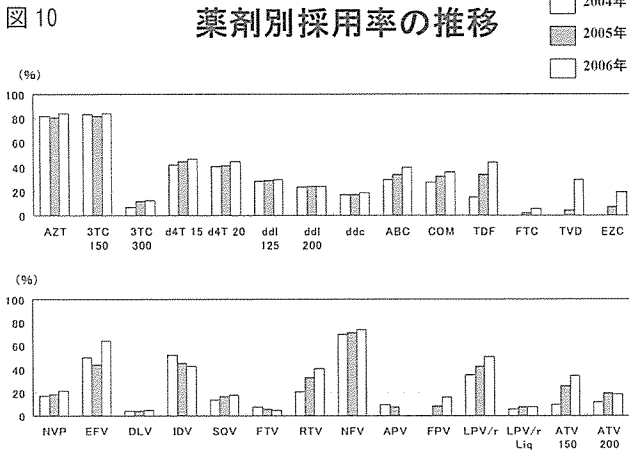
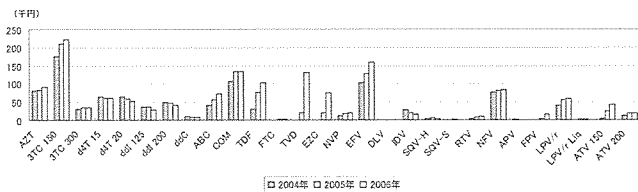


ていた(図10)。



この分析は、過去に調査施設で使用経験があった薬剤データと考えることが出来る。今年度の調査では、TVD、EZC等の1日1回の適応を持つ配合剤の増加が目立った。各施設の在庫調査結果から、在庫金額等を算出したところ、1患者あたりの在庫リスクと、1施設あたりの在庫リスクは年々増加傾向にあるものと思われた。これは、各施設の受診患者数が増加した結果、施設の在庫金額が上昇した可能性を示唆していると考えられた。品目別では、3TC、ABC、TDF、TVD、EZC、EFV、LPV/r、ATVの増加が認められた(図11)。

図11 1施設平均在庫金額の推移



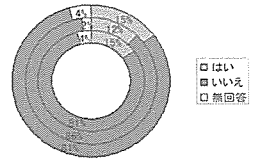
1患者あたりの在庫リスク ¥101,800 (2004年) (n=2,237) ¥94,136 (2005年) (n=3,346) ¥114,194 (2006年) (n=2,607)	調査全施設の在庫金額 ¥227,726,305 (2004年) ¥314,980,225 (2005年) ¥297,705,059 (2006年)	1施設あたりの在庫リスク ¥977,366 (2004年) (n=233) ¥1,211,463 (2005年) (n=260) ¥1,481,120 (2006年) (n=201)
--	---	---

抗HIV薬を含む院外処方箋発行の有無を聞いたところ、発行している施設数に大きな変化はみられなかった(図12)。

図12

●抗HIV薬を含む院外処方箋発行の有無

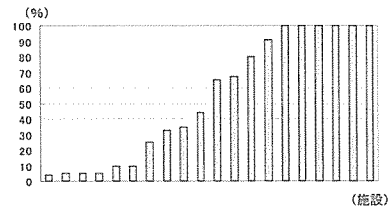
はい 30 (14.9%)
いいえ 163 (81.1%)
無回答 9 (4.0%)



内側から順に、2004年、2005年、2006年

●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25施設の発行率 平均: 54.0%)

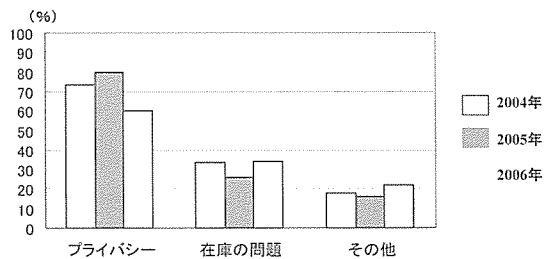


院外処方箋を発行していない理由を聞いたところ、プライバシー保護の問題が心配との回答が60%。在庫の問題を指摘する回答が34%と、これも過去の調査とほぼ同様の結果が得られた(図13)。

図13

●院外処方箋未発行施設の意見(自由記載:重複回答あり)

	n=50 (%)
プライバシー保護の問題が心配	30 (60.0)
調剤薬局の在庫の問題	17 (34.0)
その他	11 (22.0)



抗HIV薬の院外処方箋発行に関しては、いまだこれらの問題から、大きく変化することが出来ない現状が伺えた。拠点病院に通院する患者の抗HIV薬の組み合わせを調査した。第1位はTDF、3TC、EFVと、昨年と同様、第1位に変化はなかった。第2位には、昨年4位の組み合わせであったTDF、3TC、ATV、RTV、以下AZT、3TC、EFV、AZT、3TC、NFVと続く。第6位にTDF、FTC配合剤のTVDを含む組み合わせが認められた(表4)。

表4

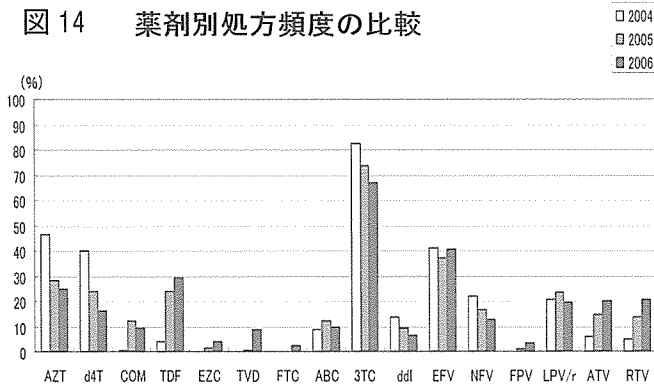
使用動向調査の結果 (n=2607)

順位	組み合わせ	人数	(%)
★ 1.	TDF, 3TC, EFV	287	(11.0)
★ 2.	TDF, 3TC, ATV, RTV	216	(8.3)
3.	AZT, 3TC, EFV	193	(7.4)
4.	AZT, 3TC, NFV	144	(5.5)
5.	d4T, 3TC, EFV	127	(4.9)
★ 6.	TVD, EFV	115	(4.4)
7.	COM, EFV	106	(4.1)
8.	AZT, 3TC, LPV/r	105	(4.0)
9.	TDF, 3TC, LPV/r	90	(3.5)
10.	d4T, 3TC, NFV	88	(3.4)

★：1日1回

これら組み合わせについて、主な薬剤別に集計したところ、AZT, d4T, 3TC, NFVは減少傾向を示し、TDF, TVD, ATV, RTVは増加傾向を認めた(図14)。

図14 薬剤別処方頻度の比較



各施設から回答された症例数別に施設を分類し、組み合わせの上位を比較した。回答症例数の少ない施設では、AZT, d4T, NFVを含む組み合わせが比較的多く処方されているが、回答症例数の多い施設では、これら薬剤の使用頻度は低下していた。また、症例数の多い施設では、TDFやATV, RTVを含む処方が上位を占めていた(図15)。

図15 施設回答例数別 組み合わせ上位比較

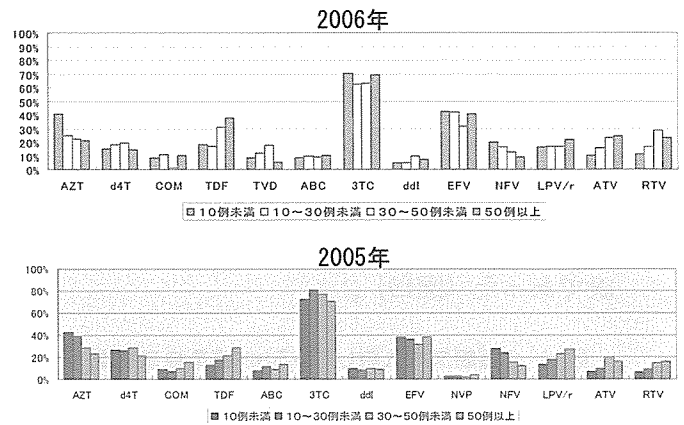
(2006年)

