

HIV 感染症の臨症

窪 山 泉

(東京都八王子保健所保健サービス課)

1. はじめに

HIV (human immunodeficiency virus) 感染症は 1981年にアメリカで初めて報告されたが、1992年末で世界には約1300万人の感染者がいて世界保健機関は推測している。わが国では累積患者感染者数が1993年2月末で2601名に達し、HIV 感染症の爆発的な増加が危惧されている。HIV 感染症の経過に従った診断、治療、予防の実際と生活指導について記述し、さらに医療機関、保健所の役割について私見を交えて述べる。

2. 診断治療と発症予防

1) 臨床経過と治療、予防

感染後、早期には急性感染症状がみられ、その後無症状で長く経過するが(無症候性キャリア)、徐々に細胞性免疫が低下する。発熱や体重減少、リンパ節の腫脹、下痢をみる AIDS 関連症候群 (ARC) の時期になり、更に免疫不全が進行すると日和見感染症や腫瘍等の合併症が現れて後天性免疫不全症候群 (AIDS) の時期と判断される。HIV 感染症は慢性進行性の消耗性疾患であるといえる。以下、主に成人を対象として各病期に従って、診断と治療、予防について述べる。

a. 急性感染症状の時期

HIV に感染すると、2週間前後に急性感染症状がみられる。全身倦怠や発熱、寝汗、筋肉痛などの症状(急性単核球症様あるいはインフルエンザ様の症状、表1)があり^{2,3)}、ウイルス血症が生じるが、2～3週間後に症状が消失する。以後無症候のキャリアとなり、感染後2～8週間後に HIV 抗体ができる。数年間に渡り HIV 抗体が検出されない silent infection は極めて稀である。

b. 無症候性キャリアの時期

HIV 抗体は陽性であるが、HIV 抗原は多くは認められず、臨床症状も認められない。しかし、CD4陽性リンパ球数が徐々に低下し、細胞性免疫の異常が進む。

表1 急性感染の症状

症状	頻度 (%)
発熱	97
リンパ節腫大	77
咽頭炎	73
発疹	70
筋肉痛、関節痛	58
血小板減少	51
白血球減少	38
下痢	33
頭痛	30
アミノトランスフェラーゼ上昇	23
悪心、嘔吐	20
肝脾腫	17
驚口瘡	10
脳症	8
神経性疾患	8

(文献 2)

自然経過では、感染後10%が3年、20～30%が5年、50%が8年で AIDS の時期に至るとされるが、更に長期に観察すればほとんどの例が発症するという意見が強い。無症候性キャリアの時期では、AIDS の時期への移行予防と二次感染防止の教育が重要となる。予後の判定には、CD4陽性リンパ球数がきわめて有用であり、正常値は700～1500個/ μ l である。無症候性キャリアでは、通常1年に60～100個/ μ l ずつ低下する。CD4陽性リンパ球が500個/ μ l 以下では日和見感染症が生じやすくなるので、azidothymidine あるいは 2,3-dideoxyinosine などの抗 HIV 剤の予防的投与が考慮される。その他の予後判定の指標として、血中の β 2 ミクログロブリン、ネオプテリン、インターロイキン2、IgA、p24抗原量も参考となる。無症状の時期は、3カ月に1回程度の受診でよいが、口腔カンジダ症、ヘルペス等の合併症状が出てきたときは ARC と考えて1カ月に1回の受診とする。患者への HIV 感染症

