

【カウンセリングの依頼経験】

E-4 依頼患者数

0人	1	1.3%
1人	25	32.5%
2人	14	18.2%
3人	8	10.4%
4人	3	3.9%
5人	4	5.2%
6人	3	3.9%
7人	1	1.3%
8人	0	0.0%
9人	0	0.0%
10-15人未満	5	6.5%
15-20人未満	3	3.9%
20-50人未満	5	6.5%
50~100人未満	1	1.3%
100人以上	4	5.2%
	77	100.0%

E-5 依頼カウンセラーの所属

(n数)

同診療科所属	18	22.5%	80
院内の精神科所属	10	12.5%	80
院内の精神科以外所属	9	11.3%	80
行政派遣	51	63.8%	80
その他	9	11.3%	80

E-6 依頼役立ったか(数)

	役立った	やや役立った	やや役立たず	役に立たず	
患者にとって	60	20	0	0	80
医師にとって	55	25	0	0	80
他のスタッフにとって	45	30	3	1	79



E-6 (%)	役立った	やや役立った	やや役立たず	役に立たず	
患者にとって	75.0%	25.0%	0.0%	0.0%	100.0%
医師にとって	68.8%	31.3%	0.0%	0.0%	100.0%
他のスタッフにとって	57.0%	38.0%	3.8%	1.3%	100.0%

平成10年度 厚生省エイズ対策研究推進事業
HIV感染症の疫学研究
「カウンセリング体制の現状把握と充実に関する研究」

HIV感染者・エイズ患者のための
心理・社会的援助に関する医師の意識調査

この調査はHIV感染者・エイズ患者のための心理・社会的援助について、医師の方々のご意見や現状をおうかがいするものです。回答者のプライバシーや職務上の秘密は硬く守られます。

なお、この調査は、以下の研究班の活動の一環として実施しております。

平成10年度 厚生省エイズ対策研究推進事業
HIV感染症の疫学研究班
「カウンセリング体制の現状把握と充実に関する研究」研究班

東京都衛生局医療福祉部エイズ対策室	山中京子
慶應義塾大学病院感染クリニック	松本智子
北里大学病院精神神経科	磯本明彦
群馬社会福祉短期大学社会福祉学科	高田知恵子

【本調査に関するご質問やお問い合わせは下記までお寄せ下さい。】

連絡先 東京都衛生局医療福祉部エイズ対策室
担当 山中京子
東京都新宿区西新宿 2-8-1
TEL 03-5320-4487
FAX 03-5388-1432

恐れ入りますが、このアンケートは2月15日（月）までにご返送下さい。

A あなたご自身とご所属の医療機関についておたずねします。あてはまるものに○印をつけ、
下線部には、該当する数字をご記入下さい。

1 性別 1 男性 2 女性 2 年齢 _____ 歳

3 医師としての臨床経験年数 _____ 年

4 HIV 診療の経験年数 _____ 年

5 いままでに診療を担当された HIV 感染者・エイズ患者数 _____ 人

6 所属されている診療科

1 内科 2 感染症科 3 小児科 4 呼吸器科
5 消化器科 6 外科 7 産婦人科 8 泌尿器科
9 皮膚科 10 眼科 11 神経内科
12 その他 具体的にお書き下さい。
(_____)

7 所属されている医療機関の種類

1 国立病院 2 公立病院 3 私立病院 4 国立大学病院
5 私立大学病院 6 診療所
7 その他 具体的にお書き下さい。
(_____)

8 あなたが所属されている医療機関は拠点病院あるいは診療協力病院ですか。

1 はい 2 いいえ

9 あなたが所属されている医療機関には、臨床心理士や心理職（非常勤を含む）がいますか。

1 いる 2 いない 3 わからない

10 あなたが所属されている医療機関には、医療ソーシャル・ワーカーや精神科ソーシャル・ワーカー（非常勤を含む）がいますか。

1 いる 2 いない 3 わからない

11 あなたが所属されている医療機関には精神科医（非常勤を含む）がいますか。

1 いる 2 いない 3 わからない

12 あなたが所属されている医療機関がある地方自治体には、HIV 感染者・エイズ患者を対象とした派遣カウンセラー制度がありますか。

1 ある 2 ない 3 わからない

B HIV感染者・エイズ患者（以下HIV患者と表記します）に対する心のケアや生活問題、また、医療全般に関するあなたの考え方などについておうかがいします。あなたは、以下のことがらをどのように思われますか。あなたの答えに最も近いものを一つ選び、○印をつけて下さい。

	そう思う	どちらかといえばそう思う	どちらともいえない	どちらかといえばそう思わない	そう思わない
1 医療の目的は、患者の疾患の治療に専念することである。	1	2	3	4	5
2 医療は、患者の生活や人間関係の面にも関わるのが大切だ。	1	2	3	4	5
3 患者のケアに専門の異なった職種がかかわることで、医療の質は向上する。	1	2	3	4	5
4 患者の医療全般に関する判断は、医師が行うべきだ。	1	2	3	4	5
5 医師はHIV患者の心のケアや生活問題の解決に積極的に取り組むべきだ。	1	2	3	4	5
6 HIV患者の心のケアや生活問題の解決は、HIV患者の療養生活の質を向上させるために不可欠である。	1	2	3	4	5
7 HIV患者の抱える心の悩みや生活問題に対応するには時間がかかる。	1	2	3	4	5
8 HIV患者の抱える心の悩みや生活問題に対応するのは難しい。	1	2	3	4	5
9 あなたの診療科の医師や看護スタッフは、HIV患者の診療に熱心である。	1	2	3	4	5
10 あなたの職場では、同僚や上司からHIV診療に関する助言や指導が得られやすい。	1	2	3	4	5
11 あなたの職場では、HIV診療に関する新しい情報が手に入りやすい。	1	2	3	4	5
12 患者は自分が受けている治療に関わる判断や決定に参加するべきだ。	1	2	3	4	5
13 HIV診療の中でカウンセラーが果たす役割について、よくわからない。	1	2	3	4	5
14 カウンセラーの援助活動は、 <u>HIV患者が日常生活を</u> 続けていく上で役に立つ。	1	2	3	4	5
15 カウンセラーの援助活動は、 <u>医師がHIV患者の治療を</u> 続けていく上で役に立つ。	1	2	3	4	5
16 カウンセラーは、医師や他のスタッフとうまくチームが組めない。	1	2	3	4	5
17 カウンセラーの患者に関する判断は参考になる。	1	2	3	4	5

