

以降大幅に減少している。表8は、北陸の拠点病院（14施設）と協力病院（3施設）における手術や内視鏡前のHIV検査の実施状況を示す。ほとんどの診療科でルーチンに術前HIV検査を実施している施設は、平成22年は0施設であったが、平成23年は4施設であった。一方、術前にHIV検査をルーチンでは実施していないという施設数は10であり、こちらのほうが多数であった。表9は、北陸ブロックで抗HIV薬治療を受けている120人の薬剤の組み合わせを示す。合計25通りの組み合わせが報告されたが、一部の組み合わせを除きほとんどの組み合わせは治療ガイドラインを遵守した内容であった。

D. 考察

①HIV/AIDS出前研修は、平成23年度は9回実施した（表1）が、毎年数件の研修依頼が継続されており（表1、図2）需要は減ってはいないと思われる。介護施設からの依頼は例年2~3件あったが、今年度は0件であった。当ブロックでも介護保険を利用した患者は存在し、介護職員への情報提供は重要と考えている。出前研修前アンケートの実施により依頼施設職員のHIV/AIDSに関する知識・認識やHIV診療への関心・意欲を知ることができ、それらを研修内容に反映させている。また、そのアンケートは施設職員個人の研修参加意欲にもつながっている。

表8 手術や内視鏡前のHIV検査実施状況（H22~23, 北陸）

	H22	H23
アンケートに返答した病院数	12	17
術前にHIV検査はしていない	8	10
一部の科で術前HIV検査実施	4	3
ほとんどの科で術前HIV検査実施（病院負担）	0	4

表9 抗HIV薬の組み合わせ（北陸, H23.9）

TDF/FTC + ATV + RTV	26	TDF/FTC + ATV	2
TDF/FTC + EFV	18	DRV + RTV + RAL	2
TDF/FTC + DRV + RTV	11	AZT + 3TC + NFV	1
ABC/3TC + RAL	10	AZT + 3TC + LPV/RTV	1
TDF/FTC + RAL	8	AZT + ABC + LPV/RTV	1
ABC/3TC + DRV + RTV	7	d4T + TDF + LPV/RTV	1
TDF/FTC + LPV/RTV	7	3TC + ABC + TDF/FTC	1
ABC/3TC + ATV + RTV	6	3TC + TDF + EFV	1
ABC/3TC + EFV	4	ABC/3TC + ETR + RAL	1
ABC/3TC + LPV/RTV	3	ABC/3TC + ATV	1
3TC + ABC + RAL	2	TDF/FTC + NVP	1
AZT/3TC + EFV	2	TDF/FTC + ETR + RAL + DRV + RTV	1
AZT/3TC + LPV/RTV	2		

るようである。我々は研修を依頼した施設全体のHIV診療への認識や意欲の向上、チーム医療の充実につながることを期待して出前研修を継続してきた。中核拠点病院体制が始まった現在、中核拠点病院から周辺の拠点病院や一般医療・保健施設への出前研修の実践に向けても支援が求められる。ブロック拠点病院としても経験や情報を提供して、中核拠点病院を支援していきたい。

②HIV専門外来2日間研修は、平成15年に看護教育2日間研修として始められ、平成19年からすべての医療従事者向けに広げられた。その目的は、診療経験のない（あるいは少ない）拠点病院の職員に実際の現場を見ていただき、プライバシーの保護に留意した一般の診療であることを体感していただくこと、HIV/AIDSに関係する事柄の理解や認識を深めてもらうこと、受講者や指導者が交流を深めその後の診療連携につなげていくことなどである。9年間の活動で90人以上の受講者を受け入れ、ブロック拠点病院との診療連携につながった事例もいくつか経験した。拠点病院間の連携や拠点病院と一般医療施設との連携も予想され、今後それらの輪が広がることを期待している。専門外来2日間研修を依頼する拠点病院の数や参加人数は、毎年大きな変化はなく（表4）、一定の需要と評価があるものと判断している。今後も研修終了後の評価や提案を検討した上で、内容や方法を充実させ、需要に応じて継続する予定である。

③医療職種別HIV連絡・研修会は、それぞれの医療職種において原則毎年開催しており、当ブロックにおいては図7に示すようにHIV診療の医療体制を整備するための重要な柱となっている。カウンセリング研修会はそれぞれの県において開催されるようになってきており、それぞれの中核拠点病院としての活動へつながり始めている。ブロック拠点病院と

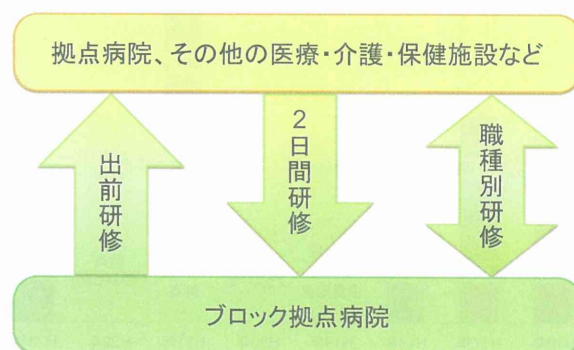


図7 医療体制整備のための主な活動（北陸）

しても中核拠点病院活動の支援を継続している。他の職種においてもカウンセリング研修会のように中核拠点病院としての活動に発展していくことを期待している。職種ごとに状況や課題は異なっているので、それぞれの受講者のニーズにあった連絡・研修会となるように、ブロック拠点病院としても検討を重ねていきたい。

④北陸HIV臨床談話会は、HIV医療や対策事業に関わる人や患者などが情報を交換し共有する場であり、平成21年度からは年1回、3県の中核拠点病院の持ち回り開催とした。平成23年度も、症例や事例の検討、院内の体制整備や医療連携の発表が中心で、各施設の努力や工夫がうかがわれた。「HIV感染症治療における薬剤師の役割」と題して、吉野宗宏先生（大阪医療センター）の講演を拝聴し、感染者への対応や服薬指導経験が少ない当ブロックの参加者には、とても意義のある講演であった。この北陸HIV臨床談話会は、職種や施設を超えた情報の共有や連携のためには重要な会と位置付けている。地域性や職種を考慮した世話人らと会の在り方や内容について話し合いながら、その充実に努めたい。

⑤アンケート調査とエイズ動向委員会報告から見えてくる北陸ブロックの現状と課題については、エイズ動向委員会から報告される患者数の増加と同様に北陸ブロック全体やあるいは当院で診療を受けている患者数も増えており（図1）、MSM（Men who have sex with men）の患者数増加が著明になってきた（図4）。他ブロックと同様、北陸においてもMSMへのHIV感染予防啓発の重要性は増している。患者がブロック拠点病院に集中する傾向は変わらないが（図1）、近年では富山県、福井県の中核拠点病院にも集まりつつある（図3）。中核拠点病院に診療経験が蓄積されることは望ましいが、中核拠点病院の政策的活動をも考えればさらなる人的・経済的支援が必要と思われる。北陸ブロックでのHIV関連死亡例は、患者総数を考慮すれば少くない（図5）。その中で日和見感染症による死亡例が57.1%（14例中8例）あり、日和見感染症の早期診断やコントロールに習熟すること、またエイズ発症前にHIV感染を診断する検査体制の整備や市民へのHIV検査受検に向けた啓発が重要である。HIVとHCV重複感染者に対しては、消化器内科とも連携しながら継続して患者と担当医に情報を提供してい

く必要がある。毎年、HCVに対する積極的な治療（IFN投与など）の必要性を訴えてきたが、今年度はさらに2人の重複感染者がIFN治療を試みた（表6）。HCV重複感染は重要な問題であり、今後もIFN治療に限らず肝再生治療や肝移植治療も含め情報提供を継続する必要がある。新しいHIV治療ガイドラインでART開始の時期が早められたことを受け、ARTを受けている患者数も、またその割合も少しずつ増加してきている（表7）。拠点病院等アンケートで得られた抗HIV薬の組み合わせ結果からは、多くの治療においてHIV治療ガイドラインが遵守されていた（表9）。今後も患者の服薬を支え、薬剤耐性HIVの出現を防止していく必要がある。ブロック拠点病院としては、新しく開発された薬剤などの情報も研修会等を通して周知していく必要がある。エイズ動向委員会報告によると、北陸ブロックにおいても全国の傾向と同様に、平成21年以降保健所等での自発的HIV検査件数は大きく落ち込んでいる。自発的検査件数の減少は「いきなりエイズ」比率の増加につながり、日和見感染症など不幸な事例の増加につながると予想され、保健所や自治体としても十分留意する必要がある。表8には、北陸ブロックにおける14拠点病院と3協力病院での、ルーチン検査としてのHIV検査実施状況を示した。本邦における有病率や検査の偽陽性率、臨床医の状況などを考慮すると術前検査としてのルーチン化が必須とは言えないが、妥当で有効なHIV検査が望ましいのは言うまでもない。それぞれの病院が、その状況に応じて有効なHIV検査の導入を今後も継続して検討していく必要がある。

E. 結論

北陸ブロックでは中核拠点病院の機能が徐々に発揮されることにより、ブロック拠点病院への患者集中の緩和や各中核拠点病院での経験の蓄積につながり始めた。新しい医療体制において多くの成果を得るためには、中核拠点病院は意識の向上に努め、それぞれの自治体（県）やブロック拠点病院は、連携を保ちながら中核拠点病院への支援を強化する必要がある。当ブロックにおいては、発見や診断の遅れから今なお日和見感染症で死亡する例が少ない。保健所等での自発的HIV検査件数が減少し始めた現在、発症前診断につながるHIV検査体制の整備が急務である。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 原著論文

