

岡山 HIV 診療 Network NEWS

第13巻第5号(通巻75号)

2006年9月19日

I. 第75回定例会プログラム

[場所：岡山済生会総合病院1階西館会議室]

[当番世話人：堀井和栄/六車 満]
[岡山済生会総合病院MSW/内科主任医長]

①報告事項

[1]LPV/rを含むHAARTの長期成績と剤形変更

[清水憲久]
[アボットジャパンKK]

この度弊社は、カレトラ OR (ロピナビル・リトナビル配合剤)の経口剤としてより利便性を高めた錠剤を発売することになりましたので、ご案内申し上げます。現行のソフトカプセル剤と比較して、本錠剤では1日の服用個数が6カプセルから4錠へと減少し、食後服用から食事の有無に関わらず服用が可能となるとともに、従来の冷蔵保存の必要性がなくなり、室温保存が可能となりました。つきましては、下記の通りご案内申し上げます。

今後とも引き続き尚一層のご愛顧を賜りますようお願い申し上げます。

■製剤外観(実物大)



- RM Gulick et al.: Lopinavir/ritonavir (LPV/r)-based therapy in antiretroviral-Naïve, HIV-infected patients: 6-year follow-up of study 720.

本号のハイライト

- 1 LPV/rの剤形変更：清水憲久
- 2 第16回国際エイズ会議報告：中瀬克己
- 4 Mini レクチャー：和田秀穂/川崎医科大学
- 7 症例提示：六車 満/岡山済生会総合病院
- 7 HIV情報 [1] 第20回日本エイズ学会総会
- 8 HIV情報 [2] HIV感染症関連ニュース
- 11 HIV情報 [2-8] 授乳による子→母感染

In 7th international congress on drug therapy in HIV infection 14-18 Nov.2004, Glasgow, UK.

Figure 1. M97-720 Study Schema



Figure 2. Study 720: HIV RNA <400 copies/mL Through Week 312

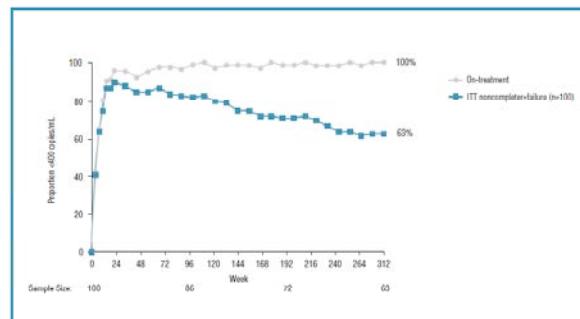


Figure 3. Study 720: HIV RNA <50 copies/mL Through Week 312

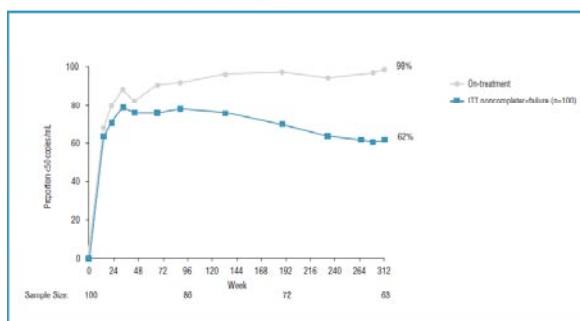


Figure 4. Study 720: Virologic Disposition

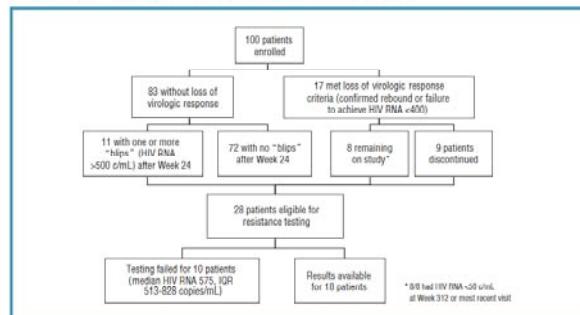


Figure 6. Study 720: Mean Change from Baseline in CD4 Count

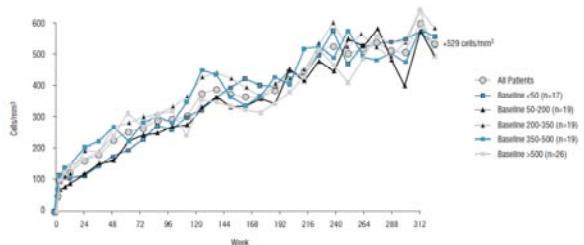


Table 3. Most Common Adverse Events (occurring in ≥10% of patients) Through Week 312

Moderate/Severe Drug-related AEs	Incidence Through Week 312 (n=100)	Prevalence at Week 312 (n=63)
Diarrhea	28%	0%
Nausea	16%	0%
Lipodystrophy	13%	11%
Abdominal pain	10%	0%

Table 4. Most Common Grade 3/4 Laboratory Abnormalities (occurring in ≥10% of patients) Through Week 312

Grade 3/4 Lab Abnormalities	Incidence Through Week 312 (n=100)	Prevalence at Week 312 (n=63)
Cholesterol (>300 mg/dL)*	23%	5%
Triglycerides (>750 mg/dL)*	26%	6%
AST/ALT (>5X ULN)	11%	0%

* Taken without regard to fasting

Table 5. Distribution of Lipid Values at Week 312*

Category	Prevalence at Week 312 (n=63)	Prevalence at Week 312 or Last Available Value (n=100)
Total Cholesterol (mg/dL)		
<240	47 (75%)	71 (71%)
>240-300	13 (21%)	23 (23%)
300-400	3 (5%)	6 (6%)
>400	0	0
Triglycerides (mg/dL)		
<400	49 (78%)	79 (79%)
400-750	10 (16%)	15 (15%)
>750-1200	3 (5%)	4 (4%)
>1200	1 (2%)	2 (2%)

* Taken without regard to fasting
23 patients with grade 2 or higher lipid values initiated lipid-lowering agents, and all but 2 subsequently demonstrated grade 0-1 lipid values.

