

パターン2の増加が懸念されるが、患者にはHIV感染症としての療養支援のみならず、生活習慣病予防としての情報提供や指導を行い、慢性腎不全の予防に努める必要性を再確認した。

2. 医療均てん化のための取り組み

2-1. 基礎研修テキスト2013年版の作成

背景：全国の看護体制調査の結果からも、看護師の研修の需要は大きく、理由として治療法の著しい進歩によるところが大きい。また医療機関による通院患者数の違いも大きく、担当する看護師も配置換えなどテキストによる情報収集の希望の問い合わせがある。しかし現実に研修参加が叶わないことも多い。

看護師向けの基礎研修テキストについて平成23年度まではACCとブロック拠点病院の看護実務者内でプロジェクトを組み基礎研修内容を吟味しスライドを作成し、CD-ROMとして後輩育成のために使用してきた。予防指針で中核拠点病院の機能強化が求められるため平成24年度から基礎研修テキストを中核拠点病院へ配布した。今年度も北陸ブロック石川県立中央病院 高山次代さん・山田三枝子さん、名古屋医療センター 羽柴知恵子さんらを中心に改定いただき、テキストを作成し中核拠点病院に向けてテキストとUSBを、拠点病院にはテキストの配布を予定する。なお、配布時にアンケート用紙を同封し来年度の改定に意見を反映させる予定である。

目的：基礎研修テキストを作成しそれを拠点病院の看護師に配布し、医療の均てん化を目指す。

方法：ブロック拠点病院HIV/AIDS実務担当者からなるプロジェクトチームが基礎研修項目を話し合い、項目内容に合ったスライドを作成し、テキストにした。

結果：スライド資料参照（文末：資料1～7）

2-2. HIV/AIDS看護体制に関する全国調査

目的：全国エイズ診療拠点病院の看護体制の現状や課題を把握し、看護体制の整備、HIV/AIDS担当看護師の支援に役立てる。

対象：各拠点病院のHIV/AIDS担当看護師

期間：平成25年1月～3月

方法：郵送によるアンケート調査用紙を配布し、郵送で回収した。調査で得られた結果を平成22年度の調査と比較・分析した。結果を第27回日本エイ

ズ学会学術集会で発表した。

主な調査項目：

- 1) 施設に関すること（受診件数・加算算定の有無など）
- 2) 担当看護師に関すること（担当配置の有無・ケア状況）

※以下の内容を本調査から追加した。

「患者からの相談内容」、「ケア実施上の困難・課題およびその対処方法」

3) ブロック拠点病院への期待・研修に関すること
結果：平成24年度調査（以下、今回調査）は、375施設に調査票を配布し137施設から回答があった（回収率37%）。平成22年度調査（以下、前回調査）は148施設（回収率：40.2%）だった。

〔通院患者数と担当看護師配置〕今回調査で患者が通院していると回答のあった107施設のうち、71施設で担当看護師が配置されていた。前回調査に比べ、通院患者のいる施設の数は増えていたが、HIV担当看護師の配置は減少していた。

〔診療報酬算定状況について〕

ウイルス疾患指導料2、チーム医療加算について、今回調査ではウイルス疾患指導料2は107施設のうち78施設、73%で算定されており前回に比べ上昇し、チーム医療加算は78施設のうち30施設、38%と算定割合は減少していたが、施設数の変化はなかった。今回調査では過半数の施設で、前回の調査同様にチーム医療加算が算定できていなかった。「チーム医療加算」の非算定要件は、「専従看護師の配置」、「専任薬剤師の配置」の順で多かった。

〔担当看護師のケア実施状況〕

担当看護師が配置されている施設でのケア実施状況の割合は、前回調査と比較して全体に若干ではあるが、増加傾向にあった。「4. 体調の観察と対処」の看護の基礎的項目は実施100%、「9. 服薬スケジュールの立案」と「16. サポートグループの紹介」は前回調査同様、実施率は低い傾向にあった。

診療報酬の算定状況の違いでケア実施状況を前回の調査と比較したところ、「ウイルス疾患指導料2」の算定状況の違いでは、全体の実施率は上昇していた。特に青色の非算定施設での実施率が上昇し、赤の算定施設との実施率の差が減っていた。1から6の療養に関する項目については、全体的に実施率が高い傾向にあった。「11. 服薬状況の確認」、「13. キーパーソンの確保」も算定・非算定を問わず特に実施率が高く、一方、「14. 15他者へ

の病名うちあけ支援」は算定施設で高い傾向だった。

ついで「チーム医療加算」の算定状況別でみると青色の非算定施設で実施率があがっており、赤色の加算施設では実施率に差はほとんどみられなかった。7-9の服薬に関する項目においては、実施率が80%以下だった。「16. サポートグループの紹介」についてだけは、加算状況を問わず実施率が低い状況だった。

〔患者からの相談〕

患者からの相談内容（選択項目）について、複数回答で80%以上を占めたものは、「身体症状など診療や療養に関すること」が多く、「生活に関すること」を含め療養全般にわたる内容となっていた。自由記載では、大きく3つにわけられた。「患者への直接的支援」では、HIV以外の性感染症について、薬物使用、アルコール依存の相談、「療養に伴う環境調整」については、自立困難な現状に対応した在宅サービスや施設入所の相談、転居に伴う転院について、「人間関係について」は、医師との関係、パートナーの死に伴う苦悩だった。

〔ケアの困難・ケア実施上の課題とその対処法〕

特に回答数が多かった3項目は「スタッフの育成」、「精神面のケア」、「サポート形成支援」だった。ケアの困難・ケア実施上の課題で最も多かった「スタッフの育成の対処法」について、「研修会などで知識の習得」が最も多く、次いで「文献などで自己学習」、「多職種との連携」が多かった。次いで「精神面のケアの対処方法」について「研修会などで知識の習得」が最も多く、「文献などで自己学習」、「多職種との連携」だった。さらに「サポート形成支援の対処方法について」は「多職種との連携」が最も多く、「研修会などで知識の習得」、「拠点病院・ブロック拠点病院への相談・連携」の順だった。

〔ブロック拠点病院の研修について〕

ブロック拠点病院の担当看護師の役割として「研修の提供」があるが、ブロック拠点病院の研修がどの程度周知されているか、参加されているかを尋ねたところ、研修の周知・参加割合とも前回調査より増加し、全体の8割以上の施設が実施する研修を知っており、参加したことがあると回答していた。

研修受講後の自施設での取り組みとしても伝達講習の実施や各部署単位での勉強会を開催されていた。

〔ブロック拠点病院のHIV/AIDS担当看護師に期待する支援〕「看護活動上困った時の相談窓口になってほしい」が77件、55%で最も多く、次いで「最新情報の発信をしてほしい」69件、50%とこの2項目は50%以上の回答があった。

まとめ・考察：

- 今回調査と前回調査の結果を比較したところ、回収率が低下しているが、同じ施設が回答しているわけではなかった。
- 通院患者があると回答しているにも関わらず、診療報酬算定数が低い結果から、診療報酬算定に関する情報提供を行う必要がある。
- 「ケア実施率」は調査を重ねるごとに向上していた。「ケア実施率」が増加した背景には患者数の増加に伴い、ケア提供の機会が増えたことも考えられる。「服薬支援」、「サポートグループの紹介」は低い傾向にあったが、チーム内の連携（多職種による実施）も背景にあると考えられるため、今後、多職種との連携状況の項目を追加した調査を検討する。
- 患者からの相談内容は、「診療・治療に関するもの」から「転院」、「在宅療養」、「薬物・アルコール依存の問題」など多岐にわたっていた。これは、患者の背景の複雑さにより、ケア困難さを感じていると考える。
- ケアの困難・ケア実施上の課題では、「スタッフ育成」、「精神的ケア」、「サポート形成支援」があり、その対処として「研修会の参加」や「自己学習」、「多職種との連携」で対応されていた。今後は、多職種との連携の実際も含めて研修内容のブロック拠点病院のHIV/AIDS担当看護師として、相談窓口・最新情報の発信の役割を継続していく必要がある。