C あなたのカウンセリングに関する経験についておうかがいします。以下のことがらは、あなたの場合、どの程度あてはまりますか。あなたの答えに最も近いものを一つ選び、○印をつけて下さい。

	よくある	数回ある	1〜2回ある	まったくない	わからない
1 会議や会合でカウンセラーと一緒にあったことがある。	1	2	3	4	5
2 周囲の医師がHIV患者のためにカウンセラーを依頼しているのを見たことがある。	1	2	3	4	5
3 HIV感染症以外の疾患の患者について、自分自身がカウンセラーを依頼したことがある。	1	2	3	4	5
4 HIVカウンセリングに関する研修会に参加したことがある。	1	2	3	4	5
5 HIVカウンセリングに関するロール・プレイを経験したことがある。	1	2	3	4	5
6 カウンセリング全般に関する講演会や勉強会に出席したことがある。	1	2	3	4	5
7 カウンセリング全般に関する本や論文を読んだことがある。	1	2	3	4	5
8 HIV患者が利用できるカウンセラーについてパンフレットや通達文書を見たことがある。	1	2	3	4	5
9 HIV患者が利用できるカウンセラーについて他の医療スタッフや病院職員から話を聞いたことがある。	1	2	3	4	5

D もしあなたが診療するHIV患者が以下のような心の悩みや生活問題をかかえている場合、あなたはこれらの悩みや問題に対する専門的援助をカウンセラーに依頼する必要があると思いますか、あるいは必要がないと思いますか。(あなたの周囲に具体的な依頼先がない場合でも、あなたの考えをおきかせ下さい。) あなたの考えに最も近いものを1つ選び、○印をおつけ下さい。

	必要	どちらかと言えば必要	どちらとも言えない。わからない	どちらかと言えば必要ない	必要ない
1 病名告知直後の心理的動揺・混乱	1	2	3	4	5
2 抗HIV薬の開始や服薬	1	2	3	4	5
3 病状の変化に伴う心理的動揺・混乱	1	2	3	4	5
4 職業生活や学業生活の維持	1	2	3	4	5
5 妊娠・出産・育児	1	2	3	4	5
6 医療費や生活費	1	2	3	4	5
7 ボランティア団体や患者会	1	2	3	4	5
8 在宅療養	1	2	3	4	5
9 裁判や法律問題	1	2	3	4	5
10 配偶者やパートナーへの病名告知	1	2	3	4	5
11 セイフターセックス(より安全な性行動)	1	2	3	4	5
12 家族への病名告知	1	2	3	4	5
13 配偶者やパートナーとの人間関係(病名告知以外の)	1	2	3	4	5
14 家族との人間関係(病名告知以外の)	1	2	3	4	5
15 恋愛や結婚	1	2	3	4	5
16 医療スタッフとの人間関係	1	2	3	4	5
17 性的指向(同性愛など)	1	2	3	4	5
18 パーソナリティや性格上の悩み	1	2	3	4	5
19 (思春期、青年期、中年期など)年代ごとの心の悩み	1	2	3	4	5
20 自殺念慮や自殺企図	1	2	3	4	5
21 抑うつや不眠	1	2	3	4	5
22 依存や嗜癖	1	2	3	4	5
23 死への不安や葛藤	1	2	3	4	5
24 生きる意味や人生の価値	1	2	3	4	5
25 宗教	1	2	3	4	5
26 家族やパートナーが抱える心や生活上の問題	1	2	3	4	5

E 実際にあなたが治療しているHIV患者について、カウンセラーの専門的援助を依頼した経験の有無についておうかがいします。

1 あなたは今までに心の悩みや生活問題を抱えているHIV患者を担当した経験がありますか。



2 「ある」と答えた方にうかがいます。あなたは、いままでカウンセラーにそれらの悩みや問題に対する専門的援助を依頼したことがありますか。あてはまるものに○印をつけて下さい。



3 「ある」と答えた方にうかがいます。あなたが実際にカウンセラーの援助を依頼されたのは、患者のかかえる以下のどのような問題についてですか。ある・ないのいずれかに○印をおつけ下さい。

- | | | |
|-----------------------------|------|------|
| 1 病名告知直後の心理的動揺・混乱 | 1 ある | 2 ない |
| 2 抗HIV薬の開始や服薬 | 1 ある | 2 ない |
| 3 病状の変化に伴う心理的動揺・混乱 | 1 ある | 2 ない |
| 4 職業生活や学業生活の維持 | 1 ある | 2 ない |
| 5 妊娠・出産・育児 | 1 ある | 2 ない |
| 6 医療費や生活費 | 1 ある | 2 ない |
| 7 ボランティア団体や患者会 | 1 ある | 2 ない |
| 8 在宅療養 | 1 ある | 2 ない |
| 9 裁判や法律問題 | 1 ある | 2 ない |
| 10 配偶者やパートナーへの病名告知 | 1 ある | 2 ない |
| 11 セイファーセックス（より安全な性行動） | 1 ある | 2 ない |
| 12 家族への病名告知 | 1 ある | 2 ない |
| 13 配偶者やパートナーとの人間関係（病名告知以外の） | 1 ある | 2 ない |
| 14 家族との人間関係（病名告知以外の） | 1 ある | 2 ない |
| 15 恋愛や結婚 | 1 ある | 2 ない |
| 16 医療スタッフとの人間関係 | 1 ある | 2 ない |
| 17 性的指向（同性愛など） | 1 ある | 2 ない |
| 18 パーソナリティや性格上の悩み | 1 ある | 2 ない |
| 19（思春期、青年期、中年期など）年代ごとの心の悩み | 1 ある | 2 ない |

