

## 退院支援困難事例に関わる実践モデルの試案作成

### 研究目的

先述の調査において、社会福祉施設が安心して患者を受け入れるためには医療機関側のバックアップが欠かせないことが示された。また先行研究<sup>3)</sup>においても、治療終了後も長期入院につながらないためには、地域の医療機関を含む施設や機関同士の積極的な連携が必須であることが明らかになっている。

そこで本研究では、こうした結果を受けて、特に自立困難で要介護状態にあるなどの要因を抱え、医療機関側にとって退院支援、地域生活支援に困難を伴う患者への援助に関して、援助内容を支援するような実践モデルの作成を目的とした。作成に際しては医療機関によって職種の配置やチームのあり方などが異なる現状の中で、多職種によって活用可能なモデル作成を意図した。

### 研究方法

先行研究を踏まえ、医療機関内のいずれかのスタッフ（多くの場合、看護師またはソーシャルワーカーを想定）が退院支援困難とアセスメントした際に、使用できるフローチャートの叩き台案を作成した。案はフローチャートと解説編で構成され、後者には、流れ図を用いる際の判断の参考となるアセスメント項目について、患者・家族、院内、院外の3領域に分けて記載した。その上で、ブロック拠点病院、拠点病院において支援経験の豊富な看護師やソーシャルワーカーを対象にフォーカスグループを実施し、叩き台を基に試案の作成を試みた。

フォーカスグループは、2009年1月10日及び25日の2回に亘って実施された。参加者は合計で看護師9名、ソーシャルワーカー6名であった。

### 研究結果

図及び資料に示すような形での試案を作成した。特徴としては、各職種の専門性を前提にしながらも援助過程でのアセスメントやプランに示唆に富む柔軟な指針を含んでいること、また患者・家族の持つ強みに焦点を当てることで、支援の方向性を見つけ出し、スタッフの共通認識を高めることができるもの、且つ実践において活用しやすい簡便なものを意図し

たところにある。今後は更なる研究協力者間の検討を経て、各医療機関において実際に事例を用いて試し、最終的な実践モデルの作成を目指す予定である。

### 考察

HIV チーム医療の内容が機関によって異なる中、職種を問わずに、支援困難の内容とその解決方法を指南できる実践モデル（フローチャート）を、先行研究を根拠としてエキスパートによるフォーカスグループを通じて作成することの意義は大きいと考える。こうしたモデルを活用することで、各職種が自らの専門性を高めると同時に柔軟にその役割に気づき、実際に果たすことが出来るようになること。また地域のスタッフ（受ける側）と医療機関側（出す側）が、「安心」を共有が出来ることが何よりも求められると考える。

## 退院困難ケースの地域生活支援に向けた準備のためのフローチャート(案)

<b>スクリーニング</b>		年	月	日(入院	日後)	(チェック者	)	(職種	)
<input type="checkbox"/>	定期受診できない	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	服薬管理できない	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	併存疾患・合併症の管理ができない
<input type="checkbox"/>	母子保健の支援が必要	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	自己観察できない	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	ADLが低下している
<input type="checkbox"/>	サポートがない(□ 独居)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	外国人	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	ホームレス
<input type="checkbox"/>	経済的困難	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	その他(		)		

↓  
チェックあり

<b>退院困難の要因チェック</b> (p.3参照)		年	月	日(入院	日後)	(チェック者	)	職種(	)
<input type="checkbox"/>	本人の身体状態	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	本人の精神状態	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	院内の課題
<input type="checkbox"/>	家族・パートナーの課題	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	経済的問題	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	院外・地域の課題
<input type="checkbox"/>	その他(		)						
具体的な課題									

↓  
チェックあり

<b>多角的情報収集と検討</b> (p.4~6参照)	
情報収集のための協力者	院内 <input type="checkbox"/> 有    院外 <input type="checkbox"/> 有 (ブロック拠点、中核拠点、拠点病院、ACC、その他) <input type="checkbox"/> 無
<u>アセスメントの内容</u>	専門職種・サービス提供者
<input type="checkbox"/> 本人・家族の再アセスメント → p.4 参照	<input type="checkbox"/> Dr <input type="checkbox"/> Nrs <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/> PT
<input type="checkbox"/> 院内体制 → p.5 参照	<input type="checkbox"/> MSW <input type="checkbox"/> ST <input type="checkbox"/> C P <input type="checkbox"/> 栄養士
<input type="checkbox"/> 院外・地域の課題 → p.6 参照	<input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 行政職員 <input type="checkbox"/> ケアマネジャー
<u>カンファレンスの開催の必要性</u>	<input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/> 有      開催予定日(      年   月   日)	
<input type="checkbox"/> 参加予定スタッフ	<input type="checkbox"/> 各スタッフにアセスメントの依頼

<b>総合的アセスメントの内容</b>	
<u>強み/ハードルのチェック</u>	
本人・家族 <input type="checkbox"/> 強み(      )	<input type="checkbox"/> ハードル(      )
院内体制 <input type="checkbox"/> 強み(      )	<input type="checkbox"/> ハードル(      )
院外体制 <input type="checkbox"/> 強み(      )	<input type="checkbox"/> ハードル(      )

