

総説

HIV/AIDS 外来看護の実践経験をもとにした看護教育活動

An Example of Nursing Education Activities Based on Practical Experience in HIV/AIDS Outpatient Nursing Care

島田 恵

Megumi SHIMADA

東京都立大学大学院人間健康科学研究科

Graduate School of Human Health Sciences, Tokyo Metropolitan University

キーワード：HIV/AIDS, 外来看護, 在宅看護, 在宅療養支援, セルフマネジメント

日本エイズ学会誌 27: 1-5, 2025

本稿では、「外来看護は在宅看護の1つであり、そこで在宅療養支援を通して外来患者がセルフマネジメントできる“熟練の患者”に成長するのを支援する実践である」という考え方について解説し、HIV/AIDS 外来看護の実践経験を臨床とは異なる看護教育の領域で生かしている一例の紹介を試みたい。

地域包括ケアシステムの構築や慢性疾患のマネジメントに外来看護は重要とされており、看護系大学で在宅看護学領域の教員として勤務している著者は、看護基礎教育や現任教育において外来看護を上記のように説明している。外来看護をこのような実践と考えるに至ったのは、HIV/AIDS コーディネーターナースとしての臨床経験に他ならない。

著者はHIV/AIDS コーディネーターナースとして臨床実践するなか、外来看護は病院看護でありながら病棟看護とは異なり、むしろ在宅看護と捉えることができると考えてきた¹⁾。そこで本学では、在宅看護を訪問看護・退院支援・外来看護の3つで構成して教えてきた。2022年度から看護基礎教育は新カリキュラムとなり、在宅看護学は「地域・在宅看護学」として基礎看護学の次に位置づけられ、看護の対象を生活者として理解し、望む場所でその人らしく人生の最後まで暮らすことを支援する看護実践として教授することとなった。そのため、さらに「暮らしの保健室」といった地域における看護実践を加えた4つで再構成し、加えて1年次に「地域創生看護学/フィールドワーク演習」という科目を新設し、看護の専門科目を学ぶ前に、私たちが看護師-患者として出会う前の患者は、そもそも生活者として暮らしている（暮らししてきた）ことを理解す

る演習を開始した。これにより看護の対象を「病気の患者」というだけではなく、だれかの大事な人であったり、何らかの希望や信念などをもっている人であったりと、その人を「病気の患者」としてだけではなく多角的に理解しようとする看護師の育成を目指している。

つまり、外来でHIV/AIDS患者の皆さんから教えていただいたことを基盤として、外来看護を教えていると言える。旧来の外来看護を社会のニーズに応える外来看護としていくには、私達看護師自身の、そしてこれから看護師となる新たな世代の外来看護の捉え方を変える必要性をつねづね実感しており、それにはHIV/AIDS外来看護の実践経験が有用であると考えている。そして、HIV/AIDSの臨床を離れてもこの経験をなんとか看護に生かしたいと考え、このような教育活動につながっている。

在宅看護とは

在宅看護とは、自宅や施設といった居宅等の暮らしの場で提供する看護であり、訪問看護が代表的な看護実践としてしられている。さらにそこから波及して、入院している病棟から居宅等での暮らしへ戻る（移る）ことを支援する退院支援や、居宅等で暮らしながら医療を継続することを支援する外来看護、および近年は「暮らしの保健室」といった地域における看護活動も含めて、本学の基礎教育では在宅看護を教えている。

そもそも在宅看護とは、疾病や障害、加齢に伴う変化などを有するすべての人が、自宅やそれに準じた環境で生活できるようにすることを目的とした看護実践であり²⁾、対象者のセルフマネジメント力を上げることをゴールとし、意思決定をとことん重視して、パートナーシップの立ち位置でかかわる看護とされている³⁾。

