

改訂第2版  
(一部改訂)

厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業  
HIV感染症及びその合併症の課題を克服する研究班

# HIV診療における 外来チーム医療マニュアル



独立行政法人国立病院機構 大阪医療センター  
HIV/AIDS 先端医療開発センター

研究代表者 白阪 琢磨

## 利用される皆様へ

本マニュアルは厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業 HIV感染症及びその合併症の課題を克服する研究班（研究代表者 白阪琢磨）の一環として、HIV 診療における外来チーム医療マニュアル作成プロジェクトが、これまでの研究成果に基づき作成したものです。施設によって外来を構成する職種は様々です。本マニュアルのねらいは、HIV 診療に関わる様々な業務を、どの職種の仕事であると決めることではありません。各職種が専門的スキルと知識を駆使して各々の得意分野で協調しつつ、限られた人的資源の中で、真に患者のためになるよう、患者のニーズをどのように満たしていくかをチームで取り組む上での基本として利用して頂ければ幸いです。

## HIV診療における外来チーム医療マニュアル

### 利用される皆様へ

本マニュアルは厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業 HIV感染症及びその合併症の課題を克服する研究（国立大阪医療センター 白阪琢磨）の一環として、HIV診療における外来チーム医療マニュアル作成プロジェクトが、これまでの研究成果に基づき作成したものです。施設によって外来を構成する職種は様々です。本マニュアルのねらいは、HIV診療に関わる様々な業務を、どの職種の仕事であると決めることではありません。各職種が専門的スキルと知識を駆使して各々の得意分野で協調しつつ、限られた人的資源の中で、真に患者のためになるよう、患者のニーズをどのように満たしていくかをチームで取り組む上での基本として利用して頂ければ幸いです。

## 「HIV診療における外来チーム医療マニュアル(改訂第2版)」作成プロジェクト

### 作成委員（順不同）

- 白阪 琢磨（独立行政法人国立病院機構 大阪医療センター HIV/AIDS先端医療開発センター）  
青木理恵子（特定非営利活動法人 CHARM）  
伊賀 陽子（兵庫医科大学病院 医療社会福祉部 / 地域医療・総合相談センター）  
池田 和子（国立国際医療センター戸山病院 エイズ治療・研究開発センター）  
上平 朝子（独立行政法人国立病院機構 大阪医療センター 感染症内科）  
梅本 愛子（地方独立行政法人大阪府立病院機構 大阪府立精神医療センター 精神科）  
岡本 学（独立行政法人国立病院機構 大阪医療センター 医療相談室）  
下司 有加（独立行政法人国立病院機構 大阪医療センター 看護部）  
城崎 真弓（独立行政法人国立病院機構 九州医療センター 看護部）  
富成伸次郎（独立行政法人国立病院機構 大阪医療センター 感染症内科）  
友田 安政（横浜市立大学附属病院 福祉・継続看護相談室）  
豊島 裕子（大阪市立総合医療センター 看護部）  
仲倉 高広（独立行政法人国立病院機構 大阪医療センター 臨床心理室）  
西田 恭治（独立行政法人国立病院機構 大阪医療センター 感染症内科）  
船附 祥子（広島大学病院 エイズ医療対策室）  
安尾 利彦（独立行政法人国立病院機構 大阪医療センター 臨床心理室）  
山中 京子（大阪府立大学 人間社会学部）  
吉田 哲彦（独立行政法人国立病院機構 大阪医療センター 精神科）  
吉野 宗宏（独立行政法人国立病院機構 大阪医療センター 薬剤科）  
宮本 哲雄（独立行政法人国立病院機構 大阪医療センター 臨床心理室 財団法人エイズ予防財リサーチ・レジデント）  
大北 全俊（独立行政法人国立病院機構 大阪医療センター HIV/AIDS先端医療開発センター 財団法人エイズ予防財リサーチ・レジデント）

### 作成協力

- 川江 友二（同志社大学 神学部）

## はじめに

「HIV診療における外来チーム医療マニュアル」(初版)は平成17年度厚生労働科学研究費補助金エイズ対策事業「多剤併用療法服薬の精神的、身体的負担軽減のための研究」班のマニュアル作成プロジェクトで議論を重ね、平成18年3月に出版された。平成18年4月の診療報酬改定で特定疾患治療管理料の(ロ)ウィルス疾患指導料2にいわゆるチーム医療加算が創設された。それから4年が経過した。この間、平成19年度、平成20年度には財団法人エイズ予防財団の成果発表会および日本エイズ学会のシンポジウム等で各地を訪れ意見交換を行った。今回、平成21年度厚生労働科学研究費補助金エイズ対策事業「HIV感染症及びその合併症の課題を克服する研究」班のマニュアル改訂作業プロジェクトで、各地での成果発表会等での個別の意見も含めて検討を行った。全体会議が3回、関連の会議を入れると約15回の会議を開催し、議論を尽くした。

言葉でチーム医療というのは容易かも知れないが、チームの各構成員が集まり議論を行う過程で明らかになった事の一つに、お互いの用語が意味する範囲、場合によっては内容も異なっていた事である。互いが十分に言葉でのコミュニケーションを取って初めて、互いの意図するところを真に理解でき、真の議論も出来たと思う。医療やケアの現場でチーム医療を提供する時も類似の事が起きているかも知れない。患者さんを中心として患者さんに質の高い医療をチームで提供する際には、互いのコミュニケーションが必要である。本マニュアル(第2版)では前述したように初版以来頂いたご意見を意識しながら次の4点を盛り込んだ。

- ・ 受診前相談や抗HIV薬を未だ開始していない状態の患者に提供するチーム医療
- ・ チーム医療を実践していくために必要な基本的なチームの考え方や、具体的に連携していく方法
- ・ 各施設で応用できそうな書式などのツールの充実
- ・ 外来診療の場面で必要な箇所を参照しやすいような目次の工夫

わが国におけるHIV陽性者数の増加に伴い、HIV感染症患者を初めて診療する施設は増えてゆくと予想される。本書がチーム医療の提供にお役に立てる事を祈るとともに、今後も皆様から忌憚ないご意見を賜れば幸いである。

最後に、本マニュアルの作成にあたりご尽力頂いた作成プロジェクトのメンバー各位、当院のチームの面々、成果発表会等で貴重なご意見を頂いた方々、その他、作成を支援してくれた多くのスタッフに、この場を借りて感謝の意を表したい。

平成22年3月

平成21年度厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業  
HIV感染症及びその合併症の課題を克服する研究 主任研究者 白阪琢磨  
独立行政法人国立病院機構大阪医療センター HIV/AIDS先端医療開発センター センター長

## 「HIV診療における外来チーム医療マニュアル(初版)」作成プロジェクト

### 作成委員（順不同）

- 白阪 琢磨（独立行政法人国立病院機構 大阪医療センター HIV/AIDS先端医療開発センター）  
池田 和子（国立国際医療センター エイズ治療・研究開発センター）  
上平 朝子（独立行政法人国立病院機構 大阪医療センター 免疫感染症科）  
大金 美和（国立国際医療センター エイズ治療・研究開発センター）  
岡本 学（独立行政法人国立病院機構 大阪医療センター 医療相談室）  
織田 幸子（独立行政法人国立病院機構 大阪医療センター 看護部）  
越智 直哉（独立行政法人国立病院機構 大阪医療センター 精神神経科）  
栞原 健（独立行政法人国立病院機構 大阪医療センター 薬剤科）  
小西加保留（桃山学院大学 社会学部 社会福祉学科）  
下司 有加（独立行政法人国立病院機構 大阪医療センター 看護部）  
仲倉 高広（独立行政法人国立病院機構 大阪医療センター 免疫感染症科 臨床心理室）  
西澤 雅子（国立感染症研究所エイズ研究センター第2 研究グループ）  
安尾 利彦（独立行政法人国立病院機構 大阪医療センター 免疫感染症科 臨床心理室）  
山中 京子（大阪府立大学 人間社会学部）  
吉野 宗宏（独立行政法人国立病院機構 大阪医療センター 薬剤科）

### 作成協力

- 古金 秀樹（独立行政法人国立病院機構 大阪医療センター HIV/AIDS先端医療開発センター）

## はじめに

1981年にAIDSが初めて報告され25年が経過した。HIV感染症は発見当初、治療法もない致死の病であったが、抗HIV薬による多剤併用療法(HAART : highly active antiretroviral therapyあるいはART : antiretroviral therapy)の登場を機に、医学的コントロールが可能な慢性疾患と位置づけられるようになった。現在では、HIV感染症も早期発見されれば通院加療によりAIDSを発病することもなく、学業や仕事を継続できる時代となった。しかし、未だに「根治薬」がなく治療は長期におよび、服薬による副作用や薬剤耐性HIVの出現など多くの課題がある。わが国ではHIV感染症と遭遇した経験のない医療者が大半を占め、HIV診療経験に乏しい拠点病院も少なくない。しかし、厚生労働省エイズ動向委員会の報告に依れば、わが国でもHIV感染症は若い世代を中心に拡大しており、拠点病院を中心とした多くの施設でHIV感染症治療の実践が、今後さらに必要になると予想されている。

世界を見ればHIVは若者など社会における脆弱性の高い(vulnerable)人々に広がっている。HIV感染は人を選ばない。医療者は、患者が医療者にさえHIV感染を開示することへの不安や偏見差別への恐怖を抱えて受診している場合が少なくないことを念頭に置く必要がある。根治薬がない現在、感染者にとってHIV感染は消えることがない事実である。感染の告知を受けてから、多くの感染者は他者とのコミュニケーションが不自由となり相談も困難となる。感染を知り症状が出てもAIDS発病を恐れながら受診さえできない感染者が未だにある。医療者は患者が受診した勇気を評価し、その出会いを大切にすることがHIV診療の第一歩である。初診での対応が患者のその後の療養姿勢・態度を決定する。医療者は患者の身体的、精神・心理的苦痛や社会経済的困難を和らげ、特に服薬に伴う身体的、精神・心理的、社会経済的負担の軽減に努めなければならない。具体的にはどうすれば良いか。医師は医療チームのリーダーであり、外来診療においても多くの役割と重い責任を担っている。「3分間診療」という言葉に象徴されるように外来の診療時間は制限され、患者に必要な医療を十分提供するにはチーム医療の実践が不可欠である。幸い、チームには看護師があり、病院であれば薬剤師もいる。施設によってはソーシャルワーカーやカウンセラーもいる。サービス内容に応じて各職種が分担するのが効率的であり、各職種が専門性を活かすことで、総合的に良質な医療を提供できる。ただ、医療上必要な情報が職種毎に分断されたり、チームの診療・ケアにおけるポリシーが不明確にならないように、外来カンファレンスなどで相互にコミュニケーションを図ることも重要である。

「治療の成功」には服薬アドヒアランスが重要である。100%近い服薬率を維持するには患者自身が多く努力と工夫をする必要がある。そのためには医療者は患者と話し合うスキルを身につけ、患者と繰り返し話し合う必要がある。「説明と同意」は現在の医療の基本であるが、患者も医療者と話し合う医療に参加する必要がある。患者がHIV感染と生涯付き合っていくことを支援するには、医師のみならず、皆がスクラムを組んで取り組むチーム医療の構築が必要である。

この度、厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業「多剤併用療法服薬の精神的、身体的負担軽減のための研究」班で「HIV診療における外来チーム医療マニュアル」を作成した。本冊子が、これからHIV診療を始める医療者や、既に診療を行っている医療者、そして服薬支援を実践する方々に活用していただけると幸いである。

平成18年3月

平成17年度厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業  
多剤併用療法服薬の精神的、身体的負担軽減のための研究 主任研究者 白阪琢磨  
独立行政法人国立病院機構大阪医療センター HIV/AIDS先端医療開発センター センター長

## 1、改正の根拠

平成18年度に実施した厚生労働科学研究費(エイズ対策研究推進事業)研究成果等普及啓発事業での発表会でのアンケートや参加者(385名)等の感想、および治療や診療の変化を反映することを目的に改訂した。

### 第一版改訂第二刷 改訂前

### 第二版改訂点

#### 【チーム医療全体に関すること】

1. 各専門職の機能(働き)を平易に表記
  - ・専門職の機能を当該施設の現存するスタッフで分担していくことを前提

1. 各専門職の機能を明確に表記(追記)
  - ・専門職が当該施設に配置されていることを前提

2. 各職種の役割(機能)の表記

2. チームやチーム医療を推進するために必要とされる能力などを表記(追記)
  - ・チームの定義
  - ・チーム形成を支える構成員や構成員間、構成員と組織との関係に働きかけること
  - ・チームのさまざまな形態や段階

3. 施設内スタッフの連携の推進

3. 施設内の連携と施設間の連携(追記)
  - ・中間拠点病院やブロック拠点病院、ACC、諸団体との連携

#### 【治療や診療に関すること】

4. 抗HIV薬開始からのチーム医療

4. 抗HIV薬開始前からのチーム医療(追記)
  - ・受診前相談
  - ・服薬未開始患者への対応

5. 治療開始時期

5. 治療開始時期の修正(変更)
  - ・今後の変更を加味し、参考資料やホームページを表記

6. 服薬支援を中心に編集

6. HIV陽性患者の治療を中心に編集
  - ・受診前相談の項目追加
  - ・服薬未開始の支援の項目追加

7. 服薬中断、治療困難症例への服薬支援

7. 標準的な症例を基本に表記(変更・縮小)
  - ・服薬中断例への服薬支援のみに縮小
  - ・チームによる対応への内容の変更
  - ・施設間での連携による対応の追記(中核拠点病院やブロック拠点病院との連携など)

#### 【使用しやすさに関すること】

8. 抗HIV療法や抗HIV薬の特徴(第三章)

8. 最低限の表記(縮小)
  - ・参考資料やホームページを表記

9. 連携を文書で表記

9. 連携に役立つ書式やテンプレートを追記
  - ・紹介状や問診票などの例を追記

10. 治療経過別の目次

10. 職種ごとの目次を追記

はじめに	3
------	---

## 第1章 HIV感染症の外来診療におけるチーム医療とは

HIV感染症の外来診療におけるチーム医療の必要性	10
患者ニーズとおかれた状況に対するチームでの対応	10
(1) 患者ニーズとおかれた状況	10
(2) チームでの対応	11
加算	11
チームとは	11
各医療者の役割	15

## 第2章 チームで支援するHIV外来診療

受診までの対応（告知後未だ医療機関を受診していない人への支援体制を組む場合）	19
初診	21
(1) 初診時の患者のおかれた状況	21
(2) チーム目標	21
(3) 初診時の流れ	21
2回目の診察	40
(1) 2回目の患者のおかれた状況	40
(2) チーム目標	40
(3) 2回目の流れ	41
3回目以降（服薬未開始）	45
(1) 3回目以降の患者のおかれた状況	46
(2) チーム目標	46
(3) 3回目以降の流れ	46
服薬準備期（抗HIV療法の開始が検討される場合）	48
(1) 服薬準備期の患者のおかれた状況	48
(2) チーム目標	49
(3) 服薬支援	50
(4) 服薬阻害因子の軽減	50
(5) ライフスタイルにあった服薬	51
(6) 各職種の患者への関わり	52
(7) 既往症・合併症への対応	54
服薬開始時	54
(1) 服薬開始時の患者のおかれた状況	54
(2) チーム目標	55
(3) 服薬支援	55
(4) 各職種の患者への関わり	56
服薬開始直後	57
(1) 服薬開始直後の患者のおかれた状況	57
(2) チーム目標	57
(3) 服薬支援	58
(4) 各職種の患者への関わり	58
服薬継続時	60
(1) 服薬継続時の患者のおかれた状況	60
(2) チーム目標	60
(3) 服薬支援	61
(4) 各職種の患者への関わり	61
服薬中断症例への服薬支援	63
(1) 服薬中断症例の患者のおかれた状況	63
(2) チーム目標	63
(3) 各職種の患者への関わり	63

### 第3章 チームで支援する諸問題

女性感染者への対応の留意点	65
血友病患者への対応	67
肝炎（HCV、HBV）合併例での留意点	67
パートナー・家族等への支援	68
(1) 身近な支援者に対するフォローアップの面接で医療者が心がけること	68
(2) 遺族への支援	69
抗HIV薬・抗HIV療法	69
院外処方の留意点	72

### 第4章 チーム医療に役立つ資料集

資料1 医療者が普段から備えておきたい援助的コミュニケーションスキルについて	73
資料2 服薬における患者と医療者のコミュニケーション事例	75
資料3 エイズ派遣カウンセリング制度実施自治体一覧	77
資料4 健康保険証と関連制度	78
資料5 身体障害者手帳	80
資料6 自立支援医療	83
資料7 障害者医療費助成	86
資料8 その他の医療費助成制度	87
資料9 障害年金	88
資料10 生活保護	88
資料11 後天性免疫不全症候群発生届	89
資料12 エイズ病原体感染者報告表(病状に変化を生じた事項に関する報告)	90
資料13 薬剤血中濃度	91
資料14 薬剤耐性検査	93
資料15 外国籍HIV陽性者の支援を行っている団体	99

註：本マニュアルでは、下記の語は以下のような意味で使用している。

ソーシャルワーカー：ソーシャルワークを行う職種をここではソーシャルワーカーとして表記しており、社会福祉士あるいは精神保健福祉士の資格を有していることが多い。

カウンセラー：臨床心理士やカウンセリングを担当する職種をここではカウンセラーとして表記する。

抗HIV療法：抗レトロウイルス薬によるHIVの増殖を抑える薬物療法を指している。他には、HAARTやARTと表現される場合もある。

ウィルス量：HIV-RNA量のことを指す。他には、VLやHR量と表記されることもある。

他科：HIV患者を主に診ている診療科以外を指す。

他部門：自分が属している部門（診療部や看護部、薬剤部など）以外を指す。

## 各職種の患者への関わり早見表

		役割	診療の流れ								
			初診	2 回目の 診察	3 回目 以降	服薬 開始 前	服薬 開始 時	服薬 開始 直後	服薬 継続 時	服薬 中 断時	
外 来 診 療	チーム目標	p、11	p、21	p、40	p、46	p、49	p、55	p、57	p、60	p、63	
	患者のおかれた状況		p、21	p、40	p、46	p、48	p、54	p、57	p、60	p、63	
	トリアージ		p、22	p、41	p、46						
	アセスメント					p、49	p、55	p、57	p、60,61		
	各 職 種 の 目 標 と 役 割	医師	p、15	p、26,30,38	p、41,43	p、46	p、52	p、56	p、58	p、61	p、63
		看護師	p、16	p、22,30	p、43	p、47	p、52	p、56	p、58	p、61	p、63
		薬剤師	p、16	p、32	p、44		p、53	p、56	p、58	p、62	p、64
		ソーシャルワーカー	p、16	p、32	p、44	p、47	p、53	p、57		p、62	p、64
		カウンセラー	p、17	p、32	p、45	p、47	p、53		p、59	p、62	p、64
		精神科医	p、17	p、36,37							
外来カンファレンス		p、39	p、45	p、48							

## コ ラ ム

チーム内での情報共有について .....	17
院外の陽性者支援の紹介 .....	17
初診患者への対応のポイント .....	22
健康保険使用のメリットと予測されるリスク .....	22
個室のメリットとリスク .....	23
多言語通訳の手配 .....	25
外国籍の患者の地域支援 .....	25
男性感染者の性行動の対象は異性？同性？どちらも？ .....	28
患者教育 .....	31
患者教育で使用する資料 .....	31
インターネットによる情報収集と意見交換 .....	31
カウンセラーの視点 .....	35
患者への連絡 .....	39
行動を変えることはたやすくはない！ .....	54
服薬支援のコツ .....	56
女性患者の服薬支援 .....	66
小児患者への服薬支援 .....	66
血中ウィルス量検査の説明 .....	71

# HIV感染症の外来診療における チーム医療とは

## 1 HIV感染症の外来診療におけるチーム医療の必要性

HIV感染症は治療のできる慢性疾患となった。しかし、処方

が優れていても、患者自身が服薬行為を適切に行えなければ、治療は失敗し、さらには薬剤耐性ウイルスが出現することが知られている。従って、患者がいかに自主的に服薬を継続できるかが治療成否のポイントと言える。HIV感染症の外来診療におけるチーム医療の目的は、患者自身が服薬も含め自己管理し、自身の健康を向上・維持できるようになることである。そのために適切な支援をチームで提供することが重要である。チーム医療の提供とは、患者に提供す

べき医療を、各スタッフ（医師、看護師、薬剤師、カウンセラー、ソーシャルワーカー等の専門職）が、専門に応じて役割を分担し、患者と同じ目線にたって責任を持って行うことである。スタッフは専門的知識と技能、コミュニケーションスキル（73ページ、資料1参照）を持ち、自分の役割を認識し、責任を果たす必要がある。そして、对患者のみならず、スタッフ相互間においても良好なコミュニケーションが求められる。



## 2 患者ニーズとおかれた状況に対するチームでの対応

### (1) 患者ニーズとおかれた状況

HIV感染症は人をさまざまな状態におく。感染による身体や身体機能への影響にとどまらず、心理状態や社会生活にもその影響はおよぶ。疾患そのものに対する不安に加え、偏見や差別が未だに強いHIV感染症は、サポートシステムからの孤立や心理的な傷つきを生じさせる。慢性感染症となった現在でも、長期間の受診や服薬を強いられ、人生設計の変更さえ余儀なくされることもある。さらに、心理状態や社会生活の状況が、患者の受診行動や保健行動に影響を与える。自尊感情の傷つきが健康維持への努力を低下させたり、社会的役割の喪失や変化が意欲を減退させ治療継続が難しくなったりする。

人の身体の状態と、心理的状态、社会的状況は相互に密接に関わっている。HIV感染症は患者の身体的、心理的、社会的そしてスピリチュアル的に困難な状況を生じさせるといえる（図1参照）。これらの多面的困難な状況のなかで、どの側面が

強調され認識されるかは、患者によってさまざまである。医療者は、HIV感染症がすべての側面に危機状況を生みだすことを認識することが重要である。患者が医療に求めるニーズもまた、身体的、心理的、社会的そしてスピリチュアルなど多面的である。

## (2) チームでの対応

医療機関では、身体の状態をアセスメントし治療していくことが最も重要であるが、そのためにも心理的、社会的側面やアイデンティティなどにも関心を持ち、アセスメントを行い、必要なサポートを整えていくことが求められる。身体的変化や行動の変化、心理、社会、アイデンティティの変化によって引き起こされる場合もある（38ページ、図2 - 8参照）。診療場面などで観察される患者の些細な身体状況や行動の変化に気付くことで早期対応が可能になる。

診療上の問題が生じた場合、問題そのものの対応に加え、心理状態や社会的状況を考慮したアセスメントと介入を行うことも重要である。まず既存の医療スタッフで対応が可能かどうかを判断し、必要な院外の社会的資源の活用も検討する（17ページ、コラム「院外の陽性者支援の紹介」参照）。多面的アセスメントを行うには、何よりもまず患者が上に示したような状況におかれていることに医療者が関心を持つことが重要である。可能であればカウンセラーやソーシャルワーカーなどの多職種の専門職が受診の早い段階から診療にかかわることで、診療上の問題が重層的に捉えられ、介入プランも多様なものに練りあげられるだろう。すなわち患者のニーズに応じて、さまざまな職種が医療に参加することを目指しつつ、既存のスタッフで行えることを判断し、他機関や社会資源との連携も積極的に行っていくことが肝要である。チームを組み効果的に関わるためにも、構成員はそれぞれ役割を分担し、理解しあうことが大事である。患者にとって医療機関は社会の一つである。さまざまな困難を抱える患者に対する医療機関の公正で誠実な対応が、その後の患者の主体的な社会参加への支援につながる。

## 3 加算

平成18年4月より、ロ）ウィルス疾患指導料-（330点、月1回/HIV/AIDS患者一人）に加え、チーム医療加算（220点）が厚生労働大臣の定める施設基準を満たす施設に診療報酬上の加算ができるようになった。

施設基準とは、

- HIV感染者の医療に従事した経験が5年以上の専任医師が1名以上
- HIV感染者の看護に従事した経験が2年以上の専従看護師が1名以上
- HIV感染者への服薬指導を行う専任薬剤師が1名以上
- 社会福祉士または精神保健福祉士が院内に配置されていること
- プライバシーの保護に配慮した診察室・相談室が準備されていること

また、厚生労働省健康局疾病対策課長通知（平成18年3月31日、後天性免疫不全症候群に関する特定感染症予防指針の運用について）では、国が外来診療におけるチーム医療等についてのマニュアルを作成することが示され、本マニュアルが作成された。

## 4 チームとは

### (1) チームとは

チームとは、各専門職種が、それぞれの専門性すなわち専門的知識と技能を最大限に発揮し、それらをチーム全体で統合することによって、個別の専門職では達成できない総合的な患者支援を実現する小集団のことである。各職種がチームを組む

ことによって、患者の持っている身体的、心理的、社会的、そしてスピリチュアルなどの多様なニーズに応えることができる。

---

## (2) チームとなるために求められる力

チームを作り出すためには、以下の二つの力が求められる。

### 専門力

まず、チームの基盤となるのは、各専門職の確かな専門的知識、判断、技能である。他の職種ではとって代わることのできない専門力をそれぞれの職種が身につけていることが必要となる。

### 協働力

上記の専門力はチームの基盤である。しかし、上記の専門力だけでは、チームは実現しない。チーム実現のためには、さらに、以下のような協働力が必要である。

各専門職独自の知識、判断、アセスメント、技能を異なる専門職に説明し、伝える力

自分たちの職種ではお互いにわかり合えても、異なった支援観や知識を持っている他職種にはわからないこともある。相手が理解しやすい言葉で自分たちの判断、アセスメント、技能をはっきりと伝える力が必要である。

他の専門職の知識、判断、アセスメント、技能を理解する力

自分の専門性とは異なる他職種の専門性に関心を寄せ、理解しようとする姿勢が大切である。その姿勢に基づき、具体的な各患者支援でのやり取りや研修、マニュアルなどを通じて専門性への理解を深めていく。

異なる判断やアセスメントあるいは行動をすりあわせる力

各職種は専門性に基づく判断やアセスメントを行っている。それらが各専門職で異なっている場合もある。その際に、一見異なってみえる判断やアセスメントの一致点あるいはお互いに譲り合える点を見つけられることが大切である。共に活動するためにお互いの具体的支援行動をすりあわせる力が必要である。

上記のような協働力は、言い換えれば、職種間で行う様々なコミュニケーションを行える力とも言えるだろう。

---

## (3) チームのためのさまざまな活動

多職種が参加し、実際に総合的な患者支援を行うチームができあがるには、その前段となる以下のようないくつかの活動のステップが必要である。これらの活動の積み重ねがその結果としてチームを生み出す。チームとは、多職種が共に働くことを目的に組織され、その組織化が継続的に維持され、すべての患者に対応している状態で、さらにこの組織が多職種間で広く認知されている状態を指す。

### 打ち合わせと連絡

2つあるいは3つの職種がお互いに患者に関する情報、判断、支援方法や支援計画についての情報を交換しあう活動のことである。前もって連絡しあって集まる場合もあれば、その場で始まる場合もある。

### 専門的助言

ある専門職が他の専門職にその専門性に基づく知識や判断を提供し、その専門職の活動を支援することである。

上記のような患者支援をめぐる単発で、偶発的な活動も多職種協働の確かなステップである。これらが積み重なることによって、さらに組織立った活動へと展開する。

#### 協力

ある特定の患者のある特定の問題を解決するために、多職種が活動を調整しながら、共に働くことである。協働は、まだこの患者あるいはこの問題にとどまっており、すべての患者にまで広がっていない状態である。

### (4) チームが形成されるためのプロセス

各職種が専門性を十分に発揮し、それらの総和としての総合的な患者支援を行えるチームが形成されるまでには、多職種間で以下のようなプロセスが展開することが考えられる。

#### 開始期

各専門職は、お互いの知識、判断、アセスメント、技能をまだよく知り合っていない。そのためにチームにおけるお互いの役割や機能を理解していない。その状態では、どの職種がどの役割や機能を果たすのかについて十分な合意ができておらず、時に職種間で役割の取り合いが起こる。お互いの知識、判断、アセスメント、技能の理解が進めば、次第にチームにおける各職種の役割や機能が明確化し、このような役割葛藤は解決されてくる。

また、時には、知識、判断、アセスメント、技能の不十分な理解によって、過剰な期待が他職種に寄せられ、それらが実際に患者支援の場面で実現されないと、その職種に対する「低い」評価につながり、チーム形成を停滞させる場合がある。開始期には、お互いの役割期待とその結果に齟齬を生じた場合には、より丁寧なコミュニケーションをはかり、その齟齬の内容や原因を解決する努力も必要である。

#### 展開期

各専門職は、お互いの知識、判断、アセスメント、技能について現実的にかつ十分に理解し始めており、チームでのお互いの役割と機能を明確に意識できる段階となっている。その結果、患者支援においてお互いがお互いを補える存在となっている。この段階を通じて、しだいに包括的で体系的な患者理解が進んでくる。

#### 成熟期

各職種が専門性に基づきつつ、包括的で体系的な患者理解が可能となる。各専門職は自分たちの専門性を伝え、主張するだけでなく、他の専門職から他の専門性を学ぶことができる。そのために各専門職の役割の重複が起こるが、調整はスムーズにできる。各職種は、お互いの専門性の価値観、知識、判断、技能を尊重できる。

### (5) チームの種類

チームにはいくつかの種類がある。

#### マルチ型チーム (multi - disciplinary team)

治療に貢献するように、医師を中心として医師のリーダーシップの下、専門職が各々個別の目標と役割を設定し、それらを最終的に医師に集約していくチームである。命に関わるような疾患あるいは病状の場合に、時間の制約の中で、最大限にチームの機能をはたすためにはこのようなチームが適している。

#### インター型チーム (inter - disciplinary team)

慢性疾患など、患者のニーズがより多様である場合に、その患者の多様なニーズに対応して、各専門職が支援を提供し、その専門性を重なり合うように発揮してい

くチームである。方針決定のプロセスは専門職同士の意見の交換や交渉による相互性が重要となる。リーダーシップは共同主導権である。

#### トランス型チーム (Trance - disciplinary team)

各専門職が、互いの機能や役割を理解し、それらの機能や役割を臨機応変に開放したり、交代したりしながら、患者のケアを統合的に行う。

慢性化が進むHIV感染症では、その疾患の特徴から、上記のインター型チームがチームの基本的あり方と考えられる。ただし、インター型チームの定着が長期にわたることで、各専門職の機能と役割の理解が深化し、時にはトランス型チームへの移行もありえるだろう。また、疾患の状態変化によって、マルチ型チームのほうが適している場面もあるだろう。

### (6) チーム形成を可能にする基盤

#### チームメンバー間の関係とコミュニケーション

知識、判断、アセスメント、技能を交換し合うことで、お互いの理解が進み、また、患者支援の具体的な経験を通じて、他職種への信頼が生じ、その結果、交互尊重が実現していく。このように多職種間のコミュニケーションとそれによって生み出される信頼、相互尊重はチームの基盤である。

#### 管理組織からの理解

各職種間のコミュニケーションだけでなく、チームが所属する機関やその機関内の専門職組織からチームの活動が認められていることはチームの様々な活動を支え、チーム形成に影響を及ぼす。専門職組織がチームへの参加を認めていることによってチームメンバーが時間をとったケースカンファレンスへの定期的な参加が可能になる。また、機関の管理組織がチームの存在を認めていることで、チームに参加する専門職の人員の配置や増員が可能となる。このような管理組織へのチーム理解の促進には、チーム自身からの働きかけが必要となる。

#### 制度や国全体のシステムからの支援

患者の多様なニーズに応えるために、そのニーズに最も見合った専門性を持つ専門職が院内にいない場合、その専門職を院内に配置する新たな制度が求められる。また、診療報酬など国全体のシステムからの支援も重要である。これらの支援の重要性を認識するとともに、チームを実現するためには、時にこれらのシステムへの働きかけが必要であろう。

### (7) チームの状態を振り返るための視点

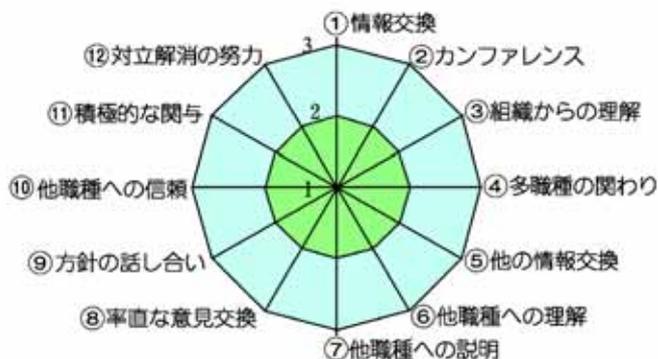
日々の診療の流れの中で、チームは上述のように適宜変化をしながら患者一人ひとりに応じて対応していく。柔軟で機能的なチームを維持するためには、下記表1のような視点で振り返ってみるのも一つの方法である。

表1 適切なチーム状態を維持するためのチェック表

質問項目	3 している	2 どちらでもない	1 していない
各職種間で必要に応じて、患者支援に関する情報や判断などを連絡し合って、交換しているか？			
多職種が集まるカンファレンスなどが必要に応じてまたは定期的に行われているか？			

質問項目	3 している	2 どちらでもない	1 していない
自分たちのチームに対して、管理組織や他の専門職、専門職組織からの理解があるか？			
自分の病院では、多様な専門職が患者支援にあっているか？			
チーム間で、カンファレンス以外にも、お互いの情報を交換する方法を持っているか？			
自分は、他職種の専門的な活動、判断、考え方を理解しているか？			
自分は、他職種に対して、自分の専門的な活動、判断、考え方を説明しているか？			
多職種間で、異なった立場の判断や考え方も正直に交換しているか？			
自分のチームでは、患者支援の方針について、話し合っているか？			
自分は他のチームメンバーの判断や技能を信頼しているか？			
チームでは、自分の判断や考え方を自由に発言しているか？			
チームでは、意見や方針の対立があっても、努力して合意に至っているか？			

### チーム状態の振り返りチェック表



## 5 各医療者の役割

施設によって外来を構成する職種は様々である。本マニュアルのねらいは、HIV診療に関わる様々な業務を、どの職種の仕事であると決めることではない。各職種が専門的スキルと知識を駆使して各々の得意分野で協調しつつ、限られた人的資源の中で、真に患者のためになるよう、患者のニーズをどのように満たしていくかをチームで取り組む必要がある。次に各職種の主な役割を記す。

### (1) 医師の役割

医師は診察し、必要な検査を実施し、それらの所見に基づき診断し、治療方針を決定する。治療を要する場合には、処方を行い、治療効果を評価する。患者は医師の一挙一動に敏感である。医師は偏見や差別を避け、不必要な発言や態度は慎み、チーム医療のリーダーとして、患者に安心感を与え、安全な医療を提供する。医師は、看護師、薬剤師、ソーシャルワーカー、カウンセラー等の多職種でのチーム医療体制を構築し、チームカンファレンスを開催するなど職種間の情報交換を保障す

るとともに、チーム医療の最終責任者としての責務を果たす。各スタッフは看護部や薬剤部等それぞれ異なった組織に所属していることを念頭におき、医師は各部門、所属長ともコミュニケーションを図り、各職種がチーム医療を円滑に行うための環境を整える。また、他科連携や院外連携が必要な場合も各職種と協力してその責務を果たす。

---

## (2) 看護師の役割

看護師は患者の全人的理解と評価を行い、包括的医療を提供する上でのチーム医療の要（かなめ）である。HIV感染症は慢性疾患となり、患者の診療は治療の有無にかかわらず継続的定期受診を基本とする外来が中心である。療養と生活を両立するには患者の工夫や努力が必要であり、看護師は患者への最新情報の提供、正しい疾患理解の確認、患者からの相談への対応を行い、患者自身が意思決定を行えるように支援する。看護師はケアにおける患者の情報の集約を行い、ニーズを見極め必要な専門職へ連携し、患者理解と患者の問題解決に向けて各専門職と意見交換を行い、それぞれの調整の役割を担う。

