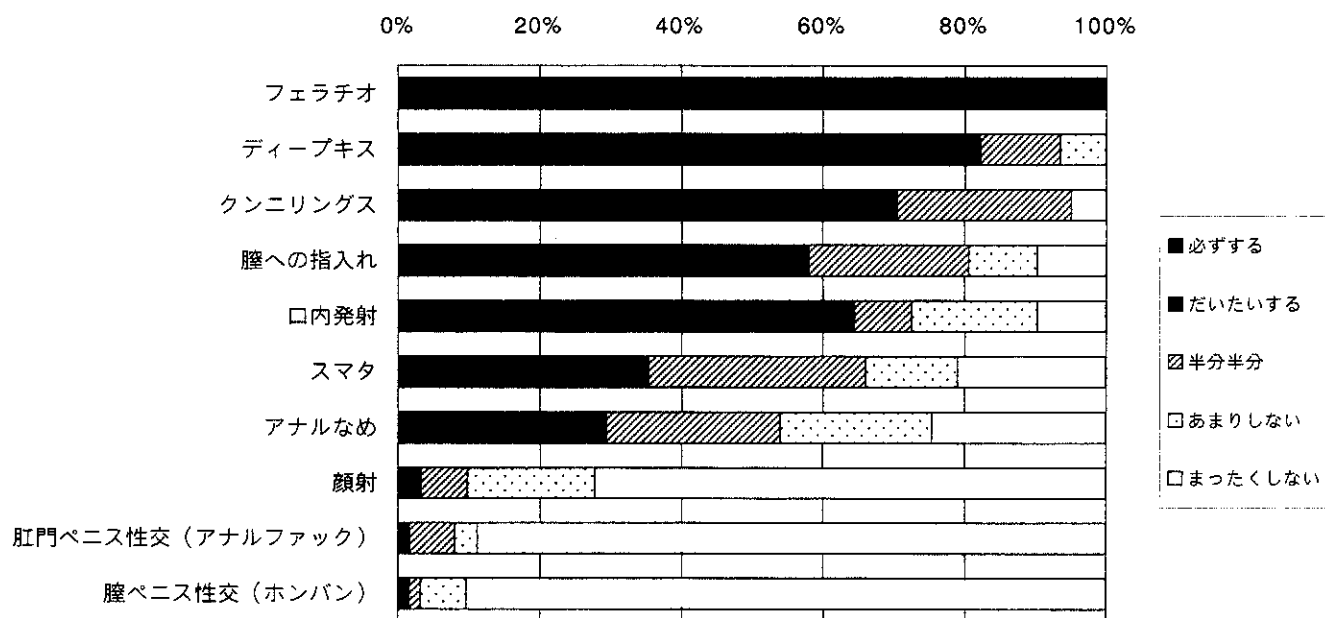
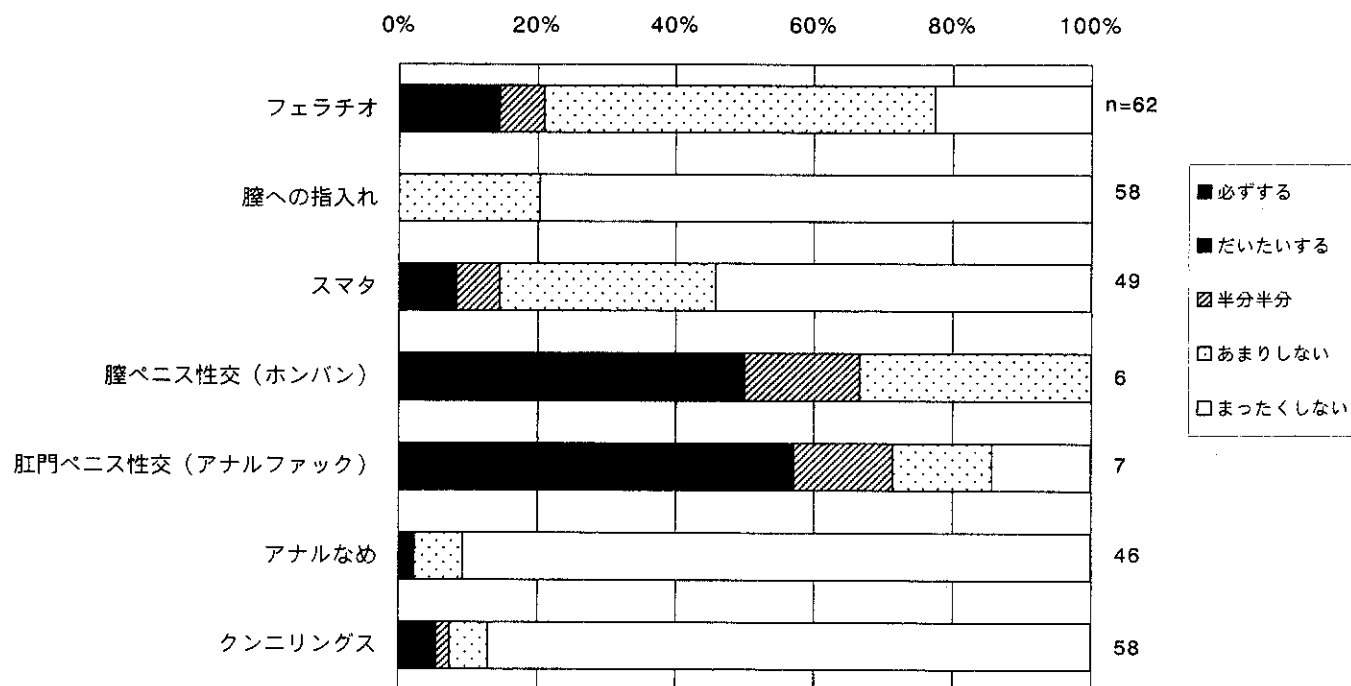


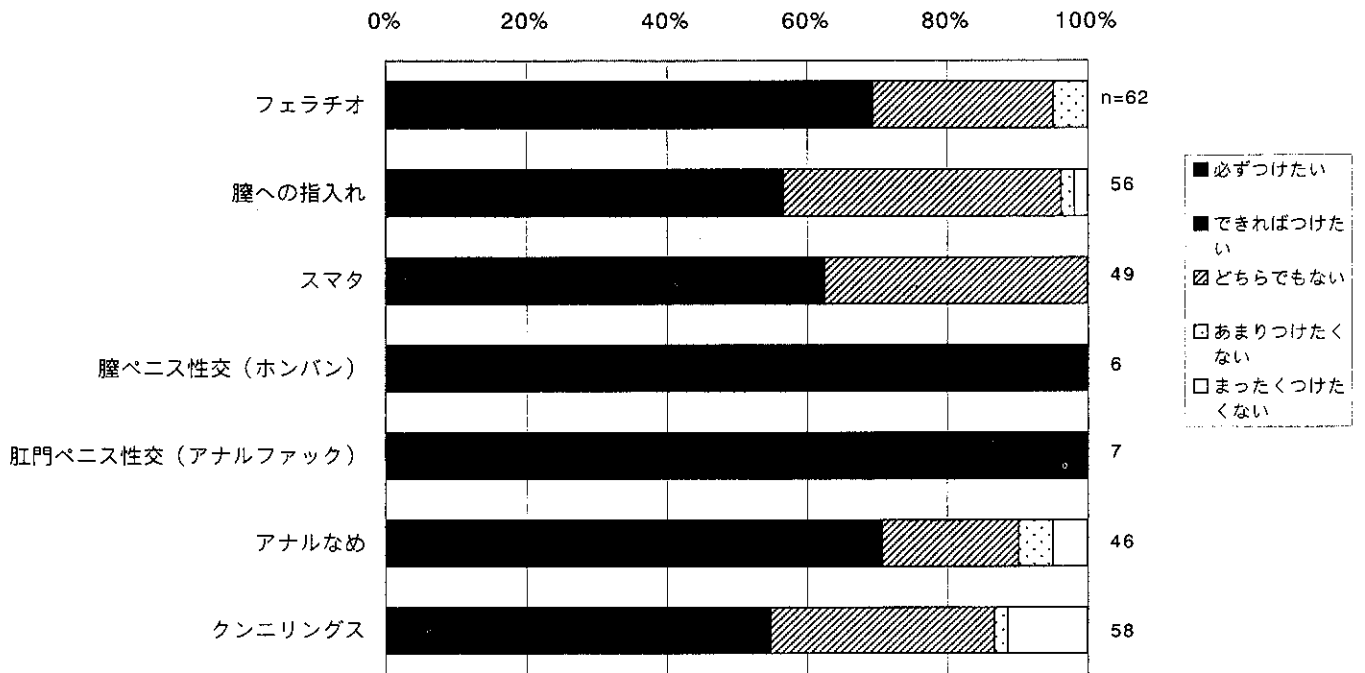
