2 HIV感染症

❶ HIV感染症の病態

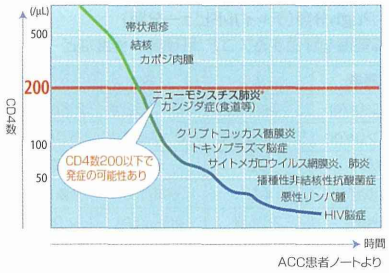
- HIV感染症とは、HIV(ヒト免疫不全ウイルス)に感染し免疫力が低くなる病気です。

HIVに感染した状態(人) = HIV感染(者)

- 病気が進行し、免疫が更に弱くなると、元々身体の中にいる弱い病原体が活動し病気や症状を発症します。この状態を日和見感染症の発症といいます。

指定された23の日和見感染症のいずれかを発症した状態(人) = AIDS発症(者)

CD4数と日和見感染症発症の関係



ACC患者ノートより

- 免疫状態は定期的に血液中のCD4陽性リンパ球数で確認できます。

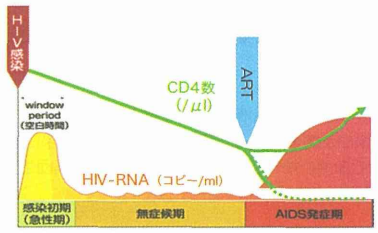
基準値は CD4数 = 700～1500 μℓ

HIVに感染すると図のようにCD4数が減り、日和見感染症が発症しやすくなります。

- そのため、CD4数が500以下となる場合には、抗HIV療法を開始・継続することで、免疫力の低下を防ぎAIDS発症を予防します。予後は改善し長期の療養生活を過ごすことができる疾患となりました。

❷ HIV感染症の治療とケア

HIV感染症の自然経過と抗HIV療法開始後の変化



- HIV感染症の治療
  ① 定期検査(1～3カ月に1回)で免疫状態(CD4数)を確認する
  ② 必要時、日和見感染症の予防や治療をする
  ③ ガイドラインに基づき抗HIV療法を開始
  ④ ウイルス量検出未満を目標に治療効果を確認
  基準値は HIV-RNA量 < 20コピー未満/ml

- HIV感染症の支援・ケア
  定期受診で病状を確認し、服薬継続による治療の成功と療養生活の安定を図ることが重要です。

「定期受診と服薬継続への支援」
- 病気と治療の理解
- 定期受診(治療継続)の環境調整
- HIV感染症以外の病状コントロール
- 生活のリズム調整
- 家族地域などの応援者、支援体制の確保
- 医療費対策(身体障害者手帳の取得など)

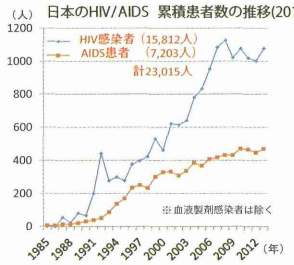
- HIV感染血友病患者は、昔の単剤治療の経験もあり耐性ウイルスを持っていることも多く、かつ、HCVによる肝機能障害、出血傾向が増す薬剤など、薬剤選択の際に注意が必要です。

❸ HIV感染症予防

- HIV感染血友病患者の感染経路
  血友病治療に用いられた輸入非加熱血液製剤に混入していたHIV(ヒト免疫不全ウイルス)により感染。

- 日本におけるHIVの感染は
  男女年齢問わず幅広い層に感染しています。感染経路で最も多いのは、男性同性間による性感染です。

日本のHIV/AIDS 累積患者数の推移(2013年末)



- HIVの感染は予防できます
  HIVが含まれるものは、血液・精液・膣分泌液・母乳です。
  それらが直接、傷口や粘膜に触れないことが重要です。
  スタンダードプリコーションの対応で十分です。
  ちなみに…血液暴露による感染率をみると

B型肝炎ウイルスHbe(+)	22～30%
C型肝炎ウイルス	1.8%
HIV	0.3%

注意は必要ですが感染率は他ウイルスよりも低い

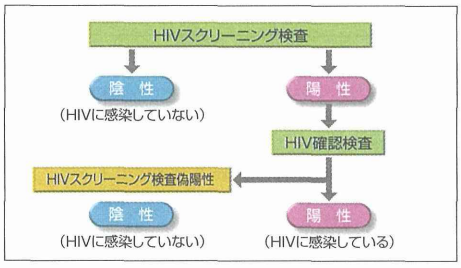
- 血液曝露事故があった場合には
  速やかに対応できるように日頃から、連絡方法や予防薬について確認しておきましょう。まずはすぐに相談を。

血液・体液曝露事故発生時の対応 (ACCホームページ)
http://www.acc.go.jp/doctor/eventSupport.html

❹ HIV抗体検査

- HIVに感染しているかどうか調べる検査です。

- 検査方法は2段階で行います。
  「HIVスクリーニング検査」と「HIV確認検査」



- ウインドウピリオド
  感染後約4週間以降に抗体ができますが、それ以前に検査をすると陰性と出ることがあります。
  この時期ウインドウピリオドと呼びます。

- 受検のタイミング
  ウイルスの遺伝子を調べる核酸増幅検査(NAT検査)は、2-3週間以上、抗体検査は1カ月以上の経過で陽性がわかりますが、個人差を考慮し3カ月以降の再検査もお勧めします。

