

4-1-6. 地域における HIV/AIDS ケアの取組み

池上千寿子:特定非営利活動法人ふれいす東京

年間 127 人の新記録

エイズ動向委員会は3ヶ月毎に新規に報告された HIV 感染者、エイズ患者の数を発表しているが、この数はほとんど毎回記録更新で増加の一途を示している。新聞の隅に載るだけの為、ほとんどの人は気にもしていないと思われ、最近ではエイズといえば日本では「問題ではない」とのようだが、実際は大違いと言える。

ふれいす東京は HIV 感染者、エイズ患者の支援を始めて8年が経過するが、(2001/4=2002/3)は、やはり記録を更新した。感染の告知を受けて、初めてコンタクトを取ってこられた感染者(患者を含む)が1年間で127人、月平均で10人を超えた。理由は二つあると考えられる。

一つ目は感染者総数が増えていることであり、二つ目は、民間活動組織であるわたしたちのサービスへの

ニーズが確実に存在し、しかも増えているからと思われる。

医療も福祉(行政サービス)もあるけれど

日本ではアジアやアフリカでは高価すぎて入手できない抗 HIV 薬による治療が可能であり、保険が使える、HIV 感染を診療する「拠点病院」が各地にあり、10年前と比べれば医療環境は格段の進歩と言える。

さらに HIV 感染者は障害者手帳の申請ができ、手帳を取得すれば、所得に応じて医療費の個人負担を軽減できる。システムとしては障害者枠での雇用の可能性もあり、医療と福祉のサービスは整いつつある。このような事情をよく知っている人からは、「民間のやることは少なくなったのではないか」とさえ言われたりするが、これは違う。

下表は HIV 感染者相談サービスの内訳と変化を示している。

相談内容	1999年	2000年	2001年
感染によって生じた対人関係上の問題	258	227	293
生活上の具体的な問題	441	362	530
感染以前から抱えていた心理的問題	16	30	67
病気や病態の変化に伴う不安や混乱	162	260	269
医療体制・医療との関わりについて	113	155	158
情報や知識の獲得	133	183	249
連絡等のコミュニケーション	285	506	471
より積極的な参加の希望等	97	234	253
合計	1505	1957	2290

もっとも多い「生活上の具体的な問題」とは、生活者として就労と療養の両立に関係している。ふれいす東京の「告知に関する調査」(1997)では自発的に保健所で検査をうけて告知にいたる人は20%程度であり、大多数は一般医療機関で検査を勧められ、十分な情報提供や説明がないまま告知を受け、(実は不必要であったのに)退職や転居をしてしまう場合もある。感染が判明すれば、その

事由によって就労や雇用の継続は困難になりうるのが現実で、法律家につなげる事例もある。障害者枠による雇用についても現実には厳しく、開かれているのは外資系企業だけといっても過言ではない。ふれいす東京の「(都内の拠点病院に通院している HIV 感染者の)就労と職場のプライバシー調査(n=156)」(2000)では、80%以上が通院は月に1回で、抗ウイルス薬を服薬している。有

職者は77.6%であるが、告知当時の就業率は87.9%であり、告知後に退職や転職をした人は27.3%であった。有職者のうち、職場に告知している人は14%(自発的告知は9%)、80%の人は「できれば・絶対告知しない」と回答している。感染を告げない環境の中で、通院や服薬、職場内健康診断の受診(感染者の受診率は50%以下であり、非感染者の受診率と比べると半分以下)、保険や障害者サービスの利用などについて不安や心配がつきまとうが、安心して相談できる相手がいない、サービスと利用とその影響について十分な情報がない、というのが現状である。したがって、民間で専門相談員(社会福祉士、臨床心理士、医療従事者など)のいる個別相談窓口の需要は増えるばかりで、相談内容はますます個別、多様化してくる。

HIV感染は医療的には慢性疾患と位置づけられるので、感染者はまず第1に生活者であり、医療や行政サービス等の社会資源を活用しながら自分の生活を継続してゆくことになる。抗ウイルス薬はあっても「決め手となる治療法」はなく、生活や就労環境にあわせて療養計画をたて資源の活用をコーディネートしていかなければならない。ところが、医療機関から他の資源への「つなぎ」をしてくれるケースは少数である。医療体制でも、セカンドオピニオンを求めにくい、複雑な服薬の説明をしてくれない、短い診療時間で質問できない、病院を代わりたいがどうしたらよいかわからない、などの相談がある。

PGM(peer group meeting) によるエンパワメント

1994年、ぶれいす東京を立ちあげた当時、「ネスト」は感染を知った人が安心して集まって語り合い、お茶をのみ、相談もできる「場所」であった。それから8年、「ネスト」は今でも当時のままの「安心できるフリースペース」で資料もあればインターネットも使える。月曜日から土曜日まで開いている。地方から入院のため上京するなど、

緊急用に宿泊もできる。一昨年からは新たなプログラムが次々に立ち上がった。それがPGMです。PGMのPはPEERで、「同等、対等な立場の人、仲間」を意味すると同時にPeer Empowerment Exchange RenewalのPEERでもあり、同じ立場によるエンパワメント、交流と情報交換が、告知後や療養生活の新たな出発点となることを願い、以下の3点を目的にしている。第1に、安全な出会いの機会の提供、第2に、利用可能な資源情報を増やすこと、第3にサポートを増やし自らの安定に役立てることである。誕生から約2年の現在、以下のグループにまで増え、昨年度のべ参加者数は1801人、これも過去最高であった。

- 告知後6ヶ月以内の人のグループ
- 結婚しているゲイ・バイセクシュアルのグループ
- ミドル(40歳以上)男性のグループ
- 異性愛男性のグループ
- 子供から告知をされた母親のグループ
- 女性のグループ
- カポジ肉腫・悪性腫瘍を持つ人のグループ
- 陰性パートナーのグループ
- 陰性+陽性カップルの会

「告知後6ヶ月以内の人のグループ」は告知から間もない人たちで、1グループ6、7人の規模で4回の会合をし、ピアとスタッフ1名ずつがペアとなりファシリテーター役をする。ファシリテーターはファシリテーターミーティングでファシリテーターの基礎を学んだ人たちである。このグループはすでに第7期まで終了した。前にも触れたが、告知を受ける人は自発的に検査を受け、あらかじめHIV感染や診療、福祉の情報を得ている例は少ない。突然の告知で告知後ライフのイメージも結べない、そんな中で同じような立場の仲間と出会い、必要な情報を得、ひとりではないこと、告知すなわち死ではないこと、安心して相談できる場があることを知ってもらう。

他のグループはもっと自発的に誕生し運営さ

れているものである。HIV感染というだけでなく、くりきれない多様なニーズが吹き出して、より絞り込まれた仲間を探した結果、必然的に誕生したといえる。ふれいす東京は「出会いの機会」と「安全な場」を提供し、必要に応じてコーディネート機能や支援機能を果たす、と言える。会合の回数もやり方もグループによって違ってくる。参加したい人は電話やメールで事前に申し込むことが必要である。

ネストのホームページはピアを中心に運営されている。ここでは感染者の日記や「よくある質問Q&A」が大好評である。例えば、「感染の事実を家族にどう告げようか」という質問に対して、10人以上の先輩たちが自分の経験をもとに、それぞれ多様なアドバイスを返してくれたりする。「べき」や「はず」や「ねばならぬ」ではない、生の体験や知恵、工夫、支援のメッセージが盛り沢山で、これこそPEERの本領発揮と言える。

個別多様な相談への柔軟な対応と支援資源の間のコーディネート、そして自助活動の支援と連携、これが民間の取組みであり、行政、医療との3つの柱の一つである。

4-1-7. 公開シンポジウム記録(付録)

5. 考察

3時間のシンポジウムの中にわが国のHIV感染症の蔓延と取組みの問題点が浮き彫りにされ、その改善の方策が見事に集約された。

木原氏は、日本はHIV感染の低流行国と分類されているが、本格的流行期に突入する危険性が高いことを警告している。政治家、行政のリーダーシップが弱くメディアも低調である。一方で性文化が氾濫し、特に若者の間でリスクの高い行動が広がっている。一方、知識の普及は不十分であり、本格的な予防は行われていない。検査体制も不備でありカウンセリングも整備されていない。そし

て、治療はキャパシティを超えそうな状況であるという。

沢田氏は、外国人HIV感染者の医療費未払い・医療機関が外国人診療に積極的・外国人の受診の遅れ・重症化という悪循環を引き起こしていることを指摘した。そして、医療通訳、カウンセリング及び緊急医療費財源の早急な確保を訴えるとともに、外国人労働者に対する包括的社会サービスの構築、国際的連携による取組強化、安価なARV治療プログラムの導入の重要性を強調した。

