

HIV感染症の最新情報

国立健康危機管理機構（JIHS）
国立国際医療研究センター
医療情報室長

柳川 泰昭

目次

1. 日本と世界の疫学トレンド

2. 治療の現在とこれから

3. 予防:PrEPのアップデート

4. 最近の話題

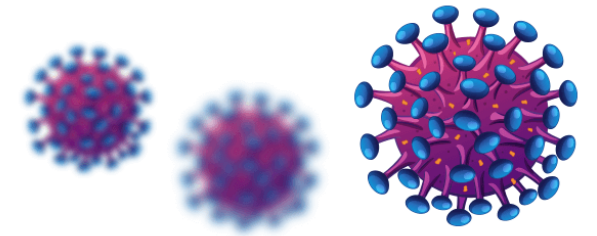
HIV

- HIV感染症とは、主としてCD4陽性Tリンパ球とマクロファージ系の細胞に感染するレトロウィルスである
- AIDSとは、HIVが進行した状態でAIDS指標疾患を発症したものと定義される。

WHAT IS HIV?

Human Immunodeficiency Virus (HIV)

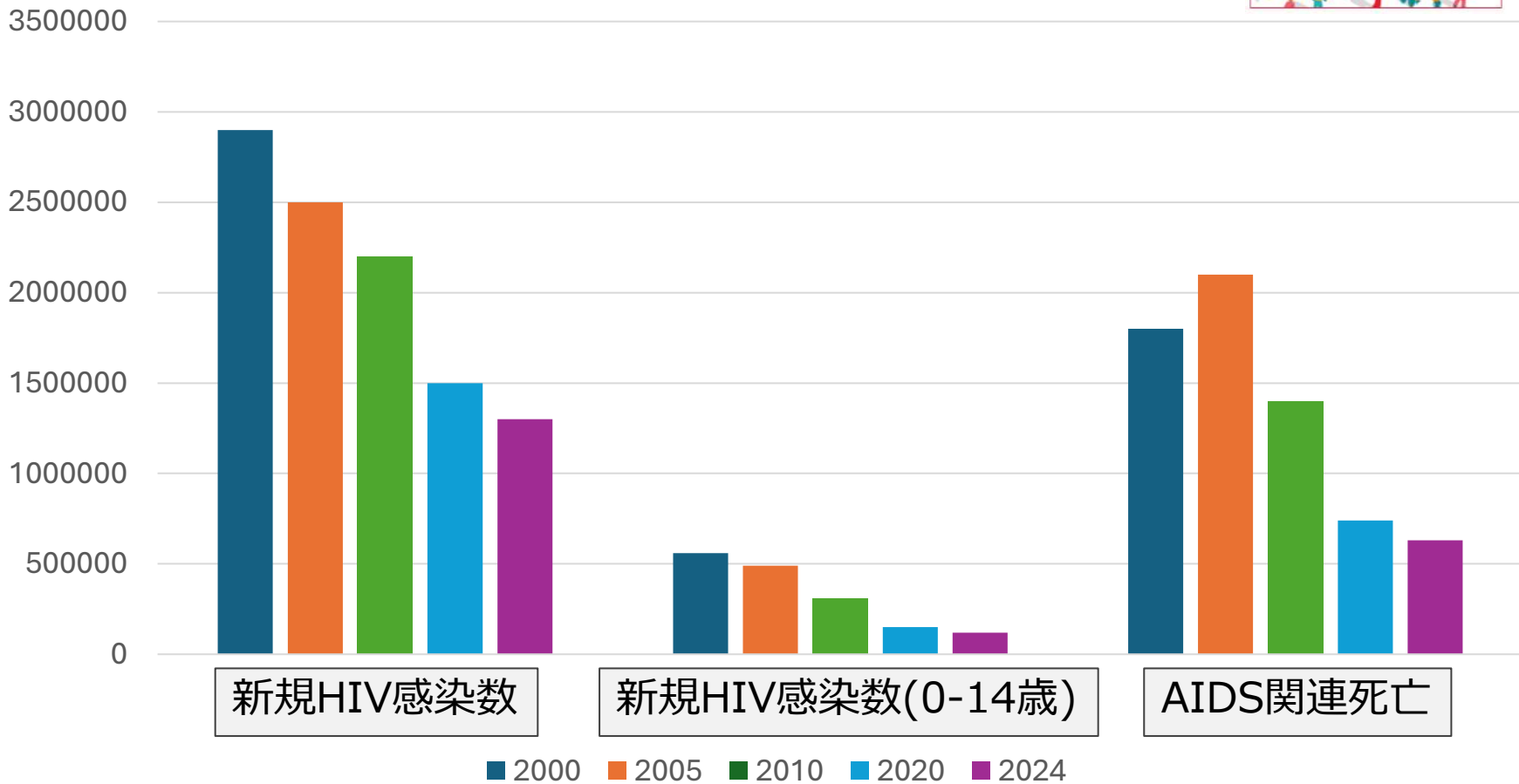
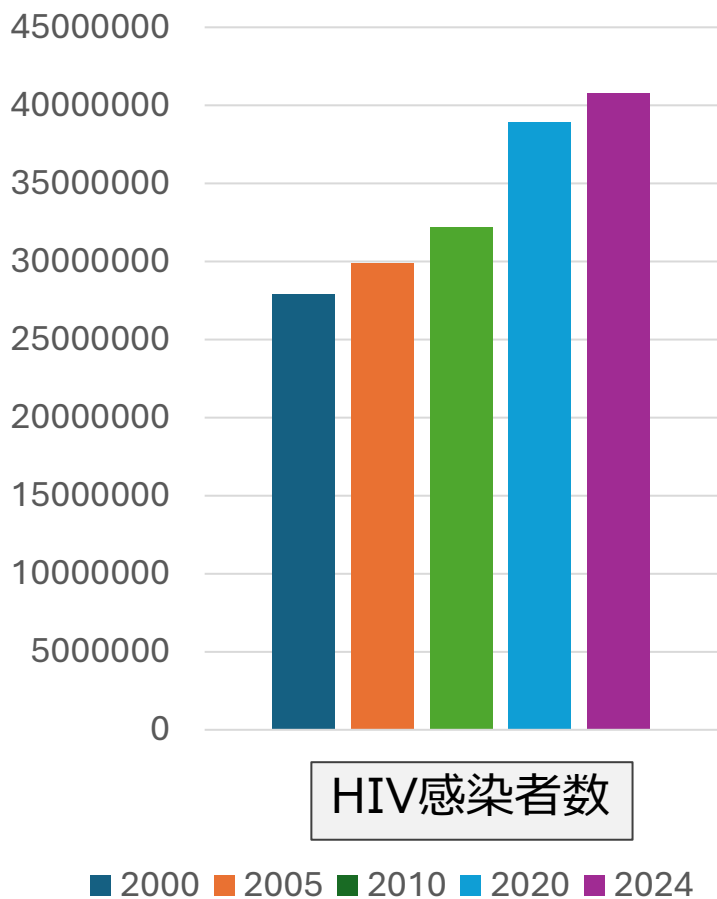
is a virus that attacks cells that help the body fight infection.



There's no cure, but it is **treatable** with medicine.



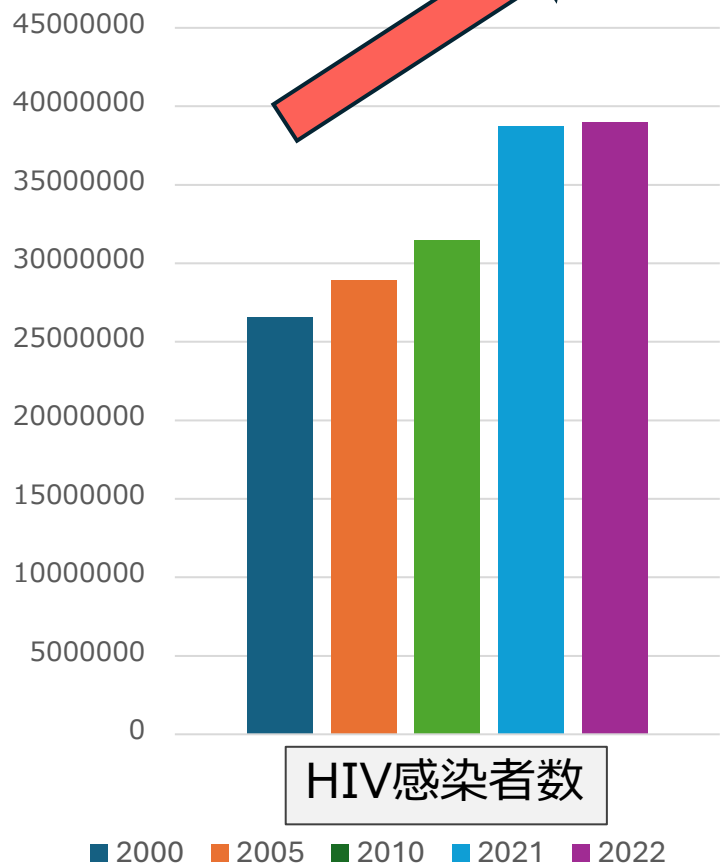
HIV 疫学



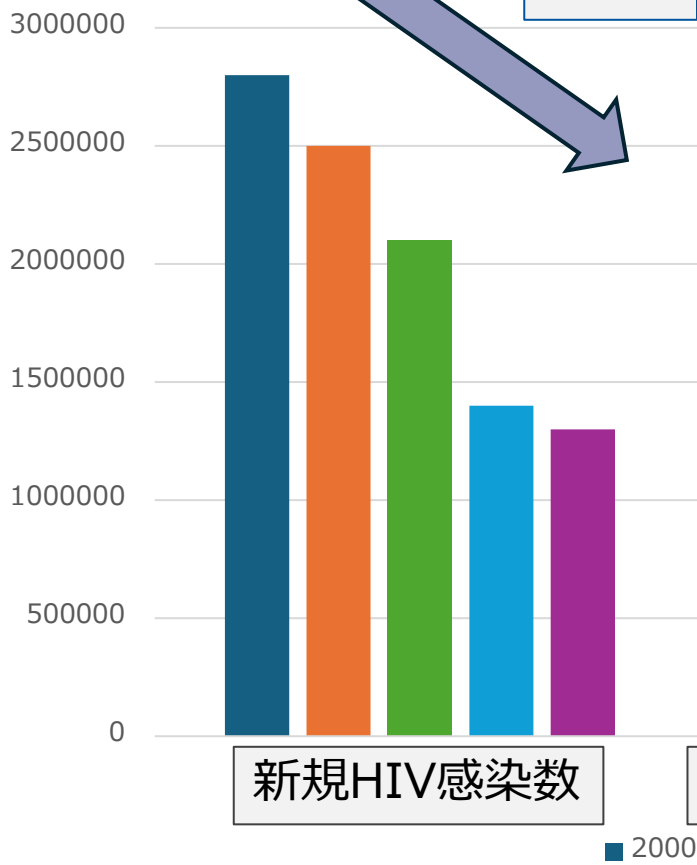
HIV 疫学



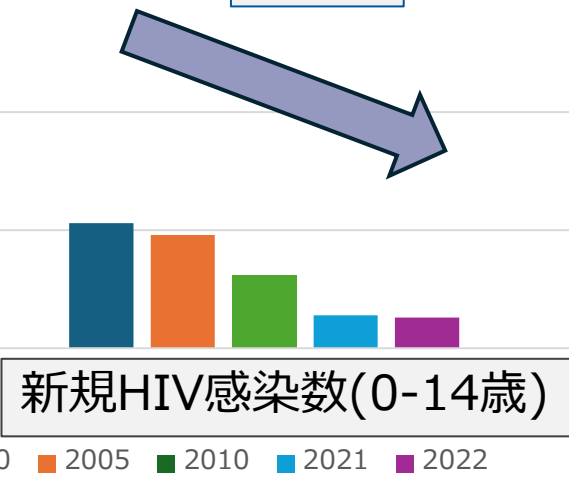
増加



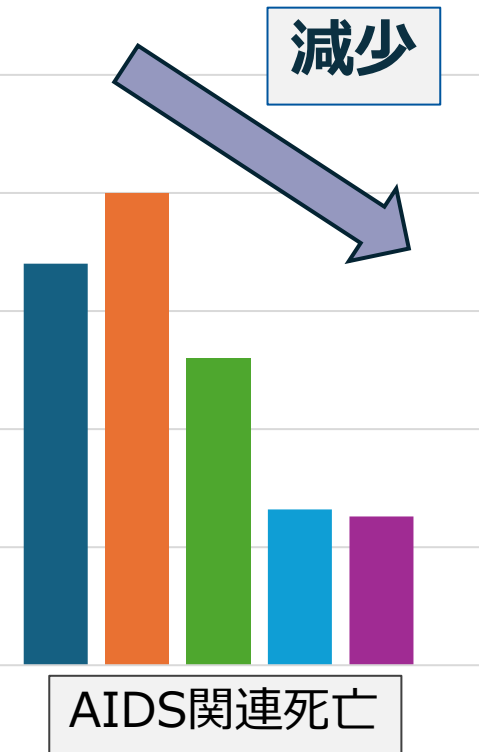
減少



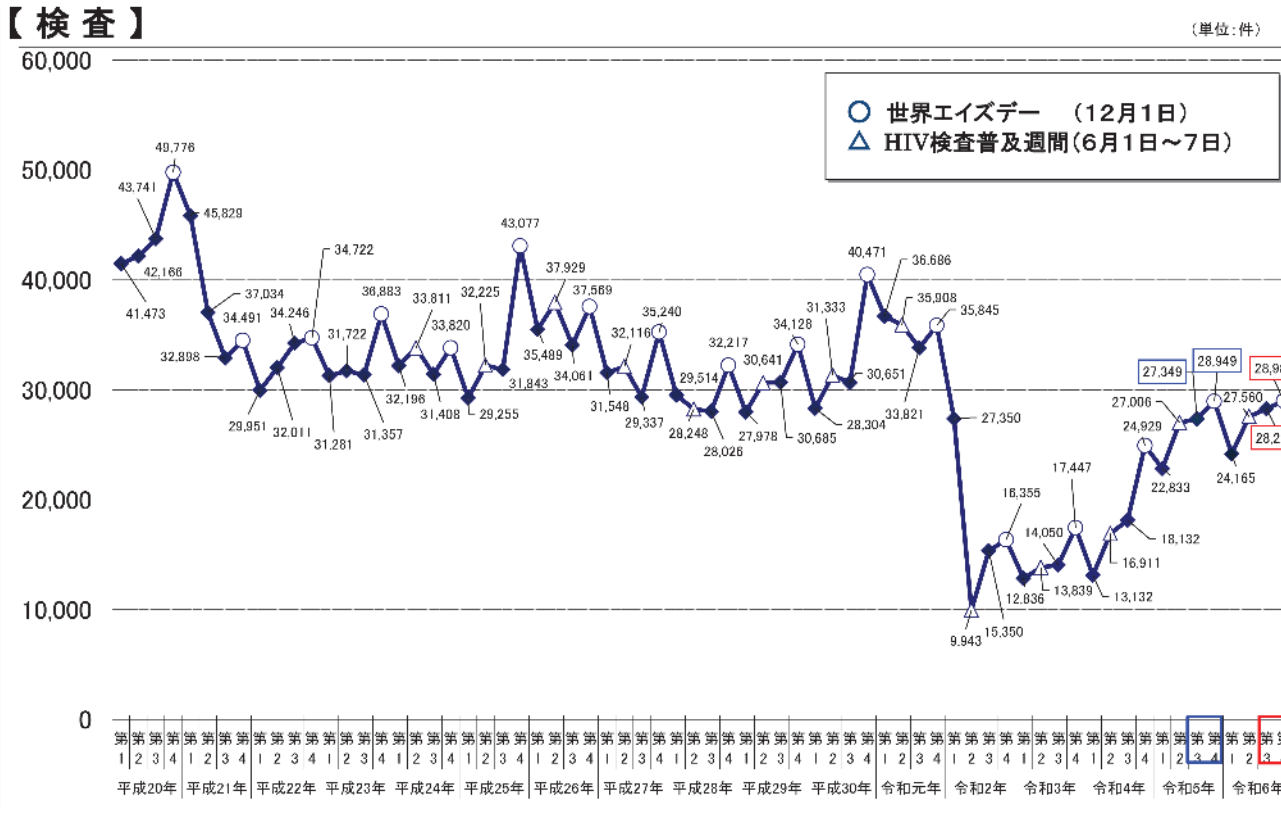
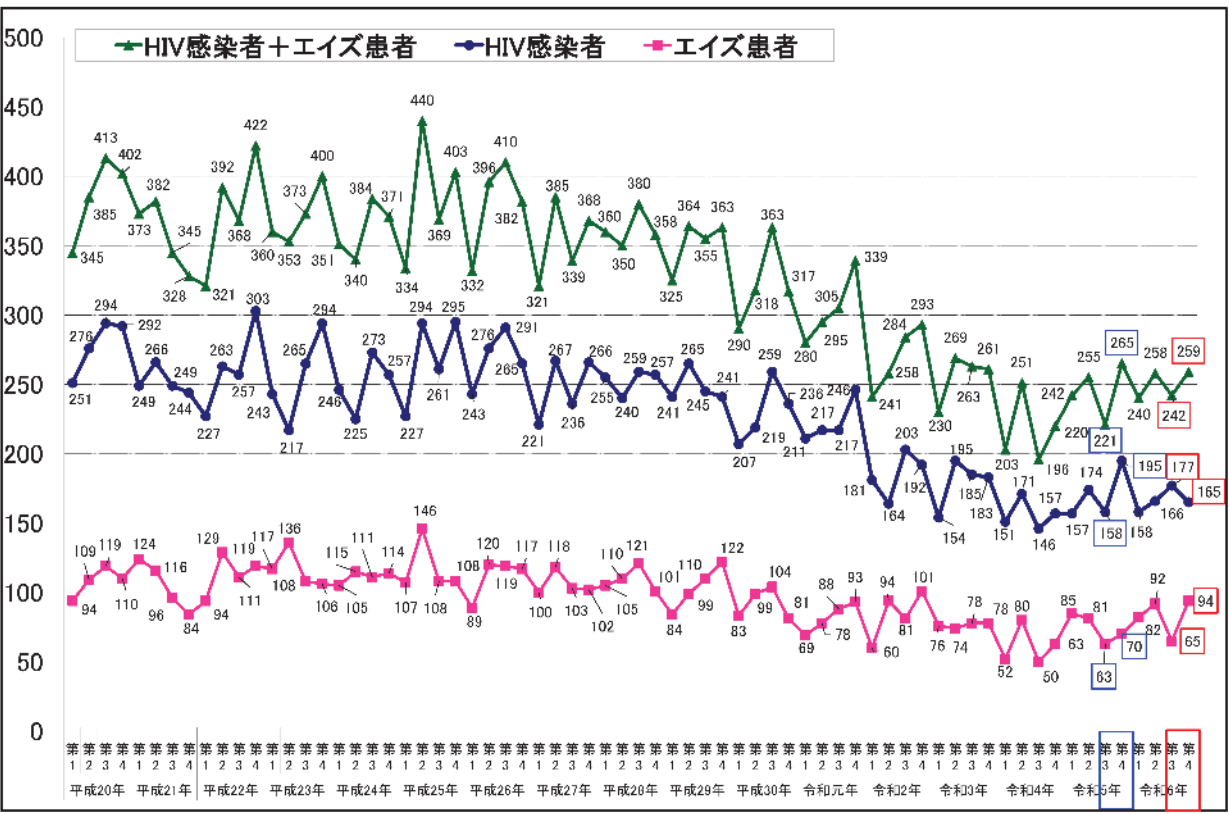
減少



