

抄

録

プレナリーレクチャー
市民公開講座
シンポジウム
シンポジウム「治療の手引き」
特別ディスカッション
日本性感染症学会との合同シンポジウム
スカラシップ委員会企画
メモリアルサービス
エイズ予防財団 成果発表会
HIV感染症薬物療法認定・専門薬剤師講習会
ワークショップ（指定演題）

共催セミナー
ランチョンセミナー
イブニングセミナー
特別共催シンポジウム

【プレナリーレクチャー1】**PL1) From HIV Discovery to Research Achievements and Future Challenges**

Jay A. Levy ,M.D.

University of California, San Francisco

About 30 years ago, HIV was discovered as the cause of AIDS, two years after the recognition of this clinical syndrome. Initial studies indicated the virus' genetic and biologic features and its wide heterogeneity. A large number of human cells are susceptible to HIV infection including those of the hematopoietic system, the skin brain heart kidney liver prostate and cervix. The infection can give rise to disease in some of these tissues. AIDS develops when CD4+ T cells are reduced to low numbers, thereby compromising the immune function leading to opportunistic infections and cancer.

Early studies indicated that about 5% of infected people can live more than 10 years without any signs of infection and maintain a normal immune system. These long-term survivors have indicated both innate and adaptive immune responses associated with prevention of progression to disease. The CD8+ cell non-cytotoxic antiviral response (CNAR) mediated by a novel CD8+ cell antiviral factor (CAF) is linked to a clinically healthy state and resistance to HIV infection in highly exposed seronegative individuals. The search for CAF identity has uncovered new anti-viral factors. In addition, intracellular intrinsic factors play a role in preventing HIV replication.

Efforts towards developing an ideal HIV vaccine that is effective against all virus isolates and eventually a cure of the infection are now major objectives. Appreciation of the challenges of an integrated viral genome in cells following infection, HIV transmission by an infected cell, and the heterogeneity of virus isolates need to be appreciated to achieve these milestones.

【プレナリーレクチャー2】

PL2) HIV Persistence and Strategies for a Cure

Hiroyu Hatano

University of California, San Francisco

Although antiretroviral therapy (ART) has significantly decreased the morbidity and mortality associated with HIV infection, it does not fully restore health. Life-long adherence to ART is required, which many individuals find challenging, and most, if not all, ART regimens have some short- and long-term toxicities. Moreover, ART does not completely restore health despite effective viral suppression. In addition, HIV can still be detected from patients who have maintained viral suppression for many years, suggesting that current therapeutic approaches are unlikely to be curative. Finally, and most importantly, antiretroviral therapy is expensive and cannot be delivered in a sustainable way to all individuals in need. Therefore, to reverse the spread of the epidemic and to provide care for all, a fundamentally different approach is needed. The development of a cure for HIV infection is now recognized as a major public health objective. While complete eradication may never be feasible for most HIV-infected individuals, a “functional cure” in which patients are able to maintain undetectable viral loads indefinitely in the absence of therapy may be possible. Current strategies for achieving a functional cure will be discussed.

【市民公開講座（第1部）】

家庭、友だち、学校それぞれで語ろう『性と生のはなし』 ～ HIV、性感染症を予防するために～

■総合司会：

白阪琢磨（独立行政法人国立病院機構大阪医療センター
HIV/AIDS先端医療開発センター）

■座長： 佐保美奈子（大阪府立大学大学院看護学研究科 母子健康看護学） 北川未幾子（大阪府立大学看護学部 地域看護学）

■演者： NPO法人HIVと人権・情報センター

松原高校るるくめいと（大阪府立松原高等学校）
徳永桂子（思春期保健相談士）

趣 旨：

『性と生のはなし』は、家庭・学校・地域がそれぞれの役割・機能の中で、自然な形で語り伝え、学ぶことが望ましい。

性と生（Sexuality）は、人の根幹に関わる大切な問題でありながら、そのことを話題にすることについて、大人は恥ずかしさや戸惑いを感じ、避けようとする者が多い。家庭で話しづらいことは、当然だが学校でも取り上げられることは少ない。その結果、デートバイオレンスを始めとして、性感染症や望まない妊娠の問題が大きくなってきた。

性感染症は性的活動が活発な若い人たちを中心とした病気である。高校生からセックスデビューをする者が多くなっているため、学校における予防教育が重点課題に上がっている。

市民公開講座の前半について、①学校での性教育の実践報告、②高校生による性教育の出前講座の実践報告、③幼児期からの性教育の必要性和性被害の予防についての講演を聴き、家庭・学校・地域でどのように応用していくか検討の機会としたい。

実践報告Ⅰ) 若者相互によるAIDS啓発プログラム

NPO 法人HIV と人権・情報センター

HIV と人権・情報センター（JHC : Japan HIV Center）は1988年に設立されたNPOであり、HIV 陽性者や感染不安を持つ人々を対象とするAIDS 電話相談、HIV 抗体検査・相談、陽性者支援、啓発等の活動を行っている。電話相談における10代からの相談内容をまとめていく中で、若者たちの性意識やいのちの尊重が希薄となっている状況を鑑み、HIV/AIDSを通して自己肯定感やいのちへの感受性、人権意識、性的自己決定能力を身につけて貰うことを眼目として、ピア・エデュケーションの手法を組み合わせた出前講座「ヤング・フォー・ヤング・シェアリング・プログラム（YYSP）」を開発し、1998年より実施してきた。

以来、「子どもたちがAIDSについての認識と理解を深めていくことにより、自分や他の人の生命や健康、個性を尊重しながら、豊かな人間関係を築くこと」を目標に、これまで延べ723ヶ所、計87,101名（2014年3月末現在）の青少年を対象にプログラムを実施してきた実績を持つ。

実施に際しては、依頼元の学校や保健機関と連携し、主催者の目的や希望するテーマ、対象年齢や地域など、実情に合わせた形で内容を構成するオーダーメイド・プログラムを作成し、その上で、JHCが目指すAIDS教育として、「1. お互いを尊重し合い、ともに生きていくことができる社会を築くことを目指す。」、「2. 自分や他の人を尊重する感覚を養い、特にいのちに対する価値観を高める。」、「3. 若者が若者と一緒に、性やAIDS、生きることについて意識や思いを分かち合う。」、これら3つの要素を反映して行うものである。

通常90～120分のプログラムであるところ、今回はその一部（主に感染経路や予防方法等）について、実際に活動に関わっているメンバーたちが紹介する。

実践報告Ⅱ) 今あなたに伝えたい ～ HIV/AIDS ピア・エデュケーション～

松原高校るるくめいと

大阪府立松原高等学校

るるくは1999年、松原保健所主催「性とエイズを考える・るるく講座」から生まれたエイズで前授業などを行うボランティアグループです。「るるく」とは、知る、考える、動く、の最後の一文字で、講座発案者の飯沼恵子保健師が命名されました。

松原高校は総合学科で、国際理解、地域福祉、人権学習に取り組んでおり、なかでも「産業社会と人間」や「看護基礎医学」といった授業で学んでいた生徒たちが「るるく講座」を受けました。参加型学習で、生徒たちは「こんなに楽しくわかりやすいならみんなに伝えたい」と感じました。保健所所長の名で「ピア・エデュケーター」と認められた講座の修了者は「るるくめいと」になったのです。

2000年より、保健所や学校で発表する機会をいただくようになります。そうして、若者が若者に教える、つまり当事者が当事者と学びあうという意味で使われるピア・エデュケーションが始まりました。出前授業では参加者との「対話」を大事にしながら劇やクイズを通じ、「お互いの心とからだを大切にするため一緒に考えよう」とセイファーセックスの大切さを伝えています。

定期的な学習会「るるくあっぷ」でHIV陽性の方や性同一性障がいの方と出会い、「感染しないための予防」から「感染したらどうするか」「陽性者とともに生きる」「性の多様性を認める」ことを強調してきました。生徒たちが自分自身と重ね合わせて、その意味を理解していく過程が、るるくめいととの活動になっています。

講演) 小さいときから始めよう！性の健康教育～子どもを守るために

徳永桂子

思春期保健相談士

性をタブー視する社会の中で性教育は「寝た子を起こす」とないがしろにされてきました。しかし、UNAIDSの大規模な性教育に関する調査報告でも「効果的なプログラムは最初の性交を遅らせ、性的に活発な若者をHIVを含む性感染症や予期せぬ妊娠から守るのに役立っている。セクシュアル・ヘルスに関する教育は、性行動がはじまる前に開始すると最も効果があがる。」と結論されています。子ども向けポルノコミック、子ども向け雑誌にセックス関連記事、さらにインターネットでは簡単にアダルト情報が手に入り、子どもを性的に搾取しようとする誘いも多い日本で、子ども達が本当に必要な知識を身に付けていないことは危険です。私は、相談業務はもちろんのこと、性教育やCAP（子どもへの暴力防止）プログラムを子どもとおとなに提供する活動の中で、多くの性被害体験に出会ってきました。その影響の深刻さは一般に想像されているよりはるかに大きく、思春期の他者や自分を傷つける行動にもつながっていることを実感しています。自分の身体を病気から守る（＝健康）ために、性被害から守る（＝安全）ために性教育は不可欠です。幼少期の性被害予防の必要からも性教育は3歳ごろから家庭を中心として始めることが望まれます。

親子講座に参加すると、親は明るく素直に性の話を受けとめる幼児達を見て驚きます。知的好奇心に応えて自分の身体について正しく学ぶ（＝科学）ことで子どもが自分を大切に思い自尊感情を高められることが確認されています。また、子どもには、性のことは家庭でも話して良いのだというメッセージになり、性被害にあったときも親に相談できるようになります。幼児期に親子で性について話す基礎を作っておくと、成長に応じた性教育を続けることができます。さらに、子どもの性の健康と安全のためにおとなが性の科学を学び続けることは、体系だった性教育を受けていないおとな達にとっても自らの性の健康と安全を確保する機会となります。「性」は人が生きていく限り関わり続ける問題です。人は生まれた時から、自分の存在を認めて受け入れてくれる関係を求め、そういう関係が生きる意欲につながります。「性」を単に生殖の側面だけでなく豊かに生きるために寄り添うという人の根本的な欲求から考えると高齢者の性も同性愛も肯定することができます。性教育はいのちを救うものであり人生を豊かにするものというメッセージを皆さんに届けたいと思っています。

【市民公開講座（第2部）】

■総合司会：

白阪琢磨（独立行政法人国立病院機構大阪医療センター
HIV/AIDS先端医療開発センター）

■座長： 塩田達雄（大阪大学微生物病研究所 感染機構研究部門 ウイルス感染制御分野）

■演者： Cristina Pena（UNAIDS ランセット委員会委員、エリザベス・グレイサー小児エイズ基金
アンバサダー）

趣 旨：

日本では性教育が確立しておらず、若者たちはHIV/AIDSに関する知識を十分に持っていません。また、実際にHIV陽性者と触れ合う機会もほとんどなく、自分たちとは違う世界の病気だと思っている人も多いようです。そして、こうしたことが、病気の予防や治療、HIV陽性者の社会参加の障害になっていると思います。

私がクリスティーナ・ペニャさんとお会いした際、こんなに魅力的な若い女性がHIV陽性者であること、また、陽性者の立場から力強く発信を続けておられることに驚きを感じました。そして、ぜひ、日本の若者に直接、話をしていただきたいと思います。

本日、それが実現できることを、大変うれしく思っています。本日のペニャさんの講演をきっかけに、より多くの日本の若者たちに、自分事として、HIV/AIDSを考えてもらえればと期待しています。

趣旨文章：安倍昭恵

UNAIDS ランセット委員会委員

講演) エイズに打ち勝つには一私のストーリーから

クリスティーナ・ペニャ

UNAIDSランセット委員会委員、エジザベス・グレイサー小児エイズ基金アンバサダー

HIV/エイズには境界線がありません。国籍、性別、社会階級、貧富、宗教、年齢に関係なく地域社会の人びとのあらゆる面に影響を及ぼします。私たちがエイズの世界的な蔓延に確実に終止符を打とうとするならば、日本を含めたすべての国がまずそれぞれの国内においてHIV/エイズの問題を認識し、取り組まなければなりません。

HIV/エイズは、これまで社会的に覆い隠されてきた問題に光をあてます。この病気により、私たちは自分たちの内面に目を向け、私たちの社会を脆弱で無防備な状態のままにするスティグマ（偏見）と差別、社会的および性的不平等、社会規範、伝統、そしてタブーに取り組まざるを得なくなります。その結果、この病気は、根拠に基づいた性教育と予防努力、定期的なHIVスクリーニングと教育、更には、しっかりとした家族計画と健康管理の利用から多大な恩恵を受けられることを地域社会の人びとに認識させることもできます。私たちが恐怖と誤解から脱却し、この病気に打ち勝つために力を注ぐ時が来ました。

私は、今日を生きるHIV感染者の一人です。大学を卒業し、専門職に就いた若い女性であり、HIVに感染していないボーイフレンドと長年にわたりパートナーとしての関係を築いています。1984年にHIV陽性で生まれた私は、HIVに感染して生まれ無事に成人することのできた子供の最初の世代の代表です。HIV/エイズへの取り組みが実際に進歩していることを私は実感しています。私が今生きていられるのは進歩しているおかげです。でも私が一番恐れているのは、HIV/エイズと闘うための進歩が、HIV/エイズは他人事だと思い込んでしまうことによって、その歩みを鈍らせてしまうことです。

私たちは、全員がHIV/エイズとの闘いにおいて重要な役割を担っています。方針を決定して経済的および人的資源を分配する政治的リーダー達、有効な治療と、いつの日かにはHIV/エイズを治療する治療法を探し求める多くの科学者たち、あるいはHIV患者とHIV感染リスクのある方々に毎日思いやりを持って接する献身的な医療従事者たち。そしてエイズとの闘いの進歩の中心には、個々の事業主、警察官、農家の人、コンピュータープログラマー、母親や父親、高校生等の人々がいて、普通の市民として、自分自身だけではなく他の人にもHIV/エイズのことを知ってもらおうと意識的に行動しています。

HIV/エイズとの闘いにおける私たちの最も強力な味方は、この病気について世代を越えて率直に本音の話し合いを行うことです。何も隠してはなりません。私は、日本の若い世代には、性に関する健康と権利について、率直な話し合いを活発に行っていく準備が十分に整っていると考えています。しかしながら、今の若い人たちにHIVに感染しないための知識や手段を伝えることに失敗してしまうと、エイズの連鎖を断ち切ることは不可能になるでしょう。

私は、日本の安倍首相夫人のエイズ無き時代への展望とリーダーシップや、HIV/エイズとの闘いのための国内外での継続的な献身的活動に非常に感銘を受けました。私の経験を皆さんの前で話しし、HIV/エイズについて、その蔓延に終止符を打つための日本の若い世代の役割について率直な話し合いをして欲しいというご依頼を非常にありがたく思っております。この病気の将来は、私たちが今起こす行動によって決まるでしょう。

講演) Cristina Pena's Statement for Defeating AIDS and Advancing Global Health

Cristina Pena

Commissioner of UNAIDS-Lancet Commission and EGPAF Ambassador

HIV has no boundaries; this disease affects all aspects of community regardless of nationality, gender, social class, wealth, creed or age. And if we intend to truly bring an end to the global AIDS epidemic then every country- including Japan -must first acknowledge and address HIV/AIDS at the domestic level.

HIV/AIDS shines a light on society's most silenced issues. This disease forces us to look inward and confront stigma and discrimination, social and gender inequalities, and societal norms, traditions and taboos that leave our communities vulnerable and unprepared. Subsequently this disease can also motivate a community to recognize the tremendous benefits of evidence-based sex education and prevention efforts, of regular HIV screenings and education, and access to quality family planning and healthcare. It's time to move past our fears and misconceptions and instead harness our efforts to defeat this disease.

I'm one of the faces of HIV today. I'm a college-educated, young professional woman in a committed long-term relationship with my boyfriend who is HIV-free. Born HIV positive in 1984, I represent the early generation of children living with HIV to successfully transition to adulthood. I know progress is real; I'm alive today because of progress. However my greatest fear is that these advancements in the fight against HIV/AIDS will only be curtailed by complacency-by our belief that HIV and AIDS is "someone else's problem."

We *all* have an influential role in the fight against HIV/AIDS. From our leaders who set policy and allocate resources to the many scientists in search of effective treatments and-one day a cure -and the dedicated health providers who compassionately care for those living with and at-risk for HIV each day. And at the heart of this progress is the individual - the business owner, the police officer, the farmer, the computer programmer, the mother and father, the high school student- the everyday citizens who consciously choose to educate not only themselves but other about HIV/AIDS.

Our most powerful ally in the fight against HIV/AIDS is fostering open and honest cross-generational dialogue about this disease. Nothing should remain off-limits. I believe the Japanese youth generation is instrumental in shaping today and tomorrow's conversation and expectations around sexual and reproductive health and rights. Nevertheless, if we fail to empower our young people with the knowledge and tools to remain HIV-free we will never break the cycle of AIDS.

I am deeply touched by First Lady Madame Abe's vision and leadership for an AIDS-free generation and her continued commitment in the local and global fight against HIV/AIDS. I'm very grateful to be invited to share my story and have a candid discussion about HIV/AIDS and the role of the Japanese youth generation in ending this epidemic. The future of this disease will be dictated by the actions we take now.

【シンポジウム1（臨床）】

HIV感染者における抗酸菌感染の現状と課題

- 座長： 古西 満（奈良県立医科大学 健康管理センター）
露口一成（国立病院機構近畿中央胸部疾患センター 臨床研究センター）
- 演者： 永井英明（国立病院機構東京病院呼吸器センター）
上領 博（神戸大学医学部附属病院 呼吸器内科）
安岡 彰（市立大村市民病院）
照屋勝治（国立国際医療研究センターエイズ治療・研究開発センター）

趣 旨：

わが国において活動性結核はエイズの指標疾患として10%弱程度を占めている。また非結核性抗酸菌症も指標疾患の一つである。HIV感染症の治療において抗酸菌症対策が重要であることは論を待たず、今回の学会シンポジウムのテーマとして取り上げられたことは意義のあることと思われる。

まず結核は、CD4数にかかわらずHIV感染のいずれの時期においても発症しうる感染症であり、また空気感染により伝播するため周囲への感染が問題となるという点でも重要である。HIV感染による免疫低下が結核発症の要因となるが、一方で結核感染がHIV感染症の進行を促進することも報告されており病態は複雑である。治療にあたっては、①HIV感染合併結核における抗HIV治療開始時期をどうするか、②リファンピシンと抗HIV薬の相互作用、③免疫再構築症候群、④多数の薬剤服用による副作用・患者負担の増大、等のさまざまな問題点があり困難がつきまとう。従ってHIV感染者においては結核の感染診断による早期発見・予防（潜在性結核感染治療）がとりわけ重要である。そのための結核感染診断法としてインターフェロンガンマ遊離試験（IGRA）が近年普及しHIV感染者においてもその有用性が検討されてきている。

HIV感染に合併する非結核性抗酸菌症は、非HIV感染におけるそれとは大きく異なり、全身播種型が多い。CD4数が50/ μ l未満と高度な免疫不全状態となって初めて発症する。そのほとんどは*M. avium*によるものである。抗HIV治療の進歩や予防法の確立によって現在わが国での発症は比較的稀であるが、結核に比べて薬剤効果も劣り予後が悪いことから、今後の動向には注意が必要である。また*M. avium*以外の非結核性抗酸菌による感染症も経験することがある。菌種によって病型や治療薬が異なり、非結核性抗酸菌は環境菌でもあるので、的確な診断が重要である。

今回のシンポジウムでは、HIV感染者における抗酸菌症にかかわる問題について、4人の経験豊かなシンポジストの先生方に論じていただく。この分野における今後の診療に有用となるような知見が得られることを座長として期待するものである。

S1-1) HIV感染者における結核の診断とIGRA

永井英明

国立病院機構東京病院呼吸器センター

日本は結核の中蔓延国であり、HIV感染症に結核を合併するリスクは欧米諸国に比べ高い。HIV感染者に合併する結核は非典型的な胸部X線所見、ツベルクリン反応（ツ反）陰性、肺外結核などを呈し、ただちに結核を疑うことが困難な場合がある。したがってHIV感染者に不明熱があるときや胸部X線異常影があるときは必ず抗酸菌検査を加えるべきである。HIV感染者の結核では喀痰塗抹検査の陽性率は低く、結核を疑う場合は種々の検体を採取して結核菌を証明する必要がある。

HIV感染症は細胞性免疫機能が著しく低下するため、結核に感染すると発病するリスクは極めて高い。したがって、HIV感染者では結核感染が判明し潜在性結核感染症（LTBI）と診断が確定した場合は、isoniazidによる治療が行われる。LTBIの診断は、ツ反により行われてきたが、最近ではツ反に替わって、インターフェロン γ （IFN- γ ）遊離測定法（Interferon-Gamma Release Assay：IGRA）が行われている。IGRAは特異的抗原刺激に対するリンパ球のIFN- γ 産生能を測定することによって結核感染の診断を行う方法であり、BCG接種の影響を受けない。現在、わが国で用いられているIGRAはQuantiFERON[®]-TB Gold（第3世代：QFT-3G）とT-SPOT[®].TB（T-SPOT）である。いずれも結核診断の感度と特異度は90%を超えており、ツ反に比べ優れている。

HIV感染症において、IGRAはツ反よりも優れた感度と特異度を示すが、QFT-3GとT-SPOTの感度の比較ではT-SPOTのほうが感度がよいという報告が多い。QFT-3Gは全血を用いた検査であり、リンパ球数が少ない症例では感度が低下すると考えられる。T-SPOTはリンパ球数を一定数確保して行う検査であり、リンパ球数の影響は受けにくい。QFT-3Gにおけるリンパ球数の影響は当院におけるデータでも認められた。

HIV感染症ではIGRAの判定不可が多いという指摘があり、CD4陽性細胞数の減少、細胞性免疫機能の低下が影響すると考えられるが、報告によりばらつきが多い。

最近ではIGRAの連続検査における変動と再現性の不安定さが指摘されており、これらの問題点は、IGRAは生きた細胞を扱う検査であることに起因し、検体の慎重な扱いと検査の精度管理の重要性を示している。

S1-2) HIV感染症合併結核の治療の実際

上領 博

神戸大学医学部附属病院 呼吸器内科

HIV感染症は、HIVがCD4陽性Tリンパ球に感染することで宿主の細胞性免疫が低下して結核感染のリスクが高くなる。またさらに、結核感染によりHIV感染自体も増悪しやすく、HIV感染と結核感染は相乗的に増悪する。

日本における結核感染症の現状は、生活環境の改善や抗結核薬の開発、治療方法が確立したことで、特別な場合を除き治療が十分可能な疾患となっている。また、HIV感染症についても、近年は抗HIV療法（antiretroviral therapy; ART）がきわめて有効な時代となり、AIDS関連疾患の減少とHIV感染者の死亡率の低下により予後は著明に改善してきている。そのため、HIV感染者の総数は増加傾向と考える。このような状況の日本におけるHIV感染症合併結核の頻度は、2007～2011年において結核患者のうちのHIV陽性率は0.34～0.46%との報告がある。また、AIDS発生報告症例における指標疾患の分布をみると活動性結核は累計患者報告数で第5位（6.0%）を占めており、HIV感染症において結核感染は重要な感染症のひとつである。

では実際に、我々はどのような人を治療対象とし、どのように治療を行っているのでしょうか？

HIV感染症合併結核患者の特徴としては、通常の結核感染者に比較して、年齢が若く男性の占める割合が非常に高い。また、発症様式としては肺外結核の占める割合が比較的多い。また、結核発症時のARTの有無やCD4数との関係を見ると、ART未導入でCD4数が200個／ μ Lを下回る患者が多い。つまり、結核感染を契機にHIV感染陽性が判明した「いきなりAIDS」症例が多数を占めている。

そういった症例に対して治療をする場合に問題となるのは、治療開始の時期や治療期間。薬剤の副作用や相互作用、免疫再構築症候群、アドヒアランスとさまざまな要素を加味する必要がでてくる。患者のQOL、そして周囲への感染暴露リスクの低減のためにも、HIV感染症合併結核治療をうまくマネジメントしたい。その一助となればと考えます。

S1-3) HIV感染者における非結核性抗酸菌症の特徴

安岡 彰

市立大村市民病院

非結核性抗酸菌は難治性感染症のひとつであり、非HIV領域では最近増加しつつある感染症である。非HIV領域では主に肺感染症であるが、これまでHIV領域では播種性感染症が主たる病態と考えられてきた。末梢血CD4数が100 / μ L未満、とくに50未満となって発症する慢性敗血症で、抗HIV薬治療（ART）が行われる以前の時期は、菌血症を繰り返した末に全身臓器に抗酸菌の播種状態となって死亡することが多かった。ARTの時代となってからは本邦における本症の発症は減少してきたが、高度免疫不全状態からのARTでは免疫再構築症候群としての発症や、肺感染症、リンパ節炎などこれまでの病態とは異なった発症が見られるようになってきている。ARTとの相性が悪く、発症した場合しばしば難治性である。HIV領域における本症の特徴や、日本での動向などについて概説する。

S1-4) HIV合併非結核性抗酸菌症の治療の実際

照屋勝治

国立国際医療研究センターエイズ治療・研究開発センター

HIV感染症における播種性非結核性抗酸菌症（以下、播種性NTM症）の治療の第一選択はCAM/EB ± RBTである。CAM/EBの2剤投与が基本であり、RBTの併用は「免疫不全が強い場合や菌量が多い場合に考慮される」という位置付けとなっている。このように播種性非結核性抗酸菌症の治療は、ガイドライン上は極めて明快到記載が可能であるが、実際の症例では、以下の理由により治療に難渋することも少なくない。

一つ目は治療薬物の有害事象の頻度の高さである。当科の経験では治療経過中に4割弱で何らかの有害事象が生じており、治療中断や変更などを余儀なくされている。CAMやRBT、そして抗HIV薬はいずれもCYPを介した薬物相互作用があり、特にRBTの血中濃度が上昇することが知られている。ガイドラインに従った用量調整を行っても、血中濃度依存性に起こるぶどう膜炎には注意が必要で、治療経過中はいつでも発症するリスクがあり、当科では投与患者の1割で見られている。

二つ目は免疫再構築症候群である。播種性NTM症例に対するART導入例ではほぼ全例で見られ、強い炎症反応や、発熱・疼痛などの臨床症状が強い場合には、治療継続のためにステロイドの併用を要することが少なくない。ステロイドの使用は長期を要することが多いが、免疫抑制を強くかけ過ぎると他の日和見疾患の発症リスクを高める点に注意が必要である。

三つ目は難治例の存在とkey drugであるCAMへの耐性化である。菌量の多い重症例では三剤併用の抗NTM治療下でも十分な臨床効果が得られない症例があり、治療が長期化するうちにkey drugであるCAMへの耐性を獲得してしまう例がある。この場合には現時点で標準治療が存在せず、治療に難渋することになる。

マネジメント困難例への対応については、コンセンサスの得られていない部分も多いと思われるが、本シンポジウムでは当科での経験症例と文献的考察を踏まえながら、私見を述べてみたい。

【シンポジウム2（臨床）】

歯科等医療体制：HIV診療と医療ネットワーク（患者紹介システム）

■座長： 伊藤俊広（独立行政法人国立病院機構仙台医療センター感染症内科）
宇佐美雄司（国立病院機構 名古屋医療センター 歯科口腔外科）

■演者： 照屋勝治（国立国際医療研究センターエイズ治療・研究開発センター）
宇佐美雄司（国立病院機構 名古屋医療センター 歯科口腔外科）
伊藤俊広（独立行政法人国立病院機構仙台医療センター感染症内科）
津田高司（大阪府歯科医師会）
遠藤知之（北海道大学病院 血液内科）
山本政弘（国立病院機構 九州医療センター AIDS/HIV 総合治療センター）

趣 旨：

エイズが報告されて以来、歯科医療は様々な場面でHIV感染症の問題と関わってきている。90年代前半までは主に歯科診療時の交差感染が話題に上っていた。しかし、ARTの登場によりHIV感染者の予後が大きく改善し、歯科医療との関わりは様変わりした（はずである）。すなわち、歯科疾患は罹患率が高いため、HIV感染者の歯科治療の必要性が増加したのである。本来、全ての歯科医院がHIV感染者を普通に受入れができれば問題はないが、現実的には困難であることは容易に想像される。そこでその対策として、いくつかの都道府県ではHIV感染者の診療に対応する歯科医院のリストアップ、すなわち歯科診療ネットワークが徐々に構築されてきた。ただし、構築のきっかけ、方法は各地様々であり、全国展開にはまだ至っていない。

名古屋医療センターの所在地である愛知県ではHIV感染症の歯科診療体制構築のために、愛知県、愛知県歯科医師会と協議会を設立した。その活動から判ったことは、まず、多くの歯科医師が応召義務に則り、HIV感染者の治療を受入れるべきであると、考えてはいるということである。しかし、HIV感染症に対する知識不足と過去のイメージの呪縛のため、あるいは風評被害を恐れて多くの歯科医師が尻込みをしているのが実状であった。結局、ネットワーク構築の具体化に至るために、協議会を約2年間に12回開催した。かなりの手間を要したようにも感じられるが、構築の見本も乏しい中で、コンセンサスを形成していくために必要な過程であった。なお、協議会の活動は単なる歯科医院のリスト作成だけではなく、例えば曝露事故時の対応策を議論するなど有意義なものであったと考えている。

愛知県のようにHIV感染症治療の経験豊富なブロック拠点病院のような医療機関が存在する都道府県では、そのイニシアチブによりネットワーク構築の目処を立てることができるであろう。しかし、それ以外の地域では、ネットワーク構築の発端が難しいかもしれない。それゆえ本シンポジウムではネットワーク構築における様々な経験を対外的に発信し、手本が提示されることに期待したい。さらに、歯科領域に限らず、異分野間の情報交換により医療連携の向上に繋がれば幸いである。

S2-1) ACCにおける院内他科および他施設との医療連携の現状

照屋勝治

国立国際医療研究センターエイズ治療・研究開発センター

抗HIV治療の進歩により患者の予後は著しく改善し、かつ副作用の点でも劇的な改善が得られ、抗HIV治療はかつてに比べて遙かに容易なものへとようになってきている。抗HIV治療が開始されて血中ウイルス量が検出限界未満となり、CD4数も上昇して安定期の状態となれば、2-3ヶ月に一度の通院で十分な管理が可能な時代となった。一方で、1) 服薬アドヒアランスをどう維持していくか、2) 受診中断例を減らしていくための患者負担の軽減、そして、3) 患者の高齢化に伴うHIV感染症に直接関連しない各種疾患（脳心血管疾患、慢性腎臓病、糖尿病、高血圧、悪性腫瘍）への対応などが、新たな問題点として浮き上がってきている。これらの問題点は、単施設の単科での対応では解決不可能である。また仕事をしながら負担をかけずに治療を継続するためには、通常診療は遅い時間帯や土日に受診が可能な地域の診療所で行い、必要に応じて専門機関に逆紹介がいつでも気軽に可能であるような連携システムを構築していくことが必要である。HIV感染症に関連しない各種疾患への対応については、施設内外の他科との連携もこれまで以上に重要になってくるだろう。

当科では2002年より病診連携構築に取り組んできており、2007年以降は年間90-100例程度の患者を他施設に紹介し、必要に応じた逆紹介も受けながら連携を行っている。施設内においても、院内他科と連携しながら入院あるいは外来診療する症例が年々増加してきた。

本シンポジウムでは当科での取り組みと現状を紹介しながら、現在の問題点等と、改善のために必要な今後の取り組みについて考えてみたい。

S2-2) HIV 歯科診療ネットワークの構築活動について

宇佐美雄司

国立病院機構 名古屋医療センター 歯科口腔外科

基本的な感染対策により、HIV が歯科診療中に歯科医療従事者に感染しないことは1990年代初頭までに明確にされていた。すなわち、今や感染対策ができないとの理由で、HIV 感染者の歯科診療を断ることはできない。さらにARTの登場によりHIV感染者の免疫能回復が可能になったため、歯科診療の際に特別な配慮はほとんど不要となった。しかし、本年度においても高知県の事例から判断されるように、一般の歯科医院においてHIV感染者が普通に受入れられることは、いまだ難しいのが実状であろう。一方、HIV感染者の予後の改善は、歯科医療の必要性がますます高くなると推測される。HIV感染者の歯科診療受入れの障害は、ほとんどが無知と偏見によるものと考えられるが、その改善は一朝一夕に行かないことは、現在の状況が何より物語っている。そこで、現実的対応策として都道府県単位でのHIV感染者の歯科診療ネットワークの構築がなされてきた。厚労科研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：歯科の医療体制整備に関する研究」も、均てん化としてネットワーク構築の全国展開を目指してきた。いくつかの都道府県ではすでに構築され、実際に機能しているが、興味あることに構築のきっかけや方法は様々である。詳細は数年ごとに発行される「HIV感染症歯科診療ネットワーク取組事例集」にまとめられているので、本シンポジウムではまずは概要を紹介したい。

さて、愛知県においては名古屋医療センター歯科口腔外科から提案し、愛知県、愛知県歯科医師会と歯科医療体制の構築のための協議会を2011年に設立した。協議会を運営することにより、歯科医師会会員対象の講演、卒後臨床研修歯科医師の講義、歯科医院のスタッフ対象の講演などの啓蒙のための機会を得ることもできた。そして、関係者の尽力によりHIV感染者の診療実績のある歯科医院を端緒として、ネットワーク構築に至った。ネットワークに登録された歯科医院とは名古屋医療センター歯科口腔外科とメールなどで情報交換し、また歯科診療時の曝露事故時には名古屋医療センター感染症内科が対応するなどの準備もされている。さらに今後は東海ブロックの他県にもネットワーク構築のモデルとして提示していきたいと考えている。

S2-3) HIV診療になぜネットワークが必要か 紹介事業に必要な支援のあり方

伊藤俊広

独立行政法人国立病院機構仙台医療センター感染症内科

1981年LAで発生したカリニ肺炎（AIDS）のoutbreakから33年が経過した。当初、この免疫不全症は原因不明で治療法がなく、発症すれば死に至ることから世界的な社会不安が生じた。1983年に原因としてHIVが同定されたことから感染症としての疾患概念が確立はしたが、「伝染し死ぬ」という認識から差別・偏見の対象ともなってしまう、現在においてすらそこから解放されていない。ウイルスが同定されたことから検査法、治療法など基礎的・臨床的研究が着実に進歩し、現在ではcARTによる継続的治療により予後が改善、全くの慢性疾患へと変遷した。それと同時に長期療養下の種々の合併症や高齢化に付随した問題が浮上してきており、それに対応した対策を急ぐ必要性が強調されている。

