

# 岡山 HIV 診療 NetWork NEWS

第 13 巻第 4 号 (通巻 74 号)

2006 年 7 月 25 日

## I. 第 74 回定例会プログラム

[場所：川崎医科大学本館 8 階南特別食堂]

[当番世話人：三宅晴美/和田秀穂]

[川崎医大附属病院 看護主任/血液内科医長]

### ① 報告事項

[1] HIV 関連情報の紹介]

[山田 治]

[山口大学大学院医学系研究科]

1. 平成18年度エイズ予防財団主催の研修会  
研修会へ参加希望の方は、開催期日が近づいたら募集  
要項が掲載されますので次のインターネットホームペ  
ージにアクセスして、所定の用紙で参加申込みを行っ  
てください。

[http://www.jfap.or.jp/news/h18kensyu\\_schedule.htm](http://www.jfap.or.jp/news/h18kensyu_schedule.htm)

検査・相談研修 (基礎編：初級編)	
日時	9月19日(火)・20日(水)
開催地	東京
募集人数	60名
目的	検査における相談の意義を理解し、通常・即日検査を受検者の視線で捕らえなおし、検査前後の対応のポイント(判定保留を含め)を学習する。
対象	今後、検査・相談を担当する予定、あるいは担当始めた者。財団の予防・啓発教育研修を受けていることが望ましい。

予防・啓発教育研修	
日時	10月26日(木)・27日(金)
開催地	東京
募集人数	80名
目的	HIV/エイズの基礎知識を学び、地域での予防・啓発教育のアプローチを分科会を通し学ぶ。世界エイズ・デーのための各自の企画を練る機会にする。
対象	予防・啓発教育に関わる、あるいは関心を持つ保健・医療・福祉・教育の専門職やNGO団体; 企業、マスコミ、出版、国際協力関係者への参加を呼びかける予定。
NGO合同研修：通訳ボランティア、NGO指導者、電話相談	
日時	11月18日(土)・19日(日)
開催地	東京
募集人数	60名
目的	主にNGO関係者が集まり、現在の感染者を取り巻くHIV/エイズの医療や検査体制を理解しながら、自分たちの活動を振り返る。相談のより有効的な方法を学ぶ。
対象	上記3領域の関係者
カウンセラー・MSW研修	
日時	2007年1月25日(木)・26日(金)
開催地	東京
募集人数	60名
目的	カウンセラーとMSWが、事例検討をもとに、相談業務のレベルアップを計る。
対象	エイズ診療拠点病院のカウンセラー、MSWや、派遣カウンセラー、企業の産業カウンセラー

## 本号のハイライト

- 1 HIV 関連情報の紹介：山田 治
- 4 Mini レクチャー：山田 治
- 5 症例提示：阿曾沼和代 先生
- 7 HIV 情報 [1] 抗HIV 治療ガイドライン2006
- 8 HIV 情報 [2] HIV 母子感染予防マニュアル4版
- 8 HIV 情報 [3] 「いきなりエイズ」は許さない!
- 10 HIV 情報 [4] HAART、薬剤耐性検査

### 2. 第 16 回国際エイズ会議



開催期日：2006 年 8 月 13 日(日)～8 月 18 日(金)

開会式：8 月 13 日 19:00～

閉会式：8 月 18 日 12:30 頃～

(会議受付は 8 月 13 日午前から開始)

開催場所：カナダ トロント市 メトロ・トロント・コンベンション・センター (MTCC: Metro Toronto Convention Centre)

主 催：国際エイズ学会（International AIDS Society）  
AIDS 2006 (Toronto Local Host)

共 催：GNP+ (The Global Network of People  
Living with HIV/AIDS)  
ICW (The International Community of Women  
Living with HIV/AIDS)  
ICASO (The International Council of AIDS  
Service Organizations)  
UNAIDS (The Joint United Nations Programme  
on HIV/AIDS)  
Canadian AIDS Society

会議テーマ：Time to Deliver「実現の時」

テーマの選択理由：

HIV/エイズと共に生きるすべての人々、感染の危険にあるすべての人々、そしてエイズによって孤児となったすべての子供たちが重要です。彼らの人生一すなわち私たちの人生一は、HIV 予防と治療の拡大に心がける私たちが皆、エイズ 2006 によって提示された好機をつかむことを要求します。25 年前に、医学の分類を無視した不穏な新しい病気の最初のレポートは米国を循環し始めました。それ以来、私たちはそのウイルスに関して多くを学びました：どうそれを扱うか、そして、どうそれを防ぐか。しかし、その最初のレポートの 25 回目の記念日に、私たちは HIV/エイズで荒らされる世界に直面しています。私たちは、私たち自身とリーダーたちに責任を求めることなく、目の前にあるチャレンジに自分たちを再びコミットしなければなりません。

今、何年もの研究とハードワークによってもたらされた約束を実現する時が来ました。まだ答えられていない多くの重要な問題、私たちがトロントで答えを出そうとしている問題が、疑いもなくあります。また、私たちは、今、世界中のコミュニティや国で有効な予防と治療のプログラムを十分に知っています。私たちは、より世界的なコミットメント、より多くのリソース、増強された協力体制、学習したレッスンのより強健な共有によって、流行の広がりが要求するレベルへ、グローバルな対応を立ち上げることが可能なことを知っています。エイズ 2006 で私たちの前にあるチャレンジはそれを実行させることです。

エイズ 2006 はエイズに対する戦いで最も重要な科学的集會の一つになるでしょう。世界中からの科学、政府、コミュニティ、およびリーダーシップがエイズ流行への私たちの集合的な対応を進めるめったにないチャンスであると同様に。エイズ 2006 の前、期間中およびその後のあなたのアクティブなかかわり合いはその成功にとっても重要です。

一緒に実行しましょう。

会議が目指すもの：

エイズ 2006 は、国際エイズ会議が促進しなければならないビジョンにしっかりと根づいています。それは、科学研究、率直な対話、集団行動、およびすべての関係者間での説明責任環境の促進ということです。エイズ 2006 の会議テーマは「実現の時」です。HIV/エイズへの行動のために過去の、そして、現在の責任について私たちに思い出させて、あらゆるレベルの約束に対して説明責任を求めます。エイズ 2006 はエイズ流行による集合的な経験を見直して、今後の行動に議題を設定するために画期的な機会になるでしょう。明確に、会議は次のことを目指します。

・ HIV/エイズへの継続的な影響とグローバルな対応の認識の拡大；

・ 最近の成功、現在の挑戦、およびそれに打ち勝つ可能性の強調；

・ HIV/エイズへのグローバルな対応における基礎、臨床、予防科学の中心的役割および、十分な研究によるエビデンスに基づいた・プログラミングの必要性の強調

・ 証拠に基づく委任と責任ある行動を増すための鍵となる政策立案者への影響；

・ PLWHAs と HIV/エイズに専門的に働いている人々の雇用とスティグマを取り除くためのサポート

HIV/エイズに冒され、共に生きている人々のニーズを満たすように HIV/エイズの分野で働いている者のよりよい準備を可能にする；

・ エイズへの対応に従事しているものに包括的であって、それが計画されて、実行される方法で透明にする会議プログラム；

トラック A：HIV の生物学・病因 (Track A: Biology and Pathogenesis of HIV)

トラック B：臨床研究・治療・ケア (Track B: Clinical Research, Treatment and Care)

トラック C：疫学、予防と予防研究 (Track C: Epidemiology, Prevention and Prevention Research)

トラック D：社会科学・行動科学・経済科学 (Track D: Social, Behavioural and Economic Science)

トラック E：政策 (Track E: Policy)

詳細は次のホームページを参照ください。

<http://www.aids2006.org/>

### 3. 第 7 回熊本エイズセミナー

開催日 平成 18 年 9 月 21 日 (木) ～22 日 (金)

9 月 21 日 (木) 10:00～18:00 終了 (19:30 より懇親会)

9 月 22 日 (金) 8:30～16:30 終了

会場 阿蘇プリンスホテル 住所：熊本県阿蘇郡赤水米塚温泉 TEL: 0967-35-2111 FAX: 0967-35-1124

URL: <http://www.princehotels.co.jp/aso/index.html>

主催 熊本大学エイズ学研究センター (後援：臨床医学・疫学研究機関連携事業)

