

3

携帯電話を使った服薬支援ツールに関する研究

分担研究者：白阪 琢磨（独立行政法人国立大阪医療センター HIV/AIDS 先端医療開発センター）
研究協力者：幸田 進（有限会社 ビッツシステム）

研究要旨

平成 16 年度研究にて構築し、平成 17 年度研究にて改良した、携帯電話の電子メールと WEB 機能を利用した「服薬時間お知らせ」を自動的に通知する通信システムを運用し、患者の利用状況の蓄積データからシステムの必要性を継続評価する。また、更なるシステムの要改良点も検討する。

研究目的

「服薬時間お知らせ」を自動的に通知する通信システムを特定の患者に利用させ、利用状況の蓄積データから、システムによって服薬指示ができていないか、継続的なシステムの運用が必要であるか、等の評価する。

研究方法

平成 17 年度研究にて改良した「服薬時間お知らせ」を自動的に通知する通信システムを特定の患者を対象に試験運用し、利用データを蓄積し、平成 17 年度研究データと比較・評価する。

また、特定の病院の患者以外の利用枠を用意し、特定の病院の患者以外からの利用データを収集し、普及の必要性を評価する。

（倫理面への配慮） システムの運用にあたっては、患者に対する説明および理解を得た上で実施する事とする。

研究結果

平成 19 年 1 月末日現時点で特定の病院の患者 35 名（同 18 年は 11 名）の利用が確認され、特定の病院以外では 8 名の利用を確認した。

登録されている患者については大半が継続的に利用している事を確認した。また、患者からの服薬応答は 80%以上の応答と 20%未満の応答とにほぼ半数で分かれる結果となった。

考察

システムの運用の結果、昨年度の運用時と同様、服薬応答率が 80%以上の患者と殆ど応答し

ない患者に別れる結果となったが、応答をしない患者についても昨年度より継続的に利用している事から、服薬を忘れないための定期的なアラーム機能として利用していると推測した。

結論

利用のあった患者の大半が継続的に利用しており、また、患者の半数が長期にわたり継続的に服薬応答をしている事から、生活サイクルの一部として“服薬支援”のためのツールが機能している事が確認された。

特定病院以外の患者登録が確認され、継続的に利用されている事から、「服薬時間お知らせ」を自動的に通知する通信システムを必要とする患者が存在する事が確認された。

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

該当なし。

4

服薬継続困難症例へのケア支援に関する研究

分担研究者：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）

研究協力者：

戸蒔 祐子¹、西平万知子¹、坂口 恵美²、堂元奈津子²、阿部 直美³、山本 裕子³、
紺野 和子⁴、沼 直美⁴、早川依里子⁵、鈴木 直子⁴、中田 彩子⁴、小池 芳子⁴、
大金 美和⁴、武田 謙治⁴、山田 由紀⁴、畑中 祐子⁴、石垣今日子⁴、井上 誉子⁴、
矢野 麻子⁴、島田 恵⁴、岡 慎一⁴

※慶應義塾大学病院¹、自衛隊中央病院²、訪問看護ステーションコスモス³、国立国際医療センター
— エイズ治療・研究開発センター⁴、国立国際医療センター 小児科⁵

研究目的

服薬継続困難症例の実態を把握し、エイズ診療拠点病院での患者支援体制整備に寄与する。

- I. 服薬継続困難症例の事例を通してケア支援のあり方を検討する
- II. 受診行動調査を通して服薬継続支援のあり方を検討する

研究構成

- I. 服薬継続困難症例の事例検討
 - i) 首都圏拠点病院等の事例
 - ii-1) 国立国際医療センターの入院事例
 - ii-2) 同 小児事例
- II. 受診行動調査
 - i) 受診継続支援とその評価
 - ii) 医療費に関する研究

I. 服薬継続困難症例の事例検討

i) 首都圏拠点病院等の事例

分担研究者：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）

研究協力者：

戸蒔 祐子¹、西平万知子¹、坂口 恵美²、堂元奈津子²、島田 恵³

※慶應義塾大学病院¹、自衛隊中央病院²、国立国際医療センター エイズ治療・研究開発センター³

研究要旨

関東甲信越ブロックに患者報告数の7割が集中し、東京都にはその3割が生活しているといわれている。エイズ治療・研究開発センターで1週間研修を終了した首都圏の拠点病院等の看護師は、研修終了後に自施設に戻り実践家としての役割を求められるが、経験症例数の少なさやケアの方向性に対する不安を抱いている。今回、自施設内で経験した事例を振り返り、今後のケア支援のあり方について検討した。

研究目的

エイズ治療・研究開発センターの1週間研修（以下、ACC1 週間研修）を終了し、首都圏のエイズ診療拠点病院等で勤務する看護師のケア実践を振り返り、今後のケア支援のあり方を検討する。

研究方法

ACC1 週間研修修了生で首都圏のエイズ診療拠点病院等で勤務する看護師から、研修終了後の事例検討の相談が複数寄せられたため、事例検討会を開催し、今後のケア支援のあり方を検討する機

会を設けた。

- 1) 2006 年 7 月；首都圏拠点病院等の研修修了生へ事例検討会開催（拠点病院等 Ns ケースカンファレンス）の紹介
- 2) 希望される施設から検討会開催の依頼
- 3) 事例検討会実施

研究結果

Case1 服薬継続の不安が予測される症例へのサポート形成支援

20 歳代 女性 日本人 異性間性的接触による感染 耳鼻科受診時の処置前検査で HIV 抗体陽性判明。しかし検査結果を聞きに来院せず、数ヶ月が経過。その後、ニューモシスチス肺炎を発症し、緊急入院した。肺炎治療は順調に経過し、退院の見通しがついてから父親へ本人が病名告知を行ったが、父親の受け入れが難しく、面会頻度が減少した。妹は年齢が若く、現時点では病名告白は見送りとし、交際していた男性とは連絡が取れなくなったという。状態が落ちつき、退院して外来で抗 HIV 療法導入された。外来看護師が再度周囲の支援体制を確認したところ、父親以外には支援者はいないとのことだった。以前から家族関係はよくなかったと本人は感じていたため、想定範囲内であったとのことだが、今後の服薬継続を懸念し、サポート形成支援を実施したいがどのようにアプローチしたらよいのかとの相談であった。

課題 1. 父親への支援の不足・・・本人から父親へ病名告白後に父親へフォローアップの面接が実施されずにいた。

課題 2. 問題の検討が困難・・・外来で対応する看護師が交代制のため患者の話をまとめていく機会がなかった。

解決策；父親への面接の機会を本人に提案してみる。継続対応できるスタッフの配置を試みる。

Case2 連絡体制の不備による受け入れ問題

男性 日本人 男性同性間性的接触による感染 皮膚科で梅毒の診断され HIV スクリーニング検査を実施し、抗体陽性判明したが、結果を聞きに来院せず、数ヶ月が経過。その後、ニューモシスチス肺炎を発症し、緊急入院した。ベットの空床状態の関係で従来入院すべき、病院以外に、緊急入

院したことにより受け入れ病棟側が一時混乱したが、翌日には HIV 看護担当者へ連絡が入り、ベット調整した。

課題 1. 担当者が複数おり、連絡窓口が統一されていないなかったため、スタッフがどこに連絡をすればよいかわからなかった。また検査結果を聞きに受診するように促す係りが不在となり、受診の機会が遅れた。解決策；連絡窓口の一本化、または一覧表作成により混乱の予防。

