

予防策と易感染対策、定期通院によるモニタリングの重要性を説明する。

〔服薬オリエンテーション〕実物の薬剤を見せながら、1回の内服錠数や内服回数、保存方法や食事との関係などを紹介する。

〔カンファレンス①-服薬開始時期の検討-〕最初のカンファレンスは初診2週間以降に初回のCD4陽性リンパ球数とHIV-RNA量、各種抗体・抗原検査や合併症検索の検査データなどが揃った時期に開催され、初診時の診察・面接からの情報と合わせて「服薬開始時期の検討」を行う。

〔服薬アセスメント〕患者のライフスタイルやサポート状況（人的ネットワークや医療費対策など）の確認を行い、開始前に治療失敗が予測される項目がないか確認し、準備を行う。開始時期について希望時期、避けた方が好ましい時期の情報収集を行う。また、服薬可能な服薬回数について確認する。この時点で患者自身のセルフケアレベルだけでは服薬開始が難しいと判断された場合に、本人の同意を得ながら家族やパートナー、友人や地域スタッフ（保健師、訪問看護師、ヘルパー、ケースワーカー等）など、周囲への協力依頼を検討する。

〔カンファレンス②-組み合わせの検討-〕数回の診察を通して集められた検査データ及び診察・面接からの情報をもとに、組み合わせの検討を行う。組み合わせについて、性別・年齢・病期・合併症・生活背景などを十分考慮する。

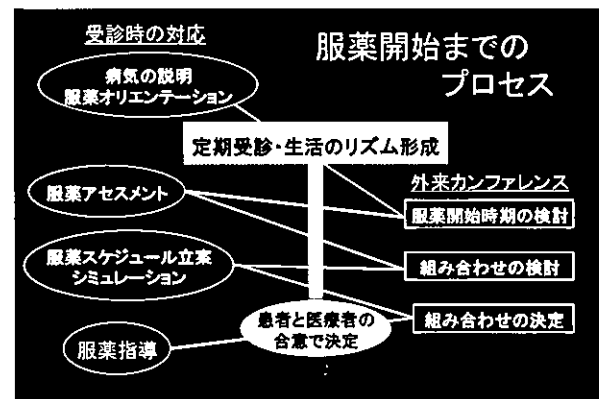
〔服薬スケジュール立案・シュミレーション〕カンファレンスで話し合われた組み合わせを患者に提案し、内服方法、副作用や注意点などを説明する。実際のライフスタイルの中で実現可能な時間設定に組み込んでもらう。シュミレーションとして例えばガムやキャンデーなどを実際に口にしてイメージしてもらう。また時間管理として携帯電話のアラーム機能や着メロ機能を活用し、忘れない工夫を試みてもらう。必要であれば、地域スタッフの協力のもと、Moddefied DOT(修正 or 変則)DOTで治療開始を

検討する。

〔カンファレンス③-組み合わせの決定-〕シュミレーションの結果と患者（状況によっては第三者）の服薬開始意志を繰り返し確認し、治療開始時期の決定、組み合わせの決定を行う。

〔患者が医療者と話し合って最終決定〕患者と医療者が話し合いの後、最終的に服薬開始時期を決定する。

〔服薬指導〕自己決定した服薬メニューを確認し、治療目的、服用方法、副作用や留意点、相互作用などの説明を行う。セルフモニタリング方法の説明、副作用症状の対処や医療機関連絡方法を説明する。



<服薬開始後>

〔セルフレポート〕服薬開始1週間後に、服薬状況、副作用状況を電話で報告して頂く。

〔フォローアップ：服薬開始後の診察（原則2週間後）〕来院し、服薬状況や副作用症状を診察・面接で確認する。観察項目の不足がないか確認し、必要であれば補足する。

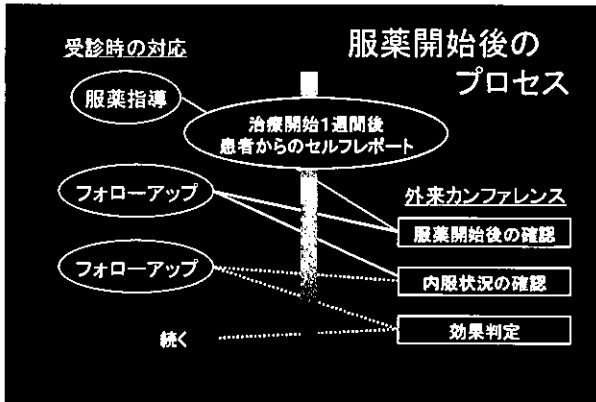
〔カンファレンス④〕スタッフに治療開始及びセルフレポートの結果報告とモニタリングの協力依頼を行う。

〔フォローアップ（診察・面接）〕服薬開始から原則6ヶ月かつ、HIV-RNA量が検出限界以下に至るまでの間は、毎月1回の受診頻度とする。

〔カンファレンス⑤〕治療効果判定として、ウイルス学的効果、免疫学的効果と副作用や毒性、免疫再構築症候群の発症の有無などを確認する。

〔フォローアップ（診察・面接）〕服薬開始6ヶ

月経過し、HIV-RNA 量が検出限界以下を数回確認後の受診間隔は 2～3 ヶ月に一度となる。受診間隔があくことによる自己モニタリングの負担が大きいケースについては、状況に合わせて受診間隔は検討し、必要があれば保健師等の訪問をアレンジする。



以上のようなプロセスを踏まえて、療養継続を支援していく。

3

服薬開始および継続に関連する心理・社会的要因とその援助方法に関する研究

分担研究者：山中 京子(大阪府立大学社会福祉学部 助教授)

研究協力者：鈴木 葉子(滋賀県健康福祉部健康対策課)
 平田 俊明(淀川キリスト教病院精神神経科)
 兎玉 憲一(広島大学大学院教育学研究科)
 山本 博之(聖カタリナ大学社会福祉学部)

研究要旨

服薬の開始時および継続時に起こる心理・社会的な問題およびその諸問題に対するカウンセリングにおける援助方法を明確化する目的で、カウンセラーに対する個別および集団面接調査を実施した。開始時では、情報の「多さ」や「少なさ」による不安感の増大、「疾患の受け入れ」への直面化による動揺、服薬を生活に組み込むことへの見通しの不確かさなどの問題が出現しており、それに対して、カウンセラーは、感情表出の促進と保証、情報の提供、クライアントと医師・看護職などとの関わりの調整、具体的な問題の解決という援助方法を実施していた。また、継続時では、検査値の変化や副作用の有無による気分や意欲の変動、経験の孤立化による不安の増大、長期服薬による日常生活への拘束感、束縛感、長期服薬による人生への閉塞感、生きる意欲への影響などの問題が生じており、それらに対して、クライアントの努力の承認や評価、服薬生活の日々のできごとやさまざまな感情を話せる場所の保証、クライアントの生活や人間関係のあり方の長期的視点での解決といった援助方法を用いて対応していた。

研究目的

HAARTの導入によりHIV感染症の予後は改善し、慢性疾患としての特徴が顕著になってきている。しかし、この変化は、HIV感染者にとって予後の改善と同時に長期にわたる服薬生活を維持する課題をもたらした。疾患の進行のコントロールは、感染者に感染後にも感染前と「変わらぬ生活」を続行することを可能にした。ただし、それは服薬という継続的な行動を抱え込んだ生活である。服薬は感染者の生活に副作用、経済的負担、生活パターンの変化や制限などの現実的な変化をもたらすが、それらの変化は感染者にとってどのような心理・社会的問題となって波及していくのだろうか。また、これら心理・社会的問題は、長期的な服薬の維持や阻害にどのように影響を及ぼす可能性があるのだろうか。

