

厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業

# HIV感染症の医療体制の整備に関する研究

平成15年度研究報告書 (1/2)

主任研究者

**木村 哲**

国立国際医療センター エイズ治療・研究開発センター長

## まえがき

本研究は今後の患者／感染者増に備えて診療体制を更に整え、どの地域にあっても利便性が高く格差のない良質な医療を提供できる体制を整えることを目的としている。いまだに差別・偏見のある HIV 感染症においては、とりわけケア／サポート体制の整備が必要であり、患者／感染者の少ない地域においては経験不足を補いつつ、適切な対応ができる体制を整えておく必要がある。一方、HIV 医療を担っている中心的拠点病院では患者／感染者が集中し、その診療能力が限界に達しているところもある。HIV 医療のコアグループである ACC ブロック拠点病院－拠点病院が適切な連携をとり、良質な HIV 医療を提供できる体制を推進するため、本研究班が中心となり、研修会の開催など多くの活動を行ってきた。

全国の 364 の拠点病院を対象に診療実績、受け入れ状況その他について調査し、集計結果を平成 9 年度に行われた同様の調査と比較した結果、緊急時の対応や受け入れの理解度、入院、観血処置、歯科処置などの可能度において大幅な改善が見られた。これは永年にわたる上記のようなブロック拠点病院や ACC の研修会などの成果と考えられ、この研究班の貢献も大きかったと考えられる。しかし、一方においてブロック拠点病院と拠点病院、ACC と拠点病院間の連携状況に大きな変化は見られず、連携の推進が今後の重要課題と考えられた。

全国 14 のブロック拠点病院のみを見ても、この 6 ヶ月間に診療した患者／感染者数は 1 名から 817 名と大きな幅があり、拠点病院では回答のあった施設中、現在患者 0 の施設は 26 %、1～10 名の施設が 48 %で、計 74 %で臨床経験が乏しい状況にある。勿論患者／感染者が非常に少ない地域が多いので経験症例数が少ない施設があるのは当然であるが、患者／感染者の発生／増加に備え、情報を得ておく必要がある。このような診療実態の偏りは首都圏において最も顕著であるが、北海道ブロック、東海ブロック、近畿ブロックにおいても顕在化してきている。早急な対応が必要である。

以上のような危機感のもと本研究班がスタートしたこともあって、各ブロックの整備のための研究、コーディネーターナースやソーシャルワーカー、カウンセラーの機能や役割の研究、歯科診療の整備に関する研究に加え、上記の問題を解決するために必要な施策を検討し、提言した。今回の研究や提言が格差のない良質な HIV 診療の提供につながることを期待している。

平成 16 年 3 月

木 村 哲

国立国際医療センター

エイズ治療・研究開発センター センター長

平成15年度 厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業  
HIV感染症の医療体制の整備に関する研究班

木村 哲	国立国際医療センターエイズ治療・研究開発センター センター長
照屋 勝治	国立国際医療センターエイズ治療・研究開発センター 厚生労働技官
杉浦 亙	国立感染症研究所エイズ研究センター第2研究グループ グループ長
小池 隆夫	北海道大学大学院医学系研究科病態内科学講座・第二内科 教授
佐藤 功	国立仙台病院内科 診療部長
下条 文武	新潟大学大学院医歯学総合研究科内部環境医学講座第二内科 教授
上田 幹夫	石川県立中央病院血液免疫内科 部長
内海 眞	高山厚生病院 院長
白阪 琢磨	国立病院大阪医療センターウイルス研究室、免疫感染症科 室長/部長
木村 昭郎	広島大学病院血液内科 教授
山本 政弘	国立病院九州医療センター内科 医長
池田 正一	神奈川県立こども医療センター障害者歯科 部長
渡辺 恵	国立国際医療センターエイズ治療・研究開発センター 看護支援調整官
山中 京子	大阪府立大学社会福祉学部 助教授
小西加保留	桃山学院大学社会学部社会福祉学科 教授

## CONTENTS

### I. 総括研究報告

HIV 感染症の医療体制の整備に関する研究 .....	3
国立国際医療センター エイズ治療・研究開発センター センター長	木村 哲

### II. 分担研究報告

ACC とエイズブロック拠点病院のあり方に関する研究 －拠点病院,ブロック拠点病院の診療機能の評価に関するアンケート調査報告 .....	25
国立国際医療センターエイズ治療・研究開発センター	照屋 勝治、木村 哲
北海道における HIV 医療体制の構築に関する研究 .....	37
北海道大学大学院医学研究科病態内科学講座・第二内科	小池 隆夫
東北地方における HIV 医療体制構築に関する研究 .....	45
I. ブロック拠点病院における診療状況の解析 .....	46
II. 拠点病院に対する取り組み .....	49
国立仙台病院 診療部長	佐藤 功
関東・甲信越における HIV 医療体制の構築に関する研究 .....	57
新潟大学大学院医歯学総合研究科内部環境医学講座	下条 文武
北陸地方における HIV 医療体制の構築に関する研究 .....	71
石川県立中央病院	上田 幹夫
東海地方における HIV 医療体制の構築に関する研究 .....	81
高山厚生病院・国立名古屋病院	内海 眞

---

HIV感染者の地域生活支援におけるソーシャルワークに関する研究	247
桃山学院大学社会学部社会福祉学科	小西加保留
エンパワメントのプログラム開発に関する調査研究	249
東海大学健康科学部 社会福祉学科	田中千枝子 他
HIV感染者の療養生活と就労に関する調査研究	253
埼玉県立大学保健医療福祉学部	若林チヒロ 他
身体に障害をもつHIV陽性者・家族の社会資源の利用に関する調査	257
NPO 法人おれいす東京	牧原 信也 他
HIV感染症治療のガイドラインの作成	263
東京大学医科学研究所感染免疫内科	中村 哲也

HIV/AIDS 患者の療養継続への支援システムに関する研究	199
国立国際医療センターエイズ治療・研究開発センター	渡辺 恵
I. 連携システムに関する研究	
I-1. HIV/AIDS 患者の病病連携システムに関する研究	201
長野県厚生農業協同組合連合会佐久総合病院	具 芳明 他
I-2. HIV/AIDS 患者の病診連携に関する研究	207
国立国際医療センターエイズ治療・研究開発センター	武田 謙治 他
I-3. HIV/AIDS 患者の病院－地域連携システムに関する研究	211
国立国際医療センターエイズ治療・研究開発センター	渡辺 恵 他
II. 看護システムに関する研究	
II-1. HIV/AIDS 患者の服薬支援プロトコルの開発に関する研究	215
エイズ治療・研究開発センター 国立国際医療センター	大金 美和 他
II-2. ブロック拠点病院における看護実践の評価ツール開発に関する研究	219
エイズ治療・研究開発センター 国立国際医療センター	渡辺 恵 他
II-3. ブロック拠点病院を中心とした看護連携に関する研究 (第2段)	223
エイズ治療・研究開発センター 国立国際医療センター	渡辺 恵 他
HIV カウンセリング体制の充実強化に関する研究	229
大阪府立大学社会福祉学部	山中 京子
研究 1. HIV 感染症のチーム医療におけるカウンセラーによる他職種との協働に関する研究	231
国立病院大阪医療センター、エイズ予防財団	安尾 利彦 他
研究 2. HIV 感染者の主観的カウンセリング経験に関する研究	235
大阪府立大学社会福祉学部	山中 京子 他
研究 3. 派遣カウンセリングの利用促進に関する研究	239
東京都健康局医療サービス部感染症対策課エイズ対策係	神谷 昌枝 他
研究 4. ピア・カウンセラーと専門カウンセラーの連携に関する研究	243
広島大学保健管理センター	内野 悌司 他