考察

2 事例とも症例数のあまり多くない施設で実践する場合に想定される内容であった。ケア実践を振り返り、2 事例とも明らかになったのは、対応するスタッフが複数になることで患者の課題や施設の課題が見えづらく、「難しい」とのみ感じている様子であった。HIV 感染症は治療の進歩により、他の慢性疾患同様、長い療養経過を辿る。ケア実践にあたり、窓口を絞り主治医同様に経過を長い目で観察したり、対応したりすることが重要である。また外来診療と入院診療が途切れないような工夫を図ることが課題である。

結論

事例数の少ない施設では服薬継続症例よりもシステムに関する相談が多かった。引き続き、ケースカンファレンスを開催する予定である。

健康危険情報

なし

研究発表

なし

ii-1) 国立国際医療センターの入院事例

研究協力者：

阿部 直美¹、山本 裕子¹、紺野 和子²、沼 直美²、鈴木 直子²、中田 彩子²、
小池 芳子²、大金 美和²、武田 謙治²、山田 由紀²、畑中 祐子²、石垣今日子²、
井上 誉子²、矢野 麻子²、島田 恵²

※訪問看護ステーションコスモス¹、国立国際医療センター エイズ治療・研究開発センター²

研究要旨

エイズ治療・研究開発センターは1997年4月に国立国際医療センター内に設置された。同年10月に専門病棟が開棟し、個室8室、2人床2室、4人床2室の計20床が用意されている。全国から多くの患者が入院し、入院目的は治療内容の変遷により変化している。いきなりエイズを発症した症例について状態の根治が難しく、麻痺や記憶力低下などの障害を持ったまま、退院し、在宅療養を余儀なくされる症例が多い。そのため、地域スタッフとの連携事例も年々増加している。さらに退院後の患者の状態を情報交換する機会を設け、入院中の看護の振り返りを行い、よりよいケア実践が提供されるよう心がけ、看護の質の向上を図る必要がある。そこでエイズ治療・研究開発センターの病棟・外来ではたらくすべての看護スタッフがケースカンファレンスを定期開催することになった。退院後の生活支援を考慮し、患者のQoL向上のための支援や早期に退院調整することで在院日数短縮や受診継続支援に貢献している。

研究目的

患者数の多い専門病院の病棟に入院した患者のケアの振り返りを行い、今後入院受け入れ増加が予測される拠点病院へのケア実践に寄与する。

研究方法

病棟師長より継続看護の具体的実践法として院内の情報交換会開催の希望があった。病棟師長、外来師長、調整官で日程調整し、毎月1回17時半～18時までの時間でケースカンファレンス、前月に入院した患者の外来経過に関する情報交換を行うことになった。

研究結果

ACC Nurses Meeting (ANM) 開催日程と内容

第1回 2006年8月22日18時～18時半

「PML症例の退院調整とその後の療養経過」(在院日数：35日)

鈴木直子副看護師長、島田恵コーディネーターナース

20歳代、男性、男性同性間性的接触により感染。パートナーあり、協力的。PML発症で緊急入院したAIDS症例。抗HIV療法を導入し、症状の改善

がみられた。しかし麻痺状態により独居生活は難しいと判断し、病名を知る両親の住む実家に一時帰宅した。

退院後の経過；家族らが介護力に不安を感じ、退院まもなく近医に再入院となった。

現在の状況；服薬確認や日常生活動作の介助が必要のため、現在、地元医療機関と連携支援実施中。

地域スタッフ	
保健所	保健師
区役所（障害担当）	ケースワーカー
訪問看護ステーション	訪問看護師
地元拠点病院	医師、看護師

第2回 2006年9月26日17時半～18時

「生活基盤が不安定で退院後の療養に地域スタッフの支援が必要になったケース」(在院日数：123日)

石井祥子病棟看護師、山田由紀、畑中祐子コーディネーターナース

60歳代の男性独居患者、男性同性間性的接触で感染、離婚、娘2人。ニューモシスチス肺炎で緊急

入院。退院後は周囲の支援が必要と判断、娘に病名告白し、支援協力を依頼した。しかし娘から介護に対する不安が強かったため、本人の同意を得て、保健師・訪問看護師の定期訪問を提案した。退院後の経過；地域スタッフの定期訪問を受け、服薬状況の飲み忘れなく経過し順調である。今後の課題；地域スタッフによる支援回数を減らし、自立へ向けて援助する。

地域スタッフ	
保健所	保健師
区役所(生活保護担当)	ケースワーカー
訪問看護ステーション	訪問看護師

第 3 回 2006 年 10 月 24 日 17 時半～18 時

「病名告知後に不安が強く、退院後の生活不安が予測された患者の外来療養経過」(在院日数：29 日)

矢口美鈴病棟看護師、武田謙治、矢野麻子コーディネーターナース

他施設で HIV 抗体陽性判明・ニューモシスチス肺炎診断後に急遽転院となり、強い不安を訴えた症例。入院中に病棟看護師は時間をかけて患者の訴えを傾聴し、繰り返し病態や治療内容の説明を行った。肺炎治療が終了し、心身状態も安定していたため、退院して経過を見ることになった。

退院後の経過；症状の改善や時間の経過もあり、患者は心身ともに安定し外来通院できている。

今後の課題；定期的な受診支援、服薬確認を継続する。

地域スタッフ なし

第 4 回 2006 年 11 月 21 日 17 時半～18 時

「脳炎後遺症のため、宿泊施設で療養している患者への在宅療養支援」(在院日数：10 日)

阿部直美、山本訪問看護師、野崎宏枝病棟看護師、武田謙治コーディネーターナース

40 歳代、男性、男性同性間性的接触により感染。ニューモシスチス肺炎、サイトメガロウイルス脳炎で AIDS 発症。幼少時は施設で過ごし、両親など親族はいないため、友人宅を転々としていた。

退院後は福祉事務所の紹介により、簡易宿泊所に滞在して、施設職員に病名を伝え、内服確認の協力依頼した。

退院後の状況；退院後は施設職員に付き添われ、定期通院し、ときに血糖コントロールや治療評価のため短期間入院となった。2006 年になり皮膚症状の悪化で発熱し緊急入院となった。退院前に地域での支援スタッフ構成の見直しを行い、訪問看護師の定期訪問が開始された。

現在の状況；訪問看護師の定期訪問により、皮膚状態の観察や住居の清掃など、清潔の確保により皮膚の 2 次感染が予防できるようになった。抗生剤の服薬も治療必要期間を無事終了できた。

今後の課題；緊急入院の回避。

地域スタッフ	
簡易宿泊所	施設スタッフ
区役所	ケースワーカー
訪問看護ステーション	訪問看護師
地元診療所	医師

第 5 回 2007 年 1 月 23 日 17 時半～18 時

「長期入院で IFN 導入した患者の退院後の療養生活」(在院日数：240 日)

中田彩子副看護師長、池田和子コーディネーターナース

40 歳代、男性、日本人、非加熱製剤による感染。西日本在住であるが、当センターでの IFN 療法の再導入を強く希望した。これまでの経過から精神状態の副作用出現の不安もあったが、医療者は患者と話し合いを重ね、入院中に本人の観察を行い、慎重な環境で IFN 療法を導入した。その後副作用の出現状況、HCV-RNA 量の陰性結果を確認し、本人と話しあい、いったん治療継続を断念し経過を見ることになった。長期に渡る入院生活で筋力低下が見られ、リハビリを実施し、退院に向けて支援した。入院前から利用していた訪問看護とヘルパーの定期訪問も再開できるようアレンジした。遠方ということもあり、いったん地元医療機関への転院も検討したが、本人も自宅への退院を希望し、実施した。

