

職をわずかに上回っている。また派遣カウンセラーは、治療や予防、セルフケアなどについては、医師、看護職ほどに高くないが、福祉職や心理職よりは明らかに高い。社会的・経済的な問題は福祉職ほどに高くないが、看護職とほぼ同様で、医師や心理職より高い。「セーフセックスが実行できない」については職種間で最も認識が高い。

5) 知識に対する重要性の認識度と自信 (Q. VII)

HIVカウンセリングに関連した知識について、重要と思われる程度(以下重要度)とそれらの知識を習得している自信の程度を尋ねた結果である。

<全体の傾向>

総じて8割以上の回答者が「やや重要」または「とても重要」としているが、9割以上の回答があったのは、「ケースワーク」「面接技術」「社会福祉制度」「HIV医療」「血友病」「薬害」「エイズ予防法」「ターミナルケア」であり、そのうち「とても重要」だけで8割を超えたのは、「面接技術」「HIV医療」であった。職種間で有意差がみられたのは、17項目中、9項目であった(表6)。

一方、自信については全項目について職種間で有意差がみられたが、総じて「どちらともいえない」が3割前後を占めている。「とても自信」「やや自信」があると答えたのは4割台が最高で「社会保障制度」と「ターミナルケア」の2項目だけである。反対に4～5割の人が「ほとんど」「あまり自信がない」と答えたのは、「コミュニティワーク」「心理療法」「精神医学」「血友病」「人権擁護」「外国人援助」である。

<職種別>

●医師

「パーソナリティ理論」「ケースワーク」「グループワーク」「面接技術」「社会福祉制度」「社会資源」「人権擁護」「外国人援助」については他職種より重要との認識が低い傾向にある。また自信は、「HIV医療」「血友病」「薬害」「エイズ予防法」「性知識」「ターミナルケア」については高く、「パーソナリティ理論」「グループワーク」「面接技術」「人権擁護」「外国人援助」については低い傾向にある。

●看護職

重要度については全体の傾向と類似しているが、「社会資源」「エイズ予防法」「外国人援助」で若干高い傾向がある。総じて自信については低い傾向にあり、特に「パーソナリティ理論」「ケースワーク」「グループワーク」「面接技術」「コミュニティワーク」「心理療法」「精神医学」については自信が低い。一方で医学知識に関連した「HIV医療」「血友病」「薬害」「ターミナルケア」については若干高くなっている。

●心理職

重要度については全体の傾向と類似しているが、「人権擁護」「外国人援助」で若干低い傾向がある。自信については、傾向が2分化され、「パーソナリティ理論」「面接技術」「心理療法」「精神医学」については他職種より高い。「ケースワーク」「社会福祉制度」「社会資源」「HIV医療」「血友病」「薬害」「エイズ予防法」「性知識」「ターミナルケア」「人権擁護」「外国人援助」については低い傾向があ

る。

●福祉職

重要度は「社会福祉制度」「社会資源」「面接技術」「人権擁護」「外国人援助」については他職種より高い。自信は、「ケースワーク」「グループワーク」「社会福祉制度」「社会資源」「人権擁護」「外国人援助」について高く、「面接技術」についても心理職、派遣カウンセラーについて高い。反面、「心理療法」「精神医学」「HIV医療」「血友病」「薬害」「エイズ予防法」「性知識」については低い傾向にある。

●派遣カウンセラー

「グループワーク」「人権擁護」「外国人援助」について重要度は若干低い傾向にある。自信については、「パーソナリティ理論」「心理療法」「精神医学」「面接技術」は、心理職について高い傾向にある。「社会福祉制度」「社会資源」については福祉職について自信がある。また医学的なことは医師や看護職について自信があり、「性知識」においては職種間で最も自信があるという結果になっている。

6) 技術や機能、価値に関する重要性の認識度、自信、実行の程度 (Q. IX)

HIVカウンセリングを行う際に用いられる援助技術や果たす機能、尊重されるべき価値や態度について、各々をどの程度重要と認識しているか(以下重要度)、どの程度できる自信があるか(以下自信度)、また実際にどれだけ実行しているか(以下実行)を尋ねた結果である。なお、この質問の実行の項目は、実際にカウンセリングの経験した人のみ回答している。

<全体の傾向>

①重要度

総じて8～9割が「とても重要」「やや重要」と答えている項目が多い。「とても重要」が8割を超えたのは、「自

●表6 知識に対する重要性の認識度と自信(○印=有意差あり)

		重要	自信
1	パーソナリティ理論や人格発達論	○	○
2	ケースワーク	○	○
3	グループワーク	○	○
4	コミュニティワーク	×	○
5	いくつかの心理療法理論	×	○
6	精神医学	×	○
7	基本的な面接技術	○	○
8	社会保障制度、社会福祉制度	○	○
9	ボランティアを含む社会資源	○	○
10	HIV医療に関する医学知識	×	○
11	血友病に関する知識	×	○
12	薬害によるHIV感染に関する知識	×	○
13	エイズ予防法	○	○
14	性に関する知識	×	○
15	ターミナルケア	×	○
16	就労に関する人権擁護のための法規	○	○
17	外国人の援助に必要な法的知識	○	○

(カイ2乗検定、P<0.01)

然に暖かく接する」「傾聴」「適切な言葉と態度」など面接の基本原則に関するもの、「生活環境」「感染の心理的影響」などのアセスメント、「問題状況明確化のための支援」「危機介入」「自己決定のための情報提供」「支持」など自己決定関連などの介入技術、「社会資源の利用」などの調整機能、「スタッフとの話し合い」などチーム医療に関するものであった。反対に「ピアグループの育成」「市民団体支援」「手続き代行」「調査研究」は、「とても重要」が3～4割とかなり低い。

②自信

総じて「どちらともいえない」と答えた割合が3割から4割に及んでいる。「やや自信がある」「とても自信がある」を合わせて5割以上を占めるのは、面接の基本原則のすべて、役割説明、「生活環境」「社会資源利用要件判断」などアセスメントに関する項目の一部、「優先順位の共同決定」など援助目標・計画の技術、「情報伝達に関する自己決定」などの介入技術、「社会資源利用援助」「サービス利用のための調整」など調整機能、「スタッフとの話し合い」などチーム医療に関するものなどであった。反対に「あまり自信がない」「ほとんど自信がない」と3割以上回答したのが、「セイファーセックスへのアドバイス」「権利侵害協議」「市民団体支援」「クライアント支援」「サポートネットワーク拡大」「同士の紹介」「動きを読む」「調査研究」「教育活動」であった。「社会資源の開発」「ピアグループの育成」においては、5割以上が「自信がない」と回答した。

③実行

「十分行った」「割合行った」が6割以上を占めている項目は、面接関連と役割説明に関する項目、「社会資源利用援助」調整機能、チーム医療、「スーパービジョン」などである。反対に「十分行った」「割合行った」が5割に満たないのは、「感染の社会的影響」「心理的アセスメント」や「希望の尊重」「強さ長所の利用」「問題状況明確化支援」「危機介入」「セイファーセックスへのアドバイス」に関する介入技術、モニタリング、アドボカシー、ソーシャルアクション、エンパワーメントに関連した項目であった。また「あまり行わなかった」「全く行わなかった」が5割以上の項目は、「社会資源の開発」「ピアグループの育成」及び「調査研究」であった。

<職種別の特徴>

全61項目に関して重要度、自信、実行の各々について、職種間の有意差の有無を記したのが表7である。総じて重要度、自信については有意差のある項目が多いのに比べて、実行について有意差のある項目が少ない。

重要度において有意差のある項目は61問中41項目、自信については34項目であるのに比べ、実行に関しては有意差のある項目がかなり少なく、10項目である。

重要度、自信、実行いずれにおいても職種間で有意差のないのは、「意図的な感情表出」「誠実、純粋であること」「利用者への役割説明」「生活環境アセスメント」「感染の社会的影響についてのアセスメント」「ケア円滑調整」「チームの動きを読む」「チームへのクライアントの情報提供」「スタッフの話を傾聴する」「調査研究」の10項目であっ

た。

●医師

面接に関しては、各々の項目を重要と認識はしているが、「とても重要」との認識は、他職種に比べると低く、例えば「非審判的態度」は自信、実行も合わせて有意に低い。

アセスメントに関する「社会との相互作用」「感染の心理的影響」や「心理的アセスメント」などの項目も総じて重要度、自信や実行とも低い傾向にあるが、「社会資源利用要件判断」は、半数が行っている。

介入に関する項目の多くで、他職種より重要度の認識が低く、特に「情報伝達に関する自己決定」については7割弱である。介入の自信はどちらでもないが約半数を占めるが、「強さ長所の利用」「希望の尊重」「問題の共同取り組み」「危機介入」などではかなり低い傾向にある。「社会資源の利用援助」や「サービス利用のための調整」は、自信はあまり高くないが、実行は福祉職について高い。しかし「在宅ケアのための資源利用」では自信、実行ともに「どちらともいえない」が過半数をしめる。

一方「セイファーセックスへのアドバイス」については他職種に比べ、自信があり、実行度も高い。

「行政の権利侵害対応」などアドボカシー機能に対し、重要度は他職種に比べ低い傾向にあるが、「機関のシステム変革」については、社会福祉職と同程度自信をもっている。「社会資源開発」などソーシャルアクションや「ソーシャルサポートネットワーク」に対する重要度の認識は全職種中最も低いが、自信のない度合は福祉職以外の他職種より低い。また「制度不備支援」「医療スタッフとの問題支援」といったエンパワーメントへの認識は最も低い。「手続き代行」の重要度も比較的低いが、5割弱は実行していると考えている。

また「ピアグループの育成」についても重要性の認識は他に比べて最も低い。

モニタリング機能については重要度、自信ともに低い傾向にあり、「カウンセリングの満足度評価」の実行は2割に満たない。

チーム医療に関連した項目では「医療スタッフとの話し合いのための機会づくり」について、若干他職種より重要性の認識が低い傾向がある。

「コンサルテーション」に対する自信は他職種に比して最も高いが、「必要時にスーパービジョンを求める」ことに対しては最も低く、「どちらともいえない」が多い。また「教育」に対する自信や実行の程度が高い。

●看護職

面接の基本原則への重要度は非常に高いが、「安心できるような存在であること」「傾聴」「適切な言葉と態度」「非審判的態度」への自信は最も低く、「非審判的態度」の実行度も非常に低い。

アセスメントに関する「環境の心理的影響」などについても重要な認識は高いが、自信の程度は総じて低い。しかし「社会資源利用要件判断」は半数が実行している。

介入についてはほとんどの項目で重要との認識が極めて高い。しかし「問題への共同取り組み」など援助計画等の

●表7 技術や機能、価値に関する重要性の認識度、自信、実行の程度(○印=有意差あり)