近畿地方における HIV 医療体制の構築に関する研究 .....	91
国立病院 大阪医療センター免疫感染症科	白阪 琢磨
ACC とエイズブロック拠点病院のあり方に関する研究<近畿ブロック> .....	95
国立病院 大阪医療センター臨床研究部、エイズ予防財団	若生 治友 他
近畿における HIV 医療体制の評価に関する調査 第 1 報 .....	103
国立病院 大阪医療センター臨床研究部、エイズ予防財団	若生 治友 他
近畿ブロックにおける HIV カウンセリング研修会終了後アンケート調査 .....	111
国立病院 大阪医療センター臨床研究部、エイズ予防財団	古金 秀樹、安尾 利彦 他
中国四国地方における HIV 感染症の医療体制の整備 .....	115
<sup>1)</sup> 広島大学病院血液内科、 <sup>2)</sup> 広島大学病院エイズ医療対策室	木村 昭郎 <sup>1)</sup> 、高田 昇 <sup>2)</sup>
九州地方における HIV 医療体制の構築に関する研究 .....	129
国立病院九州医療センター 免疫感染症科/感染症対策室	山本 政弘
「HIV 医療に必要な機能とその評価に関する研究―院内、院外処方への検討―」第一報 .....	141
国立病院九州医療センター 免疫感染症科/感染症対策室	山本 政弘
本邦における薬剤耐性 HIV-1 に関連する諸問題の把握とその対策に関する研究 .....	145
国立感染症研究所 エイズ研究センター 第二研究グループ	杉浦 互
HIV 感染症の歯科医療に関する研究 .....	173
神奈川県立こども医療センター	池田 正一

# I . 総括研究報告







厚生労働科学研究費補助金（エイズ対策研究事業）  
総括研究報告書

HIV 感染症の医療体制の整備に関する研究

主任研究者 木村 哲（国立国際医療センター エイズ治療・研究開発センター長）

## 研究要旨

本研究は今後の患者／感染者増に備えて診療体制を更に整え、どの地域にあっても利便性が高く良質な HIV/AIDS 医療を提供できる体制を整えることを目的としている。いまだに差別・偏見のある HIV 感染症においては、とりわけケア／サポート体制の整備が必要であり、患者／感染者の少ない地域においては経験不足を補いつつ、適切な対応ができる体制を整えておく必要がある。

研究班では HIV 医療体制整備のために全国のブロック拠点病院および ACC は各種の研修会、講演会などを実施した。ACC はこれらのカンファレンス、研修会に積極的に協力し、多数の講師を派遣し、また、ACC において医師／看護師／歯科医師／歯科衛生師・技工師向けの臨床研修（1 週間コース、1 ヶ月コース、case study）などを行い、ブロック拠点病院と合わせ拠点病院などを対象に今年度は計 249 回におよぶ研修／カンファレンスなどを行った。これらの活動を通じ多くの拠点病院で格差のない診療が行えるよう貢献した。全国の 364 の拠点病院を対象に診療実績、受け入れ状況その他について調査し、平成 9 年度に行われた同様の調査と比較した結果、緊急時の対応、患者受け入れ理解度、入院可能度、観血的処置可能度、歯科処置可能度がそれぞれ大幅に改善していた。これは永年にわたる上記のようなブロック拠点病院や ACC の研修会などの成果と考えられ、この研究班の貢献も大きかったと考えられる。一方においてブロック拠点病院と拠点病院、ACC と拠点病院間の連携状況に大きな変化は見られず、連携の推進が今後の課題と考えられた。診療の実績から観察すると、HIV 診療実績が非常に多い施設と少ない施設との 2 極化が進行していることも明らかとなった。診療経験の多い専門的医療機関と経験の少ない医療機関の連携を良くし、格差のない医療を提供できるようにするため、現状の分析を行いそれに基づき次の 8 項目の提言をおこなった。

- 1) 関東甲信越ブロックに首都圏支部と北関東甲信越支部を置き、ブロックの方針に基づき両支部が各支部内の拠点病院とより緊密な連携を取れるようにする。
- 2) 長期的措置として経験豊富で高度な HIV 医療機関に HIV 診療支援チームを編成し、拠点病院の要望に応じ数ヶ月程度の継続的長期支援を行い、その拠点病院の HIV 診療体制の確立をはかれるようにする。
- 3) HAART の導入は主として経験の多い施設で行い、安定期に入ったら連携病院に紹介する診療連携を構築する。ACC に医療従事者のための相談窓口を設置する。
- 4) 上記の病病連携、病診連携を促進するために更生医療を複数施設で受け入れられるようにする。
- 5) 拠点病院の HIV 診療実績を加味した診療報酬体制、拠点病院補助金配分体制を作る。特に、臨床経験の多い医療機関のウイルス疾患指導料、処方料など専門的知識、経験に基づく料金部分を高くするなどにより患者／感染者が選択できる方式を考慮する。
- 6) HIV 感染症の合併症による長期入院が医療機関にとって不利とならないように制度を改める。長期入院患者の受け入れを可能にするため、特定療養費の除外疾患の中に HIV 感染症の一部を含めるなどの施策が必要である。また、在宅医療を可能とするため介護要員の啓発・指導を充実させる。
- 7) 感染拡大の阻止および感染者自身の健康維持・増進のために、医療従事者がリスク回避行動に関する CDC の勧告を遵守し患者の再啓発を行うよう周知・徹底する。
- 8) 感染拡大の阻止および感染者自身の健康維持・増進のため感染者の早期発見を促進する。そのために、厚生労働省主導により保健所による検査体制を抜本的に見直し、受検者がもっと受け易い体制とする。医療機関での検査（VCT）を促進する方法を検討する。

これらの提言を出すに至った背景などはこの「総括研究報告書」の「研究成果」、および本文末に付した「HIV 感染症の医療体制の整備に関する提言内容説明」に詳述した。

連携を高める一助として「拠点病院診療案内」を作成し、全国の拠点病院および保健所等に配布した。また、格差の無い HIV 診療を提供するために、HIV 感染症治療のガイドラインを作成し、配布した。歯科診療の実態調査の結果、院内感染対策がまだ不十分であることを指摘した。自治体によるカウンセラー派遣事業は予算などの事情により十分機能できていない自治体が多いが、予算を獲得するためには先ず、派遣事業を客観的に評価する方法を構築し、その効果、意義を示す必要のあることを指摘した。

