

日本の HIV/AIDS の歴史から社会安全学を考える

Considering on Societal Safety Sciences from the History of HIV/AIDS in Japan

公益財団法人エイズ予防財団理事長
国立病院機構大阪医療センター HIV/AIDS 先端医療開発センター特別顧問

白 阪 琢 磨

Representative Director, Japan foundation for AIDS Prevention, Special adviser,
AIDS Medical Center, National Hospital Organization National Osaka Hospital

Takuma SHIRASAKA

SUMMARY

Throughout human history, when fundamental treatments were unavailable, infectious diseases were viewed as major disasters. For example, the Black Death that ravaged Europe in the 14th century is believed to have drastically reduced the population, and the Spanish flu pandemic that swept the globe in the early 20th century is estimated to have killed over 100 million people. The spread of infectious diseases thus impacts the global situation. Measures against infectious diseases are crucial for ensuring societal safety. The foundation of these measures lies in acquiring accurate knowledge about infectious diseases and implementing appropriate responses based on that knowledge. This paper first provides an overview of HIV infection and AIDS, reviewing their history in Japan. It then examines how advances in treatment have altered perceptions of the disease and touches upon countermeasure strategies including Revised AIDS Prevention Guidelines of Japan.

Key words

HIV, AIDS, U=U, PrEP, 薬害 HIV 訴訟, 改正エイズ予防指針

1. はじめに

感染症とは、感染する病気の総称であり、寄生虫・細菌・真菌・ウイルスなどの病原体の感染により宿主に生じる病気の総称とされ、感染症のうち、伝染性（ヒトや動物から他のヒトや

動物へと次々に病気がうつる）をもつものを伝染病と言う。人類の歴史を通して根本的な治療法が無かった時代には、伝染病は大きな災害と捉えられてきた。例えば、14世紀にヨーロッパで大流行したペストで人口が大きく減少したとされ、20世紀初期に全世界で大流行したスペイ

ン風邪もおそらく1億人以上の人が死亡したと推計されるなど、感染症の流行は世界情勢に影響を与える。感染症対策は社会の安全を考える上で重要と言える。その対策の基本は感染症に関する正しい知識の獲得と、それに基づいて実施する適切な対応である。

本稿では、まず、HIV感染症・AIDSにつき概説し、わが国における歴史を振り返る。治療の進歩によってどの様に疾患イメージが変わったか、そして、今後の対策の方針に触れる事とする。

2. HIV感染症・AIDSとは

2.1 AIDSとHIVの発見

1981年、米国で当時は原因不明の免疫不全症の散発的集団発生の報告がされ、翌年、後天性免疫不全症候群（AIDS：Acquired Immuno-deficiency Syndrome）と命名され、疾患定義として23の指標疾患などが決められた。1983年にフランスでAIDS患者からレトロウイルスに属する新規の病原体が分離同定され、後に、ヒト免疫不全ウイルス（HIV：Human Immunodeficiency Virus）と名付けられた。HIVが感染した以降の全経過をHIV感染症と称する。HIV感染症はHIVが免疫担当細胞（主としてCD4陽性Tリンパ球）に感染し、細胞性免疫系が徐々に破壊されていく進行性の伝染性疾患である。無治療では、感染初期（急性期）、無症候期、AIDS発症期の3期を経過する。HIVは血液、精液、膣分泌液、母乳に存在し、その感染経路は主に性的接触、血液媒介感染、母子感染（垂直感染）に大別される。1985年に米国FDA（米国食品医薬品局）がHIV抗体検査試薬を承認して以降はHIV感染の有無を血液検査で診断が可能となった。

2.2 HIV感染症の治療の進歩

1987年、世界最初の抗HIV薬であるAZTが米国FDAによって承認されて以来、これまでにHIVの酵素である逆転写酵素、プロテアーゼ、インテグラーゼに対する阻害薬に加え、HIVのカプシド蛋白の結合阻止薬などが承認された。近年は持効性注射薬も承認されている。現在の抗HIV療法は、2剤以上を組み合わせる多剤併用療法が標準治療である。HIVは好変異性を特徴とするが、HIVは増殖時に、主に逆転写のステップで変異をするので、増殖を抑え続けられれば、HIVは変異をする機会が無く、薬剤耐性も出現しない。良好な治療効果と薬剤耐性を発現させないという両者を達成するには、適正な血中濃度を十分保つことが必要であり、患者自身の服薬アドヒアランスの維持が治療上重要である。治療状況が良いとHIVで低下していた免疫機能は回復し、AIDS発症も無く、寿命は非感染者と変わらず、医学的管理が可能な慢性疾患と言える。

