

拒否され続けていた。

○協力内容：入院 284 日目から Ns、SW と調査者でミーティング 1 回、メール・電話でのディスカッションを各 2 回実施し、下記内容を実施する方向で確認した。

1. 受入れ依頼施設に対し支援的対応を行う

受入れを拒否する施設側の対応に、メンバー全員が批判的になっていた。また、施設側の知識不足や偏見に対し、対応窓口である SW から情報提供はするものの、一般論にとどまる傾向があった。

そこで、施設側の受入れ準備として情報交換会・勉強会の開催を SW と Ns とで提案し、受入れを支援する姿勢を提示するよう努めることにした。また、施設側へは本来の依頼目的（ADL 低下に伴う独居困難）を明確にしながら説明し、疑問や不安には知識だけでなく情意的な理解も進むよう、双方向のやりとりをしながら対応するようにした。

2. 受療行動の背景を分析し対応策を検討する

患者が受診・内服中断した原因として、高齢期うつの可能性や EFV の副作用による影響がアセスメントされたため、精神科へのコンサルテーションと EFV 変更について、Dr と検討することにした。

○結果：病院からの提案に対し、ある介護施設で勉強会を開催することとなり、入院から 317 日目（介入調査から 33 日目）に受入れが決定した。EFV は ATV + RTV に変更し、副作用の確認を行ってから入所予定である。

○メンバーの感想/意見

SW) 受入れ拒否に対する自分達の批判的な言動が、施設側を一層頑なにさせていたことに気がついた。未経験なものや知らないことに対して消極的になるのは、ある意味当然のことなので、むしろ相談しながら対応してもらえる関係づくりの方が、現実的だったと思う。

Ns) 候補施設に関する情報は SW が豊富に持っているもので、ついつい探すことを任せきりにしてしまった。SW と一緒に電話で打診してみると、施設側からいろいろな質問をされ SW としては回答しにくいこともあることが分かった。

これからは上手く役割分担して、施設側から見られた時に、頼りになると思われるよう取り組みたい。

Dr) HAART は概ね上手くいっており、退院が主たる課題だったので、治療の見直しなど医学的なアセスメントが落ちていたと思う。

ハビリ

術前検査で HIV 陽性判明し数年前から HAART 開始。現在は ABC+3TC+EFV (CD4 447/ μl 、VL < 50 コピー/ml)。妻と 2 人暮らし、妻・娘が病気を既知。

○現状と課題：退院調整メンバーは、Dr、SW である。

「在宅」については、介護負担を理由に家族が難色を示しており、これまで何度も患者、妻、娘と自宅退院について話し合いをもってきたが一進一退であった。

「施設」については、Dr が SW に施設探しを依頼してきたが、「施設は無理」とのことであり、選択肢がなくなっていた。

○協力内容：入院 189 日目から Dr とメールを 4 回、電話を 2 回行い、下記内容を実施する方向で確認した。

1. 在宅療養について家族と具体的な話し合い

施設は難しく、患者の ADL は回復しており、自宅退院の希望があったことから、外来担当看護師 (Ns) が加わり SW と役割分担し、在宅の方向を検討することにした。

- 1) 対応を依頼する保健師、訪問看護師、ヘルパーをあらかじめ啓発しておく必要がある。そこで、患者と妻に打診の許可をとり、個人情報伏せた状態で、依頼先となる 3 者と対応について話し合い、あらかじめ「内諾」を得ておくこととした。
- 2) 「内諾」が得られたことを患者、妻、娘に伝え、3 者からどのような支援が得られるか説明し、「顔合わせ」(患者・妻・娘—病院側—地域側の面談)を行うこととした。

2. 退院の目標時期を設定する

具体的に退院準備をすすめるために、退院目標を患者、妻、娘と話し合って設定することとした。○結果：入院 231 日目（介入調査から 42 日目）に保健師を交えた顔合わせを行い、妻は在宅療養を検討することで合意した。退院目標を 1 ヶ月後と定め、それまでに試験外泊などを計画する予定である。

○メンバーの感想/意見

SW) 妻が自宅退院を受け入れず、正直、困り果てていた。何度も話し合ってきたが、地域側の支援者を入れて話し合う機会がもてたら、一気に妻の気持ちが変わった。協力が得られることが分かり、安心したようだ。各方面の理解を取りながら、具体的にすすめていくことの効果を再確認した。

