

---

**「HIV/エイズに関するコミットメント宣言」の  
実施状況のモニタリング・評価に関する  
日本市民社会からの国別報告書  
＜日本国＞**

---

本**国別報告書**は、(特活) エイズ&ソサエティ研究会議 (Japan AIDS and Society Association) の責任により、(特活) アフリカ日本協議会、日本 HIV 陽性者ネットワークの協力を得て執筆され、HIV/AIDS に関わる、より広い日本の市民社会による校正作業をへて作成された。

本国別報告書に関するより詳細な情報が必要な場合は、以下の連絡先にお問い合わせ下さい。

(特活) アフリカ日本協議会

担当 稲場 雅紀 (HIV/AIDS・感染症プログラム・コーディネーター)

電話 : 03-3834-6902, FAX : 03-3834-6903, メール : [info@ajf.gr.jp](mailto:info@ajf.gr.jp)

(特活) エイズ&ソサエティ研究会議

副代表 樽井 正義

メール : [info@asaip.org](mailto:info@asaip.org), [tarui@flet.keio.ac.jp](mailto:tarui@flet.keio.ac.jp)

## 1. 日本の HIV/AIDS : 全体像概要 Status at a Glance

日本の HIV/AIDS の流行は現在も、低流行期の段階にとどまっているが、感染数・感染率は一貫して漸増傾向にあり、近年、増加率は急激に上がっている。MSM (Men who have sex with men: 男性と性行為を持つ男性) における新規感染の急増により、日本は低流行期 (Low Risk) から局限流行期 (Concentrated Epidemic) に移行しつつあると見なければならぬ状態である。

日本は、戦後の経済成長に支えられた社会保障制度や高い水準の医療保障により、治療へのアクセスについては、世界のトップクラスの状況にある。しかし、社会的差別・スティグマが早期の検査と治療へのアクセスを阻害するケースも存在する。また、外国人については、治療のみならず予防、ケア・サポートの全ての面において、日本人よりもアクセスが困難な状況に置かれている。

一方、予防、検査、ケア・サポート、HIV 陽性者を含む市民社会の参画など、包括的な HIV/AIDS 対策については、日本は極めて遅れた状況にある。HIV/AIDS 問題が深刻化しつつあるにもかかわらず、日本では HIV/AIDS は政策の優先課題として認識されておらず、省庁を越えた国家としての HIV/AIDS 対策全体の責任主体は明確でなく、省庁間連携を有効に機能させるための調整機構や、政策の実施や成果をモニタリング・評価する機構が存在しない。さらには市民社会、わけても HIV 陽性者、感染の可能性に直面しているコミュニティ (communities at risk) の HIV/AIDS 政策への参画を保障するシステムも存在していない。

総じて、予防・検査・人権保障等の施策において、予算と人的資源が質・量ともに不足しており、この点について抜本的な改革が必要である。

## 2. HIV/AIDS の概況 Overview of the AIDS Epidemic

日本の HIV/エイズの流行状況については、厚生労働省のエイズ動向委員会により、医療機関からの HIV 感染者およびエイズ患者の報告件数が集約されている。国別報告書に報告されているそのデータを市民社会の観点から分析すると、次のように要約することができる。

《日本の HIV 陽性率は他の先進諸国と比べて低く、国連合同エイズ計画 (UNAIDS) による流行の 3 段階の分類では、低流行期にとどまっている。ただし、感染の拡大傾向は過去 10 年、一貫して続いており、とりわけ大都市圏のゲイ・コミュニティにおける感染は局限流行期への移行が懸念される状況にある。一方で、HIV 陽性率が低いことから予防対策、HIV 陽性者に対する支援対策への強い政策的意思が示されないうまま「コミットメント宣言」以降の 5 年間で経過しており、今後の感染の拡大が極めて憂慮される状況を招いている。》

