

総説

HIV感染症と日常診療

—米国における日常診療の紹介—

米国のAIDS医療とそれを支える精神についての記述

内海 眞*

はじめに

1981年に最初のAIDS症例が米国カリフォルニア州で報告¹⁾されてから16年が経過した。1980年代前半は、米国においてもHIV感染者、AIDS患者は偏見と差別の対象であった。1983年全米で最初のAIDS専門病棟がサンフランシスコ総合病院内に設置されようとした時、病院の中に造るな、山の中に造れ、という地域住民の激しい反対があった²⁾、HIVに感染した血友病の子供達が登校を拒否された事件も生じた³⁾。しかし、結局のところ、サンフランシスコ総合病院にAIDS専門病棟は設置されたし、HIVに感染した子供達も現在では自由に学校に通っている。AIDS患者をサポートする多くのボランティアが全米各地に出現したし、AIDSの臨床や研究に従事する多くの医療者が生れた結果、AIDS医療は大きく進歩し、AIDSは今や慢性疾患の一つにならんとしている。Love, compassion, understandingが偏見と差別に取って代わった結果である。

日本には既に5,000名を越えるのHIV感染者及びAIDS患者が報告されているし、近年着実にその数は増加している⁴⁾。若い人々のsexual behaviorを考えると、将来さらに感染が拡大する恐れも存在する。HIV感染者、AIDS患者に対する医療は、ごく一部の医師に任せておけばよいというものでは決してなく、我々一人一人が取り組んでいかねばならぬものであろう。

1980年代前半のAIDS患者のほとんどは、発症

後短期間に死亡していった。サンフランシスコ総合病院のAIDS病棟の婦長は、当時を回顧して“我々医療者は何も出来ず、無力感だけが残った”と語っていた。しかし、AIDS医療の進歩により、現在では多くの日和見感染症がコントロールされるようになったし、プロテアーゼ阻害剤を含む抗HIV薬の併用療法で血中ウィルス量を1/100~1/1000近くに減らし、かつCD4値を上昇させることも可能となった⁵⁾。繰り返すが、AIDSは慢性疾患にならんとしている。我々医療者が成し得ることは、以前に較べ格段に多くなっていると言わねばならない。我々の正確な診断及び治療がAIDSを慢性疾患に変え得るのである。

私は厚生省のHIV感染症研究者海外留学生として、1995年4月10日から8月24日までの4ヶ月半と1996年10月6日から11月15日までの1ヶ月半の2回にわたり、米国のAIDS医療を視察する機会を得た。今回私に与えられたテーマは「HIV感染症と日常診療」であるが、本稿ではAIDS先進国である米国においてどのような診療やケアが行われているかを紹介したいと思う。日常診療の中でHIV患者に対し我々には何が出来るのか、という問いに対しては、先輩格である米国の医療のあり方が解答の一つを用意してくれるだろうと思うからである。つまり、先輩に学ぼうというわけである。先輩に可能なことは我々にも可能であろう。

米国におけるHIV患者の診療

1. Universal precaution

Universal precautionとは、人の体液や血液の

*国立名古屋病院第5内科

表1 日常診療とHIVに対する防御

診療内容	防御内容
・通常の外来、入院診療 (血液・体液に触れない業務)	▶ 防御不要
・小規模観血的医療 (注射、採血、体液採取等の検査)	▶ ゴム手袋 (必要時マスク)
・中規模観血的医療 (カテーテル挿入、内視鏡検査等)	▶ ゴム手袋とマスク (必要時ガウン)
・大規模観血的医療 (手術、分娩、透析等)	▶ ゴム手袋、マスク、ガウン (必要時、ゴーグル、キャップ、靴カバー)

中には何らかの感染因子があると考え、それらを汚染物質として認識し対処することをいう。

米国におけるHIV感染者は100万人を越えるといわれている。即ち、全人口の約0.5%が感染していることになる。この比率は、カリフォルニア州の都市部、ニューヨーク市、マイアミ、プエルトリコ等ではさらに高くなっている。HIVの抗体検査は、米国では必ず本人の同意を必要とする。従って、HIVに感染していても検査を受けていないために、その人を感染者として判別出来ないこともある。HIV感染者が多いこと、また、誰が感染者で誰が感染者でないか正確には判定出来ないこと、この二つの状況が米国に存在するため、全ての血液・体液は危険であるとの前提が必要となってくる。現在では、この前提のもとに患者のケアにあたる事が医療者の常識となっている。

