

# HIV治療における 「Patient Empowerment」を考える

— 日常診療での実践に向けた課題は何か —

開催日時 2022年11月18日(金) 10:30～12:00

会場 第1会場 アクトシティ浜松 1階「大ホール」  
ハイブリッド開催〈現地開催+Live配信〉

講演

座長



白阪 琢磨 先生  
国立病院機構大阪医療センター  
HIV/AIDS 先端医療開発センター 特別顧問



東 光久 先生  
奈良県総合医療センター  
総合診療科

## Patient Empowermentとは？ 患者力向上における各職種の役割

演者 東 光久 先生 奈良県総合医療センター 総合診療科

## HIV治療におけるPatient Empowerment、 各医療者の視点から

演者



今橋 真弓 先生  
国立病院機構名古屋医療センター  
臨床研究センター 感染・免疫研究部  
感染症研究室長



羽柴 知恵子 先生  
国立病院機構名古屋医療センター  
看護部 外来副看護師長



矢倉 裕輝 先生  
国立病院機構大阪医療センター臨床研究センター  
エイズ先端医療研究部 HIV感染制御研究室長



岡本 学 先生  
国立病院機構大阪医療センター  
医療ソーシャルワーカー

総合討論

# HIV治療における「Patient Empowerment」を考える — 日常診療での実践に向けた課題は何か —



座長 白阪 琢磨 先生

国立病院機構大阪医療センター HIV/AIDS先端医療開発センター 特別顧問

HIVマネジメントの目標は、HIVとともに生きる人々 (People Living With HIV; PLWH) のニーズの変化に伴い変化している (図1)<sup>1,2</sup>。これまでのHIVマネジメントの目標は、ウイルス学的抑制の達成、免疫機能の回復、生存期間の延長および生活の質の向上、そしてHIV関連合併症の低減、他者へのHIV感染の防止とされてきた<sup>1</sup>。これらは比較的医学的要素が強いものであった。一方で、現在のHIVマネジメントの目標は、早期治療開始による合併症の軽減、治療の簡便化による薬物相互作用 (DDI) の軽減およびアドヒアランスの向上、耐性が出現しない長期的有効性、短期的／長期的安全性プロファイルの改善、QOLの向上およびスティグマの低減とされている<sup>3</sup>。すなわち、ウイルス量を検出限界未満に抑制するのみならず、長期的な健康および健康関連QOL (HRQOL) を最適化し、生涯を通してPLWHをサポートすることがHIVマネジメントの目標となっている<sup>4,5</sup>。

また、2014年に国連合同エイズ計画 (UNAIDS) では、

“2020年時点で世界中のHIV陽性者の90%が検査を受けてHIVに感染していることを知り、そのうちの90%が治療を受け、さらにそのうちの90%が体内のウイルス量が検出限界以下になる状態を目指すという目標 (90-90-90治療目標)”を掲げたが<sup>6</sup>、近年では、それにHRQOLを加えることが新たに提唱されている。生涯にわたる良好な健康状態の維持、つまりQOLも非常に重要であるという考え方である。

このケアには全人的なアプローチが重要となる (図2)<sup>1,4,7,9,10</sup>。たとえば治療の開始または切り替え時には、医学的な面だけでなく、生活様式、薬物使用、嗜好、心身の健康、社会経済的背景、治療に対する積極性、セクシャリティ、加齢、妊娠しているか、または、妊娠を希望するかどうか、病歴、併存疾患、臨床検査値、薬物相互作用、レジメンに対する忍容性といった、さまざまな要因についてPLWHおよびそのケアをする人は考慮し、アプローチする必要がある。

以上のように患者中心のアプローチによって、PLWHは今後対処すべき課題を理解しやすくなり、また、PLWHおよびそのケアをする人は、長期的に良好な健康を維持するために必要なことを実践できるようになる<sup>8</sup>。今後は、これらの目標に基づき、治療を進めていくことが求められる。

**図1 HIVマネジメントの目標は、PLWHのニーズの変化に伴い変化している<sup>1,2</sup>**

これまでのHIVマネジメントの目標 <sup>1</sup>	現在のHIVマネジメントの目標 <sup>2</sup>	従来の目標	現在の目標
 ウイルス学的抑制の達成	 免疫機能の回復／保持	 生存期間の延長及び生活の質の向上	 治療の簡便化によるDDIの軽減及び服薬遵守率の向上
 生存期間の延長及び生活の質の向上	 HIV関連合併症の低減	 耐性が出現しない長期的有効性	 短期的／長期的安全性プロファイルの改善
 他者へのHIV感染の防止	 QOLの向上及びスティグマの低減	<b>ウイルス量を検出限界未満に抑制することにとどまらず、長期的な健康及びHR-QOLを最適化し、生涯を通してPLWHをサポートすることがHIVマネジメントの目標となっている<sup>4,5</sup></b>	