著者連絡先：島田 恵（〒116-8551 東京都荒川区東尾久7-2-10 東京都立大学大学院人間健康科学研究科）

2025年1月14日受付

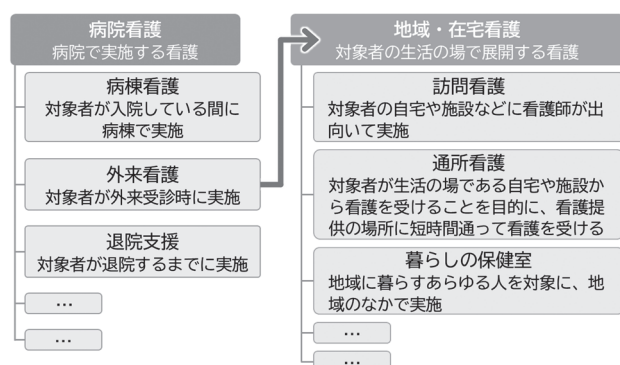


図1 看護提供の場所による看護分類と外来看護の位置づけ
(学研ナーシングサポートに掲載の著者作成図より転用)

外来看護は在宅看護である

提供する場所別に看護を分類すると、図1のようにまず病院で実施する「病院看護」と対象者の生活の場で展開する「在宅看護」に分けることができる。外来看護は看護を実施する場所で分類すると病院看護に該当するが、対象者が自身の生活の中で自宅や施設といった居宅等から通ってきて、居宅等で医療を継続することを支援することから、支援の考え方は他の病院看護である病棟看護とは、スタンスや考え方に異なる点が多く、むしろ在宅看護に含まれている訪問看護や暮らしの保健室における看護実践のスタンス、考え方と共通点が多いかもしれない。

そう考える理由は、外来看護の特徴にある。病棟看護と比較しながら考えてみる。まず、外来では患者が受診して初めて看護を提供できるという点である。病棟には患者が入院して一定期間そこにいるため、継続して関わるができる。しかし外来は、毎回の受診がなされるか不明確な状態といえる。そのため、外来看護師のあり方そのものが患者の受診行動に影響を与える可能性がある⁴⁾ことを理解しておく必要がある。これは、受診継続が重要であり、それは初診から始まるという点とも関連している。初診は患者との出会いであり、次の受診がかない、また次の受診がかなっていくことが、受診継続となるからである。さらに、受診が継続するなかで患者の暮らし方が次のフェーズに移行することを考え長期的視野で看護を考えるとという点である。暮らしの次のフェーズとは、たとえば外来通院しながら暮らしていたが緊急入院となり、退院時には訪問看護を導入した新しい暮らし方となるといった場合である。受診が長期にわたる慢性疾患では、外来患者の暮らしのフェーズの変化を予測して準備することも重要となる。これは、外来受診時に看護を行うものの受診時以外の患者の暮らしを考えて行うということであり、入院中の看護を考

える病棟看護とは見定めている時間が外来受診の前後にあり、しかも時間の長さが非常に長いということである。

このようなことから、外来看護を提供する場合は病院であるが、外来看護は病院で提供する在宅看護と考えることができる。

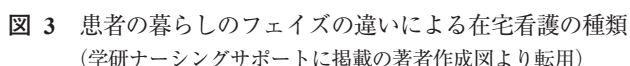
外来看護の目標は「人々が、疾患管理をそれぞれの生活に織り込み、折り合いをつけてその生活を再構築していきえるようにすること」であり、そのために外来看護師は、相談技術をもって「専門分野の身体管理技術の提供」「心理的適応の促進」「社会資源の紹介・導入（負担の軽減）」を患者に提供する⁵⁾。

その外来を地域包括ケアシステムの中で見た場合、構成要素である「医療」の中に位置づけられている（図2⁶⁾）。要介護状態となっても、住み慣れた地域で自分らしい生活を最後まで続けることができるように地域内で助け合う体制、5つの構成要素（住まい・医療・介護・予防・生活支援）が互いに連携しながら有機的な関係を担い、一体となったサービスを提供できるようにする体制との説明からは、高齢者が対象の中心である。しかし、外来は病棟よりも若い年齢層の割合が高いため、高齢者になる前の年代から高齢者になったときの暮らしを想定して、他の構成要素と連携しながらサービス提供を行う必要がある。

