

- ・結核のサービス

5. その他の留意点

本指針では、その他の留意事項について詳細に説明されているが、その詳細については後日に譲ることにして、その項目だけを下記する。

- ・検査前情報と同意書
- ・検査後カウンセリング
- ・検査の頻度
- ・HIV 検査手法
- ・プログラム実施の諸問題
- ・モニタリングと評価

6. おわりに

WHO/UNADIS が本指針を昨年5月に発表してから、HIV 検査とカウンセリングを実施している医療機関では混乱が起きている。特に”Opt-out”または”Opt-in”の取り扱いについて多くの論議がなされている。

現在、HIV 検査が積極的に推奨される理由としては、1) 有効な方法治療薬がある、2) よって、感染を早く知り治療を受ければ対処可能な疾患になっている、3) 検査受診率が低い、4) 人権などがすでに確立されている、5) 公衆衛生的に対費用効果が優れている、6) HIV 検査サービスへのアクセスが改善できる、7) 医療施設における HIV 検査とカウンセリングの大幅な拡大は、HIV 予防、治療、ケアへの普遍的なアクセスが増大する、8) HIV 感染を知らない人(80%)が多い、9) 検査結果を聞きに来る人の割合が低い、10) 二次感染防止にもつながる、等々が挙げられている。

しかし、事前説明後、クライアントから特に検査反対の意思表示がなければ、医療従事者主導で検査を実施してもよいという、すなわち”Opt-out”アプローチには慎重でなければならない。一般に人権保障については、それぞれの立場によって理解や認識がかなり乖

離していることが予想されるので、現実をしっかりと見極めることが求められる。エイズに対する偏見・差別が高く、人権が保障されていないところでの実施には特に慎重でなければならない。この対象になる人達は、MSM や移住労働者、セックスワーカー、IDU などの、いわゆる社会的弱者である公算が高い。

わが国ではどうだろうか。1) HIV/AIDS に対する差別と偏見、2) 人権配慮、3) HIV 感染者らを受け入れる社会全体の準備状況、4) 治療体制の整備(カウンセリングを含む)、5) 社会防衛論 vs. 個人のヘルスプロモーション、6) 強力な父権制度 Paternalistic approach (医師に代表される医療提供者とクライアントの関係)、7) 予算(負担を誰が! 経済格差に伴う医療格差の拡大)、8) 3C の保障、などの諸問題を、現在、慎重に検討することが求められていると思われる。すべての HIV 検査は本来自発的で、個人情報保持され、クライアントの同意のもとに実施されなければならない。また、父権主義の強いわが国の医療環境において、クライアントが自発的に検査を拒否する権利をいかに保障するかということは重大な問題であろう。今後、本研究班でも、議論をさらに重ねていくことが必要であると思われる。

文献

1. WHO / UNADIS . Guidance on provider-initiated HIV testing and counselling in health facilities, http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595568_eng.pdf, May 2007.
2. UNADIS/WHO Policy Statement on HIV Testing <http://www.who.int/hiv/pub/vct/en/hivtestingpolicy04.pdf>, June 2004.

5. 医療機関における検査相談体制 —抗体陽性者への対応—

分担研究者 立川夏夫（国立国際医療センター）

研究要旨

初年度（H18年度）の研究より医療機関での抗体検査推進において「HIV抗体陽性の場合の告知」という問題が明らかとなった。本年度はその問題を解決する出発点として「HIV抗体陽性告知」の事例を提示した。

A. 研究目的

HIV抗体陽性時の告知は、その感染者の状態に合わせて非常に流動的なものである。そのためHIV感染症の専門家が主に携わるべきものと考えられていた。そのため今まで体系的に整理されてはいない。現存するのはHAART出現以前の内容である。しかしHIV感染者の増加と、それに対応するHIV抗体検査促進が本邦における最重要課題の1つである。抗体検査推進とHIV感染者の増加（2007年は1日の平均抗体陽性者数は4件であった）は、いかなる医療機関でも、HIV抗体陽性と遭遇する可能性を示してしる。今回「HIV抗体陽性告知」を研究した理由は、HIV抗体検査を施行する医療関係者・医療機関がHIV抗体陽性告知に自信があればHIV抗体検査推進がより進む、という関連が存在するためである。

B. 研究方法

本研究は、最終的にはガイドラインまで進むべきであるが、その出発点としての事例集と位置づける。現在のHIV感染症は1996年前後からの強力な抗HIV療法の進歩により劇的に変化している。当然HIV抗体陽性告知もこの変化に対応しなければならない。また予後が長期化ことによる新しい告知のポイントも存在する。今回は2007年度のHIV診療の現状

を反映した内容としている。また陽性告知を実施する医療関係者・HIV感染者により具体的なイメージを持ってもらうため、国立国際医療センターを受診した抗体陽性判明直後の症例152例（2004年1月～2005年3月に初診、観察期間平均880日（範囲：31～1288日））に関して解析し、その結果を含めた。

C. 研究結果

HIV抗体陽性告知は2つの部分よりなる。1つは告知する医療者が告知前に確認すべき事項であり、1つは告知する内容である。

医療者が告知前に確認すべき事項は以下の6点である。①告知に必要な時間的指針はないが、30分以上（～60分）が必要と考えられる、②告知は初回の外来で完了する必要はない、③告知時は精神的に動揺している可能性が高いためポイントを絞る、④告知時は精神的に動揺している可能性が高いため支持的に接する、⑤感染者の免疫学的状況により、告知の内容は変化する、⑥HIV-1罹患について精神的動揺の乏しい場合も存在する、以上6点である。

医療者が告知において伝えるべき内容は以下の10点である。①HIV-1感染症は死ぬ病気ではない、管理可能な慢性疾患である、②仕事は辞めない、③多くの支援制度が存在する、

④日常生活では感染しない、⑤HIV 抗体陽性後の STD (性病) に気をつける、⑥Safer sex を守る、⑦自己の HIV-1 感染の告知は医学的必要性で判断する、⑧現在の抗 HIV 療法は有効であり、100%内服した場合には、ほぼ 100% 治療が成功する、⑨通院は数十年にわたると予想され、持続的な通院が可能な環境を整える、⑩HIV-1 感染症は取り返しがつくが、違法薬物使用は取り返しがつかない、以上 10 点である。最初の陽性告知では感染者は思考が混乱している場合も多い。そのような場合には初回の説明は④までで一旦終了するという選択肢も存在する。

D. 考察

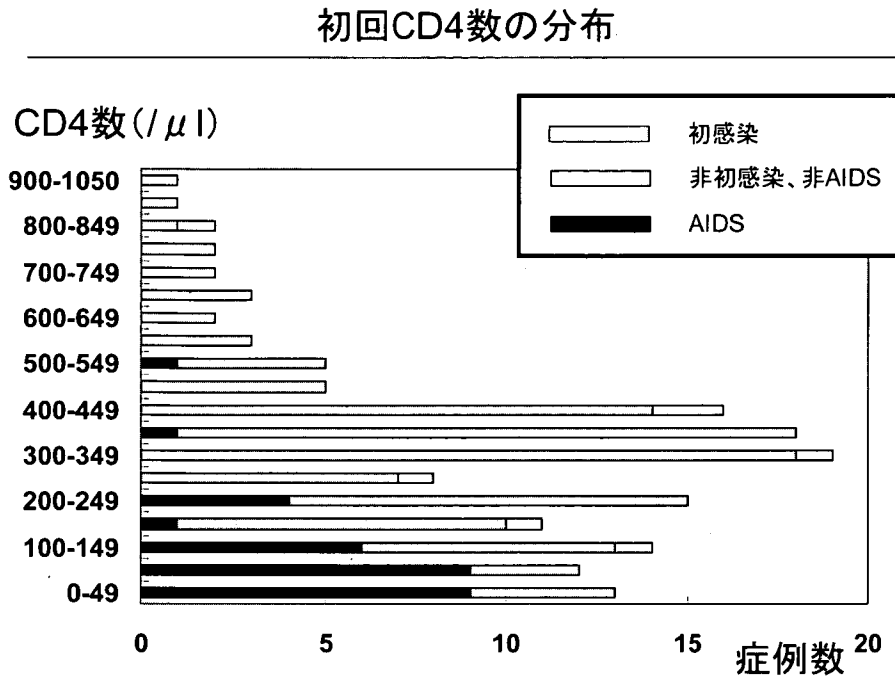
上記の内容を、最新情報を加えて組み立てている (図 1, 2 参照)。最終年度は、より多くの意見を取り入れ普遍的な内容を目指す。

