

HIV/AIDS患者の看護に関する研究

副題① HIV/AIDS患者への専門的看護に関する研究

② HIV/AIDS患者に対する在宅支援の現状と課題

- 分担研究者：石原 美和 (国立国際医療センター)
- 研究協力者：前田ひとみ (熊本大学医療短期大学)
 南家貴美代 (熊本大学医療短期大学)
 関山みどり (渋谷区保健所)
 高階恵美子 (東京医科歯科大学)
 山田 雅子 (セコメディック病院)
 本道 和子 (東京都立保健科学大学)
 川村佐和子 (東京都立保健科学大学)
 村上未知子 (東京大学医科学研究所附属病院)
 池田 和子 (国立国際医療センター)
 古澤 美和 (国立国際医療センター)
 渡辺 恵 (国立国際医療センター)
 岡 慎一 (国立国際医療センター)
 立入ヒロミ (国立国際医療センター)
 高野 操 (在宅ケア研究所)
 竜崎 香代 (蒲田保健福祉センター)
 日高津多子 (東京都衛生局医療福祉部エイズ対策室)
 松島 郁子 (元東京都衛生局医療福祉部エイズ対策室)
 今村 顕史 (都立駒込病院)
 古川 恵一 (聖路加国際病院)
 押川真喜子 (聖路加国際病院)
 落合 絵梨 (元鶴亀訪問看護ステーション)
 土井 英史 (ヘルスケアリソース研究所)

研究要旨

1996年以降、プロテアーゼ阻害剤等の抗HIV薬の開発などでHIV感染症治療は進歩し、HIV/AIDS患者のQOLも大きく変化した。そのため看護の内容もターミナルや日和見感染症の急性期への直接ケアから、外来を含む在宅療養を中心とした慢性疾患看護モデル、すなわちケアの実践主体も医療従事者から患者へと変遷した。(図1)

このような変化をふまえ、本研究では、HIV/AIDS患者へどのようなケアをどのように提供していくのかを検討するため、専門的かつ先駆的な看護活動を行うHIV/AIDS専門看護婦を対象に研究を行った。最近の患者で増加傾向にあるのは、在宅療養支援を必要とした生活基盤の不安定な(経済・社会生活への支援を必要とした)患者だった。また、抗HIV薬治療の効果を最大限に得るための服薬開始や継続への専門的介入の重要性が明らかになった。

そして、地域における、長期的な療養を可能にするための支援の課題として、①HIV/AIDS患者の在宅療養に携わる施設と地域の保健医療従事者に対する、最新の治療等の医学的内容を含む研修の必要性、②医療機関と地域との連携の促進・強化(施設内の担当看護婦の明確化/地域における保健婦の活用)、③精神科領域の問題を合併している患者に対する介入方法を理論づける必要性、④介護者への感染性廃棄物の処理と感染防御法の教育の必要性、⑤在宅で使用可能な注射薬(抗ウイルス薬等の抗生物質)の拡大、規制緩和、⑥ホームレス患者が退院できる住居の確保、⑦独居で生活の維持が不可能な患者への中間施設の必要性、が指摘された。

このような他科・他部門との連携を含む専門性の高い看護を提供するためには、HIV感染症の専門知識やケースマネージメントできる看護婦を養成し明確に配置することが示唆された。一方で患者にとっても患者の専門看護婦と看護婦の活動に関する認知は明らかに異なった。その背景として専門看護婦の活動形態と専門知識が大きく影響していると示唆された。

これらの検討をふまえ、エイズ診療の拠点となる施設での専門的な看護の提供から在宅療養支援まで、ケアマップやフローチャートを用いてHIV/AIDS看護モデルの提示を行った。

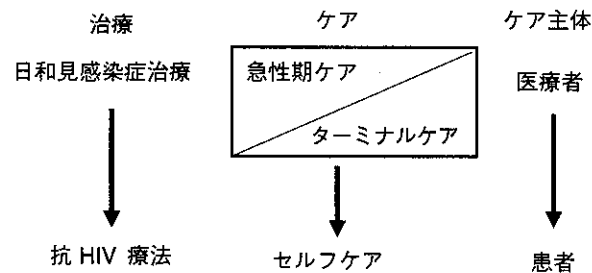


図1 HIV/AIDSケアモデルの変化

① HIV/AIDS患者に対する在宅支援の現状と課題

研究目的

本研究の目的は平成9年度から現在までHIV/AIDS患者に対して現在までに行われてきた在宅療養支援の現状を分析し、在宅療養支援を普及していくために必要となる課題を明らかにすることである。平成10年4月よりHIV感染者の障害認定が適応となり、福祉サービスの利用が可能となったことと、平成11年9月に出された後天性免疫不全症候群に関する特定感染症予防指針における医療提供の課題の一つとして在宅療養支援体制の整

備が示されていることから、本研究の意義は大きいと言える。

また、拠点病院等において在宅療養支援を導入する場合はほとんどであることから、施設内でのような手順で病院と地域が連携するのかを明らかにする。

研究方法

平成9年4月から平成11年7月の間に、HIV感染症診療に先駆的に取り組む4医療機関において在宅療養支援を導入した患者と担当医療者、地域医療者、保健婦へ半構成式調査票を用いた面接を行った。

研究結果

調査期間中に在宅療養支援を導入した患者は23名で、各医療機関により若干の差はあるものの患者全体の4～5%が在宅療養支援を導入していた。

1. 在宅療養支援を依頼した症例の特徴と分類

性別：男性19名、女性 4名

年齢：23才～ 73才

感染経路：男性同性間性的接触 12名
異性間性的接触 6名
血友病 6名
不明 1名

障害認定受給者：12名（うち1級7名）
障害認定制度前 7名

独居：9名

在宅療養支援を導入した動機：

本人希望 5名
家族の希望 2名
医療者の判断 16名

在宅療養支援を導入した時期：入院中 16名
外来通院時 7名

1. 全体的な特徴としては病状が進んでいること、生活基盤が弱いことが挙げられた。在宅療養支援を必要とした患者は、その特徴から以下の6つに分類できた。

- ①経済・社会への支援を必要とした患者 8名
- ②精神障害への支援を必要とした患者 4名
- ③高齢者としての支援を必要とした患者 3名
- ④運動機能障害への支援を必要とした患者 2名
- ⑤ターミナル期の支援を必要とした患者 3名
- ⑥維持療法期の支援を必要とした患者 3名

① 経済・社会への支援を必要とした患者

この群に分類される患者の特徴は生活の基盤となる家計や住居がないといった問題を持つ患者であり、社会生活への支援を必要とした症例である。また、同時に身体的にも免疫レベルは低く、全員がAIDS発症による緊急入院が受診のきっかけとなっており、社会的支援に加え、医療支援も必要な患者であった。

8例中4例が生活保護受給者、8例中6例が独居。うち3例がホームレスであり、身体的特徴としてはカリニ肺炎発症者5名、結核発症者4名である。

② 精神障害への支援を必要とした患者

23名中4名がこの群に分類された。HIV感染症とともに精神障害を合併している患者群で、支援内容は主に精神症状の観察、服薬管理、生活自立への調整であった。精神障害の合併により、支援の必要性が発生しており、HIVの病期とは関連なく、初診時より地域との連携が必要な患者群である。

③ 高齢者としての支援を必要とした患者

23名中3名がこの群に分類された。この群に分類された患者は、高齢のHIV患者であることが特徴であり、HIV感染症に関連するニードよりも痴呆や加齢に伴う介護支援を必要とした群である。