減少



日本の疫学

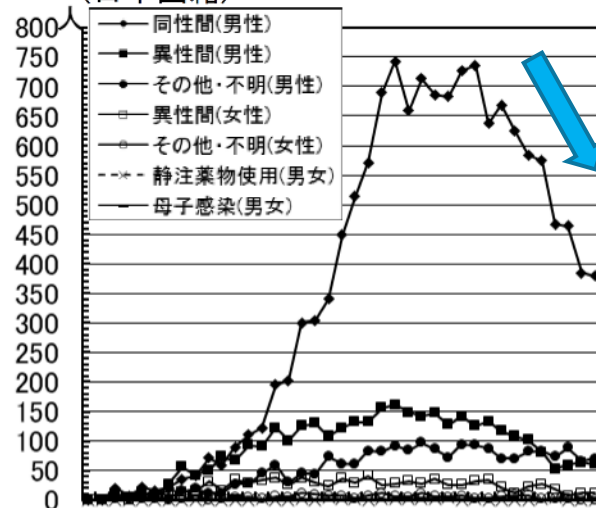


HIV感染者は減少傾向
約1/3はAIDS患者、大半が同性間性的接触による感染

経路別・国籍別動向

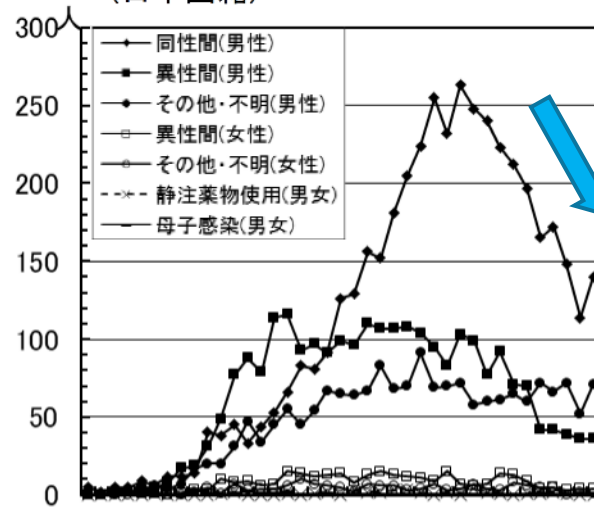
a. HIV 感染者

(日本国籍)



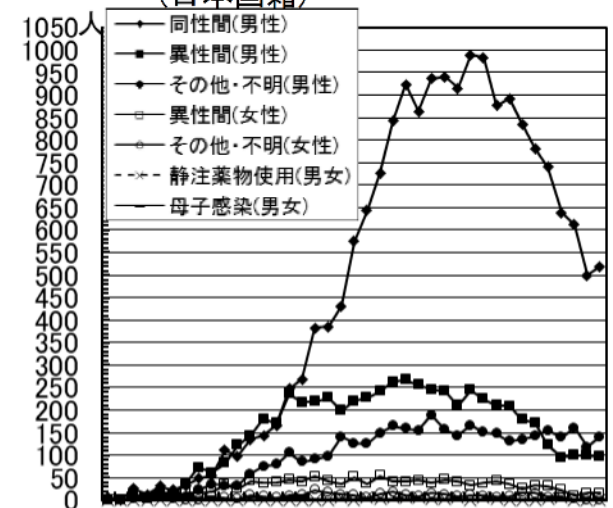
b. AIDS 患者

(日本国籍)



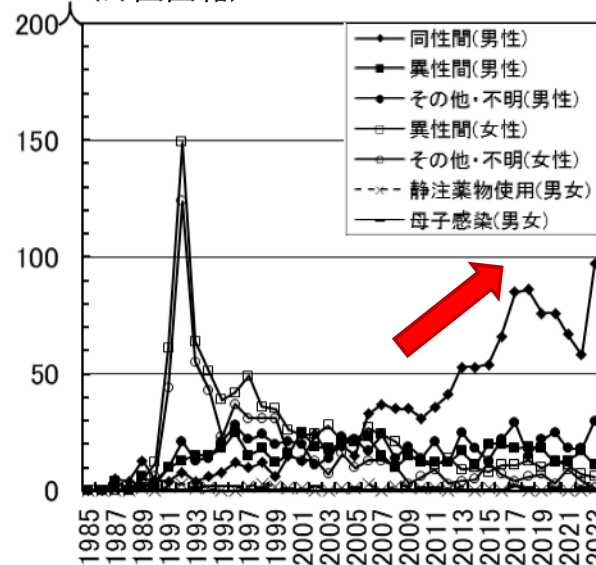
c. HIV 感染者と AIDS 患者の合計

(日本国籍)



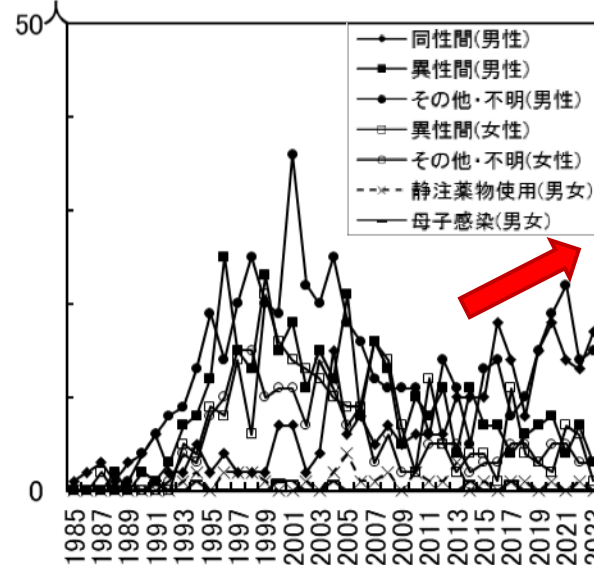
d. HIV 感染者

(外国国籍)



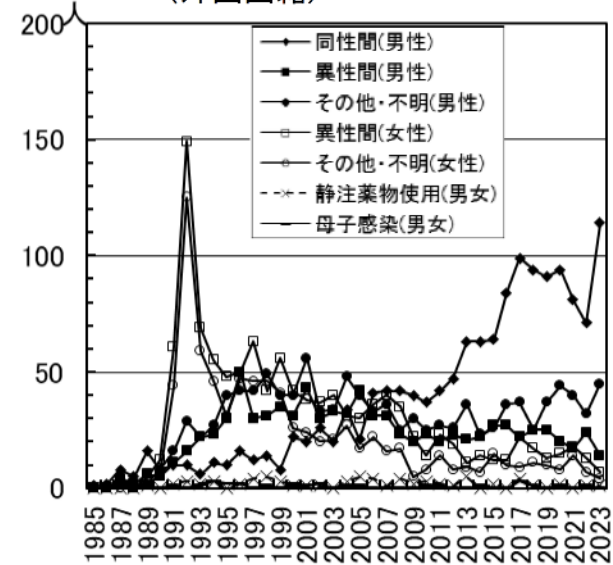
e. AIDS 患者

(外国国籍)



f. HIV 感染者と AIDS 患者の合計

(外国国籍)



外国籍（同性間）の新規感染例・AIDS発症例が増加

目次

1. 日本と世界の疫学トレンド

2. 治療の現在とこれから

3. 予防:PrEPのアップデート

4. 最近の話題

HIVガイドライン：初回治療

表V-3 初回治療において大部分のHIV感染者に推奨されるレジメンのイメージ

レジメン	服薬回数	服薬のタイミング	1日の錠剤数	1日に内服する錠剤
BIC/TAF/FTC	1	制限なし	1	
DTG + TAF/FTC	1	制限なし	2	  (HT)
DTG/3TC	1	制限なし	1	

注) 実物のサイズ比は異なる

BIC：ビクテグラビル、TAF：テノホビルアラフェナミド、FTC：エムトリシタビン、
DTG：ドルテグラビル、3TC：ラミブジン

状況によって推奨されるレジメン

INSTI

DTG/ABC²/3TC³ (BI)

RAL⁴ + TAF/FTC (HT) (BI)

PI

DRV/cobi/TAF/FTC (BI)

NNRTI

DOR + TAF/FTC (HT) (BII)

RPV⁵/TAF/FTC (BI)

治療の基本は

キー薬＋バックボーン薬
INSTI + 1～2 NRTI

BIC/TAF/FTC ビクタルビ

Bictegravir/emtricitabine/tenofovir alafenamide as initial treatment for HIV-1: five-year follow-up from two randomized trials

Paul E. Sax,^{a,*} José R. Arribas,^b Chloe Orkin,^c Adriano Lazzarin,^d Anton Pozniak,^e Edwin DeJesus,^f Franco Maggiolo,^g Hans-Jürgen Stellbrink,^h Yazdan Yazdanpanah,ⁱ Rima Acosta,^j Hailin Huang,^j Jason T. Hindman,^j Hal Martin,^j Jared M. Baeten,^j and David Wohl,^k on behalf of the GS-US-380-1489 and GS-US-380-1490 study investigators

Summary

Background Bictegravir/emtricitabine/tenofovir alafenamide (B/F/TAF) is a single-tablet regimen recommended for HIV-1 treatment. The safety and efficacy of B/F/TAF as initial therapy was established in two Phase 3 studies: 1489 (vs dolutegravir [DTG]/abacavir/lamivudine) and 1490 (vs DTG + F/TAF). After 144 weeks of randomized follow-up, an open-label extension evaluated B/F/TAF to 240 weeks.

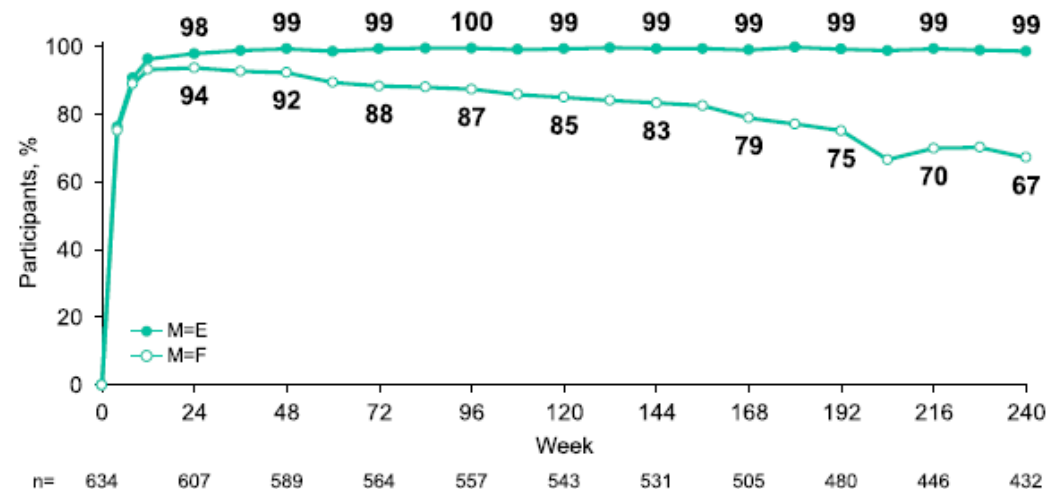
Methods Of 634 participants randomized to B/F/TAF, 519 completed the double-blinded treatment, and 506/634 (80%) chose the 96-week open-label B/F/TAF extension, which was completed by 444/506 (88%) participants. Efficacy was based on the secondary outcome of the proportion of participants with HIV-1 RNA <50 copies/mL at Week 240 by missing = excluded and missing = failure methods. All 634 participants who were randomized to B/F/TAF and received at least one dose of B/F/TAF were included in efficacy and safety analyses. (Study 1489: [ClinicalTrials.gov](https://clinicaltrials.gov/ct2/show/study/NCT02607930) NCT02607930; EudraCT 2015-004024-54. Study 1490: [ClinicalTrials.gov](https://clinicaltrials.gov/ct2/show/study/NCT02607956) NCT02607956; EudraCT 2015-003988-10).

Findings Of those with available virologic data, 98.6% (95% CI [97.0%–99.5%], 426/432) maintained HIV-1 RNA <50 copies/mL at Week 240 (missing = excluded); when missing virologic data were considered as failure, 67.2% (95% CI [63.4%–70.8%], 426/634) maintained HIV-1 RNA <50 copies/mL. Mean (SD) change in CD4+ count from baseline was +338 (236.2) cells/μL. No treatment-emergent resistance to B/F/TAF was detected. Adverse events led to drug discontinuation in 1.6% (n = 10/634) of participants (n = 5 with events considered drug-related). No discontinuations were due to renal adverse events. Median (IQR) total cholesterol increased 21 (1,42) mg/dL from baseline; the change in total cholesterol:HDL was 0.1 (–0.5,0.6). Median (IQR) weight change from baseline was +6.1 kg (2.0, 11.7) at Week 240. In Study 1489, hip and spine bone mineral density mean percent changes from baseline were ≤0.6%.

Interpretation Through 5 years of follow-up, B/F/TAF maintained high rates of virologic suppression with no treatment-emergent resistance and rare drug discontinuations due to adverse events. These results demonstrate the durability and safety of B/F/TAF in people with HIV.

eClinicalMedicine
2023;59: 101991
Published Online 11 May
2023
<https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2023.101991>

ビクテグラビル 5年間
98.6%(95%CI 79.0-99.5)
副作用による中断 1.6%
治療関連の耐性出現無し



初回治療

2剤治療

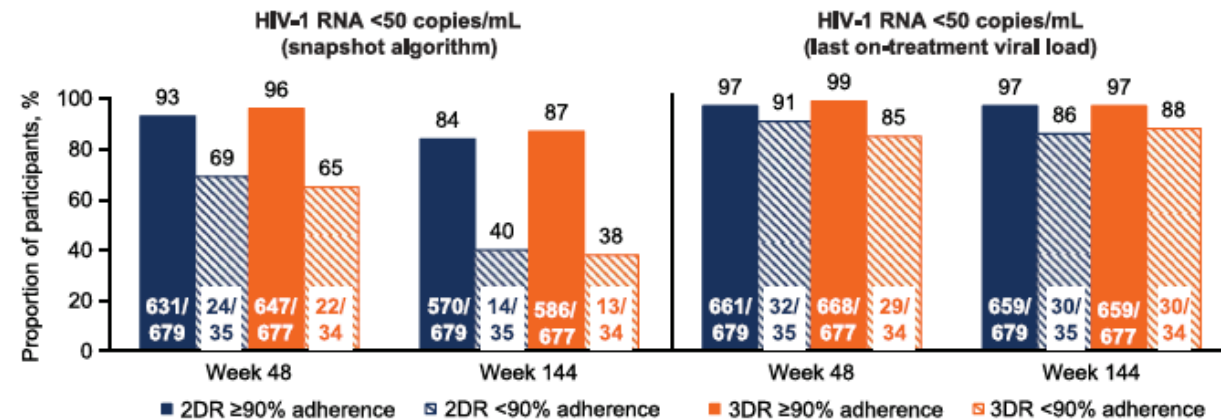
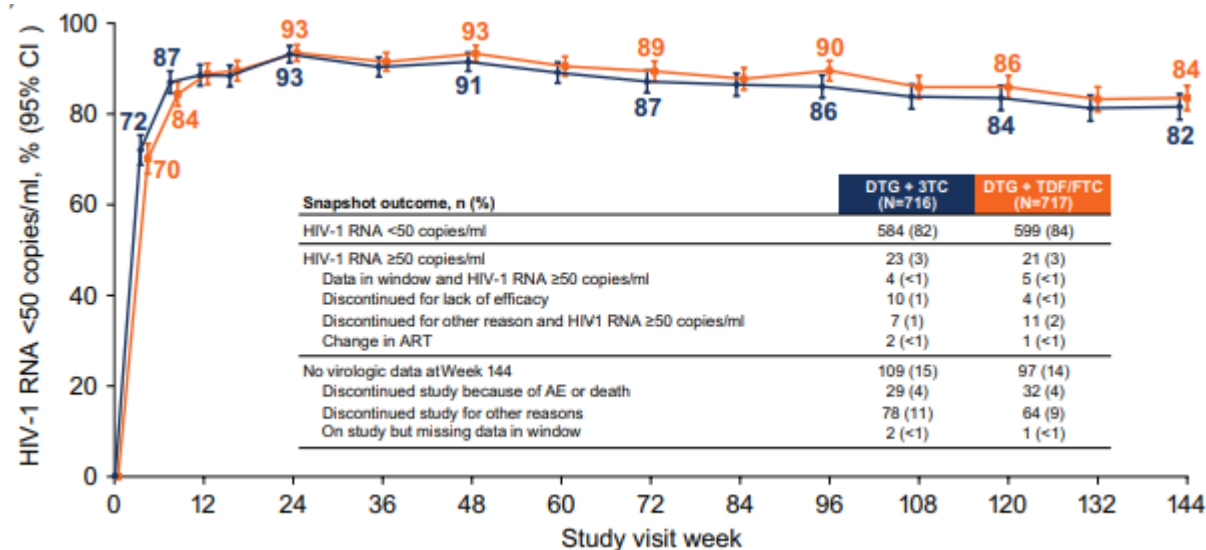
利点

