不全で路上に倒れているところを救急車で搬送されたホームレスの患者である。カリニ肺炎の治療は通常1ヶ月程度であるが、退院先がなく、福祉事務所の協力が得られなかったためコーディネーターと本人でアパートを見つけるまで退院できなかった。またアパートの契約には保証人が必要で、20年来音信が途絶えていた弟へ連絡をとる必要があった。病院コーディネーターの交渉によりアパートの保証人になってもらうことができた。本症例の在院日数は178日に及んだ。

症例6は、結核とカリニ肺炎の既往がある60歳男性で、慢性呼吸不全も合併していた。もともと生活全般のセルフケアレベルは低く、定期受診や服薬継続も満足に行えていなかった症例である。初回入院から在宅酸素療法が必要な状態であったが、本人が強く拒否したため酸素療法なしで退院した。抗結核薬も副作用のために服薬率が不良であった。注射薬に一部変更を考えたが、訪問看護ステーションの看護婦の交通費負担を理由に拒否され、内服薬のまま退院した。退院後は呼吸困難を理由に定期受診できておらず、抗結核薬、抗HIV薬やカリニ肺炎予防薬の内服も自己中断していた。

呼吸困難を訴えて数回の再入院を繰り返したが、保健婦の訪問に拒否的だったため、保健婦は訪問を中断してしまった。もともと友人もなく人間関係が希薄で、唯一の家族である姉に対しても小言を言われると嫌がり、週2～3回食事の差し入れを受けるだけだった。

最も最近の入院理由は呼吸不全と栄養不良によるで衰弱であった。再度保健婦と3者面談をもち、保健婦によって地域での療養支援体制、特に訪問看護ステーションや食事の宅配サービスなどがコーディネートされた。さらに、呼吸不全のために階段昇降のない、1階居室への転居が望ましかったが、アパートが見つからないため、入院している症例である。

これらの症例は生活基盤やサポートが弱いため、病状が悪化した場合にもとの生活に戻ることが困難であり、病院での退院調整に生活の建て直しまでが含まれていた。また、高齢者症例に特徴的なように、本人がセルフケアできなくても、家族がそれを補完している場合が少なくないが、この分類症例では家族のサポートが小さいか、ないことが特徴的だった。

D．考察

これらの症例分析の結果、考察を以下にまとめた。

1．昨年度の研究対象症例との比較

本研究で分類された4つの症例タイプで、高齢者としての支援を必要とした症例と精神障害への支援を必要とした症例は昨年度の分類でも示されていた。そして、それぞれの在宅療養支援の内容も一致していた。

昨年度の症例の半数以上を占めていた維持療法期にあり継続した医療を必要とした症例タイプとターミナルケアを必要とした症例タイプに該当する症例は今年度はなかった。プロテアーゼ阻害剤を含む多剤併用療法による劇的な効果が研究対象者の変化に現れたと考えられる。ｻｲﾄﾒｶﾞﾛｳｲﾙｽ網膜炎が減少したため、その維持療法として長期にわたる点滴治療を受ける症例が激減した。また、当然のことながら多剤併用療法により、ターミナル症例も激減した。在宅療法においても、日和見感染症の治療よりも、HIV感染症の進行を抑制し、免疫レベルの向上を目的とする抗HIV薬の服薬継続支援への重要性が高まっている。

今年度の新たに分類された運動機能障害への支援を必要とした症例は、障害者手帳の取得により、福祉サービスを主とした在宅療養支援を求めた症例である。以前は病気が周囲へ知られることを恐れてサービスの活用をあきらめていたが、社会制度の変化、地域や患者自身のHIV感染症に対する認識の変化により、在宅療養支援が導入できたと

考えられる。

今年度、新たに分類された社会生活への支援を必要とした症例は、半数以上を占めた。社会的入院が長期化し、住居や生活費などの生活基盤の確保や家族との関係修復等を含む社会生活の支援を主とする高度な退院調整が行われた特徴があった。このような症例は、治療計画の段階から在宅療養への移行を考慮することや、経験を積んだコーディネーターが患者や家族、保健所等との調整を行うことが必要だった。地域側においても、福祉事務所等との連携や、患者や家族との援助的コミュニケーションによって可能な限り自立した在宅療養生活ができるように長期的に支援する必要がある。今後はケースマネージメントの難易度が高い症例タイプが増加することが推測される。

2. HIV/AIDS患者に対する在宅療養支援を推進するための課題

1) 在宅療養支援に携わる保健医療福祉従事者に対する医学的知識を含む教育の必要性

我が国でもプロテアーゼ阻害剤を含む多剤併用療法が可能になり、その劇的な効果は平成9年度の報告と今年度の研究対象者の変化に現れている。ターミナルケアや維持療法を必要とした症例が激減した一方で、在宅療養支援のなかでも抗HIV薬の服薬継続支援の重要性が増している。

結核の合併症例も増加しており、抗結核薬の内服支援も重要になっている。精神障害の症例では、日常生活の状態を保健婦が観察し、病院スタッフに情報提供することは、治療の開始を判断するのに大変重要であった。また、患者が医療機関を定期受診できるように支援することは、治療の継続において不可欠である。

これらの支援を行うには、在宅療養支援を行う保健医療福祉従事者は抗HIV薬の多剤併用療法をはじめ、抗結核薬や日和見感染症の予防薬について十分な知識を持つことが必要であり、そのためには進歩する治療法やその服薬支援方法について学ぶ機会が必要である。

2) 医療機関と地域との連携を促進する必要性

HIV感染症患者の場合は、プライバシーが漏洩することを不安に思い、地域における公的サービスの活用を躊躇することがある。在宅療養支援の場合は特に、担当保健婦などの紹介を医療機関において行うなど丁寧に行う必要がある。また、保健所等への在宅療養支援の要請の際には、患者本人がHIV感染について告げることを承諾することが不可欠である。

2)-1 医療機関における看護婦等のコーディネーター機能の強化

通常医療機関における退院調整や地域との連携は、制度の申請などを中心にした福祉事務所への連携が多かった。保健所等と連携されることは少なく、療養支援が継続されない傾向が指摘された。本研究症例では、医療機関におけるHIV/AIDS専門コーディネーターとして看護婦が活動していたことで、療養支援の継続が意識化されており、積極的に地域の保健所へ在宅療養支援の要請を行っていた。

しかし、社会生活への支援を必要とした症例などでは、退院調整だけでなく外来における継続的なケースマネージメントが必要であり、ブロック拠点病院やある程度のHIV感染患者数を抱える医療機関では、外来においても在宅療養支援を保健所等と連携しながら行える看護婦等を養成・配置する必要がある。

このようなコーディネーター活動を行う場合は、院内の他職種や地域の保健所等との連絡調整に支障を来たさないように、症例ごとに担当者を明確にし、昼間に勤務する体制が不可欠である。

また、医療機関側のコーディネーター役を担う看護婦にも医療費や障害認定などの制度、社会資源についてもある程度の知識は必要であり、学習する必要が指摘された。

2)-2　地域における看護職のコーディネーター機能の強化

保健婦等が地域側コーディネーターとして機能することによって、医療機関からの連絡窓口は整理され、効率的な在宅療養へのコーディネートが可能になる。福祉サービスの利用が主たる支援であっても、医療機関から症例を一旦保健婦が受け、地域内の該当窓口へ照会するようなｺｰﾃﾞｨﾈｰﾄを行うことは、医療機関から地域への連携を促進させる。

