

ニティごとに適合した展開を図るためコミュニティプログラムを策定している。その手順は①問題の同定、②分析・解析、③解決方法の同定、④実施である。

CAS は、カナダ全土に 120 のコミュニティベースの ASO (AIDS Service Organizations) を持ち、それぞれの ASO で、教育、サポート、地元政府への要求を行っている。連邦政府-CAS-ASO-コミュニティと連携している。

HIV は他の疾患と異なる。その理由は、一般的にカナダ人が信心深く、セックスや死を公言することを好まないこと、HIV が、最初、同性愛者の中で広まったため、差別を受けたことである。そのような背景の中で、同性愛者を中心に HIV 感染者が団結し、政府に対し政策の要求を行ってきた。一例としては、当初治療薬がトロント、モントリオール、オタワなどの大都市のみで抗 HIV 薬へのアクセスが可能で、地方では入手困難であったが、政府への要求により、3~5 年以内にすべての州の州郡で入手可能となった。

NGO が強力な背景には、カナダの政治的地位のある多くの人々が、NGO の出身者である。HIV 流行以前からも政治的に力のある NGO があり、コミュニティ政治が盛んだった。

4-1-9. 移民・難民などに対する HIV 医療供給

1991 年以前、政府は HIV/AIDS と共に生きる人々を公衆衛生を脅かす存在とし、カナダに入国することを許可していなかった。1992 年以降は HIV(+)でも半年以内のカナダ滞在は認められるようになった。政策上、6ヶ月以内の滞在目的で入国した無症候性の HIV 陽性者は、HIV 陽性だからといって入国が拒否されるべきでないといわれている。6ヶ月以上の滞在を希望する人、カナダよりも感染症の罹患率が高い国にいた人などの特定のグループは、トレーニングを受けた医師による健康診断を要求され、そこで HIV 感染の有無も調べられる。

移民 (Immigration: 合法的に永住権を求め上陸地を探す人々) は、抗 HIV 薬により長期生存が可能となり、カナダに 5 年間いると生産性が消費より多くなるという考えに基づき、条件付で入国が認められるようになった (カナダの移民法では、公衆衛生や保安に危険を及ぼすような人やヘルスサービスの需要が非常に大きい人の入国は認められないとしている)。永住が認められた例がこれまでに少なくとも 5 件はある。オンタリオ州の場合、移民は 3 ヶ月後に健康保険の受給資格者となるが、申請中でも保険適応がある。

難民 (Convention Refugees: 人種、宗教、社会的グループ、政治団体に対する迫害を恐れ、

帰国を望まない人々) は、基本的に、健康状態を問わずカナダに滞在する権利を持つ。HIV 感染者も入国を拒否されない。難民の資格を失ったとしても、瀕死の状態の人、過剰な拘束を受けている人、非人道的な治療を受けている人は、カナダに留まることができる。しかしその場合は、自国で適当な治療を受けられないことでなんらかの被害が増大するときに限られる。瀕死の状態の人や帰国して不適当な治療を受けることによる被害に直面するであろう人は、PDRCC (the Post-Determination Refugee Claimants in Canada) の利益を拒否されない。難民に対しては、ただちに州や中央政府が医療費をカバーするようになっている。

4-2. サンフランシスコ (米国カリフォルニア州)

人口: 米国 278,058,881 人 (2001 年推定)、サンフランシスコ 768,312 人

移民率: 米国人口千人当たり 3.5 人 (2001 年推定)、サンフランシスコでは人口の 34%が外国生まれ (1990 年米国国政調査)。資格外滞在者が 19%低く見積もられている。

換算レート: US\$1=126 円

政体: 50 州とコロンビア特別区からなる連邦共和制

4-2-1. 行政システム、政策・政略、法令

連邦レベルではホワイトハウスの国家 AIDS 政策室 Office of National AIDS Policy が国内政策、国際政策の調整を行っている。連邦レベルの HIV/AIDS 患者ケア予算は 108 億ドルである (2000 会計年度)。

Ryan White Comprehensive AIDS Resources Emergency (CARE) Act (ライアンホワイトケア法 1990 署名 1996 改正) は HIV/AIDS を罹患した低所得者層や健康保険で十分保障されていない人々のケアを支援する連邦法である。連邦、州および地方自治体 (カウンティ、市) のファンドにより予防及び治療・ケアプログラムが提供されている。私的ファンドも重要な財源である。

連邦及び各州で法令 (Code) を整備し、各自治体で具体的施策を行っている。

カリフォルニア州で HIV/AIDS 関連規定のある法律はビジネス・プロフェッショナル法、民法、教育法、家族法、政府法、健康・安全法、労働法、刑法、運送法、福祉・施設法である。代表的なものを紹介すると以下のとおりである。

差別について最も包括的な連邦法は 1990 年心身障害者法 (ADA) である。HIV/AIDS と診断された者は障害者とみなされ、雇用、公的サービス及び公的施設での差別が禁止されている。

カリフォルニア州法は連邦 ADA の要求を取り込むとともに、さらに HIV 感染をはじめ障害者への差別禁止に独自の根拠を与えており、差別禁止を公的医療施設だけでなく公共輸送手段、養子縁組機関、私立学校、ホテル、居住施設にまで広げている。

カリフォルニア州健康・安全法は州・地方公的健康施設が有する AIDS 関連情報を本人や後見人の 書面による同意がない限り漏洩してはならないと定めている。カリフォルニア政府法は民間保険に加入できない HIV 感染者に薬物療法プログラムを提供する Medi-Cal 根拠法である。

サンフランシスコ市では HIV 予防計画委員会が CDCP (Center for Disease Control and Prevention) のサポートを得てサンフランシスコ公衆衛生省 AIDS 室とともに包括的な「2001HIV 予防計画」をまとめた。これは新たな HIV 感染の排除を目標に疫学情報、戦略、サーベイランス及び研究、プログラム評価、調整などに及ぶものである (全 232 頁)。

4-2-2. サーベイランスシステムと疫学情報

米国 CDC (Center for Disease Control) に報告されている全米の HIV 感染者は 127, 286 人、AIDS 患者 322, 865 人である (2000 年 12 月)。HIV 感染者は 800, 000~900, 000 人と推定されている。診断されておらず、感染に気づいていない感染者が推定約 30 万人いる。累積 AIDS 患者は 753, 907 人である。AIDS はカリフォルニア州 (CA) の最も重大な健康問題のひとつである。