↓  
支援計画へ

支援計画 (p. 7 参照)			
□ 本人・家族	担当者	期限目標	結果
1.	( ) ( )	( ) ( )	<input type="checkbox"/> ○ <input type="checkbox"/> ×
2.	( ) ( )	( ) ( )	<input type="checkbox"/> ○ <input type="checkbox"/> ×
3.	( ) ( )	( ) ( )	<input type="checkbox"/> ○ <input type="checkbox"/> ×
4.	( ) ( )	( ) ( )	<input type="checkbox"/> ○ <input type="checkbox"/> ×
□介護保険：開始見込み時期 ( )		□自立支援医療：開始見込み時期 ( )	
□ 院内体制	担当者	期限目標	結果
1.	( ) ( )	( ) ( )	<input type="checkbox"/> ○ <input type="checkbox"/> ×
2.	( ) ( )	( ) ( )	<input type="checkbox"/> ○ <input type="checkbox"/> ×
□ 院外・地域体制	担当者	期限目標	結果
1.	( ) ( )	( ) ( )	<input type="checkbox"/> ○ <input type="checkbox"/> ×
2.	( ) ( )	( ) ( )	<input type="checkbox"/> ○ <input type="checkbox"/> ×

退 院 年 月 日

退院後の支援計画			
□ 在宅	□ 社会福祉施設 ( )	□ 療養病床 ( )	□ その他 ( )
1.			
2.			
3.			
4.			
本人へのインフォームドコンセント		□ 病院側キーパーソン ( ) 職種 ( )	

地域生活支援スタッフ連絡先一覧
キーパーソン:

緊急対応時連絡網

<input type="checkbox"/> 本人・家族のモニタリング   担当 ( )	<input type="checkbox"/> 院内体制モニタリング   担当 ( )	<input type="checkbox"/> 院外体制モニタリング   担当 ( )
---	---	---

## 退院困難ケースの地域生活支援に向けた準備のためのフローチャート解説編（案）

～AIDSによる後遺障害のため、自立困難で長期入院となっている患者等の支援のために～

## &lt;参考となるアセスメント項目&gt;

**退院困難の要因チェック例**

<u>本人の身体状態</u>	ADLの低下 意思表示困難
<u>本人の精神状態</u>	依存症（薬物、アルコールなど） 知的機能（認知機能の課題 記憶力低下 服薬管理困難 定期受診困難など） IADLの低下 パーソナリティの問題(依存的 現実検討上の課題)
<u>家族・パートナーの課題</u>	家族無 介護力低下 未告知 関係の悪化 他の家族の課題 プライバシーへの不安
<u>経済的問題</u>	生活保護 収入無 医療保険・福祉制度に関する課題
<u>院内の問題</u>	他科連携の課題 退院や処遇方針に関する意見の不一致 医師との信頼関係
<u>院外・地域の課題</u>	療養型病院からの拒否 地域のサービス事業が見当たらない 社会福祉施設からの拒否・抵抗 かかりつけ医が見つからない 通院距離・手段
<u>その他</u>	外国人 住居無 家屋構造

## 多角的情報収集と検討 チェック項目例

## 本人・家族のアセスメント

- 身体** 医学的状況と課題（褥瘡、気管切開、胃ろう、人工呼吸器など医学的状況含む）  
 ADL/IADL  
 服薬上の課題  
 受診上の課題
- 心理** 病気の捉え方（思考／感情／行動／セルフイメージなど）  
 精神疾患 有無／内容  
 支援上の課題  
 関連医療機関や関係者の関わりの状況  
 知的機能・認知機能上の問題  
 意思決定能力・意思の内容  
 セクシュアリティに関する課題  
 パーソナリティ（行動／情動機能／社会性／性格変化の有無など）  
 元々あった心理的課題  
 スピリチュアリティ  
 プライバシーへの懸念
- 家族** 同居／独居  
 告知の状況（HIV／セクシュアリティ）  
 関係性（受容的・脆弱・拒否など）とその歴史  
 家族の理解力、性格、安定性  
 病気への受けとめや感情  
 生活への影響 生活設計への考え方  
 経済力  
 健康状態 介護力
- 社会** 友人・パートナーとの関係  
 有無／告知の状況  
 関係性や生活への影響など  
 患者・家族との関係  
 経済状況  
 医療費／生活費／障害年金等  
 借金の処理状況  
 制度利用状況  
 生活保護／介護保険／身体障害者手帳／自立支援医療等  
 生育歴／教育歴  
 就労状況（職種・不安定職など）  
 地域との関係性  
 住宅状況  
 文化的背景  
 趣味・興味・関心

強さ（ストレングス）の側面に○印

## 院内体制のアセスメント

### 医療機関の種類 (前提)

拠点病院/中核拠点病院/ブロック拠点病院/ACC

その他の病院/診療所

### 医療関連職種の状態 (前提)

コーディネーターナース/看護師/医師/薬剤師

MSW/CP/PT/OT/ST/NT

派遣カウンセラー

### 院内の課題

コーディネーターとなるスタッフの存在の有無とその状況

有無/可動性(良好・多忙・人員不足)/動機付けの有無

連携上の課題

他科連携

トップの意思

リーダーシップ

チーム体制の有無と内容

意見交換の機会の有無

患者・家族との信頼関係

医師の考え方と告知状況

スタッフの抱える課題

HIV感染者の在宅支援経験の有無

他の重症疾患の在宅支援経験の有無

退院・在宅でのリスクへの懸念

転院先を探すが見つからない

強さ(ストレngthス)の画面に○印

**院外・地域のアセスメント**コーディネートの拠点やコーディネーターの存在と動き

医療機関内 看護師 MSW その他

保健師 行政 その他

量的な課題（資源不足）

病院 医療療養型病床 介護療養型病床

施設 身体障害関連 高齢者施設関連

在宅サービス

地域包括支援センター

在宅介護支援専門員

ホームヘルパー

訪問看護など

保健師

行政機関の関わり

質的な課題

既存ネットワークの存在

キーパーソンの存在（実力あるケアマネや保健師 柔軟な行政マン 有力な MSW の存在など）

ネットワークの内容と活用状況（地域ケア会議の開催の経験など）

地域サービス機関の受け止め方

経験/未経験 知識無

怖れ/不安/抵抗・偏見 チャレンジ

管理上の課題（トップの意見、ケアワーカーへの教育など）

強さ（ストレngthス）の側面に注目

支援・処遇計画

総合アセスメントの結果に基づくによる支援・処遇計画

本人・家族

- 現実検討（試験外泊など）
- 意思確認 IC（地域告知に関する課題など）
- プランの提案
- 患者・家族への再度の説明やコミュニケーションの強化
- 家族関係への介入課題など