福祉と保健部門の組織がそれぞれ独立し、以前に比べヘルパー派遣などに保健婦の意向が反映されにくくなった声もある。障害認定され福祉サービスの活用が可能になっても、慢性のウイルス感染症であり、療養生活の支援には変わりない。在宅療養支援の地域側チームに保健婦が参加したり、地域内での連携を促進することも保健婦のコーディネーター機能を強化するためには課題となっている。また、地域において患者を受け入れる福祉施設や学校、保育園等の職員に対する感染のリスクや防御方法などの教育も保健婦の取り組む活動の一つである。

社会生活の支援を必要とした症例については、住居の確保を始め、地域で療養生活する基盤の形成から支援を必要とし、援助的コミュニケーションを始め、高度なケースマネージメント能力が地域における療養支援にも求められている。

3)　日常生活環境における感染防御に関する教育と検討の必要性、

在宅療養において、平成9年度の報告では医療廃棄物の取り扱いや紙オムツなどの廃棄に関する検討の必要性が示唆された。引き続き在宅療養支援の重要課題として検討していく必要がある。家族、ヘルパー、在宅保健医療福祉従事者への教育は引き続き重要な課題である。HIV感染リスクのみでなく、肝炎ウイルスやMRSAなど様々な感染のリスクが血液をはじめとする体液は有しているため、全ての体液については安全に取り扱うことを地域においても普及する必要がある。特に昨年4月からのHIV感染者の障害認定制度によりヘルパー派遣が増えることから、ヘルパーを対象にした感染防御とゴミの廃棄に関する教育は特に急がれている。

4)　一時保護所の活用と在宅療養する住居の確保の必要性

社会生活への支援を必要とした患者については、退院後の在宅療養基盤である住居の確保が難航したことによって入院が長期化していた。療養支援や生活の基盤作りの支援を受けながら一定期間滞在できる一時保護所を活用することで、社会的入院の長期化は回避できると思われる。独居で低収入あるいは無収入の患者がアパートを借りることは事実上困難である。HIV感染症患者で社会的支援を必要とする者も入居できる共同住宅の設置が必要である。

E．結論

本研究で取り上げた在宅療養支援対象者は、運動機能障害への支援を必要とした患者と精神障害への支援を必要とした患者、高齢者としての支援を必要とした患者、社会生活の支援を必要とした患者の4つの群に分類された。運動機能障害への支援を必要とした患者と精神障害への支援を必要とした患者、高齢者としての支援を必要とした患者については、障害や加齢に対する支援を中心に、定期受診や抗ＨＩＶ薬服薬の支援が行われた。し

かし、半数以上が分類された社会生活への支援を必要した症例では、共通の特徴として以下の４つがあげられた。

1）経済的問題がある
2）病期が進んでいる
3）生活全般のセルフケアレベルが低い
4）サポートがない

これらの問題を抱えながら病院と地域で協働し療養支援を行うのであるが、特に独居である症例への在宅療養支援は難しい。このような現状を踏まえてＨＩＶ感染症患者の在宅療養支援を促進するための課題として、在宅療養支援に携わる保健医療福祉従事者の医学的知識を含む教育の必要性、医療機関と地域との連携を促進する必要性（医療機関側、地域側）、日常生活環境における感染防御に関する教育と検討の必要性、在宅療養する住居の確保の必要性が示唆された。

おわりに

本研究ではﾌﾟﾛﾃｱｰｾﾞ阻害剤の効果によりエイズ診療の中心が外来・在宅療養へ移行していることが対象患者の変化によって明らかになった。

しかし、HIV感染症に加えB型肝炎やC型肝炎の進行した症例も増えていることから、平成9年度でまとめた医療ニードの高い症例をあわせて様々なタイプのHIV感染症在宅療養者への支援が提供できるように備える必要がある。

また、このような在宅療養支援を必要とした症例が増加することを予防するには、結核やＳＴＤの感染が判明した時点でのＨＩＶ抗体検査のすすめを、診療所や保健所において積極的に実施し、ＨＩＶ感染症の早期発見・治療を導入する機会としたり、予防教育を行う機会とすることが必要である。

＊参考資料として本研究結果をふまえて開発した在宅療養移行情報提供シート平成10年度版を添付する。

表1　運動機能障害への支援を必要とした症例　　表2　精神障害への支援を必要とした症例　　表3　高齢者としての支援を必要とした症例

	症例1	症例2	症例3	症例4	症例5
性別	男	男	男	男	男
年齢	34	48	47	73	65
病期	AC	AIDS	AC	AC	AIDS
感染経路	血液製剤	男性同性間	男性同性間	異性間	男性同性間
職業	無	無	警備アルバイト（不定期）	飲食店経営	無
同居家族	独居（一時的）	独居	独居	妻、娘2人	義息子
キーパーソン（HIV感染を知っている）	妻	姉	兄（生活費の管理）	娘2人	義息子
受診の経緯	血友病の主治医より紹介 1996　エイズ専門医療機関へ転院	1999　カリニ肺炎発症しエイズ専門医療機関へ入院	1997　術前検査でHIV判明　都内大学病院 その後エイズ専門医療機関へ紹介	1996　術前検査でHIV判明　都内公的病院 その後エイズ専門医療機関へ紹介	1998　カリニ肺炎発症し、内視鏡前検査でHIV判明　都内公的病院 その後エイズ専門医療機関へ紹介
健康保険	国民健康保険	国民健康保険	国民健康保険	国民健康保険	社会保険
身障者手帳	1種2級	1種1級	1種3級	希望せず	希望せず
他の社会資源	障害・特別障害年金、医薬品機構		愛の手帳　障害年金	老人医療	
保健所へ連絡時の病状					
CD4陽性リンパン球数	303	20	300	60	10
ウイルス量	83,000	検出限界以下	26,000	400,000	170,000
既往日和見感染症	帯状疱疹	カリニ肺炎、カポジ肉腫、帯状疱疹		口腔カンジダ症	カリニ肺炎、帯状疱疹
抗HIV薬の内服／抗HIV薬歴	無/AZT+3TC+NFV	d4T+3TC+RTV+SQV	無／無	d4T+ddI+EFV+HU/AZT+3TC+RTV+SQV	d4T+3TC+NFV／無
日和見感染症予防薬の内服	無	バクタ	無	バクタ	ダプソン
既往症	血友病、喘息、咽頭腫瘍、急性胆嚢炎、関節障害	梅毒	梅毒、B型肝炎、C型肝炎、高血圧、精神分裂病（入院3回）	梅毒、前立腺肥大	胃癌、白内障
現症状	出血に伴う関節痛、頸部痛	記銘力低下、排尿困難（自己導尿練習中）	妄想、孤独感	動作緩慢、健忘	軽度健忘、皮膚発疹
入院歴	帯状疱疹や抜歯で4回 合計28日	入院中　202日	他精神病院3回措置入院歴あり	白内障、肝機能障害で2回 合計　21日	カリニ肺炎、薬剤アレルギー、プロテアーゼ導入で3回 合計　87日
医療機関の受診頻度	3週間に1度、リハビリ毎日	入院中	3週間に1度 精神科とACC	1週間に1度	2週間に1度
外来定期受診の可否	○	－	○	○	○
生活状況					
住居	アパート（トイレ、風呂付）	なし	持ち家	持ち家	持ち家
移動	車椅子	問題なし	問題なし	歩行時付き添い必要	問題なし
清潔	問題なし	問題なし	熱湯？長期に入浴しないことあり	問題なし	問題なし
排泄（回数、性状）	問題なし	排尿障害有り、自己導尿	問題なし	失禁することあり	問題なし
食事（回数、内容等）	不規則（宅配、コンビニ）	不規則（外食）	不規則（外食）	不規則（家族調理）	規則的（家族調理）
生活パタン	規則的（週3日リハビリ通院）	不規則	不規則	不規則	規則的
社会活動、つきあい	週2日妻とすごす　リハビリ医療者	軽度痴呆のため周囲とのトラブルあり	飲み屋の顔見知り	家族	家族 友人多い
飲酒、喫煙、麻薬等			ウイスキー（お金があれば多量）、煙草80本/日、競艇ギャンブル		

