

抄 録

シ ン ポ ジ ウ ム

共 催 シ ン ポ ジ ウ ム

サ テ ラ イ ト シ ン ポ ジ ウ ム

【シンポジウム01】

「HAART時代の日和見感染症 – 残された課題 –」

■オーガナイザー：安岡 彰（長崎大学医学部・歯学部附属病院）

■座 長：安岡 彰（長崎大学医学部・歯学部附属病院）

■シンポジスト：安岡 彰（長崎大学医学部・歯学部附属病院感染制御教育センター）

堀場 昌英（国立病院機構東埼玉病院 呼吸器科）

照屋 勝治（国立国際医療センター エイズ治療開発センター(ACC)）

萩原 将太郎（国立国際医療センター 血液内科）

古西 満（奈良県立医科大学感染症センター）

趣 旨：

HIV感染症はHAARTの登場と円熟により慢性感染症と位置づけられるようになり、治療研究の関心はもっぱら抗ウイルス療法とその長期維持に向けられるようになった。先進工業国ではAIDS発症は減少しており、日和見感染症・悪性腫瘍(以後悪性腫瘍も含めて日和見合併症と表記)の診断・治療の頻度は減少している。ところが、新規HIV感染症が増加の途にある我が国では全く様相が異なっている。年間1000人の新規患者のうち3割はAIDS発症でありこのほとんどが日和見合併症を発症している。HIV感染者あたりの日和見合併症の頻度は低下しているとの報告もあるが、絶対数は増加している。さらに従来の日和見合併症はHIV診療拠点となっている医療施設で行われることが多く、ある程度治療に習熟した医療者が担当していた。ところが新規AIDS患者は「いきなりエイズ」と呼ばれるように医療従事者や患者自身さえもHIV感染症とは認識しないまま臨床症状のみで一般急性期医療施設を受診することになり、必ずしもAIDSの治療に習熟してわけではない医療者の手に委ねられている。このシンポジウムではHAART時代に問題となっている日和見合併症の特徴とその診断・治療について最新の研究成果を報告してもらい、今後に残された課題を議論していきたい。

SY01-1 いま何が問題か

安岡 彰

長崎大学医学部・歯学部附属病院感染制御教育センター

HIV感染症に伴う日和見感染症・悪性腫瘍(以後日和見合併症)は日和見合併症の診療が多施設で行われるようになってきたため、一施設での研究では日本の動向を知るような調査は困難となってきている。厚生労働省科学研究エイズ対策事業の日和見合併症研究班では、全国HIV診療拠点病院の協力を得て日和見合併症に関する動向を継続して調査し報告してきた。本報告では2005年までの動向を解析し、最近の発症背景と疾患の特徴、問題点を議論していきたい。

もっとも頻度が高いAIDS指標疾患はニューモシスチス肺炎である。特にHIVと診断されて間もない患者群では頻度が高く、「いきなりエイズ」の多くが本症で発症している。ニューモシスチス肺炎による死亡率は少しずつ低下してきており2005年では約10%となった。一方HIV診断後しばらく経過した患者ではサイトメガロウイルス(CMV)感染症や非結核抗酸菌症の頻度が増している。死亡率で見た場合は悪性リンパ腫が47.5%と高い死亡率を示している。増加率で見た場合カポジ肉腫や悪性リンパ腫などの悪性疾患が増えてきている。また、HIV治療開始後6ヶ月以内に日和見合併症を発症する患者が治療中発症の患者の25.4%を占めており、これは免疫再構築症候群が疑われる。

日本における日和見合併症は、死亡率は低下しているものの総報告数は増加してきており、HIV感染症のより早期での発見、日和見合併の所見からHIV感染症を想起するための特徴となる臨床情報の啓発普及、治療困難な疾患に対する治療法の開発が今後の課題と思われる。

SY01-2 ニューモシスチス肺炎の早期診断における課題

堀場昌英

国立病院機構東埼玉病院 呼吸器科

ニューモシスチス肺炎(PCP)は日本のAIDS指標疾患で最も多く、HIV感染症の増加に伴い発症頻度が増加してきている。一方、本疾患を経験した事のない医師にとっては早期のPCPの診断は必ずしも容易ではなく、現在も診断の遅れによって重症化した症例を経験することがある。今回、HIV感染症と診断される前に発症したPCPを早期に診断するために必要な手がかりを検討した。対象は平成15年9月以降に当院で入院治療を行ったHIV感染症に合併したPCP症例。診療録より当院入院までの経緯、既往症や検査結果を検討した。前医において診断の遅れがあったのは4例で、うち3例は間質性肺炎、残り1例は過敏性肺臓炎と誤って診断されステロイド治療を施行されていた。間質性肺炎と診断された症例ではLDHやKL-6が高値であることが診断根拠となり、これらの検査結果はPCP診断の手がかりとはなり得なかった。過敏性肺臓炎と診断された症例においては気管支鏡検査にて気管支肺胞洗浄が行われていたにもかかわらず、PCPが鑑別されなかったために正しい診断に至らなかった。既往症には免疫低下による口腔カンジダ症や帯状疱疹、性感症としてのB型肝炎や梅毒などが半数以上の症例に認められた。検査成績では血中 β -D-グルカン値が検討した全例で陽性であった事から、PCPを間質性肺炎などから鑑別するのに有用な検査であった。胸部CT写真でのPCPの典型的所見は肺野の末梢がスペアされたすりガラス陰影とされているが、今回検討した症例の約半数においてPCPとしては非典型的な画像所見を示していた事から、画像所見のみからでは診断が容易ではない症例が多く認められた。PCPとしては非典型的な画像所見であったにも関わらず、速やかにPCPの疑いとして当院へ紹介された症例では、入院時検査としてHIV抗体検査が施行されていた症例や、前医がPCPの診断経験を有しており、初診時の診察、病歴聴取の結果から速やかにPCPを疑いHIV抗体検査が施行された場合であった。以上より、HIV感染症に合併するPCPの診断には胸部画像所見は重要であるものの、現病歴、既往歴を含めた臨床所見からHIV感染症の存在を早期に疑う事がより一層重要であり、HIV感染症を有している事が判明すればPCPの診断は容易となる。

SY01-3 非定型抗酸菌症

照屋勝治、田沼順子、仲村秀太、後藤耕司、柳沢邦雄、神村麻穂子、渡辺恒二、渡辺珠代、本田元人、塚田訓久、矢崎博久、本田美和子、湯永博之、立川夏夫、菊池 嘉、岡 慎一
国立国際医療センター エイズ治療開発センター(ACC)

[目的]HAART時代の非定型抗酸菌症(MAC症)につき、診断、治療、予後の観点からその臨床像を検討する。

[方法]ACCにおけるHIV陽性非定型抗酸菌症例につき、診療録に基づいてretrospectiveに検討した。

[結果]

- ①1996年1月～2006年6月においてMAC症例52件、47例を検討した(男女比8:1, 平均年齢39歳(21-68))。
- ②培養あるいはPCRで原因菌が検出できたのは44件であった(84.6%)。内訳はM. avium 30件(68%)、M. intracellulare 3件(7%)、MAC(未同定) 6件(14%)、M. kansasii 3件(7%)、同定不能2件(4.5%)であった。
- ③発生数の年次推移:症例数は2003年を境に減少傾向にある。HAART導入以降は自然発症のMAC症が減少しており、免疫再構築症候群(IRS)としての発症割合が増加してきている。HAART開始前にMACの予防投与を行っていないことがIRSの発症と関連していた。
- ④臨床像: IRS症例と非IRS症例に分けて検討した。IRS症例ではリンパ節炎や肺炎として発症する頻度が高いのが特徴であった。血液培養による陽性率は両群とも低く、IRS症例で24%、非IRS症例で44%に過ぎなかった。リンパ節炎として発症したIRS症例ではプレドニン等でも症状のコントロール不良となりHAARTが中断された例が多かった。
- ⑤予後: 長期に経過が追えたのは32例であった。12例がMACの治療を終了し、12例は現在も治療中、8例の死亡例が認められた。8例の死亡例はすべて他疾患の合併が死因となっていた。
- ⑥副作用による治療中断はRFB(6/35)、EB(6/43)が多かった。CAM(1/40)はAZM(2/18)に比べ中断率が低く、比較的耐用性に勝っていた。

SY01-4 AIDS関連リンパ腫の克服へ向けての取り組み

萩原将太郎

国立国際医療センター 血液内科

HIV感染者の非ホジキンリンパ腫発症頻度は非感染者の60-200倍と言われている。HAART導入により悪性リンパ腫の発症頻度は減少しているが、AIDS患者の長期生存に伴い、悪性リンパ腫の患者数はむしろ増加している。

AIDS関連リンパ腫は多くの場合、中等度悪性あるいは高度悪性群である。またStage III/IVで診断されることが多く中枢神経浸潤、肝、肺などの節外病変の頻度も高いため、しばしば治療は困難であり予後は不良である。しかし、近年の治療法の進歩により徐々に長期生存も期待できるようになった。

AIDS関連リンパ腫に対する初回治療としての標準療法は未だ確立されていない。しかし、化学療法にHAARTを併用することについては予後の改善が得られることから標準的治療に位置付けられている。また非HIV症例での実績からCD20陽性非ホジキンリンパ腫に対するリツキシマブ併用による治療成績向上が期待されているが、その是非については結論が出ていない。完全寛解率の向上は認められているため、如何に長期生存率の改善に寄与できるかが今後の課題である。

一方、初期治療不応例や再発例は極めて予後不良であり、有効なサルベージ療法の開発は大きな問題である。非HIV症例では化学療法感受性のある再発に対する自己末梢血幹細胞移植の有用性が報告されているが、AIDS関連リンパ腫についてもHAARTを併用することで造血幹細胞移植が可能になりつつある。難治性再発性リンパ腫に対するサルベージ療法について自験例を含めて紹介し、今後の展望について検討する。

SY01-5 わが国における免疫再構築症候群の現状

古西 満

奈良県立医科大学感染症センター

HAARTがHIV感染症の予後を著明に改善したことは疑う余地のないことである。しかし一方で、当初は認識されていなかったHAARTに伴う合併症が明らかになってきている。免疫再構築症候群（IRIS）もその一つであり、患者の苦痛や治療計画の妨げなど臨床医にとって困った問題となっている。そこで、本シンポジウムでは厚生労働省「HAART時代の日和見合併症に関する研究」班の調査結果を報告し、IRISに関する課題について考える。

1997年から2003年に抗HIV治療（ART）を行なった2,018例中176例（8.7%）にIRISを発症していたが、施設ごとにその発症率に差がみられた（2.0～15.4%）。IRISの病状はさまざまであったが、帯状疱疹、非結核性抗酸菌（NTM）症、CMV感染症、ニューモシスチス（Pc）肺炎、結核症が多かった。ART開始からIRIS発症までの期間（中央値）は、帯状疱疹が119日、NTM症が17.5日、CMV感染症が47日、Pc肺炎が10日、結核症が21日と病状で差がみられたが、いずれの病状でも早いものは数日で発症していた。IRISへの対応は、抗微生物薬の開始・追加・変更が主体であったが、NTM症では32例中9例でステロイド薬の併用、13例でHAARTの中止が行なわれていた。

IRISに関する課題は多く、特に、明確な診断基準がないことは検討を進める上で支障となる。日常診療で把握可能なIRIS発症の危険因子や予防法が十分には明らかにされていない。また、発症時の対応も確立されておらず、手探りで治療しているのが現状である。

【シンポジウム02】

「HIVに対する宿主防御免疫機構：自然免疫から適応免疫まで」

■オーガナイザー：俣野 哲朗（東京大学医科学研究所）

■座 長：俣野 哲朗（東京大学医科学研究所）

■シンポジスト：宮澤 正顯（近畿大学医学部 免疫学教室）

横田（恒次） 恭子（国立感染症研究所 免疫部）

Toshiyuki Miura（Partners AIDS Research Center, Massachusetts General Hospital, Harvard Medical School, Howard Hughes Medical Institute）

滝口 雅文（熊本大学エイズ学研究センター・ウイルス制御分野）

趣 旨：

本シンポジウムは、HIVに対する宿主防御免疫機構について、自然免疫から適応免疫まで、最先端の研究を紹介し、今後の研究の方向性について議論することを目的とするものである。

HIV感染防御反応は大きく自然免疫と適応免疫とに分けて考えることができる。狭義の自然免疫としては、NK細胞反応などの抗ウイルス作用と、適応免疫活性化作用などがある。さらに、APOBEC3Gなどのような抑制因子による作用も広義の自然免疫と考えることもできる。演題1では、最新の研究成果をもとに、このような自然免疫に関連する因子について紹介いただく予定である。

一方の適応免疫反応の起点は、樹状細胞における抗原提示とそれに引き続くウイルス特異的CD4陽性Tリンパ球反応ということもできる。HIV感染症においては、このウイルス特異的CD4陽性Tリンパ球がウイルスの標的細胞となりえることが特徴の一つである。演題2では、このウイルス特異的CD4陽性Tリンパ球反応とHIV増殖とについて、最新の研究成果をもとに考察いただく予定である。

この適応免疫の代表的エフェクターとしては、抗体と細胞傷害性Tリンパ球（CTL）が知られており、後者のCTLについてはHIV感染抑制において重要な役割を担っていることが指摘されている。演題3および演題4では、HIV特異的CTLについて、最新の研究成果をもとに考察していただく予定である。特に、HIVのCTLからの逃避機構、CTLエスケープ変異を有するHIVの複製能などをポイントとした議論が期待される。

なお、時間的制約のため加えることができなかったが、適応免疫のもう一つの代表的エフェクターである抗体のHIV感染への影響も重要なテーマの一つである。HIV感染初期における中和抗体誘導効率の低いことが一つの特徴であるが、さらにin vivoにおける中和抗体の抗HIV複製抑制効果の解明も重要課題の一つである。

SY02-1 HIV-1感染抵抗性を賦与する新規宿主遺伝子の解析とその作用機序

宮澤正顯

近畿大学医学部 免疫学教室

レトロウイルス感染に対し自然抵抗性を賦与する宿主遺伝子は、主にマウスのフレンド白血病ウイルスを用いて解析されてきた。これら宿主遺伝子は、ウイルスの標的細胞への吸着侵入や細胞内での複製過程と干渉するものと、ウイルス抗原に対する宿主免疫応答を制御するものとに大別される。

HIV-1感染、あるいは感染後のエイズ発症経過に影響を与えるヒト遺伝子についても、ウイルスの侵入・複製に直接関与するものと、宿主応答を制御するものとが報告されている。しかし、既知の抵抗性遺伝子の効果を全て合わせても、知られているHIV-1感染抵抗性あるいはエイズ発症抵抗性の10%程度しか説明出来ないとされ、未知の宿主遺伝子の存在が指摘されていた。

我々は、特定のHIV-1感染者と長年に亘り非防御的な性的接触を反復していながら、末梢血にHIV-1ゲノムもHIV-1反応性IgG抗体も検出されない「HIV-1曝露非感染者」の遺伝的解析を行ってきた。これら曝露非感染者は、粘液中にHIV-1と反応するIgAを持ち、その末梢血単核球はHIV-1抗原刺激により感染者より高いレベルのIFN- γ を産生する。マイクロサテライトマーカーを用いた解析から、第22染色体の特定領域に曝露非感染者に特徴的な対立遺伝子の集積を見出し、その近傍に組換え点を発見した。その後、候補領域全遺伝子の発現解析と既知単一塩基多型の遺伝子型比較、およびゲノムシーケンズの比較を行い、免疫系細胞で発現するある遺伝子に新たに見出したエンハンサー領域に、曝露非感染者で特定のハプロタイプが集積することを発見した。曝露非感染者に集積するこのハプロタイプは機能性で、より高い遺伝子発現を誘導し、試験管内でCCR5指向性HIV-1の複製を阻害した。

新規に見出したHIV-1感染抵抗性遺伝子の作用機序と、HIV-1感染予防・治療法への応用の可能性を考察したい。

SY02-2 HIV慢性感染期におけるHIV特異的CD4陽性T細胞の機能障害—ワクチン開発に向けての考察

横田(恒次)恭子¹、山本拓也^{1,2}、Brigitte Autran³

¹国立感染症研究所 免疫部、²東大医科学研究所 分子発癌分野、³INSERUM U543, Pitie-Salpetriere Hospital, Paris, France

HAARTの普及によりエイズによる死亡は激減したが、静止期CD4⁺記憶T細胞に潜伏感染したウイルスは完全には排除できない。例え治療によりCD4細胞数が増加しても免疫機能は完全に回復されず、抗HIV免疫応答が十分に作用していないことが問題である。近年、RNA干渉作用をHIV治療薬として応用する試みが数多くなされている。我々はU3領域と重複するnef遺伝子部分のshort hairpin RNA(shRNA)をレンチウイルスベクターに組み込んだshRNA発現システムを構築した(Lenti shNef366)。このLenti shNef366はマクロファージにおけるHIV-1増殖を安定かつ効率良く抑制し、新たに産生されるHIV-1の感染性も低下させたことから、HIVに対する遺伝子治療に有用であると思われる。慢性HIV-1感染者にはHIV特異的CD4⁺T細胞の抗原特異的な増殖機能障害があり、このことは血中ウイルス量と密接に関連しているが、ウイルスの潜伏感染が関与している可能性は明白でない。そこで慢性HIV-1感染者のT細胞にLenti shNef366を感染させ、Gagに対するCD4⁺T細胞の増殖能を解析した。その結果、Lenti shNef366を導入することにより、Gag特異的CD4⁺T細胞の増殖は血中ウイルス量の高い感染者群で有意に回復できることが明らかとなった。従って、抗原刺激を介したHIV増殖抑制はHIV特異的CD4⁺T細胞を保護して抗HIV免疫応答を高めると考えられ、新たなワクチン戦略の必要性を示唆している。

SY02-3 Elite control of HIV-1 infection

Toshiyuki Miura^{1,2,3}、Florenicia Pereyra^{1,2}、Mark Brockman^{1,2}、Alicia Trocha^{1,3}、Zabrina Brumme^{1,2}、Chanson Brumme¹、David Heckerman⁴、Arne Scneidewind^{1,2}、Bin Li^{1,2}、Todd Allen^{1,2}、Bruce Walker^{1,2,3}

