

岡山 HIV 診療 NetWork NEWS

第 12 巻第 5 号 (通巻 69 号)

2005 年 9 月 27 日

I. 第 69 回定例会プログラム

[場所:川崎医科大学附属病院 8 階特別食堂]

[当番幹事:三宅晴美/和田秀穂]
[川崎医科大学附属病院 看護/血液内科]

①報告事項

[1]新規抗 HIV 薬 ツルバダとエムトリバの紹介]

[東條英之]
[鳥居薬品 KK]

■ ツルバダ錠

<有効成分>

(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

(化学名)エムトリシタビン:4-Amino-5-fluoro-1-[(2R,5S)-2-(hydroxymethyl)-1,3-oxathiolan-5-yl] pyrimidin-2(1H)-one

フマル酸テノホビル ジソプロキシル:Bis(isopropoxy-carbonyloxymethyl) [[(1R)-2-(6-amino-9H-purin-9-yl)-1-methylethoxy]methyl] phosphonate monofumarate

<特徴>

エムトリシタビンとフマル酸テノホビル ジソプロキシルの配合剤であり、用法・用量は1日1回1錠投与です。

エムトリシタビンは、治療経験者及び治療未経験者を対象とした臨床試験で有効性が認められました。なお副作用発現率は52.2%(580例中303例)でした。主な副作用は下痢(62例、10.7%)、浮動性めまい(54例、9.3%)、悪心(47例、8.1%)腹痛(35例、6.0%)、頭痛(31例、5.3%)、不眠症(29例、5.0%)、無力症(28例、4.8%)等でした。

フマル酸テノホビル ジソプロキシルは治療経験者及び治療未経験者を対象とした臨床試験で有効性が認められました。なお副作用発現率は41.6%(912例中379例)

でした。主な副作用は悪心(95例、10.4%)、下痢(84例、9.2%)、無力症(53例、5.8%)、頭痛(47例、5.2%)、腹痛(45例、4.9%)、嘔吐(38例、4.2%)、浮動性めまい(31例、3.4%)等でした

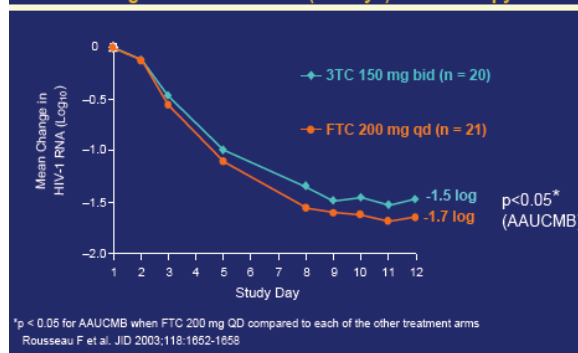
初回治療の推奨レジメン

◆治療未経験者(ナীব症)

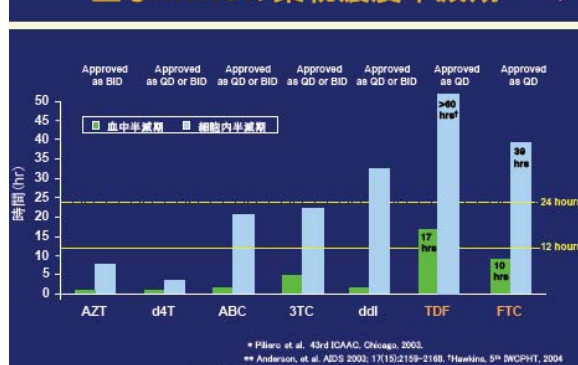
例年 ライン	最新 年月	ベース	初回治療 推奨レジメン
DHHS (米国)	2005年 4月	NNRTI PI	EFV + (3TC or FTC) + (AZT or TDF) LPV/r + (3TC or FTC) + AZT
IAS-USA (米国)	2004年 7月	NNRTI PI	EFV + (3TC or FTC) + (AZT or TDF) EFV + ddI + FTC LPV/r ATV/r + (3TC or FTC) + (AZT or TDF) or (ddI + FTC) SQV/r IDV/r

引用元:米国政府ガイドライン(DHHSガイドライン)、米国エイズ協会(IAS-USAガイドライン)

抗HIV活性 (3TCとの活性比較) Emtricitabine Antiviral Activity Compared to Lamivudine 150 mg BID in Short Term (10 Days) Monotherapy



主なNRTIsの薬物濃度半減期#



<誘導される薬剤耐性変異(in vitro)>

◆ エムトリシタビン

- ・逆転写酵素遺伝子にM184V/I変異が認められた
- ・M184V/I 交差耐性(3TC、ddC)、感受性維持(TDF、AZT、d4T、ddI、EFV、NVP、DLV)

Tisdale M. et al.: Proc Natl Acad Sci U S A. 90(12):5653-6, 1993

◆ テノホビル

本号のハイライト

- 1 ツルバダとエムトリバの紹介:東條英之氏
- 4 Mini レクチャー:藤井輝久先生/広島大学附属病院
- 6 症例提示:徳永博俊 先生
- 7 HIV 情報 [1] 学界および研修会
- 8 エイズは「死の病」か/宮田一雄氏
- 10 HIV 検査を誰にすすめるか/堀成美氏・他

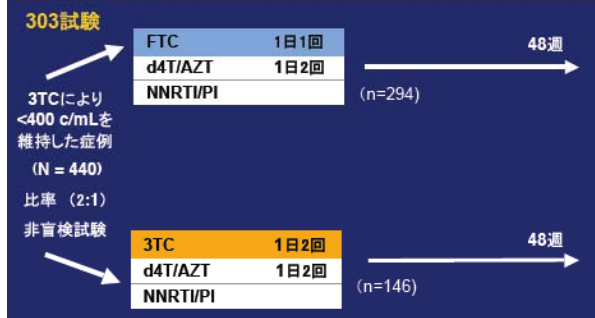
- ・逆転写酵素遺伝子にK65Rの変異が認められた
- ・K65Rの変異でテノホビル感受性は3~4倍低下
- 交差耐性(ddI, ddC, ABC)、感受性不変(d4T)、感受性増(AZT)

◆ K65Rの変異にM184V変異(FTC関連変異)が加わるとテノホビルの感受性が野生株と同等に回復

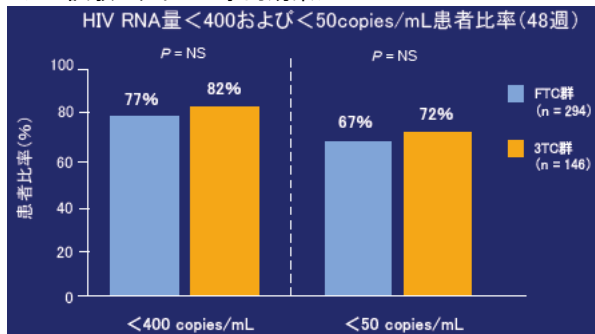
Wainberg M.A, et al. Antivir Ther. 1999;4:87-94.