10例未満	n	%	10~30例未満	n	%	30~50例未満	n	%	50例以上	n	%
AZT,3TC,EFV	39	12.2	AZT,3TC,EFV	52	7.6	TDF,3TC,EFV	22	9.4	TDF,3TC,EFV	190	13.9
AZT,3TC,NFV	36	11.3	TDF,3TC,EFV	52	7.6	TVD,ATV,RTV	18	7.7	TDF,3TC,ATV,RTV	168	12.3
TDF,3TC,EFV	23	7.2	AZT,3TC,NFV	49	7.2	TDF,3TC,ATV,RTV	17	7.3	AZT,3TC,EFV	89	6.5
TVD,EFV	22	6.9	d4T,3TC,EFV	48	7.0	TVD,EFV	15	6.4	TDF,3TC,LPV/r	62	4.5
AZT,3TC,LPV/r	21	6.6	TVD,EFV	44	6.4	AZT,3TC,EFV	12	5.2	COM,EFV	56	4.1
d4T,3TC,EFV	18	5.6	COM,EFV	39	5.7	AZT,3TC,NFV	10	4.3	AZT,3TC,LPV/r	55	4.0
d4T,3TC,NFV	13	4.1	d4T,3TC,NFV	27	3.9	d4T,3TC,NFV	10	4.3	d4T,3TC,EFV	54	3.9
TDF,3TC,ATV,RTV	12	3.8	AZT,3TC,LPV/r	23	3.4	d4T,3TC,LPV/r	8	3.4	AZT,3TC,NFV	49	3.6
AZT,3TC,DDV	11	3.4	TVD,ATV,RTV	23	3.4	d4T,3TC,EFV	7	3.0	COM,LPV/r	45	3.3
COM,EFV	10	3.1	TDF,3TC,ATV,RTV	19	2.8	AZT,3TC,LPV/r	6	2.6	d4T,3TC,LPV/r	39	2.8
その他	114	35.7	その他	303	45.0	その他	103	46.4	その他	555	41.2
合計	319		合計	684		合計	233		合計	1371	

これらの組み合わせを薬剤別に検討したところ、AZT, NFVは経験症例数が増加するに従って、使用頻度は低下する傾向が見られ、TDF, TDV, LPV/r, ATV, RTVは症例数が増加すると共に、使用頻度も上昇する傾向が見られた。

これは昨年度調査と比較しても、同様の傾向が伺われた(図16)。

図16 施設回答例数別 薬剤使用頻度比較



施設からの回答例数別にその組み合わせについて、さらに詳細に検討した。回答例数10例未満、10~30例未満の施設での組み合わせ上位は、昨年度と同様、AZT, d4T, NFV, EFVを中心とした処方が多くを占めたが、経験症例数の少ない施設でも、TDF, TVD, ATV, RTVの使用頻度の上昇が見られた(図17)。

図17 施設回答例数別 組み合わせ 年度比較

10例未満		10~30例未満									
2005年	2006年	2005年	2006年								
n	%	n	%	n	%	n	%				
AZT,3TC,NFV	43	11.5	AZT,3TC,EFV	39	12.2	AZT,3TC,EFV	93	13.7	AZT,3TC,EFV	52	7.6
AZT,3TC,EFV	37	9.9	AZT,3TC,NFV	36	11.3	AZT,3TC,EFV	57	8.4	TDF,3TC,EFV	52	7.6
d4T,3TC,NFV	32	8.6	TDF,3TC,EFV	23	7.2	d4T,3TC,EFV	56	8.2	AZT,3TC,NFV	49	7.2
d4T,3TC,EFV	30	8.0	TVD,EFV	22	6.9	TDF,3TC,EFV	53	7.8	d4T,3TC,EFV	49	7.0
TDF,3TC,EFV	28	7.5	AZT,3TC,LPV/r	21	6.6	d4T,3TC,NFV	45	6.6	TVD,EFV	44	6.4
AZT,3TC,DDV	19	5.1	d4T,3TC,EFV	18	5.6	AZT,3TC,LPV/r	33	4.9	COM,EFV	39	5.7
COM,EFV	16	4.3	d4T,3TC,NFV	13	4.1	COM,EFV	24	3.5	d4T,3TC,NFV	27	3.9
AZT,3TC,LPV/r	9	2.4	TDF,3TC,ATV,RTV	12	3.8	d4T,3TC,LPV/r	23	3.4	AZT,3TC,LPV/r	23	3.4
COM,LPV/r	8	2.1	AZT,3TC,DDV	11	3.4	TDF,3TC,ATV,RTV	22	3.2	TVD,ATV,RTV	23	3.4
COM,NFV	8	2.1	COM,EFV	10	3.1	AZT,3TC,DDV	16	2.4	TDF,3TC,ATV,RTV	19	2.8
その他	143	38.3	その他	114	35.7	その他	258	37.9	その他	308	45.0
合計	373		合計	319		合計	680		合計	684	

回答例数30~50例未満の施設でも同様に、1日1回の組み合わせの増加が見られた。50例以上の施設での組み合わせは昨年と同様、組み合わせの傾向に大きな変化はなかった(図18)。

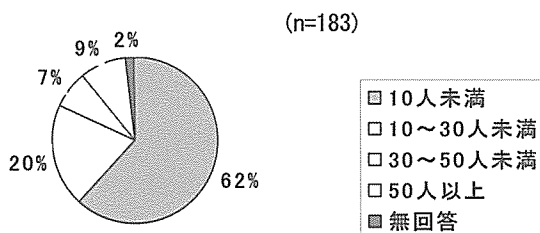
図18 施設回答例数別 組み合わせ 年度比較

30~50例未満				50例以上			
2005年		2006年		2005年		2006年	
30~50例未満	n %	30~50例未満	n %	50例以上	n %	50例以上	n %
TDF,3TC,EFV	38 9.2	TDF,3TC,EFV	22 9.4	TDF,3TC,EFV	196 9.9	TDF,3TC,EFV	190 12.9
AZT,3TC,NFV	28 6.8	TVD,ATV,RTV	18 7.7	TDF,3TC,ATV,RTV	177 8.9	TDF,3TC,ATV,RTV	168 12.3
AZT,3TC,EFV	26 6.3	TDF,3TC,ATV,RTV	17 7.3	AZT,3TC,EFV	136 6.9	AZT,3TC,EFV	89 6.5
d4T,3TC,EFV	25 6.1	TVD,EFV	15 6.4	COM,EFV	121 6.1	TDF,3TC,LPV/r	62 4.5
d4T,3TC,LPV/r	22 5.4	AZT,3TC,EFV	12 5.2	d4T,3TC,LPV/r	106 5.4	COM,EFV	58 4.1
TDF,3TC,ATV,RTV	22 5.4	AZT,3TC,NFV	10 4.3	d4T,3TC,EFV	105 5.3	AZT,3TC,LPV/r	55 4.0
AZT,3TC,LPV/r	17 4.1	d4T,3TC,NFV	10 4.3	COM,LPV/r	104 5.3	d4T,3TC,EFV	54 3.9
d4T,3TC,NFV	17 4.1	d4T,3TC,LPV/r	8 3.4	AZT,3TC,NFV	84 4.2	AZT,3TC,NFV	49 3.6
COM,EFV	16 3.9	d4T,3TC,EFV	7 3.0	d4T,3TC,NFV	79 4.0	COM,LPV/r	45 3.3
COM,LPV/r	14 3.4	AZT,3TC,LPV/r	6 2.6	AZT,3TC,LPV/r	71 3.6	d4T,3TC,LPV/r	38 2.8
その他	166 45.3	その他	108 46.4	その他	800 40.4	その他	565 41.2
合計	411	合計	233	合計	1979	合計	1371

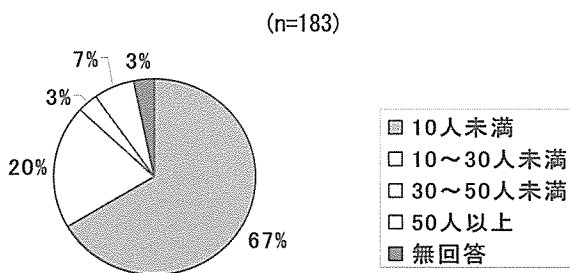
③ ウイルス疾患指導料加算に関する調査

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。回答のあった多くの施設は、受診患者数10名未満の施設であった(図19)。

図19 通院又は入院しているHIV感染症患者数

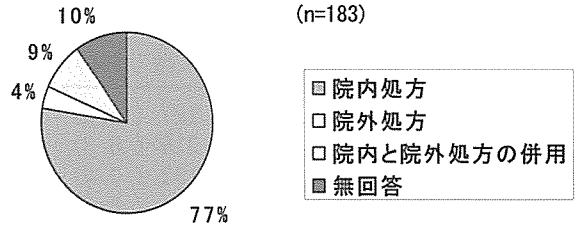


抗HIV薬を投与している患者数

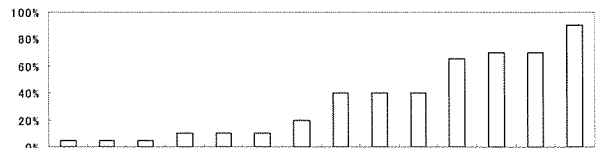


外来処方状況を聞いたところ、約80%の施設が院内処方処方箋を発行しており、院外処方箋を発行している施設は約10%であった(図20)。

図20 外来処方状況 (n=183)