上記要約を踏まえ、以下のことを指摘しておきたい。

- 1985 年に日本で最初のエイズ症例が報告されて以来、20 年を経過した現在でもなお、日本の HIV 陽性率は低い。ただし、HIV 感染の増加率は急激に上がっている。また、エイズ発症の診断を受けるまで HIV に感染していることに気づいていないケースが新規報告の三分の一を占めている。(2004 年の場合、新規に感染が確認された人は 1 年間で 1165 件報告されており、そのうちの 385 件がエイズ発症の診断を受けた段階で始めて HIV 感染が確認されたケースだった)
- その大きな理由は、検査および治療へのアクセスを必要とする人たちに十分な情報が伝えられていないこと、HIV/エイズにまつわるスティグマや忌避感情がいまなお根強く社会に残っていることなどから、早期に検査を受ける動機付けがなされていない点にある。
- とりわけ、社会的に弱い立場に置かれている人々である外国人、セックスワーカー、薬物使用者 (injecting

drug users: IDU) など個別施策層に対する予防施策は有効に機能してこなかった。

- そうした中で、報告データのうえから最も懸念される傾向は、MSM が感染報告に占める割合が他の感染経路に比して、きわめて大きいことである。
- 東京、大阪、名古屋、福岡など大都市圏のゲイ・コミュニティでは、自助的な啓発活動の動きが近年、活発化する傾向にある。一部では地方公共団体との協働も始まっており、厚生労働省も、MSM における HIV 感染拡大の問題を認識し始めた。この結果、ゲイ・コミュニティでは、社会全体の平均よりも検査を受けに行く人の割合が高くなっていることが種々のデータから推測できる。ただし、MSM の感染報告の増加はそうした成果のあらわれという以上に大きく、それゆえに、大都市内部のゲイ・コミュニティにおいては、感染のトレンドが低流行期から局限流行期への移行期に入りつつあるのではないかと懸念されている。

### 3. HIV/エイズに関する国家的対応 National Response to the AIDS epidemic

「三つの統一」(Three Ones) は、HIV/エイズ対策を国家のリーダーシップの下に効果的に進めるために、国際的に推奨されているモデルである。しかし、日本の HIV/エイズ対策においては、「三つの統一」に基づく体制は実現しておらず、その実現を目指す政治的意志が示されていない。日本政府の HIV/エイズに関する対応の問題は、以下の 3 点にまとめることができる。

- a. 政府において、HIV/エイズを国家的な優先課題とするという認識が欠如している。
- b. HIV/エイズ対策に関する行政機構が国際水準に準拠する形で整備されておらず、また、これを整備する方向性も示されていない。すなわち、
  - i) HIV/エイズ対策に関する包括的な政策・方針（第 1 の統一）が存在していない。
  - ii) 省庁の枠を越えた HIV/エイズ対策全体に関する統括的な責任主体が不明確であるとともに、国家エイズ委員会といった、効果的な省庁間連携の枠組み（第 2 の統一）が欠如している。
  - iii) HIV/エイズ対策に関する包括的なモニタリング・評価システム（第 3 の統一）が存在していない。
- c. HIV/エイズ対策行政への市民社会の参画が保障されていない。

まず、i) については、「後天性免疫不全症候群に関する特定感染症予防指針」(The National Guidelines of AIDS Prevention) が存在する。しかし、これは厚生労働大臣告示であり、基本的には HIV/エイズ対策のうち、厚生労働省の行政範囲についての方針文書にとどまる。この指針は 1999 年に制定され、2006 年に改正されたが、2001 年の「HIV/エイズに関するコミットメント宣言」との調和も図られていないし、改正作業においては HIV 陽性者や市民社会の参画は不十分であった。

次に、ii)については、先進国・途上国を問わず多くの国において存在する「国家エイズ委員会」といった機構は存在しない。そのため、省庁間の枠を越えた国家レベルの HIV/エイズ行政の責任主体が欠如しており、国家として HIV/エイズ対策を包括的・効果的に進める調整機関も存在していない。存在するのは、各省庁に点在する HIV/エイズ関連の担当課長等を束ねた「関連省庁間連絡会議」のみである。

各省庁内の体制について見ると、まず、国内政策のうち、HIV/エイズと保健・労働に関わる行政については、厚生労働省 (Ministry of Health, Labor and Welfare: MHLW) が管轄している。HIV/AIDS に関する保健行政の担当部署は健康局 (Health Service Bureau) 疾病対策課 (Specific Diseases Control Division)

である。他の性感染症については結核感染症課 (Tuberculosis and Infectious Diseases Control Division) が担当しており、HIV/エイズと他の性感染症について統合的に対策を進められる体制になっていない。

また、教育については文部科学省 (Ministry of Education, Culture, Sports, Science and Technology: MEXT) の担当となっているが、同省は現状では HIV/エイズ予防教育を含む性教育の導入自体に消極的である。人権については、法務省 (Ministry of Justice: MOJ) が担当しているが、法務省の管轄施設である刑務所や外国人収容所において HIV 陽性者への差別や不当な扱いが表面化するなど、HIV/エイズに関わる人権の擁護は徹底されていない。