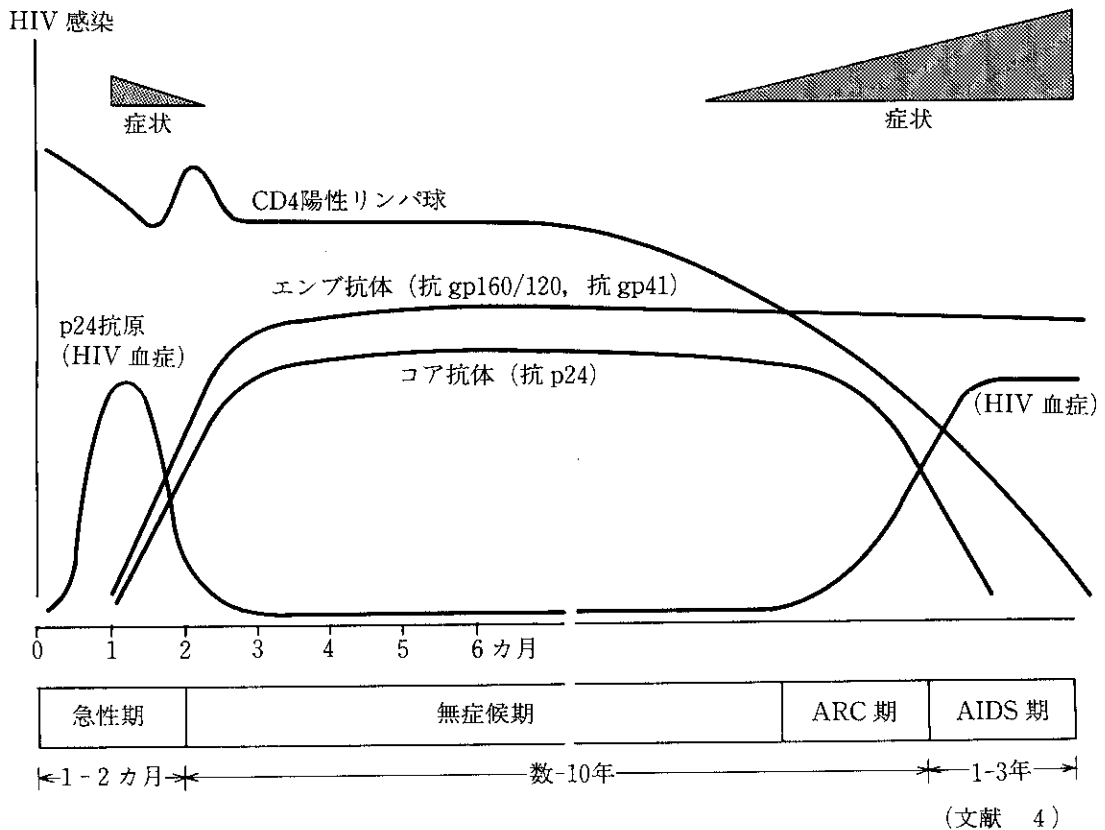


図 HIV 感染症の経過と抗原抗体の推移

の教育と精神的支援, カウンセリング等についても十分配慮する必要がある。なお, ウイルス力価と HIV core protein である p24 抗原とは平行して動くことが知られている。ARC や AIDS の時期が近くなると, p24 抗原に対する抗体 (抗 p24 抗体) が消失し, 逆に p24 抗原が血中に再び現れる³⁾。HIV 感染症の経過と HIV の抗原抗体の推移をモデル⁴⁾で示す (図)。

c. ARC の時期

細胞性免疫不全が進行し, 様々な全身症状が現れる。全身倦怠, 下痢, 寝汗, 発熱, 10%以上の体重減少, 口腔カンジダなどの症状が見られるが, 症状は変化しやすく, ライフスタイルの改善によって軽快することもある。AIDS 発症の危険性が高いので, より間隔を狭めて観察するとともに azidothymidine あるいは 2,3-dideoxyinosine を投与し進行を抑制する。経過とともに, リンパ球数, CD4 陽性リンパ球数のみならず,

好中球数や血小板数も減少する。病状の変化を注意深く観察し, 日和見感染症の早期診断早期治療をおこなう。

d. AIDS の時期

更に重篤な免疫不全に陥り, 様々な日和見感染症やカポジ肉腫や悪性リンパ腫などの悪性腫瘍が生じた時期を AIDS の時期と判断する (表 2)。HIV 感染症のスペクトルの終末像と言える。しばしば日和見感染症から回復し社会復帰も可能ではある。CD4 陽性リンパ球数は薬剤により一時的に増加するが, 数月から 1 年後には減少し再び免疫不全が進む。

