

#### 4. 非就労者の状況

現在就労していない人の割合は全体（学生と主婦を除く）の20%であった。非就労の理由を複数回答で尋ねたところ、「経済的に困らない」や「社会活動など他にすることがある」という人はごく僅かで、「体力や健康上の理由」という人が61%、「仕事がない・採用してもらえない」が39%、「差別されないか不安」が27%、「働く意欲がおきない」が21%であった。現在働いていない人のうち70%は就労を希望していたにもかかわらず、実際に就職活動をしている人は26%しかおらず、具体的な就職活動につながらない背景要因の検討が必要と思われた。

#### 5. 就労者の状況

##### (1) 就労状況

学生と主婦を除いた就労率は80%（休職中1%含む）。週労働日数は、62%は5日で、6日以上という人も33%と多かった。非正規従業員が多いものの4日以下は10%であり、就労者の大部分は週5日以上勤務していた。就労による年収（税込み）は年300万円未満が35%と全体にやや低かった。

派遣などの非正規雇用の人の80%は週5日以上勤務していたが、その年収（税込み）は65%が300万円以下と低かった。非正規雇用の場合には医療費助成などの各種制度利用に際して職場で病名が明らかになる不安が少ないというメリットを指摘する回答もみられたが、現在の職場の就労継続意向を尋ねた項目では、「転職したい」とする人が30%おり、民間企業の従業員の場合に7%であるのと比べて高く、非正規雇用に満足しているわけではない様子がかがえた。

##### (2) 現在の労働・職場評価

現在の職場に対する評価について尋ねた項目では、「病名を隠すことの精神的負担」を感じるとした人は就労者のうち69%で、「身体的体力的きつさ」を67%が挙げていた。「服薬しにくさ」の36%や、「通院しにくさ」の48%といった健康管理のしにくさに加え、身体的、精神的なきつさ・負担感が就労に伴っていた。一方で、「仕事のやりがいや面白さ」を73%の人が、「人間関係のよさ」を63%の人があげ肯定的な評価もしていた。

##### (3) 職場での HIV 周知とその評価

職場の誰かに HIV 感染を知らせている人は約2割おり、知らせた相手は、雇用主、上司、同僚が主で、産業医や健康管理部門の担当者に知らせている人は僅かであった。

職場で病名を知らせたことの影響をたずねた項目（支援的/変化なし/否定的の3択）では、52%が「精神的負担が軽くなった」、45%が「通院や服薬がしやすくなった」、41%が「HIV 感染症に対する周囲の反応は支援的だった」と全体に肯定的な評価をしていた。どの項目についても4~5割の人は「変化なかった」とし、否定的な対応を受けたとした人は数%と僅かであった。

##### 5. 就労・雇用支援サービス

就労や就職について相談した先を尋ねた項目では、通院先の「ナース・コーディネーター」に相談したという人が全体の51%と最も多く、医療機関のスタッフが主な相談先となっていた。「ハローワーク」で相談した人は無職者の51%で、「病名を伝えて相談した」人は29%、22%は「病名を伝えずに相談」していた。また「障害者職業センター」に相談した人は7%しかおらず、公的な雇用支援機関が十分に活用されていなかった。現在、就労している人でも通院先の医療者に就労に関する相談をしている人が50%おり、就職相談だけでなく、就労を継続するための相談ニーズが高い可能性が伺われた。

#### むすびと今後の課題

本調査研究は、HIV 感染者の就労実態を明らかにし、今後の就労支援対策を検討するための基礎資料を得る目的で行われた。

現在までのところ指摘できると考えられる点は、

- (1) 告知時から比べると無職者および非正規従業員が増加しており、とくに告知時に学生や無職だった人の就職・就労に課題がみられること。
- (2) 就労を継続する上での障害は、体力的なことや健康管理上のことだけでなく、精神的な問題とくに病名の漏洩不安が強く、HIV 陽性であることを開示しやすい環境の下で就労を継続するための相談ニーズがあること。