## 分担研究者

- 照屋 勝治 (国立国際医療センターエイズ治療・研究開発センター 厚生労働技官)
- 杉浦 互 (国立感染症研究所エイズ研究センター 第2研究グループ グループ長)
- 小池 隆夫 (北海道大学大学院医学系研究科病態内科学講座・第二内科 教授)
- 佐藤 功 (国立仙台病院内科 診療部長)
- 下条 文武 (新潟大学大学院医歯学総合研究科内科学部環境医学講座 (第二内科) 教授)
- 上田 幹夫 (石川県立中央病院血液免疫内科 部長)
- 内海 眞 (高山厚生病院 院長)
- 白阪 琢磨 (国立病院大阪医療センターウイルス研究室免疫感染症科 室長/部長)
- 木村 昭郎 (広島大学病院血液内科 教授)
- 山本 政弘 (国立病院九州医療センター内科 医長)
- 池田 正一 (神奈川県立こども医療センター障害者歯科 部長)
- 渡辺 恵 (国立国際医療センターエイズ治療・研究開発センター 看護支援調整官)
- 山中 京子 (大阪府立大学社会福祉学部 助教授)
- 小西加保留 (桃山学院大学社会学部社会福祉学科 教授)

## 研究協力者

- 山本 暖子 (国立国際医療センターエイズ治療・研究開発センター)

## 研究目的

本研究は今後の患者/感染者増に備えて診療体制を更に整え、どの地域にあっても利便性が高く良質な HIV/AIDS 医療を提供できる体制を整えることを目的としている。いまだに差別・偏見のある HIV 感染症においては、とりわけケア/サポート体制の整備が必要であり、患者/感染者の少ない地域においては経験不足を補いつつ、適切な対応ができる体制を整えておく必要がある。HIV 医療に関してはカウンセリングによる精神的サポートやプライバシーの守秘、施設内・施設間・在宅などのケア・医療の移行に関わるコーディネーションなどの必要度が取り分け高い。また HAART を開始した場合の服薬指導も他疾患とは比べものにならない程、重要である。更には他疾患に比べ海外からの移住者の比率が高く、オーバーステイも少なくなく、通訳や特別な社会福祉資源を必要とするなど、多様な機能を必要としているが、日本の医療界にあっては、これらに対する対応がまだ十分とは言えない。HIV 医療をモデルにこれらを充実させることは日本の医療全体にとっても有益である。従ってこれらの現状をハード・機能の両面から解析・評価することにより、拠点病院の機能向上を図るための具体策を見出していく。

また、HIV 医療を担っている中心的拠点病院では患者/感染者が集中し、その診療能が限界に達しているところもある。これまで全国に平均的に行ってきた ACC による研修を首都圏、東海、近畿など患者の多い地域の施設に重点を置いた形にできないか検討する。HIV 感染症の拡大を防ぐことは、良質な医療の提供を維持するためにも重要である。それには HIV 医療のコアグループである ACC 一ブロック拠点病院-拠点病院が適切な HIV 医療を提供するのみならず、地域医療の中核を担う医療機関として通院中の HIV 感染者に対する啓発活動を積極的に行い、感染者からの感染伝播を極力抑えたと共に、HIV 検査へのアクセスを良くし陽性者を早期に HIV 医療に結びつけることが必要である。感染者を早期に発見し、適切な指導を行うことにより二次感染を防ぐことができ、また HAART を行うことにより血中 HIV-RNA を減らせば感染伝播も低下させられる。これにより新規エイズ発症者の減少が期待され、HIV 感染症拡大防止に貢献することとなる。

更に、拠点病院での HIV 職業感染防止は、HIV 医療に携わる者の安全を確保し、HIV 医療の安定的

供給を可能とすると共に、拠点病院の受診者及び職員における HIV への正しい理解が高まり、差別・偏見の解消にもつながると期待される。

## 研究方法

3 年度以内に目的を達成することを目標に研究 1)～4)を進める。なお、感染者／患者数の分布には地域特性があるためブロック毎の問題を明確にしていく。

### 1) 地域における HIV 医療体制評価と整備に関する研究 (全班員で分担)

(a) 人的・物的状況の評価  
(b) HIV 医療に必要な機能とその評価に関する研究  
今年度は ACC、ブロック拠点病院、拠点病院における人的・物的体制の現状把握を目的とした調査を行う。また HIV 医療に必要な機能として、カウンセリング、コーディネート、プライバシーの守秘、HAART の服薬指導、社会福祉資源の活用、HIV の薬剤耐性検査、稀な日和見感染症の診断技術などの現状把握を行う。それらの成果を学会などで発表し議論を深める。

#### (c) HIV 医療の質の向上に向けての検討

初年度においては拠点病院がこれまでに実施してきた質の向上に向けての方策について実態を把握する。患者増に伴う医療の質の低下を防ぐ方策を検討する。特に患者増の著しい首都圏の医療体制の整備について検討し、提言する。

### 2) 治療ガイドラインの作成 (主として白阪班員が担当)

米国 DHHS、CDC、IAS-USA Panel、英国 BHIVA などによる最新のガイドラインを参考に、日本の状況にあった治療ガイドラインを作成する。毎年度改訂する予定である。

### 3) 拠点病院を中心とした通院患者に対する感染伝播防止の再教育と HIV 感染者の早期発見による HIV 感染症拡大防止策の検討

初年度においては再教育などの手法を整理すると共に拠点病院を訪れた新規感染者、あるいは拠点病院で初めて明らかとなった新規感染者について、抗体検査を受けることとなった経緯について把握す

る。

### 4) HIV 職業感染防止対策の推進に向けた検討 (主としてブロック拠点班員が担当)

各ブロックの医科および歯科で現在とられている院内感染防止予防策をスタンダードプリコーションの導入状況を含めて把握する。更に、先行研究の成果から安全対策を考案する。実態調査の結果及び解析から問題点を明らかにし、改善を可能にする手法と効果評価の手法を計画する。各ブロックにおいて対象施設を設定し、試験的に改善策を実施し評価する。

#### (倫理面への配慮)

本研究では主たる研究対象が体制であり、人を研究対象とする部分は少ないが、施設名を含め個人情報漏れることのない様、守秘義務を守ると共に発表形式、調査形式に配慮する。予防活動のための研究では、個別施策層の情報収集などがある可能性があるため、その場合には、対象者の個人情報を決して漏らさないなどの人権擁護上の配慮を行う。制度、および体制を考える場合においても個人の権利を尊重し、社会倫理に沿ったものとなるよう配慮する。

## 研究結果

### 1) 地域における HIV 医療体制の評価

HIV 医療体制整備のために全国のブロック拠点病院および ACC は各種の研修会、講演会などを実施した。平成 15 年度にブロック拠点病院は連絡会議 38 回、臨床カンファレンス 76 回、医師／看護師向け研修会 32 回、歯科向け研修会 4 回、コメディカル向け 14 回、合同研修会 17 回、公開講座 12 回、その他の講演会や患者会など 40 回など、各地で活発な教育・啓発活動を行った。ACC はこれらのカンファレンス、研修会に積極的に協力し、多数の講師を派遣し、また、ACC において医師／看護師／歯科医師／歯科衛生士・技工師向けの臨床研修を 1 週間コース 7 回、1 ヶ月コース 1 回、case study 5 回などを行い、ブロック拠点病院と合わせ拠点病院などを対象に計 249 回におよぶ研修／カンファレンスなどを行った。これらの活動を通じ多くの拠点病院で格差のない診療が行えるよう貢献した。