患者が入院すると暮らしが途切れたようにみえるが、実際は患者の暮らしは続いている。そして医療を利用する場は病棟や外来、自宅などへと移行するが、それに合わせてさまざまな看護が関与する（図3）。つまり、看護師がどこに勤務しているかは関係なく、患者がその生活の場で必要としている医療・看護・介護を包括して提供していくこと、そしてその先には患者のQOLの向上があることを意識しながら看護実践を行うことが看護師には求められる¹⁾。在宅看護には、訪問看護、外来看護、入院患者に向けた退院支援、介護保険のケアマネジメントといった、医療保険や介護保険のしくみのなかで展開される看護実践が含まれ、さらに地域で暮らす人々との交流から生まれる自助（セルフケア）や互助（お互い様の助け合い）の支援関係を育てていくといった多様な場での多様な資源に基づく看護実践がある³⁾。

外来看護は在宅療養支援である

在宅看護が対象者のセルフマネジメント力を上げることをゴールとしているため、人の力を得て暮らすことも含めてセルフマネジメント力とし、それを促すために支援する立場をとる。また、意思決定をとことん重視するとは、望む暮らしを支えるために対象者の思いを最重要視するということであり、本人も含めた家族と一緒に決められるよう支援する。そして、パートナーシップの立ち位置でかわ



ところで、在宅療養支援という名称や考え方は、1990年代に米国の discharge planning を退院調整と邦訳したことにより端を発する。米国では高騰する医療費対策としてのベッドコントロールなどが目的であったこともあり、退院調整が患者の意向がないままに医療者が退院をコントロールする意味にとられる可能性が懸念された。そこで、患者と家族の意思決定を中核として退院というイベントをとらえることを退院支援^{注)}として重視し、退院調整は表明された当事者の意向に基づいてサービスを調整することと分けられるようになった。そして患者と家族が病気や障がい、加齢といったことを受けて、暮らし方を次のフェーズ

外来における在宅療養支援とは、外来に通院している患者の在宅での暮らし、つまり療養生活についてのアセスメントと、必要に応じて直接ケアや指導、サービス導入などを行うことにより、状況の変化に対応し、患者とその家族が安心して、そして円滑に在宅療養が継続できることをめざす支援である⁷⁾。

熟練した患者に成長するためには、患者-医療者関係のあり方が重要である。従来、医療者、とりわけ医師が決めた治療方針に患者が従うことを示すコンプライアンス (compliance：遵守) や患者と医療者が合意した治療方針に患者が自発的に従うことを意味するアドヒアランス (adherence：固守・膠着) が知られている。熟練の患者に

表 専門性の高い看護師が患者の主体的な受療継続を支援するための考えと実践

中核カテゴリー	カテゴリー
1 責任をもって一生支え続けるという信念をもつ	患者の人生にずっと付き合う決心や責任をもって、支え続けることが役割である
2 “受診してよかった”と思えるように支援する	1) なんでも話してよい相手だと認められる 2) 関心をもって何か取り出せるものはないか話を聴く 3) 納得できる成果をみせて信頼を得る 4) 患者を代弁して医師との間をとりもつ
3 患者のプライバシーにあえてかかわる	1) 病気のコントロールを考え、患者がふれてほしくない生活もはっきり聴く 2) 家族の支援を検討し、早めに家族にアプローチする
4 受診中断しそうな患者を特別扱いする	受療継続が困難な患者を把握して受診を促す
5 患者しだいで支援を決める	1) 患者の主体性のレベルを判断し能力に合わせて支援する 2) 最低限できていればいいという状態を死守する 3) 療養方法を提案はするが患者に意思決定してもらう
6 受診日以外の状態こそ確認し判断する	患者の日常を継続的に把握し、受療行動を確認する

成長するには、病気について十分な知識をもった患者が疾病管理にパートナーとして参加し、医師と患者が合意した治療を共同作業として行う過程を重視するコンコダンス（concordance：一致・調和）の関係を目指したい。医療者主体でアウトカム重視（たとえば、受診継続や内服率などを重視する）の関係、考え方から患者主体、プロセス重視（受診継続やその内服率に至るまでの取り組みを重視する）の関係、考え方が必要である。

