

H I V陽性者の体験を通じた外来採血システムの見直しに関する報告

寺山範子^{1*}, 蛭子真澄^{1*}, 蓬萊節子^{1*}, 池川清子^{1*}
早川悦子^{2*}, 鱒見映子^{2*}, 清原あゆみ^{2*}

^{1*}神戸市看護大学, ^{2*}神戸市立中央市民病院

キーワード: HIV 陽性者, HIV/AIDS 看護, スタンダードプリコーション, 医療体制

The Report of Improving Blood Test Systems in Outpatients' Department Based on HIV positive Patients' Experiences

Noriko TERAYAMA^{1*}, Masumi EBISU^{1*}, Setsuko HORAI^{1*}, Kiyoko IKEGAWA^{1*},
Etsuko HAYAKAWA^{2*}, Akiko MASUMI^{2*}, Ayumi KIYOHARA^{2*}

^{1*}Kobe City College of Nursing, ^{2*}Kobe City General Hospital

Key words: HIV positive, HIV/AIDS nursing, Standard Precaution, medical service system

I. はじめに

HIV/AIDS 患者・感染者の看護を行なう上でふだんから気をつけることとして患者のプライバシーと感染予防策との兼ね合いの問題がある。プライバシーを配慮したい理由は HIV/AIDS には差別や偏見が付帯するからであり、受診のプロセスにおいて患者・感染者であることを露わにしたり、暗示したりするような情報漏れを起こさないよう注意が必要である。また HIV/AIDS の療養中は免疫システムの状況を確認する目的でウイルス量を定期的に測定する必要があり、患者にとって定期受診時の採血は欠かせないものになっている。HIV は血液介在性の感染症であることから採血にかかわる医療職員には感染曝露の機会となるので、採血には慎重な操作が必要となる。

神戸市のエイズ診療拠点病院（以下、当院と略）は外来看護部門に兼任のエイズ診療担当看護師 3 名を配置し、プライマリーナーシング制のもとで看護ケアを行なっている。患者からは「慎重にケアする体制が整っている」という評価を得ている一方、残念にも受診を中断してしまうケースも発生している。患者によれば診療環境におけるプライバシーの問題や、医療職員の認識不足などによる対応のまずさが理由とのことだっ

たが、本人には不愉快でつらい体験だったと推測される。HIV/AIDS 患者・感染者の受診中断には疾患に関する理解不足に次いで医療者側の対応のまずさがあがっており(渡辺 2002)、患者の受診意欲を低下させ療養継続を困難にしている理由になっている。患者の外来受診過程には多様な医療職員が関与しあっているため、どこかの対応のまずさは患者の療養継続全体に影響を及ぼしてしまう。関係者が一致した対応をとることができるように HIV 担当看護師として何らかの働きかけをする必要がある。これはまた病院という公共の場における他の患者への感染予防や、医療職員の職業感染をいかに予防するかという病院全職員の課題としても回帰する問題である。

そこで今回、HIV/AIDS 患者・感染者のプライバシーを配慮しながら、同時に発生してくる医療職員や他患者への感染予防対策に取り組むため、当院を受診している HIV/AIDS 患者・感染者が受診時にどのような体験をしているのか、その実状と問題点を明らかにすることを目的に調査を行なった。

1. 受診に際して体験した「つらいこと、困ったこと」の実状

2003 年 7 月～2004 年 6 月に、定期受診している

HIV/AIDS 患者・感染者に対して、日常生活や診療の場で体験していることを明らかにするためにインタビュー調査を企画した。調査依頼は日頃から患者個々人の事情をよく把握しているプライマリーナースがあたり、調査目的と方法を口頭で説明したうえで自由意志に基づくものであること、協力が得られなくても何ら不利益を受けることがないことを慎重に伝えた結果、14名の男性患者から協力の同意が得られた。調査は、定期受診の診察終了後に、個室で、約1時間程度、プライマリーナースがインタビューを行なってデータを収集した。データ収集にはHIV陽性者のための相談サービス（おれいす東京）で取り上げられている話題を参考にして10項目からなる独自の質問紙を作成し、これに基づいてインタビューを行なった。ここでは「受診で辛かった体験や困った体験の有無とその内容」に焦点を絞る。