(前頁からの続き)あなたが実際にカウンセラーの援助を依頼されたのは、患者のかかえる以下の
 どのような問題についてですか。ある・ないのいずれかに○印をおつけ下さい。

- 20 自殺念慮や自殺企図 1 ある 2 ない
 21 抑うつや不眠 1 ある 2 ない
 22 依存や嗜癖 1 ある 2 ない
 23 死への不安や葛藤 1 ある 2 ない
 24 生きる意味や人生の価値 1 ある 2 ない
 25 宗教 1 ある 2 ない
 26 家族やパートナーが抱える心や生活上の問題 1 ある 2 ない

4 あなたは、いままで何人の HIV 患者にカウンセラーを依頼しましたか。

_____人

5 あなたがいままで依頼されたカウンセラーの所属をうかがいます。あてはまるものすべてに、○印をつけてください。

1 あなたの診療科に所属するカウンセラー 2 院内の精神科に所属するカウンセラー 3 院内の精神科以外の診療科に所属するカウンセラー（小児科などを含む） 4 行政の派遣カウンセラー 5 その他。 具体的にお書きください。 (_____)

6 あなたのいままでの経験全般を通して考えてみて、カウンセラーに援助を依頼したことは、
 次の人々にとって役に立ったと思いますか、あるいは役に立たなかったと思われるか。あ
 なたの答えに最も近いものを1つ選び、○印をおつけ下さい。

	役に 立 た な か っ た	ど ち ら か と い え ば 役 に 立 っ た	ど ち ら か と い え ば 役 に 立 た な か っ た	役 に 立 た な か っ た
1 患者にとって	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
2 医師にとって	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
3 看護職などの他のスタッフにとって	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>

7 患者にとって、役に立った、あるいは、役に立たなかった理由をお聞かせ下さい。

1役に立った、2役に立たなかった、のいずれかに○印をつけてから、理由をお書き下さい。

1 役に立った 2 役に立たなかった

8 医師にとって、役に立った、あるいは、役に立たなかった理由をお聞かせ下さい。

1役に立った、2役に立たなかった、のいずれかに○印をつけてから、理由をお書き下さい。

1 役に立った 2 役に立たなかった

9 看護婦などの他のスタッフにとって、役に立った、あるいは、役に立たなかった理由をお聞かせ下さい。 1役に立った、2役に立たなかった、のいずれかに○印をつけてから、理由をお書き下さい。

1 役に立った 2 役に立たなかった

9 ページの設問 F にお進み下さい。

10 設問E-2でカウンセラーを依頼したことが「ない」と答えた方にうかがいます。あなたが依頼しなかった理由について、以下のすべての項目について、1当てはまる、2当てはまらないのいずれかに○をつけて下さい。

- | | | |
|-----------------------|---------------|-----------------|
| 1 担当医で十分対応できた。 | <u>1当てはまる</u> | <u>2当てはまらない</u> |
| 2 看護職で十分対応できた。 | <u>1当てはまる</u> | <u>2当てはまらない</u> |
| 3 コーディネーター・ナースに依頼した。 | <u>1当てはまる</u> | <u>2当てはまらない</u> |
| 4 精神科医に依頼した。 | <u>1当てはまる</u> | <u>2当てはまらない</u> |
| 5 ソーシャルワーカーに依頼した。 | <u>1当てはまる</u> | <u>2当てはまらない</u> |
| 6 ボランティア団体や患者会を紹介した。 | <u>1当てはまる</u> | <u>2当てはまらない</u> |
| 7 患者が望まなかった。 | <u>1当てはまる</u> | <u>2当てはまらない</u> |
| 8 他のスタッフから合意が得られなかった。 | <u>1当てはまる</u> | <u>2当てはまらない</u> |
| 9 その他、具体的にお聞かせ下さい。 | | |

F カウンセラーの依頼について問題点や改善点を自由にお聞かせ下さい

G HIV患者の心のケアや生活援助のあり方、およびこのアンケートについて、ご意見がありましたらご自由にお書き下さい。

ご協力ありがとうございました。
恐れ入りますが、このアンケートは2月15日（月）までにご返送下さい。

HIV/AIDS患者のメンタルヘルスにおける コーディネーターの役割に関する研究

班 員 : 石原美和 (国立国際医療センターエイズ治療・研究開発センター)
研究協力者: 岡 慎一、池田和子、高野操 (同)
笠原敏彦、中田潤子 (国立国際医療センター精神科)

HIV/AIDS患者は感染に関連して生じるさまざまな問題によって各種の精神症状を呈する場合がある。エイズ治療・研究開発センター(ACC)ではコーディネーターがカウンセリングやスクリーニングの役割を含めた対応を行っており、精神科的診断や精神科の専門的治療が必要と疑われる患者は精神科へ積極的にコンサルテーションを行っている。精神科治療が必要な患者のなかにはHIVに感染する以前から各種の精神障害を発病している場合がある。こうした患者では、精神障害のためにHIV/AIDSの治療に支障をきたしたり、精神的問題が二次感染の原因になっていることもある。本研究の目的は、HIV診療における精神科との連携について焦点を当て、コーディネーターの役割について明らかにすることである。

