

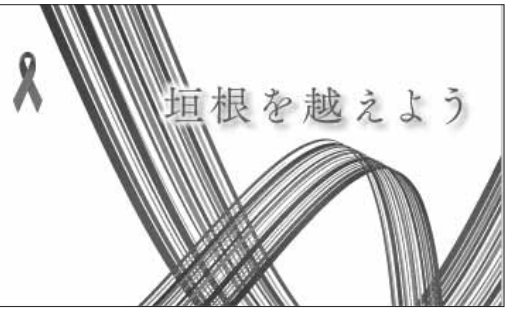
垣根を越えよう

第24回 日本エイズ学会学術集会・総会ニューズレター

第1号

発行：2010年4月20日（火曜）

編集：第24回日本エイズ学会学術集会・総会ニューズレター編集班



分野超え、 勇気ある議論を

第24回 日本エイズ学会学術集会・総会
11月に東京で開催



岩本愛吉会長

厚生労働省エイズ動向委員会が発表した昨年（2009年）の新規HIV感染者エイズ患者報告数（速報値）はわずかに前年を下回ったとはいえ、エイズ対策への社会的な関心の低下も含めて判断すれば、わが国のHIV/エイズの流行の拡大傾向は依然として、しかも確実に続いていると考えなければならない。その現実を直視し、対策の大きな枠組みをもう一度、新たな視点でとらえなおす必要がある。こうした現状認識を踏まえ、11月24日（水）から26日（金）まで、「垣根を越えよう」をテーマに、第24回日本エイズ学会学術集会・総会が東京で開催される。

会長を務める岩本愛吉・東京大学医科学研究所教授は、「基礎、臨床、社会といった分野の垣根を越えて情報の共有と意見の交換がなされない限り、感染の増加が続く現状に有効に対処しうる方策は見えてこないでしょう」と語る。その方策を見いだすことは、まさしく「HIV/エイズ分野におけるわが国最大の学術集会」が担うべき大きな使命だ。

開催の概要は右枠のとおり。特別講演やシンポジウムなどは現在、プログラム委員会を中心に準備が進められているが、岩本会長の強いリーダーシップのもと、3日間の会期中には毎日、参加者全員が一つの会場に集まって聞くことができるプレナリーセッション（全体会合）を設ける方針が打ち出されている。プレナリーのテーマは、それぞれの分野の内に閉じた議論ではなく、「何を異分野の人たちに知ってもらいたいか」（岩本会長）に焦点が当てられる見通しだ。

＊

分野横断的なアプローチとともに、もうひとつ重視されている課題は、「国境を越えた理解と協力の促進」だ。公式サイトの挨拶の中で、岩本会長は感染症対策の観点から見た「わが国の地理的、社会心理的な条件」を次のように説明している。

「温帯に位置し、大陸とは地続きでない島国であること。これは感染症対策上、恵まれた地理的条件です。一方で島国であることが心理的な鎖国状態を生み出し、外から来るものの

排除を感染症対策の基本とするような発想の土壌となりやすい、という弱点も抱えています」

こうした条件を踏まえ、「垣根を越えよう」というテーマには、分野横断のみならず、「国境を越え、アジア・世界の人たちと情報を共有しよう」というメッセージも込められている。

エイズ対策をさまざま、HIV感染の拡大要因となる「垣根」をいまずぐ取り除くことが困難

だとしても、乗り越える努力は重要だ。プレナリーセッションとあわせ、そうした努力を反映させるものとして、最終日には1時間程度の「まとめのセッション」が設けられる。このセッションでは基礎・臨床・社会の分野ごとにラパトア（報告者）がそれぞれの分野の議論の内容を集約し、1人15分程度で報告。岩本会長は、「参加者はこのまとめのセッションにより、3日間の学会の中で、何が課題とされ、どのような議論が展開されたのか、全体像を把握することが可能になる」と述べる。

新たなエイズ対策の動きは、たくさんの人が分野と国境の垣根を越えた議論に加わることによって、はじめて生み出されていくもの。今年も皆さんの積極的なご参加をお待ちしています。

《開催概要》

第24回日本エイズ学会学術集会・総会

24th Annual Meeting of the Japanese Society for AIDS Research

テーマ 垣根を越えよう

会 長 岩本愛吉

（東京大学医科学研究所先端医療研究センター・感染症分野教授）

会 期 2010年11月24日（水）～26日（金）

主 催 日本エイズ学会

会 場 グランドプリンスホテル

高輪 ザ・プリンス

さくらタワー東京

〒108-8612

東京都港区高輪3-13-1

<http://www.secretariat.ne.jp/aids24/>



さくらタワー（上）と
ホテル全景

「いまこそ、人権を」 早期治療の必要性と人権重視を強調

国際エイズ学会（IAS）のエリ・カタビラ次期理事長、ペドロ・カーン前理事長が記者会見
〜日本記者クラブ

ウィーンで開かれる第18回国際エイズ会議（7月18〜23日）の最終日に国際エイズ学会（IAS）理事長に就任するエリ・カタビラ博士（ウガンダ）が来日し、前理事長のペドロ・カーン博士（アルゼンチン）とともに2月2日午後、東京・内幸町の日本記者クラブで会見した。第24回日本エイズ学会学術集会・総会の岩本愛吉会長がIASのアジア太平洋地区代表理事を務めていることもあって、今回の学会もIASとの強い協力関係により、国際間に存在する「垣根」を越える成果が期待されている。その意味でも、現在の世界のHIV/エイズ対策の動向を幅広く把握できる貴重な会見となった。

約束は守られるのか

会見ではまず、カーン博士が「つながる（コネクト）」「促す（プロモート）」「動員する（モービライズ）」の3つのキーワードを掲げ、IASの活動を以下のように説明した。

