

第23回日本エイズ学会シンポジウム記録

わが国における HIV 検査戦略

HIV Testing Strategies in Japan

中瀬 克己¹⁾, 加藤 真吾²⁾, 矢永由里子³⁾, 青木 眞⁴⁾, 今村 顕史⁵⁾*Katsumi NAKASE¹⁾, Shingo KATO²⁾, Yuriko YANAGA³⁾, Makoto AOKI⁴⁾, Akifumi IMAMURA⁵⁾*¹⁾岡山市保健所, ²⁾慶應義塾大学医学部, ³⁾エイズ予防財団, ⁴⁾サクラ精機(株),⁵⁾がん・感染症センター都立駒込病院 感染症科

今回のシンポジウムでは、保健所など公設検査所および検査目的で訪れ医療機関で行われる「自発的 HIV 相談・検査 (VCT: Voluntary Counseling and Testing)」と医療機関で勧められて行われる検査・相談 (PITC; Provider Initiated Testing and Counseling) という2つの検査戦略そしてパートナー健診に関して議論された。WHOの進める戦略でも、1980年代半ばに広く認められ普及したVCTに加え、2000年以降PITC概念が導入されWHO自身もガイドラインを作成するなど普及しつつある(次頁図)。我が国でも、感染症法(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)により国の定める「後天性免疫不全症候群に関する特定感染症予防指針」(2006年改正)において、保健所におけるVCTの充実とともに拠点病院等における検査相談の拡大(PITC)を示しており、「性感染症に関する特定感染症予防指針」(2006年改正)では、都道府県等で行った検査で感染が分かった場合にはパートナーへの指導と医療導入を盛り込んでいる。

保健所および自治体の提供する自発的 HIV 抗体検査の利用数も15万件弱(平成21年)と、この5年で倍増したものの全国の人口当り年間利用は680人に一人に止まっている。また、年々増加しているとはいえ人口当りの報告感染者・患者数は諸外国と較べ低い。このように罹患率が低く、国民の関心と自発的検査受検の飛躍的な伸びが期待しにくい現状では、より「効果的な」検査戦略の追加が必要と思われる。

保健所等におけるVCTの現状報告を受け、本シンポジウムで検討された具体策として、PITCに関しては妊婦健診で起こった混乱を踏まえ、適切な説明ができるための臨床現場での診療室、時間、研修など条件の確保が必要なこと、STD患者など推奨すべき対象を明確化周知するなど総合診療の援助が専門家に求められること、またSTD患者であっても保険診療でHIV検査が認められない地域があ

り保険診療上の障害を解決することへの専門家や当学会に対する期待が示された。自発的という面ではVCTと共通するHIV郵送検査が年々増加し、スクリーニング検査での陽性数が2009年では把握されただけでも234件に上っていることが報告され、検査と説明等の質の担保や我が国の検査戦略における意義を早急に検討する必要があると思われた。また、パートナー健診に関しては、患者自身の療養環境改善にも役立つなど有用性の指摘とともにPITCと共通する臨床現場での課題が示された。その一方、米国、カナダなどで行われているような公的機関が直接パートナーに働きかけるという関わりへの要望はなかった。我が国では性感染症においてもパートナー検査推奨に公的施設が関わる伝統がなく、国民が受け入れる条件が整っていない可能性もある。今後まず、医療の場での推進策を具体化するとともに、公的検査が大きな役割を果たすエイズ対策の特性も踏まえ、公的役割の限界と伴にどのような形で責任を果たすべきか検討すべきと思われた。各演者からシンポジウムを踏まえて改めて以下にご報告頂いた。(中瀬克己)

わが国における HIV 検査の現状と課題

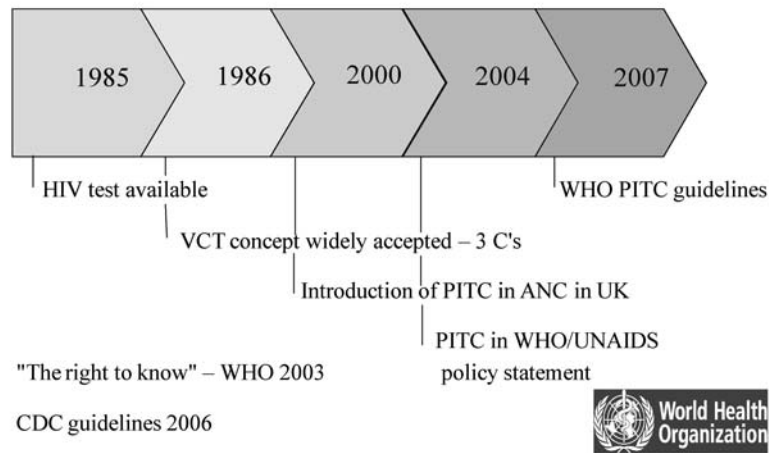
地方公共団体が保健所等(保健所とそれ以外の特設検査施設)で実施する匿名の無料によるHIV検査・相談事業は、HIV感染の早期診断及び早期治療だけでなく感染予防のために重要な役割を果たしている。保健所等におけるHIV抗体検査数はここ数年着実に増加し、エイズ動向委員会への報告では、平成20年における保健所等での検査総数は17.7万件(前年比15%増)で陽性数は501件(陽性率0.28%)と過去最高であった。