さらに、これら心理・社会的問題を軽減し、あるいは解決するためにはどのような対処や援助が考えられるのだろうか。

HIV医療におけるカウンセリングでは、今まで感染者が抱える心理・社会的問題の明確化やアセスメントを行い、それらの問題の軽減や解決をめざす援助を展開してきた。1990年代の中頃から現在に至るまで、カウンセリングが対象とした全般的な問題群やその援助内容を分析した研究がさかんに実施されている。また、個別的問題として、本人への感染告知、パートナーあるいは家族への告知、ターミナル期などをめぐるカウンセリングの援助内容についての研究はいくらか詳細に行われている。しかし、服薬開始あるいは継続に関連して出現する心理・社会的問題の明確化とその援助に焦点づけた研究

は、散発的な事例報告を除き、今までほとんど実施されていない。

そのような研究状況を踏まえ、本研究では、カウンセリングを「心理・社会的問題の明確化とそれらへの援助を志向する活動」と規定し、それらの特徴を勘案の上、以下のような目的で研究を実施した。

HIVカウンセラーに対する個別面接調査および集団面接調査（フォーカス・グループ・ディスカッション）を通じて、

- (1) カウンセリング場面で扱われたあるいはカウンセラーによってアセスメントされた服薬の開始・継続時に関連して発生する心理・社会的問題
- (2) それらの問題に対するカウンセリングにおける援助方法を明確化する。

研究方法

(1) 調査対象および方法

関東甲信越ブロック、近畿ブロック、中・四国ブロックのHIV診療拠点病院でHIV感染者に対するカウンセリング経験を豊富に有する院内および派遣カウンセラーに対して、面接調査を実施した。

中・四国ブロックの拠点病院で活動するカウンセラー（以下Co.と略記する）1名に対して研究協力者1名が面接者となり、約2時間の半構造化個別面接を一回実施した。実施時期は2004年11月である。

また、関東甲信越ブロックおよび近畿ブロックの拠点病院で活動するCo.に対して、各1回ずつフォーカス・グループ・ディスカッション（以下FGDと略記する。）を約2時間30分にわたって実施した。両FGDには、本研究グループより同一の研究協力者2名がファシリテーターとして参加した。なお、実施時期は2004年12月上旬および中旬である。

個別面接および両FGDにおける面接内容の

統一をはかるため、面接を実施する前に研究協力者2名が協議の上7項目の質問で構成されたインタビューガイドを作成し、このガイドをすべての面接実施時に用いて面接による質問の偏りや漏れを防いだ。

面接調査への協力の依頼および協力の承諾は以下のような手順で行われた。面接の依頼は拠点病院とCo.の職能グループを通じて、文書および電子メールで行われた。それらの文書およびメールでは、研究組織、調査目的、調査手順、面接内容の録音の希望、個人情報に関する秘密保持の方法などについて説明し、その内容に承諾の上協力を申し出たCo.に対して、後日FGDの実施に関する連絡を行った。

FGDの当日は文書により参加者全員に再度調査目的、調査の手順、面接内容の録音、個人情報の秘密の保持などについて説明したのち、面接内容の録音の許諾を含め書面による面接調査への協力に関する承諾を得た後、FGDを開始した。また、FGD開始前に全員に対してHIVカウンセリングの経験について問う簡単な匿名自記式アンケート票を配布し、その場で回収した。個別面接およびFGD共に対象者全体の許可が得られたため面接内容はすべてテープ録音した。

(2) 分析方法

1つの個別面接および2つのFGDの録音テープはすべて逐語的にテープ起こしして、3つの逐語録を作成した。なお、逐語録作成の段階で、個人名や機関名はすべて匿名化した。また、録音テープは鍵のかかる場所に保管した。

面接内容は質的に分析された。分析の詳しい手順は木下（2003）による修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチに従った。以下簡単に分析方法を説明する。まず、各逐語録の中で本調査の目的に関連する発言部分に注目し、その箇所の意味を解釈し、他の発言部分との継続的な比較検討によってそこから概念を生成した。またそれらの概念を分類して

カテゴリーを導き出した。

研究結果

(1) 面接対象者の基本属性

個別面接の対象者は1名（院内Co.）、関東甲信越ブロックのCo.を対象とするFGD（以下関東FGDと略記する）の対象者は4名（派遣Co.3名、院内Co.1名）、近畿ブロックのCo.を対象とするFGD（以下近畿FGDと略記する）の対象者は6名（派遣Co.5名、院内Co.1名）であり、合計11名が面接の対象者となった。全体の7割が派遣カウンセラーであった。対象者の性別は、男性3名、女性8名であった。HIVカウンセリングに従事している年数では、16年2名、9年1名、8年4名、4年2名、3年2名であり、8年以上の経験を有する者が6割以上を占めた。また、経験したカウンセリングのケース数では、100ケース以上2名、75-99ケース名1名、50-74ケース4名、25-49ケース4名、1-24名1名であり、6割以上が50ケース以上の経験を有していた。

(2) 面接内容

表1に示す4つの項目別に面接内容の分析結果を記述する。

表1 面接内容の分析項目

A 服薬開始前および開始時に発生する心理・社会的問題
B 服薬開始前および開始時に発生する心理・社会的問題に対するカウンセリングの援助内容
C 服薬継続時に発生する心理・社会的問題
D 服薬継続時に発生する心理・社会的問題に対するカウンセリングの援助内容

なお、以下の記述で、「 」で示された表現は、面接対象者の発言内容を逐語録からそのまま引用したものである。また、『 』

で示された表現は、面接対象者の発言部分を解釈して生成された概念である。

A 服薬開始前および開始時に発生する心理・社会的問題

この項目では、以下の5つのカテゴリーが導き出された。

① 飲んでいないことへの不安

感染者は、告知直後から薬に関する情報がある程度入手している場合が多く、CD4の値が高く病状が安定している時期であっても薬の存在は感染者によって意識されている。それはたとえば告知直後の医師や看護師の説明や自分自身によるインターネット検索などからもたらされる。しかし、実際の医療場面では、病状によって感染を告知されたのち服薬が開始されるまでに、長い時間があく場合も多い。その間検査を受け、病状の経過を観察していくための受診が続く。しかし、服薬は医療の象徴と捉えられる場合が多く、服薬が始まるまで医療を受けていることの実感がわきにくく、「結局何をしているのかわからなくなる」また「これでいいのだろうか」「このままで大丈夫なんでしょうか」という不安が頭をもたげることがある。その場合服薬の開始によって、「やっと始まった」「ほっとする」「安心する」という一種の安堵感が生じていた。

② 「疾患の受け入れ」への直面化による動揺

服薬の開始を本格的な医療の開始と捉えて、今までのやや捉え所のない療養生活に「確かさ」を得て「ほっとする」人がいる一方で、服薬の開始を病状の進行と強く結びつけて、自分の病状が「次の段階に至った」と考える人がある。服薬の開始以前は、自分はまだこの疾患の「予備軍」ではあっても、本格的に「病気にかかってはいない」といった意識を持ち続けている人もいる。そのような場合、服薬の開始を医師から告

げられることによって、いよいよ「疾患の受け入れ」に向き合うこととなる。「疾患の受け入れ」過程では、失望、気持ちの落ち込み、意欲の減退、混乱などが現れることもある。それらの感情を抱えながら、服薬の指導を受けていた。

③ 服薬情報の「多さ」による不安の増大

服薬開始前に医師、看護師、薬剤師によって行われる指導では、一般的に服薬方法、副作用、服薬中断による結果などが説明される。インフォームドコンセントという考え方の普及により、多くの情報が提供される傾向がある。しかし、それらの情報が感染者の不安を高める場合もある。副作用によっては重篤な事態に至るものもあり、副作用の有無には十分な注意を要するのは当然であるが、副作用の詳細な説明は副作用への過敏さを生じさせる。特に感染者が元々不安耐性が弱い人の場合、実際の服薬開始以前に、飲めば副作用を起こすのではないかと事態を予測する事で生じる予期不安を抱くことがある。また、服薬の失敗は耐性ウイルスを出現させるという情報は失敗が許されないという感覚を強め、服薬に取り組む際の緊張感を強める。それらの心理的な反応の出現は服薬への負担感を作り出していた。