「検査のときに技師にHIVのことがわかると思う。守秘義務はあるだろうが誰に言ったかわからないし、人の耳に入るかもしれない」「中央採血室で採血できないしくみがいや。同じように容器を持っている人に出くわさないか心配でいつも容器を隠しながら降りてくる」「待ち時間中、他の患者からどうしてここで採血するのか聞かれて困った。そのため長い待ち時間は冷や汗が出る」「皆と違う場所で採血すること、他の人と違う場所でするのがいやだ」「ユニバーサルプリコーションができていないということが、このシステムでわかる」「同じ容器を持っていると、同じ病気の人なのかなと思うので、向こうも気になっているのではないか。採血する場所で容器が用意されたらいいと思う」「救急受診のとき、一から説明しないといけないのが一番つらい」

以上のように採血での体験がきわめて多く語られた。当院のHIV陽性者はなぜ中央採血室で採血してもらえず、あまつさえ検体容器を受け取りに行かなければ

ならないのか。当院外来の現状を評価するために、2004年7月～2005年6月、近隣のブロック拠点病院（1施設）と拠点病院（2施設）の対応について聞き取りと見学による調査を企画した。

2. 当院及び他院における外来採血システムの実状と比較

データ収集はHIV診療を直接担当している医師・看護師・MSWとし、質問内容は「HIV/AIDS外来診療の全体」「職員のかかわり方」「診療環境と情報の流れ」「外来看護師の役割」「相談・カウンセリングの状況」などである。1施設につき複数の調査者が訪問し、訪問回数は複数回、1回の訪問時間は半日～1日、2回目以降は1時間程度とした。その他、電話とEメールでもデータ収集を行なった。あらかじめ口頭と文書で調査主旨を説明し了解を得たうえで、さらに外来診療の見学に際しては患者と直接接触したり対面することのないよう担当者と事前調整して臨んだ。なお当院の状況については外来看護師がHIV/AIDSサポートチームのメンバーを通してデータ収集を行なった。

ここでは特に「HIV陽性者の外来受診時の採血場所」「採血時の標準予防策の実施状況」「検体の取り扱い」について焦点を絞る（表1）。

施設1では、1998年にブロック拠点病院に指定された年に標準予防策（スタンダードプリコーション、以下SPと略）を採用している。コーディネーターナースは、「コーディネーターとしての研修を受けたときにSPの必要性を感じた」とのことで、研修終了後、これを感染委員会に議題として提出し、その後は安全対策委員会などの関連委員会や各部署での話し合いがなされ、必要性が広く認められたのだという。

施設2では、経営合理化上、検査業務が外部委託となりそれに伴いSPに則って全患者とも中央採血室で実施するようになった。ただし1990年頃は医師が外来で採血していた時期があり、ついで看護師が採血の機会を利用して患者とのコミュニケーションをはかる

表1 採血システムの状況

施設	1 (ブロック拠点病院)	2 (拠点病院)	3 (拠点病院)	当院 (拠点病院)
方法				
採血場所	中央採血室	中央採血室	中央採血室 (ただし再診者は外来診察室)	外来診察室
標準予防策	採用	採用	採用	不採用 (素手で採血)
検体シール	なし	なし	なし	検体にシールを貼る

ようになり、2000年ごろから現在の方法になったという。

施設3では、2003年に病院が新築されたときから中央採血室で採血している。当然SPに則っての採血である。ただしHIV陽性が判明した再診患者は診察終了後に外来でHIV担当の看護師が行なっている。このことについて担当者は「どうしてかはわからない。自分は中央採血でよいのではないかと考えているが、患者のなかには病気を知っている人に採ってもらうので安心だ」という声もあるとのことである。