E. 研究発表

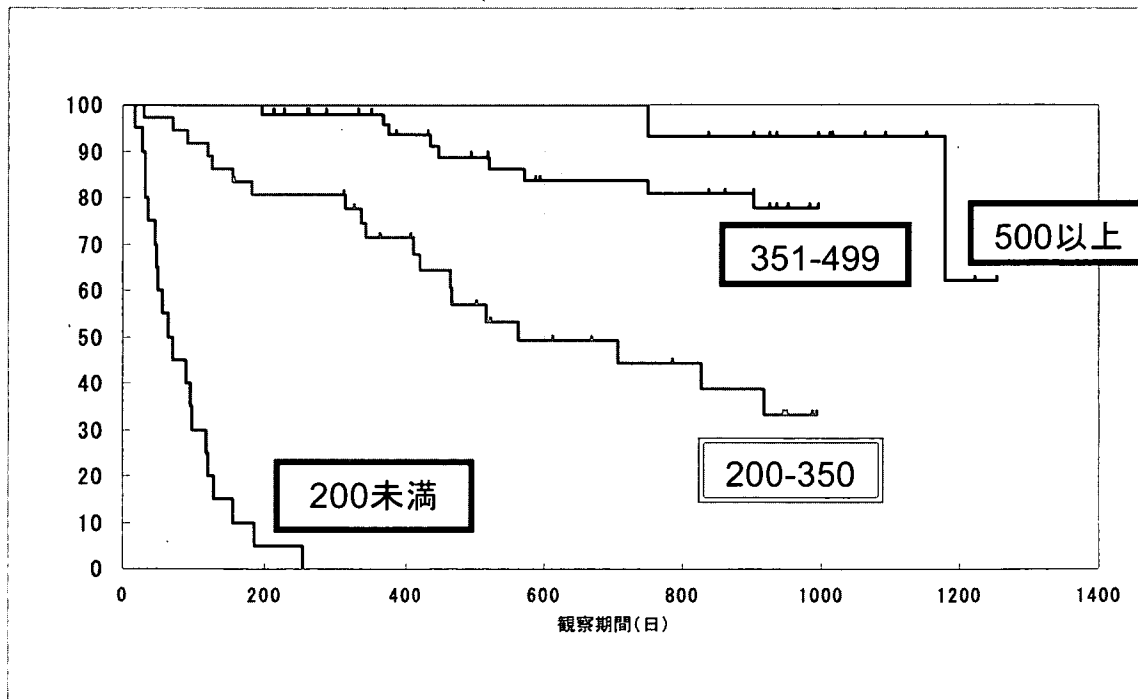
論文発表

1. 立川夏夫 プライマリケア医が行う HIV/AIDS の診断と治療 クリニカルプラクティス 2007、Vol126 (4)、284-291.

参考図 1：初回の CD4 数



参考図 2：経過観察中の無治療症例の累積率（非初感染非 AIDS である 113 例）



6. 長野県佐久地域における HIV/AIDS 発生動向と対策

研究担当者 高山 義浩（佐久総合病院総合診療科）

研究要旨

佐久地域とは 11 市町村で構成される長野県東部の農村地域である。人口約 20 万人のこの地域においては、近年 HIV 感染の拡大が進んでいる。最近 5 年間に佐久総合病院を受診した新規 HIV 感染者および AIDS 発症者の国籍・性別（初診時平均年齢）の内訳は、日本人男性 23 人（45 歳）、日本人女性 2 人（48 歳）、外国人男性 3 人（37 歳）、外国人女性 10 人（35 歳）であった。その診断契機は、エイズ関連疾患の発症 65.8%、その他の疾患による受診 21.1%、パートナー陽性のため検査 10.5%、妊娠時検査 2.6%であり、自主的に検査を受けて陽性が判明したケースは 1 例もなかった。佐久地域においては、HIV 感染症とは若者の疾患というより、中高年と外国人に多発している疾患として位置づけられる。また「いきなりエイズ」率が 65.8%と高く、感染を知らずに生活している陽性者が多数いるものと考えられ、佐久地域の流行拡大を加速させる要因となっている。検査普及と早期受診を勧奨する幅広い戦略が求められている。長野県のエイズ対策として『信州 STOP AIDS 作戦』が開始されており、予防啓発活動に加えて、HIV 迅速検査にアクセスしやすい体制づくりの一環として、県内 8ヶ所のエイズ治療拠点病院で無料 HIV 迅速検査体制が整備されている。しかし、拠点病院無料迅速検査の受検者について集計したところ、男女ともに 20 代が最多で、すべてが日本人という結果であった。ターゲットを絞った検査体制の効率化という観点からは、壮年層および外国人への検査体制の認知を広げてゆく必要がある。また、佐久地域では外国人のエイズ発症例が多発していることから、外国人への医療支援活動を充実させる必要がある。そこで、佐久総合病院では年に 1 回の外国籍住民健診（自治体主催）、月に 1 回の医療相談会、そして臨時の医療相談会を適宜実施している。こうした活動を継続することで、外国人コミュニティとの信頼関係を構築し、ひいては外国人の医療アクセスが促進されることを期待している。こうした健診・相談会において、HIV 検査を勧奨できるかについて議論が重ねられた。自主的な検査希望者については、もちろん十分なカウンセリングを果たしたうえで実施すべきである。しかし、スクリーニングという性質が強い住民健診において、HIV 検査の選択項目を設けることは、疾患への理解のないまま検査に誘導してしまう危険がある。また、保険も潜在資格もない外国籍住民においては、仮に陽性であったときにサポートする制度が存在しないため、宣告するだけの検査となってしまう可能性がある。よって、佐久総合病院では、外国籍住民健診では HIV 検査を原則として実施しない方針としている。まずは外国人にフレンドリーな医療機関としての信頼を得て、有症状時の早期受診を促してゆきたいと考えている。以上のような問題認識を踏まえ、地方県における HIV 感染拡大予防策として、1) 地方発エイズローカル情報の充実、2) 中高年層をターゲットとした施策、3) 外国人への啓発と支援の展開が推進されるべきことを提言する。

A. 目的

佐久地域とは、千曲川の扇状地に開けた佐久平と呼ばれる農村地帯で、長野県東部に位置する。最大の佐久市（人口約 10 万人）、次

いで小諸市（人口約 4 万 5 千人）を含む 11 の市町村で構成される佐久広域連合（特別地方公共団体・人口約 20 万人）により、保健・医療・福祉などの広域的な課題に取り組んで

いる。この佐久地域におけるエイズ治療拠点病院は佐久市にある佐久総合病院である(図1)。佐久総合病院では、1986年10月の第1例より2007年12月までに89名の新規HIV感染者およびエイズ発症者の受診があり、既知感染者5名の他院よりの紹介受診があった。なお、2007年の新規HIV感染者およびエイズ発症者の受診は5名であった(図2)。

