

題を効果的に改善するために、必要な理論と技術を習得するための体験的学習プログラムを開発することである。

2-6-3-2. 方法

中国四国ブロックの拠点病院のソーシャルワーカー(12名)を研究協力者とし、研修の目的を説明した。仮想事例を「薬物所持で逮捕された経験のあるHIV/AIDS患者が、家族関係の問題を訴える」と設定した。

- (1)事例について、問題の評定と介入計画を記述させた。
- (2)つぎに本研修で学ぶ理論と技術についての講義をおこなった。
- (3)事例への支援過程をロールプレイを行い、ビデオに収録した。
- (4)支援過程に対するスーパーバイズをおこなった。
- (5)再度支援過程をロールプレイを行い、ビデオに収録した。
- (6)事例の評定法と介入計画を再度記述させた。

収集された記述データは、事前と事後の内容のキーワードの変化が分析された。ビデオは今後逐語形式で書き起こし、スーパーバイズの前後で、面接過程の力動性がどのように変化したかを考察する(本年度の逐語データは分析中)。

2-6-3-3. 結果

- (1)前後の記述データの内容を比較すると、事前では問題の評定および介入計画で挙げられたキーワードは、「本心」「本当の理由」「つらい気持ち」など患者の感情面に焦点があたったものが多かったが、スーパーバイズ後は「パターン」「具体的な場面」「伝え方」などの、対人関係に焦点化されたキーワードが選択されていた。
- (2)1回目のロールプレイの過程で記述されたクライアントの語りの中で、さらに具体的な場面に降りることができる記述を指摘し、それへの具体的な質問法をスーパーバイズした。2回目のロールプレイでは異なる支援過程が展開され、クライアントの問題解決の糸口につながることを体験的に学習できた。

2-6-3-4. 考察

2日間にわたる会議終了後のアンケートでは、大変役に立った11名、普通1名の回答が得られた。今後のネットワーク会議の継続については、12名全員が継続を希望した。次年度以後の会議の要望議題としては、「チーム医療」、「母子感染」や「外国人医療」がキーワードとしてあげられた。[分担：大下由美、松附祥子]

[3] エイズ関連の情報提供

3-1. 中四国エイズセンター

ウェブサイト「中四国エイズセンター」(<http://www.aids-chushi.or.jp>)運営では、開設以来約10年間で488,000回以上の参照数となった。

3-2. メーリングリスト：J-AIDS

エイズに関するメーリングリスト「J-AIDS」(<http://groups.yahoo.co.jp/group/jaids/>)については、会員数1025人、記事数12,400件であった。会員数は常に入会と退会があり横這いである。記事数は年率約10%の増加であった。

3-2. 出版物

- ・「おくすり情報Ver.4」：改訂版として作成した。執筆：広島大学病院薬剤部 太刀掛咲子、藤田啓子、関野由希、畝井浩子、木平健治 広島大学病院輸血部 藤井輝久、広島市立広島市民病院薬剤部 県立広島病院薬剤部である。
- ・「よくわかるエイズ関連用語集(Ver.5)」増補改訂版である。執筆：広島大学病院 高田 昇



[4] 臨床研究

4-1. HIV/HCV重複感染患者における肝生検結果と肝炎治療

4-1-1.目的

HIVとHCV重複感染例で治療適応が考えられる症例に、肝生検を実施した後、リバビリン併用IFN α -2b療法を行い、肝組織像と治療成績を比較検討すること。

4-1-2.対象と方法

2005年4月から2008年6月の観察期間中に広島大学病院で観察中のHIV/HCV重複感染例18例のうち、自然治癒していたもの5人と未治療のもの4人を除いた、9人に治療を行った。うち1人はHBs抗原陽性(HBV DNAは検出以下)、血液透析中のもの1人であった。1人を除く8人に肝生検を実施した。組織は新犬山分類(1996)に準拠し、A0～A3のGrading、F0～F4のStagingに分類した。

4-1-3.結果

結果を【表4】にまとめた。HIV/HCV重複感染の9人中8人(89%)で治療が奏功し、うち6例(67%)は治療終了から24週後までの持続陰性化例(SVR)であった。ALTが正常(<30IU/ml)であっても、組織像では

A2、A3の肝炎活動期の例があった。またウイルスが陰性化した8例のうち5例がF1、F2と、線維化の軽微な症例であった。

4-1-4.考察

リバビリン併用IFN療法でのSVR達成率は、HCV単独感染で60%、HIV/HCV重複感染例で27-44%との報告がある[Haemophilia 14:336, 2008.]。今回我々の経験した症例では、抗HIV療法のためかCD4数は比較的高く、肝機能も余力があったため治療奏功例が多かったと思われる。線維化が進んだ例では治療反応性が悪かった。

一方、F1、F2例ではIFNに反応不良と言われるジェノタイプ1でもSVRを得た。治療前の血液検査では、線維化の進行度を推測するのは困難であった。HIV/HCV重複感染例では血友病患者であっても治療前に肝生検で線維化の評価を行うことが重要であることが確認できた。

本研究は、本学医歯薬学総合研究科創生医科学専攻先進医療開発科学講座分子病態制御内科学肝臓研究室(主任:茶山一彰教授)の先生方との共同研究であり、要旨は第78回日本感染症学会西日本地方学術集会以報告した。[分担:齊藤誠司]

表4 HIV/HCV重複感染者の肝生検と治療一覧

症例	年齢	背景	CD4	HIV RNA	抗HIV療法	遺伝子型	組織分類	HCV RNA	ALT	PLT	PT (%)	A1b	RNA消失までの期間	治療期間	判定
1	33	B, HBV	272	<50	TDF/FTC+ATV/r	1a	A1, F1	2,700	32	22.8	89	4.9	16W	48W	SVR
2	48	Hetero	358	<50	ABC+TDF+LPV/r	1a	A1, F3	1,700	48	7.9	72	3.7	消失せず	36W	NR
3	32	B	734	17,000	AZT+3TC	1b	A1, F1	580	43	19.8	99	3.7	4W	48W	SVR
4	30	B	548	<50	TDF/FTC+ATV/r	1b	A3, F3	1,700	18	11.4	84	4.6	56W	64W	12WまでVR
5	54	MSM	350	<50	TDF/FTC+FPV/r	1b	A2, F2	810	18	13.3	97	5.1	4W	48W	SVR
6	42	A	560	<50	TDF/FTC+FPV	3a	ND	160	57	17.6	97	4.0	4W	24W	SVR
7	45	A	934	460	AZT+3TC+NFV	3a	A3, F3	940	109	24.9	95	4.3	4W	48W	SVR
8	26	B	673	<50	TDF/FTC+FPV/r	3a	A1, F1	2,900	59	16.9	82	4.3	4W	48W	SVR
9	59	B, HD	407	<50	ABC/3TC+EFV	不明	A1, F2	210	21	5.2	87	4.0	8W	20W	VR

略号の説明

A:血友病A、B:血友病B、HBV:B型肝炎ウイルス、Hetero:異性間性感染、MSM:同性間性感染、HD:血液透析
*SVR(Sustained Virological Response) **NR(No Response) ***VR(Virological Response)

4-2. 抗HIV療法でHIV RNA量が検出限界以下になった症例のCD4増加数

4-2-1. 目的

最近の抗HIV療法のレジメンにより、ウイルス学的な効果、CD4細胞数増加効果に差があるかを後ろ向きに評価すること。

4-2-2. 対象と方法

対象は、広島大学病院で2001年4月以後に抗HIV療法を開始した初回治療で、開始後6ヶ月以内に血漿HIV RNA量が50c/mL未満に低下し、かつ1年以上持続したものの28人である。副作用等で治療変更をした者は検討から除外した。

治療レジメンを次のように分類した。A群はバックボンドラッグで、A1：TDF+FTCまたはTDF+3TC、A2：ABC+3TC、A3：その他とした。B群はキードラッグで、B1：EFVまたはNVPのNNRTI、B2：PIとした。レジメンの選択は、医療者と患者の相談によって決定した。

検討項目はCD4細胞数とHIV RNA量で、治療開始後より6ヶ月毎のCD4数を統計学的に解析し、危険率5%未満を有意とした。

4-2-3. 結果

- (1) 対象例をレジメンによって分類したところ、A1+B1は9人、A1+B2は9人、A2+B1は3人、A2+B2は2人、A3+B1は0人であった。
- (2) 治療開始1年目のCD4増加数は、2年目、3年目に比べ有意に多かった($p<0.001$)。また半年毎で比較すると、0-6ヶ月は6-12ヶ月($p<0.05$)や、12-

18ヶ月($p<0.001$)よりも期間内での増加数は有意に多かった【図2】。

- (3) 治療開始時のCD4数は治療開始6ヶ月後、あるいは年平均のCD4増加数に有意な関係はみられなかった。
- (4) レジメンの違いによって、ウイルス抑制後6ヶ月目あるいは年平均のCD4増加数に違いはみられなかった。
- (5) 年平均CD4増加数は、A1群($n=18$)はA2群($n=5$)の間、NNRTI群とPI群の間で有意差はなかった。ウイルス検出限界以下に到達したあと6ヶ月目でも、同様であった。