（文末：結果1～16参照）

（倫理面への配慮）

個人情報に関するプライバシー漏洩を避けるよう、十分配慮した。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 原著論文

なし

2. 口頭発表

- 1) 池田和子、西城淳美、服部久恵、大金美和、塩田ひとみ、伊藤 紅、小山美紀、木下真里、中家奈緒美、照屋勝治、田沼順子、塚田訓久、潟永博之、菊池 嘉、岡 慎一：HIV感染症患者の長期療養支援の検討－薬害被害者の入院と連携状況について－ 第27回日本エイズ学会学術集会・総会、2013年11月
- 2) 大金美和、池田和子、塩田ひとみ、中家奈緒美、木下真里、小山美紀、伊藤 紅、田沼順子、照屋勝治、塚田訓久、潟永博之、菊池 嘉、岡 慎一：HIV感染血友病患者の包括的視点による支援特性のパイロット調査 第27回日本エイズ学会学術集会・総会 2013年11月
- 3) 羽柴智恵子、東 政美、小山美紀、伊藤 紅、大野稔子、渡部恵子、伊藤ひとみ、川口 玲、高山次代、下司有加、木下一枝、城崎真弓、大金美和、池田和子：エイズ診療拠点病院HIV担当看護師に対する支援の検討「HIV/AIDS看護に関する調査」結果から（その1）－診療報酬の算定と看護ケア実践に関する現状と課題－ 第27回日本エイズ学会学術集会・総会 2013年11月
- 4) 東 政美、羽柴智恵子、小山美紀、伊藤 紅、大野稔子、渡部恵子、伊藤ひとみ、川口 玲、高山次代、下司有加、木下一枝、城崎真弓、大金美和、池田和子：エイズ診療拠点病院HIV担当看護師に対する支援の検討「HIV/AIDS看護に関する調査」結果から（その2）－看護ケア実践に関する課題と支援ニーズ－ 第27回日本エイズ学会学術集会・総会 2013年11月
- 5) 木下真里、池田和子、塩田ひとみ、小山美紀、伊藤 紅、杉野祐子、大金美和、塚田訓久、田沼順子、照屋勝治、潟永博之、菊池 嘉、岡 慎一：（独）国立国際医療研究センターエイズ治療研究開発センターにおける外国人患者の療養状況 第27回日本エイズ学会学術集会・総会 2013年11月
- 6) 伊藤 紅、河原加代子、島田 恵、池田和子、大金美和、菊池 嘉、岡 慎一：エイズ診療拠点病院の外来看護師によるセルフマネジメント支援の実態とその関連要因に関する調査 第27回日本エイズ学会学術集会・総会 2013年11月
- 7) 森本奈央、田中瑞恵、大橋香織、山中純子、瓜生英子、細川真一、池田和子、大金美和、木内英、田沼順子、菊池 嘉、岡 慎一、松下竹次：よりよい小児HIV診療を目指して－治療・ケアに

おける問題点と対策の検討－ 第27回日本エイズ学会学術集会・総会 2013年11月

3. ポスター発表

- 1) 九津見雅美、池田和子、大金美和、内海桃絵：地域サービス提供者における自立困難で長期療養が必要なHIV陽性者の受け入れ経験 第27回日本エイズ学会学術集会・総会 2013年11月

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

資料1

I. 総論

1. HIV感染症の疫学

- ① 世界のHIV感染者数
- ② 日本のHIV感染者数の年次推移
～新規HIV感染者/AIDS患者～
- ③ ブロック別累積報告者数
- ④ 日本のHIV感染者の年齢分布
- ⑤ 日本の感染経路別年次推移
- ⑥ 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律
- ⑦ 後天性免疫不全症候群に関する特定感染症予防指針

I. 総論

2. 日本の医療体制

- ① 日本のHIV医療体制整備の歴史
- ② HIV医療体制のイメージ
- ③ ブロック拠点病院の一覧

I-1-①世界のHIV感染者数

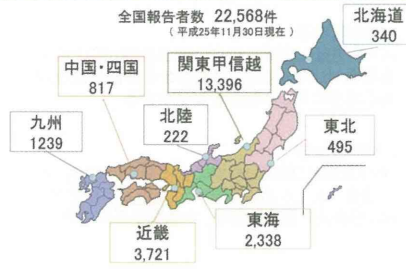
2012年末 推計 3,530万人 (3,220-3,880万人)



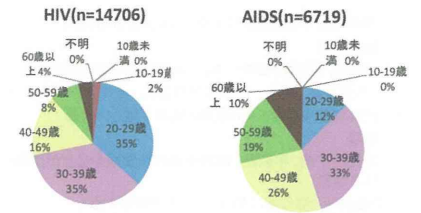
I-1-②日本のHIV感染者数の年次推移
～新規HIV感染者/AIDS患者数～



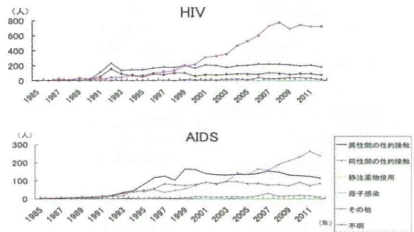
I-1-③ブロック別累積報告者数



I-1-④日本のHIV感染者の年齢分布



I-1-⑤日本の感染経路別年次推移
～新規HIV感染者/AIDS患者数～



I-1-⑥感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律

- 第6条の6
後天性免疫不全症候群...5類感染症(全数把握)
- 第12条の2
医師は7日以内に保健所に届出をしなければならない
- * 行政へ以下の届出用紙を提出が必要
1. 新規感染者の診断時
- 「後天性免疫不全症候群発生届」
※ 1患者1回限り、最近数年間の居住地の記載が必要
 2. 病状変化時
- 「病状変化報告書」

I-1-⑦後天性免疫不全症候群に関する特定感染症予防指針 (2012/1/19 改訂のポイント)

- ・ 「検査・相談体制の充実」の位置付けを強化
 - 新たに単独の章として位置付け
 - 場所や時間帯等、受検者の利便性に配慮した検査を実施し、医療機関受診を促す
- ・ 個別施策層に対する検査について、目標設定の必要性を明記
- ・ 地域における総合的な医療提供体制の充実
 - 各種拠点病院と地域の診療所等の診療連携体制を構築する
 - 中核拠点病院におけるコーディネート機能を担う看護部等の配置を促進する
 - 不安・軒差等の発生・合併症対策は、当該研究及び医療について、診療科間の連携のもと、その取り組みを強化する
 - 精神医学的介入による治療を円滑に行うため、精神科担当医療従事者に対する研修を実施する
 - 診療連携を進め、長期療養・在宅療養の患者などを積極的に支える医療体制整備を推進する
- ・ NGO等との連携の重要性を明記

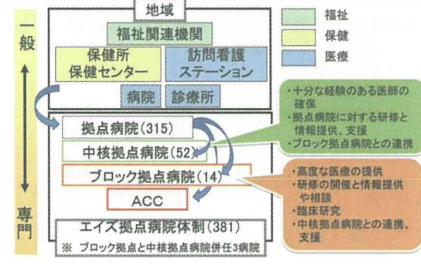
I-2-①日本のHIV医療体制整備の歴史

1981年 世界で患者報告
1983年 日本でエイズ患者第一例
1992年 エイズ診療拠点病院体制が整備
1996年 業害エイズ訴訟の和解が成立
1997年 エイズ治療・研究開発センター(ACC)設立
「ブロック拠点病院」を全国8ブロックに整備
担当医師、看護師、カウンセラー、情報担当職員の配置
個室の外来診察室、個室病棟、カウンセリング室の確保