逆転写酵素は人には存在せず, レトロウイルス固有のものであり, HIV の治療薬として逆転写酵素阻害剤が利用されている。現在, azidothymidine (zidovudine, AZT, 商品名レトロビル) や 2,3-dideoxyinosine (didanosine, ddI, 商品名ヴァイデックス)

表2 AIDS 診断のための指標疾患 (抗 HIV 抗体陽性の場合)

1. カンジダ症 (食道, 気管, 気管支または肺)
2. クリプトコッカス症 (肺以外)
3. クリプトスポリジウム症 (1 カ月以上続く下痢を伴ったもの)
4. サイトメガロウイルス感染症 (生後 1 カ月以上で, 肝, 脾, リンパ節以外)
5. 単純ヘルペスウイルス感染症 (1 カ月以上継続する粘膜皮膚の潰瘍を呈するもの, または生後 1 カ月以後で気管支肺炎食道炎を併発するもの)
6. カポジ肉腫 (年齢を問わず)
7. 原発性脳リンパ腫 (年齢を問わず)
8. リンパ性間質性肺炎/肺リンパ過形成: LIP/PIH complex (13歳未満)
9. 非定型抗酸菌症 (結核以外で, 肺, 皮膚, 頸部もしくは肺門リンパ節以外の部位, またはこれらに加えて全身に播種したもの)
10. カリニ肺炎
11. 進行性多発性白質脳症
12. トキソプラズマ脳症 (生後 1 カ月以降)
13. 化膿性細菌感染症 (13歳未満で, ヘモフィルス, 連鎖球菌等による敗血症, 肺炎, 骨髄炎, 骨関節炎または中耳炎もしくは皮膚粘膜以外の部位や深在臓器の膿瘍が 2 年以内に, 2 つ以上, 多発あるいは繰り返して起こったもの)
14. コクシジオイド真菌症 (肺, 頸部もしくは肺門リンパ節以外に, またはそれらの部位に加えて全身に播種したもの)
15. HIV 脳症 (HIV 痴呆, AIDS 痴呆または HIV 亜急性脳炎)
16. ヒストプラズマ症 (肺, 頸部もしくは肺門リンパ節以外にまたはそれらの部位に加えて全身に播種したもの)
17. イソスポラ症 (1 カ月以上続く下痢)
18. 非ホジキンリンパ腫 (B 細胞もしくは免疫学的に未分類で組織学的に切れ込みのない小リンパ球性リンパ腫, または免疫芽細胞性肉腫)
19. 結核 (肺以外に 1 カ月以上播種したもの)
20. サルモネラ菌血症 (再発を繰り返すもので, チフス菌によるものを除く)
21. HIV 消耗性症候群 (全身衰弱またはスリム病)

(文献 1)

等のジデオキシヌクレシドおよびその類縁物質が臨床応用されている。成人の AZT 投与量は, 初めの 1 カ月が AZT 800-1200mg/日 (分 4 ~ 6), 2 カ月以降が AZT 400-600mg/日 (分 4 ~ 6) である。なお, AZT の連用にて AZT 耐性 HIV の出現が明らかになっている。主な副作用は骨髄抑制と消化器症状である。ddI はドライシロップで 334mg/日 (分 2), 錠剤で 250mg/日 (分 2) である。ddI でも長期連用で耐性が生じうる。ddI の主な副作用は急性脾炎と末梢神経炎である。AZT と ddI の併用により副作用の軽減と耐性ウイルス出現の抑制が期待されている。逆転写酵素阻害剤である AZT, ddI, pyridinone の 3 剤併用の実験結果に高い有効性が認められ⁹⁾, 今後が期待されている。