招待講演者 ●Jerome A. Zack (UCLA School of Medicine)、Ronald Swanstrom (University of North Carolina at Chapel Hill)、三浦義治 (京都大学ウイルス研究所)、三浦智行 (京都大学ウイルス研究所)、宮澤正顯 (近畿大学)、瀧永博之 (国立国際医療センター)

参加方法 学生/若手研究者のための参加支援 (補助金) 募集：7 月 21 日締切

演題申し込み：7 月 28 日締切

参加申し込み：8 月 25 日締切、セミナー後の懇親会の案内もごさいます

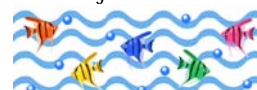
アクセス 車：九州自動車道熊本 IC から国道 57 号線で約 30km. (平常時 40 分)、列車：鹿児島本線熊本駅からタクシーで 1 時間 10 分 (約 11,500 円)、豊肥本線赤水駅からタクシーで約 7 分 (約 1,300 円)、飛行機：熊本空港からタクシーで 35 分 (約 7,700 円)

事務局 第 7 回熊本エイズセミナー、熊本大学エイズ学研究センター・予防開発分野

〒860-0811 熊本市本荘 2-2-1

Tel: 096-373-6522, Fax: 096-373-6523

e-mail: [yobou3@kaiju.medic.kumamoto-u.ac.jp](mailto:yobou3@kaiju.medic.kumamoto-u.ac.jp)



#### 4. 第20回日本エイズ学会学術集会・総会

第20回 日本エイズ学会学術集会・総会  
20th Annual Meeting of the Japanese Society for AIDS Research

会期：2006年11月30日（木）～12月2日（土）  
会場：日本教育会館、学士会館  
ごあいさつ



第20回日本エイズ学会学術集会・総会会長

池上千寿子/特定非営利活動法人ふれいす東京

2006年度の日本エイズ学会学術集会は東京で開催されます。1987年にエイズ研究会として発足以来、回を重ねて20回目という節目に、はじめてNGOの立場から会長という大役をいただき身の引き締まる思いです。日本エイズ学会は、エイズに関わる専門家集団であると同時に、基礎、臨床、社会という広範なテーマをカバーし、学術的に検討することで、よりよい施策のために科学的、社会的論拠を提示しうることのシンクタンクであると思います。すでに多くの関係機関から学術集会へのご後援をいただいておりますが、このように多彩な英知と実績を存分に発表しあい、連携につながるようなプログラムを諸先生方とともに準備していきますので、是非ご参加ください。

#### 基礎研究を効果的ツールに

プログラム委員会委員長山本 直樹/国立感染症研究所エイズ研究センター

地球規模でのエイズパンデミーに対し、さまざまな予防医療技術が講じられているが、欧米など少数の国を除いて現在の技術ではその流行抑制は困難です。基礎研究の重要性について言うまでもありませんが、とくに治療面では感染者体内からウイルスを排除する方法、予防面ではなんといっても感染予防ワクチンの開発が急務となっています。これまでの生命科学研究的発展は眼をみはるものがあります。その成果をフルに活用した効果的な技術ツールの開発こそがパンデミーを収束させるものとなるのです。会員各位におかれましてはその端緒となるような新たな成果を持ち寄り、披露していただけるものと期待しております。

#### 専門家集団として

日本エイズ学会理事長岩本 愛吉/東京大学医科学研究所付属病院

国、地方行政、NGO、教育現場、大学、専門病院、財団などがさまざまに取り組む中で、日本のHIV感染者は増え続けています。基礎、臨床、社会などさまざまな立場の専門家が集う日本エイズ学会には、それぞれの専門性における進歩・展開のみならず、専門家集団としてのあり方も求められています。2005年7月に神戸で開催された第7回アジア・太平洋地域エイズ国際会議をきっかけに、アジアの中の日本としてどのようにエイズ問題に対処していくのかを考え始めた方も

いると思います。

今年の熊本そして来年の東京と、国内そして国際的なエイズの諸問題を、それぞれの専門性から、あるいは横断的に議論するために、日本エイズ学会に多くの方が参加されるよう期待します。

開催事項：「Living Together～ネットワークを広げ真の連携を創ろう～」をメインテーマに第20回日本エイズ学会学術集会・総会を開催します。1987年にエイズ研究会として発足以来、20回の節目に、NGOの立場から会長という大役をいただき身の引き締まる思いです。日本エイズ学会は、基礎研究、臨床・予防とケアなどHIV/エイズに関するあらゆる分野の研究発表の場として、参加者が毎回、優に1000名を超える学術会議へと成長いたしました。広範なテーマをカバーし、学際的に検討することで、よりよい施策のための科学的、社会的論拠を提示しうることのシンクタンクとしての機能も期待されています。

厚生労働省エイズ動向委員会によると、エイズの原因ウイルスであるHIV（ヒト免疫不全ウイルス）の感染者とエイズ患者の昨年一年間の新規報告件数は、過去最多の1199人に達しております。エイズへの関心が低迷するなか、20回の節目となる今大会では、科学とコミュニティそれぞれの領域で克ちとられた最新の成果の発表を通じて、広くメディア、社会にメッセージを発信し、社会的理解を深められるよう鋭意準備を進めているところであります。

すでに多くの関係機関から学術集会へのご後援をいただいておりますが、このように多彩な英知と実績を存分に発表し、議論しあい、連携につながるスキルズビルディング等のプログラムを企画しておりますので、是非とも多くの会員の皆様のご参加と演題登録をお願い申し上げます。

1. 第20回日本エイズ学会学術集会・総会運営事務局、（株）コンベンションリンケージ

〒102-0075 東京千代田区三番町2 三番町K Sビル、TEL：03-3263-8688 FAX：03-3263-8693、E-mail：20gakukai@ptokyo.com.

2. 登録 参加費：当日登録のみ 10,000円、学生は事前・当日ともに 5,000円

#### ◆一般演題

1. 一般演題発表方法 すべて口演とし、パワーポイント使用とします。

2. 応募資格 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会員であることとします。

3. 応募方法 インターネットで演題を募集します。ホームページに公開する演題募集要項に従ってください。演題登録は2006年6月1日（木）から8月2日（水）を予定しております。今回募集する抄録のカテゴリーは、従来より拡大し多様になっています。カテゴリーとキーワードを是非ご覧ください。カテゴリーとキーワードのリストは近くお知らせします。

4. 演題の採択 プログラム委員会で演題の審査を行い、演題の採否通知は10月に電子メールで行う予定です。11月にプログラムをホームページに掲載する予定です。

注意事項 演題提出者および連名者は本学会の会員であることが必要です。非学会員の方は、会員登録に一ヶ月程かかりますので、早めに入会申し込み手続きを開始してください。

■ 入会申し込みは下記アドレスから：日本エイズ学会 <http://jaids.umin.ac.jp/>



## ②7:00～7:50 Mini レクチャー

司会：和田秀穂/川崎医科大学血液内科

演題：「HIV 感染症の早期診断アプローチ」

講師：山田 治先生/山口大学大学院医学系研究科

### ■ “いきなり AIDS” の問題点

- \* 治療できない疾患の存在
- \* 合併症治療と HAART の副作用・相互作用
- \* 免疫再構築症候群を発症する可能性
- \* HAART 後も免疫が回復しない例あり  
重症化する前に「早期発見」を！

## HIV 感染者が病院を受診する動機

1. 感染の機会を本人が自覚
  - ① Unsafe sex など
2. 性行為感染症を発症して受診
  - ① 梅毒、淋病、クラミジア、ヘルペス、ア메ーバ赤痢、A 型肝炎など
3. 初期感染症の症状受診
  - ① 伝染性単核球症あるいはインフルエンザ類似症状
4. 持続する下痢、体重減少、リンパ節腫大などで受診
5. 日和見感染症の発症により受診
6. 妊婦・術前・検査・入院時検査などで判明

### 異性間感染:

ウイルス量が高いと感染率が高い

米国の血友病患者における異性間感染

	感染者	非感染者
例数 (%)	5 (13%)	34 (87%)
CD4 中央値	245 ± 91	260 ± 28
ウイルス量中央値	121,800	12,800
<1,000	0 (0%)	1 (3%)
1,000-9,999	1 (20%)	14 (41%)
10,000-99,999	1 (20%)	16 (47%)
≥ 100,000	3 (60%)	3 (9%) p=0.027