保健所等へのアンケート調査(回答率90%)によると、陽性であった受検者の93%に結果を返すことができ、75%については医療機関を受診したことが確認できた。検査の利便性に関しては、迅速検査キットを用いた即日検査を実施している施設が59%、平日夜間検査の実施施設が29%、土日検査の実施施設が14%であり、通常検査を平日の昼間に実施している施設は30%で、他の70%では即日、夜

著者連絡先: 中瀬克己 (〒700-8546 岡山市北区鹿田町1-1-1 岡山市保健所)

2010年4月26日受付

History of HIV testing and counselling



(Dr Kevin M. De Cock (Director, HIV/AIDS Department, WHO) による Joint WHO/UNICEF/UNAIDS technical consultation on scaling up HIV testing and counselling in Asia and the Pacific, 4-6 June 2007, Phnom Penh における資料より)

間、あるいは土日検査といった利便性の高い検査相談を提供していることがわかった。また、保健所等の76%ではHIV検査以外の性感染症検査も実施していた。全国17ヶ所の特設検査施設に限ると検査数は26,887件で陽性数は164件(陽性率0.63%)であり、地域の特性に合わせて設置された特設検査施設はHIV感染の診断に効率的に機能していると考えられる。

民間クリニックにおける有料による自発的な即日検査の普及も進んでおり、平成20年における全国25施設での検査数は2.2万件にのぼり、陽性数は104件(陽性率0.47%)であった。民間クリニックにおける検査の長所として医療につながりやすいことがあげられる。陽性者104人のうち99人に結果を返すことができた。そのうち自施設でケアしたのが33人、他施設を紹介し、そこへの受診が確認されたのが61人であり、医療機関に繋がったのは合わせて94人(90%)であった。今後、性感染症を扱うクリニックや診療科を中心に検査機会の拡大を図ることが重要と考える。

平成20年度の自発的HIV検査により陽性と判明した新規感染者は、保健所等での501件と民間クリニックでの104件を合わせて605件で、エイズ動向委員会に報告された新規感染者1,126件の54%にあたる。保健所等や民間クリニックにおける自発的HIV検査がHIV感染の発見に果たしている役割は大きく、今後も一層の充実を図ることが必要と考える。

近年、急激に利用者数が増大しているのは民間の郵送

HIV検査である。平成20年に8つの主要郵送検査会社に対して行ったアンケート調査によると、利用数が約5万件で陽性数が234件であった。郵送HIV検査は利用者にとって非常に使いやすいものであるが、一つの大きな問題がある。すなわち、郵送検査で使われている検査法は一般にスクリーニング検査で用いられているものなので、結果が陽性であっても確認検査を実施しないとHIV感染を正確に判定できない。郵送検査会社は、陽性結果を受け取った利用者に医療機関を受診して確認検査を受けるように勧めているが、実際に医療機関につながったかどうかは確認していない。今後、郵送検査で陽性の結果を受け取った人を医療機関につなげる有効な働きかけを早急に検討し、それを実施することが必要である。

このようにわが国におけるHIV検査・相談体制は関係者の努力により充実してきたが、新規感染者数は依然増加傾向が続いている。現在の主要な感染経路は男性同性間の性的接触であり、新規エイズ患者報告数の43.9%、新規HIV感染者数の69.2%を占めている。東京や大阪など大都市圏のMSM (men who have sex with men) における有病率はそれ以外の集団に比べて100倍以上高いと推定されている。また、都市部におけるMSMに関する調査では、HIV感染者のうち自らの感染を知っている割合は20~30%と低いことが報告されている。このような状況にあっては、MSM集団に対する重点的な感染予防対策の提供とHIV検査機会の拡大が極めて重要となっている。そのため、自治体、

