

表4 JHDS得点と感染、痴呆の有無

| | | 平均値 | 平均値の差 | (95%信頼区間) | |
|-----|----|----------|-------|-------------|----|
| 性別 | 男 | 14.1±1.9 | -0.82 | (-1.7~0.05) | ns |
| | 女 | 13.3±2.9 | | | |
| 職業 | あり | 13.8±2.5 | -0.03 | (-1.2~1.2) | ns |
| | なし | 13.7±2.4 | | | |
| 感染 | あり | 11.8±3.7 | -0.60 | (-1.9~0.7) | ns |
| | なし | 12.4±3.1 | | | |
| ADC | あり | 7.7±1.8 | -6.02 | (-7.9~-4.2) | * |
| | なし | 13.7±2.4 | | | |

(t検定, *: p<0.0001)

表5 JHDS得点と感染、痴呆の有無

| | 平均値 | 平均値の差 | (95%信頼区間) | |
|------|----------|-------|---------------|----|
| 初回 | 14.4±3.6 | -0.8 | (-0.75~-0.90) | ns |
| 4週間後 | 15.2±1.1 | | | |

(t検定, ns: not significant)

表6 JHDS得点と感染、痴呆の有無

| | F値 | |
|--------|-------|----------|
| 教育年数 | 0.632 | ns |
| ADCの有無 | 29.17 | p<0.0001 |

分散分析

(教育年数:12年以下0、6年以下1、16年超2、ADCあり=1、なし=0)

表7 感度と特異度 (Cut off point =10)

| | ADC診断基準 | JHDS得点 | 感度 | 特異度 |
|-----|---------|--------|------|-------|
| 痴呆 | 7 | 42 | 100% | 88.7% |
| 非痴呆 | 124 | 89 | | |

HIV感染者／AIDS患者の発見動機についての疫学的調査研究

—政策医療呼吸器結核ネットワークからみたエイズ診療体制—

分担研究者：坂谷 光則(国立療養所近畿中央病院)

研究要旨

政策医療呼吸器結核ネットワークは、エイズ診療体制とは別に制定されている政策医療診療ネットワークであり、54の国立療養所群で形成されており、本邦の結核入院患者の約40%を扱っている。現状では、呼吸器ネットワーク施設群の中で、30%強がエイズ拠点病院を兼ねているが、HIV感染者での合併症として、結核・非定型抗酸菌症は重要な位置を占めていることから、両診療ネットワークは現在よりも密接な連携をもつことが必要ではなかろうか。

呼吸器ネットワーク基幹病院へのアンケート調査によれば、入院結核患者でHIV陽性者の比率は現状では0.3%程度と判明した。全てエイズ拠点病院を兼ねる施設で診療されているが、殆どは一般病院からの紹介入院患者であろう。もしネットワーク全体で、結核・非定型抗酸菌症で入院中の全患者（あるいは疑わしい患者のみ全例）にHIV抗体検査が実施されれば、より多くのHIV陽性例が早期発見されるものと期待される。結核とは異なって、免疫機能低下が進行している例での合併が多い非定型抗酸菌症は、既にHIV感染者であることが判明している例が多く、伝染性のない一般呼吸器感染症として対応することができることから、殆どがエイズ診療施設側で診療されているようである。

呼吸器ネットワーク施設への、HIV診療に関する啓蒙や診療連携の強化を通じて、結核患者群の中に潜在すると思われるHIV陽性者の、早期発見と十分な診療が期待できると考える。

1. 研究の背景

HIV感染症患者の合併呼吸器感染症の中に、肺結核および非定型抗酸菌症がある。エイズ患者として、免疫機能が著しく低下した時期に合併することの多い非定型抗酸菌症と異なり、肺結核はCD4陽性リンパ球数の低下がそれほど著しくない時期に合併することが多く、現在の抗結核化学療法で十分治癒させ得る感染症であることから、患者と医療側双方が、HIV感染に気付かず診療を開始し完了することも、少なからずあるのではなかろうか。結核患者群でのHIV抗体検査を高率に実施すれば、HIV感染者を、より早期に発見できる可能性があると考えられる。

2. 目的

結核性疾患診療を業務としている、政策医療呼吸器結核ネットワークに所属する国立療養所群での、入院結核患者におけるHIV感染者比率と、両感染症の診断順序を調査し、結核患者群でのHIV抗体検査の現状と、それを実施する意義の有無を解析する。

3. 方法

政策医療呼吸器（結核）ネットワークに所属する

国立療養所群（54療養所）の中で、全国8ブロックの拠点病院（基幹施設）にアンケート調査（資料1調査票参照）し、

- ネットワーク所属施設が、エイズ診療体制の拠点病院を兼ねているかどうか、
 - 平成11年に診療開始した肺結核（非定型抗酸菌症）患者でのHIV抗体陽性者数、
 - HIV陽性と肺結核の診断順序、
- について検討した。

4. 結果

全国8ブロックの全拠点病院から回答があり、ネットワークに所属する54施設の中で、エイズ診療拠点病院を兼ねている施設は20(37%)である。患者数の返答もあった11施設（エイズ診療拠点4病院、非拠点7病院）では、平成11年の診療開始結核患者数が3042例であった。その中で、HIV陽性者は9例（0.3%）であり、全てが肺結核患者で、非定型抗酸菌症患者数は零である。この9例は全てエイズ拠点病院で診療されている。HIV感染が既に判明していた症例は2例（22%）のみであり、7例（78%）は

結核と診断された後に HIV 陽性が判明している。 (表 1 参照)

表 1

| | 入院肺結核症例数 | H I V 陽性例数 | |
|---------------|----------|------------|------------|
| | | 結核診断が先 | H I V 陽性が先 |
| 呼吸器およびエイズ拠点施設 | 2 0 9 7 | 7 | 2 |
| 結核のみの拠点施設 | 9 4 5 | 0 | 0 |
| 合計 | 3 0 4 2 | 7 | 2 |

* 非定型抗酸菌症は上段施設で 250 例、下段施設で 392 例であるが、HIV 陽性合併例は見られなかった。

5. 考察

政策医療呼吸器結核ネットワーク施設で入院診療されている肺結核患者数は、本邦全体の入院治療結核患者の約 40%を占めるとされている。今回の調査結果からは、HIV 陽性者比率は、1000 例中 3 例前後の低値となったが、重要な点は、HIV 陽性が結核発病を契機として判明した例が 70%以上を占めていることであろう。また、今回は非定型抗酸菌症例は皆無であったが、これは、同症は結核とは異なり、HIV 感染者の中でも免疫能が著しく障害された段階で発症することが多いため、既にエイズ診療施設で受診中である場合が多く、かつ伝染性疾患ではないため、診断施設でそのまま受診を続けることが殆どであること示していると考えられる。

