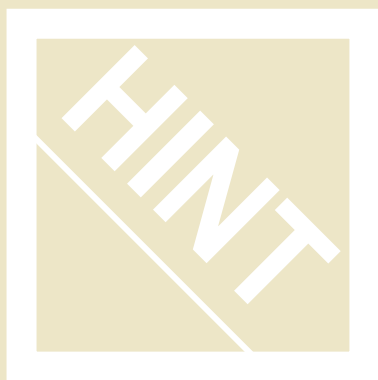


HIV感染症におけるチーム医療 ～事例で学ぶ失敗しないためのヒント～

東京都立駒込病院感染症科 今村顕史



プリストル製薬株式会社

【本冊子について】

本冊子は、第16回日本エイズ学会学術集会・総会のランチョンセミナー「抗HIV療法におけるチーム医療」を企画するにあたり、セミナーではカバーしきれない情報を補足する参考資料として作成されました。

当日のセミナーは時間が限られているため、HIV診療のチーム医療の中でも、抗HIV療法を中心とした内容とし、おもに医師・看護師・薬剤師の課題を扱っています。しかし、実際のHIV診療では、ソーシャルワーカー、心理・カウンセラー、あるいはNGOなど、多くの方々が参加し、努力を重ねている中で成り立っています。そこで、この冊子においては、HIV診療で彼らも含めたチーム医療、そしてHIV感染症の医療における病院連携についてもまとめていくこととしました。

CONTENTS

はじめに	1
内容について	1
第1部：HIV感染症治療における連携	2
病院間での医療連携 / 病院の中での連携 / 患者さんのニーズは様々 / 使う側から見える連携を / 近年の治療の進歩によるチーム医療の変化 / 第1部のまとめ	
第2部：事例で学ぶ連携の実際	4
ケース 1 中途半端な服薬	4
ケース 2 障害認定	5
ケース 3 処方チェック	6
ケース 4 妊婦への対応	7
ケース 5 副作用	8
ケース 6 定期検診	10
ケース 7 セカンドオピニオン	11
ケース 8 薬物相互作用	12
ケース 9 サプリメント	13
ケース 10 社会資源の活用	14
ケース 11 患者間の情報交換	15
ケース 12 最新医学情報の入手方法	16
ケース 13 患者さんから見える連携	18
ケース 14 薬剤変更の際には	19
ケース 15 ライフスタイルの確認	20
ケース 16 家族への告知	21
ケース 17 セーフターセックス	22
ケース 18 外国人患者へのサポート	24
ケース 19 見落としがちな合併症	26
ケース 20 コンプライアンスからアドヒアランスへ	27
ケース 21 パートナーの協力が必要	28
ケース 22 パートナーへの気兼ね	29
ケース 23 陰性確認目的の抗体検査	30
ケース 24 患者さんのセクシュアリティ	32
ブロック拠点病院と代表的な医療機関リスト	33

HIV感染症におけるチーム医療

～事例で学ぶ失敗しないためのヒント～

東京都立駒込病院感染症科 今村顕史

【はじめに】

HIV感染者数が年々増加してくる中、我が国でもブロック拠点・拠点病院といったHIV感染症の診療医療機関の整備が行われてきました。この中でも、ブロック拠点病院やこれまで多くの感染者の対応をしてきた拠点病院においては、すでにチーム医療を意識したシステム作りが行われていることだと思えます。

しかし、それ以外の拠点病院や、拠点病院以外の施設においては、HIV感染者の診療経験も少なく、いろいろな問題に対して多職種がチームとして対応していくのは難しいというのが現状でしょう。また、これらの医療機関ではソーシャルワーカーやカウンセラーが常勤していない施設も多く、このような場合にどう対処していくのかも大きな問題となっています。

しかし、HIV感染症診療のこれまでの歴史の中では、多くの関係者たちがこれらの問題を解決しようと苦労や努力を重ねてきています。我々は、これらの経験や知恵を生かしていくことで、新たな感染者へ対応していかなければなりません。

そこで本冊子では、対象をこのような施設も含めた医療機関のスタッフとし、HIV感染症に関わるいろいろな問題を挙げながら、これまでのHIV感染症診療の経験の中で得られてきた解決のヒントなどをまとめました。

実際の現場では、個々の問題や対応する医療機関により解決方法は様々で、まったく同じ回答はひとつとしてありません。本冊子をあくまでもHIV診療を進めていく上でのヒントとして参考にしていただき、結果としてひとりでも多くのHIV感染者がより良い医療を受けられることを願っています。

【冊子の内容について】

この冊子の前半では、HIV感染症におけるチーム医療を理解する上での基本事項を紹介しています。後半では、具体的な問題事例(あくまでも架空で作ったものです)を示し、それぞれの解説と解決のヒントをまとめました。これらの事例を読み進める中で、実際に自分の医療機関で同じような事例があった場合、スタッフの誰がどのように対応していくことで解決していくのかを想像してみてください。連携のためにスタッフを増員したり、システムを変更するということは、多くの施設では不可能だとは思いますが、しかし、スタッフの意識や連携の取り方を変えていき、従来から院内にあるシステムを活用することで対応可能な問題も多いと思います。また、それでも解決が困難な問題である場合には、診療経験の多い病院のスタッフと連絡を取るというのも良い方法だと思います。

なお、本冊子内の「患者さん」という表現については、その他にも「患者様」「クライアント」などいくつかの表現はありますが、本資料では医療者と感染者が一緒に考えていくという姿勢を重視し、敢えて「患者さん」という表記を採用しています。

第1部：HIV感染症診療における連携

【病院間での医療連携】

おそらく現在のHIV感染症分野では、病院間の連携として以下のような図式があります。

ブロック拠点・拠点病院

一般病院

一般開業医

特に診療経験の少ない拠点病院やそれ以外の多くの一般病院・開業医においては、HIV感染症診療の対応のために、充実した情報、スタッフ連携を準備することは困難だと思われる。したがって従来あるシステムを利用しながら、不足している部分を経験の多い医療機関との連携で補うことが必要です。そのような施設では、問題によって対応できる窓口を知っているということが、HIV感染症診療を開始する第一歩であると思います。

また今後は、地域の福祉との連携も重要な課題となるでしょう。それ以外にもNGOとして患者支援を行っている方たちとの連携も考えられます。

【病院の中での連携】

HIV感染症は免疫低下によって多くの臓器の合併疾患を発症する可能性があります。したがって、病院内で他科との連携も必要となります。

『他科との連携』 皮膚科、眼科、婦人科、精神科など

さらに、外来診療を中心としたHIV感染症診療の基本には多職種の連携も重要です。

『多職種間の連携』 医師、看護師、薬剤師、心理・カウンセラー、ソーシャルワーカーなど

【患者さんのニーズは様々】

患者さんのかかえる問題点やニーズによって、これらチーム医療の中での個々の専門家が分担する役割は変わってきます。それぞれの職種が何をやりたいということではなく、患者さんのニーズに合わせて柔軟な対応ができることが理想です。

