

れている。もともとは、HIV 陽性者のセクシュアルヘルス向上を図る一環として、2005年に、当時の「HIV 感染症の動向と予防モデルの開発・普及に関する社会疫学的研究」(主任研究者:木原正博)に所属していた、本グループ井上らが企画・編集・発行したものである。その後2006年に第2版を発行したが、それらについても在庫が底を突き始めた。今回、「セクシュアルヘルス支援体制のモデル開発と普及」というテーマに基づき再検討したところ、同ツールについて、微修正を施した上で第3版として発行することで、HIV 陽性者のセクシュアルヘルス向上に資するものと判断し、発行を決断した。発行にあたっては、研究協力者間で内容を改めて吟味した。

研究結果

1) 医療従事者対象のフォーカス・グループ・インタビュー調査

「HIV 陽性者のセクシュアルヘルス支援のための研修会」参加経験をベースとして、アドバンスコース開発にあたり、留意・配慮したらいいのではないかというコメントや、研修内容についてのアイデアを中心的に抽出して分類した。その結果、以下のようにカテゴライズされた。

なお、丸ゴシック部分は、フォーカス・グループ・インタビューの語りからの引用である。

(1) 「患者に聞くこと＝質問すること」という受け止めを超えた対応スキルを学ぶ必要性

現場では「積極的に聞く＝質問する」という意味にとどまってしまう、質問の答えに対して、さらに掘り下げるというところまで含めて「聞く」としてのように思えない場合がある。質問の答えが想定外だった場合の対応はできているのかも疑問である。それらも含めて、「積極的に聞く」ということができるようなトレーニングが必要である。

セクシャルヘルスの支援に関してはできているが、できていないかはちょっと分からないんですけども、前にこの研修に参加して大切なことはよく学べたので、それを生かして積極的に聞くような心掛けはしています。

(2) カウンセリングスキルの確実な習得の必要性
 カウンセリングスキルの基本形をいくつかマスターして、それを膨らませていくような研修があると自信がつくのかもしれない。

人と接するとき相手の思いを引き出すとか、考えを引き出すとか、接していくためにはやっぱりそのスキルはすごく大事ななと思って、それを何回かカウンセリングの研修会を繰り返したことで、人と話をするのはあんまりこうつらくなかったかな。スキルの基本形をいくつかマスターして、それを膨らませていくような研修があると自信がつくのかもしれません。

(3) 時間をかけたロールプレイ演習の必要性

ひと組のやりとりを全員で見て、それに対するコメントをファシリテーターからつけてもらう機会を増やす必要がある。

今は流れでそのままたぶんロールプレイだと、話が止まったら間が持たなくなるから、ナース役の人は次の展開に話を持っていつちゃうでしょう。違う切り口からまた入ってこようとすると。でも、そこでやっぱりこう何で今、本当はわたしはこう切り替えてくれればこう言ったのになあ、みたいなところのやり取りとかをしながらロールプレイも深めていくといいのかなって。

(4) 患者のNGワード発見と、言ってしまったときの対応スキルの習得必要性

患者にとってのNGワードをどう見つけるか、その見つけるためのヒント、手がかりを示せるといいかもしれない。また、NGワードを言ったときに外来でどう対応するのかもスキルとして学ぶ機会がほしい。

患者さんにとってのNGワードというか、触れてほしくない言葉、性にかかわらず何かこう、皆さ何かあると思うんですけども、そういうのをうっかり言ってしまったときにどうしたらいいかなっていつも聞いて。やっぱり今意見にもあったように、その場でその相手にどう思ったか、傷付いてしまったかとか確認して、その場で関係を

修復していくと1回外来だから家に帰って次会うまでのこの長い間お互い嫌な思いをしなくていいねって。

(5) 「間」「いやな気分」をアセスメントする力を
培う必要性

「間」や「いやな気分」になったときに、それがどういう意味なのかをアセスメントする力を培うニーズが高そう。念入りにシナリオ作り、スタッフで演じ、あらかじめDVD録画しておいて、それを見もらうという方法も可能性としてはある。

「間」であったり、嫌な気分になったとなったら、じゃあどう聞かれたら逆に答えやすかったかみたいなのところとかを、その場でもう1回細かく振り返ると、きっとじゃあ次にもうちょっと聞く側も、じゃあもう1回やり直してみても、こんなふうに言ったら、やりやすかったとか。

何をアセスメントしていくのか、この「間」がどんな意味なのかとか、表情がどうなのかとか、患者さんの言った言葉のその意味はどういうことなんだろうかって、何をどうアセスメントしていくかっていう力もやっぱり必要なのかな。

(6) 「想定外の答え」が返ってきたときの対応スキル
を習得する必要性

研修中のロールプレイで多く見られていたのが、想定外の答えが返ってきたときに、「フリーズ状態→患者を放置」というパターンに陥る例であった。これは、たとえば例題を挙げて、いくつか考えられる解釈と実際の対応を見せるなどするといいかもされない。DVDなどで、考えられる数通りの対応を見せるといいのかもしれない。

そのときわたしはまだあんまり慣れていなかったんで、それを聞いて「・・・」ってこう頭の中になってしまって、こう話題を変えてしまったというか、もうそこから先に進めなかったとか、そういうときの対応とかも今とっても困っています。

(7) 患者が逃げ込める部分 (=他のリソース) を

提供するという援助方法を学ぶ必要性

看護師一人体制のところは、どうしたらいいかという課題が残る。「患者が逃げこめる」部分を提供するような援助のやり方なども提案する必要があるのではないかと。看護師には責任があると気負いすぎてしまっていて、患者を追い詰めたりしないようにする必要もある。

やっぱりほかの何かピアグループとかので、ちょっとそういうお話に行ったりとかという方法を取っている方もいるので、必ずしも看護師とかがこの性の相談に一番最適な人ではないのかもしれないと感じることも。

(8) 情報提供して待つという「支援」スキルの習
得の必要性

支援と言うと、医療者が能動的に働きかけるというイメージがあるが、たとえば「話したくない」「性に関して触れたくない」という患者に対しては、ツールを渡して待つという支援もあると考えられる。下記の語りにある例では、性感染症についてのツールを渡したあと、後日患者が自分から受診しており、こうした「支援」も重要であろう。

とにかくこうしゃべらなくても、こんなものがありますけどと言って渡しておくだけでも、自分でそこから情報を取ってこっそり行きやすいところに行ってみたり。

「こういうパンフレットとかならあるから、もし欲しければこういうものを持っていますよ」ということをその場で伝えておくだけでも、べつに十分なんじゃないかなと思うんですけどね。それも大切な支援ですよ。

(9) 性行為のリスク一度についての知識獲得機会
の必要性

性行為のリスク一度をアセスメントするためには、医療者として知識としても事前に把握している必要がある。アドバンスコースで扱う必要があるかもしれない。

こっちは支援が必要だと思うんだけども患者さんがそれについて支援を必要と感じていない場合とか、そういうところでの介入の仕方が難しいなど。患者さん自身はリスクな行為とっていないんだけど、ちょっとこっちから見たらリスクだよというときに、どうアプローチしていったらいいのかと。

(10) 対応のための用語集作成の必要性

どのような言葉を使って話を聞いたらいいのか、用語集を用意するというのも一つの方法であろう。

若いスタッフが聞いたんですよね。「同性愛者ですっていうふうに情報はもらったんですけど、その相手のことをどうやって聞いたらいいですか?」といったときに「パートナー」という言葉を使えばいいんだよっていうのを、わたしはこの研修で教えてもらったのになって。

医療者の中のあのアセスメント用紙のところ「パートナー」って言葉はない。家族背景は「夫、妻」。

(11) MSM の人とラフに交流できる場の提供の必要性

MSM の日常生活や性生活などについて、知らないことで偏見を持つ可能性がある。講義ではわかりにくいので、研修会の一環として、ラフに交流できる場を設けたほうがいいのではないか。

知らされないことで逆にこう、いっぱいこうなんじゃないかとか、逆に偏見を持ってしまう部分ってあるのかもしれないから、結構そういうところで、もしも研修とかで実際そういう人の生の声というか、患者さんであったり、MSM の人とか接して直でラフに話せるような機会がもしもあれば、初めてかかわっていくような人とかもかかわりやすいんじゃないかなというような気は何となく、ここ前のところを今思い出しながら思いました。

(12) 医療者間での事例検討や情報交換の場を設ける必要性

事例検討や情報交換の場についても、研修会のいずれかの個所で設けたらいいのかもしれない。

今こうやって(フォーカス・グループ・インタビューで)話しているような仮想事例、事例検討じゃないですけど、さっき言っていた間とか、何だとかということのことを、みんなはどうしているのかというのを話し合える場が欲しいなというふうに。だからロールプレイは限られた時間の中で感じたりとかって、すごくいい部分もあるんだけど、じゃあそこから先どうしたらいいのかなといったところの話をしていくときには、事例検討じゃないけど何かそういう話し合いができる場があるほうが。

(13) 失敗から学ぶ機会の必要性

研修会において、失敗事例を紹介し、そこから学ぶ機会を設けると、よりよいのではないかと。

「インシデントレポート」を振り返るみたいに、何か失敗談をいっぱい集めて、それを振り返るっていうのも面白いかもしれない。これは面白いアイデアだと思いました。

(14) セックスドラッグについての知識を得る機会の必要性

セックスドラッグについて知識を得ておくことが、性にかかわる上で不可欠な状況になってきている。

たぶん全然知識がなかったりすると一般的に、本当のちゃんとした薬品名だけじゃなくてメジャーなやつ。患者さんたちがそれこそセックスドラッグとして使うメジャーなやつと略語とか、何の目的で、例えば使うとただ気持ちいいだけじゃなくて痛みがあるとか。いろいろな目的別だったりするじゃないですか。だから、たぶんそういうことを細かく知っておくと聞きやすいかなと思って、患者さんとかに。

