

しかしながら、結核予防法の適用経験は広く全国的に分散しているのに対し、行旅病人及び行旅死亡人取り扱い法や救急医療未払医療費補填事業の適用は、東京、神奈川、長野、静岡等、一部地域でのみ現実には適用されていて、これらの適用は日本全国全ての病院で可能というわけではないのが現状である。

2. 自治体による外国人HIV患者支援の状況

外国人HIV患者の診療において、多くの病院で未払い医療費が病院の診療体制に支障があるとの回答があったので、外国人HIV患者に適用できる制度について、各自治体にアンケート調査をした（資料17）。2000年1月から2月末までに回答を得た39都道府県の状況を資料18に示すが、このアンケートから、自治体によって利用できる制度に大きな違いがあることが明らかとなった。今後、各地域の状況をより詳しく解析し、地域による患者診療状況の違い、特に保険を持たない患者さんに適用可能な制度についての検討が必要と考える。

情報の壁解決に向けて

1. 対訳資料の作成による取り組み

「対訳式HIV感染症治療薬服薬指導書」を平成10年度に作成し11年度に全国配布した。さらに11年度には、通訳のための対訳HIV/AIDS関連用語集を作成（英語、ポルトガル語、スペイン語、中国語、タイ語）した。これらは、現在通訳者の意見を聞いてより使いやすい形で印刷するべく、校正中である（資料19参照）。

さらに、多くの病院から、患者への日常生活の注意書、病気の経過の説明、母国の状況等の各国語別資料の要請が出ている。また、通訳セミナーのなかでは、通訳者から、各国の人と接する時の注意事項（文化的背景）の医療者向けマニュアルの要請もあった。今後の検討課題である。

2. 情報機器を用いた患者・医療者対話機器のより幅広い活用に向けて

現段階では対訳資料は印刷物の形で配布しているが、近い将来、CD-ROMの形やホームページでの利用可能な形へのレベルアップが必要であろう。

研究班では、患者・医療者対話式の他言語音声診療システムCD-ROMであるDr.マルチ（5か国語対応、医学書院）および6か国語対応自動問診機（クレドシステム）について検討した。

Dr.マルチは患者さんと医療者がコンピューター画面を見ながら対話し、会話を進めていく方式で、質問および答えは音声および文章で画面に提示されるという特性をもっている。一方、自動問診機は、患者さんが診療の待ち時間に問診機の質問に答える形で、患者さん自ら回答し、最後に質問と回答が一覧となって表示されるよう設計されており、医師の問診の時間を短縮するには役立つと考えられた。

いずれも一長一短があるが、通訳のいない場においては補助手段となりうる可能性をもっていた。これらは一般診

療用に作られており、HIV患者を想定したHIV版を作成すれば外国人患者とのコミュニケーションの補助手段となりうる可能性はある。今後、外国人患者向けのホームページの立ち上げも含めて、検討していく余地がある。

まとめ

以上、在日外国人HIV患者の診療体制には、コミュニケーションの壁、医療費の壁、制度の壁等多数の問題を抱えていることが明らかとなりつつある。そのどれをとってみても、一朝一夕に解決するような問題ではない。

「エイズ予防指針」には、患者・感染者に対する良質かつ適切な医療の提供、偏見・差別の解消、人権の尊重、人権や社会的背景に最大限の配慮をしたきめ細かな施策の実施、外国人に対する医療の対応、国際的な連携、外国人への情報提供が高らかに謳われている。今回の研究で少しずつ明らかとなってきた日本における外国人医療の現状のなかで、この精神が関係者の努力により現実化することを希望する。

日本における外国人HIV感染者に対する医療問題、健康保険のない人々への医療提供の問題、より専門性の高い通訳者の養成と派遣システムの確立の問題、母国語によるHIV医療情報の提供の問題、そして国際交流は、一施設、一個人の努力では如何ともしがたく、行政を含めて私たちの社会が深く認識し、解決へ向けて努力しなければならない問題である。

この努力は、平成11年度班研究シンポジウム「外国人感染者支援のための問題点と確立」のセッションでも議論されたように、先進諸国の中で唯一新たなHIV感染症患者が増加傾向にある日本の感染者抑制につながるることとなるだろうし、日本のHIV医療の向上にも貢献するものと考えられる。「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」班の研究において今回明らかにされた日本における外国人HIV感染者を取り巻く問題の解決、改善のためには、法律の専門家、経済学者、疫学の専門家、NGO、厚生省、外務省、労働省、法務省、文部省、HIV医療関係者からなるチームをつくり、さらに問題解決に向けて進むことが必要である。

研究発表

(1) 論文発表

- 宇野賀津子、谷川真理、瀬戸口純子、山田広美、鍋倉やす子、赤谷薫、岸田綱太郎、榎本てる子、安藤敬子、宮木典子、研究者・医療従事者・カウンセラーの連携によるHIV感染者に対する生活指導法の確立 日本=性研究会誌、Vol. 10, No. 1 (1998)
- 池上信子、赤谷薫、木下清二、小塚雄民、宇野賀津子、岸田綱太郎、森治代、大竹徹 HIV感染症に対するグリチロン錠の単剤長期経口療法および抗HIV薬との併用療法の評価MINOPHAGEN Medical Review;43:156-168 (1998)
- N.Ikegami, T.Kozuka, S.Kinoshita, K.Uno, M.Yoshimoto, K.Akatani and T.Kishida Evaluation of early

therapy with glycyrontablets on HIV-1 carriers of late combination therapy with anti-HIV drugs. Clinical Science 2355-2359 (1998)

●宇野賀津子、谷川真理、瀬戸口純子、山田広美、鍋倉やす子、榎本てる子、岸田綱太郎 研究者・カウンセラー・医師の連携によるHIV感染者に対する生き甲斐療法の実施メンタルヘルス財団研究助成報告集 (1999)

●宇野賀津子、内海眞、沢田貴志、岩木エリーザ、榎本てる子、吉崎和幸 在日外国人HIV患者の医療状況と問題点投稿中

(2) 学会発表

●K.Uno, M.Tanigawa, J.Setoguchi, H.Yamada, K.Akatani, M.Yoshimoto, T.Enomoto, K.Ando, N.Miyagi, N.Ikegami and Y.Kishida Close contact of reserchers, doctors and counselors leads to successful cases of a combination therapy with anti-HIV drugs. 第5回アジア性科学学会 (韓国、ソウル) (1998)

●N.Ikegami, T.Kozuka, S.Kinoshita, K.Uno, M.Yoshimoto, K.Akatani and T.Kishida Evaluation of early therapy with glycyrontablets on HIV-1 carriers of late combination therapy with anti-HIV drugs. 12th World AIDS Conference: Clinical Science355: (1998)

●吉本美和、宇野賀津子、赤谷薫、谷川真理、瀬戸口純子、池上信子、岸田綱太郎 抗HIV薬のヒト末梢血単核球のIFN産生への影響 第63回日本インターフェロン・サイトカイン学会総会 (1998)

●宇野賀津子、谷川真理、瀬戸口純子、赤谷薫、吉本美和、池上信子、岸田綱太郎 HIV感染症患者に対する多剤併用時のIFN産生能、ウイルス量、CD4数の変化 第12回エイズ学会総会 (1998)

●宇野賀津子、榎本てる子、青木理恵子、内海眞、沢田貴志、岸田綱太郎、吉崎和幸 在日外国人HIV/AIDS患者支援体制の現状と今後の課題 第13回エイズ学会総会 (1999)

▼資料1 対訳式HIV感染症治療薬服薬指導書

No.1
英語
ENGLISH

平成 年 月 日
Date: / /

Name: _____

レトロビルカプセル
RETROVIR CAPSULE

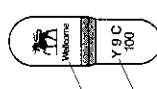
● 用量・用法
Directions / Dosage :

1回 カプセルずつ 1日 回服用
Take capsules times a day.

● 服用時刻
Time of taking the medicine :

午前/午後 時 AM/PM
午前/午後 時 AM/PM
午前/午後 時 AM/PM
午前/午後 時 AM/PM
午前/午後 時 AM/PM
午前/午後 時 AM/PM

● 白色カプセル 接合部に青色の封をしてあります
White color capsula jointed with blue seal



識別コード: WELLCOME Y9C 100
Discrimination Code: WELLCOME Y9C 100

このお薬を飲むときは、次のことに注意してください。
When using this medicine, follow the instructions below.

- この薬は、医師の指示に従い正確に飲んでください。自覚症状がなくなったからといって、薬を途中でやめると病気が悪化することがありますので、自分の判断で勝手に中止しないでください。飲むときはコップ1杯程度の水またはぬるま湯と一緒に飲んでください。
- 薬を飲み忘れたとき **絶対に、2回分を1度に飲んではいけません。** 指示された時間に飲むのを忘れたら、すぐに1回分をお飲みください。ただし、次に飲む時間がいずれは来ないので、その後は指示された時間から飲んでください。

- Take this medicine precisely under the instruction of the physician in charge. Do not stop taking the medicine by your own decision. The disease could worsen if the medication is canceled due to the disappearance of subjective symptoms. Take this medicine with a glass of water of moderate temperature.
- In case of forgetting to take the medicine: **Never take a double dose at one time.** When you forget to take the medicine at the instructed time, take the single dose at once. However, when the interval is short to the next regular time, do not take it and rest at the next regular time.

No.7
タイ語
ภาษาไทย

平成 年 月 日
วันที่เดือนปี / /

Name: _____

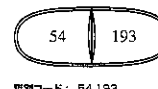
ビラムيون200 (ネビルビン)
ยาเม็ด ไรบูเวิน 200

● 用量・用法
ขนาดและวิธีใช้

最初の14日間は: 1日1回 1回1錠
15日目以降は: 1日2回 1回1錠
あるいは 1日1回 1回2錠

● 服用時刻 (24時間表記で記入してください)
เวลาที่จะรับประทานยา
 時 เวลา นาฬิกา
 時 เวลา นาฬิกา

● 白色錠剤
ยาชนิดเม็ดสีขาว



識別コード: 54,193
รหัสยา: 54, 193

● このお薬は、ヒト免疫不全ウイルス (HIV) の増殖を抑制します。
ยาตัวนี้จะออกฤทธิ์ในการยับยั้งการเพิ่มตัวของเชื้อไวรัสที่ทำให้เกิดโรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง (HIV)

このお薬を飲むときは、次のことに注意してください。
ข้อควรระวังในการรับประทาน

- お体の状況について、すべて主治医に報告してください。
- 主な副作用は、発疹です。
- 薬の副作用として、発熱、水ぶくれ、口の中の異常、目の充血、筋肉痛、倦怠感等の症状が現れた場合は、直ちに主治医に報告してください。
- 薬が効きにくい、嘔吐、腹痛等が現れることがあります。

- หากมีอาการผิดปกติเกิดขึ้นหลังจากที่รับประทานยาตัวนี้ กรุณาแจ้งอาการเหล่านั้นให้แพทย์ของคุณทราบทันที
- อาการข้างเคียงที่พบได้บ่อยในผู้ที่รับประทานคือ อาการที่มีขึ้นผื่นตามตัว
- นอกจากอาการที่กล่าวมาแล้ว ยาอาจมีผลข้างเคียงอย่างรุนแรงเกิดขึ้นในผู้ป่วยบางรายได้ ดังที่แพทย์มีแจ้งในเอกสาร หรืออาการผิดปกติอื่น ๆ อย่างเช่น อาการปวดกล้ามเนื้อ บวมตามมือ หรือรู้สึกไม่สบายหลังจากที่รับประทานยาตัวนี้ได้รับโปรดแจ้งแพทย์โดยด่วน
- ผู้ที่ใช้ยาตัวนี้บางคนมีอาการคลื่นไส้ จมูกแสบ หรือท้องพองและท้องอืด

▼資料2 第1回アンケート質問票

下記宛 FAX で、回答をお送り下さい。
FAX : 075-705-1071
送信先: 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班
外国人患者支援問題分担研究者: 宇野賀孝子 (ルイ・バスターール医学研究センター)

