

HIV/AIDS 診療における「チーム医療」 世界エイズデー (12/1) に因んで



沖縄県立中部病院 内科 椎木 創一

1. HIV/AIDS 診療の始まり

1981年、若い男性のニューモシスチス肺炎の5症例がMMWR誌で報告された。これが米国での最初の後天性免疫不全症候群(AIDS)の症例であった。世界中の研究者の努力により1985年にはヒト免疫不全ウイルス(HIV)が原因であることが判明した。当時このウイルスに対して有効な治療薬はなく、患者も医療者も苦しい時代を過ごした。その状況を打破したのが1994年に有効性が示された抗ウイルス剤の多剤併用療法(HAART)であった。現在ではHIV感染者に対して適切な時期にHAARTを開始することにより、致死率を引き下げ社会生活を維持することも可能となっている。しかし、いかなるHAARTを用いても完全にウイルスを除去することはできず、患者は内服治療をほぼ生涯継続することが必要とされる。

HIV/AIDS診療において「living together」というキーワードがある。これはHIVに感染した状態にある「HIVと共に生きている人々」、そして「HIV感染者と共に生きている人々」という二つの「共存」を意味していると思われる。2007年末、世界で3,320万人がHIVと共に生きている。日本でも報告されているだけで1万3,000人余りの感染者がいる。その数は年々増加し続けているのはご存知の通りである。そんな中で、当院にも当然のことながら最初の患者が1998年に訪れ、それ以降増え続けている。

2. HIV/AIDS 診療における「チーム医療」の必要性

HIV/AIDS診療の特徴として、継続性、専

門性、そして多様性が挙げられる。

HAARTによる内服治療は長期に及ぶ。患者と医療機関との繋がりや途切れることなく、長年に渡って続いていく。医師一人だけでその関係を継続するのは難しいことが多い。また、1年を待たずにガイドラインが変更されるこの分野は、専門的な知識や経験の積み重ねが必要になる。その他の多くの患者を抱えながら、医師だけで新たな知見をすべて網羅するにはかなりの努力が必要である。そして多くの患者がHIV/AIDSという疾病だけでなく多様な問題を抱えていた。経済的な困窮、精神的な不安や悩み、そして社会的なスティグマである。このような患者に対して、従来の医師主導型の診療で十分なケアを行うのは難しかった。継続的な関係と専門性を保ちつつ多様な患者に対応できるようにするには、複数の医療者によるチームが必要であった。

今では「チーム医療」というのは珍しい言葉ではない。ガン診療などでも用いられる多職種協同を目的とした医療チームによる診療であり、multidisciplinary medicineとも呼ばれる。HIV/AIDS診療を行う上で、このような「チーム医療」が患者、そして医療者の双方にとって必要だと思われた。

3. 当院での「チーム医療」

当院ではHIV/AIDS診療を開始した当初より医師を中心とした「ポジティブチーム」という多職種による医療チームを編成し、患者ケアに関わっている。医師、看護師、薬剤師、栄養士、歯科衛生士、臨床心理士、ソーシャルワーカー、そして医療事務職が含まれている。

例えば、AIDSを発症した患者が入院した場合を紹介する。全身状態や医学的問題について医師が評価するとともに、社会背景や心理的問題について看護師がさらに情報を聴取する。疾病についての知識の供与、健康増進のための行動変容を促す指導的役割も看護師が担う。多くは栄養サポートが必要な状態であり、薬剤との相互作用や免疫低下状態を考慮した食事を栄養士が計画する。口腔内病変の合併や歯からの感染リスクが高い場合、歯科口腔外科医師や歯科衛生士の支援が必要となる。HAARTなどの薬剤を使用することになれば、薬剤師の助力が欠かせない。HAARTに用いる多くの薬剤が副作用や相互作用に留意が必要であり、薬剤師のチェックにより安全に薬剤が提供される。そして医学的な面だけでなく、金銭的な問題も患者にとって大きい。医療支援を適切に行うためにソーシャルワーカーと医療事務職が連携して、本人に必要な申請がプライバシーを考慮して行われるように配慮していく。また患者が女性であれば、産婦人科医の診察が必要となり、妊娠・出産といったイベントに対処するには周産期担当看護師の助力が欠かせない。