患者さんでも知らないで、本当に違法なものに

手を出しちやったりとかもあったりする。

2) 「HIV 陽性者のセクシュアルヘルス支援のための研修会」ベーシックコース普及に向けたヒアリング

本研修会の今後の展開についてヒアリングの結果を整理すると、主には以下ようになった。

- ・ 事業として展開すると想定した場合に、マニュアル化により「誰にでもできる」というところを狙うのではなく当面は本研究グループが係る形での展開を目指したほうがいいのか。
- ・ マニュアル作りにおいて、参加者集めや問い合わせへの対応の仕方など研修の周辺については充実させたマニュアル作りを進めたほうがいいのか。
- ・ 必ず評価をすること、マニュアルに従ってやることの2つを義務付けることとしたらいいのではないか。
- ・ 伝達による波及的な効果を意識したほうがいいのか。
- ・ 短めの事前学習用パワーポイントや事後伝達用DVD・印刷教材等を用意したらどうか。
- ・ 事前・事後の調査を簡略化していくという手はある。そこには、研修を受けたあと臨床現場でどうだったのかという自己評価を含めるべきであろう。
- ・ 研修後追跡調査については参加者をエンパワーしていくような評価・参加者が自分自身を振り返ることができるような調査に転換していったらどうか。
- ・ なんらかのフォローアップの制度を導入したらどうか。
- ・ 参加者が継続的にネットワーク化できるようなニューズレター等の発行を考慮したらどうか。
- ・ アドバンスコースの開発にあたっては、成功した事例よりもむしろ、失敗した事例に焦点を当て、どうしてダメだったのか、どうして効果が出なかったのか、その背景を重点的に探るといふ姿勢が大切になるのではないか。
- ・ パッケージ化とは、研修会そのものという狭い意味でのパッケージ化ではなく、こうした諸々の事項を全て含めた形でのパッケージ化を目指したほうがいいのか。

3) 第6回「HIV 陽性者のセクシュアルヘルス支援のための研修会」(ベーシックコース) 開催
同研修会を、以下のように開催した。

- ・ 日時：2009年1月23日(土) 9:30~17:00
- ・ 場所：琉球大学医学部附属病院看護部会議室
- ・ 後援：HIV/AIDS看護学会
- ・ 協力：琉球大学医学部附属病院
- ・ 対象：HIV感染者への診療・看護・支援を行っている/今後行う可能性がある医師・看護師・保健師・心理職・ソーシャルワーカー等9名(一部参加者を含む)

以下、評価に関する調査結果を中心に紹介する。

アウトカム評価の3つの指標について、研修会前後の平均値を比較し、対応のあるT検定を行った結果を表3に示す。この表のように、研修会後のほうが研修会前よりも、セクシュアルヘルス支援の自己効力感は統計学的に有意に高くなっており(p=0.012)、また有意ではないものの、性の多様性容認度も高くなる傾向にあった(p=0.052)。セクシュアルヘルス支援への積極性も平均値を見ると研修会前に比べて研修会後のほうが高くなっていった。

表3 第6回「HIV 陽性者のセクシュアルヘルス支援のための研修会」アウトカム指標の研修前後比較

尺度	項目	レンジ	研修前		研修後		p
			平均	SD	平均	SD	
性の多様性容認度	3	3~12	8.80	3.56	10.20	2.49	0.052 +
セクシュアルヘルス支援への積極性	3	3~12	9.80	1.92	11.00	1.00	0.109
セクシュアルヘルス支援の自己効力感	14	14~56	34.40	6.19	43.60	2.97	0.012 *

+: p<0.1, *: p<0.05

研修会参加者によるプロセス評価の一環として、調査票の自由記載欄の一部を以下に紹介する。

- ・ ワークショップ、ディスカッションをすることにより、解決出来ていると思ってた自分が苦手意識としていた部分が、また見出すことが出来て、さらなる自分の課題にもなると思えた。セ

クシャリティーなことにはちゅうちょせず、積極的に相手の反応もみながら、どんどん聞いていこうと思ってます。

- ・ 課題はやや解決された。同性間の sex のことを知らない、(ネコとかタチとか) 話題に出来ないのかな、とか、SW が果たしてどんな事が出来るのかもよくわかりませんでした。知識はあるほうがよいにしろ、自然体でいいのだなと思いました。
- ・ セクシュアルヘルスの概念については、理解が少し深まったと思う。「自信をもって」という点は、もちろん満点とはいかないが、積極的に関わろうとの意欲がもられました。
- ・ ケース 2 題とも受診しているケースだったので、初診時の関り方も学べるとよかった。
- ・ 性の問題はタブーだと思っていた事が、一度聞いてみると意外と楽に聞くことができ、患者自ら解決することの必要性・重要性を学びました。
- ・ セクシャルヘルスについて素直な気持ちで患者と向きあえるような気がします。患者のゴールを確認し、面接ができるよう方向づけができたと思います。
- ・ 最初、長い研修だなーと思ってもいましたが、学ぶことも多く、あっという間に終了しました。たのしく学ぶことができました。ありがとうございました。担当するメンバーだけのスキルアップにはものすごくつなげることが出来たのではないかと思います。
- ・ 他職種と一緒に出来たことがよかった。その職種らしいアプローチがあるのだと思った。
- ・ 緊張しました。でも、やり終えた、という感じ。自分にとって、とても濃度の高い学びになりました。
- ・ 色々コメントをいただく事ができてよかったです。日頃の疑問が解決できました。
- ・ 同職種だとこのようなロールプレイはうまく行かなかった気がします。少人数であったこと、質問の方法、間のとり方、患者の気もちになることができ、とても有意義な研修でした。
- ・ 他職種の方と面接を体験し、自分とは違った接し方、質問方法、間のとり方を観れてとても勉強になりました。HIV に関し、まだまだ勉強不

足なので、これから勉強していきたいと思えます。

- ・ アドバイザーの皆様の適確なアドバイスがあり、自分の中で納得できました。

4) 「HIV 陽性者のセクシュアルヘルス支援のための研修会」ベーシックコースのマニュアル作成・発行

マニュアルは、「HIV 陽性者のセクシュアルヘルス支援のための研修会ベーシックコース マニュアル (実施手順書) Ver. 1」として、2010 年 2 月に発行するに至った。A 4 版で 56 ページ (本文のみ) にわたる。

目次について、以下に示す。

1. ベーシックコースの目的・目標と概要
2. 各スタッフの位置づけ
3. 参加者募集から実施に至るまで
4. 各パートの進め方
5. ワークショップ基本ルール
6. 各パートでの対応例
7. よくある質問集
8. 質問紙調査の流れと分析方法
9. 資料

5) 患者向けツール「ポジティブな SEX LIFE ハンドブック」第 3 版発行

主な改訂箇所は、「参考・引用文献」の差し替え・追加、連絡先等の変更などである。

なお、2010 年度からの運用を見込み、(4) のマニュアルと (5) の患者向けツールには、本研究グループの窓口として新たにメールアドレスを設けることとした。

考察

1) 医療従事者対象のフォーカス・グループ・インタビュー調査結果から

今後のセクシュアルヘルス研修会に内容面で求められるものとして、どのようなものがあるかを簡単に整理なおすと、以下のように考えると考えられ、今後の研修のあり方について、方向性を強く示唆するものとなっている。

- (1) 「カウンセリングスキルの向上」

- ・ 「患者に聞くこと＝質問すること」という受け止めを超えた対応スキルの習得
- ・ カウンセリングスキルの確実な習得／時間をかけたロールプレイ演習

(2) 具体的場面での対応スキルの向上

- ・ 患者のNGワード発見と、言ってしまったときの対応スキルの習得
- ・ 「間」「いやな気分」をアセスメントする力を培うこと
- ・ 「想定外の答え」が返ってきたときの対応スキルの習得
- ・ 患者が逃げ込める部分を提供するという援助方法の習得
- ・ 情報提供して待つという「支援」スキルの習得

(3) 医療者・陽性者との交流の場

- ・ MSMの人とラフに交流できる場の提供
- ・ 医療者間での事例検討や情報交換の場を設ける
- ・ 失敗から学ぶ機会の提供

(4) 情報・知識獲得の場

- ・ 対応のための用語集作成
- ・ 性行為のリスク程度についての知識獲得機会の提供
- ・ セックスドラッグについての知識を得る機会の提供

これらの事項のうちいずれをアドバンスコースに盛り込むべきなのかについて、具体的な検討は、来年度の研究課題として位置づけたい。

また、結果には示していないが、こうした内容を盛り込むためには泊りがけの研修会を開催する必要があると考えるが、今回のフォーカス・グループ・インタビュー参加者らはそのことについて肯定的に受け止めており、土日などを用いて1泊2日研修を念頭において開発していったいいものとする。

2) 「HIV 陽性者のセクシュアルヘルス支援のための研修会」ベーシックコース普及に向けたヒア

リング結果から

本研究は、2006年度から実施してきた「HIV 陽性者のセクシュアルヘルス支援のための研修会」をベーシックコースとして位置づけ、その普及をどのようにして図っていくのかを検討することが目的である。そのため、本年度は、ヒアリングと第6回「HIV 陽性者のセクシュアルヘルス支援のための研修会」の両輪で実施した。これらで得られた結果については、グループ内で議論を行っただけでなく、「課題克服班」の班会議でも、議論を重ねている。