院内体制

- 院内カンファレンスの開催
  - アセスメントの共有
  - 役割分担の再確認
- チームで相互に支え合える課題への対応
  - 他科連携のための戦略・戦術
- 地域へのバックアップのための院内体制整備
  - 対地域へのタイミングを見た役割遂行（医師の出番など）

院外・地域体制

- 既存のネットの活用
  - 協力可能性の高い資源へのアクセス
- 研修・学習会の企画・実施
  - NO といえる環境の提示と不安の明確化
  - 具体的不安に手が届く具体的知識の提供
  - 漠然とした不安や抵抗に対する適正な知識の提供
  - 体験型研修
  - 患者・家族との出会い
- バックアップ、緊急性への対応
  - 協力医療機関・かかりつけ医の発掘
- 地域ケア会議の開催
- 長期的継続的な啓発活動
  - 密な情報交換
  - HIV を特化しない受入れ対策への仕掛け
  - 相談できる環境の醸成



**アセスメントと支援計画作成と実行上の留意点(検討中)**

## 1) 適正なアセスメント

医学・看護上のアセスメントとカウンセラーやSWなどによる心理社会的アセスメントとの統合  
各専門職の専門性を最大限発揮し、分析・統合する  
組織(院内)アセスメントと地域(院外)アセスメントも同時に行うことで、構造的な課題を特定し、  
逆に介入の糸口となる強みにも注目する

## 2) 出す方(病院)と受け手(地域)と安心の共有

NOといえる環境の提示と不安の明確化  
研修・学習会の企画  
    具体的不安に手が届く具体的対応  
    漠然とした不安や抵抗に対する適正な知識の提供と体験型研修の導入  
    医師の出番、タイミングの判断  
医療的な強力なバックアップ

## 3) 既存のネットの活用とネットワークの強化

短期的には可能性の高い資源へのアクセス  
長期的には継続的な啓発 密な情報交換  
HIV を特化しない受入れ対策への仕掛け  
相談できる環境の醸成

## 地域における HIV 感染者受け入れへの啓発活動の実施

### 研究目的

地域のニーズに応じた内容の研修を実施し、地域主体の啓発活動に繋げる。またチームケアのための DVD を配布することにより、研修、教育での活用に関係すること。

### 研究方法

日本社会福祉士会等へ研修企画を伝え、各支部を通じて研修の開催呼びかけた。

またチームケアのための DVD (平成 18 年度厚生労働省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] (主任研究者岡慎一) の分担研究にて作成) を、各都道府県、政令都市、中核都市、および日本医療社会事業協会ニュースへのチラシ同封、HIV の ML である JAIDS 上での広報による希望者などに配布し、研修、教育での活用に関係した。

### 研究結果

チームケアの DVD の制作スタッフであるソーシャルワーカーと知り合いであった門真市にある地域生活支援センター「あん」の代表者が中心となって、2008 年 9 月 13 日、同センター、NPO 法人「にじ」、門真子どもを守る市民の会のメンバーの内、主に事務局や運営を担っている人たち、職種としては、弁護士、障害者施設職員、会社員、精神保健福祉士、セラピスト、教員らを対象に「HIV 感染症と地域生活」をテーマに①HIV 派遣カウンセラーの経験②HIV 医療の基礎知識③「HIV 陽性者と地域生活」についての講義およびワークショップ形式での研修を行った。その後チームケアの DVD を見る会を同センターが自主的に開催し、2009 年度には「子どもを守る会」の総会での HIV に関する講演の実施予定を始めとして、継続的に地域を巻き込んだ啓発活動を計画中である。

また 2009 年 3 月 21 日には、北海道社会福祉士会を中心に研修実施予定であり、その内容は地元の課題に沿ったものにすべく計画中である。

チームケアのための DVD は拠点病院を含め、約 800 箇所に送付した。本 DVD の中で紹介している職種の果たした主な役割としては、医師による患者の生活

の質への配慮とリーダーシップ、看護師による在宅介護に関わるケアプランの内容の個別化と簡略化への工夫、カウンセラーによる家族への心理的支援、言語聴覚士によるコミュニケーション方法の教示、診療所医師の積極的関与、訪問看護師、ホームヘルパーなど在宅サービス事業者の率直で熱心な関わり、これら全てのスタッフのチームワークを促進、維持するためのソーシャルワーカーの働き、また患者家族の意思決定への支援などである。

なお、DVD については、作成及びその活用に関して患者・家族の同意を得て実施した。

### 考察

効果的な研修・教育を実施する上で、地域性を考慮した共同で行う研修企画は重要である。地域の様々な分野で活動している方々を中心に、まず第 1 歩の研修を実施後、参加者を核として今後地域での啓発活動に関係する可能性のある研修を企画、実施できたといえる。