〈図2〉 サービス内容と頻度 (n=62)



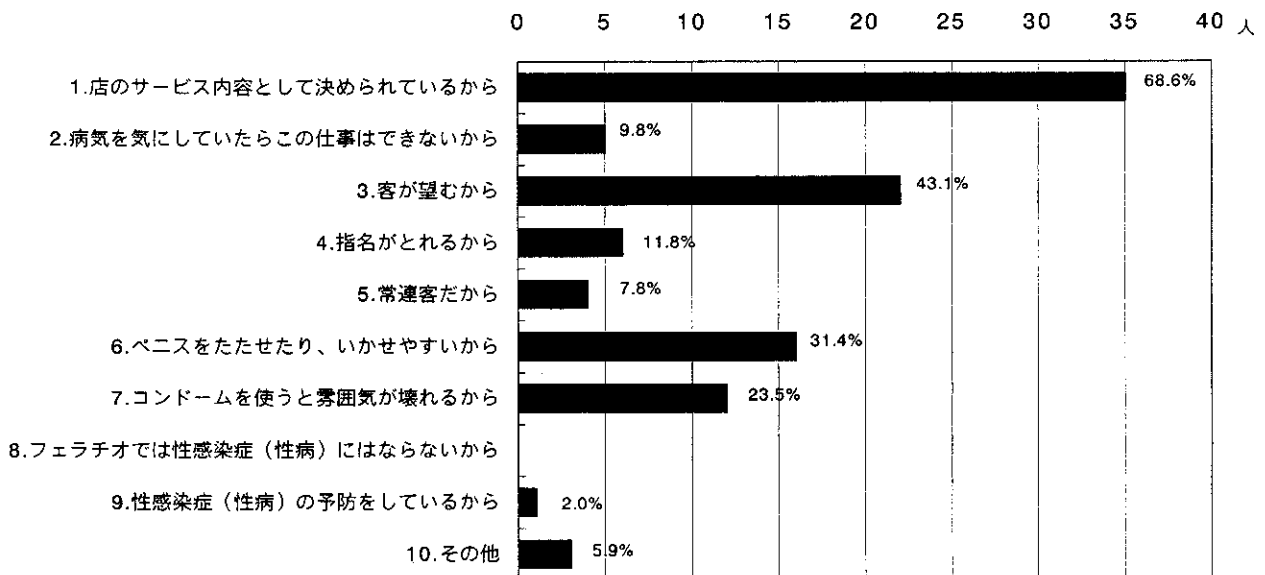
〈図3〉 コンドーム (膜状のバリア) 使用状況



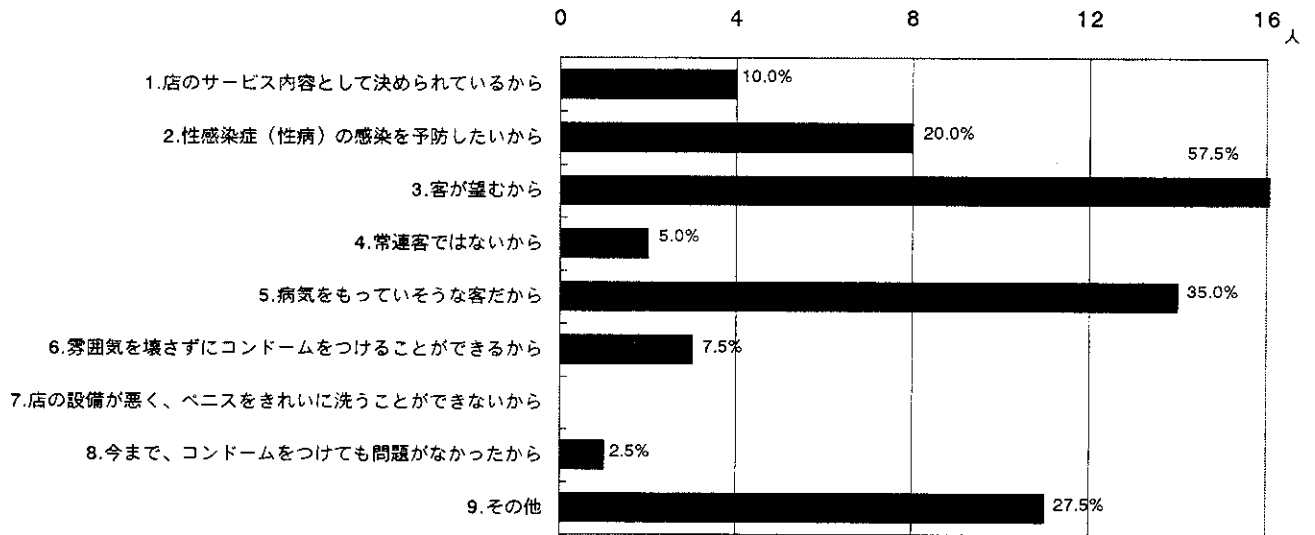
