

総 説

HIV/AIDS における New Public Health アプローチ

New Public Health Approach for HIV/AIDS

児 玉 知 子

Tomoko KODAMA

国立保健医療科学院 人材育成部 国際保健人材室長

Global Health Section, Chief

Department of Human Resources Development, National Institute of Public Health

はじめに

1980年代、HIV陽性者は世界各国で増加を続け、HIV感染が一国だけの問題でなく、国境を越えた地球上のすべての国における保健課題であり、世界が共同で取り組むべき問題であることが次第に強く認識されるようになった。1990年代後半には、治療を前提としない途上国における自発的検査およびカウンセリング(VCT: Voluntary Counseling and Testing)やフィールド研究に対する倫理的論争が高まり^{1,2)}、社会経済的資源の乏しい国においても、抗レトロウイルス薬治療(ART: Anti-retroviral treatment)が保証される検査普及に向けて大きく舵がきられたのは、2003年WHOによる“3 by 5”イニシアティブ(2005年までに300万人のHIV患者に治療薬を提供する)である³⁾。

国内では、1984年9月にエイズ発生動向調査(サーベイランス)が開始され、1985年の国内初のAIDS患者が確認されてから、およそ四半世紀が過ぎている(表1)。平成20年のHIV感染者報告数は、引き続き過去最高の1,126件(累計10,552名)とされ⁴⁾、国内の対策についても再検討する必要がある。

今日までの公衆衛生は、古くはペストやコレラ、天然痘などの伝染性疾患拡大を防ぐために隔離、検疫体制を強化し、ワクチン接種普及と併せて感染症の拡大阻止に努めてきた。しかし、性行為によるウイルスの感染予防は個人の行動変容を伴うため、介入に関しては多くの課題がある。HIV/AIDS対策は、感染症予防と同時にヘルスプロモーションの考え方を必要とし、また長期の治療(療養)を要することから慢性疾患ケアの側面をも併せ持っている。また社会的に差別や偏見を受けやすいことなどから、十分な社会的、精神的サポートは欠かせず、実に多面的なアプローチを必要とする。さらに社会の中では、セックスワー

カーやMSM(Men who have sex with men)、移民やエスニックマイノリティーが、より高い感染リスクにさらされているため、きめの細かい対応や施策が必要である。本稿では、HIV/AIDS対策の公衆衛生的側面について、new public healthの概念とヘルスプロモーションの進展、さらに近年のevidence-based public healthについて概論する。

1. 1970年代のPublic Healthから1980年代のNew Public Healthへ

公衆衛生の定義は進化しているが、最も多くの定義に共通しているのは、一般に公衆の利益、広義の健康影響に焦点をあて、全集団(population)の健康を改善することを目的としていることである。公衆衛生の実務としては、介入や行動の際に集団的(協力的または組織的)行動、持続可能性(sustainability)、公衆衛生上の目的の達成(集団的健康の向上と不公平の改善)が求められるが、Beagleholeらは近代の公衆衛生活動の主要なテーマとして、①保健システム全般におけるリーダーシップ、②全ての部署間での協力的な行動、③健康を決定づける要因に対する多面的アプローチ、④対象とする集団(住民)とのパートナーシップを挙げている⁵⁾。これらの要素は公衆衛生活動の全てにおいて共通するテーマであり、感染症対策や生活習慣病対策など、対策内容を問わず重要である。

かつての感染症対策や衛生概念の普及による公衆衛生が中心とされた時代を経て、1970年代の欧米では再び予防的概念が復興したとされ、1974年カナダのLalonde報告は有名である⁶⁾。この報告では健康の決定因子は保健領域の概念であるとし、ヒト生物学、環境、ライフスタイル、保健医療機関の各要素をあげた。この報告以降、疾患予防(disease prevention)と健康増進(health promotion)が、欧米各国の保健政策計画の中で最善であると強調され、Healthy Cities構想なども起こるようになった⁷⁾。1980年代には、さらにこの概念が進み、個人の生活様式・ライフスタイルの

