

第21回日本エイズ学会シンポジウム記録

包括的 HIV カウンセリングにいま求められるもの

Practical Problems of Comprehensive HIV Counseling in Japan

兒玉 憲一 (広島大学)

小島 賢一 (荻窪病院)

Kenichi KODAMA (Hiroshima University)*Kenichi KOJIMA* (Ogikubo Hospital)

本稿は、2007年11月28日に行われた第21回日本エイズ学会シンポジウム3の基調講演及びシンポジストの発言を要約したものである。当日は、すべての演者がスライドで多くの図表を示しながら発表した。本稿では紙数の関係で図表は省かせてもらった。

さて、包括的 HIV カウンセリング(以下、包括的 HIVCO)とは、HIV 感染者エイズ患者やその家族・パートナー等に対し、様々な職種・立場の人々によって行われる心理社会的援助(心のケア)の総称である。本シンポジウムでは、そのうち HIV 感染症医療の専門病院の医療チームによって行われる心のケアに絞って議論した。わが国の包括的 HIVCO は、1980年代後半に当時すでに荻窪病院、静岡県立子ども病院、産業医科大学病院等で行われていた血友病包括医療をモデルとして全国各地で導入され、1990年代後半にはエイズ治療ブロック拠点病院の多くで本格的に実施されるようになった。本シンポジウムでは、包括的 HIVCO に関し20年の歴史を有する広島大学病院のスタッフに基調講演をお願いした。まず、臨床心理士(CP)の喜花伸子氏には、同院の HIV 医療の変遷とともに包括的 HIVCO がどのように変化したか、また最近の HIV 医療チームにおいて各職種は心のケアにそれぞれどのような役割を果たしているかを報告してもらった。ソーシャルワーカー(SW)で派遣カウンセラーの太下由美氏には、多職種が円滑な連携を図るためにどのような工夫をしているかについて報告してもらった。ところで、広島大学病院は、現在の HIV 患者数が100名前後の地方のブロック拠点病院であり、その包括的 HIVCO もそれに応じた特徴を持っている。これに対し、東京、名古屋、大阪など大都市では特定の病院への集中化傾向が著しく、HIV 患者数が数百名から千名余の病院も珍しくない。限られた医療スタッフで多くの HIV 患者に対応している病院では、包括的 HIVCO も新たな課題

に直面している。とくに、HIV 医療従事者自身の心のケアも喫緊の課題である。そこで、基調講演を受けて、多くの HIV 患者を抱える医師山元泰之氏、看護師有馬美奈氏、薬剤師葉原健氏に、包括的 HIVCO にいま求められるものについてそれぞれの立場から論じてもらった。なお、シンポジストとして予定していた HIV 患者の方が体調不良で急きょ参加できなくなったので、座長の小島賢一氏が包括的 HIVCO の社会的背景について論じた。

1. 基調講演1「広島大学病院における包括的 HIV カウンセリング」

喜花伸子氏(広島大学病院エイズ医療対策室): 本院の現在の HIV 患者数は100名弱だが、近年増加傾向にある。本院の HIV 診療は1986年に開始され、1989年から派遣の CP が協力を開始した。中国ブロックでは1989年に、四国ブロックでは1992年に多職種対象のカウンセリング研修会が始まった。1986年~1995年の時期は、ターミナル期の患者に対し限られたスタッフで心理的ケアを提供しており、上記研修会はそうしたスタッフに心理的サポートを提供していた。1996年以降 HAART が導入され、薬剤師や派遣の SW が HIV チームに加わるようになった。1997年にブロック拠点病院に指定され、エイズ医療対策室が設置された。1998年から、看護師、薬剤師、CP、SW など職種ごとの研修会も始まった。この頃、約2割の HIV 患者に派遣 CP による定期的な面接が行われていた。また、薬剤師による服薬指導場面でも心理面のサポートが提供されるようになった。1996年~1999年の時期のカウンセリングは、HAART の効果で「ターミナルケア」から「生きていくためのカウンセリング」へ急激に変化した。2000年に CP、2001年に SW と院内スタッフが採用され、必要な時に速やかに心理社会的支援を行う体制が整った。2000年~2002年の時期には、HIV 患者の悩みに各職種が専門性を活かして関わるようになった。2003年以降、連携の要として看護師のコーディネイト機能が高まり、病棟外来合同カンファ、心理・ワーカーのカンファなど院内の連携を強化すると

