

学位論文

HIV/AIDSカウンセリングに関する基礎的研究
ー包括的HIV/AIDSカウンセリング・システム・モデルの構築の試みー

兒玉憲一

目 次

第1章 問題と目的

第1節 包括的HIV/AIDSカウンセリングの概念	1
第2節 包括的HIV/AIDSカウンセリングの研究の意義	2
第3節 本研究の目的	4

第2章 研究方法

第1節 HIV/AIDSカウンセリングの事例研究	5
第2節 HIV/AIDSカウンセリングの調査研究	5

第3章 HIV感染者AIDS患者の心理社会的問題に関する事例及び調査研究

第1節 HIV感染者AIDS患者の心理社会的問題に関する事例研究（研究1、2）	7
第2節 臨床心理士による HIVカウンセリングに関する調査研究（研究3）	47
第3節 まとめ	59

第4章 包括的HIV/AIDSカウンセリングのサブシステムの調査及び事例研究

第1節 予防啓発カウンセリングに関する調査研究（研究4、5）	61
第2節 検査前後カウンセリングに関する調査研究（研究6、7、8）	67
第3節 感染者支援カウンセリングに関する調査及び事例研究（研究9、10、11）	80
第4節 まとめ	94

第5章 総合的考察と包括的HIV/AIDSカウンセリング・システム・モデル

第1節 包括的HIV/AIDSカウンセリング・システムの事例研究（研究12）	95
第2節 総合的考察	103
第3節 包括的HIV/AIDSカウンセリング・システム・モデル構築の試み	105
第4節 本研究のまとめと今後の課題	110

引用文献	112
------	-----

付録資料1	116
-------	-----

付録資料2	122
-------	-----

第1章 問題と目的

第1節 包括的HIV/AIDSカウンセリングの概念

1. HIV感染症の概念

ヒト免疫不全ウイルス(Human immunodeficiency virus:HIV)を病原体とする感染の全経過をまとめて HIV感染症という。後天性免疫不全症候群(Acquired immunodeficiency syndrome:AIDS)は、HIV感染症の経過のうちの末期的な病態であり、わが国では免疫能の低下に伴って発生する23のエイズ指標疾患・状態によって診断される(北村,1993;高田,1997)。

HIV感染症は、1981年にアメリカで最初に症例が報告され、1983年に病原体として HIVが初めて分離された。本症は、きわめて短期間に世界中に蔓延し、現在も拡大し続けている地球規模のウイルス感染症である。世界保健機関によると、1996年末の時点で世界中の HIV感染者・AIDS患者(以下、一括して感染者とする)数は推計 3,600万人で、2000年までには 4,000万人に達するという。厚生省エイズ・サーベイランス委員会から2カ月に1回発表される「HIV感染者情報」によると、1997年半ばまでに報告されたわが国の感染者数は累計 5,000名を越え、その後も増加し続けている。

HIV感染症は、いまだ根本的な治療法や予防のためのワクチンが開発されておらず、一旦感染すると致死率の高い慢性の進行性難病である。HIVは、血液感染、性行為感染、母子(垂直)感染の3つのルートで感染する。とくに、現在は異性間および同性間の性行為で感染する例が圧倒的に多く、性行為感染症の性格を強めている。

2. HIV感染症と心理学者の役割

心理学者は、HIV感染予防のための個人および地域レベルでの教育プログラム、HIV感染症に伴う精神神経学的症状の診断・治療・ケア、感染者・家族に対する社会的差別や偏見の解消、同性愛者・静注薬物乱用者・血友病患者・セックスワーカーなど特定の集団に対する啓発教育などの実践と研究において重要な役割を果たしている(Morin,1988;Robiner, Parker, Ohnsorg, & Strike, 1993)

3. 包括的HIV/AIDSカウンセリングの概念

本研究では、HIV/AIDSカウンセリング（以下、HIVカウンセリング）について、心理学とくに臨床心理学とコミュニティ心理学の観点から基礎的な研究を試みる。

HIVカウンセリングとは、HIV感染症やAIDSに関連した問題を抱える人々（広義のクライアント）に対して、医師・保健婦・看護婦・臨床心理士といったさまざまな職種や立場の人々（広義のカウンセラー）によって個人、集団、家族、地域システムなど多種多様な形で行われる心理社会的援助の総称である（Hoffman, 1996）。

HIVカウンセリングは、便宜的に、予防啓発、検査前後、感染者支援の3分野に分けられる（世界保健機関, 1991）。予防啓発カウンセリングは、保健所や民間団体のスタッフが、HIV感染に不安恐怖や偏見を抱く人々に正確な知識や情報を提供し、過度の不安恐怖や偏見を解消し、必要ならばHIV抗体検査を受けるように勧めるもので、主に電話相談という手法を用いて行われている。検査前後カウンセリングは、保健所のほか診療所や病院などの医療領域において、主に医師や保健婦の面談によって行われる。検査前カウンセリングの目的は検査を受ける人に予め検査結果の意味を説明し結果の告知に備えることであり、検査後カウンセリングの目的はとくに陽性告知を受けた人の心理的ショックの緩和、医療への導入、二次感染の予防をめざすことである。感染者支援カウンセリングは、医療領域のほか福祉領域などにおいて行われ、医師や臨床心理士などが感染者やその家族に対して心理社会的援助を行うことを目的とする。3つの分野は、それぞれ独自の目的や領域や方法論を持つが、共通性や密接に関連した部分が多いことも事実である。そこで、本研究ではHIVカウンセリング全体を包括的(comprehensive)HIVカウンセリングと呼び、その理論的及び実践的な枠組みを明確にしようとするものである。

第2節 包括的HIV/AIDSカウンセリングの研究の意義

1. わが国の実情に即した研究

HIVカウンセリングに関しては、米国を中心に膨大な量の研究がなされている (Anderson, Landry, & Kerby, 1991; Doll & Dillon, 1997)。ただし、米国とわが国では HIV感染状況や医療制度に大きな違いがある。

米国ではまず男性同性愛者の間で多くの感染者が出た後、麻薬静注常用者の間で感染爆発が起き、さらに異性間性行為や母子感染を通して感染が拡大している。これに対して、わが国ではまず非加熱の血液凝固因子製剤（以下、非加熱製剤）による感染者が 2,000名近く出た後、同性間および異性間性行為による感染者が増加しているが、麻薬静注常用者の感染者や母子感染例はきわめて少ない。また、米国では1996年末の時点での感染者数が推計 150万人であるのに対して、わが国の感染規模はいまだ米国の比ではない。

米国では臨床心理学者やソーシャルワーカーなど専門カウンセラーの資格制度が確立しているのに対して、わが国では専門カウンセラーの国家資格制度がいまだに設けられていない。そのために、わが国では HIVカウンセリングを誰がどのように行うのか、いわゆる職種間での役割分担や相互の連携にいまだ不明確な点が多い (稲垣, 1994)。

このような理由から、米国における研究成果をわが国の HIVカウンセリングに直接活用するには多くの制約があることは明らかである。そこで、米国の先行研究を参考にしながらも、わが国の HIV感染状況や医療制度に即した HIVカウンセリングの研究を行う必要があると思われる。

2. システム理論の観点からの研究

これまで予防啓発および検査前・検査後のカウンセリングの研究は公衆衛生学の立場から、感染者支援カウンセリングの研究は臨床医学や看護学、さらには臨床心理学や社会福祉学などの立場から別々に行われてきた。しかし、先述したように、予防啓発、検査前後、感染者支援の各分野のカウンセリングは実際には相互に深く関連して機能している。また、クライアントサイドに立つと HIVカウンセリングは感染不安の段階から感染告知を経てターミナルケアに至るまで首尾一貫したサービスとして提供されることが望ましい。そこで本研究

では、包括的 HIVカウンセリングを一般システム理論という生物体システムのひとつとしてとらえて研究する。生物体システム理論は、Miller, J.G. が一般システム理論を精神医学や臨床心理学の領域に適用するために提唱した理論であり、人間に関与するシステムを細胞システム、生体システム、集団システムなど7つのレベルで理解しようとする。この理論は、従来は家族療法の分野で知られていたが（遊佐, 1984）、近年は HIVカウンセリングの研究においても有効な枠組みを提供するとして注目されている（Bor, Miller, & Goldman, 1992）。

第3節 本研究の目的

1. 各サブシステムの特徴の明確化

包括的 HIVカウンセリングをひとつの生物体システムとすると、予防啓発、検査前後、感染者支援の各分野はそれを支えるサブシステムとなる。この3つのサブシステムを実際に担っているのは、医師、看護婦（士）、保健婦、臨床心理士、ボランティア、それに感染者自身である。本研究の第1の目的は、各サブシステムにおける HIVカウンセリングの特徴をその担い手に注目して明らかにすることである。

2. HIVカウンセリングの独自性の明確化

本研究の第2の目的は、感染者や家族の多様なニーズに応えるべく発達した HIVカウンセリングの独自性を他のカウンセリング・心理療法との比較を通して明らかにすることである。たとえば、エイズ電話相談と「いのちの電話」との比較、あるいはエイズ患者と末期がん患者のターミナルケアや遺族のグリーフ・カウンセリングの比較などを通して、HIVカウンセリングの独自性を明らかにすることである。

3. 包括的システム・モデルの構築

本研究の第3の目的は、ある特定の地域の3つのサブシステムからなる包括的 HIVカウンセリング・システム（以下、包括的システム）の特徴を明らかにするとともに、地域のニーズに応じた包括的システム・モデルをコミュニティ心理学（山本・原・箕口・久田, 1995）の観点から構築することである。

第2章 研究方法

第1節 HIV/AIDSカウンセリングの事例研究

本研究では、第1の目的のうち臨床心理士および感染者自身による HIV カウンセリングの特徴を明らかにするとともに、第2の目的の HIV カウンセリングの独自性を明らかにするために、臨床心理士による HIV カウンセリングに関する臨床心理学的な事例研究を行った。

また、第2の目的のうちある地域の包括的システムの特徴を明らかにするために、コミュニティ心理学的な事例研究を行った。

事例研究法では、感染者や家族あるいは地域がどのような心理社会的な問題や危機に直面し、どのような方法とプロセスで問題に対処し危機を克服していくかを具体的かつ詳細に分析できるという特長がある。したがって、このような事例研究は、基礎的な研究において重要な資料を提供すると思われる。

第2節 HIV/AIDSカウンセリングの調査研究

1. ロールプレイング録画を用いた調査研究

第1の目的のうちボランティア・保健婦・医師・看護婦による HIV カウンセリングの特徴を明らかにするために、ロールプレイング録画を用いた調査研究を行った。

具体的には、各サブシステムを担っている人々に実際の HIV カウンセリング場面をロールプレイングで再現してもらい、そのビデオ・テープ・レコーダー（以下、VTR）録画を資料としてカウンセリング場面やカウンセリング技法の特徴を明らかにしようとした。

本調査法は、限られた対象の間接的な資料を用いるために制約が大きい。しかし、感染者のプライバシー保護のために直接観察による調査が困難な現状のなかで、カウンセリングの場面やカウンセラーの技法に関して重要な資料を提供すると思われる。

2. 質問票による調査研究

第2の目的のうち、臨床心理士による HIVカウンセリングの独自性を明らかにするために、HIVカウンセリングの研修会に参加した臨床心理士および医療ソーシャルワーカー（以下、MSW）を対象にした HIVカウンセリング活動や役割意識に関する質問票調査を行った。

この質問票調査では、HIVカウンセリングにおける臨床心理士の活動や役割意識が他のカウンセリング・心理療法との場合と異なるかどうかを検討した。さらには、臨床心理士と近接した領域の MSWとの比較を通して、臨床心理士による HIVカウンセリングの独自性を明確にしようとした。

第3章 HIV感染者AIDS患者の心理社会的問題に関する事例及び調査研究

包括的 HIVカウンセリングに関する研究を始めるにあたり、まず感染者やその家族の置かれた心理社会的な状況を正確に把握する必要がある。そこで、本章では、わが国の感染者やその家族がどのような心理社会的問題を抱え、どのような心理社会的危機に直面し、どのようなカウンセリングが行われているかを、臨床心理士による HIVカウンセリングに関する事例および調査研究を通して明らかにする。

第1節 HIV感染者AIDS患者の心理社会的問題に関する事例研究

1. HIVカウンセリング事例における話題とその年次推移の検討（研究1）

研究の目的

本研究では、1989年4月から1996年6月までの間に、感染者やその家族がどのような心理社会的問題を抱え、それらにどのように対処してきたかを明らかにすることが目的である。

ちなみに、この7年間は、エイズ薬害訴訟（以下、HIV訴訟）の和解成立、HIV感染症の医療体制の整備、HIV/AIDSの治療方法の飛躍的な進歩など大きな変化が認められた時期であった（Deeks, Smith, Holodnly, & Kahn, 1997）。

研究の方法

1989年4月から1996年6月末までにC大学医学部附属病院（以下、C大学病院）を中心に行われた2名の臨床心理士による HIVカウンセリング事例において、クライアント（以下、CL）である感染者や家族が語った内容を話題別に分類し、その年次推移を明らかにした。具体的には、計41名のCLが計537回の面接で語った話題を、「告知」「セルフヘルプ・グループ」「AIDS期のQOL」「HIV訴訟」「病状や治療の悩み」「学業・仕事」「人間関係や心理的問題」の7つのカテゴリーによって分類した。なお、各回で同じカテゴリーに分類される話題が複数個あっても1個としてカウントした。

それぞれのカテゴリーの定義を示すと、次の通りである。

「告知」

このカテゴリーは、「本人告知」「パートナー告知」「カミング・アウト」の下位項目からなる。「本人告知」とは、感染者本人に対する感染および発症の告知に関する話題をカウントする。検査前後や告知前後の話題、さらには家族が感染者本人に告知すべきかどうか悩むといった話題、告知に関する一般論など。「パートナー告知」とは、感染者が妻や恋人など性的パートナーに感染を告白すべきかどうか悩むといった話題を始め、告知されたパートナー側の動揺など。「カミング・アウト」とは、告知を受けた感染者本人がパートナー以外の家族や親戚や友人などに感染を告白することに関する話題。

「セルフヘルプ・グループ」

このカテゴリーは、血友病患者家族会（以下、患者会）、感染者によるセルフヘルプ・グループ（以下、S会）、感染者主導のサポートグループなどに関する話題をカウントする。グループメンバー同士の交流に関する話題もこのカテゴリーに該当する。

「AIDS期のQOL」

このカテゴリーは、AIDS末期の患者や家族が生の証や生き甲斐を求めるなど生活の質（Quality of Life, 以下、QOL）に関する話題をカウントする。死の準備、死生観、宗教、さらには死別後の喪の過程など、ターミナルケア全般に関する話題もこのカテゴリーに該当する。

「HIV訴訟」

このカテゴリーは、HIV訴訟に関する話題をカウントする。

「病状や治療の悩み」

このカテゴリーは、「外来での病状や治療の悩み」と「入院での病状や治療の悩み」の下位項目からなる。「外来での病状や治療の悩み」は、外来治療中の病状、治療法、副作用などに関する感染者や家族の不安や悩みなどに関する話題。「入院での病状や治療の悩み」は、入院治療中の病状、治療法、看護、医療費などに関する感染者や家族の不安や悩み

に関する話題。

「学業・仕事」

このカテゴリーは、感染者の就学就職、学費、生活費などに関する話題をカウントする。学校や職場での偏見差別に関する話題も含む。

「人間関係や心理的問題」

このカテゴリーは、感染者や家族の人間関係、性格的な問題や心理的な悩み、精神症状、さらには性的指向に関する話題をカウントする。

研究の結果

研究の結果を、「CLの内訳」「話題のカテゴリー別内訳」「話題のカテゴリー別内訳の推移」の3点に分けて述べる。

1)CLの内訳

①CLの内訳

図1に示すように、計41名のCLの内訳は、感染者本人21名(51.7%)、母親12名(29.3%)、父親2名(4.9%)、妻4名(9.8%)、婚約者2名(4.9%)であった(図1参照)。

②性別内訳

感染者本人CL21名のうち、男性19名、女性2名。男女比は9対1。家族等CL20名のうち、男性2名、女性18名で、男女比は1対9。

③年代別内訳

図2に示すように、感染者本人CL21名のうち、20代8名、30代5名、40代5名と、青年期と成人期の人々で8割を占める(図2参照)。

家族等CL20名のうち、20代4名、30代6名、40代6名、50代4名。これを感染者の年代別にみると、図3に示すように、10代の感染者の親が7名ともっとも多く、20代の感染者の親、妻や婚約者が8名、30代の感染者の妻が4名、40代の感染者の妻が1名の順であった(図3参照)。

④感染経路別内訳

図4に示すように、感染者本人CL21名のうち非加熱製剤経由14名、同性間性

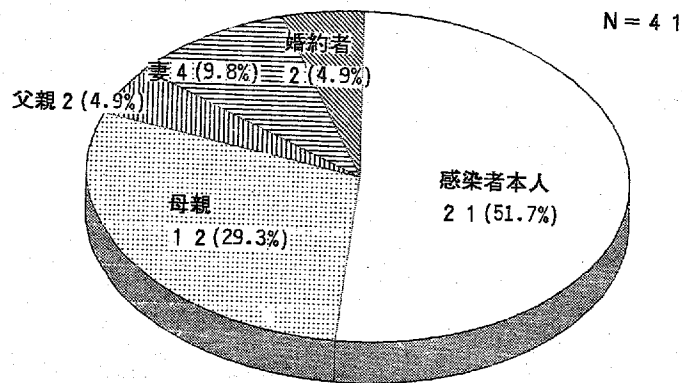


図1 全CL41名の内訳

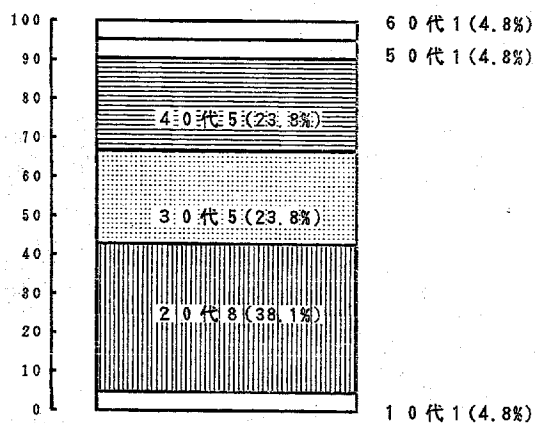


図2 感染者本人CL21名の年代別内訳

行為経由3名、異性間性行为経由4名（図4参照）。家族等CL20名のうち非加熱製剤経由が18名、異性間性行为経由が2名。要するに、非加熱製剤経由が本人CLで66.7%、家族CLで90.0%と圧倒的に多いことがわかった。

⑤面接開始時のCD4数別内訳

図5に示すように、感染者本人CL21名をカウンセリング開始時のCD4数別にみると、500以上が5名、300台3名、200台4名、100台2名、99以下7名（図5参照）。要するに、500以上でいまだ無症候キャリアが23.8%いる一方で、99以下ですでにAIDS発症している者が33.3%もいた。

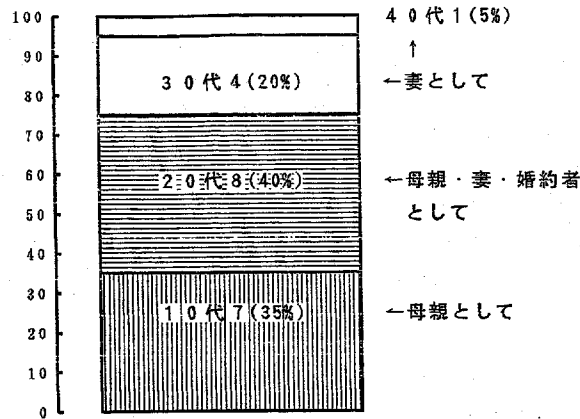


図3 感染者の年代別にみた家族等CL20名の内訳

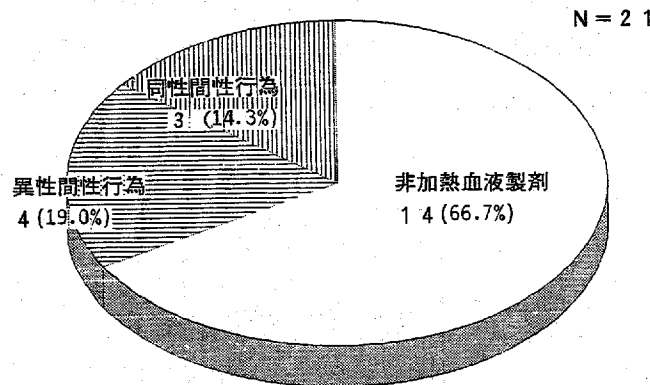


図4 感染者本人CLの感染経路別内訳

⑥面接開始時の主訴別内訳

感染者本人CL21名のうち臨床心理士による面接開始時の主訴が「本人告知にともなう問題」が9名、「ターミナルケア」が5名、「パートナーや親への告白」が3名、「発症不安」が2名。家族等CL20名の主訴のうち「ターミナルケア」が8名、「本人告知にともなう問題」が7名、「パートナーや親への告白」が4名。要するに、本人CLと家族CLの双方で、「告知問題」と「ターミナルケア」がもっとも多かった。

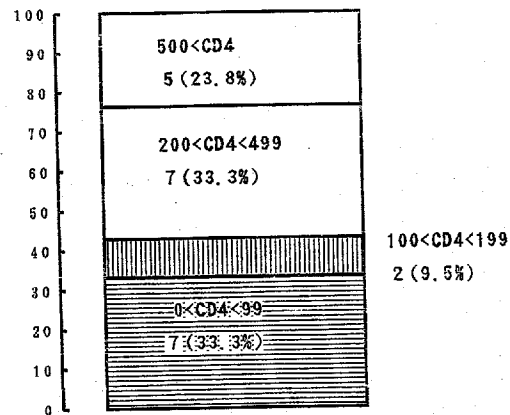


図5 感染者本人CLのCD4数別内訳

⑦面接回数と面接期間別内訳

感染者本人CL21名の面接回数のうち10回以下が12名(57.1%)いる一方で、40回以上が3名(14.3%)もいた。図6に示すように、面接期間でもっとも多かったのは12か月以下の10名(48.6%)、その一方で3年以上が5名(23.8%)もいた(図6参照)。

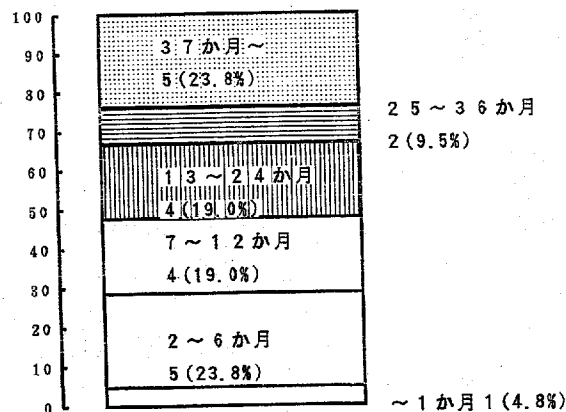


図6 感染者本人CLの面接期間別内訳

家族等CL20名の面接回数のうちもっとも多かったのは、10回以下の16名で80%を占めた。そのうち半数は1回のみで終了していた。面接期間のうちもっとも多かったのは、12か月以下の15名(75%)。その一方で20回以上が4名、2年以上が3名いた。

⑧感染者転帰別内訳

感染者本人CL21名のうち、96年6月末の時点で生存者14名(66.7%)、死亡者7名(33.3%)。一方、家族等CLの感染者20名のうち、生存者9名(45%)、死亡者11名(55%)と死亡率の高さが目立った。なお、家族等CLの感染者20名のうち8名(40%)が来談していなかった。

2)話題のカテゴリー別内訳

この結果を、感染者本人CL全体、非加熱製剤経由感染者本人CL(以下、製剤本人CL)群、性行為経由感染者本人CL(以下、性行為本人CL)群、非加熱製剤経由感染者の家族等CL(以下、製剤家族CL)群の各群について示すと次のようになる。なお、性行為経由感染者の家族等CL2名については面接回数も僅かで分析の対象から除外した。

①感染者本人CL全体

感染者本人CL21名の計379回の面接記録に記載された話題計898個を、前述の7カテゴリーで分類したところ、「病状や治療の悩み」262個(29.2%)、「セルフヘルプ・グループ」159個(17.7%)、「人間関係や心理的問題」140個(15.6%)の順。

②製剤本人CL群

この群の14名の計331回の話題計765個をカテゴリー別に分類すると、「病状や治療の悩み」223個(29.2%)、「セルフヘルプ・グループ」156個(20.4%)、「人間関係や心理的問題」122個(15.9%)の順。

③性行為本人CL群

この群7名の計48回の話題計133個をカテゴリー別に分類すると、「病状や治療の悩み」39個(29.3%)、「告知」34個(25.6%)、「学業・仕事」26個(19.5%)の順。製剤本人CLと比べて「セルフヘルプ・グループ」の話題が少なく、「告知」の話題が多い。

④製剤家族CL群

この群の18名の計150回の話題373個をカテゴリー別に分類すると、「人間

関係や心理的問題」 115個(30.8%)、「病状や治療の悩み」89個(23.9%)、「学業・仕事」69個(18.5%)の順であった。製剤本人CLと比べると、「人間関係や心理的問題」つまり、家族内の人間関係に関する話題が多かった。

図7に示すように、製剤本人CL群、性行為本人CL群、性行為本人CL群ともに「病状や治療の悩み」「学業・仕事」の話題が多いが、製剤本人CL群では「セルフヘルプ・グループ」が、製剤家族CL群では「人間関係や心理的問題」が、性行為本人CL群では「告知」が多いのが特徴的である(図7参照)。

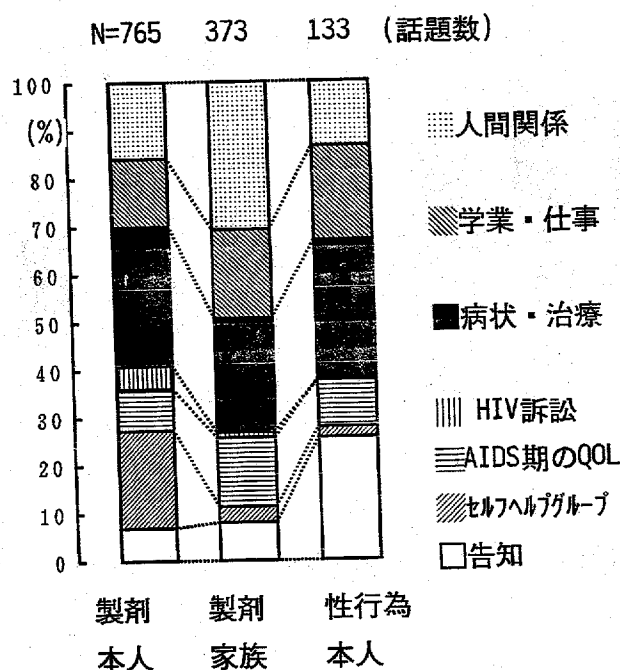


図7 感染経路別にみた話題の 카테고리別内訳

3) 話題の 카테고리別内訳の年次推移

この結果を、面接回数の年次推移、製剤本人CL群における話題の 카테고리別内訳の年次推移の2点について示す。

① 面接回数の年次推移

面接回数の年次推移を見ると、製剤本人CL群の場合は1989年から1996年まで比較的まんべんなく面接が行われているが、性行為本人CL群の場合は1993年と1994年に集中し、製剤家族CL群の場合は1989年と1990年に集中している。

②製剤本人CLにおける話題のカテゴリー別内訳の年次推移

図8に示すように、「セルフヘルプ・グループ」「HIV訴訟」は年とともに増えていくが、「学業・仕事」「人間関係や心理的問題」が減っていくのが認められる。これを前半（1989～1992年度）と後半（1993～1996年度）に分けると、統計的に有意な差（ χ^2 検定 $p < .01$ ）が認められた（図8参照）。その他の2群では、年次推移に有意な差は認められなかった。

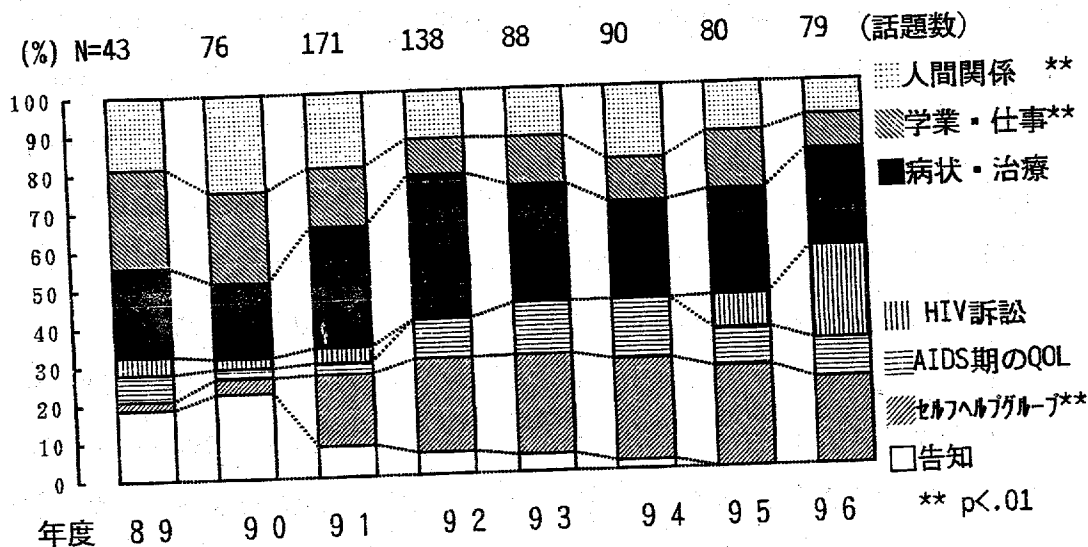


図8 話題のカテゴリー別内訳の年次推移（製剤本人）

結果の考察:

ここでは、研究の結果にもとづき、本研究における HIVカウンセリングやクライアントの特徴、各群における話題の意味、さらには話題の年次推移の意味について臨床心理学の観点から考察する。

1) 本研究の HIVカウンセリングおよびクライアントの特徴

本研究では、医療機関での HIVカウンセリングを研究対象としており、CLの多くが非加熱製剤経由の本人CLと家族CLで、面接開始の時点ですでに病態の重い例が多く、告知問題だけでなくターミナルケアが大きな課題であるなどの特徴が明らかになった。このような点について、以下に考察を試みる。