④ 運動機能障害への支援を必要とした患者

23名中2名がこの群に分類された。この群に分類された患者は、プロテアーゼ阻害剤開始後に出血傾向が高まった血友病症例であり、家事支援や生活行動の一部介護等、介護型の支援が必要であった。

⑤ ターミナル期の支援を必要とした患者

23名中3名がこの群に分類された。この群に分類された患者は、「AIDS末期を自宅で過ごしたい」という本人や家族の強い希望があり、在宅療養支援が開始されていた。ターミナル期であることから、全員が経口摂取不能な状態で在宅での栄養管理や輸液管理がIVHより行われていた。また、ADLも低下していることから医療処置とともに、身辺ケアも必要で、家族介護者への支援や訪問看護ステーション、ヘルパー導入等を必要とした群である。

⑥ 維持療法期の支援を必要とした患者

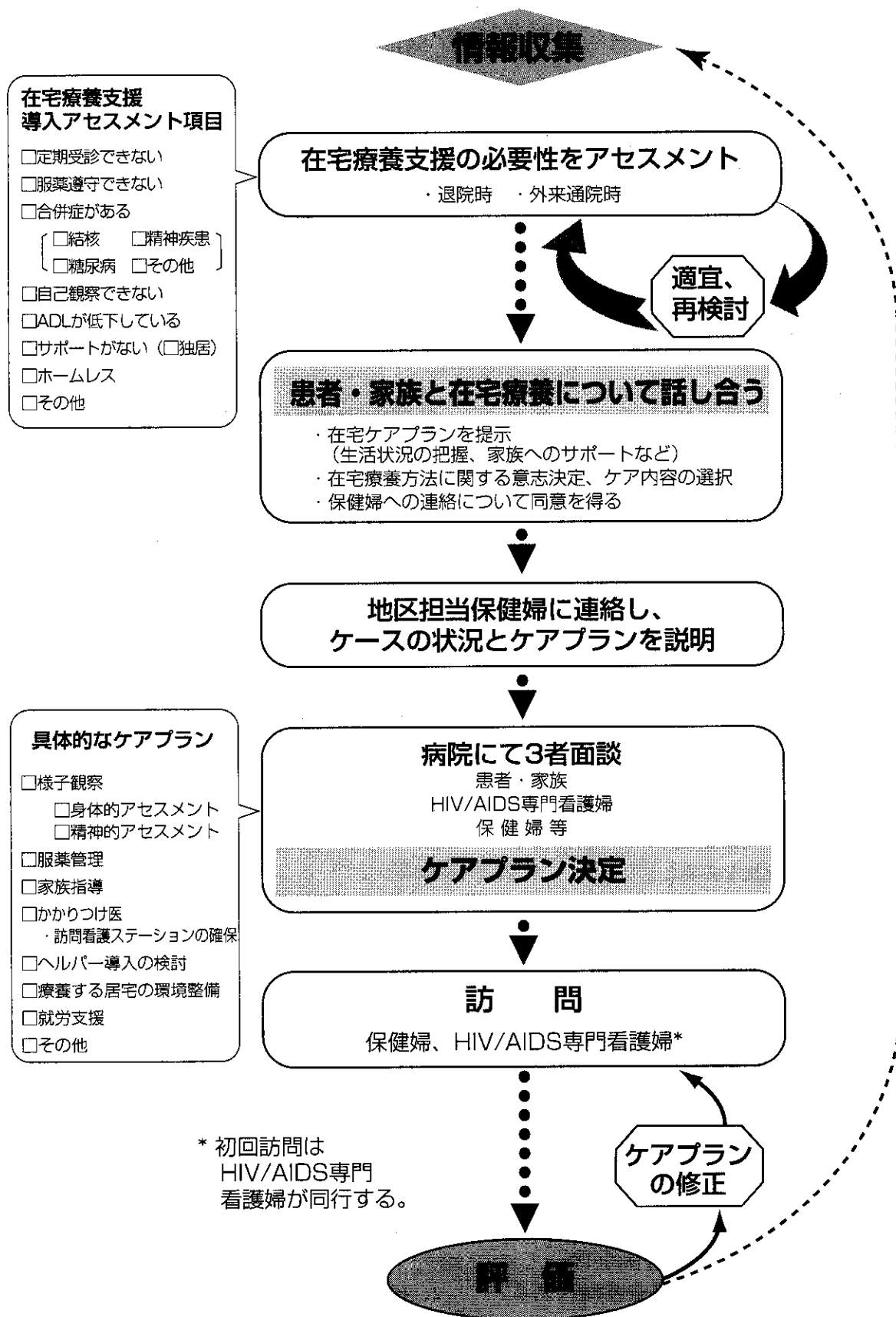
23名中3名がこの群に分類された。この群に分類された患者は、日和見感染症による症状が固定しているが長期にわたり、点滴での治療の継続を必要とした患者である。点滴の継続のためだけに入院が必要であった群で、在宅療養によって長期入院が回避されている。

2. 在宅療養支援導入のフローチャート

23症例の在宅療養支援の導入プロセスを分析し、手順をフローチャート化した(図2)。本フロー

図2

在宅療養支援フローチャート



チャートを用いて実際に在宅療養支援を導入した2事例(事例Ⅰ、Ⅱ)については、適切な手順であり、実用化できた。

3. 情報提供シートの作成

本調査対象となった病院、保健所、訪問看護ステーションで活動する看護職の申し送り内容を分析し、病院-地域の情報提供シートを作成した。(図3)

考 察

1. 本調査結果により6つのタイプに分類された支援内容の特徴を表1に示した。
2. 在宅療養支援の導入フローチャートについては、作成過程において、病院医療者の保健所や訪問看護ステーションの活動に対する知識・理解不足が在宅療養支援の導入の阻害原因になっていることが指摘され、フローチャートを用いた講習会などで啓蒙普及を行うことが必要と思われる。
3. HIV/AIDS患者の在宅療養支援導入の経験の少ない病院-地域が本研究にて作成された情報提供シートを用いることで、HIV/AIDS患者の在宅療養支援に必要な情報が網羅できると思われる。
4. HIV/AIDS患者に在宅療養支援を推進するための課題
 - ① HIV/AIDS患者の在宅療養に携わる施設と地域の保健医療従事者に対する、最新の治療等の医学的内容を含む研修の必要性

- ② 医療機関と地域との連携の促進・強化(施設内の担当看護婦の明確化/地域における保健婦の活用)
- ③ 精神科領域の問題を合併している患者に対する介入方法を理論づける必要性
- ④ 介護者への感染性廃棄物の処理と感染防御法の教育の必要性
- ⑤ 在宅で使用可能な注射薬(抗ウイルス薬等の抗生物質)の拡大、規制緩和(表2)
- ⑥ ホームレス患者が退院できる住居の確保
- ⑦ 独居で生活の維持が不可能な患者への中間施設の必要性

結 論

HAART導入により、服薬に関する支援が療養支援の主だった。最も多くの症例が分類されたのは、経済・社会生活への支援を必要とした患者で、在宅での服薬支援と生活基盤の安定化への社会的サポートが必要だった。拠点病院など医療機関側が在宅療養支援の必要性を査定し、プライバシーなど患者側の合意を得るプロセスを踏むことが支援導入には不可欠であった。また、HIV/AIDS患者の在宅療養支援を促進するための課題が明らかになった。