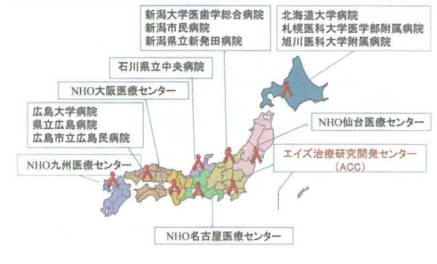
2006年 都道府県毎に原則1ヶ所の「中核拠点病院」を整備
ウイルス疾患指導管理2(チーム医療加算)創設

目標 : HIV感染者が全国のどの医療機関においても安心して高度な医療とサービスを受けることができる

I-2-②HIV医療体制のイメージ



I-2-③ACCとブロック拠点病院の一覧



II. HIV感染症の基礎知識

1. HIV感染症とAIDSの違い
2. HIV感染症と日和見感染症(OI)
 - ① OIとは
 - ② 主なAIDS指標疾患の発症者数と割合
3. 感染経路
4. HIV感染症の検査と症状
 - ① HIV感染症を疑う疾患と症状
 - ② HIV検査の算定要件
 - ③ HIV抗体検査の流れ
 - ④ HIV感染とウィンドウ期間

II. HIV感染症の基礎知識

5. HIV感染症の自然経過
6. HIVと免疫の関係
 - ① HIV診療における重要な臨床マーカー
 - ② 免疫機能について
7. CD4陽性リンパ球とは
8. CD4陽性リンパ球とOI発症の可能性
9. ウイルス量(HIV-RNA量)とは
10. 感染制御と曝露対策

II-1. HIV感染症とAIDSの違い

HIV (Human Immunodeficiency Virus) ...ヒト免疫不全ウイルス

- ・ HIV感染症
...HIVに感染している状態
- ・ AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome)
...HIVに感染し、23の指定された日和見感染症(OI)を発症した状態

II-2 HIV感染症と日和見感染症(OI)

①OIとは OI: Opportunistic Infection

日和見感染症とは免疫機能が弱まったときに、健康時には抑え込まれていた体内の細菌やウイルスにより発症する感染症

AIDS発症の指標疾患となる23の日和見感染症

1. カンジダ症	12. 非結核性抗酸菌症
2. (食道、気管、気管支、肺)	13. サイトメガロウイルス感染症
3. クリプトコッカス症	14. 単純ヘルペスウイルス感染症
4. コクシジオイデス症	15. 進行性多巣性白質脳症
5. ヒストプラズマ症	16. カポジ肉腫
6. ニューモシチス肺炎	17. 原発性脳リンパ腫
7. トキソプラズマ脳症	18. 非ホジキンリンパ腫
8. クリプトスポリジウム症	19. 浸潤性子宮頸癌*
9. イノソボラ症	20. 反復性肺炎
10. 化膿性細菌感染症	21. リンパ性間質性肺炎
11. サルモネラ菌血症	22. HIV脳症
12. 活動性結核*	23. HIV消耗性症候群

*120/5%、肺結核および、HIVについて免疫不全を併発する重症状態は別項記載される場合による

II-2 ②主なAIDS指標疾患の発症者数と割合

1989~2012年の日本国籍のAIDS発症患者の累計 n= 5563

指標疾患	発症者数(人)	割合(%)
ニューモシチス肺炎	2940	52.8
カンジダ症	1568	28.2
サイトメガロウイルス感染症	809	14.5
HIV消耗性症候群	567	10.2
活動性結核	334	6.0
カポジ肉腫	245	4.4
HIV脳症	227	4.1
非ホジキンリンパ腫	163	2.9

II-3. 感染経路

- ・ 性感染
- ・ 血液感染
- ・ 母子感染

HIVは、精液・膣分泌液・血液・母乳に含まれている

II-4 HIV感染症の検査と症状

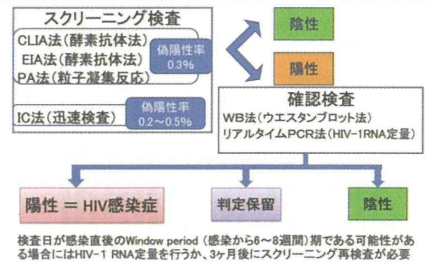
①HIV感染症を疑う疾患と症状

- ・ 帯状疱疹や口腔カンジダなどの免疫機能の低下
 - ・ 性感染症
(梅毒、尖圭コンジローマ、ヘルペス感染症、A型肝炎、B型肝炎、淋病、クラミジア感染症、赤痢アメーバなど)
 - ・ 間質性肺炎などエイズ疾患と鑑別が難しい疾患
 - ・ 結核
 - ・ 慢性の下痢、不明熱、原因不明の体重減少などが認められる場合
- * 保険適応となる為、HIV抗体検査を考慮する
(手術前医学管理料1310点にはHIV-1抗体検査を含む)

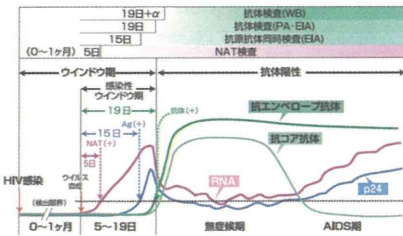
II-4-② HIV検査の算定要件

- ・ H16年度改訂
HIVの感染に関連しやすい性感染症が認められる場合、HIV感染症を疑わせる自覚症状がある場合には、本検査を算定できる
- ・ H24年度改訂
HIVの感染に関連しやすい性感染症が認められる場合、既往がある場合又は疑われる場合でHIV感染症を疑う場合は、本検査を算定できる

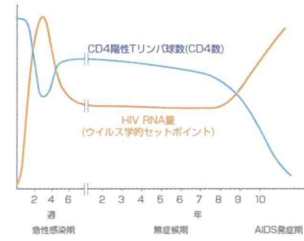
II-4-③ HIV抗体検査の流れ



II-4-④ HIV感染とウィンドウ期間

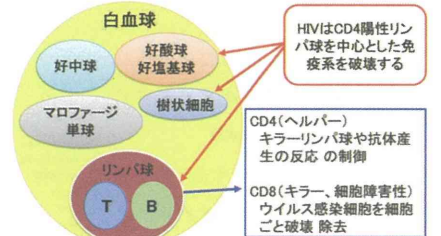


II-5. HIV感染症の自然経過



II-6. HIVと免疫の関係

① HIV診療における重要な臨床マーカー



II-6-② 免疫機能について



II-7. CD4陽性リンパ球とは

血中1μl中に含まれるCD4陽性リンパ球の数

- ・ 現在の免疫状態を示す
- ・ 単位：個/μl
- ・ 正常値：700~1500個/μl
- ・ 治療開始時期の検出ができる

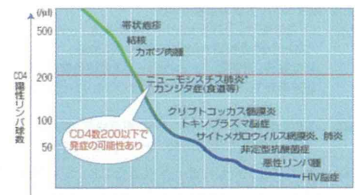
CD4陽性リンパ球数の計算

$$\text{白血球数 (WBC数)} \times \text{リンパ球 (\%)} \times \text{CD4陽性リンパ球 (\%)} = \text{CD4陽性リンパ球数 (CD4数)}$$