「医療機関モデル」－兒玉(1995a;1996a)は、わが国の臨床心理士やMSWによるHIVカウンセリングに関する実態調査を継続して行い、わが国の専門カウンセラーによるHIVカウンセリングにはその活動形態によって、「医療機関モデル」「エイズNGOモデル」「保健所モデル」「派遣カウンセリング」の4タイプがあることを見いだした。これによると、本研究は典型的な「医療機関モデル」のHIVカウンセリングに関する研究である。

地域性－隔月に発表される厚生省エイズ・サーベイランス委員会の報告によると、わが国のHIV感染状況は地域差が大きく、性行為経由の感染者は首都圏に集中している。本研究は西日本の一地方都市における非加熱製剤経由の感染者を中心とした研究であった。

そこで、地方都市での「医療機関モデル」によるHIVカウンセリングを対象とした本研究の特徴を明確にするために、首都圏の「派遣カウンセラーモデル」の典型例である東京都エイズ対策室の調査結果との比較検討を試みた(山中・松本・斉藤・井野・森・ジッタイ・前田,1995)。

東京都の報告では1994年度に新規に受け付けた45例が分析されているが、多くの点で本研究の結果と対照的である。共通しているのは、性別(本研究のCL:男性90%、東京都のCL:男性85%)と年代(本研究のCL:20～40代86%、東京都のCL:同93%)。もっとも大きな違いは感染経路で、本研究のCLは非加熱製剤経由が66.7%、東京都のCLは性行為経由が92%である。また、面接で使用された言語が本研究は日本語のみであったが、東京都では24%が外国語であった。面接開始時の病態も、本研究のCLはすでにAIDS発症者が33.3%で無症候キャリアは23.8%に過ぎなかったのに対して、東京都では無症候キャリアが64%もいた。面接開始時の主訴は、本研究の場合「本人告知」「ターミナルケア」「パートナーや親の告知」の順であったが、東京都の場合は「告知・病状の変化による不安」「生活上の現実的問題」「情報・知識の獲得」の順であった。面接回数については、東京都が1年間のみ調査なので比較できない。本研究の場合、本人CLとほぼ同数の家族等CLを対象としたが、東京都の場合は本人CLが多く家族等CLは少ない。

2) 話題の意味すること

次に、面接の話題として多く語られた話題について、その背景を説明するとともに、臨床心理学な意味を考察する。

① CL 3 群に共通する話題

図 7 に示したように、製剤本人 CL 群、性行為本人 CL 群、製剤家族 CL 群の 3 群に共通して「病状や治療の悩み」の話題がもっとも多かった。これは、HIV 感染症治療の困難さや医療体制の整備の遅れのために感染者や家族が悩んでいることを表していると思われる。調査対象にカウンセリングを行った 80 年代後半から 90 年代前半では、抗 HIV 剤などの発症予防薬や日和見感染症の治療薬もごくわずかしかなかく AIDS 発症後の患者の致死率も高かった。それだけに、病状が進行することへの不安や苦悩、治療への不満や苛立ちも強かったと思われる。

次に、「人間関係や心理的問題」が 3 群に共通して多かった。これは、感染者への差別や偏見のために家庭や職場で CL に内的葛藤が生じやすいことを反映していると思われる。本症を抱えたことで親子、夫婦、親戚など親しい人々の間に隠し事が出来たために、CL の人間関係がうまくいかなる例が多かった。このような意味で、本症は身体的疾患であると同時に、コミュニケーションの病、人間関係の病といわれる（池田 1993）。感染者や家族の中には、感染を告知された衝撃のためにうつ状態等の不安定な状態に陥り、精神科的な治療を始めた人も少なくなかった。ごく一部だが感染告知の前から精神障害を抱えていた人もおり、こうした問題の解決についてのカウンセリングも行われた。

② 製剤本人 CL 群に多い話題

この群には「セルフヘルプ・グループ」の話題が多かった。この背景には、治療法が未確立でしかも社会的な差別偏見が強い進行性難病を抱えた感染者たちが、それぞれに孤立隔離された状況を克服し、相互に告白し合い、グループを結成し、強い連帯感のもとに相互援助機能を高めてきた経過があった。

筆者らは、感染者によるセルフヘルプ・グループが発達するために臨床心理士が HIV カウンセリングにおいて果たす役割について早くから注目してきた

(Kodama, Ichien, Takata, Kobayashi, & Ueda, 1992; 児玉・一円・高田・上田, 1995)が、この点については研究11でさらに詳しく検討する。

③製剤家族CL群に多い話題

この群では「人間関係や心理的問題」の話題が多かった。これは、家族である感染者との関係が語られることが多かったためである。とくに、感染者の夫や息子に接していくうえでの家族としての悩みが語られた。「病状や治療の悩み」「学業や仕事」の話題でも、感染者のかたわらにいて心配だが何もしてやれぬ辛さが語られることが多かった。

ところで、この群では「AIDS期のQOL」の話題が多いことである。このCL群の面接開始時の主訴は「ターミナルケア」がもっとも多く、感染者が死亡する割合も高かった。面接では、末期の夫や息子のQOLを高めるにはどうしたらよいかといった家族の苦勞が多く語られた。感染者の家族カウンセリングでは、家族のこうした辛さや苦勞を共感的に理解することが需要である。

④性行為本人CL群に多い話題

この群では、「告知」と「学業・仕事」の話題が多いことが注目される。

まず、「告知」について考察する。製剤本人CL群の本人告知は、80年代後半から始まり90年代初頭にはごく一部を除いて達成されたが、性行為感染は90年代前半から増え始めたので、本人告知、パートナー告知、カミング・アウトはまさに現在進行中であることを反映していると思われる。

次に、この群で「学業・仕事」とくに仕事の話が多いことについて、考察する。これは何ととっても、感染者が20代から40代の働き盛りの世代にあり家族を抱えている例が多いこと、医療費や生活費の問題が大きいことを反映している。製剤本人CL群では、血友病が特定疾患に指定されていたり薬害の救済制度も設けられるので医療費免除や生活支援のための制度がある。ところが、性行為本人CL群の場合、現在のところ特別な救済制度はない。そのために、病状が進行し仕事が継続できず収入が得られなくなった場合に、医療費や生活費の捻出が困難になり生活保護や医療扶助の制度に頼らなければならない例も少なくない。今後効果的な抗HIV薬などの新薬が認可されても、性行為経由の感染

者のなかには経済的な理由でその恩恵を受けられない人が出てくるおそれがあり、何らかの救済制度が新設される必要がある。

ところで、この群では「セルフヘルプ・グループ」の話題がほとんど出て来ない。これは、性行為本人CLがおかれているきわめて孤独な状況を端的に表していると思われる。C大学病院のある地方都市では彼らの数はまだきわめて少ない。加えて、HIV感染者に対する社会の二重規範 double standard、つまり「薬害の感染者はかわいそうだが、性行為による感染者は自業自得」という誤った考え方が社会のなかに根強い。そのために、この群のCLは相互告白やカミング・アウトがいまだきわめて困難で、それゆえにセルフヘルプ・グループを生み出しにくい。東京や大阪などの大都市では、性行為経由感染者によるセルフヘルプ・グループもいくつか生まれているが、地方都市ではいまだ困難な状況が続いている。したがって、地方都市でこそ性行為経由感染者に対する医療従事者や民間の感染者支援団体による強力な援助活動が求められている（児玉・一円・中丸, 1997）。

3) 話題の年次推移の意味すること

次に、面接の話題として多く語られた話題の年次推移について、その背景を説明するとともに、臨床心理学な意味を考察する。

① 「セルフヘルプ・グループ」「HIV 訴訟」の増加の意味

図8で示したように、製剤本人CL群における7年間の話題の年次推移を検討すると、まず「セルフヘルプ・グループ」と「HIV 訴訟」が年とともに増加するのが確認できた。しかも、話題の出現頻度が増加しただけでなく、次に述べるような内容の質的变化を認めることができた。

E県・市においては、1990年までは仲間を渴望しながら実際には孤立したまま寂しく亡くなる感染者が少なくなかった。1991年に感染者同士の相互告白が活発になり、1992年にはついにセルフヘルプ・グループS会が発足し、その話題が多くなった。1995年頃からすでに HIV訴訟の原告となっているメンバーを中心に感染者や遺族に原告となることを促す動きが活発になり、HIV 訴訟の話

題が多くなった。1996年3月に HIV訴訟の和解が成立した後は、地域の医療、福祉、介護等の専門家や市民ボランティアと連携して感染者主導のケア・サポート・グループの話題が多くなった。こうしたことが、「セルフヘルプ・グループ」「HIV 訴訟」の話題を増加させていると思われる。この点については、研究11において、事例研究を通してさらに探究する。

②「学業・仕事」「人間関係や心理的問題」の減少の意味

製剤本人CL群では、「学業・仕事」と「人間関係や心理的問題」が年とともに減少するのが認められた。これは、この群でこうした悩みが年々減ってきたというより、むしろ上述したように感染者自身によるセルフヘルプ・グループの活動が年々活発になり、相互援助機能が強化され、そこで悩みが解決される例が増えたために、筆者らの個人カウンセリングの話題としては減少してきたと解釈できると思われる。

本研究のまとめ

本研究では、筆者らがこの7年間に担当した HIVカウンセリングのCLについて、性別、年代別、感染経路別、CD4 数別、主訴別、面接回数・期間別、転帰別の内訳を紹介した。次に、面接で語られた話題をカテゴリー別に分類し、「病状や治療の悩み」「人間関係や心理的問題」などの話題が多く語られ、「セルフヘルプ・グループ」の話題が年とともに増えたことなどを明らかにした。考察では、面接の話題の背景にある治療法や医療体制の問題点、社会的差別や偏見、感染者同士の援助活動などを臨床心理学の観点から検討した。

本研究を通して、非加熱製剤経由の感染者がかなり高度な相互援助機能を持つセルフヘルプ・グループを発達させているのに対して、性行為経由の感染者は依然孤立しており、医療従事者や民間援助団体に依存せざるを得ない状況にあることが明らかになった。

2. HIV感染者AIDS患者の心理社会的危機の検討（研究2）

研究の目的

多くの事例において、感染者やその家族がいくつもの心理社会的危機に直面することが明らかになった。そこで本研究では、心理社会的な危機が顕著な事例を選んで臨床心理学的な事例研究を行い、感染者や家族が直面する心理社会的危機の局面を具体的に明らかにし、各局面における HIV カウンセリングの意義を考察する。

研究の方法

1989年4月から1996年6月までC大学病院を中心に行われた臨床心理士による HIV カウンセリング 3 事例において、「告知」「パートナー告知」「AIDS 発症直後」「AIDS 末期」「死別後」という心理社会的危機の 5 局面を臨床心理学の観点から詳細に検討した。

研究の結果：

1) 事例 1：告知とパートナー告知を中心にした面接過程

① 事例の概要

CL は面接開始時 40 代前半の血友病の独身男性。20 代から血友病の治療を受けていた公立病院から C 大学病院に転院後、HIV 感染の告知を受け、その直後から臨床心理士（以下、CP）によるカウンセリングが開始され、その後 7 年余り面接回数にして 120 回を越えてなお継続中である。CL は、転院時すでに免疫能が低下し間もなく AIDS 発症したが、抗 HIV 薬や日和見感染症の予防治療薬の進歩で、目立った症状もなく元気で過ごしている。

② 面接過程の概要

長期間の面接過程のうち、ここでは告知直後の反応とパートナー告知の経過を紹介するために最初の 8 カ月の 17 回目までを報告する。なお、図 9 は、事例 1 における〈病気の経過〉と〈面接の経過〉を図示的に示したものである（図 9 参照）。

<告知直後の面接過程>

来談経過 - 20 代から血友病の治療を受けていた公立病院内科の主治医が CL の HIV 感染を疑い、本症の経験豊かな C 大学病院内科を紹介した。検査の結果 H

IV感染がわかり、C大学病院内科の主治医から告知を受け、CPとのカウンセリングを勧められた。

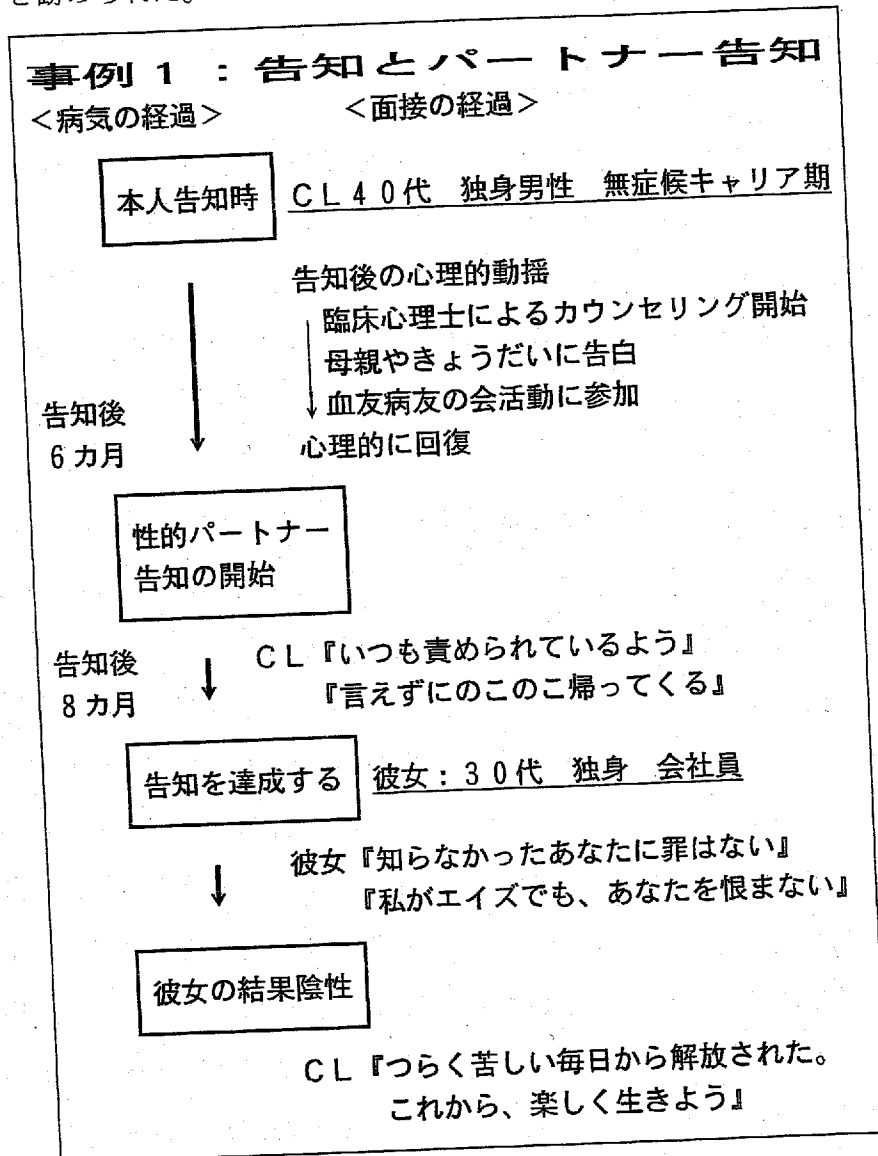


図9 事例1の病気と面接の経過の概要

第1回目—初回面接で、CLは次のように語った。「数年前から血友病の HIV 感染が社会問題になっていても、前の主治医からは何も言われなかった。それで、自分は感染していないのだと思っていた。感染を知らされて強いショックを受けたし、前の主治医に裏切られたように感じた」また、CD4数がすでに 200以下だったこともCLのショックを強めた。寝耳に水の感染告知を受けてから

CLは精神的に激しい動揺と混乱を示し、1週間は眠れなかったという。

第2回目-CLは、告知直後すぐに郷里の母親やきょうだいに感染を告白し、CLの家族もその告白をしっかり受け止めてくれた。家族への告白に多くの時間を費やす事例も少なくないが、CLの場合は非常に早かった。これは、CLが独身で両親やきょうだいとの関係が以前から親密だったこと、CLが40代の成人で開放的な性格であったことなどが関与していると思われる。

第3回目-CLは、転院後まもなくそれまで参加していなかった血友病患者会の活動にも参加するようになった。その結果、短期間に血友病の友人を多く得ることができた。患者会の友人は、その後のCLの生活でかけがえない重要な存在となる。

第4～10回-告知から6カ月経過し面接も10回重ねる頃になると、CLは、家族、友人、主治医、CPなどに支えられて、心理的な安定を取り戻した。

<パートナー告知の面接過程>

第11回目-CLは告知の1年前まで数年間にわたって、ある女性と交際していた。告知から半年が経過し、CLが告知のショックから立ち直ったのを見て、主治医はCLにこの女性に告知する作業に取り組むように促し始めた。

主治医は、「彼女も感染しているかもしれないので、あなたは自分の感染を告白し、彼女にも検査を受けてもらう必要がある」と伝えた。CL自身も、主治医に言われるまでもなく彼女が感染しているのではないかと不安であったが、そのことを伝えると彼女に何といわれるかわからないという恐怖もあった。

第12～15回目-CLは、伝えなければという義務感と伝えるのが怖いという不安恐怖の間でかなり苦しんだ。CLが後に書いた手記にはこう記されている。

「彼女の家まで出かけて、門の前で引き返してのこのこ帰ってくるのが何度もあった」「主治医やカウンセラーに『彼女には話したか』と聞かれる度に、いつも責められているように感じた」

第16～17回目-CLは、主治医から初めて促されてから2カ月半後、告知後8カ月余りで彼女への告知を達成した。2カ月半というのは、後述するように独

身感染者のパートナー告知としてはかなり早い方である。なお、パートナー告知という辛い作業を促した主治医やCPに対してCLには複雑な思いがあったと考えられるが、CLは面接ではあまり多くを語らなかった。

ただ、CPが後日読ませてもらったCLの手記でその間の事情やCLの心境がわかった。それによると、CLが感染を打ち明けた時、彼女から返ってきた言葉は彼女にとって意外なものだった。「好きで仲良くなったのだし、あなたは感染を知らなかったのだから罪はない。私がエイズになっても、あなたを恨みはしない」それから1週間後、彼女から近医で受けた検査結果は陰性だったと知らせてきた。CLは大いに安心しかつ喜び、手記にこう書いている。「よく知らせてくれた。これで私は辛く苦しい毎日から解放されて、自由になれた。心から喜びをかみしめている。これからは、楽しく生きようと思った」

2) 事例2：AIDS発症と末期を中心にした面接過程

①事例の概要

CLは、面接開始時30代半ばの既婚男性。妻との間に2人の息子がいる。血友病患者で非加熱製剤によりHIV感染し、20代後半に現在の主治医から感染の告知を受けた。その後、肝機能障害とHIV感染症が徐々に進行し、入退院を数回繰り返したが、ついにAIDS発症して肺炎で入院。血友病の合併症である肝硬変や大腿部血腫も進行しており、最期の入院となった。

②面接過程の概要

5カ月の入院期間中に、14回の面接が行われた。10回目までは、CLが病棟から車椅子に乗って外来の面接室にやってきたが、11回目からは病状の悪化にともないCPが病棟を訪問しベッドサイドで妻同席のもとで面接を行った。次に、AIDS発症直後、相互告白、末期の3つの主題にわけて面接過程を報告する。なお、図10は、事例2における〈病気の経過〉と〈面接の経過〉を図示的に示したものである（図10参照）。

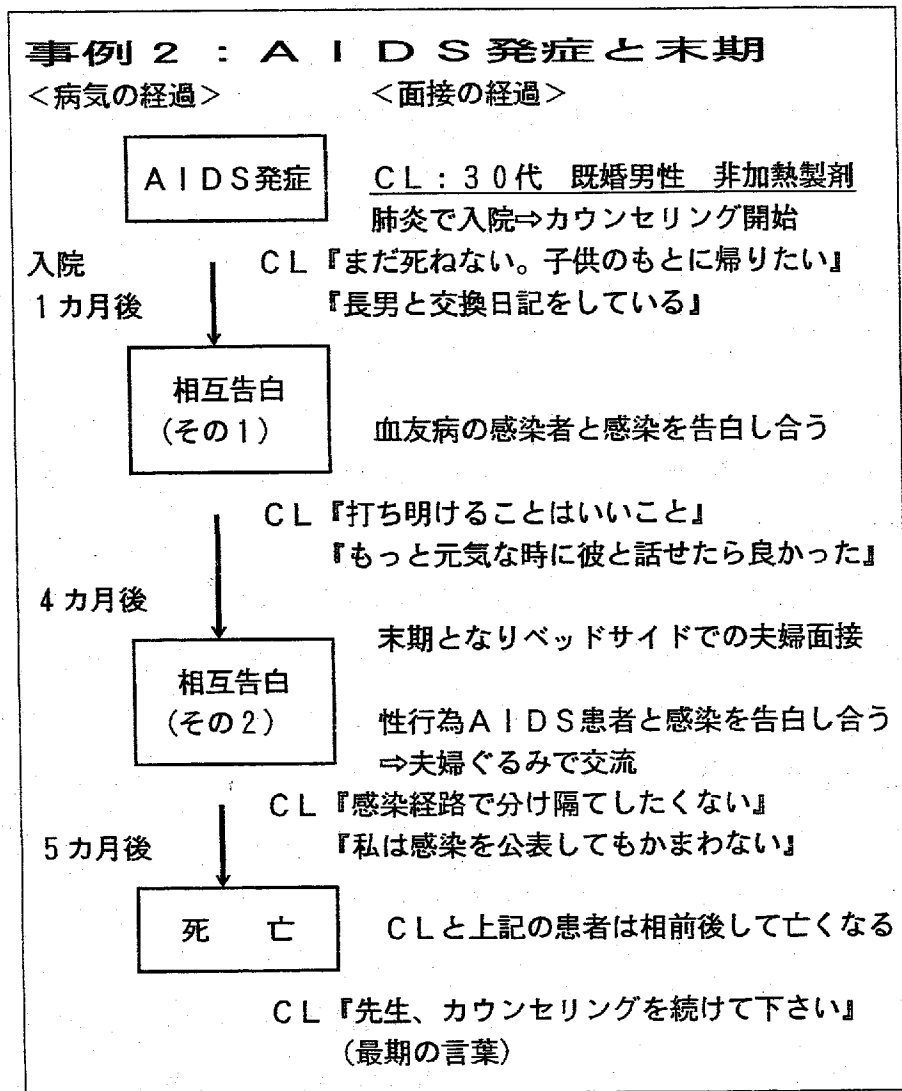


図10 事例2の病気と面接の経過の概要

<AIDS発症直後の面接過程>

来談経過—入院後ひと月経過したが、病状は進むばかり。後手後手に回る治療についてCLの不満が募っているのではないかと察した主治医の紹介でカウンセリングが開始された。

第1回目—病状が悪化し続けているにもかかわらず、CLは病室で主治医や看護婦に不満ひとつ言わないと聞いていたので、CPはCLの気持ちを引き出そうとした。すると、次のような心境が語られた。

「子どもたちとできるだけ一緒に暮らしたいと思っているので、入院はした

くなかった。しかし、喉にはカビがはえるし、咳がひどくて寝れない日が続いたので、仕方なく入院した。もうひと月たつのに、咳は止まらないし、黄疸はひどくなるし、よくなるどころか、かえって悪くなっている。いますぐでも家に帰りたいけれど、何の収穫もないまま帰るわけにもいかない」

CLが内心かなりいらいらしていることが伝わってきたので、CPはその点に焦点づけた。

「主治医や看護婦さんは良くしてくれているので、文句はいえない。でも、正直言ってどうなっているんだと言いたい時もある。治療が後手後手に回っている気がする。それに、子どものことを考えると、落ち込んでしまう。良くなって帰ってくるからと約束して来たのに」

CLが息子たちと過ごしたいと切望するのは、すでにこの時自分に残された時間が少ないことをはっきり自覚していたからである。自分がいなくなったあとにも息子たちに病気に負けず強く生きた父親のイメージ、いわゆる生の証を残したいと思い、CLは小学生の長男と交換日記を始めた。幼い次男に自分の記憶を残すためには、「少しでも長く生き続けるしかない」とCLは語った。

<相互告白（その1）の面接過程>

第1回目—初回面接で、CLが興味深い話をした。

「毎日のように患者会の仲間が見舞いに来てくれているので退屈せずにすんでいる。そうそう、見舞いに来たAさんと話していたら、ベッドに置いていたAZT（最初の抗HIV薬で、一般名アジドチミジンあるいはジドブジン）の瓶を見て、彼が『君も、そうだったのか。実は、自分もこれを飲んでいるんだ』と言い出した。2人とも感染していると知って、別に驚きもしなかった。血友病患者の4割が感染しているというし、彼も出血がひどい方で、血液製剤も多く使ってきたから」

当時のC大学病院では、感染者同士でもお互いの感染をひた隠しにしていたので、Aさんに感染を知られたことをCLがどう思うか聞いてみたところ、CLは次のように答えた。

「私は、妻や両親だけでなく、きょうだいやそのつれあいにも感染していることを話してきた。ただし、患者会のなかでは、エイズのことを話題にしたがらない人もたくさんいるし、ましてお互いに感染を打ち明けるところまで突っ込んで話したこともなかった。1年前に患者会のある会員が亡くなった時も、彼がエイズだったかどうか私たちには知らされなかった。長年苦勞を共にしてきた患者会の仲間だから、お互い本当のことを話せるようになる必要があるとは以前から思っていた。私以上に、Aさんはエイズのことを話せる仲間が欲しかった。それで、『CD4の数はいくらか。いま、どんな症状か』といろいろなことを聞いてくる。私も彼のように無症候の頃には、自分がいつ発病するのかすごく不安だった。ただ、今の私は彼を安心させるどころか不安にさせることしか話せなくて、申し訳ないと思う。私をもっと元気な時に今みたいな話ができていたらよかったのと思う」

たまたまお互いの感染が分かった2人は、これをいい機会ととらえて率直に打ち明けあい、その結果、今まで以上に深い交流が始まった。2人の出会いに接して、主治医やカウンセラーは、できるだけ感染者同士がお互いの感染を打ち明け合っ心おきなく話せる機会をつくりたいと思った。

<相互告白(その2)の面接過程>

第9回目ー入院後4カ月経過。CLの病状は、主治医の懸命の治療にもかかわらず、どんどん悪くなっていった。肺炎は、原因不明のまま進行し、ついには肺の内部で多量の出血が生じた。血を抜く処置を行うがまたすぐに出血する、ということを繰り返す。そんな状態なので、妻に車椅子を押してもらって外来の面接室に来ることさえ困難となる。面接室で会った最後の9回目には、呼吸も非常に苦しいはずだが、それでも彼は声を絞り出すように語る。

「きのうまで、すごく息が苦しかったので、今朝また1ℓほど肺から血を抜いた。今は少し楽になっている。CPに聞いて欲しいことがある。相変わらず、私の所には患者会の仲間がよく来てくれている。それはそれでありがたいが、実はゆうべ同室のBさんが聞こえよがしに『血友病の人はいいね、友達がたく

さんいて。感染経路が違ふと、こうも仲間には入れてもらえないのか』』と
言う。彼が感染者というのは、飲んでる薬から大体察しがついていたが、こ
れまでじっくり話す機会がなかった。相部屋だし、おまけにこちらの動きが取
れなくなったので、廊下で話すというわけにもいかない。でも、私としては、
感染者を血友病とそうでない人に分ける気はないし、分け隔てしていると思わ
れたくない。どうしたら、いいか」

これに対して、CPからひとつの提案をした。主治医が2人の間に入り、お互
いの気持ちを伝えて、2人の了解が得られた後に、2人がじっくり話すという
提案である。これに対して、CLは深くうなづき、「まるでお見合いみたい。こ
の際、主治医に仲人になってもらおう」と答えた。

この面接の後、主治医は双方の患者の意思を確かめたうえで、2人を引き合
わせた。実は、Bさんには、別のカウンセラーがついており、そちらからも同
様の情報が主治医に伝えられており、機は熟していたようだ。その後、CLが相
部屋から個室に替わったこともあって、2人だけでなく、それぞれの妻も交え
て家族ぐるみの交流が始まった。人生の最期にまた新たな友人を得ることが出
来た。まだ自由に動けたBさんは、CLの部屋をたびたび訪ねて話の輪に加わっ
た。相互告白からひと月も経たないうちCLが、そしてそれから間もなくBさん
が永眠した。

<末期の面接過程>

第7回目—CLが死期を悟ってから心を砕いていたことに、家業のことがあっ
た。長男のCLは、自分が存命中に家業の跡継ぎを弟に引き受けてもらおうとし
た。幸い、弟の結婚話もまとまったので、自分たち一家が両親の家から出て、
弟夫婦が実家に帰ってきやすいようにしようとした。

第9回目—ところが、こうしたCLの動きに父親が反発した。父親は、跡継ぎ
のことを長男が勝手に決めたと怒りだした。父親は、長男に迫っている死に直
面したくなかったのである。CL自身や妻には、死は確実に近づいていると実感
することができたが、時折見舞いにくるだけの父親には、まさかこんな若い息

子が間もなく死ぬとはとても思えなかった。したがって、長男の死を前提として跡継ぎ問題を考えることなど、馬鹿げているとしか思えなかった。CLは、最後の外泊をして父親と膝を交えてこの話に決着をつけたかったが、父親はCLのそばに来てくれなかった。

ただ、彼が亡くなったあと、父親は彼の遺志通りに取り計らった。

第11回目－この回以降、CPは病室を訪問しベッドサイドでCLと面接した。面接といっても、肺に出血してたびたび大量の血を抜いている状態では会話などできず、ただCLの手を握って見つめあうだけの時もあった。

今回、CLが苦しい息のなかで何か言葉を発しているの、思わず顔を近づけると「せ・ん・せ・い、カ・ウ・ン・セ・リ・ン・グ・を・続・け・て」と聞こえた。とっさにはその意味がよくわからなかったが、そばにいた妻からCLが「自分以外の感染者へのカウンセリングもこれから続けてほしい」と訴えていると教えられ、CPは「必ずそうする」と約束した。

CPは、こんな状態でも自分以外の人のことまで考えられるCLの心の広さ深さに深く心を打たれた。家族に、患者仲間に、医療スタッフに、そしてCPに多くのことを教えて、彼は亡くなった。