あくまでも診療の主役は患者さんです。それぞれのスタッフが1対1で対応しているというよりも、患者さんを中心としてそれを取り囲むようにして、本人が必要としているニーズに専門家として対応していくというような図式をイメージして下さい。

後半に挙げた多くの問題も見ていけばわかるように、一人のスタッフだけが頑張っているよりも、みんなが知恵を出し合い対応した方がスムーズに解決できることが多いと思います。是非これらの例を通して、チーム医療を意識することの利点や効果を考えてみて下さい。

【使う側から見える連携を】

医療者側からは連携を取れているつもりでも、患者さん自身からはその連携が見えない状況で、どんなことを誰に相談すればいいかわからないという意見もよく聞きます。これは利用する側にとって考えればわかることで、医療者側が常に反省すべき点だと思います。

【近年の治療の進歩によるチーム医療の変化】

近年の抗HIV薬による多剤併用療法(以下HAART)による治療の進歩により、診療の現場では次

のような変化があったと思います。今後もこのような変化も意識しながら、それぞれのスタッフがどのように関わって行けば良いのかを考えていく必要があるでしょう。

HAART開始 服薬の重要性高まる

治療開始時期の変化 治療開始待ちの患者さんも増加

障害認定などの社会資源の利用が可能になる

ソーシャルワーカーの役割や負担が大きくなる

死亡率低下、治療長期化 慢性疾患としての対応も必要になる

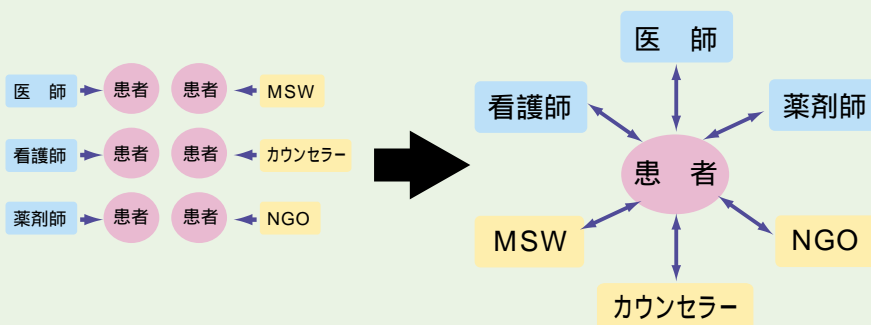
心理・カウンセラーの役割も多様化

【第一部のまとめ】

HIV診療では、患者さんを中心として多くの関係者が連携を取ることが重要です。本疾患は、免疫低下に伴い多くの合併疾患を発症する可能性があることから、眼科、皮膚科、精神科、歯科、産婦人科など、病院内外での他科連携も必要です。また、医師と看護師、そして薬剤師や栄養士などもこれまで以上に情報を交換しながら診療、看護を進める必要があります。さらに、患者さんの必要に応じてカウンセラー、ソーシャルワーカー、そしてボランティアなどとも協力しながら、患者さんが少しでも良い環境で生活が送られるような関わりを持っていくことが大切であると言えます。

我々はHIV感染症の医療を築きあげていく中で、これまでに多くのことを学んできました。しかし、これらの経験から得られてきたことの多くは、決してHIV感染症のみに必要なことではなく、我が国の今後の医療においても重要な課題を示しているということに気付かされます。これからもHIV感染症のみでなく、日本の医療すべてにおいて、患者さんを中心としたチーム医療が成熟していくことを期待します。

HIV感染症診療におけるチーム医療と連携



患者さんを中心に、必要に応じた柔軟な対応を！

第2部：事例で学ぶ連携の実際

1

CASE

中途半端な服薬



抗HIV薬の内服、
実は中途半端。
医師には話せないんだよなあ。

1

HINT

（解説とヒント）

現在の治療では、薬剤耐性が重大な問題となっています。中途半端な服薬は耐性を招き、結果的に患者さん自身が不利益を受けることとなります。そうは言っても、耐性というのは患者さんにとっては実感のわからないものですし、その厳しさはなかなか伝えられません。

3剤以上の薬剤をしっかりと内服し継続していくというのは、難しいことです。特に無症候期の感染者にとっては、飲んだから症状が改善するわけでもなく、内服を忘れたからといって耐えられない症状が出てくることもあります。このような中では、多くの人は継続できないものだという考え方を前提にして、医療者側がいろいろな工夫をしていく必要があります。

本人にとってどのようなサポートが最も有効であるかを、多職種を含めて相談していくと良いでしょう。自分だったら何ができるのか？ その問いかけからチーム医療が始まり

ます。

また、内服がうまく行かなくなったときには、それをうまく把握できるような環境があるということも大切です。（それまで順調に内服できていたのに、何かが原因で飲めない場合が増えてきたとき、医師にはそのことを話しにくいものです。）

医療者側も自分を振り返ってみて下さい。最近、何か患者さんと話しにくいと感じていませんか？ 医療者が患者さんと話しにくいと感じているとき、患者さんも話しにくいと考えていることがあります。

飲めなくなっている理由は患者さんによって様々です。個々の原因に合わせた修正が必要になってくるでしょう。



2 CASE

障害認定



障害認定。
医者に聞くとあなたは
元気だから
いらないうし…。

2 HINT

(解説とヒント)

HIV感染症では免疫機能障害という内容で障害認定の制度が使えるようになって

います。あくまでも免疫と

いう内部機能障害に対しての認定なので、表面上は元気そうだからといって適応にならないわけではありません。まだ抗HIV薬の治療薬の費用は高額であり、外来通院のみでも患者さんには多くの負担がかかってしまいます。過去には、高額すぎて払い続けられないことを理由に内服を自己中断してしまった人もいます。したがって、このような社会資源についての情報も準備しておくことは、治療を継続するための必要条件となることもあります。

その病院にソーシャルワーカーなどが常勤している場合には、そのスタッフへどう引き継ぐかがポイントになります。一方、そのような決まったスタッフがない場合には、医師あるいは通院中の病院で医療相

談を担当している人が説明することになるでしょう。難しいケースだと感じた場合には、経験の豊富な拠点病院のソーシャルワーカーに相談するようにした方が良いと思います。



3

CASE

処方チェック



医師が処方ミスや相互作用を
うまくチェックできず、
そのまま処方。
誰か止めてー!