欧文

1) Miwako Honda, Michiyo Ishisaka, Naoki Ishizuka, Satoshi Kimura, Shinichi Oka, and behalf of Japanese Anti-HIV-1 QD Therapy Study Group : Koji Watanabe, Tamayo Watanabe, Yasuhisa Abe, Ikumi Genka, Haruhito Honda, Hirohisa Yazaki, Junko Tanuma, Kunihisa Tsukada, Hiroyuki Gatanaga, Katsuji Teruya, Yoshimi Kikuchi, Misao Takano, Mikiko Ogata, Mizue Saida, Toshio Naito, Yoshiyuki Yokomaku, Motohiro Hamaguchi, Keiko Ido, Kiyonori Takada, Toshikazu Miyagawa, Shuzo Matsushita, Takeyuki Sato, Masaki Yoshida, Takafumi Tezuka, Yoshiya Tanabe, Isao Sato, Toshihiro Ito, Masahide Horiba, Mieko Yamada, Mikio Ueda, Kazufumi Matsumoto, Takeshi Fujii, Mariko Sano, Shin Kawai, Munehiro Yoshino, Takuma Shirasaka, Satoshi Higasa, Tomoyuki Endo, Norihiro Sato, Katsuya Fujimoto, Rumi Minami, Masahiro Yamamoto, Yukiko Nakajima : Open-Label Randomized Multicenter Selection Study of Once Daily Antiretroviral Treatment Regimen Comparing Ritonavir-Boosted Atazanavir to Efavirenz with Fixed-Dose Abacavir and Lamivudine. Internal Medicine 50: 699-705, 2011.

2. 学会発表

海外

特になし

国内

1) 服部純子、椎野禎一郎、瀧永博之、林田庸総、吉田 繁、千葉仁志、小池隆夫、佐々木悟、伊藤俊広、内田和江、原 孝、佐藤武幸、上田敦久、石ヶ坪良明、近藤真規子、長島真美、貞升健志、古賀一郎、太田康男、山元泰之、福武勝幸、加藤真吾、藤井 毅、岩本愛吉、西澤雅子、岡 慎一、伊部史朗、横幕能行、上田幹夫、大家正義、田邊嘉也、渡辺香奈子、渡邊 大、白阪琢磨、小島洋子、森 治代、中桐逸博、藤井輝久、高田昇、木村昭郎、南 留美、山本政弘、松下修三、藤田次郎、健山正男、杉浦 互：新規 HIV/AIDS 診断症例における薬剤耐性 HIV の動向 第25回日本エイズ学会 2011年 東京

- 2) 椎野禎一郎、服部純子、瀧永博之、吉田 繁、伊藤俊広、上田敦久、近藤真規子、貞升健志、藤井毅、横幕能行、上田幹夫、田邊嘉也、渡邊大、森 治代、藤井輝久、南 留美、健山正男、杉浦 互、日本薬剤耐性 HIV 調査研究グループ：国内感染者集団の大規模塩基配列解析2：SubtypeB の動向と微小系統群の同定 第25回日本エイズ学会 2011年 東京
- 3) 千田昌之、植田孝介、國本雄介、井上正朝、佐藤麻希、山田 徹、斎藤美保、田川尚行、下川千賀子、柴田雅章、吉野宗宏、畝井浩子、松本俊治、松浦清隆、大石裕樹、増田純一、中村真依、西澤優子、三上二郎：HIV/AIDS 中核拠点病院薬剤部（科）における HIV に関するアンケート結果について 第25回日本エイズ学会 2011年 東京
- 4) 山田三枝子、高山次代、武田謙治、小山美紀、大金美和、池田和子、島田 恵、岡 慎一：エイズ拠点病院 HIV 担当看護師に対する支援の検討「HIV/AIDS 看護に関する調査」結果から（その1）～診療報酬の算定状況から見た看護ケアの状況と課題～ 第25回日本エイズ学会 2011年 東京
- 5) 武田謙治、小山美紀、山田三枝子、高山次代、大金美和、池田和子、島田 恵、岡 慎一：エイズ拠点病院 HIV 担当看護師に対する支援の検討「HIV/AIDS 看護に関する調査」結果から（その2）～自由回答から見た看護上の課題と支援ニーズ～ 第25回日本エイズ学会 2011年 東京
- 6) 牧野麻由子、古谷野淳子、加藤朋子、塚本琢也、北志保里、松岡亜由子、仲倉高広、森田眞子、安尾利彦、大谷ありさ、藤本恵里、倉谷昂志、宮本哲雄、喜花伸子、辻麻理子、高橋佳子、飯田敏晴、山中京子：HIV カウンセリングの実践内容の明確化の試み 第25回日本エイズ学会 2011年 東京
- 7) 上田幹夫、辻典子、山田三枝子、北志保里、古谷智慧、高山次代：自発的 HIV 抗体検査数と“いきなりエイズ”について～全国データと北陸の解析から～ 第25回日本エイズ学会 2011年 東京
- 8) 下川千賀子、表 志穂、亀井勝一郎、山田三枝子、辻 典子、上田幹夫：TDF/FTC から ABC/3TC への変更による血清クレアチニンへの影響について 第25回日本エイズ学会 2011年 東京
- 9) 菊池 嘉、遠藤知之、宮城島拓人、伊藤俊広、中村仁美、田邊嘉也、上田幹夫、横幕能行、渡邊大、藤井輝久、南 留美、健山正男：多施設共同疫学調査における HAART の有効率2010 第25回日本エイズ学会 2011年 東京

- 10) 山本裕佳、能島初美、宮田勝、高木純一郎、山田三枝子、辻典子、上田幹夫、前田憲昭：HIV診療における北陸地区歯科衛生士の意識調査 第25回日本エイズ学会 2011年 東京
- 11) 辻典子、田村恵子、鈴木智子、須貝恵、小塚雅子、井内亜紀子、濱本京子、吉用緑、山本政弘：エイズ拠点病院から地域医療機関への患者紹介の現状 その1～拠点病院から一般病院への紹介～ 第25回日本エイズ学会 2011年 東京
- 12) 吉用緑、田村恵子、鈴木智子、須貝恵、辻典子、小塚雅子、井内亜紀子、濱本京子、山本政弘：エイズ拠点病院から地域医療機関への患者紹介の現状 その2～拠点病院から診療所/クリニックへの紹介～ 第25回日本エイズ学会 2011年 東京
- 13) 表志穂、下川千賀子、亀井勝一郎、山田三枝子、辻典子、上田幹夫：院外処方せんの発行促進へ向けた取り組み 第25回日本エイズ学会 2011年 東京

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

該当なし



東海ブロックのHIV医療体制整備

研究分担者 横幕 能行

(独) 国立病院機構名古屋医療センター

エイズ治療開発センター・感染症科 医長

研究要旨

東海ブロックでは、2010年12月の愛知県中核拠点病院返上問題以後、HIV診療体制の状況は悪化傾向にある。短期的には現在HIV診療を行っている医療機関との連携強化をはかりながら診療体制を維持する必要がある。また、中長期的には予防啓発活動による新規感染者数抑制、診療従事医療スタッフの育成および要長期療養者を受け入れ可能な地域環境整備を行う必要がある。2011年度、東海ブロックの主なHIV感染者診療機関および行政との連携強化による医療資源の有効活用および各種研修会、実習受け入れを通じた医療スタッフの育成を推進した。結果として、MSMを対象とした予防啓発と早期診断のための介入強化、HIV感染者の予後改善のための病病連携構築および愛知県、名古屋市における派遣カウンセラー制度の復活を実現した。今後、HIV診療体制充実のためには地域全体でHIV診療医を育成することが重要である。

A. 研究目的

東海ブロックは、静岡県を除きエイズ発症者の割合が高く、HIV感染者数と医療資源のミスマッチが全国で最も顕著である。高齢患者数も増加しつつあり、地域の感染者受入体制整備も緊急の課題の一つとなっている。そこで、①新規HIV感染者数抑制および診断の遅れによるエイズ発症率を下げるための啓発活動、②HIV感染者の急性期から慢性期の管理が適切に行われるための医療体制整備、③感染者が自立した療養生活を行うことができるもしくは適切な療養生活を送ることができる地域のHIV感染者支援体制構築のための施策をたて、実行しその効果を検証する。

2011年度は、MSMを対象とした検査会や保健所無料検査を通じた疾病啓発推進、医療圏を考慮した広域診療体制整備、病病・病診連携による診療拠点地域整備を重点課題とし、①実効的な検査会実施方法の検討と実施、②派遣カウンセラー制度構築と自治体派遣カウンセラー制度再設立、③県境を超えた医療連携体制構築、④病病連携体制構築を行う。

B. 研究方法

1. 名古屋市主催無料HIV検査会の実施方法の変更と効果確認

MSMへの検査機会提供を増やすため、名古屋市で10年以上にわたって実施されてきた検査会を活用する。行政、医療機関、community based organization (CBO)、他の研究班との合同検討会議を設置し、近年、減少傾向にあった受検者数の増加のための方策を検討し、実施した。