表１－２　運動機能障害への支援を必要とした症例　　表２－２　精神障害への支援を必要とした症例　　表３－２　高齢者としての支援を必要とした症例

保健所との連携	症例1	症例2	症例3	症例4	症例5
管轄保健所（保健所連絡日）	都内保健所A	都内保健所F	都内保健所B	都内保健所C	都内保健所D
本人の意向	通院介助、家事ヘルパー希望	承諾	承諾	承諾	承諾
家族の意向	本人と同じ	承諾	承諾	在宅医療・介護への移行について相談希望	
エイズ専門看護婦の意向	福祉サービス等のコーディネート（福祉事務所） ヘルパーの派遣 療養生活上の相談 ACCとの連絡	在宅療養の可否をアセスメント 家族への在宅療養相談 福祉サービス等のコーディネート（福祉事務所）	生活状況把握と生活リズムの形成 ACCとの連絡 服薬状況の観察 福祉サービス等のコーディネート（福祉事務所）ヘルパー 孤独の緩和 二次感染の予防指導	在宅医療・介護への移行相談 健康状態の把握 家族への教育、サポート 福祉サービス等のコーディネート（福祉事務所）ヘルパー ACCとの連絡	健康状態の把握
保健婦の意向	福祉事務所のサービスが主なので、福祉事務所へ連絡してほしいしてほしい。	姉の意向等を情報収集し、在宅療養可能かアセスメント	訪問して顔つなぎ。定期的な訪問と服薬、生活状況の把握。ＣＮとの情報交換。	訪問指導・面接を繰り返しながらケースマネージメント	定期的な電話訪問で健康状態、生活状況の把握

医療機関・保健所等での活動

エイズ専門医療機関の支援内容	定期的外来ﾌｫﾛｰ 初期教育 家族への教育とサポート 在宅療養と外来通院に必要な援助について相談	本人・家族への告知とフォローアップ 初期教育 抗HIV療法導入と服薬指導 家族との関係修復援助 障害者手帳の取得 家族への教育とサポート 今後の生活設計カウンセリング	定期的外来ﾌｫﾛｰ 初期教育 精神科診療との調整 本人・家族への告知とフォローアップ 孤独への電話カウンセリング 障害者手帳の取得 二次感染の予防教育	定期的外来ﾌｫﾛｰ 急変時の入院治療 在宅療養への介入を受け入れる動機づけ 家族への教育とサポート 娘への精神的ケア 社会保障の活用についてすすめる 娘とCNが面接（家族指導実施）	カリニ肺炎の治療と予防内服の指導 初期教育 抗HIV療法導入と服薬指導 家族への告知とフォローアップ 社会保障の活用についてすすめる 在宅療養への介入を受け入れる動機づけ 家族への教育とサポート 定期的外来ﾌｫﾛｰ
（保健所等との連携に関する活動）	保健婦、社会福祉事務所へ電話 患者自宅において話し合いセット（身障福祉司、ｹｰｽﾜｰｶｰ、ヘルパー、事務派長、ＣＮ）	保健婦へ電話 病院で3者面接セットし保健婦を紹介 姉へ在宅療養や保健所について説明し理解を深めてもらった。	保健婦へ電話 病院で3者面接セットし保健婦を紹介 初回訪問指導PHNに同行	保健婦へ電話 病院で3者面接セットし保健婦を紹介	保健婦へ電話 病院で3者面接セットし保健婦を紹介 初回訪問指導に同行
保健所等の活動	病院ＣＮへ電話連絡	病院ＣＮへ電話連絡 本人、姉と保健所にて退院後の生活について相談	病院ＣＮへ電話連絡 通宜訪問指導	病院ＣＮへ電話連絡 家族にベット貸与について福祉事務所へ相談するようにアドバイス	病院ＣＮへ電話連絡 通宜訪問指導
現状	定期受診。リハビリ中。	入院中。服薬良好。自己導尿問題無し。退院後居住するアパートを探している。	定期受診。高血圧、精神病再発無し	副作用で服薬中断中 肝データ上昇。老化によるＡＤＬ低下	定期受診、服薬良好

表4　社会生活への支援を必要とした症例

	症例6	症例7	症例8	症例9	症例10	症例11
性別	男	男	男	男	男	男
年齢	60	48	48	49	35	23
病期	AIDS	AIDS	AIDS	AIDS	AIDS	AC
感染経路	男性同性間	異性間	男性同性間	異性間	男性同性間	血液製剤
職業	無	無	無	無	無	無
同居家族	独居	独居	独居	独居	独居	父母
キーパーソン（HIV感染を知っている）	姉(週に1,2度食事を差入れ)	兄夫婦	無	母、姉から手紙連絡あり	無	母
受診の経緯	1996　カリニ肺炎発症し入院　都内民間病院 その後エイズ専門医療機関へ転院	1998　術前検査でHIV判明　エイズ専門医療機関	1997　カリニ肺炎発症しエイズ専門医療機関へ入院	1998　結核発症し入院　HIV判明　都内民間病院 結核治療導入後エイズ専門医療機関へ転院	1999　カリニ肺炎発症しエイズ専門医療機関へ入院	血友病の主治医より紹介 1998　エイズ専門医療機関受診その後地元主治医と併診
健康保険	国民健康保険	−	−	−	−	国民健康保険
身障者手帳	1種1級	1種1級	1種1級	1種1級	無	申請中
他の社会資源	障害年金	生活保護	生活保護	生活保護	生活保護	医薬品機構