2) 日和見感染症や腫瘍等の合併症の診断と治療

AIDS の時期に発生する合併症の頻度を表 3 に示し, 主な合併症の診断と治療を述べる。

a. カリニ肺炎

初発症状は体動時の息切れで, 進行すれば発熱, 呼吸困難が見られる。診断には胸部エックス線写真, 動

脈血液ガス測定, 喀痰検査を行う。気管支鏡検査による気管支肺胞洗浄液等によりカリニ原虫を検出する。ペンタミジン 3 ~ 4 mg/kg/日を点滴静注する。軽症例では, ペンタミジン 300mg/日の吸入も有効である。

表3 主な合併症

疾患	例数
カンジダ症	21
カリニ肺炎	19
サイトメガロウイルス感染症	10
神経障害	7
単純ヘルペス	5
非定型抗酸菌症	5
カポジ肉腫	2
結核	2
緑膿菌感染症	2
帯状ヘルペス	2
アメーバ肝膿瘍	1
アスペルギルス症	1
その他	13

(文献 9)

ST 合剤として、サルファメトキサゾール100mg/kg/日、トリメトプリム20mg/kg/日を3週間経口投与する。副作用は皮疹発熱白血球減少、肝障害である。カリニ肺炎予防として、CD4陽性リンパ球数が200個/ μ l以下あるいはカリニ肺炎既往があれば2週間に1度150mgあるいは4週間に1度300mgのペンタミジン吸入を行う。または、ST合剤を経口で2~4g/日(分2)を3週間投与する。AIDS患者ではST合剤にアレルギーを持ちやすい。

b. カンジダ症

口腔内、食道、胃、呼吸器、泌尿器、心臓、脳髄膜、血液、眼内など全身のあらゆる臓器に感染しうる。カンジダを証明できない場合もあるが、常にカンジダ症の可能性は念頭に置いておく。口腔カンジダ症ではフルコナゾール50mgを1日1~2回経口投与する。アンフォテリシンBシロップ(400mg)3~4回/日の含嗽服用も有用である。カンジダ食道炎ではフルコナゾール100mg1~2回/日を試みるが、効果が不十分であればアンフォテリシンBの全身投与を試みる。副作用として、フルコナゾールでは腎肝障害、アンフォテリシンBでは腎造血管障害がある。

c. サイトメガロウイルス (CMV) 感染症

健康成人のCMV抗体保有率は90%と高く、出生時の産道や乳幼児間を介して感染する。多くは不顕性感染であり、CMVはBリンパ球や腎、外分泌腺などの細胞内に生涯にわたって潜伏する。HIV感染症の場合、体内に潜んでいたCMVが再活性化したり、血液や精液による新たな感染により、種々の臓器で病変を起こし、時に死に至らしめる。網膜炎では、視力低下視野障害が生じ、放置すれば多くは失明する。定期的な眼底検査を行い、出血、滲出斑、混濁を認めれば治療を開始する。発熱、多呼吸、呼吸困難、乾性咳嗽を主症状とする間質性肺炎が生じるが、CMVの単独感染は稀であり、カリニ肺炎等との混合感染が多い。腹痛、下痢、発熱、食欲低下等の消化器症状も出現する。中枢神経の感染では、神経障害、知能低下等の症状が見られる。CMVのDNA合成を阻害するガンシクロビル5mg/kgの点滴静注を1日2回2週間投与する。80%に有効であるが、中止すると再発が多いので、維持療法として5mg/kg/日を投与する。副作用として、白血球減少、血小板減少がある。AZT、ddIとの併用

で強い骨髄抑制がみられる。最近、アシクロビル3.2g/日の内服によるCMV発症の予防が注目されている。

d. 結核

CD4陽性リンパ球数の著しい低下や他の日和見感染症が起こる前から結核が生じる。不明熱、持続する倦怠感などが初発症状である。結核の既往がある者は再発再燃しやすい。数回の血液培養や3日間の胃液培養が勧められるが、胃液培養より血液培養の陽性率が高い。胸部X線写真では肺尖部陰影や空洞といった典型像を示さず、リンパ節腫大や中肺野の浸潤陰影像を認めることが多く、他の日和見感染症との鑑別が難しいことがある。ツベルクリン反応は診断的意義を持たず、確定診断には気管支鏡やリンパ節生検が必要ながある。治療方法は非HIV感染症患者の治療と同じである。再発予防のために菌陰性から6カ月治療を続けることが推奨される。アメリカでは多剤耐性結核の多発が報告されている⁶⁾。