具体的には、キャップ、ゴーグル、フェイスシールド、マスク、手袋、ガウン、靴カバーを必要に応じて着用すること(表1)、針刺し事故を防止するために注射針等のリキャップは絶対に避け、使用後の注射器等は針のついたまま専用の容器に捨てること、そして手洗いを充分に行うこと等がuniversal precautionの内容である。

このような対策はHIV抗体の陽性、陰性にかかわらず全ての患者に適用されるために、HIV患者が特別視されることも差別されることもなくなっている。

Universal precautionは費用が高くつくのではないかとの議論がある。全例にHIV抗体検査を施行し、陽性者にのみ特別な注意を払った方が経済的ではないか、との議論である。両者の費用を比較した報告では⁶⁾、universal precautionの方がコストの点でも有利であるというものであった。その理由は、HIV抗体検査を全例に実施する場合、検査費用に加え、抗体検査前後のカウンセリングの費用と、確認検査のウェスタン・ブロット法の費用がかかり、結局はコスト高になるからである。コストの点のみならず、universal precautionの利点として、①他の感染症の防御になる、②救急患者にも適用出来る、③診断のための検査の感度や特異性に影響されない、④window period (HIV感染直後の抗体陰性期)の患者にも対応出来る、⑤秘密厳守等の倫理的問題と無関係、等が存在する。

医療現場での感染は、針やメス等の鋭利な器具による皮膚穿刺、患者の血液や体液の粘膜や皮膚創傷部位への付着による。しかし、HIVの感染率はB型肝炎ウィルス等に比較して非常に低く、0.2~0.5%とする報告⁷⁾が多い。医療従事者に対しては、HIVの感染経路、感染率、感染防御の方法に関する教育が必ず行われる。正確な知識を身につけることによって不必要な不安を取り除くことが出来るし、自分自身を感染から守る姿勢が養われる。こうした教育とuniversal precautionの

結果、医療事故は極めて少なくなっている。ニューヨークのマンハッタンにあるセント・ルークス・ルーズベルト病院では、これまで確実な医療事故によるHIV感染は0であった。この病院は常時100名近いAIDS患者が入院し、1年間のHIV感染者の新患数が1000人を越える程、HIV患者の多い病院である。また、同じくニューヨークのブロンクス・レバノン病院は、入院患者の60%がHIV抗体陽性で、約5000人のHIV患者（入院及び外来）のケアをしている病院であるが、やはり医療事故による感染は0であった。表1に示す如く、決して大がかりな感染防御対策が講じられているわけではなく、最低限必要な方策がとられているに過ぎない。そして、上述の感染事故0は、この方法で十分であることを証明している。またそのことは、基本的な注意さえ守っていればどの医療施設でもHIV患者の診療は可能であることの証明でもある。

医療従事者にも感染事故が生じた場合、病院側から何らかの補償があるのか、と聞いてみたところ、答えは“No”であった。病院側は必要な器具は用意し、必要な情報は提供する。それ以上のことは医療従事者も要求しないとのことであった。自分のことは自分で守り、強制されてではなく自らの責任と意志でAIDS医療を選択する多くの医療者が米国には存在していた。

針刺し事故等の医療事故が生じた場合は、傷害部位に対する適切な処置（流水での洗浄等）に加え、抗HIV薬の服用がrecommendされている。既に医療事故後の感染防御に対しAZTの有効性が確認されたが⁸⁾、プロテアーゼ阻害剤を含む抗HIV薬の併用療法はそれが感染初期に用いられると感染者の血中ウィルス量をほぼ100%近く検出限界以下に減少させ得ることが明らかになったため⁹⁾、米国のCDC(Center for Disease Control and Prevention)はHIV感染の危険ある医療事故に対しては、すみやかに上述の三者併用療法（AZT+3TC+Indinavir）を開始することを推奨している⁹⁾。これにより医療事故による感染率はさらに低下し、限りなく0%に近づくことが期待されている。

表2 HIV汚染物の消毒法

処理方法	処理条件	
次亜塩素酸ナトリウム	0.5%	10~30分
フォルムアルデヒド	5%	10~30分
エタノール	70%	10~30分
グルタルアルデヒド	2%	10~30分
煮沸		20分
高圧滅菌	121°C	20分