HIV感染と精神症状の関連については、1) HIV/AIDS感染(発症)とは独立して精神障害が存在した患者: 11例 2) HIV/AIDS感染(発症)と関連して反応性に精神症状を呈した患者: 7例 3) エイズ脳症による器質性精神障害を呈した患者: 1例

独立して精神障害が存在した患者11例のうち10例はHIV/AIDS感染(発症)以前から精神障害を発病していた。

特に精神障害についての対応が必要だった2事例について、精神科とコーディネーターの連携に焦点を当てて調べた。特に重要なコーディネーターの介入は、精神科受診の同意、定期受診ができるように援助すること、HIV診療科と精神科・他診療科間の情報交換と合意形成、家族の調整による患者のサポート形成だった。将来的には、精神障害や精神的問題を抱えたHIV/AIDS患者の増加が予想され、HIV診療における精神科の協力・連携を促進することがコーディネーターに求められている。

1. 目的

HIV/AIDS患者は感染や発症に関連して生じるさまざまな問題によって精神的負荷を負う。中にはそうしたストレスのために各種の精神症状を呈する患者も存在する。告知直後や初診患者にはコーディネーターがカウンセリングを行っており、長期的にもコーディネーターはカウンセリングやスクリーニングの役割を含めた心理的対応を求められる。精神症状の内容によっては、精神科へのコンサルテーションが必要なこともある。

また、患者のなかにはHIVに感染する以前から各種の精神障害を発病している場合がある。こうした患者では、精神障害のためにHIV/AIDSの治療に支障をきたしたり、精神的問題が二次感染の原因になることもある。もちろん、このような患者では当初から精神科治療が必要であるが、もともと精神科受診に抵抗感を持つ患者も多く、精

神科治療に対して拒否的感情を有する患者については、熟練した対応と精神科との積極的な橋渡しがコーディネーターに求められる。

このように、HIV/AIDS患者のメンタルヘルスの諸問題にコーディネーターがいかに対応するのか、あるいはどのような役割が求められているかという問題を、特に精神科との連携について明らかにすることが本研究の目的である。

2. 方法

国立国際医療センターエイズ治療・研究開発センター(ACC)を受診したHIV/AIDS患者のうち、1995年1月1日から1998年12月31日に国立国際医療センター精神科へ紹介した19例について、年齢、性別、感染経路、AIDS発症の有無、精神科診断、HIV感染と精神症状の関連などに関する検討を行った。

さらに、19例のうち精神症状のため特に対応に苦慮した2例を紹介し、コーディネーターと精神科医との連携について考察を加えた。

3. 結果

1995年1月1日から1998年12月31日に国立国際医療センター・エイズ治療・研究開発センターを受診したHIV/AIDS患者は628例で、精神科を紹介し、受診した19例はそのうちの3%だった。

精神科初診年齢は、24歳から52歳まで、平均38歳であった。また男女別では、男性17例、女性2例であった。感染経路は、ホモセクシュアル16例、ヘテロセクシュアル3例であった。精神科初診時にAIDSを発症していたのは8例、無症候性キャリアは11例であった。

精神科診断は、適応障害5例、うつ病2例、解離性障害2例、不眠症2例、精神分裂病、急性一過性精神病、身体表現性障害、パニック障害、慢性疼痛、アルコール依存症、情緒不安定性人格障害、エイズ脳症各1例であった。

HIV感染と精神症状の関連については、以下表に示すように3群に分類された。1群は、HIV/AIDS感染とは独立して精神障害が存在していた患者、2群はHIV/AIDS感染と関連して反応性に精神症状を呈した患者、3群はエイズ脳症による器質性精神障害を呈した患者だった。本研究対象者では1群のHIV感染とは独立した精神障害がある患者が最も多かった。

表

1群	独立の精神障害があった患者	11例
2群	反応性に精神症状を呈した患者	7例
3群	器質性精神障害を呈した患者	1例

このHIV/AIDS感染とは独立して精神障害が存在していた11例の診断をみると、うつ病2例、不眠症2例、精神分裂病、適応障害、解離性障害、パニック障害、慢性疼

痛、アルコール依存症、情緒不安定性人格障害各1例であった。これら11例のうち10例はHIV/AIDS感染以前から精神障害を発病していた。慢性疼痛の1例だけは感染後の発症と考えられた。

次に、精神症状のために特に対応が困難であった2例について、コーディネーターと精神科医との連携の実際を中心にその概略を紹介する。

【事例1】男性、46歳、精神分裂病アルバイト(警備員)

3人同胞の第3子、両親はいずれも死去。高卒後会社員をしていたが、精神分裂病のために何度も長期入院をくりかえし、30歳過ぎからは無職で单身生活をしていた。再発すると幻覚妄想に影響された異常行動が激しく、興奮して暴力をふるっては、警察官に保護されて精神病院へ措置入院となっていた。

数ヵ月入院して症状が改善しても病識がまったくないため、通院が中断され再発を何度も繰り返していた。

1997年10月、某大学病院の精神科受診中、手掌の紅斑を指摘され、皮膚科受診。皮膚科で生検前の抗体検査を実施し、HIV陽性判明。紅斑は梅毒疹と診断され、内服治療開始後、当センター紹介され受診となった。HIV感染症、梅毒の他、B型肝炎、C型肝炎にも感染しており、感染経路は同性間性交渉であった。

初診時の面接では「政治家の力で無理に精神科へ入院させられた」「会社も裏で操作されて首になった」「宇宙人に放射線や心不全光線を浴びせられておかしくなった」「自宅を攻撃されるのでいつも公園で寝ていた」などと訴え、通常に対応や治療導入が困難であった。精神科医が受診を勧めてもまったく応じようとしなかった。精神分裂症の病識は全くないが、HIV感染症や梅毒の治療には積極性を示していたため、コーディネーターは「精神的に安定していないとHIVの治療はとてははじめられない」と時間をかけて精神科治療の必要性を説得した。そして、初診から6日後によく自ら精神科を受診し、精神科医により「重症の残遺型分裂病で現在も幻覚妄想が著しい」と判断された。