---

## (3) 薬剤師の役割

薬剤師は医師が処方した処方箋の確認、正確な調剤、薬剤が適正に使用されるよう服薬指導を行う。HIV診療における薬剤師の役割の中で処方箋の確認は、用法・用量の確認に加え、相互作用の確認も重要なポイントとなる。抗HIV薬は多剤併用療法が行われることに加え、日和見感染症治療等、抗HIV薬以外の薬剤が併用される例も多く見られる。抗HIV薬とこれら薬剤の相互作用は数多く報告されており、薬剤個々の薬物動態を十分に把握し、相互作用を理解し、処方箋の確認を行うことが求められる。正確な調剤はもちろんのこと、抗HIV薬は使用患者数が少ないため、特殊な流通を経る薬剤があることから、薬剤の供給体制に配慮する必要がある。

また、院外処方箋を発行する場合は、地域薬剤師会との連携等医薬品供給を円滑に行うための役割が求められる。服薬指導の目的は薬物療法の効果をより確実にし、かつ安全性の確保を図るため、服薬上の適切な指導・助言を行うことにある。患者に伝えなければならない情報を分かりやすく、患者が必要とする情報を理解し的確に伝えていくことが、服薬指導の基本となる。

---

## (4) ソーシャルワーカーの役割

ソーシャルワーカーは、患者・家族等とそれを取り巻く環境の両者を視野に入れた相談支援を行う。具体的な相談援助の課題は、経済的問題、プライバシーの保護、介護、就労、家族やパートナーとの関係など多岐に亘るが、経済的問題を契機に患者と関わることが多い。抗HIV療法は高額であるため、安定した療養生活の継続には、経済的問題の解決が必要不可欠である。社会保障・社会福祉制度の活用によって経済的負担が軽減される場合が多いものの、制度の活用によってプライバシーの漏洩を心配する患者も多い。制度を活用するか否か自己決定出来るような支援が必要であるとともに、患者が生活しやすい社会を作るために地域の関係機関に対して、プライバシーに配慮した対応を求めていくこと等もソーシャルワーカーの重要な役割の一つである。患者の主体性を尊重し、可能な限り患者自ら課題を解決していく力を備えられるよう側面的な支援が基本となる。

## (5) カウンセラーの役割

カウンセラーは患者自身およびその周囲の人々(家族やパートナーなど)の感情、思考、認知、イメージなど心に最大の関心を払い、患者らがHIV感染という事実をどのように受け止め、どのように対処していくかを共に考えながら、患者自らの人生を自分らしく生きていけるよう支援する。HIV感染を機にまたは以後に生じた課題および顕在化あるいは増悪化した課題など、生きること自体をめぐって何らかの苦悩や疑問、違和感を抱く患者が自らの人生をよりよく生きるために、自らの主体性を取り戻すプロセスを促進することがカウンセラーの重要な役割である。

そのために、患者や家族等への心理アセスメント、心理療法やカウンセリングを提供したり、他の職種へのコンサルテーションやチームや組織に対しての心理的支援を行う役割を持つ。

## (6) 精神科医の役割

精神科医は主治医、担当看護師、薬剤師、ソーシャルワーカー、カウンセラーらと情報を共有しながら、患者の心理社会的ストレスを把握しなければならない。次に、HIV診療に伴う特有の精神科的問題として、HIV感染の中枢神経系への直接的影響による認知機能障害や精神症状、抗HIV薬による精神症状などがある。また、感染以前より存在する気分障害や不安障害、適応障害などの精神障害に対する通常の精神科診療も必要となる場合が多い。これらの点に留意しながら、精神科医は適切に診療にあたり、チーム医療としての治療方針、患者・家族へのサポートをスタッフと共に検討しなければならない。HIV感染症に対する包括的な診療にはこうした精神科医の役割が重要である。



### コラム チーム内での情報共有について

チーム医療では1人の患者に多職種が関わることがある。その際に注意しなければならないのは、あるメンバーが知り得た患者の情報をどこまでチーム内で共有するかである。診療上必要な情報はチーム内で共有できたほうが良い場合もあるが、反対にチームの全員が知っておく必要のない場合もある。患者もあるメンバーにだけ話したつもりが、患者本人の知らない間に他のチームメンバーに情報が伝わっていたとなれば、不信感につながることもある。患者から知り得た情報に関してチーム内での共有が必要と判断された場合、患者に了解を得たうえで共有するなどの配慮が望ましい。特にカウンセリングやソーシャルワークにおいては、そのような配慮をすることが、患者の内面の世界を含めた自己開示を保障する安全感と信頼感を作る土台となる。



### コラム 院外の陽性者支援の紹介

患者の支援を医療機関だけで充足することが困難な場合、当事者同士の交流など、医療機関では得られにくいサービスについては、外部の社会資源の導入を検討する。

HIV感染症は様々な印象を持たれているので、感染をした後の暮らしや性生活、人間関係についての情報は乏しく、見通しが立たない不安を感じる患者は多い。医療機関のスタッフによる正確な医療情報の提供が必要であることはもちろんだが、直接当事者の語りや思いに触れることにより、孤独感や孤立感が癒されたと語る患者や、仲間がいることで前向きにこれからを考えられるきっかけになったと語る患者がいることから、医療機関だけではない社会資源を紹介することは重要だと考える。複数のチャンネルを通して情報や経験、感情を共有することが可能になっている。

社会資源の種類には、当事者や周辺の家族・パートナーなどを対象とした相談支援や当事者同士の交流、情報提供、通訳などの受療支援などがある。これらのサービスには、NGOや相談機関などが実施する電話相談やグループミーティングなどの直接的な相談支援や交流サービス、インターネットやパンフレットなどによる情報提供サービスなどさまざまである。

医療スタッフが情報提供するためには、地域の中にどのような社会資源があるのかを把握していることが必要になる。具体的には、サービス内容や得意なこと、対象者に制限（性別や性的指向、年代、言語や、インターネット利用の可否）などがあるかどうか、予約の要否やアクセスの方法についてなどである。サービスには限界があることにも留意する。また、情報は変更されることがあり、更新する必要がある。

患者に対し情報提供する時には、情報そのものにも、それぞれのサービスにも限界があることについて案内をすることはもちろんだが、医療機関のスタッフがニーズを選別するのではなく、幅広い選択肢を提示した上で本人が選べるようにすること、またその場で選ばなくても良いように複数の選択肢を持ち帰れるように配慮することなどがポイントとなる。

事前に情報が用意できていない場合には、次に会うまでに情報を収集することを約束したり、患者自身が社会資源を探し出せるよう支援する。

うまく情報を得られない場合には、中核拠点病院かブロック拠点病院のスタッフに問い合わせてもよい。

## 1 受診までの対応（告知後未だ医療機関を受診していない人への支援体制を組む場合）

### (1) 受診支援

HIV感染症は、医療機関における適切な管理があつてこそ、コントロール可能な疾患となる。そのためHIV陽性者にとって医療機関への受診は不可欠である。しかしながら、HIV陽性者の中には、告知を受けても医療機関へ受診することにためらいを感じる例が少なくない。理由は様々だが、HIV陽性者が「受診」という一歩を踏み出すためにも、当事者あるいはその支援者からの相談に応じる姿勢が必要である。

極度に免疫機能が低下あるいはAIDSを発病してからの治療は、さまざまな困難がともなう上、免疫機能の回復が不十分となることもある。またAIDS発病による後遺障害により、場合によっては要介護状態となることもある。近年、HIV感染症はより早期に治療開始することで、予後がさらに改善すると考えられており、HIV陽性者のQOLの面からも少しでも早く医療につながるよう、助力できることが望ましい。

#### 医療機関の選択

HIV陽性告知を受けた人が、HIV治療のためにまずしなければならないことは、受診する医療機関を決めることである。医療機関の選択にあたっては、医療設備や規模、治療やケアの質、スタッフの充実度、交通アクセスなどが考慮されるが、人によって重視するポイントは異なるので、選択のための情報が提供されることが重要である。

また、HIV診療拠点病院は一般的に規模の大きな総合病院であり、担当医の診療日や診療時間、受診に際しての紹介状や予約の要否などが決められている。HIV陽性者は比較的若い世代に多く、医療そのものが身近でない人も多いため、それらのシステムを伝えることもスムーズな受診のためには必要である。

#### プライバシー

プライバシーの問題は、他の様々な問題のベースになっていることが多い。「受診する」「保険や諸制度を使う」といったことで、HIVに感染している事実が自分とつながりのある人や機関に知られることを恐れる人は多い。なぜなら、HIV感染症は社会的にまだ十分理解されていない疾患であり、受診したことがきっかけで、生活基盤を揺るがす事態が起きるのではないかと想像するからである。

そのため、HIV陽性者の中には受診をすることで、どのような情報がどこに伝わるのかを事前に知っておき、予測される問題への対処を考えておきたいと考える人もいる。

誰に何を知られたくない内容によっては、必ずしもプライバシーが守りきれない場合もあるが、決して無用な不安を抱かせないよう、適切な情報提供ができることが望ましい。

また、所属機関や関連機関における情報共有のシステムを把握し、日頃からプライバシー保護に対するスタッフの意識を高めておくことも重要である。

#### 経済的問題

HIV感染症の治療には医療費助成制度が利用できるが、実際どの程度の自己負担が生じるのかはあまり知られていない。また、医療費助成制度は一定の条件を満たさなければ利用できないため、投薬前の定期通院などは通常健康保険による自己負担金を支払わねばならない。収入によってはこれらの負担を重く感じる場合もあるし、未成年やオーバーステイの場合など、保険利用すら難しい場合もある。受診と同時に医療費は発生するため、事前にある程度の見通しを立てておくことが必要である。

#### 既存疾患の治療

HIV感染が分かる以前から、すでに他の病気の治療を受けている場合、それらの病気の治療とHIV感染症の治療がどのように影響しあうのか、既存疾患の治療継続をどのような形とするべきかといった情報を必要とする場合がある。

詳細が分からない段階での回答は難しいが、双方の治療継続において何が不安要因となっているのかによっては、受診前に助言できることもあるので、関係職種とも相談しながら対応を検討することが望ましい。

#### コミュニケーション

外国人や聴覚言語障害者、知的障害者など、「聞く」「話す」「書く」「読む」「理解する」ということに支障がある場合、その人の困難の要因、程度に応じてあらかじめ対応を考える必要がある。適切な支援者を同伴させるなど、外部のリソースを活用することも有効である。

---

## (2) 相談体制

受診相談は患者本人から受けるとは限らない。感染を告知した検査機関やHIV陽性者支援機関がスムーズな医療機関への受診を意図して連絡する場合や、家族・友人・知人などが相談する場合なども考えられる。どのような経路で相談されるにせよ、医療機関に連絡があった際に、スムーズに適切な担当者につながることを望ましい。

相談の連絡は医療機関の代表電話、相談窓口などにつながる場合も多いので、平素から院内での連携を図っておくことが必要である。

医療機関側の誰が対応するかは、各医療機関の診療体制等によっても異なると思われるが、多岐に亘る問題領域に答えることができるか、あるいは適切な部署に振り分けることのできる者が担当することが望ましい。

## 2 初診

### (1) 初診時の患者のおかれた状況

感染告知を受けて間もない患者は、自らの予後についての見通しを持ちにくく、学業や仕事、人間関係などを巡って将来が不透明であることへの不安を抱えやすい。また、臨床症状のある患者は、生命予後への不安も増大している。その上、初診時は患者にとって全く初めての医療機関やスタッフとの出会いの時であったり、そのこと自体が患者に緊張感をもたらすことも考えられる。何よりもまずそのような不安や緊張感を抱えながらも、何とか医療機関に足を運んだ患者をあたたく迎え入れる姿勢が重要である。そのため初診時には、まず担当する医療者との間に安心できる人間関係を作ることと（73ページ、資料1参照）押し寄せる様々な不安を整理し、今後の療養生活についてのある程度の見通しを立てる支援が必要であると考えられる。

註 本マニュアルの初診時にはHIV確認検査（Western blot法）で「HIV抗体陽性」と診断され、患者の持参データは「抗体陽性結果」程度であり、CD4陽性リンパ球数などのHIV診療に必要な検査は未実施な場合について説明する。

### (2) チーム目標

初診時に得られた患者の身体的・心理的・社会的（経済を含む）背景等を総合的に把握し、チーム医療を通して問題解決をはかり、患者が長期にわたるHIV感染症の診療や必要な支援が開始できる。

- 心身ともに危機的状態から回復することができる
- 治療と療養生活の見通しを持つことができる
- 定期受診の必要性を理解することができる（2回目の受診につなげる）

### (3) 初診時の流れ

医療機関を訪れた患者にどのスタッフが最初に出会うことになるか、医療機関毎に事前に確認しておく（図2-1参照）。

図2-1 初診時の流れ



受付（初診受付での対応、はじめに会うスタッフの対応）  
 .....  
 緊張の緩和、プライバシーへの配慮  
 不安で緊張している患者に配慮し、医療がスムーズに開始され、かつ継続されるような初診の流れを把握し、それぞれのスタッフの役割が十分に果たされることが望ましい。  
 受付スタッフから診療科外来看護師に連絡する。



#### コラム 初診患者への対応のポイント

HIV感染症は慢性疾患であり継続受診が原則であるので、初診時に「少なくとも次の受診に繋がるよう」に心掛ける。そのためにも医療者をはじめとするすべての病院スタッフが言動・態度に配慮することが重要である(73ページ、資料1参照)。HIV感染症に限らず、「初診患者」は病気や治療、医療費、仕事との関係など数多くの不安を抱えていると考えられる。それと同時に、患者は初診時に多くの質問や疑問を抱いて受診している場合が多く、医療参加に最も積極的な時機でもある。



#### コラム 健康保険使用のメリットと予測されるリスク

HIV診療において、初診時にプライバシーの漏洩を危惧して、健康保険の使用を躊躇する患者も少なくない。また診療を開始する上で「病名」をつけることは病院側に義務づけられ、支払い機関に対し病名を記載したレセプトが提出される(78ページ、資料4参照)。抗HIV薬は高額であることが知られており、健康保険を使用しないことで継続治療が難しくなる場合がある。初診時、患者に対し健康保険使用の利点、欠点を説明することは継続療養において重要である。

### - 1 トリアージ

自己紹介をする。

看護師は、紹介先から情報提供されている内容を不必要に反復し、患者の負担を増やさないようにする。紹介状があれば事前に内容を確認するなど施設内で取り決め、速やかに診療が開始されるように工夫する。

オリエンテーションを受ける体力があるか体調の確認をする 必要であれば診察の順番を優先する(図2-2参照)。

受診理由を確認する。

告知後の状況(疾患の受け入れ)を簡単に聞く。診察後に時間を設けて病気の説明、相談対応することを説明する。

日本語での説明で理解が可能か確認する 難しければ通訳の利用を提案し、同意を得る。

患者をプライバシーが確保される場所に案内し、オリエンテーションを実施する。



- 2 オリエンテーション

初診時の流れを説明する。

診察、各種検査（血液検査・尿検査・便検査・喀痰検査・胸部線検査など）病気の説明、日常生活指導、相談対応、会計などの初診外来診療の流れについて説明する。

おおよその所要時間（約3～4時間）と諸費用（健康保険3割負担で1万円～1万5千円程度、平成21年12月現在。）がかかることを説明する。費用に関して、初診料がかかること、HIV感染症の診療を開始する上で、他の性感染症や日和見感染症の予防と治療のために各種感染症抗原・抗体検査が必要であるが、別途費用がかかること、また初診日の検査を受診毎に実施するわけではなく、初診では今後の治療方針を検討する上で必要不可欠な検査を実施することを説明する。HIV診療はチーム医療で実施されていることを説明する。チーム構成員（職種）を紹介する。

測定（体温・血圧・脈・意識・体重・身長・食事摂取の有無など）

情報の収集（図2-3、2-4参照）

医療費の支払い等に関して問題あれば、ソーシャルワーカーと連携する。

支払い可能金額を聞き、医師と相談の上、検査を初診時と再診時に分ける場合もある。

診察前に看護師は医師にオリエンテーションで得られた情報を伝える。

図2-4 診察における問診票の例  
B病院

**問診票**

初診日 年 月 日

氏名: 身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg

連絡先 ①  
②

職業: 国保 社会保険(本人 家族) 老人医療 生保 その他

受診までの経過と現在の症状  
今回抗体検査した場所: 検査日: 告知日:  
抗体検査した機関:

原因:

抗体検査: 回 最終検査日 年 月 日  
検査をした理由:

初感染時期: 年 月 頃・不明 初期症状 無・有 症状:  
感染経路: 同性間 異性間 血液製剤 母子 薬物 針刺し その他:  
HIVについての知識

HIV告知の際の医師からの説明:

既往歴  
今までにかかった病気: **NTT:**

アレルギー: 薬  
食物  
その他: **輸血**

家族構成: 仕事:  
勤務時間:  
休日:  
嗜好: タバコ 本/日 お酒  
海外渡航歴: 薬物:  
パートナー: 無・有  
告知している人:  
字が上手い:  
ペニ: 無・有

**問診票**

年 月 日

\*\*\*今後の診療や検査の参考にさせて頂きたいので、以下の質問にご協力をお願いします\*\*\*

名前	性別	年齢	身長	体重
	男・女	歳	cm	kg

【1】今回受診される症状は何かを以下の項目から選び○で囲んで下さい。  
・頭痛・めまい・ふらつき・血圧が高い・しびれ・発熱・口渇・むくみ・倦怠感  
・体重減少(1ヶ月以上)・食欲不振・せき・たん・鼻汁・動悸・胸痛  
・結核・人間ドックで異常を認められた  
★ ○で選んだところを具体的に記入して下さい。★

その他: \_\_\_\_\_

【2】その症状はいつからですか?  
( )日前 ( )週間前 ( )ヶ月前 ( )年前

【3】その症状で病院にかかった事がありますか?  
・ある( )病院・医師・診療所 ( )月 ( )日  
どのように診断を受けられましたか?  
治療した内容・薬名( )  
・ない

【4】現在、治療中の病気はありますか?また内服している薬はありますか?  
・ある 病名( ) 薬名( )  
・ない

【5】今までにかかったことがある病気や受けたことのある手術、その年齢を書いて下さい。  
( )歳 ( )歳 ( )歳 ( )歳 ( )歳 ( )歳

【6】今までに血縁の方で大きな病気にかかったことのある方はいますか?  
・ない  
・いる: 糖尿病・高血圧・心疾患・癌・その他( )  
どなたですか?( )

【7】現在の状態について  
a. 海外渡航の経験が... ない・ある b. 輸血の経験が... ない・ある  
c. 薬のアレルギーが... ない・ある ( )  
d. たばこは... 吸わない・吸う( )日/本  
e. 喫煙: 日/日 f. 禁煙: 日/日  
g. 月経: 順調・不順 h. 妊娠の可能性が... ない・ある  
i. 障害が... ない・ある( 視力・聴力・言語 )

【8】職業は? ( )

【9】一番相談できる方を教えてください。( )



### コラム 多言語通訳の手配

外国籍の患者は、日本の滞在期間が長い人でも日本語による医療や福祉の説明を理解できるとは限らない。医療従事者の前では「はい」と言っている場合でも理解していない場合もあるため、初診時または早い段階で通訳の希望を確認し本人の同意を得て手配することが必要となる。

通訳は、HIV診療、社会福祉制度、陽性者の心理、そしてプライバシー保護について知識と理解のある人が行う必要があり、言葉が出来るというだけでは通訳できないため、日頃から地域のNGOと連携を持ちHIVの情報を提供しておくなどの関係性作りを行えることが望ましい。また通訳費用を支給する地方自治体も増えてきているため確認しておくが良い。

国籍に関係なく同国人に出会うことを嫌う場合もあり、通訳者が同国人の場合には事前に本人の了解を得ることが必要である。

依頼できる通訳者がいない場合は、「外国籍HIV陽性者の支援を行っている団体」(99ページ、資料15参照)に相談することも一つの方法である。



### コラム 外国籍の患者の地域支援

外国籍の患者は、言葉の壁や外国籍であるがために経験する複数の問題を抱えている場合が多いので、外国籍の支援を行っている市民団体と連携することが望ましい。各市民団体は各団体の特徴を生かして電話相談、対面相談、家庭訪問、グループミーティング、個別の問題に対する支援、他機関の紹介、帰国支援などを行っている。HIV患者の支援を専門に行っている市民団体は少ないが、各地域で支援団体がいない場合には「外国籍HIV陽性者の支援を行っている団体」(99ページ、資料15参照)に相談してみることも一つの方法である。関東、関西以外の地域からでも支援の進め方について電話で相談を受けている。

図2-5 依頼票の例

<p style="text-align: center;"><b>カウンセリング 依頼票</b></p> <p>姓 氏名 生 年 月 日 住 居 地 TEL FAX E-MAIL 性別</p> <p>依頼内容</p> <p>依頼内容</p> <p><input type="checkbox"/> 感染告知等に伴う心理的サポート  <input type="checkbox"/> 服薬開始・維持に伴う心理的サポート  <input type="checkbox"/> 家族やパートナー・友人など人間関係に関する心理相談  <input type="checkbox"/> 不妊、授乳つらいなどの心理状態に関する心理相談  <input type="checkbox"/> セクシュアリティに関する心理相談  <input type="checkbox"/> 心理検査（EIT/PT/検査・知能検査・発達検査・神経心理検査）  <input type="checkbox"/> その他</p> <p>備考（任意で記入可）</p> <p>発行日 担当</p>	<p style="text-align: center;"><b>看護相談連絡票(外来)</b></p> <p>カルテ</p> <p>氏名 様</p> <p>生年月日</p> <p>連絡事項</p> <p style="text-align: center;">担当看護師</p> <p>この依頼票は免疫感染症科窓口にお渡し下さい。</p>
<p style="text-align: center;">□会計前にお立ち寄りください</p> <p style="text-align: center;">■医療相談室へご案内ください■</p> <p>年 月 日 ( )</p> <p>ID : -</p> <p>お名前: さま</p> <p style="text-align: center;">&lt;医療相談室&gt;</p>	<p style="text-align: center;"><b>お薬相談連絡票(外来)</b></p> <p>姓 氏名 様</p> <p>生 年 月 日 性 ( )</p> <p style="text-align: right;">発行年月日</p> <p><input type="checkbox"/> 服薬相談  <input type="checkbox"/> 薬効説明  <input type="checkbox"/> 副作用  <input type="checkbox"/> その他 ( )</p> <p>連絡事項</p> <p style="text-align: center;">担当薬剤師</p> <p>この依頼票は薬局窓口にお渡し下さい。</p>

## 診察

医師は患者に自己紹介をする。

### 問診

症状：体重減少（-kg/月または年。健康時体重、最低体重）、下痢（程度、期間、頻度、性状）、発熱、労作時息切れ、視野異常、寝汗、食欲不振、咳、喀痰、嚥下時違和感

既往歴：带状疱疹、急性肝炎（A型、B型、C型など）、結核（治療歴も）、性感染症（梅毒、尖圭コンジローマ、淋菌など）、急性感染症状（強い咽頭痛と高熱など）の有無と時期

HIV抗体検査の受検歴（受検機関、受検時期）

感染経路、リスク行為の有無

パートナーの有無、抗HIV抗体を含む各種性感染症検査実施の有無（検査していなければ検査を勧める）

### 診察

顔面：脂漏性皮膚炎

口腔内：カンジダ、ヘルペス、カポジ肉腫、難治性アフタ

リンパ節：全身を触知する。2 - 3 cmまでの腫脹はHIV感染であれば稀ではない。

要精密検査：3 cm以上、もしくは増大傾向

聴診：初期のニューモシスチス肺炎（以下PCP）では呼吸音の異常に気付かないことがある。

皮膚：カポジ肉腫、皮疹の有無（梅毒2期疹など）

肛門：痔疾、肛門周囲膿瘍、尖圭コンジローマ

### その他

症状出現時

- 労作時息切れ、呼吸苦、咳嗽がある場合：パルスオキシメーターによるSpO<sub>2</sub>測定を行う。

SpO<sub>2</sub> < 98%なら、歩行負荷をかけて再測定。

SpO<sub>2</sub>のさらなる低下があればPCPの可能性有り。

喀痰検査で結核との鑑別を行う。診断までサージカルマスク着用を促す。

- 持続する発熱がある場合

37.5 程度までの微熱はHIV感染のみでも高頻度に認められる。

38 以上の場合は、積極的な精密検査が必要。（例：血液培養などの培養検査、アメーバ抗体、便虫卵検査、腹部エコーなどを実施し、他の感染症の検査を行う。）

全身状態が不良の場合は、入院での精査も考慮する。

### 患者教育

医師と複数のスタッフが繰り返し行い、患者の病識が深まるよう支援する。内容の統一を図る。患者教育の詳細は30ページ参照。

### 治療方針

#### チーム構成

医師はチームのリーダーであり、診察によって患者の病状に応じた治療方針を決める責任がある。その際に、ソーシャルワーカーや、カウンセラー等が初診時の援助に加わる必要がある場合、医師はチームを総合的に取りまとめる責務を持ち、積極的にチーム構成員にそれぞれの役割を割りふる。しかし、職種が限られ

ており、その役割を担う構成員がいない場合は、誰がそれを担当するのか、あらかじめ決めておく。プライマリーに関わった看護師等は、各職種に連絡し調整する。図2-5のような依頼票や連絡票を用いるのも1つの方法である。カウンセラーあるいはソーシャルワーカーが初診時から継続して関わる場合もあるし、途中から加わったり、役割が終了してチームから離れる場合もある。薬剤師は多くが服薬開始準備に伴ってチームに参加する。栄養の問題があれば栄養士の参加が必要な場合もある。同じ職種が複数名いる施設では、ある程度担当を決めた方が医療内容の一貫性を保つことができる。以上のように患者毎にチーム構成員を明らかにし、各構成員は外来カンファレンスなどで互いに情報交換を図り、治療方針を共有し包括的なケアを目指す。

どの施設にも医師と看護師は必ずいるが、他のスタッフは施設によって異なる。薬剤師もいるが、外来での服薬指導を服薬開始前から行っている施設は少ないと思われる。ソーシャルワーカー、カウンセラーは施設によって配置されていないところもある。そのような場合、カウンセラーは自治体の派遣制度(77ページ、資料3参照)を利用することもできる。また、ソーシャルワーカーは、エイズ診療中核拠点病院やブロック拠点病院に問い合わせ相談しても良い。

#### 治療のポイント

HIV感染というデータだけでは、抗HIV療法の治療対象とはならないため、初診時に薬が処方されないことが多い。再診の時期として、通常は、2週間後(多くの検査データが2週間後に判明するため)に来院することとなるが、初診時データの中で、特にCD4陽性リンパ球数 $<200/\mu\text{L}$ の場合は、「PCP発症予防内服」と「眼科検診」が必要となる。CD4性リンパ球数 $<50/\mu\text{L}$ の場合は、さらに「非結核性抗酸菌症の発症予防内服」が必要となる。担当者から患者に直接連絡が取れるよう、連絡先電話番号を確認しておく。また告知後の不安が強い場合等は1週間後の再受診を検討したり、精神科受診やカウンセリング、派遣カウンセリング制度(77ページ、資料3参照)の利用法などを紹介する。

#### \* CD4陽性リンパ球数が $200/\mu\text{L}$ 未満の場合

初回血液検査データのうち、CD4陽性リンパ球数 $200/\mu\text{L}$ 未満であれば、PCP及びトキソプラズマ脳症の発症を予防するためにST合剤の予防内服を開始する。

薬剤師が治療の目的、予測される副作用症状と対処法を説明する。また眼科検診を受ける必要がある。服薬支援に関しては50、55、58、61ページ参照。

#### PCP及びトキソプラズマ脳症発症予防内服の内容

ST合剤 1日1回1錠を服用するよう指導する。

副作用：発疹・発熱・吐気・血球減少などがあるため、治療開始後これらの症状が見られた場合は自己判断せずに担当者(施設毎に事前に決めておく)に問い合わせるよう説明する。平日及び土日夜間などの連絡先も伝えておく。もし副作用症状が出現した場合は、代替治療としてペンタミジン吸入(300mg 4週間に1回あるいは150mg 2週間に1回)もしくはペンタミジン点滴(頻度：1ヶ月に1回)を実施する。

眼科検診：散瞳薬を使用し眼底検査を行うため、検査後は物が見づらい、まぶしい等の症状が出現する。眼底検査日は車やオートバイの運転を避けるか、検査終了後、散瞳薬の影響がなくなってから離院することを患者に提案する。夏季は日差しが強いため、検査の時はサングラスを持参するなど工夫できる点を紹介する。

#### 発生届の提出

HIV感染症と診断した医師は、診断後7日以内に保健所に所定の発生届(89ページ

ジ、資料11参照)を提出する。ただ、紹介元が発生届を提出している場合もあるので重複に注意する。エイズ発症あるいは、死亡といった病状変化時にも提出する必要がある(90ページ、資料12参照)。



#### コラム 男性感染者の性行動の対象は異性?同性?どちらも??

HIV感染者の診断と治療を行い、相談にのり、教育・助言を行ううえで、患者さんの普段の性生活、普段ではないが経験のある性生活について確認ができること、そして、患者さんにとっては、医療者に対して話せることが大切である。

同性間の性的接触など性的指向については社会の中で十分に理解されているとは言えない。また、患者さん自身が同性間性的接触を肯定的に捉えているとも限らない。医療者が同性間の性的接触に対して否定的な態度や、差別的な態度をとったり、同性間で性的接触があることが想定されていない質問をしたりすると、たとえ同性間の性的接触を経験していても、そのことを言えなくなることが多い。

患者さんがこちらの質問に合わせて答えていたため、男性同性間の性的接触については一切話題に上らなかったということが十分起こりうる。医療者側に「言わせない」「言うてはいけない」という態度があれば、患者さんから語られることは期待できないと考えておく方がよい。

「同性間の性的接触」を経験することと、「同性愛者」や「ゲイ」「ホモセクシュアル」などとしてのアイデンティティを持っていることは別のことなので、むしろ行動の有無について焦点を当てるのが大切である。

また、異性、同性のどちらも経験を有する方もいるため、既婚者かどうか、子どもがいるかどうかといった状況で判断をせず、患者さんが話してくれることを大切にするという姿勢が重要である。そして、治療や生活を行ううえで、自分の性的接触がどうであるかを医療者に話すことのメリットを患者さんに伝えることも重要である。

<ケーススタディ パートナーへの告知を医療者が支援しようとしたのだが?>

ケース1(10代 男性)

医療者(以下 MS): 彼女はいるの?

クライアント(以下 CI): はい?

MS: 彼女には、感染していることを伝えますか?

CI: ?

MS: もしお手伝いが必要であれば、医師から彼女へ説明をすることもできるのだけど?

CIが自分だけで告知がしにくい場合に、「彼女」だと思い込み話を進めているMSがいくら協力を申し出ても、CIの方から「彼氏」なり男性のパートナーに対しての告知を支援することを求めるのは非常に難しい。

CIが、男性同性間での性的接触を経験していたり、男性のパートナーが特定・不特定を問わず存在している場合に、「彼女はいるの?」という問いに対して、「相手は男性です。」と答えることを期待できない。

ケース2(20代 男性)

MS: 性行為のパートナーはいますか?

CI: います。

MS: 特定の人ですか?それとも不特定の人ですか?

