

になるわけではなく、移民のステータス、居住期間、治療の性格、滞在中に治療の必要が生じたか否かの一またはそれ以上の要因の組合せによる。

- ②すべての人に無料で提供される医療サービス：生殖泌尿器科での HIV・STD 検査及びカウンセリング。但し、その後の HIV 治療が無料で受けられるわけではない。ファミリープランニング、精神疾患、病院事故、救急医療（入院は含まず）、公衆衛生法適用疾病・症状の治療（ただし HIV 及び AIDS は含まない）も無料。
- ③すべての NHS 経費が免除される主なカテゴリー：UK 国内の被雇用者、UK に永住権を有する人、12 ヶ月以上 UK に居住している人、難民及び亡命希望者、囚人及び抑留移民並びに相互合意を有する表 2 の国民。（表 2：アンギュイラ、オーストラリア、バルバドス、英領バージン諸島、ブルガリア、チャンネル諸島、チェコ共和国、フォークランド諸島、ジブラルタル、ハンガリー、マン島、マルタ、モントセラ、ニュージーランド、ポーランド、ルーマニア、ロシアおよび前 USSR 諸国、スロバキア共和国、セントヘレナ、トルクカイコ諸島、前ユーゴスラビア諸国）
- ④治療費が除外されるもう一つのカテゴリー：英国滞在中に治療の必要が生じた者。既往疾患に対して NHS 治療を目的に渡英する場合は治療費免除にならない。主に EU 市民とその家族、表 2 の国家の居住者。

GP、歯医者、眼鏡屋が NHS で患者の治療を受け入れるか否かは対応する基準を適用する。

移民及び亡命に関する法令は変化が早く複雑なので専門機関に相談すること。

4-5. ベルギー

- ・人口：1024 万人（2000 年 7 月推定）
- ・移民率：人口 1000 人当たり 0.98 人（2000 年推定）
- ・換算レート：1 ベルギーフラン（BF）＝約 2.7 円

今回訪問した SENS OA はオランダ語圏（人口の 58%）唯一の HIV 専門 NGO である。フランス語圏（人口 32%）での NGO は複数存在する。

4-5-1. 行政機構

公衆衛生省 Ministry of Public Health が医薬品の承認を行うとともに、社会保障制度 social security による還付額を決めている。オランダ語圏及びフランス語圏にそれぞれヘルスケア省 Ministry of Health Care があり、コミュニティでの活動にファンドを拠出している。SENS OA はオランダ語圏のヘルスケア省から年間 80 百 BF の補助を受けている。

4-5-2. サーベイランスシステムと疫学情報

検査施設で発見された HIV 陽性者は政府に登録され、国立疫学研究所 National Institute of Epidemiology で集計されている。

1999 年 12 月 31 日現在の HIV 感染者総数は 12,956 人。うち AIDS 患者が 2,664 人、非発症者 9,224 人、不明 1,068 人。新たな感染者のうちベルギー人が約 20%、非ベルギー人 35%、不明 45% である。

ベルギー人の HIV 感染者総数は 3,742 人（男性 3,005 人、女性 735 人、不明 2 人）、AIDS 患者は 1,407 人、非発症者は 2,334 人である。ベルギー人の感染経路は同性間性交または両性間性交 54.0%、異性間性交 32.2%、薬物静注 5.5%、輸血 3.2%、母子感染 2.3%、同性間性交または両性間性交プラス薬物静注 0.8%、血友病患者 0.7% である。

非ベルギー人の HIV 感染者は 4,856 人であり、出身地はサブサハラ 75.2%、ヨーロッパ 16.8%、北アフリカ 3.3%、その他 4.7% である。

4-5-3. HIV 感染検査

HIV 感染検査はホームドクターの指示により地元の検査施設で ELISA を行い、擬陽性の場合は高度検査センター（リファランス検査センター）に送られ、確認試験及びウイルス量測定が行われる。陽性が確定すると HIV 専門治療センター（リファランス病院）に送られ、治療を受ける。ホームドクターを経ずに直接 HIV 専門治療センターで検査を受けることもできる。

自己の社会保障登録番号で検査を受ければ社会保障制度によって費用が還付されるので、自己負担となる匿名で検査を行う者はまれである。

各郡に一つづつリファランス検査センターとリファランス病院がある。

オランダ語圏ではアントワープ、ゲント、ブリュッセル及びルーベンにある。

リファランス検査センターには政府から一定額の社会保障費が確認試験やウイルス量検査のために支払われているが、今後、耐性検査が増加すると今後さらに費用が嵩むことが懸念される。

リファランス検査センターでは、HIV 診断アッセイ法の評価や上記検査に関連した研究活動も行っている。

4-5-4. HIV 感染症医療体制

専門的治療が必要なので、患者はホームドクターや一般病院からリファランス病院に送られてくる。外来による治療が中心であり、アントワープ熱帯医学研究所では 900 名の外来に対して、アントワープ大学病院の入院患者は 5-8 名である。アントワープ大学病院では感染症科で HIV 患者を診ている。ソーシャル・ナースが中心となって心理士などとコミュニティケアを組織している。NGO の SENS OA が HIV 陽性者の生活面を様々にサポ

ートしている。

4-5-5. 推奨される抗レトロウイルス療法

HAART を行っており、最低 3 剤併用。ベルギー独自でガイドラインを作成しているが国際ガイドラインと内容的にはほとんど同じである。政府と製薬企業間で社会保障制度による還付額決定に時間がかかり、新薬の導入が他の国に比べ遅い。たとえば 2001 年 3 月現在エファビレンツ (EFV) がまだリストに収載されていない。

アントワープ大学病院の患者の 80% は抗レトロウイルス薬のアドヒアランスが良好である。

4-5-6. HIV 医療の経済的側面

ベルギーでは社会保障費や年金掛金を含めて税金として、給与の三分の一から二分の一が徴収されている。これにより、ベルギーに居住するすべての者に社会保障が適応されている。患者は通常、医療施設にいったん医療費を支払い、その領収書によって社会保障事務所から還付を受ける。

検査、医師の診察、ソーシャル・ワーカーや心理士などのコンサルテーション費用などは相当部分が社会保障で還付される。医師を訪れるたびに 500BF (約 1350 円) の自己負担がある。また、医薬品は重要性によって社会保障負担率が異なる。抗レトロウイルス薬や抗結核薬は無料で交付されるが、抗生物質は 10-20%、重要性の小さい医薬品は 60%、売薬は 100% 自己負担である。相当数の国民が自己負担部分をカバーするため私的保険にも加入している。

