

## HIV感染者へのカウンセリングの現況と問題点

西尾 信宏\*<sup>1</sup> 鶴 光代\*<sup>2</sup> 村上 典子\*<sup>3</sup> 石原 美和\*<sup>4</sup> 今村 知明\*<sup>5</sup>

### I はじめに

治療法の進歩に伴い、HIV感染症は不治の病というより、慢性疾患のひとつとしてとらえられるようになった。その結果HIV感染者（エイズ患者を含む）に対するカウンセリングのあり方も多様化し、複雑となっている。現在HIV感染症治療においては、さまざまな職種のスタッフが参加するチーム医療が主流であり、治療の段階に応じて各職種が対応していく必要がある。今回地方中核都市において開催されたカウンセラー対象の教育的シンポジウムを通して明らかになった、カウンセリング体制を整備していくに当たっての実際的な課題を、カウンセリングに従事する各職種の立場から整理し、検討考察した。

### II HIV感染者に対するカウンセリングの実際

HIV感染者に対しては、初回の抗体検査時、さらに治療の各段階に応じてのカウンセリングが行われる。すなわち

- (1) HIV抗体検査前のカウンセリング
  - (2) HIV抗体検査結果を告知するにあたってのカウンセリング
  - (3) 治療を円滑に行い、感染者の療養を支えていくためのカウンセリング
- の3段階に分けて考えることができる。

#### (1) HIV抗体検査前のカウンセリング

HIV抗体検査前には検査受診者に検査の意義などについて、十分な理解がえられるようなカウンセリングを行う。

保健所等におけるHIV検査の受診者は、感染の危険のある行為を経験したため自らHIV検査を受けるケースが多い。今後の感染を予防するためには、危険性を伴う性行動をコントロールするためのカウンセリングを行う必要がある。すなわちHIV感染症およびセーフティセックスについての教育、情報提供を行う。

#### (2) HIV抗体検査結果を告知するにあたってのカウンセリング

保健所等においてHIV陽性との結果をうけて、医師がHIV抗体検査結果を告知するにあたっては、医療機関における治療あるいは精密検査につなぐためのカウンセリングを行う。ここでは治療に対しての前向きな態度を形成することがカウンセリングの主な目的といえる。

告知を受けた時点でのHIV感染者の反応としては、

- a) 検査陽性との結果を知らされた場合、一般に茫然自失、興奮、怒り、絶望、「間違いではないか」という否認といった感情や反応が見られる。この時点では検査受診者の気持ちは二重・三重に分離しており、頭の中が真っ白という体験をしながら、死への恐怖や、それ以上に社会から（特に家族・恋人・友人・知人から）

\* 1 関西医科大学衛生学教室助手      \* 2 福岡教育大学保健管理センター助教授

\* 3 神戸赤十字病院心療内科、関西医科大学心療内科

\* 4 国立国際医療センターエイズ治療開発・研究センター看護支援調整官      \* 5 佐世保市保健福祉部長

阻害、隔絶、拒否される恐怖を感じていることが多い。カウンセリングにあたっては、カウンセラーは感染者のこのような複雑な心理状態を認識する必要がある。中でも一時的な否認は、現状受容への過程であり、否認している患者の心理状態をカウンセラーは理解することが求められる。

プロテアーゼ阻害薬の登場など治療薬の進歩により、予後についてのカウンセリングの内容は変化してきた。多剤併用療法の導入により、免疫能の改善、維持が可能になっている。現在ではHIV治療は外来受診が中心となり、入院治療も治療薬導入目的の短期入院が増加した。この段階でのカウンセリングは、「HIV感染＝死」といった、身体的および社会的将来に対する誤った見通しを感染者にもたせないために、HIV感染症および感染者の予後についての前向きな情報を提供することが目的となる。最初の教育・カウンセリングにおいては、感染者の予後についての1)前向きの、2)最低限必要な内容の情報を、3)早期に提供する、ことが重要である。

b) 一方陰性という結果が得られた後のカウンセリングも重要である。

「HIV抗体検査前のカウンセリング」と同様にHIV感染症およびセーフティセックス、STD感染予防についての教育、情報提供を行うとともに、得た知識を行動としてコントロール可能にするためのカウンセリングを行う。具体的には、認知行動療法を行うケースがある。麻薬使用者については薬物乱用を防止するためのカウンセリングを行う。この支援が十分でない場合、検査時点でHIV抗体陰性だった者が、その後再び危険なセックスを繰り返す可能性があり、抗体検査受診後にHIVに感染した事例もみられる。

