



## 歯科のHIV診療体制の整備に関する研究

研究分担者： 前田 憲昭

医療法人社団皓歯会 理事長

### A. 研究目的

HIV感染患者からの歯科受診希望は多い。

しかし、受け入れる体制が整った歯科医療機関が少ない。受け入れの障害となる因子を明らかにし、中核拠点病院の歯科を軸に、地域歯科医師会が連携をとり、感染者の受け入れ体制を構築する。

また、歯科における標準的感染防御の知識と技術の均てん化の一層の浸透と実施を促進する。

### B. 研究方法

- 1：都道府県単位での診療ネットワーク構築会議の開催  
行政、歯科医師会、中核拠点病院、拠点病院の歯科担当者を集め、地域の問題点を明らかにするとともに、ブロック拠点病院に集中している感染者の歯科治療の受け皿作りを促す。
- 2：拠点病院に勤務する歯科医療従者に講義と実習で、HIV感染症の知識と標準的感染防御の技術を伝達する。
- 3：患者さんが歯科治療を受けておられる実態調査を行う（20年度）。
- 4：HIV歯科診療ネットワークに参加している施設の職員の意識をアンケート調査する（21年度）。
- 5：全国の自治体（含む政令都市）にアンケートを送り、HIV感染者の歯科医療に取り組む姿勢を確認する（20年度）。その結果に基づき、ネットワーク構築に必要な資料を集めたガイドラインの作成（21年度）。
- 6：歯科医療従者のHIVに関する情報を確保するために、「HIV感染者口腔衛生管理ノート」を編集・発行する(21年度)。
- 7：患者さんがHIV感染と診断された時から、口腔衛生管理が始まる。患者さんのための冊子、「今から始まります」を改訂・増刷する。

### C. 結果

#### 1：ネットワーク構築会議開催地

平成20年度 沖縄県・長野県・首都圏、北海道  
平成21年度 愛知県・岡山県・千葉県・大阪府

#### 2：均てん化講習会

同上の地域で実施

#### 3：患者さん対象の歯科受診実態調査

平成20年度に実施。全国のブロック拠点病院の内科を中心に929名の回答を得た。結果：(1)平均年齢は40.7歳であった。男性866名(95.1%)、女性45名(4.9%)。年齢の分布では30代が最も多く43%(399名)であった。(2)①HIVに感染したと思われる機会があつてから、感染が判明するまでの間に、歯科治療を受けていたことが「ある」と回答した人は403名(43.4%)、「いいえ」364名(39.2%)、分からない113名(12.2%)、無回答49名(5.3%)であった。②その期間の治療内容は929件の回答があり、保存治療237件、歯石除去223件、抜歯159件であった。出血を伴う治療が全体の4割を占めた。③その期間に口腔内に症状を自覚した人は142名で、具体的には口の中が白くなった25名(17.6%)、口腔内から出血し易くなった4名(2.8%)、口腔が乾いた19名(13.4%)、口内炎がよく出来た8名(5.6%)、喉が腫れた/喉が痛かった3名(2.1%)、味覚異常3名(2.1%)であった。④感染が判明してから歯科を「受診したことがある」と回答した人は616名(全回答者の66.3%)だった。「受診したことがない」は238名(25.6%)、「受診を考えている」は191名(20.6%)。⑤HIV感染が判明後、歯科治療を受けたことが「ある」と回答した616名のうち、複数回答(回答数777)で337名(43.4%)がHIVの治療を受けている施設の歯科で治療を受けている一方、225名(29.0%)が「感染の事実を明らかにしないで」HIV感染の治療を受けている施設外の歯

科を受診していることが分かった。さらに12名(1.5%)は、HIV感染の治療を受けている施設から紹介された施設に、HIV感染を明らかにせずに受診していることも明らかになった。

#### 4：HIV 歯科診療ネットワークに参加している施設 の職員のアンケート調査

アンケートは東京都歯科医師会の協力で実施された。期間は2009年5月から8月の3か月間。登録81施設に発送、41施設が回答(50.6%)。回答を寄せた歯科衛生士は38名。その結果、東京都歯科医師会のHIV感染者歯科診療ネットワークで働く歯科衛生士の94.4%は積極的にHIV感染者の歯科診療に参加すると回答した。また参加は当然のこととした回答が38.9%あった。本事業に参加することで、院内の感染防御体制に改善が見られた(36.7%)、HIV感染症に関する情報を集めるようになった(28.6%)、患者さんのプライバシーに配慮するようになった(同)、との変化があり、36.7%の職員は、患者の全身の疾患について学習するようになった、と回答していた。ただし、ネットワーク参加を職員に知らせていない歯科医師が1名いた。

#### 5：全国の自治体へのアンケート(平成20年度実施)

回答状況 95自治体(74.2%)内訳30都道府県、65保健所設置市：厚生労働省エイズ対策促進事業実施状況30/30都道府県 89/95

エイズ対策促進事業に基づく協議会設置状況

21/30都道府県 39/95自治体

医療従事者実地研修の実施状況

14/30都道府県 21/95自治体

研修対象 歯科関係者が主：3都道府県(東京、神奈川、山口)

歯科関係者含む : 7都道府県

歯科関係者含まず : 2都道府県

歯科医師会との協議の有無

6/30都道府県(東京、神奈川、北海道、兵庫、福岡、沖縄) 8/95自治体

#### 6：HIV感染者口腔管理ノート2009-2010を 発行(21年度)

7：患者さん向け冊子「今から始まります」改訂増刷(21年度)

8：行政・歯科医師会向け、ネットワーク構築事例集の発行(21年度)

#### D. 考察

中核拠点病院が地域のHIV医療の中心となるべき責務を負っているが、とくにそのなかの歯科は十分にその任を果たしていない。ブロック拠点病院は3者会談等で、患者さんの声が届きやすく、またその活動成果の評価も厳しく監視されているが、中核拠点病はその管理体制が甘い。一方、東京都のエイズ診療ネットワークでは参加者が増えるなど、全国的にHIV感染者の歯科診療を担当する歯科医師が増える傾向にはあり、Standard Precautionsの浸透と、意識の改革が僅かではあるが進み始めた。

#### E. 結論

HIV感染者が首都圏に集中していることから、歯科医療従事者におけるHIV感染者への歯科医療を提供することへの関心には地域での温度差が大きい。しかし、確実に地方でもHIV感染者が増加している事実、また基礎となるStandard PrecautionsはHIV感染に限られた問題ではなく、B型、C型肝炎等、あるいは新型インフルエンザにも共通した問題であり、なお一層の真剣な取り組みが求められる。

#### F. 研究発表

##### 20年度

##### 1. 論文発表

##### 口頭発表

1. 前田憲昭、溝部潤子、吉川博政、山本正弘、健山正男、砂川 元、新垣敬一、中川裕美子：沖縄県における歯科医療体制構築に関する活、動報告、第22回 日本エイズ学会、2008、大阪
2. 高木律男、池野 良、児玉泰光、安島久雄：Websiteを利用した歯科医療のための院内感染対策教育、第27回歯科医学教育学会学術大会、2008年7月11日-12日、東京都
3. 池野良、高木律男、児玉泰光、田邊嘉也、手塚貴文、佐藤みさ子、加藤慎吾：リアルタイム

- PCR(TaqMan法)を用いた唾液中HIV-RNA/DNA量と血中HIV-RNA/DNA量の比較検討、第22回日本エイズ学会、2008、大阪
4. 柿澤卓、高久勇一郎、小林弥生、古澤成博、今村顕史：HIV感染者歯科医療に関する臨床研修の教育効果について、第22回日本エイズ学会、2008、大阪
  5. 山本裕佳、宮田勝、高木純一郎、能島初美、山田三枝子、辻典子、上田幹夫、池田正一、前田憲昭：北陸ブロック拠点病院における11年のHIV歯科医療体制の取り組みと今後の課題：第22回日本エイズ学会、2008、大阪 小森康雄
  6. 筑丸寛、上田敦久、松井芳郎、小森康雄、泉福英信、金子明寛、池田正一、藤内祝：神奈川県HIV歯科診療ネットワーク運用開始後2年間の検討、第22回日本エイズ学会、2008、大阪 中川裕美子
  7. 中川裕美子、前田憲昭、田上正、島田泰如、岡慎一：エイズ診療拠点病院におけるHIV感染症歯科診療実態調査、第22回日本エイズ学会、2008、大阪
  3. 宮田勝、高木純一郎、能島初美、山本裕佳、山田三枝子、辻典子、上田幹夫、前田憲昭、石川県内におけるHIV歯科医療の連携に関するアンケート調査と今後の課題、第23回日本エイズ学会、名古屋、2009
  4. 秋野憲一、前田憲昭、遠藤浩正、地方自治体におけるHIV/AIDS感染症歯科医療体制整備に関する現況、第23回日本エイズ学会、名古屋、2009
  5. 佐藤 淳、小野寺麻記子、杉浦千尋、北川善政、前田憲昭：HIV/AIDS患者の歯科医療体制に関する意識調査について、第54回（社）日本口腔外科学会総会、2009年10月9-11日、札幌
  6. 玉木祐介、伊藤俊広、鈴木智子、疋田美鈴、武藤愛、山口 泰、歯科医療体制に関するアンケート調査、第63回 国立病院総合医学会、仙台、平成21年10月24日
  7. 山口 泰、玉木祐介、仁木孝行、伊藤俊広、疋田美鈴、武藤愛、鈴木智子、仙台医療センター 歯科・歯科口腔外科におけるHIV歯科治療の患者統計、第63回 国立病院総合医学会、仙台、平成21年10月24日
  8. 宮田勝、高木純一郎、名倉功、坂下英明：口腔カンジダ症を契機に歯科で診断し得たHIV感染症の1例、第18回日本有病者歯科医療学会総会、2009.
  9. 山本裕佳、能島初美、宮浦朗子、奥山美有紀、小坂佳世、大橋由紀子、児玉幸美：石川県立中央病院におけるHIV/AIDS 歯科医療体制の取り組みと歩み、第3回日本歯科衛生学会、2009.

