透析を必要とするHIV陽性者の透析受け入れの経験がないと回答した医療機関に,「今後、他の医療機関から紹介などがあった場合は、どういう方針で対応されますか。」と訊いたところ「紹介があれば受け入れる方針である」227施設（15.7%)、「今後、受け入れを検討する」445施設（30.7%)、「受け入れることは難しい」776施設（53.6%）と約半数が今後の受け入れの可能性を表明した。

なお、血液透析の導入に必須の「HIV陽性者へのブラッド・アクセス作成術の可否」について導入透析を行っている施設に訊いたところ、HIV陽性者へのブラッドアクセス作成術が可能とする施設385施設、不可能とする施設643施設で、導入施設も限定されることが示された。

(4)　「透析を必要とするHIV陽性者の透析受け入れの経験がない」とし、今後他の医療機関から紹介などがあった場合にも「受け入れることは難しい」と回答された776医療機関の受け入れがたい理由と、行政への期待

この設問では11の選択肢の複数回答とし,選択肢に重み付けをしていただいた。300施設以上が選択された「受け入れがたい理由」は、以下の6項目だった。

- HIV陽性者専用のベッドを確保できない 472施設（1位128施設、2位86施設、3位61施設）
- HIV陽性者への対応手順が整理されていない 404施設(1位63施設、2位88施設、3位63施設)
- 透析中に急変した際のバックアップ体制が得られるのか心配　380施設(1位54施設、2位49施設、3位97施設)
- 他の通院患者が不安に思うなどの風評被害が心配 378施設
- HIV陽性者の受入れに対し、医療スタッフの理解が得られない　361施設
- 他の患者へのHIV感染が心配　340施設

その他の自由記載をいただいた52施設の「受け入れがたい理由」の一部を紹介すると、

- 病院全体の問題として、対応が決められていて、HIV対応病院に紹介することになっている。
- HIV陽性者はエイズ診療拠点病院へ紹介する方針としている。
- 発生時は拠点Hpに集約しています。
- HIV　ptのプライバシーが保てない。
- HIV患者の個人情報守秘もスタッフともども精神的負担です。
- B型、C型患者のベットを確保している為、HIVのベットを確保する事になれば、他の感染症マイナスの患者の透析をまわす事ができない。
- 現在のように「感染の有無」を他の感染症と同じように確認出来ない(本人の同意なしでは不可)状態では、他の患者さんへの確認すらできず、根拠のない対応となってしまう。
- 肝炎ウイルス同じようにと感染の有無確認のため、院内の全透析患者の定期HIV抗体検査が必要となるのでは?その時、患者への説明は?同意が得られるか?。
- 医療事故にする職員へのHIV感染が心配。
- 職員のHIV暴露時の対応(薬剤の常備など)が出来ない。
- 針刺し事故時の処置が困難。

「HIV陽性者を受け入れるに当たり、自治体やエイズ診療拠点病院に期待する役割について、該当する項目を全て選択してください。」との問いには、ほとんどの項目にチェックがつけられ、エイズ診療拠点病院や行政への期待が大きいことが示された。

- HIV暴露時における、エイズ診療拠点病院での対応（予防投薬など）の体制整備　1096施設
- HIV暴露時の対応マニュアルの整備　1076施設
- 透析中にHIV陽性者が急変した際のエイズ診療拠点病院のバックアップ体制の整備　1073施設
- 透析医療スタッフを対象とした、HIV陽性者の透析に関する研修会の開催　1038施設
- HIV/エイズに関するエイズ診療拠点病院のコンサルテーション機能の整備　863施設

(5)「HIV感染慢性血液透析患者の透析機会の確保」についての意見

アンケートの最後に「HIV感染慢性血液透析患者の透析機会の確保について、ご意見などがあれば記

載してください。具体的に記載願います。」とお願いしたところ、212 件の記載があった。その一部を紹介する。

透析の機会確保に積極的なご意見

・エイズ診療拠点病院とされている病院は、透析導入や重症透析患者の受け入れなどに透析ベッドが使用される。また、そのような施設では透析ベッド数が多くない施設が多いため、HIV 感染透析患者が増加してきたときに受け入れてもらえる一般透析施設が増えてくることが望ましいと考えます。
・HIV 感染症対策に見合った診療報酬が UP がなされれば、受け入れは場合によっては可能になると思います。
・一般、および透析患者への教育、啓蒙が充分いきわたることが必要であると考える。
・HIV 患者も肝炎患者も、陰性患者も皆平等に扱われるべき、と思うが、HIV については知識が乏しく不安の方が大きいのが現状です。安全、安心な透析がどこでもやってあげられるような体制ができるよう、勉強会等で専門知識を全国的にやって欲しいと願います。

透析の機会確保が現時点では困難であるとする意見

・協力したいが、それ以外の患者の受け入れで人数的いつもギリギリのやりくりで、余力がありません。
・医療スタッフは、ウイルス性肝炎に関しての知識はあり、HIV に関してきちんと学習すれば納得も得られると思うところだが、透析患者のみならず一般の全国民が HIV に関して正しく理解しないと、HIV 感染患者を受け入れるのは不可能である。このような状況で、透析導入を受け入れた施設には頭が下がる。
・HIV 感染患者を受け入れる施設には、診療報酬上でかなり手厚く保護すべきである。管理料を倍額支払う位、必要だろう。厚生労働省はこのような状況を予想できないはずはなく、何の手を打たないまま、一方的に医療側の責任といわんばかりの物言いには怒りすらおぼえる。
・HIV 患者の一般診療経験のない病院で、いきなり HIV 感染透析患者をうけいれるには、ハードルがかなり高い。一般診療において、HIV 患者を経験し、検査、手術室、薬剤など体制が整ってから、透析患者をうけ入れる方がスムースに進むと思います。
・ディスポーザル資材や専属スタッフの確保、スタッフの健康管理項目増加や患者の啓蒙など小規模クリニックでは対応可能となるまでにはハードルが高すぎます。経済的、人員的、スペース的いずれも困難。
・拠点病院や自治体病院はこのため資金が供給されたり、無税になったりしている。なぜ同様の扱いがないのか怒りを感じる。
・拠点病院(地域の)で対応してもらいたい。小さい診療所では、負担が大きい。
・原則として、エイズ診療拠点病院で対応すべきである。

考察

回収率 40,82%と、HIV 感染という微妙なテーマにしては比較的良好な回収率を得ることができた。その回答施設の偏りについては、各医療機関種別の分布で判断すると、回答施設の種別による偏りはないと判断された。

回答施設のウイルス肝炎受け入れ経験を聞いたところ B 型肝炎（HBe 抗原陽性）を受け入れた経験のある施設が 84.0%、C 型肝炎患者を受け入れた経験のある施設が 97.5%1493 施設と受け入れほとんどの施設が経験ありで、標準感染予防策に加え特別の個人防護具を装着している施設が 12.2%、また B 型、外来 C 型肝炎患者専用のベッドを設けている施設が 38.2%, 透析のシフトごとに担当スタッフを固定している施設が 85.5%存在し、ウイルス肝炎に対して標準予防策に加えて特定の疾患予防策を講じている施設が多いことが示された。

透析を必要とする HIV 陽性者の透析受け入れの経験のある施設は 94 施設（6.2%）で、平成 23 年 11 月現在の HIV 患者透析実施患者数は 89 名(60 施設、各施設 1～7 名、1.48±1.12 名）だった。回収率から推測したわが国の HIV 感染透析実施患者数は 218 名となる。

透析を必要とする HIV 陽性者の透析受け入れの経

験のある施設中、今後も「受け入れる」が 69 施設（74.2%）の施設が今後も受け入れを継続するとの意向を示され，従前からの患者については継続的な診療のめどがえられたものの 25.8%の施設が「余力がない」などの理由でこれ以上の受け入れができないとしており、HIV 感染患者の受け入れに多大な精力を費やしていることがしのばれた。