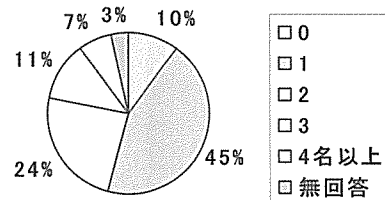


院外処方箋発行施設における発行率 (%)

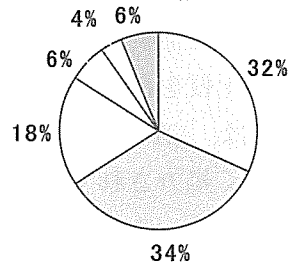


スタッフの数について聞いたところ、医師数は1名が最も多く45%、次いで2名が24%、3名が11%。看護師数は1名が34%、次いでゼロが32%、2名が18%(図21)。

図21 医師数

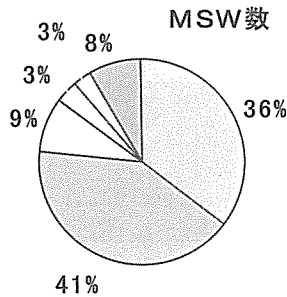
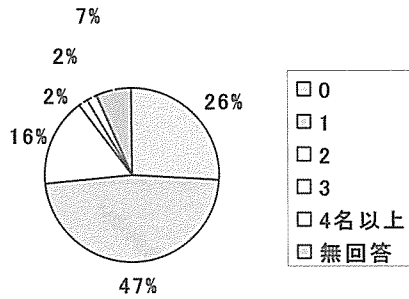


看護師数



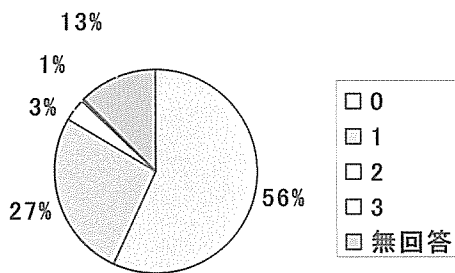
薬剤師数は1名が47%、ゼロが26%、2名が16%。MSWは1名が41%、ゼロが36%、2名が9%(図22)。

図 22 薬剤師数

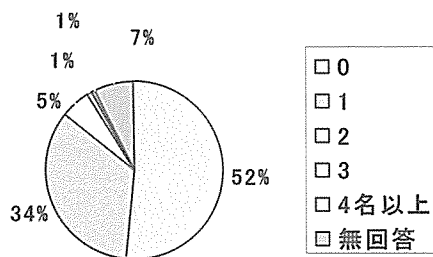


今回の要件には含まれていないが、カウンセラー数について聞いたところ、ゼロが56%、1名が27%であった。自治体の派遣カウンセラーを加えて補正したところ、ゼロが52%、1名が34%であった（図23）。

図 23 カウンセラー数

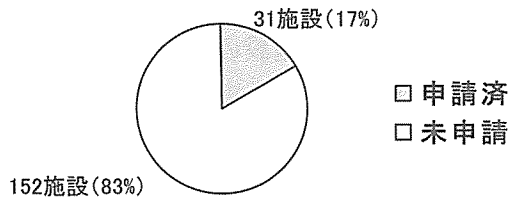


カウンセラー数 自治体派遣を加えて補正



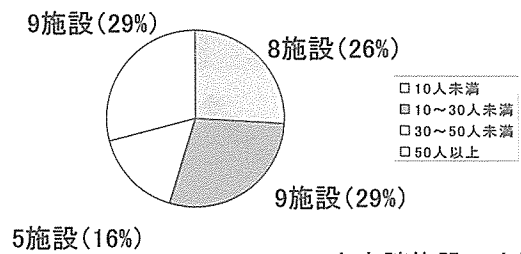
ウイルス疾患指導料加算の取得について聞いたところ、31施設17%が申請していた（図24）。

図 24 ウイルス疾患指導料加算 取得施設

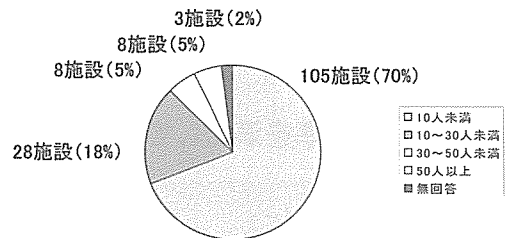


この31施設を受診患者数別に検討した。受診患者数10人未満が8施設、受診患者数10人～30人未満が9施設、受診患者数30人～50人未満が5施設、受診患者数50人以上が9施設であった。未申請施設を見ると、その70%が受診患者数10人未満の施設であった（図25）。

図 25 申請施設の内訳

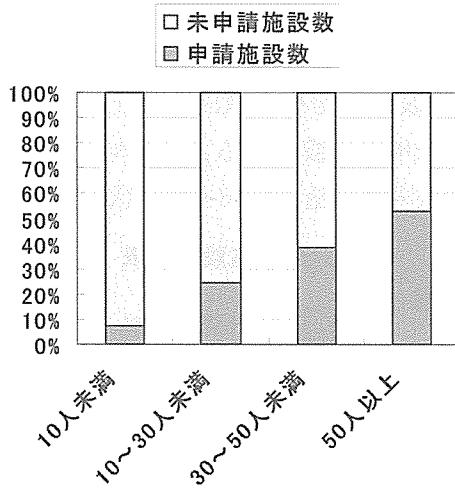


未申請施設の内訳



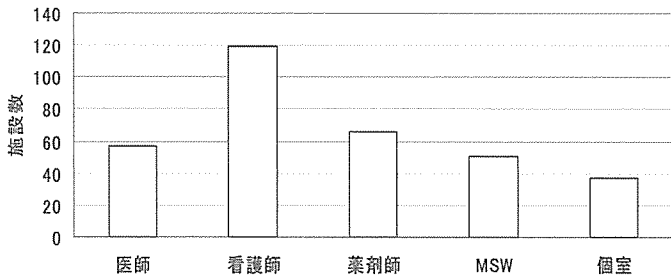
施設を受診する患者数別に申請施設と未申請施設の割合を比較した。受診患者数が増えるに従って、申請施設の割合は増加している傾向が伺われた。50人以上が受診する施設17施設中9施設、50%強と高い傾向を認めた（図26）。

図26 受診患者数別 チーム医療加算 取得状況



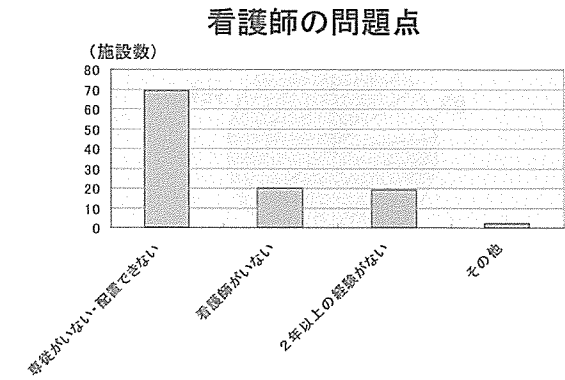
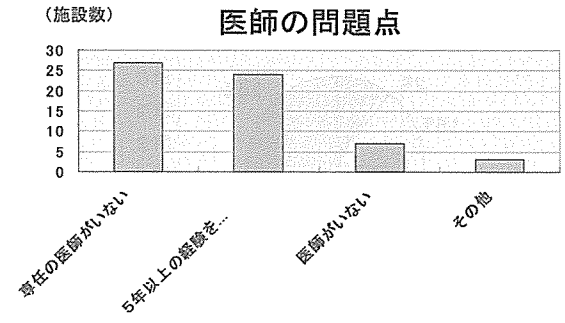
基準を満たしていない項目について聞いたところ、専従看護師をあげる施設が最も多く、約120施設であった（図27）。

図27 基準を満たしていない項目



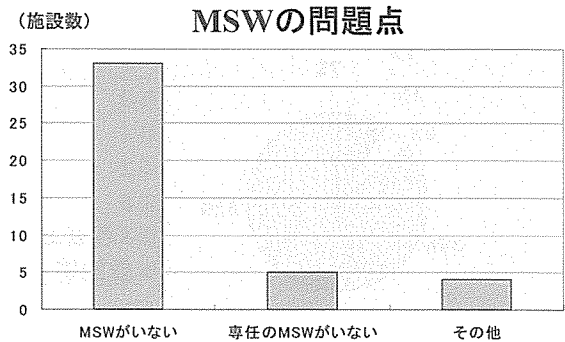
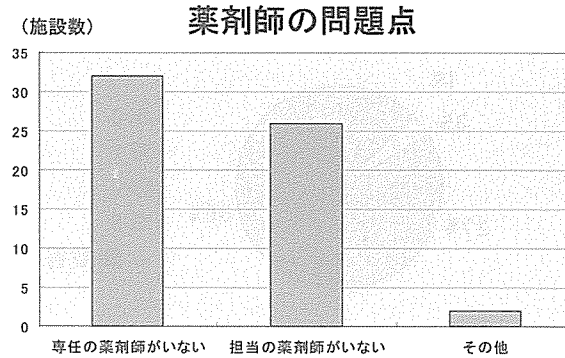
各職種の問題点について聞いたところ、医師では専任の医師がいない、5年以上の経験を有さないとの回答が最も多く、看護師の問題点では専従看護師をあげる回答が最も多く寄せられた（図28）。