著者連絡先: 〒351-0104 埼玉県和光市南2-3-6

2010年3月1日受付

表 1 HIV/AIDS 関連事項と国内施策

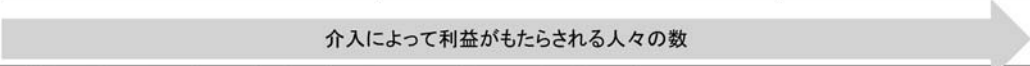
西暦	年号	国連・国際会議	国内
1983	昭和 58	国際エイズ専門家会議 (WHO)	厚生省エイズ研究班発足: AID 診断基準作成
1984	59		エイズサーベイランスの開始
1985	60		国内エイズ患者確認 (3月) 血友病患者にエイズ確認 (5月) 加熱処理による凝固因子製剤の使用開始 (7月)
1986	61		献血血液の HIV 抗体検査開始 (7月)
1987	62		異性間感染による女性患者確認 (1月) (財)エイズ予防財団設立 (6月)
1988	63	WHO「世界エイズデー」提唱	エイズ研究センター・医療情報センター設置
1989	平成元		血液製剤による HIV 感染被害救済事業開始 (1月) 「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)」施行
1990	2		国内母子感染例報告 (5月)
1992	4		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」設置
1993	5		エイズ治療拠点病院の整備について通知
1994	6	「第 10 回国際エイズ会議」横浜で開催	
1996	8	国連合同エイズ計画 (UNAIDS) 発足	
1997	9		地方ブロック拠点病院全国 8 ブロック毎に整備 (12月), エイズ治療・研究開発センター整備, 「エイズサーベイランス委員会」⇒「エイズ動向委員会」改名
1999	11		「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)」施行 (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」公表, HIV 診療ネットワークシステム (A-net) 運用開始
2000	12	ニューヨークで国連エイズ特別総会開催	九州沖縄サミット「G8 コミュニケ・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」数値目標)
2004	16		HIV 抗体検査に係る迅速な検査方法の導入推進 (10月) 検査体制整備のための大都市でのモデル事業
2006	18		「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)」改正 (4月施行) 「検査普及週間の創設」中核拠点病院制度の創設, エイズ医療提供連携モデル事業

改善による予防医学の推進が提唱された。

New Public Health の UNESCO における定義は、経済的格差や社会的・環境問題による健康影響も視野に入れ、個人の健康だけでなく地域 (コミュニティ) の健康への貢献、さらには汚染のない空気や水などの環境を温存させていくことが含まれている⁸⁾。WHO では、同様に健康状態の格差の改善をあげているが、保健医療の質や地方の保健サービスの効果や普及のモニタリングを改善することを New Public Health の優先課題としている⁹⁾。公衆衛生は、例えば近年の新型インフルエンザ対策のように、国対個人とイメージされることが多いが、新しい公衆衛生 “new public health” の概念では、“市民が自身の自由を行使し、自らの利益のために自分自身の健康を守るための戦略を行使する” というような提唱もなされている¹⁰⁾。

2. 行動変容を促すヘルスプロモーションと Evidence-based Public Health

行動変容を促すような働きかけは、個人のモチベーション (動機) をうまく引き出して行動変容につなげ、結果として健康を維持、増進するものであるため、押し付けや強制的な手法は好まれない。実際に、HIV 感染予防対策においては、強制や罰則的な方法が予防に取り組む人の数を減少させ、さらに感染の危険がある人々の疎外を促進させてしまうという報告がある¹¹⁾。図 1 は介入レベルによる性感染症の影響 (effect) を表したものであり、個人、パートナー、集団によって、感染症の影響や介入方法が分類されている。個人を対象とした介入は、性感染症であれば、クリニックや病院において医療従事者と患者の 1 対 1 で行われるのが一般的であり、比較的明確な結果が得られやすい。パートナーへのカウンセリングや告知は、文化・社会

レベル	個人 (Individual)	性交渉の相手もしくは胎児・新生児	集団 (Population)
影響	不妊(クラミジア、淋病) 子宮頸部がん (HPV) HIV 保有 (生殖管炎症) 神経及び心臓血管疾患(梅毒) 免疫力低下によるヘルペス(HSV)の再発	性感染症(STI)感染 HIV感染の促進 新生児眼炎、新生児肺炎 先天性梅毒 新生児ヘルペス脳炎	流行 (epidemic) 継続する感染 HIV流行の増加
介入方法	カウンセリング コンドーム 症状マネジメント 抗菌剤(抗生剤)/抗ウイルス薬 ワクチン(予防接種) 診断テスト 臍殺菌薬 男性の環状切除(割礼)	パートナーへの告知 出生前梅毒スクリーニング 性行為感染に対する抗菌剤/抗ウイルス薬	一次予防プログラム 定期的仮治療 集団スクリーニング ワクチン(予防接種)プログラム 構造的介入
			

HPV=human papillomavirus. HSV=herpes simplex virus. STI=sexually transmitted infection.

