

拠点病院を中心とした HIV 検査の実態と検査体制向上に関する研究

研究分担者 塚田 訓久 国立国際医療研究センター エイズ治療・研究開発センター

研究要旨

HIV 診療拠点病院の 2015 年の未治療初診症例の約 13%が、HIV 感染症診断を目的としないルーチンのスクリーニング検査により診断されていた。ルーチン検査で診断された症例が診断時にエイズを発症していた割合は、HIV 感染症診断を目的に行われた医療従事者主導の検査におけるそれと比較して低く、日本においてもルーチンのスクリーニング検査は HIV 感染症の早期診断に一定の役割を果たしていると考えられた。

A. 研究目的

日本では毎年約 1500 例の HIV 感染者が新規に診断され報告されているが、このうち約 3 割が診断時にエイズを発症しているなど、十分な早期診断が行われているとは考えにくい状況にある。

保健所などにおける無料匿名検査の体制は全国的に整備されているが、自身の感染リスクを自覚していない HIV 感染者がそのような検査機会を利用するとは考えにくい。また、HIV 感染症には特異的な症状がなく、臨床的に疑ってエイズ発症前に診断することは必ずしも容易ではない。

本研究は、日本の HIV 感染症診断においてルーチン検査が果たしている役割を明らかにすることを目的として行った。

B. 研究方法

2015 年 12 月時点で HIV 診療拠点病院であった全国の 382 施設の HIV 診療担当者に対して、2015 年の未治療初診症例数と診断の経緯、初診時のエイズ発症の有無に関するアンケートを送付した。重複を避けるため、他の拠点病院からの紹介例は集計から除外した。

診断の経緯に関しては、感染者の自発的意思による検査 (Voluntary Counselling and Testing: VCT)、HIV 感染症診断を目的に行われた医療従事者主導の検査 (Provider Initiated Testing and

Counselling: PITC)、HIV 感染症診断を目的としないルーチンのスクリーニング検査 (術前検査・入院時検査など)、郵送検査、その他 (経緯不明を含む) の 5 つに区分して集計した。

(倫理面への配慮)

調査は個人情報を含まない内容とし、報告にあたっては医療機関が特定できないよう配慮した。

C. 研究結果

2017 年 2 月 15 日時点で 250 施設 (65%) より回答を得た。未治療初診症例の総数は 1153 例であり、施設毎の症例数には大きなばらつきがみられた (図 1)。

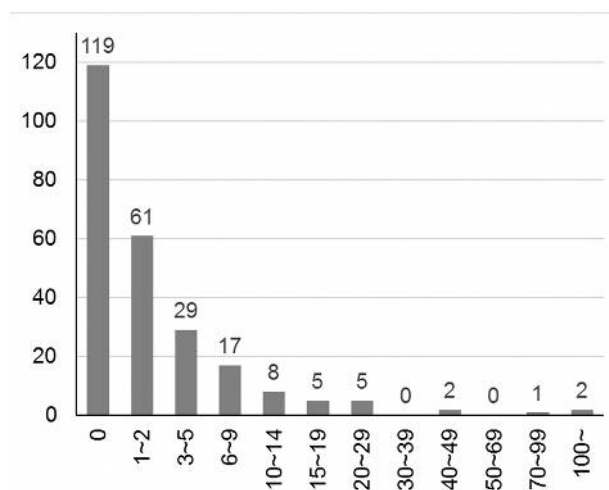


図 1 施設毎の未治療初診症例数 (横軸: 症例数)

診断経緯の内訳では、HIV 感染症診断を目的に行われた医療従事者主導の検査 (PITC) が 50.6% と最多であり、感染者の自発的な意思による検査 (VCT) の 32.7%、HIV 感染症診断を目的としないルーチンのスクリーニング検査 (Screening) の 12.8% とあわせ全体の 96.0% を占めた (図 2)。