(3) 派遣やパートなどの非正規雇用の形態で就労している人が少なからずおり、かつ告知時と比べると増加しているが、この雇用形態の人には転職意向も高く不満が高い可能性があること。

(4) 無職者が全体の 2 割近くおり、就労を希望しているものの就職活動には結びついておらず、公的な雇用支援機関が活用されていないこと、などが挙げられる。

本集計は単純集計結果に基づいているが、今後は基本的属性や健康状態、地域性を考慮して分析する予定である。なお本報告の最終的な結論は、今後の回収・集計を待って行う。

#### 健康危機情報

なし

#### 研究発表

なし

#### 知的財産権の出願・登録状況

なし



## 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

分担研究者：小西加保留（桃山学院大学社会学部社会福祉学科）

研究協力者：牧原 信也（NPO 法人ぶれいす東京）

大内 幸恵（東京都立大学大学院社会科学研究所）

福原 寿弥（NPO 法人ぶれいす東京）

生島 嗣（NPO 法人ぶれいす東京）

### 研究要旨

ぶれいす東京（NPO）の在宅支援サービス利用者のうち、免疫は安定しているが何らかの肢体障害を持つ4人のHIV陽性者へのインタビューを行うことにより、円滑な医療や福祉サービス利用を阻害している要因について分析することを目的として、質的な調査を行った。そのうち、3事例は地方出身で東京地域に在住している男性で、家族からの日常的な支援は少ないが、自分でサービスの調整が可能という共通点が見られた。また、1事例は、現在入院中であり、他と比べ障害が重く、常に介護を必要としていた。

サービス利用については、入院中の1事例においては、プライバシー漏洩への不安が強く、サービス利用に抵抗感を覚えていたが、他3事例においては、自ら病名を告知し、サービスの利用を大きな混乱もなく受けていた。HIVの先端医療へのアクセスビリティの保証など都会の特徴が在宅生活を可能にする要因と考えられた。一方で、特に身体能力の維持や改善を行うリハビリテーション、視覚障害に対する医療や福祉の環境整備が望まれることが示唆された。また在宅移行時の住宅環境の設定が、福祉サービス利用の軽減やQOLの向上に結びつく可能性が大きいことが示された。HIV陽性者は、社会の理解が十分に進まない現状下では、自らの感染を周囲に伝えにくい場合も多い。社会福祉サービスの利用にあたり、様々な立場からの情報提供・支援の充実が不可欠であり、多様な地域のサポートネットワーク構築が望まれる。

### Research about Usage of Social Resources of Physically Disabled People Living with HIV/AIDS and their Family

Shinya Makihara<sup>1)</sup>, Yukie Ouchi<sup>2)</sup>, Toshiya hukuhara<sup>1)</sup>, Yuzuru Ikushima<sup>1)</sup> Kahoru Konishi<sup>3)</sup>

<sup>1)</sup>Positive Living And Community Empowerment Tokyo (NPO), <sup>2)</sup>Department of Social Sciences, Tokyo Metropolitan University (post-graduate) and <sup>3)</sup>Faculty of Sociology, Momoyama Gakuin University

## 研究目的

現在の HAART により、HIV 陽性者は以前に比べて身体の安定を得やすい状況になった。とはいえ、なお発症して、障害を持ちつつ生活を続けている者もいる。また、高脂血症・糖尿病等の副作用の出現や、長期療養に伴う高齢化等により、身体に障害を持つ HIV 陽性者が増加する可能性も考えられる。本研究ではそのような身体に障害を持ち、在宅生活を継続している者、計画している者、及びその家族の社会資源（医療・福祉・周囲の人的資源）の利用状況、範囲など、生活状況を把握することを目的としている。

そして、そうした陽性者の QOL を高めていくために、今後どのような支援が必要とされているのか、医療から福祉へ移行する際の公的制度とその利用上の問題点、支援者の関わり方について考察を行う。また社会的に付与された HIV/AIDS のネガティブなイメージが、社会資源の利用にどのような影響を与えているのかという点についても考察を行う。