Ragni: J.AIDS 1998;17(1):42-45

## HIV 感染状況を知った後の性的リスク行動の減少

CDC ステディ, N=142, 6-24 週前に陽性判明, 多くがヘテロの黒人男性

行動	男性	女性	合計
HIV 陽性を知る前: 常にコンドームを使用	12%	15%	13%
HIV 陽性を知ってから: 常にコンドームを使用	74%	84%	77%
HIV 陽性を知ってから: 性行為の前に感染状況を告げなかった	61%	52%	58%

Kilmarx: Sex. Transm. Dis. 1988;25(1):28-37

### ■ HIV 感染者の初回受診 / 入院のきっかけ

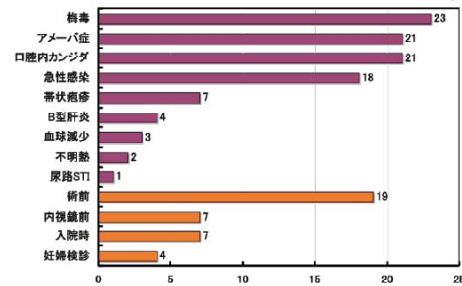
- 1) 本人が抗体検査を希望
- 2) 性感染症等の発見を契機として検査
- 3) 妊婦検診、手術、内視鏡前などの検査  
このようなきっかけがなければ・・・

→ “いきなり AIDS” で判明

### ■ HIV の兆候

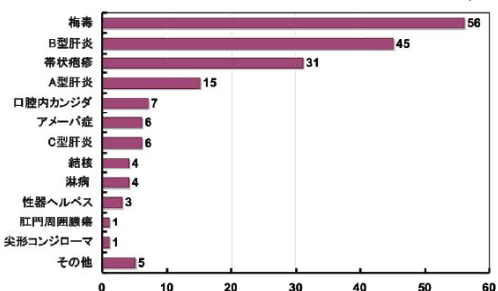
1. 急性ウイルス感染:  
発熱, リンパ節腫脹, 咽頭炎, 皮疹 など  
50-80% が感染から 6 週以内に発症
2. 非特異的な初期症状:  
リンパ節腫脹, 爪白癬, 帯状疱疹, 難治性膣炎,  
ガンマグロブリン血症, 好中球減少症, 血小板減少症など
3. AIDS 日和見感染症 / 悪性腫瘍:  
ニューモシスチス肺炎, 食道炎, 下痢, リンパ腫 など

## 指標疾患以外の HIV 抗体検査きつかけ



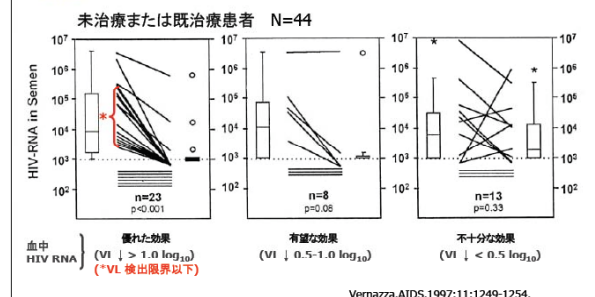
東京都立駒込病院～2005年 (Dr. 今村)

## 受診時に聴取された既往歴



東京都立駒込病院～2005年 (Dr. 今村)

## 抗ウイルス薬による血漿中 HIV 減少 → 精液中 HIV 減少



### ■ これを見たら HIV 感染症を疑おう！

欧米では以下のような症状をみた場合は HIV 感染症を疑うよう勧めています。

- 1) 口腔内の感染症

特にカンジダ症などは要注意！

CD4 が低下していない時期や感染初期にも認められることがあります。



## 2) 肺炎

頻回に肺炎を繰り返すような例では要注意！

また CD4 がそれほど低下してなくても結核等への感染の頻度は高いです。またカリニ肺炎（胸写上はっきりした肺炎像はないにもかかわらず、全体的にスリガラス状で低酸素血症が特徴的）にも注意。



## 3) 説明のできない発熱

原因不明の微熱等が続く場合は要注意！

また感染初期（急性感染期）にはインフルエンザ様の症状がでます。

## 4) 脂漏性湿疹

無症候期の成人でも下図のような脂漏性湿疹が認められることがよくあります。



## 5) 带状疱疹

中年以下などでこれといった免疫障害のない状況で带状疱疹がでた場合は要注意！

CD4 がそれほど低下していなくてもよく合併します。

## 6) その他

説明のできない体重減少

一ヶ所以上のリンパ節腫大

アメーバ赤痢やカポジ肉腫も要注意！

## HIV 感染症を疑う検査データ

肝機能障害やリウマチ、膠原病などがないにも関わらず、ガンマグロブリンの高値やクンケル、チモール（TTT, ZTT）の高値が認められます。

リンパ球減少はかなり末期にならないと認められないので、あてになりません。

## ■性感染症罹患患者と HIV

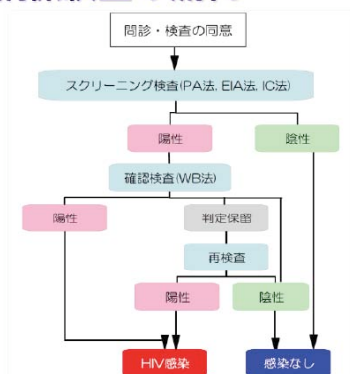
このように性感染症に罹患することの多い患者では HIV 感染率が高いことが認められております。以下のような性感染症を頻回におこすような患者では HIV 感染のハイリスクがあると考えられます。

A 型肝炎、B 型肝炎、C 型肝炎、梅毒、淋病、クラミジア、尖型コンジローマ

## ■HIV 抗体検査のお勧め

以上のような患者に日常診療で遭遇した場合、HIV 抗体検査を勧めてください。もし陽性であれば以下の手順に沿って診断するか、エイズ拠点病院を紹介してください。

## HIV 抗体検査の流れ



## ■早期発見後に伝えたいポイント（開業医、保健所向け）

- ・ 治療の進歩と予後の改善。詳細説明できなくてもよい 注意：見た目が元気そうでも進行していることあり
- ・ まわりの人への告知は専門医療機関の受診後に相談して考えてもよい
- ・ 日常生活上での感染リスクについて
- ・ 早めに専門医療機関を受診できるようにする

■END

## ③8:00～8:30 症例検討

テーマ：「外国人 HIV 感染症の問題点」

[司会：和田秀穂／川崎医科大学血液内科]

[症例提示：阿曾沼和代先生／倉敷中央病院薬剤指導室長]

[コメンテーター：上田恭典先生／倉敷中央病院血液内科]

【症例】 \_\_\_\_\_ 才、男性

【現病歴】 \_\_\_\_\_

【検査所見】 \_\_\_\_\_

## 【経過】

### ■ 問題点

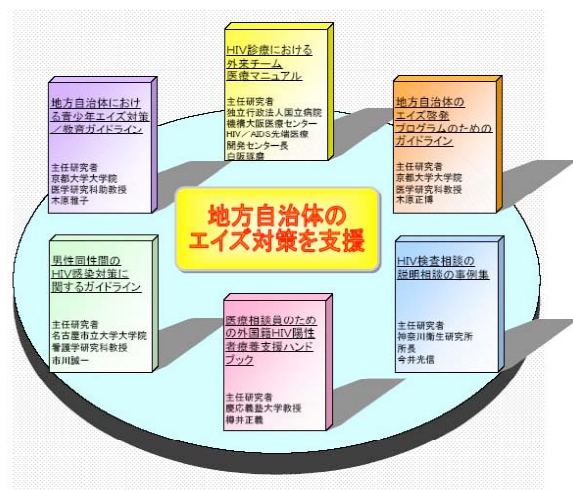
- 1) \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_
- 3) \_\_\_\_\_

### <MEMO>

### ■ NGO による個別施策層の支援とその評価に関する研究班：医療相談員のための外国籍 HIV 陽性者療養支援ハンドブック 暫定版（平成 18 年 3 月）

平成 17 年の HIV 感染者・エイズ患者の合計は 1,199 件（過去最高）となっており、依然として増加傾向にあります。厚生労働省では、各地方自治体の HIV・エイズ対策を効果的に支援するため、厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業において、下記のマニュアルを作成いたしました。