保健所等, 病院, クリニック, NPOなどの協同により, MSMを対象とした, 感染予防のための普及啓発活動を強化するとともに, 利便性と地域性を考慮した検査相談体制を整備することが必要であると考えられる。(加藤真吾)

医療機関における HIV 検査相談 ～話題提供と今後に向けて～

HIV 感染の報告が増加傾向にある医療機関における検査相談について, 本シンポジウムでは下記の3点を中心に話題提供を行った。医療機関(クリニックや病院)の HIV 検査の形態は多様で, 患者が匿名で自発的に受ける検査体制を整備している機関もあるが, 今回は, 医療者から検査を勧める検査体制に焦点付けた検討の機会を持った。

本人が自発的に検査受検する検査 (Voluntary Counseling and Testing : 略して VCT) がエイズの知識の普及や予防の働きかけの役割を含めているのに対し, 検査提供者 (医療者) が率先して行う検査 (Provider Initiated Testing and Counseling : 略して PITC) は医療における診断の手段として実施される。ただ, 双方の検査体制は, 最終的に目指すところとして, HIV 感染者の早期発見とその後の治療への迅速な繋ぎという部分は共通している。

1) 国際的な検査相談のガイドラインを中心に : 当日は, 最初に, 医療機関における検査体制のあり方について, 検査前と検査後に分け国際的なガイドラインを参考に検討を行った。検査前については, 対応の簡略化を行うことで検査機会の増加を目指す。この「簡略化」については, 何を省き, 何を押さえるかを明確にしておく必要があると考えられる。「簡略化=全ての検査前手順の省略」では無いことは, CDC (Centers for Disease Control) が 2006 年に編纂した検査ガイドラインのなかの「検査前における情報提供と受検同意の必要性」にも読み取れる。患者が自身が HIV 検査を受けることを知り, その意味を理解し, 結果の意味 (陽性・陰性) を把握できるような医療機関における事前対応は, 検査実施にあたり重要なスタートではないだろうか。

検査後については, 陰性結果通知と陽性結果通知の二つの場面があるが, 陰性結果通知時においては, CDC が予防カウンセリングについて「必須とする必要は無い」という立場を取っている。ただし, 感染リスク行為のある患者を診療する可能性のある医療機関 (STD クリニックなど) では, 予防カウンセリングが重要であると指摘している。一方, 陽性結果通知は, 医療機関の検査相談において最も重要な場面である。検査前の手順が簡素化されればされるほど, 検査後の結果通知時 (特に陽性結果時) の対応の意味合いがより重くなっていく。言い換えれば, 対応の重点が, 後半にシフトすることになり, 陽性結果時対応の質のあり

方が患者にとって検査受検が益となるかどうかの重要なキーになると考える。UNAIDS (The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS) による 2007 年の検査ガイドラインが, 検査結果後のカウンセリングを, 検査前 (十分な情報を得て患者自らが検査の選択ができるような情報提供・秘密保持の維持) とともに対応の重要なポイントとして強調しているのは, 非常に納得できる。

2) 日本における医療機関の HIV 検査相談の現状について : 日本における医療機関での HIV 検査は, 妊婦の健診の一環として先駆的に実施されている。シンポジウムでは平成 19 年度に実施した「周産期・小児・生殖医療における HIV 感染対策に関する集学的研究」班の妊婦 HIV 検査の実態調査を基に, 調査から見えてきた検査体制の課題とその取り組みについて検討を加えた。

この調査は, スクリーニング検査で陽性が判明後にエイズ専門医療機関を受診した妊婦 31 名について, 専門医療機関で妊婦を受け入れた医療者 14 名 (医師, 看護師等) に妊婦の検査への反応や受検経験について聞き取りを行ったものである。調査結果として, 検査時 (検査前, 結果通知時) における検査や結果への説明の適・不適や, 妊婦のメンタル面への配慮の有無は, 専門医療機関時受診の妊婦の心理的安定・不安定と関連していることが判明した。

医療機関の検査の現状については, 財団の電話相談からもその一端を伺い知ることができる。その一例として, 術前検査の結果で夫がエイズと言われ, 確認検査のためにエイズ診療拠点病院の紹介を受けた妻からの電話があったが, 電話口からは夫婦の動揺や混乱が伝わってきた。このような検査時説明のあり方を考えさせられる相談が最近増えている印象を受ける。

