

わが国のH I Vカウンセリングの現状と課題

- 第4期幹事会H I Vカウンセリング専門委員会報告書 -

目次

はじめに	鶴 光代
第1章 H I Vカウンセリング研修の歴史	宮崎 昭
第2章 治療状況の変化とH I Vカウンセリング	小島賢一
第3章 エイズ派遣カウンセラー事業の歩み	兒玉憲一・森田眞子
第4章 H I Vカウンセリングと病院臨床	矢永由里子
第5章 H I Vカウンセリングと地域臨床	阿曾加寿子
第6章 H I Vカウンセリングと都道府県臨床心理士会	古谷野淳子
おわりに	兒玉憲一

はじめに

H I Vカウンセリング専門委員会委員長 鶴 光代

H I Vカウンセリング専門委員会は、1996年に発足したが、その由来は、1994年1月29・30日に開催された第1回日本エイズ・カウンセリング・ワークショップにさかのぼる。本ワークショップは、日本臨床心理士会主催という形はとっていたが、実際は、エイズ予防財団の山形操六専務理事（当時）や、エイズ・カウンセリングの重要性を察知した稲垣稔医師、そして、すでにエイズ・カウンセリングに取り組んでいた兒玉憲一氏をはじめとする数人の臨床心理士のよびかけによって小川捷之代表幹事（当時）のもと運営されたものである。これを契機に、日本臨床心理士会としてこのワークショップを継続するこ

とが決定され、ここに示す通り、1999年で第7回目の開催をなしたところである。

これまでの本ワークショップの特徴は、全く新しい分野のカウンセリングを開発し、カウンセラーの役割に関する新しいコンセプトを社会の要請に即してつくっていくというものであった。病院臨床の中で、これまで心理臨床と接触のなかったような現場にカウンセラーが自治体からの派遣という形で出向き、医療スタッフとチームを組んでクライアントをサポートするというスタイルは、文部省のスクールカウンセラーの派遣とならんで、臨床心理士の新しい活動様式を形成していった。またエイズという病気を対象にセラピーするのではなく、HIVに感染した人の生き方をサポートすること、および、クリニックワークのみでなく広くコミュニティワークの視点を持って援助することの重要性を明確にするにつれ、臨床心理士は自己のアイデンティティを再編成し、自身の役割を広く地域社会に貢献できるものとしていったのである。

第4期幹事会HIVカウンセリング専門委員会は、任期を終えるに当たり、本ワークショップ)第1回から第7回までの約6年間を中心に振り返り、この間に変わったこと、変わらぬことをいくつかの領域ごとにまとめることにした。本報告書が、会員諸氏のHIVカウンセリングに対する理解を深め、わが国のHIVカウンセリングの発展に役立つならば幸いである。

第1章 日本におけるHIVカウンセリング研修の歴史

宮崎 昭

HIVカウンセリングの夜明け前

1986年、いわゆる「AIDSパニック」の真っ最中に、血友病とHIV感染をめぐる国際会議が東京において開催された。その会議では、HIV感染者を抱える日本の血友病医療機関9機関とアメリカとイギリスの医療機関3機関のパネルディスカッションが行われた。日本の血友病専門医たちは「条件が整うまでは、HIV抗体陽性か否かについての告知は、患者のみならず、同僚である医療関係者も含めて行わない」と口をそろえて発言した。その理由は、血友病の治療にあたっていた医師たちが、HIV抗体陽性の血友病患者が明らかになることで患者たちが差別されることを心配したからである。当時、血友病医療機関における包括医療の中にカウンセリングが位置付けられて、全国で数名のカウンセラーが関わっていたが、告知との関係でどのようにカウンセリングを進めたらよいか明らかになっていなかった。また、インフォームドコンセントという考え方も一般的でなかった。1987年3月に治療薬としてAZTが認可された。

「AZT等で発症が遅らせる」という情報は、血友病のHIV感染者への告知の頻

度を上昇させ、医療機関も「原則告知」という考え方に変わった。その際の告知後のフォローとしてカウンセリングの重要性が指摘されるようになったのである。こうして、当初、医療機関は、HIV 感染告知に際してカウンセリングの導入を求めたのである。しかし、臨床心理士資格認定協会は発足していない時代であり、血友病治療に関わっていたカウンセラーが苦心の対応をした時代であった。

わが国の HIV カウンセリングのあけぼの

わが国政府がエイズ問題総合対策大綱を決定したのは、1987 年 4 月になってからである（1992 年に改定）。そのなかに「患者、感染者及び不安を持つ者に対するカウンセリング体制の充実を図るため、カウンセラーの養成を推進する」と述べられた。そして、5 月に、後に HIV カウンセリング研修会を精力的に展開することになるエイズ予防財団が山形操六専務理事のもとに発足した。

こうして、行政レベルでも HIV カウンセリングに対する認識が高まってきたが、具体的なカウンセリング技術やその導入方法については明らかになっていなかった。

公的な意味での我が国における HIV カウンセリングの始まりは、WHO・厚生省共催で 1988 年 8 月に開かれた「AIDS と HIV 感染に関する血友病の小児と成人に対するカウンセリングについての地域ワークショップ」である。そこでは、カウンセラーが実際にどのような役割を果たすのか、ロールプレイを含めた研修が行われ、日本の血友病担当医師たちに大きな衝撃を与えた。

一方、1988 年 4 月、厚生省の HIV 感染者発症予防・治療に関する研究班（山田班）に包括医療委員会が設置され、そこで HIV カウンセリングに関する研究が進められていた。「箱根ワークショップ」は、この包括医療委員会が、WHO のワークショップの内容を日本の医師たちに紹介したものである。エイズ予防財団の援助を得て、医師を対象に開かれた「箱根ワークショップ」は、第 1 回が 1988 年 11 月に開催され、8 名の医師とカウンセラー 1 名、厚生省 1 名の参加者であった。その後、1991 年まで、第 2 回（カウンセラー 4 名を含む 30 名）、第 3 回（カウンセラー 9 名を含む 45 名）、第 4 回（カウンセラー 8 名を含む 37 名）と対象とする医師とカウンセラーを広げて開催された。これは、HIV 感染者の診療に直接たずさわっている医師たちがカウンセラーと共に 2 泊 3 日の間、ロールプレイなどの実習を含めた研修を行うという内容で構成された。感染者自身やその家族も研修会に参加する形式はこの時からとられていた。これらのワークショップを通じて、HIV カウンセリングの具体的な目的や方法、インフォームドコンセントの重要性の確認、HIV カウンセリング研修会の進め方の基本モデル等が形成された。この HIV カウンセリングの基礎づくりに関わったカウンセラーには、1988 年から臨床心理士資格認定協会によって認定され

た臨床心理士が多数参加しており，わが国の HIV カウンセリングの発展に大きな役割を果たした。

もうひとつ，わが国の HIV カウンセリングの普及にとって大きな役割を果たしているのが，エイズ予防財団主催の「エイズカウンセリング研修会」である。第 1 回は，1990 年 9 月に「第 1 回エイズカウンセラー養成研修会」という名称で，熱海において 2 泊 3 日の日程で開かれた。この研修会は，当初，医師，看護婦等に研修を行い，カウンセラーとしての役割を果たすことを期待するものであった。しかし，医師や看護婦がカウンセラーになるというのは，役割上からも，専門的なカウンセラー研修という観点からも無理があることが認識された。そこで，医師，看護婦が，カウンセリングマインドを持って，それぞれの職務において HIV 感染者に対応し，カウンセラーと連携して包括医療を進めることを目的とする研修会となった。名称も，1993 年からは「エイズカウンセリング研修会」となった。さらに，1996 年からは，HIV カウンセリングに携わる専門家として，臨床心理士やソーシャルワーカーなどを対象とした実務者コースが設けられるようになった。臨床心理士は，この研修会の講師として中核的な役割を果たすと共に，実務者コースの研修生としても多数の方が参加されている。

HIV カウンセリングの初期の状況

エイズ予防財団は，全国の血友病治療に携わる医師の協力を得て，1988 年より HIV 感染者福祉相談事業を実施していた。対象のほとんどは血友病の専門医療機関の医師や看護婦であったが，その経費によって，臨床心理士やソーシャルワーカーが HIV カウンセリングに携わるところも出てきた。東京都は，1988 年にエイズ専門相談員制度を発足している。これは，厚生省が 1996 年度から始めるエイズ拠点病院カウンセラー設置事業（カウンセラー派遣事業）の原型となるものであった。

また，厚生省研究班「HIV・AIDS 感染者の発症予防に関する研究班」（山田班）の包括医療委員会は，箱根ワークショップに続いて，1992 年よりカウンセリング専門委員会を 3 年にわたって組織し，HIV カウンセリングの研究と普及に務めた。そこでは，当時全国各地で HIV カウンセリングを担当して孤軍奮闘していた臨床心理士が初めて一同に会し，都合 9 事例について事例検討会を実施して，お互いの共通点や問題点を確認し合った。

また，カウンセリング専門委員会によって，臨床心理士がかかわる HIV カウンセリングについての実態調査が行われ，44 件の回答が寄せられた。その結果は，地区臨床心理士会などによる研修会開催（7 県），ボランティアによるカウンセリング等の感染者支援（4 都道府県），HIV カウンセリングの実施機関（13 機関），研究会開催（4 力所）と地域の臨床心理士の関わりがきわめて少ない状況であった。こうした状況は調査以前から感じられたところでも

あり，他でもない臨床心理士対象の HIV カウンセリング研修会の必要性が強く感じられることとなった。

日本臨床心理士会主催第 1 回エイズ・カウンセリング・ワークショップ開催まで

包括医療委員会カウンセリング専門委員会の有志は，委員会とエイズ予防財団の意向を受けて，1992 年の夏に，日本心理臨床学会，日本臨床心理士会，財団法人日本臨床心理士資格認定協会にエイズカウンセリングの研修会開催を申し入れた。

日本心理臨床学会は，1992 年 11 月の教育研修委員会で，このことを議題に取り上げ，1993 年に沖縄で開かれた第 12 回日本心理臨床学会ワークショップのテーマのひとつに「エイズカウンセリング」が採択された。また，同時にシンポジウム「心理臨床家によるエイズカウンセリングの展開」が行われた。

次に，日本臨床心理士会は，小川捷之代表幹事をはじめとする数名のエイズ窓口担当を決定した。その後，包括医療委員会の稲垣稔委員が日本臨床心理士会の小川代表幹事ならびにエイズ予防財団の山形操六専務理事と話し合いを持ち，エイズカウンセリング研修会の実現に向かって話が進め，1993 年 11 月に上智大学で第 1 回の実行委員会が開催された。日本臨床心理士会からは小川代表幹事のほか，乾吉佑氏と平野学氏の両幹事，カウンセリング専門委員会からは，稲垣稔，野口正成，児玉憲一，宮崎昭の合計 7 名が参加した。そこで検討された開催要項は，1 週間後に沖縄で開催された日本臨床心理士会幹事会で了承された。

日本臨床心理士資格認定協会も，1992 年秋に，大塚義孝専務理事が包括医療医委員会の稲垣稔委員と協議し，その結果，第 1 回エイズカウンセリングワークショップの後援団体のひとつとなった。

臨床心理士会主催の HIV カウンセリングワークショップの歴史

1994 年～1999 年までの HIV カウンセリングワークショップの内容は以下のとおりである。なお，第 4 回より，名称を「HIV カウンセリングワークショップ」と統一することとした。開催にあたっては，各地区の臨床心理士会には，一方ならぬご尽力をいただいた。そうした関係者の方々の努力は，その時代に求められる HIV カウンセリングのトピックをいち早く研修テーマとして取り上げ，心理臨床に活かすという形で成果となっている。HIV 診療の発展をパソコンの発展になぞらえた医師がいたが，HIV カウンセリングも絶えず新たな課題への対応が求められているのである。

第 1 回エイズ・カウンセリング・ワークショップは，厚生省研究班「HIV・AIDS 感染者の発症予防に関する研究班」の包括医療委員会，エイズ予防財団，

日本心理臨床学会，日本臨床心理士会，財団法人日本臨床心理士資格認定協会という，関係機関の多くの方々の努力により開催されることになったものである。また，参加者も，各地区臨床心理士会の指導的な立場の方が全国から小田原に集結した。

<<第1回 日本エイズ・カウンセリング・ワークショップ>>

期日：平成6年1月29日～1月30日

会場：アジア・センターODAWARA（小田原市）

参加者：各都道府県・各地区臨床心理士会の指導的立場の人 各2名（会長推薦）

日本臨床心理士会代議員 若干名

実行委員会の推薦 若干名

プログラム

開会 進行 平野 学，児玉憲一

挨拶 小川捷之（実行委員会代表）

尾寄新平（厚生省エイズ結核感染課）

大塚義孝（日本臨床心理士資格認定協会）

第一部講義（全体会）

1，講義：HIV/AIDSの臨床とカウンセリング

稲垣 稔（国立小児病院）

野口正成（東京学芸大学）

2，わが国のHIV/AIDSカウンセリングの現状

1)医療機関 小島賢一（八王子少年鑑別所）

2)保健所 児玉憲一（広島大学）

3)民間団体 小谷野淳子（HIVと人権・情報センター）

4)臨床心理士の全国的ネットワーク 宮崎昭（筑波大学附属桐が丘養護学校）

3，特別講演：臨床心理士に期待すること

大石敏寛（第10回国際エイズ会議PWA小委員会スポークスパーソン）

第二部ロールプレイによる体験学習（グループ別）

スタッフ：（所属略）小川捷之，児玉憲一，滝口俊子，宮崎昭，乾 吉佑，野口正成，

川上範夫，小島賢一，鶴 光代，金子寿子，一円禎紀，矢永由里子，藤原正

博，横田恵子，伊原千晶，浦尾充子，八尋華那雄，森田眞子，樋口和彦，小

谷野淳子，松本智子，稲垣 稔，高田 昇

第三部 ケーススタディー（グループ別）

閉会 各グループ報告：各グループより

総括的コメント：稲垣稔（国立小児病院），高田昇（広島大学）

今後に向けて ：事務局

来賓あいさつ ：山形操六（エイズ予防財団）

閉会挨拶 ：河合隼雄（日本臨床心理士会）

第2回エイズ・カウンセリング・ワークショップは、「HIV感染者の地域援助と臨床心理士」をメインテーマにして、大阪府臨床心理士会ならびにNPOであるHIVと人権・情報センターでHIVカウンセリングにあたっていた古谷野淳子、横田恵子らの御尽力によって開催された。大阪の方々の努力によって、各地区の臨床心理士会が中心となって開いた最初のワークショップであり、その後のワークショップの開催形式を開拓するものであった。

