

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

HIV診療における 外来チーム医療マニュアル

第1版改訂第2刷（平成18年8月）



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

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 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）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。各職種が専門的技能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 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）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」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）
梶原 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、服薬の副作用や薬剤耐性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からAIDS発病を恐れながら受診さえできない者が未だにある。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おり、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、の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くと幸いである。

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

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

1) HIV 感染症の外来診療におけるチーム医療の必要性	6
2) 患者ニーズとおかれた状況に対するチームでの対応	6
(1) 患者ニーズとおかれた状況	
(2) チームでの対応	
3) 各医療者の役割	7
(1) 医師の役割	
(2) 看護師の役割	
(3) 薬剤師の役割	
(4) ソーシャルワーカーの役割	
(5) カウンセラーの役割	
(6) 精神科医の役割	

第 2 章 HIV 外来診療の流れ

1) 初診	10
(1) 初診時の患者のおかれた状況	
(2) 初診時のチーム目標	
(3) 初診時の流れ	
2) 再診	25
(1) 再診時の患者のおかれた状況	
(2) 再診時のチーム目標	
(3) 再診時の流れ	
(4) 連携の流れ	
3) 女性感染者への対応の留意点	32
(1) 女性患者の特徴	
(2) パートナー告知	
(3) 婦人科疾患、性感染症について	
(4) 妊娠と出産	
4) 血友病患者（血液製剤による HIV 感染）への対応	33
5) 肝炎（HCV、HBV）合併例での留意点	33

第 3 章 抗 HIV 療法と抗 HIV 薬の特徴

1) 抗 HIV 療法	34
(1) 抗 HIV 療法の原則	
(2) 抗 HIV 薬の服薬期間	
(3) 治療開始時期	
2) 抗 HIV 薬の特徴	34
(1) 抗 HIV 薬の種類	
(2) 治療効果のモニタリング	
(3) 薬剤血中濃度	
(4) 薬剤耐性検査	
(5) 他剤との併用禁忌と併用上の注意	

1) 服薬支援とは	44
2) 服薬開始前(処方決定されるまで)	44
(1) チーム目標	
(2) 服薬支援の実際	
(3) 服薬阻害因子	
(4) ライフスタイルにあった服薬	
(5) 服薬開始前の患者のおかれた状況	
(6) ソーシャルワーク支援の検討	
(7) 心理的支援の検討	
3) 服薬開始時	50
(1) チーム目標	
(2) 具体的服薬支援	
4) 服薬開始直後	52
(1) チーム目標	
(2) 具体的服薬支援	
(3) 服薬開始時の患者のおかれた状況	
(4) 心理的支援の検討	
(5) 服薬開始後の副作用チェックと援助行動	
5) 服薬継続時	54
(1) チーム目標	
(2) 医師の役割	
(3) 具体的服薬支援	
(4) 服薬継続時の患者のおかれた状況	
(5) 心理的支援の検討	
6) 服薬中断	56
(1) 服薬中断後の患者のおかれた状況	
(2) 医師の役割	
(3) 看護師の役割	
(4) 薬剤師の役割	
(5) 心理的支援の検討	
7) 治療困難症例への服薬支援	58
(1) 在宅療養支援導入の検討	
(2) 修正 DOT	

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	60
資料2 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	63
資料3 エイズ派遣カウンセリング制度実施自治体一覧	64
資料4 身体障害者手帳	65
資料5 自立支援医療	66
資料6 健康保険・高額医療費・付加給付金・傷病手当金・特定疾病療養費	67
資料7 生活保護	68
資料8 診療情報の保護とプライバシー	69
資料9 後天性免疫不全症候群発生届	76
資料10 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)	77

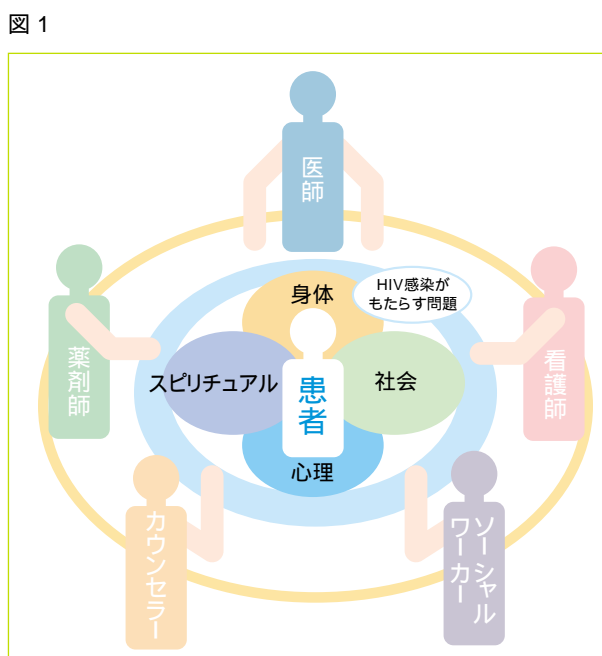
第1章

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 HIV 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できるようになり、患者が健康を向上・維持できる事にある。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（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。



* 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

** 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。

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・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、社会的そしてアイデンティティなどの維持に困難

な状況が発生させるといえる（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、社会的そしてアイデンティティに関わることなど多面的である。

(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が、そのものの変化のみならず、心理、社会、アイデンティティの変化による場合もある（資料2参照）。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可能かどうかを判断し、必要なら院外の社会的資源の活用も検討する（9ページ参照）。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加わることで、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1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) 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。各職種が専門的技能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共に、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。

(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である。

HIV感染症は慢性疾患となり、HIV感染者の診療は継続的定期受診を基本とする外来が中心である。療養と生活を両立させ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、患者の正しい疾患理解の確認、患者からの相談への対応を行い、患者自身が合理的意思決定を行えるように支援する。看護師はケ

アにおける患者のニーズを見極め、ニーズに合わせて必要な専門職へ橋渡しをし、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。服薬支援の場合には、療養支援の経験を有する外来担当看護師が患者と向き合い服薬にむけて調整を行うことにより患者の服薬アドヒアランスの維持・継続に有効であることが知られている。抗 HIV 療法の未治療の患者に対しても、看護師は適切な時期に治療開始が行えるような準備を支援する。

在宅療養支援が必要な患者においては地域との連携（保健所など、訪問看護ステーション、NGO/NPO など）での調整役を担う場合もある。

(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社会福祉学を基礎とした専門職であり、感染者個人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ことに特徴がある。ソーシャルワーカーは、患者が HIV 感染症を抱えながらも可能な限り、安定した良質な社会生活を営めるように、社会生活の全体を視野に入れ、現実的にどのような生活をしていきたいのか、その主体性を尊重しながら側面から支援を行う。そのために患者が置かれている心理社会的状況を共に評価（アセスメント）し、その解決のための目標や方法を考え、実践することが一次的役割である。そして過度にソーシャルワーカーに依存することなく、クライアント自身が自ら課題を解決していく力を備えることを最終的な支援の目標としている。

解決すべき課題には人間の社会生活上の障害を対象とするものが多い。ここで言う「社会生活」とは「基本的な社会生活上の欲求に基づき、経済、職業、家庭、教育、医療、地域など様々な制度との複数の社会関係から成り立つもの」として捉えている。具体的な相談援助の課題は、経済的問題、就労、家族関係、学校、地域との関係など、多岐に亘る。

(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 感染以後に生じた課題および感染告知以降に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。

* ときに精神科医と連携する必要があるため、精神科医の役割を次に付記する。

(6) 精神科医の役割

精神科医は感染症科主治医、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感染者の場合、精神科診療の対象となる精神障害・症状として、心理社会的ストレスにのみ起因する精神障害に加え、HIV感染の精神神経系への直接的影響や以前より存在する気分障害、適応障害などの精神障害、HIV感染そのものによる認知機能障害、抗HIV薬による精神症状などを、精神科医は適切に評価しながら診療にあたり、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、人間関係上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 地域の社会的資源

多くの専門職から構成されるチームによって患者の多側面への働きかけが行われるが、患者の身体的・心理的・社会的なニーズのすべてへの対応が医療機関の中で実現化されるわけではない。当事者との出会い、経験の共有、自宅や地域社会での支援のニーズも存在している。患者会でのピアの関わり、NGO/NPOスタッフや訪問看護師、保健師、役所職員などの関わりが重要となる場合も少なくない。また、患者が疾患に関する情報を自ら収集するプロセスにおいては、適切な情報を提供したり人と人をつなげたりするインターネット上のホームページが役に立つ場合もある。医療者には、患者の生活者としての側面に目を向け、地域社会における患者の自立を支援する視点に基づいて、適切な資源を患者に紹介し、そこと患者をつなぐことが大切である。そのためにも事前に各地域における資源の情報を収集しておくことが望ましい。

HIV 外来診療の流れ

1) 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。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り、そのこと自体が患者に緊張感をもたらすと考えられる。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(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。

* 本マニュアルでは 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) 初診時のチーム目標

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、患者が健康を維持しながら、社会生活の中で自立できるように支援する。

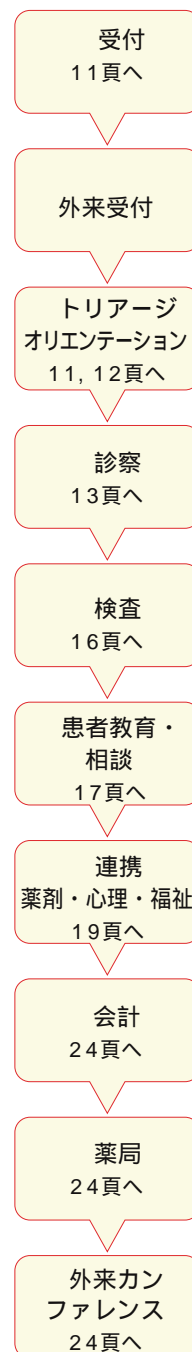
心身ともに危機的状態を乗り越えることができる治療と生活(療養)の見通しを持つことができる定期受診の必要性を理解する



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(資料1参照)。患者が次回以降に受診を継続するかどうかは初診時の対応が少なからず影響する。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・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。

図2-1 初診時の流れ



(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必要がある(図2-1)。

受付(初診受付での対応、はじめに会うスタッフの対応)

- i 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。
- ii 受付スタッフから診療科外来看護師に連絡する。



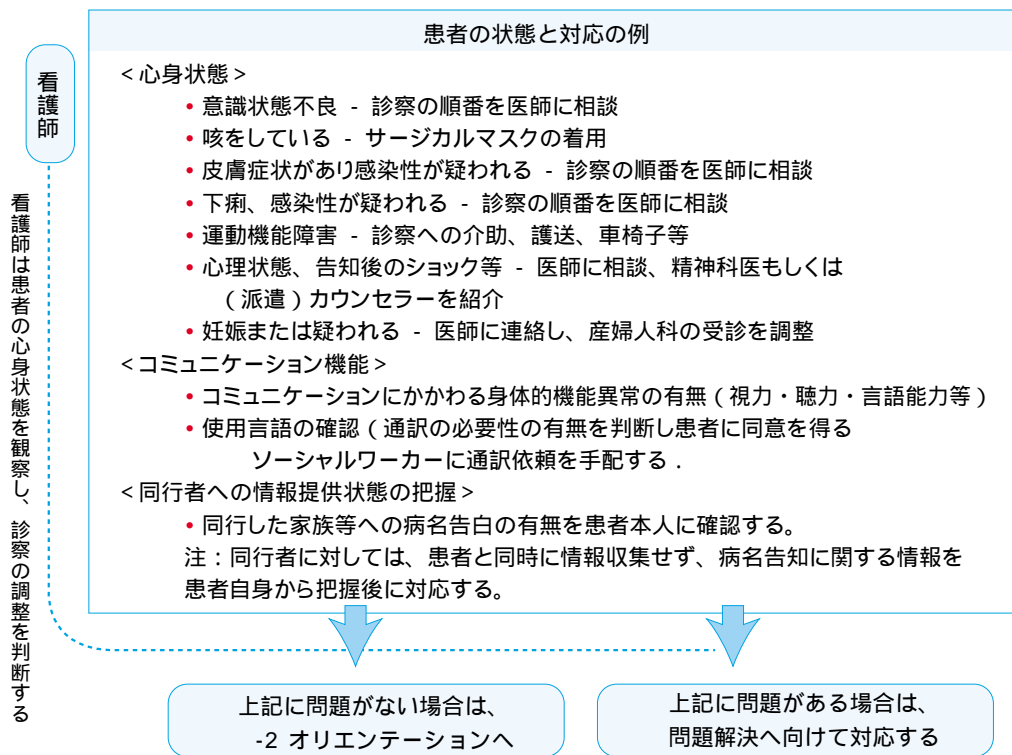
コラム 健康保険使用のメリットと予測されるリスク

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、支払基金に対し病名を記載したレセプトが提出される(資料6参照)。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

- i 自己紹介をする。
- ii 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、紹介状があれば患者の了解を得て事前に内容を確認する。
- iii 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 必要であれば診察を優先する(図2-2)
- iv 受診理由を確認する。
- v 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。
- vi 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。
- vii 患者を相談室など患者の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。

図2-2



-2 オリエンテーション

- i 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X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18年3月現在。）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・治療のために必要な各種感染症抗原・抗体検査が必要であるが高額であること、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。
- ii 測定（体温・血圧・脈・意識・体重・身長・食事摂取の有無など）
- iii 情報の収集（問診）
- iv 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に相談する。
- v 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。
- vi 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。



コラム 個室のメリットとリスク

患者との面接を行う場所として「プライバシーの配慮」に重点をおき、個室での面接・相談が理想である。HIV診療では感染経路やパートナーの存在などプライベートに大きく踏み込んだ質問をすることや、薬物使用などについての確認も必要となる。ただ、個室は密室であり、対応するスタッフの危機回避の方策も不可欠で、椅子やドアの位置、はさみなど鋭利な物の保管にも注意して対応し、緊急対応要請が可能な体制を築いておく。



コラム 外国人医療対策

外国人に対する医療提供のポイントは2つ。ひとつは「言葉の問題」、もう一つは「経済的問題」である。言葉に関しては、外国人コミュニティがある自治体によっては、通訳制度を独自に持っている場合があるので、事前に情報収集しておくが良い。尚、活用する場合は患者の同意を得ること。次に経済的問題に関しては、査証を所持し、外国人登録を行っていれば、国民健康保険や社会保険に加入することができ、身体障害者手帳などの社会資源の申請も可能である。大使館や外国人 NGO/NPO のリストなどを事前に作成しておくが良い。

診察

- i 医師は患者に自己紹介をする。
- ii 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、嘔下時違和感
既往歴：帯状疱疹、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）
- iii 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。2-3cm までの腫脹は HIV 感染であれば稀ではない。要精密検査：3cm 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（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
- iv 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 SpO₂ 測定を行う。
SpO₂ < 98 % なら、歩行負荷をかけて再測定。
SpO₂ 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、腹部エコーなどを実施し、他の感染症の検査を行う。）

v 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 17 ページ参照。

vi 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、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。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。職種が限られている場合には、各機能を誰が分担するのかを決めておく。患者毎にチーム構成員を明らかにし、各構成員は外来の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。

■ 治療のポイント

初診患者は自覚症状が無いことが多く、また HIV 感染というデータだけでは、開始前の準備が不可欠な抗 HIV 療法の治療対象とはならないため、初診時に薬剤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/ μ L の場合は、看護師が本人に連絡し、早期に受診を勧める。「PCP 発症予防内服」と「眼科検診」が必要となる。CD4 陽性リンパ球数 <50/ μ L の場合は、さらに「非定型抗酸菌症の発症予防内服」が必要となるため、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（資料 3 参照）の利用法などを紹介したりする。