3

HINT

（解説とヒント）

医師の処方ミスは単純な間違いであることも、十分な知識がないために起こることもあります。知識がないということは本来許されないことですが、現在のHIV感染症における治療情報の変化の早さを考えると、多くの医師が最新情報までは対応しきれないというのが現状ではないのでしょうか。この解決策としては、必要に応じて最新の情報を入手できるルートを各々が持ち、わからない点は専門的に多くの症例を経験している医師に迷わず相談することです(33ページ参照)。

また、別のスタッフも重ねてチェックすることが大切です。抗HIV薬には他剤との相互作用に関する問題があり、併用注意・禁忌となっている薬剤も多くあります。血中濃度の問題なども含め、これまで以上に薬剤師が参加していくことが必要となってきています。

インターネット、患者さん同士の会話などで、本人がおかしいと気付くことも多いようです。医療者の中途半端な知識による治療で苦労し、最後に後悔するのは患者さんです。処方を失敗する前に気が付くことが大切です。薬が患者さんに届くまでに、それをチェックできるようなシステム作りをしていく努力が必要でしょう。



4 CASE

妊婦への対応



妊婦が受診。
でも、うちでは無理。
とりあえずどう対応する？

<医療者より>

4 HINT

(解説とヒント)

お産や手術については、まだ受け入れ体制ができていない病院もあります。これを至急にすべての病院で可能にして欲しいとは言いません。しかし、今後もこのような患者さんが増加してくることが予想されます。その病院での対応が無理であれば、より良いケアを患者さんが受けられる医療機関を、スムーズに紹介できるような準備をしてあげることが大切な方針のひとつです。もし、このような患者さんが受診した場合に、誰がどのように対応していくのか、役割分担と紹介までの流れを、この機会に一度話し合ってみてください。



5 CASE

副作用



脱毛、乳房の肥大…

医師にはちょっと話してみたんだけど気のせいだろうって。誰か聞いてくれない？

5 HINT

(解説とヒント)

抗HIV薬の長期投与の中で、患者さんが訴えてくる症状。これまで、いろいろなものがあり、最初は「気のせい、考えすぎ」など思っていた症状も、後に重要な副作用であったこともあります。特に開発・承認されてから時間が経過していない薬剤には注意が必要です。また、副作用報告はあくまでも医師が報告した結果がデータとして示されるので、患者さんにとって重大な悩みでも、医師が軽く判断してしまっていると報告されてこないことがあります。医師・看護師・薬剤師など、患者さんは症状を訴えやすい人に話してくるでしょう。本当は医師に報告した方が良いかもしれませんが、医師には話しにくい環境となってしまうこともあります。「こんなこと心配してると言っても相手にされないかも……」と患者さんがそう思ってしまうと、重大な副作用の発

見が遅れることもあるのです。援助職にあるスタッフの場合は、まず患者さん自身の口から医師に伝えられるよう援助し、それが難しい場合には、患者さんの代わりに医師に伝えることもできるといった態度が必要です。看護師や薬剤師が本人から相談された場合、医師にも確認しながら、それが大きな問題ではないかどうかを必要に応じて確かめていきます。

非常に稀な副作用が起こる可能性も常にあります。また、たとえ現時点では問題とされなくても、今後その重大さがわかっていくような副作用もあるのです。例えば、プロテアーゼ阻害薬の投与が始まった時期、なんとなくお腹が出てきているみたいという患者さんもいました。その頃はインジナビルのみが処方されていて、副作用軽減のために1日に大量の水分を摂取していたことから、「水分の摂りすぎかな？」と医師が言ったこともあるのです(現在ではプロ

テアーゼ阻害薬による長期副作用として生じた脂肪の蓄積「リポジストロフィー」だったことがわかっています。また、最近問題となっている乳酸アシドーシスも、早期には倦怠感や嘔気・嘔吐、あるいは腹部不快感程度であったりするので注意が必要です。

近年、服用開始直後に起こる副作用以上に、長期服用によって発現する副作用に対する問題が起こっています。先の乳酸アシドーシスや膵炎、リポジストロフィーなどの問題の発生は、患者さんに新たな副作用への不安を起こしました。抗HIV薬はまだ不完全で、新しい副作用の可能性は否定できません。患者さんの訴えに耳を傾ける姿勢によって、新たな副作用の発見や、貴重な副作用情報の発信も可能です。また、医療者が新たな副作用情報を知り得たときは、なるべく早くその情報を患者さんに伝えるよう約束しておくことも、患者さんとの信頼に欠かせません。



6 CASE

定期検診



婦人科検診や眼科検診、他の施設の患者は定期的にはやってるって聞いたけど、自分にはその話も出ない。忘れていたのかなあ？

6 HINT

（解説とヒント）

子宮頸部癌やサイトメガロウイルス網膜炎は、進行したHIV感染症における重要な合併疾患のひとつです。

これらは、早期には無症状であるために、発見が遅くなってしまいうケースがあります。症状がなくても定期検診が必要であることをスタッフが理解し、患者さんにもその必要性について話しておくべきでしょう。（スタッフが忘れていて、患者さんが「そろそろじゃない？」と言ってくることもあります。）

一般的に、医師は症状がない患者さんの定期検診は忘れがちです。看護師などのスタッフも一緒にチェックしてあげると良いと思います。



7 CASE

セカンド
オピニオン



他の病院ではどうしている
んだろう。
一度受診して聞いて
みたいけど、さすがに言えないよね。
そっと、行ってみるかなあ…。

7 HINT

(解説とヒント)

これはセカンドオピニオンの問題です。HIV感染症の治療は急速に進歩してきており、情報もどんどん変化してきています。特に抗HIV薬の投与については、いつ開始するのか、何を選択するのか、というような問題が解決されていない状況が続いており、治療のガイドラインも毎年変更されているというのが現状です。難しい問題になると米国の何人かの専門家に質問しても、それぞれ異なった返事が返ってくるということも、決して珍しくはありません。患者さんの希望があればセカンドオピニオンの機会を提供するということは、HIV感染症の診療においてはごく自然なことなのだと考えて下さい。

セカンドオピニオンについては、希望があっても、その後の関係が変化することをおそれて、患者さんからはなかなか言いにくいことも多いと思います。そこで、

主治医にわからないようにそっと受診するということになるのですが、やはり理想は主治医も理解した上で、患者さんが安心してセカンドオピニオンのために受診できることでしょう。そしてときには、その対応がかえって主治医の信頼感をより高めることになることもあると思います。また、自分が専門医ではないと自覚しているのであれば、わからないことがあれば専門医に尋ね、より正しい方針を選んでくれる医師の方が、患者さんにとっても信頼できるはずです。