4-2-4. 考察

レジメンの選択をするとき、個別症例での治療効果を予測することは不可能である。しかしレジメンの違いにかかわらず、HIV RNA量が検出限界以下になった患者のCD4数は増加していた。CD4増加数は、1年目なかでも6ヶ月間が最も多く、治療開始時のCD4数に依存しなかった。

本研究は後ろ向き観察研究というバイアスがあるので、レジメンの優劣を評価することはできない。しかし最近の治療指針で推奨されるレジメンは、おおむね同等の有効性があるということは追認できた。

HIV RNA量が検出限界以下を保っているのにも拘わらず、CD4数の増加が乏しく、日和見感染症治療薬の一次予防、二次予防を長期間使用せざるを得ない例がある。特定のレジメンの有効性が低いという証拠はなかったため、他の要因を検討するべきであろう。[分担：藤井輝久]

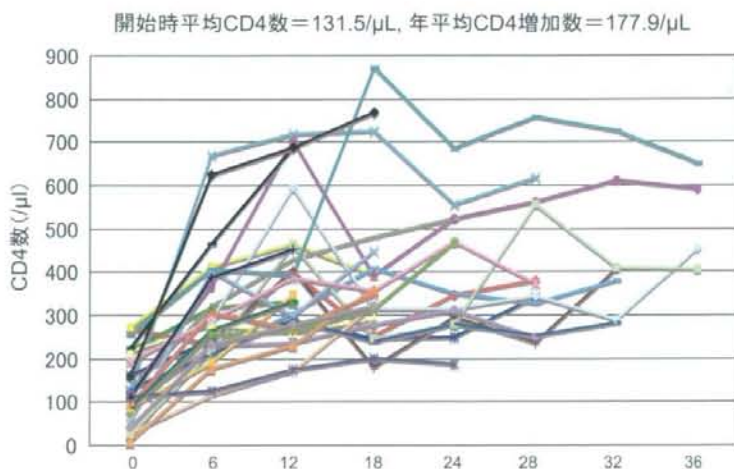


図2 抗HIV療法後のCD4細胞数の推移

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

【学会発表】

- 1) 高田 昇:日本のエイズの歴史を振り返る-地方都市広島窓から-,第82回日本感染症学会総会学術講演会,[感染症学雑誌,2008;82(suppl):141,]4月18日,松江市
- 2) 藤井輝久、齋藤誠司、柏原真由、水野真美、亀谷真由美、小野寺利恵、栗田絵美、平岡朝子、高田 昇:ペグインターフェロン+リバビリン療法による血球減少に対し頻回輸血を執行したHIV/HCV重複感染血友病患者,第53回日本輸血・細胞治療学会中国四国地方会,[日本輸血細胞治療学会誌,2008;54(6):663,]9月13日,松山市
- 3) 齋藤誠司、鍵浦文子、小川良子、藤井輝久、高田 昇、木村昭郎:HIV/HCV重複感染患者における肝生検結果と肝炎治療成績の検討,第22回日本エイズ学会学術集会,[日本エイズ学会誌,2008;10(4):411,]11月26日,大阪市
- 4) 藤井輝久、高田 昇、齋藤誠司、鍵浦文子、木村昭郎:HAART後のウイルス学的寛解症例における末梢血CD4増加数,第22回日本エイズ学会学術集会,[日本エイズ学会誌,2008;10(4):424,]11月26日,大阪市
- 5) 大下由美、松附祥子、山川文香、濱本京子、高田 昇、木村昭郎:ソーシャルワーク実践過程の評価方法の考察-第3回中四国ブロックHIV/AIDSソーシャルワーカーネットワーク会議・研修の成果報告-,第22回日本エイズ学会学術集会,[日本エイズ学会誌,2008;10(4):438,]11月26日,大阪市
- 6) 杉浦 互、湯水博之、吉田繁、千葉仁志、小池隆夫、伊藤俊広、原 孝、佐藤武幸、石ヶ坪良明、上田敦久、近藤真規子、今井光信、貞升健志、長島真美、福武勝幸、山本泰之、田中理恵、加藤信吾、宮崎菜穂子、藤井 毅、岩本愛吉、藤野真之、仲宗根正、巽 正志、椎野禎一郎、岡 慎一、林田庸総、服部純子、伊部史朗、藤崎誠一郎、金田次弘、浜口元洋、上田幹夫、大家正義、田邊嘉也、渡辺香奈子、白阪琢磨、渡邊 大、白阪琢磨、葉原 健、森 治代、小島洋子、高田 昇、木村昭郎、南留美、山本政弘、松下修三、健山正男、藤田次郎:2003-2007年の新規HIV-1感染者における薬剤耐性頻度の動向,第22回日本エイズ学会学術集会,[日本エイズ学会誌,2008;10(4):545,]11月26日,大阪市
- 7) 木下一枝、山田雅一、新家幸子、小川良子、鍵浦文子、和田良香:広島大学病院におけるHIV感

染者に対する外来患者満足度調査,第22回日本エイズ学会学術集会,[日本エイズ学会誌,2008;10(4):450,]11月26日,大阪市

- 8) 鍵浦文子、小川良子、渡部恵子、武田謙治、大金美和、疋田美鈴、荒井理那、武藤 愛、石垣今日子、池田和子、島田 恵:中国・四国ブロックのHIV/AIDS看護の現状とブロック拠点病院としての活動評価,第22回日本エイズ学会学術集会,[日本エイズ学会誌,2008;10(4):451,]11月26日,大阪市
- 9) 武田謙治、石垣今日子、鍵浦文子、小川良子、疋田美鈴、武藤 愛、荒井理那、大金美和、渡部恵子、島田 恵、池田和子:エイズ拠点病院における看護の現状とHIV/AIDS研修ニーズ,第22回日本エイズ学会学術集会,[日本エイズ学会誌,2008;10(4):451,]11月26日,大阪市
- 10) 仲倉高広、尾谷ゆか、佐藤愛子、牧野麻由子、北志保里、菊池恵美子、喜花伸子、辻麻理子、山中京子、白阪琢磨:カウンセリングの機能とカウンセラー同士の連携の類型化の試み-地域に応じたカウンセリング体制の構築を目指して-,第22回日本エイズ学会学術集会,[日本エイズ学会誌,2008;10(4):445,]11月26日,大阪市
- 11) 藤井輝久、齋藤誠司、高田 昇:治療中断中に伝染性単核球症様症状を呈したHIV感染症患者,第78回日本感染症学会西日本地方会学術集会,2008.12.5,広島市

【論文発表】

- 1) 高田 昇:HIV感染症の早期診断「平成20年度エイズ相談研修会」,広島県医師会だより,2008;506,3-5.
- 2) 喜花伸子:エイズ相談研修会を実施して「平成20年度エイズ相談研修会」,広島県医師会だより,2008;506,5.
- 3) 高田 昇:内科医のためのエイズQ&A2008年度版,広島市内科医会報,2008;63,49-53.
- 4) 鍵浦(後藤)文子:医学系及び看護系大学におけるHIV感染症教育の実態,日本エイズ学会誌,2008;10(3),162-163.
- 5) 高田 昇、照屋勝治、鍵浦(後藤)文子、神馬征峰、Jamie Abdenadher、矢野(五味)晴美:シンポジウム「医療者へのエイズ教育」,日本エイズ学会誌,2008;10(3),161.
- 6) 大下由美:支援論の現在 保健福祉領域の視座から,2008,世界思想社(京都市)



九州ブロックのHIV医療体制の整備に関する研究

研究分担者：山本 政弘

独立行政法人国立病院機構九州医療センター
免疫感染症科／感染症対策室長

研究要旨

九州ブロックのような地方ブロックでも、最近では人口比で東京、大阪などに匹敵するような患者増加を認める地方もでてきており、地方におけるエイズ診療上の必要性はより一層高まってきているといえる。その一方地方における医療環境そのものにもここ数年大きな変化がもたらせてきており、地方のエイズ医療の大きな転換期とも考えられる。本研究はこのような地方のエイズ医療の変化の把握と地方におけるエイズ診療向上を目指して行なったものである。

A. 研究目的

平成20年は九州ブロックにおいてもブロック拠点病院にて50名弱もの新規患者が来院しており、さらに福岡のみならず沖縄やその他の県でも感染拡大著明で、今後九州のような地方においても都市部と同様に感染拡大が顕著となることが予想される。その一方地方における医師不足など医療状況の悪化も顕著となってきており、ブロック拠点病院制度発足時とは地方のエイズ診療の状況が大きく変わってきているといえる。本研究は九州ブロックにおけるこの大きなエイズ医療状況の変化の把握と地域におけるエイズ診療の向上を目的とした。

