

## 特集：現在と将来の治療

## 治療困難症例への支援

## Support for Patients with Difficult Treatment

池田 和子

Kazuko IKEDA

国立研究開発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  
AIDS Clinical Center, National Center for Global Health and Medicine

日本エイズ学会誌 22: 1-6, 2020

## 1. はじめに

HIV/AIDS 患者（以下、患者さん）の診療にあたる世界中の医師・看護師などの医療者が患者さんの声に耳を傾け、研究者らの努力により、HIV 感染症の治療法は進歩を続けている。2013 年に 1 日 1 回 1 錠の薬が相次ぎ承認されてから、服薬回数や服薬錠数の減少、副作用や保管方法、相互作用の改良に加え、薬剤耐性が生じにくいものも開発されている。現在行われている国際臨床試験は、注射製剤や半減期延長型の薬であり、今後も新薬の登場が期待される。ただし根治薬ではないので治療の成功には患者さんが「定期受診」して「服薬などの治療を継続すること」に変わりはない。

1996 年以降に多剤併用療法（ART）が登場するまで致死率の高かった AIDS の経過が変わり始め、死亡者数は激減した。わが国にとっての 1996 年は薬害エイズ訴訟の和解があった歴史的な年でもあり、1,432 名いた薬害被害者は、治療の開発のタイミングにより生死が分かれたことを忘れてはならない（図 1）<sup>1)</sup>。亡くなった被害者の無念さと同時に生き残った被害者はその経過に複雑な心情のまま、新たな課題とともに闘病を続けている。

治療の効果で多くの患者さんは、HIV 感染症治療とともに他診療科（内分泌科，腎臓内科，消化器科など）を受けながら、療養している。療養と仕事や学業など社会参加を続けている。以前は HIV の診断，治療，そして最期も拠点病院で完結していた（というより受け入れ先がなかった）。今はリハビリ病院へ転院したり，ホスピスを検討したり，在宅療養で往診医・訪問看護師に看取られる症例も散見される。受け入れ体制整備のために時間はかかるものの，他の慢性疾患患者と同様の療養経過を辿れるようにな

りつつある。

残念ながら，どれだけ HIV 感染症の治療が進歩し，効果が期待できても，さまざまな理由で治療開始・継続が困難な症例が存在し，医療者・支援者を現在も悩ませている。

当院の支援の取り組みを紹介し，同じ悩みを共有していきたい。

## 2. 抗 HIV 療法の治療方針の変遷

HIV 感染症の治療は，「飲み薬の継続服用」であり，治療目標は表 1 に示すとおりである<sup>2)</sup>。

治療法は，大きく分けて 1987 年からは核酸系逆転写酵素阻害剤（NRTI），1996 年からは NRTIs+ プロテアーゼ阻害剤（PI）または非核酸系逆転写酵素阻害剤（NNRTI），2010 年頃からは，インテグラーゼ阻害剤を中心とした組み合わせ（INSTI-base）となっている。2008 年には 1 日 1 回の服用が可能となり，2013 年以降は，1 日 1 回 1 錠の薬剤が複数登場した。

ART 登場前は，医療者が服薬方法の説明を繰り返さなくても「死の恐怖」に向き合う患者さんは必死に薬を飲んでた。当時は AIDS 指標疾患を発症すると抗 HIV 薬の内服を中止した。AIDS 患者さんの中には病気の進行を恐れ医師には内緒で薬を服用し続け，まったく貧血が改善しなかった事実を面接で吐露されたときの患者さんは真剣だった。一方で，嘔気や下痢など日常生活に支障を来す副作用が多かった患者さんは，「実はまったく飲んでいなかった（飲めたものではなかった）」と数年後に告白することもあった。この時期は HIV-RNA 量が測定できず，治療の効果判定は CD4 陽性リンパ球数だった。また抑うつがあり，治療意欲がなく，「誰にも理解されない，消えたい」とこぼし，治療を受けずに診察・面接のみを受けにみえる方もいた。受診中断者の中には自殺されてしまった方もいたのだろうか。

ART が登場した時期の治療方針は「全員治療」だった。服用回数・1 回の服用錠数の多さや副作用などで患者さん

著者連絡先：池田和子（〒162-8655 東京都新宿区戸山 1-21-1  
国立研究開発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）

