

# 岡山 HIV 診療 Network NEWS

第 12 卷第 2 号 (通巻 66 号)

2005 年 3 月 29 日

## I. 第 66 回定例会プログラム

[場所: 倉敷中央病院・総合保健管理センター古久賀ホール]

[当番幹事: 大野澄江/藤原充弘]  
[倉敷中央病院看護部副師長/小児科医長]

### ① 報告事項

[1] 第 18 回日本エイズ学会総会の報告: 開催日時 H16 年 12 月 9-11 日、静岡県コンベンションアーツセンターグランシップ (静岡)

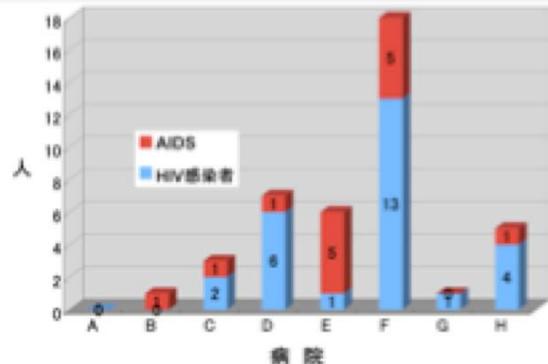
[山田 治]  
[山口大学医学部保健学科]

演題: 今 HIV 診療の現場で求められているものはないか? —岡山県下エイズ拠点病院の医療提供者に対するアンケート調査の結果—

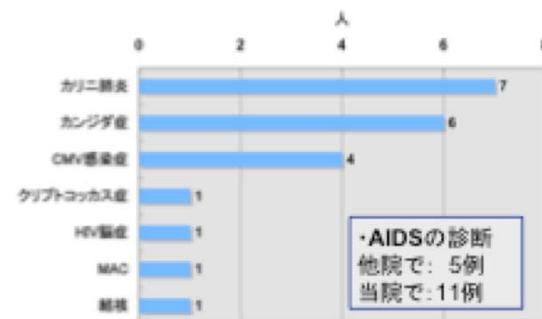
- 岡山県エイズ拠点病院の実態ニードに関するアンケート調査  
アンケート調査の「対象と方法」  
対象: 岡山県下エイズ拠点 10 病院のエイズ診療担当者  
10 項目の自記式アンケート: 過去 5 年間の診療実績と問題点  
診療人数、入院と外来の別、エイズ指標疾患の種類、診療チーム、診療上の問題点、パートナー告知、身体障害者手帳手続き、更生医療手続き、等。  
2004 年 7 月に発送し 8 月末までに回収  
回収率: 8/10 病院 (80%)
- 岡山県エイズ拠点病院における HIV 感染症例の年次推移



### ・ 岡山県の病院別 HIV 症例数



### ・ AIDS 指標疾患の発症頻度(N=21)



### ・ 診療上の問題点

#### 入院

プライバシー保持

心理的問題のケア

専門でない合併症の治療 (血液内科医にとって PCP や呼吸不全)

看護師の知識不足による患者とのトラブル

HAART 導入拒否

針刺し事故

経験不足

#### 外来

診療日や時間の調整 (5)

プライバシー保持 (3)

保険病名の記載

外国籍患者のコミュニケーション

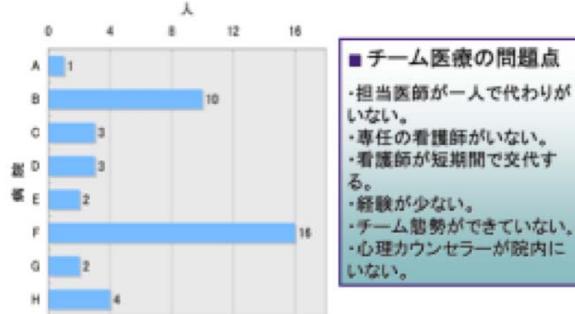
陽性告知後の不來

新規抗 HIV 薬の購入、問題なし (19)

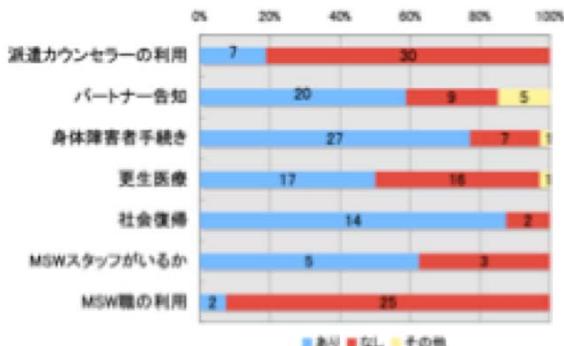
## 本号のハイライト

- 第 18 回日本エイズ学会報告: 山田 治
- 第 10 回 JANAC 参加報告: 三宅晴美
- 抗 HIV の紹介: イブジコム・レグウア/福岡勝志氏
- 症例提示: 高田 真治 先生
- HIV 情報 [1] 学界および研修会
- HIV 情報 [2] 新感染症時代・他

・各病院における診療チームの人数と問題点



・HIV 感染者の心理・社会・経済的問題点



・HAART の服薬率と問題点

服薬率	人数	内 容
ほぼ100%	20	・服薬できているが、抗HIV薬の副作用に困る症例あり。
75%以上	1	・抗HIV薬の副作用
	3	・アドヒアランス不良
50%以上	1	・抗HIV薬の副作用→薬剤変更
50%未満	1	・抗HIV薬の副作用→薬剤変更

・まとめ

- ・岡山県では、最近5年間にHIV感染者23名、AIDS患者14名、合計37名の診療を行った。
- ・HIV感染症例は徐々に増加。特に初診時AIDS発症例は50%を超える。
- ・AIDS指標疾患はカリニ肺炎、カンジダ症、ついでCMV感染症であった。
- ・専任のスタッフが少なくチーム医療態勢が不十分。
- ・HAARTを行った症例の77%は服薬率がほぼ100%。副作用の少ない新規抗HIV薬が望まれる。

[ 2 ] 第10回 HIV/ADIS 看護学会(JANAC)に参加して: 開催日時 H17年2月5-6日、東京都看護協会 ナースプラザ(東京) ]

[三宅晴美]  
[川崎医科大学附属病院看護部]