全国の364の拠点病院を対象に診療実績、受け入れ状況その他について調査し、まだ回答を回収中であるが現在まで256施設(70.3%)から回答が得られている。その集計結果を平成9年度に行われた同様の調査と比較した結果、緊急時の対応では平成9年には当直医40%、主治医55%であったものが平成15年では当直医79%、主治医46%となっており、通常の診療体制に近づいてきていることが伺える。患者受け入れ理解度も「とても良くできている」が28%から32%へ、「ある程度できている」が39%から51%へと向上している。入院可能度も可能が77%から94%へ、観血的処置は可能が71%から81%へ、歯科処置は可能が57%から69%と、それぞれ大幅に改善していた。これは永年にわたる上記のようなブロック拠点病院やACCの研修会などの成果と考えられ、この研究班の貢献も大きかったと考えられる。一方においてブロック拠点病院と拠点病院、ACCと拠点病院間の連携状況に大きな変化は見られず、連携の推進が今後の課題と考えられた。

HIV診療を行う医師数：0名46施設、1名63施設、2名66施設、3名31施設、4名15施設、5名11施設、6名5施設、7名以上19施設であった。93施設では診療の担当医師は特に決めておらず、患者の病状に応じて判断すると回答していた。0名の施設はもとより交替要員のいない1名体制の病院が合わせて109施設(回答256施設の42.6%)もある点は問題であり、研修の充実など今後改善していく必要がある。特に定めていない93施設も、いざ患者が受診された場合の受持体制、責任体制の所在が不明で、特に症状のない外来通院の多いHIV診療にはそぐわない考え方である。しかも、この体制では症例が分散し、複雑なHIV診療の経験が蓄積されない。

設備面では外来患者と面談できる個室がある194施設、ない53施設、入院患者と面談できる個室がある215施設、ない32施設、またペンタミジン吸入できる個室がある125施設、ない90施設、不明32施設であり、未だ不十分な点はあるが徐々に整ってきているように見える。外来スペースではHIV専用のスペースがある51施設、分けていない200施設であった。他の患者と区別せず診療しているのは132施設であった。時間をずらす、適宜空いている個室を利用するなどの配慮をし、プライバシー保護に努めている施設も多かった。しかし、患者側の

別な情報では個室がなく、プライバシーに不安がある施設が多いとの声もある。他の患者と区別せず診療すること自体好ましいが、診療室の個室化が適正に進んでいるか否かは更に調査する必要がある。

## 2) 患者/感染者の通院先の偏りについて

全国14のブロック拠点病院のみを見ても、この6ヶ月間に診療した患者/感染者数は1名から817名と大きな幅があり、拠点病院では回答に記載のあった246施設中、患者0の施設は63施設(25.6%)、1~10名の施設が117施設(47.6%)で、合わせて73.2%で臨床経験が乏しい状況にある。勿論患者/感染者が非常に少ない地域が多いので経験症例数が少ない施設があるのは当然であるが、患者/感染者の発生/増加に備え、情報を得ておく必要がある。しかも拠点病院であるからには、責任者を決めておき、その責任者が患者来診時に備え研鑽を積むべきと考えられる。しかしながら、患者/感染者の少ない施設では、その必要性についての認識、熱意に乏しい傾向がある。これらの拠点病院の意識改革を促す必要がある。

患者/感染者の最も多い東京都についてみると、診療患者数が1~10名をピークとする40名以下の施設群と400名以上(425名~817名)を診ている3施設との2極化が見られる。特に患者数の多い3施設で調査したところ、いずれも診療実績の伸びが著しく、初診、再診共に一人一人に十分な時間がかけられなくなっている実態が明らかとなった。これらの施設の専門医20名に問い合わせたところ、その7割がこのまま推移すると2年以内に外来での医療が限界に達すると判断していることが判明した。首都圏においては早急に患者の集中している施設と他の拠点病院との連携を深める必要がある。

連携の一助として拠点病院診療案内を作成し、全国の拠点病院、保健所などに配布した。

## 3) 首都圏問題および医療機関間の連携に関する検討と提言

具体的方策として、関東甲信越ブロックは10都県におよび、患者/感染者数も多いので首都圏支部と北関東甲信越支部の2支部を置く。東京都、神奈川県、千葉県、埼玉県、茨城県の1都4県(横浜市、川崎市、千葉市、さいたま市などの政令都市を含む)を首都圏支部として、栃木県、群馬県、山梨県、長野県、新潟県を北関東甲信越支部とする(提

言 1)。各支部に事務局を置きブロックの方針に従い、支部内の拠点へ最新情報を提供し、研修の場を提供し、支部の状況に合わせて病病連携、病診連携を促進する。特に ACC は首都圏支部内の拠点病院の研修が受け入れられるよう研修コースを拡充する。また経験豊富な先端的 HIV 診療機関から拠点病院のカンファレンスへのスタッフの定期的派遣を可能にする。加えて、経験豊富な先端的 HIV 診療機関に HIV 診療支援チームを編成し、拠点病院から希望があれば数ヶ月程度の長期派遣を行い、その病院の診療体制の確立を援助するなどの思い切った施策が必要である（提言 2）。HAART の導入期の患者教育・啓発、服薬指導・支援が極めて重要で経験を必要とすることから、HAART の導入は主として経験の多い施設で行い、安定期に入ったら連携病院に紹介する。連携病院は定期的に逆紹介すると共に、病状が変化したり、入院が必要となった場合も逆紹介する。このような連携システムを作ることにより経験の少なかった拠点病院でも経験が蓄積され独力で診療できるようにする（提言 3）。一方、病病連携、病診連携を阻んでいる大きな要因として更生医療が一疾患一施設でしか適応されないことが挙げられる。紹介または逆紹介した時、患者／感染者は更生医療がどちらかでしか受けられないため、他施設に動くことができない。この制限を緩和しなければ首都圏問題の解決は難しい（提言 4）。

第 2 の問題点は現状の連携では患者／感染者にとっても医療機関にとってもメリットがない点である。患者／感染者が経験が豊かで種々の支援体制の整っている医療機関を選ぶのは当然の権利である。しかも余り地元に近いと人目が気になるため少し遠くても都市の医療機関を選ぶ傾向にある。土日の診療が受けられるとか、午後遅い時間でも診療が受けられる、医療費が安いなどのメリットがないと他へ移ることはない。他方、医療機関としては HIV 診療は時間がかかり、人手も多くかかり、経営効率が悪い上、プライバシー保護、感染対策に大変気を使うなど苦勞が多い。HIV 診療の実績に応じた診療報酬なり補助金によるインセンティブを付けるべきとの意見が多い。特に臨床経験の多い医療機関のウイルス指導料、処方料など専門的知識、経験に基づく料金部分を高くするなどにより患者／感染者に選択してもらおう方式が提案された（提言 5）。

第 3 の問題点は長期入院で、HIV 感染症では種々の日和見感染症の治療が可能になった一方で、脳リ

ンパ腫や PML、HIV 脳症は治療が困難で、長期療養や長期リハビリを必要とする例が相対的に増えている。拠点病院の多くは急性期医療機関であり、特定機能病院も多い。これらの医療機関では長期入院は大きな負担となっており、病病連携の妨げともなっている。長期入院を可能にするため、特定療養費の除外疾患の中に HIV 感染症の一部を含めるなどの施策が必要である。併せて在宅療養を可能にする支援策の充実が望まれる（提言 6）。