<<第2回 日本エイズ・カウンセリング・ワークショップ>>

期日：平成7年3月25日～3月26日

会場：千里ライフサイエンスセンター（大阪府）

参加者：HIVカウンセリングに関心を寄せているか、携わっている会員
プログラム

開会

来賓挨拶 山形操六（エイズ予防財団専務理事）

中森 繁（大阪府環境保健部保健予防課）

大塚義孝（日本臨床心理士資格認定協会）

1, 講義（全体会）

「HIV臨床」 垣下榮三（兵庫医科大学）

「保健所から見た現状」松下彰宏（大阪府高槻保健所）

2, 実践報告と討議

「HIV感染者の地域援助と臨床心理士」

司会 宮崎 昭，森田眞子

話題提供 児玉憲一（広島大学），矢永由里子（北部九州血友病センター），
阿曾

加寿子（北海道大学附属病院），浦尾充子（千葉大学附属病院），古谷

野淳子（HIVと人権・情報センター），松本智子（東京都エイズ対策室）

特別参加 大石敏寛（動くゲイとレズビアンの会），太田裕治（大阪ヘモフ

イリ

ア友の会）

3, グループ別演習と討議

「Simulated role-playingによるエイズ・カウンセリングの提示と討議」

1) 「医療現場は今」

話題提供者 松下彰宏，大石敏寛，太田裕治，児玉憲一

コメンテーター 久保田拓志（淀川キリスト教病院），本宮幸孝（PL

病院）

2) 「臨床心理士にできること」

話題提供者 宮崎 昭（筑波大学附属桐が丘養護学校），森田眞子

（エイズ

予防財団）・横田恵子（豊中市立保健センター），古谷野淳子

コメンテーター 滝口俊子（立教女学院短期大学）・梶谷健二（堺女子

短期大学）

3) 「事例検討」

事例提出者 小島賢一（八王子少年鑑別所）
一円楨紀（広島大学保健管理センター）
コメンテーター 東山紘久（大阪教育大学），鶴光代（福岡教育大

学）

4，パネルディスカッション

「エイズ・カウンセリングの今後の展開に向けて」

司会 児玉憲一，横田恵子

パネラー 滝口俊子（立教女学院短期大学），東山紘久（大阪教育大
学），久保

田拓志，宮崎 昭（筑波大学附属桐が丘養護学校），鶴 光代（福岡
教育大学），森田眞子（エイズ予防財団）

5，総括

「地域臨床の視点から」

講師 山本和郎（慶應義塾大学教授）

6，フリーセッション（自由参加）

「今後のネットワーキングに向けて」

第3回のエイズ・カウンセリング・ワークショップは，東京臨床心理士会によ
って，荻窪病院でHIVカウンセリングに携わっていた宮崎昭らが事務局となり
開催された。研修会場が東京ということもあって，180名を超える参加者があ
った。なお，研修会プログラムは，この時からグループ別演習を分科会という
形に変えた。

<<第3回 日本エイズ・カウンセリング・ワークショップ>>

期日：平成8年1月27日～1月28日

会場：みどりコミュニティセンター（東京都）

参加者：臨床心理士，HIVカウンセリングに関心のある医師，保健婦，看護
婦，

ケースワーカー等も可

プログラム

開会式

来賓挨拶 山形操六（エイズ予防財団専務理事）

堀越光男（東京都衛生局エイズ対策室長）

大塚義孝（日本臨床心理士資格認定協会専務理事）

1，特別講演

「感染者から見たエイズ・カウンセリングの功罪」

司会 乾 吉佑（慶應義塾大学）

講師 大石敏寛氏（動くゲイとレズビアンのかい）

2，講義

「HIV/AIDSの臨床と心理的援助」

司会 平野 学（慶應義塾大学）

講師 味澤 篤（東京都立駒込病院）

3, 講義

「HIV カウンセリングの実際と社会的側面」

司会 滝口 俊子 (立教女学院短期大学)

講師 児玉憲一 (広島大学)

4, 分科会「HIV感染者・患者への心理的援助の実際と課題」

A, 「病院におけるエイズ・カウンセリングの事例を通じて」

司会 伊原千晶 (京都大学), 松本智子 (慶應義塾大学)

話題提供 森 和夫 (東京都衛生局エイズ対策室), 下野 麻美 (倉敷中央病院)

B, 「ターミナルケアとエイズカウンセリング」

司会 児玉憲一 (広島大学), 石隈利紀 (筑波大学)

話題提供 小島賢一 (宇都宮少年鑑別所)

C, 「地域の中での心理的援助のあり方」

司会 森田真子 (エイズ予防財団) 浦尾充子 (千葉大学附属病院)

話題提供 NIGOON JITTHAI (ニグーン・ジッタイ) (東京大学大学院)

横田恵子 (大阪HIVと人権情報センター)

第4回日本 HIV カウンセリングワークショップは、福岡県臨床心理士会だけでなく、九州・沖縄地区会も協力して、産業医科大学の矢永由里子らが連絡調整の労をとり開催された。九州地区の数多くの医療関係者にも参加していただくことで、九州地区における HIV 診療にとっても意義ある研修会となった。

<<第4回日本 HIV カウンセリングワークショップ>>

期日：平成8年11月23日～11月24日

会場：「あいれふ」(福岡市)

参加者：臨床心理士，HIV カウンセリングに関心のある医師，保健婦，看護婦，

ケースワーカー等も可

プログラム

開会式

来賓挨拶 山形操六 (エイズ予防財団専務理事)

西岡和男 (福岡市衛生局長)

大塚義孝 (日本臨床心理士資格認定協会専務理事)

1, 講演 「エイズの基礎と臨床 最近の動向」

座長 野島一彦 (九州大学)

講師 白幡 聡 (産業医科大学)

2, 講演 「カウンセラーに期待する役割とは、一感染者からの提言」

座長 森田真子 (エイズ予防財団)

講師 大石敏寛 (動くゲイとレズビアン会)

3, シンポジウム「エイズ臨床で何をカウンセラーに期待するか：医療現場からの提言」

座長 柏木征三郎 (九州大学医学部附属病院), 児玉憲一 (広島大学)

シポジスト 松下修三（熊本大学），寺本和子（産業医科大学病院），木村真知子（熊本医科大学附属病院），児玉加代（福岡県保健環境部），浦尾充子（千葉市保健所），

4，分科会 HIV感染者／エイズ患者への心理的援助の検討と今後の展望

A，派遣カウンセラーの実際「事例を通して考える：医師とのコミュニケーション」

司会 土居隆子（土井隆子心理士事務所）

話題提供 松本智子（慶応義塾大学）

コメンター 山本哲郎（九州大学医学部）

B，エイズの心理臨床「カウンセラーの役割とは？：エイズ患者と家族のニーズにどの

ように応えていけばよいか」

司会 金子寿子（名古屋大学）

話題提供 小島賢一（荻窪病院），古谷野淳子（大阪市委託 HIV カウンセラー）

コメンター 三木浩司（久留米大学）

C，地域の中で「地域のニーズに応える：それぞれの立場で」

司会 森田眞子（エイズ予防財団），浦尾充子（千葉市保健所）

話題提供 大嶋美登子（別府大学），吉永亮治（エイズワーカーズ福岡），田村隆一

（福岡大学）

コメンター 大石敏寛（動くゲイとレズビアンのかい）

D，医療従事者対象のカウンセリングワークショップ「カウンセリングの基礎とエイズ臨

床への応用」

指導者 金子進之助（別府大学），宮崎 昭（筑波大学附属桐が丘養護学校），高

原朗子（北九州大学）

5，全体会

司会 鶴 光代（日本臨床心理士会 HIV カウンセリング専門委員会委員長）

各分科会報告 伊原千晶（京都学園大学），坂井 誠（佐賀医科大学），横田恵子（豊中

市立保健センター）

総括 村山正治（九州大学）

第5回日本 HIV カウンセリングワークショップは，千葉県臨床心理士会ならびに千葉大学附属病院で HIV カウンセリングを担当すると共にボランティアグループを組織している浦尾充子らの御尽力により開催された。幕張メッセの地区

に会場を設け、千葉県にある大学病院，保健所，そしてボランティア組織のつながりの重要性がよく認識できる研修会であった。

<<第5回日本 HIV カウンセリングワークショップ>>

期日：平成9年11月22日～11月23日

会場：O V T A（海外職業訓練協力センター）（千葉市）

参加者：臨床心理士，H I Vカウンセリングに関心のある医師，保健婦，看護婦等

プログラム

開会式

来賓挨拶 山形操六（エイズ予防財団専務理事）
山口淳一（千葉県衛生部保健予防課長）
星野忠雄（千葉市保健福祉局保健衛生部長）
大塚義孝（日本臨床心理士資格認定協会専務理事）

1，講演 「エイズの基礎的な知識」

講師 中村 朗（国保旭中央病院）

座長 宮崎 昭（筑波大学附属桐が丘養護学校）

2，講演 「感染者としてカウンセラーに伝えたいこと」

講師 大石敏寛（動くゲイとレズビアンの会）

座長 宮崎 昭（筑波大学附属桐が丘養護学校）

3，シンポジウム「地域の中での連携」

医療の立場から 佐藤武幸（千葉大学医学部附属病院），齋藤葉子（国保旭中央病院）

行政の立場から 山口淳一（千葉県衛生部），石川 洋（千葉市保健所）

心理職の立場から 横田恵子（大阪府エイズ専門相談員），山本和朗（慶應義塾大学）

座長 児玉憲一（広島大学），山崎彰美（千葉縣市原保健所）

4，分科会「HIV感染者／エイズ患者への心理的援助の検討と今後の展望」

A，病院における HIV カウンセリング

事例提供 矢永由里子（国立九州医療センター）

コメンター 平林直次（東京医科大学）

司会 小島賢一（荻窪病院）

B，派遣カウンセラーと病院カウンセラーの連携

事例提供 山下幸枝（東京医科大学），山中京子（東京都衛生局）

コメンター 武石恭一（千葉市保健所）

司会 渡辺厚彦（横浜市立大学付属病院）

C，派遣カウンセラーの現状

話題提供 古谷野淳子（大阪市委託エイズ専門相談員）

高田知恵子（群馬県派遣カウンセラー）

コメンター 松本智子（東京都衛生局専門相談員）

司会 平野 学（慶應義塾大学）

D，地域での活動

話題提供 村上ゆき（西村くりにつく），福井知美（エイズサポート千葉）

コメンター 光元和憲（ちば心理教育研究所）

司会 窪田和子（千葉市保健所），阿曾加寿子（北海道 HIV/AIDS カンセー）

5，全体会 各分科会の報告

各分科会報告 小池真規子（国立がんセンター東病院），伊藤勇二（石郷岡病院），武田

亜紀（東邦大学附属佐倉病院），秋山三左子（成田赤十字病院），金井明

美（葛飾区立教育研究所），花澤佳子（千葉市保健所），永松未生（千葉

大学附属病院），鈴木路津（エイズサポート千葉）

総括 弘中正美（千葉大学）

司会 浦尾充子（千葉大学附属病院）

第6回日本 HIV カウンセリングワークショップは，神奈川県臨床心理士会ならびに神奈川県 HIV 派遣カウンセラーである磯本明彦らの独自の運営によって開催された。HIV 治療は，抗 HIV 療法によって AIDS 患者の死亡率が低下するという変革の時代であった。また，このワークショップでは，HIV 脳症の神経心理学的アセスメントという問題が取り上げられた。さらに，市民講座として，ニューヨークより日野照正氏の協力を得て，ジャズライブセッションが行われたのは，一般市民に対する理解啓発活動として有意義な企であった。