図28



薬剤師の問題点では専任の薬剤師がいない、担当の薬剤師がいないという回答が多く、MSWの問題点ではMSWがいないという回答が多く寄せられた（図29）。

図29



施設基準の問題を解消する予定があるかどうかについて質問したところ、8施設から問題を解消し施設基準取得の申請を予定しているとの回答が得られた。自由記載された主な意見は次の通り。看護師専従の要件は厳しい。

診療日だけの専従を認めてほしい。HIV診療における時間的な苦勞を考えると、現在の点数では低すぎる。算定は月1回ではなく施行回数としてほしい。拠点病院として機能している病院については、施設基準と関係なく算定できるよう配慮してほしい。といった意見が多く寄せられた。特に、専従看護師の要件緩和に対する希望について、多くの意見が寄せられた。

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 薬剤情報提供に関する研究

過去に作成した薬剤情報を見直し、新規に発売されたエブジコム、ツルバダ、エムトリバ、レクシヴァの情報を追加した(資料参照)。

考察

① 抗HIV薬の服薬と副作用に関する調査

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伺われた。高い服薬率を保つ患者は多く、服薬継続の条件として”自分の意志”をあげた患者が最も多かったことから、服薬環境が過去に比べ軽減された現在でも、自己決定を尊重した服薬援助の重要性が再確認された。

② 拠点病院における抗HIV療法と薬剤関連調査

昨年に比べ、1日1回服薬と考えられる組み合わせの頻度は21.8%から40.4%に増加したことから、昨年度から今年度にかけて、1日1回処方初回治療のみならず、継続治療患者群における処方変更が進んだものと推察された。また、50例以上の施設での特徴として、先に発売されたTDFへの切り替えが早期に実施されたためか、TDVの使用頻度が高くないことが伺われた。相互作用に注意を必要とする新薬

の登場と使用頻度の増加を考慮すると、相互作用情報の充実が不可欠であると思われた。また、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。

③ ウイルス疾患指導料加算に関する調査

平成18年7月時点における拠点病院での施設基準申請は進んでいない現状が伺われた。施設基準を満たすことが出来ていない問題点の中で最も多くの回答があったのは「専従看護師」の配置問題であり、外来診療における専従看護師の配置は難しい状況にあると思われた。施設基準を取得していない施設の約30%が申請に向けて問題を解決使用としていることから、ウイルス疾患指導料加算の設置によって、今後、外来チーム医療の充実に向けた取り組みが図られるものと期待される。

④ 研究班ホームページにおけるアンケート調査

ユーザ情報の集積を行い、情報提供内容の改善に努めたい。

⑤ 薬剤情報提供に関する研究

副作用発現の可能性が高い抗HIV薬の情報を、分かりやすく解説し提供することは、服薬に欠かせない患者の自己決定や自己責任を支持する重要な情報源となりうる。

(倫理面への配慮) 各々の調査では、患者個人を特定できる情報を一切排除し集計・解析を行った。患者に対し直接調査を行う研究については、調査を行った各施設において倫理委員会等の審査を受け、承認された施設において調査を実施した。

結論

HAARTは薬剤の開発と共に変化しつつある。薬剤の供給体制と治療の現状について調査・検討し、問題点を明らかにすることが出来た。また、患者・医療従事者に対する情報提供のあり方を検討し、分かりやすい薬剤情報を行った本研究が、良好な抗HIV療法の支援に果たす役割は大きい。

健康危険情報

該当なし

研究発表

1) 論文

なし

2) 学会発表

- 栞原健 他、拠点病院における抗HIV療法と薬剤関連アンケート調査結果（第3報）、第20回日本エイズ学会学術集会・総会；東京、2006年11月．抄録番号0-005
- 栞原健 他、ウイルス疾患指導料加算に関するアンケート調査結果、第20回日本エイズ学会学術集会・総会；東京、2006年11月．抄録番号0-079
- 栞原健 他、抗HIV薬の服薬と副作用に関するアンケート調査、第20回日本エイズ学会学術集会・総会；東京、2006年12月．抄録番号0-105

知的財産権の出願・登録状況

該当なし

6

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：廣常 秀人（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）

協力研究者：仲倉 高広（独立行政法人国立病院機構大阪医療センター 臨床心理士）

安尾 利彦（独立行政法人国立病院機構大阪医療センター 臨床心理士）

尾谷 ゆか（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）

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）

西野 悟（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）

研究要旨

抗HIV療法における服薬アドヒアランスの維持が阻害される背景として、精神疾患の既往や、精神状態を左右する様々な要因があることが考えられる。越智ら（2006）は、HIV感染症患者を対象に抑うつ、不安の心理尺度を用いた調査を実施した結果、抑うつ傾向ありとされたのは17.5%、状態不安（今この瞬間どの程度不安を感じているか）がCut off値以上であったのは14.1%、特性不安（普段どの程度不安を感じているか）がCut off値以上であったのは24.3%であった。また、抑うつや不安と関連する要素として、主観的な経済的困窮感、定期的受診への職場からの理解、仕事の有無、医療者以外にHIV感染について気軽に相談できる人の有無、アルコール多飲傾向などを挙げている。このようにHIV感染症の診療においては、精神状態や社会経済的状況の把握が重要であると考えられる。

よって、本研究では、HIV感染症の診療においてリスク要因のモニタリングを通し、早期からケアを立案できる問診項目を抽出することを目指し、精神・心理状態や社会経済状況と服薬アドヒアランスとの関連の調査し、リスク要因を抽出することを目的とする。

そのため、①（研究1）独立行政法人国立病院機構大阪医療センターにおけるHIV/AIDS患者の精神神経科受診経緯、治療状況等を把握する、②（研究2）服薬アドヒアランスの阻害要因の抽出のため、精神科医、看護師、臨床心理士らのフォーカスグループを行い、①の結果をあわせ、HIV/AIDS患者の精神科受診調査票（以下、調査票）を作成する。③調査票を用い、HIV/AIDS患者の精神科受診状況を調査し、リスク要因の抽出、問診項目の作成を行う。なお、本年度は、①、②までとする。

研究1

研究目的

昨年度の調査において、HIV感染症患者では心理検査で不安や抑うつ状態と判定される人が相当数存在するにもかかわらず、精神科受診をしていない人がかなりいることが明らかとなった。また、過去の怠薬は精神科受診歴のある人が有意に多いという結果であった。そこで本研究では、精神科受診の状況を把握するための調査を行うことにより精神科受診患者の傾向を把握し、早期受診、治療継続へのサポート、体制を構築するため、実態把握を目的とした。

研究方法

1) 対象

2004年4月～2006年9月までに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を初受診したHIV感染症患者76名のうち、神経内科的診察などを除く70名を調査対象とした。内訳は、男性68名、女性2名、精神科初診時の年齢 37.1 ± 9.35 (mean \pm SD) である。

2) 方法

患者の状況を把握するために以下の項目について調査をした。

受診経路、初診時の精神神経症状・気分状態・行動、精神科医師による診断分類

研究結果

1) 受診経路 (図 1)

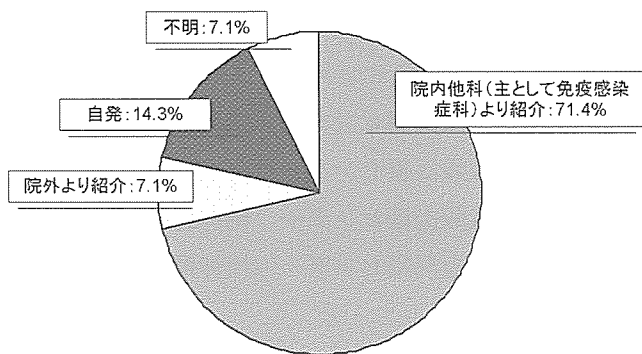


図 1 受診経路

院内よりの紹介受診 50 名、院外からの紹介受診 5 名、自発的な受診 10 名、不明 5 名という結果であり、院内の免疫感染症科医師から勧められての受診が最も多かった。

2) 初診時の精神神経症状・気分状態・行動 (複数記入あり) (図 2)

