



I. 連携システムに関する研究

I-1. 病病・病診連携システムに関する研究

(1) 東京における HIV/AIDS 病診連携システム構築に関する調査

分担研究者： 島田 恵 (国立国際医療センターエイズ治療・研究開発センター)

研究協力者： 湯藤 進 (東京都医師会)

武田 謙治 (国立国際医療センターエイズ治療・研究開発センター)

研究要旨

東京都では23区を中心に、105名の開業医による「HIV/AIDS 診療協力医一覧」を作成した。
今後は、東京西部地域での協力医開拓が必要である。

A Survey on the Establishment of the Collaboration System between HIV/AIDS Regional Hospitals and General Hospitals, Clinics in Tokyo

Susumu Yuto¹⁾, Kenji Takeda²⁾, Megumi Shimada²⁾

¹⁾Tokyo Medical Association and ²⁾AIDS Clinical Center, International Medical Center of Japan

研究目的

患者が医療機関を選択しながら治療と生活とを両立できるよう病病・病診連携を推進するために、1) 協力開業医（以下、協力医）の HIV/AIDS 診療に対する考え方を把握し、2) 連携可能な協力医一覧を作成する。

研究方法（アンケート添付）

東京都医師会に所属し内科を標榜している会員 4,475 名を対象に HIV/AIDS 患者の診療可能性について自記式アンケート調査を実施した。期間は平成 16 年 10 月 27 日から 11 月 19 日（消印有効）で、アンケート配布・回収は郵送で行い、都医師会の理事会において承認されている旨記載した。

【倫理的配慮】

研究協力については、都医師会の理事会で承認後、各施設の診療担当医に一任し、アンケート用紙未返送をもって同意しないものと判断した。また、協力医一覧を作成する目的でのみ病院名、連絡先を記入してもらい、結果の公表に際しては医療機関が特定されないように配慮した。

結果および考察

1. 対象の概要（図 1）

回収数 905（回収率 20.0%）のうち分析対象は 876（有効回答率 96.8%）で、医師の年齢は平均 60 才（40 代 24%、50 代 28%、60 代 17%、70 代 20%）、男性が 87%であった。

2. HIV/AIDS 患者の診療可否と診療経験（図 2）

今後、HIV/AIDS 患者の「診療は可能」「条件が整えば診療は可能」と回答したのは合計 232 名（27%）であった。そのうち協力医としてリストアップできたのは 105 名で、東京 23 区を中心に多く、23 区から離れるほど協力医の数は減少していた（図 3）。今後は、通院利便性の改善を考慮し、東京西部地域での協力医の開拓が必要である。また、HIV/AIDS 患者の診療経験は、726 名（83%）が「経験なし」であったが、診療経験のある医師の方が今後の診療については「可能」と多く回答していた（複数の医師会対象に実施した昨年までの調査結果と同様）（図 4）。

3. HIV/AIDS 患者診療上の懸念（図 5）

HIV/AIDS 患者の診療に際し、開業医が懸念することとして「感染予防対策」「HIV 感染症に対する知識不足」「プライバシーの保護対策」の順に多く、半数以上の開業医が懸念される事項と回答している（昨年までの調査結果と同様）。

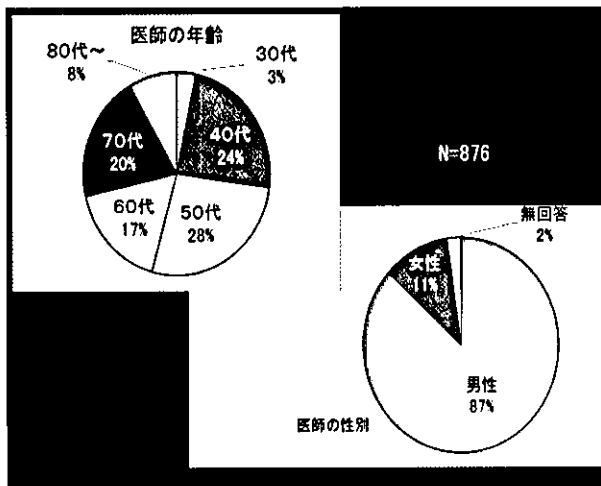


図 1. 対象の概要

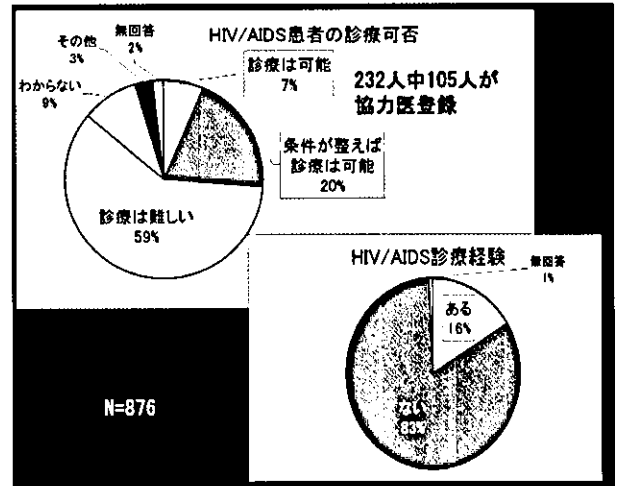


図 2. HIV/AIDS 患者の診療可否と診療経験

4. 可能な診療内容 (図6)

HIV/AIDS 患者が開業医を受診する場合、診療可能な内容についての問いには、標榜診療科の診療の方が「可能」と回答する割合が高く、かつ診察、処方血液検査や処方よりも「可能」と回答する割合が高かった (昨年までの調査結果と同様)。昨年の調査では、HIV/AIDS 診療についての勉強会実施後

には、HIV 感染症についての診療を「可能」と回答する割合が高くなっていったこと (図7) から、開業医に対し事前の情報提供や連携方法に関する情報交換を十分行うことによって懸念の解消は可能であると考えられる。