DDI: 薬物相互作用、HIV: ヒト免疫不全ウイルス、HRQOL: 健康関連QOL、PLWH: HIVとともに生きる人々、QOL: 生活の質

**図2 PLWHのケアには、全人的なアプローチが重要<sup>1,4,7,9,10</sup>**

**ARTの開始又は切り替え時には、PLWH及びHCPは様々な要因を考慮しなければならない<sup>1,4,7,9,10</sup>**

**生活関連**

生活様式、薬物使用、嗜好、心身の健康、社会経済的背景、治療に対する積極性、セクシャリティ、加齢

**医療関連**

妊娠、病歴、併存疾患、臨床検査値、薬物相互作用、レジメンの忍容性

**患者中心のアプローチにより、PLWHは今後対処すべき課題を理解しやすくなり、また、PLWH及びHCPは、長期的に良好な健康を維持するために必要なことを実践できるようになる<sup>10</sup>**

ART: 抗レトロウイルス療法、HCP: 医療従事者、PLWH: HIVとともに生きる人々

1. DHHS Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents – A Working Group of the Office of AIDS Research Advisory Council (OARAC): Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in Adults and Adolescents with HIV. [https://clinicalinfo.hiv.gov/sites/default/files/guidelines/archive/AdultandAdolescentGL\\_2021\\_08\\_16.pdf](https://clinicalinfo.hiv.gov/sites/default/files/guidelines/archive/AdultandAdolescentGL_2021_08_16.pdf) 2023/1/31閲覧。

2. Saag MS, et al.: JAMA 2020; 324(16): 1651-1669.

3. Antela A, et al.: J Antimicrob Chemother 2021; 76(10): 2501-2518.

4. Lazarus JV, et al.: BMC Med 2016; 14(1): 94.

5. Prevention Access Campaign.: <https://preventionaccess.org/about-introduction/> 2023/1/31閲覧。

6. UNAIDS: Publication DOCUMENTS 90-90-90 - An ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic [https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/90-90-90\\_en.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/90-90-90_en.pdf) 2023/1/31閲覧。

7. Lazarus JV, et al.: Nat Commun 2021; 12(1): 4450.

8. U.S. Department of Health and Human Services, Health Resources and Services Administration <https://ryanwhite.hrsa.gov/sites/default/files/ryanwhite/grants/2014-guide.pdf>: guide for HIV/AIDS Clinical Care. 2023/1/31閲覧。

9. EACS: EACS guidelines. Version 11.0. 2021. [https://www.eacsociety.org/media/final2021\\_eacsguidelinesv11.0\\_oct2021.pdf](https://www.eacsociety.org/media/final2021_eacsguidelinesv11.0_oct2021.pdf) 2023/1/31閲覧。

10. HIV Practice. From Patient Education to Patient Empowerment. [www.hivpractice.com/](http://www.hivpractice.com/) From-Patient-Education-to-Patient-Empowerment/ 2023/1/31閲覧。

3. の試験はギリアド・サイエンシズ社より支援を受けています。著者にギリアド・サイエンシズ社の社員および支援を受けている者が含まれます。

# Patient Empowermentとは？ 患者力向上における各職種の役割



**座長**  
**白阪 琢磨** 先生  
国立病院機構大阪医療センター  
HIV/AIDS先端医療開発センター 特別顧問



**演者**  
**東 光久** 先生  
奈良県総合医療センター 総合診療科

## What is Patient Empowerment ?

### ● Patient Empowermentとは？

世界保健機関(World Health Organization ; WHO)は“Empowerment”を、1)患者としての自分の役割を理解、2)医療者と関わるために十分な知識の獲得、3)患者としてのスキル、4)それらを促進する環境、という4要素に基づき、「患者自らが、自分の健康に関係する意思決定力や行動力を身につける過程」と定義している<sup>1)</sup>。“Patient Empowerment”のために、医療者は、患者が問題を解決する力を持つと信じることが重要であり、患者が“患者力”を自主的に発揮できるように援助することが求められる。多施設・多職種のがんに関連した医療者で構成される我々のチームであるPatient Empowerment Program(PEP)は、“患者力”を「自分の病気を医療者任せにせず、自分事として受け止めて、いろいろな知識を習得したり、医療者と十分なコミュニケーションを通じたりして信頼関係を築き、人生を前向きに生きようとする患者の姿勢」であると定義している。

### ● Patient Empowermentのための3つのスキル

PEPでは、“患者力”を引き出すための3つのスキルを提唱した。1つ目は“Medical Literacy”で、情報を入手し、理解・吟味・適用するスキルである。2つ目は“Assertiveness”で、想いを伝えるスキル、3つ目は“Communication”で、対話のスキル、言葉のキャッチボールが重要である。頭文字をまとめて、これらのスキルを“M・A・C”と呼称している。WHOの示す“Empowerment”の4要素のうち、3)まではM・A・Cに該当するが、“4)それらを促進する環境”については、医療者の“Empathy”、すなわち、“共感”が必要であると考えてい

る。また、科学的根拠に基づいた医療(Evidence Based Medicine ; EBM)においては、臨床判断の三要素として、患者の価値観、医療者の経験やスキル、エビデンスが重要視されるが、それらにM・A・Cをあてはめると図1のようになる。最終的には全体を支える“環境(Environment)”が重要であり、その上に“患者力”が備わると考えている。