## 21年度

### 論文発表 和文

1. 前田憲昭、今井健一、HIV感染症から口腔の重要を考える、第2回：求められる歯科医の観察眼、日本歯科評論、第69巻、11号、168-170、2009
2. 砂川光宏、玉澤佳純、杉浦千尋、他：歯科における院内感染対策ガイドライン、国立大学附属病院感染対策協議会 歯科医療部会、2009
3. 杉浦千尋、北川善政：HIV感染症の口腔病変と歯科治療、HIV感染症 診断・治療・看護マニュアル 改訂第7版 北海道大学病院 HIV感染症対策委員会 2009
4. 山口 泰、玉木祐介、渋谷知歩、佐藤功、伊藤俊広、東北ブロックHIV感染予防研修ノート、平成21年2月

### 口頭発表 国内

1. 前田憲昭、的野 慶、北川善政、佐藤淳、山口泰、池田正一、柿澤卓、田上正、高木律男、池野良、澤木佳弘、宮田勝、連 利隆、吉野宏、吉川博政、溝部潤子、中川裕美子平成20年度HIV感染者の歯科診療実態アンケート調査、第23回日本エイズ学会、名古屋、2009
2. 前田憲昭、溝部潤子、高木律男、田邊義也、児玉泰光、池野 良、澤木佳弘、濱口元洋、HIV感染者歯科診療ネットワーク構築会議報告、第2報、第23回日本エイズ学会、名古屋、2009

## G. 知的所有権の取得状況

### 1. 特許取得

なし

### 2. 実用新案登録

なし

### 原著論文による発表

#### 和文

1. 前田憲昭、今井健一、HIV感染症から口腔の重要を考える、第2回：求められる歯科医の観察眼、日本歯科評論、第69巻、11号、168-170、2009

### 口頭発表 国内

1. 前田憲昭、的野 慶、北川善政、佐藤淳、山口泰、池田正一、柿澤卓、田上正、高木律男、池

野良、澤木佳弘、宮田勝、連 利隆、吉野宏、吉川博政、溝部潤子、中川裕美子平成20年度HIV感染者の歯科診療実態アンケート調査、第23回日本エイズ学会、名古屋、2009

2. 前田憲昭、溝部潤子、高木律男、田邊義也、児玉泰光、池野 良、澤木佳弘、濱口元洋、HIV感染者歯科診療ネットワーク構築会議報告、第2報、第23回日本エイズ学会、名古屋、2009
3. 宮田勝、高木純一郎、能島初美、山本裕佳、山田三枝子、辻 典子、上田幹夫、前田憲昭、石川県内におけるHIV歯科医療の連携に関するアンケート調査と今後の課題、第23回日本エイズ学会、名古屋、2009
4. 秋野憲一、前田憲昭、遠藤浩正、地方自治体におけるHIV/AIDS感染症歯科医療体制整備に関する現況、第23回日本エイズ学会、名古屋、2009

#### 研究協力者 北川善政（北海道ブロック）

##### 原著論文による発表

1. 砂川光宏、玉澤佳純、杉浦千尋、他：歯科における院内感染対策ガイドライン、国立大学附属病院感染対策協議会 歯科医療部会、2009
2. 杉浦千尋、北川善政：HIV感染症の口腔病変と歯科治療、HIV感染症 診断・治療・看護マニュアル 改訂第7版 北海道大学病院 HIV感染症対策委員会 2009

##### 口頭発表（国内）

1. 佐藤 淳、小野寺麻記子、杉浦千尋、北川善政、前田憲昭：HIV/AIDS患者の歯科医療体制に関する意識調査について、第54回（社）日本口腔外科学会総会、2009年10月9-11日、札幌

#### 研究協力者 山口 泰（東北ブロック）

##### 原著論文による発表

1. 山口 泰、玉木祐介、渋谷知歩、佐藤功、伊藤俊広、東北ブロックHIV感染予防研修ノート、平成21年2月

##### 口頭発表（国内）

1. 玉木祐介、伊藤俊広、鈴木智子、疋田美鈴、武藤愛、山口 泰、歯科医療体制に関するアンケート調査、第63回 国立病院総合医学会 仙台、平成21年10月24日
2. 山口 泰、玉木祐介、仁木孝行、伊藤俊広、疋田美鈴、武藤愛、鈴木智子、仙台医療センター 歯科・歯科口腔外科におけるHIV歯科治療の患者統計、第63回 国立病院総合医学会 仙台、平成21年10月24日

#### 研究協力者 宮田 勝（北陸ブロック）

##### 口頭発表（国内）

1. 宮田勝、高木純一郎、名倉功、坂下英明：口腔カンジダ症を契機に歯科で診断し得たHIV感染症の1例、第18回日本有病者歯科医療学会総会、2009.
2. 山本裕佳、能島初美、宮浦朗子、奥山美有紀、小坂佳世、大橋由紀子、児玉幸美：石川県立中央病院におけるHIV/AIDS歯科医療体制の取り組みと歩み、第3回日本歯科衛生学会、2009.



## HIV包括医療体制の整備に関する研究 ーコーディネーターナースの立場からー

研究分担者： 島田 恵

国立国際医療センター戸山病院エイズ治療・研究開発センター  
看護支援調整官

### 研究要旨

コーディネーターナースの立場から包括ケア体制を整備するために、確実な医療（ケア）提供とその均てん化を目標に取り組んだ。脂質代謝異常の改善については、HAARTによる免疫レベルの改善と療養の長期化に伴い、行動変容支援を通じたヘルスプロモーションが重要であると考えられる。また、長期療養支援については、ニーズ変化を予測した積極的な支援導入と急性・亜急性期における積極的ケアによる後遺障害の最小化が重要である。HIV/AIDS患者の診療を実施している現場では、このような支援を実施するHIV/AIDSケアを専門とする看護師が求められており、院内外でも実践家と認識されやすい認定看護師制度（日本看護協会）に新分野（HIV/AIDSケア）特定を申請する予定である。

均てん化に向けては、研修情報の提供と研修修了後看護師のフォローアップ、および在宅療養支援推進のための地域側啓発を継続する。

#### A. 研究目的

本研究では、コーディネーターナース（以下、CN）の立場から包括ケア体制を整備するために、確実な医療（ケア）提供とその均てん化を目標としている。今年度は、下記の研究に取り組んだ。

##### 1. 確実な医療（ケア）提供のための取り組み

###### 1) 脂質代謝異常の改善に関する調査

- (1) 脂質代謝異常の実態調査
- (2) 脂質代謝コントロールのための健康行動支援の検討

###### 2) 長期療養支援の実態と課題

- (1) 外国人患者に対する在宅療養支援
- (2) 訪問看護師との連携による在宅療養支援

###### 3) HIV/AIDS CN資格化の検討

##### 2. 「包括ケア」均てん化のためのコンサルテーションと研修の実施

- 1) HIV/AIDSケア・メーリングリストによるコンサルテーション
- 2) HIV/AIDS在宅療養支援研修会開催による病院と地域の連携推進
- 3) ACC/ブロック拠点病院エイズケア研修のポスター配布による研修推進

#### B. 各研究の目的・方法・結果・考察・結論

##### 1. 確実な医療（ケア）提供のための取り組み

###### 1) 脂質代謝異常の改善に関する調査

- (1) 脂質代謝異常の実態調査

#### 【目的】

抗HIV薬を服用するHIV/AIDS患者について、脂質代謝異常に関するデータがいつ、どの程度高値に変化しているのかを探索する。

【方法】

- (1) 対象：2002年1月から12月の間に国際医療センター戸山病院エイズ治療・研究開発センター（以下ACC）の外来を新規に受診した患者（189名）のうち、採血データが1回もない患者を除外した上で、2008年5月までに抗HIV薬の服用を開始し、その服用開始時点以前（以下、ベースラインとする）の脂質代謝異常に関する指標が異常値でなかったことを確認できた症例を分析対象とした。
- (2) 脂質代謝異常の基準値に関する定義：本研究においては、脂質代謝異常の基準値を
- \* 高トリグリセライド血症：TG  $\geq$  150mg/dl（空腹時採血）
  - \* 高コレステロール血症：TC  $\geq$  220mg/dl（全採血）と定義する。
- (3) 調査内容：患者の診療記録より、下記項目のデータ収集を行う。
- ①脂質代謝異常に関する情報：（初回受診時から2008年5月までの間の全受診時において）TG、TC、空腹時採血か否か
  - ②対象者背景：性別、年齢、感染経路、身長、体重、既往歴、内服薬、喫煙の有無
  - ③HIV/AIDSの状態や治療に関する情報：抗HIV薬の種類と服薬開始日、栄養指導の有無と実施日、抗高脂血症薬内服の有無と服薬開始日
- (4) 分析：対象者背景に関するデータの記述統計量を算出する。代謝異常の出現時期と推移を明らかにするため、抗HIV薬服用開始後の経過年数ごとに対象患者の全受診時におけるTG値、TC値の平均の推移を記述する。服用開始後の1年ごとの経過期間において、同一患者が複数回受診した場合は、その平均値を個人の代表値とする。