ドクターA



ドクターB

8 CASE

薬物相互作用



実は別な病院の精神科に以前から通院して、処方されていた薬があったんだけど、いまさら話せないな。

8 HINT

(解説とヒント)

精神科の受診歴についてなかなか話せないということもあるようです。もし現在も内服している薬剤があれば、抗HIV薬との相互作用で問題があるかもしれません。また、診療の経過中に不安定になってしまった場合に対応が遅れる可能性もあるでしょう。薬物中毒などについ

ても言い出せないことが多いでしょう。かえって診療室内では言えなかったことも、外来通院中に看護師やカウンセラー、ソーシャルワーカーなど、スタッフの誰かにつぶやくかもしれません。診療室以外の場面で、そのようなタイミング(余裕)があるといいのかもしれませんが。



9 CASE

サプリメント



これ、ひょっとすると自分の免疫にいいかもしれない。健康食品として売っているし薬じゃないよね。どうせ話しても聞いてくれないだろうと思うけど、HIV感染症の治療薬を内服しているし、一緒に飲んでも問題ないかちょっと心配……。

9 HINT

(解説とヒント)

完治させるような決定的な治療がない慢性疾患では、多くの代替療法が広がりやすくなります。実際の診療でも、多くの患者さんが、家族や友人、あるいはパートナーから教えてもらったり、インターネットなどで一生懸命調べてきたりして、これはどうかと尋ねてきます。これに対して、医師が最初から「そんなの効くはずがない」と話も聞いてくれないとき、本人がどんな印象を受けるかを考えてみて下さい。最悪の場合、この一言が原因でいろいろなことを相談しにくくなってしまふこともあるのです。

一方、これまでの例にもあるように、このような代替療法も必ずしもすべてが安全だとは限らないのも事実です。健康食品として販売されていたセントジョーンズワート(セイヨウオトギリソウ)が、抗HIV薬など多くの薬剤の血中濃度に影響を与えるとい

うことがわかり、問題になったという出来事も記憶に新しいところです。基本的には、HIV感染症があるからといって、問題になるビタミン剤やサプリメントはありません。しかし、抗HIV薬との併用においては、非核酸系逆転写酵素阻害剤やプロテアーゼ阻害剤とセントジョーンズワート(セイヨウオトギリソウ)、サキナビルとニンニクサプリメントなどのように、すでに問題を指摘されているものもあります。このような現状も伝えた上で、最終的には患者さん自身が判断していくことになると思いますが、開始後も医師・薬剤師の方は最新の情報にご注意下さい。



10 CASE

社会資源の活用



障害認定・障害年金・更生医療……
難しいことばかり。

自分はどれを利用して、どれくらい
の利点があるんだろう。

いろいろやってもプライバシーのこと
なんか心配だしなあ。

10 HINT

(解説とヒント)

当たり前のことですが、
自分が十分に理解できてい
ないことを他人にわかりや
すく話すことは困難です。

いろいろなケースに対応するには、やはり
専門的に多くの問題を解決してきたソー
シャルワーカーの経験に優るものはありま
せん。話のきっかけは、医師や看護師でも
構いません。病院に医療相談を受けるソー
シャルワーカーがいる場合には、そこへう
まくつなぐのがいいでしょう。もし、その
ような人がいない場合には、医師がある程
度の役割をすることもありますが、多くの
場合には十分な情報を与えることはできな
いでしょう。このような場合には、地域に
いるソーシャルワーカーと連絡を取ったり、
あらかじめ協力してもらって資料などを
作成しておくことをお奨めします。

どうしても困ったときには、多くの患者
さんの対応をしてきた医療機関(33ページ参

照)に相談して下さい。どこから手をつけれ
ばよいのかもわからないような難題でも、
今までに同じようなケースを経験してきた
病院には、何らかの回答があるかもしれま
せん。



11 CASE

患者間の
情報交換



他の患者さんたちは、どんな生活をしているんだろう。
自分の病院には感染者が少ないみたいだから会うこともできない。
情報が欲しいなあ～。

11 HINT

（解説とヒント）

経験が多い施設では、医療スタッフが他の患者さんがどうしていたかという情報を持っていたりします。

その他にも、インターネット、患者会、NGO、あるいはNGOや個人の作成している冊子などもあります。そこで、このような情報や冊子などをあらかじめ集めておくのも良い方法だと思います。患者数を多くかかえる病院の中には、すでにこのような情報を多く持っている施設もありますから、必要があれば是非ご相談下さい（33ページ参照）。

なお、患者さん同士のつながりというのは、それだけで医療者はすべて良いものにとらえがちです。ほとんどの場合は、他の患者さんと出会うことで精神的にもプラスとなり、いろいろな情報を入手する手段としても利用され、良い結果をもたらしています。しかし、HIV感染症という共通項は

あってもそれぞれの経験や性格は様々なので、中には期待して会ってみたものの、かえって傷ついてしまった人、自分とは違うと違和感を感じてしまった人などもあります。患者グループを紹介するときには、このようなことにも注意したいものです。



12 CASE

最新医学情報
の入手方法



HIV診療の進歩が早すぎてついていけない。
抗HIV薬もたくさんありすぎて覚えきれない。
必要な情報をどう更新していけばいいのだろうか？

< 医療者より >

12 HINT

（解説とヒント）

これは、一部の医療機関の専門医師、看護師、薬剤師を除けば、多くの医療機関のスタッフが思うことでしょう。すべての抗HIV薬・日和見感染症の治療を覚えるのは大変なことです。特に抗HIV薬については、やっと現在の状況を把握しても、すぐに新しい薬剤、副作用、耐性などの情報が出てくるため、数年前の治療が今はもうスタンダードではないというような状況が続いています。このように年々複雑になってきている治療の変化の中で、各々がどの程度までの情報を必要としているのかを再確認しましょう。基本的には、意欲と努力によって解決される問題ではありますが、忙しい日常診療の中においては、できるだけ短い時間で効率的に情報を更新していく方法を得ておく必要があります。