3) 事例3：死別と死別後を中心にした面接過程

①事例の概要

CLは、面接開始時30代半ばの女性会社員。夫との間に2人の娘がいる。彼女の夫は血友病患者で非加熱製剤でHIVに感染し、すでにAIDS発症していた。当時は、日和見感染症の予防も治療方法も現在のように確立しておらず、カリニ肺炎などの症状に苦しめられていた。また、夫は数年前に感染告知を受けて以来慢性的なうつ状態に陥っており、精神科で抗うつ薬の投与も受けていた。

CLに対するカウンセリングは、夫の最後の入院の4カ月前に開始され、夫の入院中だけでなく夫の死亡後も1年余り続けられた。31回の面接経過を、夫と死亡するまでの面接過程と死別後から1周忌までの面接過程の2期に分けて報告する。なお、図11は、事例3における〈病気の経過〉と〈面接の経過〉を図

示したものである（図11参照）。

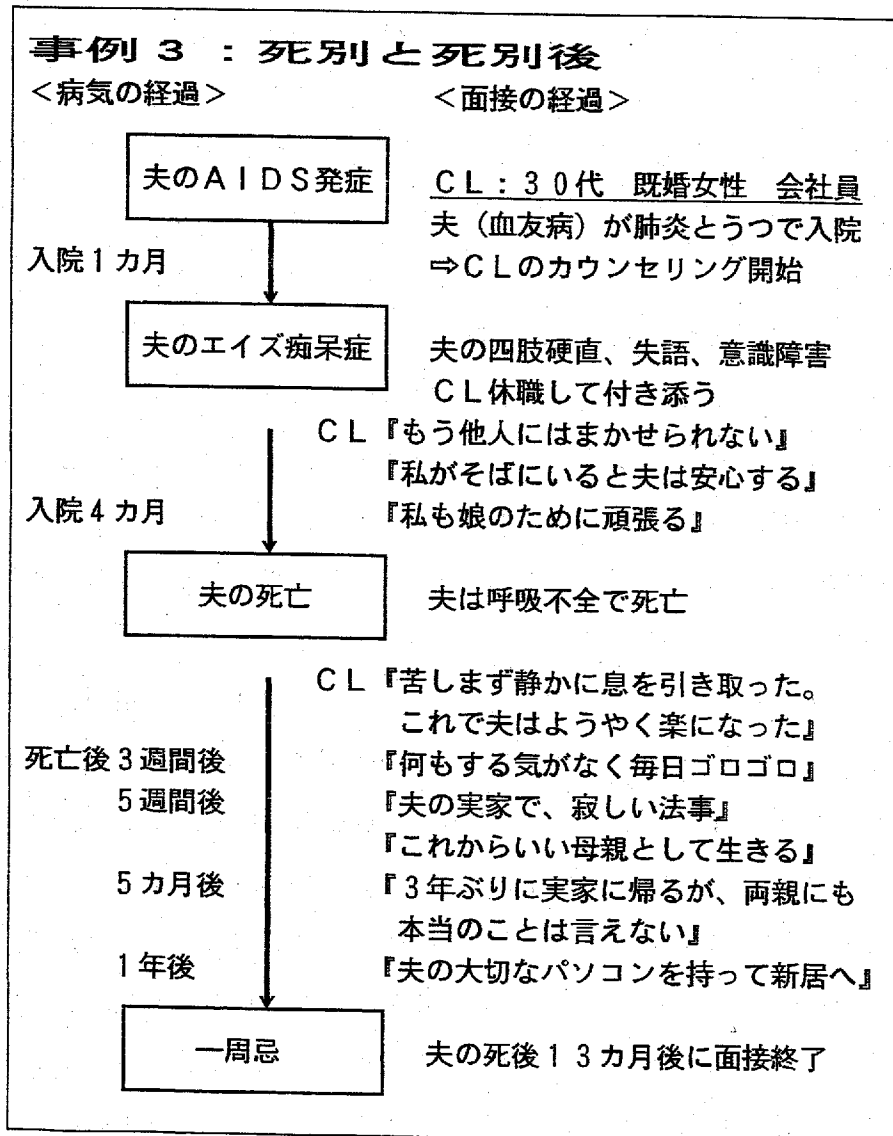


図11 事例3の病気と面接の経過の概要

<夫と死別するまでの面接過程>

来談経過－内科外来の診察に夫婦同伴で来ても、夫婦間にはほとんど会話がなく、主治医から見て夫婦の仲が良くないのではないかと思われた。もしそうだとすると、夫が末期にいたった場合の看護にも支障が生じるのではないか、

そう心配した主治医は、CLにカウンセリングを勧めた。

第1回目—夫の診察に付き添って来院したCLは、夫の主治医からカウンセリングを勧められ、CPと会う。世話になっている主治医の勧めでもあり、むげに断るわけにもいかないが、カウンセリングを受けるのは嫌だという。

「主治医の先生からは、『ご主人の病気のことなど、奥さんもいろいろな悩みが多いだろうから、一度カウンセラーの先生と話してみたら』と言われたが、私には話すことはない。私より、夫の話を聞いてやってほしい。あの人は、家では何も話さない。もともと口数の多い人ではなかったが、4年前に HIVに感染していると告知を受けてから、ほんとに喋らなくなっちゃった。すごいショックだったようで、こんなことなら告知してもらわなかった方が良かったと思う。最初は何も言ってくれないので、イライラした。でも、今はもう慣れた。夫と話せなくても、私には子どもたちがいる。主治医の先生には、夫婦仲が悪いように受け取られているが、別に私たちは喧嘩しているわけでもない。落ち込んで口をきかなくなった夫に、私が合わせているだけ。私はどちらかという誤解されやすい性格で、よく損する」

初回面接のCLは、いささか被害的になっておりCPへの警戒心も強かった。そこで、CPはつとめて批判的、評価的にならないように応答し、彼女なりの見方や考え方をしっかり受け止めようとした。その結果、CLは夫婦関係について主治医と異なる見方をしていることがわかった。つまり、夫がHIV 感染の告知後長いうつ状態に陥っており、彼女が話しかけると負担を感じるようなので、そっとしておくことにしているという。そう言われれば、それはうつ病の患者に対する家族の望ましい接し方でもある。CPは、彼女の話に納得できるような気がした。彼女は、CPの共感的な応答に拍子抜けすると同時に、安心感も抱いたようである。

第9～18回目—面接開始後4カ月経過した時点で、夫は高熱が続いたため入院することになった。入院後ひと月すると、脳症の症状が現れたかと思うと一気に進行し、四肢が硬直し始め痴呆状態に陥った。夫は一言も言葉を発さなくなり、さらに3カ月後に呼吸不全で死亡した。この最期の3カ月に、CLは自発的

に会社を休職して、毎日夫に付き添った。これは彼女のクールな面しか見えていなかった主治医やCPには、予想外の行動だった。CPが週1回の面接を提案すると、彼女はすんなり受け入れ、毎回欠かさず通ってきた。

「夫は、だんだん手足が硬直してきて、もう歩くことも自分で食事することもできなくなった。すべてに手がかかるようになった。それと、お世話になっているのに、こんなことは言っただけいけないと思うが、若い看護婦がシーツ交換のときに夫をまるで汚いものを扱うように運んだのを見てしまった。夫があまりにかわいそうで、これ以上他人にはまかせられないなと思い、会社を休ませてもらおうと決心した。それに、今の主人はよく頑張っていると思う。痴呆が進んでいるからといって、何もかもわからなくなっているのではない。他人に迷惑をかけることを嫌がっていた人だから、今でも看護婦に迷惑をかけないように、ずいぶん我慢していると思う。もう夫はすっかり言葉をなくしてしまって何を考えているかわからないが、ひとつだけはっきりしていること、それは私がそばにいと安心するのか、よく寝ること。私は、昼間は誰とも話さず本でも読みながら過ごしている。辛いときは、子どもたちのことを考えることにしている。いつか、父親のことをすべて話す時がくる。その時には、子どもたちに『お父さんも頑張ったから、お母さんも頑張ったのよ』と言えるように自分を励ましている。」

当時は、まだマスメディアが引き起こした「エイズ・パニック」の恐怖さめやらぬ頃で、CLも夫も自分の親きょうだいにさえ本当のことを話すことを恐れた。もちろん、感染者仲間やボランティアに援助を求めようにも、そのような活動もまだ開始されていなかった。結局、彼女はひとりで4カ月あまり夫に付き添い、最期をみとった。

<死別後から1周忌までの面接過程>

第19回目ー夫の死亡の1週間後の面接で、CLは深々と頭を下げ、挨拶して次のように語った。

「夫を娘たちと3人で看取った。そう苦しまず静かに息を引き取った。葬式

は近くのお寺で行った。葬式では夫の職場の人によくしてもらった。お骨は夫の実家の菩提寺に納めることにした。夫は発病してから娘たちのために本当のことを誰にも言わず、辛い2年間だった。これでようやく楽になったと思う。葬式のあと上の娘には全てを話した。今の職場を続ようと思う。安定した職場で、友達もいることだし、主人を最後までみとれたのも、職場の人に助けられたからだと思う」

夫の死は、夭折であり無念の死であるが、CLにとっては夫を長い苦しみから解放してくれるものでもあった。また、この5カ月は出来るかぎり看病もできたので、妻としては悔いはない。CLは、最後まで付き添うなかで夫への愛情も確認できたし、娘たちにも母親としての姿勢を示すことができた。周りの人の助力に感謝することもできた。面接は、母子3人の生活が軌道にのるまで継続することにする。

第20回目－夫の死亡の3週間後の面接で、CLは次のように語った。

「その後、何もする気力がなく毎日ゴロゴロしていた。家の中も全く片づけていない。どうせ今のアパートはいずれ出るのだから。来週から、仕事へ出るつもり。今近くの分譲マンションを探している。娘たちが将来公立高校に通いやすい場所がいいと思う。夫は生前には全く友人を家に連れて来なかった。死後も誰もやって来ない。血友病患者会に入っていたが、一部の人としか交流がなかった」

ややうつ気味ではあるが、長い看病生活からくる疲労もかなり回復しつつある。顔色も良くなった。これからは仕事に復帰するとともに、新居を探すという。自ら夫への追憶を語ることもなく、過去よりも今後のことに注目しようとしている。学校や近隣でのうわさや差別などをCLは恐れていたが、実際には一切なくむしろ親切にしてもらっている。

第22回目－夫の死亡の3カ月後の面接では、CLは次のように語った。

「マンションの契約をすませた。夫の貯金や生命保険などをかき集めて1千万の頭金を払ったので、月々5万払えばいい。夫は2回目の入院以降高い買い物や貯金をせず貯金してくれていた。この秋に完成し、年末には入居できる。子供

たちは3学期から転校する。娘たちがだんだん大人になっていく。私の言葉にもしっかき反論してくる。夫の百カ日の法事には親子3人で夫の実家に行く。ところで、私は夫のものをどんどん捨てている」

仕事の面でも恵まれており、新居の購入をすませ、母娘3人の生活の再出発も順調である。娘たちにも何ら心身の変調は見られず、この家族の「喪の作業」は表面的にはすでに終了した感じさえある。引っ越しに備えて夫の遺品をどんどん捨てているというので、CPは子どもたちのために形見を残すように提案する。

第29回目－夫の死亡の1年後の面接では、CLは次のように語った。

「マンションへの引っ越しは、姉や職場の人にも手伝いは頼まず、すべて運送会社にまかせたが、友人が3日続けて来てくれて嬉しかった。夫の大切にしていたレコードとパソコンを持ってきた。職場の男の人からよく電話がかかってくるが、娘たちが心配するので断った。娘たちを心配させてまでつきあおうとは思わない。長女が反抗的だったり、生理不順や貧血など長女の体調が悪い。父親の死、引っ越し、転校とストレスのかかることが続いているせいか。もっと長女に目を向けてやりたい」

家庭や職場での再適応のプロセスも順調なので、夫の死後13カ月後の面接で一旦終了とする。

CLの場合は、夫の死に対する悲嘆反応は比較的短く、悲哀感情もあまり強くないように見えた。それどころか、彼女の言葉によると3カ月くらいで夫との思い出は遠い過去のものになってしまったようにも思えた。しかし、彼女の行動に注目すると、法事もきちんと行い、新居に夫の形見を運ぶなど、言葉には出ない夫への思いも明らかになった。夫の死後、いい母親になるという方針で生きている彼女であるが、いずれ娘たちが自立していくときにはまた生き方の変更を求められるだろう。幸い、親しい友人との家族ぐるみのつきあいもあるので、男性との関係も含めて相談することはできるだろう。

なお、CLは一旦終了後も、思春期に入った娘の対応に困ったと言ってCPのもとに数回相談に来た。

結果の考察

1)告知の臨床心理学的検討

事例1の事例研究を通して、告知の諸問題について臨床心理学の観点から考察を試みたい。

①治療とカウンセリングの前提としての告知

事例1のCLは、非告知派の病院から告知派の病院に紹介された後に、告知を受け臨床心理士によるカウンセリングが開始された。なぜCLが告知を受けるために転院しなければならなかったのか、その背景から考察しておきたい。

C大学病院内科では、HIV抗体検査が導入された1980年代半ばに積極的に告知を始めていたが、これは例外的であった。全国的には、1980年代後半においても「HIV感染を告げると患者が悲観して自殺するかもしれないので、原則として告知しない」と表明する医師が少なくなかった。しかし、告知を受けていなかったために感染者が配偶者に二次感染させた例が少ないことが社会問題になり、新しく登場した抗HIV薬を使用するためにも告知が必要となった。そこで、1989年9月に厚生省科研「HIV感染者発症予防・治療に関する研究班」は、主治医はできるかぎり告知を行うようにという趣旨の「勧告」を発表した。その後、1990年代に入ると、「原則的に告知する」という考え方の医師たちが多数派になった(児玉・一円・高田・小林・上田, 1990)。事例1のクライアントはちょうどその頃に告知目的で紹介されたわけである。

ところで、告知(Truth telling)は、治療だけでなく心理社会的な援助としてのカウンセリングの前提であると考えられる(季羽, 1993)。なぜならば、患者が病気の診断だけでなく、現在の状態や今後の予後について主治医から正確な情報とわかりやすい説明を与えられれば、患者は自分の治療や今後の行き方について自己選択、自己決定を行うことはできないからである。カウンセリングとは、クライアントの自己選択、自己決定を援助する活動で、告知のないところには有効なカウンセリングはない。わが国の進行性慢性疾患のなかでHIV感染症は例外的に告知が積極的に推進されたので、わが国の精神科以外の医療

現場でのカウンセリングが可能になったと考えられる。

②告知への心理的反応

事例1のCLは、告知のショックが強く1週間は眠れなかったし、心理的な安定を取り戻すの6カ月を費やしたが、他の感染者に比べればそれでも回復は早い方であった。ここでは、告知後への心理的反応について臨床心理学的な観点から考察する。

検査結果が抗体陽性であると告げられた感染者や家族の心理的ショックはかなり大きい。動揺、絶望、恐怖、不安、怒りなど激しい情緒的混乱に襲われ、泣き叫ぶ人もあれば、逆に言葉を失い引き籠もってしまう人もいる。とくに、うつ状態に陥りやすく、自殺の危険が高まる点は臨床的に重要である(Ostrow, 1997)。

このように検査結果が抗体陽性の場合、その告知は心理社会的に危機的な事態を引き起こす。告知においては、正確な情報提供も重要ではあるが、それ以上に告知された側への心理的な配慮が必要である。心理的な危機的場面に対処するためには1回の面接だけではもちろん不十分で、一定期間は継続的に面接が行われなければならない。また、主治医による面接だけでも不十分で、看護婦、臨床心理士、MSW などからなる包括医療チームが組織的に感染者や家族を支える必要がある。

わが国の場合、1980年代後半に血友病治療の基幹病院に臨床心理士やMSW がHIV専門カウンセラーとして配置され、包括医療チームが組織されたことで、主治医が勇気をもって告知を行うようになり、その結果カウンセリングも可能になったという例が多いのではないと思われる。

③告知の時期

事例1の告知は免疫能の低下がかなり低下してからであり、そのことが心理的ショックを強めた。告知の時期は、臨床心理学的に重要な要因である。

わが国の進行性難病の医療において、本症ほど積極的に告知が行われた例もなく、また本症ほど告知前後に臨床心理士が深くかかわることができた例はないのではないと思われる。告知に立ち会った臨床心理士の経験によると、精

精神的に健康な成人の患者であれば、できるだけ病気の軽い段階で告知することが患者にとっても、患者－主治医関係にとってもきわめて望ましいということである。こうした経験から、癌を始めとする他の進行性難病の医療チームにも臨床心理士が参加できれば、告知はもっと容易になり、患者と医療スタッフの双方が真実を語り合える関係が構築されやすくなると思われる。なお、精神障害者や小児などは、従来告知の対象としては例外とされていたが、治療方法の進歩にともない、最近では例外扱いについて見直しが行われている。

④患者から親への告白

事例1のCLは、告知直後に母親ときょうだいに感染を告白し、母親やきょうだいの冷静に受け止めてくれたが、これは例外的と言ってもいい。

多くの感染者は自らの HIV感染を親やきょうだいになかなか告白できない。長い苦悩の末に、しかも病状の悪化などで隠し切れなくなってようやく家族に告白する感染者も少なくない。

感染者は親きょうだいに告白したことで重い荷を少しおろしたような安堵感を抱く一方で、告白された親きょうだい側は精神的に激しく動揺する 경우가少なくない。しかも、秘密がもれて社会的差別を受けることを恐れてごく限られた範囲の人々でこの衝撃に耐えようとする。したがって、臨床心理士は、感染者だけでなく告白された親きょうだいにも援助の手を差し伸べる必要がある。

2)性的パートナー告知の臨床心理学的検討

次に、事例1の事例研究を通して性的パートナー告知の諸問題について、臨床心理学の観点から考察を試みる。

①パートナー告知の意義

事例1において、告知のショックから回復したCLに主治医はその次の段階として、パートナー告知を促したが、ここではその意味について臨床心理学の観点から考察する。

感染者が性的パートナーや注射器共用者に対して HIV感染の危険性を伝え、HIV抗体検査とカウンセリングを受けるように勧める行為は、パートナー告知

(partner notification) と呼ばれ、感染の拡大を防ぐ意味で非常に重要とされている。感染者本人が直接パートナーに告げる「本人による告知(patient referral)」と、公衆衛生の専門家が代わって通報する「専門家による告知(provider referral)」の2通りがある(世界保健機関, 1991)。

米国では「専門家による告知」が制度化されている州もあるが、わが国の臨床現場では現在のところ「本人による告知」のみが行われている。筆者らは、HIVカウンセリングの実践を通して性的パートナー告知が公衆衛生学の観点だけでなく、感染者の心理社会的援助の観点からも非常に重要な意味を持つことに注目してきた。つまり、パートナー告知という作業を通して感染者は、パートナーの生命の危険を回避するのに役立つだけでなく、パートナーの関係を再構築し、もっとも重要な支援者を再獲得することができる。この点が、もっと注目されるべきである(Kodama, Ichien, Takata, Kobayashi, & Ueda, 1993)。

②性的パートナー告知における感染者の心理的特徴

研究1の対象となった感染者本人21名のうち、性的パートナー告知を必要とすると思われたCLは事例1を含む15事例であった。これらの事例を分析した結果、性的パートナー告知における感染者の次のような心理的特徴が明らかになったので、ごく簡単に紹介する(児玉・一円・高田・上田, 1995)。

15名のCLは男性13名、女性2名。面接開始時の平均年齢は35.4歳で、半数は20代。感染経路は、非加熱製剤経由が7名、性行為経由が8名。結婚歴ありが10名、なしが5名。12名がパートナー告知を達成し、3名が未達成だった。

感染者の多くは、「もし感染させていたら、パートナーの治療を一刻も早く始めなければ手遅れになる」「たとえ感染していなくても、2人の将来にかかわる重大事を隠し続けているのは心苦しい」と思うものの、告知によって2人の関係が破綻したり、失うものがあまりに大きくなるのではないかという不安から、パートナー告知を逡巡した。また、告知によってパートナーを混乱させたり苦しめたくないという相手への思いもパートナー告知を難しくしていた。

非加熱製剤による感染者では、既婚者よりも独身者の方がパートナーへの告知が難しい傾向があったが、これは血友病者は健常者よりもその身体的条件の

ためにパートナーを得るのに苦労することが多く、それだけに告知によってパートナーを失い孤独な境遇におちいる不安が深刻なためと思われる。

異性間性行為で感染した感染者の場合、妻や現在つきあっている相手には告知できるが、それ以外のパートナーへの告知は難しかったが、これは相手が秘密を守ってくれるかどうか不安なためと思われる。

同性間性行為で感染した両性愛の感染者の場合、ステディな同性パートナーには告知できても、妻への告知はむずかしかったが、これは告知が家庭崩壊につながるという危機感が強いためと思われる。

③告知された性的パートナーの心理的特徴

事例1のパートナーは、感染者を批判するどころか受容的な態度を示した。パートナーの告知後の反応について、臨床心理学的に考察する。

上記15事例を検討した結果、告知されたパートナー12名のうち、2名の妻は告知によって夫に拒否的になり、1名の男性は行方不明になったが、それ以外ではその後も感染者に変わらない態度を示した。もちろん、告知を受けたパートナーは、本人告知に匹敵するような心理的衝撃を経験した。程度の差はあっても、強烈な不安や恐怖、孤独感は、どのパートナーも経験すると思われる。

④パートナー告知における技法的配慮

パートナー告知におけるカウンセリング技法について、臨床心理学の観点から考察する。

まず、感染者本人へのカウンセリングについて述べる。臨床心理士は告知直後のクライアントに対して、「パートナー告知は大変難しい問題なので、じっくり話し合っていきたい」と提案して、まず本人の心理的な安定の回復を優先させ、パートナー告知の機が熟するのをじっくり待つ姿勢を示すことが重要である。ただ、それにもかかわらず事例1のクライアントが「(主治医や臨床心理士に)責められているような感じだった」と述懐しているように、パートナー告知の援助は非常に難しい作業である。しかし、パートナー告知の成否は、その後の感染者同士の相互告白やセルフヘルプ・グループの形成にまで影響するだけに、臨床心理士は困難さにめげずに取り組むべきと思われる。

次に、告知直後のパートナーについて述べる。事例1では、パートナーへの援助はできなかったが、パートナーへのカウンセリングは非常に重要である。カウンセリングは、心理的な危機に直面しているパートナーを援助するだけでなく、感染者とパートナーの関係の破綻も防ぐことができ、ひいては感染者の最期を看取ってくれる人を得ることにもなる。

感染者はパートナーに対してもカウンセリングが行われることを事前に知ると、パートナー告知を行う勇気を得ることができる。パートナーに対するカウンセリングの体制を整えることで、パートナー告知を促すことができるのである。

⑤パートナー告知における倫理的問題

最後に、パートナー告知における倫理的な問題について、臨床心理学的の観点から考察する。

米国では、性的パートナー告知における心理療法家の法的、倫理的、道徳的責任をめぐる論議が活発に行われている。性的パートナー告知を拒否し、かつセーフセックスを実行しない感染者との心理療法関係に、「伝染性の強い致命的な疾患の場合には、危険にさらされた人の知る権利が患者のプライバシーの権利に優先し、患者が同意され第三者への告知がおこなわれるべき」というタラソフ (Tarasoff) 原則が適用できるか否かという議論である (児玉・一円, 1997)。

米国心理学会 (APA) では、クライアントの秘密をもらすことは厳しく禁止されているので心理療法家はあくまでクライアントが自発的に性的パートナー告知を行うように心理療法のプロセスを通して教育や援助を続けるべきで、もし万策尽きて守秘義務を放棄する前には同僚や弁護士等のコンサルテーションを受けるべきである、と勧告している。

事例1のCLは、誠実にパートナー告知を遂行する努力を続けて無事達成したので、このような倫理的ジレンマは深刻にはならなかった。しかし、わが国の臨床心理士は、今後パートナー告知を拒否する感染者と出会い、このようなジレンマに直面しないという保証はない。その際、臨床心理士はHIV/AIDS関連の医

学的知識だけでなく、法的、倫理的、道徳的規定に関する最新情報を熟知したうえで、このジレンマに対処する必要があると思われる。

3) AIDS発症時のショックの臨床心理学的検討

事例2の事例研究を通して、AIDS発症時の心理社会的諸問題について臨床心理学の観点から考察を試みる。

①無症候キャリア(AC)期のカウンセリング

事例2で、本人とのカウンセリングが始まる前に、妻とのカウンセリングが数回行われたのは、AC期であった。発症時のショックについて考察する前に、AC期のカウンセリングについて検討する。

告知からある程度時間が経過すると、感染者は心理的な混乱から回復し、告知以前と同じ生活に戻ることができる。その後、表面的には普通の人と何ら変わらない生活が数年続く。この時期には、カウンセリングへの動機づけはさらに低くなり、中断することが多い。感染者に恋人ができたり、結婚話が進んだり、子どもが欲しくなった時など感染者の悩みが深くなる時を除けば、感染者から継続的なカウンセリングが求められることは少なくなる。

ただし、感染から数年経過し、免疫の状態を示すCD4数が500を割り込むと、抗HIV剤や日和見感染症の予防薬の投与が開始される。この時期になると、感染者はCD4数の値に一喜一憂し始め、発症不安のために心理的にも非常に不安定になり、カウンセリングが再開されることが少なくない。事例2の妻のカウンセリングが行われたのもこの時期で、AC期でも後期の頃であった。

なお、最近ではAC期における「投薬開始のショック」がカウンセリングの観点から注目されている。以前は、CD4がかなり低下してからAZTなどの抗HIV薬の投与が開始されていたが、1990年代後半にプロテアーゼ阻害剤など新しい抗HIV薬が続々と開発されるようになり、抗HIV薬の投与開始時期が次第に早くなっている。無症候でもCD4が500以下あるいはHIV-RNA量(血液中のウイルス量の測定値の一種)が3万以上になると、抗HIV薬の投与が始まる。抗HIV薬の投与開始は、必ずしも病状の悪化を意味しないしAIDS発症ではないのだが、

決まった時間に多くの薬剤を服用しなければならないし、副作用も現れる。そこで、感染者はつねに自分が HIV感染者であることを自覚させられるという新たな問題に直面している。「投薬開始のショック」については、今後臨床心理学的な研究が積極的に行われる必要があると思われる。

②AIDS発症のショック

事例2で示したように、AIDS発症（あるいはAIDS指標症状出現）時のショックは大きいので、この点について臨床心理学の観点から考察する。

長いAC期を経て、下痢、発熱、体重減少、リンパ節の腫脹などの諸症状が現れ、従来ARC(AIDS関連症候群)と呼ばれていた時期に入ると、感染者の発症不安や恐怖はさらに一層強くなる。

主治医の指導に従い抗 HIV薬を服用してきたにもかかわらず、CD4数が200以下となり、ついにAIDS診断基準として定められた特定の病態が出現すると、AIDS発症となる。AIDS発症の告知は、感染者にとって長い間おそれていた日の到来であり、残された時間が僅かになったことを実感させられるので、感染告知の時よりも心理的衝撃は大きいと言われる。臨床心理士はこの時期の患者に対応できる態勢（危機介入を含む）を整えておく必要がある。

③AIDS期の患者の心理的特徴

次に、AIDS期の患者の心理的特徴について、臨床心理学的な観点から考察する。

生の証—事例2で示したように、投薬が開始され、症状が出現し、ついにAIDS発症した患者は「確実に、だんだん悪くなっていく」ことを実感させられ、無力感も強まる。患者のなかには、発症告知のショックからうつ状態に陥り、精神科医による治療が必要になることも少なくない。

しかし、事例2のCLが入院を嫌がったように、多くの患者は「辛くても今の生活を続けたい」と訴える。なかには、学業、仕事、趣味、ボランティア活動などに今まで以上に専念するようになる人もいる。また、事例2のCLは、病床で息子との交換日記を続け「病気に負けない強い父親の姿」を文章に残そうとした。自分に残された時間が少ないことを悟り、自らの「生の証」を残そうと

する患者が少なくない。たとえば、ある男性は妻や幼い子供たちにできるだけ多くのお金を残そうと体力の限界ぎりぎりまで仕事を続けた。また、ある男性は病気を押し家族と旅行に出かけ、旅先で自分の笑顔の写真を撮ってもらった。患者が今まで通りの生活を続けること、あるいは生の証を残そうと試みることは、患者が病気に負けない気力を維持するうえでも非常に重要である。

残される家族への思い—事例2で示したように、AIDS発症後の患者は自分の死後に残される家族の生活を案じる場合も多い。他の家族や親族による支援が得られる場合はいいが、そうでない場合は社会資源（社会福祉制度、社会保障制度、地域の民間援助団体）の活用にまで末期の患者自身が心をはせることもある。

カミング・アウト—事例2では、偶然にも感染者同士が感染を告白することになったが、AIDS発症は感染者にカミング・アウトを促すこともある。感染者同士であったり、親きょうだいや友人など身近な人々に対するカミング・アウトであったり、マスメディアを通しての不特定多数の人々へのカミング・アウトであったりする。いずれも、死期が迫ってきているからこそ、自分に正直に生きたい、あるいは自分から他者に強いメッセージを発したいという思いの表れである(Teguis, 1992)。

④AIDS期の感染者の家族の心理的特徴

次に、AIDS期の患者の家族の心理的特徴について、臨床心理学的な観点から考察する。

AIDS期の患者の家族は、本人から感染を告白された直後からさまざまな苦悩を経験するが、感染者が入院するようになるとさらに心身の負担が大きくなる(Hoffman, 1996)。HIV感染の場合、偏見や差別を恐れて親きょうだいにさえ本当の病気を告げることができない場合がある。そのために、妻あるいは母親といったごく限られた人に看病の負担が集中することになる。そこで、看病にともなう家族の悩みの相談相手になるとともに、家族が安心して協力してもらえる親戚や友人やボランティアをさがすのを手伝う役割が臨床心理士に求められる。

4) AIDS 末期の臨床心理学的検討

次に、事例 2、3 の事例研究を通して、AIDS 末期の心理社会的な問題について臨床心理学的な観点から考察する。

①末期の激痛との闘い

まず、AIDS 末期における臨床心理士の役割について考察する。

スタッフ間のコミュニケーション—事例 2、3 で示したように、AIDS 末期になると病状が進行し、患部の激痛に苦しめられたり食欲不振で全身が衰弱し始める。この時点で、積極的な治療から緩和ケアに切り換えられることが多い。ただし、痛みのコントロールがうまくいくとは限らず、患者や家族の主治医や看護スタッフへの不満が募りやすくなる。病棟において、病棟主治医、婦長、外来主治医、臨床心理士によるカンファレンスが行われ、患者や家族と病棟スタッフとのコミュニケーションを改善するための努力が続けられる。

