

エイズ患者の援助技術

秋山 淳二 河野 弘* 石川 秀俊**

IRYO Vol. 61 No. 2 (140-146) 2007

キーワード AIDS, HIV 感染症, 心理的問題, 廃用症候群, 啓蒙活動

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ものと予測される（エイズ予防情報ネット <http://api-net.fap.or.jp/>）¹⁾。

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

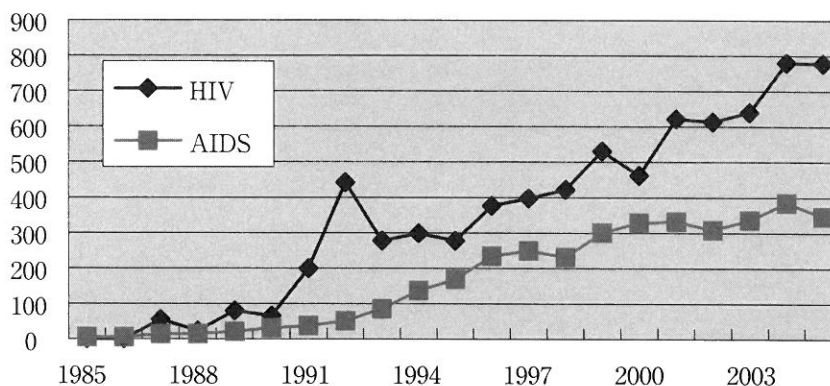


図 1 日本の HIV 感染者および AIDS 患者報告数の年次推移 (エイズ動向委員会より)

国立病院機構高崎病院 リハビリテーション科 *国立病院機構相模原病院 リハビリテーション科
 **国立国際医療センター リハビリテーション科
 別刷請求先：秋山淳二 国立病院機構高崎病院 リハビリテーション科 〒370-0829 高崎市高松町36
 (平成18年10月3日受付)

Series of Articles on Rehabilitation Technique 2 Rehabilitation Technique and Support for Patients with AIDS
 Junzi Akiyama, Hiroshi Kohno*, Hidetoshi Ishikawa**
 Key Words : AIDS, HIV infection, psychology problem, disuse syndrome, enlightenment campaign

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拮抗し、慢性感染状態へと移行する。

2. 無症候期

患者の免疫機構と HIV が拮抗した状態は平均10年ぐらい持続する。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 の主要な標的細胞である 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、正常な免疫能を維持するために必要な細胞であり、その数が200/uI を下回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している。それら患者への関わりとしては、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²⁾。

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、易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へ、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患者への感染の予防については、血液・精液・膈分泌液にのみ感染

表1 スタンダードプリコーションに基づいて作成した基準

感染防御の基本			
基準	医療処置	日常ケア	防護用具
血液・体液に接触しない	日常診療、点眼、吸入	検温、清拭、洗髪、手足浴	なし
血液・体液に手指が汚染される可能性がある	注射、末梢静脈カテーテル、抜針、血糖測定	皮膚症状がある場合のスキンケア ^{注1}	手袋
血液・体液が口腔・鼻腔に発散する可能性がある	胃管挿入・抜去、尿道留置カテーテル、挿入・抜管、浣腸、創部の包交（介助）、IVH挿入（介助） ^{注2} 、処置後の後片付け、口腔・気道内吸引 ^{注3} （大量出血はレベルV）	口腔ケア 嘔吐時のケア 陰部洗浄 排泄物の取り扱い ^{注4}	手袋、マスク
広範囲に血液・体液が飛散し、かつ口、眼、鼻に入る可能性がある			手袋、マスク、ガウン、ゴーグル
レベルIVでかつ床、環境に大量汚染する可能性がある			手袋、マスク、ガウン、ゴーグル、靴カバー、キャップ

注 1：皮膚に出血や滲出液などがある場合、清拭や洗髪時手袋を使用する。

2：必要時、ビニールエプロンを使用する。

3：口腔、気管内吸引時、飛散する恐れのある時はフェイスシールド付マスクを使用する。

4：重症の下痢や下血がある場合はガウンを着用する。

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、ナースシューズは靴タイプが望ましい。

性があるため、それらの接触（点滴等からの出血・皮膚の発疹等にも注意）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プリコーションを表1に示した。これを基本とした感染防御で十分対応できる。

