

## 第4回 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）見直し検討会 議事録

1. 日時 平成17年3月23日（水）15：00～17：30

2. 場所 中央合同庁舎5号館5階 共用第7会議室

### 3. 出席者

（委員）池上千寿子（代理、生島嗣）、石井美智子、市川誠一、大平勝美、木原雅子、木原正博、島宮道男、玉城英彦、木村哲、前田秀雄、南砂、山本直樹、雪下國雄（以上13名、敬称略）

（厚生労働省）関山健康局疾病対策課長、鈴木正徳エイズ医療係長、他

### 4. 議題

- （1）前回議事確認
- （2）エイズ予防指針の見直しについて
  - 1 原因の究明
  - 2 国際的な連携
  - 3 ヒアリング（長谷川博史氏）

### 5. 内容

（照会先）健康局疾病対策課

電話：03-5253-1111（内線2354）

– 以下、別添ファイル参照

## 第4回 エイズ予防指針見直し検討会 議事録

発言者	発言要旨
事務局	○開会 ○出欠確認
座長	○今回初参加の玉城委員から、簡単に自己紹介を。
玉城委員	○（自己紹介）
座長	○本日の予定について

		<ul style="list-style-type: none"> <li>・前回議事確認</li> <li>・医療の提供（前回つづき）</li> <li>・原因の究明</li> <li>・国際的な連携</li> <li>・ヒアリング</li> </ul>
座長		○前回議事確認について、事務局から資料説明を。
事務局		○前回の議事録については、委員にはメールで確認させていただいているところ。
石井委員		○メールアドレスを登録していなかったので、議事録を確認できなかった。今確認したところ、若干趣旨が異なっているところがあるので、後ほど修正をお願いする。
座長		○資料4のスケジュールについて、事務局から説明を。
事務局		○スケジュールについて、前回（第3回）、「原因の究明」と「国際的な連携」に入れなかったので、第4回にスライドし、以下、1回ずつ後送りになっている。
座長		○それでは、前回の続きの「医療の提供」に入る。 ○事務局から資料説明を。
事務局		○前回の議論、及び、その後委員から頂いた意見については、四段表に落とし込んでいるところ。
座長		<p>○四段表の対応策、☆のところが、前回の議論をまとめたもの。</p> <p>○「1 医療機関の確保」では、中核拠点病院構想ということで、都道府県に少なくとも1つ、東京・大阪など地域によっては複数の中核拠点病院を確保するなどの医療体制を再構築する、という議論があった。</p> <p>○また、積極的にエイズ医療に取り組んでいる医療機関に対して、何らかのインセンティブが必要ではないか、という意見もあった。</p>
大平委員		<p>○前回の議論の後の四段表への意見登録が間に合わなかったので、次回には反映させてもらえると思うが、インセンティブについては、診療報酬という金銭的なものだけでなく、人的な面でのインセンティブも必要。</p> <p>○エイズ医療従事者に対して、エイズ専門医師、エイズ専門看護師、などのように、専門職として位置づける方策が必要ではないか。そのような方策が確立させエイズ医療従事者にこれまで以上にやる気をおこさせる。</p> <p>○特にコーディネーターナースも何らかの形で身分を反映させてほしい。専門性を高めるような取り組みを期待する。</p>
座長		<p>○確かに、現状では、エイズ担当のコーディネーターナース（CN）、ソーシャルワーカー（SW）、カウンセラーなどは、公の職種として認められていない。</p> <p>○医療現場では、SWなどを置くようしているところが増えてきてはいるが、公の職種として認められていないので、診療報酬にも結びついていない。</p> <p>○大平委員の意見は、こうした人員を積極的に配置できるようなインセンティブが必要、というもの。</p>