<治療経験者を対象とした臨床試験:エムトリシタビン>

治療経験者を対象とした試験デザイン



<303試験 ウイルス学的効果>



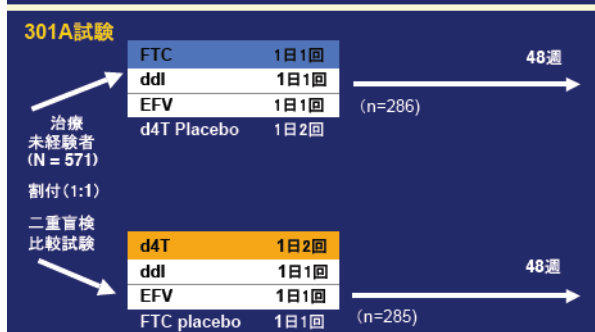
<303試験 有害事象>

いずれかの投与群で3%以上の頻度で報告されたグレード1以上の有害事象

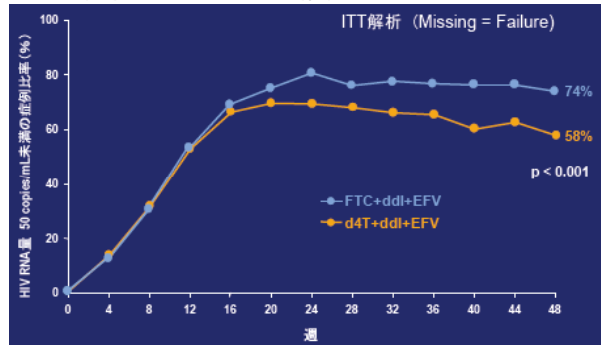
器官別分類	FTC群 (n=294)	3TC群 (n=146)
胃腸障害		
下痢	23%	18%
悪心	18%	12%
嘔吐	9%	7%
腹痛	8%	11%
消化不良	4%	5%
全身障害及び投与局所様態		
無力症	16%	10%
神経系障害		
頭痛	13%	6%
不眠症	7%	3%
錯覚感	5%	7%
浮動性めまい	4%	5%
ニューロパシー/末梢神経炎	4%	3%
精神障害		
うつ病	6%	10%
皮膚及び皮下組織障害		
発疹 ^{a)}	17%	14%
筋骨格及び結合組織障害		
筋痛	4%	4%
関節痛	3%	4%
呼吸器、胸郭及び縦郭障害		
咳嗽増加	18%	12%
鼻炎	14%	11%

<未治療経験者を対象とした臨床試験:エムトリシタビン>

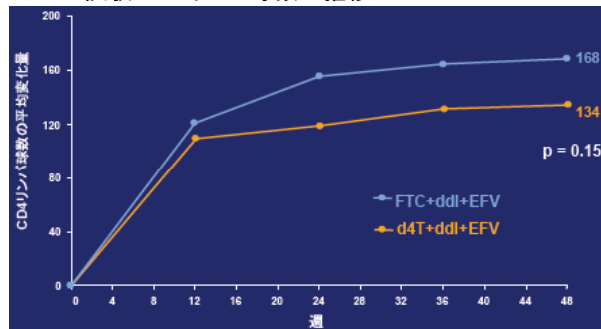
治療未経験者を対象とした臨床試験デザイン



<301A試験 HIV-1RNA量の推移>



<301A試験 CD4リンパ球数の推移>



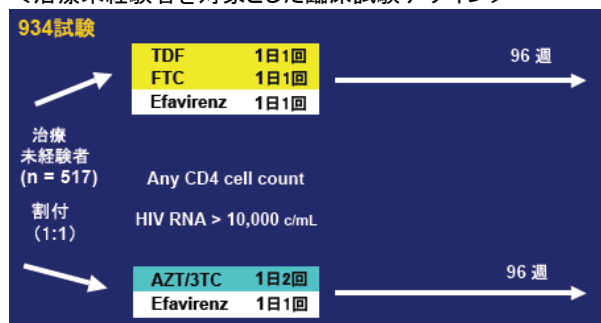
<301A試験 有害事象一覧>

いずれかの投与群で3%以上の頻度で報告されたグレード1以上の有害事象

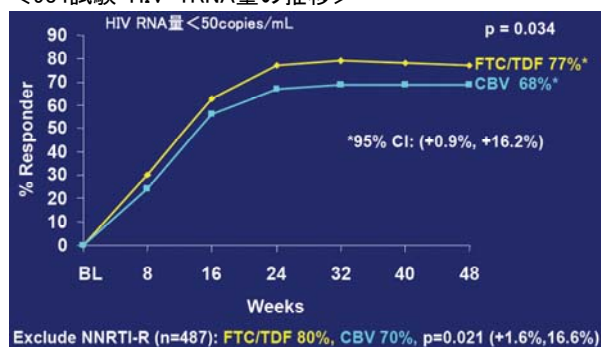
器官別分類	FTC群 (n=286)	d4T群 (n=285)
胃腸障害		
下痢	23%	32%
腹痛	14%	17%
悪心	13%	23%
嘔吐	9%	12%
消化不良	8%	12%
全身障害及び投与局所様態		
無力症	12%	17%
神経系障害		
浮動性めまい	25%	26%
頭痛	22%	25%
不眠症	16%	21%
異常な夢	11%	19%
錯覚感	6%	12%
ニューロパシー/末梢神経炎	4%	13%
精神障害		
うつ病	9%	13%
皮膚及び皮下組織障害		
発疹 ^{a)}	30%	33%
筋骨格及び結合組織障害		
筋痛	6%	3%
関節痛	5%	6%
呼吸器、胸郭及び縦郭障害		
咳嗽増加	14%	8%
鼻炎	12%	10%

■ TDF/FTC vs AZT/3TC

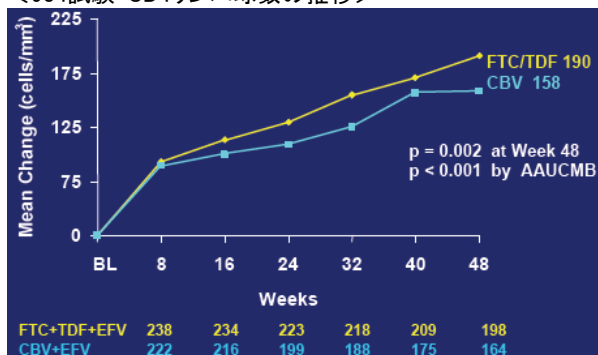
<治療未経験者を対象とした臨床試験デザイン>



<934試験 HIV-1RNA量の推移>



<934試験 CD4リンパ球数の推移>



<TDF/FTC/EFV投与時の耐性発現状況(48週)>

	FTC/TDF, n=244 N, (% mITT)	CBV, n=243 N, (% mITT)
Genotyping Population ¹	12 (5%)	23 (9.5%)
Any EFV-R ²	9 (4%)	16 (7%)
Any M184V/I	2 (0.8%)	7 (3%)
Any TAMs	0	1 (0.4%)
K65R	0	0
Wild-type	3 (1%)	5 (2%)

<有害事象による中止(48週)>

	FTC/TDF (n = 257)	CBV (n = 254)
発現頻度*	10 (4%)	23 (9%) ^a
貧血/ ↓ Hgb	0	14 (6%)
悪心	1 (<1%)	4 (2%)
倦怠感	0	3 (1%)
嘔吐	0	2 (<1%)
皮膚炎 (NNRTI)	2 (<1%)	0
好中球減少	0	2 (<1%)

■ Drug Information (本剤特有の注意点を中心に抜粋)

<副作用>

・海外での主な臨床試験(48週間までの評価)での副作用発現率は、エムトリシタビン製剤投与群で580例中303例(52.2%)、テノホビル製剤投与群で912例中379例(41.6%)

