

岡山 HIV 診療 Network NEWS

第12巻第3号(通巻67号)

2005年5月31日

I. 第67回定例会プログラム

[場所:岡山国際交流センター5階会議室1]

[当番幹事:(堀井和栄)/高田眞治]
[岡山済生会総合病院MSW/副病院長]

①報告事項

[1]平成16年度エイズ医療従事者研修会の報告:開催日時H17年3月19日、岡山健康福祉センター4階(岡山)

[上野和美]
[岡山市保健所]

平成15年度までは「エイズ医療従事者研修会」を牛窓で宿泊研修(1泊2日)として実施していましたが、より多くの方に参加していただけるように、16年度は半日の日程で計画し、平成17年3月19日(土)に岡山市保健福祉社会館において開催しました。県内のエイズ治療拠点病院のスタッフに参加を呼びかけるために、岡山県・倉敷市と共に、県から案内を発送したところ、10カ所中7カ所の病院から出席をいただき、保健所職員も合わせると全体で52名の参加がありました。

1、岡山県のHIV感染者の状況(岡山市保健所 中瀬克己所長)

H16年末で感染者17名、患者15名の報告があり、H17年に入ってからは、感染者5名、患者2名の報告(5/23現在)がありました。感染経路は同性間性的接触が多く、確実に増加傾向にあり、対策を講じる必要性を共通認識しました。

2、岡山の症例から学ぶHIV診療(川崎医科大学付属病院 徳永博俊先生、岡山済生会 総合病院 梶谷展生先生)

本号のハイライト

- 1 H16年度エイズ医療従事者研修会報告:上野和美
- 2 特別講演:杉浦 亘先生/国立感染症研究所
- 3 症例提示:高田 真治先生
- 3 HIV情報 [1] 学界および研修会
- 6 新規抗HIV:エムトリバカプセル、ツルバダ錠
- 10 アメリカ国民のHIV感染率・他

■END

②特別講演 7:00~8:00

司会：高田眞治/岡山済生会総合病院副院長
演題：「日本における薬剤耐性 HIV-1 の動向とその対策」
講師：杉浦 瓦 先生（国立感染症研究所エイズ研究センター第2研究グループ長）

表1USにおける薬剤耐性の頻度

Table 3: Prevalence of drug resistance among treatment naïve individuals with newly diagnosed infection by year of diagnosis

Year of diagnosis	Primary drug resistance					
	Wild type/minor mutations ¹	NRRTI ²	NNRTI ³	Protease ⁴	MDR ⁵	Total
1997	20 (1.00)	0	0	0	0	20 (100)
1998	46 (90.2)	5 (0.8)	0	0	0	51 (100)
1999	250 (92.3)	14 (5.1)	0	6 (2.2)	1 (0.4)	271 (100)
2000	279 (95.9)	7 (2.4)	1 (0.3)	4 (1.4)	0	291 (100)
2001	155 (89.1)	9 (5.2)	3 (1.7)	4 (2.3)	3 (1.7)	174 (100)
Total	750 (92.9)	35 (4.3)	4 (0.5)	14 (1.8)	4 (0.5)	807 (100)

¹ wild type indicates that no major mutations associated with drug resistance were identified. Minor mutations refers to genetic variables not associated with drug resistance. Year of diagnosis was unknown for 37 individuals infected with wild type virus or HIV-1 with minor mutation.

² NRRTI refers to nucleoside reverse transcriptase inhibitor. Year of diagnosis was unknown for one individual infected with HIV-1 harbouring a major mutation to an NRRTI.

³ NNRTI refers to non-nucleoside reverse transcriptase inhibitor.

⁴ Year of diagnosis was unknown for one individual harbouring major mutations associated with resistance to a protease inhibitor.

⁵ MDR refers to multi-drug resistance and includes mutations in HIV-1 that are associated with resistance to any two of the three classes of antiretroviral drugs (NRRTIs, NNRTIs and protease inhibitors). Year of diagnosis was unknown for two individuals harbouring multi-drug resistant HIV-1.

表2：薬剤耐性検査のガイドライン

Guideline for:	US Department of Health and Human Services Updated 2003	International AIDS Society - USA Panel - Updated 2003	EuroGuidelines 2001 Currently under review
Acute infection	Recommended (previously: consider)	Recommended (previously: consider)	Consider
Chronic infection	Consider (previously: not recommended)	Recommended (previously: consider)	Consider
Treatment failure	Recommended (previously: recommended)	Recommended (previously: recommended)	Recommended
Pregnancy	Recommended (previously: recommended)	Recommended (previously: recommended)	Recommended
Pediatric	N/A	N/A	Recommended

一杉浦先生の関連報告ー

■ HIV病原体の分子基盤の解明に関する研究

国立感染症研究所 杉浦 瓦、山田章雄

1. 研究の目的

HIVはウイルス感染者体内で著しい多様性を示し、主要なウイルスボピュレーションの変化がエイズ発症と深く関わっていると考えられている。また、グローバルに見た場合には様々なサブタイプのウイルスが流行しており、各ウイルスの病原性も含め世界に流行するウイルスはダイナミックな変化をしているものと考えられる（図1）。

本研究ではHIVの個体レベル並びに集団レベルでのダイナミズムを特に病原性の側面から分子レベルで明らかにすることを目的としている。



図1：HIVの多様性

2. 重点課題

◆アジア地域で流行しているウイルスの分子疫学的研究、◆HIV遺伝子（図2）の機能解析特にgp41、nefの

機能に関する研究、エイズ病態に関わる宿主因子の解析、抗HIV免疫に関する研究

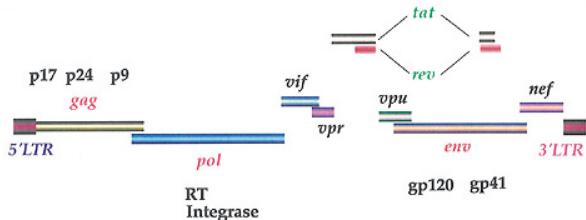


図2：HIVの遺伝子構造

3. 研究の成果

まず本研究を推進する上で不可欠な技術的基盤の確立を目指した。今まで感染性のHIVクローニングは欧米で流行しているサブタイプBウイルスであったが、アジア、アフリカなどで主に流行しているサブタイプA、E、Cの感染性クローニングの作成に世界に先駆けて成功した。またサブタイプE型ウイルスCM235由来gp140の多量体を抗原としてモノクローナル抗体の作成を試み、9種類のクローニングを回収した。更にHIV侵入機構における新たな因子を探索するため、無細胞系でのHIV侵入解析系の確立を試み、CD4/CXCR4陽性細胞から調整した膜画分にビリオン添加後、吸着／融合／脱核に由来すると思われるコア蛋白p24の遊離を指標とする検出系を確立した。

こういった技術基盤の確立とともにgp41の融合殻構造の解析を行い、特にgp41由来ペプチドがCXCR4を含む種々の7回膜貫通蛋白と結合することにより、抗HIV活性を示すことを明らかにした。またgp41細胞質内部分がウイルス複製に対しトランンドミナントネガティブに作用することが明らかになった。