【コネクト】 約2万5000人が参加し、保健分野で最も重要な会議とされる国際エイズ会議を隔年で開催。その間の年には、基礎医学や臨床の研究を中心にした会議も開いている。これらの会議を通し、経験も背景も異なる多様な専門家がエイズ関連の活動を推進する力を生み出している。

【プロモート】 対話の促進、教育・啓発ネットワークの拡充などを通じ、予防や治療、ケア、支援のさまざまな対策を進めるノウハウの構築、能力向上、知識の普及などを促す。イデオロギーではなく、エビデンス（証拠）と科学の知見ベースで対応することを重視している。

【モービライズ】 資金調達が大きな課題であり、マスメディアの協力も得てエイズ対策の重要性を伝えていきたい。抗レトロウイルス治療（ART）の普及を進めることで対策の成果をあげてきたが、気候変動問題など資金確保で競合するテーマも多く、前途は厳しい。

ウガンダのマケレレ大学医学部教授であるカタビラ博士は、1994年に横浜で第10回国際エイズ会議が開かれたさい、横浜市内にリバー・カタビラ（帷子川）が流れていると聞き、自分の名前が日本でも親しまれていることをうれしく思ったという。博士は「30年ほど前に米国で最初の症例報告がなされた当時は、エイズは先進諸国の問題とみられていた。だが、そうではなかった」と次のように報告した。

《約3340万人と推計される世界のHIV陽性者の約70%がサハ

ラ以南のアフリカで暮らし、成人人口の10〜20%がHIVに感染している国もある。一国の人口の10%以上がHIVに感染している状態では、保健や経済のインフラに与える打撃も大きい》

2005年の主要8カ国首脳会議（グレンイーグルス・サミット）でG8首脳は、2010年までに必要な人は誰でもHIVの予防、治療、ケア、支援へのアクセスを確保できるようにするという普遍的アクセス実現への強い意思を示し、この約束は国連でも確認された。カタビラ博士は「2010年はまさに今年である」と述べ、昨年9月に世界保健機関（WHO）がまとめた普遍的アクセスの進捗状況にも言及した。

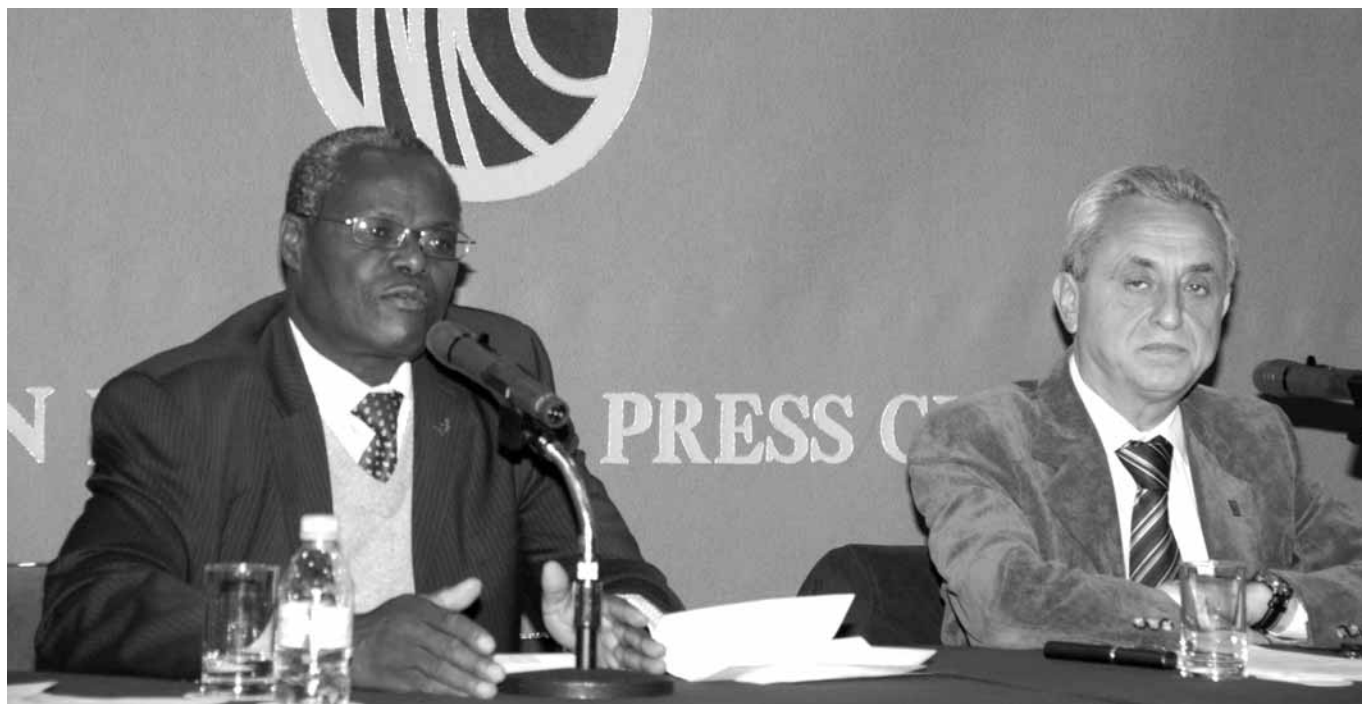
それによると、低中所得国で抗レトロウイルス治療（ART）を受けている人は08年末現在400万人で、03年末の40万人と比べ10倍に増えている。母子感染防止のためにARTを受けている低中所得国の妊婦の割合は04年 20%、07年 35%、08年 45%と拡大し、新生児へのHIV感染が高い確率で防げるようになった。また、08年末には、HIVに感染して治療を必要とする15歳未満の子供の38%がARTを受けている。対策の規模は拡大させる必要があるが、03年当時はほとんどの子供が治療を受けていなかったことを考えれば大きな成果といえる。