<<第6回日本 HIV カウンセリングワークショップ>>

期日：平成10年11月7日～11月8日

会場：横浜シンポジア，（財）横浜市海外交流協会（横浜市）

参加者：臨床心理士，心理職者，HIV カウンセリングに関心のある医師，保健婦，看護

婦・保健婦・助産婦・ソーシャルワーカー・教師など

プログラム

開会式

来賓挨拶 山形操六（エイズ予防財団専務理事）

桑原 寛（神奈川県衛生部保健予防課課長）

香川和子（横浜市衛生局保健部担当部長・感染症・難病対策課

長）

濱村嘉允（川崎市健康福祉局健康部疾病対策課主幹）

大塚義孝（日本臨床心理士資格認定協会専務理事）

1，講演 「抗 HIV 療法の光と影」

座長 山中京子（東京都衛生局）

講師 山元泰之（東京医科大学）

2，講演 「私たちが望むこと - 感染者の立場から - 」

- 座長 山中京子（東京都衛生局）
 講師 斉藤祐治（ポジティブネットワーク），ひまわり
- 3，シンポジウム「HIV 診療における多職種間の連携」
 座長 児玉憲一（広島大学）
 医師の立場から 今村顕史（都立駒込病院）
 看護婦の立場から 梅津晶子（横浜市民病院）
 心理職の立場から 小島賢一（荻窪病院）
 ソーシャルワーカーの立場から 磐井静江（東京と教職員共済組合清瀬病院）
- 4，分科会「HIV 感染者 / エイズ患者への心理的援助の検討と今後の展望」
 A，HIV カウンセリングの実際
 司会 紅林洋子（静岡県立こども病院）
 話題提供 浦尾充子（千葉大学附属病院）
 コメンター 森田真子（エイズ予防財団），大石敏寛（せかんどかみんぐ
 あうと代表）
- B，病院における HIV カウンセリング
 司会 松本智子（慶應義塾大学病院）
 話題提供 山下幸江（東京医科大学病院），木曾智子（東京医科大学病
 院）
 コメンター 宮崎 昭（筑波大学付属桐が丘養護学校）
- C，派遣カウンセラーの現状と諸問題
 司会 高田知恵子（群馬県派遣カウンセラー）
 話題提供 鈴木葉子（滋賀県健康対策課派遣カウンセラー）
 コメンター 伊原千晶（京都学園大学）
- D，HIV 脳症の神経心理学的アセスメント
 司会 宮森孝史（専修大学）
 話題提供 酒井 健（北里大学病院），磯本明彦（北里大学病院）
 コメンター 平林直次（東京医科大学病院）
- 5，全体会
 司会 磯本明彦（北里大学病院）
 各分科会の報告 各グループの代表
 総括 繁多 進（白百合女子大学）

第7回日本 HIV カウンセリングワークショップは，群馬県臨床心理士会ならびに群馬県 HIV 派遣カウンセラーである高田知恵子らの企画，運営によって行われた。日本の HIV 感染者が一貫して増加傾向にある中で，これまで感染者が少なかった地方にも，感染者が増えてきて，より充実した HIV 診療が求められる時代になってきた。シンポジウムで，「地域での HIV カウンセリングのありかた：その立上げ・経過・展望」を取り上げたのは，時代の要請とも言えよう。また，様々な疾病に対する総合的な診療が求められるようになってきて，HIV カウンセリングが開拓してきた知識や方法が，他の疾患にも役立つことが次第に明らかになっていきた。分科会のテーマとして「HIV カウンセリング・そこ

から学ぶこと」を取り上げたのも、今後の発展にとって有意義なものと考えられる。

<<第7回日本 HIV カウンセリングワークショップ>>

期日：平成 11 年 10 月 23 日～10 月 24 日

会場：群馬県社会福祉総合センター（前橋市）

参加者：臨床心理士，心理職者，H I V カウンセリングに関心のある医師，保健婦，看護

婦・保健婦・助産婦・ソーシャルワーカー・教師など

プログラム

開会式

来賓挨拶 山田兼雄（財団法人エイズ予防財団専務理事）

萩原 明（群馬県保健福祉部保健予防課次長）

大塚義孝（日本臨床心理士資格認定協会専務理事）

代読：平野 学（日本臨床心理士会事務局）

1，講演 「HIV 感染症診療の最前線・最新情報」

講師 細野 治（東京大学医科学研究所）

座長 小島賢一（荻窪病院）

2，フリートーク「感染者の立場から：今，感染者をとりまく状況は？HIV カウンセリ

ングに望むこと」

話題提供 ひまわり，矢島 崇

座長 小島賢一（荻窪病院）

3，シンポジウム「地域での HIV カウンセリングのありかた：その立上げ・経過・展望」

- 群馬県のエイズカウンセラー制度を中心として -

「群馬県派遣カウンセラーとしての活動」 高田智恵子（群馬社会福祉短大）

「群馬県のエイズカウンセラー派遣事業について～行政の立場から～」

小林良清（群馬県保健福祉

部）

「拠点病院医師の立場から」 田村遵一（群馬大学）

「HIV カウンセリングのバックアップ」 松本智子（慶應義塾大学）

「茨城県の HIV カウンセリング」 長井 進（常磐大学）

座長：宮崎 昭（筑波大学附属桐が丘養護学校）

4，分科会「HIV カウンセリング・そこから学ぶこと」

A，HIV カウンセリングとは

話題提供 古谷野淳子（大阪府保健予防課エイズ専門相談員）

コメンター 紅林洋子（静岡県立こども病院）

司会 平野 学（慶應義塾大学）

B，派遣カウンセラーと病院内カウンセラー

話題提供 派遣カウンセラー 森川早苗（えなカウンセリングルーム）

- 院内カウンセラー 磯本明彦（北里大学病院）
 コメンター 浦尾充子（千葉大学附属病院）
 司会 矢永由里子（国立病院九州医療センター）
- C, HIV カウンセリングを通して学ぶセクシャリティ
 話題提供 山中京子（東京都エイズ専門相談員）
 コメンター 金子和子（日本赤十字社医療センター）
 司会 及川 卓（及川卓心理臨床研究室）
- D, HIV カウンセリングを通して学ぶコミュニティ心理学
 話題提供 金沢吉展（筑波大学）
 コメンター 横田恵子（大阪府立大学）
 司会 加藤昌弘（グループ・インサイト心理教育研究所）
- 5, 全体会
 司会 横田正夫（日本大学）
 各分科会の報告 各グループの代表
 総括 児玉憲一（広島大学）

HIV カウンセリング関係年表

1987. 3. 厚生省が治療薬 A Z T を認可
 4. 政府がエイズ問題総合対策大綱を決定
 5. エイズ予防財団発足
1988. 4. HIV 感染者発症予防・治療に関する研究班（山田班）に包括医療委員会設置
 エイズ予防財団初年度相談事業開始
 7. 東京都がエイズ専門相談員制度を発足
 8. WHO 主催「AIDS と HIV 感染に関する血友病の小児と成人に対するカウンセ
 リングについての地域ワークショップ」開催
11. 包括医療委員会主催「第 1 回箱根ワークショップ」
 12. エイズ予防法可決 付帯決議にカウンセリングの必要性を明記
1989. 9. 包括医療委員会主催「第 2 回箱根ワークショップ」
1990. 1. エイズ予防財団主催「第 1 回エイズカウンセラー養成研修会」（熱海）
 11. 包括医療委員会主催「第 3 回箱根ワークショップ」
1991. 1. エイズ予防財団主催「第 2 回エイズカウンセラー養成研修会」（滋賀）
 9. 包括医療委員会主催「第 4 回箱根ワークショップ」
 11. エイズ予防財団主催「第 3 回カウンセラー養成研修会」（会津）
1992. 2. 包括医療委員会「第 1 回カウンセリング専門委員会」（私学会館）

- 7. 包括医療委員会「第2回カウンセリング専門委員会」(こまばエミナース)
- 9. 心理臨床学会シンポジウム開催
「HIV感染・AIDS問題に心理臨床家としてどう取り組むか」
- 9. 公衆衛生院 保健所向け「エイズ対策コース」研修会開催(以後、毎年)
- 10. エイズ予防財団主催「第4回カウンセラー養成研修会」(箱根)
- 1993. 2. 包括医療委員会「第3回カウンセリング専門委員会」(私学会館)
エイズ予防財団主催「第5回エイズカウンセリング研修会」(五反田)
エイズ予防財団主催「第6回エイズカウンセリング研修会」(名古屋)
- 12. 第12回日本心理臨床学会ワークショップ「エイズカウンセリング」とシンポジウム「心理臨床家によるエイズカウンセリングの展開」開催(沖縄)
- 1994. 1. 日本臨床心理士会主催 第1回日本エイズ・カウンセリング・ワークショップ(小田原)
- 8. 第10回国際エイズ学会(横浜:国際会議場)
エイズ予防財団主催「第7回,第8回エイズカウンセリング研修会」(軽井沢,小田原)
- 1995. 2. 厚生省研究班による「赤坂カウンセリング・セミナー」(東京,茜荘)
- 3. 日本臨床心理士会主催 第2回日本エイズ・カウンセリング・ワークショップ(大阪府)
エイズ予防財団主催「第9回~12回エイズカウンセリング研修会」(軽井沢,小田原)
- 1996. 1. 日本臨床心理士会主催 第3回日本エイズ・カウンセリング・ワークショップ(東京都)
- 3. 薬害HIV裁判の和解
- 9. 日本臨床心理士会各地区第1回HIVカウンセリング担当者会(上智大学)
厚生省がエイズ拠点病院カウンセラー設置事業(カウンセラー派遣事業)開始
- 11. 日本臨床心理士会主催 第4回日本HIVカウンセリングワークショップ(福岡)

- エイズ予防財団主催「第13回～16回エイズカウンセリング研修会」第1回
～3回実務者コース
- 1997.11. 日本臨床心理士会主催 第5回日本HIVカウンセリングワークショップ(千葉県)
9. 日本臨床心理士会各地区第2回HIVカウンセリング担当者会(東北大学)
- エイズ予防財団主催「第17回～20回エイズカウンセリング研修会」第4回～
7回実務者コース
1998. 1. 厚生省研究班による「HIVカウンセリング・セミナー」(東京経済大学)
9. 日本臨床心理士会各地区第3回HIVカウンセリング担当者会(名古屋市国際会議場)
10. 日本臨床心理士会主催 第6回日本HIVカウンセリングワークショップ(神奈川県)
- エイズ予防財団主催「第21回～24回エイズカウンセリング研修会」第8回～
11回実務者コース
1999. 9. 日本臨床心理士会各地区第4回HIVカウンセリング担当者会(文教大学)
10. 日本臨床心理士会主催 第7回日本HIVカウンセリングワークショップ(群馬県)
- エイズ予防財団主催「第25回～27回エイズカウンセリング研修会」第12回
～14回実務者コース

参考文献

明日の包括医療とカウンセリングシステムの確立に向けて() - わが国におけるHIVカウンセリングの誕生と軌跡 昭和63年度 平成3年度厚生省HIV感染者発症予防・治療に関する研究班包括医療委員会報告書 1992年3月

HIV感染者発症予防・治療に関する研究班 平成5年度包括医療委員会カウンセリング専門委員会報告 1993年3月

第2章 治療状況の変化とHIVカウンセリング

小島 賢一

1. 初期の頃

エイズ問題では当初からカウンセリングの必要性が叫ばれていたが、その期待される場所は、医療の進歩と共に変化・拡大してきた。ごく初期の頃は医学が治療としてできることがほとんどなく、感染者は告知直後から直ちに死を意識する状況に置かれた。まずエイズ・カウンセリングはターミナル・ケア、エイズ・ノイローゼへの対応から始まった。また、有効なまん延防止策と言っても知識の普及と自己管理以外になく、社会的な偏見や差別も生じていた。このため感染者を潜在化させないように、国民が「対岸の火事」意識を持たないように、そして医療スタッフが差別意識を持たないように啓発する活動まで、カウンセラーに期待する雰囲気があった。

2. AZTの出現

しかし、1987年に抗HIV薬である逆転写酵素阻害剤AZT（ZDV）が認可された頃から医療状況は変化した。AZTはHIVの増殖を妨げるものとして効果をあげ、その後、主な死亡原因だった日和見感染症のカリニ肺炎等にも有効な薬剤が見つかって、感染者の平均余命は大きく伸びた。また1989年には全国の保健所で匿名での抗体検査が実施され、治療を行うには本人への告知が必要不可欠という認識が広がると同時に、告知時の対応を臨床心理士等に期待する声が大きくなっていった。エイズ専門相談員派遣制度が一部自治体で開始されたのはこの前後からである。ただ最初こそ特効薬として大きな期待が寄せられたAZTであるが、早いと半年前後で耐性ウイルスが出現してしまうことが次第に分ってきた。1992年には新しい抗HIV剤ddIが認可され、AZTとddIの二剤をそれぞれ単剤、あるいは併用で使用するといった治療が可能となったものの、この二剤をもってしても限界があり、死亡する患者数を減少させるまでには至っていない。死を意識せざるを得ないカウンセリングは続いていたのである。

3. 社会的な激動

第一回日本エイズ・カウンセリング・ワークショップが開催された1994年は次に来る治療法の劇的な進展を予感しつつも医療状況としては小康状態の時期に当たる。しかし社会的状況は、反対に激動期に入っていた。横浜の国際エイズ会議の開催、血友病患者以外に血液製剤を投与された人の感染例の報告、東京と大阪のHIV訴訟の和解、当時の菅直人厚生大臣の謝罪、血液製剤からの感染者と国・製薬会社との和解成立といった出来事が次々と起きていったのは記憶に新しい。面接室や病院の外で起きていた、こうした社会的な動きは面接室

の中にも大きく反映した。急増した不特定多数の感染不安を持つ人への対応，和解参加への具体的説明，差別を受けた感染者の代弁，治療体制に対する公的機関への要望といったものも当時のH I Vに関わる臨床心理士らには行わざるを得なかった。