### ● 主治医による“Empathy”のスコア化

主治医の“Empathy”をスコア化した、糖尿病患者におけるHbA1cとLDLコレステロールについて臨床アウトカムを比較した研究では、主治医のEmpathyスコアが高い患者では、スコアが低い主治医の患者に比べて、有意に良好なスコアを示した(高対低で得られたオッズ比1.8)(表1)<sup>2)</sup>。

このことは、近年では慢性疾患となってきているHIV感染症についても当てはまる可能性があると考えている。もちろん我々のような、がんの診療を行う医療者にとっても勇気づけられる結果であるため、今後も前向きに検証していきたい。

## まとめ

“患者力”とは、病気を自分事として捉え、知識の習得とコミュニケーションを通じて医療者と良好な関係を構築し、前向きに生きようとする姿勢を指す。“Patient Empowerment”とは、医療者が患者を信じ、“患者力”を引き出そうとすることであり、医学的知識・経験に加え、共感的態度も重要となる。

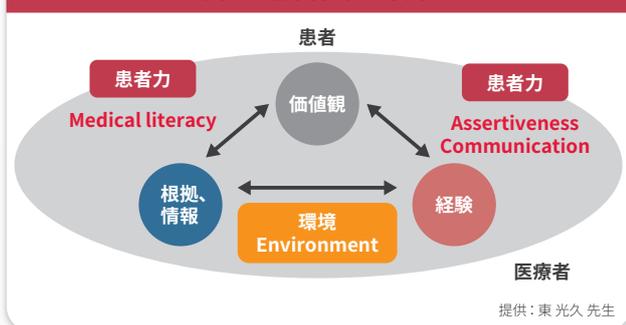
表1 医師の性別、年齢、Empathyレベルおよび患者の性別、年齢、保険の種類<sup>※2</sup>

予測因子		オッズ比(95%信頼区間)	
		HbA1c 7.0%未満	LDLコレステロール 100mg/dL未満
医師	性別		
	女性(基準)		
	男性	1.5 <sup>+</sup> (1.1 - 2.0)	0.93 (0.69 - 1.3)
年齢	<50(基準)		
	≥50	0.68 <sup>+</sup> (0.49 - 0.94)	0.92 (0.69 - 1.3)
患者	性別		
	女性(基準)		
	男性	0.86 (0.65 - 1.1)	1.6 <sup>+</sup> (1.2 - 2.1)
	年齢		
	<56(基準)		
	≥56	1.2 (0.85 - 1.6)	1.3 (0.98 - 1.8)
保険	プライベート(基準)		
	メディケア	1.5 <sup>+</sup> (1.1 - 2.0)	0.96 (0.69 - 1.3)
	メディケイド	0.86 (0.56 - 1.3)	1.3 (0.83 - 2.0)
医師のEmpathy (共感)スコア	低(基準)		
	中	1.5 <sup>+</sup> (1.1 - 2.0)	1.4 <sup>+</sup> (1.1 - 2.0)
	高	1.8 <sup>+</sup> (1.3 - 2.7)	1.8 <sup>+</sup> (1.2 - 2.6)

※:「ジェファーソン共感尺度(Jefferson Scale of Physician Empathy)」のスコア  
+ : p<0.05. \* : p<0.01. HbA1c: 糖化蛋白質、LDL: 低比重リポ蛋白  
医師のEmpathyレベルと検査結果との関連: カイ二乗検定  
医師と患者の性別、年齢、患者の健康保険の種類と検査結果の関連: ロジスティック回帰分析

目的: 医師のEmpathy(共感)が糖尿病患者の臨床アウトカムの関連について検討する。  
対象: 2006年7月から2009年6月に米国トーマスジェファーソン大学の医師29例の外来患者から所定の基準を満たした18歳から75歳の糖尿病患者891例。  
方法: 患者の電子記録から以下の検査結果を抽出した。HbA1c値はコントロール良好(7.0%未満)と不良(9.0%以上)、LDLコレステロール値はコントロール良好(100mg/dL未満)と不良(130mg/dL以上)。医師のEmpathyスコアを高、中、低に分類し、Empathyスコアと患者の臨床アウトカムとの関連を検討した。

図1 臨床判断の3要素



提供: 東光久先生

# HIV治療における Patient Empowerment、 各医療者の視点から



**東 光久** 先生

奈良県総合医療センター 総合診療科



**今橋 真弓** 先生

国立病院機構名古屋医療センター 臨床研究センター  
感染・免疫研究部 感染症研究室長

## Patient Empowermentと主治医力

### ● Patient Empowermentのために必要なこと

HIVとともに生きる人々 (People Living With HIV; PLWH) が自分の健康について自己決定する「Patient Empowerment」のためには、「情報」、「よい状態」、「時間」が必要だと考えている (図1)。1つ目の「情報」は、PLWHが治療の過程で判断をする場面に必要であり、医療者側には、症例や数字といった具体例を交えて話す、良い情報も悪い情報も提供するといったことが求められる。2つ目の「よい状態」とは、PLWHが自分で判断できるような、身体的にも精神的にも良好な健康状態に到達することであり、「よい状態」となって初めて自己決定ができるようになると考えている。3つ目の「時間」は自己決定するために考える時間のことであり、医療者は回答を急かすようなことは避けることが望ましい。