共催：GNP+ (The Global Network of People Living with HIV/AIDS)他
会議テーマ：Time to Deliver 「実現の時」

■ 国際会議の photography



• Red ribbon



• Quilt



• Richard Gear



• HIV prevention

[2]第16回国際エイズ会議の報告]

[中瀬克己]
[岡山市保健所長]



開催期日：2006年8月13日（日）～8月18日（金）
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)

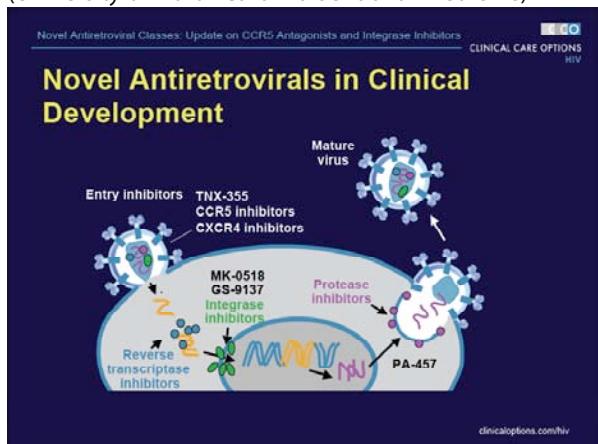


• Former president Bill Clinton

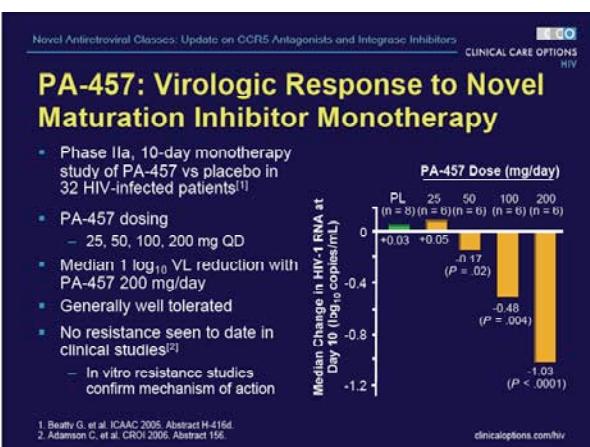
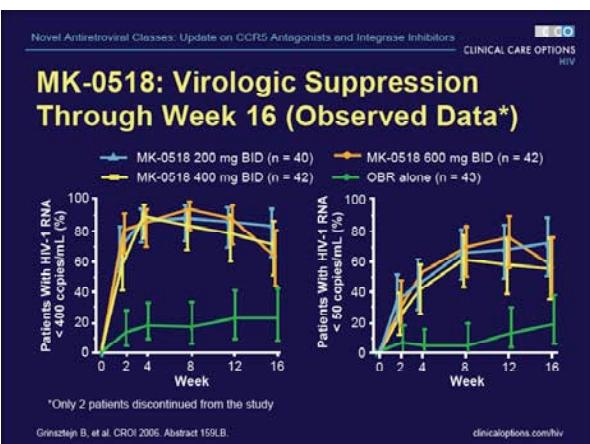
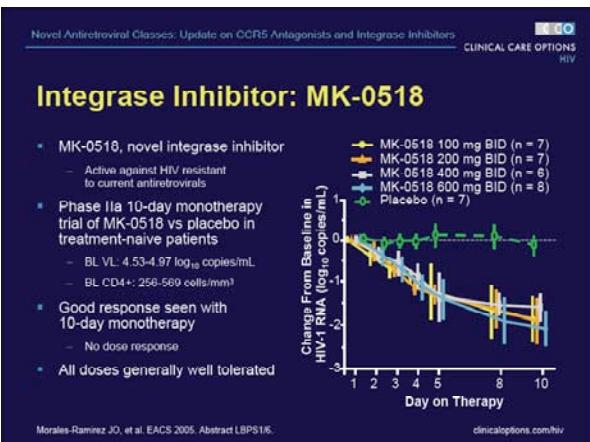
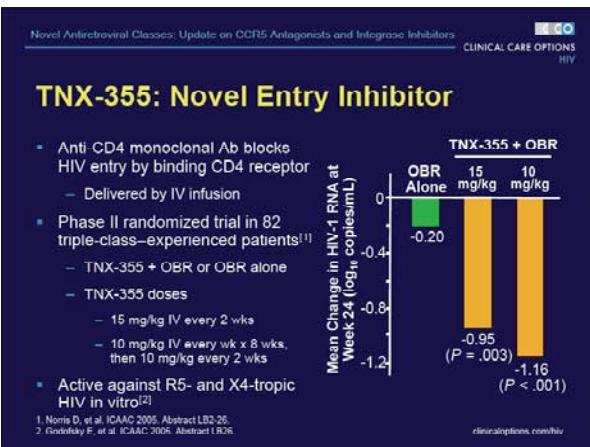


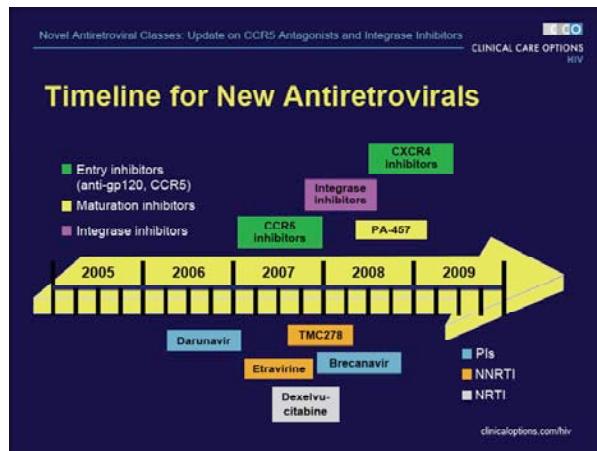
• Mr. Bill Gates & Bill Clinton

- Clinical Data and Development of Agents in Novel Antiretroviral Classes: Joseph J. Eron,Jr,MD (University of North Carolina School of Medicine)



Novel Agent	Stage of Development
Entry inhibitors	
Maraviroc	Phase III study in treatment-naïve and treatment-experienced patients
Vicriviroc	Phase IIb study in treatment-experienced patients
AMD 070	Phase Ia
TNX-355	Phase II study demonstrated activity in multiclass-experienced patients; phase III study planned
Integrase inhibitors	
MK-0518	Phase IIb; enrolling phase III
GS-9137	Phase IIb; starting phase IIb
Maturation inhibitors	
PA-457	Short-term activity in proof-of-principle phase IIa study Phase IIb study in treatment-experienced patients planned





[3]その他

■世界エイズデー2005in 岡山のご案内

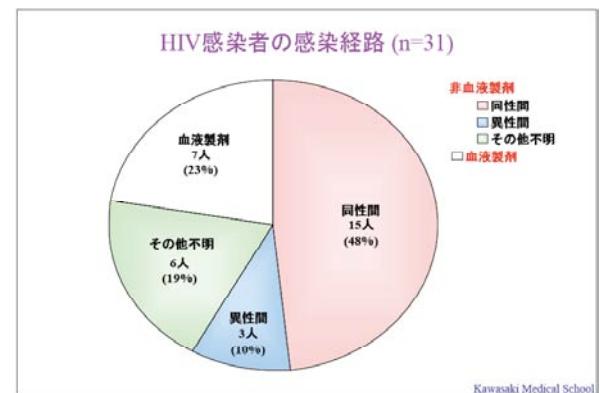
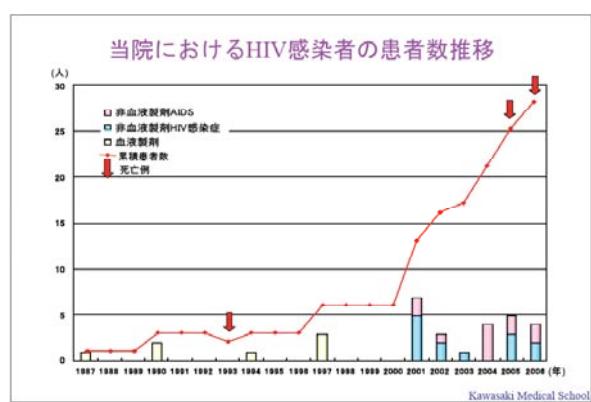
【日時】2006年11月3日（金曜日）9:00～16:00
 【場所】岡山大学津島キャンパス
 【イベント内容】HIV抗体検査、エイズカフェ他
 HIV抗体検査の対応スタッフを募集します。