コーディネーター—この時期の臨床心理士はコーディネーター的な役割を引き受け、患者や家族の治療に対する不満を聞き取り、病棟主治医に伝え、できるだけ本人の希望する治療法に変更してもらうように働きかける。病院によってはこの役割は精神科医や外来看護婦が引き受ける場合もある。いずれにしても、ある職種が見落とししたり忘れていたりしやすい側面を他の職種が補うこと、それも個人プレイでなくチームプレイとして補っていけるように促すことが、コーディネーターの役割である。

②家族と友人に囲まれた日々

次に、感染者と家族や友人との関係について考察する。

周囲の人々の愛情や友情—事例 3 の CL は、当時としては例外的に早くから自らの感染を両親やきょうだいに告白しており、彼のベッドサイドには妻だけでなく親きょうだいの姿もあった。また、相互告白で感染者の友人も得た。末期の苦痛に耐えるために、家族の愛情や友人たちの励ましは大きな力となる。感染者はいまだに無用の孤独感や疎外感を体験させられることが少なくない、

「残された日々」が僅かとなった末期こそ今まで以上に周囲の愛情や友情が必

要である。

家族へのカウンセリング事例3で紹介したように、末期の患者を支える家族の心労は大きく、心身ともに疲れ切ってしまう。見舞い客や付添い仲間にも本当のことが言えない苦しさも味わう。臨床心理士は、家族の思いをカウンセリングでしっかり受けとめ、サポートする必要がある。カウンセリングだけではなく、ボランティアによる家族への直接的な援助、たとえば買い物や洗濯の手伝いなどが必要なこともある。また、家族への援助は患者の死亡後も家族の再適応を見届けるまで続けられる。

③感染者仲間の危機

次に、感染者仲間の心理的危機について考察する。

感染者にとって、同じ感染者仲間の友情ほど心強いものはない。しかし、感染者仲間の側から見れば、友人のAIDS発症や死につきあうことは近い将来の自分の姿を予想させるもので、その度ごとに強い不安、恐怖、絶望感を体験する(Maslanka, 1996)。感染者仲間のこのような心理的な危機にもっとも効果的に援助の手を差しのべられるのは、専門家よりも感染者を中心としたサポートグループ(セルフヘルプ・グループを含む)である。臨床心理士は、このようなサポートグループの役割を深く認識し、グループメンバーが活発に活動できるように側面から援助していく必要がある。

④医療従事者の無力感

最後に、医療従事者の無力感について考察する。

事例2の若い病棟主治医は、CLがいよいよ末期になった時に一過性のうつ状態に陥り、臨床心理士によるカウンセリングが行われた。このように、AIDS末期には、医療従事者が患者のために「何もしてあげれない」という深い無力感を体験する(Farber, 1994)。HIV/AIDS医療に熱心な医療スタッフほどこの無力感に強く苛まれる。医療スタッフの「燃え尽き症候群」に陥るのを防ぐためには、医療チームが定期的にケース・カンファレンスが有効である。そこでは、個人的な感情を表出して、スタッフ間で共有し、相互の連帯感を強めていくのであり、臨床心理士はそこでコーディネーターの役割を果たすことができる。

(児玉, 1995)。

5) 死別と死別後の臨床心理学的検討

次に、事例3の事例研究を通して、死別期と死別後の家族の心理社会的諸問題について臨床心理学の観点から考察する。

① 感染者の遺族の心理的特徴

まず、感染者の遺族の心理的特徴について考察する。

事例3における夫の死別や悲哀(悲嘆)の過程に特徴的なのは、CLがHIV痴呆により夫と言葉による交流の途絶したなかで離別せざるえなかったこと、感染者である夫への社会的差別を恐れ続けたこと、そのために末期および死別後にCLが周囲に本当のことが言えず孤立感や孤独感を経験したことなどがあげられる。そうした事情のために、CLの対象喪失に対する適応としての悲哀のプロセスがスムーズにいきにくかった面があったと思われる。

ウォーデン(Worden, J. W., 1993)は、配偶者やパートナーがHIV感染者である場合の死別や悲哀の過程に影響を及ぼす要因として、感染不安、スティグマ(偏見)、社会的サポートの欠如、時期尚早の死(夭折)、同時・多数の対象喪失(multiple loss)、長びいた病気と醜貌化、神経学的合併症などをあげている。事例3の場合には、スティグマ、社会的サポートの欠如、時期尚早の死、神経学的合併症などが、死別や悲哀の過程に大きく影響していると思われる。

② 遺族カウンセリングの可能性

次に、遺族カウンセリングの可能性について考察する。

事例3では、夫が亡くなった病院で妻との死別後カウンセリングを継続できたが、これは大学病院では例外的なことであった。一般的に、夫や子どもが死亡した病院に通うことは悲しみを強める。そのために、遺族の多くはその病院でのカウンセリングに難色を示し、臨床心理士が遺族の自宅を訪問をしない限り遺族のカウンセリングを継続できる例は少なかった。

ただし、1990年代半ばになり、HIV訴訟の原告団が結成され、そのなかに遺族が加わるようになると、遺族同士のピア・カウンセリング的な活動が始まっ

た。1997年から国の事業として薬害エイズ患者の遺族相談事業が始まり、電話相談や病院以外の場での個人およびグループカウンセリングが開始された。その結果、薬害エイズで息子を亡くした親たちのなかに、死別後数年経過していても悲哀のプロセスがほとんど進んでいない人々が少なくないことが明らかになった。なお、薬害エイズの遺族の悲哀のプロセスが、他の遺族とどのように異なり、グリーフカウンセリングにどのような配慮が必要かを明らかにするのは今後の課題である(Dane, 1995)。

第2節 臨床心理士による HIVカウンセリングに関する調査研究(研究3)

研究の目的

本研究の第1の目的は、わが国の専門カウンセラーによる HIVカウンセリング活動の実態とカウンセラーの役割意識を明らかにすることである。

第2の目的は、臨床心理士・心理職とMSW とでは HIVカウンセリング活動や役割意識に職種による違いがあるかどうかを検討することである。

第3の目的は、HIVカウンセリングの経験の有無によってカウンセラー役割意識に違いがあるかどうかを検討することである。最後に、臨床心理士によるカウンセリング・心理療法における HIVカウンセリングの独自性について考察する。

研究の方法

1)調査対象

1989年から1996年までに開催された通算15回の「エイズカウンセリング研修会」の参加者のうち臨床心理士(心理職を含む)とMSW計208名全員を対象に質問票調査を行った。

2)調査方法

無記名自記式質問票を、返信用封筒を同封して郵送し回送してもらった。1997年2月1日に調査票を発送し、2月末日までに回収された調査票を分析の対象とした。使用した調査項目は、基本属性に関する6項目、HIVカウンセリン

グ活動の概要に関する8項目、HIVカウンセリングにおいて取り扱われるテーマに関する5項目、専門カウンセラーの役割に関する10項目の計29項目。最後に、専門カウンセラーによるHIVカウンセリングに関する意見や提言を自由記述形式で求めた（付録資料1参照）。

研究の結果

1)回収率

回答者 154名（有効回収率74.0）

2)基本属性

回答者の性別は、女性97名(63.0%)、男性57名(37.0%)であった。図12に示すように、年齢別内訳は40代66名(42.8%)、30代48名(31.2%)。30代40代で全体の4分の3を占める（図12参照）。図13に示すように、職場別内訳（複数回答）は、総合病院65名(34.6%)がもっとも多く、次いで大学病院、教育機関、精神科医療機関の順である（図13参照）。図14に示すように、職種別内訳は、臨床心理士97名(63.0%)、MSWが40名(26.0%)、心理職15名(9.7%)の順である（図14参照）。職場の所在地（複数回答）をブロック別にみると、関東46名(28.9%)ともっとも多く、次いで東海、近畿、中国の順である。回答者が参加した研修会は、看護婦が主な対象であるエイズカウンセリング研修会（第1～15回）94名(51.9%)、臨床心理士とMSWが主な対象である実務者コース（第1～3回）87名(48.1%)とほぼ同数であった。

3) HIVカウンセリング活動の概要

図15に示すように、回答者（複数回答）のうちHIVカウンセリング活動を行ったことがあるのは72名(42.4%)、まだ行ったことはないが近い将来行う予定があるのは75名(44.1%)、これまで経験もなく近い将来行う予定もないのが23名(13.5%)である（図15参照）。

上記72名の経験者の活動の概要は次の通り。図16に示すように、経験者の立場別内訳は、有効回答者70名のうち臨床心理士・心理職が37名(52.9%)、ソーシャルワーカーが24名(34.3%)、ボランティアが9名(13.5%)であった（図16参照）。

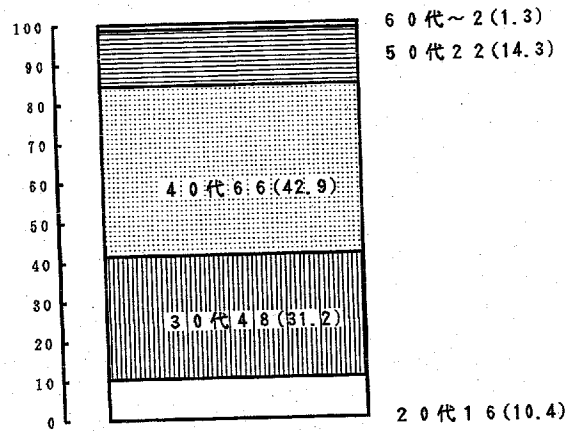


図12 回答者の年齢別内訳

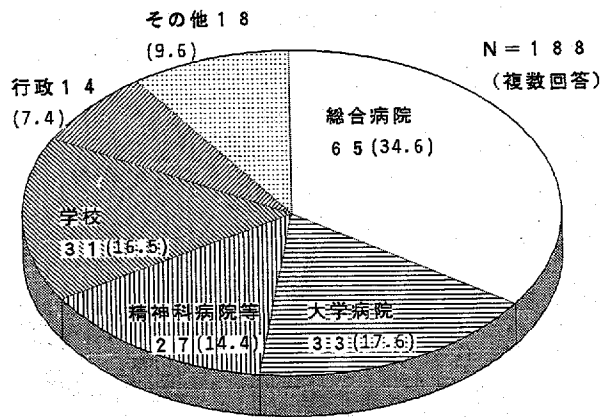


図13 回答者の職場別内訳

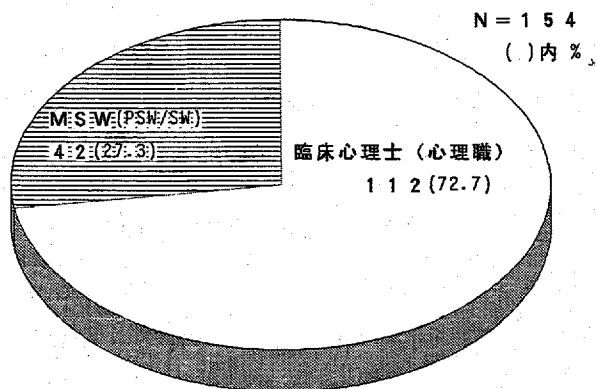


図14 回答者の職種別内訳

検査前カウンセリングの経験があったのは、有効回答者68名のうち38名(55.8%)であった。陰性告知後カウンセリングの経験があったのは、有効回答者67名のうち26名(38.8%)、陽性告知後カウンセリングの経験があったのは、有効回答者67名のうち43名(65.2%)であった。カウンセリングを行った感染者数は、有効回答者55名のうち2～4名が20名(36.4%)、10名以上が17名(30.9%)の順であった。カウンセリングを行った感染者の家族クライアント数は、有効回答者48名のうち2～4名が18名(37.5%)と最も多い。性的パートナーにカウンセリングを行ったカウンセラーは、72名中18名(25.0%)と少なく、パートナークライアント数も有効回答者18名のうち4名以下が15名(83.3%)であった。

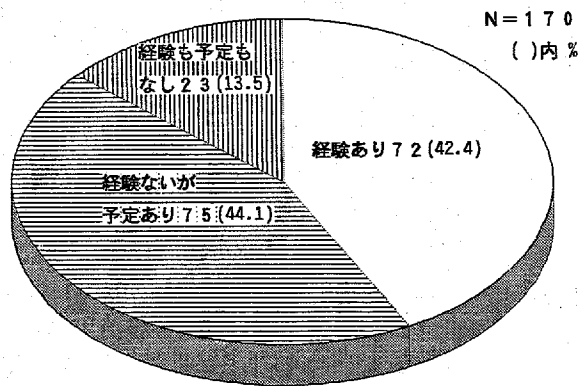


図15 HIVカウンセリング経験の有無

4) HIVカウンセリングで取り扱われるテーマ・課題・問題

HIVカウンセリングでクライアントとカウンセラーの間で話し合われたテーマ・課題・問題について聞いた結果は、次の通り。まず、治療に関するテーマのなかで高い頻度で話し合われたテーマは、通院治療の問題は有効回答者56名中50名(89.3%)、入院生活の問題は有効回答者56名中47名(83.9%)、薬物療法と副作用は有効回答者58名中46名(79.3%)の順であった。生活に関するテーマのなかで高い頻度で話し合われたテーマは、家庭の問題は有効回答者57名中53名(93.0%)、職場や仕事の悩みは有効回答者55名中49名(89.1%)、経済的な問

題は有効回答者57名中45名(78.9%)の順であった。カミングアウトに関するテーマのなかで高い頻度で話し合われたテーマは、親きょうだいへの告白は有効

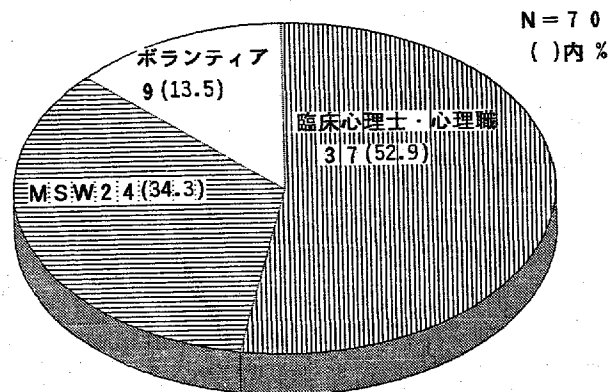


図16 HIVカウンセリング経験者の立場別内訳

回答者55名中49名(77.6%)、同僚や友人への告白は有効回答者57名中39名(68.4%)、配偶者や性的パートナーへの告白は有効回答者56名中38(67.9%)の順であった。表1に示すように、末期に高い頻度で話し合われたテーマは、生の証や生きがい(74.5%)、死の不安恐怖(70.8%)入院中の治療への不満(70.8%)の順であった(表1参照 表中のN数は有効回答者数)。

ところで、職種別のHIVカウンセリングの経験率は、臨床心理士・心理職が33.0%、MSW・SWが57.1%で、1対2の割合である。

5) 専門カウンセラーの役割意識

HIVカウンセリングにおける専門カウンセラーの役割に関する意見を10個ならべ、回答者が妥当と思うものを選んでもらった。HIVカウンセリングの経験の有無によって、専門カウンセラーの役割に関する意見が異なるかどうかを検討したが、10個すべての意見について有意な差は認められなかった。そこで、回答者154名が「そう思う」と回答した意見を頻度の高い順にあげると、図17に示す通りである(図17参照)。つまり、「専門カウンセラーはクライアントに支持的なカウンセリングを行う」(86.5%)、「専門カウンセラーはクライアントに適切な機関や制度の紹介や仲介を行う」(84.6%)、「専門カウンセラーは感染者の主治医や看護婦からのコンサルテーションに応じる」(78.4%)、

「専門カウンセラーはクライアントに心理療法的な援助を行う」(78.2%)、
 「専門カウンセラーはクライアントの心理学的な評価を行う」(70.1%)の順で
 あった。

6) 職種別にみた HIV カウンセリング活動の違い

HIV カウンセリング経験があると答えた回答者(有効回答者59名)のうち、

表1 末期に患者が語るテーマ・課題・問題

(「よくある」「ときどきある」の計)

テーマ・課題・問題	度数/N	%
入院中の治療への不満	34/48	70.8
入院中の看護への不満	31/48	64.6
在宅ケア	30/48	62.5
緩和ケアやホスピス	20/48	41.7
生の証や生きがい	35/47	74.5
死の不安恐怖・死の受容	34/48	70.8
信仰や死後の世界	18/48	37.5
遺書など死後の法的な問題	15/43	34.9

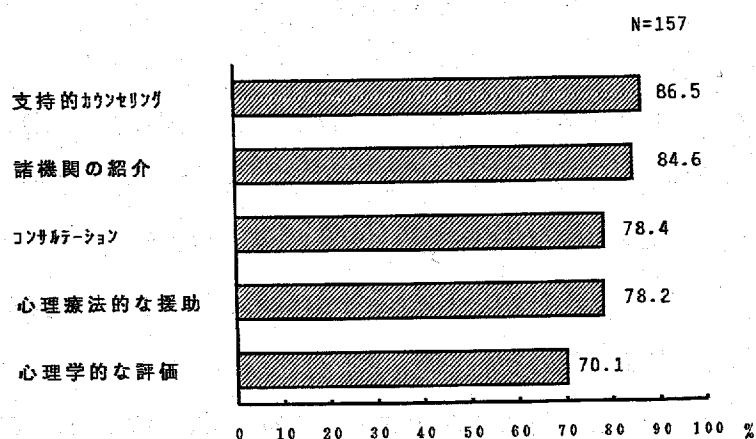


図17 HIVカウンセラーの役割意識(回答者全体)

臨床心理士・心理職とMSW について HIVカウンセリング活動の違いを比較検討した。表2に示すように、陽性告知後カウンセリングの経験に職種による有意差が認められた(表2参照)。つまり、臨床心理士・心理職では71.1%が陽性告知後カウンセリングを経験していたが、MSW では42.9%しか経験していなかった(χ^2 検定で5%水準で有意)。

7) 職種別にみた専門カウンセラーの役割意識の違い

臨床心理士・心理職とMSW について、HIVカウンセリングにおける専門カウンセラーに関する意見の違いを検討した結果、図18に示すように「心理学的な評価」「心理療法的な援助」「紹介と仲介」「社会的な活動」の4つの意見に有意差が認められた(図18参照)。

表2 職種別にみた陽性告知後カウンセリング経験の有無

N=59

	陽性告知後カウンセリングの経験がある	陽性告知後カウンセリングの経験はない	計
臨床心理士	27 71.1	11 28.9	38人 100%
MSW	9 42.9	12 57.1	21 100
COLUMN TOTAL	36 61.0	23 39.0	59 100

df=1 $\chi^2=4.520$ p<.05

臨床心理士・心理職では77.3%が「専門カウンセラーはクライアントの心理学的な評価を行う」に「そう思う」と答えたのに対して、MSW では51.2%しか「そう思う」と答えなかった(χ^2 検定で1%水準で有意)。また、臨床心理士・心理職では84.5%が「専門カウンセラーはクライアントの心理療法的な援助を行う」に「そう思う」と答えたのに対して、MSW では61.9%しか「そう思う」と答えなかった(χ^2 検定で1%水準で有意)。一方、臨床心理士・心理職では79.8%しか「専門カウンセラーはクライアントに機関や制度の紹介や仲介を行う」に「そう思う」と答えなかったのに対して、MSW では95.3%が「そ

う思う」と答えた (χ^2 検定で5%水準で有意)。また、臨床心理士・心理職では22.9%しか「専門カウンセラーはクライアントの諸権利を守るため社会的な活動を行う」に「そう思う」と答えなかったのに対して、MSWでは39.5%が「そう思う」と答えた (χ^2 検定で5%水準で有意)。

結果の考察

1) 調査に回答した臨床心理士・MSWの特徴

本調査に回答した専門カウンセラーは、臨床心理士とMSWで9割を占め、女性、30代40代の中堅層、総合病院や大学(医学部付属)病院の勤務者が多かった。職場の所在地は全国に分布するが、関東ブロックで3割を占めた。こうした特徴は、母集団の特徴を端的に反映していると思われる。

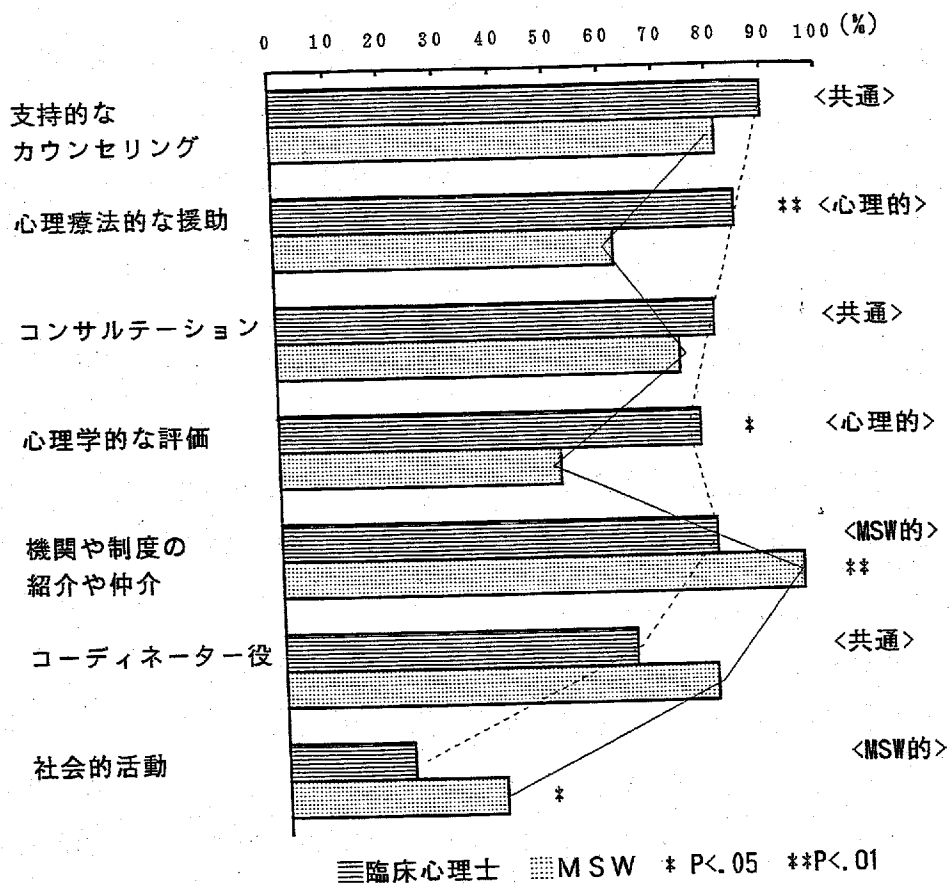


図18 臨床心理士とMSWのカウンセラー役割意識の比較

回答者のうち、HIVカウンセリング活動の経験者が4割というのは、日本臨床心理士会主催のエイズカウンセリングワークショップ参加者の13%に比較するとかなり高い。臨床心理士に関しては、これまでの調査結果からHIVカウンセリングの従事している者のほとんどを網羅していると思われる。MSWに関しては類似の調査がないので、HIVカウンセリングの従事している者の何割をカバーしているか不明である。経験はないが近い将来行う予定がある者が4割というのは、本研修会が血友病基幹病院や拠点病院のスタッフ、派遣カウンセラー要員の直前研修的な性格を有していることを反映している。ただ、これまでの経験もなくこれからの予定もないという1割強の参加者の存在は何を意味するのか。HIVカウンセリングの研修をターミナルケアなどの職務に生かしたいという動機による参加者が少なくないと思われる。

さて、HIVカウンセリングの経験者のうちで、感染者や家族を7割が担当したのに対して、性的パートナーを担当したのは25%と少なかった。非加熱製剤による感染者に対して性行為による感染者の担当がまだ少ないかもしれない。臨床心理士の7割が陽性告知後カウンセリングを担当したが、これは臨床心理士にとってもっとも重要な役割のひとつと思われる。

2) HIVカウンセリングのテーマの特徴

カウンセラーとクライアントの間で話し合われたテーマで、もっとも頻度の高かったのは生活に関するテーマのうち「家庭の問題」、治療に関するテーマのうち「通院治療の問題」、生活に関するテーマのうち「職場や仕事の悩み」であった。

これらは、HIV感染という事実を同じ家族の中でも率直に打ち明けることが難しく、そのために家庭内の人間関係に葛藤が生じやすいこと、HIV感染症の治療体制の整備が遅れて安心して通院できる医療機関が少ないこと、HIV感染症に対する社会的な差別偏見のために感染者が職業生活上でさまざまな困難を抱えていることを反映しているとともに、そのような諸問題の解決のためにカウンセリングが利用されていることを表している。

ところで、他のテーマに比較して、ターミナル期（家族）に関するテーマの頻度が低い。テーマ等に関しては職種による有意差は認められなかったので、専門カウンセラー全体がターミナル期の家族へのかかわりがやや少ないと思われる。死別後の遺族カウンセリング（グリーフカウンセリング）を含めて、この領域にさらに積極的にかかわっていく必要があると思われる。

3) 臨床心理士とMSW の役割意識の比較検討

HIVカウンセリングにおける専門カウンセラーの役割意識の関しては、まず回答者の8～9割が「支持的なカウンセリング」「諸機関の紹介と仲介」「心理療法的な援助」「コンサルテーション」をあげていることが注目になる。これは、回答した臨床心理士やMSW がかなり共通した役割意識を持っていることを意味する。

さらに詳細に検討すると、「支持的なカウンセリング」「コンサルテーション」「コーディネーター」は臨床心理士とMSW に共通して妥当な役割として選択された。「心理療法的な援助」「心理学的な評価」は臨床心理士により多く選択され、「紹介と仲介」「社会的な活動」はMSW により多く選択された。臨床心理士とMSW はHIV カウンセリングに関してかなり共通した役割意識を持っているが、そのなかでもいくつかの役割では差異があり、それぞれに得意技を持っていることが明らかになった。

小西(1997)は、MSW として長い間 HIVカウンセリングにかかわってきた経験から、「臨床心理士も精神的には健康な感染者の病気に対する心理的反応にかかわることを要求された結果、MSW の対象領域と重なる部分が多くなった」といった趣旨の意見を述べているが、たしかにそういう面も考えられる。

もうひとつの理由も考えられる。それは、回答者が参加したエイズ予防財団のエイズカウンセリング研修会の研修方針である。この研修会では、臨床心理士かMSW かのいずれか一方の職種しかない機関や地域では、ひとりの専門カウンセラーができるだけ両方の役割を果してほしい、もし両方の職種がいる場合はお互いの得意分野を生かして相補的に連携してほしいという方針で研修し

ている。専門カウンセラーの役割意識は HIV カウンセリングの経験の有無による差はなかったところを見ても、このような研修方針が調査結果に反映している面も十分考えられる。

4) 臨床心理士にとっての HIV カウンセリングの独自性

本節の最後に、臨床心理士によるカウンセリング・心理療法における HIV カウンセリングの独自性について考察する。

① HIV 感染症の特異性にもとづく HIV カウンセリングの独自性

精神疾患との対比—わが国の現時点までの HIV 感染者の多くは精神的に健康で、告知直後に一時的にうつ状態に陥るにしても自力で回復する例も少なくない。したがって、メンタルヘルスの観点からみた HIV カウンセリングの主な課題は、慢性身体疾患を抱えた精神的には健康なクライアントのストレス・マネジメントということになる。

たとえ精神症状を呈したとしても、その多くは HIV 感染症や日和見感染症という「一般身体疾患による精神疾患」(DSMIV) であり、心因性の精神疾患はとくに多くない。そこでの臨床心理士の主な役割は、症状レベルでの早期発見とアセスメントとなり、精神科領域での心理療法が求められることは多くない。

臨床心理士は精神科医との連携については長い歴史を持っているが、HIV 感染症の専門医である内科や感染症科の医師との連携の経験は少ない。臨床心理士は HIV 感染症に関する学習を通して共通の言語を習得する必要があり、内科や感染症科の医師は臨床心理士に対する適切な期待とパートナーとしての信頼感を培う必要がある。

癌との対比— HIV 感染症は癌に比べ末期に状態がめまぐるしく変化し、しかも治療法が急速に進歩しているので、入院ホスピス的な対応に馴染まないと言われる。癌患者の多くが中高年であるに対して、HIV 感染者は 20 代 30 代の男性が多く末期の QOL を保証するうえでも困難が多い。また、若くして息子や夫を亡くした両親や妻たちの悲嘆は強く、グリーフカウンセリングも困難をきわめる。

「いのちの電話」との対比—エイズ電話相談は、感染リスクアセスメントやセーファー・セックスの指導や HIV抗体検査を勧めるといった予防カウンセリングであるので、同じボランティア電話相談でも傾聴技法を尊重する「いのちの電話」とは大きく異なる。

アルコール依存症との対比—社会的な差別偏見が強く、当事者のカミング・アウトやセルフヘルプ・グループが援助機能を発揮する点では、HIV感染症とアルコール依存症は共通している。ただ、アルコール依存症者に比べて HIV感染者の絶対数が少なかったり身体症状が進行するなどグループの形成や維持が困難な要因が多い。

いずれにしても、HIV感染症は人類にとってごく新しい病気であるだけに、臨床心理士にとっても当然新しい経験の連続である。ただ、こうした HIV感染症の特異性にもとづく特徴は、実際に HIVカウンセリングを経験していくとあまり問題にならなくなる事が多く、どちらかというとな面的・一時的で、真に独自のものとは言いがたいと思われる。

② HIVカウンセリングにおける臨床心理士の「自己拡大」のテーマ

むしろ、新しくかつ多様で急速に変化する HIV感染症の治療現場において、クライアントのニーズに必死に対応するなかで臨床心理士が採用してきた対処方法にきわめて独自の面をみるとができる。

HIVカウンセリングにおいて、臨床心理士は多様なニーズに大きく2つの方法で対応してきた。

第1は、既成のあらゆる臨床心理学的な援助方法を駆使するという方法である。予防啓発カウンセリングには行動療法や認知療法が有効であり、感染者支援カウンセリングには来談者中心療法や精神分析的な心理療法が有効であり、告知直後や発症直後の危機的局面には危機介入が必要である (Sikkema & Bisett, 1997)。また、コミュニティ・アプローチ (コンサルテーション、サポートグループ) やケース・マネージメント (ケア・コーディネーティング) などに依拠した技法も求められている (Winiarski, 1991)。

