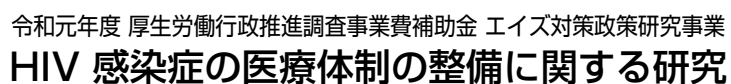


患者さんを外来・病棟・在宅等で
ケアするナースの方へ



ブロック内中核拠点病院間における 相互交流によるHIV診療環境の相互評価

池田和子（国立研究開発法人 国立国際医療研究センター）

目次

HIV 感染症の歴史	2
HIV 医療体制	3
薬害エイズとは	4
HIV 感染症とは	6
HIV 感染症の治療について	8
HIV 看護体制について	10
HIV Care について	12
感染対策	14
参考文献	16

序 文

外務省のホームページによると、「HIV／エイズ等の新しい感染症、また、近い将来克服されるとみられたにもかかわらず、再び大きな問題となっている結核、マラリア等の再興感染症は、その伝播性や対策に要する経費負担の大きさから、一国のみで解決できる問題ではなく、世界各国が協力して対策を進めなければならない地球規模の問題です。特に開発途上国にとっては、住民一人一人の健康への驚異であるだけでなく、社会・経済開発への重大な阻害要因となっています。」と記載されています。

1980年代に致死率の高い感染症として世界中の人々に恐れられた HIV (human immunodeficiency virus) 感染症は、「移る」という特徴から、「自分が移すかもしれない」可能性を否定し、感染している人を今でも差別・誤解し続けています。

1996年以降に開始された抗 HIV 療法により、治療が奏功している感染者の予後は改善し、非感染者同様の暮らしが送れるようになりました。一方で加齢や長期療養に伴い、HIV 感染症以外の合併症（生活習慣病、がん、精神疾患等）管理が必要となり、HIV 看護も変化しています。

このように治療とともに進化を続ける HIV 看護は、国際的な視点など幅広い視野での取り組みが求められていることを再確認いただき、引き続き看護体制整備にご協力・ご理解をよろしくお願い致します。

厚生労働行政推進調査事業費補助金 エイズ対策政策研究事業

HIV 感染症の医療体制の整備に関する研究

分担研究

ブロック内中核拠点病院間における相互交流による HIV 診療環境の相互評価

研究分担者 **池田 和子**

国立研究開発法人 国立国際医療研究センター

エイズ治療・研究開発センター 看護支援調整職

HIV 感染症の歴史

1980年代

- 1981 米国で最初の AIDS 患者の報告
- 1983 AIDS 患者からウイルスが分離（のちに HIV と命名）
- 1984 日本でサーベイランス開始（のちに動向委員会となる）
- 1985 HIV 抗体検査開始
- 1987 最初の抗 HIV 薬 AZT 承認

1990年代

- 1993 エイズ治療拠点病院整備
- 1996.3 薬害エイズ訴訟 和解
- 1996 多剤併用療法開始
- 1997.4 国立国際医療センター（当時）にエイズ治療・研究開発センター（ACC）と全国 8 ブロックに 14 のブロック拠点病院整備
- 1998 高額な医療費対策として HIV 感染症が「免疫機能障害」として身体障がい者手帳申請対象疾患になった
- 1999 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（以下、感染症予防法）施行
後天性免疫不全症候群に関する特定感染症予防指針（以下、エイズ予防指針）施行

2000年代

- 2006 47 都道府県に 1 か所以上の中核拠点病院整備
 - 2006 診療報酬改定：「ウイルス疾患指導料 2 330 点 / 月 1 回」に 5 つの施設基準を満たす場合、加算算定が可能（プラス 220 点 / 月 1 回）
＜施設基準＞
 - ① HIV 感染者の診療に従事した経験を 5 年以上有する専任の医師が 1 名以上配置されていること。
 - ② HIV 感染者の看護に従事した経験を 2 年以上有する専任の**看護師**が 1 名以上配置されていること。
 - ③ HIV 感染者の服薬指導を行う専任の薬剤師が 1 名以上配置されていること。
 - ④ 社会福祉士又は精神保健福祉士が 1 名以上勤務していること。
 - ⑤ プライバシーの保護に配慮した診察室及び相談室が備えられていること。
- エイズ予防指針改正

2010年代

- 2012 エイズ予防指針改正：「第五 医療の提供 一 総合的な医療提供体制の確保 2 良質かつ適切な医療の提供及び医療連携体制の強化」部分から抜粋。
…さらに今後は、専門的医療と地域における保健医療サービス及び福祉サービスとの連携等が必要であり、これらの専門的医療と地域における保健医療サービス及び福祉サービスとの連携を確保するための機能（以下「コーディネーション」という。）を担う**看護師**等の地方ブロック拠点病院及び中核拠点病院への配置を促進することが重要である。
中核拠点病院連絡調整員養成事業開始
日本エイズ学会認定制度開始
- 2018 エイズ予防指針改正：「第三 医療の提供 三 総合的な医療体制の確保 2 地域での包括的な医療体制の確保」部分から抜粋
…包括的な診療体制を構築するためには、専門的医療と地域における保健医療サービスとの連携が必要であることから、国及び都道府県等は、地方ブロック拠点病院及び中核拠点病院に、HIV 感染症・エイズに関して知見を有する**看護師**、医療ソーシャルワーカー等を配置し、各種保健医療サービス及び介護・福祉サービスとの連携を確保するための機能（以下、「コーディネーション」という。）を拡充することが重要である。

HIV 医療体制

○エイズ診療の基本的考え方（健医発第 825 号 平成 5 年 7 月 28 日 通知より）

エイズ診療の基本的な考え方は、どこの医療機関でもその機能に応じてエイズ患者等を受け入れることである。すなわち、住民に身近な医療機関において一般的な診療を行い、地域の拠点病院において重症患者に対する総合的、専門的医療を提供する等、その機能に応じて診療を行うことができるようにすることが必要である。そのため、各地域の中でエイズ診療の拠点となる病院を確保し、そこを拠点として地域の他の医療機関においてもエイズ患者等の受け入れを進めていくことが適切である。

HIV 診療ネットワーク

最初にエイズ治療拠点病院が全国に約 380 整備され、1996 年 3 月 29 日の薬害エイズ和解後、同年 4 月に「都道府県・エイズ治療拠点病院緊急会議」が開催され、医療体制が再整備された。

設置目的	
拠点病院 健医発第 825 号 平成 5 年 7 月 28 日	エイズ医療体制整備。 「基本的考え方」周知
エイズ治療・研究 開発センター (ACC)	HIV 訴訟に関する平成 8 年 3 月 29 日付けの和解勧告書を踏まえ、恒久対策の一環として、平成 9 年 4 月 1 日に国立国際医療センター（当時）内に設置された。その目的は、国内外の HIV 感染症の治療・研究機関との連携の下に、臨床、研究、研修、情報の役割を通して、我が国における HIV 感染症の医療水準の向上を図ること。
ブロック拠点病院 健医発第 678 号 平成 9 年 4 月 25 日 健医発第 1595 号（一部改正） 平成 9 年 12 月 11 日 健医発第 0331003 号（一部改正） 平成 18 年 3 月 31 日	エイズに関する高度な診療を提供しつつ、臨床研究、ブロック内の拠点病院等の医療従事者に対する研修、医療機関及び患者・感染者からの診療相談への対応等の情報提供を通じ、ブロック内のエイズ医療の水準の向上及び地域格差の是正に努めること。
中核拠点病院 健医発第 0331001 号 平成 18 年 3 月 31 日	エイズ治療の地方ブロック拠点病院に患者等が集中しているとの指摘があることから、その状況を改善し、都道府県内において良質かつ適切な医療を受けられるようにすること。