【対訳式服薬指導書および在日外国人診療についてのアンケート】
HIV 関連治療薬、対訳式服薬指導書について以下の質問にお答え下さい。

a. 貴院名 () b. 貴院の所在地 () 県 都 府
c. 拠点病院ですか? はい いいえ

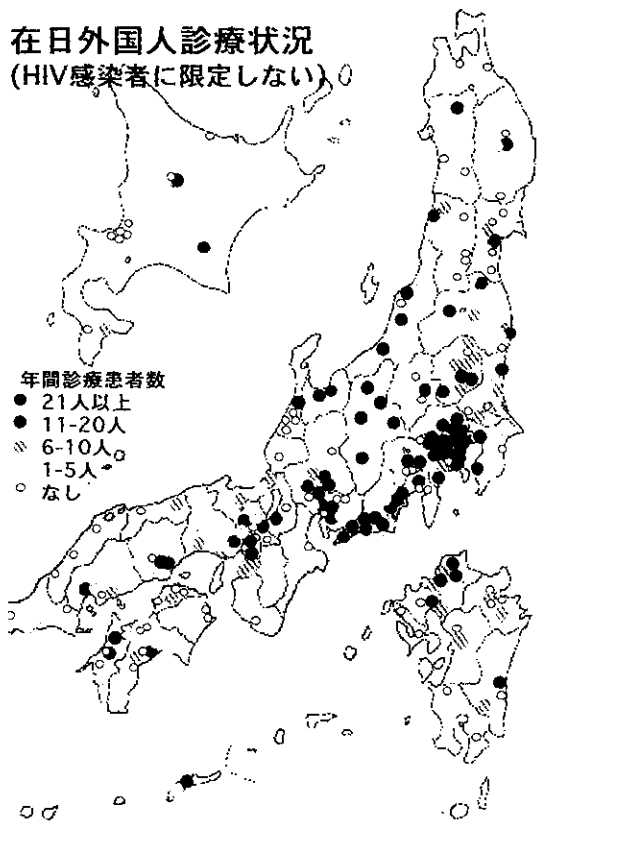
- 貴院ではこの1年間に在日外国人患者(HIV感染者にこだわらない)の診療をしたことがありますか?
 ない 5人以下 6~10名 11~20名 21人以上
- 患者さんの言語について、診療した経験のあるものを全て○で開んで下さい。
英語 フランス語 ポルトガル語 スペイン語 中国語 タイ語 ロシア語 その他()
- その際にコミュニケーションにおいて、不都合がありましたか。
a. 通訳がつき (問題なかった 問題があった)
b. 専任の堪能な医師あるいは通訳者が対応した
c. 片言や筆談で対応した
d. その他()
- 外国人 HIV 感染症患者診療の経験は過去5年間にありますか。 なし あり (約 名)
- 現在、外国人 HIV 感染症患者診療を行っていますか。 いいえ はい (約 名)
- 貴院以外で周辺の病院やクリニックで外国人 HIV 感染症患者診療を行っている所をご存知ですか?
ご存知のところを全てお書き下さい。(※書き切れない場合は別紙にて御願い致します)。
 いいえ
 はい (病院名、連絡先:)

今回、対訳式服薬指導書をお届けしました。

- このような対訳書を望んでいましたか。 はい いいえ
- 利用する予定がありますか。 はい いいえ
- 一覧されたところの感想は? (あてはまるものにチェックしてください)
a. 役に立ちそう e. 使いにくそう f. 他になかったので、使っ
b. 記載されている内容が不 d. 見にくい てみたい
十分である e. 内容的にすでに古い g. その他 ()
- 今後、つくってほしい対訳資料やパンフレット等の要望がありましたら、お書き下さい。
()
当研究班では今後も在日外国人通訳養成セミナーの開催や対訳資料を作成していく予定です。これらに関する情報の案内を望まれますか。 はい いいえ
貴院名: 担当者名: (職種:)
住所:

▼資料3 在日外国人診療状況

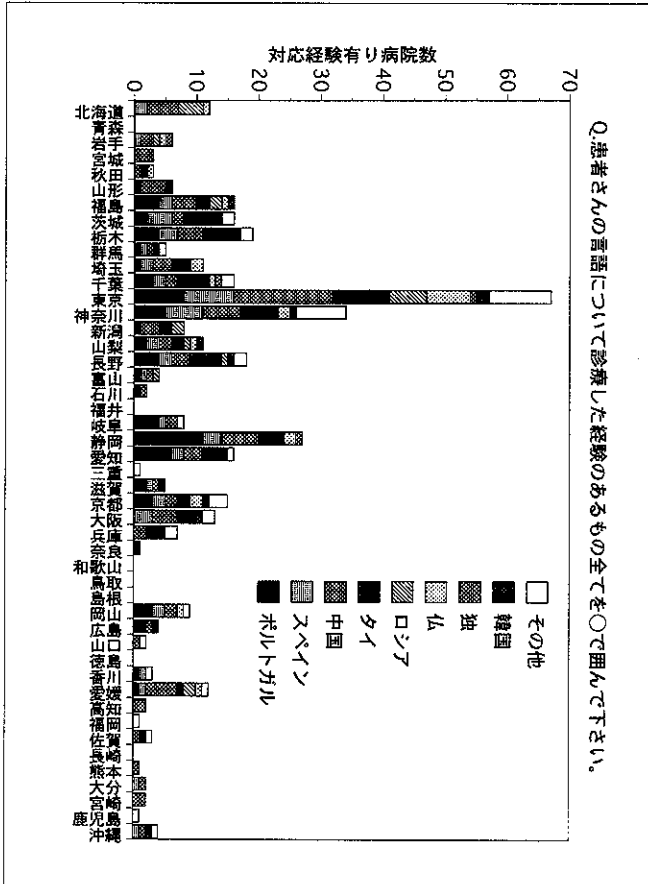
在日外国人診療状況
(HIV感染者に限定しない)



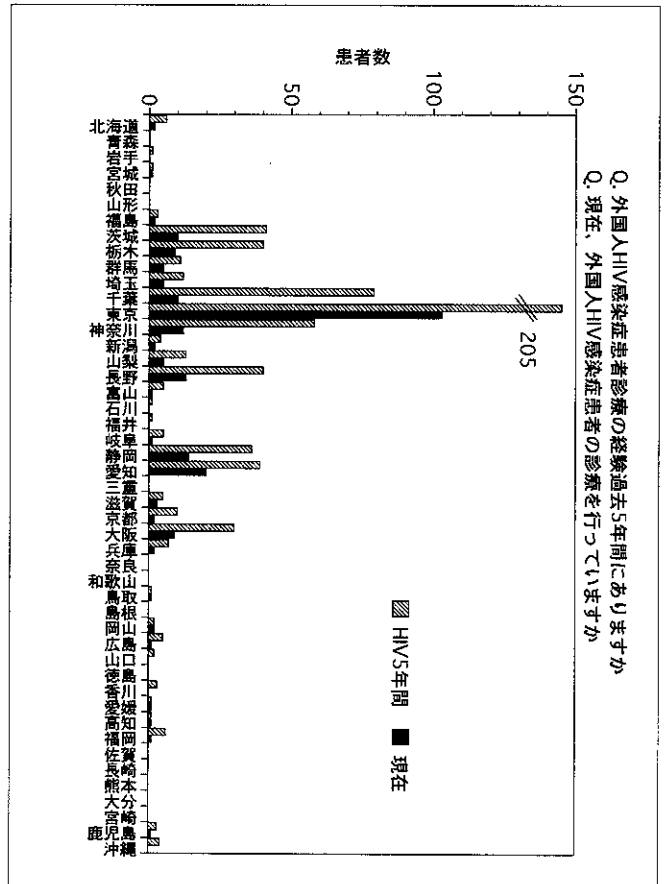
年間診療患者数
● 21人以上
● 11-20人
▨ 6-10人
○ 1-5人
○ なし

62

▼資料4 対応経験のある言語について



▼資料5 外国人HIV感染症患者診療経験 (過去5年間・現在)



▼資料6 第2回アンケート質問票

下記宛 FAX で、回答をお送り下さい。
FAX NUMBER: 075-705-1071
送信先: 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班
外国人患者支援問題分担研究者: 宇野眞津子 (ルイ・パストール医学研究センター)

【在日外国人 HIV 患者診療についてのアンケート】
貴病院名 () 担当者名 ()
1995年1月から1999年12月までの過去5年間における HIV 及び AIDS 外国籍患者の診療状況についてご協力をお願いします。
1-1. 今までに何人の外国人 HIV 患者を診療しましたか? (計 人)
言語別に人数をお書きください。言語名は以下の表に該当する言語名を上書きの上、記入をお願いします。該当言語がないときは不要な言語に上書きの上お答えください。資料が多量で書ききれないときは、別添削紙の表を用いてください。(この用紙は以前のアンケートで多数の患者を診療された病院へのみ送っています。)(以下同様)

使用言語	ポルトガル語	スペイン語	タイ語	英語	中国語
男性 (人)					
女性 (人)					

1-2. 外国人 HIV 患者の診療状況をお答えください。

使用言語	ポルトガル語	スペイン語	タイ語	英語	中国語
当院で継続治療中					
他病院で継続治療中					
帰国					
行為不顕					

2-1. 外国人 HIV 患者のビザ資格と健康保険の有無についてお聞かせ下さい。

使用言語	ポルトガル語	スペイン語	タイ語	英語	中国語
健康保険、ビザ両方有り					
健康保険、ビザ無し					
健康保険、ビザ両方無し					
不明					

2-2. 外国人 HIV 患者の診療費支払い状況についてお聞かせ下さい。
全体の人数およびその内の未収の人数を()内にお書きください

使用言語	ポルトガル語	スペイン語	タイ語	英語	中国語
保険が有	()	()	()	()	()
身体障害者手帳を取得	()	()	()	()	()
依頼無、経済的自立	()	()	()	()	()
不明	()	()	()	()	()

2-3. 現在診療中の外国人 HIV 患者身体障害者手帳の取得についてお聞かせ下さい。

使用言語	ポルトガル語	スペイン語	タイ語	英語	中国語
手帳取得者数					
手帳申請中患者数					
手帳申請せず					

2-4. 2-3. で手帳取得者あるいは申請中の患者がいる病院にお聞かせ下さい。

使用言語	ポルトガル語	スペイン語	タイ語	英語	中国語
病院が代行					
患者本人が申請					
ボランティアが代行					

3-1. 医療費の支払いに困難のある事例で困ったことがありますか
 あり ない
「あり」と答えた方へ
外国人患者の医療費の一部が未収になることで診療体制の維持に支障がありましたか
 全く支障はない 支障は少ない とても支障がある

3-2. 健康保険のない外国人の診療の際利用できる医療制度のうち以下のものを利用した事例がありますか?
A. 行状病人及び行状死亡人取扱法 (あり ない わからない)
「あり」と答えた方へ 今までに適用した外国人 HIV 患者数 (名)
B. 一部自治体による外国人救急医療未払医療費補填事業 (あり ない わからない)
「あり」と答えた方へ 今までに適用した外国人 HIV 患者数 (名)
C. 結核予防法による公費負担 (あり ない わからない)
「あり」と答えた方へ 今までに適用した外国人 HIV 患者数 (名)

3-3. 医療費の支払いができない外国人患者に対して未払い医療費が補填される事業が必要であると考えますか
 必要である どちらともいえない 必要ではない

3-4. 現状では健康保険のない医療費の支払いが困難と思われる外国人患者に対する入院治療機関は短くする方向で対応しますか
 短くする方向で対応する どちらともいえない その様なことはない

4-1. 外国人患者とのコミュニケーションの問題についてお聞かせ下さい。外国人診療にあたり、コミュニケーション法について記入ください。該当する項目に○を入れてください。
複数回答可

使用言語	ポルトガル語	スペイン語	タイ語	英語	中国語
病院内の通訳がいた					
外部の通訳がいた					
片言と筆談で説明					
患者が日本語ができた					
相手の堪能な医療者が対応					
家族、友人が通訳					

▼資料6 つづき

貴病院名 ()

4-2. 外国人患者とのコミュニケーションの際に、問題があまり多くなかったケースにXを入れてください。該当する項目にXを入れてください。複数回答可

使用言語	ポルトガル語	スペイン語	タイ語	英語	中国語
院内での通訳がついた					
外館での通訳がついた					
片言と筆談で説明					
患者が日本語ができた					
患者の信頼な医療者が通訳					
家族、友人が通訳					

「問題があった」と答えた病院の方にお聞きします。どのような問題がありましたか？ 具体的にお書きください。

()

4-3. 通訳を利用している病院の方にお聞きします。通訳の身分について、該当項目に○をしてください。

書稱(書稱名を記入ください)	ポルトガル語	スペイン語	タイ語	英語	中国語
病院の職員					
自治体委託					
NGO ボランティア、謝礼有					
NGO ボランティア、謝礼無					
その他					

その他の場合、具体的に ()

