

会福祉施設 12, 130 箇所を冊子「社会福祉施設と HIV 陽性者」を配布した。その際に研修申し込み用紙を同封し、研修希望を募った。そこで申し込みのあった施設 9 箇所と職能団体 1 カ所に対して研修を行った。研修内容は医学知識、スタンダードプリコーション、受け入れ経験のある施設職員の体験談で構成した。またアンケートを実施し、研修前後における受け入れ意向と 5 項目について自由回答を求めた。

【受け入れ意向】

(研修前後に 2 回、いずれも 10 件法)

質問 1. サービスの申込者や利用者へ HIV 感染の事実があったとしても、受け入れを前提として努力したい。

質問 2. HIV 感染者のサービス利用はできれば受け入れたくない。

【自由記載】

1. HIV 感染症に対する理解や対応への不安
2. 組織の中での今後の取組み
3. ご自身にとっての課題
4. 地域におけるシステム作り、医療機関との関係など
5. 国や行政に要望したいこと

2) 仮説

1. 研修を受けることによって、受け入れ意向は有意に高まる。
2. 受け入れ意向に関係する背景要因には、個人レベルのものから、組織、医療体制、政策など多岐にわたる課題がある。

3) 分析方法

受け入れ意向については、SPSS11.00、自由記述の質的データについては、日本電子計算の WordMiner を用いテキストマイニングの手法で分析した。

(倫理面への配慮)

アンケートの実施に当たっては、各施設、職能団体にあらかじめ、了解を得た。また内容については、属性は職種のみ回答を求め、無記名で実施した。

研究結果

1) 研修実施施設

施設種別	県名	実施日
特別養護老人ホーム	岐阜	2007/10/26
		2007/10/27
	千葉	2007/11/2
	北海道	2007/11/24
	三重	2007/12/16
救護施設	東京	2007/7/24
救護施設+障害者支援施設	奈良	2007/8/9
児童養護施設	岡山	2007/12/7
乳児院+児童養護施設	大阪	2007/10/12
老人福祉事業協会	兵庫	2007/11/15

2) 担当講師

医師 4 名、看護師 2 名、受け入れ経験者 3 名の内、医師 and/or 看護師と受け入れ経験者の組み合わせで実施。加えて分担研究者はコーディネーターとして毎回参加した。

3) 受け入れ意向について

全 10 回の研修において回収されたアンケートを分析した結果、各施設とも研修後では、研修前に比べて受け入れ意向が高くなっていた。

また全体での前後の変化は、t 検定によって有意に高くなっていることが示された(表 1)。但し、施設別に見ると、施設長の研修会である老人福祉事業協会のみ、0.1%水準では、研修前後に統計的に有意な変化は見られなかった。

	平均値	標準偏差	t 値	自由度	有意確率
質問 1 前後	-1.25	1.743	-12.195	286	.000
質問 2 前後	-1.44	1.807	-13.515	285	.000

表 1 対応サンプルの検定

また質問 1「受け入れに努力したい」と質問 2「できれば受け入れたくない」を比べると、研修前後のいずれにおいても質問 1の方が平均値が高くなっていた(図 1)。

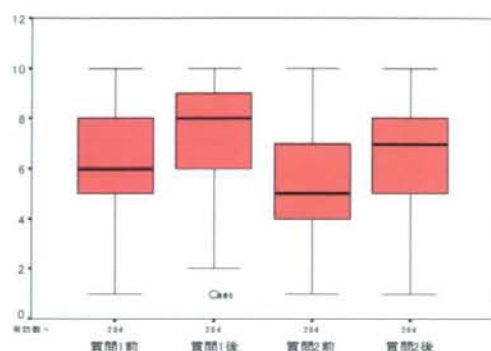


図1 研修前後受け入れ意向 箱ひげ図

4) 自由記載について

5 項目の質問のテキストマイニングの分析による構成要素数と累積寄与率は、表のとおりとなった。

	質問1	質問2	質問3	質問4	質問5
分かち書き後の構成要素数	1011	1034	902	814	848
句読点、助詞、特殊記号を除いた後の構成要素数	963	992	861	775	808
同一語の置換後の構成要素数	870	861	603	687	705
置換辞書の登録数	93	139	163	93	116
削除辞書の登録数	65	81	110	48	39
閾値	6	7	5	5	5
分析時の閾値の構成要素数	51	51	57	48	53
累積寄与率	50.24%	50.65%	47.64%	51.87%	49.58%
解析対象となったサンプル数	229	222	250	171	171