 岡山市保健所 保健課 原田有希子
 700-8546 岡山市鹿庭町1-1-1
 TEL:086-803-1262 / FAX:086-803-1758
 yukiko.harada@city.okayama.okayama.jp

②7:15～7:50ミニレクチャー

司会：六車 満/済生会総合病院内科
 演題：「川崎医科大学附属病院におけるHIV感染症診療の動向～2001年以降の解析～」
 講師：和田 秀穂 先生/川崎医科大学附属病院内科
 副部長



岡山HIV診療ネットワークでの症例発表

2003年1月25日 第53回研究会「確定診断が未段階で拠点病院に紹介された事例」
 2003年3月11日 第54回研究会「悪性リンパ腫で初発したHIV感染症の1例」
 2004年11月30日 第64回研究会「約8カ月前から咳嗽、発熱が出現し、呼吸困難で緊急入院となった1例」
 2005年9月27日 第69回研究会「発熱、リンパ節腫脹を認め複数の医療機関を受診するも診断に至らなかった急性HIV感染症の1例」
 2006年6月24日 第73回研究会「PML発症にて帰省したAIDS患者の対応」

Kawasaki Medical School

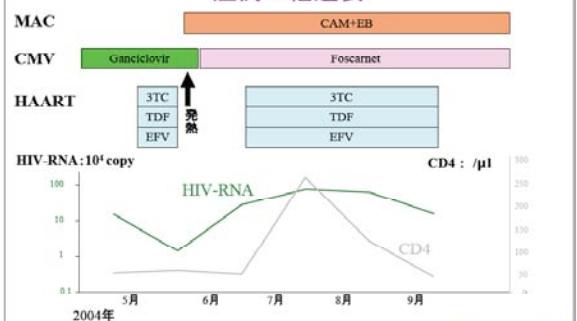
①当院を受診後にエイズと診断した患者

	年齢	性別	初免症状	合併症	CD4 (/μl)	HIV量 ($\times 10^4$ copy/ml)	感染経路	紹介元
1	20代	女性	意識障害	HIV脳症	11	1.80	異性間	岡山
2	30代	男性	視力障害	CMV網膜炎	11	25.50	同性間	大阪
3	50代	男性	肺炎	ニューモシスチス肺炎	34	23.00	不明	岡山
4	30代	男性	発熱	CMV網膜炎	43	15.00	同性間	岡山
5	30代	男性	発熱	ニューモシスチス肺炎	8	75.00	異性間	兵庫
6	40代	男性	発熱	CMV感染症	75	75.00	同性間	岡山
7	30代	男性	発熱	ニューモシスチス肺炎	26	22.00	不明	岡山

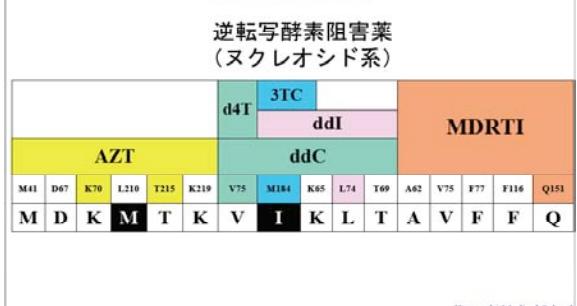
2-7は、初診時エイズ発症例

Kawasaki Medical School

症例：経過表



HIV耐性検査

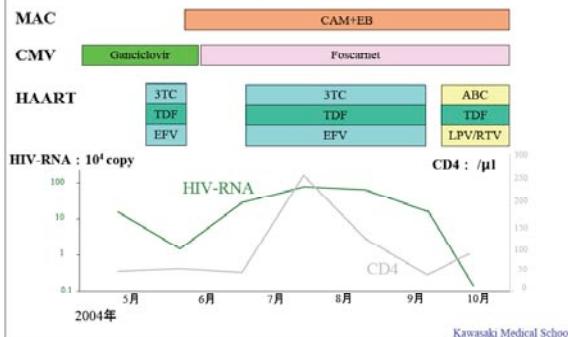


逆転写酵素阻害薬（非ヌクレオシド系）					
Nevirapine					
K103	V106	V108	Y181	Y188	G190
N	V	V	Y	Y	G

プロテアーゼ阻害薬									
IDV		RTV		SQV		NFV			
L10	K20	L24	D30	M36	M46	G48	I54	L63	A71
I	K	L	D	I	M	G	I	P	A
									V
									I
									L

Kawasaki Medical School

症例：経過表



Kawasaki Medical School

「HIV-1薬剤耐性(ジェノタイプ)」の受注を開始 (SRL,BCL)

■ 必要検体量はEDTA-2Naで採血した血漿3.0mlです。(検体容器を確認下さい)検体は凍結保存し、事前に営業員に連絡の上、月曜日から金曜日に提出してください。他のものとの混入をさけるために、他の項目との重複依頼は避けてください。方法はサンプル法、検査実施料は「D023」の18で6,000円、検査判断料は微生物学的検査で150点です。

■ 検体はSRL社でHIV-1 RNAを抽出し、RT-PCR法でプロテアーゼ領域のコドン1-99と、逆転写酵素領域のコドン1-400を増幅します。次にこのPCR産物をシーケンス解析を行い、塩基配列データをVIRCO社に送ります。VIRCO社ではこの塩基配列を元に、遺伝子型(ジェノタイプ)と表現型(フェノタイプ)を含むデータベースによる、各HIV-1治療薬に対する感受性の解析をします。

■ 結果はリマリーレポートに出力し、Fold change, Cut-off, Resistance analysisで表記します。

Fold change: 感受性のウイルスに比べてIC₅₀が何倍の変化になっているか。
Cut-off: 臨床的カットオフ、生物学的カットオフ値の最大値と最小値を示します。
Resistance analysis: 上記二つの比較に基づき解析された結果を、Maximal response, Susceptible, Reduced response, Minimal responseなどで表します。

Kawasaki Medical School

② 当院受診時に診断した急性HIV感染症患者

年齢	性別	初発症状	合併症	CD4 (/μl)	HIV量 ($\times 10^4$ copy/ml)	現在 HAART 有無	感染経路	紹介元
8	20代 男性	不明熱	HTLV-1陽性	464	0.14	無	同性間	岡山
9	20代 男性	不明熱	無	437	2.80	無	同性間	東京

急性感染症とは感染後症状があつたり、感染の機会から半年以内のものと定義した。

Kawasaki Medical School

症例：20歳代の男性(当時東京在住)