施設には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たり、されていなかったりする。カウンセリングは自治体の派遣制度(資料 3)を利用することもできる。

* CD4 陽性リンパ球数が 200/ μ 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/ μ 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ため、次回受診を患者の状態に応じて 1～2 週間後とする。服薬支援に関しては 44 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、食事は関係ないが毎日同じ時間に服用するよう指導する。

副作用：発疹・発熱・吐気などがあるため、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を伝えておく。また万一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写真を撮影するため、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、時間をみて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。

vii 発生届の提出

HIV 感染症と診断した医師は、診断後7日以内に所定の発生届（資料9）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。エイズ発病あるいは、死亡といった病状変化時にも提出する必要がある（資料10）。



コラム：男性感染者の性行動の対象は異性？同性？どちらも？

厚生労働省エイズ動向委員会によれば、平成16年1年間のHIV感染のうち、60%が同性間の性的接触である。日本国籍男性に限れば70%が同性間の性的接触が感染経路だと報告されている。

HIV感染者の診断・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を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などに対しては、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。

患者さんが言わなかった、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常々起こりうる。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ことが大切である。

また、異性、同性のどちらも経験を有する、時には常にどちらも経験をしている方もいるため、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ことが重要である。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？

MSは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医療者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ことは非常に難しい。

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をしている場合に、「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れないけれど、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・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	血圧 脈拍 体温 体重 身長		
<血液一般>			
血算	WBC RBC Hb Ht MCV PLT 白血球分画	生化学	AST(GOT) ALT(GPT) T-Bil -GTP LDH Cre BUN Amy
血清学的検査	CRP	ウイルス学的検査	HIV-RNA 量
細胞性免疫検査	CD4, CD8, CD4/CD8 比		

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 血清梅毒反応 (RPR,TPHA) 赤痢アメーバ抗体 (場合により)	必要に応じて追加	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		
胸部 X 線			
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度婦人科検診を勧める。

患者教育・相談

i 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。患者が医療情報を新聞やインターネットなどから収集することが容易であるが、医療者は専門家として患者の知識と理解度、行動を包括的に評価し、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担当者を決め継続的に関わる。
- ・ 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な効果的な資料の活用を行うなどの配慮が必要。資料や紙面に書いて説明することは、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・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となり、患者の話をじっくり聞く機会となる。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。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。

- ・ 初診患者は不安が強く、緊張から説明した内容を覚えていない場合もある。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、不安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、カウンセラーの利用又は、不安症状が強ければ精神科に紹介することを考慮する（資料 2 参照）。さらに医療費に関する相談に関して身体障害者手帳申請制度などの情報は早急に提供する。身体障害者手帳の申請から交付までの期間を考えて、治療方針や受診行動に影響を与えないように申請の準備を急ぐ場合がある。

ii 患者教育の内容

- ・ ヒトの免疫システムについて
- ・ HIV/AIDS について
- ・ 病気の経過：CD4 陽性リンパ球と HIV-RNA 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（症状の観察方法とその対処法）との関連、予防と治療
- ・ HIV 感染症と治療の概要（実物の薬剤を参照）
- ・ 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）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：人的資源、パートナー等への告知（資料 4、資料 5 参照）
- ・ 医療費対策：社会資源・制度の活用（身体障害者手帳申請、高額療養費申請）
- ・ 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可能である。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)、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>)

連携

i 薬剤 (第 4 章 服薬支援を参照)

ii 心理的支援の検討

もともと患者に不応適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、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応適状態、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。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。

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と考えられる。また「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につなぎ(表 2-3)、精神機能障害についてのアセスメントが必要となる。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、資料 2 を参照されたい。

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(6 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。

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

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。

精神科医は患者の精神障害・症状の背景について心理的ストレスや人格的要因、器質的要因をアセスメントし、今後の治療方針を立て、チームとしての方針を各職種とともに検討する。



コラム カウンセラーの視点

HIV感染者の療養生活において、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、阻害されている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。

iii ソーシャルワーク支援の検討

初診時は、特に経済的な事柄について、医療費がどの程度必要であるかがわからず不安を抱えている場合、健康保険を利用することでプライバシーが漏れるのではないかと不安を持つ場合、また、健康保険に加入をしていない場合などがあり、支払いに見通しを持てるような情報提供と支援が必要な場合がある。また、内服に伴い利用できる制度の案内をしておくことで、安心して治療の継続につながることもあるが、初診時には多くの説明がされるため、担当が誰であるか、いつでも繰り返し説明ができることを知ってもらうことに重点を置く。またソーシャルワーカーの役割を説明し、仕事や学業、家族関係など社会生活上の課題を共に考え、支援できることを伝える。特に初診時で心配を抱えている場合はそのことについて情報収集し、アセスメントした上で今後の見通しについて話合う。



コラム ソーシャルワーカーの視点

感染者は長期にわたり外来受診と場合により内服を継続する必要があり、生活ステージの変遷などに伴いさまざまな生活上の問題が生じる。その中で、できるだけ感染者が自分のことを自己決定し、納得のいく生活を送ることを支援するのがソーシャルワーカーの役割である。

常に関心を寄せる事柄としては、経済状況、家族関係、キーパーソン、ソーシャルネットワーク形成、就労状況、職場等での人間関係、学業、地域との関係性、住環境、性行動、セクシュアリティ、病気に対する考え方、価値観、精神的状況、薬物等の依存、医療者との関係などがある。それぞれの生活場面に生じた問題に関わる際には、HIV感染についての社会的影響を配慮し支援を提供することが必要である。

内服開始となれば医療費が高額となるため、多くの感染者が医療費の助成制度を利用する。制度の利用は医療機関がルーティンで行うものではなく、感染者自身がメリット・デメリットを把握し、利用することを自己決定することが重要であり、そのことで、感染者が自分自身のこととして内服を継続するきっかけの一つとなる。

制度の利用に際しては、「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、家族などの、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、他制度利用についての確認、連絡方法、書類取り寄せ方法、などの確認が必要となる。また服薬が開始になれば、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を確認する。そして、手続きが完了した時点で、制度の有効期限の確認を行い、更新手続きの時期を自分で管理できるよう働きかけ、感染者自身が自立した生活を送れるよう支援を行う。初回の手続きが自分で行えなかった感染者が、更新の手続きを繰り返す中で自ら役所と連絡を取り合うことが可能となる場合があり、時機をとらえたアセスメントと支援を行うことが必要である。

iv 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

HIV 感染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精神神経系への直接的作用、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・精神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・精神障害は HAART 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、アン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（表 3-3 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。

感染症科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共に、例えばアドヒアランス不良の患者には HAART 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・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・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 期に顕著になることが多い。その症状は、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である。HIV 感染症は HAART の導入により長期間にわたりコントロール可能となりつつあるが、HIV 脳症は HAART 導入後も未だに未解決の疾患である。すなわちこの治療法の導入により、明らかな認知症を呈するケースは減少しているが、むしろ軽度の認知機能障害者の存在が問題になってきている。その認知機能障害のスクリーニングには、JHDS（Japanese Version of the HIV Dementia Scale、HIV 脳症スケール日本語版）、FAB（Frontal assessment battery、前頭葉機能検査）などが用いられている。

HIV 脳症の病態は非常に複雑である。HIV が感染したマクロファージの脳内への侵入とそこから放出される液性の障害性因子が最も重要と考えられる。そしてこの細胞の脳内への侵入は感染早期に起こっているが、防御因子と障害性因子が複雑に相互作用して微細な脳障害を来している状態が無症候期で続き、その後の AIDS 発症に伴って脳内の防御因子が相対的に低下して著明な脳障害が発症するという考え方が現時点では最も一般的である。その場で大脳白質や神経細胞が中心に破壊され、他のグリア系細胞も活性化しながら病態形成に関与している。

HIV 脳症の根本的治療は未だ存在しておらず、HIV 感染症そのものの治療、つまり HAART しかないのが現状である。今後さらに顕在化すると予想される軽度認知

機能障害患者に対する治療法の開発が必要である。参考)三浦義知 JMA Journal (印刷中)

- ・ 適応障害：日本ではなお HIV に対する偏見、恐れが強く、職場や家族からの拒絶を受けることが少なくない。また、HIV 感染者には元々パーソナリティの問題を抱えるケースも多い。
- ・ 気分障害：HIV 感染者は一般人口と比較して罹患する頻度が有意に高い。
- ・ 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。
- ・ 物質関連障害：HIV 感染者においてはアルコールや他の薬物の依存がしばしばみられる。
- ・ 精神病症状：通常 HIV 感染症の後期合併症である。日和見感染症としての悪性リンパ腫、トキソプラズマ症、CMV 脳症、PML などの中枢神経疾患がある。また、抗 HIV 薬による副作用としての精神・神経症状、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。

v 心理アセスメント

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可能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し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。

心理検査は、その目的に応じいろいろなものがある。パーソナリティの特徴を査定するものから、発達段階や認知機能を査定するもの、ある精神状態を判定するものまである。パーソナリティの心理検査としては、ロールシャッハ・テストや描画法などの投射法、東大式エゴグラムなどの質問紙法、内田クレペリン精神検査などの作業検査法が代表的である。また、心理状態を査定するものとしては、SDS (うつ性自己評価尺度)、STAI (状態・特性不安尺度) などがある。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。

しかし、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、上述のような心理検査の使用はまれで、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、上記のようにクライアントの心理状態のアセスメントに加え、クライアントとカウンセラーや医療者との関係や、クライアント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、クライアントとの関係で顕在的・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。

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。

会計

- i 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。
- ii 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こと。

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。

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。

i 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。

ii 目標

- ・ 継続受診
- ・ 健康レベルの向上・維持と社会的自立

iii 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 感染症を診察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事が求められる。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心がける。

2) 再診

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はおおよその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。

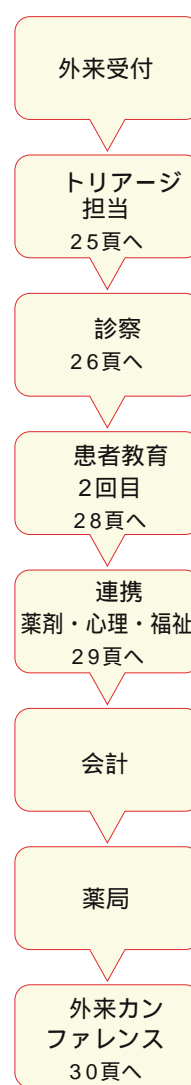
(1) 再診時の患者のおかれた状況

患者にとって検査データが出揃う再診時は、今後の治療に関する展開を決定づける重要な時期である。

治療開始の必要が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。患者が心理的に混乱したり焦りが強まったりすることが考えられる。限られた時間の中で患者が治療開始にあたって心理的な準備を十分に整えるための支援が必要となる。医療者が焦るあまり患者の治療への疑問や戸惑いに気付かないまま物事を進めてしまうことのないように留意しつつ、患者自身が十分に考えて適切な自己決定ができるよう、患者の治療開始への心理的葛藤を大切に取り上げることが求められる。

経過観察でよ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2-3 再診時の流れ



(2) 再診時のチーム目標

継続的な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

(3) 再診時の流れ

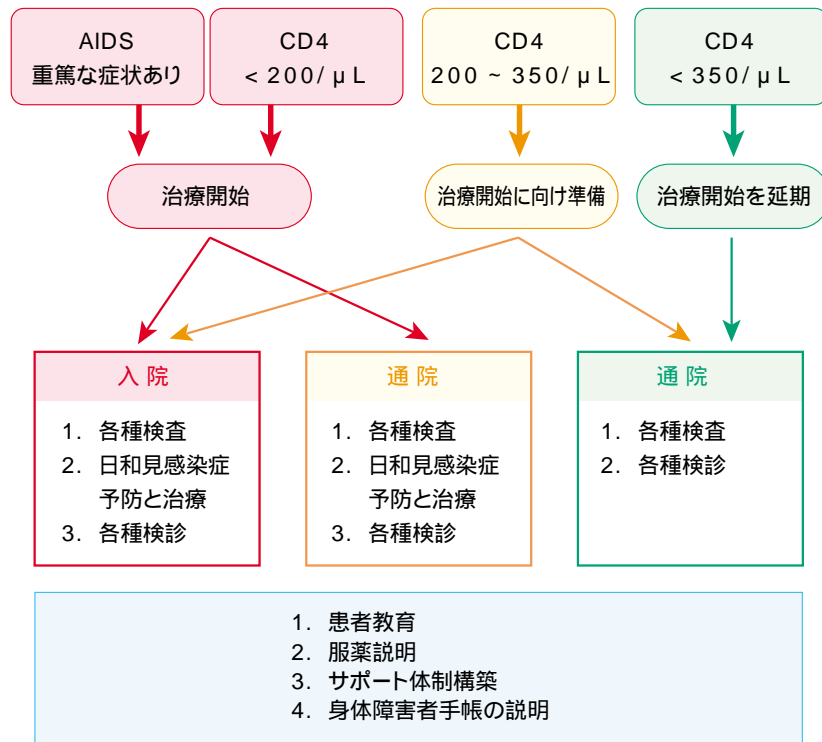
トリアージ
初診時同様、トリアージを行う。初診から再診までの心身の状況把握につとめ、患者がリラックスして診察に臨めるよう配慮する。疾患の受け止め方や誤っている情報は無いかを再確認、再診までの精神状態と患者周囲のサポート支援状況を把握、初診時の検査結果をもとに具体的な情報提供を行い（CD4の数値：治療開始のガイドラインに沿って）、患者本人の自覚と理解を促し、自己管理能力の育成と定期受診に繋げるよう支援する。

診察

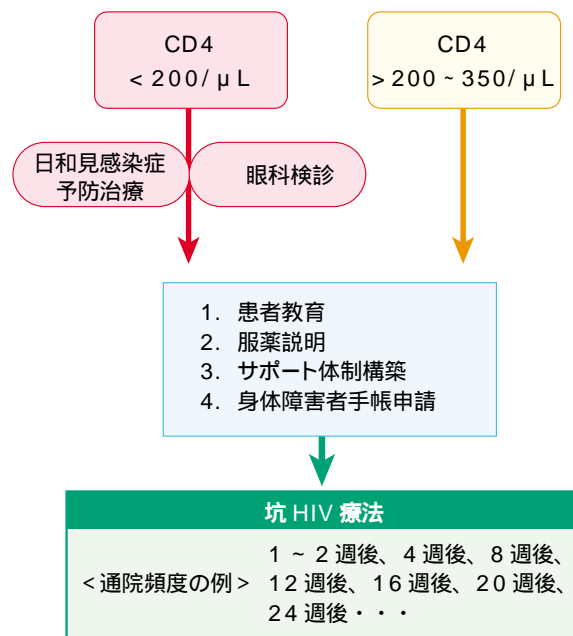
初診から再診までの心身の変化や状況を把握する。初診時に行った検査データについて分かりやすく説明し、質問しやすい雰囲気をつくる。治療開始にあたっては、検査データと患者自身の準備が重要となるため、データが治療開始基準を満たしているからといって慌てて治療を開始しない。この場合、患者に「治療が早急に必要であるが、開始に向けた準備も重要である」ことの説明を行い、理解を求める。この期間に起こりうる日和見感染症の発症予防及び検診を行う。図 2-4 は初診から 2,3 回の診察で得られた検査データの平均値から、治療方針を示したものである。

図 2-4 治療方針の決定と治療開始までの流れ

治療方針の決定



治療開始までの流れ



i 抗 HIV 療法開始時期の目安

抗 HIV 療法によって根治は望めないが、HIV-RNA 量の増加を抑制し、病気の進行を遅らすことが期待できる。治療の開始は CD4 陽性リンパ球数を数回の受診で測定した平均値*で判断される(表 2-4 参照)。

