

HIV 感染症診療におけるパートナー健診の現状と 促進・阻害因子の検討

¹⁾ 聖路加看護大学, ²⁾ 岡山市保健所, ³⁾ 立命館大学, ⁴⁾ 国立感染症研究所
堀 成美¹⁾ 中瀬 克己²⁾ 中谷 友樹³⁾ 谷口 清州⁴⁾

(平成 22 年 4 月 26 日受付)

(平成 22 年 12 月 20 日受理)

Key words: human immunodeficiency virus (HIV), sexual partner, prevention, early diagnosis

要 旨

Human immunodeficiency virus (HIV) 感染症の拡大防止は感染症施策の重要課題であり, 流行のフェーズによって有効な介入法, 優先順位が異なる。性感染症症例のパートナー (性的接触者) への検査勧奨は低流行国において特に有効とされているが, 本邦では制度としては確立しておらず, 臨床においてどの程度実施されているのかが明確ではない。そこで, 2007 年 9 月から 11 月にエイズ診療拠点病院の HIV 診療担当診療科に所属する医師を対象に郵送での自記式質問紙調査を実施し, その実態および促進因子・阻害因子の検討を行い, エイズ診療拠点病院診療担当科に所属する医師 513 名のうち 257 名から回答が得られた (有効回答率 49.9%)。HIV 診療経験を有する群では「ほぼ全員の患者にパートナー健診の話をする」医師は 66.5%, その結果として新規 HIV 症例を把握した経験を有する医師は 37% であり, 合計 185 例の新規症例が把握されていた。パートナー健診を実施する際の課題として, 時間の不足, 法的根拠等の未整備, 標準化された説明資料の不足が把握されたが, 性感染症のパートナー健診制度が未整備の状況下においても医師の多くは積極的にパートナー健診に関わっていることが把握された。パートナー健診の拡大のためには, 根拠となる法律や学会ガイドライン等の整備, および手法や資料の標準化とそれを可能にする研修プログラムの開発, 医師の負担を軽減するための他職種の診療への参加が重要と考えられた。

[感染症誌 85: 166~171, 2011]

序 文

新規の HIV・エイズ症例が増加傾向にあることから, わが国では HIV 検査を促す啓発活動が対策に位置づけられ¹⁾, 一般市民を対象とした保健所での無料・匿名検査に重点が置かれている。しかし, 日本をはじめとする低罹患率国 (WHO の定義で 15~49 歳の HIV 有病率が 1% 以下) においては低リスク層への一般的な啓発よりも, 高リスク層への効果的な介入が効率的であることが知られている^{2,3)}。検査勧奨の優先順位としては, ① HIV への曝露が明らかな対象<HIV 陽性症例に使用した鋭利な器具での針刺し事故, HIV 陽性と判明している症例との性的接触>, ② HIV への曝露の可能性の生じた対象<コンドーム未使用, 他の性感染症罹患>が最優先の検査勧奨と位置づけられる。本稿で論じる「感染源への曝露が推定される現在

または過去の性的パートナー」への検査勧奨は, 1930 年代に梅毒の拡大抑制施策として発展し, 感染症対策における標準的な手法として現在各国の予防施策に位置づけられている^{4)~7)}。米国疾病管理予防センターが 2002 年に発表した米国医師会会員対象の調査結果では, HIV 感染症を診断した場合, パートナーに連絡をし, 検査を受けるよう患者に勧奨する医師は 88.0% となっている⁸⁾。

具体的な方法としては, 1) 患者自身が直接パートナーに検査を勧める, 2) 医療者が患者の依頼を受けて行う, 3) 患者・医療者の依頼を受けて公衆衛生部門が行う, のいずれか選択される。本邦においては 2006 年に改訂された『性感染症に関する特定感染症予防指針』の中に「患者に加えその性的パートナーに対し, まん延防止に必要な事項の説明と必要な医療受診を図る」ことの重要性が明記されたが, 制度としては確立しておらず, また実際の臨床および公衆衛生に

別刷請求先: (〒104-0044) 東京都中央区明石町 10-1

聖路加看護大学

堀 成美

Table 1 Characteristics of physicians surveyed (n = 256)

