

学会印象記

第16回日本エイズ学会印象記

小島 賢一

Kenichi KOJIMA

荻窪病院

第16回日本エイズ学会学術集会・総会は、平成14年11月28日から三日間の日程で、名古屋国際会議場において開催された。幸い天候に恵まれ、日中は春を思わせる陽がさしていたが、シンポジウムが終了する20時過ぎには、コートの手を立てるほどであった。多数の参加者の中には、お風邪を召した方もいたようだ。

しかし、会場内はそうした寒暖の差とは別に時間とともに熱気が上昇していた。年々厚くなる抄録集と各種資料は腕に重く、シンポジウムも基礎から国際社会やメディア問題まで多数が開催され、熱心な議論が行われていた。今回はひとつひとつの会場が大きく、部屋に入りきらずに廊下にあふれるという恒例の風景を私は見る事がなかった。会長をはじめ、実行委員の皆様のご尽力に感謝したい。

さて中身の印象であるが、個人が全てを聴くことは無理であり、特に私のような身体医学や疫学を専門としない者にとっては、かなり偏った印象であることを最初にお断りしておきたい。

抗HIV剤は年々進歩し、使用可能な薬剤が増えているが、そこにも流行りのようなものはある。抗HIV療法のセッションでは、忍容性の良い薬の使用量が増し、食事制限、給水条件、大きな剤形や服用量の多いものが退けられる傾向が日笠他（関西臨床カンファレンス他）から発表され、同時に薬剤の組み合わせはますます多彩になり、副作用やサルベージの影響で治療の手引きにはない組み合わせも多数、散見される様子が見ええた。治療は確実に複雑化、専門化していると言える。このセッションでの発表を聞きながら感じていたのは、ひとつはアドヒアランスの問題はもうクリアされたかという点である。過去の学会ではアドヒアランスだけでひとつのセッションができるほど、医療者はこの飲みにくい薬剤をどう患者さんに服用していただくに関心に向け、研究もされていた。今回は薬剤師のグループ（桑原一国立大阪病院）が指導実態の調査を行った発表があったぐらいで、アドヒアランスに特化されたセッションはなかった。忍容性が向上して多くの方が飲めるようになり、問題がなくなったのであろうか。私はそうは思わない。忍容性が向上したといっても、これまでの薬に比較してという話であり、新たに飲む人にとっては、

他の一般的な薬に比べて大変飲みにくいものであることに変わりはない。以前を知っている医療者は“食事制限もあって八時間おきの服用が、食事制限のない二回になったのだから飲めるはず”と考えてしまいがちだが、そこに油断があるかもしれない。おそらく多数の患者・感染者さんを診療している施設では、アドヒアランスは相変わらず問題であることを熟知しているだろう。しかし研修などで、診療経験の乏しいスタッフから、「今は薬に飲めるから服薬指導は昔ほどいらなくていいよ」といったことを言われることが多くなった。飲み忘れが耐性を招く事態は変わっていないし、長く飲み続けている人たちにある種の疲れも出てきているように思う。次々に明らかになる深刻な副作用を別にしても、ゴールのない服薬行為、毎日忘れられない緊張感、周囲に隠れて服用する不安、これらは確実に治療を続ける患者さんの心身を蝕んでいるのではないだろうか。忍容性が改善されつつある今も、服薬支援を考え続ける必要がある。

薬が少ない時代には、起こってくる日和見感染症は限定されているし、治療の選択肢も少ない。モニターさえできれば、どの医療機関でも診られると言われていた。しかし、これだけ抗HIV剤が多彩になり、耐性も交叉し合い、禁忌薬も多数ある治療となると、専門家でなければ、適切な治療はできないのではないかと。専門家のいる医療機関とそうでない医療機関ではQOLだけでなく、延命率についても差が出るのと海外の報告も耳にする。しかも、サテライトシンポジウムの「症例から学ぶ感染症診療のコツ」を覗くと、複雑な事例になればなるほど正解は決められなくなり、青木（サクラ精機）、岩本（東京大学医学研究所）座長をはじめとする壇上の山元（東京医科大学）、Michael S. Sagg（Center for AIDS Research The University of Alabama at Birmingham）も、会場の専門医も判断が分かれた。素人の私が見ても、毎年難しくなるのが分かる。最前線で診療にあたっている先生方の苦勞はいかばかりかと思う。

