

改訂第4版

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感染症および血友病における
チーム医療の構築と医療水準の向上を目指した研究

HIV診療における 外来チーム医療マニュアル



独立行政法人国立病院機構 大阪医療センター
臨床研究センター エイズ先端医療研究部
研究代表者 渡邊 大

利用される皆様へ

本マニュアルは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感染症および血友病におけるチーム医療の構築と医療水準の向上を目指した研究班(研究代表者 渡邊 大)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。各職種が専門的技術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

本マニュアルは令和 5 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 感染症および血友病におけるチーム医療の構築と医療水準の向上を目指した研究の一環として、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。

はじめに

「HIV 診療における外来チーム医療マニュアル」は、平成 17 年度厚生労働科学研究費補助金エイズ対策事業「多剤併用療法服薬の精神的、身体的負担軽減のための研究」班により作製された。その後、平成 21 年度および令和 2 年度の厚生労働科学研究費補助金エイズ対策事業「HIV 感染症及びその合併症の課題を克服する研究」班により二度の改訂が行われた。

初版からはすでに 18 年、第 2 版からも 14 年経過し、HIV 陽性者のおかれる環境も大きな変化が起きている。かつては、治療開始を躊躇する HIV 陽性者も少なくなかった。未治療の状態での長い経過観察中、CD4 数の変動に一喜一憂する患者さんを相手に、どのタイミングで治療開始を提案するかは悩ましく思えた。

近年はその状況も大きく変化した。1 日 1 回 1 錠製剤が当たり前のように処方されるようになった。U=U も HIV 陽性者の治療意欲をもたした。さらには、1～2 ヶ月ごとの注射による治療など Quality of life を向上させる新規の治療法も登場している。このような医学の進歩のなか、早期の治療開始を希望される HIV 陽性者が増え、海外では HIV と診断されたその日から治療を開始することも推奨されるようになってきた。残念ながら、医療者がこのような早期治療の希望に応えようとしても、国内では医療費助成制度の利用という壁が存在する。

本マニュアルでは、医療費助成制度を含めた HIV 診療のすべての課題におけるチーム医療のコツについて記載されている。このような事由は当然、治療ガイドラインにも記載されていない。本マニュアルが HIV 診療のチーム医療の提供にお役に立つことを願います。

最後に、本マニュアルの改訂にあたり、ご尽力頂いたメンバー各位に、この場を借りて感謝の意を表します。

令和 6 年 1 月

令和 5 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 感染症および血友病におけるチーム医療の構築と医療水準の向上を目指した研究
研究代表者 渡邊 大

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	8
2) 患者ニーズとおかれた状況に対するチームでの対応	8
(1) 患者ニーズとおかれた状況	8
(2) チームでの対応	9
3) 加算	9
4) チームとは	9
(1) チームとは	9
(2) チームとなるために求められる力	10
(3) チームのためのさまざまな活動	10
(4) チームが形成されるためのプロセス	11
(5) チームの種類	11
(6) チーム形成を可能にする基盤	12
(7) チームの状態を振り返るための視点	12
5) 各医療者の役割	12
(1) 医師の役割	12
(2) 看護師の役割	14
(3) 薬剤師の役割	14
(4) ソーシャルワーカーの役割	14
(5) カウンセラーの役割	14
(6) 精神科医の役割	15

第2章 チームで支援する HIV 外来診療

1) 受診までの対応（告知後未だ医療機関を受診していない人への支援体制を組む場合）	18
(1) 受診支援	18
(2) 相談体制	19
2) 初診	19
(1) 初診時の患者のおかれた状況	19
(2) チーム目標	20
(3) 初診時の流れ	20
3) 2 回目の診察	41
(1) 2 回目の患者のおかれた状況	41
(2) チーム目標	42
(3) 2 回目の流れ	42
4) 3 回目以降（服薬未開始）	47
(1) 3 回目以降の患者のおかれた状況	47
(2) チーム目標	47
(3) 3 回目の流れ	47
5) 服薬準備期（抗 HIV 療法の開始が検討される場合）	50
(1) 服薬準備期の患者のおかれた状況	50
(2) チーム目標	50
(3) 服薬支援	50
(4) 服薬阻害因子の軽減	52

(5) ライフスタイルにあった服薬.....	52
(6) 各職種の患者への関わり	53
(7) 既往症・合併症への対応	56
6) 服薬開始時.....	56
(1) 服薬開始時の患者のおかれた状況.....	56
(2) チーム目標	56
(3) 服薬支援	57
(4) 各職種の患者への関わり	58
7) 服薬開始直後.....	59
(1) 服薬開始直後の患者のおかれた状況.....	59
(2) チーム目標	59
(3) 服薬支援	59
(4) 各職種の患者への関わり	60
8) 服薬継続時.....	62
(1) 服薬継続時の患者のおかれた状況.....	62
(2) チーム目標	62
(3) 服薬支援	62
(4) 各職種の患者への関わり	62
9) 服薬中断症例への服薬支援.....	65
(1) 服薬中断症例の患者のおかれた状況.....	65
(2) チーム目標	65
(3) 各職種の患者への関わり	65

第3章 チームで支援する諸問題

1) 長期療養における課題と支援.....	68
(1) 地域支援者を含めた在宅療養支援.....	68
(2) 長期療養に伴う疲弊、受診中断.....	68
(3) 療養を継続するための患者の意思.....	69
2) 血友病患者への対応	69
3) 肝炎（HCV、HBV）合併例での留意点.....	70
4) 女性感染者への対応の留意点.....	70
(1) 女性患者の特徴.....	70
(2) パートナー告知.....	70
(3) 婦人科疾患、性感染症について.....	71
(4) 妊娠と出産	71
5) パートナー・家族等への支援.....	72
(1) 身近な支援者に対するフォローアップの面接で医療者が心がけること	73
(2) 遺族への支援.....	73
6) 抗 HIV 薬・抗 HIV 療法.....	74
(1) 抗 HIV 療法の原則.....	74
(2) 抗 HIV 薬の服薬期間.....	74
(3) 治療開始時期.....	74
(4) 抗 HIV 薬の種類.....	74
(5) 治療効果のモニタリング	75
7) 院外処方の目的およびメリットと留意点.....	77

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	78
	(1) かかわり行動・態度	78
	(2) かかわり技法	79
	(3) 実行に向けての支援	80
資料2	服薬における患者と医療者のコミュニケーション事例	80
資料3	エイズ派遣カウンセリング制度実施自治体一覧	82
資料4	健康保険証と関連制度	83
	(1) 健康保険証とプライバシー保護	83
	(2) 健康保険で利用できる制度	83
資料5	身体障害者手帳	85
資料6	自立支援医療	88
資料7	障害者医療費助成	91
資料8	その他の医療費助成制度	91
	(1) 先天性血液凝固因子障害治療研究事業	91
	(2) 肝炎治療医療費助成制度	92
資料9	障害年金	92
資料10	生活保護	93
資料11	後天性免疫不全症候群発生届	94
資料12	エイズ病原体感染者報告表（病状に変化を生じた事項に関する報告）	95
資料13	血中濃度測定	96
資料14	薬剤耐性と薬剤耐性検査	96
資料15	外国籍 HIV 陽性者の支援を行っている団体	97
歴代作成委員		98

註：本マニュアルでは、下記の語は以下のような意味で使用している。

ソーシャル：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、
ワーカー 社会福祉士あるいは精神保健福祉士の資格を有していることが多い。

カウンセラー：臨床心理士や公認心理師、その他カウンセリングを担当する職種をここではカウンセラー
として表記する。

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

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

他 科：HIV 感染症を診ている診療科以外を指す。

他 部 門：自分が属している部門（診療部や看護部、薬剤部など）以外を指す。

各職種の患者への関わり早見表

		役 割	診療の流れ							
			初 診	2 回目 の診察	3 回目 以降	服薬準備期間	服薬開始時	服薬開始直後	服薬継続時	服薬中断時
外 来 診 療	チーム目標	p.9	p.20	p.42	p.47	p.50	p.56	p.59	p.62	p.65
	患者のおかれた状況		p.19	p.41	p.47	p.50	p.56	p.59	p.62	p.65
	トリアージ		p.20	p.42	p.47					
	アセスメント					p.51	p.57	p.60	p.63	
	各職種の目標と役割									
	医 師	p.12	p.24,28,39	p.42,44	p.48	p.53	p.58	p.60	p.62	p.65
	看護師	p.14	p.20,28	p.44	p.48	p.53	p.58	p.60	p.64	p.66
	薬剤師	p.14	p.32	p.45		p.54	p.58	p.60	p.64	p.66
	ソーシャルワーカー	p.14	p.32,39	p.45	p.48	p.54	p.59		p.64	p.66
	カウンセラー	p.14	p.33,39	p.46	p.48	p.55		p.61	p.65	p.66
	精神科医	p.15	p.36,39							
	外来カンファレンス		p.40	p.46	p.49					

コラム

1. チーム内での情報共有について.....	15
2. 院外の陽性者支援の紹介	16
3. HIV 関連神経認知障害(HIV-associated neurocognitive disorders; HAND)について	17
4. 初診患者への対応のポイント	21
5. 健康保険使用のメリットと予測されるリスク	21
6. 個室のメリットとリスク	21
7. 多言語通訳の手配.....	22
8. 外国籍の患者の地域支援.....	22
9. 陽性者の性行動の対象は異性？同性？どちらも？	26
10. 患者教育	29
11. 患者教育で使用する資料	29
12. インターネットによる情報収集と意見交換	29
13. U=Uについて.....	30
14. PEP（ペップ）とPrEP（プレップ）をご存知ですか？	31
15. カウンセラーの視点.....	36
16. 患者への連絡	40
17. 行動を変えることはたやすすくない！	56
18. 服薬支援のコツ	58
19. 女性患者の服薬支援.....	71
20. 小児患者への服薬支援	72
21. 血中ウイルス量検査の説明	76

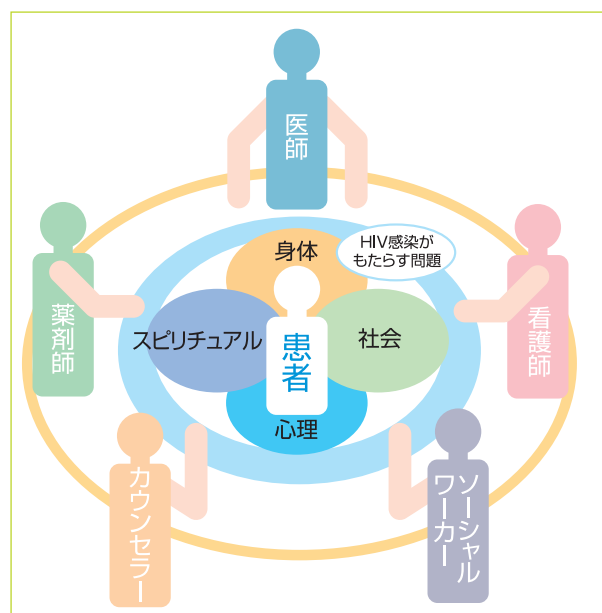
第1章

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、患者自身が定期的な受診、服薬行為を適切に行えなければ、治療は失敗し、さらには薬剤耐性ウイルスが出現することが知られている。従って、患者がセルフケアとして受診や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、患者自身が定時受診、服薬など自己管理し、自身の健康を向上・維持できるようにすることである。そのために適切な支援をチームで提供することが重要である。チーム医療の提供とは、患者に提供すべき

図1 患者のおかれた状況とチームでの対応



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つて行うことである。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（78 ページ、資料1 参照）を持ち、自分の役割を認識し、責任を果たす必要がある。そして、患者に対してのみならず、スタッフ相互間においても良好なコミュニケーションが求められる。

2) 患者ニーズとおかれた状況に対するチームでの対応

(1) 患者ニーズとおかれた状況

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

人の身体の状態と、心理的状态、社会的状況は相互に密接に関わっている。HIV 感染症は患者の身体的、心理的、社会的そしてスピリチュアル的に困難な状況を生じさせるといえる（図1 参照）。これらの多面的困難な状況のなかで、どの側面が強調され認識されるかは、患者によってさまざまである。医療者は、HIV 感染症がすべての側面に危機状況を生みだすことを認識することが重要である。患者が医療に求める二

ーズもまた、身体的、心理的、社会的そしてスピリチュアルなど多面的である。

(2) チームでの対応 医療機関では、身体の状態をアセスメントし治療していくことが最も重要であるが、そのためにも心理的、社会的側面やアイデンティティなどにも関心を持ち、アセスメントを行い、必要なサポートを整えていくことが求められる。身体的変化や行動の変化、心理、社会、アイデンティティの変化によって引き起こされる場合もある（39 ページ、図 2-8 参照）。診療場面などで観察される患者の些細な身体状況や行動の変化に気付くことで早期対応が可能になる。

診療上の問題が生じた場合、問題そのものの対応に加え、心理状態や社会的状況を考慮したアセスメントと介入を行うことも重要である。まず既存の医療スタッフで対応が可能かどうかを判断し、必要なら院外の社会的資源の活用も検討する（16 ページ、コラム 2「院外の陽性者支援の紹介」参照）。多面的アセスメントを行うには、何よりもまず患者が上に示したような状況におかれていることに医療者が関心を持つことが重要である。可能であればカウンセラーやソーシャルワーカーなどの多職種の専門職と情報共有を行い、早い段階から診療にかかわることで、診療上の問題が重層的に捉えられ、介入プランも多様なものに練りあげられるだろう。すなわち患者のニーズに応じて、さまざまな職種が医療に参加することを目指しつつ、既存のスタッフで行えることを判断し、他機関や社会資源との連携も積極的に行っていくことが肝要である。チームを組み効果的に関わるためにも、構成員はそれぞれ役割を分担し、理解しあうことが大事である。患者にとって医療機関は社会の一つである。さまざまな困難を抱える患者に対する医療機関の公正で誠実な対応が、その後の患者の主体的な社会参加への支援につながる。

3) 加算

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

施設基準とは、

- ・当該保険医療機関内に当該療養を行うにつき十分な経験を有する専任の医師が配置されていること
- ・当該保険医療機関内に当該療養を行うにつき十分な経験を有する専任の看護師が配置されていること
- ・当該保険医療機関内に当該療養を行うにつき必要な専任の薬剤師が配置されていること
- ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されていること
- ・当該療養を行うにつき十分な構造設備を有していること

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

4) チームとは

(1) チームとは

チームとは、各専門職種が、それぞれの専門性すなわち専門的知識と技能を最大限に発揮し、それらをチーム全体で統合することによって、個別の専門職では達成できない総合的な患者支援を実現する小集団のことである。各職種がチームを組むことによって、患者の持っている身体的、心理的、社会的、そしてスピリチュアルなどの多様なニーズに応えることができる。

(2) チームとなるために求められる力

チームを作りだすためには、以下の二つの力が求められる。

① 専門力

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

② 協働力

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

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

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

ii 他の専門職の知識、判断、アセスメント、技能を理解する力

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

iii 異なる判断やアセスメントあるいは行動をすりあわせる力

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

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

(3) チームのためのさまざまな活動

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

① 打ち合わせと連絡

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

② 専門的助言

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

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

③ 協力

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

(4) チームが形成されるためのプロセス

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

① 開始期

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

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

② 展開期

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

③ 成熟期

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

(5) チームの種類

チームにはいくつかの種類がある。

① マルチ型チーム (multi-disciplinary team)

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

② インター型チーム (inter-disciplinary team)

慢性疾患など、患者のニーズがより多様である場合に、その患者の多様なニーズに対応して、各専門職が支援を提供し、その専門性を重なり合うように発揮していくチームである。方針決定のプロセスは専門職同士の意見の交換や交渉による相互性が重要となる。リーダーシップは共同主導権である。

③ トランス型チーム (Trans-disciplinary team)

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

慢性化が進む HIV 感染症では、その疾患の特徴から、上記のインター型チームがチームの基本的あり方と考えられる。ただし、インター型チームの定着が長期にわたることで、各専門職の機能と役割の理解が深化し、時にはトランス型チームへの

移行もありえるだろう。また、疾患の状態変化によって、マルチ型チームのほうが適している場面もあるだろう。

(6) チーム形成を 可能にする基盤

① チームメンバー間の関係とコミュニケーション

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

② 管理組織からの理解

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

③ 制度や国全体のシステムからの支援

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

(7) チームの状態を 振り返るための 視点

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

5) 各医療者の役割

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

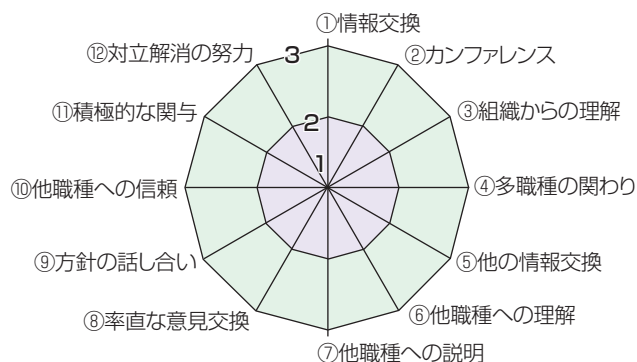
(1) 医師の役割

医師は診察し、必要な検査を実施し、それらの所見に基づき診断し、治療方針を決定する。治療を要する場合には、処方を行い、治療効果を評価する。患者は医師の一挙一動に敏感である。医師は偏見や差別を避け、不必要な発言や態度は慎み、チーム医療のリーダーとして、患者に安心感を与え、安全な医療を提供する。医師は、看護師、薬剤師、ソーシャルワーカー、カウンセラー等の多職種でのチーム医療体制を構築し、チームカンファレンスを開催するなど職種間の情報交換を保障するとともに、チーム医療の最終責任者としての責務を果たす。各スタッフは看護部や薬剤部等それぞれ異なった組織に所属していることを念頭におき、医師は各部門、所属長ともコミュニケーションを図り、各職種がチーム医療を円滑に行うための環境を整える。また、他科連携や院外連携が必要な場合も各職種と協力してその責務を果たす。

表1 適切なチーム状態を維持するためのチェック表

質問項目	3 している	2 どちらでもない	1 していない
① 各職種間で必要に応じて、患者支援に関する情報や判断などを連絡し合って、交換しているか？			
② 多職種が集まるカンファレンスなどが必要に応じてまたは定期的に行われているか？			
③ 自分たちのチームに対して、管理組織や他の専門職、専門職組織からの理解があるか？			
④ 自分の病院では、多様な専門職が患者支援にあたっているか？			
⑤ チーム間で、カンファレンス以外にも、お互いの情報を交換する方法を持っているか？			
⑥ 自分は、他職種の専門的な活動、判断、考え方を理解しているか？			
⑦ 自分は、他職種に対して、自分の専門的な活動、判断、考え方を説明しているか？			
⑧ 多職種間で、異なった立場の判断や考え方も正直に交換しているか？			
⑨ 自分のチームでは、患者支援の方針について、話し合っているか？			
⑩ 自分は他のチームメンバーの判断や技能を信頼しているか？			
⑪ チームでは、自分の判断や考え方を自由に発言しているか？			
⑫ チームでは、意見や方針の対立があっても、努力して合意に至っているか？			

チーム状態の振り返りチェック表



(2) 看護師の役割

看護師は患者の全人的理解と評価を行い、包括的医療を提供する上でのチーム医療の要（かなめ）である。HIV 感染症は慢性疾患となり、患者の療養は治療の有無にかかわらず継続的な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。看護師は療養生活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と連携し、患者理解と患者の問題解決に向けて各専門職と意見交換を行い、それぞれの調整の役割を担う。