・主な副作用 (エムトリシタビン製剤580例中/テノホビル製剤912例中)

下痢	62例/84例 (10.7%/9.2%)
浮動性めまい	54例/31例 (9.3%/3.4%)
悪心	47例/95例 (8.1%/10.4%)
腹痛	35例/45例 (6.0%/4.9%)
頭痛	31例/47例 (5.3%/5.2%)
不眠症	29例/15例 (5.0%/1.6%)
無力症	28例/53例 (4.8%/5.8%)

<重大な副作用①>

・腎不全又は重度の腎機能障害(0%/頻度不明)注)

・本剤の有効成分であるフマル酸テノホビル ジソプロキシルにより、腎機能不全、腎不全、急性腎不全、近位腎尿管機能障害、ファンコニー症候群又は急性腎尿管壊死等の重度の腎機能障害があらわれることがあるので、定期的に検査を行うなど観察を十分に行い、臨床検査値に異常が認められた場合には、投与を中止するなどの適切な処置を行うこと。特に腎機能障害の既往がある患者や腎毒性のある薬剤が投与されている患者では注意すること。

注)本剤による臨床試験は実施中であり、副作用発現率に関する

データは得られていないため、エムトリシタビン製剤の発現率/テノホビル製剤の発現率(外国における集計対象となる臨床試験で報告された副作用)を示した。市販後調査、自発報告又は外国における集計対象外の臨床試験等で報告された副作用で頻度の算出できないものは頻度不明とした。

<重大な副作用②>

・肺炎(0% <1%)注)

・本剤の有効成分であるフマル酸テノホビル ジソプロキシルにより肺炎があらわれることがあるので、血中アミラーゼ、リパーゼ、血中トリグリセリド等の検査値の上昇がみられた場合には、投与を中止するなど適切な処置を行うこと。

・乳酸アシドーシス(頻度不明/<1%)注)

・乳酸アシドーシスがあらわれることがあるので、このような場合には、投与を中止するなど適切な処置を行うこと。注)本剤による臨床試験は実施中であり、副作用発現率に関するデータは得られていないため、エムトリシタビン製剤の発現率/テノホビル製剤の発現率(外国における集計対象となる臨床試験で報告された副作用)を示した。市販後調査、自発報告又は外国における集計対象外の臨床試験等で報告された副作用で頻度の算出できないものは頻度不明とした。

<警告・禁忌>

【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。

【禁忌(次の患者には投与しないこと)】

・本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者

■ ツルバダ錠の効能・効果/用法・用量

・効能・効果

・HIV-1感染症

・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。

<用法・用量に関連する使用上の注意>

腎機能障害のある患者では、エムトリシタビン製剤及びテノホビル製剤の薬物動態試験においてエムトリシタビンとテノホビルの血中濃度が上昇したとの報告があるので、腎機能の低下に応じて、次の投与方法を目安とする(外国人における薬物動態試験成績による)。

クレアチニン クリアランス(CL _{Cr})	投与方法
50mL/min以上	本剤1錠を1日1回投与
30~49mL/min	本剤1錠を2日間に1回投与
30mL/min未満 又は血液透析患者	本剤は投与せず、エムトリシタビン製剤及びテノホビル製剤により、個別に用法・用量の調整を行う

<使用上の注意>

・慎重投与(次の患者には慎重に投与すること)

・腎障害のある患者

・中等度及び重篤な腎機能障害のある患者では、本剤の血中濃度が上昇する。

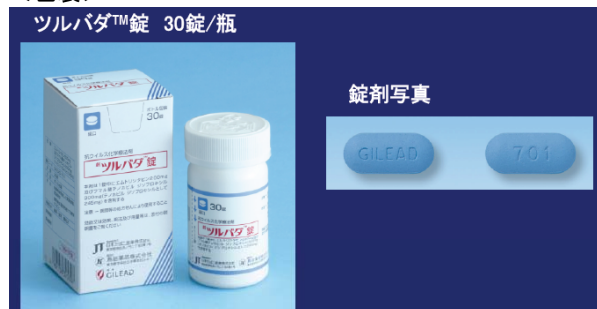
<使用上の注意 重要な基本的注意(抜粋)>

・腎障害の既往、合併又はリスクを有する患者に本剤を投与する場合には、血中クレアチニン、血中リン酸塩の変動を注意深く観察し、投与方法を調節する等の適切な処置を行うこと。また、腎毒性を有する薬剤との併用は避けることが

望ましい。

- ・本剤の有効成分であるエムトリシタビンの薬剤耐性を含むウイルス学的特性はラミブジンと類似しているため、本剤とラミブジンを含む製剤を併用しないこと。また、ラミブジン及びフルボ酸テノホビル ジソプロキシルを含む抗HIV療法においてウイルス学的効果が得られずHIV-1逆転写酵素遺伝子のM184V/I変異が認められた場合、ラミブジン及びフルボ酸テノホビル ジソプロキシルを本剤に変更することのみで効果の改善は期待できない。
- ・エムトリシタビン製剤の試験において皮膚変色が発現し、その発現頻度は有色人種に高いことが示唆されている。その原因は現在のところ不明であり、外国の規制当局からの指示により、発現機序等について検討中である。

<包装>



[2]その他

■ 世界エイズデー2005in 岡山のご案内

【日時】2005年11月19日(土曜日) 9:00~16:00

【場所】岡山大学津島キャンパス

【イベント内容】HIV抗体検査、エイズカフェ他
HIV抗体検査の対応スタッフを募集します。



岡山市保健所 保健課 開原恭子
700-8546 岡山市鹿田町 1-1-1
TEL:086-803-1262 / FAX:086-803-1758
kyouko.kaihara@city.okayama.okayama.jp

■ END

②ミニレクチャー 7:00~7:50

司会：和田秀穂/川崎医科大学血液内科助教授

講師：藤井輝久 先生（広島大学附属病院エイズ医療対策室）

演題：HIVとHCVの重複感染者におけるHCVの治療

肝疾患とHIV/HCV重複感染患者の治療 Liver diseases and treating HIV/HCV-coinfected patients

Fiona Mulcahy, MD

HIV/HCVの重複感染患者の比率が増加している。ヨーロッパにおけるEuro SIDAコホート研究では、HIV陽性患者の3例のうち1例が、HCVに重複感染していることが示されている。HIV/HCV重複感染患者では、肝疾患のリスクおよび死亡率が増加する（表1）。

（表1） HIV/HCV重複感染者においてなぜC型肝炎の治療が必要なのか

- ・死亡率が増加する
- ・肝硬変への進行が促進される
HIV陽性患者では、HCV感染25年後にF3~F4に進行する比率が平均50%に達する
(HIV陰性患者では15~20%)
- ・抗HIV薬による肝毒性のリスクが高い
HCV陽性患者では肝毒性のリスクが12~15%
(HCV陰性患者では5~7%)
- ・HCV単独感染患者ではペグ化インターフェロンに対するウイルス学的著効率(SVR: sustained virological response)が42~80%と高い

JAC 2004; 53:19-22
Martin-Carbonero et al. CID 2004; 38: 126-33
Manns et al. Lancet 2001; Fried et al. NEJM 2002