Ns) 本来は外来担当であり、退院調整には関与しなかったが、病棟看護師では外部との連絡、調整が難しいため、自分が連絡役となった。保健師にとっても退院後の患者ケアに関する相談先が、入院

中から明確になっていることは助かると言われた。また、主治医は診療の合間に退院調整まで手がけるのは、現実的に無理なので、医師に出てきて欲しいタイミングを示すことができた。

Dr) 妻が保健師との顔合わせを了解したのは、意外だった。保健師も自分の役割を上手く患者と妻に説明し、対応が良かったのだと思う。自分も保健師の役割を改めて知る機会になった。

考察

HIV/AIDS患者数の報告数が多い近畿ブロック、関東・甲信越ブロックあわせた HIV/AIDS 入院患者の7.5%に、エイズ後遺障害による長期社会的入院患者がみられた。回収率54.1%であったため、全体をとらえられてはいないが、拠点病院に HIV/AIDS 患者が10数名入院すると、およそ1名は社会的入院となる可能性があると考えられる。

また、長期社会的入院患者で退院調整、在宅療養支援が難航している事例は、いずれも40才以上でエイズ治療と脳梗塞後等のリハビリを目的とした入院事例であった。全員が HAART を実施しており、5名がウイルスコントロール良好であった。エイズ疾患による後遺障害があり、かつ家族や親族などとの支援関係が希薄である場合には、自宅退院は難しくなる。高額な HAART を継続している場合には、施設への退院も難しく、結果、選択肢がなくなってしまう。このことは、退院調整/在宅療養支援の難航理由として「退院先が決まらない」が最も多く、そのため協力希望の内容は、主に「退院先の開拓」と「退院先の支援体制の整備」であったことから分かる。

HIV 感染予防とエイズ発症前の早期発見が重要なことは言うまでもない。しかし、今現在、長期社会的入院に直面している患者と医療者がおり、対処が求められている。さらにいかに在宅療養支援や退院調整を行うか、病院側医療者の取り組みにも改善の余地があるのではないかという仮説から、本調査を計画した。実際に協力した2事例への取り組みからは、病院側の退院調整・在宅療養支援策として、患者・家族等と具体的な話し合いを重ねること、地域や施設との関係づくりを行うこと、そしてそれに取り組む担当者やチームの姿勢が重要であることが示唆された。これらは先行研究にもまとめられており、今回のアンケート調査の自由記載にも「難しい」「無理だ」との表現がみられ、現場の医療者が心身ともに疲弊している様子が伺える。2事例への経験でも、退院調整のメンバーは、これまでの取り組みで成果

が上がらないことに落胆するばかりで、努力が評価されず、慰労されることもない環境であった。そのため、協力者がこれまでの取り組みを評価すると、改めて客観的に自己評価でき、活動意欲が高まっていた。このことから、打開策としては拠点病院体制を活用し、退院調整や在宅療養支援の経験豊富な病院が、困っている病院に協力しながら退院調整・在宅療養支援を行う方法をもっと積極的に試みる必要があると思われる。

また今後は、HAART によって予後が延長したため、生活習慣病リスクの改善や予防的な取り組みを行い、「HIV/AIDS 患者としてより健康に療養すること」を支援する視点も必要である。

結論

病院側の退院調整・在宅療養支援策は以下の通りである。

1) 患者・家族等とできるだけ具体的な話し合いを重ねる

(1) 退院目標(場所・時期)を患者・家族と設定する

(2) 在宅療養と施設退院の両方を検討する

(3) 患者・家族等に支援者を紹介する

2) 地域や施設との関係づくり

(1) 在宅・施設等の受入れ側を啓発・支援する

(2) HIV 感染症としてではなく、ADL 障害等、本来の依頼目的を主に説明する

3) 退院調整・在宅療養支援の担当者・チームの姿勢

最初から「無理だろう」とあきらめず、既存の紹介ルートや資源(紹介施設等)を柔軟に活用する

4) 拠点病院体制を活用した協力体制

経験ある病院が経験の少ない病院に協力しながら退院調整、在宅療養支援を行う

健康危険情報

該当なし

研究発表

島田 恵、織田幸子、池田和子、小西加保留、永井英明、白阪琢磨、エイズ発症の後遺障害による長期入院患者への退院調整および在宅療養支援に関する検討。第21回日本エイズ学会学術集会・交流会、広島、2007年11月