4．新薬の迅速承認

治療方法が劇的に変わって行くのは，1996年3月のH I V訴訟和解成立以後である。1996-7年の二年間だけで，新たに認可された抗H I V剤は6剤に及んだ。特に逆転写酵素阻害剤A Z T・d d Iと新しいプロテアーゼ阻害剤の組合せによる効果は著しく，患者・感染者の入院数や死亡数は著しく減少した。以後，患者・感染者の平均余命は大きく伸び，カウンセリングの内容もターミナルケアからQ O Lの支援に中心が移っていく。蛇足であるが，この流れに寄与したのは1996年4月に始まった「エイズ治療薬拡大治験制度」である。従来，新薬の承認には十年以上かかることは珍しくなかったが，緊急を要するエイズ患者にはその時間がなく，厚生省はエイズに限定して迅速承認と治験薬の早期導入を目指した動きを開始したのである。これは迅速承認の制度になり，現在に至っている。

5．H A A R T療法（極めて強力な抗レトロウィルス療法）時代の課題

多くの強力な抗H I V剤のおかげで患者・感染者のQ O Lの支援に中心が移ったものの，カウンセリングの中では，次のような問題がクローズアップされるようになった。

5 - 1 医療費の高額化に伴う経済的な悩み

新薬である抗H I V剤は高価であり，三剤を組み合わせた場合，（健康保険を使わないとして）薬剤費だけで15万円以上かかり，それに通院費・再診料・検査費等を加算して考えると膨大な負担となった。高額医療費に対する支援制度を使えば，もちろん，これは軽減されるが，それでも長期間月々三万円以上の出費は強いられる。また就業困難に陥った場合にはとたんに経済的に困窮することになった。確かに1998年4月からは患者・感染者を身体障害者として認定する制度も開始され，現在は大きく改善されている。しかし所属の健康保険組合や役所にも知られたくない，あるいは会社の人事課に知られてしまうのではないかという不安を感じた感染者は，健康保険の使用や福祉制度の利用に消極的になり，時としてうつや閉じこもりといったストレスに起因する心理的な問題を生じることもしばしばある。

5 - 2 強い副作用という身体的な悩み

抗H I V剤の副作用はかなり強い。しかも薬は痛いとか痒いといった身体症状の出現をみて開始するのではなく，検査値の悪化をもって事前に開始するため

に、患者・感染者にとってみれば、自覚的な体調は悪くないのに、わざわざ薬を飲むことで下痢、頭痛や吐き気といった症状を起こさせているようにも感じてしまう。服薬の必要性に関する十分な理解がないと開始できない。また新しい薬が認可されているとはいえ、組み合わせを考えると選択肢はそれほど多いわけではなく、勝手に中断や減薬すれば、耐性ウイルスが増殖して他の薬剤までも効かなくなる危険もある。この点で心理の専門家であっても副作用という身体症状の悩み、中断・変更への不安や耐性ウイルス出現の恐怖を扱わざるを得なくなっている。

5 - 3 アドヒアランスと生活習慣の悩み

服薬方法も複雑である。ある薬は食事を摂った後に吞まなければならず、ある薬は空腹時でないとも効果が半減してしまう。薬剤の血中濃度を一定の範囲に収めるためには、定時の服用が不可欠でもある。このために組み合わせによっては食事時間や睡眠時間が服薬条件だけで固定されてしまっていて動かしようがなくなる場合もある。従来の生活習慣と服薬方法の検討もカウンセリング上の重要な話題となった。なお、従来、服薬においてはコンプライアンス（服薬率）という表現が使われていたが、「患者が医師に処方された投薬法を遵守する」という意味合いが強く、うまく飲めない場合、患者側の問題を大きく考える傾向があった。一方、アドヒアランスという言葉には「飲める組合せで処方しているかどうか」、「処方内容を患者ができる方法で説明しているか」といった医療者側の責任も含まれるために、最近ではこちらがよく使われるようになっています。

5 - 4 長期生存への期待と不安から生じる悩み

感染しても長期生存が可能になった。しかし、そのために学校・就業生活を維持することはますます重要になり、普通に勉強・進学し、恋愛・結婚して、子供のいる家庭を営みたいといった期待も高まった。差別・偏見の問題は他稿に譲るとしても、パートナーへの二次感染の不安、予期せぬ体調悪化や耐性ウイルス出現の恐怖は生存への期待が高まっている分、大きくなっているとも言える。

6 . 臨床心理士への期待と我々の課題

こうしたことから 1996 年以降の日本臨床心理士会のエイズ・カウンセリング研修会でも心理の問題以上に基礎知識としての和解手続き、認定制度や薬剤の問題に多くの時間が割かれることになった。そして同じく時間が割かれたのが、派遣カウンセラーとしての機能と役割の議論である。1996 年末に約 300 施設が、全国でエイズ診療拠点病院として選定され、形の上では診療体制が整った。しかし臨床心理士等は各病院に常勤していない実情の中で、各地の臨床心

理士会への派遣依頼が行政から多くなったのはこの後である。最後に臨床心理士等として対応が要請される今後の医療状況の変化について列挙したい。

6 - 1 性行為・妊娠・出産

性行為は「普通の生活」を送る上で極めて重要な要因のひとつである。しかし患者・感染者の中には二次感染を恐れるあまり性行為に恐怖感を覚え、できなくなってしまおう方や一抹の不安を拭えない性行為に負担感を募らせる方も少なくない。たとえ夫婦となっても毎回必ずコンドームを使用しなければ、ならない性行為を「普通の性行為」とは思えない人もいる。元気でいられる期間が永くなればなるほど、こうした制限は大きな障害となってきた。また、結婚する患者・感染者も増えた。そして当然のように子どもを望み、相談に来る夫婦も増えている。これまでのように患者・感染者に二次感染防止のためのセーフティーセックスを推奨するだけではこの問題は解決できない。プロテアーゼ阻害剤などの胎児への影響も懸念される。性行為で必ず感染するものでもないが、陽性となった場合は深刻であることも考えると悩みは深い。

男性感染者の精液を処理して感染の危険性を低くする研究も進んでいるが、現在は人工授精の適用は不妊と診断された症例だけで、HIVのような感染症には認可されていない。夫婦でどうしても自分達の子どもの欲しい場合、危険を承知で性行為を行うしかないのが現状である。QOLを向上させる点で妊娠や出産に医療技術の向上と感染症にこうした手技を適用する上の倫理面での公の議論が急務となっている。

6 - 2 外国人問題

全体的には景気低迷などの要因より、来日する方の数が減少したためか、外国人感染者が話題にならなくなっているが、依然として問題は残っている。しかも国内で日本人から感染した例が目立ってきている。外国人の場合、まず情報交流の問題が大きく、第三者の立場で価値観を挟まず、医療用語を正確に伝える力量のある通訳の確保が希求されている。また障害認定や健康保険において国籍条項はないものの、現実には雇用者（会社負担分の保険費を払いたくない）と被雇用者（保険費を引かれず手取りを多くしたい）の思惑から、保険加入していない外国人が多く存在する。もちろん入国時に一年以上の在留を申告できる方で、保険加入を希望している人もいらっしゃる、その場合は国民と同様の支援がされる。ただ就労すると会社の方で健康保険がないと説明され、加入に苦労した例もある。

また既に述べたように医療費が高額になる問題だけでなく、文化や帰国方法・帰国後の問題もある。少しだけ触れれば、断食の習慣がある外国人では、食後に飲む薬は処方できない、HIVに対して日本以上に差別・偏見の強い国

もある，帰国後に使えない場合は日本でプロテアーゼ阻害剤の開始もできないといった問題である。このような相談への対応も準備しておく必要がある。

6 - 3 女性問題

女性問題と言っても上のような妊娠・出産，そして外国人女性の問題だけではない。最近になって発症の経過が男性と異なるのではないかという報告や男性に比較して検査値が低くなるというCDCの報告もされるようになってきている。これまでのように男性と同じ検査結果の判断でいいのかが議論されるようになってきている，

また社会的にもパートナー，子どもや親の世話を優先するあまり，処置が遅れがちになったり，家族内に感染者介がいれば，介護する役割が大きな負担になる場合も目立つ。男性に比べて経済的な独立も果たしにくい社会状況の中で女性感染者のこうした問題が，ますます大きくなっていくと予想されている。

6 - 4 就学・就職の問題

母子感染により感染した児童についても，治療の進展により普通に入園・就学することは珍しくなくなる。しかし入園・入学に際して周囲にどこまで告知するのか，幼稚園，保育園や小中学校でどのようなユニバーサルプレコーション（特定の感染症等を想定して感染防御策をこうじるのではなく，他人の体液は感染源になる得る危険なものと想定して，広く感染防御策を取ること）が行われるかが問題となっている。

けがした友人を助ける際にどうしたら良いのか，手袋などを使用して措置することがどれだけ重要なことかの認識を浸透させることが不可欠である。この体制が整っていれば，理屈の上ではHIVにしても肝炎にしても特に伝える必要はない。ただ現実的には子ども同士の喧嘩や著しい噛み付き行為等もあり，理屈通りには行かない。また理想は周囲に告知して理解を得て，通園・通学が受け入れられることであるが，故なき差別や知識だけでは解消されない偏見や恐怖心を持たれる危険もあり，一概には言えない。こうした不安に対する相談も今後増加してこよう。

6 - 5 併用薬の問題

1998年8月に厚生省から「外国で実施された医薬品の臨床データの取扱いについての通知」が出て，迅速審査が開始されたが，エイズ治療薬だけでなく，生活向上薬も多く認可されるようになった。それに伴ってたとえばバイアグラやピルと抗HIV剤の相互作用の問題，性行動の変容と感染危険性等を考慮する必要がある。

具体的には HIV 感染者では、亜鉛欠乏やストレス、テストステロンの低下によってインポテンツが増えたり、PI 服用開始後に、性的刺激の減弱、勃起障害、射精困難などの症状が、報告されており、バイアグラ等の必要性を感じる方も少なくない。しかし、バイアグラはチトクローム (cytochrome - 肝臓にある酵素) によって代謝され不活化するが、同じ酵素によって代謝を受けるプロテアーゼ阻害剤を同時に投与した場合、酵素の競合阻害が起こり、バイアグラの血中濃度が上昇する恐れがある。つまりバイアグラの副作用も大きくなる - 強力な血管拡張作用によって、平素以上に血圧が大きく下がり、人によっては頭がガンガンしたり、気持ちが悪くなったりする以上の危険な事態 - ことが危惧されます。面接時にもこうした新薬との問題をチェックする必要性が増加している。

6 - 6 政策との関連

エイズ予防法が廃止され、「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」が 1999 年 4 月に施行された。10 月には「特定感染症予防指針」も公表された。中ではカウンセリングは相談の一部としてくくられ、一応はその重要性は記載されているものの、身分的な保証等は全く書かれていない。また新法においても届出義務などがあり、新規感染者等がプライバシー保護などに漠然とした不安を訴えることも考えられ、また新法の下でこういった施策が展開されるかによって新たな問題が生じることも予想される。いずれにしても専門家としての派遣依頼や医師・看護職に対する研修依頼への対応も準備しておかなければならない。

7 . 最後に

現在、主流の H A A R T 療法 (極めて強力な抗レトロウィルス療法) についても議論がされており、良いとされる治療方法が次々に変化している。我が国で 1999 年 5 月に公表された「治療のガイドライン第 1 版」も 2000 年中には 4 版に改訂される。こうした日進月歩の状態は当分続くと思われる。セカンドオピニオンを求めるなど、最新知識を学習している感染者は多く、臨床心理士等としても治療方法について常に知っておく必要がある。

第 3 章 エイズ派遣カウンセラー事業の歩み

兒玉憲一

はじめに

日本臨床心理士会主催の日本 HIV カウンセリング・ワークショップ (以下、本 W S) 第 1 回から第 7 回の当日資料や日本臨床心理士会ニュースレター (現

在は、日本臨床心理士会報）における本WS関連の記事にもとづき、わが国のエイズ専門相談員制度あるいはエイズ派遣カウンセラー事業（以下、本事業）の歩みをたどり、問題点と今後の課題を考察してみたい。

1 本事業の経過と現状

わが国における臨床心理士によるHIVカウンセリングは、1980年代後半に血友病治療の基幹病院に始まり、エイズNGO、保健所へと拡大し、1990年代半ばからは地方自治体による本事業へと多様な広がりをみせながら発展してきた。

1988年に発足した東京都のエイズ専門相談員制度は、現在全国に展開している本事業の原型となっている。都の場合、発足当初は保健婦のみであったが、1993年から臨床心理士、MSWなども加わり、多職種によるチームで相談活動を行っている。

1994年度には、東京都に続いて千葉市がエイズ専門相談員制度を設け、市保健所や市立病院へ臨床心理士等のカウンセラーを派遣するようになった。

1993年度から1995年度にかけて、厚生省は全国のエイズ治療のための拠点病院づくりを推進した。それに伴い、厚生省は1996年度から「拠点病院カウンセラー設置事業」を開始し、地方自治体の本事業を行う場合、その経費の半分を補助することになった。その結果、同年度末には、1都1府10県5政令市、計17地方自治体で本事業が行われるようになった。

1997年度からは、全国8ブロックにエイズ治療のためのブロック拠点病院が設置され、カウンセラーの配置や派遣も開始された。このことは、本事業の全国展開をさらに加速させた。本専門委員会の調査によると、1999年6月現在、本事業は1都1道2府21県5政令市2中核市2ブロック、計34地方自治体等で実施されている。地方自治体は臨床心理士等の専門カウンセラーを非常勤や嘱託として雇い上げる場合と、地方自治体が県臨床心理士会に業務を委託する場合がある。