(3) 薬剤師の役割

薬剤師は医師が処方した処方箋の確認、正確な調剤、薬剤が適正に使用されるよう服薬指導を行う。HIV 診療における薬剤師の役割の中で処方箋の確認は、用法・用量の確認に加え、相互作用の確認も重要なポイントとなる。抗 HIV 薬は多剤併用療法が行われることに加え、日和見感染症治療等、抗 HIV 薬以外の生活習慣病など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。更に正確な調剤はもちろんのこと、抗 HIV 薬は使用患者数が少ないため、特殊な流通を経る薬剤があることから、薬剤の供給体制に配慮する必要がある。

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

(4) ソーシャルワーカーの役割

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

(5) カウンセラーの役割

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

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

(6) 精神科医の役割

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



コラム 1 チーム内での情報共有について

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



コラム2 院外の陽性者支援の紹介

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

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

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

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

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

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

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



コラム3 HIV関連神経認知障害(HIV-associated neurocognitive disorders; HAND)について

HIVの中枢神経系への感染により引き起こされる認知機能障害。以前はHIV脳症、AIDS認知症複合と呼ばれていたが、多剤併用療法の導入後、重症の認知症は減少する一方で、軽症の認知機能障害の報告が続いているという変化に伴い、HIVによる脳症を包括する疾患概念として提唱された。

HANDは軽症から重症まで、無症候性神経認知障害(ANI)、軽度神経認知障害(MND)、HIV認知症(HAD)の3つに分類される。神経認知検査の2領域以上の認知領域での検査成績の標準値平均からの低下の程度(1SD以上低下、2SD以上低下)と日常生活機能の低下の程度を評価して分類される。神経認知検査で評価する領域として、言語、注意/ワーキングメモリー、遂行機能、記憶(学習と再生)、情報処理速度、感覚/知覚、運動技能などのうち少なくとも5領域以上を評価することが診断基準では求められている。各国でHIV感染患者に占めるHANDの有病率調査が行われており、米国47%(2010年)、英国21%(2014年)、日本25.3%(2017年; ANI13.5%、MND10.6%、HAD1.2%)と報告されている。

HIVは感染初期から中枢神経系にも感染することが知られている。ミクログリアやアストロサイト等のグリア細胞に感染し、感染細胞から放出されるウイルス蛋白の神経毒性や炎症性サイトカインにより急性の脳炎・髄膜炎が生じ、神経細胞死が生じる。治療によって末梢血でHIVが抑制された後も、ミクログリア等の感染細胞は、HIVが潜伏・増殖するリザーバーとなり、脳内で慢性感染と炎症が続き、緩徐な神経細胞死が生じて、脳が萎縮すると考えられている。このため、抗HIV療法はHANDを改善する有力な治療法であるが、治療にもかかわらず認知機能障害は緩やかに慢性的に進行する可能性がある。

認知機能のどの領域・機能が障害されるかについての報告、HIVが障害する脳の領域についての報告ともに、一貫性は乏しく、多様である。特に抗HIV療法により軽症の認知機能障害が中心になった現在は、HIVにより障害される認知機能の個人差が大きいと考えられる。ゆえに、HAND患者の支援にあたっては患者個人ごとに認知機能のどの機能が低下しているかを明らかにし、個々人の障害の実態に応じた、テーラーメイドの支援を構築する必要がある。

神経認知障害の障害領域による困りごとの具体例を挙げる。視空間知覚が低下している患者は、内服薬が多剤であると薬の判別がしにくい。運動技能が低下している患者は、薬のシートからの取り出しや開封が面倒になる。注意/ワーキングメモリーが低下している患者は、他の用件に気を取られ、内服を忘れ、受診予約を忘れる。このように、患者個人の認知機能のどの領域と機能が障害されているかにより、患者個人の困りごとや悩み、生活の質の低下の内容は異なっており、それに対する支援のあり方も異なってくる。ゆえに、神経認知のどの領域と機能が障害されているかを検討することが大切になる。

チームで支援する HIV 外来診療

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

(1) 受診支援

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

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

① 医療機関の選択

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

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

② プライバシー

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

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

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

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

③ 経済的問題

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

④ 既存疾患の治療

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

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

⑤ コミュニケーション

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

(2) 相談体制

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

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

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

2) 初診

(1) 初診時の患者のおかれた状況

感染告知を受けて間もない患者は、自らの予後についての見通しが立てられず、学業や仕事、人間関係などを巡って将来が不透明であることへの不安を抱えやすい。また、臨床症状のある患者は、生命予後への不安も増大している。その上、初診時は患者にとって全く初めての医療機関やスタッフとの出会いの時であったり、そのこと自体が患者に緊張感をもたらすことも考えられる。何よりもまずそのような不安や緊張感を抱えながらも、何とか医療機関に足を運んだ患者をあたたく迎え入れる姿勢が重要である。そのため初診時には、まず担当する医療者との間に安心できる人間関係を作ることと（78ページ、資料1参照）、押し寄せる様々な不安を整理し、今後の療養生活についてのある程度の見通しを立てる支援が必要であると考えられる。

註 本マニュアルの初診時にはPCR法などの確認検査で「HIV感染症」と診断されたHIV陽性者を対象としている。

(2) チーム目標

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

- ① 心身ともに危機的状態から回復することができる
- ② 治療と療養生活の見通しを持つことができる
- ③ 定期受診の必要性を理解することができる（2回目の受診につなげる）

(3) 初診時の流れ

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

① 初診窓口での受付

（初診受付での対応、初めに会うスタッフの対応）

- i 初診申し込み票の記載 紹介状や保険証等の確認
- ii 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。

② HIV感染症の診療を行う外来診療科での受付

- i 紹介状等持参している患者情報等を受け取り、担当する看護師へ引き継ぐ。

③ 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する。紹介状があれば事前に内容を確認するなど施設内で取り決め、速やかに診療が開始されるように工夫する。
- 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→必要であれば診察の順番を優先する（図2-2参照）。
- iv 患者をプライバシーの確保される場所に案内する。
- v 日本語での説明で理解が可能か確認する→難しければ通訳や通訳機能のあるデバイスの利用を提案し、同意を得る。
- vi 受診理由を確認する。
- vii 告知後の状況。
疾患の受け入れなど簡単に聴取して状況確認。詳細情報は、オリエンテーション後の問診で時間を設けて聴取する。

図2-1 初診時の流れ

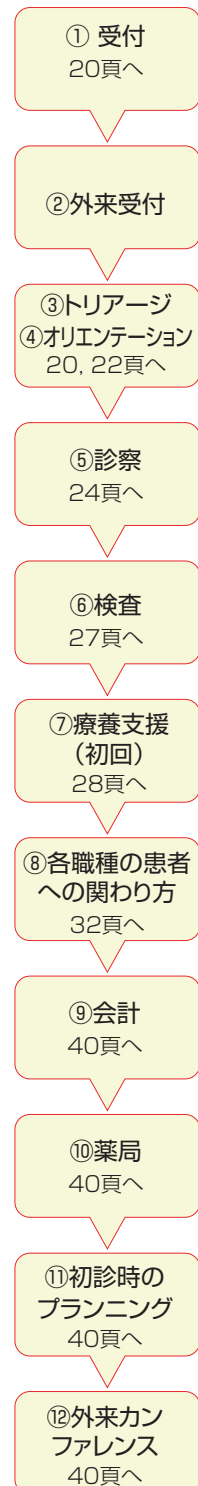
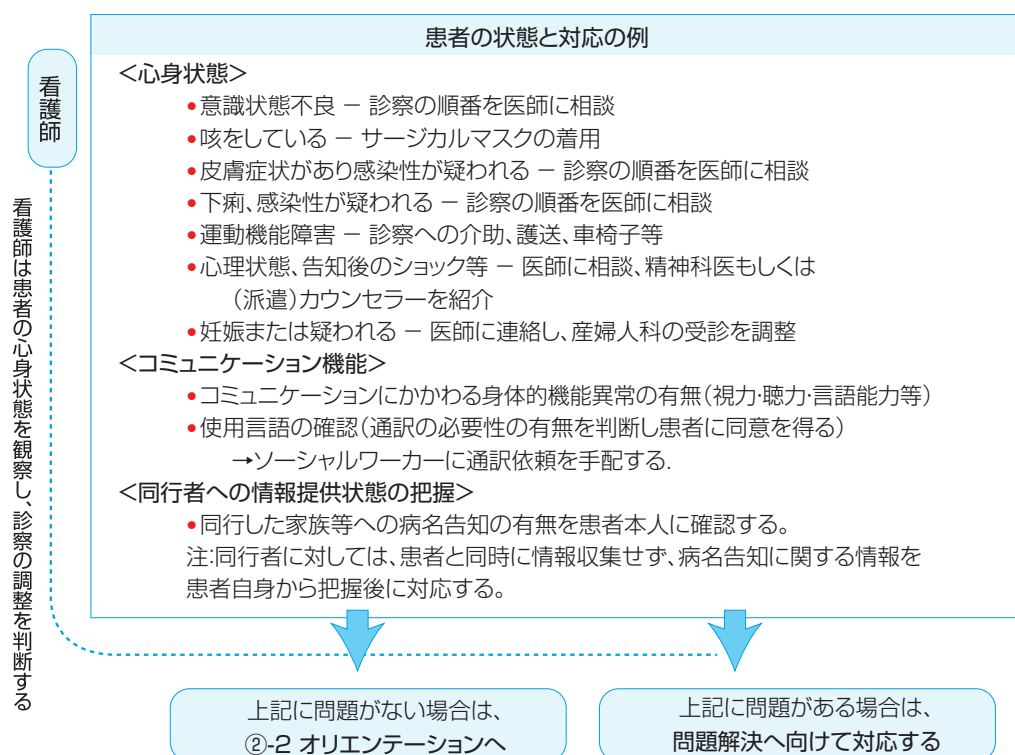


図 2-2 患者の状態とその対応



コラム 4 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。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(78 ページ、資料 1 参照)。HIV 感染症に限らず、「初診患者」は病気や治療、医療費、仕事との関係など数多くの不安を抱えていると考えられる。それと同時に、患者は初診時に多くの質問や疑問を抱いて受診している場合が多く、医療参加に最も積極的な時期でもある。

コラム 5 健康保険使用のメリットと予測されるリスク

HIV 診療において、初診時にプライバシーの漏洩を危惧して、健康保険の使用を躊躇する患者も少なくない。また診療を開始する上で「病名」をつけることは病院側に義務づけられ、支払い機関に対し病名を記載したレセプトが提出される(83 ページ、資料 4 参照)。抗 HIV 薬は高額であることが知られており、健康保険を使用しないことで継続治療が難しくなる場合がある。初診時、患者に対し健康保険使用の利点、欠点を説明することは継続療養において重要である。

コラム 6 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。

④ オリエンテーションと患者への初期教育

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 2～3 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、令和 6 年 1 月現在。）がかかることを説明する。費用に関して、初診料がかかること、HIV 感染症の診療を開始する上で、他の性感染症や日和見感染症の予防と治療のために各種感染症検査が必要であるが、別途費用がかかること、また初診日の検査を受診毎に実施するわけではなく、初診では今後の治療方針を検討する上で必要不可欠な検査を実施することを説明する。

HIV 診療はチーム医療で実施されていることを説明する。チーム構成員（職種）を紹介する。

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（図 2-3、2-4 参照）

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と連携する。

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 7 多言語通訳の手配

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

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

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

依頼できる通訳者がいない場合は、「外国籍 HIV 陽性者の支援を行っている団体」（97 ページ、資料 15 参照）に相談することも一つの方法である。



コラム 8 外国籍の患者の地域支援

外国籍の患者は、言葉の壁や外国籍であるがために経験する複数の問題を抱えている場合が多いので、外国籍の支援を行っている市民団体と連携することが望ましい。各市民団体は各団体の特徴を生かして電話相談、対面相談、家庭訪問、グループミーティング、個別の問題に対する支援、他機関の紹介、帰国支援などを行っている。HIV 患者の支援を専門に行っている市民団体は少ないが、各地域で支援団体がない場合には「外国籍 HIV 陽性者の支援を行っている団体」（97 ページ、資料 15 参照）に相談してみることも一つの方法である。関東、関西以外の地域からでも支援の進め方について電話で相談を受けている。

図 2-3 診察における問診票の例 A 病院

問診票	
初診日 年 月 日 紹介状 ☐ 有 ☐ 無 担当 /	
氏名 (男 女) 国籍 (年 月 日生 歳) 居住地/職場 (/) 職業 ☐ 無 ☐ 有 () 休日 () 健康保険 ☐ 国保 ☐ 社保 (☐ 本人 ☐ 家族) ☐ その他 () ☐ 無 ☐ 生活保護 ☐ 身障手帳 (免疫 級 ☐ 申請中) ☐ 自立支援医療 ☐ 心身障害者医療費助成制度 ☐ その他 ()	
連絡先一覧 自宅電話番号 () 電話可 ☐ 電話不可 ☐ 条件付き ☐ 携帯電話 () ☐ ☐ ☐ その他 () ☐ ☐ ☐	
検査時期 (年 月 日) 検査場所 () 検査回数 ☐ 回目 紹介もと (担当医 () 前回検査 年 月) 紹介目的 () 前医での説明 () 初感染症状 ☐ 無 ☐ 有 (年 月 症状 :) 感染経路 性感染 (☐ 同性 ☐ 異性 :) ☐ 輸血・製剤 (年) ☐ IDU ☐ 母子感染	
受診経緯、経過	
現在の症状 ☐ なし ☐ あり () 既往疾患 () 型肝炎 ☐ 梅毒 ☐ 赤痢/下痢 ☐ 性器ヘルペス ☐ 疥癬/ア ☐ 淋病 ☐ 尖圭コンジローマ ☐ 高血圧 ☐ 高脂血症 ☐ 糖尿病 ☐ 腎疾患 ☐ 心疾患 ☐ 肝疾患 ☐ 痛風 ☐ 潰瘍/皮膚病 ☐ 精神疾患 (/ 年 月 病院名) ☐ 継続 ☐ 終診 ☐ 中断 ☐ その他 () 入院歴 (☐ 無 ☐ 有) 年 月 ~ 年 月 (病名 / 病院) 年 月 ~ 年 月 (病名 / 病院) 年 月 ~ 年 月 (病名 / 病院) 常用薬 ☐ 無 ☐ 有 () 薬剤アレルギー ☐ 無 ☐ 有 () 嗜好品 ☐ アルコール (量 頻度) ☐ タバコ (歳 ~ 本 / 日) その他 ☐ 薬物使用歴	
HIV感染を知っている人 () キーパーソン () ☐ 独居 ☐ パートナーあり ☐ ペット () ・同居者は ☐ で囲む ・家族の既往 (HIV, HT, 癌, 高脂血症など) は 図に記載する	

HIV感染症受診歴 ☐ 無 ☐ 有 (医療機関名) 受診頻度 (週・月に1回)			
最新データ (年 月 日) HIV-RNA量 = コピー/mL CD4数 = 個/μL GOT/GPT = / IU/L			
現在の病期 ☐ AC ☐ AIDS 診断日 (年 月 AIDS指定疾患)			
現在の抗HIV療法 ☐ 未治療 ☐ 中止 (理由 :)			
核酸系逆転写阻害薬 ☐ ジノビル (TDF) ☐ エフィレンザ (ABC) ☐ エトビビル (FTC) ☐ コビシビル (SITC) ☐ ダラナビル (d4T) ☐ ビラグリブリン (AGT) ☐ コビシビル (AZT)	核酸系 (合剤) ☐ 766ビル (FTC+TDF) ☐ エフィレンザ (ABC+3TC) ☐ コビシビル (AZT+3TC) 非核酸系逆転写阻害薬 ☐ エフィレンザ (FTC) ☐ エトビビル (FTC) ☐ コビシビル (FTC) ☐ コビシビル (FTC) ☐ コビシビル (FTC)	プロテアーゼ阻害薬 ☐ アタナビル (DRV) ☐ イリナビル (IPV) ☐ ネビラ (NVP) ☐ ナビグ (NFV) ☐ ダラナビル (DRV) ☐ コビシビル (DRV)	インテグラーゼ阻害薬 ☐ ラベナビル (RAL) CCR5阻害薬 ☐ マビナビル (MVC) ☐ 他の抗HIV薬 ()
内服時間 (時 分) 内服状況 ()			
抗HIV薬の服薬歴 年月日 (~) (~) (~) (~) 薬剤名 () () () () 処方量 () () () () 副作用 () () () () 変更理由 () () () ()			
日和見感染症の予防治療等 ●エフィレンザ肺炎の予防 ☐ している (☐ 内服 (ST合剤、他) ☐ 吸入 ☐ 点滴) ☐ 中止した ☐ したことがない ●結核の予防 ☐ している (☐ 内服) ☐ していない ☐ したことがない ●非定型抗酸菌症の予防 ☐ している (☐ 内服) ☐ 中止した ☐ したことがない ●その他の日和見感染症の予防 ☐ している () ●眼底検査 ☐ している (最終診察日) ☐ したことがない ●婦人科検診 ☐ している (最終診察日) ☐ したことがない			
外来通院 ☐ 可能 ☐ 困難 (夜間・土日診療希望 ☐ あり ☐ なし) 次回受診予定 年 月 日 備考			
発生源/飲み (前医) ☐ 未			

図 2-4 診察における問診票の例 B 病院

感染症内科 問診表	
初診日 年 月 日 氏名: 身長 cm 体重 kg (健康時 kg) 連絡先 ① BMI: 標準体重: kg 増減 ② 保険: ☐ 国保 ☐ 社会保険 (本人 家族) ☐ 老人医療 ☐ 生保 ☐ その他 受診までの経過と現在の症状 今回抗体検査した場所: 検査日: 告知日: 抗体検査した動機: 現病: 抗体検査回: 回 最終検査日 年 月 日頃 検査をした理由: 初感染時期: 年 月頃・不明 初期症状 無・有 症状: 感染経路: 同性間 異性間 血液製剤 母子 薬物 針刺し その他: 既往歴 今までにかかった病気: STD: アレルギー: ☐ 薬 ☐ 食物 ☐ その他: 輸血 家族構成: 仕事: 勤務時間: 休日: 喫煙: 現在あり (本 / 日 × 年) 現在なし 過去の喫煙歴あり (本 / 日 × 年) 飲酒: ☐ 週 1~2 回 ☐ 週 3~4 回 ☐ ほぼ毎日 1 回量: ml 海外渡航歴: 薬物 パートナー: 有 無 告知している人: サポート者: ペット: 無・有	

感染症内科 (妊婦) 問診表	
初診日 年 月 日 氏名: 身長 cm 体重 (妊娠前) kg 連絡先 ① (妊娠後) kg ② 保険: ☐ 国保 (本人 家族) ☐ 社会保険 (本人 家族) ☐ 生保 ☐ その他 () 受診までの経過と現在の症状 現在: 妊娠 週目 初産・経産 一 (年 月 日 HIV 検査 無・有) 妊娠判明日: 月 日 今回抗体検査した場所: 検査日: 告知日: 最終月経: 月 日 妊娠継続の意思: 有・無 最終性交渉: 月 日 現病: 妊婦健診以外の抗体検査回: なし・あり (回目) 最終検査日 年 月 日 検査をした理由: 感染経路: 性行為 (パートナーのみ・以外もあり) 血液製剤 薬物 針刺し その他: HIV告知の際の医師からの説明: 既往歴 今までにかかった病気: STD: アレルギー: ☐ 薬 ☐ 食物 ☐ その他: 輸血 家族構成: 仕事: 勤務時間: 休日: パートナー: 無・有 → HIV 検査 () 告知している人: サポート者:	

⑤ 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、喀痰、嚥下時違和感など

■ 既往歴：带状疱疹、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、HIV検査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。1cmまでの腫脹はHIV感染であれば稀ではない。