CI: 特定です。

MS：相手の方は男性ですか？女性ですか？それとも両方ですか？

CI：男性です。

MS：その方に感染をしていることを伝えようと思いますか？

CI：伝えたほうがいいのかもしいけれど、どう言ったらいいのかわからないし。

男性同性間の性的接触について、医療者と話をすることが可能となり、同性愛者であることなど患者さんが自分のことを話せるようになった場合、「ハッテン場」や「ネコ」「タチ」「マグロ」など、医療者にとっては聞きなれない用語を用いて相談をされる場合がある。そのような場合には、一つ一つの意味を教えてもらい、患者さんがどのような意味で用語を使い、何を話しているのか、医療者は自分の理解が十分かどうか確認をしながら相談を進めることが大切である。その際、説明された意味などに対して批判的・非難的な態度をとらないように留意する。

### 検査

初診時検査項目の例を表2-1に示した

表2-1 初診時検査項目の例

身体測定	身長 体重 体温 脈拍 血圧	
<血液一般>		
血液学的検査	WBC RBC Hb Ht PLT 白血球分画	生化学的検査
血清学的検査	CRP	AST(GOT) ALT(GPT) T-Bil γ-GTP LDH Cre BUN Amy
細胞性免疫検査	CD4, CD8, CD4/CD8 比	○必要に応じて追加
感染症検査	HA-Ab HBs-Ag HBs-Ab HBc-Ab(場合により) HCV 抗体 CMV IgG 抗体 トキソプラズマ IgG 抗体 梅毒反応 (RPR,TPHA) 赤痢アメーバ(抗体 (場合により))	総蛋白 アルブミン 尿酸 血糖 中性脂肪 総コレステロール HDL コレステロール CPK 電解質 (Na,K,CL) 乳酸
尿検査	尿蛋白 尿糖 尿ビリルビン ウロビリノーゲン 尿沈査	ウイルス学的検査
胸部X線		HIV-RNA 量
心電図		

表2-2 次回以降の外来で検診依頼を検討

眼科検診	CD4数が200/μL未満の場合は、CMV網膜炎などの眼底所見のチェックのため、定期的に眼底検査を勧める。
婦人科検診	HIV感染女性では子宮頸癌合併が多い。子宮頸癌の早期発見・治療の目的で半年～1年に1度婦人科癌検診を勧める。

## 療養支援（初回）

### 患者教育（初回）

患者教育を始める前に

- 初診時は患者の認知能力に問題がないかの確認が必要である。医療者は患者の知識と理解度、行動などを評価し、まず患者の問題に対しケアが必要か、必要であれば具体的なケア内容は何かを明らかにしていく必要がある。自己管理できるかが治療方針や生命予後に影響を及ぼすことが多い。
- 患者教育に際し、患者に時間的・体力的余裕があるかを確認しながら、医療者側からの一方的な情報提供にならないよう注意し対話を心がける。
- 患者教育の評価のためには、継続的に関わることが好ましい。
- 医療者側が使用する専門用語に関しては、分かりやすい表現へ置き換えて説明したり、専門用語そのものを習得できるように、効果的に資料を活用したりするなどの配慮が必要である。資料や紙面に書いて説明して本人に渡すことは、理解の促進が期待できるほか、帰宅し次回受診までの間に復習できるなどの利点がある。
- 初診時はたとえ自覚症状がなくても病気や治療に関する多くの質問や疑問は勿論、医療と生活に関心が高い印象を受けるが、多くの検査データが出そろっていないため、病気の基礎的な説明を行うことになる。初診では基本的に次回の外来受診を目標とするが、「次回受診する」保証が得られないため、患者の様子を確認しながら十分な時間をとり、要点を押さえてしっかりと説明を行うことが重要である。患者教育担当者は、患者が話しやすい雰囲気作りを心がけ、医療者のペースというよりも患者が興味・関心を持った項目から対話を展開しても良い。その際は時間配分に注意する。
- 初診患者は不安や緊張が強い場合もあるが、適切な情報提供で改善される不安も多くある。したがって、患者が抱く不安の種類が適切な情報提供で軽減されない「漠然とした不安」なのかそうでないかの判断を行い、問題解決を支援することが重要と思われる。「漠然とした不安」を呈する場合は、カウンセリングマインドの姿勢で傾聴に努めながら、カウンセラー利用を考える。また、精神症状や、睡眠障害、不安症状などが強ければ精神科に紹介することを考慮する（38ページ、図2-8参照）。

さらに医療費などの社会生活への不安がある場合には、ソーシャルワーカーを紹介し、今後の治療と生活の両立の見通しが立てられるように、具体的な制度活用を含めた支援を行うことも考慮する。

#### 患者教育の内容

- ヒトの免疫システムについて
- HIVとAIDSの違いについて
- 病気の経過：CD4陽性リンパ球数やウィルス量（検査データの読み方）
- CD4陽性リンパ球数と日和見感染症（症状の観察方法とその対処法）との関連、予防と治療
- HIV感染症の治療の概要
- 感染経路と2次感染予防対策、性交渉のあるパートナー等への告知、予防行動
- 日常生活の注意事項（こんな事では感染しない、注意すること）と支援
- 検査データの管理と定期受診と必要な診療科（頻度と目的）
- 生活のリズム形成（健康管理の基本として、また服薬忘れ防止策のため）
- サポート体制の形成：キーパーソンの確認や支援者の確認や獲得
- 医療費：社会資源・制度の活用（78ページ、資料4、80ページ、資料5、83ページ、資料6）
- 医療チームの紹介：アクセスの方法など
- 緊急時・相談時の連絡先と方法の確認
- その他：患者会、ピアカウンセリング、NGO/NPOなど



#### コラム：患者教育

患者教育は「患者に対して、疾病を正しく理解し症状を改善させ、よりよい生活（QOL）を得ることを目的とした情報提供やアドバイスをいう。一般的に生活習慣が疾病の発病や経過に深く関わるような慢性疾患では、患者の自己管理の重要性がきわめて高い。したがって生活行動を変えうる生活指導、患者教育が強く求められる・・・(中略)・・・近年、インフォームド・コンセントの重要性が指摘されるなかで、患者教育においても医療者の考えを一方向的に押しつけることでなく、患者の合理的な意思決定を支援する姿勢が必要（医学書院医学大事典）」とされている。従って、患者教育とは「十分な説明と患者自身の理解に基づき、患者が合理的意思決定を行うことを支援する姿勢」と言い換えることができる。さて、患者教育という言葉には、医療者のパターンリズムの響きがあるとし、この用語に批判的意見もある。しかし、臨床の現場では、禁煙、禁酒のように意思決定を強く促す場合もあるし、患者教育が含む内容は、説明、情報提供と理解の支援、合理的な意思決定の支援だけではないのも実際であると考えられる。本マニュアルでは言い換えられる点は言い換え、他に適切な用語がない場合は、そのまま使用した。



#### コラム 患者教育で使用する資料

専門用語は分かりにくいいため、視覚に訴える資料の活用が好ましい。さらに次回外来までに質問、相談ができる相談窓口を紹介しておく。

（資料：ACC患者手帳([http://www.ACC.go.jp/client/client\\_frame.htm](http://www.ACC.go.jp/client/client_frame.htm))、大阪医療センター「あなたに知ってほしいこと」(<http://www.onh.go.jp/khac.kiso.html>)



#### コラム インターネットによる情報収集と意見交換

現在は、パソコンや携帯電話でインターネットを活用し、情報収集や意見交換を行うことが日常となっている。HIV感染症に関する情報も、インターネット上に数多く存在し、陽性者によるブログや、陽性者に限定したソーシャルネットサービスにもアクセスできる。孤立しがちな陽性者にとって、「自分だけではない」と感じられる一つの機会として、その活用の重要性は言うまでもない。

しかしながら、情報がいつの時点のものか不明瞭であるもの、また情報源の確かさなどが確認しにくいものが存在しており、誤解や誤認につながることもある。

患者らが、コミュニケーションをとることを妨げるものではないが、HIV診療においては、次々と新たな薬が発売されていること、治療のガイドラインが変更されていることを踏まえ、常に、「今どうなのか？」ということの確認が必要になることを案内しておくことが大切である。

同時に、私たち医療者が「どうなのか？」と問われた際に、その場では無理であったとしても、確認して「現在はこうである」と答えられることが大切である。

また、プライバシーへの配慮や保証がどのようにされるのかは、それぞれが確認・判断するほかなく、自己責任の上で対応することが必要であり、万が一不利益が生じた際には、それに対して直接支援をするか、支援できるところを紹介することが望ましい。

HIVマップ <http://www.hiv-map.net/>

各職種の患者への関わり方

薬剤師の役割(3)服薬支援50、55、58、61ページを参照)

ソーシャルワーカーの役割

医療機関の受診に際して、医療費やプライバシーの漏洩について不安を抱えている患者は少なくない。医療費については、身体障害者手帳（80ページ、資料5参照）の取得を基に利用できる可能性のある自立支援医療（83ページ、資料6参照）や障害者医療費助成（86ページ、資料7参照）等を早期に案内することで不安の軽減が期待できる。患者の自己負担は、身体障害者手帳の等級、居住地及び所得額等によっても異なるが、月額0円～20,000円に軽減される（H21年12月現在）。諸制度は随時改定される可能性があるため、その都度確認し、最新の情報を得る必要がある。「HIV/AIDSの治療をする上で、医療費がいくらかかるのか」、「その医療費を現在の経済状況で支払うことができるのか」等について患者と共に考え、見通しを立てることが大切である。

プライバシーの漏洩については、健康保険（78ページ、資料4参照）や身体障害者手帳（80ページ、資料5参照）をはじめとした制度の利用によって、どのような情報がどこに伝わってしまうのか、ソーシャルワーカーが患者と一緒に確認することで、不安を軽減できる可能性がある。また、初診時において既にHIV感染症以外の疾病や障害を抱えている患者もいる。それらの疾病や障害による生活課題とHIV/AIDSによる生活課題の双方に着目し、支援する必要がある。

また、家族やパートナーなど近い人にも告知をしておらず、病気について話が出来る場が病院しかないという患者も少なくない。ソーシャルワーカーは、経済的問題に関する相談のみならず、仕事や職場、家族やパートナーとの関係など社会生活上の課題も共に考えていける存在であることを伝える必要がある。

患者が安心して継続通院できるよう、以上のような相談にいつでも応じられる保障をすることが大切である。患者が受診に際して不安を抱えている場合等は、ソーシャルワーカーが早期に介入することが望ましい。そうした認識を医師や看護師等の医療スタッフと共有できるように、日頃からコミュニケーションを密に取っておくことが重要である。

図2-6 カウンセリング導入時の同意書の例

相談申込票

記入日： 年 月 日

ID: \_\_\_\_\_ 名前: \_\_\_\_\_  
( 歳 ) 年 月 日生

連絡先: \_\_\_\_\_  
住所 〒 \_\_\_\_\_

TEL: \_\_\_\_\_  
FAX: \_\_\_\_\_

相談先: \_\_\_\_\_

相談したいこと: \_\_\_\_\_

相談の種類: 紹介 ( ) ・ 自立支援  
その他 ( )

生後日: \_\_\_\_\_ ( 歳 )

診断名: \_\_\_\_\_

家族

名 前	年 齢	性 別

カウンセラーの役割

カウンセリングや心理検査への導入

態度や表情のいかに関わらず、受診への決断に敬意を払いつつ、迷いや不安など、通常抑制されがちな気持ちへの配慮がまず大切である。また、カウンセラーに会うということは、精神的な弱さや精神疾患を連想したり、HIVに関することしか相談できないと思っている患者も少なくない。患者やスタッフに対し、HIV感染症は生活や生き方に関わることでありと理解してもらい、うまくカウンセラーを利用してもらう必要がある。カウンセリングの紹介リーフレットや紹介状など（25ページ、図2-5参照）を作成すること

も一つである。

患者数が比較的少ない場合は、カウンセリングのガイダンスや心理アセスメントを兼ね、スタッフから紹介してもらい、顔合わせを行うなどの方法がある。患者数が多かったり、多診療科のクライアントの予約などが多かったりする場合は、心理検査などのスクリーニング検査を導入したり、医師などのスタッフからの紹介状の書式を作成したり、カウンセリングを利用してもらうほうが良いと思う点や観察ポイントをスタッフに伝えるなどの工夫も一つである。紹介状の書式を作成する場合は、カウンセリングを紹介することが望ましいと思われる患者の状態像や観察ポイントをチェック項目として記載することで、スタッフにとってカウンセリングの紹介する状態を意識する機会となったり、依頼者側の動機をカウンセラーが理解する機会となる。

紹介を受ける際には、紹介するスタッフがカウンセリングを必要だと思った点を伝えてもらうことは、患者理解に役立ったり、医療スタッフとの連携に役立ったりするため、大切である。また、紹介を受け訪れた患者に対し、どのような説明を受け、どのようなことを考え感じ、カウンセリング利用に至ったのか確認を行い、動機や認知の確認を行う必要がある。さらに紹介先に、どのような点を報告するのか事前に説明を行い、同意を得ることも大切である。

もともと患者に不適応傾向や精神的な不安定さが認められたり、環境的にス

トレスがかかりやすい状況におかれていたりする場合には、HIV感染告知が契機となって、患者はさらに強い心理的危機を体験する。感染告知の以前から、あるいは感染告知後に何らかの精神症状や不適応状態、心理的葛藤が生じていないかどうかについて確認を行い、カウンセリング導入のための調整や、特に精神症状が強い場合には精神科受診のための調整を行う必要がある(38ページ、図2-8参照)。強度の不安や感情表出が観察される場合は、カウンセラーによる危機介入が必要となる。

また、カウンセラーとの面接を患者が拒んだ場合は、さまざまな情報から患者への理解を深めつつ、スタッフへのコンサルテーションや協働で間接的支援を行う。

精神症状などは顕著に認められないものの、医療者から教育や情報提供がなされてもHIV感染症との今後の付き合い方を巡る心理的葛藤や不安が強い場合などは、カウンセリング導入について検討する必要がある。

図2-7 カウンセリング導入時の同意書の例

**臨床心理室のご利用にあたって**

はじめに

1. 臨床心理室では、臨床心理士が心理相談を行っております。
2. 心理相談は、当院の診療科を受診し医師等により紹介を受けた方、およびご家族等を対象としています。
3. 心理相談は、臨床心理士との面接を重ね、心理的な悩みや問題を自ら解決しようとされる方で、下記の用件に同意を得た方に提供されます。

下記の用件について説明を受け、同意をされた方は  
最後に署名をお願いいたします。

説明事項

1. 心理相談は原則的に予約制です。各回の心理相談の際あるいはお電話にて予約を取ってください。
2. 心理相談の時間は、原則として1回あたり50分間です。
3. 予約をキャンセルされる際には、必ず連絡をしてください。連絡先は、\_\_\_\_\_です。
4. 心理相談の初回は無料です。2回目以降は有料となります。あなたの1回あたりの料金は当院の規定に従い3,500円です。身体障害者手帳をお持ちの方は350円です。生活保護を受給している方は無料です。毎回の心理相談が終了したあと、病院の会計窓口にてお支払いください。キャンセルされた場合、料金は請求いたしません。
5. ご家族などの方が心理相談を利用される場合は、依頼した診療科の初診手続き(無料)を行い、カルテを作る必要があります。その上で心理相談の利用料金をお支払いください。
6. 臨床心理士は原則的にあなたのプライバシーを保護します。ただし診療上必要な情報についてはカルテに記載し、他の医療者と情報を共有することがあります。
7. あなた自身の健康や命に危害が及ぶことや、あなた以外の人の健康や命に危害が及ぶことについては、あなた自身がその責任を負います。臨床心理士がそれらの可能性があることを知った場合には、プライバシーの保護よりもそれらの可能性を回避することが優先されます。
8. 場合によっては、あなたにとってより望ましい医療機関等を紹介することがあります。
9. あなたには心理相談をやめる権利があります。
10. 心理相談の終結については、あなたと臨床心理士との話し合いによって決定します。

以上に関して説明を受け、了解いたしました。

年 月 日

説明者： \_\_\_\_\_ 氏名： \_\_\_\_\_

## 心理アセスメント

カウンセラーは主に情緒面での支援を提供すると同時に、その患者の心理状態、発達段階、パーソナリティの特徴をアセスメントし、カウンセリングにおける関わり、またチームとしての方針を各職種とともに検討する。

「物覚えが悪くなった」「物事に集中できない」などの認知機能の低下が疑われる場合は精神科と連携し（表2 - 3 参照）、精神機能障害や認知機能障害についてのアセスメントが必要となる。

HIV感染によりさまざまな状況におかれることが多いため（21ページ参照）、行動上の問題などが観察されなくても、カウンセリングへのガイダンスを含め、カウンセラーとの面接の設定やカウンセリング制度の紹介を行うことが望ましい。また、初診時や定期的に心理検査などのスクリーニング検査を用いることも一つの方法である。

- 1、不安や睡眠障害、対人関係などの心理状態やメンタルヘルスの状態
- 2、認知機能（高次脳機能）の状態
- 3、アルコール摂取や薬物の使用など心理・精神活動に影響を与える物質の摂取状況と行動への影響

などの心理アセスメントを行うことが望ましい。

心理アセスメントでは、行動観察や面接、心理検査などを通し、心理状態をみる。特に、対人関係の持ち方やものの考え方のパターン、発達段階、感情の統制の状態、ストレス状況におかれたときの反応傾向などを査定し、受診行動や保健行動を予測したり、心理療法やカウンセリングの必要性を検討したりする。また、パーソナリティの特徴から精神障害の診断の補助を行うこともある。医学的診断とは違い、心理アセスメントは誰もが持っているパーソナリティの強みと弱みの両方を査定し、個人への支援の糸口を見出すことに重点がおかれている。

HIV/AIDS医療で開発されたものとしては、JHDS（Japanese Version of the HIV Dementia Scale日本語版）があり、主に注意、精神運動速度、記憶想起、構成に関する神経心理検査で、HIV脳症のスクリーニング検査として活用されている。

HIV/AIDS診療でよく利用されている派遣カウンセリングの形態では、主に面接や観察による心理アセスメントが行われる。そこでは、上記のように患者の心理状態のアセスメントに加え、患者とカウンセラーや医療者との関係や、患者を含む医療チームの状況の心理的なアセスメントも行う。そして、それらのアセスメント結果は患者との関係で顕在的・潜在的に生じる感情的な反応への支援の見通しや介入に活かされる。

表2-3 精神科コンサルトの基準

記憶力低下、集中力低下、思考の緩慢化、巧緻運動能力の低下が認められる、または疑われる。—— HIV脳症との鑑別
抑うつ気分、意欲・気力低下、喜び・楽しみといった感情の喪失、睡眠障害、性欲の低下、食欲の異常などの抑うつ症状が2週間以上、ほぼ毎日続く。
持続する睡眠障害（不眠、過眠）
常に心配事や不安があり、気持ちが落ち着かない。
大きなストレス（HIV感染告知、喪失体験など）の後、苦悩、情緒・気分の不調のために対人関係、社会に適応できなくなる。個人の性格の偏り・脆弱性に因るところが大きい。—— 適応障害
* 他の精神障害がなく、もともと社会的規範から逸脱した価値観を有しているために社会に適応できない場合は、有効な治療が困難である場合も多い。
考えなくてもよいと分かっていること或いは不合理な観念が強迫的に頭の中に浮かんできてなかなか離れない。同じことが気になって何度も確認してしまう。
せん妄
アルコールや薬物の問題を抱えている。
幻覚・妄想・自我障害などの精神病症状

### 危機介入

おもに、感染告知時や心理的問題、社会生活上のトラブルなどが発生し、患者が普段の対処方法では対応が難しい場合に、具体的な問題解決行動をとれるように援助することを目的としている。危機状態のアセスメントと、危機状態の理解（面接）、具体的介入が行われる。そして、実行後のフィードバックの面接という流れになる。危機的状況への介入、介入後フォローなど、短期間の間に4～5回の面接となることが多い。

危機介入は、取り扱われる問題やテーマが限定されていることから、面接構造は柔軟に対応できる特徴を持っている。しかし、パーソナリティや不適応な防衛機制（不安などが生じた場合、意識の安定を保とうとする無意識的な自我の働き）などをテーマとする場合は、対象者の不安を護るためにも面接構造に配慮する必要がある。

### 危機状態の予防

他者からみて難問が発生している状況であったとしても、その反応は個人やタイミング、サポート状況によって異なり、難問発生状況であったとしても即時、危機状態というわけではない。危機状態とは、普段の対処行動で対応ができず、不適応な状況になった場合をいう。よって難問発生状況であったとしても危機状態を回避できるよう、生じうる心理的反応（抑うつ気分や気分の高揚）や行動障害（食欲不振や不眠など）を予め伝え、予測されない事態ということは避ける。そして、そのような事態が生じたとしても通常起こり得る反応であると伝え、保証する。次に、上記のような心理的反応や行動障害が生じたときに、手助けしてもらえそうな資源（人や機関など）をもっているか（あればそこを使うように）、もしくはない場合などは、他の機関の連絡先など社会資源を紹介する。



#### コラム カウンセラーの視点

療養生活において、患者やその周囲の人々は様々な不安、迷い、葛藤に直面する。患者自身がそもそも大きな心理的課題を抱えている場合には、感染告知後の心理的苦悩がさらに強まることも少なくない。場合によっては非常に強い不安や抑うつなどの精神状態に加え、予防行動がとれない、服薬アドヒアランスが悪化する、定期的な通院が困難となるなどの行動が現れることがある。カウンセラーは、患者の阻害されている患者の主体性が発揮されるようになることを目的に、臨床心理学的な支援を行う。カウンセラーの姿勢は、患者が自分自身の心に関心を払うことがその人本来の主体性を発揮する上で重要であるということ、また、一般論ではなくその人固有の困難さや葛藤、それに対するその人なりに納得のいく対処策を見つけることを重視する、つまり個別性に関心を払い尊重するという、職業的価値観に基づいている。

### HIV感染症と精神科診療

#### 精神科紹介において内科医が留意しておくべきこと

患者は元々の性格傾向、心理社会的ストレス、HIV感染そのものによる中枢神経系への直接的な作用、あるいは抗HIV薬の副作用などから、様々な精神的苦痛、精神症状、認知機能障害などを生じうる。また、患者本人が抱える心理社会的問題、精神症状、認知機能障害は抗HIV療法に対するアドヒアランスにも影響を与える。HIVに関連した精神障害としては、HIV脳症（HIV関連認知/運動コンプレックス）、適応障害、物質関連障害（アルコールや薬物の乱用・依存）、気分障害（うつ病、躁うつ病、躁病）、不安障害、せん妄、精神病性障害などが挙げられる。

精神・神経症状を副作用として呈しうる代表的な抗HIV薬としてはEFVがある。EFVは抑うつ（希死念慮を伴う）、不眠、焦燥、幻覚、集中力低下などの多彩な精神症状を生じうる。こうした精神症状の出現は服薬開始直後から4～6週間に多く見られ、特に開始直後は十分な観察が必要である。重篤な精神症状を呈するのは精神疾患の既往、家族歴を持つケースが多い。また、HIV感染合併症の治療薬である副腎皮質ステロイド、アシクロビル、ガンシクロビル、イソニアジド、アムホテリシンなども副作用として精神・神経症状を引き起こすことがあるため、注意が必要である。

抗HIV薬には向精神薬との相互作用が指摘されているものが多い。現在のところ、プロテアーゼ阻害薬を中心に、ピモジド、トリアゾラム、ミダゾラム等が禁忌となっている（96～98ページ、表4-6、4-7参照）。また、プロテアーゼ阻害薬のほとんどは、フェノバルビタール、フェニトイン、バルプロ酸、カルバマゼピン等の抗てんかん薬との併用で互いの血中濃度を変化させる。

主治医は患者が抱える心理社会的問題や苦悩に理解と共感を示すとともに、例えばアドヒアランス不良の患者には抗HIV療法中断がもたらす現実も常に示しておかなければならない。患者に単なる恐怖感だけを与えないようにするためには医師と患者間の信頼関係構築が肝要であることは言うまでもない。また患者がHIV感染症、服薬方法と服薬の意義、薬の副作用について正確な理解ができていないか、疑わしければその都度確認することも重要である。否認や逃避による防衛機制のためだけでなく、HIV感染による認知機能低下のために理解が不十分な場合もある。

精神科医が留意しておくべきこと

- HIV脳症：HIV脳症はHIV感染者に起こる脳障害であり、AIDS期に顕著になる場合が多い。その症状は、いわゆる皮質下性認知症を呈し、記憶力低下、集中力低下、情報処理スピードの低下、思考の緩慢化、巧緻運動能力の低下を認め、さらには幻覚や妄想がみられる。末期には認知症に至り、無動無言の寝たきりとなり死亡する。近年の抗HIV療法の導入によりHIV感染症は長期間にわたりコントロール可能となりつつあり、HIV脳症の発病率は著明に減少した。しかし、HIV脳症の軽症型と考えられる軽度の認知および運動障害（milder cognitive and motor disorder：MCMD）の出現が新たに深刻な問題となってきている。同時に、HIV脳症は今もなおAIDSによる死亡原因の主要危険因子であり、未だにHIV診療において極めて重要な疾患である。

診断の際には前述の様な精神症状・神経症状を臨床的に確認するとともに、神経心理学的検査にて確認する。特異的な所見としては、髄液中のHIV抗体とHIVのPCRでの検出以外にはないが、他の脳障害を除外するために髄液検査や脳波・画像検査を行う。画像検査では、典型的には大脳皮質及び基底核の萎縮を認め、左右対称性の深部白質のびまん性の信号変化が認められる。脳波では前頭部あるいは全般性の徐波化が認められる。髄液検査では蛋白の増加や単核球を主とする細胞数の増加を認める事が多い。

前述の通り抗HIV療法の導入によって多くの症例でHIV脳症の進行が止まったり、神経症状の改善が認められたりするようになった。しかし、抗HIV療法中でもHIV脳症が発症する場合があることなどから、HIVそのものを根絶することができない現在の全身的治療法のままでは、HIV脳症も根本的に治療することはできないと考えられている。

- 物質関連障害（アルコールや薬物の乱用・依存）：覚せい剤などの違法薬物使用歴を持つ方が多い。また、複数の薬物の使用経験を持つ方も多い。薬物使用者全般の特徴であるが、薬物の使用が重篤な健康被害を起こすことを知りながらも、自身の健康被害を「否認」するケースが多い。ソーシャルワーカーやカウンセラーと協力しつつ、断薬への包括的な支援を行う必要がある。ダルク等のセ

ルフヘルプグループが有効なこともある。

- 適応障害：HIVの感染を受け入れられない場合、抗HIV療法開始により患者の生活を変化させざるを得ず新たな生活環境に適応できない場合、必要以上に副作用に過敏になることがある。
- 睡眠障害：不眠を主訴に精神科を受診するHIV感染者は多い。単なる睡眠障害ではなく、うつ病、不安障害、適応障害に罹患している場合が多い。
- 気分障害：一般人よりもHIV感染者の気分障害の有病率は高い。うつ病、躁うつ病、躁病といった気分障害のうち、HIV感染初期においては、抑うつ気分、意欲の低下、睡眠障害といったうつ病の症状を呈す場合が多い。睡眠調整、支持的精神療法、カウンセリングなどとともに早期に薬物療法を開始している。
- 不安障害：HIV感染者はあらゆる不安障害に罹患する可能性がある。不安に対処しきれずパニック発作を繰り返し生じ救急外来を受診する場合もある。不安障害に対する、一般的な薬物療法とともにカウンセリングや支持的精神療法を実施する。
- 精神病様症状：幻覚や妄想といった精神病様症状は、通常HIV感染症の後期合併症である。
- 中枢神経疾患：悪性リンパ腫、トキソプラズマ症、CMV脳症、PMLなどに伴い精神症状を発現することがある。
- 薬剤関連：副作用として精神症状が起きやすい抗HIV薬があり、抗HIV薬と向精神薬との相互作用にも注意を要する。前頁の「内科医が留意すべきこと」を参照のこと。

#### 心理アセスメントやカウンセラーへの紹介のタイミング

カウンセラーに患者を紹介するための心理アセスメントに当たっては、まずは初診時のオリエンテーションや診察の場面において、医療者からの働きかけに対して患者がどのように心理的な反応をするかについて、細やかに観察することが重要である。医療者が疾患に関する情報を提供したあとの患者の不安の程度がどのように変化するか、患者を情緒的にサポートする人の有無や、そのことに対して患者はどのように感じているか、自分自身の情緒を表出することに対する患者のニーズはどの程度のものか、その他患者の心理状態を医療者が意識して関わる必要がある。

治療に取り組んでいるチーム内で、“どうもこの患者は苦手だ”や“いらいらしてしまう”、“なかなか患者のことが覚えられない”など感情的に反応してしまう（もしくは全く感情を喚起しない）ときは、患者の心理状態が医療チームに影響を与えている場合が少なからずある。そういう場合にはカウンセラーに声を掛けてみるのも一考である。

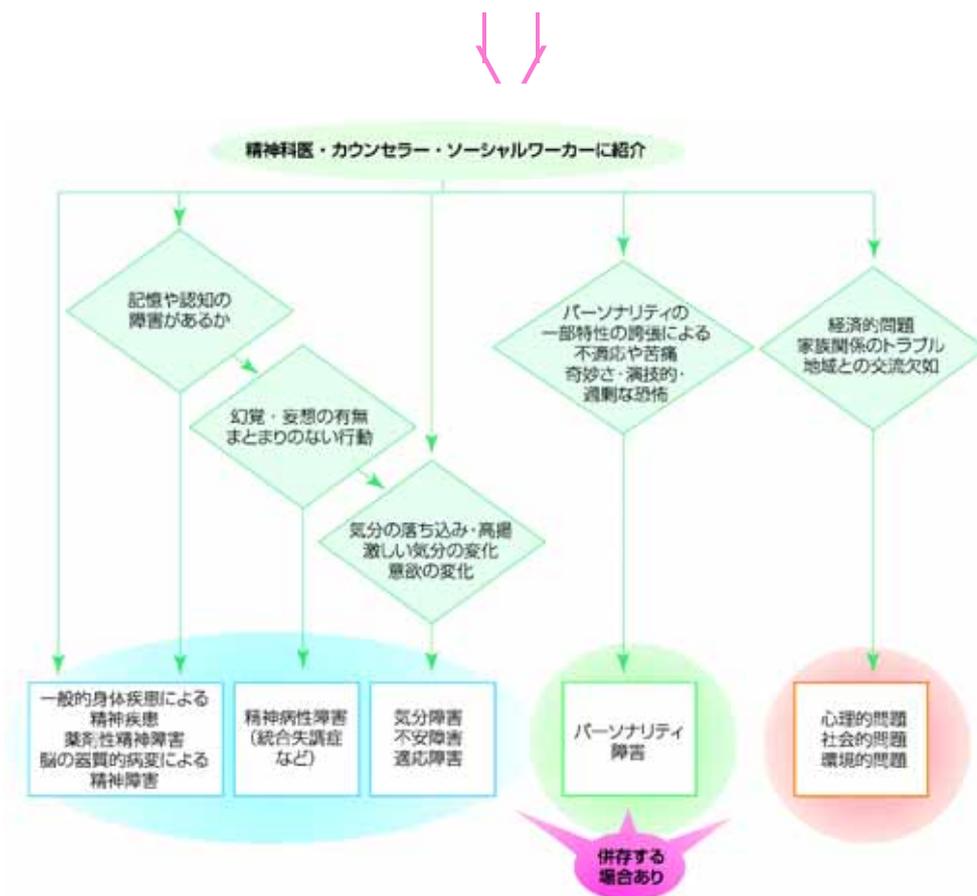
また、“分かっているのに遂行できない”や“つい（服薬や受診を）忘れてしまう”、“自分が自分でコントロールできない”などと話す患者の場合、カウンセリング導入のよい機会であろう。

上記のような点を意識しながら患者の心理状態やカウンセリングに対するニーズをアセスメントし、必要性があると判断された場合には、単にカウンセリングが利用できることを患者に伝えるだけでなく、医療者が持った患者の心理状態に対する印象を患者に伝え、患者と率直に話し合うことが大切である。医療者が必要と判断しても、患者がカウンセリング利用に対して消極的な場合は、患者のカウンセリングに対するイメージや認識を医療者が確認し、偏りが大きい場合はそれを修正したり、カウンセリングに対する敷居の高さを緩和する働きかけを行ったりすることが、円滑なカウンセリング導入の上で役立つ場合がある。ただし、カウンセリングに対する患者の抵抗感が非常に強い場合には、医療者の意見は患者に伝えつつも、医療者が患者の意思を尊重しており、機が熟すまで待つ姿勢を持っていることを患者に示すことは、医療者 - 患者間の信頼関係を作る上で重要であろう。

図2 - 8 精神科医・カウンセラー・ソーシャルワーカーへ紹介する際の観察ポイント

診察場面などで、下記のような点が観察される場合は、精神障害やパーソナリティ障害、心理的問題、社会的問題などの徴候が考えられるので、精神科医、カウンセラー、ソーシャルワーカーに紹介することを検討する。

睡眠	食行動	対人関係	外観
よく眠れていない 寝つきが悪い 途中よく目が覚める 朝早く目が覚める 眠った気がしない	食欲減退・亢進 拒食・過食・嘔吐 偏食・異食 人前では食べられない	消極的・拒否的 引きこもり 依存・過剰な期待 被害・加害的認識 話し方の不自然さ 無断欠勤・欠席	清潔・着衣の乱れ 表情の乏しさ・不自然さ 頭髪の変化 (抜毛・自己髪切断) 体痕(注射痕・傷跡) 姿勢(硬直・弛緩)
性行動	受診行動・保健行動	気分・感情・記憶	その他
性欲の亢進・減退 性的興奮の障害・勃起障害 苦痛・嫌悪感 性目標への葛藤	不定期な受診 不規則な服薬行動 保健行動への無関心	抑うつ気分 緊張・不安 涙もろさ 絶望感 パニック・恐怖感 過度の心配 物忘れ・健忘 実感のなさ	身体的愁訴 衝動的行為 (浪費・窃盗・賭博) 自傷他害行動 儀式的行為(強迫) 過度の飲酒 薬物依存・乱用 チック



会計

初診時は、会計方法が分からないことがあるため、会計場所や会計方法を説明する。

領収書は、確定申告で医療費助成を受ける場合に、必要になるので保管を勧める。

## 薬局

初診時に日和見感染症治療薬等が処方された場合、薬剤の服用方法・使用方法等の説明を行う。HIV感染症患者に対し、ニューモシスチス肺炎の治療・予防薬としてST合剤が投与される場合、高頻度に過敏症状を発現し、重症化する例も見られるため、副作用症状が出現した際の対処法と連絡先を説明しておく。



### コラム 患者への連絡

検査データの報告など、受診後に病院担当者から患者へ連絡することがあるため、事前に連絡先と連絡時の注意点を確認する。また病院へ折り返し連絡する場合の連絡方法についても説明しておく。

自宅の固定電話に問い合わせる場合：同居人の有無、留守番電話使用が可能かなど確認しておく。

携帯電話の場合：病院の電話番号は「非通知」となる場合があることを伝えておく。

郵送の場合：病院の封筒を使用可能か確認しておく。病院封筒の利用が難しい場合は、白封筒を利用することとなるが、差出人の書き方については、あらかじめ患者と相談しておくといよい。

### 初診時のプランニング

初診時のプランニングは、診察内容、自覚症状と免疫能（CD4陽性リンパ球数など）の検査結果、面接で得られた情報や状況を総合的にアセスメントしながら行う。医師・看護師などのスタッフは勿論、プランニングに必要なチームメンバーと連絡を取り合い、2回目の診察日までの治療・ケア方針を決める。

患者の症状とCD4陽性リンパ球数をもとに治療ガイドラインに照らし合わせて、おおよその抗HIV療法開始時期が決まる。また治療開始を急ぐ場合は必要な診療科の受診予約や身体障害者手帳申請などの準備に取りかかる必要がある。

このようにまず治療開始が急がれるか否かを判断する必要があるが初診当日は検査結果の内容に限りがあるため、各医療機関で検査体制を確認しておく。

初診当日にCD4陽性リンパ球数が出ない医療機関では2回目の診察日を1～2週間後に設定するか、もしくは患者の連絡先を控え、結果によって受診日を検討し連絡するなど工夫する。

初診から2回目の診察日までに不安や相談がある際は、どこが連絡受付窓口となって対応するのかを各医療機関で取り決めておくなど患者の安心を保障する。

### 外来カンファレンス

チームで取り組むため、定期的にカンファレンスを開催し、情報の共有を図り、患者にとってのよりよい医療提供に取り組む。

#### 目的

医師を中心とし、それぞれの専門職が患者情報やアセスメントの結果を持ち寄り、さまざまな角度から検討を行い、患者が抱える問題解決のためチームとしての総合的・包括的な援助方針について意思統一を図り、チームの治療方針に向けて各専門職が取り組む上での、基礎固めを行うことを目的とする。

#### 目標

- 適切かつ安心・安全な医療の提供
- 患者の継続受診による健康管理の維持
- 患者の健康レベルの向上・維持と社会的自立に向けた目標設定・ケアプラン・評価
- 他職種との役割の確認
- チーム内の役割分担

#### カンファレンスの方法

- 定期的に開催されることが望ましい。開催頻度は、患者数や診療の都合により1週間に1度～月に1度のペースが考えられる。
- 構成メンバーは、HIV感染症を診療する医師を中心として各診療科医師、看護師、

薬剤師、(派遣)カウンセラー、ソーシャルワーカー等があげられる。必要に応じて、院内職員のみならず、訪問看護師、保健師、派遣カウンセラー、NPO/NGOなど拡大した構成メンバーで行うこともある。

- 内容は患者の総合的・包括的な援助を実践していくために必要な課題等を中心に行う。各専門職から見た問題点の提示、問題点に関連のある情報の共有、目標と方針の共有、各問題に対し、各専門職のかかわりの確認や役割分担の確認を行う。
- カンファレンスでは各専門職が、専門の立場から意見を述べることが求められる。チームリーダーである医師は、各医師や各専門職種が話しやすい雰囲気を作ることにつながる。

### 3 2回目の診察

通常、次の外来受診は2週間後になる。患者は、初診に比べて、医療機関の機能やスタッフの役割などをおおよそ把握は出来ている可能性が高いが、前回の検査データが確認できる日であるため、初診とは異なる緊張感を持っていると想像される。初診に比べ、患者の身体状態や生活状況、心理的状态が具体的に評価され、治療方針が具体化するため、問題解決のための対策が明確になる。

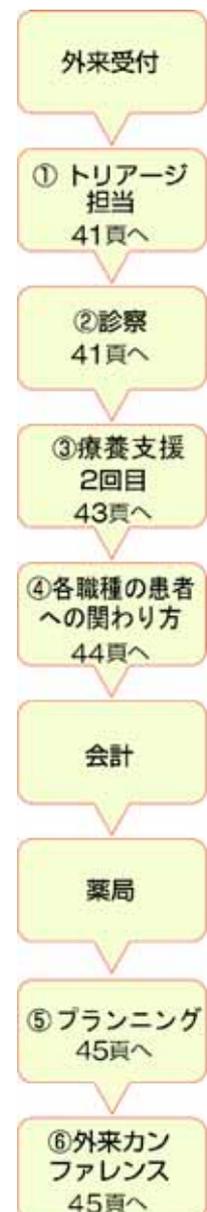
#### (1) 2回目の患者のおかれた状況

患者にとって検査データが出揃う2回目受診時は、今後の治療に関する方針を検討する重要な時期である。

治療開始が必要であると判断された場合には、感染告知後に生じている様々な心理的葛藤が未整理・未解決のまま、治療環境への適応と服薬開始という課題への取り組みが求められることになる。患者の治療への疑問や戸惑いに留意し、経済環境や、社会的状況に治療が与える変化も考慮しつつ、患者自身が適切な自己決定ができるような支援が求められる。

経過観察で良いと判断された場合には、差し迫った危機的状态ではないことを知った安堵感と同時に、積極的な治療がなされないことへの漠然とした不安感が残ることもある。場合によっては継続受診の動機づけが弱まり、受診が中断することもある。治療が開始にならなくとも、自らの心身に関心を払うことの重要性を患者と共有しておく必要がある。

図2-9 再診時の流れ



#### (2) チーム目標

初診時から2回目までに得られた患者の身体的・心理的・社会的(経済を含む)背景等を総合的に把握し、患者のセルフケアレベルを確認しながら、必要な支援実施のための計画を立てる。

定期受診の必要性を理解し、実施できる

療養生活の中で、健康レベルやQOLを向上・維持し社会生活に臨める

療養生活をおくるために必要なセルフマネジメント能力を身につける

### (3) 2回目の流れ

#### トリアージ

初診から2回目受診までの心身の状況把握に努め、患者がリラックスして診察に臨めるように配慮する。

疾患の受け止め方や誤っている情報は無いかを再確認し、2回目受診までの精神状態と患者周囲のサポート支援状況を把握する。

今後の自己管理能力の育成と定期受診に繋げるように支援する。

#### 診察

初診から2回目受診までの心身の変化や状況を把握する。初診時に行った検査データについて分かりやすく説明し、質問しやすい雰囲気心がける。治療開始にあたっては、検査データと患者自身の準備が重要となるため、データが治療開始基準を満たしているからといって慌てて治療を開始しない。この場合、患者に「治療が早急に必要であるが、開始に向けた準備も重要である」ことの説明を行い、理解を求める。この期間に起こりうる日和見感染症の発症予防及び検診を行う。