④ 服薬情報の「少なさ」による不安の増大

服薬の情報が多く提供される傾向にあると前述したが、その一方で、服薬の情報が十分に提供されていないために、不安を抱える感染者もある。情報の「少なさ」が起こる理由として、医師が診療時間の中で十分な説明時間の確保が難しい、あるいは複雑化する服薬の説明を行う看護師や薬剤師の人材が不足しているなど体制上の理由が指摘されたが、同時に副作用への意識を過剰に方向づけないとの判断から、服薬情報の提供を制限する考えが医療者の中にある

ことも指摘された。

インターネットの検索、パンフレット、患者同士のネットワークなどから服薬に関する基本的な情報（たとえば、副作用、耐性ウイルスの出現など）をすでにインフォーマルな形で入手している人もあり、主治医からの直接的な服薬情報が少ない場合、インフォーマルに入手した既得情報を補完する情報がないまま服薬に踏み出すことに不安を感じ、服薬を開始したものの不安定な服薬に結びついた例も指摘された。

⑤ 服薬を生活に組み込むことへの見通しの不確かさ

医師や看護師あるいは薬剤師による服薬指導で、毎日の生活の中に実際に服薬という習慣を組み込んでいくシュミレーションが行われていたが、毎日の日常生活の中に実際服薬という習慣を組み込むことができいくのかという不安感や不確かさがあり、Co. にその気持ちを訴える人が多くいた。場合によって、服薬に関する一般的な説明はあったが、自分の生活に合わせた『服薬のオーダーメイド化』まで充分に行われていない状況も見られ、その場合にこれらの不安感や不確かさは強まる傾向があった。

服薬は一度開始したら長期にわたる治療である。そのため、服薬の生活への組み込みには、長期的な視点も求められる。開始にあたって、『自分の人生設計の見直し』を図る人もあり、自分の今後の人生の不確かさを訴える人があった。

B 服薬開始前および開始時に発生する心理・社会的問題に対するカウンセリングの援助内容

この項目では、援助内容に関する4つのカテゴリーが導き出された。

① 感情表出の促進と保証

Co. は、感染者が服薬の開始をめぐって抱えた不安感、不確かさ、失望、気持ちの落

ち込み、意欲の減退、混乱などの感情をカウンセリングの場面で「語り出すこと」や「吐き出すこと」を認め、それらを促していた。そうして表出された感情に対しては、まず第一にそれらを共感的に受け止めることに努めていた。ただし、それらの感情が、服薬に関する情報の「少なさ」、「誤解」、「納得のなさ」によって生じていると考えられる場合には、情報の提供、再提供、修正を行っていた。

② 情報の提供、再提供、修正

感染者の抱える感情が、服薬に関する情報の「少なさ」、「納得のなさ」、「誤解」、によって生じていると考えられる場合に、Co. は、情報の提供、再提供、修正を行っていた。ただし、服薬に関する情報提供役割に関しては、Co. の中で二つの立場がみられた。積極的に情報提供を行う立場と限定的のみ情報提供を行う立場である。これらの立場の違いは、Co. が活動する医療機関やチームの状況から影響を受けていると思われた。病院内あるいはHIV治療チーム内に服薬の情報提供にかかわる人材が多く、それらの人材の積極的な関与がある環境で活動するCo. は、自らの情報提供役割を限定的に捉え、情報提供役割を他の専門職種に委ねる傾向が見られた。しかし、HIV治療の経験が少ない医療機関や医療体制やチームがいまだ形成過程にある環境で活動するCo. は、チームの要請に応じて積極的に情報提供の役割を果たしている傾向がみられた。

しかし、どちらの立場のCo. も服薬に関する不安感が高い感染者に対しては、様々な専門職種がたとえ同一内容の情報であっても、繰り返しこれらを感染者に伝えることの意義を認めていた。その理由として、不安感の低減や服薬に関する理解や納得は、一回の説明によって実現するものではなく、説明の「積み重ね」によってはじめて「作

りだされる」ものであると考えているからであった。Co. はクライアントがカウンセリングの場で、何度でも同じ不安や疑問を表出することを保証し、表出された不安や疑問に何度でも同じように情報提供することで応えていた。

③ クライアントと医師・看護職の関わり の調整

服薬の情報提供に関して、Co. は原則的には医師、看護職、薬剤師などを第一次的な情報提供者と見なし、それらの職種と感染者の関わりやつなかりを促進するために、具体的な調整活動を行っていた。

第一に、感染者に対しては、まず患者自らが服薬に関する不安や疑問を医師、看護職などに伝えることを認めて支持し、次に伝え方をいろいろな方法で現実検討していた。具体的には、伝えたいことの内容をカウンセリング場面で整理する、診療場面での会話の持ち方を考える、伝えたいことを一緒にメモにするなどである。また、診察場面に同席して患者が伝えることを側面から援助する場合もあることが報告された。

また、専門職に対しては、専門職の感染者理解を促進することを意識して、服薬をめぐる感染者の心理状態に関するカウンセラーのアセスメントを専門職に伝えていた。また、感染者が誤った服薬情報を持っていた場合、その状況を専門職に伝え、専門職が情報を修正するよう働きかけていた。服薬開始直後では、不安や疑問を医師や看護職に伝えることに抵抗感のある感染者にかわってそれらを伝える代弁者役割も果たしていた。

④ 具体的な問題の解決

薬の保管方法、飲み方、副作用など具体的な問題への対処については医師、看護職、薬剤師からの説明がある。しかしそれらの説明に充分納得するため、カウンセリング

場面で説明を再度確認するあるいは対処を細かく『復習する』ことを求めるクライアントもあった。その際にCo.はそれらの求めに応じて、説明の確認や対処の復習をクライアントと共に進めていた。

クライアントの周囲への病名告知の状況や人間関係のあり方が薬の保管や服薬に影響を及ぼすことがある。家族、友人あるいは同僚に病名を告知していない場合には、服薬していることを知られたくないために指示された保管方法や服薬方法を実行するには特別な対処や工夫が必要となる。Co.はクライアントと周囲との人間関係のあり方に関する理解に基づき、クライアントの生活に根ざした対処や工夫を詳しく検討し、『服薬のオーダーメイド化』に取り組んでいた。

C 服薬継続時に発生する心理・社会的問題

この項目では、6つのカテゴリーが導き出された。

① 検査値の変化や副作用の有無による気分や意欲の変動

服薬を開始すると「せっかく飲むのだから効いて欲しい」という期待が働き、CD4やウイルス量の値を以前以上に意識することが起こる。カウンセリング場面では、クライアントからCo.への『検査値の報告』がよく行われる。「自分ががんばってした服薬の結果」が検査値の変化となって目に見える形で表されると、それは自分の行為や努力への肯定的な評価と結びつけて捉えられる。『検査値の報告』は、自分の努力への評価をCo.と共にもう一度確認することを意味すると思われる。服薬開始の初期には、自分の検査値を明確に知ることが服薬継続の動機付けにつながる可能性が示唆された。

Co.は、クライアントが検査値を自分の努力への肯定的な評価として捉えていると認

識し、その認識に基づいて、主治医が検査値の全般的な変化傾向を伝えるだけでなく、具体的な検査数値を積極的に感染者に伝えることの重要性を指摘した。

また、服薬による副作用は、重い急性の副作用であれば、身体的なつらさや苦しさをもち、日常生活に重大な変化や制約を及ぼす。一方比較的軽い副作用であっても、それが長期にわたって続いていくと、毎日の気分に影響を及ぼし、生活全般の意欲の減退にまで波及していくことが報告された。クライアントにとって、副作用は「薬をまじめに飲めば飲むほど起こってしまう」「ちゃんと飲んでいたのでなんで」「飲んでいただけに起こる」と捉えられ、自分のまじめな努力に対してつらい結果がもたらされることに強いジレンマや不満を感じ、それらは服薬を継続していく意欲に影響を与えていた。