退院後の経過；地元の地域スタッフの支援を受けて生活を再開したが、自宅での転倒や不安が強く、地元医療機関に入院した。

今後の課題；遠方の症例のため、地元医療機関との連携を課題とする。

地域スタッフ	
訪問看護ステーション	訪問看護師
ヘルパーステーション	ヘルパー

第6回 2007年2月27日 17時半～18時予定

「女性症例」予定

北脇亜衣病棟看護師、大金美和、井上誉子コーディネーターナース

考察

＜ACC入院患者の特徴＞

エイズ治療・研究開発センターの専門病棟に入院する患者数は年々増加を遂げている。とくに日和見感染症を発症したいわゆるいきなりエイズ症例は、難治症例が多く、治療期間が長期に渡り、退院後の在宅療養支援が必要になってくる。またHIV感染に関連のない疾患（例；生活習慣病、精神疾患、悪性腫瘍など）を持つ患者も増加傾向にあり、ますます地域スタッフとの連携が欠かせない現状となっている。

なお、当センターは長期療養が必要な症例について東京都清瀬市にある独立行政法人 東京病院と連携を図りながら療養継続を支援している。しかし可能な限り、患者が在宅に戻り、療養が継続できることが求められていくと思われる。

＜在宅療養支援の現状と課題＞

1997年10月専門病棟開棟当初は、在宅療養支援を必要とする該当患者は少なかった。この当時はむしろ、働くスタッフの方が在宅療養支援について消極的であった。「HIV/AIDS患者のケア経験がないので、受け入れを断られるのではないかと考え、かえって入院を長期化させ、患者が自宅に戻ってからの生活のイメージがわからずに負担をかけた。1998年に統合失調症をもつ患者の服薬支援、1999年には薬害エイズ患者のターミナルケアなどの事例があり、スタッフも今後の課題を予

測し、特に保健師や訪問看護師などを参加対象とする在宅療養支援研修会を開始した。最初は受け入れ経験不足や近医の協力が得られないのではと不安があった。現在では、入院早期から患者に地域スタッフの協力による在宅療養を推奨している。また患者が入院中に居住地周辺の地域スタッフを病院に招き、研修会などを行いながら受け入れ整備を行っており、大きな改善が見られている。

＜主な支援内容は服薬確認＞

当センターの登録患者の約1割が地域スタッフとの連携を必要とし、その支援者のトップは保健師である。ついで訪問看護師、ケースワーカー、ヘルパーとなる。もっとも多い支援内容は「経済・社会的支援」であるが、ついで「服薬確認」が必要となる。HIV感染症は結核と異なり、生涯にわたり服薬治療が求められる。服薬管理を怠ると症状出現がコントロールできず、緊急入院や最悪死に至る場合もある。このように他の慢性疾患同様、服薬管理が重要となり、患者が自己管理できるような支援する。しかし何らかの原因で患者が服薬確認できない場合などは、服薬開始後間もない時期は、通院先の医療者を始め、同居している家族やパートナー、そして地域スタッフの支援が必要である。そして経過を見ながら徐々に自立を促す支援が求められる。

ケースカンファレンスで検討した5症例中、4例で訪問する保健師や訪問看護師などが服薬確認を行っているが、露骨に「服薬だけを確認」しているのではなく、「患者の健康状態に気遣い、服薬確認する」行為が自立を促すようである。

結論

入院した5例のケースカンファレンスを行った。1例を除き、退院後の療養継続支援のため、地域スタッフの協力を依頼し、服薬飲み忘れ予防、定期受診継続、緊急入院回避を行っていた。

健康危険情報

なし

研究発表

なし

ii-2) 服薬継続困難症例の事例検討（小児事例）

研究協力者：

山田 由紀¹、早川依里子²、大金 美和¹、武田 謙治¹、畑中 祐子¹、石垣今日子¹、
井上 誉子¹、矢野 麻子¹、島田 恵¹

※国立国際医療センター エイズ治療・研究開発センター¹、国立国際医療センター 小児科²

研究要旨

当センターには1997年の開設以降、10名の母子感染児が受診したが、2006年12月現在で定期通院している6名に対して行ってきた服薬支援を振り返った。男児5名、女児1名で現在の年齢は6歳から14歳であった。AC4名、AIDS発症2名で服薬開始者は5名、開始準備中は1名であった。1名を除き、服薬管理は親の徹底した管理があり、ウイルス学的治療効果に問題はなかった。途中、1名は、ウイルス量が検出され、服薬支援体制構築のために入院となった。

研究目的

HIV感染児への服薬支援を振り返り、特徴と経過をもとによりよい支援について検討する。

研究方法

当センター小児科定期通院中のHIV感染児6名を対象に、1997年12月から2006年6月末現在までの身体状況、服薬状況等について診療録調査および担当者からの聞き取り調査を実施した。発達段階別に治療開始前・時・後の時系列で支援した内容を整理した。

研究結果

<対象者の概要>

性別は男児5名、女児1名で、現在の年齢は6歳～14歳だった。病期はACが4名で、HIV感染判明の契機は日和見感染症の発症2名、入院時精査1名、母のHIV感染判明3名だった。抗HIV薬を内服していたのは5名で内服準備中は1名だった。

<治療開始状況>

服薬を開始している5名は現在6歳～14歳で、服薬開始年齢は生後5ヶ月から4歳までの乳幼児期と12歳から13歳の思春期に分けられた。乳幼児期の3名は入院中に開始し、思春期で開始した2名のうち1名は病名告知後に外来で、残る1名は入院をして病名告知後に治療を開始した。

<主な服薬支援者と治療状況>

服薬を開始している5名のうち、4名は母親が主な服薬支援者であり、1名は父と保健師だった。

抗HIV薬の組み合わせは、AZT/3TC/NFVが2名、d4T/3TC/NFVが1名、EPZ/ATV/RTVが2名だった。1名が途中でウイルス量が検出されたため、外来診察時に確認したところ、飲み忘れが多く確認もされていなかった。そのため、入院し、本人へ服薬に関する再教育と服薬支援体制の見直しのために話し合いを重ねた。保健師の支援を強化し、退院した。現在は全員がウイルス量検出限界以下で大きな副作用もなく定期受診ができていた。

考察

現在、我が国で報告されている小児感染者症例数はわずかであるが2005年も1名母子感染児が報告されている。HIV治療は進歩したといわれるが、小児が内服できる抗HIV薬は限られている。また治療は長期にわたるため、副作用や毒性が大きな問題となっているため、治療戦略は成人よりもいっそう慎重に実施する必要がある。病名告知の年齢も十二分の考慮する必要がある。

<小児への服薬支援の特徴>

6例中、4例の母親が外国籍であり、服薬開始前に通訳などを介する必要がある。また乳児期に開始できた症例は、母親の確実な服薬管理のもと服薬継続ができていたが、成長発達に伴い、支援内容が見直されていた。薬剤の形状は、シロップ剤から錠剤に変更し、自己管理ができるように病名告知を段階的に行うなど、親への説明・支援を強化している。病名告知については親の意向も十分考慮していくが、母子感染という経過から、長期的見通しを計画しながら父親、母親の気持ち

に共感しつつ、時期を十分見極めるようアドバイスする。必要であれば、春休みや夏休みなどの長期休暇の時期に病名告知を行う入院を計画したり、告知後の患児へのフォローアップ以外に親への支援を強化したりする必要である。当センターでは、若年の薬害患者に患児から希望があれば相談対応を依頼しているが病名が同じでも感染経路の違いがあるため、慎重に対応することになっている。