2.3 HIV感染予防

HIVの感染経路は前述の様に、（1）性的接触、（2）血液媒介感染、（3）母子感染（垂直感染）に大別でき、世界的に実施されているHIV感染予防としては、（1）相手のHIV感染の有無が不明の場合には性行為時のコンドーム装着、（2）輸血液のHIVスクリーニング検査を行い、HIV感染血液は輸血に用いない、（3）妊婦にHIV検査を実施し、陽性妊婦には母子感染予防策を実施、（4）静注薬物使用者に対しては清潔な針や注射器の配布などを各国の実状に応じて実施してきた。治療で感染者のウイルス量を下げれば他への感染を押さえられるだろうという考え方から、予防としての治療（Treatment as prevention：TasP）が世界的に推奨された。HIV感染が深刻な状況であった発展途上国での

治療推進は重大な課題とされ、2003年、UNAIDS (国連合同エイズ計画) および WHO (世界保健機関) は、2005年までに世界の300万人が抗 HIV 治療を受けられるように、包括的国際戦略『3×5 (スリー・バイ・ファイブ) 構想』を打ち上げ、一定の成果をあげたと考える¹⁾。実際、早期診断・早期治療の実践で世界的にも AIDS 関連死亡者数、新規 HIV 感染者数は減少に転じている。TasP は集団的予防戦略とも言えるが、近年の大規模臨床研究の結果、治療でウイルス量を基準値未満に抑え続ければ性的接触でも感染しない事 (Undetectable=Untransmittable: U=U) が示され、個人のレベルでも良好な治療は他への性感染を阻止できることが示された。最近ではさらにリスク行為前後に抗 HIV 薬の投与で HIV 感染を防ぐという暴露前予防 (Preexposure Prophylaxis: PrEP) の有効性が示されており、コンドーム使用と共に総合的予防策として重要である。海外では PrEP の薬として、抗 HIV 薬である内服薬のツルバダ[®] やデシコビ[®]、注射薬のカボテグラビルやレナカパビルが承認され、HIV 予防効果を示している。わが国では治療薬のツルバダ[®] のみが、HIV 感染予防薬としての適応が承認されている。ただ、本剤の保険給付は治療目的に限られており、海外のように多用されていない。

2.4 HIV 感染症に対する医療体制

(1) HIV 医療体制の構築過程

1985年3月に厚生省エイズサーベイランス委員会 (現厚生労働省エイズ動向委員会) が最初の日本人エイズ症例を報告し、都立総合病院でエイズ診療が開始された。エイズ症例のマスコミ報道により、1986年に松本、1987年に神戸と高知でエイズパニックが発生した。1987年には、エイズ対策関連閣僚会議が開催され、エイズ問題総合対策大綱が決定された。同年、エイズ予

防財団が設立され、1988年に後天性免疫不全症候群の予防に関する法律 (いわゆるエイズ予防法) が策定された。かつての伝染病対策の様にエイズ患者を隔離あるいは取り締まる事でエイズ蔓延を防ぐという基本方針であったが、隔離などの対応で果たしてエイズ対策ができるのかという指摘や患者の人権の観点から、本法には批判的な意見も少なくなかった。一方で、血友病の治療薬として承認された輸入血液凝固因子製剤に混入していた HIV によって感染した約1600人の血友病患者が、1989年に国と製薬会社を相手取って大阪 HIV 訴訟、続いて東京 HIV 訴訟を提起し、これらのいわゆる薬害 HIV 訴訟は1998年に和解を迎えた。原告団は①原状復帰、②医療体制整備、③海外承認 HIV 薬の迅速審査、④身体障害認定などの要望を提出した。さらに、その中で、国、原告団、医療機関等は毎年の協議の実施が決められ、その協議の結果が HIV 医療体制の構築に与えた影響は大きいと考える。身体障害認定の要望に対しては、1998年4月に HIV 感染症を対象とした「ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害」が身体障害者認定に加えられ、HIV 感染者は身体障害者手帳 (免疫機能障害) および公費負担医療申請が可能となった。血友病患者の多くは関節障害等で身体障害手帳を取得している者が多かったが、今後、HIV 感染者・エイズ患者が苦しむのは、自分たちが苦しんだ HIV 感染症・AIDS と同じであり、身体障害の対象は感染経路に依らない様に要望した。

(2) エイズ治療の拠点病院体制

平成5年7月に「エイズ治療の拠点病院の整備について (通知)」が発出され、その中で、エイズ診療の基本的な考え方として「どこの医療機関でもその機能に応じてエイズ患者等を受け入れる事である。すなわち、住民に身近な医療機関において一般的診療を行い、地域の拠点病

