

エイズ治療拠点病院医療従事者

海外実地研修報告書

1 研修参加者

所属・職名：名古屋医療センター 感染症内科 医師
氏 名：今村 淳治

2 研修日程・コース

日 程：平成24年10月6日-10月21日
コース名：医師等コース

3 研修の内容

サンフランシスコは、HIVが蔓延した80年代前半に、HIVの患者サポート、感染対策など、いち早く取り組み情報を発信してきた場所として有名である。近年、HIVは慢性疾患と捕えられている。HIVの感染コントロールには行動変容、Safer Sexだけでは限界があることが分かっており、サンフランシスコにおける最新の取り組みについて見学した。サンフランシスコでは日和見発生患者の数は少なく、多くは外来で治療がなされている。そのため、今回の研修では外来での患者のサポートを中心に研修を行った。病院として、サンフランシスコ総合病院、オークランド郡病院を、患者支援組織であるShanti、セクシュアルマイノリティーサポート団体である、LGBTコミュニティセンター、行政としてサンフランシスコ衛生局などで、レクチャーを受けた。講師の先生は、医師、看護師、薬剤師、心理士、および行政担当者であった。近年HIV黎明期の話を聞く機会は少ないが、未知の感染症に対する混乱と、それに対する取り組みについて、多くの貴重な話を聞く機会を得た。現在、サンフランシスコでは、HIV患者において、精神疾患、薬物中毒、ラテン系住民がHigh Risk Groupとして捉えられており、それぞれに対して、行政とタイアップして、Support施設が整備され、HIV感染者が継続的に治療を受けられるようサポートしていく体制を敷いていた。また、LGBTコミュニティセンターで、職探しのサポートや介護施設の斡旋など、生活基盤に関わる問題についてサポートしつつ、HIV対策について啓発していくスタイルをとっていた。

4 研修の成果・感想

【アメリカの現状、医療制度・社会福祉制度】

日本と異なり、サンフランシスコでは日和見感染症発症者の割合が、きわめて少ない状態となり、慢性疾患としての対策、ドロップアウト防止、HIV患者のサポートという点を重点的に行っている。

サンフランシスコにおいて40%が年収4万ドル以下、40%10万ドル以上となる。

40%の人が貧困の状態。そのうち生活保護を受けない人が40-45%いて、その理由として本人の意思、犯罪がらみ、精神疾患があげられる。ホームレスのうち、精神疾患、薬物乱用、性的暴行、

心的外傷などの経験がある人の割合が高い。無保険者は全人口の 5%程度存在する。低所得者層は、家賃の補助、および非営利団体である Food Bank より食料を安く購入できる。サンフランシスコの物価・家賃は決して安くはない。ホームレスも 9000 人程度と相当数いる。そのような低所得、薬物中毒、ホームレスの HIV 患者のサポート団体として Shanti といった施設や、ワドル医師のようなクリニックがあり、患者の精神的安定や通院を支えている。今回 2 名の患者から話を聞く機会を得たが、居場所があることに対する感謝、社会復帰する場や治療の機会を与えてもらったことに対する感謝を述べていたことが印象に残った。

コントロールが可能となった今、HIV の黎明期の話を聞くことは少なくなった。サンフランシスコは、エイズが拡大したとき、性行為感染症と考え、感染防止のための対応を考えたという歴史を学んだ。現在でも HIV/AIDS に対する偏見はあるが、その当時医療者として、患者のために献身的に働いた多職種の方々の話、その人が悪いのではないという話を聞いて、医療の原点について考えさせられた。早くから同性愛者の権利が認められたという点も先進的であり、HIV/AIDS への取り組みが寄与していると思われる。現在、アメリカでは市民の安全保障のために、市・郡ごとに全権委任された責任者（救急医）がおり、専門のトレーニングを受け、有事の際に指揮をとる、合理的な判断がなされている場合は結果に関わらず責任は問われないという話を聞いた。いっつどのような災害、伝染病が発生するかは予測不可能であり、完璧なものを求める日本と、何が最悪かを考え対応を考えるという日本とアメリカの発想の違いを感じたが、HIV での混乱と実践が、リスクマネジメントに磨きをかけたのは否めない。

