

研究ノート

日本エイズ学会認定 HIV 感染症看護師の HIV 感染者に対する生活習慣病支援の実態調査

青盛 真紀^{1,2)}, 高木 雅敏³⁾, 前田ひとみ⁴⁾

¹⁾ 横浜市立大学医学部看護学科成人看護領域, ²⁾ 熊本大学大学院保健学教育部,

³⁾ 熊本大学医学部附属病院看護部, ⁴⁾ 熊本大学大学院生命科学研究部環境社会医学部門

目的: HIV 担当看護師に対する HIV 感染者の生活習慣病支援教育プログラムの基礎資料を得るために, 日本エイズ学会認定 HIV 感染症看護師 (以下, 認定看護師) および HIV 感染症指導看護師 (以下, 指導看護師) が脂質異常症またはその疑いのある HIV 感染者に対して行っている生活習慣病支援の実態を明らかにする。

方法: 2017 年に認定看護師および指導看護師が登録されている学会事務局を通じ, 本研究への参加意思が認められた対象者に郵送法による質問紙調査を行った。質問紙の内容は, 属性と生活習慣病支援に関する看護経験の有無, 脂質異常症ガイドラインを用いたリスク分類の有無とガイドラインの種類, 生活習慣病支援の内容, 支援形態とした。

結果: 参加同意が得られた 50 名の対象者に質問紙を配布し, 認定看護師が 27 名, 指導看護師が 14 名の計 41 名 (有効回答率は 82.0%) から回答を得た。HIV 看護経験年数は 5 年以上 10 年未満が 20 名 (48.8%) で最多だった。HIV 感染者の生活習慣病支援は 37 名 (90.2%) が経験ありと回答した一方で, 33 名/37 名 (89.2%) は脂質異常症のリスク分類をしていなかった。食生活と運動習慣では 90% 以上, 禁煙では 80% が問診や情報提供を行っていた一方で, 目標脂質値の設定や運動計画の立案は 20% 未満だった。食生活・運動習慣・禁煙の支援形態は, 94% 以上が個別面接だった。

結論: 多くの認定看護師および指導看護師が HIV 感染者の生活習慣病支援をしていたが, リスク分類や目標設定などによる支援の割合は低かった。

キーワード: HIV 感染症, 脂質異常症, 生活習慣病支援, 看護

日本エイズ学会誌 22: 111-119, 2020

序 文

抗 HIV 療法の導入により AIDS 関連死亡が減少する一方, HIV 感染による炎症や抗 HIV 薬の作用による動脈硬化に伴う心血管障害の増加が問題となっている¹⁾。特に, 心血管障害の原因となる脂質異常症には, HIV 感染者の 70% 以上が罹患しているという報告もある²⁾。また, HIV 感染者は非感染者と比較して, 1.75 倍心筋梗塞を発症しやすく³⁾, 脳血管障害を発症する HIV 感染者は若年者に多い⁴⁾という非感染者とは異なる特徴がある。心血管障害を発症することにより, 職業選択の幅が狭くなることや HIV 以外の受診が必要なこと等から患者の生活の質の低下につながる。さらに, 治療費や入院費による医療費が増加することでわが国の医療経済にも大きな損失を及ぼす可能性がある。これらの理由から, HIV 感染者における脂質管理は重要な課題となっている。

HIV 感染者における脂質の評価および管理については,

著者連絡先: 青盛真紀 (〒236-0004 横浜市金沢区福浦 3-9 横浜市立大学医学部看護学科成人看護領域)

2019 年 4 月 21 日受付; 2019 年 12 月 27 日受理

米国感染症学会ガイドライン⁵⁾が示されている。本邦では HIV 感染者に特化した脂質管理に関するガイドラインはなく, 米国感染症学会ガイドラインや日本動脈硬化学会ガイドライン⁶⁾などを活用し脂質の評価および管理が行われている。いずれのガイドラインも患者のリスク層別化を行い, 薬物治療を考慮する前に生活習慣への介入が必要であると明記されている。HIV 感染者を対象とした生活習慣病支援に関して, 管理栄養士による栄養指導によって血清脂質値や体重の減少が認められた^{7,8)}ことが報告されている。また, 抗 HIV 療法中の糖尿病を発症した症例では, インスリン抵抗性改善薬を使用せず食事・運動療法のみで血糖コントロールの改善を認めた⁹⁾という報告もある。一方で, 栄養指導を行ったにもかかわらず体重が増加もしくは不変だった者が 49.2% を占めていた⁷⁾ことや, 患者が管理栄養士による指導を拒否する¹⁰⁾場合もあることが報告されており, 生活習慣病支援における多職種連携のあり方や効果的な支援プログラムの構築が課題として残されている。Wood らは, 看護師主導の EUROACTION プログラムによって, 冠動脈疾患患者とそのハイリスク患者の血圧と血清脂質値の目標達成率が改善した¹¹⁾ことを報告している。

このプログラムは、16週間にわたり看護師が主導となり、栄養士や理学療法士、医師と協働して、生活習慣の改善のための個別指導やワークショップなどを患者およびその家族を対象として定期的に行うものである。Allen¹²⁾ とも冠動脈心疾患患者を対象とした研究から、看護師による積極的な管理は生活習慣改善に大きな影響を与えることを示している。

本邦では HIV 看護の質を高めるために、平成 24 年度から日本エイズ学会において認定 HIV 感染症看護師（以下、認定看護師）・HIV 感染症指導看護師（以下、指導看護師）の認定制度が始まった。これらの認定を受けた看護師は豊富な HIV 感染症看護の実践経験を有している。これまでに、本邦では HIV 感染者に対する生活習慣病に対する看護実践や介入効果を明らかにした研究はない。そこで、HIV 担当看護師に対する HIV 感染者の生活習慣病支援教育プログラムの基礎資料を得るために、本研究では、認定看護師および指導看護師の脂質異常症またはその疑いのある HIV 感染者に対して行っている生活習慣病支援の実態を明らかにすることを目的とした。

