©2015 The Japanese Society for AIDS Research

症例報告

HIV 感染者のがん終末期を緩和ケア病棟で受け入れた 1 例

細川　舞[1)]，馬渡　桃子[2)]，小川　孔幸[3)]，柳沢　邦雄[3)]，
林　俊誠[3)]，大井寿美江[4)]，高橋　有我[5)]，小林　剛[5)]

[1)] 東京慈恵会医科大学医学部看護学科，[2)] 国立国際医療研究センター国際感染症センター，
[3)] 群馬大学大学院生体統御内科学/群馬大学医学部附属病院血液内科，
[4)] 国立病院機構まつもと医療センター，[5)] 国立病院機構西群馬病院緩和ケア科

背景：昨今，HIV 感染症の予後は飛躍的に改善し，慢性疾患へと移行している。それに伴い今後はがん合併 HIV 感染者のケアの機会が増えてくることが予想される。今回，HIV 陽性終末期がん患者を A 病院緩和ケア病棟で受け入れた一例を報告する。

症例：A 氏，45 歳，女性。20XX-9 年に PML（進行性多巣性白質脳症）で AIDS を発症し，抗レトロウイルス療法を開始した。20XX-7 年以降，舌がん，食道がん，中咽頭がん，子宮がんを罹患し，最終的には食道がん再発で治療困難となり A 病院緩和ケア外来に紹介となる。その後，呼吸状態悪化のため緩和ケア病棟入院となる。緩和ケア病棟開棟以来，初めての HIV 陽性患者の受け入れであった。しかし，HIV 陽性と構えてしまう部分はあったものの通常の診療や日常生活援助では標準予防策以上の技術は必要なく，また，特別な設備も必要ではなく看取ることができた。

結語：専門医や経験のある看護師の支援があり円滑に受け入れを行うことができた。HIV 感染者の高齢化，がん罹患率の増加が見込まれる中で，診療報酬上の改善や HIV の感染者の終末期を受け入れる施設への公的な整備・支援が望まれる。

キーワード：HIV 陽性，がん患者，緩和ケア病棟，end of life

日本エイズ学会誌 **17** : 150-154，2015

緒　　言

抗 HIV 療法（cART）の導入により HIV 感染症は予後不良の疾患から慢性疾患へと移行している。それに伴い HIV 感染者および後天性免疫不全症候群（AIDS）発症者は長期生存ができるようになった。しかし HIV 感染者はがん発病率が高くなることが報告されており，特に肛門がん，膣がん，ホジキンリンパ腫，肝がん，肺がん，黒色腫，咽頭がん，白血病，大腸がん，腎臓がんなどで，一般集団よりも発生率が有意に高かったとの報告がある[1)]。日本ではいまだ HIV 感染者数が増加傾向にあり，今後も HIV 陽性がん患者が増加していくことが予測されている。

悪性腫瘍または AIDS 患者の入院を基準としている緩和ケア病棟でさえ，「HIV 感染者の受け入れ経験がないから」「抗レトロウイルス療法を受けている人は緩和ケアの適応にならないから」「受け入れ体制がとれていないから」などの理由で HIV 感染者の療養を受け入れていない現実がある[2)]。また，「感染のリスクが高い」「正直怖い，抵抗がある」「知識がない」といった理由で HIV 感染者の看護を躊躇する看護師も依然として多い[3)]。

著者連絡先：細川　舞（〒182-8570　東京都調布市国領町 8-3-1
東京慈恵会医科大学医学部看護学科）

2014 年 5 月 28 日受付；2015 年 4 月 14 日受理

HIV 感染者の終末期における療養場所の確保について，現在の日本では十分な整備がなされているとは言いがたく，早急な対応が望まれている。A 病院はエイズ拠点病院であり HIV 陽性患者を受け入れているが，緩和ケア病棟においては HIV 陽性患者の紹介が白質脳症での長期療養目的であり，症状緩和目的ではないという理由から受け入れをしていなかった。しかし今回，終末期がん患者として HIV 陽性患者の紹介があり入院受け入れの運びとなった。A 病院緩和ケア病棟で，初めて HIV 陽性終末期がん患者を受け入れ，院内スタッフ（緩和ケア医師，血液腫瘍内科医師，緩和ケア病棟看護師，MSW など）の協力のもと療養ができた症例について報告する。

