

訪問看護ステーションにおける HIV陽性者の受け入れに関連する要因の分析

—受け入れ経験の有無による比較—

Analysis of factors affected by acceptance of people with HIV/AIDS at visiting nurse service stations

加瀬田暢子^{※1}・前田ひとみ^{※2}

Nobuko Kaseda^{※1}・Hitomi Maeda^{※2}

Abstract

Objective : The objective of the present study was to ascertain the current status of visiting care for people with HIV/AIDS in an attempt to improve their care.

Methods : Nurse managers at 3,539 visiting nurse service stations obtained from the list of national association for home-visit nursing care using web, were asked about the experience of visiting care for people with HIV/AIDS and approval of cooperation to this study after explaining the purpose of this study and protection of their information using double post-cards with reply cards. The survey was conducted using self-report questionnaire from April 2006 to February 2007 on nurse managers at 1,000 stations, which were randomly assigned after omitting the stations rejecting the cooperation to this study.

Results : Among 1,666 stations which were respond to our inquiry (recovery rate 47.1%), 41 stations (2.5%) had experience of visiting care for people with HIV/AIDS, while 1,603 stations (96.2%) have not. Nurse managers of experienced stations which were limited to urban area, had significantly more information about HIV care such as secondary infection ($p < 0.05$). Nurse managers of un-experienced stations felt the rejection of HIV care from other staff ($p < 0.01$). The visiting care of people with HIV/AIDS in un-experienced stations was dependent on systematic acceptance in the stations and information about HIV/AIDS.

Conclusions : Our data indicated that acquisition of practical information such as infection control was important in order to initiate the visiting care of people with HIV/AIDS in un-experienced stations. The development of information network protecting privacy will be necessary since that kind of information could be obtained from experienced nurses or group meeting with experienced stations.

キーワード : HIV陽性者, 訪問看護ステーション, 質問紙調査, 情報ネットワーク,
HIV/AIDSの知識
people with HIV/AIDS, visiting nurse service station,
questionnaire investigation, information network, knowledge of HIV/AIDS

※1 宮崎大学医学部看護学科 基礎看護学講座
School of Nursing, Faculty of Medicine, University of Miyazaki

※2 熊本大学医学部保健学科
Department of Adult Nursing, School of Health Science, Kumamoto University

I. 緒言

我が国で2006年までに報告されたHIV/AIDS患者は、非加熱血液製剤による感染者を含め13,500人余りであり、潜伏感染者はその4～5倍いるとも言われている¹⁾。これまでHIV/AIDSは「不治の病」として恐れられてきたが、抗HIV療法(HAART: highly active antiretroviral therapy)の開発により今や「コントロール可能な一般的な病へと疾患概念が変化した」²⁾。その結果、HIVに感染はしているが他の疾患による問題で地域での療養を必要とするケースが増えていくことが推測でき、今後の在宅療養支援ニーズの増大が予測できる。しかしながら、HIV/AIDSは「不治の病」「不純な性行為による感染症」という偏見があることは否めず、個人情報保護の問題などから、陽性者の在宅療養への移行は通常のケースに比べ困難が伴うと考える。

HIVに感染している人(以下、陽性者と略す)への在宅療養支援に関していくつか報告はある^{3~6)}が、医学中央雑誌WEB版(ver.4)において、対象年を1997～2007年としキーワードを「『HIV』or『AIDS』」and「『在宅』or『訪問看護』or『訪問介護』」として検索後、「看護」「原著論文」で絞り込んだところ、1件⁷⁾の論文しか検索できなかった。これらの先行研究は、特定の地域を対象とした調査や事例検討であり、陽性者を対象とした訪問看護ステーション(以後、施設とする)の全国的な傾向や受け入れ未経験の施設の現状は明らかとなっていない。地方においても在宅医療を必要としている陽性者の増加が予測されることを踏まえると、まずは実態調査が必要であると考えた。

そこで、陽性者受け入れの現状を明らかにし、受け入れ経験のある施設とない施設での受け入れに関する要因の比較をすることで、今後の陽性者受け入れ促進とケアの質の向上のための示唆を得ることを目的として本研究に取り組んだ。