また、池上氏は安心して相談できる場所とピアによるエンパワメントの重要性を伝え、医療や行政サービスが整ってもそれだけでは支えきれない感染者のニーズがあり、医療や行政が地域と連携し支援することが必要であることを訴えた。

ウオルファー氏は移動労働者について移動の各段階でHIV感染に対し脆弱な状況におかれており、適合したプログラムによる介入の必要性を明解に示した。

わが国に在留する移動労働者に対する介入は勿論のこと、送出国との連携により送出国でも適切な介入が行われる必要性を示唆するものである。

ヴィトリア氏はブラジルの普遍的アクセスの実現には、人権尊重の概念にもとづいて政府の早期介入、多領域からの動員、予防と治療のバランス、市民社会の積極的参加の4原則が重要だと紹介した。各国はブラジルを真似るのではなくそれぞれの状況に応じた原則を見つけだし、自分で責任をとってプログラムを組む必要性を説いた。

ブラジルの原則はわが国でも十分考慮に値するものであろう。

オブライエン氏はポピュレーション・ヘルス・アプローチにより、幅広い社会的・経済的健康決定因子例えば生活・職環境や個人の能力・技能、社会環境、保健サービスなどに幅広く取り組むことが鍵であることを紹介した。また、NGOがHIV対策の先頭に立っているが、法律・公共政策・サー

ビス提供に責任のある行政、保健当局だけでなく感染の危険性の最も高い当事者の参加も得た。こうしてバンクーバーでは MSM や CSW に対して成果をあげた。

HIV/AIDS それ自体は健康問題であるが、その解決には健康に影響する社会的・経済的健康決定因子に幅広く取り組むことが成功に導くためには必要である。

6. 結論

わが国は現在まで、HIV 感染は比較的少数で推移してきたが、その反面、HIV・AIDS に対する啓発、予防教育、検査、カウンセリング、治療、コミュニティサポート、脆弱な集団への適切な介入がいずれも十分体制が生まれ行われているとは言えず、わが国全体が HIV/AIDS 対し、無防備、不用意な状況におかれている。

これに対して、海外の専門家との情報交換、意見交換で示唆された方策は、次の通りである：人権尊重の思想に基づき、早期からの政府の介入、市民の積極的参加、個人がコントロールできる範囲外にある社会的・経済的健康決定因子を HIV/AIDS 対策に取り込む仕組み、また、HIV 感染の危険性が高い集団の脆弱性の解明とそれに適合したプログラム開発と介入の必要性。これらを念頭に起きつつ、わが国の状況に即した原則を確認し実施にあたるべきである。

タイムフレームのある HIV 感染の流行を前に、このシンポジウムで集約された取組みの構築に向け、政府も国民も早速具体的な行動を起こさなければならない。

7. 健康危険情報

該当なし。

8. 研究発表

- 1) 高西優子、木村和子、池上千寿子、石原美和、桜井賢樹、沢田貴志、白阪琢磨、高田昇、林素子、圓山誓信：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、日本エイズ学会誌 3(4) 327 2001
- 2) 高西優子、中石朋美、木村和子、池上千寿子、桜井賢樹、沢田貴志、林素子、圓山誓信、若井晋、渡辺恵、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-オタワ、サンフランシスコ、日本エイズ学会誌 4(4) 319 2002
- 3) 高西優子、中石朋美、池上千寿子、石原美和、桜井賢樹、沢田貴志、白阪琢磨、高田昇、林素子、圓山誓信、木村和子：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、日本エイズ学会誌(投稿中)
- 4) 木村和子：海外の HIV 感染症の医療体制、総合臨床、第 50 巻、第 10 号、2670-2675、平成 13 年 10 月 1 日発行
- 5) 公開国際シンポジウム HIV/AIDS-必要としている人々にケアは届いているか-講演要旨集、平成 14 年 11 月 30 日(International Open Symposium HIV/AIDS Care: Who is most in need? Abstract, 30 November 2002)

13

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：

数間恵子(東京大学)	中野区医師会
加藤尚子(東京大学医学部健康科学看護学科)	大垣ひろみ(日本赤十字社医療センター)
柴山大賀(東京大学大学院医学系研究科博士課程)	吉田順子(日本赤十字社医療センター)
前田ひとみ(宮崎医科大学)	平山妙子(北海道大学医学部附属病院)
南家貴美代(熊本大学医療技術短期大学部)	高橋 睦(国立仙台病院)
大野稔子(北海道大学医学部附属病院)	瀬賀裕子(新潟大学医学部附属病院)
菅原美花(国立仙台病院)	西 幸子(石川県立中央病院)
浅沼あけみ(国立仙台病院)	黒田智枝(国立名古屋病院)
岡本幸子(新潟大学医学部附属病院)	小山洋子(国立大阪病院)
内山正子(新潟大学医学部附属病院)	福田ムツ子(広島大学医学部附属病院)
山下郁江(石川県立中央病院)	竹永陽子(国立病院九州医療センター)
山田三枝子(石川県立中央病院)	山西文子(国立国際医療センター)
伊藤由子(国立名古屋病院)	池田和子(国立国際医療センターACC)
日比生かおる(国立名古屋病院)	大金美和(国立国際医療センターACC)
織田幸子(国立大阪病院)	伊藤将子(国立国際医療センターACC)
中田佳子(広島大学医学部附属病院)	武田謙治(国立国際医療センターACC)
城崎真弓(国立病院九州医療センター)	福山由美(国立国際医療センターACC)
古川直美(国立病院九州医療センター)	高野 操(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

本研究では、HIV/AIDS患者の療養継続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～Fの検討を行った。

1. エイズ基幹病院が地域にむけて実施すべき支援内容とその調整プロセスについて
 - A. HIV/AIDS 病診連携モデル事業
 - B. エイズ拠点病院体制における病病連携調査
 - C. HIV/AIDS 患者の在宅療養支援導入例の傾向分析
2. 患者がQOLを高めながら療養継続できるための看護支援とそのシステムについて
 - D. HIV 看護実務担当者による外来療養相談・指導活動に関する基礎調査
 - E. エイズ拠点病院における看護師のHIV/AIDS看護実践上の課題調査
 - F. ブロック拠点病院看護実務担当者の活動評価

以上の結果、エイズ基幹病院が実施すべき支援内容については、病診連携、病病連携、地域連携のい

ずれの連携においても、①連携前の受入体制の準備支援、②連携時の情報提供支援、③連携後の継続した相談対応支援、④緊急対応支援の 4 つが重要であった。また、各連携の調整プロセスとしては、4 つの支援が一貫して提供できるために患者に対しては、患者の同意確認、連携先となる診療所、病院、地域に対しては、エイズ基幹病院側の窓口の明確化が重要であった。

療養継続のための看護支援とそのシステムについては、一般看護師においては専門的な関わりをする看護師の実践を学び、その後直接ケアが必要な場合は、適宜専門病院へ相談しながら実践経験を蓄積できること、専任看護師においては提供するケアの質の維持・向上のために、標準対応についての初期研修および実践場面においてフィードバックが受けられるシステムが必要と考えられた。また、患者数の多いエイズ基幹病院においては、患者への直接ケアと同時に、経過の安定している患者の受け入れ先を確保することも重要である。したがって、日頃の連携基盤形成のために、ACC における調整官的役割の人員を確保することが必要と考えられる。

研究の背景

前年度は、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、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、地域側の担当者の確認、地域担当者のバックアップであることを明らかにした。

また、全国エイズ拠点病院 363 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た。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。

最終年度である今年度は、HIV 専任看護師が実践している支援そのものをわかりやすく提示し、

その機能を発揮するために必要な条件から、実践可能な具体的なプランを提案することが課題となっている。

目的

HIV 感染症患者の療養継続に対する有効な看護支援を検討するために、A. HIV/AIDS 病診連携モデル事業、B. エイズ拠点病院体制における病診連携調査、C. HIV/AIDS 患者の在宅療養支援導入例の傾向分析を実施し、各種連携を想定した場合に、エイズ基幹病院が実施すべき支援内容とその調整プロセスを明らかにする。

また、D. HIV 看護実務担当者による外来療養相談・指導活動に関する基礎調査、E. エイズ拠点病院における看護師の HIV/AIDS 看護実践上の課題調査、F. ブロック拠点病院看護実務担当者の活動評価から、HIV/AIDS 医療における一般看護および専任看護の課題を明らかにする。