長野県全体での新規HIV感染者およびエイズ発症者の届出数は、2002-2006年の5ヶ年平均で人口10万人あたり1.18人であり、これは東京3.19、大阪1.42に次いで3番目に多い比率であった。ところが、佐久総合病院の経験では佐久地域3.90となり、県内でも集中した流行地域であることが明らかである。

2005年2月に長野県はエイズ対策について国により「重点的に連絡調整すべき都道府県等」(全国16団体)のひとつに選定された。これにより県衛生部と保健所、エイズ治療拠点病院が一丸となり、長野県のエイズ対策として『信州 STOP AIDS 作戦』が2006年10月より開始された。この作戦は、1)エイズの予防・検査の重要性の普及啓発と、2)ワンストップ無料・匿名検査体制づくりを2本柱として展開している。

前述のように佐久地域はHIV浸淫地域であり、とりわけ集約的な取り組みが必要と考えられている。佐久総合病院による独自の対策と『信州 STOP AIDS 作戦』の共同戦略は、これまで大都市部で展開されてきたキャンペーンとは異なり、農村地域ならではのものも多く含まれている。とくに検査拠点を拡大する試みとして、長野県では2006年10月より、県内8ヶ所のエイズ治療拠点病院で無料HIV迅速検査体制が整備されたことは特筆に価しよう。また、外国人への医療支援活動を充実させ、外国人コミュニティとの信頼関係を構築し、ひいては外国人の医療アクセスを促進することを目的として、佐久総合病院では健診・医療相談活動を展開している。

こうした独自の取り組みについて、その成果を評価しておくことは、今後の地方社会におけるHIV/AIDS対策の重要な参考となることが期待される。

B. 方法

1. 佐久地域のHIV流行動態

佐久総合病院における最近5年間の新規HIV感染者およびエイズ発症者の動向を集計した。その項目は、国籍、性別、診断契機、感染経路、また国籍・性別により初診時の平均年齢と平均CD4数を算出した。

2. エイズ治療拠点病院における無料HIV迅速検査の受検者動向

2006年10月に開始された長野県内エイズ治療拠点病院で無料HIV迅速検査について、受検者毎に記録する調査票を各拠点病院へ配布し、2006年12月から2007年6月までの記録を回収した。その項目は、受検者の年齢、性別、国籍、および検査情報を得たメディアとした。

3. 佐久総合病院による外国籍住民健診および医療相談活動

佐久総合病院による外国籍住民向けの支援プログラムとして、年に1回の外国人健診(自治体主催)、月に1回の医療相談会、そして適宜実施している臨時の医療相談会について、その利用者動向を集計した。

C. 結果と考察

1. 佐久地域のHIV流行動態

佐久総合病院では、2003-2007年の5年間に38人の新規HIV感染者の受診があり、25人のエイズ発症者の受診があった。その国籍・性別(初診時平均年齢、初診時平均CD4数)の内訳は、日本人男性23人(45歳、142/ μ L: CD4の平均は急性感染1人を除く)、日本人女性2人(48歳、6/ μ L)、外国人男性3

人(37歳, 3/μL: CD4の平均は不明の2人を除く)、外国人女性10人(35歳, 194/μL)であった(図3)。その診断契機は、エイズ関連疾患の発症65.8%、その他の疾患による受診21.1%、パートナー陽性のため検査10.5%、妊娠時検査2.6%であり、自主的に検査を受けて陽性が判明したケースは1例もなかった(図4)。また感染経路は、81.6%が異性間性的接触であり、大多数を占めた。以下、同性間性的接触による感染10.5%、薬物使用2.6%、不詳5.3%と続いた(図5)。

佐久地域においては、HIV発生が日本人男性の幅広い年齢層にわたっており、これに比較的若年の外国人女性を加えて主に推移している。さらに「いきなりエイズ」率も65.8%と極めて高く、初診時平均CD4数についても、いずれの集団においても200/μL以下という厳しい結果であった。感染を知らずに生活している陽性者が多数いるものと考えられ、佐久地域の流行拡大を加速させる要因となっている。検査普及と早期受診を勧奨する幅広い戦略が求められている。

2. エイズ治療拠点病院における無料HIV迅速検査の受検者動向

無料迅速検査を導入した8拠点病院のうち、調査票を返却したのは5病院であった。93例について回答を得た(回収率41.3%)。その内訳は男性63.4%、女性27.9%、不明8.6%。年齢別分布は男性では10代23.2%、20代35.3%、30代16.9%、40代5.0%、50代6.7%、60代以上10.1%で、女性では10代26.9%、20代53.8%、30代7.6%、40代3.8%、50代0.0%、60代以上3.8%あった。全員が日本人で陽性例はなかった。検査情報を得たメディアについてはインターネット20.4%、新聞・テレビ・ラジオ12.9%、行政のキャンペーン10.3%、友人7.5%、不明・その他36.5%であった。なお、若年層の受検者はインターネットから健康情報を得ている傾向が強く、中高年層では自治体広報

誌から健康情報を得ている傾向が認められた。

長野県における新規感染者の年齢分布のピークは40代で、約3割が外国人とされる。しかし、拠点病院無料迅速検査の受検者については男女ともに20代が最多で、すべてが日本人という結果であった。ターゲットを絞った検査体制の効率化という観点からは、壮年層および外国人への検査体制の認知を広げてゆく必要を認める。

3. 佐久総合病院による外国籍住民健診および医療相談活動

2007年11月11日、長野県主催により佐久総合病院で外国籍住民健診を開催した(図6)。この活動は、佐久総合病院のスタッフに加え、佐久保健所、NGOからも多数の人的支援を得て、毎年開催しているものである。利用者は44人で、国籍別の内訳は中国11人、フィリピン11人、ブラジル6人、タイ6人、ボリビア5人、スリランカ1人、アメリカ1人、韓国1人、ネパール1人、ドミニカ1人と11国籍にわたった。

また、佐久市内の大規模小売店舗のイベントスペースを利用して、毎月20日に佐久市看護協会主催により外国人も対象とした医療相談会を実施している。毎回、4、5人の外国人が相談に訪れており、主に生活習慣病を予防する指導を実施しているが、性感染症についての指導を求められることもある。

2008年3月9日、佐久総合病院のHIV診療チーム主催により、外国人がよく利用しているタイ料理店にて、外国籍住民健診を開催した。利用者は17人で、すべてタイ人であった。

外国人へのHIV検査勧奨が可能かどうかについては、関係諸機関との議論が重ねられているところである。自主的な検査希望者については、もちろん十分なカウンセリングを果たしたうえで実施すべきである。しかし、言語の障壁もあり、自主性の判断が難しいこともありうる。たとえば、外国籍住民健診でHIV

検査の選択項目を設けることは、疾患への理解のないまま検査に誘導してしまう危険がある。また、外国人セックスワーカーを雇用しているスナック等が、従業員の検診目的で半強制に検査を受けさせている可能性も考えられた。とくに重要な点は、保険も滞在資格もない外国人においては、仮に陽性であったときにサポートする制度が存在しないことである。これでは宣告するだけの検査となってしまうため、検査勧奨の本来の目的から外れてしまう恐れがある。

よって、佐久総合病院では、外国籍住民健診では HIV 検査を原則として実施しない方針としている。診察のなかで必要と認められたり、本人の希望がでたりした場合に限って、院内で実施している迅速検査のセクションに回っていただいている。そして、陽性者に限らず、ここで紹介したような外国籍住民全体を支える健康戦略をアドボカシー型に展開しながら、まずは外国人にフレンドリーな医療機関としての信頼を得て、有症状時の早期受診を促してゆきたいと考えている。