累積寄与率は、明確な基準はないが、本研究では多様な課題を捉えるために低い閾値を選択した。

【質問1：HIV 感染症に対する理解や対応への不安】

クラスターの命名は表2の通りである。

布置図と合わせて考察すると、「感染力や予防」など具体的・医学的な知識についての理解から、不

安の「解消」や「漠然とした不安の軽減」はなされ、怖いという「イメージの変化」はあったが、一方で、「具体的な対応への不安」は依然としてあり、偏見をどうなくしたらよいか不安も残っている状況が示された。

【HIV感染症に対する理解や対応への不安について】

1	2	3	4	5	6	7
【イメージの定着】	【具体的な対応への不安】	【感染・予防への理解】	【漠然とした不安の軽減】	【偏見をなくす】	【感染力についての理解】	【予防】
HIV感染症	HIV陽性者	きちんと	安心	受け入れる	知らない	感染
とても	以前	感染	軽減	意見	知る	
イメージ	血液	感染しない	研修		強い	
エイズ	怖い	感染経路	今まで			
怖い	自分	日常生活	実際			
正しい	多い	分かる	取り戻す			
大切	必要	予防	受け取る			
知識	分からない		少し			
強い			深まった			
動物			正確			
			除する			

表2 質問1 構成要素クラスター分析結果



図2 質問1 構成要素クラスターの成分スコア布置図

【質問2 組織の中での今後の取組み】

クラスターの命名は表3の通りである。

布置図を合わせて考察すると、研修で個々に学んでいくこと、それによって、全体の意識を統一していくこと、またそのために研修体制が整備されることが求められている。組織・集団として、介護職の共通認識や、感染症一般への取り組み、具体的なマニュアル作りが課題として挙げられた。それらを実行するためには、何より前向きに検討をする組織の姿勢が必要であることが示された。



図5 質問4 構成要素クラスターの成分スコア配置図

【質問5 国や行政に要望したいこと】

クラスターの命名は表6の通りである。

配置図では、クラスターの6つは、縦軸に並んだ形に配置された。偏見をなくし、正しい知識を普及させることがなにより重要であり、「薬の開発」「受け入れ体制」を整え、「人員確保」をするために「金銭的援助」、さらには感染した場合の「補償」を明確にすることが求められていることが示された。

【国や行政に要望したいこと】						
1	2	3	4	5	6	7
正しい知識の普及	情報提供	薬の開発	受け入れ体制	人員確保	金銭的援助	補償
HIV感染位	情報提供	作中	医療機関	少人数	補助	補償
HIV陽性者	出等	出等	医師	人員確保	金銭的援助	
まだまだ	受け入れ体制	受け入れ	受け入れ			
もっと	薬	定率				
安全	体制					
感染	体制					
補償						
療養						
研修会						
増大						
広がる						
広報活動						
行政						
国						

表6 質問5 構成要素クラスター分析結果



図6 質問5 構成要素クラスターの成分スコア配置図

考察

5 項目の自由記載を分析した結果、これまでの先行研究¹⁾²⁾³⁾⁴⁾に沿う内容の課題が抽出された。また本研究により更にそれらの内容が明確化され、方向性が示されたと考える。

