

みんなの努力に支えられていたので、75点には至らないところで74点くらいかなと思います(笑)。

岡 何が足りなかったのでしょうか。

石原 やはり個々のコーディネーターナースの努力に依るところが多く、仕組みとして構築できるともっと良かったのではないかとと思うところはあります。

HIV エイズ治療の進歩と患者さんのために チーム全員が「何でもやる」場所

岡 そうしてACCは段々と大きくなり、我々がすべきことも増えていきましたね。照屋先生は開設1年目に琉球大学からACCに移って来られたのですか。

照屋 はい。ACCに来て驚いたのは、ACCが「何でもやる」という場所だったことです。当時、他の診療科でHIV患者さんの受け入れ体制が十分ではなかったことが背景にあったからだと思いますが、ACC所有の気管支内視鏡やエコーがあり、感染疑いの患者さんが来たらすぐに内視鏡を使って診断していました。若かった僕も当直の時に内視鏡で診断できたのですが、何でもできることがとても面白かったのです。染色して、顕微鏡で見て、写真を撮って、カンファレンスで濃密なディスカッションをするわけです。しかも各医師はとてもアグレッシブで、専門領域を問わずに診断をつけるという意欲に満ちていました。自分自身が医師の基礎をつくる時期に、ここで勉強できたことは非常に良かったと思っています。

最初は1~2年で沖縄に戻るつもりだったのですが、新感染症のHIVが転換期を迎えている気がして、考えが変わりました。もう少ししたら感染が予防でき、治療の方法が究明できるかもしれない。それなら「治療を見届けてから帰るんだ」と思い、毎年延長しながら現在に至っています(笑)。

当時僕が診療科としてのACCの形は完成していると思っていました。既にすべての患者さんがいつ外来に来て、入院して、どういう病状にあるかがデータベースで一覧できるようになっていたことに感動したのです。

コーディネーターナースの存在もACCに来て初めて知りましたが、実に良いシステムだと直感的に思いました。やはり医師がどんなに頑張っても患者さんとの関係づくりは難しいところがあります。その間を取り持つ人としてコーディネーターナースがいることに、これはこれからの医療システムになっていくだろうと思いましたね。

岡 開設当時の色々なお話を聞いてきましたが、25年後の今に至るまでで記憶に残っている出来事について、お一人ずつお聞かせください。池田さんから聞いていきましょう。

池田 私も医科研からACCに移ってきました。初期に救命のために医師がとても頑張っていて、それを患者さんがタフに受け取って「僕も頑張る」と言って、どちらも本当に諦めずに取り組んでいたことを今でも思い出します。先生方と夜遅くまでカンファレンスを続けて、時にはその後にラーメンを食べにいった、そして朝にはまた患者さんを診るという日々でしたね。つらい治療や副作用の強い薬をどのように受け入れてもらうかとか、同じような熱意がコーディネーターナースや病棟ナースにもあって、みんなと一緒に患者さんを支えていたなあと思います。

NCGMは総合病院なので他科の医師との連携はコーディネーターナースとして本当に大変でした(笑)。ACC

でチームを組んで診療に必要な検査をお願いしに行って、徐々にチームメンバーが増えていき、患者さんをサポートすることもありました。今となっては、そういう風にACCを作り上げていったという良い思い出です(笑)。

岡 確かに検査をお願いするのは結構大変でしたね。

全員 大変でした(笑)。

岡 今はもうどんな検査でも全部スムーズに実施してくれるようになりましたね。石原さんはいかがですか。

石原 ACCが色々な研究費を活用して教材や「患者ノート」を作り、患者さんが治療と生活のデータを自分で記録して管理するという仕組みを作ったことですね。昔は「患者教育」と呼んでいたのですが、初診の患者さんへの診察後の対応のためにビデオ教材などを作りました。その原動力は、外来で告知を受けた初診の患者さんを帰す時の怖さでした。毎回、医師もコーディネーターナースもその怖さを感じながら、どのようにして次回の外来につなぐかという真剣勝負でした。その経験をビデオ教材にして、全国の医療従事者と共有しました。患者さんへの対応を一つひとつコーディネーターナースや医師が話し合いながら形にしていったというのが印象に残っています。

少しずつ広がってきた医療連携のネットワーク

岡 照屋先生はいかがですか。

照屋 他科との連携が記憶に残っています。かつては悪性リンパ腫や肺がんの化学療法、急性期脳梗塞の治療など、本来は他科の専門領域の疾患の治療もACCで行っていて、「アドバイスはするがACCで診てほしい」と言われる事例が多くありましたよね。それがいつの間にか変わってきました。患者さんが増え、他科出身の研修医も増えるにつれて、HIVへの抵抗がなくなってきたからかも知れません。

NCGM以外でも、昔は初療をせずに「HIVなので受けてください」と患者さんが転送されてくるケースも多かったのですが、最近「肺炎の初期治療が終わり、安定しましたので外来に紹介していいですか」という感じで医療連携が行われるようになってきています。特別な取り組みを行ったわけではないのですが、2004年くらいから7年間ほど、年に1回、首都圏の医療機関を回って薬や治療の最新情報やトレンドを伝える出張研修を行ってきました。その成果か、その頃からACCの新規患者数も頭打ちになっていますので、世代交代とともに、ゆっくりと医師の意識の変化が起こって、HIVがコモディティーズとして、各医療従事者に馴染んできたのだと思います。

岡 安岡先生はどのようなことが記憶に残っていますか。

安岡 先ほども触れましたが、やはり医師主体の治療の後に看護師さんが入るといった流れで治療していたことを思い出しますね。当時は医師の領域とコーディネーターナースの領域とで衝突が起こることもあってお互い大変さがあったと思います。多元的な職種が患者さんを診るチーム医療は今では普通ですが、当時は珍しく、ACCはそれを導入した最先端にあったのでしょうか。そういう経験をしていただくと、後になって思うようになりました。