調査した3つの施設ではSPに従って中央採血室で実施しているが、当院の場合は患者がHIV陽性かそうでないかによって採血する場所を分けており、HIV陽性者の採血は外来の処置室で看護師が行なうことになっている。そのため患者は中央採血室の受付に出向き、検査容器を受け取り、それを持って外来処置室へ戻ってくることになる。前出の「つらい、困った体験」というのはその道中の体験として語られたものである。一般の外来患者とHIV陽性者の採血場所を区別していることについては、1996年に一人目の患者を受け入れたときに外来で採血したことが始まりになって、それが受け継がれてきたことによる。診療側にとっては習慣化した方法であるが、患者にとっては他人の視線が気になり不快であり、理不尽な思いを体験していることがわかった。実は以前よりこのことを問題としてとらえていた外来看護師は、機会あるごとに管理師長やHIV診療担当医を介して採血の一元化の申し出を検査室に行なってきたのだが、見直しがされないままになっていた。一方中央採血室の実状はどうか。HIVに感染していることを患者自身が知らないとか、陽性の事実を申告する意志が患者にない場合には問題である。HIVの他にもHCVやHBV陽性者の採血をしている中央採血室では無防備な状態が発生しており、医療安全上きわめて危険である。

II. 関連する研究の状況

1. 医療安全・感染予防策に関する研究

米国CDCの「病院における隔離予防策のためのガイドライン」は北米におけるHIVの流行が背景になっている。最初の予防指針は1985年にユニバーサル・プリコーション（一般予防策）として設けられ、医療状況や社会の意識の変化などを受けて、1996年には

現在のスタンダード・プリコーション（標準予防策）すなわちすべての患者に適用される基本予防策へと更新されてきた。ここで防護の対象とされているのは、「血液」「すべての体液・分泌物・排泄物」「傷のある皮膚」「粘膜」であり、これらに接触するときの手袋の装着、はずしたときの手洗い、汚染が予測されるときマスク、ガウン、フェイスシールドの装着が推奨されている。この推奨を実行することでHIV感染事故の発生を最小限にすることが可能となるので、医療従事者はこれらの予防手技を遵守することがふさわしいし、そのために医療機関は職場環境を整えることが望ましい。スタンダードプリコーションに従うということは「すべての検体を感染症であるかもしれないとみなす」ことである。看護師や医療従事者が、患者がHIVやB型肝炎などの血液介在性の疾患に罹患していることに気づいていない状況は起こりうる。そのためにも予防指針を遵守することが勧告されている。こうしたスタンスに立てばHIV陽性であることを警告するラベルを検体につける必要はなく、区別するという一点においては不適切とさえ言えるかもしれない。感染を恐れるあまり過剰な防御をすることは単に無意味であるだけでなく、経済的でもない。

ところで職業上の曝露によるHIVの感染率は非常に低いことが分かっている。Henderson (1990)の報告では、針刺しによりHIVに曝露された医療従事者のHIV感染の可能性は0.3%と想定されている。現在ではさらに詳細な調査によって「HIVを含んだ血液における針刺し事故や、経皮的損傷を被った医療従事者がHIVに感染する危険性は、約0.2~0.3%」、[B型肝炎ウィルスの感染率は、e抗原陰性の場合5%、e抗原陽性の場合43%、C型肝炎ウィルスの感染率は1~3%]というところまで明らかになっている。通常の接触（患者に触れる、体位変換、清拭、理学療法、その他のケア行為）ではHIVの感染は起こらない。必要な防御を必要な時に必要なだけすること、根拠に基づいて適切に線引きしてとりかかること、それが示されている。