¹Partners AIDS Research Center, Massachusetts General Hospital, ²Harvard Medical School, ³Howard Hughes Medical Institute, ⁴Microsoft Research

HIV-1感染症者の中には、薬剤による治療を必要とせずに、自ら血漿中ウイルス量を検出限界以下 (<50copies/ml) に抑えることのできるものが存在する。彼らはElite Controllers(EC)と呼ばれ、欧米においては、およそ300人に一人くらいの割合で存在すると考えられている。彼らは十から二十年以上にわたりCD4陽性細胞数の減少を経験しておらず、ほとんどのものではウイルス量の増加も認めない。彼らのHLA Class I タイプをみると、実に40%以上がB*57であり、20%のB*27と続く。しかしながら、その抑制機所は未だ明らかにはなっていないといえない。それ以外に何か共通なものがあるのか、あるいは、それぞれのECで、ウイルス学的因子、免疫学的因子、その他のhostの遺伝的因子が複雑に絡み合っ、この究極のウイルスセットポイントが達成されているのかも不明である。我々は、多くのECを集め、包括的にウイルス、免疫細胞、ホストゲノムの三方向からアプローチしている。ホストゲノムに関しては、haplotype mapを用いた、whole genome association studyが進行中である。ここでは、ウイルスシーケンスからのアプローチで我々が現在までに得た知見、特定のHLAに関連した変異によるfitness costs、大量のキメラウイルスの複製能力の比較など、現在進行中の実験データも紹介していきたい。また、現状から推察する、今後のリサーチの展望についても述べたい。

SY02-4 免疫逃避と細胞傷害性T細胞

滝口雅文

熊本大学エイズ学研究センター・ウイルス制御分野

細胞傷害性T細胞 (CTL) はHIV-1の増殖を抑制しているが、一方HIV-1はCTLから逃避し生体内で増殖し続けることにより、いずれ免疫系を完全に破壊しエイズを発症させる。このCTLからの逃避したウイルスに生じた変異により、生体内でのHIV-1の増殖能が低下を示す場合と、増殖能に影響を及ぼさないすなわち増殖能の低下が見られない場合がある。前者ではエイズ発症の遅延が見られ、後者は多くの患者で見られるように比較的短い期間でエイズを発症する。

海外のコホート研究では、HLA-B*57, HLA-B*27, HLA-B*51がエイズの発症遅延と相関するHLA抗原として知られている。このうち日本人ではHLA-B*57, HLA-B*27は1%未満しか見られないアレルであり、HLA-B*51のみが研究に対象となりうる。我々はHLA-B*5101により提示されるエピトープを認識するCTLとそのエピトープの解析をおこなった。長期未発症者 (LTNP) では変異により増殖能が低下するウイルスが見られるが、その他の患者では変異によりウイルス量の低下が見られない変異ウイルスが出現することを明らかにした。これらの患者の解析より、免疫逃避するウイルスが日本人に蓄積してきていることが明らかになった。このようなウイルスに対する今後の免疫療法とワクチン開発に関する検討も議論したい。

【シンポジウム03】

「包括的HIVカウンセリングにいま求められるもの」

■オーガナイザー：兒玉 憲一（広島大学大学院教育学研究科）

■座 長：兒玉 憲一（広島大学大学院教育学研究科）

小島 賢一（荻窪病院血液科）

■演 題：

【基調講演】 広島大学病院における包括的HIVカウンセリング

喜花 伸子（(財)エイズ予防財団／広島大学病院 エイズ医療対策室）

大下 由美（県立広島大学 保健福祉学部）

SY03-1 HIV専門医の立場から心のケアを考える

山元 泰之（東京医科大学病院臨床検査医学科）

SY03-2 看護師の立場から心のケアを考える

有馬 美奈（東京都保健医療公社荏原病院 看護部）

SY03-3 薬剤師の立場から心のケアを考える

栗原 健（国立病院機構大阪医療センター薬剤科）

SY03-4 感染者の立場から心のケアを考える

当事者

趣 旨：

包括的HIVカウンセリング（以下、包括的HIVCO）とは、HIV感染者エイズ患者やその家族・パートナー等に対し、様々な職種・立場の人々によって行われる心理社会的援助（心のケア）の総称である。ここでは、そのうちHIV感染症医療の専門病院の医療チームによって行われる心のケアに絞って議論したい。わが国の包括的HIVCOは、1980年代後半に当時すでに荻窪病院、静岡県立子ども病院、産業医科大学病院等で行われていた血友病包括医療をモデルとして全国各地で導入された。1990年代後半には、エイズ治療ブロック拠点病院の多くで包括的HIVCOが本格的に実施されるようになった。

広島大学病院の包括的HIVCOは、20年近くの歴史がある。そこでは、医師、看護師、薬剤師、臨床心理士（CP）、ソーシャルワーカー（SW）、それに派遣カウンセラーなど多くの職種が参加している。当日は、広島大学病院の包括的HIVCOを中心的に担っているCPの喜花伸子氏とSWで派遣カウンセラーの大下由美氏に、同院の包括的HIVCO歴史と現状について基調報告をしてもらう。とくに、HIV医療の変遷とともに包括的HIVCOがどのように変化したか、また最近のHIV医療チームにおいて各職種は心のケアにそれぞれどのような役割を果たしているか、さらには、多職種が円滑な連携を図るためにカンファレンスや研修会等でどのような工夫をしているかについて報告してもらう。

ところで、広島大学病院は、感染者患者が累計100名前後の地方のブロック拠点病院であり、その包括的HIVCOもそれに応じた特徴を持っている。これに対し、東京、名古屋、大阪など大都市では特定の病院への集中化傾向が著しく、感染者患者数が累計1000名を超える病院も珍しくなくなった。限られた医療スタッフで多くの感染者患者に対応している病院では、包括的HIVCOも新たな課題に直面している。とくに、HIV医療従事者自身の心のケアも喫緊の課題である。そこで、シンポジストに、東

京医科大学病院のHIV専門医山元泰之氏，東京都保健医療公社荏原病院の看護師有馬美奈氏，国立病院機構大阪医療センターの薬剤師榎原健氏，それに感染者の方を迎え，それぞれの立場から，基調報告を踏まえつつ，感染者患者が集中する大都市の臨床現場での心のケアの現状と今後の課題について自由に語ってもらい，フロアも交えて議論を深めることができると願っている。

【シンポジウム04】

「HIV陽性者の治療認識（Treatment Literacy）～医療現場と自助活動の連携・協働の可能性を探る～」

■オーガナイザー：長谷川 博史（日本HIV陽性者ネットワーク・ジャンププラス）

■座 長：長谷川 博史（日本HIV陽性者ネットワーク・ジャンププラス）

大平 勝美（はばたき福祉事業団）

■演 題：

SY04-1 日本のHIV医療の起点と患者の関わり～患者参加型医療の実現と展開～

大平 勝美（はばたき福祉事業団）

SY04-2 医師の立場から見た治療情報の提供

山本 政弘（九州医療センター）

SY04-3 新陽性者PEER Group Meeting(PGM)の”医療情報セッション”より

矢島 嵩（特定非営利活動法人 ふれいす東京）

SY04-4 地方におけるHIV陽性者の生活に関する医療とSHGとの協働

藤原 良次（りょうちゃんず）

SY04-5 治療と生活の両立を目指した療養継続支援

池田 和子（国立国際医療センター ACCコーディネーターナース）

SY04-6 新HIV陽性者のための治療生活ガイダンス～生活者の視点から考える治療～

長谷川 博史（日本HIV陽性者ネットワーク・ジャンププラス）

趣 旨：

HAART登場によってHIV治療が大きく進歩し、治療の主な目的は、延命から、ウイルスをコントロールし患者のQOL（quality of life）を向上・維持へと変化してきた。

また、利用可能な抗HIV薬が増えたことで、治療の可能性と選択肢は大きく広がった。いっぽうで複雑化する治療を患者が十分理解できない状況も生まれてきている。患者自身の治療に関する関心の低下や、服薬開始へのとまどい、服薬や通院の中断も目立つようになってきた。また、現在では、インターネットの発達によって大量の治療情報にアクセスできる反面、それらの情報によって混乱するケースも見受けられる。

治療に関する十分な知識や準備が患者にない場合、主体的な治療姿勢を確立することは難しく、アドヒアランスの低下を招くこともある。このことは、患者としての自己決定能力を低下させ、医療者の負担も増加させることになる。

さらに、治療の長期化にともない患者の支援ニーズは、治療情報の提供や相談にとどまらず、社会支援や心理支援等へと広がり、さらに多様化、複合化している。

このような状況において、患者自身の治療への主体的関与を、様々な視点と立場から促進する必要がある。この問題に関してHIV陽性者自らの手でさまざまな自助活動やピアサポートが展開されている。これらの活動はいずれも地域に根ざして展開されており、医療現場における治療情報提供や支援とは異なった視点で運営されている。

そこで、当シンポジウムでは、HIV陽性者の治療認識についてこれらの自助およびピアサポートの活動を行う当事者に医療者を交え、それぞれの立場から相互補完や連携の可能性を探る。

大平勝美（はばたき福祉事業団）

「日本のHIV医療の起点と患者の関わり～患者参加型医療の実現と展開～」

日本のHIV医療体制は薬害エイズ裁判和解で、医療・福祉を一体化する規模で刷新した。既存の制度を空気の存在と思いがちの患者・医療者に、改めて医療・福祉の政策に気を配り、国レベルのエイズ医療・福祉と揺るぎないものに意識を高めたい。

山本政弘（独立行政法人国立病院機構九州医療センター）

「医師の立場から見た治療情報の提供」

本来「闘病」という言葉があるように「病」と戦うのは患者本人であり、医療者はその応援団に過ぎない。どんなにすばらしい処方箋を医師が書いても患者本人がのまない限り、治療はうまくいかない。なぜ飲めないのか？医療者の立場からその原因と対策としての治療認識や各種団体との連携について論じたい。

矢島嵩（ぶれいす東京）

「新陽性者PEER Group Meeting（PGM）の“医療情報セッション”より」

PGM参加者の、陽性告知の状況や本人の準備性、個人的なネットワークでの孤立状態、治療段階への移行度合いや医療環境はさまざまである。PGMでは、新陽性者同士のグループワークに加えて、専門家による医療情報セッションを設けて、HIVに関する基礎的な一定の情報提供を行っている。「治療姿勢や療養イメージの獲得」「医療者とのコミュニケーション」をどう支援するかが重要なテーマである。

藤原良次（りょうちゃんず）

「地方におけるHIV陽性者の生活に関する医療とSHGとの協働」

HIV陽性から20年とSHGを立ち上げてからの12年を振り返り、選択肢の少ない、地方における医療機関とSHGのHIV陽性者への役割りの違いを明確にし、その上での支援のための協働を提示する。

池田和子（ACCコーディネーターナース）

「治療と生活の両立を目指した療養継続支援」

HIV感染症は、進行性の慢性疾患で、いずれかの時期に治療開始を検討する。治療開始には、検査データと合わせ患者さん側の準備や環境調整が必要である。チーム医療の中でのナースの役割についてACCの実践例を紹介する。

長谷川博史（日本HIV陽性者ネットワーク・ジャンププラス）

「新HIV陽性者のための治療生活ガイダンス～生活者の視点から考える治療～」

HIV陽性者は治療の概略を知識として持っていても実際の生活のイメージがつかめていないことも多い。そこでJaNP+では新たに陽性告知を受けた人向けに患者の視点から“治療と生活のアウトライン”を伝えるプログラムを提供している。

【シンポジウム05】

「抗HIV療法の20年：現在と未来」

■オーガナイザー：満屋 裕明（熊本大学血液内科・感染免疫診療部）

■座 長：満屋 裕明（熊本大学血液内科・感染免疫診療部）

岡 慎一（国立国際医療センター エイズ治療・研究開発センター）

■シンポジスト：満屋 裕明（熊本大学 血液内科・感染免疫診療部）

関 康博（熊本大学大学院医学薬学研究部血液内科学・感染免疫診療部）

岡 慎一（国立国際医療センター エイズ治療・研究開発センター）

趣 旨：

後天性免疫不全症候群（AIDS）に対する治療薬は今や3つのクラス（本邦では2つのクラス）、20種類を超え、これらを種々に組み合わせた多剤併用療法（HAART）が行われるようになって、かつて「死の病」であったAIDSは「治療可能な慢性感染症」と定義されるようになった。AIDSが主として男性同性愛者間で流行する「奇病」として米国の主要都市で初めて報告されたのは1981年、そしてその元凶が第二のヒト病原性レトロウイルス、ヒト免疫不全ウイルス（HIV-1）であると判明したのは1983年である。レトロウイルスは標的細胞に感染すると細胞のDNAに組み込まれるというその特性から、一旦HIV-1に感染して発症すると化学療法は最早奏功しないとされた。しかし、それは果たして、否定されることになるscientific dogmaでしかなかった。1985年にazidothymidine（AZT）を初めとした一連のヌクレオシド誘導体（2',3'-dideoxynucleosides）に強力な抗レトロウイルス活性のあることが発見されて、先ずAZTの臨床効果が確認され、AZTは1987年に最初のAIDS治療薬として登場、次いでAZT+ddC、AZT+ddI等の併用療法が開始された。AZT、ddI、ddCという逆転写酵素阻害剤の臨床的成功はHIV感染症に対する治療薬の開発に“megapharma（巨大製薬企業）”が参入する合図となった。1990年代中期に登場するプロテアーゼ阻害剤は異なるクラスの治療薬を用いたHAARTを可能にして、AIDS発症者の病態は著しく改善、死亡者数も激減、AIDSの発症が効果的に抑制されるようになった。

2000年に入って既に7年、AIDS治療薬は再び大きな転機を迎えている。無論、ポジティブの方向にである。本シンポジウムでは先ず、最初のスピーカーである満屋が関わってきたAIDSに対する化学療法の開発の歴史を『AIDS治療薬開発の23年』として報告、本研究・臨床領域の今後の行方を探る。二人目のスピーカー、は最近認可された新しい世代のプロテアーゼ阻害剤、darunavirの開発の経緯について報告、更にdarunavirを含んだ一連の化合物がプロテアーゼの二量体化を阻止することを示し、daunavir等の臨床特性を併せて論じる。最後のスピーカー、岡は、新しい治療薬が登場するごとに大きく変化と進化を続ける、そうであるが故に、未だ「不完全でしかないHAART」の現況と今後の展望を『HIV感染症に対する治療戦略の変転』として論じる。

SY05-1 AIDS治療薬開発研究の23年

満屋裕明

熊本大学 血液内科・感染免疫診療部

複数の抗ウイルス剤を用いた多剤併用療法 (HAART) によって、AIDSの治療は文字どおり瞠目する程の進歩を遂げ、HAARTはHIV感染症とAIDSの病態を著しく改善した。そのようなAIDS治療薬の最初の3剤azidothymidine、didanosine、zalcitabineは、何れもHIVが有する逆転写酵素を標的として考案・同定・開発された薬剤である。そうした意味で、これらの薬剤は開発の端緒から特定の分子を標的として開発されて臨床的に成功した最初の「分子標的治療薬」と言って良い。1990年代に入って開発されたプロテアーゼ阻害剤もHIVのプロテアーゼの結晶解析データを基礎としてデザインされ、そのような結晶解析からのアプローチが臨床的な成功を収めた最初の薬剤となった。3つ目のクラスの抗HIV薬、融合阻害剤 (enfuvirtide) もHIVの細胞膜との融合に必須のウイルス糖蛋白 (gp41) の機能と構造からデザインされた。AIDSに対する治療薬開発で矢継ぎ早の成功をもたらした「分子標的」アプローチはインフルエンザや白血病に対する分子標的治療薬開発のモデルケースとなり、更に幾つもの難治性疾患の治療薬のデザイン・開発に援用されてきている。

現在の開発のパイプラインにあるHIV感染症に対する治療薬は20種類を遥かに超えるがそれらは何れも主として標的蛋白の構造に基づいてデザインされたものである。インテグラーゼ阻害剤、侵入阻害剤はその代表的な薬剤である。そのような新規のAIDS治療薬は、HAARTが未だ種々の副作用、耐性発現などの問題を有しているとはいえ、HIV感染症に対する治療薬が今後も一層の進化を遂げる事を紛れもなく示すであろう。

しかし、将来に亘っていかなる抗HIV剤も、一旦感染したHIVを感染者の体内から全て取り除くことはできない。HIVが発見された翌年の1984年、米国厚生省長官がHIVに対するワクチンの開発は10年以内と豪語したが、今もAIDSワクチン開発の長いトンネルに確かな光明は一筋も見えない。新規の感染者を出さないという予防と啓発こそが我々の社会にこれまでもまして肝要であることが強調され過ぎることはない。

SY05-2 新しい抗ウイルス機序によるAIDS治療薬:プロテアーゼ二量体化阻害の研究

関 康博

熊本大学大学院医学薬学研究部血液内科学・感染免疫診療部

近年、薬剤耐性変異株に有効でかつ耐性獲得に抵抗する新規の抗HIV-1剤の開発が急がれている。我々は多剤耐性臨床分離株に対して高い抗HIV-1活性を発揮するbis-tetrahydrofuranylurethane (bis-THF)構造を有する新規のプロテアーゼ阻害剤 (PI) darunavir (DRV)を開発、DRVは2006年6月に米国食品医薬品局 (FDA) に認可された。DRVのproto-type化合物で、bis-THF基を含むPI, TMC126に対して、HIV-1は野生型のprotease (PR) monomerとPR_{A28S} monomerから成るheterodimer PRを形成し、高度耐性を獲得する事を明らかにしたが、我々は、更にCFP、YFPタグ付きPRを有するNL-PR_{A28S}^{CFP}、NL-PR_{WT}^{YFP} plasmidsを作成し、fluorescence resonance energy transfer (FRET) の系を用いてPR heterodimerizationが起こる事を確認した。他方、我々は、HIV-1 PRの2量体形成に重要とされるPRの活性中心部位、N-、C-末端の種々のアミノ酸がPR dimerizationに与える影響をFRET-HIV発現系を用いて検討、一群の新規のPR dimerization inhibitorsを同定したので報告する。