- 検査を受けられる場所
  全国の保健所などでは匿名無料で受けられます。
  その他、特設検査施設や病院でも受けられます。

HIV検査相談マップ
http://www.hivkensa.com/mame/
厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業「HIV検査相談の充実と利用機会の促進に関する研究」班(研究代表者:加藤　真吾)

3 C型肝炎

❶ C型肝炎の病態

- C型肝炎とは、HCV(C型肝炎ウイルス)が感染しておこる肝臓の病気です。

- C型肝炎は感染者の血液を介して感染します。
  HIV感染血友病患者は、血液製剤の投与で感染しました。日常生活で血液に触れることがなければ、家族や集団生活での感染はありません。

- 慢性肝炎はほとんど症状がありませんが、だるい、疲れやすい、食欲がないなどのあいまいな症状も多く、検査データではわかりづらい自覚症状です。自分の体調が悪いことを理解してもらえないジレンマをもつ患者もいます。

- 肝炎は、約20～30年の経過で慢性肝炎→肝硬変→肝がんと進行しますが、HIV感染症とC型肝炎に同時にかかっていると、C型肝炎の病状の進行が早く、30代で既に肝硬変と診断されている患者もいます。

- 肝硬変は食道静脈瘤を合併することも多く、HIV感染血友病患者にとって、静脈瘤の破裂は出血が止まらず致命的になることがあります。定期的な上部内視鏡検査による早期発見・早期治療が大切です。

❷ C型肝炎の定期検査

- 肝炎の状態を知り、進行を予測する検査を定期的に行うことが重要です。

肝臓の炎症：ALT、AST
肝硬変への進行：
　アルブミン、プロトロンビン活性血小板、ヒアルロン酸、ビリルビン
肝臓の形態的変化：腹部超音波検査、CT、MRI
肝臓の組織学的変化：
　肝生検(非侵襲の方法としてフィブロスキャンを代用)
肝癌の早期発見：腫瘍マーカー(AFP、PIVKA-Ⅱ)

- Child-Pugh分類(チャイルドピュー分類)
  肝障害度を評価するスコア、肝硬変の程度など

判定基準	1	2	3
アルブミン(g/dl)	3.5g/dℓ超	2.8～3.5g/dℓ	2.8g/dℓ未満
ビリルビン(g/dl)	2.0mg/dℓ未満	2.0～3.0mg/dℓ	3.0mg/dℓ超
腹水	なし	軽度	中等度以上
肝性脳症	なし	軽度(Ⅰ･Ⅱ)	昏睡(Ⅲ以上)
PT時間	70%超	40～70%	40%未満

評価は3段階です。
　Grade A(5～6点)
　Grade B(7～9点)
　Grade C(10～15点)
点数の多い方が重症です。

❸ C型肝炎の治療

- 治療の前にC型肝炎の感染の状態と種類を調べます。

HCV抗体検査:C型肝炎ウイルスの感染の既往
HCV-RNA定量検査:ウイルス量
HCV遺伝子型検査(ジェノタイプ):治療効果の予測

【HIV感染血友病患者の治療の困難さ】

- これまでペグインターフェロン+リバビリン併用療法(注射)が一般的で、これを使用できない人は、肝庇護療法の内服や注射を行ってきました。
- HIV感染血友病患者のHIV/HCV重複感染は、ジェノタイプIの難治性が多く、インターフェロン治療成績が悪い状況でした。

【期待される治療】

- インターフェロンが効かなかったジェノタイプIの難治性のタイプの患者にも効く可能性のある新しいタイプの治療薬が今後の治療の選択肢として期待されています。
- 生体肝移植・脳死肝移植
  HIV/HCV重複感染者の移植は、医学的緊急度のランクアップにより、実現可能な治療のひとつに近づきました。しかし移植は、患者にとって身近に思える医療ではありませんでした。まずは、患者が移植実施施設で説明を聞けるように紹介し患者の治療の選択肢を増やせるように情報提供を行うことが求められています。

参 考 資 料

以下、抜粋

平成25年2月25日
日本脳死肝移植適応評価委員会より連絡

「(1) 医学的緊急度のランクアップ(資料 1)」
　(1)に関しては2012年8月29日の日本肝臓学会肝移植委員会で討議され、決定し、2012年9月1日以降、実施に移していることを確認願います。

(資料 1)
　医学的緊急度のランクアップ1.HIVとHCV共感染者における死亡原因の大多数が肝不全死であり、Child A、Child Bの病態で肝不全、食道静脈瘤破裂などによる割合が感染症より増加している。そのため、長崎大学の兼松班、江口班のまとめにより、以下のように医学的緊急度をランクアップした。
　HIV/HCV共感染者のChild Aは Child B相当として緊急度3点、Child BはChild C相当として緊急度6点、Child Cは通常緊急度6点であるが、この場合Childスコア13点以上、MELD25点以上の緊急度8点相当とする。

＊「薬害血友病患者　診療チェックシート解説書」参照のこと。
厚生労働科学研究費補助金エイズ対策事業
「HIV感染血友病等患者に必要な高次医療連携に関する研究」
(研究分担者　潟永博之)

4 C型肝炎の看護

❶ 食事

- たんぱく質摂取
肝臓の再生を助ける
- ビタミン摂取
腸からのビタミン吸収低下の補充、
肝臓の細胞の再生バランス良く
野菜果物など摂取すれば不足は防げる
- 亜鉛摂取
肝炎の進行による亜鉛の低下による味覚障害に補充
- 鉄分を控える
肝臓の鉄の蓄積を少なくし傷つくのを防ぐ
- カロリーの過剰摂取に注意
肝臓に脂肪がつき肝機能が評価しづらい
- 健康食品に注意
例)ウコンは鉄分が多くC型肝炎患者にはよくない