さらに近年の抗レトロウイルス療法の進歩によるHIV/HCV重複感染患者の平均余命の延長に伴い、HIV感染に起因する日和見感染症よりも、肝疾患に起因する入院や死亡率が増加している。現在では、肝疾患はHIV感染患者の重要な合併症であり、主要な死亡原因の1つとなっている。しかし、現在使用されている3クラス（プロテアーゼ阻害薬：PI、核酸系逆転写酵素阻害薬：NRTI、非核酸系逆転写酵素阻害薬：NNRTI）の抗HIV薬は、程度の差はあるもののいずれも肝毒性を示すと考えられる。

NNRTIに関しては、NVPが肝毒性を有意に増加させ、使用を中止しても肝不全を起こすことがあるという十分なエビデンスがある。肝毒性のリスクは慎重に検討する必要があり、CD4陽性細胞数>250/mm³の女性、CD4陽性細胞数>400/mm³の男性などリスクが高いと判断される患者に対しては、NVPの使用を避けるべきである。

PIを含むすべての抗HIV薬はHIV/HCV重複感染患者に対して肝毒性のリスクを高めるが、大半の患者はPIをベースとした治療により良好な成績が得られている。PIが開発された初期の段階から、高用量のRTVが肝毒性のリスクを有意に高めることが示された。しかし、肝毒性のリスクはboosted PIのレジメンで通常使用される低用量のRTVでは認められない（表2）。

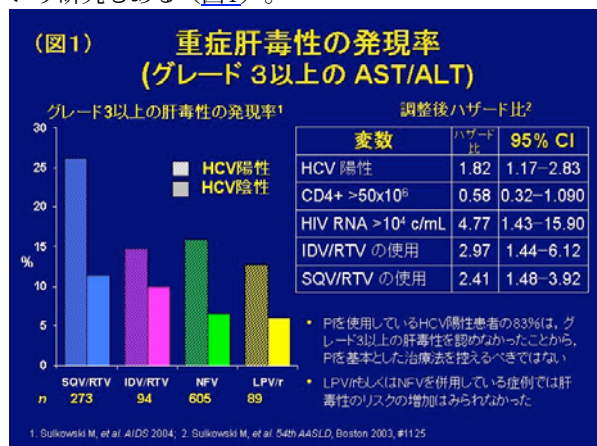
（表2） HIV/HCV重複感染者に対するLPV/rの成績

- ・8件の臨床試験のメタ解析(試験期間48週間)
 - ・成人HIV感染患者819例
 - ・肝炎陽性:C型肝炎および/またはB型肝炎の重複感染者132例
 - ・肝炎陰性:687例
- ・Lopinavir/ritonavirの成績
 - ・少なくともNEVと同等の安全性
 - ・B型肝炎および/またはC型肝炎との重複感染者に対する有効性はHIV単独感染者と同程度
 - ・48週における免疫学的回復度は同等
 - ・ART naïveの重複感染者では、NEVをベースとした治療に比べて、ALT/AST上昇の発生率は低い傾向があった
 - ・ART naïve例において、肝炎陽性患者のグレード3以上のALT/AST上昇の発生率は、肝炎陰性患者と比べて有意差なし
(AST: 肝炎陽性4% vs 肝炎陰性3%, ALT: 肝炎陽性9% vs 肝炎陰性4%)

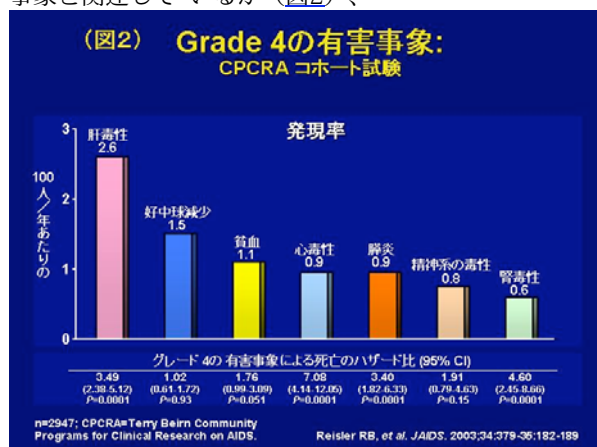
*Analysis using Sulkowski M, et al. Ann Intern Med 2003; 139:197-207
da Silva, et al. 15th IAC, Bangkok, 2004. Abstract MoP03205

またHIV/HCV重複感染患者において、SQV/RTVおよ

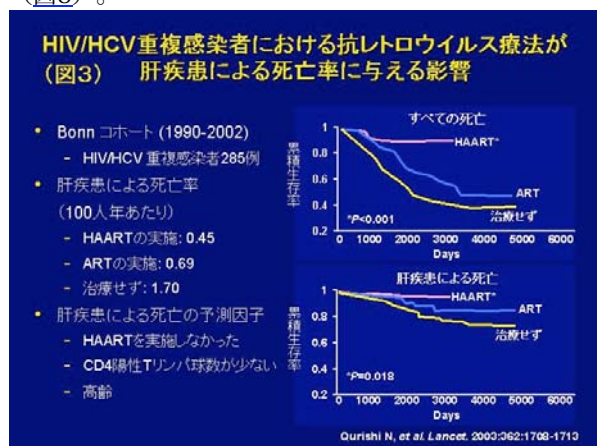
びIDV/ RTVは肝毒性のリスクを増加させるが、LPV/rとNFVは肝毒性のリスクを実質上増加させなかったという研究もある(図1)。



HIV重複感染患者では、HCVによる肝硬変および肝不全のリスクが高まるという多くのエビデンスがある。さらに、いくつかの抗HIV薬は確かに肝臓の有害事象と関連しているが(図2)。



結果的に抗レトロウイルス療法により肝疾患に関連する死亡率だけでなく、総死亡率をも低下させている(図3)。



多くの場合、肝疾患の進行と死亡のリスクは、抗レトロウイルス療法による有害事象よりも重要と考えられるため、HIV/HCV重複感染患者では、抗レトロウイルス療法のリスクと有益性を慎重に検討する必要がある。

● 略号：国内での一般名<製品名>

【プロテアーゼ阻害薬 (PI)】

- RTV：リトナビル<ノービア>
- SQV：サキナビル<インビラーゼ/フォートベイス>
- LPV/r：ロピナビル・リトナビル配合剤<カレトラ>
- NFV：ネルフィナビル<ビラセプト>
- IDV：インジナビル<クリキシバン>
- 【非核酸系逆転写酵素阻害薬 (NNRTI)】
- NVP：ネビラピン<ビラミューン>

< コメント >

国立国際医療センター

エイズ治療・研究開発センター 上田 晃弘 先生

HIV/HCV重複感染者では、C型肝炎の進行が早いことが知られており、C型肝炎に対する治療が必要である。欧米ではペグ化インターフェロンとリバビリンの併用療法が中心であり、ペグ化インターフェロンの認可を受け、今後本邦でも治療の主流となっていくことが予想される。

治療適応については、C型肝炎が治療すべき状態にあるのか、抗HIV療法が優先される状態であるのかなど、個々の症例に応じて判断する必要がある。HIV/HCV重複感染者に対し抗HIV療法を行う場合には、薬剤の肝毒性が問題となるが、今回のスタディーではLPV/RTVが有効かつ安全に用いられていたようである。

◆ C型肝炎、リバビリン

「初期リバビリンの血漿濃度は、貧血発症や早期のウイルス学的著効と相関関係がある」 Rendón AL, et al.: Early Monitoring of Ribavirin Plasma Concentrations May Predict Anemia and Early Virologic Response in HIV/Hepatitis C Virus-Coinfected Patients. J Acquir Immune Defic Syndr. 39(4):401-405, 2005.