<地域の支援の必要性>

抗 HIV 療法は長期にわたる。治療薬開発から 10 年程度しか経過していないため、成人、小児とも長期服用などは今後様々な報告がなされることになるだろう。また小児期は様々な機能が発達過程にあり、抗 HIV 薬の心身の負担は成人に比べて大きいのではないだろうか。患児が病気診断後に可能な限り生活できるよう支援するため、長期的展望になって話し合いを重ね、医療機関以外の支援体制として保健所保健師などの子育てサポートシステムの活用や peer な存在の確保を検討する必要があるだろう。

結論

- ・服薬開始中の 5 名に関して現在は服薬率が維持されていた。
- ・主な服薬管理者である母親も HIV 感染者であり、母親自身の服薬管理が必要なことに加え、患児の服薬管理も行う負担は大きい。逐次、療養環境をアセスメントし親子に対し必要な支援の導入を検討することが重要である。
- ・今後も発達段階に応じた服薬支援の検討を継続して行っていく必要がある。

健康危険情報

なし

研究発表

- ・山田由紀、畑中祐子、池田和子、早川依里子、井上誉子、矢野麻子、武田謙治、大金美和、島田恵、岡慎一；国立国際医療センターに通院中の HIV 感染児への服薬支援の現状と課題。第 20 回日本エイズ学会、東京、2006. 12

II. 受診行動調査

i) 受診継続支援とその評価

研究協力者：

畑中 祐子¹、大金 美和¹、武田 謙治¹、山田 由紀¹、石垣今日子¹、井上 誉子¹、
矢野 麻子¹、島田 恵¹、岡 慎一¹

※国立国際医療センター エイズ治療・研究開発センター¹

研究要旨

HIV 感染症は、進行性の慢性疾患であり、自覚症状や治療実施の有無にかかわらず、定期的な診察と検査が必要である。しかし、何らかの理由で定期受診が困難となり、症状悪化により緊急受診や緊急入院する症例がある。患者数増加に伴い、受診間隔があく患者が目立ち始めた時期から、定期的にカンファレンスを開催し受診間隔があいた症例をリストアップし、担当者が電話等で定期受診を促す支援を行っている。

研究目的

受診間隔の空いた症例の再診の経過から、HIV/AIDS 患者に対する受診継続支援方法を検討する。

研究方法

当センター登録患者（1996年～2006年6月末まで）1880人中、6ヶ月以上受診しなかった患者は、193人であった。そのうち、症状の悪化により入院に至った25人を対象として、基本属性、治療状況、社会資源活用状況などに関する診療録調査を行った。

研究結果

＜基本属性—初診時＞

男性23名、女性2名、平均年齢は32.4歳だった。感染経路別では、性感染22名、非加熱製剤2名、静脈薬物乱用1名、外国籍は4名だった。病期はAC18名、AIDS7名で、有職者20名、無職5名、病名告白者ありは17名、なしは8名だった。

＜抗HIV療法導入について＞

初診時すでに抗HIV薬を内服していたのは1名で、症状悪化で入院に至るまでにさらに5名が治療を開始していた。

＜最終受診時の社会資源活用状況＞

最終受診時に健康保険加入者は21名、未加入4名は不法滞在の外国籍患者だった。さらに障害者

手帳を所有していたのは8名、特定疾患が2名、11名は障害者手帳未申請であった。

＜最終受診から再診までの間に行った受診継続支援＞

対象者25名への支援内容は、直接対話できたものが5名、留守番電話にメッセージを残したものが8名、同居している家族に伝言をしたのが2名、電話不通（契約取り消し）2名、電話不可（所持していない）、電話できず（担当者がし忘れた）6名だった。直接対話できた5名について、理由を問うと「仕事の都合をつけて予約をいれる予定」が3名、「予約変更後、なんとなく行きづらい」1名、「医療費制度の手続きが面倒」1名だった。

＜受診間隔があいた理由—再診後、入院時の問診から—＞

「経済的理由」11名、「多忙」7名、「データがよいので受診の必要がないと思った」5名、「職場に病名を伝えていないため、休みづらい」1名、「一度予約変更後、受診しづらかった」1名、「医療費の手続きが面倒」1名、「家庭内の事情」1名（複数回答）だった。

考察

＜医療費対策＞

抗HIV療法の開始基準は「症状の有無」と「検査データ」に加えて、患者側の準備が必要になる。たとえば医療費対策は必須項目となる。抗HIV療法の月額患者負担は健康保険使用3割負担で5～6万円であるが、身体障害者手帳の医療費助成制度

を活用することで、前年度の収入に関係するが、月額0円～2万円が支払い上限額となる。しかし患者によっては健康保険未加入であったり、前年度書類の手配がわずらわしかったり、プライバシー漏洩を危惧して、使用が難しい症例もある。また抗HIV療法導入が必要がない症例では、身障者手帳の申請に該当せず、経過観察のための定期受診となり、診察・採血の費用は約6,000～8,000円であるが、「薬の処方も受けないのに、この金額が負担」と訴える患者も少なくない。

＜外来診療時と連携強化＞

当センターの外来診療時間は原則平日月曜日から金曜日の8時半から12時くらいまでである。患者の平均年齢は32.4歳で、就労者も多く、職場に病名はもちろん、定期受診を打ち明けて受診する症例は少なく、受診調整は容易でない。加えて症状がなければ受診のモチベーション維持は難しい。患者の中には土曜日や夜間診療可能な拠点病院や診療所への紹介を希望する症例も徐々にではあるが、増えてきた。しかしまだ限られた診療所、病院であることや、「受診しようとは思ったが、（自覚症状がなく）優先度が低い」という現状もある。

慢性疾患といわれるHIV感染症だが、「感染症という特徴」に加え、最近では「治療が専門的で診療が不可能」という医師も少なくない。診療拠点病院が全国に369施設設置されているが、その情報は院内すべてに周知されていないこと、対応できる医師や看護師などのスタッフが常駐しているか不明なこと、医療費助成制度（更正医療使用可能施設）の使用が不可能な施設など、課題も多い。

今後、安定期の患者については特に患者にとって通いやすい通院環境の整備が課題である。

＜治療導入の有無＞

治療開始基準は、前述したとおり、「症状、検査データ、患者側の準備」である。当センターは慎重に治療導入を検討しているが、本調査では6

名が服薬継続困難であった。うち1名は「一度予約変更したら受診しづらくなった」と述べていた。また1名は外来受診が不定期で、経済的理由や多忙などの理由のほか、抗HIV薬の副作用が強く、服薬継続が難しかった。2名は薬剤を処方されて数日内服したが、副作用で服薬継続できずにいた。2名は外国籍で、健康保険未加入であり、薬剤費が高額で定期通院が難しくなると予想される。＜電話での受診継続支援の限界＞

携帯電話が普及し、患者本人への連絡が以前に比べてスムーズであり、自宅への帰宅時間まで待たなくても緊急連絡が可能で非常に便利になった。しかし連絡しても病院の電話番号が登録されていないと着信拒否されたり、携帯電話番号を頻繁に変える患者については連絡先の変更情報を随時知らせてもらう必要がある。また同居家族らへの連絡を拒む症例もあり、携帯電話のみでの連絡方法に限界がある。

結論

- ・経済的理由で受診間隔があいた症例には、未治療者が多く、公費制度申請前が多かった。
→社会資源の情報提供の強化
- ・仕事と受診の調整が、難しい症例が多かった。
→受診先の紹介
- ・電話連絡が付かない症例があった。
→本人以外にも連絡がとれる方法を検討

健康危険情報

なし

研究発表

- ・池田和子、畑中祐子、大金美和、武田謙治、山田由紀、石垣今日子、井上誉子、矢野麻子、島田恵、岡慎一；当センターHIV/AIDS患者の受診継続支援の検討(1)。第20回日本エイズ学会、東京、2006. 12

ii) 医療費に関する研究

研究協力者：

畑中 祐子¹、大金 美和¹、武田 謙治¹、山田 由紀¹、石垣今日子¹、井上 誉子¹、
矢野 麻子¹、島田 恵¹、岡 慎一¹

※国立国際医療センター エイズ治療・研究開発センター¹)