② 経験の孤立化による不安の増大

服薬が実際に始まると、日常生活で起こる具体的な悩みや、副作用なのかどうか判別がつきにくく気になる症状についての迷いなど、具体的で細かい問題が起こってくる。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人も多く、それら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ったり、対処方法を一緒に考えてもらう機会がない人もある。身近な周囲に援助資源を持っていない人も、患者同士のネットワークあるいはインターネットでの情報や経験の交換・交流も可能であるが、こういう手段も持たない人では「このようなことは自分だけに起こっているのではないか」「自分だけがうまくいっていないのではないか」と服薬経験の孤立化が起こり、不安感は解消されずに積み重なっていく可能性がある。

③ 服薬継続努力への支持の不足

Co. は、医療のなかでは「服薬は続けていくことがあたりまえであり、不安定な服薬や中断は本人の失敗と捉えられる」、また「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のみ焦点があたる傾向がある」と考えていた。それと同時に、Co. はこの「あたりまえ」の行為を続けるために、クライアントが毎日の努力を積み重ねていることを認識し、それらの努力を評価する必要性を指摘している。

カウンセリングの場面で、クライアントが自分の努力を自分自身で評価し、それらの確認をカウンセラーに求めることがあることが報告された。

④ 長期服薬による日常生活への拘束感、束縛感の出現

副作用の出現によらず、毎日一日も欠かさず薬を飲み続けねばならないということから心理的反応が生じてくる。それは、「自分の人生が薬を飲むことによって決められてしまっている」「(自分の生活が) 薬を飲む時間に管理されている」「自分の時間が薬に縛られている」といった服薬によって生じる自分の生活への拘束感、束縛感である。また、それは「もし時間を守らなければ耐性ができてしまうという恐れ」からさらに「一日もおりられない」という緊張感を生活に強いることとなる。多くのクライアントはそれらの感情を抱えながらも、服薬を続けていたが、それらの感情を常時抱える『疲労感』から、服薬継続の意志に揺らぎを生じるクライアントもみられた。

⑤ 長期服薬による人生への閉塞感の出現や生きる意欲の減退

服薬によるつらい副作用の出現や日常生活への継続的な拘束感・束縛感は、それらを抱えた人生を生きていくことに基本的な疑問を投げかける。「なんのための人生だろ

う」、「生きるために飲んでいるけれど、今自分のこの生はなんだろう」、「なんでこんな苦しい思いをしながら生きて行かないといけないのか」、「ただ生きているだけで苦しい思いをして、何のために生きているかわからない」といった疑問がカウンセリングで度々訴えられた。

⑥ 感染告知以前から抱えていた生きる意欲のなさの顕在化

いままでの生育歴、生活環境、人間関係のあり方などからの影響を受け、自分の感染を告知される以前から生きる意欲や生への執着があまり強くないクライアントもいる。生きる意欲や生きることへの執着のなさは、告知以前から存在していたが、自分の生命の期限を象徴的に意識させられる感染の告知を契機にそれらが再度顕在化することがある。

「薬を飲むということは自分の命を大切にしようという気持ちの表れ」「薬を飲むことは結局生きること」である。つまり、生きたいという意欲が服薬を支える基本的な要件である。その基本的要件の欠如は、服薬の継続を阻害し、中断に至らせる要因にもなっていた。

D 服薬継続時に発生する心理・社会的問題に対するカウンセリングの援助内容

この項目では、援助内容に関して4つのカテゴリーが導き出された。

① クライアントの努力の承認や評価

Co. は、服薬をめぐるクライアントの考えを支持し、服薬のために行っている工夫や努力を認め、その工夫や努力を肯定的に評価していた。また、クライアントに対するCo. の役割として、「クライアントの変わらぬ努力をわかり続ける人」「薬を飲んでいるということにつき合っている人、知っている存在」「どんなことを我慢しているか、ど

んな気持ちをもっているかを知っていて、わかってみている存在」であること、つまり、『クライアントの努力、苦勞、頑張りの証人』であることを意識している Co. が多かった。

② 服薬生活の日々のできごとやさまざまな感情を話せる場所の保証

Co. は、カウンセリングを通じてクライアントに対して、服薬を続ける日々の生活の中で起こったいろいろな細かい経験や周囲の人々との間のできごと、またそれらに伴って生まれた様々な感情を解決はできないが、「言える場所」、「いろいろな思いを出していいんだと思える場所」、「不満を出してもらい、ガス抜きをする場所」を保証しようとしていた。クライアントの話は、一見服薬とは関係がなく思える「世間話」や服薬に関する「愚痴やぼやき」から、「生きて行くことへの疑問」にまでおよび幅広がったが、Co. はその幅広さを受け入れようという姿勢を持っていた。

③ 他のクライアントの経験を情報提供することによる経験の一般化

当事者同士のネットワークやインターネットへのアクセスのないクライアントの場合、経験の孤立化のために不安感が解消されにくいことを前述した。そのような場合、Co. は自分の知っている他の患者の例を提示し、そのような経験がクライアントだけに起こるものではなく、他の患者にも共通していることを示して、経験の一般化を行おうとしていた。クライアントはこの例の提示によって「自分だけではなかったんだな。これが普通なんだな」という気持ちになり、不安感の低減が図られていた。

④ クライアントの生活や人間関係のあり方の長期的視点での解決

生きる意欲のなさが服薬を継続していく際の阻害要因として働くことはすでに指摘

した。生きる意欲は、クライアントの生育歴、生活環境、人間関係のあり方と密接に結びついており、その取り戻しには時間を要するが、Co. は長期的視点で生活や人間関係のあり方の変化に取り組んでいた。

考察

本調査の面接対象者は7割が派遣カウンセラーであり、その派遣先には診療経験の少ない拠点病院や拠点病院以外の一般病院なども含まれている。調査の結果、服薬開始前および開始後の心理・社会的問題として「服薬情報の『多さ』による不安の増大」と「服薬情報の『少なさ』による不安の増大」という一見相反する結果が同時にでたことには、そのことが影響していると思われる。いまだ服薬情報の提供には病院間の格差が大きいことが推察される。Co. は病院の環境に応じて、積極的に情報提供役割を果たしていたが、専門性から見て、医師、看護師、薬剤師が主たる情報提供者としてまず機能し、Co. はその職種を補完する役割を果たすべきだろう。そのためには、まずどのような病院であっても主たる情報提供者の体制が整備されることを強く望みたい。

服薬の継続は日常生活への拘束感や束縛感を生み、それらは場合によっては生きる意欲にまで波及することもあると結果で指摘した。Co. はカウンセリングをそれらの感情を「吐き出す場所」と位置づけ、クライアントの感情表出を促していた。カウンセラーは、クライアントがそれらの感情は容易に解消・解決できないことを自覚しており、それらの解消・解決を直線的にカウンセリングに求めていること、しかしクライアントの生活の場面ではそれらを自然に吐露する場所が少ないあるいはまったくないためそのような機能をカウンセリングに求めていることに気づき、その機能を果たしていた。服薬の継続を可能にする条件の一つとして、今後もさまざまな感情を吐露する場所を保証すること

が重要であることが示唆された。

Co. は、医療において「服薬は続けていくことがあたりまえ」と捉えられていると指摘している。飲めていない患者に対する援助と同様に、飲めている患者の努力を認め、それを支える援助が実は不安定な服薬や中断を予防する役割も果たせるのではないかと考える。服薬の開始あるいは変更、中断などの時期には援助が集中的に行われる傾向があるが、一見問題なく服薬できている時期にも、なんらかのチェックや飲めていることの評価を行うことを考慮するべきだろう。

本調査の面接内容は、アルコール依存、薬物依存、外国人といった複雑な条件を持つクライアントの服薬に関する諸問題やその援助にも及んでいたが、本報告の紙面の都合により、その部分の分析は報告できなかった。別の機会に譲りたいと思う。