<http://api-net.jfap.or.jp/htmls/frameset-05.html>



#### A. ブラジル医療事情

ブラジルは、1992 年当時には推定 HIV 感染者数が南アフリカ共和国とほぼ同数でした。こうした深刻な状況が改善する大きなきっかけは 1988 年に制定された現行の憲法にさかのぼります。「健康は全ての人の権利であり国家の義務である」と記載されたこと

で、国民皆保険制度が作られ、全ての人に無料で公立病院での治療の道が開かれました。この制度のもと、日和見感染症に対しては、無料で治療が受けられるようになりました。しかし、公的な医療機関のサービスには抗レトロウイルス剤は含まれていませんでした。

ブラジルでは HIV 流行の当初は都市に住む外国帰りの知識人層が多かったといわれています。が、次第に当時地方の貧困層・女性への感染の拡大が生じて、多くの人々が発病し入院する事態となり保健行政の財政を圧迫していました。このため政府内では医療サービスの拡大には慎重論がありました。

しかし 1996 年にサンパウロ州で HIV に感染している女性が、健康保険制度から抗レトロウイルス剤が排除されている状況は憲法違反であると裁判所に提訴しました。判決は女性側の勝訴となり国は抗レトロウイルス剤の無料提供を始めることになりました。この時点でブラジル保健省は既に治療・ケア体制の整備に着手しており、以下のような対策がとられることになりました。

#### 1. HIV 診療の標準化

抗レトロウイルス剤による治療を全て online で管理し、不適切な治療を是正したり副作用などの情報や薬剤の供給を一括管理出来るようにしました。

#### 2. 検査体制の充実

それまで地方によっては十分な検査体制のなかった状況を改善し全ての地域で VCT が受けられるように整備しました。

#### 3. ケア・サポート・相談体制の充実

NGO の活動を支援し各地に電話相談から在宅ケア・孤児の施設までさまざまなサービスを拡充しました。

#### 4. 診療・ケア体制の整備

デイケアやデイホスピタルを充実させ受診しやすい環境を整えました。また、HIV 診療を医師のみに任せるのではなく、全ての HIV 陽性者がソーシャルワーカーやカウンセラーにアクセスできることを標準的な医療サービスに組み込みました。こうした努力により HIV 診療体制が向上しているさなかに無料の抗レトロウイルス剤治療が導入されたところ、AIDS 発病者の予後は大きく改善され、1990 年代当初に予測された推定死亡数に比べて実際に死亡した人数は 4 分の 1 にとどまりました。

このことは人道的には素晴らしいことでしたが、ブラジル財務省からは、政府財政を更に悪化させることを理由に抗レトロウイルスの無料提供を中止するよう保健省に働きかけがありました。抗レトロウイルス剤の無料化政策を続けるかどうかは、国を挙げての大きな議論に発展しましたが、数年すると HAART により元気になった AIDS 患者が病院に入院することが激減し財政面でも無料化政策の効果が現れ始めます。また、ブラジル保健省が製薬メーカーに対して大量購入と引き換えに価格の引き下げを迫ったり、一部の薬剤を generic 薬として自国生産することで出費も押さえることが出来ました。

特に日和見感染症で入院治療を要する患者数が 7 分の 1 以下にと激減したことの影響が大きく 2002 年ごろには保健省のエイズ医療への出費の増加が頭打ちとなりました。更に、治療によって HIV 陽性者が元気になることが住民に知られるようになると、病気のスティグマが減少し検査体制の整備とあいまって検査による早期の発見が増加し、新規感染者数を減少させる効果も出て



きたようです。2002 年の推定 HIV 陽性者数は、1992 年に世界銀行が推定した 120 万人の半数にとどまることが出来ました。ケアの拡充が予防にも波及したことが予測され、2002 年に国連合同エイズ計画 (UNAIDS) のピーター・ピオット事務局長は「ブラジルのエイズプログラムは世界でもっとも優れたものの一つである」と発言しています。

#### 陽性者支援ハンドブックの目次

はじめに 1

#### 1 在日外国人の HIV をめぐる状況 5

国際化のなかで 5

治療の遅れ 7

山積する課題 8

#### 2. 外国人 HIV 陽性者支援で直面する問題 11

A. 言葉が通じない 11

B. 医療費の支払いに困難 12

C. 支援環境・生活背景がわからない 13

D. 帰国をしたらどうなるか不安 14

#### 3 支援のための道具箱 17

A 医療通訳を得るためには 17

B 医療費問題～外国人の医療相談に関わる上で熟知しておくことが求められる制度～ 20

C 外国人の支援のための社会資源 25

D 帰国のための支援 30

#### 4. 母国の医療事情 35

A. ブラジル 35

B. タイの医療事情 37

C. アフリカ諸国 39

#### 資料集 41

資料 A. 外国人 HIV 診療における人権ガイドライン 41

資料 B. 医療通訳の心構え 「MIC かながわ」の例 47

資料 C 医療通訳派遣実施団体リスト 51

資料 D 移住労働者医療及び福祉制度関係法令通知集 60

■ エイズを理解するための 8 か国語リーフレット (日本語、英語、スペイン語、ポルトガル語、タイ語、中国語、韓国語、タガログ語)

[/api-net.jfap.or.jp/htmls/frameset-01.html](http://api-net.jfap.or.jp/htmls/frameset-01.html)

■ あれどこ便利帳 WEB EDITION<第 2 版>/責任編

集：今村顕史 (東京都立駒込病院感染症科) 発行：ブリストルマイヤーズスクイブ株式会社

<http://csws.tokyo-med.ac.jp/csws/tokyohivnet/>

冊子：外国人医療

■END

## II. HIV 情報

### [1]学会及び研修会：既述

### [2]HIV 感染症関連ニュース

#### 1) 抗 HIV 治療ガイドライン

# Guideline

## 抗 HIV 治療ガイドライン

平成 17 年度厚生労働省科学研究費補助金エイズ対策研究事業  
HIV 感染症の医療体制の整備に関する研究班 2006 年 3 月

<http://api-net.jfap.or.jp/siryou/guideline/guideline.htm>

(7 月 20 日)

抗 HIV 治療ガイドラインは、平成 10 年度厚生科学研究費「我が国における HIV 診療ガイドラインの開発に関する研究」班 (岩本愛吉班長) により初めて作成された。その後、平成 11 年度厚生科学研究費「日本における HIV 診療支援ネットワークの確立に関する研究」班 (秋山昌範班長)、平成 12 年度から 14 年度にかけて厚生労働科学研究費「HIV 感染症の治療に関する研究」班 (岡慎一班長) が作成を担当してきた。平成 15 年度以降は厚生労働科学研究費「HIV 感染症の医療体制の整備に関する研究」班 (木村哲班長) に引き継がれ、平成 17 年度の「2006 年 3 月版」ガイドラインを作成するに到った。

平成 10 年度当初のガイドライン作成は、米国 DHHS (Department of Health and Human Services) などの諸外国のガイドラインを日本語訳する作業が主であった。しかしながら、薬剤の服用量や薬剤の代謝などには人種差があり、また薬剤の服用状況などに関してはわが国独自の問題があることもまた事実である。したがって、わが国における「抗 HIV 治療ガイドライン」を作成することはきわめて重要であると考えられる。本ガイドラインはその観点から毎年アップデートを重ね、出来るだけわが国独自の情報を盛り込むことに努力を払ってきた。また、「ガイドライン」としての本来の目的を果たすことを念頭におき、診療経験の少ない医師が本ガイドラインをみて治療方針の意思決定が出来る工夫を行ってきた。「2006 年 3 月版」ガイドラインでは、上記の目的を達成するために多くの先生方のご協力を頂いた。以下に列挙させていただき、感謝の意を表したい。

<執筆および監修いただいた先生方 (敬称略、アイウエオ順)>

小田原 隆 (東京大学医科学研究所附属病院感染免疫内科)

桑原 健 (国立病院機構大阪医療センター薬剤部)

小池 和彦 (東京大学医学部附属病院感染症内科)

小西加保留 (桃山学院大学社会学部社会福祉学科)

杉浦 互 (国立感染症研究所エイズ研究センター)

藤平 輝明 (東京医科大学附属病院医療福祉相談室)