日本におけるHIVの動的傾向を知るために、垂直感染集団に重点を絞って解析した結果、母親由来並びに児由来HIV-1集団には、様々なサブタイプが混在するが、母親個体内のHIV-1はquasispeciesが強いのに対して、児体内のHIV-1は、ほぼ單一クローニング傾向であることが明らかになった。一方、HIVの感染者体内でのダイナミズムに関しては、CCR5をコレセプターとするウイルス（図3）は感染者体内での選択圧に比較的低感受性であり、感染初期から後期にかけて持続的に存在するのに対し、CXCR4をコレセプターとするウイルスは選択圧に感受性で、感染後期に優位となることが明らかになった。

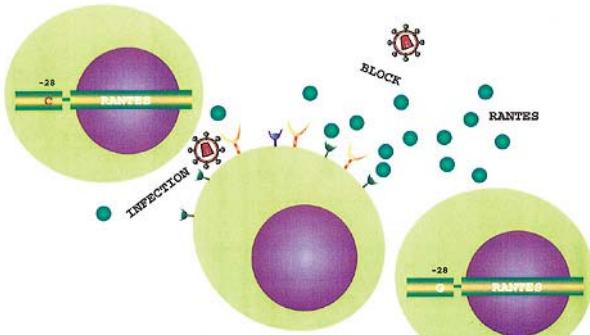


図4：RANTESプロモーター活性によるHIV感染の修飾

宿主因子に関しては既にケモカインRANTESのプロモーター領域の多型性がHIV感染の病態を修飾することを明らかにした。即ち転写開始位置の28塩基上流のシ

トシンがグアニンに変化することにより、転写活性が上昇し、細胞外に放出されるRANTESの量が増すことにより、CCR5を介するウイルスの感染を抑制することを示した（図4）。昨年度はIL-4の多型性について同様に解析した結果、IL-4のプロモーター領域の遺伝的多型（C-589T）がHIV-1の感染個体内進化に影響することが明らかになった。即ち、589Tの個体ではIL4の産生が増加し、その結果CD4T細胞表面のCCR5が低下、CXCR4の発現が上昇し、細胞融合能の高いSIウイルスがよりよく増殖するようになると考えられた（図5）。

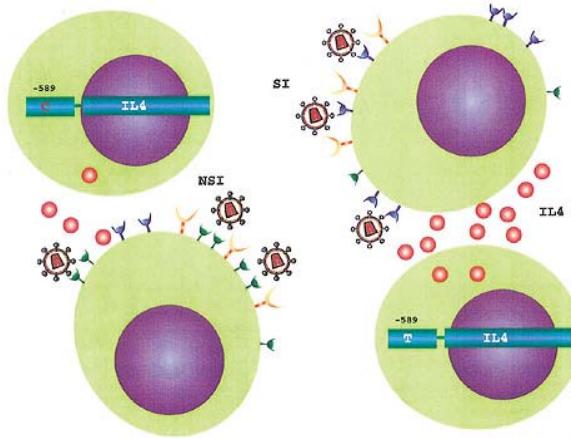


図5：IL4とHIV感染

env並びにnef領域の病原性との関わりをin vivoで明らかにするためにアカゲザルでの感染実験を行った結果、envの糖鎖を欠失させると病原性が著しく低下することが明らかになった。nefに関してもこれまでの報告通り、病原性を決定する主要なウイルス因子であることを明らかにできた。

4. 今後の展望

特にアジア地域で流行しているサブタイプ E に関して env の機能、特に gp41 の機能解析を継続し、ウイルス感染の成立に必須なウイルス膜と細胞膜の融合機構を明らかにする。これにより、有効な抗ウイルス剤の開発が可能になると期待される。一方、エイズ病態を修飾すると考えられる宿主因子の同定を続け、予後の判定などの精度上昇を目指す。また、集団内並びに個体内におけるウイルスタイナミズムの解析を継続することにより、ワクチン株の選定に役立てる。

■END

③症例検討 7:40～8:30

テーマ：「HIV 感染症の疑いで受診され高ウイルス量が継続する1例」

[司会：高田眞治/岡山済生会総合病院副院長]

[症例提示：高田眞治先生／岡山済生会病院副院長]

[コメントーター：高田昇先生／広島大学医学部附属病院エイズ医療対策室長]

【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 概要

Seventh International Congress on AIDS 第7回 アジア・
in Asia and the Pacific Kobe Convention Center July 1-5, 2005



会長：岸本忠三

開催期日：2005年7月1日（金）～7月5日（火）

開会式：7月1日 17:00～18:30

閉会式：7月5日 12:30～14:30

開催場所：兵庫県神戸市

神戸国際会議場・神戸国際展示場・ポートピアホテル

主催：第7回アジア・太平洋地域エイズ国際会議組織委員会

共催：アジア・太平洋エイズ学会（ASAP）、国連合同エイズ計画（UNAIDS）、アジアAIDS関連NGO連合（6団体）、日本エイズ学会、財団法人エイズ予防財団、財団法人結核予防会

会議テーマ： Bridging Science and Community

「科学とコミュニティの英知の統合」

テーマの選択理由：

HIVに関する分子生物学的解析やHIV感染症の病態生理学的理解は科学の力で長足の進歩を遂げ、治療薬も次々と開発され、HAART (highly active antiretroviral therapy) 時代が到来しました。しかし、忘れてならないのはすべてのコミュニティ間の連携をはかりエイズの予防・治療・ケアをめぐる戦略に総ての人が平等に参加できるようにし、それぞれの成果を共有できるようになります。コミュニティが多様なレベルで主体的に参加しなければ、HIVに対して有効で地域に密着した対策を講じることはできません。強力な抗レトロウイルス療法（HAART）、が登場したとはいえ、この治療の入手可能性、QOLの改善といった重大な問題への対応はこれからです。WHOの「3 by 5 イニシアティブ」の進捗状況も検証されるべき時期となりました。HIV/AIDS患者（PLWHA）、LGBTすなわちレズビアン（lesbians）、ゲイ（gays）、両性愛者（bisexuals）、トランスジェンダー（transgenders）、そして薬物使用者、セクスワーカーに対する差別と偏見は現在もあまねく存在しており、HIV感染を予防する知識や情報が、かつてないほど必要になっています。これらの課題を解決するために「科学とコミュニティの英知の統合」が求められているのではないでしょうか。

会議の発表概要

7th ICAAP（第7回アジア・太平洋地域エイズ国際会議）には多様な発表形式があります。プレナリー・セッション、シンポジウムは招待講演で、第一線で活躍されている方にお話しいただきます。一般演題は参加者から応募された抄録のなかから選考され、5つのトラックに沿って構成されます。そのほかに、スキルズ・ビルディング・ワークショップや文化プログラム、NGOや国際機関が活動を紹介するエキシビションも開催されます。プログラム内容の詳細は、<http://www.icaap7.jp/jpn/program.html> からメニューを選択（クリック）してご覧ください。

プレナリー・セッション

研究、コミュニティ活動、立法・行政などにたずさわる第一線の演者による招待講演です。7月2日から5日まで毎日午前中に開催され、1つの共通テーマのもとに3つの講演があります。