長期療養時代の HIV 感染症患者の医療・ケア体制整備について

長期療養、加齢に伴い、がんや透析、リハビリなどの医療を受ける患者が増え続けている。また施設で療養生活を希望する患者も増えている。

しかし、いまだに HIV 感染症への誤解・偏見または診療経験がない、専門医がいないことなどを理由に HIV 診療・ケアや受け入れに消極的な医療機関・介護福祉施設などがあり、多くの時間を要する。一方で、HIV 感染症患者を 1 例受け入れた経験のある医療機関・施設での 2 事例目は、比較的スムーズである印象を受けている。

このように診療・支援経験をゼロからイチにつなげる戦略として「HIV 感染症の医療体制整備に関する研究班」を中心に、HIV 感染者が適切な医療やケアを受けられるよう研修会などを実施している。2012 年以降に改正されたエイズ予防指針に基づき、HIV 感染症ケアの担い手を育成し、職種の壁を越えて、積極的な情報交換がされている。既存のサービスをフル活用しながら、非感染者同様の支援が受けられるよう、HIV 感染症ケア経験がまず開始できるための支援（研修会、相談窓口、有事の際の医療連携など）と受け入れた後のフォローアップ支援（入院時のベッド確保、研修会 update など）が不可欠である。

ACC またはブロック拠点病院へお問い合わせください（サイト <https://hiv-hospital.jp>）。

薬害エイズとは

日本の HIV 医療に取り組むには「薬害エイズ」の知識は、大変重要である。

1980 年代初め、血友病患者等の止血管理のための治療で使用された米国由来の非加熱濃縮血液製剤にヒト免疫不全ウイルス（HIV）が混入し、血友病等患者に HIV が感染した薬害被害のことである。当時は、患者への感染告知がなく、妻へ二次感染、子へ三次感染するなど被害が拡大した。また情報が乏しく、社会の偏見・誤解も多く、当事者が職場から解雇されたり、幼稚園の登園を拒否されたり、多くの医療機関で診療拒否があった。

1989 年に東京・大阪原告が、国と製薬会社 5 社を相手に提訴し、1996 年 3 月 29 日 和解を迎えた。その後、HIV 医療体制が再構築された（表 1）。

薬害の教訓として患者参加型の医療の実現に向けて、組織はもちろん組織を超えて必要な情報共有や患者らとの繰り返す話し合い、チーム医療の提供が求められている。

表 1. HIV 訴訟及び恒久対策の概要

訴訟の概要	● 血友病治療のために使用していた血液製剤によってエイズウイルス（HIV）に感染し、精神的・肉体的・経済的な被害を被ったとして、国及び血液製剤メーカー 5 社（ミドリ十字（現：田辺三菱）、バクスター、日本臓器、バイエル、化血研）を相手方として提起された損害賠償請求訴訟。 平成元年 5 月 8 日 大阪地裁で訴訟提起（同年 10 月 27 日東京地裁で訴訟提起） 平成 8 年 3 月 29 日 東京地裁及び大阪地裁で和解成立 ※血友病：出血した場合、人には血液凝固させて止血する作用が生来備わっているが、血液を凝固させる因子の一部が先天的に欠乏するなどにより、出血がとまりにくくなる疾患。止血や出血予防のため、凝固因子を補充するために血液製剤が使用される。 ● 平成 30 年 2 月末時点、1,387 人と和解が成立
和解の概要	● 和解一時金：4,500 万円（国負担 4 割、製薬会社負担 6 割） 弁護士費用：150 万円（国負担 4 割、製薬会社負担 6 割） ● 誓約：厚生大臣及び製薬会社は、本件について裁判所が示した前記各所見の内容を真摯かつ厳粛に受け止め、我が国における血友病患者の HIV 感染という悲惨な被害を拡大させたことについて指摘された重大な責任を深く自覚、反省して原告らを含む感染被害者に物心両面にわたり甚大な被害を被らせるに至ったことにつき、深く衷心よりお詫びする。 ● 恒久対策の実施（後述）
恒久対策の概要	● 発症者健康管理手当（月額 15 万円：国負担 4 割、製薬会社負担 6 割）の支給： ・エイズ発症者（和解が成立した方）に対し、健康管理に係る費用負担軽減等のため支給する。 ● 発症予防のための健康管理費用 （症状に応じ月額 36,800 円又は 52,800 円：国負担）の支給（平成 31 年度） ・エイズ発症前の血液製剤による HIV 感染者に対し、発症予防に役立てるための調査研究を実施。 ● 国立国際医療研究センター「エイズ治療・研究開発センター（ACC）」と地方ブロック拠点病院、拠点病院を中心にエイズ医療提供体制を整備（救済医療） ● HIV 感染症、エイズ、その他の合併症の治療方法や、患者の療養環境に関する厚生労働科学研究を実施 ● エイズ患者遺族等相談事業（国負担・被害者団体を通じて実施） ・ HIV 感染者の生活上の問題や医療・福祉サービスを受ける際の課題に対応するため、また、子や夫等を亡くした遺族等の精神的苦痛の緩和のため、①相談・研修会事業、②健康診断等の健康支援事業、③遺族相互支援事業を実施。 ● 大臣定期協議：恒久対策について大臣出席のもとでの協議を年 1 回実施。



薬害被害の現状

薬害被害者の HIV 感染時期は、1982-1985 年と考えられている。多剤併用療法が開発される 1996 年以前の死亡症例の死亡原因は AIDS 関連が多いが、それ以降は、肝炎関連が多い（図 1）。生存者数は、40 代が大半を占め、就労や結婚など社会参加の機会を逃すなど、身体以外の課題を抱えている（図 2）。