保健所へ連絡時の病状

CD4陽性リンパン球数	83	194	237	302	133	500
ウイルス量	140,000	検出限界以下	検出限界以下	440	890,000	2,000
既往日和見感染症	カリニ肺炎 結核	帯状疱疹 結核	カリニ肺炎	カリニ肺炎、帯状疱疹 結核	カリニ肺炎、食道カンジダ	
抗HIV薬の内服／抗HIV薬歴	中断中 /d4T+3TC+NFV/AZT+ddo+IDV	d4T+3TC+NFV/AZT	d4T+3TC+NFV/AZT+RTV+SQV	AZT+3TC+IDV／無	無	無
日和見感染症予防薬の内服	バクタ		バクタ	抗結核薬、バクタ	バクタ	無
既往症	梅毒、慢性呼吸不全	梅毒、閉鎖性動脈硬化症：人工血管置換術	性器ヘルペス	蜂窩織炎	食道潰瘍	血友病、脳内出血、知的障害
現症状	息切れ、末梢神経痛、抑鬱	下肢痺れ 軟便(NFV)	上肢しびれ		倦怠感、咳、発熱	
入院歴	カリニ肺炎、結核、呼吸不全で５回　合計　375日	帯状疱疹、アテローム性硬化症　合計　140日	カリニ肺炎　178日	カリニ肺炎　128日	カリニ肺炎　94日	なし
医療機関の受診頻度	２週間に１度	2週間に1度	2週に1度	2週間に1度	入院中	2ヶ月に1度
外来定期受診の可否	×	○	○	○	−	○

生活状況

住居	アパート（トイレ・風呂なし、２階）	民間アパート→都営住宅（トイレ・風呂あり）エレベーター有り	ホームレス→アパート（風呂なし）電話なし	ホームレス→アパート（風呂なし）電話なし	ホームレス	持ち家
移動	ふらつき有り、杖使用を検討	正座禁止（下肢人工血管）	問題なし	問題なし	問題なし	問題なし
清潔	銭湯	問題なし	銭湯	銭湯	サウナ	問題なし
排泄(回数、性状)	問題なし	軟便(NFV)和式トイレ不可	問題なし	夜間排尿回数多い(IDV)	問題なし	問題なし
食事(回数、内容等)	不規則、姉が週1-2回食事さしいれ、自炊できず栄養状態悪化リスクあり	不規則（外食）	規則的（自炊）	規則的（自炊）	不規則（外食）	規則的（家族調理）
生活パタン	不規則	規則的	規則的	規則的	不規則	不規則
社会活動、つきあい	引きこもりがち	引きこもりがち	引きこもりがち スポーツサークル参加 就労希望	一人でいることを好む	路上生活者仲間	引きこもりがち
飲酒、喫煙、麻薬等		禁煙		煙草４０本/日	飲酒、禁煙	

表４－２　社会生活への支援を必要とした症例

保健所との連携	症例6	症例7	症例8	症例9	症例10	症例11
管轄保健所（保健所連絡日）	都内保健所D	都内保健所E	都内保健所C	都内保健所C	都内保健所C	栃木県保健所
本人の意向	承諾	承諾	承諾	承諾	承諾	不明
家族の意向	承諾	―	―	―	―	承諾
エイズ専門看護婦の意向	退院へ向けての在宅医療・福祉サービスのコーディネート（訪問看護ステーション・福祉事務所） 健康状態の把握 生活状況把握と生活環境の改善（転居の相談） 受診中断予防	定期受診の支援 精神的サポート 生活状況の把握とアドバイス 社会復帰の相談	社会復帰の相談 生活環境の改善（転居の支援） 食生活のアドバイス	定期受診の支援 服薬継続支援 社会復帰の相談 生活環境の改善	退院計画からの参加 定期受診の支援 福祉サービス等のコーディネート（福祉事務所）	福祉サービス利用手続き等の援助 生活状況の把握 ACCとの連絡 血液刺刺使用時、ｼｮｯｸの既往あり対処の教育
保健婦の意向	姉に在宅医療の説明、理解を求める	定期的な訪問で生活状況把握	定期的な訪問指導と就労の機会を情報提供。生活環境の改善。	抗結核薬の服薬支援、定期的な訪問指導と生活環境の改善。	福祉事務所が退院先を決定してから介入したい。	訪問してアセスメント
医療機関・保健所等での活動						
エイズ専門医療機関の支援内容	ｶﾘﾆ肺炎の治療と予防内服の指導 初期教育 結核治療、服薬指導 抗HIV療法導入と服薬指導 家族への告知とフォローアップ 障害者手帳の取得 傷害年金の取得 在宅療養への介入を受け入れる動機づけ 家族への教育とサポート 受診中断予防の電話訪問	本人・家族への告知とフォローアップ 初期教育 抗HIV療法導入と服薬指導 下肢ｱｷﾚｰﾑ性硬化症の外科的治療 家族との関係修復援助 障害者手帳の取得 精神的ケア 退院後のアパート探し 家族への教育とサポート 定期的外来ﾌｫﾛｰ	ｶﾘﾆ肺炎の治療と予防内服の指導 初期教育 抗HIV療法導入と服薬指導 家族の所在を探す 本人への告知フォローアップ 家族との関係修復援助 障害者手帳の取得 生活保護の取得 精神的ケア 退院後のアパート探し 生活物品の調達 定期的外来ﾌｫﾛｰ	ｶﾘﾆ肺炎の治療と予防内服の指導 本人・家族への告知とフォローアップ 初期教育 抗HIV療法導入と服薬指導 家族との関係修復援助 障害者手帳の取得 精神的ケア 退院後のアパート探し 家族への教育とサポート 定期的外来ﾌｫﾛｰ 就労相談	ｶﾘﾆ肺炎の治療と予防内服の指導 本人・家族への告知とフォローアップ 初期教育 抗HIV療法導入の検討 家族との関係修復援助 今後の生活設計カウンセリング 自己破産手続きについてｿｰｼｬﾙﾜｰｶｰへ相談	定期的外来ﾌｫﾛｰ 初期教育 在宅療養への介入を受け入れる動機づけ 家族への教育とサポート 母親への精神的ケア 障害者手帳の取得 家族間の調整 事務手続き代行
（保健所等との連携に関する活動）	保健婦へ電話 病院で3者面接セットし保健婦を紹介 保健婦への教育と診療現場の案内	保健婦へ電話 初回訪問指導に同行	保健婦へ電話 病院で3者面接セットし保健婦を紹介	保健婦へ電話 初回訪問指導に同行	保健婦へ電話 病院ｿｰｼｬﾙﾜｰｶｰと相談し、ｿｰｼｬﾙﾜｰｶｰを窓口にして福祉事務所へ連絡をとる。	保健婦へ電話
保健所等の活動	病院ＣＮへ電話連絡 退院後の在宅酸素療法継続、カリニ肺炎予防内服支援のため訪問看護ステーションと診療所を病院ＣＮへ紹介	病院ＣＮへ電話連絡 適宜訪問指導	病院ＣＮへ電話連絡 適宜訪問指導と来所面接生活物品の調達支援	病院ＣＮへ電話連絡 適宜訪問指導	病院ＣＮへ電話連絡	病院ＣＮへ電話連絡
現状	再入院、退院調整中。本人在宅療養へはしぶしぶ同意、在宅酸素療法手配	定期受診。服薬良好。引きこもりがち	定期受診。服薬良好。仕事か社会活動を探している。	定期受診。服薬良好。仕事か社会活動探している	入院中。今後の生活スタイルを考慮して治療と退院先を検討中	定期受診。未治療。