従って、呼吸器ネットワークとエイズ拠点病院の重なりが 37%であることの評価は難しいところであるが、呼吸器ネットワークのみに所属する施設でのエイズ診療体制は整っているとは思われず、関心が低いことから HIV 抗体検査比率はごく低いものと推測される。多くの結核患者を診療している呼吸器ネットワーク施設で、HIV 抗体検査率を上昇させることは、同陽性者の早期発見に十分寄与するものと考えられる。

6. 結論

- 呼吸器結核ネットワークとエイズ診療ネットワークは、より密接に連携することが好ましい。
- 上記連携などによって、呼吸器結核ネットワーク施設

における、HIV 診療知識の啓蒙や、結核患者での HIV 抗体検査率の向上について努力する必要がある。

資料 1

H I V 感 染 / 抗 酸 菌 症 症 例 調 査 票

施設名 :

記入者名 :

- * 1999年(平成11年)の症例について記載して下さい。
 * 報告症例に関して、丸印をつける、あるいは語句記入にて記載して下さい。
 * 施設の抗酸菌症例総数については、最初の1枚だけに記載して下さい。

抗酸菌症名 : ①結核 ②非定型抗酸菌症 (菌種 :)

症例 性別 : ①男性 ②女性 施設受診時年齢 : (才)
 施設における I D : ()

病歴 : ①H I V感染発見が先
 ②抗酸菌症発見が先
 ③両者ほぼ同時発見
 ④不明

病型 : ①呼吸器に局限した抗酸菌症
 ②全身播種型
 ③呼吸器外の病型 (リンパ節炎など)

総数 平成11年の1年間に貴施設に入院した抗酸菌症総数 : (例)
 結核症総数 : (例)
 非定型抗酸菌症数 : (例)

* さらに詳しい症例調査にご協力いただけますか? ①Yes ②No

お忙しいところを、症例調査にご協力いただき、ありがとうございました。

在日外国人 HIV 医療についての研究

分担研究者：若 井 晋(東京大学大学院医学系研究科国際地域保健学講座)
 研究協力者：沢 田 貴 志(神奈川県勤労者医療生活共同組合港町診療所)
 國 井 修(東京大学大学院医学系研究科国際地域保健学講座)
 奥 村 順 子(東京大学大学院医学系研究科国際地域保健学講座)
 山 村 淳 平(神奈川県勤労者医療生活共同組合港町診療所)
 石 川 陽 子(東京大学大学院医学系研究科国際地域保健学講座)
 野 村 由 華(東京大学大学院医学系研究科国際地域保健学講座)
 山 田エレナ(慶應義塾大学小児科)
 岩 木エリーザ(CRIATIVOS)
 栄 ロルイーザ(CRIATIVOS)
 津 島 真利絵(CRIATIVOS)

研究要旨

平成 12 年度は、医療費問題、相談体制、わが国および患者母国の両方における相談体制について調査・研究を実施した。その内容および結果は以下のとおりである。

相談体制に関する問題：

2000 年 12 月～2001 年 3 月に外国人感染者に対する面接経験の豊富な MSW9 名(都内 5ヶ所・茨城 2ヶ所・神奈川、千葉各 1ヶ所)に対しインタビューガイドラインを用いた半構造化面接(Semi-structured Interview)を実施し、以下の 4つの問題点が明らかになった：1) 通訳派遣システムの構築、特に質の確保のための教育・訓練およびそのための財政支援の必要性、2) 患者のおかれてきた文化背景を含む環境に関する理解の必要性、3) 早期治療を困難にする高すぎる医療費、4) 帰国など将来設計をするための患者の母国における医療事情の把握の必要性。

医療費問題：

行旅病人及び行旅死亡人取扱法が適用された 16 例の外国人患者について検討した結果、16 例中 10 例の初診時 CD4 数が 100 count / μ l 以下であり、入院時から退院時までの総医療費の中央値は ¥1,820,420 であった。これらの患者の初診時 CD4 は、アジアの中ではタイ人、ミャンマー人で有意に低い傾向が見られ ($p < 0.01$)、また、これらの国々と比較して、先進国の国籍を有する患者の初診時 CD4 は有意に高かった ($p < 0.01$)。このような違いを生む要因としては、保険加入状況、言語の問題やそれぞれの出身国での保健教育状況など様々な要因があると思われるが、最も大きな問題の一つは、HIV/AIDS に感染した人々のユニバーサル・アクセスが保障されていないわが国の医療制度にあると思われる。

患者支援体制：

わが国において外国人感染者支援を NGO として実施している CRIATIVOS および港町診療所における活動に関する調査を実施し、NGO との連携により効率的な支援が可能であることがわかった。さらに、患者の将来設計に関しては、帰国も考えられることからわが国における支援体制のみならず、患者の母国の状況も考慮する必要があると考え、タイおよびブラジルにおける HIV/AIDS 患者の医療サービスに関する調査を実施した。いずれの国においても医療費は比較的安く、後者においては政府予算によるユニバーサル・アクセスが確立している。

1. 研究の背景

現在、日本に居住する外国人は、外国人登録をしているものが 155 万人(1999 年末 法務省入国管理局)であり、これまで日本で登録されたエイズ患者のうち外国人が占める割合は 18.8%と極めて高く、血液製剤による感染者を除けばこの割合は 28%と更に高くなる。これらの患者の多くが、非英語圏の出身者であり、タイ語、ポルトガル語、ミャンマー語、スペイン語等の通訳確保とりわけ質の問題に苦慮している。また、健康保険非所持者が多くを占めることから、医療費の未払いなど

外国人診療に困難を感じている医療機関が多い。

2. 目的

本研究グループの主たる目的は以下の 4 点である：1) 外国人に対する相談体制の現状と早期の相談が治療及び予防に与える影響を検討する(相談体制)。2) 感染者の早期受診を促すことの意義を医療経済の視点から検討する(医療費問題)。3) 社会・心理面での支援など NGO の果たす役割を検討するとともに、患者の母国における診療・支