以下の質問にお答えください。

4-4. 外国人患者に対する療養上の指導は日本人に比べて十分実施できていない
 その通りである どちらともいえない その様ではない

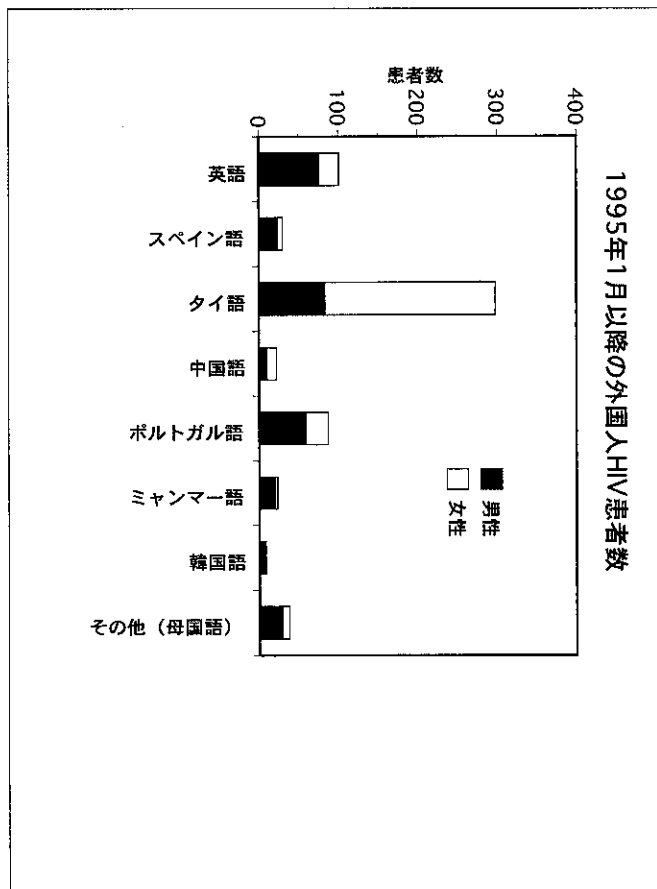
4-5. 外国人患者に対する感染予防のための指導は日本人に比べて十分でない
 その通りである どちらともいえない その様ではない

4-6. 外国人患者診療にあたり、困難なこと、提言など自由に記入ください。また、診療の補助となる資料、対訳資料等の要請等についても具体的に記入ください。

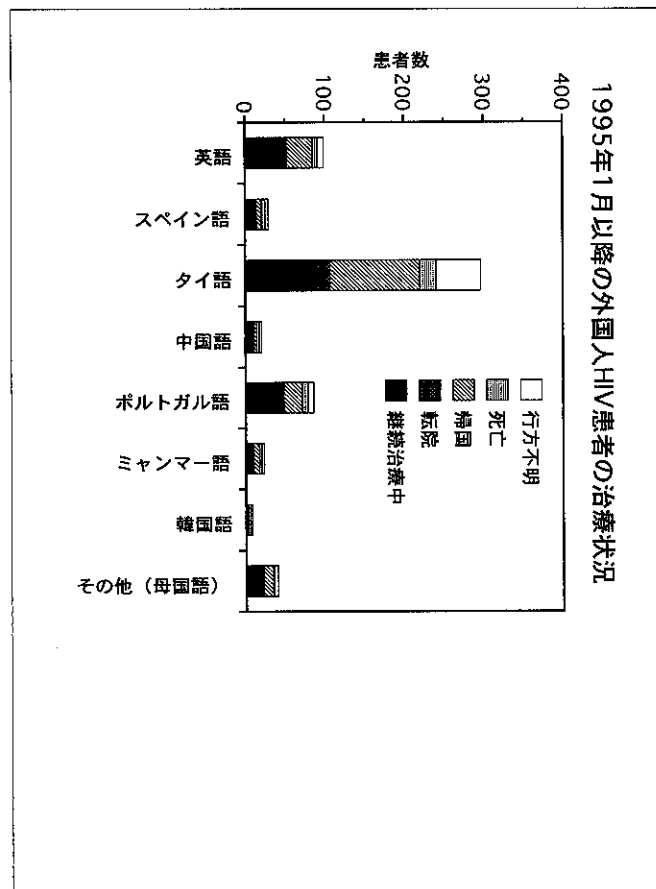
以上で、アンケートは終了です。 本当にご協力ありがとうございました。
 下記宛先までFaxで送ってください。またこのアンケートに関するお問い合わせは宇野賢淳子まで。
FAX : 075-705-1071 TEL : 075-791-7726

送先先: ニ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班 外国人患者支援班(研究班) 宇野賢淳子
 宇野賢淳子 (レイ・バスタード医学研究センター) 京都府京都市中野町103-6

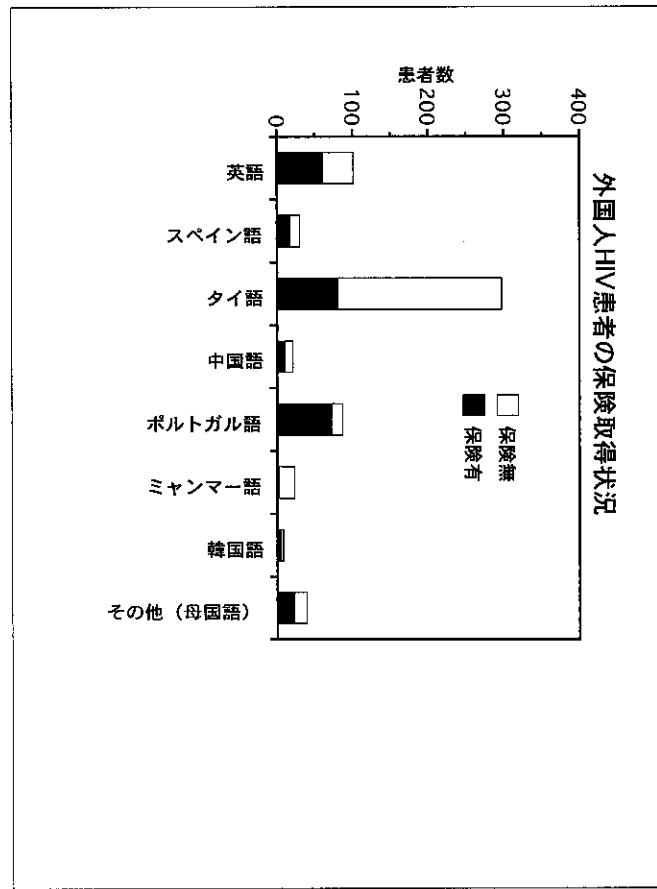
▼資料7 国別HIV患者診療状況



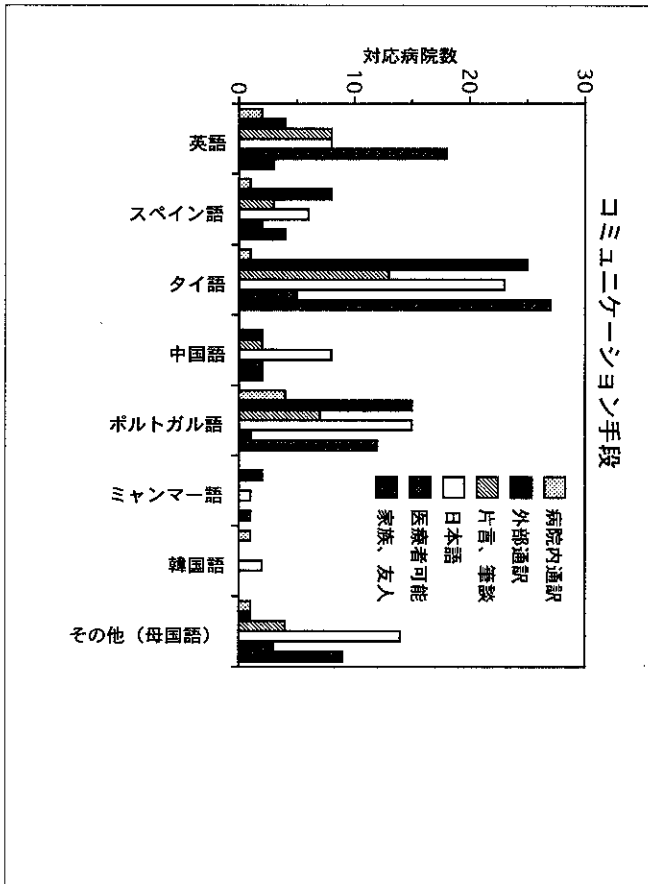
▼資料8 外国人HIV患者診療のその後の動態



▼資料9 外国人HIV患者の保険取得状況



▼資料10 コミュニケーション手段について



▼資料11 第1回通訳養成セミナープログラム

第一回 HIV/AIDS 患者支援通訳養成セミナー

日時： 1998年1月29日(金)13:00～1月30日(土)16:00
 場所： 社会保険京都健康づくりセンター ベアール京都
 京都市上京区新町今出川下る徳大寺町345 (TEL:075-431-1123 FAX:075-431-1153)
 主催： 厚生科学研究
 「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」班
 共催： 財団法人 ルイ・バストゥール医学研究センター

プログラム
 1月29日
 13:30～16:30 大会議室 司会：吉崎和幸、内海真
 HIVの日本における医療体制の確立をめざして：吉崎和幸(大阪大学)
 HIVに関する基礎知識：宇野賀津子(ルイ・バストゥール医学研究センター)
 HIVの日本における現状・治療前線：内海 真(国立名古屋病院)
 在日外国人HIV感染者の治療における留意点：藤山佳秀(滋賀医大)
 17:00～19:00 夕食、参加者の交流会
 19:00～21:00 大会議室 司会：宇野賀津子
 外国人HIV感染者と病院における通訳の役割：池上千寿子(プレイス東京)
 在日タイ人における諸問題 澤田貴志(シエラ)
 在日ブラジル人における諸問題 本多ロベルト(浜松医療センター)
 在日ペルー人における諸問題 鬼塚哲郎(京大)、柴田ルイザ(新宿保健所)
 21:00～ グループワークに際して：青木理恵子
 タイ語、ポルトガル語・スペイン語に別れてグループワークI

1月30日
 9:00～12:00 大会議室 司会：小西加保留、宇野賀津子
 タイ語、ポルトガル語・スペイン語グループワーク報告
 病院における通訳の役割：市橋恵子(HIVと人権・情報センター)
 HIV感染者をとりまく状況、利用できる日本の制度：
 高山俊雄(駒込病院ソーシャルワーカー)
 HIV感染者へのカウンセリング、患者の心理：横田恵子(大阪HIVカウンセラー)
 12:00～13:00 昼食
 13:30～
 在日外国人感染者が抱える諸問題 司会：青木理恵子(京都YWCA)
 日本人・ペルー人感染者から
 タイ語、ポルトガル語・スペイン語に別れてグループワークII
 15:30～
 秘密保持の原則についての約束と通訳ボランティア登録について
 宇野賀津子、澤田貴志、内海真

▼資料12 第2回通訳養成セミナープログラム

第二回 HIV/AIDS 患者支援通訳養成セミナー

目的： 在日外国人HIV/AIDS患者と医療者とのコミュニケーションの円滑化のための通訳者の果たす役割の検討と、問題点の掘り起こし

日時： 1999年10月29日(金)13:00～10月30日(土)16:00
 場所： ルビノ京都堀川 京都市上京区東堀川通下長者町 (TEL:075-432-6161)
 主催： 厚生科学研究
 「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」班

プログラム
 10月29日
 13:30～17:30 座長 内海真(国立名古屋病院) 宇野賀津子(ルイ・バストゥール医学研)
 HIVの日本における医療体制の確立をめざして 吉崎和幸(大阪大学)
 在日外国人医療の現状アンケートの結果から 宇野賀津子
 HIVに関する基礎知識、日本における現状・治療前線 白坂琢磨(国立大阪病院)
 在日外国人HIV感染者の治療 青木真(国立医療センター)
 在日外国人感染者が利用できる日本の制度 藤井静江(清瀬病院)
 外国人HIV感染者と病院における通訳の役割 池上千寿子(プレイス東京)

20:00～ タイ語、ポルトガル語・スペイン語グループワーク
 タイ語 沢田貴志(池町診療所)
 ポルトガル語・スペイン語 鬼塚哲郎(京都産業大学) 若木エリーザ(エイズ財団)、柴田ルイザ(エイズ財団)

10月30日
 9:00～12:00 座長 沢田貴志 鬼塚哲郎
 タイ語、ポルトガル語・スペイン語グループワーク報告 沢田、鬼塚、若木
 HIV感染者へのカウンセリング、患者の心理 横田恵子(大阪府立大学)
 病院における通訳の役割
 告知、カウンセリング等場面を設定して ロールプレイ
 内海、若木、柴田、榎本で子(大阪府エイズカウンセラー)、横田 他

13:30～14:00 座長 吉崎和幸 宇野賀津子
 在日外国人感染者が抱える諸問題 感染者から
 タイ語、ポルトガル語・スペイン語に別れてグループワーク
 通訳における秘密保持の原則についての約束と通訳ボランティア登録について
 吉崎和幸、宇野賀津子

▼資料13 第3回通訳養成セミナープログラム

第三回 HIV/AIDS 患者支援通訳養成セミナー

目的： 在日外国人HIV/AIDS患者と医療者をつなぐ通訳の役割を明らかにすると共に、現場で活躍できる通訳養成プログラムの確立をめざす。

日時： 2000年2月26日(土)13:00～2月27日(日)17:00
 場所： 大学セミナーハウス (八王子市)
 主催： 厚生科学研究
 「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」班