一方、セルフマネジメントは、地域包括ケアシステムのなかで4助（自助・互助・共助・公助）をいかに組み合わせて用いるかを定める際の土台となるものといえる。そのため、セルフマネジメントは、高齢者や病気になってからではなく、地域に暮らすなかで子どものころから、健康なときから、さらには外来受診を続けながら、考え、実践し、しだいに身につけていく能力と考えられる。外来看護師が行う在宅療養支援には、セルフマネジメント支援が含まれている。

外来看護は“熟練した患者”に成長するのを支援する

患者の成長を支援するとは、不遜甚だしいという気がするが、この根底には病を得て生きるひとり一人の持てる力を信じ、それが発揮されるよう力を尽くしたいという思いがあり、これは看護そのものの考え方であると思う。

専門看護師やHIV/AIDSコーディネーターナースなど専門性の高い外来看護師が外来患者の主体的な受療継続を支援するためにどのような実践を行っているか質的に研究した結果の中には、「なんでも話してよい相手だと認められ

る」が抽出されている（表）¹³⁾。一方、HIV陽性者を対象に実施されたウェブ調査では、HIV治療を目的として医療機関へ受診している881人（97.0%）中、医療スタッフに話したい（伝えたい・聞きたい）ことがあるのに話すことができなかった経験のある人は167人（19.0%）であった。話せなかった理由や内容からは、外来看護師としてぜひ聞かせて欲しい内容であるにもかかわらず、話せないと感じる状況が明らかになっていた⁴⁾。

HIV/AIDSなど慢性疾患の患者が外来受診を続けるなかでさまざまな経験すること、たとえば自分の治療方針を考えて決めることや、そのために医療者と話し合うことなどが、患者が熟練の患者に成長するための意味ある経験となるよう、外来看護が寄与するものでありたい。

利益相反：開示すべき利益相反はない。

注)

退院支援という場合、退院調整の前提となる意思決定支援として退院支援（狭義）と、狭義の退院支援とそれに続く退院調整を合わせて退院支援（広義）とがある。

文 献

- 1) 島田恵, 石井佳子：地域包括ケアシステムにおけるこれからの外来看護 HIV/AIDS看護における外来プライマリナーシングの取り組みから、日本エイズ学会誌 18：208-212, 2016.
- 2) 山田雅子 ほか：系統看護学講座 統合分野 在宅看護

- 論. 第5版, 医学書院, 2017.
- 3) 山田雅子: 地域・在宅看護論. 看護と情報 29: 3-8, 2022.
- 4) Futures Japan: HIV 陽性者のためのウェブ調査 第3回調査結果. https://survey.futures-japan.jp/doc/summary_3rd_part3.pdf (2025年1月13日閲覧)
- 5) 数間恵子 編: 外来看護パーフェクトガイド. 看護の科学社, 2013.
- 6) 厚生労働省: 平成25年3月地域包括ケア研究会報告書. http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/dl/link1-3.pdf (2025年1月13日閲覧)
- 7) 永田智子, 田口敦子: 外来で始める在宅療養支援ニーズ把握と実践のポイント. 日本看護協会出版会, 2021.
- 8) 大西ゆかり: 慢性の経過をたどる患者のセルフマネジメントの概念分析 リンパ浮腫のある癌患者への活用. 高知女子大学看護学会誌 35: 27-53, 2010.
- 9) 高田明美: 慢性疾患におけるセルフマネジメントの実践・継続と Responseshift 現象のプロセスと特徴に関する質的研究. 日本保健医療行動科学年報 27: 104-156, 2012.
- 10) Riegel B: Development and testing of a clinical tool measuring self-management of heart failure. Heart Lung 29: 4-15, 2000.
- 11) 旗持知恵子: 心不全患者のセルフマネジメントの概念分析. 山梨県立看護大学短期大学部紀要 19: 103-114, 2003.
- 12) Lorig K, Sobel D, Stewart A, Brown Jr A, Bandura A, Ritter P, Gonzalez V, Laurent D, Holman D: Evidence suggesting that a chronic disease self-management program can improve health status while reducing hospitalization: a randomized trial. Med Care 37: 5-14, 1999.
- 13) 石井佳子, 島田恵: 外来患者の主体的な受療継続を支援する専門性の高い外来看護師の実践. 日本保健科学学会誌 20(2): 53-62, 2017.