❷ 飲酒を控える

- 肝機能の悪化、肝硬変や肝がんの発生を防ぐ

❸ 喫煙を避ける

- ニコチンには、血管を収縮させる作用が有り、喫煙により血管が細くなる為に血液が十分に肝臓に流れこまず、肝臓の機能を低下させてしまいます。禁煙しましょう。

❹ 安静と運動

〈AST/ALT100以下〉
- 過激な運動を避ける以外の運動制限はない
- 個人の体力に合わせて適度な運動を行う
- 入浴も制限なし
- 食後30-60分くらい横になる
または座るなどの安静が望ましい

〈AST/ALT100～300〉
- 仕事は無理をしない
- 食後安静や休憩など1日4～5時間程度の安静が望ましい
- 入浴は疲れる場合はシャワーなど

〈AST/ALT300以上〉
- 仕事を休み安静を保つ(入院)

❺ 感染予防

C型肝炎ウイルスは血液を介して感染するので、血液が付着しているものや、血液そのものの接触･処理に注意すれば、家庭内や社会生活で、感染が広がる可能性はありません。

日常生活上での感染予防のポイント

◆ 歯ブラシ、カミソリ、タオル、爪切り、ピアスなど、血液がつきやすい日用品は家族や他の人と共用せずに、個人専用にしましょう。

◆ 傷からの出血や、鼻出血などで、血液を拭いたティッシュなど、他人に血液が付着しないようビニール袋などに包んで自分で処理しましょう。

◆ 献血は絶対に行わないで下さい。

◆ 入浴、プール、衣類の洗濯、食器洗い、鍋をつつく、理髪、トイレの共有などで、C型肝炎ウイルスに感染する心配はありません。

＊ 感染予防について、必要以上に心配をしないで下さい。

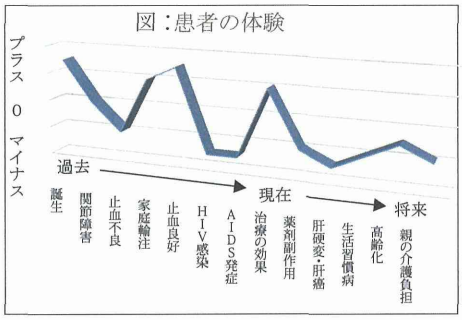
第3章

これからの長期療養

❶ 複雑多岐な問題に直面し続けている患者の体験

患者の身体的、精神的、社会的状況には、血友病での障害に加えて、HIV感染に関連して起こった様々な問題が影響しています(図:患者の体験)。過去から現在にかけて紆余曲折で浮き沈みの激しい経過をたどりましたが、将来的にも新たな問題に直面することが予測されています。

図：患者の体験



■1980年以前
- 血液製剤の供給が少なく、非常に高価なため十分な治療が困難であった
- 血友病への差別があったが、進学･就職など積極的に社会参加していこうとする患者団体の活動が展開されていた

■1980年代前半
- 血友病による障害をかかえ生きづらさを感じていたが、患者の強い要望により、自己注射が保険適用となり公費負担も整い、治療に明るい兆しが見えた
- 早い止血と出血予防が可能になった
- AIDSに関連した血液製剤の安全性に不安をもちながら、生命維持のため製剤を使わざるを得なかった

■1980年代後半
- 一転、投与し続けた輸入非加熱製剤によってHIV感染
- 同じく血液製剤によるHCV感染
- HIV感染症治療は手探り状態で効果なく予後不良
- 免疫は低下しAIDS発症で多くの人が亡くなった
- エイズへの差別偏見を恐れ社会に対し消極的になる

■1996年以降
- 和解による迅速審査で抗HIV薬の導入がすすんだ
- 抗HIV療法による服薬継続で予後が改善されてきた
- AIDS発症で亡くなる人が減少し、死亡原因は肝硬変や肝がんが増加

■今　後
- 長期服用による腎障害、代謝異常等の出現
- 日常生活習慣病予備軍が多く予防や治療が必要
- 高齢者血友病へのエイジング対応は未知な部分がある
- 患者の高齢化は関節症の悪化、筋力低下が進んでいる
- 親に介護されていたが、親を介護する立場に逆転した
- 親の介護で身体的負担が増加している
- 複数の疾患をかかえ複雑な病態を呈している
- C型肝炎の治療が可能となる

❷ 長期療養・包括的医療とは

これまで「長期療養」という言葉をいろいろな場面で聞いたことがあると思います。

(社福)はばたき福祉事業団では、早くより「長期療養」について、「医療と福祉の隔たりを無くした生きるための包括的治療」と訴え、その重要性を伝えてきました。

この冊子の中で定義するHIV感染血友病患者における「長期療養」「包括医療」を説明します。

● 「HIV感染血友病患者の長期療養」とは

「一生を通じて複数の疾患に対する専門医療の充実と、障害福祉・介護サービスを活用し、在宅(居宅・施設)でのQOL(日常生活の質の向上)を保障するなど、治療と生活の両輪からなる包括的医療の実践を要すること」

● 包括的医療とは

治療の成功と日常生活の充実は常に両輪で影響し合います。治療がうまくいくと日常生活も安定し、日常生活が安定していると治療の成功につながりやすくなります。

「包括的医療とは、治療のみならず、医療・保健・障害福祉・介護サービスなど全てを包含し、人間を身体・心理・社会的立場などあらゆる角度から判断し支援する医療のこと」をあらわします。