プログラム
 2月26日(土)
 13:00～17:00
 ★開会挨拶 吉崎 和幸(大阪大学)
 ★在日外国人医療の現状とこれまでの研究班の活動 宇野賀津子(ルイ・バストゥール医学研究センター)
 ★アイスブレイキング 若木 エリーザ (CRATIIVOS)
 ★自分自身の価値を知るワークショップ 小島 賢一(京都府立総合医療センター)
 自分から知らず知らずのうちに持っている価値感や偏見に気づき、これを意識化するための参加型の学習。
 17:00～19:00 休憩と食事
 19:00～21:00
 ★感染者の痛みを考えるワークショップ 榎本 てる子(大阪府エイズカウンセラー)
 自分達のこれまでの経験から感染者がどのような苦難に直面しているかを考え、話し合うワークショップ。
 21:00～ ★分岐交流会 1年間と暮る私とHIV。
 グループリーダー 鬼塚哲郎(京都府立大学)、若木エリーザ、沢田貴志 他

2月27日(日)
 9:00～11:00
 ★通訳技術トレーニング(スペイン語、ポルトガル語、タイ語に別れて)
 告知の場面など重要な場面を設定し、通訳の態度や言葉遣いなど具体的な技術の改善を得るための学習をロールプレイ形式で行う。(各グループに医師が参加)
 11:00～12:00
 ★通訳が知っておきたい医療の知識 Q&A 榎一(国立国際医療センター)
 これまでの学習で解り難かった知識の整理を行う
 12:00～13:00 食事休憩
 13:00～16:00
 ★事例検討 沢田 貴志(国際保健協力市民の会)
 問題を解決する中で医療関係者との役割分担・連携について学習する
 コメンテーター 藤井静江(清瀬病院) 山本博之(京都府衛生局保健福祉部エイズ対策室)
 16:00～ ★まとめと参加証の交付
 吉崎 和幸・宇野 賀津子

▼資料18 制度の適用状況

(4) 通訳派遣制度はどのような病院に実施されますか
 どの病院でも申請があれば制度利用の検討を行っていく
 院内の特定の病院にスタッフとして派遣 県立病院 国立病院
 個人病院 市立病院 大学附属病院 その他()

(5) 貴自治体では今後通訳派遣制度に対する予算措置の検討を行っていく予定はありますか？
 ある : (年 頃を実施開始として検討中である)
 ない : その理由 検討対象ではない 予算は取れない その他()

4. 在日(滞日)外国人患者支援事業についてお聞きします。
 貴県(府、都)での外国人患者支援事業についてご記入ください。

以上で、アンケートは終了です。ご協力ありがとうございました。
 下記宛 FAX で回答をお送り下さい。
Fax 075-705-1071
 送付先: エイズ治療の最先端技術開発と感染予防の推進に関する研究班
 外国人患者支援問題分科研究者: 宇野真津子 (ルイ・パスツール医学研究センター)

各自治体の外国人患者が利用できる制度の適用状況
 調査27都道府県(平成12年2月末現在)

行辦法	未払い医療費等賦課制度 通訳派遣、外国語医療相談制度	必要性があれば 検討する	あり	あり(部分的も含む)
行政検入及び行政死に耽り い法の外国人適用あり	千歳、高知、岐阜 鳥取、群馬、大坂 山梨、埼玉、香川 神奈川、栃木、東京	大分、秋田 新潟、徳島 北海道、熊本 奈良、群馬 山形、宮城 広島、愛媛 鹿児島	千葉、茨城 群馬、兵庫 大坂、山梨 熊本、埼玉 神奈川、愛知 東京	福岡、千葉 静岡、石川、神奈川 茨城、新潟、群馬、山形 兵庫、熊本、東京

▼資料19 対訳HIV/AIDS関連用語集

日本語	English	
AC	AC: Asymptomatic carrier	A symptom-less carrier. A person who is tested positive for HIV antibodies but does not exhibit any of the known symptoms. Unaware of his/her situation, the person is a potential source of infection. The CD4+(T4) count is above the normal 200/ u l
エイズ指標疾患	AIDS defining illness	One of the 23 specified diseases that is secondary occurrence as a result of the body's suppressed immune system brought about by HIV infection.(1) candidiasis of the esophagus, trachea and lungs,(2) non-pulmonary cryptococcus infection,(3) cryptosporidiosis(4) cytomegaloviral infection other than infection of the liver, lymph nodes and spleen,(5) herpes simplex,(6) kaposi's sarcoma(7) brain primary lymphoma(8) lymphatic interstitial pneumonitis of children below 13 years old,(9) Atypical mycobacterial infection,(10) Carinii pneumonia,(11) Progressive multifocal leukoencephalopathy,(12) Toxoplasmosis encephalopathy,(13) Pyogenic infection in children below 13 years old,(14) J (15) HIV encephalopathy,(16) Histomoniasis,(17) Isosporiasis,(18) Non-Hodgkin's lymphoma,(19) Non-pulmonary tuberculosis,(20) Sepsis of salmonella,(21) J There is a possibility that these might change in time. In cases wherein HIV antibodies are undetected, there may not be any secondary occurrence. Diagnosis of carinii pneumonia and diseases number 1-12 accompanied by CD4 cell count less than 400/u would mean AIDS. Starting 1993, recurring pneumonia and tuberculosis, and advanced ovarian cancer are Not a technical term but a layman's term meaning a nervous disorder.
エイズパニック エイズ	AIDS panic syndrome AIDS: Acquired immunodeficiency syndrome	Acquired immunodeficiency syndrome. The last stage of HIV infection.
ALT ARC	ALT: Alanine amino-transferase ARC: AIDS-Related Complex	Alanine amino-transferase. One of the typical test of liver function. It used to be called GPT. AIDS Related Complex. A variety of less severe symptoms that are related to HIV infection that do not qualify as an AIDS defining illness.
AST T4測定 急性感染 アドヒアランス	AST: Aspartate amino-transferase Actual T4 count Acute (S-Primary) HIV infection Adherence	Aspartate amino transferase. A liver examination. It used to be called GOT. The number of CD4 positive cells. Primary HIV infection. With the onset of HIV, after the acute infection, it will then shift to chronic infection. In medical treatment that involves medicine for internal use, if patients do not have a high regard to drinking their medication, then no good results can be expected. A patient who accepts his/her condition and actively participates in medical treatment is a person with "good adherence". On the other hand, a patient who follows the instructions of the doctor is a person with "good compliance". Both have similar meaning but considering whether the subject is either the physician or the patient, the point of view could be different. A drug inhaled as a fine mist that is used as a treatment against pneumocystis carinii pneumonia.
吸入療法	Aerosolized pentamidine	A drug inhaled as a fine mist that is used as a treatment against pneumocystis carinii pneumonia.
アルカリフォスファターゼ	Alkaline phosphatase	One of the enzymes secreted by the internal organs, it is one of the substance the doctors look for to determine liver condition. High levels suggest possible jaundice infection.
アレルギー 赤痢アメーバ	Allergy Amoeba dysentery	A hypersensitive reaction the body exhibits to some environmental agent or drug. The amoeba that causes dysentery. Dysentery is also called bloody diarrhea, as the name suggests, the feces contains a significant amount of blood.
アメーバ性大腸炎 アメーバ性肝臓腫瘍	Amoebatic dysentery Amoebatic liver abscess	A phenomenon when amoeba invades the bowel mucosa resulting to the ulceration of the large intestines. An abscess in the liver caused by amoeba infecting the large intestines spreading to the liver causing tumors in the organ. Symptoms include high fever and pain in the area. Through stool tests, ultrasound and CT scans, the tumor can be detected. The chocolate-colored abscess can be then drained surgically.

English	日本語	ローマ字	説明
AC: Asymptomatic carrier	AC		無症候性キャリア。HIV抗体陽性だが無症候状態の感染者を言う。症状がなくて自分が感染していることを知らない場合、感染源になる可能性がある。CD4+T4数は通常200/μl以上である。
AIDS defining illness	エイズ指標疾患	ezushihyoushikann	HIV感染で免疫不全の結果、二次的に発生すると定義された36の疾患。状態の例として(1)食道、気管、気管支または肺のカンジダ症、(2)肺以外のカリシマウイルス感染症、(3)肺以外のカリシマウイルス感染症、(4)肺、リンパ節以外のサイトメガロウイルス感染症、(5)単純ヘルペス感染症、(6)カポジ肉腫、(7)原発性脳リンパ腫、(8)13才未満のリンパ性肉腫、(9)非定型抗酸菌症、(10)カリシマ肺炎、(11)進行性多発性白質脳症、(12)トクソプラズマ脳症、(13)13才未満の化膿性細菌感染症の繰り返し、(14)コクシジウム肺炎、(15)HIV脳症、(16)ヒストプラズマ症、(17)クリプトスポリジウム症、(18)中枢神経系トクソプラズマ症、(19)肺外の種痘、(20)サルモネラ菌血症、(21)HIV関連性機嫌不良。これらは時代とともに異なる可能性がある。HIV抗体が不明の場合でも、他の免疫不全を呈する疾患がなくて、(1)から(2)の疾患の確診が2つあり、(2)から(12)の疾患の確診が2つあり、CD4細胞数が400/μl以下のものもエイズとする。1993年度からは再発性の肺炎、肺結核、進行性虚血を列挙した。
AIDS related syndrome	エイズ関連症候群	ezushizenze	専門用語ではない用語。高頻度には「免疫不全」
AIDS: Acquired immunodeficiency syndrome	エイズ	ezushizenze	Human Immunodeficiency Virus (HIV)に免疫不全ウイルスの感染によって起こるHIV感染症の最終状態を定義した言葉。
ALT: Alanine amino-transferase	ALT		アラニンアミノトランスフェラーゼ(Alanine amino-transferase)の略号。代表的ないわゆる肝機能検査の項目。昔はGPTと呼んでいた。
ARC: AIDS-Related Complex	ARC		エイズ関連症候群とも言う。HIV感染の経過中の、症状のない時期を過ぎて、様々な軽い症状が出始めているが、まだエイズと診断する程度に達していない状態である。
AST: Aspartate amino-transferase	AST		アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ(Aspartate amino-transferase)の略号。肝機能検査の一つ。以前はGOTと呼んでいた。
Actual T4 count	T4数値	T4sueij	CD4陽性細胞数(=CD4数値)のこと。
Adapt (to) HIV infection	感染適応	kyuseikeppenshon	初めて感染した身のこと。HIVの感染免疫適応法と免疫性(持続性)感染に移行する。
Adherence	アドヒアランス	adohiaranshu	内服薬の治療は患者が規則正しくないと効果が出ない。患者が自分の病気を薬で治すこと、治療に積極的に参加する程度のこと「アドヒアランスが良い」という。これに対して、患者が医療者のよく指示に従うことを「コンプライアンスが良い」という。同じことではあるが、主体を医療者と患者のどちらにも置くという差がある。アドヒアランスは「アドヒアランス」。
Aerosolized pentamidine	吸入療法	kyuninryuohou	ニューモシステス・カニ二肺炎の予防あるいは治療としてペンタミジン(商品名:ペンタノバックス)という薬剤の吸入療法が頻りに行われている。
Alkaline phosphatase	アルカリホスファターゼ	alkalinphosphataze	色々な薬物に含まれている酵素の一つ。肝機能検査のひとつの項目。異常になる前から高くなる。エイズでは全身性の非定型抗酸菌症で特に高くなる。
Allergy	アレルギー	arugyuu	あるものに対する過剰な免疫反応で生体によって有害な反応を誘起する。
Amoebic dysentery	アメーバ性大腸炎	amebiseishou	赤痢アメーバが原因。赤痢は赤い下痢。つまり下痢時に血液が混入する状態。
Amoebic dysentery	アメーバ性大腸炎	ame-basaiseishou	赤痢アメーバによる大腸炎。アメーバ赤痢とも言う。
Amoebic liver abscess	アメーバ性肝膿瘍	ame-basaikeannonyou	赤痢アメーバが欠陥から侵入し肝臓に到達すると、肝臓にしこりを生ずる。高い熱が出て肝臓が痛む。黄ばみ検査、超音波検査、CT検査で病変をみつけ、体外から膿を吸って治療。アメーバ赤痢とも言う。
Amylase	アミラーゼ	amira-ze	消化酵素の一つ。血液や尿のアミラーゼの値が高いことは、唾液腺や膵臓が腫瘍を起こしていることを示す。ddtやd4Tの副作用として、膵炎が起こることで定期的なアミラーゼの検査をする。
Anemia	貧血	shimekuzai	血が少なくなる状態。ヘモグロビンという赤血球の濃度が、血液1デシリットルあたり12グラム以下のもをいう。9グラムまでは軽度、6グラムまでは中等度、それ以下は高度と臨床的に分ける。
Anorexia	食欲不振	shokujokufushim	よくよくくわん。
Anti HIV drug: antiretroviral drug	抗HIV薬	koucheikanyaku	エイズウイルス(HIV)に対して効果のある薬。
Antibiotic	抗生物質	kouzeibutsushu	微生物によって生産され、微生物の生育を阻止する物質。
Antibody	抗体	koutai	免疫反応の結果生体内に産生され、病原に特異的に結合する蛋白質で免疫グロブリンのこと。
Antigen	抗原	kouantigen	病原体免疫反応を誘起する。ある特定の抗原は特定の抗体と結合することができる。
Antimicrobial agent	抗微生物薬	koushimeikimyaku	真菌の他に細菌、寄生虫の感染を治療する。
Antiviral drug	抗ウイルス薬	kouirusuikyaku	ウイルス感染の治療薬。
Aphasia	失語	shitsugo	言葉が出なくなる状態。
Aspirin	アスピリン	aspirin	アスピリンは、抗血栓薬とも呼ばれる。HIV感染者では目的がわからず、薬物にも注意が必要である。
Aspergillus	アスペルギルス症	aspejirushou	アスペルギルス(Aspergillus fumigatus)は真菌の一種。エイズ末期の日和見感染症を起こす。肺の病、全身に広がる。
Asymptomatic	無症候	muishoukou	病気の症状を感することができず、外見もまた異常な状態を呈しない状態をさす。反例は再発性(symptomatic)。
Asymptomatic carrier	無症候キャリア	muishoukyaria	急性HIV感染の後、血液中のHIVは消え去るようになるが、実際にはリンパ節などでHIVは産生されている。それでも感染者の免疫(CD4細胞)は比較的保たれて、病状は軽い。このような状態の感染者を無症候キャリアと呼ぶ。
Asymptomatic infection	無症候感染	muishoukaansen	細菌やウイルスなどに感染しているが、症状を感ずる。あるいは発熱に似ていた状態が長く続かないものを言う。
Atypical mycobacteriosis: Atypical TB	非定型抗酸菌症	hiteikoumyobakterishou	抗酸菌に必ず感染することが薬学雑誌92巻に記されている論文書。