例 $6000 \times 0.24 (24\%) \times 0.15 (15\%) = 216 / \mu l$

II-8. CD4陽性リンパ球とOI発症の可能性

CD4陽性リンパ球数によって発症の可能性のあるOI発症を予測することができる



II-9. ウイルス量(HIV-RNA量)とは

血漿1ml中に含まれるウイルスの量

- ・ 無治療時は進行速度や治療開始時期の検出、治療中は治療効果の指標となる
- ・ 単位：コピー/ml
- ・ 検出限界未満(20コピー/ml未満:UD)が治療の目標となる
- ・ 検査結果には多少の誤差やその日の体調による変動があるので、前後のデータの傾向を見る
- ・ 保険適用は月1回のみ

II-10. 感染制御と曝露対策

①感染制御

HIV感染症に対する特別な感染対策は必要ない

スタンダードプリコーションで対応する
(標準予防策)

全ての患者の汗を除く湿性生体物質(血液、体液、分泌物、排泄物)、粘膜、傷のある皮膚は感染性があるものとして扱うこと

II-10-②経皮的血液曝露による感染率

- ・ HBV
Hbe抗原+ 22.0~30.0%
Hbe抗原- 1.0~6.0%
- ・ HCV 1.8%
- ・ HIV 0.3%
(粘膜曝露:0.09%)

資料3

II-10-③個人防護具(PPE)の選択

PPE: Personal Protective Equipment

これから行うケアや処置により

- 血液、体液、排泄物、傷のある皮膚、粘膜に**触れる可能性がある場合**
- 血液等の**飛散や接触により医療者の皮膚や粘膜、衣類を汚染する可能性がある場合**

程度と範囲によって各種PPEを選んで使用する

II-10-④個人防護具

感染対策の基本

- 手指衛生
- 手袋
- サージカルマスク
- ゴーグル
- ビニールエプロン
- ガウン

または 衣服が汚染しそうな時

II-10-⑤針刺し・切創防止対策

- 針刺しが起こるパターンを認識する
- 曝露回避のための日常行為を厳守する
 - リキャップの禁止
 - 針は使用後直ちに鋭利器材廃棄容器に入れる
 - 安全機能付き針を適正使用する
- 採血、点滴時におけるスタンダードプリコーションを徹底する
 - 手袋の着用

II-10 ⑥血液・体液曝露時(針刺し・切創)の対処

【要点】

- 適切な曝露後予防内服により、曝露によるHIV感染リスクをほぼゼロにできる
- まず落ちて着いて曝露部位を石けんと大量の流水(眼球曝露の場合は流水)で洗浄する
- 予防内服の必要性を判断し、必要と判断されれば速やかに内服を開始する
- 万一の曝露発生に備え、院内の針刺し・切創後感染予防対策を整備しておくことが重要
- 曝露者のプライバシーにも配慮する
- HIVのみでなくHBVやHCVも考慮して対応する

II-10-⑦針刺し・切創時の対応(例)

曝露発生

責任者に連絡

曝露部位の洗浄

曝露者の状況確認

- 針刺し/経粘膜曝露?
- 体内への感染源の注入の有無
- 傷の程度
- 受傷からの経過時間

曝露源の状況

- HIV抗体の有無
- HIVのウイルス量
- 耐性ウイルスの可能性

感染のリスクが高い時は、抗HIV薬の服薬が推奨される

予防内服をすべきかどうかについては、最終的に「当事者」が判断すべきだが、専門医による十分な情報提供が確保されなければならない

施設ごとの職業上曝露対策マニュアル作成とその周知徹底が必要

曝露者のプライバシーにも配慮が必要

II-10-⑧予防薬内服

・ODCガイドライン上には具体的な薬剤選択の提示なし

・「HIV感染症専門医不在の医療機関」では各医療機関のガイドラインに従った抗HIV薬の選択は初回1回のみ考え、2回目以降はHIV専門家と確認することが重要

<薬剤選択の一例として>

- 基本レジメンの場合: ツルバダ (FTC200mg/TDF300mgの合剤) 1日1回1錠
- 拡大レジメンの場合: ツルバダ (FTC200mg/TDF300mgの合剤) 1日1回1錠 + カレトラ (LPV200mg/RTV50mgの合剤) 1日2回 1回2錠

※B型肝炎肝炎を合併している場合は、本剤中止後にB型肝炎が悪化する可能性があるため、専門医に相談

- 妊娠の可能性がある場合は妊娠反応検査を行う
- 予防薬は4週間継続して服用する
- 曝露後の4週間、3ヶ月、6ヶ月後にHIV抗体検査を推奨
- 予防投与は、労働者災害補償保険(労災)の保険給付に認められている(厚生労働省通知: 健康費0909第1号「労災保険におけるHIV感染症の取扱いについて」)

III. HIV感染症の治療

- 抗HIV療法(ART)の目的
- 抗HIV薬について
 - 日本で承認されている抗HIV薬
 - 多剤併用療法(ART)のルール
 - 抗HIV薬の特徴
 - 服薬の組み合わせ例
 - 予測される副作用(例)
- 免疫再構築症候群(IRIS)
- 薬物相互作用

III. HIV感染症の治療

- 治療開始にあたり
 - 治療開始基準
 - 服薬開始までのプロセス
 - 服薬支援のポイント
 - 服薬率が治療に及ぼす影響
 - ARTの目標達成要因
- 薬剤耐性ウイルスと薬物血中濃度
- 日和見感染症の予防

III-1. ARTの目的

ART: Antiretroviral Therapy

HIVの増殖を抑える(ウイルス量を減らす)

HIV感染症の進行を遅らせる

免疫力を高め、日和見感染症の発症を予防する

III-2. 抗HIV薬について

①日本で承認されている抗HIV薬

一般名	商品名	一般名	商品名
ジドブジン	AZT(ZDV)	インジナビル	IDV
ジダラビン	ddI-EC	サキナビル	SGV
ラモブジン	3TC	リトナビル	RTV
ザルナラジン	ABT	ネルフィナビル	NFV
ラモブジン	3TC	エトラベル	ETV
エトラベル	ABC	エファグレリン	EFV
エトラベル	ABC	エトラベル	ETV
エトラベル	ABC	エトラベル	ETV

III-2-②ARTのルール

キードラッグ 下記より1つ選択

バックボーン 下記より1つ選択

非核酸系逆転写酵素阻害剤 + 核酸系逆転写酵素阻害剤

プロテアーゼ阻害剤 + 核酸系逆転写酵素阻害剤

ATV+RTV + ABC/3TC

DRV+RTV + TDF/FTC

インテグラーゼ阻害剤 + 核酸系逆転写酵素阻害剤

RAL + ABC/3TC

妊婦: LPV+RTV + AZT/3TC

III-2-③抗HIV薬の特徴

- 正確かつ継続した服用が必要
- 長期の服薬が必要(根治療法ではない)
- 剤形が大きい
- 中途半端な服薬により早期に耐性を誘導する
- 治療費が高額
- 薬物血中濃度低下は薬剤耐性を誘導する
- ウイルス抑制のために薬物血中濃度を一定に維持する必要がある
- 「服薬時間を守り継続する」ことが求められる

III-2-④服薬の組み合わせ例

1日2回の場合

TDF/FTC+RAL (ツルバダ+アイセントレス)

8:00 20:00

なるべく12時間毎 食事に関係なく服用可能

1日1回の場合

ABC/3TC+DRV+RTV (エゾジウム+プリズタナブ+ノービア)

食事 12:00

食事中・食直後に服用

III-2-⑤予測される副作用(例)

治療開始から短期でみられる副作用

過敏症・発疹	ABC, NVP, EFV
消化器症状(嘔吐、下痢など)	AZT, NFV, LPV, TDF
肝障害	NVP, RTV
精神・神経症状(めまい、ふらつき)	EFV