II. 方法

1. 調査対象

調査対象は(社団)全国訪問看護事業協会のホー

ムページ⁸⁾に公開されている訪問看護ステーションの看護管理者とした。

2. 調査方法ならびに調査時期

初めに上述のホームページに記載されている全3,539施設に対し、調査の目的や趣旨、情報守秘の確約などを記した往復葉書を郵送し、平成18年4月現在での陽性者への訪問看護経験の有無と、今後の調査協力の意思を確認した(第一段階調査)。次に、経験施設と未経験施設では質問の表記内容が異なるため、それぞれの施設に対し、第二段階調査を行った。まず、陽性者への訪問経験があり、調査協力の意思を示した27施設(経験施設)に対し郵送自記式質問紙調査(第二段階調査a)を行った。さらに、第一段階調査で用いたリストから、「第二段階調査aを行った27施設」「陽性者への訪問看護経験があるが調査には非協力で、かつ住所が特定できた5施設」「陽性者への訪問看護経験がなく調査非協力で、住所が特定できた86施設」「閉鎖等22施設」の計140施設を除いた上で無作為抽出した1,000施設(未経験施設)に対し、第二段階調査aと同様、郵送自記式質問紙調査(第二段階調査b)を行った。

調査の時期は、第一段階調査は平成18年4月、第二段階調査aは平成18年9月、第二段階調査bは平成19年2月であった。(図1)

3. 調査内容

第一段階調査では、事前調査として前述のように平成18年4月現在の陽性者への訪問看護経験の有無と、今後の調査協力の意思を尋ねた。

第二段階調査では、a、bともに筆者らが前年度に行った調査⁹⁾や先行研究^{3~6)}を参考に、独自に作成した調査票を用いた。主な調査内容は以下の通りである。

“対象者および施設の概要”としては、経験施設、未経験施設ともに、「対象者の年代」「対象者の取得資格(複数回答)」「施設の所在地」「施設の職員数」「施設の設置主体」「施設の併設機関」を調べた。“訪問看護依頼以前のHIV/AIDSに関する知識”として、「病態生理」「薬物療法」「二

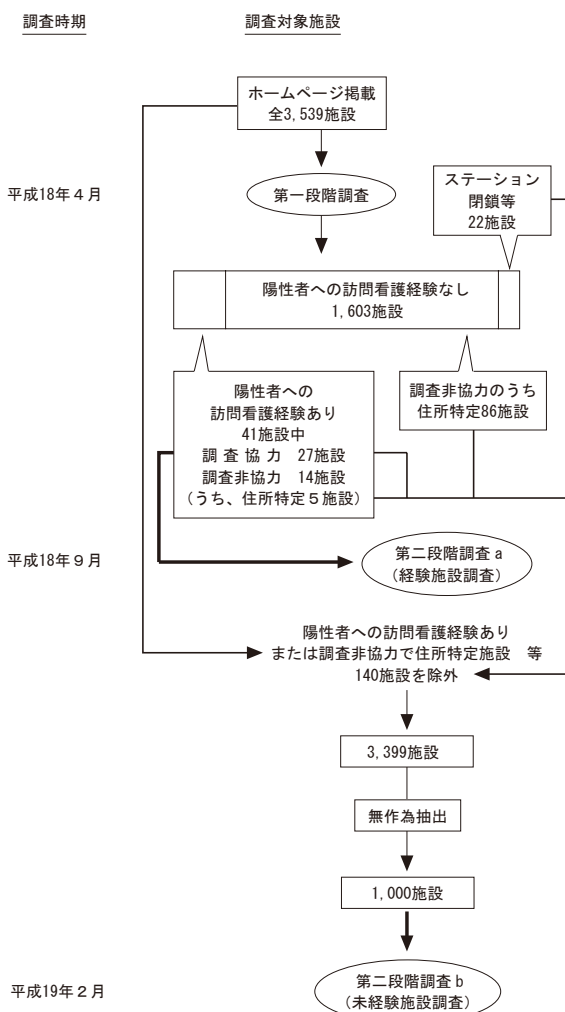


図1 調査対象施設と調査時期

次感染」「個人情報保護」「社会制度」「法律」の6項目について、経験施設には訪問看護依頼がある以前の、未経験施設には現在の知識について「ある」「まあまあある」「どちらともいえない」「少しある」「ない」の5段階の選択肢から1つ回答してもらった。初めて陽性者への訪問看護を依頼された場合について、経験施設には訪問看護依頼を受諾する時の、未経験施設には今後の予想として、“難色を示した部門または示すと思われる部門”を、看護職、介護職、事務等に区分して最もそうだと思うものを1つ選択してもらった。また、未経験の施設には“今後の受け入れの可能性”と、「条件が整えば受けられる」と回答した施設にその条件を自由記述形式で記入してもらった。