注*) 身体障害者手帳の申請には、28 日以上あけた連続した 2 回の測定値が必要である。

表 2-4 治療開始基準

臨床的分類	CD4 陽性リンパ球数	血漿中 HIV-RNA 量	推奨
AIDS と定義される疾患または重篤な症状	数値にかかわらず	数値にかかわらず	治療開始
無症候性	<200/μL	数値にかかわらず	治療開始
無症候性	200/μL ~ 350/μL	数値にかかわらず	治療開始を検討
無症候性	<350/μL	100,000 コピー/mL	治療開始を推奨
無症候性	<350/μL	<100,000 コピー/mL	治療開始を延期

AIDS 発症時(活動性のある日和見感染症がある場合)

まず、日和見感染症に対する治療を早急に開始する必要がある。入院で行う場合、入院担当医、病棟看護師に申し送る。

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、活発な日和見感染症がある場合は日和見感染症の治療を優先する。必要な日和見感染症の予防を行う。

活動性結核の場合は、結核の診断後から抗結核療法を開始する。抗結核薬に加えての抗 HIV 薬の服薬は患者負担が大きく、副作用出現時の原因薬剤の予想と判定も困難である。さらに抗 HIV 療法に伴う免疫再構築症候群によって結核症が増悪し治療に難渋する場合がある。これらの理由から、結核治療の経過を見ながら、2 ヶ月後くらいに抗結核療法と並行して抗 HIV 療法を開始するよう推奨されている。

CD4 陽性リンパ球数 <200/μL

治療を早急に開始するための準備を行う。開始前から、服薬指導、心の準備の形成にしっかり時間をかける。開始は入院で行う場合もある。

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、活発な日和見感染症がある場合は日和見感染症の治療を優先する。必要な日和見感染症の予防を行う。

診断まもなく治療開始される場合は、患者への説明や理解の確認に時間がかからないため、より丁寧な対応を心がける必要がある。

CD4 陽性リンパ球数 200 ~ 350/μL

受診頻度は 1 ヶ月 ~ 2 ヶ月毎とし、治療開始時期を慎重に判断する。CD4 陽性リンパ球数の減少速度は、個人差が大きい、HIV-RNA 量が影響するため、注意する。特に HIV-RNA 量が 100,000 コピー/mL 以上の場合は、CD4 陽性リンパ球数の減少速度が速く、治療開始後の効果が不良であるとの報告もあるため、より早期の治療開始が必要との意見もある。治療開始時期のタイミングを図る期間では、治療成功を目標として、患者に服薬遵守の重要性を教育することや高額な医療費対策のための社会資源の活用を準備する。

CD4 陽性リンパ球数 > 350/μL

受診頻度は2ヶ月～3ヶ月毎が目安であるが、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。受診間隔があくことにより、現在の状態把握が困難になるため、受診後2週間から1ヶ月後に血液検査の結果を問い合わせよう勤めるなど工夫が必要となる。またこの時期に性感染症などに罹患した場合は、病態の進行への影響や薬剤耐性ウイルス獲得の問題もあり、健康管理には一層注意する。

この時期に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維持が難しく、受診中断など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。また、他患者がどのように過ごしているのか知りたいという要望がある場合、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（9ページ参照）。服薬中断時の対応に関しては56ページ参照。

患者教育 2 回目

i ポイント

担当者は、患者が初診から再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。

ii 内容

初回の教育内容を確認する

- ・ヒトの免疫システムについて
- ・HIV、AIDSについて
- ・病気の経過：CD4 陽性リンパ球と HIV-RNA 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（実物の薬剤を参照）
- ・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）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：人的資源：パートナー等への告知
- ・医療費対策：社会資源・制度の活用（身体障害者手帳申請、高額療養費申請）
- ・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 HIV-RNA 量

各種感染症抗原・抗体検査

血液像、生化学検査

その他

患者のみでは、病識の理解や治療開始が難しいと判断された場合は、病気を知っている家族やパートナー、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、サポート作りを提案する。



連携

i 薬局

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。服薬を確実に行うことを目的とする場合、ボトルには薬剤名が明記されているため、家族に服薬している事実を知られたくない場合等、内服薬を一包装することも考慮する。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。

ii 心理的支援の検討

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が必要である。また、初診で危機介入を行った場合、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。

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、医療者の勧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、資料2を参照されたい。

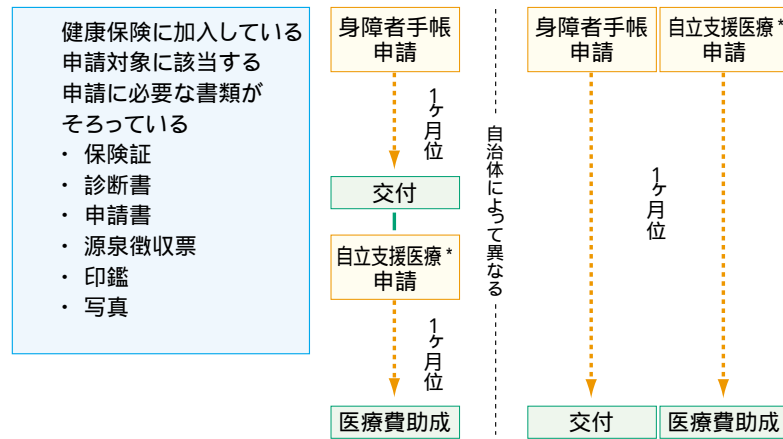
カウンセラーは主に情緒面での支援を提供すると同時に、その患者の心理状態、発達段階、パーソナリティの特徴をアセスメントし、カウンセリングにおける関わり、またチームとしての方針を各職種とともに検討する。

精神科医は患者の精神障害・症状の背景について心理的ストレスや人格的要因、器質的要因をアセスメントし、今後の治療方針を立て、チームとしての方針を各職種とともに検討する。

iii ソーシャルワーク支援の検討

再診時に社会的、経済的な問題がある場合や、抗 HIV 療法開始の必要がある場合には、身体障害者手帳（図 2-5、資料 4、資料 5）の申請方法の説明を含めてソーシャルワーカーに対応を依頼する。

図 2-5 身体障害者手帳申請の流れ



- *診断書作成には通常、4週間以上あけた検査結果が必要になる。
- *医療費助成の手続きには、申請書類をそろえる時間、申請から1ヶ月以上時間がかかるので、準備を早めに行うことが好ましい。
- *自立支援医療*について、「医療費助成」のために申請が必要か確認する。また身障者手帳申請と同時にを行う自治体もあるため、問い合わせること
- *身体障害者手帳、自立支援医療の他、健康保険など医療・社会保障制度については、巻末資料参考のこと
- *自立支援医療は、2006年3月まで更生医療と呼ばれていた。
- *資料4参照。

外来カンファレンス

- 基本的には初診時と同様である（24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う。また、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) 連携の流れ

患者の外来受診と各スタッフの連携について、例をあげる。

<例>

- ・ 初診後の外来カンファレンス：医師・看護師から A さんの紹介と再診時の目標について検討された。A さんは保健所からの紹介で受診。CD4:220、HIV-RNA 量:70,000。日和見感染症を疑う所見は特に見られなかった。主治医から治療の開始を患者にすすめていくとする方針が示された。看護師から治療開始に伴うサポート体制の確認と、抗 HIV 療法の服薬説明を薬剤師が、身体障害者認定取得のための説明をソーシャルワーカーが、治療開始に伴う心理的サポートをカウンセラーが、それぞれ行う手順について案が提示され共有された。
- ・ A さんの再診時診療の流れ：図 2-6

図 2-6 再診時診察の流れの例

	患者の動き	各スタッフ間の連絡
9:50	外来受付窓口に到着。	
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。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。	

- ・ 今回の外来カンファレンス：医師から病状と治療方針の説明、看護師から支援の内容、ソーシャルワーカーから社会資源とサポートの内容、薬剤師から服薬開始に向けての姿勢と生活リズム、カウンセラーから治療開始に伴う不安について報告があり、次回再診時の支援方法について具体的な検討が行われた。

3) 女性感染者への対応の留意点

(1) 女性患者の特徴

感染を告知された女性の中には、男性に比べ感染者も非常に少なく、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、陽性と判明した時から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）が奪われたと感じてしまったり、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者もいる。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。

また本人のニーズによっては、本人が伝えやすいスタッフ（看護師など）がそ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。

女性感染者の多くは妊婦検診の際に陽性と判り紹介されてくる。陽性告知から本人、そしてしばしばパートナーらは次々と多くの課題に遭遇し、しかも短い時間で選択、対処をせまられる。患者ニーズに合わせた医療チームによるサポートと連携が初診時から必要である。

(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、主治医から相手にきちんと病状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などの心理状態をみて、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合は、同じ施設である必要はなく、保健所等での受検でも良いので、相手の判断に委ねた方が良い。もし、希望があれば受診も構わない事を相手に伝えておく。

(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。

(4) 妊娠と出産

我が国ではHIV陽性妊婦に対して、妊娠中期から抗HIV剤投与を開始して血中ウイルス量を下げ、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適切な母子感染予防対策を行うことにより、HIVの母子感染率は2%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。しかし、妊娠時の抗体検査で、本人に検査前説明がほとんどなされておらず、陽性告知の場面で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されていない場合も多く経験される。抗HIV薬の服用を検討する場合、妊婦ではEFVの児に対する奇形性の問題やNVPの肝障害などに留意が必要である。したがって、初診時にはHIV感染症、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。

出産を希望する場合、HIV母子感染の予防対策を実施する。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、自身の病気のことだけでなく、抗ウイ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、男性とは異なった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、自分たちだけでは困窮する場合が多い。陽性妊産婦には医療チームによるサポートと連携が必須である。

4) 血友病患者(血液製剤による HIV 感染)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、免疫学的病状が進行し、さらに慢性肝炎あるいは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。長期の抗 HIV 療法で複数の薬剤に交叉耐性を獲得していたり、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、HAART の組み合わせも容易でない場合も多い。抗 HIV 薬の服薬で、出血、リポジストロフィー、乳酸アシドーシス、肝機能障害、長期服薬による精神的・身体的疲労(うつ傾向など)や中枢神経障害など重篤な副作用が出現する場合があります。血友病は血液凝固異常症のため、早期に血液凝固因子製剤を輸注しなければならない場合が多々あり、病状によっては初期対応が非常に重要である。血友病の重複感染者では、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 単独感染者に比べ注意すべき点が多く、治療には血友病専門医の意見を聴くことを勧める。治療が奏効する等、病状が安定している例では社会復帰が可能である。また、拳児希望を実現するための研究も進んでいる。

5) 肝炎(HCV、HBV)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 HAART 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多くなってきている。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 のウイルス量が強く、IFN やリバビリン等の抗 HCV 療法による治療が困難である。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。HAART 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。HCV 重複感染症の治療のガイドラインは次の HP から入手可能であるので参考とされたい。<http://api-net.jfap.or.jp/>

抗 HIV 療法と抗 HIV 薬の特徴

1) 抗 HIV 療法

(1) 抗 HIV 療法の原則

HIV 感染症は HIV が主に CD4 陽性リンパ球に感染することによって生じる進行性の細胞性免疫機能障害を本態としており、やがて免疫機能不全に陥ると日和見感染症などを合併する疾患である。抗 HIV 薬は HIV の増殖過程に作用して、HIV の増殖を抑制し血中の CD4 陽性リンパ球数 (CD4 値) を回復できる。

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。(合剤は 1 剤と数えない)

治療の目標は血中の HIV-RNA 量を検出限界 (50 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、たとえば、CD4 値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イルス粒子は約 10^{10} 個とされ、血中のウイルス量は両者のバランスにある。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。この細胞は体内に 10^5 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 値と 3 年後の生存率との検討から、CD4 値が $350/\mu\text{L}$ 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 HIV 出現のリスクも伴っている。治療開始の時期は CD4 値が $350/\mu\text{L}$ 未満が妥当とされ、 $200/\mu\text{L}$ 未満ではできるだけ早く開始することが勧められている。いずれも開始前の服薬指導が重要である。

2) 抗 HIV 薬の特徴

(1) 抗 HIV 薬の種類

抗 HIV 薬の作用機序の理解のために HIV のライフサイクルを簡単に述べる。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イルス 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 は必要なウイルス 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。臨床で使用されている抗 HIV 薬は逆転写酵素阻害薬とプロテアーゼ阻害薬、海外では侵入阻止薬も承認され、インテグラーゼ阻害薬等が開発途上にある。

プロテアーゼ阻害薬

HIV プロテアーゼは前述の様に前駆タンパク質を切断するタンパク分解酵素である。現在のところ、HIVのタンパク質を切断するがヒトのタンパク質を切断しないとされている。逆に、ヒトのプロテアーゼではHIVは成熟できない。プロテアーゼ阻害薬は、わが国で現在8剤（2006年2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あり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の3剤がある。核酸系にはAZT、ddl、ddC、3TC、ABC、d4T、TDF、FTCの8剤がある。

i 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。

ii 核酸系

プロテアーゼ阻害薬や非核酸系逆転写酵素阻害薬に比べると抗HIV効果は弱い。いずれも細胞内で三リン酸化物となって抗HIV効果を発揮する。核酸系逆転写酵素の2剤併用療法の研究から単剤より2剤が有効であった。種々の観点から、AZT+3TC、TDF+3TC、ABC+3TC、TDF+FTCなどが使用される。TDFは一リン酸化物であり、併用に注意すべき薬剤がある。このクラスの薬剤で重篤な副作用に乳酸アシドーシスなどがあり注意を要する。

一覧表参照（http://www.acc.go.jp/client/2005_dokuhon/yakuzai.pdf）

(2) 治療効果の モニタリング

血中ウイルス量（HIV-RNA量）

血中HIV-RNA量は患者の臨床状態を把握する上で重要なパラメーターの一つである。血中HIV-RNA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HIV-RNA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十分である場合がある。

薬剤耐性の可能性を疑った場合は薬剤耐性検査（39ページ参照）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、HIV-RNA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HIV-RNA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。

また無治療の場合も、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

者の臨床状態や末梢血中の CD4 陽性細胞数に変化が見られた場合も、適宜血中 HIV-RNA 量検査を行うべきである。



コラム 血中 HIV-RNA 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。HIV-RNA 量 (VL) が高値の場合は薬剤治療を早く開始して体内の HIV 量を検出限界以下に抑えることが患者の予後の改善に寄与し、反対に VL が低い場合には治療しなくと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 値が重要視されている。VL 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 VL 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 VL 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 50 コピー/mL 未満になると予想される。

服薬により VL を検出限界未満に抑え続けられれば、CD4 値も上昇し AIDS 発病を遅くできる事を説明し、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事を説明する。

治療効果の確認には、服薬開始後 3 ヶ月頃の VL の検査が有用であることを説明する。血漿中 HIV-RNA 量が検出限界未満になった後も、定期的を受診し、VL 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事を説明する。

服薬によって VL 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 VL 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、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 陽性リンパ球数は免疫機能を示す指標のひとつである。白血球中のリンパ球は大きく T リンパ球と B リンパ球に分けられる。さらに、リンパ球の表面マーカーから T リンパ球は CD4 陽性リンパ球と CD8 陽性リンパ球に分けられる。HIV は CD4 陽性リンパ球に感染するので、病気の進行と共に CD4 陽性リンパ球数は徐々に減少する。CD4 陽性リンパ球数は HIV によって破壊された宿主の免疫力の残存を示し、その時点における免疫機能を把握する指標となる。成人の正常値は 500 ~ 1400 / μ L とされているが、かなり個人差があり、年齢にも左右される。さらに、日内変動や検査自体の誤差もあり、数回の検査で判定する事が必要である。