著者連絡先: 兒玉憲一 (〒739-8524 広島市鏡山1-1-1 広島大学大学院教育学研究科)
Fax: 082-424-3481

2008年4月11日受付

もに、ブロック内の職種ごとのネットワークも形成された。多職種による重層的な心理社会的ケアができるようになった結果、HIV患者は、問題に応じて相性の合うスタッフを相談相手として選べるようになった。さらに、患者が医療とより太いつながりを得ることにより、受診中断にいたる患者も少なくなった。

2. 基調講演2「広島大学病院におけるHIVソーシャル・プログラムと包括的カウンセリング」

大下由美氏（県立広島大学）：本院におけるソーシャルワークは、制度的な支援から対人関係や社会適応の支援まで、重層的な支援システムである。なかでも、クライアントが具体的な生活場面で相手のメッセージを否定的にしか意味づけられない状態を改善する、すなわちコミュニケーションを改善する支援をすることが重要で、これは多職種による心理社会的支援で共通の枠組みになると思う。2006年度からは、CPとSWで、解決志向カンファレンスを実施している。具体的には、両職種のインターク面接のデータを用い、それぞれの視点から、クライアントが解決していく課題は何か、その課題に対して既にクライアントによって行われている解決に向けた取り組みは何かを検討し、クライアントの課題解決力に焦点化して行われた。支援計画の効果および問題点についても吟味し、効果的な支援方法について検討した。HIV/AIDS ソーシャルワーカー・ネットワーク会議でも、各地域の活動報告に加えて、「経験者向け援助技術向上プログラム」（講義とロールプレイによる演習）を提供した。今後の包括的カウンセリングの発展を考えると、心理社会的支援における、多職種で共有できる理論的フレームの構築が課題になるだろう。

3. シンポジスト1「HIV専門医の立場から心のケアを考える」

山元泰之氏（東京医科大学病院臨床検査医学科）：本院のHIV患者の登録数は983名だが、通院中は現在約700名。新規患者が多く、その90%はMSMである。外来患者数は30-40名/診察室/日。月毎にHIV担当医、看護師、MSW、カウンセラー、薬剤師、皮膚科医、眼科医、精神科医のミーティングが行われるが、700名の患者数では個別症例の詳細な検討に限界がある。同様の理由で、何らかの心理的・社会的ストレスを抱えていると思われる通院中断例や二次予防の指導が必要な例に対する働きかけもむずかしい。また、心理カウンセリングがどの症例に必要なのか、症例増加に伴い不明確になってきた。例えば、HIV感染判明初期の患者の混乱等については、医療サイドは経験数が増え慣れてきたのでカウンセリングの必要を感じなくなった。HIV患者のうち精神科通院例は、60名/699名（8.6%）

で、うつ、不安障害、薬物依存、統合失調症、さらには境界型人格障害例なども多いが、それらが心理カウンセリングの適応かどうか疑問である。それ以前に、対象例を拡大すれば非常勤あるいは派遣カウンセラーでは対応が困難になる。

ある日の外来診療の様子を多少脚色して紹介する。予約は40名。前日に約2時間予習する。朝8時15分、診療開始。最初の5-6人は順調に進む。初診の患者があると予定が30分遅れる。12時40分に午前の診療が終了。午後1時に診療再開。午後2時頃、抑うつを抱えた患者がなかなか椅子から立ち上がらない。次の患者が廊下で怒鳴り散らしている。定期的検査のみの患者を陪席医に代診してもらう。怒鳴り散らしていた患者に、1時間近く「医療サービス」について持論を述べられる。午後4時、「障害年金を貰えるように診断書を書き直して欲しい」人が転院してくる。午後4時半、4年ぶりの来院患者がPCP発症しており、入院手続きを行う。最後の数例は、遅刻常習者で、午後5時ギリギリに採血室へ向かう。午後6時に診療が終了するが、書類書きが待っている。