即ち、先ず感染や血液に関する現場に即した具体的に適切な対応への理解の促進と、一方で HIV 感染症に対するイメージや姿勢に変化を起すための行動への支援の重要性が示された。現場の不安に徹底的に即した知識の提供の一方で、どのようにして偏見を無くせばいいのかわからないという意見もある中で、こうした姿勢や行動を促すための働きかけとして、当事者の立場に立てるような参加型の研修が相応しいことが示唆された。

次に組織内においては、共通認識を持つための研修やマニュアルの必要性が改めて示された。そのためには HIV 感染症に限らず、感染症一般に対する前向きな姿勢が求められる。従来どちらかというところと十分に取り組まれていなかった課題に向き合うことにもなる。

次に地域における関係では、施設側からも積極的に相談できる関係作りや受け入れ態勢作りへの取り組み姿勢が自覚される一方で、医療機関側からのバックアップ体制の強化が必要であることが強調された。医療提供者側、患者を送り出す側が、いかに地域と「安心感」を共有できるかという課題への対応が問われることになる。

施策的には、情報提供や受け入れ体制への後押しが望まれると同時に、コストや人員などハード面を保障する対策への対応が求められた。後者については社会福祉現場全体の課題でもあり、スタンダードブリーチングを進めるための前提でもある。

【文献】

- 1) 小西加保留 (研究代表) 「HIV 感染者の社会福祉施設サービス利用に関する調査—サービス提供者側の阻害要因について—」平成 15~16 年度文部科学省科学研究補助事業萌芽研究報告書、2005、全 64 頁
- 2) 小西加保留 (分担研究) 「HIV 感染者の地域生活支援におけるソーシャルワークに関する研究」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)

2006、pp. 247-264

3) 小西加保留・石川雅子・菊池恵美子・葛田衣重

「HIV 感染症による長期療養者とその受け入れ体制に関する研究」『日本エイズ学会誌』2007、Vol. 9、No. 2、pp. 167-171.

4) 永井英明「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」(主任研究者) 国立病院機構共同臨床研究エイズ分野平成 16～17 年度報告書、2006、全 45 頁

5) 藤井美和・小杉考司・李政元『福祉・心理・看護のテキストマイニング入門』中央法規、2006.

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¹⁾においても、入院治療が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

図に示すような形での試案を作成した。別途これらの内容を検討するためのアセスメント項目などを織り込んだ解説編を作成した。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行し、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。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）

スクリーニング 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"/> 服薬管理できない	<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"/> 自己観察できない	<input type="checkbox"/> ADLが低下している
<input type="checkbox"/> サポートがない (<input type="checkbox"/> 独居)	<input type="checkbox"/> 外国人	<input type="checkbox"/> ホームレス
<input type="checkbox"/> 経済的困難	<input type="checkbox"/> その他 ()	

↓
チェックあり

退院困難の要因チェック (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"/> 本人の精神状態	<input type="checkbox"/> 院内の課題
<input type="checkbox"/> 家族・パートナーの課題	<input type="checkbox"/> 経済的問題	<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

多角的情報収集と検討 (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
アセスメントの内容	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"/> 訪看 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 行政職員 <input type="checkbox"/> ケアマネジャー
カンファレンスの開催の必要性	<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

総合的アセスメントの内容	
<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)			
	担当者	期限目標	結果
<input type="checkbox"/> 本人・家族			
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 ()	
<input type="checkbox"/> 院内体制			
1.	() ()	() ()	<input type="checkbox"/> ○ <input type="checkbox"/> ×
2.	() ()	() ()	<input type="checkbox"/> ○ <input type="checkbox"/> ×
<input type="checkbox"/> 院外・地域体制			
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			
<input type="checkbox"/> 在宅	<input type="checkbox"/> 社会福祉施設 ()	<input type="checkbox"/> 療養病床 ()	<input type="checkbox"/> その他 ()
1.			
2.			
3.			
4.			
本人へのインフォームドコンセント		<input type="checkbox"/> 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 ()
---	---	---

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の実施。
チームケアのためのDVDを配布することにより、研修、教育での活用に繋げること。

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、教育での活用に繋げた。

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に関する講演を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基づく計画中である。

チームケアのためのDVDは拠点病院を含め、約800箇所へ送付した。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の方々を中心に、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繋げ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。

【文献】

- 1) 小西加保留・石川雅子・菊池恵美子・葛田衣重「HIV感染症による長期療養者とその受け入れ体制に関する研究」『日本エイズ学会誌』2007、Vol.9、No.2、pp.167-171.

