国際医療センターエイズ治療・研究開発センター長）」における報告書（2005年6月）¹⁴⁾では、「我が国における HIV・エイズの発生動向及び問題点」の「2. 現状の問題点」の中で、今後解決を図っていくべき問題点として次の 5 項目が指摘されている。

- ① 診断時には既にエイズを発症している事例が約 30%を占める
- ② 若い世代や同性愛者における感染の拡大への対応が十分ではない
- ③ 一部の医療機関への感染者・患者の集中が生じている

表4: BRFSS コア項目調査における HIV/AIDS 関連質問項目の年次比較

...	2001	2002	2003	2004	2005	2006
	セクション17: HIV/AIDS	セクション17: HIV/AIDS	セクション20: HIV/AIDS	セクション20: HIV/AIDS	セクション19: HIV/AIDS	セクション21: HIV/AIDS
	これから私がHIV、つまりAIDSを引き起こすウイルスについて2つの状態を説明します。私がそれぞれを読み終わったら、あなたはどちらが正しいと思うか、あるいはわからないを教えてください。					
...	18.1 HIVに感染している妊婦は、子どもにHIVをうつす可能性を減らすような治療を受けることができます。				-	-
	18.2 HIV感染者が延命のために利用できる治療方法がある。					
18.3	HIV感染者にとってこれらの治療は延命にどのくらい効果があるとあなたは思いますか？	-	-	-		
...						
	セクション17: HIV/AIDS	セクション17: HIV/AIDS	セクション20: HIV/AIDS	セクション20: HIV/AIDS	セクション19: HIV/AIDS	セクション21: HIV/AIDS
18.4	人々にとって検査受診でHIVの感染有無を知ることとは、どのくらい重要だとあなたは思いますか？			-	-	-
18.5	あなたはこれまでにHIV検査を受けたことがありますか？献血の際受けたかもしれない検査は除いて下さい。	あなたはこれまでにHIV検査を受けたことがありますか？献血の際受けたかもしれない検査は除いて下さい。唾液検査はカウントして下さい。				
	-	-	-	過去12か月間にあなたは何回HIV検査を受けたことがありますか？結果をきかなかった検査も回数に含めてください。	-	-
18.6	献血の場合は含めないで、直近のHIV検査はいつ前でしたか？					
	直近のHIV検査を受けた主な理由は何でしたか？	私がこれから、HIV検査を人々が受ける理由と思われるリストを読み上げます。献血の場合は含めないで、直近のHIV検査を受けたあなたはどのくらいの理由は何だと言えますか？			-	-
18.7		直近のHIV検査はどこで受けましたか？ - (具体的例示の列挙)				
18.8	HIV検査はどこで受けましたか？	-	-	あなたが最近HIV検査を受けたクリニックスのタイプは？	-	-
...		-	-	その検査は看護師や他の医療職によって行われましたか？それとも家庭用キットですか？	-	-
		これからリストを読み上げます。読み終わったら、いずれかの状況があなたにあってはなるかどうかを教えてください。これは正しいか、あるいは間違っているかを教えてください。				
18.8	-	◆これまでに薬物静注をしていたことがあります。				-
		◆これまでに性行為感染症または性病の治療を受けたことがあります。				
		◆これまでに金銭の授受を伴う性交をしたことがあります。				
		◆これまでにコンドームなしの肛門性交をしたことがあります。				
18.9	次の質問は、梅毒、淋病、クラミジア、生殖器ヘルペスのような、HIV以外の性感染症についてです。過去12か月に医師、看護師、その他医療専門職からあなたはコンドームを使った性感染症予防について聞いたことがありますか？					
...					-	-
21.4	その検査は、2、3時間以内に結果の出る迅速検査で行われましたか？					

④ 国と地方公共団体の役割分担が明確ではない

⑤ 各種施策の実施状況等の評価が十分ではない

改訂エイズ予防指針は、これらの問題点の主な原因を明らかにしつつ厚生科学審議会等における検討を経て策定されたものである。本稿の第1章、第2章では特に、現状の問題点④および⑤に関連する具体的改善策として、「地方公共団体が実状に応じてきめ細かくヘルスプロモーションに基づくエイズ対策を推進する」ために必要な整備事項を提案してきたといえる。5つの問題点は互に関連する事項ではあるが、以下本稿の第3章では特に問題点②に注目する。これらは改正エイズ予防指針において、「重点個別施策層」として今後重点的アプローチを要すると言及されている施策対象である。青少年、同性愛者という対象にヘルスプロモーションに基づく targeted strategy によるエイズ対策を推進する際、配慮を要すると思われる点に触れ、課題を探ってみたい。