JANACは今年が第10回ということで、兵庫医科大

学の日笠聰先生の記念講演と千葉大学看護学部井上洋士さん達の進めている「HIV感染者のセックスライフ・ハンドブック」の概要について聞くことができました。

まず、日笠先生の講演を紹介致します。表題は「HIV感染者・エイズ患者を援助するということ—この20年間と今後—でした。

- ・1985～1989。患者: 血友病、治療薬: AZT。治療開始時期: 不明…発症ギリギリ??、治療効果: ???。一般社会ではエイズパニック、病院では明確な診療拒否→ケアの中心は相談・カウンセリング。
- ・1990～1994。患者: 血友病が主体、性交渉感染者の初受診、HIV感染血友病患者のAIDS発症増加。治療薬: AZT, ddI。治療開始時期: 不明…CD4>200??。治療効果: ???。日和見感染症発症予防の開始: (カリニ肺炎に対するペニタミジン吸入・ST合剤内服) →ケアの中心は相談・カウンセリング。AZT, ddIの投薬、カリニ肺炎予防、発症者の日和見感染治療。
- ・1990～1994。患者支援団体の立ち上がり。HIVと人権情報センター(1988年)、ケアーズ(1992年)、HIV・AIDS看護研究会(JANAC)(1993年)、LAP(1993年)、SHIP(1993年)、プレイス東京(1994年)。差別や偏見を受けている患者に対する支援、不治の病に苦しむ患者に対する支援、医療従事者の勉強会。
- ・1995～1997。Big Wave。HIVライフサイクルの解明、HIV-RNA定量検査の開発、プロテアーゼインヒビターの開発。HAARTの開始、HIV感染症治療のガイドライン発表。薬害エイズ裁判の和解→抗HIV薬の早期承認、ACC、ブロック拠点、拠点病院体制、障害者認定(免疫機能障害)
- ・1995～1997。患者: HIV感染血友病患者のAIDS発症増加。治療薬: AZT, ddI, ddC, d4T, 3TC, IDV, RTV, SQV。治療開始時期: CD4<500。治療効果: 薬が飲めれば効果的。但し、病状が悪い人ほど飲めない。日和見感染症治療技術の向上→ケアの中心は発病者の日和見感染症治療。
- ・1995～1997。病状が悪い人(発病者)ほどHAARTが十分にできない。→日和見感染症治療技術の向上。→日和見感染症を治しても治しても次の日より感染症が発現(CMV・MAC等)。→もぐらたたきに患者・家族・主治医は疲れ果てて最後に患者は亡くなる。
- ・一方。Hit HIV early and hard.→HAART: 驚愕の治療効果。→治るかも…。→そこにHIVがいる限り治療。→効果不十分やMegaHAART。
- ・服薬支援への気づき。1997年 第11回日本エイズ学会(熊本)。服薬に関する看護師の発表(ACC、東京医大、駒込病院、兵庫医大)。
- ・1998～2000。患者: ADIS発症者の激減。治療薬: AZT, ddI, ddC, d4T, 3TC, IDV, RTV, SQV, NFT, EFV, LPV/r。治療開始時期: CD4<350～500。治療効果: NFTは比較的内服可能→発症者・入院患者の激減。ただし、現在のHAARTと比較し、効果不十分例が多い。→治療失敗(薬剤耐性ウイルス出現)の増加。→服薬指導の重要性↑。薬剤師の積極的参入。
- ・Hit HIV early and hard→Shoot early, but not too early, and remember that because you have

one, maybe two shots, you must aim well.→We should wait to start treatment until the patient is ready to take it, but we shouldn't wait too long.

- ・HIV 感染症治療の特徴。「服薬しにくい小胞を、服薬が困難な患者に、確実に長期間継続してもらわなければ治療効果が上がらず、更にそれができない場合は帰って患者の予後を悪くする危険性を含んでいる。」
- ・1998~2000。 Compliance→Adherence。
- ・2001~2004。患者：HIV 感染者の激増、AIDS 発病発見の増加。治療薬：AZT, ddI, ddC, d4T, 3TC, IDV, RTV, SQV, NFV, EFV, LPV/r, TDF, ATV…。治療開始時期：CD4<200~350。治療効果：より強力で服薬しやすい薬剤の出現 (EFV, LPV/r) →初回 HAART 失敗でも、変更する選択肢有り。HAART の長期的副作用の顕在化。糖脂質代謝異常、リポジストロフィ、鬱、
- ・Guideline 治療開始基準改訂。抗 HIV 療法により HIV 増殖は完全に抑制可能→不可能。長期生存型の HIV 感染細胞の寿命は約 2 週間→43 カ月以上。約 3 年で HIV は体内から排除可能→60 年以上。免疫システムが失われた後再構築は不可能→可能。治療の失敗例の増加。長期副作用。薬剤種類の増加。
- ・“Hit HIV early and hard.”は HIV 感染症治療の基本理論である。しかし、現在の治療薬をもって、人間がこの理論を実践し続けるのはとっても難しい。
- ・2005~。患者：HIV 感染者、AIDS 発病発見の更なる増加頭打ち、減少へ転じる要素は全くない。治療薬：AZT, ddI, ddC, d4T, 3TC, IDV, RTV, SQV, NFV, EFV, LPV/r, TDF, ATV…。治療開始時期：徐々に早まる兆しあり。治療効果：強力で服薬しやすく長期的副作用の少ない薬剤の出現。1 日 1 回内服のレジメが登場。
- ・HIV 感染症・ADIS 診療を通じて学んでいること。インフォームド・コンセント、カウンセリング技術、プライバシーの保護、セクシャリティ、差別・偏見とはなにか？、服薬支援（×指導）、チーム医療・共同作業…

支援・援助・ケア・治療・看護とはなにか？  
手厚すぎる援助は患者のためになるのか？

次に、井上洋士先生達の取り組んでいる新しいセックスライフ・ハンドブック（仮称）は、「このパンフレットでは、HIV感染者がセックスライフをどのように過ごしていったらいいのかについて、いくつか的を絞って考えていくたいと思います。」ということを目的とし、HIV感染していくてもセックスライフを続けるには、病院で性生活の相談をするにあたって、性感染症とセイファー・セックス、パートナーとの関係を良好に保つために、妊娠・出産、もしも性生活を取り戻せない時には、専門家による支援。等の項目にしたがってパンフレットの準備中であることが紹介されました。勤務の都合で2日間のうち第1日のみの参加でしたが、今までの日本におけるHIV感染症の歴史を振り返ることができました。そして現在のHIV医療には多くの問題点が集約していることが理解できました。