岡 現在の様子も聞いていきたいと思いますが、開設当時と比べて、今の病棟の状況はいかがですか。

照屋 実は先日、NCGMに入院しているHIV患者さんの状況を調べてみたのですが、ACCに入院している患者さんは3分の1しかいないことが分かりました。残りの3分の2は他科に入院しているのです。

通院患者さんの平均年齢も50歳近くになり、高齢化が進んでいます。1999年頃からHIV感染症が原因で亡くなってしまわれる方は激減しましたので、それ以降の患者さんたちはそのまま歳を重ねています。外来には若い頃から20年来のお付き合いになる患者さんもいます。そうすると高齢者特有の疾患も出てきて、心筋梗塞や脳梗塞、糖尿病などで他科に緊急入院する患者さんが増えてきます。だからこれからのテーマは「HIV専門医がHIV患者を診れば良い」という時代は終わり、他科の医師、医療従事者とともに普通にHIV患者の診療が行われることだと思っています。HIVの「普通の病気」化が重要になります。もちろんART(抗レトロウイルス薬の多剤併用療法)など専門的な治療や、エイズ疾患などの特殊な治療はACCや拠点病院で引き続き対応する一方で、その他の一般的な病気は全病院で普通に受けていく。そのためには、健診

池田 和子

看護師 / ACC看護支援調整職
東京大学医学部附属病院 看護部 同エイズ診療部の初代コーディネーターナースを経て、1997年にACCの初代コーディネーターナースとして着任。2011年より現職。全国のHIV看護体制整備にも従事。



や一般医療の現場で患者さんがHIVであることに罪悪感やネガティブなイメージを持つことがないよう、医療従事者や社会全体の意識改革が必要になると思っています。

そのうち介護のための施設などに入る方も増えてきますから、プライバシーの問題を含めて、今後、急いで取り組まなくてはならない宿題であると思っています。

岡 そうですね。これまでも時間をかけて教育プログラムが実を結んできたように、少しずつ浸透していきましょう。

開設当初は新たな役割であったコーディネーターナースは、今はかなり浸透して活動もスムーズにできるようになってきたと思います。池田さん、全国的に見ていかがですか。

池田 はい。今では他科の先生や看護師からも呼ばれるようになっていて、透析導入やがんの治療をどうするかといった包括的な医療の意思決定支援も行っています。

全国ブロック拠点病院では、当初は地方に症例が少ないため、コーディネーターナースたちが2カ月に一度、会議を開催して症例検討をしていました。ACCの症例と一緒に検討することで、患者数が増えてきたブロックから徐々にコーディネーターナースが複数配置されるようになっていきました。ブロック拠点病院も25周年を迎え、現在、計38名が配置されています。ACCに4名、各ブロックに1名ずつ程度だった頃と比べると、本当に多くの人が活動するようになりました。

岡 それだけ重要性が認知されたということですね。

池田 そうですね。医師だけでなく、看護部長さんの理解も進み、当時は必要性よりも要望が前面に出ていたように思いますが、ようやく色々な交渉ができるようになりました。また、原告団の方からは専門の看護師が必要だと常に応援していただき、今は中核拠点病院にもコーディネーターナースの配置が進んでいます。2006年に中核拠点病院ができ、2012年にエイズ予防指針が改正された際、中核にもコーディネーターナースの配置・育成の重要性が記載されました。現在、患者数の多いところから配置されています。

岡 今後のコーディネーターナースのゴールについてはいかがですか。

池田 配置は進みましたが、育成の仕組みには課題がありますので、研修を通じてスキルアップをしたいと思っています。女性が多く、定着の難しさも課題ですので、看護師が長く配置できるような就業環境整備を管理者の方からお願いしながら進めることも重要です。現在、ブロック拠点病院の管理者会議に加えて、中核拠点病院での看護管理者会議もスタートしているところです。

HIV エイズ治療の均てん化を目指して

岡 25年前にゼロからのスタートで、医師もコーディネーターナースも熱い人が集まって進んできたACCの活動は、徐々に全国へと広がっていきました。我々のもう一つの大きな目標は、全国のどこでもHIV診療ができるようになる「均てん化」です。これはあともう少しです。新型コロナウイルス感染症の流行で2年半ほど出張研修ができなくなりましたが、それまではACCから医師、看護師、コーディネーターナース、心理療法士、薬剤師、ソーシャルワーカーなどのチームで各地の医療機関を回る活動を続けてきました。感染状況が落ち着いたら出張研修を再開して、日本での均てん化の実現に向けてまた頑張りたいと思います。

最後になりますが、ACCの25年間は非常に有意義だったと思います。今までACCで働いてくれた若手ドクターたちもみんな非常に優秀で、勉強や研究にも励み、頑張ってくれました。チーム医療の形もほぼ出来上がっています。コーディネーターナースをはじめとする多職種が入り、真の包括医療ができるようになってきました。これからも止まることなく、頑張っていきたいと思います。本日はどうもありがとうございました。



照屋 勝治

医師 / ACC科医長
琉球大学医学部第一内科、国立療養所沖縄病院などを経て、1998年ACCに着任。HIV感染症を中心に感染症医療に従事。2003年同センター専門外来医長、2006年病棟医長を歴任。2019年より現職。

石原 美和

神奈川県立保健福祉大学
教授 / 看護師
東京大学医学部附属病院 感染免疫内科に勤務し、HIVコーディネーターナース発足とACC設立に貢献。1995年厚生省入省。1997年ACCへ出向し、2001年まで初代看護支援調整官として勤務。その後、宮城大学を経て現職。

