

AIDS UP DATE KYUSYU

2002年 8月 1日 発行

九州ブロック
厚生労働省エイズ対策研究事業
HIV感染症の医療体制に関する研究班

National Kyusyu Medical center
福岡市中央区地行浜1-8-1



「ブロック拠点病院の5年間」

平成9年にブロック拠点病院体制ができて、5年が経ちました。この5年間はとにかく九州ブロックにおけるエイズ診療の向上を目指して邁進してきたわけですが、ここでちょっとこの5年を振り返ってみたいと思います。

平成9年以前は逆転写酵素阻害剤の単剤よくて2剤投与が主流であり、多くの感染者がほとんどなすすべもなく亡くなっていました。そのような状況の中でブロック拠点病院体制ができたわけですが、当時は何から手をつけてよいかわからないような状況でした。しかしながらその後すぐに日本でもやっとプロテアーゼ阻害剤の市販が行なわれはじめ、劇的な効果を示すようになってきました。おかげでエイズ患者の予

国立病院九州医療センター

感染症対策室室長 山本 政弘

後が劇的に改善されたことは本当に幸いでした。

一方でエイズ診療における地域格差が指摘されるようになりました。どうしても九州は首都圏などに比べると総患者数が少なく、拠点病院あたりの経験患者数も少なくなってきます。少ない患者経験でも首都圏に負けないような医療水準を達成するにはどうしたらよいか日夜悩んでいたことを思い出します。各拠点病院皆様の献身的な御協力でやっとここまでたどり着けることができました。今後もさらに副作用や合併症、長期予後やQOLなど問題は山積みしておりますが、九州ブロックにおけるエイズ診療向上のため、さらなる御協力をお願いしたいと思います。

CONTENTS

ブロック拠点病院の5年間	・・・1	C型肝炎合併のお話	・・・6
国立病院九州医療センター	山本政弘	国立病院九州医療センター	山本政弘
		エイズブロック拠点病院に勤務して	・・・7
		前 国立病院九州医療センター	佐伯輝子
血液凝固因子製剤の安全配給	・・・2		
産業医科大学医学部付属病院	白幡 彰	佐賀県におけるHIV診療の実際	・・・9
		佐賀医科大学医学部付属病院	佐野雅之
HIV感染症の治療に関する相談ホームページのお知らせ	・・・3	看護部がより	・・・11
熊本大学エイズ学研究センター	松下修三	Information	・・・12



昨年は第 因子製剤の安定供給をめくって大きな問題が発生しました。そこで、今回は血液凝固因子製剤の安全供給について、コージネイトの一時出荷停止とその後の状況についての経緯をご報告すると共に、これからの取組みを考えてみたいと思います。

昨年の3月16日にバイエル薬品より厚生労働省に対して、「1月にコージネイトの製造設備をアップグレードするための必要措置として米国バイエル社からの出荷が遅延する。さらに3月、追加試験を実施するため急ぎよ出荷を見合わせるので欠品が避けられない。」という報告がなされました。この報告が非常に唐突であったことに加えて、バイエル薬品の説明が曖昧で二転三転したものですから、患者さん、そのご家族そして医療関係者の怒りを買ったのは記憶に新しいことと思います。

供給停止に至った問題点を整理しますと、

- (1) FDAによる製造工程の記録管理、品質保証についての全般的指摘事項への対応、例えば、製造初期工程における微生物混入への対応に手間取ったこと、
- (2) 昨年末に製造ラインを、これまで使用されてきたコージネイトから、安定剤としてアルブミンを添加しない第2世代の遺伝子組替え製剤（コージネイトFS）に切替えたのですが、スケールアップ作業の段階で予想以上の生産効率の低下が起こったこと、
- (3) 製造作業のミスの発見によりコージネイト250単位の再評価が必要になり出荷が延期したことなどが重なって起こったと考えられま