■END

## ②抗 HIV 薬の紹介 7:00~7:30

### 1,2) エブジコム錠とレクシヴァ錠の概要 福岡勝志氏/グラクソ・スミスクライン（株）

**エブジコム錠** ヌクレオシド系逆転写酵素阻害剤  
<一般名>ラミブジン・硫酸アバカビル製剤（略号：3TC・ABC）

<組成・性状> 1錠中にラミブジン 300mg、硫酸アバカビル（アバカビルとして 600mg）含有。だいだい色のフィルムコート錠。長径 20.3mm、短径 8.9mm、厚さ 8.3mm。識別コード：GS FC2

<効能・効果> HIV 感染症

<用法・用量> 通常、成人には 1 回 1錠（ラミブジンとして 300mg 及びアバカビルとして 600mg）を 1 日 1 回経口投与する。

<警告> 本剤にはアバカビルが含有されており、過敏症についての警告あり。詳細は必ず添付文書をご確認ください。

<禁忌> 1. 本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者  
2. 重度の肝障害患者：詳細は必ず添付文書をご確認ください。

<臨床試験> 1. ABC+3TC の NRTI バックボーンとしての検討  
ABC+3TC の組み合わせは、DHHS ガドラインにおいて初回治療に推奨される代替のレジメとして紹介されている。CNA30024 試験において、未治療患者を対象として EFV を併用し、ABC+3TC（いずれも 1 日 2 回投与）と AZT+3TC との比較が行われ、48 週の時点で HIV RNA 量に対する効果は同等、CD4 増加量は ABC 投与群が有意に優れるという結果が得られた。これ以外にも、EFV、APV、FPV などを併用した臨床試験が報告されている。

2. ABC+3TC 1 日 1 回投与の検討

ZODIAC 試験において、未治療患者を対象として EFV と 3TC（1 日 1 回投与）を併用し、ABC の 1 日 1 回投与と 2 回投与の比較が行われ、同等であることが示された。

<体内動態> ABC、3TC ともに、細胞内で三リン酸化体に変換され抗ウイルス活性を発揮する。ABC の活性体であるカルボピル三リン酸化体の細胞内半減期は 20 時間以上、3TC 三リン酸化体のそれは 16 時間以上と報告されている。

<過敏症に関する注意> 海外臨床試験において、ABC 投与患者の約 5%に過敏症の発現が認められていますが、過敏症発現後の ABC 製剤（ザイアジエン錠またはエブジコム錠）の再投与により、数時間以内にさらに重篤な症状の発現、生命を脅かす程度の血圧低下、及び死亡例が報告されています。本剤を新たに処方される患者さんに対しては、ザイアジエン錠あるいはエブジコム錠による過敏症の既往歴の有無を必ず確認ください。弊社では過敏症を注意する患者さん向けのカットや資料を用意しておりますので、それらを使用し過敏症についての説明を十分に行なった上でご処方ください。本剤を処方される患者さんに対しては、過敏症の発現に患者さん自身が気付いた場合には、担当医師に直ちに連絡するように、処方ごとにご説明ください。

<特徴> 本剤は臨床データの豊富なエビル錠とザイアジエン錠を配合し、服薬率の向上を目的とし

て開発された薬剤です。

- 1日1回1錠と投与法が簡便
- 食事の影響を受けない
- ミコンドリア障害が少なく、脂質代謝等への影響も少ないために、患者さんのQOL改善に貢献し、長期服用に適する薬剤である

(注意) 詳細な情報は、必ず添付文書をご参照ください。

### レクシヴァ錠 700

### プロテアーゼ阻害剤

<一般名> ホスアンプレナビルカルシウム水和物(略号:FPV)

<組成・性状> 1錠中にホスアン<sup>プロテアーゼ</sup>レナビルカルシウム水和物をホスアン<sup>プロテアーゼ</sup>レナビルとして700mg含有。淡紅白色のフィルムコート錠。長径20.5mm、短径9.5mm、厚さ7.4mm。識別コード: GXLL7

<効能・効果> HIV感染症

<用法・用量> 通常、成人には以下の用法・用量に従い経口投与する。投与に際しては、必ず他の抗HIV薬と併用すること。

#### 1. 抗HIV薬の治療経験がない患者

- ・ホスアン<sup>プロテアーゼ</sup>レナビルとして1回700mgとリトナビル1回100mgをそれぞれ1日2回併用投与
- ・ホスアン<sup>プロテアーゼ</sup>レナビルとして1回1400mgとリトナビル1回200mgをそれぞれ1日1回併用投与
- ・ホスアン<sup>プロテアーゼ</sup>レナビルとして1回1400mgを1日2回投与

2. HIVプロテアーゼ阻害剤の投与経験がある患者

- ・ホスアン<sup>プロテアーゼ</sup>レナビルとして1回700mgとリトナビル1回100mgをそれぞれ1日2回併用投与

<禁忌> 1. 本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者 2. 重度の肝障害患者 3. CYP450 3A4で代謝される薬剤で治療域が狭い薬剤を投与中の患者 4. リファンピジンを投与中の患者 5. 主にCYP2D6で代謝される薬剤を投与中の患者

詳細は必ず添付文書をご確認ください。

<臨床試験> 1. 未治療患者における検討

APV30001試験では、ABC+3TC各1日2回投与を併用し、本剤1,400mg1日2回投与とNFV(1日2回投与)との比較を行ったところ、両群の臨床効果に有意差は認められなかった。APV30002試験では、ABC+3TC各1日2回投与を併用し、本剤1,400mg・RTV200mg1日1回投与とNFV(1日2回投与)との比較を行ったところ、両群の臨床効果に有意差は認められなかった。

#### 2. 既治療患者における検討

APV30003試験において、各種NRTI2剤と併用し、本剤700mg・RTV100mg1日2回投与、本剤1400mg・RTV200mg1日1回投与及びLPV400mg/RTV100mg1日2回投与の比較を行ったところ、本剤・RTV1日2回投与とLPV/rとは臨床効果に有意差は認められなかった。本剤・RTV1日1回投与は、他の2群と比較して臨床効果が劣った。

<安全性> 海外臨床試験において、700例中246例(35.1%)に中等度又は重度の副作用が認められ、その主なものは下痢(7.6%)、恶心(5.3%)、嘔吐(4.0%)であった。

<特徴> 本剤はAPVのプロドラッグであり、体内で代謝されAPVとして抗ウイルス効果を発揮します。

- APVの1日服薬剤数が16カプセルであったのに対し、本剤4錠または本剤2錠とRTV2カ

プセルの併用で同様の効果が得られる

- 本剤単独もしくはRTVとの併用で、1日1回もしくは2回の服薬が可能
- 食事の影響を受けず、患者さんのライフスタイルに合わせやすく、アドヒアランスの向上が期待できる