❸ 患者・家族にまつわる長期療養への課題

HIV感染血友病患者の長期療養への課題にはどのようなことがあるのでしょうか。

包括医療の視点で患者の特徴と課題を説明します。

病気について
- HIV感染症による免疫力低下予防のためウイルス増殖を抑え続ける治療を継続する
- 治療に使われる抗HIV薬の長期服用による副作用出現
- HIV/HCV重複感染によるC型肝炎の進行を抑制する
- 併存疾患を同時にコントロールする
- 血友病関節症の悪化と高齢による筋力低下の影響による活動性の低下を防ぐ

患者・家族背景
- 患者本人と親の高齢化が進んでいる
- 親との同居も多く、介護される側から介護する側へシフト
- 就労者が少ない
- 家事経験が少ない
- 社会との交流が希薄
- 血友病関節症の悪化は日常生活上の動作に支障を来す
- 介護保険利用による施設入所は年齢が若く非該当

診療ケア体制
- HIV感染症や血友病は専門医療機関が望ましい
- しかし、拠点病院へは遠方で通院困難な患者も多い
- 疾患ごとに医療機関が違い一つの病院でまとまった見解が得られにくい

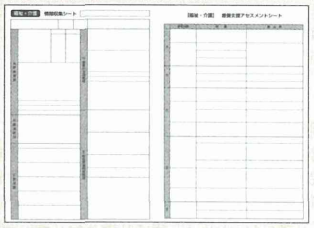
社会制度
- 出血の有無で生活の活動量の差があることが伝わらず、障害支援区分は軽い症状で判断されがち
- 入所施設の利用では介護保険は年齢が若く非該当
- 障害者施設の入所困難

❹ 情報収集とアセスメント

HIV感染血友病患者の長期療養の課題を説明しましたが、基本的な特徴は押さえつつ、患者や家族背景、治療や生活に関する個々の情報収集を行うことで潜在的にある問題の発見や既に生じている問題の明確化など、より具体的な解決に導くための支援計画を立案することに役立ちます。

【医療】情報収集シート、療養支援アセスメントシート

【福祉・介護】情報収集シート、療養支援アセスメントシート



● 情報収集シート

【医療】 血友病、肝炎、HIV感染症、リハビリテーション、整形外科、歯科、装具・自助具、訪問看護、訪問介護の受診頻度や利用頻度、通院の目的や検査治療実施状況について情報収集

【福祉・介護】 家族背景、経済状況、生活歴、患者の生活状況、社会資源利用状況

● 療養アセスメントシート

提示されている患者目標にそって、情報収集シートから抽出された問題点をチェックすると、必要な支援がわかるような書式となっています。

ここで日頃の患者対応について振り返ってみましょう。

例えば…

毎月、定期的に受診している患者が病院に来院しました。

はたして本当にそうなのでしょうか?
受診時の患者さんは本当の姿なのでしょうか?

答えは…

「そうとも言えるし、そうとは言えないかもしれない。」
それは……

前日の様子

明日は月に一度の受診日だ
3日前からどこにも行かず、
家で休み体調を整えていた
医師に自分の状態が悪いと思われたくない
本当は、関節痛もあるし
買い物にも行けていないけど、
受診は必ず行かないと

実際は、足が痛くて買い物に行けないという日常生活上の支障があり移動は困難だが、何とか病院には来院したという状況です。患者を見ただけでは、そのような事情があるとはわかりません。

このように医療スタッフが見る外見上の患者と本来の患者の思いと行動には違いがあります。

更に、患者は長年の日常生活の中で、病気による障害の影響を少なからず感じながら生活してきました。

それはあまりにも長期にわたり、かつ、患者本人は自身の限界を知り尽くしていると考え、「伝えるまでもない」と思い、積極的な改善に期待を持てずにあきらめている患者もいます。

患者と積極的にコミュニケーションをはかり
紹介した別紙の
【医療】【福祉・介護】情報収集シート、
療養支援アセスメントシートを活用し、
支援をご検討下さい。

医療と福祉・介護の連携

❶ 在宅療養支援とは

前章で情報収集・アセスメントの方法について説明しました。しかし、医療機関での情報収集には落とし穴があります。

それは、私たち病院のスタッフは実際の生活状況を見ていないため、患者の話した言葉のイメージで在宅療養の状況を判断しているということです。

そこで、福祉・介護のスタッフと連携を取ることにより、

- **実際の生活に見合ったアセスメントの実施**
- **必要とされる支援の把握**

が期待され、具体的な支援計画につながります。

在宅療養支援とは

「入院中の患者が退院して居宅や自宅に変わる施設、または外来通院中患者が療養生活の中で、治療と生活を両立させるために医療・保健・福祉・介護やボランティアなどから受ける支援」としています。