2 本WSを通して見た派遣カウンセラー

本WS第1回から第7回までに、派遣カウンセラーの話題がどのように取り上げられたかを振り返り、本事業の発展の経過をあとづけてみたい。

(1) 第1回WS

小田原市で開催された第1回WS(1994/1/29-30)では、派遣カウンセラーの話題が独立して取り上げられることはなかった。4会場で行われた分科会で報告

されたのは、いずれも従来の医療機関モデルで行われたH I Vカウンセリングの事例であった。

(2) 第2回WS

大阪市で開催された第2回WS(1995/3/25-26)で初めて、派遣カウンセラーの話題が登場した。全体会で、松本智子氏(東京都)と浦尾充子氏(千葉市)がエイズ専門相談員(派遣カウンセラー)としての実践報告を行った。鶴光代氏が「ニュースレター7号」で述べているように、このシステムは非常に有効であり、今後各地に拡大していくことを予感させるものであった。鶴氏は、第2回WS全体を通して「臨床心理士がH I V感染者を援助していくには、従来の心理療法中心主義・密室個人面接といった枠を越えた幅広いアプローチの開拓が必要である」と指摘しているが、派遣カウンセラーというシステムは感染者を援助するための新しいアプローチのひとつとして登場したのである。

(3) 第3回WS

東京都で開催された第3回WS(1996/1/27-28)になると、派遣カウンセラーの拡大は単なる予感ではなく、現実のものとなり始めていた。全体会の講演で、筆者は1996年度から厚生省「拠点病院カウンセラー設置事業」が開始されるにあたり、都道府県の臨床心理士会サイドから各地域のエイズ行政の担当者へ積極的にアプローチしていく必要性を強調した。また、「病院におけるエイズ・カウンセリングの事例を通じて」と題する分科会では、東京都エイズ専門相談員の森和夫さんがH I Vカウンセリングの事例報告を行った。この分科会は、派遣カウンセラーを主題にしてはいなかったが、この事例報告は本WSにおける派遣カウンセラーによる最初のものとして注目に値する。

(4) 第4回WS

福岡市で開催された第4回WS(1996/11/23-24)で初めて、派遣カウンセラーを主題にした分科会が行われた。「派遣カウンセラーの実際 - 事例を通じて考える: 医師とのコミュニケーション」と題する分科会で、松本智子氏が東京都のエイズ専門相談員の経験を詳細に紹介した。また、「エイズの心理臨床」と題する分科会では、大阪市の派遣カウンセラーの古谷野淳子氏がその経験を紹介した。当時すでに本事業をスタートさせた自治体も10数余となり、東京都の経験を自分たちの事業に生かそうと真剣にメモを取る参加者も少なくなかった。

(5) 第5回WS

千葉市で開催された第5回WS(1997/11/22-23)では、「拠点病院カウンセラー設置事業」が全国的な広がりを見せ始めたことを反映して、分科会4会場のうち2会場で派遣カウンセラー関連の分科会が行われた。そのひとつ「派遣カウ

ンセラーの現状」と題する分科会では、古谷野淳子氏が大阪市の、高田知恵子氏が群馬県の本事業について報告した。とくに、制度の立ち上げの経過、カウンセラーの活動の現状、他職種との連携のあり方、さらには地域の臨床心理士会の役割などが報告された。討議では、感染状況や行政側の意識に地域差があり、地域の実情に即した制度を作っていく必要があること、そのためには先進自治体の助言を踏まえることが重要であることなどが確認された。「派遣カウンセラーと病院カウンセラーの連携」と題する分科会では、東京都のエイズ専門相談員である山中京子氏が感染者本人に、東京医科大学病院のカウンセラー山下幸枝氏が感染者の両親にかかわった事例報告を通して、派遣カウンセラーと病院カウンセラーが連携をとる際のメリットとデメリットについて具体的に検討された。とくに、派遣カウンセラーを初めて医療機関で受け入れる際に、病院カウンセラーが主治医や担当看護職とどのような受け入れ体

制づくりをしたらよいかを討議された。

(6) 第6回WS

横浜市で開催された第6回WS(1998/11/7-8)でも、分科会4会場のうち2会場が派遣カウンセラー関連であった。「派遣カウンセラーの現状と諸問題」と題する分科会では、鈴木葉子氏(滋賀県)が派遣カウンセラーとしての経験を報告し、面接場所の確保や感染者との連絡方法、医療スタッフとの連携方法などに派遣カウンセラー独特の工夫が必要であることを指摘した。山中京子氏は、当時すでに本事業が全国的に30余の自治体で実施され、行政実施型と臨床心理士会等への委託型の2タイプがあり、医師からの派遣申請だけでなく感染者からの申請にも応じる体制づくりが必要であるといった報告をした。本WSも第6回にもなると、話題提供者やコメンテーターがHIVカウンセリングや派遣カウンセリングについて参加者にかなり明快に説明できるようになった。「HIVカウンセリングの実際」と題する分科会でも、浦尾充子氏や紅林洋子氏(静岡県)が、派遣カウンセラーとしての経験にもとづいて、派遣も含めたHIVカウンセリングの全体像を参加者に平易に語った。

(7) 第7回WS

本WSの全体シンポジウムでは、第3回から毎回開催地の専門医、看護職、行政担当者を交えて、その地域における臨床心理士と他職種との連携を論じてきたが、前橋市で開催第7回WS(1999/10/23-24)では、本事業に焦点づけたシンポジウム行われた。すなわち、群馬県のエイズカウンセラー派遣事業の立ち上げ、経過、そして今後の展望が多角的に論じられた。拠点病院の専門医やエイズ行政担当者が群馬県の臨床心理士とともにこの制度をどのように立ち上げたか、その過程で東京都のHIVカウンセラーがどのように支援したかが紹介されただけでなく、茨城県の場合との比較検討も行われた。その結果、群馬県では地域内での多職種間の連携は非常にうまくいっているが、県士会委託

型の茨城県に対して、行政実施型の群馬県での臨床心理士の活動しにくさも明らかになった。

「派遣カウンセラーと病院内カウンセラー」と題する分科会では、派遣カウンセラー(森川早苗氏)と精神科常勤カウンセラー(磯本明彦氏)がそれぞれの立場を生かしたHIVカウンセリング活動を紹介した。討論では、それぞれの活動の長所と短所、さらには相互の連携のありかたが議論された。また、「HIVカウンセラーとは」という入門コース的な分科会では、大阪府エイズ専門相談員古谷野淳子氏が派遣カウンセラーの実際を紹介した。そのなかで、古谷野氏は派遣カウンセラーの課題として「状況の変化や曖昧さ、カウンセリング環境の多様性、求められる役割の幅広さに対応しながら、カウンセリングの場を形成し、機能させていくこと」と述べた。

(8) まとめ

東京都に始まった本事業が、厚生省の補助事業となって全国展開し、各地の臨床心理士会は行政に協力を依頼されたり、事業を委託されるようになった。それに伴い、本事業の話題が本WSで取り上げられる機会が増え、しかもその内容は回を重ねるにつれて充実してきた。すなわち、単なる活動報告から、多職種との連携のなかでの臨床心理士の独自の役割やアイデンティティに言及するなど、高度に専門的な議論に発展してきている。

3 本事業の問題点と今後の課題

これまで、本事業の経過と現状を簡単に振り返った後に、計7回のWSで派遣カウンセラーの話題がどのように取り上げられたかに注目し、本事業の発展の経過をあとづけてきた。ここでは、これまで述べてきたことを踏まえて、本事業の問題点と今後の課題について整理しておきたい。

(1) 本事業の問題点

本事業の問題点を、行政、医療、臨床心理士会の3つに分けて述べてみたい。

・行政サイドの問題

本事業は、国が半分を補助する事業といっても実際には各地方自治体が主体になる事業である。したがって、本事業は地方自治体の医療保健担当者(以下、行政担当者)の姿勢に大きく左右されてきた。本WSには本事業を積極的に実施している都道府県がいくつか登場したが、実はいまだに実施県よりも未実施県の方が多い。未実施の理由として、「本県には感染者がきわめて少ない」「本県の財政が逼迫している」「本県には、派遣カウンセラーを担当する臨床心理士がいない」などと言われるが、要は行政担当者のHIVカウンセリングに対する理解が乏しいことに尽きる。これを改めるには、HIV医療関係者や

臨床心理士会、さらには感染者を含む当事者団体等による粘り強い働きかけが必要である。

行政担当者の主な仕事は必要な経費を確保することで、本事業が制度化されるにあたっては、地元の臨床心理士会、とくに派遣カウンセラー要員として予定されている臨床心理士が当初から内容的に深くかかわることが求められる。具体的には、臨床心理士が本事業の実施要領の策定、要員の確保、啓発冊子の発行などの仕事を手伝うことも少なくない。このような共同作業を通して、行政担当者と臨床心理士会との間に良好なパートナーシップが形成されていく。

ただ、いかに良好な関係になったとしても、派遣カウンセラーの雇用条件、待遇、業務内容、人員配置などは、各自治体の非常勤あるいは嘱託職員の規程に準じるという原則は変わらない。そのために、本事業の雇用条件は、同時に実施されたスクール・カウンセラー派遣事業、すなわち国の調査研究事業と比較するとかなり厳しいものになった。その結果、臨床心理士の絶対数が少ない地域では、本事業に必要な人員の確保は困難をきわめた。

といっても、本事業の謝金は嘱託医師のそれに準じており、地方自治体の謝金としては決して少なくないことも強調しておきたい。筆者の場合、本事業が始まるまでの8年間はエイズ予防財団委託カウンセラーとしてHIVカウンセリングに従事していたが、その際の謝金は時給800円程度であった。それに比べれば、本事業の謝金は数倍に増えたことになる。筆者は、HIVカウンセリングに従事することが、医療保健福祉領域における臨床心理士の国家資格化に貢献できる、あるいは新たな医療心理臨床の地平を開拓できるといったことを信じてきたので、謝金の少なさはあまり気にならなかった。おそらく、今後も本事業では時給5千円も稼げる時代は来ないであろうから、収入だけを目的として参入する臨床心理士には期待はずれに終わることを忠告しておきたい(1兒玉1997, 山中1998)。

・医療サイドの問題

本事業が感染者に役立つための第1歩は、主治医が告知直後から感染者にカウンセリングを受けるよう勧め、派遣カウンセラーを紹介することである。わが国の現状では、感染者に対するカウンセラーの紹介者のほとんどが主治医である。逆に言えば、主治医が紹介しなければ、感染者はカウンセリングを受けられることも、派遣カウンセラーに会えることも知らない(池上1999, 小西1999)。いまだに感染者にカウンセラーを紹介することを原則としない主治医がいるのも事実である。主治医によるカウンセリング利用行動調査(山中他1999)によると、主治医と臨床心理士が直接知り合う機会があれば利用行動が促進されるという。したがって、臨床心理士としては医師対象のHIV研修会等に積極的に参加して、HIVカウンセリングに関する医師の理解を深めるとともに、個人レベルでも知り合いになる努力が求められる。

派遣先の医療機関で、カウンセラーはH I V医療チームの一員としてコーディネーターのバックアップを受けながら動くことが望ましいが、そうしたことが最初から保証されているわけではない。派遣された当初は、派遣依頼を出した主治医とは話せるが、担当看護婦や他のスタッフとはなかなか話す機会がないといったことも珍しくない。そこで、派遣カウンセラーの方から医療スタッフに積極的に話しかけたり、連絡ノートを作ったり、当該の患者に関するケース・カンファランスを提案するなど、関係づくりの段階が必要となる。

多剤併用療法も複雑化しH I V医療が高度な専門医療になるに伴い、感染者が特定の拠点病院やブロック拠点病院に集中する傾向が見られるようになった。そこには、院内のカウンセラーやM S Wがいることが多いが、1病院当たり100名以上の感染者にわずか1、2名のカウンセラーが対応しており、明らかに人手が不足している。したがって、今後は派遣カウンセラーといっても、県内をくまなくカバーするというより、特定のいくつかのH I V専門医療機関に集中派遣されるだろうし、派遣先の院内カウンセラーとの連携がますます重要になると思われる。

(3) 臨床心理士会サイドの問題と課題

上述したように、本事業は地方自治体の事業の性格が強く、雇用条件が必ずしも良くなく、各地域で派遣カウンセラーの要員確保が困難をきわめている。

茨城県や中国四国ブロックでは、本事業が行政から県臨床心理士会に業務委託されている。臨床心理士会委託の場合、行政主導の派遣と異なり、カウンセラーの業務に幅を持たせることで一定額の謝金を保証するなどある程度の雇用条件を改善することができる。また、会として受託しているので、派遣カウンセラーの支援体制も整えやすい。今後は、行政がすべてを管理する行政主導型から、臨床心理士会への委託型が増えることが望ましいと思われる。

おわりに

わが国では、先進諸国のなかで例外的に感染者がいまなお増加し続けてカウンセリングへのニーズも増大している。一方、厳しい医療経済状況や医療領域における臨床心理士の国家資格制度の未整備などのために医療領域における臨床心理士の雇用は進まない。「派遣」は基本的には過渡的な雇用形態であるが、本事業は当分の間はわが国のH I Vカウンセリングの主流となることが予想される。その意味では、本事業を通してわが国の医療領域における臨床心理士の真価が問われているといっても過言ではない。今後の課題としては、各地域における本事業に関する情報を本WSや会報などを通してますます積極的に会員に提供し、もっと多くの地域で本事業が展開されるようにするとともに、その活動の質を向上させ、感染者、医療および行政関係者の評価を得て、臨床心理

士を地域医療の中に制度的に位置づけられるように努力する必要があると思われる。

引用文献

1)池上千寿子(1999): 地域における直接的支援とカウンセリング体制に関する研究. 平成

10 年度厚生科研「 HIV 感染症の疫学に関する研究」研究報告書 531-558 頁.