知的財産権の出願・登録状況

該当なし

5

自立困難な HIV 陽性者の退院に向けての評価と対策に関する研究

分担研究者：織田 幸子（独立行政法人国立病院機構 大阪医療センター 看護部）

研究要旨

治療の進歩により、HIV 感染症は慢性疾患の領域に入り、外来での治療が主となった。患者は治療或いは未治療でも継続して外来病院をしながら長期に渡って社会生活をしないではいけぬ。しかし、PML や脳症などから、身体に障害（高次機能障害、麻痺等）が残った患者や高齢者・独居者は在宅療養や介護支援が必要となった時の受け入れ先が見つからず、ブロック拠点病院や限られた病院間で社会的入院を繰り返している現状がある。それは HIV 感染症に対する知識不足とまだ偏見が根強く残っている事を実感される。そこで本研究は長期療養や介護支援が必要とされる「障害者が生活に困っている」現状を多くの関係者に知っていただき、患者の QOL の維持・向上に繋がる支援体制が出来上がる事を目的としている。

今年度は、大阪医療センターの長期療養・入院に至った現状の把握と近畿地区の関連施設との会議や入院を受け入れてくれた病院等とのカンファレンスと自立支援センター関係者らとは、「自立困難者の事例検討会」を重ね現状を知っていただき、受け入れていただくための条件等を検討した。次年度は、さらにカンファレンスや会議を通してを困難事例を紹介と施設訪問しながら、現状の打開と体制構築への検討を重ねる予定である。

研究目的

当院入院患者数と 1 日平均患者数推移は、スライド 1・2（参照）通りである。その中で、PML や脳症、合併症等により身体に障害（高次機能障害も含め）が残った者、独居者、高齢者等、在宅療養や介護支援が必要だが受け入れ先が無く、ブロック拠点病院や限られた病院間で社会的な長期入院や転院を繰り返す者が増えている現状にある。

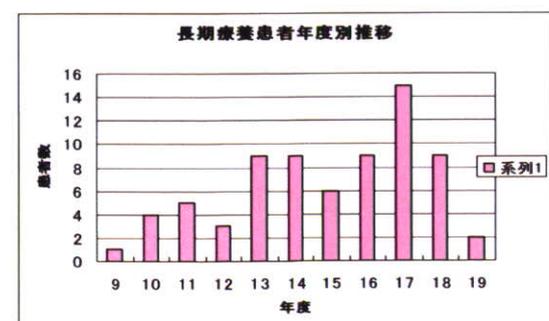
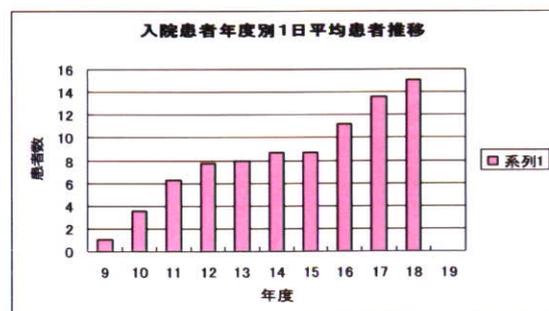
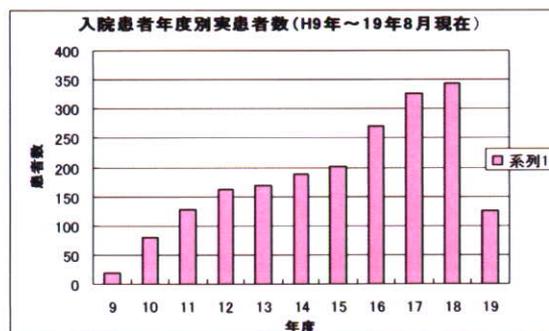
そこで、本研究は、在宅療養や介護支援問題を再度調査、必要とされる支援体制の構築の充実を図ることを目的とする。

研究方法

- (1) 実態調査：対象と期間は H9 年 4 月～19 年 8 月までの大阪医療センターの長期入院（90 日以上入院）の現状の把握
 - ①年度毎の入院患者数、②年令、
 - ③入院期間、④疾患名等、⑤要因
- (2) 近畿の障害者施設の受け入れ状況の把握有無と条件の検討、自立支援センターの担当者との事例検討等を通し、解決策の検討
- (3) 急性期とリハビリ専門病院との意見交換

