 特集 注目される感染症

順天堂医学 40 (3)
p. 306~315 (1994)

最近の AIDS の疫学動向と医療機関における 取扱いについて**

Current epidemiology on AIDS and recommendations for dealing with HIV infections

松 本 孝 夫*

TAKAO MATSUMOTO, M. D.

AIDS の世界的流行は拡大し続けている。WHO への累積患者数の報告は 187 カ国から 85 万人を越えている (1993 年 12 月末現在)。推定では患者数 300 万人・感染者数 1500 万人とも言われる。今後、アフリカ・アジアでの患者数の急増が予測されるが、対策は不十分で深刻な社会問題となることは必至と考えられる。わが国の AIDS 患者は平成 6 年 4 月末まで 713 人、感染者は 3022 人の報告がある。着実に増加傾向にあり、一層の防疫対策が必要である。

一方、増加する患者・感染者に対して医療機関はその対策を十分に検討しなければならない。患者・感染者への対応では医学的管理とともに精神的ケア・プライバシーの保護が特に求められる。また院内感染防御の立場からの検討も必要である。米国などの医療従事者の HIV 感染事例では大半が針刺し事故である。感染力は低いが細心の取扱いが必要である。しかし、AIDS 医療において過剰防衛から診療拒否に向かう姿勢は妥当ではない。

キーワード: AIDS, 世界的流行病, 患者ケア, 感染予防対策

Key words: AIDS, pandemic, patients' care, safety precautions

はじめに

1981 年に米国で AIDS 患者が初めて報告されて以来、13 年が経過した。この間に原因ウイルスやその感染経路は明らかにされた。しかし患者や感染者の数は増加の一途をたどり、現在までの世界の AIDS 患者は 300 万人、感染数は 1400 万人を越えていると推定されている。

本稿では HIV 感染の疫学の現状とともに医療機関における HIV 感染症の取扱いの要点を述べる。

世界の疫学

1. 患者・感染者数の現状

1993 年 12 月 31 日現在、WHO に報告された世界の AIDS 患者発生数は 187 カ国より 851,628 人に上る。地域別には南北アメリカが全体の約 51% を占め、ついでアフリカ・ヨーロッパ・アジア・オセアニアの順である (表-1, -2)。国別ではアメリカ合衆国は 339,250 人で全体の約 40% を占め、次にブラジル (43,455 人)・タンザニア (38,719 人)・ケニア (38,220 人)・ウガンダ (34,611 人)・

* 順天堂大学医学部付属順天堂医院総合診療科
Department of General Medicine, Juntendo
University School of Medicine, Tokyo, Japan

* * 第 269 回順天堂医学会学術集会 [June 2, 1994 開催]
(July 27, 1994 原稿受領)

表-1 世界のエイズ患者累積報告数
(1993年12月31日現在 WHO報告)

地 域	患者発生状況	備 考
アフリカ州 (54カ国)	301,861人	タンザニア 38,719
		ケニア 38,220
		ウガンダ 34,611
		ザンビア 29,734
アメリカ州 (45カ国)	435,978	アメリカ 339,250
		ブラジル 43,455
		メキシコ 16,091
アジア州 (38カ国)	5,559	タイ 3,001
		日本 621
		インド 494
ヨーロッパ州 (37カ国)	103,402	フランス 26,970
		スペイン 21,205
		イタリア 18,832
オセアニア州 (13カ国)	4,828	オーストラリア 4,258
合計 (187カ国)	851,628

図-1 世界の推定エイズ患者数 (1993年後期) 総数 300万人

ザンビア (29,734人) とアフリカ諸国が続いている。しかし報告率については地域差が大きく、北アメリカ・ヨーロッパの先進国では80%以上、アフリカなどの発展途上国では10~20%ともいわれ、さらにこうした途上国では報告の遅滞もいちじる

しい。こうしたことから、WHOでは世界の実際の累積患者数は300万人と推定している (図-1)。さらに感染者については1400~1500万人と推計している (図-2)。