e. カポジ肉腫

皮膚に初発する場合が多く、無秩序に全身いたるところに出現する。皮膚に結節を作ることが最も多い。直径数mmから数cm、淡紅色から暗赤色の斑ないし結節ができるが、疼痛や搔痒はない。また下肢に腫瘍を形成することもあり下肢の浮腫をきたす。末梢のリンパ節に巨大な結節を作ることもある。口腔内では上顎に多く、歯肉の腫脹や出血、疼痛のために咀嚼が困難となる。内臓では消化管と肺に主に生じるが、消化管の穿孔や出血はまれである。腫瘍の広がりだけでは、予後の判定には利用できない。現在AIDS関連のカポジ肉腫の根治方法はなく、対症的である。治療法は、限局した腫瘍には放射線療法、抗腫瘍剤局注、interferon- α とAZTの併用療法が選択される。放射線治療が腫瘍の制御にもっとも役立ち問題点も少なく、リンパ節腫大、リンパ浮腫、口腔内病変に有用である。肺病変などでは単独(vinblastine, vincristine, etoposide)ないし多剤併用(ABV療法; doxorubicin, bleomycin, vincristine)の化学療法を考慮する。軽症例では無治療が少なくない。

f. 悪性リンパ腫

悪性リンパ腫のなかで非ホジキンリンパ腫が多い。非ホジキンリンパ腫のほとんどがB細胞性リンパ腫で節外性の病変を来す。脳がもっとも多く、肝臓、骨

髄、消化管、心臓、腎臓、皮膚などに発生する。治療は放射線療法と化学療法である。化学療法の効果は AIDS でない患者に比べ悪い。日和見感染症や骨髄抑制のために、規定量の治療ができないことが多い。CHOP 療法で 50% に寛解がみられるが、ほとんど一時的であるといわれる。脳悪性リンパ腫は特に治療が難しく放射線療法で寛解が得られることもあるが、発症後平均 5 カ月で死亡するという。

g. HIV 脳症

HIV 自体による脳症であり、徐々に発症する。動作や言語の緩慢、集中力の欠如、自発性の喪失、運動失調や錐体路症状がみられる。突然の受診中断などの認識や行動の異常が見られる。症状は確実に進行し重度な痴呆や錐体外路症状などの種々の神経症状を呈す。この状態になると平均 2 カ月で死亡するという。脳神経症状を伴う場合の鑑別診断として、単純ヘルペス脳炎、進行性多発性白質脳症、帯状疱疹ウイルス脳炎、トキソプラズマ脳炎、クリプトコッカス髄膜脳炎、脳悪性リンパ腫などがあげられる。治療として AZT が有効なことがあるが、HIV 脳症の予防法はない。

3. 生活指導

1) 告知

告知の内容は、近い将来に健康を害して命を失う可能性があること、性交渉および血液を介して他人へ感染させるうることである。告知時の条件として、感染者に告知を受け入れる能力と用意があること、告知するに当たって、感染者を支える人（家族、友人またカウンセラー）がいること、告知をする者に精神的な能力があること、十分に時間が取れること、告知後に心理的ケアと社会的支援を実施できること、またはそれらを紹介できること、告知後に感染者が取るべき具体的な行動の提案を示せること、告知に適した場所が用意できることなどである。診療方針の説明として、現在根治的治療はないが、発病を遅らせることができること、定期的に免疫能を測定し対応した治療を受けること、カウンセリングを紹介できること、個人情報を守られることが挙げられる。