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. ソーシャルワークにおけるアドボカシー～HIV/AIDS 患者支援と環境アセスメントの視点から～. ミネルヴァ書房. 2007.
- 2) 小西加保留, 石川雅子, 菊池恵美子, 葛田衣重. HIV 感染症による長期療養者とその受け入れ体制に関する研究. 日本エイズ学会誌. 9(2):167-171. 2007.
- 3) 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.
- 4) 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—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.
- 5) 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.
- 6) 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.
- 7) 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—医療・保健・福祉をつなぐ視点と“ツボ”をさぐる—. 座長. 日本エイズ学会, 大阪, 2008 年.
- 8) 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.
- 9) 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）

研究協力者：織田 幸子、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）

小西加保留（関西学院大学）

永井 英明（独立行政法人国立病院機構東京病院）

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）

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 理名、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

社会的長期入院患者および在宅療養支援の現状と課題を調査し、支援導入の困難ケースに対するコンサルテーションを試みた。

(1) 首都圏エイズ拠点病院および近畿ブロック拠点病院、計 120 施設の HIV 診療担当医または担当看護師にアンケート調査を行った。66 施設（回収率 54.1%）から回答を得、調査時点における HIV/AIDS 入院患者数は 80 名（25 施設）であり、このうち社会的長期入院の AIDS 患者は 6 施設 6 名（7.5%）であった。

(2) 2 施設 2 事例の在宅療養支援に対して、コンサルテーションを実施した。その結果、病院側の在宅療養支援策として 4 点を抽出した。

1) 患者・家族等とできるだけ具体的な話し合いを重ねること

(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こと

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こと

3) 退院調整・在宅療養支援の担当者・チームの姿勢として、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、かつ積極的に活用するよう努めること

4) 拠点病院体制を積極的に活用し、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ことが効果的と考えられた。

上記 4) を踏まえ、拠点病院ネットワークを活用した在宅療養支援に関するコンサルテーションシステム構築のため、困難ケースを募集したところ、70 代 MSM と 40 代血液製剤感染者の計 2 例（2 施設）について、それぞれ医師と MSW から「家族が退院を受け入れないこと」を主旨とする相談を得た。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を 3 点抽出した。

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

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。

- (3) 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。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、調査時点(平成20年7月)で18施設20ケースにおいて、在宅療養支援が検討されていた。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。「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)」「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)」の順に、「不可15ケース」では「家族への支援」「ターミナル期としての支援」の順に多く、ニーズの傾向に違いがみられた。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」「重症」「家族の抵抗や地域の偏見」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。

各研究の目的・方法・結果・考察・結論

1) 拠点病院におけるエイズ後遺障害による長期社会的入院の現状と課題に関する調査

(1) 目的 自立困難なHIV/AIDS患者が急性期治療を終え、慢性期には新たな療養の場へとスムーズに退院可能な支援体制を検討するために、病院側の退院調整および在宅療養支援の現状と課題を調査する。なお、病院からの希望にあわせて介入調査も実施し、退院調整、在宅療養支援のモデルを作成する。

(2) 方法 ①方法: HIV/AIDS患者が集中する首都圏エイズ拠点病院(茨城9、埼玉6、千葉7、東京41、神奈川16)79施設、および近畿ブロックの拠点病院(滋賀2、京都10、大阪15、兵庫11、奈良1、和歌山2)41施設、計120施設のHIV診療担当医または担当看護師にアンケートを送付し、郵送にて回収した。平成19年9月30日(日)消印有効 ②調査内容: エイズ後遺障害による(1)長期入院患者数、(2)退院調整または在宅療養支援が難航している1例の状況と課題、(3)退院調整または在宅療養支援に関する調査者からの協力希望の有無を調査した。

