

HIV感染Q&A カウンセリング

Q71: HIV/AIDSの相談はどこで受けてくれますか?

北大病院のHIV相談室でカウンセラーと看護婦が相談を受けています。それ以外の組織は、各都道府県の保健所やエイズ予防財団、民間のボランティア団体、HIVと人権・情報センターなどで相談にのってくれます。

エイズに関する相談にのってくれたり、
カウンセリングを受けることができる組織

公共団体・民間のボランティア団体		
名称	TEL	相談日
北海道大学医学部附属病院相談室	011-716-1161 (内線5720) 直通011-716-3960	月曜～金曜 9:00～17:00
北海道庁 保健予防課 感染症対策課	011-231-4111 (内線25219)	
財団法人 北海道難病連	011-512-3233 カウンセリング専用 011-512-7911	月曜～金曜 10:00～18:00
はばたき福祉事業団北海道支部	011-551-4439	月曜～金曜 10:00～17:00
HIV/AIDSとの共生を目指す市民の会 WITH	0166-27-0812	月曜・木曜 19:00～21:00
ILGA日本札幌ミーティング	011-742-7719	金曜21:00～23:00
エイズネットワーク札幌	011-241-8120	土曜13:00～17:00
レッドリボンさっぽろ	011-812-1222	火曜19:00～22:00
エイズ予防財団	0120-177812 (無料)	月曜～金曜 10:00～17:00 (13:00～14:00を除く)
AIDSケアプロジェクト	03-3378-9095	土曜18:00～22:00
エイズネットワーク横浜	045-282-8811	土曜15:00～18:00
エイズ・サポート千葉	043-245-0812	月・水・金曜 19:00～21:00
広島エイズダイヤル	082-541-0812	水曜10:00～13:00 土曜18:00～21:00
広島県エイズホットライン	082-252-0812	土曜・日曜 9:00～16:00 (第1土曜を除く)
愛知診断技術振興財団エイズ110番	052-735-0312	月曜～金曜 10:00～16:00

HIVと人権・情報センター

支部	TEL	相談日
東京	03-5259-0255	月曜～金曜 12:00～14:00 月・火・金曜 19:00～21:00 日曜14:00～18:00
東京(英語)	03-5259-0256	土曜13:00～18:00
名古屋	052-831-2228	土曜13:00～18:00
北陸	0762-35-2880	第1土曜 14:00～18:00
大阪	0720-43-2044	土曜・日曜 13:00～18:00
大阪(英語)	0720-43-4105	土曜13:00～18:00
兵庫	0798-63-2131	金曜19:00～21:00
松山	0899-34-1511	土曜13:00～18:00
ゲイのためのエイズホットライン	03-5259-0750	第2・第4日曜 19:00～21:00
ゲイのためのエイズホットライン(大阪)	0720-43-4105	第1・第3土曜 18:00～21:00

北海道ブロック拠点病院相談窓口

ブロック拠点病院名	診療窓口担当者	受付窓口担当者
北海道大学医学部附属病院 〒060-0648 札幌市北区北14条西5丁目 TEL 011-716-1161	◎小池 隆夫 (第二内科教授) ・内線5913 FAX 011-736-0958 ○澤田 賢一 (第二内科助教授) ・内線5914 FAX 011-736-0958	◎北田巳年男 (医事課専門員) ・内線6044 FAX 011-757-8158 ○藤田 和男 (医事課医事課長) ・内線5633 FAX 011-757-8158
札幌医科大学医学部附属病院 〒060-8543 札幌市中央区南1条西16丁目 TEL 011-611-2111	◎今井 浩三 (第一内科科長) ・内線3210 FAX 011-621-8059	◎中野 暢幸 (病院管理課企画運営係長) ・内線3133 FAX 011-621-8059 ○折笠 雄樹 (病院管理課企画運営係主事) ・内線3133 FAX 011-621-8059
旭川医科大学医学部附属病院 〒078-8510 旭川市西神楽4線5号3-11 TEL 0166-65-2111	患者等受付窓口担当者が、電話・来院等の対応の中で、関係診療科医師を案内する体制を執っている。	◎落合 修一 (業務部医事課専門員) ・直通0166-69-3104 FAX 0166-65-6114 ○山近 治夫 (業務部医事課専門員) ・直通0166-69-3107 FAX 0166-65-6114

◎ 主たる担当者
○ 副担当者

●ブロック拠点病院自己評価表 北海道ブロック

1. 人的体制

		1997年3月現在	1998年3月現在	1999年3月現在	2000年3月予定
1-1-1 専門医師	人数	4人	7人	10人	10人
1-1-2 専門看護婦	人数	0人	1人	1人	1人
1-1-3 カウンセラー	人数	0人	1人	1人	1人
1-1-4 情報担当員	人数	2人	2人	2人	2人
1-1-5 レジデント	人数	0人	4人	4人	4人
1-2-1 全科（医療職）対応	5段階評価	4	5	5	5
1-2-2 院内一般職員への対応	5段階評価	4	5	5	5

2. 施設・設備

		1997年3月現在	1998年3月現在	1999年3月現在	2000年3月予定
2-1-1 専門外来	有無	有	有	有	有
2-1-2 個室の外来診療室	有無	有	有	有	有
2-1-3 外来でのカウンセリングルーム	有無	無	有	有	有
2-1-4 外来でのベンタミジン吸入室	有無	無	無	有	有
2-1-5 外来での気管支鏡検査室	有無	無	無	有	有
2-1-6 外来での観血的処置室	有無	有	有	有	有
2-1-7 外来での歯科診療室	有無	有	有	有	有
2-2-1 入院病棟の確保	5段階評価	4	5	5	5
2-2-2 入院でのプライバシーの対策	5段階評価	5	5	5	5
2-2-3 専門病棟個室	有無	無	無	無	無
2-2-4 緊急入院対応	5段階評価	5	5	5	5
2-2-5 病棟でのカウンセリング室の確保	有無	有	有	有	有
2-3-1 診療に要する機器の整備	5段階評価	4	4	5	5
2-3-2 検査に要する機器の整備	5段階評価	4	4	5	5
2-3-3 情報交換用コンピューター	5段階評価	5	5	5	5
2-4-1 感染者に対する手術室対応	5段階評価	4	5	5	5
2-5-1 感染者に対する病理解剖室対応	5段階評価	4	5	5	5

3. 診療・機能

		1997年3月現在	1998年3月現在	1999年3月現在	2000年3月予定
3-1-1 各種診療部参加による院内エイズ診療対策中央委員会の開催	有無	有	有	有	有
3-1-2 外国人用診療マニュアルの作成	有無	無	無	無	無
3-2-1 診療マニュアルの作成	有無	有	有	有	有
3-2-2 投薬マニュアルの作成	有無	有	有	有	有
3-2-3 エイズ医療情報ネットワークの利用度	5段階評価	3	4	5	5
3-3-1 院内研究会、症例検討会、講演会等の開催	回数	2回	3回	4回	5回
3-3-2 個々の患者治療に対する検討会の開催	有無	無	無	無	有
3-4-1 看護医療の満足度	5段階評価	4	4	5	5
3-5-1 カウンセラーの配置度	5段階評価	1	4	5	5
3-6-1 HIV抗体検査（ウエスタンブロットを含む）	有無	無	有	有	有
3-6-2 CD4/CD8陽性細胞検査	可・不可	可	可	可	可
3-6-3 ウイルス量の定量	可・不可	不可	可	可	可
3-6-4 ウイルス薬剤耐性検査	可・不可	不可	可	可	可
3-6-5 カリニの迅速診断	可・不可	不可	可	可	可
3-6-6 日和見感染症のPCR診断等	可・不可	不可	可	可	可
3-7-1 エイズ医療センターによる研修会の参加	回数	5回	10回	2回	2回
3-8-1 針刺し事故の防止マニュアルの作成	有無	無	有	有	有
3-8-2 針刺し事故に対する体制の確立	有無	無	有	有	有
3-8-3 治療薬の常時設置	有無	無	有	有	有
3-9-1 患者データの統一管理	有無	無	無	無	無
3-10-1 国内HIV専門病院への研修会	人数	2人	3人	8人	8人
3-10-2 国外HIV専門病院への研修会	人数	4人	4人	3人	3人
3-11-1 歯科専門診療	有無	有	有	有	有
3-12-1 守秘意識の徹底度	5段階評価	5	5	5	5

4. 拠点病院との連携

		1997年3月現在	1998年3月現在	1999年3月現在	2000年3月予定
4-1-1 拠点病院対象の講演会、症例検討会等の開催	回数	2回	3回	3回	3回
4-1-2 拠点病院対象の検査講習会の開催	回数	0回	0回	0回	1回
4-1-3 拠点病院への情報提供（インターネットホームページ等の作成）	5段階評価	3	4	5	5
4-1-4 拠点病院への情報提供（印刷物、マニュアル、ニュース等）	5段階評価	4	4	4	5
4-1-5 他の拠点病院からの研修の受入体制	5段階評価	1	4	5	5
4-2-1 拠点病院との患者診療交換	5段階評価	3	4	5	5
4-2-2 拠点病院への何らかのアンケート調査	有無	無	有	無	有

5. ブロック内医療向上

		1997年3月現在	1998年3月現在	1999年3月現在	2000年3月予定
5-1-1 ブロック内診療ネットワーク（NGO）の立ち上げ	有無	無	無	無	有
5-1-2 コーディネーター・ナースの研修	有無	無	有	有	有
5-1-3 ブロック内診療施設に対する講演会、勉強会等の開催	回数	0回	2回	2回	2回
5-1-4 医療相談会の開催	回数	0回	2回	1回	2回
5-1-5 ホームページ、コンピューター、ネットワーク体制の確立	5段階評価	3	4	4	5
5-1-6 ブロック内医療機関、一般等への印刷物による何らかの情報提供	5段階評価	1	3	3	4
5-1-7 患者手帳の作成	有無	無	無	有	有
5-1-8 遠隔地との患者輸送法の検討	5段階評価	2	4	4	4