2)小西加保留(1999):HIV 感染者・AIDS 患者に対する心理社会的相談援助についての実態調

査. 平成 10 年度厚生科研「エイズ治療の地方ブロック拠点病院と拠点病院間の連携に

関する研究」研究報告書 ,75-90 頁.

3)兒玉憲一 1997 感染者支援組織への係わり方に関する研究, 平成 8 年度厚生省科研

「エイズ患者・ HIV 感染者に対する直接的支援に関する研究」報告書, 71-100 頁

4)山中京子 1998 派遣カウンセラー事業の実施方法に関する研究, 平成 9 年度厚生省科

研「 HIV 感染症の疫学に関する研究」報告書,519-526 頁.

5)山中京子(1999):HIV 感染者・エイズ患者のための心理・社会的援助とカウンセリングに

関する医師の意識と利用行動に関する研究. 平成 10 年度厚生科研「 HIV 感染症の疫学

に関する研究」研究報告書 ,559-581 頁.

第 4 章 HIV カウンセリングと病院臨床 --- 1994 年から 1999 年を振り返って---

矢永由里子

I. はじめに

エイズが1984年に日本において大きな社会問題になって以来、現在15年が過ぎようとしている。HIVに汚染された血液凝固製剤を治療として使用した血友病患者にHIV感染が広まり、エイズ問題の当初はほとんどのHIV感染者が血友病患者であり、この現状を「日本型エイズ」と呼ぶ人もいる。HIV感染者・エイズ患者への対応は、血友病専門の医療現場--主に小児科--で急務となり、カウンセリングも血友病患者とその家族を対象に包括医療の一環として開始された。その後、性行為によるHIV感染が、感染者が異性愛者や同性愛者の中にも現れ始めたため、一般内科の感染症専門でのエイズ対応が求められるようになり、カウンセリングの現場も、徐々に内科受診の患者への対応へと徐々にシフトし始めつつある。

本稿では、1994年より1999年の6年間を、前期(1994年から1996年)と後期(1997年から1999年)の2期に分け、それぞれの医療現場の状況(医療環境、患者や家族の状況、医療従事者の状況)と心理臨床家に求められた病院臨床の内容とその対応を、HIVカウンセリングワークショップの資料を元に再考する。また、この検討を通して6年間の病院臨床の流れを振り返り、今後の病院臨床における臨床心理士の動きについても考察を加えたい。

II. HIVカウンセリングと病院臨床

1) 前期 1994年--1996年【カウンセリング：点と点の繋がり、線としての活動】

HIV医療の状況：薬物治療の黎明期

治療不可能な疾患から、薬物治療の対象となる疾患へ

臨床心理士の状況：医師の依頼を受けて、孤立する感染者・家族への支援

医師、看護婦との連携

1：医療現場 --- HIV治療の始まり

HIV感染を患者に告知することが、即、死の告知を指していた医療現場に、逆転写酵素阻害剤AZTが登場することで、HIV医療が治療の意味合いを持ち始めた。その後、ddI、ddCと新たな薬剤が開発され、ようやくHIV感染が治療可能な疾患となり始めた。しかし、同時に、この新薬が効を奏せず、エイズ発症--末期--死という過程を辿る患者も続出し、医療現場は、治療改善への将来の希望と日々悪化するエイズ疾患への無力感の交錯する場であった。またこの時期より、HIV医療の地域格差の是正や、診療拒否の解消を目的に、各自治体

に HIV 治療の中心となるエイズ診療拠点病院が複数設定され、HIV 医療の整備が進んだ。

2 : HIV 感染者・エイズ患者の状況 --- 症状悪化を伴う状況、新たな感染者群の出現

血友病の患者にとっては、HIV 感染から 10 年が経過しており、免疫値の低下によって様々な疾患が出現する患者も多く、入退院を繰り返しながら HIV 治療を受けていた。ターミナル期の患者介護は家族にも様々な負担をもたらした

が、特にエイズによる偏見・差別を避けるために周囲との接触を避けた状態で行われた介護は家族に深刻な精神的苦痛を与えた。

一方、都市圏では、徐々に HIV 感染が同性愛者や異性愛者の間に広がり始め、医療現場に非血友病患者の HIV 感染者が受診に訪れ始めた。

3 : HIV カウンセリング・ワークショップでの病院臨床関連のテーマ

第 1 回（1994 年、小田原市）：分科会では、グループ別のケース・スタディとして、筆者による「血友病患者のパートナーの HIV 抗体検査前後のカウンセリング」など、主に血友病治療基幹病院における感染者の事例が紹介され、カウンセラーの対応が検討された。

第 2 回（1995 年、大阪市）：「医療現場は今」と題する分科会にて、大阪府高槻保健所の松下彰宏医師、HIV 感染者として同性愛者の大石敏寛氏と血友病患者の太田祐治氏、カウンセラーの児玉憲一氏が、医療現場から臨床心理士に期待されていることについて議論を交わした。内容：

第 3 回（1996 年、東京都）：「病院におけるエイズ・カウンセリングの事例を通じて」の分科会では、心療内科勤務の下野麻美氏が、内科医や精神科医が関わる血友病の HIV 感染者のケースについて、院内における複数の科による連携の難しさ、ストレスから身体症状が出現した感染者とその家族への対応をテーマに発表した。また、小島賢一氏が、「ターミナルケアとエイズカウンセリング」の分科会で、HIV カウンセリングのターミナル期の特徴、臨床心理士の役目、末期患者の特徴を取り上げた。

第 4 回（1996 年、福岡市）：病院臨床のテーマを、「エイズ臨床で何をカウンセラーに期待するか：医療現場からの提言」という題目で、初めて全体会のシンポジウムという位置づけで取り上げた。会場には、熊本大学医学部附属病院の松下修三医師、木村真知子看護部婦長、産業医科大学病院の寺本和子看護部婦長、福岡県保健環境部、児玉加代課長を迎え、それぞれの立場からカウンセラーに期待するものを率直に語ってもらった。また千葉大学病院勤務の心理

職の浦尾充子氏からは病院や保健所におけるカウンセラーの具体的な取り組みの発表があった。

4：医療における臨床心理士の関わり

- ・支援対象は、主に血友病患者、男性の同性愛や異性愛の HIV 感染者とそのパートナーや家族であった。
- ・医療現場では、医師から告知後の感染者の精神的支援への介入の依頼が多く、その後の感染者のパートナーへの病名告知にも関わっていった。その他に、感染不安を訴える相談への対応、抗体検査前後のカウンセリング、エイズ発症の患者の動揺への支援、ターミナル・ケア、遺族カウンセリング等を行った。
- ・勤務形態は、1) エイズ予防財団の委託事業である「HIV 感染者等保健福祉相談事業」の一環、2) 行政からの派遣、3) 精神科臨床の一環の 3 通りであった。
- ・臨床心理士の役割は、医師からの依頼を受け、医師--看護婦の医療体制の支援を提供することであった。医師や看護婦だけでは対応困難な告知等の問題と一緒に取り組むことが期待され、医師・看護婦と連携を取りながらカウンセリングを進めていった。

2) 後期 1997 年--1999 年

HIV 医療の状況： 薬物治療の発展 服薬の複雑化

慢性疾患様相への変容

臨床心理士の状況：生活者としての感染者の支援、病院?地域での支援

多職種によるチーム医療の中での役割

1：医療現場 --- HIV 治療の展開、ブロック拠点病院整備とチーム医療、社会福祉制度の活用

前年の 1996 年、カナダのバンクーバーでの第 11 回国際エイズ会議において、既存の薬剤とプロテアーゼ阻害剤の併用療法の治療方針が表明され、先進国ではこの積極的治療が患者に対し用いられ始めた。この治療法によって、患者の病状悪化が防止出来始め、エイズによる死亡者が減少していった。しかし同時に、服薬の煩雑さや副作用の厳しさは患者が治療を受ける上で新たな支障となっていた。

医療体制改善のため、拠点病院設置に続き、1997年には全国8カ所に、ブロック拠点病院が地域の治療水準の向上や医療者のネットワーク化を目的に設置された。各ブロック拠点病院には、HIV医療の専任医師、看護婦、カウンセラー、情報担当官が配属された。ブロック拠点病院を中心に、HIV診療にチーム医療が適応され始め、医師や看護職、臨床心理士、MSW、薬剤師、栄養士、精神科医等の多職種による治療体勢が出来つつある。チーム医療では、職種間のコミュニケーションを重視し、定期的なカンファレンスでケース検討やスタッフ間の情報交換等が活発に行われている。HIV疾患の慢性化傾向に伴い、感染者のニーズはより多様化し、心理社会的側面の支援がますます重要になりつつあり、臨床心理士やMSWが参加するチーム医療体勢は今後のHIV医療の主流となることが予測される。また、感染者にとって、長期化する闘病生活における医療費や生活費問題は深刻化し、社会福祉制度の活用は感染者の大きな関心の一つになっている。勢い臨床心理士にも、障害者手帳等の福祉制度についての基本的理解とその活用が求められ、医療現場にMSWが不在の場合は、臨床心理士がその役割を補う事態も生じている。

2：HIV感染者・エイズ患者の状況 --- 多様な感染者・患者群の出現と患者間の繋がり

後期になり、感染者・患者に新たな群として外国人や女性が現れ始めた。外国人が査証期限を過ぎても日本滞在する場合、社会保障制度は適応外になるため、HIV医療を受けることが困難になり、症状悪化の事態が生じている。また女性の場合は、妊娠時にHIV感染が判明するケースが増えており、感染の事実の受け止めと妊娠継続か中絶かについての決断を同時に行わなければならない状況に非常に強いストレスを経験する。

後期に入ると、感染者は同じ状況にある他の感染者を仲間として求め始め、感染者間同士の繋がり形成、地域活動への発展という様相が生まれ始めている。

3：ワークショップでの報告内容

第5回（1997年、千葉市）：全体会では、「地域の中の連携」というシンポジウムが開催され、シンポジストとして、佐藤武幸氏（千葉大学）、斉藤葉子氏（国保旭病院）、石川洋氏（千葉市保健所）氏が、医療と保健分野の専門家からの発言を行った。

分科会では、「服薬をしないということを選択した患者のケア」と題して、矢永が九州・沖縄地区のブロック拠点病院、国立病院九州医療センターでのチーム医療における臨床心理士の関わりを事例を通して発表した。

第6回（1998年、横浜市）：全体会のシンポジウムでは、「HIV診療における多職種間の連携」をテーマに、模擬事例について複数の専門家がそれぞれの立場から可能な対応についてのコメントを行った。シンポジストは、都立駒込病院の今村彰史医師、横浜市民病院の梅津晶子看護部婦長、東京都清瀬病院の磐井静江ソーシャルワーカー、荻窪病院の小島賢一カウンセラーであった。このシンポジウムを通し、HIV医療における多職種間の連携のあり方が具体的に検討された。

分科会では、「病院におけるHIVカウンセリング」として、東京医科大学病院の山下幸江氏と木曾智子氏が発表し、また「HIV脳症の神経心理学的アセスメント」では、北里大学病院の酒井健氏と磯本明彦氏がHIV感染者への心理テストの応用について発表を行った

第7回（1999年、前橋市）：分科会の「派遣カウンセラーと病院カウンセラー」で、北里大学病院の磯本明彦氏が、総合病院精神科におけるHIV心理臨床について、精神神経科コンサルテーション・リエゾンのシステムの説明と共に、心理テストを活用してのカウンセラーの関わりについて発表を行った。

4：医療における臨床心理士の関わり

- ・外国人や女性の感染者が臨床心理士の新たな支援対象になり始めたが、また同時に、チーム医療ではスタッフの喪失感や無力感を支える機会も増え、スタッフも支援の対象となっている。

- ・医療現場では、前期のテーマに加え、新たにHIV治療の服薬や心理アセスメント、患者の地域活動（患者会やピアカウンセリング）への支援も臨床活動の重要なテーマである。

- ・勤務形態は、前期の3通りの他に、新たに1）ブロック拠点病院のカウンセリング事業の一環 2）総合病院、内科におけるHIV専門カウンセリングという2通りが加わった。

- ・後期では、多職種によるHIV医療が展開され始め、臨床心理士も従来の医師、看護婦との連携からより多くの職種との連携へと、その連携活動の場面が大幅に増加している。

III. 6年間のHIV心理臨床の動向

1994年から1999年を通して、HIV治療の変化に伴い、医療現場の状況も大きく変化してきており、種々の職種がHIV感染症に関わるようになった。臨床心理士会のワークショップで取り上げる内容も、HIV感染者や家族への単一的な心理支援といった視点から、臨床心理士の働きが医療の中でどのような位置づけを持っているか、あるいは持つべきかという視点へと広がった印象を受け

る。ワークショップに医療や地域の保健関係者をシンポジストとして招聘し、臨床心理士のHIV医療への関りについて意見を聴く機会を設けたり、一緒にケースを検討する場を設定したことは、HIV医療における我々の取るべき役割への模索とも言える。

この6年間を通し、臨床心理士がチーム医療の中で心理臨床に取り組む機会が増え、感染者や家族との援助関係の構築と共に、医療スタッフとのスムーズな人間関係の成立も求められるようになった。また、精神科から内科や小児科外来・病棟へコンサルテーション・リエゾンとして臨床心理士が関るケースも増えつつある。心の専門家として感染者について個人的に理解したこと---臨床心理学的理解---を医療スタッフへも伝え、患者の状態像の共有を図りながら、チームの中で心理職独自の足場を築いていくには、コミュニケーション能力や協調性、柔軟性が求められる。

