

わが国の HIV 感染症対策の課題

木 村 哲

要旨 日本ではいまだに HIV 感染者とエイズ発症者が年毎に増え続けている。とくに後者の増加は先進国としては異例のことであり、対策の遅れが目立っている。その最大の原因は、HIV 感染症に対する社会の無関心と、抗体検査の普及の遅れである。マスコミを含めたさまざまな啓発活動の促進、学校等における性感染症教育の充実、保健所での自発的抗体検査体制の見直しなど課題が多いが、医療機関の果たすべき役割も大きい。それは HIV 感染症やエイズの見落としと誤診を少なくし、患者教育を充実させる点である。患者の予後改善・救命と感染拡大を防ぐには早期診断が重要である。

(キーワード：HIV 感染症, エイズ, 自発的抗体検査, 早期診断, 性感染症教育)

CHALLENGE IN COUNTERMEASURES AGAINST HIV INFECTION/AIDS IN JAPAN

Satoshi KIMURA

(Key Words : HIV infection, AIDS, voluntary counseling and testing, early diagnosis, education for STI)

現 状

HIV 感染症/AIDSは1981年に新しい病態として報告され(参照：国際的治療ガイドライン(DHHS: Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in HIV-infected Adults and Adolescents. <http://AIDSinfo.nih.gov>)¹⁾), 1983年には早くもその原因がヒト免疫不全ウイルス(HIV)であることが推定された²⁾。この感染症は瞬く間に全世界に広がり、これまでに7,000万人が罹患し、そのうち、3,000万人が亡くなっている。現在も途上国を中心として拡大を続けていることは、周知の通りで、最近では、中国、インドなどの人口大国で感染とエイズ発症が急増してきて、大きな問題となっている。一方、先進国では感染の拡大は必ずしも食い止められていないが、治療薬の発達もあり、エイズの発症は軒並み減少している。

日本ではどうであろうか。平成17年4月25日付で厚生労働省から

平成16年12月31日現在の HIV 感染者およびエイズ患者の報告数の確定値が報告された。それによると、平成16年1年間の新規の HIV 感染者は780人、新規エイズ発症者は385人であり、合計で遂に1,000人を越え、1,165人となってしまった。その時点での感染者・患者の累積数は9,837人で、1万人を超えるのは時間の問題であったが、本年4月3日の報告で、1万人を超えついに10,070人となった。年間の報告数には歯止めがかからない状況で(図1)、何とか食い止めないと将来大変なことにな

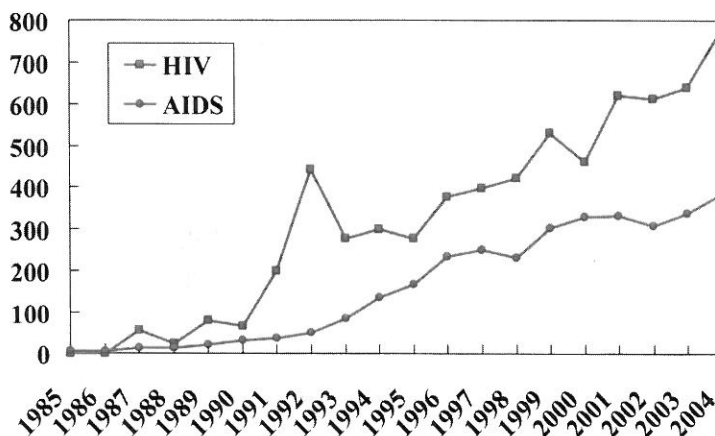


図1 HIV感染者およびAIDS患者報告数の年次推移

国立国際医療センター エイズ治療・研究開発センター長
 別刷請求先：木村 哲 国立国際医療センター エイズ治療・研究開発センター長
 〒162-8655 東京都新宿区戸山 1-21-1
 (平成17年9月29日受付)
 (平成17年11月18日受理)