その結果、「HIV 陽性者のセクシュアルヘルス支援のための研修会」ベーシックコースについては、外部のいずれかの団体に委託し、事業として位置づけるよう、2010年度は交渉に入ることにした。その際、本年度に作成した「HIV 陽性者のセクシュアルヘルス支援のための研修会」ベーシックコースマニュアル（実施手順書）を説明文書として利用するものとした。その際、本グループの研究分担者および研究協力者の一部は、外部委託したとしても引き続き研修会にかかわれるような働きかけをしていくこととした。

交渉プロセス・方法等については、2010年度にかけてさらに具体化していきたい。

3) 第6回「HIV 陽性者のセクシュアルヘルス支援のための研修会」（ベーシックコース）開催結果から

沖縄で開催した第6回「HIV 陽性者のセクシュアルヘルス支援のための研修会」は、沖縄地区の看護師らからの要望によって実現したものである。このように、ベーシックコースの普及にあたっては、いずれかの団体等を開催を依頼するという形態だけでなく、開催希望を募り、要望のある地域で開催するという形態も維持する必要があるものとも考え、2010年度の検討課題のひとつとしたい。

なお、第6回「HIV 陽性者のセクシュアルヘルス支援のための研修会」の研修事前調査・研修事後調査のデータを分析した結果、アウトカム評価については、概ねこれまでの研修会と同様の結果が認められ、研修会の短期的効果が確認できた。参加者対象のプロセス評価においても、特段の問題がなく、今後の研修会継続をサポートするデータとなった。

4) 「HIV 陽性者のセクシュアルヘルス支援のための研修会」ベーシックコースのマニュアル作成・発行から

本マニュアルの作成・編集・発行によって、「HIV 陽性者のセクシュアルヘルス支援のための研修会ベーシックコース」の内容を整理し、パッケージ化の一部を担うことができたものとする。

なお同マニュアルについては「Ver. 1」として暫定版として位置づけることとした。これは、今後の運営により、一部内容をより充実させたり修正したりする必要があるものと考えられたからである。今後、2) に述べたように、マニュアルをもとに、事業化の交渉を進めていきたい。また、研修会開催にあたっては、講師・ファシリテーター・コメンテーター・その他関係者らに本マニュアルを配布し読んでもらうこと・共有することで、Quality Assurance (質の保証) を図りたいと考える。

5) 患者向けツール「ポジティブな SEX LIFE ハンドブック」第 3 版発行から

本年度は、第 3 版発行までで終了したが、来年度にはこのツールを、ニーズの高い関係機関に配布していくつもりである。また、研修会開催においては他のツールとともに本ツールを参加者に配布していきたいと考える。

結論

HIV 陽性者のセクシュアルヘルスの維持・向上を狙いとして、「HIV 陽性者のセクシュアルヘルス支援のための研修会」の普及を目指した展開とモデル策定を行うとともに、プログラムの多様化の必要性を鑑み、新たにアドバンスコースを開発することを主眼とした研究活動を行うことにより、医療従事者によるクオリティ・オブ・ケアを高めることを研究目的とした。

本年度は、医療従事者対象のフォーカス・グループ・インタビュー調査、「HIV 陽性者のセクシュアルヘルス支援のための研修会」ベーシックコース普及に向けた検討（ヒアリング及び沖縄での研修会開催を含む）、「HIV 陽性者のセクシュアルヘルス支援のための研修会」ベーシックコースのマニュアル作成・発行、患者向けツール「ポジティブな SEX LIFE

ハンドブック」第 3 版発行を実施した。

「HIV 陽性者のセクシュアルヘルス支援のための研修会」に参加経験のある医療従事者対象のフォーカス・グループ・インタビュー調査結果からは、新たにアドバンス・コース開発に向けて必要と考えられる項目として、(1) 「患者に聞くこと＝質問すること」という受け止めを超えた対応スキルを学ぶ必要性、(2) カウンセリングスキルの確実な習得の必要性、(3) 時間をかけたロールプレイ演習の必要性、(4) 患者の NG ワード発見と、言ってしまったときの対応スキルの習得必要性、(5) 「聞」「いやな気分」をアセスメントする力を培う必要性、(6) 「想定外の答え」が返ってきたときの対応スキルを習得する必要性、(7) 患者が逃げ込める部分（＝他のリソース）を提供するという援助方法を学ぶ必要性、(8) 情報提供して待つという「支援」スキルの習得の必要性、(9) 性行為のリスク一度についての知識獲得機会の必要性、(10) 対応のための用語集作成の必要性、(11) MSM の人とラフに交流できる場の提供の必要性、(12) 医療者間での事例検討や情報交換の場を設ける必要性、(13) 失敗から学ぶ機会の必要性、(14) セックスドラッグについての知識を得る機会の必要性の 14 項目が抽出された。これらの事項のうちいずれをアドバンスコースに盛り込むべきなのかについての具体的な検討は、来年度の研究課題として位置づけたい。

「HIV 陽性者のセクシュアルヘルス支援のための研修会」ベーシックコース普及に向けた検討結果としては、専門家対象のヒアリングにより、普及の際の課題の一端を明らかにすることができた。今後はこれらを意識しつつ、具体的な交渉等に入っていくつもりである。

第 6 回「HIV 陽性者のセクシュアルヘルス支援のための研修会」を 2010 年 1 月に開催した。当初のプログラムから沖縄での現状を踏まえ多少修正した上での開催になった。アウトカム評価については、第 5 回までの結果と同様、研修会後のほうが研修会前よりも、セクシュアルヘルス支援の自己効力感は統計学的に有意に高くなっており、また有意ではないものの、性の多様性容認度やセクシュアルヘルス支援への積極性も高まっていた。参加者の受け止めも概ね良好であった。また、「HIV 陽性者のセクシュア

ルヘルス支援のための研修会」ベーシックコース普及のためのパッケージ化の一環として「HIV 陽性者のセクシュアルヘルス支援のための研修会ベーシックコース マニュアル(実施手順書)Ver. 1」として、2010年2月に発行した。さらに、すでに発行している患者向けツール「ポジティブなSEX LIFE ハンドブック」について、その一部を改訂し、第3版として2010年2月に発行するに至った。

健康危険情報

該当なし

知的財産権の出願・取得状況

該当なし

研究発表

該当なし

14

抗HIV療法に伴う心理的負担、および精神医学的介入の必要性に関する研究

- 研究分担者：廣常 秀人（独立行政法人国立病院機構大阪医療センター 精神科）
 研究協力者：吉田 哲彦（独立行政法人国立病院機構大阪医療センター 精神科）
 梅本 愛子（地方独立行政法人大阪府立病院機構大阪府立精神医療センター）
 安尾 利彦（独立行政法人国立病院機構大阪医療センター 臨床心理室）
 大谷ありさ（独立行政法人国立病院機構大阪医療センター 臨床心理室）
 倉谷 昂志（独立行政法人国立病院機構大阪医療センター 臨床心理室/財団法人エイズ予防財団）
 森田 眞子（独立行政法人国立病院機構大阪医療センター 臨床心理室）
 藤本 恵里（独立行政法人国立病院機構大阪医療センター 臨床心理室）
 宮本 哲雄（独立行政法人国立病院機構大阪医療センター 臨床心理室/財団法人エイズ予防財団）
 仲倉 高広（独立行政法人国立病院機構大阪医療センター 臨床心理室）

研究要旨

本研究では、HIV 感染症患者のメンタルヘルス、精神疾患罹患率、心理的課題などを明らかにし、それに対する精神医学的・臨床心理学的介入のあり方について検討すること、HIV 感染症患者に対する精神医学的介入を促進すること、HIV 感染症患者に対する心理的支援を促進することを目的に、研究1) -7) を計画ならびに実施した。今回は主に研究2)、3)、4)、6) を報告する。研究2) として、大阪医療センターにおける HIV 感染症患者を対象としたメンタルヘルススクリーニング検査の1年後の追跡調査を実施した。全体的には HIV 感染症患者のメンタルヘルスは時間の経過に伴い改善しているが、逆に悪化している項目も認められた。また、1年経過したのちであっても、健常者群に比べると HIV 感染症患者はメンタルヘルスの状況が悪いことが明らかとなった。研究3) および研究6) として、近畿ブロック内の精神科診療施設の HIV 感染症患者の診療・カウンセリング・心理査定の実験の有無、今後の診療・カウンセリング・心理査定の可能性などについて調査を行った。約1割が HIV 感染症患者の診療を経験しており、問題や症状も非常に多岐に渡り、また診断名は「抑うつ状態」「不眠症」「HIV 脳症」「薬物性精神障害」など様々であった。また、今後 HIV 感染症患者に対して診療・カウンセリング・心理査定を提供する意思を有している施設も少なくないことが明らかとなった。精神科医が HIV 感染症患者を診療する上での苦手意識や不安として HIV 感染症に関する医学知識の不足が多く認められており、この点に関して介入が必要であると考えられる。研究4) として、HIV 感染症患者に対する精神医学的介入を促進するための研修会を開催した。参加者に対して行ったアンケート結果からは、今回のような研修が、メンタルヘルスの各専門職が HIV 感染症患者に対して介入することを促進する上で一定の効果を有することが明らかとなった。今後も継続的な研修の開催が必要であると考えられる。

研究目的

- 目的① HIV 感染症患者のメンタルヘルス、精神疾患罹患率、心理的課題などを明らかにし、それに対する精神医学的・臨床心理学的介入のあり方について検討すること。
 目的② HIV 感染症患者に対する精神医学的介入を促進すること。