(3) 薬剤血中濃度

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、薬物相互作用、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) の 3 種があり、その薬物動態は各薬剤群によって特徴的な働きを示す。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共に、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。細胞側のリン酸化酵素によって三リン酸化体に変換され抗ウイルス効果を示すため、細胞内リン酸化酵素活性によってその効果が左右されることになる。治療効果を考えたとき細胞内における三リン酸化体の細胞内濃度が問題となるため、血中濃度をコントロールし臨床的に応用する試みは行われていない。血中濃度測定が臨床上有用である薬剤としては NNRTI 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・NNRTI の目標トラフ値 (服薬直前値) が示されている (表 3-1 参照)。

表 3-1 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
	クリキシバン (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
ヌクレオチド系逆転写酵素阻害薬	ビリアード (TDF)	-

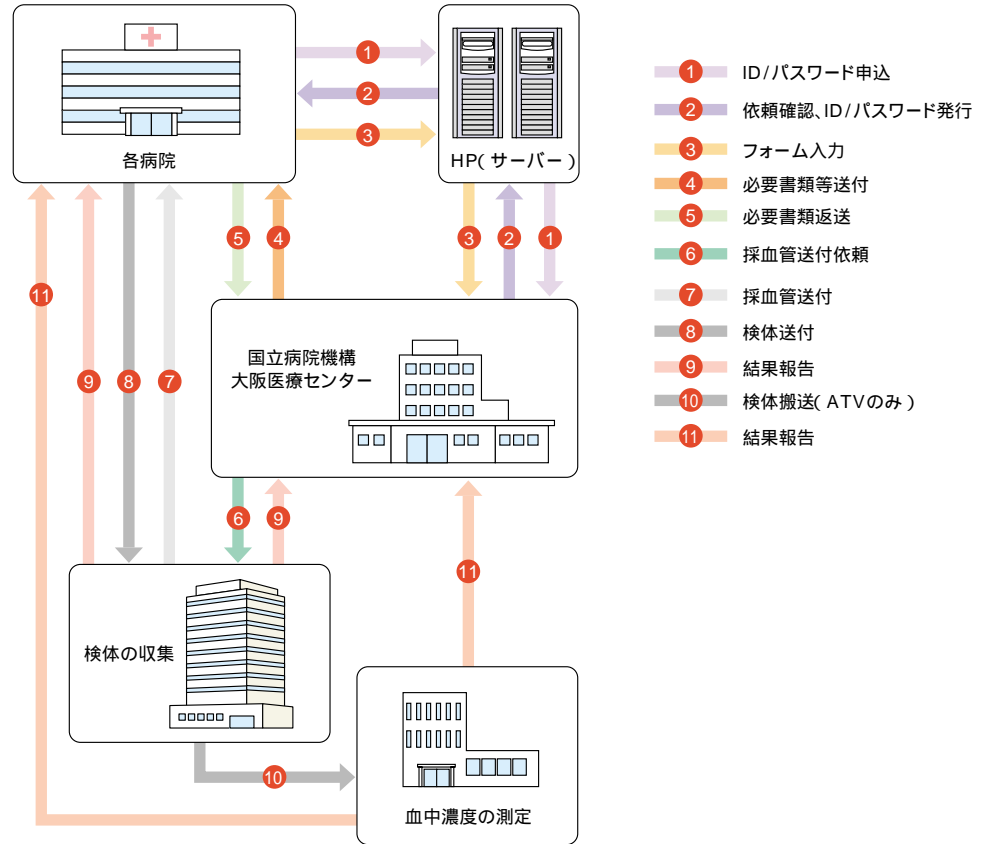
薬剤血中濃度測定の意味

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 HIV-RNA 量の再上昇があった場合や、服薬開始後に HIV-RNA 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。

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.psaj.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。採血管は各施設宛送付される。同時に独立行政法人国立病院機構 大阪医療センターから血中濃度測定に関するプロトコール、報告用ケースカードが送付される。

図3-1 依頼から結果報告までの流れ



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。

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、HIV-RNA 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。



(4) 薬剤耐性検査

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、NNRTI、PIの3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3-2参照)。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。

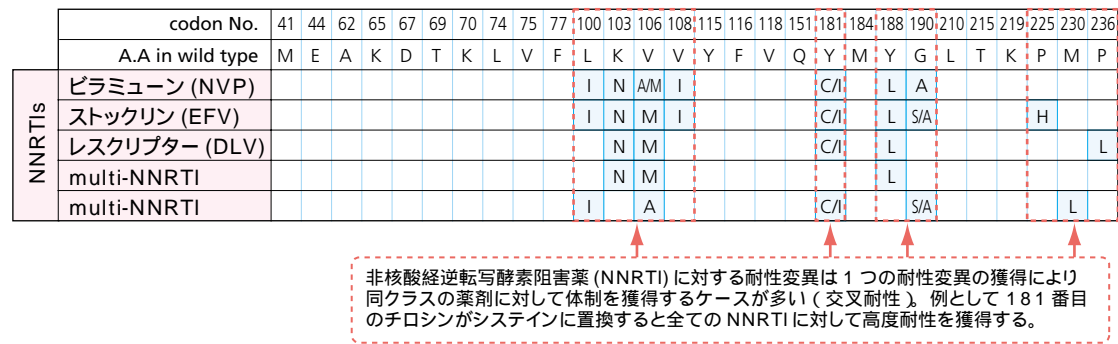
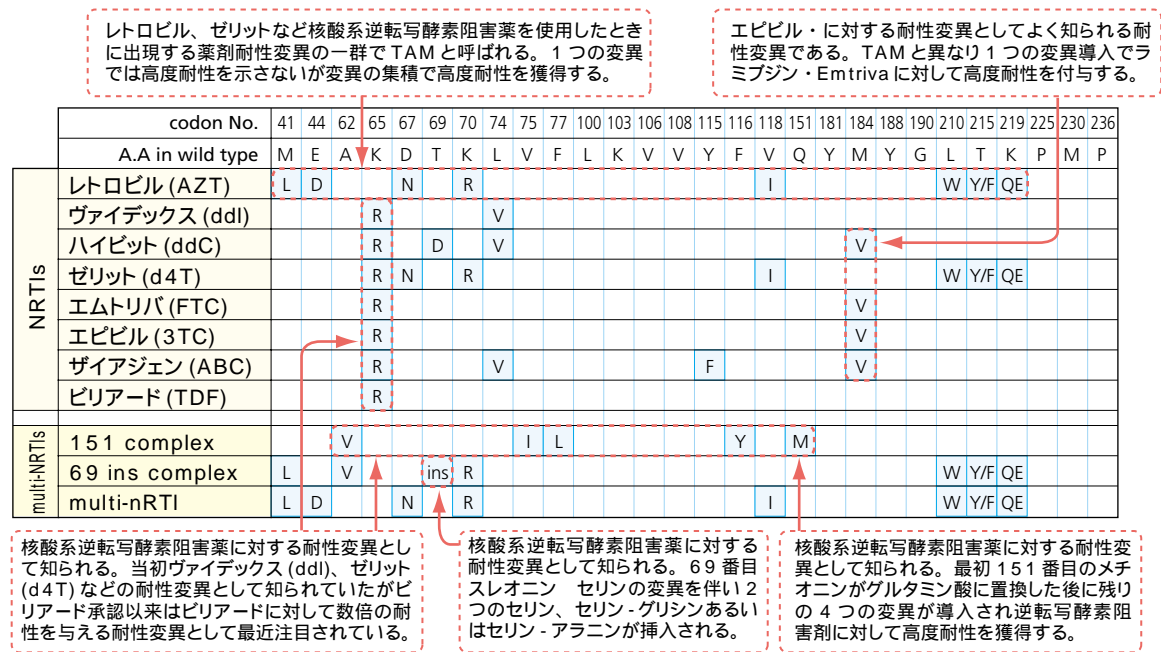
いつ薬剤耐性検査を行うか

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HIV-RNA量の上昇が見られた場合に行うことが推奨される。血中HIV-RNA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3-3「血中HIV-RNA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3-3「血中HIV-RNA量検査と薬剤耐性検査を行うタイミングは？」に示す。

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。

図 3-2 坑 HIV-1 薬剤と誘導される耐性変異と耐性変異の読み方 (例)

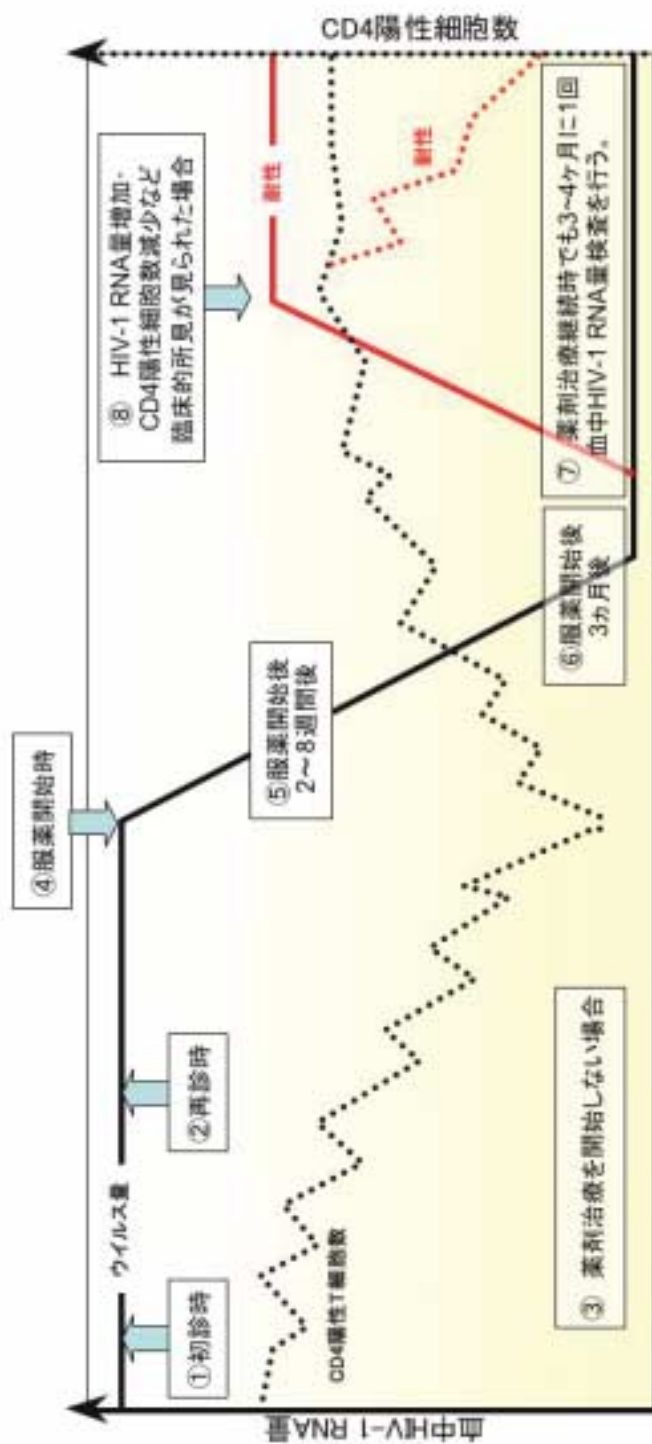


codon No.		10	13	16	20	24	30	32	33	35	36	43	46	47	48	50	53	54	58	60	62	63	69	71	73	74	77	82	83	84	85	86	90	93
A.A in wild type		L	L	G	K	L	D	V	L	E	M	K	M	L	G	L	F	L	Q	D	L	L	H	A	G	T	V	V	N	L	L	N	L	L
PIs	インビラゼ/フォートベイス (SQV)	VR/V													V			V/L						V/T	S		I	A		V		M		
	ノービア (RTV)	FR/V			M/R		I	F		I		I/L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

図 3-3 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 服薬無しで経過観察時		服薬治療を行う場合(④~⑧)				
	①初診時	②再診時	④服薬開始時	⑤服薬開始後2~8週間後	⑥服薬開始後3か月後	⑦以後3~4ヶ月毎	⑧血中HIV RNA量が増加した場合
HIV RNA量検査	○	○	○	○	○	○	○
HIV薬剤耐性検査	○	△(注1)	○	△(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差受する。
 注2: 薬の効果が悪くなくない(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量が定常限界以下に保たれていなければ必ずしも必要ではない。



(5) 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、単独で他剤との併用禁忌と用いた場合に比べ、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併用上の注意という。注意すべき主な組み合わせと使用上の注意は以下のとおり。

表 3-2 注意を必要とする主な組み合わせ等

組み合わせ	使用上の注意
AZT+d4T	• AZT が d4T の効果を減弱する
3TC+ddC	• <i>in vitro</i> で拮抗作用
d4T+ddl	• 副作用の発現頻度が高い - 末梢神経障害、膵炎、高乳酸血症 • 妊婦で、脂肪肝、場合によっては膵炎も伴い、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
d4T+ddC	• 末梢神経障害
ddl+ddC	• 末梢神経障害
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。
TDF+ddl	• ddl の血中濃度上昇
TDF+LPV/RTV	• TDF の血中濃度上昇
TDF+ATV	• ATV の血中濃度低下 • EFV と NVP は CYP3A4 を誘導する作用があり、CYP3A4 の基質を持つ薬剤は、これら抗 HIV 薬と併用すると作用が弱くなる可能性がある。 • PI は CYP により代謝され CYP3A4 を阻害する作用がある CYP3A4 の基質を持つ薬剤は、PI と併用すると作用が強くなる可能性がある。
ATV+IDV	• 高ビリルビン血症
セントジョーンズワート +PI, NNRTI	• PI, NNRTI の効果が減弱
ニンニク成分を含むサプリメント +SQV	• SQV の効果が減弱
妊娠中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

表 3-3 抗 HIV 薬相互作用（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	血友病患者に出血傾向	
ザルシタピン ddC	ペンタミジン	海外にて劇症膵炎	

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	クトコナゾール	血中濃度上昇	
	経口避妊薬		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、エルゴタミン、無水カフェイン、ジヒドロエルゴタミン		血中濃度低下
	ポリコナゾール	血中濃度上昇	血中濃度低下
デラビルジン DLV	リファンピシン	血中濃度低下	

プロテアーゼ阻害薬 (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、 エルゴタミン、無水カフェイン、ジヒドロ エルゴタミン、ピモジド、アルブラゾラム		血中濃度低下
	リファンピシン	血中濃度低下	
	エレトリプタン、アゼルニジピン、バルデナフィル		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、 エルゴタミン製剤		心血管系副作用
	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	キニジン、ペプリジル、フレカイニド、 プロパフェノン、アミオダロン、ピモジド、 ピロキシカム、アンピロキシカム、エルゴタ ミン、ジヒドロエルゴタミン、エレトリプタン、 バルデナフィル、アゼルニジピン、シサプリド、 リファブチン		血中濃度上昇
	ジアゼパム、クロラゼパム、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
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、アルブラゾラム、ピモジド、 パッカク誘導体、アミオダロン、キニジン		血中濃度低下
	リファンピシン	血中濃度低下	
	エレトリプタン		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)
	エルゴタミン、ジヒドロエルゴタミン		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
	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		副作用増強
	トリアゾラム、ミダゾラム		過度の鎮静・呼吸抑制
	ペプリジル、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、 シサプリド、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	高ビリルビン血症	
ホスアンブレナビル FPV	シサプリド、ピモジド、ペプリジル		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
	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