シンポジウム

5つのトラックを横断するテーマがとりあげられ、多角的に検討されます。各セッションは4-5名の演者によって構成されます。

一般演題

7th ICAAPでは、さまざまな問題をA-Eの5つのトラックに分けて取り上げます。

トラックA：基礎科学と臨床科学

トラックB：治療、ケアと支援

トラックC：予防と疫学

トラックD：文化、ジェンダーと性的諸問題

トラックE：政治、経済と社会

2) 第19回日本エイズ学科学術集会・総会

開催期間：2005年12月1日（木）～12月3日（土）

会場：熊本（熊本市民会館・熊本市国際交流会館）

総会長：原田信志先生(熊本大学大学院医学薬学研究部感染防御学分野)

- ・プログラムの概要：学会ホームページが掲示されました。平行する研修会や発表会もあります
<http://square.umin.ac.jp/aids19/information.htm>
- ・一般演題の募集：全て口演とし、パワーポイント使用です。スライドはありません。ポスターもありません。
- ・募集期間は2005年5月25日（水）～2005年7月26日（水）正午で、オンラインでの登録のみとなります。演者および連名者は、原則としてすべてが日本エイズ学会員でなければなりません。未入会の人は、演題登録前に入会を済ませて会員番号（演題登録に必要なはず）を得て下さい。約1ヶ月かかるそうです。<http://aids.umin.ac.jp/html/nyukai.html>
- ・参加登録の締切は2005年10月末日の予定です。気になる参加費は、一般10,000円（事前登録8,000円）と学生5,000円（事前、当日とも）の2種類になっています。

会長挨拶 「普遍性を求めて」



熊本大学大学院医学薬学研究部感染防御学分野
原田 信志

第19回日本エイズ学会学術集会・総会を平成17年12月1日から3日にかけて熊本市で開催いたします。

思えば第1回の本学術集会は1987年12月21、22日に京都で開催されました。当時はまだ単なるエイズ研究会であり、集まった演題は103題でした。第18回総会における学会賞受賞講演で日沼頼夫先生が回顧された如く、先生ご自身や栗村敬先生らの御尽力による発足でした。しかし、この研究会をつくるにあたって最も心配されたのがエイズだけの單一疾患（しかも当時HIV感染者は極めて少なかった）で会が維持できるかということでした。それには幅広い分野から英知を集める必要があったのです。研究会の前日に京大会館で行われた公開シンポジウムのプログラムが手元にあります。演者には、臨床医学から根岸昌功、公衆衛生から大井玄、自然人類学から河合雅雄、哲学から浅田彰のメンバーが記載されています。つまり現在のエイズ学会のありかたを象徴するかのようなシンポジウムでした。

あれから19年、エイズそのものの問題は未だ解決されてはいないものの、エイズ学会では臨床医学、基礎研究、社会教育系と様々な分野で大きな成果をあげてきたと思われます。HIV感染者の抗ウイルス剤療法、HIVのレトロウイルス学としての進歩、HIV感染者に対

する社会的問題への解決策など、もう他の分野のトップレベルまで進んでしまった感があります。しかし、これらの蓄積された知識はSARSの感染勃発の時にどれだけ役に立ったのでしょうか？新型のインフルエンザウイルスが流行する時どれだけ役に立つと思われるのでしょうか？

研究の最大の目標はある真実を証明することでしょう。その真実が幅広い事象に応用できれば、それだけその事実の価値が高く評価されます。エイズの研究でも同じことが言えるかもしれません。普遍性のある抗ウイルス療法、あらゆるウイルスが関連する細胞因子の発見、感染者だけでなく病む人が共通に抱える問題への対応策など、いろいろ進む方向はあると思われます。そのためには、エイズだけでなく類似の疾患、類似のウイルスからいろいろ学ぶ必要もあるでしょう。

第19回日本エイズ学会学術集会・総会は熊本で開催いたします。熊本の特色とその普遍性を求めて、本学会は企画を進めていきたいと考えています。熊本では成人T細胞白血病を発見された高月清先生（第11回日本エイズ学会会長）がおられました。HTLV-Iへの研究には深い関心と研究の蓄積があり、また熊本に縁の深い多くのレトロウイルス研究者がおられます。また、熊本では水俣病が発生し、昔からハンセン病の療養施設があります。現在でもこれらの疾患はエイズと同じような多くの問題を抱えています。一度、違った観点からエイズを考え直す機会をもてたらと思っています。

平成16年12月15日

3) HIV/AIDS Case Study

－初級・中級・上級編－

ACCから

- ・初診時の対応（医師編）
- ・初診時の対応（コーディネーターナース編）
- ・スタッフ教育の実際：一針刺し事故防止対策－
- ・Photo Quizzes：－HIV患者にみられた合併症－

開催地から

- ・困った症例（開催地医師、看護師等）

総合討論

参加無料

◆ 広島

日 時：平成17年6月4日(土) 14:00～17:00

広島大学医学部霞キャンパス内

(第4講義室)

◇免疫賦活を応用したHIV感染症の治療開発に関する研究班研究成果発表会 主任研究者 岡慎一

◇事務局：国立国際医療センター ACC

〒162-8655 新宿区戸山1-21-1TEL/FAX 03-5273-5193
e-mail: anakano@imcj.hosp.go.jp

◇主催：財団法人 エイズ予防財団

厚生労働科学研究費（エイズ対策研究推進事業）
研究成果等普及啓発事業

4) 第1回拠点病院ネットワーク会議

「HIV感染症の医療体制の整備に関する研究」
国立国際医療センター エイズ治療・研究開発センター
木村 哲

- ・趣旨：

新聞報道等でご承知のように、日本の2004年のHIV報告患者数は年間報告数としては初めて1000件を突破

しました。累計報告数は1万件を突破しており、現時点ではその勢いに歯止めがかからない状況です。

この数年の患者数の急激な患者増加に対応するため、エイズ治療・研究開発センター（ACC）、ブロック拠点病院、そして拠点病院間がこれまで以上に有機的に連携し、特に相互の診療支援等を推進していく必要があると考えられます。このことから、当研究班では全国の拠点病院のネットワーク化に努力して参りましたが、昨年度、ほぼその体制を整えることが出来ました。

つきましては、2005年7月に神戸で開催予定の第7回アジア・太平洋地域エイズ国際会議

（<http://www.icaap7.jp/jpn/index.html>）の会期中に、各拠点病院、ブロック拠点病院で実際の診療に携わる先生方を対象として下記の会を開催したくご案内させていただることになりました。日本のHIV疫学情報と、ACCからHIV診療に関する情報提供を行い、さらに拠点病院間で意見交換を行うことで、連携強化の第一歩とする目的としております。

