

特集：新しいエイズ対策の展望

第一部：エイズ対策を巡る新たな方向性

エイズ医療の課題（1）：ブロック拠点病院によるチーム医療体制の現状と課題

白阪琢磨

独立行政法人国立病院機構大阪医療センター HIV/AIDS 先端医療開発センター

The Status and Issues of Team of Medical Care for HIV-infected People in Block Hospitals in Japan

Takuma SHIRASAKA

AIDS Medical Center, National Hospital Organization Osaka National Hospital

抄録

治療の進歩によって HIV 感染症は慢性疾患となったが、HIV 陽性者の報告数は増加し続け、エイズ医療体制の構築は重要である。エイズ医療体制はエイズ診療における拠点病院とブロック拠点病院、さらにエイズ治療研究・開発センターによって形作られている。HIV 感染症の深刻な拡大の中、現場ではブロック拠点病院等への患者集中と対応困難な状況などの新たな課題に直面している。本稿では、HIV 治療に重要なチーム医療などのブロック拠点病院での現状と課題を述べた。

キーワード： HIV, AIDS, エイズ診療におけるブロック拠点病院, チーム医療

Abstract

In Japan, the reported number of patients infected with HIV increases year after year. It is one of the most important issues how to treat or care the HIV-infected patients. HIV infection has become a chronic disease which can be treated by antiretrovirals. However, even prescription is right and sufficient, the treatment may fail if a patient is unable to take medication appropriately, moreover, drug-resistant HIV may develop. Therefore, how a patient takes initiative to continue taking medication will be the point for treatment success. Purpose of team medical care for HIV-infected patients is that a patient will be able to manage oneself including medication taking, and to improve and maintain own health. Provision of appropriate support by the team is important for that purpose. Provision of team care means each staff (specialists including medical doctors, expert nurses, pharmacists, clinical psychologist (counselors), medical social workers, etc.) divide responsibilities depending on specialties in medical care which must be provided to a patient, and pursue the work with responsibility thinking from a patient's point of view. In the paper, the present status and issues of HIV medical Care in Block Hospitals in Japan.

Keywords: HIV, AIDS, Block hospital, team of medical care

1. はじめに

HIV 感染症の感染経路は性行為、母子感染、血液媒介に大別でき、いずれも人間の行動に深く関わっている。HIV

の感染予防は容易であると考えられがちであるが、多くの国で本感染症が拡大を続けている事実を見れば、効果的な予防がいかに難しいかがわかる¹⁾。AIDS の最初の報告から26年が経過し、HIV 感染症の治療は大きく進歩を遂げ

〒540-0006 大阪市中央区法円坂2-1-14

2-1-14 Hoenzaka, Chuo-ku, Osaka-shi, 540-0006, Japan.

た。抗 HIV 薬による多剤併用療法は HIV 感染症の進行を阻止でき、AIDS 発病も遅延できるので、先進諸国の多くで AIDS 発病者の年間発生数は減少に転じている。一方、わが国では年間新規感染者数は年々増加傾向にあり、さらに、他の先進諸国で減少傾向にある年間 AIDS 発病者数も増え続けているのが現状である²⁾。21世紀、中国などアジアで起きている HIV の感染爆発の波は、これらの国々と交流の深い日本にも押し寄せて来るだろう。私たちは、今、わが国での HIV 感染症/AIDS の拡大をくい止めることができるかどうかという重大な時期に直面していると、言っても過言ではない³⁾⁴⁾。

わが国では HIV 混入血液製剤による HIV 感染被害、いわゆる薬害 HIV 訴訟と和解に基づきエイズ施策が実施されてきた。和解から10余年が経過しわが国の HIV 感染症/AIDS を繞る状況は大きく変わった。まず、最近の感染経路が主に性的接触となった事であり、次に、治療の進歩によって HIV 感染症が医学的に管理できる慢性疾患になった事である。では、HIV 感染症を性感染症と見なし、今後、エイズを性感染症の一疾患とした対策を取れば良いのであろうか？他の性感染症と比較して、HIV 感染症に重要な特徴を示した(表-1)。これらの特徴から他の性感染症以上にエイズ対策は重要と考える。HIV 感染予防の具体的な対策を考える上で、性生活が重要な日常生活の一部である事を忘れてはならない。欧米には Sexual health という概念があるが、HIV あるいは性感染症の予防のためにも Sexual health の向上と維持が重要な考え方と言えよう。