HIVネットワーク構築事業の必要性は差別・偏見の歴史と長期療養という現状をみればおのずと明らかである。HIV感染症に対する政策（医療均てん化）として1993年～全国の拠点病院整備、1997年～エイズ研究センター（ACC）/ブロック拠点病院整備が進められ、「HIV感染症の医療体制の整備に関する研究」事業が続けられているが、それらの作業によっても未だネットワーク構築は達成途上である。達成への逆風となっているのは、個々人のHIV感染症に対する無関心と無知、そこから派生し今もって続いている差別と偏見であり、紹介事業に必要な支援はこの逆風を和らげることと考えられる。①HIV感染症は死の病ではなくコントロール可能な慢性疾患であること、②誰にでも感染しうる疾患（性感染症）であること、③safer sexにより水平感染を阻止できること、④日常生活では感染しないこと、⑤母子（垂直）感染が予防可能であること、⑥医療現場では、HBV同様のstandard precautionにより感染防御が可能であること、⑦医療事故（針刺し）時は予防内服で感染を阻止できること、など繰り返し学習する機会をもつことで、医療関係者だけでなく一般人のHIV感染症に対する差別や偏見の度合いを低下させることができると思われ、ネットワークの構築と患者紹介事業をスムーズに行える可能性が高い。

将来にわたり患者を主体とした最良の医療を提供する時、用意されている医療資源を最大限活用しようとすれば単一医療機関のみで対処することは不可能であり無駄も多い。他疾患と同様に医療連携を通じ、専門性を考慮した患者紹介という手段が必要となる（HIV感染症ということだけの特殊性はない）。患者紹介作業に当たっては必然的に病～病、医科～歯科、今後の長期医療を想定した病院～施設・在宅などのネットワーク構築が必要となるはずである。今後もそのための支援を継続していかなければならない。

S2-4) 大阪府HIV感染者等歯科診療連携体制について

津田高司

大阪府歯科医師会

大阪府におけるHIV感染者への歯科診療機会の提供は、従来よりHIV感染者を治療する拠点病院の歯科口腔外科がその中心的役割を担ってきたが、大阪府におけるHIV感染者の増加とHIV感染者に対する治療の進歩による予後の改善により、歯科治療に対するニーズはますます大きくなっている。この状況に対応するため大阪府歯科医師会は、大阪府、大阪府エイズ治療拠点病院等と連携し、HIV感染者・エイズ患者が地域で安心して歯科診療を受けられることを目的として、平成24年8月より大阪府HIV感染者等歯科診療連携体制事業を開始した。この事業は、歯科診療の必要なHIV感染者から身近な歯科診療所での診療の希望があった場合に、拠点病院と連携し地域の協力歯科診療所を紹介するだけでなく、協力歯科診療所の拡大と大阪府歯科医師会会員に対する研修による正しい知識の習得を通じて、HIV感染者への歯科診療をHIV感染の有無に関わらず同等に提供できるような体制を構築することを目標としている。この事業の実情と現在までに生じているさまざまな課題について報告する。

S2-5) 北海道HIV透析ネットワークの構築

遠藤知之

北海道大学病院 血液内科

HIV感染症は、治療の進歩で生命予後が劇的に改善し、感染者は自分のライフスタイルに合わせた生活を送ることが可能となってきている。その一方で、HIV感染者の高齢化に伴う様々な合併症が問題となってきているが、その中の一つに慢性腎臓病（CKD）がある。HIV感染者の中には抗HIV薬などによって腎障害をきたしている症例が多く、当院での検討でもCKDの有病率は18.8%であり、腎障害の進行速度はHIV非感染者と比較して速いことがわかった。すでに慢性維持透析が必要な症例もでてきているが、今後さらに増加してくることが予想される。また、慢性維持透析は通常週3回の通院が必要となるため、通院の利便性が重要となる。しかし、即座にHIV感染者を受け入れてくれる透析施設は数少なく、今後HIV感染者が地元で安心して透析を受けることができるような体制づくりが必要と考えられる。

このような背景から、北海道では2013年4月に北海道透析療学会と連携して「北海道HIV透析ネットワーク」を設立した。これは、HIV感染者の透析を行うことが可能であることを表明してくれた透析施設に登録してもらい、あらかじめ登録施設リストを作成しておくことにより、透析が必要なHIV感染者が生じた際にスムーズに受け入れの相談ができるようにすることを目的としている。しかしながら、ほとんどの透析施設では、HIV感染者の受け入れ経験がないことから、さまざまな不安を抱えており、特に透析施設では直接血液を扱うことから、針刺し事故を含む血液曝露事故に対する不安が大きい。透析施設がHIV感染者を受け入れる際に必要な条件として、1. HIV感染症に対する基礎知識をもつこと、2. 血液曝露事故時の対処法を知ることとその準備が整うこと、3. 困ったときにいつでも相談できる相談先が確保されていることの3点が重要と考えられる。これらがそろえば、HIV感染者の受け入れに対するハードルは下がると考えられる。これらの条件を整えるために、我々はHIV感染症の基礎知識や感染予防についての知識の向上のため、各施設に出向く出張研修を行っている。また、当院の門前薬局の協力を得て、血液曝露事故時の予防薬を1回分から小分けで購入できる体制をつくり、各施設が予防薬を配置しやすくなるようにしている。

現在「北海道HIV透析ネットワーク」の登録施設は21施設となっており、少しずつ増加してはいるが、広大な北海道の地域性を考慮するとまだ十分ではなく、今後さらに登録施設を増やすための対策が必要である。

S2-6) 介護施設とのネットワーク構築

山本政弘

国立病院機構 九州医療センター AIDS/HIV 総合治療センター

HIV医療の進歩に伴い、患者は長期予後が期待できるようになったが、その一方で高齢化に伴う合併症や日和見感染症の後遺症などで、介護が必要となる患者も増加してきている。また患者の多くは独居者であり、家庭における介護力は極めて脆弱である。現在までHIV医療の中心として診療を担ってきた拠点病院のほとんどは急性期病院であり、長期療養や介護などは行えないため、地域の介護施設や二次施設との連携が喫緊の課題となっているが、地域における患者あるいは要介護者のケア体制は遅々として進んでおらず、本来受けられるべき制度やサービスが受けられない、あるいは住み慣れた地域で安心して生活できない状況が多くみられる。

地域の介護施設や二次施設との連携が進まないことには多くの理由があると考えられる。もちろん差別や偏見に基づくものや行政による有効な指導がないこともあるが、風評被害、誤解や知識不足も大きな要因と考えられる。九州医療センターでは現在まで多くの介護施設や介護職員に対して出前研修を行い、正しい知識の普及を行うことによって地域における介護ネットワークの構築を図ってきた。現在10名近くの患者が自宅で在宅介護や障害者総合支援を専門病院と地域の介護施設との連携のもと受けている。

しかしながら、現在でも多くの問題は残っている。まずはやはり受け入れ施設が極端に少なく、地元でのケアが受けられないことも少なくない。また逆に患者側がプライバシーなどの心配から地元以外でのケアを希望することもある。さらにHIV患者においては介護保険1号（65歳以上）に該当しない前期高齢者も多く、介護認定が受けられないこともある。

今後介護が必要なHIV患者はさらに増加することが考えられる。将来に向けても地域におけるチーム医療、介護の構築が急がれる。

【シンポジウム3（社会）】

HIV 感染症における社会的排除～構造的視点と支援の課題～

■座長： 田中千枝子（日本福祉大学 社会福祉学部）
小西加保留（関西学院大学人間福祉学部）

■演者： 田中千枝子（日本福祉大学 社会福祉学部）
佐藤郁夫（特定非営利活動法人ふれいす東京）
小竹美千穂（医療法人 藤森医療財団 藤森病院 地域医療連携室）
高田雅章（社会福祉法人つばき会）
永井英明（国立病院機構東京病院呼吸器センター）

趣 旨：

HIV 医療の著しい進歩の一方で、長期に亘りウイルスと共存する生活を継続する陽性者、さらには合併症や加齢等により要介護の状況にある患者への支援は、これからも地域における課題としてあり続けることが予測される。こうした状況の基底にある「社会的排除」の問題をいかに捉え、克服するかは、支援の有効性を左右する重要なテーマとなり得る。

「社会的排除」とは1980年代後半から全世界的に議論が起こり、1990年代後半から各国でその解決に向けた制度化が始まった概念である。「貧困問題」よりもより明確に、低所得や失業だけではなく、社会的差別・孤立・孤独、不健康、犯罪、家庭崩壊など、多次元的な複合的不利によって、人生/暮らしの悪循環、また排除の過程と結果の双方で苦しめられることで、シティズンシップを支える様々な権利や制度を享受できなくなる状況をいう。

HIV 感染症においては、感染、不治、セクシュアリティ、性に関わる「病い」としての排除の歴史に加えて、医療の進歩の一方で合併症や精神を含む種々の障害による課題が生じ、社会的孤立・排除を生む要因が多次元的に影響しあい、複合的不利を被る立場に追いやられることが経験されている。それらは、施設・医療・サービス利用場面や、医療・介護・福祉を巡る連携や組織マネジメント、そして就労支援場面や予防啓発活動等にも現れる。

他方でこうした状況に対しては、様々な地域で多様な取り組みがなされ、その成果を蓄積してきたこともまた事実である。例えば、福祉・医療施設・サービス利用への拒否が繰り返された場合における出前研修などによる職員への認識変容へのアプローチの積み重ねや、セルフヘルプグループと専門職による相互支援体制の強化、ソーシャルアクションなどがある。

しかしながら、政策、制度、組織・機関、専門職、また研究、教育、そして地域、市民の中に内在している多次元における多くの「構造的な課題」が、まだまだこれらの解決を困難にしていることもまた事実である。

本シンポジウムでは、こうした課題について、医療専門職、医療ソーシャルワーカー、当事者、地域生活支援員、それぞれの立場から、多様な角度による実態、実践報告をいただき、それに基づいた議論を展開する。社会的排除から包摂の社会へと繋ぐ枠組みを検討し、より効果的な解決への道筋が開かれるために、共に考え、行動していく契機となることを目指したい。

S3-1) 社会的排除の背景と制度的課題

田中千枝子

日本福祉大学 社会福祉学部

HIV医療の著しい進歩のなか、積極的予防の時代となっても、社会生活や暮らしにおいては内なる偏見・差別は残り、さらに潜在化無意識化する恐れがある。一方1980年代後半から「社会的排除/包摂」の概念が社会に広がっており、狭い意味での貧困から、あらゆる形態の排除、とりわけ雇用・職業基礎訓練、健康、住宅、教育の分野における排除を解消することに注意が向けられやすくなった。つまりHIV陽性者の積極的社会参加場面において、排除や孤立の虞が生じやすい社会構造や制度政策の有り様に対して、我々はさらに敏感に検討し、対応することが求められている。

社会的排除論議の背景には、医療も福祉も地域の時代となり、従来施設内で隠されてきた、また既存の制度やケアで解決していたと認識されていたものや、制度疲労が生じているため機能しなくなることで、新たに解決出来なくなった複合的な問題が表面に出現してきていることにある。たとえば病院施設など地域包括ケアで住まいの多様性が広がる中で、HIV陽性者にはその多様性が保証され得ない場面があるのではないか。また障害者総合支援法になって、HIV陽性者の医療保障は進んだのであろうか。また身体障害者手帳等の手続きにおける個人情報保護に関わる危険性について、解決に向けたシステムは機能しているのであろうか。さらに来年度生活困窮者支援法が施行される構想の中で、雇用や職業訓練、職場開拓過程は、陽性者のニーズに対応したものになっていくのであろうか。また健康面でもHIV拠点病院の均てん化が推進されている中で、患者が医療の中で孤立し排除される構造がなくなっていく方向性はどのようなものであろうか。さらにひきこもりやホームレス、非正規雇用など救済の根拠となる制度が虚弱だった問題を抱えた当事者で、かつHIV陽性者であることはさらなるハンディキャップとなっているのではないかと考えられる。

社会的排除は経済的次元、社会的次元、政治的次元、文化的次元などがあり、それらが組み合わせりながら、一つの構造化された事象・案件をつくっている。こうした制度的変遷における構造化された問題を追いながら、HIV感染症者の社会的排除の実態を分析し、解決に向けた課題を提示していきたい。

S3-2) HIV陽性者の他科診療から見えてくること

佐藤郁夫

特定非営利活動法人ぶれいす東京

薬害エイズの和解で確立されたHIV診療拠点病院という制度は、安心して治療ができる環境を整えた。現在約3万人の患者が通院する体制も整っている。

しかしHAART療法ができた1996年以降、HIVは死を迎える病ではなくなり、長期にわたり治療をして、HIVとともに生きる時代となった。HIV陽性者として生きている中で、社会的排除を肌身で感じる事が多くある。拠点病院ですら積極的に診ているところとそうでないところがあるくらいだ。

長く生きることで、日常的な治療が必要となった。例えば歯科、整形外科、眼科、皮膚科、耳鼻咽喉科、透析科などである。本来ならHIV陽性者が地元で受けるべき診療であるにもかかわらず、受け入れ病院数は一向に増加しない。そのため遠くの拠点病院で診療を受ける例がある。現在私自身がHIV陽性で、人工透析を受けているが、受け入れ病院の少なさには驚く。「HIV陽性者は拠点病院があるだろう」という文言をあちらこちらで聞く。逆に感染症のひとつとして、当たり前のように診療をする病院もある。

こうなってしまった背景としては、1980～1990年代に起こったエイズパニックで植え付けられた恐怖心や社会的排除があり、その後薬害エイズ事件が和解をしたことで、一気に報道が沈静化した。またHAART療法の確立が相まって、報道される機会が減り、強烈なイメージだけが残ってしまった。HIVに感染した者は、社会的排除を恐れ、ひっそりと暮らしている。そのことでHIV陽性者の実態が見えにくくなっている。

感染が拡がり、治療も進んだ結果として、HIV陽性者の数は増え続け、加齢するようになった。他科診療、介護施設やリハビリ病院等でも受け入れなければいけない日がそこまで来ている。地域社会でHIV陽性者を受け入れなければならたない。私の経験や私の周りで聞こえてくる実態をひとりの陽性者という立場から話させていただきたい。

S3-3) 地域を耕す実践から芽生えるもの～MSWの立場から～

小竹美千穂

医療法人 藤森医療財団 藤森病院 地域医療連携室

病気や障害とともに住み慣れた地域で暮らし続けるためには、医療に加え介護サービスの利用は欠かせない。たとえ介護が必要な状態になったとしても、状態に応じた適切なサービスが利用できることにより長期的な療養生活が可能になると考えられる。

長野県のHIV/AIDSの報告の状況は、全国と比べて40代から60代の中高年の感染者が約6割を占め、AIDSを発症してからの報告が多い。また、治療が遅れたために認知症や肢体の障害など介護を要する状態になる例も見られるようになった。自宅における介護の限界から施設入所を打診したところ、「HIV感染症」を理由に断られる事態が続き、当事者と拠点病院スタッフは、もはや特別な病気ではないと言われている「HIV感染症」を再認識せざるを得ない状況に陥った。

この問題に取り組むうえで遭遇した3つの困難がある。第一に、HIV感染症の知識不足や受入れ経験の無さを理由に、要介護の状況が確認されることなく受入れを断られることである。第二に、当事者が自身のHIV観や他人に知られることによる不利益を恐れサービスとつながることを遠ざけてしまうことである。第三に、訪問サービスの提供、入所受入れを行った事業所や施設であっても「風評被害」や他の利用者の反応を懸念し、その経験を他施設と共有する機会を持ちにくいことである。

地域における課題にどう取り組むのか。平成19年、長野県の松本地域では2つの拠点病院の医師・看護師・MSW・薬剤師らで作る「ピア・アルプス」を結成し、陽性者の施設入所について地域で考える活動を開始した。具体的には、ピア・アルプスのメンバーが『松本市HIV感染症等性感染症予防啓発推進協議会』に加わり、教育関係者、商工会、PTAなど地域構成員の代表らとともに、要介護状態のHIV陽性者の施設入所の現状を把握し、各領域における理解を広める活動である。『出前講座』では、施設に赴いてHIVや他の感染症の基礎知識、スタンダードプリコーション、陽性者が遭遇する介護問題の情報提供と関係づくりを行った。さらに、訪問系事業所、介護施設、行政担当者など実務者レベルの情報共有の場として『松本地域HIV感染症者支援者連絡会』の立ち上げなどに加わった。

ピア・アルプスは、陽性者が遭遇した介護問題を地域における介護問題と捉え、その地域独自の問題解決の方法を模索してきた。ピア・アルプスに取り組んだ地域を耕す実践を報告する。

S3-4) 「市民主体の啓発活動」を通して

高田雅章

社会福祉法人つばき会

HIV/AIDSの専門家や行政ではなく、地域の市民団体や社会福祉法人等が主体となって啓発活動をするのは大変珍しく、先駆的な取り組みだということで評価をいただき5年間続けさせてもらっている。内容については、地域の高校の生徒会、音楽系の部活動、演劇部などの協力を得て、司会進行やステージでの演奏、朗読などで参加してもらってきた。また、専門医や思春期の性や感染症、ジェンダーなどの研究者を講師として招いて、専門的な話もしてもらい理解を深めようとした。

この取り組みの主催者はどの団体もHIV/AIDSを専門として活動しているわけではなく、障害者福祉や教育を普段はメインにして活動しており、一つのきっかけからいろんな繋がりを経てこの活動を共に行うことになり今に至っている。

この活動の目的として「HIV感染症の正しい認識を促進すること、HIV感染症により身体や認知機能に障害をもつ人が、地域で暮らしていくためのサポート体制を考えるきっかけになること」をあげている。高校生にとって、一般の大人でもそうかもしれないが、HIV/AIDSというのは知らないか授業で少し聞いたことがあるくらいで、普通の生活圏では意識されないことである。場合によっては避けられていることもある。まずはHIVやAIDSという言葉について「耳慣れ」をしてもらい過剰に反応しなくてもいいようになってほしいという思いが根底にある。友人や家族など身近な人からもし感染した、又はしたかもしれないということを聞いても、それで慌てたり避けたりするのではなく、落ち着いて検査や受診を勧められたり話を聞いてあげられたりという対応が普通にできることが啓発ということになるのではないのでしょうか。

精神障害者や子どもの問題でも当事者でなければ真に問題とは捉えられず、個人やその周辺のこととだけされると非常に疎外感を感じるものである。HIV/AIDSの問題でも通じるところは、全く他所で起きていることではなくすぐ近くで、あるいは今ではないが近い将来に関わるかもしれないことであるという認識を持てるかどうかが本当の意味で理解を得られることになるのではないだろうか。

S3-5) 緩和ケア病棟における AIDS 患者の受け入れ

永井英明

国立病院機構東京病院呼吸器センター

近年、HIV 感染症の治療は飛躍的に進歩し、HIV 感染症の予後は今や「慢性疾患」と言ってよい状態にまで改善している。その結果、HIV 感染者では高齢化が進み、非 HIV 感染者と同様に AIDS 指標疾患でない合併症が増えつつある。悪性腫瘍合併例も増加するものと予想される。

当院の緩和ケア病棟は1995年に AIDS 患者のための緩和ケア病棟として開設された。緩和ケア病棟の施設基準は、緩和ケアを必要とする悪性腫瘍の患者又は後天性免疫不全症候群に罹患している患者を入院させ、緩和ケアを一般病棟の病棟単位で行うものであることとされているが、緩和ケアというと悪性腫瘍の患者に対する緩和ケアが中心であり、AIDS 患者に対する緩和ケアについてはほとんど議論されていない。われわれは、2005 年に「平成 16、17 年度国立病院機構共同臨床研究」の一環として緩和ケア病棟の AIDS 患者の受け入れについて調査を行った（医療 62:436-439, 2008）。回収率 70.5%（98/139）。緩和ケア病棟で受け入れる HIV 陽性者としては、(1) 緩和ケアを必要とする AIDS 患者と (2) 緩和ケアを必要とする HIV 陽性の悪性腫瘍患者である。(1) の受け入れ基準を決めている施設は 17.3%に過ぎず、(2) の受け入れ可能施設は 52.2%であった。その後 9 年が経過しているが、先日、当院に辿り着いた消化器癌終末期の HIV 感染者は、数カ所の緩和ケア病棟の入所を断られていた。未だにそのようなことがあるのかと、9 年前と同じ質問用紙で調査を開始した。現時点で回収率 38.2%（117/306）であるが、(1) の受け入れ基準を決めている施設は 17%、(2) の受け入れ可能施設は 48%と、9 年前とほぼ同様の結果であった。しかし、受け入れ依頼数も受け入れ患者数も前回に比べ増加していた。

受け入れることができないという施設の回答には、経験が無い、受け入れ体制が整っていない、針刺し事故に対応できない、専門家がいらないなどの 9 年前と同様の文言があり、HIV 感染症についての正確な知識の習得が依然として必要であることを示している。ただ、依頼が無ければ HIV 感染者を受け入れることに考え及ばない可能性もある。受け入れに不安を持つ施設に対してはエイズ拠点病院のサポートが必要であろう。最終の集計結果は当日発表予定。

【シンポジウム4（社会）】

個別施策層へのエイズ対策～層を超えた取り組み～

■座長： 東 優子（大阪府立大学地域保健学域教育福祉学類）
澤田貴志（神奈川県勤労者医療生活協同組合港町診療所）

■演者： 市川誠一（名古屋市立大学看護学部）
岩木エリーザ（NPO法人 CRIATIVOS -HIV/STD関連支援センター）
大河りりい（SWASH, TGWAP）
青木理恵子（特定非営利活動法人 CHARM）

趣 旨：

後天性免疫不全症候群に関する特定感染症予防指針（エイズ予防指針）では、「性に関する意思決定や行動選択に係る能力について形成過程にある青少年」、「言語的障壁や文化的障壁のある外国人」、「性的指向の側面で配慮の必要なMSM（男性間で性行為を行う者）」、「性風俗産業の従事者及び利用者」、「薬物乱用者」の5つを個別施策層とし、エイズ対策がとられにくいこれらの対象層に対して、おかれている社会的背景に配慮したより効果的なエイズ対策を行うことが必要である、と明記されている。わが国では、1992年に滞日外国籍女性のHIV感染者の報告が急増し、その後は滞日外国籍男女のエイズ患者の報告が続いた。当初は東南アジアの国籍が中心であったが、近年では多国籍の感染報告例となっている。また、感染者患者の大半を占める男性同性間の性的接触（MSM）による感染は、最近では20歳代層の若者での増加が著しく、また滞日外国籍MSMの報告例が増えている。さらに性感染と薬物使用が重なっている感染報告例も少なからず見られている。つまり個別施策層とは、それぞれに固有の問題が指摘できる一方で、各層が重なり合っているというのもまた現実である。これらのことは、わが国のエイズ対策を考えると、「個別施策層へのエイズ対策～層を超えた取り組み～」について議論することが必要となっていることを示唆している。しかし、わが国のエイズ対策の現状についていえば、とくに地域社会におけるエイズ対策は年々縮小傾向にあり、個別施策層への取り組みそのものが弱体化しつつある。そんな中で、とくに性産業従事者およびその利用者、滞日外国人、薬物使用者については、これまで接近困難性をもつばらの理由として、資金的援助をほとんどもたない当事者組織に依存し、保健所を含む自治体、あるいは国全体としての具体的かつ積極的な取り組みがなされてこなかった。本学会にあっても、これら3つの個別施策層（性産業従事者およびその利用者、滞日外国人、薬物使用者）をテーマとした発表は極めて少ない。本シンポジウムでは、個別施策層が重なり合うところでの現状と課題を共有し、「当事者」支援の取り組みから見てきたニーズと限界を踏まえた、層を超えた取り組みとその方向性を示す機会としたい。

S4-1) 個別施策層に見られる層を越えた取り組みへのニーズ

市川誠一

名古屋市立大学看護学部

厚生労働省は、エイズ予防指針において、若年層、男性同性愛者、性産業従事者およびその利用者、滞日外国人、薬物使用者を個別施策層とし、おかれている社会的背景に配慮したより効果的なエイズ対策を行うことが必要であると示している。厚生労働省エイズ発生動向調査（2012年末現在）によれば、HIV感染者、AIDS患者の多くを占める日本国籍の男性同性間の性的接触（MSM）による報告数は2008年以降横ばいとなっている。しかし、外国国籍のHIV感染者では、年次報告数は少ないものの、MSMの5年間報告数は、1993-97年40件、1998-2002年70件、2003-07年120件、2008-12年178件と増加傾向にある。2008-12年報告例では国内感染例が66.3%、20歳～34歳層が61%を占めている。MSMにおけるHIV感染対策は、滞日外国人、若い年齢層への対策が必要となっている。静注薬物使用は、1993年からの5年間毎で、外国国籍例が10-13件/5年間と一定、日本国籍例が5件、8件、21件、26件と増えている。静注薬物使用と他の感染経路が重複している場合はその他に計上されており実際はさらに多いと考える。

MSMや性産業従事者やその利用者に関する情報を得るために、演者らは20歳～59歳のA社保有のモニター登録者から男性31,192人、女性30,682人を無作為抽出し、MSM、性産業利用男性（生涯の性交相手が異性のみで生涯にお金を払った性交経験がある男性）、性産業従事女性（生涯の性交相手が異性のみで生涯にお金をもらった性交経験がある女性）をスクリーニング調査した。その割合は各々4.1%、35.4%、2.7%で、生涯のHIV検査受検経験は23.8%、10.6%、36.9%、過去1年の受検経験は9.6%、2.4%、13.4%、性感染症既往割合は17.0%、12.0%、41.7%であった。性産業従事女性の年齢分布は20歳代が35.5%を占め、金銭授受を伴わない成人女性の16.6%に比べて高い割合であった。

MSMにおける20歳代層および外国国籍の増加、性産業従事女性における20歳代層および外国国籍者の検査・医療・支援に関する情報取得の困難性、薬物使用および性感染との重複例など、各々の個別施策層への独自の取り組みに加え、層を超えた取り組みが必要となっている。

S4-2) 在留外国人への総合的HIV感染症対策、新世代プログラムへ向かって

岩木エリーザ

NPO法人 CRIATIVOS -HIV/STD関連支援センター

2013年末現在、日本における総在留外国人（旧外国人登録者）は200万人以上であり、2008/9年の世界経済危機（リーマンショック）や2011年の東日本大震災などを経て、一時的に大きく減少したが、再び増加傾向が見える。しかし、在留外国人の出身国には変化が見られ、例えば、ブラジル国籍の外国人が大幅に減少し（2008年ピーク時の約32万人より約12万人減）、フィリピンやインドネシア、インド、ネパールなど、アジア地域からの外国人の増加が目立っている。また、多くの報道などによって議論が増してきているのは、少子高齢化に伴う国家としての存在保持であり、また在留外国人政策である。この議論が進み、新たな労働政策などが模索されている中、既に日本国内の身近な地域社会では1990年の入管法改正以来20年以上も生活者として人生を送っている新来外国人達がいる。こうして、外国籍の人々は、この20年の間、労働者として来日し、国内生産・労働市場や経済情勢の変動に添って、母国と日本を往復、市町村や都道府県を転々としながら家族を持ち、子どもを産み、その子どもが成長し、今度はその子どもが子どもを産む時期に来ている。このように、日本で生まれ育った「外国人」、新たに来日する外国人又は、日本で高齢になっていく外国人など、実に多様であり、その生活スタイルなども飛躍的に変化・多様化している。私たちが日々支援をしている在日外国人のHIV陽性者が求めているものは、決して単なる医学的な支援だけではなく、異文化ストレスやセクシャリティと関連した不安など多様であり、その背景となる文化は日本で生まれた外国人から来日10数年の外国人まで多様である。

このように、外国人におけるHIV感染予防やHIV陽性者のQOL向上対策を考えると、言語や文化の違いを超えて、様々な側面を考慮しながら進めていく必要性があり、そして、MSMやSWなど、個別をみたときに、外国人課題も入り込んでくるに違いない。

従って、cross-sectionalそして、連携したかたちで政策を立てていく必要があると考えられる。この考えを国家政策として実現に取り組むブラジルの政策についても触れる予定である。

S4-3) セックスワークとエイズ対策－当事者の視点からみた取り組みのニーズ

大河りりい

SWASH, TGWAP

セックスワーカー（仕事として性的サービスを提供する人々）は、性風俗産業従事者として我が国の個別施策層に含まれているものの、当該集団を対象とした行政による積極的なアプローチは現在行われていない。当該集団を対象としたエイズ対策に係る積極的なアプローチは、現在主にSWASH（SexWork and SexualHealth）のような当事者中心の支援団体によって担われているが、資金的援助が乏しくほとんどの活動がメンバーのボランティアであり、大変厳しい状況の中その活動を維持している。

これまでSWASHが行ってきたアプローチは、現場での予防介入（アウトリーチや現場講習）、当事者/利用者向けのエイズ予防啓発資材の開発、当事者のための電話相談、風俗求人誌/サイトや利用者向け風俗雑誌/サイトでの連載、保健師/HIV相談員向けの手引書作成などである。こうしたアプローチにおいてSWASHが重視しているのは、「当事者なしに勝手に当事者のニーズを決めつけない」という姿勢である。しばしば、セックスワーカーは女性ばかりであると思われ、日本人ばかりであると思われ、若者ばかりであると思われ、犯罪に加担する存在であると思われ、性感染症拡大の温床であると思われている。こうした第三者による偏見と差別に基づいたエイズ対策は、当然のことながら当事者のニーズには合致しない。そしてこのような対策は、せっかく経済的人的資源を投じても効果が上がらないことも、海外の先例によって指摘されている。現実存在している当事者を無視しないことは、セックスワーカーに限らず、個別施策層を対象としたエイズ対策において最も基本的な姿勢であろう。

今後は、セックスワーカー固有の問題解決だけでなく、他の個別施策層を対象としたエイズ対策に取り組む人々とのネットワークも重要となる。セックスワーカーの中にはMSM（男性とセックスする男性）も存在する、外国人も存在する、若者も存在する、薬物使用者も存在する。そして、個別施策層の問題は重なり合うことでいっそう困難な状況になる。こうした状況を解決していくためには、それぞれの個別施策層を対象としたエイズ対策に取り組む人々とのネットワーク構築が不可欠なのである。

S4-4) 個別施策層に共通する効果的なアプローチに必要な枠組み

青木理恵子

特定非営利活動法人 CHARM

個別施策層に属する人々へのアプローチは、これまで個々の市民団体が情報提供、感染予防教育、検査/相談、支援などを行ってきた。対象者が異なるため具体的プログラムは異なって見えるが、それぞれの団体が行ってきた取り組みの中から把握しにくいと言われているこれらの対象者に効果的にアプローチするために不可欠な枠組みが見えてくる。個別施策層という対象者にアプローチする際にまず必要なのは、包括的な視野である。感染予防は陽性者支援とつながり、健康の問題は経済の問題とつながる。人間関係の構築は自尊心の問題から切り離すことはできない。生きるという根本的な課題を異なる角度から捉える中にHIVを置くことが必要である。個別施策層の異なる対象者に共通する効果的なアプローチとして具体的に考えられることを3つ上げる。一つ目は、対象者が理解できる言語や文化で説明されている資料である。外国人は使用言語が日本人とは異なると共に慣れ親しんでいる常識や社会通念が違う社会の中で必要な情報を得ることが難しい。一方他の施策層についても性志向はヘテロセクシュアルのメッセージでは自分のこととして受け止めにくい人たちも居ることを忘れてはならない。二つ目は、相談が出来る場の必要性である。何か疑問が生じた時、問題が起きた時安心して相談できる場があり、信頼できる人がいることによって問題解決への一歩を踏み出すことができ、必要としている情報が得られる。三つ目は、相談員が個々の人たちの多様な課題に対応できる力量とネットワークを持ち合わせていることが必要となる。人が抱える問題は、同じ個別施策層の中でもそれぞれ異なることから一人の相談員、一つの団体のみで対応していくことには限界がある。そのためにもHIV個別施策層を越えた相談員同士、又異業種の分野の人との連携があることで個別の問題への適切な対応へと導かれる。

【シンポジウム5（基礎）】

再生医療とウイルス研究

■座長： 明里宏文（京都大学霊長類研究所・人類進化モデル研究センター 比較免疫微生物領域）
保富康宏（独立行政法人医薬基盤研究所霊長類医科学研究センター）

■演者： 金子 新（京都大学 iPS細胞研究所 増殖分化機構研究部門 金子研究室）
石坂幸人（（独）国立国際医療研究センター研究所）
井上 誠（ディナベック株式会社）

趣 旨：

進展著しい再生医療研究の現場においてウイルスは、安全性を担保するために移植に使用する幹細胞や組織から排除されるべき異物として語られることが多い。しかし、ウイルスは遺伝子導入のツールとして再生医療研究に今や欠かせない存在とも言える。一方、CD4陽性T細胞の選択的減少を来し、免疫系の再構築が治療目標となるエイズも、克服すべき問題点は数多いものの再生医療の対象疾患そのものとなる可能性が考えられる。本シンポジウムでは、京都大学iPS細胞研究所の金子新准教授に再生医療研究の現状並びにエイズ治療のための再生医療技術の応用についてお話頂いた後、再生医療研究におけるツールとしてのウイルス研究の最前線を、国立国際医療研究センターの石坂幸人部長ならびにDNAVEC研究所の井上誠博士にお話し頂く。井上博士にはウイルスを遺伝子導入ツールとして用いたエイズワクチン開発の現状についてもお話し頂く予定にしている。

S5-1) iPS細胞を用いた免疫細胞の再生

金子 新

京都大学 iPS細胞研究所 増殖分化機構研究部門 金子研究室

T細胞は胸腺における発生の過程でT細胞受容体（TCR：T-cell receptor）遺伝子の再構成を起こすことによって1億種類にも及ぶ抗原特異性を獲得する。それと同時に複数のT細胞サブセットによる多彩な免疫反応や、免疫学的記憶とも呼ばれるメモリー T細胞形成能により、様々な疾患の制御や発症そのものに関わっている。CD8陽性細胞傷害性T細胞（CTL：cytotoxic T lymphocyte）はよく知られるT細胞サブセットの一つであり、自己由来の標的細胞への直接的な細胞障害性を有する。CTLは特にウイルス感染細胞や腫瘍の直接排除に重要な役割を果たすが、長期の罹患により、抗原特異的なCTLは細胞疲弊を起こし、その機能を著しく減ずるとともに容易に細胞死をおこして消耗されることが知られる。その結果、抗原に対するナイーブ/メモリー T細胞プールまでもが消費性に失われ、最終的に疾患の制御が不可能になる。

我々は質の高い抗原特異的CTLを繰り返し大量に産生して治療に用いるための新しいアプローチとして、iPS細胞のもつ自己複製能と多分化能に着目した。iPS細胞はエピジェネティックリプログラミングにより誘導される多能性幹細胞である。T細胞を樹立ソースとした際には、エピジェネティックな情報はリセットされるが、ゲノム再構成によって不可逆的に編集されたTCR遺伝子が決定する抗原特異性の情報は、iPS細胞のゲノムにそのまま引き継がれている。我々はその点を利用し、HIV患者から樹立した抗原特異的CTLからのiPS細胞樹立と、そこからの再分化によるHIV抗原特異的T細胞の再生を報告した（Cell Stem Cell, 2013）。