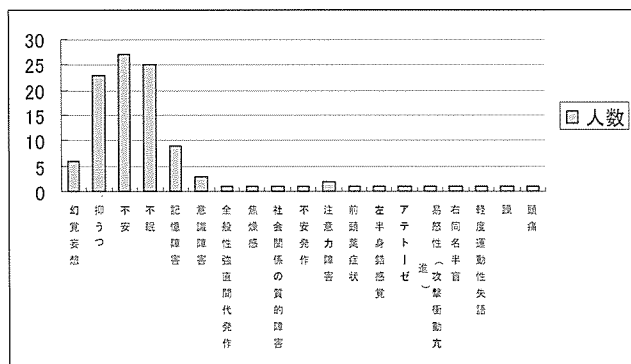


図 2 精神神経症状他 (複数記入あり)

抑うつ、不安、不眠の占める割合が 20% 超と高かった。ひとつの症状にとどまらず、複数の症状がみられるケースもあった。また、状態像は精神的なものから器質的なものまで多岐にわたっていた。

3) 精神科医師による診断分類 (表 1、図 3)

表 1 ICD10 による診断分類 (複数診断あり)

F0 症状性を含む器質性精神障害	10
F1 精神作用物質による精神及び行動の障害	3
F2 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	4
F3 気分 [感情] 障害	19
F4 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	5

F43.2 適応障害	8
F5 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群	2
F6 成人の人格及び行動の障害	13
F7 知的障害 (精神遅滞)	2
F8 心理的発達の障害	1
G4 挿間性及び発作性障害	3
その他状態診断	2
計	72

(F:精神及び行動の障害、G:神経系の疾患)

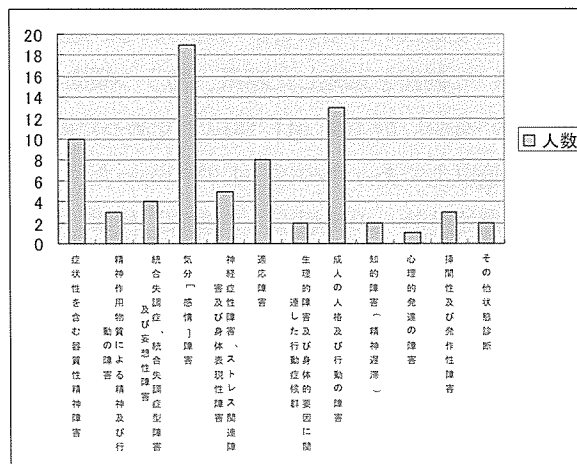


図 3 ICD10 による診断分類 (複数診断あり)

ICD-10 (国際疾病分類第 10 版 2003 年改訂) による分類を行った。全体に占める割合は、F3 気分 [感情] 障害 (うつ病エピソード他) がもっとも高く、F6 成人の人格及び行動の障害 (情緒不安定性人格障害他)、F0 症状性を含む器質性精神障害 (HIV 脳症他)、F43.2 適応障害と続いた。

研究 2

研究目的

研究 1 において、当院の HIV 感染症患者の精神科受診の状況を把握するための調査を行った結果、受診経路、初診時の精神神経症状・気分状態・行動、精神科医師による診断分類の傾向が明らかとなり、さらに詳細な分析の必要性が示唆された。

よって本研究では、①HIV 感染症患者が何らかの精神症状を訴えて精神科、神経科、心療内科等を受診した際に、患者の精神状態およびその社会経済的地位を把握するための調査票を作成する、

②実際に HIV 感染症患者在が精神科、神経科、心療内科等を受診した際に、その調査票を使用し、その傾向を分析することによって、精神状態や服薬アドヒアランスを左右する要因を同定する、③それらの要因の中から、精神科、神経科、心療内科等の受診以前の段階、つまり HIV 感染症の初診時の問診の内容に盛り込むべき項目を抽出し、早期からの患者ケアのプラン立案に役立てる、以上を目的とする。なお、今年度は①を実施し、②および③は次年度以降の実施とする。

研究方法

調査票の項目の抽出の作業を、下記の2つの方法によって行った。①越智ら(2006)の研究結果から、精神状態と関連があるとされる要因を抽出した。②精神科医、看護師、臨床心理士らによるフォーカスグループディスカッションを2回実施し、同様に要因を抽出した。作成に当たっては、調査者が記述しやすいように選択肢による項目となるよう心がけた。

(倫理面への配慮)

フォーカスグループディスカッションから調査票に盛り込む内容の抽出の際には、個人を特定する情報を排除した。

研究結果

先行研究およびフォーカスグループディスカッションの結果から、調査票に盛り込む項目として抽出されたものは下記の通りであった。

①基本情報：ID、氏名、性別、生年月日、精神科初診日、受診経路(紹介または自発・紹介の場合の紹介元)、HIV 感染症の主治医

②精神状態と診断：初診時の診断名(暫定。ICD-10 および DSM-IV-TR)、確定診断(ICD-10 および DSM-IV-TR)、初診時の投薬内容、主訴(いつから)、精神・神経症状・気分状態・行動(幻覚妄想、躁、抑うつ、不安、不眠、記憶障害、意識障害、その他)、身体疾患の既往歴・治療歴(HIV 感染症以外)、精神疾患の既往歴・治療歴

③精神科における処遇：治療計画(定期受診、その場合の受診頻度、1回のみ、不定期)、心理検査(有無、ありの場合の実施時期、HDS-R、MMSE、

N式、JHDS、FAB、D-CAT、WMS-R、その他)

④アルコール、薬物、自殺企図：現在のアルコール摂取(有無・種類・量・頻度)、過去のアルコール摂取(有無・種類・量・頻度・やめた場合その時期)、薬物使用(有無と種類など)、自殺企図歴(有無)

⑤家族・キーパーソン：家族の既往、家族構成(同居者を明記)、キーパーソン

⑥教育・職業・経済状態：教育歴、職業(有無・業種など)、経済状態・社会資源(生活保護、身体障害の等級、その他)

⑦カウンセリング：カウンセリング(有無・ありの場合の担当者)

⑧HIV 感染症：感染時期・感染後年数、告知時期・告知後年数、医療関係者以外の告知相手(有無・ありの場合のその相手)、医療関係者以外の相談相手(有無・ありの場合のその相手)、感染経路(血液製剤・性感染・不明・その他・性的指向)、ウイルス量(精神科初診時・免疫感染症科初診時)、CD4 値(精神科初診時・免疫感染症科初診時)、抗 HIV 治療(有無・ありの場合の開始時期、中断歴)、精神科初診時の投薬内容、精神科初診時の副作用

⑨その他特記事項

以上を調査票としてまとめた(図4 P54 参照)。

考察

HIV 感染症患者在が何らかの精神症状を訴えて精神科、神経科、心療内科等に受診した際には、精神状態と診断、アルコール・薬物、自殺企図、家族・キーパーソン・カウンセリングなどのサポート資源、HIV 感染症の病状などの点に留意することが重要となる可能性が示唆された。

今年度は、それらの点を盛り込んだ調査票の作成までとし、次年度は今回作成した調査票を用い、予備調査による調査票の検討を行う。そして、調査票を用い、HIV/AIDS 患者の精神科受診状況と治療状況の調査を行い、精神・心理状態や社会経済状況と服薬アドヒアランスとの関連の検討し、リスク要因の抽出、および問診項目の抽出を課題とする。

7

社会・経済的困難例における服薬支援に関する研究

分担研究者：小西加保留（関西学院大学 社会学部社会福祉学科）

研究 1：「障害者自立支援医療実施に伴う自立支援医療該当者の状況に関する調査」

研究協力者：

ブロック	調査対象医療機関	所 属	協力者
北海道	北海道大学病院	HIV 相談室 MSW	高田いづみ
	札幌医科大学医学部付属病院	相談課医療相談係長	田中 信夫
	旭川医科大学病院	医療支援課	久保 勇一
東北	独立行政法人国立病院機構 仙台医療センター	相談室 MSW	小倉 美緒
関東 甲信越	新潟大学歯学総合病院	感染管理部 MSW	小林美佐江
	新潟県立新発田病院	管理部経営課医療相談室	加治麻美子
	国立国際医療センター	医事課病歴係長 ACC 情報企画係長	服部 聡 大和 稔
東海	独立行政法人国立病院機構 名古屋医療センター	リサーチレジデント Co. 医療相談室 MSW	菊池恵美子 山田 悦子
	北陸	石川県立中央病院	医療相談室 MSW 山下美津江
近畿	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 MSW	岡本 学
中国	広島大学病院	医療対策室 MSW	船附 祥子
四国	広島県立広島病院	地域連携室 MSW	平岡 毅
九州	独立行政法人国立病院機構 九州医療センター	福岡県派遣 MSW 医療相談室 MSW	本松 由紀 首藤美奈子 有高 綾