す。もうひとつの大きな問題点は、バイエル本社との情報伝達が全くといった良い程、機能していなかったことで、このことが混乱に拍車をかけました。

この事態に対して、厚生労働省は、日本赤十字社と化血研に、それぞれクロスエイトとコンファクトFの増産を要請すると共に、血漿の貯留保管期間を一時的に6カ月から4カ月に短縮し原料血漿を確保することにより、仮に、2002年にバイエル薬品から全く出荷されなくても、これまで通りの使用量であれば12月の時点でも、1カ月分の在庫が確保できるとの見通しを明らかにしました。その後本年1月末にコージネイトFS（1000単位）が20,800バイアル輸入されましたので、少なくとも現在、コージネイトを使用中の患者さんはご本人が希望する限り継続使用できる状況になっています。これらの状況を鑑みて、厚生労働省はバイエル薬品に対して「コージネイトに係るこれまでの供給実績に鑑み、少なくとも平成14年2月までは常に前月出荷量の6カ月分を在庫として確保しながら供給すること、また、今後の輸入予定量・時期・出荷量及び在庫量を引き続き報告すること」という指導を行っています。

製剤の安全性を考えるにあたって、副作用をできるだけ少なくする必要性は当然のことですが、安全供給もまた非常に重要な問題です。この度は偶々輸入製剤でしたが、クロスエイトMにしても千歳の工場だけで製造している現状では同じことが起こる可能性はある訳です。今後安全供給の体制を確保するためにどうしたら良

いか、例えば、

- (1) 在庫を増やす。(理想的には6カ月分)
- (2) 輸入メーカを増やす(例えばリファクトの導入など。ちなみにイタリアでは10種類の第 因子製剤が使用されています。)
- (3) それぞれのメーカーは、距離的に離れた複数の工場で製造する(欧米のメーカーはこの体制を整えつつあります)。

(4) 各社のシェアが余り偏らないようにする。

- (5) 欧米の製剤との価格差をできるだけ小さくする。
などの点について検討を進めるべきでしょう。



HIV感染症の治療に関する相談ホームページのお知らせ

—あなたのHAARTは最適ですか?—

熊本大学エイズ学研究中心

〒965-8687 熊本県熊本市東区 松本町一丁目10番1号

我が国でも17種類の抗HIV剤が使用可能となりHIV感染症の治療の選択肢は確かに増えました。しかしながら、治療に関する考え方が変化していく中で、悩みも増えています。最も大きな悩みは治療の目標です。これまでの治療の目標が「できるだけ早期にできるだけ有効性の強い薬剤の組み合わせを使う」(Hit early and hard)であったのに対し、長期間・良好なコントロール(Long-term control)を得ることに変わりました。その最大の理由は、大きくて、飲みにくく、副作用のあるお薬を、我慢して一生懸命のみ続けてもウイルスを駆逐することはできないと考えられるようになったためだと思います。また、リボジストロフィーなどの長期毒性が明らかになり、多くの症例で長期間の治療継続が困難となると考えられること、

現在使用している抗ウイルス剤によるウイルス増殖抑制は不十分で、早期の治療開始が逆に薬剤耐性変異の蓄積を招くことになったこと(ウイルスが変化して薬剤が効かなくなること)などがあげられます。特に、早期の治療開始が多くの症例に治療失敗と将来の薬剤選択肢の制限を招いたことはたいへん残念なことで、治療開始をできるだけ遅らせる最近の米国の治療ガイドラインの根拠になっています。

このように治療プロトコルが変遷していく状況の中で、はたしてどのような治療が望ましいかの判断が大変難しい時代になってきているといえます。私どもがこのほど開設したホームページでは、治療に関するどのような疑問に対しても相談に応じます(セカンドオピニオン)が、最も重要な目標は「治療の最適化への提案」です。さて、HAARTはどのような組み合わせでも不十分と言われる中で、最適な治療というのはあり得るのでしょうか?