### (3) 治療を円滑に行い、感染者の療養を支えていくためのカウンセリング

現在のHIV感染症治療の主流である多剤併用療法では、1日3回複数の薬剤を服用することが多い。服薬コンプライアンスが低下するとウイルスが耐性を獲得する可能性が飛躍的に高

まる。長期にわたる服薬を継続するには、感染者自身の病気への正しい理解と前向きな治療態度、感染者を支える家族はじめ周囲のサポート、医療費制度の活用が必要である。そのため治療開始にあたっては、検査結果の告知時と同じ内容のカウンセリングを十分に行い、感染者の服薬意欲を形成できるよう援助する。

職場、学校および家族、中でも家族のサポートなしでは服薬を継続することは難しく、治療が成功する可能性は低下する。感染者が家族にHIV感染を告知できないでいる場合、カウンセラーはその心情を理解し、他の感染者とのペアカウンセリングを取り入れたり、家族へのカウンセリングを約束することにより、家族への告知を勧奨する。またHIV感染後、感染者がさらに梅毒に新規に感染するケースがみられるが、これはセーフティセックスが行われなかったことを示している。あらゆる感染者に対して二次感染を防ぐための教育的カウンセリングを継続的に行うことが重要である。

## III カウンセリングする側の立場（職種）からみた問題点

HIV感染者に対してのカウンセリングは医師（精神科医、心療内科医を含む）、看護婦、コーディネイター、ケースワーカー、メディカルソーシャルワーカー、臨床心理士、ボランティア（NGOを含む）、他の感染者によって行われている。いくつかの職種および立場について、それぞれがカウンセリングにおいて、どのような役割を担うのかを検討した。

### (1) 医療コーディネイターによるカウンセリング

医療コーディネイターはアメリカではポピュラーな存在だが、日本ではその数は少なく、普及はこれからと言える。日本ではこれまで、鎌倉湘南病院のデイサージェリーのためのコーディネイターや朝日生命糖尿病研究所のティーチングナースなど、一部の専門性の高い医療機関にコーディネイターが存在したが、エイズ治療

を専門とするコーディネイターは国立国際医療センター内エイズ治療開発研究センター(ACC)に配置されたのが最初であり、看護婦資格を持ち、医療、看護とソーシャルワークを統合したサービスに従事している。コーディネイターの役割は、初診時の問診の実施、患者教育、服薬指導、サポート形成、退院調整、他科の診療スタッフや他の医療機関等との連携である。

コーディネイターには、ア)対人関係をうまくつくる、イ)医療チーム内で患者の立場に立つて、他のスタッフと共に活動する能力が求められる。

現在ACCでコーディネイターにカウンセリングをうける感染者は1カ月約300名いる。ACCでは、初回のカウンセリングにおける教育内容をまとめた患者ノートを作成し、都道府県、エイズ拠点病院へ配布している。

コーディネイターは、感染者にとって身近に広汎なカウンセリングを行える存在と位置づけられる。カウンセリングの過程において、治療方針について感染者からセカンドオピニオンを求められたり、感染者の社会生活を考慮して治療方針の変更を医師に提案するケースがあり、コーディネイターにはHIV治療についての専門的な知識が求められる。

この点はナースがコーディネイターをつとめる上で有利に働くが、ACCで実施しているコーディネイター養成研修には他の職種も参加しており、今後はナース以外の職種がコーディネイターをつとめる可能性がある。なおACCでは精神科医が医療チームと密接な協力体制をとっており、必要に応じて精神科医による精神障害のスクリーニングや専門治療が行われる。