SY05-3 HIV感染症に対する治療戦略の輪廻

岡 慎一

国立国際医療センター エイズ治療・研究開発センター

1996年に幕を開けたHAART療法は、当初「hit HIV early and hard」を基本戦略として、HIV感染者はCD4リンパ球数に関わらず治療の対象となっていた。しかし、長期治療に伴う薬剤の慢性毒性や服薬継続の難しさ、耐性ウイルス出現の問題などにより、治療開始時期に対する考えは変わり、「hit HIV hard when needed」という新しい戦略が生まれた。この10年で治療戦略は変遷し、HIV感染者に対する治療は、CD4リンパ球数が200/1前後に低下するまで待っているのが現状である。

しかし、現状の治療戦略に大きな一石を投じたのが、CD4リンパ球数350/1以上の患者の治療を休薬するか継続するかを検討したSMART試験の結果である。この試験は、休薬群の予後が良いのではないかという仮説のもとに行われたが、当初の仮説を覆し、休薬群の予後が有意に悪く、6年間予定されていた試験が2年で中止になってしまった。しかもこの試験で予後に最も影響した因子は、いわゆるnon-HIV eventsである心・血管系の合併症であった。

HIV感染者の予後が改善し、HIV感染者の高齢化に伴う生活習慣病が問題になりつつある。一方、HIVそのものにより惹起される血管内での炎症が、心・血管系合併症の原因になるのではないかと推定されている。HIVそのものが心・血管系合併症の誘因になるのであれば、「より早く治療を開始し血漿中のHIVを検出限界以下に抑え続けることが、それらの抑制に働く」、という説明につながる。この仮説を臨床的に証明しようとする動きが米国NIHを中心として計画されている。この試験は、CD4リンパ球数500/1以上で治療を開始するかどうかを2群にわけ、それぞれの群の予後を検討するもので、START試験と命名されている。今回は、早期治療群の予後が良いのではないかという仮説のもとに試験が計画されている。

START試験の結果が仮説通りになるかどうかはわからないが、近い将来「hit HIV early and hard」の治療戦略が再び戻ってくるかもしれない。

【シンポジウム06】

「HIV/HBV・HCVの重複感染について」

■オーガナイザー：小池 和彦（東京大学感染症内科）

■座 長：小池 和彦（東京大学感染症内科）

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）

■シンポジスト：四柳 宏（東京大学感染症内科）

正木 尚彦（国立国際医療センター消化器科）

加藤 道夫（国立病院機構大阪医療センター消化器科）

塚田 訓久（国立国際医療センター エイズ治療・研究開発センター）

菅原 寧彦（東京大学人工臓器移植外科）

趣 旨：

多剤併用抗レトロウイルス療法 HAARTの登場以降、HIV感染者の予後は著しく改善してきている。これによって、HIV感染者の死因も従来に比べて大きく変化してきている。最近の複数の統計によると、HIV感染患者の死亡のうち、AIDS関連死は約半数にとどまり、非AIDS関連死が約半数となっている。そして、非AIDS関連死の多くが慢性C型肝炎ウイルス(HCV)あるいはB型肝炎ウイルス(HBV)感染症による死と報告されている。我が国においても全く同様な傾向が見られ、肝疾患、特にC型慢性肝炎とその合併症による死亡が増加し、HIV感染者の死因の半数近くを占めるようになってきている。この様な状況においては、HIV感染者に合併した慢性HCV感染症をいかに治療するかは最大の懸案事項であり、治療法を確立・進歩させることが重要である。また、HIV感染者に合併したHBV感染症もHAART遂行上の大きな問題となっている。HIV感染者に合併する慢性HBVおよびHCV感染症の現状を把握し、治療法の開発を目指すことが急務といえる。

本シンポジウムでは、まず我が国におけるB型肝炎、C型肝炎の現状について、急性肝炎の状況、治療法の進歩と問題点を含めて紹介いただき、続いて、血液凝固障害合併の多い我が国のHIV感染例において、いかにして非観血的に慢性肝炎（線維化）の進行度を推定していくかについて、現状と展望を解説していただく。その後、HIV感染症に合併するHBV感染症、HCV感染症の現状と治療、治療上の問題点について講演いただく。最後にHIV感染例において生体肝移植が選択肢となりえるのかという問題について、HCVとの重複感染という観点から、抗ウイルス療法も含めて講演をいただく予定である。

HIV感染症に合併する肝疾患については、我が国におけるHIVとHBVあるいはHCVとの重複感染の頻度も明らかとなり、HAARTのHBV感染症に対する影響の検討、抗HCV療法の強化・実行等が推進されてきている。これらの分野において着実な進歩が見られているが、更なる治療成績と患者のQOLの向上のために、なお改善を図って行く必要があるといえる。本シンポジウムでは、現在の問題点を明らかにし、解決の方策を探る足がかりとしたい。

SY06-1 HIV・HBV/HCVの重複感染の本邦における実態

四柳 宏、小池和彦
東京大学感染症内科

HAARTによりHIV感染者のAIDS関連死が減少した現在、HIV感染者の予後を規定する最も大きな因子はB型及びC型肝炎ウイルス感染症である。今回全国エイズ拠点病院を対象にHIV・HBV/HCV感染症の実態を把握する目的でアンケート調査を、厚生労働省の研究班において、肝疾患進展度の実態調査を行った。

HCVに関してはHIV感染者4877名中935名(19.2%)がHCV抗体陽性であり、うち780名ではHCV-RNA陽性が確認された。感染経路別陽性率は血液製剤96.9%、MSM 4.2%、麻薬静注者45.0%であった。

HBVに関してはHIV感染者5998例中377名(6.4%)がHBs抗原陽性であり、うち122名ではALT 100 IU/L以上の肝障害が認められた。感染経路別陽性率は血液製剤5.9%、MSM 8.3%、麻薬静注者13.0%であった。

HIV・HCV重複感染者の9割が高ウイルス量の症例であった。HCV単独感染例で7割を占めるGenotype 1bは3割で検出されるにすぎなかった。平均8.3年の観察期間中にアルブミンは0.17g/dL低下、ビリルビンは0.16mg/dL上昇しており、2.5%で肝不全、2%で肝細胞癌の合併が認められた。リバビリン併用PegIFN療法によりSustained virological responseが得られたのは36%に過ぎず、HCV単独感染に比べ治療効果が低いことが判明した。

SY06-2 ウイルス肝炎の病態に及ぼすHIV重複感染の影響

正木尚彦¹、酒匂赤人¹、今村雅俊¹、菊池 嘉²、岡 慎一²

¹国立国際医療センター消化器科、²エイズ治療・研究開発センター

HIV陽性者における肝炎ウイルスマーカー陽性率は、血漿製剤感染者でHBs抗原陽性率6.6%、HCV抗体陽性率97.7%に対し、性交渉感染者で各々10.9%、5.6%と、HIV感染経路により著明に異なる。従来、HIV重複感染の存在はウイルス肝炎の病態を増悪させると報告されてきたが、HAART導入後の実態については明らかではない。I. B型急性肝炎: 2002~2006年に受診したB型急性肝炎患者についてHIV感染者13例(CD4: 323 ± 141 [180-631]/ μ l)と非HIV感染者36例を対比した。両群ともゲノタイプAが最も多く(83%、44%)、前者の方がALT、T.Bilの最高値はより低値であったが、HBe抗原量、HBV DNA量はむしろ高値を呈しており、慢性化率も前者22%(2/9)、後者0%(0/26)であったことから、免疫不全の存在によりB型急性肝炎の病態は修飾されていた。尚、3TC内服中の同性愛者2例においてYVDD変異株の初感染によるB型急性肝炎を発症した可能性があり、今後の対策が必要と考えられた。II. C型慢性肝炎: HIV/HCV重複感染者において肝線維化の進展が加速されるか否かについて、1) 血漿中肝線維化マーカー(TGF- β , IL-13)、2) ファイブロスキャン(エコセンス社)による肝硬度を測定し、HAART内服中の重複感染者と非HIV感染C型慢性肝炎患者とを対比した。肝線維化マーカーは前者においてむしろ低値であり、肝線維化進展速度(KPa/年)も 0.32 ± 0.17 対 0.38 ± 0.70 と両群間に有意差を認めなかったことから、HAARTによる治療介入はHIV/HCV重複感染者の予後を改善している可能性が示唆された。現在、HIV感染B型慢性肝炎の病態についても検討しており、併せて報告する。

SY06-3 HIV・HCV/HBV重複感染例に対する抗肝炎ウイルス治療

加藤道夫¹、上平朝子²、葛下典由¹、三田英治¹、白阪琢磨²

¹国立病院機構大阪医療センター消化器科、²同免疫感染症科

【目的】 HAART療法の普及により、HIV・HCV/HBV重複感染例の予後は、肝病変の進展の程度に依存することが指摘されている。そこで、治療対象の適切な選別と治療効果の向上を目的にHIV・HCV/HBV重複感染例の病態および抗ウイルス（HCV:インターフェロン（IFN）、HBV:核酸アナログ）治療成績について検討した。

【対象と方法】 対象は、HIV・HCV重複感染でIFN治療を施行した25例（のべ34回）とHIV・HBV重複感染でHAARTを開始した13例である。IFN治療例は全例男性で、年齢は24歳?64歳（平均36.1歳）であり、IFNの種類は、単独治療16例（IFN α 10例、PEG-IFN α 2a 7例、1例は両者施行）、リバビリン併用15例（IFN α 2b/リバビリン併用1例、PEG-IFN α 2b/リバビリン併用14例）である。

【成績と考察】 対象全体でのIFN治療成績（1例は投与中）は、HCV RNA完全排除（SVR）12例（50.0%）、再燃1例、無効9例および中止2例であった。PEG-IFN α 2b/リバビリン併用14例中（1例は投与中）、SVR6例（46.2%）、breakthrough1例、無効3例および中止3例（倦怠感2例、敗血症1例）であった。HIV・HCV重複感染例も治療法の工夫により高率にウイルス排除が可能になることを示唆する成績である。HIV・HBV重複感染13例のHAART開始時の薬剤として、抗HBV薬1剤（3TC：ラミブジン）入りが4例、2剤（3TC+TDF:テノホビル）を含んでいたのが7例、抗HBV薬を含まないレジメンが2例であった。このうち11例で、HAART開始後に肝障害を認めた。3TCのみを含むレジメン2例では、HBV-DNA量が再上昇し、その後肝障害を認めた。一方、3TC+TDFを含む例では、HBV-DNA量は速やかに減少した。TDFの承認後、当院ではHIV・HBV重複感染例には抗HBV薬2剤を含むHAARTを選択するようにしている。現時点では著明な肝障害や副作用は認めていないが、昨年認可されたエンテカビルとともに、注意深い経過観察が必要と考える。

SY06-4 日本のHIV・HCV重複感染症とその治療

塚田訓久

国立国際医療センター エイズ治療・研究開発センター

HIVの重複感染により、C型肝炎の治療に対する反応性は悪化し、肝線維化の進行速度は増大する。最近はSTDとしてのHCV感染と思われる例も散見されるようになってきたが、依然として本邦のHIV・HCV重複感染者のほとんどを占めるのは血液製剤による感染者であり、①HCV・HIVともに感染から長期間が経過していること、②過去のインターフェロン療法によってもHCVの排除に至らなかった例が含まれること、③HIV感染症に関する濃厚な治療歴を有する例が多いこと、といった特徴を有する。現時点ではインターフェロンがC型肝炎に対する唯一の根治療法であり、ガイドライン上はできるだけCD4が高い状態での治療が推奨されているが、血液製剤による感染者ではこのような理想的な条件でのインターフェロン療法導入がもはや不可能な場合も多い。

ACCでは初期から積極的にインターフェロン療法を導入してきており、これまで治療を導入した例の約3割でHCVの排除を達成している。しかし残る7割ではHCVが残存しており、将来的な肝線維化の進行が危惧されている。セリンプロテアーゼ阻害剤など新規抗HCV薬の果たす役割は非常に大きいものと期待されるが、その臨床導入は当分先のことと考えられ、それまでの数年間をいかにしのぐかが大きな問題となっている。ACCではインターフェロン不応・不耐例に対し低用量ペグインターフェロン療法を試みており、一部で肝酵素値の改善やHCV-RNAの減少がみられているが、これが長期的に肝線維化の阻止や肝細胞癌の抑制につながるかに関してはさらなる検討が必要である。

SY06-5 HIV・HCV重複感染について－肝不全症例に対する生体肝移植の試み

菅原寧彦

東京大学人工臓器移植外科

血友病に対する過去の血液製剤などによる感染が、本邦におけるHIV、C型肝炎ウイルス（HCV）重複感染の最大の感染経路である。多剤併用抗レトロウイルス療法（Highly Active Anti-Retroviral Therapy、HAART）により、日和見感染などのエイズ関連死が激減し、HIV感染例の予後は著明に改善し、HCV感染に伴う肝不全死が死因の約半数を占めるようになってきている。

このような背景から、血友病・重複感染症例で肝不全に至った患者6例に対し、生体肝移植を施行した。2例を小腸出血（サイトメガロウイルス腸炎の疑い）とグラフト機能不全（cholestatic hepatitis疑い）で各々失った。耐術例は現在まで長期生存中であり、HIV/HCVの定量モニターをし、必要に応じ適切な抗ウイルス治療を行っている。

HIV陽性患者に対する脳死ドナーからの肝移植は欧米においても、今だ、報告は散発的で不明な点も多い。脳死ドナーからのグラフトは欧米においても不足しており、HIV陽性の肝移植に対しては、相対的禁忌の状態が続くと思われる。本邦ではHIV陽性患者は脳死肝移植の適応から除外されていることから、肝不全に至った場合は生体肝移植を選択せざるをえない。移植後の長期予後がはっきりと評価が定まるまでの一時的な試みとして、生体肝移植を考慮するのが、国内はもとより、欧米でも、ひとつの選択肢となり得ると考えられる。

【シンポジウム07】

「MSM集団はHIV/AIDS対策においてhard-to-reach populationか？～コミュニティ規模調査後のMSM向け予防戦略を検討する」

■オーガナイザー：鬼塚 哲郎（京都産業大学文化学部／MASH大阪代表）

■座 長：鬼塚 哲郎（京都産業大学文化学部／MASH大阪代表）

佐藤 知久（京都文教大学人間学部文化人類学科）

■シンポジスト：日高 庸晴（財団法人エイズ予防財団／京都大学大学院医学研究科）

山元 泰之（東京医科大学病院臨床検査医学科）

健山 正男（琉球大学大学院医学研究科感染病態制御学講座 分子病態感染症学分野）

山田 創平（財団法人エイズ予防財団）

趣 旨：

HIV/AIDSの文脈においてhard-to-reach populationという表現は、一般に予防やケアなど、必要な情報が何らかの理由で届きにくくなっている集団のことを指す。本シンポジウムではHIV/AIDSという観点からMSM集団がいわゆるhard-to-reach populationにあたるのか否かを、領域横断的に検討する。現実にはMSMのネットワークやコミュニティは多層的であってHIV/AIDSに対する脆弱性も様々である。例えばMSMのうちゲイタウン利用者はHIV/AIDSに関して最も情報を提供されておりhard-to-reach populationとは言い難いかもしれない。だが、MSM集団のうちゲイタウン利用者はほんの一部であることが昨年日本エイズ学会で報告されている。以上の点からMSMのHIV感染者がいまだに減少に転じない理由を以下のように想定し得る。「仮説1:ゲイタウンを利用するのはMSM集団の一部であり、MSMの多くは現在でもHIV/AIDSに関して脆弱なhard-to-reach populationであり続けている」「仮説2: HIV感染の多くはゲイタウンを利用する、いわゆるゲイコミュニティの中で起こっている」「仮説3: 仮説1も仮説2も正しい。感染は両方の層で起こっている」。仮説1が正しいとすると、今後の予防戦略はゲイタウンを利用しないMSMにフォーカスすべきであり、仮説2が正しいとすると、予防啓発はゲイタウンに向けてさらに集中的に行うべきであり、仮説3が正しいとすると、その両方が必要となる。上記の三つの仮説の妥当性を検討するためには（つまりHIV感染がMSM集団のどの層で起きているのかを知るためには）私たちは何をすべきなのか？ HIV+のMSMは感染する前にどのようなソーシャルネットワークを持ち、予防の情報にどのように接してきたのか？ ネットワークのあり方は大都市と地方都市ではどう違うのか？ そうしたネットワークに、予防の主体（公的機関、研究者、CBOなど）はどう介入したらよいのか？ 今回のシンポジウムでは、MSM集団の予防とケアに関わる専門家たちが、社会疫学、臨床医学、社会学のそれぞれの立場からMSM集団の多層的な構造にフォーカスしつつ情報を共有し、クライアント像を細分化することで、今後のMSM向け予防戦略の方向性を探っていききたい。

SY07-1 行動疫学調査から見たMSM (Men who have Sex with Men) のHIV感染予防行動の現状

日高庸晴

財団法人エイズ予防財団／京都大学大学院医学研究科

居住地にとらわれず、日本全国のMSMの動向を計量調査により把握可能なサンプリング方法はインターネットの活用である。わが国では1999年以降、ほぼ2年に1度MSM対象のインターネット調査が実施されてきており、のべ1万人の研究参加者を獲得している。当該調査からは「知識や情報が必ずしも予防行動の促進要因とはなっていない」ということや、「コンドーム常用割合の低さと抑うつの関係」などが示唆されている。Hard to reach populations は文化的構造的周縁に位置すればこそHard to reach なのであり、その意味で、MSMは社会的な疎外や、文化的抑圧などに対して脆弱な存在である。抑うつに代表されるような予防行動に影響を与える心理傾向にも、そのような社会的、文化的抑圧が影響している可能性を否定できない。今回のシンポジウムでは、インターネット調査のデータをエビデンスとして参照しつつ、行動疫学的視点からMSMの現状を検討したい。また、MSMにおいて予防情報が比較的十分に浸透しているという現状においては、MSMは最早Hard to reachとは言えないかもしれない。しかしながらインターネット調査によって示唆されるように、社会・文化的背景に起因するような奥深い社会構造的要因に起因する抑うつが、予防行動にネガティブな影響を与えているとするならば、MSMが社会的に、文化的に、あるいは構造的にいまだ極めてHard to reach であると捉えることも可能であろう。

