

HIV感染症患者に対する ゼネラリストとしての薬学的ケア

国立国際医療研究センター病院薬剤部

医薬品情報管理主任 増田 純一

●HIV/AIDS感染動向●

HIV感染症は、結核、マラリアと三大感染症のうちの1つであり、世界のHIV感染症患者数は2015年には約3,700万人と報告されています。

エイズ動向委員会の報告によると、2015年1年間に報告された日本国内のHIV感染症患者数とAIDS患者数を合わせた新規報告件数は1,434件でした。2015年までの累積報告件数は約2万6千件となっています。

国内新規HIV感染者の感染経路は、異性間が約20%、同性間が約70%であり、性的接触による感染が約90%を占めています。同性間の感染経路は男性間がほとんどですが、近年は異性間の感染割合が増加傾向です。感染報告地域は東京都が最も多く、次いで近畿、関東甲信越（東京都を除く）、東海となり、都市部が中心となっています。今後もさらに都市部を中心に患者数の増加が予想されるため、HIV感染症治療の専門施設だけでなく、一般の病院やクリニックでも診療が行われる可能性があります。

●HIV感染症の正しい知識●

「HIV感染症=AIDS」ではありません。AIDSとは23の日和見感染症のいずれかを発症している病態を示します。

HIVの主な感染経路は、性的接触、血液感染、母子感染の3つです。日常生活のなかでは、性的接触以外で感染することはまずありません。実際に、HIVの感染力はHBVやHCVに比べると弱く、曝露1回当たりの感染リスクは、HBeAg、HBeAbの状態によっても異なりますが、HBVは30~50%、HCVは2%、HIVが0.3%と報告されています。つまり標準予防策（スタンダードプレコーション）を守ってさえいれば基本的にはHIVは感染しません。実際に2000年以降、世界中において職業的曝露によるHIV感染の報告はありません。これらを踏まえたうえで、他の感染症と合わせて針刺し事故対応マニュアルを院内外で整備することが必要です。

冒頭でも述べたように、HIV感染症患者の多くは男性同性間での性的接触です。これらの集団においてはHIV感染者の増加が顕著であり対策が必要です。セクシャルマイノリティとしてLGBT（Lesbian、Gay、Bisexual、Transgender）の割合は約5%と報告されており、国民の20人に1人の割合となります。セクシャルマイノリティと併せてHIV感染症は、誤った知識や偏見などから人権が侵害されてしまうことがあります。偏見・差別をなくすためには、まずは医療従事者である私たち一人一人が病気や障害に対する正しい知識を持つことが大切です。

●HIV感染症の治療●

HIV感染症の治療は、抗HIV薬3～4剤を組み合わせる多剤併用療法（ART：Anti-Retroviral Therapy）を実施します。現在、HIVを体内から完全に排除できる治療法はありませんが、抗HIV薬を毎日継続して服用することで、ウイルスの増殖を抑え、エイズの発症を防ぎ、長期間にわたり健常時と変わらない日常生活を送ることができるようになりました。

抗HIV薬の選択には、ウイルス量、CD4陽性Tリンパ球数などの感染症の状態、合併症、患者のライフスタイル、薬物間相互作用などを考慮します。治療開始前には十分な説明と患者自身が治療に参加するという意識付けが重要です。この過程が不十分なまま治療を開始すると服薬が継続できず、治療が失敗する可能性があります。治療成功のカギは高い服薬率を維持してウイルス量を検出限界以下に保つことです。アドヒアランスの維持はHIV感染症の治療のみならず、他の疾患の薬物療法でもとても重要です。そのためには、単に薬の効果や副作用の説明だけでなく、どのような病態なのか、なぜ治療が必要なのか、治療することでどうなるのかを丁寧に説明して患者の理解を得ることが重要です。

当院では外来、入院のHIV感染症患者に対して服薬指導を実施しています。AIDSを発症しておらず、CD4がある程度維持できている場合は外来治療となります。外来ではあまり時間をとることはできませんが、治療開始前のアセスメントや薬物間相互作用の確認、治療開始時の服薬指導、開始後の治療効果と副作用チェック、アドヒアランスの確認など外来受診に合わせて1回あたり20分から30分をかけて面談を実施しています。服薬指導や面談には患者のプライバシーを考慮して主に個室を用いています。