4. 「チーム医療」による利点

医療者の立場からすると、各専門職の意見を聞き、総合的な判断ができることが「チーム医療」の大きな利点である。医師の立場からは想像もできないほどのパフォーマンスを、他職種が持っていることを感じさせられることも少なくない。同じ病院の中にも「見えない垣根」が職種間にあったことを痛感する。また医師、看護師のように患者との直接的接触が多い職種に対して、その他の職種は患者から直接声を聞いたり、治療方針に深く関わったりすることが少なくなりがちである。彼らの仕事がどれだけ患者に寄与しているのか、彼らのアイデンティティーを確認する良い機会にもなる。そし

て同じ目的に向かう仲間がいることにより、重篤で難しい問題を抱えた患者と接し続ける医療者が感じる肉体的・精神的ストレスを軽減する効果もあるように思われる。

患者の立場からしても、様々な職種からの意見を聞き自分の治療を選択していくことができる。自分の希望や、時には愚痴を言うことができる相手が医師以外に多くいることが彼らにとって大きな利点である。患者が相談できる窓口を増やすため、当院施設の職員だけでなく他施設の臨床心理士の協力もお願いしている。患者との面談以外にも、医療者に対して患者とのコミュニケーションの方法やカウンセリング・マインドの持ち方の指導をして頂いている。

多職種連携による利点は上述する通りだが、その効果を患者ケアに生かすには「連携の質」を保つ必要がある。患者を中心とした良質な情報交換の方法として、日々の診療の中での細かな連絡と定期的なカンファレンスを行っている。その中で具体的に個々の患者の状況や問題点についてメンバーから情報を収集し、よりよいケアが何であるか考え続けている。

5. 「チーム医療」の課題

病院にはHIV感染者やAIDSを発症した患者が次々と来院する。この終わりのない状況を変えるためには、病院の外との協力がより緊密に必要であると感じている。すでに福祉保健医療の担当者を中心にHIV/AIDSの早期発見、予防啓発などの取り組みが行われている。またHIV感染者を早期発見する現場は、エイズ拠点病院や保健所だけでなく地域の開業医の方々のところであってもおかしくない。そうした福祉保健行政および地域医療の方々と病院が連携できる大きなチームが形成されると、HIV/AIDSに対する予防と治療の両輪がいっしょに回りはじめ、より地域の保健医療のレベルを高めることになると思う。

世界エイズデーのテーマから考えたこと



中央保健所 宮川 桂子

世界エイズデーのテーマ：

“Stop AIDS; Keep the Promise-Leadership”

12月1日は世界エイズデーです。テーマは、2005年から継続して、“Stop AIDS; Keep the Promise”（AIDSをくい止めよう；約束を守ろう）であり、サブテーマは去年と同じ“Leadership”です。「政府や政治家、そして地方の保健分野で決定権を持つ人々に、HIV/AIDSに対して闘うために設定した目標を達成することを求めている」と解説されています。それまでのものと違う点は、テーマの対象が一人ひとりのHIV予防啓発の対象者ではなく、「政府や政治家、そして地方の保健分野で決定権をもつ人々」となり、それらの人々に「確実に目標を守ってくれ」と訴えているのです。また目標を守るためには、あらゆるレベルで強いリーダーシップが必要である、という意味がこめられています。

なぜリーダーシップか？

リーダーシップは、特にHIV/AIDS予防・支援の世界では非常に大切です。多くの活動で、プログラムの対象者が企画・運営に参加していく住民参加型方式が有効とされている一方で、対象者の視点・意見を尊重しながら、様々なレベルでのリーダーシップが無ければ、HIV/AIDS対策は成功しない、ということを経験してきた。過去約27年の間に世界は学んできました。ことさらHIV/AIDS対策でそれが必要である理由は、HIV感染に関して脆弱性をもつ人々とは、例えば男性同性愛者や、セックスワーカー、静注薬物使用者、といった社会的に差別・偏見に曝されてきた、あるいは違法者とされてきた人々で

あるということと深く関係しています。これらの人々が、まずお互いに連帯するためにリーダーシップを必要としました。しかし、それだけでは十分ではありませんでした。どれだけ連帯して声を大にして「自分たちが脆弱性をもつ健康問題に力を注いでほしい」と対応を訴えたとしても、絶対数が少ないことと、社会的差別・偏見から、認知を得るのは非常に難しいという状況があるからです。また、性にかかわる課題として、性教育、性感染症予防教育に関しても、力のある立場からのリーダーシップを発揮したサポートが無ければ現場ではやりにくいというのは、どこの国でも共通するものです。