	大平委員	○医療提供体制の充実ということで、院内での連携、病病連携などがあるが、患者の立場から言えばCNやSWがきちんとコーディネートできるような体制でないと、他に転院などもできない。
	事務局（課長）	○医療体制の充実について、一般医療の問題と、エイズ医療の問題とを、きちんと整理する必要がある。ここでは、より、エイズ医療の問題を取り上げて議論したい。 ○エイズ医療の分野でどのような動機付けをするのか。その動機付けの手法が、資格化なのか。資格化しなくても、研修などでサポートすればいいのか。人材育成をどうするか、といった議論にも関連してくる。
	大平委員	○専門ナースの資格については、看護協会などで、ガンや糖尿病などを対象としたもので、17職種くらいある。 ○エイズ医療は、単なる感染症ではなく、公衆衛生の視点も必要であり、プライバシーの問題などもあり、専門性を活かしていく必要がある。 ○患者が、安定した医療を受けるための良質な医療を保障することが必要で、福祉・医療のコーディネートなどは重要。
	事務局（課長）	○CNについては、その定義そのものが曖昧なところもあるが、いずれにしても、こうした看護協会での認定、学会での認定などの制度を活用する、といった具体的な話については、引き続き議論したい。
	大平委員	○看護協会での認定は研修が中心となるが、その後、例えば、ACCで臨床研修を一定期間実施してもらって、それをもって資格を認定する、といった手法も考えられる。
	座長	○その他、都道府県ごとに医療体制の整備計画を立てる、数値目標を設定して進捗状況を評価する、という意見もあった。一方で、自治体としては、国がある程度スキームを示してくれないと、自治体単独では難しい、という意見もあつた。
	木原（正）委員	○歯科診療については、やはり現状ではいろいろな問題がある。一部の協力してくれているところに負担が押しつけられている。システム的にフォローできる体制が必要ではないか。
	座長	○歯科診療の連携については、研究班でもグループがあって、拠点病院の歯科と、歯科診療所との連携を構築するため、教育や啓発などの活動を行っている。 ○ただ、国、自治体として、どれだけそうした働きかけができているかどうかは不明。 ○患者にとっては、歯科診療の需要は大きい。
	大平委員	○歯科診療については、B型、C型肝炎になってしまい問題があり安心してかかれることがある。 ○病気（エイズ）を告げて安心してかかる歯科診療は、東京などではネットワークを試みてはいるが、地方などではほとんどない。 ○患者が感染していることを言う必要があるかどうか、という問題もあるが、歯科診療として、きちんと感染防御体制をとってもらっている、そういうレベルまで高めてもらう、というのが重要。

		<ul style="list-style-type: none"> <li>○啓発については、歯科医師会の協力が必要。</li> <li>○過剰防衛というのは困るが、一般的な感染防御の中で安心してかかる体制を確保してほしい。</li> </ul>
座長		<ul style="list-style-type: none"> <li>○実態としては、感染していることを告知することができないまま診療を受けている。</li> </ul>
木原（正）委員		<ul style="list-style-type: none"> <li>○HIV・エイズが流行している他国でもこうした問題があって、それをクリアしてきたのではないか。</li> <li>○こうした事例を調査して、参考事例として日本にも取り入れることはできないか。</li> </ul>
座長		<ul style="list-style-type: none"> <li>○ACCでは、もちろん歯科でも対応しているが、患者の希望で、地域の歯科診療所を紹介したいというケースもあるが、なかなか受け入れ先がない。</li> <li>○「連携体制を構築」という文言はその通りだが、具体的にどうするか、ということがないと、言葉だけで終わってしまうおそれがある。</li> </ul>
事務局（課長）		<ul style="list-style-type: none"> <li>○先ほどの海外の成功事例については、もしもそうした分野に詳しい方がいらっしゃれば、日程の都合もあれば、ヒアリングをして意見をいただく、ということも考えたい。</li> </ul>
市川委員		<ul style="list-style-type: none"> <li>○現行の指針でも、拠点病院と地域の病院との連携が必要である、とある。</li> <li>○患者は、エイズ医療については拠点病院で受けているのだろうが、歯科などのエイズ以外の医療については、現状では、拠点病院、地域の病院、どちらで対応しているのか。</li> </ul>
座長		<ul style="list-style-type: none"> <li>○拠点病院で対応できれば、拠点病院で対応しているが、患者が、家から近い地域の病院がいいというような場合には、そちらと連携が必要。</li> </ul>
市川委員		<ul style="list-style-type: none"> <li>○歯科もそうだが、それ以外、例えば高齢化にともなう成人病なども、拠点病院ではなく、地域の病院でも受入が大丈夫、という状況にしておかないと、患者・感染者の増加という状況を考えると大変なことになる。</li> <li>○「連携」は不可欠、ということはみんな分かってはいるが、じゃあどことどこが連携すればいいのか、といった具体的なところが明らかになっていない。専門的な病院、地域で中心になっている病院、医師会、など、どのような連携が必要なのかについても明らかにする必要がある。</li> </ul>
雪下委員		<ul style="list-style-type: none"> <li>○確認だが、中核拠点病院構想について、現在、ブロック拠点病院と、一般の拠点病院とがあるが、この中核拠点病院はその中間に位置づけられる、ということですか。</li> </ul>
座長		<ul style="list-style-type: none"> <li>○そのとおり。</li> <li>○ブロック拠点病院は、ブロックの拠点ということで、複数の都道府県にまたがっている。そのため、都道府県単位それぞれで責任をもって対応するという体制になっていない。</li> </ul>
雪下委員		<ul style="list-style-type: none"> <li>○たしかに、関東ブロックは、ブロック拠点病院が新潟にあるため、例えば神奈川県が連携をとるというのは難しい。県単位というのはいいと思う。</li> <li>○中核拠点病院ができてもブロック拠点病院はそのまま残る、ということでいいか。</li> </ul>

