エイズ患者の援助技術

はじめに
現在、わが国におけるHIV（ヒト免疫不全ウイルス）感染患者およびエイズ患者は年次とともに急増しているが、エイズ患者のリハビリテーション（以下リハ）を行っている施設は少ない状況にある（図1）。したがって今後、エイズ患者に対するリハの需要が増えてくると予測される（エイズ予防情報ネット http://api-net.fap.or.jp/10）。
エイズ患者の援助技術では手技的には特殊なものはないが、リスク・注意点では他疾患とは異なるため、その点を中心に紹介する。

エイズとは
HIVに感染することとエイズとは同義ではなく、HIV感染後（HIV感染者）、免疫能が低下し、健康時には抑え込まれていた体内のウイルスや細菌など、特定の指標疾患の合併症が発病になった状態をエイズという。

＜病期と臨床症状＞
1. 急性期
感染したHIVはリンパ組織の中で急速に増殖し、感染後1-2週の時期に約半数の患者は、発熱・発疹・リンパ節腫脹などの急性感染症状を呈する。その後、HIVは慢性經過し、HIV抗体が陽性になる。
の後、HIVに対する特異的な免疫反応が働き始めると、増殖するウイルスと拡散し、慢性感染状態へと移行する。

2. 無症候期

患者的免疫機能とHIVが拮抗した状態は平均10年くらい持続する。この間感染者は、ほとんど症状なく経過する。しかしこの間も、HIVは増殖し続け、HIVの主要な潜伏細胞であるCD4陽性Tリンパ球数はゆっくりと減少していく。

3. エイズ期

CD4陽性Tリンパ球は、正常な免疫能を持続するために必要な細胞であり、その数が200/cuを下回るようになると細胞性免疫不全の状態を呈し、エイズ指標疾患を併発しやすくなる。この状態が、エイズである。抗HIV療法が行われない場合、エイズ発症後死亡にいたるまでの期間は2年程度といわれている。

エイズとHIV感染症のリハビリテーション

感染患者は多くの医療的・社会的問題を抱え、生活全般への多面的アプローチを必要とする。それら患者の関わりとしては、感染症の症状を把握し、身体機能および心理面を正しく評価することが大切である。

1. 感染予防

エイズ患者は、人の免疫能力の指標となるCD4の値が低く、感染状態にあるのが特徴である。リハにおいては、セラピストや他の患者から免疫力の低下したエイズ患者、空気・飛沫・接触による感染症を防ぐ必要がある（手洗い・マスク等）。もちろんエイズ患者からセラピストや他の患者への感染の予防については、血液・精液・膿分泌液にのみ感染が予防される。

表1 スタンドードプロトコロンに基づいて作成した基準

<table>
<thead>
<tr>
<th>感染防御の基本</th>
<th>基 準</th>
<th>医療処置</th>
<th>日常ケア</th>
<th>防護用具</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>血液・体液に接しない</td>
<td>日常診療、点眼、吸入</td>
<td>検温、温水、洗髪、手足浴</td>
<td>なし</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>血液・体液に手指が汚染される可能性がある</td>
<td>注射、末梢靜脈カテーテル、抜針、血糖測定</td>
<td>皮膚症状がある場合のスキンケア</td>
<td>手袋</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>血液・体液が口腔・鼻腔に発散する可能性がある</td>
<td>胃管挿入、抜去、尿導留置カテーテル、挿入、抜管、洗髪、創部の包紮（介助）、IVH挿入（介助）</td>
<td>口腔ケア、嘔吐時のケア</td>
<td>手袋、マスク</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>広範囲に血液・体液を飛散し、かつ口、眼、鼻に入る可能性がある</td>
<td>(大量出血はレベルⅤ)</td>
<td>陰部洗浄、排泄物の取り扱い</td>
<td>手袋、マスク、ガウン、ゴーグル、キャップ</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>レベルⅣでかつ床、環境に大量汚染する可能性がある</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

注1：皮膚に出血や潰瘍液がある場合、清拭や洗髪時手袋を使用する。
注2：必要時、ビニールエプロンを使用する。
注3：口腔、気管内吸引時、飛散する場合の時はフェイスシールド付マスクを使用する。
注4：重症の下痢や下血がある場合はガウンを着用する。
注5：ゴーグルは必要時使用する。
*
手袋、マスク、ガウンはレベルに応じた種類を選択する。また、ナースシューズは綿タイプが望ましい。
性があるため、それらの接触（点滴等からの出血・皮膚の発疹等に注意）あるいは飛散の可能性を考えた防御方法を講じる必要がある。ここでは標準的に適応できるスタンダードクリックを表1に示した。これを基本とした感染防御は十分対応できる。