4. 倫理的配慮

対象者には研究の目的や趣旨、調査協力が自由意思であり拒否による不利益は生じないことなどの説明を調査の都度行った。また、情報の守秘や得られたデータの適切な処分について書面で約束した。調査票は無記名とし、返信は同封した返信用封筒で個別に行った。調査票の返信をもって同意を得られたものと見なした。

5. 分析方法

「対象者および施設の概要」「未経験施設の今後の受け入れ可能性」については単純集計した。経験施設と未経験施設の比較のため、「訪問看護依頼以前のHIV/AIDSに関する知識」についてはMann-WhitneyのU検定を行った。「難色を示したまたは示すと思われる部門」は χ^2 検定を行った。統計ソフトはSPSS13.0Jを用い、有意確率5%未満を有意差ありとした。

「未経験施設における陽性者受け入れのための条件」については内容分析を行った。分析の過程では研究者2名の意見が一致するまで検討を重ねた。

6. 用語の説明

本研究における「陽性者」とは、AIDS発症の有無に関わらずHIV抗体が陽性である人である。

Ⅲ. 結果

第一段階調査では、3,539施設中1,666施設から回答が得られた（回収率47.1%）。そのうち、陽性者への訪問看護経験のあるのは41施設（2.5%）であり、調査協力の意思を示したのは27施設（65.9%）であった。訪問看護経験がない施設は1,603施設（96.2%）であった（図1）。

第二段階調査aでは、27施設中18施設から回答が得られ（回収率66.7%）、有効回答は17施設であった（有効回答率94.4%）。

第二段階調査bでは、1,000施設中373施設から回答が得られ（回収率37.3%）、そのすべてが有効回答であった（有効回答率100%）。

1. 対象者および施設の概要 (表1)

経験施設 (n=17)、未経験施設 (n=373) とともに、対象者の年代は「40歳代」が最も多く47.1%、45.0%であった。取得資格 (複数回答) では「看護師」が経験施設100%、未経験施設97.6%であり、「ケアマネージャー」は経験施設76.5%、未経験施設49.9%であった。施設の所在地は、経験施設、未経験施設ともに「関東・甲信越」が最も多く76.5%、33.0%、次いで「近畿」11.8%、16.9%であった。施設の設置主体は経験施設、未経験施設ともに「医療法人」が最も多く、35.3%、46.6%であった。施設の職員数では、平均看護師数が経験施設は8.8±6.1人、未経験施設

は5.7±4.2人であった。看護師以外の職種では、保健師が勤務している施設は、経験施設2施設、未経験施設38施設であり、助産師では経験施設0施設、未経験施設2施設、准看護師では経験施設1施設、未経験施設103施設であった。施設の併設機関では、最も多かったのが「居宅介護支援事業所」であり、経験施設の58.8% (10施設)、未経験施設の71.3% (266施設) が持ち、「併設なし」は経験施設35.3% (6施設)、未経験施設15.0% (56施設) であった。

経験施設において、最初の陽性者訪問依頼は「平成17年」が35.3% (6施設) と最も多く、訪問した陽性者数は「1人」が76.5% (13施設)、最高人数は「3人」であった。依頼者は「地域の保健師」「拠点病院」からが共に23.5% (4施設) と最も多かった。

未経験施設では、依頼された経験があるのは3.5% (12施設) であり、その人数は「1人」が83.3% (10施設)、「2人」が16.7% (2施設) であった。依頼者は「拠点病院」が50% (6施設) と最も多く、「地域の保健師」「“拠点病院・ブロック拠点病院”以外の病院」が共に25.0% (3施設) であった。