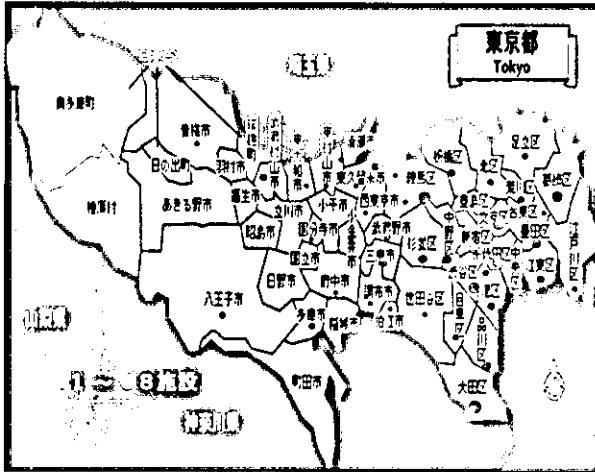


図3. HIV/AIDS 協力医の分布図

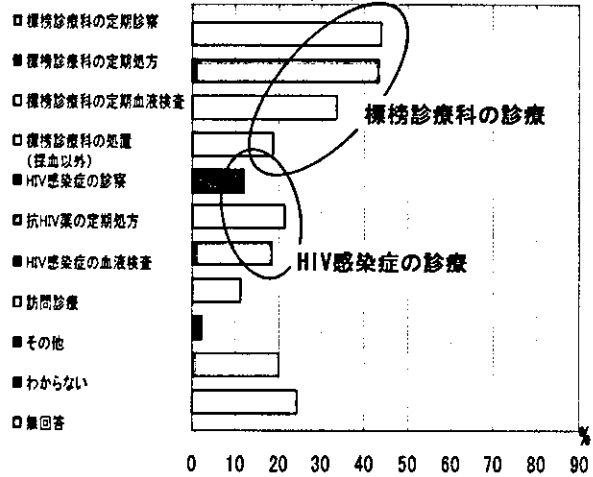


図6. 可能な診療内容

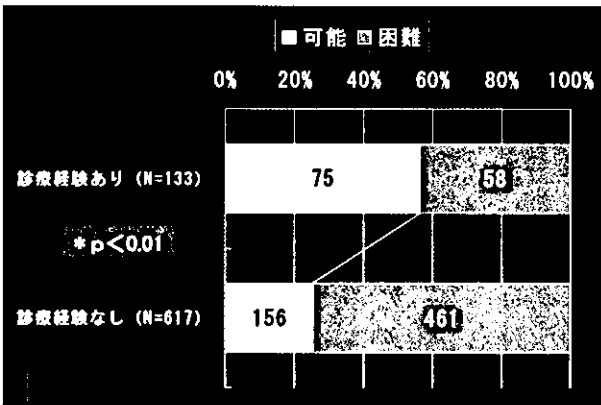


図4. HIV/AIDS 患者の診療経験と診療可否

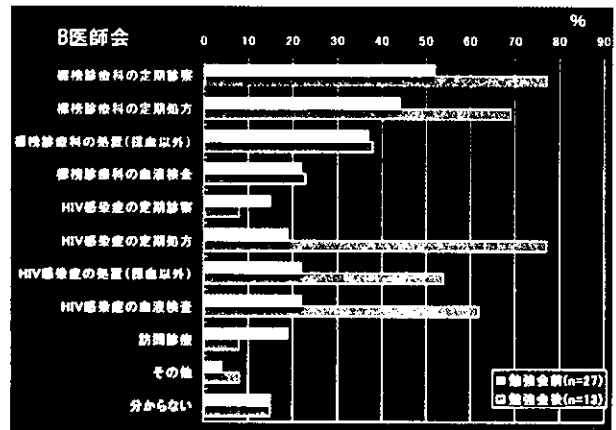


図7. 可能な診療内容 (平成15年度)

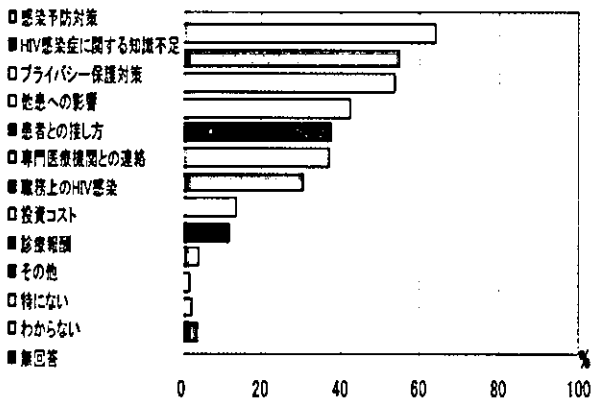


図5. 診療上の懸念



I. 連携システムに関する研究

I-1. 病病・病診連携システムに関する研究

(2) HIV/AIDS 病診連携モデル事業—連携初期の評価—

分担研究者：島田 恵（国立国際医療センターエイズ治療・研究開発センター）

研究協力者：西川 文則（広尾タワークリニック）

武田 謙治（国立国際医療センターエイズ治療・研究開発センター）

福山 由美（国立国際医療センターエイズ治療・研究開発センター）

山田 由紀（国立国際医療センターエイズ治療・研究開発センター）

大金 美和（国立国際医療センターエイズ治療・研究開発センター）

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）

研究要旨

HIV/AIDS 病診連携プロセスによって、連携初期の時点では、患者も協力医も安心して受診、診療を行うことができ、患者のアドヒアランスや治療成績も、目標を維持できていた。このプロセスの遂行には、専門病院側に連携推進役、窓口役が必要であり、看護師がこの役割を担う人材として、拠点病院に置かれることが望ましい。

An Evaluation of the First Phase of the Collaboration Model between HIV/AIDS Regional Hospitals and General Hospitals, Clinics

Huminori Nishikawa¹⁾, Kenji Takeda²⁾, Yumi Fukuyama²⁾, Yuki Yamada²⁾, Miwa Ogane²⁾, Kazuko Ikeda²⁾, Megumi Shimada²⁾

¹⁾Hiroo Tower Clinic and ²⁾AIDS Clinical Center, International Medical Center of Japan

研究目的

HIV/AIDS 病診連携プロセスによる病診連携を評価するために、患者と協力医を対象に治療状況や満足度等について連携前後の比較を行う。

研究方法

ACC を通院中の患者で平成 15 年 4 月～平成 16 年 11 月の間に病診連携モデル事業に参加した患者とその協力医を対象に、診療録調査および半構成的インタビューを実施した。調査・インタビュー内容は、1) 患者状況の受診前後比較①治療状況（有無/CD4/VL）②アドヒアランス状況（受診・内服状況）、2) 病診連携に対する期待や気がかり、3) 連携プロセスの進行状況、4) 協力医からの初診后感想である。なお、連携プロセス（図 8）の「②患者紹介の検討」（図 9）では、制約条件として「更生医療は未使用であること」が含まれていた。これは、更生医療を複数の医療機関で使用できないためであったが、現在（平成 17 年 3 月）は可能である。