#### 抗HIV療法開始時期の目安

現在、抗HIV療法によって根治は望めないが、ウィルス量の増加を抑制し、CD4陽性リンパ球数を増加させ、病気の進行を遅らせることが期待できる。治療の開始基準は、表2-4にも示した通り、患者の病状やCD4陽性リンパ球数によって判断される。AIDSを発症している場合やCD4陽性リンパ球数が $350/\mu\text{L}$ 未満では、直ちに治療の開始が推奨される。ただし、治療開始が推奨されるCD4陽性リンパ球数の値は、治療のガイドラインが随時更新されることから、最新のガイドラインを参照する。また、抗HIV療法は性的パートナーへのHIV感染を予防することが示されたことから、パートナーへのHIV感染のリスクを有する患者に対しても治療の開始が勧められる。

医師や看護師は、治療開始にあたって患者が対応しなければならない様々な問題に留意し、適切な職種との連携をコーディネートすることが必要である。

なお、身体障害者手帳の申請には、28日以上あけた連続した2回の測定値（CD4、HIV-RNA、検血）が必要である。

米国や日本のガイドラインは、下記のホームページで見ることができる。

- ・「治療の手引き」<http://www.HIVjp.org/>
- ・「抗HIV治療のガイドライン」<http://www.haart-support.jp/guideline.htm>
- ・「米国DHHSのガイドライン」<http://www.AIDSinfo.nih.gov/Guidelines/>

#### 直ちに抗HIV療法の開始が推奨される場合

AIDS発症の既往やCD4陽性リンパ球数が $350/\mu\text{L}$ 未満の他、表2-4に示した場合には、服薬に向けた準備を始める。服薬相談は、治療を開始する前から実施し、抗HIV療法について十分に説明する。担当の薬剤師がいる場合は、薬剤師に服薬指導を依頼する。入院で行う場合は、入院担当医、病棟看護師などに申し送る。

免疫再構築症候群の対策として、治療開始前に各種検査を実施し、日和見感染症がある場合はその治療を優先する。また、必要な日和見感染症の予防を行う。AIDSを発症している場合、抗HIV療法を開始するタイミングは、各疾患によって異なるが、しかるべき時期に遅れることなく抗HIV療法を開始する。

CD4陽性リンパ球数が $200/\mu\text{L}$ 未満であるような高度な免疫不全の場合は、複数の疾患を合併していることも多い。薬剤の選択にあたっては、併用薬との薬剤相互作用や副作用など、薬剤師と連携をとり服薬相談を実施する。

抗HIV薬は高額であり、一生服薬を継続しなければならないことから、健康保

険の利用だけでは患者の経済的負担が大きい。負担を軽減できるよう、利用可能な社会資源について案内する。ソーシャルワーカーがいる場合は、これらの制度についての説明や手続きなどを依頼する。

診断後まもなく治療を開始される場合は、時間が限られているため、各職種は患者が理解しやすいよう、より丁寧な説明と対応に心がける。

表 2 - 4

抗HIV療法の開始が必要な患者
AIDS発症の既往 CD4陽性リンパ球数 <350/ $\mu$ L 最新のガイドラインが治療の開始を推奨するCD4陽性リンパ球数に達した場合 HIV陽性妊婦 HIV関連腎症 HIV関連ニューロパチー HBVを合併し、抗HBV治療が必要な場合* 性的パートナーへのHIV感染のリスクを有する患者
*HIVとHBV両方に抗ウイルス効果のある薬剤を使用する

#### 抗HIV療法の開始が強く推奨される場合

CD4陽性リンパ球数350～500/  $\mu$ Lでは、抗HIV療法の開始が強く推奨される。

受診の間隔は1ヶ月～2ヶ月毎を目安とし、ウイルス量の推移も注意し、治療の開始時期を判断する。抗HIV療法の開始に向けて服薬相談を実施し、服薬遵守の重要性を教育する。また、経済的な負担を軽減できるよう、利用可能な社会資源について案内する。ソーシャルワーカーがいる場合は、これらの制度についての説明や手続きなどを依頼しても良い。

#### 抗HIV療法の開始が推奨される場合

CD4陽性リンパ球数 > 500/  $\mu$ Lでは、抗HIV療法の開始が推奨される。

受診頻度は2ヶ月～3ヶ月毎が目安であるが、全身状態が非常に落ち着いていれば4ヶ月～6ヶ月毎でも良い。受診間隔が長くなることにより、現在の状態把握が困難になるため、受診の数日前に検査を受けておくか、受診後に血液検査の結果を問い合わせよう勧めるなど工夫が必要となる。抗HIV療法が開始できる場合は、服薬相談や医療相談を案内するなど、治療に向けて準備をすすめる。また、HIV感染症の病状に影響を与えるような性感染症やウイルス肝炎などに罹患しないように、健康管理には一層注意する。

さらに注意することは受診中断である。患者は「投薬」や「治療」が積極的に行われている場合には定期受診のモチベーションを維持しやすいが、検査データが良好な時期は、「抗HIV療法を開始していない状態」で「経過観察」という対応となり、受診に対するモチベーションの維持が難しく、受診中断の経過を辿る場合がある。患者に受診中断に至りやすい状況であることを説明し、その回避方法を提案する。医師や看護師は、受診中断に陥らないように、患者が抱える様々な問題に留意し、積極的にカウンセラーやソーシャルワーカーなどとも連携をはかる。また、要望がある場合、患者のプライバシーに配慮し、ピアカウンセリングや患者会などに関する情報を提供する（17ページ、コラム「院外の陽性者支援の紹介」参照）。服薬中断時の対応に関しては63ページ参照。

表2-5 再診時診療の流れの例

	患者の経過	各スタッフ間の連携
9:50	外来受付窓口に着席。	
10:00	外来担当看護師と面接。受診案内を受ける。	
10:10	診察室に入り、初診時に実施した検査結果が説明され、抗HIV薬の服薬の必要性について説明を受ける。治療薬の説明を薬剤師が、身体障害者手帳についてソーシャルワーカーが、治療開始に伴う不安に対するサポートをカウンセラーが行うことを説明。看護師の指示に従って順次面談することについて説明が行われ、患者は同意した。	看護師からソーシャルワーカーに連絡。面談時間の調整。
10:40	看護師から医師の説明を理解できているか否かについて確認が行われ、治療開始に伴う追加説明と、面談手順等についてオリエンテーションが行われた。	
11:00	ソーシャルワーカーから身体障害者認定取得のための必要書類等について説明された。面談終了時、昼食後は外来診察窓口に戻るよう指示される。	説明終了後、ソーシャルワーカーから看護師に連絡。必要書類について打ち合わせ。
12:00	昼食	
12:45	外来診察窓口に着席。外来の薬相談室への案内図を手渡す。	看護師から薬剤師に連絡。面談時間の調整。
13:00	薬相談室にて薬剤師から、薬物療法全般についての概略、服薬の意義や薬の作用、副作用・服用方法を中心に説明され、現在のライフスタイルと服薬について確認が行われた。面談終了時、再度、外来診察室の前で待つよう指示される。	説明終了後、薬剤師から看護師に連絡。
14:20	外来診察室にて医師から再度今後の治療方針について説明があり、次回の予約が行われた。	看護師からカウンセラーに連絡。面談時間の調整。
14:50	看護師から会計の手順とカウンセリングについて説明された。	
15:00	カウンセラーから心理的支援の提供が行われた。	
16:00	会計をすませ、病院を出る。	

## 療養支援（2回目）

## 患者教育（2回目）

患者が初診から2回目受診までに心身の変化がなかったか情報収集し、初診時に行った患者教育の理解度を確認する。

初診時の検査データに基づき、「治療開始が早急に必要か」、「早急ではないが、開始を検討するのか」、「データが良好なため、経過観察するのか」によって、2回目の患者教育内容、及び服薬支援内容は異なる。

## 患者教育の内容

初診時の教育内容の理解度を確認する

- ヒトの免疫システムについて
  - HIVとAIDSについて
  - 病気の経過：CD4陽性リンパ球とウィルス量との関係（検査データの読み方）
  - CD4陽性リンパ球数と日和見感染症予防と治療
  - HIV感染症と治療の概要
  - 感染経路と2次感染予防対策、パートナーの有無、予防行動
  - 日常生活の注意事項（こんな事では感染しない、注意すること）
  - 検査データの管理と定期受診と必要な診療科（頻度と目的）
  - 生活のリズム形成（健康管理の基本として、また服薬忘れ防止策のため）
  - サポート体制の形成：キーパーソンの確認や支援者の確認や獲得
  - 医療費：社会資源の活用
  - チームの紹介、医療チームへのアクセスの方法など
  - 緊急時・相談時の連絡先と方法の確認
  - その他：患者会、ピアカウンセリング、NGO/NPOなど
- 初診時検査データの見方を説明する。
- CD4陽性リンパ球数とウィルス量
  - 各種感染症抗原・抗体検査
  - 血液学的検査、生化学的検査

• その他

患者のみでは、病気に対する理解や治療開始が難しいと判断された場合は、病名告知を行った家族やパートナー、友人等の受診の同行を提案し、協力を依頼することもある。また誰にも病名告知を行っていない場合は、担当者は身近に支援者を作る方が治療成功のために有用であることを説明し、支援者作りを提案する。

各職種の患者への関わり方

薬剤師の役割

抗HIV薬を調剤する場合、多くの施設ではボトルのまま調剤している。服薬を確実にを行うことを目的とする場合、内服薬を一包装することも考慮する。ボトルには薬剤名が明記されており、冷蔵保存が必要な薬剤もある。家族に服薬している事実を知られたくない場合等の対応についても事前に検討する必要がある。患者数が少ない施設の場合、不良在庫が発生する可能性もある。薬の処方日数は、患者の次回来院日や飲み残している数に応じて処方されることが多い。急用で外来受診が出来ない場合も考えられるため、患者は薬を多めに持っておいた方が安心できる。包装単位にあわせて処方日数を調整することで、不良在庫と患者不安の軽減につながる。抗HIV薬は薬剤によって、通常の流通経路と異なる薬剤がある。処方される可能性のある薬剤は、あらかじめ卸と相談しておくことが望ましい。

ソーシャルワーカーの役割

早期に抗HIV療法の開始が必要な場合には、主に医療費の負担軽減のために身体障害者手帳(80ページ、資料5参照)や自立支援医療(83ページ、資料6参照)、障害者医療費助成(86ページ、資料7参照)等について説明が必要である。各制度の申請から医療費助成の適用開始までに要する期間は、自治体により異なるため、自院の医療圏の自治体にこれらを問い合わせることが望ましい。

各制度の申請手続きは、医療機関がルーティンで行うのではなく、患者自身がメリットとデメリットを把握し、利用するか否かを自己決定できるよう支援することが重要である。患者の家庭環境や社会的状況、既につながっている社会資源及び患者の力などをアセスメントし、患者自身でどこまで手続きが可能か、どのような支援が必要か等を判断する。時には、ほとんどの手続きをソーシャルワーカーが代行することもあるが、患者の主体性を尊重し、可能な限り患者自らが課題を解決していく力を備えられるよう側面的に支援することも求められる。また、下記例のように、役所等に柔軟な対応を求め、HIV感染者にとって社会生活上の障害を取り除く働きかけをしていくこともソーシャルワーカーの重要な役割である。

また、早期に抗HIV療法の開始が必要でなくとも、経済的問題やプライバシーに関しての不安を抱えている場合や社会生活上の課題がある場合には、適宜ソーシャルワーカーの介入が必要である。

<プライバシー保護に関する留意点と対応例>

【身体障害者手帳及び医療費助成制度の申請時】

\* 病名の記載された書類を役所の窓口を持参することに抵抗がある、知人が役所に勤めている等の理由から、役所へ出向くことに不安を感じる患者もいる。

役所との事前相談により、郵送での申請受付や手続き時に個室を用意する等、プライバシーの保護に配慮してもらえることもある。

【身体障害者手帳及び医療費助成制度の申請以降】

\* 医療費助成制度の更新通知や福祉手当の振込通知等が、例えば「 役所障害福

社課」と記載された封筒で自宅に届くこともあるため、患者が未告知の家族と同居している場合は、注意が必要である。

役所との事前相談により、無地の封筒で郵送してくれたり、患者に郵送物を取りに来所するよう携帯電話に連絡を入れてもらえたりする場合もある。また、役所から病院に郵送してもらい、外来受診時にソーシャルワーカーから患者に渡す等の対応が必要な場合もある。

#### カウンセラーの役割

治療を開始するか否かに関わらず、初診後の数週間をどのような精神状態で過ごしたか、精神活動に変化はなかったか、また感染告知後に直面した様々な課題（周囲への告知など）にどのように対処したかといった点に関心を払い、話し合う時間を持つことは大切である。また、初診で危機介入や心理アセスメントを行った場合、その後の経過を聞き、患者がとった対処へのフィードバックなどの支援を行う。

カウンセリング継続を患者が希望する場合は、同意書などを用い、診療録への記載やカウンセラーとの連絡のとり方、費用など施設に応じたルールを共有することが大切である。そのことは後のカウンセリング関係に影響することがある。説明を行い、同意を得ることで余計な不安が軽減できる場合もある。また、継続への動機や主訴なども確認する。

カウンセリングが継続されない場合や断られた場合、今後カウンセリングを利用しにくくならないように説明を行うとともに、次にカウンセリングを利用しようとされる場合に、予約のとり方や誰に申し込めばよいのかなどガイダンスを行う。

再診時以降の受診時すべてに言えることであるが、初診時にはカウンセリング導入や精神科受診の必要性が認められなかったり、医療者のために患者本人が渋ったりした場合も、常に精神状態の変化を観察し、必要に応じてカウンセリングや精神科受診へとつなぐことが重要である。

そのほか、カウンセラーや精神科医等へと紹介する際の患者の状態像やポイントに関しては、38ページ、図2-8を参照されたい。

#### プランニング

初診時の検査結果が出た後は、CD4陽性リンパ球数によって今後の大まかな方針を見通すことが可能になる。近々治療を開始するようであれば、服薬に関する知識の指導や経済的問題の解決のため社会制度の利用に向けた手続きをしていくことになるため、そういった説明を患者が聞くための時間調整が必要となる。反対に、治療はせず、経過観察となるようであれば、未治療でも定期受診を継続することの重要性を説明し、不定期受診や受診中断を防止するよう働きかけることが必要である。

#### 外来カンファレンス

基本的には初診時と同様である（39ページ参照）。

特に再診以降の外来カンファレンスでは、通院中の患者のなかでも、身体的、心理的、社会的状況の変化や問題が生じた場合には取り上げ、問題点の共有とその背景や対応について検討を行い治療方針の微調整を行う場合もある。

抗HIV療法が開始されている場合は、アドヒアランスの維持など服薬支援を目標に加える。

### 4 3回目以降（服薬未開始）

検査データについて分かりやすく説明し、心身の状況および病状を把握する。抗

HIV療法の開始基準に達している場合は、各職種と連携しながら、患者が安心して治療を開始できるようにする（48ページ参照）。また、抗HIV療法の開始基準に達していない場合でも、治療が必要なその他の疾患やCD4陽性リンパ球数の値によらない疾患などに留意し、診察にあたる。

HIV感染症の治療は長期にわたるため、患者の抱える様々な問題も変化する。患者が定期受診を継続できるような体制を整えることが必要である。

---

### (1) 3回目以降の患者のおかれた状況

患者は告知後生じた心理的葛藤を自分でコントロールしたり、チームの専門職につながったりすることで解決の方向を見いだせたり、継続的な支援のもと社会生活や学校生活と折り合いをつけながら、時間を調整し療養を継続する時期である。また医療とつながることで発生する経済環境の変化にもチームで対応することにより、安心して継続療養が可能となる。医療者とも緊張感がとれ、自らが疾患についての疑問や生活についての相談もできるようになってくる。しかし、その一方で、検査と検査結果の説明のみの受診であったり、支援者の獲得ができていない状況がある。医療者はこのような患者に対し、あせらずじっくりと患者が疾患を受け入れていく過程とともにいる存在であることが望まれる。また、病状が安定しており、仕事などで平日受診しにくい患者には、夜診のあるクリニックや土曜日外来等の紹介も継続診療を維持するひとつの方法である。

---

### (2) チーム目標

2回の診察と面接結果から抗HIV療法の開始か未開始がおおよそ判断される（開始の場合、54ページ参照）。患者が適切な医療を受け続けられるよう必要な支援を行う。

定期受診の必要性を理解し、実施できる

療養生活の中で、健康レベルやQOLの維持・向上とともに病状に変化がないか注意する

療養生活をおくるために必要なセルフマネジメント能力を身につける

生活習慣病など合併症の予防およびコントロールができる

---

### (3) 3回目以降の流れ

#### トリアージ

患者の療養生活の変化についての把握に努める。

#### 診察

前回の診察から今回までの心身の変化や状況を把握する。検査データについて分かりやすく説明し、質問しやすい雰囲気をつくる。治療開始にあたっては、検査データと患者自身の準備が重要となるため、データが治療開始基準を満たしているからといって慌てて治療を開始しない。この場合、患者に「治療開始が必要であるので、開始に向けた準備も重要である」ことの説明を行い、理解を求める。この期間に起こりうる日和見感染症の発症予防及び検診（眼科、歯科、女性の場合は婦人科）を行う。肝炎、糖尿病、高脂血症、高血圧症、精神疾患など、合併症がある場合には、他部門との連携をはかり、合併症のコントロールも行っていく。

#### 療養支援（3回目以降）

担当者は、継続診療できていることを評価する。

生活リズムについて、食事、学校や社会、家庭での生活に変化はないか確認する。

療養行動の変化が生じている場合（受診の調整が自分でできない、新たな

STD（性感染症）の繰り返し、服装や髪形の過激な変化、薬物の使用など）場面に応じた支援を行い必要なら適切なNPOやNGOを紹介する。

抗HIV療法の開始時期が近付いてきたら服薬支援の準備をする。

#### 各職種の患者への関わり

##### 医師の役割

この期間は症状がないことも多いため、受診中断が起こらないよう、継続受診の必要性を理解してもらう必要がある。2～3ヶ月おきを目安にCD4陽性リンパ球数とウィルス量を測定しながら外来フォローを行う。CD4陽性リンパ球数の低下の傾向があれば、適宜受診間隔を短くするなどの調整を行い、内服に向け薬剤師やソーシャルワーカーとの面談もすすめる。またこの時期には予防行動が疎かになる場合もある。薬剤耐性HIVの感染やHIV以外の性感染症である梅毒や肝炎の感染経路や予防方法などの性感染症の知識を適宜確認する。A型肝炎・B型肝炎の既往がない場合は、ワクチンを接種しておくことが望ましい。とくにB型肝炎を合併し慢性化すると、その後の抗HIV療法の選択肢を狭めるため予防が重要である。

##### 看護師の役割

患者が積極的に治療方針の決定に参加し、自らの意思で治療に向けた準備ができるように教育を行う。病識や問題解決能力を把握し、セルフマネジメント能力を育成するために治療開始のタイミングを逃さず、定期的に受診できるようにサポートし、セルフモニタリングができるように検査データを記録させるなどして病状の把握を意識づけさせる。

精神科、眼科、婦人科、内分泌、代謝など合併症治療が必要な場合や定期的な検診のための他科との調整を行う。心理、社会的な問題がある場合には他部門との調整、在宅支援の必要性があれば地域スタッフとの調整などが必要であり、他科、他部門との連携調整の必要性を適宜判断し必要な時期に支援が受けられるようにしていく。

##### ソーシャルワーカーの役割

医療上は問題がない状態であっても、患者の社会生活は絶えず変化している。仕事や学業、家族関係などに変化が生じ、社会生活上の課題が生じていたり、経済的支援が必要と考えられる場合には、随時支援を行なう。HIV感染が分かることによって、患者はこれまでの生活様式や対人関係に変化が生じ、心理社会的に不安定な状態になりやすい。ソーシャルワーカーは、患者が自分らしい生活を継続できるよう、患者の価値観や既に持っている対処能力などに着目し、患者自身が課題を解決できるように支援を行なう。患者の周囲に相談ができる人がいない場合には、相談機関などのリソース紹介も検討する。（17ページ、コラム「院外の陽性者支援の紹介」参照）

また、服薬治療が開始されていない場合でも、患者が希望し、申請条件に該当する場合には、身体障害者手帳（80ページ、資料5参照）や障害者医療費助成（86ページ、資料7参照）などの制度を利用することができる。また、HIV感染症以外の治療を優先して実施する際に、医療費助成制度が利用できる疾病（精神疾患や肝炎インターフェロン治療など）もあるため、必要に応じて紹介する。

##### カウンセラーの役割

感染告知を受けた直後の心理的動揺に対する介入を行った後も、患者のニーズがあればカウンセリングは継続される。HIV感染症との折り合いのつけ方について共に考える継続的なカウンセリングが求められる場合もあれば、HIV感染症罹患を知ったことを機に自分自身について見つめ直す作業を行う人に対して心理療法が必要となる場合もある。

カウンセラーは、今のような心理的作業をすることが患者にとって必要かをアセスメントし、その理解を患者と共有しながらカウンセリングを継続する。ま

た、そのような理解をある程度医療者とも共有し、カウンセリング関係を側面的に援助してもらえるように、あるいは、医療者の患者理解を促進できるように、医療者に働きかけることも重要な役割である。

また、カウンセリングが導入されていない、あるいは継続的なカウンセリングとならなかった場合も、カウンセラーは医療スタッフとの連携や情報交換を行いつつ、スタッフの患者理解や支援を促進するよう努める。

療養生活のなかで社会的、環境的变化や、人間関係の変化、体調的な変化を体験

問題行動や感情統制の困難、精神症状の出現

遅延的に生じる感情的な反応や身体症状化された反応

逆に医療者から見て患者に次の様なことが観察された場合は、カウンセリングや精神科へつなぐことが重要である。その他、カウンセラーや精神科医等へと紹介する際の患者の状態像やポイントに関しては、38ページ、図2-8を参照されたい。

#### プランニング

初診から2回目の診察日までに心身の症状や生活上の変化がないかを確認し、検査結果を把握しながら、治療開始準備を急ぐべきかどうかを判断する。

この時期に身体的、心理的、社会的に問題がなかった患者でも療養生活の中で何かしらの問題が発生することを念頭におき、必要な相談窓口を紹介しておく。

#### 外来カンファレンス

特に2回目受診以降の外来カンファレンスでは、検査データや状態変化により治療開始の検討が必要な患者がいれば、開始時期についての検討を行う。また、身体的、心理的、社会的状況の変化や問題が生じた場合にはカンファレンスで取り上げ、問題点の共有とその背景や対応について検討を行う。

#### 他科、他部門との調整

精神科、眼科、婦人科、内科（内分泌・代謝）などでの合併症治療や歯科などの検診のためには他科や栄養科との調整が必要であり、患者に情報提供を行っていく必要がある。

## 5 服薬準備期（抗HIV療法の開始が検討される場合）

### (1) 服薬準備期の患者のおかれた状況

再診時にはまだ治療開始の必要がないと判断され、治療開始までにある程度時間があつた場合、治療が必要と判断されることで、いままで捉え所のない療養生活に服薬による治療という病気への確かな対処策の導入は患者に、ある種の安堵感を与えることもある。しかし一方で服薬の開始は、たとえ症状が出現していなくても患者に自分の病状の進行を強く意識させる。服薬の開始は患者にとって自分の疾患に直面する大きな契機となる。そしてこの疾患を自分の中に何らかの形で位置づける過程が進行する。この直面と受け入れの過程では、がんばろうという意欲が生まれることもあるが、失望、混乱、あせり、気持ちの落ち込み、意欲の減退などの心理的反応が現れることがある。医療者は服薬開始の準備にあたって、患者がそれらの感情を抱えている場合もあることを考慮し、服薬に関する情報提供の量やペースを患者の状態によって柔軟に変えるように配慮すべきである。

服薬の支援は一般的な説明ではなく、その一人一人の生活に合わせた「個別化」あるいは「オーダーメイド化」が行われる必要がある。それらが充分に行われていない場合、不安感や不確かさが強まることを医療者は意識しておくべきである。

## (2) チーム目標

治療成功のために患者の病気に対する理解度と問題解決能力の把握を行いながら、ライフスタイルに沿った処方が決定されるまでの準備を行う。

阻害因子（患者側、医療者側、治療薬）のリストアップおよび問題解決を行う病気に対する知識を身につけ、治療の自己決定ができるよう支援する

生活のリズムの形成とスケジュールの調整をする

服薬シミュレーションを通して問題の整理と調整をする

副作用について理解が得られるよう説明をする

薬剤耐性について理解が得られるよう説明をする

今後の医療費の見通しを持てるよう支援する。また、制度を利用するかしないかを自ら決定できるよう支援する

心理的問題に対応する

既往症、合併症がある場合に必要な診療科と連携し、治療の優先順位の検討および薬剤の相互作用に留意する

身近な支援者の確保をする

表2-6 服薬準備期のアセスメント・目標・活動

	アセスメント	チームの目標	援助
患者教育	<ul style="list-style-type: none"> <li>疾患の受けとめ方はどうか</li> <li>検査データに異常は無いのか</li> <li>HIV-RNA量、CD4陽性リンパ球数、血清生化学、血糖、胸部レントゲン</li> <li>セルフマネジメント能力は備わっているか</li> <li>定期受診が継続できているか</li> <li>safer sexの必要性を理解し、実施できているか</li> <li>定期受診が出来るよう支援する</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>病識と問題解決能力を把握し、セルフマネジメント能力を育成する</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>治療開始のタイミングを逃がさず、セルフモニタリングができるように定期的に受診し、検査データの意味の理解と定期的な病状の把握を意識づける</li> </ul>
服薬支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>治療の必要性や注意点は理解できているか</li> <li>治療開始への気持ちはどうか</li> <li>生活リズムは整っているか</li> <li>食生活の改善が必要か</li> <li>生活リズムから服用パターンを検討し、服薬シミュレーションが実施できるか</li> <li>結婚・就職・転居等服薬継続への影響が考えられる予定は無いのか</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>治療の自己決定ができるよう支援する</li> <li>生活のリズム形成が出来るよう支援する</li> <li>服薬シミュレーションを通して問題点を抽出する</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>服薬に関する知識（服薬の目的や方法、副作用など）を説明し、薬の実物を提示して薬剤や治療を身近にイメージしやすくする</li> <li>患者をとりまく環境を把握し、治療開始時期を検討する</li> <li>病気の進行、治療継続、治療上の問題、副作用出現などの患者の不安や疑問を把握し、解決できるように十分な情報提供を行い、積極的に治療方針の決定に参加できるよう支援する</li> <li>食事の習慣化など生活リズムが規則的に送れるよう必要性を十分説明し、日常生活に服薬を組み込ませ、実行可能な服薬方法を一緒に考える</li> <li>服薬スケジュールを患者とともに立案し、シミュレーションを行う</li> </ul>
サポート形成支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>サポート状況は整っているか</li> <li>身近な理解者</li> <li>利用できる社会的資源（免疫機能障害・自立医療）</li> <li>服薬継続の意思はあるか</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>安心して治療が継続できるよう支援</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>家族や友人などへの病気を未告知の場合、受診を中断するケースがあり、治療継続は難しいため、身近な理解者を得ることを勧める。その際病気を告知できない理由を察し、患者自身が理解者や時期を選べるよう時間をかけて支援する</li> <li>医療費の負担を軽減するために、身体障害者手帳や自立支援医療など活用できる社会資源の申請を進めていく</li> </ul>
と各科・各部門連携等	<ul style="list-style-type: none"> <li>患者・家族に、治療上問題となる既往症や合併症があるか</li> <li>在宅支援の必要性があるか</li> <li>各職種（カウンセラー・ソーシャルワーカー・訪問看護師・栄養士・薬剤師・保健師・区役所の福祉課・NGO/NPOなど）による支援の必要性があるか</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>各科や各職種との情報交換を行い、必要な支援が受けられるよう調整を行う</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>合併疾患の状況によっては、その治療を優先し抗HIV療法の開始時期を検討する</li> <li>各科・各部門との調整が必要な場合は、情報交換をする</li> <li>在宅支援が必要か判断し、必ず患者の同意を得て地域スタッフとの連携を検討する</li> </ul>

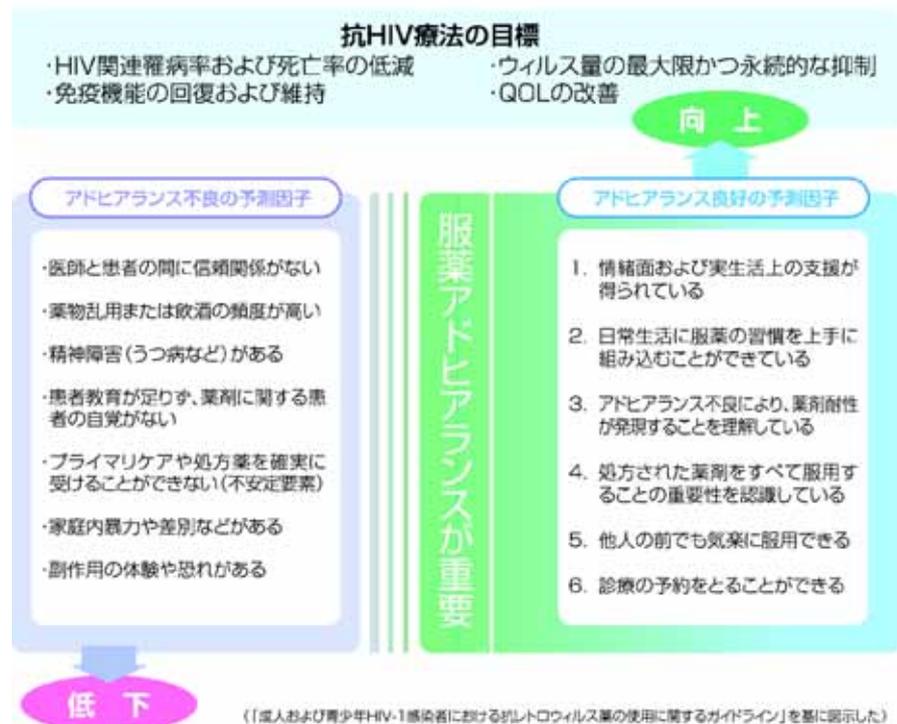
### (3) 服薬支援

初診患者に対して、医療者は患者自身が自分の状態を把握できるように説明し、患者の理解を得ることが求められる。抗HIV療方は患者自身が主体的に服薬を行うことが重要である。100%近い服薬が治療成功の鍵である。もし、一度治療に失敗すると薬剤耐性ウイルスが出現し、その後の組み合わせの選択肢が狭まり、治療が困難になる。患者に治療前の説明を十分に行う必要がある。抗HIV療法開始前に患者の自己決定を尊重しながら十分に時間をかけて説明し、治療を開始することは、決して時間の無駄ではない。もし、十分に説明を理解できず、患者の自己決定がしっかりできていないと、中途半端に治療を開始したこととなり、その後十分な服薬率が保てずに治療に失敗してしまうと、その後の組み合わせの選択肢は狭まり、服用方法が難しくなるなど、患者に不利益な状況を招き、医療者も次の治療のためにさらに膨大な時間を要する結果となるからである。

治療継続においては患者自身をサポートしてくれる身近な理解者の存在は大きいので、サポート者を得られるように支援していく。

表2-6のようにチームでカンファレンスなどを通して、アセスメントとプランニングをして計画的に援助を提供していく。具体的な援助は以下(4)~(7)を参照。

図2-10



### (4) 服薬阻害因子の軽減

服薬阻害因子には、服薬タイミングの困難さや食事との関係、服薬を人に知られたくない気持ち、副作用、薬の管理方法、日常生活の中での服薬の困難さ等がある。良好なアドヒアランスを得るためには阻害因子を軽減する必要がある。現在の生活に服薬が組み込まれた場合、どのような変化が起こるか。副作用が発現した場合、仕事など生活への影響が考えられるか。どの様に対応すればいいのか等、服薬を開始する前の情報提供は阻害因子の軽減に有効であり、良好なアドヒアランスを得るために重要である。

## (5) ライフスタイルにあった服薬

患者のライフスタイルを平日と休日に分け、患者の生活のリズムを患者と共に確認し、実生活の中でどのような服薬が行われるかをイメージし、服薬が生活に及ぼす影響をも考慮しながら面談をすすめる。これらの配慮を伴った一連の行動が患者の自己効力感を向上させ、服薬行動の動機づけのひとつとなる。また、服薬タイミングを決定する場合は、医療者側から服薬方法を提案するのではなく、いくつかの服薬パターン例を示し患者自身に考えてもらうことが有効である。自分の服薬行動を主観的に考えた場合、どうしても不安感が先行し、行動を考えることが難しい場合がある。このような時は、患者が服薬行動を客観的に考えることができるような援助行動をとる必要がある。これら一連の作業を患者と共に行った後、一定の確認期間を設け、抗HIV薬以外の薬剤で実際の服薬時間にあわせてシミュレーションを行うことは有効である。患者のライフスタイルの中に服薬を取り入れ、机の上でシミュレーションを行う場合、「 のような服用方法はとうですか」と説明するのではなく、患者のモデリング行動を意識して、「ある患者は のような服用方法をとっている、また、ある患者は のような服用方法をとっている」といった例を示し、患者が方法を選択できるような関わり方をとることが効果的である。

図2-11 服薬アセスメントシートの例

氏名	( 歳) 担当者名 / 年 月 日
受療行動	定期受診 ( <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 困難→理由: )
生活パターン 職業 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )	平日
海外出張 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 頻度 ( 回/月・年) 出張期間 ( 日/週/月)	休日 ( 曜日)
排便	<input type="checkbox"/> 便秘 ( 回/日) <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟便 ( 回/日) <input type="checkbox"/> 下痢 ( 回/日) <input type="checkbox"/> ( )
嗜好	アルコール <input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む/頻度/量 ( ) タバコ <input type="checkbox"/> すわない <input type="checkbox"/> 吸う/頻度/量 ( ) 薬物使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (種類)
その他	TDF or TDF/FTC:水分摂取 <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 困難・不可能 RTV :冷所保存 <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 困難・不可能
合併症	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝炎 (B/C) <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> ( )
家族歴	
<input type="checkbox"/> 血友病 <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> その他 ( )	使用薬剤名: <input type="checkbox"/> カシイTM <input type="checkbox"/> コージネット <input type="checkbox"/> バクト <input type="checkbox"/> 7ド'ナイト <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 出血部位 ( ) 製剤使用頻度:PI開始前 ( 単位/ ) PI開始後 ( 単位/ )
抗HIV薬服薬歴	<input type="checkbox"/> 有 ( ) <input type="checkbox"/> 無 中止理由 ( )
その他の薬剤等	現在内服中の薬 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( ) サプリメント <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )
人的サポート	<input type="checkbox"/> 病気を知っている人 ( ) <input type="checkbox"/> キーパーソン ( )
社会資源	健康保険: <input type="checkbox"/> 有【国保 ( <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族) 社保 ( <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族)】 <input type="checkbox"/> 無 身障者手帳: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有【免疫 級】 <input type="checkbox"/> 申請中【 級】 交付見込み / 項 <input type="checkbox"/> 心身障害者医療費助成制度 <input type="checkbox"/> 自立支援医療 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/>
服薬開始に対する認識	※3割負担での開始 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
今後のケアプラン検討事項	<input type="checkbox"/> シミュレーション開始 月 日～ (内服予定時間)
内服開始後初回受診時のアセスメント 内服開始日 (平成 年 月 日) 評価日 (平成 年 月 日) 次回評価予定日 (平成 年 月 日)	内服時間: <input type="checkbox"/> 時間通り <input type="checkbox"/> 時間のずれがあり (理由: ) <input type="checkbox"/> 時間を変更 (理由: ) 内服忘れ: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (理由: ) 副作用: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (症状: ) (対処方法: ) 内服継続上の課題: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( ) 上記が`有`の際の解決策 ( )