2. HIV汚染物の消毒

通常の日常診療で用いられている消毒剤はHIVに対しても有効であるとともに、煮沸あるいは高圧滅菌も効果がある。従って、特別な薬剤や装置は必要とされない。表2は愛知県衛生部発行の「エイズ診療のために」の中から借用したものが、ほぼこれに準じた消毒滅菌法が採用されていた。また、医療器具の細部の汚れを落とすために超音波洗浄器が繁用されていた。

内視鏡の消毒も特別な方法を採用しているわけではなかった。セント・ルークス・ルーズベルト病院で行われた実験をここに紹介してみる。4本の内視鏡にHIVを付着させ、その後流水で洗浄しただけで3本からはHIVが検出されず、さらにもう1本の内視鏡も99.9%のHIVが除去された。この後グルタルアルデヒドに数分浸漬するとHIVは全く検出されなくなった。このように通常の洗浄法で充分であるため、内視鏡は流水による水洗と30分のグルタルアルデヒド処理で再使用されていた。

3. 外来診療

病院の外来診療は、必ずドアのある診療室で行われていた。患者のプライバシー保護のためである。診療室には、手洗い用の流し、ペーパータオル、針を捨てるための容器、手袋の他、眼底鏡、耳鏡、血圧計が常備されていた。眼底鏡が必要なのは、AIDS患者ではしばしばサイトメガロウィルスによる網膜炎を合併するからであり、耳鏡は

中耳炎の診断のためである。このように特別な設備や器具は全くなく、通常の外来診察室とほとんど変わるところはない。

患者一人あたりの診察時間は30分を超えることが多く、特に問診に多くの時間がかけられていた。患者の多くは明るく振舞っており、医師との間にストレートな会話がなされていた。待合室には飲み物やお菓子が用意されていたり、花や絵が飾られている施設も多かった。HIVに感染した小児の診察日には待合室はプレイルームに変えられ、専門のプレイセラピストがつく日もあり、温く患者を迎える医療側の心が感じられた。

開業医の診療を見学する機会を得た。ニューヨークで3ヶ所、マイアミで1ヶ所であったが、基本的には病院の外来診療と同一であった。病院と比較し、医師患者関係が一層親密であるように思われた。患者が重篤化すればすぐ病院に紹介が出来るようになっており、病診連携は日本よりも緊密であるように思われた。ニューヨークのある開業医は週に数回の半日診療を行うのみで、残りの時間は大学へ出掛けたり、関連する病院に出向いたりして、比較的余裕のある診療を行っていた。

ニューヨークではAIDS患者の約80%は開業医を含む外来診療でフォローされている。日和見感染の予防と治療が確立しつつある今日、それは当然の傾向であると思われる。さらに一昨年末から昨年の初めにかけて米国では抗HIV薬のプロテアーゼ阻害剤が使用されるようになり、AZTや3TC等の他の抗HIV薬と併用すると患者の血中ウィルス量を1/100~1/1000に低下させると同時にCD4値も改善させるために、日和見感染が少なくなって増々外来治療者の比率が上昇している。マイアミのメルシー病院では入院患者数が半減し、代りに外来患者数が明らかに増加していた。この1年間の大きな変化である。即ち、AIDは次第に慢性病としての様相を呈しつつあると言ってもよいと思われる。

4.病棟診療

私が視察したどの病院もAIDS病棟を有してい

たが、一般病棟にAIDS患者が入院する場合も多かった。例えば、サンフランシスコ総合病院では女性の患者の多くは産婦人科に入院していたし、ニューヨークのセント・ルークス・ルーズベルト病院ではAIDS専門病棟のベッド数が不足しているために約30名程は一般病室に入院していた。両病院ともuniversal precautionが徹底しているので、一般病室での混乱は全く生じていなかった。病室に特別な設備などなく、スペースがやや広くとってある以外は日本の病院とあまり変わるところはなかった。ただ、結核を合併した患者は陰圧の個室に入るようになっていた。これは、医療者その他の入院患者を結核の感染から防護するためである。医療者はHIVよりもむしろ結核の感染に神経質になっていたように思われた。マイアミのメルシー病院の院内にはホスピス病棟がつくられていて、AIDS患者も他の患者と同じようにこの病棟を利用することが可能となっていた。

