10

ブロック内中核拠点病院間における相互交流による HIV診療環境の相互評価とMSWと協働による 要介護・要支援者に対する療養支援ネットワーク構築

研究分担者　大金 美和
国立健康危機管理研究機構国立国際医療センター
エイズ治療・研究開発センター　患者支援調整職

研究協力者　杉野 祐子
国立健康危機管理研究機構国立国際医療センター
エイズ治療・研究開発センター　副支援調整職

研究要旨

平成19～28年まで「HIV感染症の医療体制の整備に関する研究班」の分担研究の一環として「HIV/AIDS看護支援体制に関する調査」を看護管理者とHIV感染症の患者に従事するHIV感染症担当看護師（以下、看護師）に対して定期的な調査が実施されてきた。令和2年に診療報酬上のウイルス疾患指導料の施設基準が専従要件から専任要件に緩和され、後天性免疫不全症候群に関する特定感染症予防指針では、エイズ治療拠点病院を中心とする包括的な診療体制の構築や医療機関全体で対応できる体制の整備としてチーム医療の更なる推進を求められるようになった。看護師の人材確保と定着には課題がある中、HIV感染者の病態や療養環境は著しく変化を遂げ、多職種や病院間連携など包括的な課題に対する看護師の役割機能への期待は大きくなっており、所属する医療機関の機能や方針に準じた看護実践を行う仕組みが重要となっている。専従要件の緩和以降、HIV/AIDS看護支援体制に関する調査は行われていない。そこで、1）全国のエイズ治療拠点病におけるHIV感染症担当看護師の活動状況の実態を把握し看護体制や看護師の支援の在り方について探索しHIV感染症看護師の役割や活動、位置づけについて提言することを目的に研究を行ったので報告する。その他、2）首都圏エイズ治療中核拠点病院多職種・行政連絡会議（看護分科会）における看護体制及び活動支援、行政との連携によるHIV看護ネットワーク構築の検討、3）看護師間・多職種間の相互交流における協働支援の習得・普及と療養支援のネットワーク構築の検討、4）HIV感染初期患者への疾患や治療、療養に関する説明に対し補足または理解の向上を目指した教材の制作、の取り組みを報告する。

A. 研究目的

1）全国のエイズ治療拠点病におけるHIV感染症担当看護師の活動状況の実態を把握し看護体制や看護師の支援の在り方について探索しHIV感染症看護師の役割や活動、位置づけについて提言する。
2）首都圏エイズ治療中核拠点病院多職種・行政連絡会議（看護分科会）における看護体制及び活動支援、行政との連携によるHIV看護ネットワーク構築の検討
3）看護師間・多職種間の相互交流における協働支援の習得・普及と療養支援のネットワーク構築の検討
4）HIV感染初期患者への疾患や治療、療養に関する説明に対し補足または理解の向上を目指す教材の制作。

B. 研究方法

1）HIV感染症の看護支援体制調査

(1) 方法

郵送法によるアンケート調査

(2) 対象

エイズ治療拠点病院366施設（ACC除く）の看護管理者（366名）、HIV担当看護師（366施設×1施設5名まで)、HIV診療医師（366×1施設2名まで）において、本研究に同意が得られた者。

同意取得：本研究の趣旨を文書にて説明しアンケート回答用紙の同意確認欄で同意を得たもの。

登録期間：2025年1月14日～2月28日まで。

(3) 調査項目

調査票A, B, Cの対象と質問内容は下記の通り。

・調査票A（看護管理者）：看護管理者における看護師の配置や役割、看護活動への認識、育成に関する意見など

・調査票B（HIV感染症担当看護師）：配属先や業務体制に関すること、HIV感染症患者への「療養指導・相談対応の実施状況」、5分類50項目の実施の有無を確認した。

a. 患者情報収集・アセスメント（6項目）
b. 療養継続支援（14項目）
c. 意思決定支援（5項目）
d. チーム医療による包括医療（14項目）
e. 院外の機関との協働（11項目）

・調査票C（HIV診療担当医師）：HIV診療チームによる看護師の活動状況、看護活動への医師による認識など。

(4) 分析

各項目のカテゴリー型データについては割合を計算する。調査票A, B, Cの解析集団に分け、医療区分（ブロック拠点病院、中核拠点病院、一般拠点病院）にて比較検討する。

(5) 考察

先行して実施した「看護支援体制に関するアンケート調査」の分析結果を踏まえ、HIV医療に関わる特定集団に対し、HIV看護支援体制における実体験や認識、現状の課題等をヒアリングし整理した。

＜倫理面への配慮＞

本研究の実施は、倫理面への配慮を十分に行い実施した（承認番号：JIHS-S-004967-01承認)。

2）首都圏エイズ治療中核拠点病院多職種・行政連絡会議（看護分科会）における看護体制及び活動支援、行政との連携によるHIV看護ネットワーク構築の検討

(1) 出席者

ACC/首都圏エイズ治療中核拠点病院（1都:3施設、4県：5施設、オブザーバー1施設）のHIV診療に携わる担当看護師12名

(2) 検討事項

①看護師の活動支援
②中核拠点病院としての機能を担うことの実施評価に必要な活動項目
③HIV看護ネットワーク構築

3）看護師間・多職種間の相互交流における協働支援の習得・普及と療養支援のネットワーク構築の検討

(1) 令和7年度HIV感染症看護師成果発表シンポジウムin関東甲信越の企画運営

①開催趣旨と目的、実施状況
②協働支援のポイント
③HIV感染症担当看護師の相互交流セミナー報告書

(2) 令和7年度HIV診療に携わる看護職と心理職の相互交流セミナーの企画運営

①開催趣旨と目的、実施状況
②協働支援のポイント
③HIV感染症に携わる看護職と心理職の相互交流セミナー報告書

4）HIV感染初期患者への疾患や治療、療養に関する説明に対し補足または理解の向上を目指す教材の制作

(1) 既存の教材「からだ・こころ・くらし・くすりノート（通称：患者ノート）の配布状況と活用実態の把握

(2) HIV感染初期患者向け教材（リング製本）を制作し普及する。

C. 研究結果

1）HIV感染症の看護支援体制調査

(1) 調査結果（選択型回答）

調査票の有効回答数は、調査票A（看護管理者）：122名、調査票B（HIV感染症担当看護師）：402名、調査票C（HIV診療担当医師）：208名であった。調査票ABCについて、医療区分（ブロック拠点病院、中核拠点病院、一般拠点病院）に分類し比較検討した。

調査票Ａ 看護管理者対象調査　結果表

表A-1　医療区分（N=122）

	n	%
ブロック拠点病院	11	9.0
中核拠点病院	35	28.7
一般拠点病院	76	62.3

表A-2　現在通院しているHIV感染者患者数（N=122）

	全体（N=122）	ブロック拠点病院（n=11）	中核拠点病院（n=35）	一般拠点病院（n=76）
1～9人	27.9%	0.0%	5.7%	42.1%
10～19人	8.2%	0.0%	8.6%	9.2%
20～49人	22.1%	36.4%	22.9%	19.7%
50～99人	17.2%	9.1%	20.0%	17.1%
100人以上	24.6%	54.5%	42.9%	11.8%

表A-3　1日に受診される患者数概算（N=122）

	全体（N=122）	ブロック拠点病院（n=11）	中核拠点病院（n=35）	一般拠点病院（n=76）
0人	9.8%	0.0%	0.0%	15.8%
1～5人	64.8%	45.5%	57.1%	71.1%
6～20人	19.7%	36.4%	34.3%	10.5%
21～50人	3.3%	9.1%	5.7%	1.3%
51人以上	0.8%	9.1%	0.0%	0.0%
無回答	1.6%	0.0%	2.9%	1.3%

表A-4　ウイルス疾患指導料２施設基準加算算定（N=122）

	全体（N=122）	ブロック拠点病院（n=11）	中核拠点病院（n=35）	一般拠点病院（n=76）
算定している	57.4%	100.0%	77.1%	42.1%
算定していない	40.2%	0.0%	22.9%	53.9%
無回答	2.5%	0.0%	0.0%	3.9%

表A-5　HIV感染症の診療を行っている外来の看護師配置の有無（N=122）

	全体（N=122）	ブロック拠点病院（n=11）	中核拠点病院（n=35）	一般拠点病院（n=76）
配置がある	75.4%	100.0%	88.6%	65.8%
配置なし	24.6%	0.0%	11.4%	34.2%

表A-6　配置している看護師は専任か専従か（N=92, 複数回答）

	全体（N=92）	ブロック拠点病院（n=11）	中核拠点病院（n=31）	一般拠点病院（n=50）
専任	62.0%	81.8%	54.8%	62.0%
専従	15.2%	54.5%	19.4%	4.0%
その他	32.6%	18.2%	35.5%	34.0%

※診療料の外来の看護師配置があると回答した92件を分析対象とした。

表A-7　配置している看護師の体制（N=92, 複数回答）

	全体（N=92）	ブロック拠点病院（n=11）	中核拠点病院（n=31）	一般拠点病院（n=50）
病棟外来の一元化体制（病棟と外来をローテーションする）	6.5%	0.0%	12.9%	4.0%
外来と病棟の配置は分離している	78.3%	72.7%	67.7%	86.0%
その他	10.9%	27.3%	9.7%	8.0%
無回答	4.3%	0.0%	9.7%	2.0%

※診療料の外来の看護師配置があると回答した92件を分析対象とした。

表A-8　患者に対して療養指導・相談対応をおこなっている看護師有無（N=122）

	全体（N=122）	ブロック拠点病院（n=11）	中核拠点病院（n=35）	一般拠点病院（n=76）
いる	69.7%	100.0%	85.7%	57.9%
いない	28.7%	0.0%	8.6%	42.1%
無回答	1.6%	0.0%	5.7%	0.0%

表A-9　看護師が院内活動で担っているもの

	全体（n=85）	ブロック拠点病院（n=11）	中核拠点病院（n=30）	一般拠点病院（n=44）
HIV感染症患者への療養指導や相談対応	92.9%	100.0%	96.7%	88.6%
HIV診療チームのケースカンファ	67.1%	72.7%	83.3%	54.5%
HIV診療チームの運営会議・ミーティングへの参加	61.2%	100.0%	73.3%	43.2%
医療従事者向けの研修会などの開催	43.5%	63.6%	63.3%	25.0%
院内スタッフへのHIV患者への療養支援に関する指導やコンサルテーション	44.7%	72.7%	50.0%	34.1%
その他	3.5%	9.1%	3.3%	2.3%

※HIV感染症患者に対して療養指導・相談対応をおこなっている看護師がいる85件の医療区分に対して%算出

表A-10　看護師が院外活動で担っているもの

	全体（n=85）	ブロック拠点病院（n=11）	中核拠点病院（n=30）	一般拠点病院（n=44）
拠点病院からの患者への療養指導・相談対応に関するコンサルテーション	29.4%	72.7%	30.0%	18.2%
拠点病院以外（一般病院やクリニックなど）へのコンサルテーション	25.9%	54.5%	30.0%	15.9%
行政や拠点病院等が開催するHIV関連会議への参加	75.3%	100.0%	86.7%	61.4%
地域の介護事業所、訪問看護ステーション等が開催する会議への参加	22.4%	36.4%	33.3%	11.4%
地域の医療従事者向けの研修会などの開催	37.6%	63.6%	56.7%	18.2%
その他	2.4%	9.1%	3.3%	0.0%

※HIV感染症患者に対して療養指導・相談対応をおこなっている看護師がいる85件の医療区分に対して%算出

＜調査票A＞

a. 施設状況

・看護管理者122名より回答があり、このうち医療区分の内訳は、ブロック拠点病院11施設（9.0%）、中核拠点病院35名（28.7%）、一般拠点病院76名（62.3%）であった（表A-1）。全国のエイズ治療拠点病院366施設（当センターを除く調査時の施設数）の医療区分別における今回の調査協力の割合は、ブロック拠点病院11施設/14施設中（78.6%）、中核拠点病院35名/59施設中（59.3%）、一般拠点病院76名/293施設中（25.9%）であった。

・現在通院中のHIV感染者数では、ブロックは100人以上（54.5%）が最も多く、中核は20-49人（22.9%）、一般が1～9人（42.1%）（表A-2）であった。一方で1日に受診される患者数概算では、どの医療区分も1～5人が最も多かった（ブロック45.5%/ 中核57.1%/ 一般71.1%）（表A-3）。

・「ウイルス疾患指導料2施設基準加算の算定をしている」は全体で57.4%（ブロック100%/ 中核77.1%/ 一般42.1%）であった。（表A-4）。

b. 看護師配置

・「HIV感染症の診療を行っている外来の看護師配置あり」92名75.4%（ブロック100%/ 中核88.6%/ 一般65.8%）（表A-5）であった。ちなみに外来の看護師配置の有無は、通院している患者数や、1日に受診する患者数に比例するものではなかった。

・看護師配置ありと回答した者のうち「専従・専任について」、専従（複数回答）は全体で15.2%（ブロック54.5%/ 中核19.4%/ 一般4.0%）、専任（複数回答）は全体62.0%（ブロック81.8%/ 中核54.8%、一般62.0%）と、専従よりも専任配置が多かった（表A-6）。

・「配置体制について」、“外来と病棟の配置が分離している体制”がどの医療区分でも多かった（表A-7）。

c. 看護業務

・「患者に対して療養指導・相談対応をおこなっている看護師あり」は全体で85名69.7%（ブロック100%、中核85.7%、一般57,9%）（表A-8）であった。

・療養指導・相談対応をしている看護師85名について、看護管理者が「院内活動で担っているもの」と認識しているもの上位3つは、“HIV感染症患者への療養指導や相談対応”92.9%（ブロック100%/ 中核96.7%/ 一般88,6%）、“HIV診療チームのケー