2. 医療従事者のストレス

ICNの看護師の倫理綱領前文には、看護師は看護の提供に際し、各個人の人権や価値観が尊重されるような環境の実現を目指すこと、と掲げられている。またWHOとICNが合同で出している「HIV感染の看護管

理のガイドライン (1988)」においても、「看護師は個人の尊厳を尊重した看護を行うとともに、他の医療従事者や社会の人々に偏見のない姿勢を示す模範をなすべき立場にある」ことが述べられている。これら綱領やガイドラインの目的は、そのようにあろう、そうあるべしという理念として掲げるところにある。掲げることで個々の看護師に価値観の変容を促したり、行動として示せるよう期待するのである。

では HIV 感染症医療の現場で働く医療従事者は実際のところどうなのか。HIV に対する看護師の姿勢を調査した Blumenfield ら (1987), Kelly ら (1988) によると、「患者の看護を拒否はしないが感染者を良く思わない、非難している看護師が多くいる」ということである。HIV という疾患にまつわる社会的背景が関係していることは疑いようがなく、「実体というよりも感覚が世論や倫理観を決定している (Freedman 1988)」のかもしれない。

HIV 感染症の医療に従事するということがどのような意味でストレスフルなのか。平林ら (1999) は医療現場における医療従事者のストレスを調査した結果、ストレスの対象は「患者」「同僚の治療スタッフ」「病院の治療環境」で、その具体的な内容は「自分自身の感染の心配」「性行為感染による患者を診察する際に、自分自身の持っている性行動の基準、規範意識、性道徳があり、これを切り離して考えようとするが、割り切れずストレスを感じている」「通常の診察室、病室ではプライバシーが守れないこともあり気をを使う」「プライバシーの配慮に細心の注意を払わなければならない」「多くの職種からなるチーム医療では、それぞれの職種の理解、協力が困難なこともある」「病院管理職の HIV 感染症に対する理解不足がある」「病院全体として HIV 感染者のプライバシーに対する配慮が不足している」などであったことを報告している。

医療従事者自身の感染について、米国 CDC の発表 (2001 年資料) によると、医療従事者のエイズは 22,000 人で、多い順に「看護助手 (5,222 人)」「看護師 (5,105 人)」「検査技師 (3,046 人)」「セラピスト (1,042 人)」「内科医 (1,746 人)」「歯科従業者 (482 人)」「外科医 (117 人)」である。曝露の内容は、「経皮的な刺傷」「皮膚粘膜への付着」などで、曝露源は「血液」「研究室のウイルス濃縮作業」「血液混入の体液」「由来不明の体液」であったという。木村ら (1997) が拠点病院における血液媒介性の職業感染の

状況を調査したところ、HIV・HCV・HBV を含めた事故報告者のうち職種の記載があったもので多い順に、「看護師 64%」「医師 26%」「看護助手 3%」「検査技師 2%」だったと報告している。原因が特定できたものでは、「注射器のディスポ針 29%」「翼状針 21%」「縫合針 11%」「留置針 6%」「真空採血針 4%」の順になっており、安全な器材の導入を義務づけることが急務であると指摘している。

3. 医療体制に関する研究

エイズ診療をはじめにあたり厚生労働省は患者が安心して医療を受ける体制を整備するよう通達 (1993) しており、拠点病院はそれぞれがその準備をしてきたものと思われる。飯塚 (2003) は医療の質に取り組むときの原則について「患者本位」「全員参加の原則」「システム志向」を強調しているが、質というのは組織の構成員全員の活動が関係するからに他ならない。第 7 回 ICAAP において秋山 (2005) は、拠点病院として指定された病院が患者を受け入れるまでにどのように取り組んだか、その経過を報告している。そこでは約 1 年かけて派遣カウンセラーとともに病院全職員に対する講演、小グループでの講義、ロールプレイングを用いた研修などを行ってきたことが述べられた。