方 法

1. 調査期間

2017 年 2 月 21 日～3 月 31 日。

2. 研究デザイン

無記名自記式質問紙を用いた実態調査。

3. 研究対象者

日本エイズ学会認定 HIV 感染症看護師登録者全 112 名（2017 年 2 月時点）のうち、事前の調査依頼に対し、研究参加の同意が得られた認定看護師 50 名。

4. 調査内容

質問紙の内容は、対象者の基本属性、脂質異常症またはその疑いのある HIV 感染者に対する生活習慣病支援の経験の有無、米国感染症学会ガイドライン⁵⁾ または日本動脈硬化学会ガイドライン⁶⁾ を用いたリスク分類の有無、食生活・運動習慣・禁煙の支援内容と支援形態から構成した。

本研究において、脂質異常症の疑いのある HIV 感染者とは、高カロリー・高脂肪の食事や過食・偏食、運動不足、喫煙などの生活習慣⁶⁾ や非核酸系逆転写酵素阻害剤やプロテアーゼ阻害剤の服用¹³⁾ から看護師が脂質異常症のリスクがあると判断した患者とした。食生活・運動習慣・禁煙の支援内容と支援形態については、厚生労働省の標準的な健診・保健指導プログラム第 3 編保健指導¹⁴⁾ の内容を基に独自で作成した。支援内容については問診や情報提供の方法、目標設定、行動計画の実施など、支援形態では個別面接、集団面接、電話、E-mail、FAX、その他の選択肢を設け、普段 HIV 外来で実施しているものについて複数回答

を求めた。

5. 分析方法

各項目の基本統計量を算出した後、認定の種類（認定看護師、指導看護師）と属性および指導方法支援内容との違いを比較・検討した。統計解析は、IBM SPSS Statistics 25.0 を用い、*t* 検定、分散分析、 χ^2 検定を行い、有意水準は 5% とした。

6. 倫理的配慮

本研究は、熊本大学大学院生命科学研究部等人を対象とする医学系研究疫学・一般部門倫理委員会の承認（倫理第 1271 号）を得た後、日本エイズ学会の承認を経て実施した。

研究対象者に、学会事務局を通じて、本研究の主旨、調査方法、調査の協力は任意であること等の倫理的配慮について文書で説明を行い、学会事務局に同意書を郵送してもらった。同意書には同意した場合の郵送先の記載を依頼した。研究参加の同意が得られた対象者に対して、研究者が無記名自記式質問紙を郵送で配布した。後日、郵送により質問紙の回収をもって最終的な研究参加の同意を得た。

結 果

1. 対象者の背景（表 1）

認定看護師 50 名から研究参加の同意が得られ、回収数は 41 名（回収率 82.0%）、有効回答数は 41 名（有効回答率 82.0%）であった。

対象者の取得認定種については、認定看護師が 27 名（65.9%）、指導看護師が 14 名（34.1%）であった。

対象者が所属する地域は関東甲信越ブロックが最も多く 13 名（31.7%）、ついで近畿ブロック 7 名（17.1%）であった。設置区分では中核拠点病院が 18 名（43.9%）と最も多かった。そして、指導看護師のほうが認定看護師よりブロック拠点病院や中核拠点病院に所属している者の割合が有意に高かった（ $p < 0.01$ ）。

病床数は 600～700 床未満が最も多く 15 名（36.6%）で、平均病床数は 698.8（標準偏差 155.8）床であった。過去 1 年間の外来 HIV 感染者数は 100 人未満が 12 名（29.3%）で最も多く、ついで 100 人以上 200 人未満、1,000 人以上がともに 7 名（17.1%）であった。病床数、平均病床数、過去一年間の外来 HIV 感染者数は、いずれも指導看護師と認定看護師間で有意差は認められなかった。

臨床経験年数は 20 年以上 30 年未満が最も多く 21 名（51.2%）と半数を占め、平均臨床経験年数は 21.6（標準偏差 8.5）年であった。HIV 感染症看護の経験年数は 5 年以上から 10 年未満が 20 名（48.8%）で最も多く、平均±標準偏差は 9.7 ± 5.4 年であった。HIV 感染症看護の経験年数については、指導看護師は 13.9 ± 6.6 年であり、認定看護師の 7.5 ± 2.9 年に比較して有意に長かった（ $p < 0.005$ ）。