C型肝炎 (HCV) の治療は、最近ではリバビリンとペグインターフェロンの併用が一般的である。貧血の発症に対しては、かなり多くの患者でリバビリン投与の減量が必要となり、治療効果を得る機会を逃すことになる。HIV/HCV重複感染者に対し初期リバビリンの血漿濃度測定によって、貧血の予測とウイルス学的効果を早期に獲得できる可能性について検討した。その結果、ヘモグロビン値の減少はリバビリンの血漿濃度およびジドブジン投与と相関があった。また、ジドブジンを投与された患者では有意にリバビリンの血漿濃度が高かったが、その他のヌクレオシド/ヌクレオチドでは影響はなかった。結論としてリバビリンの血漿濃度は貧血発症や早期のウイルス学的著効と相関関係があることから、初期治療における治療薬のモニタリングはリバビリンの適量を見極めるために重要となり、抗HCV治療の有効性と安全性を向上させる可能性がある。

◆ HIV/HCV重複感染、HAART

「C型肝炎に重複感染したHIV感染患者において、HAARTはウイルス学的にも免疫学的にもHCVに影響されることはないが、肝疾患が原因となる死亡率のリスクが高くなる」 ●Rockstroh JK, et al.: Influence of Hepatitis C Virus Infection on HIV-1 Disease Progression and Response to Highly Active Antiretroviral Therapy. J Infect Dis. 192(6):992-1002, 2005.

HAART治療中のHIV感染患者において、C型肝炎の重複感染が疾患の進行やウイルス学的反応などにどのような影響を与えるかEuro SIDA Cohortで報告された。

HAART治療前の5,957名のHIV感染患者におけるHCV血清状態は、HCV陽性1,960名(33%)、HCV陰性3,997名(67%)だった。HCV血清状態とAIDS発症率や死亡率の関連性はなかったが(IRR, 0.97[95%CI, 0.81-1.16])、HCV陽性者では肝疾患の死亡率が大きく上昇した(IRR, 11.71[95%CI, 6.42-21.34])。HAART治療中のHCV陽性者とHCV陰性者の間では、ウイルス学的反応や免疫学的反応に関する大きな差はなかった。このことからHCV血清状態は、HAARTのウイルス学的反応や免疫学的反応などHIV感染症の進行に与えるリスクはないが、肝疾患が原因となる死亡率のリスクが明らかに高くなることが示唆された。

◆ HIV/HCV重複感染

「HIV/HCVの重複感染者では、HIV単独感染者に比べてCD4陽性細胞数は急激に低下しないが、AIDSの発症を確定するイベントが増加する可能性がある」Stebbing J, et al.: Hepatitis C virus infection in HIV type 1-infected individuals does not accelerate a decrease in the CD4⁺ cell count but does increase the likelihood of AIDS-defining events. Clin Infect Dis. 41(6): 906-911, 2005.

HIVはC型肝炎に悪影響を与えるようだが、HCVがHIV感染症に相互的効果を有するかどうかについては議論が残る。5,832名のHIV感染者における多変量解析では、HIV/HCV重複感染者のCD4陽性細胞数が、HIV感染者と同じペースで減少することがわかった。しかしながら、AIDS発症やCD4陽性細胞数が200cells/mm³未満になる危険性は、HIV単独感染者と比べ、統計学的に有意に増加していた。このことから、HIV/HCV重複感染者はCD4陽性細胞数の著しい低下はないものの、AIDS発症の可能性が高いことが示された。

◆ HIV/HCV重複感染【副作用】

「インターフェロンとリバビリンで治療中の HIV/HCV 重複感染者では、ヴァイデックス EC(ジダノシン)を併用した場合、ミトコンドリア毒性を発現する可能性があるため注意が必要」Bani-Sadr F, et al.: Risk Factors for Symptomatic Mitochondrial Toxicity in HIV/Hepatitis C Virus-Coinfected Patients During Interferon Plus Ribavirin-Based Therapy. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes. 40(1):47-52, 2005.

抗 HCV 治療中の HIV/HCV 重複感染者 416 名に対して、症候性ミトコンドリア毒性の発生率などを考察した。それらの患者における ART と臨床および検査所見との関連性を多変量解析したところ、症候性ミトコンドリア毒性の発現率がジダノシンを含む処方と有意に相関し、その発現率は 200.2 例/1000 患者・年(全症例では 47.5 例/1000 患者・年)であった。一方、サニルブジンや NNRTI の併用とは相関しなかった。このことから、基本的にはリバビリンとジダノシンの併用投与は避けるべきであるが、併用投与する場合には、ミトコンドリア毒性の発現に十分留意する必要がある。 ■END

③症例検討 8:00~8:30

テーマ：「発熱、リンパ節腫脹を認め複数の医療施設を受診するも診断に至らなかった急性 HIV 感染症の 1 例」

[司会：和田秀穂/川崎医科大学血液内科]

[症例提示：徳永博俊 /川崎医科大学血液内科]
[コメンテーター：藤井輝久先生/広島大学医学部附属病院エイズ医療対策室]

【症例】：

【経過】：

<MEMO>

<参考資料>

■ 感染防止しない場合の HIV 感染リスク

Estimated Average Per Contact Transmission Risk (%)

Receptive anal sex	1 %
Shared Needles	0.7%
Occupational Needlestick	0.3 %
Male to female, vaginal sex	0.2%
Female to male, vaginal sex	0.1%
Insertive anal sex	0.1%
Receptive oral sex with male	0.03%

■ 急性 HIV 感染症の症状

Symptom	Sensitivity/Specificity	ODDS	p-value
Fevers	80% / 56%	5.2	<0.0001
Rash	51% / 82%	4.8	<0.0001
Oral Ulcers	37% / 85%	3.1	0.003
Arthralgias	54% / 68%	1.6	0.009
Pharyngitis	44% / 77%	2.6	0.01
Lost Weight (< 5lb)	32% / 86%	2.8	0.01
Loss of Appetite	54% / 68%	2.5	0.01
Malaise	68% / 51%	2.2	0.04
Myalgias	49% / 69%	2.1	0.04

Hecht, AIDS, 2002 In multivariate model: Yellow = P <0.01 Green = P= 0.07

■ 潜伏期間

- ・ 2 week interval between exposure and symptoms is typical
- ・ Usual range 1-4 weeks
- ・ Cases outside of this range have been reported

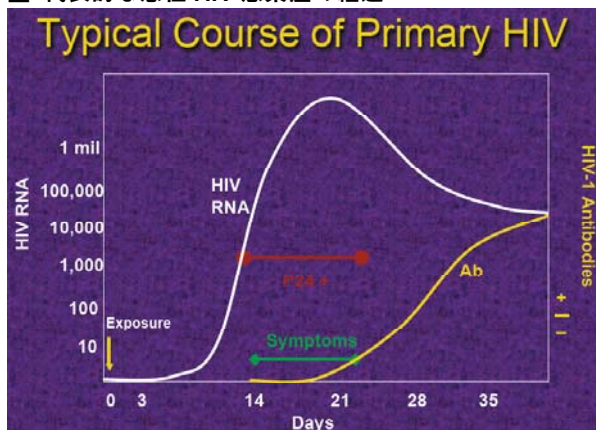
■ 急性 HIV 感染症におけるセロコンバージョン前の検査の感度と特異性

	Hecht, AIDS		Daar, Annals	
Test	Sens	Spec	Sens	Spec
P24 antigen	79%	99%	87%	100%
bDNA	100%	95%	100%	97%
PCR RNA	100%	97%		