- ・日時：2005年7月2日 14:30-16:30
- ・場所：神戸商工会議所 第三会議室
〒650-8543 神戸市中央区港島中町6-1
TEL.078-303-5801
- (第7回アジア・太平洋地域エイズ国際会議の会場：神戸国際会議場に隣接しています)
- ・プログラム（予定）
 1. 日本のHIV流行の現状（ACC 岡慎一）
 2. 新薬の手応えと薬剤耐性の治療の考え方（ACC 立川夏夫）
 3. 免疫再構築症候群（ACC 照屋勝治）
 4. HIV/HCV重複感染の治療の現状（ACC 菊池嘉）
 5. 医療連携（ACC 島田恵）
 6. 意見交換
 - ・問い合わせ：照屋勝治 kteruya@imcj.hosp.go.jp
TEL 03-3202-7181、FAX 03-3202-7198

5) HIV/AIDS外来クリティカルパス研修会

シンポジウム「外来を中心とするHIV診療へのクリティカルパス導入の試み」

申し込み・問い合わせ先：大阪医療センター HIV/AIDSコーディネーターナース/看護支援調整官 下司有加
FAX 06-6946-3652

- ・開催予定日時：平成17年10月15日（土）14:00～15:15

- ・意図：

わが国のHIV感染者/AIDS患者（以下、患者）が1万人を超える、新規患者報告数も毎年最多を更新しており、この状況は先進諸国の中で抜きん出て患者増加が著しいという、緊急事態に直面しております。このような中、わが国では平成9年からエイズ医療を政策医療に掲げ、エイズ拠点病院体制による診療ネットワークの充実を図りつつ、増加する患者の診療に努めて参りました。しかし、患者数には地域格差や病院格差が生じており、治療法の進歩によって療養期間が延長している患者の診療には、今後さらにネットワークを活用した診療が必要となります。そこで、これまで診療経験が少ない施設や、コメディカルスタッフ等が十分に揃っていない施設でも、患者の診療を提供していく時代に備え、標準的なHIV診療を行うためのツールとしてクリティカルパスを作成しました。この普及を図ると

同時に、普及のための活動によってネットワーク機能の一層の充実を図っていきたいと考えています。

・目的

エイズ拠点病院およびHIV診療に関心のある、あるいは既に診療されている病院の医師、看護師、コメディカルスタッフの方々を対象に、外来診療における診察・検査、セルケア支援といった具体的な内容を紹介、解説し、即診療に活用いただくことを目的としています。

・プログラム

座長：森寺栄子 独立行政法人国立病院機構九州医療センター看護部長

白阪琢磨 独立行政法人国立病院機構大阪医療センターHIV/AIDS先端医療開発センター センター長

演者

1 HIV/AIDS外来クリティカルパス作成の目的

古川直美 独立行政法人国立病院機構九州医療センターHIV担当看護師

2 外来診療における診察と検査について

菊池 嘉 国立国際医療センター エイズ治療・研究開発センター病棟医長

3 外来診療におけるセルフケア支援について

下司有加 独立行政法人国立病院機構大阪医療センターコーディネーターナース/看護支援調整官

・参加見込み 100名程度

※当日、クリティカルパス・セット（CD-R付き）を限定100部配布予定

[END]



[2]HIV 感染症関連ニュース

1) <社説>エイズ 予防教育と検査で拡大防げ

[毎日新聞ニュース速報]===== [2005-05-22-00:12]

エイズ患者とエイズウイルス(HIV)感染者の年間合計が昨年初めて1000人を超えた。今年4月には累計で1万人を突破した。欧米先進国では感染者は横ばい、患者は減る傾向にあり感染の拡大に歯止めがかかるといわれる。日本の状況を深刻に受け止める必要がある。

エイズについてマスコミなどで報道されることも少なくなり、社会的な関心が薄れがちだ。しかし、実は患者と感染者の合計が過去最悪を毎年更新しており、しかも低年齢化している。この実態を直視すべきである。

新規感染者を分析すると、地域別では従来は東京をはじめ関東を中心にしてきたが、最近では地方の大都市を中心とする傾向にある。年齢別では20代以下が全体の35%、30代が40%を占めている。

感染経路を見ると、性交渉によるものが大半だ。94年ごろから同性間の性交渉による感染が増え始め、感染者全体の6割を占めているのが特徴だ。

厚生労働省によれば、多剤併用療法が進歩して死亡率は減少しており、エイズが「不治の病」から「不死の病」になったという。その一方、感染リスクにさらされる機会が増え、「特別な病」から「一般的な病」になり、エイズがまん延しているのも現実だ。

エイズに感染するリスクにさらされる機会は増えており、エイズを人ごとと安易に考えると危険である。そうした実情を国民に知らせることがエイズの拡大防止の出発点になる。懸念されるのは保健所などでHIV抗体検査を受ける人が減っていることだ。検査は無料で受けることができるが、検査数は92年の13.5万件をピークに低下し、最近やや増加傾向はあるが、それでも04年で8.9万件しかない。

休日や夜間にも保健所で検査できる体制を整備し、さらに検査結果を2週間も待たせることなく、検査当日に知らせるなど、急いでやるべきことは多い。

ここ10年間、女性のクラミジア感染率や高校生の性交渉経験率の上昇が続く半面、コンドーム出荷量が激減しているのも気がかりな点だ。

夏には厚労省のエイズ予防指針が5年ぶりに改定される。検査を受けやすくすることに加え、青少年に対する予防教育を充実させるなどの見直しが盛り込まれる。エイズの拡大防止策を再点検し、必要な対策は直ちに実行に移すべきだ。中でも若い人へのエイズ教育の徹底は最優先の課題だ。具体的な計画作りを急いでほしい。

医療体制の整備も急務だ。全国には現在368のエイズ治療拠点病院があるが、診療の質に格差があり、例えば首都圏では東京の特定医療機関に患者が集中する現象も起きている。厚労省は都道府県ごとに中核拠点病院を1カ所設置し、各地域ごとに総合的な診療体制の確立を図る考えだ。

予防教育と医療体制の整備は車の両輪である。どちらが欠けても、エイズの拡大を阻止することはできない。

<コメント>

□ ま、よく書かれています。ただ新しい視点はないようです。一般的なニュース記事と社説とはかなり書き方が違います。つまり、ニュース記事は大切なものほど前に書き後に付いてくる文章は、前の解説や補足になります。つまり他の記事とのバランスで、後から切りつめるためでもあります。もちろん読者が大切な点を最初につかむということもあります。

□ 一方、社説やコラム記事は、たいてい「起承転結」のパターンを踏襲しているようです。これがメリハリをつけることになります。最後の「結」に主張をもつてくるのが社説に多いパターン。たいてい「転」の部分に、「ほほう、、」と思わせるもを示します。この文章では「予防指針の改訂」ですね。[TAKATA]

2) 逆転写酵素阻害剤2剤が新しく発売

Date : 2005/04/15 (Fri)

エムトリバカプセル200mg」「ツルバダ錠」製品概要

<「エムトリバ®カプセル200mg」製品概要>

1. 販売名 「エムトリバ®カプセル200mg」(英表記: Emtriva®Capsules 200mg)

2. 一般名 エムトリシタビン(英表記: Emtricitabine)