国際政策のうち、二国間援助については外務省経済協力局 (Economic Cooperation Bureau)、多国間援助については外務省国際社会協力部 (Global Issues Department) が管轄している。一方、WHO および UNAIDS に関しては、厚生労働省国際課 (International Affairs Division, Minister's Secretariat) が担当している。

モニタリング・評価については、HIV/エイズの動向について厚生労働省内に「エイズ動向委員会」 (Committee on AIDS Trends) が設置され、HIV/エイズ事例報告の集約が行われているのみで、行政施策の実施のあり方についての有効なモニタリング・評価体制は存在していない。また、HIV/エイズ対策行政に HIV 陽性者や感染の可能性に直面しているコミュニティ (communities at risk)、市民社会の参画を恒常的に保障するシステムは存在していない。

日本政府と地方公共団体 (local governments) との役割分担については、2006 年の指針改正により、改善が試みられている。政府と地方公共団体の双方において、HIV/エイズに真摯に取り組む担当者は少なくないが、その専門的能力の有効活用や業務の継続が制度的に保障されていない。

#### 4. 「HIV/エイズに関するコミットメント宣言」達成に向けた課題

##### Major challenges faced and actions needed to achieve the UNGASS goals/targets

###### (1) 予防 Prevention

日本ではエイズ動向調査が開始されて以来、20 年以上 HIV 感染者、エイズ患者ともに増加傾向を示している。特に年間報告数はこの 10 年間でともにおよそ 3 倍に増え、この傾向は現在も続いている。このことは過去の予防施策が失敗していることを示している。その背景には予防介入を必要とする層、とくに MSM、外国人、薬物使用者、セックスワーカーなど日本社会において弱い立場に置かれている人々に適切に情報が届いてないことが挙げられる。

日本の予防施策の問題点は、社会全般における HIV/エイズへの関心の低さと、社会資源の絶対的な不足が悪循環を生んでいることにある。無関心に加えて HIV/エイズに対するスティグマが存在するために、HIV 陽性者が声を出すことが難しい状況にあり、その姿が社会の中で見えにくい。その結果、多くの国民は HIV/エイズのリアリティーが感じられず、無関心は強化される。

社会資源について言えば、NGO の予防活動に対する政府による支援は、主に研究助成という方法がとられ、事業費として活用できる予算は極めて少ない。事業費は各地方公共団体に配分されているが、そこには HIV/エイズに関する専門的知見が不足している。その結果、「検査・相談 (電話相談)・年 1 回のエイズデーイベント」といった画一的な政策コンポーネントが、モニタリング・評価を受けることなく継続されている。

日本における HIV 陽性者の多数を占めるのは MSM である。ゲイ・コミュニティでは、従来、自主的な啓発活動の動きが積極的に展開されてきた。しかし、政府は MSM に特化した有効な施策をとってこなかったため、現在も感染が広がっている。近年は、政府・地方公共団体とコミュニティの連携も始まっているが、未だにゲイ・コミュニティに特化した施策が実行されにくい状況にある。

青少年に対しては、性教育を含む基本情報が提供されていない。文部科学省は性的問題と密接に関わるエイズ問題に対して事実上拒否的で、教育現場においてコンドームをはじめとする性感染症の具体的な予防方法を教えることがきわめて困難になっている。学校、家庭、地域における予防情報の提供が欠如しているために、青少年のエイズ問題に対する関心も低く、学校やコミュニティにおける青少年自身の活動を継続的に支援する枠組みすらない。さらに、25歳以下のHIV陽性者の80%近くがMSMであるにもかかわらず、この層への介入にゲイへの配慮が全くない。このために、日本のゲイは性行動を開始する年齢が異性愛者に比べて一般に遅いにもかかわらず、大きな感染リスクを背負わされている。

感染の可能性に直面している他のコミュニティ、つまり外国人労働者、セックスワーカー、IDUへの予防介入はきわめて不十分である。

近年、一部の自治体および専門機関はNGOとの協働を試みてはいるが、保健・医療セクターの主導で行われ、より包括的な予防、検査、ケア・サポートの促進という視点に欠けているため、効果的な施策実施が困難になっている。