2. カウンセラー派遣制度構築と自治体での制度復活要請

名古屋医療センターにエイズ予防財団中核拠点病院相談支援事業として配置されているカウンセラーを中心に、名古屋市保健所や近隣の医療機関に対する派遣カウンセラー制度を構築した。また、愛知県・名古屋市と連携し、派遣カウンセラー制度の再構築を行った。

3. 中核拠点病院ネットワーク会議定例化による現況確認と連携確認および行政への情報提供

5月および10月に、東海4県および名古屋市の行

政担当者、各県の中核拠点病院、三重県立総合医療センターの医療従事者で連絡会議を行った。東海ブロックのHIV感染者診療の実状認識と問題点の共有化をはかった。

4. 国立病院機構東名古屋病院（東名古屋病院）、名古屋大学医学部附属病院（名大病院）、名古屋市立大学病院（名市大病院）との診療連携

東名古屋病院には、急性期診療後の患者受け入れ体制構築を依頼した。名大病院とは、3ヶ月に1度の頻度で国立国際医療研究センターエイズ治療・研究開発センター（ACC）と名古屋医療センターとの合同検討会（HIV感染症拡大会議）を行い、血友病被害者の医療内容の検討を行った。名市大病院からは月に1回、非常勤医師の派遣を受け、HBV/HCV重複感染者の診療体制構築を行った。

（倫理面への配慮）

個人が特定できる情報の提供等については、医療機関で診療に必要な場合をのぞいては行なわない。

C. 研究結果

1. 名古屋市主催無料HIV検査会の実施方法の変更と効果確認

名古屋市では2001年より、CBOと連携をしてMSMを主な対象とした無料検査会を実施している。現在は名古屋市が主催者とし、名古屋医療センターが委託を受けて6月と12月の年2回実施している。6月は栄地区で実施されるNLGR（Nagoya Lesbian and Gay Revolution）というイベントとの共催（NLGR）、12月は「M検」として検査会単独で

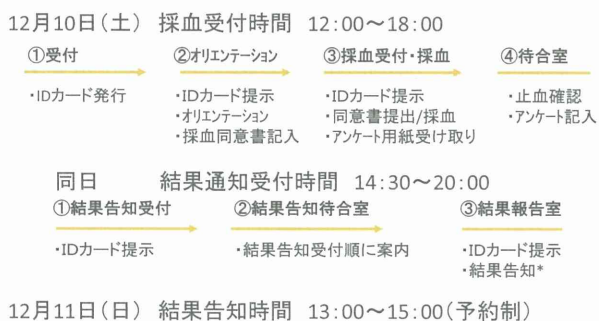


図1 2011年度第2回HIV無料検査会「M検」の検査の流れ
受検者は1日目の受付後、採血前にオリエンテーションを受けなければならない。オリエンテーションは名古屋医療センターの事前研修を受けた名古屋市保健師が主に担当する。スクリーニング検査結果は、採血2時間後に告知した。1日目のスクリーニング検査で陽性になった受検者は必ずカウンセラーが介入し、翌日の結果告知時間の予約を行う。

実施している。共通する大きな特徴は、CBOからの声に応じ採血翌日に確認検査の結果を告知することおよびB型肝炎、C型肝炎、梅毒の検査も実施していることである。また、受検者は、検査開催前に講習を受けたスタッフによるオリエンテーションを必ず受けなければならない。オリエンテーションを通じて、受検者に対し啓発を行うとともに、参加スタッフの疾病理解および検査勧奨スキル向上も行っている（図1）。2011年度は、名古屋市、名古屋医療センターとCBOおよび市川班の協力のもと、検査会開催前には定例連絡会を開催し、検査実施方法の見直しを行った。

【NLGR】

2010年度より検査会場をイベント会場隣接のホテルから、地下鉄で10分程度要する保健所に移動したことによる受検者数減少が認められた（図2）。2011年度にはイベント会場でのオリエンテーション実施と会場・検査会場間のシャトルバス運行を行ったところ、受検者数は189人から254人、HIV陽性者も3名から4名に増加した。

【M検】

2010年度は、陰性結果は即日、確認検査結果は翌日と、スクリーニング結果告知を即日形式で行う方式にしたため、受付時間を10時から13時とした結果、受検者数が激減した（図3）。2011年度にはNGOからの助言を受けて、検査受付時間延長と検査実施方法改善により待ち時間短縮のための方策をたて実施した（図4）。CBOが中心となり、初回受検者増を目的としてターゲットを絞った広報が行われた。その結果、受検者は33人から106名、HIV陽性者は0名から2名と増加した。

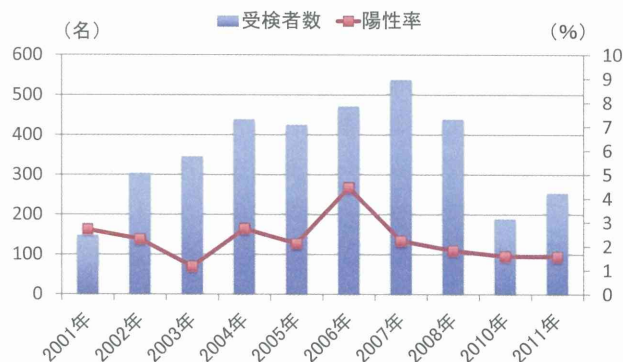


図2 NLGRの受検者とHIV陽性率の推移
2008年まではイベント会場に隣接するホテルが検査会場であったが、2010年からは地下鉄で10分程度を要する保健所に検査会場が移ったことにより受検者数が減少した。2009年は新型インフルエンザ流行によるイベント中止に伴い、検査会も中止となった。

感染が判明した受検者には結果告知医師から適切な感染告知と助言および医療機関紹介がなされ、HIV陽性者については全例医療機関受診が確認された。



図3 M検の受検者とHIV陽性率の推移
2010年はスクリーニング検査結果を即日返すことにしたこと
から、受付時間を10時から13時としたところ、受検者数が激減
した。2011年は2010年の反省をふまえて開催方法を改善した
ところ、受検者数が過去最高となった。

	2010年度	2011年度
広報	特定サイトのみ	多媒体
受付時間	10時から13時	12時から18時
結果告知	15時から18時	14時30分から20時
検査項目	4種*	4種*
確認検査告知	翌日時間内随時	翌日予約制

図4 2011年M検の実施改善項目
行政、CBOと連携して、受検者増の方策を検討した。受付時間
の変更、検査結果告知方法の改善を行った。
*4種 HIV、HBV、HCV、梅毒

2. 名古屋市内保健所へのカウンセラー派遣と派遣カウンセラー制度の再創設

【カウンセラー派遣制度の設置と運用】

名古屋市内の保健所の検査でHIV陽性が判明した場合、受検者は保健所職員に付き添われて即時医療機関を受診する事が多い。確実な医療機関受診には極めて有効であるが、診療側の視点からは患者の心的負担の大きさは無視できない。また、患者の転院先病院でのカウンセリング継続希望やHIV診療に不慣れな他の医療機関のカウンセラーからのコンサルテーションがあった。そこで、名古屋医療センターに所属するカウンセラーを保健所、医療機関の求めに応じて派遣することとした。

2011年1月から2012年2月にかけて、保健所およ

び愛知県内医療機関でカウンセリングを20件実施し、各機関で有用性の認識が高まった。

【自治体の派遣カウンセラー制度再構築】

東海ブロックで派遣カウンセラー制度があるのは、静岡県、静岡市および浜松市のみである。保健所でのHIV検査受検者への予防啓発、HIV陽性判明者への確実な医療機関受診のための心的支援の必要性が叫ばれているが、現在東海ブロックの他の自治体では制度利用頻度が少なかったことから派遣カウンセラー制度は廃止されていた。今年度、カウンセラー派遣制度の運用により、カウンセラーの有用性が認識され、2012年度より愛知県、名古屋市で派遣カウンセラー制度が再創設することとなった。

3. 中核拠点病院ネットワーク会議定例化による現況確認と連携確認および行政への情報提供

2011年度は5月、10月に開催し、定例化した。各県の動向調査報告、各県の中核拠点病院の受診状況などの報告から東海ブロックのHIV診療の現状および問題点を共有した。また、各県における血友病被害者の健康状況の把握に努めるとともに、各医療機関および自治体に被害者に対して行われている様々な施策の紹介と利用推進を行った。

愛知県三河、三重県北部、岐阜県東濃地域については、隣県の中核拠点病院が県境を超えてHIV感染者診療支援を行うこととなった。行政には、県境を超えた救急搬送が問題なく行なわれるよう要望が出され、確認が行なわれた。

東海ブロックでHIV感染児の問題が生じたため、各県におけるHIV感染妊婦への対応状況の確認を行った。各県の中核拠点病院において対応がなされているが、特に、妊娠後期にHIV感染が判明した場合の対応は困難な医療機関が多かった。対応困難症例については、ブロック内の三重県立総合医療センター産婦人科谷口医師の協力を得て対応をはかる方針となった。

各県の中核拠点病院における医師不足、後継医不足は依然として深刻であり、行政からの積極的な介入を要望があがった。人材育成の一つの方策として、HIV感染者の診療に取り組んでいる医療機関に対しては適切な医療を実施している病院として研修医枠を増加させる等の方策を実施するよう求める声があった。各自治体で対応可能かどうか検討課題となった。