#### 4) 治療ガイドラインの作成

治療ガイドラインは全国で均一な HIV 診療を実現するために不可欠な道具である。新しい抗 HIV 薬も加わり、また平成 15 年 7 月と 11 月の 2 度にわたり米国 DHHS のガイドラインも大幅に改訂されたことから、研究班でも改訂版を作成し、全国の拠点病院に配布した。

#### 5) 通院患者に対する伝播防止の再啓発と感染者の早期発見に関する検討と提言

通院の初期には医師や看護師などが HIV の伝播防止について生活指導など行うものの、長期になるとこの点への留意が薄れ、リスク行為に戻ってしまうとのエビデンスがある。リスク行為の回避は、本人にとっても他の STD に感染することを予防できメリットとなるのみならず、他への伝播も防止できる。特に、ここ数年 HAART の開始時期が遅くなったために、ウイルス量の多い感染者が急増したので、これらの通院者が感染源とならないよう、再啓発することは、HIV 感染症の拡大を防ぐためにも重要である（提言 7）。平成 15 年 7 月に CDC、NIH などにより Incorporating HIV Prevention into the Medical Care of Persons Living with HIV と題する勧告が出された（MMWR 52: RR-2, 2003）。これは大変実践的、具体的勧告であったため、許可を取り「HIV の伝播予防に向けた介入を HIV 感染者の診療活動に導入すべき」とのタイトルで和訳し、全拠点病院に配布すると共に、ACC の HP に掲載した。これにはパートナーへの告知によるパートナーの感染の早期発見についても具体的に記載されている。

HIV の感染拡大の防止には未感染者の感染防止に向けた啓発と共に、既感染者の HIV 伝播防止へ向けた啓発・再啓発が必須である。通院者には啓発・再啓発の機会はあるが、通院者は全感染者の 2 割程度と推定され、残り 8 割は感染を自覚しておらず、

啓発を受ける機会もない。これら 8 割の感染者の早期発見・早期啓発には VCT 体制の整備が不可欠である。

保健所の検査件数は伸び悩んでいる。関東甲信越ブロックおよび近畿ブロックの保健所、保健センター合わせて 301 施設に対し、検査受け付け状況を調査した結果、269 回答（回収率 89 %）の内、検査をしているのは 251 施設（93 %）であった。検査頻度は週 1 回が 42 % で最も多く、月 1 回から週 1 回までで 90 % を占めていた。1 回当りの受付時間は平均 90 分で、120 分以下が 211 施設（85 %）であった。保健所での検査はこのように限られた時間帯でのみ行われていることに問題がある。また受検者の約 5 % は結果を聞きに来ておらず、また、陽性者の 18 % はその後医療機関を受診していないと思われる結果であった。保健所における検査体制を更に見直し、拡充する必要がある（提言 8）。

北海道ブロックや北陸ブロック、中国四国ブロックでは献血により陽性と判明した人数が、保健所で陽性と判明した人数より多いなどの逆転現象が生じている。今回の調査では正確な数字を出すには至らなかったが、新規患者の受検場所は保健所より医療機関である場合が圧倒的に多い。保健所より医療機関の方がアクセスが良い、いつでも検査が受けられる、看板などがあり場所が判り易い、症状があるため受診する、手術前の検査として行われることが少なくない、などの理由があると思われるが、医療機関での検査を促進することも早期発見につながる可能性が高いので、無症状であっても、また HIV 感染症の疑いなどの保険病名を付けずに保険で検査を受けられる仕組みを作る必要がある。

## 6) HIV の耐性化防止に対する検討

HARRT を成功させ、長期にわたってその効果を持続させるためには服薬指導などを十分に行い、アドヒアランスを良好に保つことが重要であることは言うまでもないが、それ以外にどのような対策、施策が必要であるかをプロジェクト・サイクル・マネジメント（PCM）法で討議した。その結果、社会的支援体制の在り方、治療ガイドラインの整備、専門医の養成、薬剤モニタリング法の確立、耐性検査法の確立、サーベイランス法の検討、データベースの作成など多方面からの検討が必要であることが明らかとなった。これを元にプロジェクトデザインマトリックス（PDM）を作成し、耐性防止プロジェ

クトの研究テーマを提供した。

## 7) カウンセラー、ソーシャルワーカー、コーディネーターナースの役割とその体制の整備

都内のある医師会の会員を対象に HIV 診療における病診連携の可能性について問い合わせたところ、81 名中 33 名（41 %）から可能との回答が得られ、それらの医師から、専門医療機関に対し最新医療情報の提供、診療アドバイス（特に悪化時）の要望があった。今後の病診連携に希望を抱かせる結果であり、連携の形成がコーディネーターナースの活動でスムーズに進行する可能性が示され、モデル事業として試みることとなった。

カウンセラー派遣事業について全国の自治体（47 都道府県および 13 政令指定都市）の調査を行ったところ、回収率は 87 % で、事業ありが 35 自治体、事業なしが 17 自治体、廃止が 1 自治体であった。事業ありの 35 自治体においても「派遣事業の効果が不明」、「派遣依頼の減少」、「事業予算の削減」などの困難に直面している自治体も少なくなく、事業の存在の周知と共に有効性の立証、運用方法の工夫などが必要と思われた。

HIV 感染者の 311 名（20 歳～50 歳、男性 91 %、性的接触 76 %、CD4 数  $385 \pm 227$ 、HIV-RNA 測定感度以下 67 %）の就労状況の調査では 22 % が非就労であった。非就労の理由として約 50 % が体力や健康上の問題を挙げていた。差別に対する不安が約 20 % であった。企業の理解と共に地域と医療機関の連携の必要性が示された。

## 8) 歯科診療体制の整備

前述の通り 6 年前に比べ歯科診療の受け入れは大幅に改善した（57 % → 69 %）。これにはこの研究班が中心として行っている研修会も大きく貢献しており、今年度も各地で 4 回の研修を行った。更に Guideline for Infection Control in Dental Health-care Settings-2003（CDC）の翻訳を行い歯科医師の啓発に活用した。

拠点病院歯科に対する独自の実態調査では 222 施設中、151 施設から回答が得られ、その 90 % で HIV 陽性者の診療が可能であったが、約 9 % で HIV 陽性者の診療が行えていなかった。理由としては設備がない、人員が足りない、他の患者が減るなどであった。逆に希望があった時にすぐに対応できるのは 57 % で、これも更に改善する余地がある。院内感



染予防マニュアルを常備しているのは 62 %、歯科ユニットに感染予防カバーを施しているもの 44 %、ハンドピースを必要本数揃えているもの 51 %、逆流防止ユニットを設置しているもの 69 % などであり、まだ施設内感染防止の整備は十分とは言えない歯科診療科が少なからず存在することが判明した。更に啓発活動が必要である。

## 考察

各ブロックで地道な活動が続けられ、全国の拠点病院での HIV 感染者の受け入れ状況・体制に大幅な改善が見られた。しかし、一方において一部の拠点病院に患者が集中する傾向が北海道ブロック、関東甲信越ブロック、東海ブロック、近畿ブロックで顕著となってきた。特に患者／感染者の多い首都圏において著しく、2年以内に何らかの対応が必要な状況であることが判明した。