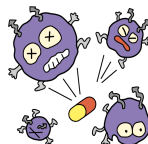


治療ガイドラインは治療開始の時期を遅らせる傾向にあります。いったん開始されれば HIV-RNA が測定感度以下に抑えられることを目標にしています。それはウイルス増殖を抑えれば抑える程、耐性の出現が遅くなるからです。しかし、薬の数や種類が増えると副作用が増え、きちんと服薬することが困難となり、かえって逆効果という場合もあります。そこでウイルス量は少し犠牲にしても CD4+細胞数が十分あり生活の質 (Quality of life; QOL) が良いならば薬剤耐性の危険はあってもそのまま飲みやすい薬の組み合わせで様子を見ろという選択肢が選ばれる傾向にあります。これが正しい選択かどうかというのが問題です。

これまでの研究から、どんなに強力な薬を大量に用いても治癒は困難であるといわれています。すなわち、「長期間 HIV-RNA 量が測定感度以下に押さえられた症例でも、治療を中断すると潜伏感染細胞からウイルスが再増殖してくる。この潜伏感染細胞を排除するには 60 年かかる。そして、これを目指して強力な治療を続けていても、これまでの苦い経験からは、数年で薬剤耐性や長期毒性がでてきて、病気が進行し始めたとき薬が使えなくなってしまう。」というのが現在の治療に関する考え方の基本となっています。これらの研究は、HIV-RNA 量や CD4+細胞数の増減といった、いわゆる「みえるウイルス」を指標として行われてきました。治療ガイドラインもこれらの測定結果から、長期に渡る良好なコントロールのためにどうするべきか考えているのです。ところが、HIV-RNA が測定感度以下であってもリンパ節の中ではウイルスが増殖していてプロウイルスとして、末梢血を流れていることも事実です。このプロウイルス、いわゆる「みえないく隠れた

ウイルス」を減らしていかなければ、ウイルスの増殖抑制は不十分で、リンパ節内でのウイルスの増殖が続き、早晚薬剤耐性変異が出てくると考えられます。一方、このプロウイルスを減らしていけば体内のウイルスを今以上に減らすことが可能になります。プロウイルスの測定がぜひ必要です。

また CD4+細胞が減少するメカニズムは不明ですが、ウイルスが体のどこかで増えているとそれに反応して T細胞のターンオーバーが早くなることが知られています。これは必ずしもウイルスの増殖だけを反映したものではありませんが、有効な治療が続きウイルスの増殖が押さえられ続ければ正常化することが期待できます。CD4+細胞の増加が不十分な患者さんは特にそのターンオーバーをしらべることが必要です。これらの指標を表に示しました。



これらの新しい指標をもとに患者さんが納得して服薬できる最適な組み合わせについて、これからホームページを通じて提言していきたいと思っています。さて、それでは、これらの指標がすべて正常範囲内にコントロールされた場合どうなるのでしょうか？その答えはまだありません。他の感染症がそうであるように体の中のウイルスを最小にしていくと、どこかのレベルでウイルスが増殖しなくなることを期待していますが、これが正しいかどうかの判定には、今後の長期の経過観察が必要となります。ただし、治療なしに 20 年間病気の進行が見られない長期

非進行例ではウイルスと人の折り合いがどのレベルかについているのではないかと考えられます。現在、薬害で感染された血友病の患者さんで、現在も無治療の方々に御協力を願って検査を続けているところです。この研究からHAARTの目標が設定できれば、ある期間で治療が中断できるようなプロトコルも提唱すべきと考えます。ウイルスは完全に排除できませんが、病気の進行がみられずパートナーに感染の危険がなく、治療がいらぬような状態になれる可能性は否定されていません。

しかし、このような完全なウイルスの増殖抑制をめざした治療をすると、耐性の発現はありませんが、副作用がでてくることは十分予想できます。副作用についてあらかじめ良く説明しどのように対処するか相談しておくのが賢明と考えます。またウイルス量が400コピー/ml以上あってもCD4+細胞の数が保たれ、免疫不全の進行が見られない症例もあります。「どの指標をどのレベルにする」という方針そのものが正しいのかどうかかわからないのが実状です。状況に応じてアドヒアランスやQOLを重視した組み