SY07-2 感染者となった過程を知ることは、今の予防に役立つのだろうか？

山元泰之

東京医科大学

東京医大病院における新規患者の9割以上が男性同性間性的接触による感染であると申告している。これら年間100名前後の新規判明例は、東京地域で感染した患者群、他地域からの流入群という地域的差異に加え、かなり前に感染し救命し得ない群、数年前に感染した未発症の群、最近感染した急性期感染者を含む群、といった時間的多層性をも抱えており、一様な解釈は困難である。

数年前に感染した未発症の群では、HIV感染リスクを情報としては知りながら、予防行動が不十分なまま検査を繰り返すうちに遂に感染者となる例が少なくない。この群では情報の受け取りが表層的であったり、感染自体を軽視していたりと情報の取得内容に問題があるように思われる。最近の急性期に近い感染例の中には10代～20代前半の者も多く、教育現場での予防啓発が課題である。

こうした様々な感染事例を診ながら「何か有効な感染予防の策はないものか？」と思いつくうちに、ソーシャル・ネットワーキング・サービス (SNS) の急速な拡がりなどによって、感染拡大を促進する環境がより整ってきているように思われる。他ならぬ感染者たちが「自分が感染したときより今の方がひどい」と述べる状況がある。ここ数年、SNSを通じてネットワーク化した「リスクを承知のうえで予防策をとらない」層、一方で「1億人のうちの千人なら、自分には当たらないはずと思っていました」という無認識層、これら二つの層が増加していると思われるが、このことは、予防啓発の進展もしくは停滞とどのようなかかわりをもっているのだろうか。この機会にともに考えてみたい。

SY07-3 MSM向け感染対策における医療者の情報の活用

健山正男

琉球大学大学院医学研究科感染症制御学講座 分子病態感染症学分野

沖縄県は平成11年よりHIV陽性者が急増し、平成18年度エイズ発生動向調査（年報）によると人口10万人あたりのHIV陽性者の割合が全国で14番目、AIDS患者は11番目となっており、これは大阪府よりも高く西日本では2番目に高くなっている。本年も半期で過去最高の陽性者を上回っており対策が急務である。本県におけるHIV陽性者が多い理由は未だ不明であるが、原因解析が進まない理由は明かである。行政統計は保健所等では感染経路について初対面の面談による患者申告が主である。当院は本県におけるHIV陽性者の70%を診療しており診療を通じて感染経路の情報を得ているが、行政統計との乖離は甚だしいものがある。また他府県でHIV陽性と判明した者は本県の統計に含まれない。本県の3つの拠点病院を実際に受診したHIV陽性者は行政統計の130%増しであった。このように、品質に疑義のある行政統計のデータから、対象となる陽性者集団の感染の特性を解析することは困難であると思われる。医療者がHIV陽性者のケアを通じて得た、精度の高い情報を活用してMSM向けの対策を行うことも検討されるべきであろう。今回のシンポジウムでは、県内の全てのHIV/AIDS診療を行っている3拠点病院のHIV陽性者群から得られたデータを行政データと対比しつつ、その問題点と活用について考えてみたい。

SY07-4 MSM向け感染対策における医療者とCBOの役割

山田創平

財団法人エイズ予防財団

HIV感染対策において把握が難しいクライアント集団はhard-to-reach populationsと呼ばれる。MSMの場合、昨年の学会で報告されたようにMSM向け商業施設の集積エリアにアクセスするMSMは、MSM全体の一部でしかないことがわかっている。一方わが国でMSMに対するHIV感染対策に取り組むCBOの多くが、介入や調査を商業施設ベースで行っている。それは同時に、多くのMSMがCBOの情報に触れず、依然としてhard-to-reachの状態にある可能性を示唆しうる。そのような、CBOから遠いhard-to-reachなMSMの現状は、日々陽性者（あるいは受検者）に接する機会の多い医療従事者が把握している可能性が高い。だがこれまでに医療従事者が把握しているその種の情報が、地域での感染対策に十分に生かされてきたらどうか？ 今後、医療現場とCBOがもつ情報をすり合わせ、対策を精緻化させる必要があるのではないか？ 一方で、その種の協働は医療従事者にとっても有意義と思われる。医療従事者がMSM当事者でなかった場合、MSMはhard-to-reach な存在となりうるが、MSMの状況に詳しいCBOとの連携により、MSMがhard-to-reachである度合いは減少するであろうし、医療現場でのMSM向け感染対策の方法論は多様性を増すことが期待される。医療従事者、CBOが各々の立場からMSMの状況を把握し、慎重に解釈し合う場をもつことは、今後のMSM向け感染対策の成否を分ける重要な分水嶺となりうる。

【シンポジウム08】

「日本におけるHIV感染予防戦略」パートナーマネージメントの意義」

■オーガナイザー：中瀬 克己（岡山市保健所）

■座長：中瀬 克己（岡山市保健所）

白阪 琢磨（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）

■シンポジスト：市川 誠一（名古屋市立大学看護学部）

沢田 貴志（シェア＝国際保健協力市民の会副代表）

後藤 哲志（大阪市立総合医療センター 感染症センター）

堀 成美（東京都立駒込病院感染症科）

趣旨：

日本におけるHIV感染予防は成功しているか？と問われれば、広がりにくい状況が今まであったかもしれないが対策の成果が現われているとは言い難い。他の先進国より罹患率が明らかに低いものの、HIV感染者報告数は増加を続けているからである。国が立案した、特定感染症予防指針に沿って言えば、現在報告の中心であるMSMへの対策はゲイ・コミュニティの主導性も発揮され、介入の試みが進んでいる。しかし、性行動の活発化・若年化、売買春や薬物使用に関連した感染がHIV感染の飛躍的な拡大に結びつく懸念を持つ者は多いが、対策の具体化は進まず、拡大状況の把握そのものがなお課題である。では、社会全体でのエイズへの取り組みやエイズへの関心そのものも高まらない中で、効果的な感染予防策をどのように行うことができるか？

米国等では、検査のハードルを低くし早期発見を促すと伴に、HIV感染者の性交渉相手への働きかけも進めている。感染者のパートナーへの健診勧奨と個別カウンセリングを提供することは、低感染率地域における感染予防策として、全ての人を対象とした啓発より効果が高いという考えに基づく。そして、患者の合意を得た上で性的ネットワークとそこでの感染の状況を知りえる貴重な機会でもある。

わが国でも、治療面での問題が多いAIDS発症後発見が減らず、早期発見・治療の広がりが期待されている。保健所等自治体の提供する自発的HIV検査・相談は、即日検査夜間土日検査の導入により増加傾向にあり、早期発見は徐々に拡大が見込まれる。パートナーマネージメントは、感染だけでなく感染リスクの早期発見によるパートナーの健康管理に働きかける、と言う意味で2次予防の広い意義にも合致する。また、情報が届きにくく自発的な検査・相談が少ない層に安全な性交渉や検査・相談の情報を届けることが可能な方法でもある。

本年4月に改定された性感染症に対する特定感染症予防指針において「都道府県等は検査で感染が判明した場合は、当該受診者および性的接触の相手方に対し、性感染症のまん延防止に必要な事項について十分説明すること」とされた。患者への安全な性交渉の説明とパートナーの検査勧奨は今まで個々の医師責任でなされていたが、HIV感染症予防戦略として公衆衛生対策上どう位置づけるか議論すべき時ではないか。

本シンポジウムでは、我が国におけるMSMへの対策およびアジアにおける異性間性交渉での対策を概観する。さらに、性的パートナーへの働きかけ（パートナーマネージメント）のわが国における展望を、診療の現場の声と欧米での取り組みを紹介することで検討したい。

SY08-1 MSMでの感染予防戦略

市川誠一

名古屋市立大学看護学部

男性同性間の性的接触による未発症HIV感染者(HIV感染者)及びエイズ患者の報告数は1996年以降増加が続き、HIV感染者では2001年から報告数の過半数を男性同性間による感染が占め、エイズ患者においても増加が続き1/3を占める状況となっている。厚生労働科学研究費補助金によるMSM対象の研究は1990年代初めから取り組まれたが、当事者と協力したのは1996年のハッテン場でのコンドーム配布等の予防啓発研究が最初である。ゲイNGOと協働関係を構築し、当事者による啓発資材の開発と普及活動を試行する取り組みは1999年以降に徐々に始まったといえる。

最近、東京、大阪のMSMではエイズ関連の知識、検査行動、性行動に変化が現れてきている。この変化はMSMが利用する商業施設等で啓発資材を配布するアウトリーチプログラムを実施してきたゲイNGOの工夫と持続的な取り組みによる成果である。また、商業施設と連携したアウトリーチプログラムはコミュニティ形成にも寄与し、かつ啓発普及を推進する基盤となっている。一方でインターネットの普及などにより、商業施設やゲイ雑誌にアクセスしない人も増え、その多様性は拡大しつつあるといえる。こうした状況からゲイNGOの活動もその多様性に沿った内容が必要となっている。行動変容を引き起こし、受検行動を促し、セクシャルヘルスを増進させるには、長期的展望を持った「対策事業」としての取り組みが必要で、地域の行政・研究者・医療者・ボランティアのそれぞれが資源と技能を出し合い、協働体制を構築しつつこれに当たるのが必須の要件と考える。

SY08-2 アジアのエイズ対策からの教訓～タイの経験はアジア・太平洋に活かされるか？

沢田貴志

シェア = 国際保健協力市民の会副代表

アジアで最も早くHIVの流行を経験したタイでは、1991年に財界出身のアナン首相の元でエイズを国家再優先課題として全ての省庁が協力して取り組むことが決定された。エイズが経済に大きな後退をもたらすことが予測されたためである。国を挙げたコンドームの推進が有名だが、1992年のエイズ対策五ヵ年計画には、HIV陽性者に対するケアの向上、人権の尊重、NGOを含む他部門間の連携といった政策が含まれた。コンドームの普及と性感染治療といった公衆衛生行政の努力だけでなく、労働行政・警察行政・教育行政との連携がそれぞれ職場・性産業の現場・学校での予防の推進を可能にした。また、性産業労働者の自助組織によって労働する側の立場から予防教育が実施されたこと、NGOや福祉行政によって少数民族の生活の向上と連携して知識の普及がはかられたこと、各地の病院でHIV陽性者の自助グループが育成され活発な活動を展開するようになるなど、一般人口と個別施策層への対策がいずれも当時者の参加を促進しつつ進められた。この結果、推定HIV陽性者数は減少に転じている。現在は、薬物使用者・パートナー間の感染予防・移住労働者といった残された課題に力が入られて来ている。

一方、アジア全域が1990年代のタイと酷似した状況になっているとの指摘がされている。性産業・注射薬物の使用・人口の流動化の広がりの中で、現実的で効果のある対策が迅速に実施されなければ極めて深刻な状態になることが予測される。中国・日本を含む東アジアももはや例外ではなく、積極的な対策が望まれる。

SY08-3 ～わが国のHIV日常診療においてパートナーマネジメントはどのように行われているか？～経験を踏まえた現状と展望

後藤哲志

大阪市立総合医療センター 感染症センター

私の外来は忙しいため1人あたりの診察時間は長く取れずにいる。日常診療の忙しい中で目の前の患者管理でてんでこまいであることは他の医療機関でも同様であろうことは容易に推測される。検査結果（CD4やウイルス量）の説明と投薬に重点が置かれ、十分な診察というのはなかなか困難である。しかし、ここでよく考えていただきたい。日常診療で感染予防教育を行ってそれが実行され新たな感染が起こらなかつた時と、予防教育を怠って新たな感染が起こってしまう時との違いを！そう考えるとHIV日常診療は感染予防教育の場として非常に有効なチャンスとも考えられます。実際、患者の性行動について皆様方はどれくらいの労力を割いていますか？性関連は恥ずかしくてまったく触れない医療従事者もいらっしゃるかもしれませんが、少なくともSafer sexが出来ているか否か一言尋ねてみて下さい。そこからいろんな問題点がたくさん出てくるでしょう。

このように、目の前にいる患者の健康管理をするためには、必然的にパートナーとの関係も重要になってきます。目の前の患者だけでなく、HIVという疾患全体を考えて日常診療を向上していきましょう。

実際私は初診時に性行動に関して問診を行うようにしています。パートナー検診に関しては患者の精神状態にあわせてお勧めしています。精神的に不安定な方の場合には困難ですが、信頼関係がある程度出来てからならより話が切り出しやすいです。パートナー検診の勧めは1回行うように努めています。場合によっては何度もお勧めすることもあります。

SY08-4 米国・カナダでの予防戦略におけるパートナー・マネジメント

堀 成美

東京都立駒込病院感染症科

■「パートナー・マネジメント」はもとの感染者/患者(Index Case)と医師が相談をし、本人が直接、または本人の同意・協力の下に医師や地域の保健部門担当者が第三者に対し検査と治療を推奨・拡大することをいう。Index Caseの個人情報原則として開示されない。

■感染源曝露という明確なリスクがあるためであり、HIV感染症以外の性感染症でも検査を優先的にすすめる対象として位置づけられている。

■カナダやオーストラリアはより公衆衛生的側面が強く、性的接触のあった現在・過去のパートナーの検査結果まで把握されるシステムになっている。感染症対策システムに位置づけられており、検査推奨を受けた人が無料で検査や治療を受けられること、患者や医師だけでなく地域保健に関わる看護師がフィールドで対応できること、一般市民の感染症に対する意識の高さがこれを可能にしている。

■米国では公衆衛生的側面以外に、「医師が私の感染リスクを知らず知らず知らぬ間に“感染した/病気が進行してしまった”」ということから臨床医を訴えるケースがすくなくならず発生し、このコンフリクトを解決する側面も強かった。

■もっとも重視されているのは「エイズで死なない時代に エイズで死なないようにする」ことである。感染予防、早期診断の中でも、感染リスクが明確な「パートナー」の検査が明確に位置づけられる必要があり、また有効な手段として注目されている。

以上のことから、今後わが国でも次の2点が重要である。

- ①臨床へのはたらきかけ（患者支援についての標準的な手法の確立・啓発・法的根拠）
- ②患者への効果的な協力依頼（感染症対策における協力要請のための啓発）

【シンポジウム09】

「みんなで作るチーム医療 – チーム医療の確立を目指して –」

■オーガナイザー：白阪 琢磨（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）

■座長：白阪 琢磨（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）

栞原 健（国立病院機構大阪医療センター薬剤科）

■演題：

SY09-1 MSWの立場から

伊賀 陽子（兵庫医科大学 地域医療・総合相談センター）

SY09-2 派遣カウンセラーの立場から

石川 雅子（千葉県健康福祉部健康増進課疾病対策室）

SY09-3 薬剤師の立場から

小住 好子（国立病院機構仙台医療センター 薬剤科）

SY09-4 医師の立場から

佐藤 典宏（北海道大学病院高度先進医療支援センター）

SY09-5 看護師の立場から

豊島 裕子（大阪市立総合医療センター）

SY09-6 利用者の立場から

一利用者

趣旨：

人はいろいろです。生まれも育ちも身長も体重も見かけも中味も。

「医療崩壊」という言葉は、崩壊する医療があることを前提とした言葉でしょう。それは、ともかく。私たちはHIV陽性という方の医療あるいはケアに取り組んでいます。ところで、抗HIV薬をガイドラインに従って処方し患者さんが完璧なアドヒアランスを維持ができれば良いのでしょうか？医療にはもっとふくらみがあると思います。HIV陽性とわかる事でいろいろな事が出てきます。本人ひとりで対応できることや、そうでないこともあります。ひとりでできない事には医療に関わる者が支援できる事もありますし、そうでない事もあります。陽性の方との関わりから提供者が学び医療を改めて振り返る機会もあると思います。自立のための支援とは。

「みんなで作るチーム医療」の「みんな」とは参加される「みんな」を意識しています。医療サービスを提供する側の人々、そして利用者（と、その仲間あるいは家族）。あるいは「北は北海道から南は沖縄まで」。医療は施設毎に違っていると思います。違う「みんな」が外来のHIV診療がどうすれば良いかを、厚生労働科研の研究班で考え作成したのが「HIV診療における外来チーム医療マニュアル」です。このマニュアルを基に「チーム医療」について意見交換会を各地で開催し貴重な意見を戴いてきました。今回のシンポジウムは限られた時間ですが、意見交換会などで貴重な発表をされた方に発表戴き、参加者みんなでチーム医療をどう作るのかを話し合えたらと考えています。

学会ですが、発表のシナリオは、まだありません。「みんな」の参加をお待ちしています。

【シンポジウム10】

「医療者へのエイズ教育」

■オーガナイザー：高田 昇（広島大学病院輸血部）

■座 長：高田 昇（広島大学病院輸血部）

照屋 勝治（国立国際医療センターエイズ治療開発センター）

■シンポジスト：後藤 文子（（財）エイズ予防財団／広島大学病院エイズ対策室）

照屋 勝治（国立国際医療センター エイズ治療開発センター(ACC)）

神馬 征峰（東京大学大学院医学系研究科 国際地域保健学教室）

五味 晴美（自治医科大学臨床感染症センター感染症科）

シンポジウムのねらい：

エイズは新しい病気です。最初は不明確な部分、急速に変化する部分が大きく、それまで医療者が持っていた知識や技術が役に立ちませんでした。さらにエイズには「感染と死」「マイノリティーの病気」というスティグマ（烙印）が植えつけられ、医療者も影響を受けました。その結果、エイズ患者/HIV感染者へのケア提供は質量ともに極めて不十分でした。

すでに病気が認識されてから25年が経過し、病態や対処法がかなり明らかになりました。検査法や治療法の進歩は目を見張るものがあります。確かに普通の病気の一つになりましたが、病気の広がりや衰えをみせず、エイズが手強い敵であることもますますはっきりしてきました。今後しばらくの間、患者・感染者の数は確実に増加するので、感染者を抱える社会の仕組みを用意しなければなりません。

なかでも直接ケアを提供する医療者をもっと確保する必要があります。例えば2010年の日本のHIV感染者・エイズ患者数は42,000人と推測する報告があります。一人のエイズ専門医が毎月100人の診療を行うとすれば、同等の力をもった医師を420人準備しなければなりません。初期研修2年、後期研修2年のあとエイズや感染症の専門を選ぶとしてもう2年は実務経験が必要でしょう。全国の各医科大学の卒業生から毎年1人がエイズ専門医を目指しても年に80人。間に合うかどうか心配です。教育の問題です。