本講演では上述したCTL再生の取り組みを中心に、iPS細胞を介した免疫細胞再生への我々の取り組みを紹介したい。

S5-2) NCGM発ペプチドベクターを用いた組み換え蛋白質によるiPS細胞の作成とエイズ医療への応用

石坂幸人¹、高品智記¹、後藤元人²、岡村匡史¹

¹ (独) 国立国際医療研究センター研究所、² (公財) 実験動物中央研究所

現在、iPS細胞は外来遺伝子発現ベクターを用いられて作成されているが、ゲノムへの挿入を避けながら、如何に効率的にiPS細胞を樹立するかが課題となっている。この問題の解決策として、組み換え蛋白質を用いたiPS化が試みられ、Tat由来ペプチド (YM-3) や11個のアルギニンからなるR11が使用されてきた。これらは、細胞の培養液に添加すると細胞内へ輸送される cell penetrating peptide (CPP) であり、得られるiPS細胞にはベクターによるゲノム構造変異が無いことから、高い安全性が担保される。しかし、CPPを用いたiPS化は一般的に困難であり、画期的なペプチドベクターの開発が求められている。我々は、HIV-1研究の過程で、新しいペプチドベクター (NTP: nuclear trafficking peptide) を同定し、組み換え蛋白質によるiPS化システムを立ち上げた。NTPはYM-3やR11より高いCPP活性を示し、細胞毒性は低い。NTPを付加したOct4、Sox2、c-Myc及び、Klf4組み換え蛋白質をマウス胎児線維芽細胞に一回3nMで、一日3回、三日間させると、僅か二週間後にはiPS様のコロニー形成が誘導され、得られたiPS様細胞をマウス胚盤に注入すると、キメラマウスが得られた。さらにこのキメラマウスを交配することで、iPS細胞の形質が次世代へ伝搬されることが分かり、樹立されたiPS細胞が多能性を保持していることが証明された。現在、ヒト末梢血単核球細胞を用いたiPS化も試みている。本シンポジウムでは、iPS化システムの詳細と有用性について紹介し、将来の応用性について議論したい。

S5-3) センダイベクターの再生医療への応用とエイズワクチン開発

井上 誠

ディナベック株式会社

センダイウイルス (SeV) ベクターは、遺伝子医薬 (ワクチン) および iPS 細胞利用細胞治療での効果的適用が期待されている細胞質型 RNA ベクターである。同ベクターは、ほとんどの哺乳動物細胞に感染し、目的遺伝子 (Gene of Interest : GOI) を高水準に発現する。発現過程に DNA 相はなく (RNA 相のみ)、核から独立しており全て細胞質で完結する。また、GOI を含むベクター由来遺伝子が染色体へ組み込まれることなく (遺伝毒性がない)、安全で臨床応用に適した性質を有する。SeV ベクターを利用した幾つかの臨床試験が進行中である。特に、エイズ予防ワクチンの第 1 相臨床試験 (S001) は、国際エイズワクチン推進構想 (IAVI) との共同により、ルワンダ、ケニア及び英国で実施中であり、64 人の被験者に対しワクチン候補の安全性・忍容性、免疫反応の評価が行われている。その他の感染症への応用についても、前臨床試験段階での検討を行っている。加えて、遺伝毒性がないという性質のため、iPS 細胞利用細胞治療においても、SeV ベクターは非常に有望であると捉えられている。iPS 細胞を安全に、簡単に、効率的に作製する CytoTune®-iPS Sendai Reprogramming system を開発し、世界中で販売している。作製した iPS 細胞・分化細胞は、最初の体細胞と同じ配列の染色体を保持し、安全に細胞治療等に使用することができる。何より、転写因子を一過的に高発現し、ベクター及び導入した転写因子の痕跡を残さず、樹立した細胞から除去される技術こそ、他の発現システムには無い有効な技術となっている。また、細胞分化への応用 (分化用転写因子の発現) にも有用であり、高効率での実施例が蓄積してきている。簡便で、高効率に、痕跡を残さずに GOI の発現が可能な SeV ベクターの発現システムは、ワクチン開発・再生医療への応用において重要な役割を果たす。

【シンポジウム6（基礎）】

HIV 感染の予防とウイルスの除去を目指した戦略を考える

■座長： 小柳義夫（京都大学ウイルス研究所ヒトレトロウイルス研究施設ウイルス病態研究領域）

■演者： 川村龍吉（山梨大学・医学部・皮膚科）

蝦名博貴（京都大学ウイルス研究所 ウイルス病態研究領域）

白川康太郎（京都大学医学部附属病院 血液・腫瘍内科）

Dong-Sung An（UCLA AIDS Institute/School of Nursing）

趣 旨：

抗HIV剤の進歩により、感染者のエイズ発症の完全阻止、そして、HIVの個体間伝播も抑制できるという結果が得られている。しかし、我が国ではいまだに新規HIV感染者の増加傾向があり、大きな社会問題である。さらに、HIV感染者では抗ウイルス剤により未発症状態を維持することができるが、その休薬により血中へのウイルスの再出現がみられたため、抗ウイルス剤からの離脱はほとんど不可能である。すなわち、現在の抗HIV療法によりウイルスの排除は不可能であり、感染者の治癒を望める手立てはない。HIVは粘膜を介して侵入し、所属リンパ組織で増殖、そして、血中に播種され、ウイルス血症を引き起こす。急性感染者の把握とその試料採取の困難性により、この急性感染成立過程の解析はほとんど進んでいない。本シンポジウムでは、川村先生に急性感染成立過程に関わる皮膚ランゲルハンス細胞へのHIV感染過程の解析結果を紹介していただく。個体への感染成立が実行される急性感染時には、ある種のCD4陽性T細胞にHIVは感染し、細胞は破壊されることなく、おそらくほとんど分裂せずに個体内に数年以上残るHIV潜伏保持細胞（HIV reservoir細胞と呼ぶ）となるようである。この細胞には現在の抗HIV剤はまったく無効であり、HIV reservoir細胞は抗ウイルス剤を休薬すると感染性のウイルスを産生する。この細胞の実体について白川先生に、この細胞内のウイルスDNAを標的として働く遺伝子編集法という新手法について蝦名先生に紹介いただく。そして、ウイルス除去を目指した米国での遺伝子治療法の開発についてAn先生に臨床治験も含めその試みを紹介いただく。HIVの予防と排除について、新たな知見を学びたい。

S6-1) langerhans細胞における感染

川村龍吉

山梨大学・医学部・皮膚科

世界における新規HIV感染者数は現在でも年間約250万人にものぼり、本邦でも新規HIV感染者数が依然年間千人を上まわっている。有効なワクチンが存在しない現在、HIV感染に対する予防法の開発は急務である。1回の異性間性交渉でのHIV感染リスクは0.01～0.40%と低いものの、世界における新規HIV感染の約8割は粘膜や皮膚を介した異性間の性的接触によるものである。HIV感染初期において性器皮膚・粘膜に曝露されたウイルスは局所から所属リンパ節に運ばれて宿主での永久的な感染を成立させる。近年この分野の研究が飛躍的に進み、粘膜・皮膚に存在する樹状細胞(DCs)の一亜群である表皮内ランゲルハンス細胞(LCs)が感染局所における重要な感染ターゲット細胞であることや、HIVに感染したLCsがウイルスの生体内播種にも深く関与していることがわかり、HIVの生体内侵入メカニズムが徐々に明らかとなりつつある。性行為HIV感染初期において、LCsはHIV特異的T細胞のprimingなど宿主の局所免疫・生体防御において中心的な役割を担うと考えられているが、HIVはこのウイルス排除に重要なLCsを足がかりとして生体内に侵入し、さらにLCをまるで“トロイの木馬”のように巧みに利用しながら生体内に播種していくと考えられている。

一方、HIVの流行を阻止すべく、コンドーム以外の方法で性行為HIV感染を防ぐ様々な感染拡大予防戦略-すなわち1)外用マイクロビサイドや抗ウイルス薬内服による性行為HIV感染予防の試みや、2)HIV以外の性感染症(STD)の治療、あるいは3)割礼や包茎手術の推奨-などが全世界で精力的に推し進められている。最近我々は、STDが性行為HIV感染リスクを高くするメカニズムの解明に取り組み、細菌病原体はLCs上のTLR2への刺激を介して、HSVはケラチノサイトからの抗菌ペプチド:LL-37産生を介してLCsのHIV感染を促進することを明らかとした。また、新たな性行為HIV感染予防法として、CCR5阻害薬:Maravirocの内服および逆転写酵素阻害薬:EFdAの外用が性行為HIV感染予防に有用である可能性を見出した。本講演では、現行の世界におけるHIV感染予防戦略とLCsを介したHIVの生体内侵入メカニズムとの関連について議論したい。

S6-2) ゲノム編集法を用いたエイズ治療戦略の展望

蝦名博貴、三沢尚子、金村優香、小柳義夫

京都大学ウイルス研究所 ウイルス病態研究領域

近年、抗HIV薬併用療法の急速な進歩によりエイズ発症のコントロールが可能となった。しかしながら、ウイルス複製過程を標的とした現在の抗ウイルス療法は、潜伏化したHIVの体内からの排除は不可能であり、抗HIV薬の長期服用からの離脱は望めない。潜伏化したHIVは、数年にわたり生存可能な休止期CD4陽性メモリーT細胞の染色体に組込まれたプロウイルスDNAとして長期間の生存が知られている。そこで、潜伏感染細胞の選択的除去による根治療法の可能性が考えられているが、生体内における潜伏感染細胞の識別はきわめて困難であり、どのようにHIV根治に向けた治療戦略を開発するかはエイズ治療研究においてきわめて重要な課題である。

我々は、プロウイルスを直接標的とするエイズ治療戦略の開発を目指して、近年注目されているゲノム編集法の応用研究を行っている。ZFNs, TALENs, CRISPR/Casなどのゲノム編集法の最大の特徴は、生きた細胞において任意のゲノム配列を認識・切断する点である。その応用性はきわめて優れており、DNA認識モジュールにヌクレアーゼを融合させたシステムが、現在最も利用されている。これにより特異的なゲノム配列を切断ならびに変異導入が可能である。さらに、VP64等の転写活性化システムとDNA認識モジュールの融合による配列特異的な転写活性化技術も開発可能である。我々はこれまでに、HIV LTRを標的とするCRISPR/Cas9の潜伏感染モデルT細胞株への導入により、プロウイルスの不活性化と除去が可能であることを見出した (Sci Rep, 2013)。すなわち、ゲノム編集法が潜伏プロウイルスの不活化に有効である事がわかった。本シンポジウムでは、①HIV LTR標的CRISPR/Cas9によるプロウイルス除去法の効率化の試み、②CRISPR/dCas9-VP64システムを用いた潜伏HIVプロウイルスの強制再活性化法、③細胞宿主因子を標的としたゲノム編集法を用いた遺伝子治療法についてそれぞれの最新の結果を紹介し、ゲノム編集法のHIV根治療法への展望を述べる。また、ゲノム編集法のHIV基礎研究への応用例についても結果を紹介する。

S6-3) HIV 潜伏感染細胞の研究の最前線

白川康太郎

京都大学医学部附属病院 血液・腫瘍内科

HIV-1 感染症は多剤併用療法 (cART: combination antiretroviral therapy) により制御可能になったが、中断すると再びウイルスが血中に増加し現在の cART のみでは治癒は得られない。これはメモリー T 細胞などに潜伏感染した HIV がウイルス蛋白を発現せず免疫や cART を逃れ、長期にわたり潜伏感染細胞内に生存するためである。近年のベルリン症例報告に始まる治癒への機運は世界的に高まりを見せているが、ミシシッピベビーの再発など最新の知見では潜伏感染は感染の超初期に既に確立しており cART の早期開始や強化のみで治癒が得られる可能性は低いと考えられる。

潜伏感染細胞は cART 下の感染者の末梢血中に 100 万分の 1 という稀な頻度で存在し、治癒を得るためにはこのわずかな潜伏感染細胞を体内から根絶することが必要である。その戦略として Shock and Kill、すなわち HIV-1 を再活性化することで、潜伏感染細胞はウイルス蛋白の発現により自ら死ぬか、cART または宿主の免疫反応により排除されるという概念が提唱された。潜伏感染のメカニズムにはヒストン脱アセチル化酵素 (HDAC: histone deacetylase) による HIV-1 プロモーターの脱アセチル化が密接に関わっており、潜伏感染細胞を再活性化 (Shock) させる薬剤として HDAC 阻害剤やプロモドメイン阻害剤などが注目されている。

潜伏感染細胞を治療の標的とし治癒を目指すために、T 細胞株やプライマリー T 細胞を使った潜伏感染モデルで HIV-1 の再活性化およびこれらの薬剤の作用機序の分子メカニズムを解析すること、生体内での潜伏感染細胞の動態を解析することが必須である。近年、潜伏感染細胞モデルや臨床検体を使った様々な知見が集積されており、さらに潜伏感染を標的とした臨床試験も全世界で既に始まっている。本シンポジウムでは、このような HIV-1 潜伏感染細胞研究に関する最新の知見を紹介する。

S6-4) Toward HIV cure: Anti-HIV hematopoietic stem cell based gene therapy

Dong-Sung An

UCLA AIDS Institute/School of Nursing

Because of the first clinical case of an HIV cure achieved by CCR5 $\Delta 32/\Delta 32$ bone marrow stem cell transplants in an HIV+ patient, there is growing interest in developing novel strategies to genetically engineer hematopoietic stem cell (HSC) for HIV cure. We previously developed a lentiviral vector with expression of a potent short hairpin RNA (shRNA) against CCR5 that inhibits cell surface expression of this major HIV co-receptor. While inhibition of CCR5 expression is a promising approach, we have learned from highly active anti-retroviral therapy (HAART) that it is essential to combine multiple drugs to effectively suppress HIV and prevent HIV escape mutants. We therefore investigated an additional highly effective anti-HIV reagent: the membrane anchored HIV fusion inhibitor C46. C46 blocks HIV fusion by binding to the N terminal coiled coil domain of HIV gp41 fusion intermediate and prevents the six-helix bundle formation, analogous to the FDA approved soluble peptide drug enfuvirtide. We rigorously tested the combinatorial anti-HIV HSC gene therapy focusing on their safety and efficiency for inhibiting HIV infection *in vivo* in the human bone marrow/liver/thymus (BLT) transplanted humanized mice. The combination of CCR5 shRNA and C46 anti-HIV combination gene reagents is currently investigated in a phase I/I clinical trial in United States (<http://clinicaltrials.gov/show/NCT01734850>).

While HSC based anti-HIV gene therapy hold a great hope for HIV cure, previous clinical studies have met with limited success largely due to the low efficiency of hematopoietic reconstitution with anti-HIV gene modified HSC. My lab has begun to explore a novel approach to overcome this limitation. We investigate an *in vivo* selection strategy that exclusively employs 6-thioguanine for both pre-conditioning and chemoselection of hypoxanthine-guanine phosphoribosyltransferase (HPRT) down-regulated anti-HIV genetically engineered HSC, that is capable of enriching engraftment and long-term reconstitution of genetically engineered anti HIV modified HSC and progenies. Our new research may improve the efficiency of anti-HIV gene-modified cell engraftment and it can be used for the successful HIV cure.

【シンポジウム7（臨床）】

マインドフルネスをケアに活かす～自他へのまなざしをやわらかく～

■座長： 佐保美奈子（大阪府立大学大学院看護学研究科）

■演者： 林 紀行（大阪大学大学院医学系研究科 生体機能補完医学寄附講座（精神医学教室兼任））

池埜 聡（関西学院大学人間福祉学部）

井上ウィマラ（高野山大学）

趣 旨：

「マインドフルネス（Mindfulness）」は英語で「注意する」「気をつける」という意味で、日本語では「気づき」と訳されている。マインドフルネス瞑想は、マサチューセッツ大学のジョン・カバットジン博士により、宗教にこだわらないストレス対処法として8週間のプログラム「マインドフルネスに基づくストレス低減プログラム（Mindfulness-Based Stress Reduction Program）」としてまとめられ、1999年の時点で欧米を中心として世界各国の240ヵ所以上の医療施設などで健康増進法として広く行われるようになっている。臨床研究も多く、慢性疼痛、高血圧、線維筋痛症、がん、頭痛、気管支喘息、虚血性心疾患、糖尿病、うつ病、不安障害、睡眠障害など多くの疾患に対して症状の軽減が認められ、心理療法の中にも取り入れられるようになった。

マインドフルネスは、シンプルでありながらパワフルで、人を行き詰まりから解放し、自分自身の気づきやエネルギーと再び触れ合う機会を与えてくれるものである。

感染症の中でも様々な意味で『特別視』されているHIV/AIDSに対して、医療職者は他の疾患のケアの際には経験しないような、言葉にするのも難しい感情を持つことがある。性感染や薬物使用による感染に関しては、同性愛嫌悪や正義感から拒否的な感情を持つことが多い。家族への告知の問題についても正解は1つではなく、医療チームの中でもいつも意見が一致するとは限らない。エイズケアにあたる医療職者は、自身の価値観や感情の揺れを伴うストレスを多く抱えている。

このシンポジウムの狙いは、「今、ここ（Here and Now）」にある自分自身のからだと心と感情に起きている状況を客観的に見つめることを体験的に学び、自分や他者へのまなざしをやわらかくし、日々の生活や対人援助のストレス低減につなげたい。

林紀行先生と池埜聡先生から「医療とマインドフルネス」「対人援助とマインドフルネス」について講義していただいたあと、井上ウィマラ先生から「マインドフルネスの基本」について、ヨガマットを使用して、体験的に気づき、学べる機会にしたい。

S7-1) マインドフルネス的観点からのトラウマケア

林 紀行

大阪大学大学院医学系研究科 生体機能補完医学寄附講座（精神医学教室兼任）

HIV感染は今や必ずしも死に至る疾患ではなくなったが、未だにほとんど完治は望めない疾患であり、大変な疾患であることに変わりはない。完治が望めない疾患とともに歩むためには治療の思想を手放し、ケアの思想を持つことが大切である。ここで言う治療とは完治を目指すという意味で、ケアとはストレス減弱を目指すという意味である。HIV感染者は感染以外にも様々なトラウマティックストレスを持つことが想定される。演者はHIV感染者を診た経験はないが様々なトラウマ体験者のケアを行っており、患者のためにも自分のためにもマインドフルネスをケアに活かすことの重要性を実感している。

ポストトラウマセンターのヴァンデアコークは「トラウマへの囚われと学習性無力感の克服のためには、能動的な自己統制感と『今ここに生きている』と感ずることができる適応力を取り戻すような介入が必要」と述べた。

ここで言う「能動的な自己統制感」とはセルフケアとしてストレス軽減に取り組めるように援助することであり、『今ここに生きている』と感ずることができる適応力」とはマインドフルネスを鍛えることと理解する。

マインドフルネスを心理学の観点から述べる際に重要視されているものの一つが脱中心化である。これは囚われから外れたところで物事を見直すことであり、あるがままの客観視につながる。

このあるがままの客観視をもたらすために私が診療でよく用いるアプローチにTFT（思考場療法）がある。これは東洋医学で言うツボをトントンタッピングすることで脱中心化を促し、今ここにあるストレスを軽減する治療法で最近では不安障害に対してRCTで有意な改善を認めたとの報告もある。

他にもマインドフルネスを活用したトラウマケアとしてヨーガ療法を行なっている。

非常にゆっくりとしたアーサナと呼ばれる体の動きに合わせて息を吐いてゆく。ジーンとした手の暖かさなど感じられたり、脈をうっているような感覚が得られたりすることも多い。こういった微細な体の感覚に気付くことでもとらわれから逃れることができる。なぜなら囚われとは大きな感覚に持っていかれることであり、微細な体の感覚へ意識を持ってゆくと必然的に囚われから距離が取れるからである。と同時に自分の内面の微細な変化への気づきも養える。微細な感覚への気づきを普段の生活の中でも行なってゆくと囚われにくく、気づきの深いマインドフルな生活が営めるようになる。

当日は簡単なボディーワークを含めたマインドフルな時間を共に過ごしたい。

S7-2) HIV/AIDS 臨床における代理受傷とマインドフルネス

池埜 聡

関西学院大学人間福祉学部

発表では、HIV 感染者及び AIDS 患者（以下 HIV/AIDS 者）の支援に携わる援助者の代理受傷に対するマインドフルネスの効用と課題について考察する。

HIV/AIDS の宣告は、当事者にとって人生の軌跡を一変させるトラウマ体験となり、過去への悔恨と未来への不安を突きつける。医療従事者、ソーシャルワーク、臨床心理士などの援助者は、臨床場面において、援助モデルを念頭に置きながらも HIV/AIDS 者の交錯する感情に向き合い、トラウマを間接的に引き受けることにより、代理受傷や共感性疲労のリスクに絶えず直面している。代理受傷は、援助者の心身の健康にとどまらず、準拠枠、臨床的判断力、援助者としてのアイデンティティ、価値観など広範囲にわたる変化をもたらす。

近年、ストレス低減やうつ再発予防などで急速に注目を集めているマインドフルネスは、援助関係から生じる代理性の影響（vicarious effects）への気づきを促進させ、患者やクライアントとの適切な心理的距離の確保と共感の深化に寄与することが実証されている。

マインドフルネスは、HIV/AIDS 臨床において、以下の4段階を経て代理的影響の緩衝を果たすと考えられる。それらは：1) HIV/AIDS 者の全身から発せられる重層的なメッセージを察知する感度の耕し、2) 援助者自身の身体感覚（somatic map）への感受性向上、3) 理論や知識体系による認知的制御の抑制と HIV/AIDS 者の心身反応を感受しようとする心理的オープンネスの獲得、そして4) HIV/AIDS 者と援助者自身の感情反応の区別化による“自動操縦状態”からの脱却、として示される。結果的に、HIV/AIDS 者、援助者双方の心身反応に対する気づきはメタ認知の涵養を促す。その結果、HIV/AIDS 者が投げかけるコミュニケーションの複合的な波長への順応力を養い、共感や信頼に基づく援助関係の構築につながっていく。

発表では、HIV/AIDS 臨床における代理受傷及びマインドフルネスが代理受傷の抑制を果たした研究の包括的レビュー結果を示すとともに、Daniel Siegel の共鳴関係理論を紹介し、マインドフルネスが及ぼす HIV/AIDS 者との援助関係への影響過程を整理する。本発表は、引き続いて提供される井上ウィマラ先生によるマインドフルネス・プラクティスへの導入として位置づけられる。

S7-3) マインドフルネスの源流から

井上ウィマラ

高野山大学

マインドフルネスは仏教に起源をもつ瞑想法（心身の総合的なトレーニング体系）で、Mindfulness Based Stress Reduction program（以下MBSRと略称）によって医療や心理療法のメインストリームに取り入れられるようになり、現代ではAcceptance & Commitment Therapyに代表される第三世代の認知療法の中核的な技法として定着してきている。うつ病の再発予防への効果が実証されたMindfulness Based Cognitive Therapy（以下MBCTと略称）の創始者たちは、MBSRに参加して、そのインストラクターたちのメタスキルとでも呼ぶべき姿勢に驚いたという。彼らは、患者たちの問題を解決しようとするのではなく、それをそのまま受けとめてただ呼吸しているだけのあり方を存在全体で伝えていた。こうして生きる姿勢とでもいうべきものを自ら身に着けること必要のあることを深く理解したことがMBCT創始の画期的な転換点となったという。

脱中心化、脱同一化、脱フュージョン、脱感作など様々な呼び方をされる心理学的機制的背景には、すべてのものをありのままに見つめる仏教のこのような伝統的な知恵が継承されている。そこには瞑想する自分の心の中に浮かび上がってくる雑念に対する無意識的な価値判断への自覚が含まれる。マインドフルネス瞑想が軌道に乗ってゆくときには、「～せねばならない」という超自我的な心の習慣的思考も脱構築され、心に浮かび上がってくるものすべてがありのままに自覚され、感じ取られ、その苦起承転結が見守られてゆく。こうして自分自身への批判的な心から解放されて自らに向かい合うことができるとき、人は他人に対しても自然な優しいまなざしを獲得することができる。これは、フロイトが「精神分析家への諸注意」の中で「平等に保たれ自由に漂わされた注意力」と呼んで、分析家たちが身に着けることを推奨した心のむけ方でもあった。

ブッダの時代には、こうしたマインドフルネスの実践の一環として修行者同志が看病や看取りの活動に取り組んでおり、よき看護者の5条件や看病しにくい人の5条件なども伝えられている。本口演では、ボウルビーが精神衛生の基盤だと指摘した母子関係における親密性、継続性、互恵性という概念をケアの共通基盤として取り上げ、マインドフルネスがなぜ広範囲で効用をもたらすのかについても考察してみたい。

【シンポジウム8（臨床）】

AIDS発症症例での抗HIV薬の選択と開始時期

■座長： 安岡 彰（市立大村市民病院）
横幕能行（国立病院機構名古屋医療センターエイズ治療開発センター）

■演者： 遠藤知之（北海道大学病院 血液内科）
菅沼明彦（がん・感染症センター東京都立駒込病院）
萩原将太郎（国立国際医療研究センター血液内科）
渡辺恒二（国立国際医療研究センター エイズ治療研究開発センター）
立川夏夫（横浜市立市民病院）

趣 旨：

インテグラーゼ阻害剤（INSTI）はAIDS発症症例における初回抗HIV療法におけるキードラッグの選択を容易にした。なかでも、raltegravir（RAL）は他剤との相互作用が少なく、肝臓、腎臓等の臓器障害を引き起こすリスクも少ない。また、pill burdenも小さく食事に関係なく内服可能であり、消化器症状や薬疹といった有害事象も少ない。このような理由から、RALは複数の日和見感染症を合併していることが多いAIDS発症症例における初回抗HIV療法のキードラッグとして選択される頻度が高い。今後、boosterを要しない新規INSTIであるdolutegravir（DTG）も使用されるであろう。両剤が使用可能になったことにより、AIDS発症症例の治療の課題は抗HIV療法の開始時期に絞られつつあると言える。

AIDS発症症例における抗HIV療法の開始時期は、免疫再構築症候群の発症リスク、その発症時の生命予後への影響等を考慮して個々の症例毎に判断される。HIV感染者の長期予後は、発症の有無に関わらず、如何に早期に上手く免疫を再構築できるかに依存する。近年、知見の集積により、ニューモシスチス肺炎や結核発症例では抗HIV療法が早期に導入されるようになった。しかしながら、進行性多巣性白質脳症、クリプトコックス症、中枢神経結核および播種性非定型抗酸菌症発症例では、激烈な免疫再構築症候群のコントロールに難渋することが多く、早期に上手く抗HIV療法を開始し継続することがしばしば困難である。こういった場合、ステロイド剤、プロテアーゼ阻害剤（PI）および非核酸系逆転写酵素阻害剤（NNRTI）を使用することがある。核酸系逆転写酵素阻害剤（NRTI）の副作用回避のためNRTI sparing regimenに移行する場合もある。

本シンポジウムは、ステロイド併用や使用量の決断、薬物相互作用を熟知した上での抗HIV薬の選択、薬剤師をはじめとする他職種との連携など、認定医、指導医に求められるスキルの確認の機会になると考える。また、免疫再構築症候群発症の機序解明や発症リスク評価を可能にするような免疫学的・分子生物学的解析につながる治療経験の蓄積の場になると期待される。

S8-1) ニューモシスチス肺炎 (PCP) の治療とPCP発症症例における抗HIV療法

遠藤知之

北海道大学病院 血液内科

ニューモシスチス肺炎 (PCP) は、AIDS 指標疾患の中で最も頻度の高い疾患であり、一般臨床で遭遇する機会も多い。PCP 治療の第一選択薬は、スルファメトキサゾール/トリメトプリム (SMX/TMP: ST 合剤) であり、重症度にかかわらず他の薬剤と比較して有効性が高いことが知られている。しかし、副作用として発熱、皮疹、腎障害、血球減少などがあり、治療継続が困難な場合も多い。PCP の標準的な治療期間は 21 日間であり、その後は CD4 数が $200/\mu\text{L}$ 以上を 3 ヶ月以上持続するまで二次予防を継続するのが標準的である。しかし、ST 合剤による骨髄抑制で CD4 数の上昇が頭打ちとなる場合もあるため、HIV が十分に抑制されていて CD4 数が $100/\mu\text{L}$ 以上あれば二次予防を中止することも考慮し得る。

PCP 合併時の抗 HIV 療法 (ART) regimen に関しては、AIDS 非発症者における初回治療薬の選択と大きな差異はないが、PCP 発症例では、サイトメガロウイルス感染症や非結核性抗酸菌症など他の疾患を合併していることが少なくないため、多種の薬剤が投与されていることも多い。そのような際には、それぞれの薬剤との相互作用に留意して抗 HIV 薬を選択する必要がある。また、それらの薬剤の副作用で腎機能障害や血球減少などをきたしている場合には、抗 HIV 薬の選択の際にそれらの副作用を増強しないための配慮も必要である。

PCP 発症症例に対する ART の開始時期に関しては明確な基準はなく議論のあるところである。日和見感染症の治療開始後 14 日以内に ART を開始した方が、新たな AIDS 指標疾患の発症および死亡率が有意に低かったという報告があり、海外では早期の ART 開始が推奨されている。しかし、重篤な免疫再構築症候群を回避するために、PCP の治療がある程度落ち着いてから ART を開始するという考えもある。また、ST 合剤による皮疹などの副作用は治療開始後 1~2 週目に起こりやすいため、この時期に ART を始めると、副作用の原因薬剤の同定が困難になることも懸念される。本邦では PCP に対する 3 週間の初期治療を終えてから ART を開始することが多いようである。実臨床では、日和見感染症の重症度、CD4 数、薬物相互作用、社会的要因、アドヒアランスなどを勘案して、ART 開始可能と判断された時点で速やかに ART を導入するというのが現実的と考えられ、症例毎に判断する必要がある。

S8-2) 中枢神経疾患合併患者に対する治療・予防法と抗HIV薬の開始時期と薬剤選択

菅沼明彦

がん・感染症センター東京都立駒込病院

ARTの普及により、HIV感染症の予後は改善したが、今の時代にあっても、中枢神経合併症は患者の生命予後、機能的予後に大きな影響をもたらす点で重大な問題である。HIV感染症における主な中枢神経感染症として、トキソプラズマ脳症（TE）、進行性多巣性白質脳症（PML）、クリプトコッカス髄膜炎（CM）などがあげられる。

TEの治療には、主にピリメサミンにスルファジアジンあるいはクリンダマイシンなどを組み合わせたレジメンが用いられ、治療効果判定として神経学的所見及び画像所見の評価が有用である。維持療法については、ART導入後のCD4陽性リンパ球数の上昇と全身状態の安定が中止の条件となっている。一次予防は、ST合剤が第一選択として用いられ、トキソプラズマ抗体陽性者でかつCD4陽性リンパ球数100/ μ L未満が対象となる。

PMLには、ARTの導入が唯一の確立された治療法となっている。ARTに加えて、抗マalaria薬であるメフロキンなどの併用が試みられることがあるが、必ずしも十分なエビデンスは得られていない。PMLに推奨される一次予防は存在しない。

CMには、アムホテリシン製剤が中心的な治療薬であるが、近年は副作用の少ないリボゾーマル製剤が頻用されている。初期治療が完了した後に、フルコナゾールなどによる維持療法が導入される。一般的に、CMに対して一次予防は行われない。良好な転帰を得るためには、薬物療法と並行して、髄液圧の管理が重要である。

これらの疾患はいずれも免疫再構築症候群（IRIS）をきたし得る。中枢神経合併症に生じるIRISは、死亡及び重篤な後遺症につながるものが稀ではない。また、IRISへの対応についても、不明な点が少なくない。これらのことから、中枢神経合併症を有する患者へのARTの導入時期と薬剤選択については、議論の多いところである。

S8-3) 悪性腫瘍（特にリンパ腫）合併患者に対する治療・予防法と抗HIV薬の開始時期と薬剤選択

萩原将太郎

国立国際医療研究センター血液内科

HIV感染者の長期予後改善に伴い、悪性腫瘍の発症が問題になってきている。特に血液腫瘍は頻度が高く、我が国における全国調査では、HIV関連者の白血病粗罹患率は17.6/10万人年であり、非HIV感染者の約2.2倍であった。また、悪性リンパ腫は、非感染者の200倍から1000倍の発症頻度と言われており、他の癌腫に比して生涯発生率は非常に高い。

近年、これら血液悪性腫瘍を中心に、HIV関連悪性腫瘍に対して抗がん化学療法を行う機会が増加している。

その際には、抗HIV薬との併用が問題になる。

抗HIV薬は、さまざまな薬剤と相互作用があり、薬剤選択にあたっては慎重を要する。特にプロテアーゼ阻害剤は薬物代謝を司るCytochrome P450-3A (CYP3A) の強力な阻害作用を持ち、抗腫瘍薬の代謝を遅延させる。そのため、抗がん化学療法剤の毒性を増強させる可能性があり、ときに重篤な合併症の原因となる。

一方、非核酸系逆転写酵素阻害剤は、CYP3Aを誘導することが知られており、抗腫瘍剤の代謝促進、血中濃度の低下を引き起こす。

また、核酸系逆転写酵素阻害剤においては、ZVDのように骨髄抑制やd4Tのように末梢神経障害をきたすものが知られており、抗がん化学療法剤の毒性と重ならないように注意が必要である。

HIV関連リンパ腫に対する化学療法においては、毒性の増幅や重複、あるいは作用減弱の恐れがあるため、プロトコールによっては化学療法終了後まで、抗HIV薬の開始を保留する場合もある。しかし、最近では、CYPに対する影響が少ないインテグラーゼ阻害剤を中心とする抗レトロウイルス療法を用いるなど、抗がん化学療法剤と併用しやすい治療法が開発されている。

HIV関連リンパ腫は、診断時に既に進行期であることが多く、一般に予後不良である。また、リンパ腫の組織型により予後が大きく異なる。最も高頻度の組織型はびまん性大細胞型であるが、2番目はBurkittリンパ腫であるが、形質芽球細胞性リンパ腫も増加している。それぞれの組織型に応じて最適な治療法を開発することが喫緊の課題である。