院において重症患者に対する総合的、専門的医療を提供する等、その機能に応じて診療を行うことができる様にする必要がある。そのため、各地域の中でエイズ診療の拠点となる病院を確保し、そこを拠点として地域の他の医療機関においてもエイズ患者等の受け入れを進めていくことが適切である」と述べられた。しかし、現実には、先の国内を吹き荒れたエイズパニックが、医療従事者にも大きな影響を及ぼした。エイズ患者あるいはHIV感染を疑わせる血友病患者さえも診療拒否が多く行われた。この通知発出後も拠点病院に選定された施設は少なく、しかも、選定されてもほとんどの施設が公表されなかった。薬害HIV訴訟の裁判の中で薬害被害者およびその家族・支援者が医療者から厳しく拒否され、安心できる療養生活を送れずに悲嘆に暮れ死亡したという本人や遺族の証言と報道は、国民の共感を呼び起こし、エイズの正しい理解と陽性者への支援を得る動きに繋がった。1996年3月の薬害HIV訴訟の和解の頃には、医療機関も積極的に診療を引き受ける状況となり、各都道府県に原則2箇所以上の拠点病院の選定も進み公表された。平成9年4月には、HIV診療の恒久対策の一環として、国際的レベルのHIV診療を行う施設としてエイズ治療・研究開発センター（AIDS Clinical Center, ACC）が国立国際医療センター（当時）に設置され、各ブロックには「エイズ治療の地方ブロック拠点病院」の整備が進められた。平成18年には平成17年改正のエイズ予防指針に基づき、「エイズ治療の中核拠点病院の整備について（通知）」が発出され、中核拠点病院制度が創設された。エイズ治療の中核拠点病院は、都道府県が原則として各都道府県内の拠点病院の中から1箇所選定することとし、国立国際医療センターのエイズ治療・研究開発センターの支援を受けるブロック拠点病院は中核拠点病院を、中核拠

点病院は拠点病院を、それぞれ支援するものと位置づけ、中核拠点病院を中心に、各都道府県内における拠点病院間の機能分化を含めた医療提供体制の再構築が重点的かつ計画的に図られた。現在、国立健康危機管理研究機構国立国際医療センター エイズ治療・研究開発センター（ACC）、エイズ診療におけるブロック拠点、中核拠点病院、拠点病院から構成されるHIV診療体制が構築されている。

（3）長期療養への対応

現在の抗HIV薬は効果に優れ、服薬も容易であり、副作用も少ない。これらの治療の進歩によりHIV感染症は医学的管理ができる慢性疾患として位置づけられるまでになった。服薬を適切に続けていれば、健康を維持でき、平均余命も非感染者と大差なく、AIDS発症もほとんど無い。社会生活の制限も以前より少なくなっている。その反面、感染者数は緩やかに増加を続け、その中で高齢者が増えてくるなど患者層の変化が明らかになってきた。合併症もかつての日和見感染や続発性エイズ関連腫瘍から、生活習慣病、精神疾患、エイズ非関連悪性腫瘍などが増え、高齢者対策も必要になってきた。これまでの急性期病院を中心とした前述の拠点病院体制だけでは限界があり、患者サービス提供の点からも十分とは言えない。すなわち、併発疾患の診療や高齢化対策に対して地域の診療所や、在宅看護、在宅介護、リハビリ、施設入所など新たなニーズに対応した患者サービス提供体制が必要とされている。

3. 薬害エイズ事件

HIVの主な感染経路の中で、薬害エイズ事件は文字通り血液媒介感染である。血友病の治療薬剤にHIVが混入していたために、治療でHIV感染し、AIDSを発症し、多くのHIV感染血友病患者が亡くなった事件である。血友病は血液

凝固因子のうち、先天的に第 VIII 因子または第 IX 因子活性が低下しているため出血性素因をもたらす伴性劣性遺伝疾患である。本事件を理解するために、血友病治療の歴史の関連する部分を欧米の文献を中心に簡単に振り返りたい^[1]。

3.1 血友病の治療の歴史

血友病は特定の凝固因子の欠乏により出血という症状が出現するので、欠乏している凝固因子の補充が治療の中心である。1950年代後半から1960年代の大半にかけて、新鮮凍結血漿 (FFP) は血友病 A および血友病 B の治療の軸であった。各 FFP バッグには微量の第 VIII 因子と第 IX 因子しか含まれていなかったため、出血エピソードを止めるには大量の FFP を静脈内投与する必要があった。膝や肘などの関節内出血の治療のため、子供たちは通常入院した。多くの思春期の子どもは出血を親に伝えるのをためらい、治療が遅れることで徐々に慢性に関節障害が進行し、身体障害を伴う変形を引き起こした。1960年代半ば、FFP を低温で解凍させることで第 VIII 因子を得る方法 (凍結沈降血漿法) が発見され、大きな進歩がもたらされた。この製剤は「凍結沈降血漿：クリオプレシピート」として凍結保存が可能となった。これにより、より少量の血液でより多くの第 VIII 因子 (FVIII) を静脈内投与できるようになり、血友病 A 患者における外来での出血治療、さらには選択的手術も可能となった。この高濃縮型の凝固第 VIII 因子は、血友病 A 患者の急性出血エピソードに対する標準治療として急速に普及した。1960年代後半までに、多くの供血者からプールした血漿から第 VIII 因子と第 IX 因子を分離する方法が開発され、凍結乾燥された第 VIII 因子または第 IX 因子濃縮液の注射用製剤がそれぞれバイアルで提供されるようになった。1970年代初頭までに、これらの濃縮剤の普及により