精神科医とACC主治医、コーディネーターで今後の対応の仕方について相談をした。

その結果、患者の血圧が実際に高かったことから、「あなたは血圧が高い、これは脳卒中で死亡した父親の遺伝でもあるし、精神的なストレスからくるものでもある」

「精神科できちんと血圧をコントロールしなければ、HIV感染の治療はできない」という理由で、精神科の治療を受けるように説得した。また、ACC受診については積極的だったので、精神科受診日にACC受診日を合わせることにした。またコーディネーターは患者のHIV感染を知っている兄に対して、HIV感染症について説明し理解を深めてもらうとともに日常生活上のアドバイスを行った。

患者は精神科受診をしつづ同意したが、精神科医の処方する向精神薬の服用は頑として拒絶した。そのため精神科医は、内服薬は服用しなくてもよいが、高血圧に有効な持効性薬剤（1回の筋肉内注射で効果が4週間持続する抗精神病薬）は毎月1回注射するように勧め、患者もこれに同意した。

その後患者は次第に精神的に改善し、定期的に両科に通院できるようになった。

現在まで1年3ヶ月経過したが、精神病の再発はみられておらずACCの定期的な受診も行われている。

1998年12月からは地域の保健婦とコーディネーターが家庭訪問を実施し、地域での援助も開始されている。

〈コーディネーターの介入〉

- 精神科受診の同意：精神分裂症の状態をコントロールするためには、向精神薬治療は必須である。精神分裂症の病識は全くないが、HIV感染症の治療には積極的であったのでHIV感染症治療を始める条件として精神的安定を強調し、受診を促した。
- 診療環境の調整：ACC受診日と精神科受診日が同日になるよう調整を行った。
- 定期受診の支援：定期受診の必要性を繰り返し教育・指導。ACC受診の継続が精神科受診の継続につながっている。
- 精神科との治療方針の共有：ACC主治医、精神科医とコーディネーターで、検

査データ・本人の意欲・就労状況・生活パターン・家族のサポート状況などについてディスカッションを行った。抗HIV薬服薬開始の検討には、服薬継続できるか、副作用がきっかけで精神分裂症の再発に影響がないかなどのアセスメントを精神科医と共に行った。

- サポート形成：兄夫婦は患者のHIV感染を知っているが、「他人に感染させると困るので隔離入院させて欲しい」と希望。兄へ病気の説明を行ない、患者への対応方法を教育。兄が1週間分ずつ生活費を患者の銀行口座に振り込んで金銭の管理を行った。兄とは定期的に連絡を取り合い、兄から患者の生活状況を聞き助言を行った。
- 保健所の活用：患者は単身生活で、孤独感を常々訴えている。地域での情緒的サポートと患者の生活を見守りするように保健婦に家庭訪問の協力を依頼した。

【事例2】男性、27歳、情緒不安定性人格障害 アルバイト(婦人服販売・4日/週) 2人同胞の第1子。

父とは本人が中学生の時から別居。母は1人で子育てをしてきたという自負があり、本人に対してやや過干渉。現在、母と妹との3人暮らし。

高校時代より、不特定多数の同性および異性との性交渉があった。麻薬使用歴あり(主に吸引するもの)。

大学時代に他院にて慢性腎不全を指摘されたが、治療を自己中断。25歳で尿毒症により透析を行わなければ一両日中に死亡すると宣告されたが、本人は「ロボット人間になるくらいなら死んだ方がよい」と強く拒否。生命の危険が迫っていたため母の承諾で透析開始となった。このときHIV感染が判明。

本人が「母に病名を伝えてもどうにもならない」と家族への告知を拒否したため、最初は本人のみに病名が伝えられた。その後本人から妹に病名告知された。

翌年の1月、HIV感染症の治療のため、当センター紹介となった。透析は遠方の大学病院で実施しており、住まいの近くでの維持透析を希望していた。

本人は、発病により以前から関係のうま

くっていない母との同居を余儀無くされたこと、HIV感染のために腎移植が受けられなかったこと、透析治療を受け入れる病院が少なく自宅から遠方の病院で治療を受けざるを得ないこと、そのために自分の望む職業につけなくなったことなどに対する怒りの感情をコーディネーターへあらわにし、気分の落ち込み、いらいら感、希死念慮を訴えた。

そのためコーディネーターがACC主治医と相談し、精神科紹介となった。また、治療を円滑にすすめるためには家族の協力が必要と説明し、本人同意のうえで母に対し病状説明を行った。

精神科的診断は、情動不安定性人格障害であり、感情を安定させ衝動性を押さえることを主な目的とした精神療法と薬物療法が開始された。

本人の精神的な状態は、本人の希望通りに転職できてから若干安定しつつあるが、母が本人の病名を知ったことにより今まで以上に過干渉となったといい、母との同居に伴うストレスを強く訴え続けている。

また、透析治療を休むことがあり、意識障害で倒れ家族が発見し、救急車で搬送されることが数回あった。現在の状況ではアルバイト程度の仕事しかできず、単身生活は経済的に困難な状況であるため、今後も家族間の関係調整をしながら同居することが必要であると考えられる。

<コーディネーターの介入>

- 精神科受診の同意：麻薬使用歴があることや投げやりな態度、被害的な言動多く、精神障害についてスクリーニングが必要と判断し、精神科受診を促した。
- 精神科医への情報提供：コーディネーターとの面接や透析大学病院医療者との連絡の内容について精神科医へ情報提供。
- 診療環境の調整：患者が双方の病院医師や看護婦を操作するような言動が頻回に見られ、患者の精神も不安定なため「すべての診療を当センターで一本化」をコーディネーターが提案し、精神科、HIV診療科、透析科の調整・合意を行った。
- 母親への告知：妹が一人で兄の世話をすることは不可能なことから親への告知を検討。本人から依頼をうけてコーディネーターが母親へ告知。母親の態度が本人のストレスとなることがあり、母親への教育とサポートを中心としたカウンセリングを継続。