エイズ治療の地方ブロック拠点病院と
拠点病院間の連携に関する研究

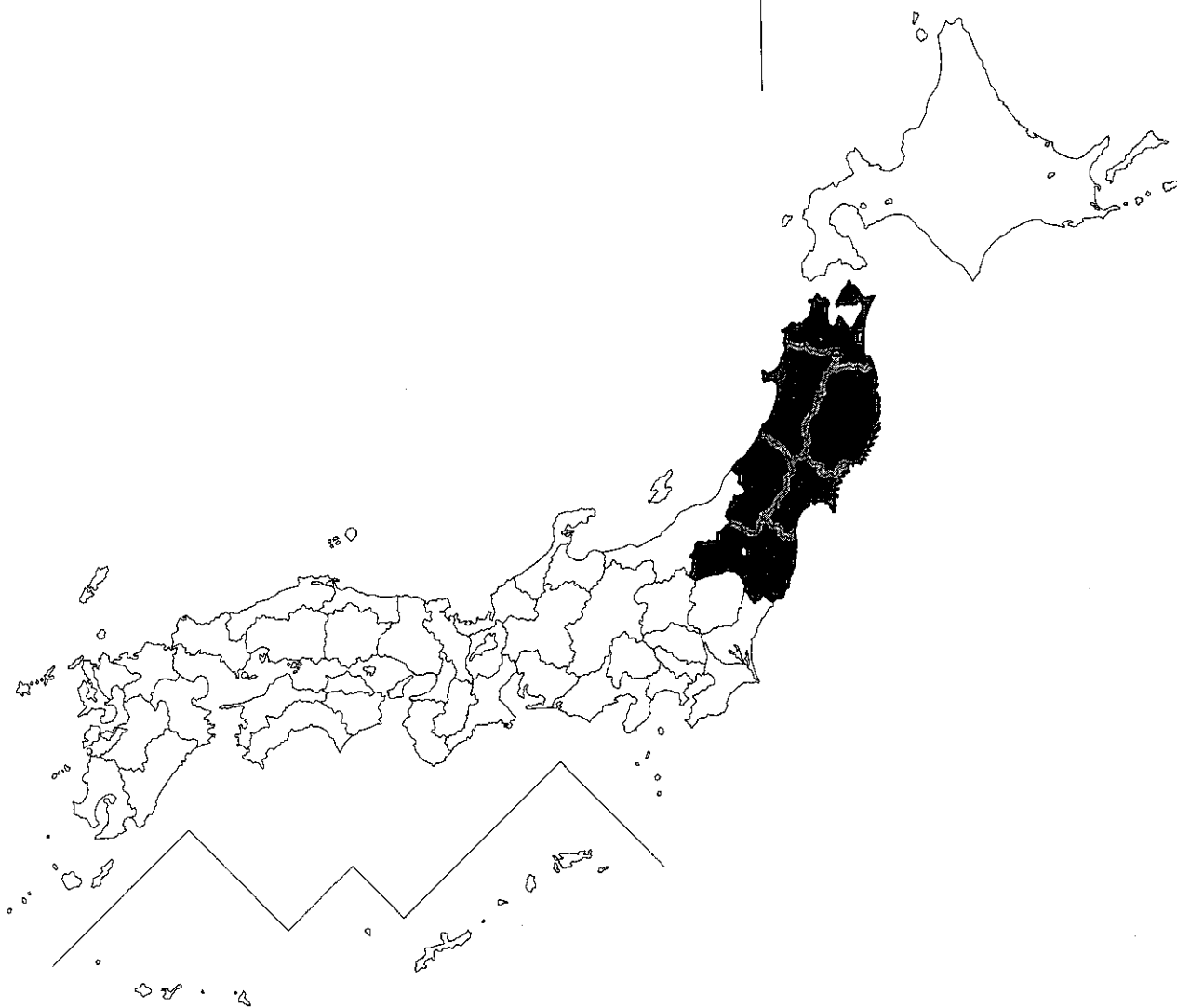
P A R T

3

東北 ブロック

●分担研究者
国立仙台病院臨床研究部
病因研究室

佐藤 功



目的

平成8年東北地方の拠点病院は39（現在は40）施設が選定された。しかし患者の絶対数が少なく、エイズ診療は血友病診療施設に集中していたこと、受入態勢の立ちおくれ、守秘不安や良質な医療を求め首都圏を中心とした他地域へ患者が流出した等の理由で、多くの拠点病院は診療経験が浅く、早急に医療体制を確立し、診療水準を向上させる必要があった。当研究の目指すところは各拠点病院における医療体制の確立と、多分野にわたり経験不足を補いつつ、エイズ診療水準を格差のない高度なものとするため、ブロック拠点病院を中心とした各拠点病院間の連携を構築することである。

ブロック拠点病院としての医療体制及び検査体制の確立に向けて

方法・結果

昨年に引き続き海外研修、各種研修会、講演会、学会等の参加、院内の学習会を継続し、昨年度までに構築してきた医療体制をさらに充実するよう、エイズ対策委員会、診療関連スタッフを中心に努力してきた。検査体制においてもかなりの検査機器が整備され、多くのエイズ関連検査を院内で可能にするため、カリニ肺炎迅速診断法の研修会、薬剤耐性検査における研究班参加等により技術習得に努めている。さらに日和見感染の技術習得のための講習会にも参加した。

施設整備：すでにエイズ専門外来診療室、処置室、カウンセリングルーム、6つのバス・トイレ付き専用個室の整備は昨年度に完了、剖検室改造が終了し、ペンタミジン吸入システムも設置される予定である。

外来は月曜と木曜の週2回、医療センターの青木眞先生の診療ならびに診療指導は月1回となった。各科診療も可能な限り専門外来における受診日と同じ日にできるように連携をとっている。

エイズ外来の手順：①新患は受付後医事課長が専門外来に案内。再来は前回に受診日を予約し、直接外来に来る。②診察。③検査、処方オーダーリングシステムへの入力。④他科受診（可能な限り同日）。⑤検査、採血。⑥処方に従い薬剤師が外来に薬を持参、説明と服薬相談をする。⑦必要に応じカウンセリング、栄養士による食事相談、ケースワーカーへの相談。⑧会計。時間外外来は当直医が初めの対応に当たり、必要により診療担当医に連絡する。

平成10年度の新患は9名で累計診療患者数は43名となった。現在の専門外来受診者は月約20名である。（右上表参照）

患者診療手帳は国際医療センターの石原さんのご厚意により医療センターと同じものを使わせていただいている。

検査体制状況：検査機器はほぼ整備され、耐性検査を含め多くのHIV関連検査が可能となった。

1. 抗HIV薬耐性遺伝子検査は29人に延べ67回行った。血清HIV量が1万以上の症例はプロウイルスでは80%、RNA

◎平成10年度 国立仙台病院診療状況

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
専門外来	26	19	18	23	22	28	22	21	20	21	17	
眼科	3	1	1	1	3	2			1			
皮膚科	8	5	1	2	4	1	3	2		3	1	
耳鼻科		1	1	1					1	2		
消化器科	1		1	3					1			
歯科	4	3	4	2	4	7	4	2	4	4	3	
産婦人科												
循環器科												
泌尿器科				3				1				
整形外科									3	2		
外来延べ人数	42	29	26	35	33	38	29	26	30	32	21	
入院	1	1	1	1	1	3	3	1	1	2	2	2

では100%rt、prの全シーケンスの解析が可能であった。突然変異はrtで4種類、prでは6種類であった。1～2カ所の変異がほとんどであったが、1名で9カ所に変異があった。抗HIV非投与2例ですでに耐性に関連した突然変異がみられた。他施設の耐性検査を行うに当たり、検体輸送時ウイルス量を減少させず、経済的な方法を検討する必要がある。

2. 日和見感染早期診断について：当院で遺伝子診断はEBウイルス、ヘルペスウイルス、ヒトパピロウイルス、HCV量（定量、定性）、抗抗菌DNAについて可能であり、カリニ原虫のPCR診断システムを検討中である。またJCウイルスのPCR診断も検討する予定である。

海外研修

- ・平成10年12月 皮膚科医 米国
- ・平成11年2月 内科医 米国（第6回レトロウイルス・日和見感染症のカンファランス）
- ・平成11年2月 看護婦 米国

国内研修・学会等参加

- ・平成10年6月 HIV/AIDS看護公開セミナー報告（内科病棟 看護副部長）
- ・平成10年9月 エイズカウンセリング研修会：エイズ予防財団主催：小田原市（看護婦）
- ・平成10年12月 第12回日本エイズ学会（多数参加）
- ・平成10年12月 第1回エイズ治療・研究開発センター・ブロック拠点病院看護実務者研修連絡会議（内科病棟副部長）
- ・平成10年12月 エイズカウンセリング研修会：エイズ予防財団主催：軽井沢（看護婦）
- ・平成10年12月 エイズの日和見感染症（赤痢アメーバ、クリプトスポリジウム、トキソプラズマ、PCP等）の生物学、それによる病態、診断法、感染疫学に関する講義、及び実習：HIV感染症に関する臨床研究班主催（臨床検査技師）
- ・平成11年2月 第2回エイズ治療・研究開発センター・ブロック拠点病院看護実務者研修連絡会議（専門外来看護婦）

エイズ関連研究班参加

- ・HIV感染者及びエイズ患者における神経、精神症状の解析と治療法に関する研究（主任研究者：齊藤博 共同研究

者：精神科医長 姉菌一彦)

・抗HIV剤投与患者における薬剤感受性検査に関する研究
(主任研究者：白阪琢磨 共同研究者：臨床検査部長 手塚文明)

・エイズにおける耳鼻咽喉科領域合併症の検討と治療法に関する研究 (主任研究者：石戸谷淳一 共同研究者：耳鼻科医長 鈴木秀明)

・Hosp Netを用いたエイズ診療支援システムの構築に関する研究 (主任研究者：岡 慎一 共同研究者：病因研究室長 佐藤 功)

・エイズにおけるニューモシスチス・カリニ肺炎の診断法の改善に関する研究 (主任研究者：安岡 彰 共同研究者：病因研究室長 佐藤 功)

服薬アンケートの考察 (109ページ参照)

現在、治療中の患者は耐性、副作用や薬効発現に強い関心を示している。また薬の副作用に対し十分な説明が行われ、早期発見に繋がっていると考えられる。病気の進行を阻止し、効果的な薬物療法を行うにはライフスタイルに応じた服薬設計や無理のない服薬を相談し、服薬を継続できることが重要である。

今後は、ダブルプロテアーゼ療法や新薬の使用により相互作用や様々な問題の発現が予想される。さらに複雑化する治療法を行うためには、専門的な服薬指導が必要である(薬剤科)。

院内学習会：月1回、各分野においてHIV関連の勉強会(症例検討も含む)

考 察

施設、設備の整備は進み、剖検室の改築が3月で終了し、ペントキシジン吸入システムを整備する予定であるが、今後は結核等診療のため陰圧病室の設置を希望する。診療体制はほぼ確立し、迅速な他科対応も目指してきたが、最近では合併症も少なくなり、歯科治療が比較的一定して続いている。一般状態良好な人が多く、今後はC型肝炎の治療の必要性が多くなることが考えられる。カウセリングを希望する人は比較的少なく、今後積極的な働きかけも必要である。むしろケースワーカーの関与する相談の方が多い。検査体制においては耐性遺伝子検査も一応検査可能になったが、フェノタイプの検査においても他施設との共同研究を模索している。日和見感染の遺伝診断もかなりの種類が可能となった。海外研修はほとんどの科の医師が参加し、国内各種研修会に参加して、知識習得を図っているところであるが、院内学習会は参加者個人により知識の格差が大きく、グループ分けや症例検討を多くする等工夫が必要になってきた。

以上、青木眞先生、酒井秀章先生の診療ならびに診療指導もあり、個々の患者さんに適した包括的医療を提供できつつあると考える。

地域拠点病院に対する連携、指導、教育に関して

方法・結果

年2回の東北ブロック都道府県・エイズ拠点病院等連絡会議において各拠点病院の現状、問題点を討議し、連携を深めた(平成10年7月、平成11年2月)。エイズカンファランス(平成10年10月、平成11年3月予定)、歯科診療モデル事業(平成11年3月予定)開催。スタッフによる依頼講演会、エイズ症例集の発刊、各種情報伝達等により共に診療向上を目指してきた。

●東北ブロック都道府県・エイズ拠点病院等連絡会議 (平成10年7月10日)

1.エイズ海外研修報告

- 1) 国立仙台病院 看護婦 木村久美
- 2) 国立療養所西多賀病院 看護婦長 太田代洋子

2.エイズ治療の最新療法

国立療養所西多賀病院 内科医長 酒井秀章

3.シンポジウム「東北ブロックにおけるエイズ/HIV感染症：看護上の諸問題」

司会 国立仙台病院 副看護部長 相澤孝子
看護婦長 宮崎いく子

- 1) HIV感染妊婦の看護を経験して

国立仙台病院 助産婦 長洞千鶴子

- 2) エイズ患者3例の看護経験

大館市立総合病院 主任看護婦 仲谷恵子

- 3) HIV感染症患者の看護上の諸問題

(財)太田総合病院附属太田西ノ内病院 看護婦長 吉田理恵

- 4) HIV陽性患者のかかえている問題

国立療養所西多賀病院 看護婦長 太田代洋子

- 5) HIV感染告知直後に転院してきた患者とのかかわりを振り返って

国立仙台病院 副看護婦長 小松 恵

- 6) 専門外来の現況と看護婦の役割

国立仙台病院 副看護婦長 渋谷久美子

要旨 今回の連絡会議は看護部門が主体となり行われた。前半は海外研修報告2題、米国サンフランシスコでの研修であったが、今やエイズは治療の進歩による効果が示され、他の慢性疾患と同様に考えられている。それゆえ宗教関係者、行政、民間ボランティアなど患者の日常の世話から精神的なケア、家族の相談まで、その人のニーズにあったようにケースマネジメントするケースマネージャーの存在等、サービス・サポートシステムが確立している等の内容の報告であった。次に国立療養所西多賀病院内科医長の酒井秀章先生によるエイズの最新の治療に関する講演を拝聴した。次のシンポジウムではエイズ/HIV感染症患者のQOLを高めるため、相互連携を通して、看護技術の向上を目的として行われた。各事例の報告後討論されたが、看護上の問題として、エイズ/HIV感染症に対する正しい知

識を得るための教育、患者さんの生活を整えるための援助、なかでも治療継続のための服薬援助の重要性、体力、免疫力維持のための栄養指導の必要性等、またHIV告知前後に看護婦がどうかかわるか、患者の心をもて、何を考え、何を求めているか引き出せるようなかわりが必要などがあげられた。

●平成10年度東北地方拠点病院エイズ臨床カンファランス (平成10年10月24日)

1. 座長 間宮繁夫(秋田大学医学部第3内科)

1) HIV陽性検体暴露例の報告

大野 勲(東北大学医学部第1内科)

2) ネルフィナビルによる薬疹に減量内服で抗HIV剤カクテル療法を継続している一例

高橋義博(大館市立総合病院小児科)

3) 三剤併用療法に効果を示しているHIV感染症の4例

小川一英、七島 勉(福島県立医科大学第1内科)