（倫理面への配慮）

本研究においては患者個人の不利益は生じないと考えられ、国立国際医療センター戸山病院倫理委員会より、倫理委員会における付議の必要なしと判断された。

【結果】

2002年1月から12月の間にACCの外来を新規に受診した患者は189名で、ここから採血データが1回もない12名を除き、2008年5月までに抗HIV薬の服用を開始したことが確認できた症例は129名であ

った。そのうち、ベースラインのTC値を確認できた症例は105名で、そのTC値が脂質代謝異常の基準値未満であった症例94名を分析対象とした（図1）。

- 1) 対象者背景（表1）：男性90名（95.7%）、ACC初診時の平均年齢は36.2歳（20-70歳）で、感染経路は男性同性間性的接触70名（74.5%）、BMIは18.5以上25未満の普通体重が72名（76.6%）と最も多かった。
- 2) 抗HIV薬服用開始後のTG値、TC値の平均の推移：抗HIV薬服用開始後の経過年数ごとに、対象患者の全受診時におけるTG値、TC値の平均の推移を示した（図2・図3）。

TG値の平均はベースラインにおいては89.8mg/dlで脂質代謝異常の基準値である150mg/dl以下であったが、抗HIV薬服用開始後1年未満の期間では129.0mg/dlと基準値に近づき、1年以上2年未満では187.2mg/dlと基準値を超え、その後は200mg/dl前後を推移し、基準値を下回することはなかった。

TC値の平均はベースラインにおいては146.8mg/dlで、抗HIV薬服用開始後1年未満の期間では177.8mg/dl、それ以降は200mg/dl前後を推移し、脂質代謝異常の基準値である220mg/dlは超えなかった

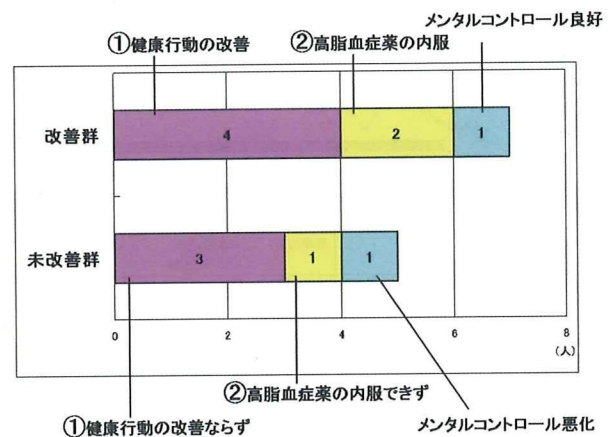


図1 脂質代謝コントロールに影響した要因

表1 改善群と未改善群の属性 (N=12)

	改善群 (n=7)	未改善群 (n=5)
平均年齢(歳)	36.7±4.0	52.2±8.6
外国籍(人)	2	1
BMIの平均±SD(min-max)	21.7±5.9(16.8-33.1)	23.6±4.1(19.7-29.8)
中性脂肪の平均±SD	188.0±85.7	194.8±65.0
HAART開始前(mg/dl)		(前症でHAARTを開始していた2人は除外)
経過中の最高値(mg/dl)	1125±554.9	1063.2±478.4
Key Drug(人)		
PI	7	4
NNRTI	0	1
家族歴(延べ数)		
高血圧症	4	1
脳卒中	2	0
糖尿病	2	2
癌	1	0
統合失調症	1	0
初診時の職業(人)		
有	6	4
無	1	1

が、抗HIV薬服用開始後に上昇した平均値は下がることはなかった。

【考察】

- 1) 対象者背景：平成18年国民健康・栄養調査結果の概要<sup>1)</sup>によると、本研究の対象者は一般の男性よりも肥満者が少ないと考えられる。さらに、30-39歳の男性における脂質異常症が疑われる人は44.2%であるのに対し、本研究の対象者のTG値の平均が抗HIV薬服用開始2年後に脂質代謝異常の基準値を超えることは、抗HIV薬服用開始により一般の男性よりも脂質異常に陥る割合が高いといえる。
- 2) 抗HIV薬服用開始後のTG値、TC値の平均の推移：本邦においては、これまでに、抗HIV薬服用開始後2年間の追跡結果は報告されている<sup>2)</sup>が、5年以上追跡した研究は未だない。

図2、図3により、抗HIV薬服用開始後TG値、TC値は明らかに上昇しており、TG値に関しては服用開始2年後には脂質代謝異常の基準値を超えていて、その後基準値を下回っていない。これらによ

り、抗HIV薬服用による副作用症状としての脂質代謝異常の出現は明らかで、TG値に関しては服用開始2年後には脂質代謝異常の基準値を超えると考えられる。

今後は、生活指導により動脈硬化を進行させるリスクファクターである喫煙や食生活といった生活習慣を患者自身が是正することで、脂質代謝異常の状態が改善するのか、介入研究を行って明らかにしていくことが求められる。

【文献】

1. <http://www.mhlw.go.jp/houdou/2008/04/d1/h0430-2c.pdf>
2. 福島篤仁、太田康男、北沢貴利、塚田訓久、奥川周、川田真幹、小池和彦. Stavudine(d4T)投与後の高脂血症の出現頻度に関する検討. 日本エイズ学会誌. 2005 Nov; 7(4): 433.

(2) 脂質代謝コントロールのための健康行動支援の検討

【目的】

糖・脂質代謝コントロールのための行動変容を目的とした支援（以下、健康行動支援）を振り返り、今後、外来において看護師が健康行動支援を行う際の留意点について検討する。

【方法】

- (1) 対象：ACC通院中の患者で、2006年4月から2007年9月末までに、脂質代謝コントロールを目的として栄養士による栄養指導を受講した患者12名とした。
- (2) 分析方法：①それぞれの患者について、属性、治療内容、中性脂肪などの血液データ、生活上の出来事、栄養指導の内容と回数、医療者が行った脂質代謝コントロールのための相談や指導、患者の健康行動に対する認識や取り組みについて、診療録調査を行い、さらに担当コーディネーターナース（以下CN）からの聞き取りを行った。②それぞれの初診から2008年5月末までの中性脂肪値の推移をプロットし、その傾向を見るために、医療者からの介入開始後の近似曲線を引いて、患者を、「改善群」（近似曲線が右さがりの群）と「未改善群」（近似曲線が水平・または右上がりの群）の2群に分類した。③2群間で、医療者が行った健康行動支援と患者の認識や健康行動について、経過を分析した。



図2 改善群A-①



図3 改善群A-②

**(倫理面への配慮)**

データの取り扱いについては、患者が特定されないように配慮した。

**【結果・考察】**

- (1) 「改善群」と「未改善群」の属性(表1)：平均年齢は、「未改善群」52.2歳と高く、加齢は、肝機能が衰え中性脂肪増加の原因となるため、加齢による結果への影響も考えられる。BMIは、「未改善群」の方が高いものの、どちらも標準範囲内であった。中性脂肪は、HAART開始前の平均はどちらの群も基準値より高く、HAART開始前・経過中の最高値ともに2群での差は見られなかった。キードラッグは、「未改善群」の1名を除き、全員がPIを内服していた。家族歴は、高血圧症や脳卒中などの循環器系疾患や糖尿病などの代謝内分泌系疾患が見られた。初診時に職業があった者は10名で、対象者の多くが職業についていた。
- (2) 脂質代謝コントロールへの影響要因(図1)：「改善群」では、7名のうち4名が第一段階の「健康行動の改善」により、2名は第二段階の「高脂血症薬の内服」によって中性脂肪値が低下していた。一方、「未改善群」では、3名が「健康行動を改善せず」、1名は、高脂血症薬を処方されましたが、「飲んだり飲まなかったりの内服」を繰り返し、脂質代謝コントロールができなかった。第三段階の「抗HIV薬の変更をした」者はおらず、その他に、精神疾患がある患者の場合は、メンタルコントロールが脂質代謝コントロールに影響していることがわかった。
- (3) 改善群の1例について(図2)：37歳の男性で、初診から7ヶ月目にカレトラベースでHAARTを開始した。開始後から中性脂肪の上昇が見られ、医師の指摘で一時下がったものの、再度上昇したため、医師の指摘があり、そこから、健康行動支援に焦点を当てたCNの対応が始まっていた。
- この経過を健康行動変容理論のひとつである「変化のステージ理論」(Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992)を用いて分析した<sup>2) 3)</sup>(図3)。この理論では、人が行動変容を起こし、それが維持されるまでには「無関心期」から「維持期」まで、段階的にステージを移動していくという考え方に沿っている。医師の指摘で、患者は「何とかしなければいけない」ということに気づ