一方、患者・感染者は急増し続けている。現在は一般診療機関の妊婦検診、術前・検査前検査や発症での発見が多く、そのまま拠点病院に紹介されることが大半（セミナー、今村一都立駒込病院）で、患者さんは一度拠点病院に受診

するとそこを離れず、以後、拠点病院を中心に診療が行われる実態がある。しかし、今回も都内の一部専門機関には患者・感染者がかなり集中している様子が報告され、専門機関のキャパシティを越えかけていることが分かる。患者・感染者はACC、ブロック拠点病院や拠点病院が診療すればいいというシステムは限界なのではないか。この点で「医療体制」のセッションで一般診療所と拠点病院の連携の話題とセミナー「抗HIV療法におけるチーム医療」での話題や資料は時期を捉えたものであったろう。前者では拠点病院の診療の実態を調査し、資料としての冊子「拠点病院診療案内」の作成（若生—国立大阪病院）や地域の一般診療機関からの要望が具体的に示された（武田—国立国際医療センター）。後者は看護師や薬剤師などの医療者との連携のあり方や実践例を主題（今村—都立駒込病院、大野—北海道大学医学部附属病院、長岡—国立名古屋病院）としたものであったが、背景には患者数の少ない医療機関がHIV診療において、ぶつかる様々な問題をとり挙げ、それを解決していくノウハウを経験ある医療者が伝えていこうという意思が感じられた。

カウンセリングについての発表は主にカウンセリングのセッションとシンポジウム「困難事例と心理臨床のアプローチ」において行われていた。セッションでは他の医療領域ではあまり見られない派遣カウンセラーの制度について、それぞれの身分や役割の相違、活動の実態が高田（東京都健康局医療サービス部）、古谷野（大阪府健康福祉部）他、から報告された。余談であるが、派遣カウンセラーは1988年にWHOと当時の厚生省が「エイズカウンセリング国際会議」を開催後、東京都を皮切りに設置されたシステムで、カウンセリングという言葉が医療者にあまり理解されておらず、精神科以外でのカウンセラーも少ない社会状況の中で始まった我が国固有の制度で、十年が経過し、HIV/AIDSの領域ではほぼ定着している。これはカウンセリングやカウンセラーの存在を医療者に広く知らしめた功績がある反面、本来、拠点病院に常駐して行うべきカウンセリング活動について、カウンセラーは派遣ですむというイメージを招いた弊害もあったように思う。発表では文部科学省のスクールカウンセラーに比較しても雇用条件が悪い実態が明らかにされた。また拠点病院に勤務している者でも非常勤職がほとんどである。臨床心理士の中にも、この領域で活動したいと考えている者は少なくないが、現実的にはサイドワークか、ボランティア的にしかできず、心理社会的支援の輪をなかなか拡大することはできない。発表された派遣活動に興味深かったのは、院内スタッフへの支援が大きな役割であったことである。派遣カウンセラーは患者・感染者とその家族のみならず、経験の少ない医療

スタッフの調整と相談相手としての機能が大きいのである。これらを考えると、派遣制度が未整備な1/3の県においても、最低限、派遣制度の準備は必要なのではないだろうか。他にも安尾（国立大阪病院）の報告では、感染判明後の時期によって、カウンセリングのテーマが変わっていくことが明示されており、HIVに関わる医師や看護師がカウンセリングを勧めたりする際に、参考になる内容であった。

なお、ソーシャルワーク関連でも同じように身分の問題や同一職種への研修の必要性が小西（桃山学院大学社会学部）、山本（聖カタリナ女子大学社会福祉部）他から述べられたが、常勤のソーシャルワーカーが院内の他業務に追われて関われない問題、例えば老人施設だから関係ないといった意識の問題が述べられていたのが印象的であった。

シンポジウムは矢永（国立病院九州医療センター）がカウンセリング活動の変遷をまとめるところから始まったが、ここに簡単に紹介すれば、1986-7年のいわゆる“エイズパニック”後、1993年頃までは致死性疾患として、告知＝死の宣告、ターミナルケアへの心理的対応が中心であり、当時のカウンセラーは各地で点で活動していた。以後、1996年半ば頃までは、治療も少しは可能となった中で、セクシャリティの問題が加えて扱われることが多くなり、感染者も薬害の方から性感染の方へと中心が移行。カウンセラー同士の連携も一部で始まり、線で結ばれるようになった。そして、最近まではHAARTの時期で、管理可能な感染性の慢性疾患として、服薬支援、生活障害への心理的支援が重きをなすようになり、カウンセラーもチームの一員として、あるいは全国的なカウンセラーのネットワークに支えられて活動する面の時代になったという内容であった。