サンフランシスコに滞在して、医療だけに限らず生活面でもサービスと感謝という構図を感じた。レストランやホテルでサービスに対してチップを払うが、医療者は、患者にサービスを提供し、感謝され報酬を受けるという構図である。患者を良くしようということに変わりはないが、日本では奉仕の精神がベースになっている。Hospital という語源を考えると、サービス業と考えるのが自然な発想なのかも思う。文化や宗教などの背景の違いもあるとは思いますが、HIV や薬物依存の分野では、専門職やトレーニングを受けた人々、時には患者自身（Peer や Mentor と呼ばれる）が、他の患者の生活や治療、社会復帰などをサポートし、ボランティアとして社会に貢献しようという風潮があり、特筆すべきことだと感じた。今回は薬物依存のための病院や施設を見られなかったが、機会があればぜひ見学したい。

医療面で大きく異なる点は、クリニックまたは病院の外来と、入院病棟が独立して存在しているところであろうか？この点は、外来と病棟主治医を兼ねる日本とはことなる。入院が必要な際は、病院に依頼して、病棟担当医にゆだねる形になる。一般的にクリニック（病院併設）は Primary, Secondary, Tertiary に分かれているが、必要に応じて専門医（糖尿病、膠原病など）のいる高次のクリニックに紹介する。HIV の場合は、確実な受診が困難なケースも多く、Secondary 程度まではコンサルトしながら進めていく点が、他の疾患と異なるということだった。急性期病院の入院期間は 2.5 日程度と短く、長期入院に対しては、Skilled Nurse Facility、Long-term Facility が対応する。先進国では高齢化は共通の課題なのかもしれないが、Nursing Home は寝たきりとなる傾向があるため、縮小傾向にあり、在宅医療または LTF に切り替えつつあるとのことであつた。

賛否はあると思うが、日本と異なり、医療費の支払いは保険会社が決定するため、基本的に検査の回数や入院の適応については保険会社から支払いを拒否されないようにマネージしていく必

要がある。日本では同じ検査を複数回受けることが認められるのとは、対照的に、患者ごとに検査の上限、費用が決まっているため、他のクリニックで検査した情報をオンラインでシェアして有効利用し、必要な検査について患者と相談して行っていくなどして、医療者も患者もコストを意識している姿勢がうかがわれた。プライベートな保険では保険会社が検査をどこまで許容するか、先端医療までカバーするかなど医療の水準によって保険料が変化するが、患者がどのような医療を希望し、患者自身がそれに対していくら支払えるか（価値を見出すか）を決定し、それに従って医療を提供するということは、患者の意思に基づくというと考え、治療は、患者が希望しなければうまくいかないケースも多く、個人の熟慮に基づく意思、治療の効果と費用を確認するという原点の大切さを感じた。HIV の診療については、日本のほうが、恵まれている点も多いと感じた。しかしながら、コストを意識した、医療を行っているという点で、医療費が増大する一方の日本の現状を考えると、その姿勢は参考にするべきことが多い。

HIV 患者の受診が不定期になりやすいというのは、世界中共通の課題なのかもしれない。オークランド郡立病院では、特に Latino と呼ばれるひとの割合が多く、エーデルシュタイン医師はスペイン語で診察を行っていた。半数が受診日に現れないため、本人、親族への電話や携帯メールを駆使して受診を促すといった取り組みがなされていた。またオークランド郡立病院や UCSF では、メールによる医療相談を電子カルテ端末上で行っており、悩み相談のよるサービス向上、定期受診につながるよう取り組んでいた。日本では電子カルテ自体がインターネットにつながっていないが、電子メールという便利なものを取り入れて、患者サービスの向上を図るという流れは、今後日本でも起こるかもしれない。診察自体はゆったりとした様子で行われ、その後看護師、薬剤師などの指導に回るというスタイルで、看護師の裁量が大きく、ルーチンの処方や検査なども可能であるとのことであった。仕事が煩雑になってきた昨今、日本でも医師の仕事を他業種とシェアすることも大切だと思われる。薬剤師は、患者のライフスタイル、内服薬、サプリなどを良く聞いたうえで、継続して内服可能な時間と処方を考え決定する。処方の追加・変更なども医師に提案する。このような診療の一方で、疫学調査や臨床治験などが行われており、治験の説明は専任ナースが担当していた。