在宅療養移行情報提供シート

年　月　日

施設名　　担当　　連絡先

患者紹介

氏名	
住所　□独居	
緊急連絡先	①　　②
生年月日(年齢)/性別	年　月　日(　歳)　□男　□女
職業	□無　□有
サポート状況	病気の理解者　家族構成 □無 □　父 キーパーソン　母 *同居人は赤丸で囲む
健康保険	□無　□国保(本人　家族) □社保(本人　家族)
身障者手帳	□無　□有【免疫】(　種　級　年　月　日交付)【　】
その他の社会資源	□障害年金　□生活保護　□
主な収入	

初診日	年　月　日　感染告知日(　年　月　:場所　)
抗体検査	□自主的検査　□それ以外
病期	□AC　□AIDS(　年　月　診断名:　)
感染経路	□性感染【□同性間　□異性間】(　年　月頃)　□血液製剤・輸血(　年　月頃) □母子感染　□IDU □不明
他の感染症	□HBV　□HCV　□TPHA　□赤痢アメーバ抗体　□MRSA　□
薬剤アレルギー	□無　□有(　)

在宅療養の方針

在宅療養の意向 (本人)	□承諾	
在宅療養の意向 (家族)	□承諾	
在宅療養の意向 (医療者) □患者宅訪問希望 □電話訪問希望	□様子観察 □受診中断予防 □服薬管理 □身体的アセスメント □精神的アセスメント □医療処置 □在宅医療サービスのコーディネイト □家族指導 □福祉サービスのコーディネイト □家事援助 □生活環境の整備 □就労支援 □ □	

生活パターン （服薬治療含む） □規則的□不規則	
食習慣	リズム: □規則的 □不規則　　回数: □1回□2回□3回□ 回
嗜好	アルコール□飲まない □飲む(量:　　) 煙草　□吸わない □吸う(　　本/日) 麻薬経験 □無　□有(
自覚症状	
最新データ	年 月 日　CD4/8　VL WBC　Hb　Plt　GOT/GPT
抗HIV療法 処方内容 □開始日 （　/　/　） □経過観察(未投薬) □その他の内服 （処方量）	□AZT □ddI □ddC □3TC □d4T □IDV □SQV □RTV □NFV □NVP □EFV □ABC □HU 処方量 副作用　□無 □ □　　□ □　　□
日和見感染予防/治療	□無 □カリニ肺炎予防　【□内服(□ﾊﾞｸﾀ □ﾀﾞﾌﾟｿﾝ)】【□吸入】【□点滴】 □CMV網膜炎予防 【内服(□ｶﾞﾝｼｸﾛﾋﾞﾙ)】 眼底検査 (　　に1度) □MAC予防　【内服(□ｱｼﾞｽﾛﾏｲｼﾝ)】 □結核治療(□INH □EB □RFP □RFB □PZA □SM □　　) □婦人科検診(　ケ月に1度)
既往歴	□帯状疱疹　□高血圧　□糖尿病 □梅毒　□(　　)型肝炎　□痔 □喘息　□痛風　□ □　□　□
今後の治療方針	
受診頻度	□内科　に1度　□ □

ADL 清潔 移動 食事 排泄	□問題なし □問題なし □問題なし □問題なし	
家事等 掃除 洗濯 炊事 買い物 金銭管理	□問題なし □問題なし □問題なし □問題なし □問題なし	

備考

HIV患者の看護に関する研究（2）

HIV/AIDS医療におけるコーディネーター養成のための教育プログラムの開発

担当研究者　前田ひとみ　（熊本大学医療技術短期大学部）
南家貴美代　（熊本大学医療技術短期大学部）
池田　和子　（国立国際医療センター）
石原　美和　（国立国際医療センター）

研究要旨

治療の発達に伴い、HIV/AIDS患者のニーズは多種多様化し、今後も更なる変化の可能性を秘めている。このような状況下で、HIV/AIDS患者の健康を維持・増進させるためには、HIV/AIDSの病態や治療に関する知識だけでなく、関連する保健・福祉領域の知識も要求される。HIV/AIDS患者のニーズに充分対応するためには、相談活動を通じて関係諸機関との連携や調整を行い、サポート体制を形成できるコーディネーターが必要である。

そこで今回、我々はHIV/AIDSの専門的知識を持ち、患者や家族に専門に対応し、HIV/AIDS医療に関連する全領域をコーディネートできる、専任スタッフを養成するための教育プログラムを作成し、その妥当性を検討した。

その結果、患者のケアを通した実習を多く取り入れた今回の教育プログラムによって、CNの活動が対象者にとって一つのロール・モデルとなった。そして、知識と実践とが結びつき、アセスメント能力や判断能力が向上した。さらに、患者の問題を正確に把握できるようになったことで、より積極的に患者に関われることができるようになっていた。

しかし、今回の教育プログラムに参加しても、所属や勤務体制の問題から、CNとして必ずしも効果的に機能できていないことが示された。このことから、今後このような専門職者が役割・機能を十分に発揮できるような保健医療体制についても、検討していく重要性が示唆された。

はじめに

これまで、我が国のHIV/AIDS患者といえば、血友病の既往をもち、HIVに感染した凝固因子製剤の輸血感染によるものが多くを占めていた。しかし、近年は同性間や異性間の性的接触による性感染やその二次感染による母子感染、静脈系薬物の乱用に伴う血液感染によるHIV/AIDS患者が増加しており[1]、血友病の既往なしにHIV/AIDSと診断される例が多くなっている[2]。また、既往に分裂病などの精神疾患を有している人や、精神疾患と診断される程ではないが、他者とのコミニュケーションが非常に困難な人が、前述のような感染経路によりHIV/AIDSと診断される例が少しずつ増加し、新たな課題を生じている[3]。

プロテアーゼ阻害剤の登場によるHIV治療や日和見感染症の予防・治療の発達はめざましく、エイズは今や「死の病」から「慢性病」へと変化した。そのため、施設での入院医療が中心であったこれまでとは異なり、外来通院を含めた在宅医療へと、医療の場が確実に移行している[4]。また、HIV/

AIDSと診断されてからの生存期間が延長したため、患者の経済的基盤を支援する趣旨で、平成１０年４月からは障害者認定が開始され、「慢性病」化の影響は社会制度にも変化をもたらした。

このように、我が国のHIV/AIDS患者の様相は確実に変化しており、治療の進歩や社会制度の変化とも相まって、HIV/AIDS医療に対するニーズは多種多様化すると共に今後も様変わりする可能性を秘めている。このような複雑なニーズに柔軟に対応しながら、HIV/AIDS患者の健康を維持・増進させるためには、より高い専門性をもった働きが求められる。このような背景の下、我が国のHIV/AIDS医療の中核的存在をなす幾つかの病院においては、HIV/AIDS患者を専門に対応するコーディネーター・ナース（以下、CNとする）が導入されつつある。これは、HIV/AIDS患者が治療に主体的に取り組み、出来る限り自立して生活できるように支援することを目的とした、HIV/AIDS専任スタッフである。このCNの活動内容を調査・分析した先行研究では、HIV/AIDS患者に対応するCNの役割・機能が11種類に分類され[5]、中でも相談業務と患者教育に関する活動の占める割合が年々高くなっていた[6]。また、患者がCNをどのように認識しているかを調査した結果では、患者はCNを「相談」「サポート形成」「連携・調整」という役割・機能をもつスタッフと認識しており、このようなCNの役割・機能を高く評価していることが示された[7]。これらの研究から、HIV/AIDS患者に質の高いサービスを提供するためには、HIV/AIDSの病態や治療に関する知識だけでなく、HIV/AIDSに関連する保健・福祉など、幅広い知識を持ち、相談活動を通して患者・家族や関係諸機関との連携・調整を行い、人的・物的サポート体制を形成できるコーディネーターの必要性が示唆された。