〈図4〉コンドーム使用への希望



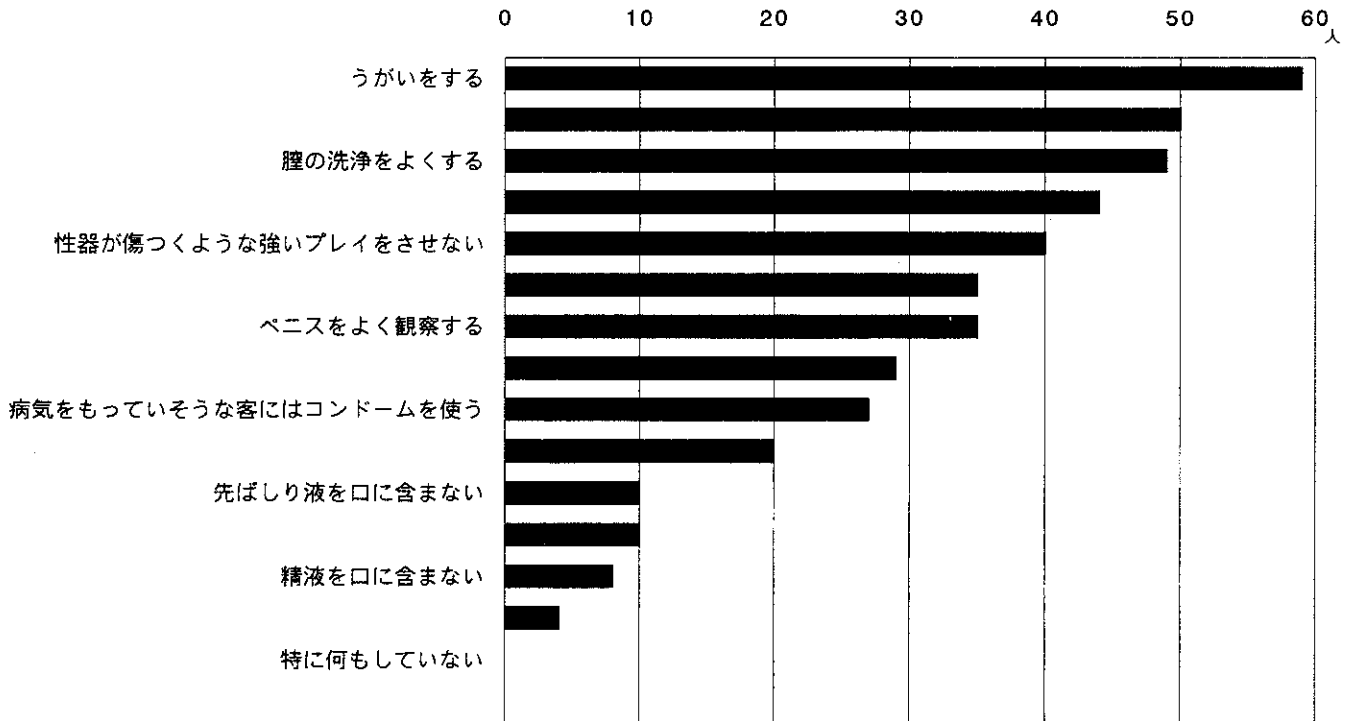
〈図5〉フェラチオでコンドームを使わない（使えない）理由（n=51）