表1 対象者および施設の概要

項 目	経験施設 (n=17)		未経験施設 (n=373)		
	人数	%	人数	%	
対象者の年代	20歳代	0	0	4	1.1
	30歳代	3	17.6	67	18.0
	40歳代	8	47.1	168	45.0
	50歳代	5	29.4	115	30.8
	60歳代	0	0	12	3.2
	70歳代以上	1	5.9	4	1.1
	無効回答	0	0	3	0.8
対象者の取得資格 (複数回答)	看護師	17	100	364	97.6
	保健師	1	5.9	20	5.4
	助産師	0	0	4	1.1
	ケアマネージャー	13	76.5	186	49.9
	無効回答	0	0	1	0.3
施設の所在地	北海道	0	0	22	5.9
	東北	0	0	29	7.8
	関東・甲信越	13	76.5	123	33.0
	東海	1	5.9	31	8.3
	北陸	0	0	13	3.5
	近畿	2	11.8	63	16.9
	中国・四国	0	0	41	11.0
	九州	1	5.9	50	13.4
	無効回答	0	0	1	0.3
施設の設置主体	医療法人	6	35.3	174	46.6
	社団・財団法人	6	35.3	84	22.5
	営利法人	2	11.8	46	12.3
	社会福祉法人	1	5.9	34	9.1
	協同組合	1	5.9	15	4.0
	地方公共団体	0	0	8	2.1
	公的社会保険関係団体	1	5.9	4	1.1
	特定非営利活動法人(NPO)	0	0	1	0.3
	その他	0	0	6	1.6
	無効回答	0	0	1	0.3

2. 訪問看護依頼以前のHIV/AIDSに関する知識 (表2)

HIV/AIDSの「病態生理」「薬物療法」「二次感染」「個人情報保護」「社会制度」「法律」の知識について、経験施設、未経験施設に「ある」から「ない」までの5段階で回答してもらった。その結果、「ある」「まあまあある」の合計が多かったのは経験施設、未経験施設ともに「二次感染 (経験施設58.8%、未経験施設29.8%)」と「個人情報保護 (経験施設52.9%、未経験施設31.1%)」であった。「ない」「少しある」の合計では、経験施設では「薬物療法」「法律」(どちらも64.7%)であり、未経験施設では「法律 (77.2%)」「社会制度 (74.5%)」であった。Mann-WhitneyのU検定を用いて経験施設と未経験施設を比較したところ、「二次感染 (p<0.01)」「個人情報保護 (p<0.05)」について、経験施設の方が「ある」に傾き、

表2 訪問看護依頼以前のHIV/AIDSに関する知識

知識の内容	施設	ある	まあまあある	どちらともいえない	少しある	ない	無効回答	平均ランク	p値	有意差
病態生理	経験	0	17.6	23.5	41.2	0	17.6	219.32	0.168	n.s
	未経験	1.1	17.2	15.5	44.8	15.8	5.6	182.08		
薬物療法	経験	0	5.9	11.8	17.6	47.1	17.6	153.29	0.243	n.s
	未経験	0.3	8.6	16.9	32.7	36.2	5.4	185.22		
二次感染	経験	5.9	52.9	11.8	11.8	0	17.6	265.11	0.003	**
	未経験	4.3	25.5	17.2	35.9	12.1	5.1	181.31		
個人情報保護	経験	23.5	29.4	11.8	11.8	5.9	17.6	246.57	0.016	*
	未経験	9.9	21.2	21.2	19.6	21.7	6.4	179.41		
社会制度	経験	0	5.9	23.5	17.6	35.3	17.6	218.64	0.154	n.s
	未経験	1.1	4.8	14.2	16.1	58.4	5.4	182.63		
法律	経験	0	0	11.8	17.6	47.1	23.5	187.35	0.874	n.s
	未経験	0	2.7	14.7	14.7	62.5	5.4	183.36		