<表. HIV感染症の病態と治療の指標>

検査	単位(正常値)	意味付け
HIV/RNA量 (ウイルス量; VL)	copies/ml (<50)	生体内でのウイルスの増殖度を示す。ウイルス量が多ければCD4+細胞の減少が速い(進行の速さの指標)
CD4T細胞数	number/mm ³ (800 - 1000)	免疫不全のレベルを示す。ウイルスによる破壊と新しいナイーブCD4+T細胞の供給のバランスの結果をみている。
プロウイルス DNA量* (pDNA)	copies/μgDNA (<3)	リンパ臓器でのウイルスの増殖を示す。HAART下における残存ウイルス量を示すと考えられる。
CD4T細胞の ターンオーバー*	%; CD4+T細胞中の入れ替わっている細胞の割合 (<0.6%)	CD4+T細胞の入れ替わりの速さを示す。不十分な治療ではCD4+T細胞が壊れ続けるので、なかなか正常化しない。

合わせの提案も行いますのでよく相談してそれぞれの選択肢のメリットとデメリットを考えていただくのが「治療の最適化」の目的です。

「HIV感染症の治療に関する相談ホームページ」へのアクセスは基本的に主治医の先生を介して行うことになっています。このような治療の最適化を計るのに主治医の先生のご理解とご協力なしにはできないからです。患者さんが御家族でこの文をお読みになり、ご興味がお有りの方は主治医の先生にご相談ください。

アドレスは

<http://aidstr.caid.s.kumamoto-u.ac.jp/>

さらに、我々の分野では大学院生(博士課程、修士課程)、ならびにポスドク研究員を募集しています。この病気はウイルスや免疫の基礎的知識がないと理解の難しい側面があり、私どものところで勉強することは必ず役に立つと思います。やる気のある若い医師や研究者の参加を期待しています。ご連絡をおまちしています。

【 熊本大学エイズ学研究センター 】

病態制御分野

* Tel : 096-373-6536

* Fax : 096-373-6537

*コンサルテーションプログラムにて測定している項目



C型肝炎合併症のお話

国立病院九州医療センター

感染症対策室室長 山本 政弘

最近新規患者の増加が目立つとはいえ、九州ブロックでは多くのHIV感染合併の血友病患者があられます。最近のHAART療法の進歩に伴い、九州でもAIDSで亡くなる患者は激減しましたが、その一方でその大部分がC型肝炎を合併している血友病患者の間では肝硬変や肝癌などで亡くなる患者が増加してきております。通常C型肝炎は感染後、20～30年で肝硬変へと進行すると考えられていますが、HIV感染を合併しているとその進行が非常に早くなると言われております。血友病患者の多くは80年代半ばごろまでに感染したと考えられるので、C型肝炎を合併した血友病患者の多くは肝硬変、肝癌への移行が懸念される時期となってきています。そこでHIV、HCV重複感染の血友病患者においてはHAART療法導入が一段落してきた現在、C型肝炎治療について考える時期がきていると思われれます。



さてC型肝炎の治療というと今まではインターフェロン(INF)が中心でした。INFには、最近認可されたコンセンサスインターフェロンを含め、いくつかの種類がありますが、INF単独の有効率は日本人では一般的に30%前後と言われております。ところが、昨年12月新しい抗ウイルス剤が認可されました。リバビリンという抗HCV薬で、INFとの併用で高い有効率が認められております。サブタイプや血中ウイルス量によって差はあるものの、リバビリンとINFを併用するとさらに有効率はよくなり、

INF単独で無効であった例にも効果が期待できます。当院でも20例以上のHIV非合併例および3例のHIV合併例でリバビリン+INF療法を行っておりますが、INF単独では効果のなかった例にも有効であることがわかってきました。もちろん全例に効果が期待できるわけではありませんが、一度は考慮してみる価値はあるものと思われれます。また最近開発されている新しいタイプのINFにペグインターフェロンというのがあります。従来のINFにペグ(PEG)を結合させたもので作用が長くなっており、週一回の注射でよいというもので、連日または隔日のINF治療が困難な患者さんにも有用と考えられます。