■ 疑陽性患者における HIV-RNA 量

- HIV RNA tests designed to optimize sensitivity at low copy numbers
- Specificity can suffer from minor contamination
Infected cases range: 2809 – 2,960,000
- False positives:
bDNA 584- 2058
PCR 58-103

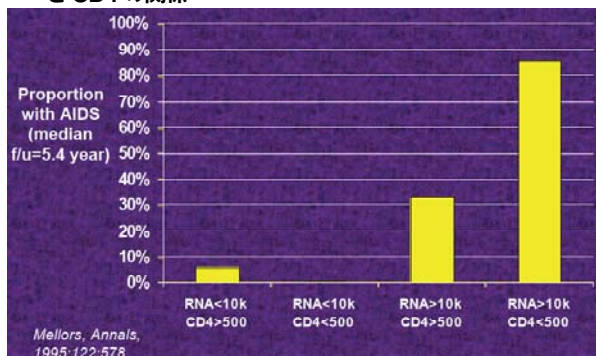
■ 代表的な急性 HIV 感染症の経過



■ 急性 HIV 感染症診断の推奨基準

- Recommendations**
- HIV RNA 50 to 5000 “indeterminate”
 - Consider “Primary HIV Battery”
 - Duplicate HIV RNA testing if detectable, and/or
 - Paired p24 antigen
 - Get confirmatory HIV RNA
 - Select persons for testing with > 1% chance of primary HIV

■ セロコンバージョン後の AIDS 発症に及ぼす HIV-RNA 量と CD4 の関係



■ END

II. HIV 情報

[1]学会及び研修会

1) 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>

- 演題登録：受け付けは終了しました。
- 参加登録の締切：2005 年 10 月末日の予定です。
- 参加費：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 種類です。

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単一疾患（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たったのでしょうか？ 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のかもしれませんが。普遍性のある抗ウイルス療法、あらゆるウイルスに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。

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

2) 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」

- ・開催予定日時：平成 17 年 10 月 14 日（金）10:30～11:4
- ・会場：広島国際会議場（ダリア）
- ・意図：わが国の HIV 感染者/AIDS 患者（以下、患者）が 1 万人を超え、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、セルフ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

- ・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

3) わが国における HIV 感染妊婦の現状

- ・下関会場 開催日時：平成 17 年 11 月 19 日（土）13:30～16:00
- ・会場：海峡メッセ下関（国際貿易ビル 10F 国際会議場）
- ・入場：無料（一般の方々・慰留関係者他、どなたでもご入場いただけます）
- ・プログラム
 - 1) 若者の性感染症の増加と HIV 感染妊婦
 - 2) エイズウイルスに感染した妊婦さん
 - 3) エイズウイルスに完成した女性から生まれた赤ちゃん
 - 4) 妊娠時 HIV 検査の現状と問題点
 - 5) HIV 感染妊娠の将来予測と HIV 母子感染予防対策
- ・事務局：国立行政法人国立病院機構 仙台医療センター産婦人科 和田裕一
〒983-8520 仙台市宮城野区宮城野 2-8-8、TEL: 022-293-1111

[END]



[2] HIV 感染症関連ニュース

1) エイズは「不死の病」か

（宮田一雄：2005 年 06 月 06 日産経新聞）

わが国のエイズ対策の基本となるエイズ予防指針について、厚生労働省が告示後五年をめどにした見直し作業を進めている。今年二月に発足した厚生科学審議会のエイズ予防指針見直し検討会では七回の会合を経て、先月三十日に議論を集約した報告書案が事務局の同省疾病対策課から示された。

検討会は国立国際医療センターの木村哲エイズ治療・研究センター長を座長に研究者やエイズの原因ウイルスである HIV（ヒト免疫不全ウイルス）に感染した HIV 陽性者、エイズ対策の非営利特定法人（NPO）、教育関係者ら計十七人で構成されている。

国際的に見ると、日本はエイズの流行が比較的、抑えられてきた国だが、最近は流行の拡大傾向が顕著で、今年四月には累積のエイズ患者・HIV 感染者報告数が一万人を突破した。

報告書案は現状の問題点として（１）診断時にはすでにエイズを発症している事例が 30% を占めている（２）若い世代や同性愛者における感染の拡大への対応が十分ではない（３）一部の医療機関への感染者・患者の集中が生じている（４）国と地方自治体の役割分担が明確ではないなどをあげている。この点には委員の間でもあまり大きな意見の食い違いはない。

ただし、その問題点を踏まえた「対策の見直しの方向」はちょっと議論になった。「発生動向および疾患特性の変化を踏まえた施策の展開」として、次のような記述があるからだ。

《我が国における性行動の変化等に伴い、感染のり

スクは増加しつつある一方、「多剤併用療法」の進歩により、死亡率は著しく減少したことから、いわば「不治の病」から「不死の病」へ、「特別な病」から、誰もが感染のリスクを有する「一般的な病」へと変化しつつある。「不治の特別な病」から「不死の一般的な病」、即（すなわ）ち慢性感染症へと変化しつつあると言える》

HIVの増殖を抑える抗レトロウイルス薬を組み合わせる多剤併用療法が十年ほど前に登場して以来、エイズで亡くなる人は激減した。入院患者が回復し、会社で働けるようになった。

少なくとも先進国では、医学の進歩がエイズを「死に直面する病気」から「いかに長く生きていくかを考える病気」に変えた。その成果を強調したいという気持ちは分かる。厚生省は「不治から不死に変わり、一般的な病気になった」という認識が広がれば、差別や偏見がなくなり、検査を受ける人が増えるのでは」と説明した。

そうかもしれない。だが、そうではないのかもしれない。

HIV陽性の委員は「良質な医療が提供されない限り、病気としては重い。治療薬といっても完治はしない」という。決まった時間に薬を飲む。それを月に何回か忘れただけで、薬の効かない耐性ウイルス出現の可能性が高まる。

副作用もある。鬱（うつ）症状に悩み服薬を一時、中断した知人は「薬をやめると、どうしてこんなに気持ちが晴れ晴れするんだらう」と語っていた。治療が長期化するにれ、いつ発症しないとも限らないという不安も蓄積していく。死はいつも隣り合わせだ。

世の中が関心を失えば、エイズにまつわる偏見が減るわけでもない。「勤め先で感染していることを言えない陽性者が多い。不利益を受けるのではないかという不安は大きい」とNPOの委員は指摘する。「不死で一般的」という記述が現実と噛（か）み合わない。

では、どう表現するのか。そうしたことが検討会の外に話題として広がっていかない点にも、日本のエイズ対策の困難さがある。

2) HIV陽性患者には精神的な課題が残されている

「HIV陽性患者は、日常生活の身体的な活動に関してはあまり不自由を感じていないが、精神的な面では多くの課題が残されている」 European Men's Health Forum European HIV-related Quality of Life Review

抗レトロウイルス療法の進歩により、HIV陽性患者の生存期間は著しく延長した。それによって、HIV陽性患者のQOLの向上が現在、重要な課題となっている。European Men's Health Forum(EMHF)は、2004年に欧米各国のHIV陽性患者(男女)を対象にQOLに関するアンケート調査を行った。その結果、HIV陽性患者は、日常生活の身体的な活動(日々の生活における移動や外出、身の回りの作業など)に関してはあまり不自由を感じていないが、精神的な面(病状に関する不安やうつ状態など)や仕事のキャリアに関しては多くの課題が残されていることが明らかになった。

3) 効果的なHIVワクチンを求めて

Howard M, The Search for Effective HIV Vaccines. N Eng J Med. 353(8):753-757, 2005.