D. 提言

我が国の HIV 感染拡大対策については、保健所とエイズ治療拠点病院を拠点とした推進、人権への配慮、予防に重点をおいた国民への普及啓発などが講じられている。こうした所要の措置は、感染拡大の数的評価を根拠として大都市若年層をターゲットに活発に展開されている。しかし、地方県では若年層を凌駕する速さで中高年男性の発症が確認されている。また、地方県では「いきなりエイズ率」が極めて高いため、診断されずに生活している陽性者が多いものと考えられる。さらに、異性間性的接触という人口集団を特定しない感染様式であることも要点である。すなわち、地方県はまさに HIV 感染爆発の一手手前もしくは最中にある可能性が高い。

以上のような問題認識を踏まえ、地方県に

おける感染拡大予防策に活かすため、以下のとおり提言する。

1. 地方発エイズローカル情報の充実

現在、エイズ予防啓発メッセージの多くが若者層をターゲットにして作成されている。しかも、そのほとんどが都会から発信されたものを地方県で受信するものであり、これがさらに「エイズは大都市の疾患」というイメージを強化させている。地方それぞれの流行動態をふまえた、地方発のエイズ情報配信が必要である。

2. 中高年層をターゲットとした施策

地方県における性教育は、そのほとんどが学校において生徒に向けて実施されることに終始している。たしかに学校性教育は長期施策として重要である。しかし、地方県では中高年層において感染拡大の傾向が強く、異性間性的接触が感染様式であることから、ひるく中高年層への意識改革をめざした教育介入が求められる。

また、中高年層においてはエイズ発症まで感染に気づかない事例が多く、徹底した啓発活動が必要である。ただし、人口の少ない地方の町村においては、保健所と役場が一体化しているため、検査を受けにくくと知人に会う可能性が高くなっている。よって、より匿名性のある検査体制を整備することも併せて必要である。

3. 外国人への啓発と支援の展開

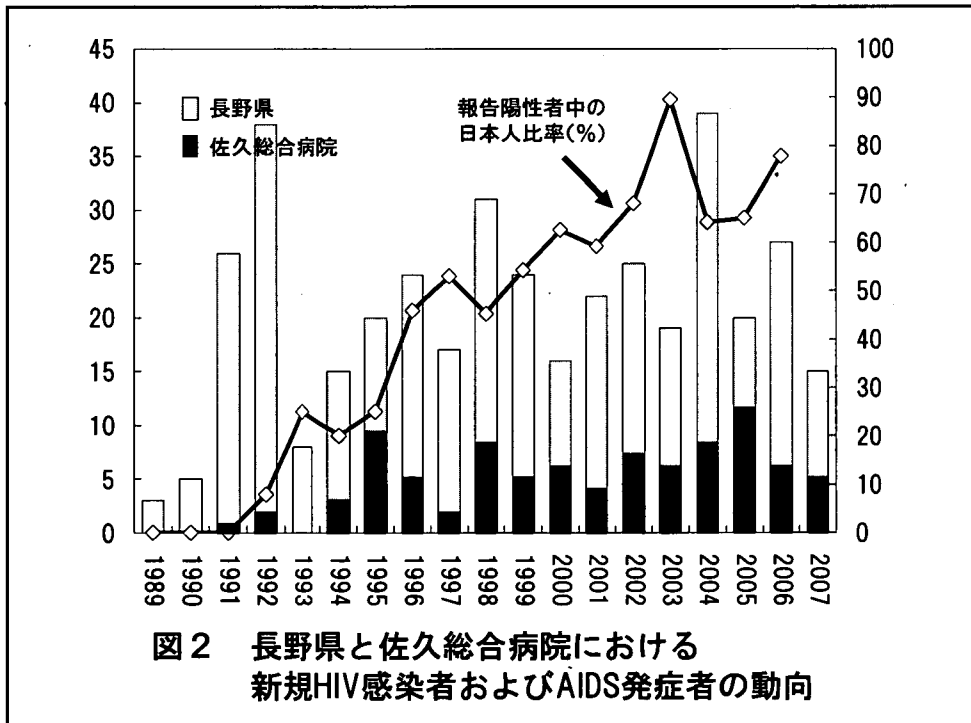
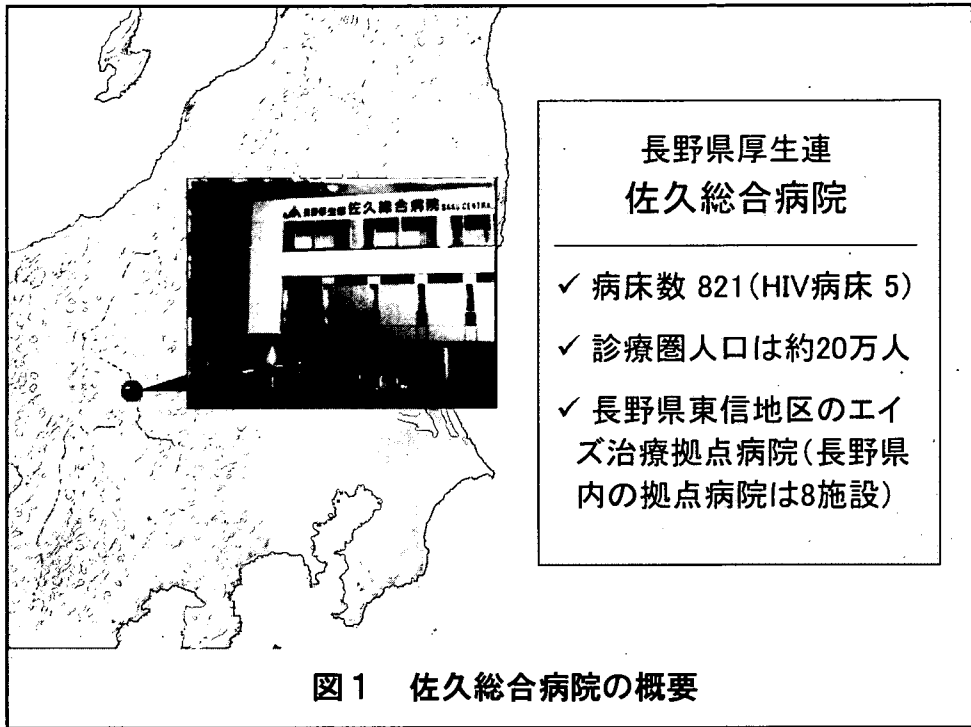
地方県では、日本人中高年に次いで外国人女性への感染拡大が確認される。外国人女性への啓発と支援が必要であるが、無資格滞在であることが少なくないため、政策的にも財源的にも公的な支援活動展開が困難となっている。感染症対策とはハイリスクグループへの包括的展開によってのみ実効性が与えられる。よって、対外国人制度の運用見直しを含