透析を必要とする HIV 陽性者の透析受け入れの経験がないと回答した医療機関の今後の方針は「紹介があれば受け入れる方針である」15.7%、「今後、受け入れを検討する」30.7%と、約半数が今後の受け入れの可能性を表明したことは、今後の受け入れ施設拡大に期待を持たせる回答であった。しかし、血液透析の導入に必須の「HIV 陽性者へのブラッド・アクセス作成術が不可能とする施設が、導入透析を行っている施設中 62.5%と、導入施設も限定されることが示された。

「受け入れることは難しい」と回答された医療機関の受け入れがたい理由を頻度順に 6 項目を挙げる。

① HIV 陽性者専用のベッドを確保できない、
② HIV 陽性者への対応手順が整理されていない、
③ 透析中に急変した際のバックアップ体制が得られるのか心配、
④ 他の通院患者が不安に思うなどの風評被害が心配、
⑤ HIV 陽性者の受入れに対し、医療スタッフの理解が得られない、
⑥ 他の患者への HIV 感染が心配、

HIV 陽性者を受け入れるに当たり、自治体やエイズ診療拠点病院に期待する役割について、該当する項目を全て選択してくださいとの問いには、ほとんどの項目にチェックがつけられ、エイズ診療拠点病院や行政への期待が大きいことが示された。

これらを整理すると、

A. HIV 患者対応をとるだけの透析ベッドに余裕がない現状を改善する。
B. HIV 患者への対応手順などの周知が不十分，具体的には「HIV 感染患者透析医療ガイドライン」の周知を行う。
C. エイズ診療ブロック拠点病院、中核拠点病院と透析施設の連携を強化する。
D. 透析スタッフと施設患者に対する HIV 感染に対する啓発活動を強化する。

などが挙げられ、今後の課題として強く認識された。

最後に「HIV 感染慢性血液透析患者の透析機会の確保」についての意見を自由記載の形で訊いたところ 13.7%の回答に記載があった。「自由記載」形式では異例の高頻度の記載で、このアンケートが取り上げた問題に対する回答者の熱意を感じた。その両極端の意見であるが、

・**HIV 患者の透析機会を確保しなければならないという思い**

「HIV 患者も肝炎患者も、陰性患者も皆平等に扱われるべき、と思うが、HIV については知識が乏しく不安の方が大きいのが現状です。安全、安心な透析がどこでもやってあげられるような体制ができるよう、勉強会等で専門知識を全国的にやって欲しいと願います。」と、

・**HIV 患者の透析確保という重荷が一透析クリニックに押し付けられているという反発**

「HIV 感染患者を受け入れる施設には、診療報酬上でかなり手厚く保護すべきである。管理料を倍額支払う位、必要だろう。厚生労働省はこのような状況を予想できないはずはなく、何の手を打たないまま、一方的に医療側の責任といわんばかりの物言いには怒りすらおぼえる。」

の両者に共感を覚えるのはごく普通の透析従事者の感想であろう。

結論

① エイズ感染患者の透析医療の確保に関して透析施設の HIV 患者受け入れの現状を把握し今後の対策の資料とするため調査を行った。
② 全国の透析施設 3802 施設にアンケートを発送、1552 通（回収率 40,82%）と充分な回収率を得た。
③ 透析を必要とする HIV 陽性者の透析受け入れの経験のある施設は 94 施設（6.2%）、経験のない施設は 1434 施設（93.8%）で、平成 23 年 11 月現在の HIV 患者透析実施患者数は 89 名（60 施設、各施設 1 ～7 名、1.48±1.12 名）だった。この施設は今後も「受け入れる」が 69 施設、「難しい」が 23 施設で 74.2%の施設が今後も受け入れを継続す

るとの意向を示され,従前からの患者については継続的な診療のめどがえられた。

④ 受け入れの経験がない医療機関の今後の方針は「紹介があれば受け入れる方針である」227 施設(15.7%)、「今後、受け入れを検討する」445 施設(30.7%)、「受け入れることは難しい」776 施設(53.6%)と約半数が今後の受け入れの可能性を表明し、透析施設の受け入れようと努力しようとする姿勢が確かめられた。

⑤ 「受け入れがたい理由」として、「HIV 陽性者専用のベッドが確保できない。」「HIV 陽性者への対応手順が整理されていない。」「透析中に急変した際のバックアップ体制が得られるのか心配」などの懸念が高頻度に示され、透析施設を支援する体制、たとえば学会の指導や、拠点病院からの支援、公的な援助、医療給付の裏付けの不足など民間施設がHIV患者を受け入れるには多くの難関があることが明らかになった。

健康危険情報

該当なし

知的財産権の出願・取得状況

該当なし

研究発表

1) 原著論文による発表

秋葉隆、洞和彦、井廻道夫、佐藤千史、田中榮司、泉並木、原田孝司、安藤亮一、菊地勘、透析患者のC型ウイルス肝炎治療ガイドライン作成ワーキンググループ 「透析患者のC型ウイルス肝炎治療ガイドライン」日本透析医学会雑誌 44(6):481−531、2011年6月

菊地勘、秋葉隆、新田孝作、政金生人、安藤亮一、山崎親雄、冨永芳博、洞和彦、長沢正樹、池邉宗三人、川西秀樹、重本憲一郎、原田孝司、平方秀樹、野崎剛、秋澤忠男、HCV 感染透析患者に対するPEG-IFNα-2aの有効性の検討 多施設共同研究 REACH study、日本透析医学会雑誌 44(Suppl.1):460、2011年5月

秋葉隆、杉崎弘章、隈博政、篠田俊雄、萩原千鶴子、大濱和也、松金隆夫、安藤稔、安藤亮一、日ノ下文彦、照屋勝治、水上由美子、日本透析医会・日本透析医学会HIV感染患者透析医療ガイドライン策定グループ HIV 感染患者透析医療ガイドライン、日本透析医学会雑誌 43(12):i-vi、1-24、2010年12月

Blayney MJ, Pisoni RL, Bragg-Gresham JL, Bommer J, Piera L, Saito A, Akiba T, Keen ML, Young EW, Port FK. High alkaline phosphatase levels in hemodialysis patients are associated with higher risk of hospitalization and death. Kidney International. 74(5):655-63, 2008 Sep

2) 総説

秋葉隆【透析患者、移植患者の感染症へのアプローチ】【血液透析】院内感染症 腎と透析 70(6):883-886、2011年6月

表　アンケート「透析を必要とするHIV陽性者の受け入れに関する調査について」
(A3の紙を2つ折にして表裏4ページに印刷した)

透析を必要とするHIV陽性者の受け入れに関する調査について

今後のHIV陽性者に対する療養支援策を検討していく上で参考とさせていただきますので、以下の設問について、ご回答をお願いします。
該当する項目を選択する場合は、□にレを付けてください。_____には、文字・数字等を記入してください。

記入年月日　　平成23年12月_____日記入
医療機関の種別は、以下のどれですか。□国立大学□私立大学□国立□県市町村立□社会保険□厚生連□その他公的□私立総合□私立□私立診療所
住所_____都・道・府・県_____区・市・町・村（区市町村名のみで結構です。）
記入者職種　医師・看護師・臨床工学技士・事務・その他（　　）

1.　医療機関の種別は、以下のどれですか。
　□　①無床診療所
　□　②有床診療所
　□　③病院

2.　導入透析／維持透析のどちらに対応していますか。
　□　①導入透析と維持透析の両方に対応（外来患者・入院患者の両方に対応）
　□　②導入透析と維持透析の両方に対応（ただし維持透析は入院患者のみに対応）
　□　③導入透析のみ対応
　□　④維持透析のみ対応
　□　⑤透析には対応していない　⇒　設問12へ

3.　平成23年2月1日現在の、透析に関わる職員数を職種別・常勤／非常勤の別に記入願います。いない場合は、「0」を記入してください。
　①医師　　常勤_____人　　非常勤_____人
　②看護師　　常勤_____人　　非常勤_____人
　③臨床工学技士　　常勤_____人　　非常勤_____人
　※非常勤職員は、週当たりの雇用時間数にかかわらず、雇用している人数（実人数）を記載してください。