4) 当院におけるHIV感染者の三剤併用療法

佐藤 功、村井千尋、三浦 明、鈴木千征(国立仙台病院内科)

青木 眞(国立国際医療センター エイズ治療・研究開発センター)

2. 座長 石川正明(東北大学医学部第3内科)

1) 血中ウイルス量と臨床経過

間宮繁夫、伊藤俊広、三浦 亮(秋田大学医学部第3内科)

2) プロテアーゼインヒビターを加えた併用療法によっても効果不十分なHIV感染症症例の検討

酒井秀章(国立療養所西多賀病院内科)

3) 三剤併用療法の諸問題について

石川正明(東北大学医学部第3内科)

3. 座長 七島 勉(福島県立医科大学第1内科)

1) 播種性非定型抗酸菌症を認めたAIDSの一部検例

松田 信、岡本正俊、神林裕行、田中鉄五郎(太田西ノ内病院血液疾患センター)、吉田理恵(同七病棟看護部)、佐久間秀夫(同病理)、岡野 健(白河厚生総合病院内科)

2) カリニ肺炎で発症した、輸血が原因と考えられたエイズの一例

座安 清(国立療養所宮城病院呼吸器科)

3) カリニ肺炎とトキソプラズマ脳症を同時期に発症した血友病—AIDSの一例

福島美香、斎敏明、濱崎準一、樋渡克英(いわき市立総合磐城共立病院内科)

4) HIV感染血友病の脳MRI所見：基底核T1高信号とHCV肝炎の関係

斎藤 博、江島晃子(国立療養所西多賀病院神経内科)、酒井秀章(同内科)

4. 特別講演「第12回国際エイズ会議から」

講師 青木 眞先生(国立国際医療センター エイズ治療・研究開発センター 医療情報室長)

東北地方拠点病院エイズ臨床カンファランスの内容は冊子を作成中

●東北ブロック都道府県エイズ拠点病院等連絡会議

(平成11年2月3日)

1. エイズ医療システムのあり方について

保健医療局エイズ疾病対策課 課長補佐 池田千絵子

保健医療局エイズ疾病対策課 企画法令係 小橋慶隆

2. エイズ診断・治療の最前線について

エイズ治療・研究開発センター 病棟医長 安岡 彰

3. HIV診療支援ネットワークシステムについて

保健医療局国立病院部政策医療課 課長補佐 桐生康生

4. 患者からの要望

5. 質疑応答

6. 終わりに 国立仙台病院 病院長 服部 彰

要旨 ①ブロック拠点病院の設置目的、機能、体制、施設・設備、エイズ治療・研究開発センター及び各拠点病院との有機的連携について。HIV感染症治療薬の製造または輸入承認の取り扱いについて(米国等の外国で承認されたHIV感染症治療薬は承認申請から概ね4カ月で処理する方針である)。②新しい抗HIV薬及び日和見感染症薬の使用・副作用と対策についての講演。③A-netについての説明。④偏見差別のないよう啓蒙・教育、事故時等の救急体制確立の要望あり。

●東北地方拠点病院エイズ/HIV感染症合同カンファランス (平成11年3月12日予定)

1. 看護部門 座長 相澤孝子(国立仙台病院 副看護部長)

1) エイズ患者の看護 一家族とのかかわりから

斎藤愛子(東北大学医学部附属病院 看護婦)

2) エイズ患者の看護を経験して

後藤尚子(国立療養所宮城病院 看護婦)

3) エイズ患者との関わりを振り返って

三浦和佳子(国立仙台病院 看護婦)

4) エイズ治療・研究開発センター/ブロック拠点病院看護実務者連絡会議伝達

2. 薬剤師部門 座長 竹内義人(国立仙台病院 薬剤科長)

1) 抗HIV治療薬に関する最近の話題

菱沼隆則(東北大学医学部附属病院 薬剤部)

2) 抗HIV治療薬服用患者に対する服薬指導の現状と今後について

山岡秀人、添田 孝、安部一英、半澤由美子、朝倉俊成、野崎征支郎(太田西ノ内病院 薬剤部)

3) 当院におけるHIV感染症患者に対する服薬指導について

内藤義博、後藤達也、佐藤 啓、竹内義人(国立仙台病院薬剤部)

4) 当院の服薬指導に対するアンケート調査 抗HIV治療薬服薬患者を対象として

後藤達也、内藤義博、佐藤 啓、竹内義人(国立仙台病院薬剤部)

3. 臨床検査科部門 座長 山崎孝文(国立仙台病院 臨床検査技師長)

1) HIVマーカー検査の背景と問題点

安藤敏彦(富士レボオ株式会社検査薬学術部)

2) HIV量測定意義と問題点

加藤千雅 (ロッシュダイアグノステックス株式会社PCR開発部)

3) 当院におけるHIV関連検査の現状

浅黄 司 (国立仙台病院検査科)

●東北ブロックにおけるHIV/歯科診療拠点病院等連絡協議会およびHIV感染者歯科モデル事業

(平成11年3月27日~28日予定)

1. 東北ブロックHIV/AIDS歯科診療拠点病院等連絡協議会地区病院懇談会

- 1) HIV感染症の口腔内症状 池田正一先生 (神奈川県立こども医療センター歯科部長)
- 2) HIV感染症概論 佐藤 功

2. 歯科診療モデル

- 1) 臨床現場での対応
- 2) 対応例紹介
- 3) 実習
- 4) 総合討論

●ブロック拠点病院スタッフの依頼講演

1. 宮城県の病院歯科におけるHIV歯科治療について 山口 泰 (歯科医長)

第1回宮城県病院歯科連絡会総会 平成10年4月4日

2. HIV院内感染予防対策について 佐藤 功 (病因研究室長)

第8回宮城県臨床工学技士会勉強会 平成10年5月31日

3. 診療におけるHIV歯科治療 山口 泰 (歯科医長)

塩釜歯科医師会 平成10年9月19日

4. 最近のエイズ治療 佐藤 功 (病因研究室長)

平成10年度管内施設薬剤師研修会 平成10年10月15日

5. HIV診療・看護の問題点と対策 宮崎いく子

東北HIV研修会 平成10年11月28日

6. エイズ予防と健康管理 佐藤 功 (病因研究室長)

仙南保健所主催: エイズ予防講演会 平成11年1月22日

7. HIV感染症と治療の進歩 佐藤 功 (病因研究室長)

鶴岡市医師会主催 平成11年3月19日 (予定)

8. HIVと歯科 山口 泰 (歯科医長)

仙台歯科医師会救急部会 平成11年3月20日 (予定)

・拠点病院への情報伝達

約20項目の事項あり (行政的伝達の他、米国専門委員会によるエイズ治療ガイドライン改訂版3回、抗HIV剤の副作用情報、エイズ治療・研究開発センター主催カリニ肺炎迅速診断法研修会伝達、エイズ治療・研究開発センター・ブロック拠点病院看護実務者研修連絡会議内容等伝達。

・特別講演会「サンフランシスコの医療現場で: 患者さんとの接触で考えさせられた事」

講師: 小林雅美先生 (UCSF国際部エイズ臨床研修プログラムアシスタントディレクター)

・平成9年度東北地方拠点病院エイズ症例集・一日和見感染症を中心に一 を発刊、各拠点病院に配送した(110ペー

ジ参照)。

・A-netシステムの導入、運用開始

考 察

連絡会議、シンポジウム、臨床カンファレンス等開催により診療体制や診療上の問題点を討議し、症例集発刊による症例の共有化を図ることにより経験不足を補い診療レベルの向上を目指してきた。さらに専門家による講演、最新情報の伝達により知識の提供を図ってきた。さらに医師に限らず各職種においてもカンファレンス、シンポジウムを開催し、多方面にわたる連携を構築し、包括的医療の確立を目指した。平成10年当院にA-netシステムが導入され、患者登録を開始したばかりである。今後他の拠点病院のA-netシステムの確立を待ち有効な運用を行いたい。今年度は多数の会議、情報交換を行うことができ、拠点病院間の連携も確実なものになり、診療水準の向上にもある程度寄与できたと考える。今のところ東北においては情報伝達はインターネットを手段とできる環境になく、当分ファックス、郵送を用いざるをえない。今までは拠点病院と少数の他の病院にだけ情報伝達、講演会等の案内を行っていたが、今後は拠点病院以外のHIV診療に携わっている病院等、できるだけ多くの病院とも連携をとる必要がある。

■ 地域特異的問題と解決に向けて

方 法

東北地方の拠点病院においての問題点は診療経験の少ない病院が多いこと、診療体制の遅れ、守秘不安や良質な診療を求めて、首都圏など他地域への患者流出であった。これらを解決するため、症例検討会、カンファレンス、シンポジウム等開催し、また症例集など発刊してきた。診療体制はそれぞれの施設が施設見学など参考にして整備を行ってきている。守秘不安解決については様々な機会にHIV感染症の正しい理解とHIV関連職員における対応ならびに守秘義務の徹底を訴えた。宮城県医療社会事業協会ではエイズ問題を取り上げた研修会が行われた。

結果・考察

診療経験不足は症例検討会、臨床カンファレンス、シンポジウム開催、症例集作成により、症例の共有化を図り、経験不足を補っている。また青木眞先生の当院での診療日に合わせ、各拠点病院からファックスまたは郵送により問題症例の相談を受け、青木先生から適切なアドバイスをいただき解決を図っている。

診療体制の遅れについてはそれぞれ研修、講演等を通じて意識の変革、施設整備など進行して、各拠点病院において診療体制が整いつつある。

守秘不安の解決は東北地方における特有の親密な隣人関係が逆に作用し、困難な問題となっているが、地域主催の

エイズ予防講演会では保健婦の他にかなりの福祉関係、企業関係者の参加もあり、関心度の広がりが見えた。そこでHIV感染症の正しい理解、守秘義務の必要性を訴えた。

宮城県・仙台市合同エイズ専門委員会は平成11年1月12日開催されたが、参加者は医師会関係者、保健所関係、福祉関係者等であったが、エイズのための学校教育、保健所活動、HIV感染予防活動、ボランティア活動、宮城県に1名カウンセラーが確保された等の報告があった。

平成10年12月12日開催された宮城県医療社会事業協会の研修会ではHIV感染症診療におけるMSWの役割が論じられ、講師の本橋宏一氏（総合病院国保旭中央病院MSW）による講演会でHIV感染症診療における医療相談室の歩み、患者心理や社会的問題とMSWの関わり等についての講演であったが、身体障害者認定手続き、更生医療手続きにおける守秘保持を徹底するようMSWが役所に働きかける等の話もあった。当院においてもアンケートを通じ県の福祉課に障害者認定及び更生医療等の手続きの簡略化、守秘徹底を要望した。

東北の各地域において診療体制が確立しつつある拠点病院の存在が一般に知られることとなり、現在は新しく診断されたAIDS/HIV感染者のほとんどは地元の拠点病院で診療を受けていると思われる。各拠点病院の診療体制、診療状況等の進歩を評価し、各拠点病院のみならずすべてのHIV感染症の診療を行っている施設の診療水準のさらなる向上を目指すためアンケートを施行する予定である。

そ の 他

1. HIV感染者は様々な合併症により消化器症状を示す。HIV治療に加えて体力を維持するうえで栄養という部門も重要な分野である。最近抗HIV剤の強力な治療方法により免疫機能が高まり、合併症も減少傾向にあるが、逆に抗HIV剤による副作用としての消化器症状も度々みられる。そこで当院栄養管理室では免疫不全症の合併症時の栄養の取り方という内容の冊子を作成中である。

2. 近年は保健所におけるHIV抗体検査受診者が減少傾向にある。当院における新しいHIV感染者の感染経路から推測すればハイリスクグループは減少していない。また国内における一般人同士の感染もみられることから東北地方においてもHIV感染者はなお増加し続ける可能性は大きい。そこで当院では1年前から週1回エイズ電話相談を行っている。しかし現在まで相談件数はわずか20件であった。平均相談時間は20分、ほとんど20～30分であった。今後公報、マスコミなど通じて宣伝を行う必要がある。

結 論

平成10年度、ブロック拠点病院としては施設整備、医療体制の確立、検査機器整備等かなり充実してきた。11年度は院内症例検討会を頻回に行う等さらなる充実を図る。東北ブロック内のエイズ診療向上を図るべく、連携を深めるため様々な事業を行ってきた。これらにより多くの拠点病

院においても、診療経験は尚さほど多くはないものの、エイズ診療に携わる姿勢は向上してきたと思われる。今後はさらに診療向上を目指し、医師のみならず、様々な職種においてもネットワークを構築する予定である。また耐性検査等、エイズ関連検査について拠点病院に技術提供を行う。さらに東北ブロックの特異な問題点としての守秘不安による首都圏等地域への患者流出を防ぐための方策をたて、障害者手帳、厚生医療申請の躊躇は当該者の過敏反応という点もあるが、受け入れ側の姿勢について福祉担当関連者へのアンケート調査で分析する予定である。