- 薬剤暴露
- 特定の薬剤副作用
や有害事象
- 費用負担
- 薬剤相互作用

懸念点

- 効果
ex. 高ウィルス量、低CD4
- genetic barrier

DTG/3TC 有効性



Outcomes, n (%)	Week 48				Week 144			
	2DR		3DR		2DR		3DR	
	≥90% (N=679)	<90% (N=35)	≥90% (N=677)	<90% (N=34)	≥90% (N=679)	<90% (N=35)	≥90% (N=677)	<90% (N=34)
HIV-1 RNA <50 copies/mL	631 (93)	24 (69)	647 (96)	22 (65)	570 (84)	14 (40)	586 (87)	13 (38)
HIV-1 RNA ≥50 copies/mL	16 (2)	4 (11)	9 (1)	4 (12)	17 (3)	6 (17)	18 (3)	3 (9)
Data in window and HIV-1 RNA ≥50 copies/mL	8 (1)	0	4 (1)	1 (3)	3 (<1)	1 (3)	5 (<1)	0
Discontinued for lack of efficacy	3 (<1)	2 (6)	2 (<1)	0	7 (1)	3 (9)	4 (<1)	0
Discontinued for other reason and HIV-1 RNA ≥50 copies/mL	4 (1)	1 (3)	2 (<1)	3 (9)	6 (<1)	1 (3)	8 (1)	3 (9)
Change in ART	1 (<1)	1 (3)	1 (<1)	0	1 (<1)	1 (3)	1 (<1)	0
No virologic data	32 (5)	7 (20)	21 (3)	8 (24)	92 (14)	15 (43)	73 (11)	18 (53)
Discontinued study for AE or death	9 (1)	1 (3)	8 (1)	4 (12)	28 (4)	1 (3)	26 (4)	5 (15)
Discontinued study for other reason ^a	21 (3)	6 (17)	13 (2)	4 (12)	63 (9)	13 (37)	47 (7)	12 (35)
On study but missing data in window	2 (<1)	0	0	0	1 (<1)	1 (3)	0	1 (3)

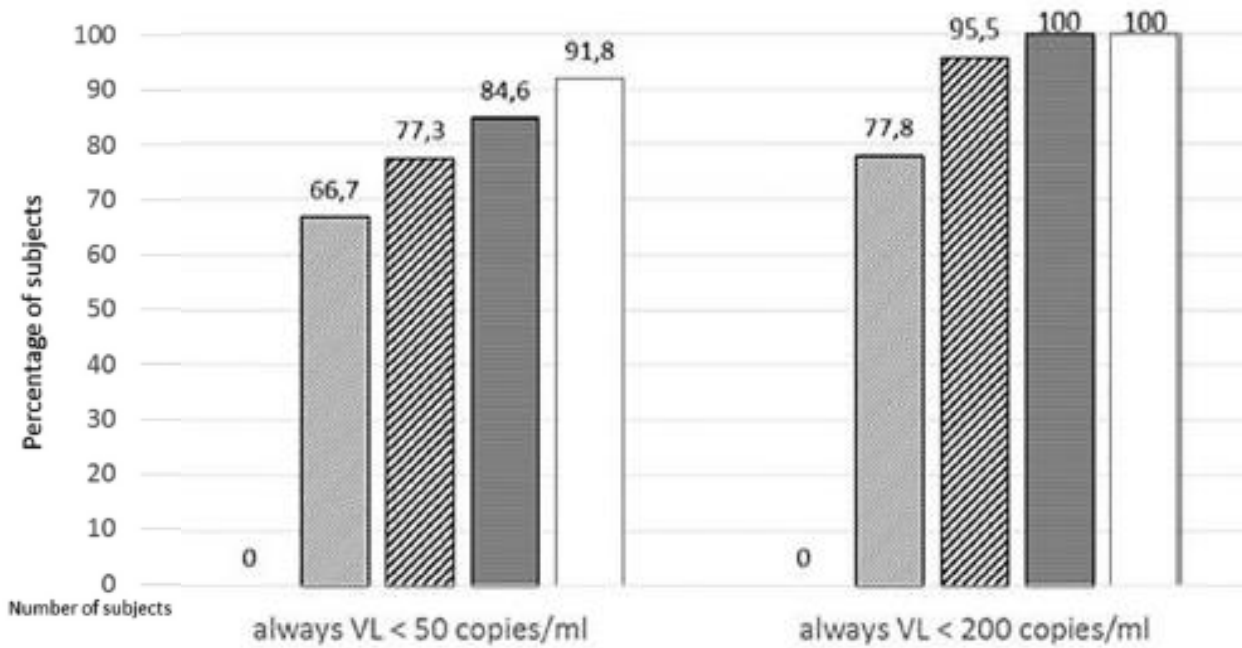
GEMINI-1, GEMINI-2 (初回治療)

ドゥベイト

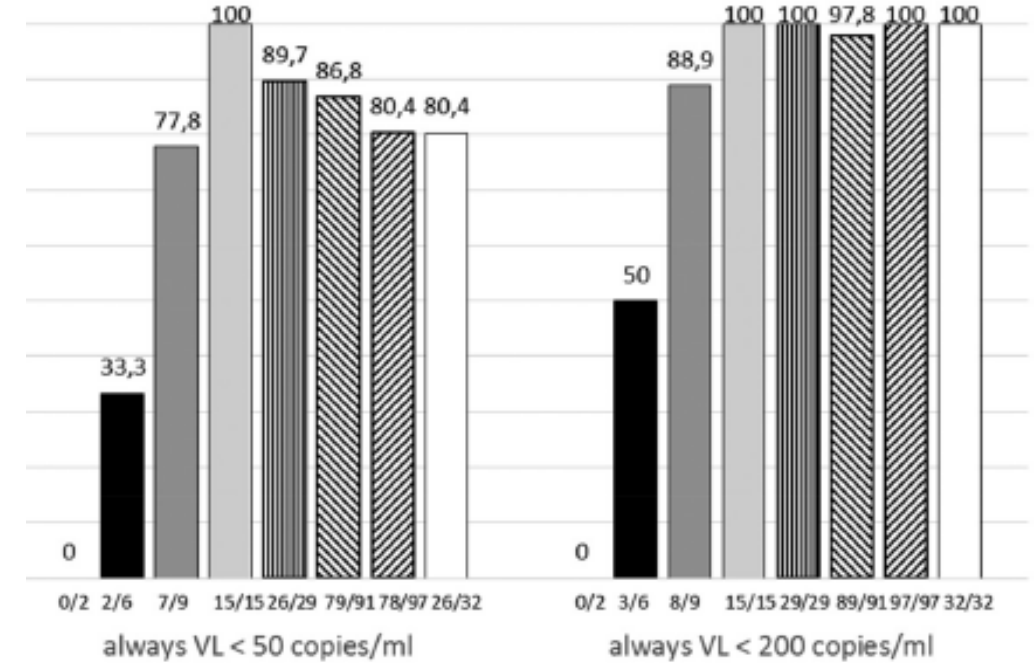
2 剤治療でも高い有効性を示す

2 剤治療の注意点

アドヒアランスと治療成功率



ドゥベイト、DTG/3TC



ビクトルビ、BIC/TAF/FTC

- 後方視的研究
- 薬局でのリフィルを利用して、アドヒアランスを評価
- 少なくとも 2 回のリフィルを行った人を対象

アドヒアランス不良者では
注意が必要

2 剤治療の注意点

B型肝炎のカバーを弱めることの問題点

HIV/AIDS MAJOR ARTICLE

Prophylactic Effect of Antiretroviral Therapy on Hepatitis B Virus Infection

Hiroyuki Gatanaga,^{1,2} Tsunefusa Hayashida,^{1,2} Junko Tanuma,¹ and Shinichi Oka^{1,2}

¹AIDS Clinical Center, National Center for Global Health and Medicine, Tokyo, and ²Center for AIDS Research, Kumamoto University, Japan

- ☐ HIV感染MSM、HBVワクチン接種歴なし
- ☐ 1997-2009
- ☐ 異なるART内服中の人での新規HBV感染をモニタリング
- ☐ LAM/TDF含有ARTではB型肝炎の発生リスクを有意に下げた

LAM/TDF含有ART

0.669 vs No ART 6.726 (100 person-year)

Hepatitis B Virus Reactivation after Switch to Cabotegravir/Rilpivirine in Patient with Low Hepatitis B Surface Antibody

Table 2. Laboratory values over time of a person in Japan with HIV 2 years before changing ART regimen to CAB/RPV and the period while on CAB/RPV, showing HBV reactivation in month 4*

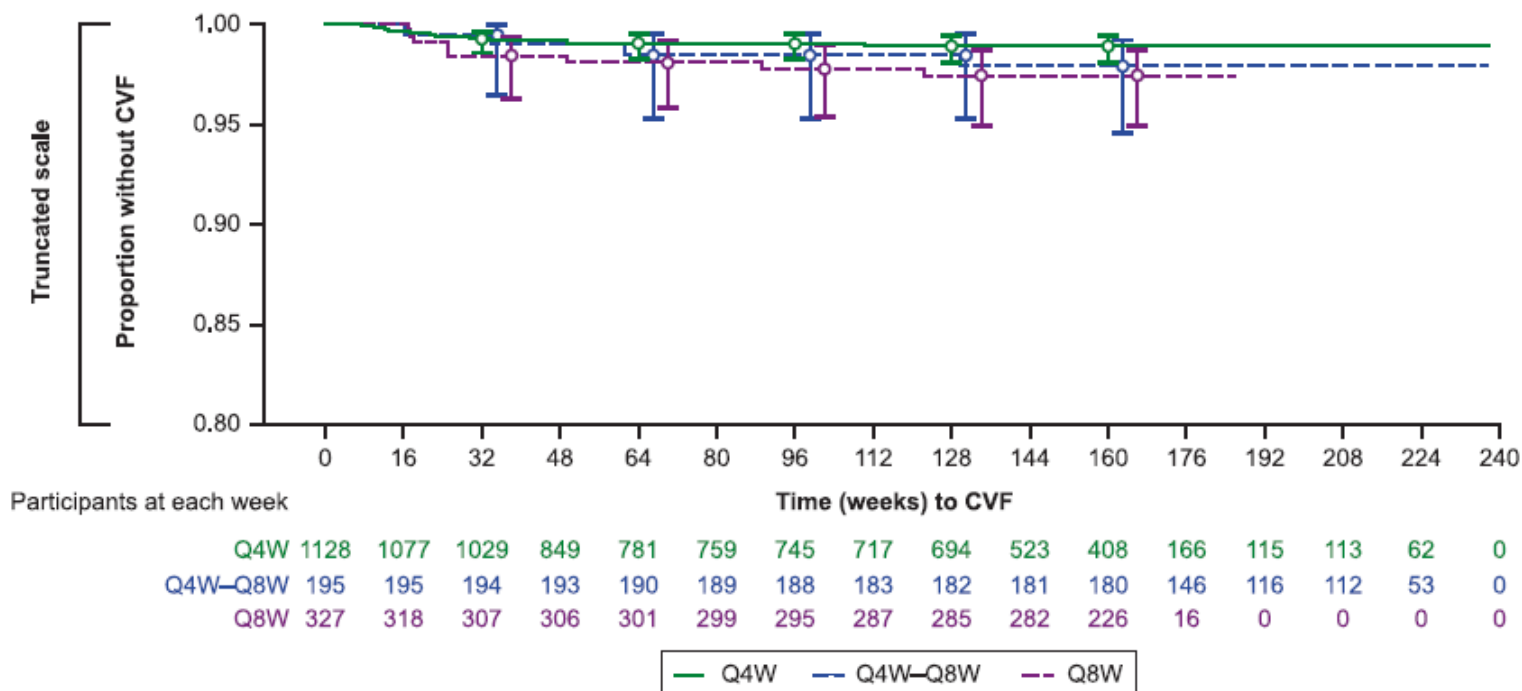
Category	Time from ART change								
	-2 y	0 mo	1 mo	2 mo	4 mo	6 mo	8 mo	10 mo	14 mo
ART regimen	B/F/TAF	CAB/RPV oral	CAB/RPV injectable	CAB/RPV	CAB/RPV	CAB/RPV	CAB/RPV	CAB/RPV	B/F/TAF
Laboratory values									
Anti-HBs, IU/mL†	N/A	6.57	5.65	8.78	0.20	0.20	0.00	0.13	0.00
HBsAg, mIU/mL‡	0.00	0.00	0.00	0.00	816	90,332	124,890	143,785	131,765
Anti-HBe, inhibition %§	NA	NA	NA	Negative	6.16	31.1	54.4	56.0	55.3
HBeAg, S/CO¶	NA	NA	NA	Negative	60.5	404	680	835	915
HBV DNA, log copies/mL	ND	NA	NA	NA	3.9	NA	NA	NA	8.2
ALT, U/L	66	25	0	25	103	158	40	32	27
Total bilirubin, mg/dL	0.4	0.6	0.5	0.6	0.5	0.6	0.6	0.7	0.4
HBcrAg, Log U/mL#	NA	NA	Negative	NA	NA	NA	NA	NA	>7.1

- CAB/RPVに変更後にB型肝炎が再活性化
HBV合併HIVでビクトルビ15年間治療後にCAB/RPVへ変更。4か月後にHBVDNA(E164V)が検出。

ボカブリア[®] (カボテグラビル) リカムビス[®] (リルピビルン)



注射製剤



カボテグラビル・リルピビルン
スイッチ療法
(経口レジメで6ヶ月抑制後)

HBVがない
CAB/RPVに対する耐性がない

治療不良関連因子

- BMI $\geq 30 \text{ kg/m}^2$
- HIV A1 or A6
- RPV耐性関連変異

FLAIR、ATLAS、ATLAS-2Mのプール解析
FLAIR/ATLAS(4週毎投与)
ATLAS-2M(8週毎投与)
→ 1.4%がCVF(ウイルス学的治療失敗)

筋注薬の課題

- 他剤で半年ウイルスコントロール良好な期間が必要であるため、すぐは開始できない。
- 注射前に、注射剤と同じ薬を1か月内服する必要がある。
- 2か月に1回(年6回)の受診が必要で、前後1週間ずつしか余裕がない。
- 自験例では、内服から解放されてよかったと印象はよい。2か月間隔が嫌なのと筋注後の疼痛で内服に戻した症例も存在する。
- 自験例では、全患者の5%弱程度と選択した患者は少ないが、確実にニーズはある。

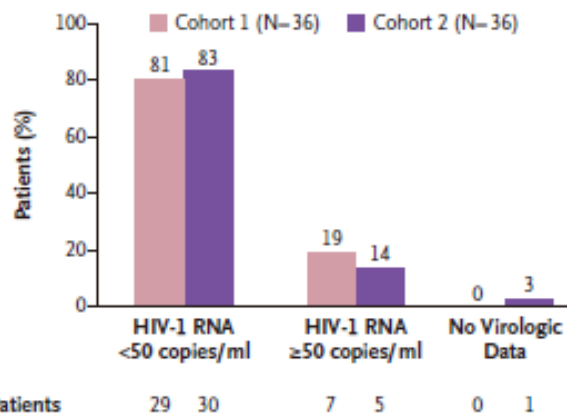
新しい治療：注射薬

Lancet HIV. 2023 ;10(8):e497-e505.
N Engl J Med. 2022 ;386(19):1793-1803

ORIGINAL ARTICLE

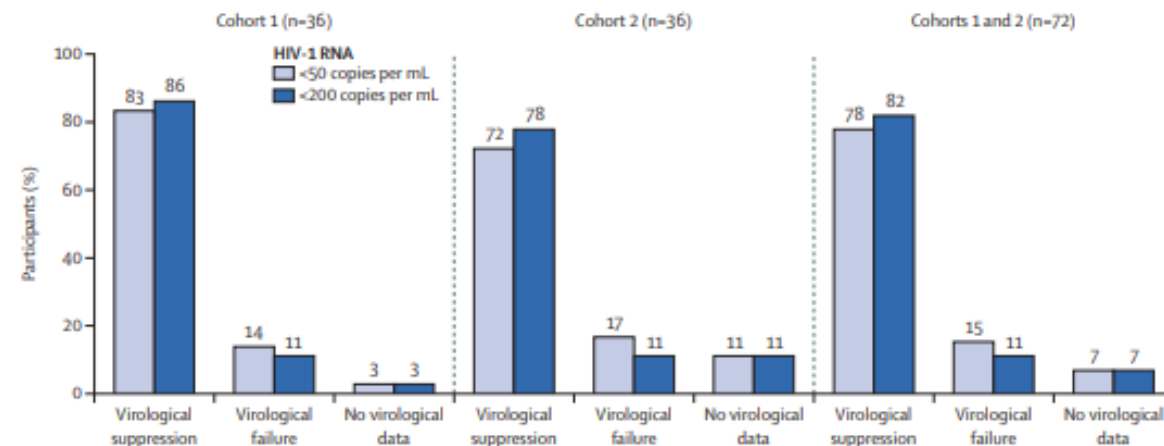
Capsid Inhibition with Lenacapavir in Multidrug-Resistant HIV-1 Infection

Sorana Segal-Maurer, M.D., Edwin DeJesus, M.D., Hans-Jurgen Stellbrink, M.D., Antonella Castagna, M.D., Gary J. Richmond, M.D., Gary I. Sinclair, M.D., Krittaecho Siripassorn, M.D., Peter J. Ruane, M.D., Mezgebe Berhe, M.D., Hui Wang, Ph.D., Nicolas A. Margot, M.A., Hadas Dvory-Sobol, Ph.D., Robert H. Hyland, D.Phil., Diana M. Brainard, M.D., Martin S. Rhee, M.D., Jared M. Baeten, M.D., Ph.D., and Jean-Michel Molina, M.D., Ph.D., for the CAPELLA Study Investigators*