S8-4) 非定型抗酸菌症／結核発症AIDS患者に対する治療・予防法と抗HIV薬の開始時期と薬剤選択

渡辺恒二

国立国際医療研究センター エイズ治療研究開発センター

抗酸菌症（結核および非結核性抗酸菌症）に罹患したHIV感染患者の治療では、①薬剤による有害事象、②薬物相互作用、③免疫再構築症候群の管理が特に重要である。

抗酸菌治療薬の副作用に関する日本人HIV感染者のデータは限られているが、自施設からの統計（千葉から2010年日本エイズ学会総会）では、抗結核療法を、有害事象による薬剤変更を伴わず完遂できた症例は全体の3割程度と極めて低い。また、どの薬剤においてもある一定の頻度（INH 13.4%, RFP 26.1%, RFB 17.6%, ETB 14.3%, PZA 18.1%, LVFX 21.2%）で副作用が見られることが報告されている。すなわち、抗酸菌治療薬開始後は副作用発現に細心の注意を必要とし、原因薬剤の特定やその管理は容易でないことが分かる。抗HIV開始前には、抗酸菌治療薬投与開始から最低2週間は副作用をモニタリングし、長期投与可能な抗酸菌治療薬を確定しておくことが望ましい。

また、抗酸菌治療薬のうち、リファマイシン系と抗HIV薬（核酸系逆転写酵素阻害薬：NRTI）を除く）との相互作用は非常に複雑である。リファンピシンを投与する場合、以前はストックリンが用いられていたが、最近では倍量に増量したインテグラーゼ阻害薬（INSTI）を常用量のリファンピシンと併用する症例が増えてきた。リファブチンを用いる場合、以前はプロテアーゼ阻害薬を減量して用いる症例があったものの、最近では薬物相互作用の少ないINSTIの常用量をリファブチン常用量と併用で用いる症例が増えつつある。このように、薬物相互作用の面から考えると、抗HIV療法を行うときにNRTIと併用する薬剤は、INSTIが選択される傾向にある。

抗酸菌感染症は、免疫再構築症候群を起こしやすい代表的疾患である。特に、播種性抗酸菌症ではその疾患自体の治療期間が年余に渡ることもあり、他の疾患と比較して免疫再構築症候群を起こした場合の程度が強く持続期間も長いことが多い。中にはステロイド大量かつ長期投与が必要な症例もある。理論的には、抗HIV開始前に抗酸菌の菌量を出来るだけ減らす（抗酸菌治療薬投与を長期間先行させる）ことが免疫再構築症候群の頻度や程度を軽減させると考えられるものの、長期間の抗酸菌治療薬先行投与にも関わらず、免疫再構築症候群管理に難渋する症例もあり、個別の症例でベストな抗HIV開始時期を探っていくほか無い。

本シンポジウムでは自験例での経験談も交えながら、抗酸菌症に罹患したHIV感染者の治療についてディスカッションしたい。

S8-5) ヘルペス疾患における抗HIV療法の開始について

立川夏夫

横浜国立市民病院

CDC日和見感染症のガイドライン2013年では、ヘルペス関連疾患において「抗HIV療法を遅らせることを支持する」疾患は1つもない。ヘルペス属は代表的なAIDS指標疾患を構成し、CD4-T細胞系免疫の監視が非常に重要な微生物群に含まれている。そのため抗HIV療法の開始による免疫再構築の恩恵を強く受けると考えられ、あえて抗HIV療法を遅らせることの利点が認められない。

しかし以下の事項は注意しなければならない。

(1) CMV感染症に関して、CDC日和見感染症のガイドラインは、予防的投与の有効性を認めていない。しかし、患者体内でのCMVの活性化をモニターしながら、CMVが臓器障害を顕在化させる前に治療介入することは、患者の予後を改善する可能性がある。積極的にCMVのウイルス量の増加をモニターすべきであると考えられる。高CMV血症が認められた場合には、抗HIV療法開始とは無関係に、抗CMV療法を考慮すべきである。

(2) HHV-8/Kaposi肉腫においては免疫再構築がしばしば認められ、特に稀ではあるが気道系での腫瘍性増大による呼吸困難には注意しなければならない。

【シンポジウム9（社会）】

HIV カウンセリングにおいて変化すること・変化しないこと － カウンセラーの経験から読み解く －

■座長： 仲倉高広（（独）国立病院機構大阪医療センター 臨床心理室）
山中京子（大阪府立大学地域保健学域教育福祉学類）

■演者： 宮島謙介（東京都福祉保健局 感染症対策課 エイズ専門相談員／しらかば診療所/
特定非営利活動法人SHIP）
長浦由紀（長崎大学病院）
松岡亜由子（（独）国立病院機構名古屋医療センター エイズ治療開発センター）
池田和子（独立行政法人 国立国際医療研究センター病院／エイズ治療・研究開発センター）
伊藤俊広（独立行政法人国立病院機構仙台医療センター感染症内科）

趣 旨：

HIV/AIDS医療でのカウンセリングは、様々な支援の窓口としての役割や感染を知ってなお「普通に接する友人」としてのパディ的な役割を担ってきた創始期の時代から、現在ではチーム医療が整い、専門職としてのかかわりがますます期待される時代に変化してきている。

HIV陽性者のなかには、高齢化や心理的な孤立、認知機能障害、アルコールや薬物などの物質依存、がんなどの併発する他疾患など、さまざまな問題を抱え生きている人が増えてきている。

この時代にあっては、専門性を最大に活かしチーム医療の一員として連携しつつ、専門職として自立したカウンセラーの姿勢が求められると考える。

また、HIV/AIDS医療のなかで働くカウンセラーはHIV感染症以外の領域のカウンセリングを兼務していることが多く、その共通点や相違点もあり、戸惑い、迷いつつより良い援助を目指してカウンセリングに取り組んでいる。そもそも個別性を大事にするカウンセリングは、悩み奮闘し実践することが必定である。

そこで、本シンポジウムでは、派遣カウンセラー、中核拠点病院のカウンセラー、ブロック拠点病院のカウンセラーの方々をシンポジストとし、カウンセリングの実践のなかで多くの関心や興味、苦勞していることなどの取り組みを語っていただき、現在行われているカウンセリングを改めて浮き彫りにしていきたい。また、主に連携をする医師と看護師の方にも登壇していただき、カウンセリングの外側の視点からも意見をいただく。

今そしてこれから求められるカウンセリングについて討議していくことを本シンポジウムでは目指していきたい。

S9-1) HIVカウンセリングの手法と、カウンセラー／クライアント関係はどのように変化したか

宮島謙介

東京都福祉保健局 感染症対策課 エイズ専門相談員／しらかば診療所/
特定非営利活動法人SHIP

HIVカウンセリングの現場で取り扱われる「問題」の傾向と、その問題にアプローチするカウンセラーの「手法」の傾向について、このおよそ20年間の変化を考察する。

問題解決の目標や指標を、目に見える本人の行動変容（アドヒアランス、セーフセックス、ドラッグの不使用など）に設定するのは最近の傾向である。これは認知行動療法の普及によるところが大きい。対してエイズが早期に命に関わる事象だった時代によく扱われた「実存的テーマ」はその当時の意味においてはあまり話されなくなった。

しかし、認知行動療法的に目標を設定するには、いわゆる「ソクラテス的対話」という探索が欠かせない。そこには認知療法と同時代に興った来談者中心療法やゲシュタルトセラピー、さらにその前の実存療法への理解が大切になってくる。じつは今日的カウンセリングのトピック「就労（何のために働くのか）」と「恋愛（体も心も親密な関係とは何か）」は、生きる動機付けそしてより良い生活に直結する点で、実存的である。

もうひとつの大きな時代の流れは、当事者性と専門性との関係変化である。支援者の専門性と当事者性とは永らく相反するものと捉えられてきたのではないか。そこが変わりつつある：例えばHIV陽性者のムーブメントは支援者主導の一元的な患者像と治療モデルに異議を唱え、「コンプライアンス」を「アドヒアランス」に呼びかえさせたり、性的少数者のムーブメントは、同性愛を病気とした精神医学と心理学に敵対する立場から、LGBT研究の担い手へと変化し、その研究成果は現在の臨床現場で有効に活用されている。また、外国人へのカウンセリングも、通訳代行や帰国支援から、永続的滞在の支援、外国人コミュニティ資源への橋渡し、そして日本で育まれるマルチエスニック家族を包括的に観察介入する傾向に変わりつつある。

このように最近は当事者性と専門性とは相容れないものではなく、どちらも重視されるようになった。さらに、女性という当事者性がフェミニストセラピーと重なる点は見逃せない：個人のこころの困難は社会構造が作り出しているという発想や、女性同士の連帯を治療的と捉える発想、そして少数民族や性的少数者へのアプローチも歴史的にはフェミニストセラピーから生まれている。後半はフェミニストセラピーの治療観と照らし合わせながら最近の事例を紹介したい。

S9-2) 中核拠点病院のカウンセラーの立場から

長浦由紀

長崎大学病院

長崎大学病院におけるHIVカウンセリングは、県の派遣カウンセリング制度の活用に始まり、平成20年7月に中核拠点病院の相談事業を受託し、カウンセラーが週に1回半日院内に常駐し、スタッフと直接連絡が取れる体制となった。

事業開始当初は、外来診療が主で、対応患者数も少なかった。数ヶ月おきの受診間隔の患者に対して、カウンセリングの役割を悩む一方で、病気やセクシャリティについて安心して話せる場が求められていることを感じた。長崎で年に1回開催される「エイズ診療ネットワーク in Nagasaki」では、カウンセリングの現状について報告を続け、病棟スタッフとの繋がりもでき、スタッフとの連携、入院患者の支援依頼、家族やパートナーへの支援、カンファレンスの参加と、よりチーム医療の一員として活動に繋がっていった。

当事業以外にも仕事を兼務しているカウンセラーが、対応数や活動の幅が広がる中、ポイントを抑えた支援ができるには、スタッフとの連携、エイズ予防財団やブロック拠点病院からの情報や研修が、支えになるものである。

研修で取り上げられたセクシャリティ、癌、患者の高齢化、就労問題、施設入所、薬物問題、自殺、認知機能障害等のテーマは、追従するように、当院でも直面している。最近特に課題に感じていることは4点ある。1点目がセクシャリティや病気と孤独感。患者の多くは、セクシャリティや病気を伏せたり、理解されない不安や経験があり、自身を不完全に感じたり、居場所のなさを感じながら生活している。そういった患者一人一人をいかに支えていけるか。2点目に、発症後に感染が判明した患者対応。発病や感染の直面に揺れる中、闘病しながら、家族関係における苦悩、治療しながら生きるものの意味等を自問自答する患者に、カウンセラーとしてどういった支援ができるのか。3点目が、他疾患の発病。他疾患が発病すると、患者は再び病と直面する。更には、他科の医療スタッフとの関わりや、外来や入院でスタッフが入れ替わる中、カウンセラーの一環した関わりが、患者支援やスタッフの患者理解にいかに貢献できるか。4点目が最近取り上げられる心理検査の話題である。心理検査を通して、中核拠点病院のカウンセラーが、どのような心理支援を行うことが、患者や医療スタッフに役に立つことなのか。今回の機会を通して、以上の4点の課題について考えていきたい。

S9-3) HIVカウンセリングにおいて変化すること・変化しないこと ーブロック拠点病院に所属する心理士の立場からー

松岡亜由子

(独) 国立病院機構名古屋医療センター エイズ治療開発センター

名古屋医療センターは東海ブロックのエイズ診療ブロック拠点病院および愛知県の中核拠点病院でもある。現在、約1300名のHIV陽性者が通院中で、その多くが抗HIV療法を継続しながら社会生活を送っている。毎年120名以上が新たにHIV陽性と診断され受診する。医療環境は充実しており、医師、看護師、薬剤師、メディカルソーシャルワーカー（MSW）そして臨床心理士（CP）が専任または専従で診療に従事している。CPは常勤3名に加え、エイズ予防財団のリサーチレジデント1名、中核拠点病院相談支援事業で愛知県・名古屋市の派遣カウンセリング事業に従事する2名が院内外で相談支援業務を行っている。

HIV陽性者に対するCPの関わり方はこの5年間で大きく様変わりした。

平成20年頃には、初診時、多くのHIVに感染したことによる不安を訴える陽性者が危機介入的なカウンセリングを要した。しかしながら、抗HIV療法開始後、病状の安定に伴い不安が解消され短期間の関わりでカウンセリングを卒業していくケースがほとんどであった。

現在、CPが初診時、危機的介入を要するHIV陽性者は減少傾向にある。その一方で、病状が安定している陽性者が新たな課題に直面し、HIV診療チームのあらゆる職種からカウンセリングを依頼されるケースが増加傾向にある。HIV感染症に関連する直接的な不安ではなく、ケース特有の課題をじっくりと、ともに考えていく関わりが主になってきている。

抗HIV療法の進歩、HIV診療チームに属する医療者の充実、社会の疾病理解の向上および派遣カウンセラーの活動は、初診時のCPの負荷の大きな軽減をもたらせた。その一方、予後の改善は、高齢化、悪性腫瘍に起因する課題やアディクションなど特有の課題を抱えるケースを増加させた。服薬アドヒアランスに影響を与える因子として認知や人格の問題がクローズアップされた結果、人格検査、知能検査、認知機能検査等の心理検査の需要も増している。

本シンポジウムでは、ブロック拠点病院でのカウンセリングを通じて感じてきた変化を述べるとともに、今後の課題を考察する。

S9-4) ますます高まるカウンセラーへの期待

池田和子

独立行政法人 国立国際医療研究センター病院/エイズ治療・研究開発センター

HIV感染症は治療の進歩により、疾患コントロールが可能と言われるようにはなり、患者さんの多くは学業や仕事をしながら療養生活を続けています。治療・療養の長期化により、HIV感染症以外の疾患管理として院内外の専門家とも連携しながら総合的に診療・支援していくことが不可欠になりました。内科的治療以外にも臓器移植などダイナミックな外科治療、血液透析の導入、悪性腫瘍や精神科疾患を発症するなどして、政策医療であるエイズ拠点病院ネットワーク以外の医療機関とも連携が必要になっています。

HIV感染症患者さんは抗HIV療法の実施の有無にかかわらず受診が途絶えてはなりません。しかし患者さんが抱える課題には、医学的な課題のみならず、仕事や医療費など経済面や、不安や混乱、うつ状態などの精神面への対応も求められ、全国の拠点病院で多職種による包括的な支援が取り組まれています。

HIV診療におけるチーム医療の歴史は長く、その中でも心理療法士は、治療や社会の変化に合わせ、柔軟に対応し活躍されてきました。

今後のHIV治療のさらなる進歩を期待するとともに、他疾患のチーム医療体制からも多くを学び、良いところを取り入れつつ、HIV診療体制の中で心理療法士の活躍を期待し続けています。これからも宜しくお願いします。

S9-5) 医師の立場から

伊藤俊広

独立行政法人国立病院機構仙台医療センター感染症内科

HIV感染症（AIDS）が世界で初めて認識されたのは1981年LAにおけるoutbreakであり、それから既に33年が経過している。現在、HIV感染症は早期の診断・治療が成功すれば、死に至る病気ではなく、全くの慢性疾患であり、非HIV集団と同程度の余命が期待できるようになった。すなわち、高血圧や糖尿病の治療を受けながら虫歯や風邪、けがの治療を受けられるのと同様に、HIV感染症の治療（ART）を受けながら他院を受診し、他疾患の診療を受けることが可能であり、他の慢性疾患患者と同様に社会の一員として普通に生活していくことができる。

どのような環境下であっても、個々の立場で種々の「生き辛さ」が存在するが、HIV感染者のそれがいかに強いものであるかは、患者本人だけでなく、現場でチーム医療にかかわるスタッフにもよく認識されている。外的環境の変化に対応しつつ内的（心理的）環境の変化を促すことにより「生き辛さ」を克服していくことが可能であり、カウンセリング介入効果が期待される部分である。医師が行うHIV診療はいたって単純な作業：他の疾患と同様、感染者を①早く診断し、②ART（治療）を開始・継続することである。①②が成功すればおのずと③AIDS発症者や新規感染者を減少させることができるはずなのだが……。HIV感染（疑いも含む）者：HIV関連クライアントの「生き辛さ」が①②に影響し③の達成を困難にしている（先進国で新規感染者が増加しているのは我が国のみ）。1980年代当時と比べHIV感染症の予後は改善し、個人の権利や病名告知・説明同意の取得意識も高まり、sexual minorityの認識や服薬概念の変化（compliance→adherence）、チーム医療導入などHIVに関連した外的環境は大きく変化している。HIV医療体制（拠点病院体制）の中でもカウンセリングの重要性は当初から強調され、国の診療指針に示されるように医療機関におけるカウンセラーの配置・配属について支援体制を構築してきたことや、臨床心理学的検査を通して、患者の高次脳機能評価などを行うneuro-cognitive disorderの診断補助なども外的環境の変化として捉えることができる。

カウンセリングによる介入方法に決まったスキルが存在しているわけではないが、これら外的環境の変化を認識し活用しつつ、内的（心理的）環境に介入することにより、HIV関連クライアントにおける「生き辛さ」が改善しHIV診療が成功に導かれていくことが期待される。

【シンポジウム 10（社会）】

抗HIV薬の移り変わりから未来を考える

－患者と医療者、それぞれの経験と感性が語り継ぐこと－

■座長： 花井十伍（特定非営利活動法人ネットワーク医療と人権）

■演者： 高田 昇（広島文化学園大学看護学部 おだ内科クリニック）

白阪琢磨（独立行政法人国立病院機構大阪医療センター

HIV/AIDS先端医療開発センター）

栗原 健（国立循環器病研究センター 薬剤部）

患者（特定非営利活動法人 ネットワーク医療と人権）

■指定発言者：

佐藤裕徳（国立感染症研究所 病原体ゲノム解析研究センター）

趣 旨：

1987年に日本初の抗HIV薬としてAZTが登場して以来27年が経過した。我が国で最も長期にわたり抗HIV薬を服薬してきた患者集団は、米国からの輸入血液製剤によりHIVに感染した血友病患者たちであった。

これら患者集団における抗HIV薬変遷の経験を「語り」として紹介するとともに、医療者の経験や知見に基づく視点を交えることによって、これまでの抗HIV薬や治療法を振り返り、将来展望を考える上での「患者の視点」について、もう一度考える契機としたい。

またこの20数年の間に、単剤治療から「カクテル療法」、コンプライアンスからアドヒアランスといったパラダイムシフト、頻繁な治療ガイドラインの更新、長期服薬による副作用の判明など、さまざまな変化や事象があった。

本シンポジウムでは、これらの事象を当時の視点と現在の視点を行き来しながら論じることによって、治療薬や治療法の今後を展望するための新たな視点を模索する。加えてHIV診療にかかわる医師・薬剤師・看護師による服薬指導や包括ケアのみならず、生涯にわたり治療を継続しなければならない患者のセルフマネジメントを考える上で、本シンポジウムが有効な手がかりを得る機会となれば幸いである。

なお、発言予定のパネリストの他にも、抗HIV薬開発を目指した基礎研究を推進している研究者から、過去の抗HIV薬に対する客観的な評価を発言いただく予定である。

S10-1) 何もわからず素手で立ち向かっていた時代

高田 昇

広島文化学園大学看護学部 おだ内科クリニック

医師になって5年目、1979年から成人血友病の診療を担当することになった。8割以上の患者はHBVマーカー陽性、さらに非A非B型肝炎と呼ばれた慢性肝炎（後にC型肝炎）があった。1980年に高度濃縮製剤による自己注射を始めて患者は生活を取り戻していった。1982年に血友病のエイズ発症報告があり、錯綜する情報で不安は増していった。ウイルスの病気で免疫が犯されるらしい。1984年加熱処理でウイルスは感染力を失うという報告。血液製剤による新たな感染はなくなると期待された。1986年にHIV抗体検査が認可され、4割の患者が陽性と判明した。多数の検体検査を素手でやり、針刺し事故も経験してきた私は陰性だった。抗体が陰性なら感染していないのか、陽性は何を示しているのか、抗体以外に何を調べればよいのか、全員が発症するのか、どんな治療をすればよいのか、わからないことだらけだった。

陰性の患者と陽性の患者がいる。子供が生まれた患者、子供が欲しい患者、パートナーがいる患者がいる。患者の情報は患者のもの、検査結果を伝えないという選択はなかった。地元の病院から入院を断られた患者がいた一方、近所に知られるのを恐れて遠くから通院した患者もいた。1987年にCD4数が減る一方だった患者がPCPを発症。1989年には外国帰りの食道炎発症者やカポジ肉腫外国人の入院があり、病棟がエイズで占められるのではと快く思わない医療スタッフもいた。AZTもddIも飲み辛い。期待して処方するが、効いたという実感が患者にもこちらにもない。いつ始めたら良いのかわからず、患者の決心にゆだねた。しかし脳症やPML、CMV腸炎の発症が続き愕然とした。日本語のエイズの教科書はなかったが、入手したアメリカのエイズの教科書には、知りたいことは何でも書いてあった。

1990年頃、血友病を診ていた小児科医と心理カウンセラーと一緒に、月1回の合同カンファレンスを始めた。病名告知と緩和ケアが主なテーマであった。厚生省山田班の班会議で知り合った他の地域の医師たちは、まるで戦友のように感じた。1990年代中頃、パソコン通信で英語の文献検索をするようになった。その後、ネット環境が整備され、2000年にはエイズのメーリングリスト、J-AIDSを立ちあげた。治療内容と環境が大きく変化し、わからないことだらけの時代から、豊富で良質の情報を選び取ることができる時代になったことは喜ばしい。HIV感染症が死を背負った戦いではなくなりつつあり、全国のケア提供者は戦友から時代を共有する仲間になったのだと思う。

S10-2) 医師の立場から「HAARTの光と影、そして未来」

白阪琢磨

独立行政法人国立病院機構大阪医療センター HIV/AIDS先端医療開発センター

HIV感染症は治療の進歩で慢性疾患と言えるまでになった。現時点では生涯にわたる服薬が必要であるので、治療には患者自身がQOLを余り損なわずに安心して服用継続できる薬剤が望まれる。開発する側、処方する側、患者自身が共に課題を乗り越えていく事の必要性をHIV感染症治療は教えている。本稿では、HIV感染症治療の進歩につき、医師の立場から振り返り、HAARTと呼ばれた多剤併用療法の光と影を述べ、未来についても語りたい。

1981年、原因不明の免疫不全症、後の後天性免疫不全症候群（AIDS）が報告された。1983年に病原体であるヒト免疫不全ウイルス（HIV）が分離、同定され、HIV感染症の全貌が次第に解明された。1985年にはHIV感染症の検査法である抗体検査が承認された。1987年には、満屋裕明博士らの手によって開発された世界最初の抗HIV薬AZTが米国FDAで承認された。その後、AZTと同じクラスのヌクレオシド核酸系逆転写酵素阻害薬ddC、ddI、3TC、d4Tが次々と承認され、単剤投与から2剤併用療法が主流となった。現在では、これらの抗HIV療法は体内のHIVの増殖を完璧には抑える事が出来ていなかったと考えられる。そのため、当時、治療効果のサロゲートマーカーと呼ばれた血中CD4陽性Tリンパ球数でも十分な効果とは言いがたく、増殖抑制が不十分なため投与薬剤に耐性を獲得したHIV-1変異株の出現も認められ種々の副作用が認められた。患者あるいは医師は治療に迷う難しい時代であった。1996年頃に承認されたプロテアーゼ阻害薬、非ヌクレオシド系逆転写酵素阻害薬は格段に優れた抗ウイルス効果がある事が、RNA-PCRという新しい検査技術で示され、HAARTによりHIV感染症も慢性疾患になったと言えるまでになった。しかし、優れた効果には厳しい服薬が必要であり、副作用と相まって患者のQOLを著しく損ない、薬剤耐性の問題も出現した。再び、治療につき悩む時代であった。効果が如何に優れていても患者が大きな困難なく安心して服用し続けられる薬剤が強く求められた。その後、侵入阻止薬やインテグラーゼ阻害薬という新薬が開発され、副作用も少なく、合剤など剤数も減り飲みやすい抗HIV薬が登場してきた。2013年には日本でも1日1回1錠が登場した。今後も、短期、長期の有効性、安全性に優れ、患者のQOLも重視した薬剤が開発される事を期待している事を記し、この稿を終えたい。

S10-3) 薬剤師の立場から：「抗HIV薬の進化と変遷、そして未来像」

栞原 健

国立循環器病研究センター 薬剤部

1990年代の終わりに登場したプロテアーゼ阻害剤に逆転写酵素阻害剤を組み合わせた多剤併用療法によって、AIDSによる死亡者数と、AIDS関連日和見感染症の発現頻度は著しく減少した。その後、新薬の開発は続き、服薬回数や1回に服用する錠数の減少、副作用発現率も低下し、治療は着実に進歩を遂げた。近年では1日1回の服薬が主流となり、1錠中に4種類の薬剤を含む1日1回製剤も登場している。

抗HIV薬に関連する制度等については、主に次の2つがあげられる。1998年2月4日庁保険発第1号「ヒト免疫不全ウイルス感染症に係る障害認定について」によって、1998年4月1日から、ヒト免疫不全ウイルス感染症に係る障害認定を受けることが可能となり、抗HIV薬治療を受ける患者の金銭的負担が軽減した。またその後、海外で次々と承認される薬をできるだけ早く国内で使用するため、拡大治験が実施された時期もあったが、1998年11月12日医薬審第1015号により、抗HIV薬は国内での治験は行わず、海外で実施された臨床試験の結果で迅速承認申請が可能となったことにより、海外で承認されたものの、国内治験が行えないために導入が遅れていた抗HIV薬の承認は一気に加速した。しかし、国内での治験が行われなかったため、日本人における体内動態や副作用発現率は不明であることから、新規抗HIV薬を使用する医療従事者は、より慎重に薬剤の副作用等について観察すると共に、医薬品情報等の提供・収集に努める必要がある。

本シンポジウムでは、医薬品という観点から見た抗HIV薬の問題や抗HIV薬の進化と変遷について振り返り、薬の未来像について紹介した上で、各シンポジストと議論深めたい。

S10-4) 『飲みごち』と身体との折り合い

患者の立場から

特定非営利活動法人 ネットワーク医療と人権

1983年前後に米国由来血漿分画製剤によってHIV感染した血友病患者集団は、HIV感染症治療の歴史に寄り添って治療を続けてきました。90年代初頭のAZT、ddI、日和見感染予防薬しかなかった時代、患者は常にAIDS発症と死を意識していました。剤型も「かろうじて服用できる」というレベルの代物でした。

ART初期のPIによって初めて治療効果を実感できた一方で、重篤な副作用に悩まされました。腎障害や血友病特有の出血傾向の亢進も患者の実感を端緒として明らかになりました。とはいえ、初期の生命予後の大幅な改善は主にPIの改良によるところが大きかったと言えます。

90年代の終わり以降、ARTにより当面のAIDS発症が遠ざかるも、多数の薬を服用し続けなければならない状態で、その結果「飲み疲れ」や長期的な副作用に悩まされてきました。これらは服薬率にも少なからず影響を与え、服薬可能な処方必要性が高まりました。そして1998年頃から、服薬が正しくできているかというコンプライアンスという概念から患者自身が積極的に治療に参加し治療を受けるというアドヒアランスという概念に変遷していきました。

日常生活で患者が実感する副作用として、d4T+ddIに代表されるミトコンドリア障害が顕著化し、2003年の治療ガイドラインからdドラッグが姿を消し、その後NRTIの合剤、1日1回処方が可能なNNRTIやPIも販売され服薬回数や錠数が減るも、腎障害、悪夢を見る等の中枢神経症状、下痢等の副作用が加わり、長期にわたって食事などへ影響を及ぼし続けています。

キードラッグがPI、NNRTI、INSTIと選択肢が増え、ガイドラインが何度も書き換えられる中、その時々でさまざまな治療法を「身をもって」体験してきました。まさに薬の「飲みごち」と体調や副作用に折り合いをつけながら、私たちは生き延びてきました。

これらを患者の経験として提示することは、統計的手法による医薬品の評価とは異なる視点でHIV治療の改善につながると考えます。例えば、服用回数を減らすための合剤化は望ましいことですが、一人ひとりの薬物動態に合わせて用量を調整するテーラーメイド的方向性とは異なるといえます。また検査データに表れない体調変化と薬剤との関係が明らかになりにくく、実際には、よりbetterな新薬があっても、あえて変更しない選択となることもあります。

今後、患者の高齢化が伴う中、いかに体に負担なく服薬していくかが課題であり、少しでも私たちの経験が活かされれば幸いです。

【シンポジウム11（臨床）】

HIV/AIDS看護に求められるコミュニケーション技術

■座長： 有馬美奈（がん・感染症センター都立駒込病院）
 大木幸子（杏林大学保健学部）

■ミニレクチャー演者：
 大野稔子（北海道大学病院 副看護師長）

■ファシリテーター：
 豊島裕子（大阪市医療センター）
 羽柴知恵子（NHO名古屋医療センター）
 宮城京子（琉球大学医学部附属病院）
 長與由紀子（NHO九州医療センター）
 城崎真弓（NHO九州医療センター）
 大金美和（国立国際医療研究センター ACC）
 下司有加（NHO大阪医療センター）
 池田和子（国立国際医療研究センター ACC）
 鶴見広美（岐阜大学医学部附属病院）
 大野稔子（北海道大学病院 副看護師長）

趣 旨：

昨年の教育研修プログラム（第2回）は、「HIV陽性者にとって医療者による精神的支援とは？」と題し、慢性疾患看護専門看護師、臨床心理士、陽性者にご登壇いただきシンポジウム形式で実施しました。参加者（看護師69名）評価では、99%が「非常に」または「まずまず」役に立つと回答し、その理由として「自分の看護を振り返ることができた」「陽性者の話を聴くことができた」が多く挙げられました。また、今後の講習会企画に関する希望としては、面談の振り返りなど実践に関するスキルアップの要望がみられました。

そこで今回は、HIV感染症看護の特徴であるセクシャルヘルス支援について、患者と面談する際のコミュニケーション技術を実践的に振り返る参加型研修を企画しました。

看護師が「うまくできない」と感じることの多い、セクシャルヘルス支援の場面におけるコミュニケーションをテーマにロールプレイを行います。

まず導入として、HIV感染症指導看護師の大野稔子さん（北海道大学病院）には、コミュニケーション技術に関する基本的な内容を参加者全員で確認するためのミニレクチャーをお願いしました。その後、3人ずつのグループに分かれて、「HIV陽性者」「看護師」「観察者」の3役を交代しながら3回ロールプレイを行います。

グループには、HIV感染症指導看護師の方々がファシリテーターとして参加し（下記）、ロールプレイの進行やプレイ後の振り返りをサポートします。

全てのロールプレイが終了したら「HIV陽性者に対するセクシャルヘルス支援につながるコミュニケーションとは」について、ロールプレイの体験をもとに意見交換し、全体共有とまとめを行います。

今回の研修では、セクシャルヘルス支援につながるコミュニケーションを明日からの外来看護や病棟看護で実践されることを目標にしています。

HIV看護におけるコミュニケーション技術 ～セクシャルヘルス支援のポイント～

大野稔子

北海道大学病院 副看護師長

HIV感染症は、性感染症であり、セクシャルヘルス支援は健康を維持するため重要な看護支援のひとつです。性は、睡眠・休養・栄養などと同様に、人間の基本的欲求ですが、性はプライベートなものであり、タブー視され羞恥心を伴うという特徴があります。

患者さんやパートナーも、誰に相談すればいいのかわからない、医療者に性の話をしたいのかなど性に関する悩みを抱えている場合も多いです。

昨年の教育護研修後のアンケートでも、セクシャルヘルスについて患者さんへの支援に抵抗感があり消極的になる、性の話をするのが苦手などの意見がありました。

そこで、患者さんと面談をする際、性に関する悩みや現状について批判せずに話をする、治療・ケアに必要な性に関する情報を聴くときのポイントなどコミュニケーションスキルを紹介します。その後、セクシュアリティ、薬物使用、感染告知などの事例を通して、セクシャルヘルス支援を実践していくために必要なコミュニケーションスキルを習得できる場にしたいと考えています。

【シンポジウム 12 (社会)】

HIV 検査の体制－早期検査と早期治療に向けて

■座長： 加藤真吾（慶應義塾大学医学部 微生物学・免疫学教室）
高久陽介（特定非営利活動法人日本HIV陽性者ネットワーク・ジャンププラス）

■演者： 加藤真吾（慶應義塾大学医学部 微生物学・免疫学教室）
貞升健志（東京都健康安全研究センター微生物部）
山本政弘（国立病院機構九州医療センター AIDS／HIV 総合治療センター）
塩野徳史（名古屋市立大学 看護学部）
生島 嗣（特定非営利活動法人ふれいす東京）

趣 旨：

わが国では、全国の保健所において無料匿名のHIV抗体検査が実施されており、ほとんどの地域で検査が受けられる環境にある。また東京や大阪などの一部の地域では夜間や土・日にも受検できる施設が用意されている。これらの検査については、HIV検査・相談マップにより案内され、その活用を促進する取り組みもされてきた。さらに、即日検査の導入など検査にかかる時間を短縮するなどの体制を導入するなどの工夫もされてきた。

こうしたHIV検査の体制にも関わらず、HIV検査受検者数は2008年をピークに減少し、横ばいの状況にある。その一方で、献血においてウインドウ期にある血液から輸血によるHIV感染が発生する事例がおり、またエイズ発生動向からはHIV感染者とエイズ患者の合計に占めるエイズ患者の割合が30%で推移し、いまなおエイズ発症でわかる感染者が多いなど現状にある。

HIV感染の可能性のある人が自発的に検査を受けに行くには、現在の検査体制にはどのような課題があるのか、どのような検査体制や支援体制が必要なのかについて、検査を実施している側、受検している側、支援している側から、それぞれのこれまでの調査研究などを基に検討し、今後のHIV検査の提供の在り方を提示する。

S12-1) HIV 検査の体制－早期検査と早期治療に向けて

加藤真吾

慶應義塾大学医学部 微生物学・免疫学教室

エイズ動向委員会の報告によると、HIV 感染者の新規報告件数は2007年から2013年までほぼ横ばいで推移している。エイズ患者の新規報告数と保健所等での検査件数も2010年からほぼ横ばいの状態が続いている。これらのことは、わが国のHIV 感染の発生数、診断率、及び未診断感染者数がここ数年ほぼ定常状態にあることを示唆している。このような状態は、2000年代前半までの感染拡大期に比べると好ましいものであり、様々なHIV 流行防止対策や抗HIV 治療の進歩が一定の成果を上げたとみなすことができる。しかし世界の動向をみると、年間HIV 感染者数は1990年後半に350万人のピークに達したあと単調に減少し、2013年には210万人となった。最近発表されたUNAIDSの目標は2030年までにエイズを終息させると謳っている。このような世界的な動きと比べると、わが国のHIV 対策は不十分なものと言わざるを得ない。

わが国のエイズ対策における最大の問題点は未診断感染者の割合が高いことにあるのではないかと思われる。保健所等でHIV 感染が判明した人々の約9割は医療機関につながり、抗HIV 治療を受けている患者のほとんどが血中ウイルス量を検出限界以下に抑えられている。医療への入口にあたるHIV 検査を未診断HIV 感染者に効果的に提供することがわが国におけるHIV 流行防止のための最大の課題であるといえる。