3) 今後に向けて : 分刻みで業務を行う医療現場において, 検査前後の説明のポイントをどう押さえていくかは難しい課題であるが, 簡略化しても省略は避けるべきであろう。省略してその後患者が混乱すれば, その対応に費やす時間や配慮が増大するという悪循環を招く可能性がある。シンポジウム当日は, 対応の一案として妊婦検査の実施マニュアルを紹介させてもらった。今後は, 医療機関の検査実施のモニタリング・その結果を活用しての検査体制の整備や, 検査相談の担当者の人材育成, VCT と同様に様々な分野の専門家による検査体制の検討が求められると考えられる。(矢永由里子)

臨床医の HIV 早期診断を妨げる構造・因子について

■医療者の HIV 感染症に対する認知をかえたもの

HIV 感染症流行が認知されてから四半世紀たち, 日本の臨床医の認知や反応も大きく変化した。行政や民間団体の地道な努力も続けられてきたが, 何よりも医療者に最も大

きなインパクトをもたらしたのは治療の進歩である。

■治療の進歩によって正当化された HIV 検査拡大戦略

感染症の対策の基本は、感染予防・早期診断・早期治療であり、個人の健康と社会における拡大抑制が課題となる。臨床医・スタッフの第一のミッションは、リスクの発生している人に対して検査を勧めることになる。幸い、先進国では抗 HIV 療法は自己負担無し、あるいは低額に抑えられ、治療アクセスはよい状況にある。医療者の個人的な躊躇や思い込みで検査や治療のアクセスが妨げられてはならない時代になっている。しかし、多忙でインフォームドコンセントが難しい、性的な話題を口にしにくい、勉強不足で検査推奨機会を逃してしまうようなヒューマン・エラーやシステムエラーがおきるため、諸外国では一定の条件の医療機関受診者に Opt-out 式のルチン検査が導入されている。WHO はルチン検査の正当化の基準として、正確で低価格の検査キットがあること、治療メリットが大きいことをあげている。WHO は治療アクセスが改善されている途上国においても、検査拡大戦略として自発検査 (VCT, Client Initiated Voluntary Testing and Counselling) から、検査提供側から働きかける検査 (PITC, Provider Initiated HIV Testing and Counselling) へと検査をシフトさせている。

■日本における検査推奨の優先順位

日本は HIV 感染症の低流行国であり、報告される症例の 90% 以上が男性で、特定の年齢に集中している。「誰でもなる」ような感染症ではなく、一般市民を対象に検査推奨をすることは最も効率の悪い、根拠にもとづかないアプローチとなっている。他の先進国のようにルチン検査を実施することを提案・主張する人もいるが、実現可能性としてはどうだろうか。医療を必要としている人と、一般市民は異なるリスク層なので、医療資源の適正使用としてひとつのフィルターとしては有効であるが、東京や大阪のように HIV プレバレンスの高い地域と、年間に報告される感染者がゼロに近いような地域ではその妥当性が異なる。そう考えると、現時点ではリスク因子ベースで検査を推奨することが妥当であり、臨床医やスタッフがそれに気づき、適切な検査推奨をできるかどうかにかかってくる。

■臨床医にとっての HIV 検査と検査バリア

エイズの指標疾患となるような日和見感染症等が鑑別診断にあがったときに検査を推奨するのは当然である (見逃せば誤診といわれる)。現在の検査戦略における課題は、「発症前の治療や健康管理に有利な時期に早期診断」することであり、厚生労働省は下記のような状況において保険診療を認めている。臨床医が力を発揮するのは④のような状況である。

- | |
|------------------------|
| ① 術前医学管理 |
| ② 輸血凝固因子製剤使用後 |
| ③ 間質性肺炎などエイズを疑う症状がある場合 |
| ④ 性感染症が診断された場合 |

上記以外にも、臨床像から HIV 感染が疑われる場合は「HIV 感染疑い」として検査を実施してもよいことになっているが、問題は診療報酬の保険請求で減額されるような状況がおきていることである。これは都道府県によって事情が異なり、審査を担当する人によって異なる判断が許されているということの意味する。

検査を勧めた結果、経営上の問題がおきたり、時間や手間を必要とする書類作業におわれるのであれば、診療上の負担として認識されかねない。学会や専門団体、政府のエイズ対策専門機関等による介入や整備が必要ではないだろうか。