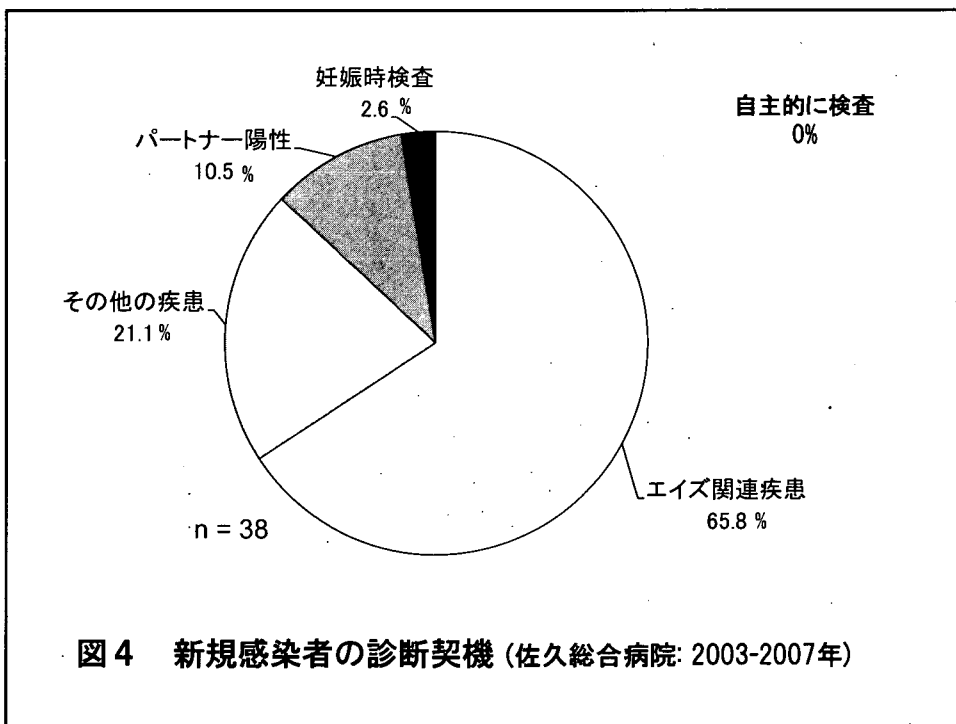
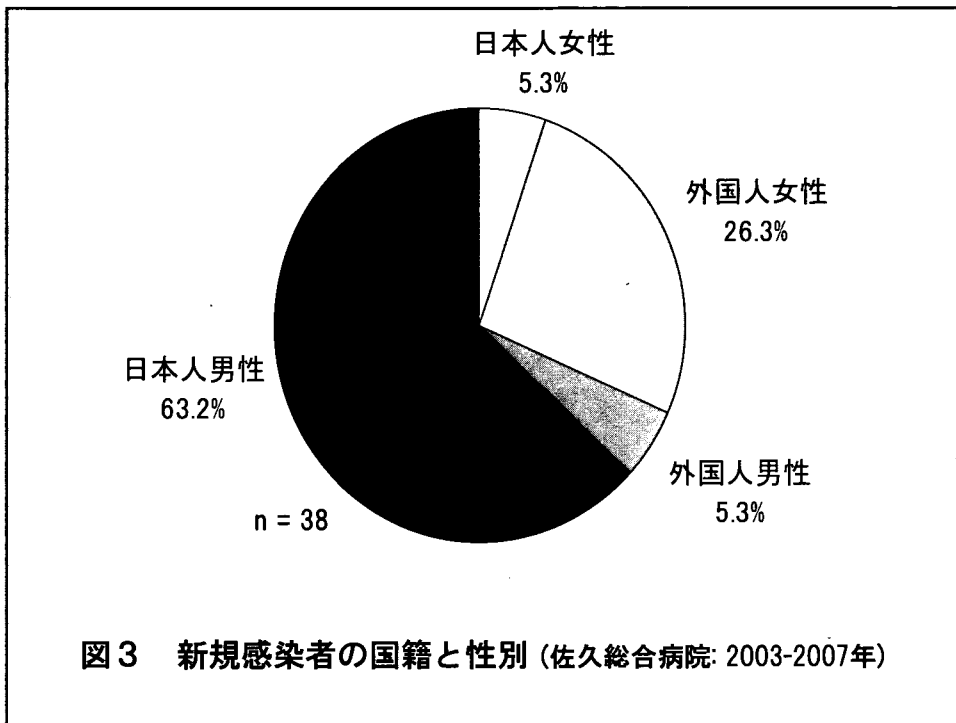
めた新たなスキームの検討が求められる。

E. 発表

学会発表

- 1) 西島健、高山義浩：佐久総合病院における
外国籍患者の医療費未払い状況～アジア共生
時代への課題～. 第 57 回日本病院学会総会.
2007. 6. 14-15. つくば.
- 2) 高山義浩、西島健、小林智子、小澤幸子、
岡田邦彦：農村地域における HIV 感染の拡大
について：第 1 報 症例提示. 第 56 回日本農
村医学会学術総会. 2007. 10. 11-12. 長岡.
- 3) 西島健、高山義浩、小林智子、小澤幸子、
岡田邦彦：農村地域における HIV 感染の拡大
について：第 2 報 疫学状況. 第 56 回日本農
村医学会学術総会. 2007. 10. 11-12. 長岡
- 4) 小澤幸子、高山義浩、四本美保子、斎藤博、
北野喜良、山崎善隆：長野県エイズ治療拠点
病院における無料 HIV 迅速検査の受検者動向.
第 21 回日本エイズ学会学術集会.
2007. 11. 28-11. 30. 広島.
- 5) 高山義浩：長野県佐久地域における
HIV/AIDS 発生動向と対策. 第 21 回日本エイ
ズ学会学術集会. 2007. 11. 28-11. 30. 広島.
- 6) Takeshi Nishijima, Yoshihiro Takayama,
Sachiko Ozawa, Kunihiko Okada: HIV
Infections Proliferating in rural Japan.
11th Asian Congress of Agricultural
Medicine & Rural Health. 22-24 Feb, 2008.
Aurangabad, India.





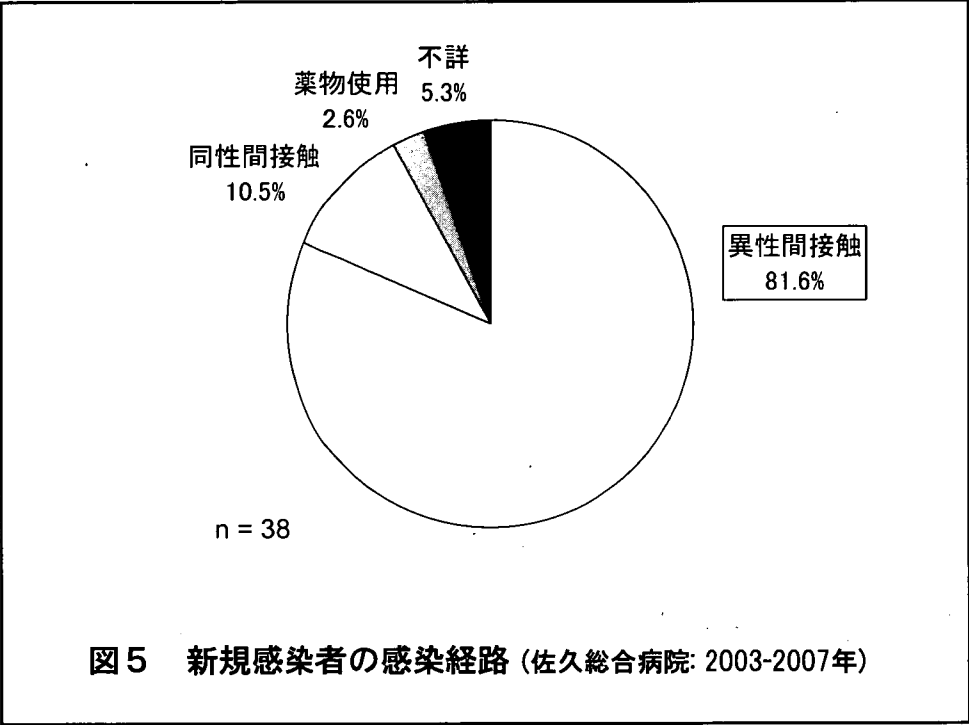


図5 新規感染者の感染経路 (佐久総合病院: 2003-2007年)