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

■ 皮膚：カポジ肉腫、皮疹の有無（梅毒2期疹など）

■ 肛門：痔疾、肛門周囲膿瘍、尖圭コンジローマ

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、積極的な精密検査が必要。（例：血液培養などの培養検査、便虫卵検査、胸部CT検査、腹部エコーなどを実施し、他の感染症の検査を行う。）

全身状態が不良の場合は、入院での精査も考慮する。

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28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、積極的にチーム構成員にそれぞれの役割を割りふる。しかし、職種が限られており、その役割を担う構成員がいない場合は、誰がそれを担当するのか、あらかじめ決めておく。プライマリーに関わった看護師等は、各職種に連絡し調整する。カウンセラーあるいはソーシャルワーカーが初診時から継続して関わる場合もあるし、途中から加わったり、役割が終了してチームから離れる場合もある。

薬剤師は多くが服薬開始準備に伴ってチームに参加する。栄養の問題があれば栄養士の参加が必要な場合もある。同じ職種が複数名いる施設では、ある程度担当を決めた方が医療内容の一貫性を保つことができる。以上のように患者毎にチーム構成員を明らかにし、各構成員は外来カンファレンスなどで互いに情報交換を図り、治療方針を共有し包括的なケアを目指す。

どの施設にも医師と看護師は必ずいるが、他のスタッフは施設によって異なる。薬剤師もいるが、外来での服薬指導を服薬開始前から行っている施設は少ないと思われる。ソーシャルワーカー、カウンセラーは施設によって配置されていないところもある。そのような場合、カウンセラーは自治体の派遣制度（82ページ、資料3参照）を利用することもできる。また、ソーシャルワーカーは、エイズ診療中核拠点病院やブロック拠点病院に問い合わせ相談しても良い。

■ 治療のポイント

HIV感染というデータだけでは、抗HIV療法の治療対象とはならないため、初診時に薬が処方されないことが多い。再診の時期として、通常は、1～2週間後（多くの検査データが1～2週間後に判明するため）に来院することとなるが、初診時データの中で、特にCD4陽性リンパ球数 $<200/\mu\text{L}$ の場合は、「PCP発症予防」が必要になり、「眼科検診」を要することがある。担当者から患者に直接連絡が取れるよう、連絡先電話番号を確認しておく。また告知後の不安が強い場合等はより早期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（82ページ、資料3参照）の利用などを紹介する。

* CD4陽性リンパ球数が $200/\mu\text{L}$ 未満の場合

初回血液検査データのうち、CD4陽性リンパ球数 $200/\mu\text{L}$ 未満であれば、PCP、 $100/\mu\text{L}$ 未満でトキソプラズマ抗体陽性であれば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。また眼科検診の必要性を検討する。服薬支援に関しては50、57、59、62ページ参照。

PCP発症予防内服の内容

ST合剤 1日1回1錠を服用するよう指導する。

副作用：発疹・発熱・吐気・血球減少などがあるため、治療開始後これらの症状が見られた場合は自己判断せずに担当者（施設毎に事前に決めておく）に問い合わせよう説明する。平日及び土日夜間などの連絡先も伝えておく。もし副作用症状が出現した場合は、代替治療として①ペンタミジン吸入（300mgを1ヶ月ごと）を実施するか、②アトバコン1日1回2包（10mL）を食後投与する。制度利用前のためアトバコンの処方の際には自己負担額を考慮する。

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

vii 発生届の提出

HIV感染症と診断した医師は、診断後7日以内に保健所に所定の発生届（94ページ、資料11参照）を提出する。ただ、紹介元が発生届を提出している場合もあるので重複に注意する。エイズ発症あるいは、死亡といった病状変化時にも提出する必要がある（95ページ、資料12参照）。



コラム9 陽性者の性行動の対象は異性？同性？どちらも？

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

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

患者さんがこちらの質問に合わせて答えていたため、同性間の性的接触については一切話題に上らなかったということが十分起こりうる。医療者側に「言わせない」「言ってはいけない」という態度があれば、患者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方もいるため、既婚者かどうか、子どもがいるかどうかといった状況で判断をせず、患者さんが話してくれることを大切にするという姿勢が重要である。そして、治療や生活を行ううえで、自分の性的接触がどうであるかを医療者に話すことのメリットを患者さんに伝えることも重要である。

<ケーススタディ パートナーへの告知を医療者が支援しようとしたのだが?>

■ケース1 (10代 男性)

医療者 (以下 MS) : 彼女はいるの？

クライアント (以下 CI) : はい？

MS : 彼女には、感染していることを伝えますか？

CI : ?

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

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

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

■ケース2 (20代 男性)

MS : 性行為のパートナーはいますか？

CI : います。

MS : 特定の人ですか？それとも不特定の人ですか？

CI : 特定です。

MS : 相手の方は男性ですか？女性ですか？それとも両方ですか？

CI : 男性です。

MS：その方に感染をしていることを伝えようと思いますか？

CI：伝えたほうがいいのかもしいけれど、どう言ったらいいのかわからないし。

男性同性間の性的接触について、医療者と話をすることが可能となり、同性愛者であることなど患者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、患者がどのような意味で用語を使い、何を話しているのか、医療者は自分の理解が十分かどうか確認をしながら相談を進めることが大切である。その際、説明された意味などに対して批判的・非難的な態度をとらないように留意する。

⑥ 検査

初診時検査項目の例を表 2-1 に示した

表 2-1 初診時検査項目の例

身体測定	身長・体重・体温・脈拍・血圧・呼吸数・SpO2など		
＜血液一般＞			
血液学的検査	WBC RBC Hb Ht PLT 白血球分画	生化学的検査	AST(GOT) ALT(GPT) T-Bil γ-GTP LDH Cre BUN 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 LDLコレステロール CPK 電解質(Na,K,CL)
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 HCV抗体 トキソプラズマIgG抗体 梅毒反応(RPR,TP抗体)		
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100～200/ μ L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、定期的な眼底検査を勧める。
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1～2年に1度の婦人科検診を勧める。

⑦ 療養支援（初回）

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。そこで、まずは問診等で患者の状況をアセスメントしながら情報収集を行う。医療者は患者の知識と理解度、行動などを評価し、まず患者の問題に対しケアが必要か、必要であれば具体的ケア内容は何かを明らかにしていく必要がある。自己管理できるかが治療方針や生命予後に影響を及ぼすことが多い。
 - ・ 患者教育に際し、患者に時間的・体力的余裕があるかを確認しながら、医療者側からの一方的な情報提供にならないよう注意し対話を心がける。
 - ・ 患者教育の評価のためには、継続的に関わることが好ましい。
 - ・ 医療者側が使用する専門用語に関しては、分かりやすい表現へ置き換えて説明したり、専門用語そのものを習得できるように、効果的に資料を活用したりするなどの配慮が必要である。資料や紙面に書いて説明して本人に渡すことは、理解の促進が期待できるほか、帰宅し次回受診までの間に復習できるなどの利点がある。
 - ・ 初診時はたとえ自覚症状がなくても病気や治療に関する多くの質問や疑問は勿論、医療と生活に関心が高い印象を受けるが、多くの検査データが出そろっていないため、病気の基礎的な説明を行うことになる。初診では基本的に次回の外来受診を目標とするが、「次回受診する」保証が得られないため、患者の様子を確認しながら十分な時間をとり、要点を押さえてしっかりと説明を行うことが重要である。患者教育担当者は、患者が話しやすい雰囲気作りを心がけ、医療者のペースというよりも患者が興味・関心を持った項目から対話を展開しても良い。その際は時間配分に注意する。
 - ・ 初診患者は不安や緊張が強い場合もあるが、適切な情報提供で改善される不安も多くある。したがって、患者が抱く不安の種類が適切な情報提供で軽減されない「漠然とした不安」なのかそうでないかの判断を行い、問題解決を支援することが重要と思われる。「漠然とした不安」を呈する場合は、カウンセリングマインドの姿勢で傾聴に努めながら、カウンセラー利用を考える。また、精神症状や、睡眠障害、不安症状などが強ければ精神科に紹介することを考慮する（39 ページ、図 2-8 参照）。
- さらに医療費などの社会生活への不安がある場合には、ソーシャルワーカーを紹介し、今後の治療と生活の両立の見通しが立てられるように、具体的な制度活用を含めた支援を行うことも考慮する。

ii 患者教育の内容

- ・ HIV と AIDS の違いについて
- ・ ヒトの免疫システムについて
- ・ 病気の経過：CD4 陽性リンパ球数やウイルス量（検査データの読み方）
- ・ CD4 陽性リンパ球数と日和見感染症（症状の観察方法とその対処法）との関連、予防と治療
- ・ HIV 感染症の治療の概要

- ・ 感染経路と2次感染予防対策、性交渉のあるパートナー等への告知、予防行動、U=U
- ・ 日常生活の注意事項（こんな事では感染しない、注意すること）と支援
- ・ 検査データの管理と定期受診と必要な診療科（頻度と目的）
- ・ 生活のリズム形成（健康管理の基本として、また服薬忘れ防止策のため）
- ・ サポート体制の形成：キーパーソンの確認や支援者の確認や獲得
- ・ 医療費：社会資源・制度の活用（83ページ、資料4、85ページ、資料5、88ページ、資料6）
- ・ 医療チームの紹介：アクセスの方法など
- ・ 緊急時・相談時の連絡先と方法の確認
- ・ その他：患者会、ピアカウンセリング、NGO/NPO など



コラム10 患者教育

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



コラム11 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。
大阪医療センター「あなたに知ってほしいこと」
(<https://osaka.hosp.go.jp/departments/khac/>)



コラム12 インターネットによる情報収集と意見交換

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

しかしながら、情報がいつの時点のものか不明瞭であるもの、また情報源の確かさなどが確認しにくいものが存在しており、誤解や誤認につながることもある。患者らが、コミュニケーションをとることを妨げるものではないが、HIV診療においては、次々と新たな薬が発売されていること、治療のガイドラ

インが変更されていることを踏まえ、常に、「今どうなのか？」ということの確認が必要になることを案内しておくことが大切である。

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

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

HIV マップ <https://www.hiv-map.net/>



コラム 13 U=Uについて

U=Uとは、Undetectable=Untransmittableの略で、「検出限界値未満=性行為によって HIV に感染しない」ということを伝えるメッセージです。

HIV に感染した人は治療を目的として抗 HIV 療法という服薬療法を始めますが、それによって血中の HIV のウイルス量を検査で検出できないくらいまで抑え込みます。そうすることで免疫の働きを維持することが治療の目的ですが、同時に性行為による感染力も抑えられることがわかりました。世界的には、検査によるウイルス量の検出限界値を 200 コピー/mL とし(日本ではそれよりも低い数値まで検出可能な検査を実施しています)、服薬アドヒアランスに問題なく、その状態が半年以上続いたら「Undetectable (検出限界値未満)」の状態になったとして、それ以降状態を維持していれば性行為による感染力のない「Untransmittable (性行為によって HIV に感染しない)」の状態になったとされています。まとめると、医療機関で抗 HIV 療法を受けている陽性者が順調にウイルス量を抑制し、検査の検出限界値未満の状態を半年以上継続していれば、コンドームなどの予防措置をとってなくても、その陽性者から性行為によって他者に HIV はうつらないということです。抗 HIV 療法によって HIV の感染力が抑制されることは 1990 年代から母子感染の予防法として知られていました。その後、数多くの観察研究の結果と、ランダム化比較試験 (HPTN052) や大規模な前向きコホート研究 (PARTNER study, Opposites Attract study) など科学的エビデンスとして質の高い研究結果から、国際的な HIV の専門家コミュニティ及び各国の公衆衛生機関によって U=U の正しさが認められるようになりました。例えば、国連合同エイズ計画 UNAIDS などの国際機関、米国や英国をはじめ多くの国々の公衆衛生機関で U=U が支持され、治療ガイドラインにも記載されるようになりました。日本でも日本エイズ学会が 2018 年に支持を表明し、国内の主要な治療ガイドラインである『抗 HIV 治療ガイドライン』(厚生労働行政推進調査事業補助金エイズ対策政策研究事業「HIV 感染症及びその合併症の課題を克服する研究班」2020 年)『HIV 感染症「治療の手引き」』(日本エイズ学会 HIV 感染症治療委員会 2020 年)にも記載されています。

U=U というメッセージは、もともと米国で主に活動している Prevention Access Campaign という活動家と研究者によるグループによって HIV に関する人権保護のメッセージとして広められたものです(2021 年 4 月現在、世界 102 カ国・1033 の団体が U=U を支持しています)。U=U は、HIV 陽性

者が他者への感染を恐れながら生活をしたり、差別・偏見によって苦しんでいる状態を改善することに寄与するものとして、また差別・偏見の解消こそがHIV感染症そのものの終焉に不可欠であるとの考えから広められてきました。海外では、感染のリスクがないような行為であっても陽性者が犯罪者として扱われるような状況が依然としてあり、日本でもHIV感染を理由とした就業上の差別的な事件なども起きています。これらの差別的な状況はU=Uと関係なく解消されるべきことですが、U=Uは更なる状況改善に寄与するものと考えられています。また陽性者であってもパートナーへのHIV感染リスクなく、自然妊娠によって子どもをもつことも可能となりました。U=Uの状態であっても他の性感染症などに罹患しないよう予防行動は依然として必要とされることに留意しつつ、U=Uは陽性者の恐れを軽減し、生活をより楽にし、選択肢の幅を広げる人権を尊重するメッセージとして理解していただければと思います。

参考文献:大北全俊・井上洋士・山口正純・白阪琢磨

「Undetectable=Untransmittable(U=U)とは何か:「ゼロ」の論理について」日本エイズ学会誌 22(1):19-27,2020.



コラム14 PEP(ペップ)とPrEP(プレップ)をご存知ですか?

PEPとは曝露後予防内服(post exposure prophylaxis)のことです。医療従事者の血液・体液曝露(針刺し)事故後対応としてご存じかもしれませんが、ここでは、主に性行為による感染予防のこととしてお話しします。

HIV陽性者(もしくはその可能性がある人)とHIV感染の可能性のある性行為(注射器の共有を含む)をされた後、72時間以内に抗HIV薬を内服開始し28日間服薬継続をすることで、感染を予防するという方法です。日本では予防のための内服は未承認です。拠点病院に問い合わせがくる場合もありますので、病院内で対応するかどうか、対応する場合にはどのようにするのか検討されておくことが望ましいでしょう。

参考:ACC(http://www.acc.ncgm.go.jp/general/pep_jpn.html)

PrEPとは曝露前予防内服(pre exposure prophylaxis)のことです。HIV感染の可能性のある性行為(注射器の共有を含む)をされる数日前から数日後までの期間だけ内服するオンデマンドPrEPと毎日内服するデイリーPrEPという方法があります。いずれも日本では未承認です(令和6年1月現在)。国立国際医療研究センターのSH外来では研究の一環としてなどいくつかの医療機関で対応されています。

TDF/FTC(TVD)かTAF/FTC(DVY)を内服するので、HIV感染をしていないこと(薬剤耐性のリスク)、HBV感染をしていないこと(PrEP中止後の肝炎増悪のリスク)の確認や、腎機能のチェック、他の副作用の確認が必要になります。また、他の性感染症の予防にならない事にご注意ください。HIVも含め定期的に性感染症の検査をすることが推奨されています。拠点病院に問い合わせがくる場合もありますので、病院内での対応も含め検討されておくことが望ましいでしょう。

参考:国立国際医療研究センターSH外来

(<http://shclinic.ncgm.go.jp/prep.html>)

PrEP in JAPAN (<https://prep.ptokyo.org/>)

PrEPについては、相手との関係などでコンドーム使用という感染予防策がとりにくい方のHIV感染予防方法の一つとして様々な研究結果も出ています。日本では現時点（令和6年1月現在）で未承認ですが、予防方法の選択肢の一つとして注目されています。

参考：Futures Japan HIV陽性者のためのweb調査
(<https://survey.futures-japan.jp/result/>)

⑧ 各職種の患者への関わり方

- i 薬剤師の役割（(3)服薬支援 50、57、59、62 ページを参照）
- ii ソーシャルワーカーの役割

医療機関の受診に際して、医療費やプライバシーの漏洩について不安を抱えている患者は少なくない。医療費については、身体障害者手帳（85 ページ、資料5 参照）の取得を基に利用できる可能性のある自立支援医療（88 ページ、資料6 参照）や障害者医療費助成（91 ページ、資料7 参照）等を早期に案内することで不安の軽減が期待できる。患者の自己負担は、身体障害者手帳の等級、居住地及び所得額等によっても異なるが、月額0円～20,000円に軽減される（令和6年1月現在）。諸制度は随時改定される可能性があるため、その都度確認し、最新の情報を得る必要がある。「HIV/AIDSの治療をする上で、医療費がいくらかかるのか」、「その医療費を現在の経済状況で支払うことができるのか」等について患者と共に考え、見通しを立てることが大切である。

プライバシーの漏洩については、健康保険（83 ページ、資料4 参照）や身体障害者手帳（85 ページ、資料5 参照）をはじめとした制度の利用によって、どのような情報がどこに伝わってしまうのか、ソーシャルワーカーが患者と一緒に確認することで、不安を軽減できる可能性がある。また、初診時において既にHIV感染症以外の疾病や障害を抱えている患者もいる。それらの疾病や障害による生活課題とHIV/AIDSによる生活課題の双方に着目し、支援する必要がある。

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

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

iii カウンセラーの役割

① カウンセリングや心理検査への導入

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

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

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

図 2-6 カウンセリング導入時の相談申込書の例

相 談 申 込 票				
記入日： 年 月 日				
ID：	ふりがな 名 前： (歳) 年 月 日生			
連絡先： 住所 〒	Tel： (病院名を名乗っての連絡： 可 ・ 不可) Fax：			
勤務先：				
相談したいこと：				
来談の経緯： 紹介 () ・ 自主来談 その他 ()				
主治医：	(科)			
家族				
名 前	年齢	続柄	その他	
	歳			
	歳			
	歳			
	歳			
	歳			
	歳			

図 2-7 カウンセリング導入時の同意書の例

臨床心理室のご利用にあたって	
<u>はじめに</u>	
1. 臨床心理室では、臨床心理士が心理相談を行います。	
2. 心理相談は、大阪医療センターの診療科を受診し医師等により紹介を受けた方、およびご家族等を対象としています。	
3. 心理相談は、臨床心理士との面接を重ね、心理的な悩みや問題を自ら解決しようとする方で、下記の要件に同意を得た方に提供されます。	
下記の要件について説明を受け、同意をされた方は最後に署名をお願いいたします。	
<u>説明事項</u>	
1. 心理相談は原則的に予約制です。各回の心理相談の際あるいはお電話にて予約を取ってください。	
2. 心理相談の時間は、原則として1回あたり50分間です。	
3. 心理相談は担当制になります。担当者の変更は、例外的な場合（担当者の退職等）を除き、原則として行いません。	
4. 予約をキャンセルされる際には、必ずご連絡ください。お電話（06-6942-1331）にて、「臨床心理室」（担当者）をお呼び出下さい。	
5. 心理相談の初回は無料です。2回目以降は有料となります。あなたの1回あたりの料金は当院の規定に従い3,500円（税抜き）です。障害者手帳をお持ちの方等何らかの医療費の減免を受けている方は350円（税抜き）です。医療費の窓口負担がない方や生活保護を受給している方などは無料です。毎回の心理相談が終了したあと、病院の会計窓口にてお支払いください。キャンセルされた場合、料金は請求いたしません。	
6. ご家族などの方が心理相談を利用される場合は、依頼した診療科の初診手続き（無料）を行いカルテを作る必要があります。その上で心理相談の利用料金をお支払いください。	
7. 臨床心理士は原則としてあなたのプライバシーを保護します。ただし診療上必要な情報についてはカルテに記載をし、他の医療者と情報を共有することがあります。	
8. 心理相談の中であなたが考え話をしていく上で、あなた自身が結論づけ起こされた行動については、あなた自身がその責任を負います。あなた自身もしくはあなたの周囲の人の健康や命に危害が及ぶことについては、プライバシーの保護よりもそれらの可能性を回避することが優先されます。	
9. 場合によっては、あなたにとってより望ましい医療機関等を紹介することがあります。	
10. あなたには心理相談をやめる権利があります。	
11. 心理相談の終結については、あなたと臨床心理士との話し合いによって決定します。	
以上に關して説明を受け、了解いたしました。	
年 月 日	
説明者：	氏名：