これは、個人レベルでは新たな援助技法を次々と自家薬籠中のものにしてい

く過程であり、集団レベルではそれぞれ異なる得意技をもった臨床心理士や近接領域の職種の人々がチームを形成していく過程であった。これを「自己拡大のテーマ」と呼んでおきたい。

③ HIVカウンセリングにおける臨床心理士の「自己変容」のテーマ

第2の対応法は、既成の技法を感染者の援助のために修正するという方法である。HIVカウンセリングでは、クライアントのカウンセリングへの動機づけは高くなく、面接が継続せず定期的な面接も行いにくい。クライアントは心理的な問題よりももっと深刻な経済的な問題を抱えていることも多い。実際に社会的な差別を受けたり孤立しておりカウンセラーが唯一の友人であることもある。AIDS末期のクライアントに死が迫ってくると、カウンセラー側にも対象喪失の不安が高まる。

このような状況に直面して、臨床心理士は深刻な役割葛藤や職業的なジレンマに陥る。その結果、この領域から撤退する臨床心理士も少なくない。臨床心理士が感染者とかかわり続けようとするならば、カウンセラー・心理療法家として「自己変容のテーマ」に直面せざるを得ない。つまり、カウンセラーとクライアントとの境界のあいまいさや時間や料金や場所などの面接構造の流動性を受け入れていかざるを得ない。中立的な態度でなく支持的な態度に重点をおくようになる。若いクライアントをまもなく失ってしまうという不安から生じる逆転移反応を否定的にとらえるのではなく、人間的な反応として援助に活用していく。HIVカウンセリングでは、カウンセラー・心理療法家は誰しも程度の差こそあれこのような厳しい自己変容を経験せざるを得ない(Blechner, 1993; Hoffman, 1996)。

第3節 まとめ

本章では、臨床心理士による HIVカウンセリングでクライアントが語る話題を分析した結果、感染者や家族が病気の苦しみだけでなく HIV医療体制の遅れや社会的差別や偏見のために多くの心理社会的問題を抱えていること、非加熱製剤経由の感染者や家族はセルフヘルプ・グループを発達させているが、性行為

經由の感染者や家族は依然孤立無援の状態にあることが明らかになった（研究1）。

臨床心理士による HIVカウンセリングの3例における心理社会的危機の5局面について臨床心理学的な事例研究を行った結果、各局面における感染者や家族の心理的特徴を把握したうえで、適切なカウンセリング、心理療法、危機介入が行われるべきことが明らかになった（研究2）。

HIVカウンセリングに従事している全国の臨床心理士やMSWを対象にした調査を行った結果、研究1や研究2で明らかにしたのと同じく、感染者や家族を援助するために臨床心理士のカウンセラーとしての活動内容が多様化しており、役割意識も従来のカウンセリング・心理療法モデルから拡大していることなどが確認できた。最後に、臨床心理士にとっての HIVカウンセリングの独自性として、カウンセラー・心理療法家としての自己拡大と自己変容について考察した（研究3）。

第4章 包括的HIV/AIDSカウンセリングのサブシステムの調査及び事例研究

第1節 予防啓発カウンセリングに関する調査研究

本節では、エイズNGOのスタッフと保健所の保健婦によるエイズ電話相談の特徴を明らかにし、包括的システム・モデルを構築するための基礎資料を得ることをめざす。

1. エイズNGOのエイズ電話相談に関する調査研究（研究4）

研究の目的

本研究では、エイズNGOスタッフによるエイズ電話相談のHIVカウンセリングとしての特徴、とくに相談の主訴や相談員の対応や今後の課題にどのような特徴があるかを明らかにする。

研究の方法

わが国の代表的なエイズNGOのひとつであるD団体において1992年から1996年までに収集した27組のロールプレイングのVTR録画を資料に、電話相談場面を主訴別に分類し、電話相談員役の応答技法をIvey&Authier(1978)のIvey Taxonomy Scoring Form（以下、ITSF）で分類し検討した。ITSFは、カウンセラーの一つひとつの応答でどのような技法（マイクロ技法）が用いられたかをカウントするための分類表である（付録1参照）。なお、ロールプレイングではクライアント役は実際に自分が担当したHIVカウンセリングのうち臨床上もっとも重要と思われる場面を5～10分間再現し、それに対してカウンセラー役は自分の職務や立場に相応しい対応をすることがそれぞれ求められた。

研究の結果

1) 対象の内訳

分析の対象となったロールプレイングVTR録画は、D団体において1992年11月に10組、1993年11月に9組、1996年に8組、計27組収集された。クライアント役（コーラー役）は女性17名(63.0%)、男性10名(37.0%)。

2) 主訴

コーラー役の主訴は、「国内売買春による感染不安」8名(29.6%) 「恋人との性行為による感染不安」5名(18.5%) 「国外売買春による感染不安」4名(14.8%) の順で、売買春による感染不安が多かった。

3)対応

電話相談員の対応(複数回答)は、「感染のリスクアセスメント」16名(44.4%) 「保健所での検査を勧める」9名(25.0%) 「助言・情報提供」5名(13.9%) の順だった。

もっとも典型的な相談は、若い男性のコーラーが性風俗で遊んだ後で感染不安を訴え、相談員は訴えの内容を明確にするとともに、HIV 感染のリスクアセスメントを行い、リスクが高いと思われる場合は、保健所での無料匿名検査を受けるように勧める。

結果の考察

1)主訴の特徴

D団体が1992年12月に実施した36時間電話にかかってきた相談相談件数 396件の集計によると、コーラーの性別は男性7割、女性3割。年代別には20代、30代、40代の順。主訴別では、思い当たる性行為があって感染不安を訴える相談が6割ともっとも多く、その大半が国内の性風俗で異性との性行為を行ったための感染不安であった。また相談員の対応としては保健所など検査機関への紹介が4割ともっとも多かった(五島,1992)。

実際の電話相談と本研究のロールプレイングとを比較すると、主訴や対応は共通しているが、コーラーの性別が逆転している。実際のコーラーは男性が圧倒的に多いが、ロールプレイングでは女性が多い。これは、D団体の相談員ボランティアが男性よりも女性が多いためと思われる。

2)対応の特徴

従来のエイズNGOの電話相談に関する調査では相談員の対応は、「情報提供」「指導」「検査機関紹介」「医療機関紹介」といった項目で分類されていたが、この分類は表面的なことしか分らなかった。本研究でロールプレイン

グを通して相談員の対応をより詳細に分析した結果、相談員の対応の中核は、性行為の相手、方法、コンドームの使用等にもとづいて HIV感染の危険度を評価する「感染のリスクアセスメント」が中心的な技法であることが明らかになった。

「感染のリスクアセスメント」とは、クライアントが自分の HIV感染の危険度をカウンセラーとの対話を通して正しく認識するように促す活動である。その目的は、クライアントが HIVに感染する危険な行動をやめたり、もし必要ならば検査を受けることを考えさせることである(Sikkema & Bissett, 1997)。性行為に関するリスクアセスメントは、「完全に安全なセックス」「やや安全なセックス」「やや危険なセックス」「危険なセックス」「最も危険なセックス」と5段階に分けた基準表を用いることもある(Dilley, Pies, & Helquist, 1994)。

いずれにしても、予防カウンセリングは、「リスクアセスメント→リスク低減→HIV抗体検査」というステップで進められるが、エイズ電話相談、とくにエイズNGO のエイズ電話相談ではとくにリスクアセスメントが重要な位置を占めていることが明らかになった。

3) 今後の課題

相談員役の応答をITSPで分類した結果、「感染のリスクアセスメント」が正確に行われその後の情報提供が妥当であるためには、コーラー役の訴えの明確化が重要であることが明らかになった。そのためには、まず「開かれた質問」「励まし技法」「要約技法」などが効果的に使用される必要がある。したがって、エイズNGO の相談員は何よりも「開かれた質問」「励まし技法」「要約技法」などの基本的なかわり技法が駆使できるように訓練される必要があると思われる。

2. 保健所のエイズ電話相談に関する調査研究(研究5)

研究の目的

本研究では、保健所保健婦によるエイズ電話相談の HIVカウンセリングとしての特徴とくに相談の主訴や相談員の対応にどのような特徴があるかを明らかにする。

研究の方法

1992年から1994年までに保健所保健婦を対象にエイズ電話相談のロールプレイングを行ってもらい、16組の VTR録画を収集した。その VTR録画を資料に、電話相談場面を主訴別に分類し、電話相談員役の応答技法をITSFで分類し検討した。

研究の結果

1)主訴

コーラー役の主訴は、表3に示すように「恋人や夫からの感染不安」9組(56.3%) 「売買春での感染不安」3組(18.8%) 「エイズ不安症候群」2組(12.5%)の順であった(表3参照)。

2)対応

16組のうち8組(50.0%)において、「感染が不安なので、検査の予約がとりたい」という申し出から、また3組(18.8%)は「検査は受けたが、不安」という訴えから始まる。保健所のエイズ相談電話はHIV抗体検査の予約を受け付け

表3 電話相談16組の主訴別内訳

恋人からの感染不安な女性	6組 (37.5%)
恋人からの感染不安な男性	1組 (6.3%)
夫からの感染不安な女性	2組 (12.5%)

売買春での感染不安な男性	3組 (18.8%)

エイズ不安症候群	2組 (12.5%)
針刺し事故後の看護婦	1組 (6.3%)
夫から感染した女性	1組 (6.3%)

る電話でもある。そのため、対応する保健婦は、検査や再検査の予約や手続きの説明を先行させてしまい、感染リスクアセスメント、さらにはそのためのコーラーの本当の訴えの明確化がおそろかになりやすい傾向がある。

3) 応答技法

検査予約の訴えの背後に強い感染不安を抱えていたり、夫婦感染した女性からの深刻な相談もあるので、保健婦は慎重な対応には求められる。そこで、検査予約から感染不安を訴えたロールプレイングの1組の逐語記録の一部を紹介し、応答技法の問題点を明らかにしておきたい。

ケース：〔相談場面の設定〕 CL：主婦。感染不安。 CO：保健所保健婦。

CO1： はい、保健所保健係です。

CL1： 保健婦さんですか。（はい）血液の検査をお願いしたいんですが。

CO2： 血液の検査ですね（はい）。血液検査にもたくさんあるんですけど、
どういう検査を希望しておられますか。

CL2： あの、あの、今話題になっているでしょう、あれです。

CO3： エイズでしょうか。（そう）エイズの検査をしたいということですね。
エイズの検査はこちらの保健所でもしています。今回検査を受けてみたいと思われたのは、どんなことからでしょうか。

CL3： 主人がもしエイズだった場合（はい）、私にもうつるんでしょう。

—中略—

CL6： ああ、そうですか（はい）。主人が（はい）会社の関係で（はい）よく
東南アジアの方に出張しているんです（はい）。今までは別に何とも思
わなかったのですが（はい）、このところよくエイズが新聞とかテレビ
に出ますよね（はい）。主人が（はい）だんだんやせてくるような気が
するし（はい）、ふさぎ込むことが多いんです（はい）。やっぱりこれ
はエイズのことを心配しているのではないかと思うんです。

CO7： 旦那さんがやせたり、海外に行ったということで、もしかして旦那さん
が、エイズのことを心配してふさぎこんでいるのではないかと思ってい

るんですね。

CL7 : そうですね。ここ1年くらいよく新聞に出るようになって、最初の頃は他人事だと思っていたんです(はい)。あちこち行っていますけど、タイの方にも何回か行きました。

CO8 : はい。どちらですか。

CL8 : タイです(はい) バンコク(はい)。男ですから(はい)、何度か遊んでいていると思うんです。

CO9 : 海外の出張は、そちらで何日間か過ごすのですか。

CL9 : ええ、1回行ったら1週間か10日はいて(はい) 帰ってくるんです(はい)。それも、何回も(ええ) 行っているわけです(ええ)。

CO10 : 旦那さんが遊んでいるのではないかというのはどういうところからでしょうか。

-以下、略-

結果の考察

1) 主訴の特徴

保健所の電話相談では、エイズNGOの電話相談と同じく男性が売買春行為による感染不安を主訴として相談する例が多いのに対して、本研究のロールプレイングでは女性が夫や恋人など身近な男性からの感染不安を訴える例が多かった。これは、コーラー役が全員女性の保健婦であったために、役割設定が偏ったと思われる。ただ、女性にとっては身近な男性からの感染の可能性がもっとも高いわけで、内容的には非常に示唆的なロールプレイングであった。

2) 対応の特徴

わが国では保健所が最大のHIV抗体検査機関であるために、電話相談にも検査予約や検査に関する問い合わせが多い。ただ、検査予約したコーラーがすべての人が実際に検査を受けるわけではないことから、たとえ主訴が検査予約や検査に関する問い合わせであっても、事務的な対応に終わらない方がいい。むしろ

る、保健婦としては「HIV 感染がご心配ですか」と感染不安を引き出すような電話相談本来の機能を十分に発揮させることが必要と思われる。

3) 応答技法の検討

保健所での電話相談で「検査予約」が先行し、「感染のリスクアセスメント」がおろそかにならないためにはどうしたらよいかを、上に紹介したロールプレイのケースに即して考察したい。

この組の電話相談員役は、検査を希望するコーラーに機械的に接するのではなく、C02 や C03 で「開かれた質問」や「励まし」「明確化」技法を用いて、コーラー役の話をうまく引き出している。夫に対する疑惑はおそらくこの主婦の空想的なものであろうが、その空想の世界をしっかりと聞いていく。そのようなプロセスで聞いていくと、コーラーにも保健婦に対する信頼感が生まれる。最終的には、コーラー自身が検査を受けることを選択したことを高く評価して、検査に来所するように励ますことが重要である。

第2節 検査前後カウンセリングに関する調査研究

本節では、保健所の保健婦・医師と医療機関の主治医による検査前後カウンセリングの特徴を明らかにし、包括的システム・モデルを構築するための基礎資料とする。

1. 保健所保健婦による検査前カウンセリングに関する調査研究（研究6）

研究の目的

本研究では、保健所の保健婦による検査前（検査日）カウンセリングの HIV カウンセリングとしての特徴、とくに主訴や対応の特徴を明らかにすることを目的にする。

研究の方法

研究5と同じく、保健所保健婦を対象に検査前カウンセリングのロールプレイングをしてもらい、8組の VTR 録画を収集した。その VTR 録画を資料に、面

接場面を主訴別に分類し、典型的なケースについてカウンセラー役の応答技法をITSFで分類し検討した。

研究の結果

1)主訴

クライアント役の主訴別内訳は、「恋人からの感染が不安な女性」4組(50.0%)がもっとも多く、次いで「売買春での感染不安な男性」3組(37.5%)、「レイプによる感染が不安な女性」1組(12.5%)の順であった。

2)対応

カウンセラー役の対応の特徴を明らかにするために、ロールプレイングの1組の逐語記録の一部を紹介する。

ケース：〔面接場面の設定〕CL：主婦。検査を受けたいということで保健所に来所。相談室での相談。CO：保健婦。（ ）内は、技法の分類を示す。

CO1：ードアをあけてー9:30の予約の方ですね。お待ちしております。どうぞ。ここでお話されたことは、秘密は守られますので、どんなことをおっしゃっても大丈夫です。（情報提供・支持）

CL1：隣の部屋も誰もいないですか。

CO2：今はもう誰もいないと思いますので、ご安心ください。（はい）私は保健婦の〇〇と申します。（情報提供・支持）

CL2：お願いします。検査の予約をしたんですが、検査の前に聞いてほしいことがあるんです。私は今一人で住んでいて、主人が時々帰ってくるんです。で、訪問販売の人が、上がり込んできて、急にばーんと押しかかってきて、襲われたんです。で、今頃よくエイズというのがあるし、それで検査を受けようと。電話の時にはいろんな事が言えなかったの、今日ここで保健婦さんに話を聞いてもらおうと思って。保健婦さん、その人を訴えた方がいいでしょうか。

CO3：それは大変だったですね。いつ頃のことなんですか。（感情の反映・質問）

CL3 : 半年かかりました、ここに来るまでに(うん)。半年前のことで、主人がその間に一回帰ってきたけれども、もう主人の顔も見れなかった。今話していても、すごくときどきする。もし病気になっていれば、その本人が治療代を診てくれるように訴えたらと思うのですか。どうでしょうか。

C04 : 近所で相談に乗ってもらえる方とか、親身になってお話を聞いてくださる方はいらっしゃらないんですか。(質問)

CL4 : そんなことは、誰にも言えはしません。だから、ここに来たので、それが言えるくらいなら苦労しません。もしエイズにかかっていたら、主人にどう言ったらいいかわからない。主人には言わない方がいいですね。

C05 : まずは検査をしてみて、うつっているかどうかを確認された方がいいと思います。(助言)

CL5 : 検査を受けた方がいいというのがわかったので、半年たってやっとここに来たんです。検査に来る人が沢山いるのですか。

C06 : ええ、いますよ。(情報提供)

CL6 : 今日は何人いるんですか。

C07 : 3人くらいです。(情報提供)

CL7 : 3人くらい。その3人の血液が交ざるようなことはないですか。

C08 : そんなことはないです。(情報提供)

—以下、略—

ITSFによる分類: 「情報提供」 5個(45.5%) 「支持」 2個(18.2%) 「質問」 2個(18.2%) 「感情の反映」 1個(9.1%) 「助言」 1個(9.1%)。

結果の考察

1)主訴の特徴

検査前カウンセリングでのCL役の主訴は、全員が感染不安である。エイズ電話相談で感染不安を訴える人に対して実際に検査を受けに来る人ははるかに少

ないので、かなり感染不安が高い人たちである。「感染のリスクアセスメント」を行えば感染リスクの低い人が圧倒的に多いと思われるが、検査を受けた人には確実に検査結果を取りに来てもらう必要があるので、不安の取り扱いには慎重でなければならない。

2) 対応の特徴

研究5で明らかになったように、保健婦はエイズ電話相談においても、検査前カウンセリングを行っており、そこでの主な対応は、「感染のリスク・アセスメント」「知識や情報の提供」「検査予約」などであった。これに対して、検査日の検査前カウンセリングのロールプレイングでは、あらためて「感染のリスクアセスメント」を行い、リスクが高いクライアントには「検査結果及び治療の事前説明」を行い、リスクの低いクライアントには、今後の性行為で感染リスクを低減させるような「助言・情報提供」を行った。

ところが、実際には保健所で検査前カウンセリングをどの程度行うのか議論が分かれる。わが国では、性行為による感染者の急増に対して1991年から保健所で無料匿名の検査が開始されたが、その際受診者のプライバシーを保護することと検査への抵抗を和らげ検査件数を増やすために、検査前カウンセリングには消極的な保健所が多かった。

ところが、受診者に何も聞かず機械的に採血し、結果のみを通知した結果、いくつかの問題が生じた(田島・中原・蓑原・裨田, 1994)。たとえば、受診者の不安感を低減させることも正しい知識も提供しなかったために、HIV抗体検査をはしごする人々(リピーター)が現れたのである。また、保健所での検査で陽性者が実際に現れると、検査前カウンセリングをせずに告知をすることの難しさが保健所のスタッフに実感されるようになった。

そこで、あらためて、検査前、とくに検査日カウンセリングの必要性が見直されるようになった。池上(1996)の調査によると、全国の729保健所のうち238カ所(32.6%)で検査時に問診とは別にカウンセリングが行われるようになっている。感染者の増加にともない、今後ますます検査前カウンセリングの必

要性が高まると思われる。

3) 応答技法の検討

上述のケースは、通常の手順に入る前に心理的なケアを行う必要があることを示している。本ケースで印象的なのは、レイプにあったCL役が HIV感染の不安を抱いたものの、検査にやってくるまで長い時間と相当の勇気を必要としたことが語られていることである。HIV 抗体検査は性行為にかかわるものだけに検査への抵抗が非常に強い。ましてや、婚前交渉、婚外交渉、さらには本ケースのようなレイプでは、さらに抵抗が強いだけに、検査前に保健婦がクライアントの感染不安だけでなく、恥や怒りの感情を的確に受容し共感する必要がある。

本ケースで、C0役の応答のうち、「情報の提供」「支持」「助言」など積極技法が72.7%を占め、「質問」や「感情の反映」など基本的かかわり技法がわずしか使われていなかったが、これではクライアントの感情をしっかり受けとめることは難しい。たとえば、C03において「感情の反映」技法を用いて、「襲われたんですか。それは大変だったですね。ひどい男がいるものだ」と反応する。また、C06においては「半年は長かったでしょうね」「それはまた、悔しかったでしょうね」と返す。こうした的確な応答がなければ、せっかく検査したのに検査結果を取りにきてくれないと思われる。

2. 保健所医師による検査後カウンセリングに関する調査研究（研究7）

研究の目的

本研究では、保健所医師による検査後カウンセリング、とくに陽性告知後カウンセリングの HIVカウンセリングとしての特徴、とくに主訴や対応の特徴を明らかにする。

研究の方法

研究5と同じく、保健所医師を対象に陽性告知カウンセリングのロールプレイングをしてもらい、10組の VTR録画を収集した。その VTR録画を資料に、面

接場面を主訴別に分類し、典型的なケースにおけるカウンセラー役の応答技法をITSFで分類し検討した。なお、本研究のロールプレイングでは、10組中9組のクライアント役が陽性告知を未経験だったので、例外的に模擬的に演じてもらった。保健所医師には陽性の告知場面に限ってロールプレイングをしてもらった。なぜならば、保健所の医師は陽性の告知を行う役割を課せられているからである。また、保健所の医師にリアルな告知場面を経験をしてもらうために、告知を受けるクライアント役には、陽性の告知を経験したことのある医師やエイズ医療従事者など、すでに感染者と出会ったことのある人が担当した。

研究の結果

1) クライアント役

クライアント役は、「売買春で感染した男性」が8組(80.0%)と最も多く、女性とゲイが1組ずつだった。

2) 対応

カウンセラー役の対応を考えるために、保健所医師による陽性告知後カウンセリングのロールプレイングの1組の逐語記録の一部を紹介する。

ケース：〔面接場面の設定〕CL：男性会社員。1週間前に受けた検査の結果を聞きに来所した。CO：検査の結果が陽性ということで、所内のマニュアルに従い、医師が告知を行うために、面接室で対応する。()内は技法の分類を示す。

CL1：1週間前に、エイズの検査を受けたんですけど、結果が分かったということなので聞きに来ました。

CO1：私は、ここの保健所の所長の〇〇といたしますけれど、結果をいまお伝えしてよろしいですか。(情報提供、質問)

CL2：・・・はい。

CO2：大変残念ですが、結果は陽性に出ています。陽性というのは、エイズ・ウイルスが体のなかに入って感染しているということです。(情報提供)

- CL3 : うーむ。結果は間違いないんですか。
- C03 : 間違いありません。ほとんど間違いありません。(情報提供)
- CL4 : うーむ。じゃ、エイズになっているわけですか。
- C04 : 病気のことについては、検査の前にいろいろ聞かれたと思いますけど、そのくわしい説明が必要ですか。(質問)
- CL5 : うーむ。100%エイズにかかっているわけですね。
- C05 : 大体そういうことになると思います。(情報提供)
- CL6 : もう長くは生きられないんですか。
- C06 : その点は安心してください。病気の説明をしますと、目に見えないウイルスが、体の中に入って感染するわけですが、すぐに病気が悪くなるわけではありません。これから何年間も同じような生活をしていくことができます。ですから、すぐに病気が悪くなって死んでしまうようなことはありません。(支持、情報提供)
- CL7 : でも、治療はないんでしょ、いま。
- C07 : ウイルスそのものを殺してしまうことは今の医学ではできません。ウイルスの力を弱くする薬はあります。ですから、そういったものを定期的に使っていくということで、全く治療しない場合とくらべるとずいぶん違います。ただ、残念ながら完全に治すということはいまのところできません。(情報提供)
- CL8 : 何年くらい生きられるのですか。
- C08 : いろんな統計がありますが、平均して10年から20年くらいは病気が悪くならないでいけると思います。それは、それまでの生活の仕方です。ずいぶん違ってくると思います。(情報提供)
- CL9 : 1年以内で死ぬのもあるのでしょうか。
- C09 : そういうのもたまにはありますが、あまり多いものではありません。(情報提供)
- CL10: どっちかわからないんですか。
- C010: いまこの場でははっきりわかりません。(情報提供)

CL11: これからどうしたらいいですか。

ITSF による応答技法の分類: 「情報提供」 9 個 (75.0%) 「支持」 2 個 (16.7%) 「質問」 1 個 (8.3%)

結果の考察

1) 主訴の特徴

池上(1996)によると、全国の保健所 711カ所のうち陽性告知の経験のある保健所は84カ所(11.8%)、しかも地域差が大きく、都市の保健所で平均22.6%であるのに対して人口希薄な地域の保健所ではわずか平均2.4%であった。本研究の対象になった保健所の医師の告知経験率は10%で非常に低かった。実際の経験がないにもかかわらず、保健所の医師たちが告知の相手をほとんどセックス・ワーカーとの性行為による感染者と想定したのが印象的であった。これはわが国の調査時点の感染状況とも異なり、保健所医師の関心を反映しているものと思われる。

2) 対応の特徴

同じ保健所のスタッフでも、医師は保健婦に比較してカウンセリングに馴染みがないようで、ケースで紹介したように、CL役の問題に医学的知識で答える例がほとんどであった。与えられた時間いっぱい一方的にしゃべり続ける医師も少なくなかった。「開かれた質問」や「明確化」「感情の反映」など基本的かわり技法がほとんど使用できないために、告知を受けたCL役の不安が次第に高まっていく例が多く、カウンセリングの観点からは問題が多かった。

3) 今後の課題

保健所の告知後カウンセリングの目的は、感染の事実を告げることと感染者をしっかりと専門医療機関につなぐことである。専門機関への紹介がうまくいくかどうかは、保健所医師と感染者の間に速やかに信頼関係が成立するかどうかによって規定される。ロールプレイング後の討論で、保健所の医師は、陽性告知後

のクライアントに対しては自らのカウンセリングだけでは不十分で、保健婦や臨床心理士の協力を必要としていることが明らかになった。

3. 医療機関の主治医による検査後カウンセリングに関する調査研究（研究 8）

研究の目的

本研究では、医療機関の主治医による検査前後カウンセリングの HIV カウンセリングとしての特徴とくに主訴や対応の特徴を明らかにする。

研究の方法

1989年から1992年までに収集した主治医によるロールプレイング25組のうち検査前後カウンセリング15組の VTR 録画を資料に、面接場面を主訴別に分類し、カウンセラー役の応答技法を ITSF で分類し検討した。

研究の結果

1) クライアント役

ロールプレイング25組の参加者は、小児科および内科の血液内科専門医が多い。クライアント役は非加熱製剤で HIV 感染した血友病患者（児）本人とその親が大半。相談場面は主治医による感染者本人や親への告知カウンセリングおよび検査前カウンセリングが6割を占める。主治医による検査前後カウンセリング15組のうち、検査前4組(26.7%)、検査後11組(73.3%)と、陽性告知後カウンセリングが多かった。

2) 告知と主訴

検査を聞きに来たクライアントに対して告知が行われる訳で、他の事態のような主訴別内訳はあまり意味がない。11組のクライアント役は、非加熱製剤による感染した血友病患児を抱える親7組(63.6%)と最も多く、非加熱製剤による感染者本人2組(18.2%)、性行為による感染者本人2組(18.2%)であった。

3) 対応

検査後、とくに陽性告知後カウンセリングにおけるカウンセラー（主治医）

役の対応を検討するために、典型的なロールプレイングの1組の逐語記録の一部を紹介する。

ケース〔場面設定〕CL: 血友病の大学生。HIV抗体検査の結果を主治医に聞きにきた。CO: 主治医。次々に質問するCLに、苦悩と悲しみに満ちた表情でその質問に誠実に答えようとする。()内は、技法の分類を示す。

—前略—

CL16: じゃ、ぼくから親に話をした方が。

CO17: まあ、病気のことをいろいろ説明するのも、かえって誤解をまねくといけませんから、もしあなたがよければ、一緒に来ていただいて、こちらからも話を。(助言、情報提供)

CL17: 来たら先生から話を。そうですか。(沈黙) それに、すぐに入院というわけでもないんですね。

CO18: それはもう普通の、しばらくはね、普通の生活でね。(助言)

CL18: 学校に通ってもいいんですね。(そうです) もう治るということもないんですね。

CO19: 今のところ、この病気が完全に治ると、そういうことはちょっと言い切れないんですけども(沈黙) 今、学生? 何年生ですかね、大学の。
(情報提供、質問)

CL19: 今3年です。(沈黙) 今は、今はもうどうしようもないということなんですね。

CO20: この感染しているということについてはね。これが発病ということになると、まだ時間的にもゆとりがあると思います。(情報提供)

—以下、略—

ITSFによる技法の分類: 「開かれた質問」(6.0%) 「感情の反映」(13.0%)

「助言・情報提供」(31.0%) 「CO発言時間の割合」(31.0%)

4) 応答技法

医師のロールプレイングのうち相談場面が「告知」である告知群（11組）と「告知」以外の相談場面である非告知群（14組）を、ITSPのうち群間でとくに使用頻度に差が認められた4技法（「開かれた質問」技法、「感情の反映」技法、「助言・情報提供」技法、「COの発言時間の割合」）について比較した。

図19に示すように、告知群は非告知群より「助言・情報提供」（告知群平均48.0%>非告知群平均20.5%）と「発言時間の割合」（告知群平均56.0%>非告知群平均40.7%）の使用が多かった（ともに t検定 5%水準で有意）（図19参照）。

言い換えると、非告知場面の医師は患者・家族の訴えに対して自らは多くを語らずじっくり傾聴し、「感情の反映」で共感的理解を示そうと努力しているのに対して、医師は告知場面で患者・家族の疑問や不安に対して「助言・情報提供」を多く用いて、正確な医学的な知識と希望を与えようとする。