			重要度	自信	実行
面接	1	自然に暖かく接する	○		
	2	面接場面への気配り	○		
	3	安心できる存在		○	
	4	傾聴		○	
	5	非審判的態度	○	○	○
	6	意図的な感情表出			
	7	個人の尊重	○		
	8	誠実、純粋			
	9	統制された関与	○		
	10	適切な言葉と態度	○	○	
役割説明	11	利用者への役割説明			
	12	他職種への役割説明	○		
アセスメント	13	観察		○	
	14	生活環境アセスメント			
	15	感染社会的影響アセスメント			
	16	感染心理的影響アセスメント	○	○	
	17	社会相互作用アセスメント	○		
	18	社会資源利用要件判断	○	○	○
	19	心理的アセスメント		○	○
介入	20	問題共同取り組み	○	○	
	21	問題優先順位共同決定	○	○	
	22	動機づけ	○		
	23	問題状況明確化支援	○	○	
	24	時機をえた介入	○		
	25	専門職への必要時アクセス	○		
	26	危機介入	○	○	
	41	強さ長所の利用		○	
	42	自己決定のための情報提供	○	○	
	43	希望の尊重	○	○	
	44	情報伝達に関する自己決定	○		
	45	自己決定への支持	○	○	
	27	社会的スキル習得	○		
	28	セイファーセックスアドバイス	○	○	○
	30	社会資源の説明	○	○	○
	29	ケア円滑調整			
	31	サービス利用のための調整	○	○	○
	36	家族面接	○		
	32	在宅ケアのための資源利用	○	○	
	35	ソーシャルサポートネットワーク	○	○	
	37	エンパワーメント(制度不備支援)	○	○	
	38	エンパワーメント(スタッフとの問題支援)	○		
	46	手続き代行	○	○	○
	39	ピアグループ育成	○		
	40	感染者の支え合う機会作り		○	○
	33	アドボカシー(地域啓発)	○	○	
	48	アドボカシー(行政の権利侵害対応)	○	○	
	47	ソーシャルアクション(機関のシステム変革)	○	○	
	34	ソーシャルアクション(社会資源開発)	○	○	
	53	ソーシャルアクション(市民団体支援)	○		
事後評価	58	達成度評価	○	○	○
	59	計画達成	○	○	
	60	プロセス評価	○		
	61	満足度評価		○	
チーム医療	49	スタッフとの話し合いの機会作り	○		
	50	チームの動きを読む			
	51	チームへの情報提供			
	52	スタッフの話を傾聴			
コンサルテーション	56	コンサルテーション		○	
スーパービジョン	57	スーパービジョンを求める		○	
研究	54	調査研究		○	○
教育	55	教育活動		○	○

(カイ2乗検定、P<0.01)

介入技術、「強さ長所の利用」「希望の尊重」などへの自信が低い。

一方「セーフターセックスへのアドバイス」は非常に重要と認識しており、自信はあまり強くないが、4割は「十分に」または「割合」実行している。

「社会資源の利用援助」「サービス利用のための調整」「在宅ケアのための資源利用」の重要性の認識は福祉職についてかなり高く、自信は心理職について低いものの、実行は「割合」または「十分に」行なっている割合が高い。

「家族面接」については、「やや」または「とても」重要と100%認識している。

「感染者の支え合う機会作り」は4割が「ほとんど」「あまり」自信がないとしながらも、5割以上が「割合」または「十分」行っている。

「地域啓発」、「行政の権利侵害対応」といったアドボカシー機能、「社会資源開発」などのソーシャルアクションや「ソーシャルサポートネットワーク」、エンパワーメントや「手続き代行」に対しても、重要であるとの認識は高いが、「ほとんど」「あまり」自信のない割合が高い。

「援助計画の達成度評価」などのモニタリング機能については、重要度が高いのに比して自信や実行が低い。また「カウンセリングの満足度評価」では自信がない割合が高いが、「専門職への必要時アクセス」に対しては自信、実行が極めて高い。

「コンサルテーション」を行ったり、「必要時にスーパービジョンを求める」こと、及び「教育」については自信のある群とない群に分かれる傾向にあるが、「教育」については4割は「割合」「十分に」行っている。

●心理職

面接技術に関する重要度、自信、実行は概ね高い。しかし、「非審判的態度」「統制された関与」「適切な言葉と態度」など医師について「とても重要」とする割合が若干低い項目もある。なかでも「自己決定のための情報提供」は自信や実行も低くなっている。

アセスメントに関する項目は概ね重要度を高く認識しているが、「とても重要」の割合は高くない。「観察」「心理的アセスメント」など自信、実行を伴っているが、「感染の社会的影響のアセスメント」や「社会資源利用要件判断」、特に後者は自信、実行とも最も低い。

介入の項目では、「問題への共同取り組み」「問題状況明確化支援」「希望の尊重」「自己決定への支持」なども面接と同様、重要としているが「とても」は、低い傾向がある。「問題状況明確化支援」「問題の優先順位共同決定」「自己決定への支持」など自信が高いが、「社会的スキルの習得援助」に対する重要度の認識は最も低く、「自己決定のための情報提供」の重要度も自信も低い。

モニタリング機能についても重要性を比較的高く評価し、自信もある。

「セーフターセックスへのアドバイス」に対する重要度、自信は低く、実行も福祉職について低い。「サービス利用のための調整」などの調整機能、アドボカシー機能、ソーシャルアクションに対しては、いずれにおいても重要度、

自信、実行ともに非常に低い傾向にあるが、概して重要性の認識については医師よりは高いことが多い。また「家族面接」についても「とても重要」とする割合が最も低い。

「制度不備支援」「スタッフとの問題解決支援」といったエンパワーメントは比較的重要と見ているが、「制度不備支援」は自信のない割合が高い。「手続き代行」に対する重要性の認識は低く、自信、実行も非常に低い。

「ピアグループの育成」については重要と考えているが、「感染者の支え合う機会作り」については、実行度は看護職や派遣カウンセラーに比して低い。

チーム医療に関連した項目では「医療スタッフとの話し合い」について「とても重要」との認識は若干低い傾向にある。「コンサルテーション」は医師について自信があり、「必要時にスーパービジョンを求める」ことも6割以上自信をもっている。また「教育」については「ほとんど」「あまり」自信がない割合が最も高いにも関わらず、実際に「割合」「十分」行った割合は医師について高い。

●福祉職

面接に関連する項目は重要との認識が高いが、概して自信、実行は中程度である。

アセスメントでは、「感染の社会的影響アセスメント」「社会資源利用要件判断」は「とても重要」が9割と最も多かった。「社会資源利用要件判断」については自信や実行度もかなり高い。しかし「感染の心理的影響」「心理学的」アセスメントは自信や実行が低い。

介入については、総じて重要性を認識している。「自己決定のための情報提供」「問題への共同取り組み」は自信や実行もある。また「社会資源の説明」「サービス利用のための調整」「在宅ケア」などの調整機能についての重要度認識はきわめて高く、自信、実行とともに他職種に比べて明らかに高くなっている。「計画の達成評価」などモニタリング機能についても、看護職について重要との認識が強く、自信は他職種に比して高い。

一方で「セーフターセックスへのアドバイス」は重要度、自信、実行ともに最も低い傾向にある。

また「利用者への役割説明」の重要度を最も高く評価しており、「専門職への必要時アクセス」は看護職について自信がある。

「地域啓発」などアドボカシー機能、及び「ソーシャルサポートネットワーク」に対する重要度、自信は共に他職種より高い傾向にある。「社会資源開発」などソーシャルアクションについても他職種に比して重要性が高いと認識しているが、いずれも実行に関しては有意差がない。

エンパワーメントについては、重要性の認識は高く、「制度不備支援」への自信は、心理職、看護職、医師に比べ高い。また「手続き代行」は重要性、自信、実行ともに他職種に比べ、極めて高くなっている。

「ピアグループの育成」については最も重要と考えているが、「感染者の支え合う機会づくり」については実行度が最も低い。

「医療スタッフとの話し合い」は「とても重要」と考えている割合が高い。

「コンサルテーション」を行うことには自信のある群とない群に分かれる傾向がみられる。「必要時にスーパービジョンを求める」ことは最もよく実行されている。

「教育」については心理職について自信がなく、また実行度は最も低くなっている。

●派遣カウンセラー

「安心できる存在」「傾聴」「非審判的態度」など面接の原則、技術に対する重要度、自信、実行共に概して高い。

アセスメントでは、「感染の心理的影響」「心理的アセスメント」とも重要度、自信共に高い。しかし「社会資源利用要件判断」については自信のあるのは4割に満たない。

介入では「自己決定のための情報提供」や「自己決定への支持」を最も重要と考え、「問題優先順位共同決定」「危機介入」などにも心理職と並んで最も自信がある。

また「セイファーセックスへのアドバイス」への重要性の認識、自信は、医師について高く、実行も医師、看護職について高い。

モニタリングや調整機能は、重要度、自信、実行ともに、概ね福祉職よりは低い、心理職よりは高い傾向にある。

「在宅ケアのための資源利用」もほぼ同じ傾向を示すが、自信や実行度はより低い傾向にある。アドボカシーやソーシャルアクション、「ソーシャルサポートネットワーク」エンパワーメントについても、ほぼ同様の傾向にある。

また「感染者の支え合う機会作り」については自信が最も強く、実行度も看護職について高い。

チーム医療における「医療スタッフとの話し合い」は心理職よりも重要性の認識が高く、「他職種への役割説明」も重要視されている。「カウンセリングへの満足度評価」への自信は職種間で最も高いが、「専門職への必要時アクセス」に関しては、職種間で最も自信がない。

「コンサルテーション」を行う自信が、「とても」「やや」ある割合は最も低く、「どちらともいえない」が最も高い。「教育」については医師について自信があり、医師、心理職について実行している。

7) 地域ブロック別特徴

各ブロックにおいてこれまで相談の対象になったテーマを上位5位まで示したのが表8である。ただし、経験者数が10人以下と非常に少ないブロックもあることに留意する必要がある。

属性および環境要因について有意差のあるものを中心に各ブロックの特徴を挙げると以下の通りである。

<北海道>

拠点病院のスタッフの常勤率が75%と若干低い。

地域での事例検討会や医療機関におけるカンファレンスが少なく傾向にある。

<東北>

医療機関のカウンセリングに対する理解は比較的あるが、カンファレンスがあるところは最も少ない。問題解決の方法も一人でする傾向がある。

<関東甲信越>

HIVカウンセリング経験者数が100人を超えており、際立って多い。専門領域として社会福祉学が多い。地域の事

●表8 ブロック別 関わったテーマ上位5項目

ブロック	テーマ	%
北海道	1 社会保障・福祉制度の利用	87.5
	1 家族・パートナーの問題	87.5
	3 治療内容	77.8
	3 医療体制・医療従事者の対応の問題	77.8
	3 疾患や治療に対する心理的反応	77.8
東北	1 疾患や治療に対する心理的反応	92.9
	1 経済的問題	92.9
	3 社会的偏見・差別・人権侵害	85.7
	3 社会保障・福祉制度の利用	85.7
	5 死	78.6
関東甲信越	1 社会保障・福祉制度の利用	90.2
	2 経済的問題	89.4
	3 疾患や治療に対する心理的反応	80.8
	4 家族や友人・その他の人間関係	76.0
	5 仕事上の悩み	75.5
北陸	1 医療体制・医療従事者の対応の問題	80.0
	1 仕事上の悩み	80.0
	1 経済的問題	80.0
	4 疾患や治療に対する心理的反応	60.0
	4 家族や友人・その他の人間関係	60.0
東海	1 経済的問題	87.5
	2 家族や友人・その他の人間関係	75.0
	3 疾患や治療に対する心理的反応	68.8
	3 仕事上の悩み	68.8
	3 生きる意味や人生の価値	68.8
近畿	1 経済的問題	76.0
	2 医療体制・医療従事者の対応の問題	75.0
	2 疾患や治療に対する心理的反応	75.0
	2 社会保障・福祉制度の利用	75.0
	5 家族や友人・その他の人間関係	70.8
中国四国	1 家族や友人・その他の人間関係	89.5
	2 治療内容	84.2
	2 医療体制・医療従事者の対応の問題	84.2
	2 疾患や治療に対する心理的反応	84.2
	5 社会保障・福祉制度の利用	73.7
九州	1 疾患や治療に対する心理的反応	100.0
	2 治療内容	81.3
	2 医療体制・医療従事者の対応の問題	81.3
	4 家族や友人・その他の人間関係	68.8
	5 セルフケア	62.5
全国	1 社会保障・福祉制度の利用	82.5
	2 経済的問題	81.8
	3 疾患や治療に対する心理的反応	81.3
	4 家族や友人・その他の人間関係	75.1
	5 医療体制・医療従事者の対応の問題	74.8

