

日中エイズ治療と予防ウェビナーのディスカッション  
China-Japan summit about AIDS treatment and prevention Webinar

2021年12月1日

参加者(発言順)

岡慎一先生 (国立国際医療研究センター エイズ治療・研究開発センター長)

趙燕先生 (中国疾病预防控制中心艾防中心, China CDC)

蔡衛平先生 (广东省艾滋病诊疗质控中心专家组组长, Guangzhou Eighth People's Hospital)

王輝先生 (南方科技大学第二附属医院 (深圳市第三人民医院艾滋病医学中心主任, AIDS Medical Centre, the Third People's Hospital of Shenzhen)

沈銀忠先生 (上海公共卫生临床中心副主任, Shanghai Public Health Clinic Center)

**テーマ1: いかにエイズの発症率と死亡率を低減できるのかについては、何かご意見ありませんでしょうか?**

岡慎一先生: HIVは、どうすればうつさないか、もしくは、どうすればうつらないかということが、方法論的にははっきりしています。これは、中国のガイドラインでもあったように、HIV陽性者全員をできるだけ早く治療して、ウイルス量を検出限界以下にする。そうすることによって、パートナーにうつらないことが明らかになっています。世界的に言われているU=U (Undetectable=Untransmittable<sup>\*1</sup>)ということですね。それが一点。それからもう一点は、ハイリスクの人たちは、日本だと男性同性愛者 (MSM) ですが、そういったハイリスクの人たちが薬を飲んで、要するにPrEP<sup>\*2</sup>ですね、それをするによって感染を防ぐことができる。この二つ、両輪がうまく機能していけば、恐らく感染者は減っていくだろうと考えていますけど、これは机上の空論ですから、実際にそれをどう実行するか、これからどうやって減らすかが課題だと思います。

※1: 抗HIV療法を継続することで、血中のウイルス量が200 copies/mL未満の状態を6ヶ月以上維持しているHIV陽性者は (「Undetectable: 検出限界値未満」) 他の人に性行為を通じてHIV感染させることは一切ない (「Untransmittable: HIV感染しない」)。

※2: PrEP(曝露前予防内服: Pre Exposure Prophylaxis)とは、性交渉する前からHIVの薬を内服し、HIV感染のリスクを減らすというHIVの予防方法

趙燕先生: 死亡率の低減については中国にとっても大きな課題です。私が中国の管理レベルのプロジェクトに参加していますがこれがひとつの大きな課題です。まずは、感染者の発見

が遅い患者のケースが一定の割合でいます。もっと早く発見できたら、もっと早く対処できると思います。例えば、CD4 が 200 以下になってやっと発見できた患者に対して、何ができるのか、非常に限られているので、もっと早い段階で発見できたら良いと思います。そして、見つけた人たちにもっと早く治療を提供することで、死亡率も減らせると思います。発見から、より早い段階で、治療段階に入ることがとても大事です。総合的に評価すると、治療以外に他のニーズもあるかもしれないし、中国での死因もいろいろ変化しています。今、中国は、やはり、エイズ関連の病気で死亡していたのですが、今は、非エイズ指標の疾患で、死んでいる方が多いです。先ほど岡先生も言われたような、悪性腫瘍、慢性疾患、循環器疾患等が死因の中で非常に大きな割合を占めています。また、合併症も問題で、肝炎合併と結核合併が中国で多いです。これも重点的に考えないといけないです。合併症で亡くなる方も結構な割合いて、単純にエイズによる死亡ではなくなっています。他の病気も併せて、全体的に見ないといけないです。これからも、もっとこれらについて取り組みを行うべきだと思います。

蔡衛平先生：同じく、早く発見して早く治療することです。発見するのが遅いのが問題です。最近の 6、7 年は発見が遅いことに対して改善はあまり見られていない。中国では、3 割から 4 割の人が発見時点で CD4 カウントが既に 200 以下、あるいは、ひどい合併症が発生している方です。そして、治療後、合併症の問題もそうですし、80%の患者が 1 年目で、治療中であっても、合併症で亡くなっている方が多いです。すでに、エイズの発症期に入っていて、その時点で発見して ART の治療をしても、助かる人はあまりいません。そして、発見してから治療に入るまでの間隔が長い人も結構います。薬の問題以外に、自分は大丈夫だろう、今すぐ治療を始めなくても大丈夫だろう、と考えている人もいます。また、ネットによるデマの情報が 있습니다。私が見たデマの情報によると、エイズになって薬を飲んだら、逆に体を悪くするとか、そういう正しくない情報が飛び交っているので、これらの影響も考えないといけないと思います。そして、自分の経験から見ると、非エイズ指標で亡くなっている方は、そんなに多くない感じがします。自殺は非常に多いです。自殺の原因は薬の副作用による神経の副作用なのか社会の偏見なのか、それも分析する必要があります。