リストに収載された医薬品はすべての薬局で手に入ることになっているが、薬局がいったん医薬品を買い取り、償還手続きをとらなければならないため、HIV 患者の少ない地域の薬局では高額な ARV を扱わないところがある。HIV 三剤併用療法で患者当たり月 20,000-30,000BF (54,000-81,000 円) の医薬品代を要する。

抗レトロウイルス療法を受けている HIV 感染者の年間の医療費は医療の内容によって異なるが、約 120 万円程度といわれている。

4-5-7. 在留許可を有しない移民・難民等に対する HIV 医療

ヨーロッパにやってきた者は、ヨーロッパ人と同様に医療を享受する事ができるという考え方が施策の基本にある。もし、健康であれば在留許可を有しない者は母国へ送還されるが、HIV 陽性者も含め健康を害している者はベルギーに留まり、治療を受けることができる。HIV 陽性であり母国で治療が受けられない国の出身者は、ベルギーに留まる理由が一層強いと考えられている。

主治医はこのような者のために特別資金を外務省に申請する。ソーシャル・ワーカー、心理士などの費用 20,000BF/年は支給されない。ベルギ

ーではかつて在留許可を有しない者にも生活費を支給していたが、現在では、住居、食物及び医療のみを提供している。この結果、病院に通う交通費に困るという事態も発生する。

4-6. スイス

- ・人口：約 700 万人
- ・移民率：人口 1000 人当たり 1.38 人 (2000 年推定)
- ・交換レート：1 スイスフラン=約 70 円

今回訪問した AIDE SUISSE CONTRE LE SIDA はスイスで唯一の全国規模の HIV/AIDS 専門 NGO である。

4-6-1. 政府機関の役割

各診療行為や医薬品の価格及び治療ガイドラインは連邦政府が決められている。前者は連邦社会保険局 Federal Office of Social Insurance, 後者は連邦公衆衛生局 Federal Office of Public Health (FOPH) が専門家とともに作成している。また、病院への治療費補填は郡 (カントン) レベルで行われている。貧困層への健康保険料の補助は地方自治体レベルで行われている。これらは HIV/AIDS に限られた仕組みではなく、他の疾病にも共通である。

4-6-2. 国家プログラム 1999-2003

「HIV 及び AIDS 国家プログラム 1999-2003」は連邦公衆衛生局 FOPH を中心に他の連邦組織や郡、非政府組織代表との広汎な議論を経て作成されたが、1993 年の FOPH による「スイスの HIV 予防：目的、戦略及び方法」を踏襲している。多くの施策はすでに実行に移されており、プログラムへの記載は施策を正当化し、国としての優先策を同定し、地域の実情に応じた履行を求めるものである。

スイスの HIV/AIDS 対策の成功は、世界的に知られている。フォーカスを絞ったメッセージ“安全な性行為”“安全使用”を、特定グループに照準をあわせて行ったことが効果を上げている。

HIV 感染検査で発見された陽性者は 1993 年以来半減し、ターゲットグループの危険低下行動様式は高いレベルで行われている。診断治療法の進歩によって HIV/AIDS 患者は将来を長期的に展望できるようになった。研究や予防活動の成果は常に対策に反映されている。

プログラムは政策決定者、予防及び健康専門家、HIV/AIDS 専門家向けであり、さまざまなアプローチの枠組みを設定するものである。プログラムの全体目標は：HIV 蔓延を食い止めること (すべての人口への予防活動の継続、特に危険性の高い個人やグループに対しての予防強化など)、罹患による負の効果を最少限にすること (治療、ケア、医療補助へのアクセス確保など)、連帯推進 (組織的、社会的、個人的差別の解消など) である。

具体的ゴールには差別解消や予防に関するもののほか、HIV 陽性者が自らが治療法と QOL (生活の質) を評価し治療方策を決定すること、日常生活の自立のためにカウンセリングやサポートが受けられることなどを掲げている。

4-6-3. 関連法規

HIV/AIDS のための特別法は存在しない。最高裁で HIV 感染者はたとえ症候を呈さず健康であっても病人であるとの最高裁判例がでていいる。また、感染を知らずにパートナーに伝染させたことが証明されたケースでは一般法により 4 年以下の有罪判決がでていいる。

4-6-4. サーベイランスシステム及び疫学情報

HIV 陽性確定者は 1985 年以降、検査所や医師から連邦公衆衛生局への報告が義務付けられており、その結果は毎月公表されている。報告には患者のイニシアル、生年月日、居住郡、性別、婚姻状態が記載される。予防活動が効を奏し、新たな感染者は 1991 年の 2,144 人をピークに減少しつづけたが、2000 年には 584 名で、減少傾向に歯止めがかかったといわれている。静中薬物使用者及び男性間性交 (MSM) による感染が減少している。1990 年以降、異性間性交が新感染者の多くを占め、1997 年には 50% を超えた。感染者の大半が 20-40 歳代の若い層である。感染直後には感染検査を行わないことが多く、FOPH に報告されるのは主に過去の感染である。約 16% は AIDS 発症の 1 ヶ月前になって初めて感染検査を受けていいる。

血清陽性者は推定 13,000-19,000 人であり (1998 年)、15-49 歳人口の 0.35-0.51% である。比較のため、ドイツ 0.10%、オーストリア 0.23%、イタリア 0.35%、フランス 0.43% である。

一方、AIDS と診断された患者は医師から FOPH へ報告される。1994 年をピークに減少しており、2000 年の報告数は 257 例である。三剤またはそれ以上の抗レトロウイルス薬を投与する HAART の導入による。1983 年-2000 年の累計は 7,036 人である。

死亡症例は連邦統計局 Federal Statistics Office に報告される。1998 年の死亡者は 150 人であり、1994 年の 22% となっている。2000 年には AIDS 症例及び死亡症例の減少がかなり減速した。

4-6-4. 抗レトロウイルス療法

最新の知見に基づき、FOPH 及び連邦 AIDS 委員により治療ガイドラインが作成され公表されている。

使用される抗レトロウイルス薬の価格は国による公表リストに記載されている。

4-6-5. 健康保険と医療体制

健康保険制度及び医療体制について、HIV/AIDS に限って特筆すべきことはない。つまり、HIV/AIDS も病気のひとつであり、他の疾患に適用されていることが HIV/AIDS にも適用されている。