アフリカの医師としてカタビラ博士は「こうした努力で多くの命が救われ、医療費も節約されている」と、主要な資金拠出者である日本などG8諸国に感謝を表明する一方、一層の資金貢献を求めて次のように語った。

「02年1月にはG8主導で世界エイズ・結核・マラリア対策基金（世界基金）が発足し、その資金に支えられた途上国のエイズ、結核、マラリア対策で数多くの人の生命が救われた。一方で最近2年間をみると、世界基金の資金に対する需要が予想以上に増え、G8諸国からの拠出約束も必要額に届いていない。成果に満足し後退を許していただける時期ではなく、普遍的アクセスが確保できるようさらなるコミットメント（約束）を行なって実現の努力を続けてほしい。G8諸国には、始めたことはぜひ最後まで完遂することをお願いしたい」

成果を支えた治療の進歩

エイズ治療はどこまで進んでいるのか。「エイズはかつて発症した人のほぼ100%が死亡するような疾患だったが、いまはHIVに感染しても、治療を続け、長く生きていくことが可能だ。服薬は以前よりはるかに容易で毒性も下がるなどユーザーフレンドリーになっており、患者さんのQOL（生活の



エリ・カタビラ次期理事長（左）、ペドロ・カーン前理事長
内幸町の日本記者クラブで（日本記者クラブ提供）

質）は向上した」とカーン博士は語る。また、治療開始の目安については「科学的根拠にもとづいて判断すれば、治療は早めに開始した方がいい」と、次のように説明した。

「治療が必要かどうかはCD4という免疫をつかさどる細胞の数、いわば免疫のレベルが目安になる。WHOの基準ではこれまで、CD4値200以下で治療を開始していたが、最近では350位から開始しようということになっている。問題は治療の対象が拡大すれば、その分だけ必要な治療を受けられない患者の待機リストが長くなることだ。もっと多くの人が治療を受けられるよう対策の規模を拡大しなければならない」

さらにカーン博士は「北米やヨーロッパ、日本などの先進諸国、それにブラジルや私の母国のアルゼンチンといった中所得国」では「経済的な面でARTに対する普遍的アクセスは確保されている」との見方を示す一方、「世界全体で見れば治療を受けられない人の方が多い」と訴えた。

また、「治療を受けられない人がたくさんいるということは、流行の拡大を防ぐ観点からも大きな問題だ。HIVに感染した人に治療を提供することは、個人のためになるだけでなく、社会全体の利益にもなる。いわばARTは公共財であり、感染した人の体内のウイルス量を減らし、他の人に感染する機会を少なくすることで、結果的に個人のみならず、社会全体にも利益をもたらすことになる」と、予防の観点からのART普及の重要性にも言及した。

渡航規制と国際エイズ会議

カタビラ博士はHIV陽性者に対する米国の入国規制撤廃を最近の重要なニュースとして紹介し、「国際エイズ会議は医療分野の科学者もHIVに感染している人たちもともに参加して開く会議です。多様な立場の人がエイズとの闘いに関与し、予防や治療を進めていく会議なので、HIV陽性者の参加なくしては成り立たない」と述べた。IASは陽性者の移動の自由

を制限する規制に強く反対しており、米国内では入国規制のために1990年のサンフランシスコ会議以来、国際エイズ会議は開かれていない。だが、米国政府が規制の完全撤廃を表明したことから、2012年の第19回国際エイズ会議はワシントンDCで開催されることになった。

博士はオーストリアのウィーンで7月に開かれる第18回国際エイズ会議のテーマが「Rights Here, Right Now（いまこそ、人権を）」であることも明らかにし、「人権があってこそ予防や治療の介入も始められる。人権が大前提です」と説明した。「特に重視したいのはジェンダー間の平等であり、女性の平等と権利、女児の権利、そしてHIV/エイズの流行に影響を受ける人たちの権利を強調したい。MSM（男性と性行為をする男性）、薬物使用者、セックスワーカーといった人たちが自らの安全を確保できるようになることが重要であり、同時に科学的な論拠、エビデンスをもとに進めることも大切です」

ウィーンは地理的にも「薬物使用によるHIV感染が拡大した東欧や中央アジアに近いので、麻薬対策も重要なテーマとして取り上げられる」という。

「いくつかの東欧の国では、薬物使用者に対し、他国で成功が確認されている治療法が認められていない。ウィーン会議を契機に政策をめぐる議論が進められ、そうした規制が撤廃されるようになってほしい」

さらに日本に対しては「近い将来、ふたたび国際エイズ会議が開催できるのではないかと期待感をにじませた。

（次ページへつづく）

【ことば】国際エイズ学会（IAS）

HIV/エイズ分野で世界最大の専門家組織。180か国から基礎医学、臨床、社会政策など幅広い分野の専門家1万4000人が参加。アジア太平洋諸国の会員は1700人で全体の12%を占めている。各国政府、NGO、民間企業、国際機関と連携を取りながらも、独立性、中立性を重視し、専門家組織の人的、知的資源と行動力を生かした活動を続けている。世界規模の国際エイズ会議および国際エイズ医学会議の主催団体でもある。

予防としての治療

質疑では、09年11月にジュネーブで開かれた予防のための抗レトロウイルス治療（ART for prevention）に関する会議について質問があり、カタビラ博士が会議開催の背景も含めて次のように説明した。