2. 評価、情報収集、問題点、ゴール設定、プログラム立案に関するポイント
①感染症に対する評価について（表2）
感染症に対して病期を正確に理解し、理学療法施行に対しての阻害因子（発熱・倦怠感・下痢等）、体調変化および観察方法を知り、病期の進行状態を把握する。また、血友病性関節症の有無や血液データをチェックし、C型肝炎等と日和見感染症の有無を把握する。

②理学療法評価について
理学療法評価は、一般的評価（表3）と身体機能評価（表4）を行う。

③他部門情報について
医師・看護師より患者の全身状態、免疫能力、治療・投薬状況および、病棟におけるADL、心理面や社会的、家族背景（家族の疾病への受容状況）などの情報を収集する。
また、HIV感染症は、多彩な症状の日々の変動が多く、理学療法施行前に医師、看護師からのその日の状態を把握する。

④問題点について
エイズ患者は免疫不全状態に起因する日和見感染症、悪性腫瘍、内臓機能低下、中枢性疾患などの原因によりさまざまな症状・障害を呈する。また、疾患そのものによるものと、二次的な薬用性などによる問題点が挙げられる。以下に国際生活機能分類（以下ICF）に従って問題点を挙げる。

- 心身・身体機能面
ウイルスの中枢神経系への進行による運動障害、感覚障害、高次脳機能障害や、薬用症候群等の影響による筋力低下、関節可動域制限、筋持久力低下、心肺機能低下等がある。また、倦怠感、易疲労性、精神・心理的障害も見受けられる。また、異常感覚、体調・精神状態の変化は薬剤療法の影響でみられる場合がある。

- 活動
基本動作障害、移動障害、ADL障害など、これらが相互に関係し合って、寝たきり介助から屋外歩行、ADL自立までさまざまなレベルがある。

- 参加
就労関係、家庭問題、対人関係、経済的問題、プライバシーの問題などである。

⑤ゴール設定について
エイズ発症前であれば、現在の能力の維持、増強を目標に行う。エイズ発症後の場合は、全身状態や予後現在の病態等を把握し、また、患者の負担にならないよう目標設定する。病期が進んだ患者においては、看護、家族指導を中心にターミナルケアを中心とする。
また、血友病性関節症のROM訓練においては、主治医と出願者等を相談して慎重な対応が望まれる。

⑥プログラム立案について
まずは各々の問題（身体障害・高次脳機能障害）に対し、アプローチすることが重要である。そして、運動量・時間・頻度を考える場合には、薬用症候群進行予防、進行制御に努める、また、装具、歩行補助具の利用、作製する必要がある場合には、障害者手帳の交付などの手続きをする（図2,3）。

3. 患者との関わり（心理的サポート）
近年の医療の進歩とともに、HIV感染症は慢性疾患に変わりつつある。それにともない、心理的問題も大きくなってきている。主な問題として①
表 4 身体的機能評価

<table>
<thead>
<tr>
<th>外観</th>
<th>精神状態</th>
<th>関節可動域</th>
<th>筋力</th>
<th>痛み</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>表情</td>
<td>意識レベル</td>
<td>四肢</td>
<td>四肢</td>
<td>種類</td>
</tr>
<tr>
<td>体格</td>
<td>意欲</td>
<td>体幹</td>
<td>体幹</td>
<td>部位</td>
</tr>
<tr>
<td>筋萎縮</td>
<td>意思疎通</td>
<td>持久力</td>
<td>増減</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>皮膚の状況</td>
<td>高次脳機能</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>四肢変形</td>
<td>認知症</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>反射・反応</td>
<td>感覚</td>
<td>動作・移動</td>
<td>ADL</td>
<td>その他</td>
</tr>
<tr>
<td>腱反射</td>
<td>異常感覚の有無</td>
<td>基本動作介助量</td>
<td>介助量</td>
<td>倦怠感</td>
</tr>
<tr>
<td>姿勢反射</td>
<td>表在感覚</td>
<td>移動手段介助量</td>
<td>自立度</td>
<td>食欲</td>
</tr>
<tr>
<td>深部感覚</td>
<td>耐久性</td>
<td>バランス</td>
<td>体温調整</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>疲労</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>排泄機能</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