1996 年からスイス居住者は健康保険への加入が義務付けられた。この強制保険は政府によってではなく民間保険会社によって運営されている。スイスには 120 の保険会社があり、うち 20 のみが大規模で、他は小規模保険会社である。住民は保険会社や契約内容を自由に選ぶことができる。基本保険料は政府によって決められているが、サービスやわずかな保険料の違いで住民は加入する保険会社や契約を選択している。

検査、診察、処置、手術、入院、医薬品などの価格は連邦社会保険局 federal office of social insurance によって決められ公表されている。治療を受けた場合、自己負担額は免責など契約内容によって異なるが、例えば最低 230SFR の免責額及び残額の 10% 負担 (限度額 600SFR) の契約で年額計 830SFR が自己負担となる。手術代は民間保険では満額カバーされず、不足分は郡によって補われている。また、医師が認めれば自宅での家事手伝いなども一部保険適用される。

保険料は収入によらず一定である。標準コース (月額 120SFR から) と高額コース (月額 250 SFR) から選ぶことができる。標準コースは必ずホームドクターを経由して、専門医に紹介されるシステムである。高額コースはホームドクターを経由せず直接専門医を受診することができる。しかし、スイスではいづれの保険にせよ病院は自由に選択できず、居住地に近い病院に限られている。また、入院は 4 人部屋である。

さらに保険料を上積みし、私的保険に加入することもできる。私的保険では、病院及び担当医を自由に選択したり、指名することができ、また個室も使用できる。ただし、契約時に HIV 陽性の場合、私的保険に加入することはできない。これは HIV/AIDS に限られたことではなく他の慢性疾患でも同様である。

一人あたりの HIV 感染症治療費は年間おおよそ 20,000SFR (約 140 万円) との非公式試算がある。これには罹患による労働損失などの間接費用は含まれていない。Jean-Pierre Danthine らによりスイス全体では直接損失及び間接損失合計 414 百万 SFR と見積もられている (別添 4 スイス 8)。

4-6-6. 在留許可を有しない移民、難民等の抗 HIV 医療

居住権を有しない移民、難民は、HIV 感染者であるか否かに関わらず、強制送還される。ただし、重症 AIDS 患者 (米国 CDC 分類でステージ C) でありかつ、本国で治療手段がないアフリカ、南米諸国出身者はスイスに留まって治療を受けることができる。これはスイスも加盟しているヨーロツ

パ人権コード European Code of Human Rights に従った措置である。前記二条件のうち一つでも満たさない者は、健康状態が許す限り本国に送還される。

5. 考察

平成12年度の研究活動は、調査意義及び目的を明確化し、それに相応な調査書を作成することを中心とした。その結果、日本の医療体制に相当するものとして先進諸国ではどのような医療体制で HIV/AIDS に臨んでいるのかという当初の研究スコープをはるかに超え、高額な医療費を要する抗レトロウイルス治療の経済的側面を掘り下げ、さらに移民・難民の医療費負担にまで踏み込むことになった。

訪問面接調査により、先進諸国でそれぞれの国の歴史的、社会的背景により、医療費保障、特に移民・難民の医療費負担に違いがあることが彷彿としてきた。収集情報の詳細な解析と補強により、今後さらに理解を深めたい。

マクロレベル(国単位)での調査を行うために、各国の中央行政の担当者からの情報収集を希望したが、必ずしもかなわずに、国を代表する NGO に紹介された(ベルギー及びスイス)。どちらの NGO も国から補助を受けており、専門家を含む相当数のスタッフを要して、国の施策や情報を十分把握し理解しており、本年度の調査研究に大変有益な支援を受けた。

今回訪問調査した4か国ではいずれも、HIV 感染検査は国民健康保険などにより無料または一定の負担で、開業医、検査書及び一般病院で広く提供されている。また、保険適用のためにスウェーデンを除き必ずしも匿名ではない。一般検査所では ELISA によるスクリーニングのみ行い、擬陽性は高度検査所(リファレンスラボラトリー)に送付し確定検査を行うなど検査の合理化も図られている。全般的に、我が国の検査体制とは異なっている。

HIV 感染が確認されると HIV 専門家のいるクリニック/病院で治療が行われている。ヨーロッパ諸国の医療システムに則って開業医からの紹介による場合もあるが、HIV 感染症に関しては直接、専門医にかかることも許されている。治療法の進歩が早く複雑なため専門家による治療が必要なこと及び流行当初の社会的スティグマによるためである。

大勢患者のいる地区の専門病院・専門医に患者が集中しており、また、それらの専門家が治療薬の臨床試験にも参加している。このような場合、どこで適切な HIV 医療が受けられるかという情報が重要であろう。

一方、HAART 療法により外来での治療が可能となり、年4回程度の受診を軸に、ソーシャル・ワ

ーク、ホーム・ヘルプ・サービス等を含む在宅療法が、専門病院及び自治体等の支援によって組織的に提供されるようになり、費用も補填され、HIV 医療の一環として社会的に定着してきている。

治療費及び医薬品は無料(イギリス)または一部負担(スウェーデン、ベルギーおよびスイス)である。いずれの国の HAART 療法も年間百万円以上から二百万円近くの医療費を要するが、相当額が医療保険制度によりまかなわれている。

滞在許可を有しない感染者特に発展途上国からの感染者に対して、イギリス及びベルギーは無料の医療提供システムがある。スウェーデン及びスイスにはこのような仕組みはなく、我が国同様、医療現場等で困難な問題となっているようである。

今回の研究テーマとしては取り上げなかったが、効果的な予防対策が感染者減少に重要な役割を果たしていると思われた。感染者の減少が認められた国では、予防対策の成功を宣伝していた。この点は、今後の重要な研究課題である。

6. 結論

以上の結果は、訪問国について収集資料を参考に訪問面接調査による聴取を中心にまとめたものである。今後さらに資料の解析と補強を進めるとともに、訪問国以外の国についても解析を進める。

様々な角度から検討して作成した調査書により、こちらの関心事項について確度の高い情報が収集できていると考える。しかし、医療保険制度や難民・移民の医療費負担などの詳細は面接調査が大変有効である。