3. 効能・効果 HIV-1感染症

4. 用法・用量 通常、成人にはエムトリシタビンとして1回200mgを1日1回経口投与する。なお、投与に際しては必ず他の抗HIV薬と併用すること。

5. 警告 B型慢性肝炎を合併している患者では、本剤の投与中止により、B型慢性肝炎が再燃するおそれがある

- ので、本剤の投与を中断する場合には十分注意すること。特に非代償性の場合、重症化するおそれがあるので注意すること。
6. 禁忌 本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者
 7. 副作用 外国における抗レトロウイルス薬による治療経験患者及び未治療患者を対象とした2つの比較試験において、本剤投与群の580例中303例（52.2%）に副作用が認められた。主な副作用は下痢、浮動性めまい、恶心、腹痛、頭痛、不眠症、無力症等であった。重大な副作用として、乳酸アシドーシスがあらわれることがある。
 8. 包装 エムトリバ®カプセル200mg 30カプセル／瓶
 9. 薬価 1カプセル 1,750.90円
 10. 薬価収載日 2005年4月6日
 11. 製造販売元 日本たばこ産業株式会社
 12. 販売元 鳥居薬品株式会社
 13. 提携 ギリアド・サイエンシズ社

<「ツルバダ™錠」製品概要>

1. 販売名 「ツルバダ™錠」（英表記：Truvada® Tablets）
2. 一般名 エムトリシタビン・フマル酸テノホビル ジソプロキシル（英表記：Emtricitabine · Tenofovir D isoproxil F umarate）
3. 効能・効果 HIV-1感染症
4. 用法・用量 通常、成人には1回1錠（エムトリシタビンとして200mg及びフマル酸テノホビル ジソプロキシルとして300mgを含有）を1日1回経口投与する。なお、投与に際しては必ず他の抗HIV薬と併用すること。
5. 警告 B型慢性肝炎を合併している患者では、本剤の投与中止により、B型慢性肝炎が再燃するおそれがあるので、本剤の投与を中断する場合には十分注意すること。特に非代償性の場合、重症化するおそれがあるので注意すること。
6. 禁忌 本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者
7. 副作用 外国における抗レトロウイルス薬による治療経験患者及び未治療患者を対象としたエムトリシタビン製剤（エムトリバ®カプセル200mg）による2つの比較試験において、エムトリシタビン製剤投与群の580例中303例（52.2%）に副作用が認められた。主な副作用は下痢、浮動性めまい、恶心、腹痛、頭痛、不眠症、無力症等であった。

また、外国における抗レトロウイルス薬による治療経験患者及び未治療患者を対象としたテノホビル製剤（ビリアード®錠300mg）による3つの二重盲検比較試験の48週までの評価において、テノホビル製剤投与群の912例中379例（41.6%）に副作用が認められた。主な副作用は恶心、下痢、無力症、頭痛、腹痛、嘔吐及び浮動性めまい等であり、胃腸障害が多かった。臨床検査値異常では、CK (CPK) 増加、血中トリグリセリド増加、血中アミラーゼ増加等が多かった。

重大な副作用として、腎不全又は重度の腎機能障害、膀胱炎、乳酸アシドーシスがあらわれることがある。

8. 包装 ツルバダ™錠 30錠／瓶
9. 薬価 1錠 3,862.80円
10. 薬価収載日 2005年4月6日
11. 製造販売元 日本たばこ産業株式会社
12. 販売元 鳥居薬品株式会社

13. 提携 ギリアド・サイエンシズ社
http://www.jti.co.jp/News/05/NR-20050408/supplement1_J.html

3) 女性では、HIV感染症が他のSTDのリスクを増加させる

2005年2月17日[ニューヨーク ロイターヘルス]
2月1日付けのThe Journal of Infectious Diseasesによると、HIV-1に感染している女性がHIV以外の性行為感染症(STDs)に感染するリスクが上昇している。

「HIV陽性の女性は他のSTDに対するリスクがあり、そのうちのいくつかは無症候性である」、シアトルのワシントン大学のR. Scott McClelland博士は本紙にそう語った。「性的なリスクに関して質問することは彼女たちにSTDのリスクを指導し、これらの感染症の罹患を減らすための情報を提供するためにも重要なことである。McClelland博士と彼の共同研究者はSTDやその他生殖器官感染症へのHIV-1感染症の影響を測定するのにケニアにおける1215人の女性セックスワーカーの先行き10年間の将来予測研究から得られたデータを使用した。

著者の報告によれば、HIV陽性の女性は、陰性の女性に比べ、性器潰瘍が2.8倍、淋病が1.6倍、膣カンジダが1.5倍であった。また、HIV陽性の女性の間ではトリコモナスの罹患率も高い傾向にあった。しかしながら、HIVを持っていることが、梅毒、クラミジア、cervical mucopus（子宮頸膣瘍粘液？）、子宮頸管炎、細菌性膣炎、膣分泌異常などの状態への影響を及ぼしているように見えないことを、結果は示している。

CD4の減少は、HIVを持つ女性の性器潰瘍や膣カンジダのリスクを増加に関連している一方で、淋病やトリコモナス症の増加リスクとは関連付けられなかった。コンドームを100%使用したと申告した女性では、淋病、クラミジア、子宮頸膣瘍粘液、性器潰瘍、細菌性膣炎の罹患率がかなり低いことを報告は示している。この群においては、報告されたコンドーム使用は他の性感染症の発生率との関連は見られなかった。

McClelland博士は、「医師は、これら感染症のリスク因子を申告したHIV要請の女性にはSTDのスクリーニング検査を考慮すべきである」と締めくくった。さらに「HIV陽性女性のSTDの問題に取り組む最良の方法を発見するための実践的研究が必要である」と付け加えた。「望ましい戦略は、制約のある状況下における診断能力、無症候患者の定期的検査、推定に基づく定期的治療を改善した、リスクを減らすプログラムを含む。それぞれの戦略には潜在的利点と欠点があるが、実践的研究が最も有効で費用対効果に優れたものを明確にするだろう」

[J Infect Dis 2005;191:333-338.]

<http://www.aidsmeds.com/news/20050217epid002.htm>



4) 便利な検査で受検者増加 HIV、10倍の保健所も
Date : 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。

5) 「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>



6) 「日本のエイズ対策は立て直せるのか 拒絶と無関心の壁を越えて」

AIDS&Society研究会議第81回フォーラム報告 宮田一雄
4月23日(土) 13:00~16:30
慶應大学三田キャンパス大学院棟313号室
(東京都港区三田2-15-45)

エイズ予防指針の見直しシリーズの第2弾となる今回のフォーラムは、市川誠一・名古屋市立大学教授、根岸昌功・都立駒込病院感染症科部長、財団法人日本国際交流センターの伊藤聰子チーフ・プログラムオフィサーの3人を講師に招き、仲尾唯治・山梨学院大学教授の司会で行われた。2月26日の前回フォーラム「危機への選択 特定感染症予防指針見直しと日本のエイ

ズ対策」で、現行のエイズ予防指針について、方向性は評価できるものの、その指針のもとで進められた過去5年のエイズ対策は成功にはほど遠いものであることが指摘されたことから、今回のフォーラムはそうした認識を踏まえ、個別施策層に向けた対策のあり方、医療供給体制の現状と問題点、エイズ対策における企業の関与などをテーマに議論が進められた。