### ● Patient Empowermentを引き出すための「主治医力」とは？

Patient Empowermentを引き出すための「主治医力」について4つを挙げる (図2)。1つ目は「情報」であり、PLWHに適切な情報を提供できるように知識をアップデートする。2つ目は、主治医または医療従事者も「よい状態」であることが必要である。主治医も身体的にも精神的にも安定した状態で患者さんに接するべきである。3つ目は「時間」であり、限られた時間で患者から必要な情報を聞き出し、適切な診療を行うためのタイムマネジメント力が求められる。そして4つ目は、「聞く耳と心」である。すなわち、目の前のPLWHに関心を持つことである。

### ● 実臨床における経験

日常診療には、「主治医力」の4項目を心がけて臨んでいるが、上手いかない例も経験している。例えば、HIV診療においては、チーム医療ではない“孤独な”診療の場合、生活上の注意、身体障害者手帳の申請手続きの説明、治療薬の説明などを医師1人ですべて行わなければならない。このようなときに、本当に自分の指導は正しいのか、という不安が生じる場合がある。このような診療の解決のためには、中核拠点病院やブロック拠点病院のHIV診療医と、顔の見えるネットワークの構築が必要だと考えている。このほかにも、患者のサポートのために多職種との連携が必要とされた場面や、Patient Reported Outcome (PRO) を活用した効率的な診療が求められる場面も経験した。

## まとめ

治療は他人事ではなく、患者の自分事である。治療がどんなに進歩しても、治療の主体は患者、PLWHである。決して治療が苦行や修行にならないように、医療従事者としてPLWHに寄り添っていきたいと考えている。

図1 PLWHが自己決定するために必要なこと

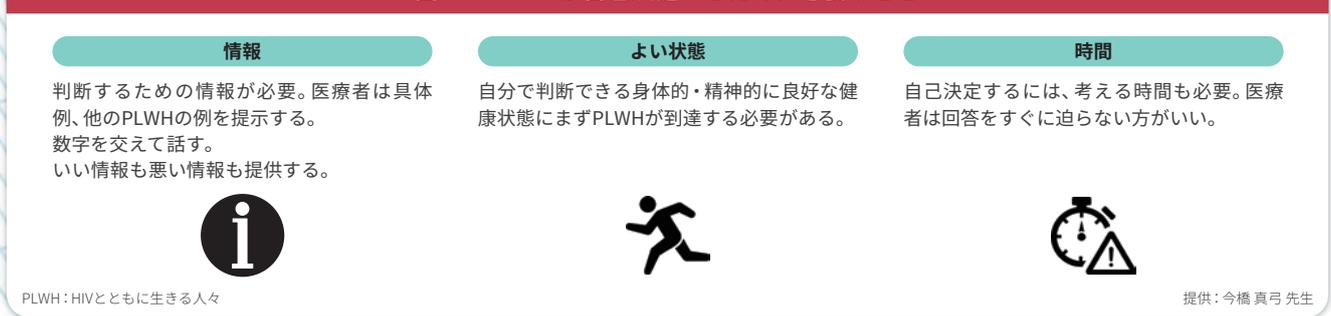
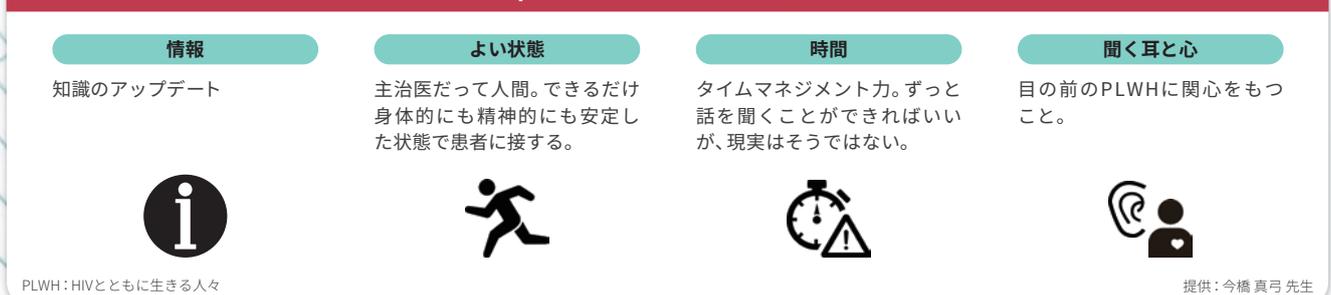


図2 Patient Empowermentを引き出す主治医力が求められる





## 羽柴 知恵子 先生

国立病院機構名古屋医療センター 看護部 外来副看護師長

### Patient Empowermentを引き出すために看護師ができること

#### ● 看護におけるEmpowermentとは？

看護における“Empowerment”とは、生きる力や健康促進への力といった患者が持つ力を看護師が大きく湧き出させるように援助することである。すなわち、患者自身が自主的にそして積極的に、治療や健康増進を行っていきけるように、環境整備や知識・技術の提供を通して、患者が持つ本来の力を発揮できるようにセルフマネジメント力が高まるように援助していくことであると考えている。実際に、患者自身が治療に対する関心が薄い場合には、受診日や服薬が遵守されなかったり、必要な手続きが遅れてしまったりすることも懸念されるため、主体は自分であることを理解してもらうことが必要である。