例研究会が多い傾向にある。

<北陸>

経験者数、ケース数が最も少なく、事例検討会も少ない。専門領域は社会福祉学が多い。

<東海>

専門領域は社会福祉学が多い。カウンセリングへの理解があまりなく、時間内に研修に出るのは困難な傾向がある。ケース数が少なく、カンファレンスも少ない。

<近畿>

専門領域では心理職が多い。派遣カウンセラーの所属は100%行政機関である。地域の事例検討会や医療機関におけるカンファレンスがあると答えた人が最多である。時間内の研修参加は困難が多く、問題解決の方法も一人とする傾向がやや強い。

<中国四国>

専門領域ではやや医師が多い。カウンセリングへの理解が高く、研修会への参加が最も多い。

<九州>

派遣カウンセラーの所属は臨床心理士会が多い。地域の事例研究会がやや多い傾向にある。

考 察

本研究によって、全国のエイズ拠点病院のスタッフのうち、HIVカウンセリングを担当する（または予定の）専門職および派遣カウンセラーの数が概ね把握できたと思われるが、実際の経験者は未だ約半数であることが分かった。しかし以下に示すように、医療の領域で初めて国が関与してカウンセリングを推進した結果が、特に派遣カウンセラーの持つ特性の中に具現化していることが明示されたといえる。また調査によって明らかになった心理社会的援助への内容は、すべての身体疾患をもつすべての人への相談援助に必要な共通領域とAIDSに特有の領域とがあり、種々の身体的疾患をもつ人に対するカウンセリング体制のあり方をも示唆するものであると考える。

1. 基本属性、環境要因

派遣カウンセラーは研修会等へ指導者または参加者として積極的に関与し、また地域での事例検討会への参加度も高い。さらに派遣カウンセラーの関わる医療機関では理解度も高くカンファレンスも多くなっている。カウンセリングに携わっている医師においても、所属する医療機関の理解度が高く、地域の事例検討会への参加度も高い。このことはAIDSの領域に特有の派遣カウンセラーとしての必然的な要素と、派遣カウンセラーを利用している医療機関、カウンセリングに関わっている医師および派遣カウンセラーの熱意を反映しているものと考えられる。

また現在、HIVカウンセリングに関わっている職種のうち、最も数が多いのは福祉職であり、関わったテーマも経済的な問題や福祉制度利用に対するものが多かったことは、福祉職に対するニーズが確実にあることを示している。しかしながら「その他のケース数」にみられるように、その多忙ぶりは群を抜いており、そのことが業務の内容と質に

大きく影響していることが考えられる。

2. 関わったテーマ及びテーマに対する重要性の認識度

HIVカウンセリングにおいて話し合われている主要な問題やテーマは、HIVカウンセリングが基本的には、疾患に関わらず患者一般の抱える困難への援助（患者が治療を安心して受けられる状態を作ることや、病気や治療によって生じた生活面・心理面での動揺からの回復と問題の解決を図ること）を行うために実施されていることを示している。

しかし、セイファーセックスなどの感染予防法や、患者のプライバシーや人権に関わる問題、配偶者やパートナーへの告知の問題、セクシュアリティに関わる悩みなど、HIV感染症において、他の疾患と比べて重要度、困難度が高い問題もカウンセリングの中で取り扱われている。

また、今回の調査結果から、HIVカウンセリングを行う人の職種によってクライアントの呈するどのような問題にどの程度関与するかが異なっていることが示唆された。例えば医師、心理職、福祉職それぞれが自認する専門性としての役割の住みわけは明確に表れている。具体的にいうと医師は医療・身体面に、心理職は心理的な問題に専門職としての役割意識が明確に焦点づけられており、それ以外の問題への援助は自分の守備範囲ではないとする意識が窺える。福祉職の場合、医師や心理職があまり関与しない社会生活や経済的な問題、人権やプライバシーなどの問題に対する役割意識が際立って高い。このことは、自分の守備範囲を越える問題を持ったクライアントを職種間で適切にリファーする必要性を示唆するものである。

たとえば、クライアントの心理面の問題の中で、HIV感染や病状の悪化による精神的苦痛や混乱については、すべての職種が自分の関わるべき重要な課題と考えている。しかし、クライアントの対人関係上の問題、セクシュアリティやパーソナリティに関わる悩み、精神病的な問題（神経症や嗜癖など）、生や死に関わる実存的な問題や遺族の悲嘆作業などの、より幅広く深い心理的な問題については、派遣カウンセラーと心理職が自分の関与すべき重要な課題との認識を他職種より強く持っており、逆に医師はそうした認識が職種間で最も少ない。医師がカウンセリングを行う場合には、心理面に深く関わる内容にはあまり触れないものと考えられ、必要に応じて派遣カウンセラーや心理職との連携が望まれる。

看護職の役割意識は医師と重なる部分が多いが、医師とは異なり社会生活や心理面の問題にも自分の関わるべき問題としての意識が及んでいる。どのような疾患の患者に対しても、多様な観点から患者とその置かれた状況を捉え、ケアを組み立てて行こうとする姿勢がカウンセリングにおける役割意識にも反映していると考えられる。しかし自分の重要な課題と考える度合いが最も高いのは服薬や食事についてであり、適切なセルフケアの維持を援助することにおいて、看護職の意識が特に高いことが推察される。

派遣カウンセラーは心理職と同様に深い心理的問題に関わることを自らの役割としながらもそれだけに局限せず、医療、身体面や社会生活に関わる現実的具体的な問題への援助も自分の役割として引き受けている。特徴的なのはセ

ックスやセクシュアリティに関わる問題にしっかり関わろうとする意識が明確であることである。HIVの専門カウンセラーとしての研修を重ねた結果と考えられる。

福祉職は医療費など経済的な問題、住居・仕事・育児など生活面の問題、それらを解決するための制度利用・社会資源（NGOや患者グループも含む）の活用、プライバシーや人権に関わる問題などについて自分の関わるべき重要な課題という認識が他の職種より高い。実際のカウンセリングでは、経済的な問題や制度利用に関しては他職種より関与経験が多いが、NGOや患者グループに関することには他職種に比べてあまり関与していなかった。クライアントをNGOや患者グループに橋渡しするには、クライアントとの信頼関係構築が土台となり、またNGOや患者グループについても十分な情報を得ておく必要がある。業務量が多く時間的制約がある福祉職は、こうした問題に関わることは困難があるものと考えられる。セーフターセックスに関して話し合うことを自分の重要な役割とみなす程度が他の職種より低く、実際にカウンセリングの中で関与した経験も少なかったことについても、同様の状況が影響していると考えられる。

3. HIVカウンセリングに関わる知識に対する重要性の認識度と自信の程度

各々の役割遂行に必要な知識に関する認識を問うたものであるが、ここからも専門性に関連する傾向が示された。まず、すべての専門職においてほとんどの項目で重要との認識が強く、特に個人への面接技術や福祉制度、医学的知識に関連したことへの評価が高かったが、自信は総じて3割以下に留まったことが注目される。特に、地域に関わることや心理学的知識、人権に関連することで低く、教育の課題を示唆している。

職種別では、医師は役割意識と連動して、医学関連知識への重要性の認識、自信の程度が高い。看護職は役割意識の広がりが大きく、すべての知識に対して重要との認識が高いのに比べて、総じて自信の程度が低いことが特徴である。特にソーシャルワークや心理学関連の知識にその傾向が強く、役割と教育に関する課題を示唆していると考えられる。心理職は従来の精神科臨床に焦点を合わせた認識の仕方が明確である。また福祉職は社会制度、面接技術、人権関連の知識への重要性の認識および自信の程度が高く、教育を反映した結果といえる。一方、派遣カウンセラーは、グループワークや人権関連知識について若干認識の低い面があるが、性関連知識については職種間で最も自信があると同時に、医学的なことは医師に、社会的なことは福祉職に、心理学的なことは心理職について自信があるとの評価が示され、その役割の広さと研修教育の成果がうかがわれる結果となっている。

4. 技術や機能、価値に関する重要性の認識度、自信、実行の程度

本研究では心理社会的援助を行う専門職の行為についての重要度、自信、実行との間に関連があると考え、その検証を行った。重要性を認めることが行為の動機となり、また、ある行為を特定の場面で実行する自信の有無・程度は、

行動に影響することが、過去の実証的研究で示されている。バンデューラは、特定の行為を特定の場面で実行する自信あるいは自己評価を自己効力感と呼び、自己効力感の有無や程度が行動に影響することを明らかにしている。本調査においても、重要度、自信、実行について、調査対象者に尋ねることによって、職種の専門性、教育・訓練、職場環境などを反映する結果となった。

ただし、重要度については、予備調査の結果等を踏まえて、各々の職種にとってではなく、調査対象者にとっての重要度を尋ねるといった質問の仕方をとったため、対象者が自分の職務として重要と考えるのか、自分自身にとって重要と考えるのか、あるいはHIVカウンセリングを考える際に重要と考えるのかという区別が、厳密にはなされないことに留意する必要がある。また実行においてもクライアントにニーズがない場合と、あっても行わなかった場合があることに留意しなければならない。さらに調査対象の約半数がHIVカウンセリングを経験しておらず、そのため実行についての回答者が少なく、有意差が出にくいことにも考慮する必要がある。

<全体の傾向>

総じてほとんどの項目に対しても重要との認識が強いが、それに比して自信は「どちらともいえない」と答える率が高く、また5割以上自信がある項目と実行した項目はかなり連動した結果となった。面接の基本原則、自己決定関連、アセスメント、援助計画、調整、チーム医療に関連した項目は全体に重要度、自信、実行とも比較的高い傾向にある。反面、地域開発やピアグループ育成、調査研究に関しては概ね評価が低く、また利用者側からの評価やアクセスの良さに関することも自信、実行ともに低い傾向がみられる。このことは、援助に関わる基本的な事柄は十分ではなくとも比較的实践されているが、より広がりのある活動や、利用者側からみた視点については課題であることが分かる。

<職種別の特徴>

●医師

全般に職種の特徴や姿勢などが反映された結果となっているが、加えてHIV包括診療に対して熱意のある医師から回答が寄せられていることが影響した結果となっていると思われる。

まず全体に面接、役割説明、アセスメントに対する重要度の認識が他職種に比較すると低いといえる。特に非審判的態度、利用者の希望、自己決定を重んじること、心理社会的アセスメント等において、重要度、自信ともに評価が低かった。しかしその他の面接技術等における自信、実行の他職種との差はあまりみられなかった。介入においては、問題解決に共に取り組む、利用者の長所の活用、満足度評価、グループ育成、モニタリング機能を重視しない傾向があるが、このことは、従来の業務の特性や伝統的な医師患者関係に影響を受けていると考えられる。しかし一方で、個人を尊重し、自己決定のための情報提供や「セーフターセックスへのアドバイス」は積極的に行なっている姿が窺える。またサービス利用や調整なども行なっているが、在宅ケアには届きにくい現状が示された。アドボカシーやソ

ーシャルアクションへの認識は低いにもかかわらず、「機関のシステム変革」やソーシャルアクションへの自信があるのも、職種を持つ力や回答した医師の特性を示すものと考えられる。