なお「長期社会的入院」とは「医療上の必要以外の理由で入院期間が3ヶ月以上経過したもの」とした。また(3)について調査者からの協力を希望する施設には、当班研究者が、実際に退院調整や在宅療養支援に関する協力を行い、課題解決の要点を検討しモデル作成を行うこ

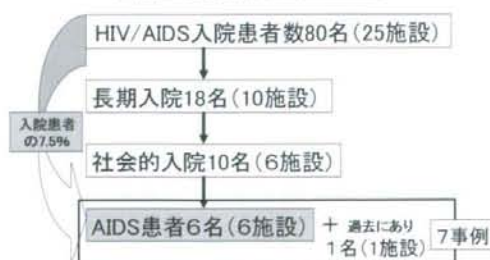
ととした。

(倫理面への配慮)

本調査の結果をもとに退院調整等に関する資料を作成し、報告書、学会等での発表を行うが、いずれにおいても患者が特定されるような個人情報や施設名等は一切公表しないことを文書をもって説明した。

- (3) 結果 ①エイズ後遺障害による長期社会的入院患者数: 回答は66施設(回収率54.1%)から得られ、調査時点におけるHIV/AIDS入院患者数は80名(25施設)であった。このうち長期入院患者数は18名(10施設)で、うち社会的入院は10名(6施設)であった。最終的にAIDS患者は6名(6施設)であり、これは入院患者80名の7.5%であった(結果1)。

結果1
エイズ後遺障害による長期社会的入院患者数
回答66施設(回収率54.1%)



- ② エイズ後遺障害があり退院調整または在宅療養支援が難航している 1 例の状況と課題：エイズ後遺障害による長期社会的入院患者 6 名に、過去の長期社会的入院患者 1 名（1 施設）を加えた 7 事例の状況と課題は結果 2 の通りである。

結果 2-1
退院調整／在宅療養支援の難航 1 例
状況と課題

年代	性別	感染経路	入院原因	AIDS 診断	現在データ		長期入院理由	
					CD4	VL		
1	40	M	同性間	AIDS 治療	HIV 脳症	~350	10 ²	退院先未決
2	70	M	不明	AIDS 治療	CMV 悪性腫瘍	~200	10 ³	退院先未決
3	60	F	異性間	AIDS 治療	悪性腫瘍	~200	UD	退院先未決
4	50	M	同性間	AIDS 治療	PCP, PML, CMV, HIV 脳症	~200	UD	退院先未決
5	60	M	同性間	脳梗塞・骨折		~200	UD	退院先未決
6	60	M	異性間	脳梗塞		~500	UD	退院先未決
7	50	F	血液製剤	聴力障害		~500	UD	家族同意せず

結果 2-2

[自由記載より] (太字は研究者)

事例 2. 独居。脳病変による ADL と意識レベルの低下あり。現在身の回りの世話をしてくれている親族とは、もともと疎遠であった。急性期を過ぎ、年齢 (70 才代) 的には施設などの適応もあると思われるが、HAART 導入しているため難しい。在宅は本人の状態 (ADL と意識レベルの低下)、親族と疎遠であることから、無理だと思われる。このような患者は今後も増加が懸念されるため、HAART 実施中でも入所できる施設や在宅を可能にするさらなる支援体制の充実を望む。

事例 3. 原発性リンパ腫、HIV 感染症とも安定しているものの、後遺症のため介護が必要。転院先や特養老人ホーム (60 才代) の受け入れが見つからず、長期入院の状況となっている。

事例 4. 意識障害や運動障害を伴う PML や HIV 脳症を発症しつつ、HAART 開始した後に症状が固定し、自力での生活が困難な症例や PCP 発症後の人工呼吸器管理が常時必要となった症例など、大学病院での急性期医療の必要性がなくなった患者の受け入れ先がなかなか見つからないことが、医療従事者のみならず家族にもストレスとなっている。