表-1 HIV 感染症の特徴

- ・治療の進歩によって HIV 感染症は慢性疾患となったが、未だに治癒はない。
- ・服薬は生涯に及び、1人の生涯薬剤費はおよそ一億円と高額である。
- ・陽性者の多くは無症候性キャリア期にあり自覚症状は無いが感染性がある。
- ・感染の有無は抗体検査を受けなければわからない。
- ・エイズは社会の偏見差別の対象であり、未だに社会のスティグマである。
- ・HIV は社会的脆弱性の高い人々に広がる。

現在、無症候性キャリア期で発見された感染者は抗 HIV 療法によって AIDS 発症を免れ、同時に感染者からの感染拡大を阻止できるので、早期発見は重要である⁵⁾。では、自覚症状が無い無症候性キャリア期の感染者が、どうすれば抗体検査を受検するだろうか？詳細は他稿に譲るとして、本稿では受検行動に医療が関わっている点を強調しておきたい。受検行動を考える上で、結果が陽性であった場合に受検者に生じるメリットとデメリットを考えてみる。陽性であれば、本人は偏見差別の対象となり、種々の行動が制限されるという個人的デメリットが発生する。他方、陽性と判り医療を受給できれば、HIV 感染症の進行を阻止できるという個人的メリットと、他への感染も阻止できるという公衆衛生的、個人的メリットがある。言い換

えれば、陽性とわかって医療受給に困難を伴えば受検行動の意義は感染を予想する人間にとって減少するだろう。わが国では HIV 感染症の治療は健康保険の対象であり、抗 HIV 療法を開始する病状では身体障害手帳の申請と認定がなされる事が多く、その場合には自立支援医療の適応となる。現在、抗 HIV 療法の医療費の自己負担は本人の収入に応じるので、経済的に自立していない若者でも治療を受けることができる。1人の感染がわかり、生涯の薬剤費約1億円が新たに発生するかもしれないが、他への新たな感染を阻止できる医療経済学的効果も大きな意義があると考えられる。HIV 感染症における医療提供は、まず、陽性者の健康の向上と維持であるが、さらに、抗体検査の受検行動の動機づけにも深く関連していると予想されるので、医療体制の構築はエイズ対策の重要な柱の一つと言える。この観点からも予防と医療をエイズ対策の両輪に喩える事ができる⁶⁾。わが国ではエイズ診療における拠点病院(以下、拠点病院)から構成された拠点病院体制が構築されている。この体制は世界でもユニークであり、エイズ対策上で大きな役割を果たして来た。以下、地域のエイズ診療におけるブロック拠点病院(以下、ブロック拠点病院)に焦点を絞って、その現状と課題を述べる。

2. エイズ診療における拠点病院の意義

わが国では先進諸国の中でもユニークな HIV 感染症についての診療体制が構築され実績をあげてきた。各都道府県に拠点病院369施設が選定され、北海道、東北、東海、北陸、近畿、中国四国、九州の各地方にブロック拠点病院として14施設が選定され、全国の HIV 診療のトップに国立国際医療センターのエイズ治療研究開発センター(以下、ACC)が位置づけられている。今回のいわゆるエイズ予防指針の見直しによって各都道府県に1施設以上のエイズ診療における中核拠点病院(以下、中核拠点病院)の選定が進んでいる⁷⁾。中核拠点病院誕生の一因となった患者数の増加を見てみたい。ブロック拠点病院が選定された平成9年以前の10年間(昭和62年から平成8年まで)と平成9年からの10年間(平成9年から平成18年まで)の HIV 感染者と AIDS 患者報告数をエイズ動向委員会の報告に基づいて比較した。HIV 感染者が2094件から6250件(2.98倍)に、AIDS 患者は794件から3245件(4.09倍)に大きく増加した(表-2)。いずれも性的接触による感

表-2 わが国の HIV 感染症の動向

	1987～1996	1997～2006	増加率(倍)
HIV 感染者 ¹⁾			
日本国籍	1033	5217	5.05
外国籍	1061	1033	0.97
計	2094	6250	2.98
AIDS 患者			
日本国籍	567	2568	4.53
外国籍	227	677	2.98
計	794	3245	4.09