この点について次の提言をしたい。

- 1) 関東甲信越ブロックに首都圏支部と北関東甲信越支部を置き、ブロックの方針に基づき両支部が各支部内の拠点病院とより緊密な連携を取れるようにする。
  - ・ 東京都、神奈川県、千葉県、埼玉県、茨城県の 1 都 4 県（横浜市、川崎市、千葉市、さいたま市などの政令都市を含む）を首都圏支部とし、栃木県、群馬県、山梨県、長野県、新潟県を北関東甲信越支部とする。
  - ・ 各支部に支部事務局を定め、支部内の連携を高めるため活動する。
  - ・ ACC の行っている研修コース（一週間コースおよび一ヶ月コース）を拡充し、首都圏内の拠点病院の研修を積極的に受け入れる（東京都と連携する）。研修の運用にあたっては、受講しやすい形式を検討する。
  - ・ HIV 講習会の開催などに際し、地域拠点病院を会場として行うことを考慮する。
  - ・ 当面の措置として経験豊富な先端的 HIV 診療機関から、拠点病院の要望に応じカンファレンスなどヘスタッフを定期的に派遣することを可能にする。
- 2) 長期的措置として経験豊富な先端的 HIV 診療機関に HIV 診療支援チームを編成し、拠点病院の要望に応じ数ヶ月程度の継続的長期支援を行い、

その拠点病院の HIV 診療体制の確立をはかれるようにする。

- 3) HAART の導入は主として経験の多い施設で行い、安定期に入ったら連携病院に紹介する診療連携を構築する（紹介をうけた連携病院は定期的に逆紹介し、最良の医療が提供できていることを確認する。また病状が変化したり、入院が必要となった場合も逆紹介により、すぐもとの専門的医療機関が対応することを前提とする）。ACC に医療従事者のための相談窓口を設置する。
- 4) 上記の病病連携、病診連携を促進するために更生医療を複数施設で受け入れられるようにする。
- 5) 拠点病院の HIV 診療実績を加味した診療報酬体制、拠点病院補助金配分体制を作る。特に、臨床経験の多い医療機関のウイルス疾患指導料、処方料など専門的知識、経験に基づく料金部分を高くするなどにより患者／感染者が選択できる方式を考慮する。
- 6) HIV 感染症の合併症による長期入院が医療機関にとって不利にならないように制度を改める。長期入院患者の受け入れを可能にするため、特定療養費の除外疾患の中に HIV 感染症の一部を含めるなどの施策が必要である。また、在宅医療を可能とするため介護要員の啓発・指導を充実させる。
- 7) 感染拡大の阻止および感染者自身の健康維持・増進のために、医療従事者がリスク回避行動に関する CDC の勧告を遵守し患者の再啓発を行うよう周知・徹底する。
- 8) 感染拡大の阻止および感染者自身の健康維持・増進のため感染者の早期発見を促進する。そのために、厚生労働省主導により保健所による検査体制を抜本的に見直し、受検者がもっと受け易い体制とする。医療機関での検査（VCT）を促進する方法を検討する。

## 結論

地域および全国的 HIV 医療体制の整備に向けて多くの活動を行った。また更なる患者増に備えるための体制作りのために提言を行った。また、感染者の再啓発と早期発見による感染拡大防止のための提言を行った。カウンセリング、歯科診療その他の支

援体制について検討した。HIV 感染症の治療ガイドライン、HIV 伝播予防介入の勧告（和訳）および拠点病院診療案内を作成し、配布した。

## 健康危険情報

なし

## 研究発表

### A. 論文発表

- 1) S. Matsuoka-Aizawa, H. Sato, A. Hachiya, K. Tsuchiya, Y. Takebe, H. Gatanaga, S. Kimura and S. Oka; Isolation and molecular characterization of a nelfinavir (NFV)-resistant human immunodeficiency virus type 1 that exhibits NFV-dependent enhancement of replication. *J. Virology* 77 (1): 318-327, 2003
- 2) M. Hara, T. Matsushima, H. Satoh, N. Iso-o, H. Noto, M. Togo, S. Kimura, Y. Hashimoto and K. Tsukamoto; Isoform-dependent cholesterol efflux from macrophages by apolipoprotein E is modulated by cell surface proteoglycans. *Arterioscler Thromb. Vasc. Biol.* 23: 269-274, 2003
- 3) K. Nakayama, Y. Ota, S. Okugawa, N. Ise, T. Kitazawa, K. Tsukada, M. Kawada, S. Yanagimoto and S. Kimura; Raf1 plays a pivotal role in lipopolysaccharide-induced activation of dendritic cells. *Biochem. Biophys. Res. Commun.* 308: 353-360, 2003
- 4) K. Tsuchiya, S. Matsuoka-Aizawa, A. Yasuoka, Y. Kikuchi, N. Tachikawa, I. Genka, K. Teruya, S. Kimura and S. Oka; Primary nelfinavir (NFV)-associated resistance mutations during a follow-up period of 108 weeks in protease inhibitor naïve patients treated with NFV-containing regimens in an HIV clinic cohort. *J. Clinical Virology* 27: 252-262, 2003
- 5) S. Okugawa, Y. Ota, T. Kitazawa, K. Nakayama, S. Yanagimoto, K. Tsukada, M. Kawada and S. Kimura; Janes kinase 2 is involved in lipopolysaccharide-induced activation of macrophages. *Am. J. Physiol. Cell Physiol.* 285: C399-408, 2003
- 6) A. Hachiya, S. Matsuoka-Aizawa, K. Tsuchiya, H. Gatanaga, S. Kimura, M. Tatsumi and S. Oka; "All-in-One", a direct phenotypic anti-human immunodeficiency virus type 1 drug resistance assay for three-drug combination therapies that takes into consideration *in vivo* drug concentrations. *J. Virological Methods* 111: 43-53, 2003
- 7) X. Bi, H. Gatanaga, S. Ida, K. Tsuchiya, S. Matsuoka-Aizawa, S. Kimura and S. Oka; Emergence of protease inhibitor resistance-associated mutations in plasma HIV-1 precedes that in proviruses of peripheral blood mononuclear cells by more than a year. *J. Acquir. Immune. Defic. Syndr.* 34: 1-6, 2003
- 8) J. Tanuma, A. Ishizaki, H. Gatanaga, Y. Kikuchi, S. Kimura, M. Hiroe and S. Oka; Dilated cardiomyopathy in an adult human immunodeficiency virus type 1-positive patient treated with a zidovudine-containing antiretroviral regimen. *Clinical Infectious Diseases* 37: e109-11, 2003
- 9) Ueda, H. Gatanaga, Y. Kikuchi, K. Hasuo, S. Kimura and S. Oka; Bilateral lesions in the basal ganglia of a patient with acquired immunodeficiency syndrome. *Clinical Infectious Diseases* 37: 978-9, 2003
- 10) Y. Yamamoto, K. Teruya, H. Katano, H. Niino, A. Yasuoka, S. Kimura and S. Oka; Rapidly progressive human herpesvirus 8-associated solid anaplastic lymphoma in a patient with AIDS-associated Kaposi sarcoma. *Leukemia & Lymphoma* 44 (9): 1631-1633, 2003
- 11) 清水正樹, 奥住捷子, 八代純子, 荒明美奈子, 前橋一紀, 渡部宏臣, 木村哲; 尿および糞便検体からの分離菌に対する消毒薬の *in vitro* 有用性. *Jpn Pharmacol. Ther. (薬理と治療)* 31 (5): 429-433, 2003
- 12) 土屋亮人, 平林義弘, 今井和成, 菊池嘉, 立川夏夫, 源河いくみ, 照屋勝治, 安岡彰, 岡慎一, 木村哲; Saquinavir (SQV) soft-gel capsule (SGC) + ritonavir (RTV) と SQV hard-gel capsule + RTV および SQV - SGC 単独投与時の薬物動態の比較. *感染症学雑誌* 77 (6): 436-442, 2003
- 13) 岩井友美, 茅野崇, 吉田敦, 奥住捷子, 森屋恭爾, 木村哲; 芽胞菌を含めた各種細菌および肝炎ウイルスに対する過酢酸製剤の効果について. *環境感染* 18(4): 395-400, 2003
- 14) L. Myint, M. Matsuda, Z. Matsuda, Y. Yokomaku, T. Chiba, A. Okano, K. Yamada and W. Sugiur; Contribution of Gag non-cleavage site mutations for full recovery of viral fitness in protease inhibitor resistant HIV-1. *Antimicrobial Agents & Chemotherapy* 48 (in press)