カリフォルニア州では 1983 年以降医師などのヘルスケア提供者が地方自治体に AIDS 症例を氏名とともに報告することが義務付けられている。累積 AIDS 症例数は 122, 837、CA は全米の 15.9% を占める。死亡数は 75, 045 (死亡率 61.1%)。白人 MSM の報告数が最も多いが、有色人種の罹患が人口に対して不均衡に増加している (2000 年 12 月現在)。

サンフランシスコ (SF) の AIDS 患者は累積 27, 332 人となり人口 10 万人に対して全米一の高率である。カリフォルニア州の 23%、全米の診断症例の 4% に相当する。すでに 18, 500 人が 1981 年以来 AIDS で死亡しており、本人や周辺で AIDS 死亡や罹患などの影響を受けていないサンフランシスコ人は少ない。2000 年 12 月 31 日現在の人口 10 万対 AIDS 症例は 1, 146 人であり全米でも最も高い地域のひとつである。サンフランシスコの危険行為群の HIV 感染率の詳細なプロファイルも研究されている。

HIV 感染者については報告義務がなかったため、公的ファンドを受けているカウンセリング・検査所から報告されているだけであった。

HIV 感染者は CA で 65, 000 人程度と見積もられている。氏名を除いた HIV 感染者の報告制度が FY2001-02 実施される。

4-2-3. HIV 感染検査

刑法犯以外は HIV 感染検査は任意である。雇用や健康保険加入にあたって検査の強要は禁止されている。結婚証明書取得時には AIDS や HIV 検査情報が提供され、妊婦には HIV 情報提供やカウンセリングが主治医から行われる。匿名検査が郡運営の代替検査所 (ATS) で無料で提供されている。被験者は氏名ではなく、番号で扱われる。一部の診療所でも匿名検査が行われている。匿名検査は宅送キットでも行われるようになり、被験者は郵便でサンプルを送り、結果を電話で聞くことができる。

一般にスクリーニングは ELISA、確認試験は WB で行われている。Mission neighborhood Health Center ではオラシユア法も行われている。開業医は通常検査設備を持っておらず、患者が検査施設に赴いて検査を受ける。検査設備を有する病院もある。大きな民間保険会社 (カイザーなど) は独自の検査施設を持っている。

4-2-4. HIV 感染症の医療体制

市民はかかりつけ医をもち、HIV 感染症になってもそのままかかりつけ医が診ている場合と開業医から専門家に移る場合もある。専門施設は HIV Resource Guide (SF AIDS Foundation 作成) に記載されている。このガイドには医療施設の名称、所在地、開業時間、患者の資格、登録方法、使用言語、サービス内容、交通手段などが記載され、患者の便が図られている。開業医はそれぞれ受入れる保険を決めているため、貧困層はかかれぬ開業医が多い。貧困層は Medi-Cal を受入れる公立病院で診療を受ける。

サンフランシスコのラテンコミュニティにある Mission Neighborhood Health Center は 1967 年に設立された SF 最初のコミュニティヘルスセンターである。スペイン語を母国語とする人々の居住地域にあり、スペイン語で診療が受けられる。1989 年に HIV 診療科 Clinica Esperanza が設立され、医療、心理社会的サポート、健康教育、栄養指導等のサービスが提供されている。アドヒアランス向上プロトコルの作成が米国厚生省の健康資源サービス局 (HRSA) の研究費で行われている。

サンフランシスコは HIV/AIDS 医療の全米的中心であり、患者が全米から集まって来ている。ニューヨーク、シカゴも同様に積極的に医療が提供されているが、同じ国内でも地域差は大きい。公立病院の San Francisco General Hospital には無料の Warmline が設けられ 24

時間体制で医師、薬剤師、臨床看護婦が全米の専門家からの相談に応じている：HIV Telephone Consultation Service:800.933.3413。HIVについて一日10～20回の間合わせがあるのに対し、薬物乱用者の針交換は一日20～40回であり、アメリカ社会の乱用問題の深刻さが窺われる。

4-2-5. HIV感染症の医療保障

HIV感染症の医療保障は他の疾患と同様である。米国は先進国の中で例外的に国民皆保険制ではなく、人々は任意に民間保険に加入している。65歳以上および障害者はMEDICAIRで保障され、低所得者層にはMEDICAIDが適用される。カリフォルニア州ではMEDICAIDに相当するMedi-Calを運営している。また、低所得者のAIDS関連医薬品のアクセスを確保するため、the AIDS Drug Assistance Program(ADAP)が提供されている。

4-2-6. 抗HIV療法

カリフォルニア州ではHAARTは年間US\$12,000-15,000を要する。この費用は民間保険およびMedi-Calでカバーされる。これらの対象外でも要件に該当すればthe AIDS Drug Assistance Program(ADAP)のリスト掲載医薬品を受けることができる。ADAPは400%貧困ライン(2001年では年収US\$34,360)以下は無料で供給される。

MedicaidやADAPで供給される薬の数は州によって異なっている。CAは米国最大数を掲載しておりADAPで145医薬品が対象、うち抗レトロウイルス薬ARVは17掲載されている。これに対しオクラホマ州では10のみ掲載されている。

4-2-7. 民間団体(NGO)の活動

多くの民間団体がHIV感染の予防、治療、社会的サポートに活躍している。

最も古く又よく知られているサンフランシスコAIDS財団は年間延べ数千人のHIV/AIDS患者に医療、社会、法律、経済、カウンセリングなどの情報提供、紹介、相談を行っている。四半期ごとBulletin of Experimental Treatments for AIDSの発行や国際的な活動も行っている。資金は連邦政府、州政府、市政府及び民間から集められている。事業にはライアンホワイトケア法が適用されている。

民間の予防や医療活動に多額の公的資金が投入される一方、個々のプログラム評価も重視され、評価法も研究されている。

4-2-8. 移民・難民などのHIV医療

渡米に際しVISAを取得しHIV(+)であること

が移民局に発見されると本国送還になる。ただし地方自治体によって対応が異なりSF、NYでは送還されない。HIV(+)に気づかれずに入国すれば、無料HIV検査が提供される。SFでは法的地位にかかわらず医療、医薬品へのアクセスもある。HIV Immigration Project、ADAPなどが適用される。コミュニティクリニックはライアンホワイト基金や郡政府により費用が賄われている。SFに住所を有することが適用要件であるが、家賃が高いため住所を有することが障壁となっている。弁護士協会が法的地位に関しサポートしている。

このようにHIV陽性の資格外滞在者に対する医療保障は米国内でも州、郡によって異なっているが、サンフランシスコでは複数のプログラムを組み合わせ医療が受けられる。

第2部 シンポジウムの企画

4-3. シンポジウムの企画案

4-3-1. 標題

HIV/AIDS：必要とする人々にケアは届いているか、英文はHIV/AIDS Care：Who is most in need?