主訴：発熱、頭部リンパ節腫脹、全身倦怠感

現病歴：平成17年3月ごろから発熱(38度台)、全身倦怠感を認め、近医(国〇医〇センター、社〇保〇中〇病院など)を受診し、解熱鎮痛剤処方されていたが発熱は持続していた。4月上旬に別の近医(小〇クリニック)を受診。39度台の発熱と、頭部リンパ節腫脹を認め、悪性リンパ腫が疑われたため、4月22日地元である当科を紹介受診した。

既往歴：3年前に急性B型肝炎を指摘(詳細不明)。

輸血歴なし。手術歴なし。

家族歴：特記事項なし。

嗜 好：10本/day×6年間、アルコール(-)

アレルギー：food (-)、drug (-)

Kawasaki Medical School

③ 他病院からの紹介患者
(その1: HIV感染者)

年齢	性別	初発症状	エイズ有無	CD4 (/μl)	HIV量 ($\times 10^4$ copy/ml)	現在 HAART 有無	感染経路	紹介元
10	20代 男性	帯状疱疹	無	123	0.52	有	同性間	岡山
11	50代 男性	アメバ肝臓病	無	382	3.80	有	不明	広島
12	20代 男性	無	無	69	16.0	有	不明	東京
13	20代 男性	無	無	400	0.29	無	同性間	大阪
14	30代 男性	無	無	212	0.054	有	不明	大阪
15	20代 男性	無	無	364	0.87	有	同性間	愛媛

Kawasaki Medical School

ここまで経過であれば、何らかのウイルス感染症(伝染性單核球症様症候群)を考え、経過観察を指示するが・・・

↓
本症例ではこの結果を患者に説明しことろ、何か納得出来ないとこらがある雰囲気が・・・

↓
念のためHIV感染症の可能性の説明をすると、待ってましたとばかりに積極的に検査の希望をされたためHIV抗体検査施行。すると・・・

↓
抗HIV-1,2抗体(IC法)陽性

Kawasaki Medical School

④ 保健所などの検査機関からの紹介患者

年齢	性別	初発症状	エイズ有無	CD4 (/μl)	HIV量 ($\times 10^4$ copy/ml)	現在 HAART 有無	感染経路	紹介元
20	20代 男性	発熱	無	163	0.47	有	同性間	大阪
21	40代 男性	無	無	333	3.50	有	同性間	大阪
22	20代 男性	感冒症状	無	347	3.20	有	同性間	岡山
23	20代 男性	無	無	118	6.20	有	同性間	岡山
24	30代 男性	無	無	551	0.46	無	同性間	岡山

Kawasaki Medical School

③ 他病院からの紹介患者
(その2: エイズ発病者)

年齢	性別	初発症状	エイズ有無	CD4 (/μl)	HIV量 ($\times 10^4$ copy/ml)	現在 HAART 有無	感染経路	紹介元
16	30代 男性	クリプトコッカス脳炎	有	2	6.90	有	異性間	大阪
17	30代 男性	発熱	有	82	37.00	有	同性間	東京
18	20代 男性	カボジ肉腫	有	不明	不明	有	不明	東京
19	30代 男性	PML	有	57	10.00	有	同性間	東京

Kawasaki Medical School

エイズ発病者(24例中11例)の
エイズ発症指標疾患

ニューモシチス肺炎： 4例

3例

CMV網膜炎： 3例

3例

カボジ肉腫： 1例

1例

CMV感染症(網膜炎以外)： 1例

1例

クリプトコッカス症： 1例

1例

トキソプラズマ脳症：

*重複症例あり

非結核性抗酸菌症：

Kawasaki Medical School

診断時及び経過中に発症した
エイズ指標疾患以外の感染症

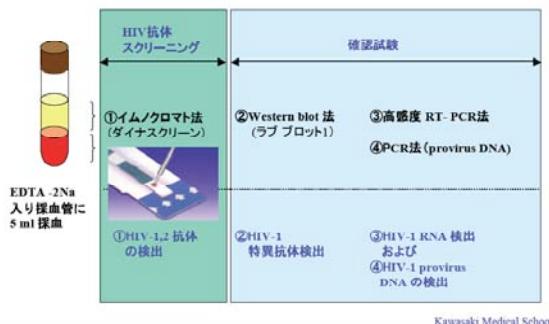
梅毒(非活動性) :	6例
アメーバ赤痢(肝膿瘍) :	2例
口腔内カンジダ症 :	2例
帯状疱疹 :	2例
肛門周囲膿瘍 :	2例
B型肝炎 :	2例

* 重複症例あり

Kawasaki Medical School

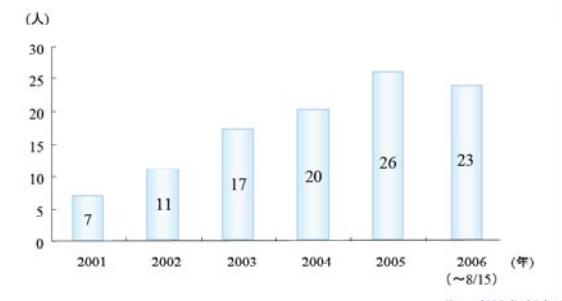
Kawasaki Medical School

川崎医大におけるHIV抗体検査から確認試験までの流れ



Kawasaki Medical School

当院外来での自発的HIV抗体検査受検件数



Kawasaki Medical School

HIV感染症診療の動向：結果 1

- ・患者の平均年齢は32.7歳（22～54歳）であり、男性23例、女性1例であった。診断時CD4陽性細胞数の平均値は、187/ μ l（2～551/ μ l）であった。
 - ・HIV感染者は13例で、初診時平均年齢は30.6歳（22～54歳）であった。また平均CD4陽性細胞数は304.8/ μ l（69～551/ μ l）であった。
 - ・エイズ発病者は11例で、初診時平均年齢は35.2歳（26～51歳）と、やや年齢が高かった。また平均CD4陽性細胞数は34.9/ μ l（2～75/ μ l）と著明に減少していた。

Kawasaki Medical School

HIV感染症診療の動向: 結果 2

- ・HIV感染症の感染経路は全員が非血液製剤であり、同性間接触が15例、異性間接触が3例、その他不詳が6例であったが、同性間の感染者はすべてMSM (Men who have Sex with Men)であった。
 - ・岡山県以外の都道府県からの転入紹介患者は14例(58%)であり、大阪府が6例(25%)で最も多く、続いて東京都が5例(21%)であった。
 - ・当院における自発的HIV抗体検査受検数や院内術前HIV抗体検査数は、確実に増えてきているが、現時点でのHIV陽性者はいない。

(新設) ウイルス疾患指導料の点数加算

七

- 1 : HIV感染者の医療に従事した経験が5年以上ある専任医師が1名以上いる。
 - 2 : HIV感染者の医療に従事した経験が2年以上ある専従看護師が1名以上いる。
 - 3 : HIV感染者の服薬指導を行う専任薬剤師が1名以上いる。
 - 4 : 社会福祉士又は精神保健福祉士が院内に1名以上いる。
 - 5 : プライバシー保護に配慮した診察室、相談室を準備している