## (2) 臨床心理士によるカウンセリング

臨床心理士など心理カウンセラーによるカウンセリングは、HIV感染症が問題となる以前から、血友病友の会などの患者団体を通して患者と関わってきた経緯がある。臨床心理士は、電話相談のようにHIV抗体検査にむすびつけるための予防啓発のためのカウンセリング、抗体検査直前のカウンセリング、抗体検査結果の告

知直後のカウンセリング、治療開始前、および開始後に感染者が周囲の支援を受けていくためのカウンセリング、感染者の家族やパートナーへのカウンセリング、治療に携わる医療従事者へのカウンセリングなど、職務上、あるいはボランティアとして、HIV感染症に関わる広範なカウンセリングに従事している。

エイズカウンセリングの特殊性として、

- ア) 医療の基礎知識が必要であり、さらに
- イ) 進歩するエイズ医療の知識
- ウ) 社会的な情報の理解
- エ) 疫学的な知識

がカウンセラーに求められることにある。カウンセラーはクライアントの信頼をうけることが必要だが、このような条件を満たすことが、信頼の獲得に直結しているとも言える。

感染者が治療を継続していくにあたっては、家族の協力が不可欠であり、感染者自身が家族に感染の告知を行う必要がある。家族への告知の実行にはかなりの心理的な抵抗がみられることがあり、臨床心理士は、告知を行う患者をサポートするカウンセリングを行う。一方告知を受けた感染者の家族、配偶者、恋人、性的パートナー、および親しい関係者へのカウンセリングが必要なケースもみられる。逆に告知を受けた家族、配偶者、恋人、性的パートナーあるいは親しい関係者が感染者の支援を行うサポーターとなっていく過程で新しい生きがいを獲得するという新たな展開を経験することがある。同様にカウンセラー自身もカウンセリングを通じて、HIV感染症を含むさまざまな障害を持つ人と共に生きる社会をつくろう、というメッセージを受け取り、さらに第3者に対してこのような人の心に響く英知を発信していくことができる。

## (3) 心療内科医によるカウンセリング

日本心身医学会の定義によれば、心身症とは「身体疾患のなかでその発症や経過に、心理社会的因子が密接に関与し、器質的ないし機能的障害が認められる病態」を言う。すなわち心身症とは、独立した病名ではない。服薬コンプライ

アンスを十分保てるか否かがHIV感染症治療の成否に大きく関わっている。このように心理・日常生活がエイズ発症に影響しているという点から、HIV感染症には、心身症としての側面があるという考え方も出てくる。感染者にとって、HIV感染症はライフイベントと言え、これを自分の人生に組み入れていく必要がある。HIV感染症を自らが受容し、人生の展望を再構築するための支援としてのカウンセリングが行われている。なお心療内科医が感染者から治療についてのセカンドオピニオンを求められるケースがある。

#### (4) ボランティアによるカウンセリング

HIV感染者が治療薬を服用し、治療を成功させるについては、カウンセリングを受けることが重要であるが、カウンセリングの困難、すなわちカウンセリングを受けること自体への心理的抵抗がみられることがある。この感染者の反発は、医療あるいは医療担当者への不信感が大きな原因と言える。

血友病は子供の頃に発症するケースが多く、当初診察を受けていた小児科において成人となった後もフォローされるケースが少なくなく、患者の医師への依存が他の疾患より大きい傾向がみられた。このため、薬害としてのエイズがクローズアップされるに伴い、血友病患者の間に医師－患者関係の崩壊、喪失が見られたが、そのもたらした影響は他の疾患にもまして大きいと言える。エイズの治療を続けるにあたって、再度担当医との信頼関係構築が必要となるが、この点の心理ケアが必要となるケースがある。また薬害エイズ裁判に関わった感染者には96年3月の和解以降の生き方の再構築が必要となり、カウンセリングが必要なケースも出ている。従来は医師がカウンセラーを紹介するケース、あるいは看護婦がカウンセリングをかねるケースが多く、カウンセラーは医師に近い立場ととらえられていた。ボランティア（NGOを含む）は、感染者に医療担当者とは直接関係のない存在と認識されており、医療に対し不信感を持つ感染者に対して、ボランティアが行うカウンセ