このようにHIV感染は現在まで世界のあらゆる地域から報告されるにいたっているが、その流行パターンは一様ではない。

北米・西ヨーロッパでは1980年代の初めからエイズ患者の報告が目立ったが、その大半は男性同性愛者や静注薬物常用者であった。この地域でもその後、異性間性的接触による感染者が緩徐に、しかし確実に増加している。現在までこの地域の感染者は200万人に上ると推計される。

南米 (ラテンアメリカ) と

表-2 世界の地域別 AIDS 患者発生状況 (累計)
WHO報告 (1993年12月31日現在)

報告年	アフリカ	南北アメリカ	アジア	ヨーロッパ	オセアニア	合 計
1979		14				14
1980		80	1	4		85
1981		357	1	20		378
1982	3	1,411	2	92	2	1,510
1983	17	4,599	10	310	8	4,944
1984	99	10,866	14	888	53	11,920
1985	305	22,168	43	2,280	177	24,973
1986	2,746	39,258	97	4,915	417	47,433
1987	8,692	56,890	224	8,767	742	75,315
1988	20,904	93,655	285	16,875	1,180	132,899
1989	38,248	134,539	494	28,576	1,742	203,599
1990	81,019	188,211	872	41,947	2,562	314,611
1991	129,066	252,977	1,254	60,195	3,189	446,681
1992	211,032	313,083	2,582	80,810	4,082	611,589
1993	301,861	435,978	5,559	103,402	4,828	851,628
累計割合 (%)	35.4	51.2	0.7	12.1	0.6	100
発生国数	54	45	38	37	13	187
累積罹患率 (対10万人)	50.78	63.75	0.19	13.32	19.47	17.13

図-2 世界の累積成人 HIV 感染者の分布 (1993 年後期) 総数 1400 万人以上

カリブ海沿岸諸国も 1980 年代初期から、主に男性同性愛者や静注薬物常用者の感染から始まったが、1980 年代後半から急速に異性間性的接触による感染が広がり、現在では主流となっている。この地域の推定感染者数は 150 万人以上と思われる。

サハラ以南のアフリカでの HIV 伝播は実際には欧米より早い 1970 年代後半にはじまったと推定される。ここでは主に異性間性的接触による感染であり、感染者数に男女の差が少ない。現在、10 歳代後半から 40 歳代の人口の約 30% が感染しており、アフリカ全体では 900 万人以上の感染者がいるものと思われる。

アジアにおける HIV の流行は 1980 年代後半に起こってきたが、特にタイ・インドにおける伝播は急速である。タイでは人口の 1% にあたる 50 万人が、インドでは約 150 万人がすでに感染していると推定される。世界人口の半数以上を占めるこの地域では、アフリカを含めた発展途上国に共通の、貧困と人口問題をからめながら、今後さらに深刻な HIV 拡散が予想されている。

2. 将来予測

HIV 感染の防止対策が全世界的に効果的に行われるか否かで、将来の感染者ないし患者数は大幅

図-3 年間新規エイズ患者発症数の予測

に変わり得る。WHO による世界の AIDS 患者についての将来の推計では、西暦 2000 年には累計の患者数は 1000 万人にも達すると考えられている。図-3 に年間の新規 AIDS 患者の発症数の予測

を示す。一方、感染者については西暦 2000 年には成人で約 3000 万人、小児感染者は約 1000 万人、合わせて 4000 万人近くに達するものと予測している。このうち 90%以上がアフリカ・アジアの開発途上国に発生すると見込まれている。

日本の疫学

わが国では昭和 59 年 9 月から厚生省にエイズサーベイランス委員会が設置され HIV 感染の実態把握が開始された。平成元年 2 月以降は新たに制定されたエイズ予防法に基づき、HIV 感染者および AIDS 患者を診断した医師からの届出が義務付けられている。ただし、この法律では凝固因子製剤受注による感染者の報告は求めている。