## 研究方法

本研究では面接調査を行いその内容分析を行った。面接調査は、異なった身体障害を併せ持つ HIV 陽性者 4 例について、予め作成した質問紙の内容に沿った詳細面接（半構造化面接法）を実施した。調査対象者のサンプリングは機縁法で行い、調査主体である「ぶれいす東京」のケアサポート・サービスの利用者にコンタクトをとり、同意を得られた者に行った。面接は、本人に対し行うが、本人への面接が困難な事例 B については、家族に対し行った。面接時間は 2 時間程度であった。内容分析については、医師や社会福祉士など有資格者 4 名により複数回の検討を加え、必要に応じ追跡調査等を行った。

また報告書のプライバシーの配慮については、事前に 4 名に書面もしくは音声で文章の確認をしてもらい、了承の得られた部分を使用した。

## 研究結果

調査を行った各事例の結果は以下のとおり。

### 事例 A

在宅で単身生活を営む、左片麻痺を持つ 40 代男性。障害者手帳は 1 種 1 級（免疫機能障害 1 級・上下肢障害 2 級）。現在、歩行は杖と補装具にて行っているが、転倒することもあるという。

平成 12 年に保健所で受けた健康診断で感染がわかる。その後近くの拠点病院を紹介され受診。告知 1 ヶ月後に入院したが、麻痺が進行しほぼ寝たきりの状態となる。入院中に障害者手帳を同性のパートナーの協力で取得する。病名の告知は兄弟とパートナーのみ。兄弟にはパートナーを友達だと説明している。入院中から現在に至るまで、パートナーの積極的な支援があり、兄弟も信頼してくれている。

約 1 年後、兄弟がひきとる形で地元の拠点病院に転院。また半年後に、リハビリを目的に近医へ転院。3 ヶ月後には通院による単身生活を始めた。福祉制度やサービスは利用方法がわからず、住所変更もしていなかった。その間の生活は自分の貯金で行っていた。地元に戻る時点で、長年住み慣れ知り合いも多い東京地区に戻ると考えており、パートナーも住居を探し、兄弟の説得にも協力してくれた。半年後再び上京し、現在の単身・在宅生活を開始。上京に際し、リハビリ先の医療ソーシャルワーカーが、生活保護や障害者制度、転居先の医療情報等を提供してくれた。また、パートナーがアパートに手すりや踏み台を付けてくれた。

ヘルパー派遣や生活保護などの利用は、自らが福祉事務所を訪ねることで開始され、同時に病名告知も手帳を見せて行った。ヘルパー派遣は現在週に 3 回。1 回につき 2～3 時間。主に家事援助や訪問入浴、通院介助等で利用。ヘルパーへの病名告知は、役所を通じて派遣会社が行った。初めのうちは興味本位の質問もあったが、現在の関係性は良好。

役所は障害者福祉・生活保護と担当者が別々で、交代も多く、その都度状況説明をしなければならない。また、担当者により知識にばらつきもあり、不満を感じる。

上京後に通院を開始した医療機関の相談室の紹介で、週に 1 回民間の支援団体からボランティアの派遣を受けている。ボランティアにはヘルパーでは時間の足りない、近医でのリハビリや外出時の付き添いをしてもらっている。今後は段差のない家で生活がしたい。

## 事例 B

病院に入院中の 30 代男性。障害者手帳は 1 種 1 級。(免疫機能障害 1 級、上肢・下肢障害 1 級) 現在、上下肢の麻痺、その他の障害が残っており、要介護状況。