わが国では HIV 感染者数が年々増加しており、HIV 診療を行う医師および医療機関の不足が懸念されている。本ガイドラインが、わが国における HIV 感染症診療の一助となれば幸いである。

2006 年 3 月版「抗 HIV 治療ガイドライン」においては、前年度版から変更した箇所は黄色のマーカを付した。ただし、第 VI 章「治療失敗時の薬剤変更」および第 VII 章「抗 HIV 薬の作用機序と薬物動態」は大幅な書きかえを行い、第 XIII 章「HIV 診療における社会資源の活用」は新たに加えた章であるため、この 3 章については特に黄色マーカを付さなかった。

以下に、今年度の変更のポイントをまとめた。

1. 平成 17 年度の新薬であるエムトリシタビン (エムトリバ®) とエムトリシタビン・テノフォビル合剤 (ツルバダ®) の 2 剤については 2005 年 3 月版に既に記載しており、2006 年 3 月版では新規の抗 HIV 薬の新たな記載はない。
2. ここ 1 ～ 2 年の報告により、HAART の成績がどのクラスのキードラッグ (unboosted PI, boosted PI, NNRTI) を選択するかによって異なることが明らかになりつつある。ウイルス学的治療効果と服薬率低下時

の治療失敗率の観点から、unboosted のプロテアーゼ阻害剤の使用が好ましくない点を記載した（第 V 章）。

3. 日本アルトマーク社が実施している市販後臨床検査の集計で、HAART 開始時の CD4 数と治療後の生存率の関係の解析データ（1997 年 4 月～ 2005 年 3 月、2236 名）が発表されたので、これを日本発のデータとして 2006 年 3 月版に掲載した。また、最近 CD4 数が 350/ $\mu$ l 以上での治療開始が好ましいとする報告があるのでこれについても言及した（第 V 章）。

4. 本邦で実際に使用されている HAART の組み合わせについて、最新の情報に差し替えた（第 V 章）。

5. 「治療失敗時の薬剤変更」の章をこれまでの原則論的なものからより実践的なものに大幅な書き換えるとともに、日本の未治療患者の耐性 HIV 保有頻度を掲載した（第 VI 章）。

6. 「抗 HIV 薬の作用機序と薬物動態」の章に TDM の概念を加え、大幅に書き直した（第 VII 章）。

7. 2006 年 4 月からの障害者自立支援法の実施にあわせ、「HIV 診療における社会資源の活用」の章を新たに設けた（第 XIII 章）。

■END

## 2) HIV母子感染予防対策マニュアル第4版

# HIV 母子感染予防対策マニュアル

(2006 年月)

### 第 4 版巻頭言

この度、厚生労働科学研究費補助金エイズ対策事業「HIV 感染妊婦の早期診断と治療および母子感染予防に関する臨床的・疫学的研究」班塚原優己分担班より「HIV 母子感染予防対策マニュアル」の第 4 版が上梓の運びとなりました。塚原先生、研究協力者、執筆者ならびに関係各位に深甚なる謝意を表します。第 4 版では、全妊婦 HIV スクリーニングの医療経済性、スクリーニング検査における偽陽性発生率（陽性的中率）、わが国における HIV 感染妊娠の将来予測（増加傾向）、感染妊婦に投与された抗 HIV 薬の児に及ぼす影響（貧血、突然死など）、ネビラピン耐性、プロテアーゼ阻害剤（PI）の早産惹起性、これから妊娠を希望する感染女性に対する支援対策などを追加し、更に充実を期しました。他方、分娩時妊婦血中 HIV コピー数（/ml）が 1,000 コピー/ml 以下でも帝王切開を勧めるなど、一部米国 CDC の基準と異なる、わが国の実状に則した独自の基準も内容に含めました。

この 3 年間、当班は持続して周産期における HIV 感染対策の現状把握に努め、日本の国情に合致した最も有効な母子感染防止対策の確立と標準化並びに啓発・広報活動に努力してきました。当研究班の研究は厚労省エイズサーベイランス委員会や他の研究班では行われておらず、われわれの研究の学術的・社会的意義は非常に高いと考えています。また、先進諸国の中で唯一 HIV 感染者数が増加しつつある現状より、当研究班の成果は国際的にも国内的にも影響度が高いと考えられます。その結果、妊婦 HIV スクリーニングの実施率は増加し、地域差も解消されてきました。班是である「先ず、スクリーニングありき」が公認されつつある証拠であり、全妊婦スクリーニングの医療経済性

が証明された現在、この班は国是でもある予防医学重視に合致するものであります。また、近・中長期未来における HIV 感染妊婦（日本国籍）は増加するとの予測推計結果は極めて重要な成果で、中国の例を出すまでも無く改めて「持続する」HIV 対策の重要性を支持しています。HIV 母子感染に対する HAART と予定帝王切開の有用性は当研究により明らかになりましたが、HAART の児に対する影響と経膈分娩の可能性は今後の長期フォローアップを待たねばなりません。

また、わが国では若年者を中心に HIV 感染が増加していますが、HIV 感染妊婦は微増です。これは当班の啓発教育と広報活動に拠るところが大きいと考えています。今後は本研究を継続すると共に少子化の現状を鑑みて HIV 感染者の「生殖領域」にも研究を拡大すると共に経膈分娩判定基準の設定や母乳哺育の実現化に研究を広げる予定です。

さて、当班は周産期における HIV 感染対策の現状把握、日本の国情に合致した最も有効な母子感染防止対策の確立と標準化、母子感染におけるリスク因子に関する検討、啓発教育・広報活動の推進からなり、「マニュアル作成」は財団法人エイズ予防財団主催による当班の「研究成果発表会」と並んで啓発・教育活動の大きな柱の一つであります。本マニュアルには、この 3 年間における当班の研究成果のみならず、HIV 感染妊婦、検査を含めた周産期諸問題、出生児の取扱い等についてアップトゥデイトな知識が具体的に紹介されております。是非、座右に置かれまして日常臨床にご活用賜ればと存じます。

平成 18 年 3 月

厚生労働科学研究費補助金エイズ対策事業「HIV 感染妊婦の早期診断と治療および母子感染予防に関する臨床的・疫学的研究」班

主任研究者 稲葉 憲之

■END

### 3) 「いきなりエイズ」は許さない！

開業医にも使える「HIV 迅速検査キット」、その実力は？（2006. 6. 8）



写真1 HIV迅速検査キット「ダイナスクリーン HIV-1/2」の検査ストリップ 上下2本の赤いラインが出たら陽性（写真右）上のラインのみが出たら陰性（同左）と判定する。

昨年1年間に日本で新たに HIV 感染症・エイズと診断された患者は 1199 人。その内訳は HIV 感染症が 832 人、エイズが 367 人だ。つまり約 3 分の 1 は HIV 感染の段階で発見できず、「いきなりエイズ」で見つかっている。エイズ発症を大幅に遅らせられる治療薬が続々と開発されているにもかかわらず、その恩恵を十分に受けていない患者が多くいるわけだ。中には、他の疾患で医療機関を受診する機会があったのに、HIV 感染を見逃されるケースも少なくない。一般診療で HIV 感染を早期発見することが急務となる中、強力な支援ツールになりそうなのが HIV の迅速検査キットだ。委託による HIV 検査なら結果が出るまでに通常 1



週間かかるが、迅速検査キットなら 20 分ほどで完了する。時間的、心理的負担が大きく軽減され、患者も検査を受けやすくなるはず。実際に、保健所で迅速検査が導入された 2003 年以後、検査の実施率は上昇している。

しかしクリニックで診療する医師にとって、迅速検査キットの導入は現実的といえるのか。操作性は、感度は、そして陽性の場合の患者説明に対するサポート体制はなどが気になるところだ。全血を使って検査可能、2 本の赤いラインで判定