援体制を調査し患者支援のあり方を探る(患者支援体制)。4) 上記1)~3)の結果に基づきわが国における診療体制向上のために必要な政策提言を行う(政策・提言)。

3. 方法

- 1) 相談体制：2000年12月~2001年3月に外国人感染者に対する面接経験の豊富なMSW9名(都内5ヶ所・茨城2ヶ所・神奈川、千葉各1ヶ所)に対しインタビューガイドライン(資料1)を用いた半構造化面接(Semi-structured Interview)を行った。
- 2) 医療費問題：東京都内で外国人HIV診療を実施している医療機関において行旅病人及び行旅死亡人取扱法適用例のデータ(1997-2000)を入手し、費用効率の側面から現状の問題点を検討した。
- 3) 患者支援体制：CRIATIVOSと港町診療所との連携による電話相談事業の過去の事例(1999-2000)から、NGOとの連携による効率的な支援の可能性を検討した。また、タイ及びブラジルにおけるHIV・AIDS診療体制ならびに医薬品の価格などの調査を実施した。
- 4) 政策・提言：平成14年度に上記に関する2年間のデータに基づき実施する予定。

4. 結果

- 1) 相談体制について明らかになった問題は以下の4点である(表1-1、1-2)。
 - ① 通訳派遣システムの構築、特に質の高い通訳の確保のための教育・訓練体制の必要性—この点に関しては地域間格差があり、NGOや留学生の多い都心部に比べて地方都市では、通訳が確保がより困難であることがわかった。また、現状では通訳の質に大きなバラつきがある事も指摘された。通訳の不足している言語はロシア語、ミャンマー語、ペルシャ語、タイ語等である。
 - ② 患者のおかれてきた文化背景を含む環境に関する理解の必要性—日本人とはかなり異なる死生観を持つ外国人も多く、患者本人が延命に価値観を見出せないケースや、健康時に保険料を支払うことに抵抗を持ち在留資格があるにもかかわらず、国民健康保険に加入していない外国人も多い。こうした患者には日本人カウンセラーだけでなく、同国人のサポートが重要との指摘もあった。
 - ③ 医療へのアクセスを困難にする高すぎる医療費—医療費未払いは超過滞在の外国人と接する全てのMSWが抱える問題である。行旅病人及び行旅死亡人取扱法

や救急医療未払い医療費補填事業は自治体によりその適用資格・条件等が異なる。

- ④ 将来設計をするための患者の母国における医療事情及び日本での療養環境の把握の必要性—帰国後の治療に関し、タイ国については医療施設のリストを渡す等、情報の提供をしている病院も見られたが他の国の情報については医師、MSWも十分には把握していなかった。
- 2) 医療費問題に関するデータから、以下の2点が明らかとなった(表2)。
 - ① 16例の行旅病人及び行旅死亡人取扱法適用例中10例の初診時CD4値が100 count/ μ l以下であり、入院時から退院時までの総医療費の中央値は¥1,820,420であった。
 - ② 初診時CD4は、アジアの中ではタイ人、ミャンマー人で有意に低い傾向が見られ($p<0.01$)、また、これらの国々と比較して、先進国の国籍を有する患者の初診時CD4は有意に高かった($p<0.01$)。
 - 3) わが国における患者支援体制としては、CRIATIVOSと港町診療所との連携事例から、NGOとの連携により効率的な支援が可能となることがわかった(資料2、3)。治療を受けている人々のアドヒアランスは、良好な医師患者関係・母国語での情報へのアクセス・HIV陽性であることによって引き起こされる問題に対して心理的なサポートがあるかどうか、といったことに大きく影響される。専門的な技術を持つ人々のチームワークを強化することで患者・感染者の全てのニーズに答えて行く必要性が明らかとなった。更に、患者の母国の事情の事例として、タイ、ブラジルのいずれの国においても医療費は比較的安く、後者においては政府予算によるユニバーサル・アクセスが確立していることがわかった。

5. 考察

医療側と患者の信頼関係に則った円滑な治療のためには、患者の出身国の社会・経済・文化的背景の理解、又、医療者と患者の双方が信頼のできる通訳が不可欠であり、質の高い医療通訳者を育成・統括する機関や通訳身分を保証する制度の構築が望まれる。また現在各病院が抱える在日外国人患者の医療費未払い問題に伴い、MSWは外国人患者に対する病院内での軋轢、自治体によって異なる公費医療費負担制度の適用問題に直面している。医療費の負担は症状がかなり重症化するまで受診しない、といった患者の受療行動に影響を及ぼし、結果として高額な治療費をもたらしている可能性がある。また結核を併発した患者を潜

在化させることは公衆衛生学上の見地からも大きな問題といえる。このため超過滞在の在日外国人に対する公費医療費負担のガイドラインを早急に整備することが望まれる。また、患者の将来設計や継続可能な AIDS 治療方法の模索を円滑に進めるためにも本国の医療情報の整備、また帰国時に安心して連絡できる病院の情報の提供が必要である。

患者の出身国別初診時 CD4 レベルの違いを生む要因としては、保険加入状況、言語の問題やそれぞれの出身国での保健教育状況など様々な要因があるが、最も大きな問題の一つは、ユニバーサル・アクセスを保障しないわが国の保健医療制度にあると思われる。また、相談体制、医療費問題、患者支援体制のいずれの結果からも、わが国における高額な医療費負担が保険のない在日外国人患者にとって医療を遠ざける大きな要因であるとの結果を得た。Highly Active Antiretroviral Therapy (HAART) を例にとると、わが国で HAART を受けた場合の医療費は年額 200 万円以上であるが、タイにおける同様の治療費は約 67 万円、またブラジルでは 45 万円で、それぞれ日本の 3 分の 1 あるいは 4 分の 1 である。それぞれの国々の購買力を考慮すれば、必ずしも安いものではないが、在日外国人にとってわが国における現在の医療費は如何ともし難いものがある。たとえ現状で HAART へのユニバーサル・アクセスは困難であるとしても、患者の QOL を向上し得る最小限のケアへのアクセスを探る必要があると思われる。ブラジルの事例から学ぶべき教訓は、当初危惧されたユニバーサル・アクセスの保障によるサービス利用者の増加が財政圧迫を起こさず、むしろ入院期間の短縮、日和見感染症薬使用頻度が減少したという事実である。さらにこの背景には、より安価な抗レトロウイルス剤の国内生産による費用削減の努力があったという点も検討する必要があると思われる。