スカンファレンス”67.1%（72.7%/ 83.3%/ 54.5%）、“HIV診療チームの運営会議・ミーティング”61.2%（100%/ 73.3%/ 43.2%）（表A-9）であった。

・一方、看護管理者が「院外活動で担っているもの」と認識している中で最も多かったのは、”行政や拠点病院等が開催するHIV 関連会議への参加”が全体で75.3%（ブロック100%/ 中核86.7%/ 一般61.4%）、次いで多かったのは極端に低い割合の、“地域の医療従事者向けの研修会などの開催”37.6%（63.6%/ 56.7%/ 18.2%）、“拠点病院からの患者への療養指導・相談対応に関するコンサルテーション”29.4% （72.7%/ 30.0%/ 18.2%）（表A-10）で、院内に比べて院外活動を担う認識は低かった。

・「HIV感染症患者の療養指導や相談対応への看護師の配置や育成に関する意見」として、自由記載より回答を得た。

＜調査票B＞

a. HIV感染症担当看護師の基礎情報

・看護師402名の「医療区分」内訳は、ブロック拠点病院37名（9.2%）、中核拠点病院125名（31.1%）、一般拠点病院240名（59.7%）であった（表B-1）。

・「外来でのHIV感染症患者に対する、直接の療養指導・相談対応をしている」は、全体で207名51.5%（ブロック83.8%/ 中核74.4%/ 一般34.6%）（表B-2）であった。

・「これまでに患者の療養指導・相談対応に従事した累積年数」は、各年数にばらつきがみられた。1年未満は全体で16.9%、ブロックは他の医療区分に比べて1年未満は6.5%と低くかった。3年以上（3～5年未満、5～10年未満、10年以上）が全体の57.5%を占めており、約半数が2年の専任要件を満たしていた（表B-3）。10年以上という長い期間、HIV感染症看護に携わってきた看護師がどの医療区分にも存在しており、中でもブロックは32.3%と他の医療区分に比較して高い割合であった。

・「役職」は、全体の中で“看護師長”8.0%、“副看護師長”31.1%であった（表B-23）。

・「配属先」は、“一般外来”がどの医療区分でも6割以上を占めていた。“その他”は11.2%で、多くは感染管理部門であった（表B-24）。

・「勤務形態」は全体の60.4%が“日勤のみ”と回答し、どの医療区分でも最も多かった。“時短勤務”が全体の中で5.2%存在していた。（表B-25）。

・「日本エイズ学会認定の資格」では、ブロックは

調査票B 看護師対象調査 結果表

表B-1 医療区分（N=402）

	n	%
ブロック拠点病院	37	9.2
中核拠点病院	125	31.1
一般拠点病院	240	59.7

表B-2 外来でのHIV感染症患者に対する、直接の療養指導・相談対応（N=402）

	全体（N=402）	ブロック拠点病院（n=37）	中核拠点病院（n=125）	一般拠点病院（n=240）
対応している	51.5%	83.8%	74.4%	34.6%
対応していない	47.8%	16.2%	25.6%	64.2%
無回答	0.7%	0.0%	0.0%	1.3%

表B-3 これまでに患者の療養指導・相談対応に従事した累積年数（N=207）

	全体（N=207）	ブロック拠点病院（n=31）	中核拠点病院（n=93）	一般拠点病院（n=83）
1年未満	16.9%	6.5%	17.2%	20.5%
1～3年未満	24.2%	22.6%	25.8%	22.9%
3～5年未満	16.9%	19.4%	18.3%	14.5%
5～10年未満	19.3%	19.4%	19.4%	19.3%
10年以上	21.3%	32.3%	19.4%	19.3%
無回答	1.4%	0.0%	0.0%	3.6%

※HIV感染症患者に対して外来で直接療養指導・相談対応をしている207人に限って集計

表B-4 外来で1日に療養指導・相談対応をするHIV感染症の患者数（N=207）

	全体（N=207）	ブロック拠点病院（n=31）	中核拠点病院（n=93）	一般拠点病院（n=83）
0人	16.4%	3.2%	15.1%	22.9%
1人	26.1%	16.1%	28.0%	27.7%
2～3人	26.1%	29.0%	28.0%	22.9%
4～9人	17.9%	19.4%	17.2%	18.1%
10人以上	11.1%	32.3%	11.8%	2.4%
無回答	2.4%	0.0%	0.0%	6.0%

※HIV感染症患者に対して外来で直接療養指導・相談対応をしている207人に限って集計

表B-5 外来で1日に時間を設けて指導・相談の面談をするおおよそのHIV感染症の患者数（N=207）

	全体（N=207）	ブロック拠点病院（n=31）	中核拠点病院（n=93）	一般拠点病院（n=83）
0人	22.7%	0.0%	22.6%	31.3%
1人	38.6%	32.3%	44.1%	34.9%
2～3人	21.3%	41.9%	19.4%	15.7%
4～9人	10.1%	16.1%	8.6%	9.6%
10人以上	4.3%	9.7%	4.3%	2.4%
無回答	2.9%	0.0%	1.1%	6.0%

※HIV感染症患者に対して外来で直接療養指導・相談対応をしている207人に限って集計

表B-6 HIV感染症の患者と面談を行う場所（N=207, 複数回答）

	全体（N=207）	ブロック拠点病院（n=31）	中核拠点病院（n=93）	一般拠点病院（n=83）
診察室	41.5%	25.8%	48.4%	39.8%
外来の待合や受付	26.1%	19.4%	30.1%	24.1%
外来の面談室	64.7%	83.9%	63.4%	59.0%
他部署で共用の面談室	10.1%	6.5%	8.6%	13.3%

※HIV感染症患者に対して外来で直接療養指導・相談対応をしている207人に限って集計

表B-7 患者一人にかかる面談の時間（N=207）

	全体（N=207）	ブロック拠点病院（n=31）	中核拠点病院（n=93）	一般拠点病院（n=83）
5分未満	9.7%	3.2%	11.8%	9.6%
5～15分未満	48.3%	61.3%	44.1%	48.2%
15～30分未満	34.3%	35.5%	37.6%	30.1%
30分～60分未満	6.3%	0.0%	6.5%	8.4%
無回答	1.4%	0.0%	0.0%	3.6%

※HIV感染症患者に対して外来で直接療養指導・相談対応をしている207人に限って集計

表B-8 面談に最長どのくらいの時間を確保することができるか（N=207）

	全体（N=207）	ブロック拠点病院（n=31）	中核拠点病院（n=93）	一般拠点病院（n=83）
15分未満	17.4%	3.2%	17.2%	22.9%
15～30分未満	37.2%	25.8%	45.2%	32.5%
30分～60分	35.3%	58.1%	29.0%	33.7%
60分以上～120分	7.7%	9.7%	8.6%	6.0%
無回答	2.4%	3.2%	0.0%	4.8%

※HIV感染症患者に対して外来で直接療養指導・相談対応をしている207人に限って集計

表B-9 面談をおこなうときの時間の確保の仕方（N=207）

	全体（N=207）	ブロック拠点病院（n=31）	中核拠点病院（n=93）	一般拠点病院（n=83）
患者の受診状況に合わせて、自分の業務を調整して面談をおこなっている	78.3%	93.5%	77.4%	73.5%
自分が面談可能な日時に合わせて、患者に受診の調整や時間の確保をしてもらっている	1.0%	0.0%	0.0%	2.4%
自分が面談可能な日時に合わせて、患者に受診の調整や時間の確保をしてもらっている	10.6%	6.5%	8.6%	14.5%
時間の確保はできないので、時間が空いた時のみ面談を実施している	7.7%	0.0%	12.9%	4.8%
その他	1.0%	0.0%	1.1%	1.2%
無回答	1.4%	0.0%	0.0%	3.6%

※HIV感染症患者に対して外来で直接療養指導・相談対応をしている207人に限って集計

表B-10　外来で面談をおこなう患者をどう決めているか（N=207, 複数回答）

	全体（N=207）	ブロック拠点病院（n=31）	中核拠点病院（n=93）	一般拠点病院（n=83）
受診したすべての患者と面談する	23.7%	51.6%	21.5%	15.7%
初診や治療開始前など面談のタイミングが決まっている	55.1%	48.4%	60.2%	51.8%
看護師間の申し送りや診療録の情報から面談するかどうか決めている	44.9%	41.9%	55.9%	33.7%
患者の様子に変化を感じた時や患者から依頼があった場合に面談するかどうか決めている	52.7%	48.4%	62.4%	43.4%
医師からの依頼があった場合に面談する	40.6%	29.0%	44.1%	41.0%
その他	13.0%	22.6%	10.8%	12.0%

※HIV感染症患者に対して外来で直接療養指導・相談対応をしている207人に限って集計

表B-11　患者からの電話相談はどのようにして受けているのか（N=207, 複数回答）

	全体（N=207）	ブロック拠点病院（n=31）	中核拠点病院（n=93）	一般拠点病院（n=83）
外来受付の電話で受ける	37.7%	35.5%	49.5%	25.3%
自分の所属する部署の電話で受ける	34.8%	29.0%	31.2%	41.0%
個人に割り当てられた電話で受ける	19.8%	48.4%	12.9%	16.9%
その他	8.2%	16.1%	8.6%	4.8%
電話相談を受けていない	15.5%	3.2%	14.0%	21.7%

※HIV感染症患者に対して外来で直接療養指導・相談対応をしている207人に限って集計

表B-12　患者一人に対し電話相談にかかる平均時間（N=175）

	全体（N=175）	ブロック拠点病院（n=30）	中核拠点病院（n=80）	一般拠点病院（n=65）
5 分未満	23.4%	10.0%	22.5%	30.8%
5～15 分未満	50.9%	60.0%	51.3%	46.2%
10～20 分未満	16.6%	23.3%	20.0%	9.2%
20 分～30 分未満	3.4%	0.0%	5.0%	3.1%
30分以上	1.1%	0.0%	0.0%	3.1%
無回答	4.6%	6.7%	1.3%	7.7%

※「電話相談を受けていない」と回答した32人を除く175人に限って集計

表B-13　外来で対応する電話相談の内容（N=175, 複数回答）

	全体（N=175）	ブロック拠点病院（n=30）	中核拠点病院（n=80）	一般拠点病院（n=65）
受診、症状、日常生活に関すること	93.7%	93.3%	96.3%	90.8%
医療費・障害者福祉サービス、就労に関すること	32.6%	53.3%	26.3%	30.8%
家族やパートナー等からの患者の病状などに関すること	26.3%	43.3%	26.3%	18.5%
他の医療機関に通院している患者からの問い合わせ	25.7%	40.0%	27.5%	16.9%
その他	10.9%	13.3%	13.8%	6.2%

※「電話相談を受けていない」と回答した32人を除く175人に限って集計

表B-15　院内取り組み：看護師間の事例検討（N=402）

	全体（N=402）	ブロック拠点病院（n=37）	中核拠点病院（n=125）	一般拠点病院（n=240）
定期的におこなっている	10.9%	48.6%	12.0%	4.6%
必要時おこなっている	40.5%	35.1%	53.6%	34.6%
おこなっていない	47.3%	16.2%	32.8%	59.6%
無回答	1.2%	0.0%	1.6%	1.3%

表B-16　院内取り組み：HIV感染症の対応のマニュアルや看護基準に基づく看護実践（N=402）

	全体（N=402）	ブロック拠点病院（n=37）	中核拠点病院（n=125）	一般拠点病院（n=240）
おこなっている	62.2%	89.2%	66.4%	55.8%
おこなっていない	18.7%	5.4%	12.0%	24.2%
マニュアルや看護基準がない	17.4%	5.4%	20.0%	17.9%
無回答	1.7%	0.0%	1.6%	2.1%

表B-17　院内取り組み：院内スタッフからの相談対応または院内スタッフへの指導（N=402）

	全体（N=402）	ブロック拠点病院（n=37）	中核拠点病院（n=125）	一般拠点病院（n=240）
おこなっている	37.6%	75.7%	48.8%	25.8%
おこなっていない	25.4%	8.1%	26.4%	27.5%
依頼がない	36.3%	16.2%	24.8%	45.4%
無回答	0.7%	0.0%	0.0%	1.3%

表B-18　院内取り組み：療養指導・相談対応について指導を受ける人（N=402, 複数回答）

	全体（N=402）	ブロック拠点病院（n=37）	中核拠点病院（n=125）	一般拠点病院（n=240）
上司	31.6%	59.5%	35.2%	25.4%
先輩看護師	31.3%	43.2%	45.6%	22.1%
同じ業務に従事している看護師	46.8%	78.4%	60.0%	35.0%
専門看護師・認定看護師	16.7%	35.1%	14.4%	15.0%
日本エイズ学会認定HIV感染症看護師・日本エイズ学会認定HIV感染症指導看護師	18.2%	56.8%	28.0%	7.1%
医師	56.5%	70.3%	57.6%	53.8%
その他	11.4%	10.8%	16.8%	8.8%
いない	9.5%	0.0%	3.2%	14.2%

表B-19　院外取り組み：相談対応または指導をおこなう院外の機関（N=402, 複数回答）

	全体（N=402）	ブロック拠点病院（n=37）	中核拠点病院（n=125）	一般拠点病院（n=240）
エイズ治療拠点病院や HIV 診療を行っている医療機関	11.7%	35.1%	13.6%	7.1%
一般病院（リハビリ、緩和ケア、療養型など含む）	6.2%	29.7%	7.2%	2.1%
クリニックや診療所（例：透析クリニックなど）	4.7%	13.5%	7.2%	2.1%
訪問看護	8.0%	32.4%	8.8%	3.8%
介護事業所など地域の医療や 福祉関連施設	9.2%	40.5%	11.2%	3.3%
保健所・保健センター	6.2%	24.3%	7.2%	2.9%
その他	3.0%	10.8%	3.2%	1.7%
実施したことがない	74.4%	40.5%	72.0%	80.8%