二大220卓×15×12=39,600卓

若 索

- ・地方エイズ拠点病院である当院のHIV感染症診療の特徴として、岡山県内で感染したと考えられる症例はまだ少なく、大都市での感染者が岡山に転勤あるいは帰郷に伴い紹介受診される症例が多い。
 - ・今後、岡山県内での感染者数が増加し、また初診時エイズ発症例の増加が予測される。よって①HIV抗体検査を普及させ、②エイズ発症前にHIV感染症を診断し、③HIV感染症包括医療チームとしての診療体系を整えることが重要である。
 - ・日本人のHIV-2型感染者が確認されたのをうけ、今後HIV抗体スクリーニング検査の解釈に注意が必要である。

③8:00～8:30 症例検討

テーマ：「プライバシー保護が問題になった HIV 感染症の1例」

[司会：堀井和栄／岡山済生会総合病院]

[症例提示：六車満／岡山済生会総合病院]

【症例】 ____ 才、男性

【現病歴】 _____

【検査所見】 _____

【経過】 _____

■ 問題点

1) _____

2) _____

3) _____

<MEMO>

■END

II. HIV情報

[1]学会及び研修会

1) 第20回日本エイズ学科学術集会・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ぶれいす東京

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、これを重ねて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唯一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、予防面ではなくといつ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の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ととなるのです。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ひきしまる思いです。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をお願い申し上げます。

- 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クージ
〒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: 20gakkai@ptokyo.com.
- 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
- 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/>

2. 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

目的	カウンセラーとMSWが、事例検討とともに、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

■END

■ 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>

[2] HIV感染症関連ニュース

1) 遺伝子変異、プロテアーゼ阻害剤、薬剤耐性 HIV-1プロテアーゼ阻害剤による遺伝子変異発現の増加はプロテアーゼ阻害剤による長期的なウイルス学的失敗と相關している

Kagan RM, et al.: Increasing prevalence of HIV-1 protease inhibitor-associated mutations correlates with long-term non-suppressive protease inhibitor treatment. Antiviral Res. 71(1): 42-52. 2006.

プロテアーゼ阻害剤によるHIV-1治療は薬剤耐性関連の遺伝子変異の発現と関連している。確立されていないプロテアーゼ阻害剤の薬剤耐性関連の遺伝子変異を特定するために、115,000以上のウイルス配列のラボデータセットを用いて検討した。その結果、20の確立していない遺伝子変異が、PI耐性スコア4~7のウイルスの82%、PI耐性スコア1~3のウイルスの62%、PI耐性のないウイルスの35%で発現していることが認められた。さらに、治療中であるが、ウイルスが抑制されていない2,161例のデータをもとに、治療期間と遺伝子変異の関連性を検討した結果、48ヶ月間に及ぶ治療の後、24の遺伝子変異の発現率は増加する一方、減少したのは3つであった。これにより、長期的なウイルス学的失敗とPI耐性スコアは相關することが示された。また、8つの確立していない遺伝子変異は、長期的なウイルス学的失敗におけるウイルスと、PI耐性スコアの最も高いウイルスと共に発現していることが認められた。3,036のプロテアーゼアミノ酸変異の共変動分析により、抵抗性と位置関係に75の正の相関と9つの負の相関が認められた。この発見により遺伝子変異の発現率と共変動の調査用ラボデータセットの有用性を示すことができた。

2) HAART、高脂血症、スタブジン、テノホビル HAARTにおいてスタブジンからテノホビルへの薬剤変更により異脂肪血症の改善がみられた

Llibre JM, et al.: Sustained improvement of dyslipidaemia in HAART-treated patients replacing stavudine with tenofovir. AIDS. 20(10): 1407-1414. 2006.

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て学ぶ。世界エイズ・デーのため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

スタブジンからテノホビルへ変更することの有用性を検討するため、HIV感染により免疫力の低下した患者の脂質プロフィールの変化を12ヶ月にわたって追跡した。成人患者873例において、スタブジンに代わりテノホビルが使用されたが、他に薬剤の変更はなかった。無作為に選出した脂質パラメータの追跡完了352例を対象に、48週目に空腹時の血清脂質値[総コレステロール(TC)、LDLコレステロール(LDL-C)、HDLコレステロール(HDL-C)、トリグリセライド(TG)]の変化、ならびに心血管系疾患発現リスク(CVR)を検討した。その結果、TC、LDL-C、ならびにTGの低下がみられたが(それぞれ、-17.5mg/dL; P < 0.001、-8.1mg/dL; P < 0.001、-35mg/dL; P < 0.001)、HDL-Cの大きな変化はみられなかつた(-0.8mg/dL; P = NS)。なかでも、高脂血症患者においてLDL-CとTGの顕著な低下がみられ(それぞれ、-29mg/dL; P < 0.001、-76mg/dL; P < 0.001)、高トリグリセライド血症患者においてTGの低下が最も大きかった(-266mg/dL; P < 0.001)。また、10年CVRは、すべての患者で低下した(P < 0.001)。また、高脂血症治療薬による脂質の低下がみられる傾向が認められた(11.6%~9.9%; P = NS)。以上より、スタブジンからテノホビルへの薬剤変更による脂質代謝異常の改善、ならびにその安全性が認められ、CVRも低下したことから、HAARTにおけるスタブジンからテノホビルへの薬剤変更は有用であることが示された。

3) 末梢神経症状(PN)、核酸系逆転写酵素阻害薬(NRTI)

抗ウイルス療法中のヘモクロマトーシス遺伝子異変と末梢神経症状

Kallianpur AR, et al.: Hemochromatosis (HFE) gene mutations and peripheral neuropathy during antiretroviral therapy. AIDS. 20(11): 1503-1513. 2006.

末梢神経障害(PN)は、核酸系逆転写酵素阻害薬(NRTI)における問題点であり、ミトコンドリア機能障害を起こす恐れもある。鉄欠乏症がある種のPNと関係し、鉄はミトコンドリア機能に不可欠であることから、血色素症(HFE)遺伝子突然変異がNRTIによるPNの罹患率に影響するであろうという仮説を検証した。登録された患者をジダノシン+スタブジンとジドブジン+ラミブジン群に無作為に割り付け、それぞれにエファビレンツカネルフィナビル、もしくは両剤を投与し、3年間追跡した。PNの発現は、その兆候と症状で確認することとした。また、HFE C282YとH63D遺伝子型を判定し、さらにPNとの関係をロジスティック回帰により評価した。対象509例のうち、147例(29%)にPNが認められ、うち73%はジダノシン+スタブジン群に割り付けられた患者であった。ジダノシン+スタブジン群の患者で、HFE C282Yヘテロ結合を持つ患者は持たない患者よりもPNの発現が有意に少なかった(白人のみ、6% vs 35%、OR: 0.17、95% CI: 0.03~0.83; P = 0.021)。また、人種に関係なく、ジダノシン+スタブジンに伴うPNの発現率はHFE C282Yヘテロ結合を持つ患者で低かった(OR: 0.30、95% CI: 0.09~0.96; P = 0.042)。以上より、C282YのようなHFE遺伝子突然変異は、

抗ウイルス療法に伴うPNの発現リスクを減らすことが認められた。したがって特に鉄欠乏症のリスクを持つ患者におけるNRTIに伴うPNを予期し、防止できるであろうと考えられる。

4) HAART、CD4+Tリンパ球数、HIV/HCV重複感染、急性腎不全

HAART中のHIV感染者における急性腎不全発生率とCD4+Tリンパ球数との関連性

Franceschini N, et al.: Immunosuppression, hepatitis C infection, and acute renal failure in HIV-infected patients. J Acquir Immune Defic Syndr. 42(3): 368-372. 2006.