注1: エイズ動向委員会報告より

染が主である。報告は東京、大阪などの大都市で多いが、最近では全国に分布しており、HIVは都市のみならず各地域にも広く蔓延していると言える。今年からエイズ動向委員会への報告様式に居住する都道府県までは報告されるので、今後、地域の感染実態がより明らかになると予想される。エイズ予防指針の見直しの中で、国と自治体の役割分担が明確に唱われた。医療体制においても自治体が担うべき役割がますます大きくなった。これまで各地域でHIV診療を中心的に担ってきたブロック拠点病院の負担は患者等の増加に従い選定当時に比べ現在ではずいぶん大きくなり、ブロック拠点病院の機能が麻痺しかねない状況にまでなってきた⁸⁾。中核拠点病院の選定はまさに時機を得た対策と期待したい。

さて、拠点病院の役目を理解するために本疾患の歴史を振り返る必要がある。AIDSの歴史は、1981年に米国の都市部に流行した成人での免疫不全症の報告に始まる。当時は治療薬も無かったのでAIDSを発病すれば患者は1から2年で死亡した。原因不明であり致死的な疾患AIDSを市民は恐れ、忌み嫌った。AIDS患者の多くが男性同性愛者や麻薬濫用者であった事、AIDS患者が痩せ衰えて死を迎える様子など、マスコミ報道は市民にAIDSに対する恐怖の念を植え付けた。欧米各地では市民のAIDSに対する過剰反応としてエイズパニックが次々に発生した。わが国でも神戸事件や松本事件などが発生した。1983年にはHIVが発見され、その後、AIDSの病態も、感染経路も予防法も明らかとなった。1987年には世界最初の抗HIV薬AZTも米国FDAによって承認された。しかし、AIDSに対する負のイメージは、現在に至るまで払拭されていないし、「HIV感染=死」という誤った知識を持っている市民も多い。AIDSに対する偏見・差別や誤った知識は市民に限らず、医療の専門家においても同様な状況が見受けられる。HIVとHBVは感染経路が同じ血液媒介感染ウイルスであり、院内感染対策の基本も同じである。針刺し等の職業的暴露後の抗体陽性率で比較するとHBVが約3割に対してHIVは0.3%という報告がある。感染対策におけるHIVへの対策はHBVへの対策で十分とも言え、HBVを扱う医療施設ならHIV陽性者に対する診療は可能である。従って、HBVを扱っている医療施設がHIV陽性者の診療が出来ないと言うのであれば、それはある種の診療拒否ではないだろうか。確かに、HBVには予防ワクチンがあるし、HIVでの事故後の抗体陽性率が皆無ではないので注意は必要である。しかし、HIVの職業的暴露については、事前の感染予防対策の徹底と暴露後の予防内服で感染を防ぐ事ができる。医療機関がHIV診療を避ける他の理由として、HIV陽性者を診療する事で他の受診患者数の減少を危惧する声もある。しかし、現在、HIV診療を行っているブロック拠点病院でHIV診療によって他の通院患者数が減少したという事実はない。さらに、院内のcomedicalが診療に反対するのではないかと、暴露後対策をどうするかなどがある。拠点病院に選定された施設で

は、これらの不安因子をクリアする過程を経て、結果として支障なくHIV診療の実績を上げている。逆に言えば、この過程が施設における職員の患者プライバシーに対する意識向上や、院内感染対策の見直しなど施設にとっても大きなメリットに繋がったとも言える。さらに、HIV感染症治療は日進月歩の進歩を遂げており、現在ではHIV感染症治療の専門的知識および技能の習得・維持、後述するチーム医療体制の構築といった側面もHIV診療に必要であり、今後、拠点病院に専門的HIV診療を提供できる施設としての役割が大きく期待されている。