このシンポジウムでは、近未来の日本のエイズ医療を支える医療者をどう育てるのかを討議します。まず現状の把握が必要です。卒前、卒後の教育はどうなっているのでしょうか。大学にアンケート調査を行い、医学教育・看護教育のなかでエイズがどのように扱われているかを調べて発表したいと考えています。

一方、地域の病院はどうでしょうか。エイズは政策医療として拠点病院体制が作られました。国立国際医療センター・エイズ治療研究開発センター（ACC）は拠点病院の実態を調べました。ACCと各ブロック拠点病院ではエイズ診療と同時に、研究や教育の機能も果たしてきました。拠点病院の医療スタッフに対し、1日、2日、1週間コースあるいは1ヶ月コースの研修を提供し、また数多くの教育ツールの開発をしてきました。その一端を見ていただきたいと思います。

教育の中で知識が大切なことは言うまでもありませんが、知識があれば実行できるわけではありません。知識と実行の間にあるものがあるはずで、その一つがスティグマへの処し方であるという指摘があります。

最後にこれまでの日本の卒前卒後教育の中で「感染症教育」がシステムとして成立してないことがおそらく問題なのだと思います。アメリカの感染症臨床と教育システムをレビューして頂き、日本にあった教育を提言していただければと思います。

SY10-1 医学系及び看護系大学におけるHIV感染症教育の実態

後藤文子

(財)エイズ予防財団／広島大学病院エイズ対策室

HIV感染症は、平成18年度までの報告累計は約1万3千人となり、新規報告者数は3年連続で千人を超え、報告者数は増加の一途をたどっている。HIV感染者の診療には、HIVを専門とする医師だけでなく、患者の症状にあった診療科での診察が必要である。また、さまざまな症状に潜んでいるHIVを早期発見するためにも、すべての臨床医がHIV感染症に関する知識が必要である。その事は、日々ケアを行っている看護師にも必要である。

その知識をすべての医師や看護師が持つためには、医学及び看護学教育の中に必要な教育として位置づけられることが必要と考える。今年度、その基礎的資料とするために全国の医学系大学および看護系大学にHIV感染症についての講義の実施、講義時間、講義内容等について実態調査を行った。多くの事を学ぶ医学教育及び看護教育の中で、HIV感染症に関する教育は行われているのか、また教育にあたっての困難は何かを、調査結果を基に考えたい。

SY10-2 拠点病院の医療スタッフへの教育・研修の実態

照屋勝治、菊池 嘉、岡 慎一

国立国際医療センター エイズ治療開発センター(ACC)

近年の我が国におけるHIV感染者数は爆発的に増加しており、どの地域でも格差のない良質なHIV/AIDS医療を提供できる医療体制の構築が急務であるが、全国の拠点病院を対象に行った実態調査では、患者数ゼロの施設を含め7割以上の施設でHIV診療経験に乏しい一方で、500人以上の通院患者を抱えて診療機能が限界に達しつつある施設も出てきているという実態が浮かび上がっている。この診療経験の格差は、首都圏で特に顕著であるが全国的な傾向であり、先述の目標を達成するためには、ACC、ブロック拠点病院-拠点病院間が適切な医療連携をとるとともに、ACCおよびブロック拠点病院が全国の拠点病院に対して、研修の実施や症例コンサルテーションなどによる診療サポートなどの活動をより積極的に行っていく必要があると考えられる。

これまでACCは研修を含め、以下の活動を行ってきた。

- 1997年- ACC研修開始 (1週間コース (医師コース、看護師コース、短期コース))
- 1999年- ACC研修、歯科コース開設
- 2003年- 全国8ブロックでのCase Studyを開始
- 2004年- 首都圏(東京、茨城、千葉、埼玉、神奈川) 出張研修開始
- 2005年- ACC研修終了者ネットワーク登録開始
- 2005年- HIV診断と治療ハンドブックの全国配布(現在第2版)
- 2005年- e-ラーニングHP公開開始(現在2005, 6, 7年度版を公開中)
- 2005年- e-ラーニングCD-ROM版の全国配布 (2005, 6, 7年度版)

ここでは、これまでACCが行ってきた教育活動の内容とその成果について検討するとともに、今後の課題について考察したい。

SY10-3 エイズ診療格差のキーワード：自信とスティグマ

神馬征峰、Jamie Abdennadher

東京大学大学院医学系研究科 国際地域保健学教室

HIV感染者への治療とケアの質にはさまざまな格差があると指摘されている。しかしその根拠となる科学的データは少ない。そこで本研究では、全国のエイズ拠点病院におけるHIV担当医と非担当医を対象とし、まずは医師のエイズ治療やケアの経験のレベルがHIV感染者への態度やエイズ治療への自信等の諸要因と関連があるかどうかを知ることを目的とした。

エイズ治療とケアに関する医師の意識と態度を測定するためのアンケート用紙を作成し、態度や自信に関する5分野の自記式アンケート用紙を用いて、東京都内の1病院に勤務する42名のHIV担当医と非担当医に対するプレテストを行った。また、プレテスト後、エイズ拠点病院に勤務するエイズ担当医と非担当医に対し、インターネットを用いた自記式アンケート調査を実施した。これは横断的疫学研究である。

アンケートの信頼性に関して、5分野のCronbach alpha値は、すべて0.90以上であり、信頼性が高いことが確認された。プレテストの結果、全分野の測定項目において、HIV担当医と非担当医の間に統計学的に有意な違いが認められた。また、HIV担当医と非担当医の間には、HIV感染治療への自信だけではなく、HIV感染者への態度などにおいても違いがあることが示唆された。HIV担当医にとっては治療への自信という要因が重要である。一方、非担当医にとっては、いかにHIV感染者に対し人権侵害とならないような態度で臨むかということが極めて重要である。本調査の結果をまとめることによって、これらの実態をより詳細に示す予定である。

SY10-4 21世紀のエイズ教育、米国の医学教育の紹介と今後の日本への提言

五味晴美

自治医科大学臨床感染症センター感染症科

本講演では、米国での感染症教育全般、特にエイズ教育についてご紹介し、日本での医学部教育での問題点、今後、どのようにエイズ診療を広く一般医師まで含めて教育できるか、その戦略に関し、提言したい。

米国での医学教育は、卒業時に、基本的な診療能力、鑑別診断を立てることなどができるようになるように目標設定されている。エイズ教育は、在学中に自然な形で行われている。1年生から実践的な教育がはじまり、PBL (Problem-based learning) のケースにエイズ患者は含まれており、臨床実習であるクラークシップに出る前に学ぶ。外来でも患者が自然な形で診療が受けられる体制のもとで、学生実習もされている。エイズを鑑別診断にあげることはほぼルーティン化しており、鑑別診断で常に考慮する基盤がある。

米国でのエイズ診療は、高度な専門性が要求されるため、かかりつけ医師が診断した場合は、専門医へ紹介することが多い。感染症科医師の間でも、エイズ患者は、サブサブスペシャリティとしての認識が高く、エイズ患者のみを診療している医師もいる。

日本では、報告されたエイズ患者は相対的に少数だが、潜在的には、抗体陽性者は、その何倍もいることが予想されている。今後10年間に、エイズ患者は爆発的に増加することが懸念されており、医学部教育で、エイズ教育を取り入れることは必須である。教育内容は、プライマリ医師のレベルで、体系的な基本教育が必須である。日本では、感染症診療を専門とする医師は少数しかおらず、また、エイズを専門的に診療できる人材もごく限られている状況である。エイズを見逃さないトレーニングを普及させつつ、拠点病院を中心に、最新かつ質の高い、チーム医療体制を確立していくことが望まれる。

【シンポジウム11】

「HIV母子感染予防対策の20年」－現在の医学的・社会的問題点とその対策－

■オーガナイザー：塚原 優己（国立成育医療センター周産期診療部産科）

■座長：塚原 優己（国立成育医療センター周産期診療部産科）

関矢 早苗（東京都立駒込病院看護部）

■シンポジスト：矢永 由里子（エイズ予防財団 研修・研究部）

内山 正子（新潟大学医歯学総合病院 感染管理部）

喜多 恒和（帝京大学医学部産婦人科、厚生労働科学研究費補助金（エイズ対策研究事業）「周産期・小児・生殖医療におけるHIV感染対策に関する集学的研究」班）

外川 正生（大阪市立総合医療センター小児医療センター小児救急科、厚生労働科学研究費補助金（エイズ対策研究事業）「周産期・小児・生殖医療におけるHIV感染対策に関する集学的研究」班）

大金 美和（国立国際医療センター エイズ治療・研究開発センター）

趣旨：

1987年、本邦で初めてHIV感染妊娠例に妊娠中から分娩後まで一貫した母子管理が行われた。現行の感染予防対策の原型が考案され母子感染も回避された。以来20年、この間HIV治療は格段に進歩したが、残念なことに感染者は増加の一途をたどっている。母子感染に関する対応も改良が加えられし、母子感染はほぼ回避可能と考えられるまでに至っている。

HIV感染は、世界中で流行している重篤な感染症である。それゆえ医療者の間でも、また社会一般の常識としても問題意識が高く、また他の感染症とは異なった対応を必要とすることも多い。HIV母子感染にも、HIVに特化した対応や、殊更細やかな配慮が求められている。中には、既に通常の一般的な対応で十分と考えられるもの、未だに特別な配慮が必要なもの、どちらにすべきか意見が異なるものなどが混在している。

今回、HIV母子感染に関する様々な対応について、一般的な感染症と同等の標準的対応を目指す上での医学的・社会的問題点とその対策に焦点を当て、その妥当性を再検証し整理したい。

妊婦HIVスクリーニング検査は、その実施率は年々上昇し日本全国でほとんど（約95%）の妊婦が受検するようになったが、一方でその陽性的中率の低さから医療現場で結果陽性妊婦への対応に混乱が生じているケースも散見される。この問題を踏まえ、妊娠初期に行う他のスクリーニング検査（梅毒、B型肝炎、C型肝炎、風疹抗体価、血算、血糖など）同様の対応（検査項目を明記した紙面を妊婦に手渡すことで説明と同意を簡略化）について、その問題とその対策について検討する。

院内感染対策の分野では、現在スタンダードプリコーションが一般化している。HIV感染者の受け入れは、スタンダードプリコーションに基く院内感染対策マニュアルに準拠することだけで可能か？感染管理の立場から、HIV母子感染予防対策マニュアルについて検証し、妊娠分娩管理が血液や体液曝露による感染の危険性が高い点をふまえ、本マニュアルの改善策を提示する。

母子感染の主たるリスクファクターは妊婦血中のウイルス量であることが明らかとされ、一方ではHAARTにより血中ウイルス量を感度以下まで抑えることが可能となった。ウイルス量の低い妊婦で

は母子感染予防のための帝王切開術は不要？との議論が噴出している。はたして現在のHIV感染妊婦管理で、経膈分娩時の母子感染の危険は回避可能か？自然分娩を可能とする条件を設定することは可能か？などにつき、これまでに集積されたわが国の経膈分娩症例の臨床経過と諸外国からの報告をわが国の医療事情に照合して考察する。

1980～90年代にHIV感染妊婦から出生した児は、既に思春期を迎えている。現在小児HIV感染は少数ではあるが、HIV感染者数が増加し続ければ将来母子感染の増加も危惧される。感染小児では、告知の問題を始め、HAARTの継続、入園・入学、性教育など成長・発達に伴う様々な医学的・社会的問題が山積している。感染小児療育の現状と問題点を提示し、また感染を回避しえた小児では家族（両親）のHIV感染の問題を取りあげ、その対応を検討する。

性行動は日常の営みであり、女性感染者が妊娠・出産を望むこともごく自然の心理であるが、性交渉による妊娠にはパートナーへ感染の危険性を有する。感染回避という医学的観点からは人工授精による妊娠が勧められるが、性交渉により妊娠された事例も数多い。性交渉による妊娠事例をもとに自然妊娠に関わる問題を整理するとともに、人工授精に対する女性感染者の思いも考慮し、妊娠・出産に関する情報提供を行う医療者の望ましい姿勢などについて検討する。

SY11-1 妊婦HIVスクリーニング検査

矢永由里子

エイズ予防財団 研修・研究部

平成17年度から18年度にかけて、妊婦HIVスクリーニング検査においての実施機関の対応とその時の妊婦の状態について実態調査を行った。この調査から見えてきたものは、検査を積極的に進めるといふ量的な部分と同時に、検査をどのように進めていくかという質的な部分にも十分配慮が必要という点である。本シンポジウムでは、18年度の調査で判明した妊婦HIVスクリーニング検査の実態と受検者である妊婦の経験を報告し、今後の検査体制について検討を加えたい。

妊婦HIVスクリーニング検査の実態については、検査後に確認検査のために妊婦を紹介された首都圏と地方都市のHIV診療拠点病院を対象に調査を実施した。得られた回答から、紹介先での妊婦の心理状態を『安定群』と『不安定群』に分け、実施機関の対応、実施機関の対応に関する妊婦の理解、妊婦にとってのHIVスクリーニング検査の経験等との関係について分析した。その結果、検査のスタート地点である実施機関の説明の適・不適は妊婦の状態や理解と関連していた。また、受け入れ機関における妊婦の心理状態は、実施機関のスクリーニング検査の意味理解の有無、妊婦が理解できる説明や結果告知の有無、メンタル面への配慮の有無と関連していた。以上の点から、妊婦HIVスクリーニング検査においても通常検査同様、妊婦の理解に沿った適切なインフォームドコンセントの下での実施と対応の必要性が示唆された。その他の配慮すべき点として、・家族、特にパートナーへの配慮、・外国人妊婦へのアプローチ、・幅広い選択肢の情報提供のあり方が挙げられた。また自由記述では妊婦の様々な検査時の具体的経験が報告され、その記述からは、スクリーニング検査での不適切な説明は妊婦にとって医療全体への不信にも繋がる可能性が示唆された。

今後の検査体制の整備については、地域での病診連携の活動が一つのモデルケースとし考えられる。当日はこの活動を紹介し、また検査実施者向けの「検査の進め方マニュアル」のツールも紹介し参加者のご意見なども伺えたと考えている。

SY11-2 感染管理の視点でとらえた「HIV母子感染予防対策マニュアル」

内山正子

新潟大学医歯学総合病院 感染管理部

「HIV感染者の受け入れは、スタンダードプリコーションに基づく院内感染対策マニュアルに準拠することだけで可能であろうか？」と問われた場合、感染管理の立場から言えば、答えは「YES」である。なぜならば、スタンダードプリコーションは、HIVの発見が大きく影響して誕生した「ユニバーサルプリコーション」が改良され、HIVを含む血液媒介病原体の感染防止が可能な感染対策だからである。「HIV母子感染予防対策マニュアル」(厚生労働科学研究費助成金エイズ対策事業「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」班作成)の中の「院内での感染予防対策」も第1版から4版への改訂される過程において、スタンダードプリコーションの考え方にそった対策に変化してきている。本マニュアルの感染対策は、既にスタンダードプリコーションの考え方に基づいた対策が実践されている施設においてはHIVに特化した対策ではないと捉えられるが、スタンダードプリコーションの実践が不十分な施設においては、「HIVに特化した対策」と捉え特別に実施される。後者の施設がまだ多いのが現状ではないだろうか。

今回、まずは、本マニュアル第4版の「院内での感染予防対策」をスタンダードプリコーションの考え方に基づいて再考してみたい。次に、いくつかの施設において、HIV感染妊婦や新生児に対する対応と非感染妊婦や新生児への感染対策とで異なる点、およびその理由について現状を把握したいと考えている。その上で、血液や体液曝露による感染の危険性がある周産期であることを考慮しながら、本マニュアルの改善策を提示していきたい。

SY11-3 HIV感染妊娠の自然（経膣）分娩

喜多恒和^{1,3}、稲葉憲之^{2,3}

¹帝京大学医学部産婦人科、²獨協医科大学産婦人科、³厚生労働科学研究費補助金(エイズ対策研究事業)「周産期・小児・生殖医療におけるHIV感染対策に関する集学的研究」班

近年欧米では、HIV感染妊娠の経膣分娩は母子感染に関しても安全であるとして、これを推奨する傾向がある。われわれは、厚労省研究班の研究成果をもとにHIV感染妊娠の分娩転帰を解析し、わが国における経膣分娩の妥当性について検討したので報告する。産科・小児科全国調査で468例のHIV感染妊娠が報告され、42例の母子感染が確認された。しかし母子感染児の発症を機に母親のHIV感染が判明した例が多数含まれるため、各分娩法の母子感染率は高く正確な比較はできない。産科のみの全国調査での母子感染率の比較が妥当と考えられ、この解析から母子感染率は選択的帝切194例中1例(0.5%)、緊急帝切17例中1例(5.9%)、経膣分娩24例中5例(20.8%)であった。しかし経膣分娩による母子感染の最終報告は2000年であり、その後のHAART時代での報告はない。しかもHIV感染妊婦に対する抗ウイルス療法は上記分娩法の80%、53%、14%に行われており、母子感染率の差は分娩法と抗ウイルス療法の相加結果であると考えられる。HAARTにより血中ウイルス量がコントロールされている場合の経膣分娩の安全性は否定できない。2005年Cochrane Databaseの報告でも同様の結論を示しているが、2005年ヨーロッパからの報告では選択的帝切のほうが経膣分娩より安全であるとし、2006年インドからの報告では2つの分娩法に有意差はないとしているものの、それぞれの母子感染率は1.1%と2.1%で、経膣分娩の母子感染率はほぼ2倍であった。医療技術や医療経済のレベルおよび国民の理解度など国情に応じたHIV感染妊婦の分娩法の選択が重要であると考えられる。

SY11-4 HIV感染妊婦から出生した児の成長発達支援

外川正生^{1,3}、稲葉憲之^{2,3}

¹大阪市立総合医療センター小児医療センター小児救急科、²獨協医科大学産婦人科、³厚生労働科学研究費補助金(エイズ対策研究事業)「周産期・小児・生殖医療におけるHIV感染対策に関する集学的研究」班

【緒言】厚労科研稲葉班が実施した最新の小児科調査によれば、HIV感染女性から出生した児は1984年から2006年の間に287例あり、うち42例で母子感染がみられた。感染児は乳児期早期に発症すると予後が悪く、効果的にHAARTを受けている場合でも、将来、耐性・副作用・アドヒアランスの問題が待ち構えている。入園・入学に際しては、水平感染予防のために方策が必要かどうかについて、思春期前には告知と性教育をどう進めるべきかについて議論が繰り返されている。