き、CNが食事に関する情報収集を行って、具体的に話を進めたことで、患者の認識が「関心期」に移り、妹の協力を得て、一緒に食事指導や栄養指導を行ったことで、「準備期」へと移行した。また、食事内容の記載や血液データを毎回確認することで健康行動が定期的に継続し、「行動期」「維持期」へと進んでいった。この例では、妹という適切な協力者を得たことで「準備期」以降へ進むことができた。

- (4) まとめ：患者が今どのステージにいるかを見極め、問題を把握することで有効な支援につながるということが再確認された。以上より、外来において看護師が健康行動支援を行う際の留意点は、
- ・運動や食事に関する習慣や食生活についての情報、関心を持っているポイントを把握する
  - ・具体的に方法を提示し、細かく目標設定を行う
  - ・健康行動の振り返りや脂質代謝データの確認など、継続的に介入する
  - ・本人だけでは健康行動変容が困難な場合には、患者の健康行動に影響を与える他者の協力を検討する
  - ・高脂血症薬の内服が開始された場合には、確実に内服するよう支援する
  - ・精神疾患のある患者では、メンタルコントロールが健康行動に影響を及ぼすため、メンタルコントロールの改善・維持を優先させる
- にまとめられた。これらは一般的な健康行動支援の留意点と共通である。しかし、HIV感染症の場合は、中性脂肪の上昇の原因がHIV血症とHAARTであるため、HAART開始前から、脂質代謝異常が起こる可能性があることを伝え、動機付けをし、生活習慣の見直しを行っていく必要があると考えられた。

今後は、これまで実施してきた問診やアセスメントに健康行動支援に関する視点を盛り込み、HAART開始前から脂質代謝コントロールを目的とした積極的な介入を継続して、その評価をする予定である。

**【文献】**

1. 松本千明、健康行動理論の基礎 生活習慣病を中心に、医歯薬出版株式会社; 29-35. 2002.
2. 松本千明、健康行動理論 生活習慣病の予防と治療のために実践編. 医歯薬出版株式会社; 4-5. 2002.



## 2) 長期療養支援の実態と課題

### 【目的】

今後必要とされる長期療養支援について検討するため、先駆的実践施設における支援実態を後ろ向き調査した。

#### (1) 外国人患者に対する在宅療養支援

### 【方法】

ACCにおいて1997年以降に在宅療養支援を行った外国人患者18名の2009年6月末までの支援経過について、診療録調査、担当医および担当CNからの聞き取り調査を行った。

### 【結果】

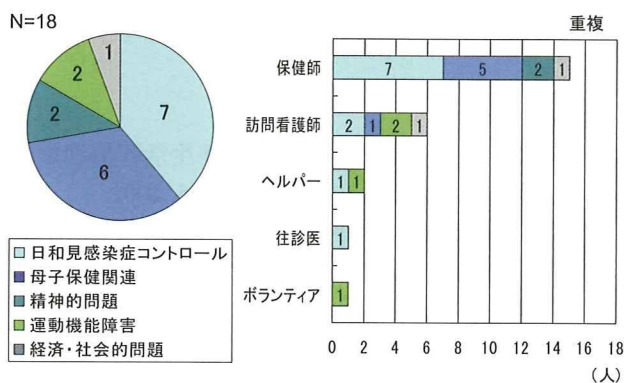
#### ①対象の背景（結果1）

性別		男性5名	女性13名
平均年齢	32.1歳	(20代7名、30代7名、40代3名、50代1名)	
感染経路	Hetero 17名	Drug user 1名	
病期	AC 7名	AIDS 11名	
国籍	タイ7名・フィリピン4名 中国・カンボジア・ラオス・ブラジル・ガーナ・アルゼンチン・ベトナム 各1名		
就労あり	14名		
同居人あり	16名		
健康保険	有 11名 無 7名(うち生活保護3名)		

結果1 患者属性

#### ②在宅療養支援導入時のニーズ分類（結果2）：

「日和見感染症コントロール」「母子保健関連」ニーズのために在宅療養支援を導入した者がそれぞれ7名、6名であった。日和見感染症は全て結核で、その服薬管理、母子保健関連は、母子感染予防の児へのAZTシロップの内服管理のために、それぞれ支援を導入していた。



結果2 支援導入ニーズと支援者

③支援転帰（結果3）：支援終了は13名、支援継続は3名であった。継続のうち2例は「経済・社会的問題」「母子保健関連」の支援を必要としたケースで、経過中に支援ニーズが変化し受診継続や内服継続のための支援が継続されていた。



結果3 支援後続者の経過

### 【考察】

外国人患者に対する在宅療養支援は、日和見感染症（結核）コントロールと母子保健関連のニーズに対し支援が導入されていたが、それらは期間限定で終了していた。支援が継続している場合は、導入時と継続後のニーズ内容が変化していたことから、期間限定で終了する見込みであっても、積極的に在宅療養支援を導入することにより、長期経過中のニーズ変化にあわせた支援が可能になると考えられる。また、このような支援ニーズがあることを地域に知らせることにより、地域啓発にもつながると考えられる。

### 【結論】

長期経過中のニーズ変化に合わせた支援提供が必要になることを見込んで、積極的に在宅療養支援を導入することが必要である。

#### (2) 訪問看護師との連携による在宅療養支援の実態

### 【方法】

ACCにおいて1997～2008年12月末までに訪問看護を導入した40名について、診療録調査、担当医および担当CNからの聞き取り調査を行った。

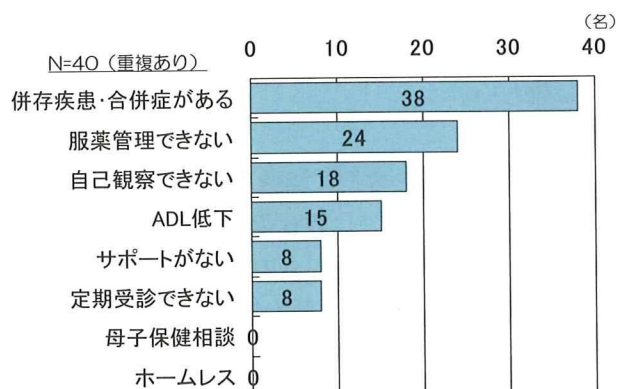
### 【結果】①対象の背景（結果1）

訪問看護導入時のアセスメント（結果2、3）：「併存疾患・合併症がある」ために訪問看護を導入したのが38名であった。その内訳で最も多かったのは、AIDS指標疾患25名で、結核、PCP、HIV脳

N=40 人 (%)

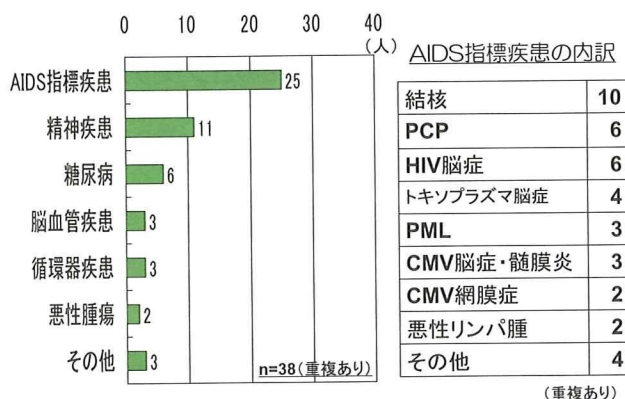
年齢	平均	42.4±11.9歳 (13-64歳)	
性別	男性	32(80.0)	女性 8(20.0)
国籍	外国籍	8(20.0)	内訳)男2 女6
病期	AC	13(32.5)	AIDS 27(67.5)
CD4数	中央値	86/μl(1-954/μl)	
抗HIV薬内服	有	34(85.0)	無 6(15.0)
生活状況	独居	15(37.5)	同居 25(62.5)
職業	有	14(35.0)	無 26(65.0)
訪問看護ステーション所在地	東京都	23件	近県 17件

結果1 患者背景

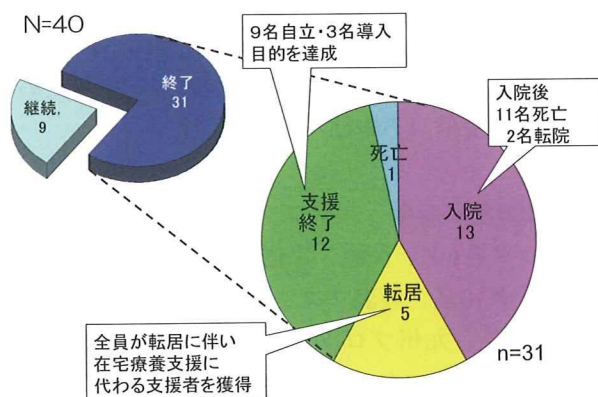


在宅療養支援フローチャート(AIDS Clinical Center)の導入アセスメント項目より

結果2 導入時のアセスメント



結果3 依存疾患・合併症の内訳



結果4 支援の転帰

症、トキソプラズマ脳症、PML、CMV脳炎・髄膜炎などであった。

③訪問看護の転帰(結果4)：31名が訪問看護を終了し、そのうち自立により終了したのは9名であった。訪問看護継続は9名であった。

④自立による終了例と継続例の経過(結果5、6)：PML、HIV脳症、トキソプラズマ脳症、脳血管疾患など、後遺症を残す疾患を発症したケースが多かった。自立による終了例は、訪問看護により自己管理やADLの改善がみられたものの、継続例では改善がみられなかった。