3. ブロック拠点病院でのHIV診療の現状

ブロック拠点病院の役割はHIV医療の地域格差の是正にあり、診療(全科対応)、臨床研究(治験など)、研修教育、情報発信の4機能を発揮して各地域のHIV診療レベルを向上、維持することと位置付けられている。実際、わが国のHIV診療リーダーとして先進的HIV診療と研究を行ってきたACCと共に、ブロック拠点病院は前述の機能を発揮しながら、各地域におけるリーダーあるいは調整役として重要な役割を果たしてきた。ブロック拠点病院ではHIV診療担当医、担当看護師に加えて、エイズ予防財団からの派遣によるカウンセラーあるいは情報担当職も加わり後述のチーム医療を実践している⁸⁾。一部のブロック拠点病院受診患者の状況を示した(表-3)。これらの施設では所在府県のみならず近隣県からも患者が多く受診して居り、国立病院機構大阪医療センターには近畿圏の約6割強が、仙台医療センター、名古屋医療センターには、約5割強が、九州医療センターには約4割強が受診していた。いずれの施設でも広い範囲からHIV感染症患者の集中化が示されている。いずれもAIDS発病者の治療、HBVあるいはHCV合併例の診療、抗HIV療法の導入と維持、薬剤耐性検査の実施など専門的診療と全科対応を実施し、HIV診療において各地域で大きな役割を果たしている。事項で近畿ブロック拠点病院である国立病院機構大阪医療センターを例に挙げてブロック拠点病院の診療状況を述べたい。

表-3 4ブロック拠点病院の診療状況

	仙台	名古屋	大阪	九州	合計
患者数 ¹	150	617	1069	208	2044
感染経路別内訳					
血液製剤由来	49	27	72	49	197
同性間性的接触	62	313	747	120	1242
異性間性的接触	39	159	180	38	416
その他	0	118	70	1	189
ブロック内報告数 ²	278	1190	1678	477	3623
患者数占有率 ³	54%	52%	64%	44%	56%

注1:平成19年3月末現在。単位:人

注2:エイズ動向委員会報告より

注3:各ブロックの患者数を各ブロック内報告数で除した数を%で表記した

表-4 国立病院機構大阪医療センターの診療状況（平成19年3月末現在、単位：人、括弧内％）

初診時病期		初診時年齢		初診時居住地域	
HIV感染者	811 (75.9%)	20歳未満	19 (1.9)	近畿	1023 (95.7)
AIDS患者	258 (24.1%)	20歳代	315 (30.5)	大阪府	748
合計	1069	30歳代	441 (39.7)	大阪市(再掲)	458
性別		40歳代	183 (17.3)	兵庫県	141
男性	1004 (94.0)	50歳代	79 (7.7)	京都府	81
女性	65 (6.0)	60歳以上	32 (2.9)	奈良県	28
				和歌山県	15
				滋賀県	10
				近畿以外	46

4. 近畿ブロック拠点病院のHIV診療状況

国立病院機構大阪医療センターは平成8年に拠点病院に平成9年4月には近畿ブロックにおけるブロック拠点病院に選定され、診療、研究、教育・研修、情報発信を4つの機能を発揮してきた。患者数は年々増加し、累積患者数は平成19年9月末現在で1175名となり、今年度の初診患者数は200名を超えると予想される。当院では免疫感染症科が院内標榜科として独立して主にHIV感染症の診療を担当し、患者数増加に伴い、現在では医師（科長1名、医長1名、医師3名、後期研修医3名）、専従看護師4名、専門薬剤師2名、臨床心理士2名、MSW2名から構成され、チーム医療を実践している。

1) 外来の状況 受診患者の内訳（平成19年3月末現在）を示した（表-4）。初診時年齢は20歳台が30.5%、30歳台が39.7%、40歳台17.3%であり、20歳台と30歳台だけで7割、40歳台を加えると9割を占めた。性別では男性が94%であった。初診時病期は感染者が75.7%であり、発病者が24.3%であった。初診時居住地は大阪府が70.0%、近畿の他府県が25.7%を占めた。感染経路は性的接触（異性間16.9%、同性間69.9%）が大半で、血液製剤による感染は7.1%であった。HIV感染者の発見動機は、抗体検査の自主的受検に加え、梅毒症、急性B型肝炎、尖形コンジローマなど性感染症の診断に続いた受検（多くは医療機関で実施）が多かった。平成18年度の新規患者数（以下、括弧内は前年度比）は194名（+7.2%）、延べ患者数6562名（+43.5%）、1日平均患者数25人（+35.1%）であった。当院での診療科はほぼ全科にわたっていた。

2) 入院の状況 平成18年度は、実患者数343名（+5.2%）、延べ患者数5499人（+11.2%）、1日平均患者数15.1人（+11.0%）であった。AIDS発病したために入院した患者は平成19年3月末までに193名あり、AIDS指標疾患別内訳ではニューモシスチス肺炎が103名（53.3%）、サイトメガロウイルス感染症が65名（33.6%）であった。結核症は20名（10.3%）あり、高度障害をしばしば遺す進行性多巣性白質脳症が8名であった。AIDS発病で入院した患者の中で20名（10.3%）が死亡退院であった。