病棟での医療はチーム医療であった。医師、看護婦だけでなく、薬剤師、栄養士、ソーシャルワーカー、精神科医、採血士、看護助手等の協力のもとに医療がすすめられていた。いずれの病棟でも医療者はAIDS患者のケアに誇りと生きがいを見出していたように思う。サンフランシスコ総合病院のAIDS病棟の婦長は、スタッフの病棟定着率は極めて高いし、多くのスタッフはハッピーであると言っていると話してくれた。ニューヨークの病棟のある看護婦は、今までのどの病棟の勤務よりも生きがいを感じると話していた。多くの看護婦、看護師は患者から感染することよりも、自分が免疫力の低下した患者さんに病原菌を感染させることを心配していた。残された患者の人生を出来るだけ快適に過ごせるよう手助けすることが我々の仕事であると、やはり多くの医療者が話してくれた。私がある看護婦に、医療者は定期的に採血して抗HIV抗体の検査をするのかどうかを尋ねた時、HIVは日常的な接触では絶対に感染しない、「抗体検査は針刺し事故等の医療事故の時のみだ」と強い語調で言われた時は、こちらの知識不足と時代遅れの感覚を叱責されたような気が

したものである。

現在のAIDS患者の入院日数の中央値は10日～12日といわれている。1980年代半ばまではこの日数で多くの患者が亡くなっていったが、今まではほとんどの患者が外来に復帰している。例えば、カリニー肺炎はST合剤の予防投与により、仮に発症してもその重症度は以前よりも軽く、治療法も進歩したために早期退院が可能となったのである。同じことが非定型抗酸菌感染症についても言える。また、訪問看護制度が存在するため、完全治癒に至る前に退院可能で、家庭での療養が継続出来ることも入院日数が短いことの要因でもある。医療費が高いことも大きな要因であろう。とにかく米国では医療の基本は外来診療にあるように思われる。

米国のAIDS医療は積極的である。例えば、頭蓋内病変が存在し（多くはリンパ腫かトキソプラズマ脳炎である）、その臨床的鑑別が困難な場合は脳生検を施行するし、手術可能病変であれば積極的に手術をする。AIDS患者の肺病変は極めて多彩で、各種一般細菌による肺炎、結核、非定型抗酸菌症、カリニー肺炎、サイトメガロウイルスによる肺炎、クリプトコッカスやヒストプラズマによる真菌性肺炎に加え、カポジ肉腫やリンパ腫も生ずる。これらの鑑別に気管支鏡や肺生検が日常的に行われるし、下痢等の消化器症状が存在する時は、上部及び下部消化管内視鏡検査が施行される。悪性リンパ腫に対しても積極的に化学療法が施行される。このように、決して諦めることなく、何とかして改善させようとする。このやり方がAIDS医療の進歩、特に日和見感染症のコントロールを可能にしたのだと思う。

5. 抗HIV療法

1987年に最初の抗HIV薬であるAZTが認可されて以来、これまでに6種類の逆転写酵素阻害剤が米国では認可された。5種類（AZT、ddI、ddC、d4T、3TC）がヌクレオシド型の阻害剤で、Nevirapineは非ヌクレオシド型の阻害剤である。HIVのゲノムはRNAで、RNAがCD4リンパ球内に入り、

それがDNAに逆転写される過程をブロックする薬剤である。また、今年の始めまでに四種類のプロテアーゼ阻害剤（Saquinavir、Ritonavir、Indinavir、Nelfinavir）が認可された。これらはCD4リンパ球内のDNAに組み込まれたウィルスの遺伝情報に従って転写翻訳され産生されたウィルス蛋白が再構成される過程をブロックする薬剤である。プロテアーゼ阻害剤は他の逆転写酵素阻害剤と併用すると、前述の如く強力にウィルスの産生を抑制する。例えば、AZT、3TC、Indinavirの三者併用では血中ウィルス量を1/100～1/1000以下にすることが可能となり、中にはウィルス量が検出限界以下に減少した症例も存在する。ウィルスの減少とともにCD4値も上昇し、日和見感染の危険から脱することも可能となりつつある。これまで受身で、対症療法的であったAIDS医療が、プロテアーゼ阻害剤の出現によって、ウィルス増殖をコントロールし治癒をも展望出来る攻めの医療に変わろうとしている。この15ヶ月の進歩はそれまでの15年の進歩に匹敵すると言ったニューヨークのAIDS研究者の言葉は、この進歩を待ち望んでいたAIDS患者の思いでもあろう。