B. 研究方法、C. 研究結果、D. 考察

1. 九州ブロックの現状解析

1-1) 九州ブロック拠点病院を中心とした九州ブロックにおける患者増加の解析

B. 研究方法、C. 研究結果、D. 考察

図1に示すように東京、大阪、名古屋などの都市圏ほどではないにしろ、九州ブロックにおいても近年感染者／患者の急激な増加をみている。特に人口比でみると九州ブロック内の多くの県で増加傾向がみられる。またブロック拠点病院においても平成21年初頭で300名近い患者が来院している（図2）。こ

れらの患者のうち新規に感染が判明した患者の解析を行なった。（図3）平成17年以降一段と新規患者の増加が認められるが、以前報告したごとくやはり急性期の患者増加が目立つ。またそのほとんどはMSMであり、今後これらの個別施策層に対する予防施策の重要性がより一層高まっているといえる。また図4に最近4年間の新規患者の初診時年齢を示すが、ピークは30才前後にあるものの、全体として10代の若年者から60代以上の高齢者まで幅広く分布していることがわかる。またさらに新規に感染が判明した患者の診断契機を解析したところ、平成16年の性感染症合併例におけるHIV抗体検査の保険収載以後、性感染症を契機として感染が判明する例の増加が認められている。（図5）このことより、医療現場での抗体検査の促進が感染の早期発見につながることを示唆される。そのためには今後さらに臨床における抗体検査の保険適応の拡大が有効であるといえるであろう。またこれらのことより九州ブロックにおいても今後さらに感染の拡大が増加していくことは想像に難しくなく、患者の受け皿としての各医療体制のさらなる整備とともに、予防啓発のさらなる必要性が示唆される。

次に新規患者の当院への紹介もとを解析した。（図6）約3分の1が県外からであり、その多くは拠点病院などからの紹介ではあるが、このほとんどが転居に伴う他ブロックからの紹介であったり、地元

介などである。他ブロックとは大きく違い、HIVであるというだけでブロック拠点病院へ丸投げするような拠点病院は九州ブロックにはほとんどないということが言える。このことは現在までのブロック拠点病院を中心とした、中核拠点病院などによる各県における医療連携の推進活動の大きな成果であると考える。

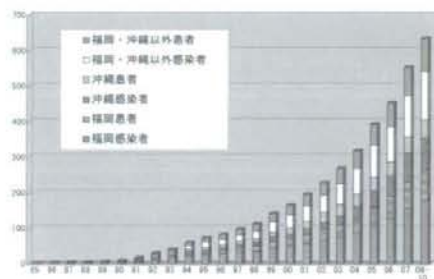


図1 九州におけるHIV感染者/AIDS患者累計報告数

このことは逆に九州ブロックにおいては拠点病院のほとんどがぎりぎりのところで各連携により日々急増するエイズ診療に対応していることをも表しており、もし一部の拠点病院でもエイズ診療から撤退するようなことがあれば、ブロック拠点病院も含め、ドミノ倒しのエイズ医療崩壊の危険性ははらんでいるともいえる。

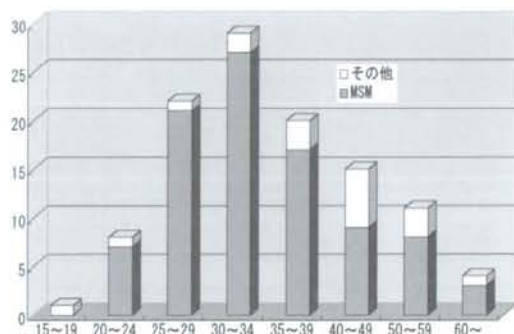


図4 平成17～20年新患のうち新規に感染が判明した患者の当院初診時年齢分布

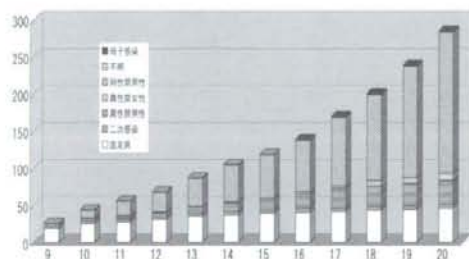


図2 九州医療センターにおける受診患者数

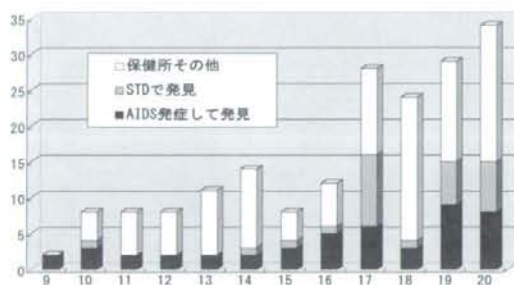


図5 新規に感染が判明した患者の判明契機

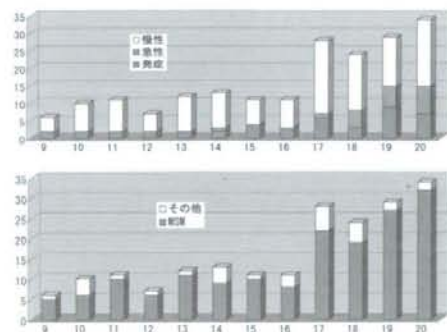


図3 新規に感染が診断された患者の解析

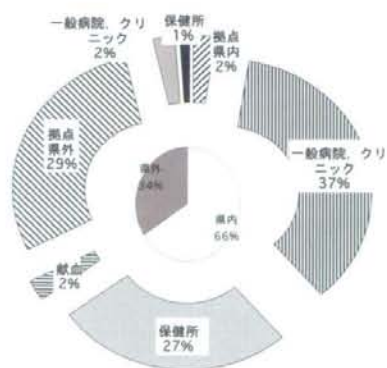


図6 九州医療センターにおける新規患者の紹介元 (平成19年～20年)

1-2) 地域におけるエイズ医療の現状把握

昨今多くの地方で医師不足が叫ばれ、地方における医療崩壊が危惧されている。このことは九州ブロックにおいても同様であり、地方の医師不足によるエイズ医療への影響を調べた。

B. 研究方法

九州ブロック内各拠点病院へのアンケート調査、回収率 100%

C. 研究結果

図7に示すごとく、九州ブロックの拠点病院のうち93%が医師不足であるだけでなく、30%の拠点病院では医師がいなくなり休診となつてしまった科がでてきており、地方における医師不足の深刻さが窺える。その医師不足の理由としてはやはり新臨床研修医制度をあげるところが多かったが、医療費削減政策や赤字経営などを理由としてあげるところもあった。(図8) 次にエイズ診療担当科の現状について

は、病院全体ほどではないにしろ、やはり約3分の2の拠点病院でエイズ診療担当科も医師不足であることが判明した。その理由として一番にあげられたのが病院全体とは違い、医師の定数不足であった。(図9.10)

D. 考察

九州ブロックにおいても地方の医師不足が深刻であることがわかった。その理由については新臨床研修医制度や医療費削減、赤字経営などがあげられたが、エイズ診療担当科については医師の定数不足をあげるところが多かった。もちろん地方の医療崩壊を防ぐためには、今後新臨床研修医制度や医療費削減政策などが見直されていかなければいけないことは疑いのないことであるが、その効果が期待できるのは未だ少し将来的なことになろう。そこで、政策医療としてのエイズ診療に焦点をあてて考えると、各拠点病院の厳しい状況のなかでもエイズ診療担当科の医師定数を増やす努力により、現時点からでも

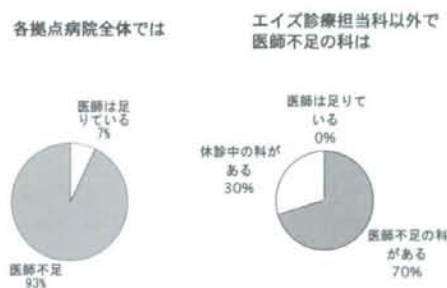


図7

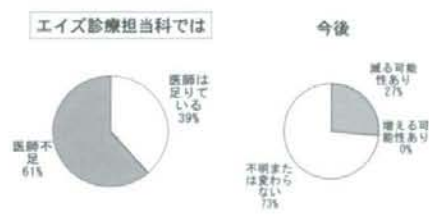


図9

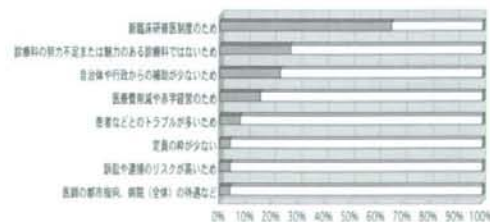


図8 病院自体が医師不足である原因

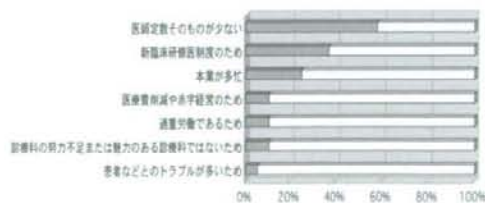


図10 エイズ診療担当科が医師不足である原因

エイズ診療における医師不足が少しでも解消できる可能性があるということになる。地方におけるエイズ診療のドミノ倒しの医療崩壊を防ぐため、各拠点病院の責任者にエイズ診療担当科の医師定数増員を促したい。