3) 抗HIV療法の状況 抗HIV薬はわが国でも20剤近くが承認されている。3剤を組み合わせる多剤併用療法が標準治療である⁵⁾。最近では、合剤や1日1回処方

などによって朝1回4個（1錠、3カプセル）を飲むだけで良いという処方もあり、以前に比べれば服薬がずいぶん容易になった。ただ、短期あるいは長期の副作用の出現は依然として高頻度である。当院の平成18年度の薬剤費（抗HIV薬）は総額で8億7052万円（前年度より44%増、院外比率69%）であった。平成9年度から平成17年度に当院で抗HIV療法を開始し、平成18年度末も当院に通院している患者325名の中で平成18年度末直近の血中ウイルス量が検出限界値（50コピー/mL）未満の者は312名であり、治療成功率（現在、血中ウイルス量が検出限界値未満を示している患者の率）は96.0%であった。

4) 手術や母子感染予防 当院では平成9年から平成18年度末までに91件のHIV陽性者の手術が実施された。診療科は外科系のほぼ全科であった。平成9年4月以降、13人のHIV陽性妊婦が当院産科を受診した。いずれもHIV陽性妊婦では妊婦への抗HIV療法、帝王切開による分娩、母乳を与えないなどの母子感染予防法の実施によって全員、無事に出産を終えた。HIVに感染した児はいない。

5. ブロック拠点病院での課題

現時点で、ブロック拠点病院が共通して抱える課題について述べる（表-5）。1) 患者集中化により発生してきている課題 患者の集中化は診療経験を積む事ができ、施設としての専門性を維持・向上できるが、その反面、診療科あるいは施設の診療能力の限界を患者数が超えてしまうと、患者あたりの診療レベルは低下し、医療従事者も疲弊してしまう。HIV感染症は慢性疾患であり診療は長期に及ぶので、長期の診療体制をどう構築するかを検討する事が必要であり、次項で述べる様に、患者の病期、病状、治療状況等に応じて、施設間での役割分担も必要と考える。

2) 自立困難症例への支援体制の構築 進行性多層性白質脳症やHIV脳症などの病状ではAIDSに対する治療で急

表-5 ブロック拠点病院が抱える医療体制の課題

- 1) 患者集中化による診療レベルの低下と医療従事者の疲弊
- 2) 自立困難症例への支援体制の構築
- 3) 施設間診療連携体制の構築
- 4) 医師、看護師、薬剤師、心理職、ソーシャルワーカーなど専門医療従事者の教育と育成
- 5) 感染症歯科診療ネットワークの構築
- 6) 外国語によるサービス提供

性期を乗り越え救命できても、重度障害を遺す場合がある。拠点病院は急性期対応の施設であり介護が中心となった患者への対応は困難であり、急性期病院よりもリハビリ施設や療養型施設あるいは在宅看護や在宅での福祉サービスの提供が適当であると考えられるが、受け入れ施設が見つからない場合がほとんどである⁹⁾¹⁰⁾。多くは青壮年であり家族も支援体制を組めない場合も少なくなく、ブロック拠点病院等での大きな課題となっている。3) 診療連携体制の構築 各拠点病院には元々施設として備わっていない診療機能もあるので、合併症への対応で他施設との診療連携が必要な場合もある。さらに、将来、患者数が増加した時にブロック拠点病院、中核拠点病院あるいは拠点病院が、患者の病期と病状等と、それぞれの診療等の機能に応じた連携が必要になると考える。4) 専門医療従事者の育成 現時点では感染症、特に HIV 感染症を教育している大学は少数であり、HIV 診療経験を積むことの出来る研修施設も限られている。今後の患者増を考慮すれば、まず、医師の教育・育成が急務である。同様にチーム医療の構成員である看護師、薬剤師、心理職、MSW らの育成も忘れてはならない。5) 歯科診療ネットワークの構築 歯科・口腔外科が併設された拠点病院は全体の約 1/3 に過ぎないとされている。HIV 陽性者にとって歯科診療のニーズは日常的にあり、しかも、しばしば緊急の処置を要する。歯科診療を受けるために歯科が併設されている拠点病院に通院するのは理想的であるかも知れないが、現実的とは言えない。歯科医療を拠点病院だけで対応するのは、かなり無理があると言わざるを得ない。しかも、わが国においては感染症歯科を専門とする歯科医は少ないという実態もある。従って、各地域で HIV 診療の歯科医ネットワークの構築が急がれる。6) 外国語によるサービス提供 わが国の少なくとも医療分野においては外国語サービスは十分ではない。医療での外国語サービスの制度は地域も施設も限られている。他の通訳と比較すると、医療通訳は医療に関する専門用語を知り専門的知識を有し、患者のプライバシー保護を守るなど教育・訓練を受けることが必要と思われる。制度の確立と医療通訳の育成が強く望まれる。