(注意) 詳細な情報は、必ず添付文書をご参照ください。 ■END



### ③症例検討 7:40~8:30

テーマ: 「極めて急性の経過を示した初診時 AIDS発病の1例」

[司会: 藤原充弘医長/倉敷中央病院小児科]  
[症例提示: 高田真治先生/岡山済生会病院内科]

【症例】:

【経過】:

#### ■わかったこと

- 1)
- 2)
- 3)

#### ■問題点

- 1)
- 2)
- 3)

<MEMO>

■END

## II. HIV情報

### [1]学会及び研修会

#### 1) 第7回アジア・太平洋地域エイズ国際会議

Seventh International Congress on AIDS  
in Asia and the Pacific 第7回 アジア・  
太平洋地域エイズ国際会議 Kobe Convention Center July 1-5, 2005



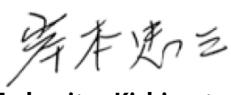
#### Welcome from the Chair of the Local Organizing Committee

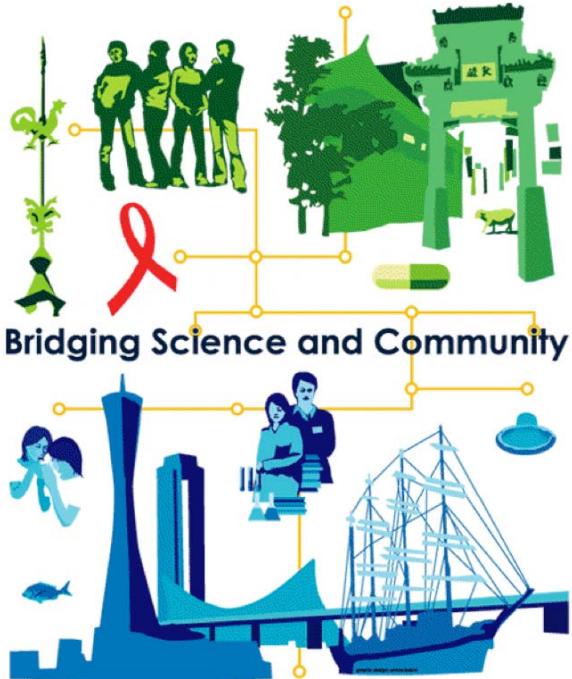
Nine years have passed since the disastrous earthquake that killed more than 5,000 people in 1995, and Kobe is now ready to host the 7th International Congress on AIDS in Asia and the Pacific (ICAAP) from July 1 to 5, 2005, to welcome its delegates and send a message of hope and solidarity to our region and the world.

HIV epidemic, present through the Asian-Pacific region, is on the verge of explosive expansion. Even though the history of the epidemic is relatively young in the region, it has hit susceptible populations hard, and the impact is evident. The potential of HIV becoming more widespread among youth remains a serious concern, and the actions taken now will likely determine the future course of the epidemic in the region.

The goals of the 7th ICAAP, following the tradition of past ICAAP, are to increase the understanding of the epidemic and related issues in the region, share the lessons and hopes learned, and gain insights applicable to future efforts. Under the theme "Bridging Science and Community", the Congress, encouraging a greater involvement of people living with HIV/AIDS and other affected communities, will present the most recent achievements in science and community work and will encompass efforts and activities related to prevention, care and treatment at all levels.

The 7th ICAAP will be held in 2005, the year by which the Declaration of Commitment of the UN General Assembly Special Session on HIV/AIDS in 2001 expects member states to report significant progress in implementing strategies with respect to their national goals, and the year when the results of the "Treat 3 Million by 2005" (3 by 5) Initiative of WHO/UNAIDS will be first evaluated. We are privileged to invite delegates from throughout the region and the world to share their wisdom and to strengthen our solidarity in the fight against HIV/AIDS in what is sure to be a milestone year of global efforts.

  
Tadamitsu Kishimoto  
Chair, the 7th ICAAP Organizing Committee



#### [2]HIV 感染症関連ニュース

##### 1) 【新感染症時代】(最終回) 世界結核デー D O T S 普及へ理解呼びかけ 宮田一雄 [2005年03月28日 東京朝刊]

近代細菌学の開祖とされるロベルト・コッホが結核菌を発見したのは一八八二年三月二十四日だった。以来百二十年余りの医学の進歩で、結核は不知の病から治療可能な病気に変わった。それでも世界では毎年、途上国を中心に九百万人が結核を発病し、二百万人以上が死亡している。

世界保健機関（WHO）はこのため、八年前から三月二十四日を世界結核デーとし、結核対策への理解を呼びかけてきた。途上国の結核治療には、薬の飲み忘れなどを防ぐため、医師や看護師が目の前で患者の服薬を確認するD O T S（直接服薬確認による短期化学療法）が導入され、効果をあげている。D O T S できちんと服薬を続ければ、六ヶ月で治癒が可能だという。治療を始めた人が途中で離脱することを防げば、薬剤耐性結核菌が出現するのを阻止することにもなる。

D O T S の普及を可能にするため、世界抗結核薬基金が設立され、途上国の患者は十一十二ドルの薬代で治療が受けられる。三日分でも一ヶ月分でもなく、六ヶ月分の薬代が十～十二ドルである。そのようにして途上国の結核対策を支援することが、結果として薬の効かない薬剤耐性結核が先/?国で流行することを防ぐ対策にもなる。

こうした努力で、年間三百万人がD O T S 治療を受けられるようになったが、結核を発症する人の数は毎年、その三倍に達している。流行に歯止めをかけるのは容易なことではない。それどころか、最近はエイズの原因となるH I V（ヒト免疫不全ウイルス）の感染が拡大し、免疫力の落ちたH I V陽性者の間で結核にかかる人が増えている。世界結核デーの啓発活動で来日したザンビアのH I V陽性者、ウインストン・ズルさんも一九九七年に結核を発症し、D O T S 治療で回復した。

東京で記者会見を行ったズルさんによると、アフリ

カのエイズによる死者の半数は結核で死亡している。結核とエイズの重複感染が事態を一段と深刻化させているのだ。

ズルさんは一九九〇年にザンビアで初めて感染を明らかにしたHIV陽性者だったため、結核を発症したときも医療機関でDOTSの情報を得られたが、兄弟四人は結核で亡くなっている。HIV感染の発覚を恐れ、結核治療を受けられなかつたからだ。エイズに対する偏見や差別が結核の治療も困難にしている。