2011年12月には、新規感染者のうちエイズ発症

者率が50%を超え、診断の遅れが深刻な問題となっている岐阜県でMSM向けのHIV無料検査会が開催された。これは、本会議による岐阜県と名古屋市との連携の成果であった。

本会議を通じて、ブロック内の問題の共有化と行政と連携した問題解決への方策がはかられるようになった。

4. 東名古屋病院、名大病院、名市大病院との診療連携

【東名古屋病院】

拠点病院での診療を要する重症エイズ発症例は、頭蓋内病変や悪性リンパ腫などが多い。救命されても深刻な後遺障害により自活困難な状況になることが少なくなく、寝たきりとなって長期間ベッドを占有することもある。中核拠点病院、拠点病院は急性期病院であり、HIV感染者の受入阻害要因となっている。そこで、東海ブロックでは、東名古屋病院で急性期の入院治療を終えた患者の受入を開始した。2011年度、東名古屋病院では名古屋医療センターの患者を5名受け入れ、自宅での療養が可能となった段階で退院できるなど良好な効果を生んだ。

【名大病院】

ACCおよび名古屋医療センターとHIV感染症拡大会議を定例開催し、血友病被害者の救済医療充実への取り組みを開始した。より適切な抗HIV療法への変更、重症者への対応、名古屋医療センター通院中の患者の定期検診、外科的処置など有機的な連携がはかられるようになった。

【名市大病院】

名古屋医療センターに非常勤医師を派遣し、HBV、HCV重複感染症例に対し先進的治療を開始した。杉浦班、市川班との連携により、基礎、臨床、社会三位一体となった重複感染者対策が行われるようになった。また、この連携を契機として、2012年2月より、名古屋医療センター消化器内科、感染症科および名古屋市立大学ウイルス学教室との定例症例検討会が開始された。

5. その他

【実施した主な研修会】

岐阜HIVカンファランス（5月7日）、東海HIV研究会（7月9日）、HIV感染症研究会（9月10日）、HIV感染症拡大会議（4月30日、6月15日、10月8日）、中核拠点病院ネットワーク会議（5月

21日、10月15日）、HIV感染症薬物療法認定薬剤師研究会（5月28日、10月29日）、カウンセリング研修会（10月16日）、HIV/AIDS看護実務担当者連絡会議・研修会（11月19日）、HIVカンファランス（第143回～毎月1回開催）、その他、近隣医療機関、学校等での講演に随時対応。

【実習受入など】

長崎大学熱研内科医師1名（3ヶ月）、安城更生病院医師1名（1週間）、安城更生病院医師1名（3週間）。その他、医学部学生、薬学部学生、看護師、カウンセラー、ソーシャルワーカーの見学、実習に随時対応。

D. 考察

行政、CBOおよび医療機関との有機的な連携により、実効性の高い検査をリスクの高い集団に提供することができた。また、名古屋市の検査会の手法を活かし、岐阜県でも同様の取り組みが開始された。静岡県をのぞく東海ブロックの各県では診断の遅れによる高いエイズ発症率が問題となっている。予防啓発を組み合わせることにより、長期的には新規感染者数およびエイズ発症者数の増加傾向阻止に貢献する可能性がある。

東海ブロックでは、医療機関と行政の連携が充実しつつあり、互いの機能を十分に活用しながら体制整備を行いつつある。行政に対し患者の分布と医療機関の受診動向を示すことは、各自自治体における医療体制整備計画構築に有用である。今後は行政との連携により、拠点病院等でのHIV診療拡大やHIV診療可能な医師の育成をはかる必要がある。

保健所やHIV感染者の診療機会に乏しい医療機関へ専門知識を有するカウンセラーを介入させることは、それぞれの施設における適切な告知、感染予防啓発実践の契機となると考えられた。結果として、名古屋医療センターの医療資源の活用により愛知県・名古屋市中で派遣カウンセラー制度を復活させたことは大きな成果である。

東名古屋病院を東海ブロックのHIV診療拠点病院の後方支援病院として設定する事は、急性期病院である各県の中核拠点病院、拠点病院の長期入院患者の問題を解決するための方策の一つである。今後は東名古屋病院退院後の医療施設や地域の受入体制の整備を行政と連携して行うことが重要である。

名大病院、名市大病院およびACCとの連携は、

それぞれの専門性を活かすことにより、東海ブロックのHIV診療の質の向上に大きく貢献している。

東海ブロックにおいては、これまでブロック拠点病院や中核拠点病院が予防啓発活動から診療体制整備の役割を一手に担ってきた体制を改める方針である。行政には医療機関からの情報をもとに、予防啓発活動と医療体制整備へ積極的に関与することを求めている。今後、高齢者等への対応が重要となることが予想されるため、行政と医療機関の連携をさらに密にし、HIV患者受け入れ環境整備を行っていく予定である。

E. 結論

医療体制整備とは人材の育成である。人材は経験が育てる。医師をはじめ、地域の医療従事者にできるだけHIV診療やそれに関連する活動に従事する機会と場所を提供することが、ブロック拠点、中核拠点病院の責務である。東海ブロックでは、これまでの活動を活かしつつ、HIV感染症を一疾病と認識できる現代の標準的な医療者の育成とネットワークの形成のための取り組みを行政や諸団体と連携して開始する必要がある。

F. 研究発表

- 1) Hirano A, Ikemura K, Takahashi M, Shibata M, Amioka K, Nomura T, Yokomaku Y, Sugiura W: Lack of Correlation Between UGT1A1*6, *28 Genotypes, and Plasma Raltegravir Concentrations in Japanese HIV Type 1-Infected Patients. *AIDS Res Hum Retroviruses*. 2011 Nov 9. [Epub ahead of print]
- 2) Fujisaki S, Yokomaku Y, Shiino T, Koibuchi T, Hattori J, Ibe S, Iwatani Y, Iwamoto A, Shirasaka T, Hamaguchi M, Sugiura W: Outbreak of infections by hepatitis B virus genotype A and transmission of genetic drug resistance in patients coinfecting with HIV-1 in Japan. *J Clin Microbiol*. 49(3):1017-24,2011



近畿ブロックのHIV医療体制整備

研究分担者 上平 朝子

(独) 国立病院機構大阪医療センター 感染症内科 科長

研究要旨

近畿では、大阪を中心に患者数の増加が続いている。ブロック拠点病院や中核拠点病院に患者が集中している。今年度は、近畿ブロックのHIV診療レベルの向上と人材の育成、一般医療機関を含めた連携強化、チーム医療の実践などを目的に各研究を実施した。研修会の実施、ホームページからの情報発信、HIV/AIDS看護ガイドの全面改訂、HIV陽性者の在宅介護支援に関する研究、近畿ブロックのカウンセリング体制に関する研究を行った。特にHIVの暴露後予防内服体制に関する研究では、暴露後対応の理解と周知を図るためマニュアル冊子の作成を開始した。抗HIV薬の院外処方に関する研究では、院外処方箋で受領する患者を対象に、医療制度の利用・更新状況・院外薬局のメリット・デメリット・服薬相談・院外薬局の担当薬剤師制度等の項目についてアンケート調査した。今後、抗HIV薬の院外処方のあり方や薬薬連携について研究を継続する。

A. 研究目的

近畿ブロックでは大阪を中心に患者数が増加しており、患者の早期発見と予防が必要である。ブロック拠点病院や中核拠点病院に患者が集中し、各病院のマンパワー不足の問題も続いている。さらにHIV診療は、悪性腫瘍や一般内科疾患、各科疾患、長期療養など幅広く対応することが益々求められている。そこで、近畿ブロックのHIV診療レベルの向上と人材の育成、一般医療機関を含めた連携強化、HIVの暴露後体制の構築、チーム医療体制の実践を目的に研究を実施した。

B. 研究方法

- 1) 「近畿ブロックにおける中核拠点病院打ち合わせ会議」の開催
- 2) 研修会の企画および実施
- 3) HIV/AIDS先端医療開発センターのホームページの管理と運営
- 4) HIV暴露後体制に関する研究
- 5) HIV/AIDS看護ガイドの全面改訂

- 6) HIV陽性者の在宅介護支援に関する研究
- 7) 近畿ブロックのカウンセリング体制に関する研究
- 8) 抗HIV薬の院外処方に関する研究

C. 研究結果

1) 「近畿ブロックにおける中核拠点病院打ち合わせ会議」

近畿ブロックでは大阪を中心に患者数が増加している。(図1、2)

近畿のブロック拠点病院である当院では2010年度一年間で259名の新規患者が受診した。累積患者数は2011年10月末現在2151名となった(図3)。感染経路別では、7割が同性間性的接触による患者で、年齢別では8割以上が20～50歳代であったが60歳以上が4.6%であった。

入院患者数も増加しているが(図4)、入院目的別に5年間の経年変化で見ると、抗HIV療法関連による入院は減少していたが、AIDS指標疾患による入院は減少しておらず、むしろ増加していた。HIV感染と関係しない一般の内科疾患や悪性腫瘍による入院が