厚生科学審議会のエイズ予防指針見直し検討会の委員である市川さんはまず、厚生労働省および地方自治体のエイズ対策担当者が1年か2年、早い場合には半年で異動になってしまう現状を指摘し、「行政官が1年や2年で変わるようでは、問題の所在は見えてこない」と苦言を呈した。現行指針のもとで進められた過去5年のエイズ対策に関しても「5年間ずっと付き合ってくれた人は行政にはいない。人が変わることで問題意識は薄くなってしまう」という状態では、指針の見直しの大前提となる対策の評価すらおぼつかないからだ。

また、現行指針については「個別施策層、連携、人権といった言葉が入ったことはよかったと思う」と評価する一方で、「100年近くもの長期にわたって伝染病予防法に頼ってきた行政には、個別施策層という言葉が何を意味するのかを理解することは難しい。指針に盛り込まれた言葉の意味を具体化させ、実行する場所がなかったのではないか」と述べて、指針と現場における対策の間にギャップが存在することを指摘した。

個別施策層の中で具体的な成果が比較的、はっきりとしたかたちで示されているゲイコミュニティの対策についても「NGOまかせだった」という。市川さんはさらに「予防指針はあっても、いったいその対策をどこで、だれが責任を持って担うのかが示されていない。それが現在のようにエイズの流行が広がる結果をもたらしている」と述べ、今後の流行の拡大に強い危機感を示した。

駒込病院で20年に及びエイズ診療に携わってきた根岸さんからは医療提供体制の問題点として、東京都内のエイズ診療協力病院の2003年度実績報告をもとに、50を超える協力病院のうち、入院患者は5病院、外来患者も3、4病院に集中している現状が示された。多くの病院が積極的にHIV感染者、エイズ患者の診療に取り組もうとしない背景には、医療機関自身にいまなお偏見が根強く残っていることに加え、人材育成が追いつかないことや保険点数のない業務が多く採算性が悪いといった構造的な課題もあるという。また、土日や夜の外来診療が行えないなど就労就学に配慮する体制が欠けているうえ、更正医療にも不備があるなど、医療体制がHIV陽性者の社会参加に対応できていないことも問題点として指摘された。このことは企業側がHIV陽性者を積極的に受け入れる意識に乏しい現状とも表裏をなす問題点でもある。

伊藤さんは最近の日本の企業の動向として、CSR(Corporate Social Responsibility、企業の社会責任)を重視し、多くの企業がCSR室を設置していることを紹介するとともに、定義が定まらないままCSRという言葉が使われている問題点にも言及した上で、エイズ対策と企業のCSRについて報告を行った。

伊藤さんによると各企業のCSR担当者の多くは、欧米のCSRの議論の中にはエイズ対策が必ず入ってくることは知っているが、それが自らの行動としてエイズ対策に積極的に取り組むことには結びついていない。その理由として企業関係者がしばしば語るのは「米国は

もともとHIV感染者が多いので対策がすんでいるのだろうが、日本には関係ない問題だ」「企業のイメージにそぐわない」「職場で感染する病気ではない。プライベートな問題であり、プライバシーの観点からも会社が関与すべきものではないのではないか」「取り組みが必要と分かっていても、どうしたらいいのか、だれに相談したらいいのか分からない」「企業が取り組むべき社会課題はたくさんある中で、どうしてエイズなのか、うまく説明がつきにくい」などの意見だという。伊藤さんは、こうした疑問を持つ企業の人たちの腑に落ちるような説明をひとつひとつ冷静に続けていくことが必要だと指摘している。

なお、2月9日に発足した厚生科学審議会感染症部会のエイズ予防指針に関する見直し検討会は、指針各項目に対する検討を4月で一応、終え、5月に2回、総括討議のための会合を予定している。AIDS&Society研究会議のメンバーからはすでにいくつか、個別の提言が見直し検討会に宛てて出されているが、AIDS&Society研究会議として幅広く意見を集め、提言にまとめるることは残念ながらできなかった。これまでの2回のフォーラムの議論からは、提言の見直し自体ももちろん重要だが、むしろ過去5年の「失敗の経験」から学ぶべきなのは、提言に盛り込まれた成果を具体的な対策に結び付けていく作業であることが明らかになった。その意味では、今後も継続して見直し検討会の議論に注目するとともに、見直し後も指針の評価を続け、エイズ対策に反映させていくことが必要になる。

7) 神戸エイズ国際会議予告編?

第7回アジア・太平洋地域エイズ国際会議（神戸エイズ国際会議）の開会式（2005年7月1日）で演奏を予定している岸本寿男さん、佐藤健作さんの東京でのライブが5月15日（日）にあります。岸本さん、佐藤さんにとっては初競演だそうです。ギターの蓮見さんも含め、神戸国際エイズ会議開会式のステージがどんなものか、一足早く雰囲気をつかむ機会にもなります。

以下は音楽誌「モストリー・クラシック」6月号に掲載されたお知らせです。

和の国際派競演 ライブ「SYNCHRONICITY」

地震の被災地の復興を支援するライブ「SYNCHRONICITY」が5月15日夕、東京都江東区門前仲町の門仲天井ホールで開かれる。出演は佐藤健作（和太鼓）、岸本寿男（尺八）、蓮見昭夫（ギター）。海外での知名度も高い佐藤は「和太鼓に選ばれた男」といわれる。サッカーW杯フランス大会では閉会式の奏者に選ばれ、圧倒的な迫力で爆発する大太鼓が世界を魅了した。著名な感染症学者でもある岸本は尺八でジャズのスタンダードナンバーも演奏。米国留学時にシアトルで日系人のテレビドキュメンタリーの音楽を担当し、米国北西部地区エミー賞を受賞している。「和の国際派」ともいるべき2人の競演。収益金は中越地震とスマトラ沖大地震の被災地の復興のために寄付される。午後5時開演。全席自由・前売り3000円、当日3500円。

<問い合わせ先>

ars-tihayable (あるす・ちはやぶる)

電話080-5141-5212

8) 1日1回 カレトラがレイアタツを見送る

に十分であるか？

[紹介]=====

原題：Will 1 日 1 回 Kaletra be enough to see off the threat of Reyataz?