1. 患者・感染者数

厚生省エイズサーベイランス委員会で報告された日本のこれまでの累積患者および感染者数を表 3、-4 に示す。なおここでの凝固因子製剤受注者については厚生省の『HIV 感染者発症予防・治療に関する研究班』での調査報告による数字である。

平成 6 年 4 月末現在、AIDS 患者は 713 人、HIV 感染者は 3,022 人である。患者の感染要因としては凝固因子製剤 58.6%、異性間性的接触 13.6%、男性同性愛 12.6%、その他、不明 14.2%であり、凝固因子製剤受注者が多数を占めているのがわが国の大きな特徴と言える。しかし、凝固因子製剤は過熱処理による HIV 不活化の図られた安全な製剤が既に導入されたことにより、今後、これら

による感染者の増加はないと考えられる。従って、わが国でも今後は主として性感染症としてのエイズ予防対策が中心となる。HIV 感染者中、凝固因子製剤受注者を除いた感染者 1,407 人の性別は男性 740 人・女性 667 人である。また年齢区分では 20 歳代が全体の約 50.3%とピークを示し、次いで 30 歳代・40 歳代・50 歳代・20 歳未満と続く。

なお、この表における患者・感染者数はあくまでも届け出の数であり当然実数とは異なる。特に感染者数は実数との隔たりが大きいと思われる。実際の数については様々な推計がなされているが、少なく見積って 8,000 人から 1 万人とも予想されている。

さて、日本における患者・感染者報告数（凝固因子製剤による感染者を除く）のこれまでの年次推移を図-4、-5 に示す。最近の増加で注目される点は、異性間性的接触が男性同性愛による感染者を大幅に上回るようになってきたこと、また異性間性的接触による感染者に占める外国人女性の比率が高くなっているなどである。図-4 に示すように平成 5 年には、感染者の報告数が減少を示しているが、その理由はこれまで大幅な増加を示した外国人女性の感染者が減少したことにある。

表-4 日本の HIV 感染者の状況

(平成 6 年 4 月末現在累積報告数)

	男 性	女 性	合 計
異性間の性的接触	231人 (53)	390人 (310)	621人 (363)
同性間の性的接触	226 (39)	… (-)	226 (39)
静注薬物濫用	9 (7)	- (-)	9 (7)
母子感染	1 (-)	3 (1)	4 (1)
凝固因子製剤	1,754	17	1,771
その他・不明	118 (62)	273 (247)	391 (309)
合 計	2,339 (161)	683 (558)	3,022 (719)

() 内は外国人 (再掲)

表-3 日本のエイズ患者の状況

(平成 6 年 4 月末現在累積報告数) () 内は外国人

	男 性	女 性	合計
異性間の性的接触	78人(16)	19 (8)	97人(24)
同性間の性的接触	90 (24)	………	90 (24)
静注薬物濫用	2 (1)	- (-)	2 (1)
母子感染	4 (1)	1 (-)	5 (1)
凝固因子製剤	416 …	2 …	418 …
その他・不明	89 (34)	12 (7)	101 (41)
合 計	679 (76)	34 (15)	713 (91)

図-4 患者・感染者報告数の年次推移

図-5 患者・感染者の年次推移 国籍・性別

は数的に比較的限られた集団であること、HIV感染に関する認識が広まっていると思われること、従って、行動の変容もある程度期待できることなどより、初期のような増加のスピードは明らかに減速がみられる。数的

その理由は定かではないが、検挙などを恐れて検査を受けなくなった可能性もあり、予断は許されない。いずれにしても日本人の感染者は平成5年にも増加していることは事実である。

2. 今後の予測

今後のわが国の HIV 感染症を予測することは種々の不確定要素もあり難しい。しかし、性感染の動向次第であることは間違いない。男性同性愛

に母集団の多い異性間性的接触による感染者が今後主体を占める可能性が大きい、また、外国人感染者の動向に大きく左右されるとも考えられる。

厚生省 HIV 疫学研究班の曾田らの研究は、血液凝固因子製剤受注者を除く HIV 感染者と AIDS 患者の累積数は 1997 年末までに、それぞれ、23,200 人および 2,700 人程度になると予測したが、一方、Delphi 法による専門家の予測では、1997