また DVD の活用においては、HIV 感染症への抵抗を否定せず、各職種の専門性や連携の意味を伝えることに意義があると考えられる。

### 全体の結論

全国の社会福祉施設 9 箇所と一つの職能団体に対して、HIV 感染者の受け入れに関する研修を行った結果を昨年度に引き続き分析した。先行研究により抽出されている課題が更に明らかになった。またその結果を受ける形で、医療機関側に対して支援困難事例への援助をサポートする実践モデル案を作成した。今後も地域における医療・福祉・介護の双方の側面から、有用な支援を実証的継続的に実施することが重要である。

### 健康危険情報

該当なし

### 研究発表

- 1) 小西加保留、HIV 陽性者の就労に関わる実態と課題、電機連合 NAVI. 21 : 2-9, 2008.
- 2) 小西加保留、葛田衣重、「ねたきりエイズ患者」に対する地域生活支援一固有の脆弱性とソーシャ

- ルワーカーの役割. ソーシャルワーク研究, 34 (2) : 56-65, 2008.
- 3) 永井英明、池田和子、織田幸子、城崎真弓、菅原美花、山田由美子、今井敦子、遠藤卓、大野稔子、河部康子、小西加保留、山田三枝子. 緩和ケア病棟における後天性免疫不全症候群患者の受け入れについての検討. 医療, 62 (8) : 436-439, 2008.
- 4) 永井英明、池田和子、織田幸子、城崎真弓、菅原美花、山田由美子、今井敦子、遠藤卓、大野稔子、河部康子、小西加保留、山田三枝子. 長期療養が必要な HIV 感染者の受け入れ施設についての検討. 医療, 62 (11) : 628-631, 2008.
- 5) 小西加保留. シンポジウム: 介護を要する感染者を地域で支えるー医療・保健・福祉をつなぐ視点と“ツボ”をさぐるー, 座長, 日本エイズ学会、大阪、2008年
- 6) 小西加保留. サテライトシンポジウム: 進まない HIV 感染者歯科医療体制 その根本にあるのは何か. シンポジスト, 日本エイズ学会、大阪、2008年
- 7) 峰島里奈、小西加保留. 社会福祉施設における HIV 陽性者受け入れの課題～研修後のアンケート調査の結果から～. 日本社会福祉学会、岡山、2008年

#### 知的財産権の出願・登録状況

該当なし



## 4

## 自立困難な HIV 陽性者に対する在宅療養支援に関する研究

研究分担者：島田 恵（国立国際医療センター戸山病院エイズ治療・研究開発センター）

研究協力者：加瀬田暢子（山口大学大学院医学系研究科保健学系学域）

前田ひとみ（熊本大学医学部保健学科）

下司 有加、治川 知子、垣端 美帆、東 政美、龍 香織（独立行政法人国立病院機構大阪医療センター）

山田 由美、三和 治美、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）

城崎 真弓、長與由紀子（独立行政法人国立病院機構九州医療センター）

池田 和子、大金 美和、武田 謙治、山田 由紀、石垣今日子、杉野 祐子

荒井 理那、伊藤 紅、八鍬 類子、高橋 佳子（国立国際医療センター戸山病院）

## 研究要旨

HIV陽性者の在宅療養支援の現状を把握する目的で、拠点病院対象にアンケート調査を実施したところ、回答の得られた79施設（回収率21%）のうち36施設（45.6%）に在宅療養支援経験があり、HIV/AIDS看護の専従・専任看護師（担当が明確になっている看護師）がいるのは47施設（59.5%）であった、平成19年に在宅療養支援を導入した「可能ケース」は16施設、27ケース、一方、導入できなかった「不可ケース」は11施設、15ケースであった。なおこのうち4施設には、両ケースの経験があった。「可能27ケース」の在宅療養支援ニーズは、「運動機能障害への支援（麻痺や関節可動域低下によるADL障害など）」14ニーズ（28.0%）、「経済・社会的問題への支援（ホームレス・不法滞在外国人など）」10ニーズ（20.0%）、「精神的問題への支援（精神科疾患・依存症など）」8ニーズ（16.0%）であったのに対し、「不可15ケース」では「家族への支援」7ニーズ（25.0%）、「ターミナル期としての支援」5ニーズ（17.9%）と、ニーズの種類に違いがみられた。また、「不可ケース」の在宅療養支援を導入できなかった理由が「家族の支え力不足」7ケース（46.7%）、「重症」「家族の抵抗や地域の偏見」が共に5ケース（33.3%）であったことから、在宅療養支援導入とその成否の鍵（病院側がどのように介入すればよいかのヒント）が、家族と病状（病期）にあることが示唆された。また、調査時点（平成20年7月）で18施設の20ケースにおいて、在宅療養支援が検討されていた。

在宅療養支援に関するコンサルテーション2例は、70代MSMと40代血液製剤感染者であり、それぞれ医師とMSWから「家族が退院を受け入れないこと」が相談の主旨であった。実際に複数の職種が関与していたが、在宅療養支援が困難になっている理由として3点、1）本人、家族の意向を尊重するあまり、現実的な選択肢を提示していない、2）現状や予測を説明し、本人、家族と十分に話しをしている医療側のキーパーソンがいない、3）各職種のもっている情報が共有されていない、が考えられた。相談をきっかけに、拠点病院の各職種とやりとりするうちに、各職種自らこれらの課題に気づいていった。稀少な在宅療養支援経験を次に生かすために、エイズ拠点病院ネットワークを活用したコンサルテーションシステムの周知とこのシステムの利便性を高める必要がある。