「予防としての治療については英国やカナダで議論が重ねられ、IAS現理事長であるカナダのフリオ・モンタナー博士らが、治療の普及は予防対策としても効果があると指摘しています。09年の初めにはWHOの研究グループが治療の予防効果について数理モデルを使った論文を発表しました。HIV陽性率が20%の国を対象にして、その国に住む人全員に毎年、HIV感染の有無を調べる検査を行ない、感染が判明した人全員にARTを提供する。そうすると20年、30年後にはその国のHIV陽性率は1%以下に減るという理論です。ひとつの国の全人口に毎年、100%検査を実施することは不可能かもしれませんが、理論的な前提として考え、WHOで会議を開いてみようということになりました。

会議で合意されたのは、治療が必要な人全員に治療を提供できるようにしようということです。そうすれば、他の人にHIVが感染して広がることも防げる。世界ではいま、平均すると毎日8000人が新たにHIVに感染し、5000人がエイズで死亡していると推定されています。HIV感染は予防可能であり、エイズという病気は治療可能であるということを前提にして会議が開かれたのですが、それがすべて実行されているというわけではありません」

第24回日本エイズ学会学術集会・総会

◎重要な日程

- 6月8日 演題募集開始（予定）
- 7月13日 演題募集締切（予定）
- 7月18日 第18回国際エイズ会議（ウィーン、～23日）
- 11月24日 第24回学術集会・総会（東京、～26日）

◎問い合わせ先

学術事務局

東京大学医科学研究所先端医療研究センター・感染症分野内

〒108-8639 東京都港区白金台4-6-1

学会事務局

株式会社微生物科学機構内

〒112-0002 東京都文京区小石川4-13-18

総会運営事務局

コンベンションリンク内

〒102-0075 東京都千代田区三番町2三番町KSビル

TEL:03-3263-8688 FAX:03-3263-8693

E-mail aids24@secretariat.ne.jp

なお、本紙へのお問い合わせも上記コンベンションリンク内総会運営事務局までお願いします。

【プログラム委員会速報】

プレナリーセッションで、カタビラ、ウォルムズリー両博士が講演

学術集会プログラムの焦点のひとつであるプレナリーセッション（全体会合）では、HIV治療をめぐるさまざまな課題について国際エイズ学会（IAS）次期理事長のエリ・カタビラ博士（ウガンダ）およびトロント大学医学部教授のシャロン・ウォルムズリー博士（カナダ）のお2人に講演していただくことが固まっている。

途上国と先進国では治療の提供をめぐる課題はかなり大きく異なっているが、同時に共通する問題点も少なくない。カタビラ、ウォルムズリー両博士の報告は、日本においてHIV治療の課題を考えるさいにも重層的かつ複眼的な視点を与えてくれることが期待できる。

【略歴】

エリ・カタビラ博士

ウガンダのカンパラにあるマケレレ大学医学部教授。国際エイズ学会（IAS）次期理事長。マケレレ大学で医学を学び、英マンチェスターで神経科医の訓練を受けて帰国後の1985年以来、HIV陽性者のケアと支援に取り組んできた。HIV/エイズの治療と管理に関するガイドラインの専門家で、病院とコミュニティの両方のレベルにおけるHIV/エイズのケア、支援の提供に関し、臨床試験やオペレーショナルリサーチが抱える多様な課題について研究を進めている。1987年にウガンダでエイズ支援機関（TASO）が創設されたさいの共同設立者であり、TASOでは設立以来、医療アドバイザーを務めている。

シャロン・ウォルムズリー博士

カナダ・トロントにある大学保健医療ネットワークのトロント病院免疫不全クリニック臨床研究部長。トロント大学医学部教授。西オンタリオ大学で医学博士、トロント大学で臨床疫学の修士を取得。HIV治療、日和見感染症の予防と治療、合併症治療などさまざまな臨床試験のデザインと実施に携わってきた。現在はHIVとヘルペスウイルスの重感染事例における相互作用などを研究。HIV陽性の女性、女兒におけるHPVワクチンの効果を調べているカナダ女性HIV研究グループの共同研究者でもある。カナダHIV臨床試験ネットワークの運営委員長であり、臨床管理部門の共同委員長も務めている。

日本エイズ学会「学術集会とその時代」 歴代会長に聞く 1

山本直樹さん

第12回日本エイズ学会学術集会・総会会長（1998年）

第20回エイズ学会（2006年）で基礎分野について、
記者会見で精力的に説明する山本直樹さん
（撮影・菊池修）



1987年に京都で開かれたエイズ研究会を起点として、日本エイズ学会の学術集会・総会は過去23年間に計23回、開催されている。エイズの流行に直面した社会の反応、原因ウイルスであるHIV（ヒト免疫不全ウイルス）の性状、抗レトロウイルス治療（ART）の進歩、そして世界と日本のエイズ政策の変遷など、その時々々の社会の動きや研究成果を反映して、それぞれの学術集会にはそれぞれの特徴がある。会長経験者から「学術集会とその時代」をお聞きした。

日本エイズ学会理事長でもある山本直樹さんは今年4月、国立シンガポール大学医学部の微生物学教授に就任した。つまり、3月は渡航準備に多忙な時期だったはずだが、その超過密スケジュールの中で、快くインタビューに応じていただいた。

——第12回学会が開かれた1998年はどんな年だったのでしょうか。

1995年ごろからHAART（多剤併用療法）が導入された結果、米国ではエイズ患者の死亡率が大きく低下したことが報告されていました。それまでの逆転写酵素阻害剤（RT）に加え、プロテアーゼ阻害剤（PI）がHIVの複製、増殖を妨げる抗レトロウイルス薬として登場し、薬剤の併用による延命効果の持続とエイズによる死亡率の急速な低下が確認されていた時期です。

——学術集会には、どのようなかたちでその動向が反映されたのでしょうか。

米カリフォルニア大学サンディエゴ校のダグラス・リッチマン教授ら治療の最前線に立つ臨床家を招き、HIV治療の現状を聞きました。当時すでに耐性ウイルスへの対処が大きな課題として取り上げられています。日本の臨床家からは、抗レトロウイルス治療とアドヒアランス（服薬継続性）に関するシンポジウムがあり、各職種から様々な報告がありました。