4-3-2. 開催趣旨

我が国では旧厚生省によってHIV/AIDSとともに生きる人々のために国立国際医療センターエイズ治療・研究開発センター、ブロック拠点病院、拠点病院からなる三層の医療システムが構築された。また、抗HIV療法によってHIV感染症は必ずしもAIDS発症や死亡に繋がる疾患ではなくなってきた。しかし、社会的弱者には様々な理由でこの恩恵に浴せない人々がおり、不治の病に苦しんでいる。海外のHIV感染症医療体制の専門家と日本の専門家が一堂に会し、情報交換、意見交換を通じ、日本のHIV感染症医療システムの改善に資する。

4-3-3. 目的

- ・日本のHIV/AIDSケアに関する現状と問題点の確認
- ・PWHIAに対する医療ケアシステム、特に社会的弱者に対するものについて外国の取組みを紹介
- ・日本のHIV感染症ケアの中長期目標、手法の同定

4-3-4. 講演者、参加者

日本の識者に加え、海外でHIV感染症医療の供給に関し、目覚ましい成果を上げている識者を招聘し、シンポジウムを行う。

4-3-4. 開催時期 (予定)

2002年 11月

5. 結論及び考察

AIDSは当初、同性間性的接触者から流行したため、偏見を生み差別を受けた。感染者や支援者が団結して立ち上がり、政府に対策を要求し引き出して来たということが HIV/AIDS が他の疾患の取組みと大きく異なる点である。今では原因も特定され、疾病が一般の人々の間にも広がり、偏見も薄らいできているが、カナダ及び米国では民間団体が政府の施策に大きな影響力を持っている伝統は変わらず、市民が施策を要求し、政府がそれを財政的に支援していることが観察された。また、サンフランシスコでは民間の及ばない対策（貧困層や資格外滞在者）を政府が補完しているという官民の棲み分けが明確に認められた。

HIV/AIDS 医療政策は官と民の役割分担特に、特に施策に対する市民のリーダーシップが注目されるとともに、このような取組み姿勢が今後 HIV/AIDS 以外の政策形成にも影響を与えるのではないかと考えられた。

6. 健康危険情報

該当なし。

7. 研究発表

学会発表

1. 高西優子、木村和子、池上千寿子、石原美和、桜井賢樹、澤田貴志、高田昇、林素子、圓山誓信、白阪琢磨:海外をモデルとした HIV 感染症の医療体制の確立に関する研究。第15回日本エイズ学会学術集会・総会、東京、2001年11月

表1. 州・準州による HIV 感染検査と HIV 報告

州・準州	利用可能な検査方式	HIV 感染報告開始時期	HIV 感染報告施設	州・準州への報告方式
ブリティッシュ コロンビア州	N, NN, A	---	---	
ユーコン準州	N, NN	1995	P	N
ノースウェスト準州	N, NN	1988	L, P, RN	N
ヌナブット準州	N, NN	1999	L, P, RN	N
アルバータ州	N, NN, A	1998	L, P	NN
サスカチュワン州	N, NN, A	1988	L, P	NN
マニトバ州	NN	1987	L, P	NN
オンタリオ州	N, NN, A	1985	L, P	N, NN
ケベック州	N, NN, A	---	---	---
ニューブランズ ウィッグ州	N, NN, A	1985	L, P, RN	NN
ノバ・スコシア州	N, NN, A	1995	L, P	N
プリスイ. エドワー ド. アイランド州	N, NN	1988	P, RN	N, NN
ニューファンランド州	N, NN, A	1987	L, P	N

A=匿名 (Anonymous)、L=検査施設 (Lab)、N=記名式 (Nominal/Name-Based)

P=開業医 (Physician)、NN=無記名/不特定 (Non-Nominal/Non-Identifying)

RN=正看護職 (Registered Nurse)

別添 1

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@db.s.p.kanazawa-u.ac.jp

別添2 海外訪問面接先一覧(平成13年度 訪問国順)

国名	氏名	官職・所属
カナダ (オタワ)	Michael McCulloch	Manager, Policy Unit Canadian Strategy on HIV/AIDS Centre for Infectionud Diseases Prevention and Control Health Canada
	Patti Murphy	Program officer · Colleague of Michael McCulloch
	Nenr M. Nerb	Senior Social Services Policy Adviser
	Donald Sutherland MD, MCOMMH, MSc(Epi)	Director Bureau of HIV/AIDS, STD and TB, Health Canada
	Chris P. Archibald MDCM, MHSc, FRCPC	Chief, Division of HIV Epidemiology
	Ping Yan, Ph.D.	Division of Modelling and Projection
	Carol Milstone, Ph.D.	A/Senior Research and Planning Officer
	John Kim, Ph.D.	HIV testing program, Reseach Laboratory, Health Canada
	Rita Pettes	Nurse, HIV/AIDS Program at City of Ottawa
	Hannah Cowen, RN.	OASIS-sponsored through the Sandy Hill Community Health Center
	Don Killby, M.D.	Director, University of Ottawa Health Services
	Lizanne Beiqve B.Pharm, Pharm.D.	Clinical and Reseach Pharmacist
	Suzie StGermain	Nurse
Gerard Yetman	Manager, Canadian AIDS Society	
Elaine Tapp-Sears BScN, R.N.	Anonymous HIV Testiong Coordinator Somerset West Community Health Centre	
Todd Cunningham M.S.W., R.S.W.	Community Outreach Team Leader/Counsellor	
米国 (サンフランシスコ)	James Loyce, JR.	Deputy Director of Health for AIDS Programs City and County of San Francisco
	Gladys Sandlin	Mission Neighborhood Health Center, Executive Director
	Fernando Gómez-Benitez	HIV Services Director
	Cristina I. Gruta, PharmD Kirsten B. Balano, ParmD. Amy V. Kindruck M.D., M.P.H.	National HIV Telephone Consultation Service, National Clinicians' Post-Exposure Prophylaxis Hotline, Community Provider AIDS Education & Training Center, UCSF Department of Family and Community Medicine, San Francisco General Hospital
	Leslie Hanna, Florence Cepeda S. Jorge Zepeda, MA	Editor, Treatment Publications, San Francisco AIDS Fundation Case Manager, HIV Services and Treatment Support HIV Services and Treatment Support