出典：Pharmaceutical Business Review

http://www.pharmaceutical-business-review.com/article_feature.asp?guid=19B35C8A-0C61-4E9B-AA08-B8BF93550BDB

翻訳：J-AIDS 翻訳ボランティア

転載：広島大学病院 エイズ医療対策室 高田 昇

・成長し続ける抗 HIV 薬の市場でシェアを維持するためには、効果、耐性プロファイルなどの治療上のニーズに加え、用量、副作用などの製品特性も必要なことである。1日1回の2PI剤の発売に反応して、アボット社がリーディング PI 剤のカレトラを1日1回剤に改良した。1981年に HIV/AIDS の最初の報告がされてから、AIDS を導く HIV 感染が現在推定約 4000 万の感染者の大きな病因になっている。実際ある地域では HIV が約 300 万の AIDS 関連死の高い死亡率に関係している。

・先進国においては、この 20 年間に体内の HIV のレベルを減少させ、HIV から AIDS への進展を遅らせる抗 HIV 薬の開発に伴って HIV の治療管理が急進歩した。26 の抗 HIV 薬の上市で、HIV 市場は比較的に成熟していると考えられ、それゆえに市場競合の激しさが起こっている。

・効果に加え、薬剤取り込みを増加させる特徴としては、優れた副作用プロファイル、少ない錠剤数、低用量などがある。患者の生存期間が長くなり、HIV が慢性疾患になりつつあるなかで、抗 HIV 薬处方において QOL の重要性は増してきている。実際に錠剤数を減少させることは、患者の薬剤レジメにおいて、患者のライフスタイルへの影響を最小にするだけでなく、コンプライアンス(アドヒアランス)を維持するのに欠かせないことである。

・過去 4 年間で、低用量、少ない錠剤ですむ抗 HIV 薬が数多く発売された。例えば NRTI では Viread (tenofovir)、Emtriva (emtricitabine) は一日一剤、合剤の Combivir (lamivudine/zidovudine)、Trizivir (lamivudine/zidovudine/abacavir)、Epzicom (lamivudine/abacavir)、Truvada (tenofovir/emtricitabine) は、1 錠剤で 2-3 剤摂取できるようになっている。

・PI 剤では 1 日に 18 錠まで飲まなければならない PI 剤特有の錠剤数の問題があったが、2003 年に 1 日 1 回で、且つ副作用プロファイルが改良されたレイアタツが発売された。2003 年 8100 万ドル、2004 年 3 億 6900 万ドルと比較的早く成長した。実際にこの製品は、カレトラ 35.6% に統いて、19.2% の PI 剤クラスで 2 番目のシェアを持つ。

・アボット社のカレトラは 2000 年 9 月に優先審査の元で早期承認され、2002 年 11 月には全承認を与えられた。ブースト役の Ritonavir と合剤で、成人および 6 ヶ月以上の小児に適応される。他の PI 剤に比べ優れた耐性プロファイルをもち、市販されている抗 HIV 薬の中で価値の高い薬剤の 1 つと考えられるが、1 日 6 錠必要であり、広い副作用に関係している。

・カレトラはリーディング PI 剤(2004 年売上げ 6 億 8200 万ドル)ではあるが、レイアタツの急速な浸透で影響を受けている。……例えば 2002 年から 2003 年かけて成長率 30.9% に比べ 2003 年から 2004 年の

成長率は9.3%。レイアタツと戦うために、アボットはカレトラを1日1回投与のレジメンのために改良した。カレトラ QD(1日1回)と BID(1日2回)、併用薬は NRTIs Viread and Emtriva の良好な結果に基づき、アボットは2005年に FDA より承認を得、ヨーロッパ MAA にも2004年7月に申請して承認待ちである。

・データモニター調査によると、医師はどのようにこの改良が成功するのかはっきりしないことがわかった。業界の専門家のインタビューで漏れた意見では明らかである。「1日1回のカレトラは何も変えないであろう。カレトラ QD を持つことは良い考えとは思わない。」フランスのインタビューを受けた人は続けて言った。「BID がとても有用な患者にとって、QD はネガティブとなるであろう。であるから、私は QD への移行は市場の変化を何らもたらすとは思わない。」

・スペインのOLは逆に「大きな影響をもつであろう。なぜなら私はこの数ヶ月間に、おそらく数年間に、P I 剤領域においてカレトラの主要対抗品は、セコンド P I や既治療患者ほど大きくなないが、主にナイープ患者において、アザナビルになるであろう。しかし、P I 剤がその役割を果たすと思われる患者において、ア

タザナビルはファースト P I として多くの利点を有している。そしてその利点の一つは QD スケジュールで投与することができるということである。」と言っている。

・しかしながら幾人かは、その改良や副作用について表明している。「遅すぎると思う。QD の P K プロファイルが BID ほど良いとはおもえない。そして1日1回としてデザインされた他の P I 剤を持っている。この1日1回剤が助けになるとは思えない」とドイツのOLは信じている。

・「418 Study で」、1日2回投与と比較して1日1回投与はウイルス学的には不利な点は示されなかつたが、認容性の不利な点として Grade 3 の下痢の頻度が6%から16%なったことが示された。」とUKのOLは言っている。

・事実、レイアタツのカギとなる利点としては、1日1回の服用法ではなく、むしろこの2年間で急に取り上げられてきた脂質に対する副作用発現の減少である。であるから、1日1回カレトラは、明らかに多くの患者に利益をもたらすが、この改良(ブースト)したものが、レイアタツの競合からカレトラを守るのにどれほど有用なのかはっきりしていない。

・カギとなるのは、カレトラと一般的に併用される他の抗 HIV 薬の用量頻度である。例えば、医師は1日2回投与薬剤に1日1回投与薬剤を同時に処方するは気はせず、より簡単なレジメを好むであろう。カレトラを1日1回投与薬剤(Viread, Emtriva, Epzicom, Truvada)と処方する場合には、1日1回投与に改良したものは受け入れられるであろう。しかし1日2回投与薬剤(Combivir)との組み合わせでは、医師は新しい剤形に変更することはおそらくまったく無いであろう。

<コメント>

◇翻訳ボランティアさんから頂いた翻訳です。ありがとうございました。

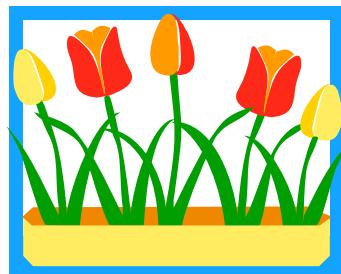
◇治療の大切な点は、有効性、安全性そして利便性の3つです。特に慢性疾患で無症状なのに治療を続けるには、治療を続けやすい薬、続けやすい治療環境が必

要です。1回の飲む量が減り、1日1回でよく、しかも飲みやすいとなるとずいぶん気持ちも楽です。仮にこの上、毎週月曜日の朝みたいに週に1回だけというのが出てきたら、、、どうでしょうか。

◇レイアタツはノービアでブーストすれば、有効性は遜色なく、安全性もすぐれ、食後という条件はつくけれど1日1回でよい。併用するNRTIは3TC、FTC、TDFなどになるでしょう。他のオプションも、、、あるかも。カレトラも1日1回にできるけど、長期的には脂質代謝異常の面で問題がありそう、、、。

◇少しプリストル社寄りの記事とも読めます。すくなくともまだノービアでブーストするレイアタツは、治療未経験のHIV感染者への第一選択の治療にはなっていません。支持するデータは今からのこと。、逆にダメというデータもありません

。時間の問題かもしれません。期待して待ちましょう。[TAKATA]



9) アメリカ国民の HIV 感染率 1988 年から 2002 年にかけての国民健康栄養調査から

[紹介]=====

原題：The Prevalence of HIV in the United States Household Population:

The National Health and Nutrition Examination Surveys, 1988 to 2002

著者：Geraldine McQuillan ら (CDC)

出典：12th CROI (Feb 22-25, 2005) Abstract 166.