大垣 (2002) は HIV 研修終了看護師として、患者との接点をつくるために「HIV 相談窓口」をつくりたいという思いを、所属師長に支援されながら病院組織に働きかけていった経過を報告している。看護師のああしたい、こうしたいという思いを病院のシステムに生かすためには「看護師に発言権や決定権を与えることも必要」と渡辺 (2003) は言っているが、ここでは一人の発言を吸いあげていく管理者の役割が大きかったと思われる。

前出の医療従事者のストレスでも明らかになったとおり HIV 診療の場は、それ自体がストレス源である。患者のアドボケーターとして看護師の役割を尊重してもらうためには、「同僚の治療スタッフ」だけでなく「病院の治療環境」において協働する他職種の役割も尊重しなければならず、他職種を視野に入れて考えることが期待されている。

III. 問題の整理と取り組みの経過

1. 問題の整理・明確化

他施設の採血に関する調査結果を評価したり、関連する研究の状況などを踏まえてみると、当院外来を受診している HIV/AIDS 患者・感染者の体験には以下のような問題が含まれていることが明らかになった。

- 1 患者のプライバシーの脅かし
(知られたくない権利)
- 2 標準予防策を用いていない検体の取り扱い
- 3 公衆衛生的観点からの感染防御に関する職員の認識

HIV/AIDS という疾患そのものや HIV 陽性者に対する社会一般の反応（スティグマなど）をみると、採血の都度、不快で理不尽な体験をしながらすごしている患者の気持ちは尊重されなければならない。また HIV 陽性者は再生産的に増加しており、一般採血者の誰にでも感染の機会が潜んでいる。すべての血液検体は感染の危険性があるものとわきまえるべきであって、どの血液が危険なのかを事前に区別することはできない。そしてそれは患者を区別する必要がないということでもある。さらに採血する時に手袋を着用せずに行なうことは、医療従事者の感染曝露の発生状況報告でわかるように危険である。HIV 陽性者を除外するという意識、除外することによって採血上の安全を担保しようとする意識、習慣化した採血方法を評価することなく維持している意識、これらは以前より採血の一元化を申し出ていたにもかかわらず見直そうとすることのなかった意識と根を同じにするものである。以上のことから、関係する職員の感染予防に関する知識と、現実的な態度変容を含めた採血システムの見直しと改善が必要である。

2. 組織へ働きかけるための計画

2005年7月、得られた成果を外来看護師だけのものに留めず、現実に関わりかけてその結果に少しでも影響を与えることのできるルートを見出すこと、そのルートに直接働きかけて何らかの結果を得ることを目標として取り組んだ。そのためにはまずこれまでの結果を院内に提示すること、提示する先はシステムであること、私的なシステムからより公的なシステムへと広げることという方針を立て、具体的には以下の順序で提示することとした。

- 1 HIV/AIDS サポートチーム（医師・看護師・臨床検査技師・臨床心理士・MSW）
- 2 関連する委員会組織

HIV/AIDS サポートチームのメンバーは患者支援の目的において外来看護師と価値観を共有しており、精神的に最も近い関係にある。話を聞いてもらうことで理解者を広め、さらなる精神的支援を得ること、エンパワーされることをねらった。検査部門から来ているメンバーには日常業務と直結する問題なので、話題にすることで不快感や唐突な印象を与えることのないよう、また患者の体験している事実が先入観を入れずに伝わるよう、①対面で、②文字情報も含めて、③口頭で補足報告し、④意見交換できるようにした。初回の報告会のほか、院内で組織的に行動するための対策検討会のために2回、計3回の話し合いをもち、共通理解とともに公的な委員会へ問題提起することについての了解を得ることができた。

その後、関連のある公的な委員会に働きかけることにした。委員会の誰に、どのような方法で問題提起するのかについては外来担当看護師の直属の上司と話し合い、上司から委員会メンバーへというルートを用いることになった。委員会に問題提起するためこれまでの調査経過とともに提案事項を添えた文書を作成し、先の委員に託して委員会に提出することができた。提出後の委員会の動きについては外来担当看護師の直属の上司などから随時情報を提供してもらっているが、現在は院内の職員に向けた教育企画案が検討されているとのことである。今後は採血システムの見直しと標準予防策とがどのように実現されるのかを見守るとともに、協力できるところに貢献していきたい。