現在、このような情報の更新に対して、最も早急に対応できているもののひとつにインターネットのホームページがあります。

以下に代表的なホームページを掲載します。それぞれのホームページにはリンクもあるので、それを利用してさらに必要な情報を集めていくと良いでしょう。



【病気・治療に関する医療情報】

『厚生労働省エイズ治療薬研究班』

<http://www.ijjnet.or.jp/aidsdrugmhw/>

『エイズ治療・研究開発センター』

<http://www.acc.go.jp/>

『中四国エイズセンター』

<http://www.aids-chushi.or.jp/>

『近畿HIV/AIDSセンター』

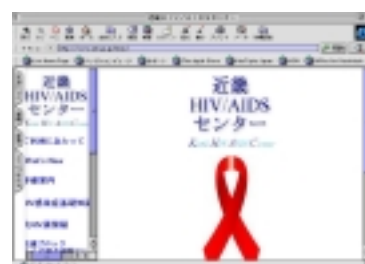
<http://www.onh.go.jp/khac/>

『HIV Care Management Initiative-Japan』

<http://www.hivcare.jp/>

『Johns Hopkins AIDS Service』

<http://www.hopkins-aids.edu/>



【予防啓発・自治体・NGO情報】

『エイズ予防情報ネット(エイズ予防財団)』

<http://api-net.jfap.or.jp/>

【感染者の支援】

『ライフ・エイズ・プロジェクト(LAP)』

<http://www.lapjp.org/>

『NEST』

<http://www.jade.dti.ne.jp/nest/>



13

CASE

患者さんから
見える連携

ソーシャルワーカー、カウンセラー、
どんなことをやっている人たち？ そ
もそも、自分の通っている病院に
いるのかなあ。

医師、看護師、薬剤師はわかるけど、
はたして自分に必要？ いつ利用す
ればしい？

13

HINT

（解説とヒント）

広い意味での医療連携(他
院・院内他科)、あるいは
チーム医療においては、医療
者側の満足で終わらないよ
うにすることが重要です。自分たちは多職種が
集まってカンファレンスなどを行うことで連
携を取っている気分になっていても、患者さ
んが有効に使えないのでは問題があります。
医師や看護師が、どんなことをしてくれる職
種なのかをあらかじめ説明しておいたり、紹

介の冊子などを準備しておくといいでしょ
う。このとき、医師や看護師と患者さんに、
しっかりとした信頼関係があれば、その紹介
もスムーズにいくことが多いと思います。ま
た、ソーシャルワーカーやカウンセラーが病
院にいない場合には、そのような役割をどう
分担し、困ったケースはどこに相談してい
くのかを考えておくことをお奨めします。患
者さん側から見える、使いやすい連携を目指
しましょう。



14 CASE

際には
薬剤変更の



薬が効かなくなったからと、薬を全部変えられた。

変えても無理、どうせ仕事が忙しくてうまく飲めない日がけっこうあるんだから。

もちろん主治医は知らないと思うけど。

ません。

薬剤耐性によりウイルス量が上昇し抗HIV薬を変更したとしても、しっかりと服薬できない原因が変わらなければ、変更後の治療も失敗に終わってしまうでしょう。変更前にまず効果がなくなった要因の再評価を行い、改善すべきことはないかをスタッフで相談して下さい。

長期経過の中で服薬継続が次第に困難になってきたとき、早期にその原因に対応していけば、耐性を作らずに順調な経過に戻ることができるかもしれません。患者さんが内服できないことを素直に話すことができる環境も必要かもしれません。



(解説とヒント)

14 HINT

抗HIV薬の内服を開始するかどうか、最終的な判断は患者さん本人がすることになります。

まず、開始の必要性について十分理解してもらうことが重要です。ガイドラインに書いてあるからという説明はあまり良いとは思いません。そもそも、そのガイドライン自体が毎年変わっている状況なので、数年前は治療開始と判断されたCD4陽性リンパ球数でも、現在のガイドラインでは治療を待った方が良いということもあるのです。また、開始が必要な状況であっても、内服を始めたくないという患者さんもいます。このような場合には、内服しないという選択もあるのだということを理解した上で、患者さんの気持ちを聞いていくことが必要です。たとえ無理に開始しても、服薬の継続ができなければ、耐性の出現などにより最終的に長期にわたるコントロールはでき

15 CASE

ライフスタイル
の確認



薬を始めたときと仕事が
変わっちゃってるんだよね。
今は夜勤なんだけど。

15 HINT

(解説とヒント)

抗HIV薬投与の開始時には生活パターンを十分評価したつもりでも、医療者が知らない間に仕事が変わっているなど、内服時間の再評価が必要になることもあります。また、学校、就業、冠婚葬祭など、ライフイベントも服薬に影響を与えるかもしれません。そのようなときに、医師、看護師、あるいは薬剤師が相談窓口となって対応できることを話しておきましょう。引越や転勤の際には、更生医療などの再評価も必要かもしれません。長い治療期間の間には精神的な負担や社会的な環境の変化もあります。問題によってはカウンセラーやソーシャルワーカーも再度かかる必要があるでしょう。



16 CASE

家族への告知



とうとう母にも病気のことを話した。昔とは治療も変わっているんだと説明したけど、日常生活で何に気を付けていいのかわからなくて困っているみたい。

(解説とヒント)

16 HINT

家族告知の問題です。基本的にまず本人に告知し、本人と相談しながら家族へ話すか、もしも話すとしたらいつ頃がいいかなどを相談していきます。家族告知を急ぐよりも、まず本人が病気の正しい知識を持つことを優先すべきです。家に帰って最初に説明するのは患者さん本人ですから、本人ができる限り病気を受けとめられている状況で伝える方が良いでしょう。しかし本人は「HIV感染症のイメージは以前とは違う」とか、「治療が進歩し、コントロール可能な病気になってきている」というような話はできても、感染防御の問題について「自分とはこのようにして接しても大丈夫」というような情報は伝えていないことが多いようです。このため、患者さん本人が知らない中で、家族が必要以上の感染防御をしてしまっていたという経験

もあります。実際には、このような部分について話すのは医師の役目だと考えます。日常生活で必要以上の心配はないということ、家族向けの冊子を準備したり、あるいは一度来院してもらって説明する方が良いと思います。

家族と直接会って説明することができれば、本人がどのような環境で医療を受けているのかがわかり、より安心して対応することが可能になるかもしれません。

家族にカウンセリングを受けていただくことも可能です。各都道府県の派遣カウンセラーに相談してみるのも方法です。



17 CASE

セー
ファ
ー
セ
ク
ス



セーファーセックスって言われるけど、実際には難しいよな。まあ、僕は今のパートナーもポジティブ(陽性=感染)だし必要ないね。

17 HINT

(解説とヒント)

セーファーセックスの説明は、経験がないとなかなか難しいかもしれません。

しかし、この疾患が性感染症としての一面を持っている以上、避けては通れない問題でしょう。

決まったパターンというのはありませんが、以下のようなことを意識しながら話してはいかがでしょうか？

1. 性交渉が今後もあることを前提に話します。

「HIV感染症があるのに性交渉を続けるなんて」というような考えでいる医療者もいるようですが、性交渉をするなという指導は誤りです。人間の欲求、あるいは健全な生活を考えていく上でも、性交渉を行うという考えの上で、より安全な対応を話し合います。