患者はどうして薬を飲まないのか、なにが服薬を妨げるのか、なんで本当のことを言ってくれないのか……。治療の進歩により、新たな課題も浮上し、その課題の解決に向けた方法論が議論された。このほか、サルモデル、アジアの疫学、ワクチン開発の戦略と展望なども取り上げられたという。基礎分野では、スイスの研究者から、役割がよくわかっていなかった遺伝子（アクセサリージーン）の機能についての講演があった。

国際的な比較で言えば、日本国内のHIV陽性率はいまなお低い。だが、感染の拡大は確実に続いている。この点は90年代後半にも認識されていた。第12回学会でも献血者の陽性率が急速に上昇していることが指摘されている。

一方、男性の同性間の性感染については、ほとんど取り上

げられなかった。厚生労働省のエイズ動向委員会がまとめたHIV感染報告を感染経路別に見ると、現在は報告のほぼ7割が男性の同性間の性行為による感染だが、当時は同性間の性感染と異性間の性感染がほぼ同数だった。「同性間の性感染報告が増えたことには、いろいろな理由が考えられます。名古屋市立大学の市川誠一教授を中心に研究者や当事者のコミュニティが一生懸命、研究に取り組み、その結果、報告が増えたという面もある」と山本さんはいう。

ただし、急速な報告の上昇カーブはそれだけでは説明がつかない。少なくとも大都市部においては、2000年ごろから同性間の性感染の拡大傾向に拍車がかかったと見ておく必要があるだろう。同性間の性感染に関する発表がきわめて少なかったことについて、山本さんは「当時もっと注目していれば、現在のような状態は避けられたのかもしれない」と振り返る。そもそも、最近の学術集会の基準で考えれば、当時は基礎、臨床に比べ、社会医学分野の発表がきわめて少なかったという事情もあるだろう。

その点では隔世の感があるというべきなのかもしれないが、一方で現状には「社会医学系、基礎系、臨床系が乖離しかかっている」という問題点もある。山本さんはそれを懸念する。今学会のテーマが「垣根を越えよう」であることもとも共通する懸念である。

——今年の学術集会に期待することは？

岩本先生は臨床家であると同時に、国際的にも国内的にも広い人脈があり、バランスのとれた研究者です。分野が異なっても大きな目標は一緒なので、それを結びつけていくことは重要です。治療薬が次々に開発され、HAARTは大きな成功を収めてきました。それは素晴らしい医学の勝利だと思います。かつてHIV感染は死の病だった。それを死なない病にした。このことは評価すべきです。しかし、現状では、その治療は一生続けなければならない。学会の報告や議論の中から根治療法やワクチン開発へのヒント、きっかけが出てくると素晴らしいと思います。

第12回エイズ学会学術集会・総会

会期 1998年12月1～2日

会場 シェーンパッハ・サボー（東京都千代田区平河町）

HIV 検査

国内で最初のエイズ症例が公式に確認された1985年から数えても、わが国のエイズ対策はすでに四半世紀の経験を蓄積している。この間、治療の進歩は疾病としてのエイズの概念を大きく変えたとはいえ、原因ウイルスであるHIV（ヒト免疫不全ウイルス）の感染の拡大傾向は続いており、さらに長期の対応と対策の規模拡大が必要となっている。新たな四半世紀を見据え、いまなお多数の困難を抱えるHIV/エイズとの闘いの論点整理を試みたい。第1回は「検査」を考える。

●早期検査はなぜ必要か

自分がHIVに感染していることを知っている人は、感染者全体の何割ぐらいなのか。逆に言えば、感染に気づいていない人はどのくらいいるのか。よく尋ねられる質問だが、その割合は実は、はっきりとはわからない。裏付けとなるデータが得られていないからだ。

ただし、毎年の新規HIV感染者・エイズ患者報告数の推移やエイズを発症して初めて感染が判明する人の割合などをもとにあえて類推すれば、日本国内では自らの感染が確認できている人は3割前後ではないかと考えられる。逆算すれば感染者の7割は、感染を知らずに生活しているということにもなる。

エイズ治療の進歩にはめざましいものがあるが、感染を早期に把握し適切な時期に適切な治療に踏み切れなければ、治療効果は低下し、エイズ発症を防ぐことも困難になる。発症後の経過も良くない。死に至る可能性も高くなる。検査の重要性が強調される第1の理由はこの点にある。早期に感染を確認することが、適切な治療の機会を得るという患者自身の利益につながるからだ。

だが、エイズ対策としての検査普及の目的はそれだけにとどまらない。感染の拡大を防ぐという観点からも、感染の有無を確認する検査は重要だ。たとえば、HIVに感染している人が感染の事実を知れば、性感染などの予防手段をとることができる。コンドーム使用を含む「セーフターセックス（より安全なセックス）」の考え方はこうした視点から生まれてきた。

早く治療を始めて感染した人の体内のウイルス量を減らせば、性感染や薬物注射による感染が成立する機会も減っていくとする「予防としての抗レトロウイルス治療（ART）」の考え方もある。

まぎれもなく「日常生活の中の行為」であるセックスをどう受け止めたらいいいのか。どうしたら感染している人が他の人と性行為を行ない、なおかつ自らの体内のHIVが相手に感染するという事態を回避できるのか。「セーフターセックス」とはつまり、エイズという未知の感染症の流行に最も早い時期から影響を受けて

きた米国大都市部のゲイコミュニティを中心にして、HIV陽性者やその恋人、友人、家族といった人たちが、ぎりぎりの必要に迫られ、ときには厳しい迫害を受けながら紡ぎ出してきた「思想」でもある。