年 HIV 感染者累計中央値は 7,700 人とかなり少ない見積りである。

HIV 感染症への医療機関における対応

HIV 感染症対策はマクロ的には防疫対策と患者・感染者のケア、さらに各種の研究推進などに分けられるであろう (表-5)。一般的に予防対策には教育・啓発活動を通じての正しい知識の普及と、それにより感染の危険を避けるための行動につながるものが何より重要である。ここでは、このような一般的対策については他にゆずることにして、本稿では医療機関での患者・感染者の取扱いについて述べることにする。

表-5 HIV 感染症対策

I. 防疫対策

1. 教育・啓発活動

マスメディア・学校・職場・地域

2. 検査体制の整備

保健所等を中心とした検査の匿名・無料化

3. サーベイランス体制の整備

4. 献血・血液製剤のスクリーニング, 安全化

II. 患者・感染者のケア

1. 医療の受け入れ体制の整備

院内感染予防対策・医療従事者教育

2. 患者・感染者への支援

公的補助・ボランティア組織の充実・カウンセリング

III. 研究 (基礎・臨床・治療薬開発)

ちなみにわれわれが厚生省 HIV 疫学研究班において行った調査では、平成 6 年末までに東京都内の全病院の 12.4% が既に HIV 感染者を診療した経験がある。従って、日常の診療業務において HIV 感染者に遭遇する機会は決して稀ではなくなっている。今後、医療機関は HIV 感染者の診療を避けて通ることは難しく、医療従事者自身の HIV 感染症に対する正確な認識と、院内感染防止の立場からの対策を講ずることが急務となっている。

ここでは、HIV 感染者を診療する際に心得てお

くべき点を、患者や感染者本人に対する医学的あるいは医療上の対応と、院内感染防御の立場からの 2 点から述べる。

1. HIV 感染者への対応

1) 診断・治療

HIV 感染が判明した場合、まず種々の検査を通して免疫機能を中心とした健康状態の把握が必要である。HIV による免疫機構破壊のメカニズムには不明の点も多いが、CD 4 陽性細胞の数的・機能的障害を中心とした細胞性免疫の障害が中心となっている。従って、CD 4 陽性細胞数の測定が重要である。都内病院における HIV 感染者についてのわれわれの調査では、初診時の CD 4 細胞数が $100/mm^3$ 以下の群の 3 年生存率は 9.6% に対して $400/mm^3$ 以上の群では 93.2% であり、予後との相関も明白である (図-6)。CD 4 細胞数の減少とともに、各種の日見感染症の発生頻度が高くなる (図-7)。近年、CD 4 細胞が一定値以下に減少した場合、無症候でも AZT や ddI などの抗 HIV 薬を使い発症を遅らせる試みや、エイズ患者で最も高頻度にみられるカリニ肺炎を予め予防する意味で、ST 合剤やペンタミジンを早期に用いることも多い (表-6)。HIV 感染症ないしエイズにみられる個々の合併症に対する診断・治療はここでは省略する。

2) 病気の説明

感染事実の告知は特殊な事情を除いては不可欠である。その上でこの病気の一般的な医学的説明を行う。将来、極めて予後の悪い病気を発症する確率が高いことを説明せざるを得ないが、一方で発症の危険要因をできる限り少なくし、発症を遅らせるためには医師と感染者の双方の努力と協力が必要であることを強調し、今後の通院管理の動機付けを行う必要がある。いくつかのポイントとしては (1) 現在治療法は確立していないが、前述したような発病予防の試みがあること。(2) そのためには定期的に免疫学的検査をして状態を把握していく必要がある。(3) 一般的な健康状態を維持することが発病予防に極めて大切と思われる、そのためには適切な食生活・運動、さらに十

図-6 AIDS/HIV 症例の生存曲線 (初診時 CD 4 細胞数別)