外来治療では保険薬局との連携は重要です。特にポリファーマシーの問題などから薬物間相互作用のチェックは重要であり、また飲み忘れや自己判断による中止から生じた残薬の確認は保険薬局薬剤師による介入が重要と考えます。昨年、中医協では残薬が問題となりました。試算では国内の残薬は475億円以上といわれています。抗HIV薬はいずれも高額であり、1カ月分の薬価は約20万円になります。患者への適切な服薬指導とアドヒアランスの維持は重要な事項になります。

●薬物間相互作用（DDI）●

HIV感染症領域での薬剤師の役割の1つに薬物間相互作用（Drug-Drug interaction：DDI）の確認があります。DDIの確認は、医師や他の職種からの問い合わせも多く、薬剤師の職能

が発揮できる分野です。

抗HIV薬には多くのDDIがあり、他の薬剤と併用時に抗HIV薬や併用薬の血中濃度が上昇した場合は副作用増強のリスクがあり、抗HIV薬の血中濃度が低下した場合は耐性ウイルスの発現など治療が失敗するリスクがあります。

抗HIV薬と併用薬のDDIの確認には、「HIV/HCV Medication Guide」や「The University of Liverpool」などの海外データベースが有用です。当院でも医師や患者からのDDIの問い合わせは、添付文書、インタビューフォーム（IF）と共に海外データベースを活用して確認を行っています。

●治療と生命予後●

HIV感染症は、早期に発見して適切な時期に治療を開始することが重要です。早期の発見と治療開始はAIDS関連死の低下と2次感染予防につながります。HIV治療が良好な状態でC型肝炎やアルコール依存がない場合は非HIV感染者と生命予後が同等であるという報告があります。つまり、AIDSを発症しなければ非HIV感染者と変わらない生活を送ることができるため、HIV感染症はコントロール可能な慢性疾患の1つとして考えられるかと思います。

●ゼネラリストとしての役割●

抗HIV療法によって長期生存が可能になりましたが、近年の問題としては感染者の高齢化や様々な合併症が挙げられるようになりました。非HIV感染者と同じように高血圧、高脂血症、糖尿病、慢性腎臓病などの生活習慣病が問題となってきています。また、その他の感染症、がん、妊娠、出産、精神病などの対応も必要になります。たとえば、何らかの感染症に罹患すれば抗菌薬の適正使用やTDMなど薬物投与量のモニタリングを行い、リンパ腫などを発症すれば抗がん剤、制吐剤、オピオイドの知識が必要になります。また、現在はHIV感染症をコントロールして母子感染予防対策を実施することで妊娠と健康児の出産が可能です。その際には周産期における薬学的介入を行う必要があります。さらにHIV感染症患者のなかには精神疾患を合併する患者も少なくありません。感染告知によるショック、うつ状態、統合失調やセクシャルマイノリティの悩みなど様々です。がん、感染制御、精神、妊婦・授乳婦の領域は日本病院薬剤師会が認定する専門薬剤師制度になっており、いずれも高度な知識、技術、実践能力が必要です。しかしながら少なくともゼネラリストとして、様々な領域に対応できる薬剤師としての素養が求められます。これらは他の領域の専門分野にもいえることではないかと思います。したがって、HIV感染症患者だからではなく、薬剤師として必要なゼネラリストとしての知識や経験を生かし、必要に応じて他の専門・認定薬剤師と連携して患者に対応していくことが重要です。また、医師、看護師、臨床心理士など多くの職種とも協力し、それぞれが専門性を発揮してチーム医療を行うことが重要であると考えます。

●薬剤師レジデント制度●

当院では2010年度より薬剤師レジデント制度を導入しました。薬剤師レジデントは、病院薬剤師として総合的な知識と技術を習得するゼネラリストとしての研修の他に、HIV感染症、院内感染症および国際的感染症に精通したスペシャリストとしての薬剤師を目的としています。2年間の研修のなかで薬剤部内の調剤、無菌調製、DIなどの中央業務に加えて、病棟常駐など各診療科をローテーションして薬剤師としての基本的な知識や能力を身に付けます。また、スペシャリストとしての研修ではICT活動やHIV感染症の研修や診療に従事します。各レジデントはプリセプター制度により薬剤部員の指導のもと定期的な症例報告と研究テーマに取り組み学会発表を最終目標の1つとしています。

当院をはじめ多くの施設で薬剤師レジデントが導入されてくるようになりました。ゼネラリストやスペシャリストとして次世代を担う薬剤師の育成は、今後の薬剤師の将来のために必要な取り組みと考えます。