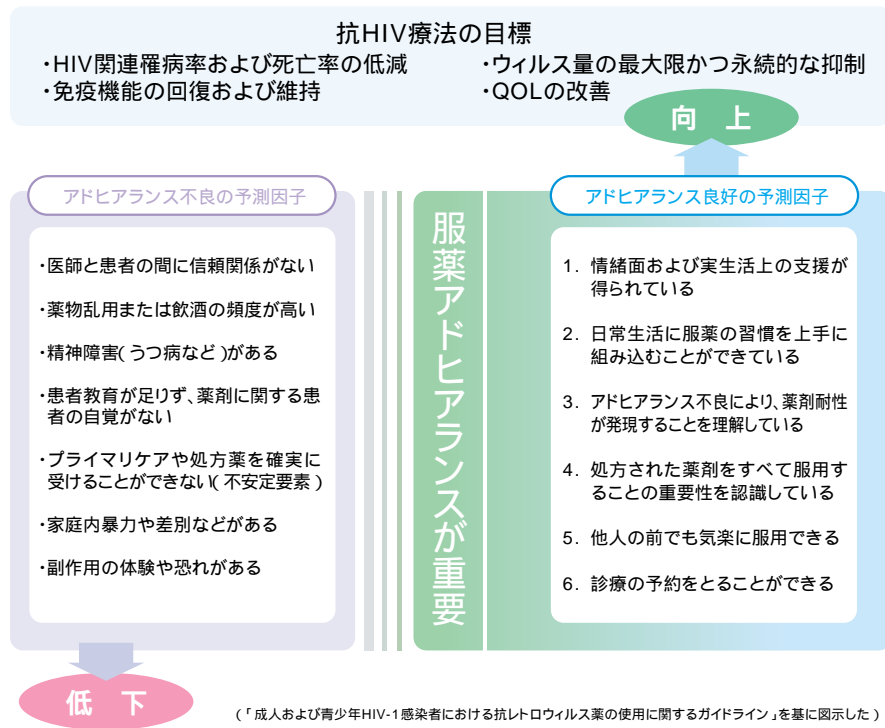
第4章 服薬支援

1) 服薬支援とは

抗 HIV 薬による治療は外来患者を中心に行われることから、外来での治療・援助が重要である。服薬開始が自己決定に至るまでの過程は長く、伝えるべき情報量も多い。忙しい外来診療の中で説明に時間をかけることは難しいが、患者が安心して安全に治療を開始し、継続を支援するためには、多職種の連携によるチームアプローチが不可欠である。

抗 HIV 療法は患者が自らの力で服薬を行い継続しない限り、治療の成功は望めない。抗 HIV 療法の服薬援助を行う場合、患者自身の自己決定を尊重し、援助を行う姿勢が最も重要である。

図4-1



2) 服薬開始前(処方決定されるまで)

(1) チーム目標

処方決定されるまでの準備と病識と問題解決能力の把握とセルフマネジメント能力の育成

- 阻害因子の除去：患者側、医療者側、治療薬
- 病識を身につけ、治療の自己決定ができるよう支援
- 生活のリズムの形成とスケジュールの調整
- 服薬シミュレーションを通して問題の整理と調整



副作用の説明と理解

薬剤耐性説明と理解

経済的問題（医療費対策：免疫機能障害の身体障害者手帳と自立支援医療等の申請）への対応

心理的・行動的問題への対応

定期受診と身近な支援者を得ておく

表 4-1 服薬開始前のアセスメント・目標・活動

アセスメント	目標	援助
患者教育 <ul style="list-style-type: none"> 疾患の受けとめ方はどうか 検査データに異常は無いのか 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 セルフマネジメント能力は備わっているか 定期受診が継続できているか safer sex の必要性を理解し、実施できているか 定期受診が出来るよう支援する 	<ul style="list-style-type: none"> 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 	<ul style="list-style-type: none"> 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
服薬支援 <ul style="list-style-type: none"> 治療の必要性や注意点は理解できているか 治療開始への気持ちはどうか 生活リズムは整っているか 食生活の改善が必要か 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 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 	<ul style="list-style-type: none"> 治療の自己決定ができるよう支援する 生活のリズム形成が出来るよう支援する 服薬シミュレーションを通して問題点を抽出する 	<ul style="list-style-type: none"> 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 患者をとりまく環境を把握し、治療開始時期を検討する 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 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 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
サポート形成支援 <ul style="list-style-type: none"> サポート状況は整っているか 身近な理解者 利用できる社会的資源（免疫機能障害・更生医療） 服薬継続の意思はあるか 	<ul style="list-style-type: none"> 安心して治療が継続できるよう支援 	<ul style="list-style-type: none"> 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 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
各科・各部門等との連携 <ul style="list-style-type: none"> 患者・家族に、治療上問題となる既往症や合併症があるか 在宅支援の必要性があるか 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 	<ul style="list-style-type: none"> 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 	<ul style="list-style-type: none"> 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 各科・各部門との調整が必要な場合は、情報交換をする 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

(2)
服薬支援の実際

初診患者に対して、まず患者の状態を患者自身が把握できるように説明し、理解を得ることが求められる。抗 HIV 療法は患者自身が服薬を行わない限り成立しない。100%近い服薬が成立しないと治療の成功は望めず、一度治療に失敗し薬剤耐性となれば、選択肢が狭まり、治療が困難になる。治療前の説明は十分に行われる必要がある。HAART 導入前に時間をかけて説明し、患者の自己決定を尊重し治療を開始することは、決して時間の無駄にならない。中途半端に治療を開始したために十分な服薬率が保てず失敗してしまうと、その後の組み合わせの選択肢は狭まり、次の治療に膨大な時間を要する結果を招くこととなるからである。

(3)
服薬阻害因子

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、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。

(4)
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、患者が日頃無意識に行っている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想定し、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すことが有効である。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。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ありますか」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。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を行った後、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。

(5)
服薬開始前の患者の
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、経過観察後の治療開始までにある程度時間があつた場合、治療の必要が判断されると、いままでの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が導入され、ある種の安堵感を感じる患者もいる。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。つまり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のである。そしてこの疾患を自分の中に何らかの形で受け入れる過程が進行する。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に考慮し、服薬に関する情報提供の量やペースは患者の状態によって配慮すべきであろう。

服薬開始前には、医師、看護師、薬剤師などによって丁寧に服薬方法、副作用、服薬中断による結果などが説明される。その際、それらの詳細な情報がかえって感染者の不安を高める場合もある。副作用によっては重篤な事態を生じるものもあり、十分な注意を要するのは当然だが、副作用の詳細な説明は副作用への「過敏さ」を生じさせることにもつながる。特に患者が元々不安を抱え込みやすい心理的傾向を持っている場合、実際の服薬開始以前に、飲めば副作用を起こすのではないかという予期不安を抱くことがある。そのような場合、医療者は説明の際に患者の

不安を十分に傾聴して不安の表出を支援するとともに、具体的な対処法を共に確認することが重要である。

医師や看護師あるいは薬剤師による服薬支援で、毎日の生活の中に服薬という習慣を組み込んでいくシミュレーションが行われるが、その後も「ほんとうに毎日飲んでいけるのだろうか」「絶対に飲み忘れてはいけないのはわかったけれど、大丈夫だろうか」と不安感や不確かさをかかえている感染者もいる。服薬の支援は一般的な説明ではなく、その人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り、それらが充分に行われていない場合、これらの不安感や不確かさが強まることを意識しておくべきだろう。

(6) ソーシャルワーク支援の検討

内服開始となれば医療費が高額となるため、多くの感染者が医療費の助成制度を利用する。制度の利用は医療機関がルーティンで行うものではなく、感染者自身がメリット・デメリットを把握し、利用をすることを自己決定することで、感染者が自分自身のこととして内服継続をするためのきっかけの一つとする。

手続きが完了した時点で、制度の有効期限の確認を行い、更新手続きの時期を自分で管理できるよう働きかけ、感染者自身が自立した生活を送れるよう支援を行う。

初回の手続きが自分で行えなかった感染者が、更新の手続きを繰り返す中で自ら役所と連絡を取り合うことが可能となる場合があり、時機毎のアセスメントと支援を行うことが必要である。

それぞれの生活場面に生じた問題に関わる際には、HIV感染について配慮し支援を提供することが必要である。

表 4-2 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

(7) 心理的支援の検討

心理的反応が強い場合はカウンセリングの利用や精神科受診を考慮する。

ポイントに関しては、資料2を参照されたい。

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。

精神科医は患者の精神障害・症状の背景について心理的ストレスや人格的要因、器質的要因をアセスメントし、今後の治療方針を立て、チームとしての方針を各職種とともに検討する。



コラム 服薬は患者と医療者の協働作業

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 2 回朝夕食後の内服薬があった場合、「このお薬は 1 日 2 回朝夕食後にお飲みください」とは説明せず、「このお薬は約 12 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言葉を投げかける。医療者側から夕食後に服用することを指示された患者が、たとえば夕食後の服薬を忘れてしまった場合、その服薬ができなかった責任の一端は、夕食後の服薬を指示した医療者にかかることにもなる。(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 2 回朝夕食後に、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 2 回朝夕食後に、1 回 3 カプセルを服用してください。

患：朝食をとらないのですが、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：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 12 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ぬ薬なのですね。

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)

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、食後に服用するとすると、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、食後に服用するとすると、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。





コラム 行動を変えることはたやすすくない！

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、決まったとお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・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。

3) 服薬開始時

(1)

チーム目標

自らの意思で服薬を開始、継続できるよう支援する

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
療養環境が整い、治療継続が可能な状況か確認

その他、各職種から継続して支援が受けられるように調整

表 4-3 抗 HIV 療法開始時のアセスメント・目標・活動

アセスメント	目標	援助
服薬支援 <ul style="list-style-type: none"> 正しい服薬方法を理解しているか 副作用観察とその対処法が習得できているか 服薬継続への気持ちはどうか 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 	<ul style="list-style-type: none"> 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 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 	<ul style="list-style-type: none"> 患者が治療を受け入れているか把握 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
サポート形成支援 <ul style="list-style-type: none"> 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 社会資源の受給を整っているか 	<ul style="list-style-type: none"> 療養環境が整い、治療継続が可能な状況か確認する 	<ul style="list-style-type: none"> 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 社会資源の利用方法を説明する
各科・各部門等との連携 <ul style="list-style-type: none"> 合併症の知識の習得とコントロールはできているか 在宅支援の受け入れは可能か 	<ul style="list-style-type: none"> 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 	<ul style="list-style-type: none"> 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 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



(2) 具体的服薬支援

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・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。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をすべきかについて、副作用ごとに互いに確認しておく必要がある。夜間・休日の際の連絡方法を伝えておくことも忘れてはならない。



コラム 服薬援助のコツ

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。



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+ddI 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活用を検討する。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援助行動が必要である。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を検討する。

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。

4) 服薬開始直後

(1) チーム目標

抗 HIV 薬が生活の中で、確実に服薬でき、安心して治療継続ができるよう支援
VL が感度以下になり、CD4 値の少ない人は、200/μL を超える
副作用が生活上苦痛でないことを確認

表 4-4 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	目標	援助
服薬支援 <ul style="list-style-type: none"> 副作用の観察が実践できているか 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 検査データの異常はないか（血清、生化・血糖） 	<ul style="list-style-type: none"> 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 安心して薬物治療が継続できるよう支援する 	<ul style="list-style-type: none"> 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 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 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 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 服薬継続の人的サポートが得られているか確認する
日常生活支援 <ul style="list-style-type: none"> 体調の変化がないか 食事・睡眠への影響がないか 感染予防行動ができているか（safer sex） 		<ul style="list-style-type: none"> 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 食生活・睡眠状況・生活リズムが維持できるよう支援する 感染予防行動の状況を確認・修正する



(2) 具体的服薬支援

副作用によっては、服薬後どの程度の時間をおいて症状が出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も可能で、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と、患者の求めていることを理解することが重要である。「発現した副作用症状を伝えようとしたところ、そんなことを訴えられてもどうすることもできないと、素っ気ない反応しか返ってこなかった。」「今はどうすることもできないことはわかっている。ただ話を聞いてほしかった。」「服用している人が少ない薬剤だと聞いていたので、起こった副作用を正確に伝えなかった。」等々、患者の訴えや不安を聴くこと、患者の気持ちを受け止めることも求められる。

(3) 服薬開始時の患者のおかれた状況

服薬が実際に開始されると、たとえば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、「このようなことは自分だけに起こっているのではないか」と不安感や負担感を強める場合もある。

(4) 心理的支援の検討

服薬による副作用は、重篤な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。また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。医療者には、患者の悩み、不安、ジレンマなどの心理的な反応を不合理な反応と捉えるのではなく、それらを傾聴することで患者の苦しさを認め、また、患者が自分なりに行っている努力を支持するとともに、具体的な対処方法を共に粘り強く考える態度が求められる。

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」に焦点があたる。医療者は、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、時にはが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。医療者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。このような場合は、カウンセリングの導入を考慮すべきだろう。

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場合もある。生きることへの意欲は服薬を支える基本的な要件と考えられる。その基本的要件が揺ら

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、時間をかけてそれらに働きかける必要がある。長期的視点で生活や人間関係のあり方の変化に取り組んでいくためには、カウンセラーや精神科医との関わりが求められるだろう。

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

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。

精神科医は患者の精神障害・症状の背景について心理的ストレスや人格的要因、器質的要因をアセスメントし、今後の治療方針を立て、チームとしての方針を各職種とともに検討する。

(5) 服薬開始後の副作用 チェックと援助行動
服薬開始後の面談では、発現した副作用の症状を確認する。副作用と思われた症状がある場合は、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、水を多めに飲む等、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、今回の面談後に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。なお今後現れる可能性のない副作用を説明する理由は、これまで服用してきた発現しなかった副作用を確認することで、一つの安堵感を患者は感じることができるとある。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だろう。また、副作用が発現しなかったことは、患者が想像する服薬によるデメリットや不安を軽減し、服薬の維持を支える。

5) 服薬継続時

(1) チーム目標
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、安心して治療継続できるよう支援

表 4-5 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	目標	援助
服薬支援 <ul style="list-style-type: none"> 正しく服薬しているか 副作用の観察が実践できているか 	<ul style="list-style-type: none"> 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 	<ul style="list-style-type: none"> 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 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 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 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 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 服薬継続の人的サポートが得られているか確認する
日常生活支援 <ul style="list-style-type: none"> 体調の変化がないか 食事・睡眠への影響はないか 感染予防行動ができていないか (safer sex) 心理・社会生活面からの影響はないか 		<ul style="list-style-type: none"> 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 食生活・睡眠状況・生活リズムが維持できるよう支援する 感染予防行動状況を確認する

表 4-6 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	目 標	援 助
服薬支援 <ul style="list-style-type: none"> 正しく服薬できているか 副作用の観察が実践できているか 結婚・就職・転居など服薬継続に影響する要因はないか 	<ul style="list-style-type: none"> 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 安心して薬物治療が継続できるよう支援する 	<ul style="list-style-type: none"> 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、リポジストロフィー、高脂血症など）観察継続 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 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 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 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 服薬継続の人的サポートが得られるか確認する
日常生活支援 <ul style="list-style-type: none"> 体調の変化がないか 食事・睡眠への影響がないか 感染予防行動ができているか（safer sex を含めて） 心理・社会生活面からの影響はないか 		<ul style="list-style-type: none"> 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 食生活・睡眠状況・生活リズムが維持できるよう支援する 感染予防行動状況を確認・修正する

(2) 医師の役割

血中 HIV-RNA 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 HIV-RNA 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 HIV-RNA 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。

(3) 具体的服薬支援

抗 HIV 薬の効果が目に見える数値として現れるには数ヶ月間を要する。血中 HIV-RNA 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、患者は絶えず最新の情報を求めている。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が継続できる条件のひとつであろう。インターネットを介した情報も、アドヒアランスを良好に維持するための因子としてあげられる。インターネットから得られる情報には新旧おりまぜた様々な情報が存在する。入手情報の読み誤りや情報の交錯が原因で、患者が混乱してしまうこともしばしばである。情報を整理するための相談に応じることも必要である。

(4) 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せ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、感情の統制が困難と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。