現在、日本で承認されている HIV の迅速検査キットは「ダイナスクリーン HIV-1/2」のみ。即日検査のために、保健所が導入しているのもこの検査キットだ。

【ここから検査の様子を動画をご覧ください】

被験者の血液 50  $\mu$ L をオートピペットで検査ストリップに滴下。全血なら上から添付の緩衝液を 1 滴垂らす。検査の仕組みは抗原抗体反応で、検出するのは患者の HIV 抗体。採取した患者血液をキットに滴下して展開、展開層に固定された抗原（エピトープ部分のみで感染性はない）と結合すると、色素が発色して赤いラインが浮き出る。上下 2 本の赤いラインが出たら陽性だ。それに対して、上のラインのみが出たら陰性。下のラインが出ているかどうかにかかわらず、上のラインが出ない場合は試験が異常なのでやり直し。上のラインは出ているが陽性を示す下のラインの色が薄く、「出ているかどうかよく分からない」場合は「陽性」と判定する。

検査キット以外に、検査実施に当たって用意するのは 4 つ。(1) 使い捨ての防護手袋、(2) オートピペットと使い捨てのチップ、(3) 展開時間を計るためのタイマー、(4) 使用済みのチップや検査キットを捨てるための廃棄ボックス。すべて一般的なもので十分だ。医療機関内で検査実施のハードルはとても低いといえる。

操作は 3 分、30 分後には患者に報告

「『保健所では無料で匿名検査が受けられる。有料でもよければこの場ですぐに検査することもできる』と告げると、半数以上の患者が当院での迅速検査を選ぶ。迅速検査は、HIV 感染者のスクリーニングに大きく寄与している」。こう話すのは、東京医大臨床検査医学講師の山元泰之氏だ。山元氏は、定期的に新宿東口クリニック（東京都新宿区）でも診療を担当しており、ここで性感染症や肝炎など、HIV 感染の疑いが強い患者に HIV 検査を勧めている。



写真 2 新宿東口クリニックの検査スペース HIV 迅速検査の実施に、特別な施設や機器は不要。操作も簡便で、落ち着いた検査ができるスペースさえあれば医師一人でも十分に実施可能だ。

現在、新宿東口クリニックでは 1 か月に 100 件程度の HIV 検査を行っている。山元氏に、検査の様子をみせてもらった。検査の場所は、診察室裏の小さなスペース。大掛かりな器具は必要ないので、落ち着いた検査ができる小さなテーブルがあれば実施可能だという。「指示通りやれば、検査はとても簡単だ。操作自体は慣れれば 3 分で終わる。これまでキットの不備で

結果が判定できなかったことが 1 度だけあったが、その場合でも、試験が正常でなかったことが上のラインが出ないことからわかるのでやり直せば問題ない」

（山元氏）。山元氏は次のような流れで、この検査を診療に取り入れている。患者が検査実施に承諾したら採血し、いったん、待合室で待ってもらおう。診察室裏で検査の開始処理をし、15 分間のタイマーをセット。その間に 1~2 人の別の患者を診察する。タイマーが鳴ったら検査結果を見に行く。診察の区切りがついたところで、検査を受けた患者を呼んで結果を告知する。検査の告知までの患者の待ち時間は 30 分程度だという。診療報酬は、患者の求めに応じて検査を実施する場合は算定できないが、医師がエイズ発症疾患を疑って実施する場合や、HIV 感染症を疑わせる性感染症がある場合には算定できることになっている。これは他の HIV 抗体検査の扱いと同様だ。

操作が簡単なので感度が懸念されるところだが、「抗原抗体反応を原理とする検査であれば、感度は検査センターで行われているものと同程度」（メーカー）とのこと。「陽性患者を見逃さない」という点では、添付文書に掲載されたデータで見る限り信頼性は 100% と言える。ただし、「特異性」については若干の弱みを持つ。というのは、検査センターで行う検査では抗原以外の物質を洗い流す行程が組み入れられているが、迅速検査ではその行程が省かれているからだ。そのため HIV 感染していないのに陽性と判定してしまう「偽陽性」が出る率は検査センターでの検査より高く、100 人に 1 人程度になる。

難関の「告知」にも支援体制が充実

スクリーニング検査で陽性が出た場合には、患者に偽陽性の可能性があることを伝え、確定検査を受けるよう勧める。治療に当たっては専門機関を紹介するのが一般的だが、通常、確定検査の結果の告知までは、検査を実施した医師が担うケースが多い。この告知こそが、検査実施に乗り出す上での最大の難関とも言われている。

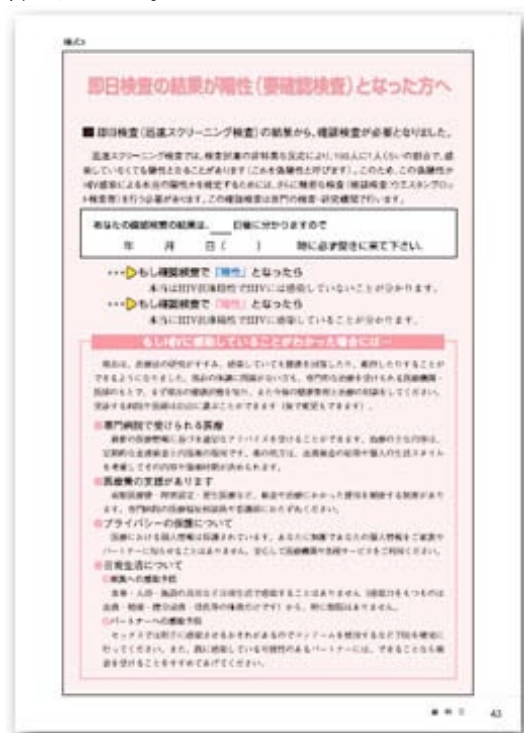


写真 3 「HIV 検査・相談マップ」のサイトで公開されている検査相談担当者向け資料の一部

「医師の不十分な対応が原因で、患者とトラブルが起るケースも確かにある。それなりの準備と覚悟がないと検査や告知の実施は難しい。時々、そのような事例の報告や相談が来ている」と、厚生労働省の

「HIV 検査相談機会の拡大と質的充実に関する研究班」班長を務める神奈川県衛生研究所の今井光信氏は述べる。とはいえ、今井氏は「実施はムリ」と言っているわけではない。同研究班が作成したインターネットのホームページ「HIV 検査・相談マップ」

(<http://www.hivkensa.com/>) には、「検査相談の担当者向け資料」として「保健所などにおける HIV 即日検査のガイドライン」の PDF データを掲載。特に資料編には、検査を受ける人に渡す資料、検査が陰性となった人に渡す資料、検査が陽性になった人に渡す資料などが収載されており、これらをカラープリンターで打ち出してそのまま使用できる。(写真)

また、告知の仕方については、中四国エイズセンターが小冊子「初めてでもできる HIV 検査の進め方・告知の仕方」などが役に立つ。PDF 版がインターネットから入手可能だ (<http://www.aids-chushi.or.jp/c4/kensakokuchi.pdf>)。派遣カウンセラーの依頼先なども掲載されている。もちろんガイドラインや小冊子に掲載されていない疑問点、トラブルが出てくる可能性はある。厚労省の研究班は、「診療所における HIV 即日検査のガイドライン」を作成し、来年度以降配布予定だ。それまでの間は個別対応ということになるが、「検査や告知の実施で困ったら『HIV 検査・相談マップ』の質問フォームで相談していただければできる限り答える」と今井氏は話している。

(小田 修司＝日経メディカル)

■END

#### 4) HAART、薬剤耐性検査

①プロテアーゼ阻害薬 (PI)、非核酸系逆転写酵素阻害薬 (NNRTI)、抗レトロウイルス、TPC と CC の相関性

HIV 感染患者における血中抗ウイルス薬濃度は細胞内薬物濃度の代替となりうるか？

<[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&dopt=Abstract&list\\_uids=16778716&query\\_hl=13&itool=pubmed\\_docsum](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&dopt=Abstract&list_uids=16778716&query_hl=13&itool=pubmed_docsum)>

・Colombo S, et al.: Are Plasma Levels Valid Surrogates for Cellular Concentration of Antiretroviral Drugs in HIV-infected Patients? Ther Drug Monit. 28(3): 332-338. 2006.