結果

H9 年～H19 年 8 月年度別入院患者数推移は累積患者数 2011 名。



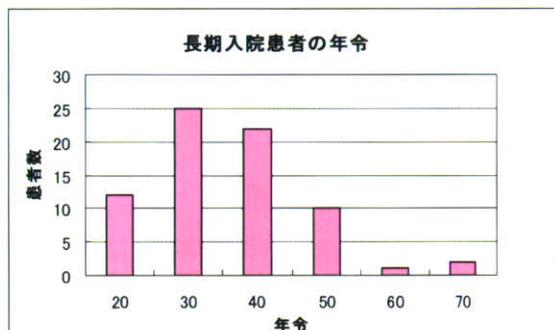
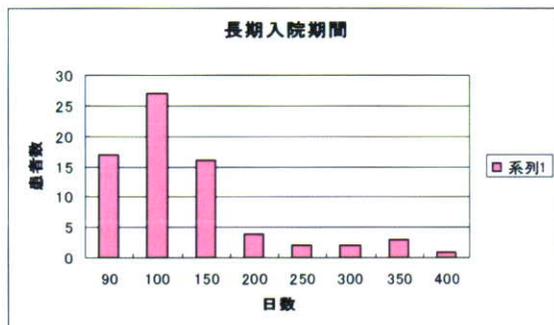
①長期入院療養年度別：n=72 名（重複あり）

72 名は、入院延べ患者数の 4%であった。

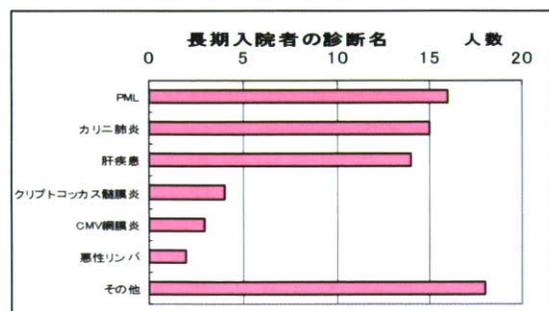
入院期間：平均入院期間 153.45 日

中央値は 186 日、最短 91 日で、最長は 431 日であった。

②長期入院患者の年齢：平均年齢 35.27 歳



③長期入院の 72 名の診断名は、PML16 名（社会的入院：定期、不定期入院が 13 名）、PCP15 名、肝疾患 14 名、クリプトコッカス髄膜炎 4 名、CMV 網膜炎 3 名、悪性リンパ腫 2 名、その他：AIDS 脳症、脳梗塞、急性膵炎、非定型抗酸菌症等 18 名の順で、そのうち死亡者は、8 名であった。



PML の患者の中の 2 名は、急性期病院と当院間を、2～3 ヶ月毎に転院を繰り返していた。在宅の PML3 名のうち 2 名は、不定期ではあるが社会的入院を当院が受け入れていた。

転院が可能になった事例もあり、後遺症で身体障害が残ったりハビリ対象の患者で、3 ヶ月の処方を持参と何かあったときのバックアップは当院が行う

という条件であった。

長期入院に至った要因

①治療困難例が多い（拠点・一般医療機関からの紹介）、合併疾患がある。

②急性期、不安定期の延長。③免疫再構築

④患者個人の問題（独居者、高齢者、家族の受け入れ等）⑤受け入れ先が見つからない等であった。

(2) 施設との話し合い

平成 19 年度「自立困難な HIV 陽性者の退院に向けての評価と対策に関する研究」のに関する会議を実施した。関連施設（社会法人イエス団京都南部障害者地域生活支援センター、NPO 法人大阪障害者支援センター「つるみ」、貝塚養護学校のこどもと教育を守る会の代表者らと当院から 4 名出席。HIV/AIDS 医療の現状と自立困難な陽性者の現状報告と会議の主旨説明をし、受け入れ条件の検討を話し合った。結果、地域によって受け入れの条件に差がある事が解った。

大阪府障害者自立相談支援センター（地域生活サービス支援、身体障害者支援課担当者とは、当院の自立困難ケースを通して、現状の報告と解決策の検討を話し合った。出席者の理解は得られるが、地域や全国レベルの会議において HIV 陽性者の困難ケースの報告が 1 例も出ていないのことがわかり、実態を知らされていないことがわかった。