目的③ HIV 感染症患者に対する心理的支援を促進すること。

研究方法

目的①に対し、HIV 感染症患者のメンタルヘルスや精神疾患罹患率に関する近年の文献のレビューを行う（研究1)）。また、大阪医療センターにおいて HIV

感染症患者を対象に感染症内科初診時に実施しているメンタルヘルスクリーニング検査 (GHQ30 および SAMISS: Substance Abuse and Mental Illness Symptoms Screener を、制作者の許可を得て日本語に翻訳したものを)、初診時から1年が経過した時点で再度実施し、その変化を検討する。その際、過去1年間の経験 (治療、ソーシャルサポート、精神科受診やカウンセリングの有無、他の陽性者との関わり、経済面、性生活等) やそれに対する主観的満足度などについて調査を行う (研究2)。

目的②に対しては、近畿圏における精神科診療施設を対象に、HIV 感染症患者の診療経験の有無、HIV 感染症患者の診療に対する態度、研修希望の有無などについてアンケート調査を行う (研究3)。また、近畿圏における精神科診療施設およびHIV 感染症診療施設の各職種を対象に、HIV 感染症患者に対する精神医学的介入のあり方に関する研修会を開催する (研究4)。加えて、精神科診療施設においてHIV 感染症患者の診療を促進するための小冊子を作成する (研究5)。

目的③に対しては、研究3)と連動し、近畿圏の精神科診療施設を対象に、所属している心理職によるHIV 感染症患者を対象としたカウンセリング経験や心理検査の経験の有無についてアンケート調査を行う (研究6)。また、全国でHIV 感染症患者の心理的支援に携わるカウンセラーを対象にフォーカスグループディスカッションを開催し、各現場における臨床上の課題を明らかにする (研究7)。

(倫理面への配慮)

研究2)、研究3)、研究6)については、大阪医療センターの自主研究審査委員会に提出し、実施の承認を得た。研究4)の研修会および研究7)のフォーカスグループディスカッションの中で話題にされる臨床例については、個人が特定されないように配慮した。

研究結果

研究1) HIV 感染症患者のメンタルヘルスおよび精神疾患罹患率に関する文献レビュー 過去3年間のHIV 感染症患者のメンタルヘルスと精神疾患罹患率に関して、主に海外の文献を検索した。来年度以降に、それらの詳細な分析を行う。

研究2) HIV 感染症患者を対象としたメンタルヘ

ルススクリーニング検査の1年後追跡調査 2010年1月より調査を開始し、2010年2月末現在までを今回の調査期間とした。初診時より1年を経過していた18名のHIV 感染症患者のうち、記載漏れのない16名を分析対象とした。性別は男性16名(100%)であり、初診時の平均年齢は42.2歳であった。GHQ30についてはGHQ手引き(中川・大坊, 1996)に基づき、7点以上を「何らかの問題あり」(以後陽性)と判定、7点未満を「問題なし」(以後陰性)と判定した。SAMISSについては英語版の基準を踏襲し、「アルコール摂取状況」は13点中5点以上を陽性、「物質使用状況」は8点中3点以上を陽性、「アルコール摂取や物質使用の依存・統制」は8点中1点以上を陽性と判定した。これら3点のうち1つでも陽性判定があった場合は、「アルコール摂取・物質使用状況」全体で陽性として判定した。「精神症状」については、9つの下位項目のうち1つでも該当する場合を陽性と判定した。GHQ30に関しては、初診時の平均点は9.31点で、16名中9名(56.3%)が陽性と判定されたが、1年後の平均点は5.88点(-3.43点)となり、陽性と判定された数も6名に減少した(表1)。より詳細に検討するためGHQ30の6つの下位尺度について、健常者群の得点、本研究対象者の初診時の得点、同1年後の得点を次に示す(表1)。「一般的疾患」健常者: 0.57、初診時: 1.75、1年後: 1.25。「身体的症状」健常者: 0.58、初診時: 1.06、1年後: 0.94。「睡眠障害」健常者: 1.15、初診時: 2.38、1年後: 1.25。「社会的活動障害」健常者: 0.22、初診時: 1.06、1年後: 0.19。「不安と気分変動」健常者: 0.57、初診時: 1.56、1年後: 1.44。「希死念慮」健常者: 0.19、初診時: 1.5、1年後: 0.81。SAMISSについては、初診時に「アルコール摂取・物質使用状況」に関して16名中9名(56.3%)が陽性であったのに対して、1年後では10名(62.5%)が陽性であった(表2)。「アルコール摂取・物質使用状況」の3の下位項目について、初診時と1年後の陽性判定の人数の変化を以下に示す(表2)。「アルコール摂取状況」初診時: 8名、1年後: 7名。「物質使用状況」初診時: 0名、1年後: 1名。「アルコール摂取や物質使用の依存・統制」初診時: 4名、1年後: 6名。「精神症状」については、初診時には8名が陽性であったが、1年後には6名が陽性と判定された(表3)。9つの下位項目について、初診時と1年後の陽性判定の人数の変化を次

に示す(表3)。「興奮」初診時:4名、1年後:3名。「抗うつ薬の使用」初診時:2名、1年後:1名。「抑うつ気分」初診時:3名、1年後:3名。「意欲低下」初診時:1名、1年後:1名。「不安」初診時:2名、1年後:3名。「不安発作」初診時:1名、1年後:1名。「不安発作(心拍の異常)」初診時:0名、1年後:0名。「心的外傷体験」初診時:0名、1年後:1名。「心理的動揺による日常生活の障害」初診時:1名、1年後:0名。なお、1年間の経験(治療、ソーシャルサポート、精神科受診やカウンセリングの有無、他の陽性者との関わり、経済面、性生活等)やそれに対する主観的満足度などについても調査を行ったが、今回はそれらの項目とメンタルヘルスの得点との関連性については分析していない。来年度も継続して調査を行い、対象者数を増やした時点でGHQ30およびSAMISSと1年間の経験との関連を詳細に分析する予定である。

GHQ30

	初診時	1年後
平均得点	9.31	5.88
陽性判定者数	9名	6名

	健常者群	初診時	1年後
一般的疾患	0.57	1.75	1.25
身体的症状	0.58	1.06	0.94
睡眠障害	1.15	2.38	1.25
社会的活動障害	0.22	1.06	0.19
不安と気分変動	0.57	1.56	1.44
希死念慮	0.19	1.50	0.81

表1

SAMISS精神症状
陽性判定者数

	初診時	1年後
精神症状全体	8名	6名
興奮	4名	3名
抗うつ薬の使用	2名	1名
抑うつ気分	3名	3名
意欲低下	1名	1名
不安	2名	3名
不安発作	1名	1名
不安発作(心拍の異常)	0名	0名
心的外傷体験	0名	1名
心理的動揺による日常生活の障害	1名	0名

表2

SAMISS精神症状
陽性判定者数

	初診時	1年後
精神症状全体	8名	6名
興奮	4名	3名
抗うつ薬の使用	2名	1名
抑うつ気分	3名	3名
意欲低下	1名	1名
不安	2名	3名
不安発作	1名	1名
不安発作(心拍の異常)	0名	0名
心的外傷体験	0名	1名
心理的動揺による日常生活の障害	1名	0名

表3

研究3) 近畿ブロックにおける精神科診療施設のHIV感染症患者の診療経験および診療に対する態度に関する調査 近畿ブロックにおける総合病院の精神科、単科精神科病院、診療所など、精神科診療を行う1030施設に調査票を郵送法で配布した。精神科医1名が代表して各項目に回答する形式を取った。2010年2月末現在で、191施設(18.5%)から回答を得、有効回収数は173(16.8%)であった。都道府県別および施設種別ごとの配布数と有効回収率を次に示す。大阪府:配布数492、有効回収率19.9%、兵庫県:配布数231、有効回収率16.9%、京都府:配布数139、有効回収率12.9%、奈良県:配布数56、有効回収率17.9%、滋賀県:配布数44、有効回収率13.6%、和歌山県:配布数68、有効回収率0%。都道府県では大阪府が最も多く98施設(57.3%)、次いで兵庫県が39施設(22.8%)、京都府が18施設(10.5%)、奈良県が10施設(5.8%)、滋賀県が6施設(3.5%)であった。診療所が最も多く107施設(61.8%)であり、総合病院の精神科および単科精神科病院は30施設(17.3%)ずつであった。全施設のうち21施設(12.5%)がHIV感染症患者の診療経験があると答えた。診療経験ありの施設について、これまでに診療したケース数は最小1名、最大4名で、平均1.78名であった。HIV感染症患者を診療するに至った経緯(複数回答あり)としては、「もともと通院あるいは入院していた患者が診療経過の中でHIV陽性と判明した」、「初診で来た患者が自らHIV陽性であることを明らかにした」がそれぞれ8件(38.1%)で最も多く、「HIV診療をしている施設から紹介された」「他の精神科診療施設から紹介された」はそれぞれ2件(9.5%)、「その他」が4件(19.0%)であった。HIV感染症患者であることが明らかになったあと「他の診療施設を紹介した」のは4件(26.7%)であり、「そのまま施設内で診療を継続した」のは11件(73.3%)であった。外来診療をしたことがあるのは20件(83.3%)であり、入院加療をしたことがあるのは4件(16.7%)であった。診察において観察された症状・問題(複数回答あり)としては、「抑うつなど気分の落ち込みや躁状態など、感情の障害」が11件(52.4%)で最も多く、次いで「不眠など睡眠の問題」と「ストレスによる心身の状態の障害」が各9件(42.9%)、「幻覚、妄想」が7件(33.3%)、「性格の偏りやそれと関連した行動上の問題」「脳症などによる認知機能の変