また、現在、発展途上国からは情報が得られていないことから、平成13年度はさらに収集に努力する。

7. 謝辞

貴重な時間を割いて専門的観点から研究にご協力いただいた研究協力者(報告書1ページ)及び訪問を受け入れて下さった各国の担当官(別添2)に深謝いたします。林素子氏には小作業部会メンバーとしてもご協力いただいたことに感謝いたします。また、研究開始に際してご助言いただいた石川県立中央病院 河村洋一氏及びエイズ予防財団 沢崎 康氏に感謝いたします。

別添 1. 調査書送付先 (アルファベット順)

オーストラリア	<p>Mr. Paul Lehmann Director of HIV/AIDS & Hepatitis C Section. Center Office Canberra Department of Health & Aged Care HIV/AIDS & Hepatitis C Section MDP 13 GPO Box 9848 CANBERRA AUSTRALIA 2601 e-mail:paul.lehmann@health.gov.au</p>
ベルギー	<p>SENSOA KIPDORPVEST LI8 A - 2000 ANTWERPEN Tel:03-238 68 68 Fax:03-248 42 90</p>
	<p>ANNE - LIES VANMECHELEN Director of SENSOA info@aidsteam.be info@ipac.be http://www.soa-aids.net</p>
カナダ	<p>Ms. Nina Arron (Director) HIV/AIDS Policy, Coordination and Programs Division Centre for Infectious Disease Prevention and Control Population and Public Health Branch Health Canada PL1918B1, Jeanne Mance Building Tunney's Pasture Ottawa, Ontario Canada K1A 1B4 nina_arron@hc-sc.gc.ca</p>
中国	<p>高 細水 Gao Xishui Vice Director General 中華人民共和国衛生部国際合作司 北京后海北沿44号 100725 Beijing, CHAINA Tel:86-10-6879-2282 Fax:86-10-6879-2295</p>

	<p>沈 洁 国家衛生部疾病控制司処長 中華人民共和國衛生部疾病控制司処長 北京后海北沿44号 100725 Beijing, CHAINA Tel:86-10-64033127</p>
フランス	<p>Ms. SUZANNE GUGLIELMI French Ministry of Health Division sida 8 Avenue de Segur 75007 PARIS Tel:(33) 40564293 Fax:(33) 40565620 SUZANNE.guglielmi@sante.gouv.fr</p>
ドイツ	<p>Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in Köln order@bzga.de http://www.bzga.de</p>
イタリア	<p>Dr. Giovanni Rezza AIDS Unit at the National Institute of Health Istituto Superiore di Sanita-Rome e-mail:gianni.rezza@iss.it</p> <p>Dr M. Novella Cordone (coordinator) Centro Operativo AIDS - Ministero della sanit Via della Sierra Nevada, 60-00144 Roma - Italy Tel:0039.6.59944121 Fax:0039.6.59944296 mn.cordone@santia.it</p>
韓国	<p>朴 岐東 (Dr. Park Kindong) 大韓民国 福祉部 AIDS/STD 感染症御担当者 Bureau of public Health Ministry of Health and Welfare Kwachon-city 427-760 Republic of Korea/大韓民国</p> <p>Kim HoonSoo</p>

	<p>Korean Anti-AIDS Federation 〒110-500 Seoul 特別市鐘路区恵化洞 136-1 2 階 Bldg 2F, 136-1 Ehwa-dong, Chongno-gu, Seoul Tel:82-2-747-4070 Fax:82-2-747-4073</p>
ミャンマー	<p>Dr. Myint Zaw, Program manager Dr. Khin Ohnmar San, Assistant Director AIDS Prevention and Control Programme Department of Health 36, Theinbyu Road, Yangon, Union of Myanmar</p>
	<p>Dr. Ohn Kyaw Chief director International Health Division Ministry of Health 27 Pyidaungsu Yeiktha Road, Yangon Tel:95-1-210618 Fax:95-1-210-652</p>
スウェーデン	<p>The National Institute of Public Health : NIPH swedish Folkhalsoinstitutet Fax:+46 8 566 135 05 e-mail:info@fhi.se www.fhi.se</p>
	<p>The swedish Institute fir Health Economics : IHE Fax:+46 46 12 16 04 e-mail:info@ihe.se www.ihe.se</p>
スイス	<p>Jean-Jacques Thorens, chef adjoint de la section sida Office federal de la sante publique, 3003 berne Tel:031 323 87 92 Fax:031 322 24 53 54 jean-jacques.Thorens@bag.admin.ch</p>
タイ	<p>Dr Chaiyos Kuananusont. Director, AIDS Division</p>

	<p>Department of Communicable Disease Control Ministry of Public Health Tivarond Road, Nonthaburi, 1100 Thailand Tel:+66-2-5903201 Fax:+66-2-5918413 chaiyos@health.moph.go.th</p>
--	--

イギリス	<p>Mr Alastair Finney Department of Health Rm LG35 Wellington House 133-155 Waterloo Road London SE1 8UG United Kingdom e-mail:Alastair.Finney@doh.gsi.gov.uk</p>
	<p>Miss Kay Orton Department of Health Rm 632B Skipton House 80 London Road London SE1 6LH United Kingdom e-mail:Kay.Orton@doh.gsi.gov.uk</p>

アメリカ	<p>American Social Health Association PO. Box 13827, Research Triangle Park, NC 27709 Tel:(919) 361-8400 Fax:(919) 361-8425 www.ashastd.org www.iwannaknow.org</p>
------	---

ベトナム	<p>National AIDS Committee of Vietnam # 36 Cat Kinh street, Hanoi, Vietnam Tel:(84-4) 733 5728 / 823 2678 Fax:(84-4) 733 5726 nac@netnam.org.vn</p>
------	--

別添 2 海外における HIV 感染症医療体制の訪問面接先一覧 (平成 12 年度 訪問国順)

国 (訪問順)	氏名	官職、所属	住所
スウェーデン	Knut Lidman M. D., Ph. D.	Karolinska Institute, Division of Infectious Diseases, Department of Medicine, Karolinska Hospital	Stockholm
	Gunilla Rådö	Principal Administrative Officer, National Institute of Public Health	Stockholm
	Peet J. Tull	Medical Director, Division of Communicable Diseases Control, National Board of Health and Welfare	Stockholm
イギリス	Liz Davies	HIV/GUM Pharmacists, Chelsea & Westminster Hospital	London
	Linda Johnson-Laird	HSD7, Department of Health	London
	Kay Orton	PH4, Department of Health	London
ベルギー	Koen Block	SENSOA	Antwerpen
	Bob Colebunders	AIDS Clinical Research Unit, Department of Clinical Sciences, Institute of Tropical Medicine	Antwerpen
	M.D., PH.D.	Assistant Medical Information, AIDS SUISSE CONTRE LE SIDA	Zürich
スイス	Joachim Boss	Lawyer, AIDS SUISSE CONTRE LE SIDA	Zürich
	Pierre Heusser	Institute Economie Management Santé	Zürich
	Pascal Zurn		Lausanne

別添 3 .