倫理的配慮

本症例は A 病院倫理審査委員会で規定されている包括同意を得られており，学会，学術雑誌での事例報告についても本人，家族の承諾を得ている。

症　　例

45 歳女性，独身，母親と二人暮らし。

現病歴・経過：20XX 年，進行性多巣性白質脳症（PML）で AIDS を発症し本県の中核拠点病院で cART を開始した。20XX+2 年より，舌がん，中咽頭がん，食道がん，子宮が

んを発症し，抗がん治療，局所の放射線治療等を繰り返してきた。20XX+7 年，食道がん再発のため，積極的抗がん治療が困難となり，胃瘻（PEG）を造設する。20XX+8 年 8 月，A 病院緩和ケア外来に紹介された。A 病院紹介時，週 1 回の訪問看護，週 1 回のヘルパーを利用し母親の介護のもと在宅療養を行っていた。20XX+9 年 5 月，呼吸困難の増強と痰の増量が認められ，呼吸不全にて救急車で緩和ケア病棟（PCU）に緊急入院した。

入院時情報：PML により右片麻痺があり Performance Status（PS）：4，意識状態：JCS Ⅱ-20，CD4 陽性細胞 101/μL，HIV-RNA は検出せず。BT 38.7℃の発熱があり，SpO_2 82% と呼吸不全を認めていたため酸素 10 L/min の投与を行った。原因は肺炎であり，抗菌薬の投与を開始した。しかし改善が見られず，ニューモチスシス肺炎の併発も想定し ST 合剤（バクタ®）を 6 g/日に増量した。その後一週間で症状は改善した。がん終末期症状に対する緩和治療として，呼吸不全に対する酸素投与，がん性疼痛に対するフェンタニル貼付剤（デュロテップ MT パッチ® 29.4 mg/3 日毎）を使用した。栄養管理としては喀痰量が多く誤嚥の可能性が常にあり，PEG からの注入が困難な状況では，水分補給目的で維持輸液の投与を行った。症状の改善後より PEG から経腸栄養剤（ラコール®）を体調に合わせて 400～800 mL/日の投与を行った。内服については表 1 に示した。cART の継続は，本人の免疫状態の維持のためと，急な喀血や下血など起こった場合を想定して，血液中のウイルス量を減らしておくことで医療者や家族への粘膜曝露時の感染リスクを減らす目的で行われた。看護ケアとして，通常の検温，医師指示のもとフェンタニル貼付剤の貼りかえを行った。PS：4 であり床上排泄であったため毎日の陰部洗浄とオムツ交換，その他清潔ケアとしてエレベータバスでの入浴（週 1～2 回），全身清拭（入浴できない時），口腔ケアを行い，気道浄化を図るための喀痰吸引を行っていた。看護ケア提供の際には，標準予防策でよいという知識はありながらも「自分の防護具の選択が間違っていたら感染してしまうのではないか」という HIV 感染症に対するネガティブな感情から，ケア時の防護具選択に自信が持てない看護師がいた。そういった看護師には血液内科病棟で HIV 陽性患者ケアの経験がある看護師が防護具選択について指導し，時には共にケアを行うことでスムーズな防護具選択が身につくようになった。

母親は 24 時間の付き添いを希望し，病院に泊まり込みをしていた。自宅から患者本人が世話をしていたバラの花を持ち込んで飾ったり，患者の趣味で作製した陶器のカップを飾ったり，自宅の雰囲気に近づけられるような環境を作っていた。自宅に戻った際には「料理が好きだから」と病棟スタッフに差し入れを作っていた。肺炎症状の改善後は天候の良い日には病棟内の食堂や PCU の庭で母と一緒に気分転換をしたり，頭髪が伸びた際には，医師と母とで散髪をしたり穏やかな日々を過ごしていた。病棟スタッフは，母親が行うケアを見守りつつ，母親自身の気分転換や家事を行う時間が確保できるように，ケア時間の調整を行い，そのために PCU 多職種カンファレンス（週 1 回），病棟カンファレンス（適宜）で情報交換を行った。毎日の泊まり込みを行っていたため疲労が見られることもあったが，母親を労いつつ，いつでもサポートができることを伝え支援体制をとっていた。

穏やかな日々の中でも全身状態は徐々に低下し，入院 46 日目，がんの進行により永眠された。A 病院ではグリーフケアの一環として死亡退院後 3 ヵ月を目安に近況を伺う葉書を家族に送っている。それに対して母親より『いろいろな病院に入退院を繰り返しそれぞれの思い出はありますが，最期を過ごした緩和ケア病棟の思い入れは特別なものがありました。（中略）悲しいけれど楽しい入院生活でした』と返事をいただき，緩和ケア病棟として家族のケアも