しかしながら、このリバビリン+INF療法にも大きな問題点があります。特にHIV合併例では多くの副作用が問題となってきます。まずINFでは血球減少がほとんど必発ですが、HIV合併例ではCD4の低下をも来しますので注意が必要です。さらにリバビリンではほとんどの人が副作用として溶血性貧血を来しますが、INFによる血球減少、また抗HIV薬やHIV感染症そのものや他の日和見感染症に伴う血球減少が加わりますので、重篤な貧血を来すこともあります。またHIV合併例ではもともと精神的にダメージを受けた人が多く、INFによるうつ症状や自殺企図も大きな問題となります。

さらに最近、抗HIV治療を受けている患者でリバビリン+INF治療を行うと乳酸アシドーシスを起こす危険性が指摘されております。乳酸アシドーシスは逆転写酵素阻害剤によって起こる副作用とされており、ミトコンドリアにおける

エネルギー産生障害などが原因とされています。一度引き起こしてしまうと生命の危機に陥ることもあり、極めて重篤な副作用です。当院での3例もアシドーシスは起こさなかったものの経時的に血中乳酸濃度を測定すると、治療経過に伴い乳酸値の上昇を認め、やはり注意すべき問題と考えられました。

また良く知られた事実ですが、抗HIV薬はその代謝の性質上他の薬剤との相互作用が強く、他の薬剤、例えばてんかんの薬などをさらに服用していると、予想のつかない副作用を呈してくる可能性もあります。日本人におけるこれらの薬物代謝や相互作用のデータの少ない現在、かなり注意して治療を行う必要があります。



エイズブロック拠点病院に勤務して

前 国立病院九州医療センター

病棟看護師長 佐伯 輝子

私は平成13年4月に人事移動で当院へ転勤してきました。そしてエイズ医療を担当する病棟に配属になりました。エイズ医療について殆ど何も知らなかった私が、エイズ医療に接し感じたことを述べたいと思います。

恥ずかしながら勉強不足の私は、「エイズ=死」のイメージを持っていました。しかし医療の進歩はめざましく、適切な時期に、適切な薬を継続して服用すれば、体内のウイルス量を減少させ、病気をコントロールできるようになっていることを知りました。しかし、服用に関しては、様々な副作用を伴う大きな薬を何種類も、まして1日も、いや1回も欠かすことなく飲み続けなければならない患者様の苦勞は計り知れないものがあると感じました。私は、今まで患者様が服薬を遵守することをコンプライアンスと言っていましたが、エイズ医療では「アドヒアランス」といって、患者さまが積極的に治療方針の決定に参加し、自らの意志で服薬を開始し、続ける姿勢を重視した用語が用いられていました。エイズ医療のポイントは、この「アドヒアランスを如何に作り、維持していくか」にあると思います。そのためには、医師を中心

として看護師、薬剤師、カウンセラー、ソーシャルワーカー、栄養士などが一丸となり患者様のプライバシーの保護を保ちながら、患者様の医師を尊重しつつ、患者様の問題を自分のことのように真剣に考えるチームの姿勢には本当に頭が下がりました。中でも専任看護師は、コーディネーターとしての役割をよく果たしていると感心しました。

私がそうであったように、エイズに関しての知識を持たない看護師は多いと思います。しかし、エイズ患者は年々増加しており、日和見感染症で入院し、エイズ発症を告知される患者様がこれから増えると思います。医療者として、患者様の戸惑いを最小にし、適切な治療が受けられるように、正しい知識を持ち合わせなければならないと思います。そのために、当院は様々な研修を行っています。看護では、九州ブロックエイズ拠点病院研修会と、5日間の看護職員研修があります。特に5日間研修では、体験を通してチーム医療の姿を見ることが出来、患者さまと接することで大切なことをたくさん学ぶ事が出来ます。しかし、残念なことは大分県以外の参加者が少ないことです。もっともっ

と知識を広めなければと思います。素晴らしいエイズ医療を行っている当院での研修をもっともっと活用して欲しいと思います。

紹介で転院されたある患者様は、「病院に向かう飛行機の中で葬式のことばかりを考えていた。しかし、ここにきてみんなの温かさが嬉しかった。また頑張れると思いました。とお