病院臨床とは言え、感染者のニーズによっては地域の保健・福祉の専門家との連携も必要になり、地域臨床への活動の参与の可能性も出てきている。HIV医療に関わる臨床心理士は、従来の単科のみでの臨床行為から、感染者の必要に応じて従来の殻を破り、複数の科や他の職種の人々、地域の保健医療福祉の専門家と築いていくことが今後一層望まれる。今後のワークショップでも、チーム医療や地域臨床における臨床心理士の具体的関りや役割が引き続き検討されることが予測されよう。

しかし、一方でHIV感染者が抱えるテーマには、6年前と現在で変わらぬものも少なくない。HIV感染症に対する社会的な負のイメージは未だ払拭されておらず、特に地方在住の感染者や家族の疎外感・孤立感は深刻である。また治療改善により感染者の生の期間が延長されたが、HIV感染症は今もなお病状によっては進行性を示す疾患である。感染者にとって、疾患の受容、疾患判明によって引き起こる人間関係の問題、死に対する不安、自己への実存的な問いかけ等は、古くて新しいテーマである。6回のワークショップで取り上げた事例も、その内容は個々違っていても、その奥には上記のテーマが共通して流れていたように思う。このようなテーマを踏まえ、感染者の心性や状況を理解しつつ感染者がよいよく生きていけるよう援助するというHIVカウンセリングの基本姿勢は今後も変化しないであろう。

IV. HIV心理臨床の今後

今後は多職種の医療スタッフによる複合的な関りがHIV医療でもますます求められる。われわれはチーム医療の一環としての心理職の機能の強化や、医療スタッフの臨床心理士の役割理解の推進を継続して行うことが必要となるであろう。

現在、HIVの心理臨床をきっかけに医療の他分野にも臨床心理士が関る可能性が生まれつつある。現在までに臨床心理士が関り始めている分野は、HTLV-1 性同一性障害 遺伝疾患 障害児出産 ターミナルケア 難病 臓器移植 である。今後も医療の多様化や広がりによって臨床心理士に求められる役割は多様化することが予測出来る。

最後になったが、HIV医療で臨床心理士がその独自性や真価を発揮するためには、自己研鑽は自明であるが、それと同時に法律上の位置づけも大変重要である。チーム医療の中で国家資格を持たぬままに関与している職種は、現在臨床心理士とMSWのみである。医療現場で働いていると、この現実がいかに医療全体の中でバランスに欠けているものであるかが実感として迫ってくる。諸々の事情もあるであろうが、HIV医療の向上のためにも臨床心理士のための国家資格制度の確立を強く望んでいる。

第5章 HIVカウンセリングと地域臨床

阿曾 加寿子

1. はじめに

地域臨床の分野は、わが国の臨床心理学的援助形態のなかで、これまで必ずしも盛んではなかった。しかし、HIV感染者・AIDS患者（以下、患者感染者という）への心理的援助では、比較的早い段階から自然に地域臨床の視点が導入された。日本臨床心理士会主催の日本HIVカウンセリング・ワークショップでも、以下に示すのように、多くの回で地域臨床の側面がとりあげられている。

第2回（1995.3.25/26、後援：大阪府臨床心理士会）

実践報告と討議：「HIV感染者の地域援助と臨床心理士」

話題提供：児玉憲一氏（広島大学）他、各地域でHIVカウンセ

リ

ングを実践している臨床心理士

特別参加：大石敏寛氏（動くゲイとレズビアンのかい）他

総括：「地域臨床の視点から」

山本和郎氏（慶應義塾大学）

第3回（1996.1.27/28、後援：東京臨床心理士会）

分科会C：「地域の中での心理的援助のあり方」

話題提供：Nigoon Jitthai 氏（東京大学大学院）

横田恵子氏（大阪HIVと人権・情報センター）

第4回（1996.11.23/24、共催：福岡県臨床心理士会）

分科会 C : 「地域のニーズに応える」
話題提供 : 大嶋美登子氏 (別府大学短期大学部) ; 「 HIV ケア
ネット大分と HIV カウンセリング」
吉永亮治氏 (エイズワーカーズ福岡) ; 「 NGO による
電話相談とケア・サポート」
田村隆一氏 (福岡大学) ; 「大学生とエイズ教育」
コメンテーター : 大石敏寛氏 (動くゲイとレズビアン の会)
第 5 回 (1997.11.22/23 、後援 : 千葉臨床心理士会)
シンポジウム : 「地域の中での連携」
シンポジスト : 医療の立場から 佐藤武幸氏 (千葉大学付属病院
医 師)
斎藤葉子氏 (国保旭中央病院看護部長)
行政の立場から 山口淳一氏 (千葉県衛生部保健
予 防課長)
石川洋氏 (千葉市保健所保健予防課長)
心理職の立場から 横田恵子氏 (大阪府エイズ専
門 相談員)
山本和郎氏 (慶應義塾大学文学部教授)
分科会 D : 「地域での活動」
話題提供 : 村上ゆき氏 (西村くりにつく)
福井知美氏 (エイズサポート千葉)
コメンテーター : 光元和憲氏 (ちば心理教育研究所)
第 7 回 (1999.10.23/24 、共催 : 群馬県臨床心理士会)
分科会 D : 「 HIV カウンセリングを通して学ぶコミュニティ心理
学」
話題提供 : 金沢吉展氏 (筑波大学)
コメンテーター : 横田恵子氏 (大阪府立大学)

2 . 地域臨床の基本的理念

このように、エイズカウンセリングへ早くから地域臨床が導入されたのはなぜであろうか。

人は社会との相互関連のなかで生きている。社会にはいくつものサブシステム (家族、友人関係、職場、学校、医療・保健機関、福祉事務所など) があり、個々人は複数のサブシステムの包含関係のなかで暮らす。こうした観点から、クライアントを社会環境とのかかわりのなかに位置づけて問題解決の援助をし

ていこうというのが地域臨床の視点ある。地域臨床でカウンセラーは、面接室でクライアントを待つだけでなく、必要に応じてクライアントの生活の場にかかわっていく。カウンセラーは、クライアントのニーズを的確にアセスメントし、ニーズに合った社会資源とクライアントとをつなぎ、それらが有効に機能しているかどうかをモニタリングする（ケース・マネジメント）。ここで社会資源とは、クライアントの問題を解決・緩和するために利用できる人材（個人・団体）、機関、情報・知識、社会・福祉制度、技能、物資、資金、施設、設備などの物的人的諸要素を総称している。カウンセラーは、地域で利用可能な社会資源を把握し、臨機応変な実践活動を行う。

地域臨床ではまた、カウンセラーが単独でかかわるだけでなく、地域の医療・福祉の専門家とセルフ・ヘルプグループやNGOといった非専門家とで、援助のためのネットワーク・システムを形成し、共同・協力してかかわるといふ側面が重要である。

3．社会的状況の変遷と地域臨床的側面の広がり

<患者感染者の”社会的な死”とカウンセラーの孤軍奮闘>

80年代半ば、HIV感染の問題は、”エイズパニック”という、きわめてセンセーショナルな状況から始まった。こうした社会的状況は、人々にさまざまな誤解や偏見を植えつけ、患者感染者の人としての尊厳を損わしめ、人権を侵害した。患者感染者にとって当時は、社会との接触を極端に制限せざるをえない”社会的な死”の時期にあった。このため、なによりもプライバシー保護が最重要視され、特定少数の専門家のみ（限られた医師やカウンセラーなど）に限られた空間で孤軍奮闘してかかわる、という状況にあった。

<”社会的な死”からの回復と地域臨床の重要性の増大>

しかし患者感染者は、本来、こころの健康度が低いわけではなく、厳しい状況のなかでも少しずつ自己を取り戻してくる。そうしたクライアントは、必ずしも面接室という枠を守って治療する必要がない。むしろ”社会的な死”こそが苦痛で、健康状態が次第に低下する状況にあっても（あるいは、そういう状況に置かれているからこそ）、できる限り社会の中で自分らしく生きたいと思う欲求が生じた。こうした患者感染者のニーズになんとか応えようとの思いが、それまでは面接室だけでごくオーソドックスな心理療法を行ってきたカウンセラーを地域臨床の実践者へと向かわしめた。

<医療の不備を補う地域臨床のネットワーク>

80年代後半から90年代初めは、HIV感染症を積極的に治療するプログラムがなかった。患者感染者は、免疫力が確実に低下していく現実を見据えて生きなければならなかった。またこの時期、わが国では、診療にあたる医療機関

の数がなかなか増えず、患者感染者の診療を拒否する病院さえあった。薬害被害者の実体が明らかになってきたのもこの頃である。このような医療の立ち遅れと医療不信のさなか、専門家ではなくひとりの市民としてできる支援をしていこうと、各地にエイズNGO（非政府機関）といわれる民間支援団体が誕生していった。事実、こうしたNGOは、電話相談やニュースレターなどの手段を使って、感染不安をもつ人や患者感染者とその家族に最新の情報を送り続け、それが心理的なサポートとなった。

92年になると、全国の保健所でエイズ・カウンセリング体制が充実・強化された。それに伴い、保健所に臨床心理士を配置する県や市も出てきて、臨床心理士が陽性告知後のカウンセリングを行う例が増えるなど、行政との連携が図られるようになった。

93年になると、厚生省は、各都道府県にエイズ治療拠点病院を指定し、そこを核とする地域ネットワークづくりをスタートさせた。その結果、拠点病院の精神科に所属する臨床心理士は、患者感染者への心理的援助に積極的に取り組むことが求められるようになった。

また東京都では89年代後半から、カウンセリングを必要とする医療機関や感染者のもとに専門のエイズ・カウンセラーを派遣する制度を設けている。93年度からは、保健婦や医療ソーシャルワーカーの他に臨床心理士も加えられた。カウンセラーがクライアントのもとに出向いて行くこの制度は、きわめてユニークで有効な方法として注目され、以後、他の道府県でも試みられるようになった。

さらにエイズ・カウンセリングでは、進行性の難病という側面、終末期のこのころの問題、性の諸問題、ゲイ（男性同性愛者）や在日外国人などのマイノリティ問題など、心理社会的問題を幅広く扱う。そのためには、個人面接だけではなく、グループ・アプローチやコミュニティ・アプローチ、さらには政治的な活動も必要になった。

このようにエイズ・カウンセリングでは、派遣カウンセラー、NGO、医療機関、保健所、行政といった地域ネットワークのなかで患者感染者をケアするという、地域臨床としての側面がたいへん色濃くなるのが必然であったと考えられる。

< 死の準備をする時代からAIDSとともに生きる時代へ >

90年代の初め頃、抗HIV薬（HIVの複製を抑制する薬）は2種類使われていたが、ウイルスの増殖を確実に抑制することはできず、日和見感染症の予防・治療の方法もまだ確立されていなかった。感染して数年から10年経過する人たちのなかには、免疫機能の低下がかなり進み、それまでに死を迎えた人

も少なくない。カウンセリングのなかでも、どこかに死の受容のテーマを意識せざるをえなかった。

しかし96年頃から、アメリカで承認されていた複数の抗HIV薬が日本でも治験薬として使えるようになり、この治療でウイルスの増殖をかなり確実に抑えることができるようになった。これは、患者感染者にとってたいへんな朗報であった。またこの間、日和見感染症の予防・治療法も格段に進歩した。これを機に、AIDSを発症しないで済む、あるいはAIDSを発症しても、それを治して社会に戻ることができる、という状況に至った。その結果HIV感染症は、「死を待つ病」から「慢性疾患のひとつ」として位置づけられるようになった。

98年には、HIV感染による免疫力の低下が「免疫機能障害」と認定され、障害の程度に応じたさまざまな社会福祉制度が使えるようになった。患者感染者にとって最も大きなメリットだったのは医療費の公費負担制度であろう。この結果、医療費を気にせず安心して治療を継続できるようになった。患者感染者にはまた、未来・将来という時間が生まれた。体調も飛躍的に安定し、体力が増してさまざまな社会活動に参加できる人も増えた。まさに、HIV感染症とともに生きる時代の到来である。

4．今後の課題

前述の通り、将来に希望がもてる要素が増えてきた昨今だが、まだまだ課題が残されている。ひとつは抗HIV薬を服用し続ける困難さである。強い副作用に悩まされることも多く、ただ単に服薬率（コンプライアンス）を高めるというのではなく、患者感染者自身が納得の上で服薬管理を行うこと（アドヒアランスを高めること）が重要視されてきている。第二には、HIV感染症に対する誤った認識や偏見が依然根深く残されており、それが患者感染者の行動を制限していることである。第三には、「社会的な死」というブランクからの回復は意外にむずかしく、自分らしい自分を取り戻せないでいる人が少なくない。第四には、障害認定制度が発足したものの、小さな市区町村ではプライバシー漏洩の問題がクリアされていず、申請に踏み切れないでいる人たちがいることである。第五には、患者感染者数は、最近増加傾向にあるという。AIDSを発症して初めて病院を訪れて感染の事実を知るというケースが増えている。これは、これまでの感染予防のプログラムがあまり効果的でなかったことを意味している。

こうした一連の課題をどうクリアしていくのか、どんな新たな局面が生じるのか、なかなか予測はできない。ただ、厳しい局面になればなるほど、地域臨床としてのエイズ・カウンセリングの重要性は、ますます高まるものと思われる。