【HIV/AIDS の現状】

HIV 感染症は治療が確立しており、慢性疾患として捉えられている。肝炎、癌、生活習慣病、精神疾患のサポートが重要とされる。エイズ期の患者における日和見感染症発症者が 2% と少ないサンフランシスコではなおさらである。慢性肝炎は HIV 患者における死因として今後増加が予想される。特に、日本では B 型肝炎のワクチン接種が義務化されていないが、世界的にはまれである。少なくとも我々は、ハイリスクな人、HIV 患者に B 型肝炎ワクチン接種を積極的に進めていく必要がある。癌については、肛門癌のスクリーニング、女性では乳がん対策に力を入れていた。乳がんは、白人女性で特に頻度が高いことが背景にあるが、近年 HIV の予算が縮小傾向であり、新たなテーマを持って取り組んでいるとの説明を受けた。アメリカでも日本でも HIV 患者における精神疾患有病率は高い。うつの鑑別としてテストステロンの値が重要であり、HIV では低下傾向になりやすく、定期的な測定と、年齢を考慮した解釈、必要に応じては補充を行っているという話を聞き、今後診療で実践していく必要があると感じた。また、患者予後改善を積極的に進めていた。現行の日本の身体障害者／自立支援医療では現時点では対応していないが、HIV 感染が判明したら、抗 HIV 薬開始を勧めるという国際エイズ学会の提言を考えると、予防、脳血管障害などの将来的なリスク低減を考えた治療方針に日本でも変わる可能性がある。

【行動変容による self-management と Harm Reduction】

プログラム責任者であるフェルドマン教授より行動変容のレクチャーを頂いた。

アメリカでは、薬物中毒として、覚せい剤、アルコール、タバコを同列に扱っている。自分の意思だけでやめる、いわゆる Cold-Turkey 法での成功率は 5-10% と大変少なく、自分の意思に基づいて、治療を併用しながら行動変容により何度も根気強く取り組んでいくということについてお話を頂いた。そのための話し方の習得、医療者自身の行動変容、セルフマネジメントが大切であるという話は確かにその通りだとしか言いようがない。サンフランシスコでは薬物中毒者の HIV 感染者が多いことに注目し、Harm Reduction の一環として、覚せい剤を自己注射するための注射針や、注射器の配布など、必要によっては医療機関での処方など、現実問題としてとらえ思い切った取り組みをしてきた。このことは、ワクチンの代替として抗 HIV 薬の事前事後予防内服にも反映されており、ハイリスク者に対しては、無料でツルバダを処方できるようになっており、一人一億円の医療費がかかると考えると、現実的な対応だと感じた。我が国の HIV 感染者で注射薬物使用者は 10-20% という報告があるが、日本では薬物依存者のサポート、脱却のためのプログラムは数も少ないことも影響しているためか、依然として脆弱であり現実を直視した対策が必要なかもしれない。振り返ると、サンフランシスコでは治療には、患者自身の治療の受け入れが必要で、患者の動機づけをするために行政のバックアップのもと、ボランティアを含む多職種、多施設でサポートしている構図になっている。LGBT センターでは、生活支援を軸に HIV の啓発を行っていた。LGBT センターは市からの補助金と、寄付により運営され、若い世代に対してインターネットでの介入を行っていた。つまり、サンフランシスコに来た LGBT の人々が、家も、仕事もない状況で、生活支援を依頼に来た際に、ついでに HIV のこと、薬物のことを話すという仕組みで、患者となりうる群の特性を分析して介入している。このような多数の人々に対して、ピアと呼ばれる多数のボランティアが参加しているのが印象的であった。

【まとめ】

ここ数年で、サンフランシスコの HIV/AIDS 患者は減少傾向である。予防だけでなく、早期治療、予防内服に予算を割く行政の人的、金銭的バックアップがあり、統計をもとに行動するというスタイルが 30 年の間に蓄積されてきた結果なのかもしれない。しかし、何よりも HIV 感染抑制には安定した生活環境の提供と、感染者のサポートがスタート地点であり、生活の一部として医療があるのだと感じた。日本とは文化も考え方も違うが、サンフランシスコでの、合理的な考え方に基づく実践はとても刺激的で良い勉強となった。特に感じたのは仕事がますます複雑になるなかで、仕事をシェアすることの大切さ、仕事をシンプルにするためにどうするかということを考えることが大切だと感じた。すべてを日本の状況に当てはめることは難しいと思うが、日本では HIV 感染患者の規模は小さい。HIV 診療はこれまで、膨大な科学的根拠、遺伝子に基づいた治療、個室診療、他職種による支援など、基礎医学、臨床、公衆衛生など多方面に大きな影響を与えた。感染予防が重要なのは変わらないが、今後も HIV 診療は日本の医療のモデルとして先進的な取り組みをし、社会に示し還元していくことが可能なのではないかと考える。