●服薬指導アンケート結果報告

おぐすりアンケート結果報告

平成10年11月27日
国立仙台病院 薬剤科

先日行いましたアンケート調査に、ご協力いただきましてありがとうございました。
データの集計ができましたのでご報告いたします。

期 間：平成10年9月28日～平成10年10月28日
対象患者：13名
回 収：13枚
回収率：100%

1. 年齢について

1) 0～20歳	: 0	4) 61歳以上	: 0
2) 21～40歳	: 10名	5) 無回答	: 1名
3) 41～60歳	: 2名		

2. あなたがおぐすりについて、最も知りたいこと又は関心のあること
「1, 2, 3, ...」と順位をつけて下さい。(回答: 13名)

() 服用方法や注意事項 () 薬 効 (作 用)
() 副作用 () 相互作用 (他の薬との飲み合わせ)
() 耐 性 () 食事等に関する注意や影響
() その他

1 位：耐 性	(6.2点)
2 位：副作用	(5.6点)
3 位：薬 効 (作 用)	(4.7点)
4 位：相互作用	(4.6点)
5 位：食事等に関する注意や影響	(3.8点)
6 位：服用方法や注意事項	(3.5点)
7 位：その他	(0点)

*順位のつけ方：番号をスコア形式にし合計点数にて順位を決定する
1=7点, 2=6点, 3=5点, 4=4点, 5=3点, 6=2点, 7=1点, 記載なし=0点

3. 内服薬についてお尋ねいたします。
(1) 他の病院や他の診療科も含めて現在服用しているおぐすりは何種類ですか。

1) 2種類以下	: 0	5) 6種類	: 1名
2) 3種類	: 3名	6) 7種類以上	: 5名
3) 4種類	: 3名	7) その他	: 0
4) 5種類	: 1名		

(2) 「逆転芽腫抑制剤、プロテアーゼ阻害剤」といったおぐすりを何種類服用されておりますか。

1) 飲んでない	: 1名	5) 4種類以上	: 0
2) 1種類	: 3名	6) その他	: 0
3) 2種類	: 3名	7) 無回答	: 2名
4) 3種類	: 4名		

4. 服薬についてお尋ねいたします。
(1) 服用率はおよそどの程度ですか。

1) 50%以下	: 0	4) 90%以上	: 7名
2) 50%以上	: 0	5) 100%	: 3名
3) 75%以上	: 3名	6) その他	: 0名

(2) 100%以下の方で、服用率が低下した原因は何であるとお考えですか。
(回答: 10名11件)

1) つい飲み忘れることがある。	: 2件
2) 服用時間を過ぎてから気付いたが、次の服用時間が近かったので服用しない。	: 4件
3) 外出時に携帯するのを忘れる。	: 2件
4) 服用したが、仕事等で服用出来ない時がある。	: 2件
5) 体調が良かったため、自分で調節している。	: 0
6) その他 (服用する際、来客などがあるのでいるため、人の見ていない所で多量の薬を飲むことができないため。)	: 1件

5. おぐすりの説明についてお尋ねいたします。
(1) あなたに主としておぐすりの説明を行ったのは誰ですか。
(1つだけに○印を付けて下さい。)

1) 医 師	: 1名	4) コーディネーター	: 0
2) 薬剤師	: 12名	5) その他	: 0
3) 看護婦	: 0		

(2) その説明の内容はいかがですか。(回答: 13名14件)

1) 簡単すぎる。	: 0
2) 理解しやすい説明で満足している。	: 13件
3) 難しすぎる。	: 0
4) その他(丁寧に説明してくれる。)	: 1件

(3) 薬剤師がおぐすりの説明の際に使用している説明文書の内容はいかがですか。

1) 簡単すぎる。	: 0
2) 現在の内容で満足している。	: 13名
3) 難しすぎる。	: 0
4) その他	: 0

(4) 病院は、あなたがぐすりについて知りたい質問に答えていますか。

1) はい	: 13名
2) いいえ	: 0

6. 副作用についてお尋ねいたします。
(1) 抗HIV薬等の服用により副作用を経験したことはありますか。

1) ある	: 9名
2) ない	: 3名
3) その他	: 1名 (副作用と思う時もあるが下痢など続いたりしないので違うと思う。)

*前の問で「ある」と答えた方は、以下の項目にお答え下さい。
(2) 副作用が発現したおぐすりの名前とその症状をお聞かせ下さい。

【 医 薬 品 名 】	→	【 副作用の症状 】
[どれかわからない]	→	「吐き気、頭痛」
[ネルフィナビル]	→	「飲み初めの際だるくなりました。」
[ddC]	→	「しびれ」
[AZT]	→	「血がつくれなくなった。」
[AZT・クリキシパン]	→	「集中力低下・胃腸障害・下痢・味覚障害」
[AZT・ネルフィナビル]	→	「下痢」
[ネルフィナビル]	→	「下痢」
[ddI]	→	「下痢」
[インジナビル]	→	「吐き気・下痢・その他もろもろ。」

(3) その際の初期症状については、何でお知りになりましたか。
(回答: 9名14件)

1) 前から知っていた。	: 2件
2) 服用前に医師から説明を受けた。	: 7件
3) 服用前に薬剤師から説明を受けた。	: 3件
4) 説明文書に記載されていた。	: 2件
5) 医師に指摘されるまで分からなかった。	: 0
6) その他	: 0

(4) その際の対処方法は。(回答: 9名8件)

1) 服用を中止した。	: 0	
2) 他剤に変更した。	: 3件	
3) しばらく休薬した。	: 0	
4) 減量した。	: 0	
5) 吐き気止めやかゆみ止め等の薬を服用した。	: 2件	
6) その他 (1週間休めた。)	: 1件	
	(下痢止めを服用。)	: 1件
	(様子を見ていた。)	: 1件
7) 無回答	: 1件	

* その他、ご意見などございましたらお書き下さい。

ご意見・要望等、1)
「グアバ'ガガをもっと飲みやすくしてほしい。」
(答) メーカーに要望を伝えた。

ご意見・要望等、2)
「薬袋に病院名が入っていないとありがたい。」
(答) 名称の記載は法律で義務づけられています。不用になった薬袋等の処分にお困りの方は病院にご相談下さい。

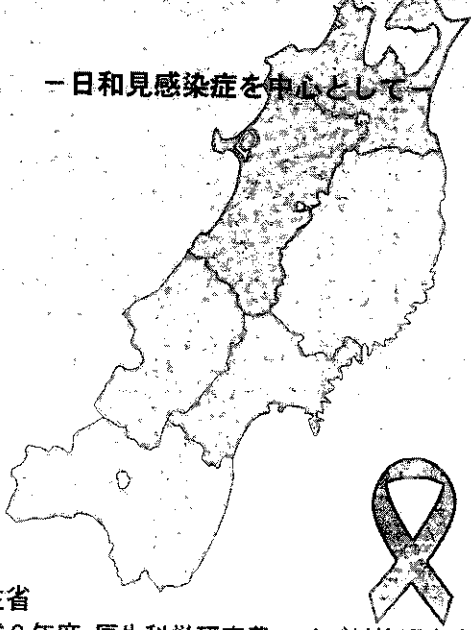
ご意見・要望等、3)
「院内の服薬説明書に photo が付けばなおわかりやすいと感じている。」
(答) 要望に沿うよう努力します。スリのカラー写真を印刷するように検討中です。

ご意見・要望等、4)
「忙しい時間の中で説明してくれることに感謝しています。」
おだいじに。

* 今回のアンケート調査に、ご協力いただきましてありがとうございました。皆さんのご意見を参考に、今後検診を直ね医療サービスの向上に努力したいと思います。

東北地方拠点病院エイズ症例集

— 日和見感染症を中心として —



厚生省

平成9年度 厚生科学研究費エイズ対策研究事業

カリニを併発したAIDSの一例

東北大学医学部第一内科

大野 勲, 岡田 信司, 白土 邦男

【要 旨】

海外の異性間的接触によると思われるHIV感染症の患者で、カンジダおよびカリニ肺炎を併発したAIDSの一例を経験した。来院時のCD4陽性Tリンパ球は $3.8/\text{mm}^3$ と、既に重度な免疫不全状態にあり、急激な経過で呼吸不全により死亡した。

近医での胸部レントゲン写真では異常は認めなかった。同月19日順天を主訴に当院泌尿器科受診、胸部ラ音を聴取されたため当科紹介(同月21日)、入院(同月25日)となった。

既往歴：特に無し(手術歴および輸血歴無し)
家族歴：特に無し
職業：会社員

海外渡航歴：10数年前より東南アジアに度々出張、異性間的接触あり

入院時現症：身長161cm、体重68kg、意識：清、体温 39.5°C 、脈拍： $72/\text{分}$ 、血圧： $110/72$ 、呼吸数 $15/\text{分}$ 、筋脈：貧血(-)、黄疸(-)、口唇チアノーゼ(-)、舌：舌苔(+)、頸部リンパ節：触知せず、胸部：心雑音(-)、両側下肺野に陰影音、腹部：圧痛(-)、肝・脾・腎および肺動脈触れず、けい骨腫脹(-)、知覚・運動：正常、膝蓋腱反射：亢進(-)、バビンスキー反射(-)

入院時検査成績：血液検査(表1)：リンパ球分画の低下、肝機能異常、CRP高値、血沈亢進
胸部レントゲン(図1)：両肺野に濃い網状・線状影
胸部CT写真(図2)：両側肺にびまん性にconsolidation
動脈血ガス分析： PaO_2 61.8 Torr、

【はじめに】

本邦におけるHIV感染症においては、血液製剤からの感染が大きな問題となっており、漸くその対策が整備されつつある。しかし、統計的に依然としてHIV感染者・AIDS患者は増加傾向にあり、またその中で性的接触による日本人感染者・患者が大多数を占めること(平成9年10月末現在75.8%-エイズ動向委員会資料)は、日常の診療に於いて充分に認識しておく必要がある。今回我々は、性的接触によると思われるAIDSの一例を経験したので、以下にまとめた。

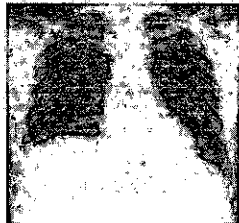
【症 例】

患者：56歳 男性
主 訴：発熱、咳嗽、喀痰、食欲不振
現病歴：1997年3月より、舌炎(近医にて口腔内カンジダ症の診断)、食欲不振、発熱が出現。さらに同月中旬より咳嗽、喀痰もみられるようになった。同月13日の

表1 入院時血液検査

白血球	$8100/\text{mm}^3$	T-bil	1.0	mg/dl
neut	72%	D-bil	0.5	mg/dl
band	12%	ALP	25.5	IU/l
eos	2%	γGTP	6.9	IU/l
bas	0%	GOT	15.8	IU/l
lymp	7%	GPT	13.0	IU/l
mono	6%	LDH	12.7	IU/l
赤血球	$45.5/\text{mm}^3$	SGOT	2.0	mg/dl
Hb	14.9g/dl	Cr	4.1	mg/dl
Ht	40.3%	Na	133	mEq/l
血小板	$21.5/\text{mm}^3$	K	4.3	mEq/l
		Cl	9.8	mEq/l
血清総蛋白	7.1 g/dl	血沈	9.5mm (1h)	
アルブミン	4.6%	CRP	12.9	mg/dl
α1グロブリン	5.1%	カンジダ抗原(-)		
α2グロブリン	12.6%	HBs抗原(-)		
β2グロブリン	13.8%	HBs抗体(+)		
γグロブリン	23.1%	HCV抗体(-)		

図1

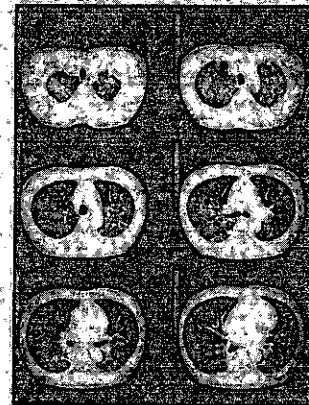


PaCO_2 33.9 Torr 、 pH 7.438
喀痰：有意菌(-)、結核菌(陰性、PCR)(-)

入院後の経過(図3)：まず細菌性肺炎と考え、カルバペネム系抗生剤の投与を開始した。しかし、発熱、呼吸困難が増強してきたため真菌感染症も考え、30日よりフルコナゾールを追加し、またこの時点でカリニ肺炎および結核も想定して、ST合剤およびINH、SMの投与も開始した。海外