事例 7. 聴覚障害があり家人の受け入れができない。聴力障害者の施設を検討中。

- ③ 退院調整または在宅療養支援に関する協力希

望：退院調整/在宅療養支援に関する調査者からの協力を希望すると回答したのは 4 施設であった。希望する協力内容は、「退院先の開拓」と「退院先の支援体制整備」の 2 点であった。うち協力希望ということで実際に施設名を記入していた 2 事例 (事例 5, 6) は、いずれも「退院先が決まらない」ことが課題となっていた (結果 3)。

結果 3
退院調整または在宅療養支援に関する協力希望

- 退院調整/在宅療養支援への協力を希望する

4/6 施設
一希望内容：退院先の開拓
退院先の支援体制整備

実際に協力 2 事例

年代	性別	感染経路	入院目的	現在データ		長期入院理由	
				CD4	VL		
5	60	M	同性間	脳梗塞・骨折	~200	UD	退院先未決
6	60	M	異性間	脳梗塞	~500	UD	退院先未決

事例 5. 60 才代 男 MSM 独居

結核で HIV 陽性判明し HAART を開始。現在 TDF+3TC+EFV (CD4 140/μl, VL<50 コピー/ml)。この間、小脳梗塞・大腿骨骨折でリハビリを実施。ケアマネジャー、ヘルパー、訪問看護師は導入済み。

○現状と課題：退院調整のメンバーは主治医、ソーシャルワーカー (SW)、担当看護師 (Ns) である。

「在宅」については、患者に ADL 低下に伴う独居の不安があり、また、これまでに受診・内服中絶歴があることから、ケアマネジャー、ヘルパー、訪問看護師による支援体制の見直し、強化が必要と考えられた。

「施設」については、これまで SW を中心に複数の施設に受入れを打診してきたが、経験なしを理由に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の対応を行う

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 と担当看護師とで提案し、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 低下に伴う同居困難) を明確にしながらから説明し、疑問や不安には知識だけでなく情意的な理解を進むよう、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できたため、精神科へのコンサルテーションと EFV 変更について、主治医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の、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。

主治医) 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。

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/ μ l、VL<50 拷² -/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、主治医、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、主治医が 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 日目から主治医とメールを 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。

主治医) 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。

(4) 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この仮説から、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述にも「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、それで良しとせず、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。

(5) 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

2) HIV 抗体陽性者の在宅療養支援導入に関する全国調査

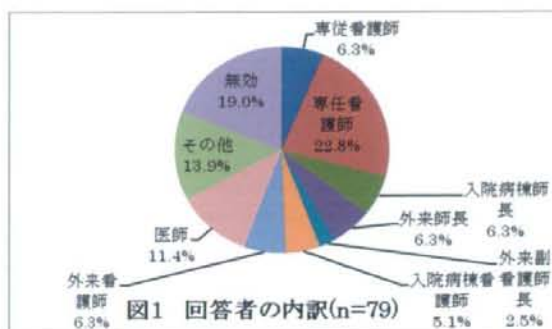
(1) 目的 全拠点病院における HIV 抗体陽性者（以下、陽性者）への在宅療養支援の実態を把握し、陽性者の在宅療養支援導入のための課題を明らかにする。