研究要旨

障害者自立支援法の施行に基づき、平成 18 年 4 月から導入された自立支援医療が、HIV 感染者の受診や治療、服薬状況に与える影響について、その現状と課題を把握することを目的に、ACC 及び全国 8 ブロックのブロック拠点病院のソーシャルワーカー又は医事課職員を対象のアンケート調査を行った。その結果、服薬状況と自立支援医療の利用には、ブロックにより他の障害者制度との関係などから地域差が大きかった。自己負担割合は 10,000 円が最も多く 43.7%、続いて 5,000 円、2,500 円の順で、20,000 円の方は 12.9%であった。総じて、自立支援医療 1 割自己負担導入による服薬アドヒアランス、受診抑制など目立った影響は報告されなかったが、今後の動向に照らし経過を追う必要が示された。

研究目的

背景：自立支援医療は平成 18 年 4 月から障害者自立支援法の施行に基づき、生活保護受給者を除き、原則 1 割の自己負担が導入され、抜本

的な改革が行われた。

そして、旧更生医療から自立支援医療（更生医療）に変わる時期には、医療費の自己負担額が増え、しかも自己負担上限額が低所得者にお

いて相対的に負担が大きくなるため、「服薬中の患者に影響があり、受診間隔を長くせざるを得なくなる、治療の中断者が出る」などの危惧を報じた機関紙やネット情報があり、患者側にも不安が広がった。

現在も、抗 HIV 療法は一生継続して受ける必要が有るため、自立支援医療受給者が医療費の自己負担額増加に伴い、受診や治療を控えるなど、服薬状況にも影響がでてくるのではないかと、といった懸念がある。

目的：「免疫機能障害」により、抗 HIV 療法、免疫調節療法、その他合併症の予防や治療を受ける方を対象とする自立支援医療の現状と課題を把握する。

研究方法

- 1) 調査対象月
平成 18 年 12 月 1 日 現在
- 2) 調査対象医療機関
全国 8 ブロック拠点病院及び国際医療センター
- 3) 調査対象者
自立支援医療（更生医療）受給対象者のうち、免疫機能障害で「重度かつ継続する医療」に該当し、自己負担が通常 1 割負担のところ、1 ヶ月あたりの自己負担限度額が表 1 の 5 区分に該当する受給者。
- 4) 調査方法
ブロック拠点病院 MSW 等の協力により下記項目の調査を文書で行った。

表 1 所得区分と負担上限月額

所得区分の内容	負担上限月額
生活保護世帯	0 円
市町村民税非課税世帯で本人収入が年間 80 万円以下の方	2,500 円
市町村民税非課税世帯で本人収入が 80 万円を超える。もしくは、市町村民税（所得割額）が 2 万円未満の方	5,000 円
市町村民税（所得割額）が 2 万円以上 20 万円未満の方	10,000 円
市町村民税（所得割額）が 20 万円以上の方	20,000 円

5) 調査項目

（平成 18 年 12 月 1 日現在における、薬害による感染者を除く患者数）

- (1) 自立支援医療受給者証を病院へ呈示されている患者数（所持）
- (2) 対象者の「重度かつ継続する」1 ヶ月あたりの自己負担上限額
- (3) 自立支援医療の利用者数
- (4) 抗 HIV 療法、免疫調節療法など HIV 感染に対する治療中の患者数（服薬中）
- (5) 現在、入院・通院中の HIV 感染患者数（実患者）
- (6) 現在までの HIV 感染患者の累積数
- (7) 自立支援医療の実施に伴う影響について
- (8) 自立支援医療と重度障害者医療を併用

する場合の問題点について

研究結果

全国の 8 ブロック 14 ブロック拠点病院中 12 病院に加え、国際医療センターエイズ治療・研究開発センター 計 13 医療機関より回答あり。

（なお一部、国立大阪医療センターの調査項目 (1) (2) (3) については、平成 18 年 12 月 4 日～16 日までの期間に限定した受診者を対象とした。）

- 1) 全ブロックの状況
 - (1) 受給者証所持患者数 計 789 人
 - (2) 利用者数 計 769 人
 - (3) 服薬中患者数 計 1,503 人

(4) 実患者数 計 2,744 人

(5) 累積数 計 3,840 人

また、(2)における(1)対象者の1ヵ月あたりの自己負担上限額別の人数は、0円 76人、2,500円 121人、5,000円 145人、10,000円 345人、20,000円 102人、合計 789人である。

2) HAART 開始率の地域差

現在入・通院中の患者における HAART 継続中の患者数は、8ブロック間で 25~559人、服薬率は 46.5~66.3%の間で差がみられた(図1)。

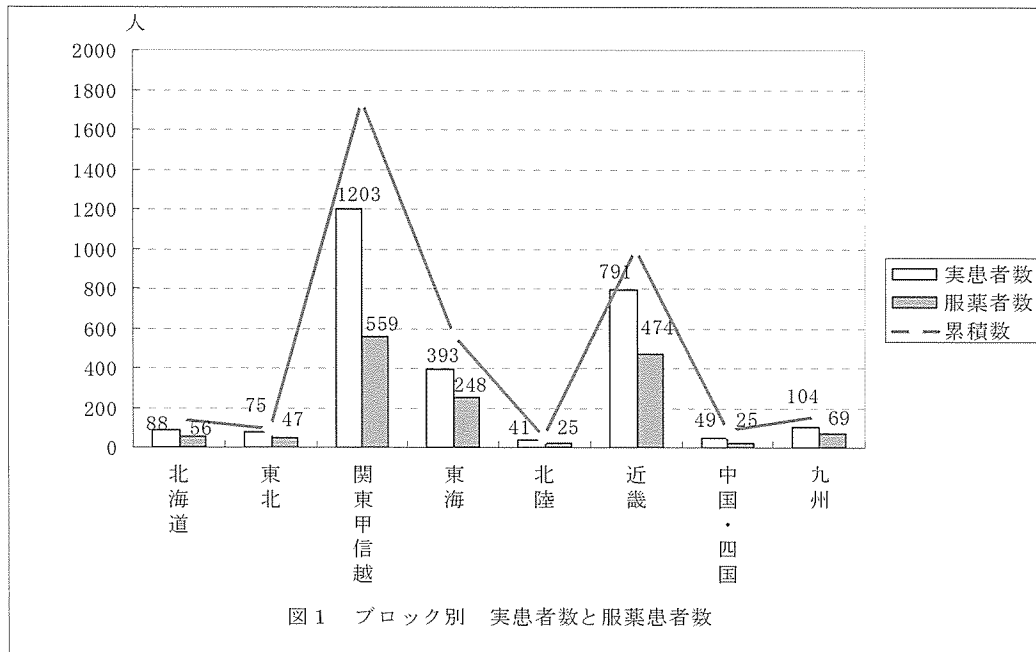


図1 ブロック別 実患者数と服薬患者数

国際医療センターを含む関東甲信越ブロックが患者の中で治療を開始している人の比率は 45.9%と最も少なく、九州ブロックが 66.3%で最も多い。

実患者数は、1位 国際医療センター43.0%、2位 国立大阪医療センター28.8%と、2病院で全体の 71.8%を占め大都市に集中していることが改めて示された(表2)。

3) 自立支援医療の利用状況

自立支援医療の制度申請手続きを行い、交付された受給者証を病院へ呈示されている患者数と実際に制度を利用している患者数を、抗 HIV薬を服薬中の患者数との関係をブロック別に比較した(表3)。

表2 実患者数と服薬者数 (人) 服薬率

ブロック名	北海道	東北	関東甲信越	東海	北陸	近畿	中国四国	九州	合計
累積数	142	98	1742	567	56	999	83	153	3840
実患者数	88	75	1203	393	41	791	49	104	2744
服薬者数	56	47	559	248	25	474	25	69	1503
服薬率	63.6%	62.7%	46.5%	63.1%	61.0%	59.9%	51.0%	66.3%	54.8%

表 3 自立支援医療の利用状況

	北海道	東北	関東 甲信越	東海	北陸	近畿	中国 四国	九州	合計
受給者証の所持者	17	33	554	62	7	25	35	56	789
利用者	12	33	539	62	7	25	35	56	769
服薬者	56	47	559	248	25	474	25	69	1503

注目されるのは中国四国ブロックであり、自立支援医療の申請を済ませているが治療を開始していない人が 10 人いるという他ブロックに無い 140%の申請率である。

服薬中の患者数と比べ自立支援医療を利用している患者が少ないのは北海道、東海、北陸(図 2)。なお、近畿(大阪医療センター)は 12 月の 2 週間に期間を限定して利用者状況を報告、一部の把握にとどまったため実態は不明である。