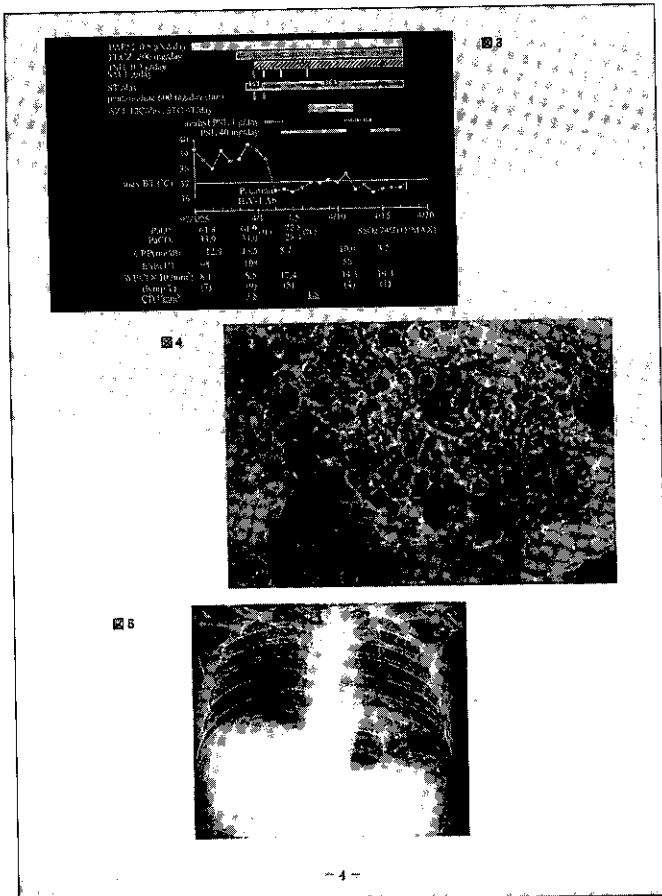
渡航歴およびリンパ球の低値からHIV感染を考え、患者の同意のもと抗体検査を施行したところ、4月1日抗HIV-1抗体陽性(PA法およびウエスタンブロット法)が確認され(但しHIV-1抗原はEIA法にて陰性)、CD4陽性Tリンパ球は $3.8/\text{mm}^3$ であった。喀痰からはカリニ原虫(図4)が検出され、ベンタミジンの吸入を開始した。この間、動脈血ガスは急速に悪化(酸素5L(フェースマスク)にて PaO_2

図2



69.2 Torr 、 PaCO_2 33.2 Torr)し、ベンタミジンの吸入は中止せざるを得なかった。4月2日よりメチルプレドニゾロン(1g/日を3日間)、その後プレドニゾロン 40mg/日 にて一時軽快するも呼吸困難は進行し、4月5日には酸素7L(リザーバー)にて PaO_2 72.8 Torr 、 PaO_2 28.4 Torr まで悪化した。4月7日よりA

ZTおよびSTCの投与(経口)を開始するも強度の呼吸困難(酸素30L(鼻カニューレとリザーバー)にて SaO_2 80%台)により13日より中止とした。4月12日より再度メチルプレドニゾロン(1g/日を3日間)を投与するも効果なく SaO_2 は漸減し(同15日の胸部レントゲン写真(図5)、同17日死亡となった。



- 4 -

【結 語】

来院時すでに、CD4細胞が3.8/mm³と、AIDSとしてもend-stageであり、カリニ肺炎にて死亡した症例である。肺炎の原因としては、他にサイトメガロウイルスや真菌も否定できない。急速な進行・悪化（特に呼吸困難）により十分な対応が出来なかったが、海外渡航歴およびリンパ球の低値より入院時にHIV感染を想

定し、早期にカリニ肺炎などの日和見感染の検索および治療を開始すべきであったと考えている。今回の経験により、本症例の如き性的接触によるHIV感染者やAIDS患者が増加している現状を実感させられた。また同時に、このような現状の認識が今後の日常診療においても重要であると思われた。

- 5 -

●ブロック拠点病院自己評価表 東北ブロック

1. 人的体制

		1997年3月現在	1998年3月現在	1999年3月現在	2000年3月予定
1-1-1 専門医師	人数	1人	2人	2人	2人
1-1-2 専門看護婦	人数	0人	3人	3人	3人
1-1-3 カウンセラー	人数	0人	1人	1人	1人
1-1-4 情報担当員	人数	0人	1人	1人	1人
1-1-5 レジデント	人数	0人	0人	0人	0人
1-2-1 全科（医療職）対応	5段階評価	5	5	5	5
1-2-2 院内一般職員対応	5段階評価	5	5	5	5

2. 施設・設備

		1997年3月現在	1998年3月現在	1999年3月現在	2000年3月予定
2-1-1 専門外来	有無	無	有	有	有
2-1-2 個室の外來診療室	有無	無	有	有	有
2-1-3 外來でのカウンセリングルーム	有無	無	有	有	有
2-1-4 外來でのベンタミジン吸入室	有無	有	有	有	有
2-1-5 外來での気管支鏡検査室	有無	有	有	有	有
2-1-6 外來での観血的処置室	有無	有	有	有	有
2-1-7 外來での歯科診療室	有無	有	有	有	有
2-2-1 入院病棟の確保	5段階評価	5	5	5	5
2-2-2 入院でのプライバシーの対策	5段階評価	5	5	5	5
2-2-3 専門病棟個室	有無	有	有	有	有
2-2-4 緊急入院対応	5段階評価	5	5	5	5
2-2-5 病棟でのカウンセリング室の確保	有無	無	無	無	無
2-3-1 診療に要する機器の整備	5段階評価	3	5	5	5
2-3-2 検査に要する機器の整備	5段階評価	3	5	5	5
2-3-3 情報交換用コンピューター	5段階評価	1	3	3	5
2-4-1 感染者に対する手術室対応	5段階評価	3	5	5	5
2-5-1 感染者に対する病理解剖室対応	5段階評価	5	5	5	5

3. 診療・機能

		1997年3月現在	1998年3月現在	1999年3月現在	2000年3月予定
3-1-1 各種診療部参加による院内エイズ診療対策中央委員会の開催	有無	有	有	有	有
3-1-2 外国人用診療マニュアルの作成	有無	無	無	無	無
3-2-1 診療マニュアルの作成	有無	無	有	有	有
3-2-2 投薬マニュアルの作成	有無	無	有	有	有
3-2-3 エイズ医療情報ネットワークの利用度	5段階評価	2	4	4	5
3-3-1 院内研究会、症例検討会、講演会等の開催	回数	9回	16回	16回	16回
3-3-2 個々の患者治療に対する検討会の開催	有無	有	有	有	有
3-4-1 看護医療の満足度	5段階評価	4	4	4	5
3-5-1 カウンセラーの配置度	5段階評価	1	3	3	5
3-6-1 HIV抗体検査（ウエスタンブロットを含む）	有無	有	有	有	有
3-6-2 CD4/CD8陽性細胞検査	可・不可	可	可	可	可
3-6-3 ウイルス量の定量	可・不可	不可	可	可	可
3-6-4 ウイルス薬剤耐性検査	可・不可	不可	可	可	可
3-6-5 カリニの迅速診断	可・不可	不可	可	可	可
3-6-6 日和見感染症のPCR診断等	可・不可	可	可	可	可
3-7-1 エイズ医療センターによる研修会の参加	回数	0回	0回	4回	5回
3-8-1 針刺し事故の防止マニュアルの作成	有無	無	有	有	有
3-8-2 針刺し事故に対する体制の確立	有無	無	有	有	有
3-8-3 治療薬の常時設置	有無	無	有	有	有
3-9-1 患者データの統一管理	有無	無	有	無	有
3-10-1 国内HIV専門病院への研修会	人数			0人	2人
3-10-2 国外HIV専門病院への研修会	人数	11人	6人	4人	4人
3-11-1 歯科専門診療	有無	有	有	有	有
3-12-1 守秘意識の徹底度	5段階評価	5	5	5	5

4. 拠点病院との連携

		1997年3月現在	1998年3月現在	1999年3月現在	2000年3月予定
4-1-1 拠点病院対象の講演会、症例検討会等の開催	回数	5回	9回	5回	4～5回
4-1-2 拠点病院対象の検査講習会の開催	回数	0回	0回	0回	2回
4-1-3 拠点病院への情報提供（インターネットホームページ等の作成）	5段階評価	1	3	3	5
4-1-4 拠点病院への情報提供（印刷物、マニュアル、ニュース等）	5段階評価	3	4	4	5
4-1-5 他の拠点病院からの研修の受入体制	5段階評価	1	3	3	4
4-2-1 拠点病院との患者診療交換	5段階評価	1	5	4	5
4-2-2 拠点病院への何らかのアンケート調査	有無	無	有	有	有

5. ブロック内医療向上

		1997年3月現在	1998年3月現在	1999年3月現在	2000年3月予定
5-1-1 ブロック内診療ネットワーク（NGO）の立ち上げ	有無	無	無	無	有
5-1-2 コーディネーター・ナースの研修	有無	無	無	無	有
5-1-3 ブロック内診療施設に対する講演会、勉強会等の開催	回数	5回	13回	15回	15回
5-1-4 医療相談会の開催	回数	0回		0回	2回
5-1-5 ホームページ、コンピューター、ネットワーク体制の確立	5段階評価	1	2	3	4
5-1-6 ブロック内医療機関、一般等への印刷物による何らかの情報提供	5段階評価	1	3	4	5
5-1-7 患者手帳の作成	有無	無	無	有	有
5-1-8 遠隔地との患者輸送法の検討	5段階評価	1	1	2	4

エイズ治療の地方ブロック拠点病院と
拠点病院間の連携に関する研究

P A R T

4

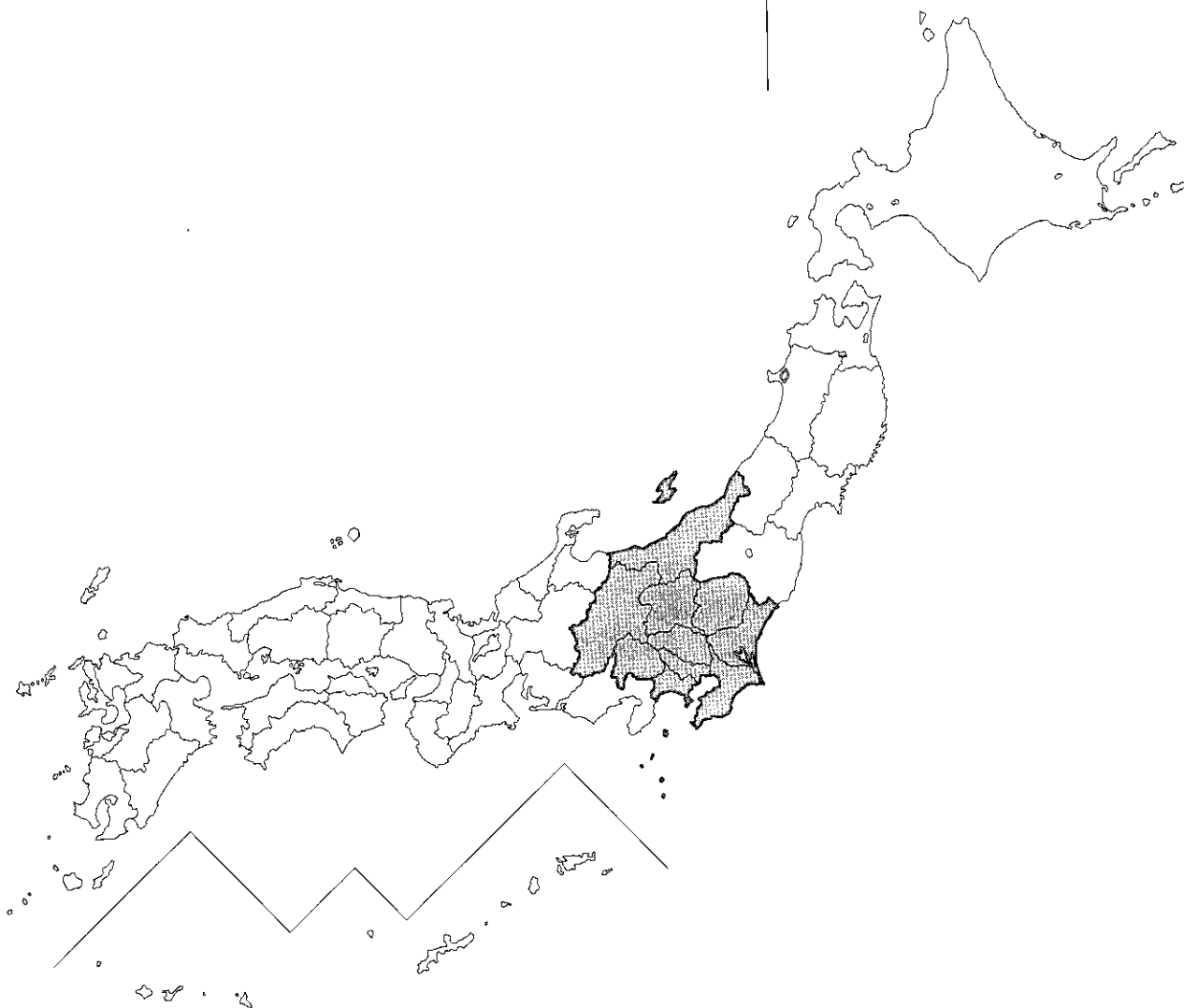
関東 甲信越 ブロック

●分担研究者
新潟大学学長

荒川正昭

●研究協力者
新潟大学医学部第二内科

五十嵐謙一



目的

HIV感染症に対するいろいろな取り組みにもかかわらず、全世界でHIV感染者数が急増し、日本においても患者数が増加してきている。そのため厚生省は、HIV感染者が日本のどの地域においても適切な医療が受けられるようにするため、日本のHIV診療の中心として国立国際医療センター内にエイズ治療・研究開発センターを設置するとともに、全国を8ブロックに分け、各ブロックにHIV診療の核となるブロック拠点病院を、各都道府県には約360のエイズ診療拠点病院を選定した。関東甲信越ブロックでは、ブロック拠点病院は新潟県に置かれ、新潟大学医学部附属病院および新潟市民病院、県立新発田病院がブロック拠点病院に指定され、その下に拠点病院として、全国の約3分の1にあたる、112の病院が置かれている。