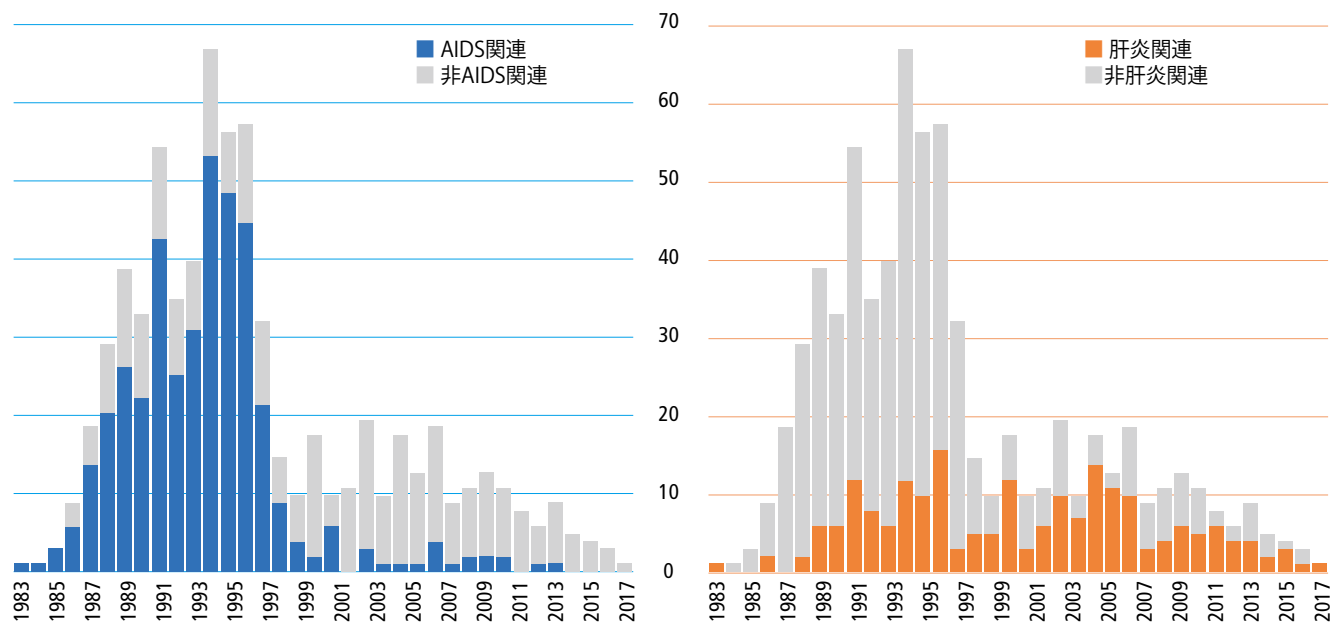
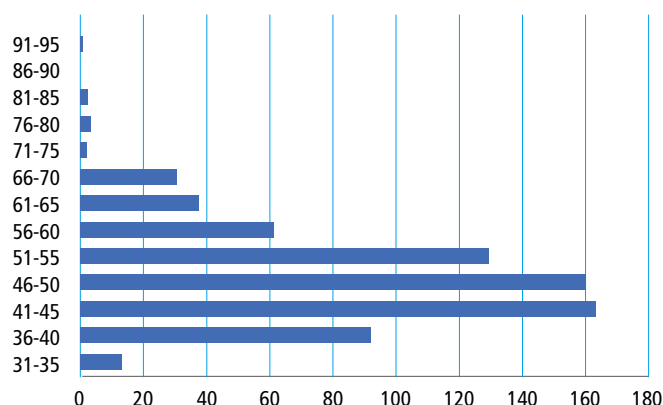


図 1. 薬害患者の死亡原因について



HIV感染総数（生存・累積死亡）	1,432名
HIV感染生存	718名
AIDS発症（生存）	172名
HIV感染死亡（累積）	714名

出典：公益財団法人エイズ予防財団
平成 30 年度厚生労働省委託事業
「血液凝固異常症全国調査報告書」より

図 2. 薬害被害者生存例の年齢分布



ACC 救済医療室設立により、多医療機関協働による個別救済支援の強化

2010 年に ACC 内に「救済医療室」が設立され、東京大学、長崎大学、NHO 名古屋医療センターなどと診療連携している。2017 年からは PMDA 新規事業として「個別救済支援」が強化されている。気軽にお問い合わせください（ACC 救済医療室医療室 03-6228-0529）

HIV 感染症とは

病気の経過とウイルス量の変化

HIV 感染症は、HIV が免疫の司令塔である CD4 陽性リンパ球数に感染し、その数が減少していく進行性の伝染性疾患である。無治療例では、①感染初期（急性期）、②無症候期、③AIDS 発症期の経過をたどる。ウイルス量は感染成立後に急激に増加した後、感染約 6 か月後にはある一定レベルに保たれる。このウイルス量をセットポイントと呼び、高値であるほど、病気の進行が早い。

AIDS 発症とは、HIV に感染し、国が指定した 23 の日和見疾患のいずれかを発症した場合をいう（表 2）。治療（多剤併用療法）の目標は、HIV-RNA 量を検出限界以下に維持し続けることである。

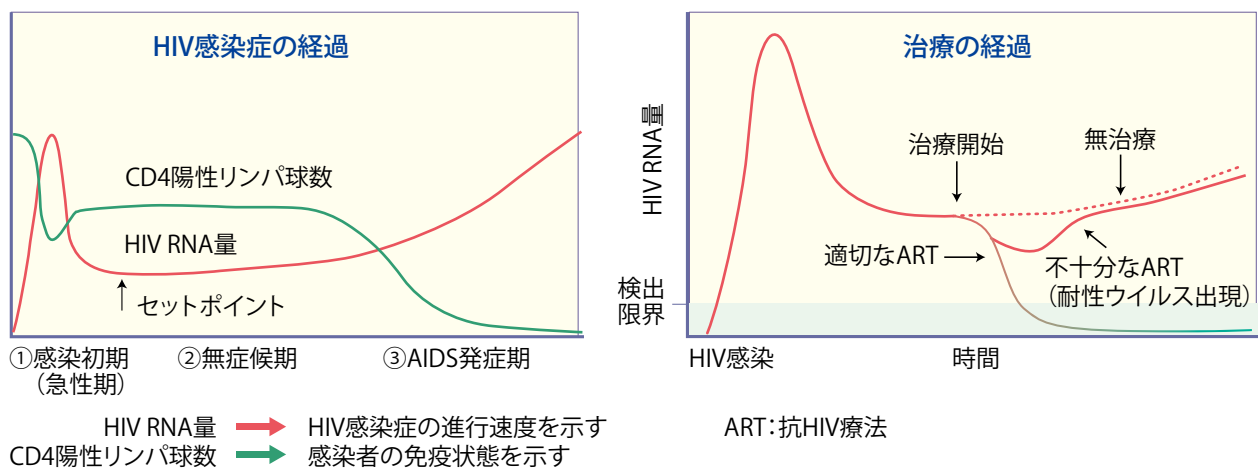


表 2. 23 の指定疾患

A. 真菌症	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⁾
	4	ヒストプラズマ症 ¹⁾
	5	ニューモシスチス肺炎
B. 原虫症	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）
C. 細菌感染症	9	化膿性細菌感染症 ²⁾
	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） ^{1) 2)}
	12	非結核性抗酸菌症 ¹⁾
D. ウイルス感染症	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 ⁴⁾
	15	進行性多巣性白質脳症
E. 腫瘍	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（a. 大細胞型・免疫芽球型、b. Burkitt 型）
	19	浸潤性子宮頸癌 ³⁾
F. その他	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（認知症又は亜急性脳炎）
	23	HIV 消耗性症候群（全身衰弱又はスリム病）

1) a. 全身に播種したもの、b. 肺、頸部、肺門リンパ節以外の部位に起こったもの

2) 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以下のいずれかが 2 年以内に、2 つ以上多発あるいは繰り返して起こったもの。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

3) C11 活動性結核のうち肺結核、および E19 浸潤性子宮頸癌については、HIV 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。