表1 タイプ別の在宅療養の特徴

	タイプ1 経済・社会生活への支援が必要な患者	タイプ2 精神障害のある患者	タイプ3 高齢者	タイプ4 運動機能障害のある患者	タイプ5 ターミナル期にある患者	タイプ6 維持療法期にある患者
在宅療養の目的	地域での生活継続を支援	地域での生活継続を支援	長期入院の回避	地域での生活継続を支援	在宅死の希望	長期入院の回避
在宅療養期間	長期	長期	長期	長期	短期	長期
医療処置の必要性	○				◎	◎
介護・家事援助		○	◎	◎	◎	○
社会的サポート	◎	◎	○			

生活パターン (服薬スケジュールを含む) <input type="checkbox"/> 規則的 <input type="checkbox"/> 不規則				
食習慣	時間： <input type="checkbox"/> 規則的 <input type="checkbox"/> 不規則		回数： <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回 <input type="checkbox"/>	
嗜好	アルコール <input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む (量 頻度)	煙草 <input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う (本/日)	麻薬 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
自覚症状				
最新データ / /	CD4/8= / mm^3	HIV-RNA量= U/ml	WBC= $\times 10^3/\mu\text{l}$	Hb= g/dl
	Plt= $\times 10^4/\mu\text{l}$	GOT/GPT		U/l
抗HIV療法 服薬内容 服薬状況 副作用	<input type="checkbox"/> AZT <input type="checkbox"/> ddI <input type="checkbox"/> ddC <input type="checkbox"/> d4T <input type="checkbox"/> 3TC <input type="checkbox"/> AZT/3TC <input type="checkbox"/> ABC <input type="checkbox"/> IDV <input type="checkbox"/> SQV <input type="checkbox"/> RTV <input type="checkbox"/> NFV <input type="checkbox"/> APV <input type="checkbox"/> NVP <input type="checkbox"/> EFV <input type="checkbox"/> DLV			
その他の薬	<input type="checkbox"/> 無			
日和見感染症 予防/治療	<input type="checkbox"/> カリニ肺炎予防【 <input type="checkbox"/> 内服 (<input type="checkbox"/> ST合剤 <input type="checkbox"/> ダブソン)】 【 <input type="checkbox"/> 吸入】 【 <input type="checkbox"/> 点滴】 <input type="checkbox"/> サイトメガロウイルス網膜炎予防【 <input type="checkbox"/> 内服 (<input type="checkbox"/> ガンシクロビル)】 眼底検査(月に1度) <input type="checkbox"/> 非定型抗酸菌症予防【内服 (<input type="checkbox"/> アジスロマイシン)】 <input type="checkbox"/> 結核予防・治療 (<input type="checkbox"/> INH <input type="checkbox"/> EB <input type="checkbox"/> RFP <input type="checkbox"/> RFB <input type="checkbox"/> PZA <input type="checkbox"/> SM) <input type="checkbox"/> 婦人科検診(月に1度)			
既往症	<input type="checkbox"/> 帯状疱疹 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 痛風 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> 梅毒 <input type="checkbox"/> ()肝炎 <input type="checkbox"/> 痔 <input type="checkbox"/> その他 ()			
治療の方針				
受診頻度	<input type="checkbox"/> 内科 月に1度 <input type="checkbox"/> その他			
ADL 清潔	<input type="checkbox"/> 問題なし			
移動	<input type="checkbox"/> 問題なし			
食事	<input type="checkbox"/> 問題なし			
排泄	<input type="checkbox"/> 問題なし			
家事・掃除	<input type="checkbox"/> 問題なし			
その他	<input type="checkbox"/> 問題なし			
洗濯	<input type="checkbox"/> 問題なし			
炊事	<input type="checkbox"/> 問題なし			
買い物	<input type="checkbox"/> 問題なし			
金銭管理	<input type="checkbox"/> 問題なし			
備考				