化や障害」が各 6 件 (28.6%)、「家族、職場、友人、パートナーなど人間関係でのトラブル」が 5 件 (23.8%)、「知的能力の障害」「不定愁訴の問題」「性の問題」が各 4 件 (19.0%)、「せん妄」「薬物、アルコール、性、ギャンブル、買い物などへの依存」「注意力や集中力の低下の問題」が各 3 件 (14.3%)、「心理的発達の障害 (広汎性発達障害など)」「てんかん」「ドラッグや向精神薬、アルコールなど、精神作用物質の摂取による精神状態の障害」が各 2 件 (9.5%)、「大量服薬など自殺企図の問題」「リストカットなど自傷行為の問題」「暴力など他害行動の問題」「抗 HIV 薬の内服が困難」「抗 HIV 薬の副作用」「摂食障害」が各 1 件 (4.8%) であった。それらの症状に対して付けられた診断名 (複数回答あり) としては、「抑うつ状態」が 6 件 (30.0%) で最も多く、次いで「うつ病」と「HIV 脳症」が各 5 件 (25.0%)、「不眠症」が 4 件 (20.0%)、「薬物性精神障害」「覚せい剤中毒後遺症」が各 3 件 (15.0%)、「気分変調症」「神経症」「統合失調症」「進行性多単性白質脳症」「人格障害」が各 2 件 (10.0%)、「大うつ病性障害」「器質性精神障害」「不安障害」「てんかん」が各 1 件 (5.0%) であった。一方、HIV 感染症患者の診療経験のない施設における、HIV 感染症に関与していない理由 (複数回答あり) としては「HIV 感染症患者がいなかったから」が 123 件 (86.6%) と最も多く、次いで「HIV 感染症患者の紹介がなかったから」が 60 件 (42.3%)、「HIV 感染症に関する医学的知識が不足していたから」が 27 件 (19.0%)、「HIV の研修を受けていないから」が 22 件 (15.5%)、「診療時間や枠の問題があったから」が 9 件 (6.3%)、「その他」が 9 件 (6.3%) であった。これまでの診療経験の有無にかかわらず、今後 HIV 感染症患者の診療が可能かどうか (複数回答あり) については、74 施設 (42.8%) が「診察が可能」と回答し、「診察は不可能」としたのが 43 施設 (24.9%)、「診察には準備が必要」が 23 施設 (13.3%)、「わからない」が 35 施設 (20.2%) であった。「診察が可能」とした施設のうち、「入院による治療が可能」としたのは 3 施設 (4.1%)、「外来による治療が可能」としたのは 56 施設 (76.7%)、「患者の状態による」としたのは 20 施設 (27.0%) であった (以上複数回答あり)。HIV 感染症患者の診療に際する不安や苦手意識 (複数回答あり) については、「HIV 感染症の医学知識の不足による不安」が 103 件 (60.9%) で最も多く、次

いで「抗 HIV 薬など薬剤の相互作用に関する不安」が 78 件 (46.2%)、「セクシュアリティ問題への苦手意識」が 22 件 (13.0%)、「HIV 感染症患者への抵抗感」が 21 件 (12.4%)、「他職種との情報交換などの交流への苦手意識」が 21 件 (12.4%)、「死の問題への苦手意識」が 15 件 (8.9%)、「自分への HIV 感染が心配」が 14 件 (8.3%)、「その他」が 18 件 (10.7%) であった。今後 HIV 感染症と精神科診療に関する研修を希望するかどうかについては、希望ありが 92 施設 (55.4%) で、希望なしが 74 施設 (44.6%) であった。研修を希望する項目 (複数回答あり) としては、「HIV 感染症と精神疾患」が 61 件 (82.4%) で最も多く、次いで「HIV 感染症の基礎知識」が 42 件 (56.8%)、「HIV 感染症医療と精神科医療の連携」が 40 件 (54.1%)、「HIV 感染症と高次脳機能障害」が 36 件 (48.6%)、「セクシュアリティとメンタルヘルス」が 26 件 (35.1%)、「その他」が 2 件 (2.7%) であった。

研究 4) HIV 感染症患者に対する精神医学的介入を促進するための研修会開催 研修会開催にあたり、精神科医と心理士らによる討議の上で、以下のような目的を定めた。(ア) HIV 感染症の病態や治療、感染症患者の心理社会的側面について理解を深めること、(イ) HIV 感染症患者の精神疾患や高次脳機能障害について理解を深めること、(ウ) 精神科医療と HIV 医療の連携に関する課題を明確化し、近畿ブロック内における円滑な連携を促進すること、である。これらの目標に対応したプログラムを構成した。プログラムと講師は以下の通りである。① HIV 感染症患者への精神医学的介入の現状と課題 (大阪医療センター 精神科 廣常秀人)、② HIV 感染症の基礎知識 (大阪医療センター HIV/AIDS 先端医療開発センター 白坂琢磨)、③ セクシュアリティとメンタルヘルス (関西看護医療大学 日高庸晴)、④ HIV 感染症と精神疾患 (大阪府立精神医療センター 梅本愛子)、⑤ HIV 感染症と高次脳機能障害 (大阪医療センター 精神科 吉田哲彦)、⑥ 精神科医療との連携の実際 ソーシャルワーカーの立場から (大阪医療センター 医療相談室 岡本学)、⑦ 精神科医療との連携の実際 看護師の立場から (大阪医療センター 看護部 下司有加)、⑧ 全体討議。近畿ブロック内の精神科診療施設および HIV 診療施設に対して研修会 (「近畿ブロック HIV 感染症と精神科医療に関する研修会」) の案内を送付した。全

体で 59 名（心理職 15 名：うち 1 名は他職種と重複、医師 14 名、看護師 13 名、保健師 10 名、MSW3 名、薬剤師 3 名、PSW1 名、NPO 職員 1 名）の参加を得た。研修終了後、参加者にアンケートを実施したところ、44 名（73.3%）から回答を得た。以下アンケートの結果を示す。参加目的（複数回答あり）としては、「自己研鑽目的」が 43 件（97.7%）で最も多く、次いで「上司や責任者の勧め」が 4 件（9.1%）、「その他」が 2 件（4.5%）であった。過去の HIV 感染症関連の研修会への参加経験としては、37 名（84.1%）が「ある」と答え、7 名（15.9%）が「ない」と答えた。研修会参加前と参加後で HIV 感染症患者の診療や関わりについての考えや思いの変化については、28 名（63.6%）が「変化した」、11 名（25.0%）が「変化していない」、4 名（9.1%）が「どちらも言えない」と回答した。また、今後の HIV 感染症患者の診療や関わりについては、32 名（72.7%）が「可能である」、9 名（20.5%）が「準備が必要である」と回答し、「不可能」と回答した参加者はいなかった。また自由記述欄には、今後同様の研修の継続的開催を望む声が多数寄せられた。

研究 5） HIV 感染症患者に対する精神医学的介入を促進するための小冊子作成 今年度および次年度に行った研究結果を基に小冊子のコンテンツを検討する。次年度以降の課題とする。

研究 6） 近畿ブロックにおける精神科診療施設の心理職による HIV 感染症患者への関与状況に関する調査 調査票の配布数、回収数、回答施設の属性などは研究 3）と同様である。「臨床心理士・心理職・カウンセラー・心理判定員（以下、心理士とする）が勤務している」と答えた施設は全体の 89 施設（51.4%）で、約半数の施設に心理士が勤務していることがわかった。勤務している心理士の数は最小 1 名、最大 11 名、平均 2.2 名で、施設によって人数に大きな幅があった。そのうち常勤心理士がいる施設は 55 施設（全体の 31.8%、心理士がいる施設の 61.8%）、非常勤心理士がいる施設は 56 施設（全体の 32.4%、心理士がいる施設の 62.9%）であった。勤務する心理士の数は、常勤心理士が平均 2.0 名、非常勤心理士が 2.1 名であったが、常勤・非常勤それぞれで「1 名」と答えた施設が最も多く、常勤では 39 施設（常勤心理士がいる施設の 70.9%、心理士がいる施設の 43.8%、全体の 22.5%）、非常勤では 33 施設（非常勤心理士がいる施設の 58.9%、

心理士がいる施設の 37.1%、全体の 19.1%）が「1 名」であった。常勤心理士のみで非常勤心理士のいない施設が 31 施設（心理士がいる施設の 34.8%、全体の 17.9%）ある一方、常勤心理士がおらず、非常勤心理士のみのもとも 34 施設（心理士がいる施設の 38.2%、全体の 19.7%）あり、どちらも全体の 2 割弱あった。次に心理士が行っている業務については、心理士がカウンセリングを行っている施設が 69 施設（39.9%）、行っていない施設が 100 施設（57.8%）あった。カウンセリング料金について複数回答で尋ねたところ、実施している施設のうち、保険診療内で行っているところが 44 施設（カウンセリングを行っている施設の 63.8%、全体の 25.4%）ある一方、自費徴収しているところが 20 施設（カウンセリングを行っている施設の 29.0%、全体の 11.6%）あり、その料金も 1,000～10,000 円と幅があった。また同様に心理査定について尋ねたところ、73 施設（42.2%）で心理査定を行っており、行っていない施設が 91 施設（52.6%）あった。但し料金は、心理査定を行っている施設の 95.8%が保険診療で行っていた。HIV 感染症患者の診療経験があると答えた 21 施設のうち、これまでにそれら患者に対して施設内で心理士によるカウンセリングを実施したことがあるかどうか尋ねたところ、「ある」と答えたのは 1 施設（全体の 0.6%、診療経験ありの中で 4.8%）のみで、「わからない」と答えた施設が 3 施設（同 1.7%、14.3%）であった。また、心理査定の経験が「ある」と答えたのは 2 施設（同 1.2%、9.5%）、「わからない」と答えたのは 3 施設（同 1.7%、14.3%）であった。検査の内容としては人格検査および発達検査が挙げられており、神経心理学検査の経験はなかった。今後、HIV 感染症患者が当該施設でカウンセリングを受けることができるか、その可能性について尋ねたところ、「不可能」と回答したところが 83 施設（49.1%）、「準備が必要」としたところが 16 施設（9.5%）ある一方、42 施設（24.9%）が「可能」と回答した。但し、「診察で医師が適用と判断すれば可能」が 38 施設（95.0%）とその 9 割を占め、「医師の診察なしでも可能」としたのは 2 施設（5.0%）に留まった。一方心理査定の可能性については「不可能」が 79 施設（47.3%）、「準備が必要」が 12 施設（7.2%）ある一方、「可能」が 54 施設（32.3%）とカウンセリングよりも若干多かった。但し「可能」と答えたうち、「診察で医師が適用と判