チーム医療も、患者数が多くなると、患者をスタッフが取り囲む「天動説」型ではなく、患者に各スタッフのところへ移動してもらうフラットな関係が多くなる。今求められているのは、医療者へのカウンセリングである。なぜなら、医療者は多くのストレスを抱えている。例えば、在院日数短縮への要求など医療効率化への無言の圧力がある。また、境界例患者への対応で医療者の心がズタズタにされ、ナイーブな医療者の心が閉ざされていく。そこを、カウンセラーが支えてほしい。カウンセラーや地域診療ネットワークは、ソーシャルキャピタル（社会的資源）である。そこでは、何を知っているかではなく、誰を知っているかが重要である。さまざまな診療部門に常勤のカウンセラーが必要である。TVシリーズ「スタートレック」にカウンセラーがいるように。

4. シンポジスト2「看護師の立場から心のケアを考える」

有馬美奈（東京都保健医療公社荏原病院看護部）：東京都では、HIV患者数が増大し、しかも数か所の病院に患者が集中している。その一つの都立駒込病院に長い間勤務し、現在は小さな拠点病院である荏原病院に勤務している。すべての疾患に「心のケア」が必要であるが、なぜHIV診療でとくに必要とされるのか。HIV/AIDSでは相談できる人・場所・時間が限られており、相談できる窓口が多いほど患者は安心して医療を継続でき生活の質が向上するからである。

包括的HIVカウンセリングにおける看護師の役割には、

3つある。①長期的な経過の中で発生する心の問題を適切に判断する。②危機的状況を察知しタイミングを逃さずに対処し多職種と連携する。③相談できる存在であることを保証する。心のケアの最大のポイントは、初診時である。初診時には身体症状、不安恐怖、社会的孤立を体験している。その多くは知識の獲得で克服できるが、約1割はメンタルヘルスの専門家やNGOの援助が必要だった。HIV感染に伴う5年間の生活体験を明らかにした調査によると、受診、服薬、ウイルスのコントロールのいずれもできている人も、身体症状に連動する不安や人生の目標や生きがいなどさまざまなメンタルな問題を抱えていた。それだけに看護師やカウンセラーが長い経過のなかで感染者にかかわっていく必要がある。

「心のケア」における看護師の特徴として、患者にとって最も身近な存在、患者の24時間の生活を支援する、相談者として選ばれやすい、チーム医療のなかで多くの情報を持っている、多職種にとっても身近な存在である、身体的ケアからアプローチできるなどがあげられる。

一方、「心のケア」における看護師の限界や問題点として、人的・時間的、多様化、法的、能力、専門性、関係性の問題がある。これらの原因として、患者数の増加、人事異動によるチーム力の低下、不規則勤務、独りで抱えこみやすい傾向などのほかに、患者の側に薬物乱用・自殺・孤独死などHIV以外の問題がある。

「心のケア」で看護師が役割を発揮するために、看護ネットワークを活用した看護者自身のエンパワーメント、看護師自身のカウンセリングによるセルフコントロールなどが必要である。

5. シンポジスト3「薬剤師の立場から心のケアを考える」

栞原 健(国立病院機構大阪医療センター薬剤科)：与えられたテーマ「心のケア」のうち、「ケア」から考えてみたい。ファーマシューティカルケアという言葉がある。「薬品の流通及び情報管理の責任を、患者の薬物治療の責任として捉え、患者ケアをする薬学」と定義され、薬剤師の活動の中心に患者の利益を捉える行動哲学のことである。ここでは、患者の保健及びQOL向上のため、はっきりした治療効果を達成するという目標をもって薬物治療を施す際の、薬剤師の姿勢、行動、関与、倫理、機能、知識、責務並びに技能に焦点を当てるものである。この観点に立つと、薬剤師にとっての「ケア」とは、行動を伴った薬学的な配慮、薬効・薬理・薬物動態等を含め薬に関する情報を的確に提供、服薬行動を考えた支援のことである。