別添3 主な収集資料リスト

カナダ

- 1) Canada's Health Care System/カナダの保健制度, Health Canada
- 2) Current Realities: Strengthening the response Canada's Report on HIV/AIDS 2001
Health Canada
- 3) Basic Facts Canadian Strategy on HIV/AIDS 2001, Health Canada
- 4) HIV/AIDS and Immigration Final Report 2001, Prepared by Alana Klein 2001 Canadian
HIV/AIDS Legal Network
- 5) HIV and AIDS in Canada Surveillance Report to June 30, 2001, Division of HIV/AIDS
Epidemiology and Surveillance Bureau of HIV/AIDS, STD and TB Population and Public
Health Branch November 2001
- 6) Directory Member Programs and Services Canadian, AIDS Society July/2001
- 7) HIV/AIDS Epi Updates May 2001, Division of HIV/AIDS Epidemiology and Surveillance
Bureau of HIV/AIDS STD and TB Centre for Infectious Disease Prevention Control Health
Canada
- 8) Canadian Strategy on HIV/AIDS Work Plans—2001-2002
Prepared by: Health Canada HIV/AIDS Policy, Coordination and Programs Division Version
Date: May 23, 2001
- 9) Canadian Strategy on HIV/AIDS Annual Direction—Setting Meeting Gray Rocks Inn,
Mont Tremblant, Quebec October 29 – November 1, 2000, Health Canada
- 10) Meeting Report: Canadian Strategy on HIV/AIDS Annual Direction—Setting Meeting October
29 – November 1, 2000 Gray Rocks Inn, Mont Tremblant, Quebec
Health Canada
- 11) Managing Your Health a guide for people living with HIV or AIDS Module 5, CATIE
- 12) KEY Canadian Partners and Regional Organizations ~ Canadian Strategy on HIV/AIDS,
Health Canada

米国

- 1) 2001 San Francisco HIV Prevention Plan, Prepared by Harder + Company Community
Research June 2001
- 2) A Brief Guide to California's HIV/AIDS Law—2000 Released January 2001
California Department of Health Services Office of AIDS
- 3) 2000 Resource Guide San Francisco AIDS Foundation 2001, San Francisco AIDS Foundation
- 4) Required Documentation for AIDS Drug Assistance Program (ADAP)
- 5) San Francisco ADAP 2000, Department of Public Health AIDS Office
- 6) BETA: Bulletin of Experimental Treatments for AIDS
Summer/Autumn 2001 Volume 14, Issue 2, San Francisco AIDS Foundation
- 7) BETA: Bulletin of Experimental Treatments for AIDS
Winter 2001 Volume 13, Issue 4, San Francisco AIDS Foundation
- 8) 2001 Clinical Measures, Health Care Maintenance & Hedis Measures Audit Summary, Mission
Neighborhood Health Center

HIV/AIDS 患者の療養継続への看護支援に関する研究

分担研究者: 渡辺 恵(国立国際医療センター エイズ治療・研究開発センター)

研究協力者:

本道 和子(東京都立保健科学大学)
 前田ひとみ(宮崎医科大学)
 南家貴美代(熊本大学医療技術短期大学部)
 大野 稔子(北海道大学医学部附属病院)
 菅原 美花(国立仙台病院)
 岡本 幸子(新潟大学医学部附属病院)
 内山 正子(新潟大学医学部附属病院)
 山下 郁江(石川県立中央病院)
 日比生かおる(国立名古屋病院)
 伊藤 由子(国立名古屋病院)
 織田 幸子(国立大阪病院)
 中田 佳子(広島大学医学部附属病院)
 城崎 真弓(国立病院九州医療センター)

平山 妙子(北海道大学医学部附属病院)
 高橋 睦(国立仙台病院)
 瀬賀 裕子(新潟大学医学部附属病院)
 西 幸子(石川県立中央病院)
 黒田 智枝(国立名古屋病院)
 内藤 正子(国立大阪病院)
 福田ムツ子(広島大学医学部附属病院)
 竹永 陽子(国立病院九州医療センター)
 山西 文子(国立国際医療センター)
 池田 和子(国立国際医療センターACC)
 大金 美和(国立国際医療センターACC)
 伊藤 将子(国立国際医療センターACC)
 中野恵美子(国立国際医療センターACC)

研究要旨

HIV/AIDS 患者の増加に伴い、糖尿病や精神疾患などの合併症、ホームレスや不法滞在外国人などの社会的問題を有する患者が増加している。このような患者では、単に HIV/AIDS 患者としての支援にとどまらず、合併症を視野に入れた支援や、患者自らの力では解決困難な問題に対する支援が必要になっている。

本研究では、HIV/AIDS 患者の療養プロセスに対する、有効な看護支援について検討することを目的とし、今年度は次の A)~C) の分析を行った。

- A) HIV 専任看護師の実践する支援のうち、在宅療養支援における支援内容と調整プロセスを明らかにする。
- B) エイズ拠点病院における、HIV 担当看護師と一般看護師の HIV/AIDS 患者に対する看護支援と認識の比較を行い、看護支援の評価を行う。
- C) エイズ拠点病院における HIV 担当看護師の、職場における位置や状況、看護支援を調査し、効果的な看護支援の実践に必要な条件の分析を行う。

その結果、在宅療養支援では、新たに母子保健分野への支援を要するケースが認められたこと。エイズ基幹病院が地域と連携を図る際に実施すべき支援内容は、アセスメント、本人の意思確認、支援の方向性の合意、地域担当者の確認、地域担当者のバックアップであることがわかった。また、HIV/AIDS 患者の看護に携わる看護師のうち、一般看護師に比べ HIV 担当看護師の方が、幅広い看護を提供していることがわかった。しかし、一般看護師は担当看護師の必要性を認識していないことから、担当看護師の実践が広く認知されていない可能性が推測された。さらに、HIV 担当看護師のうち、HIV/AIDS 患者のみに関わる専任者ほど、高度な知識、技術、判断が必要な看護支援を提供していることが明らかとなったが、専任看護師の配置は、通院患者数と関連しており、今後も専任者の配置が困難な施設で、看護の質をいかに保証するか、今後の検討課題となった。

研究の背景

HIV 感染症に対する治療法は、目覚しく進歩している。抗 HIV 薬の内服を継続しながら、健康状態を維持し、社会生活を送ることが可能になってきた。しかし、HIV/AIDS 患者の増加に伴い、近年、糖尿病や精神疾患などの合併症、ホームレスや不法滞在外国人などの社会的問題を有する患者が増加している。そのような患者では、単に HIV/AIDS