●看護職

知識の項目と同様に、総じて重要との認識が高いにもかかわらず、自信に対する評価が低いのが特徴である。このような状態では不充足感やストレスを感じつつ、勤務していると予測される。カウンセリングという具体的なツールを持たない業務は、看護婦のように即ニーズに対応できるような具体的方法を要求されることの多い業務と差が大きいことに起因していると考えられる。自信がない、即ち自己効力感の低さはまた実行の程度にも反映していると考えられる。もっとも自己評価基準が他職種より厳しい、または謙虚である可能性も残されている。

しかし自信がないとしながらも「セイファーセックスへのアドバイス」や「社会資源の利用援助」「サービス利用のための調整」「在宅ケアのための資源利用」といったセルフケアに関することや資源利用といった具体的な手段を持つものに対する実行度は比較的高いことに注目すべきであろう。

また今回回答した看護職は、ナースコーディネーターなど熱心に且つ中心的に取り組み、従ってケース数も比較的多い方が多いと予想されるため、「感染者の支えあう機会作り」、さらには「教育」の実行度が高い結果となっていると考えられる。加えて、「専門職への必要時アクセス」の自信や実行がきわめて高いことは、これまでの結果と総合すると、そのような立場を最大に利用して、必要な場合にはより専門性を備えた他職種に紹介するという判断をも含んだ、患者にとって身近なサポーターでありえるといえる。

一方で、アドボカシー、ソーシャルアクション、エンパワーメント、代行などにおいて自信がなく、実行が少ないのは、従来の教育の中にそれらが含まれていないことが影響しているものと思われる。包括医療における連携を高めるためには、様々なレベルの技術、知識の必要性を認めることは非常に重要である。しかしすべてに自信をもって対応することは不可能であり、また適切ではない。例えば本調査によって示されたセルフケアや予防といった領域など、役割に焦点を定めた自信の持てるような教育が殊に望まれる。

●心理職

面接、アセスメント、介入の中の特に関心個人に焦点を当てた項目において、重要性は認めているものの、とても重要との回答は他職種と比べて少ない傾向にある。特に自己決定のための情報提供や問題に共に取り組む、利用者が必要時アクセス可能であることへの評価が低い。これらは従来からの精神的臨床における心理療法としての面接のあり方(精神的アプローチ)などを反映している可能性が高いと思われる。

また非審判的態度、自己決定の支援、問題に共に取り組む、問題状況の明確化、危機介入について派遣カウンセラ

ーとともに自信はあるが、実行では他職種と差がみられなかった。その原因としては重要性の認識の低さの影響、実行に対する何らかの障害、自己評価基準の高さ等が考えられる。

また具体的なセルフケアに関するや調整、アドボカシー、ソーシャルアクション、代行といった、対社会的または制度的側面のかかわることの重要性の認識や自信がかなり低いことが特徴である。一方で「コンサルテーション」の自信、実行が高く、業務の特徴が示されている。また「教育」に対する自信はないにもかかわらず、実行が高いのはこの領域においても「カウンセリング」に直結する職種として期待されていることの反映と考えられる。いずれにしても自らの領域への認識が明確であるとの印象が強い。

●福祉職

総じて社会福祉的な視点での援助に対して重要性をよく認識しているのが特徴である。例えば、アセスメントにおける社会資源利用要件判断、自己決定のための情報提供、サービス利用等における調整機能に関して、重要度、自信、実行ともに際立って評価が高くなっている。また問題へともに取り組むこと、アドボカシー、ソーシャルアクション、エンパワーメントにおける重要度や自信、モニタリングへの自信、「ピアグループ育成」への重要度も評価が高い。但し、これらの実行の程度は十分ではないという結果が得られた。

一方で、面接や個人に焦点を当てた介入に関する項目への重要度は、他職種と比べると中程度にあり、また心理面についてのアセスメントへの自信も低い傾向があった。

これらの特徴の背景としては、社会、制度、グループといった、個人を中心においた業務をしながらも取り巻く状況を視野にいた職業としてのアイデンティティーがあり、またそのように教育されていることがあげられる。しかし、実行面が伴わなかったり、面接場面での技術が十分といえないのは、具体的な実践教育が伴わないことや、大量で多彩な制度・資源に囲まれてサービス中心の業務になりがちなどがあげられる。更には非常に多忙で余裕がないことが調整役に終始する原因ともなっている。加えてHIVカウンセリングの経験がまだ少ないことも影響していると考えられる。

また他職種や利用者への役割説明の重要度が高いのは、いまだ社会的認知が低いことを反映しているといえよう。

●派遣カウンセラー

全体の65%が心理職であるにもかかわらず、心理職とは明らかに違う結果となっている。面接、アセスメント、介入で心理職と同等かそれ以上、モニタリング、調整、手続き代行、アドボカシー、ソーシャルアクション、エンパワーメントにおいて、概ね心理職に比べると認識、自信、実行度が高い傾向にある。特に自己決定のための情報提供や社会資源利用要件判断への評価が高いことなどが、差異をよく表している。

また「感染者の支えあう機会作り」「セイファーセックスへのアドバイス」「行政への権利侵害対応」において実行度が高いのは、ケース数も多く、研修の機会も多い、専

門カウンセラーであることの動きを反映しているといえる。

一方で「在宅ケア」「危機介入」「必要時アクセス」に自信や実行を伴わないことや、「他職種への説明」を重要視していること、「教育」の実行は比較的高いが「コンサルテーション」が低いことは、派遣カウンセラーの置かれている立場の特徴や限界を提示していると考えられる。即ち、院内に所属していないために緊急対応が困難なこと、教訓が周知されにくいこと、院内とのコミュニケーション形成に努力が必要であることなどが反映していると考えられる。

総じてかなり幅の広い役割を担っているのが特徴といえる。

5. 地域ブロック別の特徴

HIVカウンセリングの担当者、経験者の数は、地域によって明らかに差が大きく、感染者数が最も多いと報告されている関東・甲信越地区に、担当者、経験者ともに最も多いことが示された。

担当している職種にも地域差がみられた。経験者数が少ないため、比較には限界があるが、関わったテーマにも職種の傾向が反映されていることが窺われる。

またケース数や派遣カウンセラーの数、医師の関わるの程度などによって、研修や事例検討会、理解度等の環境要因に地域の特徴が現われていると考えられる。

今回は地域ブロックに関しては、属性、環境要因、関わったテーマについてのみクロス集計を行った。技術面においてさらに分析することで、教育の課題等が示される可能性がある。

結 語

これまでの結果と考察を基に、以下に〈まとめ〉および〈提言〉を整理する。

〈まとめ〉

- ①全国のエイズ拠点病院のスタッフの内、HIVカウンセリングを担当する（または予定の）専門職、および派遣カウンセラーのうち、実際の経験者は未だ約半数であるとの結果を得た。
- ②HIVカウンセリングの内容は、クライアントの「心理的問題」の有無にかかわらず提供され、身体・心理・社会的に非常に広い範囲にわたることが示された。
- ③HIVカウンセリングの内容は、他の様々な身体的な疾患や障害を抱えた人が遭遇する共通の問題と、HIV感染症に特有の問題の両方を含むことが示された。抗ウイルス薬の進歩により、HIVカウンセリングの内容が変化したといわれるが、治癒に至る病気、治療法がなく障害が残る病気、治らない病気、いずれにおいても、そのプロセスにおいて、また本人のおかれている心理社会的な状況によって、相談援助の必要性が生じることは自明である。また各々の病気には各々に特有の問題があるとしても、どのような病気でも基本的に援助や支援の必要な領域があり、それらへ対応できる体制作りが必要であることが明示されたといえる。
- ④各専門職種のHIVカウンセリングに関わるテーマ、知識、技術に関する認識の内容は、各々に明確な特徴を持つこと

が示された。

⑤派遣カウンセラーは、HIV感染症を専門とする活動の特性が示された。即ち、幅広い内容の相談に対応していることや、「セーフターセックスへのアドバイス」など特徴的な領域で研修の成果が窺われる結果を得た。一方で派遣カウンセラーという特有のシステムによる困難性も指摘された。

⑥医師の考えるカウンセリングの範囲は本来の医学の領域に集約されていることが示唆された。

⑦心理職はこれまでの精神科臨床を基盤とした実践の中で明確な役割意識と業務の内容をもつことが示された。

⑧看護職は役割意識を非常に幅広くもっており、かえって焦点の定まりにくい状態に置かれていることがうかがわれた。

⑨福祉職は、社会制度、面接、人権などを重視する教育背景を反映した役割意識はもっているものの、調整機能などの分野以外の集団や地域に向けた実践においては不十分であることが示された。また心理的側面への関わりも必ずしも十分でないことが分かった。

〈提言〉

- ①どのような病気にも共通に基本的に援助や支援の必要な領域とそれぞれに特有の領域があり、それらへ対応できる心理社会的相談援助を保証するための体制やガイドラインづくりが必要である。
- ②派遣カウンセラーが患者のニーズに即した幅広い活動をしている結果を得たが、すべての身体疾患に対して派遣カウンセラー制度を適用することは現実的に不可能であろう。従って、HIV感染者に対して派遣カウンセラーが担っているような役割を余すことなく分担し、かつ限界を克服できるような相談援助職種の適正配置や教育が重要である。
- ③看護職は患者に身近な存在として、セルフケア等を中心とした援助、また他の専門職種への適切な橋渡しを含め、自らの実行可能な領域への自覚を基に、柔軟性のあるコーディネーター役が期待される。そのためにも職務に自信がもてるような焦点を定めた教育が必要と思われる。
- ④福祉職は、具体的な実践レベルにつながる教育不足の問題が提示された。多忙で業務に翻弄されることが多く、結局はサービスを中心とした活動に終始することになりがちである。しかし援助ニーズは非常に大きいことは明らかで、それらに余裕を持って対応できるだけのマンパワーと医療制度の確立が不可欠である。
- ⑤派遣カウンセラーに最も近い心理職はほとんどが精神科所属であり、現在の保険制度の影響などにより、なかなか活動が広がりにくい状況にある。そのことがまた患者をして近寄り難いカウンセリングのイメージを増幅させていると考えられ、システムを変える必要がある。
- ⑥専門職同士が調査で得られたような結果を共通認識とし、互いの相互理解を促進する必要がある。相談援助職の配置が少なく、地域差も大きい中で、クライアントに必要な相談援助を保障するには特に柔軟性を持ったチーム医療が必要とされる。しかしその前提として、各職種の質を保障する教育、職務に対する相互理解と尊重が必要であり、その

ことにより適切なリファーや連携が可能となる。加えてそれを支えるシステムの整備が連動する必要がある。

⑦今後はさらにクライアントの視点を重視した実践、研究を課題とする必要がある。

以上のような条件が整うことによって初めて、病気や障害を抱えた人、又はその心配のある人に対して、「必要な時に、必要な内容の相談援助が、その範囲において十分に適切に提供されること」が保障される体制づくりが可能となると考える。