結論

服薬の開始前や直後では、①「飲んでいないこと」への不安、②「疾患の受け入れ」への直面化による動揺、③服薬情報の「多さ」による不安の増大、④服薬情報の「少なさ」による不安の増大、⑤服薬を生活に組み込むことへの見通しの不確かさという問題が出現していた。それに対して、Co. は、①感情表出の促進と保証、②情報の提供、③クライアントと医師・看護職などとの関わりの調整、④具体的な問題の解決、という援助方法を用いてカウンセリングを行っていた。

また、服薬の継続時では、①検査値の変化や副作用の有無による気分や意欲の変動、②経験の孤立化による不安の増大、③服薬継続努力への支持のなさ、④長期服薬による日常生活への拘束感、束縛感、⑤長期服薬による人生への閉塞感、生きる意欲への影響、⑥感染告知以前から抱えていた生きる意欲のなさの顕在化という問題が生じており、それに対して、Co. は、①ク

ライエントの努力の承認や評価、②服薬生活の日々のできごとやさまざまな感情を話せる場所の保証、③他のクライアントの経験を情報提供することの経験の一般化、④クライアントの生活や人間関係のあり方の長期的視点での解決、という援助方法により、カウンセリングを実施していた。

参考文献

木下康仁 (2003) 「グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践—質的研究への誘い—」 弘文堂

健康危険情報

該当なし

研究発表

なし

知的財産権の出願・登録状況

- | | |
|-----------|------|
| 1) 特許取得 | 該当なし |
| 2) 実用新案登録 | 該当なし |
| 3) その他 | 該当なし |

4

抗 HIV 療法に伴う心理的負担、および精神医学的介入の必要性に関する研究

分担研究者: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科長)

研究協力者:小川 朝生 (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医師)
 滝沢 義唯 (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医師)
 西村 輝明 (独立行政法人国立病院機構 大阪医療センター臨床心理士)

研究要旨

抗 HIV 療法を行っている患者の感染経路、病期、告知、重傷度、使用中の薬物、患者を取り巻く社会的要因などと、心理状態との関係を調べ、抗 HIV 療法に伴う心理的負担の要因を精査し、服薬継続を阻む心理的要因を明らかにする。さらに、HAART 未導入の HIV 感染者に対しても同様の調査を行い、HIV 感染者を取り巻くさまざまな要因と心理面との関係も明らかにする。本研究は平成 17 年 4 月におこなわれる当院倫理委員会の承認待ちの状態であり、現時点 (平成 17 年 2 月 17 日) で結果の報告はできない。

研究目的

HIV 感染に伴って、患者はさまざまな精神的影響を受けるものと考えられる。精神面に対する影響因子として①HIV 感染という事実を知らされ、治療、予後などを考えなければならないことによる心的反応、②抗 HIV 薬の精神面に対する副作用、③HIV 脳症、免疫低下に伴う合併症など、疾病による脳への器質的な影響、④患者の性格要因、⑤患者を取り巻くさまざまな社会的要因、などが考えられる。

本研究では、患者の感染経路、病期、告知、重傷度、使用中の薬物、患者を取り巻く社会的要因などと、患者の不安の程度、抑うつ程度、知的障害の程度との関係を調べ、HIV 感染および抗 HIV 療法に伴う心理的負担の原因因子を精査し、服薬継続を阻む心理的要因を明らかにすることを目的とする。さらに、HAART 未導入の HIV 感染者に対しても同様の調査を行い、HIV 感染者を取り巻くさまざまな要因と心理面との関係も明らかにしたい。それらを行うことで患者の心理的負担の程度を患者、医療者が早期に把握し、必

要と思われる患者に対して専門的なメンタルケアを勧めていくなど、身体面、精神面両面の医療の充実を図っていく。

研究方法

抗 HIV 療法を受けている患者約 100 名 (予定)、抗 HIV 療法未導入の HIV 感染者約 100 名 (予定) に対して以下の点について調べる。

- ・仕事の有無と職場の理解
- ・同居家族の有無
- ・法的な配偶者の有無
- ・同居中の性的パートナーの有無
- ・HIV 感染を本人以外に知っている人の有無とその人との関係
- ・医療関係者以外で HIV 感染を相談できる人の有無とその人との関係
- ・学歴
- ・経済状況
- ・抗 HIV 療法実施の有無と服薬期間、過去の怠薬歴の有無、現在の規則的な服薬の有無、現在投薬中の抗 HIV 薬の種類と量、その副

作用

- ・ 厭世気分の程度と自殺未遂歴
- ・ アルコール依存歴、アルコール以外の物質依存歴
- ・ 過去、現在精神科受診の有無
- ・ 感染経路
- ・ 感染時期
- ・ 告知日
- ・ 病期
- ・ 直近の CD4 リンパ球数、HIV RNA 量と過去における最低の CD4 リンパ球数

以上を主にアンケートによって、一部の情報は診療録から調べる。

また、これまで受けたサポートの中で本人にとって精神的にプラスに思えたこと、現在の具体的な悩みをアンケート調査する。

対象者の心理状態は不安の尺度として STAI (State-Trait Anxiety Inventory -Form JYZ)、抑うつ尺度として SDS、認知能力の尺度として JHDS (HDS 日本語版) を実施し、評価する。

得られた結果から対象者の社会的状況や治療状況と心理状態、怠薬の有無などの相互関係を調べ、定期的な服薬の障害になる要因を明らかにするとともに、感染患者の心理的負担の軽減に必要な取り組みを明らかにする。

(倫理面への配慮) 本調査は当院倫理委員会の承認の後、対象者に研究目的や調査内容を説明し、本人による署名同意のもとに行う。

研究結果

本研究は平成 17 年 4 月におこなわれる当院倫理委員会の承認待ちの状態であり、未だ開始しておらず、現時点 (平成 17 年 2 月 17 日) で結果の報告はできない。

考察

HIV 感染は、患者にさまざまな精神的影響を来たしうる。わが国における HIV 陽性者/AIDS 患者における精神障害の頻度は 29.6%であり、5.9%

が精神科を受診している (1999 年)。その内訳は適応障害が 18.3%と最も多く、以下物質関連障害 (15.5%)、気分障害 (14.1%)、HIV による痴呆 (11.3%) となっている。HAART 普及による予後の改善によって死への恐怖などのストレスは減少した。一方、慢性疾患の側面が大きくなり、長期にわたりストレスにさらされる事、以前に比べより高いレベルの社会生活が可能になったために、社会との接点が増えた事、にもかかわらず社会の中での HIV 感染に対する偏見の解消は十分ではない事、定期的な通院や服薬に対する困難さ、などストレスの内容も変化してきている。精神障害の存在は服薬のアドヒアランスを低下させる要因として重視されており、感染者を取り巻くさまざまな要因がどのように精神状態に影響しているかは非常に重要である。

しかし、これまでは心理的負担の推測が主体で、具体的に「何が」「どの程度」感染者の心理状態に影響しているかを実際に検証した研究は行われてこなかった。今回、多数の対象者について、心理面での影響を与える因子 (精神障害を来たしているとはいえないレベルでの患者のストレス要因も含む) を調査することで、どの要因が重要で、今後、何に医療関係者、社会全体が取り組んでいくことが必要かということが明らかになり、精神障害の発症の予防、感染者の QOL を高めることが可能になると考える。具体的な結果に対する考察は、今後行っていきたい。

結論

本研究は未だ準備段階である。結果から感染患者の心理的負担にはどのような要因があるのか、何の影響を受けているのか、負担の軽減に必要な医療上の取り組み、家庭、職場の取り組みを明らかにしていきたい。

健康危険情報

該当なし

研究発表

該当なし

知的財産権の出願・登録状況

- | | |
|----------|------|
| 1)特許取得 | 該当なし |
| 2)実用新案登録 | 該当なし |
| 3)その他 | 該当なし |

5

抗 HIV 療法の実施状況と副作用調査に関する研究

分担研究者: 栗原 健 (独立行政法人国立病院機構 宇多野病院 副薬剤科長)