	No. (%)
Sex	
Male	197 (77.0)
Female	28 (10.9)
No data	31 (12.1)
Age groups(yrs)	
20-29	8 (3.1)
30-39	54 (21.1)
40-49	112 (43.8)
50-59	63 (24.6)
60-69	18 (7.0)
Unknown	1 (0.4)
Specialty	
Infectious Diseases	59 (23.0)
Pulmonary	37 (14.5)
Gastroenterology	12 (4.7)
Hematology	95 (37.1)
General Medicine	20 (7.8)
Others	33 (12.9)
Experienced cases	
None	38 (14.8)
1-9	77 (30.1)
10-49	87 (34.0)
50-99	24 (9.4)
100-199	18 (7.0)
200-299	5 (2.0)
300-399	2 (0.8)
≥400	5 (2.0)

においてどの程度実践されているかは明らかにされていない⁹⁾。そこで、症例のパートナーに検査をすすめることを“パートナー健診の推奨/勧奨”と位置づけ、性感染症の中でも特に専門家の危機意識の高い HIV 感染症診療における現状について、認知度・実践・促進因子・阻害因子を明確にすることを目的に調査を実施した。

対象と方法

調査対象として、(財)エイズ予防財団が作成する最新のエイズ診療拠点病院のリストから、診療科に属する医師の人数を病院ホームページ等で確認のうえ 513 名を抽出した。非拠点病院ではあるが、診療実績のある病院は調査対象に加え、子ども病院等は対象から除外した。調査は 2007 年 9 月から 11 月に実施し、回答者名、病院および地域情報等を含まない無記名による自記式質問紙調査を用い、郵送にて配布・回収を行った。送付時には「パートナー健診」等、用語の定義についての解説を同封した。「パートナー」は「HIV 感染症患者 (Index Case) の過去及び現在の性交渉相手」と定義した。

調査項目は対象者の属性、HIV 診療に関わる他の職種の有無、地域の感染流行状況、パートナー健診促

進のために重要と思う項目、診療経験、検査推奨の有無・時期・理由、検査推奨の方法、推奨対象、新規症例把握経験の有無、検査推奨時の患者の反応、自由記載についての設問を設定し、パートナー健診の実践度と個別要因についての関連性について 2 元分割表の分析 (クラメールの連関係数、カイ 2 乗検定) および多項ロジスティック回帰分析で検討した。

結 果

1. 回答者の背景

調査対象 513 名のうち、257 名から回答が得られ (回収率 50.1%)、このうち解析対象とした有効回答用紙は 256 名であった (有効回答率 49.9%)。年齢・専門領域・症例経験を Table 1 に示す。

回答者の 77% が男性、年齢区分は 40 代が 43.8% で最も多く、専門領域は血液が 37.1% と最も多かった。諸外国で主に HIV 診療を担当している感染症領域の医師は 23.0% であった。有効な抗 HIV 療法が確立した時期以降に HIV 診療を開始している医師が回答者の半数以上となっていた。

2. パートナー健診の現状

HIV 診療経験のある医師では「パートナー健診が必要であることをほぼ全員に話す」が 66.5% で最も多く、次いで「半分以上に話す (16.5%)」であった (Table 2)。パートナー健診の説明の時期は「2~3 回目」の受診時に勧めるが 49.2% で最も多く、次いで「初診時」が 25.1% であり、約 4 分の 3 の医師が早期に説明を行っていた。パートナー健診については 78.4% が口頭説明のみであった。

ほぼ全員にパートナー健診を勧める割合が最も多かったのは感染症科 (71.2%) で、専門領域により異なっていたが統計的な差はみられなかった ($p = 0.63$)。

医師のパートナー健診の推奨行動に影響を与える因子を検討するために、「ほぼ全員の患者にパートナー健診について説明」している医師とそれ以外の医師についての比較を行ったところ、「HIV 診療経験が多い」、「診療チームにソーシャルワーカーがいる」(OR = 2.17, 95% CI : 1.20~3.90)、「時間の確保を重視」(OR = 2.03, 95% CI : 1.14~3.61) がパートナー健診を積極的に実践している医師の特徴であった。「学会ガイドライン/法整備」については、パートナー健診にすでに積極的に取り組んでいる医師では重要度の評価は低かった (OR = 0.53, 95% CI : 0.23~0.98) (Table 3)。