表1 対象者の背景

n = 41

項目・カテゴリー	認定看護師 (n = 27)	指導看護師 (n = 14)	合計 (n = 41)	t, F	p Value
	n (%) or mean ± SD	n (%) or mean ± SD	n (%) or mean ± SD		
臨床経験年数	20.3 ± 8.6	24.1 ± 7.8	21.6 ± 8.5	-1.407	0.167 ^a
1 年未満	1 (3.7)	0 (0.0)	1 (2.4)		
1 年以上～10 年未満	2 (7.4)	0 (0.0)	2 (4.9)		
10 年以上～20 年未満	8 (29.6)	3 (21.4)	11 (26.8)		
20 年以上～30 年未満	13 (48.1)	8 (57.1)	21 (51.2)		
30 年以上～40 年未満	3 (11.1)	3 (21.4)	6 (14.6)		
HIV 感染症看護の経験年数	7.5 ± 2.9	13.9 ± 6.6	9.7 ± 5.4	-3.503	0.003 ^a
5 年未満	5 (18.5)	0 (0.0)	5 (12.2)		
5 年以上～10 年未満	15 (55.6)	5 (35.7)	20 (48.8)		
10 年以上～15 年未満	7 (25.9)	3 (21.4)	10 (24.4)		
15 年以上～20 年未満	0 (0.0)	1 (7.1)	1 (2.4)		
20 年以上	0 (0.0)	5 (35.7)	5 (12.2)		
認定看護師または指導看護師の経験年数	2.5 ± 1.0	2.9 ± 1.1	2.38 ± 1.0	1.158	0.255 ^a
1 年未満	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)		
1 年以上～2 年未満	5 (18.5)	0 (0.0)	0 (0.0)		
2 年以上～3 年未満	15 (55.6)	5 (35.7)	20 (48.8)		
3 年以上～4 年未満	7 (25.9)	3 (21.4)	10 (24.4)		
4 年以上～5 年未満	0 (0.0)	1 (7.1)	1 (2.4)		
5 年以上	0 (0.0)	5 (35.7)	5 (12.2)		
看護業務の形態				4.210	0.047 ^b
専従	10 (37.0)	9 (64.3)	19 (46.3)		
専任	8 (29.6)	4 (28.6)	12 (29.3)		
その他 (兼任を含む)	9 (33.3)	1 (7.1)	10 (24.4)		
立地場所				0.404	0.529 ^b
北海道ブロック	3 (11.1)	2 (14.3)	5 (12.2)		
東北ブロック	2 (7.4)	1 (7.1)	3 (7.3)		
関東甲信越ブロック	10 (37.0)	3 (21.4)	13 (31.7)		
北陸ブロック	1 (3.7)	1 (7.1)	2 (4.9)		
東海ブロック	0 (0.0)	1 (7.1)	1 (2.4)		
近畿ブロック	6 (22.2)	1 (7.1)	7 (17.1)		
中国四国ブロック	3 (11.1)	2 (14.3)	5 (12.2)		
九州ブロック	2 (7.4)	3 (21.4)	5 (12.2)		
設置区分				8.632	0.006 ^b
ブロック拠点病院	6 (22.2)	10 (71.4)	16 (39.0)		
中核拠点病院	15 (55.6)	3 (21.4)	18 (43.9)		
その他	6 (22.2)	1 (7.1)	7 (17.1)		
病床数	677.9 ± 172.9	739.1 ± 111.0	698.8 ± 155.8	1.438	0.238 ^b
300 床未満	1 (3.7)	0 (0.0)	1 (2.4)	2.956	0.093 ^b
300 床以上～400 床未満	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)		
400 床以上～500 床未満	3 (11.1)	0 (0.0)	3 (7.3)		
500 床以上～600 床未満	2 (7.4)	0 (0.0)	2 (4.9)		
600 床以上～700 床未満	10 (37.0)	5 (35.7)	15 (36.6)		
700 床以上～800 床未満	5 (18.5)	4 (28.6)	9 (22.0)		
800 床以上～900 床未満	3 (11.1)	3 (21.4)	6 (14.6)		
900 床以上	3 (11.1)	2 (14.3)	5 (12.2)		
過去 1 年間の外来 HIV 感染者数	359.3 ± 602.0	609.9 ± 651.3	444.9 ± 622.8	1.511	0.226 ^b
100 人未満	10 (37.0)	2 (14.3)	12 (29.3)	2.410	0.129 ^b
100 人以上～200 人未満	6 (22.2)	1 (7.1)	7 (17.1)		
200 人以上～300 人未満	3 (11.1)	2 (14.3)	5 (12.2)		
300 人以上～400 人未満	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)		
400 人以上～500 人未満	1 (3.7)	2 (14.3)	3 (7.3)		
500 人以上～600 人未満	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)		
600 人以上～700 人未満	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)		
700 人以上～800 人未満	1 (3.7)	1 (7.1)	2 (4.9)		
800 人以上～900 人未満	1 (3.7)	0 (0.0)	1 (2.4)		
900 人以上～1,000 人未満	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)		
1,000 人以上	3 (11.1)	4 (28.6)	7 (17.1)		
不明	2 (7.4)	2 (14.3)	4 (9.8)		

^a T-test. ^b Analysis of variance.

看護の業務形態は専従が最も多く 19 名 (46.3%)、ついで専任が 12 名 (29.3%) であった。指導看護師の専従または専任は 13 名 (92.9%) で認定看護師の 18 名 (66.7%) に比較して多く、有意な差がみられた ($p < 0.05$)。

2. HIV 感染者に対する生活習慣病支援の経験について

脂質異常症またはその疑いのある HIV 感染者に対する生活習慣病支援について、「経験あり」と回答した者は 37 名 (90.2%) であり、指導看護師は全員が「経験あり」と回答していた (図 1)。

患者のリスク分類における脂質異常症ガイドラインを活用している人は 8 名 (19.5%) で、全員が日本動脈硬化学会ガイドラインに基づいていた (図 2)。

認定看護師と指導看護師を比較した結果、生活習慣病支援経験の有無では有意差を認めなかった ($p = 0.280$)。一方で、看護介入時における脂質異常症ガイドラインの活用は指導看護師のほうが多く有意差が認められた ($p = 0.012$)。

3. HIV 感染者の脂質異常症予防に向けた看護支援方法について

HIV 感染者の脂質異常症予防として、食生活、運動習慣、禁煙に対する支援について調査した。

食生活では、個別面接による支援が 97.3%、電話による支援が 8.1%、E-mail による支援が 5.4%、集団面接による支援が 0% であった (図 3)。支援内容は、振り返りも含んだ食生活の問診が 94.6% と最も多く、ついでパンフレット・DVD・インターネット等を用いた情報提供が 83.7%、

口頭での情報提供が 81.0% であった。一方で、割合が少なかったのは血清脂質値の目標設定 (16.2%) と食事記録法 (18.9%) であった。これら 2 項目については、指導看護師のほうが認定看護師よりも実施割合が高く、有意差を認めた ($p = 0.021$, $p = 0.08$)。