しゃいました。

患者様が苦しみの中から這い上がり、また頑張って生きようと思っていただけのような医療に開れたことを心から嬉しく思いました。



看護研修のご案内

国立病院九州医療センターでは他施設の看護職員の研修を平成12年より実施しております。

✿ 研修目的

患者の抱える問題を理解 / 解決する為に、関係医療チームの中での看護師の役割を学び、実践の場で生かすことができる。

✿ 対象

九州ブロックのAIDS治療拠点病院及び協力病院の看護師、九州内地域の保健師で、研修終了後、患者支援や医療スタッフ教育を継続して実施できる者。

✿ 募集人員など

- 5日間コース
- ・月曜日～金曜日の5日間
(毎年2月頃予定、人数が複数集まれば、他月にも相談応じます。)
- ・募集人員：1回に4～5名まで

✿ 研修参加費

無料(ただし、研修期間中の旅費、宿泊費などは各施設にて負担すること)

✿ 内容

専門職種による講義や外来 / 病棟での看護師活動の見学他、患者との交流も含め患者理解を深めるプログラム。
感染症対策室看護師が調整を行いながら、別紙プログラムに沿って研修を行う。



*平成14年より5日間コースの中で、部分参加も可能としますので、お問い合わせ下さい。(講義により2～5名まで)

*お問い合わせは感染症対策室(092-852-0700 内線:2501)まで

看護研修プログラム

	月	火	水	木	金
午前	<p>10:00～11:10 研修リポート 研修目標発表(研修者) (看護師)</p> <p>11:10～12:10 ビデオ見学 「知ることから始めよう」 (看護師)</p>	<p>9:00～10:20 栄養指導 (栄養士)</p> <p>10:30～12:00 看護 患者に必要な援助 初診時の対応 日常生活指導 他部門との連携 (看護師)</p>	<p>9:00～12:00 看護 (病棟) 病棟リポート 他職種との連携 針刺し事故防止と 針刺し事故後の対応 病床管理 職員教育 スタンダードリコネクション 病棟カフレス (病棟師長)</p>	<p>9:00～10:20 カケルガについて カケルガマインド患者と 家族の背景・ 心理(臨床心理士)</p> <p>10:20～10:50 アライバ医療 (看護師)</p> <p>11:00～12:20 HIV最新の情報と今後 A-netについて (医師)</p>	<p>9:00～9:40 看護 服薬指導と看護婦の 役割 (看護師)</p> <p>9:40～11:00 社会資源について 社会資源の活用について(MSW)</p> <p>11:10～12:00 教育ビデオ見学 「問診、教育、在宅」 (看護師)</p>
午後	<p>13:20～15:20 IIXの医療体制 ブロック拠点病院と 地域の連携とその方法 当院の医療体制 (チーム医療とアライバ 保護) 外来患者の状況 外来診察室(状況 により) (看護師)</p> <p>15:30～17:00 HIV疾患/治療に ついて 血友病 (医師)</p>	<p>13:10～14:10 看護 (外来) 外来リポート 外来関係部署見学 看護記録 (看護師)</p> <p>14:20～15:50 看護 血友病の出血管理 HIV抗体検査を受ける 患者への対応 性生活指導(HIVと STD) (看護師)</p> <p>16:00～17:00 第2/4火曜日 感染症カフレス参加</p>	<p>13:10～15:20 看護 (病棟)</p> <p>入院患者看護 ケアの実際 看護記録 消毒 日和見感染症患者 へのケア (9東看護師) 事例検討</p> <p>15:30～17:00 服薬指導 (薬剤師)</p>	<p>13:30～14:20 患者との交流</p> <p>14:30～15:30 看護 外来 (看護師)</p> <p>15:30～17:00 歯科治療の実際 口腔ケア 他 (歯科医師)</p>	<p>13:10～13:50 遺伝子検査室につ いて 薬剤耐性検査 (医師)</p> <p>14:00～15:20 反省会・意見交換会 アクト記入 目標についての反省 など (看護師)</p> <p>15:30～15:40 院長・看護部長挨拶 修了証授与 (看護師)</p>