対訳 HIV/AIDS 関連用語集

PORTUGUÊS

編集、作成
 厚生省エイズ対策研究事業
 エイズ治療の地方ブロック拠点病院と拠点病院感の連携に関する研究班
 外国人患者支援問題分担研究者：宇野賀津子
 主任研究者：吉崎和幸

この冊子は中国・四国ブロックの高田昇先生を中心としてまとめられた「よくわかるエイズ関連用語集」をもとに、宇野賀津子が訳語に必要な用語を整理、簡素化した。PORTUGUÊS 訳は、岩木エリザが担当しました。現場で使っていた皆様の意見をまとめ、さらに使いやすいものにして、最終的には小冊子の形にして、通訳や医療現場の方に使いやすいものに、レベルアップしていきたいと考えています。ご意見は宇野賀津子 (TEL 075-791-7726, Fax 075-705-1071, e-mail:pasteur@mbox.kyoto-inet.or.jp)までお寄せ頂ければと思います。

対訳 HIV/AIDS 関連用語集

ESPAÑOL

編集、作成
 厚生省エイズ対策研究事業
 エイズ治療の地方ブロック拠点病院と拠点病院感の連携に関する研究班
 外国人患者支援問題分担研究者：宇野賀津子
 主任研究者：吉崎和幸

この冊子は中国・四国ブロックの高田昇先生を中心としてまとめられた「よくわかるエイズ関連用語集」をもとに、宇野賀津子が訳語に必要な用語を整理、簡素化した。ESPAÑOL 訳は、柴田コウジが担当しました。現場で使っていた皆様の意見をまとめ、さらに使いやすいものにして、最終的には小冊子の形にして、通訳や医療現場の方に使いやすいものに、レベルアップしていきたいと考えています。ご意見は宇野賀津子 (TEL 075-791-7726, Fax 075-705-1071, e-mail:pasteur@mbox.kyoto-inet.or.jp)までお寄せ頂ければと思います。

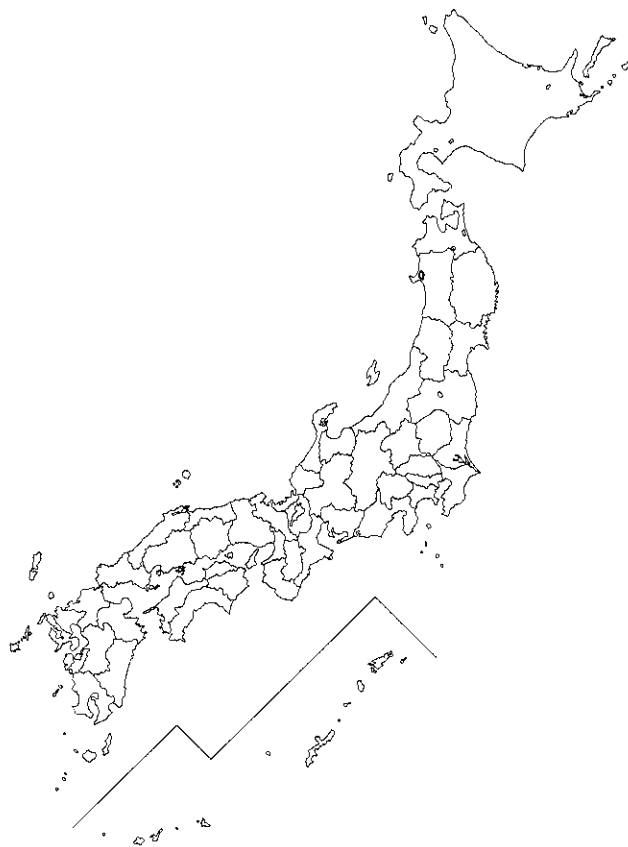
エイズ治療の地方ブロック拠点病院と
拠点病院間の連携に関する研究

PART

2-4

カウンセリング体制 検討評価

●分担研究者
桃山学院大学社会学部
小西加保留



研究要旨

平成10年度本分担研究班において「HIV感染者・AIDS患者に対する心理社会的相談援助に関する実態調査」を実施した。それに基づいて本年度は職種間の特徴等についてさらに分析を行い、特に援助技術面を中心にその特徴を明確化した。

また医療チームの中で、カウンセリングやソーシャルワークを活用し、多職種が連携を図ることによって、より患者さんへの医療の質を向上させ、かつ専門職にとっても満足度が高まるような体制作りに向けて、小冊子「チーム医療の理解と連携のために——カウンセラー・ソーシャルワーカーの上手な活用法——」を作成した。また実際に医療チームの成熟を目指してシンポジウムを開催し、ケースカンファレンスの体験学習を行う機会を提供した。

さらにカウンセラー、ソーシャルワーカーが医療法制上に位置付けられていない現在、カウンセリングシステムが確立されるために必要とされるアプローチの方向性について提言を行った。

HIV感染者・AIDS患者に対する心理社会的相談援助に関する実態調査

本年度分析結果概要

1. 相談援助専門職（心理職、福祉職、派遣カウンセラー）は、医師、看護職に比較してアセスメント、介入、自己決定を促す技法、評価の技法において有意な認識と自信がある。
2. 心理職は支持的コミュニケーションやアセスメントなどに有意に自信を持つが、対社会的援助に対するアイデンティティは低い。
3. 福祉職は社会資源利用や調整機能、アドボカシーなど対社会的援助に自信を持つが、アセスメントや開発機能などにおいて強化する必要がある。
4. 派遣カウンセラーは心理職に比べ、対社会的援助を行っており、HIVカウンセリングの特徴を示している。
5. HIVカウンセリングに関心の強い医師、看護職はチーム医療や教育に自信のある人が多い。
6. 援助技術に関して、コミュニケーションや対社会的援助のように、経験を積むことで獲得される部分もあるが、アセスメントや自己決定の尊重のように研修・訓練が必要な領域や、教育・開発機能のように職場環境に左右される領域もある。

研究方法

- 調査期間 平成10年9～10月
 - 調査設計 郵送による自記式質問紙を用いた横断的調査法
 - 調査対象
- ① 拠点病院における心理専門職及びソーシャルワーカー

② 拠点病院においてカウンセリングを行っている担当医師が判断した他の医療専門職

③ 都道府県に登録している派遣カウンセラー

最終対象者数	1014名
有効回収数	426名
回収率	約42%

● 調査項目

1. HIVカウンセリングを担当している（または予定の）人の全体の状況及び職種別の状況
- ① 属性（性別、職種、年齢、学歴、従事期間等）
- ② 環境要因（研修や勉強の機会、仕事場及び医療現場の状況、担当ケース数等）
2. HIVカウンセリングに関する以下の項目
- ① 関わりのあったテーマの領域
- ② 具体的テーマに対する重要性の認識度
- ③ HIVカウンセリングに必要と思われる知識の領域に対する重要性の認識度と自信の程度
- ④ 実際の援助場面において展開される技術や機能、対人援助に重要とされる価値の実現について、各々の重要性の認識度、自信、実行の程度

質問紙の作成については、心理職、福祉職によるブレインストーミング、及び感染者・家族によるフォーカスグループを経て作成した質問票により、平成10年7月と8月に2回予備調査を行い、信頼性、妥当性について検証したうえで最終的な質問票を作成した。

*本調査における「HIVカウンセリング」＝単に面接室において感染者の心理的側面に対して行う相談援助のみならず、対象は家族、医療機関、患者会、NGO、地域の機関・団体、住民等を含み、援助の内容は、必要で適切な治療やケアが受けられることや、より良い社会生活が営めることを目指した心理社会的な問題を広く含むものとする。

● HIVカウンセリングにおけるソーシャルワークの課題

1. 目的

1988年WHOの提唱により日本に導入されたHIVカウンセリングは、現在、医師、看護婦、保健婦、心理専門職、ソーシャルワーカー、及び1996年から国が配置した自治体登録の派遣カウンセラー等、複数の職種が担っている。エイズ予防財団が主催する全国的な研修会もこれらの職種を対象に毎年開催されている。しかしながらHIVカウンセリングの内容について、これまで十分な共通認識がないまま、多職種が様々な方向から関与し、実践してきたといえる。

そこで本研究では以下の項目について検討することにより、HIVカウンセリングにおけるソーシャルワークの課題について考察する。

A. 全体の傾向及び職種別の傾向

- ① 関わりのあったテーマの領域
 - ② 具体的テーマに対する重要性の認識度
 - ③ 必要な知識の領域に対する重要性の認識度と自信の程度
- B. Aの分析を通じて、各職種の専門性や役割を抽出するとともに、相談援助の体制や教育上の留意点を示す。

2. 方法

●分析方法

単純集計／クロス集計（カイ2乗検定により各職種間の有意差検定 $P < 0.01$ ）

●職種区分（6区分）

医師、看護職、心理職、福祉職、派遣カウンセラー、その他

3. 結果

- ①調査対象者の内訳は、福祉職が約4割、心理職と医師が各2割弱、看護職と派遣カウンセラーが各1割強であった。
- ②HIVカウンセリングは、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、その内容は他の多くの身体疾患を持つ人が遭遇する共通の領域とHIVに特有な領域の両方を含む身体的・心理的・社会的に非常に広い範囲にわたることが示された。
- ③職種によって関わるテーマの内容や重要度の認識に特徴があることが示された。
- ④福祉職は、全体の傾向と同様に「社会制度利用」「経済的問題」「疾患に関連する心理的反応」に関わることが多く、自らの関わるべき課題との認識については、制度利用、就労、プライバシーや人権、生活の場の確保や支援、ピアグループ形成、社会参加支援等において高かった。
- ⑤知識について全体の8割以上が「とても重要」と回答したのは、「面接技術」と「HIV医療」であった。
- ⑥知識への自信については、全体に「どちらともいえない」の回答が多く、「コミュニティワーク」「心理療法」「人権擁護」「外国人援助」については、4～5割の人が、「ほとんど」「あまり自信がない」と回答した。
- ⑦福祉職は制度、資源、人権、外国人関連の知識について、他職種より重要度、自信の程度が高いが、「面接技術」は心理職より自信がなく、「心理療法」「精神医学」「HIV医療」等への自信も低い。
- ⑧派遣カウンセラーは幅広い問題に対応し、専門カウンセラーとしての特性が示された。

4. 考察

HIVカウンセリングの内容が、身体・心理・社会的問題を広く含むとともに、福祉職の関わりが多い問題が上位を占め、かつ他の身体的疾患にも共通する領域が示されたことは、HIV領域に限定されないソーシャルワーカーの必要性を示唆したものといえる。テーマに関する認識は社会福祉教育を反映したものと考えられるが、知識に関しては、面接技術を含む心理学的側面やコミュニティワーク等について教育的課題が示された。またHIVに特有な領域についても習得の必要が示唆された。

●対人援助技術の職種間比較研究

1. 研究目的

医療職をはじめとする様々な専門職が、対人援助相談に関わるという状況に急速に変化しようとしている現在、対人援助専門職の果たす役割や用いる技術の内容を明らかにしておくことは急務の課題である。