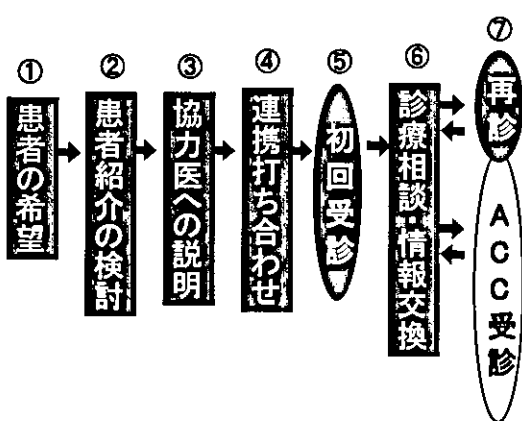


図 8. HIV/AIDS 病診連携プロセス

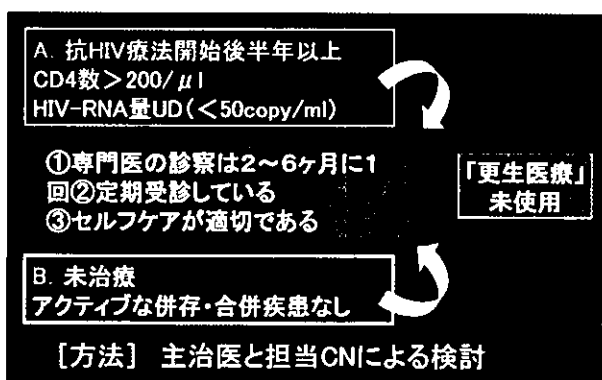


図 9. 連携プロセス② 患者紹介の検討

【倫理的配慮】

開業医への紹介を希望した患者に対し、モデル事業の趣旨を口頭と書面で説明し、同意状況やプロセスの進捗状況については診療録に記載した。また、協力医についても同様に説明し、プロセス中の情報交換や相互の対応についても、同じく診療録に記載した。結果の公表については、患者や協力医が特定されないように注意した。

結果および考察

1. 対象の概要

モデル事業に参加した患者は 8 名（A～H）で、全員 MSM、都内在住で年齢は 30～40 歳代、病期は AC で、6 名が抗 HIV 療法を実施していた。また、協力医初診済みは 3 名で、5 名はまだ受診に至っていなかった。一方、協力医は 7 名で、全員内科を標榜していた。

2. 協力医受診者 3 名について

(1) 治療状況とアドヒアランス状況の受診前後比較（表 1）

紹介時点は全員アドヒアランス良好で、VL も検出限界以下を保っていたが、(A)のみ初診後にウイルス量が若干増加しており、アドヒアランス低下が懸念された。

表 1. 受診者 3 名の治療状況とアドヒアランス状況の受診前後比較

患者	A		B		C	
抗 HIV 療法の有無			○			
内服期間	6 年		2 年		6 年	
協力医初診後の期間	9 ヶ月		2 ヶ月		1 ヶ月	
CD4 数 (/μl)	前	後	前	後	前	後
HIV-RNA 量 copy/ml	UD	5.1 × 10	UD	UD	UD	(UD)
内服率 (%)			100%			
受診状況			○			

(2) プロセス進行状況（表 2）

(A) については初回受診後に協力医と専門医、コーディネーターナースでデータを供覧し、協力医には内服状況について問診することの重要性を説明し、具体的な質問方法を示して依頼した。

表 2. 受診者 3 名の進行状況

	A	B	C
1. 希望確認	プライバシー	通院利便性	A の希望
2. 紹介検討			
3. 協力医説明	1 件目で決定		
4. 打ち合わせ	診察・血液検査・処方が可能		
5. (初) 受診			
6. 情報交換	4 回受診/9 ヶ月	2 回受診/2 ヶ月	1 回受診/1 ヶ月
協力医 → ACC	メールでデータ供覧・相談	電話	メールでデータ供覧・相談
患者 → ACC	電話	面談	面談
現在の受診状況	協力医: 3 ヶ月 ACC: 1 年	協力医: 毎月 ACC: 4 ヶ月	ACC: 毎月 理由: 産状出現 本人の希望

3. 協力医未受診者 5 名について

(1) 治療状況とアドヒアランス状況 (表 3)

抗 HIV 療法実施中の 3 名はアドヒアランス良好で、VL も検出限界以下を保っており、未実施の 2 名は CD4 数がまだ高値でデータフォローアップが重要であった。

表 3. 未受診者 5 名の治療状況とアドヒアランス状況

患者	D	E	F	G	H
抗 HIV 療法の有無		○			×
内服期間	5 年	1 年	3 年		—
現在 CD4 数	839	324	407	422	590
HIV-RNA 量		UD		3.0×10^4	1.9×10^4
内服率 (%)		100%			—
ACC 受診状況			○		

(2) プロセス進行状況 (表 4)

協力医初診に至っていない理由は、併存疾患のコントロール (D) や連携後に副作用が出現するのを避けるため、あらかじめ抗 HIV 薬を変更しておく (E) など、医学的な理由によって紹介を見合わせたり、紹介の準備をしたりしたことであった。

表 4. 未受診者 5 名の進行状況

患者	D	E	F	G	H
1. 希望確認			通院利便性		
2. 紹介検討					
3. 協力医説明		2 件目で決定		1 件目で決定	
4. 打ち合わせ	診察・血液検査・処方が可能				
未受診の理由	併存疾患コントロール不良	NRTI 変更	個人的理由	個人的理由	個人的理由
今後の予定	薬剤検討	半年後に受診予定	半年後から受診予定	2 ヶ月後に受診予定	1 ヶ月後に受診予定

4. 協力医受診に対する患者の期待と気がかり (表 5)

通院利便性の改善に対する期待が多く、患者が治療と仕事や学業などの社会生活を両立して、生活の質 (QoL) を維持するためには、専門病院と一般病院とを適切にかかり分けできることが必須である。