CD4+Tリンパ球数が低値であることは、HIVの罹患率と死亡率の予測因子であり、また急性腎不全(ARF)に関連している可能性がある。CD4+Tリンパ球数がHAART中のHIV-1感染患者におけるARFの発生率(IR)に関連しているかどうか検討した。ARF IR、IRの差異とIR比率を算出するためにポアソンログ線形回帰モデルを用いた。対象は705例(年齢中央値: 40歳、男性:女性=2:1、60%がアフリカ系アメリカ人)であった。ARFの発生率はCD4+Tリンパ球数が低下している患者で高く、なかでもHIV/HCV重複感染患者においてARF IRが最も高かった。以上のことから、HIV/HCV重複感染はHIV-1感染患者におけるARF IRの上昇に関連していることが示された。



5) HIV/HCV重複感染、ヌクレオシド製剤、肝臓脂肪、肝臓纖維症

肝脂肪は、HIV陽性患者で肝臓線維症、ヌクレオシド製剤使用とC型肝炎ウイルス遺伝子型3(HCV genotype 3)感染症と関連している

McGovern BH, et al.: Hepatic steatosis is associated with fibrosis, nucleoside analogue use, and hepatitis C virus genotype 3 infection in HIV-seropositive patients. Clin Infect Dis. 43(3): 365-372. 2006.

HIV/HCV重複感染患者における肝臓脂肪症の有病率や要因、ならびに肝臓脂肪症の肝臓纖維症への関与を検討するために、2000~2003年に地域の4施設においてHCV感染の肝生検を受けたHIV感染患者を対象に後ろ向き解析を行った。主要評価項目は肝臓脂肪症併発の有無とした。260例のHIV/HCV重複感染患者のうち、183例が評価基準を満たした。肝臓脂肪症は、69%の患者(最軽度31%、軽度27%、中度18%、重度1%)で発現し、肝臓脂肪症の因子となるジダノシンやスタブジンなどのジデオキシヌクレオシド製剤の投与が認められた(OR: 4.63、95%CI: 1.55~13.82)。また、他のクレオシド製剤の投与やHCV genotype 3の感染により肝臓脂肪症がより発現しやすい傾向が認められた(それぞれOR: 2.65、95%CI: 0.95~7.41、OR: 3.38、95%CI: 0.86~13.28)。さ

らには、肝臓脂肪症は、肝臓線維症の発現に関連していることも認められた (OR : 1.37、95%CI : 1.03~1.81)。したがって、HIV/HCV重複感染患者において、ヌクレオシド製剤の投与や HCV genotype 3 の感染により肝臓脂肪症は発現しやすく、肝臓脂肪症は肝臓纖維症に関連していることが認められた。肝臓脂肪症の発現は、多因子性であり、HIV 感染患者における肝疾患の進行に寄与していると示唆される。

6) HCV/HIV 重複感染、CD8+T リンパ球、CD28

HCV/HIV 重複感染はC型肝炎ウイルス特異的 CD8+T リンパ球の CD28 共刺激を障害する

Yonkers NL, et al.: HIV Coinfection Impairs CD28-Mediated Costimulation of Hepatitis C Virus-Specific CD8 Cells. J Infect Dis. 194(3): 391-400. 2006.

HIVに感染するとCD8+Tリンパ球数が減少し、リンパ球活性の刺激分子であるCD28の発現が減少することが知られている。しかし、CD28が減少することにより非HIV抗原の免疫反応に影響を及ぼすかどうかは不明であるものの、日和見感染の罹患率に寄与している可能性がある。そこで、慢性HCV感染者 (n = 14)、慢性HCV/HIV重複感染者 (n = 15)、健常者 (n = 10) を対象に、HCVペプチドに対するCD4+Tリンパ球とCD8+Tリンパ球に特異的なINF γ 反応性をenzyme-linked immunospot assay法を用いて測定し、CD28共刺激の有無を検討した。その結果、抗CD28アゴニストにより慢性HCV感染者ならびにHCV/HIV重複感染者においてHCV特異的CD4+Tリンパ球の反応性が増加した。一方、HCV特異的CD8+Tリンパ球の反応性は慢性HCV感染者のみにおいて増加した。さらに、反応がみられた患者数、累積頻度、CD8+Tリンパ球数の反応は、HCV患者においてHCV/HIV重複感染患者と比較して増大し、HCV/HIV重複感染者においてCD28を発現させるCD8+Tリンパ球の減少が認められた。以上のことより、HCV/HIV重複感染するとCD8+Tリンパ球はCD28共刺激の反応性を低下させることが示された。これは、HIVの活性もしくは他の微生物病原体に反応するCD8+Tリンパ球の分化状態が影響すると示唆される。この機序は、HCV/HIV重複感染が原因である可能性が考えられる。



7) 国際エイズ会議：エタラビリン(TMC-125)の第2相試験の結果は有望

原題 : IAC: Encouraging Data from Phase II Study of Etravirine (TMC-125)

著者 : Tim Horn, Senior Writer & Editor, AIDSmeds.com
<http://www.aidsmeds.com/news/am20060815.html>
<元になった論文>

Cohen C, Steinhart CR, Ward DJ. Efficacy and safety results at 48 weeks with the novel NNRTI, TMC125, and impact of baseline resistance on the virologic response

in study TMC125-C223 [Abstract TUPE0061]. XVI International AIDS Conference, Toronto, 2006.