2. 性感染症のひとつとして説明し、他の疾患についても話します。

コンドームを使用すれば性感染症がすべて防御できるわけではなく、アメーバ症やA型肝炎など、便による感染もあります。本来は総合的な防御が必要なのです。

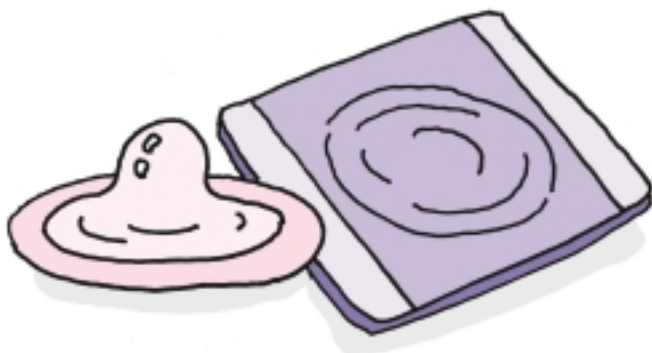
3. 他人を守るためではなく、自分を守るためにも必要という説明をします。

「他の人にうつさないように」というのは、確かに正しい説明かもしれませんが、すべての人がそのような倫理的な意識で、実際に行動に移し予防できるのかは疑問です。そこでまず「これからは自分を守るために防御をしっかりと欲したい」ということを伝えることも良い方法だと思います。HIV感染症以外にもこれから新たな性感染症が流行する可能性は常にあります。今後はその

ような疾患に感染しないような努力が必要です。また、たとえパートナーが同じHIV感染者でも、感染の防御をしなければ異なるタイプのウイルスが新たに入ってくるかもしれません。より病気の進行が早くなったり、内服していない抗HIV薬に耐性のウイルスをもらってしまったりするかもしれません。そのような危険を自覚し、まず自分を守るためにしっかりとした防御をしてもらうという考えも必要です。

4.生活設計について

いろいろなことを説明されて理解したつもりでも、実際に行うのは大変なことです。患者さんが困ったときにはスタッフの誰かに相談できるような、話しやすい環境作りも大切でしょう。たとえ今の患者さんにとって100%の対応は無理であっても、スタッフと一緒に考えることで、何かできることが見つかるかもしれません。



18

CASE

外国人患者へ
のサポート

某国籍の外国人が受診。カタコトだが日本語も通じてるみたい。話せば返事もしているし。でも、治療の話はわかるかな？ 保険もないし、治療を受けるのは無理だろうから説明の必要はないかも。

<医療者より>

18

HINT

(解説とヒント)

日常会話はある程度できても、治療の話や、保険などの社会資源の話をも十分に理解するほどではないことが多いと思います。この場合には、必要に応じて通訳を依頼した方が良いかもしれません。この分野の研究班の中でも通訳について研修を行ってきているところがありますし、エイズ予防財団でも通訳の方を対象にした講習会を開始しています。病院によっては電話通訳サービスを利用しているところもあるようです。また、これまでに外国人のHIV感染者を診療してきた病院には、独自のルートを持っているところもあります。必要があればこのようなところへ連絡してみるとよいでしょう。

通訳の方は、患者さん側にとって母国語で病気の話ができる数少ない相手になりますから、本来はカウンセラーやソーシャルワーカーへ相談するような内容についても

相談されてしまう傾向があります。一方では告知の中で厳しい状況についても通訳し、さらにカウンセリング的な内容を求められるということは、通訳の方にとっても重い仕事になってしまいます。今後はこのような点についても考えていく必要があるでしょう。

保険がないからといって、必ずしも治療を受けないとは限りません。確かに現在の抗HIV薬による治療では高額な診療費が必要です。しかし、中にはその金額を確認してから治療を開始し、決まった期間後に帰国を選択するような患者さんもいます。また、帰国を前提に話すことにも問題があるでしょう。日本に来ているのにはそれぞれの理由があるのです。診療のスタートがその環境では、必要な話し合いもできずに終わってしまうかもしれません。さらに残念なことですが、たとえ帰国しても、母国では現在の抗HIV薬の治療を受けることができ

ない患者さんたちもいます。このような方たちにとっては、今もHIV感染症の予後は厳しい状況であり、ある程度働いてから帰国したいと思うのも理解してあげたいところです。十分に現状を評価し、最終的に本人が判断していくことが重要だと思います。

また、このような環境の中で診療を行っていくためには、ソーシャルワーカーの存在も重要です。病院に担当の方がいる場合には、うまく連携を取っていくことが解決への近道だということが多いと思います。しかし、外国人に関する問題では、経験の少ないソーシャルワーカーでは対応が難しいことがありますし、病院に担当の方がいなければ解決が困難なこともあるでしょ

う。このようなときには是非、経験の多い拠点病院へ相談して下さい(33ページ参照)。長い経験で得てきた解決策がすでにあるかもしれません。

カタコトの日本語しか話せない外国人の中には、よくわかっていなくても「わかった」という返事をしてしまう人もいます。また、日本語を流ちょうに使っていても同様な場合があります。本当に理解できているのかを確認するよう注意しましょう。もし治療を受けることが可能な場合、説明には十分注意し、重要な説明をする時は必ず通訳の方に同席してもらうなどの方法を取られることをお奨めします。



19 CASE

見落としがちな合併症



肛門の入り口に何かできてるって彼が言っていた。主治医も男性だからといって、見せるのはやだなあ。そういえば昨日から手のひらに赤いブツブツができてるぞ。これは何か、明日の外来で聞いてみよう。

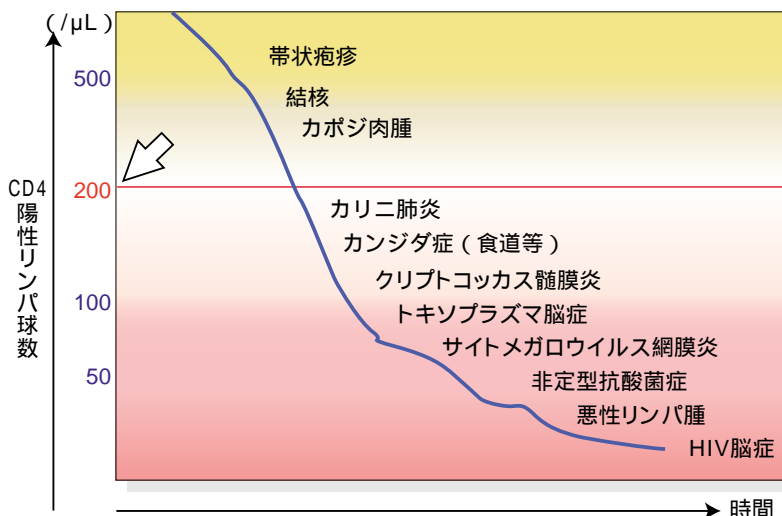
19 HINT

(解説とヒント)