#### ● HIVコーディネーターナースが担うべき役割と求められていること

HIV治療に関わる看護師として、HIVコーディネーターナースが配置されている。HIVコーディネーターナースは、薬害エイズ訴訟の和解を踏まえて、原告団から厚労省に対して導入を求められた専門職である<sup>1</sup>。チーム医療、包括医療システムの中で、個々の患者の側に立ってサポートするスタッフであり、外来、病棟、在宅医療などにかかわらず、継続した支援を提供していく<sup>1</sup>。具体的には、身体的・心理的トリアージ、身体的問題、治療開始前後の問題などの現実的な問題の解決、患者の意思決定支援、院内・院外の両方に

おける情報の整理・集約といったコーディネートの役割を担う(図1)。その中では、感染告知直後の一時的な介入ではなく、長期療養で発生する事柄に対して、患者と一緒に話し合いながら関わっていくことが求められる(図1)。

#### ● 外来で“Patient Empowerment”を引き出すための実際の取り組み

HIVとともに生きる人々(People Living With HIV; PLWH)と関わる看護師として、外来で“Patient Empowerment”を引き出すために実践していることは、診察時には前回の診察内容を必ず確認する、ということがある。カルテを確認して、「以前はこんな話をしていたけれど、その後どうですか？」と話しかけることで、患者には自分の話を覚えてくれているのだと認識され、患者が思っていることを少しでも話せる環境を作れることが期待できる。また、患者とのコミュニケーションの際には共通の言語を使うこと、パンフレットを活用することなどを心がけている。その他にも、診察後に聞き忘れや話し忘れがないかを必ず確認している。内容によっては、薬剤師、ソーシャルワーカー、心理士や他科につなぐ場合もある。ただし、コミュニケーションのニーズやアプローチは個々の患者で異なるため、難しい場合もあることも考慮し、伝えたいことが伝わったかどうかを確認するようにしている。

### まとめ

看護師は、患者が治療を自分事としてとらえることができるようにサポートする役割を担う。“対話”により患者の生活に生じている不便を理解したうえで信頼関係を構築し、正しい“情報提供”に努めていく。そして、院内外に顔の見えるネットワークを広げ、“サポート体制”を整えることが求められている(図2)。

図1 HIVコーディネーターナースの役割

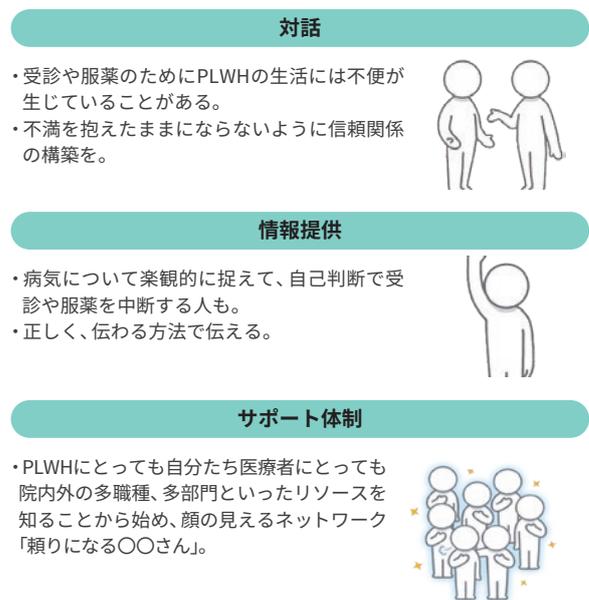


感染告知直後の一時的な介入ではなく、長期療養の中で発生することに対して患者さんと一緒に話し合いながら関わっていく

HIV：ヒト免疫不全ウイルス

提供：羽柴 知恵子 先生

図2 自分事としてとらえてもらえるように



提供：羽柴 知恵子 先生

1. 池田和子：令和元年度 厚生労働行政推進調査事業費補助金 エイズ対策政策研究事業 HIV感染症の医療体制の整備に関する研究 分担研究ブロック内中核拠点病院間における相互交流によるHIV診療環境の相互評価。https://api-net.jfap.or.jp/manual/data/pdf/gairai\_or\_hos\_or\_zaitaku.pdf 2023/1/31閲覧。