本研究では、心理職、福祉職をはじめ多くの職種が「HIVカウンセリング」において用いる技術や果たしている機能、

基礎となる価値に対して、どの程度自信を持っているかについて検討することにより、職種間の特徴や相違を明らかにすること、また特にソーシャルワークにおける今後の課題を考察することを目的とした。

2. 研究方法

対人援助に関わる技術、機能、価値に関連した61の質問項目について、主因子法を用いた因子分析（バリマックス回転）を行った結果、65.68%の説明率で7つの因子が抽出された。

各因子における職種間の自信について比較を行うため、一元配置の分散分析、及びボンフェローニまたはダネット検定による下位検定を行った。

3. 結果

①支持的コミュニケーション

心理>看護* 派遣>看護*

②対社会的な直接援助

医師>心理*** 看護>心理**

福祉>医師*** 福祉>看護***

福祉>派遣*** 福祉>心理*** 派遣>心理**

③教育開発

医師>看護* 医師>心理** 医師>福祉***

④アセスメントと介入

心理>医師* 心理>看護* 心理>福祉**

⑤評価

心理>医師** 福祉>医師**

⑥自己決定

心理>医師* 心理>看護***

福祉>看護* 派遣>看護*

⑦チーム

医師>心理*** 医師>福祉*** 医師>派遣***

看護>心理** 看護>福祉* 看護>派遣*

($p < 0.05 = *$, $p < 0.01 = **$, $p < 0.001 = ***$)

4. 考察

福祉職は、社会資源に関する利用や調整機能、ネットワーク形成、アドボカシーなど、対社会的な直接的援助については、他職種に比べ、圧倒的に自信を持っていることが示された。心理職は他職種に比べ技術的に集約されていることがうかがえた。また心理・福祉職は医師・看護職に比べ、自己決定を重んじ、モニタリングや事後評価に対して自信を持っていることも示唆された。

一方で、チーム医療や教育・開発的機能については、医師・看護職に有意に自信があり、このことは回答した医療職の持つ特性や「HIVカウンセリング」の特徴が示されたものと考えられる。

全体に支持的コミュニケーションについてはどの職種も自信を持っており、研修の成果がうかがわれた。

福祉職の今後の課題は、アセスメントや開発、教育等の領域にあることが示唆された。

●対人援助技術に影響を与える要因について

1. 目的

対人援助専門職にとって、技術や技能を向上させていく

ことは尽きない課題であるが、そのためには専門性を高めるための環境要因を整備することも重要である。どのような要因が援助技術の程度に関わっているかを示した実証的研究は少ない。本研究は援助技術についての自信（自己効力感）に影響を与えている要因を明らかにすることを目的とする。また、その結果から、ソーシャルワーカーの援助技術を向上させるための方法について提言する。

2. 方法

重回帰分析

- 従属変数：対人援助に関わる技術、機能、価値に関連した61の質問項目について、主因子法を用いた因子分析（バリマックス回転）により抽出された7つの因子
- 独立変数：性別、年齢、学歴、職種、現職種での経験年数、HIVカウンセリング従事期間、HIVカウンセリング研修会参加回数、HIV以外の対人援助研修会参加回数、HIVケース担当総数、HIV以外の月平均担当数、職場環境

3. 結果

7つの従属変数と有意に関連のあった独立変数は以下の通り。

(カッコ内、β係数。p<0.05=*、p<0.01=**、p<0.001=***。職種については前報告参照)

①支持的コミュニケーション

職種、経験年数(β=.275***)

HIVケース担当総数(β=.156*)

②対社会的な直接援助

職種、HIVケース担当総数(β=.163*)

③教育開発

年齢(β=.267***)

職種、HIVケース担当総数(β=.199***)

HIVケース担当総数(β=.139*)

職場環境(β=.217***)

④アセスメントと介入

職種、経験年数(β=.271***)

⑤評価

職場環境(β=.150*)

⑥自己決定

HIV以外の対人援助研修会参加回数(β=.158*)

⑦チーム

職種

4. 考察

社会資源の活用やアドボカシーなどの対社会的な直接援助を行う自信の程度は、HIVケース担当総数が増えるに伴って高くなるが、アセスメントと介入の自信は、経験年数が増えるにつれ高まっている。支持的コミュニケーションについての自信には、経験年数とHIVケース担当総数の両方が影響している。教育開発についての自信がある回答者は、自信がない回答者よりも年齢が高く、HIVカウンセリングの研修によく参加し、HIVケース担当総数も多く、職場環境問題発生時に相談相手がいるなど、比較的良好である。また職場環境が良好なほど評価を行う自信がある。ク

ライエントの自己決定を尊重する自信は対人援助についての研修会等に参加している回答者の方が高い。

以上のことから、支持的コミュニケーション、対社会的直接援助、アセスメント、介入については、経験を積むなかで技術習得・向上が可能であることが示唆された。

しかし、ソーシャルサポートネットワークや資源の開発育成、教育、研究、評価、自己決定の技術に関しては経験を積むだけでは不十分であり、専門職養成や現任継続研修のなかで研修を続ける必要がある。さらに対人援助技術を磨き、活かすことができる職場環境が重要である。

●HIVカウンセリングの地域間格差

1. 目的

HIV感染症の領域において、カウンセリングが感染予防の見地と人権尊重の立場から導入され、現在、医師、看護職、保健婦、心理専門職、ソーシャルワーカー、及び1996年から国が配置した自治体登録の派遣カウンセラー等、複数の職種が担っている。

一方、HIV感染者や患者の報告数における地域差は非常に大きく、「HIVカウンセリング」を取り巻く環境要因や内容において何らかの地域間格差が生じていると予測される。そこで本研究は地域間格差を検討するとともに、「HIVカウンセリング」に従事するソーシャルワークの課題を考察する。

2. 方法

単純集計／クロス集計（カイ2乗検定による地方ブロック間の有意差検定）

3. 結果

①地方ブロック別特徴と担当者数

平成10年度報告参照（省略）

②-1 ソーシャルワーカーにおける環境要因の特徴と地域差(p<0.05)

●HIVカウンセリングの経験年数は全体の7割が3年未満。関東圏は長く、近畿、東海は未経験者が多い。

●研修会への参加は全体の6割が1～5回、近畿は未経験が多い。体験学習の経験は全体で7割、近畿は少ない。

●地域の事例検討会は半数が「あり」と答えている。東海に少なく、近畿や中国、九州に多い傾向。実数は、関東に多い。

●職場でのスーパービジョンは65%が受けられない。

●期間内でのHIVカンファレンスは3割がある。

●HIV感染症以外のケース数は、約4分の1のワーカーが100以上持っている。

②-2 ソーシャルワーカーの援助技術

●援助技術における地域間有意差はなかった。

●全体の特徴として社会資源の利用や調整、暖かい態度や誠実さ、傾聴などの態度は比較的自信がある。

●自己決定、動機付けなどには半数が自信があるが、アセスメントに対しては4割以下。開発機能、グループワークの育成、アドボカイト機能、セーフターセックスのアドバイス、教育・研究に関する自信が低い。

4. 考察

- ①カウンセリング担当者の職種割合や実際の経験数が、地域の特性に影響している。
- ②ケース数などの地域差が大きいかかわらず、ソーシャルワークの技術、価値に地域差がなかったことは、援助の質や教育の内容が比較的均一であることを示している。
- ③ソーシャルワークの専門性を発揮するための技術やこの領域に要求されやすい技術に自信がないことが示された。様々な職種がHIVカウンセリングを担っている現状において、チーム医療の充実とソーシャルワークの専門性に関わる研鑽の必要性が示唆された。
- ④ソーシャルワーカーのHIVカウンセリングの経験はまだ少ないが、職場でのスーパービジョンが受けにくい現状からも、研修の機会を積極的に増やすとともに、事例検討会の機会を持つことが必要である。

●HIV感染者の心理社会的問題に対する重要性の認識度の職種間比較

1. 目的

HIVカウンセリングにおいて取り扱われている広範な問題について、その重要性の認識度の職種別の特徴や相違点を明らかにする。またその結果に基づき、HIV感染者に対する心理社会的援助の望ましいあり方を考察する。

2. 方法

問題に関する43の質問項目について因子分析を行い、5つの因子を抽出し、各因子の重要性の認識度を職種間で比較するために、一元配置の分散分析、及びボンフェローニまたはダネット検定による下位検定を行った。

3. 結果

因子1、2、3については図の通り、なお因子4「HIVに特徴的な心理的課題」、及び因子5「医療者との関係」については職種間に有意差が見られなかった。(結果のまとめ)

- ①HIVに特徴的な心理的課題と医療者との関係について、職種間で同程度に重要との認識をもっており、HIVカウンセリングの共通課題といえる。
- ②HIVカウンセリングを行う医師は身体的ケアに、福祉職は社会生活関連課題に、心理職は心理的課題に強く焦点づけられた役割認識を持っている。
- ③看護職は身体的ケアを中心としながら、それ以外の領域にも自分の関わるべき課題としての認識がある。
- ④派遣カウンセラーは心理的課題を中心としながら、それ以外の領域にも関わるべき課題としての認識の広がりがある。

4. 考察

- ①HIVカウンセリングにおいては、職種によって自分の関わるべき重要課題と認識する問題領域の、焦点や範囲が異なっていることが明らかになった。このことは、自分の重視する領域以外の問題への対応は不十分になる可能性を示唆している。
- ②医師、福祉職、心理職の認識はそれぞれの専門分野の課題に比較的強く焦点づけられている。それに対し、看護職

▼因子1 心理的問題

	心理職	派遣	看護職	福祉職	医師
心理職					
派遣					
看護職	心理>看護				
福祉職	心理>福祉	派遣>福祉			
医師	心理>医師	派遣>医師	看護>医師	福祉>医師	

(p<0.05, ダネット検定)

▼因子2 社会生活関連課題

	福祉職	看護職	派遣	医師	心理職
福祉職					
看護職	福祉>看護				
派遣	福祉>派遣				
医師	福祉>医師				
心理職	福祉>心理	看護>心理	派遣>心理	医師>心理職	

(p<0.05, ダネット検定)

▼因子3 身体的ケア

	医師	看護職	派遣	心理職	福祉職
医師					
看護職					
派遣	医師>派遣	看護>派遣			
心理職	医師>心理	看護>心理	派遣>心理		
福祉職	医師>福祉	看護>福祉	派遣>福祉		

(p<0.05, ダネット検定)

と派遣カウンセラーはより広い領域の問題にわたって重要と認識する傾向がみられ、HIVカウンセリングにおいて幅広い役割を自認しているものと考えられる。

- ③派遣カウンセラーにおける認識の広がり、HIV専門の相談援助職として派遣先の医療機関の人員配置をある程度補完できるよう、幅広い内容の相談に対する役割を担っている現状を反映したものと考えられる。
- ④いずれの職種も、それぞれの重要課題の認識を保証するような教育や、援助内容の質の検証が今後の課題である。
- ⑤HIV感染者の多様な心理社会的な問題に対して必要かつ適切な援助を行うためには、いずれか一つの職種によって

対応することは不可能であり、各職種による守備範囲の違いをふまえた、多職種による相談の受け皿をもつ医療チーム作りが必要である。

●HIV感染者に対する心理社会的援助技法の重要度と自信を規定する要因

1. 目的

●HIV感染者に対する心理社会的援助技法の重要度と自信の程度から分析すると、どのような因子構造になっているかを明らかにする。

●どのような要因が心理社会的援助技法の重要度と自信の程度に影響を与えているかを明らかにする。

2. 方法

技術、機能、価値に関する61項目について因子分析を行い、さらに、その抽出された7因子の因子得点を従属変数とし、基本属性及び環境要因などを独立変数として重回帰分析を行った。

3. 結果

重回帰分析 (p. <0.05)

①コミュニケーション技法

経験年数／職種（心理・福祉>看護・医師）／HIVカウンセリング担当総数

②社会的援助技法

職種（福祉・派遣>看護・医師）／HIVカウンセリング担当総数

③教育・資源開発技法

経験年数／職場環境

④アセスメント・介入技法

経験年数／職種（心理・福祉・派遣>看護・医師）

⑤チームに関する技法

職種（看護・医師>心理・福祉）／HIVカウンセリング以外の担当ケース数

⑥評価技法

性別（男性>女性）／HIVカウンセリング以外の一般研修参加の有無

⑦自己決定を促す技法

職種（福祉・派遣>看護）

4. 考察

コミュニケーション技法、アセスメント・介入技法、社会的援助技法の因子について、ソーシャルワーカーを含む本来カウンセリングを実務としている心理職・福祉職・派遣カウンセラーが重要度と自信において得点が高い。それと同時に、経験年数、HIVカウンセリング担当総数にも規定されている。

一方で、HIV領域に限らず、患者さんへの幅広い支援にはチームの必要性が認識されている。

このことから、様々な職種がボーダレスに経験をふまえてクライアントを行うのではなく、各々の職種に見合った援助を適切に行うこと、そしてそれを強化するような、すなわち各職種の質の向上及びチームや連携の必要性への理解の促進を図るような研修が必要である。