在宅治療が可能となり、血友病患者の生活は大きく変化した。しかし、血漿由来の第 VIII 因子または第 IX 因子濃縮剤の 1 バッチの原料として、多くの供血者血漿提供分が混合されていた。当時は多くが売血であったためもあり、少数でも肝炎ウイルスや HIV に感染した供血者の血液がプールされ、多くのバイアルに含まれる結果となった。血漿由来凝固因子濃縮剤の製造業者は、乾燥熱処理、溶媒・洗剤処理、低温殺菌によってこれらのウイルスを死滅させようと試みたが、その効果は様々であったという。1985年までに、米国の血友病患者のほとんどは熱処理された濃縮剤に切り替えられていたが、多くの患者はすでに HIV に感染しており、その大部分が HIV によって命を落とした。血友病コミュニティでは、血漿由来製剤の安全性に対する懸念が継続していた。最終的に売血では無く献血者に対するより優れたスクリーニング法が開発され、献血血漿の安全性が向上した。B 型肝炎ウイルス (HBV) に対する献血者スクリーニングの実施と、1989年には C 型肝炎ウイルス (HCV) が分離されたため、1990年から献血者に対する HCV 抗体検査が開始された。HIV は 1985年までに血液・血漿採取施設において HIV 抗体検査が導入された。1984年に第 VIII 因子遺伝子のクローニングに成功し、組換えヒト第 VIII 因子 (r 第 VIII 因子) 製剤の生産を可能にし、3年後には臨床試験が開始され 1992年までに、2つの製薬会社が血友病 A 治療用として同製剤の承認を取得した。第 IX 因子のクローニングは 1982年に初めて報告され、1997年には血友病 B 患者向けに承認された組換えヒト第 IX 因子 (r 第 IX 因子) 製剤が利用可能となった。

3.2 血友病患者と HIV 感染

血友病の画期的な治療薬として承認された濃縮血液凝固因子製剤は血友病患者の QOL を大

大きく改善するに見えたが、売血での供血によりプール血にHBV, HCVそしてHIVが混入し、それを濃縮して乾燥凍結して治療薬として提供された。この当時はまだ感染性を無くす加熱処理はされていなかった。米国で1981年に原因不明の免疫不全症の発生が報告され、1982年には米国CDCは血友病患者3例で同様の症状を報告した。1983年にはHIVがAIDSの病原体として同定された。濃縮血液凝固因子製剤はプール血からであるが、従来のクリオプリチピテートは限られた供血者からの凝固因子を含んでおり、安全性は高いが、効果に格段の差があるなど前者のニーズが高かったし、また、HIVの抗体があるということはHIVに免疫があるのでは無いかと言う説を唱える者もいたという。前述の様に凝固因子製剤に含まれるかもしれないHIVなどの感染性を無くす（不活性化）技術としての加熱に成功したのは、後の事である。ウイルスを加熱処理で不活性化した加熱製剤が登場してからは、従前の非加熱で薬害の原因となった製剤を非加熱製剤と呼ぶようになった。

3.3 薬害 HIV 訴訟から和解へ

わが国では、1981年の米国の初のエイズ報告がされ、1983年にフランスでのHIVが発見された同年に、厚生省（当時）がエイズ研究班（エイズの実態把握に関する研究班）を組織し、エイズ患者の調査を開始した。1985年に日本人で最初のエイズ診断症例を発表した。厚生省は1985年7月と12月に加熱第8因子濃縮製剤、加熱第9因子濃縮製剤を承認した。1986年、1987年には松本、神戸、高知でエイズパニックが発生した。1986年には帰国したフィリピン人女性のHIV感染がメディアで報じられ、彼女が住んでいた松本のナンバーをつけた車が市民から避けられたり、公衆浴場での外国人の入浴が全国的に拒否されたりした。神戸市の日本人女性の