IV. おわりに

日本の HIV 感染者の絶対数は少ない（2004：兵庫県内の HIV/AIDS 患者・感染者総数 164 名）とはいえ、HIV 感染流行は歯止めがかかっておらず新規感染の報告は増加している。HIV/AIDS 患者・感染者の多くは外来通院者である。患者が安心できる環境のなかで主体的・継続的に治療・ケアを受けられるよう、質の良い外来サービスが今後ますます求められるだろう。そのためにも患者の思いを最も正確に知りうる第一線の立場を生かし、患者のアドボケーターとしての役割

を遂行していきたい。最後に、本調査に快く参加して下さった14名の外来患者の皆様、見学・研修のためにご指導くださいました近隣のブロック拠点病院と拠点病院の関係者のみなさまに深くお礼申し上げます。

なお、本研究は平成15・16年度神戸市看護大学共同研究費（臨床）の助成を受けて実施した。

引用文献

秋山裕由 (2005) : 拠点病院指定後の医療体制の整備, 第7回 ICAAP

Blumenfeld, M., Smith, P., et al. (1987). Survey of attitudes of nurses working with AIDS patients. *General Hospital Psychiatry* 9, 58-63.

Freedman, B (1998). Health professions, codes and the right to refuse to treat HIV infectious patients. *Hastings Center Report*, 18(2)suppl. 20-25.

Henderson, D., Fahey, B., Willy, M. et al. (1990). Risk for occupational transmission of HIV-1 associated with critical exposures. *Annals of Internal Medicine*, 113(10), 740-746.

平林直次 (1999) : 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.

飯塚悦功 (2003) : 社会技術としての医療安全技術 - システム工学からみた安全文化 -, *インターナショナルナーシングレビュー*, 26(4), 66-72.

磐井静江 (1999) : HIV/AIDS に対するチーム医療のすすめ方, *小児看護*, 22(2), 173-177.

Kelly, J., et al. (1988). Nurses' attitudes toward AIDS. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 19(1), 78-83.

日本環境感染学会 (1995) : 病院感染防止指針, 第2版, 南山堂, 33-37.

大垣ひろみ (2002) : 「HIV 相談窓口」立ち上げに携わって - めざす看護のために組織を動かす -, *看護管理*, 12 (3), 203-208.

田上恵 (1994) : HIV/エイズ看護の最新ガイドライン, 第1版, 真興交易医書出版部, 364-401.

渡辺恵 (2003) : 看護師に期待する「患者アドボケーター」としての役割, *看護学雑誌*, 67(6), 527-531.

矢野邦夫 (2001) : HBV, HCV, HIV の職業上曝露への対応と曝露後予防のための CDC ガイドライン, *メディカ出版*, 14-66.

参考文献

渡辺恵 (2003) : HIV/AIDS 患者の療養継続への看護支援に関する研究, 厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業-HIV 感染症の医療体制に関する研究, 143-165.

木戸内清 (2002) : 針刺し・切創の現状と対策 : エイズ拠点病院における 1996~2000 年 (5 年間) の針刺し・切創, 厚生労働科学研究費補助金厚生労働科学特別事業, 10-20.

前田ひとみ (2005) : エイズ拠点病院における HIV/AIDS 看護に関する調査研究, *日本看護研究学会雑誌*, 28(49), 19-25.

松田和久 (2001) : 針刺し事故の CDC ガイドライン, *メディカ出版*.

矢野邦夫 (1997) : HIV 院内感染対策, *日本医学館*.

(受付 : 2005.11.30 ; 受理 : 2006.1.31)