受検希望者主導の検査には保健所等、病院・診療所、郵送検査がある。保健所の中で利便性の高い検査を実施している施設の割合は漸時増加しているが、飛躍的な増加は困難と思われる。利便性の高い特設検査施設を適所に増設することが重要であろう。病院・診療所による自発検査の提供が東京や大阪を中心に広がっているが、さらに多くの施設が積極的に自発検査を受け入れることが必要である。郵送検査は匿名性が高く、検査が受けやすいという利点から近年利用者が増加しており、感染者の判明につながっている場合も多い。しかし、薬事法に基づいた検査法ではないため、精度管理の不十分さや結果通知の方法などに問題がある。

医療者主導の検査として術前・入院時のスクリーニング検査が大規模に実施され、多くの感染者が診断されており、未診断感染者の減少に寄与していると思われる。ここでの検査結果が感染者の不利益を与えることのないよう十分な注意が必要である。

S12-2) 東京都のHIV検査体制－これまでの成果と今後の方向性

貞升健志

東京都健康安全研究センター微生物部

東京都のエイズ対策として都内保健所におけるHIV検査・相談を開始したのは1987年である。1993年9月には平日夜間のHIV専門検査・相談機関である南新宿検査・相談室を開設、2003年からは同相談室で土日午後を含めたHIV検査相談を開始している。この間、エイズ予防月間や検査相談月間の実施、梅毒・クラミジア等の他の性感染症検査等、様々な行政的な施策が実施されてきた。さらに、2005年以降、時代とともに即日検査の需要が高まり、都内においても即日検査を実施する保健所が多くなっている。東京都でも同年4月に多摩地域検査・相談室が開設され、即日検査を主体としたHIV検査・相談事業も展開している。現在、都内どこでもHIV検査を受診することが可能になったといえる。

東京都におけるHIV検査数は2008年がピークになり、インフルエンザ(H1N1)2009や東日本大震災時には変動がみられ、その後減少、横ばいとなっている。HIV感染者数についても2008年をピークとし、その後同様の傾向が認められる一方で、エイズ患者数は2013年に過去最多となっている。

我々は、調査研究によりHIV検査数やHIV検査陽性例の分子疫学解析を実施してきた。2008年と2013年の検査結果を比較した結果、BEDアッセイに基づいた感染初期例の占める割合は45.4%から33.0%に減少した。HIVサブタイプ解析では、サブタイプBの割合が98.9%から83.3%に減少し、non-Bタイプの占める割合が増加していることから、感染者由来HIVが多様化している傾向も認められている。

HIV感染の早期発見は、早期治療やその後の感染拡大の防止にも繋がることから、構築されたHIV検査のさらなる活用に向けて、検討を実施する時期にあるかもしれない。

S12-3) 地方のHIV検査体制－医療の現場から見た課題と提言

山本政弘

国立病院機構九州医療センター AIDS／HIV 総合治療センター

いくつかの都市圏では感染報告が横ばいとなり、AIDSを発症してみつかる割合も減少傾向にある。しかしながら、その周囲の地域では逆に報告が増え、AIDSを発症してみつかる割合も大きい傾向がみられる。都市部では現在までの啓発その他が効果を示してきた可能性はあるが、地方では都市部から徐々に感染が波及してくる一方、検査体制が不十分であるゆえか、AIDSを発症してみつかることが多いとも考えられる。最近では保健所検査件数も2009年以降減少したままの地域も多く、献血や郵送検査などで陽性が判明する例も増えてきている。献血による陽性判明の問題はもちろんであるが、郵送検査も検査機会拡大には寄与するであろうが、陽性者が確実に医療につながっているのか不安が残る。また地方行政における予算削減のありを受け、迅速検査や休日夜間検査など保健所検査の利便性向上にも限界がみられている。そういった現状のなかで、いかに地方において検査機会を増やしていくかということが大事になってくる。

地方における検査機会向上のためにはひとつには医療機関における検査機会の増加も必要であり、STDクリニックなどにおける検査機会の拡大も必要であるが、地方の場合どうしても査定とプライバシー保護という大きな関門が立ちほだかる。やはり保健所検査のより有効な活用を考える必要がある。限られた予算や時間のなかで保健所検査の有効性を向上させるためには、対象となる層の受検をより促す工夫が必要となる。九州ブロックでは平成24年度より、各地方自治体と中核拠点病院を中心とした検査環境改善のための研修を促進するため、地元CBOとの協力のもと、セクシャリティ理解を含めた保健所研修を各地方自治体で行えるよう活動を行っている。

本シンポジウムでは地方においていかに検査体制を向上させていくかということについて議論したい。

S12-4) HIV抗体検査受検者の特性-8都府県の保健所受検者調査の結果から-

塩野徳史

名古屋市立大学 看護学部

日本では保健所におけるHIV抗体検査受検促進に向けさまざまな取り組みが展開されており受検者数も増加してきた。しかし最近の受検者の属性に関する資料は少なく、受検者の視点から保健所HIV抗体検査事業の実態を明らかにした研究はほとんどみあたらない。本研究では宮城県、東京都、神奈川県、千葉県、愛知県、大阪府、福岡県、沖縄県の保健所で実施されている検査事業を利用した人に向けて質問紙調査を行い、有効回収率は63.4% (n=13,006)であった。8都府県の調査協力保健所では2013年1月から9月までに20,528件のHIV抗体検査が実施されており、これは同期間同都府県のエイズ動向委員会報告の検査件数の56.7%を占めていた。また同保健所受検者における陽性判明報告数は71件(陽性率0.35%)で、同都府県の報告地別HIV感染者報告数の12.7%であった。

有効回答であった13,006人のうち、生涯の性交相手の性別が異性のみであった男性は6,782人(52.1%)であり、このうち過去6ヶ月間にお金をはらった性交経験のある男性は3,345人(25.7%)であった。生涯の性交相手の性別が異性のみであった女性は4,175人(32.1%)であり、このうち過去6ヶ月間にお金をもらった性交経験のある女性は425人(3.3%)であった。生涯の性交相手の性別が同性または両方であった男性(MSM)は1,840人(14.1%)、生涯の性交相手の性別が同性または両方であった女性は141人(1.1%)であった。性別について「その他」と回答した人は23人(0.2%)であり、そのうち17人はトランスジェンダーや性同一性障害と回答していた。

受検者の特性としてMSM受検者は、健康保険未加入割合が他群に比べ4.9%と高く、家族にHIVや性感染症について相談できる割合は22.3%と極めて低かった。また過去6ヶ月間にお金をもらった性交経験はある女性では、性感染症既往が52.7%と高く、家族に相談できる割合はMSMと同様に25.9%と低かった。仮にHIVに感染していたときの受診行動について多変量解析の結果では、いずれの群においても家族や友達と相談できる、または相談できる場所の認知と受診への自信が関連しており、特にMSMでは家族と相談できる人では、相談できない人に比べ2.7倍高く「必ず受診する」と回答していた。

保健所のHIV抗体検査には、個別施策層を含む多様な社会的背景を持つ人が利用しており、受検後に医療につなぐためには、固有の状況を考慮した関わりが必要となる。

S12-5) HIV陽性者、感染不安者を対象にした相談から見える、 早期検査と早期治療に向けてのヒント

生島 嗣

特定非営利活動法人ぶれいす東京

ぶれいす東京では、感染不安の相談窓口として、東京都HIV/エイズ電話相談、ぶれいす東京HIV/エイズ電話相談、ゲイ向けのゲイによる電話相談、また、HIV陽性者や周囲の人むけの相談窓口として「ポジティブライン」という4つの電話相談を運営している。今回は、HIV検査という切り口で対応を振り返る。

東京都から受託しているHIV/エイズ電話相談は、2013年度は2,062件の相談を受けていた。相談者の85%は男性が占め、検査前後の感染不安の相談が多くを占めるが、陽性者8件、判定保留12件、陽性者周囲13件など、検査後や周囲の人間関係からの相談も含まれていた。相談の内容は、複数回答で、感染不安80.0%、感染経路71.0%、検査51.4%、予防30.6%、症状/治療23.0%などであった。5年間（2009年～2013年）の相談件数の推移をみると、2,725件、2,577件、2,453件、2,241件、2,062件であり、件数の減少が見られた。利用に至る情報源は、インターネット67.2%、パンフレット2.6%、保健所2.4%などであった。東京都以外からの相談が46.7%をしめていた。

厚生労働省からの受託事業の一部である、HIV陽性者やその周囲の人が対象の相談には、2013年度は、のべ2,041件（電話：1386、対面：655）の相談があった。うち、HIV陽性者からの新規相談は189件、確認検査待ち/判定保留の状況での新規相談は20件であった。

HIV陽性・新規相談者の感染判明の経緯について、把握できた98件をみたところ、陽性告知を受けた主な場所は、医療機関の外来：49件、保健所／検査所：26件、入院中の医療機関15件であった。自主検査キット2件、検査イベント1件、その他5件であった。検査のきっかけは、何らかの「症状あり」で医療者からの勧めが40件、自発的な検査39件のうち、「症状あり」状態での受検が18件を占めていた。他に、一般医療機関の術前検査で判明が8件、妊娠検診1件、健康診断のオプション1件などであった。また、陽性が判明した配偶者/パートナー/性的関係があった者からの勧めも3件であった。

感染不安により、HIVへの関心が高まる時期に、電話相談を通して、適切な傾聴や情報提供をすることで、受検のハードルを下げることに貢献できる。特に「症状あり」の状況下にある個人へのガイダンスが重要だと思われた。相談へのアクセスを改善するためには、受検時の確実な提供、web上で相談情報が検索しやすい状態であることが求められる。一方、陽性者相談では、確認検査を待つなかでの心理的な混乱に関する相談が増えている。このことから、HIV検査の機会を広げていくとともに、相談へのアクセスの担保も同時に取り組むことが重要だ。

【シンポジウム 13 (基礎)】

HIV のウイルス学

■座長： 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）
村上 努（国立感染症研究所 エイズ研究センター第三室）

■演者： 亀岡正典（神戸大学大学院保健学研究科 国際保健学領域 感染症対策分野）
原田恵嘉（国立感染症研究所 エイズ研究センター）
森川裕子（北里大学 大学院感染制御科学府・北里生命科学研究所）
櫻木淳一（大阪大学微生物病研究所 ウイルス感染制御分野）

趣 旨：

1981年のアメリカ合衆国におけるエイズの最初の症例報告やノーベル賞受賞に至ったフランスにおける1983年の原因ウイルスHIVの分離から30年余りが経過した。この間HIVの基礎研究は、ウイルス遺伝子の機能解明やウイルス増殖の鍵となる各種宿主因子の同定を通してその増殖機構を明らかにし、感染サイクルを阻害する薬剤の開発を通じてエイズ治療法開発に大きく貢献してきた。その結果、1990年代後半に実用化された抗レトロウイルス剤の多剤併用療法により感染者の血中HIV量は検出限界以下にまで減少させることができ、感染者の予後は著しく改善され、エイズは「死の病」ではなくなった。2000年代始めに大きな問題とされた抗レトロウイルス剤の副作用やその飲み難くさも現在では大きく改善して来ている。本シンポジウムではHIVのウイルス学において、現在分かっている事と分かっていない事とを改めて整理し、HIVのウイルス学が今後果たすべき役割を考える機会を提供したい。

S13-1) 東南アジアで流行する HIV の特徴

亀岡正典

神戸大学大学院保健学研究科 国際保健学領域 感染症対策分野

HIV-1は様々な亜種、サブタイプや組換え型流行株（CRF）に分類され、地域により流行する亜種が異なる。我々は東南アジア諸国に流行する HIV-1 亜種の特徴について、タイおよびインドネシアの J-GRID 感染症共同研究拠点において解析を行ってきた。今回、タイに主に流行する CRF01_AE（AE）株が広範囲中和抗体 IgG1 b12（b12）に抵抗性を示す分子機構について紹介する。また、インドネシアに流行する HIV-1 の遺伝子型について併せて紹介する。

サブタイプ B 株の感染者より樹立された中和ヒト単クローン抗体 b12 は、Env gp120 の CD4 結合部位を認識して、サブタイプ B、C および D などの臨床分離株を広範囲に中和する。しかし、AE 臨床分離株の多くは b12 に低感受性を示す。タイの AE 株感染者より増幅した HIV-1 *env* 遺伝子（AE-Env）組換え型ウイルスの b12 感受性を調べると、ほとんどの AE-Env 組換え型ウイルスが b12 抵抗性を示した。そこで b12 抵抗性の決定因子について解析を行った結果、AE-Env gp120 の V2 および C2 領域に存在する 2 つの N 結合型糖鎖結合部位（N186 および N197）が b12 耐性獲得に関与していることがわかった。すなわち、N186 および N197 部位に糖鎖修飾しないアミノ酸置換（N186Q および N197Q）を導入すると、解析した約半数の AE-Env 組換え型ウイルスは b12 感受性となった。また、更に解析を進めた結果、N186 と N197 以外の b12 感受性決定因子として、V2 領域中に存在する、gp120 の 185 番目のアミノ酸残基がアスパラギン酸（D185）になると b12 感受性、グリシン（G185）では b12 抵抗性となること、また、解析した AE-Env 組換え型ウイルスの 9 割以上が、N186、N197 と G185 により b12 抵抗性となっていることがわかった。

次に、インドネシア第 2 の都市スラバヤにおいて、性産業従事者や静脈注射薬常用者集団などの HIV-1 感染者に由来する末梢血試料中のウイルス遺伝子を解析した。その結果、インドネシアで流行が報告されている AE が大部分の試料より検出されたが、それ以外に、AE とサブタイプ B の組換え型ウイルスやインドネシアではマイナーと思われるサブタイプ A あるいは CRF02_AG などのウイルスも検出された。

S13-2) CD4類似低分子化合物 (CD4MCs) と gp120

原田恵嘉

国立感染症研究所 エイズ研究センター

最初の抗HIV剤であるAZTが発見されてから約30年が経過した。その間、抗HIV剤研究はウイルス学の発展と共に歩み、現在までに5クラスの抗HIV剤が実用化されている。その中でも、エントリーに關与する阻害剤はまだ開発途上にあり、現在エンベロープに關する構造と機能の解析と合わせて研究が進展中である。

我々は新規コンセプトの抗HIV剤開発として、CD4類似低分子化合物 (CD4MCs) が、(i) gp120とCD4の結合を阻害しウイルス増殖を抑えること、(ii) gp120の構造変化を誘起することで中和抗体活性を増強させること、(iii) 構造の違いにより幾つかの異なる耐性獲得経路があることを明らかにしてきた。今回は、これらのCD4MCs耐性変異が異なるエントリー阻害剤および中和抗体の感受性に影響を与えるかを検討した。また、新たな分子動力的計算法を用いて、CD4MCsの耐性獲得機序についての解析を試みた。

CD4MCs主要耐性変異 (V255M/T375I/M426I) を加えたKP-5P株 (SubB-R5) 変異クローンを用いた感受性試験において、V255M、T375I、およびM426I変異体は、今回用いたすべてのCD4MCsに耐性を示したが、異なるエントリー阻害剤であるMVCおよびIC9564に対しては感受性を維持していた。中和抗体に關しては、4E9C (CD4i) に対しては3つの変異がすべて感受性低下をもたらすのに対して、3D6 (CD4bs) に対してはT375Iのみが感受性低下を示し、b12 (CD4bs) に対してはいずれも感受性を示す結果が得られた。他方、KP-5P gp120とNBD-556複合体における分子動力的機構解析では、(i) V255M変異によりNBD-556の結合親和性が減少すること、および(ii) M426I変異によりLys130とGlu429間の水素結合が消失し、NBD-556が野生株とは異なる部位に結合することが耐性発現と關与することが示された。

以上、変異クローンを用いた感受性試験および分子動力的機構解析により、各CD4MCs主要耐性変異の耐性度および耐性機序に關する新たな知見が得られた。このことは、CD4MCsの結合部位と活性の相関を検討する上で重要な知見となり、より強力な侵入阻害効果を持ち、かつEnv立体構造変化能を有する次世代誘導体の開発に役立つといえる。

S13-3) HIV 粒子産生機構

森川裕子

北里大学 大学院感染制御科学府・北里生命科学研究所

HIV 感染者の病態進行は血漿 HIV 粒子量と関連することから、HIV 粒子産生はその分子機構の点からまた感染病態の指標として精力的に解析されてきた。HIV 粒子は3つの構造タンパク質 (Gag, Pol, Env) とゲノム RNA から構成される。Gag は、その単独発現で未成熟型 HIV 様粒子を形成し出芽できることから、HIV 粒子形成の主因子とされる。GagPol や Env、ゲノム RNA は Gag との結合により粒子に組み込まれる。Gag はサイトゾルで合成され細胞膜あるいはエンドソームに輸送され、粒子を形成出芽する。現在までに、これら一連の粒子産生過程に関与する宿主因子が報告されている。細胞内輸送には AP1, 2, 3、POSH、Rab 等が報告され、粒子出芽には ESCRT 複合体が、粒子遊離には Tetherin/BST2 が同定されている。これら分子機構が有機的につながれば、粒子産生過程の全容を分子レベルで理解できると思われる。

近年、HIV 粒子産生を細胞レベルで解析する研究も行われている。HIV は細胞接触により効率よく伝播する。こうした細胞接触部位では HIV 粒子の出芽と集積が観察されるとともに、その感染成立に必要な宿主因子 (CD4 等) も呼び込まれてくることが明らかにされた。

演者は、HIV 粒子形成の中核を担う Gag 蛋白の細胞内輸送とその分子機構を解析するとともに、GagPol との相互作用や GagPol 二量体化を解析してきた。本シンポジウムでは、その内容を含めて HIV 粒子形成を概観したい。また、HIV の細胞間伝播や潜伏感染細胞の再活性化について、近年の進展等を交えて紹介する。

S13-4) HIV ゲノム RNA とその周辺

櫻木淳一

大阪大学微生物病研究所 ウイルス感染制御分野

ヒト免疫不全ウイルス (HIV) は30余年前に忽然と出現し、現在世界三大感染症の一つとなっている後天性免疫不全症候群 (AIDS) の病原体である。HIVはレトロウイルス科レンチウイルス属に属し、約100nmの直径を持つ球状有膜ウイルスである。HIVは主として宿主の様々な免疫細胞に感染して殺すことにより宿主の免疫系を攪乱・疲弊させて破綻へと導き、結果として宿主は日和見感染や悪性腫瘍によって死に至る。

ウイルスは自己複製のための因子しか持たない最小の偏寄生性生命体であり、ゲノム核酸とその遺伝子産物である粒子形成蛋白、核酸増幅酵素が最低限の共通因子である。レトロウイルスにおいてゲノム核酸は約9000塩基の一本鎖の正方向RNA ((+) ssRNA) であり、主な粒子形成蛋白は膜の裏打ちをするマトリックス (MA)、ゲノムを包む核を形成するカプシド (CA)、およびゲノムに直接結合してこれを折りたたみまた保護するヌクレオカプシド (NC) である。レトロウイルスにもっとも特徴的と言えるのはその持つ核酸増幅酵素であり、ssRNAを二本鎖 (ds) DNAに変換する逆転写酵素 (RT) と、そのdsDNAを染色体DNAに組込むインテグラーゼ (IN) という極めてユニークな活性を持つものである。このためレトロウイルスが感染するとウイルスゲノムRNA逆転写されてdsDNA化したのち宿主のdsDNAゲノムに組込まれる (プロウイルス化)。つまり感染ウイルスは宿主染色体と一体化して細胞内に潜伏するため弁別・排除が困難であり、治療や感染防御の障害となっている。

演者はレトロウイルスの本態をゲノムRNAと捉え、それに関する研究をこれまでに続けてきた。本シンポジウムではHIVの生活環をウイルス視点から眺め、特にゲノムRNAを中心に据えてその動態と変化を追っていくつもりである。特に筆者の専門とするウイルスゲノムパッケージングやゲノム二量体化、ウイルス粒子成熟に関しては自身の仕事の報告も交えて解説したい。洗練されたナノマシンであるHIVについてこれまでに判っていることのみならず、未だ判っていない様々なことについても広く指摘してウイルス学的研究に関する問題意識を共有してもらえればと考えている。

【シンポジウム 14（臨床）】

HIV 感染症の薬剤耐性 ～基礎と臨床のクロストーク～

■座長： 杉浦 互（国立病院機構名古屋医療センター 臨床研究センター 感染・免疫研究部）
渡邊 大（独立行政法人国立病院機構大阪医療センター 臨床研究センター
エイズ先端医療研究部）

■演者： 吉村和久（国立感染症研究所 エイズ研究センター）
杉浦 互（国立病院機構名古屋医療センター 臨床研究センター 感染・免疫研究部）
横幕能行（国立病院機構名古屋医療センターエイズ治療開発センター）
加藤哲朗（東京慈恵会医科大学 感染制御科）

趣 旨：

HIV 感染症の診療の課題のひとつが薬剤耐性である。HIV は感染者の体内で極めて活発的に増殖し、一日に10億個に及ぶ新規ウイルスが産生される。そのうえ、ウイルス RNA から DNA への逆転写の過程において変異が誘導されやすいことから、抗 HIV 薬に対する薬剤耐性を獲得しやすい特性を示す。1987 年に最初の抗 HIV 薬であるジドブジンが登場した。しかし、単剤で投与すると速やかな耐性株の出現により一過性の抗ウイルス効果しか得られない。1990 年代後半になるとプロテアーゼ阻害剤（インジナビルやネルフィナビル等）と非核酸系逆転写酵素阻害剤（ネビラピンとエファビレンツ）が承認され、多剤併用療法の時代となり、持続的に血液中のウイルス量を検出限界未満に抑えられることが可能になった。これらの薬剤は HIV のひとつのアミノ酸の変異により高度耐性となりうるいわゆる genetic barrier が低い（薬剤耐性を獲得しやすい）薬剤であった。そのため、ウイルス学的治療失敗に伴う薬剤耐性の獲得や、複数のクラスの抗 HIV 薬に耐性を示す多剤耐性例等が臨床上の問題となっていた。

一方、2000 年後半以降に genetic barrier の高い薬剤やインテグラーゼ阻害剤といった新規クラスの薬剤の登場により、薬剤耐性の臨床にも大きな進歩がみられるようになった。特に、それまで治療に難渋していた多剤耐性例に対しても有効な抗 HIV 薬の組み合わせの選択が可能になった。しかし、的確な抗 HIV 薬の組み合わせの選択をするには、どのタイミングで薬剤耐性遺伝子検査を行うか、その結果をどう解釈するかを十分に理解する必要がある、それは決して簡単とはいえない。耐性症例に対する治療薬の選択についても、確立された方法は存在しない。

流行株として定着した薬剤耐性ウイルスの感染による伝播性の薬剤耐性変異の問題も、国内外において解決されずに現在に至っている。国内の新規診断 HIV 感染者においては、多様な薬剤耐性変異が観察されている。従って、薬剤耐性遺伝子検査は初回抗 HIV 療法を開始する前には必ず行うべきである。

本シンポジウムでは上記のような背景をもとに、基礎面と臨床面の最新の知見や最先端の技術を踏まえ、薬剤耐性の現状、薬剤耐性の獲得機序、薬剤耐性遺伝子検査や耐性ウイルスを有する症例等について紹介し、討議したい。

S14-1) 代表的な薬剤耐性のメカニズム

吉村和久

国立感染症研究所 エイズ研究センター

現在日本ではヌクレオシド系逆転写酵素阻害剤 (NRTI)、非ヌクレオシド系逆転写酵素阻害剤 (NNRTI)、プロテアーゼ阻害剤 (PI)、インテグラーゼ阻害剤 (INSTI)、侵入阻害剤 (CCR5阻害剤) の5つの異なる作用機序の抗HIV薬剤が20種類以上承認されている。これらの薬剤を3-4剤組み合わせで投与する多剤併用抗ウイルス療法 (cART) が、HIV感染症に対する標準治療として行われている。きちんと服薬できればほとんどの症例でウイルスを測定感度以下に抑え込むことが可能となっている。以前は、錠数も多く服薬が困難な状況もあったが、現在はほとんど1日1回か2回、多くても4個飲むだけですむ。また昨年5月には4剤が1つになったスタリビルド配合錠が登場し、ついに1日1回1錠が現実のものとなった。それでも、血中ウイルス量のコントロールがなかなか上手くいかない場合が散見される。アドヒアランスの問題であったり、他の薬剤との相互作用により薬物の血中濃度が上がらなかったり、初めから耐性ウイルスが感染していたり、いくつか原因が考えられる。しかし、どのような原因であれ、薬剤耐性ウイルスの出現の可能性を調べる必要はある。なぜなら耐性ウイルス出現後に同じ組み合わせで治療を続けると、体内でウイルスリザーバーを拡大させ、免疫系に多大なダメージを与えるし、もちろんパートナーへの感染リスクも増大するからである。また、たとえ血中ウイルス量が低くてもHIV関連認知障害 (HAND) の進行が見られる場合には、髄液中のウイルス量と耐性の有無を調べる必要も出てくる。このように、いかに早く耐性ウイルス出現を検知し、有効な治療薬に変更できるかが、感染者の長期予後を左右する重要なファクターであると言っても過言ではないのである。現行の薬剤がどのような機序で耐性を獲得し、それがどの程度治療に影響するのかを知ることは、今だからこそ非常に重要だといえる。

ここでは、現在本邦で使われている抗HIV薬のそれぞれのカテゴリーの耐性メカニズムについての概説を試みたい。

S14-2) 薬剤耐性 HIV の動向 ～世界と日本の現状～

杉浦 互

国立病院機構名古屋医療センター 臨床研究センター 感染・免疫研究部

近年の多剤併用療法（ART）の進歩により、薬剤耐性の獲得に起因する治療の失敗症例は減少し、薬剤耐性は以前ほど治療を進める上で障害とはなくなった。しかしながら ART の導入以降、薬剤耐性 HIV による新たな感染の拡大が問題となっている。ART の普及が進んでいる高所得国では ART の導入後間もなく新規未治療 HIV/AIDS 症例からの薬剤耐性 HIV の検出が報告されるようになった。記憶されている方もおられると思うが、2005 年には米国ニューヨークにおいて多剤耐性ウイルス且つ急速進行性のウイルスに感染した疑いが持たれた症例が報道され大きな話題となった。結局このニューヨーク・ケースは宿主に特異的な事例であり、以後この様なウイルスによる新規感染の事例は報告されていないが、薬剤耐性 HIV による新規感染は各国において年々拡大しており、その頻度は調査の時期および調査国により差があるものの、全体では 10～15% 程度と報告されている。我々の調査では本邦でも新規に HIV/AIDS と診断された症例の約 10 人に 1 人は何らかの薬剤耐性変異を持っていることが明らかになっている。高度耐性や多剤耐性症例は僅かであるが、初回の治療レジメの決定に際しても薬剤耐性変異の有無の確認が必要である。

一方、中低所得国では generic drug として使用可能な d4T+3TC+nevirapine が一般的な ART として用いられており、これらの薬剤は薬剤耐性を獲得し易いため、治療患者において薬剤耐性感染症例の増加している。このため、薬剤耐性 HIV による新規感染のリスクも高まっており、高所得国を追いかける様に薬剤耐性 HIV の拡大が問題となりつつある。この発表では日本と世界における薬剤耐性の動向と今後の課題について述べたい。

S14-3) 耐性検査の実施方法、解釈時の注意点

横幕能行

国立病院機構名古屋医療センターエイズ治療開発センター

世界発の抗HIV薬 Zidovudine による抗HIV療法が行われて以来、基礎・臨床が協働で蓄積してきた薬剤耐性に関する知見は、臨床現場で薬剤感受性遺伝子型検査による初回治療時や治療失敗時の適切な薬剤選択を可能にした。

薬剤感受性遺伝子型検査は、①感染時の transmitted drug resistance (TDR)、②治療開始時の pre-treatment drug resistance (PDR)、③ウイルス学的治療失敗時の acquired drug resistance (ADR) および④感受性と同値の prevention of HIV drug resistance (Prevention) の評価を目的に行われる。

本邦において、TDR、PDR および Prevention は厚生労働省科学研究費補助金「国内で流行する HIV 遺伝子型および薬剤耐性株の動向把握と治療方法の確立に関する研究」班で、全国から提供された臨床検体を使って解析されている。HIV 感染症診療医は、初回治療時、これらの情報をもとに適切な薬剤を選択することが可能である。

治療失敗が考慮される時、HIV 感染症診療医は治療履歴、ウイルス量の変化等の正確な臨床情報と適切に採取された臨床検体を検査部門に提出し耐性試験を依頼する。こうして得られた ADR に関する情報は、HIV 感染症診療医に有効な salvage 療法の実施を可能にする。また、その結果のフィードバックは新たな薬剤耐性獲得機序に関する知見の蓄積につながる。

ところで、今後、薬剤感受性遺伝子型検査に Next Generation Sequencer (NGS) が利用される可能性がある。従来の Sanger 法に比べ微小集団の検出感度向上と解析困難であった配列の分析が可能になる。検出された微小集団および変異と臨床経過との関連を解析することは、有効な抗 HIV 療法の実施に有効なばかりではなく、HIV 感染症の病態解明に新たな知見を与える可能性があり、基礎・臨床の連携の重要性が一層高まると考えられる。

低用量で高い HIV-1 複製抑制効果を有する新規抗 HIV 薬は HIV の複製制御を容易にし、single tablet regimen (STR) は多剤併用療法を確実にする。抗 HIV 療法の変革期である現在、基礎・臨床の協働による耐性に関する知見収集と解析はこれまで以上に重要であろう。

本シンポジウムでは、ベッドとベンチに近い診療現場での抗 HIV 療法を紹介し、HIV 診療における基礎・臨床の連携の重要性について述べる。

S14-4) HIV感染症の薬剤耐性 ―症例提示―

加藤哲朗

東京慈恵会医科大学 感染制御科

近年の抗HIV薬の進歩は目覚ましいものがある。抗ウイルス効果はもちろん、副作用の軽減、内服錠数や回数の改善、および薬剤耐性が取られにくい、などの工夫がなされ、多くの症例で抗HIV療法が奏功するようになった。しかし、ときに薬剤耐性HIVが問題となることがある。その原因はさまざまであるが、アドヒアランスが大きく関わっていると思われる。薬剤耐性HIV感染症患者の治療は、一般的に初回治療に比べて内服の条件が悪くなってしまうことが多いため、有効な抗HIV薬を選択することは言うまでもないが、初回治療症例と同様あるいはそれ以上に、いかにアドヒアランスを保つか、がより重要になる。また、各種検査によって有効な抗HIV薬のオプションがあったとしても、実際には薬物相互作用や抗HIV薬の副作用などの制約がある場合に使用可能な薬剤が限られてしまうといった臨床に特有の問題にも遭遇する。つまり、薬剤耐性HIV感染症のマネジメントとして定型的なものは無く、症例ごとに検討していく必要があるといえる。ここでは薬剤耐性HIV感染症の実際の症例を提示しながら、マネジメント方法などについて議論ができれば幸いである。

【シンポジウム 15 (社会)】

薬物使用者の等身大の理解とその対応

～今なにが起きているのか、医療者や支援者は何ができるのかを考える

■座長： 仲倉高広（(独)国立病院機構大阪医療センター 臨床心理室）
生島 嗣（特定非営利活動法人ぷれいす東京）

■演者： 若林チヒロ（埼玉県立大学）
西島 健（国立国際医療研究センターエイズ治療・研究開発センター）
田村通義（三重ダルク）
樽井正義（特定非営利活動法人 ぷれいす東京）

趣 旨：

近年薬物を使用するHIV陽性者が増加しているとの報告が、診療や支援の現場から聞こえてくるようになった。自分の担当する患者やクライアントが逮捕されたという警察からの連絡や、あるいは薬物の過量投与や急性中毒により救命救急センターへ救急搬送されたといった、所謂「青天の霹靂」の知らせで初めて知る事となった、という話も各地から聞こえてくるようになった。このような予期せぬ知らせは、医療者や支援者自身を困惑させるとともに、「もう少し事が重大となる前に、何かできることができなかったのだろうか？」と医療や支援に携わる支援者の自己効力感を低下させてしまうことも多い。

このシンポジウムの目的は、いくつかの調査データから、HIV陽性者における薬物使用の実態を把握し、薬物使用者への等身大の理解を深め、さらに今後の対応を考えることである。

まず最初に、全国の拠点病院に通院しているHIV陽性者の大規模全国調査のデータから、HIV陽性者における薬物使用実態について報告する。次に東京都新宿区内にあり、国内で最も多くのHIV陽性者を治療するACCの診療記録データの分析から、ACCに通うHIV陽性者における薬物使用と通院アドヒアランスに与える影響などについて報告してもらう。さらに、当事者の視点から、薬物使用経験のあるHIV陽性者の方の経験談や、依存からの回復を目指す自助グループ活動の紹介を紹介してもらう予定である。また、国際的な議論や知見なども、皆様とも共有できたらと思う。

このセッションを通じて、HIV陽性者における薬物使用実態の情報を共有するとともに、今何が起きているのか、今何ができるのか、どうすればいいのか、といった問題を、皆様と共に考える時間となることを期待している。

S15-1) HIV陽性者の薬物経験

－中核拠点・ブロック拠点・ACCを受診する陽性者の調査から－

若林チヒロ

埼玉県立大学

HIVと薬物については、治療や健康維持の面からも感染予防の面からも重要なテーマであり、海外では多くの報告がなされている。日本でもネット調査や都市部での病院調査から、薬物使用の現状や課題について報告されてきた。

本報告では、31の拠点病院等に受診する1469名の陽性者を対象に実施した無記名の質問紙調査の結果から、全国の陽性者の薬物経験について紹介する。

薬物の使用経験がある人は全体の55.1%（過去1年間に使用した人は全体の20.9%、1年以上前に使用した人は34.1%）であった。そのうち51.0%の人は3種類以上の薬物の使用経験をもっていた。

脱法（危険）ドラッグ/ラッシュ/ガス/シンナーのいずれかの使用経験がある人は全体の51.9%、5Meo-Dipt/大麻/覚醒剤/MDMA/ヘロイン/コカインのいずれかの経験がある人は31.1%で、そのうちいずれも8割以上の方はHIV感染判明前に初めて使用していた。注射針を使った薬物の経験がある人は全体の9.5%で、感染判明前に初めて使用した人はそのうち58.6%で、41.4%は感染判明後であった。

薬物経験者が必要とする情報は、「薬物の基本的な情報」45.6%、「HIVと薬物の関係」39.5%、「やめるための方法や支援先」24.1%などが挙げられ、30.4%の人は「とくに必要な情報や相談はない」としていた。

薬物について話したり相談したことのある相手としては、「友人」43.5%、「パートナー/恋人/配偶者」19.3%、「HIV陽性者の知人」13.7%、「HIV治療の医療者」8.3%の順で、専門の保健医療機関や支援団体を挙げた人は少なく、「誰にも話したり相談したことはない」という人が45.2%を占めた。