もともと患者に不適応傾向や精神的な不安定さが認められたり、環境的にストレスがかかりやすい状況におかれていたりする場合には、HIV 感染告知が契機となって、患者はさらに強い心理的危機を体験する。感染告知の以前から、あるいは感染告知後に何らかの精神症状や不適応状態、心理的葛藤が生じていないかどうかについて確認を行い、カウンセリング導入のための調整や、特に精神症状が強い場合には精神科受診のための調整を行う必要がある（39 ページ、図 2-8 参照）。強度の不安や感情表出が観察される場合は、カウンセラーによる危機介入が必要となる。

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

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

② 心理アセスメント

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

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

HIV 感染によりさまざまな状況におかれることが多い（19 ページ参照）、行動上の問題などが観察されなくても、カウンセリングへのガイダンスを含め、カウンセラーとの面接の設定やカウンセリング制度の紹介を行うことが望ましい。また、初診時や定期的に心理検査などのスクリーニング検査を用いることも一つの方法である。

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

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

HIV/AIDS 医療で開発されたものとしては、IHDS（International HIV Dementia Scale）があり、主に運動速度、精神運動速度、記憶想起に関する神経心理検査で、HIV 関連神経認知障害（HAND）のスクリーニング検査として活用されている。

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

の支援の見通しや介入に活かされる。

表 2-3 精神科コンサルトの基準

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

③ 危機介入

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

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

④ 危機状態の予防

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



コラム 15 カウンセラーの視点

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

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

患者は元々の性格傾向、心理社会的ストレス、HIV 感染そのものによる中枢神経系への直接的作用、あるいは抗 HIV 薬の副作用などから、様々な精神的苦痛、精神症状、認知機能障害などを生じうる。また、患者本人が抱える心理社会的問題、精神症状、認知機能障害は抗 HIV 療法に対するアドヒアランスにも影響を与える。HIV に関連した精神障害としては、HIV 関連神経認知障害（HAND、17 ページのコラム参照）、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 RPV や DTG などがある。頭痛、不眠、めまい、異常な夢、うつ、不安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多く見られ、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。重篤な精神症状を呈するのは精神疾患の既往、家族歴を持つケースが多い。また、HIV 感染合併症の治療薬である副腎皮質ステロイド、アシクロビル、ガンシクロビル、イソニアジド、アムホテリシンなども副作用として精神・神経症状を引き起こすことがあるため、注意が必要である。

抗 HIV 薬には向精神薬との相互作用が指摘されているものが多い。現在のところ、プロテアーゼ阻害薬を中心に、トリアゾラム、ミダゾラム、ルラシドン等が禁忌となっている。また、抗 HIV 薬の多くは、フェノバルビタール、フェニトイン、カルバマゼピン等の抗てんかん薬との併用で血中濃度を変化させる。

主治医は患者が抱える心理社会的問題や苦悩に理解と共感を示すとともに、例えばアドヒアランス不良の患者には抗 HIV 療法中断がもたらす現実も常に示しておかなければならない。患者に単なる恐怖感だけを与えないようにするためには医師と患者間の信頼関係構築が肝要であることは言うまでもない。また患者が HIV 感染症、服薬方法と服薬の意義、薬の副作用について正確な理解ができていないか、疑わしければその都度確認することも重要である。否認や逃避による防衛機制のためだけではなく、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 関連神経認知障害（HAND）：HAND（17 ページのコラム参照）は HIV による脳症を包括する疾患概念であり、『精神疾患の分類と手引き

（DSM-5）』の「HIV 感染による認知症または HIV 感染による軽度認知障害」に相当する。HAND の研究用診断基準があり、DSM-5 よりも詳細に診断アルゴリズムが規定されている。

症状は緩徐に進行し、思考や動作の緩慢化、注意力や集中力の低下、判断力低下、記憶力低下、言語流暢性や視空間構成の低下、運動速度や巧緻性の低下などがみられる。幻覚や妄想、無気力や抑うつがみられることもある。進行すると、認知症状態となり、振戦、けいれん、協調運動障害、歩行障害、麻痺がみられるようになり、無言・無動の寝たきりとなり死亡する。これらの症状は AIDS 期に顕著になる場合が多い。抗 HIV 療法の導入により HIV 感染症は長期間にわたりコントロール可能な疾患となり、「HIV 認知症」は著明に減少したが、より軽症の「無症候性神経認知障害」「軽度神経認知障害」の報告が依然として続いており、引き続き問題となっている。同時に、「HIV 認知症」に相当する「HIV 脳症（痴呆・または亜急性脳炎）」は今もなお AIDS 指標疾患のひとつであり、中枢神経系の重要合併症であり続けており、死亡の危険因子として HIV 診療において極めて重要な疾患である。

診断の際には前述の様な精神症状・神経症状を臨床的に確認するとともに、神経心理学的検査にて確認する。他の中枢神経疾患の除外も必須であり、その意味も兼ね、血清学的検査、画像検査、脳波検査、髄液検査を行う。画像検査（CT、MRI）で HAND に特異的とされる所見はないが、年齢不相応な大脳皮質や基底核を中心とする脳萎縮、MRI の T2 強調画像や FLAIR 画像で深部白質のびまん性の高信号変化が認められることもあり、その場合は本症を疑う。脳波では前頭部あるいは全般性の徐波化が認められる。髄液検査では蛋白の増加や単核球を主とする細胞数の増加を認める事が多い。

抗 HIV 療法は、HAND の有効な治療法である。認知機能低下が止まり、神経症状の改善も認められる。しかし、抗 HIV 療法により末梢血で HIV が抑制されていても、HAND の発症例や認知機能低下の緩徐進行例は報告され続けている。中枢神経内に HIV が潜伏・増殖するリザーバーがあり、脳内で慢性感染と炎症が続いているからと考えられている。このことを念頭に HAND 患者の診療にあたる必要がある。

- ・物質関連障害（アルコールや薬物の乱用・依存）：覚せい剤などの違法薬物使用歴を持つ方が多い。また、複数の薬物の使用経験を持つ方も多い。薬物使用者全般の特徴であるが、薬物の使用が重篤な健康被害を起こすことを知りながらも、自身の健康被害を「否認」するが多い。ソーシャルワーカーやカウンセラーと協力しつつ、断薬への包括的な支援を行う必要がある。ダルク等のセルフヘルプグループが有効なこともある。
- ・適応障害：HIV の感染を受け入れられない場合、抗 HIV 療法開始により患者の生活を変化させざるを得ず新たな生活環境に適応できない場合、必要以上に副作用に過敏になることがある。
- ・睡眠障害：不眠を主訴に精神科を受診する HIV 感染者は多い。単なる睡眠障害ではなく、うつ病、不安障害、適応障害に罹患していることが多い。
- ・気分障害：一般人よりも HIV 感染者の気分障害の有病率が高い。うつ病、躁うつ病、躁病といった気分障害のうち、HIV 感染初期においては、抑うつ気分、意欲の低下、睡眠障害といったうつ病の症状を呈すことが多い。睡眠調整、支持的療法、カウンセリングなどとともに早期に薬物療法を開始している。
- ・不安障害：HIV 感染者はあらゆる不安障害に罹患する可能性がある。不安に対処しきれずパニック発作を繰り返し生じ救急外来を受診する場合もある。不安障害に対する、一般的な薬物療法とともにカウンセリングや支持的療法を実施する。

- ・ 精神病様症状：幻覚や妄想といった精神病様症状は、通常 HIV 感染症の後期合併症である。
- ・ 中枢神経疾患：悪性リンパ腫、トキソプラズマ症、CMV 脳炎、進行性多巣性白質脳症（Progressive multifocal leukoencephalopathy）などに伴い精神症状を発現することがある。
- ・ 薬剤関連：副作用として精神症状が起きやすい抗 HIV 薬があり、抗 HIV 薬と向精神薬との相互作用にも注意を要する。前頁の「内科医が留意すべきこと」を参照のこと。

v 心理アセスメントやカウンセラーへの紹介のタイミング

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

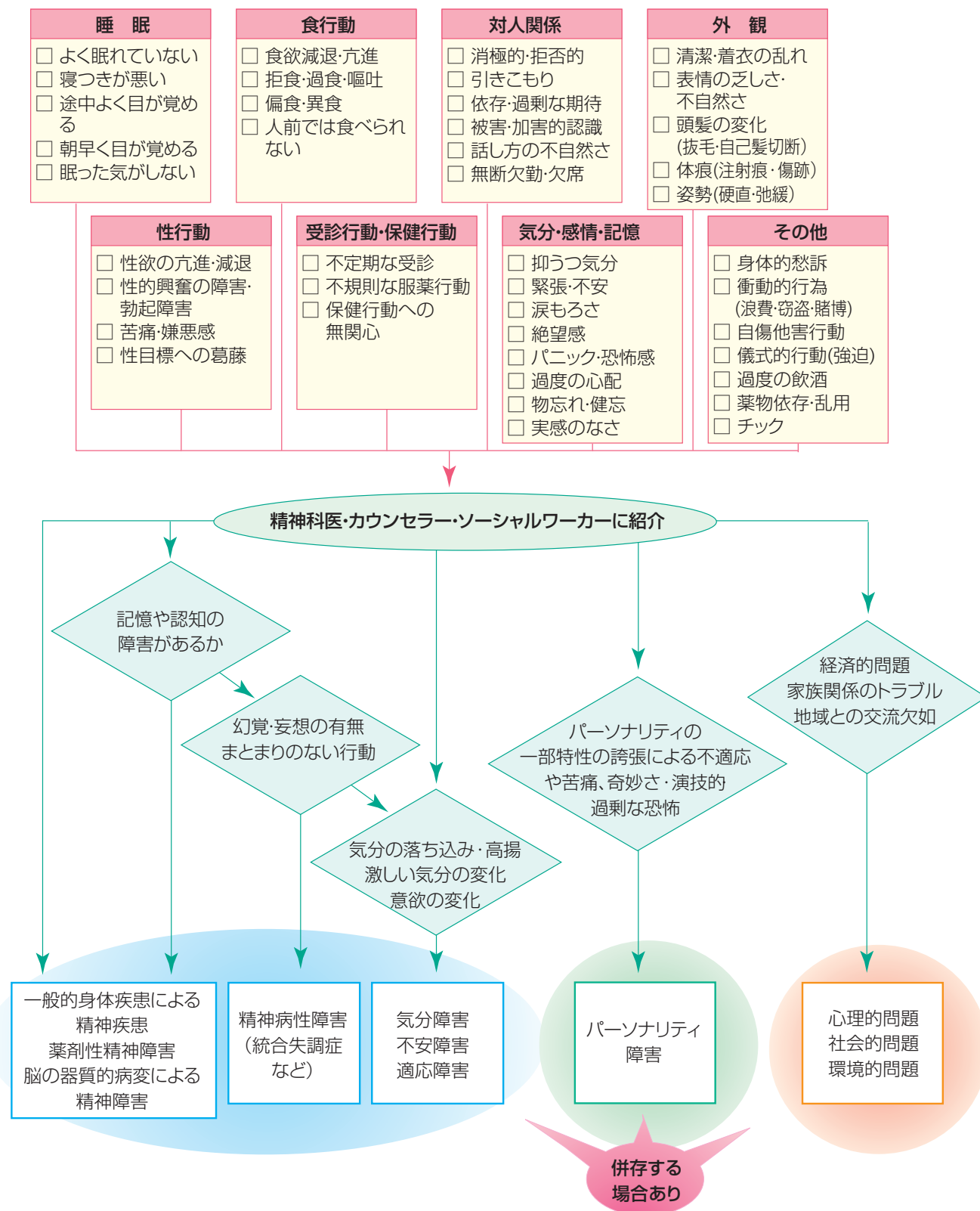
治療に取り組んでいるチーム内で、“どうもこの患者は苦手だ”や“いらいらしてしまう”、“なかなか患者のことが覚えられない”など感情的に反応してしまう（もしくは全く感情を喚起しない）ときは、患者の心理状態が医療チームに影響を与えている場合が少なからずある。そういう場合にはカウンセラーに声を掛けてみるのも一考である。

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

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

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

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



⑨ 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。

⑩ 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 16 患者への連絡

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

自宅の固定電話に問い合わせる場合：同居人の有無、留守番電話使用が可能な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。

病院名・職種の名乗り可能か確認しておく。

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

また、これらの情報は適宜確認をして、内容の変更の有無など情報更新をしておくことが重要である。

⑪ 初診時のプランニング

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

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

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

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

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

⑫ 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

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

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

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感染症を診療する医師、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、保険薬局の薬剤師、NPO/NGOなど拡大した構成メンバーで行うこともある。
- ・ 内容は患者の総合的・包括的な援助を実践していくために必要な課題等を中心に行う。各専門職から見た問題点の提示、問題点に関連のある情報の共有、目標と方針の共有、各問題に対し、各専門職のかかわりの確認や役割分担の確認を行う。
- ・ カンファレンスでは各専門職が、専門の立場から意見を述べることが求められる。各専門職種が話しやすい雰囲気を作ることに心がける。

3) 2回目の診察

通常、次の外来受診はおよそ1～2週間後になる。患者は、初診に比べて、医療機関の機能やスタッフの役割などをおおよそ把握は出来ている可能性が高いが、前回の検査データが確認できる日であるため、初診とは異なる緊張感を持っていると想像される。初診に比べ、患者の身体状態や生活状況、心理的状态が具体的に評価され、治療方針が具体化するため、問題解決のための対策が明確になる。

(1) 2回目の患者のおかれた状況

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

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

経過観察と判断された場合には、差し迫った危機的状態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。

(2) チーム目標

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

- ① 定期受診の必要性を理解し、実施できる
- ② 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
- ④ 療養生活をおくるために必要なセルフマネジメント能力を身につける

(3) 2回目の流れ

① トリアージ

- i 初診から2回目受診までの心身の状況把握に努め、患者がリラックスして診察に臨めるように配慮する。
- ii 疾患の受け止め方や誤っている情報は無いかを再確認し、2回目受診までの精神状態と患者周囲のサポート支援状況を把握する。
- iii 今後の自己管理能力の育成と定期受診に繋げるように支援する。

② 診察

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

i 抗 HIV 療法開始時期の目安

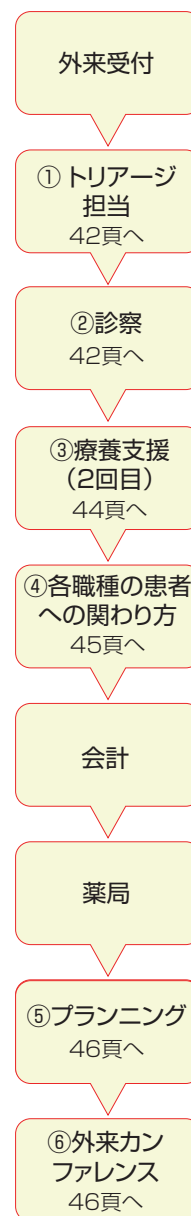
現在、抗 HIV 療法によって根治は望めないが、ウイルス量の増加を抑制し、CD4 陽性リンパ球数を増加させ、免疫能を回復させることが期待できる。以前は CD4 陽性リンパ球数に応じて治療を開始していた。今では、CD4 陽性リンパ球数に関わらず、すべての HIV 感染者で治療開始が推奨されている。

また、抗 HIV 療法は性的パートナーへの HIV 感染を予防することが示されたことから、治療の開始が勧められる。

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

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

図2-9 再診時の流れ



米国や日本のガイドラインは、下記のホームページで見ることができる。

- ・ 「治療の手引き」 <http://www.hivjp.org/>
- ・ 「抗 HIV 治療のガイドライン」
<https://hiv-guidelines.jp/index.htm>
- ・ 「米国 DHHS のガイドライン」
<https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/adult-and-adolescent-arv/what-snew-guidelines>

■ 抗 HIV 療法を開始する場合

服薬に向けた準備を始める。服薬相談は、治療を開始する前から実施し、抗 HIV 療法について十分に説明する。担当の薬剤師がいる場合は、薬剤師に服薬指導を依頼する。入院で行う場合は、入院担当医、病棟看護師などに申し送る。

CD4 数が $200/\mu\text{L}$ 未満など ART で免疫再構築症候群の発見が予想される場合にはその対策として、治療開始前に各種検査を実施し、日和見感染症がある場合はその治療を優先する。また、必要な日和見感染症の予防を行う。AIDS を発症している場合、抗 HIV 療法を開始するタイミングは、各疾患によって異なるが、しかるべき時期に遅れることなく抗 HIV 療法を開始する。

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

抗 HIV 薬は高額であり、一生服薬を継続しなければならないことから、健康保険の利用だけでは患者の経済的負担が大きい。負担を軽減できるよう、利用可能な社会資源について案内する。ソーシャルワーカーがいる場合は、これらの制度についての説明や手続きなどを依頼する。

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

表 2-4 抗 HIV 療法の開始が必要な患者*

CD4数に関わらず、すべてのHIV感染者に治療開始を推奨する

* 実施には医療助成制度の利用を必ず治療前に確認する必要がある

■ 抗 HIV 療法の開始を遅らせる場合

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

しかし、医療助成制度が利用できないなどの諸般の事情で服薬を延期する場合もある。受診間隔が長くなることにより、現在の状態把握が困難になるため、受診の数日前に検査を受けておくか、受診後に血液検査の結果を問い合わせるよう勧めるなど工夫が必要となる。抗 HIV 療法が開始できる場合は、服薬相談や医療相談を案内するなど、治療に向けて準備をすすめる。また、HIV 感染症の病状に影響を与えるような性感染症やウイルス肝炎などに罹患しないように、健康管理には一層注意する。

さらに注意することは受診中断である。患者は「投薬」や「治療」が積極的に行われている場合には定期受診のモチベーションを維持しやすい。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」という対応であれば、受診に対するモチベーションの維持が難しく、受診中断の経過を辿る場合がある。患者に受診中断に至りやすい状況であることを説明し、その回避方法を提案する。医師や看護師は、受診中断に陥らないように、患者が抱える様々な問題に留意し、積極的にカウンセラーやソーシャルワーカーなどとも連携をはかる。また、要望がある場合、患者のプライバシーに配慮し、ピアカウンセリングや患者会などに関する情報を提供する（16 ページ、コラム「院外の陽性者支援の紹介」参照）。服薬中断時の対応に関しては 65 ページ参照。

表 2-5 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	外来受付窓口に着	
10:00	診察室に入り、初診時に実施した検査結果の説明。治療のタイミング、治療の内容について医師より説明。治療薬の説明を薬剤師、治療開始に伴う制度の説明及び手続についてソーシャルワーカー、治療開始への不安、疾患の受容など精神的サポートをカウンセラーが対応できることを説明。	
10:20	看護師と面談。診察後の反応、説明の理解度を確認、患者の意向や本日の都合を確認の上、薬剤師、ソーシャルワーカー、カウンセラーとの面談の調整。本日中午に各面談調整ができない場合は、治療開始までに準備ができるように、来院・面談の調整を行う。	看護師より再度、薬剤師、ソーシャルワーカー、カウンセラーの役割について説明。また、患者の理解度や疑問や不安等、二重を踏まえて、面談の順番を調整する。患者の病院滞在可能な時間を考慮する。
10:30	おくすり相談室にて、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、服薬方法を中心に説明。現在のライフスタイルと服薬について確認。次回予約の調整を行い面談終了。	
11:30	医療相談室へ移動し、身体障害者認定、自立支援医療の申請について、居住地及び必要書類等の説明、手続きと医療費助成や福祉サービスについて説明。治療開始に伴う医療費の支払い等の案内を行う。	
12:30	昼食	
13:00	心理室へ移動。カウンセラーと心理的支援の提供。	
14:00	会計をすませて、帰宅。	