港町診療所および CRIATIVOS による支援体制に関する調査によって、外国人の中でも開発途上国の出身者が、言語・医療費・心理面での困難に直面していることが明らかとなったことから、NGO と医療機関が連携し、言葉や心理面でのサポートを行うことが医療への近接性を高める事に効果があると示唆された。また、健康保険を持たない外国人患者であっても、結核予防法、行旅病人及び行旅死亡人法取扱法や救急医療未払補填事業などが適切に運用されれば、医療の供給体制に一定の改善が可能である事も示された。こうした制度の活用が自治体や医療機関によっては充分行われておらず早急に解決すべき課題であろう。

タイ国の医療事情に付いての調査からは、結

核・カリニ肺炎などの日和見感染症には公的な医療費助成が可能であるが、抗レトロウイルス剤は自己負担となることが明らかとなった。したがって、日本国内での継続的治療が可能であるかどうかをまず追求することは重要である。また、帰国が前提となる感染者には、治療の選択や将来設計に関して充分配慮をしたカウンセリングが必要である。一方、現在行われている逆転写酵素阻害剤の現地生産が進む事によって、今後薬価が大きく変動する事も予想され、現地医療機関や NGO 等と連携し継続的に各国の医療事情の動向を充分把握する事が重要である (資料 4)。

6. 結論

適切な医療の提供と感染者の QOL の向上をめざし、医療とケアにアクセスできない人を作らないことが肝要である。今年度得たデータをもとに、費用効率的にも実現可能な治療プロトコルを提言すべく次年度の研究にあたる。また、その際には、MSW に対するセミナーを実施するなど在日外国人支援をなし得る体制構築を念頭におく必要があるとの結論を得た。

7. 研究発表

【論文発表】

- 1) Saengdidtha B, Lapparat G, Torugsa K, Suppadit W, Wakai S. Sexual Behavior and HIV Infection Among Thai Army Conscripts between 1992 and 1998 Submitted to *Military Medicine*, 2001.
- 2) Sawada T, Negishi M, Edaki M. Delayed access to health care among undocumented migrant workers in Japan. In: *Population Morbidity in Asia: Implications for HIV/AIDS*, UNDP, 2001, pp 33-39 (in print).
- 3) Sawada T, et al. Progress in the health care provision for foreigner's in Japan. *Soujou Care* 18; 1998: 44-45.
- 4) Sawada T, et al. A case of NPO activity on the base of International Health, bridging the community and governmental sector in the trend of internationalization in Japan. *Jap J Pub Health Nur* 55;1999: 567-68.

【学会発表 (本年度のみ)】

- 5) 柴ロリーザ、岩木エリーザ、沢田貴志、他：在日ラテンアメリカ系 PWHA への総合支援：NGO の役割。第 14 回日本エイズ学会、2000 年 11 月

表1-1 外国人 HIV 診療における MSW の役割に関する一次調査結果

| MSW が現在実施していること | MSW が問題と感じていること |
|--|---|
| <p>1. 通訳体制</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 制度の利用 <ul style="list-style-type: none"> ・ 各自自治体による通訳手当・派遣制度 ・ 県主催の外国人医療相談・電話相談 ・ 病院負担 ・ NGO などボランティア ➤ 通訳の確保 <ul style="list-style-type: none"> ・ 独自のリストを作成し各国大使館・NGO・国際交流協会に依頼 ・ 電話相談 ➤ 通訳の不足している言語 <ul style="list-style-type: none"> ・ 英語以外の全般 ・ タイ・ポルトガル語の需要多い（特に東京都以外） <p>通訳の同席</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 病院側が必要と判断した時に手配する（告知時・検査結果・診断・治療方針・医療費・制度上の説明・治療の場について患者の希望を聞く時等） | <p>1. 通訳体制</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 制度の利用 <ul style="list-style-type: none"> ・ 自治体の予算を外国人に使うことへの内部の反発 ・ 無料・低額報酬の通訳に対する心苦しき ➤ 通訳の確保 <ul style="list-style-type: none"> ・ 既存の組織が無く、病院各自の努力如何 ・ 質の高い通訳（言語能力・中立性・守秘義務）を要求・期待できない ➤ 通訳の不足している言語 <ul style="list-style-type: none"> ・ 各言語を話せる人は多くても無償で、しかも医療知識のある人の確保となると難しい ➤ 通訳の同席 <ul style="list-style-type: none"> ・ HIV/AIDS という病気柄、患者本人が関係者・同国人の同席を避けることがある |
| <p>2. 文化背景の理解</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 患者の母国の生活慣習・HIV/AIDS の受け止め方の理解は必要 <ul style="list-style-type: none"> ・ 家族・友人・同国人カウンセラーの活用 ・ NGO からの情報入手 ・ 文献 | <p>2. 文化背景の理解</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 各国社会・経済・文化事情などの情報が不足 ➤ 医療費の問題が大きく患者の持つ文化的背景の理解は2の次、3の次になる ➤ 葬儀の風習の違いが問題となることがある |

表1-2 外国人 HIV 診療における MSW の役割に関する一次調査結果

| MSW が現在実施していること | MSW が問題と感じていること |
|---|---|
| <p>3. 医療費問題（法律・制度の活用）</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 在留資格の有無が医療費問題を左右する ・ 行旅法—現在一番利用している。 ・ 結核予防法—排菌していればオーバーステイでも適応化 ・ 身障者認定—オーバーステイには適用不可 ・ 精神保健法—あまり利用ケースなし（うつ病併発による入院に措置入院を適用） ・ 3次救急医療未払い補填事業— ・ 地方自治体未払医療補填事業—民間病院のみ適用 | <p>3. 医療費問題（法律・制度の活用）</p> <p>オーバーステイの患者について</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 体力のある人は働きながら外来治療を受けるが、高額のため長期治療困難。治療中断につながる。 ➤ 税金を使うことに対して内部の反対。 ➤ 年々審査・条件が厳しくなり使える制度が少なくなっている ➤ 自治体による適応条件の違いが条件の緩い自治体への患者の流入、ひいては患者の病状悪化を促しているのでは？ ➤ 他県流入の要因としては 1) 医療費公費負担制度の活用の違い 2) 言語 3) 診療拒否があげられる ➤ 患者に必要な医療の提供（＝医者立場）と未払い問題（＝医事課立場）の板挟み ➤ 患者に支払いの意思が見られない ➤ 悪化してからの入院は高額になり、安易に HIV 治療を始められず帰国を勧める原因になる。 |
| <p>4. 将来設計</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 帰国問題は本人の日本でのステータスによるので本人の意志を確認した上で決める ・ （社会的・肉体的に）働ける/日本にパートナーが居る/本国に帰れない事情がある（借金がある等）人は日本での治療希望するケース多 ・ 病状の悪い人/母国に家族の居る人は帰国を希望するケース多 ➤ 帰国後も可能な治療方法を選択 ➤ 治療を中断しないための治療方法を選択 ➤ 医師のネットワークで海外各国の医療情報入手 ➤ 留学生が本国の連絡病院のリストを作っているので活用 | <p>4. 将来設計</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 帰国を前提にして話を進めようとする内部環境 ➤ 各国の治療水準・連絡できる病院などの情報が乏しい。（大使館にもない） |