Efficacy and safety of the novel capsid inhibitor lenacapavir to treat multidrug-resistant HIV: week 52 results of a phase 2/3 trial

Onyema Ogbuagu, Sorana Segal-Maurer, Winai Ratanasuwon, Anchalee Avihingsanon, Cynthia Brinson, Kimberly Workowski, Andrea Antinori, Yazdan Yazdanpanah, Benoit Trottier, Hui Wang, Nicolas Margot, Hadas Dvory-Sobol, Martin S Rhee, Jared M Baeten, Jean-Michel Molina, on behalf of the GS-US-200-4625 investigators*



- ・2023年 耐性HIVに対する適応
他のARTと同時に使用
- ・6ヶ月に1度の投与・薬価 3,208,604円

新しい治療：長期製剤(開発中)

A novel formulation enabled transformation of 3-HIV drugs tenofovir–lamivudine–dolutegravir from short-acting to long-acting all-in-one injectable

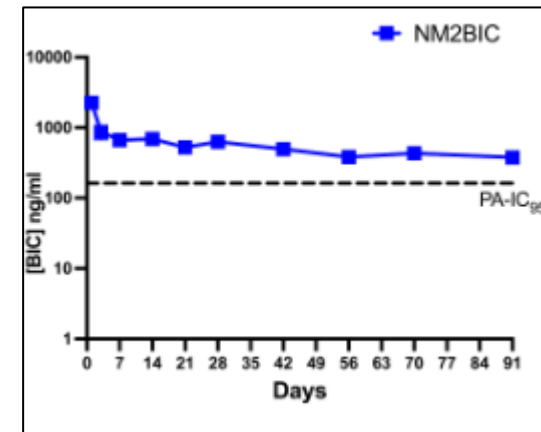
Simone Perazzolo^a, Zachary R. Stephen^a, Masa Eguchi^a, Xiaolin Xu^a,
Rachele Delle Fratte^a, Ann C. Collier^b, Ann J. Melvin^c
and Rodney J.Y. Ho^{a,d}

新しい注射薬
4週間投与が可能

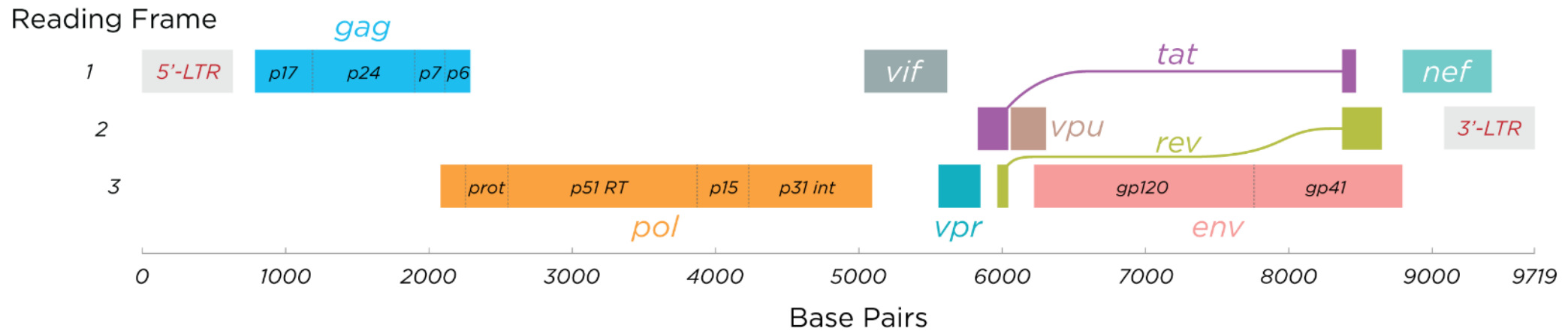


AIDS. 2023;37:2131-2136
CROI2023 abstract N 540

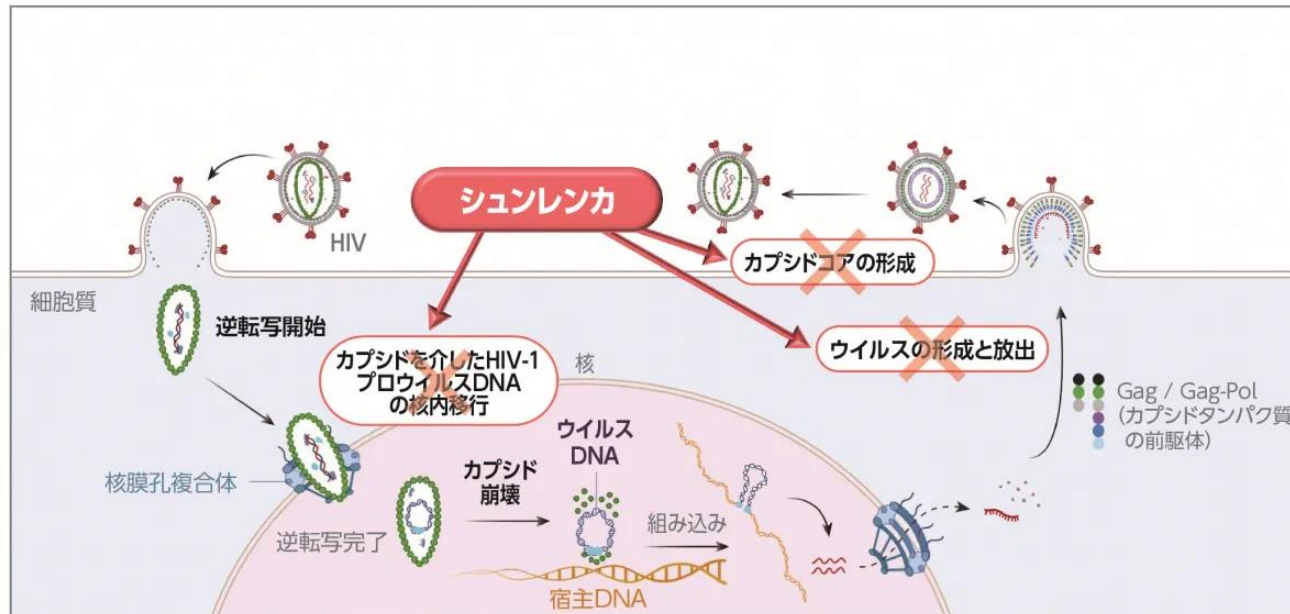
ULTRA-LONG-ACTING BICTEGRAVIR NANOFORMULATIONS



ビクトルビ
6ヶ月濃度を維持



これまでの創薬は、pol領域のHIVの各ウイルス酵素の機能を阻害する薬剤であった。シュンレンカは、構造蛋白がコードされているgag領域のあるカプシド(p24、ウイルスゲノムを取り囲む殻)を対象とする薬剤である。



シュンレンカの作用機序
左記の3つ

シュンレンカ[®](レナカパビル) カプシド阻害剤

- シュンレンカは、HIV-1カプシド機能を多段階で選択的阻害する薬剤。
- 多剤耐性HIV-1感染症に対する新規治療薬。
- 最初は経口投与(15日間)で、以後6か月毎に皮下投与。
- 薬価：錠剤 94,814円、注射剤 3,208,604円
- 必ず他の抗HIV薬と併用する。
- 多剤耐性HIVに対する治療薬であり、本邦に対象患者は少ない。

HIV CURE

Timothy Ray Brown



“The second Berlin patient”

2024



Adam Castillejo
“London patient”
2019



Romuald
“Geneva patient”
2022

“Berlin patient”
2006



Mark Franke
“Düsseldorf patient”
2019



Paul Edmonds

“City of Hope patient”
2022



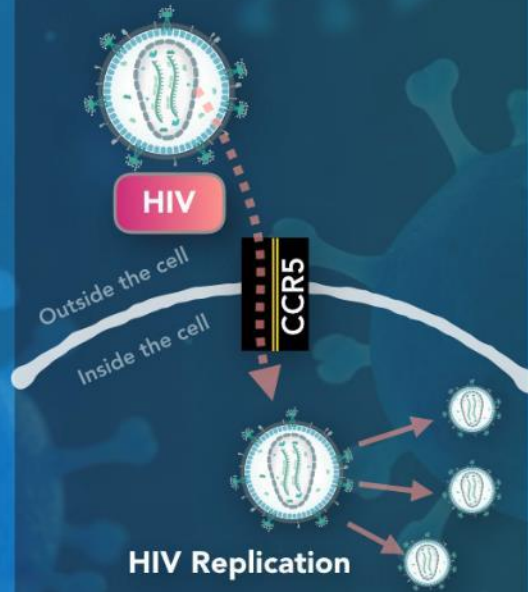
“New York patient”
2022

HIV CURE

A Cure for HIV

how it works

Normal Individuals



HIV rapidly infects immune cells and divides

Immune Mutation



A Gene Mutation blocks HIV from entering the cell

Clearvue Health

Hutter et al

A Cure for HIV

the evidence

Normally, HIV comes back once the treatment stops.
HIV never came back for the cured patient

Normal HIV Patients



Cured HIV Patient



Clearvue Health

Hutter et al

+ “The Chicago patient”, “The Oslo patient” ??

目次

1. 日本と世界の疫学トレンド

2. 治療の現在とこれから

3. 予防:PrEPのアップデート

4. 最近の話題

PrEP : Preexposure prophylaxis

- ・ HIV未感染の高リスク者が、感染リスク軽減のため抗HIV薬を予防的に内服すること
- ・ 抗HIV薬の一日一回一錠内服の継続により、アドヒアランスが良好であれば、90%以上の感染予防が可能



ツルバダ配合錠 (TDF/FTC)

○一日一回一錠内服 = daily PrEP

○性行為の2～24時間前に2錠、24、48時間後に1錠ずつ = on-demand PrEP (女性 (膣性交) は不可)



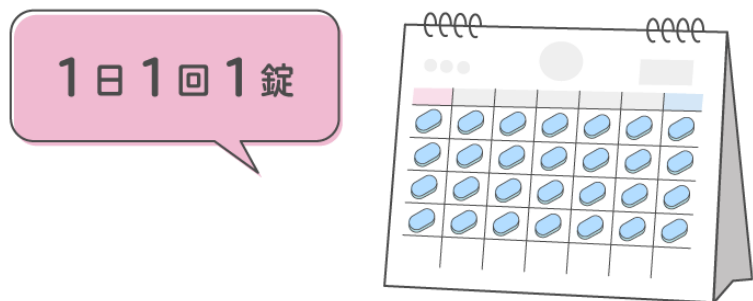
デシコビ配合錠 (TAF/FTC)

○一日一回一錠内服 = daily PrEP

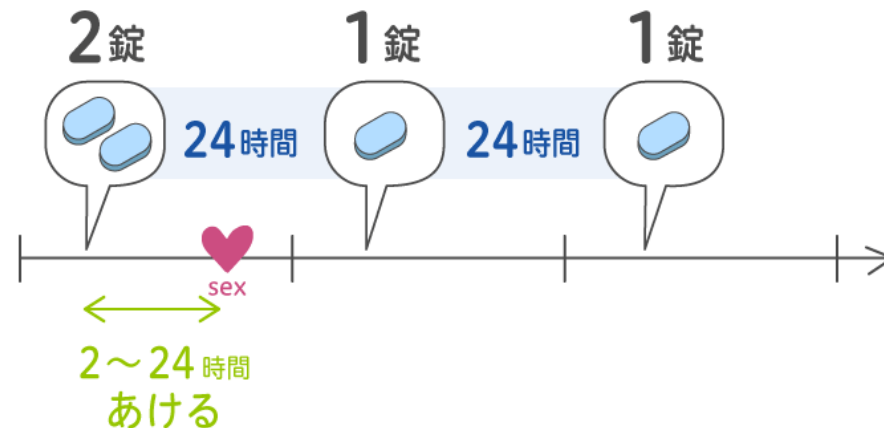
○性行為の2～24時間前に2錠、24、48時間後に1錠ずつ = on-demand PrEP

PrEP : Preexposure prophylaxis

Daily

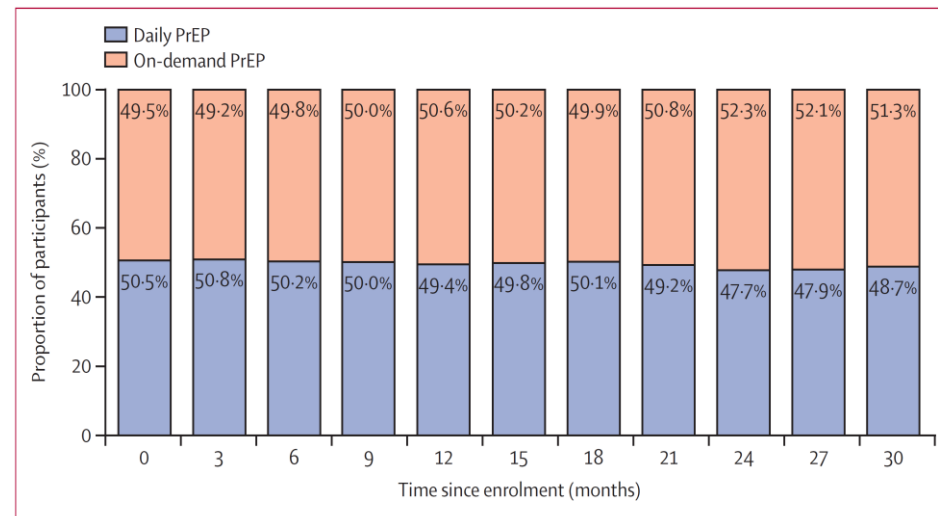


On-demand



フランスの多施設前向きコホート

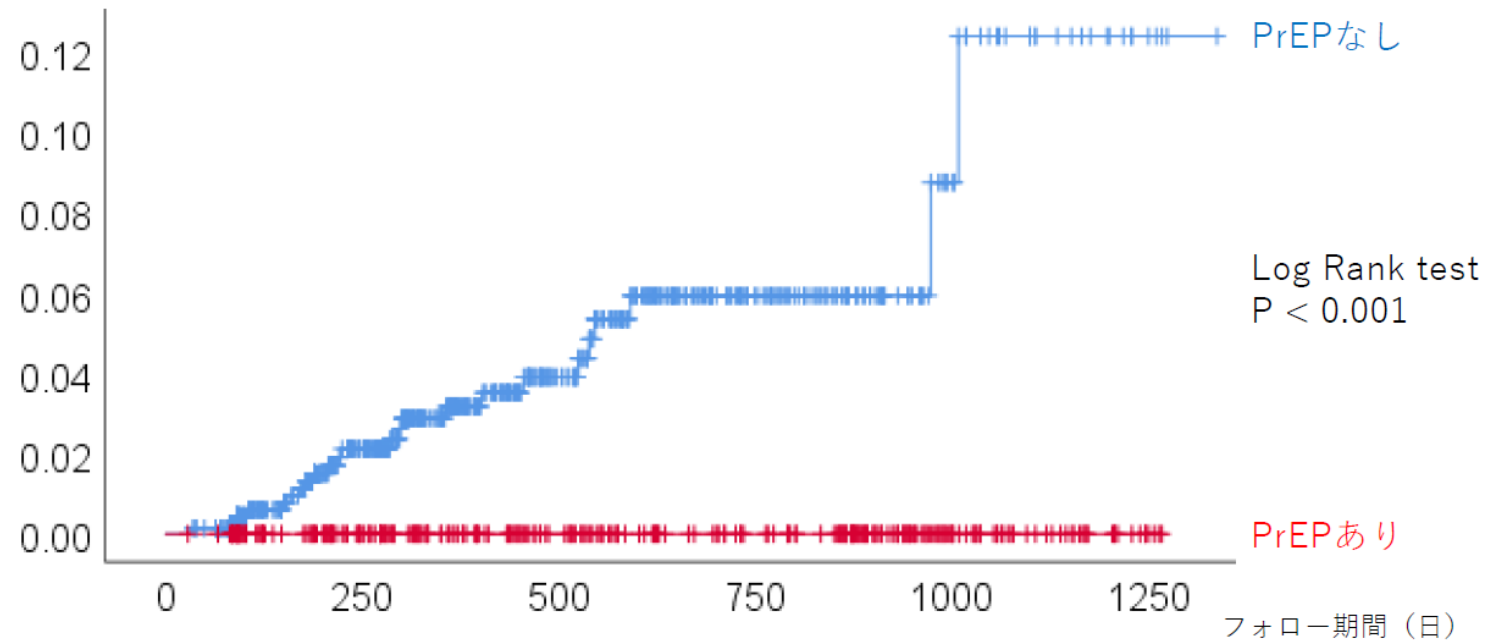
- ◆ 3056人を登録、22か月追跡（中央値）
- ◆ 登録時にDaily : On-demand = 1:1
- ◆ HIV感染率はDaily群 3例、On-demand群 3例
→有効性は同等
- ※ただし、現時点ではTDF/FTCのデータのみ



PrEPの有効性

Incidental cases		新規発生数 (n)	罹患率* /100 人年
HIV	PrEPあり	0	0 (0 - 0)
	PrEPなし	11	3.4 (1.7 - 6.2)

Kaplan-MeierによるPrEPの感染予防効果



PrEPの適応

HIV感染リスクを有する性的活動性のある

- 成人MSM（men who have sex with men）間(IA)
- 成人男女間(IA)
- 成人静脈薬物使用者(IA)