## (6) 各職種の患者への関わり

### 医師の役割

服薬開始時期についてはガイドラインが参考になる(41ページ参照)。体調の変化を感じていない患者が服薬開始をなかなか納得できない場合もあるが、現在の抗HIV薬開始の基準は日和見感染症の発症防止からさらに長期予後の改善も見込んだものへとシフトしてきていること、以前にくらべ服薬が容易となっていることから、服薬開始が適当と考えられることなど、服薬する方がメリットがあることを説明する。服薬の意志がなかなか固まらない場合は、障害要因についても話し合うが、カウンセラーへ対応を依頼することも検討する。薬剤師に抗HIV薬の説明(予想される効果や副作用)や服薬時間のシミュレーションを依頼したり、薬剤師と協力し、患者の病状に合った抗HIV薬の選択や、他に服用している薬剤との相互作用についての評価も行う。ソーシャルワーカーに費用負担軽減のために利用可能な制度についての案内などを依頼する。

抗HIV療法の開始にあたり医師が考慮しておくべきことに、免疫再構築症候群がある。服薬開始によって免疫機能の再構築の過程で、免疫再構築症候群と呼ばれる症状が起こり日和見感染症が一時的に悪化する可能性がある。そのためにも抗HIV薬開始前に日和見感染症の精査と治療を行っておく。治療開始前に病原体の量を減らしておいたほうが免疫再構築症候群が起こりにくいとの考えもあるためである。例えばニューモシチス肺炎では治癒してから、クリプトコッカス髄膜炎で導入療法が終了してから、結核や非抗酸菌症ではこれらの治療を1~2ヶ月先行させてから抗HIV療法を始めることが一般的である。

CD4陽性リンパ球数が200/ $\mu$ L以上の場合は日和見感染症はみられない場合が多いが、CD4陽性リンパ球数が200/ $\mu$ L未満の場合は発症している可能性があるため、とくに発熱など患者の自覚症状がみられる場合は、必要があれば精査を行い、日和見感染症がないことを確認する。

精査で日和見感染症が見られなくても発熱がみられる場合、抗HIV薬を開始することによって解熱し、発熱はHIV自体の症状であったと思われる例も経験する。

B型肝炎も免疫再構築症候群によって悪化する可能性があるため、合併している場合は、ツルバダRなどを用い最低2剤以上の抗HBV効果のある薬剤を含むメニューを選択している必要がある。

なお毛嚢炎や尖圭コンジローマなども免疫再構築症候群による悪化の可能性があるが、悪化時の対処で済むので、これらの治療のために抗HIV薬を遅らせる必要はない。

患者には、免疫再構築症候群によって既知の日和見感染症の悪化もしくは潜伏している感染症の顕在化が起こる可能性があること、その場合はそれらの治療が必要となることを説明しておく。

### 看護師の役割

患者が積極的に治療方針の決定に参加し自らの意思で服薬を開始し、継続できるように関わっていく。患者の最も身近な医療者である看護師はチームメンバーと共に患者の意思決定のための支援を行っていく。服薬に関する知識の説明や薬の実物を提示したり、服薬スケジュールを患者と共に立案しシミュレーションを行うなど薬剤や治療を身近にイメージできるようにする。病気の進行、治療、経済的問題など患者の不安や疑問を把握し、解決できるように他部門との調整を行い十分な情報提供を行っていく。服薬継続のために身近な理解者を得ることも一つの方法である。患者が、家族や友人などへの病気を伝える場合には、病気の理解への情報提供を行い、支援の協力依頼を行う。

### 薬剤師の役割

医師から指示された組み合わせに応じて、処方内容に沿った服薬スケジュールを立て、ライフスタイルに合わせた服薬が可能であることを確認する。決してスケジュールを患者に押しつけるのではなく、お互いに検討することで選択と決定は患者に委ねることがポイントである。医師から示されたメニューが実行できないと思われる場合や、検討する時間が必要と判断すれば、その旨を医師に連絡し、処方内容を再検討するなど医師と連携して処方の提案や処方設計を支援する。

服薬開始までに時間があれば、患者に服薬時間のシミュレーションを提案する。また患者が現在服用している薬剤を聞き取り、抗HIV薬との相互作用の確認を行う。

- (3) 服薬支援参照 (50ページ)
- (4) 服薬阻害因子の軽減参照 (50ページ)
- (5) ライフスタイルにあった服薬参照 (51ページ)

### ソーシャルワーカーの役割

内服開始となれば医療費が高額となるため、患者の多くが医療費の助成制度を利用する。しかしながら、患者にとって制度の利用は「目的」ではなく「手段」である。内服を開始し継続するために課題だと思われる心理的・社会的問題が何であるのかをアセスメントし、その解決を図ることこそが重要であり、助成制度の手続きをすれば良いということではない。

制度の利用に際しては、患者自身がメリットとデメリットを把握し、主体的に選択することが重要である。制度利用に加え薬剤の組み合わせなど、さまざまなことを選択しなければならない時期になるが、これからの内服継続を患者自身が選び決定をすることを実感する大切な過程だと考える。

制度利用においては、患者が手続きを行う役所窓口の対応と手順と時間経過を、患者と共に確認し、病院事務と会計の手順など調整する。

また、自立支援医療の受給者証には時として「抗HIV療法」など明記されることがあるため、そのことを患者がどう受け止めるのか確認し、必要に応じて役所に配慮を求めることが望ましい。

身体障害者手帳は患者のプライバシーに配慮して、郵送あるいは代理人による申請が認められている。配慮が必要な場合には自立支援医療や障害者医療についても同様の対応ができるよう役所との交渉窓口となることも必要になる。

同時に、長期にわたり利用する制度であるため、患者自身が病院任せとせず、自己管理できるように取り組むことが重要である。

確認と検討の結果、いつから患者が内服可能だと判断をしたのかをチームで共有し、処方開始時期の決定に反映する。

表2-7 制度の利用にあたって

「障害」ということの受け入れ
制度利用の意思
本人が手続きを行う能力・態度
家族など、キーパーソンの存在の有無
世帯状況と告知状況
役所担当者の対応能力
他の制度の利用についての確認
連絡方法、書類取り寄せ方法、など確認
書類の確認
役所窓口への連絡
病院医事との連絡調整
申請方法、書類受け渡し方法など確認

### カウンセラーの役割

服薬を開始することを了解しつつも、なかなか服用に至らない場合や、服用に不安や迷いを表明されることもある。服薬しようという意思と同時に迷いへの思いや行動にも関心を払い、服用にまつわる心理状態を患者自ら医療スタッフに表出できるように支援する必要がある。同時に、服用する／しないという迷いから、決断することをゴールにするのではなく、それを契機に、患者の思いや考えを丁寧に聞き、フィードバックを行っていくことで、主体性のゆらぎに共感しつつ、その回復を目

指す。

また、服用することが一生続くという思いや、服用し続けることができるのかといった自分への自信のなさ、さらには周りのスタッフや自分自身が労力を割いてまで自分が生きていく意味があるのかといった迷いが表明される場合もある。そのような心理状態は、主体性を越えて病気の進行や治療が進んでいくなどの苦痛や苦悩のあらわれといえる。つまり、アイデンティティやスピリチュアルな苦悩など自らの根源的な問いでもある。さらに、うつや認知機能の障害など精神症状が背景にあることもあり、心理アセスメントや心理療法を提供したり、精神科にコンサルテーションを依頼するなど考慮に入れなければならない。カウンセラーは、迷いに付き添いつつ、患者自身がその迷いを医療スタッフに表明できるよう支え、医療スタッフとの関係を支援していくことも肝要である。



#### コラム 行動を変えることはたやすくはない！

一般にある行為を遂行するには、その行為ができるという感覚と、その行為でどんな結果が得られるかという予測に加え、その行為を行う技術を持ち合わせ、状況がそろったときに実践に移されると考える。たとえば、決まった通りに服薬できないという行為は、服薬するという行動が学習されていないか、もしくは誤った学習がなされている、または、その行為を遂行できる感覚が乏しい、服薬した結果のメリットとデメリットを天秤に掛け、デメリットを多く予測してしまっているということが考えられる。

よって、服薬行動を支援するために、患者本人が、服薬することのメリットやデメリットをどのように予想しているのか、服薬し続けていくことができるというある程度の自信をもっているのか、服薬を続ける状況や環境にあるのかなどがポイントになるであろう。予想や自信、認知と行動力は、患者本人の独特の思考パターンや経験、感情によって左右される。そのような場合、正しい情報を得る、認知や思考パターンを再検討する、予測されるメリットとデメリットへの対処法を用意しておくといったことが服薬行動を支援することになるであろう。

具体的には、薬にまつわる思いや経験、感情を丁寧に聞き、理解していくことをまず心がけ、患者個々人の生活パターンや思考パターンに応じ、服薬スケジュールを一緒に考えていくことが大事である。ときには、他のさまざまなスケジュールで服薬している例や工夫していく点などを示しながら、“自分も飲める”といった思いや見通しが持てるように接していくこともよい。なお、そのような話し合いのなか、予想を上回る不安や心配、戸惑いを示されたり、なかなか修正できない思いや思考パターンが観察されたりする場合には、1人の医療者が抱え込むことを避け、カウンセラー等との連携を考慮する。

## (7) 既往症・合併症への対応

52ページ、 医師の役割の項を参照

## 6 服薬開始時

### (1) 服薬開始時の患者のおかれた状況

実際に治療開始という状況になった患者は、副作用や服薬継続への不安を抱えた

状況や、治療開始することによる状態悪化防止への安堵感という複雑な状況下で服薬する。病気を告げていない他者に服薬を気づかれないようにすることへの負担、副作用が出現した時の対応なども含め、より具体的な不安に直面する。そのため、自己決定に揺らぎがないか、不安への対応について確認し、開始時期の選択を最終決定する。

## (2) チーム目標

- 可能な限り患者自らの意思で服薬を開始、継続できるよう支援する
- 治療の目的、方法を説明し理解を得る
- 起こりうる副作用や問題について予測でき、対処行動が理解できているか把握する
- 療養環境が整い、治療継続が可能な状況か確認する
- 各職種から継続して支援が受けられるように調整する

表2-8 抗HIV療法開始時のアセスメント・目標・活動

	アセスメント	チームの目標	援助
服薬支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>正しい服薬方法を理解しているか</li> <li>副作用観察とその対処法が習得できているか</li> <li>服薬継続への気持ちはどうか</li> <li>シミュレーション上で、服薬を忘れやすい原因を知り、その対処方法が習得できているか</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>自らの意思で服薬を開始および継続できるよう支援する</li> <li>今後起こりうる副作用や問題について、予測できる病識や対処行動が理解できているか把握できる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>患者が治療を受け入れているか把握</li> <li>病状や薬の副作用などの観察とその対処方法について理解できるように支援する</li> </ul>
サポート形成支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>身近な理解者は存在するか、その理解者は病気についてサポートの方法を知っているか</li> <li>社会資源の受給を整っているか</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>療養環境が整い、治療継続が可能な状況か確認する</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>セルフマネジメント能力だけでは継続服用が困難と判断された場合、患者の同意を得て家族や友人の協力を依頼、病気の理解や援助の方法を確認する</li> <li>社会資源の利用方法を説明する</li> </ul>
と各科の各連部門携等	<ul style="list-style-type: none"> <li>合併症の知識の習得とコントロールはできているか</li> <li>在宅支援の受け入れは可能か</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>各科・各職種からの支援を継続して受けられるよう調整する</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>合併症の症状の観察、その対処方法について理解できているか確認する</li> <li>患者の服薬状況や理解度、セルフケアレベルなどと地域が提供できる支援などすり合わせる</li> </ul>

## (3) 服薬支援

服薬開始直前の患者に対する説明では、処方された薬剤の服用方法と副作用等について、また組み合わせによっては食事と薬の関係は、患者が必要とする情報の第一であることから、患者が日々摂取する食事の内容や、時間にまで踏み込んだ確認と説明を行う必要がある。服薬を開始すると様々な副作用が発現することがある。発現する可能性のある副作用を説明するだけでなく、副作用が発現した場合にはどのように対応すべきかについて、副作用ごとに互いに確認しておく必要がある。服用開始後の副作用のモニタリングと医療者への相談ができるように夜間・休日も含め、医療者への連絡方法を伝えておくことも忘れてはならない。

飲み忘れた時の対応方法は、原則、気づいた時点ですぐ服薬してもらう。但し、その時間が次に服薬する時間に近い場合は、飲まずに次の時間からの服薬を勧める。この際、2回分を一度に飲まないで、通常通り1回分を服薬する。防止策として、携帯アラームのセットや携帯システム(忘れちゃだメール<http://www.haart-support.jp/damail.htm>)の利用等、患者自らが服薬に気づく方法と手段を利用することが

望ましい。また常に携帯するかばん等に1回分を持ち歩くことも有効である。



#### コラム 服薬支援のコツ

##### 生活のリズムを紙に書く

紙に書いたスケジュールは、患者が持ち帰ることによって確認することができる。また、自分の服薬行動を紙に書くことで、患者は予想される服薬行動を客観的に観察し、考えることができるといった効果が期待できる。

##### 確認しながら作業をすすめる

スケジュール作成の際など、患者の考えと医療者側の考えが異なったまま作業を進めると、最後のすりあわせで、ずれを生ずることがある。決定がおこなわれる都度、患者との相互確認を行うことが望ましい。

##### 対応に窮した場合

服薬スケジュール作成の際など、食事や服薬タイミング等の問題が生じ、医療者側が答えに窮した場合は、再度、患者に服薬の意志と現在の問題点を確認し、患者の自己決定を待つ。みだりに、医療者側から解決策を提示するのではなく、患者自身の言葉を引き出す援助が求められる。

## (4) 各職種の患者への関わり

### 医師の役割

患者が、服薬を開始する必要性と利点と期待される効果について理解していること、服薬時間について患者自身が計画を立てられていること、副作用について理解していることを確認する。副作用出現時のための制吐剤や止痢剤などをあらかじめ処方しておくことも考慮する。また副作用やアドヒアランス、免疫再構築症候群を評価するための今後の受診予定について患者と話し合い、確認しておく。通常は、開始2週間後を目安に再診とする。万が一その日に受診できない可能性を考え、処方1週間程度余計に行う場合が多い。

### 看護師の役割

治療開始に対する患者の意思の確認とともに、治療環境が整い、治療の継続が可能な状況かをカンファレンスを通して他職種と情報交換を行い最終確認をする。今後、起こりうる副作用や問題について予測できる病識や対処行動が理解できているか確認する。

### 薬剤師の役割

前回に検討した服薬シミュレーションの内容を患者と確認し、生じた問題点があれば調整する。服薬方法、保管方法について説明を行い、食事摂取が必要な場合は、具体的な食事内容について紹介する。冷蔵保存が必要な薬剤については、対処法の説明を行う。

副作用については、予測される頻度、発現時期、消失期間、その対応をあらかじめ伝えることにより、仮に副作用が発現しても、患者は慌てずに対応することができる、不安の軽減となる。

抗HIV薬には、肝臓においてチトクロームP450 (CYP) により代謝を受ける薬が多い。患者は日和見感染治療薬等、他の薬剤と併用する場合が多く、相互作用には注意する必要がある。薬物動態を十分に把握し、相互作用を理解し、処方薬との確認を行うことが必要である。サプリメントは健康補助食品に分類されており、抗

HIV薬との併用データが乏しい。使用する場合は、患者にサプリメントを持参してもらい成分等を確認することが望ましい。

(3) 服薬支援参照（55ページ）

ソーシャルワーカーの役割

制度利用の場合には、その進捗状況を確認する。

自立支援医療受給者証や上限額管理票、障害者医療証など、患者に病院・薬局での利用方法を説明する。同時に、転居や健康保険証の変更の際に必要な手続きや、更新の手続きの時期と方法について案内をし、自己管理できるよう支援をする。

他に支援を必要とする事柄があれば、支援を行う。

## 7 服薬開始直後

### (1) 服薬開始直後の患者のおかれた状況

服薬が実際に開始されると、職場での服薬など日常生活と服薬行動の間で起こる具体的な悩みや不安、問題が発生する。他疾患の場合と異なり、家族、友人、同僚など周囲の人に病名を知らせていない患者も多く、日々直面する問題を気楽に周囲にうち明け、気持ちを受け止めてもらい、対処方法を一緒に考えてもらう機会がない患者もいる。こういう周囲からのサポートが少ない患者の場合、服薬経験は患者を孤立化させ、不安感や負担感を強める場合もある。

また、服用開始早期に副作用が出現する場合には、苦痛を生じ日常生活に影響を及ぼすことになり、服用継続への不安を増強する場合がある。

### (2) チーム目標

患者の療養生活の中で抗HIV療法が確実に開始でき、継続に際し必要な支援が受けられるよう支援する

副作用症状が日常生活を送る上でどの程度の支障かどうかを確認する。

ウィルス量が減少し検出限界以下まで低下する。

開始時のCD4陽性リンパ球数が200未満/ $\mu\text{L}$ の人は200/ $\mu\text{L}$ を超える。

表2-9 抗HIV療法開始直後のアセスメント・目標・活動

	アセスメント	チームの目標	援助
服薬支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>副作用の観察が実践できているか</li> <li>副作用の程度、生活への支援状況、精神面への影響を観察し対処行動がとられているか</li> <li>検査データの異常はないか（血清、生化・血糖）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>抗HIV薬内服が生活の中で安全で確実に服薬ができるよう支援する</li> <li>安心して薬物治療が継続できるよう支援する</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>服薬後の副作用症状の有無・観察・対処状況、服薬予定時間に内服できなかった場合の対処状況を把握する</li> <li>服薬チェックシートで、患者が服薬を自己管理したり、医療者が内服状況を把握したりする</li> <li>服薬相談する場合、何を、いつ、どこに、どのようにするかがわかり、行動できているか確認する</li> <li>検査データから副作用や治療効果を患者と共に評価する</li> <li>服薬継続の人的サポートが得られているか確認する</li> </ul>
日常生活支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>体調の変化がないか</li> <li>食事・睡眠への影響がないか</li> <li>感染予防行動ができてきているか（safer sex）</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>免疫再構築症候群、日和見感染症の観察、対処方法がわかり行動可能か確認する</li> <li>食生活・睡眠状況・生活リズムが維持できるよう支援する</li> <li>感染予防行動の状況を確認・修正する</li> </ul>

---

### (3) 服薬支援

服薬開始後からの服薬状況を確認する。実際に服薬して新たに生じた問題点があれば調整する。服薬できなかった場合は、患者を責めるのではなく、服薬できなかった時間、理由等を患者から聞き取り、問題点を検討し解決することで、次回から同じ失敗を繰り返さないように次につなげる援助をすることが重要である。

副作用は、服薬後、どの程度の時間をおいて症状が発現しているかを注意深く確認することで、薬剤を特定することができ、適切な対応をとることも可能な場合がある。適切な処置がとれない副作用でも、ある程度の時間が経過すれば消失する場合もある。いずれの場合でも、患者の訴えを十分に聴くこと、患者の求めていることを理解することが重要である。

服薬が順調に進むと、多くの場合、ウィルス量が低下し、CD4陽性リンパ球数が上昇することになる。患者は受診時に検査結果を確認することで治療効果を実感でき、薬を飲み続けることができたことを医療者が評価することで患者の自己効力感を上昇させる。

---

### (4) 各職種の患者への関わり

#### 医師の役割

いかに服薬開始前に説明していても、実際に服薬してから初めて疑問が生じることも多い。それらの疑問は、看護師や薬剤師などの窓口で解決できることも多いが、医師も常に門戸を開いている必要がある。しかし、患者の不安は夜間や休日に増強することも多いので、主治医でなくとも当直・日直医は一定の対応が出来ることが望ましい。

そして通常は、最初の処方から2週間後の再来時に飲み忘れの有無、血中ウィルス量減少の確認、血液検査などによる短期的副作用の有無の確認に加えて、2週間の服薬中に新たな疑問が出なかったかを確認する。

#### 看護師の役割

服薬開始の直後より副作用が出現する可能性も多い。この時期の服薬行動がその後の服薬行動に影響を及ぼすので「服薬が続けられる」と実感できるような支援が必要な時期である。副作用の程度、生活への支障状況、精神面への影響を観察し、対処行動がとれているか、困った場合には医療者への連絡相談ができ服薬が確実にできているか確認する。

#### 薬剤師の役割

服薬開始時におこなった服薬スケジュールを患者と再確認する。服薬方法・時間・保管・食事など実際に服薬してから生じた問題点に対処する。

副作用と思われる症状がある場合は、発現した時間と服薬時間を確認し、薬剤との因果関係の有無について検討する。発現した副作用について、水分の摂取等、服薬方法で対処できる場合は、主治医に確認を行った後、対応方法を患者に伝える。また、今後現れる可能性の“ある”副作用と“ない”副作用に分けて説明を加える。いずれの場合でも、患者の訴えを十分に聴くことと、患者の求めていることを理解することが重要である。新たに併用する薬剤が追加された場合は、抗HIV薬との相互作用の確認を行う。

副作用が強く出現または継続する場合、抗ウィルス効果が不良な場合は、抗HIV薬の薬物血中濃度測定を主治医に提案する。(91ページ、資料13参照)

(3) 服薬支援参照(58ページ)

### カウンセラーの役割

服薬が開始されると、治療が開始されたということや、服薬するという自ら対処することが生じるということで一種の安堵感を覚える患者も少なくない。その一方で、一生飲み続けなければならないという病気であることや人生を強く意識させられることもある。

カウンセラーは、薬にまつわる話を聴きながら次のことに注意を払い、患者と接していく必要がある。

- 薬を飲む場面は社会（日常生活）の場面であることを念頭に置き、それは人間関係の場面や葛藤の表れかもしれない
- 薬を飲むことで、病気を意識し、生きること、存在への疑問や意思の表れかもしれない
- EFVなどの薬の影響や、精神症状などの影響かもしれない

服薬による副作用に注意する。重い急性の副作用であれば、身体的なつらさや苦しさをもち、日常生活に重大な変化や制約を及ぼす。比較的軽い副作用であっても、それが長期にわたって続くと、毎日の気分に影響を及ぼし、生活全般の意欲の減退にまで波及していく。患者にとって、副作用は「薬をまじめに飲めば飲むほど起こってしまう」「ちゃんと飲んでいたのでなぜ」と捉えられ、自分のまじめな努力に対してつらい結果がもたらされることに強いジレンマや不満を感じ、それらが服薬を継続していく意欲に影響を与える場合もある。自分の病気の進行に対処するために服薬は必要な行為と論理的あるいは理性的には考えられていても、上記のような心理的な反応は同時に起こりうる。カウンセラーは、患者の悩み、不安、ジレンマなどに寄り添い、患者の主体性を支援していく必要がある。そのような姿勢は、カウンセラーにとって他のスタッフからどのように思われているのか不安を生じさせることもある。日ごろから他のスタッフとのコミュニケーションを図ったり、他のカウンセラーとのカンファレンスや事例検討会などで支え合うことも大切である。

医療のなかでは、服薬は続けていくことが前提であり、不規則な服薬や中断は失敗と捉えられる傾向がある。そのため「飲めていること」には焦点はあたらず、「飲めていないこと」に焦点があたりがちである。カウンセラーは、この服薬行為を続けるために患者が毎日の努力を積み重ねていることを尊重し、時にはそれらの努力を積極的に評価する必要もあると思われる。できていること、つまり患者の「強さ」を認めることは患者をエンパワーし、患者自身の自己効力感を強化することを意識することも重要である。

服薬によるつらい副作用の出現や日常生活への継続的な拘束感・束縛感は、それらを抱えた人生を生きていくことに基本的な疑問を投げかけることもある。「なんのための人生だろう」「薬を飲むために生きているのだろうか」といった自分の人生全体にかかわる疑問が患者の心のなかで頭をもたげる場合もある。カウンセラーは服薬を契機として患者が自らの人生について思索している場合もあることに留意すべきである。

また、患者の中には、今までの生育歴、生活環境、人間関係のあり方などからの影響を受け、告知される以前から生きる意欲があまり強くない人もいる。生きる意欲のなさは、告知以前から存在していたが、自分の生命の有限性を象徴的に意識させられる感染の告知や服薬の継続を契機に、それらが顕在化するという場合もある。生きる意欲が揺らいでいる場合、服薬の中断などに至ることもある。生きる意欲は生育歴、生活環境、人間関係のあり方と密接に結びついており、カウンセラーは、服薬に関する話を聴きながらも、生きるという視点での理解を一方で意識し関わる必要がある。

(1) 服薬継続時の患者のおかれた状況

長期の療養生活の中で、患者は様々な変化を体験する。就職や転職、昇進や転勤、引越しなどの社会的・環境的变化、結婚、恋人との別れや出会い、妊娠や出産、家族や友人との死別といった人間関係の変化、長期的な副作用の出現や、他の重篤な疾患への罹患など体調的な変化などが考えられるが、これらはすべて場合によっては多大なストレスの要因となりうるものである。一見状況の変化に対して適応しているように見えても、新しい状況へ適応を優先するあまり、服薬などこれまでこなしていたことができなくなったり、ストレスへの対処のためにアルコール等の物質やセックス等への依存が強まったり、感情の統制が困難になるなどの事態も生じうる。不眠や抑うつなどの精神症状が発現するケースも認められる。

本人に自覚されるような具体的な変化はなく、またHIV感染症に関する不安や心理的葛藤があまり顕著ではない場合でも、感染したこと自体に対する感情的反応が遅延して生じる場合がある。感染した当初は療養生活に適応することに必死であったために、たとえ本人であろうとも十分に意識することなく、抑圧された感情が時間の経過とともに「わけもなくイライラする」などの感情的な反応や、身体症状化された反応として生じている状態であると考えられ、受診中断や服薬自己中断に至る場合がある。また、抗HIV薬の副作用としての精神症状が生じる可能性についても留意する必要がある。本人にも自覚されにくく訴えられることがない場合もあるが、医療者が注意深く経過を観察することが大事である。

服薬状況が良好でも、薬剤耐性により予測したような治療効果がえられなかったり、無症候性の副作用が出現したりするなどして、薬剤変更を強いられる場合もある。免疫再構築症候群を起こし、入院しての日和見感染症の追加治療が必要になる場合もある。患者は、日和見感染症の追加治療や薬剤の変更に対し、動揺、失望する場合もあるので、その後の服薬継続支援を強化して行う必要がある。

(2) チーム目標

患者の療養生活の中で抗HIV療法を続ける上で問題解決行動がとれ、安心して治療継続できるよう支援する

副作用症状が患者の療養生活で支障かどうか、また血液学的検査を行い継続が可能か否かを確認する

服薬継続する上で困難な課題があればリストアップし、必要な支援につなげる  
ウィルス量が検出限界以下を維持する

表2-10 抗HIV療法開始半年以内のアセスメント・目標・活動

	アセスメント	チームの目標	援助
服薬支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>正しく服薬しているか</li> <li>副作用の観察が実践できているか</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>抗HIV薬内服が安全で確実に服薬が継続できると実感できるよう支援</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>服薬継続の逸脱や困難要因の振り返りを行い服薬行動を再検討</li> <li>免疫再構築症候群の観察や医療者への相談行動がとれるか確認する</li> <li>副作用の観察や対処行動の実施状況から効果的な服薬行動であるか確認する</li> <li>検査データから副作用や治療効果を患者とともに評価する</li> <li>服薬後の副作用症状の有無・観察・対処状況、服薬予定時間に内服できなかった場合の対処状況を把握する</li> <li>服薬継続の人的サポートが得られているか確認する</li> </ul>
日常生活支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>体調の変化がないか</li> <li>食事・睡眠への影響はないか</li> <li>感染予防行動ができていないか (safer sex)</li> <li>心理・社会生活面からの影響はないか</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>日和見感染症の観察・対処方法がわかり行動可能か確認する</li> <li>食生活・睡眠状況・生活リズムが維持できるよう支援する</li> <li>感染予防行動状況を確認する</li> </ul>

表2-11 抗HIV療法開始半年以降のアセスメント・目標・活動

	アセスメント	チームの目標	援助
服薬支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>正しく服薬できているか</li> <li>副作用の観察が実践できているか</li> <li>結婚・就職・転居など服薬継続に影響する要因はないか</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>生活にあわせた抗HIV薬の内服を自分で考え、問題解決行動がとれるよう支援する</li> <li>安心して薬物治療が継続できるよう支援する</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>長期服薬による副作用（乳酸アシドーシス、肝機能障害、高血糖、糖尿病、リボシトロフィー、高脂血症など）観察継続</li> <li>副作用の観察や対処行動の実施状況から効果的な服薬行動であるか確認できていることを認め自己効力感を高める</li> <li>長期服薬継続中、ライフイベントや生活環境の変化へ服薬行動が対応できているか見守る</li> <li>服薬継続の逸脱や困難な場合、原因の振り返りを行い服薬行動を支援する</li> <li>検査データから副作用や治療効果を患者と共に評価する</li> <li>服薬継続の人的サポートが得られるか確認する</li> </ul>
日常生活支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>体調の変化がないか</li> <li>食事・睡眠への影響がないか</li> <li>感染予防行動ができているか（safer sexを含めて）</li> <li>心理・社会生活面からの影響はないか</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>日和見感染症の観察、対処方法がわかり行動可能か確認できる</li> <li>食生活・睡眠状況・生活リズムが維持できるよう支援する</li> <li>感染予防行動状況を確認・修正する</li> </ul>

### (3) 服薬支援

血中ウイルス量が検出限界以下になるまでを第一のゴールとするならば、これを継続することが次の目標となる。抗HIV療法の進歩はめざましく、定期的な面談と情報提供は継続のための大切な要件である。特に問題がないと思われる患者に対しても、定期的に幅広い情報提供を行うことは、良好なアドヒアランスを継続できる条件のひとつとなる。

### (4) 各職種の患者への関わり

#### 医師の役割

医師は血中ウイルス量が十分に抑制されている場合には服薬治療が成功していることを説明する。服薬アドヒアランスの確認、副作用のチェック、薬剤血中濃度の検討などを行い、患者の理解を確かめ、必要に応じて初診時の説明を再度行う。薬剤耐性検査に関しては、血中ウイルス量が検出限界以下あるいはそれに近い場合は薬剤耐性変異ウイルスの出現の可能性がほとんど無く、検査の実施も困難であるため、薬剤耐性検査は推奨されない事を説明する。血中ウイルス量の抑制が不十分な場合には薬剤耐性HIV出現の可能性を考え、薬剤耐性の基礎知識、薬剤耐性の一般的要因につき説明し、さらに薬剤耐性ウイルス検査の実施を勧める。ウイルス学的失敗例の場合には外来カンファレンスなどの場でチームで検討を行い、効果が不十分となった要因について明らかにする。

#### 看護師の役割

確実な服薬継続によって、治療効果への実感が得られ、服薬継続の意欲につながる時期であり患者と共に治療効果を評価する。しかし、副作用や免疫再構築症候群などにより、一時的に症状が悪化したという印象を持つこともあり、自己中断や、服薬量を調整したりすることがないように事前の情報提供や注意深い観察を行う。服薬できなかった場合、また副作用や治療効果がなかった場合は、治療中止や変更について検討が必要なので、患者から医療者への情報提供ができるように支援する。長期服薬による副作用やライフイベントや生活環境の変化が起こることも考慮し、

常に服薬行動が対応できているか医療者間での情報共有も継続しながら確認する。服薬継続に問題が起こっている場合には、困難要因の振り返りを行い、服薬行動を再検討する。

#### 薬剤師の役割

時間の経過とともに服薬方法や保管方法などを間違っただけで対処している場合もあるため、新たな問題点があれば整理していくことが必要である。また果てしなく続く服薬に疲れ、服薬の重要性を認識していても、様々な理由から服薬中断となるケースもある。このような場合、服薬を中断することのメリットとデメリットを患者とよく話し合うことが重要である。

患者は、新薬の開発や治療に関する最新の情報を心待ちにしている。治療経過が良好であることに過信することなく、定期的に面談を行い、的確な情報を提供することは、服薬に対するモチベーションを高めることに繋がる。

服薬を継続することにおいて、長期服薬による副作用（乳酸アシドーシス、リポジストロフィー等）は服薬継続の阻害因子となる。日頃から症状、検査値、身体的な変化等を聞き取り、その問題点について主治医と連携をとりながら対応することが必要である。場合によっては、薬剤を変更することもある。患者にとっては、新たな薬剤の副作用の発現を不安に感じることもある。その際、現状の薬剤との違いを明確に説明し、服薬開始時と同様な服薬指導が求められる。

#### ソーシャルワーカーの役割

医療費の助成制度を利用されている場合には、その更新について適宜支援を行う。患者が手続きをする場合には、自己管理できるように支援をする。代理申請を必要とする場合にも、更新時期について自己管理できるよう支援する。

他に支援を必要とする事柄があれば、支援を行う。

安定期に入れば、医師等との関わりが減少する傾向があるため、生活状況や心理状態についてアセスメントを行う機会を持つことと、長期にわたり服薬を継続していることについて、最小限の励ましを行い、さらなる継続に働きかけることが望ましい。

#### カウンセラーの役割

感染告知を受けた、あるいは服薬開始を巡る心理的動揺を経たあとも、患者のニーズがあればカウンセリングは継続される。HIV感染症との折り合いの付け方についてともに考える継続的なカウンセリングが求められる場合もあれば、HIV感染症罹患を知ったことや様々なライフイベントを機に、自分自身について見つめ直す作業を行う人に対して心理療法が必要となる場合もある。カウンセラーは、今どのような心理的作業をすることが患者にとって必要かをアセスメントし、その理解を患者と共有しながらカウンセリングを継続する。また、そのような理解をある程度医療者とも共有し、カウンセリング関係を側面的に援助してもらえるように、あるいは、医療者の患者理解を促進できるように、医療者に働きかけることも重要な役割である。

カウンセリングが導入されていない、あるいは継続的なカウンセリングとならなかった場合も、カウンセラーは医療スタッフとの連携や情報交換を行いつつ、スタッフの患者理解や支援を促進するよう努める。特に次の場合には、カウンセリングや精神科へとつなぐことが重要である。

社会的、環境的变化や、人間関係の変化、体調的な変化を体験

問題行動や感情統制の困難、精神症状の出現

遅延的に生じる感情的な反応や身体症状化された反応

その他、カウンセラーや精神科医等へと紹介する際の患者の状態像やポイントに

関しては、38ページ、図2 - 8を参照されたい。

## 9 服薬中断症例への服薬支援

### (1) 服薬中断症例の患者のおかれた状況

抗HIV療法は一旦開始されたら原則継続することが重要である。治療を開始した患者の中には何らかの理由で服薬中断に至る症例も散見される。例えば、服薬による副作用や生活への制限、仕事や生活の変化など様々な理由が予測される。

なんらかの理由により服薬中断となった場合は、患者は服薬行動から解放されたと感じる一方で、服薬をしていないことへの不安を感じている可能性がある。

### (2) チーム目標

患者の思い、理解度、ADL、合併症など患者の状態把握と必要な援助をアセスメントし、支援するとともに、服薬中断に至った経緯を可能な限り情報収集し、服薬再開に向けて準備をする

患者の希望する治療意思と専門家チームの意見をすりあわせる

服薬を中断しても適切な医療が継続されることを保障する

### (3) 各職種の患者への関わり

#### 医師の役割

医師は個人的な価値観から患者に対し批判的な態度をとらず、服薬中断の理由と経緯を理解するように努め、各専門職からの情報や意見を取り入れ総合的に判断する。患者自身には、服薬中断に伴い副作用が消失する一方で、新たに予期される症状や検査値の変化、薬剤耐性ウイルス出現の可能性や、生活上の注意点を伝え、再開時には選択可能薬剤がまだあることを説明しておく。検査値の変化では、これまで検出感度未滿に抑えられていた血中ウイルス量が、服薬中断によって上昇する事と、上昇したCD4陽性リンパ球数が低下する事を説明する。CD4陽性リンパ球数が200/μL未滿となれば肺炎予防薬の開始などが必要なことを伝える。今後も、病状の把握のため定期受診の継続を勧める。薬剤開発は今後も進むと予想されるので、再開時の状況によって患者に適した服薬内容を再度、検討する事を伝える。医師は各専門職と外来カンファレンスで検討し、中断理由を明らかにし受診継続を含めた今後の対応策を検討する。ポイントは受診継続への支援とチームで中断理由を明らかにし、対応策を練り、援助することである。