表2 行旅病人及び行旅死亡取扱法適用外国人患者の概要 (N=16)

| | 中央値 | (第1四分位値 - 第3四分位値) |
|-----------|-------------------|--|
| CD4 数 | 39 cells/ μ l | (15 cells/ μ l - 245 cells/ μ l) |
| 入院日数 | 60.5 日 | (18.3 日 - 97.0 日) |
| 総医療費 | ¥1,820,420 | (¥840,217 - ¥3,532,250) |
| 1日あたりの医療費 | ¥38,619 | (¥26,942 - ¥57,584) |

Data: 東京都内某病院における行旅病人法適用ケース (1997 - 2000)

「在日外国人 HIV 医療についての研究」 インタビューガイドライン

1. 言語について

- 通訳はどんな場合に必要だとお考えですか。(例：検査や治療の説明時など)
- 通訳の確保は誰がしていますか、また通訳の確保についてお困りのことはありますか。
- 通訳についての制度を設けていますか。(謝礼や申請方法、通訳の評価など)
- 通訳の不足している言語はありますか。
- 通訳に関していままで何か問題がありましたか。(例：プライバシーの保護、医学用語の理解など)
- 母国語のカウンセラーによるカウンセリングが必要なのはどのような時ですか。

2. 制度・医療費について

- 相談はどんな内容のことが多いですか。
- 医療費について問題となっていることはどんなことですか。
- 健康保険がないケースの場合、治療にどのような影響を与えていますか。
- 「行旅法」、身障者認定、結核予防法、精神保健法などをどのように利用していますか。
- 救急・未払い医療費補填事業をどのように活用していますか。
- 制度の活用についてこれまでどんな問題がありましたか、またそれについてどのように対処しましたか。

3. 将来設計について

- オーバーステイの患者さんの場合、治療方針をどのように決めていますか。(滞在を希望する場合、帰国を希望する場合など)
- 患者さんが母国で可能な治療についての情報はどのようにして得ていますか。

4. その他

- 国籍や文化による患者さんの特徴や配慮が必要な点はどんなことですか。
- MSWの方が最も解決したい問題として感じていることはどんなことですか。
- MSWの担う役割についてこんなことができれば、ということがあればお聞かせください。

事例1：外国人感染者支援を行うNGOの事例報告
 ---CRIATIVOS HIV/AIDS 関連支援センター

【組織】

CRIATIVOS（クリアティーボス）は、1994年に結成されたNGOであり、スペイン語・ポルトガル語を母国語とする在日外国人のHIV感染者・AIDS患者に対する支援を行っている。結成当初は、CRI（Children's Resources International）というブラジルでHIV/AIDS関連の事業を行うNGOの一部門として日本にいるスペイン語・ポルトガル語を話す人々への活動を行っていたが、1999年に独立して活動を行う様になった。

メンバーは現在ポルトガル語を話す2人とスペイン語を話す2人のあわせて4人であり、この中に医師、弁護士、臨床心理士が含まれている。

【背景】

現在日本にはブラジル人・ペルー人など約30万人のラテンアメリカ出身者が居住をしている。この数は、1990年の約10倍である。この数年は来日したラテンアメリカ出身者が長期に滞在する傾向が強まっており、約40%が5年以上居住している。こうした人口動態の変化は、いくつかの慢性疾患の動向と関係があり、これらは文化の違いや労働環境、ビザの状態などによって影響を受けている。

ほとんどのポルトガル語を母語とする人々は、ビザを持っており、結果的に健康保険の取得が可能である。しかし、この事は必ずしもスペイン語を母語とする人々には当てはまらず、ペルー人の場合は、ほとんどが長期のビザを持っておらず、健康保険も持っていない。

厚生省のサーベイランス委員会の1999年の発表によれば、報告されたHIV陽性者の41.3%、AIDS患者の27.6%を外国人が占めている。また、外国人HIV陽性者のうち9.8%、外国人AIDS患者のうち25.0%をラテンアメリカ出身者が占めている。

また、宇野らが2000年に行った調査によれば、日本で医療機関を訪れた外国人HIV感染者/AIDS患者の数うち、ラテンアメリカ出身者が占める割合は、タイ人について2番目となっている。

【活動内容】

CRIATIVOSでは、1996年より新宿保健所（現在西新宿保健センター）の事業に協力しポルトガル語・スペイン語で電話相談活動を週に半日行っている。また、1999年からは港町診療所との協力で横浜市内で週に半日電話相談を開始している。別表に示すように相談件数は着実に増加している。西新宿保健センターではポルトガル語の相談が多く、港町診療所ではスペイン語の相談が多数を占めている。

2つの施設にてHIV抗体検査を母語で受けるためのサービスも提供しているが、多数の相談がよせられながら検査の数は年間平均20件と増加しておらず、感染の不安が必ずしも検査の増加に結びついてはいない。ただし、遠方からの相談も多く、地域的に来所が困難なことも要因として考えられる。

電話によせられた相談の内容をみると、すでに感染をしていることを知っており、日本国内で治療をしていくことを希望する相談者からの電話もよせられている。また、免疫が低下して日和見感染症にかかったために、HIVに感染したことがわかったスペイン語圏の相談者達から電話を受けることがしばしばある。しかし、こうした相談をしてくる人々のほとんどがビザも健康保険もない。このことは、彼らがHIVの治療が受を受けることを不可能にしてしまい、回復のための希望を持つことができないままの状態にとどめてしまう。

CRIATIVOSの活動は、大きく分けて3つに分類される。

* 1次予防

エイズ予防キャンペーンなどであり、これまで神奈川・群馬・愛知・栃木・東京などのラテンアメリカ出身者が多数集まるレストラン・商店・ディスコ・イベントなどで年に数回行っている。