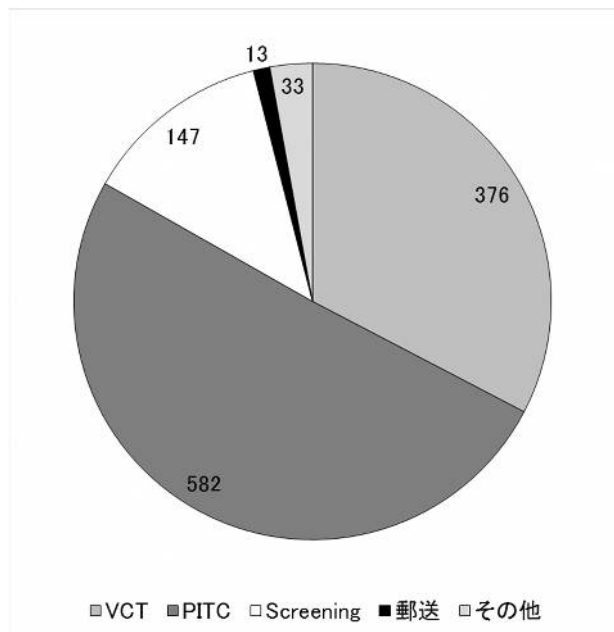


図 2 診断経緯 (全国)

診断経緯を地域別にみると、東京都・愛知県・大阪府 (感染症法に基づく HIV 感染症報告数の上位を占める大都市部の代表として選択) とそれ以外の道府県のいずれにおいても、ルーチンのスクリーニング検査により診断された例は全体の 10% 以上を占めていた (図 3)。

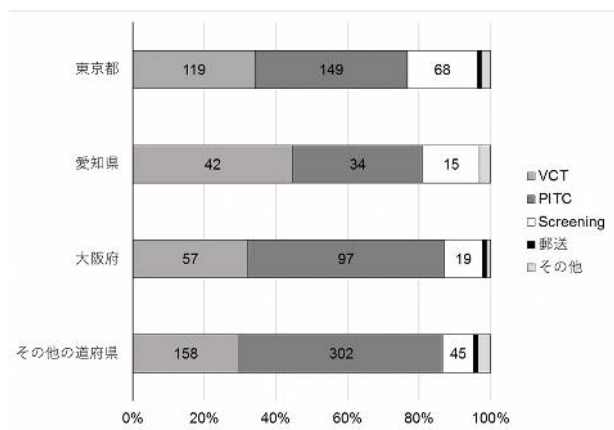


図 3 診断経緯 (地域別)

診断経緯別のエイズ発症の有無が記載されていた 1114 例のうち、29.1% にあたる 324 例が初診時にエイズを発症していたが、診断経緯別のエイズ発症割合には差がみられた。主要な 3 つの診断経緯のうち、PITC により診断された群では、診断時のエイズ発症割合が他群より有意に高かった ($p < 0.01$) (図 4)。

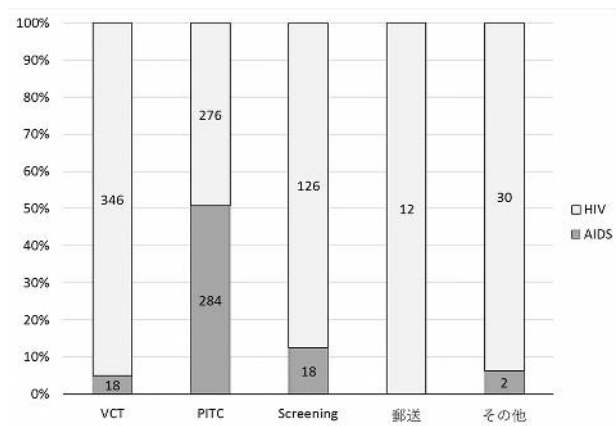


図 4 診断経緯別の診断時エイズ発症割合 (全国)

地域別にみると、PITC で診断された症例のエイズ発症割合は、東京都・愛知県・大阪府と比較して、その他の道府県で有意に高かった ($p < 0.01$) (図 5)。

