

**第21回日本エイズ学会シンポジウム記録****シンポジウム「医療者へのエイズ教育」****Education of HIV/AIDS for Health Care Providers in Japan**

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 エイズ治療研究・開発センター）

シンポジスト：鍵浦（後藤） 文子（広島大学病院エイズ医療対策室）

照屋 勝治（国立国際医療センター エイズ治療研究・開発センター）

神馬 征峰, Jamie Abdenadher（東京大学大学院医学系研究科国際地域保健学講座）

矢野（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ある。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立たなかった。さらにエイズには「感染と死」「マイノリティの病気と」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あった。

しかし、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ってきた。検査法や治療法の進歩は目を見張るものがある。確かに普通の病気の一つになったとはいえ、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らない。

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る。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る。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らない。そのためには初期研修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、さらに2年は実務経験が必要であろう。仮に全国の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ある。教育が問題である。

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た。まず現状の把握を行った。鍵浦氏は各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。

次に地域の病院について考察した。エイズは政策医療として拠点病院体制が作られた。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いる。照屋氏はその一端を紹介した。

教育の中で知識が大切なことは言うまでもないが、知識があれば実行できるわけではない。知識と実行の間にギャップがある。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る。神馬氏は拠点病院の専門医と非専門医に対するアンケートを実施して、経験を通じた自信が重要であることを指摘した。

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問題であると考えられている。矢野氏はアメリカの感染症臨床と教育システムをレビューした。今後の日本では施設が連携しながら具体的な症例を通じ問題解決型のエイズ教育を打ち立てることが重要と提言した。

著者連絡先：高田 昇（〒734-8551 広島市南区霞 1-2-3 広島大学病院エイズ医療対策室）

2008年7月16日受付

## 医学系及び看護系大学における HIV 感染症教育の実態

### The Survey of HIV/AIDS Education Program in Japanese Medical/Nursing Schools

鍵浦（後藤） 文子

Fumiko KAGIURA

広島大学病院エイズ医療対策室リサーチレジデント, エイズ予防財団リサーチレジデント

Hiroshima University Hospital, AIDS Care Program, Research resident of JFAP

#### 1. はじめに

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り、HIV 感染症を持つ患者の診療及び看護の機会は増えてきていることが予想される。そのため、医師や看護師は HIV 感染症に関する知識を持つ事が必要とされるが、医学及び看護大学で、HIV 感染症がどのように教育されているか調査したものはない。今回の調査では、HIV 感染症教育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での 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教育の実態を明らかにすることを目的とした。

#### 2. 方法

調査対象は、日本の医学系大学 82 校と看護系大学 116 校を対象に、各大学の教育カリキュラム担当者宛に調査用紙を郵送した。調査用紙を記入し返送することで、調査への同意とみなした。調査用紙の内容は、大学の設置に関するもの、所在する都道府県、HIV 感染症の講義の有無、HIV 感染症を講義する科目と内容、その講義時間を選択式にし、講義を実施する上での難しい点について自記式で回答を得た。本調査は、平成 19 年 10 月 15 日～平成 19 年 11 月 7 日に行った。

#### 3. 結果

##### 1) 医学系大学の結果

調査用紙は医学系大学 82 校に配布し、71 校から回答があり（有効回答率 86.6%）、その内訳は、国立系大学 37 校（52.1%）、私立大学 27 校（38.0%）、公立大学 7 校（9.9%）であった。

HIV 感染症についての講義があると回答した大学が 69 校（97.2%）、講義がないとした大学が 2 校（2.8%）であり、その理由は授業時間が足りないという 2 校の回答であっ

た。また、講義があると回答した大学の講義時間は、1 時間未満 2 校（2.9%）、1 時間以上 2 時間未満 13 校（18.8%）、2 時間以上 4 時間未満 30 校（43.5%）、4 時間以上 6 時間未満 10 校（14.5%）、6 時間以上 10 時間未満 7 校（10.1%）、10 時間以上 6 校（8.7%）、不明 1 校（1.5%）であった。