エイズ治療の地方ブロック拠点病院と
拠点病院間の連携に関する研究

P — A — R — T

2

北海道 ブロック

●分担研究者
北海道大学医学部
内科学第二講座
小池隆夫



研究要旨

北海道においては、広大な地域にHIV感染者が分散し、また、他地域に比べて感染者数が少ないことなどから、HIV診療にこれまで携わってきた経験のある医師・看護婦などの医療従事者は少数である。これらの点を克服して有効なHIV診療体制を構築するためには、ブロック拠点病院における医療体制の充実を基盤としてその成果を地域へ還元することが重要である。本研究では、北海道大学医学部附属病院（以下、北大病院）におけるHIV感染症の医療体制整備の充実を基盤として、北海道地域におけるエイズ治療のブロック拠点病院と拠点病院間の連携強化に関する以下の検討を行った。（1）相談室：北大病院における平成10年（4～12月）の相談室利用件数は来室368件、電話104件と昨年同期に比較して約3倍に増加した。現状と問題点の把握及び感染者のニーズの把握を目的としてアンケート調査を行った。（2）AIDS関連検査の充実：北大病院における平成10年度のHIV関連検査項目を、HIV-RNA定量や各種ウイルス・細菌の遺伝子診断を含む26項目に拡大した。さらに保険適用外のHIV薬剤耐性検査やCD4陽性細胞絶対数測定を含めると、項目数は前年度の約2倍に増加した。HIV関連検査のほぼすべてを院内で実施できる状況を達成した。平成10年（1～12月）のHIV薬剤耐性検査は約150件、CD4陽性細胞絶対数測定は約450件で、これらと血漿HIV-RNA濃度の相関グラフを全感染者について作成し、薬物治療の最適化に向けた検討を検査部と診療科医師とで行った。（3）情報の有効的な提供とその利用推進：HIV総合医療整備委員会によるエイズ療養マニュアル（第1版）の作成、専用サーバーの構築及び一般公開を行った。本マニュアルは感染者・患者、その他HIV/AIDSに関わる方を対象として、HIV/AIDSの予防と治療、日常生活、カウンセリング等、総計72問のQ&A形式で構成されている。これらの結果をもとに、北大病院におけるHIV診療体制の充実を道内のすべての感染者が享受できる体制構築を行っている。

■ 相談室の現状と問題点

目的

北大病院では、HIV感染者およびその家族へのカウンセリング体制を整えるために、平成9年4月、外来棟に専用相談室を設置した。現在は、HIV担当看護婦1名と、北海道HIV/AIDSカウンセラー（臨床心理士）1名の、計2名が相談活動に当たっている。当院通院中の患者・感染者だけでなく、通院者の家族や他院で治療を受けているHIV感染者、抗体検査希望者の利用も受け入れている。本研究では、相談室設置から昨年12月までの1年9カ月間の活動をまとめ、感染者および家族の抱えるニーズと、専用相談室のあり方、今後の課題についてアンケート調査を含め検討した。

方法

研究の背景として、相談室の構造は、個別相談用の個室・スタッフルーム兼オープンスペースからなっており、カウンセラーは、月曜～金曜の8：30～17：00にかけて外来がある間常に相談室に待機し、電話や来室者に対応できる体制をとっている。担当看護婦は、必要に応じて、外来での看護や相談・診察への同席・コーディネート活動・相談室での相談・服薬指導など場所を移動しながら柔軟に対応している。時間的構造は、常時自由に来室してもらえ形をとり必要に応じて時間予約をしているが、完全な時間予約制ではない。これは、スタート当初、まず当院通院中の患者の抱えるニーズを把握する必要があること、時間予約してあらたまって相談にくる場合、大きな悩みや問題がないと来室できないという印象を与えるおそれがある、などを考慮したためである。気軽に立ち寄ってもらい、相談しやすい関係を築いていくことを第一目標にした。平成10年4月～12月までの当院における通院患者・感染者数は28人で感染ルート別では血液製剤（2次・3次感染者を含む）20人、性感染8人このうちエイズ発症者4人であった。相談室におけるHIV関連受診者実数は34人で、従来からの通院者24人、患者・感染者新患4人（全員性感染）、抗体検査希望者6人（結果は全員陰性）であった。抗体検査希望者は、実数は前年度と同じであるが、全員、性行為による感染の不安を持って自ら来院していた点が特徴である。リスクは小さくても本人の不安が強く、同一人物の受診や電話の回数が多い、また、一回の来院時に長時間の面接を要するなどの傾向があった。相談室の延べ利用件数は来室が368件、電話相談が104件であり、4月から12月の9カ月の間では、平成9年1年間の約3倍の来室者があった。これは、平成10年7月からそれまで週2日であったカウンセラーが常駐になり、相談室の利用が毎日可能になったことが一因と考えられる。また、相談室開設以来の来室者の内訳では、患者・感染者が最も多く32人であった。相談内容としては、体調や薬の服用の仕方、副作用についての相談が最も多く、延べ150件（31%）で、体調・治療をめぐる内容が最も多く三分の一をしめていた（97ページ参照）。危機介入のケースとしては、陽性告知後日の浅い場合や、抗体検査前後のカウンセリング、パートナー告知についての迷いや病状の進行に伴って精神的苦痛が大きいケースなどがあった。このような場合には、一回に2～3時間かけて対応した（全体の約15%）。抗体検査前後のカウンセリングは、検査希望者の動揺が大きい場合でも、この機会に病気について十分な学習を行うこと、万が一陽性の場合の心の準備を少しでも行うこと、今後の感染予防に役立ててもらおうこと、を意図して同様に2～3時間かけてカウンセリングを行った。電話相談の場合は、受診調整と、薬や体調変化についてが圧倒的に多く64%を占めていた。また、家族からの相談は電話・来室併せて33件と少ないがどの場合も深刻な内容であり、告知直後の混乱の大きい時期の電話や面談によるカウンセリング（11件：33%）や、ある程度ショックが落ち着いて後の関係の問題や、患者の支援をめぐる相談で

あった（14件：42%）。このような背景をもとに、現状・問題点の確認、患者やその家族のニーズを把握し、より有効な相談室の活用と解放のためにアンケート調査を行った。アンケートは無記名で、記入者が特定できないように回収箱に全員分集まってから集計した。総数が少なく、互いの顔がわかる関係の中での調査なので、本音というよりは、伝えたいメッセージを反映していると思われる。また、来室回数など、明らかに事実と違う記入をしてあるものもあったが、患者の主観的認識・希望・意向を知ることを目的としているため訂正を加えず集計を行った。

結果

アンケート回答者は24人であった。回答者の内訳は20代、30代、40～50代でそれぞれ7人、8人、9人であった。相談室の利用回数は16回以上が8人（33%）と最も多いが、回数の少ない人の中には、通院を始めて日の浅い人が含まれていた。相談室に来た目的について複数回答を集計した結果では、患者の意識として、体の調子や治療上のサポートを受けに来ているという気持ちが一番強く、憩いや交流を求める気持ちが2番目に強いことがうかがわれた。電話相談については、受診調整・服薬・体調変化に関することが主で、相談室来訪の目的にはほぼ対応していた。相談室利用でプラスになった点（主なものを3つ選択）では、医師に聞けなかったことを聞けたり、他患との出会いをプラスと考えていた。また、「居場所」に加えて「情報を得ること」と「他患との交流」を求めて来室しており、精神的サポートとリフレッシュ（気分転換）機能を重視していた。困った点・不満な点では、「先に来ている人がいて入って良いか迷った」が最も多く、「知らない人に会ってとまどった」も含めて47%を占めた。見知らぬ他患と予期せず一緒になったときのとまどいがうかがわれる。「言いたいことが理解してもらえなかった」「説明が解らなかつた」などの項目を選んだ人はいなかった。無回答者が9名と多く、答えにくい設問だったと推察される。満足度については満足が回答者22人中12人（56%）で過半数を占めていた。今後欲しい情報としては、まず「最新の治療情報」が多く、最新の情報を得て、最善の治療を受けたい気持ちが何より強いことがうかがわれた。次いで「ストレスとのつきあい方」が多いが、何についてのストレスかはこの調査では不明である。半数近くの人が今も何らかのストレスを自覚し何とかしたいと考えていた。相談室に期待することでは、「雑談」と「相談」が同じように重視されており、病気のことを隠さず当たり前のこととして居られる「場」自体が、大きな心理的サポート機能を果たしていることを示している。「他の患者と会話の機会がほしい」と答えた人については、どんな人と話したいかさらに質問を行った。年齢・性別にはこだわらない人が多かった。感染ルート・セクシュアリティについては、こだわらない人と、同じ立場の人を希望する人が半々であった。少数ではあるが、「違う感染ルートの人と話したい」と答えた人もいた。予約相談の時間帯については、あれば必要なときは利用するという人

が5割強、今のままの時間構造でよいと考えている人は3割であった。

考察

以上の結果から、スタッフからみた現状と問題点を以下のように解析した。現在、ある程度相談室の存在が定着して、患者・感染者とスタッフとの関係が築かれてきている。相談室を利用する目的としては、はっきりした目的の有無にかかわらず受診や自分の休日のたびに来室する人（居場所としての利用）、はっきりした目的があるときのみ来室する人、自発的な来室のない人の3タイプがあった。来室しない人の場合、当面必要がないからか、何か利用しにくい理由があるのか、現在の相談室では満たされないニーズがあるのかについては不明に留まった。現在の相談室の運用形態については、常時自由に来ていいということは、気軽に利用しやすいものの、予期せず知らない人と顔を合わせたり、先に時間予約で来室している人がいると、せっかく行っても断られることがあるなどのデメリットもある。現在、基本的には精神的に健康な人が多いため大きな問題は生じていない。しかし、将来、精神的な弱さ・病気をもった感染者の利用があった場合、時間構造が曖昧で患者の混乱を招くおそれがあると考えられた。特に、以前は約9割の患者が血友病の治療によって感染した人だったが、この2年弱の間に性感染の感染者が増加し、通院者の3割を占めるようになった。このため、知らない人、感染ルートやセクシュアリティの違う人と顔を合わせる機会が増えてきた。同じ病気をもつ人同士とはいえ、セクシュアリティの問題は微妙であるし、各々が自身の感染を外部に知られないよう心を砕いている状況の中で、予期せず知らない人と会うことはストレスになりうると思われた。現在のよい点を残しながら、改善するとすれば、自由に来室できるオープンの時間帯と、予約して利用するクローズドの時間を分けることが必要であると考えられた。また、今回の調査でも明らかになったことの一つとして、社会資源について専門的知識を必要とするケースが増えてきておりメディカルソーシャルワーカー（MSW）の確保が望まれる。今後、ブロック拠点病院の専用相談室の役割として、道内各地の病院・保健所などとの連携、情報提供などにも力を入れていきたい。

AIDS関連検査の充実と地域への貢献

目的

北海道においては、広大な地域にHIV感染者が分散し、また、他地域に比べて感染者数が少ない。従って、HIV関連検査をそれぞれの拠点病院で充実させることは人的・経済的に多大な困難を伴う。しかし、薬剤耐性検査や各種ウイルス疾患の遺伝子診断など、HIVの的確・迅速な診断・治療に必要な不可欠な検査も多い。そのためには、北海道に

においてセンター的役割を果たす検査部門が必要である。本研究では、ブロック拠点病院として、北大病院におけるHIV関連検査の充実を検査部全体の協力体制のもとに行い、北海道ブロックにおけるHIV診療に貢献する体制を構築することを目的とした。

方法

細菌検査室では一般的によく見られる細菌からカンジダなどの真菌類や結核菌、非定型抗酸菌などの検査を担当し、結核菌、非定型抗酸菌など迅速性と高い検出感度が要求される項目については遺伝子検査を導入した。免疫・血清検査室ではHIVや各種ウイルス疾患の抗体測定を担当した。ブロック拠点病院となったことで新しく遺伝子検査室を設けた。フローサイトメトリー室では血液中の免疫細胞絶対数の研究を開始した。HIV薬剤耐性検査は、ウイルスから抽出したRNAのプロテアーゼ領域と逆転写酵素領域を含む1領域を、RT-PCRにより増幅した。次に、Nested PCRによりプロテアーゼ領域1領域と逆転写酵素領域3領域を増幅し、シーケンスによりそれぞれの塩基配列を決定して耐性の状態を判定した。CD4陽性細胞絶対数は、Flow-Count (COULTER) を用いて行った。