2003年2月、10年以上の検証試験の末、バイオ企業VaxGen社は、自社製品のHIVワクチンAIDSVaxが期待に反してHIV感染症を抑制しなかったと発表した。この結果は、HIVワクチン研究(者)に大変なショックを与え、2005年7月、NIAID(National Institute of Allergy and Infectious Diseases)は、新規HIVワクチンのデザイン、開発、検証の研究に3億ドル以上のグラントを出すことを決めた。現在、HIV感染抑制ではなく、Tリンパ球を活性化し、ウイルス複製の抑制・制限によって疾患の進行を遅延させる治療的HIVワクチンの検証試験が進行中である。HIVワクチン研究者らはこれらの治療的ワクチンが少なくともAIDSによる疾患や死といった破滅的な流れを防止する助けになると期待している。

4) CD4⁺リンパ球数の割合

「CD4⁺リンパ球数>350Lymphocytes/mm³で治療を開始したHIV感染者では、疾患の進行状況を予測するためにCD4⁺リンパ球数の割合が有用となる」 Hulgan T, et al.: CD4 Lymphocyte Percentage Predicts Disease Progression in HIV-Infected Patients Initiating Highly Active Antiretroviral Therapy with CD4 Lymphocyte Counts >350 Lymphocytes/mm³. J Infect Dis. 192(6): 950-957, 2005.

CD4⁺リンパ球数が200 Lymphocytes/mm³以上のHIV感染患者におけるHAART開始の最適なタイミングについては様々な意見があるが、CD4⁺リンパ球数の割合から疾患の進行状況を予測することができる。1998～2003年にかけてHAARTを30日以上経験したHIV感染患者788名について、CD4⁺リンパ球数の割合と疾患の進行状況を調査した。治療開始時のCD4⁺リンパ球数は平均225Lymphocytes/mm³、CD4⁺リンパ球数の割合は平均17%であった。そのうち、CD4⁺リンパ球数が350 Lymphocytes/mm³よりも高い患者で、CD4⁺リンパ球数の割合が17%未満の患者は、17%以上の患者に比べ、疾患の進行が早かった。このことから、350 Lymphocytes/mm³よりも高いCD4⁺リンパ球数のHIV感染患者では、CD4⁺リンパ球数の割合が疾患の進行予測に有用であることが示された。これらのことは、HAARTの最適なタイミングを決める上で役立つかもしれない。

5) 治療中断、プロテアーゼ阻害薬(PI)

「HAART中断後に治療を再開する際には、NNRTIに比べてPIの方が優位である」 Barreiro P, et al.: Superiority of protease inhibitors over nonnucleoside reverse-transcriptase inhibitors when highly active antiretroviral therapy is resumed after treatment interruption. Clin Infect Dis. 41(6):897-900, 2005.

HIV感染患者(45名)に対してHAARTを中断し、その後治療を再開し推移を検証した。その結果ウイルス量を検出できないレベルとなった症例は、NNRTIベースの治療群では34例のうち15例(44%)に対して、PIベースによる治療群では11例全例が検出できないレベルまで、有意に推移した(P<0.001)。このことから、HAART中断後に治療を再開する際には、NNRTIに比べてPIの方が優位であることが示された。PIとNNRTIの薬物動態や耐性に対するバリアの違いがこの結果につながったと思われる。

6) 乳酸値モニター

「サニルブジンとジダノシンを服用しているHIV感染患

者では、高乳酸血症の発症リスクが高いため、ルーチンの乳酸値モニターが有益となる」 Imhof A, et al.: Risk factors for and outcome of hyperlactatemia in HIV-infected persons: is there a need for routine lactate monitoring? Clin Infect Dis. 41(5):721-728, 2005.

HIV感染患者のCART(Combination Antiretroviral Therapy)における高乳酸血症と乳酸アシドーシスの発生率、リスクファクター、原因を、1)既にCARTを受けている群、2)CARTを初めて受ける群、3)CARTを受けない群の3群において、プロスペクティブに評価したSwiss HIV Cohort Studyが報告された。4,788患者・年を追跡し、1,566名で計22,678回の乳酸値を測定したところ、662名(42.3%)が1度は2.4mmol/L以上の乳酸値を示し、49名(3.1%)が重度高乳酸血症(5.0mmol/L以上の乳酸値)であった。また、CART治療群とCART未治療群における高乳酸血症の発症率は、それぞれ227例/1,000患者・年、59例/1,000患者・年であり、重度高乳酸血症はCART治療群でのみ発症した。また、重度高乳酸血症の明らかなリスクファクターは、サニルブジンとジダノシン(HR, 6.65 [95%CI, 2.70-16.3])、エファビレンツ(HR, 2.85 [95%CI, 1.31-6.21])を含むレジメンであった。高乳酸血症は3群全てでしばしば観察されたが、重度高乳酸血症と乳酸アシドーシスはCART治療群でもほとんど観察されなかった。したがって、ルーチンの乳酸値モニターは、サニルブジンとジダノシンを服用中の患者と有症者にとっては有益となる。



6) 核酸系逆転写酵素阻害薬(NRTI)

「NRTIの累積治療は、インスリン抵抗性のマーカーを増大させる可能性がある」 Brown TT, et al.: Cumulative exposure to nucleoside analogue reverse transcriptase inhibitors is associated with insulin resistance markers in the Multicenter AIDS Cohort Study. AIDS. 19(13):1375-1383, 2005.

ART治療中のHIV感染患者(533名)とHIV血清反応陰性者(755名)のプロスペクティブコホート研究を1999～2003年まで実施し、2群間のインスリン抵抗性を評価した。HIV感染患者はHIV血清反応陰性者に比べ、量的インスリン感受性検査指数(QUICKI)は低く、高インスリン血症の発症率が高かった。また、NRTIの累積治療は高インスリン血症の高発症率に関連したが、NNRTIやPIの累積治療は、インスリン抵抗性マーカーとの関連性はなかった。このことから、NRTIの累積治療は、HIV感染患者のインスリン抵抗性を増大させる可能性が示唆された。



7) HIV検査を誰にすすめるか

J-AIDS 2005.9.21 堀成美 (看護師)

HIV検査のプロモーションを考えるとときに、バリアになるものがいくつかあります。検査を受ける(サービス利用)側と、検査提供側(保健・医療)それぞれにバリアがあり、それをどう乗り越えるのか?というアプローチが必要です。

日本の場合、保健所の検査曜日・時間・マンパワーとかそのあたりに議論がとどまってしまうがちです。「自発検査」ではたしかにそのあたりが問題かもしれませんが、私が先に投稿した「このようなりす状況・対象には検査をすすめる」という基準を明確にすると、医療機関での検査プロモーションがもう少しすすむのでは?ということです。

篠原先生がお書きになられた、

Screening for HIV: Recommendation Statement
は今年のAnnals of Internal Medicine7月号に掲載されたもので