リングのもつ有効性は大きい。また医師、看護婦には相談しにくい悩み、内面的な問題についてのカウンセリングも行いやすい。

数年前までエイズは不治の病であり、なにも打つ手がないため、心のケアを行う必要があるという認識が一部にみられた。HIV感染者の反発は、このような風潮にもむけられていたが、最近の治療の進歩に伴い、HIV感染者の予後は大きく改善され、それに伴いカウンセリングも、新たな局面を迎えたと言える。

HIV感染者に対するカウンセリングとしては、医療従事者、臨床心理士など心理カウンセラーが行う治療的なカウンセリングと、プライマリーケアとしての、心理的なサポートとしての意味の大きいカウンセリングとに大別することができる。ボランティアの行うカウンセリングは後者を主に受け持つことになる。

プライマリーケアとしてのカウンセリングにおいては、保健所とボランティアとの連携も意義が大きい。HIV感染の危険のある行為を経験したため、HIV感染の危険性を意識しながら、なおHIV検査を逡巡する者は少なくない。

保健所も病院も一般人からは特別の場と意識されており、受診への心理的障壁となっている。ボランティアは、相談活動等を通して、保健所あるいは病院受診の決心がつかないケースでの、初回の検査につなげるクッションとしての、心理的サポートを行いうる。

#### (5) 感染者によるカウンセリング

相性の良さそうな患者を紹介することにより、感染者同士での教育的なカウンセリングが行われることがある。その内容は服薬（治療）にあたり家族からどのようなサポートを得たか、薬をどのように持ち歩いたか、あるいは病院への定期受診をどのように職場に説明したか、といった体験談が多い。ボランティアによるカウンセリングと同様に医療職以外からの心理的サポート、あるいは情報源として意義がある。またカウンセリングを行う感染者にとってもやりがいがあり、自尊心が満たされる。患者会あるいは感染者会などの感染者同士のセルフヘルプ活

動も大きなサポートとなる。

#### IV 地域保健、特に保健所におけるカウンセリング

地域保健を担う保健所におけるカウンセリングは、その時期により2つの段階に分けることが出来る。すなわち

1) HIV検査を受診するものへのカウンセリングで始まり、次いでHIV検査陽性者への告知を行う。この段階でのカウンセリングはHIV感染者を医療機関に受け渡し、治療を開始するためのサポートと言え、医師および看護婦が中心となる。次の段階は、

2) 患者の治療が軌道に乗り、患者の抱える問題が医療そのものから、地域での生活に移る時期と言える。この段階でのカウンセリングは、地域全体で患者を支えるためのフォローおよびサポートが目的となる。この段階では保健婦、福祉事務所、ボランティアが重要な役割を果たすことが多い。

1)の段階では告知を行う保健所の医師、保健婦がHIV陽性者の病気の状況をきちんと把握することが求められる。

HIV感染症のスクリーニングを担う保健所の最大の責任は、検査陽性者を確実に医療機関での検査、治療に導くことにある。過去には保健所におけるHIV検査受診が病院受診につながらないHIV感染者がみられた。

初回のHIV検査においては、受診者は追い詰められた気持ちで検査を受けている。検査に伴うカウンセリングにおいては、カウンセラーが伝える内容と共にカウンセリング全体がサポートとしての印象を与えることが必要になる。この段階での印象の良否が以後のカウンセリングおよび治療の成否に大きく影響することより、最初の段階で特に質の高いカウンセリングが求められると言える。

HIV陽性者を医療機関での治療につなぐため、保健所職員が繰り返しカウンセリングを行い、病院まで同行したケースもある。

2) 治療が本格的に始まり定期的に来院し、病

状が落ち着いてくる段階では、カウンセリングのイニシアティブが医療機関から保健所の保健婦に移ってくる。医療機関に所属する看護婦と保健所に所属する保健婦など、地域と病院の相互理解が足りないケースが皆無とは言えない。保健所もHIV感染症のチーム医療の一員であり、医療機関と積極的に情報交換し、感染者をサポートする機能を担うことが望まれる。