る。エイズ発症者が増え続けているのは先進国としては異例のことで、看過することはできない。HIV 感染症／エイズに対する啓発活動の不足と、それによる社会の無関心とが主な原因と考えられる。

予防指針の見直し

このような状況もあり、5年ごとに見直されることになっているエイズ予防指針の見直しが2005年3月から行われ、8月にその報告書がまとめられた。それによると第1に国や自治体、エイズ予防財団等の役割の明確化が提唱され、第2に感染者本人の予後改善と感染拡大の抑制のために抗体検査体制のさらなる整備を促すことが盛り込まれ、第3に最前の医療を提供し、患者の行動変容を促進するために、各都道府県に中核拠点病院が置かれることとなった。

これまででは国と自治体の役割が明確でなく、国は自治体を実施するだろうと思われ、自治体は国がやってくれるだろうと相互に依存し、どちらも積極性に欠けていた点が強く指摘された。この点を是正し、それぞれの役割を明確にし、しかも、その成果を毎年客観的に評価することを打ち出した。

感染の予防ではハイリスク行動層に対する啓発活動が重要であるが、マスコミの無関心さに加え、児童・生徒に対する性感染症教育に対する過剰な規制は、まさに弾圧とも思われるほどのさがあるという。教育委員会やPTAは寝ている子をおこさないで欲しいと言って、性感染症教育を規制するが、これまでの多くの実態調査が示しているように、現代の中学生・高校生は決して寝ているのではなく、半数はもう既におきているのが実態である。児童・生徒の性活動はこの10年で著しく若年化し、教育委員会やPTAの認識は時代遅れとなっている。その実態を認識し、児童・生徒の啓発に取り組んでおられる学校もあるが、少数でしかない。児童・生徒は同じ学年でも性への関心度や性意識、性行動などかなりの開きがあることも知られており、これまでのマス教育方式は不向きで、発達段階に応じた教育・啓発をしなければならないなどの難しさがあるが、それを乗り越えて健康の大切さを教えようと言う意気込みが感じられない。子供達が友達仲間から「経験していないのは遅れている」と言われ、急いでしまう風潮が全国的に広がっているらしい。急がせない、急がない教育も必要だし、安全な方法も教えておく必要がある。禁止や規制一辺倒ではなく、ハームリダクションの精神を取り入れた指導要領の見直しが急務ではないだろうか。厚生労働省は言うにおよばず、文部科学省のリーダーシップに期待したい。

これら新しい予防指針が空文化せず効果的に実施されるかどうか最大の課題と言える。

抗体検査体制の充実

エイズ予防指針の見直しの第2の改正点として、抗体検査体制の充実があげられた。エイズの増加の原因は結局、感染者の増加と抗体検査の普及の遅れにあると言える。HIVの自発的抗体検査は保健所で無料・匿名で受けられることになっており、これが国民一般の受検の場とされているが、保健所で行っているHIVの抗体検査の検査日は週1回か2週に1回、もしくは1月に1回が多く、しかもその受付時間は週日の勤務時間帯で、かつ、1回平均90分しか受け付けていない³⁾。受付時間が30分だけというのも珍しくない。通常、電話で予約し、検査日の指定を受けるのが原則となっている。結果を知るために、後日、再び保健所に行かなければならない。努力している一部の保健所を除いては、お役所仕事の典型で、クライアントの都合や事情は微塵も考慮されていない。これでは仕事を持っている若い人や学生にはとても不便で、まったく食指が動かない。ただでさえ検査など受けたくない心境の人々を引きつけるには、土日や夕刻一夜間の検査を増やすことや、即日・迅速検査を含め、啓発イベントと組み合わせるなど、もっと工夫が必要であることは言うまでもない。