February 9, 2001

Name

Organization

Address

**RE: Letter of request for providing us with relevant information on
National HIV/AIDS policy.**

Dear Madam/Sir

It would be greatly appreciated if you could send to us the information refereed above by the end of February 2001. I am one of the investigators of the research project funded by the Ministry of Health, Labor and Welfare focusing on 'development of health care systems for HIV/AIDS in Japan'. For that purpose we need as many available official documents related to this issue as possible listed in the attached request sheet.

In Japan, the number of people with HIV/AIDS has been increasing dramatically during the last couple of years although a total number is still low as compared to other countries: 7,729 including 1,991 immigrants as of October 2000. The magnitude of such trend will curve the health care system of Japan as a whole in near future. The goal of our project is to develop the system for providing better and appropriate health care with people suffered from HIV/AIDS in Japan regardless of nationalities. The term of this project is between April 2000 and March 2003. Our research aims at reviewing the health care and support systems for the people with HIV/AIDS in other countries focusing on financial aspects.

I express my sincere appreciation for your cooperation in advance and am looking forward to hearing from you soon.

Yours faithfully,

Kazuko Kimura, Prof.,PhD,
Division of Pharmacy and Health Science, Department of Natural Science and
Technology, Graduate School of Kanazawa University
13-1 Takara-machi, Kanazawa city, Japan 920-0934
Tel/Fax : +81 76 234 4402
E-mail: kimurak@dbs.p.kanazawa-u.ac.jp

Encl

《Request Sheet》

Documents including the followings:

- (1) National HIV/AIDS Policy and Strategy.
- (2) Epidemiological data of HIV/AIDS and Surveillance system.
- (3) Laws and Regulations related to HIV/AIDS.
- (4) Recommended antiretroviral drugs regimens.
- (5) Cost coverage by the government including anti-retroviral drugs for both citizens and non-citizens.
- (6) Average medical expenses per person for recommended antiretroviral drugs.
- (7) Special medical and social support systems and/or programs for HIV/AIDS (if any) for both citizens and non-citizens.

Please fill out the following sheet for future correspondence.

Name: _____

Title: _____

Organization/Institution: _____

Address: No. Town _____

City _____

Country _____

Tel: Country code _____ Area code _____

Fax: _____

E-mail: _____

Thank you very much for your cooperation.

Kazuko Kimura

Kazuko Kimura, PhD

Division of Pharmacy and Health Science, Department of Natural Science and
Technology, Graduate School of Kanazawa University

13-1 Takara-machi, Kanazawa city, Japan 920-0934

Tel/Fax : +81 76 234 4402

E-mail: kimurak@dbs.p.kanazawa-u.ac.jp

別添4 主な収集資料リスト

オーストラリア

- 1) National HIV / AIDS Strategy 1999 – 2000 to 2003-2004, Changes and Challenges, Commonwealth Department of Health and Aged Care
- 2) Annual Surveillance Report, HIV/AIDS, Hepatitis C & Sexually Transmissible Infections in Australia, edited by National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research
- 3) Annual Report of Behavior, 2000, HIV/AIDS, Hepatitis C & Related Diseases in Australia, edited by National Centre in HIV Social Research
- 4) Australia's partnership approach to HIV/AIDS, Commonwealth Department of Health and Aged Care

ベルギー

- 1) Prins Leopold Instituut voor Tropische Geneeskunde, Antwerpen, Annual Report 1998
- 2) De Epidemiologie van AIDS en HIV-infectie in Belgie, 31 December 1999

カナダ

- 1) Canadian HIV/AIDS Resources Volume 1, March 2001, Health Canada
- 2) Beyond Our Borders, A Guide to Twinning for HIV / AIDS Organizations, Interagency Coalition on AIDS and Development, Health Canada, CD-ROM
- 3) Completed Questionnaire of the health system for the treatment and care of HIV infection, by Irene Goldstone RN, BN, MSc, Director, Professional Education and Care Evaluation, British Columbia Centre for Excellence in HIV/AIDS, Canada

イタリア

- 1) Aggironamento Delle Linee-Guida Sulla Terapia Dell'infezione Da HIV (Circolare n.8 del 22 giugno 1998) Roma, 14 maggio 1998, Commissione Nazionale per la Lotta Contro l'AIDS E Le Altre Malattie Infettive, Ministero della Sanità
- 2) Decreto del Presidente, Della Repubblica 8 Marzo 2000, (pubbl. sul supplemento ordinario alla G.U.n.248 del 23 ottobre 2000) Progetto obiettivo "AIDS 1998-2000"
- 3) Bollettino per le Farmacodipendenze e l'Alcoolismo, Numero Speciale AIDS, ANNO XXI 1998 N.4, United Nations Interregional Crime and Justice Research Institute Ministero della Sanità

スウェーデン

- 1) HIV Prevention in Europe, Report from Sweden, Gunilla Rådö, National Institute of Public Health, Sweden
- 2) Swedish National public health policy for STDs/HIV, Basis and Principles, the National Institute of Public Health,
- 3) HIV/AIDS s Surveillance in Europe, June 2000, Institut de Veille Sanitaire(InVS), France, Euro HIV, European Center for the Epidemiological Monitoring of AIDS,UNAIDS/WHO Collaborating Centre on AIDS
- 4) The New Swedish Public Health Policy, Gunnar Ågren , Anna Hedin, National Institute of Public Health, Sweden ingår I Folkhälsoinstitutets serie Dokument om Folkhälsa, nr 2/2000
- 5) HIV-och AIDS-statistik, 1985 t.o.m.001231
- 6) General Facts on Sweden, Svenska Institutet, 2001-03-21
- 7) SOCIALSTYRELSEN Today, The National Board of Health and Welfare, valid from July 1st 2000
- 8) Prevention HIV & STD in Sweden, the National Institute of Public Health