親が告知を受けたのは 99 年。リンパ節腫脹のため近医を受診するが原因不明。体調悪化にて拠点病院に入院し、地方より親が上京。世話をするようになったが、症状が進行し、会話不能となって告知を受ける。医師には余命 1 週間だと宣告された。感染症ということで、院内での洗濯を拒否されるなど差別的な対応をとられ、病室を離れられず、付きっきりで看病を行う。手帳の取得に際して医療相談室に行くが、対応等に信頼が持てず、次第に足が遠のく。その後は自分で情報を集め手続きを行おうとしたが、周囲の目が気になり躊躇していた。そんな時期に民間の支援団体に相談し、情報を得ながら手続きを進めたりボランティアの派遣を受けるようになった。生活保護についても抵抗を感じて躊躇していたが、どうにか申請することができた。その後本人の全身状態が安定し、退院を促されるようになったが、情報提供等積極的な協力は得られず、転院先が見つからなかった。入院から 1 年後、親自身があたっていた病院に急に空きができ転院。約 3 年が経過した。すでに退院の話が出ており、医療相談室にて入所できる施設等を探すが受け入れ可能なところが見つからず、現在は在宅療養を促されている。HIV 感染の事実は家族にしか告げていない。病院に通院可能な地域で、車椅子が利用できる公共住宅を申し込んでいるが難しい状況。また、住宅だけでなく経済的問題、在宅福祉サービス・ヘルパー導入時のプライバシー問題等、新しい場面に移行するにあたり心配なことが絶えない。家族の願いとしては、できるだけ早く、偏見なしに生活できる社会になって欲しい。

## 事例 C

在宅で単身生活を営む 50 代男性。障害者手帳は 1 種 1 級。(免疫機能障害 2 級、体幹機能 2 級、左上肢 3 級、右上肢 7 級) 比較的病院に近いアパートで、ほぼ車椅子により生活を行っている。

平成 9 年に肺結核といわれ、都内専門病院に入院。血液検査にて感染が判明。告知後は結核の治療も含め 10 ヶ月入院。入院中に病院のソーシャルワ

ーカーが間に入り障害者手帳や生活保護の手続きを行う。退院時には病院近くに転居し通院していたが、半年ほどで歩行が困難となってくる。ある日路上で倒れ再入院。頸椎が神経を圧迫しており、今後麻痺が残ることを告げられた。その後リハビリでつかまり立ちができる程度となり退院を考えたが、車椅子利用者で生活保護だと住居探しが難しく、病院のソーシャルワーカーも協力してくれたが、段差の多い現在の住居で妥協せざるを得なかった。また、ヘルパー派遣を開始し、現在週に 3 回 3 時間、洗濯、掃除、買い物、通院介助をお願いしている。感染については役所からヘルパー会社に伝えてもらい、ヘルパーとの関係性は良好。その他の外出に関しては、病院で知り合った友達と、その友達から紹介された民間の支援団体のボランティアにより月に 2 回程度。退院後自宅で転倒し 2 度骨折している。2003 年 4 月の支援費制度導入以降、福祉サービス提供機関を選べるようになったが、手続きは煩雑。役所には制度の利用に関して困ったことがあれば相談をしており、担当者とも話しやすい。家族には誰にも告げていない。兄弟とは姉とたまに連絡をとる程度で、ほぼ縁を切っている。今後は段差の無い家に引っ越し、1 人でも外出できる所で生活をしたい。

## 事例 D

在宅で単身生活を営む 50 代男性。障害者手帳は免疫機能・視覚障害ともに 1 級。病院近くのアパートに居住。

8 年前に献血で感染が判明。CD4 は 1 だった。左目が見えにくかったがそのまま、仕事も続けていた。通院はしていたが薬を飲まないこともあった。医療相談室のソーシャルワーカーに障害者手帳をとるよう勧められたが、必要性を感じず断っていた。その後ワーカー自身が手続きをするということになり取得。5 年前には右目も見えなくなってきたため入院したが、症状は回復せず、約 10 ヶ月後退院するが、仕事ができなくなり、生活保護の申請を自分で行う。また、兄弟の家に居候することとなる。その時点で通院は 1 人で可能。2 年半前に更に視覚障害が進行し再度入院。抗 HIV 薬の副作用で糖尿病も発症し、退院まで半年ほどかかった。1 人で通院できない状況になったが、眼科の主治医を変更しなかったため、医療相談室のソーシャルワーカーに頼み、徒歩での通院が可能な部屋を探してもらった。その住居に浴室はなかった。退院時、新聞の字