また専門外来であり、かつ待ち時間が長いこと、「知人に病気のことが知られてしまうのではないかと」というプライバシーに関する心配も開業医の外来では、解消できることを期待していた。気がかりとしては、「開業医や院外薬局のスタッフから他の人に自分の病気に関する情報が知られてしまうのではないかと」というプライバシーの問題がみられた。

表 5. 患者 8 名の期待と気がかり

期待	日時	受診前 (A~H)	受診後 (A~C)
● 利便性	日時	午後・土曜日受診 受診日の選択	期待通り または 気がかり解消
	立地	勤務先・居住地周辺 通勤途中	↓ C 以外は 協力医の受診 継続を希望
	プライマリー診療	受診時間短縮・遅延解消	
● プライバシー	気がかり	知人に会いたくない	
● プライバシー	協力医・薬局		
● 職業感染	手袋着用を希望		要長期フォロー
● 専門医による診療ではない			

5. 協力医からの初診後感想

「患者は健康的で、自分の病気に対し十分な知識と前向きな考え方を持っていた。」「安定期の患者についての病診連携としては、他疾患患者についてと同様だと感じた。」「HIV 感染症とプライバシーに配慮した対応についてスタッフ、薬局等との事前学習が必要である。」「スタンダードプリコーションの実践には、意識改革が必要だが、手袋費用など経済的條件の整備や医師会からの推奨を希望する。」「処方について製薬会社・薬局等と準備が必要である。」といった内容から、1 例目の受け入れ経験は、前向きに受け止められていると考えられた。

(1) (2) 総合結論

東京都では 23 区を中心に、105 名の開業医による協力医一覧を作成することができた。また、HIV/AIDS 病診連携プロセスによって、連携初期の

時点では、患者も協力医も安心して受診、診療を行うことができ、患者のアドヒアランスや治療成績も、目標を維持できていた。このプロセスの遂行には、専門病院側に連携推進役、窓口役が必要であるが、病気や治療についての知識と説明技術を有し、医師と治療方針について検討できる看護師が、この役割を担う人材として、拠点病院に置かれることが望ましいと考えられる。

健康危険情報

なし

研究発表

- 1) 島田 恵、武田謙治、福山由美、山田由紀、大金美和、池田和子、岡 慎一、木村 哲：医療連携による HIV/AIDS 患者の療養継続支援の検討 その2HIV/AIDS 病診連携モデル事業。第 18 回日本エイズ学会学術集会、静岡、12 月、2004。
- 2) 武田謙治、島田 恵、池田和子、大金美和、福山由美、山田由紀、中野恵美子、岡 慎一、木村 哲：医療連携による HIV/AIDS 患者の療養継続支援の検討 その1エイズ治療・研究開発センター新規受診患者の受診経路と転帰。第 18 回日本エイズ学会学術集会、静岡、12 月、2004。
- 3) 武田謙治、湯藤 進、島田 恵、木村 哲：東京都医師会における HIV/AIDS 病診連携の推進に関する検討。第 28 回日本プライマリ・ケア学会学術集会、京都、5 月、2005。(予定)

知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

なし



I. 連携システムに関する研究

I-2. 病院－地域連携システムに関する研究

HIV/AIDS 在宅療養支援フローチャートの改定と連携事例による病院－地域連携推進の取り組み

分担研究者：望月あづさ（訪問看護ステーションしらひげ）

竜崎 香代（大田西地域行政センター）

池戸 啓子（西新宿保健センター）

大金 美和（国立国際医療センターエイズ治療・研究開発センター）

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）

研究協力者：飯田 真美（東京都福祉保険局健康安全室）

田中 友子（豊島区長崎健康相談所）

高須賀紀子（松山赤十字病院）

白木きよみ（東京都福祉保険局健康安全室）

山田 由紀（国立国際医療センターエイズ治療・研究開発センター）

福山 由美（国立国際医療センターエイズ治療・研究開発センター）

武田 謙治（国立国際医療センターエイズ治療・研究開発センター）

研究要旨

HIV/AIDS 患者の在宅療養支援ニーズと病院側、地域側双方での連携の実際を示すとともに、ニーズのもととなった事例の背景などとアセスメントの視点やフローチャートの進行について提示することができた。

Revision of the Flowchart of Continuous System between hospital and community for HIV/AIDS Patient's self care and Case Studies on the Promotion of Collaboration between HIV/AIDS Regional Hospitals and the Local Health Centers, Home-visit Nursing Stations

Azusa Mochizuki¹⁾, Kayo Ryuzaki²⁾, Mami Iida³⁾, Keiko Ikeda⁴⁾, Yuko Tanaka⁵⁾, Noriko Takasuka⁶⁾, Kiyomi Shiraki³⁾, Yuki Yamada⁷⁾, Yumi Fukuyama⁷⁾, Kenji Takeda⁷⁾, Miwa Ogane⁷⁾, Kazuko Ikeda⁷⁾, Megumi Shimada⁷⁾

¹⁾Home-visit nursing station Shirahige, ²⁾Ota-nishi District Administration Office, ³⁾Tokyo Metropolitan Government, Bureau of Social Welfare and Public Health, ⁴⁾Nishi-Shinjuku Public Health Center, ⁵⁾Toshima City Nagasaki Health Consultation Office,

⁶⁾Matsuyama Red Cross Hospital and ⁷⁾AIDS Clinical Center, International Medical Center of Japan

研究目的

HIV/AIDS患者の在宅療養支援9分類(表6)それぞれについて、保健師、訪問看護師、病院看護師が事例を提示し、連携の実際とポイントを具体的に解説することにより、保健・医療・福祉職が専門病院と連携しながらHIV/AIDS患者に対してサービス提供を行うことができるようになること。

表6. HIV/AIDS在宅療養支援分類(平成15年度)

分類項目	分類基準
1. 経済・社会的問題	ホームレス、不法滞在外国人等
2. 精神的問題	精神科疾患、依存症(薬物・アルコール)等
3. 運動機能障害	麻痺、関節可動域低下によるADL障害
4. 併存疾患コントロール	慢性疾患のコントロール
5. 日和見感染症コントロール	日和見感染症のコントロール
6. 高齢者	65歳以上
7. 母子保健関連	母子感染予防、産前後のケア等
8. 家族への支援	介護の問題
9. ターミナル期	予後不良者