(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。

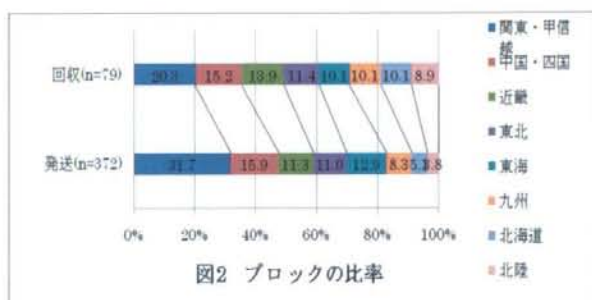
（倫理面への配慮）

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「経験有り」との回答が多かった（図 4）。

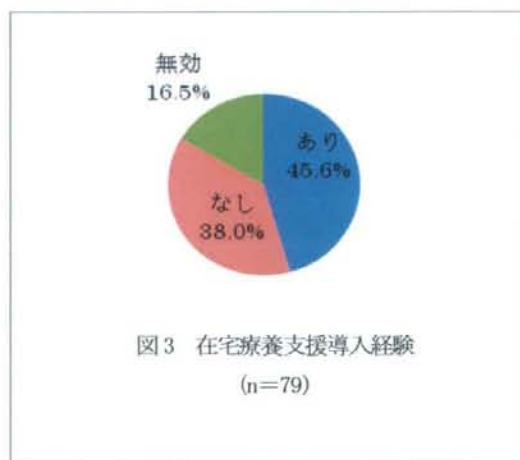




図4 ブロック別 導入経験の有無

「HIV 担当看護師の有無」では、HIV「専従看護師 (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)。

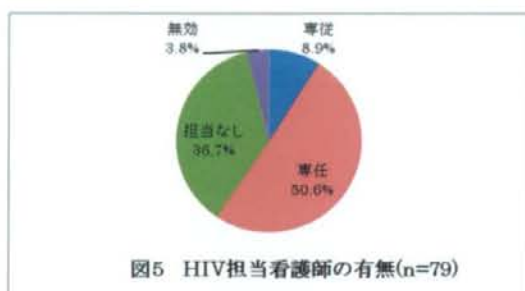


図5 HIV担当看護師の有無(n=79)

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)。

在宅療養の支援内容 (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

での支援」17.9% (5 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 ーズ数	1 ケー ス あたり 平均 ニーズ数
可能ケース (n=27)	10	8	14	3	0	4	7	0	1	3	50	1.9
のニーズ数	(20.0)	(16.0)	(28.0)	(6.0)	(0)	(8.0)	(14.0)	(0)	(2.0)	(6.0)	(100)	
不可ケース (n=15)	3	2	4	1	1	1	7	1	5	3	28	1.9
のニーズ数	(10.7)	(7.1)	(14.2)	(3.6)	(3.6)	(3.6)	(25.0)	(3.6)	(17.9)	(10.7)	(100)	
計	13	10	18	4	1	5	14	1	6	6	78	
	(16.7)	(12.8)	(23.0)	(5.1)	(1.3)	(6.4)	(17.9)	(1.3)	(7.7)	(7.7)	(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)。

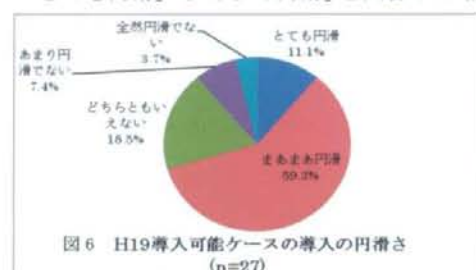


図 6 H19導入可能ケースの導入の円滑さ (n=27)

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)。



図 7 平成19年導入不可ケースの理由 (n=15: 複数回答)

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」の外来受診者数(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)。

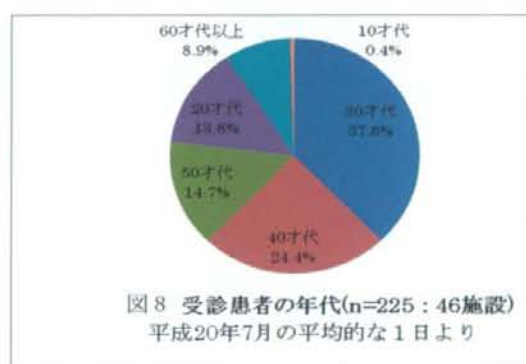


図 8 受診患者の年代(n=225: 46施設) 平成20年7月の平均的な1日より

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。