ところで、私たちの調査によると、一般の人の服薬率は8割である。これに対し、HIV患者は、自覚症状がなくて

も、また副作用があるにもかかわらず、100%の服薬率を求められ、実際かなりの高率で服薬を継続している。抗HIV薬も数多く開発され、新しい薬ほど生活に支障のある副作用は少なくなっているが、100%の服薬は厳しい。こうした現状を踏まえると、服薬支援は、コンプライアンス(盲従)からアドヒアランス(遵守)へ、「飲ませる」から「飲む」へ、「薬を飲んでもらうための説明(お願い)」から「薬を理解してもらうこと」へと重点が移り、薬の効果を最大限に引き出す方法を伝えることが薬剤師の役割となった。とくに抗HIV療法では、中途半端な服薬は早期の薬剤耐性を誘導するので、服薬時間を守った、正確かつ継続した服用が求められる。

ただ、患者は、続けて飲めるだろうか、副作用は大丈夫か、飲み忘れたらどうしよう、何飲んでのと聞かれたらどうしよう、新しい薬がでたけれどどうしようなど、さまざまな不安を抱えている。そこで、薬剤師が出来る「心のケア」として、このような不安を抱く患者に対し、客観的な薬剤情報を提供する、患者が必要とする情報を提供する、患者の利益を考える、患者の生活を考える、患者を信じ患者の歩みについていく、HIVチームの中で他職種とよく相談し連携することなどがある。

6. シンポジスト4「包括的HIVカウンセリングを妨げるもの」

小島賢一(荻窪病院血液科)：予定していたシンポジストが欠席のため、座長の一人として急ぎょ発言する。わが国で、包括的HIVカウンセリングはそれほど普及していない。その理由、社会的背景を5点ほど挙げてみたい。

- ① 予算不足：医療費抑制の流れの中で、医療機関は、CP、MSWはもとより、専任看護師、専従看護師、薬剤師、栄養士等を雇う余裕がない。自治体予算も削減され、派遣カウンセラー制度の中止、予防対策の縮小、外国人医療等への規制強化を行う自治体もある。
- ② 人手不足：常勤のMSW、CPは現行業務で手いっぱい、HIV業務を頼みにくい。新たな人材を得ようとしても、CPの場合、スクールカウンセラー需要、産業カウンセラー需要などで人手不足で、中核拠点病院や自治体でCPを募集しても応募者が少ないところもある。
- ③ 時間不足：医師や看護師は、HIV患者の問題の多様化、急増する新規患者への対応等で日常の診療に追われ、多職種合同カンファレンスの時間が十分に取れない。MSWも、福祉制度が複雑化したため説明や手続きに多くの時間を費やしている。
- ④ 広報不足：医療機関にCPやMSW不在あるいはいても多忙により、その存在や役割を患者が知らないこと

が多い。また、薬剤師や栄養士が感染者に何をしてくれるか、患者もわからないことがある。特に女性患者の場合、婦人科検診の必要性が意外と知られていないなど、医療者側からの広報が不足している。

- ⑤ 認識不足：心理相談は意志の弱い人、精神障害のある人が行くところ、福祉相談は金銭・生活に困った人が行くところなど、医療スタッフ側の誤解もある。

7. 総合討論

最後に、基調報告およびシンポジスト発言を受けて、フロアとの討議を行った。フロアからは、HIV チームにおける NGO の役割について質問があった。それに関連して、感染者同士のピアミーティングは地方都市ではむずかしいとの発言もあった。また、都市でも地方でも患者の生活格差が広がっている、就労困難や派遣など非正規雇用など労働上の問題も多いなどの発言があった。その他、HIV 患者の薬物乱用の増加が報告されるなど、HIV 患者を取り巻く心理社会的な状況について意見交換が行われた。