現在、HIV プロテアーゼ阻害薬 (PI) や非核酸系逆転写酵素阻害薬 (NNRTI) は、薬物濃度モニタリングにトータル血漿中濃度 (TPC) を利用している。しかし、抗レトロウイルス薬の薬理学的標的は細胞内に存在する。そのため、TPC が、細胞内薬物濃度 (CC) の代用となりうるかどうかを検討するために、HIV 感染患者 133 例より抗レトロウイルス薬服用後に血漿と末梢血単核球 (PBMC) を同時に採取し、これらの相関を調べた。その結果、ネルフィナビル (NFV、傾き = 0.93、相関係数  $r = 0.85$ )、サキナビル (SQV、傾き = 0.76、 $r = 0.80$ )、ロピナビル (LPV、傾き = 0.87、 $r = 0.63$ ) において、TPC と CC の相関性が最も良く、エファビレンツ (EFV) の相関は中等度 (傾き = 0.69、 $r = 0.58$ ) であった。一方、ネビラピン (NVP) では、(傾き = -0.3、 $r = 0.1$ ) 相関は認められなかった。

CC/TPC 比は、PI (変動係数: SQV 76%、NFV 61%、

LPV 80%) の方が NNRTI (変動係数: EFV 101%、NVP 318%) よりも低かった。日常業務において CC 測定は困難であるので、相関性のある NFV、SQV、LPV などでは TPC は CC の代用となりうるが、EFV や NVP などでは、直接 CC を測定するか、あるいはトランスポーターの遺伝子型か、代謝酵素遺伝子など他の予測因子の使用を考慮するなど改善の余地があると考えられる。

②HIV 薬剤耐性サーベイランス、薬剤耐性ウイルスの感染、プロテアーゼ阻害剤、核酸系逆転写酵素阻害剤、非核酸系逆転写酵素阻害剤

薬剤耐性 HIV の感染頻度は慢性期よりも感染初期の方が高い: カナダの HIV 薬剤耐性サーベイランス

<[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&dopt=Abstract&list\\_uids=16763495&query\\_hl=2&itool=pubmed\\_DocSum](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&dopt=Abstract&list_uids=16763495&query_hl=2&itool=pubmed_DocSum)>

・Jayaraman GC, et al.: A population-based approach to determine the prevalence of transmitted drug-resistant HIV among recent versus established HIV infections: results from the Canadian HIV strain and drug resistance surveillance program. J Acquir Immune Defic Syndr. 42(1): 86-90. 2006.

現在の抗 HIV 薬の耐性に関する論文は、ある特定の cohorts 研究に基づくものや、重症の患者のみを対照としている場合が多く、得られた結果はバイアスがかかっている可能性がある。今回、有効な HIV 感染の予防と治療法の確立を目的に、カナダで、新たに HIV と診断された患者の疫学調査を行った。2000 年～2001 年に新規に HIV 陽性と診断された未治療患者の血清を採取し、感染時期、HIV-1 サブタイプ、逆転写酵素阻害剤とプロテアーゼ阻害剤 (PI) に対する感受性の低下をもたらす遺伝子変異を調べ、感染初期と慢性期の患者での薬剤耐性ウイルスの感染の拡がりを調査した。その結果、8.1% の患者で薬剤耐性ウイルスへの感染が認められた。その内訳は、核酸系逆転写酵素阻害剤耐性が 4.1%、非核酸系逆転写酵素阻害剤耐性が 1.4%、PI 耐性が 1.5%、2 種以上の薬剤群に耐性が 1% であった。感染初期の患者では、慢性期の患者と比較して、薬剤耐性ウイルスへの感染頻度が高く (12.2% vs 6.1%;  $P = 0.005$ )、白人男性の同性愛患者以外にも薬剤耐性ウイルスの感染が認められた。また、2000 年に比べ (46.6%)、2001 年の方が HIV 感染初期患者で薬剤耐性ウイルスへの感染が高かった (66.7%)。以上のように、カナダでは、薬剤耐性ウイルスの感染は、3 種の薬剤群すべてに認められており、その患者背景もさまざまであった。また、慢性期に比べ、感染初期の方が、薬剤耐性ウイルスへの感染頻度は高く、増加傾向がうかがえる。有効な HIV 感染の予防と治療法の確立のためには、継続的な疫学調査が重要である。

③治療開始時の薬剤耐性と薬剤耐性検査に基づいた初回治療選択の有用性

●Oette M, et al.: Primary HIV drug resistance and efficacy of first-line antiretroviral therapy guided by resistance testing. J Acquir Immune Defic Syndr. 41(5): 573-581. 2006.

多くの臨床試験において、治療開始時の HIV 薬剤耐性が、第一選択 HAART の効果に関連していることが示されている。そこで、薬剤耐性検査に基づいた第一選

択 HAART の有効性の検討を行うため、HAART 開始後 48 週間において、慢性 HIV 感染患者の遺伝子解析を行った。治療開始時の薬剤耐性発現率は、試験参加者 269 例中 30 例 (11.2% ; 95%CI 7.4-14.9) であった。Intention-to-treat analysis では、24 週後と 48 週後におけるウイルス量 50copies/mL 以下の患者の割合は耐性がある場合 70.0% と 66.7%、耐性がない場合 74.1% と 73.6% ( $P = 0.66, 0.51$ )、on-treatment analysis では、耐性がある場合には 80.8% と 83.3%、耐性がない場合では 81.9% と 85.0% ( $P = 0.79, 0.77$ ) であった。薬剤耐性は、慢性 HIV 感染患者の 11.2% に認められており、治療開始時に薬剤耐性を有する患者でも薬剤耐性検査に基づいた初回治療の選択は日常診療に有用と考えられた。

#### ④抗レトロウイルス、薬物耐性検査、薬剤耐性 HIV 感染伝播

抗レトロウイルス薬剤耐性 HIV-1 感染の動向

●Shet A, et al.: Tracking the prevalence of transmitted antiretroviral drug-resistant HIV-1: a decade of experience. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 41(4): 439-446. 2006

HIV-1 感染初期もしくは急性期にすでに薬剤耐性であることがしばしば報告されているが、地理的あるいは患者集団によってもその傾向は異なっている。ニューヨークにおける抗レトロウイルス薬剤耐性 HIV-1 感染の動向を調査するために、感染初期もしくは急性期の HIV-1 感染患者 361 例の HIV-1 遺伝子型解析、長期にわたる T-cell subsets および HIV-1 RNA レベルを調査し、1995 年から 2004 年の 10 年間プロスペクティブに検討した。全体的耐性 HIV 伝播率は、1995~98 年の 13.2% から 2003~04 年には 24.1% と上昇していた。また、NNRTI 耐性発現率は、2.6% から 13.4% と有意に上昇 ( $P = 0.007$ ) し、多剤耐性 HIV の発現率は 2.6% から 9.8% ( $P = 0.07$ ) で、統計学的有意差はなかった。適切な治療を受けている患者では、抗ウイルス薬に対する感受性に関わらず比較的良好な免疫学的かつウイルス学的反応が得られた。これはたとえ薬剤耐性が認められた場合であっても、感染初期もしくは急性期の患者に対して薬剤耐性検査に基づいた初期併用治療を行えば、良好な治療効果が得られることを示唆している。このことから、HIV 感染初期の抗レトロウイルス未治療の患者に対して、エンピリックな初期療法を行う場合その選択が重要であり、そのことが HIV-1 感染初期もしくは急性期の薬剤耐性検査の必要性を強く示唆している。

#### ⑤抗レトロウイルス療法 (ART)、CD4+T リンパ球数

抗レトロウイルス療法による血中ウイルス抑制時の CD4+T リンパ球数に関する決定因子：免疫活性、T 細胞成熟マーカー、細胞内 HIV-1 DNA 量の関連性

<[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&dopt=Abstract&list\\_uids=16741879&query\\_hl=19&itool=pubmed\\_docsum](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&dopt=Abstract&list_uids=16741879&query_hl=19&itool=pubmed_docsum)>  
• Goicoechea M, et al.: Determinants of CD4+ T Cell Recovery during Suppressive Antiretroviral Therapy: Association of Immune Activation, T Cell Maturation Markers, and Cellular HIV-1 DNA. *J Infect Dis*. 194(1):29-37. 2006.