断すれば可能」が 53 施設と 98.1%を占め、「医師の診察なしでも可能」と答えたものはなかった。

研究 7) 心理職を対象とした課題抽出のためのフォーカスグループディスカッション 今年度中にフォーカスグループディスカッションを行い、その内容の検討は来年度以降の課題とする。

考察

研究 1)、研究 5)、研究 7) は次年度以降の課題とし、ここでは研究 2)、研究 3)、研究 4)、研究 6) について考察する。

研究 2) HIV 感染症患者を対象としたメンタルヘルススクリーニング検査の 1 年後追跡調査 初診時と 1 年後のスクリーニング検査の結果によると、GHQ30 においては全体としては平均点も陽性判定数も減少しており、時間の経過に伴いメンタルヘルスの状態が改善していることが推測された。下位尺度については、初診時よりは 1 年後のほうがいずれの下位尺度も点数が下がっており、特に「社会的活動障害」については健常者群と同レベルにまで改善している。ただし、その他の下位尺度は依然健常者群よりも高い傾向が認められた。SAMISS では、「精神症状」については陽性判定数が減少している。しかし「アルコール摂取・物質使用状況」に関しては変化がない、あるいは悪化している様子も窺われた。精神症状の下位項目については、陽性判定数が減少した項目としては「興奮」「抗うつ薬の使用」「心理的動揺による日常生活の障害」、陽性判定数が変化しなかった項目としては「抑うつ気分」「意欲低下」「不安発作」「不安発作(心拍の異常)」、陽性判定数が増加した項目としては「不安」「心的外傷体験」がそれぞれ認められた。現時点では対象者数が少なく、また 1 年間の生活における経験との関連性を検討していないため、今後さらに詳細な検討を行う必要があると考える。

研究 3) 近畿ブロックにおける精神科診療施設の HIV 感染症患者の診療経験および診療に対する態度に関する調査 現時点では 2 割を切る低い回収率であるが、その中では全体の 1 割強の精神科診療施設が HIV 感染症患者の診療経験を有することが明らかとなった。また診療するに至った経緯としても、以前から診療していた患者が経過の中で HIV 陽性と判明する場合と、初診時に患者自ら HIV 陽性であることを明らかに

する人が多いことから、HIV 診療の拠点病院以外の一般の精神科診療施設においても HIV 感染症患者を診療する可能性は、十分にあると考えられる。診療場面で観察される問題としては、感情の問題やストレス、睡眠の問題が多いが、幻覚・妄想状態や認知機能の低下なども認められ、それらに対してつけられる診断名も、「抑うつ状態」「不眠症」「HIV 脳症」など非常に多岐に渡っており、「薬物性精神障害」など薬物使用に関連した障害も認められることが明らかとなった。これは、ACC および中心的な役割を担うブロック拠点病院を対象に行った先行研究(廣常ら, 2009) とほぼ同様の傾向である。全体の 4 割強の施設が今後 HIV 感染症患者の診療が可能と回答し、半数以上の施設が研修を希望していたことなどから、HIV 感染症患者に対して地域で精神科医療を提供する意思を持つ施設は決して少なくないことが推察される。その一方で、HIV 感染症患者の診察に際した不安や苦手意識として「HIV 感染症の医学知識の不十分さによる不安」や「抗 HIV 薬など薬剤の相互作用に関する不安」などが多く挙げられており、知識不足が精神医学的介入の妨げの一つとなっていることが推測された。

研究 4) HIV 感染症患者に対する精神医学的介入を促進するための研修会開催 研究 3) において HIV 感染症に関する知識不足が精神医学的介入の妨げとなること、また多くの機関が研修希望を有していることが明らかとなった。これらの課題を解決し、また精神科診療施設の研修ニーズを満たすために今回の研修会を開催した。参加者の 8 割以上はすでに何らかの HIV 感染症関連の研修を経験していたが、その中でも 6 割以上が今回の研修を通して「HIV 感染症患者の診療や関わりについての考えや思いの変化」を体験しており、また 7 割以上が今後の HIV 感染症患者への介入に対して積極的な態度を表明していた。これらより、今回の研修がある程度目的を達成したことが推察される。また、継続的な研修への要望も多く、引き続き同様の研修を開催することが必要であると考えられる。その際、研究 3) で明らかとなった「抗 HIV 薬など薬剤の相互作用に関する不安」に対応する研修内容もプログラムに組み込むことが必要であろう。

研究 6) 近畿ブロックにおける精神科診療施設の心理職による HIV 感染症患者への関与状況に関する調査 HIV 感染症患者が拠点病院等の限られた施設において

だけでなく、就労しながらでも通いやすい施設でカウンセリングを利用する上では、地域資源の開拓は必要不可欠である。今回の調査で地域の精神科診療施設の約半数に心理士がいることがわかったが、普段から心理士がカウンセリング業務に従事しているのはその約8割弱、つまり全体の4割程度であった。勤務している心理士の数も1~2名と決して多くはなく、まずはカウンセリング業務に従事している心理士と精神科診療施設で出会うための情報が必要であると思われる。心理士がHIV感染症患者のカウンセリングや心理査定を行った経験を有する施設はまだ少ないものの、「準備が必要」あるいは「可能」だと答えた施設が合わせて3割以上あり、今後カウンセリングの提供元として開拓・協働していける可能性は十分あると考えられる。そのために必要な準備として、一般精神科診療施設所属の心理職を対象とした研修機会の提供などを今後継続的に行っていくことが重要と思われる。また、個々のHIV感染症患者の精神状態や経済状況などに応じた資源を紹介できるように、カウンセリングを受けるまでのシステム（医師の診察が必要かどうかなど）や料金設定等についての詳細な情報把握が必要であろう。実際に連携を稼働させていくためには、研修会などを通してHIV領域の心理士と一般精神科診療施設の心理士間のネットワークづくりが必要であると考ええる。

結論

目的①~③に基づき、7つの研究を計画ならびに実施した。研究1)、研究5)、研究7)については、次年度以降展開させていく必要がある。研究2)からは、全体的にはHIV感染症患者のメンタルヘルスは時間の経過に伴い改善しているが、逆に悪化している項目も認められ、今後さらに詳細な分析が必要であると考ええる。研究3)および研究6)からは、近畿ブロック内の精神科診療施設の約1割がHIV感染症患者の診療を経験しており、また今後HIV感染症患者に対して診療・カウンセリング・心理査定を提供する意思を有している施設が少なくないことが明らかとなった。次年度は近畿ブロックに限らず全国的な調査を行うこと、また了解の得られた施設については診療可能な施設としてリスト化し、各地域のHIV診療施設が役立てられるようなツール（HIV感染症患者の診療・カウンセ

リング・心理査定が可能な施設一覧）を作成することが求められると考える。研究4)からは、今回のような研修が、メンタルヘルスの各専門職がHIV感染症患者に対して介入することを促進する上で一定の効果を有することが明らかとなった。研究3)および研究6)の結果からも、今後も継続的な研修の開催が必要であると考ええる。

健康危険情報

該当なし

知的財産権の出願・取得状況

該当なし

研究発表

該当なし

15

NGOと歯科診療所のネットワークによるHIV陽性者歯科診療提供に関する研究

研究分担者：中田たか志（中田歯科クリニック）

研究協力者：永易 至文（フリー編集者）

研究要旨

HIV 陽性者の歯科診療について、先行研究を考察すると、拠点病院歯科での治療を前提とした方針であったことがわかる。一方、近年の HIV 陽性者増加のまえに、地域の歯科診療所の開拓・協力が必須となり、そのための担当者会議も開催されたが、地域の歯科診療所による医療体制の構築はかならずしも進捗を見せていないのが現状である。

本研究では、HIV 陽性者を診療する地域歯科診療所の増加のために、地域 NGO（法人格をもつ NPO を含む非行政組織）を主体として、歯科医師向け研修会等により協力歯科診療所を開拓し、独自に歯科診療所紹介システムを構築するという、NGO 活用モデルを提示した。その前提として、HIV 陽性者ケアにあたる各地の NGO に対し、歯科受診にかんする質問紙と聞き取りによる取材を行ない、そのニーズを調査した。