【感染児の臨床】42例の予後は、無症状23例(54.8%)、中等症1例(2.4%)、AIDS 3例(7.1%)、死亡11例(26.2%)、転帰不明4例(9.5%)であった。初診年齢が4歳未満の26例では、AIDSまたは死亡が11例(42%)と予後不良であったが、HAARTが実施された15例では12例が良好に経過していた。一方、初診時4歳以上の11例ではHAART未実施でも3例中2例が、さらにHAART実施群では8例中7例が良好に経過していた。休薬された例での薬剤耐性出現については情報が不足している。

【水平感染予防】日本国内のHIV感染妊婦は1万人に1人、母子感染率は予防対策を完遂すれば0.5%、無視すれば30%強であるから感染児の出現頻度は1/200万から1/3万と見積もることができる。現在0~18歳の感染児が、多くはHAARTの恩恵に浴して、元気に暮らしている。彼らからの水平感染予防は、幼稚園・学校などの教育者が、血液を媒介する感染症の存在を想定して、出血の場面では、全ての子どもに対して同じ方法で決められた処置をすることで可能である。HBV・HCVキャリアー同様、感染児は全ての学校行事に参加可能であり、病状公表を強制されることはない。

【告知・カウンセリング】病名告知は通院・検査・HAARTを正しく受容するために10歳頃から必要となり、本人の能力や環境を見究めて医師and/or家族が行っている。他の慢性疾患同様、医師では行き届かない支援を看護師・薬剤師・MSW・カウンセラー・保健師などが担当している。経験施設が限られているので、支援上の課題とその解決の実際についての記録は重要である。

SY11-5 女性HIV陽性者の妊娠・出産支援

大金美和

国立国際医療センター エイズ治療・研究開発センター

「女性陽性者が妊娠・出産を望むことについて」、女性陽性者もHIV/AIDS医療に携わる医療者も考えられない時代があった。1980年代はAZTによる治療がようやく開始され、予後が極めて不良な疾患の特徴から、HIV感染が判明した妊婦では人工妊娠中絶も多く見られた。しかし、HIV/AIDS治療の進歩によりHIV感染症の予後は改善し、長期療養における生活の質に重点がおかれ、女性陽性者の自然の心理として、妊娠・出産の希望が増えてきている。一方で、性行為はパートナーへの感染の危険性を持ち合わせており医療者は、この相反する問題に対応することが求められている。感染回避という観点では人工受精による妊娠も選択肢となるが、女性陽性者の妊娠には性交渉による妊娠例もある。いずれの方法にせよ、どうしたいのかを最終的に本人が判断できることが望ましい。そして医療者は、医療者からの情報提供・相談対応がその意思決定の過程に影響することを理解しておく必要がある。今回、性交渉により妊娠した女性陽性者の妊娠に至った経緯と、その後の経過を検討し、性交渉による妊娠に関わる課題を整理する。

人工受精に対する認識について、ACC・ブロック拠点病院に通院中の女性陽性者10人に対し非構造化面接による聞き取り調査を行った。その結果、挙児希望はあるものの「人工受精については自然ではないので抵抗がある」、「人工受精の手間」、「経済的負担」、「パートナーへの精神的負担」等の認識のあることが判明した。医療者が妊娠・出産に関する指導・相談の際に女性陽性者の思いを考慮し、どのような姿勢で対応することが望ましいのかを提示したい。

【シンポジウム12】

「HIV検査・相談 ―その様々な取り組みと今後のあり方―」

■オーガナイザー：今井 光信（神奈川県衛生研究所）

■座 長：今井 光信（神奈川県衛生研究所）

市川 誠一（名古屋市立大学大学院）

■シンポジスト：今井 光信（神奈川県衛生研究所）

小島 弘敬（東京都南新宿検査・相談室）

山中 晃（新宿東口クリニック）

高山 義浩（佐久総合病院総合診療科）

佐野（嶋） 貴子（神奈川県衛生研究所 微生物部）

木村 和子（金沢大学大学院自然科学研究科）

■特別発言：生島 嗣（特定非営利活動法人 ふれいす東京）

趣 旨：

HIV感染者の早期ケアと適切な治療のため、また、HIV感染の予防と感染拡大の防止のためHIV検査・相談の果たすべき役割は極めて大きい。現在わが国で行われているHIV検査相談の様々な取り組みについて、保健所、特設の検査相談施設、民間クリニック、地域の医療機関等、それぞれの機関における取り組みや課題を紹介し、今後のHIV検査相談のあり方やそれぞれの機関の役割等について、共に議論し考えてみたい。また、近年急速に利用者数の増加しつつある郵送検査の役割や課題、そしてインターネット等で購入可能な個人検査キットの問題点等についてもその現状を紹介する。

SY12-1 全国の保健所における取り組み—全国アンケート調査の結果から—

今井光信

神奈川県衛生研究所

保健所等における無料匿名HIV検査の現状を把握するためHIV検査相談研究班*が、全国の536全保健所を対象に行ったアンケート調査（平成19年1月）では、504(94%)の保健所から回答が得られ、回答のあった504保健所中の501保健所でHIV検査相談が実施されていた。これら保健所で平成18年の1年間に86,604件のHIV検査が実施され、249件（0.3%）が陽性であった。この249件中234例（94%）が保健所に再来所して陽性結果を受け取っていた。また、陽性と分かった234例中の177例（76%）については、その後、医療機関を受診していることが保健所において確認されていることが分かった。

即日検査の導入に関しては、平成18年に即日検査を実施した保健所は227保健所（45%）に達しており、即日検査の実施保健所がここ数年で急速に増加したことがわかった。

アンケート調査から把握された全国の保健所におけるHIV検査相談の現状を紹介し、保健所のHIV検査相談の今後のあり方・課題等について共に考えたい。

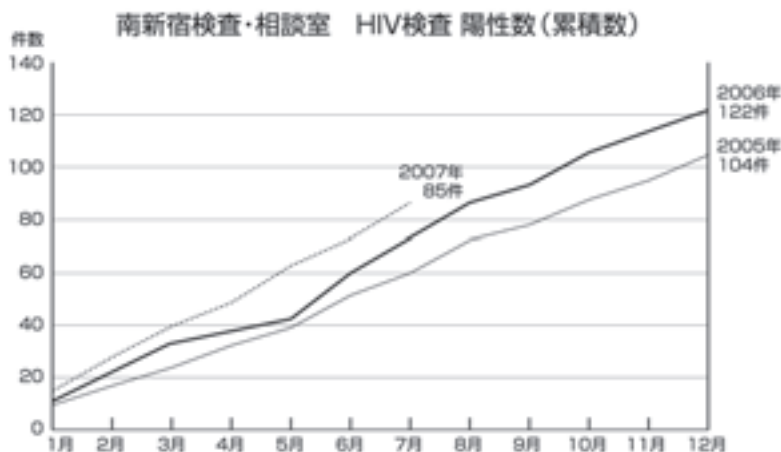
なお、今回のアンケート調査の詳細については、HIV検査相談機会の拡大と質的充実に関する研究班平成18年度報告書、分担研究；HIV検査相談に関する全国保健所アンケート調査（今井光信、嶋貴子、大野理恵、須藤弘二、近藤真規子、中瀬克己、角野文彦）をご参照下さい。

SY12-2 特設検査相談施設の役割—東京都南新宿検査相談室における取り組み—

小島弘敬

東京都南新宿検査・相談室

当室で梅毒とクラミジアの抗体検出を行ったHIV陽性者21例中、梅毒とクラミジア共に陽性3(14.3%)、クラミジア陽性15(71.4%)、両者陰性3(14.3%)で、HIVとクラミジアには高い疫学的相関がある。HIV非感染者では梅毒陽性はMSM17.1%、非MSM男性1.5%、女性0.7%、クラミジア陽性はMSM34.3%、非MSM20.5%、女性28.9%。非感染者ではクラミジア抗体陽性とパートナー数とが相関する(パートナー数<5, 6~10, 11~20, 21~50, 51~100, 100<の各群の非MSM男性の陽性率は11.8%, 27.5%, 31.0%, 44.4%, 75.0% 100%)。クラミジア抗体は治療後にも1~3年間残存し、近過去コンドームの不使用の指標となる。受検者の感染リスクの多寡の幅が極端で、短時間の告知後相談に際し、クラミジア抗体の有無はリスクの程度の指標として有用である。当室では2006年4月の「検査前後の相談」実施以後、HIV陽性者数が2割程度急増した。



SY12-3 民間クリニックにおける即日検査の役割・診療所におけるHIV迅速検査の現況報告

山中 晃¹、金子 恵¹、青木 眞²、高 明志³、山元泰之³、福武勝幸³、嶋 貴子⁴、今井光信⁴
¹新宿東口クリニック、²サクラ精機(株)、³東京医科大学病院臨床検査医学講座、⁴神奈川県衛生研究所

当院では2005年5月より、HIV迅速検査研究今井班に所属している。検査前カウンセリング後に、採血をして、15分後に結果がでるダイナスクリーン（イムノクロマトグラフィ法）キットを使用して、検査結果の告知および検査後カウンセリングを行っている。アンケート調査（2005年5月から7月までの三ヶ月間）では、検査受診者数220名（男性180名、女性40名）。平均年齢は27歳。HIV陽性者数は2名でありHIV陽性率0.9%。性病既往歴は39%。HIV以外の性病検査の希望は50%。他の性病検査の陽性率は梅毒9%、クラミジア12%、淋病5%。受診者の住所は、東京都70%、千葉20%、埼玉10%。検査受診希望日は土曜18%、日曜20%、平日19%。主な受診動機は不安、結婚、出産、健康診断であり、不安で待てないので早く結果をしりたいため、HIV迅速検査を希望していた。検査開始した2005年5月から2006年12月までの総検査受診者数は、1996名（男性1597名、女性399名）、HIV陽性者数は17名（男性15名、女性2名）でありHIV陽性率0.9%。検査受診の動機・背景の傾向は変わっていない。慢性疾患であるHIV感染症の蔓延の防止・治療予後改善には、早期のHIV診断は重要である。診療所の外来診療は、HIVのスクリーニングとして重要な位置をしめている。今後、HIV検査に関する診療所の役割は、①自発的検査希望者への受診場所・時間においてアクセスを容易にする。②医療者としてHIV検査の適応者への積極的アプローチが、より重要であると考えられる。

SY12-4 長野県佐久地域におけるHIV/AIDS発生動向と対策

高山義浩

佐久総合病院総合診療科

佐久地域とは11市町村で構成される長野県東部の農村地域である。人口約20万人のこの地域においては、近年HIV感染の拡大が進んでおる。とくに「いきなりエイズ」症例が61.5%と高く、早期発見がすすんでいない状況が継続している。このため、一般市民への啓発活動、さらに匿名性を確保した検査体制の整備、プライマリ・ケア医らへの教育普及が求められている。また、2001年以降の新規HIV感染者およびAIDS発症者の国籍・性別(初診時平均年齢)の内訳は、日本人男性31人(44.2歳)、日本人女性3人(45.7歳)、タイ人男性3人(42.0歳)、タイ人女性10人(34.3歳)であり、多発している日本人壮年男性と外国人女性に焦点を定めた対策の必要も認められる。また、無資格滞在外国人が少なくないため、彼らの感染が判明した場合に、安心して受診できるシステムを事前に策定しておく必要がある。この地域でエイズ治療拠点病院として活動してきた佐久総合病院は、自治体や保健所などと連携してHIV/AIDS対策を開始している。すなわち、エイズ予防啓発用リーフレットおよびカードの配布、無料迅速検査体制、医師向けの教育講演会、メディアを活用した啓発活動、地域住民向け教育講演会、外国人向けの無料健康診断などである。こうした対策の成果は、HIV検査受検者数の伸びという形で速やかに反映されてゆくことを期待するが、ひいては「いきなりエイズ」比率の低下、初診時CD4平均値の上昇という結果につながり、最終的には佐久地域の新規HIV感染者数の低下へと帰結させることが目標といえる。

SY12-5 在宅検査の現状と課題 — 郵送検査の現状と今後の課題 —

佐野(嶋)貴子

神奈川県衛生研究所 微生物部

HIV検査希望者が自宅で自己採取した血液検体を検査機関に郵送し、検査機関においてスクリーニング検査を施行後、検査結果を郵送等で返却する「HIV郵送検査」が郵送検査会社により実施されている。郵送検査の販売経路としては、インターネットを通じて購入する方法が多く、既に郵送検査を取り扱うサイトが多数見られる。HIV検査相談研究班では、2005年から郵送検査会社を対象に検査実施状況に関するアンケート調査を実施し、郵送検査の現状を把握するとともに、2006年には検査精度調査協力が得られた5社に対し、8検体（陽性3検体、抗体弱陽性3検体、陰性2検体）のパネル血液を送付し、精度調査を行った。

インターネット上で郵送検査を取り扱っているサイトは30サイト以上が存在しており、実際に検査を実施しているのはその内の10社であった。その内、外注をせずに検査を実施している6社についてアンケート調査を実施した。2006年の検査数合計は28,686件、スクリーニング検査陽性数は212件であり、検査数は年々増加しており、それに伴ってスクリーニング検査陽性数も増加していた。検査精度調査の結果、陰性検体は5社において2検体とも陰性となった。陽性検体は、5社中4社では6検体はすべて陽性となったが、1社では弱陽性の3検体が判定不能(要再検査)となった。

インターネットを通じて購入が可能であり、検査機関に行くことなくHIV検査が受けられる手軽さ等から、郵送検査の利用者は急速に増加している。しかし、検査方法や結果返しのあり方等についてはさらに検討を要すると思われる、今後も引き続き、郵送検査会社の協力を得て、実態調査を継続していきたいと考えている。

SY12-6 個人輸入によるHIV 自己検査キットの実態

木村和子

金沢大学大学院自然科学研究科

【背景及び目的】

HIV自己検査キット（被検者が自ら検体採取し、自己判定するキット）は米国FDA血液製剤諮問委員会で2005年11月から2006年3月に議論され、承認には一般人による臨床試験が必要とされた。米国で現在まで承認されたものはなく、わが国やEUでも承認されていない。しかし、国際的に流通し日本人がアクセス可能な自己検査キットがあると推察されたので、流通実態を調査研究した。

【方法】

インターネットの検索サイトで、キーワードを組み合わせて表示されたスポンサーサイト及び検索結果上位30位までの輸入代行または直売サイトにHIV自己検査キットを発注した。入手キットの製品名、製造販売業者名、発送元、到着日数、輸送状態、キット構成、添付文書、使用期限を観察し、製造販売業者、関係政府・機関への質問紙調査により製品の真正性、販売国、規制を明らかにした。

【結果及び考察】

7種15サンプルを入手し、そのうち何らかの問題を有するものが計6種7サンプルに上った。内訳は、海外で医療用の承認のみを有するもの（2種2サンプル）、偽認証マーク付（1種1サンプル）、最低1カ国で公認された流通が確認できないもの（2種2サンプル）、有効期限切れ（1種1サンプル）、偽造品（2種2サンプル）であった（重複あり）。

また、添付文書は4種6サンプルが英語のみであり、日本語の添付文書では使用方法や結果判定の説明、その後の対応方法の指示等情報が不十分であった。保健所や医療機関で信頼できる検査が受けられる日本では、個人輸入し自己判定することは避けるべきである。

【シンポジウム13】

「HIV増殖とその制御分子」

■オーガナイザー：小柳 義夫（京都大学ウイルス研究所）

■座 長：小柳 義夫（京都大学ウイルス研究所）

森川 裕子（北里大学北里生命科学研究所）

■シンポジスト：塩田 達雄（大阪大学微生物病研究所 ウイルス感染制御分野）

高折 晃史（京都大学大学院医学研究科 血液・腫瘍内科）

増田 貴夫（東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科免疫治療学分野）

Paul Spearman (Department of Pediatrics Emory University School of Medicine Atlanta)

趣 旨：

本シンポジウムは、HIV感染における増殖過程を理解し、それに対する新たな分子標的を見出し、新規エイズ制御法開発へ発展させることを目的とする。近年、ウイルス増殖に対して抑制的に働く宿主細胞因子としてTRIM5alphaならびにAPOBEC3Gが同定され、その解明が急速に進んでいる。前者はウイルスUncoatingの段階に働き、この分子群はユビキチン化に関連するものが多いが、TRIM5alphaは本来の分子機能が明らかになっていない。後者はウイルスRNAがDNAに逆転写する段階に働き、cytidine deaminaseをつかさどる酵素である。それぞれ侵入したウイルスの複製を強力に抑える作用がある。これらの分子機序について塩田先生にはTRIM5 alphaについて、高折先生にはAPOBEC3Gの最新の知見を紹介していただく。これら抑制因子は明らかに、HIVなどのウイルス宿主の進化過程において、それぞれ生じてきた分子群のひとつであり、生物の進化にどのように関わってきたのかも注目されている。一方、当然のことながら、HIVはきわめて巧妙に宿主細胞内の分子機序を利用して、ウイルスの複製を行う。後半の講演では、その細胞内ウイルス複製の機序の現状の理解を目的とする。まず、増田先生にはウイルスDNAのインテグレーションとその酵素に働く細胞性因子について、そして、最後にアメリカVanderbilt大学のSpearman先生には、ウイルス構造蛋白、特にGag蛋白の細胞内移動と集合過程について細胞内因子との関連性を交えて紹介していただく。レトロウイルスという核、ならびに細胞質、そして細胞内膜コンパートメントを合目的に移動する分子群の研究は、細胞科学的にもきわめて重要なテーマを提供するものである。これら4人のシンポジストの講演により、エイズ領域におけるウイルス分子生物学研究の最新知見を理解していただきたい。きわめて基礎的なテーマを取り上げるが、HIV研究はその成果が抗ウイルスの開発などの理論的基幹をなすので、応用研究へもインパクトは大きいと考える。