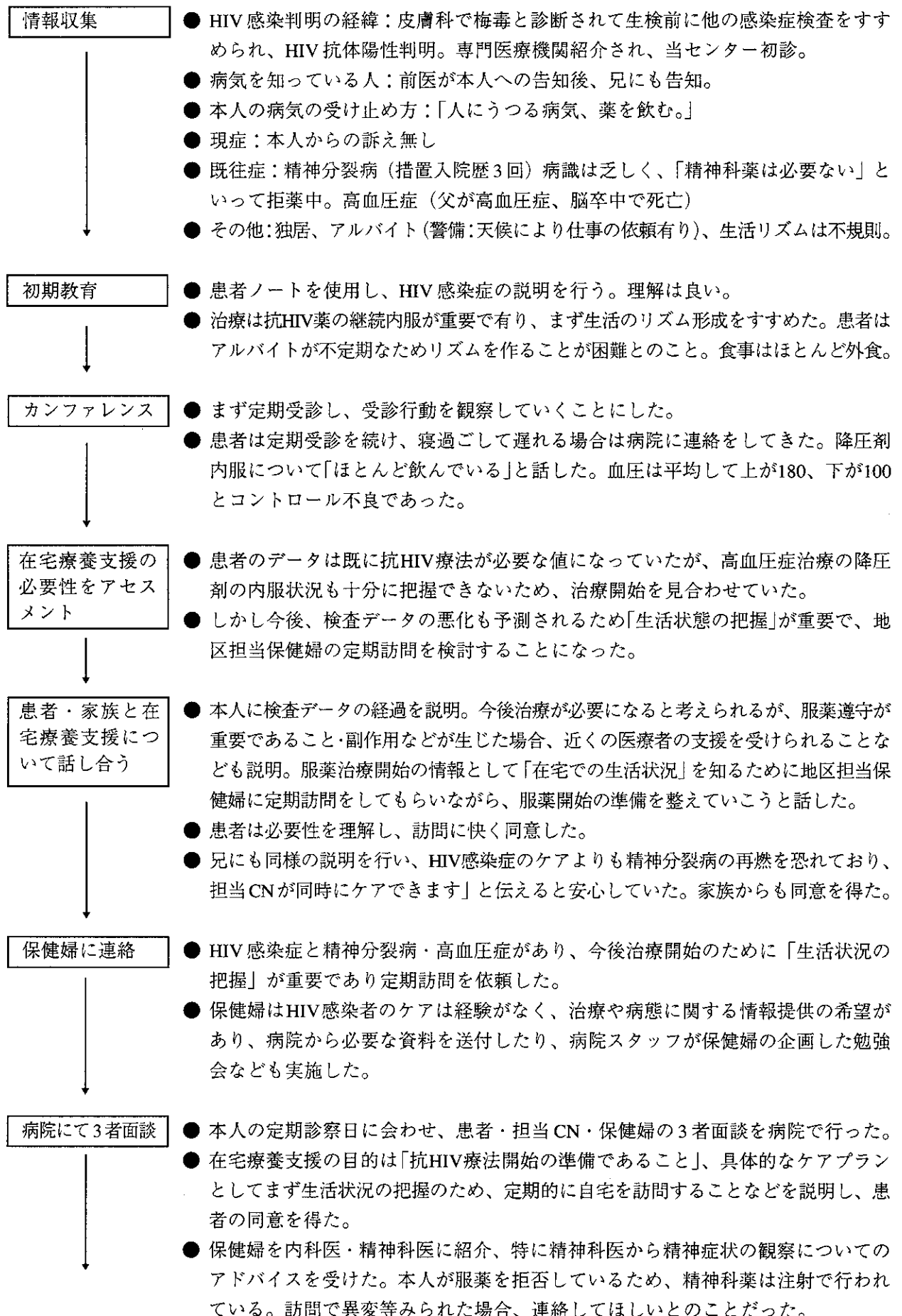
表 2

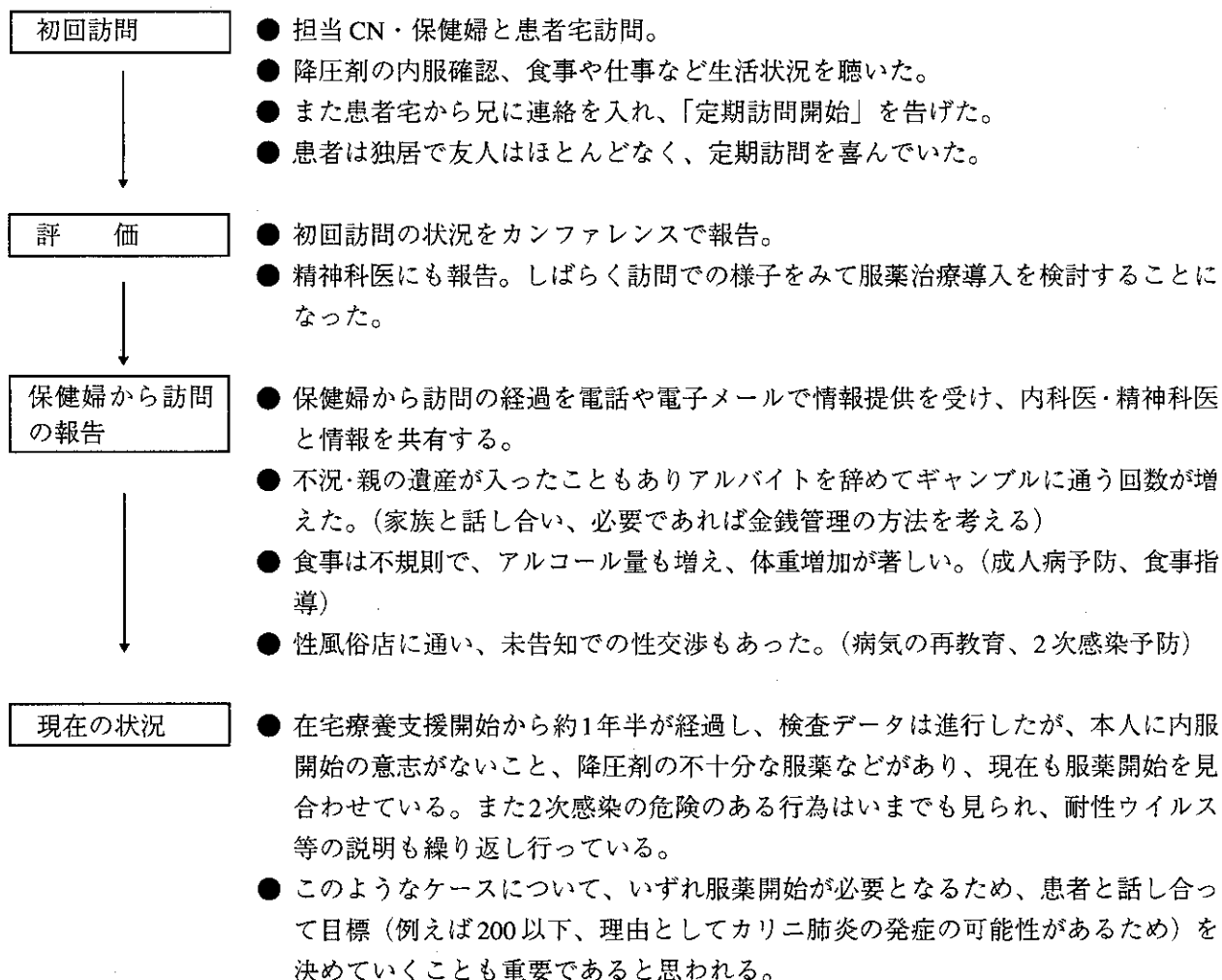
HIV/AIDS 患者に使用される主な注射薬品一覧 (薬品名のカッコ内は商品名) (内服薬は除く)

疾患名	注射薬 (斜体は在宅での投与保険適用外)	備考
HIV 消耗性症候群 HIV 脳症	中心静脈栄養	一般には抗 HIV 薬の内服が行われるが経口摂取が困難な場合、ジドブシン注射薬が用いられる可能性も今後予想される
結核	イソニアジド <i>IHN</i> (イスコチン) 硫酸ストレプトマイシン <i>SM</i> (硫酸ストレプトマイシン)	
非定型抗酸菌症 (MAC)	硫酸アミカシン (アミカシン)	
カンジタ症	フルコナゾール (ジフルカン) アムフォテリシン <i>B</i> (ファンギゾン)	
クリプトコッカス症	アムフォテリシン <i>B</i> (ファンギゾン) フルコナゾール (ジフルカン)	
カリニ肺炎等	ペナンバックス (ペンタミジン) <i>ST</i> 合剤 (バクトラミン)	
クリプトスポリジウム症	※時に中心静脈栄養	
トキソプラズマ症	クリンダマイシン (ダラシン)	
単純性ヘルペスウイルス感染症	アシクロビル (ゾビラックス) フォスカーネット (ホスカビル) ビダラビン (アラセナ <i>A</i>)	
サイトメガロウイルス感染症	ガンシクロビル (デノシン) フォスカーネット (ホスカビル) シドフォビルル※未認可	
進行性多巣性白質脳症		一般には抗 HIV 薬の内服が行われるが経口摂取が困難な場合、ジドブシン注射薬が用いられる可能性も今後予想される
カポジ肉腫	ビンクリスチン (オンコピン) ビンブラスチン (エグザール、ビンブラスチン) エトボシド (ベプシド、ラストテッド) ドキソルビシン (アドリアシン) 硫酸ブレオマイシン (ブレオ) α -インターフェロン (スミフェロン~) ※ HCV 以外の疾患は適応外 ゴナドトロピン (<i>hCG</i>) ※未認可	
非ホジキンリンパ腫	メトトレキセート (メソトレキセート) 硫酸ブレオマイシン (ブレオ) ドキソルビシン (アドリアシン) シクロフォスファミド (エンドキサン) ビンクリスチン (オンコピン) デキサメタゾン (デカドロン)	
B・C 型肝炎	α -インターフェロン (スミフェロン~) 強力ミノファージェン	

在宅療養支援導入事例Ⅰ

～精神分裂病を合併し、服薬導入が困難なケース～（40才代男性）





在宅療養支援導入事例Ⅱ

～肝臓癌発症後、ターミナルの一時期を在宅で過ごした血友病のケース～（40才代男性）

情報収集

- 血友病歴45年、HIV・HCV判明後10余年の患者。7年前から抗HIV療法を開始、ダブルプロテアーゼ療法を実施していたが、急激な全身浮腫が出現。本人は「以前も経験した腹腔内出血」と思いこみ、安静にして1ヶ月放置していた。友人のすすめで来院した時には、肝機能障害による出血傾向もあったため抗HIV療法中止、精査・治療目的で入院となった。
- 親から譲り受けた不動産でアパート管理をしながら、一人暮らしをしていた。出血による関節障害のため松葉杖を使っていたが、血友病の友人の助けを借りつつ、好きな温泉や飲食店に出かけていた。
- 唯一の肉親である姉とは、両親死亡後から不仲となったため、姉に本人死亡後の相続権をわたさないための訴訟を準備中だった。