4.　貴院（診療所）における透析患者数についてお尋ねします。
　((1)～(3)には、病室での出張透析、ICU等に設置した透析設備等による治療は含みません。)
　(1)　同時透析数は、何人ですか。_____人
　　※同時透析数：同時に施行可能な最大患者数（但し、CAPDを含まず）
　(2)　最大透析患者数は、何人ですか。_____人
　　※最大透析患者数：同時透析患者数及びローテーション等から算出される治療可

能な慢性血液浄化患者最大数（1週間当たり）

(3) 夜間透析を行っていますか。行っている場合は、その時間を記載してください。

□　①夜間透析を行っている　　夜間の時間帯＿＿＿：＿＿＿～＿＿＿：＿＿＿＿＿＿＿＿

□　②夜間透析を行っていない。

5.　透析を必要とするB型肝炎（HBe抗原陽性）又はC型肝炎患者の受け入れ経験についてお尋ねします。

B型肝炎（HBe抗原陽性）又はC型肝炎患者を受け入れた経験

□①ある　　□②ない

受け入れ経験がある場合には、平成23年2月現在、どれくらいの肝炎患者に透析を実施していますか。

B型肝炎（HBe抗原陽性）患者＿＿＿人（実人数を記入してください）

C型肝炎患者＿＿＿＿＿＿＿人（同上）

6.　B型肝炎（HBe抗原陽性）又はC型肝炎患者の透析を行う際に実施している、院内感染対策についてお尋ねします。

（1）標準感染予防策について、該当する項目を選んでください。

□　①肝炎患者は、他の患者同様に、標準感染予防策で対応をしている。

□　②肝炎患者には、標準感染予防策に加え、特別の個人防護具を装着している（ガウン、フェイスシールドなどを追加している。）

（2）その他の院内感染対策について、下記の中からあてはまるもの全てを選択してください。

□　①B型、外来C型肝炎患者専用のベッドを設けている（専用の部屋、パーテーションで区切った専用区画、又は専用ベッドなどがある）

□　②透析のシフト（月水金・火木土・午前・午後・夜間）ごとに肝炎患者用のベッドを決めている。

□　③透析のシフトごとに担当スタッフを固定している

□　④職員にB型肝炎ワクチンを接種したり、定期的に職員の抗体検査を実施するなどの対応をしている

□　⑤肝炎に関する知識や暴露時の対応などについての研修等を実施している

□　⑥院内感染対策マニュアルの中に肝炎に関する項目が含まれている

□　⑦その他

（具体的に記載願います　　）

7.　透析を必要とするHIV陽性者の受け入れ経験についてお尋ねします。

HIV陽性患者を受け入れた経験　□　①ある（平成＿＿＿年から受け入れている）

□　②ない

受け入れた経験がある場合には、平成23年2月現在、どれくらいのHIV陽性者に透析を実施していますか。

HIV陽性者＿＿＿人（実人数を記入してください）

8.　設問 7 で「①ある」と回答した医療機関にお尋ねします。
維持透析を必要とする HIV 陽性者を、今後も受け入れていく意向はありますか。
□　①受け入れる
□　②これ以上の受け入れ余力はないので難しい

9.　設問 7 で「②ない」と回答した医療機関にお尋ねします。
今後、他の医療機関から紹介などがあった場合は、どういう方針で対応されますか。
□　①紹介があれば受け入れる方針である
□　②今後、受け入れを検討する
□　③受け入れることは難しい

10.　設問 9 で「③受け入れることは難しい」と回答された医療機関にお尋ねします。
受け入れがたい理由について、該当する項目を全て選んでください。
また、受け入れがたい理由の上位 3 つに、その順番を【　】に記入してください。
（受け入れがたい理由として一番上位に挙げられるものを「1」とします
□　①他の通院患者が不安に思うなどの風評被害が心配　【　　】
□　②他の患者への HIV 感染が心配　【　　】
□　③HIV 陽性者の受入れに対し、医療スタッフの理解が得られない　【　　】
□　④器具等の消毒のために業務が増える　【　　】
□　⑤HIV 陽性者に対応するために人員を増やす必要がある　【　　】
□　⑥ディスポーザブル製品の使用などで費用がかかる　【　　】
□　⑦職員の定期的な HIV 抗体検査に費用がかかる　【　　】
□　⑧HIV 陽性者専用のベッドを確保できない　【　　】
□　⑨HIV 陽性者への対応手順が整理されていない　【　　】
□　⑩職員の HIV 暴露時の対応が分からない　【　　】
□　⑪透析中に急変した際のバックアップ体制が得られるのか心配　【　　】
□　⑫その他
（具体的に記載願います　　）

11.　導入透析について対応している医療機関にお尋ねします。
HIV 陽性者へのブラッド・アクセス作成術の可否についてお尋ねします。
HIV 陽性者へのブラッドアクセス作成術は　□①可能　□②不可能

12.　HIV 陽性者を受け入れるに当たり、東京都やエイズ診療拠点病院に期待する役割について、該当する項目を全て選択してください。
□　①透析医療スタッフを対象とした、HIV 陽性者の透析に関する研修会の開催
□　②HIV 暴露時の対応マニュアルの整備
□　③HIV 暴露時における、エイズ診療拠点病院での対応（予防投薬など）の体制整備
□　④透析中に HIV 陽性者が急変した際のエイズ診療拠点病院のバックアップ体制の

整備

□　⑤HIV/エイズに関するエイズ診療拠点病院のコンサルテーション機能の整備

□　⑥その他

（具体的に記載願います　　）

13. 日本透析医会・日本透析医学会 HIV 感染患者透析医療ガイドライン策定グループの作成した「HIV 感染患者透析医療ガイドライン」をご存知ですか。

□　①知らない

□　②読んだことがある

□　③施設内に常備している

14. HIV 感染慢性血液透析患者の透析機会の確保について、ご意見などがあれば記載してください。具体的に記載願います

（　　）

－　ご協力ありがとうございました　－

10 診療連携システム開発に関する研究

研究分担者：横幕 能行（国立病院機構名古屋医療センター　感染症内科）

研究要旨

Internet Communication Technology（ ICT ）による医療資源の活用でHIV感染者診療支援、医療者の育成を行い、地域でのHIV感染者医療体制の充実をはかった。国立病院機構名古屋医療センターと国立病院機構東名古屋病院にCISCO systemsのTANDBERG personal telepresence systemの一つであるdesktop telecommunication端末EX90を設置し、本システムの病病連携における効果を検証したところ、患者、医療者双方に高い有用性が認められた。多くの拠点病院では、HIV感染者の診療経験が限られることから、専従、専任のコメディカルスタッフの雇用、動機維持が困難である。本システムは、相互の医療機関でプライバシーを保ちながら任意の時間に情報共有を行うことができる。今後、クリニックにおけるHIV診療支援や、市中のHIV感染者の生活支援の場にも活用可能と考えられる。

研究目的

国立病院機構東名古屋病院との病病連携における、Internet Communication Technology（ ICT ）の有用性を検討した。その実績をもとに、本システムのHIV感染者診療支援、医療者の育成および地域でのHIV感染者医療体制の充実に対する有用性を考察し、今後のHIV診療に対する活用方法を考察する。

研究方法

CISCO systemsのTANDBERG personal telepresence systemの一つであるdesktop telecommunication端末EX90を名古屋医療センターと東名古屋病院に設置する。病病連携を通して、本システムの医療資源の有効活用、病病、病診連携への貢献度を検討する。2011年度は、亜急性期のエイズ発症者の事例で病病連携におけるtelecommunication systemの有用性を検討する。