2. 地方におけるエイズ医療均てん化の試み

この研究班では長年種々の方法を用いて格差是正、均てん化を目指してきた。今年度もブロック内各県の行政、中核拠点病院、各拠点病院の協力を得てブロック内のエイズ診療における均てん化を目的とした研修会を開催した。

B. 研究方法、C. 研究結果、D. 考察

2-1) 均てん化を目指した中核拠点病院連絡会議

①九州ブロックエイズ診療ネットワーク会議

(中核拠点病院連携会議)

2008年9月26日

九州ブロック中核拠点病院 医師・看護師・薬剤師・カウンセラー 参加者 38名

2-2) ブロック拠点病院にブロック内各拠点病院職員を集めて行なう通常の研修会

①第27回九州ブロックエイズ拠点病院研修会

2008年9月26日

九州医療センターにて 参加者89名

講演Ⅰ

「新たな薬剤の登場と薬剤耐性HIVの最新の動向」

国立病院機構名古屋医療センター 臨床研究センター 杉浦互

講演Ⅱ

「服薬援助とHIV感染症治療薬について」

国立病院機構大阪医療センター 薬剤科 吉野宗宏

症例検討会

1)「離島病院におけるHIV診療体制の構築の試み第2報」 「プロジェクトの背景」

琉球大学医学部附属病院 第1内科 健山正男

「具体的な方策と評価」

琉球大学医学部附属病院 看護部 宮城京子

2)「病診連携が困難であったPMLの症例」

「PMLの診断・治療の問題点」

熊本大学医学部血液内科 宮川寿一

「PML患者の服薬支援」

熊本大学医学部附属病院 薬剤部 田上直美

「PML患者の看護支援」

熊本大学医学部附属病院 看護部 幸史子、木村真知子

3)「PML進行性多巣性白質脳症が疑われたエイズの一症例」

「臨床経過」

宮崎県立宮崎病院 内科 菊池郁夫

「PMLを併発し自己決定困難になった患者の両親との関わり」

宮崎県立宮崎病院 看護部 東美代子

D. 考察

今年度も昨年度に引き続き多職種参加型研修会を特に病診連携をテーマとして行なった。今年度は特に中核拠点病院を中心とした地域での連携、チーム医療構築に関する発表がみられ、各県における均てん化への試みが進行していることが窺えた。

2-3) 拠点病院出張研修

ブロック内の地方拠点病院へブロック拠点病院および中核拠点病院より医療チームを派遣し行なう出張研修を今年度も継続した。

①第6回九州ブロック拠点病院出張研修

2008年8月8日 参加者 60名

出水総合医療センター。

(プログラム)

1)「鹿児島県におけるHIV/エイズの現状」

鹿児島大学大学院 橋口照人

2)「HIV/エイズの最近の動向と治療」

九州医療センター 山本政弘

3)「HIV感染者、患者支援」

九州医療センター専任看護師 城崎真弓

4)「HIV感染者のメンタルヘルス」

九州医療センター臨床心理士 辻麻理子

C. 研究結果、D. 考察

前年度報告と同様に対象拠点病院内、対象拠点病院—中核拠点病院間、対象拠点病院—ブロック拠点病院間、対象拠点病院—行政間の連携構築が図られることがわかり、地方における医療連携構築には極めて有効な手法であることが改めて示された。今後もこのような出張研修の継続が求められている。しかしその一方で地方の拠点病院における医療危機の

現状も実感され、各拠点病院の実情に即した役割分担、連携の必要性があると思われる。

2-4) 拠点病院職員実地研修

今年度も講演形式の研修会だけでなく、ブロック内拠点病院職員対象のエイズ診療における実地研修を当院にて行なった。

- (1) HIV/AIDS看護研修 (5日間コース)
6/23～6/27 6名
10/20～6/24 8名
- (2) HIV/AIDS医師研修 (2日間コース)
10/20～10/21 7名
- (3) HIV/AIDS薬剤師研修 (2日間コース)
10/20～10/21 6名
- (3) HIV/AIDS栄養士研修 (2日間コース)
10/20～10/21 3名

C. 研究結果, D. 考察

年々参加者も増え、研修終了者が地元で活躍するようになってきているだけでなく、専門職間の連携構築も行なわれ、地道ながらも実績を積み重ねてきているといえる。しかしながら、その一方で開催するブロック拠点病院職員にたいする負担も増加してきていることが問題点である。

3. 早期発見および一般医療機関との連携

エイズ医療において早期発見早期治療が必要なことはいうまでもないことであり、現在まで保健所検査の促進、検査会イベントなどが試みられてきているが、図6に示すごとく、現在でも新規感染の多くは、医療機関でみつがっているのが現状である。このことより、早期発見をより促進させるためには一般医療機関での検査促進が必要である。今回ブロック拠点病院との連携の上で、検査研究班事業として、一般医療機関にて即日検査を行ない、早期発見に寄与した民間STDクリニックの例を紹介したい。

B. 研究方法

福岡市の中央部の繁華街にある民間STDクリニックにて、即日検査を2006年12月1日～2008年12月26日まで行なった。検査法は即日検査としてIC法、時に二次検査としてPA法を使用。

確認検査としてはWB法(またはPCR法)を用いた。検査日、時間は月～金曜日 9:30～12:30、14:30～17:00、土曜日 9:30～12:00。電話による予約制を用いた。料金は有料(¥ 5,000)であるが、検査は匿名可とした。結果返しは即日では30分後、または1週間後であった。

C. 研究結果

受検者	のべ864例
IC法	陽性 8例
確認検査	陽性 1例
	未検 1例

D. 考察

有料であるにも関わらず年間平均400例以上の受検者があり、これは福岡県全体の保健所における年間検査総数の10%近くにはのぼる。これは保健所に比べ、土曜日を含み毎日開いている利便性や一般の医療機関で行なわれているということが受検者が多い理由と考えられる。ブロックや拠点病院のバックアップの上で、一般医療機関における検査を促進していくことが早期発見には有効な手段であると考えられた。

4. 長期療養における問題点の検討

HAART療法の開発後、HIV感染症患者の多くは長期予後が望めるようになってきたが、それに伴い、長期療養による多くの問題がでてきた。このためこれまでも長期療養に伴う問題点を検討してきた。

今年度は特にHIV/HCV重複感染に伴う問題点を検討した。

B. 研究方法

抗HIV剤は肝臓の脂肪化や線維化に関連すると考えられている。一方、C型肝炎においても肝の脂肪化が合併すると報告されている。今回、我々は抗HIV剤が肝脂質代謝、肝線維化およびHCVに与える影響について肝細胞株を用いて検討した。

C. 研究結果

肝細胞株Huh7, Huh7にHCVを感染させた肝細胞株IbFeo、肝間葉系細胞株TwNT4にNRTI(ABC, AZT, d4T, 3TC), EFV, RTV, ATV, NFV, LPV, APVを添加し、肝脂肪化(Oil Red染色)、肝脂質代謝関連遺伝子(コレステロール合成系; LDL-R, HMGCR, 脂肪酸合成系; SREBP1, FAS、中性脂肪合成系; DGAT, ROS 消去系; SOD, カタラーゼ)、線維化関連遺伝子(MMP1, TIMP1, type Ia2 collagen)、細胞内HCV-RNAをreal-time RT-PCR法にて検討した。

[結果]

PIは肝脂質代謝を亢進させ肝脂肪化を促進した。ATVの脂質代謝に与える影響はRTV, NFVに比べ軽度であった。NRTIではPIに比して軽度であったがABC, d4Tにて脂質代謝、肝脂肪化の亢進が認められた。PI, NRTIともに脂質代謝への影響はIbFeoにおいて特に著明であった。EFVによる脂質代謝の亢進は見られなかった。細胞内HCVはATV, NFVにて低下が認められた。TwNT4における線維化の亢進はいずれの薬剤でも認められなかった。詳細については省くが、図11にその結果をまとめて表す。

D. 考察

一部のNRTIやPIは、肝脂質代謝、肝脂肪化を促進した。また、HCVは抗HIV剤に伴う変化をさらに増強した。肝線維化に関しては抗HIV剤の直接作用ではなく、HIV感染もしくは肝脂肪化を介する作用である可能性がある。このようにHCV、抗HIV剤、肝脂質代謝は密接な関係があり、その病態を理解することはHIV/HCV混合感染者のC型肝炎治療を行う上で重要であると考えられた。さらに図12(当院消化器内科中牟田先生より供与)に示すごとくHCV単独感染患者においては、通常のリバビリン+ペグインターフェロンの治療に加えて、高脂血症薬を併用することにより有効率の向上が確認されており、上記のごとく抗HIV薬の脂質代謝への悪影響が証明された重複感染患者においても通常のリバビリン+ペグインターフェロンの治療に加えて、高脂血症薬を併用することにより、治療効果の改善が望めると考えられる。