翻訳・紹介：広島大学病院 エイズ医療対策室 高田 昇

トロントで開催された第 16 回国際会議で、ティボテック社の新しい非核酸系逆転写酵素阻害剤(NNRTI)であるエタラビリン(開発名、TMC-125)の臨床第 2 相の 48 週間の結果が報告された。ボストンのニューイングランド地域研究グループのキャル・コーヘン医師がデータをレビューしたところ、現在認可されている NNRTI を含む他の HIV 治療に失敗した患者でも、エタラビリンは長期間の効果を持っていると言う。

「TMC125-C223」と名付けた研究では、過去に NNRTI やプロテアーゼ阻害剤で治療失敗になった 199 人の HIV 感染者を対象とした。つまり無作為に 2 種類、エタラビリン 1 回量を 400mg か 800mg 2 回服用に割り付けた。バックボーン薬はそのときに得られる最良の組み合わせとした。これらの患者が認可薬を使った最良の治療を受けた対照群として比較された。48 週の時点では対照群 40 人中 39 人(98%)がウイルス量の増加が原因で治療を続行していなかった。エタラビリン群では両群ともあわせてウイルス量が増加したのはわずか 9% であった。対照群で治療を続けていた平均期間は 18 週であり、エタラビリン群では 48 週であった。48 週の時点でエタラビリン 400mg 群の 23%、800mg 群の 22% がウイルス量 50 未満になったが対照群ではいなかった。また 400mg 群の 31%、800mg 群の 34% が少なくとも治療前に比べてウイルス量が 1 ログ減少を示したが、対照群では 8% だけであった。

NNRTI に対する耐性である K103N とか Y181C という変異ぐらいの少ない変異であれば、ウイルス量はしっかり減少した。例えば、1 箇所だけの変異がある患者でエタラビリン 800mg 群では、試験終了時のウイルス量は 1.67 ログ減少していたが、3 箇所以上の変異があった患者では 0.54 ログ減少にすぎなかった。CD4 細胞数はエタラビリン 800mg 群では 61 個の増加、400mg 群では 58 個の増加であったが、対照群では 13 個の増加にとどまった。対照群の多くが彼らが選んだ薬を比較的早期に中止してしまったので、副作用の本当の意味の比較は難しい。エタラビリン群だけについて言えば、22% が下痢、20% が何らかの皮疹、20% が説明のつかない発熱、20% が注射部位の反応を経験した。注射部位の反応はフェージョンの注射によるものと思われる。その他の副作用ではエタラビリンを含んだ患者群で、全身倦怠、頭痛そして不眠症が見られている。

これらのデータは大いに希望がもてるものであるとコーヘン医師は報告している。エタラビリンについてのより大きな第 3 相の臨床試験が現在進行中で、これが明らかになつたら 2007 年には医薬品としての認可を受けるものと期待されている。

<コメント>

NNRTI は事実上ストックリン(エファビレンツ)で、患者さんによってはビラミューン(ネビラビン)が選ばれています。切れ味は良いのですが、アドヒアランス不良などで十分な薬効が得られないとい、早期に耐性変異が発生します。例えばアフリカで行われた母子感染予防で、HIV 感染妊婦に出産前に 1 回服用させることにより母子感染率を半分にしましたが、その後継続投与していないので、経過観察中に耐性 HIV の出現が

高率に発見されました。

エタラビリンは同じ NNRTI の系列ですが、化学構造の類似性などはわかりません。しかしあらビリンはストックリン、ビラミューンで生じた耐性変異の HIV にこれだけ効いています。大したものです。

アメリカでは第3相の試験が進行中ですが、もうエントリーは終わったようです。必要な患者さんには拡大アクセスプログラムで入手が可能です。日本には類似の制度はありません。アメリカでの認可を待たないと行けないのでしょうね。

エタラビリンは有効と言っても、これだけに頼っては有効率は高くないようです。他の有効な新薬と上手に組み合わせる必要がありそうです。[TAKATA]

8) HIV 感染児への授乳は母親への感染リスクを 15 倍以上にする、イタリアからの報告

本論文の原題は「Possible Child-to-Mother Transmission of HIV by Breastfeeding. JAMA 誌 Web サイト <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/extract/294/18/2301>」で抜粋を閲覧できる。(日経メディカル 2005.11.15)

授乳は母から子への感染だけでなく、子から母への感染も引き起こすことがあり得るようだ。1998年にリビアの小児病院で発生した大規模な HIV 流行で、子から母への感染が発生していた可能性が指摘された。

1998年、リビアのベンガジ小児病院で、402人の子供と18人の母親がHIVに感染するという事態が発生した。感染は、単一系統のウイルス株によって起きており、小児は院内感染したと見られているが、母親への感染経路は不明だった。イタリア国立感染症研究所の Ubaldo Visco-Comandini 氏らは、これら感染者の一部を対象に、授乳時に子供から親への感染の可能性を評価した、HIV陽性の子供に対する授乳は、感染リスクを最低でも15倍にすることを示した。詳細は、JAMA誌2005年11月9日号に報告された。

2001年に、集団感染した子供のうちの118人と、その母親102人(18人のHIV陽性者を含む)、父親75人(HIV陽性母18人の配偶者15人を含む)が、同研究所を訪れた。Visco-Comandini氏らは、118人の子供と18人の母親のHIV感染を再確認するとともに、それ以外の母親と父親のHIV陰性を確認した。

標準的な医療歴を調査する中で、母親たちに、授乳、性的接触、治療(輸血、非経口的薬物投与など)、皮膚粘膜への子供の体液の暴露などの経験を尋ねた。HIV陽性母のうち、感染が発生した時期にベンガジ病院で抗生素または喘息治療薬の静注を受けた3人と、子供の血液が傷のない皮膚に不着した経験がある1人が、危険因子を有していた。

集団感染発生期間に授乳中だった母親の割合は、HIV陽性母16人中15人(93.8%)、HIV陰性母77人中22人(29.9%)で、オッズ比は35.2(95%信頼区間4.7-1508.8)となった。危険因子を保有していた4人の母親と、夫のHIV感染の有無が不明だった27人の母親を除外するなどして、さらに厳密に評価したが、関係はやはり有意だった。集団感染発生時期に授乳していなかった母親に比べ、授乳していた母親のHIV感染のオッズ比は15.0(1.9-668.5)だった。それ以外の時期においては、母親のHIV感染と授乳の間に関係は認められなかった。

なお、いずれも有意ではないが、感染発生期におけるHIV陽性母の授乳期間は、HIV陰性母より長く、授

乳期間中の乳頭亀裂の発生頻度もHIV陽性母でより高い傾向があった。子供たちが、急性HIV感染に特徴的な口腔粘膜炎を起こしていれば、出血があっても不思議ではなく、さらに乳頭亀裂が存在すれば、HIV感染は容易と考えられた。

標本サイズは小さかったが、著者たちは、母親は子供からHIVに感染した可能性が最も高いと考えている。子から母への感染が起こるなら、一部の国ではまだ広く利用されている、乳母というシステムを見直す必要がある。特に、母親がHIV陽性である場合に、乳母を頼むことには問題があるだろう、と著者たちは述べている。(大西淳子、医学ジャーナリスト)

9) タイ：安価なエイズ治療薬がエイズ蔓延国を救う

翻訳/サマリー=松本宏美(Diplomatt)/IPS Japan
浅霧勝浩 <http://www.janjan.jp/world/0609/0609141214/1.php> 【バンコク IPS=マルワーン・マカン・マルカール、9月6日】大手製薬会社がタイで低価格のエイズ治療薬の提供を発表したことについて報告する。

米国の製薬大手ギリアード社は先月、(欧米で販売されている)特許薬よりも圧倒的に安価な価格(90%の値引き)で、エイズ治療薬テノフォビル(Tenofovir)を供給する予定であることを発表した。国境なき医師団(MFS)のP.コーソン氏は「これにより、治療薬は1日当たり僅か1ドルで手に入るようになる。エイズの第1選択薬と第2選択薬の両方が必要な患者にとっては朗報である」とIPSの取材に応じて語った。