表B-20　院外取り組み：療養指導・相談対応について指導を受ける医療機関（N=402, 複数回答）

	全体（N=402）	ブロック拠点病院（n=37）	中核拠点病院（n=125）	一般拠点病院（n=240）
エイズ治療・研究開発センター（ACC）	23.9%	64.9%	32.0%	13.3%
ブロック拠点病院	26.6%	48.6%	35.2%	18.8%
中核拠点病院	10.2%	18.9%	12.0%	7.9%
拠点病院または HIV 診療をおこなっている医療機関	11.4%	10.8%	10.4%	12.1%
指導を受けたことがない	49.0%	16.2%	44.0%	56.7%

表B-21　地域ネットワーク取り組み：HIV感染症関連の会議への参加（N=402, 複数回答）

	全体（N=402）	ブロック拠点病院（n=37）	中核拠点病院（n=125）	一般拠点病院（n=240）
ブロック拠点病院開催の拠点病院会議	20.9%	67.6%	20.8%	13.8%
ブロック拠点病院開催の拠点病院会議 看護担当者会議	27.6%	75.7%	38.4%	14.6%
中核拠点病院開催の拠点病院会議	15.2%	29.7%	24.8%	7.9%
中核拠点病院開催の拠点病院会議 看護担当者会議	16.7%	45.9%	28.0%	6.3%
行政（都道府県・市区町村など）開催の会議	14.4%	35.1%	19.2%	8.8%
地域の医療や介護福祉関連施設開催の会議	3.0%	8.1%	3.2%	2.1%
NPO・患者支援団体主催の会議	4.0%	27.0%	0.8%	2.1%
その他	4.0%	5.4%	4.8%	3.3%
業務上の命令がない	46.0%	5.4%	32.0%	59.6%

表B-22　地域ネットワーク取り組み：院外向けHIV感染症関連の会議の企画運営（N=402）

	全体（N=402）	ブロック拠点病院（n=37）	中核拠点病院（n=125）	一般拠点病院（n=240）
おこなったことがある	10.2%	35.1%	15.2%	3.8%
おこなったことがない	63.4%	48.6%	69.6%	62.5%
業務上の命令がない	24.1%	13.5%	14.4%	30.8%
無回答	2.2%	2.7%	0.8%	2.9%

表B-23　役職（N=402）

	全体（N=402）	ブロック拠点病院（n=37）	中核拠点病院（n=125）	一般拠点病院（n=240）
看護師長	8.0%	8.1%	5.6%	9.2%
副看護師長・主任	31.1%	37.8%	25.6%	32.9%
看護師	60.0%	51.4%	68.0%	57.1%
無回答	1.0%	2.7%	0.8%	0.8%

表B-24　配属先（N=402）

	全体（N=402）	ブロック拠点病院（n=37）	中核拠点病院（n=125）	一般拠点病院（n=240）
一般外来	63.2%	75.7%	65.6%	60.0%
病棟	20.9%	0.0%	30.4%	19.2%
看護管理部門	4.0%	2.7%	0.0%	6.3%
その他	11.2%	18.9%	4.0%	13.8%
無回答	0.7%	2.7%	0.0%	0.8%

表B-25　勤務形態（N=402）

	全体（N=402）	ブロック拠点病院（n=37）	中核拠点病院（n=125）	一般拠点病院（n=240）
日勤のみ	60.4%	86.5%	52.0%	60.8%
二交代制	24.4%	2.7%	36.8%	21.3%
交代制	4.2%	5.4%	2.4%	5.0%
変則交代	2.0%	0.0%	0.0%	3.3%
時短勤務	5.2%	5.4%	7.2%	4.2%
その他	2.2%	0.0%	1.6%	2.9%
無回答	1.5%	0.0%	0.0%	2.5%

表B-26　日本エイズ学会認定HIV感染症看護師・HIV感染症指導看護師の資格（N=402）

	全体（N=402）	ブロック拠点病院（n=37）	中核拠点病院（n=125）	一般拠点病院（n=240）
学会認定HIV感染症看護師	7.0%	24.3%	11.2%	2.1%
学会認定HIV感染症指導看護師	3.7%	16.2%	5.6%	0.8%
なし	89.3%	59.5%	83.2%	97.1%

表B-27　エイズ治療拠点病院で実施しているHIV看護研修への参加率（%）

	基礎	応用	CNコース
全体（N=402）での参加率	38.3%	17.2%	5.7%
外来でHIV感染症患者に療養指導・相談対応をしている人（N=207）の参加率	54.1%	29.0%	10.6%

表B-14-1　療養指導・相談対応の実施状況（「おこなう」の割合、医療区分別, N=207）

	おこなう全体 (N=207)	ブロック拠点病院 (n=31)	中核拠点病院 (n=93)	一般拠点病院 (n=83)
＜情報収集・アセスメント＞				
①事前に受診予定患者の診療録や看護記録から服薬・療養生活の状況を把握する	90.8%	100.0%	92.5%	85.5%
②診察前に患者から治療や生活状況を聞き取り（問診）、医師への情報提供などをおこなう	71.0%	83.9%	73.1%	63.9%
③診察時または診察後に医師や診療録から診察内容を把握する	94.7%	100.0%	95.7%	91.6%
④診察後に診療内容の理解度を患者に確認する	82.1%	96.8%	81.7%	77.1%
⑤治療計画の見通しから課題を抽出する	75.4%	93.5%	78.5%	65.1%
⑥課題に対して必要な準備・調整をおこなう	82.6%	100.0%	86.0%	72.3%
＜療養継続支援＞				
⑦健康管理や二次感染予防などへの行動変容の働きかけをおこなう	87.4%	96.8%	91.4%	79.5%
⑧内服の飲み忘れや中断などへの行動変容の働きかけをおこなう	91.8%	100.0%	93.5%	86.7%
⑨定期的な受診ができない場合の行動変容への働きかけをおこなう	83.1%	93.5%	84.9%	77.1%
⑩予約に受診しなかった患者の健康状態の確認と受診調整をおこなう	75.4%	87.1%	80.6%	65.1%
⑪症状出現時の相談対応や受診調整をおこなう	87.4%	96.8%	93.5%	77.1%
⑫病名告知後の精神的なサポートをおこなう	83.6%	90.3%	88.2%	75.9%
⑬他者への病名打ち明けの相談対応をおこなう	69.6%	90.3%	71.0%	60.2%
⑭家族やパートナーからの相談対応をおこなう	68.1%	90.3%	74.2%	53.0%
⑮就労や社会生活、経済面などの相談対応をおこなう	74.4%	93.5%	78.5%	62.7%
⑯障害者手帳の活用についての案内や説明をおこなう	50.7%	64.5%	49.5%	47.0%
⑰転院の場合、紹介先の医療機関の診療や看護体制の情報提供をおこなう	60.4%	83.9%	63.4%	48.2%
⑱相談内容に応じて、薬剤師やカウンセラー、ソーシャルワーカーなど必要な職種を紹介する	92.8%	100.0%	92.5%	90.4%
⑲他の医療機関を併診する場合の相談を受ける	71.5%	90.3%	74.2%	61.4%
⑳歯科診療に関する受診相談を受ける	70.5%	96.8%	71.0%	60.2%
＜意思決定支援＞				
㉑患者の価値観や意向、事情などを把握する	91.3%	100.0%	95.7%	83.1%
㉒多職種と情報交換し患者の理解を深める	92.8%	100.0%	94.6%	88.0%
㉓医師や薬剤師からの治療の選択肢の提示を受け、その医学的情報の理解や受け止めを確認する	85.5%	96.8%	83.9%	83.1%
㉔家族やパートナー等の理解度や意向を確認する	71.5%	96.8%	71.0%	62.7%
㉕様々な選択肢から本人にとって最善の治療選択を決定できるよう、その過程を確認する	82.1%	93.5%	87.1%	72.3%
＜チーム医療による包括医療＞				
㉖HIV感染症の診療医と情報共有する	95.7%	100.0%	96.8%	92.8%
㉗HIV以外の診療医と情報共有する	61.4%	93.5%	57.0%	54.2%
㉘患者が入院した病棟の看護師と情報共有する	71.5%	93.5%	72.0%	62.7%
㉙HIV以外の診療科の看護師と情報共有する	67.6%	90.3%	63.4%	63.9%
㉚薬剤師と情報共有する	88.9%	100.0%	93.5%	79.5%
㉛ソーシャルワーカーと情報共有する	93.2%	100.0%	92.5%	91.6%
㉜カウンセラーと情報共有する	72.9%	96.8%	84.9%	50.6%
㉝多職種と情報交換し患者の課題を整理できる	87.4%	96.8%	90.3%	80.7%
㉞院内の必要な職種とチームを構築して支援計画の立案・役割分担の調整をおこなう	65.7%	93.5%	71.0%	49.4%
㉟院外の必要な職種とチームを構築して支援計画の立案・役割分担の調整をおこなう	37.2%	71.0%	37.6%	24.1%
㊱支援計画の実施評価と再検討を行う	51.7%	83.9%	53.8%	37.3%
㊲病棟のケースカンファレンスに参加する	35.7%	51.6%	35.5%	30.1%
㊳退院前カンファレンス（地域支援者等）に参加する	31.4%	51.6%	29.0%	26.5%
㊴地域のケースカンファレンスに参加する	15.5%	25.8%	15.1%	12.0%
＜院外の機関との協働＞				
㊵訪問看護ステーション（訪問看護師）	30.9%	54.8%	29.0%	24.1%
㊶居宅介護事業所（ケアマネージャー）	29.5%	61.3%	24.7%	22.9%
㊷地域包括支援センター（保健師・社会福祉士・ケアマネ等）	28.0%	51.6%	22.6%	25.3%
㊸相談支援事業所（障害者総合支援法の相談支援専門員）	15.9%	38.7%	15.1%	8.4%
㊹地域の医療機関（かかりつけ医・往診医）	17.4%	35.5%	15.1%	13.3%
㊺保健所や保健センター（保健師）	28.0%	58.1%	26.9%	18.1%
㊻介護事業所（ホームヘルパー）	17.9%	35.5%	17.2%	12.0%
㊼入所施設（看護師や職員など）	29.5%	51.6%	30.1%	20.5%
㊽行政の生活保護課（ケースワーカー・担当者など）	22.2%	32.3%	23.7%	16.9%
㊾行政の障害福祉課（担当者・相談員など）	18.4%	22.6%	18.3%	16.9%
㊿患者支援団体等	23.2%	64.5%	17.2%	14.5%