患者教育

- 本人に病期の理解を促すため、医師による病状説明の機会を再三もった。内容は、1)肝細胞癌(HCC)であること、2)根治不可であること、3)大量出血する可能性があること、4)その場合生命に危険が及ぶことである。また、本人の病状理解を手助けする役割を期待して、家族代わりである友人にも一緒に説明を聞いてもらった。
- 本人が心残りなく最期を迎えるための準備について、コーディネーターと話し合う機会を再三もった。内容は、1)患者がターミナル期にあることをどのように理解しているか確認し、2)死後の段取りについて考えさせた。

カンファレンス

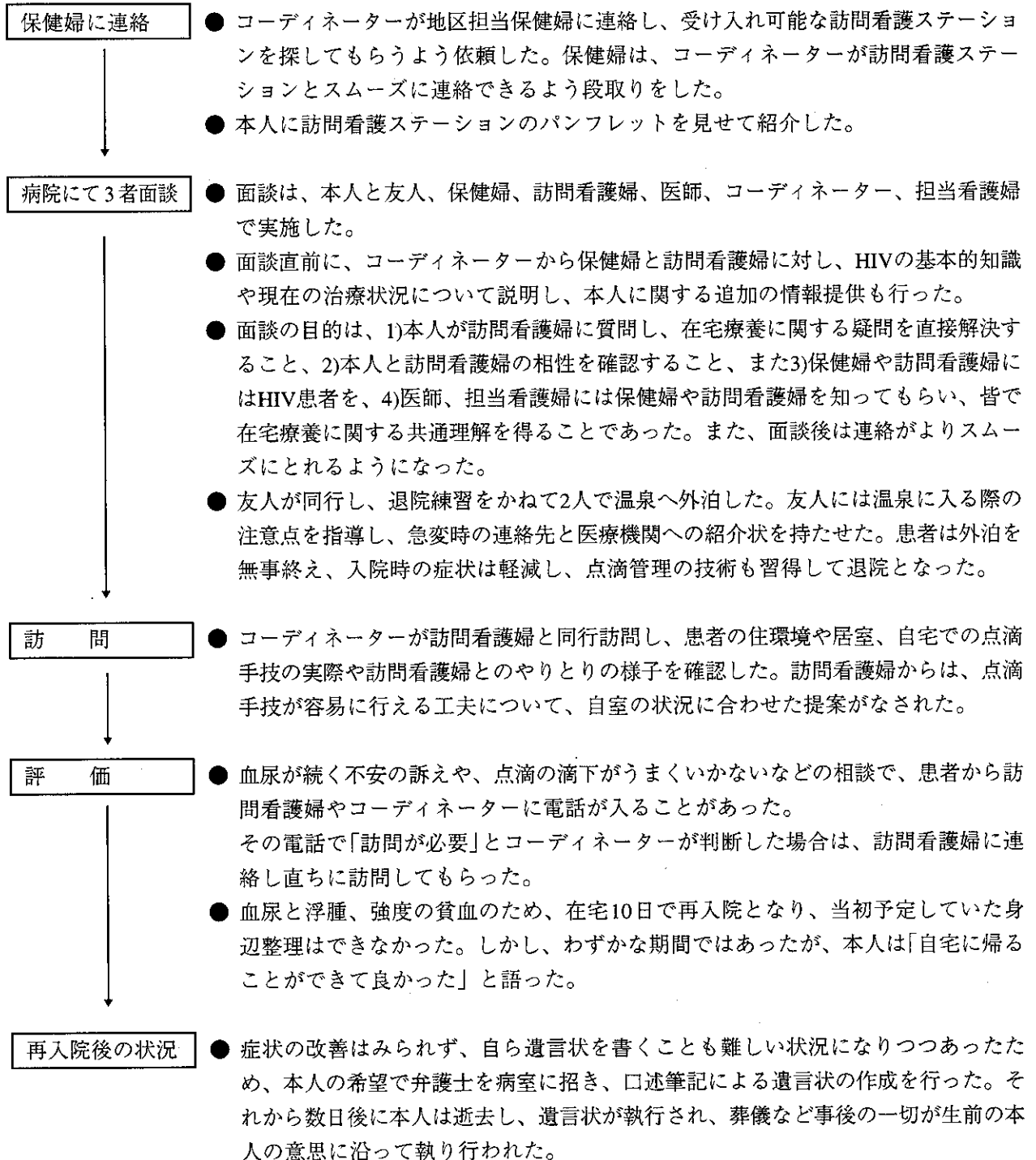
- 本人は「姉に相続権をわたさないよう遺言状を書きたい」という強い思いから、退院を希望した。そこで、患者が退院に伴うリスクを充分理解し、遺言状が書けるだけの期間、安全な一人暮らしができる準備を整えて、できるだけ早期に退院できるよう支援していく方向性を医療者内で確認した。
- 在宅では1日2回の点滴が必要であり、本人の誤った自己判断や思い込みしがちな性格を考慮し、退院前に担当看護婦を中心とした点滴管理の練習と退院練習を兼ねた温泉への外泊をすることとした。

在宅療養支援の必要性をアセスメント

- 療養生活の全てに関して自分で考え、判断してきた生活歴から、1)自己判断で誤った対処をする可能性があること、2)体調が不安定であることに加え、大量出血による頓死の可能性があることから、安全確保のために専門職による観察と判断が必要であると考えた。さらに、点滴管理の必要性から、専門職としては訪問看護婦が適当と考えた。

患者・家族と在宅療養について話し合う

- 退院後、相続問題など身辺整理を進めるためには、訪問看護を受ける方法があることを本人と友人に提案し、それに対する本人の考えや意思を確認する機会を繰り返しもった。
- 本人は「HIVのことを人に知られたくない」という気持ちがあったが、訪問看護サービスについて保健婦に相談するメリットを説明し、その旨本人の了承を得た。
- 在宅点滴管理が容易にできるカテーテルについて情報収集し、業者や院内中央材料室に問い合わせ、本人や医師に実物を見せて使用の可能性を検討した。



② HIV/AIDS 患者への専門的看護に関する研究

研究目的

エイズ治療・研究開発センター (ACC) やブロック拠点病院では HIV/AIDS 患者への専門性の高い医療を提供するためコーディネーターナース (以下 CN) や HIV 担当看護婦という名称で HIV/AIDS 患者を専門に対応する看護婦を配置している。本研究の目的は平成 9～10 年の HIV/AIDS 専門看護婦の活動調査の分析を進め、HIV/AIDS 患者への看護活動の全体像を明らかにし、「どのような看護ケア」を「どのように提供するのか」を検討することである。また実際に HIV/AIDS 患者が専門看護婦の活動をどのように認識し評価しているのかを明らかにすることである。

研究方法

エイズ治療研究・開発センターやブロック拠点病院等のコーディネーターナースまたは HIV 担当看護婦の活動状況を調べ、研究者で HIV/AIDS 看護活動の一般化を図った。HIV/AIDS 専門看護婦、保健婦、訪問看護婦、研究者らで、平成 9～10 年度に収集した「HIV/AIDS 患者のコーディネーターに対するイメージ」面接調査のデータの分析を進めた。

結果

- 1) HIV 感染症の各病期に対応した HIV/AIDS 看護活動の全体像をマトリックス化した。(表 3)
 - 2) エイズ拠点病院等における HIV/AIDS 患者に対する専門看護婦の具体的活動を検討し、一覧表化した。(表 4)
- 専門看護婦活動は、「患者教育」、「治療に関わる支援」、「相談」、「社会資源活用への支援」に分類され、「調査・研究活動」が加えられた。
- 3) 実際に HIV/AIDS 担当看護婦や専門看護婦を配置しているブロック拠点病院における位置付けや活動環境について調べた。(参考資料)
 - 4) 患者に認知された HIV/AIDS 専門看護婦の役割・機能とイメージ