患者にパートナー健診を勧めた経験のある医師 (201 名) のうち、その結果新規の HIV 症例把握経験のある医師は 74 名 (37.2%) であり、これらの医師によって合計 185 名の新規症例が把握されていた (Table 4)。

Table 2 Present situation of Partner medical checkup

	No. (%)
Proportion of physicians who inform partner medical checkup (n = 218 ^a)	
Inform to nearly everyone	145 (66.5)
Inform to more than half	36 (16.5)
Inform to less than half	18 (8.3)
Have not informed, but understands the importance	15 (6.9)
No need to inform	2 (0.9)
Others/no reply	2 (0.9)
Reasons for recommending partner medical checkup (n = 218 ^a , multiple answers allowed)	
Inform partners about the risk of infection with sexual intercourse	188 (86.2)
Prevent infection spread	177 (81.2)
Responsibility of physicians to inform	75 (34.4)
Division's policy	2 (0.9)
Reasons for not discussing about partner medical checkup (n = 81 ^b , multiple answers allowed)	
Difficult matter to discuss	19 (23.5)
Not the responsibility of physicians to discuss	6 (7.4)
No time to spare	12 (14.8)
Problems with patient's personality or ability to comprehend	13 (16.0)
No legal basis or guidelines	8 (9.9)
Others	23 (28.4)
When to recommend partner medical checkup (n = 199)	
At initial visit	50 (25.1)
After 2 ~ 3 times after initial visit	98 (49.2)
After at least 4 times after initial visit	3 (1.5)
Case by case	43 (21.6)
Others	5 (2.5)
Methods to recommend partner medical checkup (n = 218)	
Oral presentation only	156 (71.6)
Oral presentation plus printed information	33 (15.1)
Printed information only	2 (0.9)
Explanation from another health care provider	17 (7.8)
Others/no reply	10 (4.6)
Information about possible places for partner medical checkup (multiple answers allowed)	
Not notified	44 (20.2)
Hospital	137 (62.8)
Local health authority	136 (62.4)
HIV-kensa map ^c	16 (7.3)
Others	4 (1.8)

Note:

^aPhysicians having experience in managing HIV-infected patients

^bPhysicians having experience in managing HIV-infected patients, but have not informed about partner medical checkup

^cwebsite. <http://www.hivkensa.com/>

パートナー健診について話していないと回答した医師からは、「話しづらい話題だから (19名)」、「患者のパーソナリティーや理解に問題がある (13名)」、「忙しくてそこまでできない (12名)」、「法的根拠やガイドラインがない (8名)」、「そこまで医師の責任とは考えていない」(6名)といった理由が挙げられていた。自由記載からは「相手が不特定・不明瞭なことが多い」、「患者が言いたくないという」、「必要性は理解しているがそこまで気がまわらない」、「他のスタッフが説明をしている」といった点が指摘された。

パートナー健診の促進因子と阻害因子について Fig. 1に示す。パートナー健診を推奨する上で重要と考え

る要素8項目についての5段階評価で「とても重要」および「重要」と回答した群をあわせると、「十分な時間の確保」(95.3%)、「スタッフ確保」(93.3%)、「標準化資料」(93.3%)が高く、「法的根拠(54.5%)」、「研修(67.0%)」よりも重視されていた。自由記載欄に記述された項目として、パートナー健診を勧めた後の課題として、「実際に行動にうつしているかどうか不明でそれ以上の介入ができない」、「感染時期が不明でどこまでいべきか悩む」、「相手が不特定のため健診は不可能」、「病院の取り組みでは限界がある」、「人間関係を崩してしまいかねない」等が指摘された。また、「パートナー健診の項目はHIVのみでよいのか」、