表B-14-2　療養指導・相談対応の実施状況（「おこなわない」の割合、医療区分別, N=207）

	おこなわない		おこなわない理由（おこなわない%、複数回答）				
	%	n	多忙	機会がない	知識・技術がない	業務にない	それ以外
＜情報収集・アセスメント＞							
①事前に受診予定患者の診療録や看護記録から服薬・療養生活の状況を把握する	6.8%	14	64.3%	28.6%	7.1%	14.3%	7.1%
②診察前に患者から治療や生活状況を聞き取り（問診）、医師への情報提供などをおこなう	26.6%	55	40.0%	21.8%	1.8%	14.5%	25.5%
③診察時または診察後に医師や診療録から診察内容を把握する	2.9%	6	16.7%	33.3%	0.0%	33.3%	16.7%
④診察後に診療内容の理解度を患者に確認する	15.0%	31	35.5%	35.5%	9.7%	19.4%	19.4%
⑤治療計画の見通しから課題を抽出する	22.2%	46	26.1%	45.7%	21.7%	13.0%	8.7%
⑥課題に対して必要な準備・調整をおこなう	15.0%	31	22.6%	51.6%	22.6%	9.7%	9.7%
＜療養継続支援＞							
⑦健康管理や二次感染予防などへの行動変容の働きかけをおこなう	10.6%	22	27.3%	50.0%	22.7%	9.1%	13.6%
⑧内服の飲み忘れや中断などへの行動変容の働きかけをおこなう	6.3%	13	15.4%	46.2%	0.0%	7.7%	30.8%
⑨定期的な受診ができない場合の行動変容への働きかけをおこなう	14.5%	30	6.7%	53.3%	6.7%	13.3%	23.3%
⑩予約に受診しなかった患者の健康状態の確認と受診調整をおこなう	22.2%	46	15.2%	43.5%	2.2%	10.9%	30.4%
⑪症状出現時の相談対応や受診調整をおこなう	10.6%	22	4.5%	77.3%	4.5%	9.1%	9.1%
⑫病名告知後の精神的なサポートをおこなう	14.5%	30	6.7%	76.7%	6.7%	3.3%	13.3%
⑬他者への病名打ち明けの相談対応をおこなう	27.5%	57	1.8%	77.2%	12.3%	7.0%	8.8%
⑭家族やパートナーからの相談対応をおこなう	30.0%	62	1.6%	85.5%	11.3%	6.5%	4.8%
⑮就労や社会生活、経済面などの相談対応をおこなう	23.7%	49	2.0%	49.0%	24.5%	10.2%	28.6%
⑯障害者手帳の活用についての案内や説明をおこなう	47.3%	98	1.0%	31.6%	22.4%	24.5%	31.6%
⑰転院の場合、紹介先の医療機関の診療や看護体制の情報提供をおこなう	37.2%	77	1.3%	57.1%	10.4%	18.2%	20.8%
⑱相談内容に応じて、薬剤師やカウンセラー、ソーシャルワーカーなど必要な職種を紹介する	5.3%	11	9.1%	81.8%	9.1%	18.2%	9.1%
⑲他の医療機関を併診する場合の相談を受ける	26.6%	55	1.8%	69.1%	9.1%	14.5%	12.7%
⑳歯科診療に関する受診相談を受ける	27.5%	57	1.8%	66.7%	10.5%	10.5%	17.5%
＜意思決定支援＞							
㉑患者の価値観や意向、事情などを把握する	7.2%	15	13.3%	73.3%	20.0%	13.3%	6.7%
㉒多職種と情報交換し患者の理解を深める	5.8%	12	8.3%	75.0%	8.3%	8.3%	8.3%
㉓医師や薬剤師からの治療の選択肢の提示を受け、その医学的情報の理解や受け止めを確認する	13.0%	27	14.8%	63.0%	7.4%	11.1%	18.5%
㉔家族やパートナー等の理解度や意向を確認する	27.1%	56	7.1%	83.9%	3.6%	5.4%	7.1%
㉕様々な選択肢から本人にとって最善の治療選択を決定できるよう、その過程を確認する	16.4%	34	11.8%	73.5%	5.9%	14.7%	8.8%
＜チーム医療による包括医療＞							
㉖HIV感染症の診療医と情報共有する	2.9%	6	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%
㉗HIV以外の診療医と情報共有する	37.2%	77	2.6%	84.4%	1.3%	9.1%	6.5%
㉘患者が入院した病棟の看護師と情報共有する	27.1%	56	1.8%	83.9%	0.0%	7.1%	12.5%
㉙HIV以外の診療科の看護師と情報共有する	30.0%	62	3.2%	80.6%	0.0%	11.3%	6.5%
㉚薬剤師と情報共有する	9.7%	20	10.0%	95.0%	0.0%	10.0%	5.0%
㉛ソーシャルワーカーと情報共有する	5.3%	11	9.1%	90.9%	0.0%	9.1%	0.0%
㉜カウンセラーと情報共有する	25.6%	53	3.8%	79.2%	1.9%	9.4%	11.3%
㉝多職種と情報交換し患者の課題を整理できる	10.6%	22	0.0%	81.8%	4.5%	9.1%	4.5%
㉞院内の必要な職種とチームを構築して支援計画の立案・役割分担の調整をおこなう	32.9%	68	8.8%	75.0%	4.4%	10.3%	8.8%
㉟院外の必要な職種とチームを構築して支援計画の立案・役割分担の調整をおこなう	61.4%	127	3.1%	78.0%	3.1%	12.6%	9.4%
㊱支援計画の実施評価と再検討を行う	46.4%	96	7.3%	71.9%	3.1%	14.6%	9.4%
㊲病棟のケースカンファレンスに参加する	62.8%	130	4.6%	80.0%	1.5%	9.2%	9.2%
㊳退院前カンファレンス（地域支援者等）に参加する	66.7%	138	4.3%	81.2%	2.9%	10.1%	8.0%
㊴地域のケースカンファレンスに参加する	83.1%	172	2.9%	85.5%	2.3%	7.6%	6.4%
＜院外の機関との協働＞							
㊵訪問看護ステーション（訪問看護師）	63.3%	131	0.8%	84.7%	0.8%	2.3%	6.9%
㊶居宅介護事業所（ケアマネージャー）	64.3%	133	0.8%	82.0%	0.8%	3.0%	8.3%
㊷地域包括支援センター（保健師・社会福祉士・ケアマネ等）	66.7%	138	0.7%	82.6%	0.7%	3.6%	8.0%
㊸相談支援事業所（障害者総合支援法の相談支援専門員）	77.8%	161	0.6%	83.2%	0.6%	2.5%	8.7%
㊹地域の医療機関（かかりつけ医・往診医）	76.3%	158	0.6%	81.6%	0.6%	3.8%	9.5%
㊺保健所や保健センター（保健師）	67.1%	139	0.7%	84.2%	0.7%	2.9%	8.6%
㊻介護事業所（ホームヘルパー）	76.3%	158	0.6%	83.5%	0.6%	3.2%	7.6%
㊼入所施設（看護師や職員など）	64.7%	134	0.7%	82.1%	0.7%	3.0%	9.0%
㊽行政の生活保護課（ケースワーカー・担当者など）	72.0%	149	0.7%	76.5%	0.7%	4.7%	12.8%
㊾行政の障害福祉課（担当者・相談員など）	75.4%	156	0.6%	76.3%	0.6%	4.5%	12.8%
㊿患者支援団体等	70.5%	146	0.7%	82.9%	0.7%	1.4%	10.3%

“学会認定HIV感染症看護師”24.3%、“HIV感染症指導看護師”は16.2%存在し、中核、一般にも取得者がいた（表B-26）。

・「エイズ治療拠点病院で実施しているHIV看護研修への参加率」は“看護師全体402名”の場合、基礎38.3&、応用17.2%、CNコース5.7%であった。“外来でHIV感染症患者に療養指導・相談対応をしている人（N=207）”の場合では、参加率”が、基礎54.1%、応用29.0%、CNコース10.6%と割合が高かった（表B-27）。

b. 看護業務体制

・直接の療養指導・相談対応をしている207名について、「外来で1日に療養指導・相談対応をするHIV感染症の患者数」で最も多かったのは、全体では1人及び2～3人が26.1%で、ブロックで多かったのは、10人以上32.3%であった。（表B-4）。

・「外来で1日に時間を設けて指導・相談の面談をするおおよそのHIV感染症の患者数」で最も多かったのは、全体は1人38.6%、ブロックでは2～3人41.9%と、看護師は計画的にも指導相談を行っていた。（表B-5）。

・「HIV感染症の患者と面談を行う場所」は外来の面談室が全体64.7%で多く、どの医療区分も同様であった（表B-6）。その他、診察室、外来の待合や受付、他部署で共有の面談室という回答があった。

・「患者一人にかかる面談の時間」は全体で5～15分未満が48.3%と最も多く、次いで15～30分未満34.3%であり、どの医療区分も同様の傾向であった（表B-7）。30～60分未満は全体で6.3%であり、ほとんどが30分未満の面談で対応していることがわかった。

・しかし「面談に最長どのくらいの時間を確保することができるか」では、全体で30 分～60 分35.3%、60分～120 分7.7%と、実際の面談時間よりも長い時間の確保が可能と回答していた（表B-8）。

・「面談をおこなうときの時間の確保の仕方」では、“患者の受診状況に合わせて、自分の業務を調整して面談をおこなっている”が78.3%と最も多かった。一方、“時間の確保はできないので、時間が空いた時のみ面談を実施している”はブロック0%、中核12.9%、一般拠点4.8%と少数の割合存在していた。（表B-9）。

・「外来で面談をおこなう患者をどう決めているか」について、“受診したすべての患者と面談する”は、ブロックでは51.6%と割合が高く、中核では21.5%、一般は15.%であった。“初診や治療開始前など面談のタイミングが決まっている”では、全体は55.1%（48.4%/ 60.2%/ 51.8%）で、面談実施は半数でシステム化されていた。また、“看護師間の申し送りや診療録の情報から面談するかどうか決めている”では、全体44.9%（41.9%/ 55.9%/ 33.7%）で、継続看護が実践されていた。“患者の様子に変化を感じた時や患者から依頼があった場合に面談するかどうか決めている”では全体52.7%（48.4%/ 62.4%/ 43.4%）で、突然の面談にも対応していた。“医師からの依頼があった場合に面談する”は全体で40.6%（20.9%/ 44.1%/ 41.0%）であった。（表B-10）。

・「患者からの電話相談はどのようにして受けているのか」は、全体では“外来受付の電話で受ける”が37.7%で多かったが、ブロックでは、“個人に割り当てられた電話で受ける”が48.4%と多かった（表B-11）。

・「患者一人に対し電話相談にかかる平均時間」は、全体では5～15分未満が最も多く、どの医療区分も同様であった（表B-12）。

c. 療養指導・相談対応に関すること

・「外来で対応する電話相談の内容」は、全体に“受診、症状、日常生活に関すること”が93.7%で最も多く、どの医療区分でも同様であった。ただし、ブロックで特徴的なこととして、“医療費・障害者福祉サービス、就労に関すること”53.3%、“家族やパートナー等からの患者の病状などに関すること”43.3%、“他の医療機関に通院している患者からの問い合わせ”40.0%など、HIV感染症特有の個人的な相談内容にも対応していた。（表B-13）。

・「療養指導・相談対応の実施状況」について、5分類50項目の中の相関係数の算出では、全体的に各項目間で関連性が認められた。

・「療養指導・相談対応の実施状況（おこなう）」の医療区分ごとの割合は（表B-14-1）に示した通りで、全ての項目の実施割合の平均は、一般54.7%、中核63.6%、ブロック80.0%の順に実施割合が高くなっていた。

・療養指導・相談対応のうち、(1) 情報収取・アセスメント6項目、(2) 療養継続支援14項目、(3) 意思決定支援5項目ついては、どの医療区分でも実施の割合が高かった。

・しかし、(4) チーム医療による包括医療14項目の

うち、“院内”の他職種連携や情報共有は高い割合で実施されていたが、一方で、“院外”のチーム構築や役割分担、病棟や地域のカンファレンス参加についての割合は低くかった。また、(5) 院外の機関との協働11項目に関しては、全ての実施割合が低かった。

・「療養指導・相談対応の実施状況（おこなわない)」については、その割合と、おこなわない理由（多忙、機会がない、知識・技術がない、業務にない、それ以外)」について（表B-14-2）に示した通りである。

・行わない理由に「多忙」と回答した者のうち、それを理由に行っていない上位3つの項目には、分類＜情報収集・アセスメント＞の中の①事前に受診予定患者の診療録や看護記録から服薬・療養生活の状況把握64.3%、②診察前に患者から治療や生活状況を聞き取り（問診)、医師への情報提供40.0%、④診察後に診療内容の患者の理解度の確認35.5%があげられた。

・行わない理由に「機会がない」と回答した者のうち、それを理由に行っていない項目で多かったのは、分類＜情報収集・アセスメント＞の中の⑥課題に対して必要な準備・調整51.6%、分類＜療養継続支援＞の中の⑭家族やパートナーからの相談対応85.5%、⑱相談内容に応じて、薬剤師やカウンセラー、ソーシャルワーカーなど必要な職種の紹介81.8%であった。分類＜意思決定支援＞の中では、㉔家族やパートナー等の理解度や意向の確認83.9%、㉒多職種と情報交換し患者の理解を深める75.0%であった。また、＜チーム医療による包括医療14項目すべて＞、＜院外の機関との協働11項目すべて＞に関して、70%以上の割合で機会がないことを理由に行われていなかった。

・行わない理由に「知識・技術がない」と回答した者のうち、それを理由に行われていない項目で多かったのは、⑮就労や社会生活、経済面などの相談対応24.5%、⑯障害者手帳の活用についての案内や説明22.4%など、MSWが担う活動の他に、⑦健康管理や二次感染予防などへの行動変容の働きかけ22.7%のような、HIV感染症特有の指導相談が含まれていた。

・行わない理由に「業務にない」と回答した者のうち、それを理由に行っていない項目で多かったのは、①事前に受診予定患者の診療録や看護記録から服薬・療養生活状況の把握14.3%、②診察前に患者から治療や生活状況を聞き取り（問診)、医師への情報提供14.5%、④診察後に診療内容の理解度の確認19.4%であった。分類＜療養継続支援＞の中では、⑯障害者手帳の活用についての案内や説明24.5%や、⑱相談内容に応じて、薬剤師やカウンセラー、ソーシャルワーカーなど必要な職種の紹介であった。また、行わない理由の「業務にない」には、⑰転院の場合の紹介先の医療機関の診療や看護体制の情報提供18.2%も含まれていた。

d. 看護の質の向上の取り組み

・「院内取り組み：看護師間の事例検討」について、“定期的におこなっている”と“必要時おこなっている”が、ブロックでは83.7%、中核では65.6%で、一般拠点病院では“行っていない”が半数以上を占めていた（表-B-15)。

・「院内取り組み：HIV感染症の対応のマニュアルや看護基準に基づく看護実践」では、“マニュアルや看護基準がない”は全体で17.4%であり、どの医療区分でも多くはマニュアルや基準に基づき看護実践が行われていた（表-B-16)。

・「院内取り組み：院内スタッフからの相談対応または院内スタッフへの指導」では、どの医療区分でも行われていたが、“依頼がない”が全体36.3%（ブロック16.2%/ 中核24.8%/ 一般45.4%）を占めており、院内でシステム化されていないところもあった（表-B-17)。

・「院内取り組み：療養指導・相談対応について指導を受ける人」では、“同じ業務に従事している看護師”が、ブロック78.4%、中核60.0%、で最も多く、次いで“医師”がブロック70.3%、中核57.6%で多かった。一般は医師が53.8%で最も多く、次いで“同じ業務に従事している看護師”35.0%であった。どの医療区分でも“同じ業務に従事している看護師”または“医師”が、上司、先輩看護師を上回る状況であった（表-B-18)。

・「院外取り組み：相談対応または指導をおこなう院外の機関」では、ブロックにおいては、“介護事業所など地域の医療や福祉関連施設”40.5%、“エイズ治療拠点病院やHIV診療を行っている医療機関”35.1%、訪問看護32.4%に相談対応または指導を行っていた。中核では、“エイズ治療拠点病院やHIV診療を行っている医療機関”13.6%、“介護事業所など地域の医療や福祉関連施設”11.2%と低い割合だが、中核拠点病院の役割機能を担っていた（表-B-19)。