年代	併存疾患・合併症	服薬管理	定期受診	ADL	自己観察	支援期間(ヶ月)
1	30 HIV脳症	×→○	×→○			21
2	30 PCP、Toxo脳症	×→○	×→○			2
3	30 PML			×→○		33
4	30 結核	×→○				60
5	40 結核、PCP	×→○				73
6	40 PCP、ML、CMV網膜症	×→○		×	×→○	10(日)
7	50 Toxo脳症、PML、HIV脳症	×→○		×	×→△	6
8	50 PCP			×→○	×→○	4
9	50 糖尿病、鬱→改善	×→○	×→○		×→○	38

結果5 終了ケース(自立 9名)

年代	併存疾患・合併症	服薬管理	定期受診	ADL	自己観察	支援期間(ヶ月)
1	20 PCP、結核	×	×		×	43
2	20 結核、PML	×		×	×	47
3	30 糖尿病、喘息	×	×			79
4	30 CMV脳症、HIV脳症	×	×	×	×	48
5	40 HIV脳症	×		×	×	11
6	50 脳血管疾患			×→○	×	56
7	50 PCP、HIV脳症	×	×			50
8	60 精神疾患	×		×	×	91
9	60 心疾患、硬膜外血腫				×	44

結果6 継続ケース 9名

【考察】

訪問看護を必要とした患者は、1)併存疾患・合併症を理由とする者が多く、中枢神経系の後遺症を残すエイズ疾患を発症していた。しかし、自立によって支援終了となった者も多くみられた。中枢神経系の疾患による障害の程度が自己管理に影響し、支援継続の要否が異なっていたと考えられる。そのため、エイズ発症の急性・亜急性期には、中枢神経系疾患による障害程度を最小限にするための看護が重要である。

**【結論】**

長期療養における在宅療養支援を考える際には、エイズ疾患による後遺症の予測に伴い、退院後の療養に対する影響を最小限にするため、入院治療早期からの積極的なリハビリテーション等のケアも重要である。

**3) HIV/AIDS CN資格化の検討****【目的】**

CN資格化によってケアの質保証につなげる。

**【方法】** CN資格化の実現に向けて、(1) 先行調査の結果から課題を整理し、(2) 関係者からのヒアリングにより、CN資格化に関する現状と課題、期待について聴取した（対象：日本看護協会 資格制度担当者 平成21年4月20日（月）、ブロック拠点病院看護管理者 平成21年6月12日（金））。

**【結果】**

(1) 課題整理：政策医療の一環で各拠点病院にHIV診療担当の医師および看護師等を配置することが進められてきた（平成9年4月25日、12月11日厚生省通知「エイズ治療の地方ブロック拠点病院の整備について」）。しかし、患者数や病院の看護体制等の理由により、担当看護師不在、あるいは担当看護師がいても立場が不安定なため勤務の継続困難であることが課題であった（平成14～16年度厚生科学研究）。平成18年度、看護師の専従配置を要件の1つとする「ウイルス疾患療養指導料」の加算が設定され、看護師配置の拡大が期待された。しかし、やはり患者数の少ない病院で専従看護師配置は難しく、加算を算定している拠点病院は20数施設にとどまっている（平成18年度日本看護協会委託研究、平成20年度厚生科学研究）。また、「エイズ看護経験2年以上」という条件は、経験内容に言及しておらず看護の質保証という点において不十分との指摘がある。先駆的な看護実践の分析からは、看護師は患者への直接的なケアとして「初診時の対応」「患者教育」「服薬支援」「サポート形成支援」「連携・調整」等の他に、ケースマネジャーの役割を実施していた。これは、チーム医療のメンバー構成にかかわらず看護師が担当しており、外来における看護師の新たな役割としてケースマネジメントについてはトレーニングが必要と考えられた（平成18年度厚生科学研究）。

(2) ヒアリング：多くの現場では、HIV/AIDSケアの実践者が求められており、近年ではチーム医療を効果的に実践するため、また包括医療を提供するため、協働する医師等多職種からのニーズも高まっている。ケア実践者の育成は、認定看護師制度（日本看護協会）の理念と一致し、また、病院内では様々な認定看護師の存在が知られており、それらと並列の教育背景をもつことにより担当看護師の位置づけが安定すると考えられる。現在のCNはコンサルタント役割もあることから、認定看護師よりも専門看護師（日本看護協会）に匹敵すると考えられるが、専門看護師は大学院（修士）教育が前提であり普及は難しい。

**【考察】**

HIV/AIDSケアを専門に実践する看護師が求められており、その実践には教育背景を要し、資格としては他の認定看護師に並ぶものが望ましい。それによって院内における看護師の位置づけが明確になり、ケアの質保証につながると考えられる。

**【結論】**

HIV/AIDSケアを専門に実践する看護師の資格制度として、認定看護師制度（日本看護協会）の新分野特定（HIV/AIDSケア）を再申請する。

**2. 「包括ケア」均てん化のためのコンサルテーションと研修の実施****1) HIV/AIDSケア・メーリングリストによるコンサルテーション****【目的】**

研修修了後の専従看護師、あるいはその候補や類似の立場にあたる看護師を支援し、確実なケア提供につなげる。

**【方法】**

メーリングリストに登録した看護師への情報提供、および看護師からのケア相談に対応するためのメール送受信（不定期）。

**【結果】**

計100名が登録し、ブロック内訳は北海道・東北ブロック各6名、関東・甲信越ブロック54名、東海ブロック10名、近畿ブロック9名、中国・四国ブロック11名、九州ブロック2名であった。施設種別は、拠点病院54名、中核拠点病院23名、ブロック

拠点病院5名、一般病院9名で、その他クリニック4名、保健所・保健センター4名であった。送信メールは累計75通であり、ケア相談は5件で、その他は、研修・講演会等の情報提供、近況報告等であった。

#### 【考察】

ケア相談には、HAARTと女性ホルモンの相互作用、薬物依存患者のケア、就労支援に関する内容や患者・医師とのコミュニケーション方法など、基礎的なケアからアドバンスケア、またチーム医療の実践、担当看護師としての活動方法に関する内容まで含まれていた。

#### 【結論】

現場には、様々なコンサルテーションニーズがあり、そこでは解決困難な場合があるため、ケアの質を維持し、担当者のモチベーションを維持するために、メールによるコンサルテーションシステム、ネットワークは必要と考えられる。今年度も「看護師のためのケアQ&A (Ver.3)」を作成し、拠点病院看護師等に広く配布する。

## 2) HIV/AIDS在宅療養支援研修会開催による病院と地域の連携推進

#### 【目的】

HIV/AIDS患者の在宅療養支援を推進する。

#### 【方法】

- ①第12回平成20年10月10日（金）18:00～20:00  
於：東京都議会棟
- ②第13回平成21年10月30日（金）18:00～20:00  
於：国立国際医療センター戸山病院

#### 【結果】

- ①は81名が参加した。在宅療養支援導入の検討事例（高齢者、AIDS患者）を題材に、医師、看護師、薬剤師、医療ソーシャルワーカー、カウンセラーによるカンファレンス形式で、在宅療養に向けたディスカッションを行った。フロア参加者との質疑応答では、立場の違いによるアセスメントの違いや連携に際し地域から病院に対する要望、連携のための取り組みの実際などについて意見交換した。
- ②は、80名の看護師・保健師・ソーシャルワーカー・施設職員等の参加を得た。前半では、HIV抗体陽性患者の在宅療養支援導入に関する全国調査の結果を発表した。在宅療養支援を導入で

きたケースは「運動機能障害」「経済・社会的問題」「精神的問題」への支援を必要としたケース、導入できなかったケースは「家族」「ターミナル期」への支援を必要としたケースであり、両者間では在宅療養支援を導入するニーズの傾向に違いがある可能性が考えられた。また、在宅療養支援の導入には「家族」と「患者の病状」が重要な要因と考えられ、在宅療養支援の導入に関する病院側のアセスメントも、支援導入の成否に関係している可能性があると考えられた。

後半では、Case Studyとして、自立支援の実際と看護師、施設職員、保健師の役割について発表した。本ケースは、受診中断後にエイズ発症で救急搬送され、生活基盤の脆弱性・精神発達遅滞によるセルフケア能力不足という問題を抱える患者で、退院に向け多職種でカンファレンスを行い、外来・地域にもケアプランが引き継がれ実施された在宅療養支援を具体的に提示した。

#### 【考察・結論】

ディスカッションでは在宅療養支援が上手くいった理由を意見交換し、長期の経過中には担当者が引き継がれ、人が変わるものの、その時々で誰がキーパーソンなのかを明確にしておくことが大事とまとめた。