患者としての支援にとどまらず、合併症を視野に入れた支援や、患者自らの力では解決困難な問題に対する支援が必要になっている。エイズブロック拠点病院・拠点病院の中には HIV 専任看護師を配置し、このような問題に対しても、適切な看護支援を行っている施設がある。

前年度は、この HIV 専任看護師によって行われている服薬 adherence 形成について焦点を当て、

薬についての教育」であった。それ以外の15項目については、携わったことがあると回答した者は、HIV担当看護師の方が一般看護師と比較し、有意に高かった。

(3) HIV担当看護師の必要性の認識について

看護支援を充実させる上で、HIV担当看護師を配置することが重要であるかどうかを質問したところ、一般看護師の方が、HIV担当看護師と比較し、「必要ない」と回答した割合が高かった。

考察

看護経験の有無により、重要と認識されている看護支援の内容に違いがあること、HIV担当看護師の方が、HIV/AIDS患者に対し、幅広い看護支援を実施していることが示唆された。また、HIV担当看護師の必要性の認識については、HIV担当看護師自身はその必要性を感じており、一般看護師はその必要性を認識していない。拠点病院の中には、HIV担当看護師を配置していない施設も多く、一般看護師はHIV担当看護師の実践を知らない可能性が推測された。このことから、HIV担当看護師の実践の明確化を行う必要があると考えられた。

C) 効果的な看護支援の実践に必要な条件の分析方法

平成12年度に実施した「エイズ拠点病院における担当看護婦の活動に関する全国調査」で、HIV担当看護師がいると答えた103施設に研究協力の依頼を行い、88施設より承諾が得られた。88施設に質問紙を郵送し、その施設で働く108人のHIV担当看護師より回答が得られた。質問紙の内容は、専任の有無、勤務体制、活動場所、役職、実際行っている看護支援の内容、HIV担当看護師の定義と実際行っている看護支援内容の相違により構成した。

結果

担当看護師がHIV/AIDS患者にだけ関わる専任者である割合は全体の13%であった。

役職:専任の場合の役職はスタッフナースである場合が最も多い(50%)のに対し、HIV/AIDS患者に優先的に関わるが、他の疾患患者の看護も行う兼任者の場合、最も多かった役職は、婦長や士長であった(46.1%)。

通院患者数との関連:通院患者が少ない施設ほど兼任者である場合が多く、通院患者が多いほど専任者である傾向にあった。

HIV担当看護師の活動場所:専任者の場合は、外来で働く者が最も多く50%、外来と病棟の両方を活動場所としている者が42.9%であり、専任者の90%以上が活動場所の中に外来を含んでいた。一方、兼任者の場合、病棟のみで働く者が40.4%と最も多かった。

勤務体制:専任者の場合は92.9%の看護師が、日勤のみの勤務形態の中で働いているが、兼任者の場合は、日勤のみのものはわずか18%であり、その他の兼任者は、三交代や当直などのシフトがある中で仕事を行っている者が多かった。

看護支援内容:実際に行っている看護支援内容として、最も多い内容を5つ選択してもらった。専任者で最も多く回答のあった支援内容は、「患者教育」「服薬指導」「患者からの相談対応」「院内他部門との連絡調整」を挙げていた。それに対し、兼任者では、「患者からの相談対応」「院内他部門との連絡調整」「心理面への援助」「患者教育」を挙げていた。

HIV担当看護師の定義と実際行っている看護支援内容との相違について:本研究ではHIV担当看護師の定義を「患者の相談窓口となり、患者個々の疾患に関する相談、疾患・治療の説明、日常生活指導、服薬支援、予防教育、サポート形成支援、社会資源活用への支援、家族・パートナー支援を行うために必要な能力を有し、外来・病棟の枠を超えて患者にかかわり、さらに院外との連携・調整も行える勤務体制のもとで、ケースマネージメントする看護職を言う」と定め、これと実際に自分が行っている看護支援が当てはまるかどうかを質問した。専任者でははまると答えたのは64.3%、兼任者では27%であった。

考察

専任者の場合は、主に外来、あるいは外来と病棟を行き来し、日勤のみで働いていた。一方、兼任者の場合は、管理職にある者がHIV担当の任務を兼務し、病棟で働く傾向にあった。また、患者数が少ない施設ほど兼任者である場合が多く、患者数が多いほど専任者が配置されている傾向があり、施設における患者数と専任の有無は深い関連があることが示唆された。当然のことながら、実際行われている看護支援も、専任者の方がより高度な知識、技術、判断を必要とする支援内容を実践し、HIV看護で重要と考えられる患者教育、服薬指導に深く関わっていた。兼任者の場合は、服薬指導を行っている場合が少なく、患者からの相談や連絡調整、心理面への援助といったものが目立った。

HIV/AIDS患者の支援では、外来が重要な位置にあり、HIV担当者が病棟勤務の場合、患者に十分な支援を行うのが難しい可能性がある。また、勤務体制がシフトの中に組み込まれていることは、必要な時に対応できない可能性もある。通院患者の少ない施設では、専任者を配置することは困難であるが、HIV担当者としての役割遂行上、必要な基本的知識や支援技術を身につけたり、それらが効果的に実践できるような配置、勤務体制が考慮されたりすることが望ましいと考えられる。例えば、エイズ治療・研究開発センター等で実施し

ている医療者向け研修会に、HIV 担当者として参加したり、研修の成果が実践に生かせるよう、病棟勤務者の場合には外来との行き来が可能な勤務体制にしたりするなど、各施設可能な範囲で様々な工夫が考えられる。そのためには、研修参加者がその施設の HIV 担当者として認識され、その個人の意識が高められるのと同時に、院内での体制づくりには管理者の理解、協力が得られることが必須である。

結論

実践プロセスの分析で明らかになったことは主に次の2つである。1つ目は、在宅療養支援で母子保健分野への支援を要するケースが新たに認められたこと。2つ目は、地域との連携の際、エイズ基幹病院が実施すべき支援内容と調整プロセスであり、アセスメント、本人の意思確認、支援の方向性の合意、地域側の担当者の確認、地域担当者のバックアップである。