（倫理面への配慮）

患者プライバシー確保のため、専用回線を設置、使用し、米国国防総省でも使用されている暗号化システムを用いて最高度の情報セキュリティを確保した。

研究結果

(1) 東名古屋病院との連携体制について

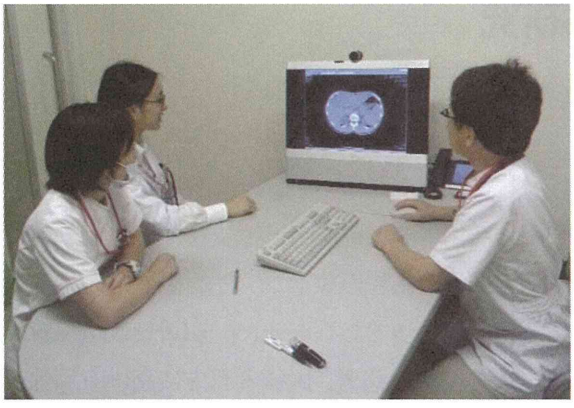
東名古屋病院は重度心身障害者病棟を有し、充実したリハビリ施設、ノウハウを有する。そこで、中素神経疾患でエイズ発症者は、病状安定後、在宅、施設入所を前提に名古屋医療センターから東名古屋病院に転院、リハビリを行う体制をとった。

(2) 転院症例について

2011年9月に名古屋医療センターと東名古屋病院にEX90端末を設置後、5人の患者が名古屋医療センターから東名古屋病院に転院した。

(3) 定例カンファレンスの設置

名古屋医療センターに入院後、東名古屋病院に転院する可能性がある症例については、患者同意のもと、東名古屋病院と退院調整を行った。各職種間、両病院の診療チーム間で、EX90を活用し、画像、採血結果、入院経過表、カルテ内容など相手の要望に応じて提示することが可能であった（図1）。



(図1)Telecommunicationを用いた情報交換の実際
ディスプレイ上部のカメラにより、互いに参加者の顔を見ながら情報交換が可能。相手方が求める画像所見、採血結果、経過表など任意の電子カルテ画面を相手のディスプレイに表示することができる。また、外部入力機器を接続することにより、任意のデータをディスプレイに表示し通信相手に提示可能である。一方で、電子カルテシステムを共有する場合と異なり、相手からは電子カルテ画面の操作はできず、提供する情報のコントロールが可能である。

東名古屋病院を入院中も定例カンファレンスを行い、両病院の医療スタッフ全員で病状把握を行った。退院時には、退院カンファレンスに名古屋医療センターの病棟、外来診療チームのスタッフも参加し、名古屋医療センターの外来診療への移行が問題なく行われるように配慮した。

(4) 派遣カウンセラーによるシステム活用

東名古屋病院にはカウンセラーがいないため、転院症例については名古屋医療センターからカウンセラーを派遣し、対応した。派遣前には定例カンファレンスに参加し、事前に十分な情報提供を受けて適切な心的援助が得られるようにした。

(5) 薬剤師によるシステム活用

2011年4月、名古屋医療センターから東名古屋病院に経験豊富なHIV認定薬剤師が異動した。そこで、EX90を用いて、名古屋医療センターの薬剤師の服薬指導の支援を行った。EX90の本体上部にはカメラが備え付けられており、下向きにすることで手もとの資料を通信相手に提示することができる。自動的に天地反転する仕組みとなっている。(図2)

(図2)Telecommunicationを用いた情報交換の実際
本体上部のカメラを下向きに向けると自動的に画面は上下反転され、相手ディスプレイに表示される。机上においた紙の8ポイントの印字も十分に判読可能であり、電子カルテ未導入の相手も紙カルテを表示することで通信相手のディスプレイに診療情報を提示可能である。手元資料の反転が不要なことから、服薬指導などで、実際の指導時と同様に、相手に紙に情報を書きながら提示することが可能である。

解像度も8ポイントの印字も十分に識別可能であることから、通常の服薬指導と同様に、手もとで資料に書き込みをしながら通信相手に指導を行うことができた。

考察

(1) 電子カルテシステム共有、スカイプ等従来の方法による連携の問題点

電子カルテの共有を行うためには、カルテ閲覧に電子カルテシステムの共有化が必要である。また、単一のシステムで、同時双方向通信によるカルテ閲覧、テレビ会議の実施は困難である。また、通信速度、容量の問題から、画質、音質が低く、円滑な情報交換等が困難である。電子カルテ共有をする場合、通信相手に電子カルテ情報の閲覧制限を個別に設定するのは困難であり、患者プライバシーが十分に担保されない可能性ある。

(2) 本システムの利点

本システムは、基本的には専用の光通信回線を用いて高画質、高音質かつ高度にセキュリティが担保された情報交換を可能にする。他の医療機関と電子カルテシステムの共有化を行うことなく情報交換が可能である。相手側には、自身の電子カルテのディスプレイの画面を相手側の端末に表示しており、相手側の求めに応じて情報を提供することはできるが、相手側が勝手に電子カルテにアクセスし情報を取得することはできない。本体に

設置されたカメラにより、相手を確認した上で情報交換が可能である。また、紙媒体の相手方への提示も可能である。モバイルタイプもあり、UQ WiMAX 等の通信速度が得られれば、モバイル環境でも今回用いた EX90 相当の情報共有が可能である。サーバー設置等により、多施設同時参加のカンファレンスの開催も可能である。

(3) 本システムの活用案

(a) 拠点病院間の連携

治療困難例を対象にした多施設参加の症例カンファレンスの開催が可能である。移動する必要が無いことから、互いに診療時間内に多職種が参加したカンファレンスの開催が可能となる。診療経験の乏しい拠点病院の支援として有効であり、診療レベルの均てん化に寄与する可能性が高い。

(b) クリニックにおける HIV 感染症診療支援

愛知県では豊橋市内でクリニックによる HIV 診療が開始された。しかしながら、HIV 診療の経験豊富なコメディカルスタッフをそろえることはできず、医師が薬剤師、カウンセラー、看護師の役割を負うことになる。また、一般診療の中で HIV 診療を行っていることから、服薬指導など、一人の患者の診療に長時間を割く事は不可能である。そこで、名古屋医療センターの医療資源を本システムによって活用することにより、クリニックにおける HIV 診療医の負荷を軽減することが可能である。特に初診から抗 HIV 療法導入までの過程で、本システム活用による効果は高いと予想される。

(c) 訪問診療における診療ツール

モバイルタイプの端末利用することにより、訪問看護師、ヘルパーの支援を行うことが可能となる。HIV 感染者の予後改善により、今後、高齢化する患者の療養支援は大きな課題となり、地域の医療関係者との連携が重要となる。本システムは、高い画像解像度、音声品質を有しており、拠点病院の医療スタッフがリアルタイムで患者の状態の報告を受け、把握することが可能である。診療拠点病院が果たすべき後方支援体制に大きく寄与する可能性が高い。

(d) 医療通訳システムとの連携

HIV 診療においては、外国人患者、特に非英語圏の患者の診療の負荷が大きな問題である。愛知県では 2011 年にあいち医療通訳システムの運用が開始された。これにより、契約医療機関においては、派遣、電話による医療通訳の対応をうけることが可能となった。しかしながら、医療機関への派遣は通訳者の負担になり、コスト上昇の要因にもなる。また、電話通訳は 365 日 24 時間利用可能で利便性が高いと思われるが、通訳者の顔が見えないことから、利用者がプライバシー保持に対して不安を強く示す事が多い。本システムを活用すると、端末設置施設で患者、通訳者、患者の 3 者が互いの顔を見ながら診療を行うことができ、3 者にとってより安心度の高い環境が提供可能になる。

(4) まとめ

HIV 感染者は今後も増加することが予想される。しかしながら、現在の患者数で、あらゆる医療施設でブロック拠点、中核拠点のような医療資源、設備を整えることは医療経済の観点からは現実的ではなく、むしろ、医療資源の有効活用の方策を考えるのが現実的である。一方で、抗 HIV 療法の進歩による HIV 感染者の予後の改善は、診療において医療者が果たすべき役割を大きく、多様にしている。本システムは、医療において最もコストを要する人件費の問題を軽減させつつも、すべての HIV 診療に従事する医療者の経験値をあげる効果をもたらす可能性がある。一方で、医療資源を提供する立場になる医療機関、医療スタッフの負荷は増す事になり、医療・社会的に果たす役割の大きさに応じた評価がなされる必要がある。