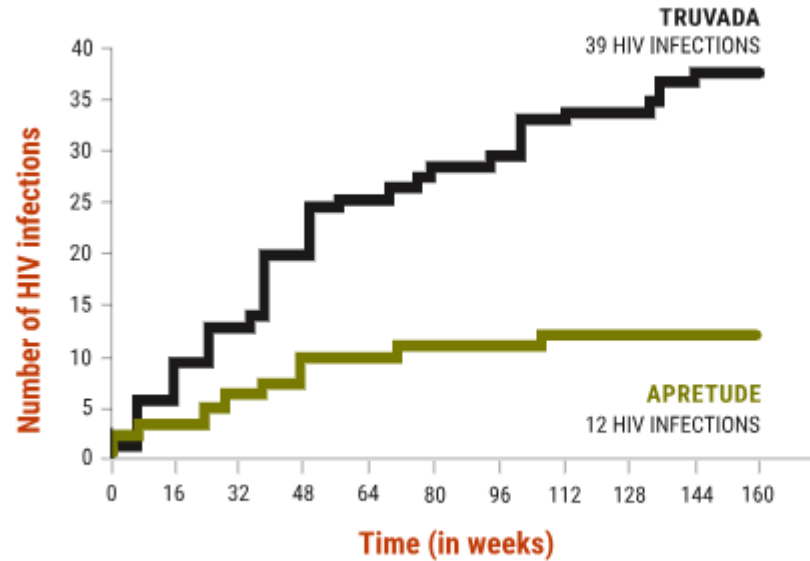
におけるHIV感染予防の一つの選択肢として
抗HIV薬1日1回1錠の予防内服が推奨される。

＜適応となる高リスク者（MSMの場合）＞

HIV未感染で、過去6ヶ月で男性と性交渉があり、かつ以下のいずれか。

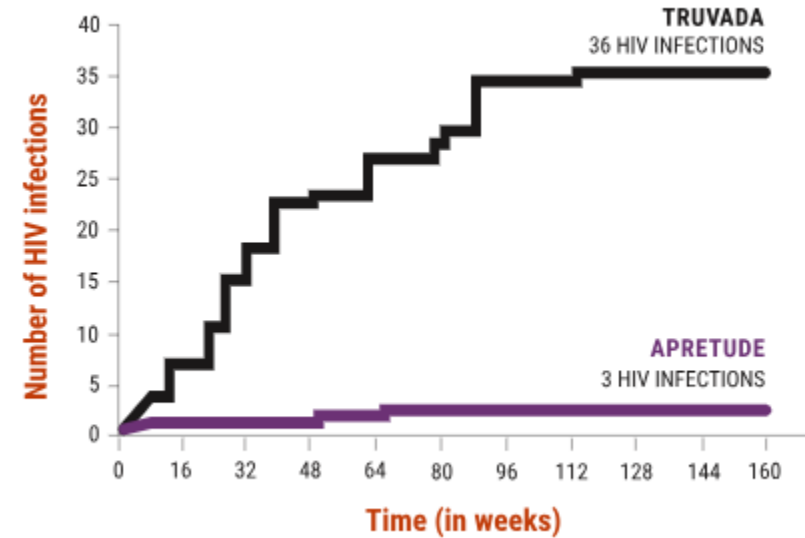
- コンドーム無しの肛門性交がある、
- 過去6ヶ月でSTI（性感染症）が判明、
- HIV感染男性と性的関係がある。

カボテグラビル筋注によるPrEP



HIV TRANSMISSIONS
OCCURRED ABOUT
3x
less often
WITH APRETUDE
COMPARED WITH
TRUVADA

Which means
better HIV protection



HIV TRANSMISSIONS
OCCURRED
12x
less often
WITH APRETUDE
COMPARED TO
TRUVADA

Which means
better HIV protection

HTPN083
Cisgender男性とTransgender女性
F/TDF39 vs CAB12

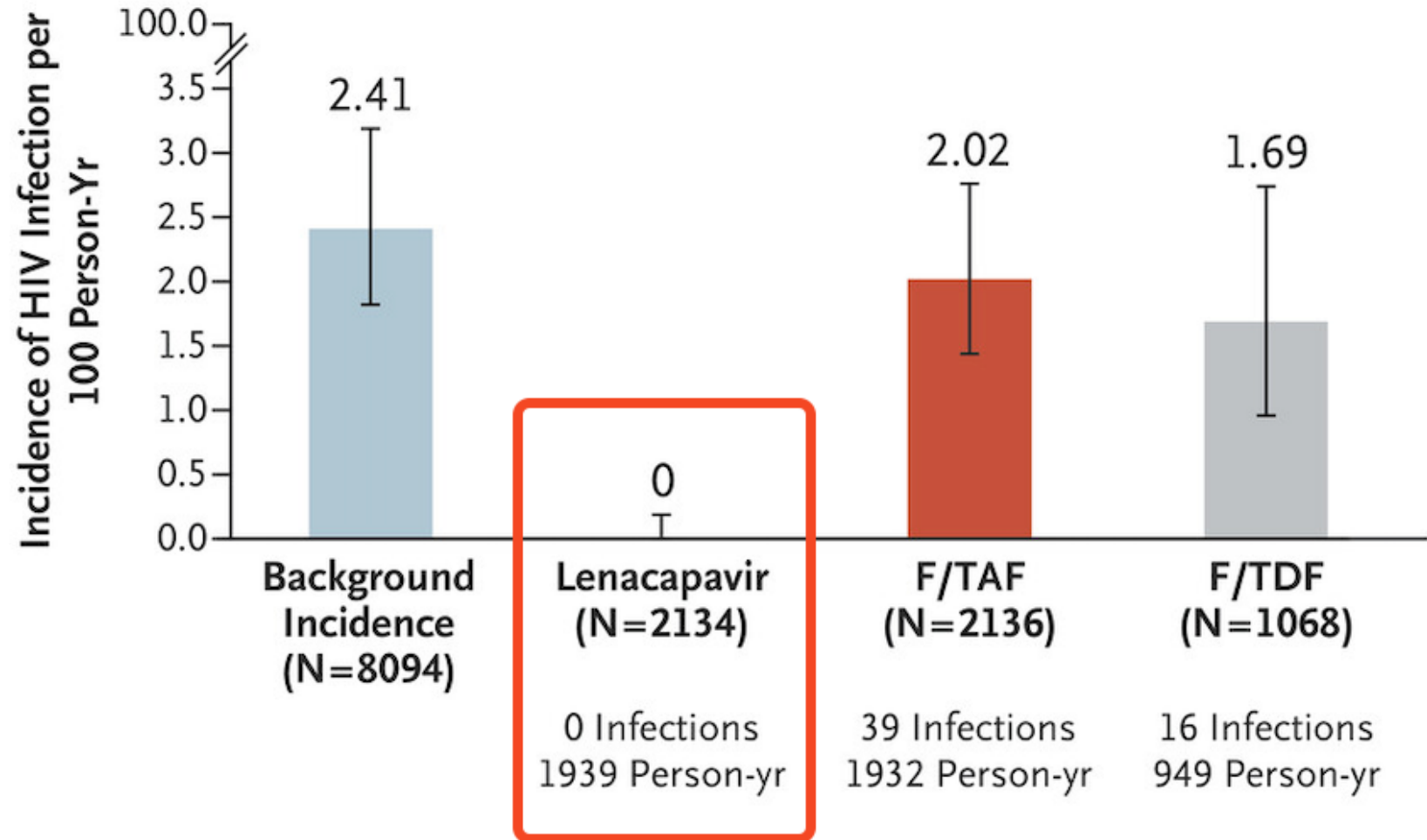
N Engl J Med 2021;385:595–608.

HTPN084
Cisgender女性
F/TDF36 vs CAB3

Lancet 2022; 399: 1779–89

Lenacapavir皮下注(年2回)によるPrEP

A Background HIV Incidence and HIV Incidence in Lenacapavir, F/TAF, and F/TDF Groups



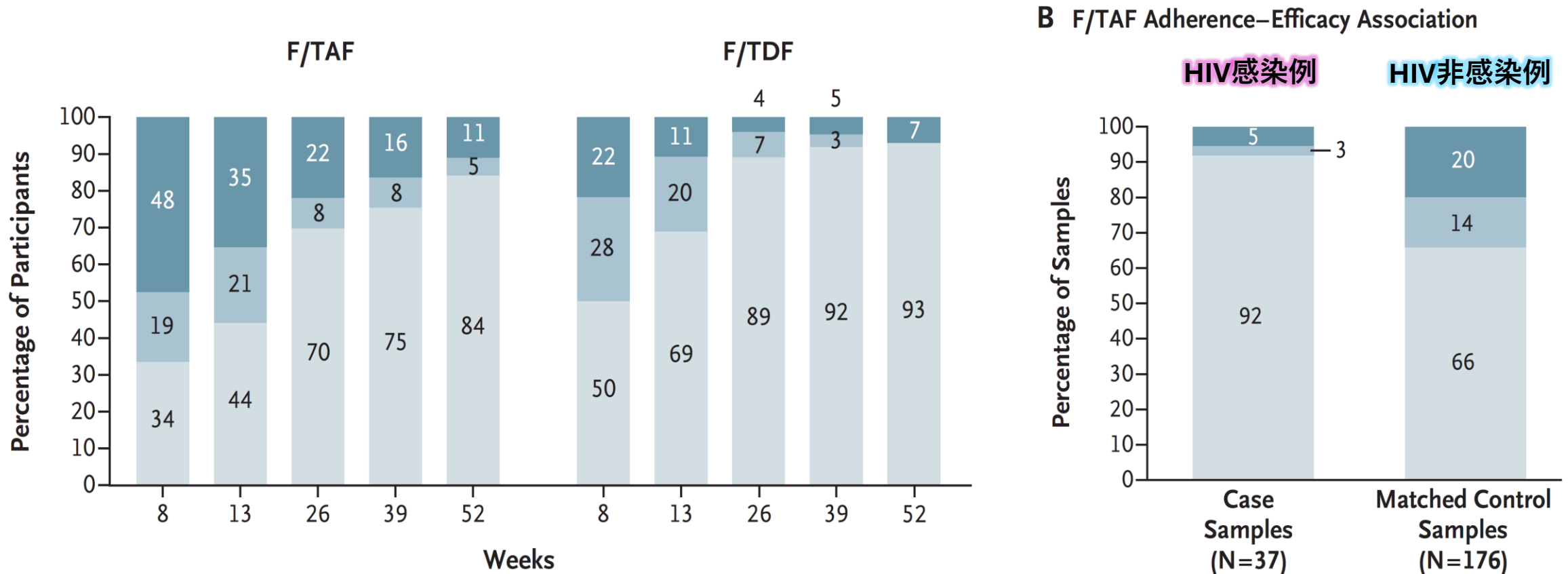
Cisgender female

Phase 3

LEN:TAF/F:TDF/F = 2:2:1

Lenacapavir皮下注(年2回)によるPrEP

Adherence: ■ High (≥ 4 doses/wk) ■ Medium (2 or 3 doses/wk) ■ Low (< 2 doses/wk)

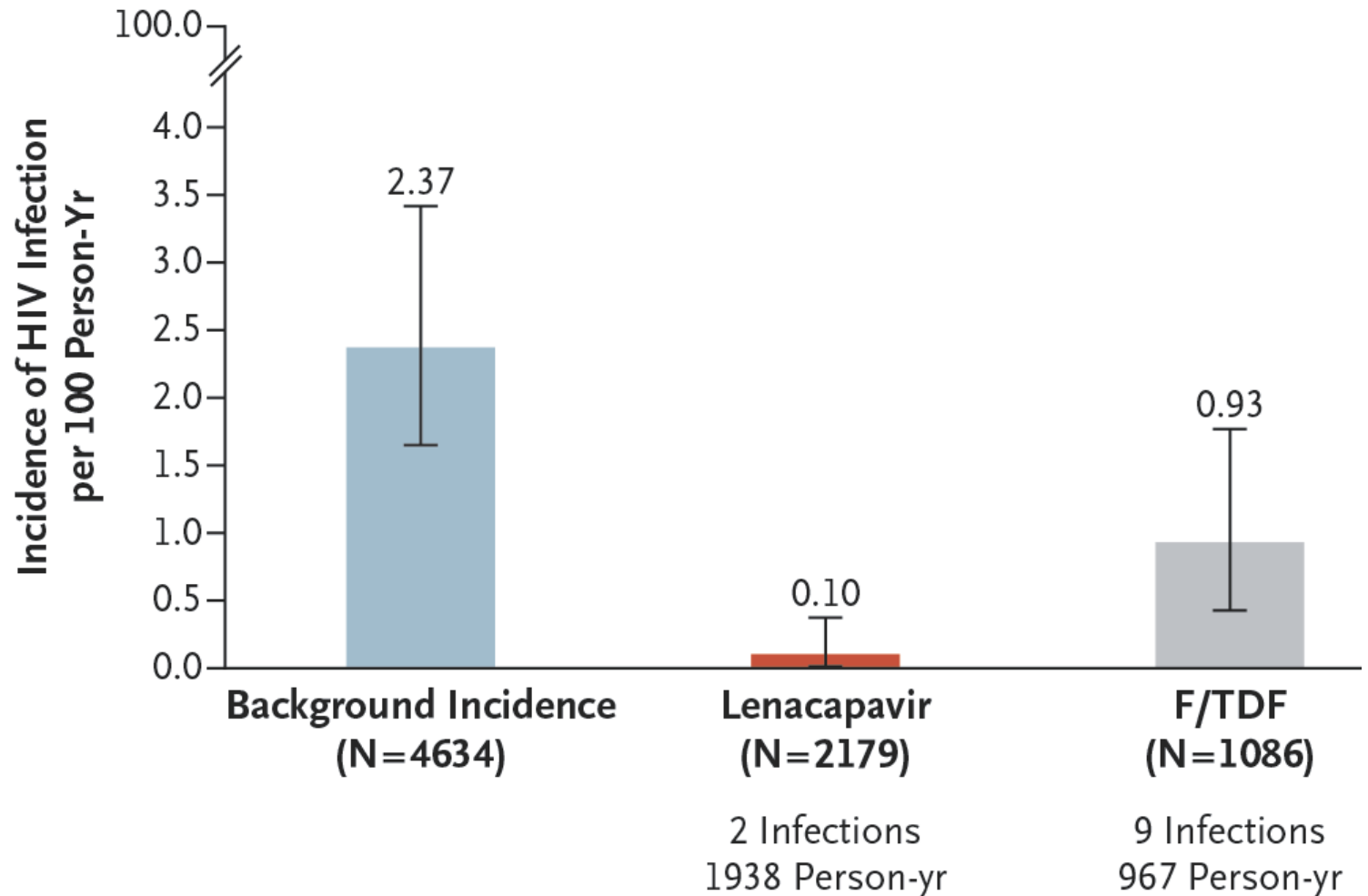


内服群のアドヒアランスが非常に悪い
→飲んでない状態のため、内服群の被検者はHIVに罹患した。

Lenacapavir皮下注(年2回)によるPrEP, Phase 3

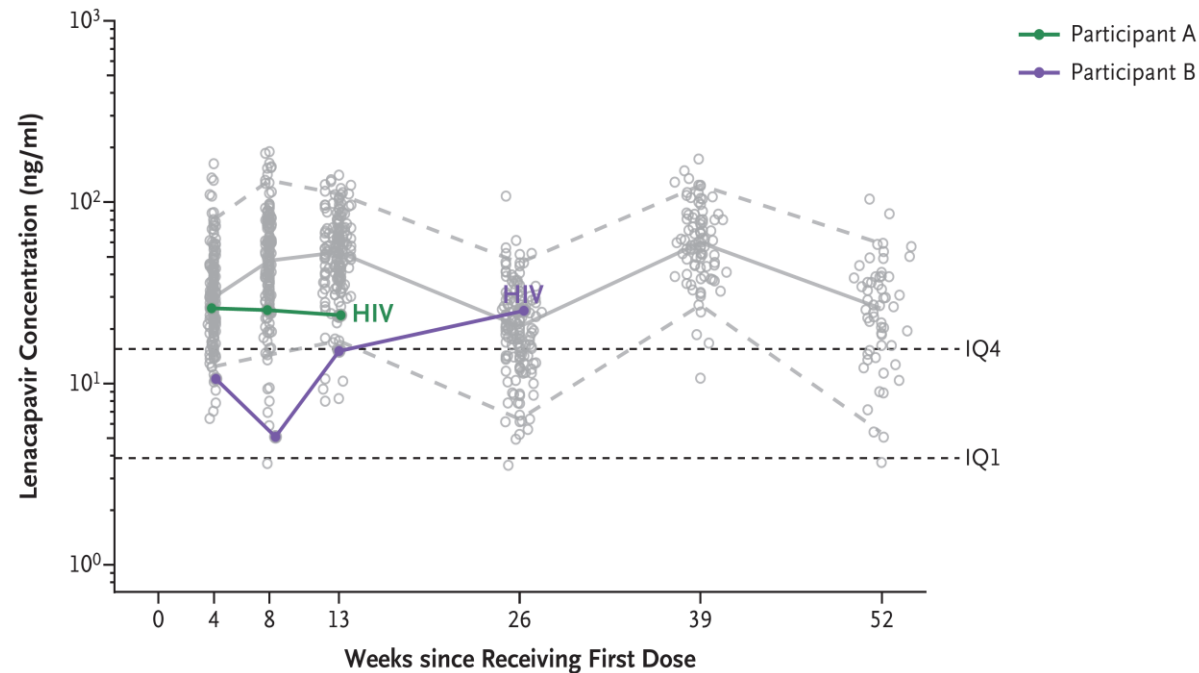
Men and Gender-diverse person
Phase 3
LEN:TDF/F = 2:1