運動習慣については、個別面接が 97.3%、E-mail による支援が 5.4%、電話による支援は 2.7%、集団面接による支援は 0% であった (図 4)。支援内容は、振り返りも含んだ運動習慣の問診が 86.5% と最も多く、ついで口頭での情報提供が 81.0%、パンフレット・DVD・インターネット等を用いた情報提供が 54.0% であった。一方で、割合が少なかったのは運動計画の立案 (2.7%) と社会資源の情報提供 (29.7%) であった。パンフレット・DVD・インターネット等を用いた情報提供については、指導看護師のほうが認定看護師よりも実施している割合が高く、有意差を認めた ($p = 0.006$)。

禁煙については、個別面接が 94.6%、E-mail による支援が 5.4%、電話による支援は 2.7%、集団面接による支援は 0% であった (図 5)。支援内容は、振り返りも含んだ禁煙の問診が 89.2% と最も多く、ついで口頭での情報提供が 83.8% であった。パンフレット・DVD・インターネット等を用いた情報提供 (59.4%)、禁煙計画の立案 (48.6%)、禁煙後の体重増加に関する計画立案 (24.3%)、禁煙外来の紹介 (62.1%) の 4 項目については、指導看護師のほうが認定看護師よりも実施している割合が高く、有意差を認めた

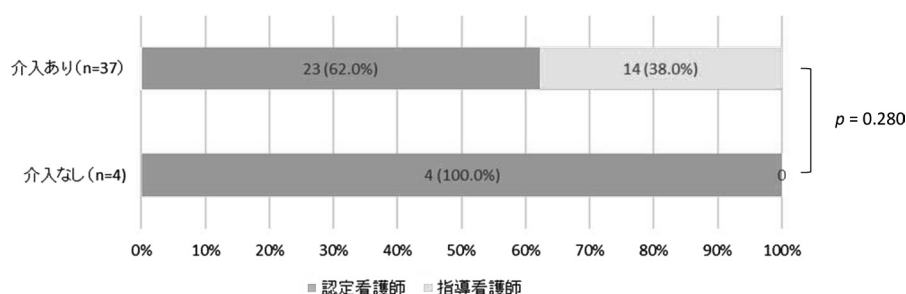


図 1 脂質異常症またはその疑いのある HIV 感染者に対する生活習慣病支援の有無 (N=41)

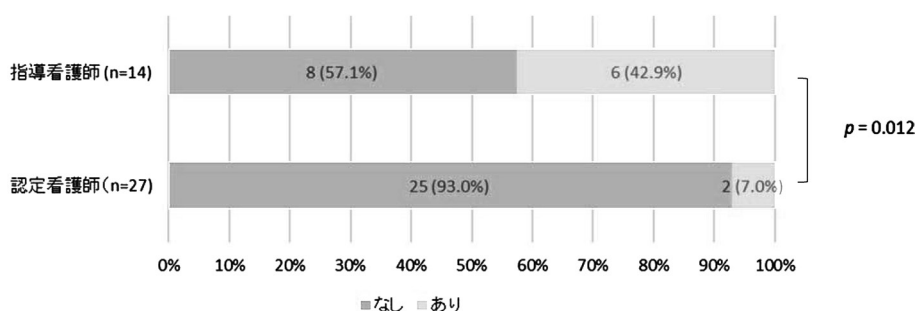


図 2 看護介入時における脂質異常症ガイドラインの活用の有無

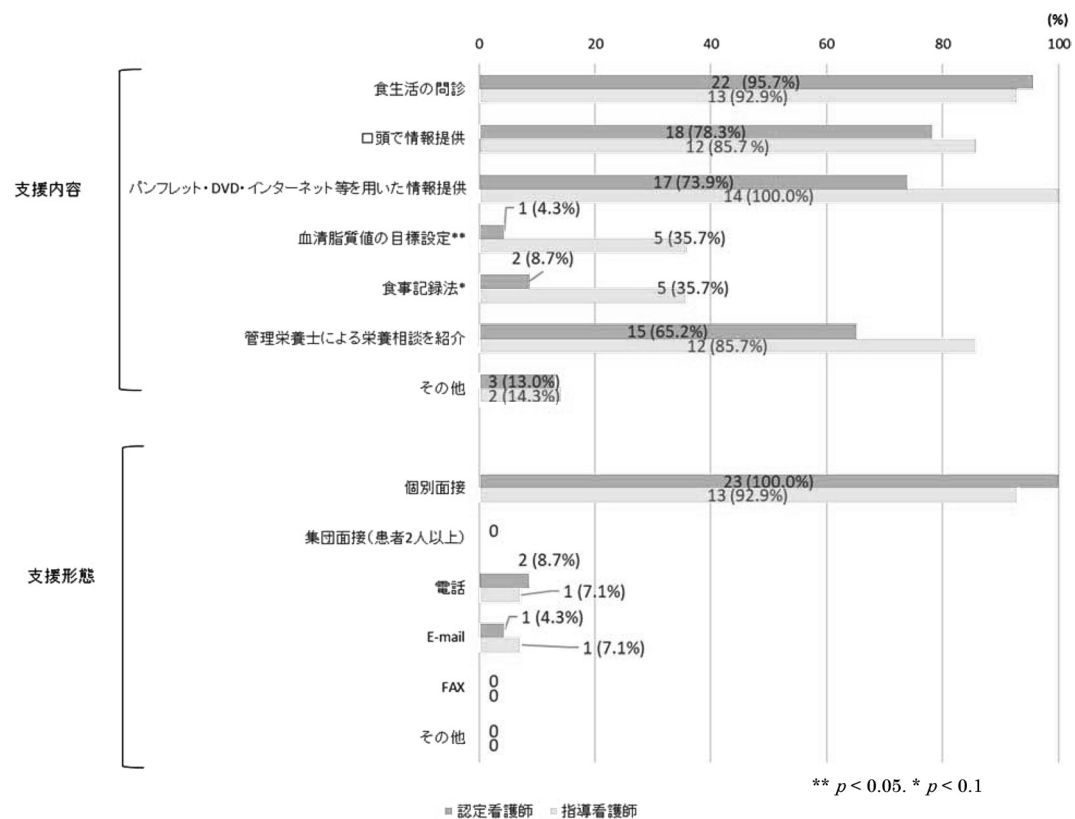


図 3 認定看護師と指導看護師における食生活の支援の実態 (N=37)