③ 療養支援（2 回目）

i 患者教育（2 回目）

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

初診時の検査データや患者背景に基づき、「治療開始か」、「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 患者教育の内容

■ 初診時の教育内容の理解度を確認する

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

■初診時検査データの見方を説明する。

- ・ CD4 陽性リンパ球数とウイルス量
- ・ 各種感染症検査
- ・ 血液学的検査、生化学的検査
- ・ その他

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

④ 各職種の患者への関わり方

i 薬剤師の役割

抗 HIV 薬を調剤する場合、多くの施設ではボトルのまま調剤している。服薬を確実に行うことを目的とする場合、内服薬を一包化することも考慮する。ボトルには薬剤名が明記されている。家族に服薬している事実を知られたくない場合等の対応についても事前に検討する必要がある。患者数が少ない施設の場合、不良在庫が発生する可能性もある。薬の処方日数は、患者の次回来院日や飲み残している数に応じて処方されることが多い。急用で外来受診が出来ない場合も考えられるため、患者は薬を多めに持っておいた方が安心できる。包装単位にあわせて処方日数を調整することで、不良在庫と患者不安の軽減につながる。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 ソーシャルワーカーの役割

早期に抗 HIV 療法の開始が必要な場合には、主に医療費の負担軽減のために身体障害者手帳（85 ページ、資料 5 参照）や自立支援医療（88 ページ、資料 6 参照）、障害者医療費助成（91 ページ、資料 7 参照）等について説明が必要である。各制度の申請から医療費助成の適用開始までに要する期間は、自治体により異なるため、自院の医療圏の自治体にこれらを問い合わせることが望ましい。

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

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

<プライバシー保護に関する留意点と対応例>

【身体障害者手帳及び医療費助成制度の申請時】

- *病名の記載された書類を役所の窓口を持参することに抵抗がある、知人が役所に勤めている等の理由から、役所へ出向くことに不安を感じる患者もいる。
- 役所との事前相談により、郵送での申請受付や手続き時に個室を用意する等、プライバシーの保護に配慮してもらえることもある。

【身体障害者手帳及び医療費助成制度の申請以降】

* 医療費助成制度の更新通知や福祉手当の振込通知等が、例えば「〇〇役所障害福祉課」と記載された封筒で自宅に届くこともあるため、患者が未告知の家族と同居している場合は、注意が必要である。

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

iii カウンセラーの役割

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

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

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

再診時以降の受診時すべてに言えることであるが、初診時にはカウンセリング導入や精神科受診の必要性が認められなかったり、医療者の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、39 ページ、図 2-8 を参照されたい。

⑤ プランニング

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

⑥ 外来カンファレンス

- i 基本的には初診時と同様である（40 ページ参照）。
- ii 特に再診以降の外来カンファレンスでは、通院中の患者のなかでも、身体的、心理的、社会的状況の変化や問題が生じた場合には取り上げ、問題点の共有とその背景や対応について検討を行い治療方針の微調整を行う場合もある。
- iii 抗 HIV 療法が開始されている場合は、アドヒアランスの維持など服薬支援を目標に加える。

4) 3回目以降（服薬未開始）

検査データについて分かりやすく説明し、心身の状況および病状を把握する。

抗HIV療法を開始することになった場合は、各職種と連携しながら、患者が安心して治療を開始できるようにする（50 ページ参照）。また、治療が必要なその他の疾患やCD4陽性リンパ球数の値によらない疾患などに留意し、診察にあたる。

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

(1) 3回目以降の患者のおかれた状況

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

(2) チーム目標

2回の診察と面接結果から抗HIV療法の開始か経過観察かがおおそ判断される（開始の場合、57 ページ参照）。患者が適切な医療を受け続けられるよう必要な支援を行う。

- ① 定期受診の必要性を理解し、実施できる
- ② 療養生活の中で、健康レベルやQOLの維持・向上とともに病状に変化がないか注意する
- ③ 療養生活をおくるために必要なセルフマネジメント能力を身につける
- ④ 生活習慣病など合併症の予防およびコントロールができる

(3) 3回目以降の流れ

① トリアージ

患者の療養生活の変化についての把握に努める。

② 診察

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

③ 療養支援（3回目以降）

- i 担当者は、継続診療できていることを評価する。
- ii 生活リズムについて、食事、学校や社会、家庭での生活に変化はないか確認する。

- iii 療養行動の変化が生じている場合（受診の調整が自分でできない、新たな STD（性感染症）の繰り返し、服装や髪形の過激な変化、薬物の使用など）、場面に応じた支援を行い必要なら適切な NPO や NGO を紹介する。
- iv 抗 HIV 療法の開始時期が近付いてきたら服薬支援の準備をする。

④ 各職種の患者への関わり

i 医師の役割

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

ii 看護師の役割

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

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

iii ソーシャルワーカーの役割

医療上は問題がない状態であっても、患者の社会生活は絶えず変化している。仕事や学業、家族関係などに変化が生じ、社会生活上の課題が生じていたり、経済的支援が必要と考えられる場合には、随時支援を行なう。HIV 感染が分かることによって、患者はこれまでの生活様式や対人関係に変化が生じ、心理社会的に不安定な状態になりやすい。ソーシャルワーカーは、患者が自分らしい生活を継続できるよう、患者の価値観や既に持っている対処能力などに着目し、患者自身が課題を解決できるように支援を行なう。患者の周囲に相談ができる人がいない場合には、相談機関などのリソース紹介も検討する。（16 ページ、コラム「院外の陽性者支援の紹介」参照）

また、服薬治療が開始されていない場合でも、患者が希望し、申請条件に該当する場合には、身体障害者手帳（85 ページ、資料 5 参照）や障害者医療費助成（91 ページ、資料 7 参照）などの制度を利用することができる。また、HIV 感染症以外の治療を優先して実施する際に、医療費助成制度が利用できる疾病（精神疾患や肝炎治療など）もあるため、必要に応じて紹介する。

iv カウンセラーの役割

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

カウンセラーは、今どのような心理的作業をすることが患者にとって必要かをアセスメントし、その理解を患者と共有しながらカウンセリングを継続する。また、そのような理解をある程度医療者とも共有し、カウンセリング関係を側面的に援助してもらえるように、あるいは、医療者の患者理解を促進できるように、医療者に働きかけることも重要な役割である。

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

逆に医療者から見て患者に次の様なことが観察された場合は、カウンセリングや精神科へとつなぐことが重要である。その他、カウンセラーや精神科医等へと紹介する際の患者の状態像やポイントに関しては、39 ページ、図 2-8 を参照されたい。

- i 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
- ii 問題行動や感情統制の困難、精神症状の出現
- iii 遅延的に生じる感情的な反応や身体症状化された反応

⑤ プランニング

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

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

⑥ 外来カンファレンス

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

⑦ 他科、他部門との調整

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

5) 服薬準備期（抗 HIV 療法の開始が検討される場合）

(1) 服薬準備期の患者のおかれた状況

再診時には CD4 陽性リンパ球数は $500/\mu\text{L}$ であり自覚症状もなく、本人が治療に踏み切れず、治療開始までにある程度時間があつた場合、治療が必要と判断されることで、いままで捉え所がなかった療養生活に服薬による治療という病気への確かな対処策の導入は患者に、ある種の安堵感を与えることもある。しかし一方で服薬の開始は、たとえ症状が出現していなくても患者に自分の病状の進行を強く意識させる。服薬の開始は患者にとって自分の疾患に直面する大きな契機となる。そしてこの疾患を自分の中に何らかの形で位置づける過程が進行する。この直面と受け入れの過程では、がんばろうという意欲が生まれることもあるが、失望、混乱、あせり、気持ちの落ち込み、意欲の減退などの心理的反応が現れることがある。医療者は服薬開始の準備にあたって、患者がそれらの感情を抱えている場合もあることを考慮し、服薬に関する情報提供の量やペースを患者の状態によって柔軟に変えるように配慮すべきである。

服薬の支援は一般的な説明ではなく、その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る。それらが充分に行われていない場合、不安感や不確かさが強まることを医療者は意識しておくべきである。

(2) チーム目標

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

- ① 阻害因子（患者側、医療者側、治療薬）のリストアップおよび問題解決を行う
- ② 病気に対する知識を身につけ、治療の自己決定ができるよう支援する
- ③ 生活のリズムの形成とスケジュールの調整をする
- ④ 服薬シミュレーションを通して問題の整理と調整をする
- ⑤ 副作用について理解が得られるよう説明をする
- ⑥ 薬剤耐性について理解が得られるよう説明をする
- ⑦ 今後の医療費の見通しを持てるよう支援する。また、制度を利用するかしないかを自ら決定できるよう支援する
- ⑧ 心理的問題に対応する
- ⑨ 既往症、合併症がある場合に必要な診療科と連携し、治療の優先順位の検討および薬剤の相互作用に留意する
- ⑩ 身近な支援者の確保をする

(3) 服薬支援

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

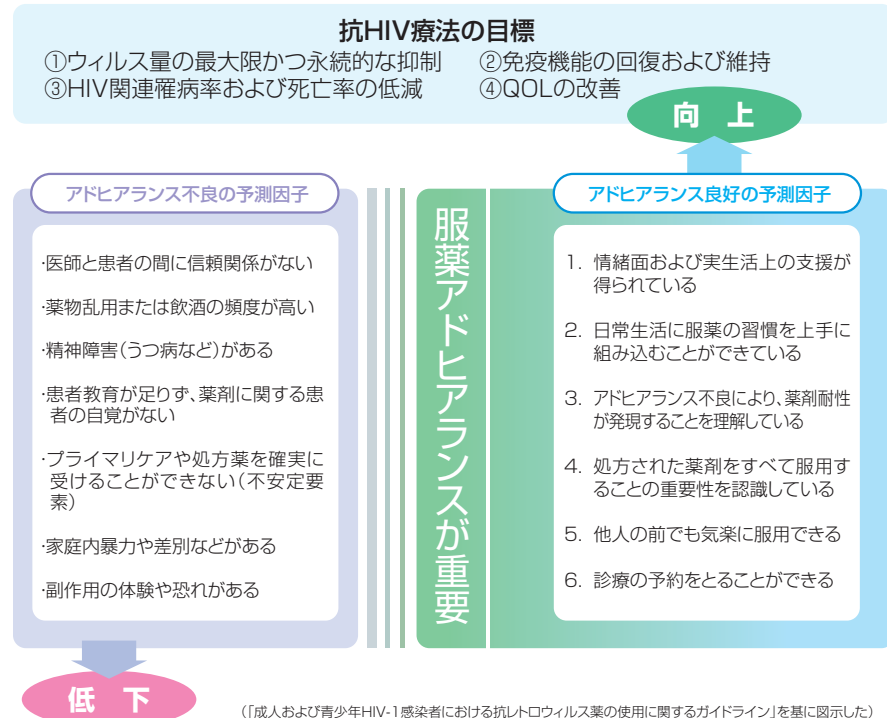
治療継続においては患者自身をサポートしてくれる身近な理解者の存在は大きいので、サポート者を得られるように支援していく。

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

表 2-6 服薬準備期のアセスメント・目標・活動

	アセスメント	チームの目標	支援内容
患者教育	- 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	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	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	- 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	- 治療の意思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	- 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	- サポート状況の評価 - 身近な理解者の有無 - 利用できる社会的資源（免疫機能障害・自立医療） - 服薬継続の意思はあるか	安心して治療が継続できるよう支援	- 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	- 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	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	- 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

図2-10



(4) 服薬阻害因子の軽減

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

(5) ライフスタイルにあった服薬

患者のライフスタイルを平日と休日に分け、患者の生活のリズムを患者と共に確認し、実生活の中でどのような服薬が行われるかをイメージし、服薬が生活に及ぼす影響をも考慮しながら面談をすすめる。これらの配慮を伴った一連の行動が患者の自己効力感を向上させ、服薬行動の動機づけのひとつとなる。また、服薬タイミングを決定する場合は、医療者側から服薬方法を提案するのではなく、いくつかの服薬パターン例を示し患者自身に考えてもらうことが有効である。自分の服薬行動を主観的に考えた場合、どうしても不安感が先行し、行動を考えることが難しい場合がある。このような時は、患者が服薬行動を客観的に考えることができるような援助行動をとる必要がある。これら一連の作業を患者と共にいった後、一定の確認期間を設け、抗HIV薬以外の薬剤で実際の服薬時間にあわせてシミュレーションを行うことは有効である。患者のライフスタイルの中に服薬を取り入れ、机の上でシミュレーションを行う場合、「△△のような服用方法はありますか」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、「ある患者は〇〇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。

(6) 各職種の患者への関わり

① 医師の役割

服薬開始時期についてはガイドラインを参考にする（42 ページ参照）。体調の変化を感じていない患者が服薬開始をなかなか納得できない場合もあるが、現在の抗 HIV 薬開始の基準は日和見感染症の発症防止からさらに長期予後の改善および感染の予防も見込んだものへとシフトしてきていること、以前にくらべ服薬が容易となっていることから、服薬開始が適当と考えられることなど、服薬する方がメリットがあることを説明する。服薬の意志がなかなか固まらない場合は、阻害要因についても話し合うが、カウンセラーへ対応を依頼することも検討する。薬剤師に抗 HIV 薬の説明（予想される効果や副作用）や服薬時間のシミュレーションを依頼したり、薬剤師と協力し、患者の病状に合った抗 HIV 薬の選択や、他に服用している薬剤との相互作用についての評価も行う。ソーシャルワーカーに費用負担軽減のために利用可能な制度についての案内などを依頼する。

抗 HIV 療法の開始にあたり医師が考慮しておくべきことに、免疫再構築症候群がある。服薬開始によって免疫機能の再構築の過程で、免疫再構築症候群と呼ばれる症状が起こり日和見感染症が一時的に悪化する可能性がある。そのためにも抗 HIV 薬開始前に日和見感染症の精査と治療を行っておく。治療開始前に病原体の量を減らしておいたほうが免疫再構築症候群が起こりにくいとの考えもあるためである。例えば、海外のガイドラインでは PCP の場合、日和見感染症治療を開始して 2 週間以内の治療を推奨している。しかし、国内では現在のところ、PCP の 3 週間の治療終了後に抗 HIV 療法を始めることも多い。

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

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

B 型肝炎も免疫再構築症候群によって悪化する可能性があるため、合併している場合は、テノホビル、エムトリシタビンを含む最低 2 剤以上の抗 HBV 効果のある薬剤を含むメニューを選択している必要がある。

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

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

② 看護師の役割

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

③ 薬剤師の役割

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

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

(3) 服薬支援参照 (50 ページ)

(4) 服薬阻害因子の軽減参照 (52 ページ)

(5) ライフスタイルにあった服薬参照 (52 ページ)

④ ソーシャルワーカーの役割

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

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

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

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

表 2-7 制度の利用にあたって

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

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

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

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

⑤ カウンセラーの役割

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

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



コラム 17 行動を変えることはたやしくない！

一般にある行為を遂行するには、①その行為ができるという感覚と、②その行為でどんな結果が得られるかという予測に加え、③その行為を行う技術を持ち合わせ、④状況がそろったときに実践に移されと考える。たとえば、決まった通りに服薬できないという行為は、服薬するという行動が学習されていないか、もしくは誤った学習がなされている、または、その行為を遂行できる感覚が乏しい、服薬した結果のメリットとデメリットを天秤に掛け、デメリットを多く予測してしまっているということが考えられる。

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

具体的には、薬にまつわる思いや経験、感情を丁寧に聞き、理解していくことをまず心がけ、患者個々人の生活パターンや思考パターンに応じ、服薬スケジュールと一緒に考えていくことが大事である。ときには、他のさまざまなスケジュールで服薬している例や工夫していく点などを示しながら、“自分も飲める”といった思いや見通しが持てるように接していくこともよい。なお、そのような話し合いのなか、予想を上回る不安や心配、戸惑いを示されたり、なかなか修正できない思いや思考パターンが観察されたりする場合には、1人の医療者が抱え込むことを避け、カウンセラー等との連携を考慮する。

(7) 既往症・合併症への対応

53 ページ、①医師の役割の項を参照

6) 服薬開始時

(1) 服薬開始時の患者のおかれた状況

実際に治療開始という状況になった患者は、副作用や服薬継続への不安を抱えた状況や、治療開始することによる状態悪化防止への安堵感という複雑な状況下で服薬する。病気を告げていない他者に服薬を気づかれないようにすることへの負担、副作用が出現した時の対応なども含め、より具体的な不安に直面する。そのため、服薬開始への意思決定に揺らぎがないか、不安への対応について確認し、開始時期の選択を最終決定する。

(2) チーム目標

- 可能な限り患者自らの意思で服薬を開始、継続できるよう支援する
- ① 治療の目的、方法を説明し理解を得る
 - ② 起こりうる副作用や問題について予測でき、対処行動が理解できているか把握する
 - ③ 療養環境が整い、治療継続が可能な状況か確認する
 - ④ 各職種から継続して支援が受けられるように調整する

表 2-8 抗 HIV 療法開始時のアセスメント・目標・活動

	アセスメント	チームの目標	支援内容
服薬支援	- 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	- 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	- 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	- 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 - 社会資源の受給などの諸手続きが整っているか	療養環境が整い、治療継続が可能な状況か確認する	- 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	- 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	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	- 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

(3) 服薬支援

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

飲み忘れた時の対応方法は、原則、気づいた時点ですぐ服薬してもらう。但し、その時間が次に服薬する時間に近い場合は、飲まずに次の時間からの服薬を勧める。この際、2回分を一度に飲まないで、通常通り1回分を服薬する。防止策として、携帯アラームのセットや服薬アプリの利用等、患者自らが服薬に気づく方法と手段を利用することが望ましい。また常に携帯するかばん等に1回分を持ち歩くことも有効である。



コラム 18 服薬支援のコツ

●生活のリズムを紙に書く

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

●患者と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、す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、患者の意思決定を待つ。医療者側から解決策を提示するのではなく、患者自身の言葉を引き出す援助が求められる。

(4) 各職種の患者への関わり

① 医師の役割

患者が、服薬を開始する必要性と利点と期待される効果について理解していること、服薬時間について患者自身が計画を立てられていること、副作用について理解していることを確認する。副作用出現時のための制吐剤や止痢剤などをあらかじめ処方しておくことも考慮する。また副作用やアドヒアランス、免疫再構築症候群を評価するための今後の受診予定について患者と話し合い、確認しておく。通常は、開始2～4週間後を目安に再診とする。万が一その日に受診できない可能性を考え、処方1週間程度余計に行うことも考慮する。

② 看護師の役割

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

③ 薬剤師の役割

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

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

抗HIV薬には、肝臓においてチトクロームP450（CYP）により代謝を受ける薬が少なくない。患者は日和見感染治療薬等、他の薬剤と併用する場合が多く、相互作用には注意する必要がある。薬物動態を十分に把握し、特に抗結核薬や抗けいれん薬などの服薬例では相互作用を理解し、処方薬との確認を行うことが必要である。サプリメントは健康補助食品に分類されており、抗HIV薬との併用データが乏しい。使用する場合は、患者にサプリメントを持参してもらい成分等を確認することが望ましい。