Table 3 Relationship between partner medical checkup and physicians

	Coefficient of association	P value
Factors favoring partner medical checkup		
Ample experience in managing HIV-infected patients	0.281	0.002
Number of physicians in the division	0.154	0.271
	OR (95% CI)	P value
Factors favoring partner medical checkup among health institutions with/without co-medical workers		
Nurses involved in HIV management	1.196 (0.577-2.480)	0.698
Pharmacists involved in HIV management	1.383 (0.768-2.491)	0.290
Medical social workers involved in HIV management	2.166 (1.204-3.987)	0.009
Counselors involved in HIV management	1.148 (0.645-2.043)	0.663
Difference between physicians who does/does not recommend partner medical checkup		
Legal basis	0.527 (0.282-0.985)	0.047
Guidelines	0.547 (0.298-1.006)	0.055
Number of health care providers involved	1.016 (0.576-1.791)	1.000
Standardized information materials	0.986 (0.562-1.731)	1.000
Ample time for explanation	2.029 (1.141-3.608)	0.017
Training course for partner medical checkup	1.339 (0.639-2.805)	0.466
Free HIV testing at medical institutions	0.819 (0.431-1.557)	0.819
Support from public health nurse/staff	0.661 (0.371-1.176)	0.175

Note: Bold font indicates that statistical significance is obtained.

Abbreviations: OR, odds ratio; CI, confidence interval.

Table 4 Distribution of experienced cases (n = 201)

	No (%)
Experience of new cases	
Yes	74 (36.8)
No	127 (63.2)
Experienced cases	
1	31 (41.9)
2	17 (23.0)
3	8 (10.8)
4	2 (2.7)
5	2 (2.7)
6	1 (1.4)
7	2 (2.7)
8	1 (1.4)
10	3 (4.1)
20	1 (1.4)

「HIV が陰性でも、クラミジア、淋菌、アメーバ赤痢、B 型肝炎、梅毒などが陽性ならば、検査勧奨によりパートナーの今後の性行動のモチベーションに変化が期待できる」等、検査体制の充実やより包括的な取り組みについての提案も記載されていた。

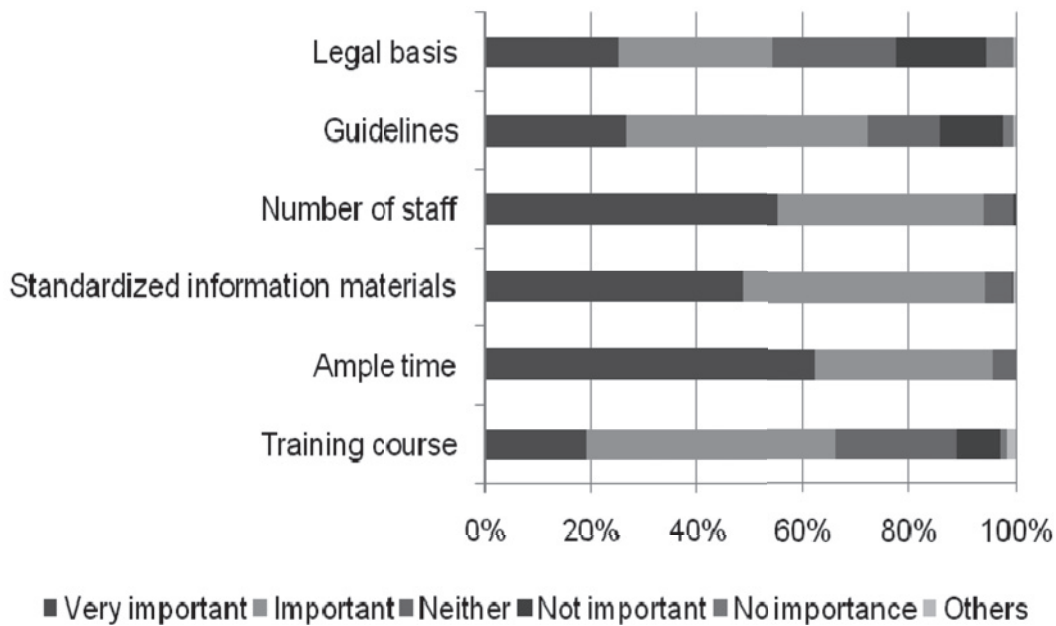
全体の回答のうちパートナー健診についての消極的な意見としては、「これ以上医療者の負荷が増えると疲弊する医療者が増える」、「診療医は目の前にいる患者の治療に専念すべきで、公衆衛生的な問題は結核と同様に保健所などの職員が調査するような法制化が必要」との指摘があった。