研究要旨

症状の悪化により入院に至った 25 人中、AIDS 発症した 7 人の「医療費」と就労の変化を検討し、受診継続のための支援を検討した。7 名の AIDS 診断名は、4 名がニューモシスチス肺炎、1 名はニューモシスチス肺炎とサイトメガロウイルス感染症の合併、クリプトコッカス髄膜炎、結核が 1 名ずつであった。入院に要した日数と費用、転帰について、19 日～78 日、63～159 万円、外来 6 名、死亡 1 名であった。就労の変化として入院前と比べて仕事量の維持が困難なものや収入の減少や労働時間の増加しているものもいた。今後は就労継続も加味した受診継続支援のための診療環境整備が求められる。

研究目的

何らかの理由で定期受診が困難となり、AIDS 発症によって入院した症例について「医療費」の視点から検討し、受診継続のための支援を考える。

研究方法

対象；当センター登録患者（'96 年～'06 年 6 月末まで）1880 人中、初診時の病期が AC（1413 人）で 6 ヶ月以上受診しなかった患者は、193 人で、その内、症状の悪化により入院に至った 25 人中、AIDS 発症者 7 人。

調査内容：基礎属性、通院状況、AIDS 疾患治療の医療費、入院前後の医療費の概算

研究結果

<基本属性>対象者数：7 人

性別は全員男性で年齢は 33±8.0 歳（平均±SD）、6 名が就労し、そのうち勤務による固定給は 5 人だった。社会資源使用状況は身体障害者手帳取得者が 3 人だった。

< AIDS 発症の診断名 >

入院した 7AIDS 診断名は、4 名がニューモシスチス肺炎、1 名はニューモシスチス肺炎とサイトメガロウイルス感染症の合併、クリプトコッカス髄膜炎、結核が 1 名ずつであった。入院に要した日数と費用、転帰について、ニューモシスチス肺炎（症例 1）78 日、1,326,430 円、外来、同（症例 2）24 日、891,470 円、外来、同（症例 3）29

日、812,340 円、外来、同（症例 4）22 日、717,440 円、死亡、結核（症例 5）19 日、633,000 円、結核、クリプトコッカス髄膜炎（症例 6）30 日、1,423,000 円、外来、ニューモシスチス肺炎とサイトメガロウイルス感染症の合併（症例 7）42 日、1,596,290 円、外来であった。

<退院後の就労状況>

症例 1：3 ヶ月後に復帰、症例 2：退院直後から復帰、症例 3：仕事量が 4 割減、症例 4：残業が増えた、症例 5：収入減と出費増のため 2 ヶ所勤務、症例 6：復帰できない、症例 7：1 ヶ月後に復帰で、入院前と比べて仕事量の維持が困難なものや収入の減少や労働時間の増加しているものもいた。

考察

<HIV 治療にかかる医療費の概算>

抗 HIV 療法は月に 15 万円の自己負担（健康保険未使用）で仮に計算すると 1 年で 180 万円、生涯の内服を 60 年と仮定し、1 億 800 万円の計算となる。これは、薬剤費のみの計算で診察や検査費用、通院にかかる費用などは除いて計算した。もちろん、多剤併用療法実施から 10 年程度しか経過していないため、ジェネリック薬の登場や、薬価変動もありうるが、現在の費用で計算した場合は年間 180 万円、生涯であれば 1 億を越える。受診間隔があいて症状が悪化し、AIDS 発症で入院した後の治療には、主に抗生剤、抗菌剤が挙げられるが、これも高額な薬剤になる。また AIDS 発症

者はAC患者に比べて、より緻密な診察や治療が必要になり受診回数がふえること、検査のモニタリング項目も増加する場合がある。

患者への負担は医療費以上に、症状出現による心身の負担さらには通院回数の増加に伴う負担が大きくなるであろう。

＜発症後の就労状況の変化＞

発症後の職場復帰について個人差もあるが、身体的な負担も大きく、全体的に厳しい状況がうかがえた。前述した通院回数の増加から、就労や収入への影響も大きく、歩合制などの職種では収入の減少に直撃していた。また体力低下、労働力低下に伴い、治療へのモチベーション確保は難しく、「わかってはいるが仕事もしなければならない」現状もあった。症例6は髄膜炎の後遺症が残り、記憶力の低下が見られ、職場復帰は困難で、身の回りの世話のために家族が同居し、家族も仕事をやめなければならない状況に至ってしまった。

初診時に患者から「いずれ仕事はやめるのでしょうか」と質問されるが、定期受診、抗HIV療法が継続できれば就労継続は可能と考えている。そのために就労継続も含めて診療環境調整として病院連携整備が求められるであろう。

結論

- ・AIDSを発症すると、「その治療のために約70～160万の費用がかかる」、「その後の受診回数が増加する」、「日和見感染症治療や予防のための医療費が必要になる」。さらに、「仕事の復帰が困難になり、収入は減少する」。
- ・受診継続できる環境づくりが重要である

健康危険情報

なし

研究発表

- ・畑中祐子、池田和子、島田恵、武田謙治、大金美和、石垣今日子、山田由紀、井上誉子、矢野麻子、岡慎一；当センターHIV/AIDS患者の受診継続支援の検討(2)。第20回日本エイズ学会、東京、2006. 12

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大阪医療センター 薬剤科）
 研究協力者：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）
 奥村 直哉（独立行政法人国立病院機構名古屋医療センター 薬剤科）
 小山田純治（独立行政法人国立病院機構九州医療センター 薬剤科）
 小島 賢一（荻窪病院 血液科）
 小住 好子（独立行政法人国立病院機構仙台医療センター 薬剤科）
 佐野 俊彦（都立駒込病院 薬剤科）
 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）
 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）

研究要旨

- ① 患者が自覚する副作用と服薬率、抗HIV薬の服薬がもたらす生活への影響、服薬率、服薬を継続するための条件等について平成18年2～3月、国立病院機構ブロック拠点病院と国立国際医療センターに通院する患者522名を対象にアンケート用紙を配布し、年齢、性別、副作用、服薬状況、服薬困難理由、服薬継続の条件等について調査を行った。回収枚数299枚、回収率57%。男性277名、女性18名。自覚している副作用若しくは医師から伝えられている副作用について聞いたところ、副作用があると答えた患者は67%。その副作用で、生活に支障があると答えた患者は42%であった。過去1ヶ月間以内の飲み忘れについて聞いたところ、飲み忘れのなかった患者は70%。飲み忘れが1回あった患者は16%、飲み忘れが2回あった患者は8%であった。これを各患者の服用回数を基に服薬率を算出したところ、服薬率100%の患者は70%、95%以上の患者は28%、95%未満の患者は1%であった。服薬を続けるための条件について、順位をつけて3つまで回答を求めたところ、「自分の意志」をあげる患者が最も多く、次いで「服薬を習慣化する」「規則正しい生活を送る」「薬の効果」と続いた。服薬を困難にする理由を聞いたところ、「薬を飲み続けねばならない」をあげる患者が最も多く、次いで「大きくて飲みにくい」、「他人の目が気になるが」上位を占めていた。新薬の登場で服薬回数や服薬における食事の影響が少なくなったものの、現在の抗HIV療法では服薬を一生継続しなければならない点が患者に最大のストレスを与えていた。服薬を困難にする理由を2002年に実施した同調査と比較したところ、薬剤の副作用や剤型の改善による、患者への負担が軽減している可能性が示唆された。
- ② 全国のエイズ拠点病院に対しアンケート調査を実施。2005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371施設、回収は201施設で回収率は54.2%。抗HIV薬の在庫リスクは依然として高く、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と思われた。特に、1施設、1患者あたりの在庫金額は増加傾向にあり、施設の負担が重くなっていることが示唆された。新薬の登場によって、今後ますます増加する薬剤費を考えると、分業促進等何らかの経営対策をとらなければ、良心的な医療を提供している拠点病院のインセンティブが、失われる可能性は否定できない。TDF・TVD・EZC・LPV/r・ATVを新規に採用した施設が増加していた。組み合わせは昨年・一昨年に比べ、1日1回処方が増加していた。昨年に比べ、回答した患者症例数10例未満、10～30例未満の施設で1日1回処方の増加傾向を認めた。新薬への変更が浸透したものとされた。
- ③ 平成18年4月の診療報酬改訂で新たに設置されたウイルス疾患指導料加算に関し、全国のエイズ拠点病院を対象に調査を行った。アンケート用紙の配布は371施設、回収は183施設で回収率は49.3%であった。配置され