Background HIV Incidence and Incidence in the Lenacapavir Group and F/TDF Group



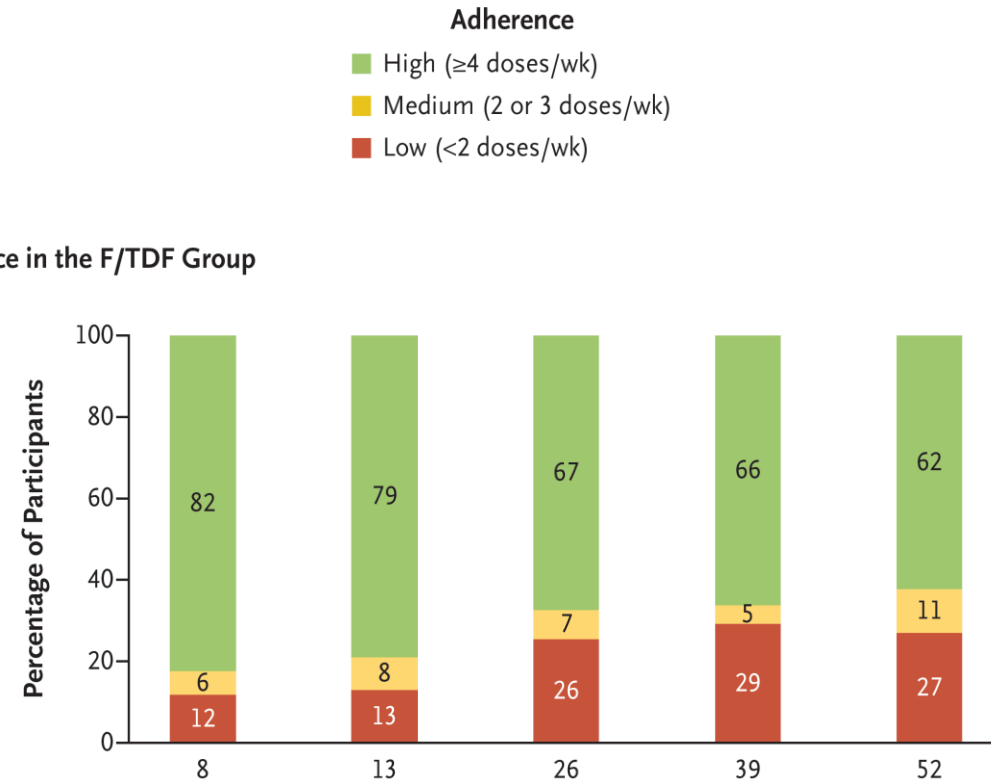
Lenacapavir皮下注(年2回)によるPrEP, Phase 3

A Lenacapavir Plasma Concentrations in the Pharmacokinetics Cohort and in the Two Participants in the Lenacapavir Group Who Acquired HIV Infection



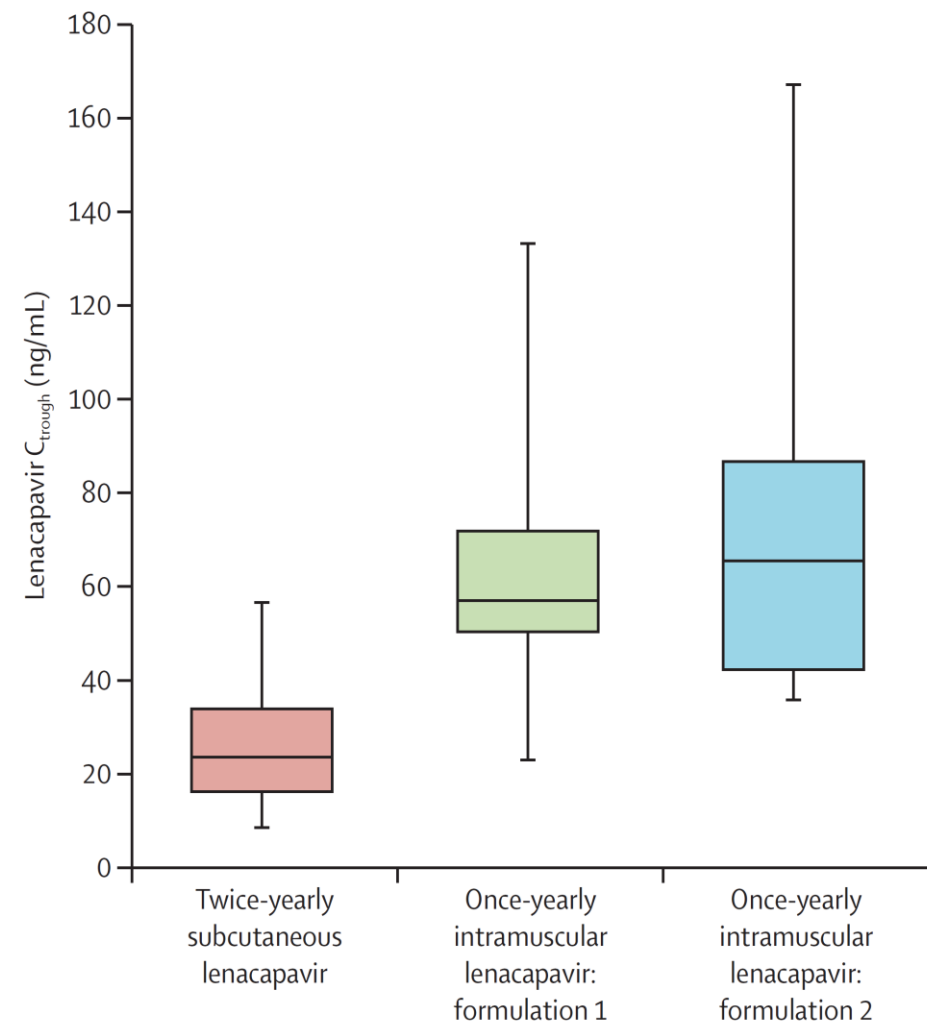
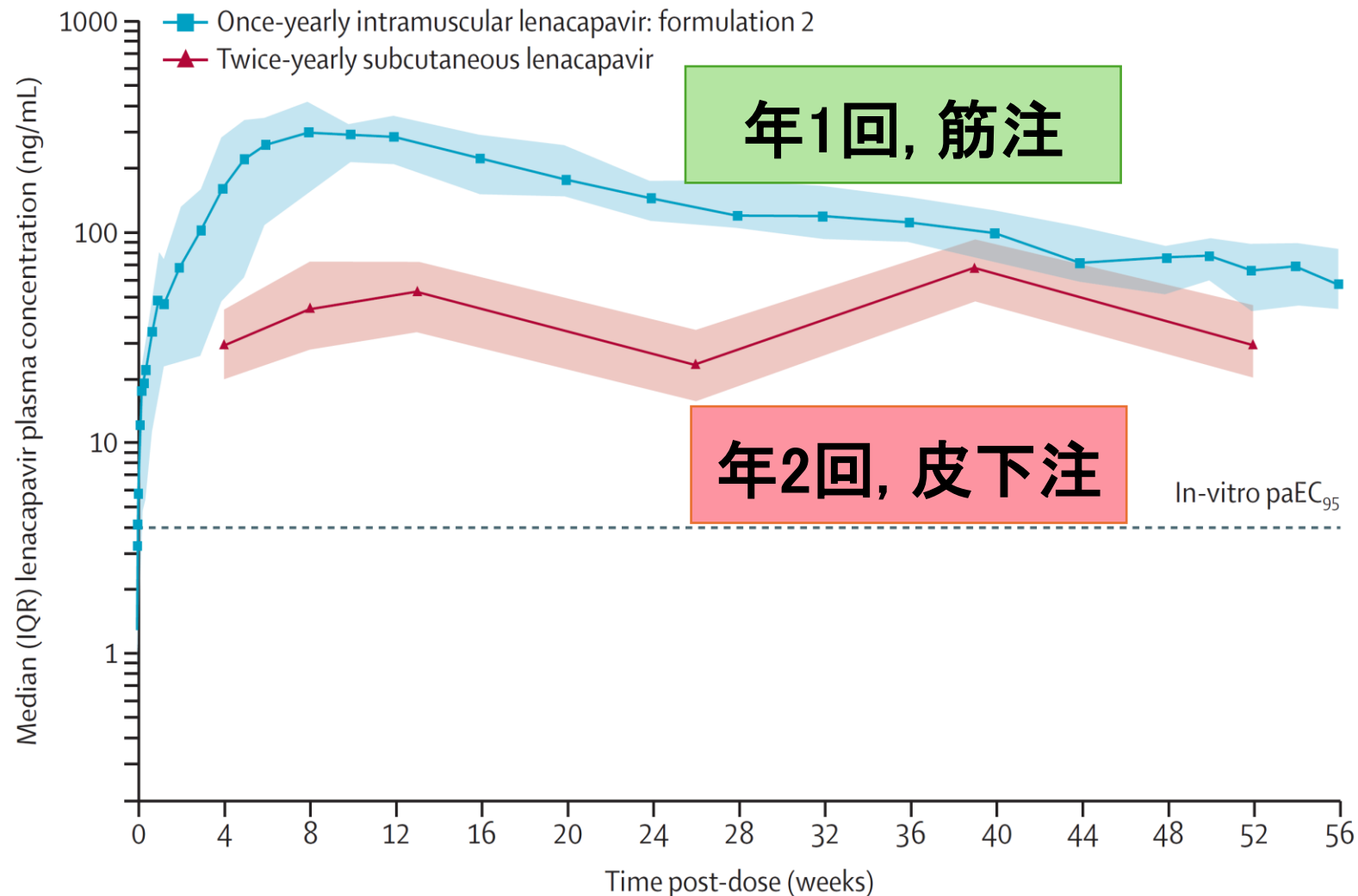
2例の感染例は、血中濃度問題なし

B Adherence in the F/TDF Group



TDF/F内服群でのHIV感染例はアドヒアランス不良

Lenacapavir皮下注によるPrEP, Phase 1



PrEPの実施内容

- 用法・用量・期間

抗HIV薬一日一回一錠を推奨。HIV感染リスクがある限り継続。

- 処方・検査

90日間処方し、HIV検査後に、再処方。副作用チェック、STI検査も実施（梅毒、淋菌・クラミジア（特に咽頭・直腸））。

	ベースライン	1ヶ月後	3ヶ月毎	6ヶ月毎
HIVスクリーニング検査	○	△	○	—
アドヒアランス、感染リスク、副作用の評価	○		○	—
腎機能評価	○		△	○
性感染症検査	○		○	○
妊娠検査*	○		○	—

*感染リスクがある場合は、妊娠・授乳中もPrEPの継続を推奨

*ホルモン療法とPrEP薬との相互作用はないので、ホルモン療法の継続は可能

目次

1. 日本と世界の疫学トレンド

2. 治療の現在とこれから

3. 予防:PrEPのアップデート

4. 最近の話題

4. 最近の話題

1. HIV感染症と高齢化、生活習慣病

2. 「U=U」提唱後の海外感染者の現状

3. 注射製剤の実情について(ACC)

今後想定される状況。**高齢HIV**陽性者が増加

併存疾患の治療が必要な患者が増える。
併存疾患や**老い**に伴い、**療養・介護**が必要な患者が増える

心血管疾
患

メタボ
リック症
候群

認知障害

骨粗鬆症

悪性腫瘍



高齢化に伴う多様な医学的問題への迅速な対応が必要

高齢化

一般的疾患の管理の必要性↑

一般クリニック等での対応は？

フレイルによる自立困難

施設入所、抗HIV薬は継続できる？

悪性腫瘍の増加

癌検診は？

各科でのHIV感染担癌患者の対応は？

ホスピスは？

慢性疾患保有率増加

透析施設は？

リハビリ施設は？

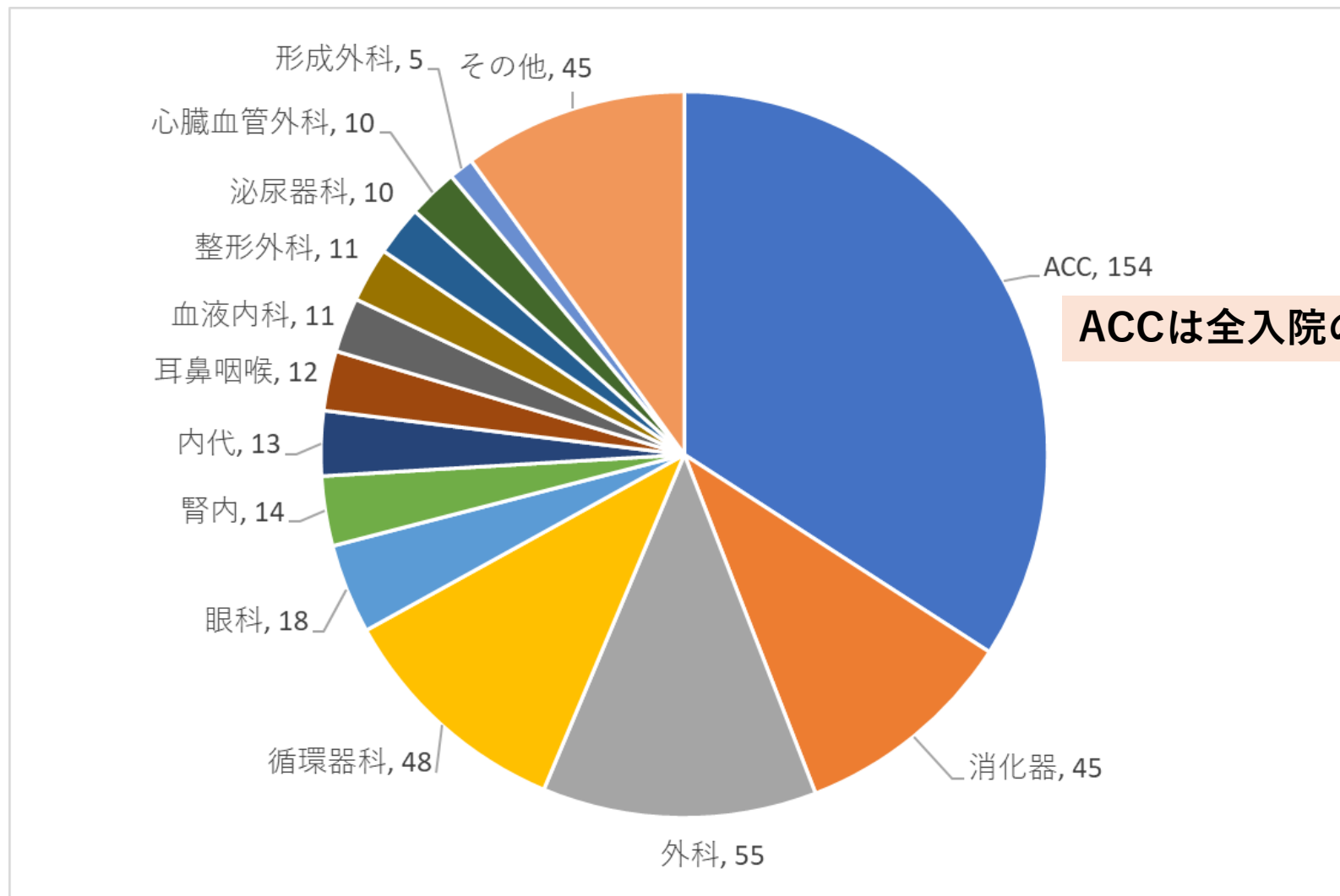
現在のPEP体制は十分か？

他疾患でも標準的治療は受けられているのか？

拠点病院・感染症科のみでHIV患者の診療を完結する事は不可能な時代になってきている

患者数の最も多い首都圏でまず問題になり各ブロックが参考する流れになる可能性高い

NCGM全体：HIV感染入院患者の診療科（2021年）



HIV診療はとっくの昔に全科対応が必要な時代に入っている

医療機関レベルでの「HIV診療は当たり前」という認識の再確認要

日本エイズ学会 ご担当者様

突然のメールにて、大変申し訳ございません。

実は、弊院において、HIV感染者に対する重大な人権侵害が起こりました。

その患者は、HIV陽性と知らされてから、ただの一度も発症しておりません。

具体的には、都内某病院で、的確な抗ウイルス薬を投与されており、この6年間はU=Uの状態です。

勿論、奥さんも感染しておりませんし、HIV陰性です。

大変、お恥ずかしく、みっともないメールですが、私に手術をしてもらいたいと、
某病院から紹介を受けた患者です・・・

私は、手術を予定しておりましたが、HIV陽性という理由だけで、
病院サイドから手術を行うことは、あいならぬ、というお達しを受けました・・・

患者は、大変落胆し、涙を流されておりました・・・

国、行政レベルから各医療機関への働きかけによる意識改革が求められる

エイズ患者の診療や介護拒否は「偏見・差別」と明記... 厚労省が予防指針改正へ

2025/08/07 18:33

📌 保存して後で読む



厚生労働省は7日、H I V（ヒト免疫不全ウイルス）感染者やエイズ患者に対する診療や介護サービスの提供拒否は「偏見・差別」にあたると明記したエイズ予防指針の改正案を専門家部会に示した。患者らの差別解消につなげる狙いだ。早期診断に向けた検査体制の強化なども盛り込み、2025年度中に改正する。



厚生労働省

H I Vは主に性行為や血液を介して感染し、治療を受けないまましていると、数年～10年の無症状期間を経て、エイズを発症する。

治療薬が進歩し、寿命をほぼ全うできるようになったが、高齢患者も増えるなか、医療機関や介護施設で受け入れを拒まれるケースも起きている。改善に向け、指針案では「医療・介護従事者らによる診療やサービス提供の拒否は、偏見・差別にあたる」と明記した。

24年に国内でH I V感染が判明した人は1000人に上ったが、このうちエイズを発症した状態だった割合が33・6%を占めた。このため、発症前の早期診断・治療につなげるため、検査体制の強化も盛り込んだ。