- 15) K. Ariyoshi, M. Matsuda, H. Miura, S. Tateishi, K. Yamada and W. Sugiura; Patterns of point mutations associated with antiretroviral drug treatment failure CRF01\_AE (Subtype E) infection differ from subtype B infection. *JAIDS* 33: 336-342, 2003
- 16) J. Snoeck, R. Kantor, R.W. Shafer, I. Derdelinckx, A.P. Carvalho, B. Wynhoven, M.A. Soares, P. Cane, J. Clarke, C. Pillay, S. Sirivichayakul, K. Ariyoshi, A. Holguin, Z. Grossman, R. Rodrigues, M.B. Bouzas, P. Cahn, L.F. Brigido, V. Soriano, W. Sugiura, P. Phanuphak, L. Morris, J. Weber, D. Pillay, A. Tanuri, P.R. Harrigan, R. Camacho, J.M. Schapiro, D. Katzenstein and A.M. Vandamme; Evaluation of five interpretation algorithms for the prediction of drug susceptibility in non-B subtype. *Antiviral Therapy* 8: s111, 2003
- 17) R. Kantor, R.W. Shafer, A.P. Carvalho, B. Wynhoven, M.A. Soares, P. Cane, J. Clarke, J. Snoeck, C. Pillay, S. Sirivichayakul, K. Ariyoshi, A. Holguin, Z. Grossman, R. Rodrigues, M.B. Bouzas, P. Cahn, L.F. Brigido, V. Soriano, W. Sugiura, P. Phanuphak, L. Morris, A-M. Vandamme, J. Weber, D. Pillay, A. Tan and D. Katzenstein; Nucleic acid differences between HIV-1 non-B and reverse transcriptase and protease sequences at drug resistance positions. *Antiviral Therapy* 8: s58, 2003
- 18) L. Myint, M. Matsuda, T. Chiba, H. Yan, J. Kakizawa, A. Okano, M. Hamatake, M. Nishizawa and W. Sugiura; Analysis of virion morphology and assembly process in protease inhibitor resistance HIV-1. *Antiviral Therapy* 8: s91, 2003
- 19) W. Sugiura, K. Shimada, M. Matsuda, T. Chiba, L. Myint, A. Okano and K. Yamada; Novel genotyping assay for human immunodeficiency virus type-1 drug resistance using enzyme linked mini- sequence assay. *J. Clin. Microbiology* 41: 4971-4979, 2003
- 20) 杉浦互; HIV の薬剤耐性研究の現状と今後の課題. *現代医療* 35 (6): 113-118, 2003
- 21) 杉浦互; 日本における薬剤耐性 HIV-1 の現状. *臨床とウイルス* 31 (4): 272-282, 200
- 22) 佐藤功, 伊藤俊広, 岡慎一, 田沼順子, 永井英明, 山中克郎, 白阪琢磨, 山本政弘; HIV 感染症に合併する STD. *Progress in Medicine* 23 (9): 2307-2312, 2003
- 23) 佐藤功; 東北ブロック HIV ニュースレター No.1, 2003
- 24) 佐藤功; 平成 15 年度東北ブロック エイズ/HIV 感染症臨床カンファレンス抄録集, 2003
- 25) 佐藤功; 平成 15 年度東北ブロック AIDS/HIV 歯科診療拠点病院等連絡協議会・研究会抄録集, 2003
- 26) Y. Takizawa, I. Taneike, S. Nakagawa, S. Ishii, T. Kurabayashi, K. Tanaka, F. Gejyo and T. Yamamoto; Molecular DNA analysis of methicillin-resistant staphylococcus aureus(MRSA) infection in a neonatal intensive cure unit. *Acta Medica et Biologica* 51: 103-109, 2003
- 27) K. Enomoto, T. Takada, E. Suzui, T. Ishida, H. Moriyama, H. Ooi, T. Hasegawa, H. Tsukada, M. Nakano and F. Gejyo; Bronchoalveolar lavage fluid cells in mixed connective tissue disease. *BAL findings in MCTD* 8: 149-156, 2003
- 28) K. Oshima, N. Iino, N. Sasaki, N. Takahashi, Y. Tanabe, S. Ito, M. Ueno, S. Nishi, H. Tsukada, I. Narita, G. Hasegawa, E. Suzuki and F. Gejyo; Adult onset anaphylactoid purpura with severe gastrointestinal involvement. *Internal Medicine* 42: 436-442, 2003
- 29) 茂呂寛, 塚田弘樹, 小原竜軌, 諏佐理津子, 田邊嘉也, 鈴木栄一, 下条文武; 血中  $\beta$ -グルカン濃度を測定する新規の深在性真菌症診断法の性能評価. *感染症学雑誌* 77 (4): 219-226, 2003
- 30) 茂呂寛, 塚田弘樹, 小原竜軌, 諏佐理津子, 田邊嘉也, 鈴木栄一, 下条文武; 臨床検体を用いた血中(1→3)- $\beta$ -D-グルカン測定キット4種類の比較検討. *感染症学雑誌* 77: 227-234, 2003
- 31) T. Oki, Y. Usami, M. Nakai, M. Sagisaka, H. Ito, K. Nagaoka, N. Mamiya, K. Yamanaka, M. Utsumi and T. Kaneda; Pharmacokinetics of lopinavir after administration of Kaletra in health Japanese volunteers. *Biol. Pharm. Bull.* 27 (2): 261-265, 2004
- 32) J. Hattori, S. Ibe, H. Nagai, K. Wada, T. Morishita, K. Sato, M. Utsumi and T. Kaneda; Prevalence of Infection and Genotype of GBV-C/HGV among Homosexual Men. *Microbiol. Immunol.* 47: 759-763, 2003
- 33) S. Ibe, N. Hotta, U. Takeo, Y. Tawada, N. Mamiya, K. Yamanaka, M. Utsumi and T. Kaneda; Prevalence of Drug Resistant Human Immunodeficiency Virus Type 1 in Therapy Naive Patients and Usefulness of Genotype Testing. *Microbiol. Immunol.* 47 : 499-505, 2003
- 34) S. Ibe, N. Shibata, M. Utsumi and T. Kaneda; Selection of Human Immunodeficiency Virus Type 1 Variants with an Insertion Mutation in the p6gag and p6pol Genes under Highly Antiretroviral Therapy. *Microbiol. Immunol.* 47 : 71-79, 2003
- 35) T. Fjii, N. Takata, S. Katsutani and A. Kimura; Disseminated mucormycosis in an acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) patient. *Internal Medicine* 42 (1): 129-130, 2003