## (2) 検査

現在、日本国内の保健所では無料匿名検査が実施されているが、HIV/エイズに対する国民の無感心とスティグマのゆえに、自発的に検査を受ける人は少なく、これによる新規感染報告は全体の半数以下に留まっている。厚生労働省は早期発見・早期治療のための検査を強くすすめており、迅速検査の導入を急いでいる。しかし、検査の量的拡大が目指される一方で、質の向上すなわち自発性によりカウンセリングを伴う検査(VCT)の充実は省みられていない。たとえばインフォームド・コンセントを含む事前・事後カウンセリングも行動変容の促進や治療アクセスの実効性が十分にはかられてはいない。その背景には、VCTに関するプロフェッショナルなサービスを提供する専門家の育成が十分でないことがある。

保健所や検査所に関してはまだしも改善の努力が払われているが、新規陽性報告の過半数は、術前検査、妊婦検査など病院で行われる検査によるものであり、これらは無料・匿名でない上に、事前・事後カウンセリングが提供されていない。さらに、告知を受けた陽性者に対するサポートの大部分は、NGOが担っている。

## (3) 治療

HIV陽性が確認された患者の治療と福祉は極めて良好である。これは、薬害被害に対する血友病患者と市民社会の運動の結果として、政府がHIV診療体制を整備したことによる。

しかし、アクセスを事実上閉ざされている人も少なくない。たとえば、スティグマを恐れ検査を受けにいけない、無関心で検査を受けない等の理由で、HIV陽性者の実数は現在治療を受けている人の5倍とも推測される。この推測にしたがえば、4万人以上が自らのHIV感染を知らないまま、早期発見で健康を維持できるにも関わらず、治療にアクセスできていないことになる。

診療体制に関しては、都市と地方の格差、医療機関による格差がある。地方においては、受診できる医療機関が限られており、社会的支援へのアクセスにも乏しい。一方、大都市部では、多くの患者が一部の医療機関に集中し、医療サービスの質的低下を招いている。また、妊娠、出産を始めとする女性固有のニーズに対応できる病院がきわめて限られている。

現在のHIV医療体制は、チーム医療を前提として構築されているが、全国的には十分に機能しているとは言いがたい。特にコメディカルスタッフが提供する社会的支援、心理的支援などへのアクセスについては、医療機関間の格差が大きい。

#### (4) 人権

政府は、医療機関や職場における HIV 陽性者差別をなくすよう指導している。しかし、医療機関における陽性者、わけても女性とセクシャル・マイノリティへの差別的言動や忌避はあとをたたない。職場における不当解雇や嫌がらせの事例もしばしば報告されている。エイズ関連 NGO では、こうした事例をめぐる相談が増加傾向にある。陽性者と社会的な立場が弱い人々への人権侵害が疑われる事例は、政府所轄の諸施設においても報告されている。

HIV 陽性者の人権への配慮に欠ける事例の背後には、社会の HIV に対する無理解と忌避が根強くある。差別されることへの不安やスティグマにより、陽性者の多くが、他人に話すことや、NGO に支援を求めることを控えざるを得ない状況が続いている。

とくに配慮を要する人権として強調されるべきは、外国人の健康権である。日本人には ARV を含めて世界的に高いレベルの医療が社会保障制度により確保されているのに対して、滞在資格等の理由でそれを利用できない外国人の間では、医療を受けずに、あるいは受けるのがあまりに遅れ、エイズで死亡する人が少なくない。しかし、欧州に見られるような、滞在資格に関わらず緊急医療を保障する政策は行われていない。

#### (5) 資金

##### a) 国内対策

「三つの統一」がないことは、政府のエイズ対策資金の総額とその配分が可視的でないことにも表れている。

地方公共団体における HIV/エイズ対策予算は減少傾向にある。このため、地域において HIV 感染予防や陽性者支援を行っている NGO の活動の維持が困難な状況にある。

政府が研究開発に支出している額は可視的であり、政府予算全体が縮小される中で、増加されることもある。しかし、新規予防技術開発、なかでもワクチンに関しては、その基礎研究には資金が出されているが、臨床試験を行い、国際社会に貢献しようとする姿勢は示されていない。

##### b) 国際協力

日本は国際的な HIV/エイズ対策において主要なドナー国の一つである。しかし日本の HIV/エイズに関する国際協力は依然として、その国力に見合った規模と有効性を有するまでには至っていない。