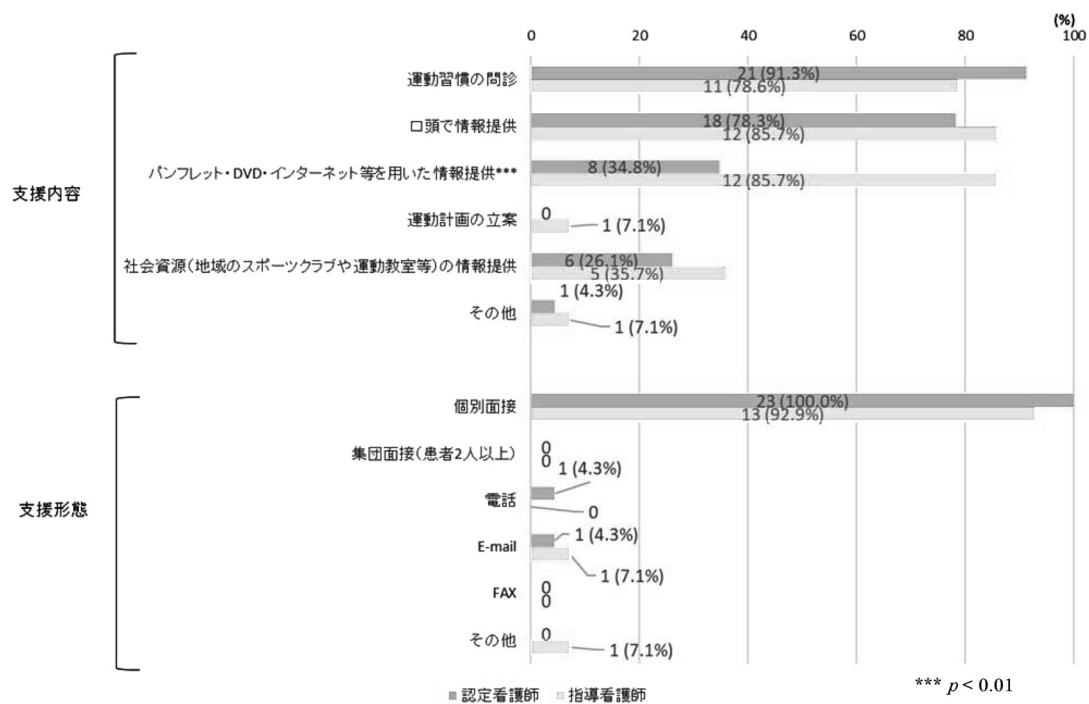


図 4 認定看護師と指導看護師における運動習慣の支援の実態 (N=37)

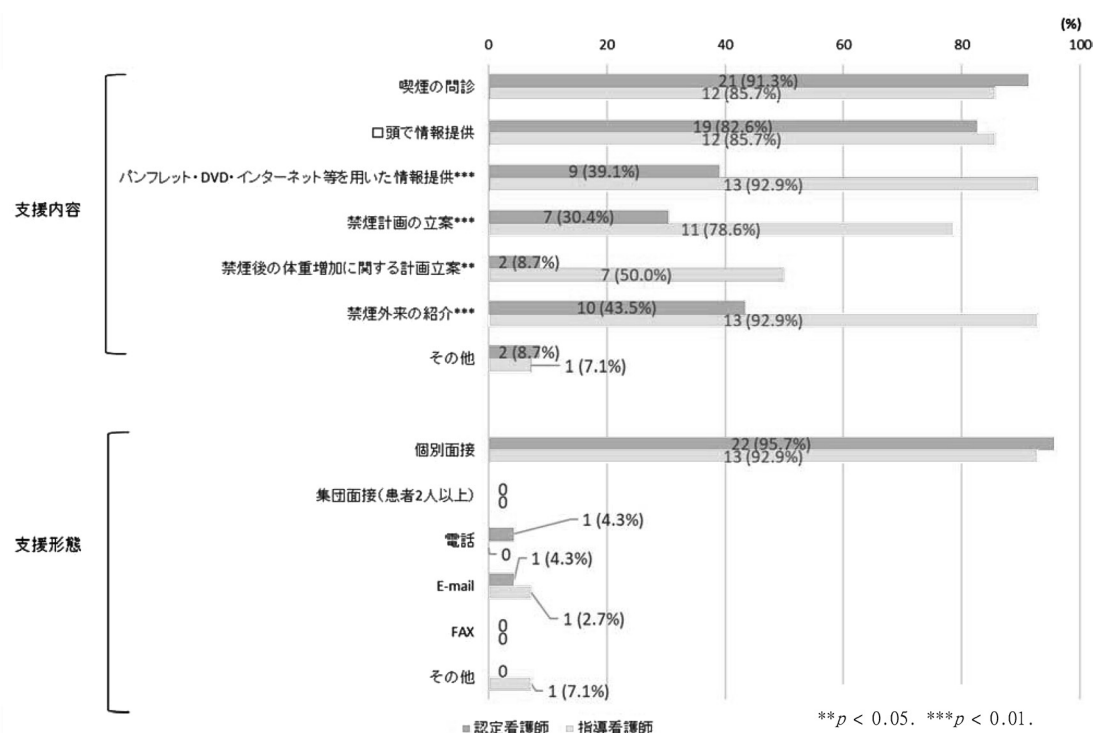


図 5 認定看護師と指導看護師における禁煙の支援の実態 (N=37)