こうした事態は、?実はアフリカだけでなく、アジアでも深刻化しつつある。世界で最も結核患者の報告が多いインド、中国、インドネシアの三ヵ国は、エイズの流行が急拡大している国もある。日本とこれらの国との人の往来や経済的な関係を考えれば、わが国にも結核とエイズの二重の流行はひたひたと迫っているというべきだろう。

二〇〇二年一月に始まった「新感染症時代」は本日が最終回となる。二〇〇〇年三月から社会面で連載した「エイズと社会」も含めると通算で五年間二百八回にわたりエイズを中心とした感染症対策を取り上げてきた。筆者にとっては、長期にわたって継続する重大な現象に対し、新聞は何ができるのかという課題に挑む試みでもあった。

この間に新型肺炎SARSや高病原性鳥インフルエンザが流行し、二十一世紀が新興感染症の時代であることがますます明確になった。

二〇〇一年には国連エイズ特別総会が開かれ、その翌年に世界エイズ・結核・マラリア対策基金が発足している。国内のHIV感染は拡大を続け、昨年はついに年間の新規報告数が千人を超えた。かすかな敗北感を味わいつつ、小休止のつもりで、ひと?ず筆を置く、じゃなかつたパソコンのふたを閉じることにしたい。

産経新聞の「新感染症時代」が本日をもって終了いたしました。長期にわたって継続する現象としてのエイズの流行を報道する一つの試みとして、息長く連載を続けていきたいと思っていましたが、とうとう年貢の納めどきとなりました。残念ではありますが、読んでいる人がほとんどいないのではないかと思うほど反応のない状態が続いていました。今日で終わりということは記事の中にも書きましたが、それすら誰も気が付かない状態です。致し方ないでしょう。エンパワメントだとかメディアの役割だとか言うことが、ことのほか好きなのに、これほどメディアをエンパワしないコミュニティというのも珍しいのかもしれません。他人ごとのようで恐縮ですが、よくここまで持ったという気もします。最終回は結核とエイズの二重の流行の話になりました。（宮田一雄）



## 2) 便利な検査で受検者増加 HIV、10倍の保健所も

Date : 2005/03/10 (Thu)

2005年3月9日[共同通信]

エイズウイルス（HIV）感染の有無が、検査したその日に分かる「迅速検査」を導入した保健所では受検者が最大で約10倍に増え、夜間の検査を導入した保健所では約6倍に増えたことが厚生労働省の9日までの調査で分かった。

HIVの新規感染者は過去最悪のペースで増加中。同省は「便利な検査を導入すれば、受検者は増えることが実証された。各自治体は地域の実情に応じ、導入を進めてほしい」としている。

調査は原則として2002年度以降に迅速検査や夜間検査を導入した保健所を対象に実施。導入前後で1ヵ月の平均検査件数を比べた。

迅速検査では、東京都・江戸川保健所で導入前の12・7件から127・6件と約10倍に増加。秋田県・中央保健所で1件から6件に、宮崎県・中央保健所で4・8件から23件に伸びた。

## 3) 「避妊法は中学生までに」 意識調査で国民の6割支持

Date : 2005/03/10 (Thu)

2005年3月7日[共同通信]

子供がコンドームの使い方を知るべき時期は「中学卒業前まで」と国民の60%以上が考えている。厚生労働省の研究班（主任・佐藤郁夫自治医大名誉教授）がまとめた意識調査の結果が7日、同省の厚生科学審議会エイズ・性感染症ワーキンググループの会合で報告された。

学校での「行きすぎた性教育」が国会審議で取り上げられ、議論を呼んでいるが、報告した研究班の北村邦夫・日本家族計画協会クリニック所長は「全員一律ではなく、親の意向を聞いた上で子供の成長や必要に応じた性の知識を提供してはどうか」と話している。

性に関する事柄を何歳の時に知るべきかを項目ごとに尋ねると、コンドームの使い方は13-15歳が47%と最も多く、12歳までの計15%と合わせると62%が中学卒業前と考えていた。

<http://headlines.yahoo.co.jp/hl?a=20050307-00000187-kyodo-soci>

## 4) HIV除去し体外受精、3大学で27人誕生…慎重論も

Date : 2005/03/10 (Thu)

2005年3月7日[読売新聞]

エイズウイルス（HIV）に感染した夫の精液からウイルスを除去し、その精子を使った体外受精などの生殖医療で、これまでに国内で27人の子供が生まれていたことが厚生労働省エイズ研究班（班長・田中憲一新潟大教授）の調査でわかった。

母子ともにHIV感染例はないが、感染の危険性をぬぐい切れないため、慎重論は依然根強い。研究班は「2000年の第1例以後、予想以上に広がりが早かった」と受け止めており、明確な治療基準がないまま出産が増える事態を懸念。安全基準となる指針を作ることを決めた。

研究班によると、HIV感染者の生殖医療を実施したのは、新潟大、杏林（きょうりん）大、慶應大。いずれも学内で倫理委員会の承認を受けた。これまで77組（外国人カップル4組含む）のカップルが受診し、43組に治療を試みた。うち22人が妊娠、19

人が出産した。8組は双子だった。

各大学とも、特殊な液などに入れて元気の良い精子を選別する「パーコール法」など複数の技術を組み合わせてウイルスを除去。治療には、使う精子が少なくてすむ体外受精と顕微授精を用いた。出産後に母子を検査したが、ウイルス遺伝子は検出されず、感染は確認されなかった。

27人の出産にあたっては、ウイルスを検出限界以下まで除去できたとされるが、3大学とは別の大学病院では、3年前に、ウイルス除去方法がずさんで、人工授精した妻が感染した例（妊娠せず）も発覚しており、田中班長は「一刻も早く明文化した指針を作成したい」と話している。しかし、「ウイルスが検出限界以下だっただけで、ゼロを意味するものではない」と安全性を疑問視する声も残っている。

イタリアでは、ウイルス除去した精子すでに2000人の赤ちゃんが誕生したとの報告がある。一方、米国では、「危険性がゼロでない」として、ウイルス除去による体外受精は実施されていないという。

国内で昨年新たに報告されたHIV感染者・エイズ患者は、1000人の大台を超えて過去最多。HIVが混入した非加熱血液製剤で感染した薬害エイズ被害者も、治療薬の進歩で延命が図られ、子供を望む夫婦が増えている。

## 5) <治療・研究>新しいプロテアーゼ阻害剤がサルベージ療法をパワーアップ

Date : 2005/03/09 (Wed)

2005年2月25日[ボストン ロイター=ヘルス]

研究段階のプロテアーゼ阻害剤、TMC114は、すでに3または4タイプの抗HIV薬を経験しているHIVポジティブ患者に『空前の効果』を挙げているということが、第12回レトロウイルス会議で報告された。