チーム医療の理解と連携のために -カウンセラー・ソーシャルワーカーの上手な活用法-

日本におけるHIV感染症に関わる「カウンセリング」や「ソーシャルワーク」についての理解を深め、チーム医療を促進するための手引き書として小冊子を作成した。本冊子はチームや連携に関する先行研究や医師・看護婦によるフォーカスグループなどによる検討を経て作成した。内容は以下の通りである。

〈目次〉

1. HIVカウンセリングとは何か
 2. カウンセリングの目的
 3. カウンセリングの各段階における留意点と職種の役割
 4. 院内システムのあり方
 5. 派遣カウンセラーの活用法
 6. コーディネーターの役割と心構え
 7. チームによるカンファレンスの持ち方
 8. カウンセリングによる報告の内容
- *チーム成熟度チェック表

1. HIVカウンセリングとは何か

HIV感染症は、本人への病名告知が原則であること、性感染症であること、現状では根治療法がなく、キャリアの時期が長いこと、偏見・差別を受ける可能性があるために、精神的負担や日常生活上の問題を抱えがちな病気といえる。このためカウンセリングをはじめとする相談援助へのニーズが生じやすいと考えられる。

カウンセリングの対象となるテーマは、日常生活に関わるものから、家族関係、性格、精神病的な問題に至るまで非常に広範囲に及ぶ。そこには他の身体疾患にも共通な課題と、HIV感染症に特に多く取り上げられる課題とがあり、後者にはセクシュアリティーに関すること、パートナー告知、差別に関わること等があげられる。

カウンセリングの深さのレベルは様々であり、職種によって対応できるレベルと範囲がある。専門職養成は、そのレベルと範囲に対応するものでなければならず、心の深いレベルの問題にはそれに対応できる技法が要求される。深いレベルの問題が治療継続や日常の生活の困難さに関連していることもあり、問題の質を見分けられることも重要である。

HIV感染症に特有の制度である派遣カウンセラーは、取り扱うテーマが広く、かつ心の深いレベルにも対応している。

2. カウンセリングの目的

カウンセリングの目的は、クライアントが自分自身の課題を明確にし、よりよい生き方を追及していく力（対処能力）をつけることを支援することにある。

このためカウンセリングには適切な技法が求められる。例えばクライアントの話をよく聴くこと（傾聴）によって、クライアント自身が自分の問題に安心感を持って向き合えるように促すのも一つの技法である。

またカウンセリングは、クライアント自身が自分自身を再統合するプロセスへの支援でもある。したがって必ずしも全ての局面においてクライアントが元気になったり、幸福感を持ったりすることに直結するとは限らない。プロセスにおける一つの段階として必要な悲しみや怒りをむしろ引き出し、それを支えることもある。

3. カウンセリングの各段階における留意点と職種の役割

〈予防的カウンセリング〉

保健職／NGOによる電話相談／県や市の衛生部など

- 「心当たり」や「不安」についての内容と感情を聞く
- 問題の明確化
- 情報提供（正しい知識・検査の意味・手順・機関）
- 問題解決への話し合いと自己決定へのサポート
- エイズノイローゼへの対応

〈検査前カウンセリング〉

保健職／医師など

- 恐れや不安への理解と受診行動への勇気を尊重
- 検査の意味（陽性／陰性）・時期についての理解の促進（分かりやすい用語）

- 症状にとらわれない

- プライバシー保護の確実な保障
- 検査結果待ちの間の不安を支える

〈検査後カウンセリング〉

- 陰性の場合（保健職／医師など）

- 陰性の意味の確認
- 行動のレビュー、セーフターセックス、感染予防の機会とする献血への注意

- 陽性の場合（医師／派遣カウンセラー、保健婦の同席）

- 強い感情の傾聴・支持（知識や身体症状に優先）と心理的アセスメント

- 一般論でなく、クライアント個人へのメッセージ
- 信頼感と希望が持てる姿勢の伝達
- 陽性の意味の確認
- 慢性疾患としてコントロール可能であることの伝達
- 情報のシェアについての考えや感じ方を聞く
- スタッフ自身の価値観を知り、偏見等に気づくことで、クライアントへのマイナスの影響を予防する。

- 緊急時の連絡方法

- 医療機関へのアクセスの保障

- 長期的ケアの受け皿の紹介

- プライバシーの保障

〈感染者・患者へのカウンセリング〉

職種による特徴

- 医師

- 治療における誠実で信頼される関係の樹立

- 疾患や治療への理解を深める

- インフォームド・コンセントの保障

- チームリーダーとしての役割遂行

- 看護職

- 看護における信頼関係の樹立

- 疾患や治療への理解を促進し、セルフケア能力を高める

ためのサポート

- 患者の幅広いニーズのキャッチと適切なりファー

- コーディネーター役の遂行

- ソーシャルワーカー

- 社会生活機能が円滑に果たせることへの援助

- 社会生活全体を視野に入れ、クライアントが何を望み、現実は何ができるか、共に考え、主体的な問題解決を支援する

- 特に社会資源を熟知し、サービスの調整が専門領域

- 心理職

- 強い心理的反応、人間関係の問題、性格上の問題、心理的葛藤、特にHIV感染以前から抱えている問題など、深いレベルの関わりが必要な時に重要な役割を果たす

- 派遣カウンセラー

- HIV感染症特有の制度（世界的にも病名を限定したカウンセラー制度はない。心理職が現状では7割を占める）

- 幅広い問題領域と心の深いレベルの問題にも対応

- 薬剤師

- 薬の作用や副作用に関して、患者さんの個別状況に合わせた情報提供の仕方と服薬支援

- 日常生活に影響を及ぼす服薬の問題の評価と対応

- ピアカウンセラー

- セルフヘルプグループなどにおいて行われている

- 心理的緊張や孤独感からの解放、自由な自己表現などに効果的

- ソーシャルワーカーなどによる側面的サポート等が課題

4. 院内システムのあり方

〈患者さんにとってアクセスしやすいこと〉

- 院内受け付け窓口段階

- プライバシー保護に十分注意する（自分が患者になった場合を想像してみる）

- 病院のシステムは患者さんにとってわかりにくいことが多い

- どのスタッフが対応しても安心して受診できるよう最大の配慮をする

- 各部署の受け付け体制（心理部門やソーシャルワーク部門なども注意）を確認し、窓口でのたらい回しや患者さんがあきらめてしまうことのないように注意する

- 他施設を紹介する場合

- 紹介先の担当者の職種、所属、名前、電話番号（内線）を明確に伝え、迷わずアクセスできるように配慮する

- 担当医療者との連絡方法

- 昼間、及び特に夜間緊急時の連絡方法について明確に伝え、受け皿の院内体制を確実にしておく

- カウンセリングに関連した緊急対応についてもアクセスのルールを確認し、チームで共有する

〈医師のリーダーシップについて〉

- 医師は「患者さんを治療する」のが使命であり、治療が円滑になされるためにチームを活用する。

- 慢性疾患となりつつあるHIV感染症の治療に関わる全てのことを医師が採配することは不可能である。

医師は、各職種の特性をよく理解し、患者さんの抱える様々な問題を誰が担うのがふさわしいのか、他のスタッフに任せられるところは任せて、チームの一員としてチーム医療を育てていこうという自覚を持つ。

ポイント●医師以外の人にも話してよいというメッセージを患者さんに送ろう

- 患者さんの選択する権利を認識しよう
- 患者さんの心理社会的支援を保障することで、患者さんが治療へも積極的に取り組めるようにしましょう
- 各々の職種の専門性を尊重し、患者さんに十分反映させることができるようにチームの士気を高めよう

〈連携システムの立ち上げ方〉

●連携状況のチェック

現在ある心理社会的支援のための院内資源の内容を確認し、共有する

どこで、誰が、どのような立場で、何をしていますか？

↓
院内での患者さんの心理社会的ニーズへの対応の流れの実際を確認する

↓
各部署での課題や問題意識を拾い上げる

↓
以上を総合的に把握し現状を分析する

↓
今の人員でまずできる改善策を考える

ポイント●患者のニーズにどれだけ応えようとしているか？

- リファラーのシステムが確立され、皆に納得されているか？
- チームのメンバーの力量をこの時点で問わないでいるか？

●成功する連携のポイント

●定期的にカンファレンスの場（ケースカンファレンスに限定せず、活動報告調整の場）を持つ

●日進月歩の情報を皆で共有する努力をする。医師が率先するとチームの士気を高める効果がある

●医師の指導や治療が順調に進まない場合、他の職種が患者さんから伝えられた情報を基に患者さんの理解を得て、代弁・仲介の役割を果たすことが、円滑な医療を促進させることが多いということを認識する。

●お互いの働きを尊重しあう気持ちを忘れない。できる限りこまめに、ケースに関することをはじめ、フィードバックする気持ちと行動を忘れない

●患者さんが問題を提示するのは誰が窓口になるかわからない。受けた者が他の専門的知識・対応が必要と判断した場合、患者さんにそのことを伝え、担当者で相談し、よりよい相談の道を選べるようにする。一人で抱え込んだり、曖昧な対応ですませないように自分の職務の限界

を知る

●連携の効果

（日常業務の忙しい中で、負担が増えて困ると考えている方へ）

患者さんの役に立ちたい、業務について評価を受けたい
医療は一人で背負うことができない

↓
チームを育て、互いに信頼していく

↓
よりよい医療を患者さんに提供できる
自分の職務により邁進できる
楽しく仕事ができる

↓
職務への満足度が高まる

5. 派遣カウンセラーの活用法

派遣カウンセラーは院外に所属しているために、メリットとデメリットを抱えている。

院内に心理職やソーシャルワーカーがいないときは、派遣カウンセラーのそうした特性をよく理解したうえでデメリットを補う工夫をしながら活用することが必要である。そのためには特に院内の窓口となる人（コーディネイター）を決めるにとどまらず、組織としての受け入れを明確にすること、院内スタッフとの連絡調整の機会（カンファレンスやブリーフィングなど）を確保することが必要である。すなわち、医師個人が派遣カウンセラーを依頼した形にならないことが重要である。

また院内に心理職などがいるにもかかわらず、十分活用せずに派遣カウンセラーを利用することは、院内の連携を阻害したり、派遣カウンセラーの過重負担に繋がることになる。コーディネイターを中心に院内スタッフと派遣カウンセラーがお互いに支え合い、適切な役割分担を行うことが必要である。

〈メリット〉

- 院内の方針と独立してクライアントの立場に立てる
- 院内の人間関係やヒエラルキーに左右されにくい
- 外部から入ることで院内のチーム医療を活性化することができる
- 地域内で転院した場合など、次の施設でもそのままカウンセリングが移行できる

〈デメリット〉

- 院内の人に「何者か」を理解してもらいにくい
- 院内の人間関係やルール、システムが外からわかりにくい
- クライアントからは直接アクセスしにくい
- 派遣事業の予算の関係で、配置や利用頻度に限度が設けられることがある

6. コーディネーターの役割と心構え

コーディネイター＝一般に物事の調整を図る役割を担う人
HIV感染症の場合＝感染者への援助の窓口となり、援助の

調整を行う機能を果たす人

日本ではHIV感染症の領域で配置されているコーディネーターナースは、まさにその機能を中心的に果たすことが求められているといえる。一方でソーシャルワーカーは社会資源の活用においてはコーディネイトに最も自信を持っている職種といえる。また他の専門職も程度の差はあれ、コーディネイト機能を臨機応変に担っているということもできる。コーディネイト機能を院内に限らず、院外や地域に広げると地域のクライアントの身近にいるNGOのメンバーがコーディネイターになるのがふさわしい場合も出てくる。

信頼できるコーディネイターと、問題が起こった時点や治療の初期に出会えることは、クライアントにとって大変心強いものである。

〈心構え〉

- あくまでクライアントのニーズが先にあることを認識する
- コーディネイト先に繋がるかどうかはクライアントの選択であることを心得る
- 広範で深いニーズの把握に必要なアンテナを多く持つ
- クライアントのニーズに応じたタイミングを逸しない
- クライアントに代わってしてあげるのではなく、クライアント自身の問題解決能力を高めるための援助であることを心する
- 判断に自信が持てない時はコンサルティングを受けたり、自分の判断に頼りすぎない
- プライバシーの取り扱いについては、クライアントの了解を厳に大切にする
- 多くの資源に関する情報を常に新しく収集しておく
- チームや地域の動きに敏感になる
- 気軽に他職種と互いにSOSを言える関係を大事にする
- 周りの人もコーディネイターをサポートする気持を忘れない
- チームの風通しを良くし、普段の情報交換やフィードバックを怠らない