	座長	○そのとおり。ブロック拠点病院があって、中核拠点病院があって、拠点病院がある、というイメージ。
	雪下委員	<p>○歯科診療について、神奈川県では、相模原市歯科医師会が中心になってモデル事業を実施しているが、県の予算の関係で、モデル事業の存続が危ない、ついては医師会で協力してもらえないか、というような話がある。</p> <p>○せっかくモデル事業をやっても、予算の都合で尻切れになってしまいうのは問題。</p> <p>○相模原市歯科医師会の医師会長に問い合わせて、情報収集してみる。</p>
	池上委員 (生島代理)	<p>○歯科診療については、社会生活をしていることを考えると、拠点病院で歯科診療を受けられるとしても、通院するのはなかなか大変（治療のために何度も通う）。そのため、地域の歯科診療所に通いたい、という声があるのは当然。この両者を選択できるような体制であればいい。</p> <p>○地域の連携について、例えば東京都では、2つの医療圏で連携会議を年2回開催しているが、こうした会議は非常に有効ではないか。</p>
	大平委員	<p>○市川委員の話があったように、具体的に、連携の中身を詰めていく必要がある。</p> <p>○例えば、ブロック拠点病院で、その患者の診療方針を決定して、その患者を拠点病院に紹介した、という場合、紹介した時点でブロック拠点病院と拠点病院との連携が切れてしまうということではダメ。</p> <p>○誰が主治医で、メインが誰で、サブが誰で、それらが連携して診療内容を交換できるようにしておかないといけない。</p>
	木原（正）委員	<p>○「充分な説明と同意に基づく医療の推進」で、患者教育－「患者支援」に代えて欲しいが－による行動変容に触れられているが、医療現場での行動変容につなげる教育というのは重要。</p> <p>○医療従事者と患者とが、F A C E T O F A C Eで支援していくとなると、それ相応の技量も必要となる。充分に行わないと逆効果になることもある。そのための訓練、研修を充実させていく必要がある。</p>
	座長	<p>○確かに、医療従事者が、患者を行動変容に繋げていくだけの技量を身につけていないというところはある。ここから始める必要がある、ということ。</p> <p>○その他、「情報ネットワークの整備」、「在宅療養支援体制の整備」、「外国人に対する医療への対応」あたりについては意見はあるか。</p>
	木原（正）委員	<p>○外国人の医療についてどうするか、というのも問題。まずはできるところから、ということにはなるが。</p> <p>○外国人は総じてC D 4が低い状態で受診しているという研究報告がある。長い間、医療機関に相談できずにいた、ということであり、こうした部分は何とかしないといけない。</p> <p>○外国人支援については、外国人が利用できるリソースが少ない。電話相談も音声ガイダンスのみ、読めるものも限定されている。これらリソースの充実から始める必要がある。</p>
	座長	○人材の活用もそうだが、その前提となる人材の育成も必要で、教育とも密接に関連し、C Nの育成のための資格化などもうまく活用できれば。