表 1 PEG からの注入薬

薬剤名と投与量	
ビリアード®（300）1T 1×（朝）	タケプロン OD®（15）1T 1×（朝）
エピビル®（150）2T 2×（朝・夕）	プロマック®（75）2T 2×（朝・夕）
アイセントレス®（400）2T 2×（朝・夕）	アルサルミン® 2P 2×（朝・夕）
バクタ®（1 g）1P 1×（朝）	デカドロン®（0.5）4T 1×（朝）
20% エクセグラン® 2 g 2×（朝・夕）	リリカ® cap（75）2C 2×（朝・夕）
デパケンシロップ® 5% 16 mL 2×（朝・夕）	酸化マグネシウム® 1 g 2×（朝・夕）
パセトシン細粒® 10% 5 g 2×（朝・夕）	便秘時屯用 ラキソベロン液®
疼痛時屯用 モルヒネ塩酸塩水和物散 60 mg/回	

行えたと考えられた。

医療費の問題として，当初はcARTのために緩和ケア病棟入院料よりも実際の医療費が高額となることを懸念していたが，診療報酬改定により別途算定・請求可能であることを確認した。これによりコスト面での問題もなく，HIV診療と終末期がん医療を両立できた。

考　　察

本症例はがん終末期症状の緩和目的としてA病院PCU開設以来，初めてのHIV感染者の受け入れであった。受け入れ前の看護師には「HIV感染者の対応は標準予防策でよい」という認識はあるものの，実際にはHIVが血液を介して感染するウイルスであることから，血液や体液に接触する可能性のある看護ケア（採血，吸痰など）の感染予防策（防護具の選択）への戸惑いが見られた。HIVという感染症に関する知識が曖昧かつ，依然として死に繋がるネガティブなイメージが戸惑いに繋がっていたと考えられる。しかしHIV感染者においても日常の診療や生活援助では標準予防策以上の技術は必要なく，通常の有料個室，共用のエレベータバスを使用するなど，特別な用具・設備を要せず療養生活を継続し，最終的に看取ることができた。

初のHIV感染症例でありながらスムーズに看護できた理由は，本症例の入院目的がHIV/AIDSの専門的加療ではなく，がん終末期症状の緩和にあるということをスタッフが理解したことが大きい。すなわち求められるところがHIV非感染者と同様の患者・家族ケアであったことで，看護師の戸惑いも徐々になくなっていったものと考えられる。CD4リンパ球数が低値の患者であったため，医療者が感染症を媒介することのないよう配慮する必要があったが，HIV診療医による診療を継続することで新たな合併症にもすみやかに対応できるというA病院のメリットもあった。スタッフからの声としては，「自分がHIVに感染するかもしれないということよりも，スタッフが媒介してしまう感染症（疥癬など）のほうが管理やケアに気を使った」との感想もあり，実際にHIV感染者のケアを経験したことで，「標準予防策でよい」「過剰な防護具の必要はない」ことが実感できたのではないかと考える。

杉田らの調査によると「HIV患者ケアへの不安がある看護師」の傾向として，1）若年で臨床経験年数が短く，2）HIV感染症に悪いイメージを持ち，3）標準予防策の知識が乏しい，傾向にあったと報告している[4)]。A病院PCUは原則経験5年以上の看護師が配属されており，全員が標準予防策でよいという知識を事前に有していた。PCU以外の他部門での臨床経験を有し，その経験の中で種々の感染症患者に出会う機会もあったと考えられる。また血液内科病棟でHIV陽性患者ケアの経験がある看護師もPCUに配属されていた。しかし多数の看護師は『標準予防策でよい』という定義を記憶しているのみであり，実際にはHIV陽性患者のケアに際しての標準予防策を行動レベルで理解できていなかったのではないかと考えられる。それに伴いケア時の防護具選択に自信が持てず，ケアへの不安につながっていたのではないかと考えられる。しかしながら，ケアへの不安を感じた時に，経験者に正しい防護具選択の確認を行うことができ，時には共にケアを実施することで安心してケアに携わることができていた。標準予防策に対する不安を抱いていた看護師も，疑問をその場で経験のある看護師に相談できる環境があったことで自らの知識の確認・裏付けができ，不安の軽減につながった。このように経験者から病棟看護師へ，具体的な標準予防策（具体的な防護具の選択）についての教育的支援を，必要時に早急に得られたことが，スムーズな患者受け入れにつながったと考えられる。