王輝先生：岡先生に質問です。今、発症率の削減は PrEP などでやっていますが、質問としては、PrEP と PEP<sup>\*3</sup> について、日本ではどのように行っているのでしょうか？ 例えば、地域の中で、定期的にそれができる場所とか対策等があれば、お聞きしたいです。もう一つの質問は、趙燕先生への質問で、死亡率について、エイズに関連する死亡は全部エイズに直接関連する死亡としているのか、つまり、他の病気もエイズに数えられているのか、国レベルではどうやって計算しているのか、どのようにもっと正確に計算すれば良いのか聞きたいです。

※3：PEPは、曝露後予防（Post Exposure Prophylaxis）の略語。HIVに感染したかもしれない行為の後（曝露後）72時間以内に、抗HIV薬（HIVに対する治療薬）の内服を開始して、HIVに感染するリスクを低下させる予防策

岡慎一先生：日本では、実はまだPrEPというのは、国として、健康保険で認められていないですね。ところが、実際にはいろいろな情報が入ってきているので、多くのMSMの人たちは、自分でインターネットと通じて購入して飲んでいる人たちが、少なくとも東京近郊で今、2000人くらいいると思います。ただ、我々は国に対して、早く承認するようにお願いしており、恐らく後1年くらいで承認されるんでないかなと期待しています。そうすると、よりPrEPというのは進むと思います。

質問：それは薬のことでしょうか検査のことでしょうか？

岡慎一先生：予防ですね。リスクのある人が薬を飲んで予防することですね。それから、もう一つ、曝露してしまった人が予防薬を飲むPEPは、それほど予防効果に大きく結びつかないんですね。飲む人は非常に少ないですから。ただし、多くの病院はなかなかPEPを受け入れてくれなくて、我々のクリニックくらいしかやってないんですね。現在、だいたい毎月10人くらいの人たちは、PEPを求めて来る人がいます。こちらも、本当はきちっと認可されるともっとやりやすくなると思うんですけども、日本はそういった面でまだまだ制度的には遅れています。また、日本の制度で遅れているのは、診断がついてもCD4が500以下にならないと治療できないことですね。世界に比べると、10年以上遅れていると思うんですけども、なかなか認可されないですね。それから、もう一つ追加しておきますと、日本は薬が非常に高いんですね。抗HIV薬にはジェネリックがほとんどないんです。これも大きな問題で、もし健康保険で認可されても、例えば、PrEPで若いMSMの人が自分で予防しようと思っても、現状では、1日4,000円かかります。これは若者がお金を払える金額ではないですね。ですから、認可されても、薬の値段という問題点は残ってきます。そのため、多くの方はジェネリックを自分で海外から買っている状況です。

趙燕先生：エイズの死亡についてですが、エイズと診断されてから、その後、どんな死亡でもエイズとして数えられるか、についてですが、今はエイズに関連する死因を全部正しく分類するようにしています。エイズの死亡率については、国レベルで見ると、2/3は非エイズ関連性の死亡です。自殺とか、他の悪性腫瘍とかです。今は統計をしている最中で、これからは結果を皆さんに共有します。そして、UN、国連の発表によると、世界のエイズ死亡率はこれから下がると思います。しかし、中国では、今のままでは、UNが提言している死亡率を下げる方向にいくのが難しいので、これから病院のケース分析や研究などをこれからさらに精度を高めるのが良いと思います。

沈銀忠先生：2030年に向けてエイズの発病率、発症率と死亡率を下げることも一つの課題です。まず、患者側も努力しないとイケないです。もう一つは、サービスの提供者側、つまり、医療機関側も努力しないとイケないです。社会的な啓蒙活動、啓発活動を行うことと、HIVの検査機関の検査能力を向上することです。合併症と非エイズ関連の疾患、例えば、結核の合併症などの治療をもっと良くすることです。今の診断能力では、全国から見ると、ちゃんとできている病院は少ないです。今まで、私たちが注目しているのが、エイズに直接関連する疾患ですが、実は、非関連性の疾患も非常に注目すべきです。この非関連性の指標の疾患に対して、前もって関与することが不足しています。例えば、スクリーニングやコントロールなど、先ほど、岡先生も言われたように、エイズ感染者の悪性腫瘍の罹患は普通の人より10年早いとのことで、それに対して私たちも力を入れるべきです。もう一つはエイズの患者さんを見つけることです。エイズ関連病院ではなく、他の普通の病院とか、他の外来の間診とか、外来のクリニックなどでエイズの患者さんを発見しています。よって、もっと発見能力を高める必要があるかと思います。最後に薬のことです。薬をさらに改善して、薬の管理体制も改善しないとイケないです。