図6 佐久総合病院における外国人健診

7. 特設検査相談施設の受検者についての HIV と STD との関連

分担研究者 小島弘敬 (東京都南新宿検査・相談室)
研究協力者 今井敏幸 (東京都南新宿検査・相談室)
佐野貴子 (神奈川県衛生研究所)
大野理恵 (神奈川県衛生研究所)
今井光信 (神奈川県衛生研究所)

研究要旨

HIV と STD との相関は大きく、とくに梅毒、B 型肝炎は HIV リスクの程度の指標となる。クラミジア抗体陽性はパートナー数とよく相関する。クラミジアは症状が自覚されにくく、感染が気づかれにくく、治療機会を欠くため抗体陽性率が高い。梅毒、クラミジアは化療による治癒後 2~3 年以内に抗体が再陰性化することが多い。クラミジア抗体陽性は「近い過去のコンドームのないセックス」の存在を意味し、「本人も感知不能で個人差の大きい STD 感染リスク」の指標となり、VCT の「適切な相談」の有力なツールとなる。受検者がクラミジア抗体陽性を知り、行動を変えることにより STD、HIV 感染を避けることが出来る。

A. 研究目的

HIV 症例のほぼすべては STD 性の感染による。HIV と STD との相関を確認し、VCT 受診者の STD 罹患歴の VCT における重要性を検討する。

B. 研究方法

エイズ月間には梅毒、クラミジア。年間 3 ヶ月間の水曜日受検者には梅毒、クラミジア、B 型肝炎の抗体検出を行った。

C. 研究結果

①B 型肝炎罹患率と STD 罹患率 (図 1)

25 人の HIV 陽性者のうち、
梅毒抗体陽性・・・16.0%
クラミジア抗体陽性・・・80.0%
8 人の HIV 陽性者のうち、
HBc 抗体陽性・・・87.5%
HBs 抗原陽性・・・12.5%

②当室の HIV 陽性率 (図 2)

MSM 男子・・・5.7%
非 MSM 男子・・・0.07%
女子・・・0.05%

③HIV 陰性受検者について (図 3~6)

	B 肝	梅毒	クラミジア
MSM 男子	28.6%	7.1%	34.4%
非 MSM 男子	6.3%	1.5%	20.5%
女子	2.0%	0.7%	28.9%

MSM 男子群には STD 罹患状態からみた HIV 感染リスクが同程度のものが少なくない。

④クラミジアとパートナー数 (図 7~9)

累積パートナー数とクラミジア抗体陽性率とは MSM、非 MSM、女子いずれも相関が高い。

⑤クラミジア治療歴 (図 10)

クラミジア抗体陽性者について未治療率は 3 群いずれも高く、クラミジア感染が無症状であることを示す。

⑥クラミジア抗体検出による STD/HIV リスクの回避 (図 11)

⑦STDの特徴（図12）

D. 考察

HIV と STD との相関は大きい。B 型肝炎は HIV リスクの指標となる。梅毒、クラミジア抗体は、治癒後 2～3 年で再陰性化し、近過去の STD リスクの指標となる。

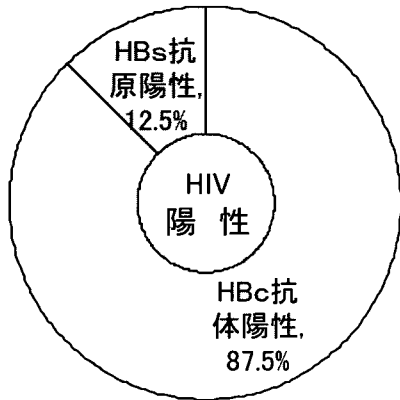
E. 研究発表

学会発表

1. 小島弘敬：特設検査相談施設の役割. 第 21 回日本エイズ学会. (平成 19 年 11 月 28-30 日、広島)
2. 小島弘敬：STD と HIV 感染症. 日本性感染症学会, 日本エイズ学会合同シンポジウム. (平成 19 年 12 月 2 日, 東京)

図1

南新宿HIV陽性8症例の
B型肝炎罹患率



南新宿HIV陽性男子25症例の
STD罹患率

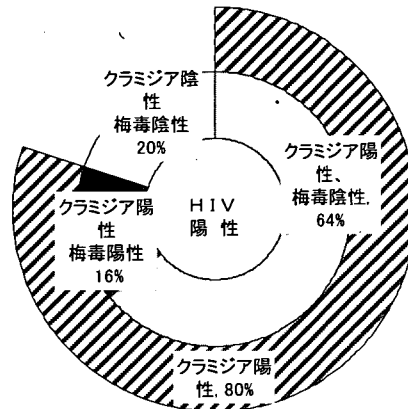


図2

H I V 陽性率

(n=6483)
(陽性者63人)

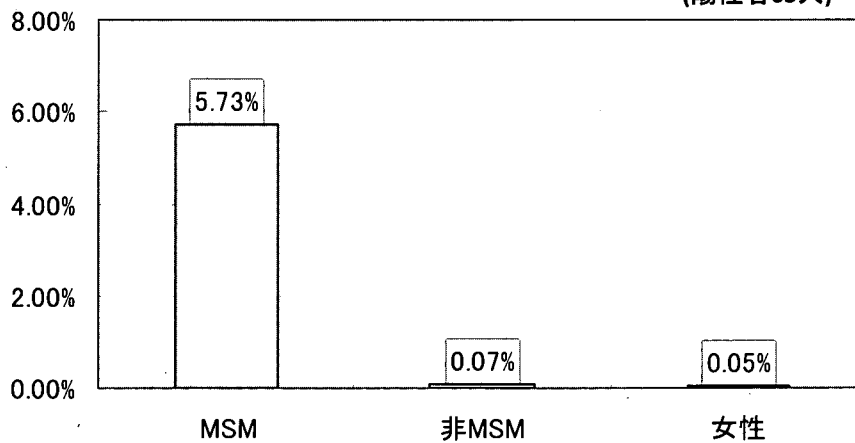


図3

STD陽性率(%)