($p=0.002$, $p=0.007$, $p=0.014$, $p=0.004$)。

考 察

本研究の対象者となった認定看護師および指導看護師の90.2%が、脂質異常症またはその疑いのあるHIV感染者に対する生活習慣病支援の経験があることが分かった。指導看護師に注目すると、14名全員がHIV感染者に対する生活習慣病支援の経験を有していたこと、認定看護師と比較し指導看護師の約4割(14名中6名)が動脈硬化性疾患予防ガイドラインを活用していたことは注目すべき点である。指導看護師の知見の広さや看護実践への探求がこのような結果となって表れたと推測できる。

一方で、80.5%が脂質異常症ガイドラインに沿った患者のリスク分類をしていなかった。特に、認定看護師は指導看護師と比較して有意に脂質異常症ガイドラインを使用していなかった。この理由として、脂質異常症ガイドラインの認知度が低いことやHIV感染者を対象とした生活習慣病支援の具体的な方法について十分検討されていないことなどが考えられる。動脈硬化性疾患予防ガイドライン⁶⁾では冠動脈疾患のリスクを分類し、リスクの程度に応じて目標LDLコレステロール値などの血清脂質値を設定することができる。また、冠動脈疾患のイベント発生率も把握でき、HIV感染者の生活習慣改善に向けた動機付けにも活用できると考える。ベッカーらの保健信念モデルでは、ある

病気にかかるかもしれないという罹患性と、かかったらたいへんだという重大性の認識を高めることがセルフケア行動をとる可能性を高める¹⁵⁾と示されている。このことから具体的な血清脂質値の目標やリスクの程度を患者と看護師が共有しておくことは生活習慣の改善に向けた支援の第一歩として重要である。

HIV感染者は青壮年期が多くを占めており、生活習慣病が原因で発症する心血管障害や脳血管障害は、非感染者と比較して発症率も高く好発年齢が若い^{3,4)}。働く世代の患者が冠動脈疾患を発症した場合、急性期を乗り越えたとしてもその後長期にわたる合併症予防や潜在的な機能障害により、日常生活や経済面、社会的役割に大きく影響を及ぼすと推測される。これらのデメリットを医療者は十分把握し、患者個々のリスクに応じて介入を行う必要があると考える。

食生活の支援では、食生活の問診や口頭での情報提供、パンフレットやDVD・インターネット等を用いた情報提供において認定看護師と指導看護師いずれも7割以上が実施していた。認定看護師と比較して指導看護師の実施が有意に多かったのは、血清脂質値の目標設定や食事記録法の実施であった。また、管理栄養士による栄養相談を紹介することについても認定看護師と比較して指導看護師の実施率が高かった。指導看護師のほうが患者への情報提供にとどまらず、個々の患者への積極的な介入や多職種との連携

や調整ができていると考えられる。

一方で、全体でみると対象者の2割未満しか血清脂質値の目標設定や食事記録法が実施できていなかった。この理由として、対象者の72.9%が「管理栄養士による栄養相談を紹介」していたことから、患者の具体的な食生活の支援については主に管理栄養士が行っている可能性がある。食事療法では、管理栄養士が生活習慣病患者に対して動脈硬化性疾患予防ガイドラインに準拠した支援により、介入6カ月後にLDLコレステロール値が減少した¹⁵⁾という報告や血清TG値の管理目標値を対象者の60%が達成した¹⁶⁾という報告がある。これらの結果から食事療法で栄養士との連携を積極的に進めていくことは有益であると考えられる。看護師は患者が栄養相談に意欲的に参加できるよう動機付けを行い、栄養相談後に丁寧なフォローアップを行うことが必要である。先行研究では、情報提供だけでなく看護師主導の積極的な介入プログラムの実施が患者の食生活改善に大きな影響を与えた¹¹⁾こと、栄養士や医師らとの協働による包括的な支援体制により血清脂質値が改善した¹⁷⁾という報告もある。よって、食事療法では患者の個別性に合わせ、食生活や生活活動状況を踏まえた上で行動変容を促し、改善された生活習慣が継続維持できるよう長期にわたり支援していくことが重要である¹⁸⁾。また、HIV感染者は疾患に対する直接的な不安や社会的偏見から生じる不安¹⁹⁾やはてしなく続く服薬など特有のストレスを抱えており、生活習慣改善に意識が向けられない状況を生じている可能性もある。看護師が患者を全人的に捉え、多職種と連携しながら、よいタイミングで必要な支援につなげる判断や調整も期待される。

運動習慣では、パンフレット・DVD・インターネット等を用いた情報提供については、指導看護師のほうが認定看護師よりも実施率が有意に高かった。この理由として指導看護師のほうがブロック拠点病院に属している割合も高く、認定看護師よりも専従の割合が高かったことから情報源の多さや指導にかけられる時間が長いことが推測できる。その結果、情報源を上手く実践に活用し患者支援に生かすことができていると考えられる。

運動習慣の支援内容について全体でみると、運動習慣の問診や口頭での情報提供は対象者の80%以上が実施していることから運動習慣のアセスメントから情報提供までは行っていると判断できる。一方で、運動計画の立案は1名(7.1%)、社会資源の情報提供は11名(29.7%)の実施にとどまっていた。Arakawaら²⁰⁾は、糖尿病患者で運動の具体的な支援を受けていない人を基準とすると、医師などから運動療法の説明を年に数回程度受けること、それが具体的に運動の種類、頻度、時間まで言及されるとそれぞれ運動する確率を1.3~1.9倍程度ずつ上げる可能性があると言

っている。身体活動に関する助言のみでは有意な改善は認めず、食事療法のアドバイスとの組み合わせにより有意にHbA1cを改善させた²¹⁾という先行研究もある。食生活の支援と一緒に具体的に現実的な運動習慣の支援を行うことがより重要である。また、多くの人にとって定期的なフィットネスプログラムを継続することは難しい。日常の身体活動に運動を取り入れる戦略は有効であり、地域社会、職場、学校の環境で提供されるプログラムや進捗状況をフォローすることは、患者を支援する大きな助けとなる¹⁷⁾。地域の運動療法士や糖尿病療養指導士などの専門職との連携体制を整備するとともに、自治体の保健事業なども参考にしながら、運動計画の立案や相談を行う必要が示された。