スイス

- 1) HIV and AIDS, National Program 1999-2003, Swiss Federation Office of Public Health
- 2) Aids und HIV in der Schweiz, Epidemiologische Situation Ende 1999, Bundersamt für Gesundheit
- 3) Factsheet on the epidemic of HIV and AIDS in Switzerland (case reported until March 31 2001, Swiss Federal Office of Public Health)
- 4) Completed Questionnaire of ICASO (International Council of AIDS Service Organizations) by Swiss AIDS Federation
- 5) Modern anti-HIV therapy, Markus Flepp et al. Swiss MED WKLY 2001;131:207-213. www.smw.ch
- 6) Die Obligatorische Krankenversicherung Kurz Erklärt, Bundesamt für Sozialversicherung
- 7) Rapport annuel, AIDS Suisse Contre le SIDA, AIDS Suisse Contre le SIDA
- 8) Social Cost of HIV/AIDS in Switzerland, Jean-Pierre Danthine, Pascal Zurn, Martin Rickenbach, Patrick Taffé
- 9) www.admin.ch/bag: Site pf the Federal Office of Public Health: information about strategy, epidemiology , politic,a.s.o.
- 10) www.aidsnet.ch: Site of the National Documentation Center

- 11) www.aids.ch: Site of the National NGO: information about therapy, discrimination, self help group, a.s.o.

イギリス

- 1) RE:Letter of request for providing us with relevant information on National HIV/AIDS policy, e-mail from Linda Lazarus to Linda Johnson-Laird, 16/02/2001 12:28
- 2) Health Service Circular, Series Number: HSC 2000/029, Issue Date 01 September 2000, NHS executive
- 3) NHS & non-UK nationals, Factsheet 50, February 2001
- 4) United Kingdom, Fact Sheet on HIV/AIDS and sexually transmitted infections, 2000 Update, UNAIDS & World Health Organization
- 5) New British HIV Association (BHIVA) Guidelines for the Treatment of HIV-infected adults with antiretroviral therapy, Issued December 1999, BHIVA writing Committee on behalf of the BHIVA Executive Committee, <http://www.aidsmap.com>

カウンセリング体制の充実強化に関する研究

分担研究者：児玉 憲一（広島大学保健管理センター）
 研究協力者：矢永由里子（国立病院九州医療センター：研究1担当）
 山中 京子（東京都衛生局医療福祉部エイズ対策室：研究2担当）
 横田 恵子（大阪府立大学社会福祉学部：研究3担当）
 山本 博之（東京都衛生局医療福祉部エイズ対策室：研究4担当）
 小島 賢一（荻窪病院血液科：研究5担当）
 平林 直次（東京医科大学精神神経科：研究6担当）

1. 研究の背景と目的

HIV感染者のカウンセリング（心理社会的相談援助）において専門カウンセラーが果たす役割が大きいことは周知のことである。ただ、専門カウンセラーの中核を成す臨床心理士（以下、CP）及び医療ソーシャルワーカー（以下、MSW）の2職種について、いずれも国家資格制度が未確立のため、わが国の医療保健福祉領域において定員の確保がきわめて困難である。そこで、ブロック拠点病院における専門カウンセラーの配置はエイズ予防財団リサーチレジデントで、拠点病院及び保健所等に対しては都道府県の派遣カウンセラーで対応しているのが実情である。

本研究は、このような状況のなかで、ブロック拠点病院及び拠点病院の専門カウンセラーと派遣カウンセラーが、各都道府県や各ブロックの地域特性や感染状況に応じて、どのようなシステム、援助技法、教育研修方法、他職種との連携方法等を確立していけばよいかを研究することを目的とする。

2. 研究方法

本研究では、ブロック拠点病院、拠点病院、派遣等でHIVカウンセリングに従事している専門カウンセラー（CP、MSW、精神科医）の研究協力を得て、次のような観点からの6研究プロジェクトを組織した。まず、地域特性や感染状況を考慮し、関東圏とそれ以外の地域に分け、それぞれの地域を臨床心理学的な視点（研究1、2）と、医療社会福祉学的な視点（研究3、4）から別個に調査研究を行った。また、地域を超えてHIV専門カウンセラーを支援する体制づくりをめざし、情報支援ネットワーク構築（研究5）及び精神科医との連携（研究6）に関する調査研究を行った。以下に、各研究プロジェクトごとにその研究成果の概要を紹介し、最後に本研究全体の総括を行う。

3. 研究成果

1) 研究1：各ブロックの感染状況に応じた臨床心理学的援助体制に関する研究 —ブロック拠点病院と派遣事業におけるカウンセリング体制の現状と課題—

研究協力者：矢永由里子

<目的>派遣カウンセリング制度とブロック拠点病院のカウンセリング制度の実態を把握し、これらの制度を医療現場のカウンセリングニーズにより応えられる形にするための具体的方策を提言することを目的とする。<方法>8ブロック拠点病院のカウンセラー8名と35自治体の派遣カウンセラー44名等を対象に、半構造化面接とアンケート調査を行った。<結果>現在のカウンセリング体制に以下の3カテゴリーの問題構造があることが判明した。①雇用条件：保障・勤務形態・経済性の不安定さ ②制度利用上の問題点：制度導入の未整備・カウンセリングの認識の不十分さ・派遣事業の行政の支援体制の弱さ ③実施上の問題点：環境整備の必要性・スーパービジョンの必要性<考察>上記の3点の問題について対処する必要がある、その具体策として、ブロック拠点病院のカウンセラーと派遣カウンセラーの相互連携を活性化することが提案された。また、今後は拠点病院の院内カウンセラーとの連携も視野に入れた、より組織だったカウンセリング体制に向けての研究と事業を行う必要性が指摘された。

2) 研究2：関東圏の感染状況に応じた臨床心理学的援助体制に関する研究 一関東圏における専門的 HIV カウンセリングの利用経験に関する研究：HIV 感染者に対するアンケート調査を通じて

研究協力者：山中京子

<目的> HIV感染者を対象に調査を実施し、「直接的利用者」の視点から、以下の2点を明らかにすることを目的とする。①専門的カウンセラーを利用した問題領域を明らかにする②専門的カウンセラーから受けた援助内容を明らかにする。<方法> 関東圏の拠点病院及び協力病院36か所で治療を受けている感染者を対象に、専門カウンセラーの利用経験に関するアンケート調査を実施した。<結果> 124名の感染者から得た回答を分析した結果、以下の3点が明らかになった。①専門カウンセラーのアクセシビリティあり群の利用経験率は約76%で、そのうち57%が定期的・継続的に利用していた。②専門カウンセラーの利用がもっとも多かった問題領域は、「告知後の動揺」、「仕事・学校での苦労」や「経済的な問題」であった。③専門カウンセラーから受けた援助内容でもっとも多かったのは情緒的サポートであったが、次いで福祉制度に関する情動的サポートも多かった。<考察> 感染者が必要な時確実にカウンセリングを利用できるように、感染者本人に対する院内カウンセラー及び派遣カウンセラーに関する情報提供のあり方を再検討する必要がある。また、回答した感染者の多くが「生きる意味や人生の振り返り」に関した悩みを抱えているのに、その相談は少なかった。実はその方面こそ専門カウンセラーは得意であるといった情報を提供する必要がある。