HIV 感染症を扱う科目については複数の科目で扱っており、感染症学が最も多く 51 校（73.1%）、次いでウイルス学 33 校（47.8%）、血液内科学 14 校（20.3%）、公衆衛生学 14 校（20.3%）、その他 28 校（40.6%）であった。

講義内容としては、感染経路および症候が最も多く 64 校（92.8%）、次いで診断および治療 63 校（91.3%）、自然経過（73.9%）、職場での感染対策（53.6%）、その他 29 校（42.0%）であった。

講義を実施する上での難しい点については、HIV 感染症が専門ではないと回答したのが 6 校（8.7%）、学生の興味と理解が不足していると回答したのが 5 校（7.2%）、新しい情報の入手と更新と回答したのが 4 校（5.8%）であった。

##### 2) 看護系大学の結果

看護系大学 116 校に配布し、回収 69 校（59.5%）、そのうち有効回答であったものが 66 校（56.9%）であった。対象は、国立系大学 19 校（28.8%）、私立大学 28 校（42.4%）、公立大学 19 校（28.8%）であった。

HIV 感染症についての講義があるとした大学が 58 校（87.9%）、講義はないとした大学が 8 校（12.1%）であった。講義がない理由は、授業時間が足りないが 3 校（37.5%）で最も多かった（複数回答）。講義の科目は、疾病論・病態学が最も多く 27 校（46.6%）、次いで母性看護学 21 校（36.2%）、公衆衛生学 20 校（34.5%）、成人看護学 16 校（27.6%）、地域看護学 16 校（27.6%）、病理学 12 校（20.7%）、小児看護学 3 校（5.2%）、その他 36 校（62.1%）であった（複数回答）。

その講義をする時間は、1 時間未満 14 校（24.1%）、1 時間以上 2 時間未満 19 校（32.8%）、2 時間以上 4 時間未満 10 校（17.2%）、4 時間以上 6 時間未満 8 校（13.8%）、6 時間以上 10 時間以上 2 校（3.5%）、10 時間以上 2 校（3.5%）、

不明1校(1.7%)であった。講義内容は、感染経路55校(94.8%)、症候52校(89.7%)、診断及び治療43校(74.1%)、自然経過38校(65.5%)、HIV/AIDS看護33校(56.9%)、職場での感染対策23校(39.7%)、そのほか17校(29.3%)であった。講義を実施する上での難しい点については、教員の知識と経験不足と回答したものが7校(12.1%)、学生の興味と理解の不足5校(8.6%)、講義時間の制限が4校(6.9%)であった。

#### 4. 考察

本調査で、HIV感染症が全医学系及び看護系大学で講義されている訳ではない事が明らかとなった。また、講義されている科目も多岐にわたり、HIV感染症が日和見感染症を引き起こすため、多くの科目がHIV感染症と関係していることに関連していると考えられる。また、新興感染症であるために、ある一つの科目がHIV感染症を講義する科目であるという認識が定着していないことも考えられる。また、看護系大学においても、HIV感染症を持つ患者の多く

が成人期にあるが、成人看護学よりも母性看護学で講義されることが多いことは、性感染症予防として、また母子感染予防としての講義が多いことが予想される。

さらに、HIV感染症を専門としている医師は限られており、HIV感染を持つ患者の看護を経験している看護教員も少ないことが、講義をする上で困難な理由となっている。それらに対しては、専門医や実際に看護の経験があるものが、講師を行うことも必要であると考えられる。

#### 5. 結論

本調査では、現在のHIV感染症が医学教育、看護学教育でどのように扱われているか、基礎的な資料とするために調査を行った。HIV感染症をどの科目で扱うかという点も定まっておらず、多岐にわたる科目で扱っていることが明らかとなった。また、講義をHIV感染症専門医やHIV看護の経験がある看護師が外部講師として講義を行うことも必要であることが示唆された。

## エイズ治療・研究開発センター (ACC) の拠点病院医療従事者への教育・研修活動 Education and Training Activities of ACC (AIDS Clinical Center) for Healthcare Personnel of Regional Central Hospitals for HIV Care