(3) 服薬支援参照（57ページ）

④ ソーシャルワーカーの役割

制度利用の場合には、その進捗状況を確認する。

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

他に支援を必要とする事柄があれば、支援を行う。

7) 服薬開始直後

(1) 服薬開始直後の患者のおかれた状況

服薬が実際に開始されると、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。周囲からのサポートが少ない患者の場合、服薬経験は患者を孤立化させ、不安感や負担感を強める場合もある。

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

(2) チーム目標

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

① 副作用症状が日常生活を送る上でどの程度の支障かを確認する。

② ウイルス量が減少し検出限界以下まで低下する。

(3) 服薬支援

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

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

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

表 2-9 抗 HIV 療法開始直後のアセスメント・目標・活動

	アセスメント	チームの目標	支援内容
服薬支援	- 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、生化学・血糖）	- 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	- 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 - 患者が服薬をピルケースや服薬確認アプリ、内服カレンダーなどで自己管理したり、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	- 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）		- 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

(4) 各職種の患者への関わり

① 医師の役割

いかに服薬開始前に説明していても、実際に服薬してから初めて疑問が生じることも多い。それらの疑問は、看護師や薬剤師などの窓口で解決できることも多いが、医師も常に門戸を開いている必要がある。

そして通常は、最初の処方から 2～4 週間後の再来時に飲み忘れの有無、血中ウイルス量減少の確認、血液検査などによる短期的副作用の有無の確認に加えて、服薬中に新たな疑問が出なかったかを確認する。

② 看護師の役割

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

③ 薬剤師の役割

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

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

副作用が強く出現または継続する場合、抗ウイルス効果が不良な場合は、抗 HIV 薬の薬物血中濃度測定を主治医に提案する。（96 ページ、資料 13 参照）

（3）服薬支援参照（57 ページ）

④ カウンセラーの役割

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

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

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

服薬による副作用に対する心理的反応にも注意する。患者は副作用があることで、自分の努力に対してつらい結果がもたらされることに強いジレンマや不満を感じ、それらが服薬を継続していく意欲に影響を与える場合もある。自分の病気の進行に対処するために服薬は必要な行為と論理的あるいは理性的には考えられていても、上記のような心理的な反応は同時に起こりうる。カウンセラーは、患者の悩み、不安、ジレンマなどに寄り添い、患者の主体性を支援していく必要がある。そのような姿勢は、カウンセラーにとって他のスタッフからどのように思われているのか不安を生じさせることもある。日ごろから他のスタッフとのコミュニケーションを図ったり、他のカウンセラーとのカンファレンスや事例検討会などで支え合うことも大切である。

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

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

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

8) 服薬継続時

(1) 服薬継続時の患者のおかれた状況

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

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

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

(2) チーム目標

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

- ① 副作用症状が患者の療養生活で支障かどうか、また血液学的検査を行い継続が可能か否かを確認する
- ② 服薬継続する上で困難な課題があればリストアップし、必要な支援につなげる
- ③ ウイルス量が検出限界以下を維持する

(3) 服薬支援

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

(4) 各職種の患者への関わり

① 医師の役割

医師は血中ウイルス量が十分に抑制されている場合には服薬治療が成功していることを説明する。服薬アドヒアランスの確認、副作用のチェック、薬剤血中濃度の検討などを行い、患者の理解を確かめ、必要に応じて初診時の説明を再度行う。薬剤耐性検査に関しては、血中ウイルス量が検出限界以下あるいはそれに近い場合は薬剤耐性変異ウイルスの出現の可能性がほとんど無く、検査の実施も困難であるため、薬剤耐性検査は推奨されない事を説明する。血中ウイルス量の抑制が不十分な場合には薬剤耐性 HIV 出現の可能性も考え、薬剤耐性の基礎知識、薬剤耐性の一般

的要因につき説明し、さらに薬剤耐性ウイルス検査の実施を勧める。ウイルス学的失敗例の場合には外来カンファレンスなどの場でチームで検討を行い、効果が不十分となった要因について明らかにする。

表 2-10 抗 HIV 療法開始半年以内のアセスメント・目標・活動

	アセスメント	チームの目標	支援内容
服薬支援	- 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 - 服薬継続への患者のモチベーションが保てているか	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	- 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	- 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		- 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、必要時には予防についての教育を行う

表 2-11 抗 HIV 療法開始半年以降のアセスメント・目標・活動

	アセスメント	チームの目標	支援内容
服薬支援	- 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 - 服薬継続への患者のモチベーションが保てているか	- 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	- 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zyst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	- 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を含めて) - 心理・社会生活面からの影響はないか		- 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、必要時には予防についての教育を行う

② 看護師の役割

確実な服薬継続によって、治療効果への実感が得られ、服薬継続の意欲につながる時期であり患者と共に治療効果を評価する。しかし、副作用や免疫再構築症候群などにより、一時的に症状が悪化したという印象を持つこともあり、自己中断や、服薬量を調整したりすることがないように事前の情報提供や注意深い観察を行う。服薬でできなかった場合、また副作用や治療効果がなかった場合は、治療中止や変更について検討が必要なので、患者から医療者への情報提供ができるように支援する。長期服薬による副作用やライフイベントや生活環境の変化が起こることも考慮し、常に服薬行動が対応できているか医療者間での情報共有も継続しながら確認する。服薬継続に問題が起こっている場合には、困難要因の振り返りを行い、服薬行動を再検討する。

③ 薬剤師の役割

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

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

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

④ ソーシャルワーカーの役割

医療費の助成制度を利用されている場合には、その更新について適宜支援を行う。患者が手続きをする場合には、自己管理できるように支援する。加齢や認知機能の低下により、自己管理が難しくなっていないかに着目する。代理申請を非鬱用とする場合にも、更新時期について自己管理できるよう支援する。また、生活状況や病名開示の状況の変化に応じて、代理申請から本人申請に切り替えることについても患者と検討する。

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

理転職など生活状況の変化や、精神科をはじめとした他科受診・他院受診などに合わせて支援が必要になることがあり、カンファレンス等で患者の状況の変化を認めた場合には、個別支援を要していないかなどアセスメントするために患者と面接する機会を持つことが望ましい。

患者の加齢に伴い、キーパーソンに変更がないかどうか確認が必要になる。キーパーソンが同性のパートナーなど非婚姻関係の場合には、任意後見契約などを案内することも検討する。キーパーソン不在の患者もいるため、金銭管理等が難しくなった場合にどうするのか、自治体や社会福祉協議会の取り組みに地域差がある実情も踏まえて、患者と話し合っていくことが求められる。

⑤ カウンセラーの役割

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

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

- i 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
- ii 問題行動や感情統制の困難、精神症状の出現
- iii 遅延的に生じる感情的な反応や身体症状化された反応

その他、カウンセラーや精神科医等へと紹介する際の患者の状態像やポイントに関しては、39 ページ、図 2-8 を参照されたい。

9) 服薬中断症例への服薬支援

(1) 服薬中断症例の患者のおかれた状況

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

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

(2) チーム目標

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

- ① 患者の希望する治療に対する意思と専門家チームの意見をすりあわせる
- ② 服薬を中断しても適切な医療が継続されることを保障する

(3) 各職種の患者への関わり

① 医師の役割

医師は個人的な価値観から患者に対し批判的な態度をとらず、服薬中断の理由と経緯を理解するように努め、各専門職からの情報や意見を取り入れ総合的に判断する。患者自身には、服薬中断に伴い副作用が消失する一方で、新たに予期される症状や検査値の変化、薬剤耐性ウイルス出現の可能性や、生活上の注意点を伝え、再開時には選択可能薬剤がまだあることを説明しておく。検査値の変化では、これまで検出感度未満に抑えられていた血中ウイルス量が、服薬中断によって上昇すること、上昇した CD4 陽性リンパ球数が低下する事を説明する。CD4 陽性リンパ球数が 200/ μ L 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、検討することを伝える。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。

② 看護師の役割

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

- i ライフスタイル（仕事を含めての）
- ii 副作用による苦痛
- iii 飲み続けることへの自己効力感の低下
- iv 経済的困難

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

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

③ 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や服薬中断に至るまでの服薬状況について確認する。中断の一因が副作用であった場合は、その発現状況と心理的負担の状況等を詳しく聴く。中断直後の面談では、服薬再開に関連する話は避けるよう心がける。医師の治療方針を確認しながら、処方変更が行われる可能性があれば、変更のメリットとデメリットを中心に説明を行う。また、抗 HIV 療法の理解度について、再度アセスメントを行い、必要であれば改めて服薬準備の支援を行う（50 ページ参照）。

④ ソーシャルワーカーの役割

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

⑤ カウンセラーの役割

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

- i 生きる（生きていく）ことの視点
- ii 認知機能などの判断や人格の影響などといった心理学的視点
- iii 社会的な喪失体験の影響など、反応や危機状態としての視点
- iv 精神症状など、主体性の揺らぎや自我機能の低下などの視点

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

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

そのほか、カウンセラーや精神科医等へと紹介する際の患者の状態像やポイントに関しては、39 ページ、図 2-8 を参照されたい。



チームで支援する諸問題

1) 長期療養における課題と支援

治療の進歩に伴い、長期療養が可能な慢性疾患へと変貌を遂げたが、患者は療養を継続しながら年を重ねることで、様々な課題がでてきた。AIDS 発症後の後遺症の残存に加えて、加齢も影響した身体機能、認知機能低下、また生活習慣病や悪性疾患など合併疾患、精神疾患など、自立した療養生活が困難となる患者が増加することが考えられる。

そして、長年続けてきた治療や療養生活の疲れや日常における慢性的なストレス状態の影響で精神状態が不安定となり、定期的な受診や治療が継続できずに中断となってしまう患者もいる。このような患者が、自身の将来について、療養を続けながら、地域・社会の中でどのように生きていきたいのか、患者が大切にしたい思い、価値観を医療者は把握し支援に繋げていくことが大切である。

(1) 地域支援者を含めた在宅療養支援

HIV 感染症の病状コントロールは維持できているが、身体機能、認知機能低下に伴い自立した生活が困難な患者は、在宅療養においては医療だけではなく、介護・福祉サービスを含めた支援の検討が必要となる。身体機能や認知機能の低下している患者の在宅療養を支えるための技術や、地域支援の提供ができる環境は十分にある。しかし、HIV 感染症に対する理解の不十分さから、患者の地域での受け入れについては、偏見や差別が残存している現状から、進まないことも少なくない。

そこで、HIV 感染症の疾患や治療についての理解はもちろん、薬害被害患者、多様性を踏まえた HIV 陽性者の患者理解を深めてもらえるような機会の提供が必要である。医療職、福祉・介護職、ケアマネージャー、理学療法士、調剤薬局薬剤師など、教育の対象となる各職種の特性を踏まえて、研修会等を検討し、支援者の知識の獲得と不安の解消・軽減に努める働きかけが必要である。また、支援依頼後も継続的な地域支援者に対するフォローも重要である。

(2) 長期療養に伴う疲弊、受診中断

患者は、療養を継続しながら様々なライフステージにおける変化を体験する。止まることなく進む時間軸の中で、患者はその変化をどのように受容し、そして患者自身が様々な場面において意思決定を繰り返し行っているのか、医療者は患者の伴走者として継続的な支援を行っていくことになる。定期的に受診していた患者が、予約通りに受診しなくなったり、抗ウイルス効果を維持して病状コントロールできていた患者のウイルス量が増加傾向になったり、また家庭や社会的役割の変化や患者を取り巻く支援者の関係性変化によって、精神的に不安定な様子を示したりと、様々な行動や反応を呈していることもある。患者をチームで支援している医療者は、それらの反応をしっかり察知し、療養継続に及ぼすリスクの評価を適切に行うことが大切である。また、治療継続困難、受診中断など事象の良し悪しについての評価ではなく、その行動に至ったプロセスを患者と共に振り返り、患者がどのようにしたいのか、何を大切にしながら療養していけるのかについてしっかりと対話を繰り返すことが大切である。

(3) 療養を継続するための患者の意思

患者が様々な場面において、大切にしている価値観、人生観、死生観などを踏まえた患者参加型医療のもと、自らが必要な選択ができ、その意思をきちんと示すことが大切である。近年、終末期におけるアドバンスド・ケアプランニング（ACP）について話題となることが多い。これは、自らが望む人生の最終段階の医療やケアについて、前もって医療者や周囲の人々と話し合い共有しておくことである。また、共同意思決定（SDM）は、医学情報と患者の価値観・思考に基づき、医療者と患者が協働して、患者にとって最善の医療上の意思決定を下すためのコミュニケーションのプロセスとされ、これは現在のことだけではなくアドバンスド・ケアプランニングを含む将来も視野に入れて行われるものである。いずれにしても、患者が大切にしていることを踏まえて、患者にとって最善の医療を提供できるような取り組みが大切である。

そして、患者がその意思を自ら示せる、または周囲の支援者（家族、パートナー、友人など）が示す場合、あるいは身近な支援者がいない場合は医療者が患者の意思として示す場合もある。患者の状態により、代理者が意思決定を行うことがあるが、そこに法的な問題も影響する。一般的には、医療の場において血縁家族が優先されるが、患者の中には自身の代理意思決定は、長年連れ添い患者が家族としていた同性パートナーや友人に委ねたい場合もある。そこで、パートナーシップ制度や養子縁組、公正証書の作成など、法的な問題に対する対応も重要となる。また、身近な支援者もおらず、他者と関わらずに生きてきた患者もあり、その場合は医療者が患者の代理意思を選定することもある。その場合は、チーム内での最善の医療について検討することに加えて、自施設での倫理委員会等のシステムを活用することも検討する。

患者が療養を継続し、患者が望むように生き、そして患者が望む最期を迎えられるように、早期より患者や患者を取り巻く支援者と対話を繰り返し、その時々での患者の意思決定を医療者はきちんと把握し、その意思を尊重して療養ができるようにしていく。

2) 血友病患者への対応

1986年以前の非加熱血液製剤の投与によりHIVに感染した血友病患者の多くは、ほぼ次項のHCV重複感染例である。いずれも感染後、30年近く経過しており、HCV治療が成功していても、肝硬変から肝がんに行進する者がいる。中には生体肝移植も想定しておかねばならない症例も存在する。しかし、ドナーの問題、移植後の抗HIV治療の成否の問題、免疫抑制剤使用の問題など克服しなければならない課題は多く、決して安直ではない。長期の抗HIV療法で多剤耐性ウイルスを獲得していたり、肝機能温存のために抗HIV薬の選択肢が限られている場合も多く、抗HIV療法の組み合わせも容易でない場合も多い。血友病のHIV感染者では、原疾患である血友病の止血管理や関節症、HIV感染症、HCV感染症、メンタルヘルスケア等、総合的治療が必要である。これらの理由によりHIV単独感染者に比べても注意すべき点が多く、診療には血友病専門医の意見を求めることを勧める。血友病治療の医療費助成制度※の手続きに加え、健康管理費用、手当、障害年金、C型肝炎のQOL調査などが適切に手続きできていることを確認する。

（※<https://csl-info.com/hemophilia-navi/welfare/> 参照）詳細については血友病薬害被害者手帳（厚生労働省）を参考されたい。

3) 肝炎（HCV、HBC）合併例での留意点

HIV に重複感染した C 型慢性肝炎例は HCV 単独感染例に比べ肝炎の進行が速く、HIV 感染に重複した HBV 感染例は HBV 単独感染例に比べ慢性化の頻度が高く、HBV DNA 量が高値で、HBV 感染に基づく肝障害・肝機能増悪が高率に認められる。HIV 感染症の予後が抗 HIV 療法の登場で著明に改善したが、血友病患者を中心とする最近の 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いた。わが国の血液製剤による HIV、HCV 重複感染例の多くは、HCV 単独感染例に比べ肝炎が進行しており、HCV のウイルス量が高く、直接作用型抗ウイルス薬が登場する以前の抗 HCV 療法では治癒が困難であった。さらに、肝移植を考慮しなくてはならない様な進行例も少なからず存在する。抗 HIV 療法施行時に薬剤性肝障害の頻度が高い点に注意する。

HCV 感染症や HBV 感染症の治療は著しい進歩を遂げつつあるので、HCV あるいは HBV 重複合併例では肝炎治療の専門家、できれば重複感染症治療の経験のある専門家の意見を聴くことを勧める。

4) 女性患者への対応の留意点

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

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

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

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

(3) 婦人科疾患、 性感染症について

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

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

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

(4) 妊娠と出産

妊娠中期以降から抗 HIV 薬の内服を開始して血中ウイルス量を下げ、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母子感染予防対策を行うことにより、HIV の母子感染率は 1%以下である。詳細は「母子感染予防対策マニュアル」を参照されたい。ホームページ <https://hivboshi.org/manual/> で入手可能である。

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

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

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



コラム 19 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は母子の安全性に注意すること。妊娠中に HIV 感染が判明した場合、妊娠週数を問わず、すべての HIV 感染妊婦に対して可能な限り早期に抗 HIV 療法を開始する。

HIV 感染している女性患者が妊娠した場合は、抗 HIV 療法を継続するが、処方については上記を確認する。



コラム 20 小児患者への服薬支援

・使用可能な薬剤

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

・小児のアドヒアランス

年齢によっては服薬開始前に必ずしも病名を告知していない。しかし長い投薬期間や服薬アドヒアランスを考えると適切な時期に告知を行うことが好ましい。告知を行う時期に関して親に相談することは勿論、地域で保護者を支援できるように保健師などの支援を検討する。本人に告知をしていない場合は、服薬支援者の協力が欠かせないため、保護者をはじめ、支援体制を構築する。思春期などの成長過程で治療に限らず、様々なことに反発したり、協力が得られない場合も考えられるため、保護者や可能であれば学校や保健所など行政などとも協力し、治療継続を支援する。告知問題や学校での生活などの問題に対して、保護者も含めて対応する必要がある。

・理解度

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

・小児用薬剤

国内で販売されている薬剤を服用できない場合は、エイズ治療薬研究班 (<https://labo-med.tokyo-med.ac.jp/aidsdrugmhlw/portal>) 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。

5) パートナー・家族等への支援

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

病気を打ち明ける患者側の工夫として①対象者の選択、②打ち明ける時期や内容、③身近な支援者へのフォローアップの方法の打ち合わせを行うことが望ましい。特に対象者の選択について性的パートナー、配偶者の場合はその方たちの健康管理も重要な課題となる。

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

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

(1) 身近な支援者に対するフォローアップの面接で医療者が心がけること

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

面接では具体的に次の説明を行う。

- ①未治療では進行性であること
- ②内服または注射剤による治療ができること
- ③患者の自己管理が重要であること
- ④患者が易感染状態にあること
- ⑤感染経路は限定されており感染予防は可能であること

などである。この知識をもとに患者が身近な支援者に個別にどのような支援を求めているかを確認する。

- ⑥治療状況がよければ（6 ヶ月以上ウイルスが 200 コピー/mL 未満を維持）、性行為で感染しない（U=U）。

身近な支援者が、患者を過剰に心配したり、患者に無断で他者に病気を話したり、患者の行動を非難したり、むやみに忠告したりすることをないよう助言する。

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

(2) 遺族への支援

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

薬害エイズ被害者に関する研究結果によるケア支援対策は、薬害のみならずすべての感染者の遺族ケアの参考になる。最愛の家族等の悲しみは当然であるが、社会の偏見や誤解、親しい身内にも病名を隠して看病を続けたことなど感染症の特有の体験により、遺族の負担が考えられる。また、「HIV 感染被害者遺族実態調査」の調査結果では、ご遺族の方の身体面・精神面の健康度が全般に低く、薬害被害の過去に触れられたくないため医療機関の受診をためらうとのケースがあることがわかり、ご遺族が安心して健康診断を受けられるよう「HIV 遺族健康検診受診支援事業」が開始された。このように、ご遺族の方々への理解を深め寄り添うグリーフケアが重要である。「薬害 HIV 感染被害者遺族等へのメンタルケアに関するマニュアル」（監修：公益財団法人友愛福祉財団実施事業）なども参照されたい。