HIV/AIDS 専門看護婦の患者に認知された役割・機能の上位は、「相談」「サポート形成」「連携・調整」だった。治療だけでなく退院後の生活なども含めた「相談」が 35 で最も多かった。次いで患者の病気を知り、患者の力となってくれる支援者

(同病者や家族、パートナー等)作りを行う「サポート形成」が 32 と多く、施設内のコメディカルや施設間の「連携・調整」が 16 だった。一方、看護婦の役割・機能は「診療の補助並びに療養上の世話」が 14 で主と認知されていた。

専門看護婦のイメージについては、「いつでもどんなことでも対応してくれる」が 20 で最も多く、「病気や治療について良く知っている」が 10、「いつも声をかけてくれる」が 8、「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」が 6、「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」がそれぞれ 5 であった。一方、看護婦のイメージとしては、「忙しそう」が最も多く 8 であった。

考察

「どのような看護ケアを提供するのか」については、HIV 感染症の看護活動の予防からターミナルまでそれぞれの段階の目標に応じた活動が明らかになった。看護ケアは継続した活動であり、各段階を担当する看護職の連携が重要である。また、拠点病院等の施設内においては、エイズ予防指針にも示されているように HIV/AIDS 患者への適切な療養生活指導・相談活動が重要で、これらを実践できる看護婦が必要とされている。

「どのように看護サービスを提供するのか」については、従来の一般的看護ケアに加え、HIV/AIDS 患者への専門性の高いケアを提供するためには、ある程度の専門知識をもった担当看護婦が対応することが適切であると検討された。しかし、専門知識のみならずプライバシーの保護や調整活動についても担当者の配置に関する必要性が明らかになった。専門看護婦と看護婦の活動形態等の比較分析を進め、専門看護婦の活動特性を以下提示する。

1) 長期に患者を担当

従来は、患者の病状により外来や病棟、在宅と担当者や部署が変わるが、専門看護婦は継続して担当する。調査施設では患者にとって、初診ではじめて出会う医療スタッフも専門看護婦である。専門看護婦は問診から患者と関わり、病気の説明、抗 HIV 薬の服薬支援、家族の教育・調整等、場合によってはターミナル期まで長期の外来療養場面で援助を行っている。これは長期の療養生活を支えるための信頼関係を構築し継続するためには必要な体

制である。特に、麻薬使用や社会生活上問題のある患者の行動変容には長期の関係が不可欠である。

長い経過の中で継続して援助することは、個別の患者理解を土台に的確な見通しを可能にし、「相談」「患者教育」「サポート形成」という機能を果たすのに適している。民間団体の調査によると、相談資源としてのコーディネーターナースは「親しみやすさ」がカウンセラーやソーシャルワーカーと異なり認知されていたり。患者も「自分の状況を一番よく知っている人」として認識し、そのために「いつでもどんなことでも対応してくれる」「患者と一緒に考えてくれる」というイメージにつながったと考えられる。

2)日勤帯に勤務

わが国ではプライマリーナーシングの病棟看護でも交代勤務のため受持ち看護婦が一貫してケアを提供することは困難である。また、病棟看護婦や外来看護婦はルティン業務が多く、活動の時間的自由度が少ないので、個別に時間を取って相談に対応することは難しい。また他部門との連携や調整を行う場合には、常時、日中に勤務していることが前提となる。一方専門看護婦はこのような担当制は責任の所在が明確で厳しい面がある反面、患者等との相談や指導を専門看護婦が患者や他の部門との約束でアレンジできるため、計画的に時間を確保しやすい。

このことが「連携・調整」「相談」という機能を果たすのに適しており、「いつでもどんなことでも対応してくれる」「いつも声をかけてくれる」というイメージにつながったと考えられる。一方、1:1看護体制においても多くの患者が「忙しそう」というイメージを看護婦に持っていることは、もともと看護婦のイメージが「忙しそう」と根深いのか、看護婦の勤務形態が患者にこのようなイメージを与えているのか検討する必要もある。

3)所属部門に活動場所が限定されない

通常、看護婦は病棟や外来等に配置され、基本的に他部門へ出向いて活動することは少ない。専門看護婦は病棟と外来を行き来しており、院内の他科に入院している場合は、それぞれの病棟の受持ち看護婦をサポートしていた。また、施設間の連携や地域との連携を図る際も保健婦や訪問看護婦との面接を設定したり、訪問診療・看護に同行することが容易であった。

このことが「情報収集」「連携調整」という機能を果たすのに適している。また、患者を外来入院の区別なく把握し、患者の持つ幅広いニーズに対応できると考えられる。

4)専門的知識・経験を有している

平成10年度国立病院エイズ医療共同研究「エイズ医療従事者対象の研修における効果的な教材の開発に関する研究」における抗HIV薬の服薬支援に関する知識に関する調査²⁾では、コーディネーターナース、医師、薬剤師、看護婦の順に得点が高く、特に患者の生活を考慮した服薬開始時のアセスメントに関しての得点が他と比べ特に高かった。また、医学的知識だけでなく社会資源についての知識に関する正解率も医師、薬剤師、看護婦に比べ有意に高かった。

患者からの問い合わせや相談は専門看護婦に対して多く、医療機関のアクセス窓口としての機能を果たしている。専門看護婦はその場で適切なアドバイスを発行問題解決を図るか、医師への連絡が必要と判断したときには連絡をとる。治療方針についても患者からセカンドオピニオンを求められることも多い。

専門的知識を有していることが「患者教育」「相談」活動の前提になっており、「医師と患者の間に入ってくれる」は、治療について専門看護婦が患者の意思決定をサポートしたり、治療方針に患者の意向を反映する活動がこのイメージにつながっていると思われる。民間団体の行った調査によると、コーディネーターナースは相談資源として、「専門性が高く、信頼できる」とHIV感染者に評価されていたり。

専門性については診療科所属でもあり、看護婦に比べて人事異動に本人の意向が大きく反映するので、専門看護婦の専門知識と経験の蓄積が容易であった。このことが「病気や治療についてよく知っている」「病気だけでなく医療・福祉のことについてもよく知っている」「自分の意見を言ってくれる」というイメージにつながったと考えられる。

5)医療における患者の利益を保障

専門看護婦は専門知識を持ち、患者の生活状況、患者の立場に立った医療の提供を目指す。時には医師の治療方針が患者の状況にそぐわないと判断される場合には治療に対しても、カンファレンスで意見を述べたり、代替案を提案する。他科診療科や他部門のスタッフ、他の施設や地域との連携・調整においても同様である。専門的知識に裏づけされ患者の立場に立った判断や働きかけは、