治療開始から長期でみられる副作用

乳酸アシドーシス: d4T > AZT, ddI > ABC, 3TC	
肝機能障害	骨粗しょう症・骨減少症
高血糖・糖尿病	腎機能障害
リボジストロフィー	うつ病 など

III-3. 免疫再構築症候群(IRIS)

IRIS or IRS

Immune reconstitution inflammatory syndrome

免疫不全が進行した状態でARTを開始した後に、日和見感染症などが発症、再発、再増悪することがある。日和見感染症の病原体などに対する免疫が急激に回復し、過度な炎症が惹起されるために生じると考えられている

資料4

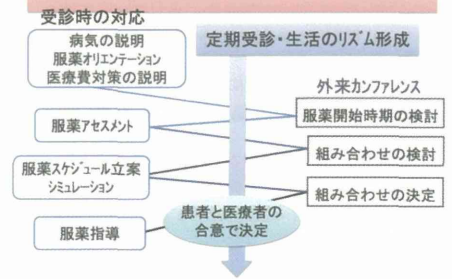
Ⅲ-4. 薬物相互作用

- 抗HIV薬とその他の薬剤を組み合わせる際に、併用禁忌または併用注意薬に注意する
- 薬剤だけでなくセントジョーンズワートなどのハーブや種々の市販のサプリメントとの相互作用についても注意する

Ⅲ-5. 治療開始にあたり
①治療開始基準

状態	抗-HIV療法開始の推奨度
AIDS発症 (HIV関連認知症を含む) CD4<350	直ちに治療開始
CD4が350~500	治療開始を強く推奨
CD4>500	治療開始を推奨
妊婦、HIV腎症、HBV重複感染者	治療開始を強く推奨
急速なCD4減少 (例えば年間100を超えるCD4数減少)	治療開始を強く推奨
HCV重複感染者	治療開始を推奨
高ウイルス量 (例えばRNA100,000コピー/mlを超える患者)	治療開始を推奨
急性HIV感染症/HIV感染早期	治療開始を推奨
性的パートナーへのHIVの二次感染リスクを有する患者	効果的な抗HIV療法はHIV感染者から性的パートナーへのHIV感染を予防することが示されているので、何らかの二次感染リスクを有する患者には抗HIV療法が勧められるべきである

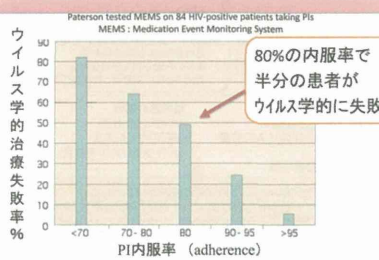
Ⅲ-5-②服薬開始までのプロセス



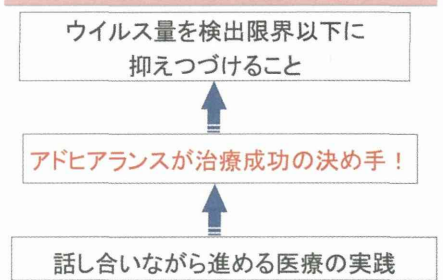
Ⅲ-5-③服薬のポイント

- 患者が安心して安全に治療を開始し、継続できるように支援する
 - 患者自身の自己決定を尊重し援助することが重要
 - 服薬アドヒアランス確立のためには、患者と医療者で治療や療養について検討することが重要 (服薬開始時期、内服時間、副作用への対処方法など)
- 《コンプライアンス compliance》
患者が医療提供者の決定に従って服薬する
→ 医師の指示をどれだけきちんと守れるか
- 《アドヒアランス adherence》
患者が積極的に治療方針の決定に参加し、自らの決定に従って治療を実行 (服薬) することを目指す姿勢

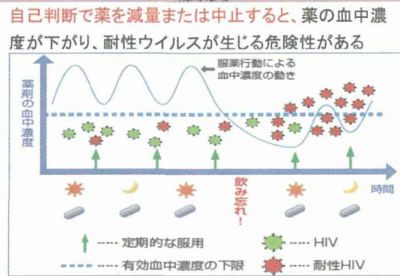
Ⅲ-5-④服薬率が治療に及ぼす影響



Ⅲ-5-⑤ARTの目標達成要因



Ⅲ-6. 薬剤耐性ウイルスと薬物血中濃度



Ⅲ-7. 日和見感染症の予防

開始基準と予防治療内容	中止基準*
ニューモシチス肺炎 CD4<200/μlあるいは口腔カンジダ症 ①ST合剤 1錠/日 ②ペンタミジン300mg吸入 4週毎 ③アトバコン(サムチレル)1500mg/日	CD4>200/μl 3ヶ月以上
トキソプラズマ脳症 CD4<100/μlかつトキソプラズマ抗体陽性 ①ST合剤 2錠/日	CD4>200/μl 3ヶ月以上
播種性非定型抗酸菌症 CD4<50/μl ①アジスロマイシン1200mg/週 ②クラリスロマイシン800mg/日	CD4>100/μl 3-6ヶ月以上

* 中止基準はいずれもART成功の場合

Ⅳ. 療養支援

- HIV外来療養支援の概念
 - チーム医療
 - 診療報酬について
 - ウイルス疾患指導料 (チーム医療加算)
 - チーム医療における看護師の役割
- 初診時・告知時のケア、患者教育
 - 初診時のチーム目標
 - 初診時・告知時の留意点
 - 初診時の流れ(例)
 - 患者教育の内容

Ⅳ. 療養支援

- 社会資源の活用
 - HIV感染者が利用できる医療制度
- 在宅療養支援
 - 在宅療養支援とは
 - 在宅療養支援導入アセスメント項目
 - 患者が心配すること
 - 在宅療養支援の現状と課題

Ⅳ-1. HIV外来療養支援の概念

①チーム医療

- HIV感染症は疾患による身体や身体機能への影響に留まらず、心理状態や社会生活にも、その影響は及ぶ
 - 適切な支援を各スタッフが専門に応じて役割を分担し、連携を取りながらチームでケアを提供することが重要
- チーム医療の目的
患者自身が服薬も含め自己管理し、自身の健康を向上・維持できるようになること

Ⅳ-1-②診療報酬について

(平成18年度改定)

- ウイルス疾患指導料2
後天性免疫不全症候群に罹患している患者に対して、それぞれ療養上必要な指導および感染予防に関する指導を行った場合に、患者1人につき月1回に限り、330点算定
- 「チーム医療加算」
施設基準に適合し、地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、220点加算する (平成18年4月より)

Ⅳ-1
③ウイルス疾患指導料(チーム医療加算)

- 【施設基準】
- HIV感染者の診療に従事した経験を5年以上有する専任の医師が1名以上配置されていること
 - HIV感染者の看護に従事した経験を2年以上有する専任の看護師が1名以上配置されていること
 - HIV感染者の服薬指導を行なう専任の薬剤師が1名以上配置されていること
 - 社会福祉士又は精神保健福祉士が1名以上勤務していること
 - プライバシーの保護に配慮した診察室及び相談室が備えられていること

Ⅳ-1
④チーム医療における看護師の役割

- 患者の全人的理解と評価を行う
 - チーム医療の要
 - 最新情報の提供
 - 正しい疾患理解の確認
 - 患者からの相談対応
 - 必要な専門職への橋渡し
- 患者自身が合理的意思決定を行えるように支援する

Ⅳ-2. 初診時・告知時のケア、患者教育
①初診時のチーム目標

- 心身ともに危機的状況を乗り越えることができる
恐怖心・孤立感・予後への不安
- 治療と生活(療養)の見通しを持つことができる
学業・仕事・お金
- 定期受診の必要性を理解する
少なくとも次の受診にはつながるように！
初診時の対応が影響する