在宅療養支援というと寝たきり患者を想像する方もいますが、外来通院中の患者の支援も在宅療養支援といいます。

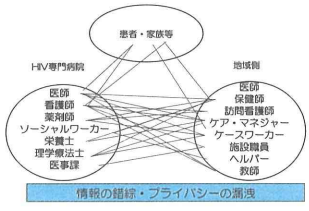
❷ 地域との連携

病院にも地域にもたくさんの職種のスタッフがいます。患者によっては、何人もの職種からの支援をうける場合もあるでしょう。

それぞれが、それぞれに情報のやり取りをすると下記の図のように情報は錯綜し、プライバシーの漏洩も起こりかねません。

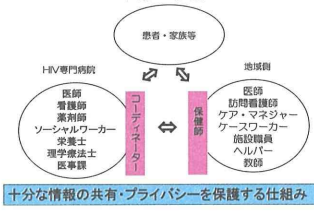
<ACCの場合>

HIV専門病院と地域の連携
パターン1



そこで、病院側、施設側に窓口を設けたことにより、病院スタッフと地域スタッフがプライバシーを保護しながら情報共有できるよう整理しました。

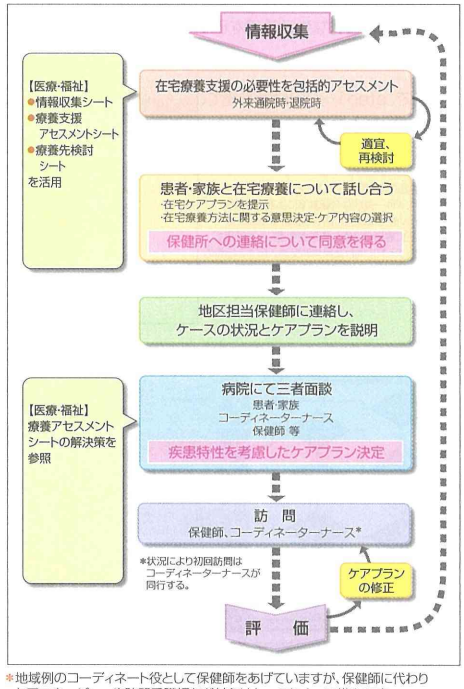
HIV専門病院と地域の連携
パターン2



❸ 在宅療養支援導入の手順

地域との連携をすすめるにあたり、在宅療養支援導入の手順について説明します（前ページで窓口となっているコーディネーターと保健師の連携例）。

在宅療養支援のフローチャート（ACCの例）



*地域例のコーディネート役として保健師をあげていますが、保健師に代わりケアマネージャーや訪問看護師など対象はケースによって様々です。

❹ 在宅療養支援導入時のポイント

前ページの在宅療養支援のフローチャートにそって説明します。

◎在宅のイメージがわかない

在宅でどのようなサービスを受けることができるのか、イメージがわかない患者が多い。具体的支援を提示する。

◎支援の必要性を感じない

医療スタッフが必要と考えても、本人が不必要と考える場合も少なくない。支援導入のメリットを提示したり、患者と一緒に検討する。

◎知り合いに知られるのを恐れている

他人が自分の家に入るのを嫌がる患者も少なくないが、地方では、身近な方に病名を知られることを恐れ、支援を断わる患者がいる。利用施設を検討し回避する。

◎連携前にあらかじめ患者に同意を得る

病名の打ち明けに躊躇する患者も多いが、支援者が病名を知っていてくれることで、丸ごと受け止めてくれているという患者が得られる安心感のあることを説明する。

またあらかじめHIV感染症を含む情報提供を担当の保健師に伝えることの承諾を得る。

◎情報提供する内容をあらかじめ患者に伝える

何を知らされているのか不安にならないように患者と一緒にあらかじめ情報提供書の内容を確認しておく。例えば、患者背景や感染経路、家庭の事情など。

◎初めての面談は3者面談で

患者と保健師の初回面接は、コーディネーターナースも同席することで、会話をとりもち関係性を築くことに役立つ。

◎ケアプランの実行と評価、フィードバック

必ずケアプランを実行した際には評価を行い、必要時、ケアプランを修正する。保健師はフィードバックを行い病院スタッフと情報共有することが重要である。

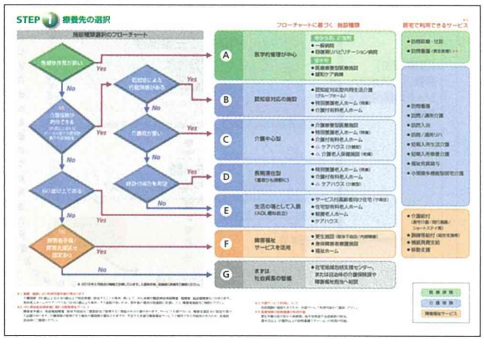
❺ 療養先の検討

在宅療養は居宅のみではなく、生活の場とする施設入所も含まれます。

施設の選択は、患者の年齢、介護保険や障害認定の有無、家族の中の介護状況、経済状況、受診との兼ね合いなど、多くの条件を考慮し適切な生活環境を確保していくことが望ましいと考えます。

そこで、step1～3の段階を経て、患者に適した入所施設を判断するフローチャートを作成しました。

Step 1 :施設種類選択のフローチャート
まずは一般的な判断基準による施設選択
Step2:HIV感染血友病に関する基礎事項の確認
更に患者の特徴や事情を考慮した施設選択
Step3:受け入れに向けた具体的交渉入所する施設の目星が付いたら施設が安心して患者を受け入れられるようサポートする



STEP 1 療養先の選択

施設種類の選択は、フローチャートの選択項目(介護･福祉サービス、介護度、医療依存度、年齢、認知の有無、終身の滞在希望の有無)によって決定します。

STEP 2 HIV感染血友病患者の基礎事項の確認

- Check 1 収入、制度の利用状況を把握していますか？
- Check 2 医療（一般医療／専門医療）への対応はできますか？
- Check 3 キーパーソン／家族背景は把握していますか？
- Check 4 患者背景とマッチしていますか？