照屋 勝治

*Katsuji TERUYA*

国立国際医療センター戸山病院 エイズ治療・研究開発センター

### 1. はじめに

エイズ治療・研究ACCを中心として全国を8つのブロックに分け、それぞれにブロック拠点病院を置く現在のHIV診療体制は、ACCがブロック拠点病院に対して、ブロック拠点病院が各ブロックの拠点病院に対してそれぞれ指導的役割を果たすことにより、HIV医療の地域格差をなくし、HIV医療の質を高めることを目的としていた。しかしながら、その後の我が国におけるHIV感染者数は著しい増加の一途をたどっており、患者数の地域格差も増大し、それに伴う拠点病院間の症例経験の格差も拡大しているというのが実情である。一方で薬剤耐性ウイルスの治療や、肝炎合併例、悪性腫瘍合併例など、臨床像は多様化かつ複雑化しており、HIV医療はより専門性が高いものになってきている。今後、全国で格差のないHIV医療を提供するためには、症例経験の格差を補うための教育・研修システムの整備の必要性が高くなっていくと考えられる。本

稿では、エイズ治療・研究開発センター (ACC) のこれまでで行ってきた教育・研修活動の実態について述べる。

### 2. 研修活動

#### 1) エイズ治療・研究開発センター研修

1997年度より全国拠点病院の医療従事者を主な対象としてスタートした「エイズ治療・研究開発センター研修」は2007年度までの11年間で949人の研修生を受け入れた。現在、1ヶ月コース、1週間コース、短期コース(2日)、1日コース、歯科コースの5種類があり、1週間コースについてはさらに医師コース、外来看護師コース、病棟看護師コースに分けて、それぞれ異なったカリキュラムで研修を実施している。内容は毎年見直しており、情報のupdateや研修項目の削除あるいは追加を行っている。2007年度の医師1週間コースの内容を表1に示した。2002年～2004年度に受講した医師(41人)、看護師(89人)を対象に、研修終了後のHIV診療経験の有無についてアンケート調査

表 1 平成 19 年度医師 1 週間コース

講 義	Case study
HIV/AIDS の歴史 初診時検査とデータの読み方 HIV/AIDS 患者の外来療養支援 当センターにおける薬剤師の取り組み 感染防御概論/HIV 薬概論 医師としての外来診療について 治療ガイドラインと薬剤耐性 患者理解 HIV 感染症と STD 感染症 ニューモシスチス肺炎/ST 合剤脱感作 女性と HIV 感染症 ヘルペスウイルス属感染症 (CMV 以外) サイトメガロウイルス感染症 抗酸菌症 日和見感染症の予防 サポート形成支援 HIV 感染症と口腔保健	入院患者のレビューと discussion 多剤併用療法 (HAART) の実際 ニューモシスチス肺炎の症例検討 針刺し事故の管理者対応と実際
	見 学
	外来診療 社会福祉法人はばたき福祉事業団 入院カンファレンス 外来カンファレンス 病棟回診



写真 1

を実施した（2005年4月）ところ、医師63.4%、看護師38.2%から回答が得られ、それぞれ77%、76%が「その後HIV診療を経験した」と回答している。

2) 出張研修

出張研修とはACCスタッフが数名で各地域を訪問し、現地施設で研修を実施するものである。この研修は開催場所をACCで選定し、各施設の協力のもとに実施するものであり、受講者は各地域の施設で仕事を休むことなく参加出来ること、大人数を対象とした研修実施が可能な事、研修実施施設をACCで選定することでターゲットを定めた診療機能の強化を図れる点で、前述の「エイズ治療・研究開発センター研修」を補完する研修に位置づけている。

2003年度より全国8ブロックの各ブロック1箇所の拠点病院と、2004年度からは首都圏4-5箇所の施設を対象に出張研修を実施した。特に患者数の多い首都圏では多くの

機会を設け、茨城、千葉、埼玉、神奈川、東京をターゲットに、2004年度からの2007年度までの4年間でのべ18施設を対象に33日間、2,791人に研修を実施した。