また、全国エイズ拠点病院 365 施設の内、38.3%にあたる 103 施設で、HIV/AIDS 患者に優先的に関わる HIV 担当看護師が配置されていること。この HIV 担当看護師の中には、HIV/AIDS 患者のみに関わる専任者と、他の疾患患者にも関わる兼任者が存在し、通院患者の多い施設ほど、専任者を配置する傾向にあることがわかった。また、専任者ほど、高度な知識や技術、判断が必要な看護支援を提供していることが明らかとなった。しかし、HIV/AIDS 患者に関わる可能性のある看護職であっても、HIV 担当看護師の必要性の認識は異なっており、HIV 担当看護師の実践が認識されていない可能性が考えられた。今後も、HIV 担当看護師の実践の明確化と普及啓発をさらに進める必要があることが明らかとなった。

健康危険情報

該当なし。

研究発表

学会発表

1. 渡辺恵：アドヒアランスを高める行動支援の取り組み。第 15 回日本エイズ学会学術集会・総会、東京、2001 年 11 月
2. 池田和子、大金美和、伊藤将子、大平幸乃、本道和子、渡辺恵、岡慎一、木村哲：HIV/AIDS 患者の受診継続の要因に関する研究。第 15 回日本エイズ学会学術集会総会、東京、2001 年 11 月

HIV 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: 兒玉 憲一(広島大学大学院教育学研究科)

研究協力者: 矢永由里子(国立病院九州医療センター)

内野 悌司(広島大学保健管理センター)

横田 恵子(大阪府立大学社会福祉学部)

山本 博之(東京都衛生局エイズ対策係)

小島 賢一(荻窪病院血液科)

平林 直次(国立精神神経センター・武蔵病院)

A. 研究の目的

本研究は、ブロック拠点病院及び拠点病院を中心としたカウンセリング体制を、各ブロックの地域特性や感染状況に応じて、どのように充実強化していけばよいかを研究することを目的とする。

B. 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、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。

C. 研究成果

1) 研究 1: HIV 医療と拠点病院勤務心理職の実態(担当研究協力者: 矢永由里子)

2 年目の本年度は、拠点病院勤務の全心理職に対しアンケート調査を実施した。212 通発送し、138 通の回答(回収率 65%)を得た。その結果、拠点病院の心理職の HIV 医療への関心や教育背景、臨床の実態を明らかにし、問題点を抽出した。また、面接調査等を行い、拠点病院心理職とブロック拠点及び派遣カウンセラー間の連携について問題点と今後の課題を検討した。

2) 研究 2: ピア・カウンセラーと専門カウンセラーの連携に関する研究(担当研究協力者: 内野悌司)

初年度の本年度は、感染者自身によるピア・カウンセリング活動を発展させるために専門カウンセラーが果たす役割を明らかにするため、全国の HIV 関連の NGO/NPO 70 団体を対象に、ピア・カウンセリングに関する質問票調査を行った。回答 28 団体(54%)のうち 4 割強の 14 団体でピア・カウンセリングを実施していることがわかった。この団体に対し郵送および電話による二次調査を行った。回答のあった 10 団体について、ピア・カウンセリングの定義、活動内容、養成方法、専門家との連携等の比較検討を行った。

3) 研究 3: 地方ブロック拠点病院に求められるソーシャルワーク機能の探索的検討(担当研究協力者: 横田恵子)

2 年目の本年度は、近畿ブロック内の滞日外国人 HIV 感染者への心理社会的援助の組織化をアクションリサーチとして行った。具体的には、エスニックコミュニティ・メンバーへの depth interview と公私協働・当事者参加型ワークショップが行われた。この過程で、ブロック拠点病院は、多職種の利害調整の場を提供し、そのカウンセラーはこのグループのマネジメント機能を発揮することが明らかになった。

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(2)(担当研究協力者: 山本博之)

2 年目の本年度は、昨年度の東京都に加え、茨城、栃木、群馬、埼玉、千葉、神奈川の各県の医療機関の医療ソーシャルワーカーに対して、HIV 感染者支援の経験の有無等を問う調査を行った。1,378 通送付し、499 通(36.2%)の回答を得た。HIV 感染者への支援経験者は、64 名(12.8%)で、そのうち 46.8%が拠点病院・協力病院の MSW であった。このことから、一般医療機関

のMSWは、感染者に関与する確率が高いにもかかわらず、HIV医療に関する研修経験が少ないことが明らかになった。

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(2) (担当研究協力者: 小島賢一)

2年目の本年度は、カウンセラーに向けた情報発信を試行した。対象クライアントの性質、あるいは担当地域により、送付情報を限定した。問い合わせに関して研究協力者等のコンサルテーションを適宜行った上で、回答した。54件の発信を行い、107名に配信が行われた。これらの情報を再評価するため34名のカウンセラーを対象にアンケートを行い32名から回答を得た。発信した情報の評価を、領域ごと、カウンセラーの地域ごとに検討したが、おおむね高い評価が得られていた。なお、カウンセラー同士の基本的資料の共有を目指したCD-ROM版資料集の作成を行った。

6) 精神科医と専門カウンセラーの連携に関する研究(2) (担当研究協力者: 平林直次)

本グループでは2年目(通算3年目)の本年度は、HIV痴呆の重症度と免疫学的指標との関係を明らかにするため、HIV感染者38名に日本語版HIV痴呆スケール(JHDS)を施行した。同時に、性別、年齢、教育歴、職業などの社会学的特性、CD4陽性細胞数、HIV RNA量、日和見感染症の有無、抗HIV薬服薬歴、精神疾患および神経疾患の既往歴などを調査した。JHDS得点とCD4陽性細胞数との間には有意な正の相関を認めた($p < 0.01$)。JHDS得点10点以下の感染者に、HIV痴呆が未診断となっている可能性が残された。今後は、カウンセラーと精神科医とのより密接な連携を行い正確に診断していく必要性が示された。

D. 平成13年度(第2年度)の総括

研究1では、全国の拠点病院勤務の心理職がHIV医療をどのように捉え、どのように関わっているかの実態が初めて明らかにされた。それによると、心理職の多くがHIV医療に肯定的な関心を示しているのに対し、実際に感染者患者が紹介される割合は非常に少なく、拠点病院における主治医から心理職への紹介依頼システムに依然問題があることが明らかになった。この点は、HIVカウンセリングを普及していく上で

も、非常に重要な点で、本グループが繰り返し注意を喚起してきた課題である。拠点病院のHIV感染症担当の医師には、再度院内の連携体制の点検をお願いしたい。

研究2では、全国のNGO/NPOにおけるピア・カウンセリング活動の実態調査が行われた。今回はわが国でも最初の実態調査ということで、各団体が「ピア」や「ピア・カウンセリング」をどのように定義しているかといった基本的な問題から、感染者等のピア・カウンセラーと専門家との連携のあり方まで幅広く調査した結果、多様な考え方や活動の実態が明らかになった。