2019 年 12 月 1 日受付

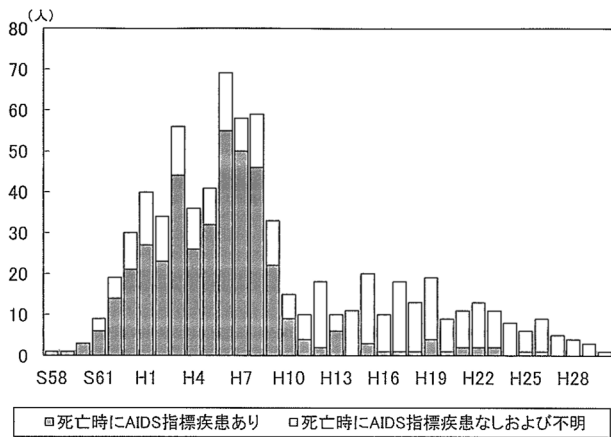


図 1 HIV 感染血液凝固異常症における年間死亡数の変化と死亡時の AIDS 指標疾患の有無（平成 30 年 5 月 31 日まで）  
1 月 1 日を始期とする暦年による集計。

表 1 ART の目標

1. 血中のウイルス量を長期にわたって検出限界以下に抑え続ける
2. 免疫能を回復/維持する
3. HIV の 2 次感染を減少させる
4. HIV 関連疾患および死亡を減らし生存期間を延長させる
5. QOL を改善する

の負担は大きく、治療開始はできても治療継続困難であった。薬剤耐性ウイルスが出現し、その理由が不定期受診やアドヒアランス不良であれば、再開しても新たな薬剤耐性の出現リスクがあるため、治療再開困難症例であった。治療の効果が報告され、治療開始基準の CD4 数や HIV-RNA 量はたびたび変更され、患者さんはその基準変更に翻弄されたこともあった。

また高額な医療費も問題となった。月額概算は自費で 20 万円、健康保険利用で患者自己負担 3 割でも 6 万円は多くの患者にとって負担であり、治療開始を躊躇する治療開始困難症例もいた。またここでもいざ、治療開始はできても、経済的な課題で治療継続困難症例もいた。不定期受診の患者さんの中には、高額な医療費負担による経済的課題や、この時期は月 1 回の定期受診も負担で受診や服薬の中断に至った。1998 年に身体障害者手帳（以下、手帳）による医療費助成制度が利用できるまでは、患者さんは経済・心理・身体的にも負担が大きかった。

その後の研究で「治療継続しているほうが予後も病状もよい」ことが報告され、現在はふたたび「全員治療」の方

針となった。ただし、わが国では前述の手帳申請基準が見直されていないため、検査データが申請基準を満たさない患者さんについて治療開始を見合わせる事態となり、広義の意味で「治療開始できない（飲めない）、困難症例」となっている。また HIV 陽性妊婦などは、検査データが高値で、妊娠・出産時期に健康保険 3 割で治療を受け、その後経済的理由で治療継続困難となり、治療中断する症例もある。制度の早急な基準変更を期待したい。

### 3. 身体障害者手帳が申請可能となった経緯と課題

去る 2019 年 11 月 29 日（金）に開催された「第 33 回日本エイズ学会学術集会シンポジウム 8：日本で sameday ART initiation ができる体制作りを目指すためには？」に掲載されている大平勝美氏（社会福祉法人 はばたき福祉事業団 理事長）の原稿を引用する<sup>3)</sup>。

“1980 年代に米国由来の非加熱製剤によって血友病患者が HIV に感染させられた薬害エイズ事件は 1996 年 3 月 29 日に裁判での和解が成立しました。この和解では、被害者救済のための恒久対策が約束されましたが、薬害による感染者のみならず、他原因による感染者も救済可能な制度の構築を目指しました。当時、高額な医療費を払えずに通院が出来なくなり、その間に病状が悪化し命を落とす感染者が多くなりました。感染原因は異なりますが HIV との闘病に苦しんでいる同じ感染者を何とか救うことが出来ないか。そのような中から身体障害者手帳制度に注目し、HIV 感染者を内部障害の一つである免疫機能障害者として認定されるようになりました。これにより医療費助成が受けられるようになり、感染者は通院が確保され、病状悪化や感染リスクの増加を防ぐことが出来るようになりました。（中略）”

この経緯も忘れてはならない。医療費対策として、患者さんへの複数のメリットを持つ「手帳の利用」を促し、治療開始・継続ができるよう支援する。

手帳を取得後に「①重度心身障害者医療費助成制度」や「②障害者自立支援医療費制度」が利用できる。手帳申請には、検査データなどの申請基準はあるものの、多くの患者さんがこの制度を利用し医療費助成を受けている。手帳の等級により、受けられるサービス内容が異なる。また、②は毎年更新が必要である。医療費助成制度利用にあたっては患者さんに十分説明し、制度利用を継続することが「治療継続」に直結し、命もくらしも継続できる。