伊藤千代他、「HIV/AIDS患者における在宅療養支援の傾向と導入促進の検討」、第17回 日本エイズ学会

方法

1. これまでのHIV/AIDS在宅療養支援フローチャートに、地域側の連携手順を加えて改定する。
2. HIV/AIDS患者について病院-地域連携の経験がある保健師、訪問看護師、病院看護師が9分類に該当する事例について、連携の実際が分かるように執筆し、平成15年度のアンケート調査で抽出した連携上の課題を解消するための連携ポイントについて解説する。

【倫理的配慮】

担当者が執筆する連携事例については、患者やその家族等の承諾を得るとともに、読者に患者等が推測あるいは特定されないよう脚色、調整することとした。

結果および考察

1. HIV/AIDS在宅療養支援フローチャート(改定)(図10)
2. 連携の困難さと在宅療養支援の導入ニーズ分類

による連携事例とそれぞれの連携に関するポイントなど、詳細は事例集参照。

- (1) 連携の困難さに関連した事例
- ① 転院受け入れ拒否ケース(病院看護師)
 - ② 生保/結核から把握したケース(保健師)
- (2) 保健師・訪問看護師側の困難さに関連した事例
担当者の経験不足ケース(病院看護師)
- (3) 患者側の困難さに関連した事例
- ① 経済・社会的問題：ホームレス(保健師)
 - ② 精神的問題：統合失調症(保健師)
薬物依存症(保健師)
 - ③ 運動機能障害：PML後遺症(保健師)
 - ④ 併存疾患コントロール：血友病(訪問看護師)
 - ⑤ 日和見感染症コントロール：結核DOT(保健師)
 - ⑥ 高齢者：独居(保健師)
 - ⑦ 母子保健関連：出産外国人(保健師)
 - ⑧ 家族ケア：外国人陽性母と感染児(保健師)
 - ⑨ ターミナル期：HIV/HCV重複感染血友病(訪問看護師)

結論

HIV/AIDS患者の在宅療養支援には、病院側、地域側双方で連携のリーダーシップをとる役割として窓口役が明確になる必要がある。それによって患者の同意や関係者間で情報を共有する、打ち合わせを行うなど、時間と手間を要する手続き(フローチャート)を責任もって進めることができる。平成17年度はこの事例集を用いて、全国各地で保健・医療・福祉職に対する連携研修会を開催し、療養期間が長期化するHIV/AIDS患者が療養場所を選択できるための受け皿作りを行う。