佐賀県におけるHIV診療の現状

佐賀医科大学医学部付属病院
内科 佐野 雅之

佐賀県での拠点病院は佐賀医科大学附属病院と佐賀県立病院好生館の2ヶ所、現時点で血液製剤による感染者も合わせると約10例の症例経験がありますが、8ヶ所の協力病院ではまだ感染者の診療経験がありません。また、妊婦検診におけるHIV抗体検査の導入も全国に比して取り組みが遅れるなど、実際の診療面ではいくつかの問題点が指摘されていましたが、今春

から多くの医療機関で妊婦健診に抗体検査が導入されるようになり、体制が整いつつあります。

私たちは、まだHIV感染症に対する差別や偏見の問題が大きかった平成5年から医療・教育・行政などの関係者が協力して、ボランティア組織である佐賀エイズ問題研究会を発足させ、県内の高校や地域における予防講演会の開

催、情報誌である「HIVジャーナル」「まんが・AIDSの仕組み」の発行など、主に予防・啓発の面からの活動を行ってきました。そこで、この活動をさらに発展させ、今後の感染者増加に適切に対応するべく、エイズ予防財団・厚生科学研究所・佐賀県の援助を得て、医師・歯科医師・看護師・薬剤師・臨床心理士・検査技師・保健行政担当者などの関係者が協力し、佐賀県HIV感染症診療ネットワークを組織しました。主に診療面での臨床経験を共有しながら定期的に研究会を開催しています。また拠点病院へ臨床心理士を派遣する、県の派遣カウンセラー制度も発足し、感染者の要望に適切に答えることができるようになりました。

佐賀県における公式届け出感染者は少ないものの、かぜ症状がきっかけで診断された初感染者や保健所での抗体検査で感染が判明した例も含まれています。したがって、今後は一般の医療機関で診断される日和見感染や悪性腫瘍などの疾患を発症した人たちの中から、初めて感染

が判明する症例の増加が懸念されています。また他県の医療機関に通院している感染者が比較的多いのも特徴で、普段通院している他県の医療施設へ受診できない休日・夜間や、緊急時の診療体制の整備も今後の課題です。佐賀県は比較的平野部が多く、自動車なら県内どこからでも拠点病院や協力病院へ約1時間以内で受診できるため、隣接する福岡・熊本・長崎県の関係医療機関と密接に連絡を取り合いながら、地域に密接したきめの細かい診療体制作りを目指しています。



*** 佐賀県内拠点病院 ***

佐賀医科大学医学部付属病院 (代表) 0952-31-6511

相談窓口 総合外来 0952-34-3154

診療担当者: 佐野雅之(講師:血液内科) 0952-34-3526

青木洋介(講師:呼吸器内科) 0952-34-3520

尾崎岩太(講師:保健管理センター) 0952-34-3278



佐賀県立病院好生館 (代表) 0952-24-2171

診療担当者: 宮本祐一(副館長:内科) 0952-24-2171

松石英城(医師:内科) 0952-24-2171

佐賀県HIV感染症診療ネットワーク

〒849-8501 佐賀市鍋島5-1-1

佐賀医科大学保健管理センター気付

(代表) 0952-34-3215

事務局担当 武富弥栄子(看護師)



看護部だより

はじめまして。昨年12月より感染症対策室に異動になった古川直美と申します。平成9年に当院が九州のエイズブロック拠点病院に指定されてから、主に血液内科病棟がHIV感染者を受け入れることになり、今回の異動までその病棟に勤務していました。当初はHIVについて何も知らなかったのですが、患者様の気持ちに少しでも近づけるように勉強会や研修に参加し知識を深め、外来専任看護師と連携をとりながら患者様が安心して入院生活が送れる環境づくりを心がけてきました。