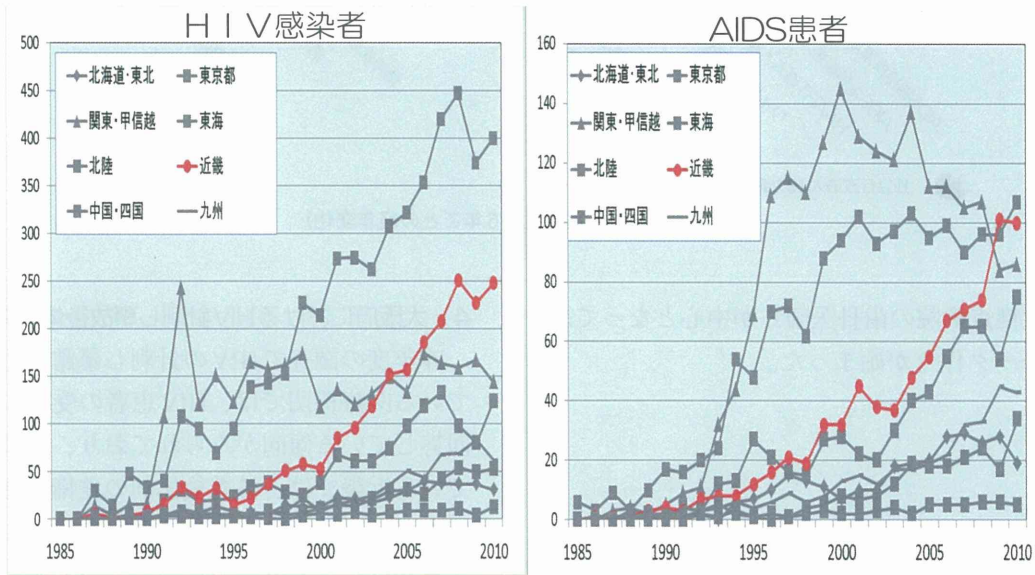
増加していた。また、長期療養者の5年間の入院比率は変わっておらず、患者数の増加に伴い療養先の確保が必要な状況であると考えられた（図5）。

これまでの当会議の開催では、問題点が明らかになり、各中核拠点病院でのチーム医療体制の構築、病院間での情報共有、研修会の実施、治療困難症例や長期療養患者の診療連携など、具体的な対策が行われるようになった。しかし、中核拠点病院でも患

者数は増加し、マンパワー不足や長期療養者の療養先確保の問題は続いている。

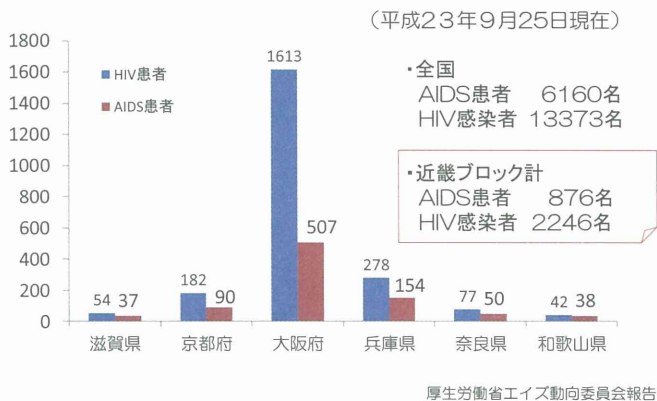
今年度は、専門医が不在であった中核拠点病院（府立急性期総合医療センター）で、ブロック拠点病院から非常勤で専門の医師が派遣され、月2回の診療支援が始まった。さらに、来年度からは専門医が赴任しHIV診療が始まる予定となった。

歯科診療に関しては、歯科医師会とブロック拠点



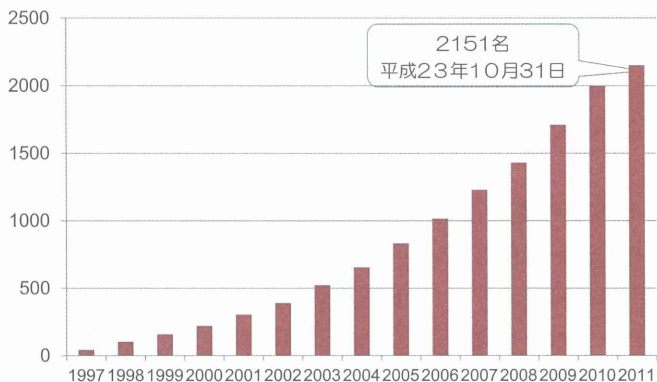
2010年厚生労働省エイズ動向委員会報告

図1 報告地別のHIV感染者数



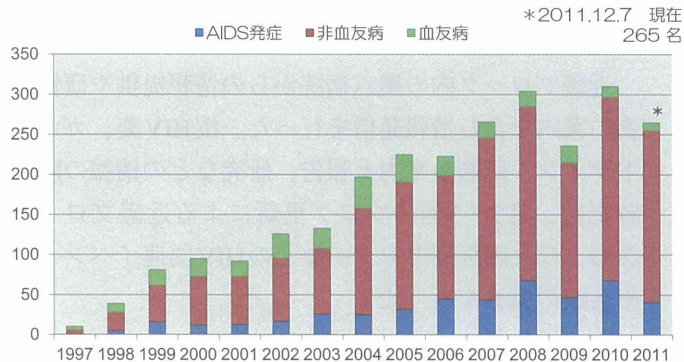
厚生労働省エイズ動向委員会報告

図2 近畿ブロック患者/感染者累積報告数



独立行政法人 国立病院機構 大阪医療センター

図3 大阪医療センターの累積患者数の推移



独立行政法人 国立病院機構 大阪医療センター

図4 大阪医療センターの入院患者数の推移

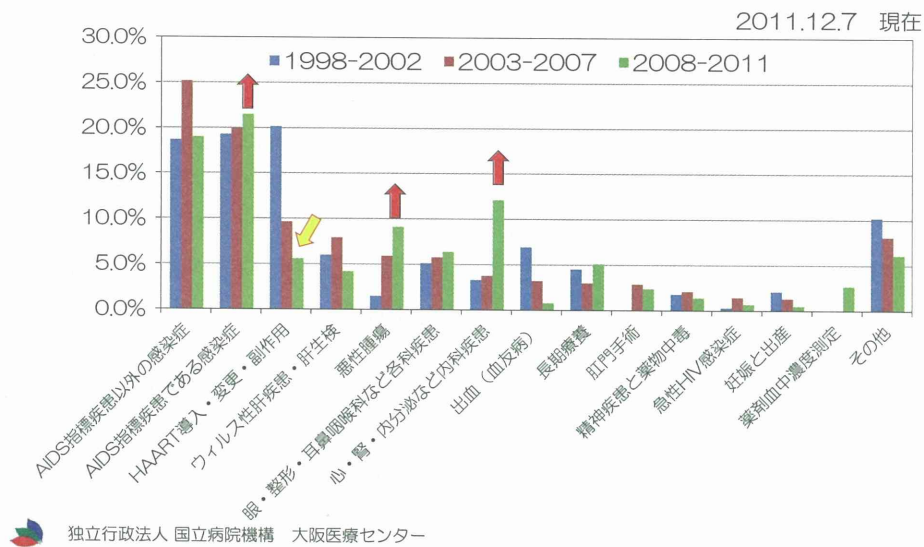


図5 主たる入院目的（5年ごとの経年変化）

病院や中核拠点病院の歯科医師らが中心となって診療ネットワーク作りが始まった。

2) 研修会

(図6)

- ・ 医師一ヶ月実地研修 平成23年10月3日(月)～平成22年10月28日(金)
参加者 6名
(うち 病棟実習10月3名、1月2名予定、講義のみ受講1名)
- ・ 看護職研修
初心者コース 平成23年 9月 5日～ 6日 参加者41名
初心者コース 平成23年 9月26日～27日 参加者47名
経験者コース 平成年10月24日～25日 参加者43名
HIV/AIDS訪問看護師研修会 平成24年2月5日
- ・ ソーシャルワーク研修会 平成23年10月22日 参加者12名
- ・ カウンセリング研修会 平成23年9月9日(金) 参加者43名
- ・ HIV感染症研修会・コミュニケーション研修会
平成24年1月30日(月)～平成24年2月1日(水)
- ・ 近畿ブロックの中核拠点病院/拠点病院における研修会
奈良県立医科大学病院、市立奈良病院 (来年4月予定)

図6 研修会の実施

3) HIV/AIDS先端医療開発センターのホームページの管理と運営

近畿ブロック内の拠点病院からの情報提供や研修会の案内を含む情報発信を行った。抗HIV薬、ガイドライン、研修会案内と報告、研究などの情報の随時更新、月2～3回のブログ更新による近畿ブロックおよび大阪医療センターなどのHIV関連イベントや会議の紹介を行った。

4) 大阪府におけるHIV針刺し事故後体制に関する研究

昨年度の調査でHIVの針刺し暴露後対策を整備している医療機関では、HIV患者の受け入れが可能と回答している傾向がみられており、患者数の増加している近畿では、暴露後体制の整備が急がれる状況である。今年度は、HIV診療を専門としない医療従事者向けに、暴露後の対応についてまとめた小冊子の作成を開始した。構成は、①感染性のある体液の暴露についての一般的な説明②暴露を起こさないための方策③暴露後予防内服についての一般的な説明④実際に暴露を受けた場合の対応（・暴露が起こったときのチェックリストとフローチャート・連絡先と受診方法・薬の説明シートなど）である。次年度は、内容を検討した上で冊子を完成し、関係機関への配布を行い、HIVの暴露後体制の周知を図る。