結論

本システムは、HIV 感染症診療における医療機関間の診療格差是正などに大きく寄与する可能性が高い。患者負担の軽減にも寄与すると考えられる。

健康危険情報

該当なし

知的財産権の出願・取得状況

該当なし

研究発表

1) 原著論文による発表

Hirano A, Ikemura K, Takahashi M, Shibata M, Amioka K, Nomura T, Yokomaku Y, Sugiura W. Lack of Correlation Between UGT1A1*6, *28 Genotypes, and Plasma Raltegravir Concentrations in Japanese HIV Type 1-Infected Patients. AIDS Res Hum Retroviruses. 2011 Nov 9. [Epub ahead of print]

Fujisaki S, Yokomaku Y, Shiino T, Koibuchi T, Hattori J, Ibe S, Iwatani Y, Iwamoto A, Shirasaka T, Hamaguchi M, Sugiura W, Outbreak of infections by hepatitis B virus genotype A and transmission of genetic drug resistance in patients coinfected with HIV-1 in Japan, J Clin Microbiol. 49(3):1017-24, 2011

横幕能行、愛知県のおけるエイズの現況、臨床と研究 第59巻第1号

横幕能行、HIV/AIDSって？ 日本の状況、治療 第93巻第11号

横幕能行、HIV感染症とAIDSの治療、Q&A 第2巻第1号

2) 口頭発表

Hattori J, Shao W, Shigemi U, Hosaka M, Okazaki R, Yokomaku Y, Iwatani Y, Maldarelli F, Sugiura W. Molecular epidemiology of transmitted drug-resistant HIV among newly diagnosed individuals in Japan. 6th International Workshop on HIV Transmission. Roma, Italy. 2011.7

Suzuki H, Mejima M, Hattori J, Nishizawa M, Ibe S, Iwatana Y, Yokomaku Y, Sugiura W. Effects of HIV integrase polymorphisms on raltegravir-resistance susceptibility. 6th International Workshop on HIV Transmission, The 12th Annual Symposium on Antiretroviral Drug Resistance. Roma, Italy. 2011.7

Suzuki K, Ode H, Fujino M, Kimura Y, Masaoka T, Hattori J, Yokomaku Y, Iwatani Y, Suzuki A, Watanabe N, Sugiura W. Enzymatic and Structural Analyses of DRV-resistant HIV-1 Protease. The 12th SADR. Hershey, Pennsylvania, USA. 2011.11

伊部史朗、横幕能行、服部純子、杉浦 亙、抗レトロウイルス治療中のHIV-2 CRF01-AB 感染症例に認めた薬剤耐性変異。第85回日本感染症学会総会、東京、2011年4月21日－22日

今村淳治、横幕能行、服部純子、岩谷靖雅、杉浦 亙、新規HIV/AIDS診断症例におけるトロピズムに関する検討。第85回日本感染症学会総会、東京、2011年4月21日－22日

平野 淳、池村健治、横幕能行、杉浦 亙、ラルテグラビル投与に伴う副作用発現並びに遺伝子多型と血中濃度に関する検討。第85回日本感染症学会総会、東京、2011年4月21日－22日

伊部史朗、正岡 崇、横幕能行、岩谷靖雅、杉浦 亙、抗レトロウイルス療法中のHIV－2 CRF01－AB感染例に認めた薬剤耐性変異。第13回白馬シンポジウムin札幌、札幌、2011年5月19日－20日

横幕能行、鈴木奈緒子、杉浦 亙、S24-4 医療現場におけるHIV暴露事故への対策と課題。第65回国立病院総合医学会、岡山、2011年10月7日－8日

横幕能行、上手な慢性期管理：欧州での取り組みと日本の現状・課題。第25回日本エイズ学会学術集会・総会、東京、2011年11月30日－12月2日

岩谷靖雅、北村紳悟、前島雅美、伊部史朗、横幕能行、杉浦 亙、HIV-1NC は逆転写開始反応を促進する。第25回日本エイズ学会学術集会・総会、東京、2011年11月30日－12月2日

宇佐見雄司、菱田純代、横幕能行、「いきなりAIDS」事例における口腔症状の検討。第25回日本エイズ学会学術集会・総会、東京、2011年11月30日－12月2日

服部純子、椎野禎一郎、潟永博之、林田庸総、吉田　繁、千葉仁志、小池隆夫、佐々木　悟、伊藤俊広、内田和江、原　孝、佐藤武幸、上田敦久、石ヶ坪良明、近藤真規子、長島真美、貞升健志、古賀一郎、太田康男、山元泰之、福武勝幸、加藤真吾、藤井　毅、岩本愛吉、西澤雅子、岡　慎一、伊部史朗、横幕能行、上田幹夫、大家正義、田邊嘉也、渡辺香奈子、渡邉　大、白阪琢磨、小島洋子、森　治代、中桐逸博、藤井輝久、高田　昇、木村昭郎、南　留美、山本政弘、松下修三、藤田次郎、健山正男、杉浦　亙、新規HIV/AIDS診断症例における薬剤耐性HIVの動向。第25回日本エイズ学会学術集会・総会、東京、2011年11月30日－12月2日

椎野禎一郎、服部純子、潟永博之、吉田　繁、伊藤俊広、上田敦久、近藤真規子、貞升健志、藤井　毅、横幕能行、上田幹夫、田邊嘉也、渡邉　大、森　治代、藤井輝久、南　留美、健山正男、杉浦亙、国内感染者集団の大規模塩基配列解析 2：Subtype Bの動向と微少系統群の同定。第25回日本エイズ学会学術集会・総会、東京、2011年11月30日－12月2日

片野晴隆、横幕能行、菅野隆行、福本　瞳、中山智之、新ヶ江章友、杉浦　亙、市川誠一、安岡彰、日本人MSMにおけるカンボジア肉腫関連ヘルペスウイルス(KSHV/HHV-8)抗体保有率について。第25回日本エイズ学会学術集会・総会、東京、2011年11月30日－12月2日

渡邊綱正、横幕能行、今村淳治、杉浦　亙、田中靖人、HBV新規感染におけるHIV重感染の影響についての検討。第25回日本エイズ学会学術集会・総会、東京、2011年11月30日－12月2日

西島　健、高野　操、石坂美千代、潟永博之、菊池　嘉、遠藤知之、堀場昌英、金田　暁、藤井毅、内藤俊夫、吉田正樹、立川夏夫、横幕能行、藤井輝久、高田清式、山本政弘、松下修三、健山正男、田邊嘉也、満屋裕明、岡　慎一、HIV感染症の初回治療でアタナザビル/ヒトナビルを固定しエプジコムとツルバタを無作為割付するオープンラベル多施設臨床試験：ET study。第25回日本エイズ学会学術集会・総会、東京、2011年11月30日－12月2日

今村淳治、横幕能行、服部純子、岩谷靖雅、杉浦　亙、薬剤耐性変異を認めた新規未治療HIV/AIDS症例の治療と予後の検討。第25回日本エイズ学会学術集会・総会、東京、2011年11月30日－12月2日

菊池　嘉、遠藤知之、宮城島拓人、伊藤俊広、中村仁美、田邊嘉也、上田幹夫、横幕能行、渡邊大、藤井輝久、南　留美、健山正男、多施設共同疫学調査におけるHAARTの有効率2010。第25回日本エイズ学会学術集会・総会、東京、2011年11月30日－12月2日

柴田雅章、福島直子、高橋昌明、野村敏治、今村淳治、横幕能行、杉浦　亙、リトナビルソフトカプセルから錠剤への切り替えに伴うダルナビル血中濃度の変化に関する検討。第25回日本エイズ学会学術集会・総会、東京、2011年11月30日－12月2日