・「院外取り組み：療養指導・相談対応について指導を受ける医療機関」では、中核がブロックに

35.2%、ブロックがACCに64.9%で指導を受けており、支援体制が活用されていた。一方、一般拠点病院は中核拠点病院に相談できるのが望ましいが、中核には7.9%、ブロックには.18.8%と、中核拠点病院の活用が低かった。また、“指導を受けたことがない”が中核44.0%、一般56.7%とみられ、約半数の看護師が支援体制を活用していないことがわかった（表-B-20）。

・「地域ネットワーク取り組み：HIV感染症関連の会議への参加」では、会議へは代表者が参加しているため割合自体は高くないが、どの医療区分でも各種会議に参加している状況がわかった（表-B-21）。

・「地域ネットワーク取り組み：院外向けHIV感染症関連の会議の企画運営」では“おこなったことがある”がブロックで35.1%と多かったが、全体としては、“おこなったことがないが”63.4%と多く、“業務上の命令がない”が24.1%であった（表-B-22）。

＜調査票C＞

a. HIV診療担当医師の基礎情報

・HIV診療担当医師208名の「医療区分」内訳は、ブロック拠点病院23名（11.1%）、中核拠点病院64名（30.8%）、一般拠点病院120名（57.7%）であった（表C-1）。

・主治医としてHIV感染症患者数1人以上のHIV診療担当医師181名についての「医療区分」内訳は、ブロック拠点病院23名（12.7%）、中核拠点病院60名（33.1%）、一般拠点病院97名（53.6%）であった（表C-2）。下記は181名の集計を示す。

b. 診療体制

・「ウイルス疾患指導料の施設基準加算算定あり」は、全体で71.3%であった（表C-3）。

・「HIV診療チームあり・所属している」は、全体で64,6%でブロック91.3%、中核80.0%、一般48.5%であった（表C-4）。

・「HIV診療チームを構成している職種」は、全体に医師、看護師、薬剤師、ソーシャルワーカーは、どの医療区分も85%以上で存在していたが、カウンセラーは、ブロック76.2%、中核81.3%、一般42.6%と割合の差が見られた（表C-5）。

・HIV診療チームに所属している医師のうち「HIV診療チーム活動は組織横断的に院内で活動しているか」は、少数が活動していないと回答していたが、ほぼ定期的及び必要に応じて活動されていた（表C-6）。

・「診療の補助や処置ではなく、療養指導・相談対応をしている看護師がいる」は、ブロック95.2%、中核83.3%、一般72.3%であった（表C-7）。“看護師がいない”との回答は一般が21.3%と多く、“わからない”がどの医療機関にも数％みられた（表C-7）。

・「HIV診療チーム活動で医師が担っていること」で全体の割合が高かったのは、“患者の治療や生活上における問題点の把握とチーム内での共有”94.9%、“患者の療養に関する指導内容や相談対応の検討”80.3%、“HIV 診療チーム以外の他科・他部門などとの情報交換や問題点の共有”73.5%であった。最も割合が低かったのは、“院外の必要な機関への連絡と役割分担の調整”で医師以外が担っているという認識であった。（表C-8-1）。

・一方で「HIV診療チーム活動で看護師が担っていること」で全体の割合が高かったのは、“患者や家族などの思いやニーズの把握とチーム内での共有”86.3%であった。医師と同様に割合が低かったのは、“院外の必要な機関への連絡と役割分担の調整”46.2%、その他“HIV 診療チーム以外の他科・他部門などとの情報交換や問題点の共有”65.0%、“院内の必要な職種への連絡と役割分担の調整”66.7%であった。（表C-8-2）。

・「看護師が担う役割だと思うの割合」で全体で割合が高かったのは、⑨患者や家族らが医師には話せなかった内容について相談を受ける95.6%、次いで①患者が受診したとき、日頃の病状や生活状況を聞き医師に報告する91.2%であった。低かった割合は⑩診療に役立つ他の診療科の医療情報を医師と共有する73.5%、次いで③患者から HIV 感染症治療や症状について相談を受ける77.3%、⑤患者から電話で相談を受ける77.3%であった。（表C-9-1）。

・一方で「看護師が役割と思わない、役割を果たせていない理由」の割合で最も多かったのは、“看護師は忙しいので役割や活動を担えない”38.5%、次いで“看護師のスキルが一定していないので、すべての人が担えない”32.7%、“看護師の主たる業務とは考えていない”29.8%、“看護師以外の職種が担っている”26.0%であった（表C-9-2）。

（2）自由回答

＜調査票A＞

a. 「HIV感染症患者の療養指導・相談対応への看護師の配置や育成に関する意見」の医療区分別の回答

調査票C　医師対象調査　集計表

表C-1　医療区分（N=208）

	n	%
ブロック拠点病院	23	11.1
中核拠点病院	64	30.8
一般拠点病院	120	57.7
無回答	1	0.5

表C-2　医療区分（主治医として HIV患者数１人以上に限る）（N=181）

	n	%
ブロック拠点病院	23	12.7
中核拠点病院	60	33.1
一般拠点病院	97	53.6
無回答	1	0.6

表C-3　ウイルス疾患指導料の施設基準加算算定有無（診療HIV患者数１人以上に限る, 医療区分別, N=181）

	全体（N＝181）	ブロック拠点病院（n=22）	中核拠点病院（n=59）	一般拠点病院（n=92）
算定している	71.3%	95.5%	84.7%	63.0%
算定していない	24.3%	4.5%	15.3%	37.0%

※主治医として外来診療しているHIV感染症の患者がいない人及び設問への無回答を除き算出、カイ二乗検定　p=0.001

表C-4　HIV診療チームの有無（診療HIV患者数１人以上に限る, 医療区分別, N=181）

	全体（N=181）	ブロック拠点病院（n=23）	中核拠点病院（n=60）	一般拠点病院（n=97）
チームあり・所属している	64.6%	91.3%	80.0%	48.5%
チームなし	35.4%	8.7%	20.0%	51.5%

※全体の無回答以外、欠損値は除いている。

表C-5　HIV診療チームを構成している職種（診療HIV患者数１人以上に限る, N=117, 複数回答）

	全体（N=117）	ブロック拠点病院（n=21）	中核拠点病院（n=48）	一般拠点病院（n=47）
医師	99.1%	100.0%	97.9%	100.0%
看護師	88.0%	85.7%	91.7%	85.1%
薬剤師	93.2%	85.7%	93.8%	95.7%
ソーシャルワーカー	88.9%	85.7%	93.8%	85.1%
カウンセラー	65.0%	76.2%	81.3%	42.6%
その他	24.8%	33.3%	27.1%	19.1%

※HIV診療チームがあり所属している人のみで集計、欠損値及びその他に記載されたものは除いている。

表C-6　HIV診療チーム活動は組織横断的に院内で活動しているか（診療HIV患者数１人以上に限る, チーム・所属ありに限る,　N=117）

	全体（N=117）	ブロック拠点病院（n=20）	中核拠点病院（n=48）	一般拠点病院（n=47）
定期的に活動している	66.7%	85.0%	79.2%	46.8%
必要に応じて活動する	29.1%	15.0%	18.8%	46.8%
活動していない	3.4%	0.0%	2.1%	6.4%

※HIV診療チームがあり所属している人のみで集計、欠損値は除いている。

表C-7 診療の補助や処置ではなく、療養指導・相談対応をしている看護師はいるか（N=117）

	全体（N=117）	ブロック拠点病院（n=21）	中核拠点病院（n=48）	一般拠点病院（n=47）
いる	81.2	95.2%	83.3%	72.3%
いない	13.7	0.0%	12.5%	21.3%
わからない	5.1	4.8%	4.2%	6.4%

※HIV診療チームがあり所属している人のみで集計、欠損値を除いて集計。

表C-8-1　HIV診療チーム活動で医師が担っていること（N=117, 複数回答）

	医師 全体（N=117）	ブロック拠点病院（n=21）	中核拠点病院（n=48）	一般拠点病院（n=47）
患者の治療や生活上における問題点の把握とチーム内での共有	94.9%	95.2%	93.8%	95.7%
患者の療養に関する指導内容や相談対応の検討	80.3%	81.0%	81.3%	78.7%
患者や家族などの思いやニーズの把握とチーム内での共有	71.8%	81.0%	62.5%	76.6%
HIV 診療チーム以外の他科・他部門などとの情報交換や問題点の共有	73.5%	81.0%	68.8%	74.5%
院内の必要な職種への連絡と役割分担の調整	70.9%	76.2%	64.6%	74.5%
院外の必要な機関への連絡と役割分担の調整	62.4%	76.2%	56.3%	63.8%
その他	2.6%	0.0%	2.1%	4.3%

※HIV診療チームがあり所属している人のみで集計、欠損値は除いて集計。

表C-8-2　HIV診療チーム活動で看護師が担っていること（N=117, 複数回答）

	看護師 全体（N=117）	ブロック拠点病院（n=21）	中核拠点病院（n=48）	一般拠点病院（n=47）
患者の治療や生活上における問題点の把握とチーム内での共有	85.5%	90.5%	87.5%	80.9%
患者の療養に関する指導内容や相談対応の検討	85.5%	95.2%	85.4%	80.9%
患者や家族などの思いやニーズの把握とチーム内での共有	86.3%	95.2%	91.7%	76.6%
HIV 診療チーム以外の他科・他部門などとの情報交換や問題点の共有	65.0%	90.5%	56.3%	61.7%
院内の必要な職種への連絡と役割分担の調整	66.7%	95.2%	60.4%	59.6%
院外の必要な機関への連絡と役割分担の調整	46.2%	66.7%	39.6%	42.6%
その他	3.4%	0.0%	8.3%	0.0%

※HIV診療チームがあり所属している人のみで集計、欠損値は除いて集計。

表C-9-1　看護師が担う役割だと思う人の割合：医療区分別（N=181）

	全体（N=181）	ブロック拠点病院（n=23）	中核拠点病院（n=59）	一般拠点病院（n=97）
①患者が受診したとき、日頃の病状や生活状況を聞き医師に報告する	91.2%	95.7%	94.9%	88.7%
②患者に病気や治療の基礎知識の説明や生活の注意点などについてアドバイスをする	89.5%	95.7%	96.6%	84.5%
③患者から HIV 感染症治療や症状について相談を受ける	77.3%	91.3%	84.2%	72.9%
④患者から HIV 感染症の治療以外のことも相談を受ける	82.9%	87.0%	87.9%	82.1%
⑤患者から電話で相談を受ける	77.3%	82.6%	88.1%	72.3%
⑥受診に来ない患者に連絡して健康状態の確認や受診を促す	87.3%	95.7%	90.0%	85.3%
⑦医師から説明された治療内容について患者に補足する	84.0%	95.7%	87.5%	84.2%
⑧家族やパートナー等からの相談に対応する	80.1%	82.6%	89.8%	75.0%
⑨患者や家族らが医師には話せなかった内容について相談を受ける	95.6%	100.0%	96.7%	93.8%
⑩診療に役立つ他の診療科の医療情報を医師と共有する	73.5%	86.4%	80.7%	70.5%

表C-9-2　看護師が役割と思わない、役割を果たせていない理由（N=104）

	全体（N=104）	ブロック拠点病院（n=7）	中核拠点病院（n=31）	一般拠点病院（n=66）
看護師は忙しいので役割や活動を担えない	38.5%	28.6%	35.5%	40.9%
看護師の主たる業務とは考えていない	29.8%	14.3%	22.6%	28.8%
看護師以外の職種が担っている	26.0%	14.3%	22.6%	28.8%
看護師のスキルが一定していないので、すべての人が担えない	32.7%	28.6%	29.0%	34.8%
看護師と多職種とのコミュニケーションがうまくとれない	2.9%	0.0%	3.2%	3.0%
看護師が役割として認識していない、取り組もうとしていない	19.2%	0.0%	12.9%	24.2%
看護師が担えなくても診療には困らない	9.6%	28.6%	3.2%	10.6%
外来診療に携わる看護師の配置があるのかわからない	11.5%	0.0%	3.2%	16.7%
その他	14.4%	14.3%	16.1%	13.6%

※看護師の「役割と思わない」、看護師が「役割を果たせていない」と一つでも答えた人を分析対象とした

数は、ブロック8件、中核25件、拠点55件であった。

・ブロック拠点病院：“HIVコーディネーターナースの計画的育成が難しい”（本人の意向と病院側の期待が乖離、育休・WLB等により育成が中断・離職しやすい、基礎→応用の段階的研修や報告会でやりがい喚起をしている）。“体制の脆弱性”（外来と病棟の異動で継続配置ができない、夜勤要員によるローテで継続担当が維持できない、他診療室業務が滞り調整が難しい、継続支援が途切れる、相談対応の窓口が明確でなく体制が脆弱）。“経験者の減少による育成困難”（活動メンバーの減少、未経験者増加で後進育成が難航、ブロック拠点としての教育活動は継続してきたが、メンバー減少や未経験者増で後進育成に苦慮）。

・中核拠点病院：“専任・専従配置が困難”（患者数が少なく専従はコストに見合わず、HIV用PHSを活用し少人数で運用している実例あり）。“多職種や他部門による代替”（HIV看護師不在でも他部門で対応できている、心理職・MSWの代替）。“兼務でHIV対応が不足”（外来業務負担が大きく、HIV看護への参加が限定的）。“育成困難”（異動と退職が頻繁で育成が定着しない、1～2年で担当者が変わり経験の蓄積・継承が困難、中核拠点の研修や事例検討で最低限は担保、認定看護師/ICNの横断活動に期待、研修は外部資源に依存）。