カリフォルニア大学サンディエゴ校のRichard Haubrich博士とマルチセンターチームが、98週間の用量決定第Ⅱ相試験の24週段階での分析を報告した。治療参加者は1剤もしくはそれ以上のプロテアーゼ阻害剤を含む、3タイプまたはそれ以上の抗HIV薬を経験していた。さらに、被験者は基準として一つもしくはそれ以上のプロテアーゼ阻害剤に対する変異のあるHIVと10万コピー/ml以上のウイルス量を持っていた。この分析に含まれる497人の被験者は選択肢として、2つまたはそれ以上の逆転写酵素阻害剤（融合阻害剤T-20と併用するか否かにかかわらず）プラスTMC114の4種類の服用量のいずれか、もしくは現在入手可能なプロテアーゼ阻害剤の一つを無作為に割り当てられた。

全ての患者の47%は薬剤の組み合わせの中にT-20を含み、T-20の使用は、いずれの組み合わせにも均等に振り分けられた。

いずれのTMC114服用量でも、リトナビル100mg（TMC114/r）を使ってブースト（効果を押し上げるの意：※注 リトナビルには組み合わせの中心となる他の薬剤と共に使うことでその薬剤の効果を高める働きがあるという考え方が多くなってきている）された。その4種の服用量とは次のようなものである：TMC114 400mgまたは800mg（それぞれ1日1回服用）、400mgまたは600mg（それぞれ1日2回服用）。基準と比較して、最初の目標は24週でのウイルス量は減少であつ

た。第2の目標はウイルス量が一桁以上減少する治験者の割合であった。

治験者らは「劇的な効果」を得た、そして「治験の第Ⅲ相試験で進める適用量も判明した」とHaubrich博士は言う。博士によれば、TMC/rの服用量別治療実績からみて、最適量は1日2回、600mg/100mgとみられるとのこと。この服用量のグループでは基準値からのウイルス量の平均的な変化は1.85logで、全体の72%が1log以上のウイルス量減少を実現している。

「これは、ウイルス量にして97%以上の減少を意味するものだ」と博士は強調した。対して、従来のPIグループにおいては、-0.27、16%であった。また、この処方は、CD4についても、他のグループがマイクロリットル当たり15の増加であったのに対し、75増加した。

研究者等の観測では、TMC/rの組み合わせによる治療の失敗や実験室段階での異常を示すような悪い効果などの差は見られなかった。さらに、TMC/rグループとCPIグループの間にもこれらの基準で違いはまったくなかった。

議長であるピッツバーグ大学のJohn Mellors博士は次のようにコメントした。

「これは、現時点で最も有望なPIだ」これらは、第2相試験の所見ではあるが、「この薬が多くの薬剤を使ったことのある患者にとっての福音であることは疑いない」同博士は、（治療後）24週間経過後の患者に重大なウイルス量の増加の兆しが全く見られなかったことも強調した。

全体的に見て、治験患者の経過は「初回HAART療法の効果に近いものがある」

この研究は非常に多くの薬剤を使用したことのある患者に特化しているが、第Ⅲ相試験（既に早くも応募登録が行われている）は、治療未経験の患者も含めて行われる見込みである。Haubrich博士は語った。

<http://www.aidsmeds.com/news/20050225drgd001.html>



## 6) <PTA初調査>全国の高校生 初体験、半数が「戸惑い」 性感染症対策

Date : 2005/02/20 (Sun)

2005年2月20日[産経新聞]

「予防には親子の対話」

高校三年生の性経験率は男子が30%、女子が39%で、女子では初体験について「後悔した」「どちらとも言えない」と肯定的ではない生徒が過半数。全国高等学校PTA連合会は、性感染症の予防対策のため高校生約一万人に実施した全国調査の結果を十九日までにまとめた。「寝た子を起こすな」と反対しがちだった保護者側が実施した初の調査という。

集計、分析をした木原雅子・京大助教授（社会疫学）は「氾濫（はんらん）する性情報にせかされるようにして経験したため、後悔や戸惑いにつながっているのでは。身近な性感染症の危険を伝え、家族の役割や人間関係、心のケアも含めた予防教育が必要」と指摘している。

全国から四十五高校を選んで調査、九千五百八十七人が回答した。

経験率は一年生男子が12%、女子が15%、二年生は20%と29%、三年生は30%と39%だった。

初体験後の気持ちは「経験してよかった」は、学年により男子が55-58%、女子41-45%、「後悔した」は男子8-11%と女子9-13%、「どちらとも言えない」は男子31-34%と女子41-49%。女子は全学年で「後悔」「どちらとも」の合計が半数を超えた。

小学生で性描写のある漫画や雑誌を見た生徒や、家族と会話がないと答えた女子は、性関係を持ってもよいと思う割合が高かった。また（1）エイズなど性感染症への危機意識がない（2）携帯電話を所持（3）出会い系サイトを利用（4）泣きたくなるほどつらい気持ちになることがよくあるとした生徒は、経験率が高かった。

◇全国高等学校PTA連合会の渡辺孝雄事務局長の話  
「親として実態を押さえた上で性感染症対策を進める必要があると考えた。親が逃げがちだった性の問題をどう子供と話していくのか、親子の対話が鍵になるだろう」

<http://headlines.yahoo.co.jp/hl?a=20050220-00000016-san-soci>

## 7) 製薬業界巨人達のウィルス侵入を阻害する錠剤の開発レース Date: 2005/02/19 (Sat)

2005年2月16日[ロイターヘルス・ロンドン]

世界をリードする製薬各社は、ヒトの細胞に侵入する前にHIVをブロックする新しいタイプの錠剤を市場に投入する一番手となろうと熾烈な競争をおこなっている。それが成功したなら、CCR5阻害剤と呼ばれるこの薬は副作用が少なく、既存の抗HIV薬に耐性を獲得してしまった患者に希望を与えるだろう。治験もフェイズⅢの最終段階にあるファイザー製薬が、何ヶ月か先行しており、グラクソ・スミスクライン（GSK）とシェリング・プロー社が後を追っている。

前週ニューヨークの男性に発見された新しい、毒性の強いHIV株のニュースは、HIVとの戦いにおいて新しい薬剤の必要性を強く認識させた。ロンドンのチャーチルシー＆ウェストミンスター病院のHIV専門家であるGraeme Moyle博士は、最初のCCR5阻害剤は2007年または8年には市場の出るものと予想している。