健康危険情報

なし

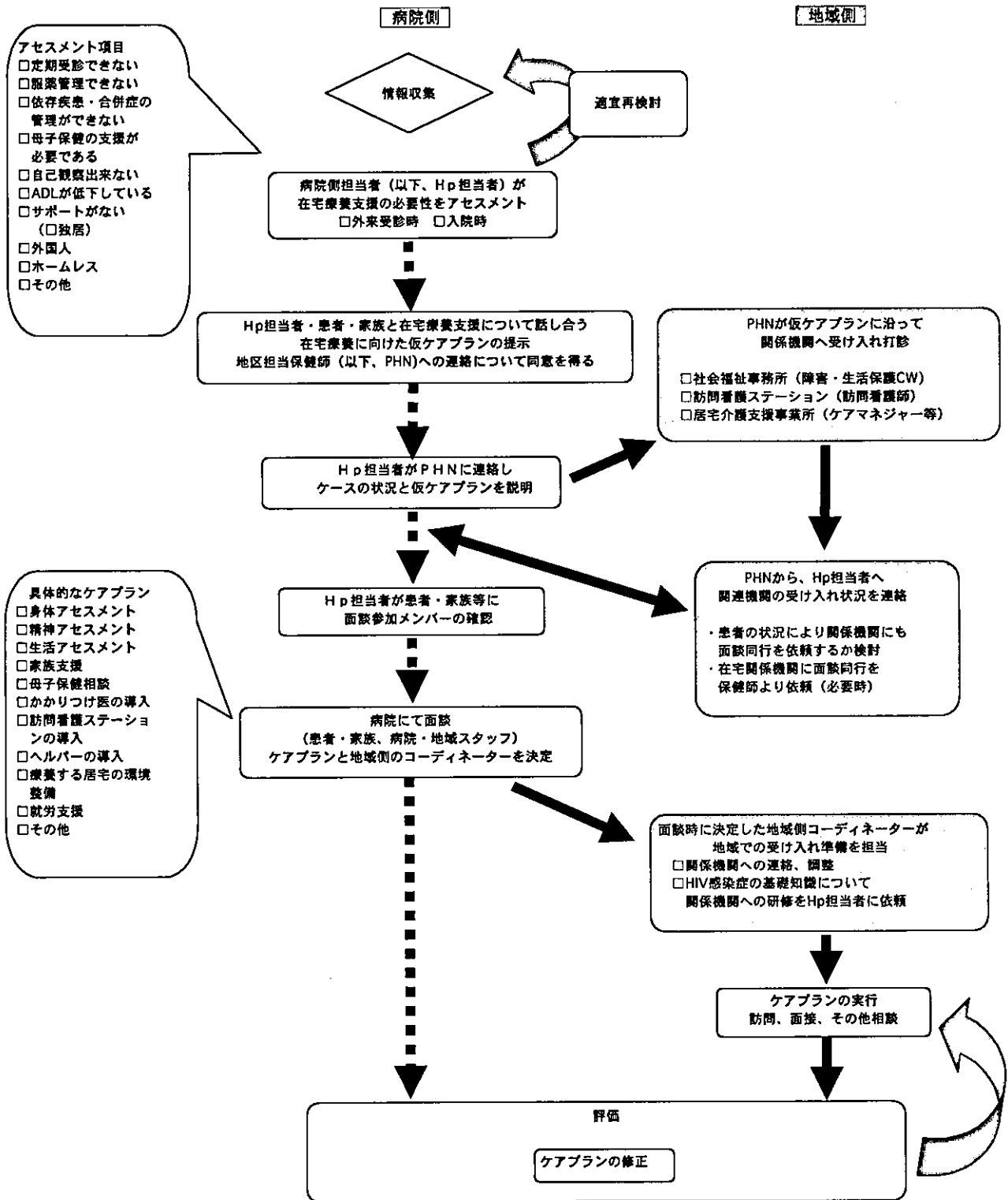


図 10. HIV/AIDS 在宅療養支援フローチャート

研究発表等

- 1) 島田 恵：HIV/AIDS 患者の病院－地域連携に関する調査。厚生科研研究成果発表会（第 6 回 HIV/AIDS 在宅療養支援研修会）、平成 16 年 12 月 17 日。
- 2) 池戸啓子：[改定] HIV/AIDS 在宅療養支援フローチャート。厚生科研研究成果発表会（第 6 回 HIV/AIDS 在宅療養支援研修会）、平成 16 年 12 月 17 日。
- 3) 田中友子：病院－地域連携事例の解説 日和見感染症コントロールのため支援を必要とした DOT 事例。厚生科研研究成果発表会（第 6 回 HIV/AIDS 在宅療養支援研修会）、平成 16 年 12 月 17 日。
- 4) 高須賀紀子：病院－地域連携事例の解説 転院先が見つからず在宅療養を支援したケース。厚生科研研究成果発表会（第 6 回 HIV/AIDS 在宅療養支援研修会）、平成 16 年 12 月 17 日。
- 5) 飯田真美：東京都エイズ対策の現状と課題。厚生科研研究成果発表会（第 6 回 HIV/AIDS 在宅療養支援研修会）、平成 16 年 12 月 17 日。



II. 看護システムに関する研究

II-1. HIV/AIDS患者の療養継続支援プロトコルの開発(継続)

※「服薬支援プロトコル」から名称変更

(1) 臨床実践への応用による療養継続支援プロトコルの評価

分担研究者：山田由美子（独立行政法人国立病院機構 名古屋医療センター）

野口 明子（独立行政法人国立病院機構 名古屋医療センター）

浜口 元洋（独立行政法人国立病院機構 名古屋医療センター）

研究協力者：奥村かおる（独立行政法人国立病院機構 名古屋医療センター）

三和 治美（独立行政法人国立病院機構 名古屋医療センター）

研究要旨

HIV/AIDS患者の療養継続支援プロトコルを名古屋医療センターにおけるHIV/AIDS診療に応用したところ、多職種がカンファレンスにおいて相互の情報を共有でき、経過を把握することができるようになった。また、プロトコルを外来受診時の患者情報を直接書き込む形式の記録用紙として活用することにより、カンファレンスだけでなく日常診療の場においても、多職種間で患者別に診療の進捗状況が把握できる。

A Study on the Evaluation of the pre-antiretroviral therapy (ART) assessment protocol with Application to Clinical Practice

Yumiko Yamada¹⁾, Akiko Noguchi¹⁾, Motohiro Hamaguchi¹⁾, Kaoru Okumura¹⁾, Harumi Miwa¹⁾, Megumi Shimada²⁾

¹⁾National Hospital Organization Nagoya Medical Center and ²⁾AIDS Clinical Center, International Medical Center of Japan

研究目的

療養継続支援プロトコルを臨床実践、特に定期カンファレンスを開催しながら診療を進める方法の実践に活用し、それによる診療展開の変化について評価し、HIV/AIDS 診療の向上に本プロトコルの有用性を検討する。

研究方法

平成 15 年 4 月～12 月の間に名古屋医療センターにおいて実施した定期カンファレンスの記録（参加メンバーの職種、人数、参加率、カンファレンス患者数、治療状況、等）から、これまでの診療展開とプロトコル実施後の展開について比較する。

[倫理的配慮]

特に配慮の必要なし

結果および考察

- 8 ヶ月間にカンファレンスを 34 回開催しており、ほぼ週 1 回の定期開催がされていた。参加メンバーは診療担当医 6～10 人、外来担当看護師 2～3 人、カウンセラーとレジデント各 1 人、薬剤師 3 人の計 13～17 人で、1 回の参加率（参加者数/メンバー人数）は平均 62.6 %（50～86 %）であった。医師以外の職種は毎回ほぼ 100 % の参加率であったことから、医師の参加率が全体の参加率を決定していた。これまで別々に実施していた外来と入院のカンファレンスを同時に行うようにしたことで、医師の参加率が高まり、定期開催も次第に定着してきたと考えられる。
- カンファレンスにかけた患者数はのべ 294 人（内訳は初診 37 人、抗 HIV 療法開始前 72 人、開始後半年以内 63 人、半年以上 122 人）で、1 回あたり平均 8.8 人（2～14 人）であった。参加人数が少ない、時間に制限がある、担当者が問題意識をもたなければ患者がカンファレンスにかけられない等の理由で、カンファレンスから患者がもれてしまう恐れがある。そこで、皆がどのような基準でカンファレンスにかけられる患者を選出するかを明確にしておくことが課題である。
- 主治医制ではないこと、多職種が関わっているため、カンファレンスにおいて相互の情報を共有でき、経過を把握することができるようになった。今後はプロトコルを、外来受診時の患者情報を直接書き込む形式の記録用紙として活用できると、カンファレンスだけでなく日常診療の場においても、多職種間で患者別に診療の進捗状況が把握できると考えられる。



II. 看護システムに関する研究

II-1. HIV/AIDS 患者の療養継続支援プロトコルの開発(継続)

※「服薬支援プロトコル」から名称変更

(2) コーディネーターナース新人教育への応用による療養継続支援プロトコルの評価

分担研究者：今井 敦子（新潟大学医歯学総合病院）

内山 正子（新潟大学医歯学総合病院）

研究協力者：塚田 弘樹（新潟大学医歯学総合病院）

研究要旨

HIV/AIDS 患者の療養継続支援プロトコルをコーディネーターナースの新人教育に応用したところ、新人、指導者ともに効率よく実践、学習、評価することができた。また、プロトコルを記録としても活用することにより、実践記録や教育過程記録とすることができる。

A Study on the Evaluation of the pre-antiretroviral therapy (ART) assessment protocol with Application to Coordinator Nurse Training

Atsuko Imai¹⁾, Masako Uchiyama¹⁾, Hiroki Tsukada¹⁾, Megumi Shimada²⁾

¹⁾Niigata University Medical & Dental Hospital and ²⁾AIDS Clinical Center, International Medical Center of Japan

研究目的

療養継続支援プロトコルをコーディネーターナースの新人教育に活用し、それによる学習過程を評価し、外来における HIV/AIDS 患者のケースマネジメント技術の向上に本プロトコルが有用であるかを検討する。