図-7 CD 4 リンパ球数と日和見感染

分な睡眠により体力を保つことなど生活面での指導も行う。現在、治療法の研究は精力的に行われており、いずれその恩恵を得られるという望みを持たせることも、こうした前向きな姿勢を促すこ

とにつながると思われる。

3) 二次感染予防のための指導

感染経路を説明し感染の危険のある行為を教える。感染者各自に十分な二次感染防止のための自覚を持ってもらうことが大切である。

4) カウンセリング・精神的サポート

HIV 感染者の抱える苦痛は大半が精神的苦痛といっても過言ではない。一つはいずれ将来発病し、死に至る病を抱えていることの持続的不安・恐怖であろう。二つ目は社会的なエイズに対する無知・無理解から生じる差別・偏見に対する苦痛である。こうした精神面からの苦しみを軽減することは HIV 感染者にとって極めて大切である。現状では結果的に担当の医師がその役割を一部担っているが、できれば専門的なテクニックを持ったカウンセラーが、十分な時間をかけて対応するのが理想である。カウンセリングの原則は人が問題に直面したとき、その言葉に耳を傾け、気持や欲求に同

表-6 エイズの合併症の出現時期と治療

CD 4 数	以下の合併症に注意	治 療
400~500	带状疱疹・結核・カポジ肉腫	AZT: 400mg/day もしくは ddI: 335~500mg/day よりスター ト アシクロビル (带状疱疹に)
300 以下	眼科合併症 (CMV, TOXO)	ガンシクロビル・ピリメタミン等
200 以下	カリニ肺炎, カンジダ症	ペンタミジン 300mg/回/2~4週
100 以下	クリプトコッカス (髄膜炎) トキソプラズマ脳症	フルコナゾール
50 以下	ARC, AIDS 発症 CMV (網膜炎・肺炎), HIV 脳症 非定型抗酸菌 (全身性) 悪性リンパ腫	

表-7 医療従事者の医療行為による HIV 感染者
(USA 1993. 3 月末)

職 種	HIV 感染者数 (%)	
	確定数	不確定数
歯科勤務者 (歯科医含む)	—	6(8.0)
死体処理者	—	3(4.0)
救急医療関係者	—	7(9.3)
医療助手	1	7(9.3)
清掃者	1	5(6.7)
検査技師 (臨床系)	14(38.9)	12(16.0)
検査技師 (基礎系)	1	1
看護婦	12(33.3)	17(22.7)
医師 (内科系)	4(11.1)	8(10.7)
医師 (外科系)	—	2
呼吸器系治療者	1	1
外科系技術者	1	1
上記以外の技師	1	3(4.0)
その他の医療従事者	—	2
計	36	75

意し、相手と一緒に考え、最終的には相談者自身が自分の賢明な生き方を決定して行けるよう、側面から補助する行為である。それはカウンセラー自身の価値観、信念による教えや直接的なコントロールであってはならない。

5) プライバシーの保護

医療従事者には患者の個人情報についての守秘義務が本来課せられている。特にまだ社会的な受け入れが得られていない HIV 感染者には、格別の慎重が必要である。個人情報が守られない場

合、診療の面でも信頼関係が損なわれ、結果的には HIV 感染者の医療機関への回避や社会的に地下への潜伏を招き、防疫対策上にも影響を及ぼしかねない。

2. 院内感染予防対策

1) 医療従事者における HIV 感染

医療従事者は血液およびそれを含む体液を取り扱い、直接暴露される機

会があり得ることから HIV 感染者の診療にあたり、十分な注意が必要となる。これとは別に医師から患者へ、あるいは患者から医療器具等を介して、他の患者への交差感染なども無いとは言えない。特にアメリカのフロリダ州の歯科医から 5 人の患者への HIV 二次感染の報告は、多分に不可解な点もあるものの大きな注目を集めた。