*経験施設はn=17、未経験施設はn=373

*平均ランクとp値、有意差以外の単位は%である。

*有意検定はMann-WhitneyのU検定による * : p<0.05、** : p<0.01、n.sはno significantの略

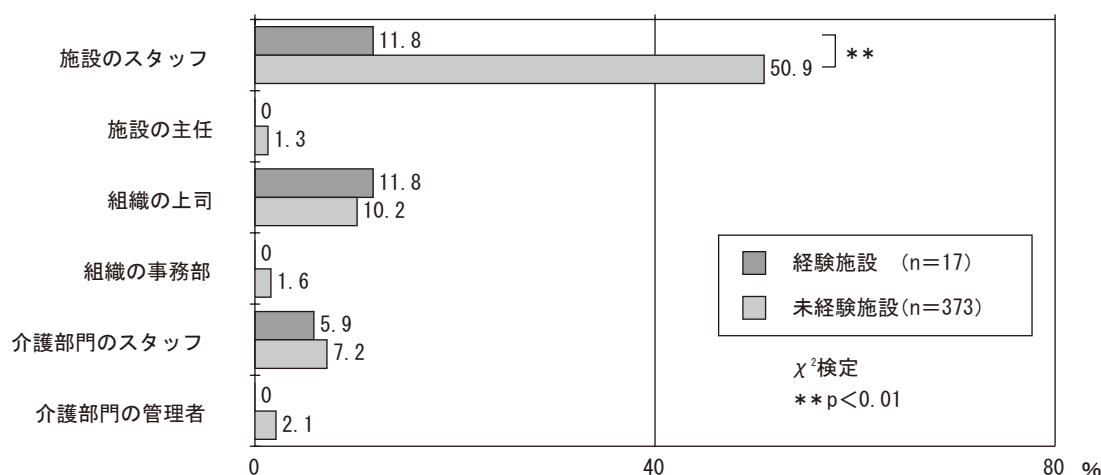


図2 難色を示した部門または示すと思われる部門

有意な差があった。なお、今回は「ある」「まあまあある」「どちらともいえない」「少しある」「ない」の順で質問したが、分析の過程で「少しある」は「ある」の部類に入るのではないかと考えたため、「少しある」「どちらともいえない」の順を入れ替えて分析したが、結果は同様であった。

3. 難色を示した部門または示すと思われる部門 (図2)

経験施設に対しては初回依頼の受諾時、未経験施設に対しては今後の予想として「難色を示したまたは示すと思われる部門」を質問した。その結果、いずれかの部門に「ある」としたのが、経験

施設が35.3% (6施設) であったのに対し、未経験施設は74.5% (278施設) であった。その部門としては「施設のスタッフ」は未経験施設では50.9%が回答したが、経験施設は11.8%であった。χ²検定を用いて経験施設と未経験施設を比較したところ、「ある」は未経験施設が有意に多く (p<0.01)、その部門では「施設のスタッフ」が未経験施設で有意に多かった (p<0.01)。

4. 未経験施設における今後の受け入れ可能性

未経験施設に対し、今後の陽性者受け入れの可能性について質問したところ、最も多かったのは「条件が合えば可能」であり、62.5%が回答した。

「いつでも可能」は21.4%、「いかなる場合も不可」は13.7%であった。

5. 未経験施設における陽性者受け入れのための条件 (表3)

未経験施設において今後の陽性者受け入れを「条件が合えば可能」と回答した施設にその条件を自由記述で回答してもらった。以後、本文では

表3 未経験施設における受け入れの条件

サブカテゴリー	カテゴリー
1. 感染対策 (28)	組織的な受け入れ (149)
2. 組織の受け入れ (22)	
3. スタッフの人数 (19)	
4. スタッフの協力 (12)	
5. マニュアル (12)	
6. スタッフの受け入れ (11)	
7. 職員の同意 (10)	
8. スタッフの理解 (8)	
9. スタッフ全員の一致した認識 (6)	
10. 体制 (6)	
11. 対策 (5)	
12. スタッフの状況 (2)	
13. スタッフの力量 (3)	
14. 緊急時の対応 (3)	
1. 知識 (108)	HIV/AIDSに関する知識 (126)
2. 研修 (5)	
3. HIVに関する情報 (5)	
4. 感染の知識 (2)	
5. 治療に関する知識 (2)	
6. 生活上の注意に関する知識 (1)	
7. 接し方の知識 (1)	
8. プライバシーの知識 (1)	
9. メンタルケアの知識 (1)	
1. 医療機関との連携 (53)	連携 (118)
2. 医師との連携 (41)	
3. 地域との連携 (7)	
4. HIV専門の医師 (6)	
5. 連携 (6)	
6. 保健所との連携 (5)	
1. 利用者・家族の認識 (15)	利用者や家族側の条件 (34)
2. 病状 (8)	
3. ケアの内容 (6)	
4. 家族のサポート (3)	
5. 利用者の病識 (2)	
1. 訪問の条件 (5)	訪問に関わる実際的な問題 (11)
2. 時間調整 (2)	
3. 訪問回数 (2)	
4. 訪問場所 (1)	
5. 技術のサポート (1)	
1. サポート (3)	サポート体制 (5)
2. 社会制度 (2)	