研究方法

平成 15 年 4 月～12 月の間に新潟大学医歯学総合病院の新人コーディネーターナースが、プロトコルに従って外来において患者教育・相談対応を実践し、以下の点を考察する。

1. プロトコル使用による新人の学習上の利点と困難点
2. プロトコル使用による指導者の指導上の利点と改善点

【倫理的配慮】

特に配慮の必要なし

結果および考察

8 ヶ月間に主として初診患者を対象に、7 名の患者にプロトコルを活用した。

＜患者 7 名の内訳＞

- ・初診患者 6 名－抗 HIV 療法開始前（3 名）
抗 HIV 療法休止中（1 名）
薬剤耐性による薬剤変更（2 名）
- ・定期受診患者 1 名－薬剤耐性による薬剤変更

1. 新人・指導者によるプロトコルの活用方法

新人はプロトコルに従って、患者の受診段階に応じて実施した支援内容を記録し（図 11）、それを参考に服薬開始・変更が可能か等、患者の状況をアセスメントする。その結果をもとに、次回受診時の支援計画を立案して、指導者に報告する。報告を受けた指導者は、適宜指導を行い、次回受診時に患者に提供する支援の確認と補足を行い、新人のアセスメント、計画を評価する。

2. 学習上の利点と困難点

＜利点＞

- ① 抗 HIV 療法開始までに必要なアセスメント項目が明記されているため、患者が服薬開始に向けたどの段階にいるのか判断できる。
- ② 実施する支援内容が段階的に示されているため、支援に見落としがなくなる。
- ③ 次の段階の支援を確認できるので、支援するために必要な事前学習等の準備ができる。
- ④ 患者に行った支援を段階的に振り返り、どの段階が課題であったか理解することができる。

＜困難点＞

プロトコルの段階通りに支援が進まない場合、プロトコル活用に戸惑った。しかし、これはプロトコルの問題ではなく、新人の経験不足が原因で生じたものであった。プロトコル変更の必要はなく、指導者の助言によってプロトコル通りに支援を展開することができた。これによって、新人が苦手とする判断について理解することができた。

3. 指導上の利点と応用新人の学習評価と診療システム上の課題

＜利点＞

- ① 新人が患者について理解している情報等を同じように理解して進めることができる。
- ② 患者と直接関わらなくても、患者が服薬に向けてどの段階にいるのかを把握できる。
- ③ 新人がどのような情報からどのような判断をしたのか、判断のプロセスを確認できる。

以上を通して、新人の学習過程を把握することができた。

＜改善点＞

外来における患者教育・相談対応の実践記録や、新人の教育過程記録として、プロトコルを活用することができる。

(1) (2) 総合結論

プロトコルの活用により臨床実践では、多職種によるカンファレンスが定着し、情報共有や治療方針に関する討論ができるようになった。コーディネ

* ○内数字はケースの番号、赤字は指導者からの助言
 * 全てのケースにおいて現状・問題点・具体策とその根拠について新人は指導者へ説明。指導者は新人のケースに対する理解と支援の方向性が妥当であるかを判断し、必要時助言を行った。