IV-2-②初診時・告知時の留意点

- 信頼関係形成、受診継続、治療継続へつながる重要な時期

【対応の留意点】

- コミュニケーションスキルでの対応
- 情報提供、環境調整
 - トリアージ:心身症状など観察
 - 緊張緩和:声かけ、オリエンテーション
 - 不安の軽減、問題点の整理・解決(患者教育)
 - 安心の保障
 - 理解者としての存在、プライバシー保護
 - 受診環境の調整(外国籍、言語、医療費など)
 - 行政、NPO/NGO等と連携



IV-2-③初診時の流れ(例)

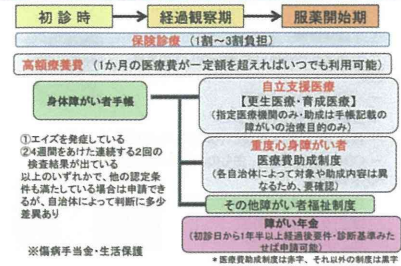
- 自己紹介
- チーム医療の説明 スタッフ間の情報の共有について
- 本日の流れについて説明(所要時間・諸経費など)
- 問診聴取
- 医師に情報提供後診察
- 採血などの検査
- 患者教育(冊子の活用)
- カウンセラー・ソーシャルワーカーの紹介と面談
- 会計/薬局。

IV-2-④患者教育の内容

- ヒト免疫システムについて
- HIV/AIDSについて
- 病気の経過
- HIV感染症と治療の概要
- 感染経路と2次感染予防対策
- 日常生活の注意事項
- 検査データの管理と定期受診
- 生活のリズムについて
- サポート形成について
- 医療費対策
- 緊急時、相談時の連絡先
- その他(患者会、ピアカウンセリング、NGO/NPO等)

IV-3. 社会資源の活用

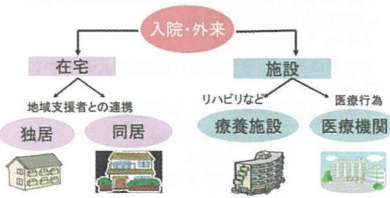
①HIV診療で利用できる社会保険制度



IV-4. 在宅療養支援

①在宅療養支援とは

HIV/AIDS患者が外来通院しながら、社会生活を送れるよう、必要時、保健・福祉・医療機関等と連携し支援する



IV-4

②在宅療養支援導入アセスメント項目

<input type="checkbox"/> 定期受診ができない	<input type="checkbox"/> 服薬管理ができない
<input type="checkbox"/> ADLが低下している	<input type="checkbox"/> 認知・理解が低下している
<input type="checkbox"/> 自己観察ができない	<input type="checkbox"/> サポーターがいない
<input type="checkbox"/> 住居が不定である	<input type="checkbox"/> 外国人
<input type="checkbox"/> 経済的問題がある	<input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/> 併存疾患・合併症がある <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 精神的疾患 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> その他	

IV-4-③患者が心配すること

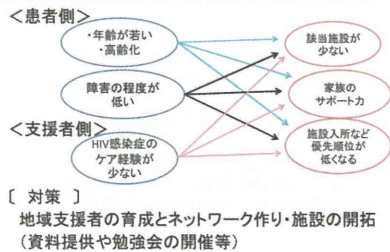
- 病気への偏見・差別
- 病気を告白された相手の精神的負担
- 人間関係への影響
- プライバシーの漏洩

「誰にも話せない病気」「理解・支援は得られない」

【患者の同意を得るためのポイント】

- 患者の意思尊重
- プライバシーの保護
- 在宅療養支援の必要性・有用性を説明
- 保健師等の地域職員の役割を説明

IV-4-④在宅療養支援の現状と課題



〔対策〕
地域支援者の育成とネットワーク作り・施設の開拓
(資料提供や勉強会の開催等)

V. セルフマネジメント支援

- 通院継続のために
 - ① 定期受診の必要性
 - ② 検査データ管理
 - ③ 緊急時の対応
 - ④ 口腔ケア
- HIV感染症と生活習慣病
 - ① 生活習慣病のリスク
 - ② HIV感染によるリスク
 - ③ 生活習慣予防への対策
 - ④ 飲酒
 - ⑤ 喫煙

V. セルフマネジメント支援

- 日常生活において
 - ① 日常生活での注意点
 - ② 二次感染予防
- 性について
 - ① 性生活上の注意点
 - ② 性生活支援のために
 - ③ 性感染症(STI)罹患による問題
 - ④ 性の3つの概念
 - ⑤ MSMについて
 - ⑥ 関わるにあたって

V-1. 通院継続のために
①定期受診の必要性

- 《定期受診の主な目的》
- 自分の免疫の状態を把握する
 - 治療が必要な場合、タイミングを逃さない
 - 治療している場合、治療効果を把握する
 - 療養に必要な情報を得る

ACC患者ノート 2013 P42

V-1-②検査データ管理

HIVルーチン検査 外来受診毎	
CD4/CD8数	CD4/CD8数計算・分画
HIV-RNA量 生化学:電解質、肝機能、腎機能、脂質	
初診時必須 以後必要に応じて	
梅毒血清反応	サイトメガロウイルス抗体
トキソプラズマ血清抗体	アメーバ抗体:主にMSM
肝炎ウイルス:A,B,C	胸部レントゲン単純写真
*B型肝炎については抗原も	*結核の除外診断
定期検査:6~12か月毎	
眼科検査:眼底スクリーニング 婦人科検査:淋濁性子宮頸癌	

V-1-③緊急時の対応

《体調変化時》

免疫の低下や薬の副作用により様々な症状が出現する可能性がある。考えられる症状を予め患者に説明する

《災害時等の対応》

- ARTは、原則として中止すべきではない
- 手持ち薬剤の不足、医療機関の受診困難、処方困難な時は、原則として「すべての抗HIV薬を」「同時に」中止する。但しEFV、NVP、ETRは他の抗HIV薬より先に(2~7日間先行して)中止する(半減期が長い)
- 可能な限り医療機関と連絡を取る

平日、夜間、休日の連絡先と方法 / 災害時の対応
「いつでもどこに、どのように」を日頃から指導しておく



V-2. 口腔疾患予防
①口腔内の観察

免疫の低下や薬の副作用により、いろいろな症状が出ることがある
むし歯、歯ぐきの腫れや出血、口渇、口腔内のできものや白斑、赤斑



ACC患者ノート 2013 P24-25

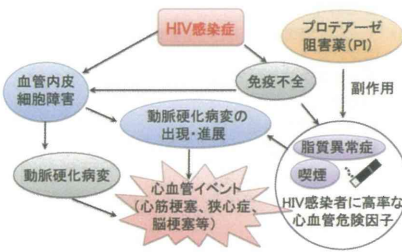
V-2-②口腔ケア

- 口腔内感染の予防は全身状態の維持・向上に重要
- 歯磨き
 - 一 小さな歯ブラシを使用し、歯と歯ぐきの境目も丁寧にみがく
 - 一 デンタルフロスや歯間ブラシの使用
 - 舌と粘膜のケア
 - 一 柔らかい歯ブラシやスポンジ付ブラシの使用
 - うがい
 - 一 エタノール含有の洗口剤は口腔を乾燥させる
 - 定期的な歯科受診

V-3. HIV感染症と生活習慣病
①生活習慣病のリスク



V-3-②HIV感染と血管病変



V-3-③生活習慣予防への対策

- Risk factorをコントロールすることが大切!**
- 生活習慣の改善
 - 食習慣⇒栄養指導
 - 運動療法⇒続けられることから開始
 - 飲酒⇒適度に休肝日をもうける
 - 喫煙⇒禁煙
 - Risk factorのコントロール
 - 高血圧・脂質異常症・糖尿病の管理