HIV の一般的な感染経路と、これまでに判っている医療を通じての感染の実態や感染確率を知ること、診療にあたっての心構えを作る上で重要である。医療行為で HIV 感染を受けた医療従事者についての米国での報告がある。それによると 1993 年 3 月までに確実な例が 36 例、恐らく医療行為による感染と思われる不確定例が 75 例、計 111 例が挙げられている。職種別には、看護婦・検査技師・医師が大半を占めているが、その他の医療従事者にもみられている (表-7)。少し意外なのは外科系の医師の感染者が内科系に比べ少ないことである。その理由のひとつには、診療する HIV 感染者数が内科系医師の方にかなり多いことが考えられる。

また、確定の 36 例での検討では感染材料はほとんどが血液であり、感染経路は経皮感染ないし経粘膜皮膚感染である (表-8)。具体的には針刺し事故がその大半を占めていた。

一方、HIV 感染血液の取扱上の事故と、その後の追跡調査をした報告を集計した結果がある。こ

表-8 医療行為による HIV 感染者の感染経路と感染材料
(USA 1993. 3月末)

		例数(%)
感染材料	HIV に感染した血液	33(91.7)
	血液の混じっている体液	1
	HIV 溶液	1
	不明	1
経路	経皮感染	31(86.1)
	経粘膜皮膚感染	4
	経粘膜・経皮膚感染	1
計		36

表-9 医療従事者の HIV-1 感染に関する追跡調査

事故原因	針刺および鋭利な器具による事故				粘膜への汚染事故			
	延べ数	実数	陽性者数	陽性率%	延べ数	実数	陽性者数	陽性率%
14論文 集計	2,042	1,938	6	0.29	1,051	668	0	0

れによると、針刺しおよび鋭利な器具による事故の後の抗体陽性率は0.29%であり、粘膜への汚染事故では陽性化したものはみられなかった(表-9)。

なお、米国における調査では、医療従事者におけるエイズ患者の比率は全職種の利用者中の患者比率と較べ、同程度かそれ以下であり、現実には職業的に感染率が高いという証拠は無い。

以上のように、医療従事者の HIV 感染は血液による経皮感染が大半で、特に針刺しが重要である。針刺しによる感染効率は B 型肝炎ウイルスの場合に比較すると格段に低いといえるが、感染した場合の重大さを考えると細心の注意が必要である。しかし、無用に不安を抱いたり、パニックに陥ることは避けなければならない。

2) 医療機関内における HIV 感染予防対策

HIV 医療機関内感染予防に関しては、厚生省発行の『HIV 医療機関内感染予防対策指針』および『エイズ診療の手引』を参照されたい。以下にその要点を略記する。感染予防のためには、従事する職員が正しい知識を持ち、自らと他を守る行動を身につけ、かつ医療機関全体として組織的な対

策が実施されることが望ましい。感染症、特に HIV 感染症・B型肝炎を始めとする血液を介する感染症の予防では、以下の2点が常時励行されていることが必要である。

(1) 血液・体液・臓器などは HIV や B 型肝炎ウイルスに限らず、未知あるいは検査未実施の病原体を含んでいる可能性があるため、常に慎重に取扱う。

(2) 診療に従事する者の手指に傷や病巣のある場合で、手指が直接血液や体液に触れるおそれがある場合には、常にグローブの着用を習慣づける。

(3) 感染予防対策委員会の設置について

委員会の設置により組織的な対応が望ましい。この委員会は次の各事項を取り扱う。

- ①各職種・各職場ごとの予防対策に関すること。
- ②予防対策実施の監視と指導に関すること。
- ③職員の教育に関すること。
- ④患者および職員の HIV 抗体検査に関すること。
- ⑤感染に関する事故などに対応した適切な事後処理に関すること。
- ⑥その

表-10 レベル分類

レベルⅠ	観血的診療をともなわない医療行為(採血・注射・点滴を含む)
レベルⅡ	バイオプシー、抜歯などの小規模な観血的診療及び内視鏡検査など、機器などが直接患者の血液や体液に接触する医療行為
レベルⅢ	手術・分娩・血液透析など、中規模以上の観血的診療