肛門部のコンジローマや、ヘルペスウイルスによるびらんや潰瘍など、気が付いていてもなかなか言い出せないことも多いようです。あらかじめ、このような疾患もあること、そして早期に治療すれば簡単に治ってしまうものも、そのままにしておくとも悪化して治療が

難しくなったりするという話をしておく方が良いでしょう。これによりパートナーが気が付いて本人に教えてくれた例もあります。

ちなみに手のひらの発疹は、梅毒のII期疹の可能性もあります。見落とすことも多いので注意しましょう。



20 CASE

コンプライアンスからアドヒアランスへ



あの患者さんは、どう考えても薬を
しっかりとは飲めそうもないな。
コンプライアンスが悪すぎるよ。

<医療者より>

20 HINT

(解説とヒント)

「アドヒアランス」の問題です。

従来、医療の中では患者さんの服薬を評価するとき「コンプライアンス」という言葉が使われてきました。しかし、慢性疾患で症状がなければ、内服の厳密な継続はなかなか難しいというのが現実です。したがって、医療者が専門家としていかに工夫して対応していくのが、あらためて重要となってくるはずですが、このような考え方をふまえ、医療者側と患者さん側の両者を意識して「アドヒアランス」という言葉が使われるようになってきています。

しかし、これはあくまでも言葉の違いでしかなく、「コンプライアンス」と言っていた時期にも十分な工夫をしてきた医療者もいますし、言葉は変わり「アドヒアランス」と言うようにはなっていますが、結局やっていることは以前と変わらないという医療者もいます。必要なのは、このことを意識し

て行おうという、患者さんとの関わり方の
変化なのです。

内服ができなければ開始しないという選択もあります。また、飲めそうもないという中にもいろいろな要因があります。このようなことを患者さんとともに検討し、医師・看護師・薬剤師が中心となりサポートしながら前進していくことが重要です。そして、最後は内服する患者さんを信頼して、一緒に頑張っていくことが成功への鍵となります。



21 CASE

パートナーの
協力が
必要



主治医は、避妊とか感染予防とかについて簡単に話してはくれたけど、夫はわかってくれないのよね。適当にやってるって感じ。

21 HINT

（解説とヒント）

夫の理解不足・協力不足で避妊も感染予防もできていないということが問題となっています。夫に一度来院してもらい、改めて医療者から、現状の確認や指導を行っていく必要があると思われます。

夫がなかなか来院できなくても、以下のような情報は必要かもしれません。

1. 夫にはどのように説明しているのか。
2. 夫はそれに対してどのような考え方を持っているのか。
3. 実際に現状では、どの程度の対応となっているのか。

併せて「望まない妊娠が心配」「感染させてしまわないか不安」など、本人の現状での気持ちも聞いてあげた方が良いと思います。さらに夫が来院できない場合には、パンフ

レットなどがあっても良いかもしれません。



22 CASE

パートナーへの
気兼ね



そんなこと言っても、今さらコンドームなんてこちらからばかりうるさく言うと、関係が続かなくなるかもしれない。

22 HINT

（解説とヒント）

最終的には、本人が自己決定しなければ行動の変容は難しいのでしょうか。

単に医療者側がセーフアセックスが必要だと話しても、行動を変えるまでにはいろいろな障壁があるものです。この例でも、中途半端な介入をすれば本当に関係が続かなくなることもありますし、それによって本人が精神的に大きなダメージを受けることもあるのです。このように、これまで取ってきた行動を変えるときには、本人にとっては大きな負担になることもあるということを知っておきましょう。

しかし、信頼関係のある医師から、間違いの無い事実を「ダメなものはダメ」と口に出して言ってもらうことで、改めて患者さんは確認できる場合もあります。

本例のように、このようなことを伝えてくれている時点で、医療者と患者さんのコミュニケーションという中では大きな進歩があったと言えるのではないのでしょうか？ おそらく多くの医療者に対しては、このような話さえ出ないのかもしれない。



23

CASE

陰性確認目的
の抗体検査



内視鏡前の検査で、たまたまHIV陽性とわかってしまった。

そういえば1週間前の採血で感染症の検査もやっておきますと言われ、何か紙にサインさせられた。

専門家のいる病院へ行った方があなたのためですと言われ、紹介状を渡され帰されたけど、これって診療拒否？

（解説とヒント）

23

HINT

HIV感染症の治療が進歩し、予後の改善がみられてきている中で、これを理由に内視鏡などの検査前、術前、妊婦検診などで抗体検査を勧めやすくなってきているようです。

「今は治療が進んできているようなので、早くわかって専門家に診てもらう方が良い」というように、いかにも本人のためだというような説明をすることもあるようです。

確かに現在の治療を考えると、進行して重篤な合併疾患を発症してからわかるよりも、早期にわかった方が治療を進める上で有利なのは明らかです。しかし本来これらの検査は、医療者が患者さんの陰性を確認するために行っているものです。そこには陽性の場合に行われる告知のための準備が十分に用意されていないことが多いのが問題です。

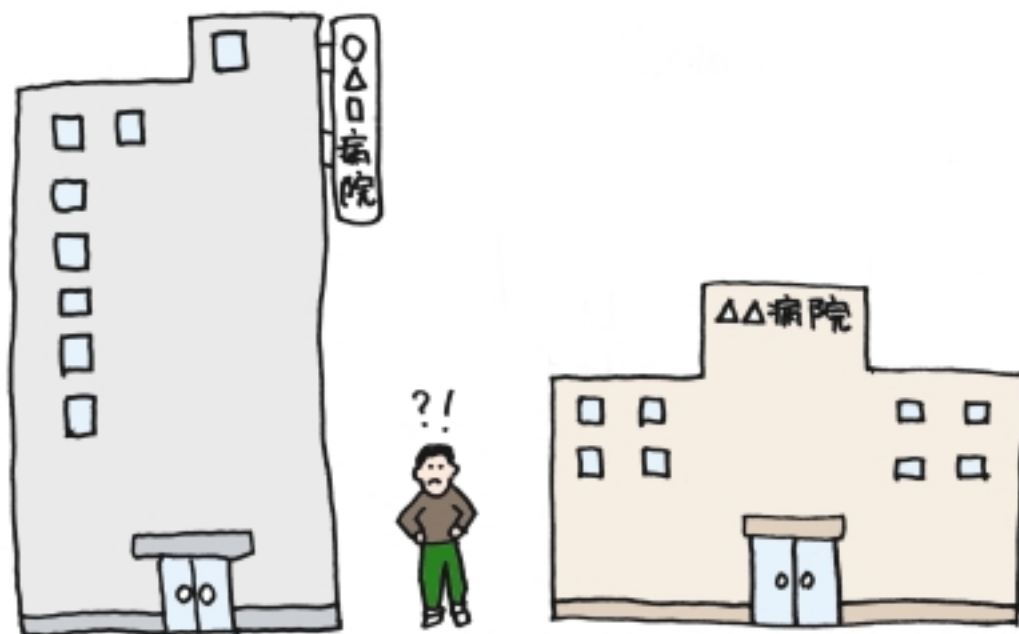
治療は進歩していても、一般的には多くの方が以前のままの病気の印象を持っているというのが現状です。実際に、感染告知後(はたして告知といえる内容か?)に、インターネットなどで調べながら悩み続け、何ヶ月も前に書かれた紹介状などを持ってきた患者さんもいて、それまでの思いを想像すると心が痛みます。