- 地域の医療機関との連携：都道府県、市町村、医療機関に問い合わせ、今後、維持透析を引き受けてくれる地域の医療機関を探している。

4. 考察

HIV/AIDS患者の呈する精神症状および精神障害は多岐にわたっており、発症要因や状態像、家族成員、生活状況などを考慮した対応が必要である。HIV/AIDS感染に関連して反応性に精神症状を呈する患者に対しては、感染告知後早期に治療に関する十分な情報提供や、家族、職場での適応も考慮した患者や家族に対するカウンセリングが有効と考えられる。

ところが、本研究で明らかになったように、HIV/AIDS感染とは関連なく精神障害を併発している患者が過半数の11例に認められたことは、これからのHIV/AIDS患者のメンタルヘルスを考える上で非常に重要な結果を提示しているといえよう。最近では、特に麻薬使用者が増加傾向にあり、こうした患者では、精神症状がHIV感染症の治療の妨げとなっている。また他人に感染させる可能性も増加するため、まず精神障害の治療の導入、継続が前提となる。

精神科の専門的治療が必要な患者は、早期にHIV診療科と精神科が話し合いを持ち、治療等の方針を一致させ、適時情報交換していることが重要である。コーディネーターの役割としては、HIV診療科と精神科医との密な連携を促進することが重要であろう。精神障害が疑われる患者の精神科コンサルテーションについてHIV診療科医師に積極的に提案したり、精神科受診に対して抵抗を示す患者に対して医師とは別のアプローチを見いだして説得することは、重要な役割である。

精神科受診開始後も、定期受診できるまでの教育的かつサポータティブな介入も必要である。HIV診療科と精神科またはそのほかの診療科にまたがって治療が必要な患者については、各診療科間の情報交換や治療と患者の生活との兼ね合いなどの調整が必

要となる。治療の優先順位の合意や複数診療科間の連絡調整は患者の受ける医療サービスの質に影響する。医療サービスの効率的なコーディネートは患者にとっては受け入れやすい治療の提供につながり、治療や治療環境における精神的ストレスも最少に抑えることができる。

HIV/AIDS患者にとって周囲のサポートは精神的サポートだけではなく抗HIV薬内服などのセルフケアにも有効である。特に精神障害を呈する患者については、家族の病気の理解と協力がなければHIV感染症と精神障害のコントロールは困難である。このような家族等の周囲のサポートを形成する機能もコーディネーターの重要な役割である。

このようにコーディネーターは精神症状のあるHIV/AIDS患者に対して直接カウンセリングを行うと共に、精神科受診の同意を取ることや受診しやすい治療環境にするために診療科間を調整する。また、チーム医療において、各診療科で行われる治療において何を最も優先するか順位付けし、各診療科の合意形成を行う。これらの活動は結果的に効率的な医療サービスの提供や治療上の患者ストレスの軽減につながる。また、周囲のサポート形成は間接的に患者のメンタルヘルスに良い影響を与えることになる。

参考文献

- 1) 山方里加、石金朋人、中田潤子、加藤温、沼上潔、笠原敏彦：HIV感染症と関連して精神症状を呈した3例。精神医学 40:1119-1121, 1998
- 2) 石原美和、山田雅子他：HIV/AIDS患者に対する在宅医療の現状と課題、平成9年度 HIV感染症医療体制研究班（南谷班）報告書
- 3) 石原美和：エイズ患者とその家族の抱える問題 告知後の精神的ケアを中心に。臨床看護 25:533-537, 1999

HIV カウンセリング体制の構築に関する研究

班員	山形操六	(財)エイズ予防財団
研究協力者	乾 吉佑	専修大学文学部
	兒玉憲一	広島大学保健管理センター
	鶴 光代	福岡教育大学保健管理センター
	東 優子	(財)エイズ予防財団
	森田眞子	(財)エイズ予防財団
	山田 治	川崎医科大学血液内科
	山中京子	東京都衛生局エイズ対策室

研究要旨

(目的) 本年度は、昨年度に行った臨床心理士(CP)、ソーシャルワーカー(SW)の身分・養成制度、活動状況等に関する国内外の実態調査を踏まえて、わが国の実情に即した専門HIV/AIDSカウンセラー(以下、専門カウンセラー)の有効な養成システムに関する研究を行った。具体的には、「感染者の役に立つ専門カウンセラー像」を明確にし、その養成のために必要な大学及び大学院レベルでの教育カリキュラム案を検討することを目的とする。

(方法) ①わが国の代表的な専門カウンセラー3名を研究協議会に招き、カウンセラーに焦点を当てた事例研究を行い、「役に立つ専門カウンセラー像」(専門カウンセラーの条件)の明確化を試みた。②わが国のCP及びSWを養成している大学及び大学院の教育カリキュラムや現任者の研修プログラムを収集し、それらをもとに専門カウンセラー養成のために有効なカリキュラム案を検討した。

(結果と考察) ①専門カウンセラーの条件を、「医療体制」「理論・概念」「技法」のカテゴリー別に整理した。②現行のカリキュラムに検討を加えた結果、現時点ではそのままの形でモデルにできるカリキュラムがないことが明らかになった。そこで、本研究では独自に生涯学習型のリカレント大学院でのカリキュラム案を提案した。このカリキュラムは、HIV/AIDSに限らず多くの進行性慢性身体疾患を抱える人々を援助する専門カウンセラー養成のモデルとも考えられる。