文献14より著者翻訳・一部改変

図 1 介入レベルによる性感染症の影響

的背景によって馴染まない国々も存在するが、中でも HIV 感染の場合は、パートナーへの告知に伴う倫理的問題や公衆衛生上の問題などに配慮する必要がある。集団を対象とした介入には、一次予防プログラムや集団スクリーニング、ワクチンプログラムなどがあげられる。集団を対象にした場合、国によっては大規模なキャンペーンが行われるが、これらの活動は public health brand (パブリックヘルスブランド)とも呼ばれ、キャラクターを用いた犯罪防止キャンペーンの例や、禁煙活動の例などにみられるように、ある種ブランド化した疾病予防への取り組みである¹²⁾。一般にブランドは市場 (Marketing) の一部として存在し、その製品やサービス、もしくはライフスタイルを提供することで消費者に利益をもたらすが、Public Health Brands は個人が健康的な行動様式やライフスタイルを身につけられるようなメッセージをキャンペーンなどを通じて提供する。一般市民の意識変革を行う際には重要なアプローチであり、保健向上意識の普及という意味では、成功すれば大きな社会的変革やコンセンサスを得ることができる。システムティックレビューで検討された HIV/AIDS に関連した Public Health Brands の例に、南アフリカ共和国における LoveLife キャンペーンがある。このキャンペーンでは禁欲、初回性行為年齢を遅らせる、パートナーを一人に限定する、コンドームの使用、などホリスティック (holistic: 全体論的) なライフスタイルの選択を推進した¹³⁾。ブランド化された行動や価値観は、インフォームドチョイスと責任の共有をベースに、HIV/AIDS や性、パートナーとの関係やジェンダーの問題についてオープンに話し合うことなど

を含んでいる。対象者を区分してアプローチするテクニックはコマーシャルマーケティングでは一般的なことであるが、ブランド化されたメッセージの区分には年齢、ジェンダー、人種、sexual orientation などの社会人口学的分類でグループ化されることが最も多い。このようなキャンペーンの効果に関する科学的エビデンスについて欠点を挙げるとすれば、大多数のデザインが観察研究であり (68%)、評価指標も “awareness (意識付けがなされたかどうか)” という、どちらかというとも漠然としたものである¹²⁾。集団への啓発について無作為化比較試験を実施することは現実的に難しく、またそれが適切かどうかを検討する余地はある。しかし、いずれにしても、公衆衛生活動においては、どのようなメッセージとアプローチが人々の行動変容に結び付くかについては、今後も検討される必要があるだろう。

感染症の中でも特に性感染症は、性交渉の相手や生まれてくる胎児・新生児にも影響を与える疾患群である。かつて梅毒対策の際に用いられた “道徳的 (倫理的) 予防策” ではなく、特に HIV については十分な資金や人材を投入した上で “科学的な方法” を用いることが強く推奨されている^{14,15)}。性感染症に対する対策上の問題点として、サーベイランスが不十分である、性感染症の感染確率、感染期間、自然経過は不確かである (クラミジアの例)、モデリングによる正確な推計がない、cost effective な介入が難しい、複雑な社会ネットワークなどがあげられるが¹⁶⁾、伝統的な視点に基づいた個々のマネジメントに加えて、エビデンスに基づいた保健政策が重要である。WHO では、HIV 感染

は性感染症コントロールが不十分な状態で最も深刻に拡大するとして、HIV 対策と性感染症対策のギャップを埋めるよう声をあげ、具体的に、①よりリスクの高い集団をターゲットにする、②コンドーム使用や他の予防手段を促進する、③効果的な臨床介入を行う、④これらが実施可能な環境をつくる、⑤信頼性のあるデータを得る、などのことを重視している¹⁷⁾。

再度図 1 に戻ると、介入の手法は、個人レベルでのカウンセリングや抗菌剤による治療を含め、性交渉相手への告知や出生前スクリーニング、集団への教育的予防プログラムからスクリーニング、ワクチンプログラムと、介入レベルによって実に様々な手法が用いられる。これらの評価には、通常アウトカムとして罹患率の削減があげられ、これまでにエビデンスとして確認されている例を図 2 に示す。抗菌剤や抗ウイルス薬投与などの個人への介入に対する効果は概して高いエビデンスを示しているが、パートナーへの告知、一次予防プログラムなど集団に対するアプローチでは高いエビデンスレベルを得るのは難しい。一つには臨床におけるエビデンスと公衆衛生やヘルスプロモーションにおけるエビデンスの考え方に違いがあるといってもよい。特に HIV でこれまでエビデンスが明確に示されているのは、個人を対象とした診断検査、抗ウイルス療法、児との関連では出産前スクリーニング、があげられ、コンドームの使用やパートナーへの告知、集団への一次予防プログラムについても一定のエビデンスが得られている。