研究協力者: 高橋 隆一 (独立行政法人医薬品医療機器総合機構)

日笠 聡 (兵庫医科大学総合内科)

小島 賢一 (荻窪病院血液科)

佐野 俊彦 (都立駒込病院薬剤科)

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部)

研究要旨

- ① 全国のエイズ拠点病院に対しアンケート調査を実施。2004年5月1日～5月31日までの期間に受診し投薬が行われた抗 HIV 薬の組み合わせと、採用・在庫状況、並びに院外処方箋の発行状況について調査を行った。アンケート用紙の配布は370施設、回収率は63.0%。抗 HIV 薬の在庫リスクは高く、病院経営に及ぼす影響を考慮すると、薬剤の採用に影響する可能性は否定できない。薬剤を優先的に採用しても、デッドストックとなり廃棄に至る例が多く報告されたことから、返品システム・小包装対応等の改善が必要と思われた。抗 HIV 薬の組み合わせ調査では、調査総症例数2237例中、組み合わせが多かった処方箋は、順に AZT, 3TC, EFV: 350例, d4T, 3TC, EFV: 313例, AZT, 3TC, NFV: 229例, d4T, 3TC, NFV: 187例, AZT, 3TC, LPV/r: 139例, d4T, 3TC, LPV/r: 129例で、組み合わせ総数は199通りであった。抗 HIV 薬が増加したことで、組み合わせは多岐に渡っており、薬剤相互作用情報の充実は不可欠。
- ② 研究班のホームページ上で抗 HIV 薬情報の提供を検討・実施した。提供した薬剤情報は、抗 HIV 薬の添付文書情報、抗 HIV 薬を分かりやすく解説した患者向け情報提供カード、抗 HIV 薬服用に関する Q&A、海外で患者向けに提供されている Patient Information の日本語翻訳版を作成。抗 HIV 薬の添付文書情報には副作用用語の解説、添付文書の読み方、重大な副作用の解説を加えた。

研究目的

本研究は、国内で実施されている抗 HIV 療法の組み合わせと薬剤供給の現状を調査し、患者の副作用発現状況を調査することで、患者に必要なかつ確かな薬剤情報提供を行うことで、より効果的な治療を支援することを目的とする。

研究方法

全国のエイズ拠点病院に対しアンケート調査用紙を郵送。2004年5月1日～5月31日までの期間に受診し投薬が行われた抗 HIV 薬の組み合わせと、採用・在庫状況、並びに院外処方箋の発行状況について調査を行った。また、研究班が開設したホームページに掲載する薬剤情報は、海外情報を含めて収集・検討を行った。

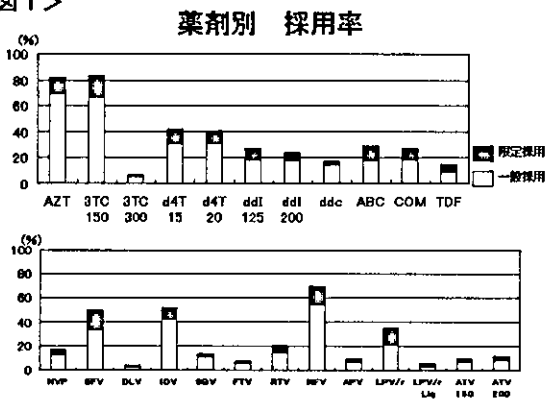
(倫理面への配慮) 抗 HIV 薬の組み合わせ調査

では、患者基礎情報を一切排除し、純粋に抗 HIV 薬の組み合わせのみを調査対象とした。また、すべての研究結果において、個人・施設が特定できるような情報は省いた。

研究結果

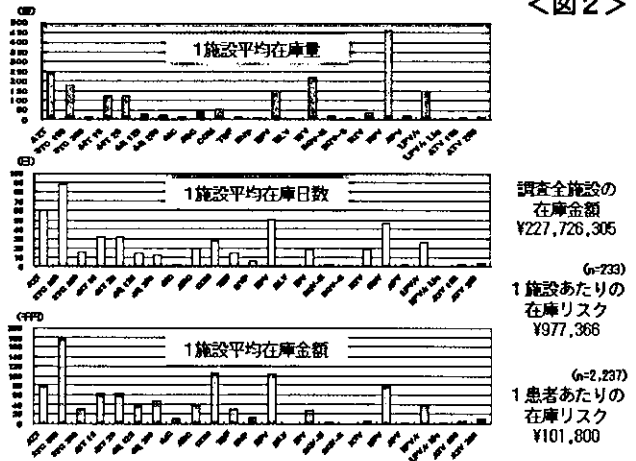
アンケート用紙の配布は 370 施設、回収は 233 施設で回収率は 63.0%であった。各施設における抗 HIV 薬の薬剤部での採用率を薬剤別に比較した。採用薬剤は AZT、3TC、NFV、IDV、EFV、d4T、カレトラの順に高かった。各施設における抗 HIV 薬の薬剤部・科での採用率を薬剤別に比較した(図 1)。

<図 1>



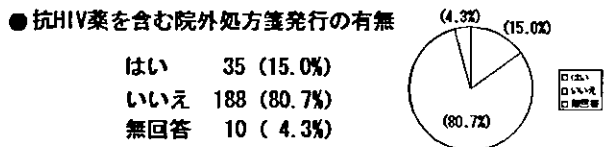
一般採用、限定採用の合計では、AZT、3TC、NFV が高く、IDV、EFV、d4T、カレトラと続く。限定採用と一般採用の比を比較すると、カレトラ、ABC、TDF の順に限定採用の比率が高く、全般的に新薬の限定採用率が高いことが伺えた。各施設の平均在庫量を算出したところ(図 2)、

<図 2>



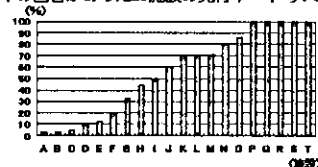
在庫量で見ると NFV が最も多いが、1日投与量で割った数字で比較すると、平均在庫日数は 3TC が多くなる。これは、薬価を求めたグラフでも同じ傾向が伺えた。調査全施設の総在庫金額を計算したところ、合計は ¥227,726,305 であった。これを回答のあった施設数で除すと、¥977,366。また、回答のあった患者数で在庫金額を割ると、¥101,800 であった。抗 HIV 薬を院内で採用する場合の基準や問題等について調査したところ、抗 HIV 薬は優先的に採用している。使用頻度の少ない薬剤などのデッドストック、期限切れによる廃棄が問題。地方の場合納品までに時間がかかる。使用量・対象患者が少ないため患者限定採用で対応。等の意見が主なものであった。抗 HIV 薬を含む院外処方箋発行の有無を聞いたところ、発行している施設は 15.0%。発行していない施設は 80.7%であった(図 3)。

<図 3>



参考) ①国立病院 (②国立療養所を除く) 院外処方箋発行率: 89.4% (平成15年度)

● 抗HIV薬処方全体に占める院外処方の割合 (発行率の回答があった20施設の発行率 平均: 55.9%)

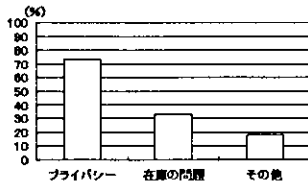


院外処方箋未発行施設の意見を自由記載で調査したところ、プライバシー保護の問題が心配との回答が全回答の約70%。在庫の問題を指摘する回答が約30%であった(図4)。

<図4>

● 院外処方箋未発行施設の意見(自由記載: 重複回答あり)

	n=45 (%)
プライバシー保護の問題が心配	33 (73.3)
調剤薬局の在庫の問題	15 (33.3)
その他	8 (17.8)