5) HIV/AIDS看護ガイドの全面改訂

今年度、新情報の提供とHIV診療、看護の経験がない施設でも読みやすく、実践に即した形でのガイドを作成することを目的として看護ガイドの全面改訂を行っている。現在、各先生方に原稿の加筆・修正を依頼している。次年度にHIV/AIDS看護ガイドの全面改訂。改訂、刊行される予定である。

6) HIV陽性者の在宅介護支援に関する研究

HIV脳症やPMLなどのAIDS関連疾患の後遺症や患者の高齢化に伴い、介護支援を必要とする陽性者が今まで以上に増えることが予想されるが、「HIV陽性であること」を理由に、支援が得られにくい現状がある。特に、居宅介護支援事業所等の在宅サー

ビスについては、受け入れが難しいケースが存在する。地域における支援体制の確立は急務であり、必要な介入について検討していくことを目的とする。そこで、これまでの研究から、直接的な介入として研修を実施することで、HIV陽性者支援に関する考えに変化が見られたという結果が出ていることから、効果的な研修プログラムのあり方について検討する。今年度は、研究計画書を作成、12月13日付で倫理委員会の修正承認がおりた段階である。現在、サービスを受けているHIV陽性者本人と家族、支援をしている居宅介護支援事業所職員を選定している。

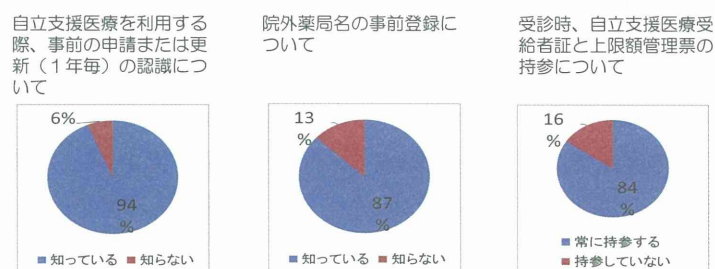
7) 近畿ブロックのカウンセリング体制に関する研究

①近畿ブロック内のHIV感染症医療に携わるカウンセラー連絡会議による各施設におけるカウンセリング体制の課題と解決策の抽出を行った。今年度は6月に近畿ブロックHIV感染症医療に携わるカウンセラー連絡会議を開催し、7施設11名の参加を得た。施設の内訳は、ブロック拠点7名、中核拠点病院3名、拠点病院1名であった。他の中核拠点病院には、書面と電話で情報収集を行った。各施設からは、カウンセリング件数の少なさとカンファレンスに関する課題が抽出された。会議後、カウンセラーからカンファレンス開催の提案を行い実際開催されるようになった施設、初診時にメンタルヘルスのスクリーニング検査を実施し、カウンセラーが顔合わせをする機会を増やすといった解決策が報告され

た。また、勤務日が限定されている中核拠点病院の相談員は、会議への参加が勤務とみなされていない。今後の会議への参加を勤務と認めてもらえるような働きかけが必要ではないかという問題提起がなされた。②今年度中に各自治体を対象に、2010年度および2011年度の近畿ブロックの派遣カウンセラーの実績を調査する。③事例検討会（3回）、研修会、講演会（3回）を通してアセスメントとトリートメントに関する事例研究を行い、カウンセラーの質の向上を図った。

8) 抗HIV薬の院外処方に関する研究

各医療機関における抗HIV薬の院外処方箋発行は低率である。その理由として、プライバシーの問題や在庫確保、医療制度等の問題が考えられる。そこで、院外処方箋で受領する患者および応需する院外薬局を対象に、医療制度の利用・更新状況・院外薬局の評価、メリット・デメリット・院外薬局における必要な薬の説明・相談・院外処方を選択しない理由・院外薬局における担当薬剤師制度など、院外処方の状況や問題点等をアンケート調査した。その結果、特に大きなデメリットはなかったが、必要書類を持参しない患者、門前薬局への集中、プライバシー確保の問題などがあがった（図7、8）。また、服薬相談や薬剤師の担当制なども意見が分かれていたが、回答した患者の40%が院外薬局に担当薬剤師の配置を求めており、薬の相談、プライバシーへの配慮、他の薬剤の管理を期待していた（図9）。



自立支援医療制度を利用する際、事前の申請、更新（1年毎）の手続きが必要であることを理解していたが、**院外薬局名の事前登録や受給者証と上限額管理票を常に持参しない患者が散見され、必要書式の認識が不十分である**と思われた。

図7 障害者自立支援医療制度の利用・登録状況 n=322

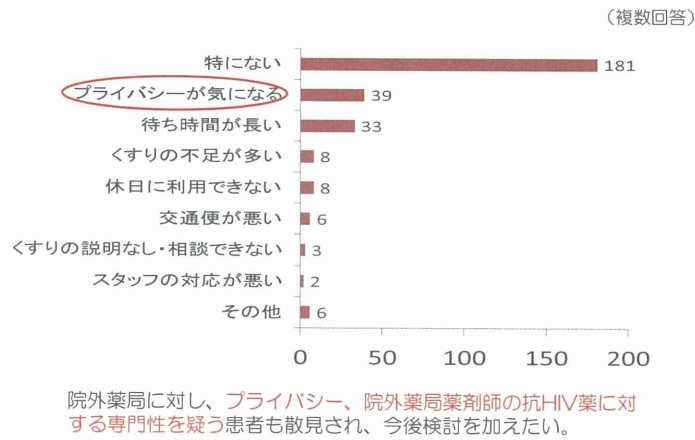


図8 院外薬局利用のデメリット

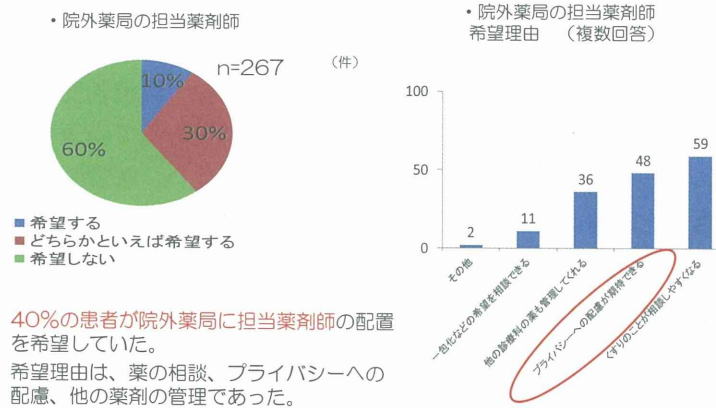


図9 院外薬局における担当薬剤師制

D. 考察

近畿ブロックの中核拠点病院では、経験不足、マンパワー不足、長期療養者の療養先がないといった問題は続いていたが、行政が積極的に研修会を企画し参加するようになっており、連絡会議で各病院の現状を互いに把握し、課題を明確化することで、対策が実践されるようになってきた。

昨年度実施した近畿圏の100床以上の一般病院を対象にしたアンケート調査の結果では、HIVの診療を経験する機会を増やすこと、専門医の育成、感染対策の整備が重要であることがわかった。

診療経験を増やすためには、専門医の育成をはかり、コメディカルをはじめとしたスタッフのHIV診療に対する正しい理解、院内全体の受け入れが必要である。今後も多職種によるチーム医療体制を構築するために、医師研修を始めとした各職種の研修会を引き続き行っていくことが必要である。

針刺し等暴露後体制の整備に関しては、マニュアル冊子の作成と配布、HIV/AIDS先端医療開発センターのホームページでも具体的な対処方法や予防内服薬のある医療機関にすみやかにアクセスできるよ

うにしていきたいと考えている。

また医療機関は、薬価の高い抗HIV薬の院外処方の推進を検討しており、院外薬局の拡充が、患者の療養先の確保や医療従事者の暴露後予防内服の整備にも欠かせない。そこで、今年度は抗HIV薬の院外処方に関する研究を開始した。

院外処方は、患者が「かかりつけ薬局」を定め、医薬品の適正化に取り組むことにある。今回のアンケート調査であがった課題について改善策を検討し、今後の抗HIV薬の院外処方のあり方や薬薬連携について研究を継続する。

E. 自己評価

1) 達成度について

当初の目的を概ね達成できた。

2) 研究成果の学術的・国際的・社会的意義について

HIV感染症の医療体制の整備に関する研究意義は大きいと思われる。一般医療を含め、HIVの診療機関社会的意義も高く、継続が必要であると考えられる。

3) 今後の展望について

近畿ブロックは中核拠点病院を中心に診療レベルが向上し、均てん化が図られつつある。今後、質の高い診療を続けていくためには、人材育成、病院間連携の強化、研修会が必要である。また、一般医療機関への裾野を広げるため、針刺し暴露後体制の整備、院外薬局の拡充を実施していきたいと考えている。

F. 結論

近畿におけるHIV感染者/AIDS患者報告数は増加を続けている。近畿ブロックにおいては、拠点病院間の更なる連携の強化、専門医の育成、院外薬局の拡充、針刺し予防内服の周知徹底などHIV診療体制の構築が必要である。

G. 知的所有権の出願・取得状況（予定を含む）

特にない

H. 研究発表

原著論文による発表

欧文

- 1) Watanabe D, Taniguchi T, Otani N, Tominari S, Nishida N, Uehira T, Shirasaka T. : Immune reconstitution to parvovirus B19 and resolution of anemia in a patient treated with highly active antiretroviral therapy: A case report. *J Infect Chemother* 2011, 17:283-287.
- 2) Yoshino M, Yagura H, Kushida H, Yonemoto H, Bando H, Ogawa Y, Yajima K, Kasai D, Taniguchi T, Watanabe D, Nishida Y, Kuwahara T, Uehira T, Shirasaka T: Assessing recovery of renal function after tenofovir isoproxil fumarate discontinuation, *J Infect Chemother* 2011, in press.