#### 看護師の役割

服薬中断の場合、患者を非難するのではなく、その経緯を本人とゆっくり話し合う。

ライフスタイル（仕事を含めての）

副作用による苦痛

飲み続けることへの自己効力感の低下

経済的困難

中断に至った原因を把握し、問題への解決を本人と共に考える。看護師は必要時、薬剤師、カウンセラー、ソーシャルワーカーと情報交換し介入を依頼し、患者に面接を促す。

院内の多職種からなるチームで取り組み、問題を整理し解決の糸口を探していくことが重要である。また、家族やパートナーなどの身近な支援者の協力を得られるように調整する。その他行政の保健師や訪問看護師などに加え、NGO/NPOなど

院外の支援を検討する必要もある。

#### 薬剤師の役割

医師・看護師等、先に面談したスタッフが中断理由等を聞いているため、何度も同じ話を語らせることのないよう、各スタッフと連絡を取りながら、薬学的な観点から確認する事項があれば、服薬中断に至った理由について確認する。中断の一因が副作用であった場合は、その発現状況と心理的負担の状況等を詳しく聴く。中断直後の面談では、服薬再開に関連する話は避けるよう心がける。医師の治療方針を確認しながら、処方変更が行われる可能性があれば、変更のメリットとデメリットを中心に説明を行う。また、抗HIV療法の理解度について、再度アセスメントを行い、必要であれば改めて服薬準備の支援を行う（50ページ参照）。

#### ソーシャルワーカーの役割

通院することや内服することを強要するのではなく、服薬中断に至った背景の心理的・社会的問題をアセスメントすること、患者がどうしていききたいかを共に考える機会を持つことが望ましい。医師・看護師等も同様のスタンスで対応しており、具体的課題が明確になっている場合には、その事柄に対して支援を行う。

#### カウンセラーの役割

服薬中断の背景にはさまざまなことが考えられる。服薬中断の原因や理由を日ごろの患者に関する情報から心理学的に推測し、その対応を試みることも必要である。服薬や受診の中断を次の点から検討し、患者や医療スタッフへの支援を考えてみるのも一つである。

生きる（生きていく）ことの視点

認知機能などの判断や人格の影響などといった心理学的視点

社会的な喪失体験の影響など、反応や危機状態としての視点

精神症状など、主体性の揺らぎや自我機能の低下などの視点

服薬中断が十分に現実的に検討した結果の中断ではなく、実は長期的な療養生活の中での様々なストレスによって、燃え尽き（バーンアウト）状態を体験し、服薬維持が精神的に困難になったために服薬中断となったケースも認められる。このような場合には、まずは燃え尽き状態に対処するため、精神科の受診やカウンセリングでの対処が必要である。

同じ精神的理由による服薬維持の困難さであっても、バーンアウトとは異なり、ひとつの課題（仕事など）に継続的に取り組むことが難しく、些細なストレスによって行動が長続きしないケースがある。このようなストレス耐性の低さの背景には人格的な未成熟さなどが推測される場合もあるため、精神科受診やカウンセリングの導入、周囲のサポート体制の整備などが必要となる。

そのほか、カウンセラーや精神科医等へと紹介する際の患者の状態像やポイントに関しては、38ページ、図2 - 8を参照されたい。

## 1 女性患者への対応の留意点

### (1) 女性患者の特徴

日本では、女性の患者数が男性に比べて少ないため、感染を告知された女性の中には、性感染という社会的に現存するマイナスイメージに加え、自分の将来への具体的な目標や夢（就職、恋愛、結婚、出産、育児など）が奪われたと感じ、新たな価値観を見出せなくなったり、人に会うことさえ躊躇したりする方もいる。そのような女性の気持ちを受け止め、HIV/AIDSの正しい知識（HIV感染症の基礎知識、治療、感染予防、妊娠と出産）と、告知後に現れる諸問題を現実的に解決するための情報（支援団体、社会資源の活用など）の提供を行い、本人が課題を乗り越えて行けるような支援が必要である。

また、本人が伝えやすいスタッフ（看護師など）が患者のニーズを受け止め、そのスタッフが支援のコーディネートを行った方が良い場合がある。

妊婦検診の際に陽性と判り紹介されてくる患者が多く、その場合、患者本人やパートナーは、陽性告知の段階から抗HIV薬の内服、出産への準備、児への感染予防、家族や周囲への説明など、次々と多くの課題に遭遇することになる。そして、それらを短期間で選択、対処していかなければならない。初診時から患者の多様なニーズに合わせた医療を提供できるようチームによるサポートと連携が必要である。

### (2) パートナー告知

パートナーがいる場合や結婚している場合には二次感染予防の観点からも、相手への告知のタイミングを一緒に考える。本人が相手に告知する際、場合によっては、主治医から相手に病状の説明と感染症の知識等を伝える。本人あるいはパートナーの心理状態をみて、必要ならカウンセラーに繋ぐ。相手が抗体検査を受ける場所は、同じ施設でも良いが、保健所等の検査機関で受検しても構わないので、相手の判断に委ねても良い。

### (3) 婦人科疾患、性感染症について

AIDS指標疾患の頻度は異性間性的接触の男性と概ね同じであるが、女性特有の疾患として、婦人科疾患がある。このうち、子宮頸癌はHIV感染者では罹患率も高く、発病後の進行が早い例も報告されている。年に1回ないしは2回定期的な子宮癌検診を行う。

HIV以外の性感染症に罹患している場合もあるので、性感染症の検査と治療のため婦人科に紹介する。

女性は、自身の体調よりも子供や家族へのケア、仕事などを優先する傾向があることから、医師の他に看護師や他の職種も日頃から相談しやすいように心がけ、疾患を早期発見できるような体制が必要である。

## (4) 妊娠と出産

妊娠中期以降から抗HIV薬の内服を開始して血中ウィルス量を下げ、妊娠第37週前後に選択的帝王切開を実施し、授乳を行わないなどの母子感染予防対策を行うことにより、HIVの母子感染率は1%以下である。詳細は「母子感染予防対策マニュアル」を参照されたい。ホームページ<http://api-net.jfap.or.jp/>で入手可能である。

妊婦への抗HIV薬の選択にあたっては、妊婦自身の病状を考慮し、さらに児への影響も検討しなければならない。さらに妊婦では、成人のガイドラインで推奨される薬剤が、データが不十分なため推奨されない場合もある。従って、妊婦に対して使用する抗HIV薬については、医師や薬剤師が、注意点や推奨度などを十分に説明することが必要である。

妊婦検診では、本人への検査前説明が不十分であり、HIV感染症が治療可能な慢性疾患である事やHIVの母子感染を予防する方法があることを知らずに受診してくる場合も多く経験される。したがって、初診時にはHIV感染症や妊娠・出産について説明し、本人とよく相談の上、産科の専門医を紹介する。経験のあるHIV専門医、産婦人科医、小児科医などに相談しても良い。

妊産婦は、自身の病気のことでなく、抗ウィルス薬の選択と服薬、帝王切開、母乳ではなく人工栄養の実施、周囲（親やパートナー）への説明をどのようにするか、など、特有の種々の問題を抱えている。これらの事項を限られた時間の中で選択し実施していかなければならないが、HIV感染症の診療科の医師だけでは困窮する場合も多い。HIV陽性妊産婦の診療にあたっては、HIV感染症の診療科、産婦人科、小児科といった他科連携と、多職種からなる医療チームによるサポートや連携が必須である。



### コラム 女性患者の服薬支援

女性患者のうち、妊娠をしている、もしくは妊娠を希望する患者に対しては、処方内容などの選択に注意すること。胎児に対する抗HIV薬の安全性に関する情報として、NNRTIであるEFVはサルでの催奇形性が報告されており、妊婦に用いない。さらに、妊婦ではd4T+ddlの組み合わせでは脂肪肝や膵炎、致命的な重症の乳酸アシドーシス例が報告されているので避ける。妊娠中にHIV感染が判明した場合、抗HIV薬の服薬は胎児の器官形成期である妊娠8週～10週を避け、それ以降で開始する。

HIV感染している女性患者が妊娠した場合は、抗HIV療法を継続する（可能であればAZTを含んだ組み合わせに変更する）。



### コラム 小児患者への服薬支援

#### ・使用可能な薬剤

小児は成人に比べて承認薬が少なく、投与量のデータがないなど課題が多い。また新生児期から思春期にかけて、薬の体内動態に変化がみられるため、個別に薬剤の量や毒性を判断する必要がある。処方にあたって、専門家の意見を参考にすることが望ましい。

#### ・小児のアドヒアランス

年齢によっては服薬開始前に必ずしも病名を告知していない。しかし長い投薬期間や服薬アドヒアランスを考えると適切な時期に告知を行うことが好ましい。告知を行う時期に関して親に相談することは勿論、地域で保護者を支援で

きるように保健師などの支援を検討する。本人に告知をしていない場合は、服薬支援者の協力が欠かせないため、保護者をはじめ、支援体制を構築する。

思春期などの成長過程で治療に限らず、様々なことに反発したり、協力が得られない場合も考えられるため、保護者や可能であれば学校や保健所など行政などとも協力し、治療継続を支援する。告知問題や学校での生活などの問題に対して、保護者も含めて対応する必要がある。

・理解度

ある程度、薬というものが理解できる年齢に達している場合は、大人と同様、第一に患者自身に服薬の重要性を認識させるような支援行動が必要である。服薬説明を行う場合、特に説明は家族を中心にに行いがちであるが、患者自身に対する説明を怠ってはならない。患者の理解力の高い低いにかかわらず、家族が同席しない場を設けて説明を行う等の方法も検討する。

・小児用薬剤

国内で販売されている薬剤を服用できない場合は、エイズ治療薬研究班 (<http://www.ijnet.or.jp/aidsdrugmhw/mokuji.htm>) から小児用のシロップ剤等の提供を受けることができる。

## 2 血友病患者への対応

1986年以前の非加熱血液製剤の投与によりHIVに感染した血友病患者の多くは、ほぼ次項のHCV重複感染例である。いずれも感染後、20年以上経過しており、インターフェロン療法などによりHCV治療が成功していなければ、肝硬変の病状を伴う者が多い。中には生体肝移植も想定しておかねばならない症例も存在する。しかし、ドナーの問題、移植後のインターフェロン治療の成否の問題、免疫抑制剤使用の問題など克服しなければならない課題は多く、決して安直ではない。長期の抗HIV療法で多剤耐性ウイルスを獲得していたり、肝機能温存のために抗HIV薬の選択肢が限られている場合も多く、抗HIV療法の組み合わせも容易でない場合も多い。プロテアーゼ阻害薬による出血傾向は、機序が明らかではなく血友病患者固有の副作用ではある。しかし、近年のプロテアーゼ阻害薬は従来のもものと比較して、出血傾向は観察されなくなっている。よって、プロテアーゼ阻害薬は血友病患者には禁忌ということではなく、早期の凝固因子補充によって使用は十分に可能と考えられる。血友病のHIV感染者では、原疾患である血友病の止血管理や関節症、HIV感染症、HCV感染症、メンタルヘルスケア等、総合的治療が必要である。これらの理由によりHIV単独感染者に比べても注意すべき点が多く、診療には血友病専門医の意見を求めることを勧める。

## 3 肝炎（HCV、HBC）合併例での留意点

HIVに重複感染したC型慢性肝炎例はHCV単独感染例に比べ肝炎の進行が速く、HIV感染に重複したHBV感染例はHBV単独感染例に比べ慢性化の頻度が高く、HBV DNA量が高値で、HBV感染に基づく肝障害・肝機能増悪が高率に認められることは、肝炎の専門家の間でも、あまり知られていない。HIV感染症の予後が抗HIV療法の登場で著明に改善したが、最近のHIV感染症の死亡例ではHCV感染症を始めとした肝疾患によるものが増えてきている。わが国の血液製剤によるHIV、HCV重複感染例の多くは、HCV単独感染例に比べ肝炎が進行しており、HCVのウイルス量が高く、IFNやリパビリン等の抗HCV療法による治癒が困難である。さらに、肝移植を考慮しなくてはならない様な進行例も少なからず存在する。抗HIV療法施行時に薬剤性肝障害の頻度が高い点に注意する。

HCV感染症やHBV感染症の治療は著しい進歩を遂げつつあるので、HCVある

いはHBV重複合併例では肝炎治療の専門家、できれば重複感染症治療の経験のある専門家の意見を聴くことを勧める。HBVおよびHCV重複感染症の治療のガイドラインは次のHPからも入手可能であるので参考とされたい。

<http://infect.umin.jp/>

#### 4 パートナー・家族等への支援

患者にとってパートナーや家族等の病気を知っている人（以下、身近な支援者）の存在は、療養生活に前向きになるなど病気と上手につきあっていくことが期待出来る。このような身近な支援者は、患者を気にかけて、時に元気づけたり、薬を飲み忘れないよう注意してくれたりなど医療者以上の役割が期待できる。しかし患者によっては身近な人に病名を話すことが難しかったり、また身近な支援者も患者への接し方が分からなかったりする。また身近な支援者には、患者の病名を知る人がその人に限られている場合など特に「病気を打ち明けられた」負担を抱えていることがある。

病名を打ち明ける患者側の工夫として 対象者の選択、打ち明ける時期や内容、身近な支援者へのフォローアップの方法の打ち合わせを行うことが望ましい。について性的パートナー、配偶者の場合はその方たちの健康管理も重要な課題となる。

患者にとって身近な支援者の獲得の重要性は理解されているが、身近な支援者は患者自身ではないため、病気の正しい知識がない時期には不安や混乱も多い。患者との関係性によってはHIV抗体検査を含む各種性感染症の検査が必要になる。患者が病名を打ち明けた後の身近な支援者への支援体制（検査を含む）を事前に説明し計画的に行われることが好ましい。

新規患者の中には、既に身近に支援者を得た後、外来受診を開始していることもある。また外来通院しながら、病名を告白する患者もある。告知の対象者はパートナーや親・兄弟姉妹などの身近な人が多く、病名を打ち明けるタイミングは 初診時 身体障害者手帳など社会資源の活用をするとき 抗HIV療法を開始するとき 入院時などが考えられる。医師などスタッフは、フォローアップの面接を行い、治療や生活上の注意点等の説明する。

##### (1) 身近な支援者に対するフォローアップの面接で医療者が心がけること

身近な支援者が患者の支援を行う上で重要なことは、患者同様にHIV感染症に関する正しい知識を持つことである。患者の良き理解者・治療の協力者を続けるためにも、時々患者の診察に同行し、医療者から病状や状況の説明を聞く機会を提案することも有用である。

面接では具体的に次の説明を行う。未治療では進行性であること、内服による治療ができること、患者の自己管理が重要であること、患者が易感染状態にあること、感染経路は限定されており感染予防は可能であること、などである。この知識をもとに患者が身近な支援者に個別にどのような支援を求めているかを確認する。

自己管理が出来ている患者の場合には、身近な支援者が、患者を過剰に心配したり、患者に無断で他者に病気を話したり、患者の行動を非難したり、むやみに忠告したりすることをないよう助言する。

身近な支援者はその支援者が抱く負担軽減のためにも、複数であることが望ましいが、患者に意見を聞きながら検討していく。

## (2) 遺族への支援

患者が亡くなった後に遺族等がその病院を訪れることは患者の看病当時を思い出させたりするため遺族等にとって容易なことではない。看取りにかかわったスタッフは、遺族等に連絡を検討するなどグリーフケアを行う。遺族の中には、感謝の気持ちをスタッフに述べたいと希望することがあるので、連絡を受けたスタッフは面会する機会を設ける。

薬害エイズ被害者に関する研究結果によるケア支援対策は、薬害のみならずすべての感染者の遺族ケアの参考になる。最愛の家族等の悲しみは当然であるが、社会の偏見や誤解、親しい身内にも病名を隠して看病を続けたことなど感染症の特有の体験により、遺族の負担が考えられる。近年、進歩を遂げている我が国の緩和ケアやグリーフケアと合わせ、「薬害HIV感染被害者遺族等へのメンタルケアに関するマニュアル」(監修 財団法人友愛福祉財団実施事業)を参照いただきたい。

## 5 抗HIV薬・抗HIV療法

### (1) 抗HIV療法の原則

治療の原則は現在、次の通りである。

多剤併用療法で実施する。原則として3剤以上とする。(PIのブースト剤として用いるRTVは1剤と数えない)。治療の目標は血中のウィルス量を検出限界(40コピー/mL)未満に抑制することである。

抗HIV療法の効果を維持するために、服薬アドヒアランス100%を目指す。

なお、現在の抗HIV薬は細胞でのHIV増殖を抑えているに過ぎないので、たとえ、CD4陽性リンパ球数など検査データが回復しても抗HIV療法は中断しない。

### (2) 抗HIV薬の服薬期間

外見上健康に見える無症候期でも、HIVはリンパ組織で盛んに増殖し免疫機構を破壊している事が知られている。血中のHIVの半減期は数時間と短い、一日に産生されるウィルス粒子は約 $10^{10}$ 個とされ、血中のウィルス量は両者のバランスによる。HIVが感染したCD4陽性リンパ球の多くは半減期が概ね1日強と短い、静止期にあるCD4陽性細胞の半減期は平均43.9ヶ月と報告された。この細胞が体内に $10^6$ 個あると仮定すると、体内からHIV感染細胞が全て消滅するには約60年と推計された。このために長期服薬が必要とされている。

### (3) 治療開始時期

治療開始時のCD4陽性リンパ球数と3年後の生存率との検討から、CD4陽性リンパ球数が $350/\mu\text{L}$ 以上では生存に大きな差がないことが示された。近年改善されつつあるが、抗HIV薬の服薬量は多く、また副作用も出現し、治療は長期におよぶため、患者にとって服薬の継続は苦痛であり、服薬アドヒアランス低下による薬剤耐性ウィルス出現のリスクも伴っている。治療開始の時期はガイドラインが随時更新されることから、最新のガイドラインを参照する(41ページ参照)。いずれも開始前の服薬指導が重要である。

### (4) 抗HIV薬の種類

HIVは細胞表面のCD4分子やケモカイン・レセプターを介して細胞内に侵入する。遺伝情報はHIV自身が持つ酵素である逆転写酵素によってウィルスRNAからDNAに逆転写される。逆転写されたDNAは核内に移動し、宿主のDNAにHIVが持

つ酵素インテグラーゼによって組み込まれる。宿主細胞は組み込まれたDNA情報に基づいてRNA、さらにはタンパク質を産生していく。タンパク質は前駆タンパク質として合成され、HIVのプロテアーゼによって適切な箇所切断される。HIVは必要なウィルスRNA、タンパクなどを最終的に取り込んで発芽、成熟していく。

抗HIV薬は、このようなウィルスの侵入から増殖までの過程を様々な段階で阻害する薬剤で、逆転写酵素阻害薬、プロテアーゼ阻害薬、インテグラーゼ阻害薬、CCR5阻害薬に分類される。

#### プロテアーゼ阻害薬

プロテアーゼ阻害薬は、わが国で現在9剤（2009年10月現在）が承認され、いずれも強い抗HIV効果を有している。本剤は主に肝臓で代謝される。肝臓などのCYP450の活性を阻害あるいは誘導する薬剤が多く、併用薬に注意する。また、副作用として脂質代謝異常、脂肪分布異常（リポジストロフィー）、糖代謝異常などを来す事がしばしばであり注意を要する。

#### 逆転写酵素阻害薬

HIV逆転写酵素の阻害薬であり、わが国で11剤、さらに3つの合剤がある。作用機序と化学構造の違いから、非核酸系と核酸系に分類される。非核酸系にはEFV、NVP、DLV、ETRの4剤がある。核酸系にはAZT、ddI、3TC、ABC、d4T、TDF、FTCの7剤がある。

##### 非核酸系

EFVに代表される。EFVは強い抗HIV効果を有する。副作用にふらつき、異夢、発疹などがある。他の精神・神経系副作用として、うつ、睡眠障害、希死念慮があり、注意を要する。妊婦ではサル胎児の催奇形性の報告があり服薬は勧められない。肝代謝酵素の阻害、誘導が報告されており、併用薬に注意する。

##### 核酸系

TDF+FTC（合剤ツルバダ）、ABC+3TC（合剤エブジコム）などが主に使用される。このクラスの薬剤で重篤な副作用に腎機能障害（TDF）、過敏症（ABC）などがあり注意を要する。

一覧表参照（<http://www.haart-support.jp/information/index.htm>）

#### インテグラーゼ阻害剤

既存の薬剤とは異なる作用機序であるため、既存の薬剤に耐性を示している場合も有効である。

また、PI、NNRTIと比較して薬剤相互作用が非常に少なく併用薬剤も比較的安全に投与できる。今後の長期的な有効性及び安全性の集積が待たれる。

#### CCR5阻害薬

CCR5指向性HIVの宿主細胞への侵入を阻害する。CCR5と呼ばれる固有のケモカインレセプターを介するウィルスの指向性について確認を行った上で投与が可能となる。

## (5) 治療効果のモニタリング

#### 血中ウィルス量

血中ウィルス量は抗HIV療法の抗ウィルス効果を把握する上で重要なパラメーターの一つである。血中ウィルス量が検出限界未満であれば患者体内のHIVの増殖

は十分に抑えられ、治療は成功していると評価できる。血中ウィルス量が上昇した場合の原因として、HIVが薬剤耐性変異を獲得した事によって現在の治療薬の効果が減弱し、HIVの増殖が抑制できなくなっている場合と、アドヒアランスが不良である場合がある。

薬剤耐性の可能性を疑った場合は薬剤耐性検査（93ページ、資料14参照）を行うことが望ましい。検査の結果、服薬中の薬剤に対して薬剤耐性が認められたときには治療薬の変更を視野に入れる必要がある。変更にあたっては薬剤耐性検査の結果を慎重に検討し、次の治療薬の選択を行うことが必要である。判断に迷う場合は専門医に相談する。耐性変異が生じた原因としてアドヒアランスの不良も考えられるので、服薬指導、支援を強化することも考慮する。耐性変異が認められないにも関わらず、ウィルス量が上昇している場合は、服用できていない可能性がある。血漿中ウィルス量の定量検査は再診時毎の定期的なモニタリングが推奨される。

また抗HIV薬未開始の場合でも、臨床経過を把握するために定期的な検査が推奨される。患者の状態に変化が見られた場合も、適宜血中ウィルス量検査を行う。



#### コラム 血中ウィルス量検査の説明

抗HIV療法の開始時期の判断を正確に行うためには、適切な検査を行って血漿中HIVのRNA量を測定する必要がある事を説明する。ウィルス量が高値の場合は薬剤治療を早く開始して体内のHIV量を検出限界未満に抑えることが患者の予後の改善に寄与し、逆にウィルス量が低い場合には未治療でも進行が遅いと報告もあるが、最近では治療の開始時期（前述）にはCD4陽性リンパ球数が重要視されている。ウィルス量は患者の臨床状態を反映する一つの重要な指標であり、特に治療開始後は治療効果の良い指標となる事を説明する。

服薬開始後に予想されるウィルス量の推移について説明する。服薬治療開始後、100%近いアドヒアランスで服薬を継続した場合には2～8週間でウィルス量が1/10に低下し、24週間以内で400コピー/mL未満、48週以内に40コピー/mL未満になると予想される。

服薬によりウィルス量を検出限界未満に抑え続けられれば、CD4陽性リンパ球数も上昇しAIDS発病を引き延ばせる事を説明し、医師の指示に従って正しく服薬する事が患者の健康を保ちQOLを保つために大切であることを説明する。

治療効果の確認には、服薬開始後3ヶ月頃のウィルス量の検査が有用であることを説明する。血漿中ウィルス量が検出限界未満になった後も、定期的に受診し、ウィルス量を検査し、長期間にわたって観察する事が、患者の健康維持の上で大切であることを説明する。

服薬によってウィルス量が検出限界未満になっても体内のHIVが消失した訳ではなく、服薬を中止すれば速やか（1～3週間）に元のウィルス量に戻ってしまう事を説明する。

服薬を正しく行わなかった場合（飲んだり飲まなかったりを繰り返す）のリスクとして体内で再びHIVが増殖を開始する様になり薬剤耐性HIVが出現する危険が高くなる事を説明する。薬剤耐性HIVが出現してしまうと、現在服用中の薬剤が効かなくなったり、同じクラスの他の薬剤にも耐性になる恐れがある事を説明する。

#### CD4陽性リンパ球数

CD4陽性リンパ球は正常な免疫を維持するために重要な細胞である。HIVは、主にこのCD4陽性リンパ球に感染する。従って、CD4陽性リンパ球の数は、抗HIV療法によって、どの程度免疫力が回復したかの指標となる。ただし、数値は患

者ごとに個人差があり、年齢にも左右されることから、1回の検査で治療効果を判断せず、数回の検査により判定する事が必要である。

## 6 院外処方の留意点

各医療機関における抗HIV薬の院外処方箋発行は低率である。その理由として、患者プライバシーや在庫確保等の問題が考えられる。多くの院外薬局には個室が整備されていないため、薬剤の説明、患者呼び出し等には十分な配慮が必要である。プライバシーの問題は、HIV感染症に限らず、他の疾患でも同様である。過剰な対応は逆効果ともなりかねないため、他の疾患と同様にプライバシーに配慮した対応が求められる。

院外薬局に高額な抗HIV薬をストックしていることは少なく、不良在庫は避けたい。病院側も院外処方を発行する前に当該院外薬局に対して、処方日、処方メニュー、日数などの事前情報を連絡し、在庫確保に協力することが必要である。また、包装単位にあわせて処方日数を調整することで、不良在庫の軽減につながる。

院外薬局に在庫がないなど、抗HIV薬の服薬を中断させることがないように配慮した対応が必要である。

院外処方箋の本来の目的は、患者が「かかりつけ薬局」を定め、医薬品使用の適正化を推進することにある。病院と院外薬局との連携(薬薬連携)を深め、勉強会・連絡会を開催する等、患者が安心して薬を受け取ることができる体制を確立していくことが重要である。

自立支援医療を利用される場合には、手続き完了までの会計について、自己負担分を償還払いする仕組みはない。院外薬局と、どのような方法をとるのか確認をしておく必要がある。また、患者が薬局の登録を行うように、手続きの案内を担うソーシャルワーカーとも連携を図ることが重要になる。

## 資料1 医療者が普段から備えておきたい援助的コミュニケーションスキルについて

図4-1 チーム医療に際して必要な知識・技術・かまえ



図4-2 コミュニケーションのなかで相手を受け取るメッセージ

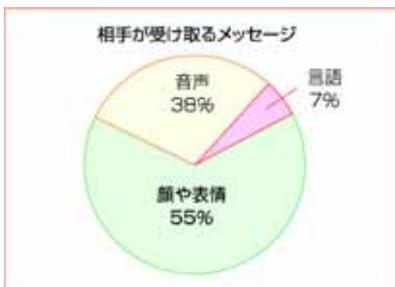
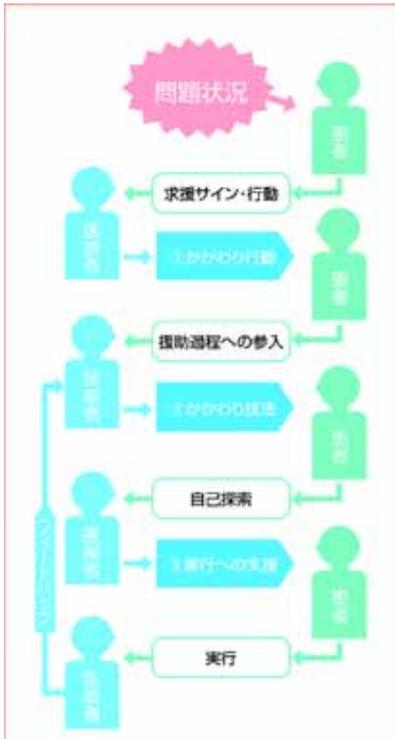


図4-3 援助的コミュニケーションの流れ



各専門に基づく支援や介入の成否は、当事者である患者がその介入を受け入れ、実践に移していくかどうかにかかっている。そして医療者と患者がどのような人間関係を築いているかによってもその効果は変化するものである。また、患者は周囲に理解者を得るまでには時間がかかることがあるため、医療者は心理的サポーターとして存在することも大切である。よって、期待する結果を実現するためには、医療者は専門知識や技術の基盤に、援助的な人間関係を築く能力が必須となる。

援助的なコミュニケーションとは、言語的・非言語的コミュニケーションのなかで、医療者が患者に対し、援助を目的とした意図的な人間関係でのコミュニケーションのことである。

## (1) かかわり行動・態度

援助的なコミュニケーションは、何らかの問題状況が発生し、医療者が支援しようとするかかわり行動によって始まる。かかわり行動とは、医療者が自ら発している非言語的メッセージに気付き、患者を前にした在り方を効果的にする態度の視点である。

Mehrabian, A. (1968)の研究では、コミュニケーションのなかで相手を受け取るメッセージは、その55%が顔の表情や動作であり、38%が音声による特徴であった(図4-2参照)。そして、言語(話の内容)は7%に過ぎなかったとしている。正確な情報を提供しようとしても、表情や動作、音声などに無自覚でいる場合、医療者が意図しなかったメッセージが伝わる可能性が高い。

よって、以下のポイントを参考に、医療者自身の態度を振り返り、援助的コミュニケーションの基盤を確かなものにする必要がある。

## ポイント

- Squarely : 身もこころも向き合う
- Open : 姿勢もこころも開く(相手の価値観などが入り込む余地を作る)
- Lean : 身もこころも乗り出す
- Eye : アイコンタクト(見つめることではない)
- Relaxed : 身もこころも安定すること
- Volume : 声量
- Articulation : 明瞭な発音
- Pitch : 音調(調子)
- Emphasis : 強調
- Rate : 速さ

## (2) かかわり技法

観察と積極的な傾聴が基本である。傾聴とは、上記のかかわり行動に気をつけながら、患者の言語・非言語に注意を集中することである。傾聴を大切に理由は、支援するために必要な情報は患者が持っているという発想にある。

また、傾聴には、医療者の価値判断をひとまず脇におき、保留することが求められる。

### ポイント

Open question : 開かれた質問(どのように応えるか患者にゆだねられた質問)

Closed question : 閉ざされた質問(「はい」「いいえ」のように応え方が限定された質問)

開かれた質問は患者の自発的な話を引き出す反面、あいまいで応えにくいという面もある。また、その逆に閉ざされた質問は的を絞った情報を得やすいが、得られる情報は狭く患者の話したいこととずれる場合がある。

### Minimum

encouragement : 最小限の励まし(うなずき、あいづち、繰り返しなど)

Paraphrasing : 言いかえ(患者の言おうとしていることを医療者の言葉で言い換える)

Summarizing : 要約(患者の言おうとしていることのポイントをおさえ、話の内容や思いを整理することを促す)

Reflection of feeling : 感情の反映(患者が語る話のなか(直接感情表現される場合もあれば、行動や経験を語ることで感情を表現している場合もある)の感情を言葉にして伝え、明確化を促したり共感的理解を示す)

## (3) 実行に向けての支援

主眼は患者の目標の達成に向かっての行動を支援することにある。上述の援助的コミュニケーションで支えながら、具体的目標を設定し、行動計画を練り、スケジュールをたて、実践していけるよう支援していく。その際、医療者の持っている知識や経験を例示する、パンフレットを用いるなど分かりやすい情報を提供することも大切になってくる。新たな情報は、患者の抱えている問題点を明確にしたり、どのように工夫し行動すればよいかの着想を支援する。

また、目標設定はより具体的に、より身近に設定し、行動計画を無理なく立てられるよう関わる点も大事である。そして、患者が実践する場合、その成果が上がればもちろんのこと、すぐに成果が上がらなくともまず実践しようとしたことだけでも賞賛に値する行動の変化だという認識を持ち、共感的理解と肯定的な評価をフィードバックすることも肝要である。

医療者の援助的コミュニケーションのなか、患者自身が自己の状況を探し、理解すれば、自ずと次にとるべき行動や方略は思いつくことが多い。しかし、それでもなお方略が立てられなかったり、実践に躊躇したりする場合は、感情的なわだかまりがあることが多く、派遣カウンセラーや臨床心理士などのカウンセラーとの連携が望ましい。

### ポイント

Stop : とどまる

Thinking : 何が問題なのか、今までだったらどうしていたのか考える

Other(s) : ほかに方法は無いのか、ほかの人だったらどうするのか想像する

Plan & Practice : 具体的にどのような行動をするのか計画をたて、実践してみる

## 資料2 服薬における患者と医療者のコミュニケーション事例

抗HIV薬の服薬は患者の自己決定を尊重する必要がある。1日1回の内服薬があった場合、「このお薬は24時間おきに、食後に服用するとお薬の十分な吸収が得られる薬剤ですが、あなたの場合どのようになりそうですか」などと、服薬時間を患者自身が決定できるような言葉を投げかける。医療者側から朝食後に服用することを指示された患者が、たとえば朝食を摂れずに服薬できなかった場合、その服薬ができなかった責任の一端は、朝食後の服薬を指示した医療者にかかるとも言える。(援助的コミュニケーションについては資料1参照)

ケーススタディ <服用時間に関する対話のさまざま>

- 服用時間のみを指示した望ましくない例1 -

医療従事者(医): このお薬は1日1回朝食後に、1回3カプセルを服用してください。

患者(患): わかりました・・・(口頭ではわかったと言っているが、行動に移せるとは限らない)

- 服用時間のみを指示した望ましくない例2 -

医: このお薬は1日1回朝食後に、1回3カプセルを服用してください。

患: 朝食はとらないのですが、食事はとらなければなりませんか。

医: はい。お薬の吸収が悪くなるので、食事後の服用が必要です。朝、軽く食事をとることは出来ませんか。

患: 難しいですね。朝は時間もないし、急いで支度をしてあわただしく出かけますから。

医: 少し早めに起きることは出来ませんか。

患: 昔から朝は弱くて・・・

医: では、昼食後、若しくは夕食後に服薬することは出来ませんか。

患: 仕事の関係で、昼食や夕食の時間はまちまちです。友人と一緒に食事をとることもあるので夕食後は避けたいですね。食事の時間がある程度一定しているのは、朝食後位ですね。

医: 仕方ありませんね。では前の日に、朝さっと食べられるものをコンビニで何か買って置いて、薬を飲んでみてください。

患: わかりました・・・(口頭ではわかったと言っているが、行動に移せるとは限らない)

- 服用時間の自己決定を尊重した望ましい例 -

医: このお薬は約24時間おきに、食後に服用するとお薬の十分な吸収が得られる薬剤です。お薬を服用されるとすると、どのようになりそうですか。(open questionの活用)

患: 薬の飲み方というのは融通がきくのですか。決まった飲み方をしなくてもいいのですか。

医: ええ、十分な効果を出せるような飲み方であれば問題はありません。

患: 私は朝食をとらないのですが、もし、朝食後に薬を飲むとすれば、食事はとらなければなりませんか。

医: はい。お薬の吸収が悪くなるので、食事後の服用が必要です。(肝要な点は明確に伝える)

患: そうですか。どうしても食事をとらなければならない薬なのですね。

医: はい。薬の効果を最大限に引き出すためには必要ですね。不十分な服薬方法をとると、薬が中途半端に吸収されてしまいます。そのような状態が長く続くと、十分な血中濃度が得られない結果、薬剤耐性を起こす可能性も否定できません。(肝要な点は明確に伝える 理由の説明をする)

患: どうしても食べなければなりませんか・・・。(沈黙が続く)(沈黙の間の待っている姿勢が問われる)

昼食後や夕食後に薬を飲むことも考えられるのですが、仕事の関係で、昼食や夕食の時間はまちまちです。また、友人と一緒に食事をとることもよくあるので、出来れば昼食後や夕食後は避けたいですね。朝食後に薬を飲んでしまえば、その後は仕事に集中できるような気がします。食事の時間がある程度一定しているのは、朝食後位です。(患者の言葉と自己決定を待つ姿勢を持つ)

医: 食事をとることがとても大変なのですね。(患者の感情に対し共感的理解を示す)

患: 食事はどの程度食べればいいのでしょうか。

医: 胃酸が十分分泌されれば、薬の吸収は十分行われます。軽食(357kcal, 脂肪8.2g, 蛋白質10.6g)での服薬で十分な吸収が得られたとのデータがあります。6枚切りのトースト1枚にマーガリンを塗った場

合、250kcal，脂肪6g，蛋白質11gとされています。(例示の活用)