A　研究目的

本研究の目的は、HIV/AIDSに関連する全ての領域をコーディネートできる専任スタッフを養成するための教育プログラムを作成し、その妥当性を検討することである。

B　研究方法

1.調査対象

エイズ治療・研究開発センター（AIDS Clinical Center：ACC）が主催する研修（ACC Clinical Training Course）の１ヶ月コースに参加した３名の看護婦を対象とした。この３名は、各自が所属するHIV/AIDS診療の拠点病院から推薦され、平成10年6月1日から6月27日までの間、研修に参加した。対象者の看護婦経験年数、HIV/AIDS患者のケア経験などについては、表１に示すとおりである。

2.調査方法

１ヶ月コースの研修に参加する前と参加後、研修修了１ヶ月後、５ヶ月後の４時点で、調査を実施した（図１）。『HIV/AIDSの病態・治療に関する基礎知識』については、質問紙に回答してもらった。また、『AIDS患者の抱える問題点』と『現在のあなたの施設におけるHIV/AIDS診療の問題点』については、自由記述とし、記述内容が不明な点については面接によって確認した。『このプログラムを受けた感想・理解できたこと』、『HIV/AIDS医療におけるコーディネーターに求められるもの』については、研修での教育に携わらなかった研究者が、対象者から面接による聞き取り調査を行い、内容はその場で記述した。また、研修修了１ヶ月後と5ヶ月後に、研修後からその時点までの『活動内容』、『研修後変化したこと』、『現在のあなたの施設におけるHIV/AIDS診療の問題点』について自由記載による調査を行い、郵送法によって回収した。

3.倫理的配慮

対象者には、事前に研究の主旨、意義についての説明を行い、本研究への協力の同意を得た上で、調査並びに面接を行った。

4.HIV/AIDS医療におけるコーディネーター養成のための教育プログラムの目標と内容

教育プログラムの目的は、HIV/AIDS患者が主体的に治療に取り組み、出来る限り自立して生活できるように、HIV/AIDS患者のニーズに即した質の高い医療を提供することであり、ACCでは表2のように期間別に目標を設定し、研修コースが構成されている。

本研究で用いた1ヶ月コースの教育プログラムの内容は、HIVに関するウイルス学、HIV/AIDSや日和見感染症の病理、免疫学、栄養学、抗HIV薬や日和見感染症予防薬、二次感染予防の基礎知識に加え、アセスメント能力やコミュニケーション技術、カウンセリング技術を高めるための講義と実習、患者のサポート・ネットワーク拡大のための地域・在宅における施設の見学から構成されている。特にカウンセリング能力を高めるために、基礎的なカウンセリングの知識に加え、傾聴、告知場面、初期教育などのカウンセリング実習を多く取り入れ、精神科との合同カンファレンスへの参加も組み込んだ。また、受講期間を通して患者を受け持ち、他の医療職者とのカンファレンス及びミーティングへの参加や担当患者のカンファレンスなどを行い、まとめとして担当患者のケース・スタディの発表を行った。

C　結　果

1.1ヶ月コース修了後の感想と変化

対象者の感想として、「一般的に看護婦は雑務に追われて患者とゆっくり話ができない。ここ（ACC）は、病院全体でCNの位置づけができているためHIV/AIDS患者だけにかかわれる」、「専門的知識を備えているため患者がいつでも相談できる」、「外来と病棟の両方を行き来して活動できるので継続的なケアが行なえる」が挙げられた。また、『研修プログラムの受講によって理解できたこと』としては「HIV/AIDS診療の流れがつかめた」、「基礎知識が増えたことに加え実際のケアを見ることができたために、今まで漠然としていたHIV/AIDS患者への関わり方が理解できた」、「服薬、生活指導などの方法が具体的にわかった」、「医者やコメディカルとの関係がつかめたために、協働することの意味がわかった」ことが挙げられた。そして『HIV/AIDS医療におけるコーディネーターに求められること』としては、「具体的な指導を行うために疾患や薬等の基礎知識をおさえる」、「服薬を始めとした生活指導を継続的に行う」、「医師や他の医療職種間の関係を理解し、コーディネーターの役割を明確にする」、「医者との共同問題を明らかにしながら関係機関と連携を保つ」、「患者の問題に対して対処できる方法、施設・機関を知る」、「患者のサポート源となる社会的資源について理解し、活用していく」、「障害者認定の手続き等を理解し、経済面に対する援助ができる」ことが挙げられた。

次に『HIV/AIDSの病態・治療に関する基礎知識』と『AIDS患者の抱える問題点』について、開始前と修了後とを比較した。その結果、HIV/AIDSの病態・治療に関する基礎知識については、「感染経路」、「診断基準となる検査」、「エイズ診断基準となる症状」、「抗HIV薬の種類」で、参加後の方が正解数は増加しており、特に「感染経路」、「抗HIV薬の副作用」については回答内容が具体的に書かれていた。　そして『AIDS患者の抱える問題点』については、参加前は「差別や偏見による問題」、「患

者のセルフケア・レベルの向上」、「医療費等の経済的問題」が挙げられたが、参加後は参加前に加え「服薬アドヒアランス」、「患者の行動変容」、「地方の病院における診療体制の未整備」が挙げられていた。

2.1ヶ月コース修了1ヶ月後および5ヶ月後の状況

1ヶ月コース修了後の対象者の勤務形態は、CN1名、病棟1名、外来1名であった。『研修後変化したこと』としては、「アセスメントが出来るようになり、積極的に患者にかかわれるようになった」、「必要な援助を選択し、優先順位がつけられるようになった」、「どの機関と調整すればよいかがわかるようになった」、「医師の介入が必要な部分が考えられるようになった」ことが挙げられた。

1ヶ月コース修了後1ヶ月間の『活動内容』は、表3に示す通りである。患者のニーズに対応した活動だけでなく、施設内での診療体制整備のための話し合いや諸機関との関係作り、スタッフの教育活動など、患者を取り巻く条件整備にも積極的に取り組んでいた。これらの活動は、1ヶ月コース修了5ヶ月後も続けられており、その結果、HIV/AIDS診療体制を図式化したものや診療手順の手引きなどが作成されていた。