HIV感染が一部では遺影と共に報道され、見覚えのある人にHIV検査を勧めるなど全国でパニックがおこった。1987年に世界初の抗HIV薬AZTを厚生省は承認した。1989年2月に「後天性免疫不全症候群の予防に関する法律」が施行された。1989年5月に大阪で、10月に東京で非加熱製剤の製造販売を行った製薬会社の一部と非加熱製剤を承認した厚生省に対して、損害賠償を求める民事訴訟が提訴された。1996年3月に東京・大阪HIV訴訟の和解が成立した。1996年8月から10月に帝京大学医学部附属病院第一内科の責任者だった安部英、ミドリ十字の代表取締役だった松下廉蔵・須山忠和・川野武彦、厚生省官僚だった松村明仁が業務上過失致死容疑で逮捕・起訴された²⁾。なお、安部の容疑は、自らが担当した患者にHIVに汚染された非加熱製剤を投与して死亡させたことであり、HIVに汚染された非加熱製剤を流通させたことではない。この裁判は2000年に、ミドリ十字の3被告人に実刑判決、2001年3月28日、安部英に一審無罪判決、9月28日、松村明仁に禁固1年執行猶予2年の有罪判決が出た。上訴中に認知症を患い2004年から公判が停止されていた安部は2005年4月25日に死去した。1985年に安全な加熱製剤が承認された。このとき非加熱製剤を製造していたミドリ十字は回収を直ちに行わなかったため、HIV感染がさらに拡大した。後にミドリ十字の三人の経営陣は、加熱製剤の承認後も非加熱製剤の販売を継続し感染を生じさせた責任が問われ、最高裁で有罪判決が確定した（一人は裁判途中に死亡のため公訴棄却）。非加熱製剤の回収を命じなかった厚生省も不作為責任を問われ、担当課長が業務上過失致死で起訴、最高裁で有罪が確定した。エイズ研究班の班長であった安部は、自身の患者に非加熱製剤を投与し、エイズを発症、死亡させた責任を問われたが、上告中に死去したため公訴棄却と

なった。一般的には、加熱製剤の承認等によって、安全な血液製剤の供給が十分可能になった後も、政府による未使用非加熱製剤の回収措置が即座に講じられなかったことが、被害拡大の主因であるとされている³⁾。

4. HIV・AIDS に対する偏見・差別について

1981年の米国でのエイズの最初の報告から、1983年にはフランスでエイズ患者のリンパ節から新規のウイルス（エイズの病原体 HIV）が分離同定され、1983年には米国 CDC が MMWR で、「HIV 感染の主な感染経路をすべて特定し、偶発的な接触、食物、水、空気、環境表面による感染を除外」していた。最初の報告から、その後の多くの症例も男性同性愛者であり、当初は AIDS をゲイ病と称する者もいた。その後、血友病の患者や、輸血歴のある者、高齢女性でも報告される様になり、後天性免疫不全症候群と正式に命名された。HIV 感染者、エイズ患者のほとんどが男性同性愛者あるいは男性と性行為をする男性（MSM：men who have sex with men）であり、さらに静注薬物使用のために針や注射針を共有し HIV などに感染する者も多かった。当時は現在以上にゲイや静注薬物使用者に対する偏見・差別が強い社会背景の中で、HIV 陽性である事がそれらと結びつくと考え、HIV に対する偏見・差別に繋がったのかも知れない。HIV・エイズは海外ではよくスティグマと呼ばれる。スティグマの語源はギリシア語で奴隷、犯罪者、反逆者などにつけられる烙印のことを指すとされ、烙印を押された人が反道徳的であったり、穢れているということを明確にすることを目的として押され、烙印を押された人との交流は避けるべきだという社会規範が背景にはあったという⁴⁾。現在の治療法が出現するまでは、HIV 感染症は不治で致死の感染症であった事もあって、医療従事者でさえも診療拒否を行

っていた時代があった。それは薬害 HIV 被害者も同様であり、重症でも入院も出来ない、診療やケアも受けられない状況にあった。

5. 感染症法

5.1 感染症法の制定

「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」（以下、感染症法）は、従来の「伝染病予防法」、「性病予防法」、「エイズ予防法」の3つを統合し 1998年に制定・公布され、1999年4月1日に施行された。その後の 2007年4月1日、「結核予防法」を統合し、また人権意識の高まりから「人権尊重」や「最小限度の措置の原則」を明記するなどの改正がなされた。2021年2月には、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の拡大防止に向けた関連法案の改正があった。エイズ対策はその法に基づく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）で実施され、おおむね5年毎に見直される事とされている。その前文では、「人類は、これまで、疾病、とりわけ感染症により、多大の苦難を経験してきた。ペスト、痘そう、コレラ等の感染症の流行は、時には文明を存亡の危機に迫り、感染症を根絶することは、正に人類の悲願と言えるものである。医学医療の進歩や衛生水準の著しい向上により、多くの感染症が克服されてきたが、新たな感染症の出現や既知の感染症の再興により、また、国際交流の進展等に伴い、感染症は、新たな形で、今なお人類に脅威を与えている。一方、我が国においては、過去にハンセン病、後天性免疫不全症候群等の感染症の患者等に対するいわれない差別や偏見が存在したという事実を重く受け止め、これを教訓として今後に生かすことが必要である。このような感染症をめぐる状況の変化や感染症の患者等が置かれてきた状況を踏まえ、感染症の患者等の人権を尊重しつつ、