リーダーシップの例

世界での成功例の一つとして、1990年代のタイやカンボジアでの、セックスワーカーを対象とした「100%コンドーム戦略」がありました。これらの国でも売買春は非合法でした。しかし、HIV/AIDSの広がり、政府は超法規的な対応としてセックスワーカーを地域でマッピングし、コンドームを配布、コンドームを使用しない売買春を禁止する、という政策をとったのでした。また最近では、静注薬物使用者へのHIV予防としては、needle exchange programというリスク軽減策を含む総合的な保健対応が取締りよりも有効である、ということが保健分野では周知の事実となっています。このことから、UNAIDS (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS:国連合同エイズ計画) では、1999年より、UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime : 国連薬物犯罪事務所) をそのグループに入れて、各国

での静注薬物使用者のHIV予防として、総合的な保健対応をするのを支援しています。この課題に対応していくには、やはり政治のトップがリーダーシップを発揮し、さまざまな法的問題をクリアしながら、推し進めていく必要があります。

アドボカシー (Advocacy) について

ところで、アドボカシーという言葉があります。「啓発活動」が、一般に、行動や意識の変容を求められる個人や集団に向けて知識や技術の伝達を行うのに対して、「社会問題に対処するために政府や自治体及びそれに準ずる機関に影響をもたらす、公共政策の形成及び変容を促すことを目的とした活動」と捉えることができます。HIV/AIDS対応として、「啓発」という言葉が多用されますが、海外ではそれと共にアドボカシーも非常に重要な戦略の一つと捉えられています。しかし、日本では、初期の薬剤エイズ問題を除けば、「エイズは誰にでも可能性がある」とし、若者全体やあらゆる人を対象とした啓発活動が中心に行われ、「政府や自治体...に影響をもたらす、公共政策の形成...を目的とした」アドボカシーに力を入れたとは言えないのではないでしょうか。ある、セックスワーカーを含む男女間のHIV感染・エイズ患者の報告数が多い県の知事は、「あれは、特定の職業の方の問題ですから。」と発言し、エイズ対策事業費が削減された、と聞きました。本来、政治的リーダーシップを発揮すべき人たちへ向けたアドボカシーが、今こそ必要ではないでしょうか。

正確な情報とは？

公衆衛生学を専門とする立場からは、正確な情報を啓発にも、アドボカシーにも使い、扇情的ではないメッセージと、根拠に基づいた対策の有効性を訴えていきたいと考えています。例えば、「HIV/AIDSは爆発的に増加している」ではなく、「全体的に低いレベルで、しかし、HIV/AIDS報告数は年々増えている」というのがより正確といえるでしょう。日本では、

HIV感染の罹患率も、有病率も出されていません。それなのに、どうして、確信を持って増えている、といえるのでしょうか？もちろん、否定しているわけではありませんが、十分な根拠があるといえないのが現状です。根拠となる研究がもっと必要です。

また、報告数からみると、常に男性同性愛者が明らかにアンバランスに多く、HIV感染に関して脆弱性をもつ人たちであることがわかりますが、これを強調すると男性同性愛者への差別感を深めるため、言うてはいけないと批判されることがあります。しかし、感染に関する事実と、差別があることとは、別次元の問題です。重要なことは、男性同性愛者（すべての男性同性愛者というわけではありません）が特に脆弱性をもつ人たちであることを事実として受け入れ、そこへ予防啓発・患者支援の焦点が当てられ、資金や人材を投入されなければならないのです。そのためには、政治家や教育・保健・医療等の分野で決定権を持つ人々に、正確な情報を提供し、それぞれの分野で何が必要かを示す必要があります。

保健医療関係者として

保健医療関係者も、ある意味、地方で力を持った集団であると言えます。その集団がリーダーシップを発揮できる場面として、保健関係者は、適切な対象者に予防啓発活動・患者支援を約束すること；医療関係者は、HIV陽性者へ十分な医療を約束すること、などではないでしょうか。具体的には、予防啓発活動・患者支援へのマンパワーの投入であったり、HIV陽性者であっても、よくある疾患に関しては一般病院・医院・歯科医院等で対応する、などが挙げられます。また、それぞれの上部の決定機関・組織へそれらが可能となるよう、働きかけていくことも、重要なリーダーシップとなります。

世界エイズデーのテーマから、保健医療関係者一人ひとりが自分にとって何を意味するのかを考えるきっかけにいただければ幸いです。