# 矢倉 裕輝 先生

国立病院機構大阪医療センター臨床研究センター  
エイズ先端医療研究部 HIV感染制御研究室長

演者

## 「患者力」を引き出すための薬剤師の役割

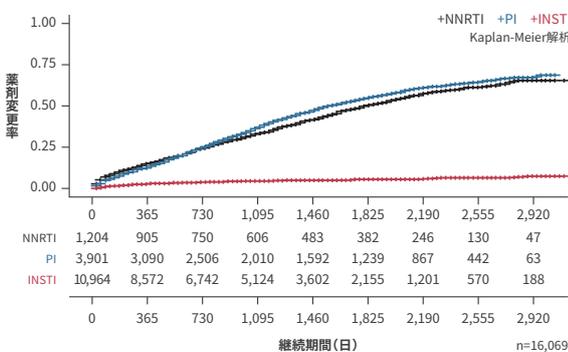
### ● 薬剤師におけるPatient Empowermentとは？

患者と薬剤師でパートナーシップを構築し、よりよい治療と一緒に向かっていける“患者力”を引き出すことだと考えている。

### ● Patient Empowermentのために薬剤師に求められること

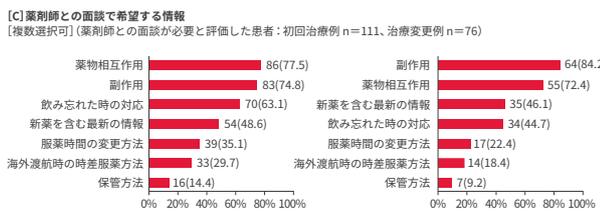
HIV治療ではインテグラーゼ阻害剤(INSTI)がキードラッグとされ<sup>1</sup>、現状のレジメンが定着しつつあると考えられる。実際に、日本では初回治療でINSTIをキードラッグとし

図1 キードラッグのクラス別に見たARTレジメンのスイッチまでの時間<sup>2</sup>



NNRTI: 非核酸系逆転写酵素阻害剤, PI: プロテアーゼ阻害剤  
目的: 日本のHIV陽性者における抗ヒトウイルス療法(ART)の処方割合と変更までの継続期間を検討する。  
対象: 2011年1月から2019年3月にARTの初回処方記録を持つHIV陽性者16,069例。  
方法: キードラッグ別にARTレジメンのスイッチまでの時間について検討した。  
2より改変: <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

図2 薬剤師との面談の必要性の評価、面談を希望する時間と情報<sup>3</sup>



目的: 外来HIV感染症診療における薬剤師の介入に対する患者の評価を明らかにするためにアンケート調査する。  
対象: 2015年8月から2017年3月に抗HIV療法を開始もしくは変更した近畿地区のエイズ中核拠点病院7施設に通院しているHIV感染症患者191例(初回治療例112例、治療変更例79例)。  
方法: 2016年2月から2017年3月にアンケート調査票を配布し、調査に同意した患者は調査項目(多項選択肢形式、一部自由記載)を記入して外来に設置した回収ボックスへ投函することとした。

た場合の薬剤変更率は3.0~7.6%で維持されていたことが報告されている(図1)<sup>2</sup>。外来ではCD4陽性細胞数とウイルス量(HIV-RNA量)は必ず確認する。最近では、体重増加、長期療養、加齢も考慮し、生活習慣病、体重、睡眠管理をはじめとしたメンタルヘルスについての相談が増加した。薬剤師に対しては副作用に関する情報提供が最もニーズが高く(図2)<sup>3</sup>、長期投与時を含む副作用を中心とした話題提供やアプローチが患者の心をつかむうえで有用な方法の1つだと考える。

### ● 最適な薬剤選択のための“コンコダンス”の活用

最適な薬剤選択のために患者の協力が不可欠である(表1)。そのために“患者力”を引き出す1つの手法として、1996年に英国で提唱された、患者と医療者の考えが一致するよう尊重しあう、コンコダンスという概念<sup>4</sup>が活用できる。活用のために重要な点の1つに、「患者がパートナーとして参加するための十分な知識を持っていること」があり、「患者に提供する薬の情報は、わかりやすく、正確で、いつでも閲覧でき、十分に詳細なものであること」、「個々の患者のニーズに応じたものであること」、「教育プログラムの実施により患者が自分自身の健康に責任を持てるように、患者に権限を委譲すること」、といった要素が含まれている<sup>4</sup>。

実際、患者のニーズに応じて薬剤師が提供できる情報として、用法及び用量以外に、薬の受け取り、分包方法、簡易懸濁、粉碎方法といった、服薬に関連する情報がある。こういった情報提供が重要であり、「患者がパートナーとして処方相談に参加すること」<sup>4</sup>につながる。まず薬剤師が「患者がパートナーとして参加するための十分な知識を持っていること」<sup>4</sup>が満たすべき条件であると心掛け、パートナーシップを構築することが重要と考える。

## まとめ

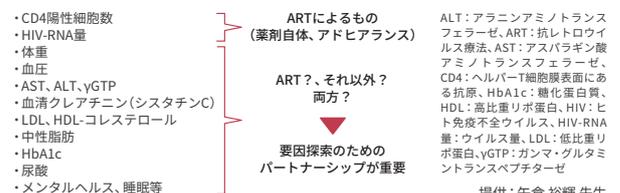
課題に対するアプローチを考えたときに、その背景および要因が不明確であることは多く、要因探索のための患者とのパートナーシップが重要である(表2)。また、パートナーシップの構築は患者力を引き出すことにつながるものと推察される。