〈コーディネイターナースがいない時〉

クライアントの最も身近にいるナースやソーシャルワーカー、カウンセラー、医師等が担当するが、日頃からチーム医療に関わりの深い人、つまりクライアントのニーズに沿って適切に対応できる力量のある人が担当するのが望ましい。アメリカではソーシャルワーカーがコーディネイト役を果たしていることが多い。医師の初診担当と似てコーディネイター役はベテランの人がふさわしい。

7. チームによるカンファレンスの持ち方

カンファレンスは、各々の専門職がアセスメントの結果を突き合わせて、総合的・包括的な援助方針をチームとして意思統一し、その方向に向けて各専門職が取り組んでいく土台となるものである。

〈目的〉

- 身体的、社会的、心理的、スピリチュアルなニーズの明確化

- 総合的・包括的評価と対応する援助支援方針の樹立
- 必要に応じたケアの調整
- チームメンバー同士の支援
- クライアントの反応や結果の評価の共有
(成功するチーム・カンファレンスの条件)
- カンファレンスの運営方法や役割を決め、皆が主体的に参加できる工夫をしている
- カンファレンスを定刻に始めている
- メンバー間の信頼関係を築いている
長所を見つけ、尊重し、励まし、思いやる
相互依存できることで「行き詰まり」や「いい加減」を防ぐ
- 専門技術の違いと人間の上下関係を混同していない
相手の土俵で考えてみるができる
- 効果的コミュニケーションの方法を確立している
皆が参加できるコミュニケーションを行う
連絡や報告のシステムが確立している
- 結果の評価を共有し、達成感や苦勞を分かち合える
- 早い行動と柔軟性を持ち合わせる
相手のニーズ、クライアントのニーズに応えようとする姿勢を基本としている
- 葛藤や対立を建設的に生かし、意見を統合する過程で合意していくことに努力できる
- もともとある職種間の軋轢や葛藤と、現時点での意見の違いとを区別できる
(話し合いへの参加のポイント)
- 時間に遅れない
- まず一言発言する
- 人の話をしっかり聞く
- 1回の発言は1ポイントに絞り返数を多くする
- 言うべき時に言い、聞くべき時に聞く
- 感情的にならずに反論できる
- 他の人の発言に反応する
- 場の流れを掴み、互いの感情や影響力に気づく
- わかりやすい言葉を使う
- わかりにくい発言は確かめたり、質問する
- できるだけ肯定的な言い方を心がける

8. カウンセリングにおける報告の内容

医療職種にとって、対人援助専門職における援助に関する報告の仕方や内容、タイミングなどを理解しておくことは、大変有用であると思われる。

〈心理職の場合〉

- クライアントの「心の安全感」を守るための守秘義務
心理職の行うカウンセリングでは「クライアントとの関係のあり方」が非常に重要視される。その関係性を軸に、クライアントが自身の問題に向かい合うための力をつけることを支援することが中心的課題になるからである。カウンセラーとクライアントの関係の中では、プライバシーに深く関わるが多く話されるが、カウンセラーがカルテや報告書に開示できるのは最低限の情報に限ることが多い。それはクライアントのプライバシーを保護するための倫理

的な理由のみならず、カウンセリングの中で話されたことはクライアントの了解なしに他の人に漏らさないという条件が、クライアントにとって深い内面の世界をも含めた自己開示を保障する安全感と信頼感を作る土台となる、という方法論的な理由によるものである。

●よりよい援助のために何を共有するか

もちろんチーム医療を実践するためには「よりよい治療やケアを行うために必要な情報」は、メンバー間で共有されるべきであり、そのことをクライアントに理解してもらうことも重要である。しかし、それは全ての情報を共有することとイコールではない。チームが成熟して、心理職の行うカウンセリングの特性がよく理解されれば、医療者とカウンセラーがお互いに話し合いながら、共通の目的のために本当に必要な情報や各々の立場での見解を選択して交換できるようになると考えられる。また、共有した内容をどのように取り扱うかについてチーム内でルールを持つことも必要であろう。

●変化のプロセスを長い目でとらえる

心理職の行うカウンセリングにおいては、クライアントの心理学的アセスメントに基づいて仮説を立て、ある方法論を採用して対応していき、その方法によって改善が見られた場合、その仮説が正しかったと判断するというやり方をとることが多い。つまり、面接を重ねる中でクライアントへの理解と対応を修正しながら援助を進めていく。従って1回1回のカウンセリングで、その都度確定的な判断や結果を提示することができない場合もあることを知っておくことも、心理職への理解の助けとなるであろう。

〈ソーシャルワーカーの場合〉

ソーシャルワーカーの行うカウンセリングも、心理職に比べて比較的浅いレベルとはいえ、生活に関わる心理的側面を扱う以上、報告内容については心理職と同様な側面を持つ。また社会的側面における相談内容もクライアントのプライバシーに属することは当然のことである。しかしながらソーシャルワーカーはより生活に密着した内容の相談が多い分、例えば医療費に関することなど、治療に密接に関わる部分も多い。クライアントにとって情報の共有がクライアントに有益に働くと考えられることを共有していくことは、ソーシャルワーカーの倫理でもある。したがってソーシャルワーク面接によって得られた課題やそれに対するアセスメント、今後の方針について簡潔に報告することが基本である。もちろん問題によっては開示しない場合や、口頭で深く協議する必要のあることもある。

9. チーム成熟度チェック表

- チームとなるべきメンバーとして、どこに誰がいるか知っていますか
- 職種の業務の内容を知っていますか
- ケース数が比較的あります
- 定期的カンファレンスを行っていますか
- 会議は時間通り開かれていますか
- 互いに相手の業務や忙しさを理解したうえで時間を守る必要性を理解していますか

- 相手の話を聞いていますか
- 自分の意見は言えていますか
- 互いにわかる言葉を使っていますか
- わからないときはわからないと言えますか
- 仲間意識が育っていますか
- 気軽にSOSが言えますか
- うまくいかない時はいかに互いに言えますか
- 結果のフィードバックを確実にしていますか
- 報告のフォームを持っていますか
- カンファレンスは院内の認知を受けていますか
- 皆が会議に主体的に参加できることを意識してリードできるリーダーが育っていますか
- 必要な時には臨機応変に可能な範囲において役割交換ができると思いますか
- 患者の緊急なニーズにも対応できる体制が整っていますか
- 新しい医療情報やNGO情報など互いに共有する努力をしていますか
- 院内外の資源と結びつけるシステムが確立していますか
- 地域の研究会は職種別に育っていますか
- 地域で多職種間でのネットワークが育っていますか
- プライバシーへの配慮に関して院内で言語化し、合意されていますか
- カンファレンスで話された内容の取り扱いについて合意ができていますか
- 患者の個人情報取り扱いについてチーム内で合意ができていますか
- またその実践に自信がありますか
- 参加メンバーのニーズ、満足度をチェックしていますか
- メンバー間の達成感を共有していると実感していますか
- システムの評価・検討をしていますか

- の数 0～10 チームはまだ未成熟です
- 11～20 チームが少しずつ育ちつつあります
- 21～30 チームがかなり成熟してきています

院内のスタッフ同士で互いに結果を見せ合ってみましょう。どこがどのように違いますか？
違いから何が読み取れますか？
これを機会に話し合ってみましょう！
そうすれば確実に5点はアップすることでしょう。

カウンセリングシステム確立へのアプローチと提言

HIV感染症の領域において、医療分野でこれまで取り上げられることの少なかった「カウンセリング」の重要性が強調され、医療従事者の「カウンセリング」の必要性への認識がともあれ深められたことの意義は大きい。しかしながらその理解や認識の内容や程度は、人によって差が大きく、共通の認識に至っているとはいえない現状がある。その背景にはカウンセリングやソーシャルワークが日本に

において医療法制上、確立されていないことが最も大きい課題としてある。また「治療の進歩による病気の慢性化」や「薬害問題の和解」そして「医療費削減政策」「利用者としての意識の変化」など、昨今の様々な情勢が「カウンセリング」にも影響を及ぼしている状況がある。

このような現状の中でカウンセリングシステムの確立のために必要な視点について提言を行いたい。

1. 各専門職種の特徴に応じた「カウンセリング」の保障

平成10年度分担研究「HIV感染者・AIDS患者に対する心理社会的相談援助についての実態調査」において、HIV感染者・患者が抱えている問題は、経済的問題や制度利用など社会的問題から、セルフケアなど医療的問題、さらには生きる意味などの心理的問題に至るまで様々な領域にわたることが明らかになった。またこうした問題に対して医師、看護職、心理職、福祉職、派遣カウンセラーなど多くの職種が各々の立場でカウンセリングに関わっていることが示唆された。しかしながらその「カウンセリング」の内容は、同調査の平成11年度の分析において、職種によって取り扱う領域の守備範囲や用いる技術、知識において、明らかに差があることがわかった。従って各々の職種において、自らの専門性に合致した領域以外への対応は不十分になると考えられる。

そこで感染者・患者の幅広いニーズに応えるためには、各々の職種の特徴を生かした患者への支援・援助が保障されること、多職種の受け皿を持つチーム医療体制の確立が不可避といえる。

2. 医師と「カウンセリング」の関係について

感染者にとって医師との関係は最も重要であり、両者間の信頼関係が何よりも起点となる。特にそれはクライアントの症状や治療への理解を深め、身体的医療的ケアを保障することに焦点づけられる。インフォームド・コンセントはその一つの重要な側面であり、誠実に信頼されるコミュニケーションが必要とされる。さらに個別の心理社会的状況に置かれているクライアントを様々な角度から支援し、医師患者関係を側面から支えるのが他職種によるチームであり、医師にはそのリーダーとしての役割が求められる。HIV感染症の領域においてはチーム医療に関する意識の高い医師が比較的多く見られるが、現実に医学教育の中でチーム医療に関する教育はほとんど行われていないのが現状であり、医療の質を高めるためにも、基本的なコミュニケーション技術と合わせてチーム医療教育の強化が求められる。

3. 看護職と「カウンセリング」の関係について

本調査において、看護職は非常に幅広い問題領域に対して、自らの職務として重要な領域であると認識しているという結果が示された。しかしながら実際の関わりは、セルフケアの領域に重点が置かれており、疾患や治療への理解を促進する役割が中心課題であることが示唆された。またコミュニケーション技法やアセスメント、介入に関しては、対人援助専門職に比べて、重要度の認識や自信の度合いが

低いことが示唆された。一方、看護職が、患者にとって最もアクセスしやすい位置にいる職種であることは、実情としてもまたその認識も高いことから、コーディネーター役を看護職が担うことの妥当性と重要性が示されていると考えられる。したがって看護職にふさわしい役割の強化や、カウンセラーやソーシャルワーカーとの役割の違いを含めた業務の評価、連携のあり方について明らかにしていくことが今後の課題と考えられる。

4. 対人援助専門職（心理職、福祉職、派遣カウンセラー）としてのカウンセリング及びソーシャルワークの強化

対人援助専門職としてのカウンセリングの内容は、心理職、派遣カウンセラーによって行われるカウンセリング、及び主に福祉職によるソーシャルワークとして行われるカウンセリングがある。前述のように各々対象とする問題領域に対する認識や技術面において差があることが調査によって明らかになっている。

現状としての特徴を概観すると、心理職は精神分析的アプローチなどに代表される心理的側面に集約された認識を持ち、その配置の多くは精神科所属であることによる弊害も示された。福祉職は社会的な調整機能に最も役割認識があり、自信も持っているが、アセスメントや介入に関しては教育の必要性が示された。派遣カウンセラーは心理的な問題も社会的な問題も共にカバーしている現実があり、派遣先の人員不足を補完する活動を行っていることが示唆された。各々の職種における特徴の詳細については、平成10年度報告書及び11年度報告書を参考にされたい。

5. 心理職、福祉職に共通する医療法制上の課題

現在HIV感染症の領域では、派遣カウンセラーやサチレジレント制度によるカウンセラー配置など、他の領域には見られない施策が展開されているが、一方で、拠点病院にさえ心理職や福祉職（カウンセラーやソーシャルワーカー）が100%配置されていないのが現状である。対人援助専門職の存在が医療の領域でこのように保障されていない現状が、利用者からもその姿が見えにくい、あるいは地域によって非常に差がある、教育の体制が整わないということの原因ともなっている。

保健医療分野以外の様々な領域でも業務を行っている心理職、福祉職が、医療領域の中で専門職として位置付けられることの難しさはこれまで様々なレベルで明らかにされてきている。その議論の一番の争点となってきたのは、医行為との関連性、責任性の問題であった。どちらの職能団体においても、分野にかかわらず共通基盤を持つ専門職としての立場を堅持していきたいと考える立場と、医行為としてまた多少資格の内容を落としてでも医療職の中できちんと位置付けられないことには業務の進展がないと考える立場が、常に葛藤、対立してきたことが、結果的に法制化を遅らせることになった側面は否めない。ただしどちらの立場も、利用者の視点に立って、どうすれば適切に援助を供給できるかという点で苦悩していたのは一面の事実である。

ソーシャルワーカーにおいては、すでに社会福祉士とい