しかし、関東甲信越ブロックの拠点病院は、関東、特に東京周辺に集中し、新潟と各拠点病院は、地理的にかなり隔たっている。

また、HIV患者・感染者の報告件数をみると、昨年末の厚生省の集計では関東甲信越全体で3177件、全国の75.7%を占めており、日本の患者の大部分がこの地域に集中しているが、新潟県は42件、1%となっており、ブロック内でもかなり偏りがある。

このようなことから、関東甲信越ブロックの問題点として、(1)全国の約3分の1の拠点病院と4分の3の患者・感染者が関東甲信越ブロックに集まっているうえ、そのほとんどが首都圏に集中していること、(2)HIV医療水準の高い先進的な病院からほとんど診療経験のない拠点病院まで存在し、地域格差が大きいこと、(3)ブロック拠点病院が置かれた新潟県は首都圏とは地理的に離れているうえ、ブロックの中でも患者数が少なく、ブロック拠点病院でも診療経験が多くないこと、などが挙げられる。

そこでブロック拠点病院として、(1)新潟大学医学部附属病院の診療体制を確立すること、(2)関東甲信越の拠点病院との連携を推進すること、(3)地域格差の是正とブロック拠点としての役割を果たすため新潟県内のHIV医療水準を向上させること、を目的として、本研究を行った。

ブロック拠点病院としての医療体制及び検査体制等の確立に向けて

方法

- 1) HIV診療の中心となる部署を設置する。
- 2) 診療体制、検査体制の充実をはかる。
- 3) 針刺し事故等の院内感染対策を行う。
- 4) HIVに関する講習会、検討会を開催する。
- 5) HIV関連の研修会、講習会に参加する。

結果

新潟大学医学部附属病院では、昨年度に、病院長を委員

長としたHIV感染診療運営委員会の設置により総合診療体制を確立し、内科外来に新たに設けた個室診察室で、HIV専門外来を開始した。本年度は、新潟県から派遣されたHIV感染症専門のカウンセラーを受け入れ、HIVのカウンセリング体制を確立した他、HIV診療の中心として、院内措置でHIV感染症管理室を設置した。HIV診療担当医の他、リサーチレジデントの医師・看護婦・情報職員と、カウンセラーが管理室のスタッフで、外来・入院を問わず、HIV診療のため院内全体で活動している。一方、当院では歯科の診療部門がないため、新潟大学歯学部附属病院に協力を依頼し、歯科治療が必要な患者の診療体制を確立した。検査体制では、HIVおよび日和見感染症に関する検査に可能な限り対応するようにしているが、HIV薬剤耐性検査に関しては、機材や人的な面から院内で対応が難しいため、医学部ウイルス学教室に研究的な検査を受け持ってもらうよう依頼した。

診療体制の整備の上で重要な院内感染対策に関し、本年度は院内感染対策マニュアルを全面的に改訂した。基本としてスタンダードプレコーションの概念を取り入れ、HIV感染も血液を介して感染する疾患の一つとして、対策を行っており、針刺し事故後の対策も確立した。

また、院内のHIV診療水準の向上のため、講習会または検討会を月に1回の割合で開催した。講習会では、HIV感染症についての基礎からコーディネーターの役割、医療従事者への感染防止対策などを取り上げ、院内外から多数の参加者があった。また、検討会では、当院の症例だけでなく、広く県内から問題ある症例を集め、検討した。

研修に関しては、エイズ予防財団が主催する海外研修やカウンセリング研修会、新潟県が主催する講習会に、多数の医師や看護婦が参加した。エイズ治療・研究開発センターが開催している1週間研修や1カ月研修にも医師、看護婦が参加し、その後の診療に役立てている。

考察

新潟大学医学部附属病院は、感染症管理室という診療の中心が設置されたこともあり、HIV診療体制はかなり整備が進んできた。HIV専門外来も開設し、HIV外来への通院に関しては支障なく進んでいると考えられる。また、患者数が増えるにつれ他科を受診する機会が多くなっているが、現在のところ大きな問題は生じておらず、診療は円滑に行われている。しかし、一部で予診時にプライバシーが侵害される恐れがある、等の問題点も出てきている。複数の科を受診する際の煩雑さや大学病院一般の問題としての救急時の対応とともに、今後検討が必要である。入院診療に関しては、当院では入院患者がなかったため立ち遅れていたが、昨年末、内科病棟にAIDS発症患者を受け入れた。呼吸器症状、中枢神経症状を呈していたが、関係診療科との連携も円滑に行われている。しかし、病棟には面談のためのスペースもなく、カウンセリング等でのプライバシーの保護等問題もある。

検査体制もできる限りいろいろな感染症に対応できる体

制の確立をめざしているが、設備や職員削減の問題から難しい点が多い。HIV耐性検査に関しては、医学部ウイルス学教室の協力が得られたが、今後、研究的な検査が必要となった場合、当院だけで対処できるか問題である。

HIV感染症に限らず、院内感染対策は病院にとっても重要な問題である。院内感染対策委員会と協力のうえマニュアルの改訂や対策を行っているが、患者に対する感染対策、医療従事者に対する感染対策とも、さらに検討が必要である。院内で、直接HIV診療に携わる医療従事者のHIVに対する認識に特に問題はないが、一部の職員にはいまだにHIVに対する誤解がある。そのため、院内で、定期的に講習会や検討会を開催した。講習会はおおむね好評だったが、今後も継続した啓蒙が必要である。国内・海外の研修にも職員が多数参加したが、いずれの場合も参加者はHIV診療に対する理解を深めてくれた。今後も機会があれば、積極的に職員を派遣していく。また、診療水準の向上のために、症例検討会を行ってきたが、HIV感染者の症状が多彩であることから、いろいろな部門から参加者を募り、さらに発展させる必要がある。

地域拠点病院に対する連携、指導、教育に関して

方法

- 1) 拠点病院間に電子メールを利用したネットワークを構築する。
- 2) 関東甲信越ブロックのホームページを開設する。
- 3) 医療担当者を対象とした講習会を開催する。
- 4) HIV関連の資料を配付する。
- 5) 遠隔医療システムを導入し有用性を検討する。

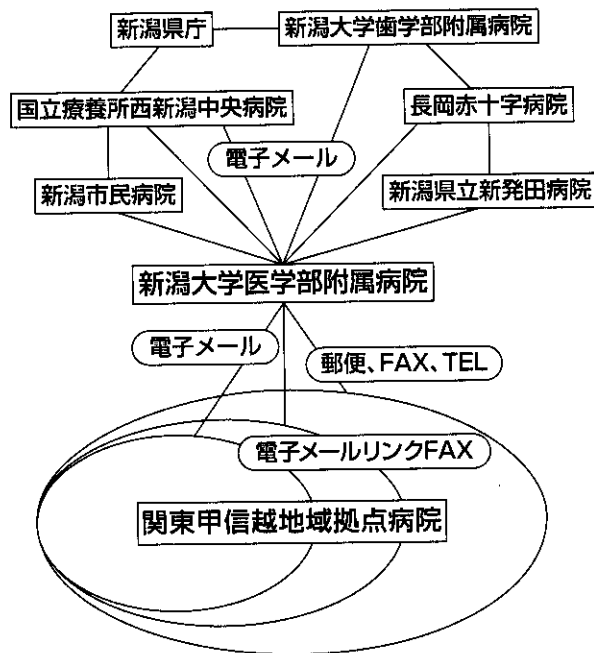
結果

関東甲信越ブロックは多数の拠点病院を抱えているうえ、ブロック拠点病院が置かれた新潟は、拠点病院やHIV患者が集中する首都圏とは地理的に離れていることから、関東甲信越ブロックの拠点病院との間で、情報の交換が円滑に、かつ即時に行えるよう電子メールを利用したネットワークを構築した。また、電子メールを利用できない施設に対しては、メーリングリストに投稿された電子メールをFAXで送付するシステムを実験的に構築した。その結果、関東甲信越ブロックの拠点病院を結ぶネットワークは、電子メール、FAXおよび郵便で結ばれている（右上図参照）。

また、広く情報の公開に利用できるよう、関東甲信越ブロックのホームページを作成した（右図）。


医療情報には一般に公開できない情報も含まれるため、このホームページでは、試みに暗号化されたページを作成し、ある程度のセキュリティを確保できるかどうかの実験も試みている。一方、関東甲信越ブロック全体の医療水準向上、及び、ブロックの人的な交流のため、関東甲信越HIV感染症講習会を開催した。講習会は、エイズ治療・研

●関東甲信越ブロックのネットワーク



●関東甲信越ブロックホームページ

最終更新日 1999.04.05

 関東甲信越エイズ拠点病院ネットワーク

1. 拠点病院のご案内
2. リンク集
 - ・ 国立国際医療センター
 - ・ 国立国際医療センター/エイズ治療・研究開発センター
 - ・ 厚生省エイズ治療研究班
 - ・ 中西国エイズセンター(厚生省エイズの医療体制に關する研究班)
 - ・ 近畿HIV/AIDSセンター
 - ・ 院内感染症対策マニュアル
3. 講習会/講演会
 - ・ 第一回関東甲信越HIV感染症講習会
「HIV感染者に対する初診時の対応および治療指導の実際」
石原 義和(国立国際医療センター エイズ治療・研究開発センター) 看護支援調査員
 - ・ 第二回関東甲信越HIV感染症講習会
「HIV感染におけるカリニ 肺炎の迅速診断法について」
岡 慎一(国立国際医療センター エイズ治療・研究開発センター)
 - ・ 第三回関東甲信越HIV感染症講習会
「HIVの薬剤耐性検査およびプロテアーゼ阻害薬併用療法について」
岡 慎一(国立国際医療センター エイズ治療・研究開発センター)
4. 掲示板
 - ・ 第19回日本エイズ学会開催のお知らせ(1998.12.2-4)
5. 拠点病院ネットワーク
(IDとパスワードが必要です)
6. 拠点病院ネットワーク詳細情報
(番号化サーバーIDとパスワードが必要です)

関東甲信越エイズ拠点病院ネットワーク
事務局: 新潟大学医学部附属病院 医療情報部
連絡: 正夫/HASHIBA, Masao
問い合わせメールアドレス: aids-irq@niamen.or.jp

究開発センターから講師を招き、関東甲信越内の拠点病院の医療従事者を対象に新潟で開催した。今までに5回の講習会を行い、いずれもHIV医療の問題点とその対処法について講演され、討論も活発に行われた。また、参加できなかった施設のために、講演の内容をホームページに掲載するとともに、要旨をまとめた冊子を作成して各拠点病院に配布した。

このように、人的な交流のため講習会を開催したが、各拠点病院の講習会への参加率は平均で33.4%であった。

●関東甲信越HIV感染症講習会参加率

	拠点病院数	参加施設 (%)
茨城県	9	33.3
栃木県	10	40.0
群馬県	4	65.0
埼玉県	6	46.7
千葉県	7	34.3
東京都	38	23.7
神奈川県	16	25.0
新潟県	5	88.0
山梨県	9	8.9
長野県	8	55.0
ブロック全体	112	33.4