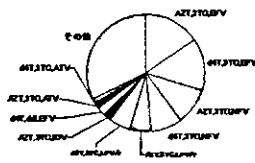


抗 HIV 薬の組み合わせを調査したところ、調査総症例数 2237 例中、組み合わせが多かった処方方は、順に AZT, 3TC, EFV:350 例, d4T, 3TC, EFV:313 例, AZT, 3TC, NFV:229 例, d4T, 3TC, NFV:187 例, AZT, 3TC, LPV/r:139 例, d4T, 3TC, LPV/r:129 例であった。組み合わせは 199 通りであった。AZT, 3TC, EFV と d4T, 3TC, EFV を合わせると全体の約 30%、AZT, 3TC, NFV と d4T, 3TC, NFV を合わせると約 20%、AZT, 3TC, カレトラ と d4T, 3TC, カレトラを合わせると約 10%と、順に組み合わせの上位を占めた(図5)。

<図5>

使用動向調査の結果 (n=2237)

順位	組み合わせ	人数 (%)
1.	AZT, 3TC, EFV	350 (15.8)
2.	d4T, 3TC, EFV	313 (14.0)
3.	AZT, 3TC, NFV	229 (10.2)
4.	d4T, 3TC, NFV	187 (8.4)
5.	AZT, 3TC, LPV/r	139 (6.2)
6.	d4T, 3TC, LPV/r	129 (5.8)
7.	AZT, 3TC, IDV	54 (2.4)
8.	d4T, ddi, EFV	46 (2.1)
9.	AZT, 3TC, ATV	41 (1.8)
10.	d4T, 3TC, ATV	31 (1.4)



全組み合わせの結果は表 1 のとおり。調査

した組み合わせを薬剤別に見ると、3TCを含む処方が約80%、次いで、AZT、d4T、EFVが約40%を占めていた(図6)。各施設から報告された

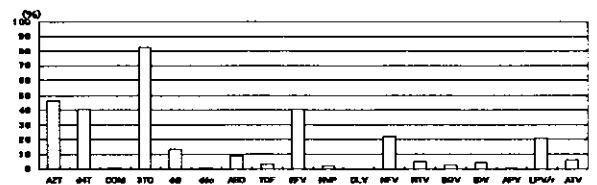
表 1

抗HIV薬 組み合わせ集計一覧 (n=2237)

組み合わせ	人数	組み合わせ	人数	組み合わせ	人数
1 AZT, 3TC, EFV	350	71 AZT, ddi	3	141 AZT, 3TC, LPV/ATV	1
2 d4T, 3TC, EFV	313	72 AZT, ddi, EFV, RTV, SQV	3	142 AZT, 3TC, TDF	1
3 AZT, 3TC, NFV	229	73 AZT, ddi, NVP	3	143 AZT, 3TC, TDF, EFV	1
4 d4T, 3TC, NFV	187	74 AZT, ddi, LPV/r	3	144 AZT, 3TC, TDF, LPV/r	1
5 AZT, 3TC, LPV/r	139	75 EFV, APV, LPV/r	3	145 AZT, ABC, ATV	1
6 d4T, 3TC, LPV/r	129	76 LPV/r	3	146 AZT, ddi, EFV	1
7 AZT, 3TC, IDV	54	77 RTV, SQV	3	147 AZT, ddi, LPV/r	1
8 d4T, ddi, EFV	46	78 3TC	3	148 AZT, ddi	1
9 AZT, 3TC, ATV	41	79 3TC, ddi, ATV	3	149 AZT, ddi, NVP	1
10 d4T, 3TC, ATV	31	80 3TC, ddi, EFV, LPV/r	3	150 AZT, ddi, RTV	1
11 AZT, 3TC, ABC	30	81 3TC, ddi, EFV, SQV	3	151 AZT, ddi, RTV, ABC	1
12 d4T, 3TC, ABC	27	82 3TC, ddi, LPV/r	3	152 3TC, ddi, RTV, ABC	1
13 AZT, ddi, EFV	27	83 3TC, ddi, NVP	3	153 AZT, NFV	1
14 AZT, ddi, LPV/r	25	84 3TC, LPV/r	3	154 AZT, NVP, NFV	1
15 d4T, 3TC, EFV	24	85 3TC, TDF, APV	3	155 AZT, SQV	1
16 AZT, 3TC	21	86 3TC, TDF, NVP	3	156 Comb, ddi, EFV	1
17 d4T, ddi, LPV/r	21	87 ABC, EFV, APV	3	157 Comb, RTV, ATV	1
18 d4T, ddi, NFV	20	88 ABC, NFV	3	158 AZT, 3TC, ABC, ATV	1
19 3TC, ddi, LPV/r	19	89 ABC, NVP, LPV/r	3	159 AZT, 3TC, ABC, EFV	1
20 AZT, 3TC, NVP	18	90 AZT, 3TC, APV, LPV/r	3	160 AZT, 3TC, ABC, LPV/r	1
21 3TC, TDF, RTV, ATV	18	91 AZT, ddi, RTV, SQV	3	161 AZT, 3TC, ABC, NFV	1
22 AZT, 3TC	18	92 AZT, 3TC, ddi, LPV/r	3	162 AZT, 3TC, ddi, LPV/r	1
23 d4T, 3TC, NVP	13	93 AZT, 3TC, EFV, LPV/r	3	163 AZT, ABC	1
24 AZT, 3TC, IDV	11	94 AZT, 3TC, SQV	3	164 AZT, ABC, ATV	1
25 ddi, ABC, LPV/r	11	95 AZT, ddi, IDV	3	165 AZT, ABC, NFV	1
26 3TC, TDF, LPV/r	10	96 ddi, EFV	3	166 AZT, ABC, NVP	1
27 AZT, ddi, EFV	10	97 AZT, EFV, RTV, SQV	3	167 AZT, ABC, RTV, SQV	1
28 AZT, 3TC, ABC	10	98 ddi, LPV/r	3	168 AZT, ABC, SQV, LPV/r	1
29 EFV, LPV/r	10	99 ddi, EFV, NFV	3	169 AZT, ABC, TDF, EFV, LPV/r	1
30 3TC, ddi, EFV	9	100 ddi, EFV, RTV, SQV	3	170 AZT, ABC, NVP	1
31 3TC, ddi, LPV/r	9	101 SQV, LPV/r	3	171 AZT, ddi, ABC, LPV/r	1
32 AZT, 3TC, RTV, IDV	9	102 3TC, ABC, NVP	3	172 AZT, ddi, APV, LPV/r	1
33 AZT, ddi, NFV	9	103 3TC, ABC, RTV	3	173 AZT, ddi, EFV, RTV, IDV	1
34 AZT, ddi, EFV, LPV/r	8	104 3TC, ABC, EFV, NVP	3	174 AZT, ddi, RTV, APV	1
35 ABC, EFV, LPV/r	8	105 3TC, ABC, RTV, SQV	3	175 ddi, ABC, SQV	1
36 AZT, 3TC, RTV, SQV	8	106 3TC, ABC, TDF	3	176 AZT, EFV, LPV/r	1
37 ddi	8	107 3TC, ABC, TDF, EFV	3	177 AZT, EFV, NFV	1
38 AZT, 3TC, RTV, ATV	8	108 3TC, ABC, TDF, LPV/r	3	178 AZT, EFV, RTV, IDV	1
39 3TC, ddi, NFV	8	109 3TC, ATV	3	179 AZT, NVP, LPV/r	1
40 AZT, 3TC, RTV, SQV	8	110 3TC, ddi, NFV	3	180 AZT, RTV	1
41 AZT, 3TC, RTV, IDV	8	111 3TC, ddi, ABC	3	181 AZT, TDF, RTV, ATV	1
42 AZT, ABC, LPV/r	8	112 3TC, ddi, ABC, EFV, LPV/r	3	182 ddi, RTV, SQV	1
43 AZT, ddi, RTV, SQV	8	113 3TC, ddi, APV	3	183 ddi, ABC, ATV	1
44 ddi, ABC, EFV	8	114 3TC, ddi, NFV, SQV	3	184 ddi, ABC, EFV, LPV/r	1
45 AZT, ddi	8	115 3TC, ddi, RTV, SQV	3	185 ddi, ABC, EFV, RTV, SQV	1
46 Comb, EFV	8	116 3TC, ddi, TDF, EFV	3	186 ddi, ABC, NVP	1
47 Comb, NVP	8	117 3TC, ddi, TDF, LPV/r	3	187 ddi, EFV	1
48 AZT, ABC, EFV	8	118 3TC, EFV, ATV	3	188 ddi, EFV, RTV, IDV	1
49 3TC, ABC, ATV	8	119 3TC, ddi, IDV	3	189 ddi, LPV/r	1
50 3TC, ABC, RTV	8	120 3TC, NVP, LPV/r	3	190 ddi, NVP	1
51 3TC, EFV	8	121 3TC, RTV, ATV	3	191 ddi, NVP, LPV/r	1
52 3TC, NFV	8	122 3TC, SQV, LPV/r	3	192 ddi, RTV	1
53 ABC, EFV, NVP	8	123 3TC, TDF, NVP, RTV, ATV	3	193 ddi, RTV, LPV/r	1
54 AZT, 3TC, ABC, EFV	8	124 3TC, TDF, LPV/ATV	3	194 ddi, TDF	1
55 AZT, 3TC, SQV	8	125 3TC, TDF, NVP, RTV, ATV	3	195 ddi, TDF, ATV	1
56 AZT, ddi, NVP	8	126 ABC, EFV, APV, LPV/r	3	196 ddi, TDF, RTV, ATV	1
57 AZT, ddi, NFV	8	127 ABC, EFV, LPV/ATV	3	197 ddi, TDF, RTV, IDV	1
58 Comb, LPV/r	8	128 ABC, EFV, RTV, IDV	3	198 TDF, LPV/r	1
59 AZT, 3TC, RTV	8	129 ABC, LPV/r	3	199 TDF, SQV, LPV/r	1
60 AZT, 3TC, RTV, ATV	8	130 ABC, TDF, LPV/r	3		
61 ddi, ABC, NFV	8	131 ABC, TDF, RTV, APV	3		
62 ddi, EFV, LPV/r	8	132 ABC, TDF, RTV, SQV	3		
63 ddi, ABC, NFV	8	133 ABC, TDF, RTV, SQV	3		
64 ABC, EFV, RTV, SQV	8	134 ATV	3		
65 ABC, TDF, RTV, ATV	8	135 AZT	3		
66 AZT, 3TC, RTV	8	136 AZT, 3TC, APV	3		
67 AZT, ABC, EFV	8	137 AZT, 3TC, ddi, LPV/r	3		
68 AZT, ABC, LPV/r	8	138 AZT, 3TC, ddi, EFV	3		
69 AZT, ABC, ABC	8	139 AZT, 3TC, EFV, LPV/r	3		
70 AZT, ddi, ATV	8	140 AZT, 3TC, EFV, RTV	3		