	ABC	AZT	d4T	3TC	EFV	RTV	ATV	NFV	LPV	APV
Huh7	Chol合成系	→	→	↑	→	→	→	↑	↑	↑
	脂肪酸合成系	→	→	→	→	→	→	↑	↑	→
	TG合成系	→	→	↑	→	→	→	↑	↑	→
	酸化ストレス	→	→	↑	→	→	↑	↑	↑	→
IbFeo	Chol合成系	→	→	→	→	→	↑	↑	↑	↑
	脂肪酸合成系	→	→	↑	→	→	↑	↑	↑	↑
	TG合成系	↑	↑	↑	→	→	↑	↑	↑	↑
	酸化ストレス	→	↑	↑	→	→	↑	↑	↑	↑
線維化	→	↑	↑	→	→	↓	↓	↓	↓	

図11 まとめ

PEG+Rib+スタチン+EPA療法(高脂血症治療薬の併用)

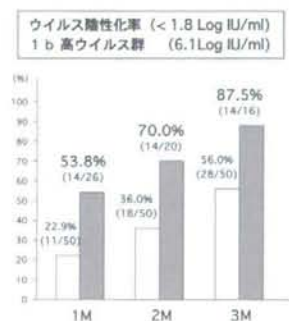


図12

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

1. 論文発表

原著論文による発表

欧文

1. Minami R, Takahama S, Ando H, Miyamura T, Suematsu E, and Yamamoto M. Human herpesvirus 8 DNA load in the leukocytes correlates with thrombocytopenia in HIV-1 infected individuals." *AIDS Res Hum Retroviruses*. 25(1),1-8,2009

和文

1. 吉川博政, 田上正, 山口泰, 玉城廣保, 樋口勝規, 山本政弘
HIV感染者における歯科医療連携に関する研究
日本エイズ学会誌10巻1号 Page41-49(2008.02)

2. 口頭発表

海外

1. Minami R, Takahama S, Ando H, Yamamoto M. High molecular weight form of adiponectin in anti-retroviral drug-induced dyslipidemia based on *in vivo* and *in vitro* analyses. XVII International AIDS Conference. 3-8 August, 2008, Mexico City
2. Nakasone, T., Hara, T., Naganawa, S., Takamatsu, J., Kaizu, M., Takizawa, M., Ohsu, T., Kawahara, M., Izumi, Y., Yoshino, N., Yamada, K., Nagai, Y., and Honda, M.
Biological and genetic analysis of HIV-1 in Japan: 12 years observation. The 13th International AIDS Conference. July 9-14, 2000, Durban, South Africa.

(国内)

1. 安藤仁, 南留美, 高濱宗一郎, 山本政弘
サルモネラ菌血症による感染性腹部大動脈瘤を合併したHIV感染症の1例
第82回日本感染症学会学術総会
平成20年4月17～18日 鳥根
2. 自治体派遣カウンセラーの活用拡大に関する研究ーHIV検査相談研修会の実践からの考察ー
阪木淳子, 辻麻理子, 長与由紀子, 井上緑, 米山朋子, 首藤美奈子, 山本政弘
第22回日本エイズ学会学術集会・総会

平成20年11月27日 大阪

3. 社会的背景の複雑な患者の退院調整を振り返ってー発達遅滞の患者の事例を通してー
長与由紀子, 城崎真弓, 辻麻理子, 本松由紀, 首藤美奈子, 安藤仁, 南留美, 山本政弘
第22回日本エイズ学会学術集会・総会
平成20年11月27日 大阪
4. 沖縄県における歯科医療体制構築に関する活動報告
前田憲昭, 溝辺潤子, 吉川博政, 山本政弘, 健山正男, 砂川元, 新垣敬一, 中川裕美子
第22回日本エイズ学会学術集会・総会
平成20年11月27日 大阪
5. 抗HIV剤の肝細胞、HCV感染肝細胞における脂質代謝への影響
南留美, 高濱宗一郎, 安藤仁, 山本政弘
第22回日本エイズ学会学術集会・総会
平成20年11月28日 大阪
6. プロテアーゼ阻害剤が骨代謝に及ぼす影響
高濱宗一郎, 南留美, 安藤仁, 山本政弘
第22回日本エイズ学会学術集会・総会
平成20年11月27日 大阪
7. 2003-2007年の新規HIV-1感染者における薬剤耐性頻度の動向
藤野真之, 湯永博之, 吉田繁, 千葉仁志, 伊藤俊博, 浅黄司, 松田昌和, 岡慎一, 近藤麻理子, 今井光信, 貞升健志, 長島真美, 伊部史朗, 金田次春, 濱口元洋, 上田幹夫, 正兼亜希, 大塚正義, 渡辺香奈子, 白阪琢磨, 森治代, 小島洋子, 中桐逸博, 高田昇, 木村昭朗, 南留美, 山本政弘, 健山正男, 藤田次郎, 杉浦互
第22回日本エイズ学会学術集会・総会

H. 知的財産

特になし



歯科のHIV診療体制の整備に関する研究

研究分担者： 前田 憲昭

医療法人社団皓歯会 理事長

研究要旨

HIV感染者が身近な歯科診療所で普通の治療を受けられる環境を整備

1：重点地域（都道府県）を対象に行政、歯科医師会、中核拠点病院

の3者によるHIV感染者診療ネットワーク検討会の開催

2：院内感染防御の知識・技術の均てん化

3：HIV感染患者を対象とした歯科診療受診の実態をアンケート調査

4：地方自治体および歯科医師会のHIV感染者歯科診療への対応を調査

A. 研究目的

HIV感染者の歯科診療体制整備

「ネットワーク構築」を必要とする理由。

- ① HIV感染数が増加している。
(新規患者数の増加+予後の改善)
- ② HIV感染症を治療するブロック拠点病院への患者の集中と、同院内歯科での治療可能数の限界
- ③ 歯科における、Standard Precautionsには多くの困難な問題を抱え、実行率には施設間の差が大きい。加えて、Standard Precautionsでは針刺し事故は防げない。したがって、現実の対応として、Standard Precautionsが可能な施設を選択して治療を担当する必要がある（医療従事者、患者双方にとって利益）

B. 研究方法

1：「ネットワーク構築」会議の開催

2：アンケート調査

(倫理面への配慮)

アンケートの実施については、実施施設の倫理委員会の承認を得た。とくに患者向けアンケートでは無記名として、個人の特定が出来ないように配慮した。

C. 研究結果

1：「ネットワーク構築」会議の開催

1-1：沖縄県庁・沖縄歯科医師会・拠点病院HIV感染者歯科診療ネットワークに関する検討会

2008年5月10日 土曜日 午前10時から
琉球大学医学部管理棟2階 小会議室

「院内感染予防の知識と技術に関する均てん化会議」

2008年5月10日 土曜日 琉球大学医学部附属
病院5階 看護部会議室午後 2時から

第1部 講義（敬称略）

1：HIV感染の現状

国立九州医療センター 山本政弘

2：沖縄におけるHIV感染の現状

琉球大学医学部 健山正男

3：歯科における院内感染予防

国立九州医療センター 吉川博政

第2部 実習 5月11日 日曜日 琉球大学医学部附属病院3階 口腔外科外来

院内感染予防の実際 バリアーテクニック

指導 国立九州医療センター 吉川博政ほか

要約：歯科医師会に対して中核拠点病院等との連携推進。沖縄では健山を中心に行政とともに検査活動に目覚ましものがあり、潜在しているHIV感染者の発掘が行われている。これに相応して、歯科医師会も患者を受け入れる体制を整えるべきであり、琉球

大学を支援機関として対応の準備に入った。

しかし、問題点は多く、沖縄県での歯科医師会は開業医の50%しか加入しておらず、歯科医師会を通じての情報伝達に限界があり、行政の活動すべき場所のあることが判明した。さらに、沖縄県は35に及ぶ離島があり、ここでのHIV診療と個人の情報管理が問題であることも明らかになった。