表 3 HIV看護活動マトリックス

看護の目標	感染未確認期 (未感染者・感染判明前)	感染判明期	内服薬開始期	日和見感染症など 発症期	ターミナル期	
ケアの目標	<ul style="list-style-type: none"> ＜感染の予防及び蔓延の防止、感染の早期発見＞ ・知識の普及 ・スクリーニング 	<ul style="list-style-type: none"> ＜Clientの十分な理解と同意および協力を築く＞ 	<ul style="list-style-type: none"> ＜Clientが受療行動を維持できる＞ 	<ul style="list-style-type: none"> ＜早期発見治療＞ 	<ul style="list-style-type: none"> ＜安全確保とClientの希望実現＞ 	
スタンダードケア	<ul style="list-style-type: none"> 感染予防 蔓延防止 受診継続 適切な生活支援 	<ul style="list-style-type: none"> 検査実施 カウンセリング 個人情報の保護 性感染症対策 安全な診療体制確保 	<ul style="list-style-type: none"> 適切な療養指導を含む適切な説明 説明資料の配布 個人情報保護の告知 家族への支援 身障者手帳の手配 	<ul style="list-style-type: none"> 服薬方法の説明 服薬の継続支援 CD4、ウイルス値のモニタリング 副作用の確認 	<ul style="list-style-type: none"> 日和見感染治療に対する受療支援 日和見感染状況の把握 栄養確保 	<ul style="list-style-type: none"> 医療提供の確保 ADL低下に対する支援
個別施策層へのケア	<ul style="list-style-type: none"> 感染機会にさらされる可能性に関する具体的な情報提供 普及活動 	<ul style="list-style-type: none"> 検査支援 生活支援 	<ul style="list-style-type: none"> 受療方法に対する支援 	<ul style="list-style-type: none"> 服薬支援 感染予防方法の説明 		
四肢運動機能への支援を必要とするClientへのケア	<ul style="list-style-type: none"> 検査の促進 生活支援 	<ul style="list-style-type: none"> 検査を含めた疾病理解への支援 今後のセルフケアレベルの査定 受療方法の相談 二次感染予防方法の検討 	<ul style="list-style-type: none"> 通院など移動支援 ADL支援 家族のサポート 			
精神障害への支援を必要とするClientへのケア	<ul style="list-style-type: none"> 検査の促進 生活支援 	<ul style="list-style-type: none"> 家族サポート体制確立 家族関係についての情報把握 生活保障の確保 	<ul style="list-style-type: none"> 受診支援 家族サポート 	<ul style="list-style-type: none"> 受診の促進 服薬確認方法の検討 孤独の緩和 精神科診療との連携 家族のサポート 		
高齢者としての支援を必要とするClientへのケア	<ul style="list-style-type: none"> 検査の促進 高齢者福祉との連携 	<ul style="list-style-type: none"> サポート体制確立 家族関係についての情報把握 生活保障の確保 	<ul style="list-style-type: none"> 社会復帰（職業獲得）への支援 家族との関係修復支援 今後の生活設計に関する相談・支援 受療継続への支援 服薬継続への支援 			
社会生活への支援を必要とするClientへのケア	<ul style="list-style-type: none"> 検査の促進 予防に対する知識の普及 Client把握 	<ul style="list-style-type: none"> 今後の治療方法選択に対する支援 				
受療行動確保への支援を必要とするClientへのケア	<ul style="list-style-type: none"> 受療に対する考えを把握 検査の促進 受療の効果についての普及活動 					

感染が未確認の対象が含まれることから、看護活動の対象者をClientとする。

表4 HIV/AIDS医療における専門看護婦の活動内容

病期別患者の特徴		初診時 精神的混乱	H A A R T 導入前 免疫能の低下
活動内容	目標 問診	定期受診への 支援	服薬開始の準備と 生活調整
患者に対する教育	感染判明の経緯 HIV感染症に関する認識 他STDの既往歴と知識	初期教育 HIV感染症の病態 CD4値と日和見感染症 ウイルス量と病気の進行 日常生活上の留意点 2次感染予防	生活のリズム形成 服薬レディネスの向上 服薬の必要性の認識 検査データの理解
服薬に関すること	治療や薬に対する態度	抗HIV治療の現状と進歩	服薬開始前支援プロセス
合併症に関すること	HIV以外の健康問題 合併症に関する認識	合併症に関する教育と セルフケア指導	
治療に関わる支援		他STDや感染症の検査 合併症の評価 他科受診・栄養指導などの 手配	治療の優先順位検討 (HAARTor合併症治療) 薬剤相互作用の確認 合併症のセルフケア再アセスメント
サポート形成	病気を知っている人の有無 家族・パートナー/友人等 との関係	自己紹介 サポーター/カウンセラー サポートの重要性、得る方法 についての説明 医療機関へのアクセス確保 (連絡先) ピアカウンセリングの導入	病気を理解した支援者を得る 家族等へのHAART教育
社会資源活用への 支援	健康保険の種類 就労状況 主な収入源 活用している制度	就労継続支援 活用できる制度の説明	経済的負担の軽減 H A A R T 開始後の経済的負担の 見積もり 活用できる制度の説明 身障者手帳申請支援
調査・研究活動	感染機会に関する分析 感染防止のための啓発活動 への貢献	療養生活上の問題点の抽出 支援方法の開発 支援方法の普及活動への貢献	服薬による生活上の問題点の抽出 服薬指導方法の開発 服薬指導方法の普及活動への貢献

HAART導入後 免疫の回復	AIDS発症 ADL低下	ターミナル 終末期
服薬フォローアップ	日和見感染症の コントロール	全人的 終末期ケア
<p>服薬モニタリング</p> <p>検査データ ウイルス量 CD4数 血中濃度測定 薬剤耐性検査</p> <p>副作用 アドヒアランス 生活への支障状態 副作用出現時のセルフケア指導</p> <p>生活スケジュールの再調整 サポータティブカウンセリング</p>	<p>症状コントロール セルフケア指導 リハビリテーション</p>	
HAARTによる影響の評価 他科との連絡	<p>治療の優先順位の検討 (HAARTor日和見感染症) 薬剤相互作用の確認</p> <p>合併症コントロールの継続</p>	<p>緩和ケア 患者の意思の尊重 コミュニケーションの確保</p>
アドヒアランスに応じた家族の協力体制 確立への支援	<p>医療スタッフとの治療方針に関する合意形成 入院に伴う人間関係やプライバシーへの対応 家族へのサポート（不安対応、情報提供）</p>	<p>家族等へのサポート （不安対応、情報提供、 看取りへの参加促進と アドバイス） 遺族ケア</p>
生活の再調整への支援 将来の再設計に対する支援	<p>社会/経済問題の早期解決 必要な社会資源の活用(人的、物的) に対する支援 退院調整</p>	<p>社会的手続きの支援</p>
<p>服薬を継続する生活状況について分析 服薬支援方法の開発 服薬支援方法の普及活動への貢献</p>	<p>合併症のコントロールに関わる要因分析 必要な社会資源に関する分析 支援方法の開発 支援方法の普及活動への貢献</p>	<p>ターミナル期に必要な 看護ケアに関する分析 ターミナルケアの開発 ケア方法普及への貢献</p>

参考資料 エイズ治療・研究開発センター、ブロック拠点病院 専門看護婦等配置状況 (1)