自分が感染していることに気づいていない人、いわゆる「感染の自認がない人」の事情はおそらく、さまざまだろう。うすうす感染しているかもしれないと感じつつ検査に踏み切れない人もいれば、感染など疑ったこともないという人もいるはずだ。MSM（男性とセックスをする男性）、性産業従事者、会社員、主婦、学生…と、その属性もまたさまざまだろう。

「セーフターセックス」はHIVに感染している人にも、していない人にも等しく発せられるメッセージではあるが、HIVに感染している人の場合、自らの感染を確認できなければ、セックスをより安全なものにしようとする動機も生まれにくくなる。検査の回避につながるようなさまざまな事情を抱える人にとって検査を受けやすい環境を整えることは、そうした観点からも重要である。

●自発検査と医療者主導検査

わが国では全国の保健所や検査施設（エイズ対策の資料では「保健所等」と総称される）で無料・匿名のHIV検査が提供されている。また、医療機関では、匿名ではないが個人情報保護されるかたちで有料の検査を受けることもできる。検査普及への努力もあって、保健所等でのHIV検査件数はここ数年、着実に増えてきた。昨年はやや減少に転じたとはいえ、趨勢は増加傾向にある。

保健所等の検査は、受検者が自らの意思で受ける自発的検査が原則であり、検査を提供する側はそのために検査を受けやすい環境を整える。無料匿名の原則はそのためのものだし、他にもカウンセリングの充実、土日や夜間に受けられる検査窓口の拡大、迅速検査の導入、イベントに連動し対象を絞り込むかたちで実施する検査会やキャンペーンなどが試みられてきた。検査と相談の機会を得やすくすることで自発的検査の普及をはかる手法はVCT（Voluntary Counseling and Testing）とも呼ばれている。

2008年の場合、新規のHIV感染者・エイズ患者報告1557件のうち、保健所等のVCTで感染が判明したケースは39%だった。残る61%は医療機関などで検査を受け、感染が把握されたことになる。

感染者の7割が自らの感染を知らず、一方で感染が判明するケースは医療機関での検査の方が多い。それなら医療機関を訪れる人にもっと積極的に検査を勧めるべきではないかという考え方もある。国際的に見ると、医療提供者主導検査相談（PITC=Provider Initiated HIV Testing and Counseling）によって早期検査の普及をはかる動きは、米疾病対策センター（CDC）が2006年9月22日、MMWR（死亡疾病週報）に『医療機関における成人、若者、妊婦のHIV検査見直し提言』を発表したあたりから活発化している。

この提言は、患者のHIV陽性率が0.1%以上なら医療機関は13～64歳のすべての患者を対象にHIV検査をルーティーン（ふつう）に

医療提供者主導検査の4分類 (WHO、UNAIDSガイダンスから)

診断のための検査…… HIV感染が推察しうる症状がある患者に実施
スクリーニング …… 一定の人口層の全員を対象実施
ターゲッテッド検査…… 行動や臨床像、人口統計特性から感染リスク
が高いと考えられる人に対象を絞って実施
強制検査 …… 献血や臓器、細胞提供者に対し、義務付けられた検査

実施すべきであるとの考え方を示して注目された。

患者の意思に反した強制的な検査ではないことは明記しているものの、患者の同意に関しては、検査を拒否する意思を明確に示さない限り同意とみなすというオプトアウト（opt-out）方式が打ち出されている。同意の取り方も「他のスクリーニング検査や診断検査と一緒に一般的なインフォームド・コンセントがあればいい。HIV検査だけ別個に同意を取ることは推奨しない」と簡略化に大きく踏み込み、積極的に検査を受ける意思を確認したうえで実施する従来のオプトイン（opt-in）方式のVCTとは一線を画したかたちになっている。

2007年5月30日には世界保健機関（WHO）と国連合同エイズ計画（UNAIDS）が『医療機関におけるPITCガイダンス』を発表した。PITCを実施するには、どのような条件が必要で、何に留意すべきなのかをまとめた指針である。PITCそのものを否定してはいないが、「流行の段階に応じ対応を分ける」「PITCの実施は抗レトロウイルス治療（ART）の拡大とともに進める」「VCTの重要性も明記する」といった内容が盛り込まれ、米CDCの見直し提言が暴走しないよう釘を刺すかたちの指針といえそうだ。

PITCに関しては日本国内でも、国際的な議論と国内の流行の現状を踏まえ、具体的に実施の可能性と限界を考えていく必要がある。

《低流行期》《局限流行期》《広汎流行期》というWHOやUNAIDSの3段階分類に従えば、HIV陽性率が0.05%以下と推定される日本は低流行地域であり、すべての人を対象にするようなHIVスクリーニング検査の導入は適切とはいえないだろう。

ただし、VCTとPITCは、あれかこれかの二者択一的な概念では必ずしもない。PITCを「積極的VCT」と位置づける医師もいる。そうした考え方からすれば、検査を受けに来る人を待っている従来の保健所等での検査は「消極的VCT」ということになるが、消極的か積極的かの判断は、従来のVCTの中でも手法の工夫によってかなり変わってくるはずだ。

すでに述べたように、新規感染報告のうち、保健所等での検査で感染が判明したケースは4割程度にとどまり、残る6割は手術前検査や妊婦検診、STDクリニックでの医師の勧めなどによる検査で判明している。この点を考えると、患者にHIV感染を推察する症状がある場合には、さまざまな疾病に対応すべき診療所などの医師が、症状の背景にあるものをいち早く察知できるよう診断検査のための情報や知識の浸透をはかる必要がある。このことは、スクリーニング検査の是非とは別の文脈で重要である。