■臨床における HIV 検査戦略

訓練を受けた臨床医が判断するリスク因子アプローチは限られた医療資源・時間を有効に使うために最善の方法である。臨床医にとってその検査をオーダーするかどうかについての判断根拠となるのは『検査前確率』であるので、母集団に関する疫学情報を随時提供していくことが HIV 感染症に関わる専門家の課題である。その際、検査前確率の高い因子である「性感染症 (うたがいの患者)」や、「HIV 陽性者と防御のない性的接触のあった対象 (パートナー)」に検査を推奨しやすくすることも重要である。また、医療者対象の啓発はより総合診療的なアプローチが重要であり、実際に HIV 検査をオーダーするときに同時に検討しなくてはならない検査が複数あり、説明の内容やガイダンスの手法も自発検査とは異なるものになる。プライマリヘルス領域の医師らの意見や提案を組み込むことはこの意味においても重要である。(青木眞)

パートナー健診の実際

HIV 感染症における治療が進歩してきた中で、早期発見の重要性はより高くなっている。エイズ指標疾患を発症する前に HIV 感染と診断すれば、抗 HIV 薬の開始によって合併疾患による死亡や重篤な後遺症などを避けることが可能となってきていることから、できる限り無症候の時期に HIV 感染を知ることが望ましい。パートナー検査は、HIV 感染症を早期発見する重要な機会のひとつであるが、残念ながら臨床現場での意識はまだ低くというのが現状である。

保健所や検査所などで行われている自発検査は、本人側の行動によって得られる早期診断の機会である。これに対して、医療機関で行われる入院時検査、内視鏡前、術前検

査などのルチン検査は医療者側にとって安全に医療を行うための陰性確認という意味が大きい検査であるともいえよう。また、日本の現段階における HIV 感染の流行状況を考えれば、さらに感染が拡大している国々のようにルチン検査での早期診断率は高くはならない。したがって、医療者の行動によって早期診断していくためには、診断する可能性がより高い機会を知って、積極的に検査をすすめていくことが必要となってくる。

医療者側の積極的な関与によって早期診断をすすめられる機会としては、他の性感染症を診断、あるいはその既往歴を確認した時、口腔内カンジダ、带状疱疹、結核などの関連疾患の診断時などがある。これらの検査機会は、医師にとっても比較的理解されやすく、正しい知識によって意識を高めていくことで検査をすすめられるようになることが多い。一方、陽性と診断された患者のパートナーへの検査については、早期診断の機会であることがわかっていても、積極的に関与することができている医師は少ないというのが現状であろう。

陽性者のパートナーに検査をすすめることが、早期発見に重要な機会であることは明らかである。検査によってパートナーが陽性であった場合には、エイズ発症前の早期に治療を開始できるだけでなく、さらなる感染拡大や他の性感染症予防につながるだろう。検査結果が陰性であっても、パートナーへの感染予防についての正しい情報を伝えることによって、その後のセーフセックスについて話しあう機会にもなる。このように考えれば、パートナー検査をすすめることは、感染者本人へのケアのひとつでもあるともいえるだろう。

実際の診療では、本人にパートナー検査をすすめても、「別れてしまい連絡できない」、「連絡先がわからない」、「関係がこわれてしまうのが心配」などの理由により、検査に

つながらないこともある。パートナーへ伝えるということは、本人にとっても精神的な負担となることが多い。したがって、治療の進歩、エイズを発症してしまった場合のリスクなど、早期発見の利点をしっかりと伝えることが重要である。また、病院以外での検査方法も伝えるなど、パートナーが検査を受けやすい環境をつくることも大切である。

診療経験の多い病院では、パートナー検査を積極的にすすめている医師も多い。しかし、それ以外の多くの病院においては、思うようにパートナー検査が行われていないというのが現状である。検査がすすめられてない理由を医師に質問してみると、いろいろな答えがかえってくる。「ルチン検査は陰性確認のためであり、陽性であっても本人に伝えるのが精一杯」「経験が少ないため、そこまですすめるのは精神的な負担となる」「日常診療が忙しく時間的に難しい」「外来が説明しにくい環境であり、そこまでは話しにくい」など、診療現場でパートナー検査をすすめることへの負担を感じていることも多い。このような多忙な一般診療でもパートナー検査をすすめてもらうには、診療現場で利用しやすい簡単なパンフレットの準備、保健所等の機関での検査案内、経験が多い拠点病院に紹介しやすくするなど、一般病院や診療所における負担を少なくし、パートナー検査を行っていくハードルを下げる工夫も必要であろう。

パートナー検査とは本来、HIV 感染症だけでなく、すべての性感染症診療において意識すべきものである。梅毒、B 型肝炎、アメーバ症等を診断した場合にも、可能であればパートナー検査をすすめるという姿勢が大切であり、その丁寧な対応の積み重ねが患者のケア、そして性感染症の拡大防止につながっていくのである。(今村顕史)