表1 最適な薬剤選択には

<b>目標は最適な薬剤選択</b> 長期投与しても、 1) 抗ウイルス効果を維持できる。 2) 薬剤投与に負担がない。(身体的、精神的) 3) 薬による副作用が全くない。	<b>実現するためには、</b> 1) 抗ウイルス効果に問題がない薬剤選択 2) 負担の(少)ない投与方法。(用法、用量等、投与を阻害する因子) 3) 患者の負担が最も少ない薬剤選択(自覚、他覚的) →患者さん協力が不可欠。
---	--

提供: 矢倉 裕輝 先生

表2 最近外来でよく見ている検査値等



提供: 矢倉 裕輝 先生

1. 令和3年度厚生労働行政推進調査事業費補助金エイズ対策政策研究事業 HIV感染症および血友病におけるチーム医療の構築と医療水準の向上を目指した研究班: 抗HIV治療ガイドライン, 2022年3月 <https://hiv-guidelines.jp/pdf/guideline2022.pdf> 2023/1/31閲覧

2. Naito T, et al.: Sci Rep 2022; 12(1): 1732.  
3. 治田 匡平ほか: 医療薬学 2019; 45(1): 44-53.  
4. 横山 悦子: 日本保健医療行動科学会雑誌 2014; 29(1): 115-118.



## HIV治療における「Patient Empowerment」を考える - 日常診療での実践に向けた課題は何か - 医療ソーシャルワーカーの立場から

### ● Patient Empowermentは、すべての患者に適用できるのか？

HIV陽性者が医療を活用するためには、前向きに治療に繋がることが前提にある。これを阻害する要因として、HIVやセクシャリティに関係する生きにくさが考えられる(表1①)。元気でいる権利を自分事として引き受けられない環境や、元気な老後を想定しづらい状況の中でHIV治療に臨んでいる患者が存在することは想像に難くない。まずは、元気でいる権利の擁護、抑圧された状況やスティグマからの解放を考える必要がある。また、安心して抗HIV療法を続けられることも前提の1つである(表1②)。しかし、制度の手続きに困惑する患者、定期受診が難しい患者も見受けられる。人目を避けて服薬をしている患者も少なからず存在しており、患者が心的負担を感じながら治療を続ける努力をしていることを忘れてはならない。こうした状況にある患者に対して“Patient Empowerment”の考え方を適用することには、難しい側面もあると感じている。

### ● Patient Empowermentのためにソーシャルワーカーが意識すべきこと

ソーシャルワーカーとして意識することとして、長期的な治療成功(Long Term Treatment Success; LTTS)の場合、対個人では、治療に対するモチベーションや満足度なども含めて、“本人にとってのQOLを教えてください”というこ

とがある(表2)。また、“治療の維持”のために生活状況と受診条件、制度の利用状況を確認し、さらに、ご自身やHIV、セクシャリティについての“スティグマ”がある可能性を考慮しながら対応している(表2)。対社会としては、HIV以外での受療や介護の問題が生じたときに、HIV感染が障壁とならないような“包括的医療の提供体制”、“治療の維持”のための制度の最適化や早期治療導入、HIVやセクシャルマイノリティに対する“スティグマおよび差別の解消”を意識している(表2)。

### ● “Patient Empowerment”を意識して患者と対話するために

“Patient Empowerment”を意識してHIV陽性者との対話を振り返ると、「HIV陽性とわかって、どんなことが心配になりましたか?」、「HIV感染症について、どんなイメージを持たれていましたか?」などを聞きながら、本人が感じているスティグマを強化しないようにしつつ、教えてもらえるように心掛けている。セクシャリティについては、多様性を前提として、また、スティグマを伴う可能性も考慮しながら「人によって、男の人が好き、女の人が好き、どっちもとか、さまざまですが、あなたのこと教えてもらっていいですか?」と問いかけている。また、治療や健康などに関連して、問題が生じた際には、行動変容のモデルを意識しながら、その課題について、患者自身がどう感じているのか、どうなりたいたいのかを教えてもらい、そのための支援をするようにしている。

## まとめ

思いを患者に伝える、患者から伝えてもらうということを大切に、齟齬がないようにコミュニケーションを図り、これからもHIVとともに生きる人々(People Living With HIV; PLWH)にとっての生きる意味、治療を受ける意味を教えてくださいというようにしていきたいと考えている。

表1 HIV陽性者が医療をうまく活用する前提

### ①前向きに治療に繋がれるか？

<邪魔する?>

- ・ HIVに関係する生きにくさ
- ・ セクシャリティに関係する生きにくさ

### ②安心して抗HIV療法を続けられるか？

- ・ 費用負担に関すること
  - 制度手続きに関して
- ・ 定期受診に関すること
  - 通院距離、外来曜日・時間帯
- ・ 生活上、安心して飲み続けられるか？
  - 就学・就労、老後の暮らし
  - 隠れて飲むことの心的負担