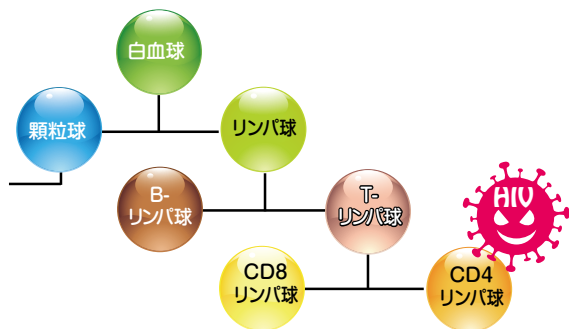
4) a：1 か月以上持続する粘膜、皮膚の潰瘍を呈するもの

b：生後 1 ヶ月以後で気管支炎、肺炎、食道炎を併発するもの

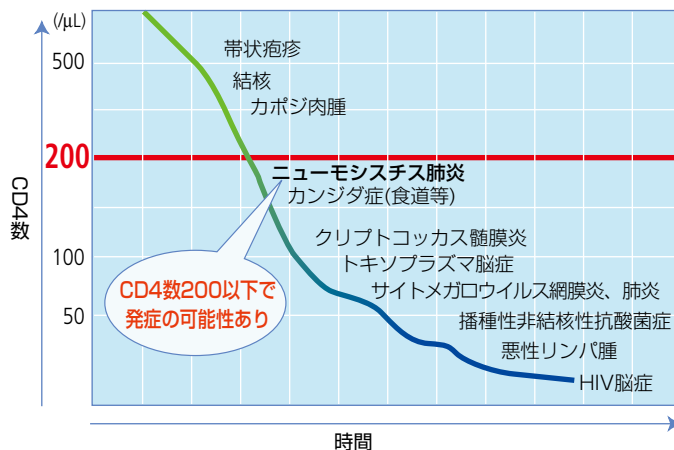
大切な 2 つの臨床マーカー

CD4 陽性リンパ球

正常値：700～1,300/ μ L



200/ μ L を下回ると病気を起こしやすくなります。



HIV-RNA 量 (ウイルス量)

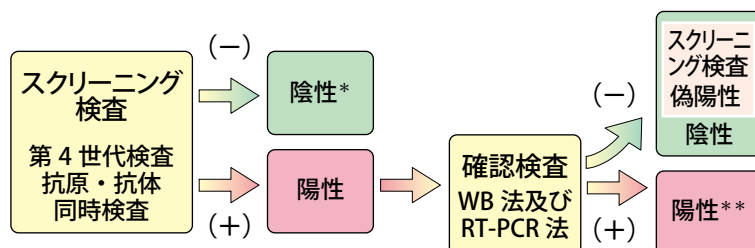
正常値：ゼロコピー /mL

- * 現在の検出感度は 20 コピー /mL これ未満は、検出感度以下 (UD : undetectable、または TND : Target not detectable)
- * 未治療時のウイルス量が多いほど病気の進行が早い。
- * 治療導入後の、最も鋭敏な治療効果のマーカーである。

HIV 感染症の検査と診断

診断は血液検査で、スクリーニング検査、確認検査の順に行う。スクリーニング検査には一般的に擬陽性が約 0.15%に認められるため、説明時に留意する。スクリーニング検査陽性の場合に HIV-1,2 のウエスタブロット (WB) 法と HIV-1 核酸増幅検査法 (RT-PCR 法) を同時に行い、診断を確定する。検査の実施時期について、潜伏期間があるため注意する (表 3)。

表 3. 通常検査の流れ



*感染リスクがあれば数週間後に再検査

**PCR のみ陽性は急性感染を示唆する

参考：HIV 検査・相談マップ (<https://www.hivkensa.com/>)

保健所等における HIV 即日検査のガイドライン第 4 版 (<https://www.hivkensa.com/tantousha/>)(H31.3 改訂)

HIV 感染症の治療について

2019 年末時点の治療法のまとめ

治療目標	HIV-RNA 量を長期にわたり、検出限界以下に抑え続ける 免疫能を維持・回復させる
治療方法	複数の薬剤を組み合わせ（多剤併用療法）、服薬する（1 日 1 回 1 錠の配合剤あり）
治療期間	開始後は、原則生涯服薬を継続する
対象者	原則全員（AIDS 発症者も同じ薬剤）
開始時期	早期治療が理想、AIDS 発症者は日和見疾患治療が終了した時期に開始することが多い
費用	医療費（薬剤費含む）は、月額自費で約 20 万円、健康保険利用 3 割負担で 6 万円である。 医療費助成制度（身体障がい者手帳）利用が可能になった。 申請基準あり。 早期治療が理想だが、現実には医療費助成制度が利用できるようになってから開始されることが多い。 手帳申請が難しい場合は、高額療養費申請制度を利用することがある。

治療の歴史

治療薬がない時代の患者は、CD4 陽性リンパ球数の減少に伴い、進行性の免疫不全で複数の日和見疾患を発症しながら死亡していた。治療は症状に対する対症療法が中心であった。

1987 年に最初の抗 HIV 薬 AZT が承認され、患者が待ち望んだ治療が開始された。当時の治療効果判定は、CD4 陽性リンパ球数であった。

1996 年以降、複数の抗 HIV 薬を組み合わせる多剤併用療法（Anti-Retroviral-Therapy : ART）が開始され、入院患者数・死亡者数は減少した。治療は、「全員治療」で、ほぼ診断直後に開始された。しかし治療開始後に副作用である下痢・嘔気などの症状が出現したり、当時は 1 日の服用回数が 3-5 回、1 日の服用錠数が 20 錠近くあり服薬が負担であったり、高額な費用負担など服薬継続は容易ではなかった。また高い服薬率（図 5）を維持出来ないと薬剤耐性ウイルスが出現（図 6）し、疾患管理が難渋し日和見疾患を発症して死亡した。多剤併用療法開始以降から、治療効果判定には、「HIV-RNA 量（ウイルス量）」が用いられるようになった。

	1980	1990	2000	2010	2020
	エイズ暗黒時代		ARTの幕開け	予後の改善	予防の時代へ
治療		NRTI	NRTIs+PI or NNRTI		INSTI-base LAの時代へ
Key words		薬剤耐性	服薬指導 adherence テーラー メイド治療	QD治療	高齢化 癌・認知症 生活習慣病 全例治療 PrEP エイズなき世代へ