結果の考察

1) CL役や告知場面の特徴

ロールプレイングで告知を受けたCL役は、非加熱製剤経由で感染した血友病

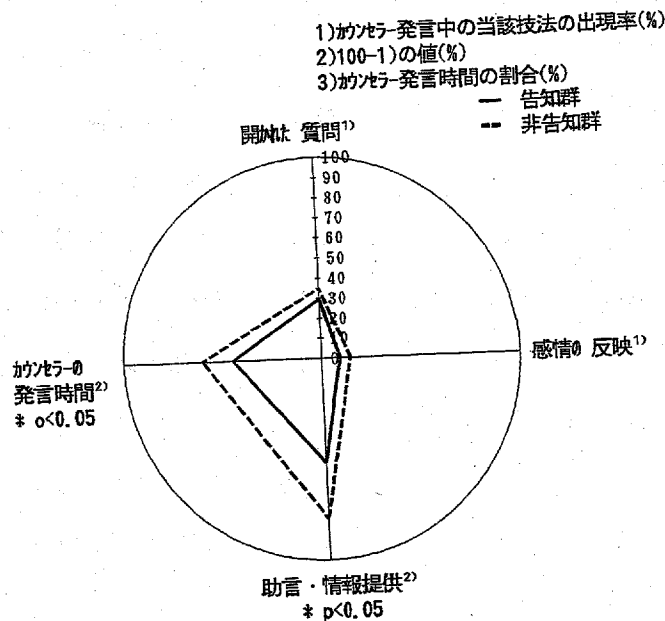


図19 医師告知群と医師非告知群の応答技法の比較

患者や患児の母親が8割であった。これは、研究2でも述べたように、本研究の調査が行われた時点が厚生省の研究班を中心に非加熱製剤による感染者に対する告知が積極的に推進されていた時期と重なるためと思われる。

わが国の医師の多くは、癌の告知に見られるように、難治性の疾患の病名告知には今もなお慎重である。その主な理由は、患者が精神的に耐えられない、家族が反対する、医師が告知の方法をよく知らない、告知後の院内の心理的な支援体制が整っていないなどである。これに加えて、血友病の場合は医師が処方した非加熱製剤によって HIV感染したという特殊な事情も加わり、告知が困難になっていた。

このような状況で、多くの血友病専門医が本研究で紹介したようなロールプレイングで告知カウンセリングの意義と具体的な方法を学び、その多くがかつての「告知医師反対派」から「原則告知派」に転じていったのである（児玉・一円・高田・小林・上田, 1990; 1992; 児玉・一円, 1994)。

2) 応答技法の検討

ロールプレイングにおけるCO役の応答技法の分類から、告知場面での医師は「助言・情報提供型」のカウンセリングを行っていることがわかった。後述するように、同じ医師でもAC期やAIDS期のCL役に対しては「傾聴・受容型」のカウンセリングを行っている。このように、カウンセリングの技法が援助の対象や目的に応じて使い分けられていることは好ましいことである。

ただ、上記のケースで紹介したように「情報提供」も大切だが、それだけではクライアントの不安や悩みを解消することはできない。主治医には「開かれた質問」や「感情の反映」などの基本的なかわり技法を駆使する必要があると思われる。次に、主治医による告知後カウンセリングの模擬的な応答例の逐語記録の一部を次に紹介しておきたい。

ケース〔事例の設定〕CL: 20代後半の男性 CO: 保健所の医師、40代前半の男性 ()内は技法の分類を示す。

- CO1: 1週間前に受けてもらった HIV抗体検査の結果が出ていますが、お伝えしてもよろしいですか。(閉ざされた質問)
- CL1: 検査を受けてから、ずっと不安でした。もし感染していたらどうしよう。今日ここに来るのもかなり迷いました。いっそ結果を聞かないでおこうかとも思いました。でも、いつまでもはっきりしない状態にいるのもまたつらいと思ったんです。それで、思い切って来ました。
- CO2: そうですか。迷ったあげくにここにいらしゃったんですね。それでは、申し上げます。検査の結果は抗体陽性、つまり、あなたはエイズの原因となるウイルスに感染していることがわかりました。-沈黙- 今、どんなお気持ちですか。(感情の反映、情報提供、開かれた質問)
- CL2: いやあ、覚悟はしていたものの、やはりすごくショックですね。頭の中が真っ白というか、ちょっと言葉にならない感じです。
- CO3: そうでしょうね。-沈黙- 急がなくてもいいですよ。少し気持ちが落ちたら話してください。今日は、私も時間を空けてありますから。(助言)
- CL3: -沈黙- 先生、妻や両親にすぐに話さないといけませんか。
- CO4: そうですね、奥さんにも検査を受けてほしいし、ご両親にもあなたの力になってほしいので、話せるならばその方がいいのですが、どうでしょう。(明確化、開かれた質問)
- CL4: 難しいですね。とくに、妻にはとても言い出せそうにありません。きっと妻は私よりも落ち込むでしょう。
- CO5: 奥さんが落ち込むことを考えると言いだせそうにないですね。(感情の反映)
- CL5: ええ。でも、妻は最近私の様子がおかしいことに気付いていて、「どうしたの、何があったの」とよく聞くんです。これ以上隠し通せないような気がします。
- CO6: 私たちの経験では、ご本人から言い出しにくいならば、ご夫婦一緒に来ていただいて私からお話してもいいと思います。あるいは、カウンセラーの

先生を紹介しますので、どうしたらよいかよく相談するのもいいと思います。
(情報提供、助言)

CL6: そうですね。先生から妻に話してもらうのがいいかもしれない。うーん、
どうかな。もう少し考えてみないとよくわからないですね。

CO7: そうですね。急ぐ必要はないので、一緒にじっくり考えていきましょう。

(助言)

-以下、略-

3) 今後の課題

ロールプレイング後の討論で、保健所医師と同様医療機関の主治医にも、医師によるカウンセリングだけでは告知直後の感染者を支えきれないという意見が多かった。たしかに、告知以前から、主治医、担当看護婦、臨床心理士、MSW などによる医療チームが編成されることによって、主治医が告知を行う勇気と方法論を持つことができる。また、告知による心理的な衝撃を受けた感染者を臨床心理士を始めコ・メディカルスタッフが支え、さらに必要に応じてエイズNGOなどと連携することで、感染者が医療からドロップアウトすることを予防し、ショックや混乱状態からの回復を早めることができる。その意味で、告知は主治医の単独行為ではなくチーム医療の一環として行われる必要があると思われる。

第3節 感染者支援カウンセリングに関する調査研究及び事例研究

本節では、医療機関の主治医と看護婦、さらには感染者自身による感染者支援カウンセリングの特徴を明らかにし、包括的システム・モデルを構築するための基礎資料とする。

1. 主治医による感染者支援カウンセリングに関する調査研究(研究9)

研究の目的

本研究では、医療機関の主治医による感染者支援カウンセリングの HIVカウ

ンセリングとしての特徴、とくに主訴や主治医の対応の特徴を明らかにする。

研究の方法

研究8と同じく、主治医を対象に感染者支援カウンセリングのロールプレイングを行ってもらい、7組のVTR録画を収集した。そのVTR録画を資料に、面接場面を主訴別に分類し、カウンセラー役の応答技法をITSFで分類し検討した。

研究の結果

1) 病期

分析の対象とした7組におけるクライアント役の病期は、無症候キャリア(以下、AC) 期2組(28.6%)、AIDS期5組(71.4%)だった。

2) 主訴

クライアント役の主訴は、AC期で「AIDS発症への不安」、AIDS期で「病状や治療への不満」「生の証」などが多い。次に、AIDS期のロールプレイングの典型的なケースの1組の逐語記録の一部を示す。

ケース [場面設定] CL:さまざまな日和見感染症のために入院生活を送っているAIDS期の30代前半の血友病の患者。主治医に体調のことや仕事のことを相談する。患者はすでに余命いくばくもないことを自覚している。「残された時間をできるだけ妻子とともに過ごしたい」と沈痛な面持ちで語る。CO: 長年主治医をつとめてきた初老の男性医師。

—前略—

CO8: あなたもいろいろ考えると思うんですけど。

CL8: できるだけ元気に過ごして、子どもに残せるものを残したい。

CO9: こういう病気をこれから繰り返していくことになると思いますが、どういう生き方をしたいか、何か具体的にありますか。

CL9: できるだけ、家族と一緒にいる時間を持って、できるだけ休みは子どもと一緒にいたい。

—以下、略—

3) 応答技法

図19で示したように、非告知群すなわち主治医による感染者支援群を医師告知群と技法的に比較すると、支援群は告知群より「助言・情報提供」(告知群平均48.0%>支援群平均20.5%)と「発言時間の割合」(告知群平均56.0%>支援群平均40.7%)の使用が有意に少なく(ともにt検定5%水準で有意)、「開かれた質問」「感情の反映」が多い傾向があり、「助言・情報提供」「カウンセラー発言時間の割合」は統計的に有意に少なかった(t検定 $p < .05$)。

結果の考察

1) 主訴の特徴

主治医たちは、末期の患者のCL役を多く演じた。これは、AIDS患者の他に白血病などの進行性難病の末期患者を数多く担当しており、その意味でも末期の患者のためのカウンセリングに強い関心を示したと思われる。

2) 対応の特徴

当初の主治医によるロールプレイング場面は、「告知」と「AC期の悩みの相談」に集中していたが、時間の経過とともに「AIDS期のターミナルケア」の場面も増えてきた。これは、非加熱製剤による感染者への告知がひと通り終わったことと、AIDS発症する例が増加し始めたという現実を直接反映していたと思われる。このような場面での主治医は、末期患者の生活の質QOLをいかに保証するか、家族をいかに心理社会的にサポートするかを念頭に接しており、そのために告知場面で多用した「情報提供」を控え、「開かれた質問」や「感情の反映」を用いたのは、技法の選択として妥当と思われる。

3) 今後の課題

主治医たちは告知後カウンセリングの場面よりも患者の話を傾聴し共感的理解を示したものの、実際には主治医による感染者支援には限界があることも認めた。とくに、ロールプレイング後の討論では、「主治医にはカウンセリングに十分な時間を確保することが難しく、感染者や家族のニーズに対応できる力

ウンセリング技術の習得も困難」という意見が大勢を占めた。そのために、主治医たちは臨床心理士によるカウンセリングやボランティアによるケア・サポートの導入を求めていることが明らかになった。

2. 看護婦による感染者支援カウンセリングに関する調査研究（研究10）

研究の目的

本研究では、医療機関の看護婦による感染者支援カウンセリングの HIV カウンセリングとしての特徴、とくに主訴や対応の特徴を明らかにする。

研究の方法

1991年から1995年までに医療機関の看護婦を対象に感染者支援カウンセリングのロールプレイングを行ってもらい、24組の VTR 録画を収集した。その VTR 録画を資料に、面接場面を主訴別に分類し、カウンセラー役の応答技法を ITSF で分類し検討した。

研究の結果

1) クライアント役

分析の対象になった24組のクライアント役は、10組(41.7%) はAC期及びAIDS 関連症候群（以下、ARC）期、14組(58.3%) はAIDS期の感染者やその家族。

2) 主訴

クライアント役の主訴をその病期別にみると、AC及びARC 期のクライアント役の主訴は発症不安などの「病状や治療の悩み」が5組(50.0%)、家族関係など「人間関係や心理的問題」3組(30.0%)の順であった。AIDS期のクライアント役の主訴は、さすがに症状で苦しんでいるだけに「病状や治療の悩み」が9組(64.3%)と多く、残される家族を気づかうなど「人間関係や心理的問題」も4組(28.6%)あった。次に、AIDS期の「病状や治療の悩み」を訴える典型的なロールプレイングの1組の逐語記録を紹介する。

ケース〔場面設定〕 CLs: 若い息子をAIDSで入院させている両親。病棟での息子に対する一部の看護婦の過剰な防護や冷たい態度などについて不満を婦長に

訴える。血友病とAIDSという二重の不幸を抱えた息子に対する母親としての罪悪感や、さらには感染被害へのやり場のない怒りを語る。C0: 病棟婦長。母親の不満をもっともなこととしてしっかり受け止め、早速改善することを約束する。

—前略—

C010: 私たちも一緒にやっついこうと思っていますし、もし自分たちの言葉使
いとか態度が悪かったら、気をつけていかなきゃいけないと思いますの
で、その場で指摘してくださってもかまわないと思うんです。

CL10(母):でも、なかなか面と向かうと言えないんです。

C011: それはそうですね。

CL11(母):ほんとに、お世話になっている、嫌な仕事をやっていただいている
というのは本当にわかるんです。それで、婦長さんにお話するのもとっ
ても勇気がいったんです。すみません。

C012: いいえ。

CL12(父):マスクをしたり、ガウンをつけたりするのではなくて、他からみて分
からない方法はあるんですか。

C013: 他から見てわからないような方法は今のところはないと思うんです。
やはりガウンとかマスクをしなければ、今のお子さんの状態だと抵抗力
が落ちていますので、本人を助ける意味で、だからちょっとつらいとは
思うんですけど、付けてほしいというか。

CL13(父):しょうがないんだよ。本人のためにやってくれているようなんだか
ら。

CL14(母):そういうことも、分かってるつもりなんですけど、なかなか感情の
方がついていなくて....

—以下、略—

3) 応答技法

看護婦によるロールプレイング42組のうち、研究8、9と同じ機会に収集された看護婦のロールプレイング8組を用いて、看護婦の応答技法を医師のそれと比較すると次の点が明らかになった。看護婦群は医師群にくらべて、「積極技法」とくに「助言・情報提供」（医師群平均32.6%>看護婦群平均16.2%）の使用が比較的少なく、発言時間の割合（医師群平均47.5%>看護婦群平均33.9%）も少ない（t検定5%水準で有意）。看護婦群は医師群にくらべて、傾聴のための「基本的かかわり技法」のうち、「感情の反映」（医師群平均12.3%<看護婦群平均28.8%）の使用が多い（t検定1%水準で有意）。とくに図23で示すように、看護婦群は医師告知群とくらべると「助言・情報提供」（告知群平均48.0%>看護婦群平均16.2%）と「発言時間の割合」（告知群平均56.0%>看護婦群平均33.9%）の使用が少なく（ともにt検定1%水準で有意）、「基本的かかわり技法」のうち「感情の反映」（告知群平均9.3%<看護婦群平均28.8%）の使用が多かった（t検定1%水準で有意）（図20参照）。

要するに、看護婦群は、医師告知群にくらべ患者・家族の訴えに対して自らは多くを語らずじっくり傾聴し、「感情の反映」で共感的理解を示そうと努力している。

結果の考察

1) 主訴の特徴

CL役の主訴から、次のことがわかる。外来の看護婦は主に予防啓発カウンセリングや検査前後カウンセリングにかかわり、病棟勤務の看護婦は主にARC期およびAIDS期に症状が悪化して入院してきた感染者やその家族が対象である。病棟看護婦は、感染者や家族が迫り来る死や離別に直面して抱える心理的社会的経済的な問題に対処するのを援助する。

AIDS患者が心身の苦痛も緩和され家族や友人に囲まれて人間らしい最期を迎えるために、看護婦の果たす役割は大きい（世界保健機関, 1991、Flaskerud, 1989）。

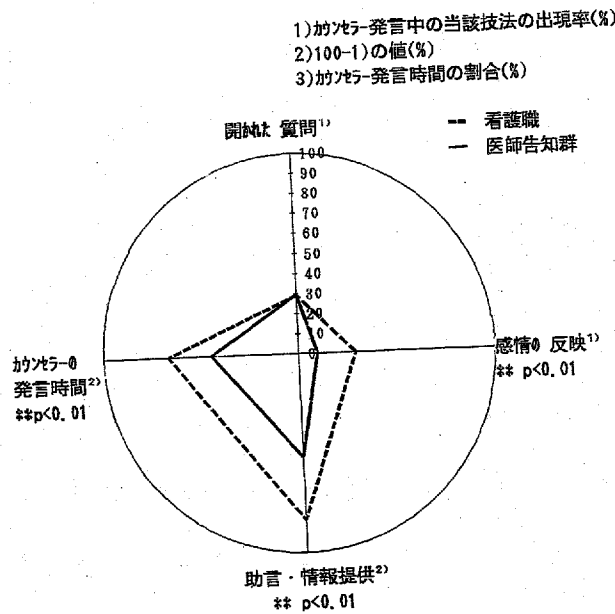


図20 看護婦群と医師告知群の応答技法の比較

2) 応答の特徴

看護婦のロールプレイングから見る限り、わが国の看護婦はホスピス的なケアに取り組むどころか、入院中の患者や家族からの不満の対応に追われているようである。

なぜならば、本研究の調査時点では、身近な医師たちの多くは依然として「告知反対派」で、患者に病状の説明や治療に関する情報提供を行っていないからである。看護婦としても、患者の疑問や不安に率直に答えようにも本当のことが言えないというジレンマを体験する。また、同僚の看護婦の中にも不要な隔離や過剰な防御など、無知や誤解から感染者への差別的な態度を示すものがいて、感染者や家族を悲しませている。この時点では、医師に感染者に対する診療拒否があったように、看護婦にも看護拒否の心理が根強かったのである(高田, 1993)。

3) 今後の課題

HIVカウンセリングに積極的に取り組む看護婦も少なくないが、看護婦は他にも多くの重症患者を抱えており、一人の患者に長時間付き添うことはむずかしい。ロールプレイング後の討論で、看護婦はもっと多くの同僚がカウンセリ

ングの研修を受ける必要があると考えていると同時に、より専門的なカウンセリングについては臨床心理士との連携を求めていることが明らかになった。

表4 各サブシステムの HIVカウンセリングとしての特徴 (まとめ)

サブシステム	予防啓発カウンセリング		検査前後カウンセリング			感染者支援カウンセリング	
	エイズ NGO 訪問員	保健所保健婦	保健所保健婦	保健所医師	医療機関医師	医療機関医師	医療機関看護婦
相談場面	エイズ電話相談	エイズ電話相談	検査日付の呼び出し	検査結果の告知	告知のための診察	外来・病棟での診察	病室での看護
クライアント	匿名のコラー	匿名のコラー	匿名の受診者	匿名の感染者	受診した感染者	感染者・家族等	感染者・家族等
最も多い主訴	性行為による感染不安	性行為による感染不安	性行為による感染不安	告知後のショック	告知後のショック	無症候期の発症不安 AIDS末期の不安苦痛	病状の不安苦痛 医療者への不満
応答技法の特徴	リスクアセスメント 保健所の検査を勧める	リスクアセスメント 検査の予約をとる	リスクアセスメント 助言・情報提供	助言・情報提供 保健婦・臨床心理士との連携が必要	助言・情報提供 看護婦・臨床心理士との連携が必要	傾聴・共感 臨床心理士・MSW や訪問員とのチームによる援助が必要	傾聴・共感 臨床心理士・MSW や訪問員とのチームによる援助が必要

研究4～10までの主な結果を、表5に示した(表5参照)。予防啓発、検査前後、感染者支援の3つのサブシステムを、その担い手(カウンセラー)に注目し、相談場面、クライアント、主訴、応答技法のそれぞれの特徴を明らかにした。なお、担い手のうち臨床心理士や感染者については、本表には含まれていない。

3. 感染者自身による感染者支援カウンセリングに関する事例研究(研究11)

研究の目的

本研究では、感染者自身による感染者支援カウンセリング、とくにセルフヘルプ・グループ活動の特徴を明らかにすることを目的とする。

感染者が自らの感染を告白して名乗り出ることをカミングアウト coming out という。わが国でHIV感染者としてカミング・アウトしているのはごくわずかの人々である(赤瀬, 1991; 石田, 1993; 平田, 1993; 大石, 1996)。ただし、彼らが

名乗り出たことで、他の感染者は大いに勇気づけられた。彼らのもとには全国の感染者からの声が寄せられ、彼らはピア・カウンセラーあるいは友人として多くの感染者との交流を続けた。これを筆者たちは「感染者の相互告白mutual coming out」と名付けている(児玉・一円・高田・上田, 1995)。

一方、セルフヘルプ・グループとは、「既存の組織や専門家が人々の要求に十分応じられないときに生まれ、グループのメンバーの相互援助・相互学習を通してメンバーの問題を改善し、より良い生き方を求める社会的な運動」(上里・村山, 1979)である。セルフヘルプ・グループは、アルコール依存症や摂食障害を抱えた人のグループカウンセリングとして長い伝統をもっているが、感染者のためのサポートグループとしても広く普及している(平野, 1995)。

研究の方法

1989年4月から1996年6月までC大学病院を中心に行われたカウンセリング事例のうちクライアントがセルフヘルプ・グループに参加した5事例の面接記録をもとに、セルフヘルプ・グループに関する臨床心理学的な事例研究を行った。

研究の結果

セルフヘルプ・グループS会に関する事例研究の結果を、「S会誕生までの経過」と「S会の発達過程に分けて報告する。

1) S会誕生までの経過

わが国の血友病患者の約4割が1980年代前半に非加熱製剤によってHIVに感染し、1980年代後半には、感染告知を受けたりAIDS発症する人々が相次ぐようになった。しかし、当時の血友病患者家族会(以下、友の会と呼ぶ)は全国どこでも、会員のなかに拡大しつつあったHIV感染に積極的に取り組むことがむずかしい事情を抱えていた。友の会が会員のなかの感染者の援助に積極的に取り組むには、HIVに感染していない会員(以下、非感染会員)もHIV感染を自らの問題ととらえる必要があった。しかし、現実には、感染者会員と非感染会員の間で意見の相違があり、さらには感染者やその家族の間にも積極派もいれば消極派や反対派がおり、会員の意見を一致させることが非常に難しい状況が

あった。

T県の友の会（以下、T友の会）は、1986年に再建されて再出発して以来約80名の会員を擁し、毎年年次総会、サマーキャンプ、クリスマス会などの行事を開催し、会報も年3回発行するなど、活発な活動を続けてきた。しかし、T友の会でも感染者の救済に取り組むべきかどうかは、会員の間で意見の一致を見なかった。それどころか、当時のマスメディアが血友病とHIV/AIDSを短絡的に取り上げたために、「エイズ」という言葉がタブー扱いされる状況が続いていた。強引にHIV感染の問題を会として取り上げると、折角再建された会が再び瓦解するおそれがあると、会員の多くが考えていた。

HIV感染の話題を語ることが友の会の中でタブー視されているかぎり、会員が感染を告知されても会員仲間に打ち明けることもできず、AIDS発症しても仲間にも病名を偽らざるを得なかった。事実、1991年の春までに、数名の会員がAIDS発症したが、そのことを他の会員に告げることもできず、ごく少数の肉親と医療スタッフとに看取られ孤独な最期を迎えるという不幸な事態が繰り返された。

1991年6月に、T友の会とも親交のあった赤瀬範保さんが、そして3カ月後にはT友の会の理事の一人がひっそりと亡くなった。ごく身近な人の死が相次ぎ、次第にAIDSの影が忍び寄っていることを感じた会員たちは強い衝撃を受けた。また、この頃、T友の会の長老格の会員Uさんが結核で長期入院中であった。会の理事たちは、見舞いに訪れる度に衰弱していくUさんを見て、この閉塞した状況を何とか打破しなければといった思いを募らせていた。

このような状況で、会員の中から自然発生的に「HIV感染の問題をもっと率直に話し合える場がほしい」という声が上がリ、理事たちが中心になってセルフヘルプ・グループS会が1991年10月に発足したのである。

2) S会の発達過程

S会の発足会には、感染、非感染を問わず HIV感染の問題に強い関心を抱くT友の会の会員17人が参加した。その会の冒頭に、半年前に19才の長男をAIDSで亡くしたばかりのWさんがその事実を初めて告白し、息子を若くして亡くし

た悲しみだけでなく、周囲に息子がどんな病気で亡くなったのかさえ言えぬ親の苦しみを語った。Wさんの話は参加者に大きな衝撃を与えたが、それだけにとどまらず、これでようやく本当のことを語り合える場ができたことを参加者は確認することになった。

参加者の話し合いの結果、S会はT会とは独立した形で活動すること、第2日曜の午後に定例会を持つことが決まった。

S会の発足後間もなく、長老UさんはAIDS発症し、しかも脳内出血を起こして緊急入院した。Uさんは、家族と遠く離れて長い間単身生活をしてきた。そんなUさんのためにS会の会員は病室にたびたび見舞いに訪れ身の回りの世話をしたり、泊まりこんで付き添うなど、家族同様の介護を行った。Uさんは、S会の例会の中で自分がAIDSであることを告白した。その結果、Uさんは、自分がAIDSであることを知ったうえで介護してくれる仲間を得たことになり、それだけに何でも安心して話すことができた。また、Uさんの介護を通してS会の会員の間に関連感も生まれ、会員相互で感染を告白し合う例が相次いだ。

Uさんは、会員の献身的な介護の甲斐もなく1992年年3月に亡くなった。折しもその日は、T友の会の年次総会の日で、多くのT会員が通夜に参列することができた。同年5月のS会例会では、Uさんを偲んでメモリアル・キルトづくりが始まった。同年6月にはUさんの面影をかたどったメモリアル・キルトはS会員10名とともにUさんが行きたがっていた東北の地を旅することになった。

1995年に HIV訴訟の原告団の組織化が活発になると、S会は弁護士を呼んで訴訟の勉強会を行い、感染者や遺族の会員の多くが原告となり相次いで提訴するようになった。1996年3月に HIV訴訟が原告側にとって実質勝利の形で和解すると、S会の会員はそれまで裁判闘争に向けていたエネルギーを、感染者や遺族のためのケア・サポート活動に向けるようになった。

1996年9月には、S会の会員と市民ボランティアからなるケア・サポート団体が発足して、当事者がケア・コーディネーターとなるユニークな援助活動を開始した。

以上、S会の発達過程を、感染者同士の関係の境界に注目して図示すると、図21のようになる（図21参照）。感染者を囲っていた固い境界線が次第に緩み、周囲の人々との関係が融合的になっていく過程がよくわかる。

結果の考察

セルフヘルプ・グループS会の事例研究を通して、セルフヘルプ・グループ発達の促進要因、阻害要因、専門家との関係の3点を考察する。

1)セルフヘルプ・グループ発達の促進要因

セルフヘルプ・グループ発達の促進要因として、感染者同士の相互告白、エイズ・メモリアル・キルトづくり、HIV訴訟への参加、感染者の家族や遺族などの非感染メンバーの存在が重要で、それぞれについて考察する。

①相互告白の意味

S会は、「仲間のHIV感染の問題を率直に話し合いたい」あるいは「同じ境遇の者同士でないと分からない苦しみを語り合いたい」という思いを共にするH会員の有志が集まって出発した。S会の中では、自分や家族の感染やAIDS発症を告白する会員が次々と現れた。

感染者同士の相互告白mutual coming-outの仕方には、3つのタイプが認め

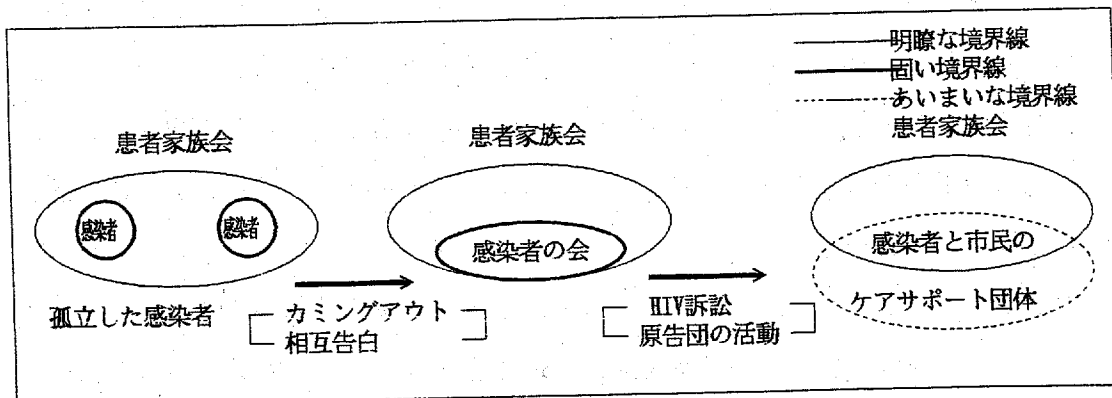


図21 セルフヘルプ・グループS会の発達過程

られた。まず、皆の前で告白する場合を告白Iタイプと呼ぶ。彼らに触発されて会のごく親しい会員同士でひそやかに告白しあう場合を告白IIタイプと

呼ぶ。さらには主治医や臨床心理士が仲介の労をとり、感染者同士を引き合わせる場合を告白皿タイプと呼ぶ。どのタイプになるかは感染者の性格や家族の状況によって決まるようで、それぞれにふさわしい相互告白の形が選ばれていた。

ところで、赤瀬さんたちのようにマスメディアを通して自らの感染を自己開示することがカミング・アウトであると一般には理解されているが、それはむしろカミング・アウトのなかでは例外的なものと言えよう。親しい人々の中で行われるカミング・アウト、つまり相互告白こそ、感染者にとって援助的な機能もちうると考えられる。

感染者同士の相互告白は、主治医による告知、さらにはパートナーの告知と同じく心理的に非常に困難な作業であるとともに、感染者にとって肯定的生産的な面をもっている。S会の会員はUさんの告白で入院中の彼がAIDS患者であることを知ったうえで看病することができ、これでUさんも安心して彼らの世話を受けることができた。このように、感染者は相互告白することで家族や医療スタッフ以外に真実を語り合える仲間を得ることができる。

②メモリアル・キルトの心理的な意味

相互告白後に仲間がAIDSで死亡した後のS会員の心理的動揺は非常に大きかったが、彼らが仲間の死を悼みその悲しみから立ち直るうえでメモリアル・キルトづくりが果たした役割も大きかった。メモリアル・キルト memorial quilt は、AIDSで亡くなった人を偲んで作られる畳1枚ほどのパッチワークで、布の墓標とも呼ばれる(メモリアル・キルト・ジャパン, 1995)。Uさんの死後S会の人々はキルトづくりのために度々集まり、Uさんについて語り合い、UさんのT友の会にかけた情熱を継承しようと決意した。このように、キルトづくりは、亡くなった仲間を心の中で生き返らせ対象喪失の悲しみを克服する「喪の作業」であり、しかも会員相互の連帯を強める心理的に重要な作業でもある。

③非感染会員の役割

S会の中には、何人かの非感染会員も参加した。彼らは、血友病患者やその家族で、感染者の古くからの友人であった。非感染会員がセルフヘルプ・グル

ープとしてのS会の発達に果たした役割は大きかった。感染者はAIDS発症すると日和見感染症などで体調が不安定となり、S会の活動をリードし続けられなくなる可能性がある。その点、非感染会員は感染者を励ましなが、S会の活動が停滞しないように精力的に動いていた。