今後は、ピア・カウンセリングの心理社会的援助活動としての独自性や有効性等を明らかにするとともに、その限界や問題点も浮き彫りにするような研究が必要と思われる。

研究3では、ブロック拠点病院のスタッフが院内活動から大きく踏み出し、滞日外国人感染者の援助のための組織づくりに参画することが試みられた。ただし、本年度は企画及び準備の段階にとどまっており、具体的な研究成果が述べられる段階には至らなかった。次年度以降に、アクション・リサーチとしての研究成果が蓄積され公表されることを期待したい。

研究4では、東京都及び関東6県のMSWに対して大規模な実態調査が行われた。その結果、感染者が集中している関東圏でも、HIV感染者への支援経験があるMSWは1割強に過ぎず、研究1と同じく、MSWの場合にも院内の紹介依頼システムの問題があることが明らかになった。

また、関東圏では、拠点病院や協力病院以外の医療機関でも多くの感染者が受診しており、したがってMSW全体のHIV研修が重要であることが再確認された。今後は、さらにデータの詳細な分析を行い、都及び各県における感染状況とMSWの意識や活動実態との関係を明らかにし、MSW関係団体に具体的な提言を試みる必要があると思われる。

研究5では、インターネット上での情報発信を続けるとともに、情報の受け手である専門カウンセラーに情報の評価をフィードバックしてもらい、情報の内容と情報に伝達手段を受け手のニーズに合わせる努力が続けられてきた。その過程で具体的な成果を上げる一方で、カウンセリングにとってはもっとも重要なプライバシー

保護の観点から、現在のネットワークシステムの限界も多いことが明らかになった。今後は、オンライン方式に偏らず、新たな情報交換媒体によるカウンセラー支援方法を開発していく必要があると思われる。

研究6は、通算3年目、つまり最終年度を迎えた。その間、JHDSの開発を成功させ、JHDS得点と感染者の認知障害の関係に関する前向き調査をスタートさせることができ、内容的にも本年度末でひと区切りをつけることができた。

ただ、HIV医療において精神科医と専門カウンセラーにはHIV痴呆以外にも、HIV感染と人格障害の二重障害の問題等、今後検討しなければならない課題は多く、新たな研究プロジェクトの組織化が必要と思われる。

E. 研究発表

著書

1. 兒玉憲一: HIV/AIDS カウンセリング「臨床心理学的地域援助の展開」、山本和郎: 23-35、培風館、東京

2. 矢永由里子(編): 「医療のなかの心理臨床—こころのケアとチーム医療—」新曜社、東京
論文発表

1. 兒玉憲一: わが国の HIV/AIDS カウンセリングに関する研究上の課題、日本エイズ学会誌 3(3): 155-158

2. 兒玉憲一: HIV/AIDS カウンセリングの現状と課題、総合臨床 50(10): 2766-2770

3. 兒玉憲一: カウンセリング体制の充実強化に関する研究、HIV 感染症の医療体制に関する研究平成 12 年度研究報告書: 267-270

4. 小島賢一他: カウンセラー支援ネットワークの構築に関する研究、HIV 感染症の医療体制に関する研究平成 12 年度研究報告書: 299-307

5. 平林直次他: 精神科医とカウンセラーの連携に関する研究、HIV 感染症の医療体制に関する研究平成 12 年度研究報告書: 308-312

6. 平林直次、赤穂理絵、笠原敏彦他: HIV 感染者に認められる精神障害、日本エイズ学会誌: 3(1): 99-104

7. Hirabayashi N, Fukunishi I, Kojima K, Kiso T, Yamashita Y, Fukutake K, Hanaoka T, Iimori M: Quality of Life (QOL) in Japanese

Patients with Human Immunodeficiency Virus (HIV) Infection, *Advances in Psychosomatic Medicine* 23, in printed.

8. Hirabayashi N, Fukunishi I, Kojima K, Kiso T, Yamashita Y, Fukutake K, Hanaoka T, Iimori M: The development of the Japanese version of HIV dementia scale (JHDS) to detect cognitive disorders in patients with HIV and its sensitivity and specificity, *The Journal of AIDS Research* 4, in printed.

9. Hirabayashi N, Fukunishi I: Psychiatric problems of Patients with HIV/AIDS in Japan Consultation-Liaison Psychiatry in Japan, *Advances in Psychosomatic Medicine* Vol 23 T.N. Wise Edt, Karger: 85-106

10. 山本博之他: 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、HIV 感染症の医療体制に関する研究平成 12 年度研究報告書: 296-299

11. 山中京子他: 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、HIV 感染症の医療体制に関する研究平成 12 年度研究報告書: 280-295

12. 矢永由里子: 今、求められている HIV 感染者へのカウンセリング、外来看護新時代 7(1): 54-61

13. 矢永由里子他: 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—HIV 感染症の医療体制に関する研究平成 12 年度研究報告書: 271-280

14. Yokota, K: The Disempowerment of Migrant Women: A Study of South East Asian Women in Japan, *社会問題研究* 51(1): 383-392

研究1:**HIV医療と拠点病院勤務心理職の実態—現状と課題、今後のブロック・派遣カウンセリングとの連携に向けて—**

矢永由里子(国立病院九州医療センター)

古谷野淳子(大阪府健康福祉部感染症・難病対策課)

高田知恵子(群馬社会福祉短期大学)

仲倉 高広(京都府健康対策課)

安尾 利彦(国立大阪病院)

山中 京子(大阪府立大学)

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)

山下美津江(石川県立中央病院)

島 典子(新潟大学医学部附属病院)

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)

研究要旨

本研究は、1)全国のエイズ拠点病院におけるHIV医療への心理職の関りについての実態調査、2)派遣カウンセラーと拠点病院の心理職の連携報告を行った。

実態調査では、日本臨床心理士会の協力を得て、各拠点病院勤務の心理職211名に調査票を送付、64.9%の回収率を得た。本調査では、1)回答者の22%がHIVのカウンセリング活動に従事、2)しかし66%が、患者受診中の拠点病院に勤務するも45%が患者との関りを持たず、3)HIV医療のカウンセリングについては肯定感や積極的な意見を持つ一方で患者がカウンセリングに繋がる体制が未整備、4)研修経験の有無がHIVカウンセリングの肯定感やカウンセリング施行の不安感と関連するという点が明らかになった。院内のHIV医療カウンセリング体制の今後の課題として、1)心理職のニーズに沿った研修の開催、2)患者がカウンセラーに繋がりやすくするための医療スタッフのカウンセリング理解の促進とそのための具体的な働きかけが必要であることが判明した。また、連携については、派遣カウンセラーと院内心理職が共同作業をする上で、双方の業務理解や、明確な役割分担が重要であることが判明した。