『現在のあなたの施設におけるHIV/AIDS診療の問題点』については、表4に示す通りであり、開始前には患者のプライバシーの保護に関することや医療者側の問題が挙げられていたが、修了後はそれらに加え、医療者の感染予防対策など体制の見直しについて述べられていた。本コース修了1ヶ月後の活動状況については、施設内でコーディネーターに対する理解が得られないために、活動に支障を来している状況が挙げられていた。修了5か月後も、体制が整いつつあるものの、コーディネーターとして活動していることについて、の実践について、他の一般看護婦から理解を得られないために、活動に支障を来している状況が示された。

D 考 察

HIV/AIDS患者の先行研究から、患者や家族を専門に対応しているCNについて、患者は自分の意見を持ち、患者と一緒に考えてくれるという評価をしていることが示された[7]。その背景には、CNが疾病や治療だけでなく、HIV/AIDS に関連する幅広い知識を持っていることが影響していると考えられた[7]。本研究の3名の対象者は、現在または過去にHIV/AIDS患者のケア経験があるため、HIV/AIDSの病態・治療に関する基礎的知識をすでに有していた。1ヶ月コースに参加し、疾患や治療について各専門医による講議を受けたことによって、それらの知識の理解度がさらに深まったことが示された。

また、参加後の感想から、今まで知識としては得ていても、それをどのように実践すべきか分からなかったことが、実際の場面を見たり、体験することによって解決できたと考えられる。単なる講義よりも演習や実習という実践的な学習は、体験を通して疑問や不確かな部分を解決することができる。今回のプログラムでは、実際の患者のケアを実習に多く取り入れたことから、現実に即したHIV/AIDS患者への対応を具体的に学び、考えることができたと思われる。

1ヶ月コース修了後の活動状況から、対象者の患者への関わり方が深くなっており、実践能力も向上していることが示された。これは、教育プログラムで学んだCNの活動の実際が一つのロール・モデルとなり、対象者の中で知識と実践とが結びついたことによるものと考えられる。さらに、アセスメント能力や判断能力が向上し、患者の問題を正確に把握できるようになったことも、

より積極的に関われるようになった要因と推察できる。

また、対象者は診療体制の整備や施設外の関係諸機関との連携を築くための活動や他の医療者への教育活動にも取り組んでいた。抗HIV薬は、耐性が生じ易いというHIVの特徴のために多剤併用療法が用いられる。しかし、抗HIV薬は薬価が高い上、生涯にわたる服用が必須であること、それ以外にも日和見感染の予防薬が必要になることなど、患者の経済的負担は膨大になる。服薬管理も複雑かつ過酷であり、HIV/AIDS患者が長期に療養を続けていくためには、病状の進行や生活障害の変化に応じて、生活の調整を行う必要がある。患者のQOLを高めるためには、保健・医療・福祉関係者を始めとして、家族や友人、職場の同僚など、あらゆる個人・集団と連携し、患者のサポート体制を形成し、それを維持することが必要である。このことからも診療体制の整備や施設外との連携はコーディネーターとして重要な活動であると考えられる。専門家としての能力は、短期間で養われるものではない[8]が、対象者が地道な活動を継続することによって、1ヶ月コース修了5ヶ月後には、診療体制が整いつつある様子がうかがえる結果であった。

以上のことから、今回の1ヶ月コースにおける教育プログラムは、HIV/AIDS患者のニーズに即した質の高い医療を提供することのできるコーディネーターの養成に効果的なプログラムであったことが示唆された。

施設における問題点として、参加前は施設内の知識不足から生じていることが多く挙げられていった。しかし、1ヶ月コース修了後からは、施設の組織上の問題が挙げられ、1ヶ月コースに参加しても、所属や勤務体制の問題から、CNとして必ずしも効果的に機能できていないことが示された。現在、アメリカやカナダ、イギリス同様、我が国においても新しい機能や役割を備えた専門看護師や認定看護婦が導入されはじめた。しかし、その定着には多くの問題を抱えている。今後、医療の効率性、生産性を考えた質の高いケアを提供するためには、保健・医療・福祉全般をコーディネートし、マネージできる能力を持った専任スタッフが必要であると考える。そして、そのような専門職者が役割・機能を十分に発揮できるような保健医療体制についても検討していく重要性が、今回の研究で示された。

今回は、対象者が3名と少人数であることから、対象者の能力などの偏りによる限界は否定できない。また対象者の活動状況から教育プログラムの評価をおこなったが、医療の質の評価は実際にケアを受ける患者の意見を抜きには語れない[9]。このことから対象者だけでなく、患者や他の医療福祉従事者による評価も加えて検討する必要があると考える。

おわりに

HIV/AIDS患者のニーズに対応するための高い専門性を養うために、1ヶ月コース修了後も、参加者の情報交換を兼ねた定期的な研究会を行っている。その場で提示される問題は、HIV/AIDS医療だけに限られた問題ではない。HIV/AIDS医療は常に我々に”医療とは何か”を問いかけていると思われ、あるべき医療について考える上でよいモデルであると考える。

文献

1）厚生省エイズ動向委員会；AIDS患者等の届出状況等,1998年7月.
2）鎌倉光宏：HIV感染症の疫学「日本と世界」,臨床と微生物,25（3）,1998.
3）石原美和：HIV/AIS患者のメンタルヘルスにおけるコーディネーターの役割に関する研究,平成10年度南谷班研究報告書,19

99.
4）石原美和：HIV/AIDS患者に対する在宅医療の現状と課題,訪問看護と介護,3(11),795-806,1998.
5）操華子他：HIV/AIDS医療におけるコーディネーター・ナースの役割・機能に関する研究,平成８年度厚生科学研究報告書,1996.
6）石原美和：AIDS患者・家族への対応コーディネーター・ナースの立場から,生活教育,42（3）,16-20,1998.
7）南家貴美代他： HIV/AIDS医療における専門的看護婦の役割と機能 -患者による評価-,平成10年度厚生科学研究報告書,199
8）天野正子：看護婦の労働と意識；半専門職の専門職化に関する事例研究,日本社会学会社会学評論,22（3）,30-49,1972.
9）永見瑠美子：患者個々のニーズへの対応に気づく看護研修， 看護実践の科学、29-33,1998.

表1　対象者の背景

	看護婦 経験年数	現在の勤務場所	HIV/エイズ看護 従事状況
A.	5年	外来：リサーチレジデント（非常勤）	現在
B.	9年	外来：一般病院の看護部	現在
C.	13年	病棟：一般病院の看護部	過去