STEP 3 受け入れに向けた具体的交渉

施設(or居宅でのサービス)が決まれば、具体的な交渉に進みましょう。HIVや血友病を理由に受け入れを断られることもあるかもしれません。その際はすぐに諦めず、何が問題となっているのか(感染不安についてはスタンダードプリコーションで対応可能です)具体的に確認しましょう。勉強会の開催や、多職種による説明も有効かもしれません。

有事の入院受け入れや相談窓口の明確化等、専門医療機関の夜間･土日も含めたバックアップ体制を整えれば解決される問題も多いはずです。

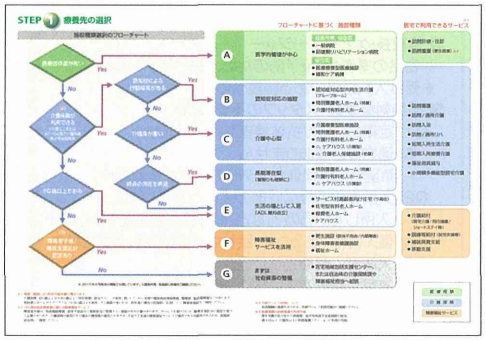
❺ 療養先の検討

在宅療養は居宅のみではなく、生活の場とする施設入所も含まれます。

施設の選択は、患者の年齢、介護保険や障害認定の有無、家族の中の介護状況、経済状況、受診との兼ね合いなど、多くの条件を考慮し適切な生活環境を確保していくことが望ましいと考えます。

そこで、step1～3の段階を経て、患者に適した入所施設を判断するフローチャートを作成しました。

Step 1:施設種類選択のフローチャート
まずは一般的な判断基準による施設選択
Step2:HIV感染血友病に関する基礎事項の確認
更に患者の特徴や事情を考慮した施設選択
Step3:受け入れに向けた具体的交渉入所する施設の目星が付いたら施設が安心して患者を受け入れられるようサポートする



STEP 1 療養先の選択

施設種類の選択は、フローチャートの選択項目(介護･福祉サービス、介護度、医療依存度、年齢、認知の有無、終身の滞在希望の有無)によって決定します。

STEP 2 HIV感染血友病患者の基礎事項の確認

- Check 1 収入、制度の利用状況を把握していますか？
- Check 2 医療（一般医療/専門医療）への対応はできますか？
- Check 3 キーパーソン/家族背景は把握していますか？
- Check 4 患者背景とマッチしていますか？

STEP 3 受け入れに向けた具体的交渉

施設(or居宅でのサービス)が決まれば、具体的な交渉に進みましょう。HIVや血友病を理由に受け入れを断られることもあるかもしれません。その際はすぐに諦めず、何が問題となっているのか(感染不安についてはスタンダードプリコーションで対応可能です)具体的に確認しましょう。勉強会の開催や、多職種による説明も有効かもしれません。

有事の入院受け入れや相談窓口の明確化等、専門医療機関の夜間・土日も含めたバックアップ体制を整えれば解決される問題も多いはずです。

❻ 施設受け入れの実際(症例)

① 患者の状態

患者の状態

40代　血友病A　HIV感染症　脳血管障害を発症
- ○ 日常生活動作(ADL):寝返り･座位保持困難･標準型車椅子を使用、自走可･着脱･歯磨きはできない
- ○ コミュニケーション能力:うなずきで、はい･いいえを伝えられる
- ○ 食事:胃瘻より栄養を注入
- ○ 排泄:おむつ使用
- ○ ベット:エアーマットを使用

受けている医療:血液製剤の定期補充療法
リハビリ　3回/週　1回20分

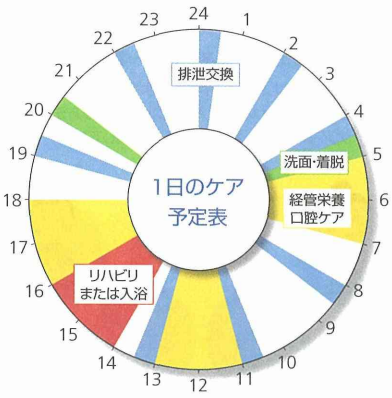
現在、有料老人ホームに入所

施設の職員と関係職種
- 施設長
- 相談員
- ケアマネージャー
- 看護師
- 理学療法士
- 介護士

外部
- 在宅医
- 歯科医
- 薬局
- 業者(洗濯屋や介護タクシー)

連携の方法については、
在宅療養支援のフローチャートを参照

② 1日のケア予定表



- 経管栄養･口腔ケア　3回/日
- 洗面　2回/日
  着脱(パジャマ→洋服･洋服→パジャマ)
- 排泄介助　8回/日
- リハビリまたは入浴　各3回/週

＊施設のレクリエーションへの参加や、テレビを見たりして過ごしている

次に受け入れまでの準備をまとめてみました

③ 受け入れまでの準備

受け入れまでの準備

職種：介護士・ケアマネージャー・看護師・施設長
感染対策委員の構成：介護士・ケアマネージャー看護師

受け入れ要請 → **受け入れ**

介護士向けのアンケートで受け入れ前の病気のイメージ
- こわい病気
- 大変、危険
- 感染対策が面倒

看護師が受け入れのための問題点を抽出（看護師に不安はなかった）
- スタッフの知識が乏しい
- 感染症対策の認識が乏しい
- 介護の実績がない

受け入れのための研修と精神的なフォロー
- ■ 病院主体
  研修実施（疾患と感染予防について）
- ■ 施設長・ケアマネージャー・看護師
  - 研修の伝達
  - 研修の理解度の確認
  - 病名の取り扱い方について
- ■ 感染対策委員
  スタッフの不安を具体的に抽出