一方、S会是非感染会員自身のためにも、大きな役割を果たしている。とくに、非感染会員はS会に参加することで、長年苦楽を共にしてきたT友の会の友人のために具体的に役立つことができた。彼らを支えることは、ひいては自分たちを支えてきたT友の会全体を支えることにもなった。

このように、感染者のセルフヘルプ・グループが当事者だけでなく、周囲の支援者にも開かれていることがグループの発達にとって重要と思われる。

2)セルフヘルプ・グループ発達の阻害要因

セルフヘルプ・グループ発達の阻害要因として、病状の悪化や死亡、仲間の感染者の不安恐怖が重要で、それぞれについて考察する。

①病状の悪化や死亡

セルフヘルプ・グループ発達の阻害要因として、中心的メンバーの病状の悪化や死亡が考えられる。S会の会員の感染者のひとは、「感染者だけだと、いずれこの会は消えてしまう」と危惧し、S会にもっと多くの非感染会員が参加してほしいという訴えた。

この問題は、1990年代後半に抗HIV療法の急速な進歩にともない、メンバーの状態がかなり安定するようになり、切迫した問題ではなくなっているが、潜在的な阻害要因であり続けている。

②仲間の感染者の不安恐怖

仲間の感染者の不安恐怖も、セルフヘルプ・グループの阻害要因となりうると思われる。たとえば、Uさんの介護を手伝った仲間たちは、ひとりのAIDS患者が衰弱して死んでいく過程を目の当たりし、Uさんに将来の自分や家族の姿を重ね合わせ、強い不安恐怖や無力感を体験することにもなった。また、AIDS末期における医療や看護体制が立ち遅れているという現実にも直面させられ、将

来への不安を強くした。このような不安が強くなると、グループの活動から離脱していく感染者も出てくる。不安恐怖が強くなった感染者に対しては、グループ内だけでなく、臨床心理士など専門家による危機介入的な援助が必要となる。

3)セルフヘルプ・グループと専門家の関係

最後に、セルフヘルプ・グループと専門家の関係について考察したい。S会
は、発足当初から基本的には会員のプライバシー保護のためにクローズド・グループであったが、医療関係者や弁護士、さらには市民ボランティアには開かれた部分を持っていた。このことが、1991年から数年間にわたり活発な活動を継続できた要因のひとつであり、1996年から市民ボランティアと連帯したケア・サポート団体に発展できた理由でもある。市民ボランティアのなかには、医師、看護婦、臨床心理士、MSW など、専門家がボランティアとして参加している。いずれにしても、S会のケースから、セルフヘルプ・グループの援助機能を高めるために、医師、看護婦、臨床心理士、MSW などの専門家や市民ボランティアの参加も重要であることが明らかになった。

第4節 まとめ

本章では、ロールプレイング録画を用いた調査研究や事例研究を通して各サブシステムのさまざまな担い手による HIVカウンセリングの特徴、とくに主訴や対応や応答技法の特徴を明らかにしようとした。その結果、各担い手が様々な場面で多様な対象に各自の立場や職種に応じた HIVカウンセリング活動を展開していること、新しい領域だけに技法的には多くの課題があること、他の担い手や他のサブシステムと密接に連携することが求められていることなどが明らかになった。

第5章 総合的考察と包括的 HIVカウンセリング・システム・モデル

本章では、ある地域における包括的 HIVカウンセリング・システムに関するコミュニティ心理学の観点からの事例研究を行い、サブシステムおよび包括的システムに関する総合的考察を行い、それにもとづいて包括的システム・モデルの構築を試みる。

第1節 包括的HIV/AIDSカウンセリング・システムの事例研究（研究12）

研究の目的

本研究は、3つのサブシステムが特定の地域において相互に連携し上位のシステムに効果的に統合されるための条件を明らかにする。

研究の方法

本研究は、1994年度および1995年度厚生省 HIV疫学研究班特別部会「地域におけるAIDS対策確立に関する包括的研究」班の一環として行われた（兒玉1995b;1996b）。1990年代前半にE県およびE政令市（以下、E県・市）に全国に先駆けていち早く整備された包括的 HIVカウンセリング・システムの現状と課題を明らかにするために、関係機関や団体の担当者に対する聞き取り調査や質問票調査を行い、そこで得られた資料をもとにコミュニティ心理学の観点からの事例研究を行った。

研究の結果

E県・市では1980年代後半に血友病治療基幹病院で HIVカウンセリングが開始され、次いで1990年代初頭にエイズNGO と感染者のセルフヘルプ・グループが発足した。この1機関2団体は保健所スタッフの研修に参加し、保健所のカウンセリング能力を向上させた。間もなくこの2機関2団体に横断的なエイズケア研究会が発足し、相互交流を活発にした。ここでは、E県・市における予防啓発、検査前後、感染者支援の3つのサブシステムについて、その歴史、現状、課題を述べたい。

1) 予防啓発カウンセリング

①行政レベルの予防啓発カウンセリング

E県では、県民のエイズに関する不安、悩み、疑問の相談に応じるために、1987年度から各保健所および県健康対策課内にエイズ相談電話を設置した。1993年度には、614件の相談電話があった。1992年からはエイズNGOに委託する形で土日のエイズ相談電話と月1日の面接相談を開設した。こちらには、1993年度に656件の相談があった。研修面では、1992年から保健所に医師や保健婦を対象にしたカウンセリング専門研修会を年1回開催しており、これに臨床心理士やエイズNGOの電話相談員が講師として協力している。

E市においても、県と同様にエイズ電話相談を設置したが、HIVカウンセリング研修は少し出遅れた。1995年度から市の保健所保健婦を対象に県と同様の研修会が開始された。

なお、E県・市は、国立公衆衛生院のカウンセリング研修に保健所の医師や保健婦を毎年数名派遣している。

②エイズNGOによる予防啓発カウンセリング

1991年に発足したエイズNGOであるD団体（「エイズダイアル」）は、世界エイズデーに36時間電話相談を実施したところ、515件もの相談があった。これを契機に、1992年からは上に述べたようにE県の委託エイズ電話相談を担当し、専用電話で休日夜間のエイズ相談も行うようになった。D団体は市民からボランティア相談員を募り、外来の講師を招いて研修講座を行うとともに電話相談のロールプレイング実習も行っている。相談および研修経験の豊かな相談員が増えて、高い水準を保っている。

2)検査前後カウンセリング

①保健所での検査前後カウンセリング

E県・市のすべての保健所で1993年度に行われたHIV抗体検査は1926件であったが、抗体陽性者はゼロであった。このような状況では採血と検査結果告知が事務的に行われがちで、あえて教育目的の検査前カウンセリングや陰性告知後カウンセリングを行うことには困難が伴うと思われる。事実、D団体が1992年に実施したE県・市保健所のHIV抗体検査体験調査によると、検査前の説明

はあったが検査前カウンセリングは皆無で、検査後カウンセリングは31.8%しか行われなかった。この結果はコメントを添えて各保健所に直接フィードバックされるとともに、保健所スタッフのカウンセリング研修にも活用された。研修会前後に行うアンケート調査によると、ロールプレイングを通して保健所スタッフが検査前後カウンセリングの重要性を再認識するのが分かった。

②地域医療における検査前後カウンセリング

一方、医師会・歯科医師会・行政・大学関係者からなるE県地域保健福祉対策協議会 HIV感染症専門委員会が1993年に実施した調査によると、県内の医療機関においては HIV抗体検査が数多く実施されているにもかかわらず、大学病院や一部の総合病院を除くとほとんど検査前後カウンセリングが実施されていないことが分かった。そのため、1994年度から同専門委員会の主催で地域の病院や診療所の医師への検査前後のカウンセリング研修が開始され、ロールプレイング実習が毎年2回開催されている。

3)感染者支援カウンセリング

①臨床心理士による感染者支援カウンセリング

C大学病院では、1989年度から2名の臨床心理士による HIVカウンセリングが開始された。1996年度からE市で、1997年度からE県で派遣カウンセラー事業が開始され、臨床心理士5名、MSW1名の HIV専門カウンセラーが活動を開始した。

②医師・看護婦による感染者支援カウンセリング

HIV感染症の診療に従事している医師や看護婦の多くが、1989年度から厚生省研究班やエイズ予防財団主催のエイズカウンセリング研修会に毎回参加している。とくに、エイズ予防財団の主催で毎年ブロックレベルで開催されているカウンセリング研修会には、感染者の主治医のほとんどが参加している。その結果、診察や病棟での看護活動に、カウンセリング技法が積極的に活用されるようになっている。

③その他の感染者支援カウンセリング

研究11で紹介したように、1991年からは血友病の感染者のセルフヘルプ・グ

ループが発足し、1996年からは本格的なケア・サポート団体に発展した。

本研究では資料不足のために取り上げなかったが、エイズNGOの感染者支援カウンセリングも非常に重要である。上述のD団体も1992年から感染者へのケア・サポート活動を開始した。感染者の希望に応じて自宅や病室に赴き、生活の支援を行うとともにカウンセリングも行っている。

4) 3つのサブシステムに横断的な研修体制

3つのサブシステムのHIVカウンセリング体制が相互に連携して機能するためには、カウンセリングに従事しているスタッフの交流が活発に行われる必要がある。そのために、E県・市では1993年に「エイズ・ケア研究会」という地域密着型の団体、いわゆるCBO(community-based organization)が発足した。

「エイズ・ケア研究会」は、会則においてその目的を「感染者、医療・保健・福祉従事者、研究者、教育者、行政担当者、ジャーナリスト、法律家、企業関係者、ボランティアなど、地域のさまざまな分野の人々をネットワークで結び、HIV病のケアに関する情報の交換、調査研究、交流と理解を深める活動をめざす」ことを掲げている。この会は、発足以来隔月1回のペースで例会を開催し、3つのサブシステムの担い手の交流の場を提供しており、HIVカウンセリングに関しても研修と交流のための貴重な場となっている。

ところで、交流が活発になるにつれて、各分野のHIVカウンセリングの研修会に他の分野のカウンセリング従事者が講師や協力スタッフやシンポジストとして参加するようになった。例えば、保健所スタッフの研修会に、エイズ治療機関の医療従事者やエイズNGOのスタッフが講師として招かれることで、情報交換だけでなく地域における連携の具体的な作業を学ぶことができる。このような研修の場への相互乗り入れは、スタッフの少ない地域ではとくに重要である。

5) 地域のHIVカウンセリングにおける県臨床心理士会の役割

①研修会の内容

E県・市では、行政、ボランティア団体、医療機関におけるHIVカウンセリング研修体制が早期に整えられたのに対して、カウンセリング活動の核となる

べき県・市内の臨床心理士対象の研修は非常に遅れていた。日本臨床心理士会が会員を対象とした全国規模のHIV/AIDSカウンセリング研修会を開始したのが1994年1月であった（兒玉、1995c）。その1年後の1995年1月に、E県臨床心理士会と厚生省 HIV疫学研究班の共催で、「HIV/AIDSカウンセリング・ワークショップ」が開催された。内容は、教育講演（「わが国の臨床心理士によるHIV/AIDSカウンセリングの現状と課題」「米国でのHIV/AIDSカウンセリングのシステムについて」「東京都のHIV/AIDSカウンセリングの取り組み」）とシンポジウム（「地域のHIV/AIDSカウンセリング体制と臨床心理士の役割」）であった。

1995年12月には、E県・市の臨床心理士のための「第2回HIV/AIDSカウンセリング・ワークショップ」が開催された。このワークショップでは、「派遣カウンセラー」要員の養成をめざして対象を認定臨床心理士に限定し、研修内容も臨床心理士による事例報告をもとに実際的な対処方法の学習を行った。事例報告では、できるだけ討論の時間を多くとり、参加者から報告者への専門的なコメントを求めた。

②研修会参加者の意識調査

第1回目のワークショップには、認定臨床心理士30名を含む心理臨床家や臨床心理士をめざす大学院生等の70名余の参加があった。参加者には、ワークショップの前後にアンケート調査を実施した。それによると、HIVカウンセリングの職務経験のある者は回答者の3.4%、研修経験のある者は回答者の13.6%に過ぎなかった。ただし、本ワークショップの終了後には、回答者の20.1%が「今後HIVカウンセラー職務も兼務したい」、同じく17.2%が「HIVボランティア活動に参加する」と前向きの姿勢を示した。

第2回目のワークショップの前後に、前回と同じアンケート調査を行い、参加者のHIV職務経験や研修への希望と研修成果を分析した。参加者28名のうち17名(60.7%)は前回も参加していた。HIV職務経験有りは3名、HIVボランティア経験有りは2名と前回と全く変わらなかった。研修参加動機でもっとも多いのは、前回「HIVカウンセリングの基礎知識を得るため」13名(50%)であっ

たが、今回は「実際に感染者に対応するときのために」14名(53.8%)と変わった。研修希望項目としては、「HIV カウンセリングの基本的な考え方や位置づけの理解」21名(80.8%)、「HIV カウンセリングの具体的な内容や技法」19名(73.1%)が多く、臨床心理士の専門家としての関心が伺える。研修できた項目としては、「HIV カウンセリングの基本的な考え方や位置づけの理解」20名(76.9%)、「HIV感染者自身の悩み」16名(61.5%)、「HIV カウンセリングの具体的な内容や技法」14名(53.8%)の順で多かった。今回は、希望項目と達成項目とほぼ一致しており、前回と大きな違いが認められた。

上記の結果をもとに、図22にE県の包括的システムを、各サブシステムとその担い手との関係や担い手同士の関係に注目して図示した(図22参照)。

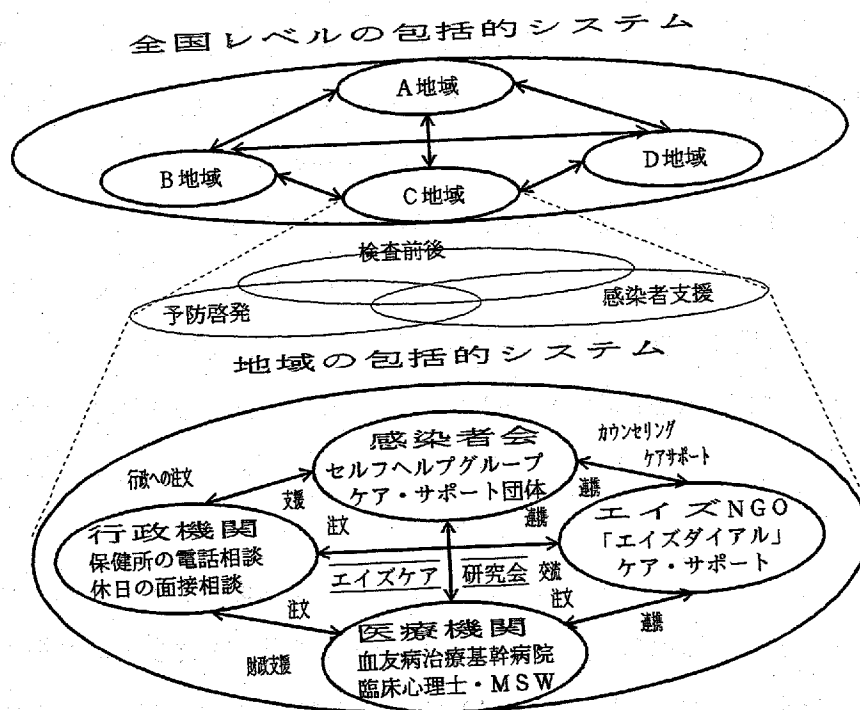


図22 E県・市における包括的 HIVカウンセリング・システム

結果の考察

山本(1995)によると、コミュニティ心理学の基本的な姿勢は、①心的内界の

要因と同時に社会的環境の要因を重視する②社会およびコミュニティのシステムを志向した介入を行う③治療だけでなく、予防の視点を重視する④「成長モデル」的志向や社会的支援システムづくりをする介入を行う、など12の特徴を持つという。このようなコミュニティ心理学の観点から、本事例研究の結果を考察する。

1) 包括的システムが有効に機能するための条件

本事例では、図22で示したように予防啓発、検査前後、感染者支援の3つのサブシステムが、C大学病院を中心とする医療機関、保健所を中心とする行政機関、エイズNGOとしてのD団体、セルフヘルプ・グループとしての感染者会S会といった2機関2団体で担われていた。保健所では1987年から、医療機関では1989年から、エイズNGOやセルフヘルプ・グループでは1991年からHIVカウンセリングの活動が開始された。1993年にCBOである「エイズケア研究会」が発足すると、2機関2団体のHIVカウンセリング活動は相互に連携してひとつのシステムとして機能し始めた。

このことから、包括的システムが有効に機能するには、それぞれ独自の機能をもつ医療機関、行政機関、エイズNGO、セルフヘルプ・グループとしての感染者会といった少なくとも4タイプの機関・団体が必要である。また、こうした4機関・団体の連携を促進するためのCBOなどの組織が必要であることが明らかになった。

2) サブシステムの機能を維持するための研修体制

本事例では、2機関2団体のHIVカウンセリング機能がそれぞれの内部に設けられた研修体制によって維持されていた。各機関や各団体の研修体制は、講師を招いて内部で行う研修会と、全国レベルやブロックレベルで開催される研修会へのスタッフ派遣という2本立てで行われていた。

このことから、真にクライアントのために有益なHIVカウンセリングを提供するには活発な研修活動が不可欠であること、各機関・団体の研修活動の量と

質が、その HIVカウンセリングの水準を規定することが明らかになった。

3)相互モニタリングの重要性

本事例では、団体2機関2団体の HIVカウンセリングは、D団体による保健所調査のように相互にモニタリングし合うことで一定の水準を維持していた。さらに、「エイズ・ケア研究会」という地域密着型NGO が設けられたことで、2機関2団体のスタッフ同士の交流が活発になり、さらに水準が押し上げられた。また、研修における講師の相互乗り入れは、研修の効果を上げるだけでなく、相互の活動の質をチェックし合う機会にもなった。

地域のなかではどのような機関・団体も相互に依存しあっており、密接に連携している。そのために、ややもすると相互批判が困難になる傾向があるが、本事例のようにクライアントが果して適切な量と質のサービスを受けているかを相互にモニタリングすることは、相互の発展につながるもので、積極的に推進される必要があることが明らかになった。

4)臨床心理士会の役割

本事例の場合、包括的システムのうち専門的な HIVカウンセリングの中核となるべき県臨床心理士会の研修活動は決して早くはなかったが、1996年度から開始された派遣カウンセラー事業の要員の確保には間に合った。

臨床心理士会は、その会員の中から HIV専門カウンセラーを輩出するだけでなく、一般会員がHIV/AIDSへの正確な理解と感染者への開かれた態度を持つように促していく役割がある。また、臨床心理士会は、地域の各サブシステムの担い手に対する HIVカウンセリング研修の機会を企画運営したり、講師を派遣したりする役割がある。さらに、各機関・団体が円滑に連携していくうえで、調整役を演じることもできることが明らかになった。いずれにしても、このような役割を果たすことを通して、臨床心理士会が地域の医療保健福祉活動のなかに市民権を得ていくのではないかと思われる。

第2節 総合的考察

本節では、本研究の第1および第2の目的がどの程度達成され、どのような課題が残されたかを総合的に考察するとともに、第3の目的である包括的システム・モデルを構築するための理論的な枠組みを検討する。

1)各サブシステムの特徴の明確化

本研究の第1の目的は、予防啓発、検査前後、感染者支援という3つのサブシステムの特徴を、その担い手に注目して明らかにすることであった。研究1～11で示したように、予防啓発カウンセリングの担い手のうちエイズNGOや保健所スタッフ、検査前後カウンセリングの担い手のうち保健所スタッフや医療機関の主治医、感染者支援サブシステムの担い手のうち医療機関の医師、看護婦、臨床心理士、さらには感染者自身を対象に、事例研究や調査研究を通してそれぞれのHIVカウンセリングの特徴を明らかにした。

ただ、研究対象によって得られた資料の差が大きく、その特徴を詳細に検討できたものもあれば、全体的な印象を把握するにとどまったものもあった。具体的には、臨床心理士による感染者支援カウンセリングについては多くの資料が得られたので、告知から死別、さらには死別後までのHIV感染症の経過に即して、HIVカウンセリングのテーマの特徴や技法、さらには倫理的問題まで詳細に検討することができた。一方、エイズNGOスタッフの予防啓発カウンセリングについては得られた資料が少なく、その特徴を十分明確にしたとは言いがたい。さらには、エイズNGOやMSWによる感染者支援カウンセリングは非常に重要な活動であるが、十分な資料が得られなかったので本研究の対象とすることができなかつた。これらは、今後の研究の課題であると思われる。

また、本研究ではカウンセリング・サービスを提供する側に注目して検討したので、各サブシステムがクライアントのニーズにどの程度応じているかどうかについては明らかにすることができなかつた。今後は、クライアント側から見た各サブシステムのカウンセリングの特徴を明らかにし、クライアントのニーズにどの程度応じられているか評価する研究を行う必要があると思われる。

2) HIVカウンセリングの独自性の明確化

本研究の第2の目的は、HIVカウンセリングを他のカウンセリング・心理療法との比較を通して明らかにすることであった。当初、HIVカウンセリングを精神疾患や癌などの慢性疾患のカウンセリング・心理療法と比較検討することを試みたが、疾患が異なればカウンセリングの目標や技法が異なるのは当然のことで、あまり生産的なこととは思えなくなった。言い換えれば、HIV感染症の特異性、たとえば性行為感染症、社会的な差別偏見、非常に長い無症候キャリア期、治療法の急激な進歩などに規定された諸側面が必ずしもHIVカウンセリングの独自性とは言えないように思われた。HIV感染症の特異性によって規定された部分よりも、むしろ研究1～3の考察で述べたようなカウンセラー・心理療法家としての「自己拡大」「自己変容」のテーマがHIVカウンセリングの独自性として重要と思われる。つまり、従来のカウンセリングや心理療法が臨床心理士に対して特定の領域の特定の技法の習得を求めて十分とする傾向があったのに対して、HIVカウンセリングは臨床心理士に予防教育的、治療的、福祉的、行政的など総合的なアプローチも身につけることを要求することが明らかになった。その結果、臨床心理士はカウンセラー・心理療法家として自己拡大と自己変容の課題に直面することも明らかになった。

また、研究4～11で臨床心理士以外の多くの担い手によるHIVカウンセリングについて論じたように、臨床心理士だけでなく、実に多くの職種や立場によって展開される点もHIVカウンセリングの独自性のひとつであることも明らかになった。言い換えれば、HIVカウンセリングは、医療・保健・福祉のさまざまな職種や立場の人々との緊密な連携が必要な新しいタイプの援助活動で、そのなかでカウンセリングの専門家として臨床心理士が研修スタッフやコーディネーターなど新たな役割を獲得することが求められる領域であることも明らかになった。

3) 包括的システム・モデル構築の枠組み

本研究の第3の目的は、コミュニティ心理学の観点から地域のニーズに応じた包括的システム・モデルを構築することである。研究12では、ある地域の包

括的システムの事例研究を通して包括的システムが有効に機能するためには、カウンセリング機能を持った2機関2団体や研修機能を持った横断的な団体の整備が必要であることが明らかになった。このことは、包括的システム・モデルを構築するにあたりサブシステムの個人レベルの担い手である職種・立場だけではなく、彼らによって構成される組織レベルの担い手である機関・団体に注目する必要があることを意味している。地域の包括的システムが有効に機能するためには、どのような機関・団体がどのようにサブシステムを担い、さらに各サブシステムがどのように包括的システムを形成していくのが望ましいのであろうか。次節においては、このような枠組みのもとで包括システム・モデルの構築を試みる。

第3節 包括的HIV/AIDSカウンセリング・システム・モデル構築の試み

本節では、研究1～12の研究成果にもとづき、今後のわが国で包括的 HIV カウンセリングを展開するうえでのひとつの指針となることをめざして、包括的システム・モデルの構築を試みる。

研究1～12および前節の総合的考察によると、包括的システム・モデルを構築するためには、「4タイプの機関・団体」「コーディネーター機関」「包括的システムの多層的な構造」の3条件がとくに重要であることが明らかになった。次に、各条件について詳しく述べる。

1) 4タイプの機関・団体が地域のサブシステムを担う

都道府県・政令市規模の地域レベルの包括的システムは、「予防啓発」「検査前後」「感染者支援」の3つのサブシステムから構成されるが、本研究では、この3つのサブシステムの機能が少なくとも「医療機関」「行政機関」「エイズNGO」「感染者団体（セルフヘルプ・グループ）」の4タイプの機関・団体によって担われることが重要であると思われる。言い換えれば、地域レベルの包括的システムが少なくとも4タイプの機関・団体つまりサブ・サブシステムで担われることを、包括的システム・モデル構築のための第1の条件としたい。

4タイプのサブ・サブシステムは、ひとつの地域内に同時に併存して活動す

ることが重要である。そのいずれかが欠けると各サブシステムの機能が十分に発揮できない。わが国では、医療機関、行政機関、エイズNGO についてはすでに都道府県の多くで整備されているが、感染者団体は大都市を抱える都道府県以外では未組織のところが多い。したがって、地域レベルの包括的システムを構築するには、HIV訴訟原告やゲイ（男性同性愛者）を中心とするセルフヘルプ・グループなどが核となって各地域に感染者団体を組織することが急務である。

2) 地域ごとにカウンセリング・コーディネーター機関を設ける

研究1～11で述べてきたように、包括的 HIVカウンセリングは多くの職種や立場の人々によって担われるとともに、異なる職種・立場の間の連携も活発に行われる必要がある。異なる職種・立場の人々が個々の対象者に効率よくカウンセリング・サービスを提供するためにはコーディネーターが必要である。

それと同様に、地域レベルの包括的システムにも、異なる機関・団体のカウンセリング機能をコーディネートする機関を設置することが重要である。これを、包括的システム・モデル構築のための第2の条件としたい。

研究12で示したように、E県・市の場合、従来個々のケースのカウンセリングに関するコーディネーターはC大学病院が、カウンセリング研修に関するコーディネーターは「エイズケア研究会」などが担当していたが、1995年度からはエイズ治療拠点病院（以下、拠点病院）がその役割の多くを担当するようになった。厚生省は1996年度から「拠点病院カウンセラー設置事業」を開始しており、拠点病院が地域レベルのカウンセリング・コーディネーター機関となる環境が整いつつある。ただし、研究12で指摘したように、コーディネーター機関の中核的存在を期待される都道府県の臨床心理士会やMSW協会のHIVカウンセリングへの取り組みが必ずしも活発とは言えず、コーディネーター要員の養成が当面の課題である。

3) 地域レベル、ブロックレベル、全国レベルなど多層的な構造化

地域レベルの包括的システムが各都道府県で構築されたとしても、そのカウンセリング機能は地域差が大きいと思われる。また、感染者や家族は生活や治

療の場を他の地域に移すことも多いと思われる。言い換えれば、ひとつの地域レベルの包括的システムが自己完結することはありえず、地域レベルの包括的システムがいくつか集まりブロックレベルの包括的システムを構成し、さらにはブロックレベルの包括的システムは全国レベルの包括的システムを構成することが望ましい。そこで、包括的なシステムを、地域、ブロック、全国といった多層的な構造として構築されることを包括的システム・モデルの構築のための第3の条件としたい。

上記の3条件を踏まえて、包括システム・モデルの多層的な構造の例を図示すると、図23のようになる(図23参照)。本モデルのうち、地域レベルのモデルは研究12の研究成果に依拠しており、ブロックレベルのモデルは、1990年代後半に本格化した厚生省の「拠点病院」や「ブロック拠点病院」「ブロックエイズ対策推進事業」などの事業で、一部のブロックではすでに試行段階に入っていることが確認されているものである。ただ、ブロックによってカウンセリング体制の整備状況は大きく異なり、全国でブロックレベルの包括システムが整備されるには多くの時間とエネルギーが必要であり、全国レベルの包括的システムの整備はさらに遅れると思われる。

4) 包括的システム・モデルとわが国の医療体制の課題

最後に、ここで呈示した包括的システム・モデルが一部の地域やブロックに一時的に構築されるのではなく、すべてのブロックに、すなわち全国レベルで永続的に構築されるためには、わが国の医療保健福祉体制に改善されるべき点が少なくない。ここでは、現在の医療体制を支えている医療保健従事者の HIV カウンセリングに関する意識改革と、HIV カウンセリングの担い手の医療保健福祉体制への位置づけという2点から考察したい。

①医療従事者の HIV カウンセリングに関する意識改革

本研究で明らかになったように、HIV カウンセリングとはさまざまな職種や立場のカウンセラーによって行われる心理社会的援助の総称である。この包括的 HIV カウンセリングでは、臨床心理士やMSW や精神科医などの専門カウンセラーや専門医もその一部を担うが、他の立場や職種によって担われる重要