## テーマ2：中日両国、それぞれの HIV 薬剤耐性ネットワークの現状と未来について、ご意見を頂けますでしょうか？

岡慎一先生：この数年間、10年近く、実は、薬剤耐性というのは日本ではほとんど問題になっていません。今、治療を受けている人たちの治療成功率も99%前後です。薬の効かない人というのは本当に限られた人たちで、例えば、新たに診断された人の薬剤耐性保有率を調べてみても、5%いるかどうかくらいの頻度まで下がってきています。もちろん、日本全国で新規感染者の薬剤耐性を調べるネットワークはありますが、耐性保有率は下がってきています。ですから、日常診療で薬剤耐性を調べなきゃいけないということが、もうほとんどなくなっている、と言っても良いと思います。それくらい、今の治療というのは、非常に簡単にできるようになったので、実際にHIVという診断さえつければ、もうそれほど治療で困ることはない、というのが現状です。

趙燕先生：薬剤耐性について、中国では感染者のグループによって違います。若い男性が非常に多いグループでは、薬剤耐性はすでにできていることがあります。もし、すでに薬剤耐性があると、中国の第一選択薬等のプランは、あまり適用できなくなります。今、ご在席の中国の先生たちのいる病院では、薬剤耐性の検査は全部できると思います。国家レベルで治療前の耐薬性の検査を無料化できるように頑張っているのですが、今後の課題の一つです。治療後の薬剤耐性について、治療のカバー率が高いのは、一部の地域の病院で、上から目標を達成するために、薬を飲む準備ができていない患者さんにも無理やり薬を勧めていること

があるかもしれません。今の高い治療カバー率の中で、さらに高い数値を求めるのではなく、もっと治療の質を追求しないといけないと思います。もし、日本の様に 99%の治療成功率であれば安心ですが、今の中国の現状では、各レベルの機関の中で、治療が失敗する事例が散見されます。約6%の患者のCD4は、50から100くらいです。よって、まず、薬剤耐性の検査ができるようにすることを来年の仕事の重点にしています。検査の結果によって、どのような薬のプランを組むのかを決めるために、より検査の有用性を高めることが大事です。

蔡衛平先生：今、中国は、本当の意味での薬剤耐性ネットワークはできていないと思います。薬剤耐性のモニタリングは全然できていないし、国レベルどころか、広東省レベルのもので見ても、十分にできていないと思います。是非、皆さんのお力で、ネットワークがこれから数年で構築されて、趙燕先生も言われたように、いくつかの地域では短時間で薬の治療のカバー率が非常に高くなっていますが、何か別の原因があるかもしれないので、もっと薬の耐性について調べる必要があると思います。

王輝先生：確かにこのネットワークの構築は非常に切羽詰まっている課題です。スタンフォード大学のネット上の情報で見ると薬剤耐性を調べているのですが、もしある日、ネットが使えず、そのページが見つからなくなったら、自分たちの薬剤耐性のネットワークはまだできていないので、本当に患者たちに迷惑をかけるかもしれないです。今、国レベルでの趙燕先生がおられますが、そのネットワークを構築することや、医療従事者が薬剤耐性に対する認識不足を改善する必要があります。私たちの病院は大きな病院ですので、検査機器は揃えています。しかし、薬剤耐性のデータをもらっても、その意味が分からない先生が結構います。国家レベルでの研修や医師の育成が非常に大事だと思います。その検査の結果が出て、その検査の結果の説明ができる人と理解できる医師が少ないです。薬は、今後海外からの薬も含めて、どんどん増えると思われれます。今、私たちがいる深圳の病院でも薬の普及しており、治療前の薬剤耐性が問題になっていますので、全国レベルで治療、薬剤耐性検査の必要性について一緒に検討したいと思います。そうすることで、私たちの治療をより良くできると思います。

趙燕先生：国レベルでの薬剤耐性のネットワークを構築するかどうかについて、中国CDCはすでに自分たちの薬剤耐性ネットワークを構築しようとしています。

沈銀忠先生：今、中国で皆さんがこれについての問題意識はすでにできています。今まではCD4のコントロールができていた状態で十分に検査できていませんでしたが、治療前の薬剤耐性検査は、臨床的な医師にとって確かに不明なところがありますが、必要性はあります。また、検査の技術の質のコントロールが非常に大事です。いろいろな病院でやっていますが、

検査結果の説明を医師ができるかどうか、とその検査の質のレベルも大事です。低い CD4 カウント、低いウイルス数の人を今後もっと薬剤耐性検査の範疇に入れるかどうかについても検討する必要があります。

以上