## 3) ACC/ブロック拠点病院エイズケア研修のポスター配布による研修推進

#### 【目的】

看護師の継続的、段階的な研修参加を推進する。

#### 【方法】

平成20、21年度のACC/ブロック拠点病院におけるケア研修計画（ポスター）をポスターにし、また平成21年度はアドバンス研修に参加した看護師と参加をすすめた管理者のコメント（リーフレット）を拠点病院に配布した。

#### 【結果】

ACC研修に参加した看護師は、平成20年度のべ60名、平成21年度のべ59名で、継続受講の看護師は両年度とも7名で、うち3名（計6名）がCNコース（1ヵ月）を修了した。

#### 【考察・結論】

看護師自身のスキルアップニーズと、病院の方針

(例えば、中核拠点病院になったため診療体制を整備したい) とが合致した場合、継続受講していた。看護師個人への研修情報提供とあわせて、病院管理者向けに受講状況を知らせることは継続受講を促すことにつながると考えられる。

#### G. 研究発表 (学会発表)

1. 八鍬類子、杉野祐子、島田 恵、荒井理那、伊藤 紅、石垣今日子、山田由紀、武田謙治、大金美和、池田和子、遠藤貴子、西垣昌和、数間恵子、瀧永博之、岡 慎一. HIV/AIDS 患者の脂質代謝コントロールのための健康行動支援の検討. 日本エイズ学会、2008年、大阪.
2. 伊藤 紅、池田和子、島田 恵、他. 外国籍 HIV/AIDS 患者に対する在宅療養支援の考察. 第23回日本エイズ学会、名古屋、11月、2009.
3. 八鍬類子、伊藤 紅、池田和子、島田 恵、他. HIV/AIDS 患者における訪問看護師との連携事例に関する考察. 第23回日本エイズ学会、名古屋、11月、2009.

#### H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む。)

なし



## HIV感染症の包括医療体制の整備-カウンセラーの立場から-

研究分担者：山中 京子

大阪府立大学人間社会学部

### 研究要旨

HIV感染症における包括医療体制の整備に寄与するため、特にカウンセリング体制の充実・強化に焦点付け、以下の研究を実施した。**研究1**：本研究は、各ブロック内のカウンセリング体制、初診時の心理アセスメントの実施、各ブロックでのカウンセラー対象の研修の状況把握のため、各ブロック拠点病院のカウンセラーを対象に記述式調査および集団面接調査を行なった。ブロック拠点病院では、カウンセラーの人数や実働日の増加があった。心理アセスメントでは、初診時の人数や診療の流れに応じ、心理検査法や面接法が選ばれており、今後は地域や状況に応じた支援方法を維持しつつ、初診時の心理アセスメントの全国的な把握、その活用方法の共有が今後望まれる。**研究2**：実際の臨床事例の分析を行うフォカスグループディスカッション（以下FGD）を実施し、HIVカウンセリングの「質」を担保する必要要件の明確化を試みた。カウンセラーに求められる資質・視点では、基礎的力量はもちろんのことHIV感染症、性的指向、チーム医療や社会資源の理解など、また、研鑽のための研修内容として、事例検討会の必要性が示唆された。**研究3**：多様化するニーズに対応するため、既存の一般心理職の活用が望まれる。そのため、拠点病院に勤務する一般心理職にアンケート調査を実施し、回答者100名中38名に感染者へのカウンセリングや13名で心理査定の実験があることがわかったが、55名では、経験がなく、その理由は「依頼がない」がもっとも多かった。**研究4**：派遣カウンセリング制度において、拠点病院以外で展開している感染者支援状況を調査（制度実施自治体担当者ネットワークによるメールによるアンケート調査および派遣Coを対象のフォーカスグループインタビューなど）し、この制度の今後の発展可能性を検討した。拠点病院以外の機関へも派遣が可能な自治体の派遣Co、では、一般病院、保健所、血液センター、一般病院、クリニック（性感染症、内科）、刑務所、検査イベントなど派遣先や派遣対象の様々なニーズに対応し、多彩な活動を展開していることが示された。しかし、利用に関しては地域差があり、より効果的な周知方法や派遣Coの活用方法などを検討する必要があると思われる。**研究5**：HIV感染者にとってのカウンセリング利用について促進要因および不活用要因を明確にすることを目的にして、HIV感染者2名（血液製剤感染）を対象に面接調査を行った。カウンセリングを利用しない背景には、悩みは人に相談しても仕方ないという人生観・価値観、悩み事に対して相談することはなく一人で対処するという対処様式が関係していると考えられた。感染に関連して最も困難であった心理社会的問題は、家族やパートナーへの告知であったが、長期にわたって一人で抱え込まれていた。**研究6**：HIV医療における困難事例へのカウンセリング方法を明確化するため、HIV/AIDS医療のカウンセリングのなかで取り扱われているテーマ、および、支

援方法の難易感を明確にする調査票作成を行った。試行のための調査票による予備調査により、経験の有無と経験年数や地域、協働職種の有無、所属診療科などの関連を検討すること、「困難を感じるが対応し続けること」と、「対応できない」を分けた選択肢に改善することなど必要があることが明らかとなった。**研究7**：今後のカウンセリングの周知・理解の促進に資することを目的とし、カウンセリングHPのアクセス数の変化をみることによりホームページの改善点を明確化した。PC版のトップページのアクセス数の前年比減少が見られたが、一方でモバイル版の安定した一定アクセス数もみられた。また、PC版とモバイル版のアクセス数を加算すると、モバイル版未開設時のアクセス数と比し、総計では増加している。これらのことから、一定周知は進みつつ、モバイル版の開設によってユーザーの分配が起こっている可能性が考えられた。

本分担研究では、HIV感染症の包括的ケア体制の整備に資するため、特にカウンセリング体制に焦点付け、その体制の強化、充実を目標に研究を実施した。以下、各研究別に報告する。

## 研究1 全国の複合的カウンセリング体制の現状と課題に関する研究

研究協力者代表：仲倉高広（国立病院機構大阪医療センター）、安尾利彦（国立病院機構大阪医療センター）

### A. 目的

本研究は、各ブロック内におけるカウンセリング体制について、その現状と課題を明確化することを目的と実施された。平成21年度には、特に初診時の心理アセスメントの実施状況と各ブロックでのカウンセラー対象の研修のあり方についても検討した。

### B. 方法

各ブロック拠点病院のカウンセラーを対象に各年度で記述式調査および集団面接調査を複数回実施した。

### C. 結果

#### (1) 各ブロック拠点病院・ACCのカウンセリング体制

自治体派遣カウンセリング制度の開始や廃止、中核拠点病院での相談事業開始など変化が見られた。また、各年度ともにブロック拠点病院の3～4か所の施設（表1および表2参照）においてカウンセラーの増員や勤務形態の変化があった。

#### (2) 各ブロック全体のカウンセリング体制

従来のブロック拠点病院のカウンセラーと自治体派遣カウンセラーや他のカウンセラーとの連携に加え、中核拠点病院のカウンセラーとの連携やネットワークが各ブロック共通の課題として挙げられた。

#### (3) ブロック拠点病院での心理アセスメント

初診時に関しては、すべてのブロック拠点病院が

表1 2008年度ブロック拠点病院の患者数とカウンセラー数

ブロック 拠点病院	～97年度		07年度12月現在			08年度12月現在		
	患者数	Co.数	患者数	Co.数	勤務数 (d/w)	患者数	Co.数	勤務数 (d/w)
北大	35	1	160	1	5日	187		変化なし
仙台	30	1	162	1	5日	179		変化なし
新大*	*	0*	49	1	5日	53	2	2.5日、2.5日
石川	8	1	67	3	5日、4日、5日(兼務)			変化なし
名古屋	54	1	720	1	5日	843	2	5日、2日
大阪	57	1	1229	4	5日、5日、5日、1日	1441	7	5日、5日、5日、5日、4日、4日、1日
広大*	50	0	140	2	5日、1日	155	2*	5日、1日
九州	27	1	238	1(3)	5日、1日、月1日	275		変化なし

心理アセスメントを行っていた。

面接法による心理アセスメントを行っていたブロック拠点病院は、東北、関東甲信越、東海、中四国、九州であった。心理検査法の導入は、北海道（WHO SUBI）、北陸（SDS）、近畿（GHQ30、SAMISS）であった。また、関東甲信越ブロック拠点病院では、年に一度、GHQ30を行っていた。

(4) カウンセラー対象の研修

カウンセラーのみを対象にした事例検討による研修会を実施していたのは、関東甲信越、近畿、九州であった。他職種との合同による研修会を実施していたのは、北海道、東北、東海、北陸、中四国であった。中四国においては、チームを対象とした研修が行なわれ、その一員としてカウンセラーも加わった研修会が行なわれていた。

D. 考察

(1) 各ブロック拠点病院・ACCのカウンセリング体制

ブロック拠点病院のカウンセラー配置は増える患者数に対応して、一人体制から複数体制に移行する傾向が明らかであった。今後の課題は、院内における安定的な雇用形態の確立であるが、それには、診療報酬上のカウンセリング活動の位置づけやカウンセラーの国家資格化などの課題が影響しており、今後はこの課題の検討が必要であろう。