2) 日常生活

a. 体力を保つための生活指導

HIV 感染症は消耗性の疾患であり、長期にわたるより良い栄養の維持が大切となる。

b. 感染の予防と早期発見早期治療

感染を招きやすい過労は避けさせる。患者は感染症の機会にさらされており、また感染症を招くことは CD4 陽性リンパ球を減少させることにつながり、予後を悪くさせる。

c. 気力の保持

感染を知っても味方になってくれる人を作らせ、精神的支柱の役割をもたせる。家族や友人に病名を話すか否かは患者自身に決めさせる。

d. 日常

歯肉出血の可能性のある歯ブラシやかみそりは各自のものを使う。女性では経血汚染の管理を各自が行う。食器の区別など日常生活では区別の必要がない。

e. 社会生活

日常生活での感染はないことが今までの疫学的研究で明らかにされており、一般社会での生活に制限はない。しかし、HIV 感染者と悲感染者が社会に共存することには社会的にコンセンサスが十分に得られているとはいえず、HIV 感染が周囲に知れて、就業などで差別を受ける例が問題となってきている。職場、学校等への本人からの申告はされるべきではない。

3) 性生活

性交渉による感染する率は一回の性交渉当たり 0.1~1% とされる。コンドームの使用は必須である。

4) 妊娠

女性では妊娠出産の問題がある。妊娠出産自体が細胞性免疫を低下させやすく、HIV キャリア妊婦で AIDS が顕在化することが危惧される。また、児の感染率は 30% と言われている。分娩方法では、経膣分娩に比べ帝王切開による出産は産道での血液暴露がないためにしばしば帝王切開が行われるが、児の感染率は著しくは低下しない。母乳からの感染もありうるので、人工乳を用いる。

5) 予防接種

小児のワクチン接種について、アメリカの The Immunization Practices Advisory Committee (ACIP)

表4 HIV 感染児の予防接種

ワクチンの種類	無症候性患児	症状を有する患児
ポリオ生ワクチン	不可	不可
ポリオ不活性化ワクチン 1)	可	可
DTP	可	可
MMR 2)	可 (1才半)	可 (1才半)
肺炎双球菌	可 (6カ月以上)	可 (6カ月以上)
インフルエンザ 3)	可	可 (6カ月以上)

1) 日本では現在入手不可

2) 感染のリスクが高いときは15カ月より早く投与できる (ACIP)

3) 6カ月以上、毎年定期的には実施するのは症状により考慮する

(文献 1)

表5 HIV の不活性化実験等に基づくデータ及び WHO が示した消毒法

消毒法	HIV の不活性化実験に 基づくデータ	WHO が示した消毒法
オートクレーブ (滅菌)	121℃, 20分 1)	121℃ 20分
煮沸	10分 1)	20分
次亜塩素酸ナトリウム	100ppm, 30分 1) 52.5ppm 2)	0.5% 10~30分
グルタールアルデヒド	2%, 20分, 37℃ 1)	2% 10~30分
ホルマリン水	1%, 20分, 37℃ 1) 0.5%, 5分 2)	5% 10~30分
イソプロピルアルコール	50%, 5分 1) 35% 2)	—
エタノール	80%, 5分 1) 50% 2)	70% 10~30分
紫外線 放射線 5×10 ³ J/m ² 2×10 ⁵ rad	不活性化されない 3)	—

1) 北里大学藤本進らの実験

2) Martin L.S.らの実験 HIV (10⁵) に対して室温21~25℃, 2-10分通常の消毒条件下

3) Spirre らの実験 Lancet, 26: 188-189, 1985

(文献 7)

見解に基づいた日本小児科学会血液腫瘍委員会の意見が参考となる(表4)。無症候性キャリア、ARC、AIDSの時期により若干異なるが、原則として生ウイルス生細菌のワクチンでなく、不活化ワクチンを用いる。MMRは、本邦では好発する無菌性髄膜炎の問題から投与は避けられるべきであろう。また、ワクチン接種に伴う細かい問題については個々の症例で判断されるべきである。