6. 拠点病院での課題の解決に向けどう取り組むか。

HIV 陽性者の増加は東京・関東、大阪など都市部に限らず国内の多くの府県で増加しており、地域での対策の強化が必要である。これに対して、エイズ予防指針の見直しの中で中核拠点病院という枠組みが創設された。中核拠点病院には各自治体での HIV 診療の核としての機能（専門的診療、研修機能、情報発信）の発揮が期待される。次に、地域における HIV 診療を考える上で、患者数の増加を考えると、ブロック拠点病院、中核拠点病院、拠点病院だけでは成り行かない状況も将来、出現するかも知れない。例えば、感冒あるいは齲歯で拠点病院に通う状況は異様とも言える。増加する患者に対応すべく、患者の病期、

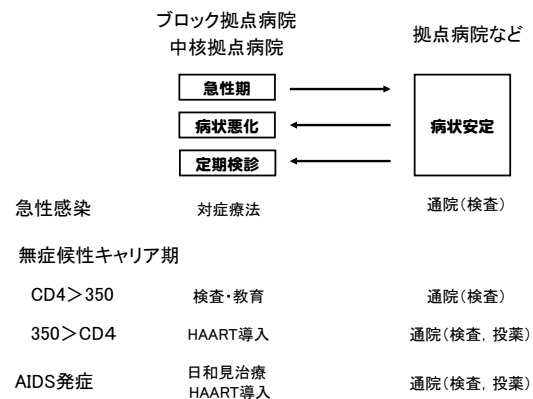


図-1 HIV 診療における患者の病期、病状等による連携について

左に患者の病期（急性感染期、無症候性キャリア期、AIDS 発症期）を記した。専門病院とは診療実績として抗 HIV 療法の導入や AIDS 治療の経験と能力がある施設を意味し、多くはブロック拠点病院や中核拠点病院と考えられる。拠点病院等はそれ以外の拠点病院と拠点病院ではないが HIV 診療を行える病院あるいは診療所と考えられる。いずれ病期でも、AIDS 治療や抗 HIV 療法の導入と言った急性期医療は専門病院で実施し、患者の病状が安定すれば患者は拠点病院等に定期受診（1～3ヶ月毎）し、年に1ないし2回は専門病院を受診し病状、診療内容等のチェックを受ける。病状悪化時には専門病院に紹介する。無症候性キャリア期では CD4 陽性 T リンパ球細胞数によって 350 を超えていれば経過観察のみで良いので、一般には定期受診（2～3ヶ月毎）で診察と血液検査で良い。350 以下では抗 HIV 療法が必要であり、専門病院で抗 HIV 療法の導入を行い、病状が安定すれば拠点病院等に紹介する。なお、拠点病院以外の施設では、職業暴露後対策、自立支援医療施設の認定、院外薬局の問題など課題がある。

病状、治療状況等と医療施設の機能に両者に応じた役割分担が今後必要と考える（図-1）。HIV 陽性者には社会的に自立していない若者が多く、陽性告知によって人間関係を含めた社会生活の継続性を保てなくなる例もあり、診療は身体のみならず精神・心理、社会・経済的側面に対しても、しばしば支援が必要である。さらに、服薬が開始となればアドヒアランスの向上・維持は必須であり、チームで医療を提供する必要がある¹¹⁾。平成18年の診療報酬改定の中で、基準に合致した施設に対してウイルス疾患指導致料としてチーム医療加算が新設された。実施にあたっては厚生労働科学研究費補助金エイズ対策事業「服薬アドヒアランスの向上・維持に関する研究」班作成の「HIV 診療における外来チーム医療マニュアル」¹²⁾に則る必要がある。さらに、病状は安定しているが重い障害を遺した患者への福祉サービスの在り方については、厚生労働科学研究費補助金エイズ対策事業「自立困難な HIV 陽性患者の支援に関する研究」班で研究を進めている。