## 各研究の目的・方法・結果・考察・結論

## 1) HIV 抗体陽性者の在宅療養支援導入に関する全国調査

(1) 目的 全拠点病院における HIV 抗体陽性者

(以下、陽性者) への在宅療養支援の実態を把握し、支援導入のための課題を明らかにする。

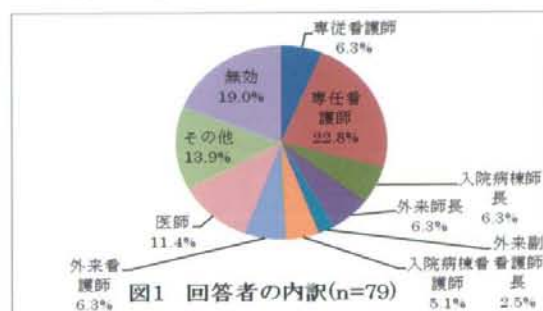
(2) 方法 ①対象：全国のエイズ拠点病院372施設において、陽性者への看護・治療に最も携わ

っている看護師各施設1名。②調査期間：平成20年9月～11月。③調査方法：全拠点病院における陽性者の在宅療養の実態を把握するための無記名自記式調査票の郵送調査。

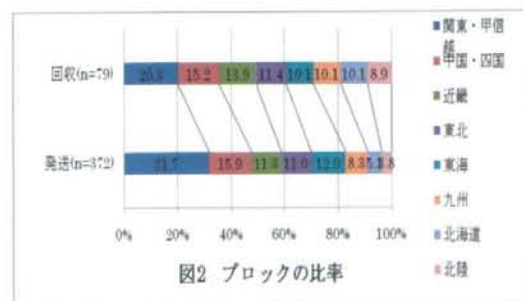
#### (倫理面への配慮)

本研究は山口大学大学院医学系研究科保健学専攻医学系研究倫理審査委員会の承認を得て実施した。

(3) 結果 ①全体の概要：79施設から回答があり(回収率21.2%)すべて有効回答であった。回答者は「専任看護師(HIV/AIDS患者関係の業務について担当するが、他業務も行う)」が22.8%(18施設)と最も多く、そのうち9施設の回答者は「外来副師長」等を兼任していた。また、「医師」が回答した施設も11.4%(9施設)あった(図1)。



本調査の対象は看護師であるため医師の回答は分析対象外とするのが妥当であるが、施設の状況によってはHIV担当看護師不在でありやむを得なかったことが推測され、また本調査の回収率が高くなかったことからこれらの回答も分析対象とした。発送と回収におけるブロック比率は図2の通りである。



これまでに「在宅療養支援の経験がある」としたのは45.6%(36施設)であり(図3)、支援導入経験をブロック別に見ると、関東・甲信越ブロックから「経験あり」との回答が多かった(図4)。

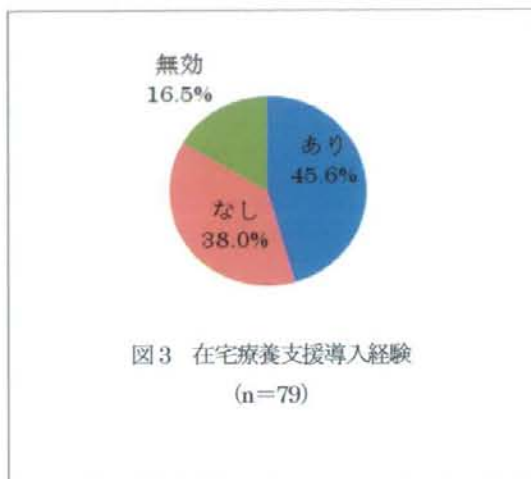


図3 在宅療養支援導入経験  
(n=79)

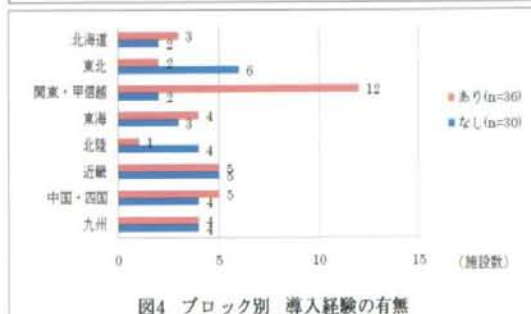


図4 ブロック別 導入経験の有無

「HIV担当看護師の有無」では、HIV「専任看護師(HIV/AIDS患者関係の業務のみを行い、他業務を兼務しない)」または「専任看護師」がいる施設が59.5%(47施設)であったが、「いない」と回答した施設も36.7%(29施設)あった(図5)。

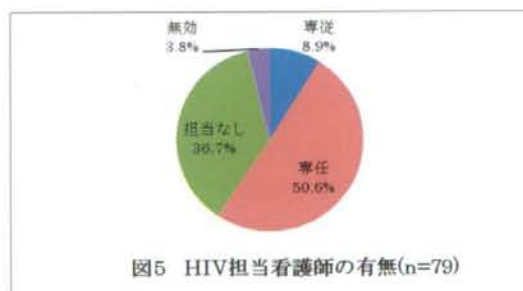


図5 HIV担当看護師の有無(n=79)

②在宅療養支援導入の経験について：平成19年に在宅療養支援を導入できた施設は16施設：27ケース(以下、可能ケース)であり、支援導入を検討したができなかった施設は11施設：15ケースであった(以下、不可ケース)。このうち4施設は可能・不可の両方で回答があった(ケースは患者数を指し、1施設あたり複数のケースが存在する場合があるため施設数とケース数は一致しない)。