4. HIV 診療を行う医療機関

HIV 感染者であるという理由だけで医療関係者が診療を拒否したり、消極になることがあってはならないことは当然である。本邦では、血液製剤のために HIV 感染症となった血友病患者の多くは、従来の医療機関で引き続き治療を受けていると思われる。しかし、血液製剤以外による患者感染者が受診する医療機関は限定されてされており、その数はなかなか増加してい

ない。その理由の一つとして、HIV 感染症は B 型肝炎に比べ感染しにくい疾患であるが、一旦感染すると根治療法がなく、針刺事故等の医療事故や院内感染の問題が大きいことが考えられる。しかし消毒や滅菌方法については、施設や設備は B 型肝炎に対するもので十分であるとされている(表 5)。血友病を扱っている医療機関で、HIV 感染と知らずに 6 年間治療していたにもかかわらず、医療関係者には 1 例の感染もなかったことが、HIV 診療を行う上で自信となっているという。

医療機関が院内感染予防対策を推進して行くためには、各機関の実情に即した感染予防対策委員会を設置することが求められている⁷⁾。その委員会が行う事項として、各職種各職場ごとの予防対策、予防対策実施の監視と指導、職場の教育、患者及び職員の HIV 抗体検査、感染事故などへの適切な事後処理必要な事項などがある。

医療機関において、医師ばかりでなく看護婦、その他コメディカルのスタッフにも定期的な AIDS 対策の教育の機会が提供されるべきである。特に若い医師や看護婦は注射針に接する機会がより多いと考えられるので、定期的なあるいは着任時の医療機関内での教育が必要である。

医療機関での HIV 院内感染予防対策は単に感染予防対策委員会の決定や既定の規則ばかりではなく、患者や検体に直接関わる現場からの創意工夫が重要である。quality control 運動のごとく、個々の医療機関の状況に即した改善努力も重要である。東京都立豊島病院では、HIV 感染症に対する看護の現状が調査検討された後に新たな看護指針が作成されたが、これは高く評価されることである。

針刺等の事故が起きた場合は、直ちに血液をしぼりだし、傷口を消毒する。AZT は感染予防に確実ではない。感染予防対策委員会に報告し、事故直後より定期的に経過を観察する。事故者には HIV 抗体検査結果の正確な情報を提供し、必要なカウンセリングを行う。本邦では医療機関での感染事故は報告されていないが、在宅での注射時の針刺事故により血友病患者の家族が感染したことが明かとなっている。特に救急処置の方法は、医療関係者のみならず血友病のために在宅で注射を行っている家族にも周知される必要がある。

実際に HIV 治療を行っている医療機関の報告では、患者の精神面への配慮としてカウンセリングを強調している。特に無症状のキャリアは期間が長く、かつ疾患の性質上、精神的に孤立しやすいためである。HIV 感染症のカウンセリングの目的は、感染者の苦しみを理解し、彼らにとって最も賢明な生き方を一緒に考え、心理的社会的援助を行い、更に社会に対して自覚ある行動を促す事である (behavior modification)。カウンセラーは日本の社会では十分認知されておらず、またカウンセリングが相談や指導と誤解されている場合もある。今後、HIV 感染症の分野での精神科医の活躍が期待される。

現在 HIV 感染症の治療は大規模な医療機関で主に行われているが、早期、軽症の時期であれば、診療所など小規模な医療機関でも、経過観察と治療は十分対応可能と考えられる。今後、感染者が身近な医療機関を利用する需要が増えると思われる。

5. 保健所の役割

保健所が HIV 感染症対策で関与していることは、電話あるいは面接による相談、健康教育、抗体検査である。保健所から報告された HIV 感染者数は全体の 3.2% と少ない⁸⁾。その理由として、保健所の検査で陽性となった例が紹介先の医療機関からなされること、保健所で検査を受ける集団と医療機関で検査を受ける集団は異なっていることなどが考えられる。