<http://www.annals.org/cgi/content/abstract/143/1/32> このジャーナルにはあと2つHIV検査関連記事が掲載されています(話題にしようかという時期に日本は神戸会議でしたので遅れてしまいましたが)。1996年に出されたHIV検査推奨について、そのUpdateです。背景には治療状況の改善、迅速に正確な結果を出せる検査技術の登場(FDA認可)があります。

これまでの取り組みについて評価を行ったうえで(調査研究結果<Evidence>のReview)が行われており、今後どのようにすべきかを検討する手法として参考になります。

日本はいろいろな学会発表や研究班データがありますが、それぞれはどの程度の意味があるのか、「それで、実際、何をどうするのか?」というところまで情報を仕上げる仕組みが最初からないのか具体的な改善の取り組みにつながっていない焦燥感があります。

ちなみにこの推奨を出しているのはUSPSTF(The U.S. Preventive Service Task Force)で、グレードA・B・C・D・Iというカテゴリーを設けています。

たとえばGradeAは「すべての妊婦」です。(その昔は、「(HIV)ハイリスク妊婦」とか「HIV感染が深刻な地域の妊婦全員」といった考え方がありました。)このカテゴリー化は推奨の手法として有効かもしれませんね。

「ウチの地域は一あんまりいないんだよーHIV感染者はねー」とか「今まででもひとりも(陽性は)出てないね」という提供者側の個人的な考えでその機会さえ与えてもらえないお母さんや赤ちゃんをなくすには。

他にもHIV検査推奨を出している専門団体は以下を含め複数あります。

CDC Canadian Task Force on Preventive Health Care
AMA (American Medical Association)

AAFP(American Academy of Family Physicians)

ACOG(American College of OB/GYNs)

IDSA(Infectious Diseases Society of America)

動向委員会レポートは毎回「たいへんな状況だ」とはいいますが、研究班の分厚い報告書が忘れた頃に届きますが、実際にサービスを受ける人たちに提供できるものを具体的にしていけないかぎりには、状況は何もかわらないので、日本ではエイズ学会や感染症学会、性感染症学会がタスクフォースをたちあげてこのような推奨を出すべきなのだと考えています。

「HIV 検査は自発検査が望ましく、むやみやたらに、たとえば入院患者全員に同意確認もせずにやってはいけない」というのが以前からの HIV 検査の語りでした。

日本の場合、その HIV 検査が「患者さんの健康」のためではなく、事故がおきたときに医療者を守るためということがおおびらにいわれてきました。（そんなこといいながら、別のところでスタンダードブリーチンというので混乱したままですが）しかしながら、保健所などの匿名検査が利用しづらい状況の中で、日本の成人の HIV 受検率はとても低いところにとどまっており（木原班報告）、いっぽう日本ではその入院時・オペ前の一斉検査で「偶然感染を知った」という患者さんが各拠点病院に存在します。これはむやみやたらではないのか？とか、コストはどうなるんだ？という疑問がわきますが、発症して拠点病院に来る人よりも健康状態がよい時期に感染がわかるメリットの大きさを比較の中でみてしまい、

「このまま（病院のサービスとしては不手際感がのこるこの検査システムを維持すべきかと悩む）・・・といった話を医療機関の方から聞くことがあります。重症化してかかる医療コストとの比較などから、プレバレンスの低い地域でもルチン検査として取り入れていく意味があるというような論文が掲載された New England Journal of Medicine の 2 月 10 日号（352）

■Cost-Effectiveness of Screening for HIV in the Era of Highly Active Antiretroviral Therapy

■Expanded Screening for HIV in the United States & #8212; An Analysis of Cost-Effectiveness

■Routine Screening for HIV Infection & #8212; Timely and Cost-Effective

でいうルチンと、日本でとにかく全員にというルチン検査の定義は微妙に違うと思うのですが、医療の中でどのようなスタンダードを持つべきかという視点は、専門団体が出すような検査推奨とは別に参考になります。

では、検査を受ける側からみた変化にはどのようなものがあるのでしょうか。「HIV 検査を受けた理由」の変化を比較したデータがあります。

Shift in the Reasons Why Adults Seek HIV Testing in the U.S.: Policy Implications (Drug Benefit Trends 2005;17(5):222-230) 1998 年(n=31138) と 2002 年(n=31044) 年の国民健康調査データをつかったの分析で、「あなたは HIV 検査を受けたことがありますか？」とたずね、『はい』と答えた人

1998 年 31.2% (n=9728) 2002 年 34.7% (n=10760)

男 43.1% 39.8%

女 56.9% 60.2%

どちらの年も男女とも 6 割は白人、約半数は既婚。

・・・にその主たる理由をたずねたもの。

■要約すると・・・

『検査を受けた理由のトレンドの変化がみられた』その内容は、

→「感染しているかどうかを知るため」33.9%→11.8%に減少。

→「外科処置を受ける、通常の受診のなかでのルチン検査」11.4%→24.6%に増加。

→「生命保険に入る・移民ビザのため・軍隊に入るため必要」14.9%→14.4%と著変なし。

→「妊娠・出産のため」14.0%→17.7%

→「健康保険・生命保険の受給に必要」10.3%→7.7%

妊婦・移民・軍隊採用者など全員検査には議論の余地が残るものの、この検査で自分の HIV ステータスを知る成人が 13%から 15%いるということから、HIV 感染症対策として検討事項である。

■検査推奨のうつりかわり

1985 年 検査を受けられるようになる

1986 年の CDC ガイドライン：自発検査・カウンセリング・記録の秘密保持を重視

1987 年の CDC ガイドライン：検査カウンセリングのバリアを減らす（検査のなかの情報開示）

1993 年の CDC ガイドライン：新しい HIV カウンセリングモデルの推奨より相互的な関わりで個人のリスク低下に焦点をあてる

1994 年 HIV カウンセリング、検査、紹介についての標準化。HIV 予防カウンセリングについてあらためて強調。

1994 年には調査研究結果を検討して Evidence Based Approach のガイドラインに改変。

母子感染率の低下を示した ACTG076 の結果から、政府や専門団体がすべての妊婦に HIV 検査を推奨することに動いた。

移民、刑務所入所者、妊婦・新生児、軍の新規採用者といった特別な層への全員検査。

■検査の定義

Voluntary Test（自分で望んで検査を受ける）は二つ。

anonymous（匿名）検査：日本の保健所等での検査にあたる。個人情報ではなく暗証番号などで本人確認

confidential 検査：個人の秘密が守られた検査（医療機関等で）

Routine HIV Testing：医療にアクセスした全員に一定条件で HIV 検査をすすめる。患者は検査を拒否・回避できる。

（引用資料の紹介ここまで）

日本における関連データは検査体制研究班が出しています。献血・医療機関・STD クリニックなど、特に迅速検査の導入以後の影響などについては、神奈川県衛生研究所の嶋さんが発表されている内容や研究班報告書に詳しくあります。

調査しても、入院時一式や妊婦健診では陰性だと検査したことさえ教えてもらっていない人がたくさんいるので、

「検査を受けたことがありますか？」のデータはうまく出ないかもしれませんね。

ここではルチン検査の話をとりあげましたが、検査を受けるメリットが明確な対象に適切にすすめることができている現状をなんとかするほうが優先順位としては先だと考えています。

[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	山口大学医学部保健学科	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	副院長	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		三宅晴美（兼務）

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(5) 2005.9.27

■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