6. 精神的ケア

ほとんど全てのHIV感染者あるいはAIDS患者に病名は告知される。乳幼児を除く小児も同様であった。これらの人々に対する精神的ケアが重要なのは言うまでもないことである。病気が致死的事であることに加え、この病気にかかることが社会的死を意味する場合もあるからである。

医療者側のケアとしては、主治医や看護婦によるもの、ソーシャルワーカーによるもの、心理療法士や精神科医によるもの等がある。例えば、外来の看護婦は待合室に飲み物やお菓子を用意することによって暖かい雰囲気を出したり、歓迎の意を表現して患者の気持ちをなごませていた。医師は患者一人に対して30分以上の診療時間をかけているが、大半は問診と患者との会話に費やされていた。ソーシャルワーカーは日常生活の心配のみならず悩み事の相談相手になっている

し、困った時はどこに相談して何を依頼すれば良いか適切な指示を与えていた。その結果必要とあらば心理療法士や精神科医のケアを受けられるようになっていく。医療者側のみならず多くのボランティアがAIDS患者の精神的支えとなっていた。多くのボランティアグループにはbuddyと呼ばれる人達がいて、一人のAIDS患者を受け持ち、週に何日か訪問して精神的ケアをしている。単に善意だけで訪問するのではなく、buddyはまず専門家について訓練を受けるとともに、訪問時の出来事をやはり専門家に報告して自分の活動をチェックしてもらっている。サンフランシスコ総合病院のAIDS病棟には、SHANTIと呼ばれるボランティアグループのための部屋が病棟内に設置しており、医療者側とうまく連携して患者のケアに当たっていた。また各地にAIDSホットラインと呼ばれる電話相談が行われており、多くのボランティアが協力していた。中には24時間受け付けているホットラインも存在した。さらにピアカウンセリングと呼ばれる、患者による患者のカウンセリングも行われているところもあった。このように一人の患者に対し、多方面から精神的サポートが得られるようになっていくのは実に素晴らしいことである。

7. HIVテストカウンセリング

米国、特にニューヨーク州では、HIV抗体検査を受ける際に必ず専門家によるカウンセリングを受けるよう指導されている。一般的には、検査前と検査結果を通知される際にカウンセリングを受けることになっている。カウンセリングの際、HIV感染者やAIDSとは一体どういう病気であるのか、どのような経路で感染するのか、感染防御にはどんな方法があるのか、感染している場合有効な治療法は存在するのか、医療費はどうなっているのか、精神点サポートは得られるのか、等の医療上の問題に加え、感染を防御しながら出来るだけsexを楽しむにはどうしたらよいか、等の具体的な説明もなされるようである。HIV抗体陽性であった場合、その人の精神的混乱に対してもカウ

ンセラーからの注意深い指導がなされる。

私もニューヨーク市が主催するカウンセラー養成講座を受講した。朝から夕方まで続く5日間のコースで、大変有益であった。カウンセリングの方法と技術のみならず、AIDSに関する知識、コンドームの使い方やsexの楽しみ方までがその講義内容に含まれていた。Sexに関してオープンかつフランクに語られることに少々驚きを感じたが、AIDSが青壮年男性の死因の第一位であるニューヨークでは、AIDS予防のためにはそうせざるを得ないのであろう。私が特に感銘を受けたのは、カウンセリングにしる治療やケアにしる、最も重要なことは、AIDS患者の思い、feelingを理解し、共有することであり、それは可能なことであると教えられたことである。この講座の先生は、実に巧みな方法で我々にそれを教えてくれた。先生があるAIDS患者のストーリーを読んでいく。“A Slow Dying”と名づけられたそのストーリーは、ある青年がHIVに感染し、その事実を知った日の困惑から、友人や仕事を失っていく寂しさ、次第に健康が損われ衰弱していくために自分自身の自由が奪われていく悲しみ、そしてついには家族や最愛の人にも見捨てられ、孤独と喪失感に打ちひしがれる心の動きを綴ったものである。我々受講者はそのストーリーを聞きながら、例えば友人が去る時、我々自身の友人の名前を小さなノートのある頁に書き、その頁を破り、その紙を手でもみくちゃにした後、床に捨てるという行為を先生の指示に従って繰り返していくのである。自分の仕事や趣味、自分の肉体の最も好きな部分等を順次ノートに書いては、その青年がそれらを失っていく時にそれを破り捨てていく。そして、ついに自分の家族の名前や最愛の人の名前を書いた頁の紙を破り捨てた時、受講者のほとんどはストーリーの青年と同じ喪失感や孤独、悲しみを体験し、このexerciseの持つ意味を知るのである。ある黒人男性の受講者は大きな手で顔をおおい、涙を流していた。我々はこのexerciseを通して、他者のfeelingを共有出来ること、そしてその共有こそカウンセリングや患者ケアの出発点であることを