困難例は味澤（都立駒込病院）と古谷野（大阪府健康福祉部）から提示されたが、アルコール常用、そううつ病などとの合併で服薬や副作用への対処に苦慮した事例、人格障害やPTSDなどの問題に加えてHIV感染による対象の喪失体験があった場合の危機介入や自立支援についての報告である。今後、日本でも静脈注射を伴う非法薬物の濫用者、適切な対人距離が保てない人格障害の方の感染増加が危惧されており、長期間の治療生活にうつ状態に陥ったり、アルコールなどに依存したりするケースもますます問題になっていくものと思われる。環境を整備する努力、再適応のための支援、精神科的な支援等々、ここでも各専門スタッフの連携の重要性が強調された。

シンポジウムの最後の話し手はMark G. Winiarski (Director, HIV Mental Health Research Group Department of Psychiatry and Behavioral Sciences Montefiore Medical Center)であった。氏は米国、ブロンクス地区において10

年余にわたり、患者・感染者の総合的な援助活動を行ってきた経験の中から、やはり薬物濫用者や人格障害などで苦労している話をされた。中でも医学、社会、心理と並んで、スピリチュアリティを4側面として挙げていたのが興味深い。日本ではあまりスピリチュアリティとして話題になることはないが、臨床経験豊富な方ならピンとくるものがあるかもしれない。例えば、人は何かが起きた時に、時として人知を越えたものの存在や運命・縁（えにし）といったものを意識することがある。それが宗教と繋がることもあるが、信念や生き甲斐、癒し、ファンタジー（例、私にはいつか白馬に乗った王子がくるはずだといったような想い）など結びつくこともある。人が辛い病氣と戦う時、このスピリチュアリティが大切になることが多い。私たちはその部分をつい個人に任せたり、あるいは宗教家に任せたりしがちであるが、この側面からも支援することを考えるべきであるというのである。

今回、学会に参加してある種の不全感を覚えていた。それは聞きたい演題が時間的にぶつかり、聞けない不満感であった。例えば、これまでにないアプローチとして東（ノートルダム清心女子大学）が調査した、若者に人気のTVドラマに描写されたセクシャリティの分析などは予防を考える上で重要なヒントがあるのではないかと感じていたが聞けなかった。また各職種がそれぞれに展開した予防に関するセッション（予防介入）やシンポジウム（エイズ啓発におけるGOとNGOの共働、アメリカ/アフリカー南北エイズ事情、臨床場面における予防教育—JANAC、タ

イにおける取り組みと日本の協力等）も現状を打開するヒントがあるのではないかと興味深いものがあったが参加できなかった。非常に残念である。

考えれば、会場は大きくなり、これまでの学会に比較して部屋数はむしろ少ないぐらいなのに、どうしてこんなことになるのだろうかと思議な感じであった。厚くなった抄録に目を通しながら気づいたのは、自分がカウンセラーとして聞きたい、聞かなければならない領域の話が広がっていることであった。本稿では専門外の不勉強で述べられなかったが、母子感染調査、肝炎問題、歯科治療、副作用などのセッションも実際に興味深かった。発表者は抄録を発展させた内容を述べていることが多いので、将来、聞けなかった当日の発表内容を後で知ることができるような工夫も期待したい。

最後にカウンセリングという言葉を我々、心理臨床の人間が使う時はどうしても心理療法的な意味合いが入ってしまう。HIVに限らず、どんな疾患でも心理的な支援は不可欠であり、その“マインド”を学ぶことは、全ての医療者にとって有効であることに間違いはない。しかし、カウンセリングも広義には情報伝達の部分も、説明の部分も、教育的な部分もあり、予防カウンセリング、検査前カウンセリングといったところでは、まずは伝達・説明をどう展開していくのが課題となる。個人的には、これまで実際の陽性者への心理的支援に追われて、この予防や検査領域については看過していた感がある。必要な情報を提供し、行動変容を期待して働きかける手段について、心理の専門家が寄与できる道筋がないか考えてみたいと思った。