ここで、臨床および公衆衛生・ヘルスプロモーションにおけるエビデンスの考え方と価値判断の比重について表 2 に示す。臨床においては、効果を示すエビデンスはシステマティックレビューか RCT (Randomized Controlled Trial 無作為化比較試験) であり、実施においては介入が単一であり、結果が確認されやすい。ところが、公衆衛生やヘルスプロモーションの領域で RCT を実施するのは、現実問題として課題が多く (倫理的問題も含め)、従ってエビデンスレベルとしては臨床データと比較すると低いものになる。ただ、実際にプログラムを実施するかどうかの判断は、例えばスクリーニング検査のように、価値観よりもエビデンス (根拠) を重視するような考え方、遺伝子診断のように、エビデンスと価値観が共に大きな比重を持つ場合、など場面や状況、さらには文化社会的価値観によって異なる可能性がある。特に、性感染症や HIV のスクリーニングにおいては、文化社会的価値が国によって大きく異なる可能性があるのは想像に難くない。

表 3 にヨーロッパ諸国における近年の HIV 検査に関する各国報告例を挙げる¹⁹⁾。2006 年、ヨーロッパの中でも、特に東ヨーロッパにおける HIV 感染は西ヨーロッパの 3 倍、

中央ヨーロッパの 20 倍であるという衝撃的な報告がなされた²⁰⁾。2007 年のヨーロッパにおける HIV 診断の遅れおよびサーベイランスアプローチに関するレビュー結果では、診断の遅れに共通した問題点はみられないものの、情報提供のあり方を再考する必要がある、結論としてヨーロッパ全土での診断の遅れが 15-38% あるとしている²¹⁾。これまでの HIV 予防対策の問題点を振り返り、2007 年 5 月、米国 CDC、UNAIDS、WHO が合同で発行したガイドラインでは、プロバイダー (提供者) 主導の Opt-out 方式 (検査を拒否する意志のあるものを除き検査すること) を促進しようとする大きな変化がみられた²²⁾。この Opt-out 方式をとる国は先にあげた表 3 の中でも、東ヨーロッパに目立つ。これらの Opt-out 方式を導入するか否かについても、先ほど触れた価値観やニーズ、エビデンスの比重が各国で異なっていることが示唆される。

3. Human Rights approach

予防、治療、ケア、支援への普遍的アクセスは、陽性者団体を含む NGO による各国政府と国際社会への働きかけ、様々な国際機関や国際会議における議論を経て国際政治の場で受容されつつある²³⁾。HIV/AIDS 対策では、陽性者や個別施策層への人権的配慮が不可欠である。検査を受ける人へのプライバシー保護はいうまでもなく、HIV 陽性者に対する偏見や差別から当事者が擁護されるよう配慮しなければ、HIV 検査の普及は困難である。ひいては治療の機会を逸し、深刻な病態になってから医療機関を受診するケースが増える結果になりかねない。国内で個別施策層とされている対象層は、MSM、セックスワーカー、若者、外国人となっているが、これらの対象層は同時に社会の中でも弱い立場に置かれている人々であるともいえる。

近年、西欧諸国では MSM における新規 HIV 感染者の増加が報告されている²⁴⁾。英国では 2004 年時点で 26,500 人のゲイ・バイセクシュアルが HIV 陽性であると推定しており、その 4 分の 1 は未診断と推定している²⁵⁾。東アジアでも一定した増加がみられ、南・東南アジア、ラテンアメリカ、カリビアンで高い増加率がみられている²⁶⁾。MSM に対する HIV 感染予防のエビデンスは特に、ゲイと identify (認識・確認) されていない MSM に対して効果があるとされるが²⁷⁾、これらの対象者は、HIV 感染に関する情報量が少ないせいとも考えられる。公衆衛生上、予防対策には集団を特定して対策をとることが行われるが、一方で Dworkin らは女性女性間の感染もあることを指摘し、サーベイランスのカテゴリーを再考する必要性を述べている^{28,29)}。ハイリスクに晒されている集団が社会から孤立することなく、積極的に予防行動を選択することが可能な社会的インフラが整備される必要がある。

レベル	アウトカム	介入	症候 (Syndrome)						病原 (Pathogen)										
			尿道分泌物	膿分泌物	生殖器潰瘍	S T I 合併	梅毒	淋疾	クラミジア	トリコモナス	ヘルペス	* H I V	H P V	* B 型肝炎					
個人	個人における罹患の削減	コンドーム ³⁷ 個人もしくはグループでのカウンセリング ³⁸ 症候のマネジメント ^{39*} 診断検査 ⁴⁰ 抗生剤治療薬の単回投与 ⁴⁰ 抑制性抗ウイルス療法 (Suppressive antiviral therapy) ^{38,41} ワグチン ^{42,43} 迅速診断検査 ^{43*} 男性のcircumcision ^{44,50,52} 女性膣(外用)避妊薬 nonoxinol ⁴⁵ 臍殺菌薬 (Microbicide) ** ^{53,57}	○	△	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
パートナースhip	パートナー・両者の罹患の削減	パートナーへの告知 ^{38,46,47}	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
集団 (people)	集団における感染伝播の削減	出産前スクリーニングプログラム ⁴⁹ 性行為感染予防のための抗ウイルス薬/抗生剤 ^{38, §} 一次予防プログラム ⁴⁹ 一般集団への定期的仮治療 ³⁹ ヘイリスグループへの定期的仮治療 ³⁸ 症候マネジメントに対するSTIサービスマネジメントの改善 ³⁹ 集団スクリーニングプログラム ^{44, ¶} 予防接種プログラム ³⁸	○	△	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