	大平委員	<ul style="list-style-type: none"> <li>○研修を受けても専門性を身につけようにも、国の機関と大学などの教育機関では考え方の壁がある。壁をこえて有用な人材を作つてほしい。</li> <li>○しかし、人材活用については、例えば、配置換えがあつても、またエイズ医療に携われるようとする、というようなローテーションは組めないか。そうすることで、専門性を発揮できるような環境が整備できるのではないか。</li> <li>○例えば、ブロック拠点病院で研修を受けた人が、拠点病院での勤務を希望した時に、そうした異動ルートを確保するとか、国立、公立、一般の医療機関相互間の異動ルートを確保する、など。</li> </ul>
	座長	<ul style="list-style-type: none"> <li>○国立、公立、一般の医療機関、というように、そもそも母体が異なる医療機関同士の人材交流というのは、事務局としてはどうか。</li> </ul>
	事務局（課長）	<ul style="list-style-type: none"> <li>○人事異動については、たしかに研修を受けた人にはエイズ医療をやってほしいというのもあるが、その人のキャリアパスの話もあるので、一概に決めてしまうのは難しい。どういうやり方があるか。</li> <li>○また、細かい話では、例えば所属の法人が変わった場合に、身分、例えば退職金がどうなる、等も含めて、制度設計をする必要がある。</li> </ul>
	山本委員	<ul style="list-style-type: none"> <li>○「3」で「充分な説明と同意に基づく医療の推進」があるが、この記述は今の常識にはなじまない。医者が上で、医者から患者への一方通行の書き方になってしまっている。インフォームドコンセプトは古い。</li> <li>○今の常識は、患者が一緒に参加してやっていくという対等関係が主流である。</li> </ul>
	座長	<ul style="list-style-type: none"> <li>○今のご意見については、事務局で文言を調整してもらう。</li> </ul>
	大平委員	<ul style="list-style-type: none"> <li>○本来は、患者の自己教育、セルフマネジメントということ。患者が自分で勉強して、医療従事者はそれをサポートする、というのが主流。</li> </ul>
	池上委員 (生島代理)	<ul style="list-style-type: none"> <li>○患者の行動変容のための、医療従事者のカウンセリングだが、医療従事者の中には、対面で性的な話をしにくい、というような人もいる。そうした場合には、対面以外のツールや、ピアエデュケーション、ピアカウンセリングといったオプションがあるとうまく機能する。</li> </ul>
	大平委員	<ul style="list-style-type: none"> <li>○まずは患者の自己管理教育プログラムがメインで、そのサポートとしてピアカウンセリングがある、という関係。</li> </ul>
	雪下委員	<ul style="list-style-type: none"> <li>○患者の在宅療養については、まずはどこがメインになるのか。</li> </ul>
	座長	<ul style="list-style-type: none"> <li>○一義的には、保健所の保健師ということではないか。</li> </ul>
	前田委員	<ul style="list-style-type: none"> <li>○たしかに、保健所の保健師は、難病、結核、精神などのケースについて、コーディネーターとして機能している。</li> </ul>
	座長	<ul style="list-style-type: none"> <li>○医療機関が関与するのか、保健所が関与するのか、ケースバイケースのところもある。</li> </ul>
	雪下委員	<ul style="list-style-type: none"> <li>○拠点病院の位置づけを整理しておく必要がある。</li> <li>○理想は、どこでもいつでも対応してもらえる、ということだが、そうした体制は組めないので、拠点病院というのを位置づけて対応している。在宅療養についても、ある程度拠点病院の役割があるのではないか。</li> </ul>
	座長	<ul style="list-style-type: none"> <li>○拠点病院は急性期病院が多いので、長期療養への対応となると、対応が難しい。</li> </ul>