* HIV抗体検査前後のカウンセリングと電話カウンセリング

西新宿保健センター（旧新宿保健所）で毎週木曜日の午後、横浜の港町診療所で毎週月曜日の午後行

っている。

* 感染者に対する総合的支援(Global Support)

1) 病院に付き添っての医療通訳は、スペイン語・ポルトガル語で月に4～5回実施している。通訳をする内容は、抗体検査結果の告知、治療の説明、福祉手続き、患者の心理的な相談など多岐にわたっている。

2) 感染者ミーティング

感染者本人とその家族・パートナーのミーティングを年間4～5回実施している。これは、自助グループの理論に基づき、お互いに同じ病気を持っているもの同士気持ちを分かち合い、病気のことを話し、お互いに励まし合うこと。感染者同士が自由に発言する場所を提供することを目的としている。これまで神奈川・静岡・愛知にて実施をした。

3) 情報提供

日本および母国の医療に関する最新の情報をポルトガル語あるいはスペイン語で提供している。

4) HIV感染者への電話相談

感染者に対しては、月・木の定期相談日以外でも相談員が携帯電話などで相談を受付けている。地理的な理由で電話だけで相談を受けることもおおく、特に感染者が心理的なクライシスの直面する場面で頻回の相談がよせられる。

【事例】

支援の内容の理解のために、相談事例と支援内容の流れの具体例を示す。

<CASE 1>

- ・電話相談を受ける
- ・保健所での抗体検査陽性
- ・都内の病院へ受診：初診に付き添い通訳
- ・連絡中断
- ・10ヶ月後：再度電話相談を受ける
- ・保健所へ来所
- ・他の医療機関へ紹介される
- ・初診への付き添い
- ・身障手帳取得手続きの補助
- ・抗HIV剤治療開始
- ・精神科へ付き添い
- ・現在に至るまで毎月外来診療に付き添い
定期的に電話相談あり

<CASE 2>

- ・電話相談を受ける
- ・初診に付き添い
- ・入院・必要な検査の説明
- ・病気の診断告知の通訳
- ・母国のNGOと連絡をとり母国の情報の入手
- ・入院生活のサポート（週3回）
- ・生活保護手続きの補助
- ・主治医の診察の通訳（週2回）
- ・妻の来日のサポート
- ・死亡時のサポート：添い式・遺骨の帰国の手続き
- ・滞在中の妻の診察の付き添い
- ・母国のNGOとの連携で妻の帰国のサポート

【まとめ】

治療を受けている人々のアドヒアランスは、良好な医師患者関係・母国語での情報へのアクセス・HIV陽性であることによって引き起こされる問題に対して心理的なサポートがあるかどうか、と行った

ことに大きく影響される。通訳をすることで医療システムを支えることは大事であるが、更に大事なことは、困難な状況におかれた感染者自身を支えて行くことである。専門的な技術を持つ人々のチームワークを強化することで患者・感染者の全てのニーズに応えて行くことが求められている。

事例 2 : 港町診療所の外国人対応

【はじめに】

外国人のH I V感染者に対する診療は、言語・医療費・母国の医療状況や文化の理解など多様な因子が関係しており困難を感じている医療機関が多い。外国人が多数診療を受けている港町診療所での診療体制と外国人H I V感染者の受診の動向から今後の外国人H I V診療体制の有難に付いて考察をした。

【対象及び方法】

1991年以降の外国籍住民が急増した時期に港町診療所が行った診療体制の工夫を明らかにする一方で、1995年から2000年にかけて同診療所を受診したH I V感染者の属性と初診時C D 4細胞数その後の経過に付いて検討をした。

【結果】

A. 港町診療所の診療体制

港町診療所は、神奈川県勤労者医療生活協同組合が母体となり1979年に開設された診療所である。当初より、港湾労働者の労災・職業病にたいする医療を中心課題として診療を行って来たが、1980年代後半より、労働災害に被災する労働者の中で外国人の比率が増加し、必然的に外国人に対する診療に取り組むこととなった。

1991年急増した外国人患者の診療を円滑に行うために、健康互助会制度を開始。健康保険に加入資格がない外国人が月々2000円を出資し会員になれば診療に要した費用の3割のみが自己負担になるという制度を開始した。これは既に通院をしている慢性疾患患者が治療中断をしないように行った窮余の策であったが、英字新聞などで報道されると外国人の受診者が殺到し、毎年1000人以上の外国人の新患が訪れるようになった。現在までの9年間に9000人が互助会に加入し、その他の外国人を含めると10000人以上が診療所を訪れている。

こうした外国人患者の急増に対して港町診療所が行った工夫は以下のようなものである。

1) 言語対応の多様化

海外での医療経験が有り外国語のできる医師、外国語の出来る事務職員、ボランティア通訳の活用等を行い、以下の7言語での診療に対応している。2001年1月1日現在の言語対応は以下の様になっている。

| | | |
|--------|------|------|
| 英語 | 毎日 | 医師 |
| ハングル語 | 毎日 | 事務職員 |
| フィリピン語 | 3/週 | 医師 |
| スペイン語 | 1/週 | 通訳 |
| ペルシャ語 | 2/週 | 医師 |
| タイ語 | 3/週 | 電話通訳 |
| フランス語 | 隔週半日 | 医師 |

2) 他機関・他団体との連携

■ 病院との連携 :

港町診療所には入院設備はなく、入院が必要な患者が円滑に治療が受けられるようにするためには他の医療機関との連携が不可欠である。そこで、近隣の公的医療機関のMSWと医療制度の学習会や事例の検討を行うことにより協力関係を深める様に努めた。

■ 自治体との連携 :

診療を進める中で、開発途上国出身の外国人の間で結核の有病率が高く、また治療開始の遅れや中断が多いことが目立って来た。このため、結核研究所の医師の指導を受け、外国人結核患者への対応を強化すると共に、神奈川県・横浜市・川崎市の3つの自治体と協力し外国人の結核検診を開始した。

また、NGO合同の自治体との話し合いに参加し、外国人患者への各種医療制度の適用を広げるための働きかけを行った。

神奈川県では、外国人が医療機関を受診する際に通訳を担うボランティアの団体が少なからず存在し、手探りで活動を進めて来た。神奈川県ボランティアセンターが実施するこうした通訳ボランティアのためのセミナーに協力し講師派遣や企画の立案への協力を行った。