HIV 診断から手帳申請、発行そして医療費助成利用可能となるまで、おおよそ 3 カ月必要であり、治療開始 3 カ月後には、HIV-RNA 量が TND となることがほとんどだ。HIV 感染の診断を受けた患者さんには、長い療養生活の最

初の6カ月（受診回数は5～6回）は可能であれば専門医療機関に通院していただき、病気に向き合い、必要な情報を得て自己管理生活をスタートしてほしい。その後、患者さんの医療・就労継続等の社会参加を支えられるよう、専門医療機関との連携を前提に患者さんにとって受診アクセスのよいクリニックが自立支援医療指定機関でなくてもスムーズになることが理想的である。

初診日から治療開始に向けた支援が始まり、その内容は「治療継続」を見極めるものであることを医療者は心得ておく。

#### 4. 初診日からの診察・支援の実際

当院には年間200名弱の新規患者が来院し、6～7割が未治療である。HIV感染症の治療は継続することが重要であり、初診時から治療開始とその継続が可能か否か、その前に医療継続可能かをアセスメントしながら、支援をすすめていく。

当院は月曜から金曜の8時半から14時くらいまでに3人の専門医が外来診察し、ほかにも予約外の患者さんを1名の医師が診察する。

##### 4-1. 初診日

###### 1) 初診の流れ

・HIVコーディネーターナース（HIV-CN）による面接（1回目）

医師による初回診察の前にHIV-CNが面接を行う。初診日に行う診察・支援の内容をオリエンテーションし、病院滞在時間が4～5時間かかること、費用は、健康保険3割負担で約15,000～18,000円かかること、医師の診察は2回実施し、2回目の診察前に病気や治療、生活相談にあたることを説明し了解が得られたら診察が開始される。

なお、以下のような症例では、すぐに他部門多職種と連携を行う。

i 妊婦：産科医に連絡（初診前に受診相談があることが多い）

薬剤の選択や妊娠週数により治療開始時期の検討が必要

ii 日本語が話せない：国際診療部または電話通訳、情報提供の円滑化、理解度の把握が必要

iii 保険証がない・滞在資格がない：医療ソーシャルワーカー、医療開始および継続が可能か、外国籍の場合、帰国支援も視野に入れて対応、など

面接は、医師の診察内容と多職種と連携し調整しながらすすめていく。

〈実施すること〉

・バイタルサインの測定

・医師の診察（1回目）

検査経緯、既往症・療養経過・家族歴、性行動の聴取、治療方法・目的・目標、治療開始準備に必要なものを説明

・各種検査（血液検査、胸部レントゲンなど）

（検査データが出るまでの間に）

・HIV-CNによる面接（2回目）

診察を終えた医師と情報交換し、面接を開始する。

問診・患者教育・服薬治療の概要・身近な支援者獲得支援・医療費対策のための制度など、説明しながら患者さんへ相談対応、HIV診療チームの多職種の役割や活動、他診療科の受診方法も紹介し、必要時連携・調整するHIV-CNの活動を紹介する。

患者さんと面接しながら、理解度や自己管理能力を確認する。

身近な人へ病名開示している場合、次回再診時に同行を依頼したり、必要であればHIV感染症の検査を提案したりする。身近な支援者がいない場合で特に治療開始する前にその支援者が必要ではとHIV-CNが判断すれば、支援者獲得に向けた支援を行う。患者さんの中には「誰にも伝えたくない」方もいれば、「誰に、どのように伝えたらいいかわからない」「伝えられた相手の負担が心配」と話することがある。開示の対象や時期、内容を意識的に話し合うこと、病名開示後の支援が可能と説明し、患者さんが安心して療養できる体制整備に努める。

患者さんは治療を受けたことがない。医療者は、治療困難症例を経験している。医療者からの丁寧かつ患者さんの状況を配慮した意見を述べ、患者さんに療養を具体的にイメージしていただきながら、「困難」症例に陥らせないことが重要である。病名開示は原則本人の意向であるが、HIV医療の専門家のアセスメントによるアドバイスをもとに患者さんとの話し合いも忘れないようにしたい。

病名開示について最近では患者さんが長期療養となり、他疾患の療養で「医療センター定期受診」を最初に打ち明け、経過でHIV感染が判明し一緒に治療を受けている、などと上手に説明している症例もある。