大久保奈美、高橋昌明、木下枝里、柴田雅章、福島直子、野村敏治、泉田真生、今村淳治、横幕能行、杉浦　亙、抗結核薬リファンピシンが中止となった患者のラルテグラビル(RAL)の血中濃度推移をみた一症例。第25回日本エイズ学会学術集会・総会、東京、2011年11月30日－12月2日

横幕能行、鬼頭優美子、今村淳治、大出裕高、服部純子、伊部史朗、岩谷靖雅、杉浦　亙、HIVプロテアーゼ表現型検査法であるVLP ELISA法の実臨床への応用。第25回日本エイズ学会学術集会・総会、東京、2011年11月30日～12月2日

菱田純代、宇佐見雄司、遠矢東剛、喜多さやか、横幕能行、口蓋部Kaposi肉腫を契機とした診断に至ったAIDS患者の一例。第25回日本エイズ学会学術集会・総会、東京、2011年11月30日－12月2日

丸山笑里佳、横幕能行、松岡亜由子、服部純子、杉浦　亙、服薬アドヒアランスの低さに関連する要因の検討。第25回日本エイズ学会学術集会・総会、東京、2011年11月30日－12月2日

渡邊　大、上平朝子、白阪琢磨、味澤　篤、今村顕史、菅沼明彦、濱口元洋、横幕能行、南　留美、高濱宗一郎、白野倫徳、後藤哲志、急性HIV感染症における他のウイルス感染症との関連性の検討。第25回日本エイズ学会学術集会・総会、東京、2011年11月30日－12月2日

北村紳悟、中島雅晶、大出裕高、前島雅美、伊部史朗、横幕能行、渡邊信久、鈴木淳巨、杉浦　亙、岩谷靖雅、HIV-1 Vif感受性に関するAPOBEC3C/Fのアミノ酸残基の同定。第25回日本エイズ学会学術集会・総会、東京、2011年11月30日－12月2日

伊部史朗、近藤真規子、今村淳治、岩谷靖雅、横幕能行、杉浦　亙、ウェスタンブロック法によりHIV-1/HIV-2重複感染が疑われた症例の精査解析。第25回日本エイズ学会学術集会・総会、東京、2011年11月30日－12月2日

11 エイズ看護の在り方に関する研究

研究分担者：佐保美奈子（大阪府立大学　看護学部）
研究協力者：豊田百合子（大阪府看護協会　会長）
畑井由美子（大阪府看護協会　教育部）
泉　抽岐（特定医療法人清翠会牧病院　看護部）
下司　有加（国立病院機構大阪医療センター　看護部）
古山　美穂（大阪府立大学　看護学部）
工藤　里香（兵庫医療大学　看護学部）
飯沼　恵子（大阪府池田保健所）
澤口智登里（大阪市保健所）
熊谷　祐子（医療法人のぞみ会新大阪病院　看護部）
王　美玲（大阪市立総合医療センター　看護部）
繁内　幸治（BASE KOBE　代表）
須見　彰（ピープルズホープジャパン）

研究要旨

エイズ看護の在り方について、実際に診療に携わるHIV看護のエキスパートの養成と、HIV診療拠点病院以外の大多数の看護職者のボトムアップ、という2段階に分けて検討をおこなった。

研究目的

「エイズ看護の在り方はどうあるべきなのか？」「エイズ看護が洗練されながら、発展していくためには、公益社団法人日本看護協会の資格である認定看護師の1分野として、活動することが望ましいのか？」という問いを明らかにすること。

研究方法

1）アンケート調査

① エイズ看護及び教育に対する看護管理者のニーズ

② エイズ看護及び教育に対する看護職者のニーズ

2）HIVサポートリーダー養成研修の企画・評価

（倫理面への配慮）

アンケート調査については、大阪府立大学看護学部研究倫理審査の承認を得て、実施した。

研究結果

＜初年度＞

1）HIV陽性者と2泊3日の合宿研修

HIV診療拠点病院に勤務する2名の看護師を除いて、この班のメンバーは、研究当初においては、HIV/エイズに関して、ほとんど一般の人々と同じような知識・態度しか持ち合わせていなかった。そこを逆に強みとして、ゼロから自分たち自身がHIV陽性者と生活を共にし、看護者のニーズの把握をすることから研究を始めた。

研修のまとめ

① 外来や病棟でHIV・エイズ患者を担当する看護者の数を増やすこと

増加傾向が小さくならないHIV陽性者の看護を、専門的に行なえる看護者を養成することが急務である。認定看護師の養成プログラムは6ヶ月間が必要であり、その間は休職しなければならず、授業料と生活費など100万円近い出費が必要になる。現在の看護師不足・多忙な医療現場から、認定看護師養成コースを受講するために欠員者を出すことは困難なことである。

現在では、国立国際医療センターにおいてエイズコーディネーター養成プログラムとして4週間のコースが設置されているが、国内に1ヶ所だけであり、数を増加させるには不十分である。

② 医療者に対して、エイズに対する啓発活動が必要

医療者（医師・看護師など）であっても、社会の偏見や差別意識を共有している。感染力の強さからいえば、B型肝炎の方がよほど強力であるのに、ことHIVに関しては特別な態度をとる傾向がある。スタンダードプリコーションを遵守していれば、HIVに対する感染予防は十分であるのに、HIV陽性患者を診療するとなると大騒ぎになっている。

拠点病院からの転院、在宅での訪問看護、歯科診療などを拒否されるケースが多いということは、医療者の根強い偏見によるものである。HIV感染の現状から最新の治療と予後、HIV陽性者の生活などについて、正しい情情報を普及することが必要である。

③ 中高生へのセクシュアリティ教育の強化

性自認や性指向がはっきり自覚されてくる思春期に、ゲイの男性は孤立し、いじめなどから自殺未遂や不登校・非行などの問題が起こりやすい。学校で、セクシュアリティを学ぶ機会を増やし、同性愛というのも多様性の一つであり、いじめやからかいの対象とするものではないということを伝えたい。

エイズの問題から、多様な生き方やひとりひとりの人権を尊重するという態度を学ぶ機会にするための教材開発を行なうことも考えたい。

④ 若者向けのアウトリーチの看護・啓発活動

エイズの問題は、メディアで放送することが非常に少なくなり、一般の人々の意識からほとんど消えている。大阪の現状を知らせ、①コンドーム使用はあたりまえ ②心配なら検査を受けよう ③陽性だったら治療しよう というシンプルなメッセージを伝えたい。

病院の中から外に出て、地域密着型の看護活動を行なうことで、若手から中堅ナースのモチベーションもアップする。ゲイのサポート団体やHIV支援NGOなどとの連携も考えたい。若者が興味を持ち、参加しやすい場所や雰囲気が大事であり、通常の講演スタイルではなく、コンサートやティーパーティーなどを企画し、啓発用の若者向けの歌やDVD教材を作成する。

⑤ 現在、エイズ看護を担当している看護者のフォローアップ

スティグマを抱える人をケアする看護者が陥りやすい傾向について、①当事者への迎合・特別扱い②正しいことをやっているという快感③上から目線④共感をえられないことによる孤立などが考えられる。エイズ看護に関わる看護者が数年で現場から離れていくという状況から、適切なフォローアップや支援が必要である。

エイズ看護者の養成プログラムは1回きりではなく、プログラムの終了後も定期的なフォローアップの機会を提供することを考えたい。

（例）温泉のある施設での1泊研修 近況報告と実践報告や研究発表などだけでなく、参加者どうしでおこなうアロママッサージやヨガなどのリフレッシュプログラムを取り入れる。

2）3回の班会議を通して、行政の取り組みを知り、ブロック拠点病院のエイズ看護担当者から情報収集した。

(1) 大阪府におけるHIV/AIDS患者の発生動向と大阪府における取組について、現状の把握をおこなった。大阪においては、HIV陽性者が毎年増加しており、「いきなりエイズ」の状態で発見される割合が大きく、献血などで偶然発見される割合も全国一多いことを確認した。また、近い将来、ブロック拠点病院を含め、3か所の施設だけでは、HIV診療が行ないきれないことも予測され、拠点病院以外での診療体制の整備が急務であると感じた。