一方、スクリーニング検査やターゲットをしぼった検査については、どのような場面、どのような状態なら採用できるのか、あるいは採用すべきではないのか、個別の条件を勘案しながら判断する必要がある。改めて指摘するまでもないが、医療の場からHIV陽性者を排除したり、遠回しに診療を拒否したりするための手段としてこれらの検査が使われてはならないということは、その判断のさいのいわば最低条件である。

●検査はどこへ向かうのか

HIVに感染している人の推定7割が自らの感染に気づいていないということは、保健所等での検査の普及に向けたわが国の多大な努力がこれまでのところ、残念ながら期待通りの成果には結びついていないということでもある。少なくとも、注がれた努力の中には、不徹底であるか、空回りしている部分がかなりあると考えざるを得ない。

検査を受けてほしい人が、本当に検査を受けてみようと思える

体制になっているのかどうか。検査体制に関する研究班の研究代表者である慶應義塾大学医学部の加藤真吾専任講師は今年1月28日、エイズ&ソサエティ研究会議のフォーラム「検査の5W1H」で、わが国のHIV検査相談のあり方について以下のような課題をあげている。

1. 保健所等におけるHIV検査相談の充実
2. 利便性の高い特設検査相談施設の拡充
3. 感染のリスクにさらされやすい集団での検査拡大
4. 医療機関での検査拡大

保健所検査については、提供者側の事情と利用者の利便性との関係はデリケートな問題をはらんでいる。すべての保健所でいつでも検査を受けられる体制をとるには多大な人と時間と資金が必要であり、流行の現状を考えると厳しい。このため、たとえば毎月2回、第1、第3木曜日の午前中といったように検査日と時間を限定した対応をとる保健所も多い。利用者はわざわざ、どこの保健所でいつなら検査を受けられるかを調べ、電話で予約し、通勤や通学に支障が出そうな時間に検査を受けに行く。考えただけでも、検査を受けようという気持ちがくじけそうだ。

人が集まるイベントなどの機会に相乗りして実施する検査イベントも、実施する側の満足度を高めるのみのお祭り騒ぎに終わり、本当に感染を心配する人にはむしろ敬遠されてしまうことにもなりかねない。

すべての保健所であまねく利用しにくいサービスを提供するより、2であげられているようなかたちで検査資源を集約し、いつでも検査を受けられる拠点をいくつか整備する方が、検査の提供という視点からははるかに現実的だろう。資源の有効配置のための広域連携の可能性は検討に値する課題といえる。

ただし、保健所がHIV検査サイトとしての機能を放棄することは、長期療養支援の観点で必要なサービスからも撤退するといった事態を招くリスクもはらんでいる。このあたりは国と地方の役割分担といった問題も含め、しっかりした議論が必要だ。

3の「HIV感染のリスクにさらされやすい集団」としては、男性と性行為を行なう男性（MSM）、薬物注射使用者、性産業従事者、日本在住外国人などが考えられ、わが国のエイズ政策の基本となる感染症法のエイズ予防指針では「個別施策層」として位置づけられている。なぜ感染のリスクにさらされやすいのか。社会的な条件も含め、それぞれの「個別施策層」に共通する要因もあれば、固有の事情もある。その共通性と個性の両方を視野に置いて、より工夫された手法の展開をはかる必要がある。

4の医療機関の検査拡大では、HIV感染の可能性がある症状について、診察段階で医師がその可能性を想定することは的確な医療の提供という観点から重要である。医師を対象にそうした症例に関する情報の提供と注意の喚起を通して、適切な検査勧奨へとつなげることは必要だろう。また、HIV陽性者の現在および過去のパートナーに対し検査を受けるように勧めることに関しても、どのようなかたちなら有効なのか、方法論の検討を進めていく必要がある。

（本稿は、宮田一雄、永易至文が担当しました。）

いま見返す、この一本

フィラデルフィア

監督/ジョナサン・デミ 1993年 USA/2時間5分

1994年春に公開されたとき、私はこの映画を劇場で見ている。見て、ずいぶん泣かされた記憶がある。よほど感動したのだろう、パンフレットまで買って、それが奇跡的に手元に残っていた。久しぶりに開いてみたら、橋口亮輔監督がエッセーを寄せていた。そんなことも忘れはてていた。

15年以上を経ての再会だった。多少、期待したのは事実だが、再びの感動よりも、むしろ若干の退屈が先に立ってしまったのはなぜだろう。このかんの治療薬の進歩その他によって、エイズをとりまく状況が劇的に変化したことによるのだろうか。

1990年代初期には、エイズをめぐる、こうした物語をしか紡ぎえなかった。その最良の作品が、『フィラデルフィア』である。エイズと、そして同性愛をめぐる、「教育的」なメッセージが、じつに巧みに配置されている。

アメリカの都市フィラデルフィアの、一流法律事務所につとめる有能な若手弁護士ベケット（トム・ハンクス）は、大事な訴状の紛失トラブルを理由に解雇されるが、それはベケットの顔のあざ（カボシ肉腫）に気づいた事務所がわのエイズ恐怖症によるものだった（紛失は仕組まれたものだった）。ベケットはすでに自身のエイズを知っており、病院へ通い、AZT（代表的なエイズ治療薬。当時はこれしかなかった）の副作用に苦しんでいる。

不当解雇の訴訟を起こそうとして、9人の弁護士に断られたベケットは、かつて法廷で渡りあったこともある黒人弁護士ミラー（デンゼル・ワシントン）を訪ねる。再会の握手をした手を、「エイズだ」と聞かされてあわててぬぐうミラー。もちろんミラーも断った。それは勝ち目のない裁判というより、エイズと同性愛への嫌悪感によるものだ。