ている職種で、ゼロ回答であった職種はMSWが36%と最も高く、次いで看護師32%、薬剤師26%でした。カウンセラーは自治体からの派遣を含めて52%がゼロ回答であった。加算申請は31施設(17%)で行われていた。申請していた施設の内訳を見ると、受診患者数50人以上の施設での取得は50%強と高い傾向を認めた。基準を満たしていない項目では、専従看護師をあげる施設が最も多く、約120施設であった。8施設から、施設基準取得に向けた取り組みを行っているとする回答が寄せられた。今回の施設基準導入によって、他疾患も含め、外来チーム医療の一層の充実に向けた取り組みが期待されると思われた。

- ④ 研究班が設置したホームページの改善を目的に、ホームページの有用性と改善点についてホームページ上で調査を行った。平成18年11月現在9件の回答が寄せられ、薬カード、抗HIV薬Q&Aが役立つとの意見が寄せられた。
- ⑤ 抗HIV療法に必要な薬剤情報を収集し、患者に分かりやすい形で提供することで、より効果的な薬物療法を支援と重大な副作用の早期発見を目的として、新薬情報について情報を収集し検討を行った。過去に作成した薬剤情報を見直し、新規に発売されたエプジコム、ツルバダ、エムトリバ、レクシヴァの情報を追加した。

研究目的

本研究は、現在国内で実施されている抗HIV療法が患者に与える影響と服薬の実態調査、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調査、平成18年4月に新たに認められたウイルス疾患指導料加算の実態調査を行うことで、患者に必要なかつ的確な薬剤情報提供のあり方と、より効果的な服薬支援について検討することを目的とする。

① 抗HIV薬の服薬と副作用に関する調査

近年、抗HIV療法の進展はめざましく、Highly active anti-retroviral therapy (HAART) が主流となった1996年以降、HIV感染症患者の死亡率は急激に減少し、治療は飛躍的に改善したものの、現在治療に使われている抗HIV薬の作用は、ウイルスの増殖を強力に抑制するものであり根治療法ではない。現在の治療法では患者は一生、服薬継続する必要がある。抗HIV療法が成功するための服薬は、時間を守った100%に近い服薬率が求められる。さらに、中途半端な服薬は薬剤耐性を誘導し、薬剤によっては交差耐性の問題があるため、治療に失敗した後の薬剤選択等に影響する可能性は否定出来ない。確実性を求められる抗HIV療法の服薬の問題は、患者に大きなストレスを与えている。

海外では患者と医師の視点の相違について、治療薬の服薬行動を維持する上での障害や、

服薬アドヒアランスを維持するための方策について研究された先行研究が示されているが、国内において服薬と副作用に関する調査研究は少ない。本調査では患者が自覚する副作用と服薬率、抗HIV薬の服薬がもたらす生活への影響、服薬率、服薬を継続するための条件等について調査を行うことで、変化する患者ニーズを把握し、より効果的な服薬援助の方法について検討したので報告する。

② 拠点病院における抗HIV療法と薬剤関連調査

拠点病院における抗HIV薬の組み合わせと、薬剤採用並びに院外処方箋発行状況を調査し、より充実した抗HIV療法への支援を目的にアンケート調査を実施した。昨年度調査との比較を踏まえ検討することを目的とする。

③ ウイルス疾患指導料加算に関する調査

平成18年4月の診療報酬改訂で、新たにウイルス疾患指導料加算が認められた。加算申請の現状と問題点を調査し、外来におけるチーム医療のあり方について検討することを目的にアンケート調査を実施した。

④ 研究班ホームページにおけるアンケート調査

研究班が設置したホームページの改善を目的に、ホームページの有用性と改善点について調査を行った。

⑤ 薬剤情報提供に関する研究

本研究は、抗HIV療法に必要な薬剤情報を収集し、患者に分かりやすい形で提供することで、より効果的な薬物療法を支援と重大な副

作用の早期発見を目的とする。

研究方法

① 抗HIV薬の服薬と副作用に関する調査

平成18年2～3月、国立病院機構ブロック拠点病院と国立国際医療センターに通院する患者522名を対象にアンケート用紙を配布し、年齢、性別、副作用、服薬状況、服薬困難理由、服薬継続の条件等について調査を行った。

② 拠点病院における抗HIV療法と薬剤関連調査

2006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、全国の拠点病院371施設にアンケート調査用紙を郵送し調査を行った。

③ ウイルス疾患指導料加算に関する調査

2006年7月に全国のエイズ拠点病院371施設を対象としてアンケート調査用紙を郵送し、現在のチーム医療体制、ウイルス疾患指導料加算の実施状況等について調査を実施した。