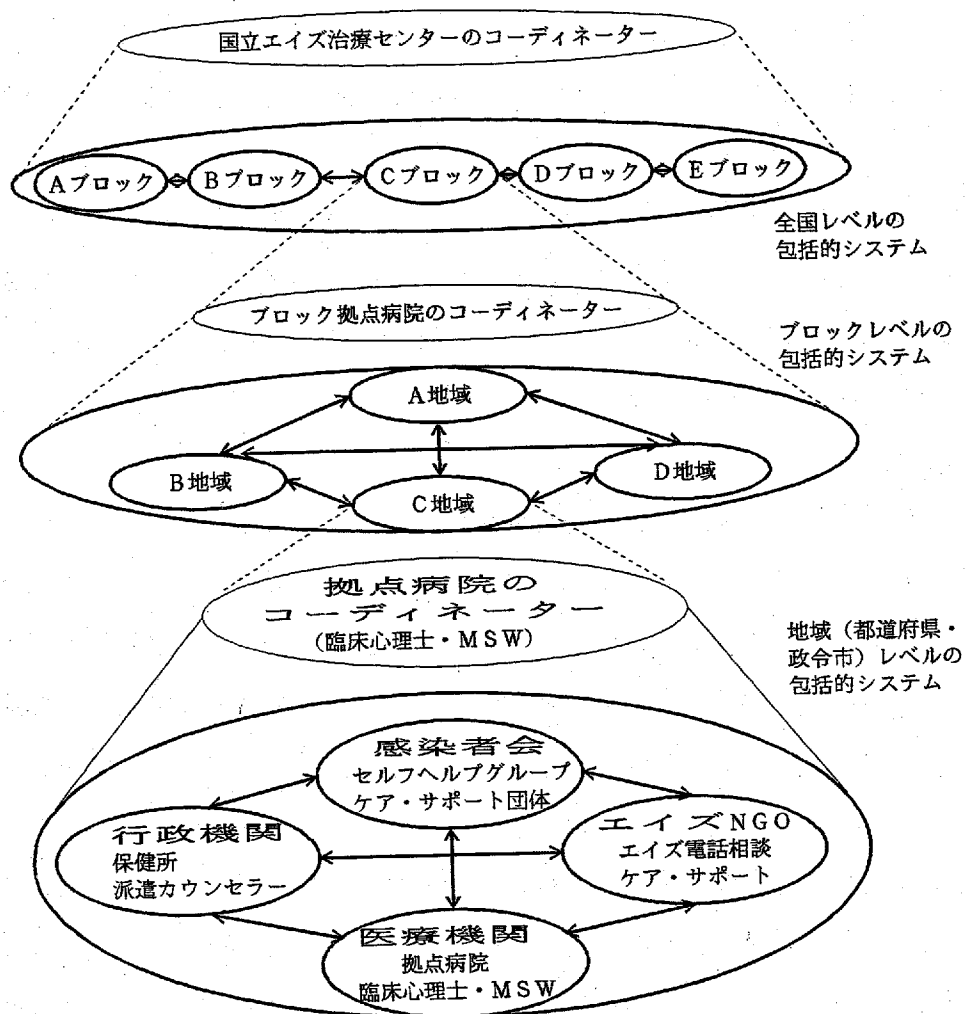


図23 包括的HIV/AIDSカウンセリング・システム・モデル

な分野も多い。言い換えれば、HIV/AIDSに関する問題を抱えた人と接する医療保健福祉の専門職はすべて HIVカウンセラーとなる必要がある。

わが国では1980年代後半から世界保健機関の指導を受けた厚生省が、HIV/AIDSにかかわる医療保健従事者対象に包括的 HIVカウンセリングの観点からの研修を継続している。そこでは、積極的な告知、インフォームド・コンセントの徹底、患者の自己選択・自己決定の尊重、カウンセリング・マインドの習得、包括医療あるいはチーム医療、緩和ケア、在宅ケアなどを鍵概念とする新しい医療保健活動が強力に推進されてきた。こうしたキーワードは他の疾患や障害

の分野でも定着しつつあるが、HIV/AIDSの分野では感染拡大の防止や感染者の人権尊重といった社会的ニーズも関係して、国の重点施策として推進された。そのために、わが国では例外的に短期間に急速に普及したと思われる。総合病院の精神科以外の医師や看護婦が国の事業としてカウンセリングの研修を数多く受けることは1980年代まで考えられなかったが、1990年代後半のHIV/AIDSの分野では当然のことのように実施されている。もちろん、そのようなカウンセリング研修は、HIV/AIDSだけでなく他の疾患や障害の治療・援助活動にもきわめて有効な方法であるという認識に支えられているのである(稲垣, 1994; 宮崎, 1996)。

② HIVカウンセリングの担い手の医療保健福祉体制への位置づけ

わが国では、HIVカウンセリング、とくに専門HIVカウンセリングの担い手である臨床心理士やMSWの身分を保障する国家資格制度が未確立である。そのことは、HIV診療の現場で感染者や医師や看護婦がいかに専門カウンセラーを必要としていても、医療チームのなかに常勤スタッフとして迎え入れることが困難であることを意味している。

厚生省を中心に関係諸団体が医療保健の分野での臨床心理士やMSWの資格の法制化に向けて長期間検討を続けてきたが、関係者の意見が一致せず、いまだに実現の見通しが立たないのが実情である。

厚生省は緊急対応策として、1989年度から血友病基幹病院にエイズ予防財団委託カウンセラーを配置し、1996年度から拠点病院や保健所への派遣カウンセラーを行政に設置している。ただ、いずれも非常勤カウンセラーで、待遇や労働条件も良くなく、専門カウンセラーに個人的な奉仕精神を求める不安定な制度である。何よりも、ほとんどが常勤である医療チームに週1、2回参加するだけでは、スタッフ間の意志疎通も難しい。末期AIDS患者を担当した場合に、急変する状態にほとんど対応できななど限界も多い。したがって、現在の派遣カウンセラーを中心とする専門HIVカウンセラー事業は、あくまで緊急対応にしか過ぎず、少なくとも拠点病院のすべてに臨床心理士とMSWを常勤で配置する必要があり、何よりも臨床心理士とMSWの国家資格制度の確立を急ぐことが

行政の国民に対する責務であると思われる(山形, 1996)。

ところで、HIVカウンセリングではエイズNGOのスタッフも重要な担い手であり、いわゆるボランティアの医療保健福祉体制への位置づけも必要である。これは資格問題などではなく、医療保健福祉従事者が感染者のQOL向上のためにボランティアを温かく受け入れる姿勢の問題である。ボランティアも、単なる善意だけではなく感染者のプライバシーや人権を保護するための訓練を受けるなど倫理的な責任を自覚する必要がある。幸い、すぐれた活動を展開しているエイズNGOがわが国にも増えており、ボランティア活動に対する社会的関心が高まっているので、エイズNGOのスタッフは今後ますますHIVカウンセリングの重要な担い手になっていくものと思われる(池上, 1995)。

第4節 本研究のまとめと今後の課題

1) 本研究のまとめ

本研究では、多様なHIVカウンセリングをひとつの包括的HIVカウンセリング・システムとしてとらえる視点を提唱した。包括的な視点とシステム論的な視点を本研究の理論的実践的な枠組みとしたうえで、サブシステム及び包括的システムに関する基礎資料を事例及び調査研究を通して広範に収集した。こうした資料をもとに、今後のわが国のHIVカウンセリングの展開の方向を示すために、多層的な構造をもつ包括的HIVカウンセリング・システム・モデルの構築を試み、最後にこのモデルが定着するために改善されるべき医療保健福祉体制のあり方についても考察した。

2) 今後の研究課題

① 感染状況や治療法の変化に伴うHIVカウンセリングの変化

今後の研究課題については、基本的な視点を簡潔に述べておきたい。まず、世界およびわが国のHIV感染は急激に拡大しているが、それと同時にHIV感染症の治療方法も急速に進歩している。したがって、HIVカウンセリングも感染状況や治療法の変化にともなって、めまぐるしく変化している。そこで、感染の急激な拡大や治療法の急速な進歩に伴って包括的HIVカウンセリングがど

のように変化していくかを明らかにし、そこに関与する要因を分析していくことが、今後の第1の研究課題と思われる。

②研究対象の拡大

本研究では、主に中国地方のある県において主に非加熱製剤による感染者を対象とした1980年代後半から1990年代前半における HIVカウンセリング活動に関する研究であった。そのために、性行為による感染者に対するエイズNGOのケア・サポート活動や派遣カウンセラーの活動を始め、多くの重要な活動に言及することができなかった。そこで、今後の第2の研究課題としては、研究対象の地域、異なる感染経路の感染者、活動の期間などをさらに拡大した研究を行い、本研究の成果の妥当性や信頼性を検討し、必要に応じて研究成果を加筆修正していくことである。

引用文献

- 上里一郎・村山正治（編）1979 セルフ・ヘルプ・カウンセリング 講座心理療法8 福
村出版
- 赤瀬範保 1991 あたりまえに生きたい 木馬書館
- Anderson, J. R., Landry, C. P., & Kerby, J. L. (Eds.). 1991. *AIDS: Abstracts of
the psychological and behavioral literature 1983-1991*. (3rd ed.), New
York: American Psychological Association.
- Blechner, M. J. 1993 Psychoanalysis and HIV. *Contemporary Psychoanalysis, 29*
(1), 61-80.
- Bor, R., Miller, R., & Goldman, E. 1992. *Theory and practice of HIV counselling
: a systemic approach*. London: Casell.
- Dane, B. O. 1995. Overcoming grief associated with caring for AIDS patients. In
W. Odets & M. Shernoff (Eds.), *The second decade of AIDS: a mental health
practice handbook* (275-291). New York: Hatherleigh Press.
- Deeks, S. G., Smith, M., Holodny, M., & Kahn, J. O. 1997. HIV-1 protease inhibitors: a
review for clinicians. *Journal of American Medical Association, 277*(2).
145-153.
- Dilley, J. W., Pies, C., & Helquist, M. 矢永由里子（訳）1994 AHPエイズ・カウンセリ
ング・ガイド HBJ 出版局
- Doll, L. S., & Dillon, B. A. 1997. Counseling persons seropositive for human
immunodeficiency virus infection and their families. In V. T. DeVita, Jr., S.
Hellman, & S. A. Rosenberg. (Ed.), *AIDS: etiology, diagnosis, treatment and
prevention, fourth edition*. (533-539) Philadelphia: Lippincott-Raven
Publishers.
- Farber, E. W. 1994. Psychotherapy with HIV and AIDS patients: the phenomenon of
helplessness in therapists. *Psychotherapy, 31*, 715-724.
- Flaskerud, J. H. (Ed.) 1989 *AIDS/HIV infection; a reference guide for
nursing professionals*. New York: W. B. Saunders Company.
- 五島真理為 1992 36時間テレソン・エイズ電話相談報告 KSKPじむきよく通信, 18,
4-25.
- 平野かよ子 1995 セルフ・ヘルプグループによる回復—アルコール依存症を例として
川島書店

- 平田豊 1993 あと少し生きてみたい 集英社
- Hoffman, M. N. 1996. *Counseling clients with HIV disease*(216-229). New York: The Guilford Press.
- 池田恵理子 1993 エイズと生きる時代 岩波書店
- 池上千寿子 1995 エイズとNGO -その目標と原則 箕輪真澄・エイズ対策研究会(編) エイズ対策 東京法規出版 408-410.
- 池上千寿子 1996 HIV陽性者の地域におけるケアのあり方に関する研究-全国保健所におけるHIV抗体検査・カウンセリングの実施状況に関する調査 平成7年度厚生省エイズ対策研究推進事業「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, 47-96.
- 稲垣稔 1994 HIV/AIDSとカウンセリング 稲垣稔(編) HIV/AIDSカウンセリングの実際 東京法規出版 236-250.
- 石田吉明 1993 いのちの輝き 岩波書店
- Ivey, A. E., & Authier, J. 1978. *Microcounseling*. New York: Thomas, C. C.
- 季羽倭文子 1993 がん告知以後 岩波書店
- 北村敬(編) 1993 HIV感染症の診療-医療関係者の手引き 国民健康保険中央会 9-20.
- 児玉憲一 1995 医療従事者の燃え尽き症候群対策 箕輪真澄・エイズ対策研究会(編) エイズ対策 東京法規出版 96-97.
- 児玉憲一 1995a 感染者支援組織への関わり方に関する研究 平成6年度厚生省エイズ対策研究推進事業「エイズの医療体制に関する研究」報告書 351-363.
- 児玉憲一 1995b 各分野に応じたHIVカウンセリングのあり方に関する研究 平成6年度HIV疫学班研究班報告書, 511-514.
- 児玉憲一 1995c 平成5・6年度文部省科研研究成果報告書 HIVおよびAIDSカウンセリングにおけるカウンセラー養成方法に関する研究, 6025.
- 児玉憲一 1996a 感染者支援組織への関わり方に関する研究 平成7年度厚生省エイズ対策研究推進事業「エイズ患者 HIV感染者への直接的支援に関する研究」報告書 107-126.
- 児玉憲一 1996b 各分野に応じたHIVカウンセリングのあり方に関する研究 平成7年度HIV疫学班研究班報告書, 511-514.
- 児玉憲一・一円禎紀・高田昇・小林正夫・上田一博 1990 主治医によるHIVカウンセリングのMCTによる技法的検討(1) 総合保健科学, 6, 27-39.
- 児玉憲一・一円禎紀・高田昇・小林正夫・上田一博 1992 主治医によるHIVカウンセリングのMCTによる技法的検討(3) 総合保健科学, 8, 21-32.

- Kodama, K., Ichien, Y., Takata, N., Kobayashi, M., & Ueda, K. 1992. The development of a self-help group for persons with HIV infections. *Proceedings of the 6th congress of the Japanese society for AIDS research*, 101.
- Kodama, K., Ichien, Y., Takata, N., Kobayashi, M., & Ueda, K. 1993 The psycho-social factors facilitating partner notifications in cases of HIV infection. *Proceedings of the 7th congress of the Japanese Society for AIDS Research* 14.
- 児玉憲一・一円禎紀 1994 ロールプレイを用いた医療従事者対象の HIVカウンセリングの研修経験 心理臨床学研究, 12(3), 253-262.
- 児玉憲一・一円禎紀・高田昇・上田一博 1995 HIVカウンセリングにおける性的パートナー告知と相互告白の意義 総合保健科学 11, 29-40.
- 児玉憲一・一円禎紀・中丸澄子 1997 臨床心理士による HIV/AIDS カウンセリング7年間の経験—面接の話題の内容分析を中心に 総合保健科学, 13, 79-85.
- 児玉憲一・一円禎紀 1997 性的パートナー告知を促す HIVカウンセリングの技法と倫理に関して 心理臨床学研究, 15(1), 98-103.
- 小西加保留(編) 1997 エイズとソーシャルワーク 中央法規出版 1-7.
- Maslanka, H. 1996. Burnout, social support and AIDS volunteers. *AIDS Care*, 8(2), 195-206.
- メモリアル・キルト・ジャパン 1995 メモリアル・キルト・ジャパン 箕輪真澄・エイズ対策研究会(編) エイズ対策 東京法規出版 418.
- 宮崎昭 1996 HIVカウンセリング研修方法に関する研究 平成7年度厚生省エイズ対策研究推進事業「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, 97-112.
- Morin, S. F. 1988. AIDS: the challenge to psychology. *American Psychologist*, 43;11, 838-842.
- 大石敏寛 1996 せかんどかみんぐあうと 朝日出版社
- Ostrow, D. G. 1994. Psychiatric considerations in human immunodeficiency virus disease. In V. T. DeVita, Jr., S. Hellman, & S. A. Rosenberg (Eds.), *AIDS: etiology, diagnosis, treatment and prevention* (541-550). Philadelphia; Lippincott- Raven Publishers.
- Robiner, W. N., Parker, S. A., Ohnsorg, T. J., & Strike, B. 1993. HIV/AIDS training and continuing for psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24;1, 35-42. st. 43, 35-42.

- 世界保健機関 木原正博（監訳） 1991 ヒト免疫不全ウイルス(HIV) の性行為による感染の予防 エイズ予防財団 27-38.
- 世界保健機関 木原正博（監訳） 1991 AIDSの予防制圧に関する保健対策計画策定のためのガイドライン エイズ予防財団
- 世界保健機関 安達一彦（訳） 1991 HIV感染者に対する看護ガイドライン エイズ予防財団.
- Sikkema, K. J., & Bissett, R. T. 1997. Concepts, goal, and techniques of counseling: review and implications for HIV counseling and testing. *AIDS Education and Prevention*, 9(8), 14-26.
- 田島静・中原由美・蓑原巖・裨田慶子 1994 公衆衛生, 58(3), 215-219.
- 高田昇 1993 HIV 病患者を看た看護婦アンケートから *Sexual Science*, 2(2), 41-45.
- 高田昇 1997 よくわかるエイズ関連用語集 Ver.1 中国・四国地方エイズ中核病院グループ, 28-29.
- Teguis, A. 1992. Dying with AIDS. In P. I. Ahmed (Ed.), *Living and dying with AIDS* (153-178). New York: Plenum Press.
- 遊佐安一郎 1984 家族療法入門—システムズ・アプローチの理論と実際 星和書店
- Winiarski, M. G. 1991. *AIDS-related psychotherapy* (98-107). New York: Pergamon Press.
- ウォーデン, J. W. 鳴澤實（監訳） 1993 グリーフカウンセリング 川島書店 150-154. (Worden, J. W. 1991. *Grief counseling and grief therapy*. New York: Springer Publishing Company.
- 山形操六 1996 HIVカウンセリング体制の構築に関する研究 平成7年度厚生省エイズ対策研究推進事業「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 5-6.
- 山本和郎・原田裕視・箕口雅博・久田満 1995 臨床・コミュニティ心理学 ミネルヴァ書房
- 山本和郎 1995 コミュニティ心理学の発想をもった心理臨床家の基本姿勢 山本・原田・箕口・久田（編） 臨床・コミュニティ心理学 ミネルヴァ書房 32-33.
- 山中京子・松本智子・斉藤みき・井野安江・森和夫・ニクン-ジッタイ・前田右子 1995 HIV感染者/AIDS 患者のカウンセリング・ニーズに関する分析 第9回日本エイズ学会総会抄録集 117.

平成8年度厚生省エイズ対策研究推進事業

「エイズ患者・H I V感染者に対する直接的支援に関する研究」研究班

専門カウンセラーによるH I Vカウンセリングに関する実態調査

研究代表者 山形操六（財団法人エイズ予防財団専務理事）

分担研究者 児玉憲一（広島大学助教授）

■調査協力をお願い■

本調査は、平成8年度厚生省エイズ対策研究推進事業「エイズ患者・H I V感染者に対する直接的支援に関する研究」研究班による研究の一環として、対人援助の専門職によるH I Vカウンセリング活動の実態を把握し、今後の課題を明らかにすることを目的としています。わが国では、エイズ患者・H I V感染者および感染不安を抱える人々への専門的な心理的社会的な援助体制、すなわち広い意味でのH I Vカウンセリング体制の整備が急がれており、その実質的な担い手は臨床心理士・心理職・医療ソーシャルワーカー・精神科ソーシャルワーカーといった多様な専門職の人々であります。そこで、本調査では、H I Vカウンセリングに従事している臨床心理士・心理職・医療ソーシャルワーカー・精神科ソーシャルワーカーの方々を一括して専門カウンセラーと呼ばせて頂きます。つきましては、ここでいう専門カウンセラーに該当される方は、ご多用中まことに恐れ入りますが、当調査票へのご回答いただき、同封の返信用封筒でご回送をお願いいたします。

[本調査へのお問い合わせ先]

広島大学保健管理センター 児玉憲一

☎0824-24-6187 FAX0824-22-7156

E-mail r740532@ipc.hiroshima-u.ac.jp

- 1 まず、回答者であるあなたについてお聞きします。該当する項目の番号を○で囲んでください(以下、すべて複数回答可)。また、_____には、必要事項をご記入ください。

101 性別：1)男 2)女

102 年齢(平成8年12月1日現在)

- 1)20～24才 2)25～29 3)30～34 4)35～39 5)40～44 6)45～49
7)50～54 8)55～59 9)60～64 10)65～69

103 現在の職場とそこでのあなたの職名をお答えください。常勤は○、非常勤は△で該当する番号を囲んで、_____に職名をご記入ください。

- 1)大学病院(医学部付属病院) 職名 _____ 2)総合病院 職名 _____
3)精神科専門病院 職名 _____ 4)小児科専門病院 職名 _____
5)その他の病院() 職名 _____ 6)診療所(科) 職名 _____
7)行政機関(部課名) 職名 _____ 8)保健所 職名 _____
9)学校(小・中・高) 職名 _____ 10)大学 職名 _____
11)企業(部課) 職名 _____ 12)民間団体・NGO 職名 _____
13)その他() 職名 _____

104 現在の職場には、あなたの他に臨床心理士・心理職・医療ソーシャルワーカー・精神科ソーシャルワーカーの方がいますか。

- 1) あなたの他に臨床心理士(心理職も含む)がいる
2) あなたの他に医療ソーシャルワーカー(精神科ソーシャルワーカーも含む)がいる
3) いずれもない

105 職場の所在地 _____ 都道府県

106 あなたが参加したエイズ予防財団主催エイズカウンセリング研修会についてお答え下さい(本調査は、上記研修会参加者のみを対象としています)。

_____年に開催された第 _____回研修会 計 _____回

2 あなたのHIVカウンセリング＝HIV感染者等への心理的社会的援助活動の概要についておたずねします。

201 あなたのHIVカウンセリングの活動形態を選んでください。

- 1)これまでHIVカウンセリングの活動をしたことはなく、これからもその予定はない
2)これまでHIVカウンセリングの活動をしたことはないが、近い将来行う予定である
3)常勤の職場で職務の一部としてHIVカウンセリングを行ってきた
4)非常勤の職場で職務の一部としてHIVカウンセリングを行ってきた
5)非常勤の派遣カウンセラーとして派遣先でHIVカウンセリングを行ってきた
6)ボランティアとしてHIVカウンセリングを行ってきた
7)その他()としてHIVカウンセリングを行ってきた

★ 201で、1)2)と答えた方は、202～305 の回答を飛ばして、401～410 を回答して下さい。

- 202 あなたは、基本的にどういう立場でH I Vカウンセリングに従事していますか。
1)臨床心理士 2)心理職 3)心理技術者 4)医療ソーシャルワーカー
5)精神科ソーシャルワーカー 6)社会福祉士 7)ケースワーカー 8)教師
9)研究者 10) 団体職員 11)ボランティア 12)その他()
- 203 あなたはH I V抗体検査を前提にした検査前カウンセリングを担当したことがありますか。
1)職務の一部として担当したことがある(あるならば、それは a～d のどこですか) a 保健所で b医療機関で cエイズNGOで dその他()
2)ボランティアとして担当したことがある
3)ない
- 204 あなたはH I V抗体検査結果陰性の場合の検査後カウンセリングを担当したことがありますか。
1)職務の一部として担当したことがある(あるならば、それは a～d のどこですか) a 保健所で b医療機関で c エイズNGOで dその他()
2)ボランティアとして担当したことがある
3)ない
- 205 あなたはH I V抗体検査結果陽性の場合の告知後カウンセリングを担当したことがありますか。
1)職務の一部として担当したことがある(あるならば、それは a～d のどこですか) a 保健所で b医療機関で c エイズNGOで dその他()
2)ボランティアとして担当したことがある
3)ない
- 206 あなたは今までに何人の感染者や患者(以下、感染者)本人のH I Vカウンセリングを担当しましたか。
1) 1名 2) 2～4名 3) 5～9名 4) 10～14名 5) 15～19名 6)20名以上
- 207 あなたは今までに何人の感染者の家族(親、配偶者、子ども)のH I Vカウンセリングを担当しましたか。
1) 1名 2) 2～4名 3) 5～9名 4) 10～14名 5) 15～19名 6)20名以上
- 208 あなたは今までに何人の感染者の性的パートナー(配偶者を除く)のH I Vカウンセリングを担当しましたか。
1) 1名 2) 2～4名 3) 5～9名 4) 10～14名 5) 15～19名 6)20名以上

3 あなたのH I Vカウンセリングにおいて取り扱われるテーマ、課題、問題についてお聞きします。

301 あなたはクライアント(感染者本人や家族や性的パートナー)と治療について次のようなことを話し合うことがありますか。各項目について、「よくある」「ときどきある」「ない」のいずれかを○で囲んでください。

- | | | | |
|---------------------|------|--------|----|
| 1)主治医の治療方針や治療態度について | よくある | ときどきある | ない |
| 2)看護婦の看護方針や看護態度について | よくある | ときどきある | ない |
| 3)薬物療法やその副作用について | よくある | ときどきある | ない |
| 4)入院生活の問題について | よくある | ときどきある | ない |

- | | | | |
|--|------|--------|----|
| 5) 通院治療の問題について | よくある | ときどきある | ない |
| 6) 医療費（薬代も含む）について | よくある | ときどきある | ない |
| 302 あなたはクライアント（感染者本人や家族や性的パートナー）と生活上の問題について次のようなことを話し合うことがありますか。 | | | |
| 1) 学校や進路に関する悩みについて | よくある | ときどきある | ない |
| 2) 職場や仕事に関する悩みについて | よくある | ときどきある | ない |
| 3) 経済的な問題について | よくある | ときどきある | ない |
| 4) 恋愛や結婚に関する悩みについて | よくある | ときどきある | ない |
| 5) 家庭の問題について | よくある | ときどきある | ない |
| 6) 心の病や性格の悩みについて | よくある | ときどきある | ない |
| 7) 薬害エイズ訴訟について | よくある | ときどきある | ない |
| 8) 在日外国人の諸問題について | よくある | ときどきある | ない |
| 303 あなたは感染者とカミングアウト（名乗りでること）について次のようなことを話し合うことがありますか。 | | | |
| 1) 配偶者や性的パートナーへの告知について | よくある | ときどきある | ない |
| 2) 親きょうだいへの告白について | よくある | ときどきある | ない |
| 3) 感染者同士の告白について | よくある | ときどきある | ない |
| 4) 職場・学校の同僚・友人への告白について | よくある | ときどきある | ない |
| 5) マスメディアへの告白について | よくある | ときどきある | ない |
| 304 あなたはターミナルケアでエイズ患者本人と次のようなことを話し合いますか。 | | | |
| 1) 入院中の治療の不満な点について | よくある | ときどきある | ない |
| 2) 入院中の看護の不満な点について | よくある | ときどきある | ない |
| 3) 在宅ケアについて | よくある | ときどきある | ない |
| 4) 緩和ケアやホスピスについて | よくある | ときどきある | ない |
| 5) 生の証や生きがいについて | よくある | ときどきある | ない |
| 6) 死への不安恐怖や死の受容について | よくある | ときどきある | ない |
| 7) 信仰や死後の世界について | よくある | ときどきある | ない |
| 8) 遺書やリビングウィルや死後の法的な問題について | よくある | ときどきある | ない |
| 305 あなたはターミナルケアで患者の家族と次のようなことを話し合いますか。 | | | |
| 1) 入院中の治療の不満な点について | よくある | ときどきある | ない |
| 2) 入院中の看護の不満な点について | よくある | ときどきある | ない |
| 3) 在宅ケアについて | よくある | ときどきある | ない |
| 4) 緩和ケアやホスピスについて | よくある | ときどきある | ない |
| 5) 信仰や死生観について | よくある | ときどきある | ない |
| 6) 遺書や死後の諸問題について | よくある | ときどきある | ない |
| 7) 患者の死後の家族の生活について | よくある | ときどきある | ない |

★次の4(401~410)は、すべての人が回答してください。

- 4 次の文章はHIVカウンセリングにおける専門カウンセラーの役割について述べたものです。（ここでの専門カウンセラーとは、HIVカウンセリングに従事する臨床心理士・心理職・医療ソーシャルワーカー・精神科ソーシャルワーカーのことです。）各文章について、あなた自身が専門カウンセラーであると想定した時に妥当と思われる意見を「そう思う」「それは思わない」「どちらともいえない」のいずれかを選んで○で囲んでください。

- 401 専門カウンセラーは、クライアントの性格や心の健康度を心理学的に評価して、医療スタッフが適切な治療方針や看護計画を策定するための有益な資料を提供する。
 そう思う そうは思わない どちらとも言えない
- 402 専門カウンセラーは、クライアントが生活上で遭遇するさまざまなストレス状況（差別偏見、孤立、苦痛、不便、欲求不満など）に適切に対処するために支持的なカウンセリングを行う。
 そう思う そうは思わない どちらとも言えない
- 403 専門カウンセラーは、クライアントが告知や発病によって陥る心理的な危機的状況（パニック、不安恐怖、うつ状態、希死念慮など）から速やかに回復するために心理療法的な援助を行う。
 そう思う そうは思わない どちらとも言えない
- 404 専門カウンセラーは、告知直後の感染者や末期のエイズ患者を抱える主治医や担当看護婦のコンサルテーションに応じて、間接的に感染者患者の援助を行う。
 そう思う そうは思わない どちらとも言えない
- 405 専門カウンセラーは、クライアントのニーズに応じて適切な医療機関、社会福祉機関、社会保障制度、社会福祉制度、さらにはエイズNGOやボランティア団体を紹介したり仲介を行う。
 そう思う そうは思わない どちらとも言えない
- 406 専門カウンセラーは、クライアントに提供されている医療、看護、福祉のサービスが適切なものかどうか、感染者にとって満足のいくものかどうかを評価し、不適切だったり不十分なサービスについては感染者の希望に応じて提供者に改善を求めるなどコーディネーター的な役割を果たす。
 そう思う そうは思わない どちらとも言えない
- 407 専門カウンセラーは、クライアントがこの病気と闘っていくために必要な知識や情報を直接口頭で伝えたり、パンフレットや本やニュースレターなどを渡して、感染者自身の適応能力を高めるように教育する。
 そう思う そうは思わない どちらとも言えない
- 408 専門カウンセラーは、クライアントとその主治医、訪問看護婦、バディ、生活保護の担当ケースワーカー、保険会社の担当者などサービス提供者との間にトラブルが生じた際に、感染者とサービス提供者の間で中立的な立場で問題の解決をはかる仲裁者の役割を果たす。
 そう思う そうは思わない どちらとも言えない
- 409 専門カウンセラーは、クライアントとその主治医、訪問看護婦、バディ、生活保護の担当ケースワーカー、保険会社の担当者などサービス提供者との間にトラブルが生じた際に、感染者サイドに立ってサービス提供者に対して交渉していく役割を果たす。
 1) そう思う 2) そうは思わない 3) どちらとも言えない
- 410 専門カウンセラーは、社会的弱者としてのクライアントの諸権利を守り、医療制度や社会保障制度を改善することをめざして、実態調査、広報活動、政治活動などを積極的に社会的な活動を行う。
 そう思う そうは思わない どちらとも言えない

- 5 最後に、わが国の専門カウンセラーによるH I Vカウンセリング活動について、ご意見、提言等がございましたら、以下にご記入ください。

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

質問はこれで終わりです。ご協力どうもありがとうございました。

付録資料 2

Ivey's Taxonomy Scoring Form:ITSF

		COの発言番号	計
M C T S キ ル	か	かかわり行動	
	か	閉ざされた質問	
	か	開かれた質問	
	わ	最小限の励まし	
	り	いいかえ	
	技	感情の反映	
	法	要約	
	法	助言・情報提供	
	積	指示	
	極	解釈	
	技	フィードバック	
	法	自己開示	
	法	論理的帰結	
	法	直面化(対決)	
	法	クライアントCL	
	質	焦点	カウンセラーCO
	的	点	私たちCO&CL
	次	づ	他の人
	元	け	話題・問題
	元	け	文化・環境
質	的	CONCRETENESS	
次	元	IMMEDIACY	
元	時	RESPECT	
時	間	GENUINENESS	
時	間	CONFRONTATION	
時	間	発言時間(秒)	