二国間援助に関しては、日本は 1994 年から 2000 年までの「人口・エイズに関する地球規模問題イニシアティブ」(Global Issues Initiative on Population and HIV/エイズ: GII) を皮切りに、2000 年から 2005 年までの「沖縄感染症対策イニシアティブ」(Okinawa Infectious Diseases Initiative: IDI)、2006 年からの 5 年間を対象とする「保健と開発に関するイニシアティブ」(Health and Development Initiative: HDI) を、HIV/エイズを含む感染症・保健分野に関わる日本の国際協力の政策方針として発表し、HIV/エイズ等感染症を日本の国際協力の優先課題として取り組む立場を鮮明にしている。この方針を実効的に進める中で、感染症対策については、かつての「機材供与・医療専門家育成」中心の援助から、より草の根の人々に裨益する援助を目指す方向性が生まれている。しかし、一方でエイズ治療やケア・サポートの分野、HIV 陽性者や感染の可能性に直面するコミュニティの活動に対する援助は十分でない。

また、日本の HIV/エイズに関する援助は、サハラ以南アフリカなど広汎流行期 (generalized epidemic) に達した国・地域における保健分野の無償資金協力 (grant aid) ・技術協力が中心であり、アジアや中東・

北アフリカ、東欧・旧ソ連圏など局限流行期（concentrated epidemic）の国に対しては、支援が十分行われていないなどの偏りがある。また、たとえば IDI の枠組みで拠出された援助のうち、感染症対策の直接支援は全体のわずか4分の1強で、感染症対策と間接的な関係しかない学校建設や農業用水の建設などが大きな比率を占めているといった問題も指摘されている。さらに、感染症対策に関して、NGO を通じた二国間援助の実施率は相変わらず極めて低く、この点でも市民社会の参画は十分でない。

多国間援助については、日本は国連人口基金（UNFPA）など、その業務が HIV/エイズにも大きく関連する国際機関への主要な資金拠出国であるが、2005 年、2006 年の任意拠出額は大きく減少している。UNAIDS への拠出は 2002 年には世界で第 6 位だったが、以降減額され、2005 年には 12 位に後退している。一方、世界エイズ・結核・マラリア対策基金に関しては、2005 年 6 月、小泉首相が当面（in the coming years）5 億ドルの拠出を誓約するなど、主要なドナー国の地位を堅持しているが、この誓約が早期に達成されることが望まれる。

国際的な NGO に対する協力としては、国際家族計画連盟（IPPF）に日本 HIV/AIDS 信託基金を設置し、NGO を通じての HIV 感染予防、VCT 推進を実施しているが、信託基金の総額は NGO のニーズを充分満たしているとは言えない。

## 5. モニタリングと評価 Monitoring and Evaluation

日本における HIV/エイズ動向把握は、厚生労働省に設置された「エイズ動向委員会」（Committee on AIDS Trends）が行っている HIV/エイズ事例報告のみである。定点サーベイランスや第 2 世代サーベイランスなどは、公的資金を使った研究として若干行われているものの規模は小さく、動向調査を政策に還元するシステムも十分でない。

厚生労働省のエイズ対策行政の指針である「後天性免疫不全症候群に関する特定感染症予防指針」には、実施すべき政策についての記述はあっても、達成すべき定性的・定量的な数値目標等は記載されておらず、政策の実施およびその有効性をモニタリング・評価するための指標が明確に設定されていない。また、政策の実施およびその有効性に関するモニタリング・評価を実施するための公的な機関は設置されていない。

国内の HIV/エイズ対策については、HIV 陽性者や感染の可能性に直面するコミュニティ、市民社会が、国内政策の形成・モニタリング・評価に参画するための恒常的なシステムは存在していない。

一方、国際協力における HIV/エイズ対策のうち、上で述べた GII、IDI に関しては、外部委託によるプログラム評価が行われている。また、政府の政策に関する NGO の参画の保障については、保健分野の国際協力 NGO と外務省とが定期的に意見交換を行う「地球規模の保健と人口・感染症に関する外務省・NGO 懇談会」（The Open Regular Dialogue between MoFA and NGOs on Global Health, Population and Infectious Diseases）が存在し、HIV/エイズを含む保健分野の国際協力に関する NGO と外務省の対話プラットフォームとしての役割を果たしている。

## 6. 結論 Conclusion

UNAIDS は 2005 年 7 月、神戸において、アジア太平洋地域における HIV/エイズは「岐路に立っている」との声明を発表した。この言葉はまさに日本にあてはまる。日本は、HIV/エイズ問題を過小評価し、有効な対策をとらないまま HIV/エイズのさらなる拡大を許してしまうのか、国家による政治的リーダーシップの確立と国際水準での対策機構の整備、当事者や市民社会の参画の保障などにより、HIV/エイズ対策を活性化することによって HIV/エイズ問題を克服できるのか、その岐路に立っていると言うことができる。