第6章 HIV カウンセリングと都道府県臨床心理士会

古谷野 淳子

1 HIV カウンセリング担当者の役割

1996年、日本臨床心理士会は都道府県臨床心理士会（以下県士会）に対し、各地域で臨床心理士による HIV カウンセリングを推進していく際の窓口となる担当者の選定を要請した。それに応えて、早速全県士会において HIV カウンセリング窓口担当者（以下 HIV カウンセリング担当者）が決定された。HIV カウンセリング担当者はこれまで、必要に応じ以下のような役割を果たしている。

（1）日本臨床心理士会 HIV カウンセリング専門委員会との連絡窓口となる。

（2）HIV カウンセリングに関する情報を収集し、県士会会員に提供する。また、担当者連絡会議（下記）に出席するなどして他の県士会との情報交換の窓口となる。

（3）都道府県の行政（感染症課、健康対策課、予防課など HIV 対策を担う部署）担当者に対して、HIV カウンセリングに関わる事業計画について問い合わせを行ったり、事業化に向けて交渉を行う。

（4）派遣カウンセラー事業などにより、カウンセラー要員として臨床心理士への依頼が発生した場合には、会内からカウンセラーの選任・推薦・コーディネートなどを行う。あるいはカウンセラーとして実動している会員からの報告を受け、カウンセリング状況を把握しておく。

（5）会員の HIV カウンセリングに対する関心と理解を高め、対応できる人材を養成するために、会員向けの HIV カウンセリング研修の企画・運営を行う。またはエイズ予防財団のカウンセリング研修その他の外部研修に派遣する。

（6）要請に応じて医療従事者や保健婦など HIV に関わる他職種に対するカウンセリング研修の講師を派遣する。

2 HIV カウンセリング担当者連絡会議

この会議は、全国の県士会の HIV カウンセリング担当者が一同に会し、情報交換や協議を行う場である。1996年から開催されるようになったが、例年心理臨床学会大会の機会を捉え、会場内に場を借りて実施している。各回に報告された内容を以下にまとめて振り返る。

第1回 1996年9月23日 東京都 上智大学（参加 37 都道府県）

この年から厚生省の「エイズ拠点病院カウンセラー設置事業」が開始されたのに伴い、各地の自治体で派遣カウンセラー事業を予算化、開始する動きが出てきた。それについて21の県士会のHIVカウンセリング担当者が、地方自治体のエイズ行政担当者と連絡をとり、懇談・協議を行った。うち茨城県と群馬県では実施にむけて具体的な協議に入った。また静岡県と京都府においては既に実施段階に入っており、臨床心理士等が派遣カウンセラーとしての業務を開始した。会議では両府県からそれぞれの派遣システムの説明がなされ、実際に派遣カウンセラーとして動いてみて明らかになったシステムの問題点も指摘された。そこから今後派遣制度を開始する他の地域に対し、派遣元である行政機関への報告をできるだけ簡素化すること、派遣される先の医療機関側にカウンセリングに関わる窓口的な役割を担う人を定めてもらうことなど、カウンセラーが動きやすくなる工夫が提案された。また、派遣カウンセラーの報酬は地域によってまちまちだが、文部省のスクールカウンセラーよりもかなり低額な地域もある。臨床心理士が社会的にまだ十分に認知されていない中、行政に対してスクールカウンセラーの報酬を参考の基準として呈示するなどし、臨床心理士の活動への適正な経済的評価を促していく必要があることが示唆された。スクールカウンセラー事業の全国的な展開の時期でもあり、会員数の少ない県士会ではHIVカウンセリングに関与できる人材不足が問題である。また地域によってHIVをめぐる状況がかなり異なる（例えば報告感染者数が非常に少なく、行政がHIVを切迫した問題として捉えていないところもある）ので、県士会として、あるいは臨床心理士個人としての活動は地域の事情に沿った形とペースで展開されていくことが予想された。

第2回 1997年9月22日 仙台市 東北大学（参加 39 都道府県）

カウンセラー派遣事業の動向として、2県（茨城県、大分県）で派遣事業の県士会への全面委託が始まった。更に、次年度より中国四国ブロックにおいても広島県士会への事業委託を予定していることが報告された。それ以外にも宮崎県では派遣カウンセラーの推薦・登録依頼を県士会が受けるなど、各地で様々な形で行政と県士会組織とのパイプが作られ始めたのがこの年の特徴であろう。また派遣事業の実施要綱に、HIVカウンセラーの資格として「臨床心理士」の文言の記載が増えてきていることも新しい傾向であった。このことは、行政が臨床心理士の資格を認めて医療機関に派遣しているということであり、医療機関における資格の公共性を持つことになる。各県士会のHIVカウンセリング担当者が、行政担当者との対話する努力を続けてきた成果と言えよう。課題としては、前回同様派遣カウンセラーの報酬費の適正化、また、実際にカウンセラーとして動き始めた臨床心理士等へのバックアップ体制の整備などが指摘された。

第3回 1998年9月20日 名古屋市 国際会議場（参加 35 都道府県）

前年度に比べカウンセラー派遣事業を実施する地域は急速に拡大し、全国 33 カ所に至ったこと、派遣カウンセラーの 8 割以上を臨床心理士等が占めていることが明らかになった。また、栃木県と岡山県において派遣事業の県士会委託が決定したことが報告された。このように、HIV カウンセリングが臨床心理士等の専門カウンセラーによって担われることが一般的になってきた一方で、問題点として 事業は立ち上がったものの、実際の派遣依頼が発生しない、または非常に件数が少なく、発展性が見えにくい地域がある カウンセラーの雇用条件の改善がなかなか実現しない それにより新たな人材の参入が進まない、などが挙げられた。

また、この会議の場では HIV カウンセリングを行う上で欠かせない新しい知識として平成 10 年度より開始された HIV 感染者の障害認定について、また HAART 療法（極めて強力な抗レトロウイルス治療）など最新の治療・検査について専門委員から情報提供が行われた。徳島県では「エイズ拠点病院カウンセラー設置事業」に基づいて臨床心理士が拠点病院に配置されたが、実際には末期癌の緩和ケアの一環としてカウンセリングを行っているという報告もあった。HIV をきっかけに臨床心理士の役割が他の身体疾患の心理的援助にも発展していく可能性を示唆する例であった。

第 4 回 1999 年 9 月 11 日 越谷市 文教大学（参加 34 都道府県）

カウンセラー派遣事業が行われている都道府県のうち、派遣依頼が増加し、カウンセラーを増員した地域がある一方で、前年の報告と同様に、派遣依頼がなく開店休業状態で登録している臨床心理士の出番がない、という地域もある。県士会への事業委託が始まって間もない岡山県や栃木県からも、実際の派遣はまだ始まっていないとの報告があった。HIV 感染者の報告数の少ない地域、特定の医療機関に患者が集中しており院内カウンセラーが対応している地域などは、派遣事業が波にのるまで時間がかかるものと思われる。それに対して、カウンセラーを固定雇用（カウンセリング依頼がなくても、決まった日に必ず出務し関連業務に携わる）したことでカウンセリング依頼が順調に伸びた滋賀県の例が出され、雇用形態に関し行政への働きかけが提案された。特記事項として、類縁疾患である A T L（成人 T 細胞白血病）について、病名告知後のカウンセリングに関して関連他職種への研修や、電話相談の担当など新しい役割の依頼を臨床心理士や県士会が受け始めている。

3 各県士会の動き

（ 1 ） 自治体による派遣カウンセラー事業への参加

上述の通り、茨城県・大分県・広島県・岡山県・栃木県の県士会が、県またはブロックの派遣カウンセラー事業の委託を受け、実施運営をしている。栃木県の場合、委託初年度は実際の派遣は行わず、派遣の準備として予算をカウンセ

リング研修実施にあてている。群馬県、神奈川県では県士会への事業委託はないが、県と県士会がタイアップして、派遣カウンセラー事業を行っている。

< 茨城県における派遣事業の概要 >

茨城県からの事業委託により、茨城県士会は平成 9 年 7 月からカウンセラー派遣事業を開始した。初年度の予算は約 300 万円で、エイズ予防財団の研修を終えた会員 4 名をカウンセラーとして任用した。1 年目は県内 4 ヲ所の拠点病院（次年度からは 8 ヲ所）の要請を受けて派遣。事業開始にあたっては、医療従事者にカウンセラーの仕事への理解を促すパンフレットを制作する、派遣予定の拠点病院をまわり関係作りをする、などの準備を行った。

（ 2 ） 日本臨床心理士会主催 HIV カウンセリングワークショップの後援、共催

大阪府、東京都、千葉県、福岡県、神奈川県、群馬県の県士会から、ワークショップ開催（第 2 回～第 7 回）にあたって後援または共催の形でご協力をいただいた。日本臨床心理士会主催のワークショップではあるが、実質的にはプログラム企画から会場準備、講師のコーディネート、広報、当日の運営まで、各県士会に中心的に担っていただいている。いずれの地でも多くの会員のボランティアな尽力により、地域事情に根ざした充実したワークショップが開催された。

（ 3 ） 研修の実施

これまで多くの県士会が、地方自治体またはブロックからの委託研修、あるいは県士会独自の主催による研修を行っている。一例として群馬県士会では、県から HIV カウンセリングの研修事業を年 40 万円の予算で委託され、一般会員の啓蒙を目的とした研修、カウンセラーとして実動している（あるいは今後派遣事業に参加する可能性のある）会員の資質向上を目指した研修、拠点病院の医療従事者にまで対象を広げた研修などを平成 8 年度から毎年行っている。また、平成 9 年度には中国四国ブロックより研修事業の委託を受け、広島県士会と中国四国地方 9 県の各県士会とが共催の形で「HIV カウンセラー養成のための研修会」を行った。HIV カウンセリング研修の内容は、HIV カウンセリングに必要な諸知識を講義によって学ぶ他、ロールプレイによって体験学習をする、感染者本人を講師としてその体験を聞くことにより問題の理解を深める、事例検討をする、などが一般的である。

（ 4 ） HIV カウンセリング関連委員会設置

東京都では 1997 年、県士会の運営委員会の中に「HIV カウンセリング専門委員会」を設け、情報収集と会員への伝達、研修、HIV カウンセリングに携わる会員をサポートするためのネットワーク作り、といった活動を行っている。

1999年にはこの専門委員会として、厚生省あてに予防指針におけるカウンセリングの取り扱いについて要望書

を提出、更に同年12月には東京で開催される日本エイズ学会のサテライトシンポジウム（日本臨床心理士会、東京都臨床心理士会協賛）に専門委員が実行委員として協力した。

また福岡県では1998年、広くエイズ臨床に関わる活動を円滑に推進し、責任ある対応を行うため県士会内に「HIV臨床委員会」を設置した。事業内容はエイズ問題につき、県士会として責任ある対応を行う上での課題の審議、エイズに関わる病院臨床・行政・NGOなどで活動する会員の支援、研修などである。それまで会員個人が単発的に行っていたHIV関連の活動を結集させ、より組織だったものにする事で、会員をサポートすると同時により効果的な活動や臨床心理士に対する社会的理解の促進を目指している。その他石川県でも県士会内にHIV専門委員会を設け、研修を実施する予定である（平成11年9月現在の情報）。

以上、HIVカウンセリングに関わる都道府県臨床心理士会の取り組みを概観した。臨床心理士によるHIVカウンセリングが早くから推進されていた地域（福岡県、広島県など）や、感染者報告が多くカウンセリングへの社会的要請が極めて強い地域（東京都および首都圏のほとんどの県）では県士会ぐるみの継続的な取り組みがなされている。それ以外の地域では、地域の事情（感染者数、医療体制、行政の姿勢や予算、県士会側の多忙さ、人員の不足など）による様々な制約を受けながら、それぞれのペースでHIVカウンセリングへの取り組みを進めている。HIVカウンセリングに携わっている臨床心理士の数は全国的にもまだ限られたものである。個々の臨床心理士を支えるためにも、また、今後確実に増加するであろうHIV感染者に対して我々の専門性を生かした援助を提供できる場を確保するためにも、都道府県臨床心理士会が組織としてこの問題に息長く取り組むことが望まれる。

おわりに

H I Vカウンセリング専門委員会副委員長 兒玉憲一

1997年4月から鶴光代委員長をサポートして3年が経過した。この間、わが国のHIV感染症の現場は大きく変化し、それにともない臨床心理士によるHIVカウンセリングも大きく変容した。激変する医療等の環境に、仲間の臨床心理士がついていけるよう援助するのが本委員会の役割であったが、副委員長の私もあまりの変化の速さにただ立ちつくすのみという感じさえする時があった。

本報告書の各章において各委員が指摘しているように、HAARTでは、医師、看護職、薬剤師、そして感染者自身がアドヒアランス向上のための方策を日夜真剣に研究している。そういう状況で、服薬援助に有効な心理学的な知見が提供できるかどうか、いま臨床心理士の真価が問われている。次に、HAARTでは「差し迫った死」が遠のいた代わりに「アップダウンの激しい人生」にいかにか耐えるかが感染者の課題となり、彼らを支援する心理療法家の役割は増大している。こうしたことをもっとも理解しているのは、最前線のHIV専門医たちである。彼らの多くが、臨床心理士によるHIVカウンセリングの有用性を認め、さまざまな形で支援してくれている。このことを思うとき、臨床心理士は現在多くの困難を抱えているが、未来への明るい希望を持ちつつ、他の専門職の人々とともにHIVとの戦いに参画していきたいものである。