1 はじめに

HIV/AIDSカウンセリング(以下、HIVカウンセリング)には、予防啓発、検査前後、感染者支援の3分野があり、カウンセラーには医師・看護職・保健婦など医療保健福祉の専門職、エイズNGOなどのボランティアや専門スタッフ、セルフヘルプ・グループの感染者や遺族などの当事者など様々な立場の人々が

含まれ、これらを包括的 HIVカウンセリングという概念で一括している(兒玉1999)。

カウンセラーのなかで、心理社会的な対人援助技法としてのカウンセリングの専門教育を受けて包括的な HIVカウンセリングの中核的な役割を果たしている人々を、専門 HIVカウンセラー(以下、専門カウンセラー)と呼ぶ。

わが国の専門カウンセラーの多くは、臨床心理士（心理職も含む。以下、CP）と医療ソーシャル・ワーカー及び精神科ソーシャルワーカー（以下、SW）である。このような実態を踏まえて、本研究では昨年度CP及びSWの身分・養成制度、活動状況に関して諸外国の実態調査を行った。その結果、教育課程や資格認定制度について諸外国とわが国の違いが非常に大きいことがわかった（鶴・乾1998、東・山中1998、兒玉・山田1998）。そこで、本年度は、「感染者の役に立つ専門カウンセラー像」、あるいはわが国の実情に即した有効な専門カウンセラーの条件を明確にするとともに、そのような専門カウンセラーを養成するために必要な大学及び大学院レベルでの教育カリキュラム案を検討することを目的とする。

2 研究方法

事例研究法：わが国の代表的な専門カウンセラー3名を本研究班の研究協議会（後述）に招き、成功したカウンセリング事例の報告を求めて、カウンセラーに焦点をあてて臨床心理学的な事例研究を行った。とくに、専門カウンセラーが採用しているカウンセリングの理論や技法、医療体制における専門カウンセラーの位置づけや役割などについて、詳細な検討を行った。

<研究協議会>

日時：1998年8月25日午後2時～6時

場所：エイズ予防財団会議室

参加者：本研究班研究協力者7名及び事例報告者3名 計10名

<事例報告>

①小西加保留氏（桃山学院大学社会学部教授, MSW）

病院MSWによるカウンセリング事例（内容はプライバシー保護のために省略）

②小島賢一氏（荻窪病院血液科カウンセラー, CP）

病院CPによるカウンセリング事例（内容はプライバシー保護のために省略）

③古谷野淳子氏（大阪市・京都府派遣カウンセラー, CP）

派遣カウンセラーによるカウンセリング事例（内容はプライバシー保護のために省略）

<研究協議>

各事例における専門カウンセラーの理論、技法、医療体制における位置づけ・役割を詳細に検討する作業を通して、「役に立つ専門カウンセラー像」が討議された。事例報告者の他に研究協力者のうち3名もHIVカウンセリングに従事しており、その経験についても討議された。事例報告及び討議内容は録音され、逐語記録が作成された。

カリキュラム案の検討：「役に立つ専門カウンセラー像」を養成するカリキュラム案を作成するために、わが国のCP及びSW養成のための大学学部と大学院の現行のカリキュラム及び現任研修プログラムを収集し、研究協議会（後述）において検討した。

<研究協議会>

日時：1998年10月12日午後6時～9時

場所：エイズ予防財団会議室

参加者：本研究班研究協力者7名

<研究協議>

前回の研究協議の記録をもとに、「役に立つ専門カウンセラー像」を明確化する作業、及び専門カウンセラー養成のためのカリキュラムのあり方などが検討された。討議内容は録音され、逐語記録が作成された。

3 研究結果

1) 「役に立つ専門カウンセラー像」

2回の研究協議会、及びその後の研究協力者間の討議の結果、「役に立つ専門カウンセラー像」、すなわち「専門カウンセラーの条件」が明らかになった（表1参照）。まず、専門カウンセラーが活動する基盤である医療