この発表は、エイズNGO活動家たち(Thai Network for People Living with HIV/AIDS)の取り組みが大きな影響を与えている。同団体は8月7日、英国系製薬会社GalxoSmithKline(GSK)社によるタイでのエイズ治療薬(Combid)に関する特許取得の阻止を求めて抗議運動を行った。GSKの治療薬は1ヶ月当たり8,500バーツ(207米ドル)であるのに対して、政府製医薬機構(GPO)が独自に製造しているジェネリック医薬品は1,500バーツ(37.50米ドル)である。抗議行動の結果、GSK社は同団体に対して特許申請をしないことを伝えた。

世界銀行は第16回国際エイズ会議で『The Economics of Effective AIDS Treatment: Evaluating Policy Options for Thailand』と題する報告書を発表した。報告書では、タイがエイズの第2選択薬として安価なジェネリックのエイズ治療薬を製造する権利を使用していることを支持。さらに、タイは(ブラジル同様)現在、多くのHIV感染者への抗レトロウイルス(ART)治療法の実施に積極的であると報じた。

タイでは6,400万人の人口のうちHIV感染者は60万を超える。また、そのうち約8万人はエイズ治療プログラムの下、GPOが製造するエイズの第1選択薬を安価に入手することが保証されている。一方、第2選択薬が必要な患者の数は5,000~8,000人であり、専門家によれば、その価格は(特許薬に頼らざるをえないため)年間3,000ドル近くになるという。そして世界銀行は、現在の状況が統計で第1選択薬および第2選択薬の両方の治療に必要なコストは2008年までに、5万ドルを超える

ことになるだろうと見積もっている。NGO活動家たちは、低価格のARV(抗レトロウイルス)薬を提供する動きは今後、HIV感染者の治療にとって大きな原動力となると考えている。

<コメント>

薬剤の開発にはお金がかかっているので独占的な製造と販売のために特許を設定しています。古い薬は特許が切れるので、ジェネリックというコピイ製造メーカーが作ることになります。先行メーカーはそれまでに元をとってしまわなければなりません。途上国に新しい薬を出回らせるには、特許を効かせたまま無償供与してコピイ薬を作るのを許すか、原価割れを覚悟の上で大幅な値下げということもあるでしょう。前者では他のメーカーが作るのを容認するので、それが先進国に流入してきたり、先行メーカーは困ります。必ず闇ルートができるからです。前者の場合でも、ただ複雑な化合物の場合は生産工場を立ち上げるだけでも大変でしょう。なかなか一様にはいかない。[TAKATA]

10) 生き延びても行き場なく 根強い偏見「国が支援を」

療養型施設に入ることを拒まれるエイズウイルス(HIV)感染者やエイズ患者。そのために短期間で病院を転々としたり、発症した夫を感染者の妻が自宅でやむなく介護したりする例も。根強い偏見や家族の孤立などエイズ特有の事情を考慮し、国が受け入れ体制を整備するべきだと、専門家は訴えている。

▽転院 「転院の時期が近づくと不安になる。『次に行く病院はあるのか』と」。関西地方の病院に入院するエイズ患者の男性の妻は訴えた。30代の夫が発症したのは約10年前。微熱が続いているのが回らず、エイズ症状の1つ「進行性多巣性白質脳症(PML)」と診断された。命は取り留めたが脳障害が残り、寝たきりの生活。「現状を知っているのは、身内1人だけです」一般病床への入院は診療報酬上の制約があり、3カ月程度が限度だ。幼い子供のいる自宅では介護できず、入所できる施設もない。やむなく3カ月ごとに転院を繰り返す。これまで全国の10カ所近い病院に入院した。この妻らHIV感染者と家族の相談に乗っている国立病院機構大阪医療センターのコーディネーター織田幸子さんは「病名を言うと大半の施設から『うちは無理』と断られる。受け入れ先はゼロに近い」と嘆く。

▽命綱 エイズは命をつなぐ治療法が進歩した一方、病状が安定しても脳障害や半身まひなどが残り、介護が必要で長期入院する患者はじわじわと増えている。小西加保留・関西学院大教授(社会福祉学)が2004年、全国のエイズ拠点病院を対象に行った調査では、52病院からそうした患者の事例が計131例報告された。受け入れ先が見つからない、1人暮らしで介護体制が整わない、などの理由が多かった。一方、在宅で介護するのも容易ではない。関西地方の公営住宅の1室。10年近く、PML患者の夫の排せつや食事の世話を続ける妻は、自身もHIV感染者だ。受け入れてくれる介護施設は見つからず、入浴介助のヘルパーが見つかるまでに10社近い派遣会社から断られた。朝晩、夫婦で一緒に飲む「命綱」の薬。自らの発症におびえる妻は最近、長女に「疲れた。お父さんに薬を飲ませるのをやめてしまいそう」と漏らすようになった。「抗HIV薬が憎い。これがなければ、長

く苦しい思いをしなくて済んだのに」。長女はこんな言葉すら口にした。

▽対策 小西教授らは、病気への偏見や施設側の負担となる高い薬代、家族関係の悪化など、HIV特有の事情があるとして「診療報酬上の配慮や在宅支援サービスの充実など、特別な施策が必要」と指摘。昨年10月、厚生労働省に体制整備を求める要望書を出した。同省は今年8月末にまとめた来年度予算の概算要求にエイズ対策費として本年度より1億円多い90億円を盛り込んだが、検査体制の充実やエイズ拠点病院の再構築など「入り口の医療」がまだ優先課題だ。国内で新たに報告されるHIV感染者とエイズ患者は年間計1000人以上。多くは20-40代だが、高齢化は進む。大阪HIV薬害訴訟原告団の花井十五代表は「この状態ではHIV感染者は早く死ねと言われているような気分で、安心して老いられない。国が対策を急いでほしい」と話している。

<コメント>

一般医療について、ようやく患者受け入れを積極的にする病院が増えています。拠点病院という仕組みに色々な立場からの批判もありますが、とりあえず「拠点病院なんだから、受け入れなければ」というムードにはなっています。ところが拠点病院に指定されたほとんどの病院は、急性期病院です。平均在院日数が18日あたりになりました。DPCの補正係数で救われていることもあるでしょうが、私たちの病院ではエイズ医療も赤字ではありません。

HIV感染症・エイズの平均的な年間医療費は250万円と言われており、低い医療費に設定された定額制の医療機関、さらに緩和ケアの医療機関でも赤字になってしまいます。緩和ケア病棟への入院費は、1日37800円(食費、部屋代は別でしたよね?)ですが、血友病患者が出血をして凝固因子製剤を1000単位を1本つかっただけでも75000円ぐらいですから、病院は損をして治療することになります。お金の話をするのは好きではありませんが、これでは積極的に受け入れが進むはずはありません。[TAKATA]

■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(5) 2006.9.19

- 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