(5) 心理的支援の検討

長期の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、その他、遅延的に生じる感情的な反応や身体症状化された反応などが観察された場合は、カウンセリングや精神科へとつなぐことが重要である。

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、資料 2 を参照されたい。

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、チームとしての方針を各職種とともに検討する。

精神科医は患者の精神障害・症状の背景について心理的ストレスや人格的要因、器質的要因をアセスメントし、今後の治療方針を立て、チームとしての方針を各職種とともに検討する。

6) 服薬中断

(1) 服薬中断後の患者のおかれた状況

療養生活が長期化する中で、中には服薬による副作用や生活リズムへの制限のために、仕事やプライベートの生活など自分の人生を生きたいように生きられない窮屈さに多大なストレスを感じる患者が認められる。このような場合に患者から服薬中断の希望が訴えられることがあるが、まずは医療者との間で十分に中断の必要性が本当にあるのかどうか、生活環境の整備などによって対処することはできないか、また中断のメリットとデメリットにはどのようなことが考えられるのかといった点について、話し合うことが重要であろう。

その結果中断となった場合であるが、患者は服薬によって制限されていたことに集中して取り組むことが可能となった喜びを感じる一方で、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。医療者は中断期間中の不安への対処についても考える姿勢を持つことが重要であろう。

(2) 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・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 HIV 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満に抑えられていた血中 HIV-RNA 量が、服薬中断によって上昇する事と、上昇した CD4 値が低下する事を説明する。CD4 値が 200/μL 未満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。

(3) 看護師の役割

服薬中断に至った場合、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等々、中断に至った原因と理由を把握し、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、カウンセラーへ連絡し、患者に面接を促す。

(4) 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・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・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、必要であれば服薬開始前のマニュアル(44 ページ参照)に従って支援を行う。

(5) 心理的支援の検討

服薬中断について十分に現実的に検討した結果の中断ではなく、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ている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、資料2を参照されたい。

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、チームとしての方針を各職種とともに検討する。

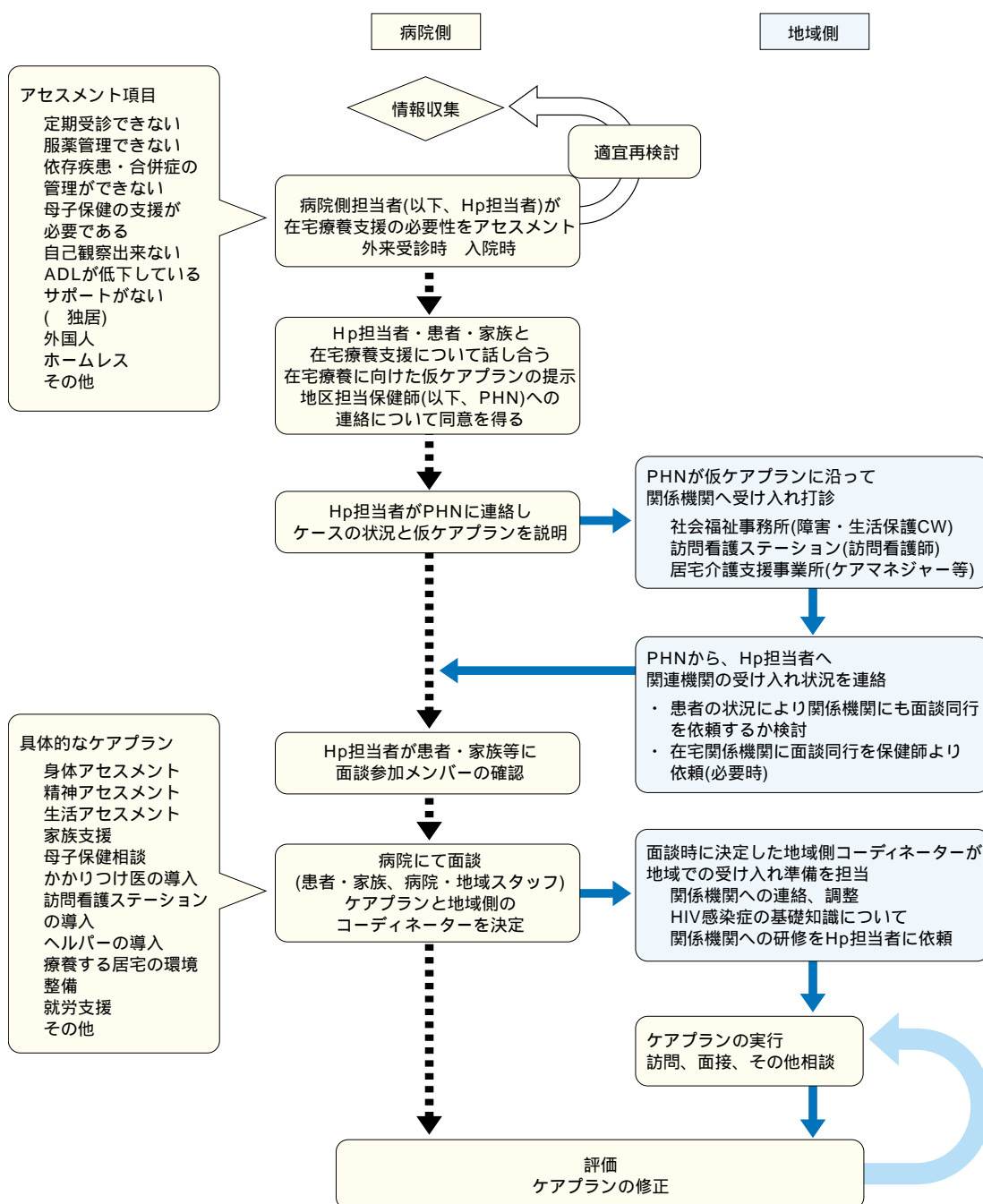
精神科医は患者の精神障害・症状の背景について心理的ストレスや人格的要因、器質的要因をアセスメントし、今後の治療方針を立て、チームとしての方針を各職種とともに検討する。

7) 治療困難症例への服薬支援

抗 HIV 療法は継続が重要である。しかしセルフケアレベルや副作用など、なんらかの理由により、継続服用が難しかったり、合併症治療との優先順位の調整により、開始が困難な症例も少なくない。

- (1) セルフケアだけでは治療が難しい場合は、まず家族やパートナー等、身近な支援者の協力を依頼する。
在宅療養支援導入の者の協力を依頼する。
- 検討 家族等の協力が望めない場合は、次に居住地域の医療・保健サービスを活用するなど、第三者による服薬支援を検討する。その際、患者に必ず同意を取ること。また地域支援者とは、働く場所が異なるため、連絡窓口を明確にし、連絡を密にとり、連携を図る。図 4-2 を参照。

図 4-2 在宅療養支援フローチャート





(2)修正 DOT

結核治療で既に多くの成功が報告されている DOT(直接服薬確認)にならない、抗 HIV 療法の服薬支援方法として修正 DOT(MDOT)がある(表 4-7、表 4-8)。例えば、朝のみ第三者が服薬を確認し、夜や休日は患者自身が確認する。結核と HIV 感染症は内服回数や治療期間が異なり、長期にわたる HIV 感染症の服薬支援の実践は難しい。しかし、一部の HIV 医療機関で既に訪問看護や院外薬局との連携による服薬支援の実績があり、良い成績が見られている。

表 4-7 修正DOT例

	月	火	水	木	金	土	日
朝	訪問看護	訪問看護	訪問看護	訪問看護	訪問看護	訪問看護	患者
夕	患者	患者	患者	患者	患者	患者	患者

表 4-8 MDOT 導入時アセスメントシート

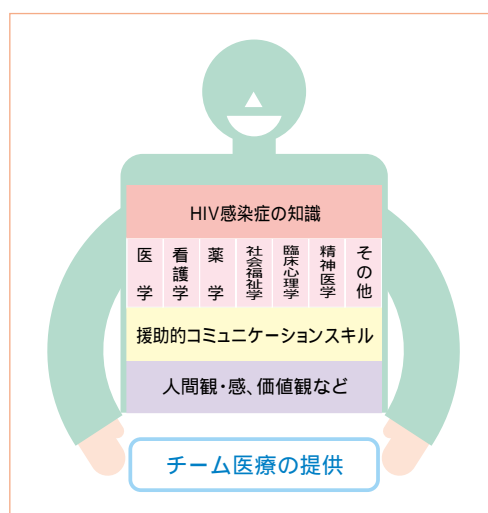
必ず満たす項目	抗 HIV 療法が臨床的に必要である
初回治療で導入する場合	本人が治療の判断を下せない 精神疾患などで内服確認ができない 患者教育期間が短い コミュニケーションに不安がある 症状のモニタリングが必要である
初回治療以外で導入する場合	受診中断歴 / 不定期受診歴あり 服薬自己中断歴あり 抗 HIV 療法の選択薬が制限 他の疾患の治療がある 社会的問題がある

資料集

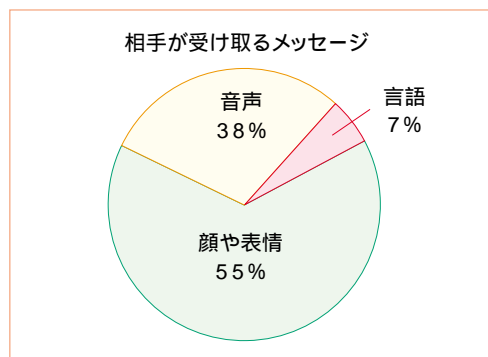
資料 1 医療者が普段から備えておきたい援助的コミュニケーションスキルについて

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。



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づき、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が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。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いても、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。



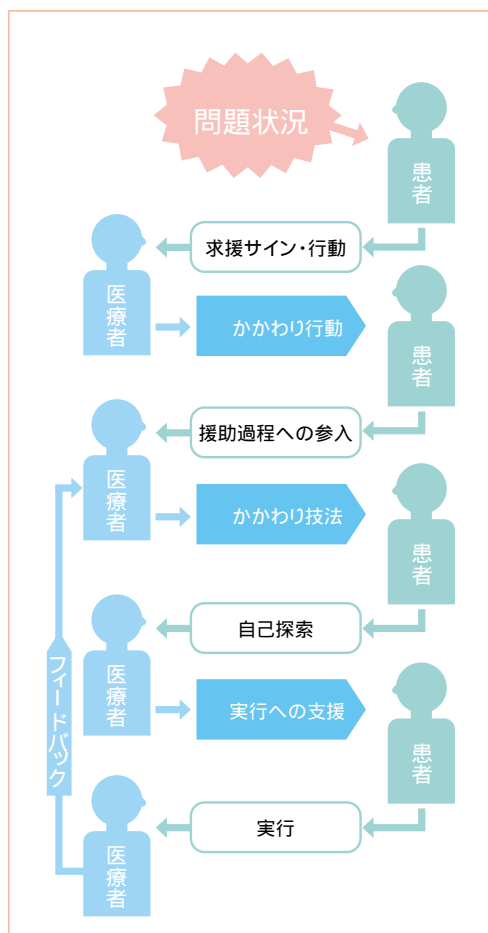
ポイント

- Squarely : 身もころも向き合う
- Open : 姿勢もころも開く (相手の価値観などが入り込む余地を作る)
- Lean Eye : 身もころも乗り出す アイコンタクト (見つめることではない)
- Relaxed : 身も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

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。傾聴を大切にする理由は、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 : 言い換え (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、話の内容や思いの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。)

実行に向けての支援

主眼は患者が目標の達成に向かった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に支えられながら、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索し、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。

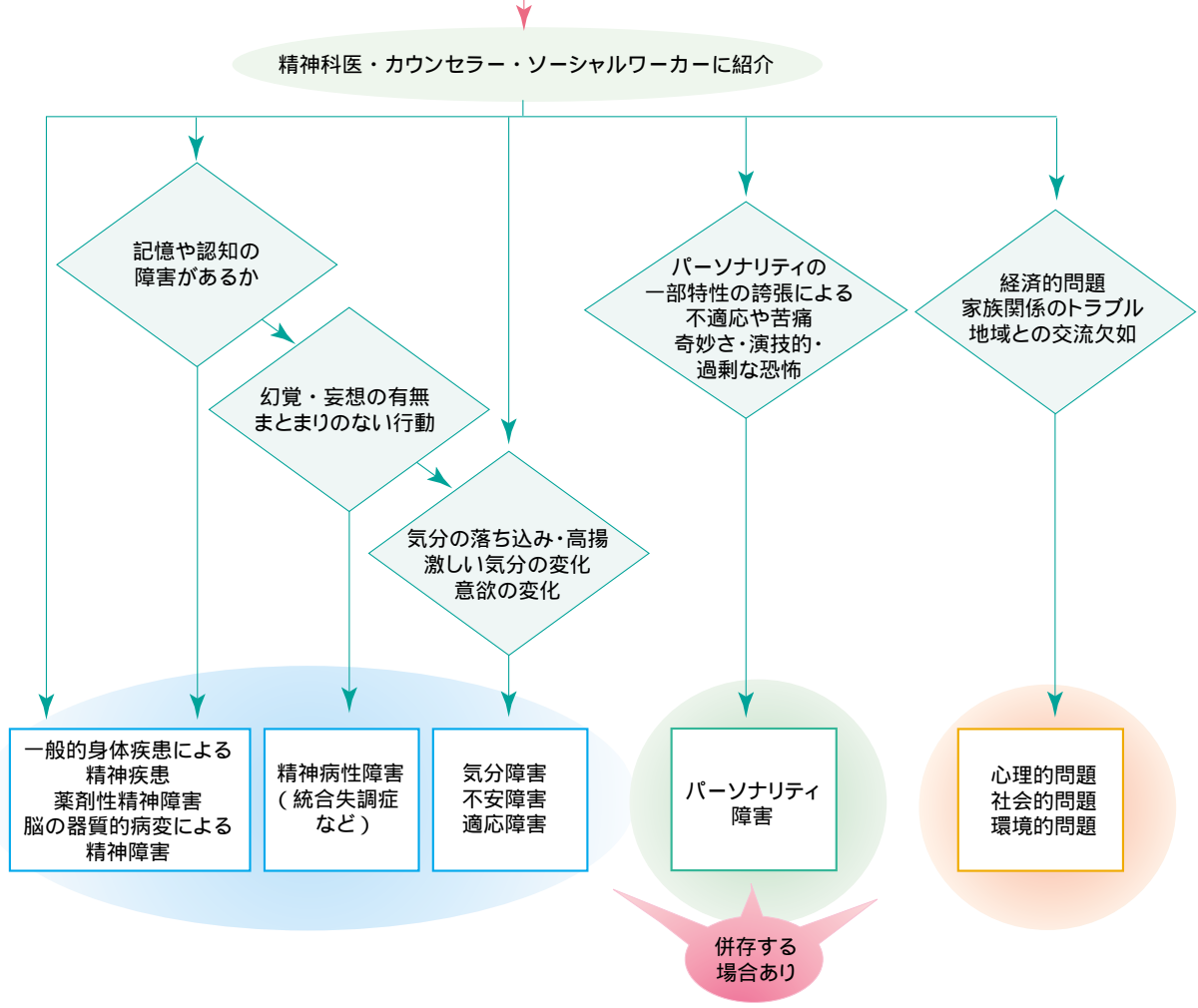
ポイント

- S top : とどまる
- T hinking : 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
- O ther(s) : ほかに方法はないのか、ほかの人だったらどうするのか想像する
- P lan & 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 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ますので、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してください。

睡眠 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	食行動 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	対人関係 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	外観 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 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	受診行動・保健行動 不定期な受診 不規則な服薬行動 保健行動への無関心	気分・感情・記憶 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	その他 身体的愁訴 衝動的行為 (浪費・窃盗・賭博) 自傷他害行動 儀式的行動(強迫) 過度の飲酒 薬物依存・乱用 チック