■NGOとの連携：

外国人受診者の間では、労働災害・暴力の被害など医療の提供だけではなく法律的・心理的支援を要するケースが少なくない。こうした場合に相談の出来るNGO・人権団体・外国人互助組織などと積極的に連絡を取り連携を進めた。

自治体との協力で行っている外国人のための結核検診・医療相談会でも各NGOが通訳ボランティアを派遣する他、受診者への広報を担うなど重要な役割を担っている。

HIVに関しては、ラテンアメリカ人の感染者への支援を行っているNGO（CRIATIVOS）との連携で1999年より3ヶ国語（英語・スペイン語・ポルトガル語）のエイズ電話相談と匿名抗体検査を行っている。

3) 母国側医療事情の把握

開発途上国出身者では、たとえ紹介状を英文で渡しても病状によっては母国で必要な医療が得られないことも多く帰国後の医療についての十分な情報収集を行う必要がある。特に結核に関しては安易な帰国が治療中断につながるが多いためできるだけ日本で治療を完了させるように勧めている。

当院の医師は過去に開発途上国での医療経験がある医師が多いため、母国の医療事情についてできる限り情報を収集し治療中断がないように配慮を行っている。

当院の医師が過去訪問をした国の中で、タイ・フィリピン・韓国・マレーシアに関しては母国側の医療機関やNGOとの連携が取れており、重症患者を事前に現地の医師またはMSWと打ち合わせた上で医師が付き沿って搬送した経験もある。

B. 港町診療所を受診したHIV感染者の動向

港町診療所では外国人患者が急増するなかで、当初予期していた労働災害だけでなく、未治療の慢性疾患患者が多数受診をするようになり、結核・HIVといった慢性感染症患者も多数受診している。結核患者数は、既に100人を越え、受診した外国人患者のうち約1%が結核例であると言う極めて高い率となっている [1]。

HIVに関しては、少数ではあるが過去6年間を見ても14人が抗体陽性である事が解っており、一診療所としては多数の感染者を経験している。以下に、当院で診療を行ったHIV抗体陽性者の属性と経過に付いて示す。

抗体陽性者の出身地はアフリカ・東南アジアがほとんどをしめ、女性より男性が多い。このことは当院を受診する患者の中で英語圏のアフリカ出身者や男性労働者が多いことが反映しているとも考えられ、全体の疫学的動向をかならずしも反映しているとは言えない。

入国してから5年程度たってから何らかの病状の変化があり受診しているものが多く、特にCD4が50以下と終末期に近い状態での受診が36%ときわめて高い。また埼玉、茨城、静岡など遠隔地からの受診者が少なくないことも身近な診療施設での受診の困難さを反映している。

表1 男女別出身地

| | 男性 | 女性 |
|---------|----|----|
| アフリカ | 5 | 1 |
| タイ | 4 | 2 |
| アメリカ合衆国 | 1 | 0 |
| ミャンマー | 1 | 0 |

表2 初診時CD4細胞数

| CD4 | |
|-----------|---|
| 0 - 49 | 5 |
| 50 - 199 | 3 |
| 200 - 499 | 3 |
| 500 - | 2 |

| | |
|----|---|
| 不明 | 1 |
|----|---|

表3 入国してから初診までの日数

| 年数 | 人数 |
|-------|----|
| 1年未満 | 0 |
| 1年-3年 | 3 |
| 3年-5年 | 4 |
| 5年以上 | 4 |
| 不明 | 3 |

抗体陽性がわかった感染者の多くが既に重篤な日和見感染症を発症していることが多く、14人中8人が他院に紹介し入院治療を受けている。日和見感染の中では結核が半数を占め、うち2人が排菌をしていたため結核予防法35条の適用を受けている。結核発病者のうち残る2人は排菌をしていなかったため公費による入院治療（結核予防法35条）の対象ではなかった。

結核予防法35条非適用6人のうち4名は、病状悪化に伴い職も住居も失っており行旅病人及び行旅死亡人取扱法（行旅病人法）の対象となった。

外来治療となった6人のうち2人はCD4細胞数が500以上が維持されており、3～6ヶ月毎に通院し、免疫状態の把握と日常的な健康管理の相談を行っている。また1人は外来にて自費で抗レトロウイルス剤を内服しており、現在経過良好である。2人は母国の患者の居住地から通院可能な施設の医師を特定し、紹介状を持って帰国となった。その後の連絡で受診が確認されている。

残る1人は外来にて結核の治療を終了しており、その後帰国する予定と聞いていたが転居のため確認が出来ていない。

医療費区分：

| | |
|--------|----|
| 他医入院患者 | 8人 |
| 行旅病人法 | 4人 |
| 結核予防法 | 2人 |
| 自費 | 2人 |

外来治療

| | |
|--------|----|
| 外来服薬中 | 1人 |
| 定期検査のみ | 2人 |
| 母国に紹介 | 2人 |
| 不明 | 1人 |

【考察】

一般に健康保険を持たない外国人は、医療機関への受診が遅れがちであり、治療中断も多いことが指摘されている。結核を例にとれば、吉山ら[2]は健康保険を持たない外国人の治療完了率は50%にも満たない事が指摘している。当院でも、当初の治療完了率が低かったために、通訳の確保、医療費の軽減、NGO等との連携の強化を行った結果、治療完了率を改善させる事が出来た[1]。

HIVに関しては、健康保険を持たない外国人の医療へのアクセスの遅れが更に深刻である[3]。結核と同様に言葉・経済・心理面のサポートが医療の近接性を高めることが予想されるが、当院のみの事例では対象者数が少なく、今後更なる検討が必要である。

CD4が200以下の状態で当院を初診となった患者は、既に何らかの日和見感染症で複数の医療機関を受診している場合が多い。しかし、病状に対する明確な診断や治療方針の説明がないまま生活困難となり、仕事や居所を失ってしまってから当院に来る例が目立つ。

こうした事例は、行旅病人法や未払補填事業などの制度が外国人に対して運用されていない地域に特に多い。地域の病院を受診し、それぞれカリニ肺炎、クリプトコッカス髄膜炎、带状疱疹、肺結核、鷲口瘡などと診断されている患者がいずれも入院治療を受けられず当院を受診したり、衰弱した状態でNGOなどに保護され当院に連絡が来ている。