禁煙では、パンフレット・DVD・インターネット等も用いた情報提供、禁煙計画の立案、禁煙後の体重増加に関する計画立案、禁煙外来の紹介について指導看護師のほうが認定看護師と比較して実施が多かった。特に指導看護師の禁煙に対する支援では、その他以外の6項目中5項目で75%を超える高い実施率だった。HIV感染者が喫煙をすることで非感染者と比較し心筋梗塞²²⁾やがん²³⁾、ニューモシスチス肺炎²⁴⁾、慢性閉塞性肺疾患²⁵⁾などの発症リスクを高めることが指摘されている。一方で、HIV陽性者の禁煙に対する関心度は非陽性者とほぼ同じ程度である²⁶⁾といわれていることから、患者の禁煙に対する意識は低いと考える。したがって患者にリスクを正しく認識してもらい、禁煙に向けて意識が向けられるよう院内外の禁煙外来と連携した積極的な介入が必要である。

以上のように、今回の調査では食生活、運動習慣、禁煙いずれも問診や情報提供の実施率は高かったが、目標脂質の設定や食事記録法、運動計画・禁煙計画の立案といった、継続的かつ患者と共同し、行動変容を支援していく内容については実施率が低かった。また、生活習慣に関する問診は認定看護師と指導看護師は同様に実施していたが、生活習慣行動への支援については、全般的に指導看護師の実施率が有意に高かった。この理由としては、HIV感染症看護の経験年数が指導看護師のほうが認定看護師よりも有意に長かったことがあげられる。経験年数を重ねることによる生活習慣病支援の介入手段や情報量が豊富であることが影響していると考えられる。また、指導看護師は認定看護師よりも専従の割合が高いことから、患者との接触が密になり、多職種との連携や資源の活用によって患者への直接ケアに包括性と継続性を持たせることができていたと考えられる。

結 論

本研究の限界として、全認定看護師112名のうち41名(36.6%)の結果であり、対象者の数が少ないことがあげら

れる。一方で本調査によって、豊富な HIV 感染症看護の実践経験を有していると認められた認定看護師でも 89.2% が患者のリスク分類を行っておらず、血清脂質値の目標設定などについても 40% 未満という低い実施率であったことから、看護師に対する HIV 感染者の生活習慣病支援教育プログラムを作成する重要性が示された。今後、HIV 感染者の脂質異常症のリスク分類と、リスクに応じた生活習慣病支援に向けた介入プログラムの開発に取り組む予定である。

謝辞

本研究にご協力いただきました、日本エイズ学会事務局の皆様、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皆様に感謝申し上げます。

利益相反：本研究において利益相反に相当する事項はない。

文 献

- 1) 味澤篤：HIV 感染者の死因と対策。日本エイズ学会誌 15：149-157, 2013.
- 2) 本田元人, 森本茂人：HIV 感染患者に合併した高血圧診療における問題点。日本高血圧学会総会プログラム抄録集 33：406, 2010.
- 3) Triant VA, Lee H, Hadigan C, Grinspoon SK : Increased acute myocardial infarction rates and cardiovascular risk factors among patients with human immunodeficiency virus disease. *J Clin Endocrinol Metab* 92 : 2506-2512, 2007.
- 4) Berger JR, Harris JO, Gregorios J, Norenberg M : Cerebrovascular disease in AIDS : a case-control study. *AIDS* 4 : 239-244, 1990.
- 5) Dube MP, Stein JH, Aberg JA, Fichtenbaum CJ, Gerber JG, Tashima KT, Henry WK, Currier JS, Sprecher D, Glesby MJ : Guidelines for the evaluation and management of dyslipidemia in human immunodeficiency virus (HIV)—infected adults receiving antiretroviral therapy : recommendations of the HIV medicine association of the infectious disease society of America and the adult AIDS clinical trials group. *Clin Infect Dis* 58 : 1-34, 2013.
- 6) 日本動脈硬化学会：動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2017 年版。一般社団法人日本動脈硬化学会, 2017.
- 7) 洲邊まりな, 辻麻里子, 長興由紀子, 城崎真弓, 犬丸真司, 高濱宗一郎, 南留美, 山本政広：外来における継続的な栄養指導の取り組みについて。日本エイズ学会誌 19：485, 2017.
- 8) 増田香織, 池本美智子, 長興由紀子, 城崎真弓, 高濱宗一郎, 南留美, 山本政弘：当院における HIV 感染患者に対する栄養食事指導の現状と効果について。日本エイズ学会誌 12：473, 2010.
- 9) 森永恵理子, 税所芳史, 山本翔一, 田中正巳, 入江潤一郎, 目黒周, 河合俊英, 伊藤裕：抗 HIV 療法中に発症し、食事・運動療法が著効した 2 型糖尿病の 1 例。第 599 回日本内科学会関東地方会 38, 2013.
- 10) 宮本敦子, 濱口優子, 鈴野千鶴子：当院における HIV 感染者に対する外来個別栄養指導の実績。日本エイズ学会誌 16：595, 2014.
- 11) Wood DA, Kotseva K, Connolly S, Jennings C, Mead A, Jones J, Holden A, De Bacquer D, Collier T, De Backer G, Faergeman O ; EUROACTION Study Group : Nurse-coordinated multidisciplinary, family-based cardiovascular disease prevention programme (EUROACTION) for patients with coronary heart disease and asymptomatic individuals at high risk of cardiovascular disease : a paired, cluster-randomised controlled trial. *Lancet* 371 : 1999-2012, 2008.
- 12) Allen JK, Blumenthal RS, Margolis S, Young DR, Miller ER 3rd, Kelly K : Nurse case management of hypercholesterolemia in patients with coronary heart disease. Results of a randomized clinical trial. *Am Heart J* 144 : 678-686, 2002.
- 13) 鯉淵智彦, 白坂琢磨：抗 HIV 治療ガイドライン, H30 年度厚生労働行政推進調査事業費補助金エイズ対策政策研究事業 HIV 感染症及びその合併症の課題を克服する研究班, 2019.
- 14) 厚生労働省：標準的な健診・保健指導に関するプログラム第 3 編保健指導。151-274, 2018.
- 15) 宗像恒次：最新 行動科学からみた健康と病気。東京、メヂカルフレンド社, pp 96-99, 1996.
- 16) 田中里実：新ガイドライン 動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2012 年版に準拠した脂質異常症の食事療法の効果。New Diet Ther 30 : 65-69, 2015.
- 17) Leung AWY, Chan RSM, Sea MMM, Woo J : An overview of factors associated with adherence to lifestyle modification programs for weight management in adults. *Int J Environ Res Publ Health* 14 : 1-28, 2017.
- 18) Lee WWM, Choi KC, Yum RWY, Yu DSF, Chair SY : Effectiveness of motivational interviewing on lifestyle modification and health outcomes of clients at risk or diagnosed with cardiovascular diseases : a systematic review. *Int J Nurs Stud* 53 : 331-341, 2016.
- 19) 小松賢亮, 小島賢一：HIV 感染者のメンタルヘルス—近年の研究動向と心理的支援のエッセンス—。日本エイズ学会誌 18：183-196, 2016.
- 20) Arakawa S, Watanabe T, Sone H, Tamura Y, Kobayashi M, Kawamori R, Atsumi Y, Oshida Y, Tanaka S, Suzuki S,