注) () 内の数字はコード数を示す。

サブカテゴリーを [] で、カテゴリーを【 】で表現する。分析の結果、コード総数は442であり、コード数が多かったサブカテゴリーは [知識] (コード数108), [医療機関との連携] (コード数58) であった。そして, [感染対策] [組織の受け入れ] など14のサブカテゴリーから構成される【組織的な受け入れ】, [知識] など9つのサブカテゴリーから構成される【HIV/AIDSに関する知識】, [医療機関との連携] など6つのサブカテゴリーから構成される【連携】, [利用者・家族の認識] など5つのサブカテゴリーから構成される【利用者や家族側の条件】, [訪問の条件] など5つのサブカテゴリーから構成される【訪問に関わる実際的な問題】, [サポート] [社会制度] から構成される【サポート体制】の6つのカテゴリーが抽出できた。

IV. 考察

1. 陽性者への訪問看護の現状

全国の訪問看護ステーションにおいて、平成18年4月までに陽性者の受け入れ経験がある施設は2.5%であり、経験のない施設は96.2%にのぼった。また、経験施設への調査 (第二段階調査a) では、施設の大部分が関東・甲信越地方にあり、2施設が近畿地方、1施設が東北、九州地方にあった。HIV/AIDS患者が最も多いのは関東・甲信越地方であり、次が近畿地方である¹⁰⁾が、経験施設もその分布に従っているといえる。本調査結果では、初めて訪問看護を行った時期としては平成17年が最も多く、経験人数は1~3名であり、平成15年の関東・甲信越地方の訪問看護ステーションを対象とした調査³⁾結果の経験率4.5%、平均経験人数1人程度と比べても状況が変わっていないことが考えられる。その要因として、現在の感染経路としては性的接触の割合が最も多く、年齢的には30歳代が多い¹⁰⁾ことから、現段階では訪問看護のニーズは高くないことが推察される。一方、未経験施設は施設の所在地、設置主体ともに全国の分布と大差なく¹¹⁾¹²⁾、依頼された経験は3.5%であることから、現在の所、陽性者への訪問看護は都市部の一部の施設でしか行われていないことが

わかる。また、依頼者は「地域の保健師」「拠点病院」が多かったが、在宅療養支援フローチャート⁶⁾が示すように、拠点病院やブロック拠点病院から保健師に依頼するケースが大半であると推測される。陽性者の訪問看護は現段階では絶対数が少なく、ケアについては試行錯誤の状態である。これを進めるためには、ケアのスキルを未経験の施設と共有することが重要である。しかしながら、絶対数が少ない上に、個人情報保護の観点から「陽性者への訪問看護を行っている」と明言している施設はほとんどないと考えられる。そこで、個人情報の保護に十分に配慮しながら、地域の中で、どのような状態の人がどこの施設でケアを受けているかを一括して把握し、必要時にアクセスできる「情報源」、すなわち情報ネットワークを整備する必要があると考える。陽性者はHIV治療に関しては拠点病院・ブロック拠点病院を受診している現状を考えると、その機関としてはこれらの病院が適切と考える。

2. 受け入れ準備に関する経験施設と未経験施設の比較

先行研究^{3~6)9)}より、陽性者への訪問看護に関しては施設側のHIV/AIDSの知識や組織の受け入れが影響要因であることが示された。そこで、経験施設と未経験施設で違いがあるのかについて比較検討した。

まず、訪問看護依頼以前の知識では、「二次感染」「個人情報保護」について、経験施設の方が有意に「ある」に傾いた。これは二次感染や個人情報の知識があるから、受け入れに問題はなかったことを意味すると考える。訪問看護師にとって、二次感染防止や個人情報保護の問題はケアに直接関わる内容である。訪問看護利用者の約7割は何らかの医療処置を必要としているといわれており¹³⁾、訪問看護師は血液等の体液に接触する機会も多い。HIV/AIDSが感染性疾患であり、“死に直結した病気”というイメージにより、二次感染予防は重要度の高い事項として受け止められていると考える。また、個人情報保護はHIV/AIDSに限らず必要なことではあるが、前述の疾患のイメー

ジからすると現時点では他の疾患よりも重要な意味を持つと考えられる。単に、訪問看護記録など書類上での個人情報保護だけでなく、ケアに関するあらゆるもの、例えば家庭訪問の仕方や会話の内容、処置の仕方など、通常以上に配慮する必要があるだろう。これらの点において経験施設の方が未経験施設より知識があったということは、まずはこれまでのケアに対する自信が受け入れの最初の要因と考えることができるのではないだろうか。