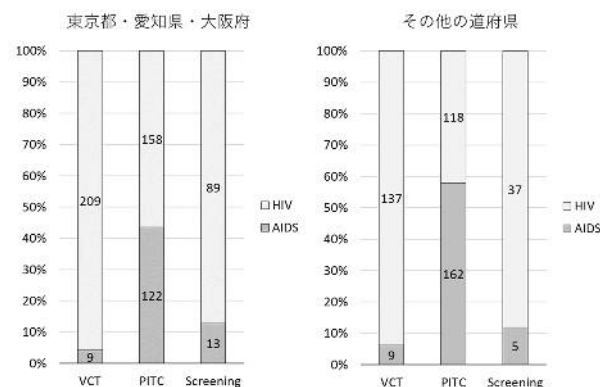


図 5 診断経緯別の診断時エイズ発症割合 (地域別)

D. 考察

日本では、新規に HIV 感染症と診断された症

例のほとんどが HIV 診療拠点病院に紹介されると推測される。今回の調査では地域的な偏りなく送付全体のうち約 2/3 の施設から回答が得られ、回答された症例数も最近 10 年間の年間新規報告数の 7 割以上に達しており、診断時のエイズ発症の割合も日本全体と同等であったことから、日本の実情を比較的正しく反映しているものと考えられた。

診断経緯に関しては、ルーチンのスクリーニングで診断された割合が東京都において他地域より高かったが、これはルーチンのスクリーニング検査が行われている一部施設からの回答数が他地域より多かったことに伴うものである可能性がある。どの地域でもルーチン検査による診断が 10%以上を占めていたことに加え、診断時点でのエイズ発症率は PITC で診断された例より低く、ルーチンのスクリーニング検査が早期診断に一定の役割を果たしていることが明らかとなった。

大都市部とその他の地域の差を検討するために行った解析では、その他の地域において PITC で診断された症例のエイズ発症率がより高いことが明らかとなった。この理由として（エイズ指標疾患ではなく）梅毒等の性感染症が診断された際に HIV 感染症が鑑別診断に挙げられる可能性が大都市部においてより高いことが考えられる。この点に関しては、診断を担当する医療従事者への教育により必要時に検査が行われる率を高める必要があるが、これまでもこのような教育・啓蒙活動が行われてきたにも関わらず十分な成果が得られていないことは現状から明らかであり、短い期間に解消することはおそらく困難である。特に地方部においては、感染リスクを自覚している HIV 感染者は他地域（自身の本拠地より都市部）での受検を選択する蓋然性が高いことから、病院を受診する未診断の HIV 感染者のうち自身の感染リスクを認識していない者の割合は都市部より大きくなると考えられ、ルーチンのスクリーニングが果たす役割はより大きくなる可能性がある。

ただし、日本における低い推定有病率を考えると、既に広く行われている妊婦スクリーニングがそうであるように、日本で行われるルーチンのスクリーニング検査はほとんど陰性となり、さらに陽性例のほとんどが偽陽性であることが容易に推測される。HIV 感染症が早期に診断されることには、感染者自身の生命予後改善のみならず、その性的パートナーへの感染リスクを低下させるという大きな意義があるが、医療経済的観点も無視してはならない。ルーチンのスクリーニング検査の低い費用対効果を少しでも高めるために、検査機会の最適化を考える必要がある。例えば、合併症を来した未診断の HIV 感染者が受診する蓋然性が高く、血管穿刺など観血的な処置が行われる機会も多い医療機関（総合病院や救急指定病院など）において、明確なリスクが存在しない場合でも一定期間内に一度に限りルーチンのスクリーニング検査を健康保険を利用して行うことを認める、などが一案となろう。また不慣れた施設においても同意取得と検査結果に対する対応が適切に行われるような支援体制の整備も重要である。

E. 結論

医療機関で行われる HIV 感染症診断を目的としないルーチンのスクリーニング検査は、日本においても HIV 感染症の早期診断において一定の役割を果たしている。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

- 1) 塚田 訓久, 岡 慎一, 他. 当院における 2015 年の初診症例の動向. 第 65 回日本感染

症学会東日本地方学術集会. 2016年10月(新潟).

H. 知的所有権の出願・登録状況（予定を含む）

①特許取得

なし

②実用新案登録

なし

③その他

なし