1-2：首都圏ブロック・エイズ中核病院歯科担当会議

平成20年7月6日 日曜日

開催場所 東京 国立国際医療センター戸山病院
国際医療協力局4階 セミナー室

出席者（敬称略）

東京都：エイズ中核拠点病院
慈恵会医科大学：玉井 和樹
都立駒込病院：茂木 伸夫
東京都歯科医師会：高野直久（公衆衛生担当理事）
東京歯科大学水道橋病院院長：柿澤 卓
神奈川県：エイズ中核拠点病院横浜市立大学：筑丸寛
神奈川県歯科医師会：小森康雄（*）
神奈川県歯科大学：池田正一
千葉県：エイズ中核拠点病院 千葉大学：回答なし
千葉県歯科医師会：浅井 澄人（生涯研修担当理事）
埼玉県：エイズ中核拠点病院：欠席
埼玉県歯科医師会：松見秀之（学術担当常務理事）
日本歯科医師会 院内感染対策専門小委員会
副委員長 小森康雄（*）
研究班
関東甲信越ブロック 新潟大学：高木律男
近畿ブロック 大阪市立総合医療センター：連 利隆
北陸ブロック 石川県立中央病院：宮田 勝
研究分担者 前田憲昭 医療法人社団皓歯会
事務局 溝部潤子 神戸常盤大学短期大学部

討議内容

- 1：歯科のHIV診療体制整備班の活動目標 前田憲昭
- 2：中核拠点病院と歯科医師会の連携例
秋田県大館市立病院と秋田県歯科医師会
- 3：各拠点病院の現状報告 首都圏としての要望
- 4：ACCの現状：歯科治療希望する患者の紹介先探し
- 5：日本歯科医師会の役割（会長はエイズ予防財団の理事である事実）
- 6：地域歯科医師会の対応（受け入れ窓口等の設置）

1-3：長野県・長野県歯科医師会・拠点病院HIV感染者歯科診療ネットワークに関する検討会」報告

2008年10月4日（会議）5日（実習）

（敬称略）

長野県庁衛生部健康づくり支援課 下平 徹
長野県歯科医師会常務理事 平林 辰夫
信州大学医学部 山崎 善隆、倉科 憲治、栗田 浩
国立長野病院 宮澤英樹、長野赤十字病院 横林敏夫
佐久総合病院 松島凜太郎、飯田市立病院 峰村俊一
新潟大学大学院 田邊嘉也、高木律男、児玉泰光、池野 良

要約：信州大学医学部 山崎善隆報告

1986年松本でエイズパニック（偏見・差別が顕在化）長野オリンピックが感染拡大の契機（多くの労働者が県内に流入）

過去に新規患者数（人口比）では全国2位であったが、2007年では全国19位に落ちてきた。

保健所、拠点病院での無料迅速検査も貢献。

今後は都会からの2次流入が問題か？

長野県では異性交渉による感染の比率が高い（84%）ことが特徴。

長野県下の病院（内科）で130-140人/月の診療

その中で歯科受診は20-30人。

多くの人が開業医を受診している。

拠点病院の歯科での対応に余裕がある。

歯科医師会も対応する姿勢を示した。

長野県4地区の代表が実習に参加

地区の病院と協調（長野県は4地区に分割）

針刺し事故の院外事故対（予防服薬の可能性）

長野日赤は24時間OK（県は長野日赤に薬を提供）

他の施設へはどうか確認する。

1-4：北海道庁・北海道歯科医師会・拠点病院HIV感染者歯科診療ネットワークに関する検討会」報告

2009年1月31日（土）10時から会場：北海道歯科医師会館

出席者：北海道庁：秋野、佐々木、藤田；北海道歯科医師会 鳥谷部、札幌医大 仲盛、旭川医大 竹川、北大 北川、佐藤、小野寺、研究班 前田、溝部

要約：北海道歯科医師会は新年度から、歯科医師の診断能力を高める事業に合わせて、HIV感染者への対応を前向きに検討することになった。また、道内の病院で歯科を有する施設では、積極的にHIV感染

者を受け入れる体制を構築することになり、ネットワーク会議にも参加することになった。さらに、北海道庁はこれらの活動に、現在の予算配分の中から、歯科診療にも補助を行うことの検討に入った。

均てん化会議

日時：平成20年1月31日(土) 13:00-16:00

- ①「HIV感染症の日本・北海道の現状」 佐藤典宏 (北海道大学病院 高度先進医療支援センター)
- ②「HIV感染症の口腔症状」 北川善政 (北海道大学大学院 歯学研究所 口腔診断内科)
- ③「歯科医の意識を変える」 あなたの手は大丈夫ですか? 足立友秀 (東栄部品株式会社)
- ④「歯科における院内感染予防」 前田憲昭
- ⑤「ラッピングの基本」 溝部潤子 (神戸常磐大学短期大学部 口腔保健学科)

実習 2月1日 日曜日北海道大学歯科診療センター
要約：道内の施設から、歯科医師、歯科衛生士を含め100名近くが講習を受け、さらに翌日、北大の歯科診療室で行われた実習には30名が参加した。

2：アンケート調査

2-1：患者を対象としたアンケート調査

平成20年11月20日現在 回答数764名 ブロック拠点病院、NPO等にアンケート調査を依頼した。無記名回答。

実施施設では事前に倫理委員会の承認を得た。

結果：①年齢 40.6±10.62歳、②性別 男725名、女25名、無回答14名。③平均CD4値 393.32±211.92個/ml、④HIVが感染したと思われる機会があったから、感染が判明するまでの間に歯科治療を受けたことがありますか? はい：342名(回答者744名の46.0%)、いいえ：312名、わからない 90名、無回答20名 ⑤感染が判明するまでの期間に口腔内になにか症状がありましたか? はい：121名(全体の15.8%) ⑥HIV感染が判明してから歯科治療を受けたことがありますか? ある：58%、ない24%、現在受診を考えている18%、⑦歯科治療を受けている施設は? 内科の治療を受けている施設内：41%、内科から紹介を受けた施設(感染を明らかにして)15%、自分の通いやすい施設(感染を明らかにして)12%、内科から紹介された施設(感染を明らかにせず)2%、自分の通いやすい施設

(感染を明らかにせず)30%、⑧HIV感染症は慢性疾患となり、予後が改善しています。歯科治療を含む、口腔衛生の管理は長期の予後管理に必要だと思いますか? はい 76%、いいえ 1%、わからない20%、無回答 3%⑨長期の予後を考えると、「むし菌」とともに「歯周病」が重要な疾患となります。貴方は将来の「歯周病」への対策が必要だと思いますか? はい 82%、いいえ 1%、わからない13%、無回答 4%、⑩歯科を受診するのに、HIV感染を明らかにする必要があると思いますか? 必要がある 58%、必要はない 18%、わからない 21%、無回答 3%。

最終的な回収アンケートは929件になり、再度報告予定。

2-2：都道府県歯科医師会における

HIV感染者歯科診療体制等に関する調査：

平成20年8月・日本歯科医師会が実施

調査は日本歯科医師会が班の依頼を受けて行った。記名式アンケートで、すべての都道府県歯科医師会から

回答を得た。HIV感染者の歯科治療があった場合、主治医となる歯科医師を紹介できるシステムがあると回答したのは47都道府県のうち、7県であった(14.9%)。中核拠点病院と連携していると回答した歯科医師会は19県(40.4%)であった(表-1)。

2-3：地方自治体におけるHIV感染症歯科医療体制整備に関する実態

調査方法：郵送によるアンケート調査

回答状況 95自治体(74.2%)内訳30都道府県、65保健所設置市

○厚生労働省エイズ対策促進事業実施状況

30/30都道府県 89/95自治体

○エイズ対策促進事業に基づく協議会設置状況

21/30都道府県 39/95自治体

○協議会における歯科関係の意見

・歯科診療が可能な施設リストについて要望があった(北海道)

・患者、感染者の身近な歯科医療機関で歯科治療を受けられる体制を確保すべきであるとの意見や要望があった(札幌市)

・歯科医師会委員から、中核拠点病院の行う研修のひとつに歯科診療研修を実施したい、最終的には

歯科診療のネットワーク化を目指したい(秋田県)
・中核拠点病院における連絡会において、歯科診療の重要性について報告された(石川県)

○医療従事者実地研修の実施状況

14/30都道府県 21/95自治体

研修対象 歯科関係者が主 :

3都道府県(東京、神奈川、山口)

○歯科医師会との協議の有無

6/30都道府県

(東京、神奈川、北海道、兵庫、福岡、沖縄)

8/95自治体

2-2の日本歯科医師会の調査では19の都道府県で連携があると報告されているにも関わらず、都道府県の側からの回答では、地域歯科医師会と連携が取れているのは6府県であり、双方の認識の相違が明