こうした事例に対して、少なからぬ医療機関が「病状が悪くならないうちに帰国するように」といった指導をしていたが、通常重病人の航空機搭乗には医師の診断書と必要に応じて医療従事者の添乗が求められる。また、帰国手続に1～2週かかる事が多く、帰国前に病状が更に悪化し他の医療機関に入院

することが多い。また、帰国を指導され治療途中で退院した患者がそのまま大使館に保護され3日後に死亡するといった衝撃的な事例も生じており人道上・国際関係上の問題に発展する可能性も否定出来ない。

現状では当院を受診した AIDS 患者の多くが結核予防法や行旅病人法の対象となっていること、救急医療費の未払補填事業がある自治体からはこうした病人の発生が少ないことを考慮すれば、現在実施されている諸制度を全ての自治体が十分な運用をすることで重症事例の対応は一定程度進むことが予想される。

しかし、感染早期より医療へのアクセスが出来るようにし、健康管理への十分な情報を提供して行く事こそが当事者にも公衆衛生的にも望ましい事であり、今後の薬剤価格の低下による影響を考慮しながら、外国人HIV感染者に対する新たな医療体制の構築を行う事が必要である。

【参考文献】

- [1] 山村淳平 沢田貴志:超過滞在外国人の結核症例検討. 結核 Vol 75(2):7988, 2000
- [2] 吉山 崇, 石川信克, 星野斎之, 他:在日外国人結核症の最近の疫学動向. 結核. 1999;74:667-675
- [3] Sawada T, Edaki M, Negishi M.:Delayed access for health care among undocumented migrant in Japan. presented in 5th international conference on AIDS in Asia and Pacific, Oct 1999

タイにおける抗レトロウイルス薬の価格

| 薬剤名 | 容 量 | 単価 (パーツ*) | 月額薬代 (パーツ、31日分) |
|-----|-------------|-----------|--------------------|
| AZT | 100 mg | 13 | 1612 |
| DDI | 100 + 50 mg | 48 + 25 | 4526 |
| 3TC | 150 mg | 109 | 6758 |
| D4T | 40 mg | 104 | 6443 |

Data: タイ国立感染症病院 (2000年5月)

*: 1 パーツ = 約 2.72 円

HIV 感染症の歯科医療体制に関する研究

分担研究者：池田 正一(神奈川県立こども医療センター歯科)
 研究協力者：前田 憲昭(医療法人社団皓歯会)
 小森 康雄(東京医科大学口腔外科)
 柿澤 卓(東京歯科大学口腔外科)
 樋口 勝規(国立病院九州医療センター歯科口腔外科)
 栗原 英見(広島大学歯学部歯科保存科)
 稲葉 修(国立大阪病院歯科口腔外科)
 玉城 廣保(国立名古屋病院歯科口腔外科)
 宮田 勝(石川県立中央病院歯科口腔外科)
 河野 正己(新潟大学歯学部口腔外科)
 山口 泰(国立仙台病院歯科口腔外科)
 村井 雅彦(愛知県歯科医師会)
 久保寺友子(神奈川県立こども医療センター歯科)

研究要旨

HIV 感染症の歯科治療は十分に対応できているとはいえない。まず、全国 370 拠点病院に歯科口腔外科が併設されているのは約 1/3 である。しかもその歯科口腔外科でも 35% はいまだに診療経験がない。またその経験についても病院間での相当の差があるのが実状である。これでは今後増加するであろう患者の要望にはとても対応できない。そこで今後は一般の歯科診療所の参加を促し、それらへの情報の伝達と啓蒙が重要であり、今まで以上の活動がより広い範囲で必要となる。とくに最近の HIV/AIDS 治療は次々と治療薬が開発され、その服薬の困難性や薬剤耐性、併用薬の問題などを十分に理解したうえで歯科治療をすすめる必要がある。したがって、それぞれの地域の特性にもよるが、一般歯科診療所(開業歯科医院)の協力を得なければ、HIV 感染者の歯科問題の解決はないと思われる。そこで今年度は各地区の歯科医師会に働きかけ、より多くの参加者を得て、情報の提供を行うこととした。1) 歯科医療体制につき班会議を 2 回開催し、今後の活動につき検討した。2) 平成 12 年度 HIV 感染者の歯科医療に関する研究会を開催した。一般演題 12 題、シンポジウム 1 題、特別講演 1 題を行った。当日は大雪のため交通機関に混乱が生じたが、それでも全国から 107 名の参加を得た。3) Dr. Glick を招き、ブロック毎に 6 ヶ所(東北、関東、東海、近畿、九州、中四国)で歯科診療における院内感染予防に関する講演会を開催。また北陸ブロックでも独自に研修会を行った。その結果 7 ヶ所合計で 550 名の参加があり、講演会終了後アンケート調査を行ったところ、多大な成果があった。5) Principles of Dental Management for the HIV/AIDS patients (HIV 感染者の歯科治療指針)の翻訳を行い、全会員(816 名)に配布した。6) ニュースレターを発行した。7) 東京都の HIV 歯科医療体制につき検討し、地域における今後の活動に参考となった。

1. 研究の背景

HIV/AIDS 医療は、HAART の出現以来 致命的な疾患から、治癒は望めないものの、治療可能な慢性疾患となり、感染者・患者は HIV を持ちながら、10 年、20 年さらには 30 年と長生きできる疾患となった。したがって、その間 う蝕や歯周疾患に罹患し、歯科を受診する機会も増えてきている。しかし、現状は相変わらず患者側からはあまりうまく対応してもらっていないとの声が聞かれる。

HAART は CD4 値の回復、血中ウイルス量の減少に多大な貢献を果たし、日和見感染としての口腔病変も明らかに減少した。しかし、抗 HIV 薬は、薬剤耐性、副作用、アドヒアランスの困難性そし

て拮抗薬の存在など問題も多く、これらを十分に知った上で、感染者の歯科治療にあたる必要がある。

HIV/AIDS の歯科医療は、HIV 感染に関連する口腔病変の診断、治療、HIV 感染者に対する歯科治療内容の変更の必要性、抗 HIV 薬と歯科治療で使われる薬物との拮抗作用、う蝕や歯周疾患と口腔衛生管理、院内感染予防、医療体制の構築等、多くの問題があり、本研究班を通して今後ますますこの分野での研究が必要である。そして、何とか HIV 感染者、エイズ患者の QOL の向上に貢献できればと願う次第である。

日本における HIV/AIDS 歯科診療に関する研究は、1988 年厚生省・HIV 感染者発症予防・治療に