和文

- 1) 上平朝子：HIV患者における腎機能障害の問題 大阪透析研究会会誌 第29巻2号：215-225 2011年
- 2) 今村顕史、上平朝子、加藤雪彦、堀場昌英、山中晃：いまさら聞けないHIV感染症～患者は突然やってくる～最終回 座談会 HIV感染者の早期発見！！見落とさないコツ 医薬の門 第51巻 第3号：224-231 2011年

口頭発表

- 1) 上平朝子：医療について 社会法人白寿会 血液・体液で感染する感染症の講座 大阪 2011年12月
- 2) 上平朝子：「長期治療のマネジメントを考えたARVの選択～臨床医の経験に学ぶ～」 第25回日本エイズ学会学術集会・総会 東京 2011年12月
- 3) 上平朝子、吉野宗宏、渡邊大、櫛田宏幸、矢倉裕輝、廣田和之、米本仁史、坂東裕基、矢嶋敬史郎、小泉祐介、大寺博、富成伸次郎、西田恭治、白阪琢磨：当院のNRTI-sparingレジメンの使用経験 第25回日本エイズ学会学術集会・総会 東京 2011年11月
- 4) 上平朝子：エイズ関連悪性リンパ腫について 第54回日本感染症学会中日本地方会学術集会 第59回日本化学療法学会西日本支部総会「シンポジウム1」 奈良 2011年11月
- 5) 上平朝子：HIV感染症を疑う直腸・肛門病変-早期発見のために- 第92回近畿肛門疾患懇談会 大阪 2011年11月
- 6) 上平朝子：HIV診療の医療体制 平成23年度HIV感染症医師実地研修会（1ヶ月コース） 大阪 2011年10月
- 7) 上平朝子：HIV感染対策 近畿大学医学部堺病院 HIV感染対策に関する講演会 大阪2011年8月
- 8) 上平朝子：平成23年度第1回肝臓専門医育成プロジェクト 大阪 2011年7月
- 9) 上平朝子：感染症コース「HIV感染症」 関西医科大学3学年講義 大阪 2011年6月
- 10) 上平朝子：HIV陽性者とエイズ患者の在宅生活の支援と医療の連携 北区居宅介護支援事業者連絡会ならびに北区訪問介護事業者連絡会の合同研修会 大阪 2011年5月



中四国ブロックのHIV医療体制整備

研究分担者 木村 昭郎

広島大学原爆放射線医科学研究所

ゲノム疾患治療研究部門血液内科研究分野 教授

研究協力者 藤井 輝久

広島大学病院輸血部准教授・エイズ医療対策室 室長

研究要旨

2010年の中国四国地方のHIV感染症・エイズ患者の動向は、増加傾向でありかつエイズでの報告が増加している。地域では岡山、鳥取がその傾向が強い。しかし保健所等での検査件数は減少に歯止めが掛かっていない。広島大学病院では昨年に引き続き新患が減ったものの、初診時にエイズ発病が増えている。これらの施策として、医師、歯科医師、看護師、薬剤師、心理士、ソーシャルワーカーの研修会に加え、四国における多職種を対象とした研修会を実施した。今年新たに、初心者向け心理士の研修会や地域の訪問看護師、緩和ケア病棟及び療養病床に勤務する看護師を対象とした研修会を立ち上げ、有効な結果をもたらした。情報提供としては、ホームページに新コンテンツの「Dr.杉原のジャーナルクラブ」を作成した。また広島県内の開業歯科医と広島大学病院歯科研修医に対する研修会における配付資料を増刷し、ブロック内の拠点病院へ配布して周知を図った。

A. 研究目的

本研究の目的は中国・四国地方のHIV感染症の医療体制の整備のために、ブロック内のHIV感染者/エイズ患者の動向を調査すると共に、診療や教育支援に役立つために、研修会の開催や教育資材の開発を行うことにある。またそれらを通じて、ケア提供者の資質の向上を図ることである。

B. 研究方法

個別のタイトル毎に目的、方法、結果と考察を示す。臨床疫学的データについては、個人情報と思われる項目（氏名、市町村レベルでの住所、生年月日等）を除き、解析した。これをもって倫理面の配慮とした。

C. 研究結果

[1]中国四国の患者数及び保健所等におけるHIV抗体検査件数の推移

1-1. 目的

中国四国ブロックにおける患者数と保健所等におけるHIV抗体検査件数推移とを把握し、その内訳を解析すると共に必要な介入方法について検討する。

1-2. 方法

厚生労働省エイズ動向委員会による「2010年エイズ発生动向」（<http://api-net.jfap.or.jp/index.html>）及び2011年11月報告の一部を解析した。

1-3. 結果

中国四国地方の2011年9月末時点における報告数を【表1】に示した。中国四国地方の人口はおよそ1200万人である。そのうちHIV感染者とエイズ患者（HIV/AIDS）の累計は612人と全体の3.3%で、そ

れぞれ昨年より87人、0.2%増加を認めた。HIV感染者の人口10万対比率は3.2%、エイズ患者では3.7%と、これもそれぞれ0.1、0.4%上昇した。2010年に限るとHIV感染者が53人、エイズ患者が34人報告されており、特にエイズ患者の報告例が多かった（前年比の2倍）。特に岡山では前年4人から11人と3倍近い報告となった。HIV/AIDS報告数が前年より低い県は、広島、鳥取、高知の3県であったが、鳥取県は報告例3人全員がエイズ患者として報告されているのに対して、高知は全てHIV感染者として報告されていた。またHIV/AIDS報告総数中におけるHIV感染者の割合を見ると【図1】、広島は66.7%で全国平均69.7%より低率であった。全国平

均を上回ったのは、山口（81.8%）、島根（75.0%）であった。HIV感染者の人口10万対比率を2009年末と2010年末において、全国都道府県と比較すると【表2、3】、2009年は広島が0.84と4位であったが、2010年は8位と低くなった。

中国四国9県の保健所等におけるHIV抗体検査件数の推移を示す【図2】。2009年に比べ全県で減少した。特に鳥取県は、前年の約4分の1と顕著である。検査件数は全国の動向と同様に2008年がピークでその後減少を続けている。

1-4. 考察

2010年の中国四国ブロックのHIV/AIDS報告数は

表1 中国四国地方のHIV感染者/エイズ患者累計数 (2011年9月末時点)

	HIV感染者		エイズ患者		累計報告数
	報告数	人口10万対率*	報告数	人口10万対率*	
鳥取県	12	1.833	8	1.333	20
島根県	16	1.504	4	0.547	20
岡山県	74	3.379	54	2.407	128
広島県	155	4.873	62	1.880	217
山口県	48	3.053	14	0.814	62
徳島県	20	2.000	14	1.750	34
香川県	35	2.982	27	2.286	62
愛媛県	56	3.512	40	2.479	106
高知県	27	3.325	14	1.535	41
ブロック計	443	3.300	237	1.750	680
全国合計	13373	9.900	6160	4.536	19538

*数字は2010年末時点のもの

表2 人口10万人あたりのHIV感染者報告数上位自治体 2009年

順位	自治体	人口10万対
1	東京都	2.91
2	大阪府	1.94
3	沖縄県	1.09
4	広島県	0.84
5	山梨県	0.80
6	福岡県	0.75
7	愛知県	0.73
8	神奈川県	0.64
9	千葉県	0.56
10	兵庫県	0.55

表3 人口10万人あたりのHIV感染者報告数上位自治体 2010年

順位	自治体	人口10万対
1	東京都	3.03
2	大阪府	2.23
3	愛知県	1.11
4	沖縄県	0.79
5	福岡県	0.69
6	静岡県	0.66
7	奈良県	0.64
8	広島県	0.63
9	福井県	0.60
10	千葉県	0.60