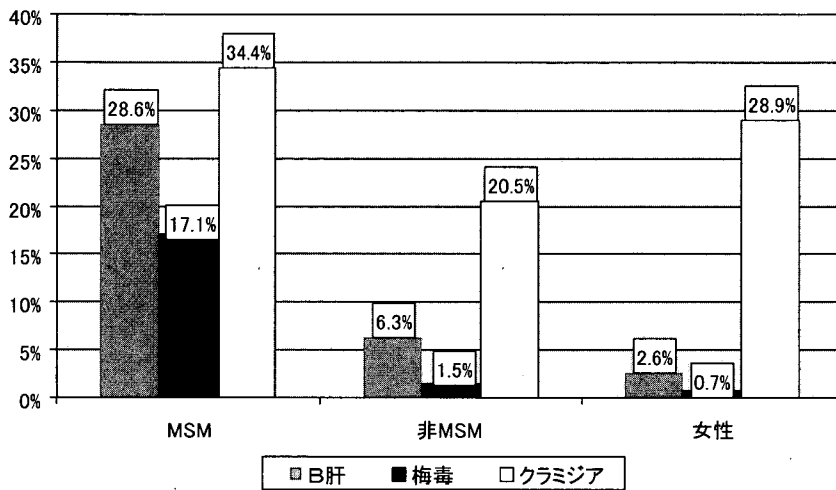


図4

B肝+梅毒

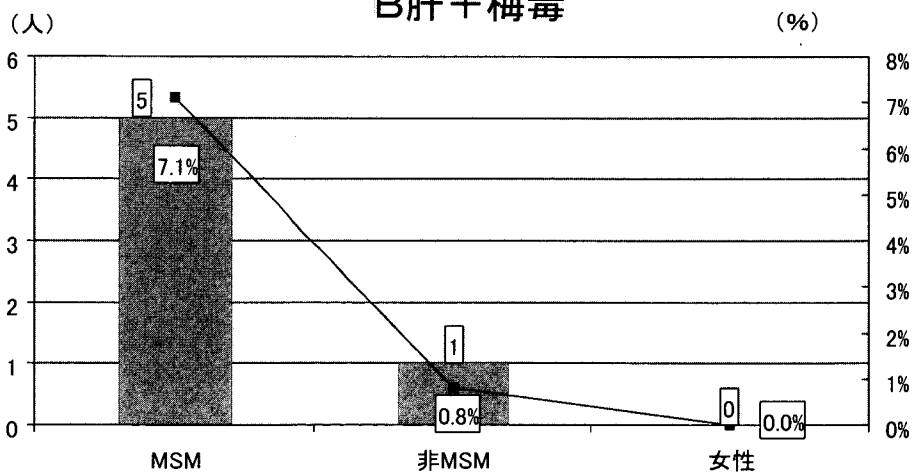


図5

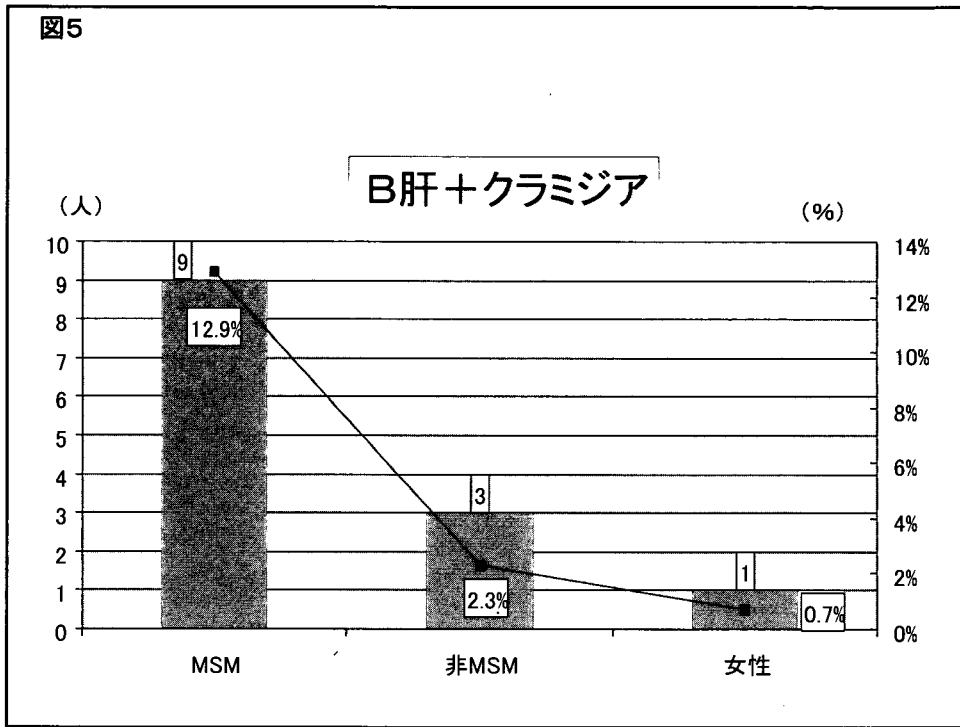


図6

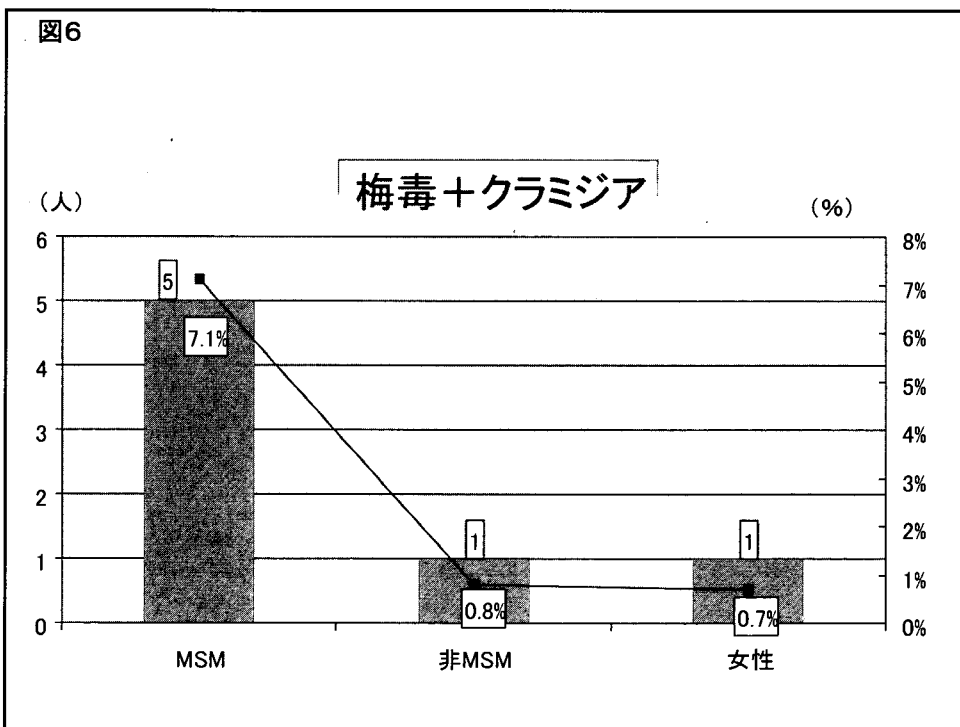


図7

クラミジアとパートナー数

【MSM】

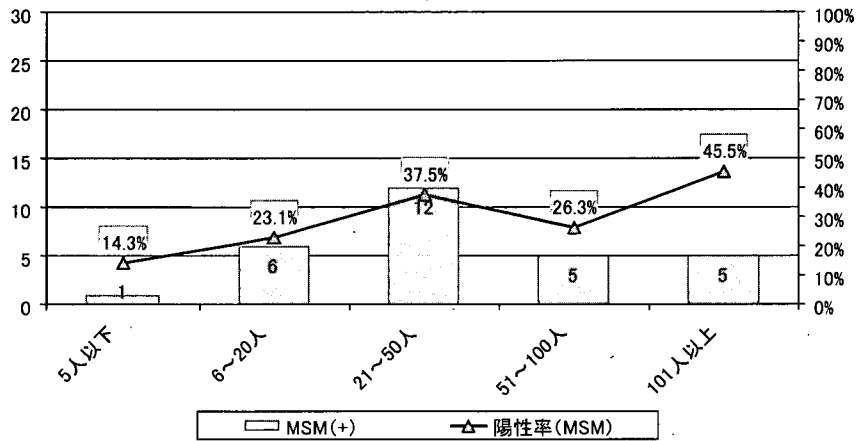
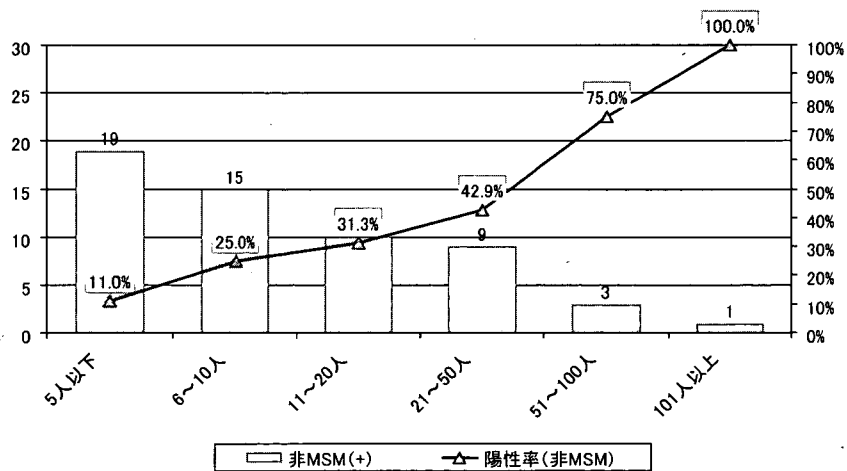