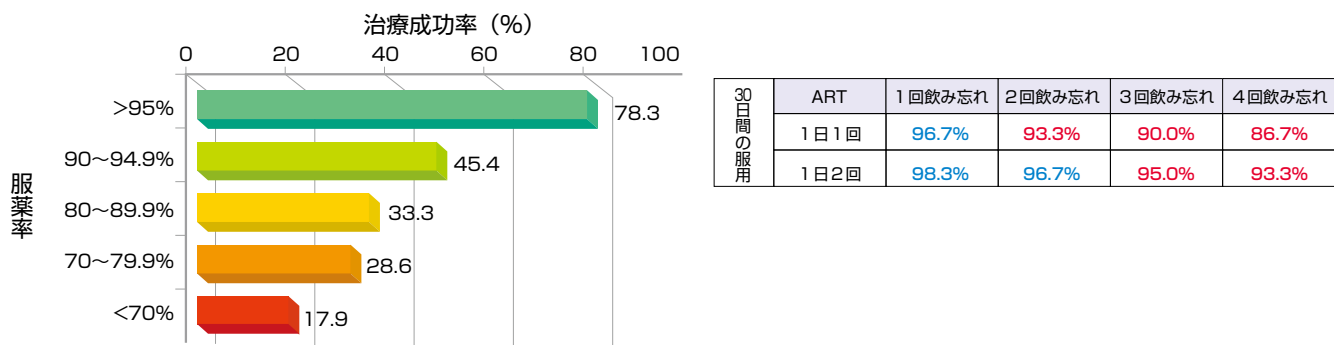


図 5. 服薬率と治療成功率

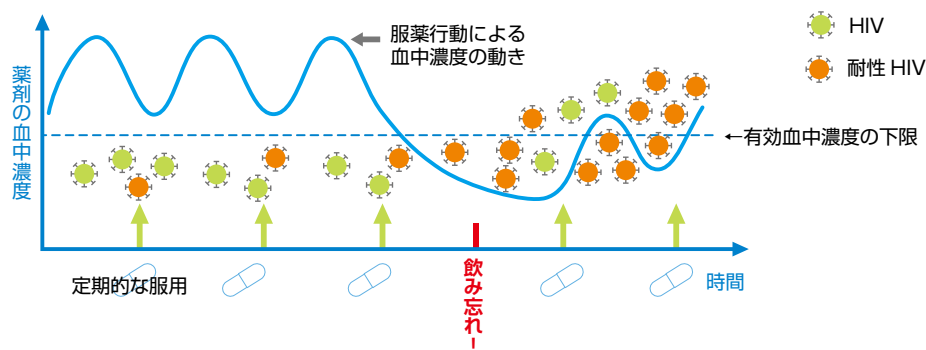


図 6. 内服忘れと薬剤耐性ウイルス発生の関係

治療開始について、「全員治療」から、CD4 陽性リンパ球数や HIV-RNA 量、症状などの基準で何度か変更され、患者はそのことに翻弄された。その後、抗 HIV 薬の改良がすすみ、副作用は少なく、配合剤（図 7）の登場で服用数が減り、薬剤耐性ウイルスが出現しにくいものや相互作用の少ないものも承認されていった。2019 年現在の治療開始基準は、再び「全員治療」となっている。多剤併用療法の組み合わせは、核酸系逆転写酵素阻害剤（NRTI）とプロテアーゼ阻害剤（PI）、非核酸系逆転写酵素阻害剤（NNRTI）、インテグラーゼ阻害剤（INSTI）と時代によって第一推奨の組み合わせが変化していった。

現在、HIV-RNA 量は 20 コピー /ml 未満（=TND:Target Not Detected）まで測定が可能である。2018 年 1 月に改正された 後天性免疫不全症候群に関する特定感染症予防指針の前文に、抗 HIV 療法は他人へ HIV を感染させる危険性を減らすこと（Treatment as Prevention : T as P）が示されている。

高齢者や嚥下障害のある患者の服薬支援として、薬剤により粉砕や簡易懸濁の方法などがある（図 8）また海外では、月 1 回や週 1 回など半減期の長い治療薬の臨床試験などが開始されており、今後の治療法はさらなる進歩が期待されている。

承認年	現在の STR	
2013-14 年	 スタリビルド (STB) エルビテグラビル+コビススタット+ テノホビル+エムトリシタビン	
2015-16 年	 トリーメク (TRI) ドルテグラビル+アバカビル+ ラミブジン	 ゲンボイア (GEN) エルビテグラビル+コビススタット+ テノホビルアラフェナミド+ エムトリシタビン
2018 年	 オデフシ (ODF) リルピビル+テノホビルアラ フェナミド+エムトリシタビン+ ドルテグラビルナトリウム	 ジャルカ (DTG/RPV) ドルテグラビル+リルピビル
2019 年	 ビクトラルビ (BVY) ビクテグラビル+ テノホビルアラフェナミド+ エムトリシタビン	 シムツーザ (SMT) ダルナビル+コビススタット+ テノホビルアラフェナミド+ エムトリシタビン

図 7. 現在の主な抗 HIV 薬

そのまま簡易懸濁した場合



15 分経過しても溶け残る

軽くコーティングを破壊してからした場合



10 分でほぼ溶け切る

図 8. 簡易懸濁

HIV 看護体制について

1. HIV コーディネーターナース誕生の経緯

HIV コーディネーターナース（以下、HIV-CN）は、ACC やブロック拠点病院、中核拠点病院などで活躍し、患者支援を行っている。HIV-CN とは、どんな役割を果たすのか。薬害エイズ裁判史に以下の記載がある。

「薬害エイズの和解を踏まえ、原告団が厚労省に対し特に導入を求めたシステムである。ACC に看護支援調整官、患者支援調整官を創設し、同じ仕事をこなすものとして HIV コーディネーターナース（以下、HIV-CN）を配置した。調整官・HIV-CN はチーム医療、包括医療システムの中で個々の患者の側に立って、患者サポートするスタッフである。患者担当制を原則とし、それぞれの患者に対し、外来、病棟、在宅等療養の場にかかわらず継続した支援を提供する。HIV 感染症及びその合併症（日和見感染症）は全身に及ぶことは既述のとおりであるが、そのために他科診療科受診も多く、そのための診療科間の調整、連絡をも担う。それにとどまらず服薬指導、インフォームドコンセントなどにおいても医師を補助し、患者の理解度に応じて助言し相談をうけるなど重要な役割を果たす。患者が地方在住の患者である場合には、地方の医療機関とエイズセンターとの橋渡しも行う。原告団が、新しい医療の試みとして厚生省に対し特に導入を求めたシステムである。」

1997 年、ACC/ ブロック拠点病院が整備されて以降はブロックを中心に HIV-CN 育成を開始し、2012 年のエイズ予防指針改正後は、中核拠点病院などの HIV-CN を育成している。

