

第17回日本エイズ学会シンポジウム記録

治療困難症例に対する抗 HIV 療法導入のストラテジー

城崎 真弓¹⁾, 渡辺 恵²⁾, 池田 和子²⁾¹⁾ 独立行政法人国立病院機構九州医療センター²⁾ 国立国際医療センター エイズ治療・研究開発センター

キーワード: 抗 HIV 療法, 治療困難, 薬剤耐性

日本エイズ学会誌 6: 79-81, 2004

1. はじめに

抗 HIV 療法によって HIV 感染者の予後は劇的に改善した。しかし、治療を続けながら生きていくことは決して容易ではない。そしてそれを支援する医療者にとっても、現在、様々な課題が山積している。抗 HIV 薬の不適切な処方や不十分な内服率による薬剤耐性出現の問題、抗 HIV 療法の開始時期や治療期間に関連した様々な副作用や薬物相互作用、結核、糖尿病や精神疾患など慢性併存疾患がある場合は、抗 HIV 療法とそれらとの関連を考慮しなければならない。また、脆弱性ゆえに HIV 感染リスクが高く、医療機関を受診する時期も遅れがちなため、重症エイズで発見されやすいホームレスや不法滞在外国人など、社会・経済的問題を抱えている場合には、抗 HIV 療法の開始をどのように計画するか考えなければならない。一方患者は、抗 HIV 療法開始前に、治療に関する正確な最新情報入手し、医療者等と話し合いを重ねて決めていくことが望ましい。このような情報提供と話し合いの過程を通して、患者は治療開始後のモニタリングに必要な知識と技術を習得するようになる。

しかし、治療を継続することや治療開始そのものが難しい症例について、まず医療者は抗 HIV 療法開始をどのように考え、支援すべきだろうか。このシンポジウムでは、抗 HIV 療法に関連する各専門領域の課題と対応の現状から、治療ガイドラインに該当しながらも治療開始や服薬継続が難しいと判断される患者に対する、治療の進め方を検討した。

2. 各シンポジストの発表内容

1) HIV-1 治療における薬剤耐性の影響とその対策

杉浦 互氏 (国立感染症研究所エイズ研究センター第2

研究グループ長) から、薬剤耐性のメカニズムについてイラストを使用して、丁寧に解説していただいた。抗 HIV 療法 (多剤併用療法) は、結核治療と同様に、治療強化と薬剤耐性変異誘導抑制に有効である。我が国でも薬剤耐性の増加が問題視され、昨年8月と9月に全国の HIV 医療・ケアの専門職が一堂に会し、「薬剤耐性対策プロジェクト」ワークショップが緊急開催され、熱心に討議された。その際、用いられた薬剤耐性のアンケート調査結果から、年々多剤耐性症例が増加しており、今後の対応が危惧された。さらに深刻な新規感染者における薬剤耐性変異の頻度や治療を受けている感染者における耐性変異の頻度の把握と同時に治療効果などの情報を加え、薬剤耐性ウイルスのより正確な理解が重要と述べた。

2) 抗 HIV 療法と副作用情報の活用

栗原 健氏 (国立療養所宇野病院 副薬剤科長) より、抗 HIV 薬の開発状況と合わせて、代表的な副作用、長期毒性の問題と、患者数の多い HIV 専門医療機関で実施した患者への自覚症状に関するアンケート調査結果を報告していただいた。1987年に最初に開発された AZT は、処方量が多く、嘔気・嘔吐等、副作用の強い薬剤として躊躇された時代があった。1997年以降は、多剤併用療法の効果が相次いで報告されたものの、数年後には深刻な副作用や長期毒性の問題が指摘され、処方開始時には、長期的な戦略が求められるようになった。抗 HIV 薬は病気の進行の深刻さのために、我が国では迅速承認されている。抗 HIV 薬は、複数併用で処方されるため、出現する副作用の原因薬剤を同定しにくい問題がある。事実、患者数の多い HIV 専門医療機関でも副作用情報が不足しており、有用な情報収集は困難と指摘、服薬開始の自己決定支援のためにも施設間連携の重要性が示唆された。