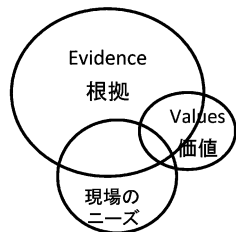
HPV=Human papillomavirus, STI=sexually transmitted infection *性行為による感染予防の介入に限定
 †= STI罹患が低い場合、症候マネジメントの腸分泌に関する有益なエビデンスはみられない、‡= 性感染症診断主導による迅速診断
 §= 再感染予防を目的としたトリコモナス罹患女性の男性パートナーへの介入、HSV-2(生殖器ヘルペスウイルス)不一致カップル初発者への抑制的ハラスメントを含む
 ¶= レベル1のエビデンスは有価な内発症性疾患に限定されたことから、レベル2に分類されている。
 **= 2009年時点で3つのトライアルにおいてHIV感染が50-60%減少したとの報告がみられている。
 ***= 近年幾つかのトライアルが実施されたが明確な有効性が示されていない。その理由としてトライアルがヘイリスグループにおいて実施されていることやmicrobicide使用のコンプライアンスが問題視されている

図 2 性感染症に対する介入と効果

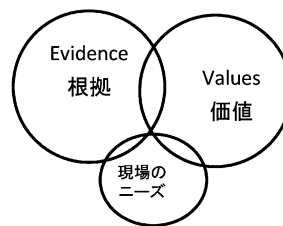
表 2 臨床および公衆衛生におけるエビデンスの考え方と価値判断の比重

	臨床	公衆衛生およびヘルスプロモーション
介入の特性	主として単一もしくは一つの介入	主として複数もしくは多数の介入
効果を示すエビデンスの特性	・ システマティックレビュー ・ RCT (無作為化比較試験)	・ システマティックレビュー ・ RCT (無作為化比較試験) ・ コホート研究 ・ ケースコントロール研究 ・ 前後比較研究 ・ 時系列研究
エビデンスの出典	パブリッシュ(刊行) された文献	パブリッシュ(刊行) された文献 灰色文献 (非売図書・雑誌、官公庁実務マニュアル、報告書など)
必要とされる他の知識	臨床家の経験からくる暗黙の了解 (無意識の知識)	実施者とエンドユーザーの暗黙の了解 (無意識の知識)
文脈的要因	意思決定の際の感情的要因	介入の社会・政治的要因 現場 (local)の要因

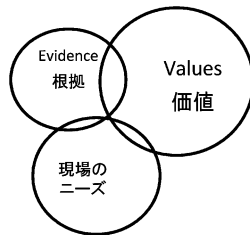
a) 新しいスクリーニング検査



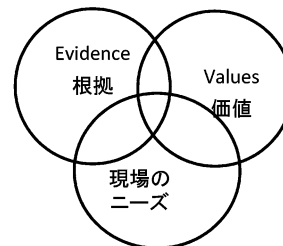
b) 臨床の遺伝子診断サービス



c) 不公平を是正する介入の決定



d) 物理的環境を変える介入の決定



(文献18より著者訳・改変)

開発途上国においても抗レトロウイルス薬の普及が進む現在、国内の外国人においても一定の治療を保証された検査普及が進むことが早急に望まれる。1996年に発表された **International Guidelines on HIV/AIDS and Human Rights (HIV/AIDS と人権に関する国際ガイドライン)** 第3章の公衆衛生に関する法制化の項では、国は HIV 対策における全てのフェーズ (政策デザイン、実施、評価) において、コミュニティにおける活動、倫理、法、人権を含む領域を

支援することが求められている³⁰⁾。具体的には、予防、治療、関連する情報や教育、検査カウンセリングへのアクセスを提供すること、さらに性感染症や reproductive health に関するサービス、コンドームや薬物治療、清潔な針の提供、疼痛予防に関する治療の提供などである。ブラジルでは無料で抗レトロウイルス薬を提供することに踏み切った³¹⁾が、その際に重要であったのはコミュニティ (地域) を動かすこと (community mobilization)、政治的意思 (po-