- 36) 日笠聡, 新井盛夫, 嶋緑倫, 白幡聡, 高田昇, 高松純樹, 瀧正志, 花房秀次, 福武勝幸, 三間屋純一, 吉岡章; 血友病在宅自己注射療法の基本ガイドライン (2003年版). 血栓止血誌 14 (4): 350-358, 2003
- 37) M. Yamamoto, R. Nakao, T. Miyamura, H. Shimada, E. Suematsu; Significant decrease in the serum haptoglobin level after the antiretroviral therapy in patients infected with human immunodeficiency virus-1. *J. AIDS Research* 5 (2): 71-75, 2003
- 38) 山中京子; 医療・保健・福祉領域における連携概念の検討と再構成. *社会問題研究* 53 (1): 1-22, 2003
- 39) 山中京子; HIV 感染症の予防介入と個別的相談\_ガイダンスとエンパワメント・アプローチの可能性. *性の相談 現代のエスプリ* 408: 120-130, 2004
- B. 学会発表**
- 1) 照屋勝治, 上田晃弘, 吉田邦仁子, 田沼順子, 矢崎博久, 鈴木康弘, 本田美和子, 湯永博之, 源河いくみ, 立川夏夫, 菊池嘉, 安岡彰, 岡慎一, 木村哲; カリニ肺炎治療後の HAART 開始時期と免疫再構築症候群の発生頻度に関する検討. 第 17 回日本エイズ学会学術集会・総会, 神戸, 11 月, 2003
- 2) 矢崎博久, 上田晃弘, 吉田邦仁子, 田沼順子, 鈴木康弘, 本田美和子, 湯永博之, 源河いくみ, 照屋勝治, 立川夏夫, 菊池嘉, 安岡彰, 岡慎一, 木村哲; 当センターにおける抗 HIV 薬の変遷について. 第 17 回日本エイズ学会学術集会・総会, 神戸, 11 月, 2003
- 3) 山中ひかる, 照屋勝治, 田中真理, 土屋亮人, 田沼順子, 矢崎博久, 鈴木康弘, 本田美和子, 湯永博之, 源河いくみ, 立川夏夫, 五反田亨, 鈴木雄次郎, 菊池嘉, 平林義弘, 本田美和子, 湯永博之, 岡慎一, 木村哲; HIV 患者におけるインフルエンザワクチンの有効性の検討. 第 17 回日本エイズ学会学術集会・総会, 神戸, 11 月, 2003
- 4) 上田晃弘, 吉田邦仁子, 田沼順子, 矢崎博久, 鈴木康弘, 本田美和子, 湯永博之, 照屋勝治, 源河いくみ, 立川夏夫, 菊池嘉, 安岡彰, 岡慎一, 木村哲; 当院における AIDS 関連悪性リンパ腫の検討. 第 17 回日本エイズ学会学術集会・総会, 神戸, 11 月, 2003
- 5) 立川夏夫, 菊池嘉, 照屋勝治, 源河いくみ, 湯永博之, 本田美和子, 鈴木康弘, 矢崎博久, 田沼順子, 上田晃弘, 吉田邦仁子, 安岡彰, 岡慎一, 木村哲; 新規に診断された HIV/AIDS 患者の予後, 1999 年から 2002 年の検討. 第 17 回日本エイズ学会学術集会・総会, 神戸, 11 月, 2003
- 6) 源河いくみ, 上田晃弘, 吉田邦仁子, 鈴木康弘, 田沼順子, 矢崎博久, 本田美和子, 湯永博之, 照屋勝治, 立川夏夫, 安岡彰, 菊池嘉, 岡慎一, 木村哲; HAART 時代のカポジ肉腫症例の検討. 第 17 回日本エイズ学会学術集会・総会, 神戸, 11 月, 2003
- 7) 服部里佳, 永松あかり, 五味淵秀人, 箕浦茂樹, 菊池嘉, 源河いくみ, 立川夏夫, 照屋勝治, 岡慎一, 木村哲, 湯永博之, 本田美和子; HIV 感染者における子宮頸部異形成とヒトパピローマウイルス (HPV). 第 17 回日本エイズ学会学術集会・総会, 神戸, 11 月, 2003
- 8) 鈴木康弘, 湯永博之, 立川夏夫, 菊池嘉, 照屋勝治, 源河いくみ, 本田美和子, 岡慎一, 木村哲; 脱核後 HIV-1 ウイルス外殻は長期間抹消血静止 CD4+T 細胞表面に遺残するため、感染静止細胞は液性免疫の攻撃を受ける). 第 17 回日本エイズ学会学術集会・総会, 神戸, 11 月, 2003
- 9) 本田美和子, 上田晃弘, 吉田邦仁子, 鈴木康弘, 矢崎博久, 田沼順子, 源河いくみ, 湯永博之, 照屋勝治, 立川夏夫, 菊池嘉, 岡慎一, 木村哲; HAART 治療中に見られた高乳酸血症の臨床的解析. 第 17 回日本エイズ学会学術集会・総会, 神戸, 11 月, 2003
- 10) 湯永博之, 菊池嘉, 立川夏夫, 照屋勝治, 源河いくみ, 本田美和子, 矢崎博久, 田沼順子, 吉田邦仁子, 上田晃弘, 鈴木康弘, 池田和子, 土屋亮人, 岡慎一, 木村哲; 核酸系逆転写酵素阻害薬 Tenofovir の臨床効果. 第 17 回日本エイズ学会学術集会・総会, 神戸, 11 月, 2003
- 11) 土屋亮人, 平林義弘, 立川夏夫, 矢崎博久, 照屋勝治, 源河いくみ, 本田美和子, 湯永博之, 菊池嘉, 岡慎一, 木村哲; LPV/r+EFV 併用療法における LPV 血中濃度の検討. 第 17 回日本エイズ学会学術集会・総会, 神戸, 11 月, 2003
- 12) 田沼順子, 上田晃弘, 吉田邦仁子, 鈴木康弘, 矢崎博久, 本田美和子, 湯永博之, 源河いくみ, 照屋勝治, 立川夏夫, 菊池嘉, 岡慎一, 木村哲, 安岡彰; 当院における急性 HIV 感染者に対する Structured Treatment Interruptions. 第 17 回日本エイズ学会学術集会・総会, 神戸, 11 月, 2003
- 13) 古賀一郎, 小田原隆, 細谷紀章, 後藤美江子, 中村哲也, 松田昌和, 杉浦互, 岩本愛吉; HAART 下で良好な経過中、梅毒発症とともに高 HIV 血症を呈した症例. 第 17 回日本エイズ学会学術集会・総会, 神戸, 11 月, 2003
- 14) 松田昌和, 千葉智子, 佐藤裕徳, 巖馬華, Lay Myint, 柿沢淳子, 濱武牧子, 植田知幸, 西澤雅子, 杉浦互; 相同組み換えを用いた CRF01-AE 薬剤感受性の解析. 第 17 回日本エイズ学会学術集会・総会, 神戸, 11 月, 2003