1. エイズ基幹病院との連携システムに関する研究

A. エイズ基幹病院と地域診療医との病診連携モデル事業

方法

中野区医師会を対象に、2002 年 4 月～5 月に、自記式調査票による調査を実施した。配布と回収は、中野区医師会の協力により実施した(表 1)。

表1. 回答医師・医療機関の概要

配布280人	集計対象87人 (31%)	
性別	男性 70人	女性 17人
平均年齢	59歳	
平均診療年数	25年	
診療科	内科系42	外科系42
月平均通院患者数	637人	

調査内容

- ①医療機関概要
- ②HIV感染者に対する診療経験
- ③HIV感染者に実施できる診療内容
- ④HIV診療上での懸念
- ⑤専門医療機関への要望

結果

(1) HIV感染者の診療に対する懸念

HIV感染者の診療困難群(48名)、可能群(33名)間で比較したところ、懸念される上位3項目は「感染予防対策」「HIV感染症に対する知識不足」「他患への影響」で、いずれもHIV感染者の診療可能群の方が懸念を示す割合が少なかった(図1)。また、「専門医療機関との連絡」については、HIV感染者の診療可能群の方が、懸念を示す割合が高かった。同様に、HIV診療経験の有無で比較したところ「感染予防対策」「HIV感染症に対する知識不足」の項目で、経験群の方が懸念を回答する割合が少なかった(図2)。「専門医療機関との連絡」については、可能群と困難群ほどの差はなかった。

(2) HIV感染者に対して可能な診療内容

一般医療機関が標榜している診療をHIV感染者に実施することを「標榜診療科の診療」とし、HIV感染症の治療を実施することを「HIV診療」とした(図3)。HIV診療可能とした医療機関では、提供できる診療内容は、「標榜診療科の定期診察」は9割が可能と回答した。次いで「標榜診療科の定期処方」「標榜診療科の定期採血」となった。

HIV感染症の診療については、提供できる医療機関は少なくなるが、「HIV感染症の定期診察」では4割が可能であった。

図1. 「HIV感染者診療上の懸念」

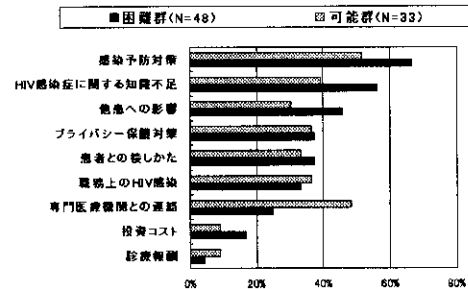


図2. 「HIV感染者診療上の懸念」

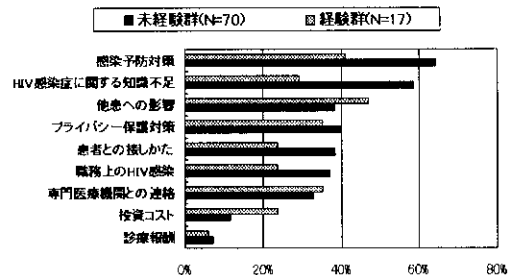
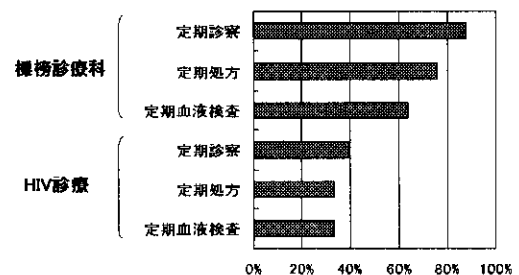


図3. 診療可能群が提供できるHIV感染者への診療内容



(3) 専門医療機関に対する要望(自由回答)

HIV診療実施時に生じる疑問や質問に対する「直接的なアドバイス」が最も多く望まれ、次いで「緊急時の受入」「HIV診療の専門的知識教育」「患者情報提供」であった。

(4) HIV感染者の診療受入について

HIV感染者の診療経験群(17名)と未経験群(70名)で比較したところ、診療経験群の方が今後もHIV感染者の診療受入可能とする割合が有意に高か

った。そこで、すでに HIV 感染者の診療経験があり、今後も HIV 診療可能と回答した 11 名の医師から、専門医療機関に対する要望についてみたところ、治療薬など最新の医療情報の提供、また定期的な医療情報の提供であった。一方、HIV 診療経験がないにも関わらず、今後 HIV 診療可能と回答した 22 名からは、「患者の様態悪化時のスムーズな受入」「診療上のアドバイス」「役割分担を明確にすること」が要望された(表 2)。

表 2. HIV感染者の受け入れ

	可能	困難
* 診療経験あり(N=15)	11(73%)	4(27%)
診療経験なし(N=66)	22(33%)	44(67%)
(可能または困難の回答81を検定) *p<0.01		
診療可能群の専門医療機関への要望		
経験群 (N=11):	医療情報提供、連携、悪化時対応	
未経験群(N=22):	診療アドバイス、患者情報交換、悪化時対応、診療の分担	

考察

「専門医療機関との連絡」に対する懸念については、連絡体制を整備しておくことにより、診療所医師の HIV 診療の可能性が高まると考えられる。一方、実際に HIV 患者の診療を経験してみると、心配したほど頻繁には連絡が必要ではなかったためと考えられた。また、診療経験をつむことによって、「感染予防対策」「HIV 感染症に対する知識不足」に対する懸念は減ることが推測される。

診療所医師から専門医療機関に対する要望としてあげられた「診療事例に対するアドバイス」「患者情報提供」「緊急時の受入」「役割分担」は、HIV 感染症の病診連携において特有の要望ではなく、一般の疾患や在宅療養での病診連携においても診療所からの要望としてあげられているものと一致していた。逆に、診療所の医師や看護師、事務担当者等、診療所スタッフに対する HIV 感染症の教育を要望する点については、疾患に対する理解の不足や経験不足が診療に影響すると言う点で、HIV 感染症特有の要望事項と考えられた。

結論

HIV 診療における病診連携を推進するために専門医療機関が提供できる条件・備えるべき条件として次の 3 点の確立が望まれた。

1) 専門医療機関から医療機関担当医および職員を対象とした、HIV 診療に関する知識や感染防御方法などの教育活動

HIV 診療経験群では、感染予防対策と HIV 感染症に対する知識への懸念が少なくなることから、実際に HIV 感染者が受診する前に教育活動を実施することが効果的で、一般医療機関受入体制の準備につながると考えられる。また、このような教育活動は一回で終了するものではなく、事例の積み重ねにとともに継続することが重要と考えられる。さらに、専門医療機関と一般医療機関の担当者が、対面して役割分担を決めることにより、受入後の緊密で円滑な連携につながる。

2) 専門医療機関と一般医療機関の間での、個々の事例に対するフォローアップ体制の確立

個々の事例に対するフォローアップ体制については、HIV の病診連携に特有ではなく、その他一般患者の病診連携においても必要とされる事項である。しかし、HIV 感染症のように、一般的に診療経験の少ない場合が多い疾患については、「診療上のアドバイス」も含め、特に要望は大きくなるものと考えられる。

3) 担当者やアクセス窓口が決まっていること

アクセスの難易は緊急時や悪化時の迅速な連携に大きく影響するため、一般医療機関にとっては重要で、患者にとっても大きな問題となる。診療報酬の改定により、病院内に病診連携を業務とする部署が設けられつつある。このような部署が専門病院の窓口となる場合でも、個別ケースの担当者を明確にしておくことで、一般医療機関からの相談等に迅速に対応できると考えられる。これらが確立されると、一般医

療機関の医師やコメディカルスタッフが安心して HIV 感染者を受け入れることができ、ひいては患者の受診利便性が改善し、QOL 向上につながるものと考えられる。

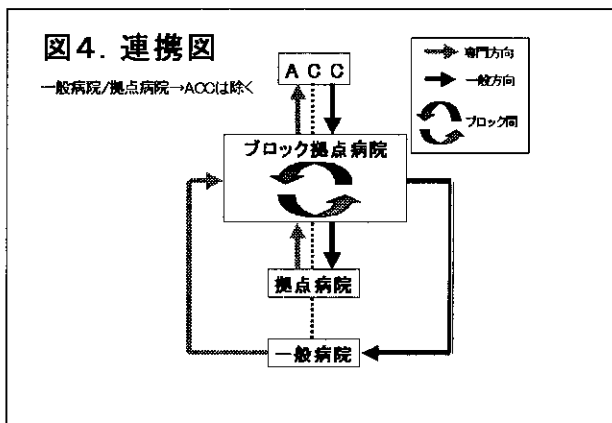
B. エイズ拠点病院体制における病病連携調査目的

- ①病病連携の現状と課題を明確にする
- ②「施設間情報提供シート」(ACC/ブロック拠点病院看護実務担当者連絡会議作成)の評価

方法

- ①ブロック拠点病院を中心に行われた他院へ(から)の患者紹介(受入)事例を対象とした連携分類
- ②①の連携を担当した看護師とその連携事例を対象として、その時の情報交換に関するアンケートおよびインタビュー調査(但し、エイズ治療・研究開発センター(ACC)の年間約 100 数十名の初診患者のほとんどが、一般病院や拠点病院からの紹介受診であるため本調査では対象外とした)