在宅療養支援の内容(ニーズ)については、各

ケースで複数の支援内容が存在したため、回答のあったケース数をその支援の「ニーズ数」として算出した。その結果、可能ケースの在宅療養支援内容（ニーズ）は「運動機能障害への支援（麻痺や関節可動域低下によるADL障害など）」28.0%（14ニーズ）、「経済・社会的問題への支援（ホームレス・不法滞在外国人など）」20.0%（10ニーズ）「精神的問題への支援（精神科疾患・依存症など）」16.0%（8ニーズ）が多く、不可ケースでは「家族への支援」25.0%（7ニーズ）、「ターミナル期としての支援」17.9%（5ニーズ）、「運動機能障害への支援（麻痺や関節可動域低下によるADL障害など）」14.3%（4ニーズ）が多かった（表1）。

可能ケースにおける支援の検討時期では、最も多かったのは「HAARTなどの治療中」「退院可能と判断されたとき」であり、ともに29.6%（8ケース）であった（表1）。ケース数に対するニーズ数の割合を見たところ、支援導入の検討時期による違いは見られなかった（表2）。

表1 平成19年 導入可能・不可ケース別 ニーズ数と内訳(複数回答)

在宅療養 支援 ニーズ分類											ニーズ数(%)	
	経済	精神	運動	併存	日和見	高齢	家族	母子	末期	その他	総ニ ズ数	1ケース あたり 平均 ニーズ数
可能ケース (n=27) のニーズ数	10 (20.0)	8 (16.0)	14 (28.0)	3 (6.0)	0 (0)	4 (8.0)	7 (14.0)	0 (0)	1 (2.0)	3 (6.0)	50 (100)	1.9
不可ケース (n=15) のニーズ数	3 (10.7)	2 (7.1)	4 (14.2)	1 (3.6)	1 (3.6)	1 (3.6)	7 (25.0)	1 (3.6)	5 (17.9)	3 (10.7)	28 (100)	1.9
計	13 (16.7)	10 (12.8)	18 (23.0)	4 (5.1)	1 (1.3)	5 (6.4)	14 (17.9)	1 (1.3)	6 (7.7)	6 (7.7)	78 (100)	

注)

- ・1 ケースあたり複数のニーズを回答した。
- ・支援ニーズ別にみる場合、回答したケース数をその支援ニーズのニーズ数とした。
- ・総ニーズ数に対する割合の高いニーズ4つに、高いほど濃色となるようセルを色分けした。
- ・療養支援ニーズ分類は以下の通りである。

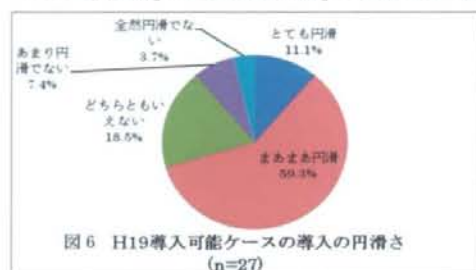
「経済」	:	経済・社会的問題への支援が必要(ホームレス、不法滞在外国人など)
「精神」	:	精神的問題への支援が必要(精神科疾患、依存症など)
「運動」	:	運動機能障害への支援が必要(麻痺や関節可動域低下によるADL障害など)
「併存」	:	併存疾患のコントロールが必要(糖尿病による血糖コントロールなど)
「日和見」	:	日和見感染症のコントロールが必要(結核など)
「高齢」	:	高齢者としての支援が必要(65歳以上で加齢に伴う記憶力や判断力の低下など)
「家族」	:	家族への支援が必要(介護問題など)
「母子」	:	母子保険関連の支援が必要(母子感染予防、産前産後のケアなど)
「末期」	:	ターミナル期としての支援が必要(在宅看取りなど)



表 2 平成 19 年導入可能 27 ケースの在宅療養支援検討開始時期別ニーズ件数と内訳

時期	ケース数(%)	ニーズ数(%)	1 ケースあたり 平均ニーズ数
入院時	3(11.1)	7(14.0)	2.3
治療前(開始時含む)	2( 7.4)	2( 4.0)	1
治療中	8(29.6)	16(32.0)	2
退院判断時	8(29.6)	16(32.0)	2
入院 30 日以上	3(11.1)	5( 10.0)	1.7
本人希望時	2( 7.4)	2( 4.0)	1
無回答	1( 3.7)	2( 4.0)	2
合計	27(100)	50(100)	1.9

導入の円滑さに関しては、70.4% (17施設) が「とても円滑」「まあまあ円滑」と回答した(図6)。



不可ケースにおける「不可の理由(複数回答)」

では「家族の支え力不足」が46.7%(7ケース)で最も多く、次いで「重症」「家族の抵抗や地域の偏見」が共に33.3%(5ケース)であった(図7)。

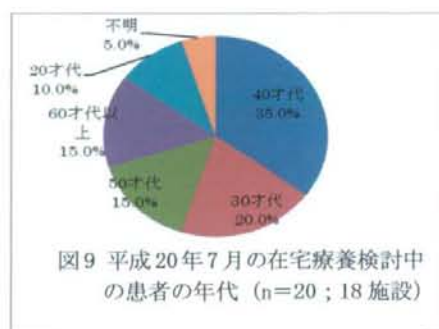


③受診者と在宅療養支援の検討について：平成20年7月の状況では、「平均的な1日」の外來受診者数(初診・再診含む)は「1~35人」であり、「1人」が13.9%(11施設)と最も多く、次いで「3人」が11.4%(9施設)であった。「0人」と回答した施設も25.3%(20施設)あった。「平均的な1日」の受診患者の年代では「30才代」が37.8%(のべ