3) エイズ拠点病院ネットワーク会議

ACCから全国の拠点病院に対してHIV診療に関する情報提供を行い、さらに拠点病院間で意見交換を行う場を持つことで、連携強化を図ることを目的として、2005年より年1回の頻度で開催している。

3. 教育資料の作成、配布

1) 診断と治療ハンドブック（写真1）

HIV診療の全体像を簡潔に記載し、携帯可能な白衣ポケットサイズとして日常診療で活用されることを期待して、2005年3月に初版を作成した。2006年3月に改訂第2版を作成している。臨床現場で頻用される図表を掲載し、



写真 2

各種日和見疾患については写真や図表を用いて見開き2ページにまとめ、全体で174ページの構成となっている。2007年度までに拠点病院を中心に、初版、第2版合わせて8,000部を配本した。初版のpdf版はオンライン上でダウンロードできる<sup>1)</sup>。

## 2) e-ラーニング

動画とナレーションによる解説付きのコンテンツで、多忙な医療従事者がオンラインもしくはCD-ROMによって学習できることを目的として作成した。現在、2005年度版(6コンテンツ, 79分)、2006年度版(4コンテンツ, 65分)、2007年度版(3コンテンツ, 52分)をインターネット上に公開している(写真2)<sup>2)</sup>。同様の内容でCD-ROM版も作成しており(写真2)、2005年度から2007年度の3年間で全国の拠点病院を中心に5,000枚配布した。

## 3) ACC研修終了者ネットワーク

前述のように「エイズ治療・研究開発センター研修」を受講した医療従事者の多くは、その後もHIV診療に従事しているが、HIV関連の知見は進歩が早いため、受講当時の研修内容が、数年のうちに古い不適切な情報となる可能性が危惧される。それを補う目的として、2002年度以降の受講生のうち、希望者のみを対象として2005年にACC研修終了者ネットワークを立ち上げた。2007年末までに299人が登録しており、登録者へは年に1回、独学可能なコンテンツを郵送している。2007年末までに計3回の情報提供を行った。

## 4. おわりに

本稿で述べたACCによる教育、研修活動は、ACCが多くの患者を通じて得られた症例経験を、全国の拠点病院と共有する機能を果たし得ると考える。今後も研修活動等を

通じて、最新情報の発信を継続していく必要があると考えている。一方で、今後はHIV感染者の爆発的増加に伴い、診療経験がほとんどなかった拠点病院でも、HIV症例に遭遇する頻度が高くなることが予想される。それに対応するためには、各症例の診療について、経験のある医療機関が他の医療機関を診療支援する「診療コンサルテーション」のようなシステムの構築も今後の課題であろう。

2007年に全国の拠点病院を対象に実施したHIV診療の実態調査<sup>3)</sup>では、拠点病院の25%が「通院患者は0人」と回答しており2003年からほとんど変わっていない一方で、20人以上の通院患者を持つ施設は2003年の16%から28%と急増し、6%の施設は100人以上の通院患者を抱えているという実態が明らかになっている。全国どの地域でも格差のない良質なHIV医療を提供するためには、この拡大傾向にある拠点病院間の診療経験の格差を埋めるための、有機的な医療連携が今後さらに重要になってくると考えられる。

## 文献

- 1) HIV感染症とその合併症 診断と治療ハンドブック  
[http://www.acc.go.jp/clinic/clinic\\_frame.htm](http://www.acc.go.jp/clinic/clinic_frame.htm)
- 2) 国立国際医療センター エイズ治療・研究開発センター HIV/AIDS eラーニング・プログラム  
<http://acc-elearning.org/AIDS/>
- 3) 岡慎一, 照屋勝治: 全国のHIV医療体制整備研究の総括および首都圏ブロックの医療体制整備, 厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業「HIV感染症の医療体制の整備に関する研究」, pp 9-20, 平成20年3月。