(1) 青少年に対する施策充実に向けて

ー性感染症予防教育、性教育に関連して

性感染症予防施策を展開する場合、「性教育」はその普及・啓発に際してきわめて関連の深い事項である。日本では歴史的にみると、性教育はおろか性自体についても語られることのなかった時代がごく最近まで続いた。戦前はもちろん、戦後、民主主義や男女平等といった考え方が普及し教育がなされる状況においても、性の問題にまで意識が広がることはなかったといわれる⁹⁾。米国では1964年に SIECUS (= Sexuality Information and Education Council of the United States: シーカス) が設立され、科学的な性教育により人間の解放や宗教的ドグマからの脱却につながる肯定的な性の考え方が拡がり、研究がなされるようになった。

日本においても、同調する人々を中心として1970年代に同様の流れが展開されようとしたが議論は保健医療関係者にとどまり、「人間が育っていく上で性はどんな意味をもつか」といった点にまで議論は及ばなかったと指摘されている。そのため日本では学校教育における性教育の位置づけが不明確な時期が長く続き、結果として学校・地域・家庭という子どもの「育ち」の場々々におけるアンバランスが生じてしまったものと思われる。

このように、人間が生きる過程の育ちにおける性教育をとりまくアンバランスが具体的に形として現れたのが「性教育バッシング」といえるのかもしれない。生きるうえで自己選択、自己決定の権利や自立、共生をも包含した健康 (Well being) な生き方を学ぶ観点から、近年学校教育においても性教育が導入されてきた流れに対し、バッシングが絶えないのだ。都立七生養護学校事件は、近年における「こころとからだの学習」(性教育) に対し、性教育の取り組み全体が理解されず、人形などの教具のみが「卑猥だ」「不適切だ」と都議会で突然問題にされた例として、典型的な性教育バッシングといえるだろう。同様の性教育

バッシング例は、近年全国各地でみられている。今後、地方公共団体がきめ細かい性感染症予防施策を展開する場合、これらの背景事項を念頭においた地域連携に充分配慮する必要がある。

(2) 同性愛者に対する施策充実に向けて

ー個性・文化の多様性への理解によるコミュニティエンパワメント

近年の日本における性行動調査 (18歳から55歳までの日本人対象) によれば、MSM (Men who have Sex with Men; 男性同性間性的接触者) の回答は男性の約1.2%にのぼったといわれる¹⁵⁾。この割合は、人口に換算すると約50万人に相当し、東京・大阪といった人口集中都市では3~5%に達すると推定されている。また、ゲイ雑誌の売れ行きから推定したゲイ、すなわち文化的側面を含めた男性同性愛者と呼べる人々の人口は、100から200万人ともいわれている。集団規模は既に「少数派」とは呼びにくいほどであり、しかも新規 HIV 感染者・エイズ患者の数に占める割合を考えれば、多くの地方公共団体がエイズ対策個別施策の充実に模索する対象層であるにもかかわらず、行政から発信される HIV 関連情報が必ずしも十分に伝わっていない可能性が指摘されている。彼らがゲイコミュニティを形成しがちであるが故に完結した人間関係と情報網を利用する点が大きな理由だろう。さらに、HIV 感染予防における、やはり重要な個別施策層のひとつと言って良いバイセクシュアル層では、日本の文化が、バイセクシュアルという明確な自認すら遠ざける方向に力を及ぼしているという。そのため、バイセクシュアル指向の人々には、集団としての感染リスクの高さに対する認識がなく、しかもゲイコミュニティに提供された予防啓発情報もバイセクシュアル層には伝わっていない可能性はきわめて高いとされている。

MSM・ゲイ・バイセクシュアル指向の人々に地域保健サイドが何らかの予防メッセージを伝えたいのであれば、他の生活習慣病予防におけるヘルスプロモーション手法同様、「自助」「互助」グループの活動を公的立場で支援 (= 公助) する視点が重要であろう。少なくとも MSM の人々の間に HIV 感染の実情と HIV 抗体検査受診に対する認識が浸透してきているようである。厚生労働省の研究班が東京都内の MSM を対象に行なった調査によれば、過去1年間における HIV 抗体検査受検率はこの5年ぐらいの間に22-23%から28-30%に増えてきている¹⁶⁾。その背景にうかがわれる「自助」「互助」による当事者グループ、すなわち CBO (Community based organization) による予防活動が、さらに質的・量的にレベルアップできるよう「コミュニティエンパワメント」を支援できる最良の方法を、行政は環境整備・普及啓発等の企画において模索すべきだろう。「住民の個性や文化による多様性を認めようとして、住民の主体的活動を行政や専門家等の団体が支援し環境整備する」というヘルスプロモーションの基本に立ち帰っ