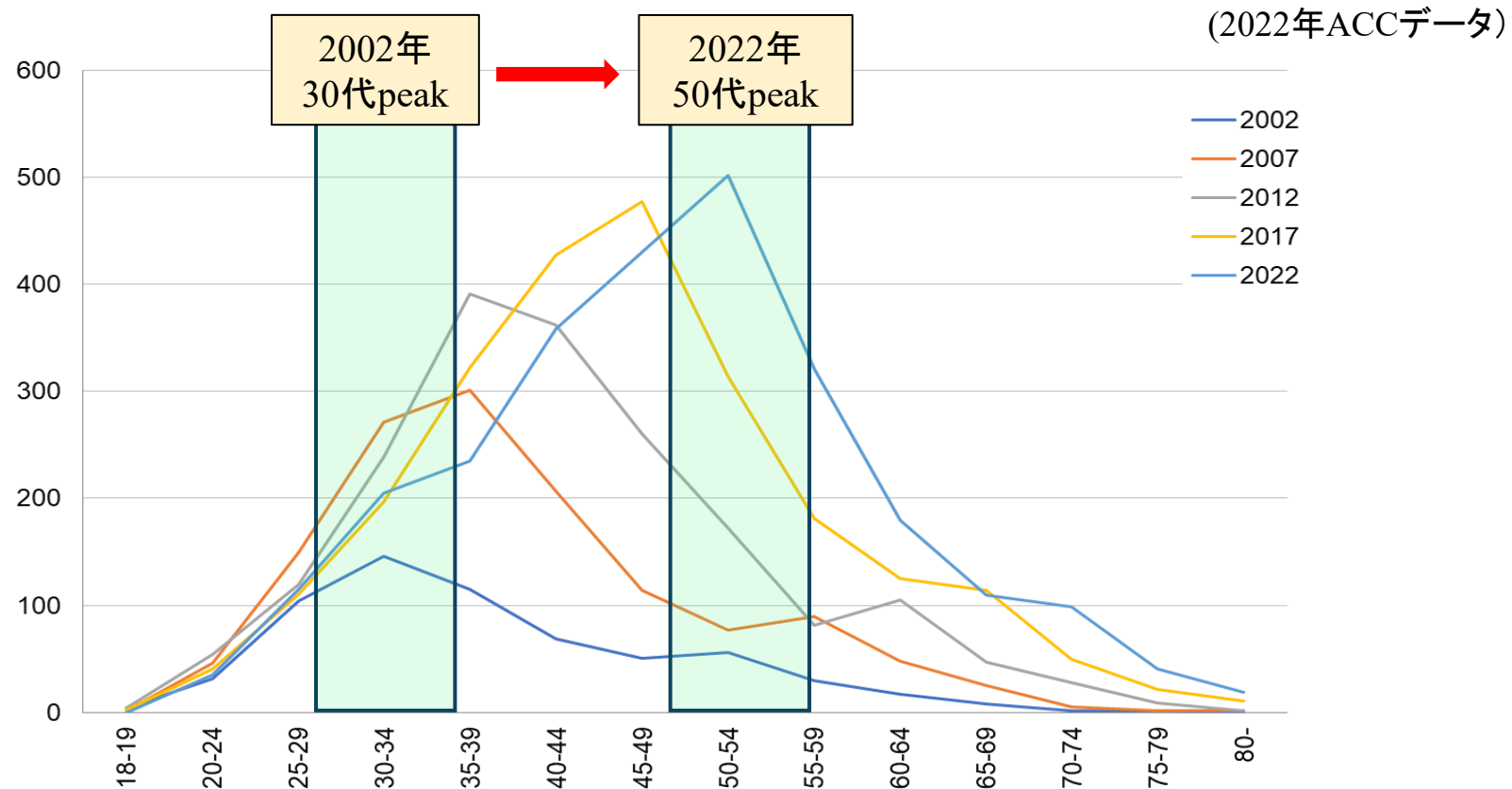
広告

nature
aging



Journal Metrics: 2-yr IF 19.4 | 9 days to first decision | 2,576,267 Downloads (2024)

今後の課題：急速に進む患者の高齢化



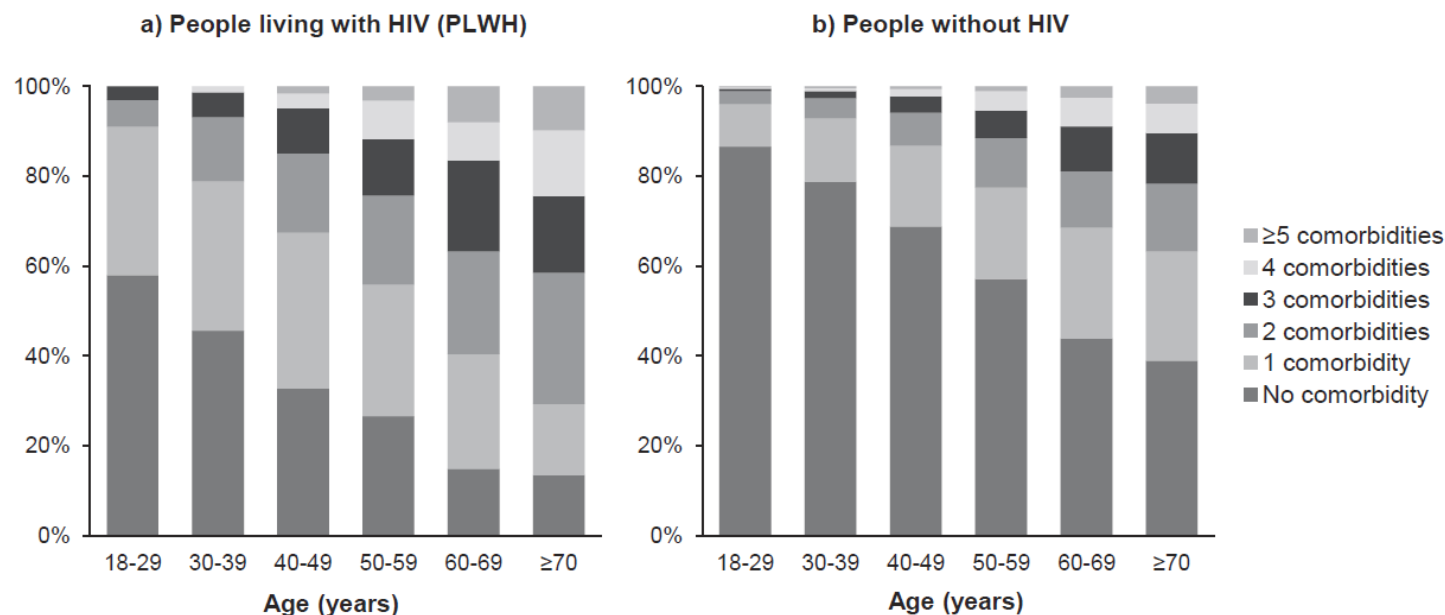
2022年末時点で通院患者の48%が50歳以上、17%が60歳以上
(n=2650)

今後の課題：他疾患合併率の増加

日本のデータ

(J Infect Chemother 25, 89-95)

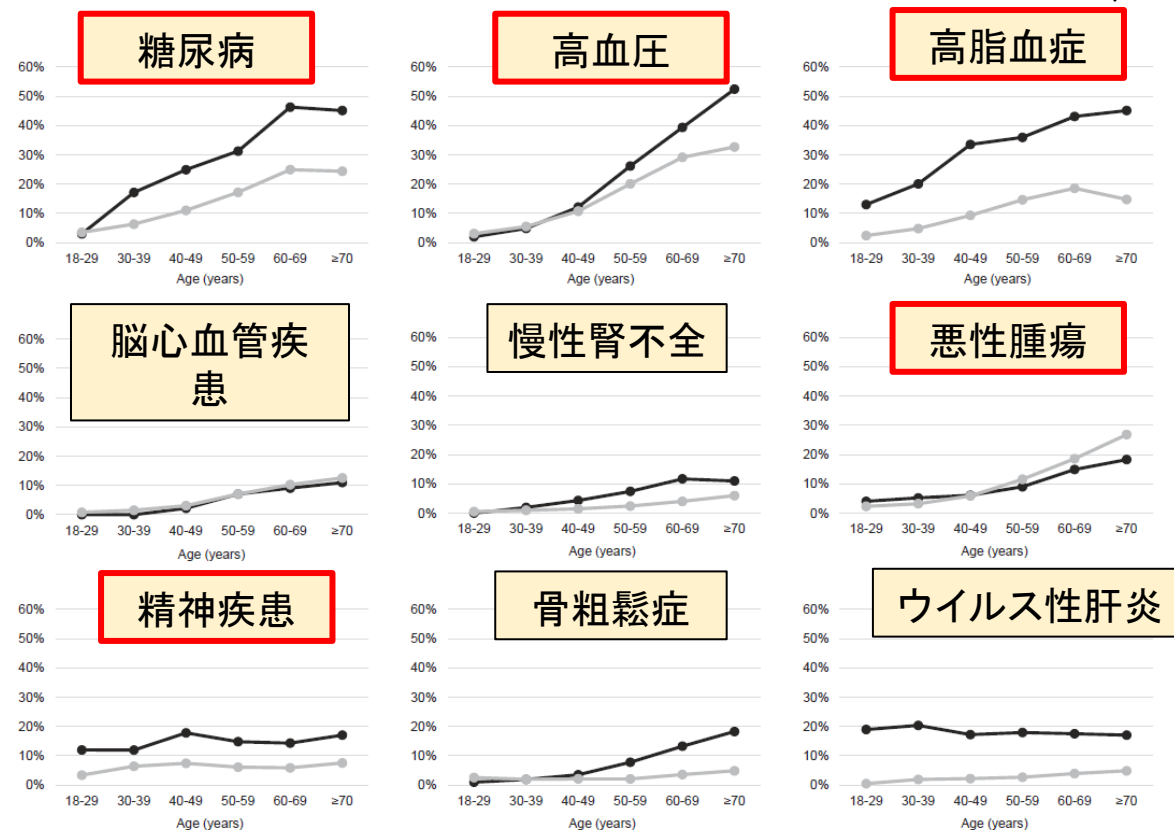
HIV患者1445例、hospital matched非HIV患者14450例の処方箋データを解析



HIV患者は非HIV患者に比べて各種合併症の有病率が高い

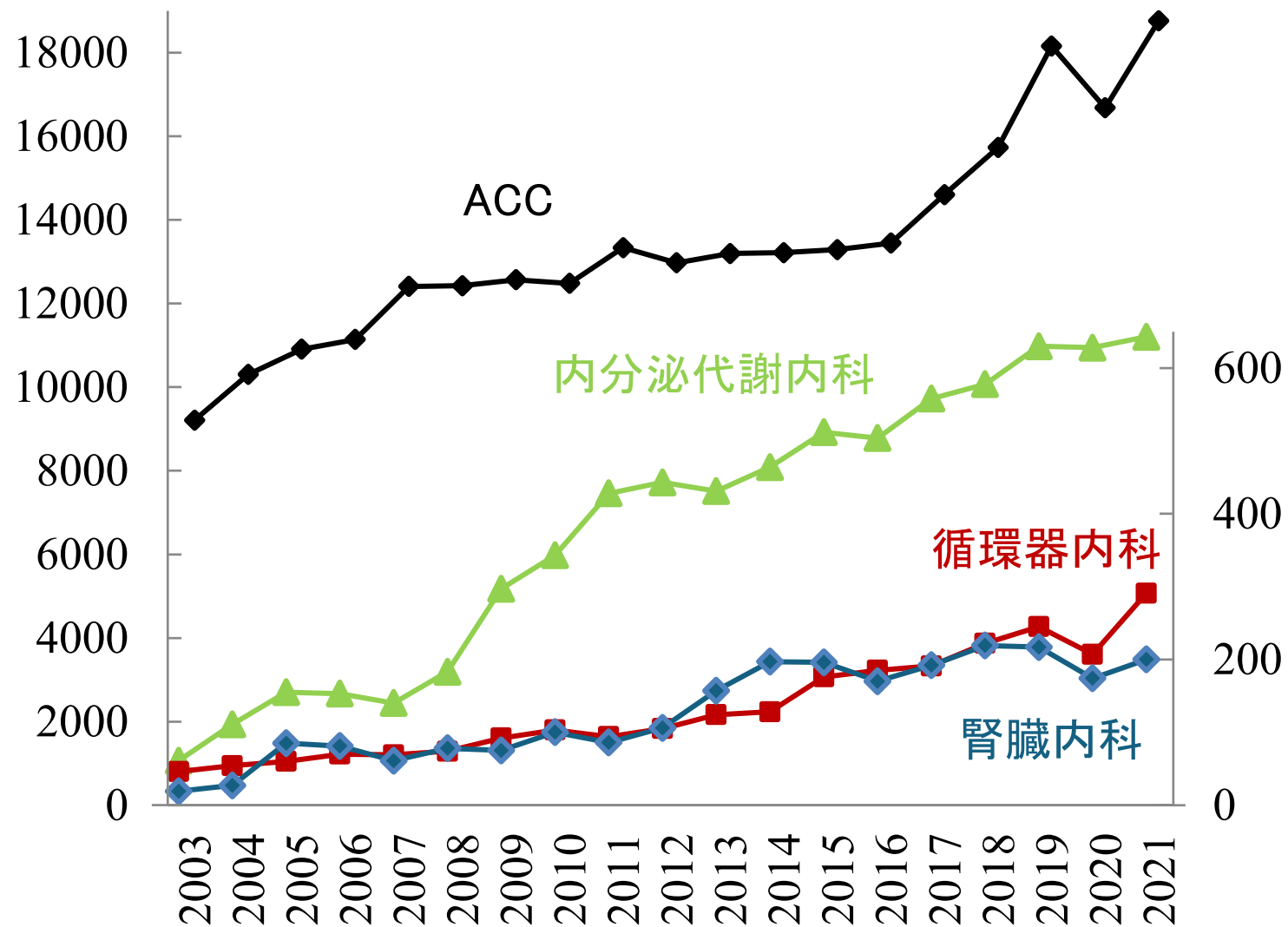
今後の課題：他疾患合併率の増加

(J Infect Chemother 25, 89-95)