「難色を示したまたは示すと思われる部門」については、いずれかの部門に「ある」とした割合は未経験施設が有意に高かった。訪問看護ステーションは何らかの母体を持っている場合が多いことから、受け入れに関する意思決定も看護職だけで行うことは難しいと考える。単独で設立している施設であっても、事務部門など他部門との関わりは生じる。看護職者が受け入れようと考えても、組織の上位部門の考えによって却下される場合もあるだろう。また、経験施設では「施設のスタッフ」「施設の主任」の反対がほとんどなかったことから、“仲間の理解”も受け入れに大きな影響を及ぼすと考える。一方で、未経験施設は「施設のスタッフ」が難色を示すと考える人が多かった。これは“予想”であり、現実の問題が生じた時の結果とは厳密には言えないが、少なくとも看護管理者が考える障害といえる。前年度の調査⁹⁾では、最初は1~2人の看護スタッフにだけ病名を知らせ、訪問看護をスタートさせたケースもあった。このことはスタッフ全員に周知していなくても、担当者のみが知っていることで受け入れ可能であることを示しているといえる。この点に関しては、どのように個人情報を守っていくかという看護管理者の姿勢も影響するのではないだろうか。

3. 未経験施設の今後の受け入れの条件

未経験施設に対して、今後の陽性者受け入れの可能性について質問したところ、62.5%の施設が「条件が合えば可能」としていた。「いつでも可能」の21.4%を加えると、8割以上が陽性者の受け入れを前向きに捉えていた。島田¹⁴⁾は、「ここ数年の都内近郊での連携経験からは、保健師も訪問看

「看護師も受け入れはスムーズ」としているが、全国的にも概ね肯定的傾向と言って良いのではないか。ただし、「条件」のクリアが必要となる。

条件の自由記述を分析した結果、6つの条件が抽出でき【組織的な受け入れ】【HIV/AIDSに関する知識】【連携】はコード数が100を超えていた。

【組織的な受け入れ】については、サブカテゴリーを見ると「感染対策に関するもの」と「組織やスタッフの受け入れに関するもの」に大別できた。HIV/AIDSに対する感染対策の原則はスタンダードプリコーションである¹⁵⁾。にもかかわらず、「感染対策が万全でない」と心配というような思いがあるのは、知識不足から生じていると考える。また、心情的に“過剰防御”になりがちとも考える。重要なのは、その施設・そのケースに応じた防御のやり方を構築することであろう。そのためには、実際にケアを体験した人から具体的に情報を入れることも1つの方法と考える。訪問看護の依頼があるからには、必ずどこかの医療機関が診療しているはずであるから、その医療機関と協働して勉強会や研修を行うことが有効と考える。また、「組織やスタッフの受け入れ」に関しては、看護職のみならず介護職や一般職の人の理解が不可欠であろう。HIV感染症に関する医療従事者のストレスは、「自分自身への感染」の他、「少数集団に対する理解や受容に関するもの」「差別・偏見に関するもの」などが複雑に存在しているといわれている¹⁶⁾。サブカテゴリーで【知識】が最も多かったことから、知識不足が「受け入れ困難」の根本的な問題と思われる。HIV感染症に関する医療従事者のストレスは、疾患を正しく理解することで軽減できると予測されることから、すべての職種に対する勉強会や研修を行うことは有効だと思われる。しかし、現在のHIV/AIDSの医療状況から必要なときにすぐその知識を得られるとも考えにくい。現段階で求められるのは「どこにどの情報があるか」を把握できるケアに関する情報ネットワークを整備することである。【連携】で最も多かったのは【医療機関との連携】であったが、【HIV専門の医師】が抽出されたのが特徴的

である。一般的な訪問看護でも医療機関との連携が重要なのは言うまでもない。それに加えて、疾患として単純といえないHIV/AIDSの場合は特に、自分たちのこれまでの経験からの対応が困難な場合があることが推測され、「HIVに関する対応不可能な事態にも対応してもらえる」医療機関や医師が“命綱”的存在なのであろう。それにもかかわらず、HIV医療の専門性から、通常のケースでは対応してくれる医療機関の協力が得られにくい場合も多いと考えられる。「診療経験の少ない拠点病院が多い一方で、HIV医療を担っている中心的拠点病院では患者/感染者が集中している」¹⁷⁾ことが指摘されているが、これはHIV医療を敬遠する医療機関の多さを物語っている。これには、病診連携を推進する一方で、訪問看護側としては医療機関側に積極的にアプローチしていくことが重要であろう。島田¹⁸⁾は、「在宅療養への移行は今後ハードルが低くなって行くであろうが、それまでの間は個別の事例に対して受け入れ先の開拓が必要であり、その役割は看護職が担うべきである」と述べている。現場の立場からさまざまな職種に対して、必要性などを説明し、協力を得られるような力をつけることがこれからの訪問看護師に求められていると考える。