考 察

諸外国では、性感染症対策におけるパートナー健診は、“Contact Tracing”, “Partner Management”, “Partner Service” として臨床・公衆衛生における標準化・制度化が進んでいる^{10)~12)}。我が国では結核対策として接触者健診制度が確立しているが¹³⁾¹⁴⁾、曝露リスクが明確な性感染症症例の現在及び過去の性的パートナーに対して早期診断機会を提供するためのパートナー健診制度は未整備であり、多忙な臨床医の努力に依存した状態にある。しかし、現状においても「ほぼ全員の患者にパートナー健診を勧める医師」が 66.5% 以上であった。前述の米国医師を対象とした調査では検査勧奨率は 88.0% と高いが、連邦政府による推奨や州法における規定が存在し¹⁵⁾、「Disease Intervention Specialist (DIS)」とよばれる接触者への告知・健診業務に地域で関わる専門スタッフが支援を行っている¹⁶⁾。英国でも「Sexual Health Adviser」とよばれる性感染症告知・健診担当者が配置されており、患者や医療者の依頼のもとに支援を行っている¹⁷⁾¹⁸⁾。公衆衛生領域におけるこのような人的資源の確保・活用はパートナー健診の実効性に影響する因子と考えられた。学会ガイドラインや法的根拠の整備、標準化された資料の普及等が進めば、現在は実施していない医師や限定された対象にのみ実施している医師がより積極的にパートナー健診を提供することが可能になると思われた。

本邦では、HIV 感染症の治療の開始・継続の前提

Fig. 1 Factors associated with partner medical checkup (n = 225)



として、身体障害者法の「免疫障害」の認定手続き及び自立支援医療制度の併用を必要とする患者が多いため、医師は数多くの書類を作成しなくてはならない。初診から患者が治療を開始し健康を回復・維持安定させるまでの間にこれらの作業が集中することが多く、早期にパートナー健診を行うためには医師の業務負担を軽減することが可能な看護師・医療相談員・薬剤師等、コメディカルの支援が不可欠である¹⁹⁾。

パートナー健診の阻害因子として、「忙しい」、「患者のパーソナリティーや理解に問題がある」、「患者が言いたくないという」、「相手が不特定」といった問題の指摘があり、実際に検査の推奨が可能かの現実検討を行うための基準・アルゴリズムの提示が多忙な臨床現場における意思決定支援として必要であると考えられた。

本研究では HIV 感染症に限定して調査を行ったが、パートナー健診は HIV 感染症だけでなく他の性感染症でも必要ではないかという指摘が自由記載欄であった。オーストラリアは感染症全体についての接触者調査マニュアルが存在し¹¹⁾、米国においてはそれまで HIV と他の性感染症は別々に存在していたパートナー告知・健診についてのガイドラインが 2008 年 11 月に統合されて包括的な保健医療サービスとして再定義されている¹⁰⁾。再定義の背景には、HIV 感染症の感染拡大抑制のためには、先行する他の性感染症を抑制する必要があること、また治療の進歩により、エイズだけを特別に位置づける体制の見直しがある。本邦においても、現在別個に存在する予防指針や予算を統合し、より有効で包括的なアプローチへ切り替わること

が期待される。

HIV 感染症は早期に診断され、治療開始時期を戦略的に決定することが以前よりも重要視されている。早期診断につなげる手段としてパートナー健診は優先的に取り組む課題であり、低リスク層への匿名検査啓発よりも上位に位置づけられるべき施策である。