(2) HIV診療ブロック拠点病院におけるHIV看護の現状と課題について、各施設8～10分の発表の後、討議をおこなった。

（参加施設）

新潟大学医歯学総合病院
石川県立中央病院
国立病院機構 名古屋医療センター
国立病院機構 大阪医療センター
広島大学病院
北海道大学病院
国立病院機構 九州医療センター

① 偏見の大きい慢性疾患であり、右肩上がりに感染者が増加の一途をたどっているのはどの拠点病

院も同様であり、今後はブロック拠点病院だけでは対応できない状況になるのは明らかである。

② 大阪府看護協会は、エイズ対策を重点項目に挙げて、取り組みを始めており、府内の支部の理事の参加する理事会でエイズの問題点を検討している。今後、各拠点病院においても、その地の看護協会支部と共同して取り組むのもよい。

③ 認定看護師プログラムの可能性について今後も具体的に検討する。まず、どのような教育内容が必要であるのかを検討する。

④ エイズは政策医療としての特異な分野であり、エイズ対策をゆるめるわけにはいかない。治療やケアとともに、予防啓発についてもさらに強化する必要がある。

⑤ エイズ看護の困難さをアピールするだけでなく、エイズ看護から学ぶ看護の基本ややりがいについても上手にアピールする技術が必要である。

3)『私とエイズ』講演会の開催

大阪におけるHIV/AIDSの現状を知らせ、大阪府や大阪府看護協会の取り組みについて紹介をしたあと、講演をおこなった。

講演会の講師は、ピープルズホープジャパンの前代表者に依頼した。タイ王国における若者へのピアエデュケーションの取り組みについて、ビデオを交えて報告していただいた。大学生から中高生へのピアエデュケーションのプログラムは3日間の内容で、楽しいアクティビティをたくさん盛り込み、笑顔で楽しく取り組んでいる様子が印象的であった。チェンマイにある3つの大学が協働して取り組んでいるプロジェクトであり、毎年8月に開催されている。

後の看護職者対象の3日間のHIVサポートリーダー養成研修の企画のヒントを多く得た。

参加者は医療職・看護職の他、高等学校教員も参加し、100名を超えた。

4) 予防啓発DVD教材『本気でCONDOMING』の製作を行なった。対象は高校生以上で、クイズ形式のほどよいテンポで内容の理解が深まるように工夫した。

DVD「本気でCONDOMING
～HIV／エイズの予防と最新治療～」

DVDで何を伝えたいのか

- いたずらに恐怖心をあおらない
- 同性愛者への差別がおこらないように配慮する
- 正しく冷静に事実を受け止める大切さ
- セックスは大人の日常生活
- 普通の人が日常のセックスで感染する可能性
- 特別なひとたちのことではなく自分のこととして考える
- コンドームをつけるのは、マナー

どんな効果を期待するか

- マスコミがとりあげなくても、事実に目を向ける大切さに気づく
- 今日からでも遅くないから、きちんとコンドーム
- 心配だったら、勇気を出して検査を受けよう
- 陰性でも、コンドーム
- 身近に陽性者がいるかもしれない
- 陽性者があたりまえの生活ができるように、応援できる自分でいたい

＜2年目＞は、データ収集・解析に取り組んだ。

1) インタビュー調査「HIV/エイズ看護のエキスパートが感じるやりがいととまどい」の概要

調査期間　：2010年6月～8月

調査対象　:HIV診療拠点病院で勤務する看護師4名で、

HIV看護の平均経験年数　8年

結果：

＜「やりがい」についての初期コードの一部＞

・看護の基本を忘れないように仕事ができる。

・チームの中で、看護職として自分の考えで計画している支援を自分達の判断でできる。

（看護ができる）

・煩雑な外来看護のなかでも、HIV の専門としてきちんと時間を充てられる。話を聞いて関わっていけるので、患者さんとじっくり向き合える。看護をしているという実感がもてる。

・患者さんの気持ちだったり、感謝の言葉をもらって、すごくやっていて良かったと思う。

・チームの相互作用・協働

・担当だということで継続的に支援できるということに魅力がある。

・担当の患者さんがいることで、自分自身も磨かれる。患者さんに教えてもらえることが沢山ある。お互い関係し合えるって、患者・看護師関係って言われるけど、顕著に自分自身が感じることができる。

・　楽しい

・継続的に関わることで、信頼関係が築かれる

「～さんだから、こういう話をできる」

「～がいてくれたから」

看護師冥利につきる。

・患者さんが相談に来て、一緒に考えて行動できるようにしていく。行動が変わる（薬を続けて飲める。受診に来る）と、看護の力を感じる

ことができる。

・HIV 担当看護師は、予防啓発・学校教育・保健所など、いろんな予防に向けての活動できる場がある。活動範囲が非常に広い。

・医療者の偏見への介入。意識変容への職員教育への携わりができる。

・HIV は人生の長いスパンで、どの時期にも関われる疾患。

・性・セクシュアリティという基本的ニーズに関わっていける。

・HIV だけに特化しないで、思春期や性感染症など、広い視点で高校生に講演に行ったり、活動の範囲が病院だけではなく広い。

＜「とまどい」についての初期コードの一部＞

・最初は抵抗感があった。

・患者の依存度が強い。

・性の多様性（ゲイやヘテロなど様々である）

・薬物（違法ドラッグ）の問題

・（看護者の価値観が）きちっとしすぎると、看護者が疲れる。多様性のなかで、グレーの部分も必要。

・予防行動につなげる難しさ。

・ウィルスに感染するような方々への支援の仕方に答えがない。暗中模索。

・今、やっていることが果たしていいのかどうか評価しづらいので困る。悩む。

・HIV の患者数で、専従スタッフを置くほど人数的に余裕がない。

（リサーチレジデントの立場は、給与面や休暇などの面で処遇が悪い）

考察：HIV 看護には、看護の基本である「他者の多様性の尊重」「傾聴」「感染予防（スタンダードプリコーションの遵守）」「プライバシーの保障」「守秘義務」「患者・看護師の信頼関係の確立」「1 対 1 の継続的な関わり」「チームでおこなう看護」「地域・学校・保健所との連携」「ライフサイクル全般に関わる性のニーズの尊重」などが濃密に含まれている。患者の身体面だけではなく、心理社会的側面に深く関わる看護には、やりがいが大きいことがうかがえた。

HIV 看護のとまどいについては、日常の会話にはあまり上がってこない、セックスの問題やドラッグの問題、性的マイノリティが抱える心理的な問題などに対して、一般の人々が持つ偏見や思い込みなどの傾向が看護職の中にもあることが語られた。知識が必ず予防行動につながらないもどかしさや無力感を感じ、自分自身の倫理観や価値観が揺さぶられるような体験をしていた。

結果：インタビュー対象者が 4 名と少なく、内容的に理論的飽和にまで至っていないので、さらに数名にインタビューをおこない、内容を洗練させていく必要がある。

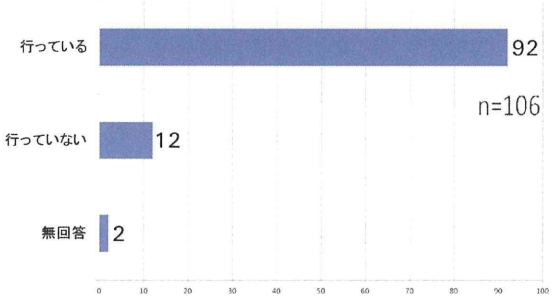
2) アンケート調査「エイズ看護についての認識」の概要

大阪府看護協会重点施策の一環として、看護管理者や看護職者がスティグマや性の多様性等特殊で専門的な知識と技術を必要とするエイズ看護やその教育について、どのようなニーズをもっているのかを明らかにするためにアンケート調査をお