## HIV感染者に対する態度と治療への自信: HIV担当医と非担当医の違いは何か?

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

### はじめに

わが国においてHIV感染者は増加傾向にある。2006年の感染者数は約3万人にのぼると推定されており、感染者のいる地域も広範囲にわたってきている。一方、HIV感染者に対する医療従事者の治療とケアの質には地域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く、HIV治療・ケア均てん化のための対策をとる前に、格差の実態をより明らかにする必要がある。そこで本

研究では、全国のエイズ拠点病院におけるHIV担当医と非担当医のエイズ治療やケアの経験レベルの違いがHIV感染者への態度やエイズ治療への自信と関連があるかどうかを特定することを目的とした。

### 方法

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自記式アンケート用紙を作成し、プレテスト後、2006年12月から2007年7月まで、横断的疫学デザインに

よるウェブ調査を行った。対象はエイズ拠点病院（369カ所）に勤務するHIV担当医と非担当医（主に消化器科、呼吸器科内科医）である。E-mailによる連絡先が入手できた321病院のうち、本研究への賛同が得られたのは95病院であった。そのうち各々1～2名のHIV担当医と非担当医（最大計4名）を各病院から紹介してもらった結果、連絡が可能となったのはHIV担当医139名、非担当医は100名であった。そのうち前者については、114名（82%）が、後者については71名（71%）がアンケートに回答した。測定項目のもとになったのは、米国CDCのMedical Service Provider Survey, RAND CorporationによるHIV Cost and Services Utilization Study Provider Survey, 米国Mid-West AIDS Training and Education Centerが作成したアンケートである<sup>1)</sup>。項目は、以下の結果因子に示す5分野にまたがる。

予測因子は第1にHIV担当医であるかどうか。第2にHIV担当医としてこれまでにどれだけの診察経験があるかということである。

結果因子は、5つの測定項目、すなわちHIV感染症に対する一般的な態度（45項目）、HIVやHIV治療への態度（30項目）、HIV感染者治療への意図（15項目）、治療の自信（23項目）、予防への態度（18項目）である。

倫理面に関しては匿名性を確保するために無記名アンケートとし、また自由意思による参加を求めた。また個人情報ウェブ上から漏れないよう十分の配慮を行った。研究に先立ち、東京大学医学部・研究倫理審査委員会の許可を得てから研究を実施した。

## 結果

HIV担当医（114名）と非担当医（71名）の男女比はいずれも90%以上が男性であり、平均年齢は前者が46.5歳、後者は42.2歳であった。

アンケートの信頼性に関して、5分野のCronbach alpha値は、すべての結果因子群で0.9以上であった。また185（114+71）名の回答中、基本属性以外の回答項目において4回答は分析不可能であった。結果としてHIV担当医111名、非担当医70名の回答結果を詳細に分析した。

まずHIV陽性者の診察経験に関して、HIV担当医では111名のうち9.6%が、非担当医で70名のうち54.9%が、全く診察経験がなかった。次いで1から10名の診察経験があった者は担当医では36.8%、非担当医でも39.4%であった。非担当医で30名以上の診察経験があった者はい

なかった。一方、担当医では51名以上の診察経験者が22.8%いた。担当医による21名から50名の診察経験者は比較的少なく、担当医の診察経験数は1～10名と51名以上の2つにピークがあった。

また5つのすべての測定項目（HIV感染症への一般的態度、HIV治療への態度、HIV陽性者治療への意図、治療の自信、予防への態度）において、HIV担当医の平均点数は非担当医より高かった。さらに、1から10名のHIV陽性者の診察経験者は全く診察経験のない医師に比べて平均点数が有意に高かった。このような違いは、1～10名と51名以上の間でも同様であり、51名以上の診察経験者の平均点数の方が有意に高かった。

## 考察

以上のことから、HIV診療において1から10名のHIV陽性者を診察した経験があるのとないのとでは患者への態度や治療への自信が異なってくることを示された。これは、診察経験のないHIV担当医がいる病院では、HIV治療やケアの質が十分でないことを示唆する結果である。そしてそのようなHIV担当医は全体の約10%にも上っていた。この結果から、HIV担当医が診察経験を少なくとも1～10人もてるようにするための工夫が必要である。また診察経験が多いほど、態度や自信のスコアは高くなることがわかったが、何人以上の経験があることが望ましいのかについては、今回のサンプル数からはさらなる分析が困難であり、そのためには、より多くの医師を対象とした研究が必要である。