3) 研究3：各ブロックの感染状況に応じた医療社会福祉学的援助体制に関する研究 一ブロック拠点病院におけるソーシャルワーク機能：業務分析から抽出した現状と展望

研究協力者：横田恵子

<目的> 多くの国立病院や大学病院では、ソーシャルワーカーは医療職や行政管理職によって残余的な仕事をする者と解釈され、専門職としては扱われておらず、その結果さまざまな職種がソーシャルワークを行っている。このような中で、ブロック拠点病院のソーシャルワーク機能の現状を明らかにし、今後の展開を模索する手がかりを得ることが本研究の目的である。<方法> 関東圏を除く8ブロック拠点病院で心理社会的援助業務を行っているCPやMSWなど11名を対象にディープインタビューを行い、そのカテゴリー分析を行った。<結果> 以下のような現状が抽出された。①ブロック拠点体制には一定の医療水準向上の成果があったこと②医療専門職集団におけるソーシャルワークの認知と理解が鍵を握っていること③リサーチレジデントを始め様々な専門性を持つスタッフがソーシャルワーク機能を果たすことで組織レベルでのサービスの向上に役立っていること④ソーシャルワーク機能を担う者は、専任ナースと協働していること⑤医療における生活問題の増加とHIVケースワークが増加していること⑥ブロック拠点病院に蓄積された経験を効果的に還元する時期に来ていること⑦HIV医療の持つ先駆性革新性を広げていきたいという使命感を持っていること⑧当事者の組織化支援やNGOとの連携を積極的に行う必要性を視野に入れていること⑨当事者の視点からの施策提言の必要性があると感じていること等の現状が抽出された。<結果> これらの結果を踏まえて、ブロック拠点病院のソーシャルワーク機能は、生活問題を権利や人権の視点で扱えるようなソーシャルワーク的視点を援助者側が獲得する必要があること、ブロック内の当事者組織や病院に対してさまざまな働きかけを行うことで、患者側のエンパワーメントを促進し、医師-患者関係を改革していくことなどが求められていることが指摘された。

4) 研究4：関東圏の感染状況に応じた医療社会福祉学的援助体制に関する研究

研究協力者：山本博之

<目的> 首都圏の医療機関に在籍するソーシャルワーカー(SW)がどの程度HIV感染

者への支援経験があるかを調査し、医療社会福祉学的援助の現状を把握し今後の課題を明らかにする。〈方法〉東京都医療社会事業協会理事会の了承を得て、同協会会員名簿をもとに、郵送にてアンケート調査を実施した。〈結果・考察〉203名のSWの回答者のうち、「感染者支援経験あり」群 66名 (32.5%)。そのうち、エイズ診療拠点病院のSWの占める割合は7割。ただ、一般医療機関のSWが約2割を占め、今後様々なフィールドのSWが感染者支援を経験する可能性を示唆した。「経験なし」の理由は大多数が「受診がない」と答えたが、こうした医療機関においても常にソーシャルワーク援助を効果的に提供出来る知識的、技術的な準備を整えておく必要性が指摘された。

5) 研究5：カウンセラー支援ネットワークの構築に関する研究

研究協力者：小島賢一

〈目的〉本研究は、専門カウンセラーを支援するための情報ネットワークを構築するため、インターネットを利用した情報流通・交換について、カウンセラー対象に意識調査を行い、インターネット上で情報提供を開始し、問題点を検討し改善のための方法を探ることを目的とする。〈方法〉平成12年1年間にインターネット上で提供されたHIV関連情報を元に調査票を作成し、臨床心理士等を中心に研究協力者らとEmail交換の実績のある者及びHIVカウンセリングに参画が予定されている者59名を対象に、Emailによる依頼と調査票回収を行った。〈結果〉有効回答数は45名(有効回収率76%)。主な結果は、以下の3点である。①経験年数や担当事例数が少ない若いカウンセラーほど幅広い情報を求めた。②女性のカウンセラーは、学会や厚生科研のテーマ、疫学関連、女性保護、予防といった問題により強い関心を示した。③男性感染者を多く扱っているカウンセラーほど疫学関連、予防等の情報を高く評価し、異性間性行為経由の感染者を多く扱うカウンセラーほど差別、検査や薬品関連の情報を高く評価した。〈考察〉HIV関連の情報が溢れる中で、当初の予想とは逆に、全体に選択的というより幅広く多くの情報を求めていることが明らかになった。今後は、情報の重要度や緊急性について目安となる記号を付記して伝達することも検討したい。自由記述では、心理学的知見の情報提供、カウンセラー固有の情報交換の場を求める者が多く、カウンセラー独自の支援方法を模索する必要があることが示唆された。しかし、ネット上のセキュリティを考えると、独自の情報交換とネットワークについては慎重に進める必要がある。

6) 研究6：精神科医と専門カウンセラーの連携に関する研究

研究協力者：平林直次

〈目的〉精神科医とカウンセラーとが連携しHIV痴呆のスクリーニングを行うための日本語版HIV痴呆スケール(Japanese version of HIV dementia scale: JHDS)の開発を行った。〈方法〉英語版HIV痴呆スケールを邦訳し、これに基づき検査施行の実際をビデオ撮影し、インストラクション用CD-ROMを作成した。このCD-ROMを研究協力者などに配布し、精神科医またはカウンセラーである調査者にJHDSの施行方法を修得させた。研究の趣旨を説明し同意の得られた感染者32名と対照99名にJHDSを施行した。〈結果〉JHDS得点は、HIV痴呆(ADC)の有無とだけ有意に相関することが明らかとなった。対象20名については初回施行から4週間後に再施行し、JHDSの再現性が確認された。また、JHDSとminimal state examination test (MMSE)の両者を施行した39名については両検査の相関関係を検討し、両検査の得点の間に有意な正の相関関係が認められた。JHDS得点による痴呆のcut off pointを10点とした場合、感度100%、特異度88.7%であった。〈考察〉JHDSはHIV痴呆の臨床スクリーニングの有効な検査方法であることが示された。今後JHDSを用いてHIV感染者に認められる知的機能低下の全国調査が必要である。