薬物経験者のうち92.3%の人は「薬物の量や回数を自分でコントロールできている/おおよそできている」としており、コントロール感のある人の方が、情報や相談支援を必要ないとする人が多い傾向にあった。

当日は、年齢層や感染経路などの基本的属性別の状況や、メンタルヘルスなどの健康状態や社会的要因との関連についても報告する予定。HIVと薬物について共に考えるための基礎資料を提供できればと考えている。

「HIV陽性者の健康と生活調査」結果は下記からダウンロードできます
地域におけるHIV陽性者等の支援のためのウェブサイト

<http://www.chiiki-shien.jp/>

本調査報告書

http://www.chiiki-shien.jp/image/pdf/H25hokoku/H25hokoku_06.pdf

S15-2) 薬物使用のHIV感染者の健康に及ぼす影響

西島 健

国立国際医療研究センターエイズ治療・研究開発センター

かつては致死的な疾患であったHIV感染症は、抗HIV療法の劇的な進歩によって現在はコントロール可能な疾患となり、感染者の予後は著明に改善した。それにともない、長期の治療薬内服に伴う有害事象、高血圧/糖尿病などの生活習慣病、C型肝炎/B型肝炎等のウイルス感染症、悪性腫瘍などがHIV感染症診療における課題となっているが、その中で近年注目されているのが違法薬物の問題である。

筆者が所属する国立国際医療研究センターのエイズ治療・研究開発センターは薬害エイズ訴訟の和解をふまえて設立された、現在約1700人のHIV感染者が通院する日本最大のHIV感染症診療施設の1つである。当セッションでは当施設の診療録調査から浮かび上がる薬物使用のHIV感染者の健康に及ぼす影響について考察したい。

S15-3) 男性同性愛者当事者から見た、自身の薬物依存症及びHIV感染について

田村通義

三重ダルク

10代からのゲートドラッグとしての「rush」使用、30代前半の「脱法ドラッグ」使用の経験を経て、30代半ばからの「違法ドラッグ」使用を経験し、男性同性愛者として、様々な形のSEX体験を重ねていく中で、40代前半で<HIV>感染。

SEXに薬物を介在させていく過程で、セーフな形の性行為からアンセーフな形の性行為へ変化させていき、価値観を変えてまでも薬物使用を続け、薬物に依存していった自分自身の経験から、男性同性愛者の中で薬物がどのように広まり、使用されているか、どのような場所・形で出会い、どのように感情が変化していったか。何故、やめられなかったかを語りたい。

逮捕をきっかけに、薬物依存症当事者によりサポートされる<ダルク・NAミーティング>につながり、それまで「半年」以上止まらなかった<薬物・SEX>が「1年以上」止まる事になった現実。

<男性同性愛者であること・HIV感染者であること・薬物依存症であること>を正直に話し、受け入れてくれるセクシャルマイノリティー以外の仲間たちの中で生活していくことにより、「正直になり・受け入れられる」ことの重要性、自分自身としていられる「居場所」の大切さを教えられた。

現在、「三重ダルク」という与えられた場所で<演劇プログラム>を担当させていただき、薬物依存症の仲間と共に演劇体験をし、一緒にその他のプログラムを経験していく中で、人の可能性への信頼を取り戻していている。

又「中部エリア・NArainbowグループ」の活動を展開させている中で、地域の中で「正直になれる場所・事実を話しても安全な場所」を見つけられること、「ありのままの自分自身」を話していけること、それを聞いてくれサポートしてくれる「仲間」が存在することの安心感・必要性を伝えたい。

S15-4) 薬物使用の現状と課題

樽井正義

特定非営利活動法人 ぷれいす東京

私たちのHIVコミュニティにおける薬物使用の現状、その問題点、そしてそれへの対応について考えるために、この見えにくい、したがって取り付きにくいジグソーパズルのいくつかのピースを提供したい。

まず、HIV陽性者における、あるいは私たちの社会でその多数を占めるMSMにおける薬物使用の現状を、他の先進国の同様のコミュニティおよび日本の一般人口との比較によって検討する。国際比較は具体的には、ロンドンとサンフランシスコとの比較研究を紹介し、これを踏まえて、私たちのHIVコミュニティにおける使用薬物の種類や方法、感染予防や検査利用といった行動の特性のいくつかを明らかにし、薬物使用者のいわば疫学的プロファイルの提示を試みる。

つぎに、薬物使用者が直面する問題としては、依存を含むメンタルヘルスの低下、性感染症への罹患、また陽性者の場合は治療開始の遅れや継続の困難 (care cascade)、などのリスクが指摘されている。こうした問題への対応として、米国の疾病予防管理センター (CDC) / 保健福祉省 (HHS) が提唱している統合的アプローチを紹介する。それは、薬物使用者の感染症 (HIV、HVC、TB、STI) と依存を含む精神疾患のリスクアセスメントから、治療と予防、相談と情報の提供までを包括する保健施策である。

こうした問題の背景として、薬物使用者、HIV陽性者、性的少数者へのスティグマが、社会と医療の場に、また当事者の中にもある。それを無くしてゆく初めの一步は、薬物使用を健康問題として捉える視点を、社会と医療の場と当事者とがはっきりと持つことにある。このことを、報告を通じて提起したい。

【シンポジウム 16（社会）】

HIVに関する社会・人文科学的研究の活性化に向けて

■座長： 樽井正義（慶應義塾大学）
岡島克樹（大阪大谷大学）

■演者： 大北全俊（東北大学 大学院医学系研究科）
岡島克樹（大阪大谷大学）
河口和也（広島修道大学 人文学部）
横田恵子（神戸女学院大学 文学部総合文化学科）

趣 旨：

エイズ研究における社会・人文科学の役割をどのようにとらえ、エイズ対策の充実にどのようにつなげるのかという問いは、30年余のエイズ史全体をつうじて、ながく探求されてきた重要な課題の1つである。

最近の動きのなかでもとくに重要なものは、国際エイズ学会（IAS）内に設けられたワーキンググループとSusan Kippaxらに委託し実施した調査研究（2009）である。そこでは、主要な医学系・行動科学系・社会科学系ジャーナルのレビューおよびエイズ研究者50名に対するインタビューをとおして、エイズ研究における社会科学の現状とそれが果たしうる貢献が示されている。IASは、また、大学や財団と連携して2010年より毎年、エイズに関する主要学会において社会・人文科学研究の活性化を目的としたセッションをスポンサーするというようなことも行っている。

結果、こうした取組から、著名な社会科学系ジャーナルにおけるエイズ研究特集号の発行につながる例も出てきた。また、International HIV Social Science and Humanities Conferenceが2011年・2013年に開催され、社会・人文科学的研究の成果が共有されたり、リージョナルな国際エイズ会議での特別セッションの開催につながったりしている。

一方、日本においては、エイズに関する社会・人文科学的研究にフォーカスした議論の機会は少ない。実際、上述の国際会議でも日本からの研究発表がなされたことはない。そこで本シンポジウムでは、世界における社会・人文科学的研究の活性化に関する動きを共有するとともに、そのグローバルな動きが日本にとってどのくらいのレバンスを持つものなのか、一定のレバンスがあるとして、日本のエイズ研究において社会・人文科学研究を活性化する際に留意すべきこととは何なのかを考える機会としたい。

具体的には、岡島克樹から、エイズ研究における社会・人文科学の活性化について行われているグローバルな動きを紹介するとともに、大北全俊・河口和也・横田恵子から、それぞれ倫理学、社会学、心理・福祉学の立場から各学問領域がエイズ研究に対してこれまでどのような貢献を行ってきたのか、これからどのような貢献を行いうるのか、発表を行う。最後に、樽井正義から各発表に対してコメントを述べ、またフロアとのQ&Aを行う。

S16-1) HIV感染症における倫理/ethicsとは何か ——海外での議論の歴史的な推移を概観して

大北全俊

東北大学 大学院医学系研究科

HIV感染症の領域で倫理/ethicsについてこれまでどういった議論がなされてきたのか。歴史を振り返ると、HIV感染症の歴史とBioethicsなど公衆衛生を含む医療や医学研究についての倫理的な議論の歴史は、パラレルにすすんできたことが分かる。ウイルス学が発展をし始める時期にHIV感染症が報告され、両者が相まって進展して来たように、Bioethicsの議論の進展とHIV感染症の歩みは時代的にほぼ重なる。HIV感染症はその発生当初からBioethicsをはじめとする倫理学の議論を刺激し続けてきた。

それゆえ、HIV感染症をめぐる重ねられてきた倫理/ethicsの議論は数多く、それらを渉猟することは難しい。今回はPubmedなど主に医療系のデータベース検索に絞って、これまでHIV/AIDSをめぐるなされてきた議論の概要を提示し、HIV/AIDSにおいて倫理/ethicsとは何であるのか歴史的に明確にする(厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業に基づく研究等による)。

そして、倫理/ethicsの議論において、「価値」をめぐる判断は避けられない。直接に何が価値あることかを議論しないまでも、それを誰が行い、また誰が行ってはいけないのかという仕方である。感染予防の観点からは、よりリスクの低い行為をすること、そしてHIVに感染しないことこそが「価値」であるが、必ずしもその価値判断のみに従って人が行動し、生活していないこともまた、明確に言葉にしないまでも周知のことなのではないだろうか。これまでの倫理/ethicsの議論の中から浮かび上がってくるセックスについての捉え方——感染リスクの高いセックスをあえてすることは不合理で「馬鹿な」行為なのか否か——、感染することの捉え方——感染することは絶対に避けられるべき悪なのか否か——を紹介することで、HIV感染症についての、考察するべき——あるいは考察し続けられてきた「コア」を提示できればと考えている。

もっとも、本発表はおもに英米を中心とした海外での議論に基づくものであり、日本の状況を考える上でそれらすべてが有効とはいえない。しかし、日本でこれまでどういった倫理/ethicsの議論がなされてきたのか、またなされてこなかったのか、そして今後、倫理/ethicsの議論が日本の状況を考察する上でどういった可能性をもつものなのか、それらを考える参照項を提示する意義はあるものと考えている。

S16-2) エイズ研究における人文・社会科学の活性化に関するグローバルな動きと日本におけるレレバンス

岡島克樹

大阪大谷大学

本発表は、以下の2つの問いに関するものである。

第一に、現在、エイズ研究における人文・社会科学の主流化にむけた議論が行われているが、それはどのようなものかという問いである。まず、議論の時期についてであるが、こうした議論は約30年間のエイズ史全体をつうじて存在するが、2000年代の半ば以降、加速化が見られる。その契機は予防に関する生物医学的研究の進展（男性器包皮切除、暴露前・暴露後予防薬やマイクロビサイドなどの開発）に伴うエイズ問題の「再医学化」である。主流化の主唱者とその主張内容については、①行動変容という目的を達成するためにはその行動が起こる「文化」や「社会」の理解が欠かせないという行動科学的な立場から、②予防介入をデザインするうえで社会的なアプローチを否定する人は少ないが、それを行動変容モデルへの付加ではなく行動変容モデルからの脱却と見なし、社会変革を軸にして考える立場、さらに③上述の①②はいずれも行動科学的モデルの影響下にあるが、人文・社会科学とはまったく異なる問いを問うものだと主張する立場まで、多様である。そのため、リサーチアジェンダもまた、社会・コミュニティの規範や価値観、ステイグマ・差別、といった「社会的要因 social drivers」の分析とそれに対する「構造的介入」の効果評価、治療の実験的有効性 efficacy と実際の有効性 effectiveness との差異、国別の関連政策やグローバル開発目標の形成過程など、さまざまである。

第二に、このようなグローバルに展開される、エイズ研究における人文・社会科学の主流化議論は日本にとってどのような関連性をもつものなのかという問いである。日本におけるエイズ研究は、とくに予防分野ではこれまで上述の①の観点からなされ、一定の制約はあるが、成果をあげてきた。また、日本においては、予防に関する生物医学的研究はなお一般的ではなく、「再医学化」を指摘する声も少ない。そうしたなかでは、グローバルな人文・社会科学的研究の主流化議論は高い関連性を有しないとも考えられるが、他方、今日の日本における上述②や③についての議論は顕著に不活発である。今後、本発表で紹介するようなエイズ研究における人文・社会科学的研究主流化に関するグローバルな取組が実際に持つ関連性をどう評価するかは、具体的なりサーチアジェンダとそのニーズに基づき行う必要がある。

S16-3) エイズ研究に対する社会学の貢献

河口和也

広島修道大学 人文学部

国際エイズ学会の報告を見ると、近年の生物医学的予防法などの開発により、エイズ研究では生物医学に焦点化する傾向が強くなってきたともいわれている。それに伴い、世界的には社会科学的研究に対する関心や評価が低下傾向にあるともいわれている。

しかしながら、これまでのエイズ研究の歴史において、エイズの広がりや、マイノリティに対する社会的差別や偏見に深く根ざしていることから、社会的側面からの研究の必要性は、ある意味で自明なものとなってきたことも確かである。そうした状況のなか、社会科学もエイズ対策に向けた研究を広く展開してきた。これまでは、世界的にも、エイズ問題に対して社会的側面からアプローチし、その研究成果を患者・感染者の生活向上や予防啓発、またエイズ施策に活用することは主流のトレンドとなってきた。社会学は、人々の行動や生活を記述する方法論を有する点で、エイズ問題において影響を受ける人々の実態を明らかにすることに貢献してきたといえる。とくに、自然科学では対処することが難しい、人々の行動をめぐるコンテクストに配慮し、エイズから影響を受ける人々を取り巻く地域・社会環境的な違いにセンシティブに対応する必要性を主張してきたのである。

そうした社会科学あるいは社会学における世界的潮流と比較すると、日本におけるエイズ問題への（社会学も含む）社会科学的貢献は、いまだ限定的なのではないか、という印象もある。とはいえ、日本では、行動科学的アプローチにより、HIV感染の予防行動や啓発手法などの研究的取り組みはある程度なされてきたが、他方で、エイズをめぐる社会変革の必要性がある程度認識されてきたにもかかわらず、あまり達成されてこなかったともいえる。

本報告では、世界のエイズ研究のなかで社会学という学問領域が果たしてきた役割を概観するとともに、そうした世界の社会学的エイズ研究が日本のエイズ研究に与えた影響やそのあいだの関連性を考察する。そのうえで、日本のエイズ研究において、社会学はどのような点で貢献してきて、またどのような領域で貢献できてこなかったかを検討する。

S16-4) 日本のエイズ医療・予防実践に関わる人文学的知とは ——心理・福祉学的視座からの省察

横田恵子

神戸女学院大学 文学部総合文化学科

日本のHIV感染症は公にはまず「薬害被害」として問題化された。80年代半ばから90年代末にかけて、多くの血友病患者の感染によって様々な問題が露わになり、そしてその反省を礎として医療体制や社会制度が構築された。

治療者―患者・家族間の多くに親密な関係性があった血友病治療コミュニティの中で広がった感染（そして多くの死）は、患者・家族だけでなく治療医を中心とする医療コミュニティにも身体・精神の次元で大きなダメージを与えた。そのため「心理学的知（＝死の臨床、スピリチュアリティ）」や「福祉・社会学的枠組み（＝人権ベースの実践、社会変革運動）」などが一部の医療者側から希求された稀にみる時期でもあった。

その後、抗HIV薬の開発と改良、性感染（特に男性同性愛者間）での感染者の増大へと現実状況が変わっていく中で、00年代以降はHIV感染症の臨床・社会レベルでの意味合いは全く変わってしまう。個別の身体・精神を前にたじろぎつつ治療を行っていた90年代までと異なり、今や感染者の身体は統計的に数値化され、テクノロジー化される。具体的には、HIV感染はもはや個別の人生の過程で起こるエピソードではなく、まずは「予防すべき（できる）感染症」であり、それゆえ男性同性愛コミュニティを筆頭とするハイリスクコミュニティには、まずは「感染率・発症率を下げること」が課された。この時期に重用された概念は「エビデンス」であり、それに基づくリスク分析と予防介入であった。希求される知識は公衆衛生学的知であり、もはや心理学的知でも福祉社会学的知でもない。

結果、現状はどうか。エビデンスに基づき大規模な介入を行った事実にもかかわらず、この5年ほどのHIV感染者数とAIDS発症者数は「高止まり」傾向を保持している。この結果を、「身体テクノロジーに基づく実践介入の失敗」と位置付けるならば、それを支えるに至った知的枠組みは批判的検討の俎上に乗せなければならないだろう。90年代末まで確かに存在した「患者の生身の身体から治療や制度を俯瞰し、社会に向けて発信していた」臨床の知が、いとも簡単に「情報の集積としての身体」を管理する知となってしまったこと、そのような身体イメージの急転換を無防備に許してしまった人文学的知（哲学・心理・福祉など）の有りようを一度検討し、具体的・個別的な人間の生を育むために復権させる事を提案したい。

【シンポジウム「治療の手引き」】

HIV 感染症「新・治療の手引き」－今年度改訂のポイント等

開会の辞：新「HIV 感染症の治療の手引き」

■座長： 木村 哲（東京医療保健大学）
満屋裕明（熊本大学医学部・国立国際医療研究センター）

■演者： 演題1 What's New in This Edition
木村 哲（東京医療保健大学）

演者2 ARTで安定している患者の適正通院間隔
満屋裕明（熊本大学医学部・国立国際医療研究センター）

演者3 推奨Regimen の新しい分類
鯉渕智彦（東京大学医科学研究所附属病院 感染免疫内科）

演者4 Regimen変更時の留意点と変更後のFollow-up
潟永博之（独立行政法人 国立国際医療研究センターエイズ治療・研究開発センター）

演者5 職業上のHIV曝露後の感染予防策
白阪琢磨（独立行政法人国立病院機構大阪医療センター HIV/AIDS先進医療開発センター）

【特別ディスカッション】

良好な経過を示す HIV 陽性妊婦の分娩方法～選択的帝王切開か経膣分娩か～

■座長： 塚原優己（国立成育医療研究センター周産期・母性診療センター産科）

白阪琢磨（独立行政法人国立病院機構大阪医療センター

HIV/AIDS 先端医療開発センター）

■演者： 谷口晴記（地方独立行政法人三重県立総合医療センター 産婦人科）

喜多恒和（奈良県立病院機構 奈良県総合医療センター 周産期母子医療センター /

産婦人科）

趣 旨：

現在わが国では、1年間におおよそ130万人の女性が妊娠し、うち約20万人は様々な理由から妊娠を中絶し、約10万人が自然流産となり、残りの約100万人が赤ちゃんを出産しています。分娩の方法は、医学的理由から帝王切開術を行った出産が約20%ですが、この数字（5人に1人が帝王切開）は極めて高率です。「帝王切開率」は、母児にとっての安全を追究してきた結果、右肩上がりです。この傾向は欧米先進諸国も同様です。

まず谷口先生にわが国の一般的な産科診療の歴史と現状に関する概説を、医学的、医療経済学的、そして社会文化学的側面から、特に二つの分娩方法、経膣分娩と帝王切開分娩のメリットとデメリットの比較を中心に解説していただきます。

わが国の女性の HIV 感染者・AIDS 患者はごく少数ですが、それでも年間30～40人の新規 HIV 感染者と10数人の新規 AIDS 患者が報告されています。日本国籍女性は約半数です。また厚労科研の HIV 母子感染の研究班が続けている全国調査では、21世紀以降年間30～40例の HIV 感染妊娠が報告されています。うち約7割（年間20～30例）が出産に至りました（人工妊娠中絶や自然流産が約3割）が、そのほとんどは母子感染予防を目的とした選択的帝王切開術（経膣分娩は年間0～2例）による出産であり、ほぼ全例で母子感染は回避されてきました。

さて、ここ数年来米国を中心に、HIV ウイルス量が極めて少ない良好な経過を示す妊婦では、経膣分娩と選択的帝王切開術で母子感染率に差がなく低率であることから、選択的帝王切開術を勧めていません。一方、本年3月に上記研究班が刊行した「平成25年度 HIV 母子感染予防対策マニュアル第7版」では、依然として選択的帝王切開術を推奨しています。両者の考え方の違いについて、産科医療が初めて積極的に関与した1987年の第1例以降現在に至るわが国の HIV 感染妊娠の歴史と米国の歴史の違い、および両国の医療事情の差異などに焦点を置き喜多先生に解説して頂きます。

本シンポジウムではタイトル通り、HIV ウイルス量が極めて少ない HIV 感染妊婦の分娩方法に関しては、従来通り帝王切開による分娩が望ましいのか、それとも経膣分娩でも宜しいのか、いやむしろ経膣分娩が望ましいのか、様々な立場の出席者から意見を拝聴し議論を深めたいと考えます。多数のご参加をお願いします。

わが国における分娩方法の選択の考え方—帝王切開と普通分娩のメリットとデメリット

谷口晴記

地方独立行政法人三重県立総合医療センター 産婦人科

わが国では、1950年代以前には、「お産」は自宅で行われるのが普通でした。この時代まで、分娩の介助は「助産婦」が中心でした。お産の現場に激変が起きたのは、戦後のことでした。占領下の衛生行政により、アメリカの制度を模倣し、施設分娩が推奨されました。家庭分娩が主流の「待つ分娩」あるいは「放置型分娩」がアメリカ流の「医療行為（介入）分娩」に変わりました。抗生物質の開発や医療技術の向上もあり、病院分娩が増加したことにより、妊産婦死亡率（出生10万対）は1950年の176から、2004年の4.3と激減しました。先進国では最近では5前後ですが、発展途上国では400～4000と大きな差があります。また、わが国における周産期死亡率は年々減少し、平成16年の周産期死亡率は3.3（妊娠満28週以降の死産率：2.2、早期新生児死亡率：1.1）です。最近の日本の周産期死亡率の少なさは、群を抜いて世界一の水準となっています。これらは、日本の周産期医療が世界に誇れるものと考えられます。

わが国を含む先進国では、医療技術の発達により、出産の安全性が高まったことにより、人それぞれ望む出産の形態が多様化しつつあります。無痛分娩やより自然な出産を望む人もいますし、夫に立ち会ってもらう人もいます。時に、帝王切開を希望される人もみられます。帝王切開は「難産」に対する有効な手段であることは論を待ちませんが、世界的にはブラジルの都市部では、帝王切開率が80%をこえることやギリシャでは30%、お隣の韓国でも40%と高い国があります。わが国の20%前後が高いかどうかは医学的な理由によると思いますが、経陰分娩が生理的で自然であることは間違いがありません。最近では子宮下垂や子宮脱が経陰分娩経験者の40%におこるとの統計もあり、超高齢化社会をむかえたわが国の特殊事情や、医療経済的な諸問題および産科医不足など最近の産科医療の現状も合わせてディスカッションしたいと思います。

わが国における HIV 母子感染予防対策の歴史－帝切と普通分娩のメリットとデメリット

喜多恒和

奈良県立病院機構 奈良県総合医療センター 周産期母子医療センター / 産婦人科

HIV 感染妊娠の分娩様式の選択基準は、各国の医療経済事情や妊婦とその家族の理解度と希望によって大きく異なることが予測され、各分娩様式の母子感染率、合併症、費用、妊婦の希望に加え、医療機関の対応能力も考慮されなければならない。1987年わが国で初めて HIV 感染妊娠に対する帝王切開分娩（帝切）例が報告され、その後 HIV 感染に対する治療は目覚ましく進歩し、母子感染リスク因子も大きく変化した。欧州における大規模な前方視的コホート研究（Clin Infect Dis 2005）では、母子感染のリスクファクターは、妊婦の高ウイルス量と選択的帝切で、ART によってウイルス量が測定感度以下となっても選択的帝切は経膣や緊急帝切と比べて母子感染リスクを 90% 低下させたと報告している。一方 HIV ウイルス量が 1000 コピー未満や ART 中であれば、経膣と比べて母子感染率に差があるとは言えないという報告（米国 Clin Perinatol 2010、カナダ Infect Dis Obstet Gynecol 2012）がある。現在欧米のガイドラインでは、ART が行われ HIV-RNA 量が良好にコントロールされている場合の母子感染率は 1% 程度で帝切と経膣分娩（経膣）で差は認められないため、帝切は推奨されておらず経膣が可能とされている。しかしわが国のみはわれわれ厚労省研究班が刊行してきた HIV 母子感染予防対策マニュアルにおいて、2000 年第 1 版から 2014 年第 7 版まですべての HIV 感染妊娠の分娩様式として帝切を推奨してきた。もちろん欧米のガイドラインを参考にし、これを患者さんに提示し、さらに上記の選択基準を考慮したうえでの帝切を推奨しており、経膣分娩を否定するものではない。周産期死亡率などからわが国の分娩にかかわる医療水準は世界最高レベルと考えられる。帝切の割合はわが国では約 20%、米国では約 30% で何れも増加傾向である。分娩費用は国内外にかかわらず基本的には自費であり、わが国では合併症のない場合の経膣分娩であれば約 40～80 万円である。しかし保険適応のある HIV 感染妊娠の帝切であれば約 100 万円の費用は医療保険によって 7 割がカバーされ、患者負担は約 30 万円となる。さらにすべての分娩後には健康保険出産育児一時金として 42 万円が支給され、高額医療費支給制度により 8 万円以上の費用 22 万円が償還されるため、計 34 万円が残る。一方米国では、医療保険は個人加入であるためカバー率は様々で、州や施設により費用に大きな差がある。経膣で合併症があれば 7,200～23,500 ドル、帝切で合併症があれば 9,600～38,600 ドルと高額である。わが国の HIV 感染妊娠の受け入れは、ほとんどの都道府県において 1、2 か所の施設に集中している。経膣から緊急帝切への移行は合併症のない妊婦においても日常茶飯事といえるため、HIV 感染妊婦においても同様に対応できる必要がある。以上、HIV 感染妊娠の分娩様式を推奨するにあたっては、わが国特有の諸事情を十分考慮する必要があり、この特別ディスカッションが大いに有益になることを期待している。

【日本性感染症学会との合同シンポジウム】

性感染症としてのHIV/AIDSを巡る最近の話題

■座長： 岩破一博（京都府立医科大学大学院医学研究科 女性生涯医科学）
中山英美（大阪大学微生物病研究所 ウイルス感染制御分野）

■演者： 白井千香（神戸市保健福祉局・保健所）
古林敬一（そねざき古林診療所）
川畑拓也（大阪府立公衆衛生研究所感染症部ウイルス課）
山岸拓也（国立感染症研究所感染症疫学センター）

趣 旨：

日本エイズ学会と日本性感染症学会との合同シンポジウムは、日本エイズ学会の認定医制度の教育プログラムに指定されています。

感染者個人の効果的な抗HIV療法のためにも、集団における二次感染予防の観点からも、HIV感染者の早期診断が重要です。早期発見のためには急性期の諸症状を見逃さないことも重要ですが、HIV感染症は性感染症の一つであり、他の性感染症（淋病およびクラミジア感染症、梅毒、急性B型肝炎、性器ヘルペスなど）との合併がひろく指摘されており、性感染症クリニックでの積極的なHIV検査も効果的です。そのため平成24年度の診療報酬改定で「HIVの感染に関連しやすい性感染症が認められる場合、既往がある場合又疑われる場合でHIV感染症を疑う場合は、本検査を算定できる」とHIV抗体検査の適応が広げられました。

本シンポジウムにおいては、検査体制強化の取り組みの一例、HIV感染症が集中するMSM集団における性行為感染症の実際、クリニックと連携したHIV確認検査から見られる最近の動向、そして性感染症学会でも問題視されている近年の梅毒感染の増加をとりあげ、性感染症としてのHIV/AIDSを考える機会としたいと思います。

性感染症・HIVの発生動向と保健所のHIV・性感染症対策

白井千香

神戸市保健福祉局・保健所

性感染症サーベイランスは「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（感染症法）」において、五類感染症に位置付けられ、HIV感染症と梅毒の2疾患が全数報告で性器クラミジア感染症と淋菌感染症、尖圭コンジローマ、性器ヘルペスウイルス感染症の4疾患が定点報告として保健所に届けられることになっている。なお、他にもウイルス性肝炎やアメーバ赤痢も感染経路によっては性感染症と考えられるが、いわゆる性感染症とは別に集計される。

HIV感染症は動向委員会で定期的に評価されており、2013年に報告されたHIV感染者数は1,106件、AIDS患者数は484件、両者を合わせた新規報告件数は1,590件であった。その多くは日本国籍男性で、HIV感染者は20歳代、30歳代に集中しているが、60歳以上のHIV感染者及びAIDS患者が過去最高となるなど、高齢者の発見が増加傾向である。全国974か所（平成25年）の定点報告（月報）から得られる性感染症は、性器クラミジア感染症が最も多く、女性は20歳代前半、男性は20歳代後半にピークがあり、次に多い淋菌感染症は男性が優位である。これらの性感染症の既往や疑いがあれば、HIV抗体検査は保険適用であるため、医療機関におけるHIV感染の早期発見を期待したい。

全国の保健所での無料匿名検査は、HIV感染の段階での早期発見のために受検者の利便性を考慮した方法が求められており、平日のみならず休日夜間や繁華街や特設会場などを設定し、即日検査を導入したり、同時に性器クラミジアや淋菌、梅毒やB型肝炎等、性感染症の検査も受検可能な自治体もある。

ただし、保健所でのHIV・性感染症検査は陰性の確認に安心するだけではないか、HIV陽性の場合は治療や福祉を受けるフォロー体制が十分かどうか、性感染症としてパートナー検査を勧奨しているか、感染予防に特化せず「生きていく」サポートにつながる対策が十分行われているか、などを見直す必要がある。

今やHIV感染症は慢性感染症としてコントロール可能な疾患であるが、世間が無関心になりつつあり、性感染症としてのstigmaは払拭されているとはいえず、エイズ診療拠点病院以外では標準予防策が十分ではない現実もあり、行政の役割を再考したい。

一般診療でHIV感染を早期発見するコツ

古林敬一

そねざき古林診療所

一般診療においてHIV陽性者を早期発見するには、平凡な結論ながら、スクリーニング検査を適切に実施するしかない。しかし、保険診療上の制約もあり、その「適切に」というのが難しい。

HIV感染後に起こりやすいとされる諸症状に注意して検査すればよいとされているが、私の経験上、症候学的アプローチは無力であるので、一般診療に有用と思われる私製の格言（ほとんど盗作みたいなものであるが）を考案した。教訓的な症例の提示とともに、その格言をシンポジウムでご披露したい。

診療所における HIV 検査の算定要件緩和前後における比較検討

川畑拓也

大阪府立公衆衛生研究所感染症部ウイルス課

診療所や病院における HIV 検査が推進され、HIV 感染者の早期発見が進むことを期待し、平成 24 年度の診療報酬改定において、HIV 検査の算定要件が従来の「HIV の感染に関連しやすい性感染症が認められる場合で、HIV 感染症を疑わせる自他覚症状がある場合」から、「HIV の感染に関連しやすい性感染症が認められる場合、既往がある場合又は疑われる場合で HIV 感染症を疑う場合」と大幅に緩和された。

この算定要件の緩和により、医療機関、特に診療所における HIV 検査数が増加し、それに伴い HIV 診断数（発生届出数）が増加すれば HIV 感染者の早期発見に効果が大きいといえるのだが、実際にはこの算定要件の緩和により診断数が増加しているかどうかを判断することは難しく、それにはいくつかの問題点があると考ええる。

一つ目は HIV サーベイランスシステムの問題である。国の感染症発生動向調査事業において HIV 感染症は「後天性免疫不全症候群」として 5 類全数把握疾患に指定されており、診断した医師により全ての診断例が届けられなければならないが、実際には診断した医師がエイズ治療拠点病院に紹介後、拠点病院医師により届けられる事例も多く、また発生動向調査の届出票には「診断の契機」に関する報告欄もない。このような理由から、診療所における診断数が増加したかどうかを判断するのは現状では難しい。シンポジウムでは大阪府の事例を挙げて検討したい。

二つ目は、審査支払機関によるレセプト審査における返戻の存在である。以前から度々指摘されてきたように、HIV 検査の保険審査は通りやすさに地域差があり、審査が厳しい地域ではレセプトが切られてしまう事が多く、そのため HIV 検査を自費診療で実施せざるをえず、医師が積極的に HIV 検査を実施できない原因となっていた。算定要件の緩和により、実際に審査が通りやすくなったかどうか、算定要件緩和の前と後に大阪地域で実施した、診療所における HIV 検査に関するアンケート調査の自由記述欄から比較・検討したい。

広がりつつある梅毒 -感染症発生動向調査からの報告-

山岸拓也

国立感染症研究所感染症疫学センター

梅毒は戦後には年間患者数10万人を超す極めて一般的な疾患であったが、ペニシリンの登場により患者数は激減し、過去の感染症となりつつあった。しかし、近年国内で、忘れられつつあった梅毒が増加してきている。

日本で梅毒は、以前は花柳病予防法や性病予防法で報告が求められていたが、1999年からは感染症法で全数報告対象疾患となった。時代ごとに法律は異なるものの、半世紀にわたり全数報告が続けられている数少ない疾患である。梅毒報告数は2004年から増加に転じ、2008-9年の減少を挟み再び増加してきている。2013年には2013年12月13日時点で1226例であり、20年ぶりに1000例を超えた。性別は男性が多く、2000年前半には6～7割を占めていたが2013年は989例と8割以上を占め、男性症例の増加が近年の梅毒増加の主たる原因であった。しかし、日本では米国と異なり、女性でも増加してきていることが特徴的であった。年齢は男性では20代後半が最も多く、20代から50代までの幅広い年齢層で増加していた。一方女性では20代前半が多く、かつ最も増加していた。病期は早期顕性梅毒とともに無症候梅毒も増加していた。感染経路は男性では性的接触と報告していた861例中443例（52%）が同性間又は異性間・同性間（Men who have sex with men：MSM）であり、近年の増加もMSMが中心であった。

梅毒増加は他の先進諸国でも認められている。米国ではMSM中心に増加しており、欧州の一部の国やオーストラリアでも増加している。日本でも女性での増加という特徴がありながら、MSMが流行の中心を占める。国内ではHIV感染症も20代を中心に罹患率が増加してきており、その中心は依然MSMである。MSMの間での梅毒罹患リスク因子は何か、性風俗産業従事者の間でも流行してきているかどうか、など対策につながる調査が必要である。それらの調査とともに、MSMや若年男性に対する梅毒及び梅毒増加の情報提供と安全な性交の推進などの更なる注意喚起が今求められている。

【スカラシップ委員会企画】

薬害エイズ事件の教訓から いま振り返る HIV の医療と福祉

■座長： 高久陽介（特定非営利活動法人日本 HIV 陽性者ネットワーク・ジャンププラス/
公益財団法人エイズ予防財団）
岡本 学（独立行政法人 国立病院機構大阪医療センター）