## 結論

本研究は、HIV診療において、HIV担当医と非担当医との間に違いがあることを示した。また1～10名のHIV感染者の診察経験が極めて重要であることも示した。ここで得られた研究成果は、HIV感染症が低蔓延国である韓国、台湾などにもいかなることが可能である。

なお、今回の調査内容はベースラインに相当する。これをもとにHIV担当医と非担当医に対する介入策をたて、それを評価するための介入研究が必要であろう。

## 文献

- 1) Feldman J, Miner M, Millis M : Training family practice residents in HIV care. *AIDS Patient Care and STDs* 18 (7) : 395-404, 2004.

## 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 HIV/AIDS Education for Medical Professional in the 21st Century in Japan : Lessons from the US Educational System and What Can Be Improved in Japan

矢野（五味） 晴美

*Harumi GOMI-YANO*

自治医科大学臨床感染症センター感染症科

Center for Clinical Infectious Diseases, Jichi Medical University

日本では，今後10年間で，HIV/AIDS患者が爆発的に増加するのではないかと，との懸念が増大している。そのようななか，本稿では，HIV/AIDS患者のケアで，1980年代からシステムを確立してきた米国の教育システムを紹介し，今後，日本で，何ができるか，問題提起，提言したい。

これまで地球上では，さまざまな感染症により人類がその存続の脅威にさらされてきた。「病原微生物」という概念が確立されていなかった中世では，病気にかかった場合，「魔女狩り」や「いけにえ」などの厄払いで，その不幸をめぐおうとしていた時代もあった。ところが，世界的な細菌学者である，Robert Koch, Louis Pasteur, 日本では，野口英世，志賀潔，北里柴三郎らの偉大な発見，業績により，病原体は少しずつ解明されていくにいった。それでも，あたらしい感染症は，世界に後を絶たない。最近で顕著なものでは，1980年代のHIV/AIDS, 1995年のエボラ出血熱，1997年以降の鳥インフルエンザ，2003年のSARS, 最近でも鳥インフルエンザから新型インフルエンザの出現に全世界がそのリスクにさらされている。

エイズに関しては，日本のHIV/AIDS患者は，2006年末までの累計数は，患者4,131人，感染者8,571人と報告されている。もし，この数字が，10年後に，爆発的に増えたとすれば，その予防をいかにに行い，また感染した患者に対してはその診療にあたる医療従事者の教育をいかに行うのかは，日本という国家の「浮沈」にもかかわりかねないのである。

世界における感染症の教育には標準的なものは存在せず，各国の実情で行われているのが現状である<sup>1)</sup>。エイズ患者の診療の教育で，米国の事例を紹介したい。まず，感染症科の専門医に関して述べたい。エイズ患者の診療では，米国においては，エイズ患者のプライマリケア医として，感染症科の専門医が担当することが多い。エイズ患者の診療では，一般内科医や家庭医は，エイズ治療以外の内科的診療では中心的な役割を果たしている。米国では，2007年3月28日現在で，感染症専門資格の発行数が6,724,

そのうち有効な資格者が6,211名である<sup>2)</sup>。感染症科の専門医制度は，1972年に確立し，1991年には10年ごとの専門医の更新制度が導入された。米国での感染症科専門医の養成は，医学部3-4年生のクラークシップから始まり，卒業後の内科または小児科の一般研修を3年終了後，フェローシップとしてなされる。フェローシップは，2-4年間が通常である<sup>3)</sup>。専門医になるためには，エイズ患者の診療は，入院および外来ともに行うことが必須として米国感染症学会がその研修内容を推奨している。外来は，週に1回半日を，2年間程度継続することが推奨されている<sup>3)</sup>。