定期受診の可能性について、平日昼間のみ診療時間では困難、曜日を決められない、距離が遠いなどを理由に初診日から転院相談を受けることもある。医療継続は重要であるため、「拠点病院<sup>4)</sup>診療案内」を活用し、患者さんの医療継続を支援する。幸いにも患者数の多い首都圏には土日夜間診療可能なクリニックが増えている。転院相談時は、診療拠点案内に記載のある問い合わせ先（窓口がいればなおよい）を紹介したり、予約を取得したりするなど、確実な医療継続を心がける。

2回目の診察前にHIV-CNの面接で得られた情報を医師と情報共有する。

・医師の診察（2回目）

CD4 数・肝機能など結果がでた内容に沿って、治療導入準備を意識した診察を行う。

＊ ART 導入に向けて

・ HIV-CN の面接（3 回目）

医師に 2 回目の診察内容を確認し、面接を実施。

手帳申請に該当すると医師が判断し、患者さんが希望すれば申請準備のため、初診から 28 日以上開けた日に再診予約する。再診までに患者さんは、居住地の市区町村役場・福祉事務所から手帳申請に必要な書類一式を取り寄せる、再診時に病院に持参する。多忙など平日に役所に出向けない場合は、郵送で取り寄せることを提案したり、外国人等には役所の面接を一緒に電話予約したりする。また患者さんが役所に来所時に必要な質問を受けることができるよう問い合わせ方法を説明しておく。

若年層の患者さんなどは特に転居転院が多い。特に毎年更新を必要とする「障害者自立支援医療費制度」が利用できないと健康保険 3 割負担となり、治療継続困難になる可能性がある。自立支援の名前のおり、患者さんが申請・更新できるように心がける。

患者さんに再診までの問い合わせ内容の例を紹介し、病院の電話交換手にはスムーズに HIV-CN につながるよう電話口で患者名を名乗らなくてもすむように取次ぎを依頼し、安心を保障する。

- ・ 心身の体調の異変
- ・ 医療費助成利用に関すること
- ・ 身近な支援者への病名開示後の支援
- ・ 土日祝日、夜間の受診方法など

#### 4-2. 再 診 日

再診の HIV-CN の面接は、初診日からの心身の症状や生活の変化などをうかがう。病気や治療の理解、日常生活や服薬準備状況を確認したり、治療開始・継続の不安はないかなど、相談対応する。薬剤師による服薬指導の面接（30 分～）も追加され、併用薬剤の内服の有無や飲み忘れ時の対策などの説明を受ける。再診費用は、健康保険利用 3 割負担で約 8,000 円である。

病名開示の相手が、たとえば HIV 感染症を含む性感染症の検査が必要な対象であれば実施（提案）する。また病気や治療など説明を希望されるようであれば医師とともに実施する。このように支援者も巻き込んで治療開始できれば理想的である。

初診日に話し合った再診までの準備が 1 つ 1 つ実施されていくことが大切であり、医療者が行うこと、患者さんが行うことを初診から説明し、再診以降の予定が立てられると患者さんも見通し・計画が立てやすい。患者さんの再診までの行動は初診日の医療者の支援の評価にもなると心得る。

#### 4-3. 服薬指導（治療開始日；3 回目の受診）

ART 登場当時は服用錠数も回数も多かったのも、アラームを使用し、お菓子のミントなどを口にしてシミュレーションしていた。準備に数カ月を要し、患者さんの服薬率が下がると薬剤耐性ウイルスが出現しやすく、薬剤耐性出現を回避するために治療開始を慎重に見極めた。現在治療開始の早期化が方針であっても、患者さんの確実な服用が必要なことに変わらないので、準備のための多職種による点検は同じだが迅速な実施が求められている。

3 回目の外来診察日は、手帳と自立支援医療受給者証等が利用可能な時期に予約する。仕事や学業の予定で、たとえば「プロジェクト後」や「重大な試験」など治療開始後に治療継続が懸念されるようであれば開始時期を検討する。プロジェクトのために海外等遠方にいたり、人生を左右する重大なイベントに影響したりして、治療中断となる状況は避ける。そのために患者さんの人生プランの情報が必要となり、医療者は「話しやすい雰囲気」を心がける。また患者さんの年齢層は 20～40 代に多いため生活が変わりやすい。治療開始後は、HIV-RNA 量や CD4 数の結果とともにパートナーとの関係や転職などの療養生活に変化がないか気をつけ、質問しながらモニタリングし続けることが不可欠である。