らかとなった。

一方、自治体の多くは、検査、治療等での活動も十分ではなく、歯科領域まで手がまわらないとの意見が多くみられた。

D. 結論

- 1: HIV感染者の歯科医療体制を構築するべく活動をおこなった。都道府県単位では、沖縄県、首都圏、長野県、北海道で実施した(実施順)
- 2: HIV感染症の予後が糖尿病と等しくなったと想定される現在、そのQOLを維持するには口腔衛生管理が必要であることを強調する必要がある。
- 3: HIV感染者に歯科治療を提供するにおいて、標準的院内感染防御(Standard Precautions)の徹底が求められ、その達成度により、受け入れ態勢がことなる。すなわち、患者にとっても、医療従事者にとっても安全で快適な環境が望ましい⇒「均てん化」会議を1の会議開催地で実施。
- 4: Standard Precautions では針刺し事故は防げない。歯科での診療特異性の確認。
- 5: 受け入れ態勢が整った歯科医療施設(Standard Precautions, 針刺し事故対応の両方が整っている施設)から順序、HIV感染者の歯科診療を受け入れる必要があり、その意味からも、HIV感染者の主治医紹介システムは不可欠である。
- 6: 日本歯科医師会への依頼アンケートの結果(2-2)、システムが構築されているのは47都道府県のうち、わずかに7都道府県のみであった。
- 7: 患者対象アンケートの結果(2-1): HIVに感染した患者は、感染したと思われるエピソードがあった時期から、病院でHIV感染が確定するまでの期間に、およそ47%が歯科受診をしていた。また、感染が確定してからも、32%は感染の事実を告げずに、歯科診療を受けていることが明らかになった。
すなわち、多くのHIV感染者が、自分が感染をしている事実を知らずに、歯科医院を受診していること、また、感染が判明してからも、その約30%は、感染を告げずに歯科を受診していた。この事実は、歯科におけるStandard Precautionsの重要性を強調している。
- 8: 地方自治体へのアンケートの結果(2-3) 地方自治体は、HIVに関する行政的活動において、HIV感染症と歯科医療との関わりに関心が薄く、

表-1

都道府県	ネットワーク		中核拠点病院との連携	
	ある	ない	している	していない
北海道		○		○
青森		○		○
岩手		○		○
秋田		○		○
宮城	○1		○1	
山形		○		○
福島		○		○
茨城		○		○
栃木		○		○
群馬	○2			○
千葉	○3			○
埼玉		○	○2	
東京	○4		○3	
神奈川	○5		○4	
山梨		○	○5	
長野		○		○
新潟		○		○
静岡		○	○6	
愛知		○		○
三重		○		○
岐阜		○	○7	
富山		○		○
石川		○	○8	
福井		○	○9	
滋賀		○		○
和歌山		○		○
奈良		○		○
京都		○	○10	
大阪		○	○11	
兵庫		○	○12	
岡山		○	○13	
鳥取		○		○
広島		○		○
島根		○		○
山口		○		○
徳島		○		○
香川		○		○
愛媛	○6		○14	
高知		○	○15	
福岡		○		○
佐賀		○	○16	
長崎		○		○
大分		○		○
熊本		○		○
宮崎		○	○17	
鹿児島		○	○18	
沖縄	○7		○19	
	7	40	19	28

全国の都道府県、政令都市、保健所設置都市でのほとんどで、HIV感染と歯科関係の連携、講習、協議が開催されていない。

- 9：歯科のHIV診療体制整備の研究班は、これら、行政と歯科医師会の隙間を埋める作業が、重要

な活動の目的であることが再認識できた。

F. 健康危険情報

特に記載事項なし。

参考資料

2-2：

アンケート調査結果抜粋：HIVに感染したと思われる機会があつてから、感染が判明するまでの間に、歯科治療を受けたことがありますか？

	度数	パーセント	有効パーセント
はい	342	44.8	46.0
いいえ	312	40.8	41.9
分からない	90	11.8	12.1
合計	744	97.4	100.0
無回答	20	2.6	
合計	764	100.0	

歯科診療を受ける際に、HIV感染を告げる必要がありますか？

「必要がある」と回答された方、その理由は何ですか？

(複数回答)

	N	%
診療による器械や器具を介して診療する人や他の患者さんに感染の可能性が出ては居るので予め十分な対応をして欲しいから	352	42.2
HIVの感染の病期によっては口腔に様々な症状が出るので一緒に診て欲しいから	183	21.9
抗ウイルス薬と歯科での投薬で薬の副作用が出るのを注意して欲しいから	166	19.9

「必要がない」と回答された方、その理由は何ですか？

(複数回答)

	N	パーセント
プライバシーが守られるか不安だから	86	29.9%
感染対策は全ての患者さんに対して行われていることが当然だから	72	25.0%
HIV感染を告げると、診療を拒否されるから	60	20.8%
歯科とHIV感染は関係ないと思うから	24	8.3%
歯科治療は痛いところが治れば通わないから	18	6.2%
HIV感染を告げると、他の患者さんと異なった環境で治療を受けるから	12	4.2%
その他	9	3.1%
HIV感染を告げると、日時を指定されるから	7	2.4%
合計	288	100.0%

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

1. 池野良、高木律男、児玉泰光、田邊嘉也、手塚貴文、佐藤みさ子、加藤慎吾：リアルタイムPCR(TaqMan法)を用いた唾液中HIV-RNA/DNA量と血中HIV-RNA/DNA量の比較検討、第22回日本エイズ学会、2008、大阪
2. 中川裕美子、前田憲昭、田上正、島田泰如、岡慎一：エイズ診療拠点病院におけるHIV感染症歯科診療実態調査、第22回 日本エイズ学会、2008、大阪
3. 前田憲昭、溝部潤子、吉川博政、山本正弘、健山正男、砂川 元、新垣敬一、中川裕美子：沖縄県における歯科医療体制構築に関する活、動報告、第22回 日本エイズ学会、2008、大阪
4. 筑丸寛、上田敦久、松井芳郎、小森康雄、泉福英信、金子明寛、池田正一、藤内祝：神奈川県HIV歯科診療ネットワーク運用開始後2年間の検討、第22回 日本エイズ学会、2008、大阪
5. 柿澤卓、高久勇一郎、小林弥生、古澤成博、今村顕史：HIV感染者歯科医療に関する臨床研修の教育効果について、第22回 日本エイズ学会、2008、大阪
6. 山本裕佳、宮田勝、高木純一郎、能島初美、山田三枝子、辻典子、上田幹夫、池田正一、前田憲昭：北陸ブロック拠点病院における11年のHIV歯科医療体制の取り組みと今後の課題；第22回 日本エイズ学会、2008、大阪

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし



HIV医療包括ケア体制の整備に関する研究 (コーディネーターナースの立場から)

研究分担者： 島田 恵

国立国際医療センター戸山病院 エイズ治療・研究開発センター
看護支援調整官

1. 分担研究の目的

本研究では、コーディネーターナース（以下CN）の立場から包括ケア体制を整備するために、確実な医療（ケア）提供とその均てん化を目標としている。今年度は、下記の研究に取り組んだ。

1) 確実な医療（ケア）提供のための取り組み

- (1) HIV/AIDS患者の脂質代謝異常に関する実態調査
- (2) 脂質代謝コントロールのための健康行動支援の検討

2) 「包括ケア」均てん化のためのコンサルテーションと研修の実施

- (1) HIV/AIDSケア・メーリングリストによるコンサルテーション
- (2) HIV/AIDS在宅療養支援研修会開催による病院と地域の連携推進
- (3) ACC/ブロック拠点病院エイズケア研修のポスター配布による研修推進

2. 各研究の研究目的・方法・結果・考察

1) 確実な医療提供のための取り組み

(1) HIV/AIDS患者の脂質代謝異常に関する実態調査

【目的】抗HIV薬を服用するHIV/AIDS患者について、脂質代謝異常に関するデータがいつ、どの程度高値に変化しているのかを探索する。

【方法】(1) 対象：2002年1月から12月の間に国際医療センター戸山病院エイズ治療・研究開発センター（以下ACC）の外来を新規に受診した患者（189名）のうち、採血データが1回もない患者を除外した上で、2008年5月までに抗HIV薬の服用を開始し、その服用開始時点以前（以下、ベースラインとする）の脂質代謝異常に関する指標が異常値でな

かったことを確認できた症例を分析対象とした。

(2) 脂質代謝異常の基準値に関する定義：本研究においては、脂質代謝異常の基準値を

＊高トリグリセライド血症：TG \geq 150mg/dl（空腹時採血）

＊高コレステロール血症：TC \geq 220mg/dl（全採血）と定義する。

(3) 調査内容：患者の診療記録より、下記項目のデータ収集を行う。

①脂質代謝異常に関する情報：〔初回受診時から2008年5月までの間の全受診時において〕TG、TC、空腹時採血が否か

②対象者背景：性別、年齢、感染経路、身長、体重、既往歴、内服薬、喫煙の有無

③HIV/AIDSの状態や治療に関する情報：抗HIV薬の種類と服薬開始日、栄養指導の有無と実施日、抗高脂血症薬内服の有無と服薬開始日

(4) 分析：対象者背景に関するデータの記述統計量を算出する。代謝異常の出現時期と推移を明らかにするため、抗HIV薬服用開始後の経過年数ごとに対象患者の全受診時におけるTG値、TC値の平均の推移を記述する。服用開始後の1年ごとの経過期間において、同一患者が複数回受診した場合は、その平均値を個人の代表値とする。

(倫理面への配慮)