また、制度申請手続きをとり受給者証を持っているが、実際には利用していない人が居るのは北海道、関東甲信越ブロックであり、他の公費負担医療の制度、重度障害者医療の方が、自己負担額が低くすむため、患者さんが選択し、利用していると考えられる。

4) 二つの公費負担医療制度

自立支援医療は障害者自立支援法に定められた医療保障である。その他に、都道府県単位で設けられた公費負担医療の重度障害者医療がある。(資料 1 参照 P. 64)

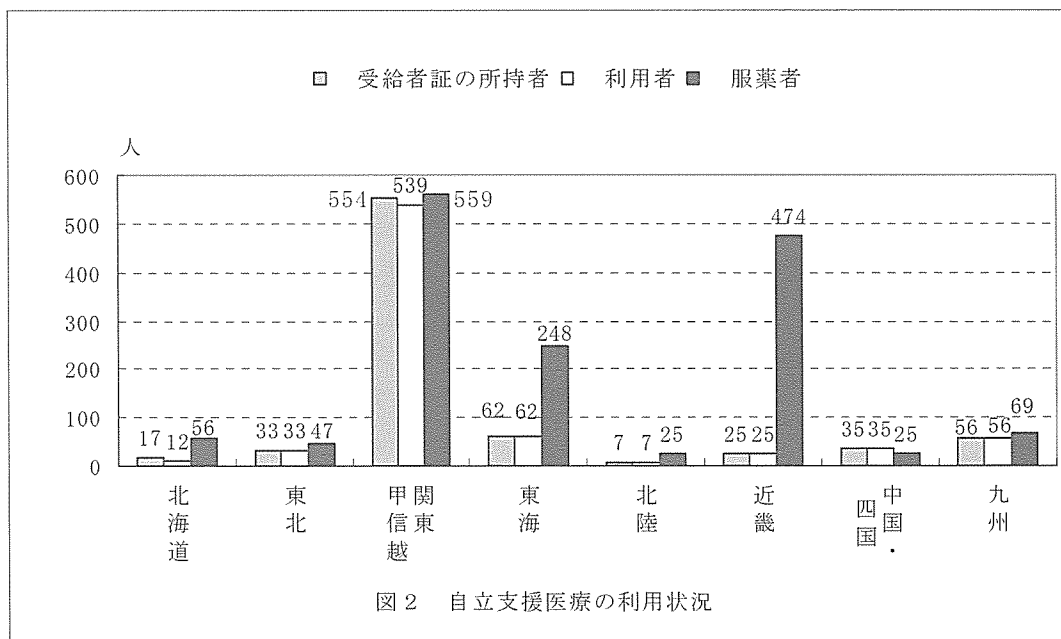
HIV 感染者が身体障害者手帳の取得後に二つの医療助成制度を利用するに当り、優先的に自立支援医療を使っている地域との格差は図 3 で明確に表れている。

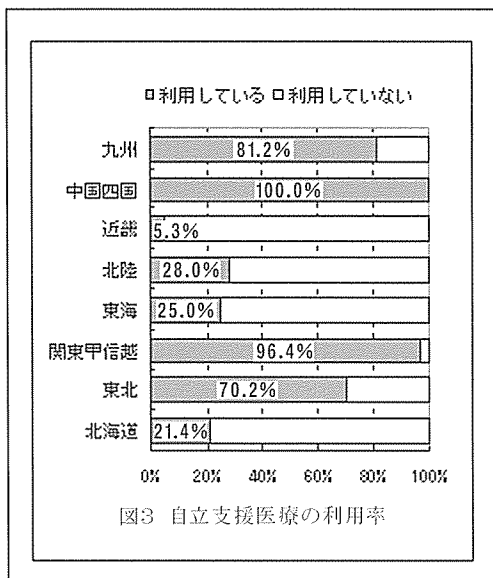
重度障害者医療の補助内容が充実している東海ブロックは 25%と利用率が低い。

財政難の北海道・島根県、さらに岡山県では一割負担等が導入され自立支援医療と同率の負担になっている。しかし北海道札幌市では重度医療に上乘せ事業を行っているため影響は少なく 21.4%の利用率となっている。

このように、二つの制度が入り混じりながら地域差を出してはいるが、多くの自治体で、重度障害者医療により自立支援医療利用者の医療費自己負担が還付手続きで軽減されている。(都道府県別重度障害者医療等医療給付制度一覧表：資料 2 を参照 P. 65)

調査項目 (7) 自立支援医療の実施に伴う影響では、病院や薬局会計窓口等での手続き上の混乱が多く挙げられていた。(資料 3P. 67)





また、(8) 自立支援医療と重度障害者医療を併用する場合の問題点については、ほとんどのブロック拠点病院の窓口で重度障害者医療と自

立支援医療の同時併用はできない。このため自立支援医療を病院や薬局窓口で使い、一旦、自己負担上限額を支払った後、患者さんが役所に行き重度障害者医療に応じた額の償還払い手続きをする上での手間に関する記述があった。(同資料3)

5) 自己負担上限月額別の地域差

自立支援医療の受給者証を持っている人の医療費自己負担上限額別は各ブロックで特徴のある所も出ている。(表4)

各ブロックにより額別の状況の違いが見られる。九州の計56人は他に審査中で決定待ち11人を除いての数であり、生活保護受給者の比率が高く特異な2極化となっているように見える。東北は2,500円、5,000円、10,000円と均一。北海道、東北東海、北陸では生活保護受給者は0人。

表4 自立支援医療受給者証 自己負担上限月額別の人数(人)

負担上限 月額	北海道	東北	関東 甲信越	東海	北陸	近畿	中国 四国	九州	合計
0円	0 0.0%	0 0.0%	49 8.8%	0 0.0%	0 0.0%	7 28.0%	2 5.7%	18 32.1%	76 9.6%
2,500円	1 5.9%	10 30.3%	81 14.6%	8 12.9%	0 0.0%	6 24.0%	7 20.0%	8 14.3%	121 15.3%
5,000円	5 29.4%	10 30.3%	99 17.9%	7 11.3%	1 14.3%	3 12.0%	14 40.0%	6 10.7%	145 18.4%
10,000円	9 52.9%	9 27.3%	249 44.9%	33 53.2%	6 85.7%	7 28.0%	9 25.7%	23 41.1%	345 43.7%
20,000円	2 11.8%	4 12.1%	76 13.7%	14 22.6%	0 0.0%	2 8.0%	3 8.6%	1 1.8%	102 12.9%
計(n)	17	33	554	62	7	25	35	56	789

さらに分けると図 4 のような棒グラフとなり、20,000 円負担の比率が多いのは、関東甲信越、東海であり、全ブロック計 102 人 12.9%である。

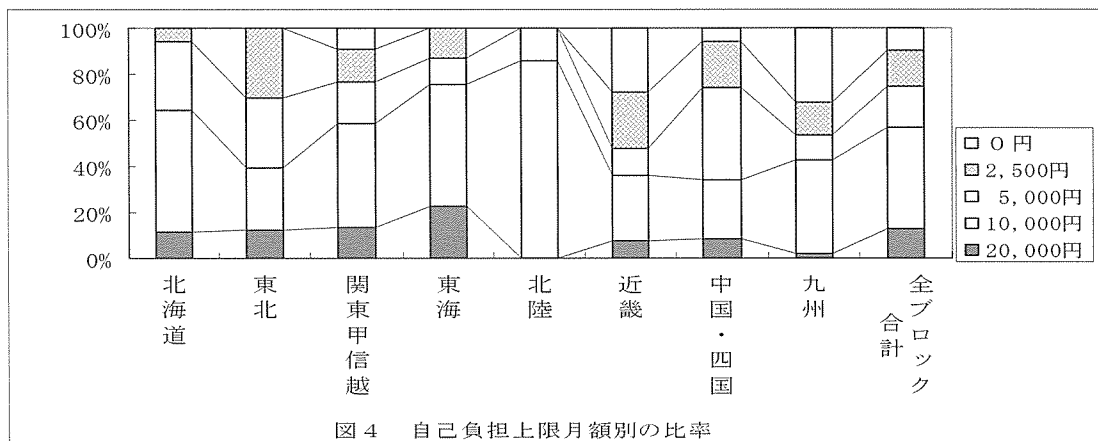
考察

服薬アドヒアランスを維持する要因の一つである医療費、経済的問題について、平成 18 年 4 月に大きな改正のあった自立支援医療一割自己負担導入の影響を本調査で調べた結果は、幸い

直接目に見えた診療・受診抑制の報告はなかった。

自立支援医療の現時点の問題は、中途失業などで収入減となった場合には、現在、定められている「障害者自立支援法における境界階層対象者に対する負担軽減措置」では生活保護申請と何ら変わらない手続きが必然であり、効果が見られない。失業中の人には違った対応が必要であり、状況に合わせた柔軟な対策が望まれる。