が拡大鏡で見える程度の視力があり、特に視覚機能訓練等の案内はなかった。生活に必要な道具はワーカーに揃えてもらったが、ヘルパー等のサービス利用はしなかった。兄弟からの支援も特にはなかった。退院後も、入院中に看護師から紹介された民間団体のボランティアが、月に2度程訪問してくれた。1ヶ月後、役所のワーカーが来てヘルパーの派遣を受けることになった。ヘルパーや役所の人には、その時同席してくれた病院のワーカーから説明してもらった。現在、週に5日2時間。食事や掃除、洗濯で利用。外出はほとんどなく、週に1回徒歩3分の通院と週に1~2回徒歩10分の銭湯に行く程度。見えるときに道を覚え、白杖を持って1人で出かけている。数ヶ月前にガイドヘルパーを利用してみたが、紹介されたヘルパーが自分より年上の方で、手伝ってもらうことが申し訳なく、現在利用していない。支援費制度になって特に変化はないが、一度ヘルパーの派遣会社を変えたことがある。今後は、浴室のある住居か、もっと近くに銭湯がある家に引っ越したい。

## 考察とまとめ

### 1. 考察

#### (1) 事例の背景

今回聞き取りを行った4事例において、現在も入院中の事例Bを除く3事例は、障害の種類や程度に違いはあるが、①男性②単身で在宅生活が営んでいる③地方出身で東京地区に在住④自分でサービスの調整が可能⑤家族からの日常的な支援が少ない、という点が共通していた。事例Bは、他と比べて障害が重く、常に介護を必要とする状態であるが、病院側から退院をうながされている。

#### (2) 在宅生活移行時の問題

事例Aは、家族の支援により地方での単身生活を開始したが、福祉の情報が得られず、サービスなしで生活していた。本人の意向とパートナーの協力により、都内で在宅生活を開始するにあたり、初めて情報提供を受け、自らが役所に赴き手続きを行った。

事例Bは、本人は現在入院中であるが、家族が当初医師、看護師、ソーシャルワーカー等に信頼が持

てず、自ら情報収集に努めていた。また、プライバシーの漏洩不安やサービス利用への抵抗感により、手帳の取得や生活保護の申請に躊躇があった。さらに入所可能な施設が長期に渡り見つからず、限定された人員による家族介護による在宅生活を選択せざるを得ない状況にある。その際にも、地元でのプライバシー保護に不安があり、医療へのアクセシビリティも難しいため、都内での在宅を検討している。

事例Cは、ソーシャルワーカーによる協力は得られていたが、車椅子・単身・生活保護での在宅にあたり、生活の場となる住居に選択の余地がなかった。また4事例の中で唯一家族に感染の告知をしていなかった。

事例Dは、視覚障害を合併しており、医療を優先することなどから単身生活を選択したが、機能訓練など障害の程度に応じたサービスの情報提供が不足しているように思われた。

いずれの事例においても、在宅生活移行に際して、医療関係者が中心となって、適切な情報提供と事例の個別性に即した専門性のある支援の必要性、その前提となる信頼関係が担保されることの重要性が改めて提示された。特に身体に障害を残す場合、免疫に対応する以外の医療や福祉的な側面を加味した、今後の生活を見通した情報の提供や支援が必要であり、その点での課題は大きいと思われた。また情報の収集や行動の選択には、家族のほかに、地域の支援団体などインフォーマルな資源が有効に活用される場合が多いことも示された。

#### (3) 在宅生活移行後の問題

事例Aは、比較的サービスを有効に利用しているが、頻回の転倒など症状の変化に伴うサービス内容の変更や充実が望まれる。事例Cも、サービスを有効に利用しているが、在宅移行時の場面設定が車椅子生活に適していない。事例Dに関しても、視覚障害があるにもかかわらず浴室がなく、サービスの有効利用の点でも疑問が残る。事例C,Dにとって住宅問題は重要な課題であり、選択肢の充実、資源開発、交渉能力への支援などが望まれる。また事例Bも入所形施設を含む生活の場の課題が大きい。