<http://www.retroconference.org/2005/cd/Abstracts/25370.htm>

紹介ならびに翻訳：広島大学病院 エイズ医療対策室
高田 昇

【背景】 国民健康栄養調査の2つのデータ(NHANES III 1988 to 1994 and NHANES 1999 to 2002)を元に、アメリカ国民における HIV 感染率の傾向を分析した。

【方法】 NHANES III では 18 才から 59 才の対象者の血清、NHANES 1999 to 2002 では 18 才から 49 才の対象者の血清あるいは尿を分析した。検査項目は HIV 抗体を調べ、さらに陽性者の血液検体では 1999 年から 2002 年について CD4 リンパ球を年齢をマッチさせた対照群と比較しながら測定した。1999 年から 2002 年については、検査センターで個別にインタビューを行い、最近の服薬歴と危険行動についてのデータを得た。

【結果】 NHANES III において年齢で補正した HIV 感染率は 0.33% (95% CI, 0.22~0.52) であった。これに対し 1999 to 2002 では 0.43% (95% CI 0.25~0.72) であった。非ヒスパニック系黒人の感染率は顕著に高く、現在の調査では 1.10% (95% CI 0.68~1.79) から 2.14% (95% CI 1.46~3.11) に上昇した。現在の調査で

の危険因子の分析では、非ヒスパニック黒人で静脈注射薬の使用とヘルペス2型抗体陽性者だけがHIV感染と有意な関連が認められた。HIV陽性者と年齢をマッチさせた対照群でのCD4陽性Tリンパ球検査では、HIV感染者の32%がCD4細胞数が200/mm³未満であった。ただ、これらの陽性者のうちわずか20%だけが過去30日以内に抗HIV薬を服用していたと答え、呼び出されて告知を受けた19人の中で8人だけが、自分の感染の危険性について気づいていなかった。自分のHIV感染を知っていた11人では、10人が現在薬を服用中と答えた。

【まとめ】2つの調査結果から、この10年間でアメリカ国民のHIV陽性率には有意な変化はみられなかった。しかし、非ヒスパニック系黒人では明らかな上昇がみられた。全体で見るとHIV感染者の35%が抗HIV薬を服用していたが、非ヒスパニック系黒人では18%であった。HIV感染者の91%は治療中であったので、HIV感染を知らせることはHIV予防の重要な柱であり続ける。この研究データはアメリカ国民の代表的な検体であり、人種的あるいは文化的な背景によってはHIV感染は国全体で増加している。HIV感染を知っているほとんどのひとは、治療を受けてるのでHIV検査を普及させて自分の感染を知ることが、これらの人種的あるいは文化的な背景を持っている人たちの格差を減らすはずである。

<コメント>

◇ 国民健康栄養調査というものの調査対象の選び方や、基礎情報の集め方、そして本人への説明と同意という方法論がよくわかりません。病気を持っていることを知っていて、なおかつ、現在服薬中という人も対象になっているのですから。ただこれだけ自身を持った書き方ですから、かなりバイアスが生じるのは避けようとしているのでしょうか。せめて母数でも示して欲しかった。（原文を口演でポスターはないようです）

◇ しかも匿名で集めたはずの検体が、後から、HIV検査では陽性の場合、本人を呼び出してインタビューし、HIV陽性であったことを呼び出して伝えているみたいですね、、、。事前にそういうことになるかも、というアナウンスはしているのでしょうか。

◇ 成人の0.43%がHIV陽性。250人に一人ですね。おそらく大都会ではこの数倍で交流のすくない地域では数分の1でしょう。ただ地域差は述べられていません。非ヒスパニック系の黒人の感染率の高さは、感染しやすい個体なのか、感染しやすい行動なのか、という論議がありえるでしょう。ヘルペス2型の抗体陽性率と相関、という意味は、防護のない性行為の頻度が高いということに結びつけて解釈するのでしょうか。

[TAKATA]

HIV感染の診断：早いほど良い

[紹介]

原題：**Diagnosing HIV Infection: The Sooner, the Better**

著者：Abigail Zuger, MD

出典：Journal Watch May 13, 2005

<http://www.nankodo.co.jp/JWJ/archive/JW05-0513-05.html>

<元になった論文>

Pilcher CD et al. Detection of acute infections during HIV testing in North Carolina.

N Engl J Med 2005 May 5; 352:1873-83.

紹介：広島大学病院 エイズ医療対策室 高田 昇

標準的なHIV検査は抗体を基本としており、ウイルス血症の状態で伝染性があるが、まだ抗体陽性ではない急性感染患者を見落とすことが多い。核酸増幅法を利用した抗原検査は、一般にケースバイケースで行われるだけである。研究者は、ルーチンの抗原検査を、標準的な大規模スクリーニングのプロトコールに組み込むことの効果を検討した。

12カ月のあいだ、ノースカロライナ州の居住者109,250人について、標準的な抗体アッセイ（酵素免疫測定法およびウェスタンブロット）と、個々のサンプルで6750copies/mLまで血漿HIV-RNAレベルを同定できるロット毎の核酸増幅システムの両方によってHIV検査が行われた。標準的な検査では583人のHIV感染者が同定され、抗原検査ではさらに23人が同定されたため、全体で3.9%検出力が上昇した。急性感染は性感染症クリニックでもっとも多かったが、独立したHIV検査所や刑務所でも同定された。この追加検査で1検体につき3.63USドルの検査費用が追加され、州のHIV検査プログラムの費用が全体で推定3%増加した。

<コメント>：急性HIV感染中は血液と体液のウイルス量が高いため、この段階ではとくに接触感染しやすくなっています。また急性感染を治療することで慢性感染の重症度が限定されるかもしれないことを示したエビデンスもある。したがって、早期診断は感染患者個人を治療するためにも、性的接触による伝播を予防するためにも重要である。この大規模な予備研究は、ルーチンの抗原検査が今後場合によっては、HIV検査プロトコールにおいて費用対効果に優れたものと十分になりうることを示している。

<コメント>

◇ 検出感度が6750コピイとは、、、アンプリコアの通常のキットが400コピイですから、10本分ぐらいプールしているのでしょうか。だから1検体3.63ドルで済むのでしょうか。検査代の内訳は試薬、機器、人件費、管理費などですが、日赤の場合、1検体あたりのコストはどれくらいでしょうか。

◇ 日本の保健センターの検査は、おそらく行政が運営している衛生研究所に持ち込んでやっています。あらたにPCRを手動でセットアップするのは大いなる無駄。1年間にプール血漿にして100万件近いアッセイをHIV検査にNATを組み込むとしたらどうでしょうか。自動化、大量検査を実現している日赤のNATセンターが受注してくれれば、保健センターも大助かりかも、、、。あとはコストだけ。[TAKATA]

[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

幹事会は幹事を持つ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 感染症の診療に関する医療・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、他職種との連係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	教授	山田 治
幹事	HIV と人権情報センター岡山	赤松慧都子	
	岡大医学部総合患者支援センター	MSW	石橋京子
	倉敷中央病院外来	師長	白神孝子
	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(3) 2005.5.31

■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