3) 免疫再構築への対策・併存疾患との治療優先順位

最近の新規感染症例では、「いきなりエイズ発症」が増加し、カリニ肺炎などの日和見感染症治療が優先される。また糖尿病等の生活習慣病や、C型肝炎との重複感染の場合

著者連絡先: 池田和子 (〒162-8655 東京都新宿区戸山1-21-1
国立国際医療センターエイズ治療・研究開発センター)

Fax: 03-3208-4244

2004年5月11日受付

は、治療の優先順位と薬剤相互作用が問題となってくる。小河原光正氏（国立療養所近畿中央病院 呼吸器科医）は、結核合併症例を多数経験され、抗 HIV 療法導入のタイミングに難渋した症例を紹介して頂いた。特に極度の免疫低下が見られる場合などは、抗 HIV 療法開始により免疫再構築症候群出現の危惧、服薬アドヒアランス低下の懸念、副作用コントロールの問題など、課題の整理が必要となる。抗 HIV 療法開始がいつまで待てるのかは、進行性である HIV 感染症にとってまさに生命の危機に直面する深刻な問題であるため、診療経験のある施設との情報交換網が、治療経過に影響を及ぼす。

4) 服薬開始・継続への心理・社会的援助

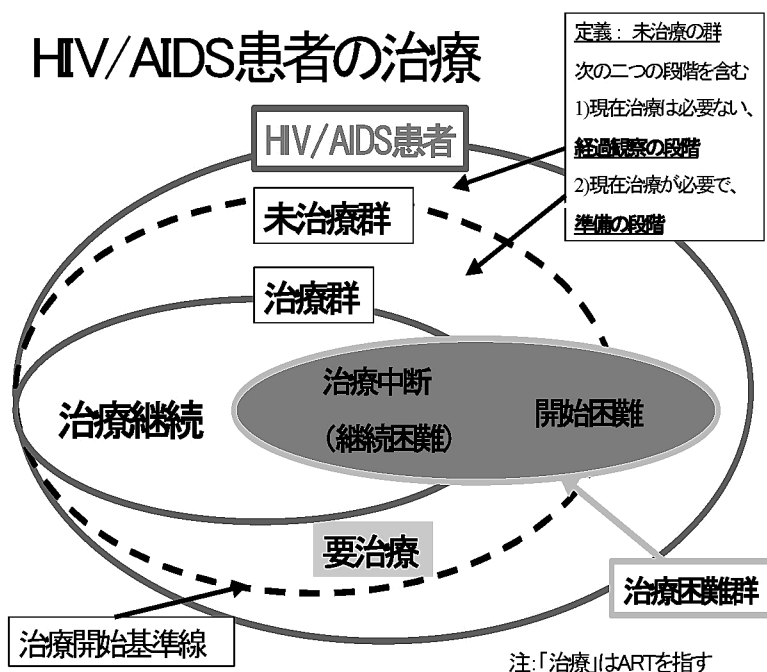
山中京子氏（大阪府立大学社会福祉学部助教授）は、東京都の派遣カウンセラーでいらしたご経験から、個人差はあるものの服薬開始の際には、「健康で元気な自分から、病気が、障害のある自分への気持ちの変化や揺らぎなど、自己イメージの変化が見られる」と紹介した。服薬開始時には特に、治療の効果や副作用、日常生活の営みへの障壁の出現に対し、予期不安が生じ、気持ちの落ち込み、不安症状、緊張感の増強、集中力の低下、不眠などの出現もありうるため、これらへの必要な対処や支持を行うこと、また服薬継続時には、感情の受け入れや共感による支持や課題の解決への援助が必要である。病気が発見された 1980 年代初頭に比べて、治療の進歩と共に経過の療養経過の長い疾患であるため、現実の生活との摺り合わせが常に不可欠である。

5) 抗 HIV 療法開始に向けたメディカル・コーディネート

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 コーディネーターナース）は、抗 HIV 療法導入までに、患者のモチベーションの確認と通院アクセスを含めた医療環境の整備が必要と提案した。抗 HIV 療法導入に先だっては、まず患者が病気を理解し、人的・経済的な支援体制を作ることがあげられる。抗 HIV 療法開始後は、定期受診による服薬アドヒアランス確認と副作用のモニタリングが不可欠であろう。症例によっては抗 HIV 療法よりも日和見感染症の予防・治療を優先し、副作用や服薬アドヒアランスの確認が必要であるが、その大前提となる定期受診が可能となるよう通院場所の選定も行う。