ミラーは帰宅後、妻に「おれはホモは嫌いなんだ」とこぼすが、妻は叔母もレズビアンだし、あの人もこの人もみんな同性愛者だ、と話す。偏見と差別の実例が細部にていねいに書きこまれ、あわせて同性愛者をあたりまえに受け止めるべきだというメッセージも、随所にはめこまれている。

ミラーを変えたのは、図書館で資料を調べるベケットの姿だった。HIVの資料をもってきた司書は、ベケットに個室の閲覧室を勧める（これも偏見である）。まわりの利用者も、感染者だと気づいて席を離れる。だが、ひとり毅然として資料に読みふけるベケットに、居合わせたミラーは弁護を申し出るのだった。

ベケットはけっして一人ではない。彼にはミゲールという長年の同性パートナーがおり、さらに家族の強力なバックアップがある。両親の結婚40年のパーティーにミゲールとともに帰省したベケットは、訴訟でメディアざたにもなるだろうことを家族に告げるが、両親も、きょうだいたちも、「私は偏見に負け

る子を生んだ気はない」「おまえは俺の弟だ」「ミゲールといっしょにがんばれ」と、つぎつぎに励ます。家族には、カミングアウトも、エイズだというセカンド・カミングアウトもすんでいるのだ。このへん、あまりにも出来すぎではあるが、感動的でもあり、うらやましくもある。

こうして開廷するベケットの訴訟だが、同性愛者への偏見をかならずしも払拭しているわけではないミラーが、訴訟の過程でそれをどのように克服していくかが見どころになっている。エイズや同性愛者に偏見なしとしない観客も、ミラーに感情移入することで、ポジティブなメッセージを受けられる。

裁判劇のなかでもう一人の感染者も登場。おなじ事務所に勤める、輸血で感染した女性だが、彼女は解雇されていない。しかし、彼女の口から、輸血で感染した人も性行為で感染した人も、この病気をかかえる人はみんなおなじ、というメッセージが発される。随所に巧みな構成が光る。

しかし、ベケットは裁判のなかで病状を急速に悪化させ、ついに法廷で倒れる。原告本人が不在で迎えた陪審による評決では、この解雇を不当なものとし、ベケットの勝訴となった。報告にいくミラーのまえにいたのは、人工呼吸器をつけられてベッドに横たわる瀕死のベケットだった。家族たちが一人ひとり、別れの言葉をかけて去る（公開時、感極まったのはここだった）。その夜、ベケットは永遠の眠りについた。

映画は、田舎の家で一族たちがベケットの追悼パーティーを開くところで終わっている。胸にみなレッドリボンをつけ、顔には涙ではなく、誇らし気な微笑をたたえて。

この映画が撮られたころ、エイズはまだ不治の病だった。観客は、かぎりある命をひたすら燃えつくそうとするベケットや、彼を献身的に支えるミゲール、そして家族の姿に強く胸を打たれた。当時の（いや、いまもか）エイズや同性愛者への偏見を打ち破るには、こうした「愛と感動の物語」が必要だった。それを阻害しそうなもの、たとえばゲイであるベケットとミゲールのベッドシーンなど、異性愛者を刺激しそうなものは画面から注意深く取り除かれている。異性愛者であるあなたがこの映画に素直に感動できたとしたら、そのせいかもしれない。

そうやってハリウッドのなかの当事者たちが苦心惨憺してつくったこの映画をいま見ることは、エイズへのいまさらの啓蒙映画というより、2010年の現在ならエイズをどう語るべきかを考える格好の素材となるだろう。HIVにかかわる人びとに、あらためてお勧めしたいゆえんだ。

いま、この映画は「愛の物語」ではなく（もちろん、そういうのが好きなら好きでいいが）、「フィラデルフィアの物語」であることが大きな意味を帯びてくる。ギリシャ語で「兄弟愛」を意味し、独立宣言が起草された「義」なる街フィラデルフィアは、すべての人間の自由と尊厳を保障し、そのために闘う者のメタファーだ。「憐れみ」はいい、「同情」もいい、生きつづけるうえで欲しいのは政治的権利と尊厳だ。そうした陽性者の声を、この映画に聞き取る人はいないだろうか。（文・永易至文）

編集を終えて

●繚乱の桜が春風に舞い、池には白鳥が泳ぎ、お昼寝でもしたい陽気ですが、ああ、もうシンプोजウム 시간だ。4月6日午後、京都国際会議場で開かれた日本感染症学会のシンポジウム「日本のエイズ対策は失敗しているのか」。演者の一人だった厚労省課長のドタキャンには、この20年余り何度も類似の経験をしているので驚きません。驚きはしませんが、このテーマにしてこの不在。現在の日本政府にとってエイズ対策が優先順位のきわめて低い政策課題であることを改めて示す現象ではあります。

HIV感染/エイズ患者数は確実に増加しているのにエイズ対策予算は縮小を続けている。この理解しがたい状況を打開すべく第24回日本エイズ学会は「垣根を越えよう」をテーマに掲げ、それに共鳴したごく少数のジャーナリストがニューズレター編集班を編成しました。微力かつ浅学ながら垣根を苦にしない性格を頼りにペーパーメディアを発行します。（編集長・宮田一雄 産経新聞特別記者）

●20回学会のとき、宮田さんと一緒に学会速報を毎日発行したのがご縁で、今回も宮田さん

のもとで働かせていただくことになりました。4、7、10月に事前号を、学会当日には毎日、そして12月にまとめの号を、計7号発行の予定です。ネットの発達でだれもが「発信者」になれる時代だからこそ、論点を切り分け、議論に筋目を見いだす、庭師にも似た編集者という影の役割が必要ではないかと、手前味噌ながら思います。この小メディアがエイズをめぐる公論の場となれるよう、みなさまのご鞭撻をお願いします。（永易至文）