④ 研究班ホームページにおけるアンケート調査

平成18年10月、研究班が開設したホームページに、簡便に回答できるよう配慮したアンケート調査項目を設置し、提供情報で役に立った内容等の調査を開始した。

⑤ 薬剤情報提供に関する研究

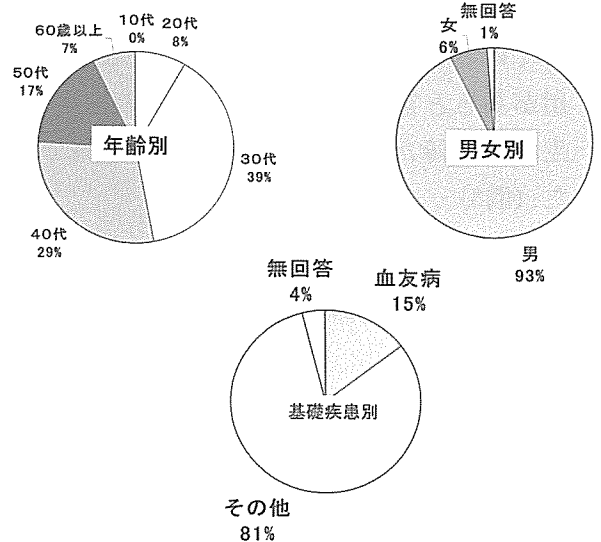
ホームページで提供する新薬情報について情報を収集し検討を行った。

研究結果

① 抗HIV薬の服薬と副作用に関する調査

回収枚数299枚、回収率57%。男性277名、女性18名。調査対象を年齢別、男女別、基礎疾患別に分類した結果は図1のとおり。

図1



調査対象をCD4陽性細胞数別、HIV-RNA量別に分類した結果は図2のとおり。

図2

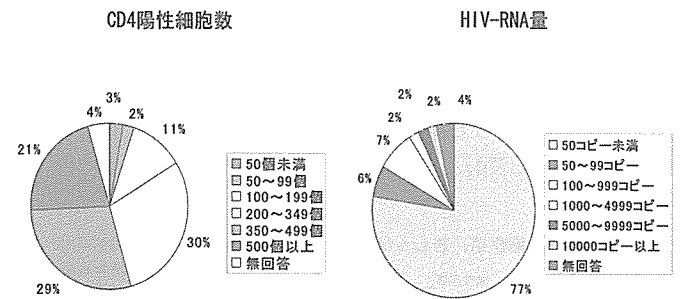


表1 使用薬剤と主な組み合わせ

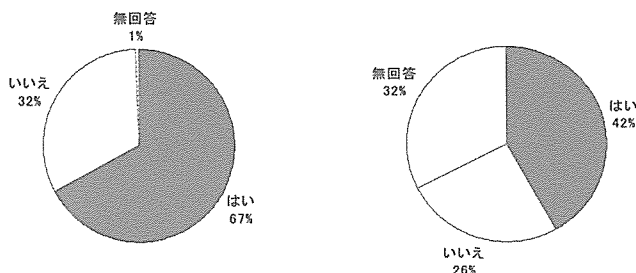
薬剤名	使用患者数	%	組み合わせ	患者数
3TC	162	54%	● 1 TDF,3TC,EFV	15
EFV	89	30%	● 2 EZC,EFV	14
LPV	87	29%	3 AZT,3TC,NFV	13
TDF	65	22%	4 COM,EFV	13
AZT	63	21%	● 5 TDF,3TC,ATV,RTV	13
ATV	60	20%	6 ABC,3TC,LPV/r	12
ABC	59	20%	7 TDF,3TC,LPV/r	12
RTV	56	19%	8 AZT,3TC,EFV	9
EZC	38	13%	9 AZT,3TC,LPV/r	9
d4T	33	11%	10 d4T,3TC,LPV/r	9
COM	27	9%	● 11 EZC,ATV,RTV	9
ddI	22	7%	● 12 ABC,3TC,ATV,RTV	7
NFV	20	7%	13 EZC,LPV/r	7
TVD	15	5%	● 14 ABC,3TC,EFV	6
FPV	10	3%	15 AZT,ddI,EFV	6
NVP	9	3%	16 COM,LPV/r	6
FTC	3	1%	17 d4T,3TC,EFV	6
ddC	2	1%	18 AZT,ddI,LPV/r	5
SQV	2	1%	● 19 TVD,EFV	5
IDV	1	0%	● 20 TVD,ATV,RTV	4
DLV	0	0%		

使用薬剤と主な組み合わせは表1のとおり。3TCを使用している患者は162例54%、EFV使用患者が89例30%、カレトラ使用患者が87例29%。組み合わせで最も多かった処方は、

TDF, 3TC, EFVの15例、次いでEZC, EFVの14例。自覚している副作用若しくは医師から伝えられている副作用について聞いたところ、副作用があると答えた患者は67%。その副作用で、生活に支障があると答えた患者は42%であった(図3)。

図3

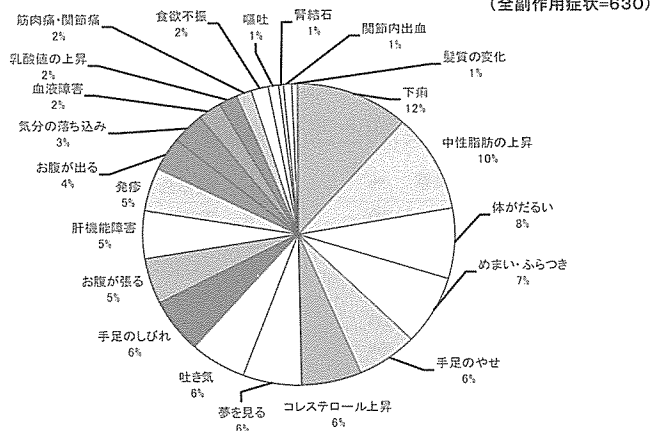
自覚している副作用、若しくは医師から伝えられている副作用はあるか その副作用は生活に支障があるか



自覚している副作用、若しくは医師から伝えられている副作用の内訳について検討したところ、主な副作用は順に、下痢、中性脂肪の上昇、体がだるい、めまい・ふらつきであった(図4)。

図4

自覚している副作用、若しくは医師から伝えられている副作用の内訳 (全副作用症状=630)



薬剤別の副作用発現状況を検討した。NRTIの副作用を検討したところ、「下痢」ではAZT+COM, 3TCに、「お腹が張る」ではTDF+TVDに、「中性脂肪の上昇」ではd4Tに、それぞれ有意な差を認めた(表2)。

表2 薬剤別 副作用発現状況 (NRTI)

	AZT+COM (n=90)		d4T (n=33)		3TC (n=162)		d3d (n=22)		ABC+EZC (n=97)		TDF+TVD (n=80)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1 吐き気	14	16%	5	15%	17	10%	4	18%	12	12%	9	11%
2 嘔吐	2	2%	2	6%	2	1%	0	0%	3	3%	3	4%
3 食欲不振	4	4%	0	0%	4	2%	0	0%	3	3%	4	5%
4 下痢	28**	31%	9	27%	43*	27%	5	23%	14	14%	20	25%
5 お腹が張る	6	7%	3	9%	20	12%	1	5%	9	9%	16*	20%
6 発疹	9	10%	1	3%	16	10%	1	5%	6	6%	12	15%
7 筋肉痛・関節痛	1	1%	0	0%	6	4%	0	0%	4	4%	5	6%
8 血液障害	8	9%	3	9%	8	5%	1	5%	3	3%	1	1%
9 手足のしびれ	8	9%	5	15%	19	12%	2	9%	17	18%	8	10%
10 お腹が出る	9	10%	1	3%	16	10%	0	0%	3	3%	7	9%
11 手足のやせ	8	9%	7	21%	26	16%	2	9%	9	9%	13	16%
12 中性脂肪	20	22%	11*	33%	37	23%	5	23%	19	20%	13	16%
13 コレステロール	14	16%	2	6%	17	10%	3	14%	9	9%	10	13%
14 肝機能	6	7%	5	15%	18	11%	1	5%	9	9%	10	13%
15 気分の落ち込み	8	9%	1	3%	12	7%	2	9%	5	5%	6	8%
16 体がだるい	17	19%	4	12%	24	15%	4	18%	10	10%	12	15%
17 めまい・ふらつき	14	16%	4	12%	25	15%	2	9%	11	11%	19	24%
18 夢を見る	13	14%	1	3%	20	12%	4	18%	9	9%	16	20%
19 その他	13	14%	4	12%	22	14%	4	18%	8	8%	13	16%

NNRTI, PIの副作用について検討したところ、「下痢」、「中性脂肪の上昇」ではカレトラに、めまい・ふらつき・夢を見るではEFVにそれぞれ有意な差を認めた(表3)。

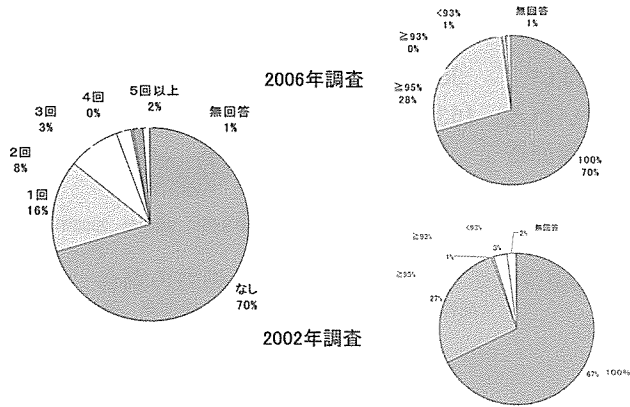
表3

薬剤別 副作用発現状況 (NNRTI・PI)