SY13-1 レトロウイルス増殖阻害因子TRIM5 α

塩田達雄

大阪大学微生物病研究所 ウイルス感染制御分野

HIV-1は宿主域が狭く、ヒト以外に感染する動物はチンパンジーのみであり、アカゲザル、カニクイザル、アフリカミドリザル等の旧世界ザルには感染しない。従って感染予防ワクチンの有効性を実験的に検定することが困難であり、ワクチン開発の大きな障害となっている。HIV-1はこれら旧世界ザルのCD4陽性T細胞に侵入できるものの、それ以降の過程が効率良く進行せず、遺伝子の発現に至らない。2004年にアカゲザルのcDNAライブラリーから、ヒト細胞にHIV-1感染抵抗性を付与する因子として、TRIM5 α が同定された。TRIM5 α は、RING、B-Box、coiled-coilの3つの領域を持つtripartite motif protein family に属し、上記3つの領域に加えてHIVカプシドと特異的に結合すると考えられるSPRY(B30.2)領域を有する。本シンポジウムでは、TRIM5 α について我々の最近の研究結果を報告する。

SY13-2 抗HIV-1宿主因子APOBEC3GとHIV-1 Vif

高折晃史

京都大学大学院医学研究科 血液・腫瘍内科

HIV-1 Vifは、ウイルス複製に必須のアクセサリ蛋白であるが、長年の間、その機能の本態は未解明であった。2002年に、その宿主側の責任分子として同定されたのがAPOBEC3Gである。本分子の同定は、その後のHIV複製を制御する宿主因子に関する研究の先駆となる極めて重要な発見であった。

APOBEC3Gは、逆転写の際に、ウイルス1本鎖DNAにdCからdUへの変異を導入することによりHIV-1の複製を阻害する。一方、Vifは、本分子と結合しユビキチン-プロテアソーム系を介してこれを分解することでその抗ウイルス活性を抑え、ウイルス複製を助けている。言い換えるとHIV-1複製は、これら分子間の相互作用によって制御されている。従って、本シンポジウムにおいては、APOBEC3GとVifの相互作用がいかにHIV-1増殖を制御しているかに関する最新の知見を我々のデータを交えながら述べると同時に、APOBEC3G/Vif相互作用が将来新規抗HIV-1薬の標的となる可能性についても論じたいと思う。

SY13-3 インテグラーゼと相互作用する宿主因子とHIV複製制御

増田貴夫

東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科免疫治療学分野

インテグラーゼは逆転写酵素によりDNAに変換されたウイルスゲノムを宿主細胞の染色体に組み込む過程を触媒し、HIVが属するレトロウイルス特有の蛋白酵素のひとつである。HIV粒子が感染細胞に吸着/侵入すると、ウイルスゲノムはすみやかに、脱殻、逆転写後、核内へと輸送され最終的に染色体に組み込みこまれて感染を成立させる。HIV感染成立の最終過程であるウイルスゲノムの宿主細胞染色体への組み込みは、その後のウイルス複製に必須であることから、逆転写酵素、プロテアーゼに次いでHIV阻害剤開発における重要なウイルス標的分子の一つとしても注目されている。

我々は、これまでにHIV-1インテグラーゼがウイルスゲノムの組み込み過程に加え、脱殻、逆転写、核内輸送への機能的関与を明らかにしてきた。また、HIV-1インテグラーゼに保存されているアミノ酸残基のなかでウイルスの複製に必須とされる部位を特定し、インテグラーゼの構造と機能相関から新たな抗ウイルス戦略を探っている。一方、HIV感染初期過程における一連のウイルスゲノムの動的变化には、逆転写酵素およびインテグラーゼのウイルス由来蛋白のみでは不十分であり、宿主因子のサポートも必要とされる。こうした背景からインテグラーゼと相互作用する新規宿主因子の同定を試み、酵母two-hybrid法により新規インテグラーゼ相互作用宿主因子、Gemin2を同定した。この因子はスプライシングに関与するsmall nuclear ribonucleoproteins (snRNP) 複合体の細胞質内アッセンブリーおよび核内輸送に関与するsurvival motor neuron (SMN) 複合体の構成因子のひとつとして同定されていたが具体的な役割は未だ不明である。RNA干渉および免疫沈降法による実験結果から、Gemin2がHIV-1感染後すみやかにインテグラーゼおよびプレインテグレーション複合体と相互作用し、ウイルスゲノムの逆転写過程への関与を示唆する結果を得た。本演題では、HIV感染初期過程におけるインテグラーゼの多機能性と宿主因子Gemin2の機能的関与に関する研究結果を報告する。

SY13-4 Multimerization and Intracellular Trafficking of HIV-1 Gag in Living Cells

Paul Spearman, Lingmei Ding, Hua Li, Naomi Tsurutani, Hin Chu, Jun Dou

Department of Pediatrics Emory University School of Medicine Atlanta

The essential determinants of Gag-Gag interactions have been partially defined in cell-free assembly systems and through structural studies of Gag protein subunits. However, the requirements for Gag-Gag interactions in live cells may differ from in vitro studies. We used a FRET-based assay of Gag-Gag multimerization to assess the requirements for Gag homomultimerization in a mammalian cell line. Remarkably, myristoylation was found to be essential for Gag-Gag multimerization. Multimers were detected only in the membrane fractions of cells, indicating that cytosolic Gag is predominantly monomeric. Myristoylated Gag could be effectively rendered monomeric through mutations of basic residues in NC, combined with mutations in the dimer interface and helix II of the NTD of CA. Interestingly, the myristoylated monomeric Gag displayed a diffuse cytosolic pattern identical to that seen with non-myristoylated full-length Gag bearing no other mutations. These studies suggest that Gag multimers form on cellular membranes and not freely in the cytosol, and that multimeric intermediates traffic differently than monomeric Gag.

The means by which Gag multimers reach the plasma membrane or intracellular site of particle assembly is not fully defined. We used live cell microscopy to define the potential role of microtubules in determining the movement of Gag. Punctate Gag demonstrated dynamic movements in living cells along microtubules. Movement was saltatory and demonstrated peak velocities of 6-10 microns/second, consistent with the involvement of dynein and kinesin motor proteins. Nocodazole treatment disrupted the movement of Gag. Similar saltatory motion along microtubules was observed in HeLa and MelJuSo cell lines, and in primary human macrophages. These studies indicate that Gag traffics along microtubules, and suggest a role for microtubule-associated motors in active movement of Gag to the site of virus assembly.

【シンポジウム14】

「我が国におけるHIV感染血友病患者の医学的・社会的現状と今後の課題」

■オーガナイザー：三間屋 純一（静岡県立こども病院血液腫瘍科）

■座長：三間屋 純一（静岡県立こども病院血液腫瘍科）

■シンポジスト：立浪 忍（血液凝固異常症全国調査運営委員会）

花房 秀次（荻窪病院血液科）

瀬戸 信一郎（社会福祉法人はばたき福祉事業団理事）

山崎 喜比古（東京大学大学院医学系研究科健康社会学教室）

趣 旨：

「HIV感染と血友病」については薬害エイズの視点より既に本学会において過去2回（第18回、第19回）にわたりシンポジウムとして取り上げられ、その検証と今後の課題につき、当時の行政関係者、医師、患者、社会学者および原告団を交え議論された。しかし、それぞれの立場もあり、必ずしも共通の認識が得られたとは言いがたい状況にある。今回はHIV感染後約25年を経過した患者・感染者の現状と問題点を明らかにする事により、今後残された課題の解決に向け我々は何をなすべきか、それぞれの立場で未来志向でご提案戴ければ幸いである。

SY14-1 厚生労働省委託事業「血液凝固異常症全国調査」より

立浪 忍、瀧 正志、三間屋純一、白幡 聡、花井十伍、仁科 豊、大平勝美
血液凝固異常症全国調査運営委員会

[はじめに]日本のHIV感染血液凝固異常症の現状と今後の課題について、厚生労働省の委託事業である「血液凝固異常症全国調査」から考察した。

[方法]平成18年度の血液凝固異常症全国調査は1,381施設(1,506担当部所)に調査用紙を送付し、平成18年5月31日時点における状況を調査した。

[結果] (1)生存中の血液凝固異常症総数は827例で、累積死亡数は604例となった。生存症例中のHCV感染数は740例で、感染率は89% (不明例を除くと98%)であった。また、CD4陽性細胞数の平均値は452/L(報告数518)、HIVのRNAコピー数は測定感度未満が64%(報告数517の内329例)であった。

(2) 死亡報告は13例で、内8例はHCVの感染が原因と考えられる重篤な肝疾患が死因であった。新たなエイズ指標疾患の発症は合計2例で、この内1例は死亡例であった。

(3) 抗HIV薬の使用状況に関しては、3剤以上による併用療法が68%の症例で実施されていた。(4)C型肝炎に対するインターフェロン治療について、治療中のものも含めて累積すると、合計は266例であった。すなわち、生存症例の36%において治療が行われたことになった。

[今後の課題] HIV感染血液凝固異常症においては、HIVに関しては比較的良好な状態が保たれているといえよう。一方、多くの患者が重複感染しているHCVに関しては、インターフェロン治療の普及は未だ十分とはいえない。治療が成功した場合にはウイルスを体内から排除できるので、今後もHCVに関する治療例が増加していくことが望まれる。

SY14-2 血友病HIV感染者の特徴と今後求められる医療

花房秀次

荻窪病院血液科

我が国では血友病患者の約40%にあたる1431人が非加熱製剤によってHIVに感染し、2006年までに604名(42%)が死亡したが、死亡率は他の先進国と大きく異なる。イギリスでは2000年までに約65%が死亡し、カナダなど多くの先進国でも死亡率は数年前に既に60%を越えている。荻窪病院では129名の血友病HIV感染者が追跡調査されているが、2007年までの死亡者は43名(死亡率33%)である。1985年1月において、荻窪病院での血友病HIV感染者の年齢中央値は、生存群14.8歳(3.8歳~43.3歳)、死亡群18歳(2.5~57.3歳)で、感染時の年齢分布なども諸外国と大きな差はなかった。当院では現在でも16名が無治療で長期未発症(LTNP)が多く、高いHIV中和抗体活性を持つ患者を認め、今後のワクチン開発に有用と考えられる。しかし、LTNPの中には中和抗体価が低い患者もおり、他の要因も含めたHIV抑制因子の存在が、我が国の血友病患者に特異的か否かの検討が必要である。

我が国の血友病HIV感染者は90%以上がHCVにも感染しており、長期生存と共にHCV感染症の治療が大変重要となっている。PEG IFN+リバビリン治療は血友病1型HCV clusterへの成績が低く、HIVとの重複感染ではさらに悪く、今後HCV protease inhibitorとの併用など新たな治療戦略も必要である。また、荻窪病院での血友病HIV感染生存者の年齢中央値は37歳であり、結婚して子どもを望む場合も増えてきている。HIV感染者同士の結婚もあり、HIV感染者の生殖補助医療も必要性が高まっている。

SY14-3 HIV/HCV感染血友病患者の現在と未来

瀬戸信一郎

社会福祉法人はばたき福祉事業団理事

【目的】 HIV/HCV感染血友病患者の現在と未来を「薬害エイズの発生要因」を踏まえて構想する。その際私の視座は「九州地方在住一血友病患者から見た推論」であり、特定の団体等の見解を代表するものではない。【薬害という概念】私見によれば①治療薬の重大な副作用もしくは致命的な異物混入等により②重篤な臨床例が広がりつつあったのに③数々の薬害の反省を踏まえた筈の薬事行政上の危機管理能力が殆ど機能せず④数多くの患者・家族に重大な被害を及ぼしてしまった社会的システムの機能不全であり、加えるに⑤社会的偏見差別が惹起され被害者が孤立無援の状態に置かれたような社会的事象である。【薬害が繰り返された背景】①（特に地方の）血友病を診てくれる医師・医療機関の希少性。特定の医師への高い信頼・依存度。②1979年以降米国製造の非加熱血液製剤とともに唱道された「患者の社会参加を可能にする家庭治療、血友病の包括治療」に対する医療者・患者・家族の大きな期待。③それゆえ「危険情報を過小評価し必要性を過大評価する」傾向。④特定の医療者や製薬企業に依存しすぎた「患者会」のありよう（偏った情報）⑤致命的な感染症としてはお粗末な告知⑦背景としての厚生官僚の薬害発生企業への天下り。【重複感染患者の現在】①抗HIV治療薬の長期服用による副作用蓄積。②HCV重複感染による急速な肝硬変・肝細胞癌への移行【重複感染血友病患者の未来を以上のことから構想してみたい】①医療者と患者の関係性 ②患者会のあり方 ③患者のセルフマネジメント向上 ④最新情報の共有化とネットワーク化

SY14-4 HIV感染血友病患者の病ある人生の再構築と支援

山崎喜比古

東京大学大学院医学系研究科健康社会学教室

1980年代中頃日本で勃発した非加熱濃縮血液製剤によるHIV感染は、この約20年間に、500数十人の血友病患者の命を奪った一方で、死を免れてきた900人前後のHIV感染血友病患者には、いかなる苦痛と困難そして<生life>をもたらし、今日どのようなニーズとサポート課題を生んでいるのか。我々が2005年に行った質問紙調査への回答患者257人の横断的研究結果と、そのうち7年前に実施した質問紙調査にも回答のあった男性患者87人の縦断的研究結果によれば、次のようであった。

HIV・HCV感染と血友病に直接間接に由来する健康上の問題は今なお続き、健康不安・生活不安とも増大傾向にあった。6割近くの患者が精神健康上の問題が疑われる状態にあり、1割以上の患者に生きがい喪失や自死念慮がみられた。就職・就労継続・社会参加と恋愛・結婚・性生活・拳子への意向と希望は強く、その実現の有無は精神健康とも関連していた。HIV感染とその告知は、特に当時10代後半～20代前半にあった患者のその後の人生と精神健康に深刻な影響を及ぼしていた。差別不安由来の生活・行動自主規制は依然あるばかりか、この7年間に強まる傾向すらみせていた。以上のような苦痛と困難に対処し病ある人生の再構築に努めてきた少なからぬ患者においてポジティブな変化や成長が経験され、ストレス対処能力SOCも特定の年代を除けば一般成人と同レベルであり、その効果も認められた。旧厚生省・製薬企業・血友病専門医の責任を問う気持ちと「自分たちの犠牲を無駄にしないでほしい」という願いは依然として極めて強かった。

【シンポジウム15】

「HIV研究の新たな交錯点を求めて—社会は何をどう経験してきたか—」

■オーガナイザー：山中 京子（大阪府立大学人間社会学部社会福祉学科）

■座 長：山中 京子（大阪府立大学人間社会学部社会福祉学科）

内海 眞（高山厚生病院）

■シンポジスト：佐藤 知久（京都文教大学人間学部文化人類学科）

中島 理暁（東京医科大学）

市野川 容孝（東京大学大学院総合文化研究科）

趣 旨：

日本においては、この10年あまりの間にHIV感染症に関する治療環境や心理社会的支援体制がある程度整備され、現在では多くの感染者が治療を続けながら社会の中で日常を生活している。そのような推移の一方で、この病いと社会との「関係性」はどれほどに変化してきたのだろうか。

望ましい社会のありようとして感染者と非感染者との「共生」が語られて久しい。しかし、「共生」の内実は丁寧に議論されてきたのだろうか。また、「共生」を実現する方策は十分に検討されてきたのだろうか。「共生」を実現するためにいままでしばしば社会が求めてきたのは、慢性疾患としてのHIVとともにある当事者自らがその生活や人生を語ることである。当事者の声が社会に届けられることの意義は非常に深い。しかし当事者は社会の中で語るにより社会的不利益を被るリスクも負っている。当事者だけがこのように一方的なリスクを負うことなく感染者と非感染者の両者が共同性を紡ぐことは、いかにすれば可能になるのだろうか。そのためには臨床・研究・政策などの各次元で何が求められるのだろうか。

本シンポジウムでは、欧米と比較してHIV/AIDS学界との関与の不在が顕著である専門領域、すなわち社会学・障害学・文化人類学・科学史・生命倫理学などの分野の研究者をシンポジストとして招聘し、病いと社会との関係をめぐってこれらの領域で蓄積されてきた知見を用いてこれまでのHIV/AIDS領域での経験を相対化し、上記の問題を考察する。

HIV/AIDS臨床や実践を日頃の活動の場とされている参加者とシンポジストの議論を通じ、医学・看護学・疫学・心理学・社会学などのいままでHIV・AIDS研究を担ってきた諸専門領域とその関与が少なかった専門領域が交錯し合う新たなHIV研究の地平を拓く一つの試みとしてこのシンポジウムを位置づけたい。

SY15-1 文化人類学の視点から

佐藤知久

京都文教大学人間学部文化人類学科

HIV/AIDSに関する社会科学的研究のうち、文化人類学的な研究がこれまでどのように行われてきたのか、これからどのように行われていくことが望ましいのか。アメリカ合衆国での研究史と、発表者の研究を交錯させながら考察する。発表者は文化人類学を専門とする研究者であり、アメリカ合衆国でのHIV感染者セルフヘルプ・グループ、感染者のライフヒストリー、日本におけるAIDS表象とジェンダー等について考察してきた。

本発表で特に検討したいのは、①研究が行われる社会的・文化的文脈とその研究との関係、②研究対象となる人びとをどう記述するかという問題、である。アメリカの人類学的研究は80年代中期に、感染が多く見られる集団を研究対象としたうえで、そこでのHIV感染を促進する文化的要因を探求するという研究パラダイムを確立した。それは感染を生じさせる「ハイリスク」集団の特性を知ろうとする状況において行われたものだが、90年代に入ると、対象集団についてのイメージをその研究自体が構築しているのではないかという痛烈な批判にさらされる。感染者についての民族誌的研究においても、かれらを非感染者と異なる生を生きる集団として描くほど、かれらは「異質な他者」化されてしまう。

人類学的≒質的研究は少数の人びとを対象とする以上、かれらを一定の視点から記述するという枠組みから逃れがたい。では、詳細なデータの蓄積という人類学的研究の利点を生かしながら、いかにして対象集団に限定されない開かれた議論を組み立てうるのか。近年の議論も参照しつつ考察してみたい。

SY15-2 医学史・生命倫理学の視点から

中島理暁

東京医科大学

本報告では、CDCによる1981年の公式報告からすでに25年以上が経過したHIV/AIDS感染症自体を、歴史的対象として分析し直す作業が持つ意義を検討したい。報告者は、93-97年の米国大学院在籍時に、National Commission on AIDSおよびGMHCなどと深い関わりのあった研究者らに師事して以来、病いの経験が形作られる社会的プロセスに関心を寄せてきた。