表2 LTTSのフレームワーク

### 医療ソーシャルワーカーとして意識すること

#### 対個人

- ・ 本人にとってのQOLを教えてください
- ・ 治療の維持
  - 生活状況と受診条件
  - 制度利用
- ・ スティグマ

#### 対社会

- ・ 包括的医療の提供体制
  - 地域の医療・介護連携
- ・ 治療の維持
  - 制度の最適化
  - 早期治療導入
- ・ スティグマ及び差別の解放

# 総合討論

**座長:** 白阪 琢磨 先生(国立病院機構大阪医療センター HIV/AIDS先端医療開発センター 特別顧問)  
東 光久 先生(奈良県総合医療センター 総合診療科)

**演者:** 今橋 真弓 先生(国立病院機構名古屋医療センター 臨床研究センター 感染・免疫研究部 感染症研究室長)  
羽柴 知恵子 先生(国立病院機構名古屋医療センター 看護部 外来副看護師長)  
矢倉 裕輝 先生(国立病院機構大阪医療センター臨床研究センター エイズ先端医療研究部 HIV感染制御研究室長)  
岡本 学 先生(国立病院機構大阪医療センター 医療ソーシャルワーカー)

## ● チーム医療体制が組みにくい施設などではどのような対応策が考えられますか。

【羽柴】院外に仲間作りをしたり、院内の既存のチームと協力することも一手ではないでしょうか。

【矢倉】薬剤師の役割が対人にシフトしつつあります。院内の薬剤師は上司の理解が必要な場合もありますが、院外処方があれば、保険薬局薬剤師の参加も可能ではないでしょうか。

【岡本】他施設も含めて地域でチームが作れるとよいのではないのでしょうか。

## ● チーム医療体制におけるチームの強み

【東】皆さんのチームの強みを教えていただけますか？

【今橋】どの職種もプロフェッショナルであり、それぞれの意見が同じ強さを持って共有される点です。

【羽柴】職種により役割が限定されず、患者さんから聞いた内容をタイムリーに共有でき、相談しやすい点です。職種間に壁はないと感じています。

【矢倉】チームの連携によって、どの職種に相談しても大丈夫ということが患者さんに浸透している点です。

【岡本】各職種の役割がオーバーラップすることが前提であり、自分に対応できる範囲を患者さんに説明でき、必要な職種につなげられる点です。

【東】チームが多職種で構成されている以上、対応範囲を線引きしてしまうこともありますが、オーバーラップという考え方が大事ですね。

【白阪】チーム構築のためには、医師が積極的に各職種のキーパーソンに声をかけることも必要ではないでしょうか。

【東】チーム医療の大義には誰しもが賛成なので、チーム医療のメリットもキーパーソンに伝えることがポイントかもしれません。

## ● 併存疾患(特に生活習慣病)の治療・予防において患者さんに興味を持ってもらうために必要なことは何だと考えますか。

【今橋】採血の際に具体的な数値を伝え、患者さんに自分の状態をイメージしてもらいます。最近、発症リスクなどについてもスコア化した数字を使って、患者さんに興味を持ってもらいます。

【羽柴】できているところを認め、他の人にも役立っていると伝えます。結果が数字にあらわれていると患者さんはやる気が出るようです。

【矢倉】まずは抗レトロウイルス療法(ART)同様、自分事として捉えられて頂くことかと思います。

【岡本】ソーシャルワーカーとして環境調整をすることが多く、HIVと併存疾患と一緒に診てもらえるような受療環境のご相談やご提案をすることがあります。

## ● “Patient Empowerment”の成功例

【東】“Patient Empowerment”がうまくいった事例を教えてくださいいただけますか？

【今橋】何回も指導しても痩せない患者さんが、実はセックスストレスで長く悩んでいたことがわかり、U=U\*<sup>1</sup>について話をしました。そこからパートナーとの性生活が戻り、より魅力的に映りたいとダイエットにも取り組み、10%の減量を達成したという経験があります。

【東】内発的動機づけが大きかったですかね。見方を変えれば、患者さんがセクシャルな問題も吐露できたことで対話となり、先生からU=Uの話が引き出され、患者さんの行動変容につながったと理解できます。

【岡本】セクシャリティに触れないでほしいと言い続けていた患者さんが、私が実施しているゲイ/バイセクシャル男性向けの患者会に参加したいと言ってくれました。その会で初めて自分以外のHIVとともに生きる人々(People Living With HIV; PLWH)に会ったことで、消極的に見えていた受療態度が、明るく前向きに変わったという例を経験しました。

【白阪】診療中にいろいろと話を聞き、最後に、他に何かありませんかと聞いたところ、さらに10分、15分と患者さんとお話されるという経験もあると思いますが、話を引き出してあげることも大事ですね。

## まとめ

【東】慢性疾患においては、いずれの領域においても“Empowerment”は重要であり、そこには領域に共通する問題も領域特有の問題も存在することが推察されます。今後もHIV患者さんの“Empowerment”に関わり、皆さま方との双方向のディスカッションが大きなムーブメントにつながることを期待しています。

\*: U=U(Undetectable=Untransmittable)「血中のウイルス量が検出限界値未満のART療養中のHIV陽性者はHIVの性感染リスクを無視することができる」というメッセージ<sup>2)</sup>

U=U Japan Project: U=Uとは  
<https://hiv-uujapan.org/summary/> 2023/1/31閲覧。