そして、次年度での NGO 活用モデル実験地域を選定した。

研究目的

HIV 陽性者の歯科診療について、課題を明らかにする。

HIV 陽性者の歯科受診を促進するための対策を立案する。

研究方法

報告書等により先行研究の内容把握と考察を行なう。

HIV 陽性者ケアを行なう NGO への質問紙および聞き取りにより、歯科受診の現状や要望、改善希望等について取材調査を行なう。

研究結果・考察

(1) 「HIV 陽性者の歯科診療の課題と対策」に先立つ流れ（先行研究の把握と考察）

HIV 感染症が「慢性病」化・長期療養化するなか、HIV を持ちながら加齢にともなう生活習慣病等への受診の課題が言われるのと同様、歯科受診にも同様の課題が指摘されつづけている。HIV 陽性者の歯科受診については、これまでどのような医療体制整備が目指され、また進められてきたのだろうか。

この課題をエイズ対策研究事業のなかで主として担ってきたのは、「HIV 感染症の医療体制の整備に関する研究」（以下、医療整備班）である。医療整備班では毎

年度、「歯科の HIV 診療体制整備」を課題とする分担研究が設けられてきた。

過去の研究報告書によれば、HIV 感染症の医療体制はエイズ診療拠点病院を中心に進められているが、拠点病院の約 3 割が歯科を欠いていることもあり、HIV 陽性者への歯科医療体制の構築はかならずしも十分ではない、「しかし拠点病院の充実なくして、HIV 感染症の歯科医療体制は構築できない」とする（平成 16 年度報告書「研究要旨」）。すなわち HIV 陽性者の歯科診療は拠点病院歯科で行なうという前提であり、その前提のもと拠点病院歯科の充実を目指すのが、医療整備班の方向性であったことが看取される。

このことは、研究分担者および研究協力者が、開業歯科医および医師会関係者を一部含むものの、基本的に拠点病院歯科の医師によって構成されている（平成 17 年まで）ことから裏付けられる。

しかし、この方向性には 2 つの点で問題が考えられる。

一つは、HIV 陽性者が歯科受診のために大病院クラスが多い拠点病院に通院することは、通院時間のうえでも待ち時間のうえでも、まったく不便であること。

もう一つは、拠点病院などの病院歯科は多くが口腔外科であり、HIV 陽性者のニーズ（う蝕の治療であったり、後に触れる口腔衛生ケアなど、主として保存科に分類されること）にとっては、かならずしも好適な受診科ではない

ことである。

また、日本の歯科医師の 8 割が開業歯科医である現状からも、増えゆく HIV 陽性者の歯科診療をのこり 2 割の(拠点)病院歯科医師でまかなおうとすることは、そもそも無理があると言わざるをえない。

日常的な歯の治療や口腔衛生ケアには地域の歯科診療所を使い、大きな出血を伴うような手術等には病院歯科の口腔外科を使うという、一次医療と高次医療のあたりまえの役割分担が、HIV 陽性者の歯科受診においても、地域の歯科診療所と拠点病院歯科とのいわゆる病診連携として目指されるべきである。

また、HIV 陽性者が増加しつづけている現実のまえにも、HIV 陽性者が日常的に通うことのできる地域の歯科診療所を増やすことが必須である。

もちろんこうした必要性は医療整備班においても認識され、自身も開業歯科医師である前田憲昭氏を研究分担者とする近 3 年(平成 18~20 年)の研究においては、ようやくそうした方向が鮮明になってきた。

平成 18 年度には、開業歯科医師を支援するための針刺し事故対応やスタンダードプリコーションへの情報提供を進めている。

平成 19 年度には、その年度の 4 課題中の一つとして、「全国の歯科医師に声をかけ、底辺からの組織づくり」をすることをうたった。

そして平成 20 年度には、「HIV 感染者が身近な歯科診療所で普通の治療を受けられる環境を整備」することが、研究全体の統轄課題として掲げられるに至ったのである。

この開業歯科医師とのネットワークづくりのために、平成 19 年度は行政、地区歯科医師会、ブロック拠点病院の担当者による「担当者会議」が ACC において開催され、北海道、関東・甲信越、首都圏、東海、近畿、九州の各エリアおよび日本歯科医師会から担当者が参加した。

この会議では、すでに HIV 陽性者の急増のまえに行政と歯科医師会とが連携して歯科診療所紹介システムが構築されていた東京都と神奈川県モデルの全国化が検討されたが、「エイズ対策費が激減している環境では、行政の経費で行なわれている組織作りは、後発の地域での実施は困難」(19 年度報告書)との認識が示された。なお、東海、近畿、九州の各エリアから担当者が招請されたのは、愛知、大阪、福岡の府県が

HIV 陽性者の増加エリアとして対策の必要性が認識されていたからである。

また、翌 20 年には、沖縄、首都圏、長野、北海道の 4 地域で「ネットワーク構築」会議が順次開催され、各地の状況にあわせて行政、拠点病院関係者、歯科医師会関係者が会合した。

しかし、こうした会議活動は行なわれたものの、それが具体的に「HIV 感染者が身近な歯科診療所で普通の治療を受けられる環境を整備」することにつながったかは、医療整備班自身が報告書のなかで、いわば「途方に暮れている」状態を吐露している。

歯科診療体制づくりには、常に 2 つの流れを意識する、と医療整備班報告書は書く。「1 つは、行政と歯科医師会をトップにする診療体制作りであり、他の 1 つは、表には出ないが地道に感染者の歯科診療を担当している草の根歯科医療機関の発掘と連携である」(平成 19 年報告書・考察。以下、同)。

しかし、東京・神奈川を例とするトップダウン方式は、予算難や関係各方面の理解や認識が伴わず、実施に障害がある。そして草の根の開業歯科医師との連携も、それ(HIV 陽性者受け入れ)を広言してメリットがあるわけでもない、逆に風評被害も予想されかねないなか、積極的に連携に手を上げる人は少ない。そのような開業歯科医師に研究班としてできることは、参考資料をホームページ等で公表して役立ててもらおうことぐらいだ、という。

医療整備班における、HIV 陽性者が身近な歯科診療所で受診できる体制づくりは、さまざまな会議開催等の取り組みにもかかわらず、頓挫をきたしているのが現状である。

なお、ここで、それ以外の医療整備班の活動について、私たちの活動にも有益なものを、近 3 年の報告書から整理しておきたい。

1) 均てん化

- ・ HIV 陽性者への歯科治療水準を統一。元来は、ブロック拠点病院の歯科医師、歯科衛生士向け。マニュアルを制作、公表(日本 HIV 歯科医科研究会 HP)

2) 日本歯科医師会長へ質問状(平成 19 年)

- ・ 会長より「HIV 陽性者の受診に尽力する、都道府県歯科医師会へ要請する」旨の回答を得る。

3) 患者を対象としたアンケート調査(平成 20 年)

- ・回答数 764 名 (ブロック拠点病院、NPO 等に依頼)
- ・自分が感染している事実を知らずに、歯科医院を受診していた 47%
- ・感染が確定してからも、感染の事実を告げずに、歯科診療を受けていた 32%

4) 口腔衛生と免疫との連関への啓発

- ・外国人研究者の招聘、講演等 (平成 18、19 年)
- ・冊子「HIV 感染者の口腔衛生管理ノート」医療者向け (平成 18 年)
- ・冊子「これから始めます」HIV 感染者向け (平成 19 年)

5) 医師向け情報提供

- ・針刺し事故暴露時の緊急対策 (平成 18 年)
- ・スタンダードプリコーションの啓発 (平成 18 年)

医療整備班の研究活動のなかで練り上げられたマニュアルや情報、またアンケートの数値などは、後述する私たちの活動にも十分、活用できるものである。

先達の活動に敬意を払い、また同じ研究活動を二重に行なうことによる時間と労力、そして国費の無駄遣いを避けるためにも、心して活用させていただきたい。

(2) 「HIV 陽性者の歯科診療の課題と対策」における NGO 活用モデル (対策の立案)

本研究「HIV 陽性者の歯科診療の課題と対策」(以下、中田班) は、上述の医療整備班における歯科医療整備の流れとは別の流れとして、「HIV 感染症及びその合併症の課題を克服する研究」(研究代表者：白阪琢磨、以下、課題克服班) のなかに設置された。

中田班の研究においては、課題を「HIV 陽性者を受け入れる歯科診療所の不足」ととらえ、その対策として、「行政、拠点病院歯科を中心とした、HIV 陽性者歯科診療ネットワーク構築の対策とは別に、NPO/NGO と有志の歯科医師による実質的な紹介ルートを構築する」ことを掲げた(平成 21 年 5 月、第 1 回班会議での報告)。

この紹介ルートを構築するために、HIV 陽性者の歯科診療へのニーズの多い地域を調査・選定する。そして、その地域に立脚して HIV 陽性者のサポートやケアにあたっている NGO (法人格をもつ NPO を含む非行政組織) と協力し、地域歯科医師会等に働きかけ、歯科医師向け講習会の開催などによって、1 施設からでも協力歯科医を開拓する。そうして構築された NGO を紹

介元とする紹介ルートを基軸に、拠点病院や行政、また歯科医師会等との連携を広げることを企図している。

従来の対策が、行政・拠点病院歯科を中心とする「上から」の整備であり、そのさい関係各方面の利害や立場が複雑に交錯し、理想論やべき論は山と語られながらも結局、肝心の HIV 陽性者がいつまでも地域の歯科診療所に受診できないのであれば、「百年、河清を待つ」よりも、そのニーズをもっとも感じている人びとが、受診できる歯科診療所を 1 軒でも 2 軒でも自前で開拓することがより実践的である。これは「下から」(草の根から、現場から)の医療体制整備と言えるであろう。

ここで先に触れた医療整備班の「担当者会議」などを再見すると、そこに HIV 陽性者や支援者の姿が不在であることに気づかされる。医療のいわばエンドユーザーを不在にしたまま対策を考えても、その真のニーズは埋伏し、当事者不在のシステムが構築されてしまいうる虞れがある。