表 3 ヨーロッパにおける HIV 検査に関する各国報告例

	Opt-out 方式の HIV 検査 ^{注)}			ルーチンでの HIV 検査			
	提供者主導 HIV 検査	出産前 (prenatal) ケア	外科を含む 他の施設	新規結核 患者	性感染症 患者	妊婦	受刑者
オーストラリア	—	—	—	○	○	○	○
ブルガリア	○	○	○	○	○	○	○
ベラルーシ	○	○	○	○	○	○	○
チェコ	○	○	○	○	○	○	○
デンマーク	—	—	—	○	○	—	—
エストニア	○	○	○	○	○	○	○
フランス	—	—	—	○	○	○	○
ドイツ	○	○	—	○	○	○	○
ギリシャ	—	—	—	○	○	—	—
ハンガリー	—	—	—	—	○	—	○
イタリア	—	—	—	—	○	—	—
マルタ	○	○	○	○	○	○	○
モルドバ共和国	○	○	○	○	○	○	○
オランダ	○	○	○	—	○	○	—
ノルウェー	○	○	—	○	○	○	—
ポーランド	△	—	△	—	—	○	○
ポルトガル	○	○	○	○	○	○	○
ロシア連邦	○	○	○	○	—	○	○
スペイン	○	○	—	—	○	○	○
スイス	—	—	—	—	○	○	—
英国*	○	○	○	□	○	○	—

○検査あり —検査なし △=通常は Opt-in 方式であるが、実際には Opt-out が行われている □=現場によって方針が違い、全施設でルーチンでない

*大部分の STI (sexually transmitted infection) 診療施設で Opt-out 方式の HIV 検査が実施されている。

注) Opt-out (オプトアウト方式)とは、患者が検査を断らない限り実施することをさす。

表は文献 15 より著者翻訳、改変

litical will), 国際社会の連帯 (international solidarity), 資金に関する誓約 (financial commitment) であると報告している³²⁾。ブラジルの大規模な HIV/AIDS 治療プログラムは他国にとっての成功モデルとされているが、それ以上に国際社会に、また human right (人権) と健康, 必要医薬品に関する貿易政策についてインパクトを与えた³³⁾。

近年, 新型インフルエンザ等の台頭により, 感染症拡大防止のための国際的なネットワーク化が進んでいる。拡大を防ぐための隔離は, 時として感染者の人権を侵す事態を招きかねない。新たに創設された国際保健規定 (International Health Regulations) は, 国際的な公衆衛生上の危機に対する方針を確定し, 地球規模での対策を意図している³⁴⁾。しかし, 同時にその介入については, 倫理的対応を最大限に留意していることを明記したい³⁵⁾。

おわりに

これまで HIV 対策というと, ハイリスク集団 (high risk population) へのアプローチ, という言葉が用いられ, 現在も一部で使用されているが, 近年ではハイリスクに晒された集団 (population at high risk) という表現が一般的になってきた。社会で周縁化された集団が最もリスクに晒されているという現実を目を向けつつ, 国内においては, “誰でもがかかりうる病気”としての認識を強め, 今後の HIV 対策が進むことを願う。HIV 感染が拡大を始めた頃, WHO オフィスに勤めていた Jonathan Mann は, 公衆衛生従事者には二つの義務があると述べた。一つは政府の職員として, もうひとつは健康だけでなく人権を守り促進する義務である³⁶⁾。