・一般拠点病院：“専任・専従配置が困難”（患者数が極めて少ない、通院1～2名のため配置予定なし、外来診察介助のみで深い関わりは持てていない）。“多職種や他部門による代替”（MSWが相談資格あり対応している、相談は患者サポートセンターで対応）。“育成困難”（ベテラン頼みで次世代の動機づけが難しい、院内研修は難しく拠点主催研修頼み、高齢化対応・在宅連携の必要性も言及）。

b.「看護管理者が思う看護師が担うべき役割と活動について」の医療区分別の回答数は、ブロック10件、中核31 件、拠点48件であった。

・ブロック拠点病院：“総合的なHIV診療体制の推進”（看護師は関係職種と連携し、患者の療養環境を整える役割を担う）。“院内外での知識普及・教育活動”（患者への療養指導だけでなく、院内外での教育や社会貢献活動など）。“患者支援・意思決定支援”（慢性疾患看護として自己管理支援や長期療養の場の検討、感染症看護として偏見差別への対応、安心して医療・社会参加できる体制構築）。“多職種連携・地域連携”（医療・福祉・生活を把握し、院内外の関係機関と連携し最適な医療提供を目指す）。“研修・研究・情報交換”（院内外の医療者への情報交換や研修企画、研究活動も役割の一部）。

・中核拠点病院：“継続的治療・生活支援”（患者の継続治療や日常生活の問題へのサポート）。“地域連携・啓発活動”（市町村役場や保健所と連携し、患者が治療を継続できる支援や生活指導を行う）。“専門的知識の習得と人材育成”（専門的知識を身につけ、HIV外来の整備やネットワーク作りを推進）。“チーム医療の推進”（多職種からなるチームで患者の社会背景や生活情報を把握し、生活やメンタルケアを行う）。“院内外への教育・情報提供”（院内スタッフや地域医療従事者への教育、情報提供、相談窓口設置）。

・拠点病院：“療養指導・相談対応”（MSW、心理士、薬剤師等の多職種との連携による療養指導や相談対応）。“患者の変化への対応”（定期通院患者の変化を見逃さず、日常生活が継続できるようコミュニケーションを行う）。“専門知識・技術の習得”（患者支援に必要な知識・技術の習得や研修参加）。“精神的支援・プライバシー保護”（精神的支援やプライバシー保護、生活支援、服薬・受診対応）。“多職種連携・地域連携”（訪問看護やケアマネ等との連携、地域のクリニックや歯科との連携活動）。

c.「看護師の役割や活動が担えていない、担うことが難しいと思うことと、その理由」の医療区分別の回答数は、ブロック10件、中核27件、拠点42件であった。

・ブロック拠点病院：“役割の集中、業務の多層化”（院内支援のみならずブロック内を支える役割の期待、専門性の維持・高度な判断が求められる、他施設支援や人材育成まで役割が多い、業務量の多さと人員不足の両立困難、研修講義が時間外勤務となり迷う）。

・中核拠点病院：“中間的立場の難しさ”（専従は困難、専任兼務が多い、症例数は一定数あるが専門性維持に不安、日常業務に追われやすい、地域連携の中心的役割を担うが負担感あり、教育・研修機会が限定的）。

・一般拠点病院：“経験不足と支援基盤の脆弱さ”（患者数が少なく経験蓄積が困難、専門知識に自信が持てない、相談・心理社会的支援が十分に行えない、地域連携や紹介体制が不明確）。

・それぞれの医療区分において役割や活動が担えていない、担うことが難しいという理由は異なっていたが、いずれも役割遂行の困難さの背景には、個人要因よりも体制要因のあることがわかった。

2）首都圏エイズ治療中核拠点病院多職種・行政連絡会議（看護分科会）における看護体制及び活動支援、行政との連携によるHIV看護ネットワーク構築の検討

(1) 出席者

ACC/首都圏エイズ治療中核拠点病院（1都：3施設、4県：5施設、オブザーバー1施設）のHIV診療に携わる担当看護師12名

(2) 検討事項

①看護師の活動支援

・中核拠点病院のHIV感染症の担当看護師の活動支援を目的に、個人と組織の持続的な成長を目指すものとして、建設的なフィードバックを活発に行えるための仕組みを検討した。
・中核拠点病院のHIV感染症担当看護師として、どのような活動や成果を必要とするのか、他の施設の活動を参考に自施設での活動を振り返りたいという意見があった。
・看護師の活動支援につながる活動実態を共有するために会議前に提出する事前資料のフォーマットを検討した。

②中核拠点病院としての機能を担うことの実施評価に必要な活動項目

・平成18年3月31日のエイズ中核拠点病院の整備について（通知）には（以下抜粋）、中核拠点病院制度の目的として、地方ブロック拠点病院の患者集中等を改善し都道府県内で適切な医療を受けられるよう都道府県が原則として都道府県内の拠点病院の中から1か所選定し都道府県内の拠点病院間の機能分化を含めた医療体制の再構築を重点的かつ計画的に図られたいと記載されている。
・ACCはブロック拠点病院を支援し、ブロック拠点病院は中核拠点病院を、中核拠点病院は拠点病院をそれぞれ支援するものと位置づけられている。
・中核拠点病院の機能は、平成5年エイズ治療の拠点病院の整備について（通知）を基本に次の機能を有す（以下抜粋）。「高度なHIV診療の実施」として、HIV診療に十分な経験を有する医師、外来における総合的なHIV診療、関係職種からなるチーム医療、入院、全科対応、カウンセリング提供が可能な医療体制の整備。「必要な施設・設備の整備」として、患者のプライバシーを守る外来診療室、病状に応じて個室への収容が可能であること、院内感染防止に必要な備品、診療に必要な機器の整備。「拠点病院に対する研修事業及び医療情報の提供」として、都道府県内の拠点病院の医療従従事者に対する各種研修を実施し、エイズ診療にあたる人材育成を図ること、HIV診療・ケアに関する情報を提供すること。「拠点病院等との連携の実施」として、中核拠点病院は拠点病院等との連携を進めるため、連絡会議を設置し必要な連携調整を図ることがあげられている。
・以上より、中核拠点病院として機能を担うことの実施評価に必要な項目で構成する「活動報告共有シート」を作成し、本会議前に回答を依頼し記入を試みた。

＜活動報告共有シート＞

(a) 看護師の人材活用に関する取り組みやその検証

・感染症担当看護師について

所属部署、HIV感染症診療の専従・専任、兼務する部署

(b) 自施設の患者状況とその実施した支援の特徴を共有し看護実践の質の向上を図る

・自施設について

患者数、月平均通院/登録、新規（AIDS発症）、死亡

薬害：通院/登録（再掲）、死亡（再掲）、肝硬変・肝癌の患者数

・1年間の診療や患者動向について

薬害被害者：HCV関連、血友病関連、併存疾患関連、その他（検診など）。

上記以外の患者：新規患者、定期通院者、他科歯科

・1年間の患者支援について

薬害被害者：HCV関連、血友病関連、併存疾患関連、その他（検診など）

上記以外の患者：新規患者、定期通院者、他科歯科、

・ケアコンサルテーション（相談内容・対処）

(c) 医療従事者に対する最新の知見の普及、人材の育成・活用に向けた研修実施の強化

・研修について

自施設で行ったHIV看護関連の研修（中核拠点病院事業を含む）、研修名称、研修レベル、(基礎・応用・専門)、対象、実施した役割、日本エイズ学会教育研修単位、研修実施の課題等

・HIV感染症担当看護師がかかわった他院や地域で

行った研修（訪問看護、介護事業所、地域包括、保健所、保健センター、学校、NPOなどを含む）
研修名称、研修レベル、(基礎･応用･専門)、対象、実施した役割、日本エイズ学会教育研修単位、研修実施の課題等

(d) 行政との連携によるHIV看護ネットワークの構築

・HIV感染症担当看護師が参加、もしくは運営をおこなった会議について
会議名（回数/年)、主催者、出席者、目的、内容

(e) その他（活動や取り組み）
研究関連、広報（活動報告等)、資材作成（感染予防マニュアル、業務マニュアルの作成等)、その他

・以上、「活動報告共有シート（a）～（e)」を活用し会議を行った結果、活動の実施の有無の他に、実践の経緯に触れ、日常的な活動の見えにくい努力や貢献の可視化が進み、実施の困難さを共感するなど、担当者としての孤立感の解消、行動改善へのモチベーション向上につながった。

③HIV看護ネットワーク構築

・エイズ治療拠点病院案内には医師、看護師等の担当者名と連絡窓口の掲載があり、通院患者がゼロのところでは担当者がいない場合が多い。
・実態が不明なため、看護管理者宛てにHIV感染症看護に携わる看護師の会議開催の案内を郵送するが返信のないケースもある。
・通院患者が存在する拠点病院の看護職とは、可能な限りネットワークを構築し、必要な情報発信が行き届くことが望ましい。
・そこで、中核拠点病院の看護師より、まずは現時点でわかっている一般拠点病院のHIV感染症担当看護師の情報を集めリスト化した。

3）看護師間・多職種間の相互交流における協働支援の習得・普及と療養支援のネットワーク構築の検討

(1) 令和７年度HIV感染症看護師成果発表シンポジウムin関東甲信越の企画運営

①開催趣旨と目的、実施状況

・令和7年度のシンポジウム開催の経緯として、令和5年度のセミナーで事例をもとに臨床の場における課題を取り上げ、看護師の役割や支援について、モデルとなる看護の在り方を共有したが、セミナー終了後のアンケートの中に、慢性的な看護師不足や業務の多忙、施設の事情により、十分に看護を行えずにいるという声が散見された。
・そこで、令和6年度セミナーでは、看護師の人材不足を克服した事例をもとにセミナーを開催したところ、多くの参加者が困難への対応に共感し、セミナー終了後のアンケートでは、様々な事情を抱えた看護師らが、人材不足ながらも支援の取り組みの工夫や、課題を克服しようと努力している状況が明らかとなった。
・看護師間の相互交流セミナーにより、看護師の活動の実態把握とその取り組みが明らかとなったので、これらの経験を共有することを目的に令和7年10月24日に成果発表シンポジウムを開催した。
・セミナーとシンポジウムは看護師が日本エイズ学会認定制度の教育研修単位3単位の取得を可能とした。
・令和7年度成果発表シンポジウムの参加者は看護職87名、事後のアンケート回収26.4%であった(事前登録なしでアドレスを保有していないためメールによるリマインドができず、終了時の回答のみ回収となった)。
・アンケート結果では、初めての参加35%、HIV感染者の療養指導・相談対応に「現在対応」74%、シンポジウムの内容は今後のHIV看護活動の「大変参考になる/参考になる」100%、今後もセミナーに「参加したいと思う」96%と好評であった。

②協働支援のポイント

＜令和５年度セミナー＞

・テーマ「HIV陽性者の長期療養を見据えた医療と生活圏をつなぐHIV感染症看護師の役割」～HIV 看護師の協働による施設の特性を踏まえた転院調整～
・教育講演「「HIV 患者の高齢化に伴う長期療養の対応と課題」
・事例提示「地元に戻る長期療養HIV感染症患者の看護支援を振り返る」
・協働支援のポイントには、紹介元、紹介先の双方の医療機関の担当看護師の役割と支援について焦点を当てた。
・看護師は患者が別の医療機関につながるようハブの役割を担う（患者⇔看護師、看護師間、看護師⇔多職種）
・転院受け入れに伴う患者家族、スタッフにおける課題を事前に共有し調整する。
・患者家族の課題には、転院で環境が変わることに対し差別・偏見に対する大きな不安をかかえてい

ることがある。
・患者家族に相談窓口を紹介することは安心感を担保し、通院継続の支えとなる。
・看護師間では看護計画の申し送り、継続看護を依頼する。
・併存疾患を多く抱えている患者は各診療科間の情報共有による十分な患者理解が患者との信頼につながり、かつ、課題を未然に解消し、円滑な転院に繋げることができる。
・医療者が医療費対応（救済医療の制度）を知らないため、利用可能な制度の情報提供が求められる。
・自施設だけで解決しようとはせず、関係機関や地域と連携・相談しながら患者・家族をサポートすることが大事であると提示した。

＜令和6年度セミナー＞
・テーマ「限られ人材の中で効果的なHIV感染症の看護支援体制を考える」
・教育講演「HIV 感染症がコントロールできるようになった今、新たに看護師に求められるものは?」
・事例提示「HIV陽性者への途切れない支援の工夫」～看護師がつないだ横断的支援のかかわりを振り返る～
・協働支援のポイントには、看護師の役割や人材活用の課題と対策を共有した。
・限られた人材と時間の中で「途切れない支援体制」を構築するためには、自施設の体制の中で使える既存の仕組みを有効活用する。
・コンサルテーション体制を担保し、いつでも誰でも助言を求めてよい関係性づくりが大切である。
・HIV感染症担当看護師が一人で何でも対応するのではなく、他職種含めた代行・補完など看護体制を見直すことが必要である。
・看護部の絶対的なバックアップ体制が必要である。
・横断的活動として、HIV診療体制やHIV診療に関わる成果の可視化など、院内の会議や研修等で定期的に触れ、院内各部門間の連携強化と病院全体の理解をすすめていくことが大切であると提示した。。

③HIV感染症担当看護師の相互交流セミナー報告書

「3年間にわたるHIV感染症担当看護師の相互交流から見えてきた看護体制」として3年間分（R5・R6・R7）の実施報告をまとめた。
・全国エイズ治療拠点病院のHIV感染者に携わる看護職やセミナー後援の行政や関連機関に配布する。

＜実施報告書の構成＞
・セミナー開催の挨拶
・はじめに
・令和5年度セミナー教育講演
・事例提示
・ディスカッション
・開催前後のアンケートの回答
・令和6年度セミナー教育講演
・事例提示
・ディスカッション
・開催前後のアンケートの回答
・令和7年度成果シンポジウム（総括）
・あとがき