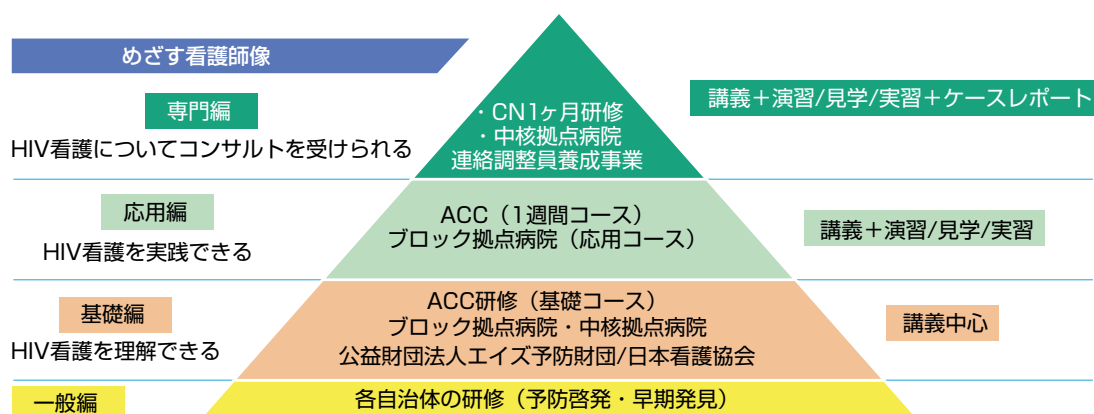
2. HIV 感染症看護師の役割

HIV-CN をもとに HIV 感染症看護師の役割が「HIV 診療における外来チーム医療マニュアル」に記載されている。

「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. HIV 感染症看護師の育成について

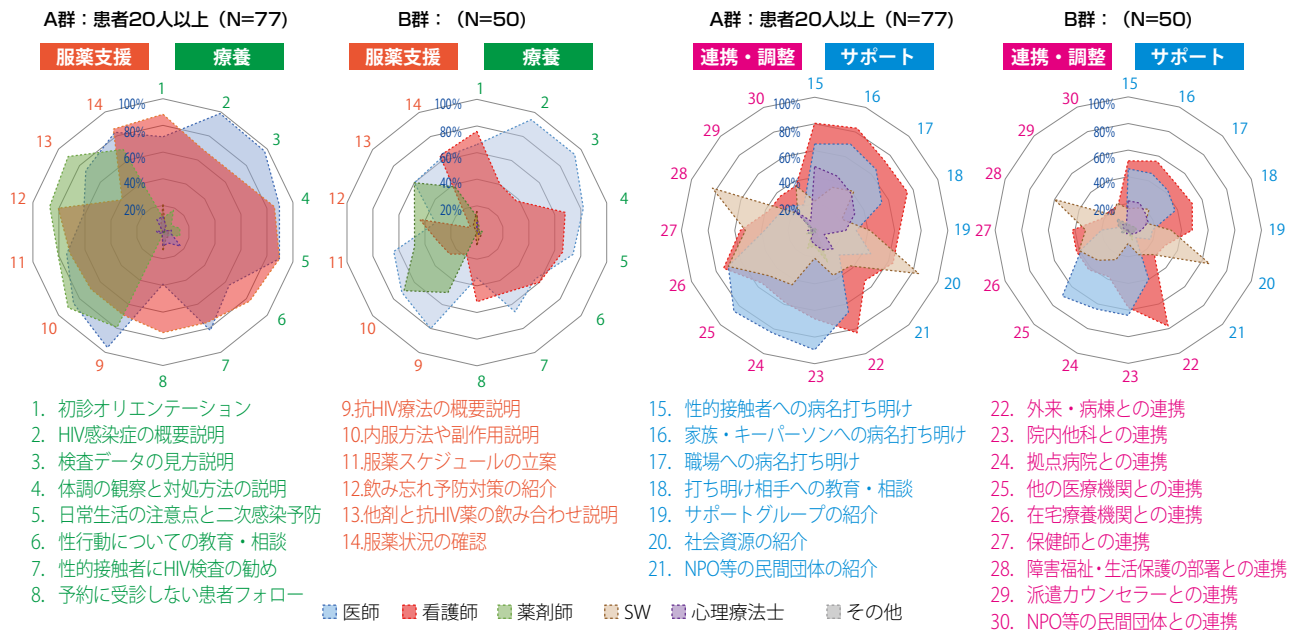
HIV 感染症看護師の育成



4. HIV 感染症看護師の活動の実際

グラフは 2016 年に全国のエイズ治療拠点病院の看護師向け調査を実施し、回答のあった 127 施設の職種別のケア実施状況である。月の通院患者数が 20 人以上（A 群）と以下（B 群）で比較したところ、A 群では「療養」は医師と看護師が概ね実施し、「服薬支援」は薬剤師も加わり実施していた。患者数の多い施設は、多職種が同じケア項目を実施していることから、協働してケアが提供されていると考える。

両群で「サポート」は医師・看護師・心理士が、「連携調整」は医師・看護師・医療ソーシャルワーカーの実施率が高くなっていた。「NPO や派遣カウンセラーと連携」において実施率の低下が見られた。サポートや連携・調整は患者数や施設背景に関係なく、患者の個別性や治療方針などにより必要なケアとして提供されていると考える。NPO や派遣カウンセラーは、地域別の整備状況が異なるため、実施率に影響したと予測された。



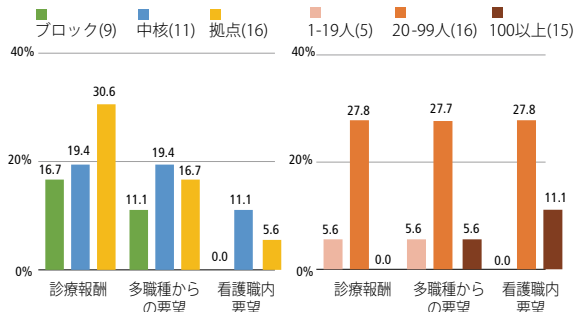
職種別のケア実施状況

5. 育成の支援と課題

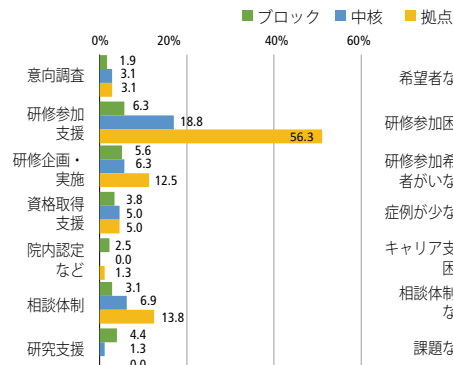
グラフは 2016 年に全国のエイズ治療拠点病院の看護管理者向け調査で回答のあった 125 施設の結果である。専従看護師は 36 施設に配置され、配置の理由には診療報酬の算定が大きく関係していた。育成については、院内での研修企画よりもまずは研修参加への支援を講じることでスキルアップが図れるように支援していた。

また「HIV 看護の希望者がいない」という結果が明らかとなり、現任の HIV 感染症看護師は緊急課題である次世代育成にさらなる工夫、これまでにない斬新な戦略が必要と考えられた

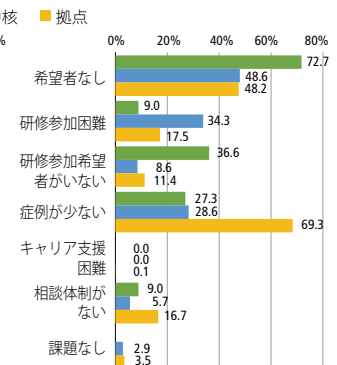
専従看護師を配置した理由（複数回答）



育成の支援内容（複数回答）



支援上の課題（複数回答）



HIV Care について

治療の進歩により、ケアも大きく変化している。治療が奏功している患者の予後は改善し、長期療養課題として新たに HIV 感染症以外の例えば、がんや生活習慣病などの他の疾患管理が必要となったり、それに伴う費用や生活費の負担などが生じたりしている。