て、今後地方公共団体を中心としたきめ細かく効果的な施策が講じられることを期待する。

さいごに、重点個別施策層として予防指針に記載される「青少年」「同性愛者」はあくまでも国全体として概観した場合の対象であるため、地方公共団体は実状に応じた独自の個別施策層の検討をとおして推進すべき独自のエイズ対策を探るべきである点を強調したい。新規 HIV 感染者・エイズ患者の数や予防的介入ニーズの観点から、青少年および同性愛者に対して今後いっそう重点施策を行うべき点に異論はないのだが、30歳代、40歳代が個別施策層から漏れることへの危惧が指摘されている。エイズ電話相談に対して職場で働く者からの相談が増えているなど、この層にリスクが潜在する可能性について少なからぬ警告が発せられている。いずれにせよ個別施策層を定量的・定性的に探るには、まさに実態の分析と対策評価を「きめ細かく」積み重ねる以外に方法はないと思われる。今後、地方公共団体によるいっそうきめきめ細かいエイズ対策の展開により、効果的な施策推進が可能となることが期待されるところである。

* リスクコミュニケーション：リスクを避けるためにリスクを共通の課題として認識した上で、様々な立場や視点からコミュニケーションを図り、住民を含めてそれぞれが納得の上で効果的な対策を見出していくプロセス

- 1) 藤井充. エイズ対策は成功したか エイズ対策を振り返って. 公衆衛生2003; 67(12): 941-5.
- 2) 東京都衛生局. HIV/AIDS 関連年表. 保健所エイズ対策マニュアル, 東京: 東京都衛生局医療福祉部エイズ対策室; 1999. p.137-142.
- 3) 東京都福祉保健局健康安全室感染症対策課エイズ対策係. 平成18年東京都の HIV 感染者・AIDS 患者の動向及び検査・相談事業の実績. AIDS News Letter 2007年3月臨時増刊号[No.115]. Available at: <http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/kansen/news/newsletter115.pdf>
- 4) 厚生労働省大臣官房統計情報部人口動態・保健統計課保健統計室. 平成16年度 地域保健・老人保健事業報告の概況. 厚生指標 2006; 53(6): 45-52.
- 5) 厚生労働省エイズ動向委員会. 平成18年エイズ発生動向年報 (平成18 (2006) 年1月1日～12月31日). 東京: 厚生労働省エイズ動向委員会; 2007. Available at: http://api-net.jfap.or.jp/mhw/survey/06nenpo/nenpo_menu.htm
- 6) 秋野公造. 改正後のエイズ予防指針に基づくエイズ対策について. 治療 2006; 88: 3007-14.
- 7) 多田羅浩三. 健康日本21推進ガイドライン—厚生科学特別研究事業: 健康日本21推進の方策に関する研究. 東京: ぎょうせい; 2001
- 8) 岩室紳也. HIV 対策とリスクコミュニケーション. 「性生活習慣病」という概念の必要性. 公衆衛生 2004; 68: 529-33.
- 9) 村瀬幸浩, 浅井春夫, 岩室紳也. 性のヘルスプロモーション⑦. [インタビュー] これからの性教育のあり方. 「性教育バッシング」を超えて. 公衆衛生 2006; 70: 319-24.
- 10) No authors listed. Women, reproductive health and international human rights. Prog Hum Reprod Res. 1999; 50: 2-4.
- 11) 橘とも子. HIV 感染予防対策と情報. 性生活習慣病予防対策における「施策評価」「リスクコミュニケーション」ツールとしての情報活用. 公衆衛生 2005; 69: 895-9.
- 12) 社会保険実務研究所. エイズ・HIV 届出事項の見直しで告示. 居住地と国籍の届出を明確化. 週刊保健衛生ニュース 2007; 第1402号: 10-1.
- 13) 社会保険実務研究所. エイズ施策評価検討会がモニタリング項目設定. 補助金申請額も把握. 週刊保健衛生ニュース 2007; 第1402号: 11-2.
- 14) 米国予防医療研究班 著. 福井次矢, 箕輪良行 監訳. 予防医療実践ガイドライン. 東京: 医学書院; 1993
- 15) 厚生労働省健康局疾病対策課. 「後天性免疫不全症候群に関する特定感染症予防指針見直し検討会」報告書について. 東京: 厚生労働省; 2005. Available at: <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/06/s0613-5.html>
- 16) 岩室紳也, 稲垣智一, 長谷川博史, 市川誠一. エイズ対策を評価する(5). MSM における感染予防(上). 公衆衛生 2006; 70: 396-401.
- 17) 稲垣智一, 市川誠一, 長谷川博史, 岩室紳也. エイズ対策を評価する(6). MSM における感染予防(下). 公衆衛生 2006; 70: 470-4.