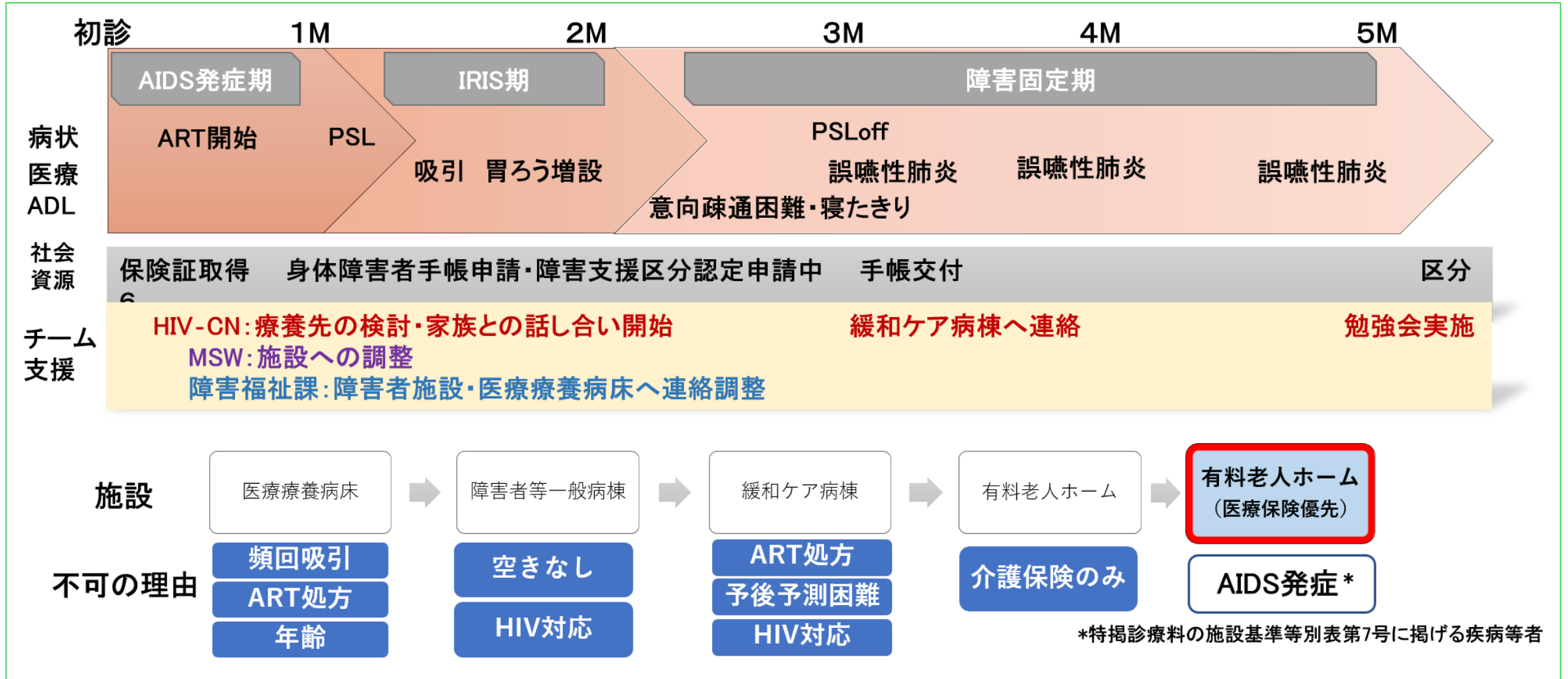


成人病予防、メンタルヘルス、悪性腫瘍の管理が重要

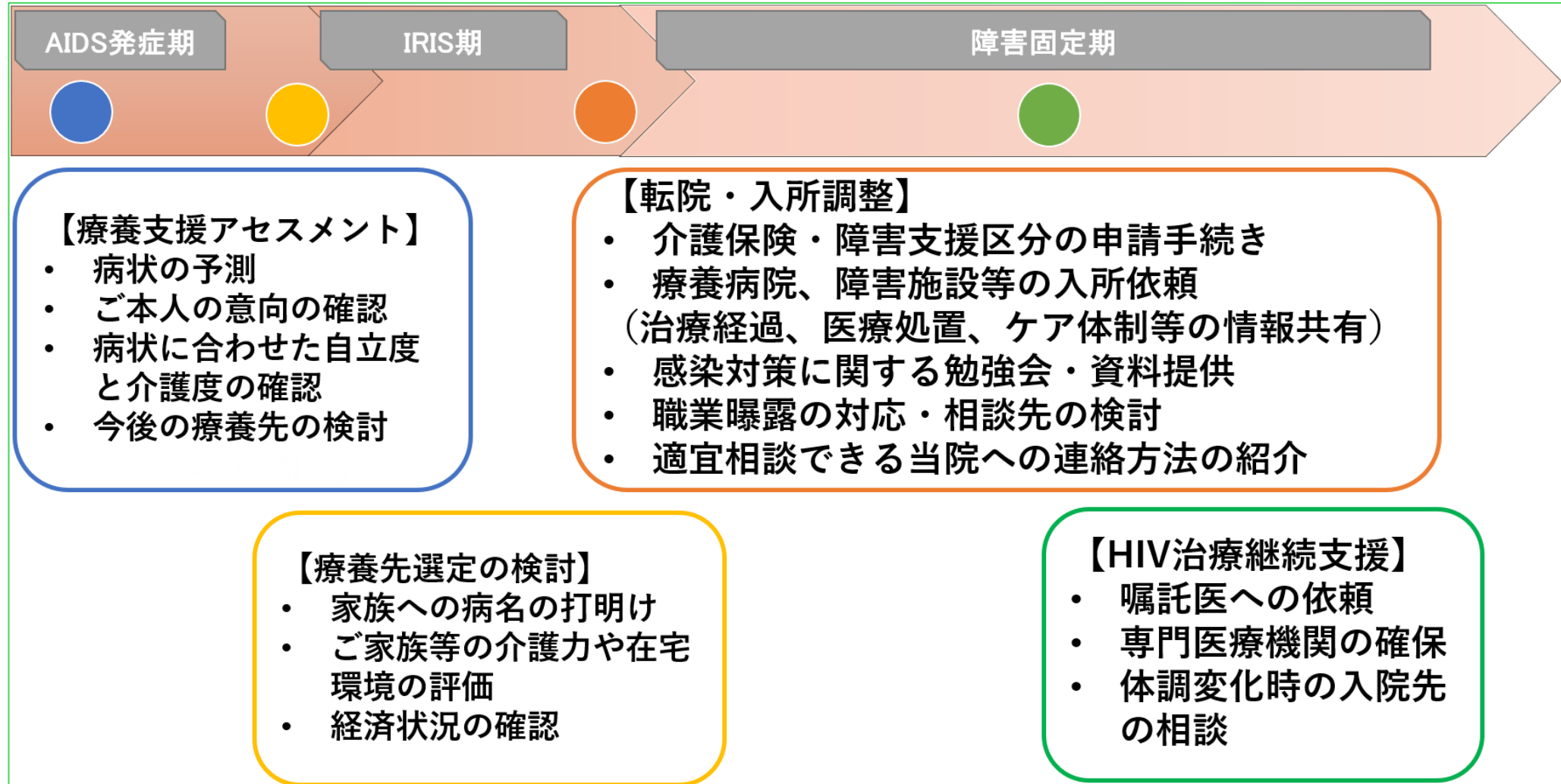
外来受診回数の年次推移



HIV脳症など不可逆的疾患の退院後サポート



HIV脳症など不可逆的疾患の退院後サポート

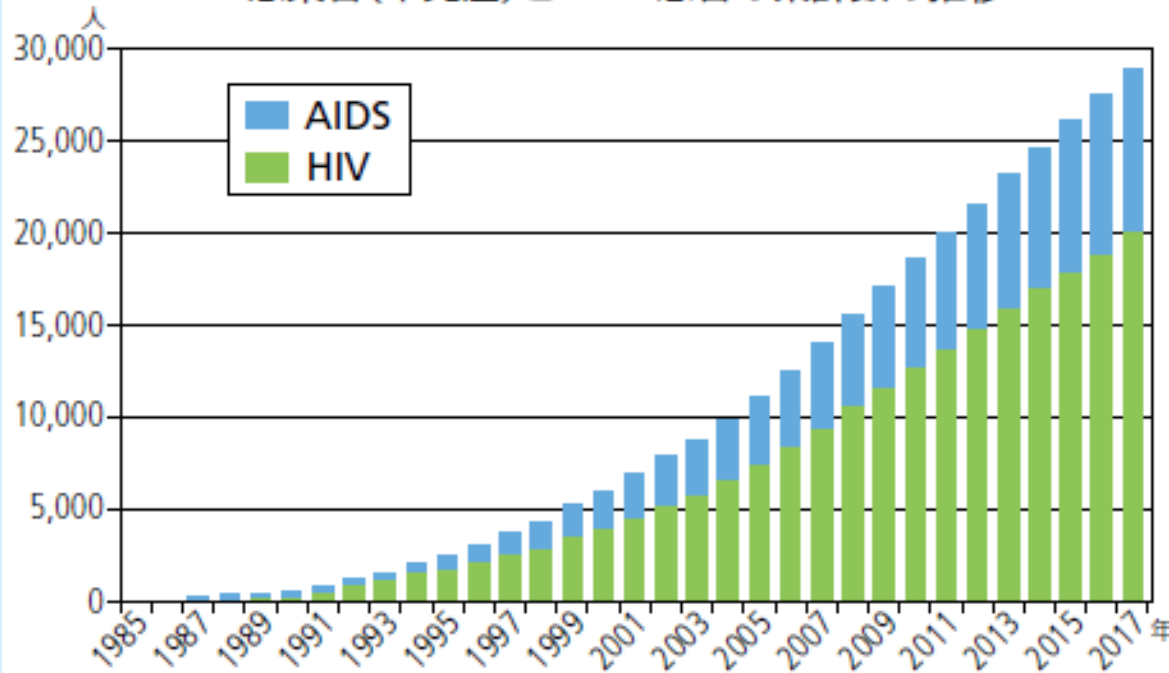


長期生存に伴いHIV陽性者が増加、 その結果HIV陽性透析者数の増加は確実

◆ 2015年末で25996件の患者届出数

国内に約2万人のHIV生存感染者がいると推定されている

HIV感染者(未発症)とAIDS患者の累計数の推移



(厚生労働省エイズ動向委員会)

◆ HIV陽性透析患者の増加は確実

2015年末現在で約1,500人の透析予備軍が存在

HIV感染通院患者の腎機能ステージ分類(n=1482)

CKD stage	Number (%)
0 (no CKD)	1,291 (87.1)
1	24 (1.6)
2	67 (4.5)
3	94 (6.3)
4	6 (0.4)
5	0 (0.0)
CKD stage 1-5	191 (12.9)
CKD ≥ stage 3	100 (6.7)

CKD, chronic kidney disease.

村松崇、他、感染症誌、2013、87、4)

日本透析医学会「透析施設における
標準的な透析操作と感染予防に関するガイドライン（六訂版）」

第5章 各種感染症患者に対する感染予防とその治療

Ⅱ HIV（human immunodeficiency virus）（抜粋）

- HIV感染患者の透析実施時，患者を個室隔離する必要はない．
- HIV感染患者に透析を実施する際，標準予防策による対応でよい．
- 透析用器材の消毒と医療廃棄物の処理は，標準予防策にしたがって処理することを推奨する．
- HIV 感染患者の針刺しによる感染リスクは曝露後の対策を行わなくても0.3 % と低率であり，曝露時にはHIV 曝露後予防（post-exposure prophylaxis；PEP）内服のフローチャートに従って迅速に対応することを推奨する．

HIV患者の診療で特別な対応はない
通常 of 患者と同様に標準予防策を行えばよい

標準予防策 (スタンダードプリコーション)

◎あらゆる人の

血液

汗を除くすべての

体液、分泌物、排泄物

粘膜

損傷した皮膚

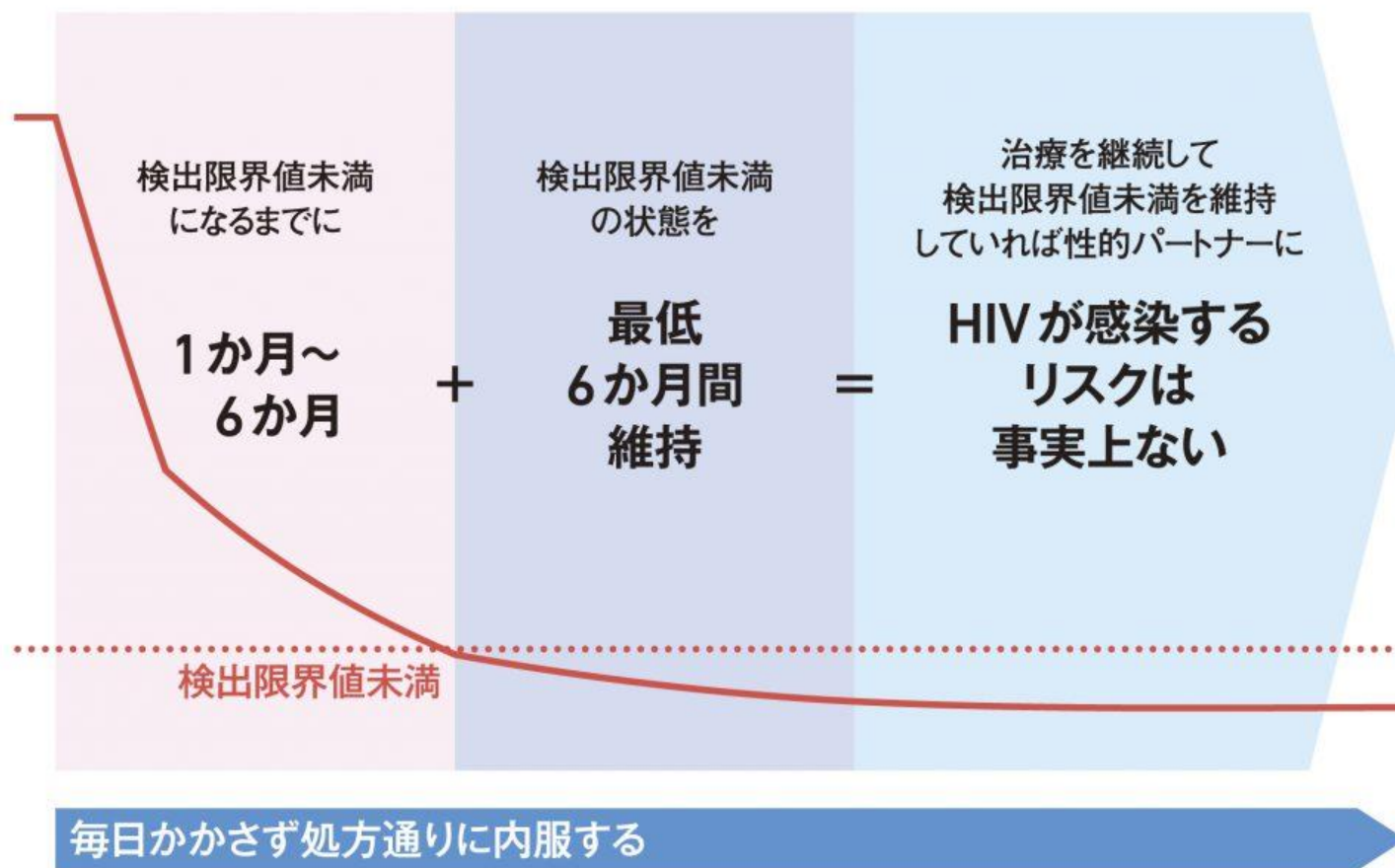
は感染の可能性のある物質として対応する



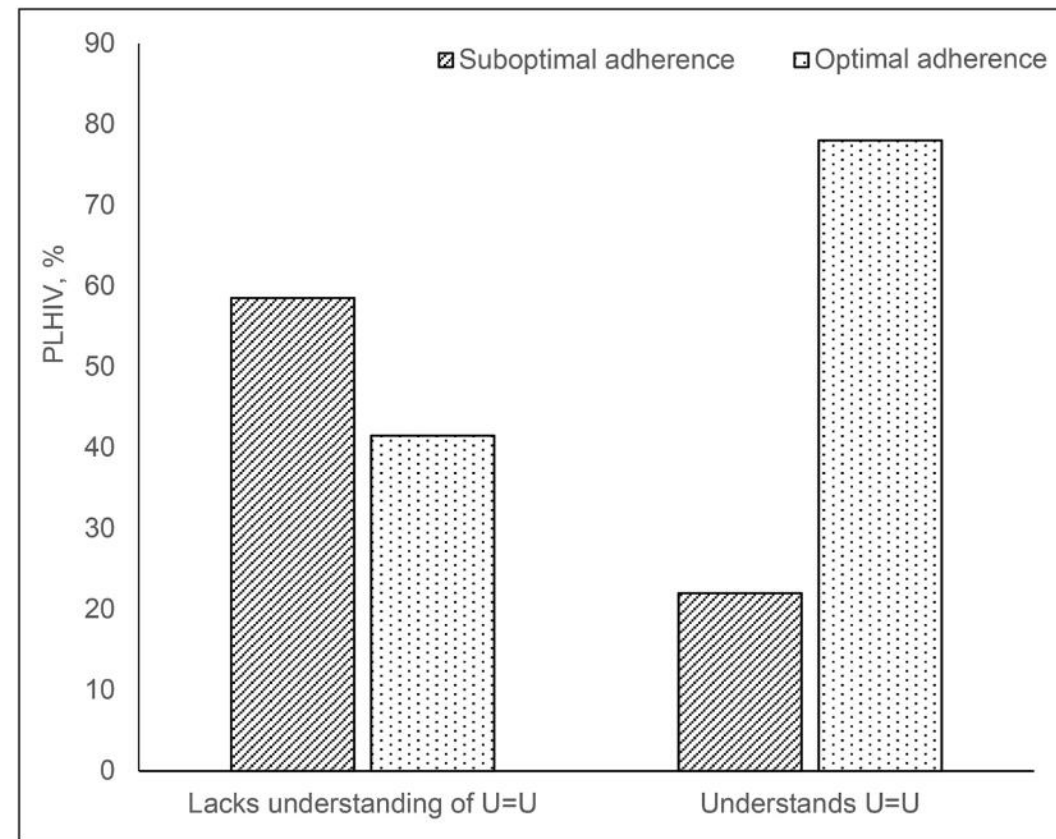
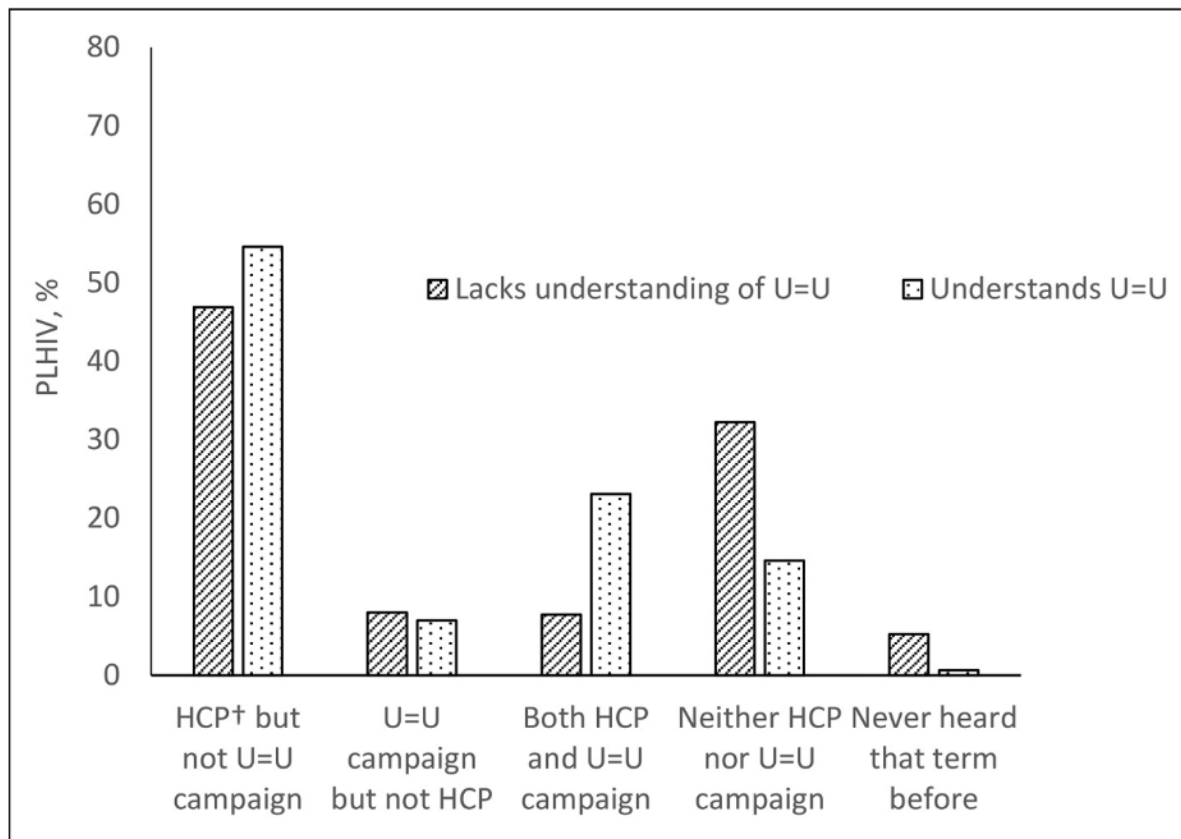
患者と医療従事者双方の感染リスクを減少

感染症の有無に関わらず行う

2. 「U=U」 提唱後の海外感染者の現状



2. 「U=U」 提唱後の海外感染者の現状



**U=Uの認知度は依然低いのが現状、医療機関通院例でも知らない。
U=Uを知らない母集団は、治療アドヒアランスが低い傾向あり。**

2. 「U=U」 提唱後の海外感染者の現状

Mother-child pairs					
	Studies (n)	Participants (n)	Events (n)	Pooled estimate, % (95% CI)	I ²
<50 copies per mL	56	20 002	44	0.2% (0.2–0.3)	0%
50–999 copies per mL	17	3610	44	1.3% (1.0–1.7)	0%
≥1000 copies per mL	32	5617	294	5.1% (2.6–7.9)	69.3%
≥50 copies per mL	41	8017	215	2.7% (2.0–3.5)	20.3%
<1000 copies per mL	45	33 564	212	0.6% (0.3–0.9)	69.9%
50–399 copies per mL	10	3587	49	1.3% (0.6–2.2)	52.0%
<400 copies per mL	36	29 668	149	0.5% (0.2–0.8)	69.1%
≥400 copies per mL	16	7415	361	4.5% (1.5–8.1)	90.6%
<10 000 copies per mL	26	17 397	266	1.3% (0.1–2.9)	89.7%
≥10 000 copies per mL	15	3604	498	12.7% (4.9–21.7)	94.6%

母子感染では「HIV-RNA<1000コピー」に維持することが重要

3. 注射製剤の実情について



当科のCAB+RPV症例数 n=42

HBVステータス	N
未感染	13例
既感染	20例
HBVワクチン	7例
不明	1例

➡ ワクチン接種 7例

- 全例変更前のHIVコントロール良好
- 筋注変更後、コントロール不良例なし
- 2例中止あり：1例 疼痛＋通院頻度、1例 筋注後発熱