長期療養をおくる患者に以下の6つのケアを提供している。

1. 定期受診

HIV 感染症と診断されたら、症状の有無や治療開始の有無にかかわらず、定期受診し、自覚症状に現れない状態を診療、各種検査で確認する。

初診から治療開始までは症状などによるが、2 週間～1 か月に 1 度、治療開始後～維持期（ウイルス量が検出限界以下を数回確認）になった後は 2-3 か月後の受診間隔となる。患者数の多い首都圏では、平日の夜間や土日に診療を実施している診療所が複数開院し、患者が仕事などの社会生活と両立できるよう支援している。なお、他疾患の治療によっては、受診頻度が増えたり、受診調整をしたりすることがある。

高齢者や ADL 課題によっては、地元を受診先を設けておくのは、患者家族らはもちろん、医療機関も安心である。

2. 服薬継続

治療が開始されたら、継続服用が原則であり、高い服薬率の維持とウイルス量を検出限界以下に抑え続け、HIV 感染症の進行抑止と同時に他疾患発症を予防する。

飲み忘れ予防としてピルケースやアラームの利用、一包化など試みる。

また病気を知る身近な理解者からの声掛け、もしくは保健師・訪問看護師など地域支援者と連携することもある。

他疾患の治療薬剤との相互作用に注意する。



3. 感染管理

HIV 感染症は 2 つの側面で感染管理が必要である。

ひとつめは、免疫不全として、いろいろな病気に感染しないよう、易感染対策を行う。2 つ目は、主に血液・体液を介して他者への感染を予防するために、患者の血液・体液が、他者の傷口・粘膜へ触れないよう留意すること、患者が傷を負った場合は、絆創膏などで保護するよう説明しておくことが重要である。

治療が奏功し、ウイルス量が検出限界以下を維持できている（Undetectable）状態であれば他者への感染が予防できる（Untransmittable）、略して U=U という、研究結果に基づき、科学的に裏付けされたメッセージによるキャンペーンが世界で展開されている。服薬継続により治療が奏功している場合は、他者への HIV 感染は予防できることを示している。

ただし、HIV 感染症以外の性感染症予防は引き続き重要である。

4. よりよい習慣

HIV 感染症の療養についてもよりよい習慣を身につけることが重要であるが、高血圧や糖尿病、がんなどの合併症を予防をするためにも不可欠である。

- * 食生活の見直しや節酒や禁煙
- * 体重管理、血圧測定、適度な運動習慣
- * 睡眠習慣の見直し など

体温計、血圧計、体重計などを購入いただき、自分の健康管理に関心が持てるようアドバイスする。

5. メンタルヘルス支援

長期にわたる自己管理は患者の負担になることがある。また病名を周囲の身近な人や職場へ開示していない場合など、仕事と調整しながら定期受診していくことが難しい場合もある。HIV 感染に加え、セクシャリティの課題で、ケースによるが自殺企図や希死念慮を抱く患者も少なくない。長期療養時代を迎え、医療費や生活費を含む金銭課題など、複合的な課題を抱えている症例もある。定期受診時に身体面のみならず、心理面や社会面について言い出しづらいこともある。こちらが、意識的に質問するなどして相談しやすい雰囲気作り、多職種との協働が必要である。

6. くらしについて

患者さんの多くは、仕事や学業と療養を続けている。20-40 歳代が多く、仕事や生活拠点が変更されることも多い。一方で HIV 感染の診断を機に仕事や社会参加に消極的になってしまった症例もいる。長期療養をどう過ごすか、そして最期をどこでだれとどう迎えるかなど、他の慢性疾患同様の課題が患者に降りかかっている。

患者が望む治療・医療・くらしを繰り返し話し合いながら、患者の意思決定を支えることが必要である。



感染対策

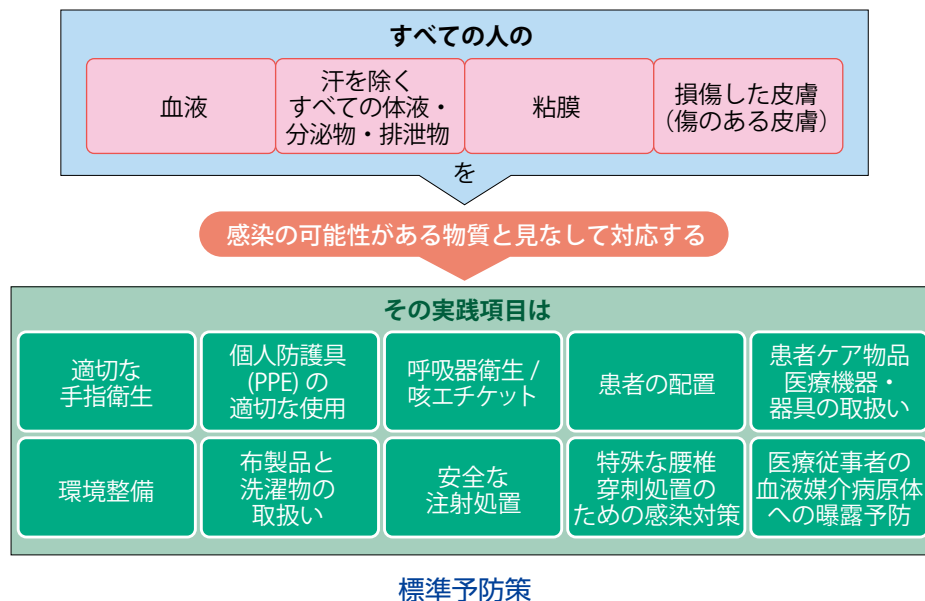
1. 感染の原因と感染予防の原則

HIV 感染の原因は、「性行為」「血液感染」「母子感染」の3つである。現在、国内では、「性行為」による感染が最大の原因になっている。

HIV 感染者の血液、精液や膣分泌液、髄液などの体液（汗、唾液、非血性便、尿を除く）を介して、非感染者の傷口・粘膜を通してHIVが侵入した際に感染が起こりえる。せきやくしゃみ、お風呂やプール、トイレの便座の共有など、日常的な生活での接触では感染しない。

2. 標準予防策

HIV 感染症の感染対策は、「標準予防策」で十分である。標準予防策とは、感染症が疑われるか確認されたかにかかわらず、すべての患者の血液・体液、分泌物（汗を除く）、排泄物（これらを総称して湿性生体物質と呼ぶ）を感染の危険を有するものとみなし対応することである（図 標準予防策）。



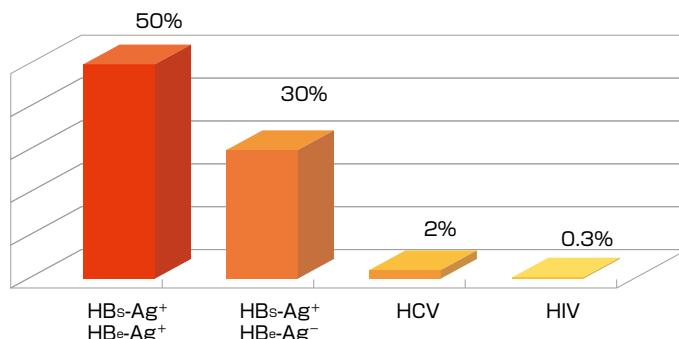
HIV 感染者のケアを行う現場では、いまだ過剰な个人防护具（PPE）が使用されている。表を参照に个人防护具の適切な使用を行い、動作およびコストの無駄を省くこと。