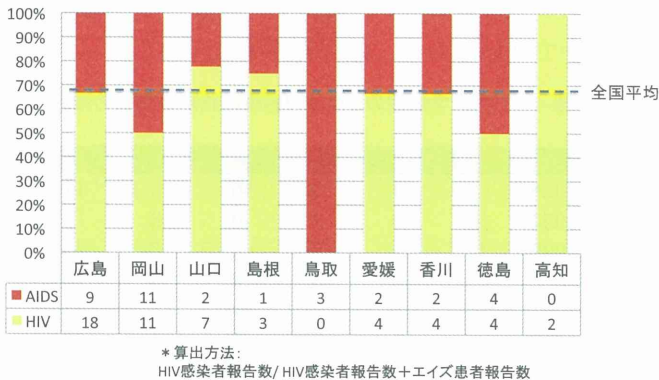


図1 2010年新規報告における県別AIDS/HIV比率の比較

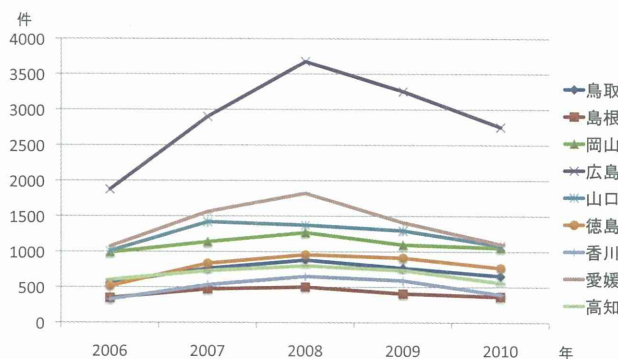


図2 県別保健所等におけるHIV抗体検査件数の推移

前年に比べ増加し、その数は統計を取り始めて最高値であった。報告数増加の原因は、岡山でのエイズ患者報告数の増加である。考察として、「岡山では早期発見が遅れている」とも解釈できるが、岡山の地理的な要因も関係していると思われる。つまり、岡山県のエイズ拠点病院は岡山市、倉敷市に集中しており、かつその医療圏は岡山南部のみならず、西は同じ備後地方である広島県福山市、東は兵庫県の相生市にまで及ぶ。さらに、四国や山陰への交通の便もよく、他県からの患者が岡山で診断・報告されている現状があると思われる。倉敷、岡山の拠点病院からの報告がほとんどで、県内3番目の人口を抱える津山市が医療圏で、県北唯一の拠点病院である津山中央病院からの報告がほとんど無いこともそのことを示唆する。

中国四国9県のうち人口100万人未満は5県あり、全国で人口の最も少ない都道府県順位1～4位は鳥取、島根、高知、徳島である。報告数が少ないのは当然と言えるが、人口10万人あたりの比率にしても低い傾向にある。これは全国でも同様の傾向が見られ、唯一他県と医療圏がまたがらない沖縄は人口が少なくても比率の高い県である。このことからこれら人口の少ない県は他県で診断・報告されていることが容易に想像され、実情を反映しているとは思えない。現在の報告の書式には「最近の居住都道府県」記載欄があるので、こちらで集計する方がより正確である。エイズ動向委員会などの報告に平成19年より掲載されるようになったが、不明や欠損が多く集計・解析の問題は今後も続くと思われる。一方で、鳥取は2010年の報告例全てがエイズ発症者であったため、やはり人口の少ない県での発見が遅れていることは否めない。これらの地域でより早期に感染者を発見するために、保健所だけでなくエイズ拠点病院やその他開業医を含めた医療機関に対しても研修等で教育を充実していく必要がある。そのためには、それぞれの地域に広島のスタッフが出向し、よりきめ細やかな研修を行わなければならない。後述する“四国地方の拠点病院のケア提供者（多職種）を対象とした研修会”は、その一環である。

保健所等におけるHIV抗体検査件数は減少に歯止めが掛からない。しかし、岡山は「保健所等における相談件数」は前年の60%増であった。逆に鳥取県は前年の4分の1となっている。この数字は、その地域における一般人の「HIV/AIDS」に関する意識

を反映しているものの一つと考えられる。岡山の場合、相談はするものの検査に至らないのか、相談の結果検査不要とされたのか不明であるが、今後この数字の動向も注目すべきだと思われる。

[2]広島大学病院の患者数の推移

2-1. 目的

ブロック拠点病院である広島大学病院におけるHIV感染者及びエイズ患者数（以下、患者数）の動向を集計するとともに、そのプロフィールを明らかにする。

2-2. 方法

診療録より後方視的に検索し集計した。

2-3. 結果

2-3-1. 年次別患者数

1986年にHIV抗体検査が可能になって以後、2011年12月末までの累計患者数は216人である。5年ごとの新規患者数を感染経路別に示す【表4】。2011年単年の新規患者数は15人であり、前年を下回った。直近の5年間では同性間性行為感染男性が90%であった。しかし初診時には“異性間性行為感染”と思われた患者でもその後“同性間”あるいは“両性間”が判明するケースもあった。また麻薬使用歴のある患者もいたが、問診上“静注”での使用が明らかでないものは、性行為感染に含めた。

表4 広島大学病院の5年毎の感染経路別新患数の推移

	血液製剤	異性間女	異性間男	同性間男	母子	合計
-1985	11	0	0	0	0	11
-1990	16	0	2	0	0	18
-1995	9	2	3	6	0	20
-2000	5	2	3	8	0	18
-2005	6	4	10	30	1	51
-2010	1	2	5	75	0	83
2011	0	1	2	12	0	15
合計	48	11	23	130	1	216

2-3-2. 初診時の病期別年次推移

216人の患者について、本院初診時のHIV感染症病期をHIV感染とエイズ発病に分け、さらに96年以降2年刻みで集計した【図3】。血液製剤以外での患者数は216人中152人であった。2005-2006年次に患者数の減少とエイズ発病率の増加があった以外は、2001年以降の2年次ごとの患者数は右肩上がり

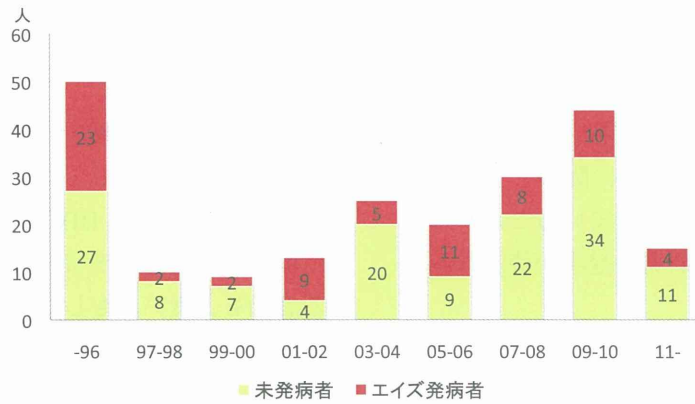


図3 広島大学病院初診時年代別のHIV感染症の病期

で、かつエイズ発病率は20%前後であった。しかし2011年はエイズ発病率は26.7%であった。

2-3-3. 2011年受診患者125人のプロフィール

血液製剤による感染者15人のうち2010年末でエイズ発症歴があるものは3人、抗HIV薬未使用者は4人であったが、2011年2月に「再発性のサルモネラ菌血症」で1人エイズ発病となった。この患者の発病時のCD4数は754/ μ Lであった。新規患者の4人がエイズ発病であったが、それぞれの指標疾患は、サイトメガロウイルス網膜症1人、ニューモシスチス肺炎2人、トキソプラズマ脳炎1人であった。今年死亡例はなかったが、昨年報告した進行性多巣性白質脳症を発症した患者は、現在療養型病床保有の病院にて療養中である。

2-3-4. 2011年抗HIV療法（ART）開始患者9人のプロフィール

2011年になって本院でART開始した患者は9人であり、昨年23人から激減した。2人がエイズ発病にて開始となった。バックボーンはツルバダ4人とエプジコムが5人であり、キードラッグはEFV1人、DRV5人、RAL3人であった。1人エプジコムで開始したものの1週間後に皮疹が起きたためツルバダに変更したが、それはツルバダ開始群に含めた。開始時のCD4数は7~460/ μ L、ウイルス量は10,000~580,000/mLであった。全員ウイルス学的成功例である。

2-4. 考察

本院での初診患者数は2010年に続き減少したが、他のブロック拠点病院（県立広島病院、広島市立広島市民病院）や県内のエイズ拠点病院（国立病院機構呉医療センター、福山医療センター）では前年を

上回り、本院への患者集中が緩和されつつある。しかし1例、排菌はないものの結核を合併しており（結核性リンパ節炎）、そのため本院に紹介された患者がいた。県内5つのブロックまたは中核を含むエイズ拠点病院は、全て結核病床を有していないため、今後問題になることが推察される。また広島県の統計にも反映されているように、2011年は前年に比べエイズ発症で紹介、または発見されるケースが増加した。これは昨年度本報告書でも触れた保健所等での検査件数の減少を反映しているものと思われる。

2011年の患者のプロフィールであるが、血液製剤での感染者がART施行中にも関わらず「再発性サルモネラ菌血症」にてエイズ発症となった。2回目の菌血症発症の前には、CRP陽性が続き数年前に施行した人工股関節置換術の部位の腫脹・疼痛を訴えていた。入院後同部位に膿瘍があることが分かり、病巣搔爬を行って膿汁を検査したところサルモネラが検出された。つまり初回の菌血症後、免疫的に弱い人工関節部位に菌が生着・増加後再び菌血症を起こしたものと推察された。発症時CD4数754/ μ L、ウイルス量検出感度以下であり、十分なウイルス抑制効果を認めたが、それでも発症したので、「再発性サルモネラ菌血症」は個体の免疫能とあまり関係がないことが示唆された。

DHHSのガイドライン変更に伴い、本院でもCD4数350/ μ L以上での開始が増え、新規患者のうち該当者は4人あった。バックボーンはエプジコムが選択されるケースが多かったが、その理由として、1. 開始時に高脂血症がない 2. HBVキャリアは一人もいない 3. ツルバダの腎障害を避ける と言った点が挙げられる。また高ウイルス量（>100,000コピー/mL）にもかかわらず、エプジコムの使用例もあるが、それは本施設が2009年日本エイズ学会学術集会で発表した「エプジコムはウイルス