「私たちはこれらの薬品の必要としている。私たちは、毒性や患者のアドヒアランス、耐性ウィルスへの対応などの点から投薬療法に問題を抱えており、それは緊急に新しい薬を必要としている」Moyleは言った。

米国でもヨーロッパでも、薬剤耐性はますます問題になっている。Moyleはニューヨークにおける単独のケースを數衍しないようにと警告しているものの。科学者達は現在40代男性から分離したウィルスを研究

中だが、それは認可されている薬のほとんどに耐性を示しているだけでなく、通常より早く免疫システムを破壊する。

博士は3社から出るCCR5錠剤は初期の治験では同様の有効性を示しており、血液中のウィルス量を既存薬剤の最良の結果と同様の減少させるといわれている。さらに詳しい情報が今年2月22-25日にボストンで開催される第12回レトロウィルス・日和見感染症会議で得られるものと考えられる。

「今現在使用可能なのは、効果が同様に高く実績もある3種類の抗HIV薬である」と彼は言う。業界アナリストは、CCR5阻害剤が成功した場合、年間500-700億ドルの売上が見こめると試算している。GSKは、シェーリング・プロー社が今年半ばにフェイズⅢ治験をスタートさせるのに対し、2007年には承認申請を出すことを狙っている、と同社役員は語った。

既存の抗HIV薬の多くは、ウィルス感染が成立した後、体内の免疫細胞の中で働く-そして、それらは貧血、神経痛、下痢、脂肪代謝異常、臓器障害さえ引き起こす。ということは、その他の研究でわかっている。

イス、ロシュ社と米国バイオテクノロジーグループ、トライメリス社は、2003年に同様の薬剤（Fuzeon）を発売した。しかし、Fuzeonは高価であり、毎日2度注射しなければならない上販売（2004年1億3500万ドル）も期待はずれであった。

これらの薬剤の考え方（細胞の入り口、またはCCR5と呼ばれるコレセプターをブロックする）は、変異したCCR5を持っている人は、たとえ非常に高いリスクを持つパートナーから曝露（ウィルスにさらされる）があってもHIV感染に抵抗力を持つという観察結果から来ている。白人の2%弱がこの変異を持っている。

「CCR5変異を持つ対象者がHIVに感染しないという、仮説が立証されたのは偶然です」GSKの研究主任Tachi Yamadaはロイターのインタビューに答えた。「だから、ウィルスの感染を効果的に防ぐだけでなく、これによって病気を治療し予防することもできるのではないか」。

ただ、CCR5を抑制するだけではなく、さほど一般的ではないが、ウィルスは侵入するのにもう一つCXCR4と呼ばれるコレセプターを使用することも可能だからだ。

カナダのAnorMED社がCXCR4抑制剤の開発研究をスタートさせている。

[http://story.news.yahoo.com/news?tmpl=story&cid=571&ncid=571&e=9&u=/nm/20050216/hl\\_nm/aids\\_drgs\\_dc\\_2](http://story.news.yahoo.com/news?tmpl=story&cid=571&ncid=571&e=9&u=/nm/20050216/hl_nm/aids_drgs_dc_2)

## 8) 2次感染予防について

**堀成美（看護師）**

日本の性感染症の取り組みに絶対的に欠けているものとして、その人と性的なコンタクトがあった/ある人への検査・治療のがあげられます。今回の性感染症の予防指針の見直しに適切な形で盛り込めるかということはとても重要なことだと考えています。これは個人の健康への配慮であると同時に、性感染症対策上重要な「感染拡大を最小限にする」ために必要不可欠なことです。また、パートナーも治療をしないとその人も再感染のリスクが残ります。

性感染症コントロールの基本概念のなかでは

「Contact tracing」という考え方になります。ここでいう Partner Notification は日本語で言うパートナー告知（病気を打ち明ける）というニュアンスの強いタームとは異なります。

### 1) Accurate diagnosis

（正確な診断：医師の能力・検査技術）

### 2) Effective treatment

（有効な治療：医師の能力・患者のアドヒアランス・耐性菌の問題）

### 3) Follow-up (test of cure)

（治療効果/治癒の確認：耐性菌の問題・さらなる感染にもなる）

### 4) Contact tracing（感染リスクをたどる：再感染、感染拡大の予防）

### 5) Education（治療や今後のための予防教育）

ここ1週間ほど、感染症の専門医や婦人科などの開業医で働く人たちに実情を聞いてみたのですが、専門領域・団体などで推奨しているような概念やプロトコルはないようです。対応は専門領域・医師・医療機関によってバラバラなのかもしれません。性感染症学会の治療のガイドラインはあるようですが、なぜか広く公開されておらず、購入しないとアクセスできません。

<http://jsstd.umin.jp/gaidorain2004.html>

言うまでもなく、医療における個人情報の保護や本人の意思は最大限尊重されるものです。その上で感染症対策においては、リスクのある人に必要な情報やケアを提供していくのですが、現場でどのようにその作業をすすめるかという明確な方針と具体的なマニュアルが必要でしょう。

Contact Tracing や Education は特別な研修を終えた人だけができるという国もあります（指針が想定している「人材育成」とは具体的にはこういうことでしょうね）。英語では Partner Notification といいますが、日本で使われているものと「告知」というニュアンス：（病名を打ち明ける：受け止めもらう）とは異なります。

■本人が自分で伝える（Patient/Index Case Referral）医療者の特別な介入無く、患者個人が自力でパートナーに感染のリスク検査のメリット/必要性を伝える。またはパートナーをクリニックに連れてきて医療者が説明するというものです。

パートナーに渡せる検査のメリットや方法を書いたコンタクトカード、紹介カードなども活用されます。

■専門職が伝える（Provider Referral）患者の依頼（同意）によって、感染リスクのある人に対して医療者/専門職がその人の個人情報をふせたままで、対象者に感染の可能性と検査を受けるメリットを伝えます。

原則としてその人の同意が前提のため全ケースで tracing が行えるわけではありません。

その人の同意のない場合でも専門職や専門機関が感染リスクの告知を行うのは、たとえば小児のケース、DV/虐待がからむようなケースです。

第三者の健康リスクを放置したという訴訟がおきた

米国などでは、告知にあたって医師が法的な責任を問われな

いような保護システムがある州もあります。2005年1月に改訂版が出たばかりのオーストラリアのニューサウスウェールズ州のマニュアルが、HIV だけでなく、同じように感染リスクを検討すべきものを総合的に扱っています。予防指針の中に盛り込む際に参考になる資料だと思います。