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しく理解し、理学療法施行に対しての阻害因子(発熱・倦怠感・不眠等)、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)と身体的機能評価(表4)を行う³⁾。

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。

表2 感染症に対する評価

1. 感染症に対する理解度
2. 現在の病状と病期
3. 既往歴および合併症
4. 最新データの把握
5. 日和見感染症の有無
6. 感染対策
7. 薬剤療法および副作用
8. 心理, 精神状態

表3 一般的評価

氏名・年齢・性別
現住所・連絡先・保護者の住所
本人の生活歴(趣味・仕事)
現在の病名および障害内容
感染時期(発病)
キーパーソン

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、二次的な廃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麻痺、感覚障害、高次脳機能障害や、廃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、心肺機能低下などがある。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、寝たきり全介助から屋外歩行、ADL自立までさまざまなレベルがある⁴⁾。

●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がある。

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期等を把握し、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、家族指導中心にターミナルケアが中心となる。

また、血友病性関節症のROM訓練においては、主治医と出血傾向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

まずは各々の諸問題(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、廃用症候群進行予防、進行防止に努める。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を行えるように手続きをすすめる(図2, 3)。

3. 患者との関わり(心理的サポート)

近年の医療の進歩にともない、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変化してきている。主な問題として①

表4 身体的機能評価

外 観	精神状態	関節可動域	筋 力	痛 み
表情	意識レベル	四 肢	四肢	種 類
体格	意 欲	体 幹	体幹	部 位
筋萎縮	意思疎通		持久力	増 減
皮膚の状況	高次脳機能			
四肢変形	認 知 症			
反射・反応	感 覚	動作・移動	ADL	その他
腱 反 射	異常感覚の有無	基本動作介助量	介助量	倦怠感
姿勢反応	表在感覚	移動手段介助量	自立度	食 欲
	深部感覚	耐 久 性		褥 瘡
		バ ラ ンス		体温調整
				疲 労
				排泄機能

疾患の受容②二次障害の受容③対人関係④経済的な問題（医療費の高額化・就労困難）がある。また、対人関係やプライバシーの問題も少なくない。これは、感染症の偏見差別への不安や恐怖感が根底にあるものと思われる⁵⁾。

この疾患に対する偏見や差別意識は、さまざまな活動や取り組みがされているにもかかわらず、いまだ根強いものがある。この偏見や差別意識のために、患者の多くは医療者の対応に非常に敏感になってお

り、他の患者との対応の違いに過剰に反応して、他者に病名が知られたのではないかという不安や差別感を強くもちやすい傾向にある。だからこそ医療者は、よりいっそうプライバシーの保護・配慮に留意し、不安や差別感を抱かせないように対応する必要がある。

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、廃用症候群（筋萎縮・尖足様変形など）によるADL低下も障害の主要原因となる（図2-図4）。リハビリ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

的におこる廃用症候群の進行防止と改善への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



図2



図3

ま と め



図 4

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一樣ではなく、リハ実施にあたっては、運動機能障害のみならず日常あま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などを考慮しながら、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廃用症候群であったため、対応は過去も近年も変わりはなかったが、近年、また薬剤療法の進歩により、軽症例は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廃用症候群を進める要因となっている。

よって筆者らは、病棟スタッフの廃用症候群への認識を深めてもらうため、早期リハへの啓蒙活動を行い、看護スタッフのための病棟廃用症候群予防マ

においては、環境が変わることで病室でのリハよりも精神的・身体的に疲労が多いこともあるので、通常よりも休憩時間を多めにとることや、他患者のリハ時間とは別にする配慮が必要な時もある。それにともない、練習プログラムを柔軟に変更していくことも重要である。それに、全身状態、精神・心理状態それぞれが相互に関係し合い、精神状態が変動することもあり、日々注意深く観察し、臨機応変に対応していかなければならない。