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18年1月末現在

自治体名	部局名	〒	所在地	電話番号
北海道	保健福祉部疾病対策課	060-8588	札幌市中央区北三条西六丁目	011-232-2274
群馬県	保健・福祉・食品局保健予防課疾病対策グループ	980-8570	前橋市大手町 1-1-1	027-226-2609
埼玉県	保健医療部感染症対策室	371-8570	さいたま市浦和区高砂 3-15-1	048-830-3557
千葉県	健康福祉部健康増進課疾病対策室	330-9301	千葉市中央区市場町 1-1	043-223-2691
東京都	福祉保健局健康安全室感染症対策課エイズ対策係	260-8667	新宿区西新宿 2-8-1	03-5320-4484
神奈川県	保健福祉部健康増進課エイズ・感染症対策班	163-8001	横浜市中区日本大通1	045-210-4793
新潟県	福祉保健部健康対策課感染症対策係	231-8588	新潟市新光町 4-1	025-280-5378
石川県	健康福祉部健康推進課感染症係	950-8570	金沢市鞍月 1 丁目 1 番地	076-225-1438
静岡県	健康福祉部疾病対策室感染症対策係	920-8580	静岡市葵区追手町 9-6	054-221-2441
滋賀県	健康福祉部健康対策課	420-8601	大津市京町 4-1-1	077-528-3619
京都府	保健福祉部健康・医療総括室健康対策室感染症担当	520-8577	京都市上京区下立売通新町西入藪ノ内町	075-414-4734
大阪府	健康福祉部地域保健福祉室疾病対策課	602-8570	大阪市中央区大手前 2 丁目	06-6941-0456
兵庫県	健康生活部健康局疾病対策課感染症係	540-8570	神戸市中央区下山手通 5-10-1	078-341-7711
奈良県	福祉部健康安全局健康増進課感染症係	650-8567	奈良市登大路町 30	0742-27-8658
和歌山県	福祉保健部健康局健康対策課感染症対策班	630-8501	和歌山市小松原通 1-1	073-441-2643
島根県	健康福祉部薬事衛生課感染症グループ	640-8585	松江市殿町 1 番地	0852-22-6041
岡山県	福祉保健部健康対策課感染症対策班	690-8501	岡山市内山下 2-4-6	086-226-7331
広島県	福祉保健部保健医療総室保健対策室疾病対策グループ	700-8570	広島市中区基町 10-52	082-513-3070
山口県	健康福祉部健康増進課母子保健・難病班	730-8511	山口市滝町 1-1	083-933-2958
徳島県	保健福祉部健康増進課疾病対策担当	753-8501	徳島市万代町 1-1	088-621-2228
香川県	健康福祉部薬務感染症対策課結核・感染症グループ	770-8570	高松市番町 4-1-10	087-832-3303
愛媛県	保健福祉部健康衛生局健康増進課感染症対策係	760-8570	松山市一番町 4-4-2	089-912-2402
高知県	健康福祉部健康対策課	790-8570	高知市丸ノ内 1-2-20	088-823-9677
福岡県	保健福祉部健康対策課	780-8570	福岡市博多区東公園 7-7	092-643-3268
佐賀県	健康福祉本部健康増進課	812-8577	佐賀市城内 1-1-59	0952-25-7075
長崎県	福祉保健部医療政策課感染症対策班	840-8570	長崎市江戸町 2-13	095-895-2466
熊本県	健康福祉部健康危機管理課	850-8570	熊本市水前寺 6-18-1	096-333-2240
大分県	福祉保健部健康対策課	862-8570	大分市大手町 3-1-1	097-536-1111(代)
宮崎県	福祉保健部健康増進課	871-8501	宮崎市橘通東 2-10-1	0985-26-7079
鹿児島県	保健福祉部健康増進課感染症保健係	880-8501	鹿児島市鴨池新町 10-1	099-286-2724
沖縄県	福祉保健部健康増進課結核感染症班	890-8577	那覇市泉崎 1-2-2	098-866-2209
千葉市	保健福祉局健康部健康医療課	900-8570	千葉市中央区千葉港 1-1	043-245-5207
横浜市	衛生局保健部感染症・難病対策課	260-8722	横浜市中区港町 1-1	045-671-2729
川崎市	健康福祉局保健医療部疾病対策課	231-0017	川崎市川崎区宮本町 1 番地	044-200-2446
大阪市	大阪市保健所感染症対策課	210-8577	大阪市阿倍野区旭町 1-2-7-1000 あべのメディックス 11 階	06-6647-0656
広島市	社会局保健部保健医療課保健予防係	545-0051	広島市中区国泰寺町 1-6-34	082-504-2622
北九州市	保健福祉局保健医療部保健医療課	730-8586	北九州市小倉北区城内 1-1	093-582-2678

*富山県、福井県については、北陸ブロック委託の「北陸 HIV 情報センター」(TEL 076-265-3531) から派遣実施。

資料 4 身体障害者手帳

医療費の助成は、障害者への医療費助成を利用することとなるため、身体障害者手帳の取得が前提となる。

身体障害とは、視覚障害、聴覚障害など、障害の種類が規定されている。免疫機能障害は、「ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害」と規定されており、HIV感染をしていることが条件となるため、病院・役所の他で手帳を利用する際には、そのことに留意する。

等級は1から4級であり、診断基準は身障診断基準を参照のこと。

等級により利用できるサービスについては居住地によって異なる場合があり、自治体ごとに確認が必要となる。

医療費助成(自立支援医療「2006年3月末まで更生医療」、障害者医療助成)の手続きを行うためには、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、異なる場合があり、事前に確認のうえで、申請のタイミングを決める必要がある。

申請は、本人申請、代理人申請、郵送申請の3種類あり、プライバシーについて検討の上で方法を決めることが望ましい。

また、取り扱い経験の少ない自治体では、担当職員が不慣れであることが予想されるため、事前に病院スタッフとの打ち合わせを行うことが望ましい。

場合によっては、自治体窓口から都道府県の更生相談所へ手続きに関する確認作業を行うことが必要となるため、事前準備として担当職員と関わることを求められる。

また、事前準備の段階では、プライバシーに配慮し患者氏名など伏せたままであっても十分に対応できる。



資料 5 自立支援医療

自立支援医療とは、障害が軽くなる、障害が重くならないようにするための治療に対し、自己負担を軽減する制度である。

医療の範囲としては、「抗 HIV 療法、免疫調節療法等 HIV 感染に対する医療に限るもの」とされているが、合併症の予防とその治療を含むかどうかについては更生相談所（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。

自治体によっては、事前に手続きを終わらせる（1～3ヶ月程度時間がかかる）ことを求める場合があり、自治体によって運用が異なるため、いつまでに手続きをする必要があるのかを事前に確認することが大切。

時には、医療の必要性を訴え、運用のあり方を再検討することを求めることも必要となる。

平成 18 年 3 月末までは 18 歳以上は『更生医療』18 歳未満は『育成医療』となっていたが、どちらも平成 18 年 4 月からは『自立支援医療』となった。

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。

医療費の自己負担は、原則 1 割負担となるが住民票や同居・別居ではなく、健康保険に加入している世帯の所得により、自己負担金額の上限が決定される。

市町村によっては、独自で自己負担金額の上限を引き下げている場合がある。

都道府県・政令指定都市によって運用が違う。

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手続きには、数日から数週間時間がかかるが、自立支援医療はその後の手続きとなる。

C 県のような運用の場合には、手帳の取得を前もってしておかなければ、内服開始後、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場合がある。

また、自立支援医療の自己負担金額より、障害者医療助成制度での自己負担が軽減される場合についても、どちらか自己負担の少ない方を利用できる場合と、どちらか一方しか利用できない場合と、これは自治体窓口の運用によって異なる場合があり、同一都道府県内であっても、事前に確認をしておかなければ、後日利用できないことが判明する場合がある。

健康保険証を利用すれば、病名に対しどのような治療が行われたかというレセプトが病院より送られ、保険者負担分の医療費の支払いが行われる。健康保険組合の規模によっては、会社の同僚などが職場の異動等で、健康保険組合の事務手続き等を担うことになれば、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。

また、高額療養費、付加給付金の制度の運用によっては、医療助成制度を利用していることの確認が行われる場合がある。

患者が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。

長期在留資格のない外国人は、加入することができない場合がほとんどである。

高額療養費

全ての健康保険に高額療養費という制度があるが、貸付や委任払いなど運用上の違いがあるため、保険者にその都度確認をする。

付加給付金

組合健康保険の場合は、高額療養費より自己負担を低額にするため付加給付金を設定している場合がある。医療費助成制度を活用する場合に、医療費助成の状況を確認する書類を提出するよう求められる場合があり、事前確認を行う。

傷病手当金

けが・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、給料の約 6 割を保証する制度である。自治体国保以外の健康保険の場合、利用できることがほとんどである。

同一病名で最長一年半支給することが可能である。

健康保険組合の場合、ところによっては傷病手当金付加金など、6 割以上の保証をされる場合がある。

申請には「病名」を医師が記載する必要があり、ど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こと。

特定疾病療養費

医療費の自己負担月額上限を 10,000 円にする仕組み。

対象は次の通り

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）

加入している健康保険で「特定疾病療養受療証」の交付を申請する。申請月の 1 日から適用となることがほとんどである。ただし、 の場合、薬害を証明する裁判に関する書類などを提出することを求められることになっている。

資料 7 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。生活費、教育費、住宅費、医療費、介護費、出産費、生業費、葬祭費にたいして、扶助が給付される。支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。

本マニュアルで取り扱う医療情報は、診療情報の一つである。診療情報には、患者基本情報、健康保険・福祉情報、診療管理用情報、生活背景、医学的背景、診察記録情報、指示実施記録、診療情報交換情報、診療説明・同意情報、要約情報、死亡記録情報などが含まれる。診療情報の特徴は、一人の人間に関する多くの情報が系統的に収集されていることにあり、患者にとってはプライバシーに関わる情報が多く含まれ、その取り扱いには細心・最善の配慮が求められる。

診療情報の取り扱いについては、「医療従事者の守秘義務」という考え方が主流であり、その基本になるのは、刑法 134 条である。

(秘密漏示)

刑法 134 条 医師、薬剤師、医療品販売業者、助産師、弁護士、弁護人、公証人又はこれらの職にあった者が、正当な理由がないのに、その業務上取り扱ったことについて知り得た人の秘密を漏らしたときは、6 月以下の懲役又は 10 万円以下の罰金に処する。医療関係者等においては、「保健師助産師看護師法」「診療放射線技師法」「社会福祉及び介護福祉士法」などにおいても同様の規定がある。

1) HIV 医療におけるプライバシーと個人情報保護法

HIV 医療では、他の医療現場に先取りする形で、患者を中心とするプライバシー、若しくは診療情報保護に関わる事柄に向き合ってきたといえる。2003 年 5 月に成立し、2005 年に施行された「個人情報保護に関する法律」(以下、個人情報保護法)では、個人情報の収集、利用、提供について、本人の同意によることが何よりも原則として示されている。但し同法は、プライバシー保護を直接の目的としたものではなく、プライバシーの概念は、「不当に他に知らされずに生活する権利」として法的に保護されるべき権利又は利益のことである。

個人情報保護法では、医療・介護事業者は、個人情報の取得、利用に当たって、その目的を明らかにし、特定して公表(院内掲示等)しなければならないとしている(法第 15,16,18 条)。従って診察や院内外のチーム医療、連携や症例検討については、利用目的の公表によって、一般的には個人情報の利用が可能とすることができる。また法では利用目的による制限の例外や、情報の第三者提供の例外が規定されている。しかし特に HIV 医療に際しては、利用目的が公表されていても、例えば個人データの第三者提供(法第 23 条)について、家族、職場や地域のサービス提供事業者等との間の情報交換に際して、明確な本人の同意に基づき十分な配慮を行う必要がある。また情報の適正な取得や記録の正確性の確保について、カルテの電子化等も含めてリスク管理、安全管理が重要な課題となる(法第 17,19,20 ~ 22 条)。

またプライバシー保護、守秘義務については、国家資格のある職種に限らず、派遣カウンセラーや臨床心理士、ソーシャルワーカーなど直接的に国家資格でない職種においても、それぞれの職能団体の倫理要綱のなかで、個人の尊重が謳われ、守秘義務についても記載されている(表 5-1 参照)。このような倫理に基づく行動を常に律して実践する姿勢が基底に強く求められる。また受付や診療の場等での物理的環境についても、プライバシー侵害の観点からの配慮が重要である。今後様々な事例の中で、多職種による検討・研鑽がますます求められている。

表 5-1 医療関係資格、介護サービス従業者等に係る守秘義務

資格名	根拠法
医師	刑法第 134 条第 1 項
歯科医師	刑法第 134 条第 1 項
薬剤師	刑法第 134 条第 1 項
保健師	保健師助産師看護師法第 42 条の 2
助産師	刑法第 134 条第 1 項
看護師	保健師助産師看護師法第 42 条の 2
準看護師	保健師助産師看護師法第 42 条の 2
診療放射線技師	診療放射線技師法第 29 条
臨床検査技師	臨床検査技師、衛生検査技師等に関する法律第 19 条
衛生検査技師	臨床検査技師、衛生検査技師等に関する法律第 19 条
理学療法士	理学療法士及び作業療法士法第 16 条
作業療法士	理学療法士及び作業療法士法第 16 条
視能訓練士	視能訓練士法第 19 条
臨床工学技士	臨床工学技士法第 40 条
義肢装具士	義肢装具士法第 40 条
救命救急士	救命救急士法第 47 条
言語聴覚士	言語聴覚士法第 44 条
歯科衛生士	歯科衛生士法第 13 条の 5
歯科技工士	歯科技工士法第 20 条の 2
精神保健福祉士	精神保健福祉士法第 40 条
社会福祉士及び介護福祉士法	社会福祉法及び介護福祉士法第 46 条

2) 個人情報保護法制の体系

個人情報保護法の適用は、国、地方公共団体、独立行政法人が設置する医療機関は適用されず、以下のような行政機関個人情報保護法の適用を受ける。但し、個人情報保護法と比較して適正な取得(第 17 条)の規定が存在しないなど不十分であるという批判もある。

国：「行政機関の保有する個人情報の保護に関する法律」

地方公共団体：「個人情報保護条例」

独立行政法人：「独立行政法人などの保有する個人情報の保護に関する法律」

民間団体が設置する医療機関の場合、個人情報保護法が適用されるが、過去 6 ヶ月間に 5000 件以下の個人情報取扱事業者は対象外である。

また法 20 条は、個人情報取扱事業者に安全管理義務を課しているが、具体的な措置に関しては定めていないため、以下のガイドラインを基準に必要な措置を定め、実施することになる。

「福祉関係事業者における個人情報の適正な取り扱いのためのガイドライン」
(平成 16 年 11 月・厚生労働省)

「医療・介護事業者における個人情報の適正な取り扱いのためのガイドライン」
(平成 16 年 12 月・厚生労働省)

「同上に関する Q&A」(平成 17 年 3 月作成、11 月改訂版・厚生労働省)

3) 個人情報保護法の概要と解説

個人情報保護法及びガイドラインより、そのポイントについて概説する。

(1) 趣旨、目的、基本的考え方

目的(法第1条)

「高度情報通信社会の進展に伴い個人情報の利用が著しく拡大していることにかんがみ、個人情報の適正な取り扱いに関し、基本理念及び政府による基本方針の作成その他の個人情報の保護に関する施策の基本となる事項を定め、国及び地方公共団体の責務等を定めることにより、個人情報の有用性に配慮しつつ、個人の権利利益を保護することを目的とする」とされている。