	市川委員	○医療提供体制の整備といった場合、論点としては、エイズ医療をちゃんと受けられるようにどのように体制をとるか、ということと、地域の中で患者が生活できるよう、どのようにコーディネートするのか、という2つに分けて考えていく必要がある。
	池上委員 (生島代理)	○寄せられる相談事例としては、拠点病院、急性期病院から、いきなり在宅療養、というのは、患者にとっては環境の変化が大きく厳しい。この中間に位置するような施設が必要。
	座長	○議論は尽きないが「原因の究明」に移させていただく。 ○私はエイズ・性感染症ワーキンググループにも顔を出しているが、そちらでは「定点」がポイントであった。ここではどうするか。
	木原（正）委員	○エイズ動向委員会でも、長く議論しているが、個人情報保護の扱いもあって、議論は止まっているところ。ここをどう改善するかが問題であり、1999年の新法以前から行われているが、法律改正になってしまふこともありえる。
	玉城委員	○日本人が海外で感染し海外で報告したらどうなるのか。
	座長	○日本で治療（報告）しない限り、カウントはされない。
	市川委員	○現在は報告地で集計されている。 ○確かに東京は患者・感染者数が多いが、この数字には神奈川・埼玉等の近県が入っている。その証拠はできないのだが、地域の動向を見るには現在のサーベイランスは充分でない。
	事務局（課長）	○各地域からの届け出により、都道府県にエイズ対策において責任をもってもらう。そのためには住所地等データの提供が必要。
	前田委員	○HIVは長期療養することを考えると氏名等の公表も必要なのではないか。結核事業のように氏名、住所は必要ではないか。 ○後天性免疫不全症候群発生届があくまでも匿名というのであれば、陽性者は、治療のために医療機関と繋がることを考えると、何らかの方法で把握することができないといけない。 ○それは5類感染症から4類感染症にすれば可能だが。
	石井委員	○現在の調査がどのように生かされているのか。予防の観点ではどうか。また、性感染症としてのエイズの予防として生かされているか、知りたい。 ○また、当検討会ではHIV／エイズをどういうものとして位置付けられているのか。
	座長	○性感染症としてのHIVを考えている。
	事務局（課長）	○広く性感染症と言えばHIVも入る。ここでは性感染症としてHIVを議論してもらっているところ。 ○エイズは全数調査であり、性感染症は定点調査である。都道府県にエイズに関して責任をもってもらい、検査から医療機関への体制を組むならば、居住地の情報があった方がよりよいデータとなるはずである。
	木原（正）委員	○今の法律と省令を改正しないといけない問題と、改正しなくてもよい問題がある。実際に法改正、省令改正となるとそうは簡単にはいかないものである。

	○研究面でも補ってきたところであり、今後も研究は発生動向を補完するような充実さを目指すものが重要になってくる。
大平委員	<p>○発生動向調査ができる点、できない点を具体化し、単に発生予防だけでなく、エイズを考える資料として活用されることが重要である。</p> <p>○これはプライバシーとの戦いになるが、できるところまではやれるようすればよい。当調査では決してある人を特定するわけではなく、有効な施策ができるための一つとして検討があつても良い。</p>
雪下委員	<p>○この調査の目的は何か。</p> <p>○発生動向と言っても、発生した人の動向とは言えない。</p>
木原（正）委員	<p>○それは日本の環境があげられる。</p> <p>○アメリカでは氏名・住所も報告されている。日本の歴史では薬害エイズからはじまったので少し事情が違うと思われる。</p> <p>○その辺を欧米並みにできるかといえば、社会的には難しい。現実には多少の見直ししかできないであろう。</p> <p>○その代わり、研究で調査を補完すること、医療機関で治療に関する調査ができないか。</p>
池上委員 (生島代理)	○（陽性の際）検査で示される医療機関は、ちゃんと診察してくれない医療機関を示されることもある。告知を受けた側のメリットをつくりださないと、告知を受けた人が受診に結びつかない。その結果、任意で受検する検査所／保健所と医療機関の間での報告の消し込みがうまくいかない可能性が出てくる。
木原（正）委員	○そういうことも地域でどうあつてあるかわからないといけない。そのためにも県別の動向が必要である。
市川委員	○どこが分析しているのか。何を求めているかを考えることが必要である。
木原（雅）委員	○若い人は、エイズのデータより性感染症のデータの方が関心がある
座長（木村）	<p>○「国際連携の充実」に移させていただく。</p> <p>○事務局から説明があればどうぞ。</p>
事務局	(玉城委員からの差替資料の説明)
座長	○玉城委員、資料の説明をお願いします。
玉城委員	<p>(資料説明)</p> <p>○ポイント</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• WHOとUNAIDSには温度差があること</li> <li>• まだまだ日本のリソースは少ないと</li> <li>• 研究でもフィードバックできるような体制を。研究成果に期待。</li> <li>• グローバルファンド</li> </ul>
座長（木村）	<p>○ありがとうございました。時間も迫ってきましたが何か御意見のある委員があれば。</p> <p>○（特になし）以上の提言より四段表に落とし込んでください。</p>
座長（木村）	<p>○それではちょうど良い時間なので、これからヒアリングをはじめます。</p> <p>○ジャンププラスの長谷川さんよろしくお願ひします。</p>