文 献

- 1) Ahn MJ, Grimwood A, Schwarzwald H, Herman A : Ethics and the AIDS pandemic in the developing world. *J Int Assoc Physicians AIDS Care (Chic Ill)* 2 (2) : 81-87, 2003.
- 2) Clark PA, O'Brien K : Fighting AIDS in Sub-Saharan Africa : is a public-private partnership a viable paradigm? *Med Sci Monit* 9 (9) : ET28-39, 2003.
- 3) World Health Organization. Treat 3 Million by 2005 Initiative. 2003.
- 4) 平成 20 年エイズ発生動向年報. 平成 21 年 6 月 17 日. 厚生労働省エイズ動向委員会.
- 5) Beaglehole R, Bonita R, Horton R, Adams O, McKee M : Public health in the new era : improving health through collective action. *Lancet* 363 : 2084-2086, 2004.
- 6) Lalonde M : A New Perspective on the Health of Canadians. Ottawa, Ontario, Government of Canada, 1974.
- 7) McBeath WH : Health for all : a public health vision. *American Journal of Public Health* 81 (12) : 1560-1565, 1991.
- 8) Activity 1 : The New Public health. [http : //www.unesco.org/education/tlsf/TLSF/theme_b/mod08/uncom08t01.htm](http://www.unesco.org/education/tlsf/TLSF/theme_b/mod08/uncom08t01.htm)
- 9) Lee Jong-wook : Global health improvement and WHO : shaping the future. *THE LANCET* 362 : 2083-2088, 2003.
- 10) Petersen A, Lupton D : The New Public Health : Health and self in the age of risk. SAGE Publications, 1996.
- 11) Dwyer J : "Legislating AIDS Away : The Limited Role of Legal Persuasion in Minimizing the Spread of HIV" in 9. *Journal of Contemporary Health Law and Policy*, 167, 1993.
- 12) Evans WD, Blistein J, Hersey JC, Renaud J, Yaroch AL : Systematic review of public health branding. *Journal of Health Communication* 13 : 721-741, 2008.
- 13) Agha S : The impact of a mass media campaign on personal risk perception, perceived self-efficacy and on other behavioral predictors. *AIDS Care* 15 (6) : 749-762, 2003.
- 14) Low N, Broutet N, Adu-Sarkodie Y, Barton P, Hossain M, Hawkes S : Global control of sexually transmitted infections. *Lancet* 368 (9551) : 2001-2016, 2006.
- 15) Korenromp EL, White RG, Orroth KK, Bakker R, Kamali A, Serwadda D, Gray RH, Grosskurth H, Habbema JD, Hayes RJ : Determinants of the impact of sexually transmitted infection treatment on prevention of HIV infection : a synthesis of evidence from the Mwanza, Rakai, and Masaka intervention trials. *J Infect Dis* 191 (Suppl 1) : S168-178, 2005.
- 16) Global strategy for the prevention and control of sexually transmitted infections : 2006-2015. Breaking the chain of transmission. World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research. 2007. [http : //www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241563475/en/index.html](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241563475/en/index.html)
- 17) Steen R, Wi TE, Kamali A, Ndowa F : Control of sexually transmitted infections and prevention of HIV transmission : mending a fractured paradigm. *Bull World Health Organ* 87 (11) : 858-865, 2009.
- 18) Gray M : Evidence-based health-care and Public health. Churchill Living Stone. Elsevier. pp 322, 326, 2009.
- 19) Khotenashvili L, Matic S, Lazarus JV : HIV testing and counselling policies and practices in Europe : lessons learned, ways forward. *HIV Med* 9 (Suppl 2) : 30-33, 2008.
- 20) European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS (EuroAIDS) : HIV/AIDS Surveillance in Europe. End-year report 2006. Saint-Maurice, Institute de Veille Sanitaire, No. 75, 2007.
- 21) Adler A, Mounier-Jack S, Coker RJ : Late diagnosis of HIV in Europe : definitional and public health challenges. *AIDS Care* 21 (3) : 284-293, 2009.
- 22) WHO/UNAIDS. Guidance on provider-initiated HIV testing and counselling in health facilities, 2007. [http : //www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr24/en/index.html](http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr24/en/index.html)
- 23) 樽井正義 : 予防, 治療, ケア, 支援への普遍的アクセス 国際社会の目標と日本の役割. *日本エイズ学会誌* 10 (2) : 88-98, 2008.
- 24) Herida M, Alix J, Devaux K, et al : HIV/AIDS in Europe : epidemiological situation in 2006 and a new framework for surveillance. *Euro Surveill* 12 : E071122.1, 2007.
- 25) Dougan S, Evans BG, Macdonald N, Goldberg DJ, Gill ON, Fenton KA, Elford J : HIV in gay and bisexual men in the United Kingdom : 25 years of public health surveillance. *Epidemiology and Infection* 136 (2) : 145-156, 2008.
- 26) van Griensven F, de Lind van Wijngaarden JW, Baral S, Grulich A : The global epidemic of HIV infection among men who have sex with men. *Curr Opin HIV AIDS* 4 (4) : 300-307, 2009.
- 27) Johnson WD, Diaz RM, Flanders WD, Goodman M, Hill AN, Holtgrave D, Malow R, McClellan WM : Be-