■演者： 森戸克則（特定非営利活動法人ネットワーク医療と人権（MERS））
白阪琢磨（独立行政法人国立病院機構大阪医療センター
HIV/AIDS 先端医療開発センター）

趣 旨：

エイズ動向委員会の報告によれば、2012 年に累積報告件数（凝固因子製剤による感染例を除く）は2 万件に達し、新規 HIV 感染者およびエイズ患者の報告数は毎年1500 件前後で推移して今後も日本で暮らす HIV 陽性者の数は増加していくものと推測される。

HIV/エイズが登場してから30 年余の間に、治療の進歩と医療・福祉の整備により HIV 感染者の予後は飛躍的に改善した。現在では、HIV の治療に関しては日々の服薬と定期的な検査による健康管理が中心となり、医療的には慢性疾患として位置づけられつつある。

しかし、日本におけるこうした医療体制や福祉制度が整えられた背景や経緯について、若い世代等では知らない人も多くなっていると思われる。

本シンポジウムでは、薬害エイズによる多くの犠牲と、この事件から日本の社会が学ぶべき教訓について振り返るとともに、「感染理由を問わず HIV 陽性者が安心して治療が受けられ、差別や偏見により当事者が不利益を受けない社会」を見据えながら、現在の医療体制と福祉制度について見つめ直す機会としたい。

患者と専門職が共に築いてきた医療と福祉

森戸克則

特定非営利活動法人ネットワーク医療と人権 (MERS)

薬害エイズ訴訟は、1989年民事裁判として血液製剤によるHIV感染被害への損害賠償請求を国と製薬会社5社を相手に訴え1996年3月に和解した。同時に原告からの訴えにより、和解確認書に医療体制の整備が盛り込まれ、国はHIV医療の整備を政策医療として推し進めていくこととなった。

和解前から都道府県が選定するエイズ拠点病院構想があり、国はその整備を応援するものではあったが実際には選定・公表がかなり遅れた。根底に病院側の意識として「風評被害」「医療従事者への針刺し事故等でのHIV感染の恐れ」であったことは否めない。

和解後、国・厚生省と原告は協議を重ね、1997年4月から全国8ブロックにブロック拠点病院、10月には国立国際医療センター内にエイズ治療・研究開発センター (ACC) が設置され、ようやく本格的なHIV医療体制がスタートしたのである。ブロック拠点病院の機能は診療のみならず、各ブロックのHIV医療水準の向上・地域格差是正はもとより、臨床研究・情報発信・研修機能も付加されている。ACC・ブロック拠点病院・拠点病院は個室診療や個室入院を基本とする。患者が不安なく医療者と対話ができる環境整備はHIV医療の根幹をなす。

医療面のみならず同時に福祉の面においてもHIV感染者をサポートするという考え方は日本では福祉といっても疾患つまり難病というだけでは医療費負担を軽減する程度で、より多方向から福祉面をサポートするには身体障害者福祉法という法律で定められた身障手帳の取得が重要で紆余曲折はあったものの「免疫機能障害」が新たに加わった。身障手帳を取得することにより医療費助成や各種福祉サービスを受けられるようになった。いわば、それまで差別の対象であったHIV感染者が福祉の対象となったことを意味し、社会の一大変革をもたらしたと考えられる。

HIV医療体制の構築や福祉サービスの利用にあたり、各種専門職つまり医師・看護師の他に、薬剤師、ソーシャルワーカー、カウンセラーらの関わりがとても重要になってきた。これら多職種によるチーム医療体制をサポートするために、診療報酬としてウイルス疾患指導料 (チーム医療加算) がついたことは画期的であったと考える。

以上、患者・医療者・行政らが共に医療や福祉を充実させてきたことは、本来、他の疾患にも共通するものであり医療が目指すものなのかもしれない。

HIV医療の現状と課題

白阪琢磨

独立行政法人国立病院機構大阪医療センター HIV/AIDS先端医療開発センター

なぜ、あなたであって、私でないのか？この問いは医療の現場で多くの医療者が思うことではないだろうか。科学が如何に進歩し、優れた医療技術、薬剤が登場しても、ヒトが病を患う限りヒトである医療者と患者との関わりは無くならないだろうと思う。本稿では、医師の立場から、HIV医療の現状と課題につき述べることとする。

1981年、原因不明の免疫不全症、後の後天性免疫不全症候群（AIDS）が報告された。1983年に病原体であるヒト免疫不全ウイルス（HIV）が分離、同定され、HIV感染症の全貌が次第に解明された。1985年にはHIV感染症の検査法である抗体検査が承認された。1987年には、満屋裕明博士らの手によって開発された世界最初の抗HIV薬AZTが米国FDAで承認された。その後も薬剤開発は続けられ、1996年頃に承認されたプロテアーゼ阻害薬、あるいは非ヌクレオシド系逆転写酵素阻害薬を含む多剤併用療法の効果は優れており、HIV感染症も慢性疾患と言えるまでになった。しかし、現時点では生涯にわたる服薬が必要であり、治療には患者自身がQOLを余り損なわずに安心して服用継続できる薬剤が望まれていた。その後、侵入阻止薬やインテグラーゼ阻害薬という新しクラスの稿HIV薬が開発され、副作用も少なく、合剤など剤数も減り、飲みやすい抗HIV薬が登場してきた。2013年には日本でも1日1回1錠（Single Tablet Regimen）が登場した。今後も、短期、長期の有効性、安全性に優れ、患者のQOLも重視した薬剤が開発される事が期待されている。では、HIV医療に問題は残っていないのか？

1981年、原因不明の奇病とされ不治の病AIDSは各国でエイズパニックを引き起こした。当時の強烈なネガティブメッセージは今も根強く残っているのが現実だと言わざるを得ない。現在でも治療状況が良好なHIV陽性者が高齢となり施設入所を希望しても、HIV陽性者とわかると受け入れてもらえない状況が通常である。その入所出来ない理由は、これまで受け入れた経験が無く、難しい病気の方は受け入れる自信が無い、あるいは、施設側に、どうしても受け入れを拒む者が居るからだと言う。明らかな理由も無く入所を認めないのは、正当とは考えられない。加齢と共に生活習慣病を患い、さらに長年の治療で腎機能が廃絶し、透析クリニックを訪れても受け入れてくれる施設がほとんど無いのが現状である。現在、医療の進歩によってHIV感染症は、医学的にコントロール可能な、高血圧、糖尿病、肝炎と同レベルの疾患と位置づけられるが、多くの医療従事者、福祉従事者の対応は1980年代と余り変わっていない様に見受けられる。医療あるいは福祉に携わる者が無理解で、不適切な対応をすれば、一般市民が正しく理解する事は難しく、エイズに対する偏見差別を助長していると考えられる。医療あるいは福祉に携わる者こそ、HIV感染症の現状を正しく理解し、今一度、なぜ、あなたであって私でないのか？と、問うて頂きたい。今、残されているHIV医療の課題の中で解決されることも少なくない考える。

【メモリアルサービス】

第4回世界エイズディ・メモリアル・サービス～生命（いのち）をつなぐ～

■企画者：榎本てる子（関西学院大学）

仲倉高広（（独）国立病院機構大阪医療センター 臨床心理室）

■協力者：有志

趣 旨：

差別を恐れ、HIV感染症で亡くなった方、薬害で亡くなった方たちを偲ぶことが、いまなおできないでいる家族やパートナーがおられる。また、亡くしたことを独りで抱え、共に悲しむことさえ不安を覚える方たちもいる。さらに、HIV陽性を機に大事なものを失ったことに目を向けず、必死に日常生活にまい進することで悲しみから目を背けるHIV陽性の方もおられる。今なお、亡くなった方や当事者がHIV陽性であったことを、周りを気にせず、ありのままで存在できる空間と時間を作ることが求められる。そのためには、安全で護られた空間と時間が必要である。

今、病と共に生きている人、家族やパートナー、友人、医療に携わっている人、支援者、同じ時代に同じ世界に生きているすべての人、そしてこれからの時代を担っていく人のことを覚え、祈り、心を一つにする時間を共に過ごす。

HIV/AIDSになんらかのかかわりを持つ人たちが、気兼ねなく自分自身でいることのできる空間と時間を共にし、過去、現在、そして未来の人たちや世界、そして参加者自身に心を馳せる時間にする。

（内容）メモリアル・キルトのスライドショーや遺族の方からのメッセージ、陽性者からのメッセージ、HIV/AIDS医療や支援にかかわっている人たちからのメッセージ。思い出の品や思い出の方の追悼や祈り、歌をささげる。candle vigils（ともしび）、瞑想など。第4回は、ダンスパフォーマンスなども検討中。

参加者のこころの声に各自が静かに耳を傾け、過去や現在を覚え、これからの私たちの勇気を分かち合う。

（対象）エイズ学会に参加している人を中心に一般に公開（趣旨に賛同されている方）

（第1回の始まりの思い）忘れない、勇気を持つために。わたしたちは、悲しむときに、怒りがこみ上げてくることがあります。打ちのめされたような思いになり、わたしたちの中から力が奪われてしまうような思いになります。しかし、今日私達がここに集まってきたのは、私達はひとりでその痛みを担っていくわけではないことの象徴です。

悲しむとき、誰かが私達のそばにいて、私達を理解し、共に感じ、そして私達の中で新しい何かが始まろうとしていることを気付かせてくれるでしょう。私達はそんな出会いと連帯を今日のこの交わりの中で経験したいと思います。

沈黙の時。わたしたちのこころの中にある人々のことを覚えて、しばらく沈黙の時を持ちたいと思います。沈黙し、誰かのことを、また自分自身のことを考えることはとても大切なことです。しかし、私達は私達を黙らせる力とも戦っていかなければなりません。いかに多くの人が沈黙を強いられ、たとえ声を発してもその言葉は聞き取られることなく、むなしく消えていったことでしょうか。

私達は、沈黙させる力を打ち破るために、何人かの方にそれぞれの思いを分かち合ってください。沈黙を破る 歌と…

We shall overcome…We shall overcome some day…祝福と連帯を求めて 私達は信じません。私達は信じません。（中道基夫先生より）

この場をお借りして、第4回の開催をご快諾いただいた大会長、第1回から開催を支えてくださった大会長やともに作り上げてきた仲間みなさまに感謝いたします。ありがとうございます。

（註）特定の宗派への入信などの勧誘は行いません。信仰のあるなしに関係なく、それぞれのお立場でご参加できる範囲でご出席いただければと有難いです。

【エイズ予防財団 成果発表会】

共催：公益財団法人エイズ予防財団

HIV 感染症の Cure は可能か？ －基礎研究者の挑戦

■座長： 佐藤裕徳（国立感染症研究所・病原体ゲノム解析研究センター）
北原加奈子（厚生労働省健康局疾病対策課）

- 演者：
1. 俣野哲朗（国立感染症研究所・エイズ研究センター）
「感染者における HIV コントロール」
 2. 石坂幸人（国立国際医療研究センター・難治性疾患研究部）
「抗エイズ療法の導入後に残る問題とその克服に向けた挑戦」
 3. 蝦名博貴（京都大学・ウイルス研究所）
「感染者からのウイルスの除去」
 4. 松下修三（熊本大学・エイズ学研究センター）
「中和抗体を用いた HIV 感染症の機能的治癒をめざす治療法の開発」
 5. 厚生労働省エイズ基礎研究班
「厚生労働省基礎研究班の多様な試み」

趣 旨：

エイズは、HIV と呼ばれるとても小さな病原体がヒトに感染して発症する病気です。現在、治療薬の進歩により、HIV に感染してもエイズ発症を阻止できるようになりました。しかし、現在の治療薬では HIV を完全に制御すること（治癒：cure）はできず、エイズにならなくてもいろいろな問題が生じてくることがわかってきました。HIV を科学的な手段で制御するには、まず、ミクロの世界よりさらに小さな世界に生きる HIV の姿・形や振る舞い、あるいはヒトとの攻防を特別な方法を使って理解する必要があります。基礎研究は、これらナノ・ミクロ・マクロの世界の研究を通じて新しい科学技術を育みながら、エイズ制御に必要な知見を積み重ねていく必要があります。基礎研究にはいろいろなアプローチがあり、多様性があることで裾野が広がり、予期せぬ発展も生じます。表舞台に登場する機会は少ないけれど、HIV／エイズ制御の土台を作る縁の下の力持ち的存在と言えます。あらゆる HIV／エイズ制御研究の推進には、その土台となる基礎研究が欠かせないことは言うまでもありません。

しかし一般には、エイズの基礎研究の内容と意義を広く市民を対象として伝える機会はそれほど多くありません。そこで本公開講座において、第28回日本エイズ学会学術集会のテーマ「Cure は可能か？」を取り上げて、普段は世に出ることの少ない基礎研究をできる限り平易な言葉で紹介したいと思います。薬剤治療がある程度可能になった今日、エイズ研究の次の大きな目標の一つは、cure（治癒）です。このゴールに向かって進む時、今、何が問題となっているのか、問題を克服していくために私たち基礎研究者に何ができるかを考え、皆様に伝える機会にしたいと思います。

- (1) 主催：公益財団法人エイズ予防財団
- (2) 共催：第28回日本エイズ学会学術集会・総会
- (3) 平成26年度エイズ対策研究推進事業研究成果等普及啓発事業

【HIV感染症薬物療法認定・専門薬剤師講習会】

HIVチーム医療における薬剤師の新たな役割

■座長： 栗原 健（国立循環器病研究センター 薬剤部）

■オーガナイザー：
吉野宗宏（国立病院機構姫路医療センター 薬剤科）

■演者： 矢倉裕輝（独立行政法人 国立病院機構 大阪医療センター 薬剤科）
國本雄介（札幌医科大学附属病院 薬剤部）
関根祐介（東京医科大学病院 薬剤部）
岩澤真紀子（国立循環器病研究センター 薬剤部）

趣 旨：

近年の国内外のガイドラインにおいては、HIV感染者における非エイズ疾患・慢性疾患合併症の抑制や二次感染予防拡大防止を考慮し、治療は早期化する傾向にある。また、服薬が簡便な薬剤（1日1回服用、配合剤、錠剤・相互作用の少ない、食事の影響がない等）や耐性ウイルスにも有効な新薬の開発など、服薬アドヒアランスを低下させる要因が大きく改善され、服薬アドヒアランスの維持・向上に寄与している。一方、米国では、50歳以上のHIV感染者が30%以上を占めることが報告されており、今後は高齢化がより進んでいくものと予想される。さらにHIV感染症の死亡原因の約半数は、非AIDS関連悪性腫瘍、AIDS指標疾患以外の感染症、心血管疾患などAIDS以外の疾患であり、合併症に対する対策が課題である。このような背景の中、チーム医療における薬剤師の役割も転機を迎えた。従来の副作用・相互作用、アドヒアランス対策を重視した役割に加え、患者の高齢化や治療の長期化に伴う様々な慢性合併症に対するジェネラリストとしての役割が必要とされてきている。また昨年、ブロック拠点病院の医療者を対象に「HIV診療への薬剤師介入が医療者側へもたらす効果」について検討した研究では、医師は薬剤師に対し、「薬物相互作用」、「服薬支援」、「抗HIV療法の患者教育」、「医薬品情報に関する相談応需」などの介入に加え、「検査オーダー」、「日和見感染症予防」など「予防・診断・治療」への介入への強化を求めていることが報告された。薬剤師の介入は、診療支援、業務軽減に寄与することが十分可能であり、今後は、医師と協働しプロトコールに基づいた業務の実施など、薬剤師が薬物療法へ積極的に関わることが重要となる。本セミナーでは、今後のHIVチーム医療における薬剤師の新たな役割について討議予定である。

【ワークショップ（指定演題）01】

退院調整や制度利用だけでなく、何ができるのか？

■座長： 岡本 学（独立行政法人国立病院機構 大阪医療センター）

■コメンテーター：

塚本弥生（広島大学病院）

伊賀陽子（兵庫医科大学病院）

■演者： 小柳佳南子（帝京大学医学部附属病院 医療福祉相談室）

藏田 裕（新潟大学医歯学総合病院 感染管理部）

岡本 学（独立行政法人国立病院機構 大阪医療センター）

趣 旨：

医療ソーシャルワーカーは急性期病院では、特に退院調整を担うことが求められてきている。HIVの領域においても、在宅調整や転院調整を必要とする患者が増えてきていることがあり、「長期療養支援」という言葉からは、在宅療養の調整や、長期療養型医療施設への転院や、介護施設などへの入所を思い浮かべることがある。

また、抗HIV療法を導入するに当たり、医療費の自己負担軽減を目的に、障害者手帳取得や、福祉サービスとしての医療費助成制度の活用が必要になり、その手続き支援が主な役割になっている医療ソーシャルワーカーもいることだろう。だが、在宅療養調整や転院・入所支援、制度利用支援「だけ」がソーシャルワーカーの役割なのでしょうか？

HIV感染症と長期で付き合う様々な状態の患者の心理・社会的問題の援助に目を向けた実践がされていることもあり、今回は、そのような取り組みを行う中、医療ソーシャルワーカーが何を契機とし、どのようなことを意識しながら実践をしているのかを共有し、これまでの振り返りや今後の目標を考える機会とした。

患者の申し出により始まった専門相談導入ケースの院内調整

小柳佳南子

帝京大学医学部附属病院 医療福祉相談室

【はじめに】 今回のケースは「制度申請の案内をしてほしい」と相談室に來られ、面談したのが始まりである。そこで、面談を通し、「制度説明」依頼のみではなく、問題の本質・本人の求めていることが明らかになってくる。そこからの関わりについて述べる。

【事例提示】 40才男性。陽性宣告を受けて間もない時、医療費制度等について聞きたいと、自ら相談室に來室する。その際、本人は「混乱している。色々不安で何から手を付けていけばよいかわからない」と表情硬く、手も震えていた。細かいことまで気にする性格で、陽性と知ってから、自らあらゆる情報を調べ、情報に溺れている状況であった。まず、「今やるべきこと」のみお伝えし、初回面談を終了した。

その後、面談を重ねていく中で、本人が持参したものが、東京都専門相談のパンフレットだった。本人は初回面談の時から、「話を聞いてもらいたい」という思いが強かった為、早急に段取りを組んだ。

東京都専門相談導入後は、毎回、相談員の方と本人との面談後、病院としてサポートできることなどをお伝えし、専門相談員と共に本人の不安要素を払拭できるように援助した。病気発覚前は何年も無職であったが、現在では精神的にも大分落ち着いて、職業訓練を行っている。

【考察】 最初、制度案内のみの面談と踏まえ、形式的な面談をしたが、そこから感情表出、訴えなどがあり、今回のような介入に至った。今回は、専門相談員の方の介入により、時間をかけ問題説明を行い、その中で、目標を見つけ、行動に繋げていくことが可能となってきた。

【最後に】 今まで、HIV患者さんに関して、制度説明しか行ってこなかった為、東京都専門相談について知識不足だった。今回のケースを通じて、HIV陽性と宣告された患者さんは宣告と共に様々な思いを抱え、今後の生活についての不安も抱えていることを学んだ。身内に病名を話せないという方も多い疾患の為、第三者としての病院が、支援できることは多いことを認識した。「制度説明」をきっかけに來室する方に対して、少し踏み込んだ「それぞれの抱える問題」へのサポートがMSWとしてできる始めの一歩であると考え、また、主治医以外の確立されたサポートスタッフがない為、援助が必要な際、確実に導入するシステムの構築が課題である。

地域に暮らす陽性者のニーズ把握と地域の拠点病院へのフィードバック

藏田 裕

新潟大学医歯学総合病院 感染管理部

【背景】 HIV 感染症は薬剤の進歩により致死性の疾患ではなくなり、地域でどう生きて行くかが重要な課題となってきた。しかし、偏見・差別を恐れ、周囲の誰にも相談できず孤立している陽性者は少なくない。そういった陽性者に対しカウンセリング体制が徐々に整ってきているが、それ以外のアプローチとして首都圏や陽性者数の多い地域では同じ立場の人同士が情報交換や交流ができるいわゆるピアミーティングが行われている。しかし新潟を含む地方では陽性者同士が交流できる機会は少なく、交流機会を望めば他地域に向かなければならない。新たに開催するにも核となる NPO・NGO やコミュニティも存在しない。そこで新潟大学医歯学総合病院では拠点病院からの働きかけによるピアミーティングの開催を検討している。今回はニーズ把握を目的としたアンケート調査の結果及びこれまでの取り組みの経緯を報告する。

【経緯】 陽性者の相談支援の中で潜在的なピアミーティングのニーズを感じ、実際のニーズ把握のため新潟県の拠点病院連絡会議にてアンケートの実施を提議、了承を得た。

アンケート結果は拠点病院連絡会議にて報告。新潟県内で開催のピアミーティングに一定のニーズがあることを共通で認識し、開催に向け取り組むこととなった。

【アンケート結果】 新潟県内 6 箇所の拠点病院を受診中の陽性者 97 名を対象に、診療担当者より本人へ用紙を手渡ししてもらい、回収は郵送にて行った。回収率 59 % で 55 名から回答を得た。回収したアンケートのうち 37 名 (67 %) が男性。ピアミーティングの存在は 25 名 (46 %) が知っていると回答。他地域で既に実施のピアミーティングに 16 名 (28 %) が参加希望なのに対し、新潟県内で開催された場合の参加希望が 16 名 (29 %) であった。他地域で開催のピアミーティングと比べ、新潟県内開催のピアミーティングには 6 名 (12 %) に参加意欲向上見られたが、逆に意欲低下も 6 名 (12 %) で見られた。自由記述から、地域での開催にはプライバシーへの懸念が強いことが推察され、大きな課題と考えられる。

【結論】 連絡会議を通し拠点病院間で認識を共有することで、アンケート実施やピアミーティング開催に理解や支援が得られた。

【今後の方針】 開催に向けルール策定等行っていく。また、他地域でのピアミーティング参加意向も確認できたため、希望者への情報提供の準備を行っている。

陽性者の声をカタチにする。地域に資源を作り出す。

岡本 学

独立行政法人国立病院機構 大阪医療センター

HIV感染が判明した頃には様々な不安や心配があり、拠点病院のソーシャルワーカーとしてさまざまな心理・社会的な相談をされる方に出会う。他陽性者の経験に触れてもらおうと、患者会への参加を提案することがある。

しかしながら、いつまでも「相談」が必要なわけでもなく、普段は折り合いをつけて暮らしている方が多いのではないだろうか。

「悩んでいるのか?」と聞かれると「別に」とか、「いや。大丈夫だけど」と答えるけれど、「自分だけじゃないんだなあ」とか「そういうことわかるよなあ」とか思えると安心できるし、一人じゃないと思えるので、同じ陽性者の中で、安心して話ができる時間や場所が欲しいと言われた。ピアサポートの重要性が謳われる理由がまさにそれだろう。

2013年の大阪には、followというサポートグループがあった。2004年7月～活動を始めた彼らは、その活動のほぼすべてを当事者だけで行っていた。時に学習会の講師として集まりに参加させてもらい、スタッフからはグループの運営やスタッフの養成などについて相談をいただくこともあり、日々の暮らしや仕事と、ボランティアとしてのグループの活動を両立していくことのむずかしさ、大変さを耳にしていた。他にも複数のグループが立ち上がっては、活動休止、解散など、消えていく理由の一つが、両立の難しさのように思っていた。

「相談」ではなく、気楽に参加できる場、安心して話ができる場を求めている人が複数いることがわかり、地域の中で陽性者の支援を様々な形で行っている陽性者に、どのようにすれば、地域の中にそのような場を作れると思うのかを相談したところ、それぞれがすでに様々な活動を仕事しながら行っており、新たに何かをすることが難しい状況にあること、必要な経費や広報が大変だと感じていることもわかった。

そこで、スタッフになる陽性者一人一人の負担が過度にならないことを第一優先条件とした。結果、拠点病院に勤めるソーシャルワーカーが、会をマネジメントし、陽性者は当日のスタッフを複数人が持ち回りで担当することにした。また、参加者の中から、スタッフとして参加する方を増やし、一人一人の負担が過度にならないことで、地域の中に、長く続けられる場を開発・維持することを目的としている。

【ワークショップ（指定演題）02】

ワールドカフェ HIV/AIDSの予防とケア

■進行： 佐保美奈子（大阪府立大学大学院看護学研究科 母子健康看護学）

趣 旨：

1. ワールドカフェのねらい

「第28回日本エイズ学会」に参加された皆様が、講演を聞きっぱなしで帰るのではなく、ここで感じたこと、考えたこと、日頃行っていることなどをつぶやき、話し合い、聞き合いながら、1つの答えを導き出すのではなく、多様な立場や意見・思いがあることを認め、共有することがねらいです。

2. ワールドカフェとは

Juanita Brown（アニータ・ブラウン）氏とDavid Isaacs（デイビッド・アイザックス）氏によって、1995年に開発・提唱されました。「知識や知恵は、機能的な会議室の中で生まれるのではなく、人々がオープンに会話を行い、自由にネットワークを築くことのできる『カフェ』のような空間でこそ創発される」という考えに基づいた話し合いの手法です。最大の狙いは「個人の意見やアイデアをつなぎ合わせ、全体としての一体感や納得感を得ること」「リラックスして打ち解けあうこと」です。

3. ワールドカフェの進め方

- ① 知らない人たちと出会えるように、場所を移動してください。
- ② 4人でグループを作ります。
- ③ 本物のカフェのようにリラックスした雰囲気の中で、自己紹介をします。
- ④ 所属施設と名前を言ったあとに、「実は私、〇〇なんです。」と続けます。
- ⑤ 1セッションは15分です。本日は3つのセッションを行なう予定です。
- ⑥ 進行役が、セッションのお題を伝えますので、お題に集中した対話を行います。
- ⑦ 誰かが話している時は、他の人は話をさえぎりません。
- ⑧ 全員が話せるように、ポイントをしばって話します。
- ⑨ 他のメンバーは聞くことに集中します。
- ⑩ 時間がきたら、手を挙げて合図しますので、合図に気が付いたら、自分の手を挙げてください。
- ⑪ 全員の手が上がったら、次のセッションを始めます。
- ⑫ グループの中で、誕生月が一番早い人を一人だけ残して、他のグループに移動します。

【ワークショップ（指定演題）03】

「物質依存・HIV陽性・セクシュアル・マイノリティを併せ持つ当事者の思いを聴く」
グループミーティングの参与観察とディスカッション

■ファシリテーター：

榎本てる子（関西学院大学）

仲倉高広（（独）国立病院機構大阪医療センター 臨床心理室）

趣 旨：

（目的）

物質依存のグループミーティングは、主にNAや12ステップ、ダルク、SMARPPなどさまざまなところで取り組みがなされてきている。今回は、物質依存を併せ持つHIV陽性でMSMの方の了解のもと、グループディスカッションを通して、その思いの一端を知るとともに、グループでの思いを聴くスキルやグループ運営を考えるきっかけを提供することを図る。

そして、多くの地域で、その場に応じたグループが開催されることを願っている。

（方法）

物質依存を併せ持つHIV陽性者数名のディスカッションを、ファシリテーターのもと行う。参加会員は、その様子を観察し、後半では、みんなでディスカッションを行う。

（担当）

了解が得られた物質依存を併せ持つHIV陽性でMSM男性（5～6名）

ファシリテーターとして、榎本てる子、仲倉高広

（参加者の条件と申込み）

本ワークショップは当事者の語りを中心に学ぶ場であるため、本年度は参加者を医療従事者、もしくは対人援助職の有資格者とする。また、グループを囲んで、対話を聞くことができ、かつディスカッションを有効に行う場とするため、人数を20名程度までとする。

参加の申し込みは、当日の朝、会場で整理券を配布する。資格を証明するもの、もしくは所属を明確にした名札を持参すること。

（進行）

0分～	ワークショップの趣旨とルールの共有
10分～	当事者とファシリテーターの自己紹介
15分～	当事者のグループディスカッション
60分～120分	感想の共有とディスカッション
終了	約束の確認

主に、当事者の思いと話しやすい雰囲気とはどういうもののかについて、対人援助職ができる工夫とはどういうもののかについて、当事者や参加者でディスカッションを行う

HIV 感染症と Aging

■座長：岡 慎一（国立国際医療研究センター エイズ治療・研究開発センター）
松下修三（熊本大学エイズ学研究センター）

■演題 1：「Aging と慢性腎臓病（CKD）」
～CKD は HIV 長期管理のピットフォール～
安藤 稔（がん・感染症センター都立駒込病院 腎臓内科）

演題 2：「Aging と長期合併症」
～高齢化の現状と長期治療の問題点～
湯永博之（国立国際医療研究センターエイズ治療・研究開発センター）

演題 3：「Good Aging のための ART の選択」
～長期服用を念頭においた患者に優しい ART とは～
横幕能行（国立病院機構名古屋医療センターエイズ治療開発センター）

趣 旨：

HIV 感染者に対する薬物治療は、様々な抗 HIV 薬が登場したことにより飛躍的に発展を遂げ、現在では HIV 感染者の長期生存を可能とした。その一方で、HIV 感染者の高齢化が世界的に進んでおり、米国における 50 歳以上の感染者は約 30% を占め、その割合は年に 1.5% ずつ増加し 2020 年には半数以上になると言われている。この加齢問題は、日本においても同様に進行しており、HIV ウイルス長期抑制に加えて、我々はこの加齢に対する諸問題に対しても取り組んでいかなければならない。

本シンポジウムでは、HIV 感染症だけではなく関連する各分野のエキスパートの先生方より最新の疫学データ及び、その治療法についてお話しいただく。

まず、腎臓のエキスパートである、がん・感染症センター都立駒込病院 安藤 稔 先生には、近年特に注視されている HIV 感染者の CKD 有病率の増加に関して、我が国の最新の調査結果および、CKD を予防するため、また、HIV 感染者の加齢において特に気を付けるべき腎機能マーカー等を含めお話しいただく。

また、日本人 HIV 感染者の高齢化の現状と長期治療における問題点について、骨代謝異常の現状と最新の自施設の臨床試験結果から明らかとなったリスク因子について、国立国際医療研究センター 湯永 博之 先生に実際の症例を含めながらお話しいただく。

そして最後に、加齢にかかわる諸問題の現状を踏まえたうえで、今後臨床医として Good Aging のためにどのような点に留意し ART 選択を考慮していくべきかを、国立病院機構名古屋医療センター 横幕 能行 先生にお話しいただき、今後、よりよく Aging するために我々がどのような点に注意すべきかを一緒に考えていきたい。

【ランチョンセミナー1】

共催：MSD株式会社

初回治療薬選択における RAL の位置づけ

STARTMRK から5年、2014年最新のエビデンス（ACTG5257 試験結果）から読み解く

■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）

■演者： 立川夏夫（横浜市立市民病院 感染症内科）
市田裕之（地方独立行政法人大阪市民病院機構 大阪市立総合医療センター 薬剤部）

LS1-1 長期治療成功を念頭においたARTの選択

立川夏夫

横浜市立市民病院 感染症内科

抗HIV療法の歴史には幾つかのターニングポイントが存在する。1987年最初の抗HIV薬であるAZTが登場しその後逆転写酵素阻害剤（NRTI）が蓄積していった。1995・96年にはプロテアーゼ阻害剤（PI）と非核酸類似体逆転写酵素阻害剤（NNRTI）が登場し、急速にHAARTが可能となった。当時の抗HIV療法の意義は「救命」であった。数年のHAARTの経験はミトコンドリア障害等の抗HIV薬に伴う副作用の重要性を再認識させることとなった。「免疫破綻の予防」か？「有害事象の低減」か？を評価するために実施されたSMART試験は予想外の非抗HIV療法状態の危険性（免疫破綻のみでなく心血管障害や予後等）を再認識させ、2006年にはHIV感染者における抗HIV療法の継続の重要性が認識された。

抗HIV薬の副作用には2つの側面があり、薬剤固有の副作用とその薬剤が属するクラスの副作用という側面である。NRTIクラスにはミトコンドリア障害という問題があり、NNRTIにはEFV（efavirenz）に伴う中枢神経系事象とNVPに伴う薬剤アレルギーや肝障害の問題があり、PIクラスには脂質代謝異常や心血管障害の可能性が認められていた。

2007年にはインテグラーゼ阻害剤というクラスを確立したraltegravir（RAL）が登場した。当時はまだ薬剤耐性獲得の蓄積した患者へのsalvage療法ということが大きな問題として残っていた。インテグラーゼ阻害剤（raltegravir）は新規PIであったdarunavirと共にそのsalvage問題を解決した。やがてRALはEFVとのhead to headの試験においてウイルス学的に優れた結果を示し、初回治療としての重要な選択肢であることが示された（2009年）。米国においては2012年にelvitegravir、2013年にdolutegravirが使用可能となり、抗HIV療法におけるインテグラーゼ阻害剤というクラスの重要性が顕在化している。

2011年には抗HIV療法による他者へのHIV伝播予防の効果を科学的に評価したHPTN052試験が報告され、抗HIV療法の早期開始を決定づけるevidenceとなった。2014年時点においてHIV感染症は（早期診断・早期治療により）もはや致死の疾患ではなく、管理可能な慢性疾患である。そして予後が長くなったことは、抗HIV薬への曝露が長期化することを意味している。HIV感染が判明した35歳の患者は、現在の日本においては、45年間抗HIV薬を内服する可能性が強く考えられる。

2007年に使用可能となったRALは既に数年の使用経験が蓄積されている。2014年CROIに発表されたACTG5257は大規模な試験であり、RAL+TDF/FTC vs ATV/RTV+TDF/FTC vs DRV/RTV+TDF/FTCの3群を各群600例の規模で検討した試験であった。ウイルス学的有効性と有害事象を総合した有用性を比較した最低2年以上の継続を伴った長期試験であった。96週でのウイルス学的成功率（50copies/ml未満率）は、治療変更を失敗と判断したSNAPSHOT解析ではRAL 80% vs ATV/RTV 63% vs DRV/RTV 73%であり、治療変更も加えた解析ではRAL 94% vs ATV/RTV 88% vs DRV/RTV 89%と、ウイルス学的に優れた結果であった。有害事象による中断はRAL 1%（8/603）vs ATV/RTV 16%（95/605）vs DRV/RTV 5%（32/601）と、非常に優れた忍容性であった。ウイルス学的失敗に関してはRAL 3%（18/603）vs ATV/RTV 15%（9/605）vs DRV/RTV <1%（4/601）であった。薬剤耐性に関してはDRV/RTVが優れた結果を示していた。

今後数十年にわたってHIV患者は抗HIV薬に曝露することとなり、長期の強力な抗ウイルス作用とともに長期の忍容性は必須の条件である。RALは2014年時点においてその両者を満たすことが証明されたインテグラーゼ阻害剤である。