学んだ。受講者は全て医療関係者であったが、皆医療の原点を再確認したのではないかと思った。先生はこのexerciseの前にも後にも何の解説もしなかったが、受講者は先生の言わんとすることを充分理解したに違いない。AIDS患者の思い、feelingを理解し、それを共有出来る時、我々医療者は何をなすべきか、という問いに対して自ずから解答が出てくるのではないだろうか。

8. HIV感染の予防

HIV感染者の治療や精神的サポートが重要なことと言うまでもないが、それ以上にHIV感染症に罹患しないように予防することはさらに重要である。

予防法の第一に考えられるのは教育である。AIDSについて知ること、HIV感染経路とその防御方法について学ぶことが必須と考えられる。米国の高校生の70%が既にsexual intercourseの経験を有すると言われているが、日本でも中学生、遅くとも高校生の初期段階に正確な知識を家庭及び学校で教える必要があると思われる。特に学校教育の場には、我々医師が積極的に参加していくべきであろう。教育が功を奏した例の一つとして、米国の男性同性愛者間でのAIDSの発生率が減少してきたことが挙げられる。その理由は、同性愛者の人々の間では多くのネットワークが作られ、それを通じてHIV感染症の情報が伝えられているためである。ある情報誌は大変レベルが高く、最新の治験の結果等も報じていた。

第二は、麻薬の厳格な規制である。麻薬はself controlを喪失させるが故にHIV感染の温床になる。また、静脈麻薬使用者は他者と注射針と注射器を共有するため、血液を介してHIVが伝染する。プエルトリコはコカイン等の静脈麻薬使用者の多い地域で、麻薬患者を更生教育するいくつかの施設があったが、多くの人達は施設を出てから再び麻薬を使用し始めるという。完全かつ継続的に麻薬を断つ人は少ないのである。麻薬はその購入のために金銭が必要となるので、犯罪と売春の原因となっている。プエルトリコの刑務所を見学する

機会を得たが、多くの麻薬患者で空き部屋がない程であった。売春はやはりHIV感染の温床である。以上の点から、次世代を守り、AIDSの伝染を防ぐためにも、麻薬の厳格な規制が必要である。

第三としては、医療機関が偏見なく患者を受け入れることである。医療を通して、感染者にHIV感染の危険と同時に治療による延命の希望を伝えるべきである。米国の多くの病院で言われていることは、医療機関で治療を受け続けている人のほとんどは自分のsexual behaviorを改善し、他に感染させる行為はしなくなるということであった。これは感染の拡大を阻止することになり、大変有効な予防になると考えられる。この意味でも、我々医師の役割は重要である。

第四は社会的偏見をなくすことである。社会的偏見さえなくなればHIV検査は広く行われることになり、多くの感染者を発見して医療機関の指導の下に置くことが出来る。前述の如く、医療機関で感染者が継続的にフォローされれば、それ以降の感染のほとんどは阻止出来る事が期待される。

おわりに

2回にわたる米国でのAIDS医療の研修を通して、多くのことを学ぶことが出来た。その中でも最大の収穫は、AIDS患者を特別視することから脱却したことである。特別視する理由には二つの点が挙げられる。一つは、HIV感染症が致死の感染症であるために患者を危険視してしまう点であり、もう一つは、感染経路が性的接触や麻薬の使用によるため、患者に対し道徳的判断を下してしまう点である。前者は、1) HIVの感染経路とその防御法、また感染率の低さやウイルス増殖を強力に抑える抗HIV薬の併用療法の有効性に対する知識、2) 米国におけるAIDS医療の現実の姿と感染事故が皆無であることの実績、を知ることにより簡単に解消してしまった。後者についても、1) AIDS患者の病気と闘う姿に接するとともに、2) 医療者およびボランティアの人々の偏見や差別のない態度や精神に触れることで、やはり簡単に乗り越えることが出来た。実際のところ、これまで