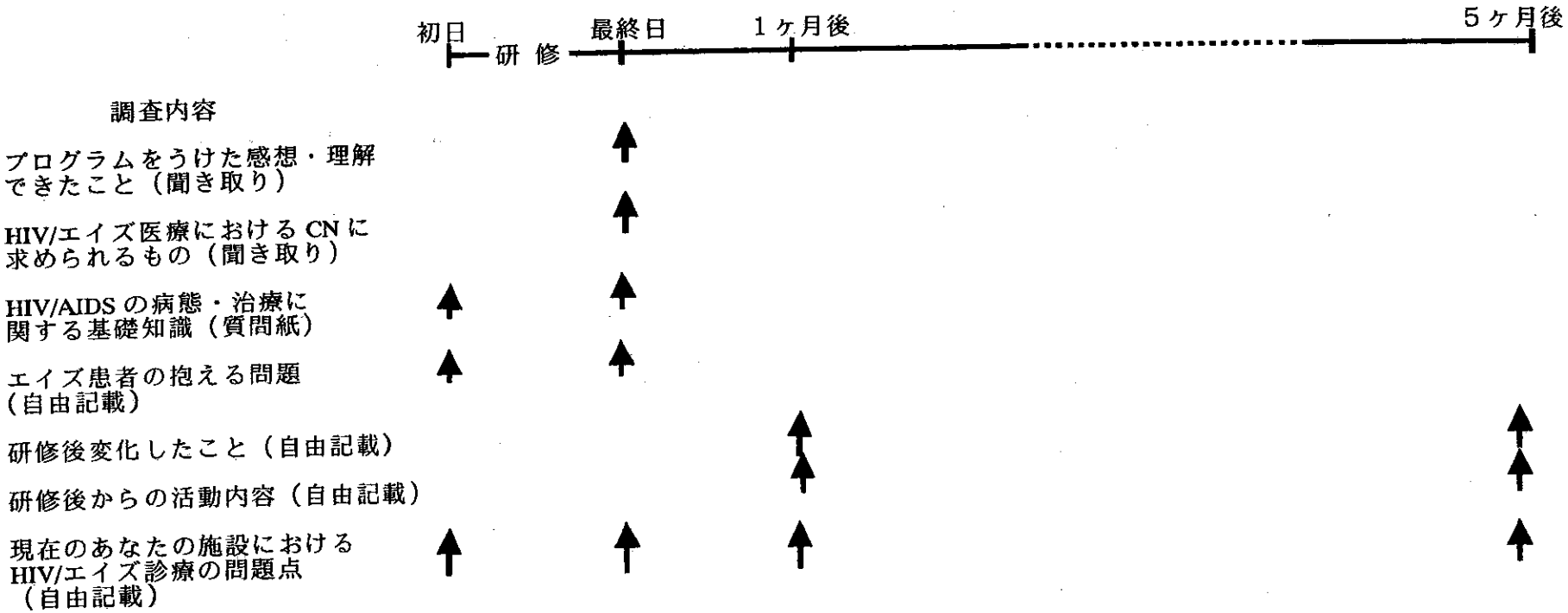
初日
研 修
最終日
1ヶ月後
5ヶ月後
調査内容
プログラムをうけた感想・理解できたこと（聞き取り）
HIV/エイズ医療におけるCNに求められるもの（聞き取り）
HIV/AIDSの病態・治療に関する基礎知識（質問紙）
エイズ患者の抱える問題（自由記載）
研修後変化したこと（自由記載）
研修後からの活動内容（自由記載）
現在のあなたの施設におけるHIV/エイズ診療の問題点（自由記載）

図1　調査時期と内容

表2　ACC Clinical Traning Course

	短期見学研修	1ヶ月研修	長期研修
期間	1週間	1ヶ月	1年か半年
対象	ブロック・拠点病院等でHIV感染症の診療に携わる医療者		
目標	・HIV感染症患者の基本的診察、セルフケア教育の流れについて理解する。	・HIV感染症患者の基本的診察（アセスメント）、検査、治療（ケア）、その他対応の仕方について理解する。	・HIV感染症患者の基本的診察（アセスメント）、検査、治療（ケア）について実施できる。 ・院内各部署の受け入れ体制や連携を理解する。 ・HIV感染症診療におけるインフォームドコンセントの重要性をふまえた対応ができる。
	・感染防御対策について理解する。	・受け入れ体制整備の一環として、感染防御対策についてリーダーシップがとれる。	・感染防御を対患者、院内環境の整備まで理解し、リーダーシップがとれる。
	・HIV/AIDS患者の理解。	・日和見感染症の予防的治療やセルフケア教育について理解する。 ・HIV/AIDS患者や家族の理解。 （各感染経路の患者の抱える問題の理解）	・日和見感染症の予防的治療やセルフケア教育について実施できる。 ・HIV/AIDS患者や家族を含めた全体的理解と調整ができる。 （各感染経路の患者の抱える問題の理解と問題解決、調整ができる。） ・HIV診療におけるメディカルカウンセリングの基礎を理解する。 ・退院調整、在宅看護の実際を理解する。
	・エイズセンターの機能を理解し連携方法を理解する。	・エイズセンターの機能を理解し、有機的な連携方法を理解する。 ・コンピューターネットワークの操作方法を理解する。	・エイズセンターの機能を理解し、有機的に連携できる。 ・コンピューターネットワークの操作方法を理解する。
人数	医師2名、看護婦2名	医師2名、看護婦2名	適宜

HIV患者の看護に関する研究(3)

HIV/AIDS医療におけるコーディネーターの役割と機能 —患者による認知—

担当研究者 南家貴美代 (熊本大学医療技術短期大学部)
前田ひとみ (熊本大学医療技術短期大学部)
池田 和子 (国立国際医療センター)
高野 操 (在宅ケア研究所)
村上未知子 (東大医科学研究所附属病院)
石原 美和 (国立国際医療センター)

研究要旨

平成8年度はHIV/AIDS医療におけるコーディネーターの役割と機能を11に分類し報告した。[1] 平成10年度は分類されたコーディネーターの役割・機能を同じ施設で働く看護婦と比較して、患者がどの様に認識し評価しているのか、半構成的面接により調査を行った。コーディネーターの役割・機能は、「相談」「サポート形成」「連携・調整」「情報提供」「患者教育」「情報収集」「患者の代行」「伝達」の 8 項目が患者に認識されていた。コーディネーターのイメージは「いつでもどんなことでも対応してくれる」「病気や治療について良く知っている」「いつも声をかけてくれる」「病気だけでなく医療・福祉のことについても良く知っている」「患者と一緒に考えてくれる」「医師と患者の間に入ってくれる」「自分の意見を言ってくれる」が患者から挙げられた。同じ施設で働く病棟、外来看護婦との比較では、役割・機能及びイメージについて明らかな違いが認められた。その背景には、患者にとって入院は長い療養生活の一時点であること、病棟看護がプライマリーナーシングであっても、三交代勤務によって同一看護者によるケアの継続が困難なこと、外来看護婦は診療の介助や事務処理業務に追われ患者と個別の時間を確保できないことが推測された。一方コーディネーターは、初診時から時にはターミナルまで受け持ち患者に対して一貫した援助を提供していることや HIV/AIDS の病態や治療、社会資源について専門的知識を有し、様々な場面で判断できること、医師を含む他の医療スタッフと交渉出来ることが患者の持つイメージに影響すると推察された。また、コーディネーターがその役割・機能を十分に発揮できるためには組織内での位置づけも重要であることが示唆された。

はじめに

プロテアーゼ阻害剤を含む多剤併用療法の進歩により HIV/AIDS 患者の生命予後は急速に改善している。死亡率の低下、重症日和見感染症の激減により、患者の入院理由も抗 HIV 薬の導入目的や ST 合剤の脱感作、薬剤の副作用へと変化し、今や HIV 治療の場は外来が中心となっている。HIV 治療の柱も、日和見感染症の早期発見・治療から、プロテアーゼ阻害剤を含む抗 HIV 療法による、ウイルス複製の抑制と免疫力の上昇を目的とするものに