現に、土日や夜の検査を実施している検査所・相談所、あるいは即日検査を採用した保健所では、検査件数の伸びが著しい。すべての保健所がそうする必要はないが、何ヶ所かはクライアントの利便性を考慮した受付時間を設定したり、検査方法を選べるようにするなどの工夫をしてもらいたい。また、受検の機会は行動変容を促す好機と言われているが、現実には保健所のカウンセリングは説教調であったり、リスク行動を一方向的に禁止するなど、クライアントの意識とのズレが余りにも大きく、共感も得られず、およそ行動変容に繋がらないとの指摘がある。検査体制には課題が山積している。

見落とし・誤診の回避

医療機関にもやるべきことが多い。全国に約370のエイズ診療拠点病院が指定されているが、患者数の地域差が著しいこともあって、診療経験がまったくあるいはほとんどない拠点病院が多い一方で、東京など患者の多い地域の一部の拠点病院では、患者が集中し医療サービスの質が低下する心配が出てきている。患者の少ない地域では、集中的に診療し経験を深め、診療レベルを高めるために、中核の拠点病院を設置する必要があるし、患者

が集中しすぎている地域では、集中を緩和するために、中核拠点病院を設置し、受け皿を増やす必要がある。

エイズを発症して初めて HIV に感染していたことを知った症例を振り返って見てみると、発症前にも色々な理由で医療機関を受診している例が多々ある。その理由の主なものを分類すると、HIV 感染症そのものによると考えられるもの、免疫力の低下によるもの、他の性感染症などで、これらの中で最も多いのが B 型肝炎や梅毒、アメーバ赤痢・肝膿瘍などの性感染症である。これらの症状・疾患があるにも関わらず、HIV 感染症の存在が頭になく、抗体検査が行われず、発症するまで見過ごされている例に、しばしば遭遇する。

HIV 感染症の予後改善には、早期発見・早期ケアが不可欠である。エイズを発症した後でも、HAART はある程度奏功するが、発症前に開始した例に比べると、効き目は明らかに劣っている。受診した時期をうまく捉え、発症前に的確に診断して行くことが必要であるにもかかわらず、現状では見落としが多い。

もう 1 つ、医療機関が考えなければならない点がある。それは HIV 感染症やそれに合併する日和見感染症の誤診を少なくすることである。日本ではエイズの指標疾患の中でニューモシスチス肺炎の頻度が最も高い (図 2)。ところが、HIV 感染症の存在が念頭にない場合は、特発性間質性肺炎と誤診されてしまい、ステロイド療法が

施行されてしまう例が大変多いのが実情である。ステロイド投与により、免疫力がさらに低下し、ニューモシスチス肺炎がますます悪化して、死に至る例が少なくない。はっきりした原因が無い間質性肺炎を見たら、HIV 感染症も鑑別しておく必要がある。

性感染症やその既往がないかどうか、日常の診察や問診の質が問われるところである。性感染症がある場合や口腔カンジダ症、間質性肺炎の場合は、いずれも HIV の抗体検査が保険で認められている。迷わず抗体検査することが患者を救う早道である。医療現場の意識改革がどれくらい進められるかも大きな課題である。

抗 HIV 療法は日進月歩で変化が著しい。国際的治療ガイドラインも 1 年に 2 回は改訂され続けている。HIV 感染症/エイズの診療に携わる医療従事者は、常に最新の情報に精通していなければならない。少なくともこれからは中核拠点病院以上の拠点病院にはそのことが社会から求められることになる。

施策の策定とその評価

初めに述べたように国と自治体の施策の策定とその実践がこれまで必ずしも十分でなかった。予防指針は立派なものできていたが、それは空文化し、有効活用されていなかった。予防指針自体も具体性を欠いていて、抽象的であったことも否めない。施策はできるだけ数値目