結果

細菌検査室におけるHIV関連検査項目として、カンジダ培養・同定、クリプトコッカス、クリプトスポリジウム、アスペルギルス、コクシジオイド、ヒストプラズマ、イソスポリア、結核菌培養・同定、非定型抗酸菌培養・同定、結核菌DNA-PCR、MAC DNA-PCR、サルモネラ、カリニ検査を実施している。免疫・血清検査室におけるHIV関連検査項目として、HIV1+2抗体、HIV-1抗体精密検査、HIV-2抗体精密検査、カンジダ抗原、トキソプラズマ抗体、サイトメガロウイルス抗体、単純ヘルペス抗体、帯状ヘルペス抗体検査を実施している。遺伝子検査室はブロック拠点病院となったことで新しく作られた検査室である。HIVの治療には欠かすことのできないHIV-1 RNA量の測定とHIV薬剤耐性検査を実施している。現在、サイトメガロウイルス、単純ヘルペスウイルス、帯状ヘルペスウイルスの遺伝子検査法を確立するために検討中である。フローサイトメトリー室では、正確なCD4陽性細胞数の測定を目的としてCD4陽性Tリンパ球の絶対数測定を導入した。

考察

平成9年以前のHIV関連検査項目数は13項目であったが、平成10年度のHIV関連検査項目を、HIV-RNA定量や各種ウイルス・細菌の遺伝子診断を含む27項目に拡充した。さらに保険適用外のHIV薬剤耐性検査やCD4陽性細胞絶対数測定を含めると、項目数は前年度の約2倍に増加し、HIV関連検査のほぼすべてを院内で実施できる状況を達成した。平成10年(1~12月)のHIV薬剤耐性検査は約150件、CD

4陽性細胞絶対数測定は約450件であった。また、HIV薬剤耐性検査、CD4陽性細胞絶対数測定と血漿HIV-RNA濃度の相関グラフを全感染者について作成し、検査部と診療科医師との間でカンファレンスを行うことによって、臨床との有機的連携が構築され、検査部内での積極的な姿勢が培われた。現在使用されている抗HIV薬は、使用しているうちに耐性ウイルスが出現する。その原因は、薬剤の標的部であるHIVのもつ酵素の変異が原因である。現在、薬剤耐性検査は保険適用外であるが、本検査は、その酵素を担う遺伝子を解析し、変異状態を調べることにより患者体内のウイルスがどの薬剤に耐性を有するのを知り、また、現在使用している薬剤が無効となった時に、変更薬剤の選択を行ううえで必須の検査である。同時に、有効性の低い薬剤の投与による患者の負担の軽減という観点からも有用性が高い。これらのHIV関連検査がすべての拠点病院において整備されることが理想である。しかし、北海道においては広大な地域にHIV感染者が分散し、他地域に比べて感染者数が少ないという特徴があり、個々の検査室ですべてのHIV関連検査を整備することは人的・経済的に大きな困難を伴う。ブロック拠点病院として、今後、北海道のHIV関連検査、特にHIV薬剤耐性検査を北大病院で一括して行うなどの検査支援体制を確立したい。これらの活動を通して、北大病院におけるHIV検査体制の充実を道内のすべての感染者が享受できる体制構築を行っていくことが目標である。

■ 情報の有効な提供とその利用推進

目的

本研究の一環として、北大病院医療情報部では北海道全域にHIV診療情報を迅速に公開し、有効利用するための環境整備を目的としたHIV情報ネットワークの構築を行っている。昨年度、北大病院イントラネット上に病院職員を対象としたホームページ「HIV感染症診断・治療マニュアル」の作成・公開を行った。また、このホームページを全国の医療関係者に向けてUMIN (University Medical Information Network)において公開した。今年度は、HIV/AIDS診療情報の迅速な一般公開を目的として、ホームページ「HIV/AIDS療養マニュアル (<http://info.med.hokudai.ac.jp/hiv>)」の作成と公開を行った。

方法

公開内容の検討は、HIV総合医療整備委員会(委員長:小池隆夫第2内科教授)内のHIV/AIDS療養マニュアル・ワーキンググループ(委員長:澤田賢一第2内科助教授)で行った。このワーキンググループは北大病院第2内科、第3内科、総合診療部、医療情報部、輸血部、歯学部病院第1口腔外科、はばたき事業団北海道支部、看護部、カウンセラーからなる10名により構成された。ホームページの構成及びデザインは医療情報部を中心として検討した。ホームページの公開に関しては、医療情報部がコンピューター・

ネットワーク設定などのハードウェアの設定を行った。ホームページの公開に使用したハードウェア（以下WWWサーバ）はPackard Bell NEC社製ProMate V2166CD（CPU：Pentium166MHz、Memory：32MB、Hard Disk：2.0GB）を使用した。OSにはLinux（Slackware Ver3.4.1）、WWWソフトウェアにはApache Ver1.3.4、ネットワークには10BaseTを使用し、インターネットには北大のキャンパスLAN（HINES）経由で接続した。

結果

本ホームページを、「HIV感染Q&A」および「エイズ診療支援のためのリンク集」の2部で構成した（99ページ参照）。「HIV感染Q&A」では、さらに「HIV/AIDSについて（32項目）」、「エイズの病状：予防と治療（22項目）」、「日常のなかで（10項目）」、「カウンセリング（8項目）」の4章・72項目構成とした。各Q&Aは1画面1項目とし、字・図の大きさに配慮した。また、見出し用のウィンドウを設け、他の章を閲覧しやすくするとともに、章ごとの質問項目一覧およびすべての項目に前後項目へのリンクを張り、操作しやすい構成を心がけた。「HIV/AIDSについて」では、HIVの感染経路、診断、AIDSの症状、治療薬に関して図表を交え説明した。「エイズの病状：予防と治療」では、日和見感染、カンジダ症、CD4値、歯科治療などについて構成した。「日常のなかで」では、熱・咳・下痢・不眠など身体的症状について、また、性交渉や出血に関する予防について説明した。「カウンセリング」では、カウンセリングの意味、効果、方法等について10項目で構成した。また、「Q71：HIV/AIDSの相談はどこで受けてくれますか？」と題し、北海道におけるHIV/AIDSの相談窓口と電話番号、相談日、担当者などの情報を掲載することにより、このホームページを見た感染者・患者もしくはその可能性のある方が相談しやすいように考慮した。

考察

平成11年2月10日現在、本ホームページを公開して1か月ほど経過したが、現在のところ問題なく運用している。今後、運用に関してより効率的な構成を行うために、どのようなところからこのホームページにアクセスしているか、どのページが多くアクセスされているかなど、アクセス統計が必要である。一方、不特定多数の方に閲覧されることにより、いくつかの問題点が予想される。その一つとして、著作権に関連することであるが、このホームページに公開された内容が、部分的に印刷・保存され、内容が都合よく利用される可能性がある。今後、ホームページの冒頭に注意事項を掲載するとともに、ホームページの1項全体を図として扱い部分的に印刷・保存ができない技術（例えばAcrobat readerの利用）を導入する予定である。次に、感染の恐れがある方がこのホームページにより自己診断を行い、適切な受診が行われず、などの危険性が予想される。この点に関しては、ホームページ上で注意を促すとともに、

相談窓口に関する情報の充実をはかる必要がある。また、スタッフの負担にもよるが、電子メールによる相談ができる環境の整備も必要であろう。今後、北海道地域におけるHIV/AIDS診療情報等の情報発信サーバとなるためには、このホームページの存在を積極的にアピールするとともに、国内外の最新のHIV関連ホームページを収集し、内容をさらに充実させていく必要があると考えられた。

結論

エイズ治療の地方ブロック拠点病院と拠点病院間の連携に向けて、HIV総合医療整備委員会（委員長：小池隆夫）および9つの小委員会（①内科系、②外科系、③妊婦・新生児系、④病理部、⑤看護部、⑥検査部、⑦薬剤部、⑧事務部、⑨医療情報部）によって各科連携のもとに院内の医療体制整備を進めた。同時に、北海道ブロックにおけるブロック拠点病院と拠点病院間の連携に向けて院外活動を行った。各種研修会に医師・看護婦を派遣するとともに本年度は、以下の活動を行った。①「HIV感染症診断・治療マニュアル」改訂版（北海道大学医学部附属病院・HIV総合医療整備委員会編、平成10年4月発行）の院内および拠点病院への配布と電子化、②院内HIV症例カンファレンスの開催（平成10年9月）、③北海道HIV臨床カンファレンスの開催（第2回：平成10年7月、第3回：平成11年1月）、④第1回北海道HIV臨床カンファレンス・論文集の作成と配付（平成10年6月）、⑤針刺し事故時における院内緊急検査体制の整備、⑥薬剤耐性検査を含むHIV関連検査の院内実施、⑦ホームページ「HIV/AIDS療養マニュアル」の作成・公開（平成10年10月）、⑧遠隔地への講師派遣による医療講演会の開催（平成11年2月、3月）である。

「HIV感染症診断・治療マニュアル」の改訂版における初版との大きな違いは、HIV関連検査の充実による内容の大幅な追加である。院内HIV症例カンファレンスは、サイトメガロウイルス網膜炎をテーマとして開催し、症例提示に加えて、東大医学部眼科・助教授、藤野雄次郎先生による特別講演「HIV感染における眼症状」が行われた。第2回北海道HIV臨床カンファレンスは、「歯科治療の問題点等」をテーマとして開催した。症例提示や症例研究に加え、神奈川県立こども医療センター歯科部長、池田正一先生による特別講演「HIV/AIDSの歯科診療」が行われた。活発な討論がなされ、北海道における歯科治療の問題点が抽出された。主なものは、歯科医のなかにHIV診療に対する認識が十分浸透していないこと、遠隔地における診療体制が整備されていないこと、プライバシー保護に関する歯科医の認識が十分でないこと等であった。今後、北大医学部附属病院と北大歯学部附属病院との連携を強化し、北海道における歯科診療ネットワークを構築していく予定である。第3回北海道HIV臨床カンファレンスは、「HIV感染者・患者等への心理社会的援助」をテーマとして開催した。桃山学院大学・社会学部教授、小西加保留先生によって同テーマによる特別講演が行われ、本報告書にも記載したようにカウンセリングのあり方等につき活発な討議が行われた。

また、これらの発表について論文集を作成・発行し、当日参加できなかった医療関係者や患者にも情報の提供を行った。針刺し事故時における院内緊急検査体制の整備は、HIV汚染による針刺し事故が疑われるものの、患者のHIV抗体検査が未実施の場合を想定して行われたものである。北大病院検査室の積極的な協力によって、夜間・休日を通して1～2時間以内のHIV抗体検査体制が整備された。薬剤耐性検査を含むHIV関連検査の院内実施は道の協力も得て進められた。ホームページ「HIV/AIDS療養マニュアル」の作成に関しては、患者団体の協力を得て、患者にわかりやすい表現が最も留意された。情報ネットワークの整備充実とともに、医療従事者間の公的および個人的ネットワークもまた、ブロック拠点病院と拠点病院間の連携を確立する上で必須である。HIV講演会、北海道HIV臨床カンファレンス等の活動を通して、道内、道外の人的関係が構築されてきつつある。現況において、北海道地域におけるエイズ患者の発生が稀であることから、遠隔地域におけるHIV医療体制と意識はまだまだ十分ではないが、ブロック拠点病院および拠点病院間の有効な連携が確立しつつあると考えられた。