V-3-④飲酒

- 過度のアルコールは免疫力を低下させ、当該疾患による肝機能障害を悪化させる可能性がある
 - B, C型肝炎患者：肝機能の悪化
 - HIV感染症患者：
 - ARTの副作用+アルコール摂取による肝機能障害
 - 免疫力の低下

V-3-⑤喫煙

- 肺や気管の感染症にかかりやすくなり、HIV感染者の免疫に悪い影響を与え、又肺がんの原因として良く知られている。その他、心臓や脳の血管系、口腔内など悪影響を与える
- 喫煙=「ニコチン依存症」
- 「身体的依存」「心理的依存」「習慣」により、なかなか止められない
- ARTによる脂質異常により、心脳血管リスクが高くなる

禁煙のサポートが必要
①動機づけ
②禁煙外来紹介

V-4. 日常生活において
①日常生活での注意点

- 生活リズム
 - 十分な休養
 - 生活リズム形成は服薬に際しても重要
- 食事
 - バランスの良い食事
 - 生野菜は十分に洗う
 - 飲み水：煮沸水が良い(クリプトスポリジウム症の予防)
 - CD4<200の場合、生もの、生水の摂取注意
- ペットや動物
 - 便の始末や濃厚な接触に注意
 - はと：クリプトコッカス
 - ねこ：トキソプラズマ

V-4-②二次感染予防

- 血液の処理は基本的には患者自身が行う
- カミソリ・歯ブラシ・ピアスなどの共有を避ける
- 洗濯は他者の衣類と一緒に良いが、血液汚染がひどければ塩素系漂白剤(ハイター等)に30分ほど浸した後、通常通り洗濯する
- 製剤注射などで使用した注射器や針は専用容器に入れ、病院で廃棄する
- 血液付着物(血液汚染された生理用品等)を捨てる場合、ビニール袋に入れて口を縛って廃棄する

V-5. 性について
①性生活上の注意点

- セーフセックス
 - コンドームの正しい使用方法
 - 患者の性生活に合わせた具体的な予防方法を指導する
 - 飲酒や薬物により注意力が薄れる可能性がある
- パートナーと性生活について話し合う
- パートナーへの病名告知とパートナー検診(初期の段階で患者に教育することが重要)

V-5-②性生活支援のために

- 患者の性的指向や普段の性生活について、受診初期に把握することが重要
 - 患者が自身の性生活について話し、相談できるような姿勢を心がける
- <感染経路についての問診例>
- × 特定の彼女はいますか?
 - 性行為のパートナーはいますか?
 - 相手は男性ですか?女性ですか?両方ですか?

V-5-③性感染症(STI)罹患による問題

STI : Sexually Transmitted Infections

- 性感染症の罹患がある場合は、HIVに感染するリスクが高くなる
- CD4低下に伴うSTIの再発や重症化
- 抗HIV薬の相互作用による限られたSTI治療薬の使用
- 治療の複雑化 服薬回数・錠数の多さ
- 不十分なセーフセックスによるHIV感染拡大の可能性

V-5-④性の3つの概念

生物学的性 Sex		
男	女	インターセックス
性自認 Gender identity		
男と思う	女と思う	決められない
性的指向 Sexual orientation		
異性愛	同性愛	両性愛

広島大学病院 研修資料

V-5-⑤MSMについて

MSM : Men who have sex with men
「男性とセックスする男性」の総称

ゲイ バイセクシャル
自分のことを「ゲイ」「バイセクシャル」と捉えることなく男性とセックスしている男性

《参考：MSMと心理的問題》

- セクシャルマイノリティとしての差別
- 異性愛者役割への葛藤
- 抑うつ感、孤独感、自尊心の低下
- 自殺念慮経験65%、自殺未遂経験約15%

V-5-⑥医療者の姿勢

基本的な知識	性同一性障害との違いなど
心理、文化、用語への関心	マイノリティとしての心理的負荷も
中立的な対応	正常、異常、優劣でなく 多様な個人の理解 決めつけない
《セクシュアリティへの配慮》	
外見や結婚歴からは分らない	おねえ系ばかりではない 既婚者もいる
異性愛を当然と決めつけない	彼女→恋人、パートナー ノーマル、普通→異性愛者、 ヘテロ、ヘテロセクシャル
相手にとって不快な言葉は避ける	ホモ、おかま、レズなど

VI. トピック

- HIV感染症とウイルス性肝炎
- 非感染性の合併症
- HAND
- HIV合併妊娠・拳児
- HIVと依存
- PEP:曝露後予防投薬
PrEP:曝露前予防投薬

VI-1. HIV感染症とウイルス性肝炎

- HBV, HCV:血液・体液を介し感染…HIVとの重複感染が問題
 - HIV+HBV:慢性化しやすい、肝疾患関連死亡率が上昇しやすい
 - HIV+HCV:病態の進行が早い、肝硬変への進行率が高い。
 - 一肝炎と重複感染の場合、早期cART推奨。
- 治療
 - HBV重複感染:TVLDを含むレジメンを選択。ART開始後IRISに注意。HBV単剤治療歴ある際は、薬剤耐性に注意が必要
 - HCV重複感染:PEG-IFN+RBV療法が基本的な治療法。2011年11月にはテラプレビル(TVR)が承認されTVR+PEG-IFN+RBV療法も加わった。開発段階ではあるが、IFNを使わず、治療成績が良く侵襲の少ない治療法が期待されている。

開発段階の新しい治療 (IFN freeの治療)

- IFNを使わない
- 治療期間が短い(3ヶ月)
- 多剤併用療法
- 治療成績が良い(SVR>90%)

VI-2. 非感染性の合併症

- 虚血性心疾患/脳血管障害
 - ARTの施行期間が長いほど頻度は増加する
 - ARTによる代謝異常(脂質代謝、糖代謝)が動脈硬化のリスクを高める
- 慢性腎臓病(CKD)
 - 長期的な治療に伴う慢性合併症の一つ
 - 日本人HIV感染者におけるCKD有病率は一般人に比べて高い
 - HIV感染者に特有の要因: CD4数低値、VL量高値、TDF-IDVの使用など
- 骨減少症
 - 一般人に比べ骨密度低下の発現が高い
 - HIV感染者に特有の要因: CD4数低値、HIV感染機関、抗レトロウイルス薬との関連等

VI-3. HAND: HIV関連神経認知障害
HIV-1 Associated Neurocognitive Disorders

HANDとは、HIV-1感染症に伴う認知機能障害の包括的名称

分類

- AN: 無症候性神経心理学的障害
- MND: 軽度神経認知障害
- HAD: HIV関連認知症

診断: 以下の7つの領域で異常がみられる
1. 気分 2. 記憶力 3. エグゼキューティブ/作業記憶
4. 精神運動速度や実行機能(皮質下領域) 5. 運動技能 6. 実行 7. 言語や感覚認知(皮質領域)

治療

- 認知障害のスクリーニング法を日常診療に取り入れて早期発見しその進行を抑制することが重要
- 抗HIV薬は髄液移行性を考慮
- 様々なリスクファクターに関連しているためそのマネジメントが重要

HANDのリスクファクター

- CD4 (治療前、最低値)
- 血漿/髄液HIV-RNA
- 認知予備力の低下(年齢、ONS障害の既往)
- 病歴の長さ
- 服薬アドヒアランス
- HCV陽性でHCV-RNA高値
- 心血管危険因子(高脂血症、糖尿病、高血圧)
- 急性心血管イベントの既往
- 中枢神経移行性の低い抗HIV薬
- 慢性物質乱用の既往(メタンフェタミン等)