表-11 群分類

A 群	抗 HIV 抗体検査を実施していない場合、あるいは結果を確認していない場合で下記の注：①②に該当しない患者か、検査結果が陰性である患者
B 群	抗 HIV 抗体検査結果が陽性である患者

注：以下の患者については、HIV 感染が拒否されるまでは B 群とする。

- ①HIV に感染している疑いがあるか、リスクファクターを持つ患者
- ②ELISA 法あるいは PA 法のみでの抗体検査が陽性の患者

表-12 参考資料

・診療に際しての留意点

レベルⅠ

注射針・注射筒を取り扱う場合以外は、患者のグループにかかわらず特段の対策を必要としない。B群については原則として使い捨ての注射針と注射筒を用い再使用はしない。やむをえず、注射針・注射筒を使用する場合には、使用後直ちに次亜塩素酸ナトリウム液を含む溶液につけ、手袋をして水道水で十分洗浄した後、滅菌する。

レベルⅡ

A群の診療に当たっては、各処置に通常必要とされている対応をとればよい。B群については、各処置に通常必要な措置に加えてグローブ・マスク・メガネ・予防衣などを着用し、歯科の場合は吸引器を使用するなど、患者の血液・体液の飛散による汚染を避けるようにする。使用する器具などについては可能な場合は使い捨てのものを使用する。内視鏡検査については、B群に使用後は、洗浄可能部分については十分消毒し、乾燥させた後ガス滅菌を行う。歯科診療およびバイオプシー等の検査においても、B群についてはハンドピース・コントラングルなど専用のものを使用することが望ましく、使用後は洗浄可能部分について十分消毒したのち、オートクレーブで滅菌する。

レベルⅢ

手術などではできる限り計画的に実施し、従事する者に感染予防に必要な措置を行うことが必要である。限定された区域を使用し、使用後は血液・体液などで汚染された床などを適切な方法で消毒する。またできる限り使い捨てのものを使用する。

他、感染予防に関し必要と認められる事項。

(4) 感染予防のためのリスクレベルの検討について

医療行為の内容や患者の状態に基づいて検討されたリスクレベルに応じ、必要な対策がとられることが望ましい。筑波大学医学部附属病院でのリスクレベルの設定の例は、実用的であり参考に掲げる。医療行為に関して観血的診療か否かによって表-10のように3つのレベルに分ける。患者の状態に関してはHIV感染者である可能性によって、表-11のように2つのグループに分ける。診

療に際しての留意点に際しては表-12の参考資料に各レベル・各グループに対応したものを定めている。

おわりに

AIDSの実態は、ありもしない脅威をいたずらに煽っているだけなのか、それとも人口動態を左右し、人類社会の様相まで変えてしまうほどの疾患なのか。ただ、言えることは、何の対策を講ずることもなく放置した場合、人類にとってかなり悲惨な状況になるであろうということである。

HIV感染者の取り扱いは、種々の点で大きな労力を必要とするかも知れない。しかし、医療を求める患者として存在する限り、医療機関はそれを拒否することはできない。十分な対策を講じた上でその受け皿作りに努力する必要がある。しかし一方で、HIV診療に関わる医療保険上の配慮や見直しをも含めた、国の施策も極めて重要な要素であることを最後に付け加えておきたい。

参考文献

- 1) HIV 最近の動向 (HIV 感染者発症予防治療に関する研究班・情報委員会) 3月, 第11号, 1994
- 2) 厚生科学研究費 HIV 疫学研究班平成5年度報告書, 1993
- 3) CDC: HIV/AIDS Surveillance Report. (First Quarter Edition). 5 (1): 13, 1993
- 4) Henderson, D. K., et al.: Risk for occupational transmission of human immunodeficiency virus type 1 (HIV-1) associated with clinical exposure. Ann. Intern. Med., 113: 740~746, 1990
- 5) 松本孝夫: HIV感染者の取扱いについて, 歯学, 80 (6): 1294~1296, 1993