3. 質疑応答から

都内で精力的に HIV 診療をしておられる医師から「患者数の多い施設で、どのように患者対応しているのか?」、また地方拠点病院で免疫再構築症例の治療経験がある医師から「免疫再構築症候群の発生頻度、発生リスク、具体的治療法は?」との質問があった。これに対し、池田氏から ACC の診療体制を改めて紹介した。小河原氏は、免疫再構築症候群への対応は難しく、専門医でも経験を蓄積中であることから、発生頻度等については、十分な知見が得られていないと説明した。加えて、患者の免疫再構築に関するリスクを考慮したり、治療の順番や開始時期等を検討したりするには、診療経験ある専門医に相談しながらすすめることが重要との考えを述べた。また、栗原氏は、医療者が



治療について考える際、国内で治療している患者の副作用情報などが有用であり、そのためのデータベースをシステム化する必要があると述べた。

また、都内拠点病院のMSWは「HIV診療を各専門家によるチーム医療で行う必要があることが分かった」とし、「しかし、専門家が院内だけで十分揃わない場合、院外の専門家とも協働が必要になるが、カンファレンスの場合はどのように設定すべきか？」と質問された。これに対し池田氏からは、院内外のスタッフがカンファレンスを持つ場合、事前の打ち合わせ等が必要になり、その後も相談、連絡等の関係が続くので、情報交換を担当する窓口を決めることで、情報が一本化され効率よく、プライバシー対策も確実にを行うことができると説明した。

地方の医師からは、「例えば、耐性検査をしたい時に院外のリソースが使えることが分かったが、実際はどこに、どのように依頼すればいいのか？」と質問された。これに対し杉浦氏は、「薬剤耐性対策プロジェクト」でのブロック拠点病院アンケートの結果からも分かるように、ほとんどのブロック拠点病院では耐性検査ができることから、まずそこに尋ねてみることを勧めた。それは、エイズ拠点病院体制による診療支援の一環で整備されているものであり、耐性検査を依頼することにより、その後の結果の読み方や治療計画についても引き続き相談できるというメリットがあると説明した。直接、杉浦氏に依頼することもできるが、治療計画については臨床の専門医に相談する必要があるため、それに必要なデータ提供に一役買いたいと加えた。

最後に座長（渡辺）からは、「HIV感染症の患者に限らず全体的に、精神科疾患の診断はつかないものの、コミュニケーションや受療行動に難しさをもつ患者が増えている印象がある」とし、「そのような難しさのために、治療開始を見合わせている患者に対して、医療者はカウンセラーとどのように協働していけばよいか？」と質問した。山中氏は、

病気や治療に伴う一般的な心理過程を考慮し、それに対応してもなお、難しさをもっている患者については、その対応に困っている人（医師、看護師など医療者、コメディカル）から適宜相談をもらいながら対応していくと回答した。

4. まとめ

抗HIV療法による治療困難の原因として、本シンポジウムでは耐性HIV、副作用等治療そのものにつまわる課題、免疫再構築症候群、心理的課題の4つを取り上げ、各専門家に現状と課題についてお話いただいた。さらにHIV感染症の一診療モデルであるメディカル・コーディネートを紹介した。発表内容と質疑応答から、治療ガイドラインに該当しながらも抗HIV療法の開始は難しいと判断される患者に対する、抗HIV療法の進め方を以下のようにまとめた。

治療成功の基本条件は、患者が治療を継続することであるが、先々治療継続が困難になると医療者が予測する場合には、治療開始をより慎重に検討する必要がある。そこで、「治療困難症例への抗HIV療法導入への戦略」は、検討に必要な情報を、患者や家族等から、正確に多面的に収集し、その情報を適切に分析、判断することである。しかし、それらは医療者の診療経験や情報量に大きく左右されるので、情報収集の方法から判断まで、経験ある専門家と相談しながら問題解決を図ることが有用であろう。

本シンポジウムは、厚生科学研究「HAART時代の日和見合併症に関する研究」（主任研究者 安岡彰）の分担研究「日和見感染症発症予防のための服薬支援に関する研究」（分担研究者 池田和子）における研究成果発表会として実施した。