なお治療を開始しても、定期受診ができない、あるいは治療を中断するHIV感染者が存在し、その対応が問題となっている。このような治療からのドロップアウトを防ぐには、

- 1) カウンセリングの必要な状況にタイムリにカウンセラーが介入すること、
- 2) HIV感染者の治療に対しての前向きな態度を形成すること、

が必要と考えられ、いずれについても医療機関と保健所の連携が重要である。

#### V カウンセリングをめぐる課題

##### (1) カウンセラーの義務と責任

カウンセラーは、クライアントの秘密を守る義務がある。医療スタッフやカウンセラーが本人の許しなく第3者にHIV感染の事実を知らせることについての合意は、日本ではなされていない。アメリカにおいては、クライアントの権利よりも第3者の権利の方が優先されるとする「タラソフ判決」もあるが、HIV感染症の場合はコンドーム使用により感染をほぼ100%防げるため、カウンセラーが本人を越えて妻や夫、性的パートナーに告知することは絶対認められないとする対局論もある。今後わが国においても、専門家としてのカウンセラーを対象とした、第3者の権利を守るためのガイドラインの検討が必要とされる。

##### (2) 医者、看護職の心のケア

カウンセラーをはじめ心理に携わる者のひとつの役割はHIV感染症治療にあたる、医師、看護職の心のケアである。医療スタッフが臨床心理士をはじめとする心理職と仕事をしていく中

で、有形無形の心理的なサポートを得ることは、しばしば体験されることである。燃え尽き症候群の予防に心のケアは重要であり、今後一層重要な役割となると考えられる。

### (3) 特化したカウンセリング

日本でもアメリカと同様に麻薬使用によるHIV感染者、エイズ患者の増加が見られるようになった。アメリカでは麻薬使用の患者にカウンセリングを行う専門のメディカルソーシャルワーカーが存在しており、わが国でも専門知識をもったカウンセラーが求められる方向にある。

### (4) チーム医療におけるカウンセリング

HIV感染症治療においては、さまざまな職種スタッフが参加するチーム医療が主流となっている。チーム医療においては、それぞれの段階に応じて各専門家が対応していく必要があるが、複数のスタッフによりカウンセリングが行われるに伴い

1) タイムリーなサポート、カウンセリングの実施

2) カウンセリングについての医療チーム間の調整

3) カウンセリングに携わる医療スタッフ間の情報の共有とプライバシー

が問題になってくる。

1) タイムリーなサポート、カウンセリングの実施

HIV感染者がカウンセリングは必要ないという認識を持ち、心理専門職によるカウンセリングを積極的には受けないケースがある。患者が強く不安を感じるのは深夜が多いが、もっとも不安を感じる時点でカウンセラーに相談できず、入院中であれば、看護婦やメディカルソーシャルワーカーに、在宅中であれば、ボランティア、あるいは家族とコンサルトするケースがある。このような経緯を経て専門カウンセラーと話す必要がないという意識を感染者が持つことがある。

医療機関によっては、医師およびコーディネーターに当番制度をしいて、24時間携帯電話を

持つ体制を敷いている。緊急に対応できるようにアクセスの良さを確保し、相談の窓口を設けることが感染者の安心感につながる。また医療従事者はすべての職種の者がカウンセリングマインドをもって対応することが重要である。

### 2) 医療チーム間の調整

チーム医療においても、医師がリーダーシップをとっているケースが多い。ターミナルケアなど、いくつかの局面においては感染者は主治医を頼りにするケースが多く、医師と感染者の関係は、チーム医療における中核と言える。

一方カウンセラーと感染者とのカウンセリング関係においては、秘密の保持によりカウンセリングが成り立つ面があり、医師にカウンセリングの内容の開示を強要されると感染者とカウンセラーの間で信頼関係を保つことが難しくなる。派遣カウンセラー、常勤カウンセラー、いずれの場合においても医師とカウンセラーの関係がカウンセリングの質に直接関わってくると言える。チーム医療では各職種が持ち味を出し合って横の連携を保つことが前提となる。また医師が感染者の人生、価値観の方向づけなどを一方的に規定するとカウンセリングは成功し難い。