図8

クラミジアとパートナー数

【非MSM】



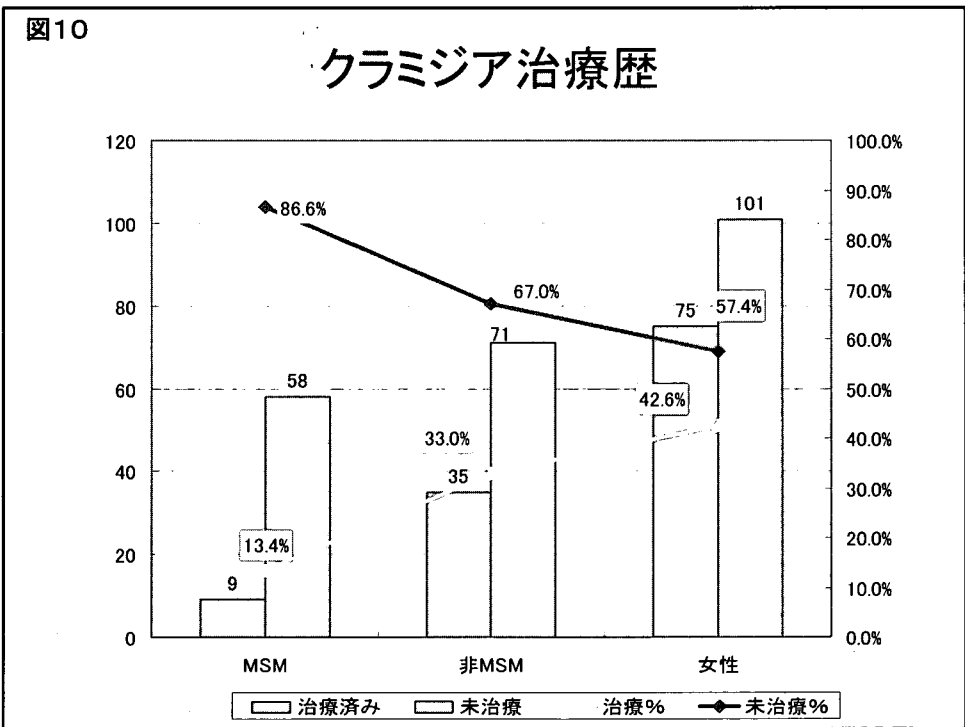
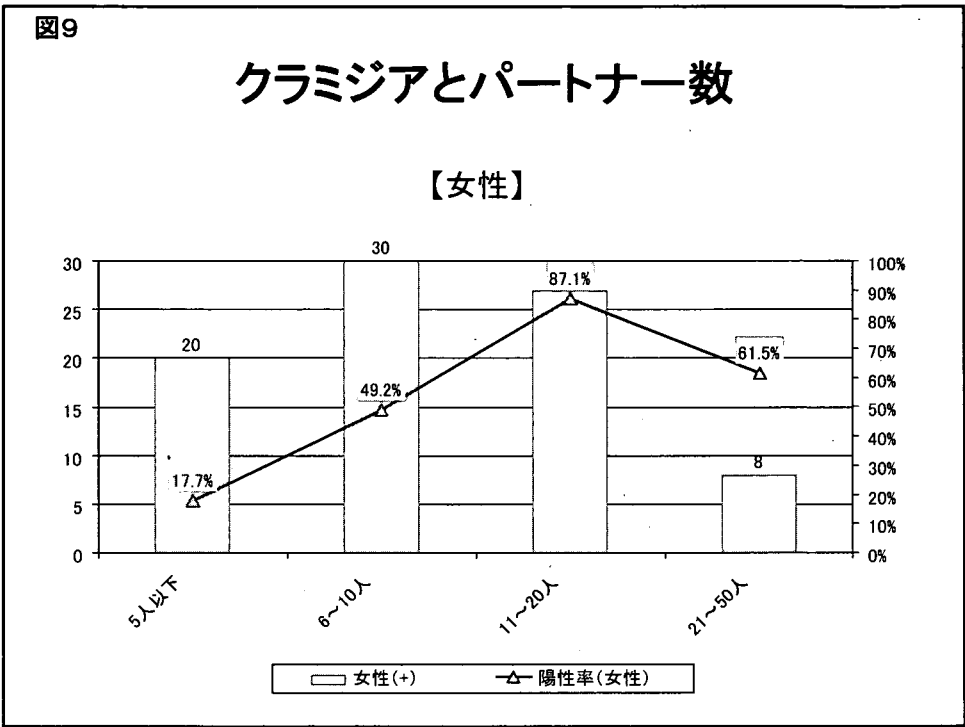


図11

クラミジア抗体検出による STD/HIVリスクの回避

- ◆ 既往を含むクラミジア抗体陽性は女性の約30%に達する。
- ◆ 自覚症状を欠くため感染者の大部分は感冒などの偶発の服薬で治癒している。
- ◆ 感染に気づきリスク行動を避けることで、HIVに至るSTDの感染のステップを登ることを避けられる。

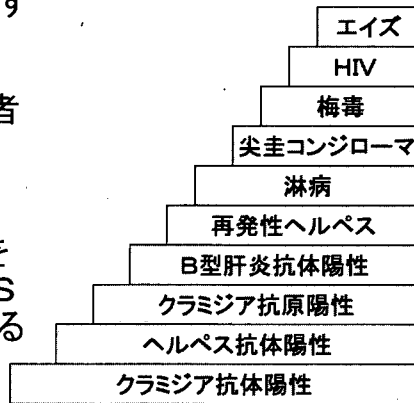


図12

STDの特徴

	初発症状	無症状感染	血清抗体検出法	母子感染	続発症	米国年間推定症例数
淋菌感染症	分泌物 排尿痛	咽頭、直腸 (頸管)	(-)	結膜炎	尿道狭窄 不妊症	80万
クラミジア	分泌物	結膜、男子 尿道以外	(+)	結膜炎、 肺炎	不妊症	400万
梅毒	硬結、潰瘍	多	(+)	死産、早産 先天梅毒	中枢神経梅毒 心血管梅毒	10万
ヘルペス	性器疱疹、 びらん	多	(+)	新生児 全身感染	反復性疱疹 キャリア	20~50万
尖圭コンジローマ (HPV)	性器疱疹、 疣贅	多	(-)	咽頭疣贅	子宮がん	50~100万
B型肝炎 (HBV)	肝炎黄疸	多	(+)	キャリア	肝がん	5万
HIV感染症 (エイズ)	感冒様症状	多	(+)	小児エイズ	カポジ肉腫 日和見感染	5万
伝染性単核症 EB	上気道炎 発熱	多	(+)	-	肝炎、パーキット リンパ腫	-