文 献

- 1) 後天性免疫不全症候群に関する特定感染症予防指針，厚生省告示第二百十七号（平成十一年十月四日）。
- 2) Giesecke J, Granath F, Ramstedt K, Ripa T, Rådö G, Westrell M : Efficacy of partner notification for HIV infection. *Lancet* 1991 ; 338 : 1096—100.
- 3) WHO : Guidance on Provider-Initiated HIV Testing and Counselling in Health Facilities. 2007.
- 4) Frieden TR : Applying public health principles to the HIV epidemic. *N Engl J Med* 2005 ; 353 : 2397—402.
- 5) Parran T : Shadow on the land : syphilis. Reynal & Hitchcock, New York, 1937.
- 6) Hogben M, St. Lawrence JS, Montañó DE, Kasprzyk D, Leichter JS, Phillips WR : Physicians' opinions about partner notification methods: case reporting, patient referral, and provider referral. *Sex Transm Infect* 2004 ; 80 : 30—4.
- 7) Estcourt C, Sutcliffe L : Moving partner notification into the mainstream of routine sexual health care. *Sex Transm Infect* 2007 ; 83 : 169—72.
- 8) St. Lawrence JS, Montañó DE, Kasprzyk D, Phillips WR, Armstrong K, Leichter JS : STD

- Screening, Testing, Case Reporting, and Clinical and Partner Notification Practices: A National Survey of US Physicians. *American Journal of Public Health* 2002 ; 92 (11) : 1784—8.
- 9) 性感染症に関する特定感染症予防指針〔2006年改正〕(平成18年厚生労働省告示第644号).
 - 10) Recommendations for Partner Services Programs for HIV Infection, Syphilis, Gonorrhea, and Chlamydial Infection *MMWR Recommendations and Reports* October 31, 2008 ; 57 (RR-9).
 - 11) The Royal Australasian College of Physicians Adult Medicine Division; Australasian Contact Tracing Manual-A practical handbook for health care provider managing people with HIV, viral hepatitis, other sexually transmissible Infections (STIs) and HIV-related tuberculosis (3rd edition). 2006 Oct.
 - 12) World Health Organization, Best Practice Collection; Looking deeper into the HIV epidemic; A questionnaire for tracing sexual networks, 1998.
 - 13) 厚生労働省健康局結核感染症科課長通知「結核に係る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第17条に規定する健康診断の取り扱いについて」平成19年3月29日, 健感発第0329002号, 2007年.
 - 14) 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 第15条, 17条, 2007年.
 - 15) Golden MR, Hogben M, Potterat JJ, Handsfield HH: HIV partner notification in the United States: a national survey of program coverage and outcomes. *Sex Transm Dis* 2004 ; 31 (12) : 709—12.
 - 16) MacDonald PD, Nelson AL, Hightow-Weidman L, Leone PA: Disease intervention specialists as a resource in a public health emergency. *Biosecure Bioterror* 2007 ; 5 (3) : 239—48.
 - 17) Thin RN: Health advisers (contact tracers) in sexually transmitted disease. *Br J Vener Dis* 1984 ; 60 : 269—72.
 - 18) National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), One to one interventions to reduce the transmission of sexually transmitted infections (STIs) including HIV, and to reduce the rate of under 18 conceptions, especially among vulnerable and at risk groups. 2007 <http://www.nice.org.uk/guidance/index.jsp?action=byID&o=11377>.
 - 19) 塚本弥生: HIV/AIDS とソーシャルワーク—地域連携によるチーム医療. *病院* 2008 ; 67 (1) : 66—70.

Baseline Survey on Physician Practice and Attitude in Recommending Partner HIV Testing

Narumi HORI¹⁾, Katsumi NAKASE²⁾, Tomoki NAKAYA³⁾ & Kiyosu TANIGUCHI⁴⁾

¹⁾St. Luke's College of Nursing, ²⁾Okayama City Health Center, ³⁾Ritsumeikan University,

⁴⁾National Institute of Infectious Diseases

Objectives: We studied physician partner testing (PT) practice and obstacles against PT in the clinical settings in Japan. Methods: Subjects were 513 physicians identified at HIV/AIDS sentinel hospitals. The questionnaire included demographics, current practices, factors for facilitating PT, experience in finding new HIV cases through PT, and information channels for PT. Results: Of physicians interviewed, 66% did PT for all HIV cases, with 37% finding 185 new HIV cases through PT. Physicians reported too little time for PT, together with a lack of legal authorization and standardized educational material. Of those interviewed, 78% did PT orally. Conclusions: Detecting new HIV cases showed the effectiveness of PT in identifying and diagnosing HIV cases as early as possible in Japan. To expand PT legal authorization, standardized practices, and educational material all require development.