受け入れのため具体的な準備
- ■ 施設長・ケアマネージャー
  - 物品の準備（感染予防のため、ゴーグル・マスクなど）
  - 受け入れ経験のある施設への見学
- ■ 感染対策委員（スタッフの不安の例）
  Q1. 定期的にHIV抗体検査を行いますか
  A. 通常は必要ありません
  希望者には保健センターの検査を情報提供
  Q2. 入所者の家族に、「あの人はなぜ若いのに入所しているの?」など、問われた場合どうするのか
  A. 個人情報であるため、話せない旨を伝え、役職に報告
  Q3. 入居者に感染させた場合
  A. 故意や過失でない限り、責任を問いません

介護士向けのアンケート 受け入れ後の病気のイメージ
- 正しい知識があれば、自分を守れる
- 過度な防御は必要ない

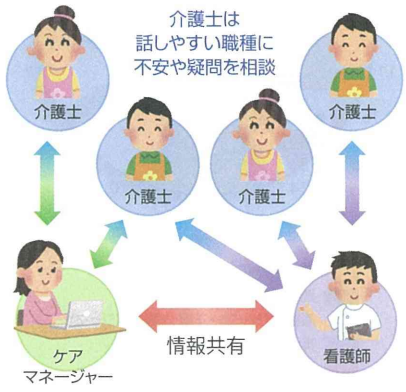
38　39

④ 介護士の不安に対する精神面のフォロー

介護士の不安に対する技術・精神面のフォロー

介護士・ケアマネージャー・看護師

病気の受け入れは、介護士により異なる
個々の介護士の受け入れ状況を以下の方法で、ケアマネジャー・看護師が情報提供している



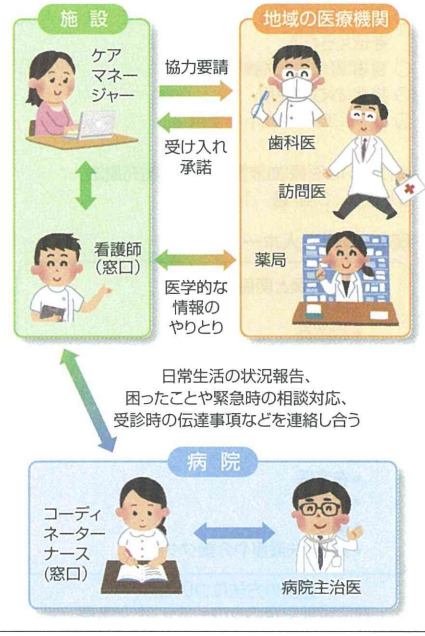
- 介護士から個別で相談を受けている
- 2職種が介護士のフォローをしている
- ケアマネージャーと看護師が情報共有している（経験値が増え、対応の幅が広がる）

❼ 施設内・外の多職種との連携

① 各施設の連絡窓口と相談対応内容

各施設の連絡窓口と相談対応内容 1-①

看護師・ケアマネージャー・訪問医・歯科医・主治医・コーディネーターナース

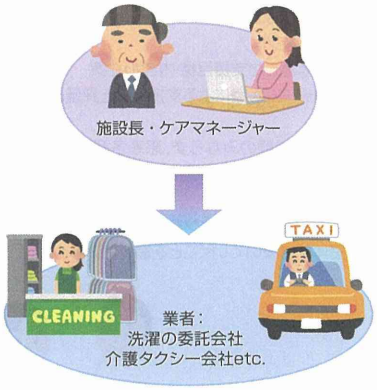


40　41

② 施設外との連携

施設外との連携 ②

職種：施設長・ケアマネージャー・業者



○施設内で病名を伝えるべきか相談 危惧した点

- 何かあった時に、伝えていなかったことが問題になるのではないか
- 外部業者に話したことで、風評被害に合うのではないか

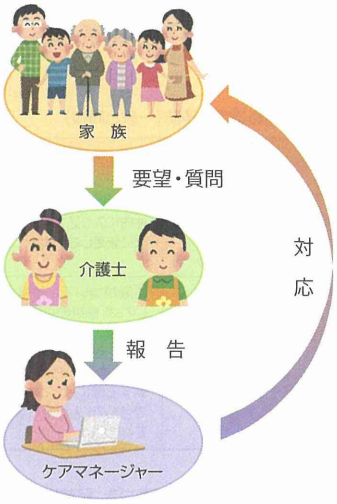
容易に病名を伝えてしまわないように注意する

＊洗濯業者によっては、血液汚染のある物をそのまま回収するため、感染症の有無を聞かれる場合がある。
場合によっては感染症の観点から伝えることを検討する
通常リネンは病名を伝える必要はない