	EFV (n=89)		RTV (n=56)		NVP (n=28)		LPV/r (n=87)		ATV (n=60)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1 吐き気	7	8%	8	14%	1	5%	16	18%	7	12%
2 嘔吐	2	2%	1	2%	0	0%	5	6%	1	2%
3 食欲不振	2	2%	4	7%	0	0%	1	1%	4	7%
4 下痢	9	10%	12	21%	7	35%	37**	43%	10	17%
5 お腹が張る	7	8%	5	9%	0	0%	12	14%	8	13%
6 発疹	9	10%	9	16%	0	0%	8	9%	6	10%
7 筋肉痛・関節痛	2	2%	2	4%	0	0%	2	2%	2	3%
8 血液障害	6	7%	1	2%	2	10%	3	3%	0	0%
9 手足のしびれ	12	13%	6	11%	3	15%	10	11%	5	8%
10 お腹が出る	6	7%	2	4%	3	15%	10	11%	2	3%
11 手足のやせ	8	9%	6	11%	2	10%	13	15%	9	15%
12 中性脂肪	18	20%	10	18%	5	25%	26**	32%	7	12%
13 コレステロール	11	12%	7	13%	4	20%	16	18%	3	5%
14 肝機能	6	7%	7	13%	1	5%	9	10%	6	10%
15 気分の落ち込み	7	8%	3	5%	0	0%	5	6%	5	8%
16 体がだるい	10	11%	10	18%	2	10%	11	13%	11	18%
17 めまい・ふらつき	28**	31%	5	9%	0	0%	6	7%	4	7%
18 夢を見る	28**	31%	3	5%	1	5%	5	6%	3	5%
19 その他	9	10%	10	18%	1	5%	5	6%	14	23%

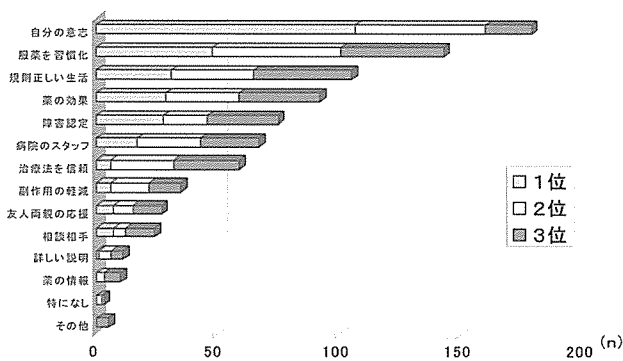
過去1ヶ月間以内の飲み忘れについて聞いたところ、飲み忘れのなかった患者は70%。飲み忘れが1回あった患者は16%、飲み忘れが2回あった患者は8%であった。これを各患者の服用回数を基に服薬率を算出したところ、服薬率100%の患者は70%、95%以上の患者は28%、95%未満の患者は1%であった。2002年に実施した先行研究では、服薬率100%の患者は67%、95%以上の患者は27%、95%未満の患者は4%であった。過去の調査と比較しても、調査対象患者群は高い服薬率を保っていることが認められた(図5)。

図5 過去1ヶ月間に飲み忘れのあった回数と服薬率



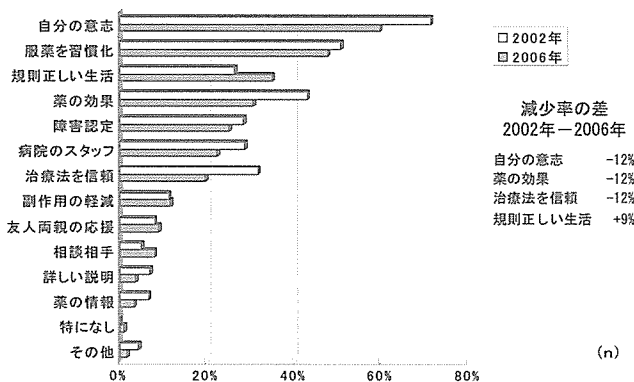
服薬を続けるための条件について、順位をつけて3つまで回答を求めたところ、「自分の意志」をあげる患者が最も多く、次いで「服薬を習慣化する」「規則正しい生活を送る」「薬の効果」と続いた(図6)。

図6 服薬を続けるための条件



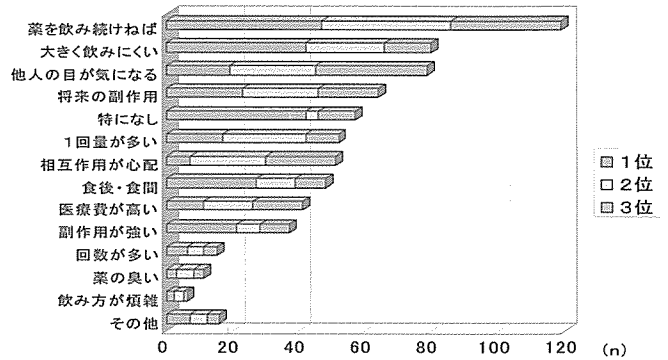
服薬を続けるための条件について、2002年調査と頻度を比較したところ、頻度の低下した項目は「自分の意志」、「薬の効果」、「治療法を信頼する」が共に12%であった。また頻度が上昇した項目は、「規則正しい生活を送る」で9%の上昇が見られた(図7)。

図7 服薬を続けるための条件 2002年と2006年調査の比較



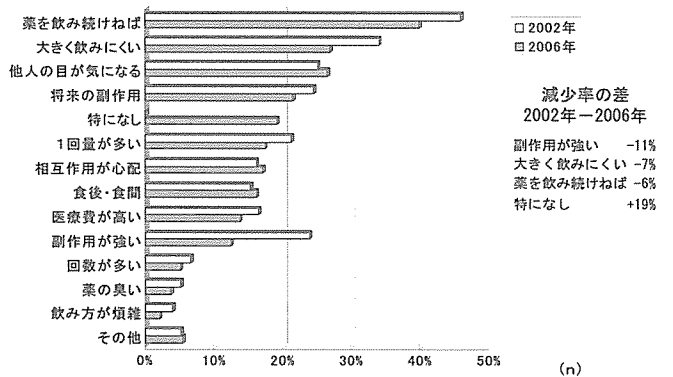
服薬を困難にする理由を聞いたところ、「薬を飲み続けねばならない」をあげる患者が最も多く、次いで「大きくて飲みにくい」、「他人の目が気になるが」上位を占めていた(図8)。

図8 服薬を困難にする理由



服薬を困難にする理由を2002年に実施した同調査と比較したところ、頻度の低下した項目は「副作用が強い」が11%、「大きく飲みにくい」が7%、「薬を飲み続けねばならない」が6%と、それぞれ低下していた(図9)。

図9 服薬を困難にする理由 2002年と2006年調査の比較



2002年の調査時には項目にあげていなかったため単純に比較することは出来ないものの、全患者のうち19%が「特になし」をあげていた。理由の第一位だけに着目すると、「大きくて飲みにくい」と同数の第2位の結果であった。薬剤の副作用や剤型の改善による、患者への負担が軽減している可能性が伺われた。

② 拠点病院における抗HIV療法と薬剤関連調査

アンケート用紙の配布は371施設、回収は201施設で回収率は54.2%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検討し、昨年の調査と比較した。昨年の調査と同様、AZT, 3TC, NFVの採用率は高く推移し