表 1 専門カウンセラーの条件

<p>カテゴリーⅠ 医療体制</p> <p>I-1 専門カウンセラーは、医療チームの一員であること。</p> <p>I-2 専門カウンセラーは、ケース・カンファレンスに参加できること。</p> <p>I-3 医師と患者は、告知やインフォームド・コンセントを前提とした信頼関係づくりに努めていること。</p>	
<p>カテゴリーⅡ カウンセリングの理論・概念</p> <p>II-1 HIV診療の場で、患者の心身の状態や対人関係を心理力動的に理解する姿勢が職種をこえて基本にあること。</p> <p>II-2 専門カウンセラーは、病気の問題だけではなく、患者の生き方やアイデンティティの追求を援助できること。</p> <p>II-3 専門カウンセラーは、患者及び自己のセクシュアリティを深く理解していること。</p> <p>II-4 専門カウンセラーは、患者及び家族への直接的支援と社会資源を活用した間接的支援を行うことができること。</p> <p>II-5 専門カウンセラーは、患者及び家族からの多様なニーズに対応するために、スペシャリストであるとともにジェネラリストであること。</p> <p>II-6 専門カウンセラーは、他職種との連携において役割分担を行うが、わが国には役割分担を難しくしている文化的な問題があることを認識していること。</p> <p>II-7 HIVカウンセリングは、HIV感染症の拡大とともに生じた社会的要請に応じて生まれものであり、わが国の医療体制や文化的な障壁を突き破る革新性を備えていることを、専門カウンセラーは自覚しておくこと。</p> <p>II-8 専門カウンセラーは、自己の臨床実践をつねに専門的な理論の観点から現実検討していること。</p>	
<p>カテゴリーⅢ カウンセリングの技法</p> <p>III-1 専門カウンセラーは、HIV感染症という身体疾患が患者の心理社会的な状態に及ぼす影響を認識していること。</p> <p>III-2 専門カウンセラーは、患者の多様なニーズに対応するためにガイダンス、支持的カウンセリング、心理療法、コンサルテーション、社会資源の紹介、心理社会的アセスメントなど多様な技法が駆使できること。</p> <p>III-3 専門カウンセラーは、とくに派遣カウンセリングやターミナルケアでは、他の臨床場面よりも面接の構造を柔軟にとらえて対応すること。</p> <p>III-4 専門カウンセラー、とくに派遣カウンセラーは派遣先で適切なコンサルテーションが行えること。</p> <p>III-5 専門カウンセラーは、主治医に対して患者が言いにくいことを代弁する、いわゆる代弁者の役割を果たすこと。</p> <p>III-6 専門カウンセラーは、他の職種や患者にカウンセリングの役割を明示できること。</p> <p>III-7 専門カウンセラーのうち、CPは非常勤の派遣カウンセラー、SWは常勤カウンセラーであることが多いが、お互いの特技を生かした柔軟な役割分担を行うこと。</p> <p>III-8 専門カウンセラーのうち、CPとSWとの間にカウンセリングの隙間が生じやすいので、お互いが積極的に隙間を埋めるように努めること。</p>	
<p>カテゴリーⅣ 専門カウンセラーの教育研修（提言）</p> <p>IV-1 専門カウンセラーの教育において、チーム医療のなかで動くことを訓練する教育課程が必要である。</p> <p>IV-2 専門カウンセラーのうち、CPとSWが現場でもっとうまく連携していくためには、学部レベルの基本的な教育はもっと共通したものであることが望ましい。</p> <p>IV-3 専門カウンセラーの大学院レベルの教育では、スーパービジョンでセクシュアリティなどの逆転移を自覚し、しっかりした自己認識を持つように訓練する。</p> <p>IV-4 専門カウンセラーの養成では、社会的な要請やニーズに応じた教育を行うことが結果的にはカウンセリング業務を豊かにすることもできる。</p> <p>IV-5 専門カウンセラーを本格的に養成するために、独自のカリキュラムを持った大学院などを提言する必要がある。</p>	

体制に関する条件が、「カテゴリーⅠ：医療体制」にまとめられた。次に、専門カウンセラーの理論や概念に関する条件が、「カテゴリーⅡ：カウンセリングの理論・概念」にまとめられた。さらに、専門カウンセラーの技法に関する条件が、「カテゴリーⅢ：カウンセリングの技法」にまとめられた。この3つのカテゴリーの内容は、わが国のHIVカウンセリングにおける専門カウンセラーの基本的条件が網羅されている。なお、上記の条件をカウンセラーが満たすために必要な教育研修のありかたに関する提言が「カテゴリーⅣ：専門カウンセラーの教育研修」としてまとめられた。

2) 専門カウンセラー養成のためのカリキュラム案

①学部・大学院の一貫したカリキュラム

わが国には、CPを学部及び大学院で一貫して養成するカリキュラムが数多く存在する(大塚1998)。ただし、現行のカリキュラムの多くがスクール・カウンセラーの養成に重点をおいており、ここでの専門カウンセラー養成のモデルとなりうるものは見当たらなかった。一方、日本心理臨床学会大学院カリキュラム専門委員会が作成した「臨床心理学部・臨床心理学研究科カリキュラム案」は注目に値する(資料1参照)。なぜならば、このカリキュラム案は、基本的に上述の「専門カウンセラーの条件」を備えた幅広いカウンセラー養成をめざしており、大学院レベルで「HIVカウンセリング特講」を含んでいるからである。

医療保健分野のSWを養成するカリキュラムのうち、現時点でもっとも公的なものは、厚生省「精神保健福祉士の養成カリキュラム」である(資料2参照)。これは、上述の「専門カウンセラーの条件」のうち、「CPとSWに共通した基本的な教育(Ⅳ-2)」という条件を満たしている点は高く評価できる。ただし、学部レベルのみのカリキュラムであり、

本研究で提言している大学院レベルのカリキュラムは呈示されていない。一方、大学院レベルのカリキュラムとしては、関西学院大学大学院社会学研究科社会福祉学専攻のカリキュラムが注目に値する(資料3)。とくに、社会福祉学実習においてスーパーバイザーのもとでマイクロレベルのケースワーク、メゾレベルのグループワーク、マクロレベルのコミュニティワークといった多様な実習が行われている点が重要である。

②リカレント大学院における専門カウンセラー養成のためのカリキュラム案

現任のCPやSWを専門カウンセラーとして養成する現行のカリキュラムとしては、財団法人エイズ予防財団の「エイズカウンセリング研修会」のプログラムが代表的なものであるが、短期間であり、しかも複数回の参加が認められないなどの制約もある。

そこで、本研究では現任のCPやMSWを始めとする医療保健福祉の専門職を専門カウンセラーとして養成する全く新しいカリキュラム案を、わが国の大学院のカリキュラム、アメリカ心理学会認定の大学院及び継続研修におけるHIV/AIDSに関する教育プログラム(Werth & Carney, 1994; Robiner et al, 1993)などをもとに作成した(表2参照)。

このカリキュラム案は、都内の大学院における生涯学習型のリカレント(職業人の再学習)部門で、HIV専門カウンセラー養成コースを開設することを想定した。東京都としたのは、わが国の感染状況から、首都圏では専門カウンセラーへの社会的ニーズがもっとも高いと思われるからである。夜間コースとしたのは、受講生の学びやすさのためである。2年課程は、講義と実習・演習から構成される。講義は、HIV感染症特殊講義、臨床心理学特殊講義、精神医学特殊講義、法律学特殊講義、社会福祉学特殊講義の5講、実習はHIV/AIDSカウンセリング実習Ⅰ・Ⅱ、演習はHIV/AIDSカウンセリング研究演習が行われる。