これらの者に対する良質かつ適切な医療の提供を確保し、感染症に迅速かつ適確に対応することが求められている。ここに、このような視点に立って、これまでの感染症の予防に関する施策を抜本的に見直し、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する総合的な施策の推進を図るため、この法律を制定する。」とし、第1条（目的）では、「この法律は、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関し必要な措置を定めることにより、感染症の発生を予防し、及びそのまん延の防止を図り、もって公衆衛生の向上及び増進を図ることを目的とする。」、第2条（基本理念）では、「感染症の発生の予防及びそのまん延の防止を目的として国及び地方公共団体が講ずる施策は、これらを目的とする施策に関する国際的動向を踏まえつつ、保健医療を取り巻く環境の変化、国際交流の進展等に即応し、新感染症その他の感染症に迅速かつ適確に対応することができるよう、感染症の患者等が置かれている状況を深く認識し、これらの者の人権を尊重しつつ、総合的かつ計画的に推進されることを基本理念とする。」とし、第11条（特定感染症予防指針）では、「厚生労働大臣は、感染症のうち、特に総合的に予防のための施策を推進する必要があるものとして厚生労働省令で定めるものについて、当該感染症に係る原因の究明、発生の予防及びまん延の防止、医療の提供、研究開発の推進、国際的な連携その他当該感染症に応じた予防の総合的な推進を図るための指針（「特定感染症予防指針」）を作成し、公表するものとする。」とされている。

5.2 感染症法とエイズ対策

我が国のエイズ対策は、「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」に基づき平成11年に策定された「後天性免疫不全症候群に関する特定感染症予防指針（以下、エイズ

予防指針という。）」に沿って講じられてきた。同指針は、エイズの発生動向の変化等を踏まえ、4度の見直しを行い、直近の改正については令和7年11月から施行された。改正後のエイズ予防指針に基づき、国と地方の役割分担の下、人権を尊重しつつ、普及啓発及び教育、検査・相談体制の充実、医療の提供などの施策に取り組むこととされている⁵⁾。

6. 改正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）

6.1 主な改正ポイント

本指針は平成11年に策定され、4度の見直しを経て、令和7年11月10日に告示された。改正の主なポイントを、厚生労働省資料から、次に示す。

(1) HIV・エイズ対策における基本的人権の更なる尊重として、感染者等の基本的人権として、偏見・差別なく適切かつ必要な医療・福祉サービスを受けることを確保する。(2) 個別施策層のHIV感染症に係る実態把握等の継続・強化として、個別施策層（対策の実施において特別な配慮を必要とする人々）におけるHIV感染症に係る実態把握等を目的とした研究を継続するとともに、エイズ施策のモニタリング体制を強化する。(3) 複合的な対策による予防、検査・相談体制の強化として、コンドームの適切な使用、早期診断及び早期治療につながる検査、U=Uの考え方を踏まえた適切な治療等の複合的な対策により、感染予防及び感染拡大の抑制を図る。加えて、HIV感染症に対する曝露前予防（PrEP）等の感染予防に有用な手段について、更なる検討を進めることも重要である。(4) 長期療養を見据えた医療体制の整備として、長期的な療養を要する患者の増加を踏まえ、HIV感染症の診療について、より地域に根ざした環境で提供できる体制を構築する。と、されている。

6.2 改正エイズ予防指針の新しいキーワードなど

(1) 改正ポイントは令和7年11月10日付け、都道府県、各保健所設置市、特別区衛生主管部（局）長宛ての厚生労働省健康・生活衛生局感染症対策部感染症対策課長からの通知「後天性免疫不全症候群に関する特定感染症予防指針の全部改正について」（図-1）で、より詳細に示されているので、参照を勧めるが、簡単に説明を加える。①基本的人権の更なる尊重 前回、第六に規定していた人権の尊重を第一に規定され、基本的人権の尊重にこれまで以上に重きが置かれた内容となっている。②個別施作層 海外では対象となっているが、本邦では実態がまだ明確とは言えない、例えばトランスジェンダー、性産業従事者らの実態把握等を目的とした研究の推進の必要性が示された。③モニタリング体制強化 次回改正に向けてエイズ施策のモニタリング体制強化も盛り込まれた。④U=U, PrEP 予防、検査相談体制では、U=U, PrEP という新しいキーワードが加わった。前者のU=Uは、日常の社会生活では感染しないHIVが、治療状況の良いHIV陽性者では性行為でも感染しない事が付け加えられ、治療状況が良くHIVが検査で検出されない陽性者は感染しないという強いメッセージである。後者のPrEPは治療効果に優れた抗HIV薬が性行為の前後で適切に投薬すればHIVが感染しないという化学的予防（Chemical prevention）という新しい予防法を示す。それも加えた複合的予防が海外ではハイリスク層で日常になっている。早期診断、早期治療の方針はより推進が重要である。⑤GIPAの原則 世界のエイズ対策の基本原則であるGreater Involvement of People Living with HIV（GIPA）が改正エイズ予防指針に記載された。世界のエイズ対策で関連するキーワードにtarget populationとkey populationがある。詳しくはUNAIDSの用語集（財団）を参照され