また，PCUでは週1回の多職種（医師，看護師，栄養士，理学療法士，薬剤師，MSW）カンファレンスと適宜必要時開催する病棟カンファレンスを行うことで医療者間の相談の場となっており，療養の方向性についてつど確認することができた。加えて，A病院がエイズ診療拠点病院であり，その診療に従事する血液内科専門医が常勤しており，緩和ケア病棟での療養中でありながらHIV診療は専門医が携わっており，地域におけるエイズ拠点病院（大学病院）医師とも連携が取れていたことや，看護師のみならず医師間でも経験者による支援体制が十分であったことが円滑な療養につながったと思われる。また，万が一の針刺し事故におけるHIV曝露後予防内服薬が院内にあるということも，A病院のメリットであった。

現在地域医療の現場で長期療養を受け入れている多くの機関・施設においては，職員の知識・経験不足や偏見等の理由から，HIV感染者の受け入れには多大な困難が伴う。いわゆるエイズ拠点病院でない施設は職員の経験・知識とも乏しく，入院依頼に応需しにくい現状がある。しかしエイズ拠点病院も多くが急性期総合病院であり，患者の高齢化や長期にわたる終末期ケアといった長期療養の需要と，病院機能の間に大きな矛盾が生じている。このように現在わが国でHIV感染者の終末期療養の場が公的に整備されているとは言いがたく，個別の打診に応じた施設の御厚意に依存しているのが実情である。A病院はエイズ拠点病院でありながら，緩和ケア病棟・結核病棟といった長期療養需要に応じた部門を有しており，急性期病院中心の制度の中で強い特色をもっている。HIV感染者の長期生存・高齢化の中で役割が期待されるだけに，今回は重要な第一歩であったと思われる。

また各施設の患者受け入れ体制を充実させるためには，

各地域のエイズ拠点病院や行政が，経験の不足している施設・医療従事者の教育・支援を行う必要があろう。エイズ拠点病院以外でのHIV感染者の療養を阻む要因として，抗HIV薬や各種日和見感染予防薬，CD4数，HIV-RNAの検査等で高額医療となる反面，受け入れた場合の診療報酬上のメリットが少ないことがあげられている[5)]。

PCUは緩和ケア病棟入院料に基づいて1日につき4,791点（30日以内の期間）の入院料を算定している。この緩和ケア入院料には「診療に関わる費用は緩和ケア病棟入院料に含まれるものとする」とされており，通常の投薬や検査の費用はすべて入院料に含まれる。しかし2008年4月診療報酬改定によりcARTのコストは緩和ケア病棟入院料に含まれず，別途算定・請求可能となった[6)]。このことは，包括算定たるA病院緩和ケア病棟において本症例を受け入れ，cARTを継続できた要因の一つである。小西らは「患者にとって必要な医療を，病院の経営に障ることなく提供できる医療環境を整えることは，命を支える医療の基本的重要課題といえる」[5)]としている。

cARTの普及後，HIV感染者の余命は非感染者に近づいており[7)]，長期生存の結果としてHIV陽性がん患者が増加することは容易に想像できる。今回の症例のように終末期がん患者として紹介入院となる症例も増加するであろう。HIVの有無にかかわらず，終末期がん患者の療養の場として緩和ケア病棟の受け入れ態勢を整えることは，わが国のがん政策およびエイズ対策上重要な課題である。A病院では本症例を経験し，スタッフのHIVに対する先入観や不安の修正，適切な手技の確認ができたことで，今後も緩和ケア病棟でHIV陽性終末期がん患者を受け入れることが十分可能と考えられるようになった。HIV診療未経験の施設においてHIV陽性患者を受け入れる体制を整えるには，診療報酬上の施策のみならず，専門施設からの診療支援が必要となるだろう。実際にはHIV診療医との定期的な投薬方針の確認，曝露後予防内服の入手方法や内服方法の確認，HIV看護経験者による定期的な指導といったものが経験のある施設から経験の浅い施設に提供できるような連携整備がされると，増加するHIV陽性がん患者の療養の場も確保しやすくなると考えられる。