「Contact Tracing Guidelines for the Sexually Transmissible Diseases and

Blood Borne Viruses」

[http://www.health.nsw.gov.au/policies/PD/2005/PD2005\\_184.html](http://www.health.nsw.gov.au/policies/PD/2005/PD2005_184.html)

このほかに120ページの資料もあります。

Contact Tracing Manual(2003)

[http://www.ashm.org.au/uploadFile/CTM2rev2003\\_Co mpleteDoc.pdf](http://www.ashm.org.au/uploadFile/CTM2rev2003_Co mpleteDoc.pdf)

### 9) フォーカス・グループ・インタビューについて

高田 昇

フォーカス・グループ・インタビューという手法について、私は木原雅子先生の研究発表の中で初めて聞いたと言うことを前に書きました。そうすると、古くからある方法とのコメント。今、参考書をアマゾンから取り寄せているところです。あくまでも「定性的な調査」であり、グループの選び方、そして司会者の力量に大きく依存することは理解できます。私は「医師はHIV感染の危険を伝え検査を勧めることができるようになる

こと」を、国家試験に合格した医師全員（つまり何科の医師でも）に求める、、、という命題を立てています。しかし、現実的には「どう勧めたらいいかわからない」とか「陽性だった時の対応がわからない」という声を良く聞きます。

研修医のグループを1時間ぐらい、あるいは30分あたり討議をしてもらって彼らが「検査を勧められるようになる」ための必要な条件、乗り越えなければならない条件を、彼ら自身から得ができるのではないかと思いました。この「条件」をより多くの医師に広げる、つまり定性調査から定量調査に移すということになります。ある程度、予想をつけています。予想しているのなら、それでやればいいじゃないか、という意見もあるでしょう。しかし、やってみなければわからない、とも、思うのです。私としては新しい視点を得られるかもしれないとも思っています。

この際、定量調査よりも、ある意味、グループごとの定性調査=質的調査、も、大切ですね。



[END]

### III. 岡山HIV診療ネットワーク会則

#### I. 総則

1. 本会は岡山HIV診療ネットワークと称する。
2. 本会の事務局は代表幹事の指定する施設に置くこととする。

#### II. 目的

1. 岡山県の医療・保健・福祉・心理の関係者を対象としたHIV/エイズ研修と関係者間の相互理解に基づく連携樹立を目的とする機関として、「岡山HIV診療ネットワーク」を設置する。

#### 2. 活動内容

(1) HIV/エイズについての最新の医学関連や心理・社会関連の情報交換を目的とした相互研修会を行う。

(2) HIV/エイズ問題に携わる専門分野間の連携を図り、相互理解を推進する。

3) HIV/エイズ疾病やHIV感染者/エイズ患者に対する社会一般の理解を深めるための啓発活動を行う。

#### III. 会員

1. 会員： 本ネットワークの趣旨に賛同し出席する者を会員とする。

2. 名簿： 会員は名簿に記載し、研修会開催時には案内するものとする。

#### IV. 幹事

医療・保健・福祉・心理分野等の関係者より15名以内をもって構成する。

#### V. 役員

1. 役員は、代表幹事1名、副代表幹事1名、会計幹事1名をもって構成する。

#### 2. 役員の選任及び任期

幹事会において選任される。任期は、特に定めない。

#### VI. 幹事会

幹事会は幹事を持って構成し代表幹事が招集、議長を務める。

#### VII. 運営

##### 1. 研究会の開催

年6回(1, 3, 5, 7, 9, 11月の隔月) 研究会を開催する。但し、幹事会が必要と認めたときは、臨時の講演会を開催できる。

##### 2. プログラム、演題等

プログラムの内容、演題の採否は幹事会で決定する。

#### VIII. 会費

1. 会費： 会員の年会費を1,000円とする。

2. 会計： 会計幹事は、幹事会で会計報告を行うものとする。

#### IX. 会則の改変

本会則の変更は、幹事会において決議され、成立する。

付則：この会則は、平成11年4月1日から施行する



### 岡山HIV診療ネットワークの目的と組織図

・ネットワーク発足の目的：本ネットワークは、岡山県におけるHIV感染症の診療に携わる医療・保健・福祉・心理従事者のためのネットワークであり、めまぐるしく変貌するHIV感染症についてのあらゆる情報を提供し、HIV感染者及び、その診療を支援することを目的とする。

HIV感染者/エイズ患者のケアには、医療・保健・福祉・心理の専門家による協力が必要であるが、現在専門家がエイズの疾病や感染者、患者の現状やニーズについて学習する場は大変限られている。また、おのの職種は単独での活動が主になっているため、他職種との連携機能が欠如しており、このような単独活動は、感染者/患者のケアを行う際大きな支障を生むと考えられる。

このネットワークでは専門家のHIV/エイズの正確な知識の習得やHIV感染者/エイズ患者へのより一層の理解と、異職種間の連携の形成を主題に、今後のケア体制の充実への貢献となる活動を行っていくことを目的としている。

この目的達成のため、HIV感染症の医療・保健・福祉およびカウンセリングなど研究発表、討議および研修の場を提供し、広く意見の交換を行うことによりHIV感染症とその関連領域に関する適切な医療の推進と普及を図るものである。

・ネットワークの組織図：ネットワーク代表幹事 1名、幹事 12名、総務 1名（幹事兼務）

代表幹事	山大医学部保健学科 HIVと人権情報センター	教授 岡山	山田 治 赤松慧都子
幹事	岡大医学部総合患者支援センター 倉敷中央病院外来	MSW 副師長	石橋京子 大野澄江
	岡山済生会総合病院内科	部長	高田眞治
	岡山大学保健管理センター	教授	戸部和夫
	岡山理科大学	講師	中島弘徳
	岡山市保健所保健課	所長	中瀬克己
	岡山市南保健センター	係長	松本誠子
	倉敷中央病院小児科	医長	藤原充弘
	川崎医科大学附属病院看護部	主任	三宅晴美
	川崎医科大学血液内科	助教授	和田秀穂
総務・会計	川崎医科大学附属病院看護部主任 (兼務)		三宅晴美

2005年3月1日現在

\*入会連絡先：〒701-0192 倉敷市松島577

川崎医科大学附属病院看護部 TEL：(086)462-1111  
三宅 晴美



岡山HIV診療Network news Vol. 12(2) 2005.3.29

■編集：岡山HIV診療ネットワーク事務局

■発行：〒701-0192 倉敷市松島577

川崎医科大学附属病院看護部内

「岡山HIV診療ネットワーク」事務局

■発行者：山田 治

E-mail: osamuymd@yamaguchi-u.ac.jp