

Ⅲ. 増加する HIV 感染症への取り組み

都立駒込病院感染症科部長

味澤 篤

2007年における日本国内の新規 HIV 感染者は1082人、新規 AIDS 患者は418人報告され、過去最高を更新した。その多くを日本人男性が占め（HIV 感染者931人+AIDS 患者343人）、さらに感染経路でも男性同性愛（MSM）による感染が最も多い（HIV 感染者692人+AIDS 患者152人）。絶対数こそまだ少ないが、日本国内における HIV/AIDS 患者数は増加の一途をたどっている。また全国で最も患者数が多い東京都でも同様の傾向を示している。これらは、日本国内での HIV/AIDS 感染対策が不十分であることを意味している。どのようにしたら HIV/AIDS の増加を抑制することができるのであろうか。またこのまま増加するとどのようなことが起きてくるのであろうか。

HIV/AIDS の増加を抑制するためには、さまざまな国の HIV/AIDS の現状や対策を参考にしていけることが重要と考えられる。アジア・オセアニア地区での HIV の有病率を見ると、タイ・パプアニューギニアが1.0-1.5%、ネパール・ミャンマー・カンボジア・ベトナム・マレーシアが0.5-1.0%、パキスタン・インド・中国・インドネシア・オーストラリアが0.1-0.5%に対して、日本は<0.1%である。タイ、パプアニューギニアは異性間による感染で一般国民に拡大している。ネパール・ミャンマー・ベトナム・パキスタン・中国では静脈麻薬常用者（IDU）および性産業従事者（CSW）による感染が多い。カンボジア・インドは異性間、マレーシア・インドネシアは IDU による感染が主体を占める。オーストラリアは MSM による感染が主体である。これらの国々のうち感染者数をコントロールしている国はタイとオーストラリアである。タイはコンドーム使用を前面に打ち出して成功をおさめた、一方オーストラリアは多面的な方法で MSM をコントロールした。MSM の感染者増大が問題になっている日本においては、オーストラリアの対策は役立つものと思われる。しかし、その方法は新規で奇抜なものではなく、あたりまえのことを普通に延々で行うということにすぎない。たとえば①HIV/AIDS の予防キャンペーンをハイリスクグループおよび一般国民に提供、②IDU に対してハームリダクション（注射針と注射器の無料配布やメサドンによる代替療法）を行う、③匿名かつ無料の HIV 検査を行う、④抗 HIV 薬を無料で提供、⑤セーフターセックスの推奨（コンドームの使用を促し、かつコンドームの入手を簡単にする）、⑥IDU や CSW などの HIV 感染を予防する最終責任を州政府とする、⑦HIV 感染の予防教育や予防行動を行う上で障害になる政策や法律を取り除く（例えば、性的指向や HIV 感染の有無での差別を防止する法律の立法化を急ぐなど）、⑧HIV に関する科学的小および社会学的な研究を行う、⑨NGO の活用などである。地道に継続的に行うことが重要である。

絶対数でも、有病率でも今のところまだ日本の HIV/AIDS は少ないが、前述のように HIV 感染者が増加し続けると、医療費の増加（感染者一人当たり少なくとも年200万）、長期生存に伴う多くの合併症への対策（脳血管障害、心血管障害、慢性腎臓病および悪性腫瘍など）、一般国民への感染拡大などが生じてくる。漫然と今まで同様、実効のない対策を繰り返していると、取り返しのつかないことになると思われる。