また今後も、医療費の自己負担額が増える制度の更なる改革が予定されている。



- (1) 平成 19 年 7 月 自己負担上限額を査定する市町村民課税（所得割額）が平成 19 年度の税源移譲の影響により増えるため、さらに医療費の自己負担額が高くなる方が出ることも試算される。
- (2) 平成 21 年度には自立支援医療の見直しが予定され、経過措置を外された場合に対象外となるのは、自己負担上限月額 20,000 円のランクであり、本調査の上では 102 人（12.9%）。

→ 3割の自己負担

例：1カ月の医療費負担金額

概算の診療代	8,000 円
薬代	50,000 円
計	58,000 円

現在、国による公的責任の下で保障されている障害者の公費負担医療制度の陰りが、HAART を必要とする人から治療の機会を奪うことの無いよう、また、高い治療効果の

質を保つ努力を続け、耐性ウイルス防止への安全策が必要である。これから平成 21 年へ向けて、実情を調査し、基本的な課題の提示が不可欠と感じている。

結論

平成 18 年 4 月から導入された障害者自立支援医療が、HIV 感染者の受診や治療、服薬状況に対して与える影響について調査した結果、特に目立った影響は報告されなかった。しかし、今後の制度の動向に照らして、必要な医療を保障するために、経過を追う必要性が示された。

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

研究 2：「服薬に課題を持つ困難事例に対する心理社会的支援におけるチーム医療」

研究協力者：安尾 利彦(独立行政法人国立病院機構大阪医療センター 臨床心理士)
 仲倉 高広(独立行政法人国立病院機構大阪医療センター 臨床心理士)
 岡本 学(独立行政法人国立病院機構大阪医療センター ソーシャルワーカー)
 廣常 秀人(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)
 山中 京子(大阪府立大学 人間社会学部社会福祉学科)
 小松美智子(武蔵野大学 現代社会学部社会福祉学科)
 榎本てる子(京都府派遣カウンセラー、バザールカフェ代表)
 角 佳子(神戸市須磨区保健福祉部)

研究要旨

心理・社会的支援を専門とする職種、即ち、カウンセラー、ソーシャルワーカー、精神科医による、服薬支援を課題とした事例における、連携や役割分担の内実や課題を明らかにするために、臨床心理士より提供された2事例を用いて、フォーカスグループミーティングを実施し、その内容を分析した。その結果、円滑な治療の遂行と患者の生活の質支援のためには、治療上の課題、心理的課題の機序への理解と適切な支援、社会資源の導入や就労などの社会的支援が深く連動していることへの認識が重要であること、およびそのためのチーム対応の多様な機会が求められることが示された。

研究目的

心理・社会的支援を専門とする職種、即ち、カウンセラー、ソーシャルワーカー、精神科医による、服薬支援を課題とした事例における、連携や役割分担の内実や課題を明らかにする。従来議論されてきた心理・社会的支援に関わるチーム医療の内容より、さらに深く踏み込んだ内容を明らかにすることを目指す。尚、先行研究については、本研究班分担研究者山中京子氏による「多職種間連携及びチーム医療に関する文献研究」において記載した。

研究方法

臨床心理士より提供された具体的な2事例を用いて、フォーカスグループミーティングを実施し、内容分析を行う。

フォーカスグループ参加者

ケース A: 臨床心理士 3 人

ソーシャルワーカー 4 人

ケース B: 臨床心理士 3 人

ソーシャルワーカー 3 人

精神科医師 1 人

(倫理的配慮) ケース A, B 共に、患者本人に今回の研究への協力について了解を得た。

1-1 研究結果

ケース A 20 歳代 男性 同性間感染

病状：幻聴、空笑。受診や服薬中断による症状悪化、暴言・奇行などあり。病識あり。精神科の診断は統合失調症。抗 HIV 療法目的の入院歴あり。

社会的背景：両親と姉、妹の 5 人家族。家族は非常に協力的であるが、本人への対応困難・不安感が強い。本人は高卒後、専門学校卒。アルバイトをしたり辞めたりの繰り返し。

心理的課題：自我同一性の混乱 (性的指向)。自我障害は少ない。仕事をやめる理由は、動作緩慢の他、不明。併発脳症については除外済。HIV への認識不明。年上の男性へのアンビバレント (治療者との関係) が予想される。

臨床心理士の援助目標と方針：

1. 服薬と副作用へのコーピングへの行動療法的アプローチ。即ち、「仕事をしたい→薬を飲む→しんどくなる→薬を飲まない→症状が悪く

なる→仕事をやめる」というサイクルから、「仕事をしたい→薬を飲む→しんどくなる→薬を飲み続けながらもしんどさに対処する方法を探す→症状安定」というように、精神科的症状の安定を優先することとした。統合失調症ではない印象で、他の心理療法を実施できる可能性はあったが、途中から方向転換は困難と考え、実施せず。

2. 家族の服薬への理解と本人への対応への支援。1のサイクルの意味を家族と共有できるように働きかける。その結果、服薬継続、症状安定したため、心理士の援助は終結。

3. 家族の今後の見通しへの不安への対応。症状安定により、援助を終結しているため、家族に何か変化があったときに改めて対応する可能性が高い。

ソーシャルワーカーとの接点：入院時の依頼により、医療費を点検。更生医療の遡及への援助を行う。その際、患者の対処能力はありとのアセスメント。本人は「仕事を楽しんでやっている」と述べる。臨床心理士から余暇の過ごし方についての依頼あり、SSTを実施するも本人のレベルが高過ぎ、中止。

就労支援の意味：患者にとっての社会復帰の意味をアセスメントし、心理的課題や背景を配慮し、本人に適した就労援助をすることで、失敗体験を繰り返すことのデメリットをなくすような支援が必要。一方で、社会生活上の困難を抱える人でも働くことが出来る社会的リソースの開拓も重要。

1-2 考察

服薬支援と就労支援の両立という点で課題が残った。本人の心理的機序や精神科的診断がより明確になり、その内容が医療チーム内で、また家族とも共有されることで、服薬継続と本人に適した形での就労支援を両立させる可能性があると考えられる。

2-1 研究結果

ケースB 40歳代 男性 同性間感染

病状：抗ウイルス剤は副作用により、中断し、

経過観察中。精神科の診断は、抑うつを伴う適応障害

社会的背景：思春期以降人間関係を巡って不適応傾向が認められた。専門学校卒業後就労継続するも、人間関係や体調悪化のため、退職。その後はアルバイトするも、現在は無職。両親は離婚。別居の同胞と本人の間に葛藤がある。同居の親も病気がちで、介護問題が最近浮上している。

心理的課題：人との距離のとり方に課題。HIV感染が判明する以前から家族からの自立と依存を巡って葛藤的な状況が持続しており、HIV感染判明後も家族との関係のあり方が、本人がいかにHIV感染を受け止めその後の人生を生きていくかを左右するような影響を及ぼしていることが伺われた。職業選択を含めアイデンティティが拡散した状態にあり、劣等感、抑うつ感、怒り、焦燥感がある。

今後の支援上の課題：

1. 本人の特性や家族力動を視野に入れた支援。例えば今後親に介護サービスを導入する際には、ケアマネジャーらが家族関係の機序を理解した上ででの介入が求められ、医療機関スタッフとの連携が重要課題となる。また親への心理的サポートの必要性も考えられる。

2. 未解決の心理的課題への対応。HIV感染をいかに受け止めて対処していくかという課題に加えて、中年期以降の課題であると考えられる親の老いの受け止めと家庭内での役割の変化、さらには職業選択を含め自分自身のアイデンティティの確立という青年期以降未解決であった心理的課題に対しても、同時に直面せざるを得なくなったと考えられる。

3. 自立への課題と治療者との関係性。自立の課題を扱う際の、罪償感や逆転移等の問題の自覚や対応が必要となる。

2-2 考察

患者の対人関係の歴史、家族力動に関する見通しを視野に入れたチームによる支援が重要となる。即ち、本人の心理的機序や心理的課題を見立てることや、家族力動の理解、治療者への

転移、逆転移の自覚などが、それぞれのチームスタッフごとの患者・家族の課題解決のための介入の仕方、方向性に密接に関係することになる。

結論

患者の心理社会的課題の意味を理解し、医学的課題と対応、心理的課題と機序への理解と適切な支援、介護サービスなどの社会資源の導入や就労など社会的課題への支援などが、全て深く連動していることを自らの専門性と結びつけて十分に自覚して介入することが、円滑な治療の遂行と患者の生活の質の双方への支援に繋がることが示された。そのためには、各職種それぞれの専門的知識や技術の向上、患者対応のための多様な機会提供のシステム化などが重要となる。

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