A. 研究背景・目的

今後のHIV感染者(以後、患者)の増加につれ、ブロック病院のみならず、各拠点病院でも患者診療の機会が増えることが予測される。現在は、主にブロック拠点病院にリサーチレジデントとして配置されているカウンセラー(以後、ブロックカウンセラー)と自治体雇用の派遣カウンセラーによって患者・家族の心理的支援が行われているが、昨年度の研究で報告したように、ブロック、派遣共々限られた人材の中で対応している現状では、患者増加が加速されれば各人の許容量を越える地域も出てくるのが容易に想像される。今後は、拠点病院の患者対応として、派遣カウンセラーの関りのみならず、拠点病院勤務の心理職の協力や派遣・ブロックと拠点病院間の連携も視野に入れたカウンセリング体制作りが重要な課題になると考えられる。

現在まで、拠点病院勤務の心理職のHIVへの関りの実態を把握する機会が欠けており、今回はその関りの全体状況の理解とその理解に基づいた今後のカウンセリング体制についての検討を行う。本研究と昨年度の「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」研究を通し、日本における心理職によるカウンセリング体制の現状と問題点の枠組みが明らかになると考える。

B. 方法**2-1 対象と調査方法**

1)① 対象者選択:全国の拠点病院勤務の心理職の所在を把握するため、各自治体の日本臨床心理士会HIV窓口担当者の協力を得た。各担当者に、各地域の拠点病院リストを配付し、リストに挙げた病院に勤務する心理職の氏名、所属科の記入とそのリストの返送を依頼。こちらからリスト上の心理職へ研究要旨の説明と協力依頼の文書を添えて、調査票を送付し、本人からの返送を依頼。

② 配付:2001年9月27日から同年10月30日、無記名自記式の調査票(52項目(15ページ))を配布。調査票は主な研究協力者と作成し、調査実施の前に心理職の2つの小グループに対し調査票の試行を行った。調査票の配付数211通、回収数は137通、回収率は64.9%であった。

③ 7県(山形、茨城、群馬、山梨、三重、和

歌山、長崎)では、どの拠点病院にも心理職が勤務していなかった。

④ 分析: 基本的記述統計と、比率の比較の場合 χ^2 乗検定を行い、適宜 Fisher の直接法、Yates の補正を施した。SPSS 9.0J for Windows のパッケージを使用した。

2) 実践報告: 派遣カウンセラーに院内心理職との連携をテーマとした実践報告を依頼。

2-2 分析の項目

1) 調査票

① 基本属性: 性別、年齢、経験年数、勤務所在地、所属診療科、所属以外の経験

② HIV に関する活動・研修・HIV 臨床経験

③ HIV 医療とカウンセリングについて

(1) カウンセリングの印象・意見

(2) 実施上の心配・不安

(3) カウンセリングに関していない理由

④ 実際の臨床経験: (1) 依頼システム (2) コンサルテーション (3) カウンセリングの種類

(4) 相談内容の分類

2) 派遣・ブロックカウンセラーとの連携

① 現在までの連携の実際 ② 今後の連携について

③ 連携の実践報告 ④ 派遣・ブロック制度の認知

C. 結果

3-1 調査票分析

1) 基本属性

① 137名、・男性28名[20.4%]女性103名[75.1%] (6名未回答)・平均年齢39.31歳(24歳~75歳)・平均経験年数13.53年(0.5年~35年)。

・勤務形態: 常勤81名[59.1%] 非常勤・嘱託46名[33.5%] その他(併任)[7.4%]。

② 勤務所在地: 北海道ブロック15名[10.9%]、東北ブロック10名[7.2%]、首都圏ブロック(東京都、千葉、埼玉、神奈川県)23名[16.7%]、北関東ブロック(群馬、栃木、茨城県)4名[2.9%]、甲信越ブロック(山梨、長野、新潟県)7名[5.1%]、北陸ブロック9名[6.5%]、東海ブロック24名[17.4%]、近畿ブロック22名[15.9%]、中四国ブロック17名[12.3%]、九州ブロック6名[4.3%]。

③ 所属科の内訳: 精神科73名[53.2%]、全科対応の相談室、医療相談係、医事課17名[12.4%]、心療内科13名[9.4%]、小児科10名[7.2%]、

リハビリテーション科5名[3.6%]、神経内科4名[2.9%]、その他(緩和ケア室、周産期センター、内科、脳外科、眼科、アレルギー科、難治感染症病棟など)

④ 所属科以外の患者の対応: 手続きなしで対応できる14名[10.2%] 手続きを経て対応できる105名[76.6%] 対応できない4名[2.9%]

⑤ 他科対応は幅広く、小児科(他科対応で最も多く17.2%)から、産婦人科、脳外科医、整形外科、内科、神経内科、泌尿器科、皮膚科、耳鼻科、呼吸器科まで。また珍しい取り組みとして、歯科口腔外科、アレルギー膠原病科、麻酔科、救命救急センターなどが挙げられた。

2) 活動・研修・臨床経験

① HIV に関する活動

表 1.1 参照

② 研修経験

表 1.2 参照

③ 臨床経験

図 1.1 参照

上記の表・グラフは、約2割の者がHIV関連の活動や臨床に関与していることを示している。また、研修参加では予防財団の研修が最も多く34.3%で、研修参加は実際の活動・臨床よりも割合が高くなっている。

3) HIV 医療のカウンセリングについての見解

① カウンセリングの印象・意見

カウンセリングについては、肯定的な印象・意見が上位を占め、カウンセリングに対する回答者の積極的な姿勢が読みとれる(表 1.3 参照)。また、76名(55.4%)は、HIV 医療ではカウンセリングが「他職種との関わりで展開される」という印象を持っていた。その一方で、自分が実際に携わる際のカウンセリングへの「戸惑い」や、接触機会が少ない「感染者の状況に対する分かりづらさ」を抱いていた。総じて、HIV 医療のカウンセリングについては関心が高いことを示した。

統計上、(1) 臨床経験年数10年以下と11年以上の2群、(2) HIV カウンセリングの研修を受けたことのある群とない群、(3) HIV カウンセリングの経験がある群とない群、(4) ブロック別に、カウンセリングの印象を肯定的印象(5項目)と