たい⁶⁾。ハイリスク層を施策の対象としてみがちであるが、ハイリスク層自身がHIV対策をどうしていくのが良いかを考え、企画から立案、実施、評価の一連のプロセスに政策側と共に主体的に参加する事が目標達成に良いとの考え方である。目標達成に向けた課題やどこが困難なステップかなどを把握し、その対策方法を見出し易いと考えられる。

7. 最後に

エイズは今から45年ほど前に世界で初めて報告され、新しい疾患と認識され、病原体が分離・同定され、感染症とわかり、感染経路、感染対策、診断法、治療薬開発、予防法と予防対策と比較的短時間にHIV感染症の医学的管理が確立できた。医学的技術等がさらに進歩した現在では、例えば新型コロナ感染症で新疾患と認識され、病原体の同定、検査、診断、治療、ワクチン、対策と短時間に実現できるまでになり、これはエイズでの経験が大きく活かされたと考えられる。さて、社会安全の観点からエイズを振り返ると、エイズの最初の報告は1981年であるが、それ以前にも同様の疾患は認識されていた。ただ、症例数が少なく、診断技術も無い時代には診断も出来なかった。薬害エイズにおいても、海外で売血者の血液から（非加熱）凝固因子製剤を製造していた側は、黄疸の供血者を見れば、少なくとも肝炎ウイルスの混入は推察されていたろうし、HIVが同定され、エイズの病原体と報道された時点で、（非加熱）凝固因子製剤の危険性は認識できたかも知れない。ただ、輸血での感染率などの危険性をどの時点でどの程度認識できたか、それを投与する医療者、患者側、行政が、それらの情報が刻々と変化する中で、どう認識するべきだったかは、それぞれの各人の時間軸の中で一様に考えるのは困難だと考える。我が国においては、薬害エイズ事件の民事裁

判, 刑事裁判での判決に司法の立場での考え方が示されている. 興味のある方は関連資料は膨大であるが読み解いてみて欲しい. エイズでは偏見・差別も重要なポイントである. 危険逃避は人間の本能とも言え, 危険信号を察知すれば避ける行動を本能的に取る. 現在の治療法が登場するまでは, 致死の病, 不治の病と言われ, エイズで病状が進行すると痩せ細り, 肺炎で苦しみ呼吸困難で死んでいくなど恐ろしい病気と認識されていたが, その認識形成でメディアが果たした役割は非常に大きい. 適切に報道されていたかも知れない. 果たしてメディアのミッションは何だったのだろうか? 危険を知らせることだけで良かったか? HIVが発見されエイズの病原体がわかり感染経路を精査した米国CDCがエイズパニックの中, 1983年には, 「HIVは日常の社会生活では感染しない」と明確なメッセージを社会に公的に発出していた. しかし, 現実にはエイズパニックが吹き荒れ, HIVをキーワードとしてHIV陽性者はもちろんのこと, HIV陽性者が多い男性同性愛者や静注薬物使用者への差別的行動は続いた. 英国の故ダイアナ妃, 米国ライアンホワイト氏, キースヘリング氏らの多くの啓発活動が行われても, HIVに対する偏見・差別は無くならなかった. 治療の進歩によってHIV感染者, エイズ患者の新規発生を抑えられる様になり, UNAIDSは2030年に公衆衛生上の脅威としてのエイズの蔓延を終焉させようと宣言した. この目標達成には国民の意識が変わることも重要と考える. 我が国でも, 新規HIV感染者, 新規エイズ患者, そして偏見差別のいずれもゼロにすべく, Zero transmission in Japan by 2030というプロジェクトが, エイズ予防財団, 日本エイズ学会, そしてNGO/NPOの有志で立ち上げられた⁶⁾. 社会の安全を

目指して社会安全学的な対応が拡がる事を強く祈念して筆を措きたい.

注

- (1) Api-net 2003年末現在の世界のHIV/AIDS流行状況 https://api-net.jfap.or.jp/status/world/world_2003.html (2025年11月29日確認)
- (2) ウィキペディア日本語版 薬害エイズ事件 <https://ja.wikipedia.org/wiki/薬害エイズ事件> (2025年11月30日確認)
- (3) ウィキペディア日本語版 薬害エイズ事件 <https://ja.wikipedia.org/wiki/薬害エイズ事件>. (2025年12月1日確認)
- (4) ウィキペディア日本語版社会的スティグマ: <https://ja.wikipedia.org/wiki/社会的スティグマ> (2025年12月1日確認)
- (5) 厚生労働省第97回厚生科学審議会感染症部会 資料「後天性免疫不全症候群及び性感染症に関する特定感染症予防指針の改正について」 <https://www.mhlw.go.jp/content/10906000/001534150.pdf> (2025年12月1日確認)
- (6) Api-net UNAIDS用語のガイドライン (対訳) <https://api-net.jfap.or.jp/status/world/booklet002.html> (2026年1月30日確認)
- (7) Zero transmission in Japan by 2030 推進委員会 Zero transmission in Japan by 2030 <https://hivaids-zero.org/index.html> (2025年12月1日確認)
- (8) 厚生労働省 第97回厚生科学審議会感染症部会 資料1 (一部改変) エイズ予防指針における「医療の提供」の基本的な考え方と今後の課題

文献

- [1] American Society of Hematology. (2008). Hemophilia: From Plasma to Recombinant Factors. Retrieved from <https://www.hematology.org/about/history/50-years/hemophilia>.