个人防护具の種類	使用目的
1. 手袋	血液・体液・分泌物・排泄物・汚染物質との接触の可能性があるとき、粘膜や傷のある皮膚との接触の可能性があるときに着用する。
2. ガウン	衣類や露出した皮膚が、血液・体液・分泌物・排泄物・汚染物質と接触することが予測される手技や患者ケアを実施する場合に着用する。
3. サージカルマスク、アイプロテクション（ゴーグル）、フェイスシールド*	吸引や気管内挿管のような血液・体液・分泌物の跳ね返りや散布が発生する可能性のある手技や患者ケアを実施する場合に着用する。

* 呼吸器のエアロゾルによって伝播する感染症が疑われるまたは確定している患者（例えばSARSなど）にエアロゾルを発生させる手技を行う場合は、手袋、ガウン、顔面 / 眼のプロテクションに加えて、フィットテストしたN95 マスクまたはより高性能の呼吸防護具を着用すること。

3. 曝露事故後の感染率

医療行為を行う際に、針刺し事故などの体液曝露事故を完全になくすことは難しい。各種感染患者に使用した針で針刺し事故を起こした際の感染率は、グラフのような調査結果である。針刺し事故を予防する対策（リキャップをしない、針捨て箱を近くに置くなど）を行うことが優先される。



MMWR 2001;50(PR-11):1-54

曝露1回あたりの感染リスク

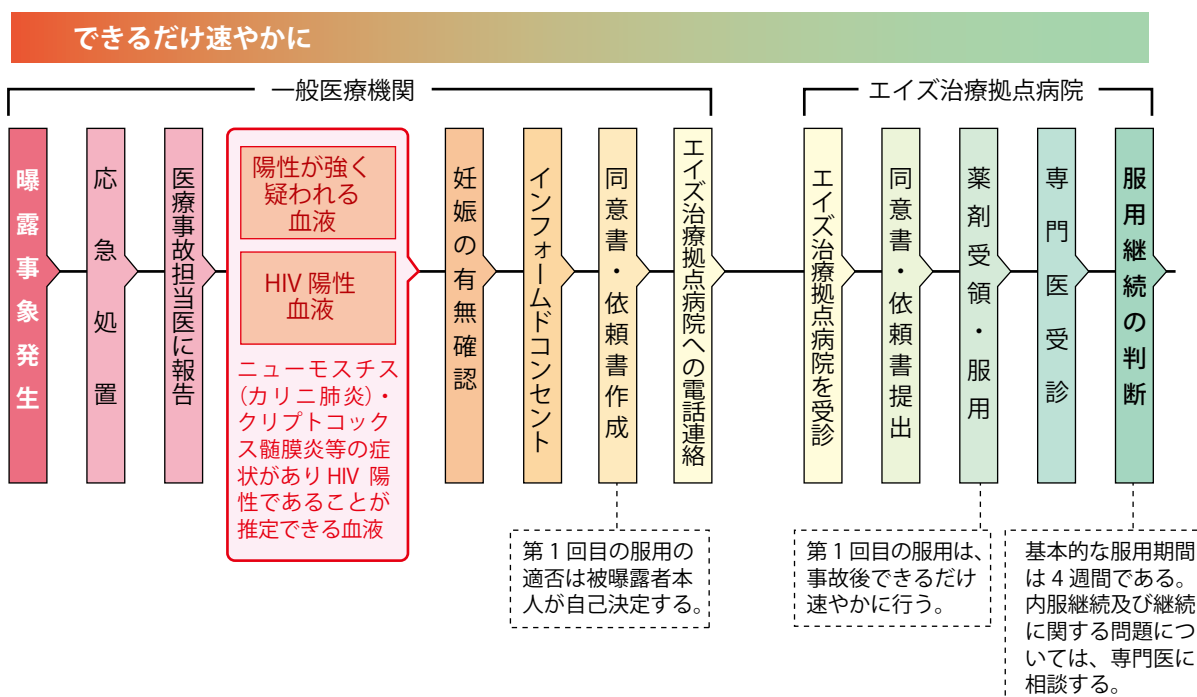
4. HIV 感染症の職業曝露後対応について

2019 年末現在、HIV 感染症のワクチンはない。万一、医療現場等で曝露事故が発生した際に、「大量の水で曝露部位を洗浄」し、曝露の状況によるが「抗 HIV 薬を予防内服する」ことで HIV 感染回避が期待できる。ガイドラインが変更されるため、最新版は ACC ホームページで確認してほしい (<http://www.acc.ncgm.go.jp/medics/infectionControl/>)。

フローチャートは、東京都のものを参考に一部改変している。長期療養する患者は、医療機関に加え、訪問看護を受けていたり、介護・福祉施設を利用したりする機会が増えた。歯科診療、透析などでは観血的処置が避けられない。自身が勤務する施設と連携可能な専門医療機関の連絡先を確保しておくこと、マニュアルなどが整備されていることが重要である。

予防服用フローチャート（緊急対応用）

HIV 感染のおそれのある場合は、以下の「予防服用フローチャート」に従って対応する。



参考・引用文献

- 1) エイズ対策関係法令通知集（エイズ対策必携）、エイズ疾病対策研究会、2006 年
- 2) 薬害エイズ裁判史、第 4 巻恒久対策編、日本評論社、2002 年
- 3) 雨宮みち、標準予防策、p 278-285、感染管理・感染症看護テキスト、照林社、2015 年
- 4) HIV 感染症「治療の手引き」第 23 版、日本エイズ学会 HIV 感染症治療委員会、2019 年
- 5) 患者教育用冊子 患者ノート 2019、国立研究開発法人 国立国際医療研究センター ACC、2019 年
- 6) 平成 30 年度報告書血液凝固異常症全国調査、厚生労働省委託事業
- 7) 後天性免疫不全症候群に関する特定感染症予防指針 2018 年 1 月 18 日
- 8) HIV 診療における外来チーム医療マニュアル第 2 版、平成 21 年度厚生労働省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
- 9) HIV/AIDS コーディネーターナーステキスト Vol.1.0 平成 27 年度厚生労働省科学研究費補助金エイズ対策研究事業（エイズ対策政策研究事業）分担研究「ブロック内中核拠点病院間における相互交流による HIV 診療環境の相互評価」
- 10) 渡部恵子、佐々木晃子他、「全国エイズ診療拠点病院の HIV/AIDS 看護体制に関する調査（1）～患者ケア実施の現状と課題に対する検討～」、第 31 回日本エイズ学会学術集会
- 11) 大野稔子、杉野祐子他、「HIV/AIDS 看護師の配置や育成に関する実態調査」、第 48 回日本看護学会 - 看護管理 -
- 12) ACC 研修資料 2019



令和元年度 厚生労働行政推進調査事業費補助金 エイズ対策政策研究事業

HIV 感染症の医療体制の整備に関する研究

研究代表者： 横幕 能行（NHO名古屋医療センター）

「ブロック内中核拠点病院間における相互交流によるHIV診療環境の相互評価」

研究分担者： 池田 和子

研究協力者： 杉野 祐子、谷口 紅、鈴木ひとみ

国立研究開発法人 国立国際医療研究センター エイズ治療・研究開発センター

〒162-8655 東京都新宿区戸山1-21-1