連携図(図 4)

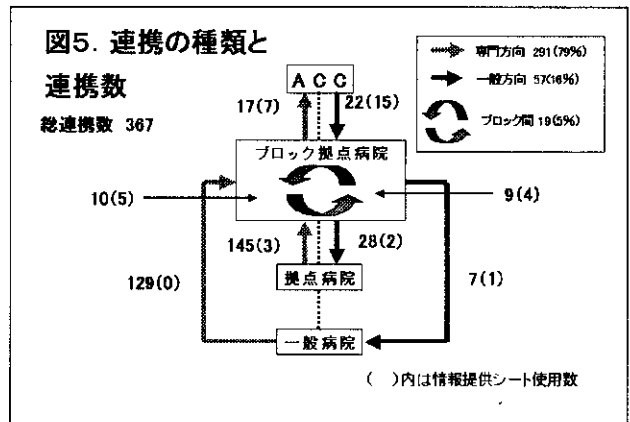


本調査では、ブロック拠点病院を中心とする図4のような連携を想定した。実線矢印が専門方向への連携、二重線矢印は一般方向への連携、相互矢印はブロック拠点病院間の連携を示している。

結果

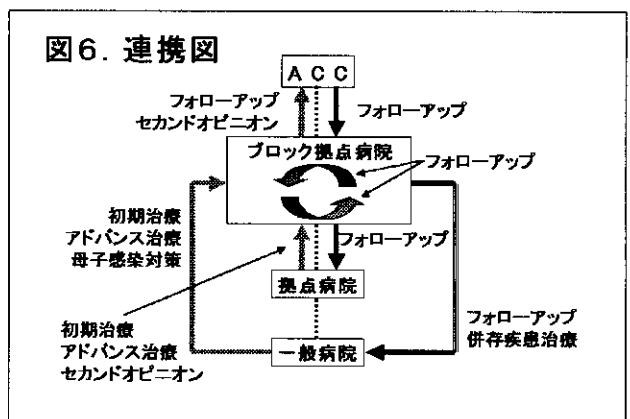
(1)連携数(図 5)

総連携数は 367、うち拠点病院や一般病院からブロック拠点病院、ブロック拠点病院から ACC への専門方向への連携は 291(79.3%)、一般方向への連携は 57(6.1%)、ブロック拠点病院間連携は 19(5.2%)であった。「施設間情報提供シート」については、ACC とブロック拠点病院間連携の約半数で活用されていたが、拠点病院や一般病院では活用されていなかった。シートを活用しなかったブロック拠点病院間連携の約半数は、緊急の連携であったことがその理由だったが、それにかわるものとして、電話やメール等による事前連絡が看護実務担当者間で行われていた。



(2)連携の目的(図 6)

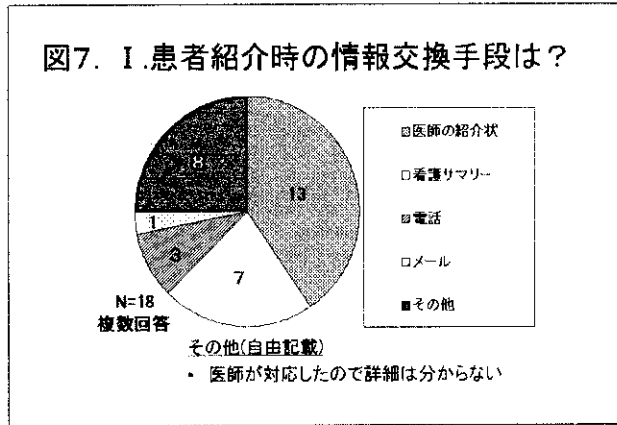
専門方向、一般方向、ブロック間、全ての種類の連携においてフォローアップを目的とする連携がみられた。さらに専門方向への連携目的では、「初期治療の導入」「アドバンス症例の治療」「セカンドオピニオン」がみられた。



(3) 連携時の情報伝達に関するアンケート・インタビュー調査

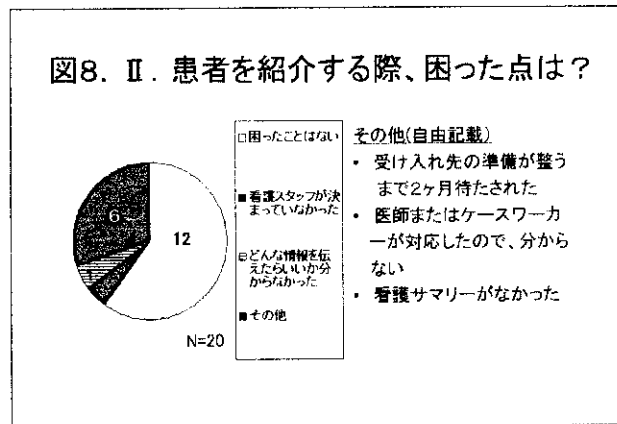
連携に関わった看護師(20名)に対するアンケートから、以下の内容が明らかとなった。

①患者紹介時の情報交換手段(図7)：



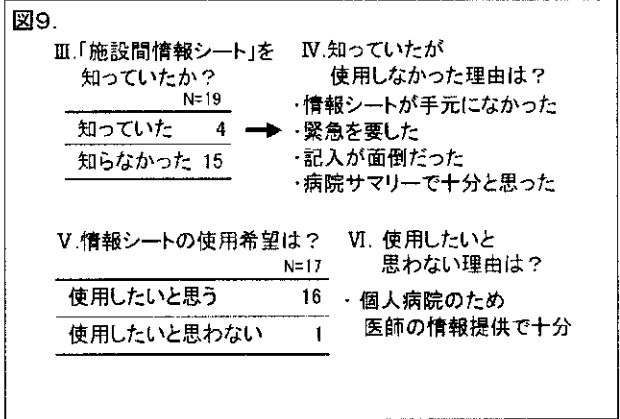
紹介状等、「医師からの情報提供」が主体であり、自由記載からは、看護師として連携に関わっていない状況が考えられた。

②患者紹介の際に困ったこと(図8)：半数以上が困ったことは「ない」と回答していた。



自由記載には「看護サマリーがなかった」ので困ったという記載もあった。

③シートを知っていたか等(図9)：対象となった20の連携事例は、すべてシートを使用しなかった連携であったが、回答した看護師の8割は「シートを知らなかった」。また、シートを知っていたのに使用しなかった理由としては、手元になかった等が回答された。回答したほとんどの看護師が「今後はシートを使用したい」と回答していた。



④連携先の看護スタッフとの連絡状況(図10)：連携後も先方の看護師と連絡を取った看護師は、ほとんどいなかった。自由記載からは、紹介後の返信が欲しいという意見もみられた。看護師からのインタビュー(表3)では、今後情報シートを使用していきたいとの声が聞かれた。また、看護師として理解しておくべき点や役割について、シートから知ることができるとし、対応経験の少ない施設での有効活用について、示唆となる意見が聞かれた。

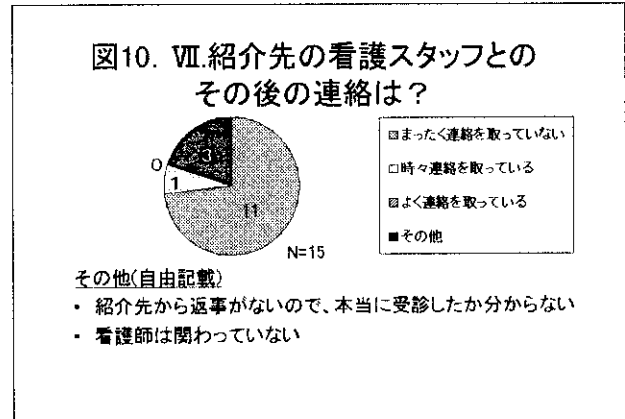


表3. 看護師2名のインタビュー結果

- ・ 病院のサマリーを使用しているが、今後は「現在の抗HIV療法」「生活パターン」「社会資源」の記入できるこのシートを使用していきたい。
- ・ 今までは、医師とケースワーカーが関わっていたが、このシートをもらったら、看護師がどの場面に関わればいいのか問題が分かり、関わっていけるようになるのではないかと。経験の少ない施設でも対応がしやすいのではないかと。

考察

看護師が連携に関わっていないため、特に困った問題も実感されていないと考えられた。

結論

病病連携では、フォローアップ目的の連携が最も多く、専門施設への連携では、治療に関するニーズでの連携が続いていた。また、連携には看護師が関わる必要がないとの認識から、一部には看護師が HIV/AIDS 患者に関わっていない状況がみられた。

「施設間情報提供シート」は ACC とブロック拠点病院では活用されていたが、一般的には活用されていなかった。今回の一次調査で配布したことにより、今後は活用したいとの希望が聞かれた。

患者が治療や病期、患者ニーズによって、最も適した医療施設で医療が受けられるよう、スムーズな連携が求められる。そこで、HIV/AIDS 患者への対応経験が少ない医療者にとっては、連携の際に情報交換ツールがあることにより効率よく連携することができる。この「施設間情報提供シート」を使った連携後も、担当者同士の連携が続くようにするためには、担当者を明確にすることが有効である。

また、このシートは連携時の情報交換ツールとしてだけでなく、HIV/AIDS 患者への対応経験が少ない施設では、看護的な関わりを理解するための材料としても活用できると考えられる。次回、本調査を実施するにあわせ、このシートをブロック拠点病院や拠点病院を通じて配布し、活用ニーズの高いところから広く普及させていきたい。

C. 在宅療養支援導入例の傾向分析

目的

円滑な在宅療養支援体制の構築

方法

ACC 登録患者 1016 名中、1997 年 4 月～2002 年 6 月に在宅療養支援を導入した 62 名を対象とし、診療録と担当コーディネーターナースからの情報をもとに、在宅支援導入時の主な支援内容の変化を、「HIV/AIDS 患者の在宅療養支援分類」を使用

して分析した。

「在宅療養支援分類」(表 4)とは、保健・福祉分野での支援領域を骨格に、先行研究からの HIV/AIDS 患者の特徴を加えた分類である。

表 4. 在宅療養支援分類

分類項目	人数	分類基準
社会的問題	18	外国人、ホームレス 等
精神的問題	12	精神科疾患、薬物依存 等
運動機能障害	9	麻痺、関節可動域低下による ADL 障害
併存疾患コントロール	5	慢性疾患の管理
日和見感染症コントロール	4	日和見感染症の管理
高齢者	3	65 歳以上
母子保健関連	3	母子感染予防等
家族への支援	3	介護の問題
ターミナル期	2	予後不良者

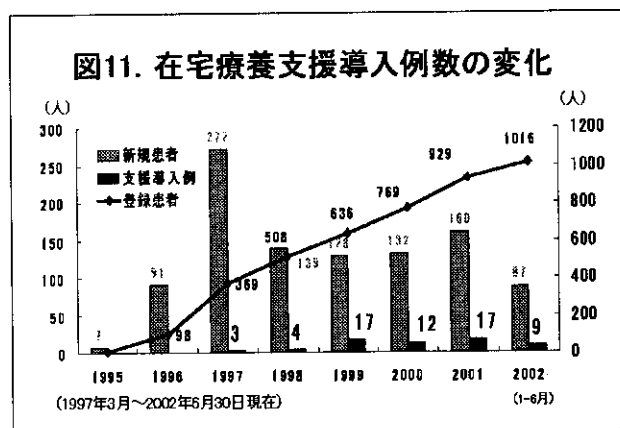
なお、本調査では、在宅療養支援導入のきっかけとなった主問題で 9 分類に該当させた。

結果

(1) 在宅療養支援導入例の傾向

① 療養支援導入例数の変化(図 11)

新規患者数は、1997 年当センター開設年に特に多くなっているが、それ以後は毎年 120～160 名のペースで患者数が増加している。また、在宅療養支援は、1999 年以降、毎年 10 数例に導入している。2002 年は 1-6 月の半年間の数字であるが、すでに 9 例に導入している。



② 在宅療養支援導入例の背景(表 5)

在宅療養支援を導入した 62 例は、平均年齢 38 歳、男性が 8 割を占めており、ACC 登録患者と同様の傾向をもつ集団であった。しかし、AIDS 発症に関しては、ACC 登録患者が 27.4%であったのに対し、在宅療養支援導入例では 66.1%と高かった。

また、生活保護受給者が 4 割弱、無職者が 8 割、薬物依存者が 1 割弱を占めるなどの特徴が見られた。

表 5. 患者背景 (N=62)

年齢	(mean±SD)	38±13.0
性別	男性	51
	女性	11
CD4 数/VL(log10)	(mean)	199/3.0
病期	AIDS	41 (66.1%)
感染経路	血液製剤等	11
	同性間	30
	異性間	18
	IDU+その他	3
生活保護	受給者	23 (37.1%)
就業の有無	無し	51 (82.3%)
薬物+アルコール依存者		5 (8.0%)

③在宅支援導入例の変化(図 12、13、表 6)

2 年ずつの変化をみると、社会的問題を主として、特に精神的問題や運動機能障害、併存疾患管理に伴う支援の増加傾向が見られた。外国人や在宅療養支援の 6 分類で比較したところ、「運動機能障害への支援」といずれにも該当しない「その他」が増加していた。「運動機能障害への支援」を必要とした理由として、抗 HIV 薬の副作用やエイズ疾患である PML が新たな原因になっていた。「その他」としては、併存疾患のコントロール支援や介護問題への支援など HIV/AIDS の病態に直接関連しない支援であった。また、連携職種が多様化していた。

図 12. 在宅療養支援導入例数と内容の割合

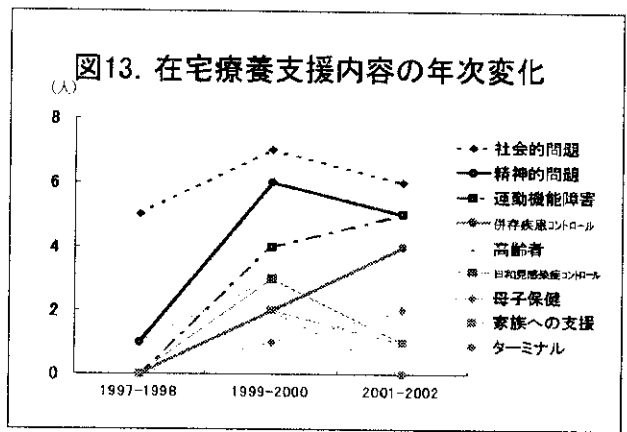
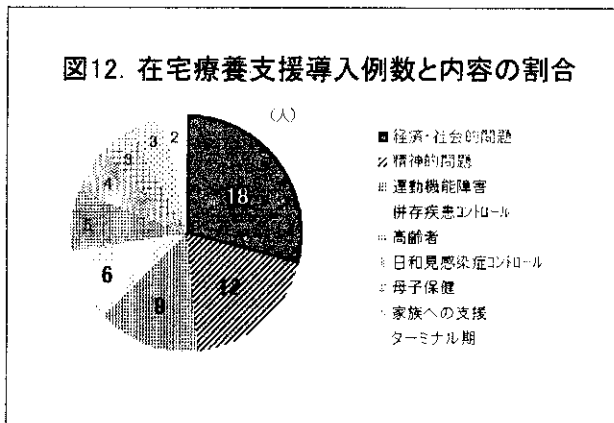


表 6. 「社会的問題への支援」の背景 (n=18)

外国人	7
ホームレス	7
その他(経済的問題など)	4

「精神的問題への支援」の背景 (n=12)

精神科疾患(エイズ鑑定による認知力低下含む)	7
薬物+アルコール依存症	5

「運動機能障害への支援」の背景 (n=9)

抗 HIV 薬副作用...	高乳腫血症・末梢神経障害	2
日和見感染症...	PML(流行性多発性日質脳症)	2
(免疫再構築反応を含む)	トキソプラズマ脳症	1
その他...	血友病(関節障害)	3
	クモ膜下出血	1

考察・結論

HIV/AIDS 治療の進歩により予後が改善されたものの、抗 HIV 療法の長期化に伴う副作用等により、運動機能障害などの新しい問題が生じている。

HIV/AIDS 以外にも、重複して課題を抱える患者が、治療と生活を継続できるよう、身体または生活リハビリテーションを担う中間施設や地域も含めた多方面からの支援が必要である。

D. HIV 看護実務担当者による外来療養相談・指導の基礎調査

ACC コーディネーターナース(以下、CN)が行っている標準対応(表 7)は、患者が「定期受診」「治療継続」することを目標とし、初診時から抗 HIV 療法開始までに行われる支援回数とその内容を示している。初診時には基礎知識を中心に、再診時にはその患者個別の検査データに基づき、具体的な教育・説明を行っている。服薬支援における、オリエンテーションから服薬指導までのプロセスは表 7 の通りである。他者への病名告知や、医療費対策などのサポート形成支援および他科・他部

門との連携・調整は、適宜実施していく。以上 5 回をセットで標準対応としている。

表7. ACC標準対応：初診から治療開始まで

回数	1	2	3	4	5
	(初診)	(再診)			
初診時の対応	●				
患者教育	●	●	●	●	●
服薬支援		●	●		
オリエンテーション					
アセスメント			●		
スケジュール立案				●	
シミュレーション					●
服薬指導					●
サポート形成支援	→				
連携・調整	→				

目的

CN が行っている外来療養相談・指導を分析する

方法

2001年7月～2002年6月の1年間に相談室を利用してCNが相談・指導対応をした新規患者60名を対象とし、相談室利用記録をもとに患者一人あたりの相談回数および相談時間を調査し、標準対応と比較して相談回数、平均時間が多かった患者についてはその理由をKJ法により分析した。

結果

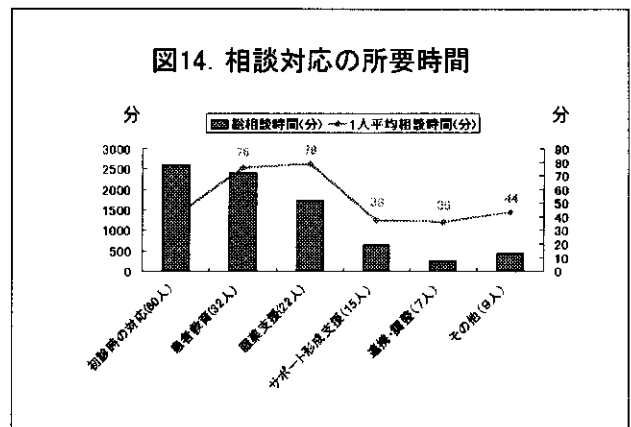
①対象者の背景(表8)

平均年齢は38歳で、その他についてもACC受診患者の背景と違いはなかった。

	人数	%
性別	男	57 95.0
	女	3 5.0
感染経路	同性間	41 68.3
	異性間	12 20.0
	血液製剤	4 6.7
	その他	3 5.0
病期	AC	45 75.0
	AIDS	15 25.0

②要時間と平均相談時間(図14)

相談対応別の総所要時間は、「初診時の対応」が最も長く2480分、次いで「患者教育」「服薬支援」の順であった。対象者一人あたりの平均相談時間は、「服薬支援」が最も長く79分、次いで「患者教育」「初診時の対応」の順であった。



③標準対応でも対応困難であった相談の理由(図15、表9)

標準対応と比較し相談回数が5回を越えていた、また「初診時の対応」「患者教育」「服薬支援」の全てにおいて、相談時間が平均以上であったのは9名(15%)であった。

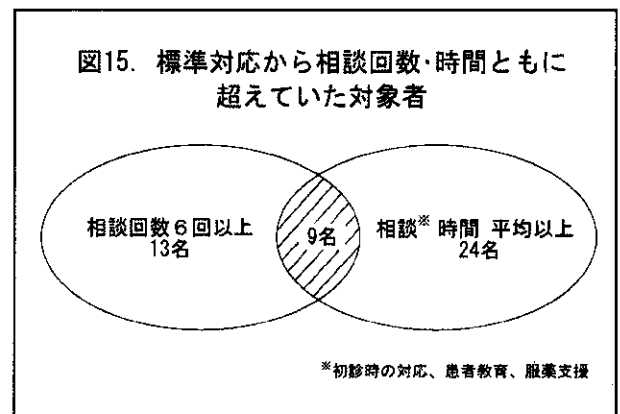


表9. 相談回数・時間が多かった理由 9名

- 早期の治療開始が必要
治療継続を可能にするための準備を短期間に整える必要があった
(病気/治療の理解、不安・心配の軽減、サポート形成、生活・経済基盤)
- 病気/治療の理解が難しい
言語の問題、不安・心配、医療者に対する依存が強かった
- サポート形成が難しい
人間関係が希薄、病気を告白しづらい状況があった

目標達成状況 治療継続 4/4名
定期受診 5/5名

この9名について、標準対応以上の相談回数と時間を要した理由を分析したところ、以下3点が抽出された。

1) 早期に治療開始が必要であった

免疫レベルの低下のため、臨床的には比較的早期に治療開始が必要であった。この場合、治療継

続を可能にするための準備、例えば病気や治療についての理解や経済的な問題を短期間のうちに整える必要があった。

2) 病気と治療についてなかなか理解が得られなかった

本人や家族などが外国人で母国語が日本語ではない場合、通訳を介したり平易な言葉で説明したりするなどの対応が必要であった。

3) 身近なところで人的サポートを得にくい

ホームレスなどでもともと人間関係が希薄であったり、病気を告白しづらかったりしたため、相談回数も時間もかかっていた。

以上のような理由から、標準対応より回数、時間ともに越えた対応を余儀なくされたが、「治療継続」を目標とした 4 名、「定期受診」を目標とした 5 名は全員、目標達成した。

考察

治療開始までの標準対応 5 回を重要視し対応しているためと考えられる。

標準対応だけでは「治療継続」「定期受診」といった目標達成が困難な場合は、相談対応の回数や時間をその患者にあわせ、柔軟に継続して対応することが効果的と考えられた。

今後は、標準対応を越えた対応の妥当性や、標準対応よりも相談回数や時間が少なかった場合についても、評価が必要である

E. エイズ拠点病院における看護師の HIV/AIDS 看護実践上の課題

調査目的

① エイズブロック拠点病院や拠点病院(以下、拠点病院)で HIV/AIDS 診療に携わる看護師が持つ不安や困難を明らかにすること

② 感染者に対する関わりの経験による不安や困難の相違を明らかにすること

方法

平成 13 年 10 月～12 月に実施した調査結果の再

分析(表 10、表 11)。

表 10. 対象者の背景

看護師としての経験年数 13.1±9 年現在の職位

職 位	%
師 長	10.0
主 任	14.5
ス タ ッ フ	74.4
そ の 他 ・ 無 記 入	1.2
合 計	100

患者との関わり方

関 わ り 方	%
感 染 患 者 の み	0.9
感 染 患 者 優 先	10.5
他 の 疾 患 患 者 と 同 じ	84.2
そ の 他 ・ 無 記 入	4.4
合 計	100

関わった患者数

患 者 数	%
1 人 ～ 2 人	44.2
3 人 ～ 9 人	36.1
10 人 以 上	15.1
無 記 入	4.6
合 計	100

全国の拠点病院の中から調査に協力の得られた 202(55.6%)の施設において、エイズ診療に携わる場所で勤務する看護師に質問紙調査を実施した。得られた回答者数は 1956 人で、そのうち現在までに実際にエイズ診療に携わった経験のある看護師 1291 人(66%)を分析対象とした。なお、感染経路の違いから、看護師が抱えている不安や困難の内容に相違があることが予測されることから、本調査では現在増加している同性間性的接触による感染者への看護に対する不安や困難について質問した。

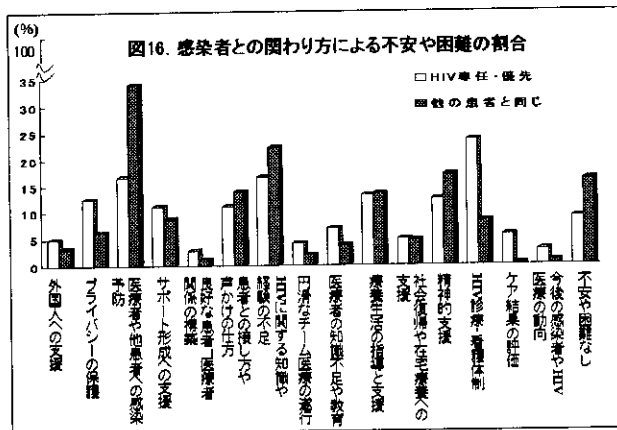
表 11. 看護師が抱える不安や困難のカテゴリー

1. 外国人への支援
2. プライバシーの保護
3. 医療者や他患者への感染予防
4. サポート形成への支援
5. 良好な患者 - 医療者関係の構築
6. 患者との接し方や声かけの仕方
7. HIVに関する知識や経験の不足
8. 円滑なチーム医療の遂行
9. 医療者の知識不足や教育
10. 療養生活の指導と支援
11. 社会復帰や在宅療養への支援
12. 精神的支援
13. HIV 診療・看護体制
14. ケア結果の評価
15. 今後の感染者や HIV 医療の動向
16. 不安や困難なし

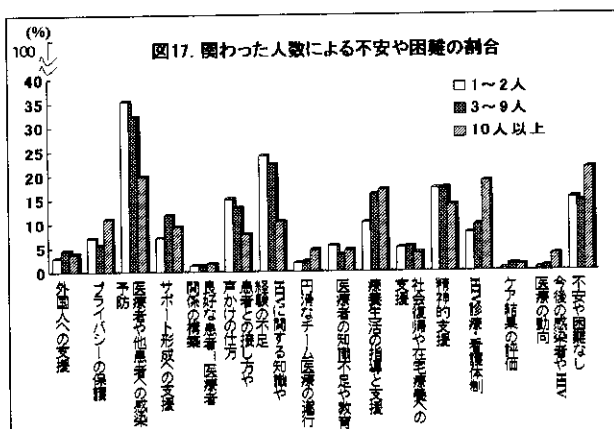
結果

(1) 感染者との関わり方による違い(図 16)

感染者に関わった経験としては、関わった感染者の人数と関わり方として質問し、経験の有無による看護師の不安や困難に違いがあるか検討した。専任あるいは優先的に関わる看護師の不安や困難は「HIV 診療・看護体制」の割合が最も高く、次いで「HIV に関する知識や経験の不足」「医療者や他患者への感染予防」であった。HIV 感染者も他の疾患の患者も同じように関わる立場の看護師は「医療者や他患者への感染予防」がもっとも高く、ついで「HIV に関する知識や経験の不足」「精神的支援」「不安や困難なし」「患者との接し方や声かけの仕方」であった。



(2) 関わった感染者の人数による違い(図 17)



全体的な割合と施設の偏りを考慮し、これまでに関わった感染者の人数が1~2人の看護師、3~9人の看護師、10人以上の看護師の3群に分類した。これまでに関わった人数が1~2名の看護師は「医療者や他患者への感染予防」がもっとも高く、次いで「HIVに関する知識や経験の不足」「精

神的支援」「患者との接し方や声かけの仕方」「不安や困難なし」であった。3~9人の経験のある看護師は「医療者や他患者への感染予防」がもっとも高く、次いで「HIVに関する知識や経験の不足」「精神的支援」「療養生活の指導と支援」であった。10名以上関わった経験のある看護師は「不安や困難なし」がもっとも多く、ついで「医療者や他患者への感染予防」「HIV診療・看護体制」「療養生活の指導と支援」であった。

考察

より専門的な立場での関わりを要求される看護師は自分の知識、経験の不足や実際の援助内容、方法よりも HIV 診療・看護体制に不安や困難を持っているが、HIV 感染者も他の疾患の患者も同じように関わっている看護師は自分の知識や経験が不足していることに不安を感じ、また自分や他者への感染の危険や精神的支援、患者との接し方に不安や困難を持っていることが示された。

また、関わった患者数が少ない看護師ほど自分の知識や経験の少なさや感染の危険、精神的支援に不安や困難を感じているが、関わった経験が多くなると、現在の診療・看護体制に不安や困難を感じるようになる一方、ケアへの自信もついていくことが示された。

結論

拠点病院で感染者と関わる看護師が抱える不安や困難の内容は、具体的な支援内容や方法に関することや自分の知識や経験の不足など看護師自身の問題と診療・看護体制という組織の問題や社会の問題から構成されていた。そして、これらの不安や困難の内容は感染者との関わりかたや実際に関わった感染者の人数といったこれまでの関わりの経験によって異なっていることが示唆された。関わりの経験の少ない看護師は、HIVに関する知識の不足や感染者と関わった経験が少ないことが感染者と関わる上での不安や困難の原因となっているものと考えられた。また HIV

感染者への関わりの経験が豊富な看護師より、専門的立場で関わっている看護師は、現在の HIV 診療・看護体制に不安や困難を持ちながら感染者のケアにあたっており、専門的な看護を提供するためには診療・看護体制の整備が必要であると考えられた。

F. ブロック拠点病院 HIV 看護実務担当者の実践評価

方法

調査者が看護実務担当者活動している各ブロック拠点病院を訪問し、実務担当者につき添って活動の実態を把握する。視察対象場面は、外来や病棟等での患者対応場面、院内各部署の関係者や他職種との連携場面とし、それら活動の合間には、実務担当者の実践について特にアセスメントに焦点をあててディスカッションした。さらに、各施設の HIV 診療担当医および看護管理者とも面会し、実務担当者の活動等について情報・意見交換した。

視察時期

北海道	平成 14 年 10 月 1 日(火)9:00~17:00
東北	平成 14 年 10 月 3 日(木)9:00~17:00
関東・甲信越	平成 14 年 9 月 17 日(火)8:30~17:00
北	平成 14 年 8 月 5 日(月)9:00~15:00
東海	平成 14 年 4 月 23 日(火)9:00~15:00
近畿	平成 14 年 4 月 22 日(月)9:00~15:00
中・四国	平成 14 年 8 月 13 日(火)8:30~17:00
九州	平成 14 年 9 月 24 日(火)13:00~16:00

結果

ほとんどのブロックでは、実務担当者は病院看護部の外来看護師、外来看護師長等に位置づけられており、一般外来業務を兼務しつつ HIV 看護実務担当者としての役割*1 を果たしている。この場合、患者と院内医療者双方から実務担当者として認知されていたが、以下のような課題も視察された。

- ①実務担当者が HIV/AIDS 患者にどのような対応をしているのか等、院内で周知されにくい。
実務担当者が配置されていること、ひいてはブロック拠点病院であることが、病院の一般診療や看護にとって意義付けされにくく、将来的に

患者の受入継続が困難になる恐れがある。

- ②実務担当者としての日々の実践において、ケースマネジメントの質を向上させる機会(指導を受ける等)が不足している。

患者が実務担当者から本来受けるべきサービス*2を受けられず、治療効果に影響したり、満足度が低下したりする恐れがある。

- ③リサーチレジデントが実務担当者である場合は、その将来的な処遇が不安定である。

実務担当者として、適性と意欲と経験とを備えた優れた人材を失い、ブロック拠点病院としての診療体制に影響を与える恐れがある。また、リサーチレジデントとして採用されている実務担当者がより良い動機づけをされる機会が少ないことが懸念された。例えば、実務担当者が病院看護部から外来看護師要員とみなされている場合、実務担当者とその役割については理解されていないため、実務担当者は一般外来業務を行っており、患者は実務担当者による本来のサービスを受けていない。そのため、患者は本来のサービス自体を知り得ないため、特に不都合を感じておらず、患者は健康管理のために自立する機会を失う恐れがある。

考察

これらの対策として、以下のような条件が考えられる。

- (1) 病院内において、実務担当者の役割と活動を周知する機会をつくる、病院管理者や診療担当医の協力が得られるような PR 活動(実務担当者活動のメリットの一般化等)を行う。
(2) 実務担当者が実践に対して定期的に研鑽できる機会を保証すること。

実務担当者になった場合、なるべく早期に ACC 研修等を受講する、また年 1 回はフォローアップ研修(1 週間から 1 ヶ月程度)として ACC 研修に参加する。

(3) リサーチレジデントの場合は、病院看護部所属の看護師、あるいは HIV 診療担当部署所属の実務担当者としての継続した処遇を可能にすること。

(4) ACC で実践を積んだ実務担当者がブロック拠点病院に配置されるシステムを作ること。

(5) 実務担当者の活動に対して診療報酬が設定されること。

*1: 「初診時の対応」「患者教育」「服薬支援」「サポート形成支援」「他科・他部門との連携」を通じて患者のアドヒアランス維持を支援し、療養過程における様々な意思決定が患者自身により行われるよう支援する。

*2: 患者が健康管理に必要な知識と技術の習得を支援し、それらを活用するために必要な療養環境の整備を支援すること。

健康危険情報

該当なし。

研究発表

学会発表

1. 伊藤将子、大金美和、池田和子、渡辺恵：在宅療養支援を導入した HIV 感染症/AIDS 患者のニーズの変化の検討、第 25 回日本プライマリ・ケア学会、神戸、平成 14 年 6 月。
2. 武田謙治、福山由美、伊藤将子、中野恵美子、大金美和、池田和子、渡辺恵、岡慎一、木村哲：HIV 専門医療機関と一般医療機関の病診連携に関する連携方法の検討、第 16 回日本エイズ学会学術集会・総会、名古屋、平成 14 年 11～12 月。
3. 福山由美、武田謙治、伊藤将子、中野恵美子、大金美和、池田和子、渡辺恵、岡慎一、木村哲：HIV/AIDS 専任看護師による外来患者療養相談・指導に関する調査、第 16 回日本エイズ学会学術集会・総会、名古屋、平成 14 年 11～12 月。
4. 伊藤将子、福山由美、武田謙治、中野恵美子、大金美和、池田和子、渡辺恵、岡慎一、木村哲：HIV 感染症/AIDS 患者における在宅療養支援導入例の変遷、第 16 回日本エイズ学会学術集会・総会、名古屋、平成 14 年 11～12 月。
5. 南家貴美代、前田ひとみ、渡辺恵：エイズ拠点病院における看護師の抱える不安と困難、第 16 回日本エイズ学会学術集会・総会、名古屋、平成 14 年 11～12 月。
6. 菅原美花、浅沼あけみ、大野稔子、岡本幸子、内山正子、山下郁江、伊藤由子、日比生かおる、織田幸子、中田佳子、城崎真弓、大金美和、池田和子、渡辺恵：エイズブロック拠点病院体制における病病連携に関する研究、エイズ拠点病院体制における第 16 回日本エイズ学会学術集会・総会、名古屋、平成 14 年 11～12 月、4-585, 2001.

14

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: 児玉 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(聖カタリナ女子大学社会福祉学部)

小島 賢一(荻窪病院血液科)

山中 京子(大阪府立大学社会福祉学部)

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の研究協力を得て、6つの研究プロジェクトを組織した。それは、臨床心理学的な観点からの研究(研究1, 2, 5)と、医療社会福祉学的な観点からの研究(研究3, 4, 6)に分けられる。研究方法としては、郵送による質問票調査(研究1, 4)、インターネットによる質問票調査(研究5)、面接調査(研究2, 3)、アクションリサーチ(研究3)と多様であった。分析方法も統計的分析(研究1, 4, 5)だけではなく、質的分析(研究2, 3, 6)も試みられた。

C 研究成果

1) 研究1: HIV カウンセリング体制の改善のためのハンドブック作成に関する研究(担当研究協力者: 矢永由里子)

最終年度の本年度は、これまでの研究成果を踏まえて、カウンセリングについての情報を発信するため、医療者向けと感染者向けにハンドブック

を作成し、拠点病院に配布する。

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)

2年目の本年度は、感染者自身によるピア・カウンセリング活動を行なっている HIV 関連の NGO/NPO の6団体に訪問調査を行なった。その結果、ピア活動の有効性と限界が明らかになった。とくに、ピア活動に関するコーディネーションやクリアリングハウスのような機能の重要性が明らかになった。

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)

最終年度の本年度は、昨年度に続いて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、NPO 法人 CHARM による健康相談事業を遂行し、それに関わる専門職への面接調査による事業評価を行なった。

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(担当研究協力者: 山本博之)

最終年度の本年度は、昨年度に行なった一次調査の回答者のうち320名の関東圏の医療機関の医療ソーシャルワーカーに対して、HIV ソーシャルワークの専門的な技量やその研修方法を明らかにするため、HIV 感染者支援のフォローアップ調

査を行なった。

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(担当研究協力者: 小島賢一)

最終年度の本年度は、カウンセラーに向けた ML 方式による情報発信システムの有用性や妥当性を評価した。また、Off line でのケース検討や CD-ROM による情報提供の検討を行なった。

6) 研究 6: HIV 感染者のカウンセリング利用経験に関する研究(担当研究協力者: 山中京子)

初年度の本年度は、感染者のカウンセリング利用プロセスと内的なカウンセリング経験を明らかにするため、感染者への面接調査を行った。かつて関東圏の感染者に対し同様の目的で質問票調査を行ったが、今回は近畿圏の感染者に面接調査を行い、得られたデータは質的分析を行なう。

D 健康危険情報

該当なし。

E 平成 14 年度の研究業績

著書

- 1) 野島一彦・矢永由里子(編)『HIV と心理臨床』ナカニシヤ出版、2002
- 2) 山中京子「感染告知後のカウンセリングの重要性」島田馨(監)岡慎一(編)『HIV Q&A』医薬ジャーナル社、pp. 42-43、2002
- 3) 横田恵子・平野智之・菊地栄治(編)『るるくで行こう!: 新たな学びのスタイルで性と生を考える』学事書房、2003

論文

- 1) 兒玉憲一: HIV カウンセリング体制の充実強化に関する研究。平成 13 年度厚生科学研究 HIV 感染症の医療体制に関する研究報告書、185-187、2002
- 2) 兒玉憲一、野悌司、喜花伸子、森川早苗: HIV/AIDS カウンセリング 11 年間の話題分析。広島大学大学院教育学研究科紀要、50、257-262、2002

3) 内野悌司、三宅勝志、兒玉憲一、木平健治: 薬剤師のためのコミュニケーション技術、広島県病院薬剤師会誌、37(1)、25-30、2002。

4) 内野悌司、藤井輝久、平岡毅、塚本弥生、磯部典子、藤原良次: 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、厚生科学研究費補助金エイズ対策研究事業 HIV 感染症の医療体制に関する研究-平成 13 年度研究報告書-、197-199、2002。

5) 山中京子: 若年者と HIV 感染-性行動の現状と予防介入の課題-、周産期医学、第 32 巻第 2 号、159-164、2002

6) Kyoko YAMANAKA, "Condom Use: An Old and New Issue in Sexual Health" (invited speaker, Symposium 5: New Goals in Sexual Health) The 7th Asian Congress of Sexology (November 14-17, 2002, Singapore)

研究 1

HIV カウンセリング体制の改善のためのハンドブック・パンフレット作成に関する研究

研究協力者

- 矢永由里子(国立病院九州医療センター)
古谷野淳子(大阪府感染症・難病対策課)
高田知恵子(東京都健康局医療サービス部感染症対策課)
石川雅子(千葉県健康福祉部)
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)
塚本優美子(石川県精神保健福祉センター)
菊池恵美子(国立名古屋病院)
安尾利彦(国立大阪病院)
喜花伸子(広島大学医学部附属病院)

A 研究の背景と目的

最終年度の今回の研究では、過去の2年間における全国のカウンセリング体制の現状と課題の検討を踏まえ、そこから抽出された体制の問題点への解決の一つのステップとして、カウンセリング活用促進のための1)医療者向けのハンドブックと2)患者向けのパンフレットを作成する。

作成した資料は、各エイズ診療拠点病院と派遣カウンセリングの事業主である自治体の担当者に配布予定である。

平成12および13年度の研究成果

■平成12年度

【タイトル】

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

【方法・結果】

全国のブロック拠点病院と派遣先におけるカウンセリングの現状と問題点について、ブロック別の半構造化面接とアンケート調査を通して検討を行った。

問題点として、構造別に3つのカテゴリー(・雇用条件・制度利用上の問題点・実施上の問題点)が抽出されたが、特にカウンセリングが医療の中でより効率的に機能していくためには、第2カテゴリーの制度利用上の問題点に含まれた・カウンセリング導入の未整備・医療者、患者のカウンセリング理解の弱さ・行政の後方支援の弱さを改善することがカウンセリング制度の整備における一つの重要な方法と考えられた。

■平成13年度

【タイトル】

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

【方法・結果】

全国のエイズ診療拠点病院におけるHIV医療への心理職の関わりについての実態調査と心理職

間の連携の報告を行った。

回答者の約9割が所属科以外の患者の対応を可能としているが、HIV医療に関しては、回答者の66%が患者受診中の拠点病院に勤務するも、その内の約7割がHIV感染者のカウンセリングに従事していなかった。回答者は総じてHIV医療のカウンセリングに肯定感を持っており、機会があれば関わりたいという考えがありながら、実際にはカウンセラーに患者が繋がっていない実態が明らかになった。この理由として、「依頼のなさ」を挙げる回答者が8割いた。一方、カウンセリングの依頼を受けた者では、その内の78%が依頼を医師から受けていた。

上記の研究の結果から、カウンセリング体制を整備するには、医療者と事業主のカウンセリングへの理解と有効な活用が重要な作用を及ぼすことが考察された。また、患者の漠然としたカウンセリング理解についても、明確で具体的なカウンセリングの情報提供が必要と考え、医療者向けのカウンセリングの理解と活用を促進するハンドブック、その付録として、医療者がカウンセリング説明時に患者に照会できるパンフレットの作成を行った。

B 方法

1)ブレインストーミング

HIV医療のカウンセリングで経験豊かな各ブロック拠点病院カウンセラーと派遣カウンセラーによって、次の2点についてそれぞれの経験を持ち寄り検討を重ねた。

- ① 医療者のカウンセリングへの繋ぎについての実際、具体例
- ② HIV感染者のカウンセリングに対する感想、イメージ

2)ハンドブックとパンフレットの項目作成

上記の情報と過去の研究結果を元に、医療者用のハンドブックと患者用パンフレットの内容に