(2) 各ブロック全体のカウンセリング体制

ブロック拠点病院は、各自の施設の方法を超え、様々なブロックのあり方を参考に、各中核拠点病院に応じた支援を行っていく必要があるだろう。

ブロック拠点病院のカウンセラーは、様々なネッ

トワーク作りを行っている。今後、困難事例など心理臨床上の連携の有無の実情を把握し、HIV陽性者支援の充実のために、どのような複合的カウンセリング体制が必要か検討することが課題である。

(3) 初診時の心理アセスメント

初診時の人数や診療の流れに応じ、心理検査法や面接法が選ばれていた。心理アセスメントという機能が各地域の状況に応じた方法で構造化されつつあると考えられる。性急に同じ方法を導入することを避け、地域や状況に応じた支援方法を維持しつつ、初診時の心理アセスメントの全国的な把握、アセスメント方法の活用が今後望まれる。

(4) カウンセラー対象の研修

中核拠点病院が拠点病院のカウンセラーを対象とした研修を開催する際に、状況に応じた研修会のいくつかのモデルを提示できるようにマニュアルなど作成することが今後の課題である。

E. 結論

本研究は、各ブロック内のカウンセリング体制、初診時の心理アセスメントの実施、各ブロックでのカウンセラー対象の研修の状況把握のため、各ブロック拠点病院のカウンセラーを対象に記述式調査および集団面接調査を行なった。ブロック拠点病院では、関東甲信越（新潟）、東海（名古屋）、近畿（大阪）において、カウンセラー実働日の増加があった。心理アセスメントでは、初診時の人数や診療の流れに応じ、心理検査法や面接法が選ばれており、今後は地域や状況に応じた支援方法を維持しつつ、初診時の心理アセスメントの全国的な把握、その活用方法の共有が今後望まれる。カウンセラーを対象

表2 2009年度拠点ブロック病院・ACC内患者数とカウンセラー数

ブロック 拠点病院	～97年度		08年度12月現在			09年度12月現在		
	患者数	Co.数	患者数	Co.数	勤務数 (d/w)	患者数	Co.数	勤務数 (d/w)
北大	35	1	187	1	5日	211		変化なし
仙台	30	1	179	1	5日	187		変化なし
新大*	*	0*	54	2	2.5日、2.5日	57	2	2.5日、2.5日 0.5日(←産婦人科)
石川	8	1	79	3	5日、4日、 5日(兼務)	92		変化なし
名古屋	54	1	843	2	5日、2日	958	3	5日、5日、4日
大阪	57	1	1441	7	5日、5日 5日 4日、4日 4日、1日	1681	7	5日、5日 5日、5日 5日 4日、4日
広大*	50	0	155	2	5日、1日	180		変化なし
九州	27	1	275	1 (3)	5日、1日 月1日	333		変化なし
ACC	-	-	2530	1	5日	2768	1(2)	5日、5日



とした研修を開催する際に、状況に応じた研修会のいくつかのモデルを提示できるようにマニュアルなど作成することが今後の課題である。

## 研究2 カウンセリングの質の担保に関する研究

研究協力者代表：安尾利彦（国立病院機構大阪医療センター・精神神経科）、仲倉高広（国立病院機構大阪医療センター・精神神経科）

### A. 目的

本研究は、カウンセラー（以下Co）が行うカウンセリング活動のさらなる質の向上のために必要な要件を明確化すること、また、派遣カウンセリングと常駐型カウンセリングのそれぞれの特徴を明確化することを目的に実施された。

### B. 方法

複数のカウンセラーによるフォーカスグループディスカッション（以下FGD）を平成20年度2回、平成21年度2回、合計4回実施し、ディスカッションの題材としては、実際の臨床事例（合計8事例）を用いて、カウンセラーに求められる資質・視点、それらを獲得するための研修のあり方、派遣カウンセリングと常駐型カウンセリングのそれぞれの特徴などについて検討した。

### C. 結果

FGDの記録による発言およびアンケート調査に対する回答から、以下の項目が抽出された。

- (1) HIV臨床におけるCoに求められる視点や資質
  - ①アセスメント能力やカウンセリング技量などのCoとしての基本的能力、②他職種との連携力、③HIV感染症・性・社会資源・精神医学に関する知識、④Co自身の価値観の自覚
- (2) Coに求められる視点や資質を向上させるために必要な研修
  - ①事例検討会など、HIV陽性者に対する心理的支援を全体的に理解するための機会、②スーパーヴィジョンを受けるなど、カウンセラーとしての基本的能力を向上させる機会、③他職種との連携力を高めるための機会、④HIV感染症・性・社会資源・精神医学などに関する知識を得る機会
- (3) 常駐型カウンセリングと派遣カウンセリングの特徴

常駐型カウンセリングは他職種との密な連携や安定した枠組みによる継続的支援が特徴であり、派遣カウンセリングは枠組みの曖昧さや柔軟性、役割の多様性、また、各特徴による業務の難易度の高さなどが特徴として挙げられた。

### D. 考察

上記のように、Coとしての質の担保のために必要な様々な要件が明らかとなった。これらの結果を今後行われる研修会などに反映させることができると考えられる。

派遣カウンセリングと常駐カウンセリングの比較からは、同じHIV感染症への支援ではあっても、形態によって異なる機能が求められることが改めて明らかとなった。これらの特徴を踏まえた研修会の企画立案・実施が必要であろう。また、派遣カウンセリングに特徴的な柔軟で多様な支援機能と、常駐型カウンセリングに特徴的なじっくりとした支援機能は共に必要でありまた相補的なものであると考えられる。地域ごとに多様なカウンセリング機能が過不足なく揃うようにカウンセリング体制を整えることも、地域単位のカウンセリングの質の担保の上で重要であると考えられた。

### E. 結論

HIV医療においてカウンセラーとしてうまく機能する上では、HIV感染症そのものやHIVにまつわる知識・理解が求められるが、その基盤としてカウンセラーとしての基礎的な能力が必要であることが明らかとなった。それらの能力の獲得のため、事例検討会、スーパーヴィジョン、HIV感染症・性・社会資源・精神医学などに関する知識を得る機会が必要であることが考察された。

## 研究3 カウンセリングの量の担保に関する研究

研究協力者代表：森田眞子（国立病院機構大阪医療センター）、仲倉高広（国立病院機構大阪医療センター）

### A. 目的

患者数の増加に伴い、カウンセリングへのニーズの増加や多様化が予測される。そのため、ブロック拠点病院のみならず、さらに幅広く心理職のHIV/AIDS医療への参加が望まれる。そこで、本研

究では、拠点病院に勤務する一般心理職や拠点病院以外の単科精神科病院、クリニック等や私設（開業）心理相談室、大学・専門学校の学生相談室、企業のメンタルヘルス相談室等に勤務する心理職を対象として、HIV感染者に対するカウンセリングへの関与状況や関与意識などを明らかにする目的で、アンケート調査を行った。

## B. 方法

平成20年度には、全国の拠点病院（ブロック拠点病院カウンセラー会議に参加した施設は除く）の362施設の心理職対象に、アンケート（DVDと印刷したもの）を郵送し、メールによる返却（郵送可）を求めた。

また、平成21年度には、拠点病院以外の単科精神科病院、クリニック等や私設（開業）心理相談室、大学・専門学校の学生相談室、企業のメンタルヘルス相談室等に勤務する心理職を対象とするアンケート調査票の作成および調査実施の準備を行った。

## C. 結果

平成20年度調査の結果を中心に報告する。

回収数は119施設（32.9%）、有効回答数は100通（27.6%）であった。拠点病院84施設、中核拠点病院13施設であった。

HIV陽性者への心理査定経験者：13名、HIV陽性者へのカウンセリング経験者：38名、パートナーや配偶者へのカウンセリング経験者：10名、他の家族のカウンセリングの経験者：12名、抗体検査受検者の相談経験者：3名であった。何らかのかかわり経験があったものは45名であった。

かかわりがなかった55名が理由としてあげたものは、依頼がない（37名/67%）が多く、依頼システムの問題（12名/22%）、患者がいない（11名/20%）続いた。依頼がないとした37名のうち、患者が受診している/していると思うと答えたのは、7名/19%、手続なし/手続を経て、所属する部署以外の患者への対応ができると答えたのは31名/84%であった。

また、未経験者のうち、関わりたくないといった回答はなく、チーム医療が実践できるとする者は28名/51%、機会があれば関わりたいとするものが20名/40%、やりがいや学びがあるとする者が18名/33%あった。

## D. 考察

回答を得た拠点病院に勤める心理職のうち、55%の者がHIV/AIDS医療に関する心理臨床を経験していなかった。理由として依頼がないが一番多かった。平成13年度（矢永ら）の調査では、未経験者の99名（72%）のうち、関わっていない理由を、依頼がない：81%、依頼システム上の問題：39%と回答していた。13年度の調査は施設ごとではなく、心理職全員を対象としているため、単純に比較はできないが、本年度の調査結果は、HIV/AIDS医療において対応を経験している心理職は増え、依頼システムの改善がわずかではあるがなされてきているとも考えられる。しかし、平成13年度に課題とされた依頼システム上の問題は、現在もなお存在している。よって具体的な介入方法を検討していく必要がある。