6) 抗 HIV 薬・抗 HIV 療法

(1) 抗 HIV 療法の原則

治療の原則は現在、次の通りである。

多剤併用療法で実施する。原則としてガイドラインに従う。治療の目標は血中のウイルス量を検出限界（20 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 陽性リンパ球数など検査データが回復しても抗 HIV 療法は中断しない。

(2) 抗 HIV 薬の服薬期間

外見上健康に見える無症候期でも、HIV はリンパ組織で盛んに増殖し免疫機構を破壊している事が知られている。血中の HIV の半減期は数時間と短い、一日に産生されるウイルス粒子は約 10^{10} 個とされ、血中のウイルス量は両者のバランスによる。HIV が感染した CD4 陽性リンパ球の多くは半減期が概ね 1 日強と短い、静止期にある CD4 陽性細胞の半減期は平均 43.9 ヶ月と報告された。この細胞が体内に 10^5 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

免疫状態の改善、健康状態の改善、感染予防の観点から早期開始が原則である。治療開始の時期はガイドラインが随時更新されることから、最新のガイドラインを参照する（42 ページ参照）。現在では CD4 陽性リンパ球数に関わらず治療を開始するとされ、全員治療の時代である。いずれにしても開始前の服薬指導、日和見感染症や制度利用の状況の確認が重要である。

(4) 抗 HIV 薬の種類

RNA をカプシド等で構成する殻で包み込んでいる HIV は細胞表面の CD4 分子とケモカイン・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。

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

① プロテアーゼ阻害薬 (PI)

プロテアーゼ阻害薬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ことがしばしばあるため注意を要する。

② 逆転写酵素阻害薬

HIV 逆転写酵素の阻害薬である。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。

i 非核酸系 (NNRTI)

副作用にふらつき、異夢、発疹などがある。

ii 核酸系 (NRTI)

TAF+FTC（合剤デシコビ）、ABC+3TC（合剤エブジコム）などが主に使用さ

れる。このクラスの薬剤で重篤な副作用に腎機能障害(TDF)、過敏症(ABC)などがあり注意を要する。

③ インテグラーゼ阻害剤

現在最も多く初回治療に選択されている薬剤であり、わが国で5剤（2024年1月現在）が承認されている。

プロテアーゼ阻害薬や逆転写酵素阻害薬とは異なる作用機序であるため、これらに耐性を示している場合も有効である。

また、PI、NNRTIと比較して薬剤相互作用が非常に少なく併用薬剤も比較的安全に投与できる。

④ CCR5 阻害薬

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

⑤ カプシド阻害剤

HIV-1 のカプシドタンパク単量体間の界面に直接結合し HIV-1 プロウイルス DNA のカプシド介在性核内取込み、ウイルスの形成及び放出並びにカプシドコア形成等のウイルス複製における複数の重要な段階に関与する HIV-1 カプシドタンパクの機能を阻害することにより、HIV-1 の複製を阻害する。

⑥ Single Tablet Regimen(STR)製剤

異なるカテゴリ（NRTIとNNRTI、PIもしくはINSTI、NNRTIとINSTI）を組み合わせた配合錠であり、1日1回1錠の服薬で済む。

⑦ 持続性筋注製剤

内服薬で6ヶ月以上、血中ウイルス量がコントロールできている場合、NNRTI のリルピビルンとINSTIのカボテグラビルを28日の内服を行なった後、臀部に同じ2成分を1ヶ月もしくは2か月毎に筋注投与する。今後の長期的な有効性および安全性の集積が待たれる。

(5) 治療効果の モニタリング

① 血中ウイルス量

血中ウイルス量は抗HIV療法の抗ウイルス効果を把握する上で重要なパラメーターの一つである。血中ウイルス量が検出限界値未満であれば患者体内のHIVの増殖は十分に抑えられ、治療は成功していると評価できる。血中ウイルス量が大きく200コピー/mLを超えて上昇した場合の原因として、HIVが薬剤耐性変異を獲得した事によって現在の治療薬の効果が減弱し、HIVの増殖が抑制できなくなっている場合と、アドヒアランスが不良である場合がある。

薬剤耐性の可能性を疑った場合は薬剤耐性検査（96ページ、資料14参照）を行うことが望ましい。検査の結果、服薬中の薬剤に対して薬剤耐性が認められたときには治療薬の変更を視野に入れる必要がある。変更にあたっては薬剤耐性検査の結果を慎重に検討し、次の治療薬の選択を行うことが必要である。判断に迷う場合は専門医に相談する。耐性変異が生じた原因としてアドヒアランスの不良も考えられるので、服薬指導、支援を強化することも考慮する。耐性変異が認められないにも関わらず、ウイルス量が上昇している場合は、服用できていない可能性がある。血漿中ウイルス量の定量検査は再診時毎の定期的なモニタリングが推奨される。

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

② CD4 陽性リンパ球数

CD4 陽性リンパ球は正常な免疫を維持するために重要な細胞である。HIV は、主にこの CD4 陽性リンパ球に感染する。従って、CD4 陽性リンパ球の数は、抗 HIV 療法によって、どの程度免疫力が回復したかの指標となる。ただし、数値は患者ごとに個人差があり、年齢にも左右されることから、1 回の検査で治療効果を判断せず、数回の検査により判定する事が必要である。治療にはウイルス量が感度未満を継続することが CD4 数増加に加え、効果の判定に有効である。



コラム 21 血中ウイルス量検査の説明

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

服薬開始後に予想されるウイルス量の推移について説明する。服薬治療開始後、100%近いアドヒアランスで服薬を継続した場合には 2～8 週間でウイルス量が 1/10 に低下し、24 週間以内に 200 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。

服薬によりウイルス量を検出限界未満に抑え続けられれば、CD4 陽性リンパ球数も上昇し健康状態が改善できることと U=U を達成できることを説明し、医師の指示に従って正しく服薬することが患者の 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 1～3 ヶ月頃のウイルス量の検査が有用であることを説明する。血漿中ウイルス量が検出限界未満になった後も、定期的に受診し、ウイルス量を検査し、長期間にわたって観察する事が、患者の健康維持の上で大切である事を説明する。

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

服薬を正しく行わなかった場合（飲んだり飲まなかったりを繰り返す）のリスクとして体内で再び HIV が増殖を開始する様になり薬剤耐性 HIV が出現する危険が高くなることを説明する。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ことを説明する。

7) 院外処方の目的およびメリットと留意点

院外処方箋の本来の目的は、患者が「かかりつけ薬局」を定め、医薬品使用の適正化を推進することである。また院外処方、院内に採用のない薬剤も処方可能であり、院内処方と比較して患者もしくは支援者が利便性の高い受領方法を選択することが可能となる場合もある。

しかしながら、多くの院外薬局には個室が整備されていないため、薬剤の説明、患者呼び出し等には十分な配慮が必要である。プライバシーの問題は、HIV 感染症に限らず、他の疾患でも同様である。過剰な対応は逆効果ともなりかねないため、他の疾患と同様にプライバシーに配慮した対応が求められる。

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

また、病院と院外薬局との連携（薬薬連携）を深め、勉強会・連絡会を開催する等、患者が安心して薬を受け取ることができる体制を確立していくことが重要である。

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

チーム医療に役立つ資料集

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

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

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

(1) かかわり行動・態度

援助的なコミュニケーションは、何らかの問題状況が発生し、医療者が支援しようとするかかわり行動によって始まる。かかわり行動とは、医療者が自ら発している非言語的メッセージに気づき、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（図4-2参照）。そして、言語（話の内容）は7%に過ぎなかったとしている。正確な情報を提供しようとしていても、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。

図4-1 チーム医療に際して必要な知識・技術・かまえ

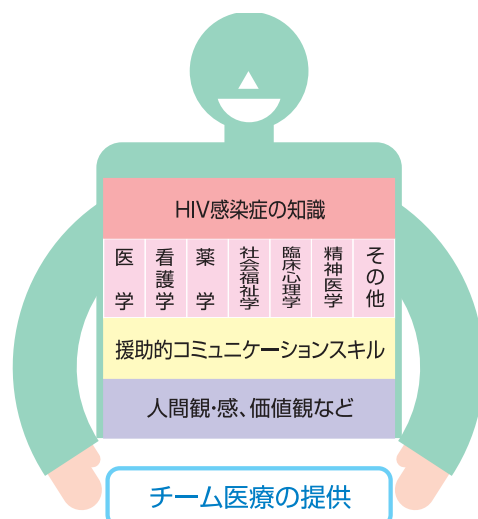


図4-2 コミュニケーションのなかで相手が受け取るメッセージ

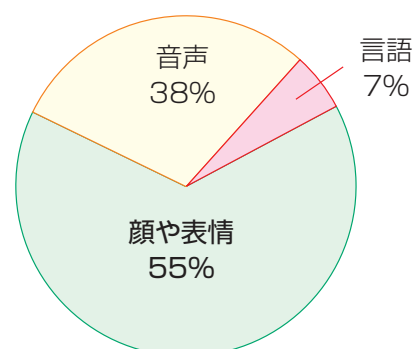
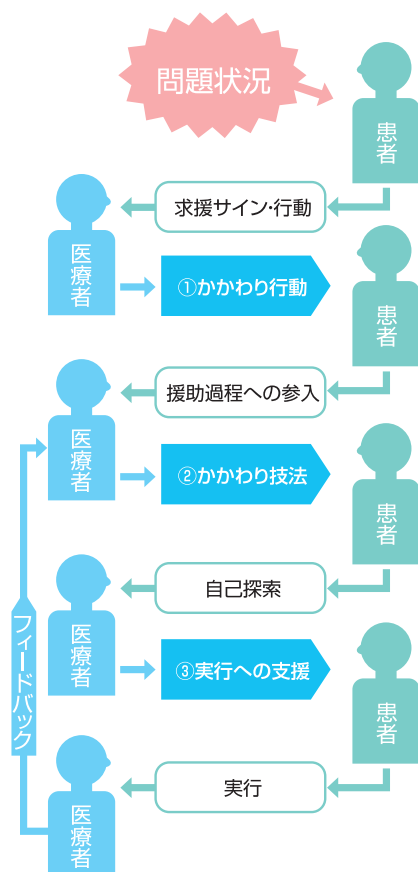


図 4-3 援助的コミュニケーションの流れ



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 : 身もころも乗り出す
- Eye : アイコンタクト (見つめることではない)
- Relaxed : 身もころも安定すること
- Volume : 声量
- Articulation : 明瞭な発音
- Pitch : 音調 (調子)
- Emphasis : 強調
- Rate : 速さ

(2) かかわり技法

観察と積極的な傾聴が基本である。傾聴とは、上記のかかわり行動に気をつけながら、患者の言語・非言語に注意を集中することである。傾聴を大切にする理由は、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、話の内容や思いを整理することを促す)

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

(3) 実行に向けての支援

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

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

医療者の援助的コミュニケーションのなか、患者自身が自己の状況を探索し、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、カウンセラーとの連携が望ましい。

ポイント

Stop : とどまる

Thinking : 何が問題なのか、今までだったらどうしていたのか考える

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

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

資料2 服薬における患者と医療者のコミュニケーション事例

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

ケーススタディ＜服用時間に関する対話のさまざま＞

－服用時間のみを指示した望ましくない例1－

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

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

－服用時間のみを指示した望ましくない例2－

医：このお薬は1日1回朝食後に、1回3カプセルを服用してください。

患：朝食はとらないのですが、食事はとらなければなりませんか。

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

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

医：少し早めに起きることは出来ませんか。

患：昔から朝は弱くて・・・

医：では、昼食後、若しくは夕食後に服薬することは出来ませんか。

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

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

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

—服用時間について患者の意思決定を尊重した望ましい例—

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

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

医：ええ、十分な効果を出せるような飲み方であれば問題はありません。

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

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

患：そうですか。どうしても食事をとらなければならない薬なのですね。

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

患：どうしても食べなければなりませんか……。 （沈黙が続く）（沈黙の間の待っている姿勢が問われる）昼食後や夕食後に薬を飲むことも考えられるのですが、仕事の関係で、昼食や夕食の時間はまちまちです。また、友人と一緒に食事をするところもよくあるので、出来れば昼食後や夕食後は避けたいですね。朝食後に薬を飲んでしまえば、その後は仕事に集中できるような気もします。食事の時間がある程度一定しているのは、朝食後くらいですし。（患者の言葉と意思決定を待つ姿勢を持つ）

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

患：食事はどの程度食べればいいのでしょうか。

医：胃酸が十分分泌されれば、薬の吸収は十分行われます。軽食（357kcal、脂肪8.2g、蛋白質10.6g）での服薬で十分な吸収が得られたとのデータがあります。6枚切りのトースト1枚にマーガリンを塗った場合、250kcal、脂肪6g、蛋白質11gとされています。（例示の活用）

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

—服用方法を指示した望ましくない例—

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

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

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

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

患：朝食をすませるとそのまま着替えて出勤しますから・・・

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

—例示を利用した望ましい例—

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

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

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

医：朝食後に別室で薬を飲んでおられる患者さんもおられます。（例示の活用）

患：食後すぐに飲む必要はないのですか。

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

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

資料3 エイズ派遣カウンセリング制度実施自治体一覧

各地の最新情報は、厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業 拠点病院診療案内 エイズ派遣カウンセリング制度実施自治体一覧
(<https://hiv-hospital.jp/counseling>) を参照されたい。

資料4 健康保険証と関連制度

(1) 健康保険証とプライバシー保護

① 健康保険証の利用

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

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

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

② 医療費通知

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

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

③ マイナンバーカードの保険証利用

マイナンバーカードを保険証利用することによって、HIV感染症として治療を受けていることが、様々なところに知られてしまうのではないかと不安に感じられている患者がいるため、情報提供を求められた場合には、厚生労働省のホームページ等で最新情報を確認の上、情報提供を行うように努める。

令和6年1月時点では、特定検診情報、薬剤情報、診療情報については、顔認証付きカードリーダーでは、ディスプレイ上にて患者本人の同意が必要であり、同意の意思登録は24時間に限り継続されることになっている。

※ただし、大規模災害時には本人同意なしで閲覧可能となる。

(2) 健康保険で利用できる制度

① 高額療養費

■制度概要

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

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

■申請

加入している健康保険の窓口で手続きをする。

■留意事項

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

② 付加給付金

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

③ 傷病手当金

■概要

会社等に勤めている人が、けがや病気のために仕事を休み、給料が支給されない期間について、加入している健康保険から基本となる給与の3分の2を保証する制度。同一病名で最長1年半支給することが可能である。一部の健康保険組合では、傷病手当金付加金などで3分の2以上の保証をされる場合もある。

ただし、国民健康保険には傷病手当金の制度がないため、対象にならない。

■申請

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

■留意事項

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

④ 特定疾病療養費

■概要

長期に渡り高額な治療が必要となる疾患について、医療費の自己負担上限を月額10,000円（ただし、以下の対象②に該当する上位所得者は月額20,000円）にする制度。

先天性血液凝固因子障害等治療研究事業（91ページ、資料8参照）と組み合わせて使用することが多い。

■対象

- ① 血液凝固因子製剤を使用している血友病A・B
- ② 透析を必要とする慢性腎不全
- ③ 血液製剤投与に関するHIV感染症（2次・3次感染を含む）

■申請

加入している健康保険の窓口で「特定疾病療養受療証」で所定の申請用紙をもらい、本人と医師が記入のうえ提出する。対象③に該当する場合には、血液製剤による感染を証明する書類（裁判に関する書類など）の提出が求められる。申請月の1日から適用となることがほとんどである。

■留意事項

健康保険組合や自治体の担当者が慣れていない場合に、感染経路の区別なく「特定疾病療養費」の申請を奨められることがあるが、対象となるのは血液製剤投与に関するHIV感染に限られる。この場合、担当者から患者に感染経路を確認される可能性があることを留意しておく。なお、血液製剤投与による感染以外の場合には、自立支援医療や障害者医療費助成（88ページ、資料6、91ページ、資料7を参照）が利用できる。

資料5 身体障害者手帳

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

■HIV感染者が身体障害者（児）手帳を取得するメリット

障害福祉サービスの中には、医療費の自己負担を軽減する制度（88ページ、資料6、91ページ、資料7参照）が含まれており、長期にわたる治療を継続する一助となる。

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

■身体障害の種類と程度

身体障害には、視覚障害、聴覚障害などの種類があるが、HIV感染症の場合は、「ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害（免疫機能障害）」となる。障害の程度に応じて、1級から4級までの等級が定められている。（86ページ、「身体障害認定基準」を参照）

■申請

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

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

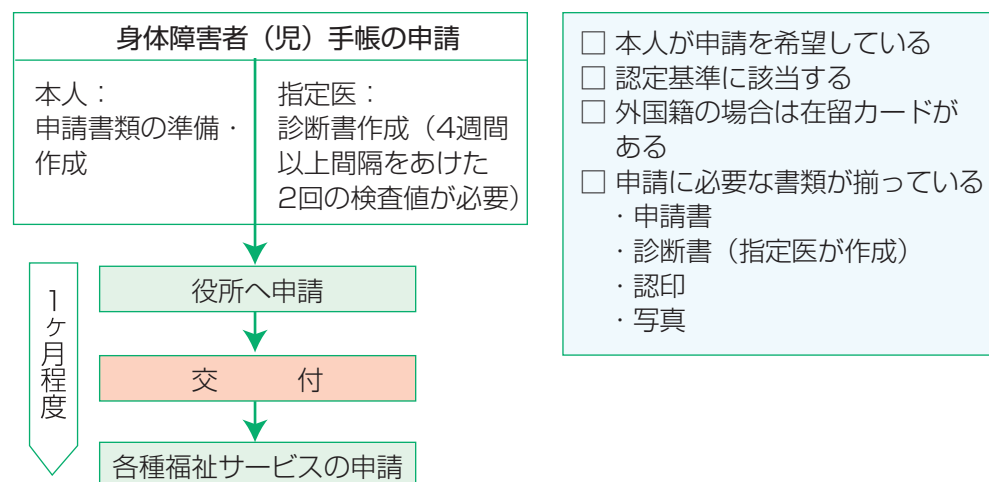
また、免疫機能障害の取り扱い経験が少ない自治体では、担当職員が不慣れであることが予想されるため、申請の前にソーシャルワーカー等から自治体での情報管理体制や対応方法などを相談しておく、より円滑な手続きが可能である。

■留意事項

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

免疫機能障害の認定については、疑義照会のなかで、再認定は不要とされている。また、申請時の直近データではなく、抗HIV療法開始前の状態による申請で差し支えないとされている。海外からの転入者等においては、できる限り以前の検査データを取り寄せることが望ましい

図4-4 身体障害者（児）手帳申請の流れ



身体障害認定基準（ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害）

1. 13 歳以上の者の場合

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

(ア) CD4 陽性 T リンパ球数が $200/\mu\text{L}$ 以下で、次の項目 (a~l) のうち 6 項目以上が認められるもの。

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

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

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

(ア) CD4 陽性 T リンパ球数が $200/\mu\text{L}$ 以下で、(1) の項目 (a~l) のうち 3 項目以上が認められるもの。

(イ) エイズ発症の既往があり、(1) の項目 (a~l) のうち 3 項目以上が認められるもの。

(ウ) CD4 陽性 T リンパ球数に関係なく、(1) の項目 (a~l) のうち (a~d) までの 1 つを含むを含む 6 項目以上が認められるもの。

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

(ア) CD4 陽性 T リンパ球数が $500/\mu\text{L}$ 以下で、(1) の項目 (a~l) のうち 3 項目以上が認められるもの。

(イ) CD4 陽性 T リンパ球数に関係なく、(1) の項目 (a~l) のうち (a~d) までの 1 つを含む 4 項目以上が認められるもの。

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

(ア) CD4 陽性 T リンパ球数が $500/\mu\text{L}$ 以下で、(1) の項目 (a~l) のうち 1 項目以上が認められるもの。

(イ) CD4 陽性 T リンパ球数に関係なく、(1) の項目 (a~l) のうち (a~d) までの 1 つを含む 2 項目以上が認められるもの。

2 13 歳未満の者の場合

ア 等級表 1 級に該当する障害は、ヒト免疫不全ウイルスに感染していて、「サーベイランスのための HIV 感染症/AIDS 診断基準」（厚生省エイズ動向委員会、1999）が採択した指標疾患のうち 1 項目以上が認められるもの。