85人)と最も多く、次いで「40才代」が24.4%(のべ55人)であった(図8)。



また、1ヶ月間の入院患者に関して在宅療養支援検討中の施設は22.8%(18施設)、20ケースであった。年代は「40才代」が7ケースと最も多かった(図9)。20ケースのうち18ケースは男性であり、10ケースはMSMであった(図10)。20ケースの疾患をみると、「ニューモシスチス肺炎」などHIV疾患単独が8ケース、HIV疾患と他の疾患を併発しているのが4ケース、HIV疾患以外が7ケース、疾患不明が1ケースであった。



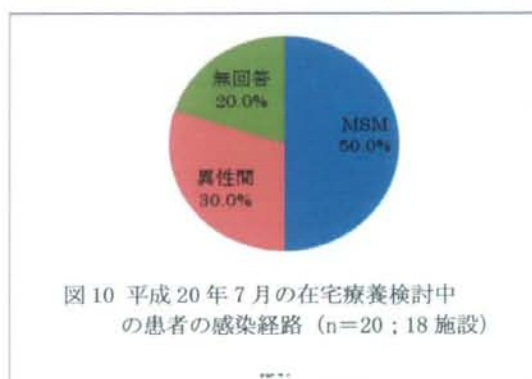


図10 平成20年7月の在宅療養検討中の患者の感染経路 (n=20; 18施設)

陽性者の在宅療養支援に関する回答者の意見や日頃感じている困難さに対する自由記述では、「陽性者がいない」「在宅支援導入経験がない」「少しずつではあるが在宅療養支援がうまくいくようになってきている」「まだまだ受け入れに対する不安感が強い地域」「介護保険対象年齢でない若いケースでは受けられるサービスが限られる」などの意見があった。

#### (4) 考察 ①回収率ならびに回答者の背景について：

回収率21.2%と低かった原因としては、在宅療養支援ニーズをもつ陽性者数の少なさや同様の調査が過去にあったことなどから回答への興味関心が高くなかったこと、質問の内容が平成19年と平成20年のことをケース別に問うものであり、回答が複雑で面倒だったことなどが考えられる。また、HIV診療経験の差がすでに指摘されていることから、HIV担当看護師が配属されていない施設も相当数あることが推測され、その施設からの回収が困難だったことも考えられる。調査方法や時期については今後検討する必要がある。また平成18年の訪問看護ステーションに対する調査<sup>1)</sup>では、陽性者への訪問看護経験は都市部に多いことが示されたが、本調査の結果もそれを裏付けるものとなった。

②在宅療養支援の導入経験について：平成19年の可能ケースと不可ケースの比較では、

1ケースあたりのニーズ数は大きくは変わらなかった。また、可能ケースにおける支援検討時期での1ケースあたりのニーズ数も時期による違いは見られなかった。つまり、複雑と捉えられがちな「ニーズ数の多いケース」ほど「早期に検討開始する」ということそうではないことがわかる。しかしそのニーズ内容をみると、可能ケースでは「運動機能障害への支援（麻痺や関節可動域低下によるADL障害など）」「経済・社会的問題への支援（ホームレス・不法滞在外国人など）」「精神的問題への支援（精神科疾患・依存症など）が、不可ケースでは「家族への支援」「ターミナル期としての支援」が多いという違いがみられた。

これらのことは、在宅療養支援導入の容易さを左右するのはニーズの「数」ではなく、「内容」であるということを示唆すると考えられる。そしてそのニーズの内容や地域性などの条件によって、適切な支援時期も変わってくるだろう。可能ケースがもつ「運動機能障害への支援」や「精神的問題への支援」のニーズは比較的取り組みやすいといえるのかもしれない。一方、不可ケースのニーズが「家族への支援」「ターミナル期としての支援」であったことは、不可の理由として「家族の支え力不足」「重症」が上がったことと根本的には同じであろう。「ターミナル期としての支援」は、HIV/AIDSか否かに関わらずケアの内容は大きく変わらないと考えられるため、在宅療養支援は導入しやすいことが推測される。訪問看護ステーションの約8割は看取りを経験しているという報告<sup>2)</sup>からも、「看取りの経験不足」という理由で導入できないとも考えにくい。しかしながら、福井は末期がんのケースでも在宅療養支援導入できるのは1/3程度であったという報告をして

おり<sup>3)</sup>、ターミナル期の在宅療養支援導入に困難さがあるのもまた確かである。福井の調査とはサンプル数に大きな差があるため直接的な比較はできないが、本調査では「ターミナル期の支援」ニーズを持ち在宅療養支援導入を検討した6ケースのうち、1ケースしか導入できなかった。陽性者の場合は末期がんのケースよりもさらに導入を困難にする要因があるのではないか。その要因は「家族の支え力不足」「家族の抵抗や地域の偏見」はもちろんだが、疾患の特殊性や地域性、また地域側への依頼の時期や依頼内容の提示の仕方、本人や家族の覚悟の状況など個別の要因が考えられる。そしてこれらを検討していくことが今後の介入への手がかりとなる可能性が考えられる。