県別にみると、群馬県や長野県のように半数以上の施設が参加している県もあるが、茨城県、栃木県、千葉県がほぼ平均と同程度の参加率で、東京都、神奈川県、山梨県が平均以下であった。特に、山梨県の参加率は平均8.9%と低かった。

考察

電子メールは情報の伝達方法として優れた手段であり、関東甲信越ブロックの拠点病院間に構築したネットワークも即時性および同報性の面から有用であった。しかし、ハード面の整理が遅れ未だインターネットを利用できない施設があり、現時点では他の方法との併用が必要であった。一方、利用できる病院においても、ほとんどの場合ネットワークの管理や情報の整理は個人に任されており、今後、各病院における情報の管理・整体系制の整備が必要である。また、ネットワークに参加している個人は医師だけでなく事務職の人もいることから、医療に関する情報の伝達には慎重な対応が求められ、さらに、個人の情報の伝達には十分なセキュリティへの配慮が必要と考えられた。

ホームページは情報の公開の方法として有用である。関東甲信越のホームページにも必要な情報を掲載し、内容も徐々にではあるが充実してきているが、まだ情報源としては不十分である。一方、情報をどのような対象に公開していくのかにより、形式や内容を検討する必要があり、また、医療情報に関しては慎重な配慮が必須である。そのため、暗号化などセキュリティのレベルに応じた対策を導入する必要がある。

HIV診療について次々と新しい情報が伝えられるなか、関東甲信越HIV感染症講習会では、最新の知見をふまえた講演があり、大変有意義であった。また、講演後も実際の診療上の問題点について、活発な意見の交換があり、関東

甲信越のHIV医療水準の向上とともに人的な交流の面からも有用であった。しかし、参加施設をみると偏りが認められ、新潟と各拠点病院間の地理的な隔たりを感じさせるものであった。また、個々の病院の事情等もあることから、今後、講習会とともに、他の方法による研修や人的な交流が必要と考えられた。

■ 地域特異的問題と解決に向けて

方法

- 1) アンケート調査を行い、新潟県のHIV診療の実態を把握する。
- 2) 新潟県内の関係機関の間に電子メールを利用したネットワークを構築し、情報交換を円滑にする。
- 3) 新潟県内の医療担当者を対象とした講演会を開催する。

結果

新潟県の実態を把握するため、昨年2月と12月に県内のすべての病院を対象にアンケート調査を行った。その結果、2月の時点で診療経験があると答えた病院が14病院、診療を行っている病院が7病院で、患者数が18名であったが、12月の時点では、診療経験ありが16病院、診療を行っている病院が5病院で患者数は20名であった。このような状況をふまえ、新潟県のHIV診療の水準を向上させ診療を円滑に行うために、新潟県内の5つの拠点病院、および歯科診療を担う新潟大学歯学部附属病院の診療担当者や保健行政を担う県の担当者を結んだ電子メールを利用したネットワークを構築した。さらに、新潟県内の主なHIV診療担当医師や看護婦を中心に、新潟HIVカンファレンスという研究会を組織した。新潟県内の医療従事者を対象に講演会を開催し、本年度は約80名の参加があった。

考察

アンケート調査によると、新潟県では、未だHIV感染者数が多くなく、診療経験のある病院も少なかった。さらに、HIV診療が拠点病院に集中する傾向がみられ、地域によっては、HIV診療を受けにくい状況が生まれつつある可能性が出てきている。一方、拠点病院においても診療経験は十分でなく、新潟県全体としてHIV診療水準の向上が必要と考えられた。そのためネットワークを構築したが、県内のネットワークシステムへの参加者はみな医師または歯科医師であり、HIV関連の情報だけでなく、ある程度の患者情報を共有することにより診療経験を補うことができ、HIV診療を円滑に行い全体のHIV診療水準を向上させることが可能であると考えられた。しかし、患者に関する情報を扱う場合、セキュリティが問題となり、その運用は慎重に行わなければならないと考えられた。また、研究会による講演会は多くの医療従事者に参加してもらうことができ、HIV感染症に対する啓蒙や医療水準の向上に役立ったと考

えられた。

結 論

関東甲信越ブロックのHIV医療水準の向上のため、いくつかの試みを行ってきた。その結果、

- (1) 新潟大学医学部附属病院のHIV診療体制はかなり整備が進んできたが、診療科間の円滑な協力・連携や救急・検査体制、プライバシーの保護など、いくつか改善が必要な事項がみられる、
- (2) 新潟県内の主な診療機関の間で情報の交換を行うための体制を構築したが、実際の診療に利用するには、その運用についてなど、さらに検討が必要である、
- (3) 新潟県ではHIV診療に限られた施設に集中し、診療体制には地理的な偏りがでてきており、改善が必要である、
- (4) 関東甲信越ブロック内の拠点病院とは、講習会やネットワークの整備により、ある程度の連携はとれるようになったが、地域による偏りが大きい、などの問題点も明らかとなってきた。今後、新潟県が関東甲信越地域のHIV診療の中心としての役割を果たすためには、地理的条件の克服や診療水準の向上が必須であり、そのために他の新たな方法について等、さらに検討が必要と考える。

研 究 発 表

(1) 論文発表

厚生省厚生科学研究費エイズ対策研究事業

「エイズ治療の地方ブロック拠点病院と拠点病院間の連携に関する研究」

平成9年度報告書 関東甲信越ブロック p89～93

(2) 学会発表

公開シンポジウム「エイズ医療体制の確立を目指して」

資料1

関東甲信越HIV感染症講習会

第1回：平成10年2月12日（木）

HIV感染者に対する初診時の対応及び服薬指導の実際

第2回：平成10年3月28日（土）

HIV感染者におけるカリニ肺炎の迅速診断法について

第3回：平成10年10月17日（土）

HIVの薬剤耐性検査およびプロテアーゼ阻害薬の併用療法について

第4回：平成11年1月23日（土）

抗HIV療法と服薬指導の現状と課題

第5回：平成11年2月13日（土）

抗HIV療法をめぐる新たな問題点

資料2

第1回関東甲信越HIV感染症講習会

「HIV感染者に対する初診時の対応及び服薬指導の実際」

講師：石原美和

(国立国際医療センター エイズ治療・研究開発センター
看護支援調査官)

日時：平成10年2月12日（木）18：00～20：00

場所：新潟大学医学部有任記念館2階大会議室

平成10年2月12日、HIV医療体制の整備、充実のため、厚生省厚生科学研究費エイズ対策研究事業として行われている「エイズ治療の地方ブロック拠点病院と拠点病院間の連携に関する研究」の一環として、新潟大学医学部有任記念館において、第1回関東甲信越HIV感染症講習会が開催された。

HIV診療をめぐる最近の大きな話題の一つとして、治療法の進歩があげられる。逆転写酵素阻害薬とプロテアーゼ阻害薬を用いた多剤併用療法は、HIV感染症を「死の病」から治療可能な慢性感染性疾患へと変貌させた。それに伴い、HIV感染者に対する対応やカウンセリングの内容も変化してきている。今回はこのような変化を踏まえ、国立国際医療センター エイズ治療・研究開発センターの看護支援調査官である石原美和氏により、「HIV感染者に対する初診時の対応および服薬指導の実際」というテーマで講演が行われた。以下に、講演の内容を紹介する。

HIV感染症に限らず、慢性疾患の診療を行ううえで、初診時の対応は大きな位置を占めている。特にHIV感染症患者の場合、周囲の偏見や将来の見通しがわからないことで患者が不安を抱き、現実的な対応能力が低下していることが多い。そのため、患者に病気について十分な情報を提供し、正確にHIV感染症を認知させることが重要である。このような対応が、患者の不安感や間違えた見通しを取り除き、悲劇の「エイズ患者」にさせないのである。

しかし、石原氏は、告知後の患者の精神状態は混乱していることが多いことから、具体的な注意点として、まず今回の外来を受診することを約束することが必要であることを述べた。そして、医師がインフォームドコンセントを十分に行い、ナースなどのコメディカルスタッフもフォロー

アップをしっかりとすることで、患者に治療可能な慢性疾患であるHIV感染症についての理解を促す。そして、常にサポート的な態度で診療やカウンセリングを行うことで、患者は病気に対して前向きな闘病意欲をもつことができるという。

インフォームドコンセントについては、HIV感染症について総論的なことだけでなく、日常診療における細かいことまで必要な場合もあり、例えば、問診においてもHIVの感染経路についての質問など、患者のプライバシーに踏み込むことが必要となることがあるが、その質問がなぜ必要なのか、同性間性的接触による感染者と赤痢アメーバ感染を例にあげ、説明があった。

また、検査結果などの病状について、患者自身が把握することの重要性について述べた。国際医療センターでは、そのために患者ノートを作製し、患者に渡すだけでなく、患者自身がデータを記入するようにしている。これは、患者が自分の免疫状態を把握することで、病状の変化から患者自身が日和見感染症を早期に発見することが可能となり、患者の自覚、自信を促すことにもつながるといふ。

慢性疾患であるHIV感染症の診療を継続していくうえで、患者のよき理解者をつくるのが是非必要となってくる。そのため、家族やパートナー、友人に病気を知ってもらい、理解を得ることが必要であるが、その際、「病院という環境の中で、医師から、病気としてHIV感染について説明する」ことが、患者のよき理解者をつくる手段として有効であると述べた。また、うまくいっているモデル患者が教育的な機能をはたすことも有効なため、患者同士の情報交換や支え合いをサポートしているという。

最近のHIV診療において、最も大きなトピックスがプロテアーゼ阻害薬のHIV治療への導入である。プロテアーゼ阻害薬を含む多剤併用療法はきわめて強い抗ウイルス活性を発揮するが、抗HIV薬は服薬時間など服薬方法が難しく、副作用も多いだけでなく、HIV薬剤耐性を獲得しやすい。そのため、多剤併用療法を開始した場合、いかに確実に服薬を続けるかが治療を行っていくうえで最も重要であり、患者自身が服薬方法や薬の管理を理解し、確実に服薬するとともに副作用を発見できるよう指導することが必要である。石原氏によると、現在カウンセリングのなかで、服薬指導が大きなウエイトを占めるようになってきているという。治療方針についても、患者に押しつけるのではなく、内服薬の決定の場に患者も参加させ、患者が納得するまで話し合うことが重要であり、また、治療薬の組み合わせは、患者の生活習慣を把握し、患者の生活背景や生活パターン、服薬コンプライアンスを考慮して考えることの必要性が強調された。

講演全体を通じ、前向きな医療者の態度と正確な医療情報の提供により、患者との信頼関係を築き、患者の現実感覚の回復と病気の認知を促し、絶望の淵にあるエイズ患者から、積極的に病気と闘う慢性病患者へと変容させることの重要性が述べられた。

HIV感染症患者の増加とともに、一般診療の場においてもHIV感染症患者の診療に携わる機会が増えており、HIV

感染症に関する関心も高まってきている。今回の講習会には、拠点病院以外の病院からも多数の参加があり、講演後も活発な質疑が交された。しかし、多くの病院では、HIV診療の経験が少なく、特に初診時においては、告知の問題など対応に苦慮することが多いのが実情である。石原氏の講演は、豊富な経験に基づいたものであり、HIV診療を行っていくうえで、非常に示唆に富むものであった。

文責：五十嵐謙一（新潟大学医学部第二内科）

資料3

第2回関東甲信越HIV感染症講習会

「HIV感染者におけるカリニ肺炎の迅速診断法について」

講師：岡 慎一

（国立国際医療センター エイズ治療・研究開発センター）

日時：平成10年3月28日

場所：新潟大学医学部第二講義室

平成10年3月28日新潟大学医学部第二講義室において、第2回関東甲信越HIV感染症講習会が開催された。今回は、国立国際医療センター エイズ治療・研究開発センターの岡慎一先生を講師に招き、「HIV感染者におけるカリニ肺炎の迅速診断法について」というテーマで、豊富な臨床経験をもとに講演していただいた。以下に、講演の内容を紹介する。

HIV感染者はCD4陽性リンパ球数が徐々に減少し、数年から10年の無症候性キャリアの後、免疫不全が進行しARC（AIDS related complex）からAIDSへと進展していく。免疫不全の程度は、おおよそCD4陽性リンパ球数で表わすことができることから、免疫不全により発症する日和見感染症も、CD4陽性リンパ球数で概ね推測できる。