③ 家族に対する施設内の連携

家族に対する施設内の連携 ③

職種：介護士・ケアマネージャー



家族からの連絡事項や要望等があった場合は、口頭や連絡ノートで、介護士に伝え、対応の窓口をケアマネージャーに統一している

❽ 介護上の注意点

① 感染症・血友病に対する直接介護の観察点と注意点

支　援	支援内容
食　事	胃瘻よりエンシュア500x3回 体位は、45度以上、終了後30分は上体を起こし、嘔吐を防ぐ
投　薬	錠剤を砕き、お湯で溶き、胃瘻より注入 耐性ウィルスができないように毎日同じ時間に、抗HIV薬を投入
移動・入浴介助	関節の出血やあざができないように介助
排泄介助	ビニール手袋を使用し、おむつ交換を行う 使用後のおむつは非感染者と同じゴミで問題なし ＊肘が曲がらないため、便のあとにお尻が拭けない人がいる
洗　面	施設規定の方法で問題ないです ＊肘が曲がらないため洗顔できなかったり、タオルでの拭き取りが不十分な人もいます
口腔ケア	経口摂取をしていないと、唾液が減り、口腔内にカンジタや口内炎ができる原因になるため、1−3回/1日行う必要がある 出血しやすいため、歯肉はやさしくマッサージをする ＊肘が曲がらず、歯ブラシが口に届かず細かなブラッシングが難しい人もいる
衣服の着脱	関節を無理に曲げないように、着脱 関節が拘縮している側から袖やズボンを通す ＊膝が曲がらないため、靴下や靴を履くのが難しい人がいる ＊＊指の関節拘縮があり、ボタンを留められない人がいる
爪切り・耳かき	深爪や傷をつけないように注意 免疫が低いので、手足の爪の白癬になる場合もある
ひげそり	本人の使用しやすいものを準備。本人用の電動ひげそりを準備する。かみそりを使用した場合、他者との使い回しはしない。免疫が低いため、発疹（脂漏性湿疹）が出来る場合がある

＊は、関節障害のある場合の日常生活上の事例です

② 直接介護に関わる感染予防（一般と同様）

基本的な感染経路：HIVは血液・精液・膣液・母乳に含まれています。これらに、直接触れなければ感染はしません。

支　援	使用用具	理　由
食　事	手袋	胃液や注入したものが逆流してくる可能性がある
投　薬	手袋	上記同様
移動・入浴介助	移動：不要 入浴：手袋	粘膜（陰部など）に一般的な感染性微生物が存在する可能性がある
排泄介助	手袋 エプロン	排泄物に一般的な感染性微生物が存在する可能性がある
洗　面	不要	
口腔ケア	手袋 エプロン マスク 吸引時や顔を近づけて行う場合は、ゴーグル	唾液が飛び散る可能性がある
衣服の着脱	衣服が排泄物等で汚染されている場合は、手袋	排泄物に一般的な感染性微生物が含まれている可能性がある
爪切り・耳かき	不要	
ひげそり	手袋	出血した場合に感染の可能性がある

③ HIV感染症･血友病に対する間接介護の注意点

支　援	支援内容
居室の掃除	出血痕があったら、手袋をはめ、アルコールで拭き取る。
洗濯	ほかの人と一緒に洗濯をしても、HIVを感染させる可能性はない。

④ 間接介護に関わる感染予防（一般と同様）

支　援	使用用具	理　由
居室の掃除	エプロン 手袋 マスク 必要時、 アルコール	ほこりやMRSAなどが援助者の体内に入り込まないよう。また衣類に装着しないようにする
洗濯	汚染リネンを扱うとき、 手袋 エプロン	血液がついている場合、乾いていれば、感染の可能性はない 血液量が大量で、乾いていない場合、塩素系漂白剤を使用し、殺菌 また、血液の付着したものを破棄する際にはビニール2重以上で包んで、人が触れないようにしてください

スタンダードプリコーションに基づき、記載しているが、施設の基準に準じて、実施してください。

❾ 包括的コーディネーション機能

医療と福祉･介護の連携には、通院先の看護師のアプローチから始まる4つの構成要素から成り立つ一連の作業が必要です。

<包括的コーディネーション機能>

①不足のない情報収集
②包括的アセスメント
③疾患特性を考慮した支援目標･内容の立案
④多職種とのチーム医療による支援実施と評価の継続

患者の心身の状態のみならず、患者各個人の背景や状況を含め、長期の療養を総合的に判断して対応することが求められています。

積極的にコミュニケーションを図りながら、患者への包括的な支援体制を築いていくことを願っています。

厚生労働科学研究費補助金（エイズ対策政策研究事業）
「血液凝固因子製剤による HIV 感染被害者の長期療養体制の整備に関する患者参加型研究」
研究代表者：木村　哲　公益財団法人エイズ予防財団
「HIV 感染血友病患者の医療福祉と精神的ケアにおける課題と連携に関する研究」
研究分担者：大金美和

執筆協力者：
鈴木　ひとみ（独）国立国際医療研究センター病院 ACC
小山　美紀　（独）国立国際医療研究センター病院 ACC
谷口　紅　　（独）国立国際医療研究センター病院 ACC
木内　英　　（独）国立国際医療研究センター病院 ACC
岡　慎一　　（独）国立国際医療研究センター病院 ACC

他、
- はばたき福祉事業団の皆様
- 地域の有料老人ホームの施設長
  ケアマネージャー、看護師
- 院内のメディカルソーシャルワーカー
  リハビリテーション科スタッフ
  ACC のスタッフ

の方々の協力のもと作成しました。

お問い合せ
（独）国立国際医療研究センター病院
エイズ治療・研究開発センター（ACC）
TEL:03-5273-5418（直通）
看護支援調整職　大金 美和

Medical･Welfare･Care

2015(平成27)年 3 月