サービス利用については、事例A,C,Dとも比較的混乱なく受けていると言える。これは役所やサービス提供事業所の配慮や理解が得られている結果と思われる。他の症例経験の多さや、都会の匿名性の担保が影響していると思われる。また東京地区のHIV先

端医療へのアクセスビリティの保証が、在宅生活を支えていると考えられる。2003年度から開始された支援費制度については、書類の煩雑さの指摘はあったが、事業者を選択できるなどのメリットも語られた。サービスの内容や質については状態に変化に即した対応が望まれ、インフォーマルなサービスとのマネジメントの充実とともに、今後の制度に対するモニタリングが特に重要と思われた。

## 健康危機情報

なし

## 研究発表

なし

## 2. まとめ

身体に障害を持つ HIV 陽性者の社会福祉サービス利用に際しては、事例 B の介護者に見られるように、プライバシーの漏洩不安や制度自体への抵抗感が阻害要因になる場合がある。地域に根ざして生活する住民としては当然の感情と思われるが、適切な支援が特に重要である。他3事例においては、それぞれの生活歴や性格など個人的要因もあるが、都会の持つ支援経験の豊富さ、匿名性、医療へのアクセスの良さが在宅生活を支える要因と考えられた。しかし、AIDS 発症等の場面において、何らかの身体に障害を持った場合、長期的な視点にたった身体機能の維持や回復に関する医療の重要性が示唆された。また視覚障害の事例 D においては、医療者や福祉従事者など、多領域の専門家の参加の促進が重要と思われた。また障害の程度に応じては、退院後に入所可能な施設の必要性も示された。

## 知的財産権の出願・登録状況

なし

各事例の共通点として、退院後の住宅問題が重要な課題となっていた。在宅移行時の住宅環境の適切な設定が、その後の自立の向上、つまり福祉サービス利用の軽減や QOL の向上に結びつく可能性が大きい。

HIV 陽性者の中には身近な人や家族に告知ができない場合も多く、介護者自身も孤立しがちである。また、HIV 陽性者の周囲の人間関係のなかには、同性間や、婚姻という形態をとらないパートナーシップもある。サービス利用の促進には、多様性への理解や、プライバシー不安によるサービス利用の難しさ等への共感的なコミュニケーションが求められる。今後は、医療や行政をはじめとした、地域の多様な職種や団体・コミュニティ・個人によるサポートネットワークの構築が重要である。







## HIV 感染症治療のガイドラインの作成

分担研究者：白阪 琢磨（国立病院大阪医療センター 免疫感染症科）

研究協力者：中村 哲也（東京大学医科学研究所感染免疫内科）

### 研究要旨

HIV 感染症の治療の進歩には著しいものがあり、米国でも昨年二度の改訂が行われた。我々は海外のガイドラインを参考とし我が国の実情に応じたガイドラインを策定すべく検討を行った。平成 14 年度版の抗 HIV 治療ガイドライン<sup>1)</sup>を改訂するにあたり、以下に変更点および浮き彫りになった問題点を示す。

変更点としては、1. 抗 HIV 療法の開始時期についての理論的補強、2. 服薬率(アドヒアランス)の重要性についての追記、3. 初回治療に使用する抗 HIV 薬の選択についての変更、4. 新しい抗 HIV 薬と 1 日 1 回投与の抗 HIV 療法についての追記が挙げられる。