基礎疾患に血友病を有する患者では、潜在的な廃用（関節拘縮・筋萎縮）を合併する可能性があり、早期からのリハアプローチが必要である。HIV 感染患者の理学療法の回復状況を表に示す³⁾ (表 5)。

表 5 理学療法施行による回復状況—移動能力と ADL—

移動能力				ADL					
開始前 (人)		終了時 (人)		開始前 (人)		終了時 (人)			
寝たきり	10	寝たきり	4	全介助	16	全介助	9		
		ベッド上	2			部分介助	7		
		杖歩行	2			部分介助	28	全介助	3
		杖なし独歩	1					部分介助	14
		不明	1					自立	11
ベッド上	11	寝たきり	1	自立	23	全介助	1		
		ベッド上	2			自立	22		
		車椅子	2						
		介助歩行	2						
		杖歩行	3						
		杖なし独歩	1						
車椅子	10	寝たきり	1						
		介助歩行	1						
		杖歩行	3						
		独歩	5						
介助歩行	3	介助歩行	2						
		独歩	1						
杖歩行	4	杖歩行	3						
		独歩	1						
杖なし歩行	16	杖歩行	1						
		独歩	15						



脚屈伸運動

肢位—仰臥位

準備—片方の手を足底部へ、もう一方の手で膝窩を持ち上げるように把持します。

方法—膝窩部は下肢を支えるように支持し、足底部にて力を加え、屈伸運動を行ってください。



足関節背屈運動

肢位—仰臥位

準備—膝の下に枕を入れ、膝関節が少し曲がった位置で行う。

方法—片方の手の手のひらを踵にあわせて包み込むように握る。もう一方の手は足関節を軽く固定する。握った踵を下方に引っ張るようにしながら、前腕の内側で足の裏を上方に押す。

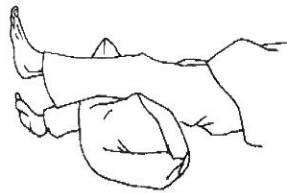
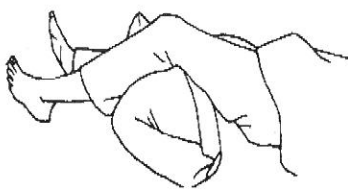


体幹回旋運動

肢位—仰臥位

準備—両膝を立てる。

方法—右にねじるとき左膝に片方の手を置き、もう片方の手は左肩に置く。左膝を右側に押し倒しながら、肩上手は上半身がねじれてこないように固定(強く固定しない)。左にねじる時は上記の逆を行います。

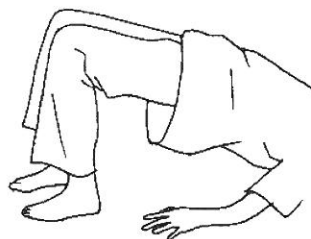
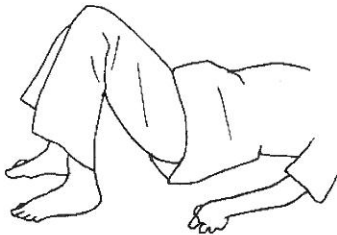


大腿四頭筋筋力練習

肢位—仰臥位

準備—膝の下に枕を入れます。

方法—枕を押すように膝に力を入れます。



ブリッジ訓練

肢位—仰臥位

準備—両膝を立てます。

方法—足でベッドを押すようにして、殿部を持ち上げます。自分でできない時は介助してください。

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



図 6

マニュアル⁶⁾ (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。

冒頭でも触れたが、今後、リハスタッフが感染症患者と関わる機会は増えることが予想される。他の疾患同様、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。拙稿が、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：系統理学療法学内部障害系理学療法学, 東京, 医歯薬出版, p.151-163, 2006
- 4) 新藤直子, 柳原幸治, 藤原成子ほか：HIV 感染患者の障害の分析, J Clin Rehabil 7 : 328-331, 1998
- 5) 渡辺和子, 田辺恭子：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