<図6>

薬剤別処方頻度



症例数別に、組み合わせ上位の比較(図7)と、施設報告例数別に薬剤の使用頻度を比較した(図8)。

<図 7>

施設報告例数別組み合わせ上位比較

10例未満		10-30例未満		30-50例未満		50例以上	
薬剤	例数	薬剤	例数	薬剤	例数	薬剤	例数
AZT3TGDFV	88	AZT3TGDFV	71	AZT3TGDFV	85	AZT3TGDFV	123
AZT3TDFV	28	AZT3TDFV	67	AZT3TDFV	74	AZT3TDFV	123
AZT3TDFV	41	AZT3TDFV	59	AZT3TDFV	47	AZT3TDFV	66
AZT3TDFV	40	AZT3TDFV	39	AZT3TDFV	31	AZT3TDFV	66
AZT3TDFV	18	AZT3TDFV	19	AZT3TDFV	21	AZT3TDFV	69
AZT3TDFV	15	AZT3TDFV	20	AZT3TDFV	14	AZT3TDFV	54
AZT3TDFV	10	AZT3TDFV	20	AZT3TDFV	19	AZT3TDFV	28
AZT3TDFV	8	AZT3TDFV	11	AZT3TDFV	15	AZT3TDFV	19
AZT3TDFV	7	AZT3TDFV	9	AZT3TDFV	12	AZT3TDFV	17
AZT3TDFV	5	AZT3TDFV	9	AZT3TDFV	10	AZT3TDFV	15
AZT3TDFV	121	AZT3TDFV	114	AZT3TDFV	128	AZT3TDFV	175
合計	464	合計	463	合計	440	合計	637

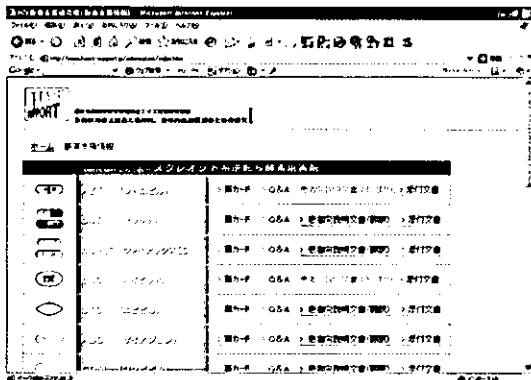
<図 8>

施設報告例数別薬剤使用頻度比較

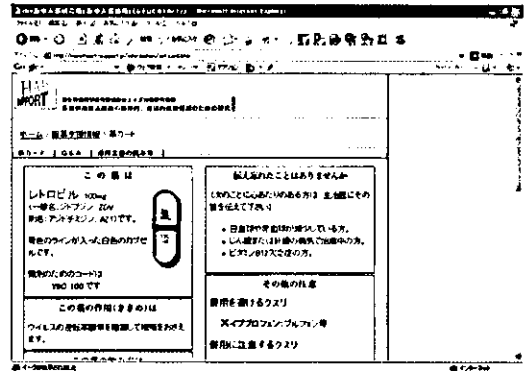


ホームページ上で提供する薬剤情報 (図 9) として、抗 HIV 薬を分かりやすく解説した患者向け情報提供カード (図 10、資料 1)、抗 HIV 薬服用に関する Q&A (図 11、資料 2)、

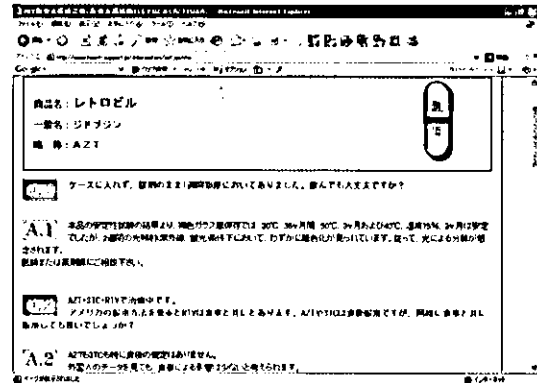
<図 9>



<図 10>

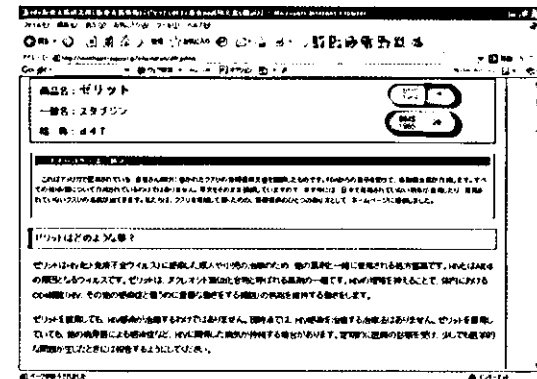


<図 11>



海外で患者向けに提供されている Patient Information の日本語翻訳版 (図 12、資料 3)、

<図 12>



抗 HIV 薬の添付文書情報を作成した。また、抗 HIV 薬の添付文書情報は添付文書の情報をそのまま掲載するのではなく、添付文書の読み方の解説 (図 13、資料 4) と重大な副作用