問題点としては、1. 米国ですでに認可された薬剤の早期導入、2. 薬剤耐性検査の保険適応が浮き彫りになった。

我が国において、最善の HIV 医療体制を構築するためには、上記のような問題点を解決していかなければならないといえる。

## 研究目的

国内外の報告や海外のガイドラインを参考とし我が国の実情を鑑み、平成 14 年度版の抗 HIV 治療ガイドラインを改訂する。

## 研究方法

2003 年 7 月に米国 DHHS ガイドラインが大幅な改定を行ったのに準じて、平成 14 年度版の抗 HIV 治療ガイドラインを改訂する。

## 研究結果

### <平成 14 年度版からの変更点>

平成 15 年度版の抗 HIV 治療ガイドラインの平成 14 年度版からの主な変更点を以下に記す。

#### 1. 抗 HIV 療法の開始時期についての理論的補強

現在の抗 HIV 療法開始時期に関するコンセンサスは、「HIV の駆逐は困難なので、生命予後に影響を与えない時期(CD4 陽性 T リンパ球=200/μl)まで治療を待つ」となっている。その根拠となっているのは、(1)抗 HIV 療法による HIV の駆逐のためには少なくとも数十年の治療が必要である、(2)抗 HIV 療法開始時の CD4 陽性 T リンパ球が 200/μl 未満であると生命予後が悪化する、という 2 つの事実である。平成 15 年度版では、この点に関するここ 1-2 年に明らかになった事実を具体的に書き加えた。

#### 2. 服薬率(アドヒアランス)の重要性についての追記

過去の治療成績の評価から、治療を成功させるためには服薬率を 95 % 以上に保つことが重要であることが明らかになってきた。そのためには、1 日に内服する薬剤の錠剤数になるべく少なく、可能なら内服時の食事制限がなく、内服回数が少なくて済み、副作用が許容範囲であるのが理想である。これらの点についてのエビデンスを追記し、服薬率の重要性を強調した。

#### 3. 初回治療に使用する抗 HIV 薬の選択についての変更

この点は、2003 年 7 月に米国 DHHS ガイドラインが大幅な改定を行ったのに準じて変更した。従

来、薬剤の組み合わせを選ぶ場合に選択肢が多すぎた DHHS ガイドラインの欠点が大きく改善された。平成 15 年度版ガイドラインでもそれに準拠し改定するとともに、実際に 1 日に内服する薬剤の写真を付け、経験の浅い医師が治療方法を選択する際に役立つことを心がけた。

#### 4. 新しい抗 HIV 薬と 1 日 1 回投与の抗 HIV 療法についての追記

平成 14 年度版の出版以降(2003 年 3 月)、日本で新たに承認された抗 HIV 薬には lamivudine(1 日 1 回内服の 300mg 錠の追加)と atazanavir(新薬)の 2 剤があり、さらに 2004 年 4 月頃に tenofovir(新薬)の承認が見込まれている(著者注: 2004 年 3 月にわが国でも承認された。)。後 2 者の新薬は抗ウイルス活性や副作用の点で優れた薬剤であるばかりでなく、内服が 1 日 1 回ですむという大きな特徴がある。tenofovir が認可される時点で、日本で 1 日 1 回内服の抗 HIV 薬は 5 種類となり、1 日 1 回内服の抗 HIV 療法が本格的に可能となる。これらの新しい薬剤およびそれを用いた抗 HIV 用法について記述を加えた。

#### <問題点>

平成 15 年度のガイドライン作成する過程で、日本での HIV 診療における問題点がいくつか明確になった。

#### 1. 米国ですでに認可された薬剤の早期導入

一つは米国で承認された抗 HIV 薬が本邦に導入されるのに時間を要する点である。2004 年 4 月頃承認見込みの tenofovir は米国で約 2 年前に既に承認されている薬剤である。さらに、薬剤そのものは日本でも承認されているが、欧米で承認された剤形が我が国では未承認の薬剤がある。たとえば、日本で efavirenz の 1 日量 600mg は 3 カプセルでの処方しかできないが、米国では 600mg が 1 錠になった錠剤を処方できる。服薬率を高く保つために 1 日の錠剤数が少ない方が有利との観点からは、これらの剤形の薬剤の日本での承認が望まれる。

#### 2. 薬剤耐性検査の保険適応

ウイルス学的な治療失敗時に実施が必要な HIV の薬剤耐性検査が日本では保険適応されていないことも大きな問題である。薬剤耐性検査の結果なしで治療変更を行う場合と、耐性検査の結果を参考に治