現在ではHIVに感染しても他の慢性疾患の患者様と同様に、外来通院しながら病状をコントロールし生活することが可能になりましたが、感染者は増加しており、AIDS発症後の入院や入院中の精査で感染が判明するケースが増えてくると思われます。これまで病棟で関わってきたケースの中にも、受け持ち看護師の関わりだけでは解決できない問題が度々あり、他職種のHIVの担当者や外来専任看護師と情報交換をしながら外来通院へ継続したことがありました。病気の特徴上患者様自身が病気を受け入れるには時間が必要でし、誰にも話せず相談相手がない方もおられます。内容によってはセクシャリティや性生活などプライバシーに触れるため、患者様が相談しづらいと思われることは当然だと思います。

そのため入院中の問題点をそのままにせず外来へ継続し、外来通院中は毎回担当の看護師が対応していくシステムは、患者様の問題解決やプライバシーの配慮においてとても意義がある

国立病院九州医療センター

専任看護師 古川直美

ことだと思います。現在は病棟での経験を外来看護に活かし、外来患者様の相談にのったり他の職種と連携をとりながら患者様のニーズに合わせた解決策を考えるコーディネーター的な役割をしています。看護師としての専門職の自覚もさらに必要となり、看護師ができることは何か常に考えなくてはなりません。まだまだ勉強中の身ですが、患者様の心理を理解しニーズに応じた看護を目指していきたいと思っています。

最後にブロック拠点病院の担当看護師として、HIV看護に関わっている方々と情報共有したり、悩みを相談しあえる環境を作りたいと思っています。九州ブロックのHIV看護が充実するよう、当院看護部をはじめ皆さまのご協力のもと、微力ながらも頑張りたいと思いますのでよろしくお願致します。



おしらせ

【HIV母子感染予防の臨床的研究】
研究班研究成果発表会

「我が国におけるHIV感染妊婦の
現状と母子感染予防対策」

～可能となったHIV母子感染予防、
欠かせぬ抗体検査～

日時：平成 14年 9月 7日（土）13：00～16：00
場所：熊本県医師会館（熊本市花畑町1-13）
主催：（財）エイズ予防財団

参加費無料。どなたでもご入場いただけます。

著作紹介

「医療の中の心理臨床」 ～こころのケアとチーム医療～

矢永由里子 編（国立病院九州医療センター 臨床心理士）

「心のケアってよく言われるけれど、カウンセラーは何をしているの？」「カウンセリングって何なの？」etc.という質問を受けることがあります。確かに心理の臨床はなかなかわかりづらい所があります。これは、一つには、「こころ」という部分が目に見えず、その部分への働きかけが実体としてわかりにくいことがあると思います。数字に馴染んだ世界から見ると、全くの異文化の世界と言えるでしょう。またもう一つの要因に心理職自身のアピール不足があるでしょう。同業者の中では事例研究などで切磋琢磨しているのに、外に向かっては自分たちの仕事についてきちんとしたメッセージを発してこなかったように思います。

今回、医療の現場で多くの職種の方々と共に患者さんのケアに関っている臨床心理士の仲間に声をかけて、自分たちの活動の報告のみならず、チームで共に関る際にどの部分が心理職として支援できるのか、またその関りの際のポイントなどについて各自の経験を踏まえて語ってもらい、それを一冊の本にまとめてみました。結果として、小児、老人、癌、精神疾患、HIVという多様な分野の具体的な実践報告になりましたし、執筆者に現場で直接関わっている医療従事者の方々から好評を戴き、さながら本自体がチーム医療の様相を呈しています。

出版以降、幸いに色々な方から反響を戴いています。知り合いの外科医の先生は多くの感想を手紙で寄せて下さいました。臨床心理士の後輩やソーシャルワーカーからは、自分たちの臨床の参考になりましたというコメントを戴きました。臨床心理学教職教育の



成田善弘 監修 矢永由里子 編
新編24

編集後記

国立病院九州医療センター感染症対策室ホームページ内のリンク集が、国立大阪病院の協力のもと、拡大・充実致しました。この場を借りて御礼申し上げます。

疫学情報のみならず、薬剤、NGO、各ブロック拠点病院情報など、お役に立てるサイトが満載です。
九州ブロック編集



<<国立病院九州医療センター感染症対策室 H.P.>> 国立病院九州医療センター

<http://www.hosp.go.jp/kmc/aids/index.html>

感染症対策室 室長 山本政弘