4. 実際のリハビリテーション

疾患そのものによる障害もあるが、感染症に対する治療が優先されるために、臥床を余儀なくされ、麻痺症候群（筋萎縮・肌毒性変性など）によるADL低下も障害の主原因となる（図2-図4）。リハプログラムの基本方針は、疾患そのものによる障害と合併症による障害および二次的におこる麻痺症候群の進行防止と改善に対する対応におくべきである。よって早期からのベッドサイドでの関節拘縮・筋力低下予防に対してのリハは重要である（図5）。

プログラム施行上の注意点としては、患者の全身状態（耐久性低下・易疲労性・倦怠感）に応じてリハ室での練習と病室での練習の使い分けが必要であり、余裕があるようならば体調に合わせ1日数回に分けて練習を行うことが望ましい、リハ室での練習
<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>開始前（人）</th>
<th>終了時（人）</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>tti</td>
<td>10</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>ベッド上</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>枕歩行</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>枕なし独歩</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>開始前（人）</th>
<th>終了時（人）</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>tti</td>
<td>11</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>ベッド上</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>枕歩行</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>枕なし独歩</td>
<td>3</td>
<td>3</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>開始前（人）</th>
<th>終了時（人）</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>車椅子</td>
<td>10</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>介助歩行</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>枕歩行</td>
<td>3</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>枕なし独歩</td>
<td>5</td>
<td>5</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>開始前（人）</th>
<th>終了時（人）</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>介助歩行</td>
<td>3</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>枕歩行</td>
<td>4</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>枕なし歩行</td>
<td>16</td>
<td>1</td>
</tr>
</tbody>
</table>

近年、感染症治療の進歩や感染症に対する考え方の変化により、リハの関わり方も変化した。リハスタッフが向き合う障害の多くは、リハ実施にあたって、運動機能障害のみならず日常あたり接することがない日和見感染症などの病状や精神状態を考慮しながら、体調に合わせてプログラムを変更する必要がある。筆者らの行ったエイズ患者実態調査結果の多くは麻酔症候群であったため、対応も過去も近年も変わらなかったが、近年、また薬剤療法の進歩により、症状例を外来対応が可能となり、入院症例は相対的に重症例が多くなる傾向にあり、入院期間、リハの長期化も認められている。さらに、入院からリハへのコンサルトまでに長いブランクがあることが麻酔症候群を進める要因となっている。

よって筆者らは、病棟スタッフの麻酔症候群への認知を深めてもらうため、早期リハへの啓発活動を行い、看護スタッフのための病棟麻酔症候群予防マ

— 144 —
図5 ベッドサイドリハビリテーション（関節可動域・筋力練習）の一例
ニュアル®（図6）を作成・配布した。また、病状が変動しやすいことから頻繁に病棟と連絡を取り合うことを重要視している。

冒頭でも触れだが、今後、リハスタッフが感染症患者と関わる機会が増えることが予想される。他の疾患在同様、機能回復練習、障害・疾患とともに生きていくための、環境整備およびQOL向上に、リハ医療が積極的に取り組む必要がある。

エイズ患者・HIV感染者に対するリハは新しい分野であり、リハに関する報告は少ない。筆者らは、HIV/AIDS医療に対する基礎知識も臨床経験なども乏しい状況において、試行錯誤を重ねながら経験を積み、現在に至っている。著稿者が、患者・感染者に対するリハの認識の向上に少しでも役立てば望外の幸せである。

【文献】
1）河野 弘：平成14年度厚生労働省 エイズ医療共同研究 研究報告集，p.175-176，2002
2）新藤直子：平成14年度厚生労働省 エイズ医療共同研究 研究報告集，p.167-170，2002
3）居村茂幸編：統計情報科学学内部感染症系統情報科学，東京，医書院出版，p.151-163，2006
4）新藤直子，柳原幸治，藤原成子ほか：HIV感染者の障害の分析，J Clin Rehabil 7：328-331，1998
5）渡辺和子，田辺美子：平成14年度厚生労働省エイズ医療共同研究 研究報告集，p.179-180，2002
6）HIV感染症患者のリハビリテーション，平成15年度エイズ医療共同研究 HIV感染症患者のリハビリテーションに関する研究班報告書，2003