(原稿受付日: 2025年12月10日)

エイズ予防指針における「医療の提供」の基本的な考え方と今後の課題

【現状・課題】
我が国のエイズ発生動向について、新規HIV感染者・エイズ患者の報告数は平成25年をピークに近年は年間約1,000件前後で推移している。抗HIV療法の進歩により感染者等の生命予後は改善された一方、エイズを発症した状態でHIV感染が判明した者の割合は約3割を占めることが課題の一つであり、HIV感染の早期診断に向けた更なる施策等が必要である。

【対応（指針改正）方針】
HIV流行終息に向けて国連合同エイズ計画（UNAIDS）にて掲げている「偏見・差別、新規感染者、エイズ関連死をなくす」ことを念頭に、将来的なケアカスケードにおける95-95-95目標^{※1}の達成を目指す。特に我が国においては、上記課題の改善に向けて各種施策に取り組む。

改正のポイントと内容

<p>○ HIV・エイズ対策における基本的な人権の更なる尊重</p> <p>（ポイント）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・感染者等の基本的な人権として、偏見・差別なく適切かつ必要な医療・福祉サービスを受けることを確保する。 <p>（指針の改正内容）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・予防指針全体の構成を見直し、これまで第六に位置付けられていた「人権の尊重」を第一に位置付ける。 ・性に対する考え方の多様性に関する国民の理解が、感染者等の予防行動、検査及び医療へのアクセス改善に寄与するとの認識が重要である旨を記載。 ・HIV感染症・エイズに関する最新の正しい知識の習得（U=U^{※2}を含む）が十分でないこと等により、医療従事者や介護従事者等の診療やサービス提供等の拒否等も偏見・差別に当たると認識する必要がある旨記載。 <p>○ 個別施策層のHIV感染症に係る実態把握等の継続・強化</p> <p>（ポイント）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・個別施策層（対策の実施において特別な配慮を必要とする人々）におけるHIV感染症に係る実態把握等を目的とした研究を継続するとともに、エイズ施策のモニタリング体制を強化する。 <p>（指針の改正内容）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・UNAIDSが提唱しているエイズ施策の鍵となる人々（キーポピュレーション）をもとに、我が国における個別施策層について記載。 ・医療機関、研究班、NGO等と連携したエイズ施策のモニタリングの重要性を記載。 	<p>○ 複合的な対策による予防、検査・相談体制の強化</p> <p>（ポイント）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・コンドームの適切な使用、早期診断及び早期治療につながる検査、U=Uの考え方を踏まえた適切な治療等の複合的な対策により、感染予防及び感染拡大の抑制を図る。加えて、HIV感染症に対する曝露前予防（PrEP）^{※3}等の感染予防に有用な手段について、更なる検討を進めることも重要である。 <p>（指針の改正内容）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・U=Uへの理解を深め、一人一人が自己の感染状態を知り、早期に医療機関にかかり適切な治療を継続すれば、新規感染を抑えられる旨を記載。 ・PrEPは、適切な使用により性的接触によるHIV感染に対する高い予防効果があるため、HIVの感染予防に有用な手段の一つとして記載。 ・早期診断につながる検査機会の確保のため、保健所等は利便性の高い検査・相談の一つの方法として、外部委託や郵送検査等の活用を検討するよう記載。 ・継続的な検査後の相談及び関係性支援のための相談の実施について記載。 <p>○ 長期療養を見据えた医療体制の整備</p> <p>（ポイント）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・長期的な療養を要する患者の増加を踏まえ、HIV感染症の診療について、より地域に根ざした環境で提供できる体制を構築する。 <p>（指針の改正内容）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域の医療機関間の機能分担による診療連携の充実を図り、包括的な体制を整えることについて記載。
---	--

※1 第一に感染者等が検査により感染を自覚し、第二に定期的に治療を受け、第三に物事に感染させない状態にまでウイルス量を低下させるという一連のプロセスでいずれも95%以上を達成するという目標。
 ※2 Undetectable = Untransmittable。治療によりウイルス量が一定基準未満に抑え続けられていれば、性行為により物事に感染することはない。
 ※3 HIV感染症に対する曝露前予防、pre-exposure prophylaxis。適切な服用により、性的接触によるHIV感染に対する高い予防効果が期待では報告されている。

図1 エイズ予防指針における「医療の提供」の基本的な考え方と今後の課題⁸⁾