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

(ア) 次の項目 (a~r) のうち 1 項目以上が認められるもの。

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

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

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

免疫学的分類	児の年齢		
	1 歳未満	1~6 歳未満	6~13 歳未満
正 常	$\geq 1,500/\mu\text{L}$ $\geq 25\%$	$\geq 1,000/\mu\text{L}$ $\geq 25\%$	$\geq 500/\mu\text{L}$ $\geq 25\%$
中 等 度 低 下	$750 \sim 1,499/\mu\text{L}$ 15~24%	$500 \sim 999/\mu\text{L}$ 15~24%	$200 \sim 499/\mu\text{L}$ 15~24%
重 度 低 下	$<750/\mu\text{L}$ $<15\%$	$<500/\mu\text{L}$ $<15\%$	$<200/\mu\text{L}$ $<15\%$

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

(ア) 次の項目 (a~h) のうち 2 項目以上が認められるもの。

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

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

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

資料 6 自立支援医療

■自立支援医療とは

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

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

■HIV 感染症で自立支援医療を利用する場合

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

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

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

■自己負担額

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

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

表 4-2 自立支援医療（重度かつ継続該当時）による自己負担額（令和5年9月現在）

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

障害者医療助成制度（91ページ、資料7参照）も利用が可能な場合、自治体によって制度を併用できる場合と、どちらか一方しか利用できない場合がある。

※一定所得以上の自己負担上限額20,000円の区分については、経過特例（3年ごとに見直し）であり、令和6年4月以降については未定である。

表 4-3 重度かつ継続の範囲（令和5年9月現在）

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

■利用できる場所

自立支援医療は、受給者証に記載された医療機関でのみ利用できる。申請の際に、利用予定の医療機関、調剤薬局、訪問看護ステーション等を指定しておく。また、医療機関、調剤薬局、訪問看護ステーション等についても、「指定自立支援医療機関」として都道府県から認可を受けている機関でなければ利用ができない。

■申請

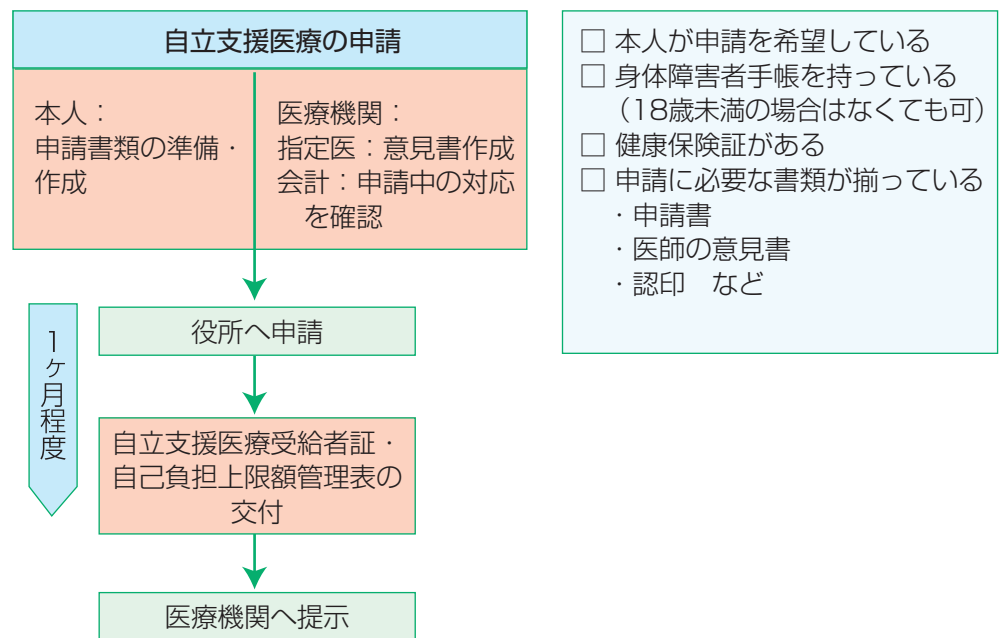
居住地の市区町村役場へ必要書類（本人の申請書、医師の意見書、健康保険証など、必要に応じて追加あり）を提出する。自治体によっては、指定医による意見書が必要なこともある。

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

自治体によって申請から交付決定までの時間や運用方法が異なる（92ページの「参考」参照）ため、利用前に治療開始予定と制度の申請時期について確認しておく。

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

図 4-5 自立支援医療申請の流れ
(自治体によっては、身体障害者手帳と同時に申請できる場合もある)



■利用方法

受給者証に記載されている医療機関等の窓口で、自立支援医療受給者証と自己負担上限額管理表を提示する。支払いの際には、医療機関等の職員が「自己負担上限額管理票」に、支払った金額、日付、医療機関名などを記載する。原則として、医療費の自己負担が1割負担となり、自立支援医療受給者証に記載されている月額上限額まで自己負担がある。1ヶ月間に複数回受診があった場合、支払った医療費が月額自己負担上限額に達した以後は、請求されない。

参考：自治体による申請方法の違い

A 県

身体障害者手帳と自立支援医療の申請が同時に可能。

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

B 県

身体障害者手帳と自立支援医療の申請が同時に可能。

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

C 県

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

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

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

資料7 障害者医療費助成

■障害者医療費助成とは

一定の等級の身体障害者手帳（85 ページ、資料5 参照）を持つ人に対して、自治体が独自に実施している医療費助成制度。ただし、医療費以外の個室料、文書料などは助成対象とならない。

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

- ・制度の名称（重度心身障害者医療費助成、福祉医療、マル障など）
- ・対象者の範囲（身体障害者手帳の等級、所得制限の金額など）
- ・自己負担額（無料、一部負担金ありなど）
- ・自立支援医療（88 ページ、資料6 参照）との併用の可否
- ・助成されるサービスの範囲（訪問看護、入院時の食事療養費など）

■利用できる場所

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

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

■申請

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

資料8 その他の医療費助成制度

(1) 先天性血液凝固因子障害治療研究事業

■概要

血友病の治療法を研究するために、厚生労働省が先天性血液凝固因子欠乏症治療研究事業として、医療費の自己負担を全額助成する制度。20 歳以上の血友病および血友病関連疾患の人が対象となる。葉害 HIV 感染被害者については、全ての医療に対して適用される。都道府県によって、医療機関と都道府県との契約が必要か不要か、医療機関の追加登録が必要か不要か、保険薬局についても契約が必要か不要か、追加登録が必要か不要かが異なる。また歯科には適応できない都道府県もあるため、必ず個別に把握するよう努めること。小児の場合は、小児慢性特定疾患受給証が利用できる。

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

■対象

- ① 先天性血液凝固因子欠乏症（血友病 A、血友病 B、フォン・ヴィルブランド病など）
- ② 血液凝固因子製剤の投与に起因する HIV 感染症

■申請

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

必要な書類は、申請書、印鑑、医師の診断書、住民票、特定疾病受給者証の写し（血友病 A、血友病 B、血液凝固因子製剤の投与に起因する HIV 感染症の場合）で

ある。申請時に、受診予定の医療機関等の登録を行なう。

ただし、対象②に該当する場合には、血液製剤投与による HIV 感染症を証明する書類（裁判に関する書類など）を提示し、医師の診断書は不要である。

■利用方法

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

(2) 肝炎治療医療費 助成制度

■概要

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

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

■自己負担

世帯の住民税課税金額に応じて、1ヶ月の自己負担限度額が決定される。

表 4-4

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

■申請

居住地の都道府県または保健所等で申請を行う。必要となる書類は、申請書、医師の診断書、世帯の課税額が確認できるもの、健康保険証、印鑑などである。申請時に都道府県が指定する専門医療機関から受診する医療機関を選択し、登録する。

■利用方法

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

■参考

厚生労働省

http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou09/080328_josei.html

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

資料 9 障害年金

■障害年金とは

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

■対象者

以下①～④に全てあてはまる場合に対象となる。

① 障害の原因となった疾病の初診日に、年金に加入していること
(20歳前に初診がある場合は、障害基礎年金の対象となる)

② 保険料の納付要件を満たしていること

初診日の属する月の前々月までに、年金の加入期間のうち3分の2以上の保険

料を納めていること。あるいは、初診日の前々日までの1年間に保険料の滞納がないこと（免除期間を含む）

- ③ 初診日から1年半が経過している（障害認定日）が、症状が固定していること（20歳前に初診がある場合には、20歳になった日が障害認定日となる。ただし、初診日から1年半を経過した日が20歳以降になる場合は、その日が障害認定日となる。）

- ④ 障害等級表に該当する障害の状態にあること

■申請

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

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

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

■診断書作成の留意点

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

参照○ヒト免疫不全ウイルス感染症に関わる障害認定における留意事項の追加について

（平成23年1月）

（年管管発0131第1号）

（日本年金機構事業管理部門担当理事あて厚生労働省年金局事業管理課長通知）

資料10 生活保護

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

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

稼働能力を判断する際に、医師に診断書作成を求められるが、窓口で相談をする段階では、見た目にわかりにくい疾病・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。

資料 11 後天性免疫不全症候群発生届

別記様式 5 - 9

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条第1項（同条第6項において準用する場合を含む。）の規定により、以下のとおり届け出る。

報告年月日 令和 年 月 日

医師の氏名 _____
 従事する病院・診療所の名称 _____
 上記病院・診療所の所在地(※) _____
 電話番号(※) () - _____

（※病院・診療所に従事していない医師にあっては、その住所・電話番号を記載）

1 診断（検案）した者（死体）の種類			
・患者（確定例） ・無症状病原体保有者 ・感染症死亡者の死体			
2 性 別	男 ・ 女	6 診 断 時 の 症 状 等	① 診断時の症状（無症候性キャリアの場合は記載不要） 1) 有 2) 無 ② 診断時のCD4値 1) CD4値（ /μL） 2) 検査実施日時（ 年 月 日）
3 診断時の年齢	歳		
4 病 名	1) 無症候性キャリア 2) A I D S 3) その他（ ）		
5-1 診 断 方 法	・抗H I V抗体スクリーニング検査 1) ELISA法 2) P A法 3) I C法 4) その他（ ） ・確認検査 1) Western Blot法 2) その他（ ） ・病原検査 1) H I V抗原検査 2) ウイルス分離 3) P C R法 4) その他（ ） ・18か月未満の児の免疫学的所見 （ ） （該当するもの全てに○をすること）		
7 発病年月日 （AIDSの指標疾患（5-2）の発病日）		令和 年 月 日	
8 初診年月日		令和 年 月 日	
9 診断（検案※）年月日 （AIDSの場合は指標疾患（5-2）の診断日）		令和 年 月 日	
10 感染したと推定される年月日		昭和・平成・令和 年 月 日	
11 死亡年月日 ※		令和 年 月 日	

資料 12 エイズ病原体感染者報告表(病状に変化を生じた事項に関する報告)

エイズ病原体感染者報告票（病状に変化を生じた事項に関する報告）

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条に規定により報告された症例について、病状に変化を生じたので、次のとおり報告する。

病状の変化	1 HIV無症候性キャリア等→AIDS ・AIDSと診断した年月日____年____月____日 ・AIDSと診断した指標疾患（該当するものすべてに○をつける） 1. カンジダ症（食道、気管、気管支、肺） 2. クリプトコッカス症（肺以外） 3. コクシジオイデス症（①全身に播種したもの ②肺、頸部、肺門リンパ節以外の部位に起こったもの） 4. ヒストプラズマ症（①全身に播種したもの ②肺、頸部、肺門リンパ節以外の部位に起こったもの） 5. ニューモシスティス肺炎 6. トキソプラズマ脳症（生後1か月以後） 7. クリプトスポリジウム症（1か月以上続く下痢を伴ったもの） 8. イソスポラ症（1か月以上続く下痢を伴ったもの） 9. 化膿性細菌感染症（13歳未満で、ヘモフィルス、連鎖球菌等の化膿性細菌により、①敗血症 ②肺炎 ③髄膜炎 ④骨関節炎 ⑤中耳・皮膚粘膜以外の部位や深在臓器の膿瘍のいずれかが、2年以内に、二つ以上多発あるいは繰り返して起こったもの） 10. サルモネラ菌血症（再発を繰り返すもので、チフス菌によるものを除く） 11. 活動性結核（肺結核又は肺外結核） 12. 非結核性抗酸菌症（①全身に播種したもの ②肺、皮膚、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（L S G分類による ①大細胞型、免疫芽球型 ③Burkitt 型） 19. 浸潤性子宮頸癌 20. 反復性肺炎 21. リンパ性間質性肺炎／肺リンパ過形成：L I P／P L H 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） ※ 11 活動性結核のうち肺結核及び19 浸潤性子宮頸癌については、HIVによる免疫不全を示唆する症状または所見が見られる場合に限る。				
	2 生存 → 死亡 ・死亡した年月日____年____月____日 ・死亡の原因 1 AIDSが原因の死亡 2 それ以外の原因による死亡（ ）				
国 籍	1 日本 2 その他（ ）	性別	1 男性 2 女性	年齢	才
前回報告時の臨床診断	1 無症候性キャリア 2 AIDS 3 その他（ ）				
感染者と診断した年月日	年 月 日				
備考					
医療機関名	医療機関の所在地		〒		
診断医師名	電話番号		電話 （ ）		
報告年月日	年 月 日				

資料 13 血中濃度測定

抗 HIV 療法におけるウイルス学的失敗の原因の一つである血中濃度低下を来す要因として、アドヒアランス不良、相互作用、不十分な投与量、不適切な服薬、吸収不良、代謝亢進等があげられる。

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

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 (C_{min}) とピーク値 (C_{max}) 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。

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

なお、血中濃度測定は「抗 HIV 薬が薬剤耐性に与える影響についての研究 (<https://www.psaj.com/index.htm>)」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。

資料 14 薬剤耐性と薬剤耐性検査

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、INSTI などの 5 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。HIV がある 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抗 HIV 薬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 2～3 種類以上の薬剤を組み合わせ使用する多剤併用療法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多剤併用療法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。

薬剤耐性検査は、HIV の薬剤耐性を調べる検査であり、抗 HIV 治療の選択及び再選択の目的で行った場合に、3 ヶ月に 1 回を限度として算定できる。保険点数は 6000 点であり、高額な検査である。

資料 15 外国籍 HIV 陽性者の支援を行っている団体

団体名	連絡先	団体の特徴
NPO法人 SHAREシェア＝ 国際保健協力市民の会	〒110-0015 東京都台東区東上野1-20-6丸幸ビル5F Tel(03)5807-7581 月～金10:00-17:00 https://share.or.jp info@share.or.jp	タイ語支援を中心とした 通訳派遣、健康相談、情報 提供、帰国支援など
NPO法人 アフリカ日本協議会(AJF)	〒110-0015 東京都台東区東上野1-20-6丸幸ビル3F Tel(03)3834-6902 月～金12:00-16:00 https://www.ajf.gr.jp info@ajf.gr.jp	アフリカ諸国出身者への 帰国支援。 特に本国におけるHIV/ AIDS治療・ケアの情報提 供と照会先体制作り
NPO法人 CHARM 移住者の健康と権利の 実現を支援する会	〒530-0031 大阪府大阪市北区菅栄町10-19 Tel(06)6354-5902 月～木10:00-17:00 https://www.charmjapan.com office@charmjapan.com	近畿地方及び近隣地域の 多言語支援。 通訳派遣、地域支援、対面 相談など
NPO法人 AMDA国際医療情報センター	〒160-0021 東京都新宿区歌舞伎町郵便局留 Tel 050-3405-0397 平日10:00-16:00 https://www.amdamedicalcenter.com	多言語により電話医療相談、 電話医療通訳、医療に役立 つ多言語書式の情報提供等
NPO法人 ぷれいす東京	〒169-0075 東京都新宿区高田馬場4-11-5 三幸ハイツ403 Tel(03)3361-8964 月～土12:00-19:00 https://ptokyo.org/	電話相談、様々な患者参加 型プログラム、ポルトガル語、 スペイン語での支援・相談、 英語を含む問い合わせ対応

*医療機関からの問い合わせはどの団体も日本語で対応できます。

歴代作成委員

初版（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

「HIV 診療における外来チーム医療マニュアル(初版)」作成プロジェクト

作成委員（順不同）

白阪 琢磨（独立行政法人国立病院機構 大阪医療センター HIV/AIDS 先端医療開発センター）
池田 和子（国立国際医療センター エイズ治療・研究開発センター）
上平 朝子（独立行政法人国立病院機構 大阪医療センター 免疫感染症科）
大金 美和（国立国際医療センター エイズ治療・研究開発センター）
岡本 学（独立行政法人国立病院機構 大阪医療センター 医療相談室）
織田 幸子（独立行政法人国立病院機構 大阪医療センター 看護部）
越智 直哉（独立行政法人国立病院機構 大阪医療センター 精神神経科）
栗原 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）

改訂第2版（平成22年3月）

平成21年度厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業

HIV感染症及びその合併症の課題を克服する研究 主任研究者 白阪琢磨

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

作成委員（順不同）

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

作成協力

川江 友二 （同志社大学 神学部）

改訂第3版（令和3年3月）

令和2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感染症及びその合併症の課題を克服する研究 研究代表者 白阪琢磨

「HIV診療における外来チーム医療マニュアル(改訂第3版)」作成プロジェクト

作成委員（順不同）

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

上平朝子（独立行政法人国立病院機構大阪医療センター 感染症内科）

岡本 学（独立行政法人国立病院機構大阪医療センター 医療福祉相談室）

中濱智子（独立行政法人国立病院機構大阪医療センター 看護部）

東 政美（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（京都橘大学 健康科学部心理学科）

西田恭治（独立行政法人国立病院機構大阪医療センター 感染症内科）

安尾利彦（独立行政法人国立病院機構大阪医療センター 臨床心理室）

大北全俊（東北大学 大学院医学系研究科公衆衛生学専攻公共健康医学講座）

矢倉裕輝（独立行政法人国立病院機構大阪医療センター 薬剤部）

加藤賢嗣（京都大学 大学院医学研究科 脳病態生理学講座）

渡邊 大（独立行政法人国立病院機構大阪医療センター 感染症内科）

改訂第4版（令和6年1月）

令和5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感染症および血友病におけるチーム医療の構築と医療水準の向上を目指した研究
研究代表者 渡邊 大

「HIV診療における外来チーム医療マニュアル(改訂第4版)」作成プロジェクト

作成委員（順不同）

渡邊 大（独立行政法人国立病院機構大阪医療センター 感染症内科）

岡本 学（独立行政法人国立病院機構大阪医療センター 医療福祉相談室）

東 政美（独立行政法人国立病院機構大阪医療センター 看護部）

安尾利彦（独立行政法人国立病院機構大阪医療センター 臨床心理室）

矢倉裕輝（独立行政法人国立病院機構大阪医療センター 臨床研究センター/薬剤部）

梅本愛子（地方独立行政法人大阪府立病院機構大阪府立精神医療センター 精神科）

加藤賢嗣（京都大学 大学院医学研究科 脳病態生理学講座）

山中京子（コラボレーション実践研究所）