感染の告知は難しいが、よりよいコミュニケーションをまずつくる必要があり、保健所職員の自己紹介とかお茶といった配慮、握手などもその手段となる。保健所での告知の役目は、陽性の事実を知らせることではなく、感染者を医療機関受診に結び付けることである。保健所での結果通知後、直ちに受診する者もあれば、半年後ようやく受診する者もあり、感染者が保健所から医療機関に実際に受診するまでには種々の期間があるという。感染者が HIV 感染の事実を受容するには時間が必要なためであろう。よりよいコミュニケーションのもとでの告知も受診までの期間に影響すると思われる。

検査結果を報告し、医療機関を紹介した後は、感染者と保健所の関係はいったん途絶える。しかし感染者の中には受診先の医療機関とうまくいかない場合もあ

り、保健所はその後の相談相手ともなるべきであろう。医療機関への紹介だけでなく、将来の相談相手としての関係を保つべきである。「なにか困ったことがあったら、連絡ください」といった将来ともつながりのある配慮も必要と考える。

保健所で行われている多数の HIV 抗体検査の中には疑陽性例が含まれる。ELISA 法の疑陽性率は 1%未満と言われている。なかには経過を追って再検査が必要な例もあり、匿名検査であっても実質的に保健所がフォローアップの機能を果たしている。

保健所における HIV 感染症対策の一つとしてカウンセリングが掲げられているが、時間の余裕がなければ、名ばかりのカウンセリングとなる。指導や質疑応答でなく、感染者が話すことをまず十分聞き、どう考えるかを手助けすることを心がけるべきである。そのためにはカウンセリングの研修も必要であろう。将来の感染者の増加に備え、抗体検査とは別に精神科医を中心としたカウンセリングを行い、合わせて担当職員のカウンセリング技術の向上を図りつつある保健所もある。

6. おわりに

HIV 感染症の診断治療と予防、医療機関、保健所の役割について述べた。現在、HIV 感染の爆発を抑制することと、感染者患者に十分な医療を提供することが求められている。

文 献

- 1) HIV 感染者発症予防・治療に関する研究班：HIV 治療マニュアル。東京、1992。
- 2) Cooper, D.A., MacClean, P., Finlayson, R., Michelmore, H.M., Gold, J., Donovan, B., Barnes, T.G., Brooke, P.: Acute AIDS retrovirus infection. Definition of a clinical illness associated with seroconversion. *Lancet*, i: 537-540, 1985.
- 3) Pedersen, C., Niesen, C.M., Vestergaard, B.F., Gerstoft, J., Krogsgaard, K., Nielsen, J.O.: Temporal relation of antigenaemia and loss of antibodies to core antigens to development of clinical disease in HIV infection. *Br. Med. J.*, **295**, 567-569, 1987.
- 4) Stephan, J., Saag, M.S., Decker, W.D., Cambell-Hill, S., Roberson, J.L., Veldkamp, P.J., Kappes, J. C., Hahn, B.H., Shaw, G.M.: High titers of cytopathic virus in plasma of patients with symptomatic primary HIV-1 infection. *N. Eng. J. Med.*, **324**, 954-959, 1991.
- 5) Chow, Y., Hirsch, M. S., Merrill D.P., Betchel L. J., Eron J.J., Kaplan J.C., D'Aquila R.T.: Use of evolutionary limitations of HIV-1 multidrug resistance to optimize therapy. *Nature*. **361**, 650-654, 1993.
- 6) Beck-Sague, C., Dooley, S.W., Hutton, D., Otten, J., Breeden, A., Crawford, J.T., Pitchenik, A.E., Woodley, C., Cauthen, G., Jarvis, W.R.: Hospital Outbreak of Multidrug-Resistant Mycobacterium Tuberculosis Infections. *JAMA*, **268**, 1280-1286, 1992.
- 7) 厚生省保険医療局疾病対策課結核感染症対策室：HIV 医療機関内感染予防対策指針。東京、1991。
- 8) 苗村光廣：わが国のエイズの流行状況とエイズサーベランス。厚生省の指標。 **39**(6), 3-13, 1992。
- 9) 厚生省感染症対策室監修：日本のエイズ症例。日本公衆衛生協会。東京、1988。

1) HIV 感染者発症予防・治療に関する研究班：HIV 治