病院名	国立国際医療センター	北海道大学	国立仙台病院	新潟大学	石川県立中央病院
配置(専任・兼務)人数	専任 6名	兼務1名	兼務1名	専任1名	専任1名、担当看護婦は兼任2名
職位	看護婦2名、調整官2名、リサチレジデント2名	副院長	看護婦	副院長	主任+看護婦+リサチレジデント
位置づけ	看護部2名、診療科2名、常勤 診療科2名非常勤	看護部・常勤	看護部・常勤	看護部・常勤	看護部・常勤2名、非常勤1名
直属の上司	診療部長	外来婦長	外来婦長	外来婦長	外来婦長
勤務体制(日勤・3交代)	日勤	日勤	日勤	日勤	専任：日勤、担当：3交代
通院患者数	508人	32人	25人	8人	10人
入院患者数	20~21人	1人	2人	0人	0人
活動場所	外来・病棟	外来・病棟	外来	外来・病棟	外来・病棟
対策室等	エイズ医療情報室	相談室		感染症管理室	情報室
備品：相談室	専用(2室)	専用	専用	共用	共用
機	○	○	×	○	○
電話	○	○	×	○	○
パソコン	○	○	×	○	○
活動：問診の担当者	○	○	医師	医師	医師
初期教育の担当者	○	○	○	○	○
服薬指導の担当者	○	○	(薬剤師+医師)	○ (薬剤師)	薬剤師
退院調整の担当者	○	○	ソーシャルワーカー	病棟看護婦	
他部門との連携調整担当者	○	○	○	○	○
ソーシャルワーカーの担当者	(ソーシャルワーカー)	○	ソーシャルワーカー	カウンセラー	臨床心理士
精神的カウンセリングの担当者	○ (精神科医)	○ (カウンセラー)	○ (精神科医+医師)	カウンセラー	ソーシャルワーカー
カンファレンス	外来カンファ・入院カンファ・CNカンファ・カルテミーティング 各週1回	外来カンファ 月1回と看護カンファ 出席		外来カンファ	外来カンファ 月1回
カンファレンス参加者	医師、コーディネーター、外来看護婦	看護婦、カウンセラー、担当看護婦 必要時医師、薬剤師		院内症例検討会 月1回 (Dr、Ns、CN、カウンセラー)	(Dr、Ns、CN、カウンセラー、 薬剤師、栄養士、SW)

参考資料 エイズ治療・研究開発センター、ブロック拠点病院 専門看護婦等配置状況 (2)

病院名	国立名古屋病院	国立大阪病院	広島大学医学部付属病院	国立病院九州医療センター
配置 (専任・兼務) 人数	専任1名	兼務1名	兼務1名	専任2名
職位	看護婦	看護婦	リサーチレジデント	看護婦
位置づけ	看護部・常勤	看護部・常勤	診療科・非常勤	看護部・常勤
直属の上司	外来婦長	外来婦長	診療科医師	外来婦長
勤務体制 (日勤・3交代)	日勤	日勤	日勤	日勤
通院患者数	97人	132人	30人	33人
入院患者数	0~1人	7~10人	0~1人	0~1人
活動場所	外来	外来・病棟	外来	外来
対策室等	HIV事務室	X	X	感染症対策室
備品：相談室	○	X	共用	共用
机	○	X	○	○ (共用)
電話	○	○ (院内PHS)	X	X
パソコン	○	○	X	○ (共用)
活動：問診の担当者	○	○	医師	○
初期教育の担当者	○	○	(医師・カウンセラー)	○
服薬指導の担当者	○ (薬剤師)	薬剤師	医師・薬剤師	○ (医師・薬剤師)
退院調整の担当者	病棟婦長	○ (病棟看護婦)		○ (病棟主治看護婦)
他部門との連携調整担当者	○	○		○
ソーシャルワークの担当者	○ (カウンセラー)	カウンセラー	派遣カウンセラー	カウンセラー、医事課
精神的カウンセリングの担当者	○ (カウンセラー)	○ (カウンセラー)	派遣ソーシャルワーカー	カウンセラー
カンファレンス	入院・カンファレンス出席	外来カンファ月2回 連絡会 1回	スタッフミーティング 月1回	感染症カンファレンス 週1回
カンファレンス参加者	HIVカンファレンス 週1回 (Dr. CN、Ns、カウンセラー、薬剤師)	在宅に向けての他職種集まり (Dr. CN、かぜ、薬剤師、栄養士)	(医師・CN・カウンセラー、 ソーシャルワーカー・情報担当)	(Dr. CN、かぜ、 栄養士、情報担当)

多くの場合、他の医療スタッフからも尊重される。患者の立場に立つことが「連携・調整」「患者の代行」の役割を果たすのに重要であり、「医師と患者の間に入ってくれる」「患者と一緒に考えてくれる」というイメージに結びついたと考えられる。

結 論

1. HIV/AIDS医療における看護活動の全体像が明らかになった。
2. 専門的看護活動の内容と専門的ケアの提供方法としての専門看護婦に必要な活動条件が明らかになった。
3. 患者に認識されている専門看護婦の役割・機能としては「相談」「サポート形成」「連携・調整」が主で、患者が求めている役割・機能と一致していた。看護婦の役割・機能としては「診療の補助並びに療養上の世話」が最も多く、両者の間には違いが認められた。
4. 患者の専門看護婦に対するイメージとして「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」「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」というイメージであった。
5. 専門看護婦と看護婦の役割・機能及びイメージの違いの背景には、患者を長期に受持つ、日勤帯に勤務する、所属部門に活動場所が限定されない、HIV/AIDS医療に関連する幅広い専門知識・経験を有する、医療に置ける患者の利益を保障する活動特性が影響している事が示唆された。

おわりに

本研究において、HIV/AIDS患者に対する看護活動の全体像と専門的看護活動の内容が明らかになった。また、HIV/AIDS患者が認知している専門看護婦と看護婦の役割・機能の違いについて明らかになった。今回対象となった施設では、コーディネーターという名称で専門看護婦が組織的に位置づけられ機能しやすい環境で活動しており、今回の調査でも明らかのように看護婦と専門看護婦に対するHIV/AIDS患者の役割・機能の認識は異なっていた。

HIV/AIDS専門医療を担う施設では、まず専門

医あるいは担当医の配置が前提となるが、このような施設特性に対応して看護職についても活動条件や専門性を有する専門看護婦あるいは担当看護婦を配置する施設が徐々に増えている。しかし、エイズ拠点病院等においては他科メディカル職種のほうが看護職に比べて専任化あるいは担当者の明確化が進められており、担当看護婦の配置の遅れが指摘されているところである。

今後はホームレスや外国人といった社会的問題を抱えているHIV/AIDS患者や合併症をもつマネージメントの難易度が高い患者が増加しているため、医学的管理だけでなく生活や社会経済、行動科学などの多面的介入が可能な専門看護婦の養成と活用が求められている。

引用・参考文献

1. 池上千寿子、生島 嗣ら:地域における直接的支援とカウンセリング耐性に関する研究 HIV陽性者によるカウンセリングなどへの認知および評価について. 平成10年度HIV感染症疫学研究班(木原班)報告書 1999
2. 石原美和:エイズ医療従事者対象の研修における効果的な教材の開発に関する研究. 平成10年度厚生省エイズ医療共同研究 報告書1998
3. 石原美和、池田和子、岡 慎一:HIV/AIDS専門医療機関におけるコーディネーターナースの相談活動に関する研究. 平成9年度HIV感染症疫学研究班(木原班)報告書 1998
4. 井部俊子:マネジメントの魅力. 38章 患者の代弁. 2000 看護協会出版会
5. 河口てる子:生活支援者としての外来看護婦、看護. 1993. 9

研究発表

論文発表

1. 石原美和、岡 慎一:エイズ治療体制の新しい展開. 臨床と微生物 25(3):275-279, 1998.
2. 石原美和:メディカル・コーディネーターの役割. HIV Confronting98 (8):8-10, 1998
3. 前田ひとみ、南家貴美代、石原美和、池田和子、村上未知子、山田雅子、操 華子:HIV/エイズ医療における専門的看護婦の教育プログラムの検討. 看護教育 39(11), 1998