V. 結語

陽性者への訪問看護経験がある施設とない施設を対象に調査を行った。その結果、陽性者への訪問看護が都市部の一部でしか行われていない現状と、受け入れには感染対策や個人情報保護など実践的な知識があることが影響するということが明らかとなった。未経験施設が陽性者への訪問看護を受け入れていくには、全職員を対象とした勉強会が必要であり、その際には実際にケアをした人からの具体的な情報や知識が有効であると考えられた。しかしながら、現段階では経験施設は非常に少なく、個人情報の観点からどの施設が実施しているかは公開されにくい。そのため今後は、個人情報保護しながらも「どの情報がどこにあるのか」という情報ネットワーク整備の必要性が示唆された。

陽性者への在宅療養支援に関しては、訪問看護と同じくらい今後は訪問介護も重要となってくるであろう。今回の調査では陽性者への訪問看護経験のある施設数が少なく対象者が少なかったところに限界がある。今後は訪問介護も含めた在宅支援を充実させるために、看護職として何が必要かについて検討していきたい。

謝辞

調査にご協力下さった訪問看護ステーションの皆様、ならびに分析の過程でご指導を賜りました宮崎大学教育文化学部数学教育専修藤井良宜准教授に心より感謝申し上げます。

(本研究は文部科学省科学研究費：若手研究(B)課題番号17791592の助成を受けて行った)

文献

- 1) 池田和子：HIV/AIDSケアは、今どういうことになっているのか，看護学雑誌，71(4)，392-398，2007
- 2) 厚生指標 国民衛生の動向，53(9)，129，財団法人 厚生統計協会，2006
- 3) 渡辺恵，池戸恵子，望月あづさ，他：HIV/AIDS患者の病院－地域連携システムに関する研究，厚生労働省厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業平成15年度研究報告書，211-214，2004
- 4) 望月あづさ，竜崎香代，池戸恵子他：HIV/AIDS在宅療養支援フローチャートの改定と連携事例による病院－地域連携推進の取り組み，厚生労働省厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業平成16年度研究報告書，183-186，2005
- 5) 島田恵，久保悦子，石塚志麻，他：HIV/AIDS患者の病院－地域連携事例分析による在

宅療養支援上の課題検討，厚生労働省厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業平成17年度総括・分担研究報告書，203-208，2006

- 6) 島田恵，池田和子：HIV/AIDS患者の在宅療養支援－病院～地域連携事例と解説－，厚生労働省厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業，2005
- 7) 石原美和：HIV/AIDS患者に対する在宅療養支援の現状と課題，保健婦雑誌，55(13)，1180-1185，1999
- 8) (社団)全国訪問看護事業協会ホームページ：<http://www.zenhokan.or.jp/list02/index.html>
- 9) 加瀬田暢子，前田ひとみ：HIV陽性者の訪問看護受け入れに関わる要件－訪問看護師へのインタビューより－，日本エイズ学会誌，7(4)，352，2005
- 10) API-Netエイズ予防情報ネット：<http://api-net.jfap.or.jp/index.html>
- 11) 川越博美，山崎摩耶，佐藤美穂子：訪問看護研修テキスト，17，日本看護協会出版，2005
- 12) 平成14年 介護サービス施設・事業所調査，566，財団法人 厚生統計協会，2004
- 13) 川越博美，山崎摩耶，佐藤美穂子：訪問看護研修テキスト，60，日本看護協会出版，2005
- 14) 島田恵：連携－ネットワークとチーム医療における看護師の役割，看護学雑誌，71(5)，490-496，2007
- 15) 国立国際医療センター看護部5階南病棟：HIV/AIDS看護ハンドブック，22，2003
- 16) 平林直次，金子雅彦：医療現場における医療従事者のストレス－HIV感染症医療の現場から－，ストレス科学，14(1)，28-33，1999
- 17) 前掲5)，1