個人情報の利用に社会的な有用性があることを認めた上で、適正な利用のための一般的なルールを定めたものといえる。

基本理念(法第3条)等

基本理念として、個人情報は、個人の人格尊重の理念の下に慎重に取り扱われるべきものであることが指摘されている。

ガイドラインによれば、医療・介護関係事業者の行う措置の透明性の確保と対外的な明確化、責任体制の明確化と利用者窓口の設置が求められており、個人情報利用の意義について患者や利用者の理解を得ることや、保護に対する積極的取り組みの姿勢を示す必要がある。

個人情報等の定義(法第2条第1項)

「個人情報」とは、生存する個人の情報であって、当該情報に含まれる氏名、生年月日、その他の記述などにより特定の個人を識別できるものをいう。従って、死者に関する情報は含まれないが、遺族から、診療情報について照会された場合については、厚生労働省が平成15年に公表した「診療情報の提供等に関する指針」において、「医療従事者は、患者が死亡した際には遅滞なく、遺族に対して、死亡に至るまでの診療経過、死亡原因等についての診療情報を提供しなければならない。」と規定されていることに留意しなければならない。

なお法にいう「個人データ」とは、「個人情報データベース等」を構成する個人情報を用いて、「個人情報データベース等」とは、個人情報を含む情報の集合体であって、特定の個人情報をコンピューターを用いて探索することができるように体系的に構成したもの、又はコンピューターを用いていない場合であっても、容易に探索できるように体系的に構成したものとして政令で定めるものを言う。

「個人情報取扱事業者」は、「個人情報データベース等」を事業のように供しているものをいい、営利、非営利を問わず、法人格の有無も問わない。

また「保有個人データ」は、個人情報取扱事業者が、開示、内容の訂正、追加または削除、利用の停止、消去及び第三者への提供の停止を行うことのできる権限を有する個人データのことをいう。

個人情報の匿名化

当該情報に含まれる氏名、生年月日、住所等、特定の個人を識別する情報を取り除くことで特定の個人を識別できないようにすることであるが、法では、「他の情報と容易に照合でき、特定の個人を識別できることになる」ものも個人情報に含まれるとされており、利用目的や利用者などを勘案し、本人の同意を考慮する必要がある。

本人の同意、家族等への病状説明

法は、個人情報目的外利用や個人データの第三者提供の場合には、原則として本人の同意を求めている。医療機関では、通常患者に適切な医療サービスを提供する目的のために必要と考えられる利用範囲を施設内で掲示し、患者から明確な反対や留保がない限りは、同意が得られていると考えられる。また意識レベルが悪い場合も回復すれば速やかに、また理解力、判断力に応じて本人に通知し、同意を得るよう努める必要がある。

法では、個人データの第三者提供は、本人の同意を原則としており、あらかじめ病状説明を行う家族等の対象者を確認して同意を得ることが望ましいとされる。また意識不明などの状態にある場合は家族であることを確認した上で、必要な範囲で情報提供また取得すること。

(2) 医療・介護関係事業者の義務等

利用目的の特定(法第15条16条)、通知(第18条)等

医療・介護事業者は、個人情報の取得、利用に当たっては、その目的を明らかにし、通常の業務に照らして必要と考えられるものは、特定し公表(院内掲示等)しなければならない。これ以外の利用目的については、明確に公表などの措置が求められる。「医療・介護事業者における個人情報の適正な取り扱いのためのガイドライン」によれば、通常の業務で想定される利用目的は、表5-2のとおりである。従って、院内のチーム医療については、利用目的の公表によって、一般的には個人情報の利用が可能とすることができる。

【利用目的による制限の例外】

法令に基づく場合

医療法や児童の虐待防止等に関する法律など、法令に基づいて個人情報を利用する場合(巻末参考文献4の別表3を参照)

人の生命、身体又は財産の保護のために必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき

公衆衛生の向上又は児童の健全な育成の推進のために特に必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき

国の機関若しくは地方公共団体またはその委託を受けた者が法令に定める事務を遂行することに対して協力する必要がある場合であって、本人の同意を得ることにより当該事務の遂行に支障を及ぼすおそれがあるとき

*留意点：院内掲示に当たっては、受付近くに当該内容を説明した表示したり、患者によっては、十分な理解を得るためにタイミングを見て、説明を繰り返したり、書面を別途交付するなどの配慮が必要である。

個人情報の適正な取得、個人データ内容の正確性の確保(法第17条、19条)

診療などに必要な情報は真に必要な範囲について、本人から直接取得、または本人の同意を得た者からの取得を原則とする。但し本人以外の家族等から取得することが診療上やむを得ない場合はこの限りでない。

正確性の確保については、「個人データを正確且つ最新の内容に保つ」ことが努力規定とされているが、診療情報の電子化によりシステムの正確な作動、リスク管理、改ざんされない原本性の保証が重要となる。なお、医療関連法令により作成・保存が義務付けられている記録例は表5-3のとおりである。

表 5-2 医療・介護関係事業者の通常の業務で想定される利用目的
(医療機関等の場合)

患者への医療の提供に必要な利用目的	
〔医療機関等の内部での利用に係る事例〕	
<ul style="list-style-type: none"> ● 当該医療機関等が患者等に提供する医療サービス ● 医療保険事務 ● 患者に係る医療機関等の管理運営業務のうち、 <ul style="list-style-type: none"> - 入退院等の病棟管理 - 会計・経理 - 医療事故等の報告 - 当該患者の医療サービスの向上 	
〔他の事業者への情報提供を伴う事例〕	
<ul style="list-style-type: none"> ● 当該医療機関等が患者等に提供する医療サービスのうち、 <ul style="list-style-type: none"> - 他の病院、診療所、助産所、薬局、訪問看護ステーション、介護サービス事業者等との連携 - 他の医療機関等からの照会への回答 - 患者の診療等に当たり、外部の意思等の意見・助言を求める場合 - 検体検査業務の委託その他の業務委託 - 家族等への病状説明 ● 医療保険事務のうち、 <ul style="list-style-type: none"> - 保険事務の委託 - 審査支払機関へのレセプトの提出 - 審査支払機関又は保険者からの照会への回答 ● 事業者等からの委託を受けて健康診断などを行った場合における、事業者等へのその結果の通知 ● 医師賠償責任保険などに係る、医療に関する専門の団体、保険会社等への相談又は届出等 	
上記以外の利用目的	
〔医療機関等の内部での利用に係る事例〕	
<ul style="list-style-type: none"> ● 医療機関等の管理運営業務のうち、 <ul style="list-style-type: none"> - 医療・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料 - 医療機関等の内部において行われる学生の実習への協力 - 医療機関等の内部において行われる症例研究 	
〔他の事業者等への情報提供を伴う事例〕	
<ul style="list-style-type: none"> ● 医療機関等の管理運営業務のうち、 <ul style="list-style-type: none"> - 外部監査機関への情報提供 	

表 5-3 医療・介護関係法において医療・介護関係事業者に作成保存が義務付けられている記録例

病院・診療所	<ul style="list-style-type: none"> ● 診療録【医師法第 24 条、歯科医師法第 23 条】 ● 処方せん【医師法第 22 条、歯科医師法第 21 条、医療法第 21 条】 ● 助産録【保健師助産師看護師法第 42 条】 ● 照射録【診療放射線技師法第 28 条】 ● 手術録、検査所見記録、エックス線写真【医療法第 21 条】 ● 歯科衛生士業務記録【歯科衛生士法施行規則第 18 条】 ● 歯科技工指示書【歯科技工士法第 18 条、第 19 条】
薬局	<ul style="list-style-type: none"> ● 処方せん【薬剤師法第 26 条、第 27 条】 ● 調剤録【薬剤師法第 28 条】

安全管理、従業者の監督及び委託先の監督(法第 20 条～第 22 条)

安全管理措置として考えられる事項としては、以下のようなことが考えられる。

- 個人情報保護に関する規程の整備、公表
- 個人情報保護推進のための組織体制等の整備
- 個人データ漏洩などの問題が発生した場合などにおける報告連絡体制の整備
- 雇用契約時における個人情報保護に関する規程の整備
- 従業者に対する教育研修
- 物理的安全管理措置
- 技術的安全管理措置
- 個人データの保存
- 不要となった個人データの破棄、消去

なお、ここでいう「従業者」とは、社員やパート、アルバイトだけでなく、ボランティアや実習生も含まれることに注意を要する。

個人データの第三者提供(法第 23 条)

【本人の同意を得る必要がある場合】

個人情報取扱事業者は、あらかじめ本人の同意を得ないで、個人データを第三者に提供してはならないとされており、次のような場合、本人の同意を得る必要がある。

- ・民間保険会社からの照会
- ・職場からの照会
- ・学校からの照会
- ・マーケティング等を目的とする会社等からの照会

【第三者提供の例外：本人の同意が必要でない場合】

法令に基づく場合

医療法や児童の虐待防止等に関する法律など、法令に基づいて個人情報を利用する場合（巻末参考文献 4 の別表 3 を参照）薬剤師法では、患者または家族に現に看護に当たっているものに対して調剤した薬剤に関する情報提供を行うことが義務付けられており、その範囲であれば、本人の同意を得る必要はない。

人の生命、身体又は財産の保護のために必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき

公衆衛生の向上又は児童の健全な育成の推進のために特に必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき

国の機関若しくは地方公共団体またはその委託を受けた者が法令に定める事務を遂行することに対して協力する必要がある場合であって、本人の同意を得ることにより当該事務の遂行に支障を及ぼすおそれがあるとき

【本人の同意が得られていると考えられている場合】

患者の傷病の回復等を含めた患者への医療の提供に必要であり、且つ、個人情報の利用目的として院内掲示等のより明示されている場合、原則として黙示による同意が得られているものと考えられる。

しかしながら、傷病の内容によっては、あらかじめ本人の明確な同意を得よう求めがある場合も考えられるとされており、HIV 感染症においてはその点の配慮が特に求められるところである。

【第三者に該当しない場合：本人の同意を得ずに情報提供できる場合】

他の事業者等への情報提供であるが、第三者に該当しない場合

- ・検査等の業務の委託
- ・外部監査機関への情報提供
- ・個人データを特定の者との間で共同して利用するとして、あらかじめ本人に通知などしている場合

同一事業者内における情報提供であり、第三者に該当しない場合

- ・病院内の他の診療科との連携など内部の意見交換
- ・同一事業者が開設する複数の施設間における情報交換
- ・当該事業者の職員対象の研修
- ・当該事業者内の経営分析のための意見交換

*留意点：第三者提供、また他の事業者への情報提供については、本来必要とされる情報の範囲に限り提供すべきである。例えば医師や薬剤師が製薬企業のMRやMSなどの間で医薬品の効果などについて意見交換する場合、必要でない氏名等の情報を削除せずに提供することは避けなければならない。

また、第三者提供に該当しない例であっても院内での掲示、ホームページなどによって情報提供先をできるだけ明らかにし、問い合わせがあったときには回答できる体制を確保すること。

本人からの求めによる保有個人データの開示(法第25条)

【開示の原則】

本人から、当該本人が識別される保有個人データの開示を求められたときは、本人に対して、書面の交付による方法等により、遅滞なく開示しなければならない。

【開示の例外】

開示することで、法25条第1項の各号のいずれかに該当する場合は、その全部または一部を開示しないことができる。

(例)

・患者の状況などについて、家族や関係者が情報提供を行っている場合に、これらの者の同意を得ずに患者に当該情報を提供することで、患者との人間関係が悪化するなど、利害を害するおそれがある場合。

・症状や予後、治療経過について患者について十分な説明をしたとしても、患者本人に重大な心理的影響を与え、その後の治療効果等に悪影響を及ぼす場合。

〔参考文献〕

1. 開原成允「医療情報をめぐる諸問題 - カルテ開示、個人情報保護、情報社会 - 」日本社会福祉士会、日本医療社会事業協会編『保健医療ソーシャルワーク実践』中央法規出版,2004,pp.177-191
2. 垣鍔公良、倉持政勝『保健医療ソーシャルワーカーのための個人情報保護法の解説 Q&A』日本医療社会事業協会編,2005
3. 松田聡子「個人情報保護法について」桃山学院大学社会学部社会福祉実習会議資料,2005,6.29
4. 厚生労働省「医療・介護事業者における個人情報の適正な取り扱いのためのガイドライン」2004.12
5. 厚生労働省「医療・介護事業者における個人情報の適正な取り扱いのためのガイドラインに関する Q&A」2005.11.

資料 9 後天性免疫不全症候群発生届

保健所コード 西 暦 I D

後天性免疫不全症候群発生届
(H I V感染症を含む)

都道府県知事 (保健所設置市長・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
(自署または記名押印のこと)
所属する病院・診療所等施設名 _____
上記施設の住所・電話番号* _____ (電話 _____)
(* 所属する施設がない場合は医師の自宅の住所・電話番号を記載すること)

1 性別	男・女	5 診断時の症状	1) 有)
2 診断時の年齢	歳		2) 無	
3 病名	1) 無症候性キャリア 2) AIDS 3) その他 ()	6 発病年 月 日 平成 年 月 日 (AIDSの指標疾患(4-2)の発病日)	7 初診年 月 日 平成 年 月 日	
4-1 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 () ・確認検査 1)Western Blot法 2)IFA法 3)その他 () ・病原検査 1)HIV抗原検査 2)ウイルス分離 3)PCR法 4)その他 () ・18か月未満の児の免疫学的所見 () (該当する全てに○)		8 診断(検案※)年月日 平成 年 月 日 (AIDSの場合は指標疾患(4-2)の診断日)	
		10 死亡年 月 日 ※ 平成 年 月 日		

この届出は診断から7日以内に行ってください

4-2 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、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) インスボラ症(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、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) カボジ肉腫
	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/肺リンパ過形成:LIP/PLH complex(13歳未満)
	22) HIV脳症(痲呆又は亜急性脳炎)
	23) HIV消耗性症候群(全身衰弱又はスリム病)

11・12 推定される感染地域・感染原因・感染経路	
・最近数年間の主な居住地 1) 日本国内 2) その他 () 3) 不明	・推定される感染経路等 1) 性行為感染 ア. 異性間性的接触 イ. 同性間性的接触
・推定される感染地域 1) 日本国内 2) その他 () 3) 不明	2) 静注薬物使用 3) 母子感染 4) 輸血
・国籍 1) 日本 2) その他 () 3) 不明	5) その他 () 6) 不明

(1,3,4-1・2,5,11・12欄は該当する番号等を○で囲み、2,6,7,8,9,10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)

資料 10 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)

都道府県知事 (保健所設置市長、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	<p>1 HIV無症候性キャリア等 → AIDS</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ AIDS と診断した年月日 _____年__月__日 ・ AIDS と診断した指標疾患 (該当するものすべてに○をつける) <ol style="list-style-type: none"> 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、肺門リンノ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、肺門リンノ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、肺門リンノ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、肝、脾、リンノ節以外) 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. カボジ肉腫 17. 原発性脳リンノ腫 18. 非ホジキンリンノ腫 (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. リンノ性間質性肺炎/肺リンノ過形成: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) <p>※ 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みられる場合に限る。</p>					
	<p>2 生存 → 死亡</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 死亡した年月日 _____年__月__日 ・ 死亡の原因 1 AIDSが原因の死亡 <li style="padding-left: 20px;">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			医療機関の所在地	〒 _____		
診断医師名			電話番号	_____ (_____)		
報告年月日	_____年 _____月 _____日					

HIV 診療における外来チーム医療マニュアル

発行日：2006年3月 第1版 第1刷発行

2006年8月 第1版改訂第2刷発行

発行者：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班
主任研究者 白阪琢磨

発行所：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
〒540-0006 大阪市中央区法円坂 2-1-14

印刷：(有)モスアソシエイツ

〒113-0033 東京都文京区本郷 7-2-2