患者さんの多くは 3 回目の診察で服薬を開始する。HIV-CN が患者さんの服薬開始意志とともに医療費助成制度利用が可能か確認し、医師の診察に引き継ぐ。

医師から服薬開始に向けた診察が行われる。薬剤師から再度服薬指導を受ける。HIV-CN は患者さんに病院への電話のかけ方を再度具体的に伝える。問い合わせがあれば主治医に報告し、内容により外来受診を早め、重症化予防・自己判断による治療中断を回避する。

以前は副作用が多く、服薬開始後の問い合わせが多かった。嘔気には制吐剤、下痢には止痢剤などを追加で処方した。皮疹出現時は緊急入院することもあった。今は、問い合わせはゼロではないが減っている。「万一の事態に備えた緊急連絡方法の事前説明」は、治療継続のためにも、今でも重要な服薬支援である。非常にまれにはあるが「休日は誰もいないかと思った（副作用があったが電話しなかった）」「外来日まで我慢した」などと話す患者さんがいる。患者さんが HIV 診断を受けてから日が浅く、医療機関にかかりなれていない若年層に多い印象があるので気を付ける。

#### 4-4. 治療維持期

治療開始直後の診察は 2～4 週間後で、服薬状況と副作用（自覚症状、肝機能など）を確認する。治療開始直後数日は説明どおりの吐き気や下痢などを自覚したり、服用を続けていくうちに症状が慣れていったりと体調管理を最も

意識している。患者さんの自己管理能力を支持し、体調の変化をメモし、診察時に持参するよう提案する。治療が体調の改善、就労意欲の向上など好印象などあればモチベーション維持につながりやすい。

心理的な課題がある患者さんは、初診早期からカウンセラーによる面接や検査などを実施しているが、今年に入り、4回目の診察以降、カウンセラーの面接を積極的にアレンジしている。メンタルヘルス支援が目的である。ここまで治療が進歩し、早期に診断されればAIDSを発症せず、死因の多くは非AIDS関連疾患の悪性疾患である。一方で都市部の患者数の多い医療機関では、自殺や不審死が目立つ。この対策が急務である。HIV-CNの面接でも「自殺企図や自殺願望」、「違法薬物使用による不眠等精神的課題」、「孤立・孤独」などを吐露する患者さんがいる。精神・心理的課題を自覚されていることもあれば自覚症状のない課題を抱えている患者さんもいる。これまで「(カウンセラーに)話すことはない」としていた患者さんに対し、積極的にカウンセラーによるカウンセリングを紹介し、「長期療養支援」を行っている。精神科診療につながり、心身の診療を受けることで治療継続できている症例もある。

治療が順調に開始された後の外来受診間隔は月に1回で、HIV-RNA量が複数回検出限界以下になったことを確認後、多くの患者さんは2~3カ月に1回の外来受診となる。いわゆる長い治療維持期に入る。

## 5. 治療困難症例

究極の治療困難症例は、受診をしない患者さんである。現在の治療は、定期通院による診察と処方、治療のモニタリングのための血液検査と面接が必要である。かりに半減期の長い治療に代わっても根治薬ができるまで定期受診が必要だ。副作用も相互作用も薬剤耐性出現課題の改良もされて、「飲めば効く」。

そこで最優先されるべきことは、通いやすさである。通っただけなければ治療が開始できない。また受診さえしてくだされれば、治療開始が検討でき、声かけられる。

外来通院では自覚症状が乏しく、検査データに異常値がない場合は、安定していると考えられる。訴えの少ない患者さんであれば診察・面接で自主的に述べることも少なく、医療者が意識的に質問しないと変化や課題がみえない。受診が突然途絶えることもある。仕事が多忙や経済的な理由、パートナーとの離別、目標を失い飲み疲れなどの理由であれば取り組みやすい。疾患の再教育やMSWの面接で経済的課題の整理・就労支援、カウンセラーによる心理面接などがある。「なんとなく」受診中断し、「なんとなくふらり」受診再開の場合は対策が取りづらいが、「なんとなく」を具体的に聞くよう努力する。

いずれにせよ、受診や服薬中断前に患者さんが気兼ねなくいろいろ相談できる姿勢が医療者側に必要である。相談先は複数あるとよい。カンファレンスで患者さんの情報を共有し、複数の目で患者さんを支援できるとよい。身近な支援者がいる場合、病名開示者がいる場合、地域支援を受けている場合はさらにセーフティネットが広がるため心強い。