VI-4. HIV合併妊娠・拳児

母子感染率30% → **適切な母子感染予防策** → **母子感染率0.5%**

夫(陽性)薬(陰性): IVF(体外受精)
夫(陰性)薬(陽性): AIH(人工授精)

児への感染経路

- 子宮内感染
 - 妊婦への抗HIV薬投与
 - 治療中→継続(胎児形成期中のEFVの使用は避ける)
 - * 未治療→胎児に対する影響を考慮して妊娠14週以降に開始
 - 例) AZT/3TC/LPVr
- 産道感染
 - 選択的帝王切開: 原則全例35~37週
- 母乳感染
 - 母乳遮断
 - 出生児への抗HIV薬予防的投与
 - 児への検査: ウイルス学的検査を(生後48h以内、14日、1~2ヶ月、3~6ヶ月)実施。非感染確定のため18ヶ月で抗体検査

VI-5. HIVと依存①

アルコール、薬物^{*}、セックス、ギャンブル、ニコチン(タバコ)等
*薬物: 覚せい剤、コカイン、大麻、有機溶剤、ガス、麻薬

身体依存、精神依存

- 常用化や乱用に陥り、断ち切れない
- 低栄養に陥りやすく、免疫機能の低下につながる

乱用 (Abuse): 薬物を社会的許容から逸脱した目的や方法で自己使用すること

依存 (Dependence): 自己コントロールできずに、やめられない状態

急性中毒 (Acute Intoxication): 乱用の結果、急性アルコール中毒、有機溶剤急性中毒、覚せい剤急性中毒、身体症状

慢性中毒 (Chronic Intoxication): 依存にともなう乱用の繰り返しの結果、覚せい剤慢性中毒、有機溶剤慢性中毒、身体症状

乱用の繰り返し → 依存 → 身体依存 → 精神依存 → 乱用の繰り返し

身体依存 → 薬物依存行動 → 慢性中毒 → 乱用の繰り返し

VI-5. HIVと依存②

対人関係の問題

- けんかをおこしやすくなる
- 他人への怒りや嫉妬
- 薬物乱用時の他害

家族の問題

- 家族関係の悪化
- 家族からの批判
- 家族からの心身の負担

社会的問題

- 雇用力の低下
- 犯罪、虐待
- 失業、滞り
- 貧乏

HIV/AIDS患者上の問題

- 薬物依存の悪化
- 治療へのアドヒアランス
- 治療へのアドヒアランス
- 治療へのアドヒアランス

健康の問題

- 身体障害
- 精神障害
- 性格の変化

感染予防上の問題

- 無保護性交渉や安全性の低い性行為
- 治療へのアドヒアランス
- 治療へのアドヒアランス

社会生活上の問題

- 社会的孤立
- 犯罪、虐待
- 失業、滞り
- 貧乏

社会全体の問題

- 犯罪、虐待
- 失業、滞り
- 貧乏

支援のポイント

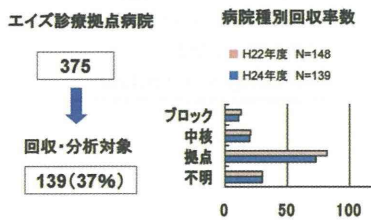
- 専門的な治療や支援が必要である。
- 専門治療機関との連携が要。
- 本人の治療への意思が必要である。

VI-6. PEP: 曝露後予防投薬, PrEP: 曝露前予防投薬
pre-exposure prophylaxis, pre-exposure prophylaxis

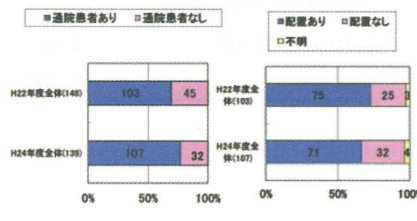
- PEP:**
- 針刺し事故での感染率0.3%(0.2-0.5%) ⇒ AZT単剤でも感染リスクを80%減らすことができる。
 - 現行のガイドラインで推奨されているTVD/LPVrによる暴露後予防失敗例はまだ報告されていない。
 - 非職業的曝露のPEPは自費負担。
- PrEP:**
- 非HIVの感染者が毎日抗HIV薬の錠剤を内服することでHIV感染リスクを73%まで減らすことができる (The Partners PrEP trial, The TDF2 trial)。
 - 2012年6月にFDA(アメリカ食品医薬品局)がTVDを承認。
 - 単剤使用ではなく他のHIV予防方法と組み合わせて活用する必要がある。

結果

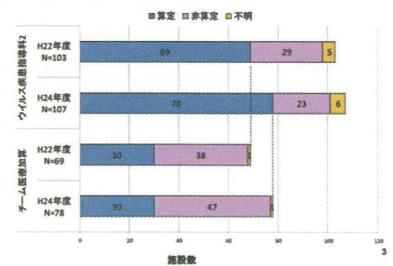
結果1 対象施設



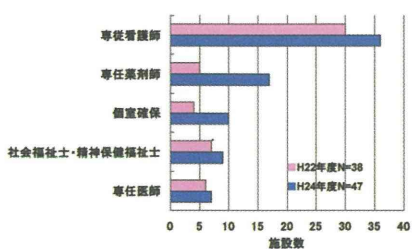
結果2 通院患者の有無と担当看護師配置の状況



結果3 診療報酬算定状況(全体)



結果4 「チーム医療加算」未算定要件(全体)

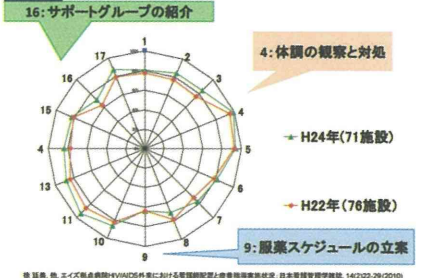


参考 担当看護師の標準的ケア(設問)

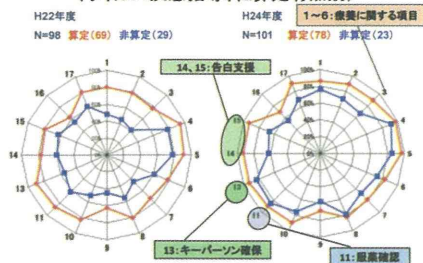
ケアの種類	ケア内容	ケアの種類	ケア内容
療養に関する教育	① 診察前のオリエンテーション	服薬支援	⑦ 抗HIV薬法の概要説明
	② HIV感染症の概要説明		⑧ 内服方法や副作用の説明
	③ 検査データの読み方の説明		⑨ 服薬スケジュール立案
	④ 体調の観察と対処方法		⑩ 飲み忘れ予防対策の紹介
	⑤ 日常生活上の注意と二次感染予防の説明		⑪ 服薬状況の確認
	⑥ 性行動についての相談		⑫ 服薬開始時の相談時間
サポート形成支援	⑬ キーパーソンの確保	サポート形成支援	⑬ キーパーソンの確保
	⑭ 家族・キーパーソン・職場への病名うけあけ支援		⑭ 家族・キーパーソン・職場への病名うけあけ支援
	⑮ 病名うけあけ相手の教育・相談		⑮ 病名うけあけ相手の教育・相談
	⑯ サポートグループの紹介		⑯ サポートグループの紹介
			⑰ 社会資源の紹介

後 延美 他. エイズ拠点病院HIV/AIDS外来における看護師配置と療養指導実施状況. 日本看護管理雑誌. 14(2):22-29 (2010)

結果5 担当看護師配置施設のケア実施状況



結果6 看護師のケア実施状況 (ウイルス疾患指導料2算定有無別)



結果7 看護師のケア実施状況 (チーム医療加算有無別)