- havioral interventions to reduce risk for sexual transmission of HIV among men who have sex with men. *Cochrane Database Syst Rev* 16 (3) : CD001230, 2008.
- 28) Dworkin SL : Who is epidemiologically fathomable in the HIV/AIDS epidemic? Gender, sexuality, and intersectionality in public health. *Cult Health Sex* 7 (6) : 615–623, 2005.
- 29) Young RM, Meyer IH : The trouble with “MSM” and “WSW” : erasure of the sexual-minority person in public health discourse. *Am J Public Health* 95 (7) : 1144–1149, 2005.
- 30) Guideline 3.19., *International Guidelines on HIV/AIDS and Human Rights, Consolidated Version, UNAIDS*. 2006.
- 31) Galvao J : Access to antiretroviral drugs in Brazil. *Lancet* 360 : 1862–1865, 2002.
- 32) Galvão J : Brazil and access to HIV/AIDS drugs : a question of human rights and public health. *Am J Public Health* 95 (7) : 1110–1116, 2005.
- 33) Nunn A, Fonseca ED, Gruskin S : Changing global essential medicines norms to improve access to AIDS treatment : lessons from Brazil. *Glob Public Health* 4 (2) : 131–149, 2009.
- 34) World Health Organization : *International Health Regulation (2005)*. 2nd. World Health Organization, 2008.
- 35) World health organization : *Ethical consideration in developing a public health response to pandemic influenza. WHO/CDS/EPR/GIP/2007.2.*, World health organization, 2007.
- 36) Mann JM, Gruskin S, Grodin, MA, Annas GJ : *Health and human rights*. Routledge, 1999.
- 37) Holmes KK, Levine R, Weaver M : Effectiveness of condoms in preventing sexually transmitted infections. *Bull World Health Organ* 82 : 454–461, 2004.
- 38) Manhart LE, Holmes KK : Randomized controlled trials of individual-level, population-level, and multilevel interventions for preventing sexually transmitted infections : what has worked? *J infect Dis* 191 (suppl 1) : S7–24, 2005.
- 39) Sangani P, Rutherford G, Wilkinson D : Population-based interventions for reducing sexually transmitted infections, including HIV infection. *Cochrane Database Syst Rev* 2 : CD0011220, 2004.
- 40) Workowski KA, Berman SM : Sexually transmitted disease treatment guidelines. *MMWR Recomm Rep* 55 : 1–94, 2006.
- 41) Corey L, Wald A, Patel R, et al : Once-daily valacyclovir to reduce the risk of transmission of genital herpes. *N Engl J Med* 350 : 11–20, 2004.
- 42) Merck & Co., Inc. FDA approves Merck’s Gardasil, the world’s first and only cervical cancer vaccine. News Release. White House Station, NJ : Merck. Merck & Co., Inc., 2006.
- 43) Mabey D, Peeling RW : Rapid Diagnostics tests for sexually transmitted infections. *International Planned Parenthood Federation (IPPF) Medical Bulletin* 36 : 1–3, 2002.
- 44) Low N, Bender N, Nartey L, Redmond S, Shang A, Stephenson J : Rapid review of evidence for the effectiveness of screening for genital chlamydial infection in sexually active young women and men. *National Institute for Health and Clinical Excellence*, 2006.
- 45) Wilkinson D, Tholandi M, Ramjee G, Rutherford GW : Nonoxynol-9 spermicide for prevention of vaginally acquired HIV and other sexually transmitted infections : systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials including more than 5000 women. *Lancet Infect Dis* 2 : 613–617, 2002.
- 46) US Department of Health and Human Services : Centers for Disease Control and Prevention. Expedited partner therapy in the management of sexually transmitted disease : review and guidance. Atlanta, GA, USA : 2006.
- 47) Trelle S, Shang A, Nartey L, Cassell JA, Low N : Revised rapid review of evidence for the effectiveness of partner notification for sexually transmitted infections including HIV. *National Institute for Health and Clinical Excellence*, 2006.
- 49) WHO. *Global strategy for the prevention and control of sexually transmitted infections : 2006–2015*. 2007.
- 50) Auvert B, Taljaard D, Lagarde E, et al : Randomized, controlled intervention trial of male circumcision for reduction of HIV infection risk : The ANRS 1265 trial. *Plos Medicine* 2 (11) : e298, 2006.
- 51) Bailey RC, Moses S, Parker CB, et al : Male circumcision for HIV prevention in young men in Kisumu, Kenya : a randomised controlled trial. *Lancet* 369 : 643–656, 2007.
- 52) Gray RH, Kigozi G, Serwadda D, et al : Male circumcision for HIV prevention in men in Rakai, Uganda : a randomised trial. *Lancet* 369 : 657–666, 2007.
- 53) Gay RH : Methodologies for evaluating HIV prevention intervention (populations and epidemiologic settings). *Curr Opin HIV AIDS* 4 : 274–278, 2009.
- 54) Van Damme L, Govinden R, Mirembe FM, et al : Lac of

- effectiveness of cellulose sulfate gel for the prevention of vaginal HIV transmission. *N Engl J Med* 359 (5) : 463–472, 2008.
- 55) Peterson L, Nanda K, Opoku BK, et al : SAVVY® (C31G) gel for prevention of HIV infection in women : a phase 3, double-blind, randomized, placebo-controlled trial in Ghana. *Plos Clinical Trials* 12 : e1312–e1320, 2007.
- 56) Padian NS, van der Straten A, Ramjee G, et al : Diaphragm and lubricant gel for prevention of HIV acquisition in southern African women : a randomised controlled trial. *Lancet* 370 : 251–261, 2007.
- 57) Karim SA, Coletti A, Richardson B, et al : Safety and effectiveness of vaginal microbicides BufferGel and 0.5% PRO 2000/5 gel for the prevention of HIV infection in women. Results of the HPTN 035 trial. The 16th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, 48LB, 2009.