7. 今後の期待するもの

わが国の献血における供血者10万人あたり HIV 陽性率は、昭和62年に0.134件であったが、漸増を続け、平成11年には1.0を超え、平成18年には1.744となった。エイズ動向委員会によれば、東京などの大都市には累積感染者数が10万人あたり10人を超えている地域も既に報告されている²⁾。わが国の感染者数が2010年には万人になるだろうという推計がある。主要疾病別患者数を比較すると、結核3

万9千人, ウイルス肝炎41万人, 胃の悪性新生物20万8千人, 乳房の悪性新生物15万6千人, パーキンソン病14万5千人であり(2007年国民衛生の動向, 446頁, 第46表

総患者数, 厚生労働省「患者調査」より), もし, 現状のまま感染者・患者数が増加すると, 近い将来, HIV感染症は稀な疾患ではなくなるだろう。推計値5万人の多くが15歳から49歳と仮定し, 平成18年10月1日現在の日本の当該年齢の人口推計値である5,634万人を用いると罹患率は0.1%弱となる。今後も特に男性同性間での性行為によって感染者数が二次関数的に増加するとすれば, 青壮年層での罹患率はさらに年々増加するであろう。このような状況を実感しているブロック拠点病院から見ると予防と治療を両輪とした対策の実践が重要と考える。抗体検査の推進, 妊婦での抗体検査の推進, 治療体制の整備などである。エイズ予防指針の見直しに基づく施策の実施とエイズの戦略研究の実施の対策効果が現れるには, 今暫く時間が必要であり, 当面, 真の陽性者数の増加が続くと予想され, 早急な対策の実施が必要である。わが国には保健所や公衆衛生研究所等が本疾患の対策で重要な役割を担ってきた実績がある。国と自治体で構築された拠点病院体制も一定の実績をあげてきた。各自治体がそれぞれの感染状況を把握し対策を立案し実施する時代となった。全国では男性同性間性行為による日本国籍の若者での感染が大半を占めているが, 地域によっては異性間性行為や外国籍患者での感染事例や中高年の患者が軽視できない状況もある。地域で重点施策層が何かを見極める必要もあるかも知れない。医療体制については, 拠点病院の多くが急性期病院であり慢性安定期の患者に対応できない事や, 介護や在宅ケアなどの福祉サービスが必要な患者が増えてくる。その受け入れ体制の構築や福祉サービスとの連携も今後の大きな課題である。見直されたエイズ予防指針に従い, 具体的な対策を自治体の保健行政が展開される事を強く願う。

参考文献

- 1) UNAIDS. 2006 AIDS epidemic update 2006年12月.
- 2) 厚生労働省エイズ動向委員会. 平成18年エイズ発生動向年報. 2007年5月.
- 3) 白阪琢磨. 増え続ける HIV 感染症とその対策—臨床現場の現状から. 公衆衛生 2006; 70(2): 101-105.
- 4) 白阪琢磨. ヒト免疫不全ウイルス感染症と後天性免疫不全症候群. 保健の科学 2007; 49(10): 674-678.
- 5) HIV 感染症治療研究会. HIV 治療の手引き(第10版). 2006年12月.
- 6) Levi GC, Vitoria MA. Fighting against AIDS: the Brazilian experience. AIDS 2002; 16(18): 2373-83.
- 7) 木村哲. わが国の HIV 感染症対策の課題. 医療 2005; 59: 637~640.
- 8) 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」(主任研究者: 岡慎一) 平成18年度総括・分担研究報告書. 2007年3月.
- 9) 国立病院機構共同研究「長期療養が必要な HIV 感染者の実態調査と療養支援対策の検討」(主任研究者: 永井英明) 平成16~17年度研究報告書. 2006年3月.
- 10) 文部科学研究費補助事業萌芽研究「HIV 感染者の社会福祉施設サービス利用に関する調査」(主任研究者: 小西加保留) 平成15年度結果概要書. 2004年3月.
- 11) 厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業「服薬アドヒアランスの向上・維持に関する研究」(主任研究者: 白阪琢磨) 平成18年度研究報告書. 2007年3月.
- 12) 厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業「多剤併用療法服薬の精神的, 身体的負担軽減のための研究」班. HIV 診療における外来チーム医療マニュアル. 2006年3月.