結　　語

緩和ケア病棟において，はじめてHIV感染終末期がん患者を受け入れた経験を報告した。勤務する看護師の知識を深め，不安を取り除くこと，非感染者とケアの目標が同様であることを再確認すること，専門医や経験ある看護師の助言を受けられることなどが円滑な受け入れにつながった。HIV感染者の高齢化，がん罹患率の増加が見込まれるなかで，診療報酬上の改善に加え，HIV感染者の終末期を受け入れる施設へのエイズ診療拠点病院との医療相談連携システムの整備，曝露後予防内服の設置，定期的なHIVに関する勉強会等の開催など，公的な整備・支援が望まれる。

文　　献

1）Patel P, Hanson DL, Sullivan PS, Novak RM, Moorman AC, Tong TC, Holmberg SD, Brooks JT : Incidence of types of cancer among HIV-infected persons compared with the general population in the United States, 1992−2003. Ann Intern Med 20 : 728−736, 2008.

2）永井英明，池田和子，織田幸子，城崎真弓，菅原美花，山田由美子，今井敦子，遠藤卓，大野稔子，河部康子，小西加保留，山田三枝子：緩和ケア病棟における後天性免疫不全症候群患者の受け入れについての検討．医療 62：436−439，2008.

3）古山美穂，佐保美奈子，豊田百合子，畑井由美子，泉柚岐，飯沼恵子，澤口智登里，熊谷祐子，下司有加：エイズ看護及び教育に対する看護者のニーズ．日本看護学会論文集 成人看護Ⅱ 42：268−271，2012.

4）杉田美佳，金沢小百合，白石彩子，小野瀬友子，西岡みどり：「HIV患者ケアに対する看護師の不安」に関連する因子の検討―HIV患者入院数調査および看護師意識調査―．日本エイズ学会誌 7：335，2005.

5）小西加保留，石川雅子，菊池美恵子，葛田衣重：HIV感染症による長期療養者とその受け入れ体制に関する研究．日本エイズ学会誌 9：167−172，2007.

6）杉本恵申 編：診療点数早見表［2012年4月版］．医学通信社，151, 885，2012.

7）Lohse N, Hansen AB, Gerstoft J, Obel N : Improved survival in HIV-infected persons : consequences and perspectives. J Antimicrob Chemother 60 : 461−463, 2007.

A HIV-Positive Patient with Tongue Cancer, Oropharynx Cancer, Esophagus Cancer and Uterus Cancer Terminal Phase Who Cared in the Palliative Care Unit

Mai Hosokawa[1)], Momoko Mawatari[2)], Yoshiyuki Ogawa[3)], Kunio Yanagisawa[3)], Toshimasa Hayashi[3)], Sumie Oi[4)], Yuga Takahashi[5)] and Go Kobayashi[5)]

[1)] The Jikei University School of Nursing,
[2)] Disease Control and Prevention Center, National Center for Global Health and Medicine,
[3)] Department of Medicine Clinical Science, Gunma University Graduate School of Medicine/ Internal Medicine of Blood, Gunma University Hospital,
[4)] Department of Nursing, National Hospital Organization Matsumoto Medical Center,
[5)] Department of Palliative Care, National Hospital Organization Nishigunma National Hospital

Background : The prognosis of HIV-infected patients have dramatically improved in recent years. As a result, HIV infection has shifted to chronic disease. Along with that, it is expected that the opportunities for care of cancer merged HIV-infected individuals will increase in the future. Here, we report a case of HIV-infected patient with several cancer terminal phase who cared in the palliative care unit (PCU) of A hospital.

Case Presentation : The patient is a 45-year-old HIV infected Japanese female. She had developed AIDS by progressive multifocal leukoencephalopathy (PML) nine years ago, and she was initiated the combination antiretroviral therapy (cART) at that time. She suffered one after another tongue cancer, oropharynx cancer, esophagus cancer and uterus cancer for seven years. She became impossible by treatment of recurrent esophageal cancer ultimately, and she was referred to the PCU of A hospital as the terminal phase of esophageal cancer. It was the first time in the PCU that we care of HIV-infected patients. Nevertheless, we succeeded in palliative care of her only standard precautions and not required any special equipment.

Conclusion : We could be performed smoothly terminal care of HIV-infected patient with the help of specialists and nurses with experience. Future, public support and intervention to the facility to accept the terminal phase of HIV-infected individuals is desired.

Key words : HIV positive, cancer patient, palliative care unit, end of life