患：その程度でいいんですか。じゃ、これに牛乳でも飲めば十分ですね。インターネットのカロリー計算サイトなどを利用して、次の受診までにちょっと考えてみます。

- 服用方法を指示した望ましくない例 -

患：母親と一緒に暮らしています。母にはまだ病気のことは話していません。朝食の時は母親と一緒にいることが多いので、食後に服用するとなると、薬を飲むところを母に見られてしまうと思います。

医：薬のことをビタミン剤だとかサプリメントだと説明してみるか、説明が難しいのなら、お母さんに見られないよう、リビングに薬を隠しておくことは出来ませんか。(例示の活用)

患：難しいですね。母は薬のことに、人一倍興味をもっています。母も薬を飲んでいるのですが、自分が飲んでいる薬のことは、何かといろいろ調べてきていますね。薬を隠すことも難しいと思います。

医：朝食後に別室で薬を飲むことは出来ませんか。(closed question)

患：朝食をすませるとそのまま着替えて出勤しますから・・・

医：朝食後の服薬は難しそうですね。それでは、人に見られないで服用できる食事の時間を考えてみましょう。

- 例示を利用した望ましい例 -

患：母親と一緒に暮らしています。母にはまだ病気のことは話していません。朝食の時は母親と一緒にいることが多いので、食後に服用するとなると、薬を飲むところを母に見られてしまうと思います。

医：お母さんに服薬を見られてしまう心配があるのですね。それはご心配ですね。(共感的な応答)病気を家族に知らせずに服薬を続けておられる患者さんは、たくさんおられます。薬のことをビタミン剤だとかサプリメントだと言って説明しておられる患者さんや、リビングにこっそり薬を隠しておられる患者さんもおられます。(例示の活用)

患：皆さん苦労しておられるのですね。うちの母は薬のことに、人一倍興味をもっていますので、サプリメントだと言ってもすぐに嘘がばれてしまうでしょうね。

医：朝食後に別室で薬を飲んでおられる患者さんもおられます。(例示の活用)

患：食後すぐに飲む必要はないのですか。

医：出来れば食後すぐにお飲みいただく方がいいと思いますが、10分から15分以内なら問題はないと思います。(専門的知識の活用)

患：その位の時間なら・・・。私の場合、一度部屋に戻ってから薬を飲むことになるでしょうね。水を買って、部屋に置いておけばいいですね。今は朝食をすませてからすぐに出勤していましたが、出勤前に一度部屋に戻って、薬を飲んでから出かけられるかもしれません。出勤前に必ず部屋に戻る癖をつければ、飲み忘れもないでしょうし。一度考えてみます。

資料3 エイズ派遣カウンセリング制度実施自治体一覧

(平成21年10月末現在)厚生労働科研「HIV感染症の医療体制の整備に関する研究」班作成

自治体名	部局名	電話番号	備考						
			派遣制限 <sup>5</sup>	回数制限 <sup>6</sup>	陽性者・患者	誘いかけ(未結核者)	遺族	制限内容	パンフ <sup>7</sup>
北海道	保健福祉部保健医療局健康安全室地域保健・感染症グループ	011-232-5253	なし	なし	○	○	○		なし
秋田県 <sup>1</sup>	健康福祉部健康推進課健康危機管理・疾病対策班	018-860-1424	なし	なし	○	○	○	中核拠点病院委託事業	あり
群馬県	健康福祉部保健予防課感染症危機管理室感染症対策係	027-226-2609	なし	なし	○	○	○		なし
新潟県 <sup>2,3</sup> 新潟県、山形県、宮城県	関東甲信越ブロック拠点病院(新潟大学医学部総合病院、感染管理部) 担当 古谷野・牧野まで	025-227-0726	あり	なし	○	○	○	拠点病院のみ	あり
栃木県	保健福祉部健康推進課感染症・新型インフルエンザ対策担当	028-623-3089	あり	なし	○	○	×	拠点病院、保健所のみ	なし
埼玉県	保健医療部疾病対策課感染症対策担当	048-830-3557	なし	なし	○	○	×	保健所は平日夜間休日または、陽性者知時のみ	あり
千葉県	健康福祉部疾病対策課	043-223-2665	なし	なし	○	○	○		なし
東京都	福祉保健局健康安全部感染症対策課エイズ対策係	03-5320-4484	なし	なし	○	○	×	遺族については、患者の家族として関わりがあった場合は可	あり
神奈川県	保健福祉部健康推進課エイズ・感染症対策班	045-210-4793	なし	なし	○	○	○		あり
千葉県	保健福祉局健康部健康医療課	043-245-5207	なし	なし	○	○	○		なし
横浜市	健康福祉局健康安全部健康安全課	045-671-2729	あり	なし	○	×	×	拠点病院、保健所(保健所は陽性者告知時)/家族はOK、性的パートナー(未婚)は含まず	なし
川崎市	健康福祉局 健康安全室 エイズ・結核担当	044-200-2439	なし	なし	○	×	×	家族はOK、性的パートナー(未婚)は含まず	なし
石川県 <sup>2,4</sup> 富山県、福井県	北陸ブロック拠点病院(石川県立中央病院、カウンセリング事務室) 担当/北まで	076-237-8211 EXT.2855	なし	なし	○	○	○		なし
静岡県	厚生部疾病対策室	054-221-2441	なし	あり(通所時限定)	○	○	○		なし
静岡県	保健福祉子ども局保健所保健予防課	054-249-3172	なし	あり	○	×	×	日曜日は4回/月まで、性的パートナー(未婚)は含まず	なし
浜松市	健康医療部保健所保健予防課	053-453-6118	なし	あり(通所時限定)	○	×	×	家族はOK、性的パートナー(未婚)は含まず	なし
滋賀県	健康福祉部健康推進課感染症・難病担当	077-528-3619	なし	なし	○	○	○	管轄課が必要と認めれば派遣可能	あり
京都府	健康福祉部健康推進課感染症対策担当	075-414-4734	なし	なし	○	○	○		なし
大阪府	健康医療部保健医療室地域保健感染症課感染症グループ	06-6944-9157	あり	なし	○	×	×	保健所含まず/性的パートナー(未婚)は含まず	なし
奈良県	福祉部健康安全局健康推進課感染症係	0742-27-8612	なし	なし	○	○	○		なし
兵庫県	健康福祉部健康局疾病対策課	078-362-3264	なし	なし	○	○	○		なし
和歌山県	福祉保健部健康局難病・感染症対策課感染症対策班	073-441-2643	あり	なし	○	○	○	拠点病院2、協力病院1のみ	なし
大阪市	大阪市保健所 感染症対策担当	06-6647-0656	あり	なし	○	○	○	保健福祉センター、市立総合医療センター、市立病院、市立大学附属病院のみ派遣可能	なし
島根県	健康福祉部薬事衛生課感染症グループ	0852-22-5254	なし	なし	○	○	×		あり
鳥取県	福祉保健部健康政策課疾病・感染症対策担当	0857-26-7153	なし	なし	○	×	×	陽性者、患者のみ	なし
岡山県	保健福祉部健康対策課感染症対策班	086-226-7331	なし	なし	○	○	○		なし
広島県	健康福祉局保健医療部健康対策課	082-513-3070	なし	なし	○	○	○		なし
山口県	健康福祉部健康推進課母子保健・感染症班	083-933-2956	なし	なし	○	○	×		なし
徳島県	保健福祉部医療政策課健康推進課 感染症・疾病対策室	088-621-2228	なし	なし	○	○	○		なし
香川県	健康福祉部薬務感染症対策課	087-832-3303	あり	なし	○	×	×	拠点病院のみ	なし
愛媛県	保健福祉部健康衛生局健康推進課	089-912-2402	あり	なし	○	○	×	保健所含まず	なし
高知県	健康政策部健康づくり課感染症担当	088-823-9677	なし	なし	○	○	×		なし
広島市	健康福祉局保健部保健医療課	082-504-2622	なし	なし	○	○	○		なし
福岡県	保健医療介護部保健衛生課感染症係	092-643-3268	なし	なし	○	○	○		なし
佐賀県	健康福祉本部健康推進課	0952-25-7075	なし	あり	○	○	○		なし
長崎県	福祉保健部医療政策課感染症対策班	095-895-2466	あり	なし	○	○	○	拠点病院のみ	なし
熊本県	健康福祉部健康危機管理課	096-333-2240	あり	なし	○	○	○	中核拠点病院以外で県が必要と認めるもの	なし
大分県	福祉保健部健康対策課健康危機管理班	097-506-2673	あり	なし	○	○	○	診療協力医療機関(拠点病院含む)、その他県が必要と認めるもの	なし
宮崎県	福祉保健部健康推進課疾病対策担当	0985-26-7079	あり	なし	○	○	○	拠点病院・診療協力医療機関	なし
鹿児島県	保健福祉部健康推進課感染症保健係	099-286-2720	あり	なし	○	○	○	診療協力医療機関(拠点病院含む)のみ	なし
沖縄県	福祉保健部医療課結核感染症班	098-866-2169	なし	なし	○	○	○	陽性者等、その他県が必要と認める者	なし
北九州市	保健福祉局保健医療部保健衛生課	093-582-2435	なし	なし	○	○	×		なし

<sup>1</sup>自治体雇用の派遣カウンセリング制度ではありません。県が中核拠点病院に委託して実施しています。  
<sup>2</sup>自治体雇用の派遣カウンセリング制度ではありません。ブロック予算によりカウンセラー派遣を実施しています。  
<sup>3</sup>関東甲信越ブロック内4県については、必要に応じて新潟大学医学部総合病院から派遣されますので、直接上記窓口担当者までご連絡下さい。  
<sup>4</sup>北陸ブロック3県(石川県、富山県、福井県)については、石川県立中央病院から派遣されますので、直接上記窓口担当者までご連絡下さい。  
<sup>5</sup>派遣可能な医療機関についての制限の有無です。「拠点病院のみ」とは、各自治体のエイズ治療における拠点病院のみが派遣対象です。「制限なし」は、一般病院・クリニック、保健所にも派遣可能です。  
<sup>6</sup>回数に関しては予算範囲内です。  
<sup>7</sup>患者さんにカウンセラー派遣制度を紹介する自治体オリジナルパンフレットのことで、

北海道ブロック ■ 東北ブロック ■ 関東甲信越ブロック ■ 北陸ブロック ■ 東海ブロック ■ 近畿ブロック ■ 中四国ブロック ■ 九州ブロック

発行：平成21年度厚生労働省科学研究補助金エイズ対策研究事業  
 HIV感染症の医療体制の整備に関する研究班(研究代表者：濱口元洋)  
 連絡先：研究分担者：山中京子 大阪府立大学 人間社会学部  
 〒599-8531 大阪府堺市中央区園町1-1 TEL/FAX.072-254-9798(直通)  
 発行年月：2009年11月



携帯サイト <http://www.hivandcounseling.com/mobile/>

### (1) 健康保険証とプライバシー保護

#### 健康保険証の利用

医療機関で健康保険証を利用すると、病名とそれに対する治療の内容（レセプト）が病院から保険者へ送られ、保険者負担分の医療費の支払いが行われる。

多くの健康保険組合は、会社とは別の組織によって運営されている。しかし、健康保険組合の規模によっては、職場の同僚が健康保険組合の事務手続き等を担うことになり、病名などを知りうる場合がある。ただし、保険者は業務中に知りえたプライバシーに対して守秘義務があり、罰則規定もある。

プライバシーの保護に不安がある場合には、組合がどのように情報の取り扱いをしているかを確認の上で、利用を検討することが適当である。場合によっては、健康保険を利用しないで受診することも可能である。

#### 医療費通知

医療費通知とは、保険者から被保険者に対して保険証を利用して受診した医療機関名、診療年月日、医療費総金額などを通知する書類である。病名は記載されない。年に1～2回程度発行され、同じ保険証を利用する家族がいる場合には、その記録も一緒に記載される。

患者が継続通院をしていることを家族に知らせていない場合、医療費通知がきっかけで病気が分かる可能性があるため、家族への対応を事前に検討しておくのが望ましい。健康保険組合によっては、個別対応や扶養家族の通知を分けることができる場合があるため、必要に応じて相談してみるのがよい。

### (2) 健康保険で利用できる制度

#### 高額療養費

##### 制度概要

1ヶ月間に医療機関に支払った費用が一定額を超えた場合に、それ以上の金額が後から返還される制度。世帯の所得状況に応じて、上限金額が異なる。月別、医療機関別、入院・外来別に計算を行う。医療費以外の費用（個室料、入院時の食費、文書料など）は対象外となる。

入院時には、事前手続きによって医療機関での窓口負担額が、月額上限額までとなる制度（高額療養費限度額適用認定証）もある。

##### 申請

加入している健康保険の窓口で手続きをする。

##### 留意事項

健康保険組合によっては、医療費助成制度（自立支援医療、重度医療など）を利用する場合に書類提示を求められる場合があるため、保険者へ事前確認を行う。

#### 付加給付金

一部の健康保険組合では、高額療養費より自己負担を低額にするため、独自に付加給付金制度を設定している。付加給付金の支給調整のために、医療費助成制度（自立支援医療、重度医療など）を利用する場合に書類提示を求められる場合があるため、保険者へ事前確認を行う。

#### 傷病手当金

##### 概要

会社等に勤めている人が、けがや病気のために仕事を休み、給料が支給されない期間について、加入している健康保険から基本となる給与の3分の2を保証する制度。同一病名で最長一年半支給することが可能である。一部の健康保険組合では、傷病手当金付加金などで3分の2以上の保証をされる場合もある。

ただし、国民健康保険には傷病手当金の制度がないため、対象にならない。

#### 申請

各健康保険所定の申請書に、本人、医師、事業者が必要事項を記載し、会社の事務などを通じて申請を行なう。

#### 留意事項

申請には「病名」を医師が記載する必要があるが、会社の事務担当を通じた手続きになることが多く、また1つの病名について一度しか申請ができないという制度上の制約もあるため、こういった病名で申請をするかについては、患者と話し合いを行う。

#### 特定疾病療養費

##### 概要

長期に渡り高額な治療が必要となる疾患について、医療費の自己負担上限を月額10,000円（ただし、以下の対象に該当する上位所得者は月額20,000円）にする制度。

先天性血液凝固因子障害等治療研究事業（87ページ、資料8参照）と組み合わせて使用することが多い。

##### 対象

- 血液凝固因子製剤を使用している血友病A・B
- 透析を必要とする慢性腎不全
- 血液製剤投与に関するHIV感染症（2次・3次感染を含む）

##### 申請

加入している健康保険の窓口で「特定疾病療養受療証」で所定の申請用紙をもらい、本人と医師が記入のうえ提出する。対象に該当する場合には、血液製剤による感染を証明する書類（裁判に関する書類など）の提出が求められる。申請月の1日から適用となることがほとんどである。

##### 留意事項

健康保険組合や自治体の担当者が慣れていない場合に、感染経路の区別なく「特定疾病療養費」の申請を奨められることがあるが、対象となるのは血液製剤投与に関するHIV感染に限られる。この場合、担当者から患者に感染経路を確認される可能性があることを留意しておく。なお、血液製剤投与による感染以外の場合には、自立支援医療や障害者医療費助成（83ページ、資料6、86ページ、資料7を参照）が利用できる。

## 資料5 身体障害者手帳

身体障害者（児）手帳とは、身体障害者福祉法に規定された障害基準に該当する人に、都道府県知事から交付される証書である。身体障害者（児）手帳を取得すると、さまざまな障害福祉サービスが利用可能になる。

HIV感染者が身体障害者（児）手帳を取得するメリット

障害福祉サービスの中には、医療費の自己負担を軽減する制度（83ページ、資料6、86ページ、資料7参照）が含まれており、長期にわたる治療を継続する一助となる。

また、その他にも、税の減免や交通費助成などの経済的なサービスや、療養介護等の生活支援サービスなどもあり、状況に応じて利用できる可能性もある。

身体障害の種類と程度

身体障害には、視覚障害、聴覚障害などの種類があるが、HIV感染症の場合は、「ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害（免疫機能障害）」となる。障害の程度に応じて、1級から4級までの等級が定められている。（81ページ、「身体障害認定基準」を参照）

申請

居住地の市区町村役場に必要書類（申請書、医師の診断書、写真等）を提出する。診断書は、必ず身体障害者福祉法第15条に規定される指定医師が作成しなければならない。

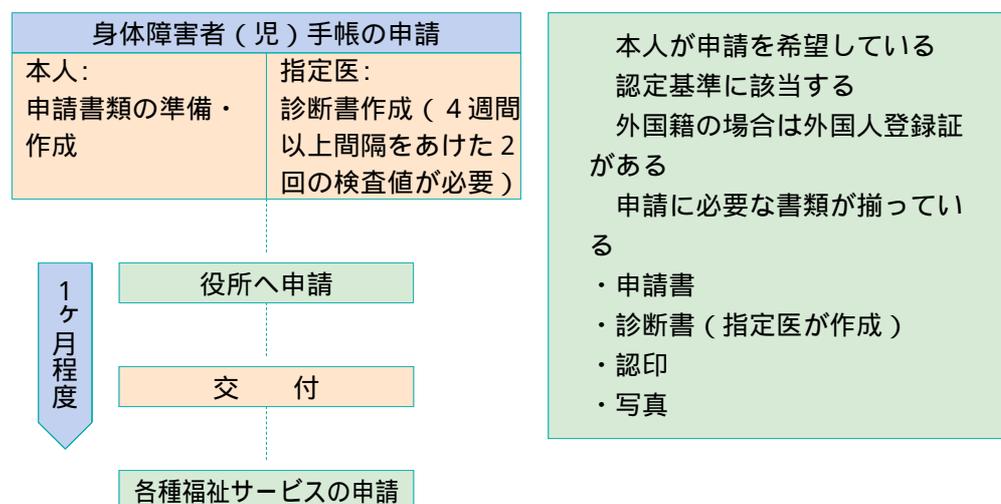
原則としては本人申請となっているが、代理人申請、郵送申請なども可能である。プライバシーについて不安を感じる人が多いため、本人と検討の上で方法を決めることが望ましい。

また、免疫機能障害の取り扱い経験が少ない自治体では、担当職員が不慣れであることが予想されるため、申請の前にソーシャルワーカー等から自治体での情報管理体制や対応方法などを相談しておく、より円滑な手続きが可能である。

留意事項

自治体によって、申請から交付決定までに要する時間が異なる。特に、医療費助成制度の利用を希望する場合、手帳が交付されていることを条件とする自治体、同時申請でもかまわないとする自治体など運用が異なるため、事前に確認の上で申請のタイミングを決める必要がある。

図4 - 4 身体障害者（児）手帳申請の流れ



## 身体障害認定基準（ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害）

## 1. 13歳以上の者の場合

ア 等級表1級に該当する障害は、ヒト免疫不全ウイルスに感染していて、次のいずれかに該当するものをいう。

- (ア) CD4陽性Tリンパ球数が200/ $\mu$ L以下で、次の項目（a～l）のうち6項目以上が認められるもの。
- a 白血球数について3,000/ $\mu$ L未満の状態が4週以上の間隔をおいた検査において連続して2回以上続く。
  - b Hb量について男性12g/dl未満、女性11g/dl未満の状態が4週以上の間隔をおいた検査において連続して2回以上続く。
  - c 血小板数について10万/ $\mu$ L未満の状態が4週以上の間隔をおいた検査において連続して2回以上続く。
  - d ヒト免疫不全ウイルスRNA量について5,000コピー/ml以上の状態が4週以上の間隔をおいた検査において連続して2回以上続く。
  - e 一日1時間以上の安静臥床を必要とするほどの強い倦怠感及び易疲労が月に7日以上ある。
  - f 健常時に比し10%以上の体重減少がある。
  - g 月に7日以上不定の発熱（38 以上）が2ヶ月以上続く。
  - h 一日3回以上の泥状ないし水様下痢が月に7日以上ある。
  - i 一日2回以上の嘔吐あるいは30分以上の嘔気が月に7日以上ある。
  - j 口腔内カンジダ症（頻回に繰り返すもの）、赤痢アメーバ症、带状疱疹、単純ヘルペスウイルス感染症（頻回に繰り返すもの）、糞線虫症及び伝染性軟属腫等の日和見感染症の既往がある。
  - k 生鮮食品の摂取禁止等の日常生活活動上の制限が必要である。
  - l 軽作業を越える作業の回避が必要である。

(イ) 回復不能なエイズ合併症のため介助なくしては日常生活がほとんど不可能な状態のもの。

イ 等級表2級に該当する障害はヒト免疫不全ウイルスに感染していて、次のいずれかに該当するものをいう。

- (ア) CD4陽性Tリンパ球数が200/ $\mu$ L以下で、(1)の項目（a～l）のうち3項目以上が認められるもの。
- (イ) エイズ発症の既往があり、(1)の項目（a～l）のうち3項目以上が認められるもの。
- (ウ) CD4陽性Tリンパ球数に関係なく、(1)の項目（a～l）のうち（a～d）までの1つを含むを含む6項目以上が認められるもの。

ウ 等級表3級に該当する障害はヒト免疫不全ウイルスに感染していて、次のいずれかに該当するものをいう。

- (ア) CD4陽性Tリンパ球数が500/ $\mu$ L以下で、(1)の項目（a～l）のうち3項目以上が認められるもの。
- (イ) CD4陽性Tリンパ球数に関係なく、(1)の項目（a～l）のうち（a～d）までの1つを含むを含む4項目以上が認められるもの。

エ 等級表4級に該当する障害はヒト免疫不全ウイルスに感染していて、次のいずれかに該当するものをいう。

- (ア) CD4陽性Tリンパ球数が500/ $\mu$ L以下で、(1)の項目（a～l）のうち1項目以上が認められるもの。
- (イ) CD4陽性Tリンパ球数に関係なく、(1)の項目（a～l）のうち（a～d）までの1つを含むを含む2項目以上が認められるもの。

## 2. 13歳未満の者の場合

ア 等級表1級に該当する障害は、ヒト免疫不全ウイルスに感染していて、「サー

ペイランスのためのHIV感染症/AIDS診断基準」(厚生省エイズ動向委員会、1999)が採択した指標疾患のうち1項目以上が認められるもの。

イ 等級表2級に該当する障害は、ヒト免疫不全ウイルスに感染していて、次のいずれかに該当するものをいう。

(ア) 次の項目(a~r)のうち1項目以上が認められるもの。

- a 30日以上続く好中球減少症 (<1,000/μL)
- b 330日以上続く貧血 (<Hb 8g/dl)
- c 30日以上続く血小板減少症 (<100,000/μL)
- d 1ヶ月以上続く発熱
- e 反復性または慢性の下痢
- f 生後1ヶ月以前に発症したサイトメガロウイルス感染
- g 生後1ヶ月以前に発症した単純ヘルペスウイルス気管支炎、肺炎または食道炎
- h 生後1ヶ月以前に発症したトキソプラズマ症
- i 6ヶ月以上の小児に2ヶ月以上続く口腔咽頭カンジダ症
- j 反復性単純ヘルペスウイルス口内炎(1年以内に2回以上)
- k 2回以上または2つの皮膚節以上の帯状疱疹
- l 細菌性の髄膜炎、肺炎または敗血症(1回)
- m ノカルジア症
- n 播種性水痘
- o 肝炎
- p 心筋症
- q 平滑筋肉腫
- r HIV腎症

(イ) 次の年齢区分ごとのCD4陽性Tリンパ球数及び全リンパ球数に対する割合に基づく免疫学的分類において「重度低下」に該当するもの。

表4-1 年齢区分ごとのCD4陽性Tリンパ球数及び全リンパ球数に対する割合に基づく免疫学的分類

免疫学的分類	児の年齢		
	1歳未満	1~6歳未満	6~13歳未満
正常	1,500/μL 25%	1,000/μL 25%	500/μL 25%
中等度低下	750~1,499/μL 15~24%	500~999/μL 15~24%	200~499/μL 15~24%
重度低下	<750/μL <15%	<500/μL <15%	<200/μL <15%

ウ 等級表3級に該当する障害はヒト免疫不全ウイルスに感染していて、次のいずれかに該当するものをいう。

(ア) 次の項目(a~h)のうち2項目以上が認められるもの。

- a リンパ節腫脹(2か所以上で0.5cm以上。対象性は1か所とみなす)
- b 肝腫大
- c 脾腫大
- d 皮膚炎
- e 耳下腺炎
- f 反復性または持続性の上気道感染
- g 反復性または持続性の副鼻腔炎
- h 反復性または持続性の中耳炎

(イ) (2)の年齢区分ごとのCD4陽性Tリンパ球数及び全リンパ球数に対する割合に基づく免疫学的分類において「中等度低下」に該当するもの。

エ 等級表4級に該当する障害はヒト免疫不全ウイルスに感染していて、(3)の項目(a~h)のうち1項目以上が認められるもの。

## 資料6 自立支援医療

## 自立支援医療とは

自立支援医療は、障害を持っている人が、その障害の程度を軽減したり、取り除いたり、進行を防ぐための治療に対して、医療費の自己負担を軽減する制度である。

従来、障害者のための医療費助成制度は、18歳未満の身体障害児のための『育成医療』、18歳以上の身体障害者のための『更生医療』、精神障害者のための『精神通院医療』がそれぞれ実施されていたが、平成18年4月に施行された障害者自立支援法により3つの制度が統合され、『自立支援医療』となっている。

なお、障害者自立支援法は、現時点（平成21年12月）において今後廃止となると見込まれており、それに伴い自立支援医療も内容が変更となる可能性がある。厚生労働省ホームページ（<http://www.mhlw.go.jp/index.shtml>）やWAMNET（<http://www.wam.go.jp/>）などで最新情報を確認のうえ、利用をすすめるよう留意いただきたい。

## HIV感染症で自立支援医療を利用する場合

身体障害者手帳（免疫機能障害）を所持している18歳以上の人ができる。ただし、18歳未満であれば、身体障害者手帳がなくても利用が可能である。

対象となるのは、「抗HIV療法、免疫調節療法等、HIV感染に対する医療」に限られる。

合併症の予防とその治療を含むかどうかについては、身体障害者更生相談所（都道府県、政令指定都市）の判断にゆだねられている。見解がどうであるかは事前に確認を行い、場合によっては合併症の予防と治療の必要性を訴えていくことが大切である。

## 自己負担額

医療費は、原則として1割負担となる。世帯（本人と同一の健康保険に加入している人）の住民税額および所得状況に応じて、自己負担額の上限が決定される（表4-2参照）。

通常の場合、中間所得層以上に該当すると、医療保険の自己負担上限額までの負担があり、一定所得以上に該当すると制度の対象外となる。ただし、長期に渡って高額な治療が必要な疾患（表4-3参照）については、別途月額自己負担が設定されている。HIV感染症は「重度かつ継続」に該当している。

表4-2 自立支援医療（重度かつ継続該当時）による自己負担額（平成21年11月現在）

世帯区分	区分の詳細	自己負担上限
生活保護世帯	・生活保護世帯	0円
低所得1	・市町村民税非課税世帯 ・本人の前年度収入が年80万円以下	2,500円
低所得2	・市町村民税非課税世帯 ・本人の前年度収入が年80万円以上	5,000円
中間所得層1	・市町村民税（所得割）の金額が、33,000円未満	5,000円
中間所得層2	・市町村民税（所得割）の金額が、33,000円以上、23万5,000円未満	10,000円
一定所得以上	・市町村民税（所得割）の金額が、23万5,000円以上	20,000円

障害者医療助成制度（86ページ、資料7参照）も利用が可能な場合、自治体に

よって制度を併用できる場合と、どちらか一方しか利用できない場合がある。

表4-3 重度かつ継続の範囲（平成21年11月現在）

更生・育成医療	腎臓機能障害、小腸機能障害、免疫機能障害
精神通院医療	統合失調症、躁うつ病、うつ病、てんかん、精神物質作用による中毒精神病、認知証、知的障害など
更生・育成・精神	疾病等に関わらず、高額療養費の多数該当にあてはまる人

#### 利用できる場所

自立支援医療は、受給者証に記載された医療機関でのみ利用できる。申請の際に、利用予定の医療機関、調剤薬局、訪問看護ステーション等を指定しておく。

また、医療機関、調剤薬局、訪問看護ステーション等についても、「指定自立支援医療機関」として都道府県から認可を受けている機関でなければ利用ができない。

#### 申請

居住地の市区町村役場へ必要書類（本人の申請書、医師の意見書、健康保険証など、必要に応じて追加あり）を提出する。自治体によっては、指定医による意見書が必要なこともある。

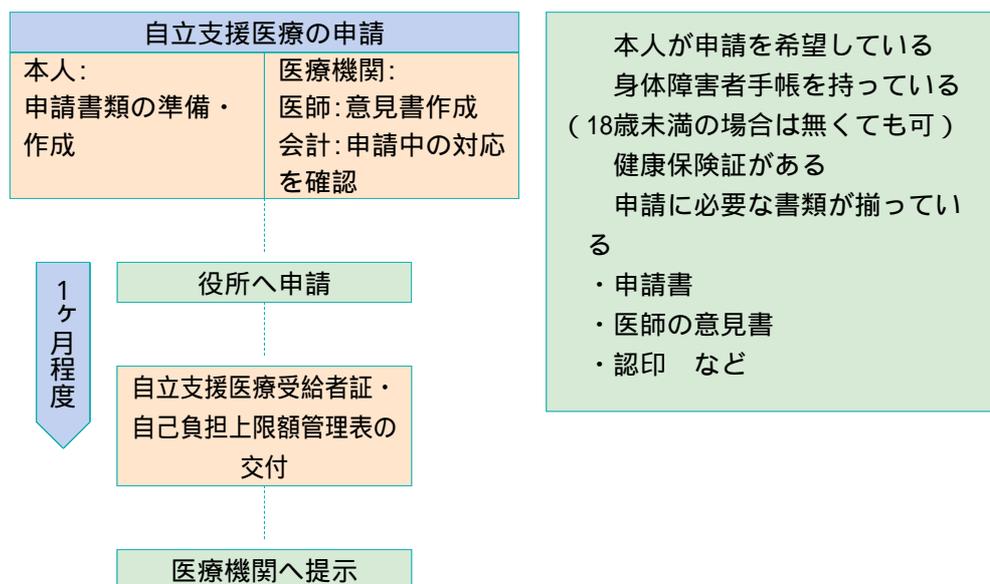
申請中の医療費は、役所からは償還払いされないため、各医療機関で対応を工夫する。

自治体によって申請から交付決定までの時間や運用方法が異なる（85ページの「参考」参照）ため、利用前に治療開始予定と制度の申請時期について確認しておく。

早急に治療開始が必要であるが、患者が経済的に困窮している場合には、自治体に対して医療の必要性を訴え、制度運用のあり方について検討を求めることも必要となる。

図4-5 自立支援医療申請の流れ

（自治体によっては、身体障害者手帳と同時に申請できる場合もある）



#### 利用方法

受給者証に記載されている医療機関等の窓口で、自立支援医療受給者証と自己負担上限額管理表を提示する。支払いの際には、医療機関等の職員が「自己負担上限額管理票」に、支払った金額、日付、医療機関名などを記載する。原則として、医療費の自己負担が1割負担となり、自立支援医療受給者証に記載されてい

る月額上限額まで自己負担がある。1ヶ月間に複数回受診があった場合、支払った医療費が月額自己負担上限額に達した以後は、請求されない。

参考：自治体による申請方法の違い

#### A県

身体障害者手帳と自立支援医療の申請が同時に可能。

診断書の日付にあわせ、数週間のさかのぼりをも認め自立支援医療を利用でき、自己負担が軽減される。

#### B県

身体障害者手帳と自立支援医療の申請が同時に可能。

ただし、当日までに電話連絡を行い、氏名・生年月日・住所を伝えておかなければ、診断書の日付にはさかのぼらず、役所窓口で申請書類が提出された日から自立支援医療の開始となる。

#### C県

自立支援医療は、身体障害者手帳が交付された後でなければ、申請を受け付けない。

身体障害者手帳の交付までに数日から数週間がかかるが、自立支援医療はその後の手続きとなる。

このような運用の場合には、前もって身体障害者手帳を取得しておかなければ、内服治療開始後、自立支援医療が適用されるまでの期間の自己負担が高額となる。

## 資料7 障害者医療費助成

### 障害者医療費助成とは

一定の等級の身体障害者手帳（80ページ、資料5参照）を持つ人に対して、自治体が独自に実施している医療費助成制度。ただし、医療費以外の個室料、文書料などは助成対象とならない。

居住している自治体によって、以下の内容が異なる場合があるため、利用時には確認が必要である。

- ・制度の名称（重度心身障害者医療費助成、福祉医療、マル障など）
- ・対象者の範囲（身体障害者手帳の等級、所得制限の金額など）
- ・自己負担額（無料、一部負担金ありなど）
- ・自立支援医療（83ページ、資料6参照）との併用の可否
- ・助成されるサービスの範囲（訪問看護、入院時の食事療養費など）

### 利用できる場所

居住している都道府県内の医療機関等で利用できる。利用方法は各自治体によって異なる。

居住地以外の都道府県で受診する際には利用できないが、領収証を持って後日窓口で手続きをすると、自己負担上限額までの金額が払い戻される。

### 申請

居住地の市区町村役場へ必要書類（本人の申請書、健康保険証、所得を確認できるもの、認印など、必要に応じて追加あり）を提出する。

## 資料 8 その他の医療費助成制度

### (1) 先天性血液凝固因子障害治療研究事業

#### 概要

血友病の治療法を研究するために、厚生労働省が先天性血液凝固因子欠乏症治療研究事業として、医療費の自己負担を全額助成する制度。20歳以上の血友病および血友病関連疾患の人が対象となる。小児の場合は、小児慢性特定疾患受給証が利用できる。

血友病A・血友病Bと血液凝固因子製剤の投与に起因するHIV感染症の人は、申請の際に原則として特定疾病療養受給者証の提出が求められる。

#### 対象

先天性血液凝固因子欠乏症（血友病A、血友病B、フォン・ヴィルブランド病など）

血液凝固因子製剤の投与に起因するHIV感染症

#### 申請

居住地の都道府県庁または保健所など（自治体によって担当が異なる）で手続きを行なう。

必要な書類は、申請書、印鑑、医師の診断書、住民票、特定疾病受給者証の写し（血友病A、血友病B、血液凝固因子製剤の投与に起因するHIV感染症の場合）である。申請時に、受診予定の医療機関等の登録を行なう。

ただし、対象に該当する場合には、血液製剤投与によるHIV感染症を証明する書類（裁判に関する書類など）を提示し、医師の診断書は不要である。

#### 利用方法

申請時に指定した医療機関等の窓口で受給者証を提示すると、医療費の自己負担が無料になる。

### (2) 肝炎治療医療費助成制度

#### 概要

B型肝炎、C型肝炎に対する、インターフェロン治療、核酸アナログ製剤治療について、医療費を助成する制度。感染経路を問わず利用できる。利用できる期間や更新の有無については、治療等によって決められた条件がある。

なお、平成22年4月1日より、一定の基準に該当する肝臓機能障害については、身体障害者手帳の交付対象となる。

#### 自己負担

世帯の住民税課税金額に応じて、1ヶ月の自己負担限度額が決定される。

表 4 - 4

階層区分		自己負担限度額(月額)
甲	世帯の市町村民税 所得割 課税年額が235,000円以上の場合	20,000円
乙	世帯の市町村民税 所得割 課税年額が235,000円未満の場合	10,000円

#### 申請

居住地の都道府県または保健所等で申請を行う。必要となる書類は、申請書、医師の診断書、世帯の課税額が確認できるもの、健康保険証、印鑑などである。

申請時に都道府県が指定する専門医療機関から受診する医療機関を選択し、登録する。

#### 利用方法

申請時に指定した医療機関等の窓口で受給証を提示すると、受給証に記載された自己負担限度額が適用される。

#### 参考

厚生労働省 [http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekaku -](http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekaku-kansenshou09/080328_josei.html)

[kansenshou09/080328\\_josei.html](http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekaku-kansenshou09/080328_josei.html)

大阪府

<http://www.pref.osaka.jp/kenkozukuri/kanen/index.html>

## 資料9 障害年金

障害年金とは

けがや病気によって心身に障害を有し、就労が困難になった場合に、生活費を保障する制度である。

対象者

以下 ～ に全てあてはまる場合に対象となる。

障害の原因となった疾病の初診日に、年金に加入していること

(20歳前に初診がある場合は、障害基礎年金の対象となる)