（2）令和7年度HIV診療に携わる看護職と心理職の相互交流セミナーの企画運営

①開催趣旨と目的、実施状況
・HIV感染症は長期療養が可能な時代となり、高齢化や合併症のコントロール、メンタルヘルスなど新たな課題も増えている。HIV陽性者をとりまくメンタルヘルスの課題は、精神疾患をはじめ服薬・闘病疲れやセクシュアリティによる生きづらさ、HIVに対する差別・偏見など多岐にわたり、HIV治療や療養に影響を及ぼすことがわかっている。
・本会は、メンタルヘルスの課題をもつHIV陽性者の支援について振り返り、看護職と心理職のそれぞれの役割に基づいた協働と、支援について学ぶことを目的として、令和7年11月14日にセミナーを開催した。
・セミナーは看護師が日本エイズ学会認定制度の教育研修単位3単位を取得可能とした。
・令和7年度セミナーの参加者は100名でアンケート回収92%であった。、参加者の職種内訳は看護職59%、心理職29%、その他12%であった。
・アンケートでは、看護職と心理職の協働するメンタルヘルスの支援のポイントを「理解できた」100%、教育講演・事例ディスカッションのテーマは「とても良かった/良かった」100%、今後もセミナーに「参加したいと思う」99%とセミナー開催は好評であった。

②協働支援のポイント
・テーマ「メンタルヘルスに課題のあるHIV陽性者に対する看護職と心理職が協働する支援とは Vol. 3」
・教育講演「HIV陽性者の初診時のメンタルヘスに

関する看護職と心理職のアセスメントと連携のポイント」
・事例提示「葛藤する治療意欲に寄り添いながら、自立的な治療参加を支える支援」
・協働支援のポイントについて、看護職と心理職の役割と支援、医療不信のあるHIV陽性者に対する患者参加型医療の取り組みについて共有した。
・看護職としては、治療全体を見渡し課題をキャッチする。
・葛藤の揺れを繰り返していることを心理職と共に患者を深く理解し、気持ちに寄り添いながら支持的な姿勢で対応する。
・葛藤の要因や心理的反応を理解した上で、治療への理解と意思決定を支え、治療を遂行することは患者参加型医療につながる。
・心理職としては、他の医療者と少し違う立ち位置から本人の訴えを聞く（即ちすぐに決定とせず）。
・思いを語ってもらうことは有益であり、吐露した本音に多職種が大切に関わってもらえるよう働きかける。
・キャッチされた課題にまつわるHIV陽性者の思いや考えを深め、多職種と共有しながら、関わりの方向性を確認することが大切であると提示した。

③HIV感染症に携わる看護職と心理職の相互交流セミナー報告書
・3年間分（R5・R6・R7）の実施報告をまとめた。
・全国エイズ治療拠点病院のHIV感染者に携わる看護職や心理職、セミナー後援の行政や関連機関に配布する。

＜実施報告書の構成＞
・セミナー開催の挨拶
・はじめに
・令和5年度セミナー教育講演
・事例提示
・ディスカッション
・開催前後のアンケートの回答
・令和6年度セミナー教育講演
・事例提示
・ディスカッション
・開催前後のアンケートの回答
・令和7年度セミナー教育講演
・事例提示
・ディスカッション
・開催前後のアンケートの回答
・あとがき

4）HIV感染初期患者への疾患や治療、療養に関する説明に対し補足または理解の向上を目指した教材の制作。

（1）既存の教材「からだ・こころ・くらし・くすりノート（通称：患者ノート）の配布状況と活用実態の把握

①配布状況

患者ノートはエイズ治療・研究開発センター（ACC）にて長年、制作・配布しHIV感染初期患者へ治療や療養に関する説明の補助資料として、広く全国の拠点病院等で活用されている。現在のバージョンは2025年2月より配布を開始し、申込による配布施設85施設、送付済み6,412冊（患者配布：3933冊、研修・職員用2479冊）であった。

②活用実態の把握
・患者ノートの申し込みのあった医療機関あてにFormsにて活用状況の調査を依頼し47施設から回答を得た。
・基礎的内容は活用されている
・薬剤詳細は使用頻度が低い
・電子書籍は認知されているが利用は限定的である
・紙媒体は利便性が高く現場で有用
・電子書籍は補完的手段として一定の評価あり
・ 当面は電子媒体と紙媒体の両方の活用が望ましいとの回答が多かった。

（2）HIV感染初期患者向け教材（リング製本）を制作し普及する。
・調査結果より紙媒体の教材が有効と考え、説明時の補足、および理解の向上を目的とした補足資料「これだけは、知っておきたい! HIVはどんな病気」を制作した。
・卓上で患者と共に確認できる自立型のリング製本とし、青色の表面には患者向けの内容、ピンク色の裏面には医療者向けの専門的な内容を記載した。
・全国のブロック拠点病院、中核拠点、拠点病院の患者ノートを活用している施設を含む200施設に発送する。

D. 考察

1. HIV感染症看護支援体制調査

1）HIV感染症看護支援体制調査から

（1）医療区分による体制格差の明確化

本調査では、エイズ治療拠点病院の医療区分（ブロック拠点・中核拠点・一般拠点）により、看護支援体制・実践内容に明確な差が認められた。

a. ブロック拠点病院
・専従・専任看護師配置率が高い
・療養指導・相談対応の実施割合が最も高い（平均80%）
・院内事例検討・院外機関との連携が比較的活発
・医師からも看護師の役割が高く評価されている
→ 高度専門医療機関として、体制整備・人材育成・実践のいずれも機能しているといえる。
b. 中核拠点病院
・専任配置はあるが専従は限定的
・実践割合はブロックより低いが一定水準を維持
・院外との連携や地域支援機能は十分とはいえない
・約4割が院外指導を受けたことがない
→ 地域のハブ機能を担う位置づけだが、支援活用や外部連携が施設によっては十分に機能していない可能性が示唆される。
c. 一般拠点病院
・患者数は少ないが看護師の直接支援実施率は低い
・実践割合平均54.7%と最も低い
・「機会がない」「業務にない」が未実施理由として多い
・約半数が院外指導を受けたことがない
→ HIV看護が構造的にシステム化されていない施設が多いことが明らかになった。

(2) 院内活動と院外連携のアンバランス
a. 院内活動
・情報収集・療養継続支援・意思決定支援は高い実施率
・チーム医療は院内では機能している
b. 院外活動
・地域関連機関との協働、カンファレンス参加、役割分担調整は低実施率
・未実施理由の多くが「機会がない」
→ これは看護師個人の能力不足よりも「構造・機会の欠如」が要因と考えられる。
特に、院外機関との協働11項目、チーム医療の院外機能は全医療区分で低調であり、全国的課題である。

(3) 看護師の役割認識と業務負担
・医師は「患者の思いやニーズの把握」「医師に話せなかった内容の相談対応」について看護師の役割を高く評価している。一方で、「忙しいため担えない」「スキルが一定していない」という理由が挙げられている。
・看護師側でも、未実施理由の上位は「多忙」、次いで「機会がない」であった。
→ 役割期待は高いが、業務設計・時間保障・標準化が不十分であることが示唆された。

(4) 人材育成の課題
・研修参加率は療養指導・相談対応に従事している看護師で高かった。しかしCNコース参加は10%程度、約半数が院外から指導を受けた経験がない
→ 専門性の層は存在するが、裾野拡大が不十分である。特に一般拠点病院では、経験年数が短い,実施率が低い,外部支援活用が少ない、という三重の課題がある。

(5) 時間確保のジレンマ
・実際の面談時間は5～15分が最多だが、「最長で確保可能な時間」は30～60分と回答していた。
→ 自身の業務を調整し理論上は時間確保可能だが、日常業務上は短時間対応に留まっている。これは、専従配置不足、外来業務との兼務体制が影響していると推察される。

(6) 構造的課題の整理
本調査から見える本質的課題は下記の通りである。
① 体制の階層化はあるが機能的連動が弱い
ブロック拠点病院→中核拠点病院→一般拠点病院の支援構造は制度上存在するが、一般から中核への相談活用は低い。
② 院外連携の制度的保障が弱い
「業務命令がない」「機会がない」が未実施理由に多い。
③ 看護業務の公式位置づけが曖昧
「業務にない」という回答が一定数存在する。
④ 多忙による実践制限
役割期待と実行可能性のギャップがある。
⑤医療区分ごとの特徴
HIV感染症看護支援体制が、ブロック拠点病院では成熟しているが、一般拠点では個人の努力に依存の傾向があり、院外連携は全国的に脆弱であることを明らかにした。
特に重要なのは、「能力不足」よりも「構造的機会の不足」の課題であった。

(7) 今後の課題への対応
・中核拠点病院の看護師におけるハブ機能強化
・院外連携活動の業務化・明文化
・標準的HIV看護モデルの全国展開
が政策的に求められる。

2) 看護管理者の認識より
(1) 看護師の“配置・育成”の認識と課題
a. 医療区分ごとの課題

看護管理者が思う看護師の配置や育成に関する認識として、ブロック拠点病院では、役割期待は高いが、配置の継続的な確保・維持が困難で、育成が追い付いていない課題があり、中核拠点病院では、患者数の少なさによる兼務のための業務過多、育成に関しては外部依存の課題がある。一般拠点病院では、患者がより少なく、実質的にHIV看護の機能を形成できない課題がある。

b. 各医療区分に共通する課題

看護師配置や育成を進める上で共通の認識と課題は下記の通りである。

①看護師の人員不足・配置の難しさ
②育成の困難さ・経験機会の不足
③業務負担・調整の難しさ
④専門知識・スキルの継続的な習得と普及
⑤システム・体制の構築不足

(2) 看護師の“役割・活動”の認識と課題

a. 医療区分ごとの課題

看護師の役割や活動に関して、ブロック拠点病院では、専門性やリーダーシップ、教育・研究活動まで幅広い役割を担う難しさ、中核拠点病院は、地域連携や啓発活動、チーム医療の推進に重点を置きつつ、専門知識の習得と人材育成に課題をあげている。拠点病院では、患者数や人員の制約から、療養指導や相談対応、精神的支援など個別対応が中心となり、専門知識の習得や多職種連携の強化が課題となっている。

b. 各医療区分に共通する課題

看護師の役割や活動について共通の認識と課題は下記の通りである。

①多職種連携の重要性（多職種連携が不可欠）
②患者中心の支援（患者の生活や精神面へのサポート、意思決定支援、自己管理支援）
③知識普及と教育活動(院内外への教育や啓発活動)
④地域連携・社会的支援（地域関連機関や行政との連携、患者の社会参加支援）

(3) 看護師が役割や活動を担うことが難しい構造要因

a. 医療区分ごとの課題

看護師が役割や活動を担うことが難しい要因として、ブロックは、「役割の集中と拡大化」が課題であり、役割が多層化・集中化し専門性は高く負担が過重になりやすい。サブリーダー育成や役割分散など、組織的マネジメント強化が必要と考える。中核は「役割と体制の不均衡」が課題であり、専門性と一般業務の両立に困難が生じやすい。専任は兼務が可能で診療報酬を得られるため専任配置を進めつつ看護師の教育支援ネットワークの強化などが必要と考える。一般拠点は、「HIVに関する専門性の育成機会の不足」が課題であり、遠隔相談体制や研修支援の充実が必要と考える。

b. 各医療区分に共通する課題

医療区分ごとの役割と機能として、ブロックは高度支援と人材育成、中核は地域連携のハブ機能、一般拠点は継続療養支援がある。しかし、ブロックは役割集中による負担過重で、中核拠点は体制未整備の中間的困難があり、一般拠点病院は経験不足と不安が生じている。これらは単独施設では解決できない課題が多く、互いに連携の取れる広域ネットワークを強化することで、専門性の共有、負担の分散、経験機会の補完、孤立感の軽減が可能になると考える。

・医療区分ごとに課題の内容は異なるものの、本調査から役割遂行困難の背景には、「人員配置の制約」「教育体制の不足」「役割集中」「施設間格差」という構造要因が存在していた。今後の検討事項としては、個人の努力の促進よりも看護支援体制の設計の再検討が重要であり、「役割の段階的分担」「教育支援の階層化」「広域ネットワークの整備」が必要と考える。そのためには「支える構造の問題」に焦点を当てて、役割の可視化と階層化を明文化することが重要である。

3）HIV医療に関わる特定集団へのヒアリングより

本調査では、先行して実施した「看護支援体制に関するアンケート調査」の分析結果を踏まえ、HIV医療に関わる特定集団（社会福祉法人はばたき福祉事業団、大阪HIV薬害訴訟原告団医療班、看護の有識者、8ブロック拠点病院の代表HIVコーディネーターナース）に対し、HIV看護支援体制およびHIVコーディネーターナースの役割や活動、位置づけに対する認識、現状の課題等をヒアリングし整理した。(HIVコーディネーターナース(以下、HIV-CN)：原告の要望により創設された看護職)

(1) 薬害原告団からの意見

①コミュニケーションとアセスメント向上への期待
・HIV-CNには傾聴力、深堀り力などにより「全人的理解」「気づき」「言語化支援」が期待されている。
・患者の微細な変化に気づき、チームに共有できる能力も求められる。

②チーム内での役割の不明確さ
・転院調整では看護師の介在がないことに違和感がある。医療の継続にCNの関わりは重要。

・HIV-CNには「進行管理役」として継続支援する体制が必要。
・人員不足による個人担当制の困難さは理解しているがHIV-CNには担当制で対応してほしい。
③地域生活支援の弱さ
・地域における偏見や受け入れ拒否の実例あり。
・高齢化・自死事例を背景に、在宅訪問や継続支援への期待あり。
・福祉連携と啓発活動の必要性。