こなった。調査の実施にあたって、大阪府立大学看護学部研究倫理審査委員会の承認を得た。

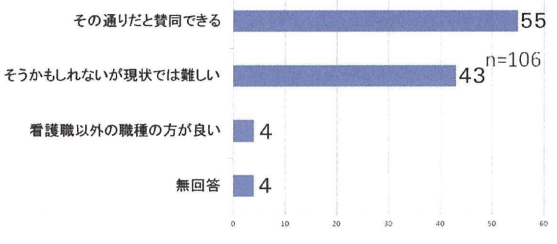
＜看護管理者のニーズ＞大阪府看護協会所属施設の 59.2%にあたる 106 名（回収率 68.4%）の看護管理者から回答を得た。

施設内で看護職に対して、HIV/AIDSに関する研修を行っているか？



外来及び入院診療において HIV 陽性者と関わっている施設は少なかったが、ほとんどの施設で HIV/AIDS に関する研修を行い、教育や研修を受けた看護職が対応すべきだと考えており HIV/AIDS に対する関心の高さがうかがえた。

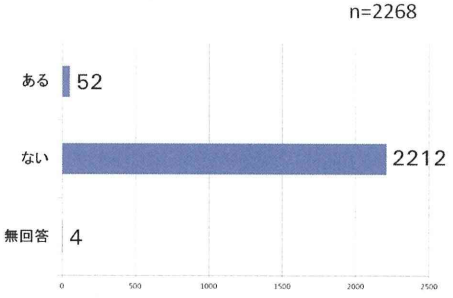
「専門病院側に病気や治療について知識と説明技術を有し、医師と治療方針について検討できる連携推進役、窓口役を担う人材として看護職が望ましい」（厚労科研報告書）という意見について



一方で今後、自施設において看護職が HIV/AIDS の「連携推進役、窓口役を担う」ことについては、「そうかもしれないが現状では難しい」、「看護職以外の職種の方が良い」と半数近くの管理者が考えており、HIV/AIDS 診療がエイズ診療拠点病院に特化して行われている現在、一般病院、訪問看護事業所、福祉施設における HIV/AIDS に関する教育システムの整備の必要性が示唆された。

＜看護職者のニーズ＞大阪府看護協会所属の 9.1%にあたる 2,268 名（回収率 57.8%）の看護職者から回答を得た。

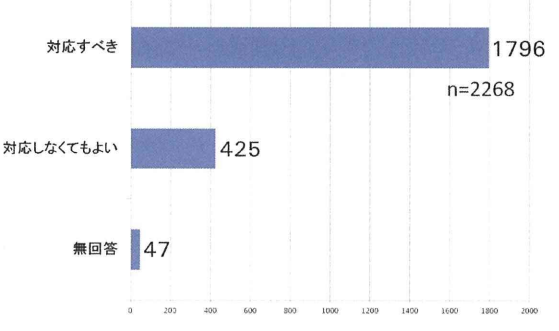
HIV陽性者の外来看護を行ったことがあるか？



HIV 陽性者の外来看護を行ったことがある看護職者は 52 名（2%）であった。その内、17 名が HIV 陽性者 1 名の外来看護を行ったことがあり、13 名が 2 名の陽性者に行ったことがあった。10 名、20 名、40 名の看護を行った者は各 1 名であった。

HIV/AIDS 患者の看護を行ったことがある看護職者は看護にやりがいを感じていたが、過度に HIV/AIDS の感染リスクについて不安を感じていた。

HIV/AIDSについては、それに関する教育や研修を受けた看護職が対応すべきだと思うか？



HIV/AIDS の看護に関する教育や研修を受けたことがある看護職は 190 名(8%)にすぎなかった。施設内で看護職に対し HIV/AIDS に関する研修を行っているのは 130 名（6%）であった。HIV/AIDS は、それに関する教育や研修を受けた看護職が対応すべきだと考える看護職者は 1,796 名（79%）であった。教育や研修を受けた看護職でなくてもよいと考えた理由に、「知識を持った上で対応すれば誰でも可能である」、「感染症についてはジェネラルが対応できるよう学校で教育すればよい」、「セクシュアリティ支援は看護職のみならず他の

職種も必要である」、「人員確保が不可能」という意見があった。

今後の課題として、スタンダードプリコーションや、スティグマ、性の多様性などHIV/AIDSに対する正しい知識の普及、対象者をありのまま受け入れる看護職者の価値や倫理観を涵養する教育の必要性が示唆された。

3) DVDを使用した研修会、講演会、

① 2010年5月　大阪府看護協会北支部研修会において、『HIV/エイズの現状と予防教育』のテーマで講演を行なった。大阪府におけるHIV/AIDS患者の動向を伝え、近い将来は拠点病院以外でも、初期対応を含めた看護の必要性が高まるため、意識改革が必要であることを確認した。

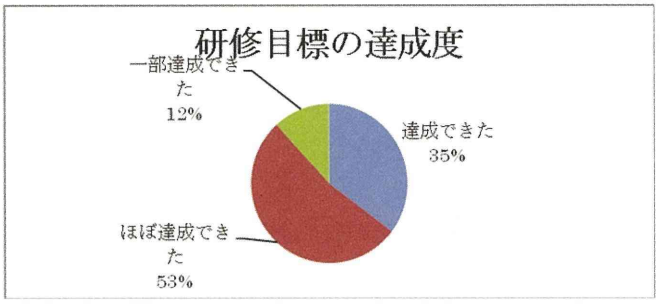
② 2011年2月　大阪府立母子保健総合医療センターの臨床研究セミナーにおいて、『大阪のHIV感染の現状と性の多様性の理解』というテーマで講演を行なった。大阪府内のハイリスク妊産婦や新生児の診療を中心的にになっている母子医療センターにおいてはHIV陽性の妊産婦が搬送される可能性も高い。新生児への抗HIV薬の投与や、出血なしには考えられない帝王切開時の職業感染予防についての質問があり、興味・関心を高めることができた。

4) HIVサポートリーダー養成研修の企画・実施・評価

3日間の研修プログラム

1) 9:30-11:00	2) 11:00-12:30	3) 13:30-15:00	4) 15:00-16:30
大阪のHIV感染の現状 思春期のセクシュアリティ(健康課題)	セクシュアリティ概論	HIV陽性者の理解	自己紹介 フリスビー
若者へのHIV/AIDS予防教育 (タイ　チェンマイでの成功事例)		HIVの最新治療	フリスビー 自由画
HIV陽性者の支援 (地域、ピア)	コンドーム達人講座 (知識と技術)	DVDを使用した出前講義	まとめ 修了証書

受講者は17名であった。臨床経験年数の平均は、12.2年であった。研修目標の達成度は、「達成できた」が35%で、「ほぼ達成できた」が53%と高かった。



HIV予防教育リーダー研修受講により、HIV予防啓発に関する興味が高まった。

5) HIVサポートリーダー養成研修の修了バッジ作成

研修修了生が胸につけて、HIVサポートをアピールするものである。目にした人が、「それは何のバッジ？」と聞いてきたときに、話題を提供することができる。

6) 日本看護協会認定看護部へのヒアリング

「エイズ看護の在り方に関する研究」班の取り組みを紹介し、大阪府看護協会員に対するアンケート調査とエイズ看護のエキスパートへのインタビュー調査を報告。

新分野特定のための手続き、書類について説明を受けた。エイズ看護に関しては、数年前に1件あったのみ。

新分野特定の際には、特化する技術があるかどうかがポイントであり、対象となる看護師数1000名以上が目安。

認定を受けた看護師が活躍する場所はどこか。保健師や助産師との差別化をどうするか。感染看護専門看護師や慢性看護専門看護師との違いは？など、認定のポイントについて説明を受けた。

7) 厚生労働省へのヒアリング

認定部との話し合いについて、報告した。

薬害エイズ訴訟原告団との和解の条件は、エイズ看護の専従看護師であることを確認した。セクシュアルヘルス看護の認定看護師というのは、和解の条件に当てはまらない。セクシュアルヘルス看護の必要性はわかるので、別件として認定看護師の設立を目指すのはよいと思う。診療報酬改定案では、感染症看護について加算する方向で検討中であるので、性感染症も当てはまる、という情報を得た。