米国の医学部でのエイズ教育については，臨床前教育 pre-clinical education では，ケースを通して，また，臨床教育 clinical clerkship では，多様なエイズ患者を，外来・入院ともに，十分経験できるシステムになっている。筆者が勤務していた南イリノイ大学においても，医学2年生の免疫・感染ユニットのコースで，エイズで，ニューモシスティス肺炎とサイトメガロウイルスの全身播種の症例をケーススタディとしてPBL (Problem-based learning) にて学ぶことになっていた。ごく自然な形で，日常的に遭遇する患者として，エイズ教育は浸透している。また，米国では，医療面接と身体所見の教育が，最重視されており，米国の国家試験にも，医療面接と身体所見，カルテ記載が実地試験として数年前から加わったこともあり，模擬患者やインターネットを駆使した実践的な教育が広く普及している。感染症の教育では，医療面接，身体所見の際に，かならず患者診察の前後で「手洗い」することも，必須項目となっている。

現在，筆者の勤務する自治医科大学での教育の実情を紹介したい。自治医科大学では，1-2年生のうちに基礎医学が終了，3年生が臨床の系統講義となっている。2年生に対して，細菌学，ウイルス学，医動物学，免疫学，薬理学などの講義がある。3年生に対して（臨床経験なし），臨床感染症領域の講義がある。臨床感染症学の講義は，全部で23コマあるが，感染管理，感染症診療（5コマ），エイズ（1コ



マ), マラリア (1 コマ), 感染症関連法規 (1 コマ) などの構成になっている。残念ながら, 臨床経験のない3年生に講義するのはタイミングとしてよくなく, 病棟実習中の学年を教育することが必須である分野である。筆者は, 3年生の講義に際し, エイズ教育の一環として, 国立国際医療センターの本田美和子先生著書の「エイズ感染爆発と Safe sex について話します」(朝日出版)を必読課題図書と指定して, この読書後に「問題解決型」の課題を出している。課題として, これまで出したのは, 下記である。

1. 2012年, 卒業後3年目で, あなたは, 自分の出身地の診療所に赴任します。

地域の保健所と連携し, その地域での HIV 対策・国民の教育キャンペーンをすることになりました。医療従事者の地域リーダーとして, どのような方策, プランを考えますか? 自由に書いてください。

2. 2013年, 卒業後3年目で, あなたは, 自分の出身地の診療所に赴任します。

次のような患者が目の前に来ました。36歳男性。既往歴なし。青年海外協力隊で, 3年間インド, 2年間ケニアで働いた後, 帰国した。現地および帰国後日本でも, 不特定の異性と性交渉を持ち, HIV のリスクが心配で受診した。課題図書の内容による日本での HIV の現状を参考に, この男性の患者にあなたは, 医師として, どのように対応しますか? 自由に書いてください。

今後日本では, 21世紀のエイズ感染爆発を想定した, 抜本的な国家政策が必須である。患者を誰が診察するのかに

ついては, プライマリケア医 vs. 専門医が考えられる。日本の医学部では, できることから, 実戦的なカリキュラムを取り入れることが必要である。

医学部学生時代から, ケースを通して, 問題解決型の対処法を身につける。初期研修医の時期には, 鑑別診断としてエイズを挙げるトレーニング, 患者への説明の仕方, エイズ検査の同意の取り方を必修項目として導入する。一般医に対しては, 生涯教育として, 鑑別診断として, 「いつでも, どこでも」リスクを想定し, エイズを考慮することが非常に重要である。また, 一施設でのエイズ研修が不十分であれば, 多施設がチームになり, 連携した教育体制を整備することも重要である。施設が連携することで, 症例数を豊富にし, 実戦的な教育を浸透させることが, まず第一歩ではないか。すぐにできることを, 明日からでも取り組むことで状況は大きく変化すると確信する。

## 文献

- 1) Cooke F, Choubina P, Holmes A : Postgraduate training in infectious diseases : investigating the current status in the international community. *Lancet Infect Dis* 5 : 440-449, 2005.
- 2) American Board of Internal Medicine ホームページ専門医統計サイト [www.abim.com](http://www.abim.com)
- 3) Infectious Diseases Society of America ホームページ [www.idsociety.org](http://www.idsociety.org)