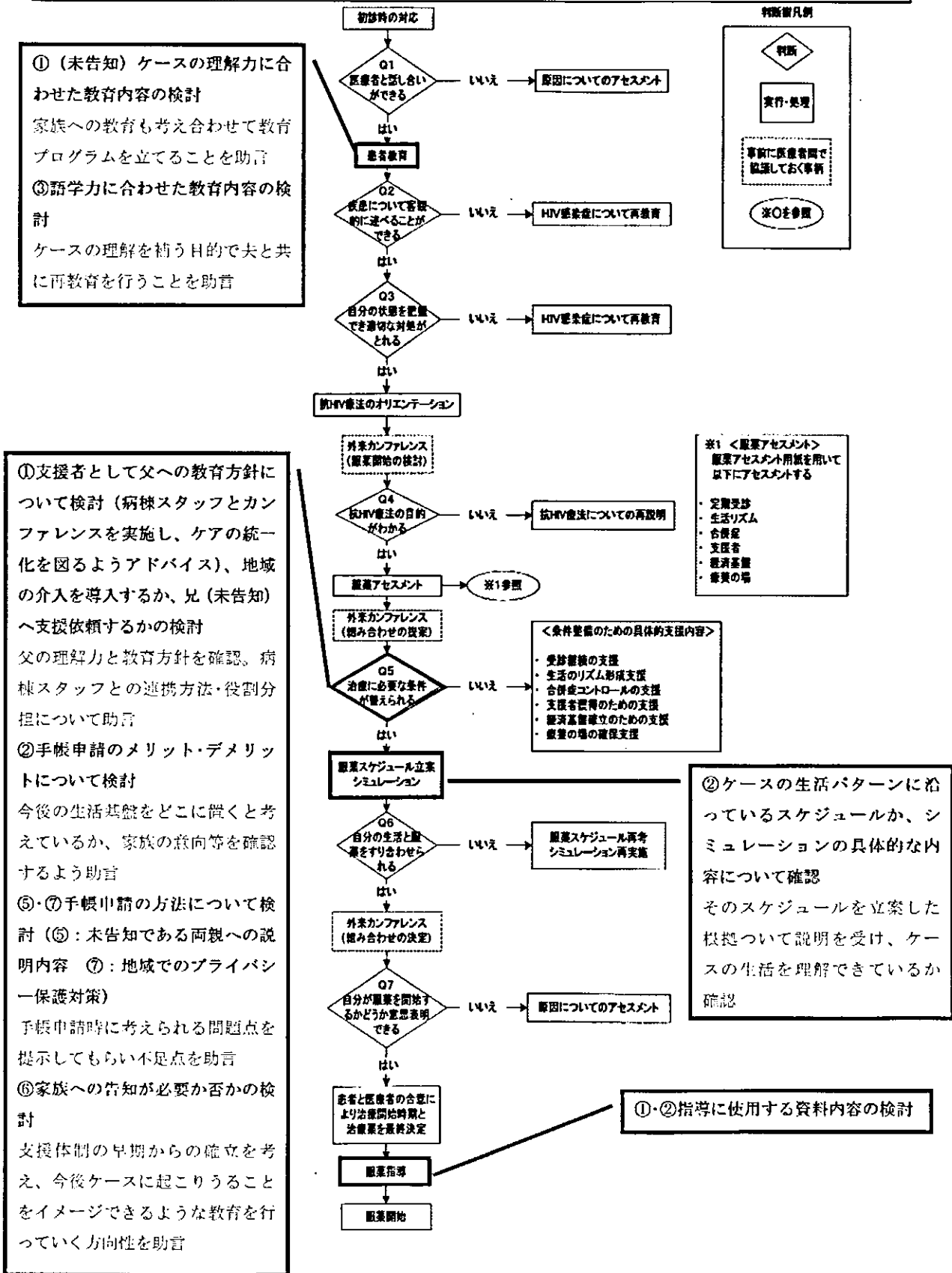


図 11. HIV/AIDS 療養継続支援プロトコルを用いた支援記録

ーターナースの新人教育では、新人、指導者ともに効率よく実践、学習、評価をすることができた。またどちらからも、プロトコルを記録としても活用することにより、情報の共有に有効であると考えられた。

健康危険情報

なし

研究発表

なし



II. 看護システムに関する研究

II-2. ブロック拠点病院における看護実践の評価ツール開発に関する研究（継続）

コーディネーターナース資格認定制度の検討

分担研究者：島田 恵（国立国際医療センター エイズ治療・研究開発センター）

研究協力者：加瀬田暢子（宮崎医科大学）

前田ひとみ（宮崎医科大学）

Irene Goldstone（BC Center for Excellence in HIV/AIDS, University of British Columbia）

岡谷 恵子（日本看護協会）

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）

研究要旨

HIV/AIDS コーディネーターナースの資格認定プログラムとして、認定看護師制度と ACC 認定制度の 2 案を検討した。わが国のエイズ医療は政策医療と位置付けられ、拠点病院体制による専門医療が基本となっていること、またコーディネーターナースについては ACC の CN が基本になっていることから、ACC において CN 資格認定を行うことが適当と考えられた。

A Study on the Qualification System of HIV/AIDS Coordinator Nurse

Nobuko Kaseda¹⁾, Hitomi Maeda¹⁾, Irene Goldstone²⁾, Keiko Okaya³⁾, Kazuko Ikeda⁴⁾, Megumi Shimada⁴⁾

¹⁾School of Nursing, Miyazaki Medical College, University of Miyazaki, ²⁾BC Centre for Excellence in HIV/AIDS, St. Paul's Hospital School of Nursing, University of British Columbia, ³⁾Japanese Nursing Association and ⁴⁾AIDS Clinical Center, International Medical Center of Japan

研究目的

HIV/AIDS コーディネーターナースの資格認定プログラムを実施するにあたり、最も適した方法を検討する。

研究方法

専門領域をもつ看護師の資格認定に関するプログラムは、既存の制度としては認定看護師制度（日本看護協会）があり、一方、政策医療としてのエイズ医療およびエイズ拠点病院体制の中で実施する方法として、ACC コーディネーターナース・コース（1ヶ月研修）を発展させた新たなCN資格認定制度（ACC）の2つの方法が考えられる。これらについて複数の方向から、実施妥当性を検討する。

【倫理的配慮】

特に配慮の必要なし

結果および考察

2つの資格認定制度（案）について検討した。

1. 認定看護師制度

認定看護師はWOC（創傷ケア）、感染管理など17分野から1,239名が輩出されている（平成16年12月現在）。教育期間は6ヶ月以上で、授業時間数は「共通科目」（90時間以上）、「専門基礎科目・専門科目」（規定なし）、「学内演習および臨床実習」（200時間以上）で計600時間以上の受講が必要である。教育機関は分野ごとに日本看護協会看護研修学校や国立看護大学校研修部など定められている。受講後、看護師認定審査（毎年1回）を受審する。受審資格は、上記教育機関を修了しており、臨床経験5年以上（うち特定分野で3年以上）である。また、認定は更新制（有効期間5年）となっている。

臨床において認定看護師は既に認知度が高く、「コーディネーターナースは認定看護師の資格をもった看護師である」ということは、周囲の理解を得られやすいと考えられる。しかし、課題として1)

専門職である「看護師」にさらに6ヶ月の研修期間を要するという点、2) 認定看護師資格を取得後、必ずしもそれを生かした位置付けで勤務できていないことがあるといった、看護側の問題がある。また、看護協会にコーディネーターナース資格認定をゆだねた場合、3) 他のコメディカルにコーディネーターの門戸を開くことができず、職種ごとに認定制度が作られるなどの混乱を生じる恐れがある。

2. CN資格認定制度

ACC研修は「実際にHIV診療・ケアができる医師、看護師、コメディカル・ケアスタッフの養成」を目的に、平成9年に始まり1週間コース、短期基礎コース、コーディネーターナース・コース、歯科コースがある。平成16年度末までにのべ616名が修了している。内訳は医師・歯科医師222名、看護師220名、その他174名で看護師が35.7%であった。

コーディネーターナース・コース（1ヶ月）については、修了者15名中、コーディネーターナースとして実践を継続しているのは8名（所属内訳：ブロック4名、拠点3名、一般1名）で、残り7名は退職者3名（退職前の立場・所属：リサーチレジデント2名、拠点1名）、異動者1名（異動前の所属：ブロック）であった。研修修了者が専門性を生かした勤務を継続できない背景には、1) コーディネーターナースの雇用形態（非常勤職員であるリサーチレジデントであり給与等の条件に制限がある）、2) 異動により専門性を極めることが難しいといった看護側の問題がある。

授業時間数は「共通基礎科目」25.5時間、「専門基礎科目・専門科目」22.5時間、「臨床実習」129時間の計182時間である。応募基準としては、通常まず「臨床経験3年以上」とされるが、看護経験年数よりむしろケースマネジメントに関する経験とそれによって観察力や柔軟性が培われていることがより重要なので、1) ケースマネジメントや患者相談対応、患者教育などの活動経験があること、2) コーディネーターナースの普及、定着を優先課題とし、資格取得者が施設内で実践に携わることができることを保障するために、施設長の推薦が必要であること、3) 応募時点でその施設に患者が受診していること（目安としては、1日1名以上の受診者として1ヶ月の受診患者数が20名以上）の3点とする。

教育プログラム受講後は認定審査を行い、一旦認