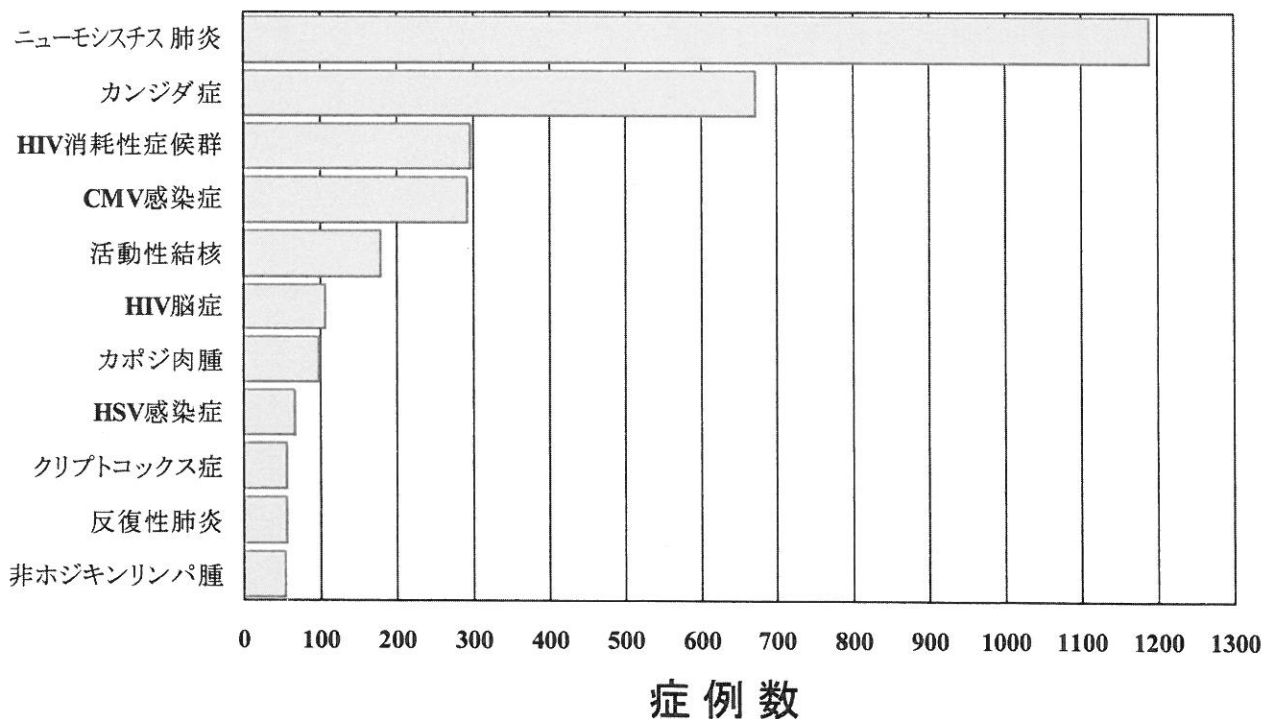


図 2 AIDS 報告時の疾患分布 (1985-2004)

標をたてるなど、具体的であるほうが効果的と思われる。しかも、これまでの施策は美辞麗句に終始し、作成されたことで満足され、その成果や達成度が評価されることがなかった。今後の対策においては、国や自治体の施策とその成果、達成度を定期的に評価し、不十分なところを改善・推進して行くよう、委員会か研究班を立ち上げ、監視して行くことが重要である。

文 献

- 1) Gottlieb MS, Schroff R, Schanker HM et al : *Pneumocystis carinii* pneumonia and mucosal candidiasis in previously healthy homosexual men : Evidence of a new acquired cellular immunodeficiency. N Engl J Med **305** : 1425, 1981
- 2) CDC : Pneumocystis pneumonia : Los Angeles. MMWR **30** : 250, 1981
- 3) Barre-Sinoussi F, Chermann JC, Rey F et al : Isolation of a T-lymphotropic retrovirus from a patient at risk for acquired immunodeficiency syndrome (AIDS). Science **220** : 868, 1983
- 4) 木村 哲 : HIV 感染症の医療体制の整備に関する研究, 厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業「HIV 感染症の医療体制の整備に関する研究」平成15年度研究報告書. pp3-16, シャローム印刷, 東京, 2004