療変更する場合には、治療成功率が前者では明らかに後者に劣るという報告がある。最善の治療を行うためには、耐性検査の保険適応が必須であると思われる。

## 考察

平成 14 年度版の抗 HIV 治療ガイドラインを改訂するにあたり、以下に変更点および浮き彫りになった問題点を示す。

変更点としては、1.抗 HIV 療法の開始時期についての理論的補強、2.服薬率(アドヒアランス)の重要性についての追記、3.初回治療に使用する抗 HIV 薬の選択についての変更、4.新しい抗 HIV 薬と 1 日 1 回投与の抗 HIV 療法についての追記、が挙げられる。

問題点としては、1.米国ですでに認可された薬剤の早期導入、2.耐性検査の保険適応が浮き彫りになった。

我が国において、最善の HIV 医療体制を構築するためには、上記のような問題点を解決していかなければならないといえる。

## 結論

我が国の HIV 治療の状況を欧米と比較すると、海外で既承認だが我が国では未承認という優れた抗 HIV 薬が少なからずあった。薬剤耐性検査が保険などで容易に実施できない状況は薬剤変更上の不利益をもたらしていると考えられた。今後も、抗 HIV 治療状況は、めまぐるしく変化を続けていくと予想されるので、今後も国内外の臨床知見や欧米のガイドラインを検討し、我が国の状況に応じた HIV 治療のガイドラインの改訂が必要であると考えられる。

## 健康危険情報

なし

## 研究発表

現在のところなし

## 知的財産権の出願

なし

## 主要参考文献

- 1) 抗 HIV 治療ガイドライン (2003 年 3 月) 平成 14 年度厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業「HIV 感染症の治療に関する研究」班
- 2) Guidelines for the use of antiretroviral agents in HIV-1 infected Adults and Adolescents: July 14, 2003.

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 1/2

発行 平成16年3月

発行者 「HIV感染症の医療体制の整備に関する研究班」

主任研究者 木村 哲

〒162-8655 東京都新宿区戸山1-21-1

国立国際医療センター

エイズ治療・研究開発センター

印刷 株式会社 シャローム印刷 〒113-0033 文京区本郷3-35-4

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 (2/2)

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

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 総括・分担研究報告書  
研究成果の刊行に関する一覧表

(2/2 研究成果の刊行に関する一覧表)

平成 16(2004)年 3 月

主任研究者 木 村 哲

## 研究成果の刊行に関する一覧表

### 主任研究者

- 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; 有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

#### 分担研究者

- 1) L. Myint, M. Matsuda, Z. Matsuda, Y. Yokomaku, T. Chiba, A. Okano, K. Yamada and W. Sugiura; 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)
- 2) 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
- 3) 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
- 4) 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
- 5) 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
- 6) 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
- 7) 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
- 8) 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, 2003
- 9) 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
- 10) 佐藤 功; 東北ブロック HIV ニュースレター No.1, 2003
- 11) 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
- 12) 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
- 13) 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 care unit. *Acta Medica et Biologica* 51: 103-109, 2003
- 14) 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

- 15) 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
- 16) 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
- 17) 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 $\rightarrow$ 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
- 18) 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. Pham. Bull.* 27 (2): 261-265, 2004
- 19) 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
- 20) 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
- 21) 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
- 22) 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
- 23) 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
- 24) 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
- 25) 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
- 26) 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

20030572

以降は雑誌/図書等に掲載された論文となりますので、  
「研究成果の刊行に関する一覧表」をご参照ください。

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 2/2

発行 平成 16 年 3 月

発行者 「HIV 感染症の医療体制の整備に関する研究班」

主任研究者 木 村 哲

〒 162-8655 東京都新宿区戸山 1-21-1

国立国際医療センター

エイズ治療・研究開発センター

印刷 株式会社 シャローム印刷 〒 113-0033 文京区本郷 3-35-4