LS1-2 これからの服薬指導！ 服薬継続サポートに必要な3つのこと

市田裕之

地方独立行政法人大阪市民病院機構 大阪市立総合医療センター 薬剤部

抗HIV薬を取り巻く状況も大きく変化し長期療養の時代に突入してきていると言われています。それを実現可能にしたのは『飲みやすく、副作用も少ない薬剤』が次々と開発・承認されたことであり、様々なエビデンスのもとガイドラインでは早期治療が推奨されています。その治療の成功の鍵は服薬アドヒアランスの継続と言っても過言ではありません。早期治療に軸足を移している現在のガイドラインのもとでは、自覚症状も出ていないうちに服薬を開始する患者さんが多くなっているのも事実です。ほとんどの患者さんは、「自覚症状があるから薬を飲む。」「症状緩和したら、薬をやめていい」というイメージを抱いています。チーム医療の一翼を担う薬剤師として、「なぜ薬を飲むのか？飲み続けられないといけないのか？」という素朴な疑問（服薬意義）をきちんと理解してもらうことが何より重要と考えています。

その上で、いつも心掛けている服薬継続に必要な3つのことを考えてみたいと思います。

- ① アドヒアランスの成功の延長線として、きちんと病院に通院することの大切さ（病院と繋がることの重要性）や不安・疑問点はいつでも相談してもいい（電話でもOK）ことを説明し安心感を与えるようにしています。HIV患者さんを取り巻く状況は依然拠点病院等を中心とした診療がメインであり、他の疾患のように患者が病院を選べる環境ではないので、チームの薬剤師として患者さん一人ひとりと向き合うことが大事と心掛けています。
- ② サプリメント、OTC、ドラッグ、抗結核薬・抗精神病薬などの合併症治療等、併用薬の影響を患者さんに説明し相互作用の重要性を認識して頂くことが重要です。特にドラッグについては、相互作用等の危険性を十分に説明しても、健康被害がなければ使用し続けることがあるので注意が必要です。
- ③ 服薬指導を行う際、薬剤の回数、食事への影響等、目に見えるメリットばかりを説明するのではなく、デメリット、まだ確立されていない安全性等も合わせて説明し、両面から患者さんが薬剤選択を考えられるようにしています。特に最近では、友人やネット等からの情報源で、一部誤解した情報として抗HIV薬を理解している患者さんも少なくありません。きちんと交通整理して各薬剤の正確な情報を提供し、患者さんが納得して薬を選択できる機会を与えることも大切なことと考えています。その上で、長期療養を見据えた時、投与回数の点ばかりに目を向けがちですが、今回ACTG5257試験でも明らかになったように、投与回数より副作用による脱落を防ぐことが最も重要であり、有効性・安全性に配慮することが何よりも重要です。

【ランチョンセミナー 2】

共催：トミーデジタルバイオロジー株式会社

PacBioRSIIによるウイルスシーケンシング

■司会： 橋本和明（トミーデジタルバイオロジー株式会社 パシフィックバイオサイエンス事業部）

■演者： Melissa E. Laird, Ph.D. (Pacific Biosciences)

趣 旨：

PacBio RS II は、最長30 kb、平均で8.5 kbのリード長を出力するロングリードDNAシーケンサーです。現存するほかのDNAシーケンサーとは異なり、DNA一分子を合成しながら配列をリアルタイムに読んでいきます。その驚異的なリード長を生かして、バクテリアゲノムのアセンブリでは、これまで繰り返し配列が多いため分断されていた染色体配列を一本につなげたり、他のシーケンステクノロジーでは不可能なアセンブリを完成させるなど、数多くの成果を出しています。

最近では、ヒトリンパ球からのHERV-K発現プロファイルを高解像度で解析したり、Env領域全体をシーケンスした例など、ウイルス研究にも積極的に使われ始めています。

本ランチョンセミナーでは、PacBioシーケンサーの原理、特長を簡単にご説明した後、ウイルス研究の現場・エイズ研究の最前線ではどのような使い方をされているか、アメリカでの実例を交えてご紹介します。

尚、演者はPacBioシーケンサーを使用したHIV全長シーケンスのプロトコルを開発した経験があり、現在はPacific Biosciences社にてウイルスアプリケーションの担当をしています。

本発表は英語で行われます。

【ランチョンセミナー3】

共催：鳥居薬品株式会社

「あの人が最近来てないね」そんな時どうする？～チームで支える受診継続～

■座長： 矢嶋敬史郎（国立病院機構大阪医療センター 感染症内科）

■演者： 矢倉裕輝（国立病院機構大阪医療センター 薬剤科）
岡本 学（国立病院機構大阪医療センター 医療相談室）
下司有加（国立病院機構大阪医療センター 看護部）

趣 旨：

近年、HIV感染症の治療は大きく進歩しています。抗HIV療法においては、剤型を小さくしたり数を減らしたりすることがその一例で、これによって以前より治療を継続しやすくなりました。しかし、治療を続けるなかで様々な要因から、残念ながら受診を中断される方もいます。経済的な理由などはっきりした原因もあれば、「一回キャンセルしたらそのあと行きにくくなった」といった誰もが身に覚えがある理由まで、その内容・背景は様々です。

治療が継続しやすくなり、予後が改善しつつある現在だからこそ、患者が治療に対し意欲的に向かい、身体的・精神的な苦痛を和らげていくためにHIV診療チームに求められるものは何か、再考することが必要ではないでしょうか。医師・看護師・薬剤師・心理士・ソーシャルワーカーなど、それぞれの職種がどうすれば専門性を活かした医療・ケアを提供できるか、またどのように患者自身の努力やセルフケア度の向上につなげていけるのか、考える機会にしたいと思っています。

今回は患者の受診継続・中断という課題に対して、受診を再開された方の意見も参考にしながら、大阪医療センターでの取り組みをそれぞれの立場から紹介します。皆様の施設のチームによる関わりの参考になれば幸いです。是非ご参加下さい。

HIV 治療薬とジェネティック・バリア

■座長： 満屋裕明（熊本大学大学院生命科学研究部 血液内科・膠原病内科・感染免疫診療部）
岡 慎一（国立国際医療研究センター病院 エイズ治療・研究開発センター）

■演者： 杉浦 互（国立病院機構名古屋医療センター エイズ治療開発センター）
照屋勝治（国立国際医療研究センター病院 エイズ治療・研究開発センター）

趣 旨：

抗HIV薬の特性を示す指標の1つに「ジェネティック・バリア」があります。例えば、ある抗HIV薬で治療中の患者体内のHIVにアミノ酸変異が1ヵ所生じただけで、HIVがその薬剤に対して耐性を獲得してしまうような場合は「ジェネティック・バリアが低い」と表現します。他方、薬剤耐性発現に、複数（例えば、3～4個）のアミノ酸変異が必要な場合は結果的にその薬剤に対する耐性が起こりにくいために、そのような薬剤は「ジェネティック・バリアが高い」と表現されます。しかし、単剤ではジェネティック・バリアが低くても、他の抗HIV薬と併用すると結果的にそうした組み合わせでジェネティック・バリアが高くなる事も知られています。

現在承認されている抗HIV薬では「ジェネティック・バリア」が低いものから高いもの迄それぞれですが、結果的に「ジェネティック・バリア」が高くなる組み合わせレジメンを選択して、薬剤耐性変異株の出現を抑えることが重要です。

1990年代中期にプロテアーゼ阻害剤を加えた多剤併用療法（ART）が開始されて以来、20種類余の抗HIV薬が開発・処方されるようになっていきます。それらの抗HIV薬は、核酸系逆転写阻害剤（NRTI）、非核酸系逆転写阻害剤（NNRTI）、プロテアーゼ阻害剤（PI）、インテグラーゼ阻害剤（INSTI）およびCCR5阻害剤の5つの作用機序別にクラス分類されます。そのような異なったクラスの薬剤を効果的に組み合わせますと、ARTは当然HIVの増殖を様々な段階で阻害して、高い臨床効果をもたらします。しかし、複数の抗HIV薬を用いた治療が長期に及ぶようになり、また感染者の高齢化等も加わって、アドヒアランス維持や種々の副作用などが懸念材料となってきていますし、また長期に及ぶ事で耐性発現の発現についても予断を許さないところです。

新規の抗HIV薬が認可されて処方薬の選択肢がひろがる事に大きな期待が寄せられますが、他方で、抗HIV薬の数が増える事で「初回治療の抗HIV治療薬の組み合わせ」の選択がますます容易ではなくなってきました。本セミナーでは、作用機序別及び基礎・臨床研究の観点から種々の抗HIV薬の「ジェネティック・バリア」を勘案して、長期的なART治療における「ジェネティック・バリア」を考慮した適切な薬剤の組み合わせについて検討し、またレジメン変更の際の薬剤選択などについて議論したいと思います。

聴講対象：長期治療における各抗HIV薬、またはその組み合わせレジメンの「ジェネティック・バリア」の知見に興味のある方。

【ランチョンセミナー5】

共催：鳥居薬品株式会社

ARTの将来展望 ～ INSTI based Regimenの臨床的有用性～

■座長： 満屋裕明（熊本大学医学部・国立国際医療研究センター）
岡 慎一（国立国際医療研究センターエイズ治療・研究開発センター）

■演者： 潟永博之（国立国際医療研究センターエイズ治療・研究開発センター）
横幕能行（国立病院機構名古屋医療センターエイズ治療開発センター）

趣 旨：

抗レトロウイルス療法（Antiretroviral Therapy：ART）の進歩により、HIV感染者の生命予後は劇的に改善されたが、治療が長期化し、HIV感染患者が高齢化してきたため、慢性合併症の増加が問題になってきた。一方で、HIV感染者での非エイズ疾患・慢性合併症の抑制や二次感染拡大防止の観点から、治療開始は早期化する傾向にある。

2008年にラルテグラビル（RAL）、2013年にエルビテグラビル（EVG）を配合したSingle Tablet Regimen（STR）のスタリビルド配合錠、2014年にドルテグラビル（DTG）が国内承認となり、本邦においてもインテグラーゼ阻害剤（INSTI）の使用症例は年々増加している。最新の米国DHHSガイドラインでは、これら3剤を含む4種類のINSTI based Regimenが初回治療の推奨レジメンの一部としてリストされており、今後、ますますINSTIを中心とした治療の機会が増えると思われる。

本セミナーでは、早期治療と長期治療の両立が必要となってきた状況において、INSTI based Regimenに期待する役割や意義について検討する。また、十分な治療効果と安全性を前提とした治療の簡素化も有効な手段の一つと考えられ、1日1回1錠で治療が完結するSTRの役割についても検討する。

本邦初のSTRであり、INSTI based Regimenであるスタリビルド配合錠は、発売してから1年以上が経過し、有効性と安全性が蓄積されてきた。INSTI based STRの臨床的有用性に併せて、STBの使用経験も紹介したい。

こんな時どうしたらよいの？ ～抗HIV薬の相互作用を中心に～

■座長： 吉野宗宏（国立病院機構姫路医療センター 薬剤科）
菊池 嘉（国立国際医療研究センター エイズ治療・研究開発センター）

■演者： 増田純一（国立国際医療研究センター 薬剤部）
矢倉裕輝（国立病院機構大阪医療センター 薬剤部）

趣 旨：

多くのすぐれたHIV感染症治療薬が開発され、日常診療に用いられるようになりました。抗HIV治療ガイドライン（HIV感染症及びその合併症の課題を克服する研究班）や成人および青少年HIV感染者における抗レトロウイルス薬の使用に関するガイドライン（米国保健福祉省）などでは、HIV感染症のマネジメントに対する多岐にわたる問題点に配慮がなされ、初回治療の組み合わせがまとめられています。これらのガイドラインは毎年改訂され、2014年には新しいインテグラーゼ阻害薬であるドルテグラビル、エルビテグラビルが推奨薬として追加されるなど、まさに日進月歩の状況が続いています。

現在これらのガイドラインで推奨されている薬剤は、従来の薬剤に比べて、優れた抗ウイルス効果を有し、有害事象の発現頻度が低下し、薬剤耐性発現リスクも減少しています。しかしながら依然として、毎日の服薬は継続しなければならず、アドヒアランスが重要であることに変わりありません。これらの新規薬剤が登場した現在でも、抗HIV薬の有用性を最大限に患者さんに享受してもらうためにも、食事制限や薬剤相互作用について注意を払う必要があります。

日本病院薬剤師会の専門薬剤師制度で定められたHIV感染症専門薬剤師・HIV感染症薬物療法認定薬剤師も増加し、HIV感染症治療薬に対する理解も深まってきました。そこで、このランチョンセミナーでは、HIV感染症専門薬剤師としてどのように服薬指導しているかについて、詳しく伺う機会を設けました。

高齢化が進みつつある患者さんが他科にも通院が必要となり、新たな薬剤治療の必要性が出てきた場合の抗ウイルス薬とあらたな薬剤との選択に際して、実際に医師と薬剤師の間で交わされているコミュニケーションも含めて、具体的な例もお示ししたいと思います。セミナーに参加される先生方が、抗HIV薬の相互作用を中心に「こんな時どうしたらよいの？」と思われる場面の解決策の発見にお役に立てればと考えております。

薬剤師のみならず、医師、看護師をはじめとする幅広い、HIV感染症の診療に従事されている医療関係者の方々にご参加いただきたいと思いますと考えております。

【ランチョンセミナー7】

共催：ロシュ・ダイアグノスティックス株式会社

HIV 感染制御における国内外の動き

■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）

■演者： 宮戸健二（国立成育医療研究センター 生殖・細胞医療研究部生殖・細胞機能研究室）
Paul Baum（Roche Molecular Systems, Inc. Clinical Research）

趣 旨：

演題1：テトラスパニン/抗テトラスパニン抗体と HIV 感染制御

膜融合は受精、筋形成、骨形成、ウイルス感染などの様々な生命現象で起こり、胚性幹細胞もまた、分化した細胞と膜融合することで、増殖可能な幹細胞としての性質を付与することが知られている。このように様々な局面で利用されているメカニズムであるが、膜融合は依然として人類によっては制御不能な現象の1つである。膜融合の分子レベルでの解明と制御系の確立は、ウイルス感染による病態を克服する上で重要である。

膜融合に広く関わる膜タンパク質として、特定の構造をもった膜4回貫通型タンパク質ファミリー（テトラスパニン）が知られている。テトラスパニンにはCD9、CD63、CD81、CD82、CD151といった免疫系細胞の膜抗原として同定された分子が数多く含まれている。最も解析されているファミリー分子の1つとしてCD9が知られており、遺伝子改変マウスの解析から、受精における精子と卵の融合に卵側因子として機能することが明らかになっている。ただし、CD9、CD81のダブル欠損マウスを作ると肺胞内に存在するマクロファージの膜融合は亢進する。以上のことから、テトラスパニンは、膜融合の促進にも阻害にも働いていると考えられる。

HIV 感染とテトラスパニンの関連も報告されている。テトラスパニンの1つであるCD63はHIV粒子の出芽過程においてHIV粒子に取り込まれ、HIV粒子に取り込まれたCD63は何らかのメカニズムによって、その感染を抑制することが報告されている。更に、CD9、CD81、CD82、CD151もまたHIV粒子に取り込まれ、HIV粒子の感染性を低下させる。

加えて、抗テトラスパニン抗体が市販されているが、これらのすべての抗体はテトラスパニンの細胞外領域のシステイン・システイン・グリシン（CCG）配列を含む領域を認識し、特に抗CD9抗体は、ウイルス感染によって引き起こされるシンシチウムの形成を阻害することが複数のウイルス感染例で知られている。最近の研究から明らかになってきたテトラスパニンを介した膜融合制御の分子メカニズムと抗テトラスパニン抗体の有用性について紹介したい。

演題2：Nucleic acid HIV testing for diagnosis and for cure research

The early diagnosis of HIV in infants and acutely infected adults improves patient care and is of great public health importance for preventing HIV transmission. PCR tests are able to diagnose HIV at least one week earlier than even the most advanced serologic tests. PCR-based tests are therefore increasingly featured in HIV diagnostic algorithms. Many tested patients may have already received some antiretroviral therapy and so it is critical that the tests are highly sensitive and are able to detect a wide variety of HIV strains. This can be achieved through dual target technology. Finally, the new efforts in cure research are also creating a need for novel diagnostics. PCR can be used to measure the size of a patient's reservoir and to assess the effectiveness of interventions to reduce or eliminate the reservoir.

HIV 感染症の新たな概念 長期治療における「simplification」**■座長：** 松下修三（熊本大学エイズ学研究センター）**■演者：** 鯉渕智彦（東京大学医科学研究所附属病院 感染免疫内科）**趣 旨：**

逆転写酵素阻害薬 AZT の開発以来、様々な新規抗 HIV 薬が開発されています。1996 年頃からの多剤併用療法（ART）の普及や副作用の少ない薬剤の開発、合剤の導入などにより、HIV 感染症はコントロール可能な慢性疾患となり、HIV 感染者の予後は著しく改善しました。しかしその一方で、抗 HIV 薬の長期投与による合併症の問題や良好なアドヒアランスの維持の難しさが顕在化してきています。治療の長期化に伴い、医療費も考慮しなければならない要素となってきました。

これらを踏まえた新たな概念として、長期治療における「simplification」という考え方が提唱され始めています。これは抗 HIV 薬投与によりウイルス量が安定的に抑制され、かつ免疫機能が回復した時期に、抗ウイルス効果を持続しながら利便性の高いレジメンに変更するという概念です。利便性の高いレジメンとしては、服薬錠数の少ない組み合わせ、例えば STR（single tablet regimen）なども候補に挙がるでしょう。

本セミナーでは、「simplification」という治療概念を紹介し、今後への期待や課題などを考えてみたいと思います。

聴講対象：HIV 治療の長期化に伴い、切り替えを考慮した抗 HIV 薬の見直しを考えている先生方

【ランチョンセミナー9】

共催：ヴィーブヘルスケア株式会社

Science of HIV Integrase and its Inhibitors

■座長： 立川（川名）愛（東京大学医科学研究所 先端医療研究センター 感染症分野）

■演者： 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）
吉永智一（塩野義製薬株式会社 コア疾患創薬研究所 感染症部門）

趣 旨：

HIVの複製サイクルにおいて、宿主感染細胞の染色体にウイルスDNAが組み込まれる過程は必須であり、この過程はウイルスのインテグラーゼによって触媒される。近年、この酵素をターゲットとしたHIVインテグラーゼ阻害剤がいくつか承認され、HIV感染症治療において重要な位置を占めつつある。HIVインテグラーゼの分子メカニズムおよび阻害剤の作用機序について基本的には理解されているものの、より詳細な分子メカニズムとHIV感染細胞での現象について知ること、更にHIV感染症の病態への理解および新規治療薬開発の応用に有用な情報となると考えられる。

本セミナーでは、HIVインテグラーゼ酵素とその阻害剤をテーマとして、増田貴夫 先生（東京医科歯科大学）よりHIVインテグラーゼとHIV複製制御メカニズムの最新知見について、吉永智一 先生（塩野義製薬株式会社）より第二世代HIVインテグラーゼ阻害剤であるドルテグラビルの創薬と開発についてお話頂く予定である。

HANDに関する臨床からの疑問

■座長： 松下修三（熊本大学 エイズ学研究センター）

■演者： 立川夏夫（横浜市立市民病院 感染症内科）

趣 旨：

HANDとはHIV-1-Associated Neurocognitive Disordersのことであり、HIV関連神経認知障害と訳される。HANDは3群に分類される。この3群の定義には神経心理検査と標準偏差が必要である。標準偏差を考慮するためには、年齢・教育を考慮した標準値が存在していることが必要である。また神経心理検査は以下の機能領域（verbal / language、attention / working memory、abstraction / executive、memory（learning; recall）、speed of information processing、sensory-perceptual motor skills）を最低限含むことが求められている。またそもそも他に神経障害を起こしうる疾患・状況（譫妄、認知障害、うつ、薬物使用、感染症、悪性疾患、血管障害等）が存在しないことが求められている。

3群は以下に定義される（表参照）。

1. ANI：HIV-1-associated asymptomatic neurocognitive impairment

後天的認知機能障害が最低2機能領域に及んで存在し、機能障害は1標準偏差以上の低下があること。認知障害が日常生活に影響を与えない程度。即ち認しにくい程度の軽度の障害を想定している。

2. MND：HIV-1-associated mild neurocognitive disorder

後天的認知機能障害が最低2機能領域に及んで存在し、機能障害は1標準偏差以上の低下があること。認知障害が軽度日常生活に影響を与えている。即ち軽度から中等度の障害を想定している。

3. HAD：HIV-1-associated dementia

後天的認知機能障害が最低2機能領域に及んで存在し、機能障害は2標準偏差以上の低下があること。認知障害が著しく日常生活に影響を与えている段階であり、以前のエイズ脳症に相当する段階である。

HANDは、HIV感染症が致死性疾患ではなく、数十年にわたる管理可能な慢性疾患という臨床像を呈する現在において、非常に重要な考え方である。しかしHANDには幾つかの「疑問」が存在する。それらの疑問は以下のような事項である。

- ・そもそも免疫不全の疾患と神経障害とはどのような関係があるのか？
- ・神経障害を考える上でなぜ神経心理検査が必要なのか？
- ・神経心理検査での領域とは何か？
- ・そもそもなぜ神経心理検査は必要なのか？
- ・HANDは他の疾患とどのように鑑別されるのか？
- ・HANDの考え方は治療の選択に影響するのか？

今回のランチョンセミナーでは以上のような問題に関して報告する予定である。

【表】		
臨床病型	認知機能	日常生活での機能
正常	正常	正常
ANI Asymptomatic neurocognitive impairment	2 認知領域以上での 軽度認知低下(>1SD)	日常生活での障害なし
MND Mild neurocognitive disorder	2 認知領域以上での 軽度認知低下(>1SD)	日常生活での障害あり
HAD HIV associated dementia	2 認知領域以上での 重度認知低下(>2SD)	日常生活での高度の障害

【ランチョンセミナー11】

共催：ブリストル・マイヤーズ株式会社

HIVに合併したウイルス肝炎の治療～進歩と課題～

■座長： 高折晃史（京都大学大学院医学研究科 血液・腫瘍内科学）

■演者： 四柳 宏（東京大学大学院医学系研究科 生体防御感染症学）

趣 旨：

HIV感染症とウイルス肝炎は共通の感染経路を有し、多くのHIV感染者で重感染が認められる。

近年、HIV感染者の予後は飛躍的に改善し、AIDS関連死が減少している一方で、非AIDS関連死の多くが肝疾患、特にC型肝炎ウイルスによる肝硬変・肝細胞癌によることが報告されている。ウイルス肝炎、特にC型肝炎を如何に管理・治療していくかがHIV感染者のさらなる予後改善の鍵である。

本セミナーではHIVに合併したウイルス肝炎、特にC型肝炎の現状・課題・新たな治療戦略について紹介したい。

HIV感染者におけるCKDの現状と展望

■座長： 味澤 篤（公益財団法人 東京都保健医療公社 豊島病院）

■演者： 安藤 稔（がん・感染症センター都立駒込病院 腎臓内科）
柳澤如樹（がん・感染症センター都立駒込病院 感染症科）

趣 旨：

抗HIV薬による多剤併用療法（ART）がHIV感染者の長期生存を可能にしたことにより、日常診療では感染症のコントロールだけでなく、慢性期合併症にも注意が必要である。中でも慢性腎臓病（CKD）は見落とされやすい合併症であるが、高血圧、貧血、脳心血管障害（CVD）などの発症と生命予後に密接な関連をもつことが次々に明らかにされた。HIV感染者のCKD発症には、患者の高齢化や高血圧、脂質異常症、糖尿病の合併、また代表的ART薬であるテノホビルの腎毒性などが複合的に関わっていることから、今後本邦におけるHIV感染者のCKD有病率は、欧米諸国と同様に増加することが十分予想される。しかし、本邦におけるHIV感染者のCKDに関するデータは乏しく、その有病率と臨床病像の特徴、予後との関連について十分に研究されていない。また、本邦ではHIV陽性維持透析患者が、必ずしも一般透析クリニックで抵抗なく受け入れられているわけではない。今後この点が社会問題化する可能性が危惧されている。そこで、2010年11月に日本透析医会・日本透析医学会が「HIV感染患者透析医療ガイドライン」を上梓し、さらに、透析医会の感染症対策部会が中心となり、HIV感染透析患者への対応策をより明確にするために、「透析医療における標準的な透析操作と院内感染予防に関するガイドライン」の四訂を行っている（2014年12月発行予定）。

我々は、厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業から補助を受け、「わが国のHIV感染者における慢性腎臓病の有病率と予後に関する研究」班で、上記の点に関する調査を実施した。具体的には、①HIV感染者におけるCKDの有病率を多施設で調査する、②HIV陽性透析患者の実態を把握する、③HIV感染者のCKDおよびその関連因子が予後に与える影響を検討することを目的とした。本共催セミナーでは、まず、腎臓専門医の視点からHIV患者に潜在するCKDを早期診断し、マネージメントするためのヒントを述べる予定である。次に、感染症専門医の立場から、上記研究成果に基づき、本邦のHIV感染者におけるCKDの「現状と課題」および今後の「展望」について概説する。

【イブニングセミナー1】

共催：ヴィーブヘルスケア株式会社／塩野義製薬株式会社

抗HIV治療のターニングポイント ～ドルテグラビルの臨床的位置付け～

■座長：岡 慎一（国立国際医療研究センター エイズ治療・研究開発センター）

■演題1：ドルテグラビルの非臨床から早期臨床

藤原民雄（塩野義製薬株式会社 グローバル医薬開発本部）

演題2：治療ガイドライン・エビデンスに基づいたHIV感染症治療

湯永博之（国立国際医療研究センター エイズ治療・研究開発センター）

演題3：大阪医療センターにおけるドルテグラビルの使用経験

渡邊 大（国立病院機構 大阪医療センター
臨床研究センター エイズ先端医療研究部）

趣 旨：

HIV感染症に対する化学療法は、いくつかの作用点をターゲットとして開発された画期的な新薬の登場により飛躍的に進み、HIV陽性者の予後は著しく改善しました。しかしながら、服薬を毎日、長期に継続する必要があることに変わりはなく、現実には飲み疲れと称される状況も少なくありません。今後、新薬に望まれるのは、優れたウイルス学的・免疫学的効果に加え、副作用が無いか軽度で少ないのみならず、長期の安全性や、服薬回数・食事の条件・薬剤相互作用などの内服の簡便さと言えます。また、HIV陽性者の高齢化とともに、心血管障害・骨代謝異常・腎機能障害などの合併症も問題となっており、それらの予防・対処を考慮した抗HIV薬の選択が求められています。これらのメディカル・ニーズを満たす治療薬の登場は、治療を継続しながら社会生活を営むHIV陽性者と医療従事者がともに、治療の目的を達成できる時代が近付いていると言えます。治療の選択肢が多くあることは喜ばしい一方、新しい抗HIV薬が次々と登場してくる環境では、レジメンの選択に迷うのが実状と考えます。

本セミナーでは、2014年3月に承認された新しいインテグラーゼ阻害薬であるドルテグラビルを中心として、HIV感染症/AIDSエキスパートの先生方に、抗HIV治療における各薬剤の臨床的位置づけや使用経験をもとに今後の可能性についてご紹介していただく予定です。

Topics in HIV/AIDS Research**■座長・演者：松下修三（熊本大学エイズ学研究センター）**

杉浦 互（国立病院機構名古屋医療センター臨床研究センター感染・免疫研究部）

■演者： 高折晃史（京都大学大学院医学研究科 血液・腫瘍内科学）**趣 旨：**

HIV/AIDS Researchのゴールは「HIV/AIDSなき世代」の達成と考えられます。抗ウイルス薬の精力的な研究開発に支えられ、近年では、多剤併用療法（ART）によって、HIV感染症の長期予後は著しく改善されました。しかし、ARTによりHIVを検出限界未満に減少させ続けても、HIVを体内から排除することは不可能であり、ARTは高いアドヒアランスを維持しながら、一生継続しなければならない治療法となっています。一方、2009年の「Berlin Patient」の報告を皮切りに、HIV感染症の「Cure」に関する研究の注目度が高まり、2013年には「Boston Patients」や「Mississippi Baby」といった一時的にもART から離脱できる「Functional Cure」の症例が報告されてきました。現在、「Functional Cure」の症例では、HIVのリバウンドが確認されており、HIV感染症の「Cure」に向けた治療法開発への道のりは険しく遠いと再認識されています。

「Cure」に関する研究と同様に、HIVの感染予防の研究も「HIV/AIDSなき世代」の達成に向けた現実的なアプローチの一つであり、早期治療開始によるHIV感染の伝播防止（Treatment as Prevention）の概念が提唱され、実践されつつあります。それでもなお、国内での新規感染者数は減少しておらず、感染伝播ネットワークや感染拡大様式を科学的なアプローチで検討し、効果的な感染伝播防止の対策を検討することが必要と考えられます。

そこで、本セミナーにおいては、HIV感染症のCure Researchの最新の情報に基づき、その課題を整理するとともに「Cure」に向けた研究の可能性に関して議論したいと思います。加えて、感染伝播ネットワークや感染拡大様式の解明に向けた科学的アプローチの現状とその意義について検討します。

【イブニングセミナー3】

共催：ヤンセンファーマ株式会社

抗HIV薬選択時に検討すべき因子 ～医師・薬剤師としてどのようにアプローチするか～

■座長： 立川夏夫（横浜市立市民病院 感染症内科）

■演者： 横幕能行（国立病院機構名古屋医療センターエイズ治療開発センター）

菅沼明彦（がん・感染症センター都立駒込病院 感染症科）

増田純一（国立国際医療研究センター病院 薬剤部）

関根祐介（東京医科大学病院 薬剤部）

趣 旨：

本セミナーでは、4人の医師及び薬剤師の先生にお集まりいただき、抗HIV薬選択時に検討すべき因子について議論していただく。

【第1部】専門医ならどう考える？～初回治療におけるHIV薬のレジメン～

最新のHIV治療ガイドラインでは9種類のレジメンが初回治療として推奨されていますが、それぞれのレジメンの選択は各医師の判断に委ねられており、明確な基準がありません。

本セッションでは、レジメン選択について臨床経験が豊富な医師に症例を交え紹介していただく。

【第2部】専門医でも判断に迷う？～レジメン選択に迷う患者例におけるHIV薬の処方～

初回治療レジメンを選択する要素として、合併症・薬物相互作用・治療開始時ウイルス量及びCD4数などがあり、これらの因子が薬剤の選択をより複雑化させています。

本セッションでは、薬剤選択を判断しにくい症例に対するレジメン選択について医師—薬剤師の先生方にそれぞれの立場から議論していただく。

聴講対象：HIV治療に携わる多職種の先生

【特別共催シンポジウム】

HANDのスクリーニングと診断

■座長： 岡 慎一（国立国際医療研究センター エイズ治療・研究開発センター）
松下修三（熊本大学エイズ学研究センター）

■演者： 坂本麻衣子（佐賀大学医学部地域医療科学教育研究センター ブレイン&モビリティ
リサーチラボラトリー）
緒方 稔（熊本大学医学部附属病院 血液内科・感染免疫診療部 HIV治療中核拠点病院）
木内 英（国立国際医療研究センター エイズ治療・研究開発センター）

趣 旨：

HIV感染者の予後の改善と、それに伴う感染者の高齢化が進む中、HIV関連神経認知障害（HAND）の問題が、クローズアップされてきている。しかし、HANDに関して、臨床的に不明な点も多く残されている。例えば、欧米の報告では、ウイルス抑制例にも一定頻度でHANDが見られるが、日本ではどうなのか？ウイルス抑制例でもHANDは進行するのか？そもそも有効な治療法はあるのか？加齢との関連はあるのか？

これらの疑問点を解決していくためには、HANDをしっかりと診断することが重要であるが、その診断方法が各施設統一されていないという大きな問題点があった。そこで、HAND研究会では、日本でHANDを診断するための包括的神経心理検査バッテリー（コアバッテリー）を作成してきた。木内先生には、このコアバッテリーを用いたHAND診断の現状と疫学的考察をお話いただく。

一方、コアバッテリーは、神経心理検査に習熟した心理士が実施しても45分もかかってしまい、どの施設でも可能な検査とはいえない。この問題点を克服するために、米国では新しいスクリーニング検査の開発が試みられているが、その新しい検査に関し坂本先生に紹介していただく。また、アジア地域で検討されているRaise HAND programによるスクリーニング検査の紹介を緒方先生にお願いしている。

HIV感染症例の治療期間が長くなるにつれ、HANDの問題は、今後ますます大きくなってくると考えられる。このシンポジウムの目的は、多くの施設でHANDに対する認識を深め、状況に応じた診断と治療が進展することにある。

米国におけるHANDのスクリーニングと診断

坂本麻衣子

佐賀大学医学部地域医療科学教育研究センター ブレイン&モビリティ リサーチラボラトリー

併用抗HIV療法（cART）の登場以降HIV-associated Dementia（HAD）は激減したものの、今でもHIV感染者の約半数が軽度のHIV関連神経認知障害（HAND）と診断されている。HAND提唱の中心となった米国のHNRPでは約2.5時間の神経心理検査と日常生活に関する調査をもとに診断を行っているが、発表者を中心にiPad版のスクリーニングバッテリーを開発した。本バッテリーは実施時間約10分、4つの検査で構成され、パイロットデータではHANDを持つ感染者の判別は感度100%・特異度92%であった。簡便且つ効率よくHAND診断のできるiPad版認知機能検査は、今後日本のHAND診断でもその有用性を発揮すると思われる。

Raise HANDプログラムによるHANDのスクリーニング

緒方 稔

熊本大学医学部附属病院 血液内科・感染免疫診療部 HIV治療中核拠点病院

ARTの長期化、患者の高齢化に伴いHANDや合併症によるQOL低下をきたす患者が増加している。患者の良好な予後維持のためHANDスクリーニングにおいても、有用な検査の確立が求められている。また、スクリーニング検査を実施するにあたっては、検査者・被検査者の双方に負担の少ない検査を効率的かつ効果的に行う必要がある。

ここでは、アジア太平洋および中東地域の諮問委員会によるスクリーニング検査として診断ガイドラインに示されているIHDS (International HIV Dementia Scale)、MoCA-J (Montreal Cognitive Assessment)、と自己記入式MOS-HIV (Medical Outcomes Study HIV Health Survey) の検査内容と症例を紹介し、報告する。

コアバッテリーを用いたHANDの診断と疫学的考察

木内 英

国立国際医療研究センター エイズ治療・研究開発センター

抗HIV治療の進歩により、HIV感染者の加齢に伴う多様な合併症が課題になっている。なかでもHIV関連神経認知障害（HAND）は、HIV感染者の約半数に認められ、抗HIV治療によってウィルス抑制が良好な患者でも存在すると言われている。HIV感染者では精神疾患や薬物・アルコール使用など認知機能低下因子が多数混在するため、これらの影響を評価するために大規模な疫学研究が必要である。しかし、日本においては認知機能の評価ツールである神経心理検査が施設間で異なっているため、疫学研究が立ち遅れている。今後の疫学研究で中心となる神経心理バッテリー、検討されるべき交絡因子について概説する。