本研究においては患者個人の不利益は生じないと考えられ、国立国際医療センター戸山病院倫理委員会より、倫理委員会における付議の必要なしと判断された。データの取り扱い等については、個人が特定されないよう最大限の注意を払うこととした。

【結果】

2002年1月から12月の間にACCの外来を新規に受診した患者は189名で、ここから採血データが1回もない12名を除き、2008年5月までに抗HIV薬の服用を開始したことが確認できた症例は129名であっ

た。そのうち、ベースラインのTC値を確認できた症例は105名で、そのTC値が脂質代謝異常の基準値未満であった症例94名を分析対象とした(図1)。

1) 対象者背景(表1): 男性90名(95.7%)、ACC初診時の平均年齢は36.2歳(20-70歳)で、感染経路は男性同性間性的接触70名(74.5%)、BMIは18.5以上25未満の普通体重が72名(76.6%)と最も多かった。

2) 抗HIV薬服用開始後のTG値、TC値の平均の推移: 抗HIV薬服用開始後の経過年数ごとに、対象患者の全受診時におけるTG値、TC値の平均の推移を示した(図2・図3)。

TG値の平均はベースラインにおいては89.8mg/dlで脂質代謝異常の基準値である150mg/dl以下であったが、抗HIV薬服用開始後1年未満の期間では129.0mg/dlと基準値に近づき、1年以上2年未満では177.2mg/dlと基準値を超え、その後は200mg/dl前後を推移し、基準値を下回することはなかった。

TC値の平均はベースラインにおいては146.8mg/dlで、抗HIV薬服用開始後1年未満の期間では

177.8mg/dl、それ以降は200mg/dl前後を推移し、脂質代謝異常の基準値である220mg/dlは超えなかったが、抗HIV薬服用開始後に上昇した平均値は下がることはなかった。

【考察】

1) 対象者背景: 平成18年国民健康・栄養調査結果の概要¹⁾によると、本研究の対象者は一般の男性よりも肥満者が少ないと考えられる。さらに、30-39歳の男性における脂質異常症が疑われる人は44.2%であるのに対し、本研究の対象者のTG値の平均が抗HIV薬服用開始2年後に脂質代謝異常の基準値を超えることは、抗HIV薬服用開始により一般の男性よりも脂質異常に陥る割合が高いといえる。

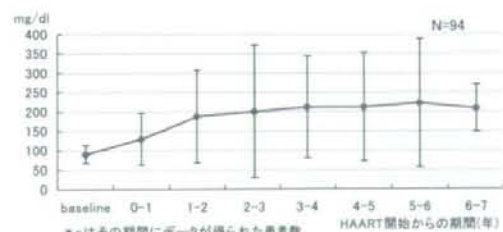
2) 抗HIV薬服用開始後のTG値、TC値の平均の推移: 本邦においては、これまでに、抗HIV薬服用開始後2年間の追跡結果は報告されている²⁾が、5年以上追跡した研究は未だない。

図2、図3により、抗HIV薬服用開始後TG値、TC値は明らかに上昇しており、TG値に関しては服用開始2年後には脂質代謝異常の基準値を超えていて、その後基準値を下回っていない。これらにより、抗HIV薬服用による副作用症状としての脂質代謝異常の出現は明らかで、TG値に関しては服用開始2年後には脂質代謝異常の基準値を超えたと考えられる。

今後は、生活指導により動脈硬化を進行させると



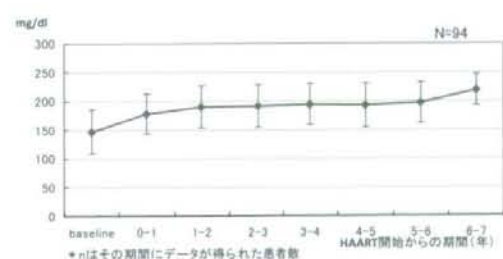
(1)-図1 分析対象の流れ



(1)-図2 トリグリセリド(TG)値の推移(平均±標準偏差)

(1)-表1 対象者背景 N=94

	n	%
性別	90	(95.7)
年齢	mean±SD[range]	36.2±11.0[20-70]
国籍	92	(97.9)
感染経路	同性間性的接触	80 (85.1)
	異性間性的接触	12 (12.7)
	静脈注射あるいは薬物乱用	1 (1.1)
	不明	1 (1.1)
病期	AIDS未発症	63 (67.0)
	AIDS	31 (33.0)
BMI(n=85)	<18.5(低体重)	4 (4.7)
	18.5≤<25(普通体重)	72 (84.7)
	≥25(肥満)	9 (10.6)



(1)-図3 総コレステロール(TC)値の推移(平均±標準偏差)

スクファクターである喫煙や食生活といった生活習慣を患者自身が是正することで、脂質代謝異常の状態が改善するのか、介入研究を行って明らかにしていくことが求められる。

【文献】

1. <http://www.mhlw.go.jp/houdou/2008/04/d1/h0430-2c.pdf>
2. 福島篤仁, 太田康男, 北沢貴利, 塚田訓久, 奥川周, 川田真幹, 小池和彦. Stavudine(d4T)投与後の高脂血症の出現頻度に関する検討. 日本エイズ学会誌. 2005 Nov; 7(4): 433.

(2) 脂質代謝コントロールのための健康行動支援の検討

【目的】

ガイドライン¹⁾によると、糖・脂質代謝のコントロールには、第一に食事や運動などの生活習慣を改善し、理想体重を維持すること、また同時に禁煙やアルコール摂取量の調節を行い、それで改善しない場合には、血糖降下薬、高脂血症薬の内服を開始し、内服薬によっても有効な効果が見られない場合には、抗HIV薬の変更を行うとされている。つまり、まずは生活習慣の改善が基本であるとの考え方である。HAARTによって予後が延長した今後は、患者の生活習慣を見直し、慢性経過における予防や健康維持（ヘルスプロモーション）を目的とする支援も必要と考えられる。

そこで、これまでに行ってきた糖・脂質代謝コントロールのための行動変容を目的とした支援（以下、健康行動支援）を振り返り、今後、外来において看護師が健康行動支援を行う際の留意点について検討する。

【方法】

(1) 対象：ACC通院中の患者で、2006年4月から2007年9月末までに、脂質代謝コントロールを目的として栄養士による栄養指導を受講した患者12名とした。

(2) 分析方法：①それぞれの患者について、属性、治療内容、中性脂肪などの血液データ、生活上の出来事、栄養指導の内容と回数、医療者が行った脂質代謝コントロールのための相談や指導、患者の

健康行動に対する認識や取り組みについて、診療録調査を行い、さらに担当コーディネーターナース（以下CN）からの聞き取りを行った。②それぞれの初診から2008年5月末までの中性脂肪値の推移をプロットし、その傾向を見るために、医療者からの介入開始後の近似曲線を引いて、患者を、「改善群」（近似曲線が右さがりの群）と「未改善群」（近似曲線が水平・または右上がりの群）の2群に分類した。③2群間で、医療者が行った健康行動支援と患者の認識や健康行動について、経過を分析した。

(倫理面への配慮)

データの取り扱いについては、患者が特定されないように配慮した。

【結果・考察】

(1) 「改善群」と「未改善群」の属性（表1）：平均年齢は、「未改善群」52.2歳と高く、加齢は、肝機能が衰え中性脂肪増加の原因となるため、加齢による結果への影響も考えられる。BMIは、「未改善群」の方が高いものの、どちらも標準範囲内であった。中性脂肪は、HAART開始前の平均はどちらの群も基準値より高く、HAART開始前・経過中の最高値ともに2群での差は見られなかった。キードラッグは、「未改善群」の1名を除き、全員がPIを内服していた。家族歴は、高血圧症や脳卒中などの循環器系疾患や糖尿病などの代謝内分泌系疾患が見られた。初診時に職業があった者は10名で、対象者の多くが職業についていた。

(2) 脂質代謝コントロールへの影響要因（図1）：「改善群」では、7名のうち4名が第一段階の「健康行動の改善」により、2名は第二段階の「高脂血症薬の内服」によって中性脂肪値が低下していた。一方、「未改善群」では、3名が「健康行動を改善せ

表1 改善群と未改善群の属性 (N=12)

	改善群 (n=7)	未改善群 (n=5)
平均年齢(歳)	36.7±4.0	52.2±8.6
外国籍(人)	2	1
BMIの平均・SD(min-max)	21.7±5.9(16.6-33.1)	23.6±4.1(19.7-29.8)
中性脂肪の平均±SD	188.0±85.7	194.8±65.0
HAART開始前(mg/dl)		(経過中の最高値)
経過中の最高値(mg/dl)	1125±554.9	1063.2±478.4
Key Drug(人)		
PI	7	4
NNRTI	0	1
家族歴(母・父)		
高血圧症	4	脳卒中 2
糖尿病	2	糖尿病 2
統合失調症	1	
初診時の職業(人)		
有	6	4
無	1	1