また、検査内容について誤解していることもあり、注意しなければなりません。スクリーニング検査(PA法やEIA法)では0.3%程度の偽陽性が存在します。このためスクリーニングで陽性の場合には、確認検査(ウエスタンブロット法)を行い、これでも陽性であった時点でHIV感染症と診断されます。このためスクリーニングの結果のみでHIV感染が確定と告知してしまうのは誤っています。その上、この結果のみで専門医で検査をと言うのも良くない対応であると言えます。

す。医療者の針刺し事故でのHIV感染率は0.3%以下(HBVでは10~30%)であるとされています。これを考えると、やるべき医療は提供しその後に紹介するのが、本来の対応ではないでしょうか。

この例のように診療拒否とされた背景には、検査前・結果説明時になされた医療者

の説明不足もあるのかもしれませんが。医療者が陰性を確認するために、どんなに軽い気持ちで行った検査でも、陽性であればその説明が患者さんにとっての告知となってしまいます。検査を行う医療機関では、責任を持ってしっかりとした対応をされることを望みます。



24 CASE

患者さんの
セクシュアリティ



こちらは「相手が」と言っているだけで、パートナーの性別は言っていないのに、どうも勝手に女性だと思いこんでいるみたいだな。違うとは言いにくいし、言っても理解してくれそうにない。まあ、このへんは割り切って、病気のことだけわかればいいか。

24 HINT

（解説とヒント）

セクシュアリティについての医師の思いこみの例です。医者が勝手に決め込んだ形で話をしているため、患者さんが黙り込まざるを得ないという状況でしょう。

HIV感染症の届出に感染経路のチェック欄があるため、慣れない医師はどうしてもその日にセクシュアリティについて確認しようとする傾向があります（注：疫学的な調査のための報告で、患者さんを特定できるような氏名などは報告されません）。

しかし、これは患者さん自身の診療を進める上で最優先の項目ではありません。患者さんによっては「別に気にしないからあっさり聞いてくれればいい」という人もいれば、「なんで初めて会った日から、こんなことをしつこく聞くんだ」という人もいます。まずは、医師と患者さんの信頼関係を確立させていくことが第一であることは忘れな

いでいたいものです。

感染経路を知ることで、患者さん自身が得られる利点はなんでしょう。例えばセーフアセックスについての話し合いの際には重要な情報となります。男性同性間で多いアメーバ症やA型肝炎の流行など、それを知っているからこそ本人に与えられる有用なコメントもあります。報告しなければいけないからではなく、本人により良い情報を伝えるためという考え方も必要なのだと思います。



HIV感染者に対応している病院は多数ありますが、ここではブロック拠点病院と比較的臨床経験の多い代表的な医療機関のリストを参考で掲載いたします。

ブロック拠点病院

<p><北海道ブロック> 北海道大学医学部附属病院(札幌市) tel. 011-716-1161 http://soi.med.hokudai.ac.jp/</p> <p>札幌医科大学医学部附属病院(札幌市) tel. 011-611-2111 http://web.sapmed.ac.jp/byoin</p> <p>旭川医科大学医学部附属病院(旭川市) tel. 0166-65-2111 http://ipcaws1.asahikawa-med.ac.jp/hospital/</p>	<p><北陸ブロック> 石川県立中央病院(金沢市) tel. 076-237-8211 http://www.pref.ishikawa.jp/ipch/</p>
	<p><東海ブロック> 国立名古屋病院(名古屋市) tel. 052-951-1111 http://www.nnh.go.jp/</p>
	<p><近畿ブロック> 国立大阪病院(大阪市) tel. 06-6942-1331 http://www.onh.go.jp/khac/</p>
<p><東北ブロック> 国立仙台病院(仙台市) tel. 022-293-1111 http://www2.odn.ne.jp/kokusen/</p>	<p><中四国ブロック> 広島大学医学部附属病院(広島市) tel. 082-257-5555 http://home.hiroshima-u.ac.jp/med/ibyou/main.htm</p>
<p><関東甲信越ブロック> 新潟大学医学部附属病院(新潟市) tel. 025-223-6161 http://www.nuh.niigata-u.ac.jp/</p> <p>新潟県立新発田病院(新発田市) tel. 0254-22-3121 http://www.sbt.lamen.or.jp/</p> <p>新潟市民病院(新潟市) tel. 025-241-5151 http://www.hosp.niigata.niigata.jp/</p>	<p>県立広島病院(広島市) tel. 082-254-1818 http://www.hph.pref.hiroshima.jp/</p> <p>社会保険広島市民病院(広島市) tel. 082-221-2291 http://www.city-hosp.naka.hiroshima.jp/</p>
	<p><九州ブロック> 国立病院九州医療センター(福岡市) tel. 092-852-0700 http://www3.coara.or.jp/kmc/</p>

ブロック拠点病院以外

<p>国立国際医療センター/エイズ治療・研究開発センター (東京・新宿区) tel. 03-3202-7181 http://www.acc.go.jp</p>	<p>東京医科大学病院(東京・新宿区) tel. 03-3342-6111 http://www.tokyo-med.ac.jp/hospinfo/</p>
<p>東京都立駒込病院(東京・文京区) tel. 03-3823-2101 http://www.komagome-hospital.bunkyo.tokyo.jp/</p>	<p>東京大学医科学研究所附属病院(東京・港区) tel. 03-5449-5656 http://www.ims.u-tokyo.ac.jp/didai/home.html</p>



HINT



【謝 辞】

本冊子は、これまでの多くの方々の貴重な経験やアドバイスを参考としてできあがりました。特に完成直前には、東京医科大学病院医師の山元泰之先生、国立大阪病院薬剤師の栗原健先生、荻窪病院カウンセラーの小島賢一さん、HIV/AIDS看護研究会の堀成美さん、そしてエイズ予防財団の森田眞子さんにも貴重なアドバイスをいただいています。この場をかりて深く感謝しお礼を申し上げます。



CASE