カウンセリングは社会での善悪という価値観、および自らの価値観でクライアントを裁かないということ成り立つと言える。例えばHIV感染者の中でも同性愛の感染者が増加傾向にあるが、感染経路を尋ねる場合その理由を説明するなど、カウンセラーが感染者から得た情報が、治療においてどのように有益であるかを十分に説明し、感染者との信頼関係を形成するように努めなければならない。同性愛者のカウンセリングにおいては、カウンセラーは性行動について偏見にとらわれないことが重要である。感染者援助に必要な柔軟な価値観を、カウンセラー個人だけでなく医療チームの中に浸透させることが、カウンセリングおよびチーム医療を成功させる上で大きな要素と言え、チーム治療そのものの成長にもつながる。チーム医療に携わるスタッフ間の横のつながりは頻繁にミーティングをもつことが基本となる。

### 3) 医療スタッフ間の情報の共有と感染者のプライバシー

複数の職種がカウンセリングを行うにつれて、感染者が1人のカウンセラーにすべてを相談するのではなく、複数のカウンセラーに別々の内容を相談するケースが出てくる。

こうしたケースに限らず、一般にクライアントがカウンセラーに何でも悩みを話すということはない。クライアント（この場合は感染者）にはこのカウンセラーにはこのような援助を望むという意識的、無意識的選択がある。クライアントが話さないのは、彼のその時の選択でありそれを尊重するのがカウンセラーの基本的なスタンスである。このスタンスを取り得ない時、カウンセラーはクライアントから信頼されていないと感じて自信を喪失したり、クライアント不信に陥ったりすることがある。

一般にカウンセラーは、相談活動をするとき情報が多いほどさらに良い援助ができると考えがちであるが、情報を得てもクライアントのために活用できないケースは少なくない。カウンセラーは、情報を誰のために得たいのか、クライアントの利益のためなのか、自分の好奇心のためなのか、自分自身を客観的にモニターすることが必要となる。勿論チーム医療においては、共有した方が良い情報は互いに交換することが

前提になる。

## VI ま と め

HIV感染症のチーム医療においては、さまざまな職種がカウンセリングを行うが、例えば医師はカウンセリングにおいても治療を円滑に行うことを優先して考え、看護婦は患者(感染者)の立場に立って患者の立場を緩和するためカウンセリングを行う。また臨床心理士等の職業的カウンセラーやコーディネイターは、感染者の治療および日常生活を円滑に運ぶ立場からチーム医療の中に参加する。ボランティア、保健婦等を含めたさまざまな職種の者がカウンセリングにおいてそれぞれの機能を果たしていく上では、カウンセラー同士の情報交換が必要となり、定期的なミーティングの開催が必須である。

### 参考文献

- 1) 村本詔司：心理臨床と倫理，朱鷺書房，1998.
- 2) 村本詔司他編：エイズの周辺，法政出版，1996.
- 3) J. W. Dillely他矢永由利子訳：AHPエイズカウンセリングガイド，HBJ出版局，1994.
- 4) 稲垣稔他：HIV/AIDSカウンセリングの実際，東京法規出版，1994.

## CD-Rのご案内

| ファイル名                           | 収 録 内 容                                                                        | 提供価格(税別) |
|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 平成8年 人口動態統計 中巻・下巻               | 出生、死亡、死産、婚姻、離婚、死因(死産原因を含む)                                                     | 25,000円  |
| 平成7年 社会医療診療行為別調査 上巻・下巻          | 政管健保・国保の施設の種類、入院・入院外、診療行為、回数・点数等                                               | 20,000円  |
| 平成8年 人口動態年次別死亡統計(保管表) 死因2表・死因6表 | 死亡数、性、年齢(5歳階級)・死因(簡単分類)・都道府県(13大都市再掲)別<br>死亡数・性・死因(選択死因分類)・都道府県(13大都市再掲)・市区町村別 | 7,500円   |
| 平成8年 社会福祉施設等調査                  | 施設の種別、経営主体、職種別従事者数、定員、年齢階級別在所者数等、報告書には掲載されていない保管表                              | 10,000円  |

財団法人

厚生統計協会・厚生情報開発センター

〒106-0032

東京都港区六本木5-13-14

TEL 03-3586-4927