研 究 発 表

学会発表

・第7回 日本サイトメトリー学会 北海道支部総会
1997年11月15日

「Flow-CountによるCD4陽性Tリンパ球数測定の見直し」
早坂光司、対馬千秋、石塚昇司（北海道大学医学部附属病院検査部）

・第11回 日本エイズ学会総会

「AZTとプロテアーゼ阻害（PI）剤の長期間併用を経てアミノ酸変異が解除されたAIDSの一症例」

小林寿美子、今村雅寛、浅香正博（北海道大学医学部附属病院第三内科）吉田繁、千葉仁志、安土孝則（同附属病院検査部）桜田恵右（北海道大学保健管理センター）、工藤伸一、矢野昭起（北海道立衛生研究所）

・第2回 北海道HIV臨床カンファレンス1998年7月18日

「北大病院でのHIV薬剤耐性検査の導入」

吉田繁、宮澤慶子、石塚昇司、千葉仁志（北海道大学医学部附属病院検査部）、小林寿美子（同輸血部）、今村雅寛（同加齢制御医学）、澤田賢一、小池隆夫（同第二内科）

・第45回 日本臨床病理学会総会1998年11月11日～13日

「検査室でのシーケンサーを用いた抗HIV薬剤耐性検査の導入と有用性の検討」

吉田繁、宮澤慶子、石塚昇司、千葉仁志（北海道大学医学部附属病院検査部）、小林寿美子（同輸血部）、今村雅寛（同加齢制御医学）、澤田賢一、小池隆夫（同第二内科）

・第8回 日本臨床化学会 北海道支部総会1999年1月30日

「北大病院でのHIV薬剤耐性検査の導入」

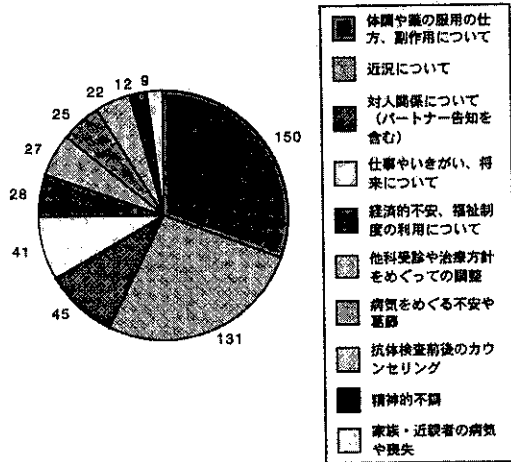
宮澤慶子、吉田繁、石塚昇司、千葉仁志（北海道大学医学部附属病院検査部）、小林寿美子（同輸血部）、今村雅寛（同加齢制御医学）澤田賢一、小池隆夫（同第二内科）

●アンケート集計結果

相談室の現状と今後の課題

北大病院相談室

(平成11年1月)

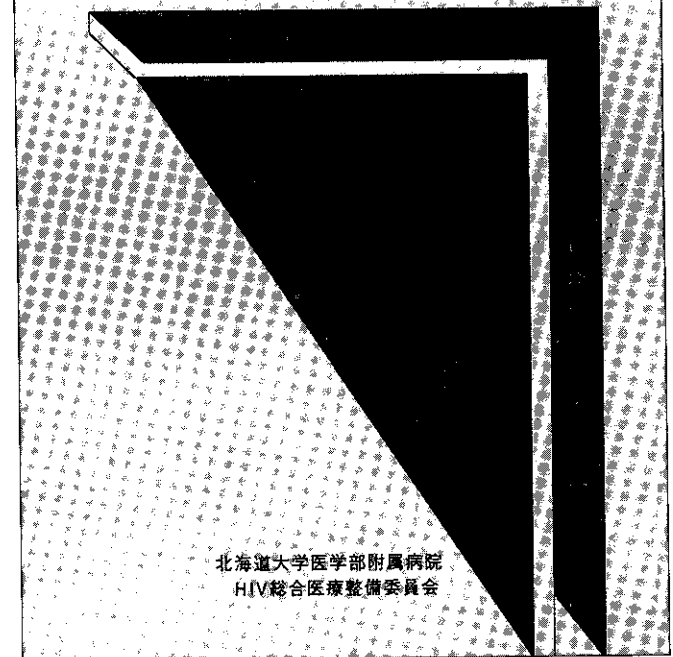


来訪者の相談内容 (延べ件数)

●HIV感染症診断・治療マニュアル改訂版

HIV感染症診断・治療マニュアル

平成10年4月改訂



北海道大学医学部附属病院
HIV総合医療整備委員会

●院内HIV症例カンファレンス

第1回 HIV 院内症例
カンファレンス

CMV 網膜炎

日時：平成10年9月18日(金)
18時～20時

場所：北海道大学医学部臨床大講堂

司会：澤田 賢一 先生(北大医学部第二内科・助教授)

症例：「HIV 感染症における CMV 網膜炎の一例」
演者：小林寿美子 先生(北大医学部輸血部・助手)

座長：松田 英彦 先生(北大医学部眼科・教授)

講演：「HIV 感染における眼症状」
演者：藤野雄次郎 先生(東大医学部眼科・助教授)

主催：北海道大学医学部附属病院
HIV 総合医療整備委員会 (委員長 小池 隆夫)

連絡先：北海道大学医学部内科学第二講座 (内線 5914)

The 2nd Clinical Conference on HIV in HOKKAIDO

第 2 回

北海道HIV臨床カンファレンス
プログラム・抄録集

日時 平成10年7月18日(土) 13:00~17:00
会場 武田札幌ビル 2階大会議室
(札幌市中央区北1条西13丁目)

開催テーマ

- 1 歯科治療の問題点等
- 2 その他・自由テーマ

特別講演

「HIV/AIDSの歯科診療」
神奈川県立こども医療センター 歯科部長 池田正一先生

第 2 回 北海道 HIV 臨床カンファレンス
プログラム

開会あいさつ 北海道保健福祉部技監 妹尾秀雄
(13:00~13:10)

【一般演題】

(13:10~14:00) 座長 福田博先生
1. HIV感染者に対する歯科口腔外科の役割(地域歯科医療機関との連携を考える)
(旭川医大病院歯科口腔外科) ○ 竹川 政範
(旭川医大病院口腔外科学講座) 北進一

2. 北海道大学歯学部附属病院において歯科治療を施行したHIV感染者の概要
(北大歯学部口腔外科学第一講座) ○ 齊藤 徹、近藤 圭司、佐藤 淳
福田 博

3. 内科からみたHIV感染症における歯科診療の問題点
(北大第3内科) ○ 小林 寿美子(兼輸血部)、太田 秀一
田中 淳司、浅香 正博
(北大加齢制御医学) 今村 雅寛 (北大保健管理センター) 桜田 恵右

(14:00~14:30) 座長 澤田賢一先生
4. 当科でフォロー中のHIV感染症患者2例について
(旭川医大小児科) ○ 室野 晃一
(札幌徳洲会病院小児科) 岡 敏明、(道庁厚生病院小児科) 石岡 透

5. 北大病院でのHIV薬剤耐性検査の導入
(北大病院検査部) ○ 吉田 繁、宮澤 慶子、石塚 昇司
千葉 仁志
(北大輸血部) 小林 寿美子 (北大加齢制御医学) 今村 雅寛
(北大第二内科) 澤田 賢一、小池 隆夫

(14:30~15:00) 質疑応答・事務連絡・休憩

【特別講演】

(15:00~17:00) 座長 小池隆夫先生
「HIV/AIDSの歯科診療」
神奈川県立こども医療センター 歯科部長 池田正一先生

The 3rd Clinical Conference on HIV in HOKKAIDO

第 3 回

北海道HIV臨床カンファレンス
プログラム・抄録集

日時 平成11年1月23日(土)13:00~17:00
会場 北海道大学医学部 臨床大講堂
(札幌市北区北15条西7丁目)

開催テーマ

- 1 HIV感染者・患者等への心理社会的援助
- 2 その他・自由テーマ

特別講演

「HIV感染者・患者等への心理社会的援助」
桃山学院大学 社会学部教授 小西加保留先生

第 3 回 北海道 HIV 臨床カンファレンス
プログラム

開会あいさつ 北海道保健福祉部技監 妹尾秀雄
(13:00~13:10) 北海道大学第二内科教授 小池隆夫

【特別講演】

(13:10~15:10) 座長 小池隆夫先生
「HIV感染者・患者等への心理社会的援助」
桃山学院大学社会学部 教授 小西加保留先生

【一般演題】

(15:10~15:40) 座長 澤田賢一先生
1. 思春期におけるHIV感染患者に対する告知とカウンセリングについて
(北見赤十字病院) ○ 石川 信義

2. 北海道のHIVカウンセリングのこれまでとこれから—関連各方面との連携をめぐって—
(財)北海道難病連) ○ 阿曾 加寿子

(15:40~16:30) 座長 及川泰子 婦長
3. 献血をきっかけに見られた性感染によるHIV感染症に対する告知から治療まで
—医師と看護婦、心理療法士のかかわり—
(北大医学部附属病院輸血部) ○ 小林 寿美子
(北大第三内科) 能登 俊、太田 秀一、浅香 正博
(北大加齢制御医学) 田中 淳司、今村 雅寛

4. 異性間感染者が養への告知を自己決定した事例
(北大医学部附属病院看護部) ○ 大野 裕子、及川 泰子、平山 妙子
(北海道HIV/AIDSカウンセラー) 加瀬 まさよ

5. 相談室の現状と今後の課題
(北海道HIV/AIDSカウンセラー) ○ 加瀬 まさよ
(北大医学部附属病院看護部) 大野 裕子、及川 泰子、平山 妙子

(16:30~17:00) 質疑応答・事務連絡

●第1回北海道HIV臨床カンファレンス・論文集

北海道

第1回 北海道HIV臨床カンファレンス 論文集

日時 平成9年11月22日(土) 13:30~16:00
会場 北海道大学医学部臨床大講堂
(札幌市北区北14条西5丁目)
主催 北海道
共催 地方ブロック拠点病院

開催テーマ

- 治療する上で困った症例
- その他・自由テーマ

特別講演


「情報環境整備を目的としたHIVネットワーク構築」
北海道大学医学部附属病院・医療情報部・櫻井恒太郎 教授

第1回 北海道HIV臨床カンファレンス

プログラム・目次

開会挨拶 (13:00~13:40)	北海道保健福祉部
一般演題 (13:40~14:10)	座長 今村 雅寛
1. Clofazimineが奏功したMAC bacteremia 合併AIDSの1症例 (北大第二内科) ○小泉 和輝、垂水 隆志、高野 弥奈、西尾 充史、 遠藤 知之、高島 英則、橋本 英明、長谷山美仁、 澤田 賢一、小池 隆夫	2
2. 肝硬変合併AIDS症例における非定型好酸菌症に対する治療 (北大第三内科) ○小林寿美子、三浦 洋輔、宮下 憲暢、太田 秀一、 城下 紀幸、氏家 伸夫、今村 雅寛、浅香 正博	6
(14:10~14:40)	座長 澤田 賢一
3. HIV感染者に対する歯科口腔外科の処置の問題点 (旭川医科大学歯科口腔外科) ○竹川 政範、北 進一	9
4. 特発性CD4陽性リンパ球減少症の1例 (札幌医大第一内科) ○林 敏昭、高橋 徹、安達 正晃、日野田裕治、 今井 浩三	12
(14:40~15:10)	座長 克川美和子
5. 癡癡気質があり話しを自己流に解釈し「HIVは感染しない」と 思いこんでいる症例 (北大医学部附属病院・総合外来) ○大野 穂子、及川 泰子、平山 妙子	15
6. 病名を隠しても打ち明けていないHIV陽性患者の支援について考える (札幌医大附属病院・第一内科看護室) ○工藤 美幸、岡田千佳子、菅川 尚子	20
特別講演 (15:10~16:00)	座長 小池 隆夫
「情報環境整備を目的としたHIVネットワーク構築」 (北大医学部附属病院・医療情報部)	24 教授 櫻井恒太郎