中田班では、HIV 陽性者や支援者、NGO と連携し、「下から」の医療整備の動きを、研究事業ならではの形で支援し、協働していこうと考える。

「上から」の整備と「下から」の整備は、けっして相対立するものではない。両者が補完しあってこそ、真に HIV 陽性者のためになる医療体制が構築される。HIV 医療の利益はつねに HIV 陽性者に帰せられなければならない。

行政・拠点病院等これまで任に当たってこられた各方面も、従来からの活動を進められるとともに、行政・拠点病院等ならではの形で、私どもの動きも支援し、協働していただければと願っている。

(3) 埋伏するニーズを掘り起こす (質問紙・インタビュー報告)

中田班における初年度の研究として、歯科の HIV 診療体制整備にかかわる先行研究を調査・考察した。その内容は 1) 節に概述したとおりであるが、その検討のなかから 2) 節に述べた NGO 活用による「下から」の医療体制整備の考え方を鮮明にしていった。

あわせて今年、中田班では全国の HIV 陽性者ケアを

行なう NGO への質問紙（「HIV 陽性者の歯科診療の課題と対策」に関するアンケート）および聞き取りにより、歯科受診の現状や要望、改善希望等について取材調査を行なった。

質問紙の発送は、エイズ予防財団ウェブサイト内「API-Net」の「NGO 一覧」に掲載された団体のうち、HIV 陽性者へのケア活動（電話相談、面談、いわゆるパディサービス、当事者ミーティング等）を行なっている記載のある団体、および私たちの知見の範囲で知り得た同様の団体、あわせて 25 団体に対して行ない、14 団体から返信があった（そのうち 1 団体はケア対象が限定されているため回答する内容が無いとして返送。下記一覧参照）。

質問紙による取材調査のほか、（特定非営利活動法人）HIV と人権・情報センターの関西メンバーおよび名古屋地域で活動する HIV 陽性者団体の LIFE 東海のメンバーに聞き取りを行なった。

こうして歯科受診にかんするさまざまな“声”を全国から収集するとともに、研究分担者自身が 12 年にわたる東京都のエイズ協力歯科診療所歯科医師として HIV 陽性者への歯科医療提供に従事し、その過程で多くの見聞を得てきている。

そのなかから、埋伏している HIV 陽性者の歯科受診へのニーズを掘り起こしていきたい。

まず歯科受診への困難さの悩みは、各種相談や当事者ミーティングの場で、けっして最優先課題ではないものの、かならずといってよいほど登場する。（以下の記述文は当方において表記表現等への整理をふくむ）。

- ・（当事者ミーティングの場で）「歯科に通いたいが、どうすればいいのかわからない」「通院している拠点病院の歯科に通うのは頻度の点から難しい」「他の人は歯科診療をどうしているのか知りたい」といった相談が比較的多くあります。
- ・「歯科にかかりたいが自分が感染者であることを言う必要があるか？」「安心してかかる歯科を紹介してほしい」という相談を受けた。
- ・正確な件数は不明ですが、年に数件ほどつながりのある HIV 陽性者から、「HIV 陽性者でも診てもらえる歯科を知りませんか？」という質問を受けることがあります。質問に至る経緯は、一般歯科での診療拒否を受けたり、または特にそういう経験はないが不安になって……といったケースが多いです。
- ・HIV 陽性者個人が歯科診療所を回ったり電話をしたりして、HIV 陽性者を受け入れてくれるところを探しているが、大病

院へ行ってくださいと言われるところが多く、困っている。

- ・薬害による感染者のかたに紹介を受けて行った歯科診療所は対応はよかったが、歯科診療所から「他には話さないでほしい」と言われた。
- ・感染者と予約時に伝えたら受診拒否された。
- ・受診を受け付けると言われたので行ってみたら、医師および看護師ともに宇宙服のような過剰予防と、すべての機材にラップでカバーがしてあった。その医師には感染前から通っていたのだが……。

地域の歯科診療所への啓発が行き届かず、ゆえなき診療拒否や、受診できても不愉快な思いを強いられていることがうかがえる。そのため多くの HIV 陽性者が無申告受診を余儀なくされるが（それは既述の医療整備班が実施した患者アンケートからもうかがえる）、それはかならずしも HIV 陽性者の利益にはつながらない。また、歯科診療所が HIV 陽性者の受診を受け入れていることを公にしたくない傾向もうかがえる。

では、これまで整備の努力が払われてきたという拠点病院歯科での受診には、HIV 陽性者は満足しているのだろうか。

- ・拠点病院の歯科受診には（時間等）制約があり行けない。
- ・拠点病院なら安心はできるが、歯科ではなく口腔外科である。
- ・拠点病院は口腔外科なので、虫歯治療などの一般歯科の受診は断られた。
- ・拠点病院でも「診たくない」が本音で、渋々診てくれて本人は不愉快な思いをした。

不便さや受診科の違いから、拠点病院歯科での受診にかならずしも満足をしていないことがうかがえる。とくに拠点病院でも HIV 陽性者の歯科受診を断っている（科違いを理由としてであれ）、あるいは不愉快な思いをさせられている事実は、拠点病院整備を課題としてきた医療整備班の報告からは、うかがえなかったものである。

なお、ここに掲げた回答は、回収した質問紙やインタビューから選択的に紹介したもので、統計的に分析したものではない。また研究分担者自身、数理統計学的に訓練された専門の研究者ではけっしてない。しかし、だからと言ってここに紹介した発言は、「エビデ

ンスとはなりえない」として^{しりぞ}けられるべきものであろうか。12年にわたる東京都エイズ協力歯科診療所歯科医師としての私の見聞や実感は、それを許さない。「みんなが知っていて、しかしそれをあえて口にしてこなかった事実」を明らかにしていくのが、「現場系研究事業」である中田班の使命の一つと考える。

さらに、こと相談数の多寡で言えば、全国からの相談をうける(特定非営利活動法人)ふれいす東京においても、この5年間の歯科に関する相談数は最少年は13件、最多年で26件である。

しかし、歯科については、歯周病等の口腔衛生と免疫との連関について、認識が深められていく必要がある。すなわち、歯周病の病原菌が増殖の過程で大量に作り出す酪酸がHIVを活性化させ、エイズ発症にいたる恐れのあることが専門家によって報告された。HIVの増殖によりHAARTの開始が早まるリスクを回避するうえでも、歯科において口腔ケアを受けることは必要である。

この認識がHIV陽性者はもちろん支援者、そして主治医ら医療関係者に浸透するなかで、「では、そのケアをどこで受けられるのか?」という問いになったとき、歯科へのニーズはいっきよに顕在化せざるをえないのである。

すでにこの点についても、つぎのような声があった。

- ・口腔ケアなど日常的な歯科受診にかんして、HIV陽性者側も医師側もモチベーションが低いように思えます。結果、ニーズが埋もれてしまい、体制づくりが前に進まないのではと感じます。
- ・拠点病院がいやいや診るような実態では、虫歯の治療をして終わりにし、そのまま口腔ケアの問題が落ちてしまっている。

ニーズは無いのではなく、まだ認識されていないために埋伏しているのである。歯科受診へのニーズを、「痛くなった虫歯を診てもらえる」とのみとらえるのではなく、日頃からの口腔ケアを受ける「かかりつけ医」の必要性までふくめて総合的にとらえ、そのための歯科医療体制整備をめざすことが重要である。

*質問紙への回答については、次年度の歯科医師向け研修のプログラム検討等のさいに、あらためて詳細に分類・検討する予定である。

(4) 第2年度の研究へ

中田班では第2年度、2)節に述べたNGOと有志の歯科医師による実質的な紹介ルートを構築するため、大阪および名古屋の地域でNGOと協働し、開業歯科医師向け研修会を開催する予定である(大阪:HIVと人権・情報センター、名古屋:LIFE 東海)。大阪と名古屋はHIV陽性者の人口も多く、すでに医療整備班の研究においても要対策地域として「担当者会議」などに招請されている。

その研修会において、どのような研修プログラムを提供するのが効果的であるかは、3)節に紹介した質問紙等において「改善のための希望事項」として各地のNGOから寄せられた意見や先行研究を参照しつつ検討・構成する予定である。そして地域で数軒でも協力歯科診療所を開拓し、それを地元NGOにつなぎ、紹介システムを始動させることを目指す。

紹介システムの構築においても、歯科診療所情報の扱いなどに、今後、さまざまな検討事項の^{しゅつたい}出来が予想される。

これからの1年にわたるこうした活動のプロセスを記述しながら、歯科診療所紹介ルート構築のための促進要因と阻害要因を分析し、モデル化し、同様の条件のあるところへ広げていく予定である。あくまで地域のNGOが自前の紹介可能な歯科診療所リストを整備することを目的とし、中田班としては、歯科医師への研修の提供などにおいてそれを支援することを役割とする。

一方、中田班では次年度、これらと並走して、口腔ケアについての情報提供もコンテンツとする総合ウェブサイトを開設する予定である。口腔ケアの重要性については、HIV陽性者のみならず、その支援者、相談等にあたる人びと、行政担当者、開業歯科医師、主治医をはじめとする拠点病院関係者にも広く浸透していただきたい情報である。東京の「4病院」といわれるような症例数の多い拠点病院では、初診時の診察に口腔チェックも含めることが“常識”となりつつあるが、全国的にはまだまだ少数である。ウェブサイトのみならず、各種講演会や学習会など、機会をとらえて情報提供および啓発に努めていきたい。

健康危険情報

該当なし