また受診再開して気まずい患者さんの心境に配慮し、医療者は言動・態度に十分留意すること、受診が途絶えた事実を患者が正直に話せる環境を用意すること、その後も安心して医療が受けられることを保障するようかかわる。「(当院を)受診中断」しても最低限「医療中断・治療中断」は避けたい。受診アクセスに医療者との相性をのべる患者さんもいるので、「どんな状況にあっても」まずは患者さん側に立ち、(寄り添って)話を聞くこと、患者さんが医療者の話を聞く準備ができてから、説明することが必要と思われる。また先手を打って治療中断のリスクを治療継続の重要性とともに説明しておくことである。患者さんが患者さんをつなげられるように医療者は患者さんに届く言葉・内容・図を用いて情報提供する。以上、述べたことをさらに実践できれば、皆の心は平穏である。現実的には中断を繰り返す患者さんへの対応に困惑する医療者の心は複雑で、伝えたい情報がいっぱいである。患者さんは困っていないときがしばしば困る。

HIV-CNは患者さんが定期受診されない場合に主治医・外来看護師とともにその事象をとらえ、電話連絡したりしながら受診継続支援を行っている。受診中断者が病状が悪化し緊急入院した際は病棟看護師とも外来でのHIV-CN等の支援を振り返る。実は受診促しの連絡が「煩わしかった」と受診再開時に話す患者さんもいるので気を付けたい。最近では他診療科の待ち時間が長かった、などの理由もあるので注意する。

心がけたいのは「いつも心配していますよ、気にかけていますよ」という姿勢である。「安定している患者さん」である前に「定期受診が必要な患者さん、モニタリングが必要な患者さん」と意識し、気にかけて声をかける。支援目標を共有できるチームメンバーで協働する。

患者さんの中には定期通院しているが、「薬を飲まない(飲み始めない)」ことがある。「飲まなくても大丈夫」「飲んだほうが副作用などの症状が出る」「お金がかかる」「定期的に来ないといけないプレッシャーがある」「飲み忘れたら大変だ」「薬を飲むとHIV感染を自覚するのいやだ」など多彩な理由で飲まない。現在の「全員治療」の方針とその根拠、患者さん側のメリットを繰り返し患者さんが納得いく言葉で説明していくことになる。治療開始している先輩患者を紹介したり、NPOのミーティングの参加を促し

たりすることもある。病気の受け入れや治療による生活制限などのイメージが影響していると思われるため、患者さんに「必要な情報が伝わり行動を起こせる」ようにかかわる。学会終了後や新薬登場、HIVに関連する話題など患者さんと気軽に話せるといい。なんといっても病院に来てくだされば話し合いができる（ので治療開始ができる可能性がある）のである。

患者さんの多くが、治療目的を理解し、「薬は息をするのと同じ」「忘れるものではない」と話される一方で「飲むと発疹がでる」「下痢をするので仕事が忙しいと飲めない」など副作用を理由に継続できないこともある。副作用対策の薬剤を併用したりするが過去のトラウマ「薬を飲むと副作用」が影響したりする。この場合も患者さんの状況に耳を傾け、患者さんが飲み始め継続できるよう、患者さんに届く言葉や図を用意し工夫して支援する。

治療薬改良時代の治療困難症例への支援は「患者さんへの情報の伝わり方」を意識した戦略をとり、多職種によるチーム構成で支援を工夫し続けるしつこさが求められている。

**利益相反：**開示すべき利益相反はない。

## 6. おわりに

治療の進歩で患者さんからの相談は、「治療といのち（長さ）」から、「治療とくらし（質）」に変化した。しかし、社会の偏見はそんなに変わっていない。社会が患者さんに関心をもち、安心して暮らせる環境を作ることも治療困難症例を一人でも減らせる大事な戦略であると思う。患者さんが早く治療から解放されますように。

## 文 献

- 1) 厚生労働省委託事業：血液凝固異常症全国調査平成30年度報告書, p.23, 2019.
- 2) 日本エイズ学会 HIV 感染症治療委員会：HIV 感染症「治療の手引き」第23版, 2019.
- 3) 大平勝美：第33回日本エイズ学会学術集会・総会抄録集, シンポジウム8 HIV対策において身体障害者手帳が果たすべき役割（制度取得までの歴史を踏まえて）. 日本エイズ学会誌 21：353, 2019.
- 4) 厚生労働行政推進調査事業費補助金（エイズ対策政策研究事業）HIV 感染症の医療体制の整備に関する研究. 拠点病院診療案内, 2019.