

今回感染症内科医として、HIV のパンデミックを経験したサンフランシスコ HIV 研修に参加させていただいた。ほとんどは expert による Q & A 方式ならびに power point file による講義形式が主だったものだった。

内容としては①Dr.によるサンフランシスコの HIV/AIDS 患者の実情②薬物使用の患者やホームレスで HIV 感染を伴っている方へ政府や NGO や医療者がいかに関わっているか③長期療養が必要な患者をいかに行政が care を与えているか④現在のサンフランシスコ HIV 医療(昨今の)に関して患者・医療者が抱えている topic 的なものにわけられた。

①に関しては、新規感染者は多くが移民であり、白人男性のパンデミックの頃とは様相が異なっているということがわかった。その最たるものは Dr.Howard Edelstein の外来見学での出来事。一人 30 分（またはそれ以上）の時間をかけ、日常生活や最近の身体の問題などを聞く。非常にゆったりとした外来であったが、そのほとんどの患者が中南米からの移民であり、診察がスペイン語で繰り返されている点であった（もちろん Dr. は英語が母国語であり、ここ数年でスペイン語を習得したとのこと）。更に OI 患者が驚くほど少ないという点は非常に興味深かった。残念ながら個人としてはヒストプラズマやコクシジオイデスといった風土病であるが一方で AIDS 指標疾患の患者を診たかったが、そういうことはなかった。

②に関しては市民の理解が非常によいようであり、弱者には愛護的であるという姿勢を行政がひき、それにしっかりと従っているというのが第一の印象であった。ホスピス施設の充実や、居住区、長期療養型施設の充実、ホームレス救済措置として毎月一定額が支給（彼らがそれを drug に使用するとわかっていても）されるというのは到底本邦では実現不能であることだろう。その他としては日本とは違い、個人の寄付というのがひとつ大事な運営の point であるという点である。実際に訪問させていただいた mission neighborhood health center では、ちょうど 100,000 ドルもの寄付が充てられていた。

③に関しては②で書いた通りであるが、医療も提供できる居住環境を患者に（terminal や mental health を患っている患者を主とするのであるが）分け与え、患者ではなく居住者と呼んでいることも大変印象的であった。

④個人的には最も興味があったところである。詳細としては a : HIV と癌、b : HIV と C 型肝炎 C : サンフランシスコにおける新規 HIV 患者の治療と、PrEP の実際のところ、ということが挙げられる。

a : HIV と癌に関してであるが、サンフランシスコでは悪性リンパ腫はいるものの、それほどの患者数があるわけではないということ。違いとしては肛門癌（しかも発見時は多くの場合 advanced stage であり、かなり早期に亡くられる患者が後を絶たない）が非常に多く、rectal swab を high risk 群では頻繁に実施(high risk 群としてはコンジローマの既往など、sexual behavior に基

づいてやりたいだろうが、それは日本同様容易に患者を選定できないのが現状),そうでなくても rectal swab で PAP を行う機会は日本に比べて格段に多いようだ。それでも多くが進行期に見つかるというのは残念で仕方がない。

悪性リンパ腫に関してはやっていることはほとんど同じ。ただし PCNSL に関しては全脳照射は行っておらず、もっぱら MTX を base とした化学療法であった。というのもサンフランシスコと日本の違いは、サンフランシスコでは薬物や頭部外傷（非常に多いとのことであり、E R Dr. は連日それに対応しているというほど）、mental health に問題のある患者が多く、照射による有害事象が嫌なようであった。

HCV に関しては現在サンフランシスコが直面している直腸がん・肛門癌よりも重要な問題のようだ。1<sup>st</sup> PI では皮疹を初めとした有害事象が多く、一年で頓挫し、専ら 2<sup>nd</sup> PI を用いて治療している。1<sup>st</sup> PI に比べて忍容性は比較的良好であるが、最後に topic としてあがった sofosbuvir は魔法の薬と言っていたのが印象的だった。つまり相互作用もなく、忍容性もよく、抗ウイルス効果も格段に良いとのことであった。問題はその値段であり、その費用は 8 万ドル(治療 total であるが)にも及ぶという問題が挙げられていた。

また NEJM の mortality についての論文に基づいて、サンフランシスコでは髄膜炎がなければ PcP であろうと Tb が active であろうと ART を即日 on すること (SFGH に限ってであるが) というのは興味深い。これに関しては HIV の母数が違う、保険制度が違うという点からは本邦で導入するのは risk がいささか高いようにも思えた。

そのほか個人的に印象深かったのは plexifar という造血幹細胞動員の薬剤を使うことで、auto PBSCT を行う前の harvest での失敗例が極端に減ったこと(それまでは当院同様 harvest 採取できない症例が多かったらしい。これは本邦での承認の予定はまだないようであった)。

HIV に関しては NNRTI に対する耐性が 15% に及ぶため(言及はなかったがアトリプラの普及による影響だろう)初回治療で NNRTI を含む regimen は使用しないとのこと、本年度本邦でも採用予定であるドルテグラビルは非常に忍容性にも優れ、良いアドヒアランスを發揮しているようであり、導入が待ち遠しい。

今回の研修では、個人的には臨床医としてはサンフランシスコに後れをとっているという感覚はなく、むしろ一人一人に関しては日本の方が、、、というような印象さえあったが、何より感じたのは、社会保障ならびに長期療養を要する患者への対応は当院では急務であるものの、それができていない、または遅々として進んでいないということがわかった。

非常に貴重な機会を与えて頂いて関係者一同には感謝いたします。

尚、余談ではあるが、30 も半ばに差し掛かろうとしている小生と、ともに笑い、ともに学び、毎晩のように酒盛りに付き合ってくれた参加者一同には感謝以外の言葉が見つかりません(もちろん今回コーディネートしてくれた David/Masami Weisner 夫妻)にもこの場を借りてご御礼申し上げます。