保険料の納付要件を満たしていること

初診日の属する月の前々月までに、年金の加入期間のうち3分の2以上の保険料を納めていること。あるいは、初診日の前々日までの1年間に保険料の滞納がないこと(免除期間を含む)

初診日から1年半が経過している(障害認定日)が、症状が固定していること

(20歳前に初診がある場合には、20歳になった日が障害認定日となる。ただし、初診日から1年半を経過した日が20歳以降になる場合は、その日が障害認定日となる。)

障害等級表に該当する障害の状態にあること(身体障害者手帳(80ページ、資料5参照)とは認定基準が異なる)

申請

初診日に加入していた年金の種類によって、手続きに必要な書類や申請窓口が異なるため、詳しくは該当する窓口へ問い合わせる。

- ・ 国民年金：市町村役場の国民年金課
- ・ 厚生年金：年金事務所(旧社会保険事務所)
- ・ 共済年金：共済組合

障害年金の診断基準に該当するかどうかについては、病院のソーシャルワーカー等へ相談するのがよい。診断書を作成する医師については、特に指定はない。診断書作成の留意点

診断書は、「血液・造血器・その他」の様式を用いる。HIV感染症については、プライバシーへの配慮から「HIV感染症」と明記されていない場合でも、診断書記載からそのことがうかがえればよいとされているため、どのように記載するか患者と相談してから診断書を作成するのがよい。

申請の際には、障害認定日時点での申請が、現「その他の所見」欄に、直近3回分のCD4陽性リンパ球数、ウィルス量を明記する。

## 資料10 生活保護

生活保護は、憲法25条で定められた生存権を保つためのセーフティーネットである。生活補助、教育費、住宅費、医療費、介護費、出産費、生業費、葬祭費があり、必要に応じて組み合わせて給付される。身体障害者手帳所持または障害年金受給者の場合は、障害者加算が追加される。

受給が必要であるかどうかは自治体の福祉事務所が決定を行う。財産の有無、家族の扶養能力、稼働能力などを総合的に判断される。

稼働能力を判断する際に、医師に診断書作成を求められるが、窓口で相談をする段階では、見た目にはわかりにくい疾病・障害であるため、役所担当者の理解が得られにくい場合がある。そのため、生活保護の申請が必要となる場合には、役所担当者との事前の打ち合わせや、申請時のサポートが必要となる。

なお、生活保護受給中に介護が必要となったとき、障害者手帳を所持している場合には、障害者自立支援法が優先利用となる。

後天性免疫不全症候群発生届(HIV感染症を含む) <例>

都道府県知事(保健所設置市・特別区長) 殿

感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第12条第1項(同条第6項において準用する場合を含む。)の規定により、以下のとおり届け出る。

報告年月日 平成 年 月 日

医師の氏名 \_\_\_\_\_ 印 (署名又は記名押印のこと)

従事する病院・診療所の名称 \_\_\_\_\_

上記病院・診療所の所在地(※) \_\_\_\_\_ 電話番号(※)( ) - \_\_\_\_\_

(※病院・診療所に従事していない医師にあっては、その住所・電話番号を記載)

1 診断(検案)した者(死体)の類型		・患者(確定例)	・無症状病原体保有者	・感染症死亡者の死体
2 性別	男・女	6	1) 有	
3 診断時の年齢	歳	診断時の症状	2) 無 (無症状性キャリアの場合は、当欄の記載は不要)	
4 病名	1) 無症状性キャリア 2) AIDS 3) その他( )		7 発病年月日 (AIDSの指標疾患(5-2)の発病日)	平成 年 月 日
5-1 診断方法	・抗HIV抗体スクリーニング検査 1)ELISA法 2)PA法 3)IC法 4)その他( )	8 初診年月日	平成 年 月 日	
	・確認検査 1)Western Blot法 2)IFA法 3)その他( )	9 診断(検案※)年月日 (AIDSの場合は指標疾患(5-2)の診断日)	平成 年 月 日	
	・病原検査 1)HIV抗原検査 2)ウイルス分離 3)PCR法 4)その他( )	10 感染したと推定される年月日	昭和-平成 年 月 日	
	・18か月未満の児の免疫学的所見 ( )	11 死亡年月日※	平成 年 月 日	
	(該当するもの全てに○をすること)			
5-2 AIDSと診断した指標疾患該当する全てに○	1) カンジダ症(食道、気管、気管支、肺) 2) クリプトコッカス症(肺以外) 3) コクシジオイデス症(①全身に播種したもの②肺、頰部、肺門リンパ節以外の部位に起こったもの) 4) ヒトプラズマ症(①全身に播種したもの②肺、頰部、肺門リンパ節以外の部位におこったもの) 5) ニューモシスチス肺炎 6) トキソプラズマ脳症(生後1か月以後) 7) クリプトスポリジウム症(1か月以上続く下痢を伴ったもの) 8) イソスポラ症(1か月以上続く下痢を伴ったもの) 9) 化膿性細菌感染症(13歳未満で、ヘモフィルス、連鎖球菌等の化膿性細菌により①敗血症②肺炎③髄膜炎④骨関節炎⑤中耳・皮膚粘膜以外の部位や深在臓器の膿瘍のいずれかが、2年以内に、二つ以上多発あるいは繰り返して起こったもの) 10) 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) 11) 活動性結核(肺結核又は肺外結核) 12) 非結核性抗酸菌症(①全身に播種したもの②肺、皮膚、頰部、肺門リンパ節以外の部位におこったもの) 13) サイトメガロウイルス感染症(生後1か月以後で、肝、脾、リンパ節以外) 14) 単純ヘルペスウイルス感染症(①1か月以上持続する粘膜、皮膚の潰瘍を呈するもの②生後1か月以後で気管支炎、肺炎、食道炎を併発するもの) 15) 進行性多巣性白質脳症 16) カポジ肉腫 17) 原発性脳リンパ腫 18) 非ホジキンリンパ腫(LSG分類により①大細胞型、免疫芽球型②Burkitt型) 19) 浸潤性子宮頸癌 20) 反復性肺炎 21) リンパ性間質性肺炎/リンパ過形成:LIP/PLH complex(13歳未満) 22) HIV脳症(認知症又は垂急性脳炎) 23) HIV消耗性症候群(全身衰弱又はスリム病)			
12 感染原因・感染経路・感染地域		13 感染症のまん延及び当該者の医療のために必要な事項として厚生労働大臣が定める事項		
① 推定される感染原因・感染経路 1) 性行為感染 ア. 異性間性的接触 イ. 同性間性的接触 2) 静注薬物使用 3) 母子感染 4) 輸血 5) その他( ) 6) 不明		① 最近数年間の主な居住地 1) 日本国内( 都道府県 ) 2) その他( ) 3) 不明		
② 推定される感染地域 1) 日本国内 2) その他( ) 3) 不明		② 国籍 1) 日本 2) その他 3) 不明		

(1, 2, 4 から 6, 12, 13 欄は該当する番号等を○で囲み、3, 7 から 11 欄は年齢・年月日を記入すること。※欄は、死亡者を検案した場合のみ記入すること。)

この届出は診断日から7日以内に行ってください

資料12 エイズ病原体感染者報告表(病状に変化を生じた事項に関する報告)

エイズ病原体感染者報告票(病状に変化を生じた事項に関する報告) 〈例〉

〇〇市長殿

感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第12条の規定により報告された症例について、病状に変化を生じたので、次のとおり報告する。

病状の変化	1 HIV無症候性キャリア等→AIDS ・AIDSと診断した年月日 ____年 ____月 ____日 ・AIDSと診断したし指標疾患(該当するものすべてに○をつける)  1.カンジダ症(食道、気管、気管支、肺) 2.クリプトコッカス症(肺以外) 3.コクシジオイデス症(①全身に播種したもの②肺、頸部、肺門リンパ節以外の部位に起こったもの) 4.ヒストプラズマ症(①全身に播種したもの②肺、頸部、肺門リンパ節以外の部位に起こったもの) 5.カリニ肺炎 6.トキソプラズマ脳症(生後1か月以後) 7.クリプトスポリジウム症(1か月以上続く下痢を伴ったもの) 8.イソスポラ症(1か月以上続く下痢を伴ったもの) 9.化膿性細菌感染症(13歳未満で、ヘモフィルス、連鎖球菌等の化膿性細菌により、①敗血症②肺炎③髄膜炎 ④骨関節炎⑤中耳・皮膚粘膜以外の部位や深在臓器の膿瘍のいずれかが、2年以内に、二つ以上多発あるいは繰り返して起こったもの) 10.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) 11.活動性結核(肺結核又は肺外結核) 12.非定型抗酸菌症(①全身に播種したもの②肺、皮膚、頸部、肺門リンパ節以外の部位に起こったもの) 13.サイトメガロウイルス感染症(生後1か月以後で、肺、脾、リンパ節以外) 14.単純ヘルペスウイルス感染症(①1か月以上持続する粘膜、皮膚の潰瘍を呈するもの②生後1か月以後で 気管支炎、肺炎、食道炎を併発するもの) 15.進行性多巣性白質脳症 16.カポジ肉腫 17.原発性脳リンパ腫 18.非ホジキンリンパ腫(LSG分類による①大細胞型、免疫芽球型③Burkitt型 19.浸潤性子宮頸癌 20.反復性肺炎 21.リンパ性間質性肺炎/肺リンパ過形成:LIP/PLH complex(13歳未満) 22.HIV脳症(痴呆又は亜急性脳炎) 23.HIV消耗性症候群(全身衰弱又はスリム病)  ※11活動性結核のうち肺結核及び19浸潤性子宮頸癌については、HIVによる免疫不全を示唆する症状または所見が見られる場合に限る。								
	2 生存→死亡 ・死亡した年月日 ____年 ____月 ____日 ・死亡の原因 1 AIDSが原因の死亡 2 それ以外の原因による死亡( )								
国	籍	1 日本	2 その他( )	性別	1 男性	2 女性	年齢	才	
前回報告時の臨床診断		1 無症候性キャリア 2 AIDS 3 その他( )							
感染者と診断した年月日		____年 ____月 ____日							
備考									
医療機関名				医療機関の〒					
診断医師名				所在地					
報告年月日	____年 ____月 ____日			電話番号	____( )				

## (1) 薬剤血中濃度測定とは

抗HIV療法におけるウイルス学的失敗の原因の一つである血中濃度低下を来す要因として、アドヒアランス不良、相互作用、不十分な投与量、不適切な服薬、吸収不良、代謝亢進等があげられる。抗HIV薬は現在、核酸系逆転写酵素阻害薬(NRTI)、非核酸系逆転写酵素阻害薬(NNRTI)、プロテアーゼ阻害薬(PI)、インテグラーゼ阻害薬(IN)、CCR5阻害薬の5種があり、その薬物動態は各薬剤群によって特徴的な動きを示す。また、抗HIV療法中には多剤併用療法が行われることに加え、抗HIV薬以外の薬剤を併用する機会も数多く見られることから、個々の薬物動態を十分に把握し、相互作用を理解するとともに、有効性・安全性の最適管理を実現するために薬物血中濃度を測定し、患者個々の体質にあわせたテーラーメイドの投与量設定が求められる。

抗HIV薬の中で、NRTIの血中濃度を測定する有用性については、現在のところ明らかでない。NRTIは細胞内に入ってリン酸化された後に効果を発揮する一種のプロドラッグである。血中濃度測定が臨床上有用である薬剤としてはNRTIとPIがあげられ、2005年10月に改訂されたDHHS(Department of Health and Human Services)のガイドラインでは、PI・NRTIの目標トラフ値(服薬直前値)が示されている(表4-5参照)。

表4-5 血中濃度研究班で測定可能な抗HIV薬と目標トラフ値 2006.2.1現在

	薬剤名	濃度 (ng/mL)
プロテアーゼ阻害薬	インビラーゼ (SQV)	100-250
	フォートベイス (SQV)	100-250
	クリキシパン (IDV)	100 (130nM)
	ノービア (RTV)	2100
	ピラセプト (NFV)	800
	レクシヴァ (FPV)	400
	カレトラ (LPV)	1000
	レイアタッツ (ATV)	150
非核酸系逆転写酵素阻害薬	ストックリン (EFV)	1000 (3170nM)
	ピラミューン (NVP)	3400
核酸系逆転写酵素阻害薬	ビリアード (TDF)	-

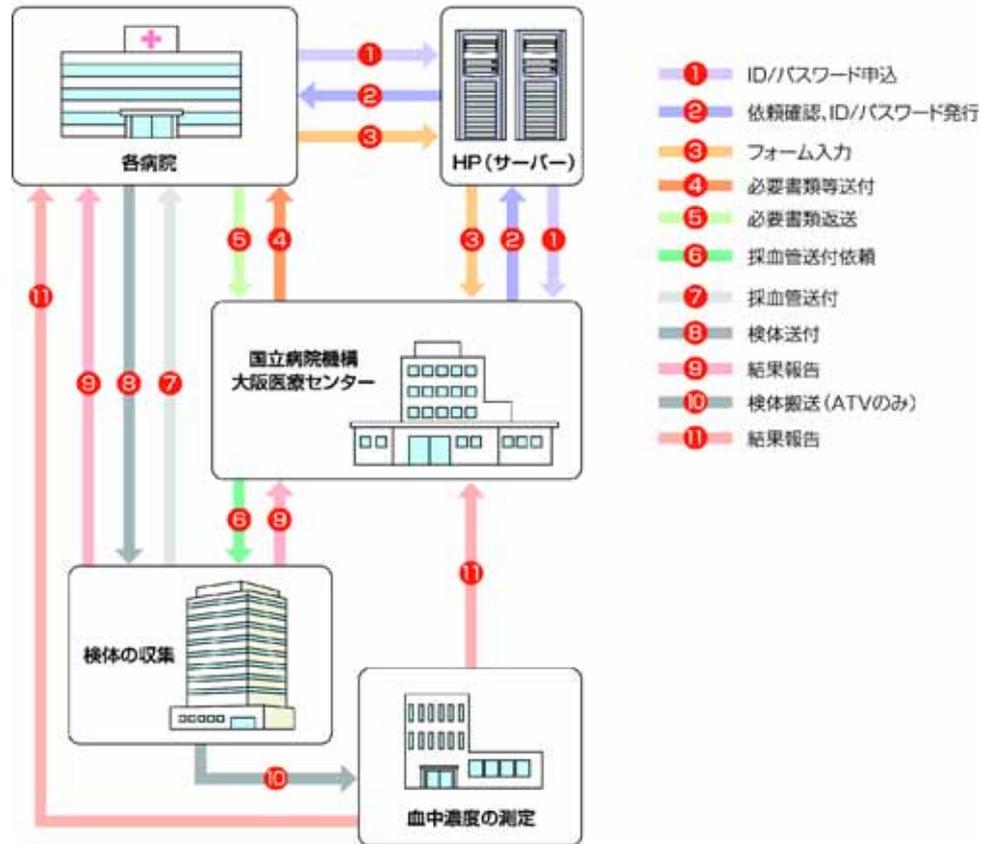
## (2) 薬剤血中濃度測定の意味

第一の意義は治療効果の確認である。服薬アドヒアランスが十分であるにも関わらずウイルス量の再上昇があった場合や、服薬開始後にウイルス量の十分な低下が認められない場合、低下速度に問題がある場合等があげられる。副作用が出現した場合もTDM(Therapeutic Drug Monitoring)の対象となる。副作用と思われる症状が出現した場合等に測定を実施する。

## (3) 薬剤血中濃度測定依頼の仕方

「抗HIV薬の血中濃度に関する臨床研究(<http://www.psj.com/>)」研究班を利用して無料で抗HIV薬の血中濃度測定を依頼することができる。ホームページにアクセスし、ID・パスワードを取得後、必要事項と測定希望薬剤を入力する。採血管は各施設宛に送付される。

図4-6 依頼から結果報告までの流れ



#### (4) 薬剤血中濃度測定を行うタイミング

HAART開始直後は、薬剤による酵素誘導の影響が安定していないため、血中濃度測定を行っても評価は難しい。酵素誘導が安定する投与開始後約2週間を経過した段階で測定を行うことが望ましい。採血は投与直前のトラフ値（Cmin）とピーク値（Cmax）の2ポイント測定が望ましいが、外来診療で患者を長時間拘束する2ポイント測定は困難な場合がある。最も重要なトラフ値を正確に測定し、評価を行うことが重要である。たとえば、朝食後に服薬している薬剤のトラフ値を測定する場合、朝の服薬を行わず外来診療開始時間に来院するよう案内し採血を行う。採血終了後に食事を済ませ服薬させる等の方法をとる。またその際、採血前の最終服薬時間を確認しておく必要がある。EFVは眠前に服用している例が多いため、服薬前の採血を行うことは困難である。EFVの血中濃度を測定する場合は、服薬後約12時間前後で採血し評価を行う。

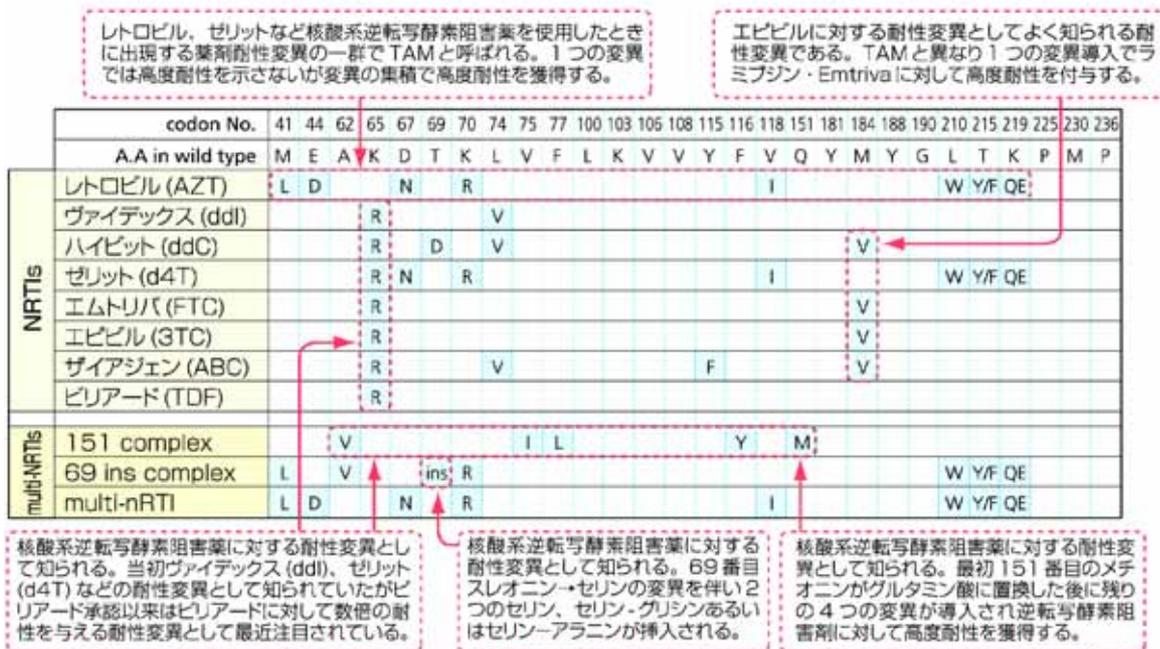
#### (5) 薬剤血中濃度データの解釈

推奨トラフ値を参考に測定データの評価を行う。治療効果の確認に血中濃度を利用する場合、血中濃度の値が低かったからと言って即座に増量する必要はない。患者の臨床状態を判断し、ウイルス量の推移を見ながら、その治療効果や有害事象に基づいて投与量を調整することが望ましい。血中濃度の結果は採血時の患者の状態を示す一つの検査結果であり、患者の日常すべてを表すものではないことを心がける必要がある。アドヒアランスに関わる問題や日内変動、食事との関連等が複雑に絡み合っていることを忘れてはならない。

### (1) 薬剤耐性

HIVは変異を起こしやすいウイルスである。HIVは1日に $10^{10}$ ものウイルス粒子を感染者の体内で産生すると言われているが、同時に1日に3万～30万個の変異HIVが出現すると考えられている。そのため単剤治療を行うと、早いもので1～3週間程度で、感染者の体内においてその薬剤に対して耐性を持つHIVが現れてくる。現在日本でHIV感染症治療に用いられている抗HIV薬にはNRTI、NRTI、PI、IN、CCR5の5つのクラスがあるが、いずれの薬剤も耐性を誘導する事が知られている(図4-7参照)。HIVが薬剤に対して耐性を獲得する場合、ある1つの薬剤に対して耐性を獲得すると、同じクラスに属する別の薬剤に対しても同じように耐性を示す場合が少なくない。これを交叉耐性と呼びHIV感染症治療薬剤を変更する際に大きな制約となっている。現在の抗HIV感染症治療では複数のクラスから3種類以上の薬剤を組み合わせ使用する多剤併用療法(HAART)が用いられているが、強力な薬剤治療によってHIVの増殖を最大限に抑え、薬剤耐性HIVの出現を抑制するのがこのHAARTの最大の目的であり、初回治療でいかにしっかりとHIVを抑制するかが薬剤耐性HIVを出現させない大きな鍵となっている。

図4-7 抗HIV-1薬剤と誘導される耐性変異と耐性変異の読み方(例)



codon No.		10	13	16	20	24	30	32	33	35	36	43	46	47	48	50	53	54	58	60	62	63	69	71	73	74	77	82	83	84	85	86	90	93
AA in wild type		L	L	G	K	L	D	V	L	E	M	K	M	L	G	L	F	L	Q	D	L	L	H	A	G	T	V	V	N	L	L	N	L	L
PIs	インビラーゼ/フォートビス (SQV)	I/R/V													V			V/L						V/T	S		I	A		V		M		
	ノービア (RTV)	I/R/V		M/R		I	F		I		V/L				V	V/L							V/T			I	A/S/T		V		M			
	クリキシバン (IDV)	I/R/V		M/R	I		I		I		V/L							V					V/T	S/A		I	A/S/T		V		M			
	ビラセプト (NFV)	F/I				N					I	V/L											V/T			I	A/S/T		V		D/S	M		
	レクシヴァ (FPV)	I/R/V					I				V/L	V		V	V	V/M									S		A/S/T		V		M			
	カレトラ (LPV/RTV)	I/R/V		M/R	I		I	F			V/L	V/A		V	L	?							P	V/T	S		A/S/T		V		M			
	レイアタッツ (ATV)	I/R/V		V	M/R	I		I	V/F	V/L	V	V/L		V	L	?				E	V			?	?		A/T		V	V	S	M	L	
	TiparNAVIR/ritonavir	V	V		M/R			F	G	I	T	L	L					A/M/V	E					K		K	L/T		V	V	S	M		

プロテアーゼ耐性変異の特徴

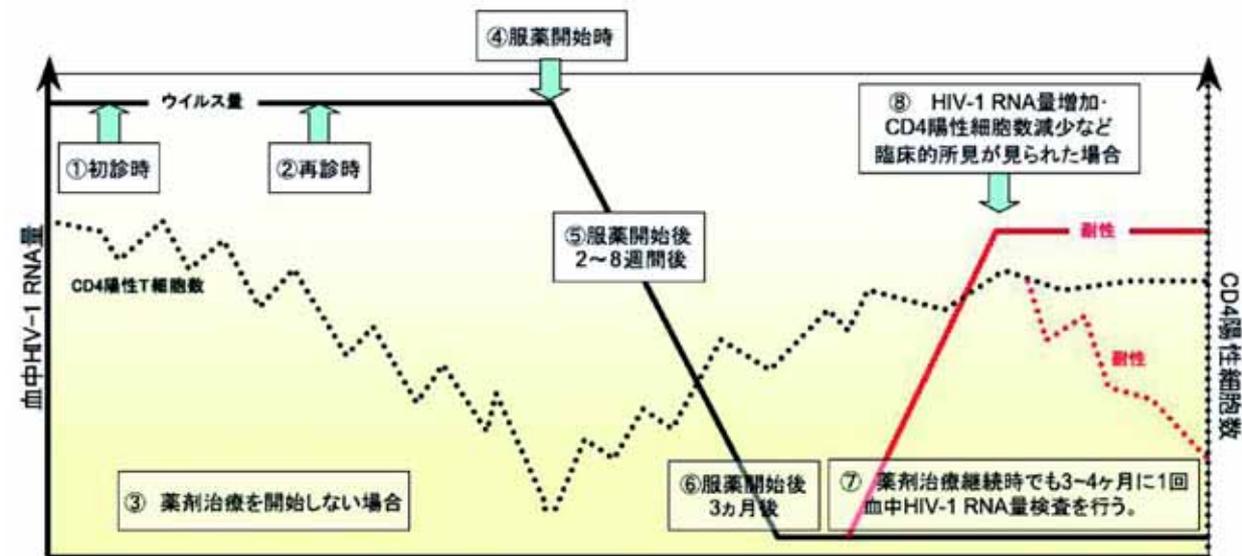
- 一次変異: 薬剤投与後最初に出現することが多い変異であり、且つ薬剤感受性に大きく影響を及ぼすもの。
- 二時変異: 一次変異に続いて出現してくる変異であり、一次変異と組み合わせることにより耐性レベルを上げる。

(2) いつ薬剤耐性検査を行うか

薬剤耐性検査は初診時、服薬導入時、服薬継続時の3ヶ月～4ヶ月毎、治療開始後のウイルス抑制が不十分な場合及び服薬継続中に患者血中のウイルス量の上昇が見られた場合に行うことが推奨される。血中ウイルス量検査および薬剤耐性検査を行うタイミングについては、図4-8「血中ウイルス量検査と薬剤耐性検査を行うタイミングは？」を参照されたい。薬剤耐性検査で捉えることができるのは、採血時に患者体内で増殖をしているHIVの遺伝子型の解析結果である。薬剤耐性を獲得したHIVは往々にして野生型にくらべると増殖力が弱いため、服薬を中断すると野生型の増殖が優勢となり薬剤耐性株が潜んでしまうことがある。このような場合は見かけ上、薬剤耐性変異が検出されないが、実際は薬剤耐性HIVが存在している。また治療薬剤の変更が複数回行われているような場合は検査時に服薬していない薬剤に対する耐性変異も検出されることがある。このようなことから、薬剤耐性検査の結果の判定を行う際には被験者のそれまでの治療例を十分に把握することが重要である。推奨される検査時期を図4-8「血中ウイルス量検査と薬剤耐性検査を行うタイミングは？」に示す。

・ <http://www.hiv-resistance.jp/index.htm>参照

図4-8 血中HIV-1 RNA量検査と薬剤耐性検査を行うタイミングは？



	①初診時	②再診時	③ 服薬無しで経過観察時	服薬治療を行う場合(④-⑧)				⑧ 血中HIV RNA量が増加した場合
				④服薬開始時	⑤服薬開始後2~8週間後	⑥服薬開始後3ヵ月後	⑦ 以後3~4ヵ月毎	
HIV RNA量検査	○	○	3~4ヶ月毎に1回	○	○	○	○	○
HIV薬剤耐性検査	○	△(注1)	3~4ヶ月毎に1回	○	△(注2)	○	△(注3)	○

注1：初診時と再診時で時間が経った場合、あるいは服薬開始直前の場合は推奨する。  
 注2：薬の効果が思わしくない(血中HIV RNA量の低下が十分でない)場合は検査を行う。  
 注3：血中HIV RNA量が定量限界以下に保たれていれば必ずしも必要ではない。

### (3) 薬剤耐性検査の保険収載について

従来、国立感染症第2研究グループ（グループ長 杉浦 互）あるいは、一部の地域ブロック拠点病院が、薬剤耐性検査を受け付けていたが、平成18年度の診療報酬改定で薬剤耐性検査（HIV-1 ジェノタイプ薬剤耐性検査）は保険収載された。

### (4) 他剤との併用禁忌と併用上の注意

抗HIV薬の併用禁忌薬一覧を表に示す。2種類以上の薬剤を併用すると、単独で用いた場合に比べ、作用の低下もしくは増強する場合がある。これを薬物相互作用という。注意すべき主な組み合わせと使用上の注意は以下の通りである。

表4 - 6 注意を必要とする主な組合せ等

組み合わせ	使用上の注意
AZT + d4T	・拮抗しあう
d4T + ddl	・副作用の発現頻度が高い - 末梢神経障害、肺炎、高乳酸血症・妊婦で、脂肪肝、場合によっては肺炎も伴い、致命的ともなる重篤な乳酸アシドーシスが報告されている
FTC + 3TC	・耐性プロフィールが近似 ・併用効果なし
RTVを併用しないDRV、SQV	・経口バイオアベイラビリティが低い
ATV + IDV	・高ビリルビン血症
妊娠第一期および妊娠可能な女性に対するEFV	・ヒト以外の霊長類で催奇形性が認められている
NNRTI 2剤併用	・EFVとNVPを併用すると、併用しない場合に比べ副作用発現頻度が高い・EFV、NVPはETRの血中濃度を下げることがある
(RTVを併用しないPI) + ETR	・ETRはPIの代謝を促進する可能性があり、至適投与量はまだ確立されていない
ATV + RTV + ETR	・ETRはPIの代謝を促進する可能性があり、至適投与量はまだ確立されていない
FPV + RTV + ETR	・ETRはPIの代謝を促進する可能性があり、至適投与量はまだ確立されていない
ddl + リバビリン	・ddlのリン酸化が促進され、副作用が強くなる可能性がある

表4 - 7 抗HIV薬相互作用表（併用禁忌）

#### 核酸系逆転写酵素阻害薬（NRTI）

一般名（略号）	併用薬	抗HIV薬への影響	併用薬への影響
ジドブジンAZT	イブプロフェン	出血傾向が増強	
コンビルビルAZT/3TC	イブプロフェン	出血傾向が増強	

#### 非核酸系逆転写酵素阻害薬（NNRTI）

一般名（略号）	併用薬	抗HIV薬への影響	併用薬への影響
ネビラピンNVP	ケトコナゾール エチニルエストラジオール、ノルエチンドロン	血中濃度上昇	血中濃度低下 血中濃度低下
エファビレンツEFV	シサプリド、トリアゾラム、ミダゾラム、酒石酸エルゴタミン・無水カフェイン、メシル酸ジヒドロエルゴタミン マレイン酸メチルエルゴメトリン、マレイン酸エルゴメトリン、ポリコナゾール	血中濃度上昇	
デラビルジンDLV	リファンピシン ジヒドロエルゴタミンメシル酸塩、エルゴタミ酒石酸塩、ミダゾラム	血中濃度低下	血中濃度上昇

プロアテゼ阻害薬 (PI)

一般名 (略号)	併用薬	抗HIV薬への影響	併用薬への影響
インジナビルIDV	シサプリド、トリアゾラム、ミダゾラム、酒石酸エルゴタミン・無水カフェイン、メシル酸ジヒドロエルゴタミン、ピモジド、アルプラゾラム、塩酸アミオダロン、マレイン酸メチルエルゴメトリン、マレイン酸エルゴメトリン		血中濃度上昇
	リファンピシン	血中濃度低下	
	臭化水素酸エトレトリプタン、アゼルニジピン、バルデナフィル、プロナンセリン、シルデナフィル		血中濃度上昇
	アタザナビル	高ビリルビン血症	
サキナビルSQV	テルフェナジン、アステミゾール、シサプリド、ピモジド、アミオダロン、ペプリジル、フレカイニド、プロパフェノン、キニジン		心血管系副作用
	エルゴタミン製剤		血中濃度上昇
	リファンピシン	血中濃度低下	
	トリアゾラム、ミダゾラム		持続的な鎮静
	バルデナフィル		血中濃度上昇
リトナビルRTV	硫酸キニジン、塩酸ペプリジル、酢酸フレカイニド、塩酸プロパフェノン、塩酸アミオダロン、ピモジド、ピロキシカム、アンピロキシカム、酒石酸エルゴタミン、メシル酸ジヒドロエルゴタミン、臭化水素酸エトレトリプタン、塩酸バルデナフィル、アゼルニジピン、リファブチン		不整脈、血液障害、血管攣縮など
	マレイン酸メチルエルゴメトリン、マレイン酸エルゴメトリン		
	ジアゼパム、クロラゼパムニカリウム、エスタゾラム、フルラゼパム、塩酸フルラゼパム、トリアゾラム、ミダゾラム		過度の鎮静 呼吸抑制
	ポリコナゾール		血中濃度低下
ネルフィナビルNFV	テルフェナジン、シサプリド、ピモジド、トリアゾラム、ミダゾラム、アルプラゾラム、パッカク誘導体、アミオダロン、硫酸キニジン		血中濃度上昇
	リファンピシン	血中濃度低下	
	臭化水素酸エトレトリプタン、エプレレノン		血中濃度上昇
ロピナビル・リトナビル配合剤LPV/RTV	シサプリド、ピモジド		血中濃度上昇 (不整脈)
	酒石酸エルゴタミン、メシル酸ジヒドロエルゴタミン、マレイン酸エルゴメトリン、マレイン酸メチルエルゴメトリン		末梢血管攣縮
	トリアゾラム、ミダゾラム		過度の鎮静 呼吸抑制
	ポリコナゾール		血中濃度低下
	バルデナフィル		低血圧

アタザナビルATV	リファンピシン、プロトンポンプ阻害薬	血中濃度低下	
	イリノテカン塩酸塩水和物		副作用増強
	プロナンセリン		血中濃度上昇
	トリアゾラム、ミダゾラム		過度の鎮静 呼吸抑制
	ベプリジル塩酸塩水和物、エルゴタミン酒石酸塩、ジヒドロエルゴタミンメシル酸塩、エルゴメトリンマレイン酸塩、メチルエルゴメトリンマレイン酸塩、シサブリド、ピモジド、バルデナフィル		副作用増強
	シンバスタチン		ミオパシー等
	インジナビル硫酸塩エタノール付加物	高ビリルビン血症	
ホスアンプルナビルFPV	シサブリド、ピモジド、ベプリジル塩酸塩水和物		血中濃度上昇 (不整脈)
	エルゴタミン酒石酸塩、ジヒドロエルゴタミンメシル酸塩、エルゴメトリン、メチルエルゴメトリンマレイン酸塩、メチルエルゴメトリンマレイン酸塩		末梢血管攣縮
	トリアゾラム、ミダゾラム		過度の鎮静 呼吸抑制
	バルデナフィル		低血圧
	リファンピシン	血中濃度低下	
	フレカイニド、プロパフェノン等		血中濃度上昇
	ダルナビルDRV	トリアゾラム、ミダゾラム	
	ピモジド		血中濃度上昇 (不整脈)
	エルゴタミン、ジヒドロエルゴタミン、エルゴメトリン、メチルエルゴメトリン		末梢血管攣縮
	バルデナフィル		血中濃度上昇
	シルデナフィル		血中濃度上昇
	プロナンセリン		血中濃度上昇

## 資料15 外国籍HIV陽性者の支援を行っている団体

団体名	連絡先	団体の特徴
NPO法人SHAREシェア = 国際保健協力市民の会	〒110-0015 東京都台東区東上野1-20-6丸幸ビ5F Tel (050)3424-0195 月～金10:00-17:00 http://share.or.jp hoken@share.or.jp	タイ語支援を中心とした通訳派遣、健康相談、 情報提供、帰国支援など
NPO法人 アフリカ日本協議会(AJF)	〒110-0015 東京都台東区東上野1-20-6丸幸ビ2F Tel (03)3834-6902 月～金12:00-16:00 http://www.ajf.gr.jp info@ajf.gr.jp	アフリカ諸国出身者への帰国支援。特に本国に おけるHIV/AIDS治療・ケアの情報提供と照会 先体制作り
NPO法人CRIATIVOS - HIV/STD関連支援センター	〒241-0821 神奈川県横浜市旭区二俣川1-82-21 Tel (045)360-2094 月～金10:00-16:00 http://www.npocriativos.jpn.org contato@npocriativos.jpn.org	スペイン語、ポルトガル語支援を中心とした通 訳派遣、地域支援、情報提供、帰国支援など
NPO法人CHARM 移住者の健康と権利の 実現を支援する会	〒530-0031 大阪府大阪市北区菅栄町10-19 Tel (06)6354-5901 月～木10:00-17:00 http://www.charmjapan.com office@charmjapan.com	近畿地方及び近隣地域の多言語支援。通訳派遣、 地域支援、対面相談など

\* 医療機関からの問い合わせはどの団体も日本語で対応できます。