4. 初年度の総括

まず、継続研究から総括したい。

研究2は、首都圏を中心とする関東圏の拠点病院及び診療協力病院の医師及び感染者を対象に、専門カウンセラーの認知度や利用経験に関する実態調査を通して、医師や感

染者による専門カウンセラーの利用をいかに促進するかについて、有効な情報提供が必要であることを繰り返し指摘してきた。とくに最終年度の本年度は、感染者が「告知後の動揺」や「仕事や学校での苦勞」では専門カウンセラーによく相談しているが、「生きる意味や人生の振り返り」に関する悩みというきわめて心理的な相談が意外と少ないという重要な指摘があった。いずれにしても、わが国ではHIVカウンセリングが比較的普及している首都圏でなければできない重要な研究であった。

実質的に継続研究2年目の研究6は、精神科医とCPが協力してHIV痴呆を早期に発見するためのスケールJHDSの開発が着々と進められている。本年度は、都内の数病院を受診している感染者を対象にJHDSを施行したが、今後は全国的な規模で標準化のための作業が展開される必要がある。

研究1、3、4、5は、本年度が初年度で、今後の継続研究のための基礎的、探索的な調査研究が行われた。

研究1及び3は、それぞれ臨床心理学的と医療社会福祉学的と切り口は異なるが、ブロック拠点病院を核にした心理的、社会的な援助体制を構築していくために重要な知見を提供してくれることが期待される。研究4は、いわば研究2のSW版であり、先進地域である首都圏のSWを対象としているだけに、実際の援助経験をもとにHIVソーシャルワークの新たな技法やシステムが今後提言されることが期待される。

研究5は、従来電話やFAXによって行われていた専門家支援方法を、インターネット上の電子メールやホームページなどで行うというまったく新しい試みである。事前のニーズ調査も、実際の情報提供も、サービスの評価もネット上で行われる。迅速かつ容易な方法である一方、個人情報保護など配慮及び検討すべき課題は多いと予想される。

研究1：感染状況に応じた臨床心理学的援助体制に関する研究 —ブロック拠点病院と派遣事業におけるカウンセリング体制の現状と課題—

矢永由里子
国立病院九州医療センター感染症対策室

研究協力者：

古谷野淳子（大阪府健康福祉部）
高田知恵子（群馬社会福祉短期大学）
仲倉高広（国立大阪病院）
加瀬まさよ（北海道大学医学部附属病院）
田上恭子（国立仙台病院）
島典子（新潟大学医学部附属病院）
山下美津江（県立石川病院）
菊池恵美子（国立名古屋病院）
喜花伸子（広島大学医学部附属病院）
内野悌司（広島大学保健管理センター）

研究要旨：

今後のカウンセリング体制の充実強化の具体策を検討するため、ブロック拠点病院（8ブロック）とカウンセリング派遣事業に関係するカウンセラー（35自治体）を対象に、現状のカウンセリング体制の問題点と今後の方向性について分析を加えた。主に各ブロック内での半構造面接の形態に沿ってのカウンセリング制度について協議と事後アンケートという手法を取った。

その結果、現在のカウンセリング体制に3カテゴリーの問題構造があることが判明した。(1)雇用条件：保障・勤務形態・経済性の不安定さ(2)制度利用上の問題点：制度導入の未整備・カウンセリングの認識の不十分さ・派遣事業の行政の支援体制の弱さ(3)実施上の問題点：環境整備の必要性・スーパービジョンの必要性。今後心理的フォローを必要とする感染者や専門カウンセラーの必要性を持つ医療機関へのカウンセリング支援を充実させるためには、上記の3点の問題について対処する必要があり、本研究を通しその具体案も示された。その一つとしてブロック拠点病院のカウンセラーと派遣カウンセラーの相互連携が望まれている。今後は、拠点病院の院内カウンセラーとの連携も視野に入れた、より組織だったカウンセリング体制に向けての研究と事業が重要と考える。

1. 研究の背景と目的

HIV医療のカウンセリングは、1980年代後半に主に血友病治療の基幹病院に導入されたのを始めに、1990年代半ばからは地方自治体によるエイズ拠点病院への派遣カウンセリング事業として、その後引き続き1997年には、ブロック拠点病院設置に伴うブロックカウンセリング事業という形でその活動を展開している。

HIV医療に携わる拠点病院についての1999年の調査では¹⁾、「感染者の心理的フォロー」に困難または障害を感じると答えた医療施設は43.9%にのぼり、カウンセラーの専属がないため「カウンセラーの必要性を感じる」とする施設は1998年の29.7%から1999年には37.1%に増加していると報告されている。また、カウンセラーの配置状況の項目で、「医師・看護婦で十分」と答えた施設は、1997年の24.5%から1999年には6%と減少している。このような調査結果から、HIV医療での専門カウンセラーの必要性は年々高まっていることが判明した。しかし、一方で、派遣カウンセリング事業を利用する施設は1999年の時点で25.2%に留まっており、社会資源の一つとして既存するカウンセリング事業の利用度は決して高いとは言えない。

本研究では、派遣カウンセリングとブロック拠点病院におけるカウンセリングの制度の実態について、カウンセリング担当者を対象にその問題や課題を調査・分析し、この制度をより充実させ、HIV医療現場のカウンセリングニーズに応える形にするための具体的方策について考察を加える。

2. 方法

2.1 調査対象

1999年6月現在、派遣カウンセリング事業は、25都道府県、5政令市、2中核市で実施されている²⁾。また、8ブロック拠点病院でもそれぞれがカウンセリング事業を展開している。本研究では、各ブロック拠点病院のカウンセラー（以下ブロックカウンセラーと略す）とブロック内の派遣カウンセリング担当の代表者が合同で半構造面接の形態に沿って協議を開催した。

8ブロック拠点病院のカウンセラーが8名、28自治体の派遣カウンセリングの代表者、派遣事業は開始されていないがカウンセリング窓口となっている7自治体の担当者を合わせて44名、行政担当者（オブザーバーとして）が2名と、総勢54名が本研究の対象となった。対象者の内訳を表1に示している。