私は医師であるからにはAIDS医療に取り組む義務があるとは考えてはいたものの、心の隅ではAIDS患者は道徳的に問題があるし、AIDSに罹患したのも自業自得の面があると考えていた。端的に言えば、内心では患者を差別していた。しかし、米国では、やがて来るだろう死を前にしても、多くのAIDS患者やHIV感染者は明るく真剣に生きていたし、他の患者を思いやる心には感動すら覚えた。何人かの母子感染の親子にも出会ったが、彼らの表情の中に柔和な心と優しさを発見することも出来た。医療者は全く差別意識等持たず、前述のように逆にAIDS患者のケアに生きがいを見出している程であった。ボランティア活動をしている人々も同様であった。HIV感染者と結婚した非感染者の女性にも出会うことも出来た。これらの人々の精神の崇高さに比較し、道徳的判断を下している自分の貧しさが痛感された時、上述の差別意識は解消してしまっただけである。

AIDS医療を通して、我々は多くのものを学ぶことが出来る。まず、AIDSという疾患の奥深さを知ることが出来る。疾患は極めて多彩で、中枢神経系、眼科領域、消化器系、呼吸器系、皮膚、泌尿生殖器等の病変に加え、自己免疫現象や血液疾患も存在し、その鑑別は決して容易ではなく、広範囲の臨床的知識が要求される。使用される薬剤も多く薬剤間相互作用や副作用についての知識も必要である。その他AIDSにおける発癌の問題、アレルギーの問題、ウイルスの変異の問題、長期生存者の問題等基礎医学上の問題も多く存在する実に奥の深い疾患であると考えられる。治療も毎年進歩し、その進歩を学び患者の治療につなげることは一つの喜びでもある。また、AIDS医療を通して、我々は死を前にして如何に生きるべきかも学ぶことが出来るのではないかと思う。AIDS医療を通して得るものは多く、決して失うものはないと思うのである。

本稿のテーマは「HIV感染症と日常診療」であるが、本稿は米国の医療を紹介することにより、日常診療の中にHIV感染症患者の診療をどのように位置づけるかを記述したつもりである。例えば、

HIV抗体検査で陽性と出た時患者にどのように対応したらよいか、とか、CD4値が500以上あるが血中ウイルス量が高い場合はどのような治療を選択すべきか、とか、あるいはCD4値が50前後の時どのような日和見感染の予防薬を使い、どのようなフォローの仕方をすればよいか、等々の具体的な診療方法については省かせていただいた。機会があれば次回に試みたいと思う。本稿がAIDS医療を始めるに当たって、何らかの参考になれば幸いである。

[文 献]

- 1) Gottlieb, M.S., Schroff, R., Schanker, H.M., et al : Pneumocystis carinii pneumonia and mucosal candidiasis in previously healthy homosexual men : Evidence of a new acquired cellular immunodeficiency. *N. Engl. J. Med.* 305 : 1425-1431, 1981.
- 2) マサミ・コバヤシ・ウィズナー : エイズ! アメリカの闘い、151-152, TBSブリタニカ, 東京, 1994.
- 3) Elisabeth Kubler-Ross : AIDS, the ultimate challenge, 7-8, Macmillan Publishing Company, New York, 1993.
- 4) 厚生省保健医療局 : 我が国におけるHIV国感染の状況について. 健医疾発 51号:平成8年11月26日.
- 5) Gulick, R. M., Mellors, J., Havlir, D., et al : Potent and sustained antiretroviral activity of indinavir (IDV), zidovudine (ZDV) and lamivudine (3TC). XI International Conference on AIDS : 1996.
- 6) Lawrence, V.A., Gafni, A., and Kroenke, K. : Preoperative HIV testing : Is it less expensive than universal precautions? *J. Clin. Epidemiol.* 46 : 1219-1227, 1993.
- 7) Ippolito, G., Puro, V., Carli, G.D., and the Italian Study Group on Occupational Risk of HIV Infection : The risk of occupational Human Immunodeficiency Virus infection in health care workers. *Arch. Intern. Med.* 153:1451-1459, 1993.
- 8) Centers for Disease Control and Prevention : Case-control study of HIV seroconversion in health-care workers after percutaneous exposure to HIV-infected blood-France, United Kingdom, and United States, January 1988-August 1994. *MMWR* 44:929-939, 1995.
- 9) Center for Disease Control and Prevention : Update : Provisional public health service recommendations for chemoprophylaxis after occupational exposure to HIV. *MMWR* 45:468-473, 1996.