HIV感染者に合併する日和見感染症の頻度は、口腔内カンジダが63.8%と最も多いが、カリニ肺炎も47.6%と非常に高頻度である。また、AIDS発症の指標疾患としてはカリニ肺炎が最も多く、CD4値が $200/\mu\text{l}$ 以下で発症率が高くなるが、それ以上でも、口腔カンジダ症など免疫不全の兆候がみられる患者ではカリニ肺炎の発症の可能性がある。

カリニ肺炎の症状として、発熱、乾性咳嗽、呼吸困難があり、胸部レ線スリガラス状陰影が肺門からびまん性、対称性に広がり、CTで胸膜直下に正常部を残した形でびまん性に肺野濃度の上昇が認められる。検査上、動脈血酸素分圧が著しく低下し、LDHの上昇が認められる。

診断は呼吸器由来の検体からPneumocystis cariniiを直接証明することにより行われるが、喀痰で証明されない場合、検体として開胸肺生検組織、気管支鏡下肺生検組織、気管支肺胞洗浄（BAL）液、気管支吸引痰や吸引による誘発痰などが使用される。得られた検体からP.cariniiを証明する方法として、cystを検出するGrocott染色、trophozoiteを検出するギムザ染色やDiff-Quik法（ギムザ変法）などの染色法がある。また、PCRによる遺伝子検出法も開発され、臨床応用されている。

しかし実際の診療では、低酸素血症が急速に進行する症例がほとんどであり、早期治療が重要なことから、より侵

襲が少なく、かつ、迅速で鋭敏な診断法を選択する必要がある。

そのため、国立国際医療センターでは、気管支肺胞洗浄液を用い、Diff-Quik法により trophozoite を検出する方法を用いてカリニ肺炎を診断している。これまで69例のHIV陽性患者のカリニ肺炎を経験しているが、この方法で100%カリニ肺炎の診断が可能であった。

Diff-Quik染色法は、ライト染色やギムザ染色と同様な染色が得られる簡便、迅速、低コストな染色法で、cystではなく、trophozoite (栄養体) を染色する方法である。P. carinii の生活環においては、栄養体の時期がcystic formの時期より圧倒的に長く、cystを染色するグロコット染色より、Diff-Quik法の方が鋭敏で陽性率が高い。染色時間は遠心の時間を入れても5分程度ですみ、検査後すぐに結果が確認できるため、BALが可能な施設なら非常に有用と考えられる。

以下に、Diff-Quik法の実際の手順を示す。

- 1) BAL液100 μ lをサイトスピンで900×2 min遠心。遠心した沈渣をスライドグラスに塗ってもよい。細胞成分が多い場合は希釈する。逆に少ない場合は多めに遠心する。BAL液中に粘液成分が多い時は希釈したり、粘液溶解剤を用いた方がよい。
- 2) 乾燥後、Diff-Quikの固定液に30秒程度浸し固定する。
- 3) Diff-Quik I 液に20～25回出し入れする。(20～25秒程度)
- 4) Diff-Quik II 液に10～15回出し入れする。(10～15秒程度)
- 5) 乾燥後、検鏡する。400～1000倍

※虫体の核が深青色に染まり、cystが円形に抜けて見える。

●PCRとの比較

P. carinii の鋭敏な検出法としてPCR法がある。Diff-Quik法を用いた方法は、喀痰など様々な不純物が含まれる検体の場合は感度が低く、喀痰しかとれない場合や、治療後の経過観察の際など回数を重ねる場合は、喀痰を用いたPCRが有用である。しかし、BALを用いたDiff-Quik法と喀痰を用いたPCR法は感度がほぼ同等と考えられることから、迅速診断が必要な場合でBALが可能であれば、Diff-Quik法の方が有用である。

●カリニ肺炎の治療

ST合剤が第一選択である。trimethoprimとして20mg/kg/日が標準投与量で、通常12～16錠、分3～4投与となる。21日間を標準治療期間としているが、治療中陰影が長期化する場合は、非定型抗酸菌とサイトメガロウイルス感染の合併に注意する必要がある。中等症以上の症例では、ステロイドを50～60mg/日×5日間程度併用し以後は減量することにより、呼吸不全の予後が改善する。ST合剤が使用できない例では、ペンタミジンが3～4mg/kg/日で使用される。いずれの治療も、骨髄抑制や肝・腎障害など副作用が発生しやすいため、臨床検査を頻回に行うなど注意する必要がある。

●カリニ肺炎の予防

いくつかの日和見感染症では、抗菌薬の予防使用が推奨

されており、CD4陽性リンパ球数が200/ μ lを下回った場合、カリニ肺炎の予防を行うことが必要となる。

ST合剤はカリニ肺炎の予防効果が最も高く、さらにトキシプラズマや細菌感染症、特にサルモネラに対する予防効果があることにより、第一選択として使用したい薬剤である。

1T/日連日が標準であるが、2T×3/週でも予防は可能で、患者の服薬コンプライアンスで適宜変更する。副作用として、発疹、発熱等アレルギー症状が出現するが、この場合も少量から再投与し漸増する脱感作によりほぼ改善し、ほとんどの症例で通常量の再使用が可能になる。

●カリニ肺炎の補助診断

カリニ肺炎患者では、 β -Dglucan濃度がBAL液、血清いずれでも有意に高値を示す。真菌感染症でも高値を示すため、確定診断には不向きだが、経過観察や補助診断には有用と考えられる。

講演終了後の質疑応答 (抜粋)

Q1. BALを実際に施行する部位はどこがよいのか。事前にCTなどが必要なのか？

A) カリニ肺炎は基本的にびまん性の疾患であり、BALを行う際はどこでもよい。

Q2. 日和見感染症の頻度で、カリニ肺炎が徐々に減少しているのに比べてトキシプラズマ感染が横這いなのはなぜか。ST合剤による予防効果と考えれば、トキシプラズマ感染も減少傾向を示すのではないかと？

A) 東京近郊では、カリニ肺炎の予防にペンタミジンの吸入を行っている施設が割合多いので、トキシプラズマ感染の減少傾向が鈍いのではないかとと思われる。今後ST合剤の予防内服が進めば、トキシプラズマも減少するのではないかと期待している。

Q3. カリニ肺炎に対して3週間の治療を行った後でも、胸部の陰影が残っている場合は治療を延長するのか？

A) 陰影が少し残っていても、多くの場合は3週間で治療を中止しても改善することが多い。

Q4. 抗HIV薬の治療により、CD4値が300～400/ μ l程度になった症例でも、カリニ肺炎の予防は続けるのか？

A) 国際医療センターでは、カリニ肺炎の予防に関しては継続している。非定型抗酸菌やサイトメガロウイルス感染症はCD4が50/ μ l程度で発症することが多いが、CD4が増加した場合、経費、副作用等の問題から、これらの感染症に関しては予防を中止していることが多い。

Q5. ペンタミジンは催奇形性等の報告があり、医療従事者への暴露が問題となる。吸入の際の室内の換気はどうするか？

A) 換気した方がよい。当院では換気扇を使用している。ペンタミジン吸入で咳嗽が誘発されるため、結核を合併していた場合菌を散布する危険性もあり、その観点からも、カリニ肺炎の予防はペンタミジンの吸入ではなくST合剤の内服を勧めている。内服薬剤が多くこれ以上内服を増やすことが困難な場合は、吸入を行っている。ペンタミジン吸入でも予防効果は十分期待できる。

Q6. ST合剤とエイズ治療薬の併用で骨髄抑制が増強することはないか？

A) 抗HIV薬との併用でそれほど高度の骨髄抑制の増強はない。しかしAZTとST合剤で骨髄抑制がみられた場合、AZTをd4T等へ変更する方がよい。

Q7. 実際Diff-Quik法で染めてみても、カリニがわかりにくい場合も想定される。客観的な診断はPCR法の方がよいのか？

A) Diff-Quik法による診断は、症例を経験し慣れていく必要がある。不安なときは医療センターにPCR用の検体を送ってもらえれば、一週間程度で結果を報告することができる。PCR法はコストが高く時間がかかるため、早期診断、早期治療が原則であるカリニ肺炎の場合、やはりBALを施行し検体をDiff-Quik法で確認するのが一番である。

Q8. BAL検体からHIVが感染する危険性はあるか？

A) 固定するまでは一応危険はあると考えた方がよい。医療センターでは、サイトスピンの機械の内部についてはあまり神経質にはなっていない。

Q9. 一個でもP. cariniiが検出されたら、カリニ肺炎と診断してよいのか？

A) 診断してよいが、グロコット染色のような特異性はないため、少ない時は多少慎重になった方がよい。

Q10. 抗HIV治療薬の有効率は？

A) 初回治療でウイルスが検出限界以下に減少する率は、逆転写酵素阻害薬二剤併用では30%程度で、プロテアーゼ阻害薬を加えた三剤併用なら90%程度である。400copies/μl以下が現在のルーチンな検査の検出限界であるが、さらに鋭敏な検査法を用いれば、400copies以下の症例のさらに3分の2の症例は、50copies以下にウイルス量が減少している。ウイルスが減少した患者は、1年は同じ治療を継続できているが、現在これ以上の長期観察症例はなく、今後、さらにこの期間がのびていくのではないかと考えられる。

Q11. 結核を合併したHIV感染者の治療を開始する場合、プロテアーゼ阻害薬の併用は難しいのか？

A) たとえば、カリニ肺炎の場合、治療は3週で終了するので抗HIV治療薬の開始は治療後で十分間に合う。しかし、結核の場合は治療が長期にわたるので、三剤併用による抗HIV療法を開始した方がよい。その方が早期に免疫力が回復し、結核の治癒も早い。ただしリファンピシンはプロテアーゼ阻害薬と併用禁忌となっている。インジナビルとリファブチンなら、リファブチンを半量にすれば使用可能。

Q12. リファブチンについて？

A) 個人輸入の形で東京医大の福武勝幸先生が購入しており、発症した患者に対して供与する形となっている。治療に際しては同意書が必要と思われる。

※厚生省エイズ治療薬研究班

代表研究者：東京医科大学臨床病理学教室 福武勝幸

FAX情報サービス(24時間)：03-3342-6171

インターネットホームページ：<http://www.ijnet.or.jp/aidsdrugmh/>

事務局：東京医科大学臨床病理学教室内

住所：〒160-0023 東京都新宿区西新宿6-7-1

電話：03-3342-6111(内線5086)

FAX：03-3340-5448

Q13. 3TC使用患者で高度の脱毛がみられた例を経験したが、そのような脱毛の副作用の報告はあるのか？

A) DDIで一例を経験し、この症例は薬剤中止後も脱毛が続いたが、3TCで脱毛が多いという印象はない。

Q14. HIV感染者に難治性の咽頭潰瘍がみられたが、カンジダ、サイトメガロ、ヘルペスなどの感染が証明できない。定義上AIDSとはいえないのか？

A) サーベイランスのための基準ではAIDSとはいえない。しかし、免疫力としてはCD4陽性リンパ球数相当の免疫能であると考えればよい。HIV患者に合併する咽頭潰瘍はしばしば見られる。特に食道潰瘍も見られ、ステロイドが非常によく効く。治療は、病変が咽頭のみの場合のほうがよい。サイトメガロや真菌が証明されない時は、PSI、30~40mgを内服することで数日で効果が現れる。局所のTNFが原因と考えられている。アメリカではサリドマイドが効くという報告がある。

Q15. AIDS患者の病理解剖の際の注意は？

A) ガウン、マスク、ゴーグルで全身を覆って解剖した方がよい。これまで病理解剖により感染したとするあきらかな報告はないが、結核や肝炎の感染の報告があり、感染には十分注意する必要がある。

Q16. 垂直感染について？

A) HIV陽性の母親から生まれた新生児に対するカリニ肺炎の予防は、推奨されている。抗ウイルス薬は診断が確定するまで待つが、AIDS babyは予後が悪いので、診断確定後はできるだけ速やかにプロテアーゼ阻害薬を含んだ三剤で治療する必要がある。一般的に、新生児はCD4陽性リンパ球数が非常に高いので、750が成人の200以下程度の免疫能と考えられる。

Q17. P. cariniiは気道に常在しているのか？

A) ほとんどその可能性はないと考えてよい。HIV陽性でカリニ肺炎を発症していないと考えられる症例でBALを施行した際、PCRでまれにカリニが証明されることがあるが、そういう症例はCD4がかなり低下しており、いずれカリニ肺炎を発症してくると考えられる。CD4が十分にあれば、まずはP. cariniiは証明されない。喀痰の場合は、PCRで陽性になればカリニと診断してよい。

Q18. Diff-Quik法に定量的な意味はあるのか？

A) P. cariniiの存在を証明するもので診断は確定できるが、定量的な意味はないと考えてよい。