抗レトロウイルス療法 (ART) の施行中、CD4+T リン

パ球数の回復が十分でない場合がある事が一般に知られている。そのため、ART により血中ウイルス量を抑制できた (50copies/mL 以下) HIV-1 感染者 116 例を対象に、ART 開始前および施行中の T 細胞免疫表現型および細胞内 HIV-1 DNA 量を測定し、CD4+T リンパ球数の回復に関するウイルス学的および免疫学的予測因子の解析を行った。ART 開始 48 週間後における CD4+T リンパ球数の増加量で被験者を免疫学的一致例 (CD4+T 細胞数の増加が 100 個/mm<sup>3</sup> 以上) と免疫学的不一致例 (CD4+T 細胞数の増加が 100 個/mm<sup>3</sup> 未満) に層別化し、変数を調整して解析した結果、ベースライン時における CD4+T 細胞および CD8+T 細胞の活性化と 48 週間の ART 後における免疫学的一致との間には負の相関が認められた (それぞれオッズ比 [OR] 0.80 [ $P = 0.04$ ] および 0.67 [ $P = 0.02$ ] )。ベースライン時におけるメモリー (CD45RO+CD62L-) CD8+T 細胞数の増加は、CD4+T リンパ球数の不十分な回復に関する予測因子であり (OR 0.33 [ $P = 0.05$ ] )、ベースライン時におけるナイーブ CD4+T リンパ球数の増加については CD4+T リンパ球数の大幅な回復と相関を示していた (OR 1.19 [ $P = 0.052$ ] )。ベースライン時 ( $P = 0.32$ ) および 48 週間の ART 後 ( $P = 0.42$ ) における細胞内 HIV-1 DNA 量については、いずれも ART 施行中の免疫学的一致との間に相関性を示さなかった。以上の結果から、血中ウイルス量抑制時の CD4+T リンパ球数の回復を予測する上で、ベースライン時における免疫活性および成熟細胞のサブセットの評価は臨床的に有用であることが示唆された。一方で、ART 施行中の CD4+T リンパ球数の回復能が低下している患者が認められたことから、一部の患者では早期に治療を開始する必要があると考えられる。



#### 5) 免疫再構築症候群

抗レトロウイルス療法開始時の病状が重症な患者は免疫再構築症候群の発現リスクが高い

• Robertson J, et al.: Immune reconstitution syndrome in HIV: validating a case definition and identifying clinical predictors in persons initiating antiretroviral therapy. *Clin Infect Dis*. 42(11):1639-1646. 2006.

抗レトロウイルス療法開始後に発現することがある免疫再構築症候群は、免疫回復が原因で生じると考えられているが、標準的な臨床定義は確定していない。そこで今回、免疫再構築症候群の臨床定義と予測因子を見出すために、レトロスペクティブにケースコントロールスタディを行った。免疫再構築症候群と確認された 20 例から単純帯状疱疹症例を除外し 14 例についてコントロールとの比較を行った。その結果、免疫再構築症候群と関連の見出されたファクターは、過去の日和見感染経回数が多 (  $P = 0.003$  )、ベースライン時の CD8+リンパ球数が多い ( $P = 0.05$  )、12 週目の CD8+リンパ球数が多い ( $P = 0.02$  ) の 3 つであった。また、アラニンアミノト



ランスフェラーゼ濃度の低さ ( $P = 0.05$ )、ヘモグロビン濃度の低さ ( $P = 0.02$ ) とも関連が認められた。さらに多変量解析の結果、免疫再構築症候群の病状進行と独立した相関が認められたファクターは、過去の日和見感染の回数 ( $OR\ 2.7$ ,  $P = 0.007$ )、ベースライン時のヘモグロビン濃度の低さ ( $OR\ 0.8$ ,  $P = 0.003$ ) の 2 つであった。次に、classification and regression tree 解析を用いて予知モデルを定義した。過去の日和見感染の回数、 $CD8+$ リンパ球数、ヘモグロビン濃度を用いた検討での感受性と特異性は、重要性スコア ( $0.0 \sim 100.0$  のスケール) 4 以上でそれぞれ 78.57% と 87.50%、スコア 2 以上でそれぞれ 92.86% と 80.00% であった。今回の検討から、抗レトロウイルス療法開始時の病状が重症な患者は免疫再構築症候群の発現するリスクが高いと推測された。また、classification and regression tree 解析による臨床定義は、抗レトロウイルス療法開始前のリスク分類に役立つと期待される。

■END

#### 6) 7<sup>th</sup> ICAAP エイズ国際会議より

自分の HIV 感染、パートナーに伝えるべきだが実際は難しいー大学生の意識調査 (2005. 7. 8)

ほとんどの大学生は、自分が HIV に感染した場合、そのことをパートナーに伝えるべきと考えているが、実際に伝えるのは難しいとも認識している。日本の大学生を対象とした意識調査で、彼らが HIV・エイズをどのように受け止めているのか、その一端が明らかになった。千葉県衛生研究所の柳堀朗子氏が 7 月 4 日、ポスターセッションで発表した。日本の HIV 感染は、若い世代、特に男性で急増している。厚生労働省エイズ動向委員会の報告では、日本国籍の男性 (20~24 歳) の場合、2003 年に新規の HIV 感染者は 55 人となり、1985 年以降初めて 50 人を超えた。そして翌 2004 年には、77 人に急増している (図)。

エイズ国際会議では、こうした若い世代の問題を取り上げるものが少なかったが、柳堀氏らの発表もその 1 つだった。研究グループは、アンケート用紙を手渡しで配布。回答は郵送で回収した。対象は、4 大学の学生 541 人。年齢は 18~28 歳。学科は看護学科、人間学科、ビジネス学科など。調査期間は 2003 年 12 月~2004 年 1 月だった。310 人から回答があり、回収率は 57.3% だった。男性が 142 人、女性が 168 人。なお、女性の回答者の 64.3% は看護学生だった。調査では、まず HIV 感染経路について尋ねたが、売春、乱交、薬剤使用を挙げる人が男女ともに多かった (80% から 60%、複数回答、 $n$ =男性 134、女性 166)。HIV 感染についての知識は、高いことがうかがえた。以下、HIV・エイズに対する意識を調べるため、いくつかの設問を提示し、「そう思う」「そうは思わない」などの選択肢方式で回答してもらった。たとえば「私が HIV 陽性/AIDS だった場合、愚か者として見られるだろう」との設問では、「そう思う」が男女ともに 20%、「たぶんそう思う」は男性が 40% 弱、女性が 50% に上った ( $n$ =男性 166、女性 133)。また「私は HIV 感染者が作った料理を食べるだろう」との設問では、「そう思う」が男性で 20% 弱、女性で 10% 強だった ( $n$ =男性 133、女性 165)。逆に、「たぶんそうは思わない」「そうは思わない」が男女とも 60% を超えていた。発表者らは、

「食べものから HIV が感染しないことを分かっているが、HIV 感染者が作った料理を食べない」との回答が多かった」と指摘、今後の課題に挙げた。HIV 検査についても聞いているが、「機会があったら検査を受けたい」との回答は、女性 ( $n=168$ ) で 80% 近く、男性 ( $n=133$ ) で 60% に達していた。男性より女性の方が、HIV 検査に積極的な姿勢を示していた。予防面でも質問しているが、直近のセックスでコンドームを使ったかどうか尋ねた設問では、女性 ( $n=114$ ) の 20%、男性 ( $n=100$ ) の 30% 弱が使っていなかった。また、男女とも 60% もが、「パートナーが HIV 陽性かどうかは知らない」と回答した ( $n$ =男性 96、女性 112)。調査では、自分が HIV に感染した場合にその事実をパートナーに伝えるべきかどうかを尋ねている。その結果、女性の 80% 弱、男性の 60% 強が「伝えるべき」と回答した ( $n$ =男性 129、女性 167)。しかし、実際に伝えられるかどうかを尋ねた設問では、「とても困難」と「困難」を合わせた回答が男女とも 80% 近くに上っていた ( $n$ =男性 128、女性 166)。発表者らはこのギャップを重視、「彼らが実際に行動に出るために何が必要かを考えなければならない」(柳堀氏) と考察していた。

教育現場では、エイズ予防のためのカリキュラムをどのように組み立てるか試行錯誤が続いている。柳堀氏は、ロールプレイを取り入れたカリキュラムや仲間同士で問題解決に取り組むピアカウンセリングの手法などに期待を寄せていた。(三和護、医療局編集委員)

■END



\* 入会連絡先: 〒701-0192 倉敷市松島 577

TEL: (086) 462-1111

川崎医科大学附属病院看護部

三宅 晴美

岡山 HIV 診療 Network news Vol. 13(4) 2006.7.25

■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