●「HIV/AIDS療養マニュアル」ホームページ



HIV/AIDS療養マニュアル

北海道大学医学部附属病院HIV総合医療整備委員会
HIV/AIDS療養マニュアル・ワーキンググループ


1. HIV感染Q & A

HIV/AIDSについて
エイズの病状・予防と治療
日常のなかで
カウンセリング
参考文献・参考文献

2. エイズ診療支援のためのリンク集

日本
海外

このHIV/AIDS療養マニュアル・ホームページについてのお問い合わせは

 澤田 賢一 (ksawada@med.hokudai.ac.jp)

HIV/AIDS療養マニュアル編纂ワーキンググループ

WWW-admin: Katsuhiko Ogasawara (ogasawara.hokudai.ac.jp)
Last Update on Oct/ 15 /1998

HIV感染Q&A
HIV/AIDSについて

Q1: HIVとはどのようなウイルスでしょうか?	
Q2: HIVは身体にどのようなことをするのでしょうか?	
Q3: HIV感染症とエイズとは同じことですか?	
Q4: HIVの感染経路を教えてください。	
Q5: HIV感染症の急性期の症状を教えてください。	
Q6: どの機体が弱体化したらHIV感染症の発症が確定しますか?	
Q7: HIV感染症の慢性発症とは何ですか?	
Q8: どのような機体になったらエイズを発症したといえるのでしょうか?	
Q9: HIV感染症からすべての人がエイズになるのでしょうか?	
Q10: 抗HIV薬とはどんなことをするのでしょうか?	
Q11: 抗HIV薬は本当に効果があるのでしょうか?	
Q12: 治療に不可欠の検査はどれでしょうか?	
Q13: 薬の開始を勧められているのですが決心がつかません。	
Q14: ウイルス量が多いと買われ不安ですがすぐに発症するのでしょうか?	
Q15: 抗HIV薬の効果の目安を教えてください。	
Q16: 薬をよく飲み忘れれるのですが?	
Q17: 男性ウイルスの検査はできるのですか?	
Q18: 2錠服用と3錠服用とどちらがよいのでしょうか?	
Q19: 抗HIV薬を処方してもらっても副作用は大丈夫でしょうか?	
Q20: 薬の副作用がひどく悩まされています。	
Q21: 抗HIV薬の副作用とその対策を教えてください。	
Q22: AZTのみを内服しているのですか?	
Q23: AZTは一日2回の服用でよいのでしょうか?	
Q24: クリキンパンで血尿がでました。薬を休んでもいいのでしょうか?	
Q25: プロテアーゼ阻害剤を服用していますが下痢がひどいのですが?	
Q26: C型肝炎があると抗HIV薬は内服できないのでしょうか?	
Q27: 糖尿病があると抗HIV薬は内服できないのでしょうか?	
Q28: プロテアーゼ阻害剤を内服すると血圧が上がるという噂がありますが?	
Q29: ダブルプロテアーゼ療法とはなんですか?	
Q30: 薬の効果が必要なのはどのような場合ですか?	
Q31: エイズの発症を遅らせることはできるのでしょうか?	
Q32: エイズを発症したらもう病状はよくなるのでしょうか?	

● 「HIV/AIDS療養マニュアル」 ホームページ

HIV感染Q0A HIV/AIDSについて
Q1: HIVとはどのようなウイルスでしょうか?

このウイルスは、1986年にヒトに免疫不全を起すウイルスという意味でHuman Immunodeficiency Virus (HIV) と名付けられました。HIVはレトロウイルス類に属しますが、レトロウイルスの特徴は、その遺伝子としてRNAを持っていて、複製に感染すると、細胞の中でウイルス自身の逆転写酵素によってRNAからDNAに逆転写されるということがあげられます。HIVの感染する細胞は主としてCD4陽性リンパ球（ヘルパーT細胞）です。

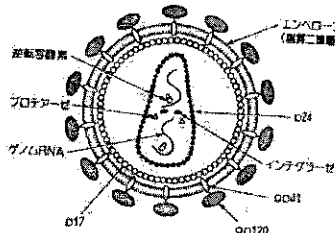


図1. HIVゲノムと粒子構造の関係

HIVゲノムと粒子構造の関係

表紙の質問

HIV感染Q0A HIV/AIDSについて
Q3: HIV感染症とエイズとは同じことですか?

エイズ (AIDS) のほとんどはヒト免疫不全ウイルス (human immunodeficiency virus, HIV) 感染により引き起こされるものですが、ごく一部に原因不明のもの (IQと称しています) があります。その中でエイズと呼ばれる時期には一定の定義があります。それは、抗HIV抗体陽性で、以下の日和見感染もしくは悪性腫瘍やガンを含めた場合エイズと診断するという事です。ですからHIV感染症=エイズではありません。

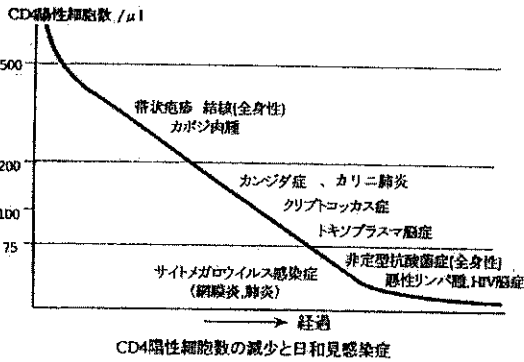
AIDS診断のための指標疾患

1. カンジダ症 (気道、気管、気管支または肺)
2. クリプトコッカス症 (肺以外)
3. クリプトスポリジウム症 (1ヶ月以上続く下痢を伴ったもの)
4. サイトメガロウイルス感染症 (生後1ヶ月以上で、肝、脾、リンパ節以外)
5. 単純ヘルペスウイルス感染症 (1ヶ月以上継続する粘膜、皮膚の潰瘍を伴うもの、または生後1ヶ月以後で気管支炎、肺炎、食道炎を併発するもの)
6. カガク病 (年齢を問わず)
7. 原形性脳リンパ腫 (年齢を問わず)
8. リンパ管間質性肺炎/肺リンパ管形成: [IP/PPH complex (13歳未満)
9. 非定型抗原陽性 (総核以外で、肺、皮膚、頸部もしくは肺門リンパ節以外の部位、またはこれらに加えて全身に播種したもの)
10. カリニ肺炎
11. 進行性多発性白質脳炎
12. トキソプラズマ脳症 (生後1ヶ月以降)
13. 免疫性肺動脈炎 (13歳未満で、ヘモフィリス、連鎖球菌等による敗血症、肺炎、骨髄炎や骨髄炎または骨髄炎もしくは皮膚粘膜以外の部位や深部臓器の病変が2年以内に、2つ以上、多発あるいは繰り返して起こったもの)
14. コクシジニド真菌症 (肺、頸部もしくは肺門リンパ節以外に、またはそれらの部位に加えて全身に播種したもの)
15. HIV感染症 (HIV陽性または抗体陽性)
16. ヒストプラズマ症 (肺、頸部もしくは肺門リンパ節以外に、またはそれらの部位に加えて全身に播種したもの)
17. イソスポラ症 (1ヶ月以上続く下痢)
18. 糸状菌症 (13歳未満で、ヘモフィリス、連鎖球菌等による敗血症、肺炎、骨髄炎や骨髄炎または骨髄炎もしくは皮膚粘膜以外の部位や深部臓器の病変が2年以内に、2つ以上、多発あるいは繰り返して起こったもの)
19. 麻疹 (肺以外に1ヶ所以上播種したもの)
20. サルモネラ菌血症 (再発を繰り返すもので、チフス熱によるものを除く)
21. HIV陽性症候群 (全身衰弱またはスリム病)
22. 皮膚病変
23. 淋病性宫颈炎

表紙の質問

HIV感染Q0A HIV/AIDSについて
Q6: どのような病状になったらエイズを発病したのでしょうか?

CD4陽性細胞数が徐々に減少し、細菌性免疫不全さらに複合的な免疫不全の状態となり、その結果様々な日和見感染や悪性リンパ腫を合併するようになります。そのような病状が出現してきた場合をエイズと呼びます。なおアメリカでは1995年よりHIV陽性者の場合、CD4陽性リンパ球数が200個/μl未満、もしくはリンパ球が14%未満となった、日和見感染の有無にかかわらずエイズと診断することとし、また指標疾患に肺結核、反復性肺炎、淋病性子宮頸炎が加えられました。



CD4陽性細胞数の減少と日和見感染症

表紙の質問

HIV感染Q0A
エイズの病状: 予防と治療

- Q33: 日和見感染とはなんですか?
- Q34: 日和見感染の予防はいつから必要でしょうか?
- Q35: 日和見感染の予防のためにどのような治療が必要でしょうか?
- Q36: CD4数が500以上ですHIV陽性は数多くもっていますか?
- Q37: CD4数が200以下になりました。今後、どのような治療が行われるのでしょうか?
- Q38: CD4数が一桁になりました。今後、どのような治療が行われるのでしょうか?
- Q39: CD4数が200以上に上がりました。日和見感染の予防が必要でしょうか?
- Q40: 予防接種を受けることができますでしょうか?
- Q41: カリニ肺炎の症状と予防法を教えてください。
- Q42: カンジダ症の症状を教えてください。
- Q43: カンジダ症の予防法を教えてください。
- Q44: 食生活などのカンジダの予防と治療法は?
- Q45: 食生活カンジダ症では何か食事や飲み物の制限はありますか、飲まないでも済む方法はありませんか?
- Q46: 唇カビの初期に、喉が痛つくことはありますか、その痛からほじりを入れるのはいいかと心配です。
- Q47: 喉にばかりやすすぐりますか? 予防法は?
- Q48: サイトメガロウイルス肺炎の症状を教えてください。
- Q49: サイトメガロウイルス肺炎の予防法を教えてください。
- Q50: 眼科検査は目の症状が現れてからでいいのでしょうか?
- Q51: 眼科検査は定期的に受けた方がいいのでしょうか? CD4の数によってはそれは変わるのでしょうか?
- Q52: 非定型抗原陽性とは? 予防法は?
- Q53: 免疫力が低下している時に予防接種を受けることができますでしょうか?
- Q54: 顔刺に行きたいのですが、顔に結核はないのでしょうか?

HIV感染Q0A
日常のなかで

- Q55: 熱がでて鼻漏かなと思うのですが?
- Q56: せきが頻りにでるのですが、
- Q57: 下痢が続いて困っているのですが、
- Q58: 鼻血が止まりませんが、
- Q59: 口の中が痛くて困っているのですが、
- Q60: 咳が止まりませんが、
- Q61: HIVを薬で抑えたいようにするには?
- Q62: SRX中にコンドームが壊れてしまいましたどうしたらいいですか?
- Q63: バトナチがキヤリアです。出血したときはどうしたらいいですか?
- Q64: 水、胃を痛めていて、確定したり困った方がいいのですが動物からHIVはうつるものですか?

HIV感染Q0A
カウンセリング

- Q65: カウンセリングの薬を教えてください。
- Q66: カウンセリングはどんな病状に受けたらいいのでしょうか?
- Q67: カウンセリングとはどんなことをするのですか?
- Q68: カウンセリングにはどんな効果がありますか?
- Q69: カウンセリングと友人や家族に相談するのと何が違いますか?
- Q70: HIV担当医の病状を教えてください。
- Q71: HIV/AIDSの病状はどの程度まで悪化してきますか?
- Q72: HIVによる免疫の機能的な低下を教えてください。