## E. 結論

多様化するニーズに対応するため、さまざまな心理臨床経験を有する既存の心理職の活用が望まれる。そのためには、未だ依頼がない状況や、依頼システム上の障害に対し、具体的な介入方法を検討することが今後の課題であろう。

## 研究4 派遣制度の拡大および安定運用への方策の明確化に関する研究

研究協力者代表：神谷昌枝（東京都健康局医療サービス部感染症対策課）、石川雅子（千葉県健康福祉部健康増進課疾病対策室）

### A. 目的

派遣カウンセリング制度（以下、制度）の利用発展可能性の議論に資するため、平成20年度には、派遣カウンセラー（以下、派遣Co）が拠点病院以外で展開している感染者支援状況を調査し、また、平成21年度には、HIV感染者が拠点病院に初診するまでの一般病院での初診前支援の現状とその課題を把握した。

### B. 方法

#### (1) 派遣制度の実施状況調査

制度実施自治体担当者ネットワークを通じて実施状況を確認した。（平成20・21年度）

## (2) 全国の派遣Coへのメール調査

全国の派遣Co.全員に対し、拠点病院以外の機関への派遣経験の有無をメールにて調査した。(平成20年度)

## (3) 派遣Co対象のフォーカスグループインタビュー(以下、FGI)

拠点病院以外の機関(平成21年度では拠点病院以外の一般医療機関)への派遣経験のある派遣Coを対象に①フォーカスグループインタビュー②電話③面接インタビューのいずれかの方法によって、サービスを提供した機関、対象、具体的内容を調査した。(平成20・21年度)

## (4) 拠点病院初診前支援(以下、初診前支援)の現状調査

ブロック拠点病院及および多くの診療経験のある拠点病院の看護師(以下Ns)に対し告知～初診までの支援の現状についてインタビューした。

## C. 結果

自治体制度担当者への調査で以下が明らかになった。制度実施自治体の状況(平成21年12月末現在)では、全国の都道府県及び政令指定都市をあわせた65自治体中、47自治体(72.3%)が制度を実施していた。派遣先・対象・回数制限(平成21年12月末現在)では、(i)派遣先:制限なし(拠点病院の他、一般病院・保健所・クリニック等にも派遣可能):31自治体(65.9%)。(ii)対象:制限なし(遺族を含む):32自治体(68.1%)。(iii)回数:制限なし:43自治体(91.5%)であった。感染(HIV・エイズ)届出機関割合及び派遣先実績割合(平成19年度)では、平成19年度届出機関割合(%)の全国平均(有効回答数43/46自治体)①及び派遣先実績割合の全国平均(有効回答数20/「派遣先制限なし」29自治体)②は、拠点病院①67.4%・②75.7%、一般病院①11.4%・②7.3%、保健所①17.2%・②11.4%、その他①4%・②5.6%であった。

平成20年度の全国の派遣Coへのメール調査およびフォーカスグループ/電話or面接インタビューの結果は以下である。1)メール調査回答率(回答した派遣Coの所属する自治体割合):65.2%(30/46自治体)の内、「拠点外経験があり」と答えた割合は20/30自治体(66.7%)。2)インタビュー調査結果:①インタビュー数:フォーカスグループ(15名)+電話or面接(7名)=計22名、所属自治体

数:17/20自治体(85%)。②派遣先:保健所、血液センター、一般病院、クリニック(性感染症、内科)、刑務所、検査イベント、老人ホーム、デイケア、居宅介護支援事業所、患者自宅等。③支援対象:感染者本人、家族、パートナー、医療・保健・ケアスタッフ等。④支援内容:陽性者への心理社会的支援のみならずスタッフへのコンサルテーションや告知時の不安への対応などを自治体によっては、夜間や週末も担っていた。⑤派遣理由:検査前相談、検査時相談、判定保留、陽性告知、陽性告知後(～受診)支援。3)拠点病院以外の場所への支援の特徴:①告知経験の少ないスタッフにとっての不安や緊張感の緩和。②拠点病院初診時に有効な病院情報(担当医等)のスタッフへの提供。③告知～受診後のクライアント(以下CL)への継続した支援。④告知後～受診までの間、CLの逡巡(病院に行きたくない等)に対する共感的・中立的関わり+心理的問題を持つCLへの関わりについての助言。

平成21年度の多くの診療経験のあるブロック拠点病院および拠点病院の看護師(以下Ns)と派遣Co.へのインタビュー結果は以下である。1)調査数:Ns13名(北海道1名、東北1、関東甲信越6、北陸1、東海1、近畿1、中四国1、九州1)&派遣Co18名(関東甲信越7・東北1・北陸1・近畿4・中四国4・九州1)であった。2)拠点病院初診前:告知をめぐる問題例:(i)検査時:スクリーニング検査陽性(確認検査陰性)の患者を拠点病院に紹介、(ii)告知時:本人同意なく家族告知。(iii)告知後の対応:情報不足のまま拠点病院に紹介。日和見感染症未治療のまま拠点病院に紹介。発生届は拠点病院に依頼するなどの例がみられた。

## D. 考察

## (1) 平成20年度に関して

自治体「機関別感染者発生動向」調査は、拠点病院以外の機関(保健所や一般病院、クリニックなど)で陽性告知など心理的危機介入の必要な場面が発生していることを示唆している。にもかかわらず、全体の約4割弱の自治体は、拠点病院以外の機関での派遣活動を認めていない。この制限を撤廃し、現状に見合った派遣カウンセリング事業の安定運用が必要である。拠点病院以外の機関への派遣が可能な自治体の派遣Coが、派遣先や派遣対象の様々なニーズに対応し、多彩な活動を展開していることが示された。

## (2) 平成21年度に関して

拠点病院に初診する以前の、抗体検査実施時、陽性告知時、告知後の対応それぞれに、心理社会的支援の見地から多くの問題が指摘された。また、拠点以外の医療機関等にも心理社会的支援が可能になるような派遣制度の在り方、地域の相談窓口等の設置、など実現可能な具体的方法が多く指摘された。

## E. 結論

ブロック拠点病院や拠点病院でのカウンセラー体制、中核拠点病院相談事業の拡充と平行して、今後陽性者増が予想される拠点病院以外の機関（一般病院や保健所、血液センターなど）への支援について、派遣カウンセリング事業が果たす役割は大きいと思われる。今後は、拠点病院以外の機関のスタッフのニーズの把握、派遣制度利用後の感想、課題、効果的な周知方法などの調査の実施が課題である。

## 研究5 当事者にとってのカウンセリング利用に関する研究（平成20年度のみ実施）

研究協力者代表：内野悌司（広島大学保健管理センター）

## A. 目的

本研究は、HIVカウンセリングの活用を促進するために、HIV感染者にとってカウンセリングの利用について促進要因および不活用要因を明確にすることを目的に平成20年度に実施された。

## B. 方法

全国のNGOなどに調査協力を依頼し、了承を得たHIV感染者に、カウンセリングの活用について、半構造化面接を行い、事例研究による分析を行った。対象は、2名の血友病のHIV感染者である。

## (倫理面への配慮)

各調査では、対象者には調査の目的、方法、手順、個人情報保護の方法などについて説明し、協力の同意を得た。

## C. 結果

2事例とも、生育歴において、血友病のため血コントロールが十分できず、しばしば入院し、学校にはあまり通学できなかった。そのため、一人で過

ごすことが多かった。

HIV感染については、ショックを受けたのとそれほどショックを受けなかったのに分かっている。感染について悩みをもっていた事例では、同様に感染していた兄弟にのみ相談している。感染に関連して、最も困難であった心理社会的問題は、家族やパートナーへの告知であった。誰かに相談することはなく、一人で悩んだ末に告げられている。カウンセリングを利用しない背景は、性格や習慣として人に相談すること自体がなく、カウンセラーと話した経験をもっている、自分には必要ないと思われていた。そのほか親しい友人が居た。

## D. 考察

HIV感染については、ショックや悩みはあっても、誰かに相談することはほとんどなく、最終的に仕方ないことと受容されている。

感染に関連して、最も困難であった心理社会的問題は、家族やパートナーへの告知であったが、長期にわたって一人で抱え込まれていた。パートナー告知についての相談は、カウンセリングの中で扱われるテーマであることが多いので、パートナー告知について相談を受け付けていることを感染者に周知することでカウンセリングが活用される可能性が高まると考えられる。

カウンセリングを利用しない背景には、性格的な要因、一人で過ごす傾向が強い生活様式、悩みは人に相談しても仕方ないという人生観・価値観、悩み事に対して相談することはなく一人で対処するという対処様式が関係していると考えられた。

## E. 結論

HIV感染者にとってのカウンセリング利用について促進要因および不活用要因を明確にすることを目的にして、HIV感染者2名（血液製剤感染）を対象に面接調査を行った。カウンセリングを利用しない背景には、一人で過ごす傾向が強い生活様式、悩みは人に相談しても仕方ないという人生観・価値観、悩み事に対して相談することはなく一人で対処するという対処様式が関係していると考えられた。感染に関連して最も困難であった心理社会的問題は、家族やパートナーへの告知であったが、長期にわたって一人で抱え込まれていた。パートナー告知についての相談は、カウンセリングの中で扱われるテーマであることが多いので、パートナー告知について相