- ③在宅療養支援の導入について：平成20年7月の時点では、全国で20ケースが在宅療養支援の導入を検討中であることが示された。受診患者の年代では30才代が最も多かったが、在宅療養支援検討の20ケースでは最も多かったのは40才代であった。30才代の4ケースはすべて「HIV疾患」または「その他の疾患」が1つのみであった。すなわち、30才代と若いケースでは外来受診者数は多くても病状がシンプルであり、在宅療養支援の必要性が相対的に低いことが推測され、そのために支援検討ケースにおける割合では40才代が多くなったと考えられる。したがって、陽性者の加齢に伴い、在宅療養支援の検討を要するケースが増加することは容易に予測される。

また、30～40才代という壮年期の男性が中心であることから、検討している支援内容（ニーズ）によっては、介護保険が適用できない可能性が考えられる。受け入れ側にとって「病状が複雑」「ケアが困難」「使える保険・

サービスが限られる」と受け取られる可能性もある。保険制度や行政に対する働きかけには、現在のところ限界があるのも事実である。

まずは、病院側においては地域への支援依頼の時期や提示の仕方、陽性者自身や家族の受容を助ける支援など、効果的に行う必要がある。また、自由記述からも導入経験の有無や地域性など全国で異なった状況があることが改めて確認された。今後はケースごとの細やかな振り返りを行い、よりよい在宅療養支援に結びつけていく必要があると考える。

- (5) 結論 在宅療養支援を要するニーズが「運動機能障害への支援」や「精神的問題への支援」の場合には、支援導入が可能であり、「家族への支援」や「ターミナル期としての支援」の場合には、「家族の支え力不足」「重症」を理由に支援導入不可となっていた。このことから、在宅療養支援導入とその成否の鍵（病院側がどのように介入すればよいかのヒント）が「家族」と「病状（病期）」にあることが示唆された。同じ年齢、性別、感染経路で、同じ診断のケースであっても、家族の条件や病状（病期）が異なると在宅療養支援導入の難易度が高くなると考えられる。これは、他疾患患者の在宅療養支援でも見られる側面であり、他疾患患者への在宅療養支援におけるノウハウを応用することによって、対処可能となる可能性も考えられる。今後は、支援ニーズとそれに対する適切な介入時期や方法を、ケース毎に検討していく必要があると考える。

(文献)

- 1) 加瀬田暢子, 前田ひとみ: 訪問看護ステーションにおける HIV 陽性者の受け入れに関連する要因の分析—受け入れ経験の有無による比較—, 南九州看護研究誌, 6(1), 1-9, 2008
- 2) 大野かおり, 能川ケイ, 西浦郁絵, 他: 在宅タ

一ミナルケアに関する研究(その2)一訪問看護ステーションにおける取り組みの現状と課題一, 神戸市看護大学短期大学部紀, 22, 55-61, 2003

- 3) 福井小紀子: 入院中末期がん患者の在宅療養移行の検討に関連する要因を明らかにした全国調査, 日本看護科学会誌, 27(2), 92-100, 2007

## 2) ACC/ブロック拠点病院におけるコンサルテーションの取り組みと評価

昨年度の調査から、在宅療養支援を行う際、拠点病院体制の積極的活用が有効と考えられた。

(1) 目的 実際に拠点病院で退院調整・在宅療養支援に難渋している事例に対するコンサルテーションを実施し、ネットワーク支援の方策を検討する。

(2) 方法 エイズ拠点病院からコンサルテーションの希望を募り、分担研究者宛に依頼のあった事例とその対応について記録した。

### (倫理面への配慮)

コンサルテーションのあった拠点病院および患者が特定されないよう配慮した。

(3) 結果・考察 関東・甲信越ブロックの拠点病院から2事例(70代MSM、40代血液製剤感染者)について相談があり、いずれも「患者の退院を家族が受け入れないこと」が課題となっていた。うち1例を示す。

### 事例 高齢で寝たきりとなり介護を要するケース

70才代 MSM AIDS期 (家族)妻、長男夫婦 (経過)

3月 エイズ発症(PCP、食道カンジダ、MAC、CMV)のため入院

5月 退院

9月 脳内腫瘍性病変のため再入院

・右半身麻痺で床上生活、経鼻胃管挿入中

- ・PTによるベッドサイドリハビリ中だが拘縮あり
- ・難聴のため補聴器使用
- ・従命動作は困難(痛み?脳症?)
- ・HAART: EPZ+ATV/r CD4 40/ $\mu$ l、VL<50 コピー/ml

(相談) 医師(Dr)より

10月「療養型施設を紹介して欲しい」

- ・療養型施設への退院を検討する理由: 家族が介護負担から在宅を拒否、自分も困難だと思う
- ・療養型施設が難しい理由: MSWが候補となる施設をあたると拒否される、受け入れ可の施設は入居費が高く家族が無理



支援) 他職種からの情報を確認する!

### MSWからの情報

- ・家族は入院時から施設退院を希望。他の拠点病院にも相談したが無理。
- ・家族が施設を希望する理由: ①プライバシー(地元の名士、初回入院中に介護保険を申請したがケアマネ、ヘルパーの利用は未決) ②病識不足(経鼻胃管や吸引を大変と感じている)
- ・在宅診療医あり(5月からノイトロジン注射) HIV既知、訪問看護ステーション・居宅サービスあり。在宅医からは「この状態なら家でも大丈夫でしょう。協力します。」
- ・時間がかかるのに、毎日家族が誰か面会に来ている

### プライマリーNs (PNs)からの情報

- ・T=38°C台、R=20/min、Sat96%、吸引3回/日
- ・意識: 声かけに返答あるものの傾眠がち
- ・栄養: 点滴と経鼻胃管から、経口摂取なし
- ・排泄: フォーレ500~1,000ml/日、便 おむつ(下痢)