(2) 看護の有識者からの意見

①意思決定支援は看護の専門領域
・治療選択やカミングアウト支援はHIV-CNの重要役割。
②訪問支援の教育的・質的意義
・高齢者の生活イメージのずれによる退院調整のミスマッチを防ぐために、自宅訪問で実際の生活を知ることは、看護の質向上と教育効果をもたらす。
③専門職としての再定義と事業化
・HIV-CNを専門職集団として位置づけ、相談支援を事業化するのも一案。
・就業規定に縛られない横断的活動のモデル事業の提案。
・ゲートキーパー機能の強化
・医療・福祉・介護を繋ぐ総合窓口機能とする。
・福祉介護における制度知識の強化が必要。

(3) 現職HIV-CNからの課題

①任用と指揮命令系統のねじれ
・雇用元と実務指揮系統の不一致がある。
・ブロック拠点病院の看護師が担う役割認識が不明確。
②役割定義・教育体制の不十分さ
・担うべき看護師の役割に関するマニュアル不在、引継ぎ不足。
・ローテーション人事により専門性が蓄積されない。
③院外活動への理解不足
・管理者の理解を得にくく活動制限あり。
・訪問支援は患者希望によるため心理的・制度的障壁あり。
④業務過多と孤立
・ブロック間の連携困難。
・相談できる場の不足。
・兼務による負担増大。

4) 総合的考察

①管理者の共通認識の確立
・HIV-CN役割の再定義と全国的な認識統一が急務。
・管理者交代後も引継ぎ可能な管理者向け書面の策定
②教育内容の充実
・生活背景理解
・高度なコミュニケーション能力
・制度知識強化
・訪問支援を含む実践教育
③院外活動モデルの構築と拡充
・MSWとHIV-CNのチームアウトリーチ体制。
・偏見解消のための啓発活動。
・ACCやブロック拠点病院によるモデル提示と人材育成。

総合的にHIV-CNに対し期待することについては、
・「全人的支援」
・「ゲートキーパー機能」
・「院外連携の推進」
・「専門職としての再規定」が求められていた。

今後は、管理者層への働きかけ・教育体系整備・院外連携モデル構築を柱とした体制再構築が必要である。

2. 首都圏エイズ治療中核拠点病院多職種・行政連絡会議（看護分科会）における看護体制及び活動支援、行政との連携によるHIV看護ネットワーク構築の検討

・「活動報告共有シート」を用いることにより、出席者の報告内容が項目ごとに整理され、他医療機関との比較により課題の抽出やその対応策を検討しやすくなった。
・自施設内にHIV感染症を担当する看護師が自分以外に存在しないことも多く孤立感をもつ看護師は少なくないが、他施設の患者動向や看護師がかかえる困難の共有、支援の状況を知ることにより看護へのモチベーションアップにつながり看護師に対する有効な活動支援と考えられた。
・このシート活用を徐々に普及し全国で活用されることにより、看護体制や看護活動の実態を効率よく把握し、課題の抽出や対応策を検討ができると考えられ、全国的な看護の質の向上にもつながると考える。
・一般拠点病院の看護師の活動の実態の把握は難しい状況だが、中核拠点病院の担当看護師による状況把握とリスト化を継続的に行い、首都圏の一般拠点病院の看護師との双方の情報共有が可能な会

議開催等を検討する。

3. 看護師間・多職種間の相互交流における協働支援の習得・普及と療養支援のネットワーク構築の検討

・看護師相互交流による令和5年度、令和6年度のセミナー、令和7年度のシンポジウムは全て好評であった。3年間の集大成である報告書は、知識の習得・学びを深めることに役立つと考える。
・看護職の人材不足や多忙は、良い意味で多職種と相互補完しながら支援を行うことにつながっているが、包括的な患者理解のないまま、看護師が多職種に支援を任せてしまうことへの危惧がある。看護師が自身の職種の役割をしっかり認識し実践していけるよう今後も事例を通した看護のモデル提示を行いながらセミナーを継続開催していく。
・HIV感染者のメンタルヘルス支援の需要は高まっているが、心理職がHIV感染症の診療科に待機していることは少なく、多くの医療機関では環境的な連携のとりにくさが生じていると考える。看護職がより一層のアンテナを働かせ、HIV陽性者の状態をキャッチし心理職につなぐことが課題であり、今後もセミナーを継続して開催し、看護職と心理職の協働支援の重要性を共有していくことが必要と考える。

4. HIV感染初期患者への疾患や治療、療養に関する説明に対し補足または理解の向上を目指した教材の制作。

・調査結果から紙媒体による教材は利便性が高く現場では有用とされたため、この度、リング製本の教材を制作した。今後は実際に通院患者に活用した状況について調査する。
・患者ノートに関して、電子書籍利用のアクセス数を検証し、次年度は患者ノートの内容の構成を再検討する。

E. 結論

・看護支援体制調査から、「人員配置の制約」「教育体制の不足」「役割集中」「施設間格差」という構造要因の存在が明らかとなった。今後の検討事項として、個人の努力の促進よりも「役割の段階的分担」「教育支援の階層化」「広域ネットワークの整備」等の「支える構造の問題」に焦点を当てて、役割の可視化と階層化を明文化することが重要である。
・薬害被害者支援団体からHIV-CNに対し期待することは、
「全人的支援」「ゲートキーパー機能」「院外連携の推進」
「専門職としての再規定」が求められていた。
・ACCブロックのHIV-CNの機能強化による看護支援体制の再構築が望まれる。

【提言】

HIVコーディネーターナース（HIV-CN）機能強化による看護支援体制の再構築に関する提言

1. HIV-CNの制度的位置づけの明確化

・薬害エイズ裁判史,第4巻恒久対策編(P50～)には、”HIV-CNは原告団が医療体制整備の際に新しい医療の試みとして（旧）厚生省に対し特に導入を求めたシステム”と記載され、政策的に位置づけられてきた経緯がある。
以下抜粋
「チーム医療、包括医療システムの中で個々の患者の側に立って、患者をサポートするスタッフである。患者担当制を原則とし、それぞれの患者に対し、外来、病棟、在宅等療養の場にかかわらず継続した支援を提供する。HIV感染症およびその合併症（日和見感染症）は全身に及ぶことは記述のとおりであるが、そのために他科診療科受診も多い。診療科の調整、連絡も担う。それにとどまらず服薬指導、インフォームドコンセントにおいても、医師を補助し患者の理解度に応じて助言し相談を受けるなど重要な役割を果たす。患者が地方在住の患者である場合には、地方の医療機関とエイズセンターとの橋渡しも行う」とある。
・ACCまたはNHO大阪医療センターにおけるHIV-CNの研修によりブロックや中核拠点病院の看護師を中心にHIV-CNが育成されているが、位置づけについては、自施設の体制に任されているのが現状である。
・HIV-CNの役割機能は3つあり、「セルフケアマネジメント支援」「意思決定支援」「院内外の多職種との連携調整」である。
・HIV-CNの役割機能・位置づけに関する認知度には課題があり、その対策として、HIV-CNの職務内容を国や原告とともに明文化し、全国拠点病院への通知を検討する。
・管理者とHIV-CN共通のガイドライン（引継ぎに対応しうる）を策定し、役割理解を全国で統一す

る。

2. 教育・認定制度の体系化
・全国共通の標準教育プログラムを策定。
・定期的なスーパービジョン体制の構築

3. 院外活動の制度化
・診療報酬とつながる業務の検討
・地域施設向けHIV啓発・教育活動への国からのサポート

4. 専門職としての事業化・持続可能性確保
・専従配置に対するインセンティブの検討（バーンアウトや離職予防）
・専門職キャリアパス整備
・全国CNネットワークの制度的支援（相談システム）

5. 期待される効果
・患者の孤立・自死予防
・地域偏見の軽減
・生活圏の拠点病院への転院調整の円滑化
・医療・福祉・介護の統合的支援の実現
・薬害エイズ問題の風化防止
・HIV感染症の看護支援体制の課題への対応

以上、HIV医療は、急性期医療から慢性期・高齢期支援へと転換期を迎えている。HIV-CNは外来看護師が担っていることが多いが、活動場所は様々な医療・福祉・地域をつなぐ「制度横断的専門職」である。

本提言は、看護の専門性を再定義し、患者の尊厳を守る包括的支援体制を構築するための基盤整備を求めるものである。

＜謝辞＞
本調査の研究にご協力いただいた全国HIV治療拠点病院の看護管理者、HIV感染症担当看護師、HIV診療担当医師の皆様に感謝申し上げます。また、ヒアリングにご協力いただいた社会福祉法人はばたき福祉事業団2名、大阪HIV薬害訴訟原告団医療班3名の皆様、埼玉大学教授の関由起子先生、日本コーディネーター協会理事の水木麻衣子先生、８ブロック拠点病院の代表HIVコーディネーターナースの皆様に重ねて感謝申し上げます。

F. 健康危機情報
なし

G. 研究発表
1. 論文発表
なし

2. 学会発表
口頭発表
国内
1）大金美和,杉野祐子,照屋勝治,上村悠,後藤智己,柿沼章子,岩野友里,花井十伍,潟永博之. HIV 感染症担当看護師の活動や役割に関する看護支援体制の実態と看護管理者の認識調査～ HIV 感染症の看護支援体制に関するアンケート調査より～. 第39回日本エイズ学会学術集会・総会.2025年12月.熊本.
2）杉野祐子,大金美和,照屋勝治,上村悠,後藤智己,柿沼章子,岩野友里,花井十伍,潟永博之. 外来での療養支援の実態把握とHIV 患者が看護師に求める役割に関する検討～ HIV 感染症の看護支援体制に関するアンケート調査より～. 第39回日本エイズ学会学術集会・総会.2025年12月.熊本.
3）宮本里香,上村悠,大金美和,池田和子,野崎宏枝,佐々木愛美,鈴木ひとみ,杉野祐子,谷口紅,栗田あさみ,大杉福子,高橋昌也,木村聡太,近藤順子,中本貴人,高鍋雄亮,丸岡豊,潟永博之. HIV 感染血友病患者の抜歯処置に関する課題の検討. 第39回日本エイズ学会学術集会・総会.2025年12月.熊本.
4）井上桃花,影森彩夏,嶋津佑乃,前田愛子,陳麻理,河原崎彩佳,大木悦子,池田和子,潟永博之,青木孝弘,照屋勝治,上村悠,大金美和,大杉福子. 国立国際医療センターにおける薬害 HIV感染者の入院に関する実態調査. 第39回日本エイズ学会学術集会・総会.2025年12月.熊本.
5）上村悠,大杉福子,佐藤愛美,野崎宏枝,鈴木ひとみ,大金美和,木村総太,高橋昌也,宮本里香,中本貴人,青木孝弘,照屋勝治,潟永博之. 全国のHIV 感染血友病等患者の薬害被害救済のために、ACC 救済医療室で行っている活動. 第39回日本エイズ学会学術集会・総会.2025年12月.熊本.
6）高橋昌也,鈴木ひとみ,池田和子,杉野祐子,谷口紅,大杉福子,野崎宏枝,佐々木愛美,大金美和,

照屋勝治,潟永博之. HIV 感染透析患者の施設入所における課題と支援. 第39回日本エイズ学会学術集会・総会.2025年12月.熊本.

7）佐々木愛美,大金美和,野崎宏枝,大杉福子,鈴木ひとみ,谷口紅,大友健,木村聡太,宮本里香,高橋昌也,杉野祐子,池田和子. HIV 感染血友病患者がアクセスしている健康情報等の内容と手段に関する実態調査. 第39回日本エイズ学会学術集会・総会.2025年12月.熊本.

8）鈴木ひとみ,池田和子,谷口紅,杉野祐子,大杉福子,佐々木愛美,大金美和,高橋昌也,大友健,木村聡太,宮本里香,照屋勝治,潟永博之. ACC 通院中の HIV 感染症高齢患者の居住地と医科併存疾患の通院先について. 第39回日本エイズ学会学術集会・総会.2025年12月.熊本.

9）白阪琢磨,川戸美由紀,橋本修二,三重野牧子,天野景裕,大金美和,岡本学,潟永博之,日笠聡,八橋弘,渡邊大. 血液製剤によるHIV 感染者の調査成績（令和6 年度）第1 報 健康状態と生活状況の概要. 第39回日本エイズ学会学術集会・総会.2025年12月.熊本.

10）三重野牧子,川戸美由紀,橋本修二,天野景裕,大金美和,岡本学,潟永博之,日笠聡,八橋弘,渡邊大,白阪琢磨. 血液製剤によるHIV 感染者の調査成績（令和6 年度）第2 報 悩みやストレスの状況の年次推移. 第39回日本エイズ学会学術集会・総会.2025年12月.熊本.

11）川戸美由紀,大金美和,岡本学,三重野牧子,橋本修二,天野景裕,潟永博之,日笠聡,八橋弘,渡邊大,白阪琢磨. 血液製剤によるHIV 感染者の調査成績（令和6 年度）第3 報 現在の困り事、将来の不安と支援の希望の状況. 第39回日本エイズ学会学術集会・総会.2025年12月.熊本.

12）三嶋一輝,大金美和,杉野祐子,高橋昌也,高木雅敏,吉田識未,葛田衣重,木下佑子,潟永博之. HIV感染症患者の療養支援に関するNsとMSWの協働について～第4回シンポジウムのアンケート結果から～. 第39回日本エイズ学会学術集会・総会.2025年12月.熊本.

H. 知的財産権の出願・登録条項

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし