

対象者は、「それほど混乱しているわけではなく、気持ちも落ち着いている」、また、「なにか考えねばならない問題があるわけでもない」といった状態にある時でも、「なにかあればこの人に話せばいいんだ」「いざとなれば話せる環境がある」と思うことが「精神的なゆとり」につながっていると述べている。カウンセリングはどんな問題や経験も「話せる人」「話せる環境」として認識されることによって、間接的に日常の精神的な安心感に寄与する可能性が示唆された。

## 2. 有用性の限界性意識

上述したようなカウンセリングに関する有用性を肯定的に評価する一方で、対象者は自分にとってのカウンセリングの限界性も意識していた。対象者は、抱えている人間関係上、仕事上あるいは人生上の問題や課題の具体的な解決とカウンセリングとの関係についてそれらはカウンセラーによって「解決される」のではなく、感染者自身が「結局は自分で乗り越えなければならない」こと、あるいは「最後には自分で選択する」ことであると認識していた。

## 3. 利用プロセスの課題

### (1) 院内に常駐していないことから生じる即時対応の難しさ

対象者のなかには、派遣カウンセラーが院内に常駐していないため、「急な病状の変化で入院になった」場合や「外来診察の時間や曜日が急に変更になった」場合などに、状況に応じて即時対応し、柔軟に面接時間を変更できないことに不満を感じている人がいた。それらの人では、院内にカウンセラーが常駐してくれるか、また院内にいない場合、今まで以上に派遣カウンセラーと対象者は直接にコミュニケーションする方法を考慮して欲しいと望んでいた。

しかし、一方では、カウンセラーとは電話などの形で連絡を取り合っており、さまざまな事情による面接時間の変更は電話連絡でいままで対処してきており、特に問題は感じないという人もあった。

### (2) 「遠くからきてもらうという意識」から生じる依頼への躊躇感

派遣カウンセラーは院内にいないため、自分のカウンセリングのために「わざわざきてもらう」「遠くから来てくれる」という意識が働き、そのために依頼することに躊躇を感じたことがあると対象者は

述べている。自分のためにカウンセラーにきてもらうという意識が抵抗感や躊躇感に結びつきやすいうことが示唆された。

### (3) カウンセリングが病院組織と結びついていることから生じる違和感

自分の精神的な課題、生活の問題、人生の悩みは医療や治療とは別の問題であると認識している対象者がおり、その人たちのなかには医療とそれらの問題を扱うカウンセリングとは切り離れているほうがよいと考えている人もいた。しかし、その人たちも院外の独立開業のカウンセラーや精神科クリニックを利用したいと考えているのではなく、院外で派遣カウンセラーと面接できる選択肢があればよいと考えていた。

## 考察

本研究グループでは昨年度まで院内カウンセラーの利用者を中心にカウンセリングの利用経験に関する認知および評価を調査してきた。その結果カウンセリングを「利用していくことへの納得」に至った人たちでは、「自分のありのままを自然に話せる場所」、「自分の中の問題を吐き出す場所」「自分の心の中にある問題を整理する場所」「自分の考えや気持ちを支持してくれる場所」というカウンセリングの評価に関する4つのカテゴリーが抽出されている。今年度の調査で抽出された「思考の側面的な補完機能」はその内容からみて、昨年度の結果にある「自分の心の中にある問題を整理する場所」というカテゴリーに合致し、また、「安心して話せる環境の保証による経験や問題の表出機能」は、「自分のありのままを自然に話せる場所」、「自分の中の問題を吐き出す場所」というカテゴリーの内容に合致していると思われる。院内カウンセラーと派遣カウンセラーでは院内常駐、院外からの派遣というように活動に違いはあるものの、利用者の主観的なカウンセリング経験としては同様の肯定的な評価を受けている可能性が示唆された。

しかし、一方では、利用者からは派遣カウンセリングの利用プロセスについて、この特徴的な活動形態から生じる課題が指摘された。カウンセラーと利用者のコミュニケーションの流れをよくするための工夫を考慮する必要性が明確になった。

## 結論

本調査において、派遣カウンセリングの利用者は「思考の側面的な補完機能」、「安心して話せる環境の保証による経験や問題の表出機能」、「安心して話せる環境の保持による精神的な『ゆとり』の促進機能」の点で、カウンセリングを肯定的に評価していたが、利用プロセスではその活動形態からいくつかの課題が明らかとなった。その課題の解決には、カウンセラー、依頼先の医療機関、派遣元の地方自治体三者の努力が求められる。

## 健康危険情報

特になし

## 研究発表

### 論文発表

なし

### 学会発表

- 1) 山中京子、石川雅子、シンポジウム4「HIV感染症におけるチーム医療の成熟をめざしてー連携の基本要件、具体的方法、課題の検討ー」第18回日本エイズ学会学術集会、2004

## 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

### 特許取得

なし

### 実用新案登録

なし

### その他

なし



### 研究3. 派遣カウンセリングの利用促進に関する研究

分担研究者：山中 京子（大阪府立大学社会福祉学部）

研究協力者：神谷 昌枝（東京都健康局医療サービス部感染症対策課エイズ対策係）

石川 雅子（千葉県健康福祉部健康増進課感染症対策室）

井上 洋士（千葉大学看護学部地域看護学講座訪問看護学）

折井佳穂里（東京都健康局医療サービス部感染症対策課エイズ対策係）

福井小紀子（東京都立保健科学大学保健科学部看護学科）

加瀬まさよ（北海道大学病院）

牧野麻由子（新潟県福祉保健部健康対策課）

西村 輝明（大阪府健康福祉部感染症難病対策課）

児玉 憲一（広島大学大学院教育学研究科）

辻 麻理子（（独）国立病院機構九州医療センター感染症対策課）

#### 研究要旨

全国の拠点病院におけるエイズ派遣カウンセラー制度（以下、制度）の利用の現状と課題を明らかにするため、H16年8月末時点で制度を実施している全自治体(34 都道府県+6 政令指定都市)の拠点病院の医師 480 名を対象とし、制度の認知度、利用度、課題等を主な調査項目としたアンケート調査を実施した。回収率は57.1%(274名)であり、制度利用経験のある医師83名、制度利用経験のない医師191名より回答を得た。制度を利用した医師は、初回のみならず直近の依頼まで派遣カウンセラーの活動を高く評価していた。また制度利用の有無に関らず、制度の存在がHIV診療を行う上で医師の安心感につながっていることも明らかとなった。さらに、制度を利用したことのない医師の大半が、「クライアントの心理的危機の緩和」(90.7%)、「クライアントにとっての重要な人々(身内など)のサポート」(86.4%)などカウンセラーに対して今後利用したいサービスをあげており、制度の継続の必要性が強く示唆された。その一方で利用経験のない医師の約3割が制度について認知がなく、また約2割がカウンセラーの専門性が不明であると答えており、制度の周知徹底およびカウンセラーの役割の明確化、依頼までの手続きの簡略化等の必要性が示唆された。

#### A Study for Promoting the Use of Visiting Counseling System

Masae Kamiya<sup>1)</sup>, Masako Ishikawa<sup>2)</sup>, Youji Inoue<sup>3)</sup>, Kahori Orii<sup>1)</sup>, Sakiko Fukui<sup>4)</sup>, Masayo Kase<sup>5)</sup>, Mayuko Makino<sup>6)</sup>, Teruaki Nishimura<sup>7)</sup>, Kenichi Kodama<sup>8)</sup>, Mariko Tsuji<sup>9)</sup>

<sup>1)</sup>Bureau of Public Health, Tokyo Metropolitan Government, <sup>2)</sup>Department of Health and Welfare, Chiba Prefectural Government, <sup>3)</sup>School of Nursing, University of Chiba, <sup>4)</sup>School of Health Science, Tokyo Metropolitan University of Health Science, <sup>5)</sup>Hokkaido University Hospital, <sup>6)</sup>Department of Welfare and Health, Niigata Prefectural Government, <sup>7)</sup>Department of Health and Welfare, Osaka Prefectural Government, <sup>8)</sup>Graduate School of Education, University of Hiroshima and <sup>9)</sup>National Kyushu Medical Center

## 研究目的

全国の拠点病院におけるエイズ派遣カウンセラー制度（以下、制度）の利用の現状と課題を明らかにし、より利用しやすい制度にするための基礎資料とする。

## 研究対象・方法

H16年8月末時点で制度を実施している全自治体（34都道府県+6政令指定都市）の拠点病院の医師を対象とし、制度の認知度、利用度、課題等を主な調査項目とした無記名自記式調査票（制度利用経験の有無別の2種類）を郵送で配布・回収した。調査票の項目に関しては、同自治体で活動している派遣カウンセラー（以下Crと略記する）に活動状況に関するアンケートを行い、参考とした。

## 研究結果

### 1. 回収率

57.1%（274名/480名）「制度利用経験あり（以下、A群と記載する）」が83名、「制度利用経験なし（以下、B群と記載する）」が191名であった。

### 2. 「制度利用経験あり群+なし群」(A & B群)

#### (1) 対象者の基本属性 (A群 vs B群)

##### 【臨床経験 (平均)】

21.22年 (n=83) vs 20.85年 (n=189)

##### 【診療年数 (平均)】

9.11年 (n=83) vs 5.55年 (n=185), p<0.01

##### 【患者数スコア (平均)】

(0人=1、1~4人=2、5~9人=3、10~49人=4、50~99人=5、100人~ =6) 4.12 vs 2.65, p<0.01

##### 【所属ブロック】

北海道 (6.1%, n=5 vs 8.9%, n=17)

東北 (0.0%, n=0 vs 2.1%, n=4)

関東甲信越 (46.3%, n=38 vs 21.9%, n=42)

東海 (3.7%, n=3 vs 8.3%, n=16)

北陸 (1.2%, n=1 vs 4.7%, n=9)

近畿 (19.5%, n=16 vs 12.5%, n=24)

中国・四国 (8.5%, n=7 vs 23.4%, n=45)

九州 (14.6%, n=12 vs 17.7%, n=34)

(2) 今後利用したいサービス上位5項目（複数回答（以下（複）））（図1参照）

#### 【A群 (n=75)】

「クライアント（以下CIと略記する）の心理的危機の緩和」（97.3%, n=73）

「CIにとっての重要な人々（身内など）のサポート」（96.0%, n=72）

「CIの話の傾聴」「医療スタッフに対して（以下対staffと略記する）CIについての理解の促進（CIの気持ちの代弁による）」（93.3%, n=70）

「心理社会的アセスメント（対staff）」および「告知時のコミュニケーション方法などの情報提供」（86.7%, n=65）

#### 【B群 (n=140)】

「CIの心理的危機の緩和」（90.7%, n=127）

「CIにとっての重要な人々（身内など）のサポート」（86.4%, n=121）

「外国人の場合の情報提供」（82.9%, n=116）

「CIの話の傾聴」（80.7%, n=113）

「二次感染予防教育」（79.3%, n=111）

「CIについての理解の促進（以下対staff）」（79.3%, n=111）

(3) 安心感 (A群 (n=83) vs B群 (n=188))

制度があることで安心感あり（「とても安心と感じる」+「少し安心と感じる」と回答した数）：98.8%, n=82 vs 94.1%, n=177。

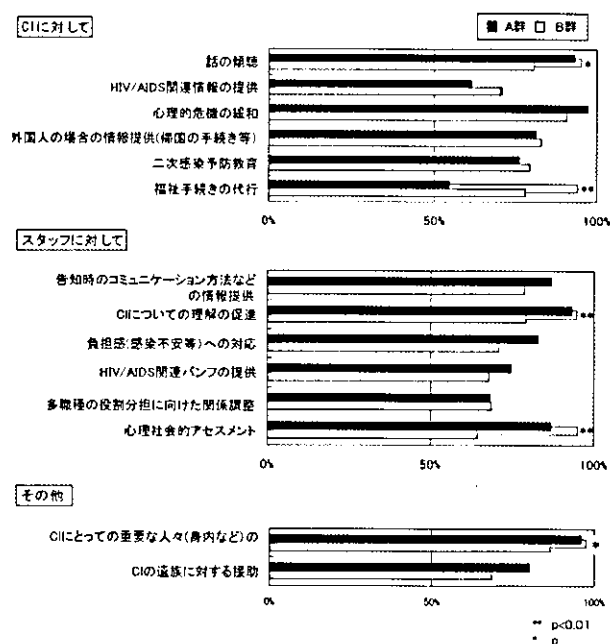


図1. 今後利用したいサービス（複数回答）

- (4) 制度の問題点 (A 群 (n=79) vs B 群 (n=149)) (複) (図 2 参照)
- 「派遣カウンセラー (以下 Cr) の専門性が不明」 (16.5 %, n=13 vs 59.7 %, n=89, p<0.01)
- 「依頼までの手続きが面倒」 (12.7 %, n=10 vs 55.7 %, n=83, p<0.01)
- 「依頼が必要かどうかの判断が困難」 (12.7 %, n=10 vs 55.7 %, n=83, p<0.01)
- 「Cr に有資格者が不在」 (8.9 %, n=7 vs 43.6 %, n=65, p<0.01)
- 「精神科紹介か Cr 紹介かの区別が不明瞭」 (19.0 %, n=15 vs 40.9 %, n=61, p<0.01)
- 「面接室確保が困難」 (27.8 %, n=22 vs 26.8 %, n=40)

### 3. 「制度利用経験あり群」(A 群)

#### (1) 派遣依頼評価

関わり度 (大いに関わった=3、ある程度関わった=2、あまり関わらなかった=1、全く関わらなかった=0)、役立ち度 (とても役に立った=3、まあ役に立った=2、あまり役に立たなかった=1、全く役に立たなかった=0) :

#### 【初回依頼 (平均)】(関わり度&役立ち度)

CI に対して (2.76 (n=79) & 2.58 (n=81))、  
 医師に対して (2.13 (n=80) & 2.49 (n=81))、  
 他のスタッフに対して (1.78 (n=76) & 2.08 (n=80))

#### 【直近依頼 (平均)】(関わり度&役立ち度)

CI に対して (2.62 (n=61) & 2.47 (n=62))、  
 医師に対して (2.03 (n=63) & 2.37 (n=62))、  
 他のスタッフに対して (1.72 (n=61) & 2.00 (n=62))。

- (2) 初めての依頼 (n=83) vs 直近の依頼 (n=64)

#### 【対象】

「患者本人」 (75.9 %, n=63 vs 98.4 %, n=63)、  
 「その他」 (1.2 %, n=1 vs 1.6 %, n=1)、無回答 (22.9 %, n=19 vs 0.0 %, n=0)

#### 【初回依頼の理由】

「医師自身が必要だと判断」 (83.1 %, n=69 vs 76.6 %, n=49,)、「カウンセリング (以下 Co) を担当する院内スタッフが不足」 (28.9 %, n=24, vs 21.9 %, n=14)、「CI 本人から希望」 (26.5 %, n=22 vs 35.9 %, n=23)、「診療が未経験もしくは経験少」 (13.3 %, n=11 vs 1.6 %, n=1)、「院内の医療スタッフからの勧め」 (12.0 %, n=10, vs 9.4 %, n=6)、「他の病院の医療スタッフからの勧め」 (4.8 %, n=4 vs 1.6 %, n=1)、「その他」 (10.8 %, n=9, vs 6.3 %, n=4)。

【依頼時期】(平均 (SD)) 1999.7 年 (3.06) vs 2003.6 年 (1.08) (調査期間は 2003.10 中旬～11 月中旬)。

- (3) 初回依頼後、依頼しなかった理由 (n=19) (複)

「患者の来院なし」 (52.6 %, n=10)、「Co が必要な人はいないとスタッフが判断」 (42.1 %, n=8)、「CI が希望せず」 (26.3 %, n=5)、「制度利用後院内の支援体制が整った」 (5.3 %, n=1)、「初回依頼時 Cr が期待通り機能せず」 (0.0 %, n=0)、「その他」 (21.1 %, n=4)

- (4) 派遣を依頼した CI の数

「1～4 人」 (51.8 %, n=43)、「5～9 人」 (22.9 %, n=19)、「10～29 人」 (13.3 %, n=11)、「30～49 人」 (6.0 %, n=5)、「50 人以上」 (6.0 %, n=5)

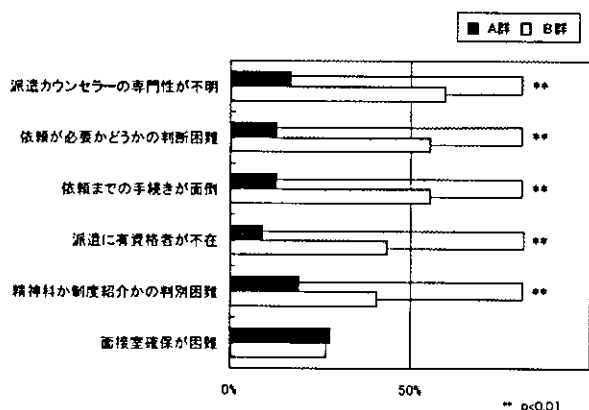


図 2. 制度の課題 (複数回答)

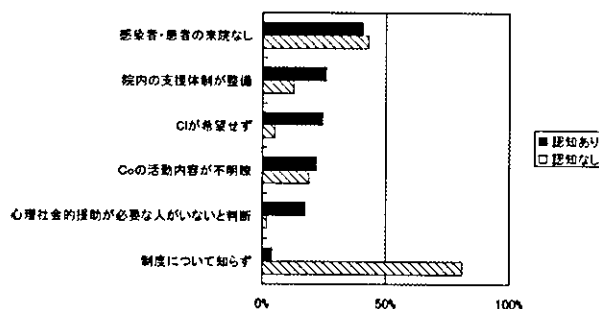


図 3. 制度未利用の理由 (複数回答)

4. 「制度利用経験なし群」(B群)

- (1) 制度認知度：認知あり 67.0% (128名/191名)
- (2) 制度未利用の理由上位6項目(複)：(制度認知あり (n=128) vs 制度認知なし (n=63)) (図3参照)  
 「派遣制度について知らず」(3.9%, n=5, vs 81.0% n=51, p<0.01)、「患者の来院なし」(40.6%, n=52 vs 42.9%, n=27)、「院内の支援体制整う」(25.8%, n=33, vs 12.7%, n=8)、「CIが希望せず」(24.2%, n=31 vs 4.8%, n=3, p<0.01)、「Crの活動内容が不明瞭」(21.9%, n=28 vs 19.0%, n=12)、「Coが必要な人はいないとスタッフが判断」(17.2%, n=22 vs 1.6%, n=1)

考察

1. 制度を利用した全国の自治体の拠点病院の医師は、初回のみならず直近の依頼まで派遣カウンセラー(Cr)の活動を高く評価していた。また制度利用の有無に関らず、制度の存在がHIV診療を行う上で医師の安心感につながっていることも明らかとなった。さらに、制度を利用したことのない医師の大半が、今後利用したいサービスをあげており、制度の継続の必要性が強く示唆された。
2. 約3割の医師が制度について知らなかったことや、Crの専門性が不明であること等の利用上の問題点が明らかとなり、周知の徹底及びCrの役割の明確化、依頼までの手続きの簡略化等の必要性が示唆された。

結論

1. 派遣制度の周知のための効果的な方法を示していく。
2. より利用しやすいサービスとするためのガイドラインを示していく。
3. カウンセラーに求められているサービスとその現状とを比較し、問題点を明確化していく。

健康危険情報

特になし

研究発表

論文発表

なし

学会発表

- 1) 神谷昌枝、石川雅子、折井佳穂里、福井小紀子「派遣カウンセリングの利用促進に関する研究」、第18回日本エイズ学会学術集会、2004。口頭発表

知的財産権の出願・登録状況(予定を含む)

特許取得

なし

実用新案登録

なし

その他

なし



## 研究4. ピア・カウンセラーと専門カウンセラーの協働に関する研究

分担研究者：山中 京子（大阪府立大学社会福祉学部）

研究協力者：内野 悌司（広島大学保健管理センター）

藤原 良次（りょうちゃんず）

椎村 和義（りょうちゃんず）

橋本 則久（りょうちゃんず）

平岡 毅（広島県立広島病院）

藤井 宝恵（広島大学大学院保健学研究科）

塚本 弥生（広島市立市民病院）

藤井 輝久（広島大学病院輸血部）

### 研究要旨

ピア・カウンセリングが有効活用されるために、ピア・カウンセラーと専門カウンセラーおよび医療福祉専門職従事者とが、いかに協働することができるかを明らかにする目的で、全国366カ所のHIV診療拠点病院に従事する多職種の専門職に対してアンケート調査を配布し、ピア・カウンセリングに対する認知、意識、ニーズについて尋ねた。「ピア・カウンセリングを有効」と考える回答者は全体の84.1%である一方で、「リスクがある」と考えるのは37.4%、「同じような悩みを体験したことのあるピア・カウンセラーを紹介したいと思う」回答者は55.7%である一方で、「紹介をためらう」のは18.0%、「リスクを認知していても、紹介したいと思う」のは51%、「ピア・カウンセリングのリスクを認知していても有効であると思う」のは35%という結果であった。また、「どちらともいえない」という回答の割合が高く、ピア・カウンセリングについて具体の明確な認知や利用経験が未だもたれていない可能性が示唆された。これらの結果から、ピア・カウンセリングに対するニーズはあるものの、シーズ（提供できるもの）がまだ整備されていないと専門職が捉えていると推察された。ピア・カウンセラーと専門職との協働によって、ピア・カウンセリングの機能や位置づけをさらに明確にし、運用上の信頼感や安全性を高めることで、一層の活用が促されると考えられる。

### A Study on Collaboration between Professional HIV Counselors and Peer Counselors

Teiji Uchino<sup>1)</sup>, Ryouji Fujiwara<sup>2)</sup>, Kazuyoshi Shiimura<sup>2)</sup>, Norihisa Hashimoto<sup>2)</sup>, Tsuyoshi Hiraoka<sup>3)</sup>, Tomie Fujii<sup>4)</sup>, Yayoi Tsukamoto<sup>5)</sup>, Teruhisa Fujii<sup>6)</sup>

<sup>1)</sup>Health Service Center, University of Hiroshima, <sup>2)</sup>NGO Ryochans, <sup>3)</sup>Hiroshima Prefectural Hospital, <sup>4)</sup>School of Medicine, University of Hiroshima, <sup>5)</sup>Hiroshima City Hospital and <sup>6)</sup>Hiroshima University Hospital

研究目的

本研究は、平成 13 年度より 15 年度までの 3 年間に行った「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」の続きと位置づけられる。平成 16 年度からの本研究は、ピア・カウンセリングが有効活用されるために、ピア・カウンセラーと専門カウンセラーおよび医療福祉専門職従事者とが、いかに協働することができるかを明らかにすることが目的である。ピア・カウンセリングを促進する要因は、①専門職従事者から感染者への情報提供や紹介、②感染者からピア・カウンセラーへの被支援行動希求、③ピア・カウンセラーと専門職従事者との協働、であるという仮説を立てた。研究 1 年目の本研究は、専門職従事者にアンケート調査を行い、ピア・カウンセリングに対する認知やニーズを明らかにし、①、③を促進する要素を明らかにすることを目的とした。

研究方法

全国の HIV 診療拠点病院である 366 病院にアンケート調査を郵送で依頼し、多職種からなる専門職従事者に対して、属性に関する 4 項目および支援活動を行っている感染者を知っているかどうかの 1 項目、ピア・カウンセリングに関する 21 項目、ピア・カウンセリングを勧めたいと思う時とためられる理由の自由記述からなるアンケート調査を行った。

研究結果

アンケート調査を依頼した 366 病院のうち、158 病院より回答（回収率 43.2%）があり、有効回答は 434 であった。職種別では、医師 172、看護師 138、ソーシャルワーカー 67、心理士 36（常勤 28、派遣 8）、助産師 6、薬剤師 10、その他 11 であった（図 4）。診療経験年数、患者数はそれぞれ図 5、6 の通りである。支援活動を行っている感染者を知っている人は 221（50.1%）、知らない人 213（49.1%）であり、21 項目に対する回答結果は表 1 の通りである。

項目 1-21 を検定変数にして、職種、診療経験年

数、診療経験患者数、活動者の認知をそれぞれグループ化変数にして、クラスカル・ウォリスの順位和検定を行い、有意差のみられた項目毎に下位検定として、マン・ホイットニーの U 検定を行った。

職種をグループ化変数にした場合、項目 2 ( $\chi^2=29.52, d=7, p<.01$ ) について、医師や看護師、ソーシャルワーカーはカウンセラーよりも「専門職に話さないようなことをピア・カウンセラーには相談する」と思っている可能性があるという示唆された。項目 9 ( $\chi^2=21.95, d=7, p<.01$ ) について、看護師は他の職種よりも「現在の制度によるサービスでは満足できないものをピア・カウンセリングは提供する」と思っていない可能性があるという示唆された。項目 10 ( $\chi^2=26.22, d=7, p<.01$ ) について、医師は看護師、

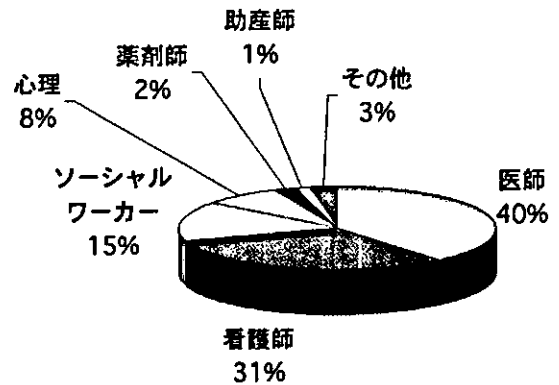


図 4. 回答者の職種別割合

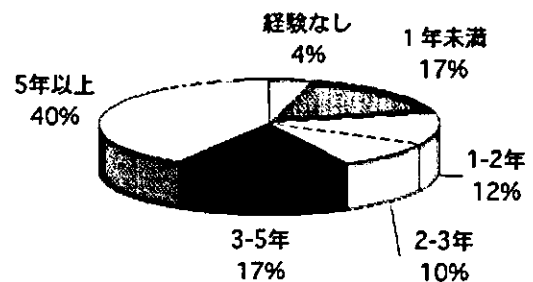


図 5. 回答者の診療経験年数

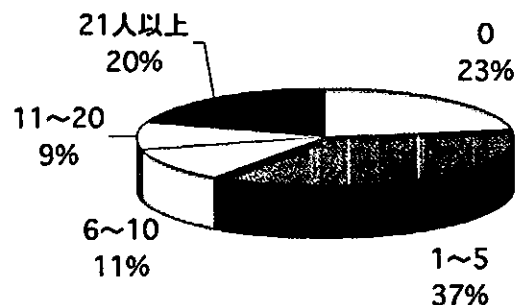


図 6. 回答者の診療経験患者数



ソーシャルワーカー、カウンセラーよりも「ピア・カウンセラーが相談者（利用者）に誤った情報を提供する恐れがある」と思っている可能性があることが示唆された。項目13 ( $\chi^2=14.52, d=7, p<.05$ ) について、医師は看護師、ソーシャルワーカー、カウンセラーよりも「ピア・カウンセリングは相談者（利用者）へ押しつけになる」と思っている可能性があることが示唆された。

診療経験年数をグループ化変数にした場合、項目9 ( $\chi^2=11.39, d=5, p<.05$ ) について、経験なし群は他の群よりも「現有の制度によるサービスでは満足

できないものをピア・カウンセリングは提供する」と思っていない可能性があることが示唆された。項目11 ( $\chi^2=10.90, d=5, p<.1$ ) について、経験なし群は他の群よりも「ピア・カウンセラーは悩んでいる感染者のモデルになる」と思っていない可能性があることが示唆された。項目13 ( $\chi^2=10.09, d=5, p<.1$ ) について、5年以上経験群は1-2年群、2-3年群、3-5年群よりも「ピア・カウンセリングは相談者（利用者）へ押しつけになる」と思う可能性があることが示唆された。

診療経験患者数をグループ化変数にした場合、項

表1. ピア・カウンセリングに関する項目への回答集計

	Question	NO	CAE	YES
1	ピア・カウンセラーは、ユーザーと同じ体験をもつからわかりあえる	16(3.6)	81(18.4)	343(78.0)
2	専門職に話さないようなことをピア・カウンセラーには相談する	19(4.4)	102(23.3)	317(72.4)
3	ピア・カウンセリングにおいて、プライバシーが守られるか心配である	146(33.8)	150(34.7)	136(31.5)
4	ピア・カウンセラーは、相談者（利用者）に適切な情報を提供する	21(4.8)	208(47.5)	209(47.7)
5	ピア・カウンセラーの支援は、専門職のHIV診療を補助する	16(3.7)	115(26.4)	304(69.9)
6	ピア・カウンセラーは、十分にトレーニングを受けている	62(14.7)	272(64.5)	88(20.8)
7	ピア・カウンセリングには、専門職の支援が必要である	10(2.3)	49(11.3)	374(86.4)
8	ピア・カウンセラーは、相談者（利用者）の希望（empowerment）の対象となる	10(2.3)	126(29.2)	306(68.6)
9	現有の制度によるサービスでは満足できないものをピア・カウンセリングは提供する	20(4.7)	151(34.8)	263(60.6)
10	ピア・カウンセラーが相談者（利用者）に誤った情報を提供する恐れがある	71(16.2)	241(55.0)	126(28.8)
11	ピア・カウンセラーは、悩んでいる感染者のモデルになる	34(7.8)	166(37.9)	238(54.4)
12	ピア・カウンセラーは、医療機関を受診することに抵抗がある感染者の受け皿となる	61(14.0)	133(30.4)	244(55.7)
13	ピア・カウンセリングは、相談者（利用者）へ押しつけになる	192(43.9)	233(53.3)	12(2.7)
14	支援活動を行うことは、ピア・カウンセラーにも肯定的な作用をもたらす	7(1.6)	80(18.3)	349(80.0)
15	ピア・カウンセラーに相談することで、相談者（利用者）の思いこみや誤った認識が修正される	17(3.9)	168(38.4)	252(57.7)
16	ピア・カウンセラーが自分の経験と比較して、相談者（利用者）に批判的になる	136(31.2)	259(59.4)	41(9.4)
17	ピア・カウンセラーは、医療機関を受診することに抵抗がある感染者を医療機関につなぐ	19(4.3)	141(32.4)	275(63.3)
18	ピア・カウンセリングは、感染者の支援に有効である	6(1.4)	61(14.5)	355(84.1)
19	素人のピア・カウンセラーが他の感染者の相談活動をするのは危険である	96(22.1)	173(39.9)	155(38.0)
20	同じような悩みを体験したピア・カウンセラーがいれば、感染者を紹介したいと思う	27(6.3)	160(37.0)	248(56.8)
21	ピア・カウンセリングは知っていても、実際にピア・カウンセラーに感染者を紹介するのはためらう	177(40.9)	179(41.3)	77(17.7)

目11 ( $\chi^2=9.39, d=4, p<.1$ ) について、経験患者数21人以上の群は、経験がより少ない群よりも「ピア・カウンセラーは悩んでいる感染者のモデルになる」と思っていない可能性があるとして示唆された。項目12 ( $\chi^2=14.67, d=4, p<.01$ ) について、経験患者数が11～20人の群は、他の群より「ピア・カウンセラーは医療機関を受診することに抵抗がある感染者の受け皿となる」と思っていない可能性があるとして示唆された。

活動者の認知をグループ化変数にした場合、項目16 ( $\chi^2=6.51, d=1, p<.1$ )、18 ( $\chi^2=4.64, d=1, p<.1$ ) に有意な差がみられた。この結果から、支援活動を行っている感染者を知っている人は、知らない人よりもピア・カウンセリングを肯定的に捉えていることが示唆された。

## 考察

項目間のクロス表(表1)より、「ピア・カウンセリングを有効」であり、かつ「適切な情報を提供している」と考えるのは53%、「ピア・カウンセリングは、ピア・カウンセラーにも肯定的な作用をもたらす」と考えるのは79%、そのうち「感染者を紹介したい」と思うのは90%、「ピア・カウンセリングを有効」と考えるのは84.1%である一方で、「リスクがある」と考えるのは37.4%、「同じような悩みを体験したことのあるピア・カウンセラーを紹介したいと思う」のは55.7%である一方で、「紹介をためらう」のは18.0%、「リスクを認知していても、紹介したいと思う」のは51%、「ピア・カウンセリングのリスクを認知していても有効であると思う」のは35%という結果であった。また、「どちらともいえない」という回答の割合が高く、ピア・カウンセリングについて具体的で明確な認知や利用経験が未だもたれていない可能性がある。自由記述で確認したところ、ピア・カウンセリングは一定の割合で肯定的に評価されているが、診療経験が豊富なほど、個別的な要因を考慮して、ピア・カウンセリングの活用には慎重であると考えられる。

活用を阻害する要因としてあげられていたのは、「信頼できるピア・カウンセラーを個人的に知らないこと」「プライバシーへの懸念」「ピア・カウンセラーの技量に対する不安」「十分なトレーニングを受けているかの不安」「ピア・カウンセラーとの共

通性よりも相違が悪影響を及ぼす懸念」「ピア・カウンセラーが自分の体験を相対化することができず、相談者に押しつけなどの悪影響を及ぼすこと」等であった。また、専門職の支援が必要と考えている回答は8割以上であり、ピア・カウンセリングの活用を促進するのは、必要なときに専門職の支援が得られる体制が整っていることとして示唆された。

## 結論

上記のような結果から、専門職はピア・カウンセリングに対するニーズはあるものの、ピア・カウンセラー側のシーズ(提供できるもの)がまだ整備されていないと捉えていると推察された。ピア・カウンセラーと専門職との協働によって、ピア・カウンセリングの機能や位置づけをさらに明確化し、運用上の信頼感や安心感を高めることで、一層の活用が促されると考えられる。

## 健康危険情報

特になし

## 研究発表

### 論文発表

なし

### 学会発表

なし

## 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む)

### 特許取得

なし

### 実用新案登録

なし

### その他

なし



## HIV 感染者の地域生活支援におけるソーシャルワークに関する研究

分担研究者：小西加保留（桃山学院大学社会学部社会福祉学科）

### 構成

研究 1. HIV 感染者の療養生活と就労に関する調査研究

研究 2. 長期療養者の支援に関する研究

研究 3. エンパワメントのプログラム開発に関する調査研究

**Research on Social Work Assisting Community-based Life of Person with HIV/AIDS**

Kahoru Konishi

*Faculty of Sociology, Momoyama Gakuin University*





## 研究 1. HIV 感染者の療養生活と就労に関する調査研究

分担研究者：小西加保留（桃山学院大学社会学部社会福祉学科）

研究協力者：若林チヒロ（埼玉県立大学保健医療福祉学部）

生島 嗣（NPO 法人ぶれいす東京）

大内 幸恵（東京都立大学大学院社会科学部研究科）

島田 恵（国立国際医療センターエイズ治療・研究開発センター ケア支援室）

大野 稔子（東京都立大学大学院社会科学部研究科）

織田 幸子（国立病院機構大阪医療センター）

城崎 眞弓（国立病院機構九州医療センター）

村上未知子（東京大学医科学研究所）

池田 和子（国立国際医療センターエイズ治療・研究開発センター ケア支援室）

武田 謙治（国立国際医療センターエイズ治療・研究開発センター ケア支援室）

### 研究要旨

医療の進歩により、HIV 陽性者は治療とのバランスをとりながら多様な社会生活が可能になった。しかし周囲の人に病名を開示しにくい環境は改善されていないため、理解や支援を得にくく、社会生活上様々な制約を受けやすい。労働職場環境についても同様で、働くことは経済的に生活を支える手段としても個人の能力を生かす場や生きがいを得る場としても重要であるものの、その課題は多い。そこで、本研究では、HIV 陽性者の社会活動のとくに就労に焦点をあてて実態と問題を整理する目的の調査を行い、就労支援対策の基礎資料と作成することにした。方法は、HIV 治療ブロック病院および拠点病院である全国の 5 つの医療機関にて、20 歳以上 65 歳未満の外来の患者を対象に、自記式質問紙を医療者より配布した。対象者 783 名のうち拒否 29 名、配布 754 票、回収票 566 票であった（有効回収率 72.3 %）。調査期間は 2003 年 12 月から 2004 年 5 月。

結果、就労継続上の主要な問題点には、体力や健康管理以外に、病名が漏洩する不安による精神的な負担感が挙げられた。これには、HIV 陽性者側への支援だけでなく、雇用主や職場の同僚、人事や産業医を含む職場の人間関係やプライバシー保護の制度や職場環境についても検討する必要がある。陽性者の多くが若年層で、長期に生存できる可能性を考慮すると、病名を開示しても相談できる支援機関が必要と考えられた。

### Working Environment of Person with HIV/AIDS

Chihiro Wakabayashi<sup>1)</sup>, Yuzuru Ikushima<sup>2)</sup>, Megumi Shimada<sup>3)</sup>, Toshiko Ohno<sup>4)</sup>, Sachiko Oda<sup>5)</sup>, Mayumi Jyozaki<sup>6)</sup>, Michiko Murakami<sup>7)</sup>, Yukie Ouchi<sup>8)</sup>, Kazuko Ikeda<sup>3)</sup>, Kenji Takeda<sup>3)</sup>, Kahoru Konishi<sup>9)</sup>

<sup>1)</sup>Department of Health and Social Services, Saitama Prefectural University, <sup>2)</sup>Positive Living And Community Empowerment Tokyo (NPO), <sup>3)</sup>AIDS Clinical Center, International Medical Center of Japan, <sup>4)</sup>Hokkaido University Hospital, <sup>5)</sup>National Osaka Medical Center Hospital, <sup>6)</sup>National Kyushu Medical Center Hospital, <sup>7)</sup>Research Hospital, The Institute of Medical Science The Tokyo University, <sup>8)</sup>Department of Social Sciences, Tokyo Metropolitan University and <sup>9)</sup>Faculty of Sociology, Momoyama Gakuin University

## 研究目的

医療の進歩により、HIV 陽性者はエイズを発症させることなく寿命を延ばすことが可能となり、陽性者は治療に専念する生活ではなく、治療とのバランスをとりながら多様な社会生活を継続することが可能になった。しかし、周囲の人に容易に病名を開示できない環境は改善されていないため周囲の理解を得にくく、社会生活上様々な制約を受けやすいと考えられる。とくに就労は、経済的に生活を支える手段としても、個人の能力を生かす場や生きがいを得る場としても重要であるが、就労を継続できなくなる陽性者も少なくない。

そこで、本研究では、HIV 陽性者の社会活動の状況を、とくに就労に焦点をあてて、どのような就労・雇用形態が働きやすいと評価されているのか、就職や就労継続の障害となっている要因は何かといった就労の実態を明らかにする目的の調査を行い、就労支援対策の基礎資料とすることにした。

## 研究方法

北海道、東京 2ヶ所、大阪、九州の 5つの医療機関にて、20 歳以上 65 歳未満の外来の患者を対象に、自記式質問紙を医療者より配布した。症状等があった調査依頼が困難な人、初診の人、日本語の読解が困難な人は対象外とした。九州と北海道は期間を限定せず全員に配布、東京は 1ヶ月間配布、大阪は 150 票を配布。対象者 783 名のうち拒否 29 名、配布 754 票、回収票 566 票であった（有効回収率 72.3 %）。調査期間は 2003 年 12 月から 2004 年 5 月。

## 研究結果

### 1. 基本的属性

- ・ 男性が 92.7 %。年齢は、30 代が 41.8 %、40 代が 23.2 % を占めた。
- ・ 感染経路は、性的接触が全体の 76.6 %、非加熱血液製剤が 14.7 %。
- ・ HIV 感染を知った時期は、90 年以前が 9 %、91 ~ 95 年が 11 %、96 ~ 2000 年が 31 %、2001 年以降が 48 % で、抗 HIV 薬の開発が進んだ 96 年以降の告知が 80 % を占めた。

### 2. 健康状態

- ・ 免疫の状態は、82.8 % の人が CD4 細胞数 200 個 / $\mu$ l 以上、61.1 % の人がウイルス量は検出限界以下だった。
- ・ 抗 HIV 薬の服薬は、74.5 % の人は抗 HIV 薬を服用しており、服薬している人の 8 割は 1 日 2 回の服薬。一方で、服薬していないという人も 1/4 を占めた。
- ・ 通院頻度は、月に 1 回が 53.2 %、3 ヶ月以上間隔を空けて通院している人も 13.2 %。月に 2 回以上と頻繁な通院をしている人は 9.6 % であった。
- ・ この 1 年間の入院経験は、過去 1 年間に入院した人は 28.3 % で、30 日間以上の長期入院した人は全体の約 1 割であった。
- ・ 入院の理由は、日和見感染症での入院は、入院した人の 37.3 %、全体の 10.5 %。
- ・ 身体障害者手帳は、78.9 % の人が手帳を取得し、そのうち 11 % の人は免疫機能障害以外で認定を受けており、多様な障害で手帳を取得していた。等級は 2 級と 3 級が多かった。

### 3. HIV 陽性者の就労状況

- ・ 感染がわかった時と現在の就労率は、就労率（学生と主婦を除く人のうち働いている人の割合）は、感染が分かった時は 92.5 % であったが、現在は 80.6 % に低下していた。
- ・ 働いていない理由は、社会活動をしていたり経済的に困らないからという人もいるが、体力や健康上の問題や採用してもらえないことなどが主に挙げられた。
- ・ 非就労者の就職希望は、働いていない人の 68.0 % は働くことを希望しており、体力や健康上の理由で働けないという人でも多くは就職を希望していた。
- ・ 就職を希望している非就労者のうち半数は障害者雇用制度利用の意向があったが、そもそも制度を知らないという人も多く、制度の周知も必要であろう。（図 1、2、3、4）

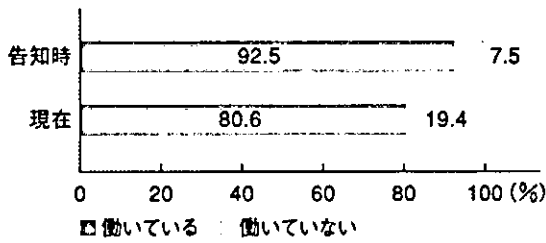


図 1. 告知時と現在の就労率

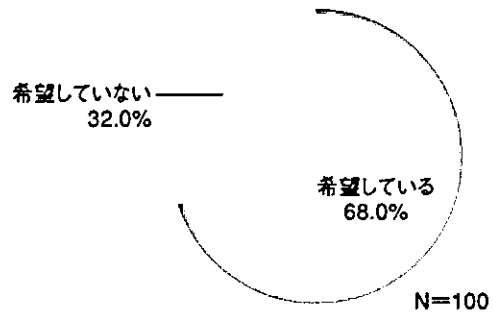


図 3. 非就労者の就職希望

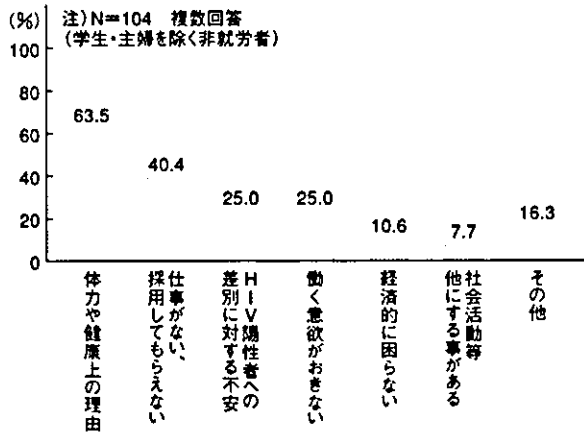


図 2. 就労していない理由

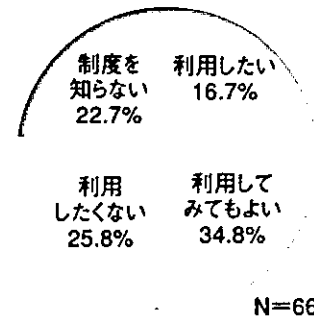


図 4. 就職を希望している人の障害者雇用制度利用意向

#### 4. HIV 感染後の働き方の変化

- ・ HIV 感染を知った時と現在の職業は、学生と企業の正社員・役員が減少し、派遣・パートなどの非正規従業員がやや増加、無職も増加していた。
- ・ HIV 感染を知った時の職業別にみた現在の職業をみると、告知時に派遣・パートであった人の 26.9% が無職になっており、学生であった人では企業の正社員や公務員になっている人が 26.2% で、厳しい就職環境であることがうかがえる。
- ・ HIV 感染を知って以降の離職・転職をみると、就労した経験がある人のうち 37.6% は、HIV 感染がわかって以降に仕事を変えたり辞めたりした。
- ・ 離転職した理由は、体力的なことがもっとも多いが、仕事より健康や生活を重視してという人も少なくない。服薬など健康管理上のことよりも、精神的な問題や感染を知られる不安をあげた人の方が多くいた。
- ・ 離転職した人の辞め方は、HIV 感染が知られて辞めたという人は 10 名おり、うち 2 名は解雇によるものであった。

(図 5、6、7、8、9)

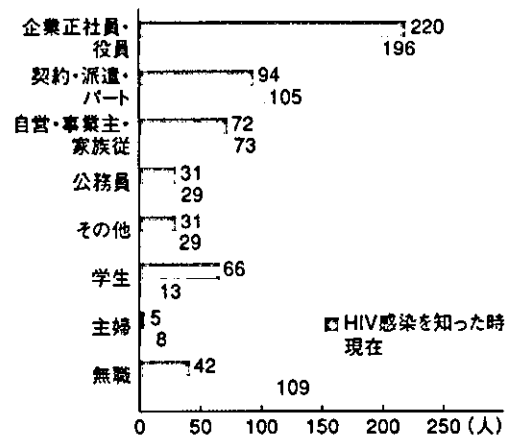


図 5. HIV 感染を知った時と現在の職業

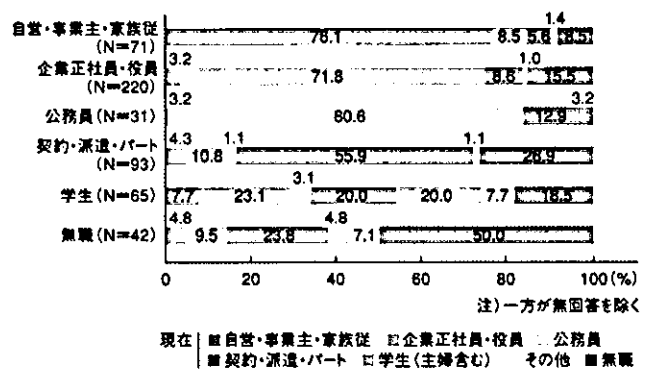


図 6. HIV 感染を知った時の職業別、現在の職業

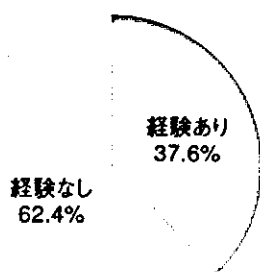


図 7. HIV 感染を知って以降の離職・転職

	N	%
体力的なこと	80	41.7
労働条件・仕事内容の問題	65	33.9
仕事より健康や生活を重視	43	22.4
精神的な問題	39	20.3
より良い仕事が見つかった	29	15.1
感染を知られる不安があった	26	13.5
会社都合 (リストラ含む)	23	12.0
人間関係	23	12.0
通院が困難	22	11.5
入院	18	9.4
服薬が困難	13	6.8
HIV 感染を知られた	10	5.2

注) 複数回答  
N=192

図 8. 離転職した理由

	N	%
自らの意思でやめた	125	64.1
やめざるをえなかった	55	28.2
解雇された	15	7.7
合計	195	100.0

図 9. 離転職した人の辞め方

### 5. HIV 陽性者の働き方

- ・ 業種はサービス業が多く、医療・福祉、教育・学習支援など多様な業種で働いている。
- ・ 職種は専門・技術職や事務系職種が中心で、生産・労務などの現業職は 1 割にも満たなかった。
- ・ 労働日数は派遣・パートの 80.6 % の人は週 5 日以上働いており、労働日数を減らしているわけではない。自営業・事業主は 60.0 % の人が週 6 日以上働いていた。
- ・ 職場で病名を知らせている範囲は、同僚や上司、雇用主などに対して病名を知らせている人が、それぞれ 1 ~ 2 割おり、27.5 % の人は職場の誰

かには HIV 感染を知らせていた。

- ・ 職場で病名を知らせたことの評価は、否定的に評価している人はわずかで、多くは肯定的ないしは変化なしという評価であった。もっとも評価が高かったのは精神的負担感の軽減であった。
- ・ 現在の職場に対する評価は、困難なこととしては、HIV への無理解や偏見、病名を隠す負担感をあげており、これは通院や服薬よりも多かった。良い面は、やりがいや面白さを感じることであり、72.4 % の人は働きやすさを感じる職場と肯定的な評価をしていた。

(図 10、11、12、13、14、15)

業種	人	%
医療・福祉	49	11.7
卸売・小売業	40	9.5
製造業	39	9.3
情報通信	35	8.3
教育・学習支援	28	6.7
飲食店・宿泊業	24	5.7
公務	22	5.2
建設業	19	4.5
運輸業	16	3.8
金融・保険業	13	3.1
電気・ガス・水道	3	0.7
不動産	3	0.7
上記以外のサービス業	90	21.4
その他	39	9.3
合計	420	100.0

図 10. 業種

職種	人	%
専門・技術職	123	29.3
事務職	95	22.6
サービス職	55	13.1
管理職	46	11.0
販売職	39	9.3
生産工程・労務作業	12	2.9
運輸・通信	8	1.9
保安職	4	0.9
農林漁業作業	1	0.2
その他	37	8.8
合計	428	100.0

図 11. 職種



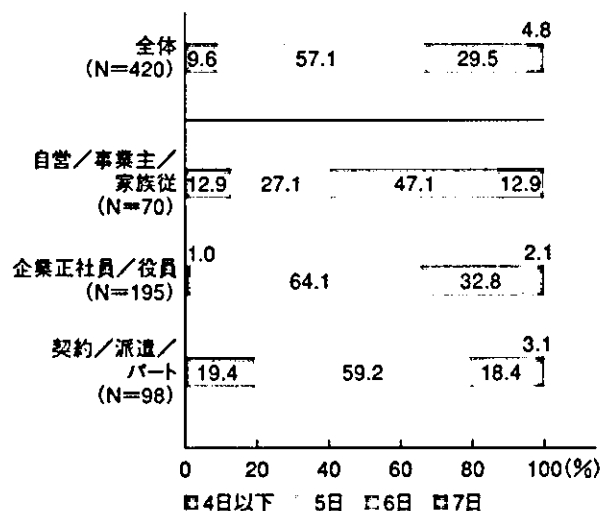


図 12.1 1週間の労働日数

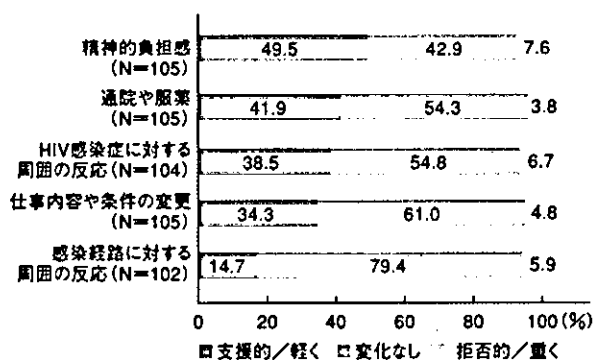


図 13. 職場で病名を知らせたことによる変化

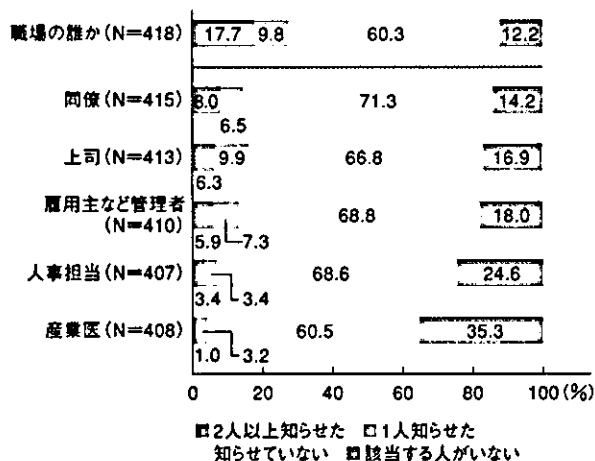


図 14. 職場で病名を知らせている範囲

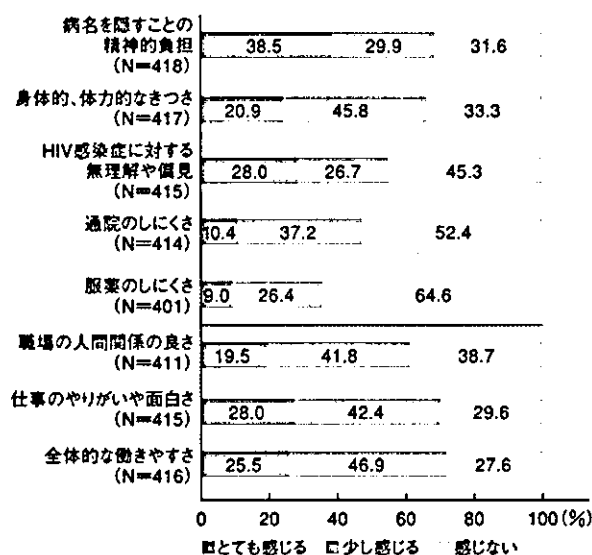


図 15. 現在の職場に対する評価

## 6. 就労支援サービスの利用

- ・ 就労についての相談先は、医療者が中心で、公的な就労・雇用支援機関がほとんど活用されていない。無職の人でもハローワークを利用した人は36.4%であった。
- ・ 障害者雇用制度での就労経験は、現状ではあまり利用されていない。制度を知らないという人もおり、今後は制度の周知・活用も必要であろう。
- ・ 就労について医師とのやりとりをみると、働いていない人も、医師から就労を止められているわけではなく、むしろ勧められている人が多いことがわかる。

(図 16、17、18)

## 7. 現在および今後の生活

- ・ 日常生活での制約感については、性生活、恋人との関係、将来生活設計は多くの人が制約していると感じていた。家族や友人との人間関係については、制約感のある人もいる一方で制約を感じないという人も半数弱いた。
- ・ 将来の生活設計は、「20年以上先まで」という長期的な視点で生活設計を考えている人がいる一方で「考えられない/0年」という人もおり、かなり幅のある回答であった。
- ・ 今後の就労に対する意向は、大部分の人が将来は働くことを希望しており、健康とのバランスをとりながらの就労を望む人が多かった。(図 19、20、21)

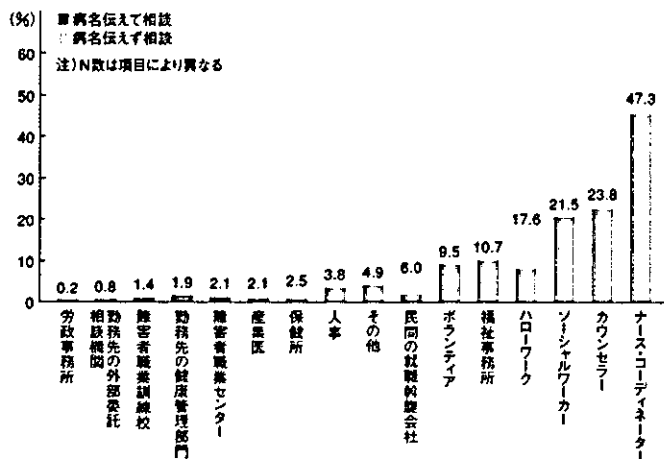


図 16. 就労についての相談先

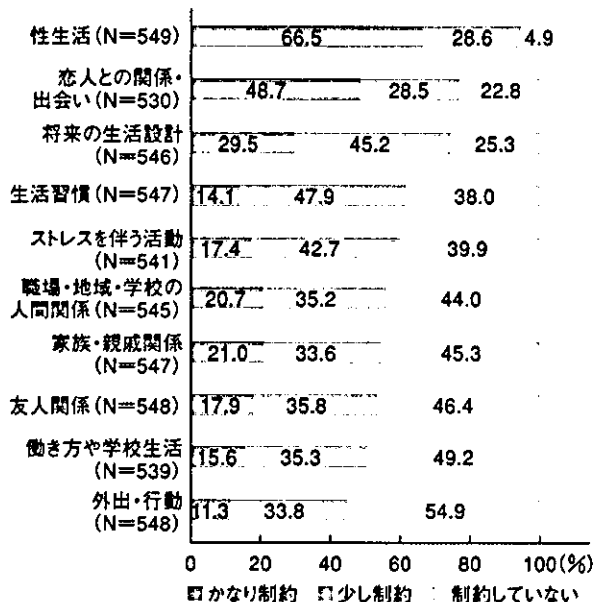


図 19. HIV 陽性者、ふだんの生活で何が違うの？

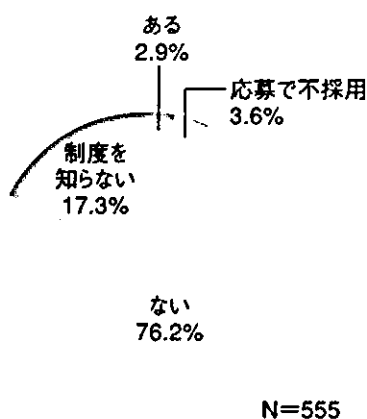


図 17. 障害者雇用制度での就労経験

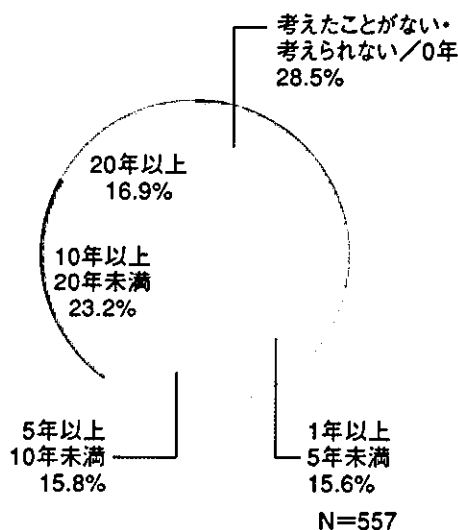


図 20. 将来の生活、何年先まで考えていますか？

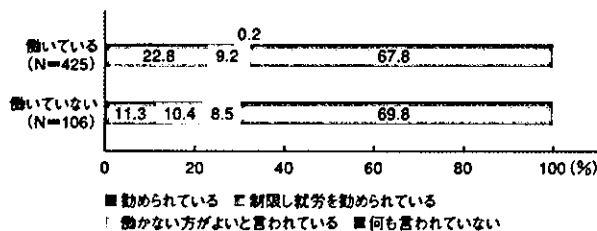


図 18. 就労についての医師のアドバイス

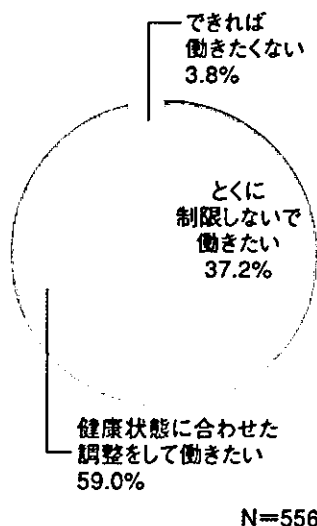


図 21. 今後、働くことをどう考えていますか？

## 考察

### 1. 回収率と対象のバイアス

対象者 783 名のうち回収票 566 票で、有効回収率は 72.3 % であった。患者対象の調査としては高い回収率であったと考えられる。ただし、医療機関によって調査期間を 1 ヶ月に限定しているため、対象にはバイアスがある。受診間隔が 2 ヶ月に 1 度の患者は半数、3 ヶ月に 1 度の患者は 3 分の 1 しか含まれておらず、医療機関によっては体調の良好な患者の割合が低下していると推測される。これは、外来診察時に調査への協力を求めることが医療者にも患者にも負担であることを考慮したためであり、現状ではやむを得ない。実態を正確に把握するためには、今後は調査体制が整うことが期待される。

### 2. 健康状態

対象者の 8 割以上の人は免疫状態は良好に保たれており、ウイルス量は 6 割の人は検出限界以下に抑えていた。過去 1 年間に入院経験のある人は約 4 分の 1 いたが、他の疾患やけが、服薬管理のための入院もあり、HIV 関連の日和見感染症での入院経験があったとした人は全体の約 1 割であった。感染が分かって年月の浅い人が多く、AIDS 発症して感染が分かり入院した人もいることを考慮すると、健康管理ができていない状態の HIV 陽性者の場合には就労の障害となるような入院は多くはないとも考えられた。

### 3. HIV 陽性者の就労状況

就労率は、対象者の年代が 20 代から 60 代の男性であることを考慮すると、一般と比べて低かった。しかし 8 割の人は就労しており、身体障害者認定の等級が 1 級から 3 級の人が 7 割を占める障害者の就労率としては高いと考えられる。

働いていない人のうち、6 割の人は体力や健康上の理由で働いていないとしていたが、7 割の人は働くことを希望しており、体力や健康状態によって調整できる働き方が望まれているといえる。就労状況に関しては、血友病患者や C 型肝炎の状態が悪い HIV 陽性者と性的接触による陽性者とは状況が異なっており、今後分析を行う必要がある。

### 4. HIV 感染後の働き方の変化

就労経験者の約 3 分の 1 の人は HIV 感染が分かっ

て以降に離転職していた。その理由は、服薬、入院、通院といった健康管理を挙げた人は少なく、病名が知られるのではないかと不安や精神的なことを挙げた人のほうが多かった。このことは、健康管理自体が離転職が必要な障害であるというよりも、むしろ病名を伝えないままで服薬したり通院日を確認することの精神的な負担感が障害となっているのではないかと考えられた。

一方、感染をきっかけに価値観や生活観が変化して、健康や生活を重視した働き方に変えたという人も多い。HIV 感染症の経過自体が安定しない状況では、就労を含む人生設計も組み立てにくい面があると思われるが、離転職は必ずしもネガティブな行為であるだけではないことも押さえておきたい。健康とのバランスをとりながら安心して働ける職場が求められているといえよう。

### 5. HIV 陽性者の働き方

就労者の 9 割は週 5 日以上働いており、非正規雇用の人も労働日数を減らしているわけではなかった。業種はサービス業を中心に多様で、職種は現業職より専門技術職が多いという特徴がある。非正規雇用は、通院時間やプライバシー確保の点で評価する人もおり増加しているが、仕事満足度の点では低い傾向もみられる。どのような形態の働き方がどんな点で評価されているのかは、分析をすすめる必要がある。

同僚や上司など職場の誰かに病名を伝えている人が就労者の 3 割弱おり、精神的負担が軽くなったことや健康管理がし易くなったことなど肯定的な評価をしていた。働いている人の多くが、職場に病名を隠すことの負担感や HIV に対する無理解を感じていたりしていたが、同時に、仕事にやりがいや面白さも感じていた。働くことの意味、位置づけは、生計の維持だけにあるのではなく、社会参加や自己実現の手段であることを考慮して、単に健康管理や体力とのバランスをとることだけでなく、就労による生きがいや満足度にも着眼していく必要があるだろう。

### 6. 就労支援サービスの利用

就労や就職に関する相談先は医療者が中心で、公的な相談機関はほとんど活用されていなかった。しかし、就労している人も医療者を対象に相談はしており、病気をもって働き続けるうえでの相談のニー

ズがあることがわかる。

障害者雇用制度については制度自体を知らないという人も多く、まずは陽性者への制度の周知と、既存の就労相談機関において病名を開示しても対応できるような体制が必要である。現状では、医療者が相談窓口となっていることを考慮すると、医療者が地域の就労・雇用支援機関へつなげられるようネットワークをつくることや、院内で医療ソーシャルワーカーと連携できる体制をとることも有効と思われた。

## 7. 現在および今後の生活

感染によって生活をどのように変化・制約させているかを尋ねたところ、性生活や恋人との関係については制約しているとした人が多いものの、職場や地域での人間関係や日常生活については制約していないという人も少なくない。将来の生活設計についても、長期的に捉えている人と、先のことは考えられないという人とではばらつきがあった。これら制約感は、日常生活、社会生活のありようを左右するものである。疾患の経過に対する認識との関連も強いと考えられるが、どのような要因で差が生じているのかを検討し、感染によって必要以上に制約感をもたないような支援も必要と思われた。

## 結論

本研究では HIV 陽性者の就労の現状と課題について整理した。とくに就労継続上の問題点として、病名が明らかにならないように体力や健康管理との調整をとることの精神的な負担感が挙げられ、それが離職や転職の原因ともなっていた。これには、HIV 陽性者側への支援だけでなく、雇用主や同僚、人事や産業医を含む職場の人間関係やプライバシー保護の環境について検討する必要があると考えられる。現状では、公的な就労支援サービスが十分に活用されず、医療機関のスタッフに就職や就労相談をしているが、陽性者の多くが若年層で今後長期に生存できる可能性を考慮すると、病名を開示しても相談できる就労支援体制が必要と考えられた。

## 健康危険情報

なし

## 研究発表

### 学会発表

- 1) 生島嗣、若林チヒロ。HIV 陽性者の就労実態と支援の可能性—免疫機能障害者として—。第 32 回日本職業リハビリテーション学会、於広島、2004. 7。
- 2) 若林チヒロ、生島嗣。免疫機能障害をもつ人の就労実態と意識。第 32 回日本職業リハビリテーション学会。於広島、2004. 7。
- 3) 小西加保留。HIV 感染者の就労実態とその意識。日本医療社会福祉学会、於東京、2004. 9
- 4) 若林チヒロ、生島嗣、小西加保留、島田恵、木村哲。HIV 感染者の就労状況と支援環境—「HIV 感染者の社会生活に関する実態調査」の結果から、第 18 回日本エイズ学会、於静岡、2004. 12。
- 5) 若林チヒロ。HIV 感染者への支援と看護—この 20 年間で今後—；社会福祉関連研究者の立場から、第 10 回 HIV/AIDS 看護学会、2005. 2。

### 調査報告書

- 1) 「地域で働く仲間として～ HIV 陽性者の療養生活と就労に関する調査結果報告」報告書、2005. 2。

### 調査結果報告会・シンポジウム

- 1) 「HIV 陽性者の療養生活と就労に関する調査結果報告会」、於九州医療センター、2004. 11
- 2) 「HIV 陽性者の療養生活と就労に関する調査結果報告会」、於大阪医療センター、2004. 11
- 3) 「HIV 陽性者の療養生活と就労に関する調査結果報告会」、於北海道大学、2005. 2
- 4) 「HIV 陽性者の療養生活と就労に関する調査結果報告会」、於ハイライフプラザいたばし（東京）、2005. 3

### 知的財産権の出願・登録状況

なし