- Makita S, Ohsawa I, Sato Y : The factors that affect exercise therapy for patients with type 2 diabetes in Japan : a nationwide survey. *Diabetol Int* 6 : 19–25, 2015.
- 21) Umpierre D, Kramer CK, Leita CB, Gross JL, Ribeiro JP, Schaan BD : Physical activity advice only or structured exercise training and association with HbA 1c levels in Type 2 Diabetes. *J Am Med Assoc* 305 : 1790–1799, 2011.
- 22) Freiberg MS, Chang CC, Kuller LH, Skanderson M, Lowy E, Kraemer KL, Butt AA, Bidwell Goetz M, Leaf D, Oursler KA, Rimland D, Rodriguez Barradas M, Brown S, Gibert C, McGinnis K, Crothers K, Sico J, Crane H, Warner A, Gottlieb S, Gottdiener J, Tracy RP, Budoff M, Watson C, Armah KA, Doebler D, Bryant K, Justice AC : HIV infection and the risk of acute myocardial infarction. *JAMA Intern Med* 173 : 614–622, 2013.
- 23) Shiels MS, Cole SR, Kirk GD, Poole C : A meta-analysis of the incidence of non-AIDS cancers in HIV infected individuals. *J Acquir Immune Defic Syndr* 52 : 611–622, 2009.
- 24) Segal LN, Methé BA, Nolan A, Hoshino Y, Rom WN, Dawson R, Bateman E, Weiden MD : HIV-1 and bacterial pneumonia in the era of antiretroviral therapy. *Proc Am Thorac Soc* 8 : 282–287, 2011.
- 25) Morris A, George MP, Crothers K, Huang L, Lucht L, Kessinger C, Kleerup EC ; Lung HIV Study : HIV and chronic obstructive pulmonary disease : is it worse and why ?. *Proc Am Thorac Soc* 8 : 320–325, 2011.
- 26) 石井祥子, 西岡みどり : HIV 陽性者の禁煙への関心度. *国立病院看護研究学会誌* 8 : 122–126, 2012.

A Survey of Nursing Support in Lipid Management for HIV-Infected Patients in Japan

Maki AOMORI^{1,2)}, Masatoshi TAKAKI³⁾ and Hitomi MAEDA⁴⁾

¹⁾ Department of Nursing, Faculty of Medical Sciences, Yokohama City University,

²⁾ Doctoral Program of Nursing, Graduate School of Health Sciences, Kumamoto University,

³⁾ Department of Nursing, Kumamoto University Hospital,

⁴⁾ Department of Nursing, Faculty of Life Sciences, Kumamoto University

Objective : This study aimed to discover to what extent Japanese HIV infection nurses and nursing advisors currently assist HIV-infected patients diagnosed with or suspected of having dyslipidemia in improving relevant health-related behaviors.

Methods : In 2017, survey questionnaires were mailed to 50 nurses registered with the Japanese Society for AIDS Research as certified HIV infection nurses or nursing advisors and who had indicated their interest in participation. The survey comprised demographic items and questions regarding whether they had ever provided HIV patients with assistance related to lifestyle disease management, whether they categorized such patients as at risk based on dyslipidemia management guidelines and, if so, what guideline, what assistance with lipid management-related health behaviors, and in what form it was delivered.

Results : A total of 41 questionnaires were returned (nurses : 27 ; nursing advisors : 14) ; half the participants had between 5 and 10 years of experience. While 37 reported providing assistance regarding lifestyle disease management, only 33/37 had categorized patients regarding risk for dyslipidemia. Although more than 90% had asked patients about diet and exercise habits and 80% about smoking and, subsequently, provided the relevant information, less than 20% had assisted patients with setting target lipid levels and establishing exercise plans. For more than 94%, any assistance with diet, exercise, and smoking cessation had been provided in individual face-to-face meetings.

Conclusion : While most HIV infection nurses and nursing advisors had provided patients living with HIV assistance in lifestyle disease management, only a few had provided assistance involving steps like risk assessment and goal setting related to lipid management.

Key words : HIV infection, lipid abnormality, supporting lifestyle-related disease, nursing