	長谷川	<p>(ヒアリング)</p> <p>○ポイント</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・当検討会の委員選定に疑問。なぜ女性の患者・感染者がいないのか。日本の一番の原因とも言えるM S Mの方が選ばれていない。</li> <li>・当指針はよくできているが、今までの評価がされているか。</li> <li>・予防の効果が残念ながらなかった。現在の増加に関してはむしろ驚きはない。</li> <li>・元々は個別施策層のための対策であった。その対策がきちんとされているのか（されていない）。</li> <li>・予算面で言えば、事業費がない（M S M等研究費で賄っている）。大都市にはM S Mを含め患者、感染者が多いので重点配分が必要。</li> <li>・当予防指針が国家戦略の元締めと考えているが、本当にそうか疑問。むしろ世界には優れた事例がたくさんあるのに日本には無い。</li> <li>・検査と治療の関係がうまくいっていない。予防に生かされていない。治療に行かない人もいる。</li> <li>・日本はいきなりA I D Sが多い。検査を受ける動機が少ない。それは根強く差別偏見が残っているためとも考える。</li> <li>・偏見の差別の解消は重要。（私のように）陽性者として名乗りでてもメリットは少ない。偏見差別がなくなればエイズ全般は格段に進むはずである。解消するには地域でもっともっと働く場等の支援が必要である。</li> <li>・リスキーな部分がアナウンスされていない。致死性・性の問題があげられる。</li> <li>・個別施策層への対応が不十分である。患者が医療関係者に本音を話していない。ドクターハラスマント的問題がある。多様な医療機会が必要である。実は青少年の中にも多くのM S Mいるのである。12～13歳から学校教育が必要である。</li> <li>・N G Oとの対等なパートナーシップが必要である。実際は行政の論理で動いてしまう。土日検査ができないのは自主規制が働いているのとN G Oをもつと評価しないといけない（財源等）。</li> </ul>
	座長（木村）	<p>○ありがとうございました。</p> <p>○N G Oとの連携はサポートが必要である。</p>
	市川委員	<p>○地域の中でのN G Oは財源が大変であり、活動力で補っているところがある。</p> <p>○事業を研究ではなく、国の施策として行うことが必要。アクタとディスタも。</p> <p>○財団の活動性があがるような施策が重要である。（現在、ストップ基金は金もない）</p>
	座長（木村）	<p>○予防指針はよくできているが、努力目標で終わっているところがある。財団の位置づけについては検討を要するところか。</p> <p>○ここからはフリートークとします。御意見のある方は自由に。</p>
	大平委員	<p>○残念ながら財団は本当の機能が発揮できていない。もっとお金（寄付）を集めようの働きをし、たくさんの事業をしっかりやることが必要。</p> <p>○最終的にはそれらの事業が若年層への啓発に繋がる。</p>

		○現在のエイズ対策に関する司令塔は疾病対策課にあり、国がエンジンを動かさないと影響が及ばない。積極的な予防対策や各戦略を立てていくことが重要。
座長（木村）		○疾病対策課が司令塔であり、他が財団、自治体といったところか。
玉城委員		○財団のマンパワーは限られている。保健所やN G O・N P Oの連携をやった方がよい。
石井委員		○評価をどう行うか。 ○指針は立派なものであり（絵に描いた餅）、それをどう具体化していくか。行動計画と事業化。それらを指針に義務のように書き込んだ方がよい。 ○何をするか掘り下げた議論が必要である
事務局（課長）		○報告書に盛り込んでいきたい
島宮委員		○M S Mには若年層が多いこと。エイズ予防教育にはその視点が欠けている。学校教育としてもたりない点である。
座長（木村）		○本日の議論はここまで ○本日の議論についても補足等は次回の検討会の冒頭で議論したい。

[トップへ](#)

[審議会議事録](#) [厚生労働省ホームページ](#)