(3) 急性期病院とのカンファレンスでは、

①HIV 感染症に対する理解や対応への不安について

- ・感染対策といった見直しの機会となった
- ・HIV=HCV・周囲のうわさや反応が気になる
- ・傷のある時、傷をおった時の対応について緊張する
- ・採血時の針刺ししないように神経を使う
- ・発熱など起こすと、患者が不安がりどう対応したらよいか困った

②組織の中での今後の取り組みについて

- ・看護部の受け入れ態勢
- ・疾患の理解が出来ていない現状があると感じる（看護協会での話し合いの中で）。
- ・7：1の看護体制をとっていると、療養施設でないところは在院日数短縮の課題がある

③地域におけるシステム作り、医療機関との関係などについては

- ・患者の受け入れについて他施設へ声掛けをするが、「考えてみます」との返事で最終的には、受け入

れできないとの声が多数であった。ブロック拠点病院として疾患の理解を促進するために出前の勉強会をしてほしい。

④国や行政に要望したいこと

- ・患者を診てもメリットがないので何かメリットがあれば受け入れがスムーズになるのでは」という意見があった。

大阪市立心身障害リハビリセンター（施設側参加者：医師1名 理学療養士1名 言語聴覚士1名 事務1名と当院3名）との会議は、「リハビリテーション施設で通所を希望されている患者の受け入れの検討」について話し合いを行った。

内容は、

- ①患者の病態の説明。
- ②HIV 感染症に関する基礎的な知識の説明。
- ③感染対策について。
- ④リハビリ内容の確認など話しあわれた。

「施設側の反応について」

特別に何か対策をたてなければいけないのではないかという質問もあり、実際の看護場面を通して説明を行った。

以前に保健所での HIV 感染症に関する講義に参加していたスタッフもおり、リハビリが効果的にできる症例であれば受け入れは可能であり、施設側としても最善を尽くしていきたい旨を話された。話し合いでは主に、感染対策についての疑問があり検討するとの返事であった。その為、当院より感染対策について資料等参考に再度検討して頂けるよう働きかけた。その結果、受け入れ可能となり、現在患者は継続しリハビリを受けている。

考察

ブロック拠点病院ということで、ブロック内病院より、症例困難例の紹介等から長期入院にいたる患者数の増加と言うことと、病状が安定していても紹介元に返れず、地域での在宅支援も何らかの理由により受け入れが出来ないことが要因となり、施設との話し合いに置いても、現状とのギャップが大きいことがわかった。

結論

小西らの研究で、長期に至る要因1・2で報告されていることと、当院の現状はほとんど変わりなかつ

たが、リハビリ専門病院において条件が満たされれば受け入れが可能になったことは、HIV 感染症の理解にも繋がった、至らない要因1・2の万全な診療体制への構築は時間がかかりそうである。専門施設との意見交換の中でも、受け入れる事よってのメリット（コスト面）や、期間限定、バックアップ体制の明確化等は必要条件となる。在宅においては保健師等が窓口になり地域でサービスが受け入れられるよう、又、連携の取れる拠点病院で受け入れ体制を作りながら、患者の状況に応じた長期療養支援が受けられる地域社会での体制の構築が急がれる。その方法として、1 定期的会議と拠点病院・一般医療機関、地域社会との連携、患者の紹介を繰り返し粘り強く連絡を取り続け、現状を伝えていく。

2 公的サービスについては、住む地域での差をなくし、受け入れ条件において、他の障害者どこに問題があるのかを検討しながら解決策を探し続けていくことである

参考文献

- ・平成16年度～17年度厚生労働省科学研究費補助金エイズ対策研究事業「HIV 感染症の医療体制に関する研究」（主任：木村哲）による分担研究「HIV 感染者に地域生活支援におけるソーシャルワークに関する研究」より：小西加保留
- ・長期療養が必要な HIV 感染者の実態調査と療養支援対策の検討（H16年～17年度）主任研究者：永井英明

厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業

**自立困難な HIV 陽性者のケア・医療に関する研究
平成 19 年度 研究報告書**

発行：平成 20 年 3 月

発行者：自立困難な HIV 陽性者のケア・医療に関する研究班

主任研究者 白阪 琢磨

〒540-0006 大阪市中央区法円坂 2-1-14

独立行政法人国立病院機構 大阪医療センター

HIV/AIDS 先端医療開発センター長

TEL 06-6942-1331