HIV/AIDS感染症への臨床あるいは政策上の対応が形成されるにあたっては、実に多様な倫理的・法的・社会的軋轢が生じてきたのは周知のとおりである。一方で、これらの軋轢をめぐるこの近過去に行なわれた議論の消長に大きな振幅が存在することについて関心が払われる機会は少ない。しかしながら、その振幅を見定めること、すなわち、ある時期に前景に配置されていた問題が次第に後景へと退き周辺化されていく軌跡を辿る歴史的考察を踏まえてこそ、われわれの問題意識がどのように枠付けられ変容しているのか、その動態を認識することが可能になる。加えて、このような考察は社会の価値体系を逆照射し、われわれの選択を背景で支える力学を顕在化させる契機を導く。さらには、この疾患への社会的対応があるいは取り得ていたかもしれない、異なる展開の姿が現われることもあり得るだろう。

量的研究を主とする既存の枠組には稀である時間軸を導入し、倫理的・法的・社会的軋轢が生起し変容する文脈を可視化させることによって、社会が何をどう経験してきたのかを分析する眼差しの解像度がより高いものになることを願いたい。

SY15-3 医療社会学・障害学の視点から

市野川容孝

東京大学大学院総合文化研究科

本発表で参加者の方々に提起し、またともに考えてみたいのは、HIV/AIDS研究と「障害学」とのあいだに接点はあるのか、ありうるとしたら、それはどのようなものなのか、という問題である。

「障害学」は1980年代に英語圏を中心として確立された新しい試みであり、奇しくもそれはHIV/AIDSの「社会問題」化と時期的に重なっている。障害学のアメリカにおける確立者の一人に、医療社会学研究でも有名な——またI・イリッチの諸著作でもしばしば言及されている——I・K・ゾラ (Irving Kenneth Zola 1935-1994) がいるが、彼は自身、ポリオのため身体に障害をもっていた。このゾラや、またイギリスを含めたその他の人びとが作りあげてきた障害学は、その内部で活発な論争が今もなお展開されているものの、(1)「医学モデル」に対比されるべき、障害に関する「社会モデル」、(2) 障害に関する自己肯定、(3) 障害をもつ者自身による声の発露 (例えば「Nothing about us without us」という主張) 等を、共有されるべき視座として紡ぎだしてきた。私自身は、20余年間の介助者経験を背景として、日本における障害学に (ためらいと戸惑いを抱きつつ) 非力ながら、関与してきた。

この障害学とHIV/AIDS研究が、互いにぴったりと重なり合うということは、おそらくない。しかし、両者は、互いにどこかで重なっているようにも思える。どこでつながり、どこで切れるのか、それを明らかにすることは、障害学とHIV/AIDS研究の双方に対して、自己認識のさらなる深化という果実を与えうるのではなかろうか。

【共催シンポジウム】

「TREAT Asia symposium 2007 in Hiroshima」

■座 長：Kevin Robert Frost (TREAT Asia)
Aikichi Iwamoto (The University of Tokyo, Japan)

■演 題：

- CS-1 Chureeratana Bowon (Chonburi Hospital, Thailand)
- CS-2 Myung-Hwan Cho (AIDS Society of Asia and the Pacific Konkuk University, Korea)
- CS-3 Peng Bo (Henan University of Traditional Medicine, China)
- CS-4 Yi-Ming Arthur Chen (National Yang-Ming University, Taiwan)

趣 旨：

TREAT Asia シンポジウム2007-広島

アジアは地理的、歴史的、文化的など、さまざまな面で多様です。アジアにおいてはHIV/AIDSが広がる様式もやはりさまざまです。ある地域や国ではHIV/AIDSに関して長期的な取り組みを行ってきましたし、近年になってHIV/AIDSの諸問題が新たな展開を見せている地域や国もあります。われわれは、アジアの各地におけるHIV/AIDSに関する情報の交換や人々のネットワーク構築に資するための機会を持ちたいと願っています。

TREAT Asia (Therapeutics Research, Education, and AIDS Training in Asia)は、amfAR (American Foundation for AIDS Research) の支援を得てアジアにおけるHIVの治療環境やAIDS教育のために活動する集団で、日本からは国立感染症研究所、国立国際医療センターが参加しています。

2005年に神戸で開催された第7回アジア太平洋エイズ会議 (7th ICAAP) の際に、amfARの副代表でTREAT Asia代表のKevin Robert Frostと岩本愛吉がオーガナイザーとなり、タイ、中国、インドネシア、ベトナムの方々を招いて日本における第1回TREAT Asiaシンポジウムが開催されました。2006年、第20回日本エイズ学会においてマレーシア、タイ、中国、日本で実際HIVの医療にかかわる方、また服薬中の患者さんたちの声を伺うことを目的に第2回TREAT Asiaシンポジウムが開催されました。今回広島における第21回日本エイズ学会において、第3回TREAT Asiaシンポジウムを開催したいと考えています。英語の同時通訳が準備される予定です。たくさんの方々のご来場をお待ちしています。

TREAT Asia symposium 2007 in Hiroshima

Asia is diverse in many aspects; geographically, historically, culturally and so on. HIV/AIDS has sneaked in and spread out in the region in diverse ways also. Some areas have the problem as an emerging infection, while others have been suffering for many years. There are many efforts to cope with the problems. We wish to provide an opportunity to exchange information and make network with people from different areas in Asia.

TREAT Asia (Therapeutics Research, Education, and AIDS Training in Asia) is a network of clinics, hospitals, and research institutions working to ensure the safe and effective delivery of HIV/AIDS treatments throughout Asia and the Pacific. Facilitated by amfAR (American Foundation for AIDS Research), TREAT Asia seeks to strengthen HIV/AIDS care, treatment, and management skills among health care professionals through education and training programs developed by experts in the region. National Institute of Infectious Diseases and International Medical Center of Japan are TREAT Asia sites in Japan.

Kevin Robert Frost, the director of TREAT Asia and vice President of amfAR, and Aikichi Iwamoto have organized the first TREAT Asia symposium in Japan during the 7th ICAAP in Kobe. People from Thailand, China, Indonesia and Vietnam were invited. The second TREAT Asia symposium in Japan was held during the 20th annual meeting of the Japanese Society for AIDS Research (JSAR). People from Malaysia, Thailand, China and Japan participated. We now wish to organize the third TREAT Asia symposium in Hiroshima. People from Korea, Thailand, mainland China and Taiwan would be invited. Simultaneous English-Japanese translation would be provided. We hope many people join the session.

共催：鳥居薬品株式会社

【サテライトシンポジウム01】

「歯科におけるHIV歯科診療ネットワークの構築」

■オーガナイザー：吉野 宏（広島大学 歯科診療所）

■座 長：小森 康雄（東京医科大学 口腔外科）

■演 題：

SS1-1 HIV感染症と歯科診療ネットワークの現況

小森 康雄（東京医科大学 口腔外科）

SS1-2 北海道におけるHIV/AIDS患者の歯科診療の現状

巢山 達（南12条千葉歯科クリニック）

SS1-3 広島県におけるHIV/AIDS患者の歯科診療の現状

三反田 孝（広島県歯科医師会）

SS1-4 エイズ歯科診療における大学病院と地域歯科医師会との連携

吉野 宏（広島大学歯科診療所）

SS1-5 歯科治療における感染対策

金子 明寛（東海大学医学部外科学系 口腔外科）

趣 旨：

HIV感染者、エイズ患者が増加するにつれて、感染者の歯科治療が問題となってきた。すなわち、歯科治療は多くの場合、短期間に頻回の受診が必要な場合が多く、住居あるいは職場などの生活圏内での受診の機会が望まれるが、そこにブロック拠点病院や拠点病院の歯科がない場合が多い。いわゆる一般開業医での受診の場合、歯科医院あるいは患者の様々な要因から歯科の受診が困難な場合があることが明らかとなってきた。

平成17年5月6日 厚生労働省医政局から、

「歯科医療機関におけるHIV感染者等の診療体制について（依頼）」

（医政歯発0506001号、健疾発第0506001号）が出された。その主な内容は、HIV感染の患者の歯科診療を確保するため、各歯科医院の協力が必須であるということだった。

現在、東京・神奈川など各地で歯科におけるHIV診療のネットワークの構築がなされ、運用されている。

一方で、中四国のHIVブロック拠点病院が置かれている広島県など、ネットワーク等の歯科医院の診療協力体制が未だ整備されてない地域が多く存在している。

本シンポジウムでは、HIV感染症の歯科診療ネットワークの現状、歯科診療の実態、歯科診療における感染対策の実際について明らかにすることで、今後のネットワークの構築に必要な情報を提供し、皆様と今後のネットワークについて考えてみたい。

共催：広島県歯科医師会

【サテライトシンポジウム02】

「MSMを対象とした予防活動の一方法論としてのPOL（ポピュラー・オピニオン・リーダー） Grassroots Exchange Program からの報告」

■オーガナイザー：根本 透（Public Health Institute）

鬼塚 直樹（Institute for Global Health - University of California, San Francisco）

■座 長：根本 透（Public Health Institute）

鬼塚 直樹（Institute for Global Health - University of California, San Francisco）

■演 題：

SS2-1 Grassroots Exchange Programの紹介とシンポジウムの趣旨の説明

根本 透（Public Health Institute）

SS2-2 CDCの予防介入プログラムDEBI(Diffusion of Evidence Based Intervention) の紹介と、そのなかでMSM対象介入方法としてのPOLの説明

鬼塚 直樹（Institute for Global Health - University of California, San Francisco）

SS2-3 米国におけるMSM向けの予防介入の現状とその問題点

APIウェルネスセンター（サンフランシスコ）

STOP AIDS Project（サンフランシスコ）

APICHA（ニューヨーク）

SS2-4 地方のゲイコミュニティで必要とされること—仙台地域での取り組み

小浜 耕治（東北HIVコミュニケーションズ/THCGVやろっこ）

SS2-5 POLを主体としたMSM向け予防介入の協働事業計画

新山 賢（Ehime Gay Walker）

趣 旨：

CDCで開発されたMSMを対象としたエビデンスに基づくHIV予防プログラムが、サンフランシスコやニューヨークでどのように取り組まれているのかの紹介を行う。さらに、その中の一方法論としてのPOLに焦点を当て、サンフランシスコでの研修を終えたNGOの取り組みの中から、POLの日本への導入の可能性について、ディスカッションを行ないたい。またPOLに経験や興味を持つ日米のNGO間ネットワークの構築を図ることも、目的としたい。

* Grassroots Exchange Programは The Japan Foundation, Center for Global Partnershipからの資金援助を受け行なっているプログラムです。

後援：The Japan Foundation, Center for Global Partnership

【サテライトシンポジウム03】

「HIV看護ケアの可能性を考える」

■オーガナイザー：井上 洋士（東京大学大学院医学系研究科）

■座 長：井上 洋士（東京大学大学院医学系研究科）

■シンポジスト：山崎 喜比古（東京大学大学院医学系研究科健康社会学教室）

井上 洋士（ポジティブヘルスケア・リサーチ, 東京大学大学院）

大野 稔子（HIV/AIDS看護学会、北海道大学病院）

■討論者1：織田 幸子（国立病院機構 大阪医療センター 看護部）

■討論者2：村上 未知子（東京大学医科学研究所附属病院）

趣 旨：

多剤併用療法の出現によりHIV感染患者の予後が安定して10年近く経ち、HIV感染症が慢性疾患に近い位置づけとなった今、HIV/AIDS医療の現場では看護師に求められる役割が多岐になりつつある。実際、HIV感染について依然として安易に他者に言えない社会的環境のもと、患者が看護師を唯一の相談相手とみなす例が少なからず見られたり、服薬アドヒアランスや長期にわたる継続的通院への援助において、その人の生活や人生を多角度から配慮することが求められたりしている。しかしその一方、患者と看護師との関係性が密になる中、薬物使用や性に関連した悩みを患者が看護師に率直に言えなくなる場合や、看護師側が患者の状況をアセスメントしにくい場合も出てきている。患者により添い、患者とともに歩む「慢性疾患看護」に特有の「限界」の出現ともいえよう。おりしも平成18年度の診療報酬改定により、HIV専任医師、社会福祉士などとともにHIV専従看護師の配置がウイルス疾患指導料加算のための施設基準として定められた。システムの多少前進が見られたこのタイミングで、HIV看護実践のあり方を、理論とも照らし合わせながら問い直すことは大きな意味があるだろう。試みに一歩下がったところからHIV看護を眺めてみれば、多様な問いが浮かび上がる。そもそも看護とは何をすべきものなのか。「患者への援助・支援」とよく口にするが、それは本来どういうことなのか。こうした看護実践の本質にかかわるような課題を問い直しながらHIV看護のあり方について再確認することは、今後のHIV看護の方向性と可能性を浮き上がらせる1つのプロセスとして重要ではないだろうか。

本シンポジウムは、以上のような発想から企画され、3人のシンポジストが論じる予定である。「支援する」「援助する」ことはどのような価値規範に支えられており今後どのような発展が求められるのか、新たな社会的変化を視野に入れたときHIV感染患者のQOL維持・向上を目指す今後の看護アプローチにはどのようなものが期待されるのか、臨床現場でHIV担当看護師らが直面している実践的課題にはどのようなものがあるのか。このような問いを用意している。短時間ではあるが、皆様方にとって「HIV看護の可能性」を問い直す契機になれば幸いである。看護師の方々はもちろん、HIV感染患者支援に関心のある方にも多数ご来場いただきたい。

共催：広島県看護協会

HIV/AIDS看護学会

SS3-1 患者を支援するとは—看護への期待

山崎喜比古

東京大学大学院医学系研究科健康社会学教室

我々は、健康問題や保健医療領域の問題に対し、従来の医学が主に立脚してきた生物学や物理化学といった自然科学のみならず、心理学・社会学等の人文社会科学にも深く立脚し、その解明と解決を目指す学問および実践の分野と定義された保健(学)の教育を受け、研究論文を書き学位を取った。その間に、我々は、保健(学)のキーワードがヘルス、ライフ(生存・生活・人生)、ケア、サポート、エンパワメント、・ペイシエントセンタード(患者中心)・コンシューマーオリエンティッド(住民主体)などにあると理解するようになった。

そのような我々が看護(学)に期待するのは、看護(学)の保健(学)的側面の向上・発展である。換言すれば、疾患や病気をもった人(々)のライフに照準を合わせ、それを目標に見据えたアプローチの向上・発展である。しかも、従来の医療社会学ですら看過しがちであったヘルスオリエンティッド、サルトジェニック(健康生成論的)なアプローチ、すなわち、病がもたらす様々な苦痛や困難の軽減・除去のみならず、病とともに生きる人(々)の対処・適応努力を含めた<生>の営み、病ある人生の再構築を図る営み、また、そうした人(々)における「健康への力」の形成を大事にするアプローチである。さらに、病を生きる人(々)との間に、援助—被援助という関係に固定化されない、新しい協力共同・連帯や相互支援の関係と、支援する側における協働の関係を展開・構築することも期待される。HIV看護(学)分野は、こうした新しいアプローチが最も萌えている分野と思われる。そうしたアプローチのさらなる発展・主導を期待する所以である。

SS3-2 HIV感染者のQOL維持・向上への看護アプローチ

井上洋士

ポジティブヘルスケア・リサーチ, 東京大学大学院

QOL(生活の質)という概念は包括的で幅広い。例えばWHOQOLグループが提案したQOLの構成領域でも、身体、心理、社会関係、環境、スピリチュアリティと多側面にわたる。一方、看護について、看護アセスメント・診断に多用される枠組みを改めて見れば、ヘンダーソンの基本的ニーズは14項目、ゴードンの機能的健康パターンは11、NANDA看護診断の分類法2では13領域と、QOL同様包括的であり、また内容もQOLと重なるものが多い。すなわち、HIV感染者のQOL維持・向上の目標達成をするためには、HIV感染症特有の重点要素を十分考慮に入れたうえで、「本来の看護」を実践することが求められるのではなかろうか。

さて、大学で看護教育・研究をしてきた立場から、近年の社会的変化に照らしてこれまでのHIV看護実践について考察すると、気になる点が2つある。第1に、HIV看護の実践知は集積されてきたのかという点である。PubMedでHIV、nursing、JapanをキーワードにHIV看護を扱った原著論文を検索すると1本のみ、医中誌でHIV、看護をキーワードに検索すると過去10年間で34本のみであった。HIV看護の実践知を体系化し、情報発信することに目が向いていなかったことの顕れとも言えなくはない。第2に、看護師はHIV感染患者のアドボケイター(権利擁護者)になってきたのだろうかという点である。臨床現場ではHIV感染者の願い・希望・困難を少なからず耳にしてきたはずである。それらを世に代弁することなく、現場での看護ケアだけで完結と思っている節はないだろうか。

SS3-3 看護師によるHIV感染患者支援の実際と課題

大野稔子

HIV/AIDS看護学会、北海道大学病院

HIV看護では、長期にわたり治療を継続し、HIV感染症ということから生じる多様な問題を抱え、病いとともに社会で生き続ける人たちへ、生き方や社会的側面などをも含めた全人的なケアが求められる。しかし、現場では、時間的、能力的、法的、専門性の限界や課題に突き当たることも多々ある。

患者ケアを実施していて、看護師としてどこまで責任を持って関わっていけばいいのかジレンマを感じることもある。例えば、セーファーセックスや定期通院の必要性を説明し、患者が行動変容し継続していくための策を患者と共に計画し、実施できているのか評価する。しかし、看護師側が切に訴えても、性感染症罹患や受診中断などがおこる。このような時、あきらめず支援を続けるがどの時点まで継続すればいいのか、どう援助したらいいのか悩むことも多い。また、抗HIV薬の服薬支援では、本人の「欠かさず飲んでいる」という言葉を信じアドヒアランスを尊重した服薬支援を続けたが、体調を崩し入院した際、大量の薬を偶然発見し、服薬していなかったことが判明した。患者と看護師の関係性が構築されていなかったためか、あるいは、関係ができていたゆえに事実が伝えられなかったのかなど患者と看護師の関係性について考えさせられることもある。しかし、その反面、抗HIV服薬が開始され、支援によって生活の一部として服薬が継続され、QOLが維持できている患者やパートナーと共にセーファーセックスが実行できセックスライフを充実させている患者もいる。今回、HIV感染患者の支援を患者ケアと職場環境の2つの面から考えてみる。