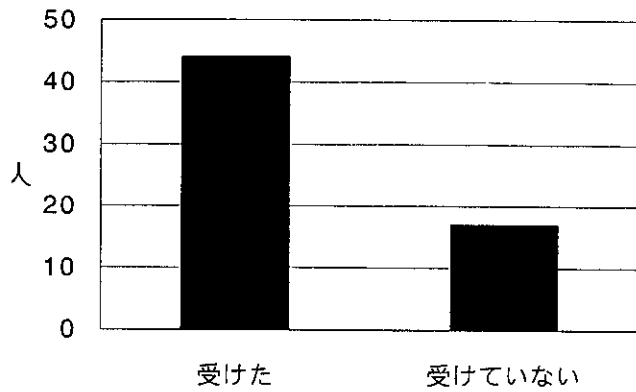
〈図6〉フェラチオでコンドームを使う理由 (n=40)



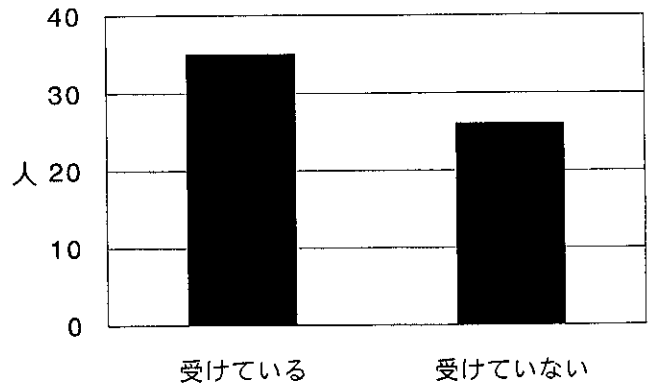
〈図7〉性感染症予防法（複数回答：n=62）



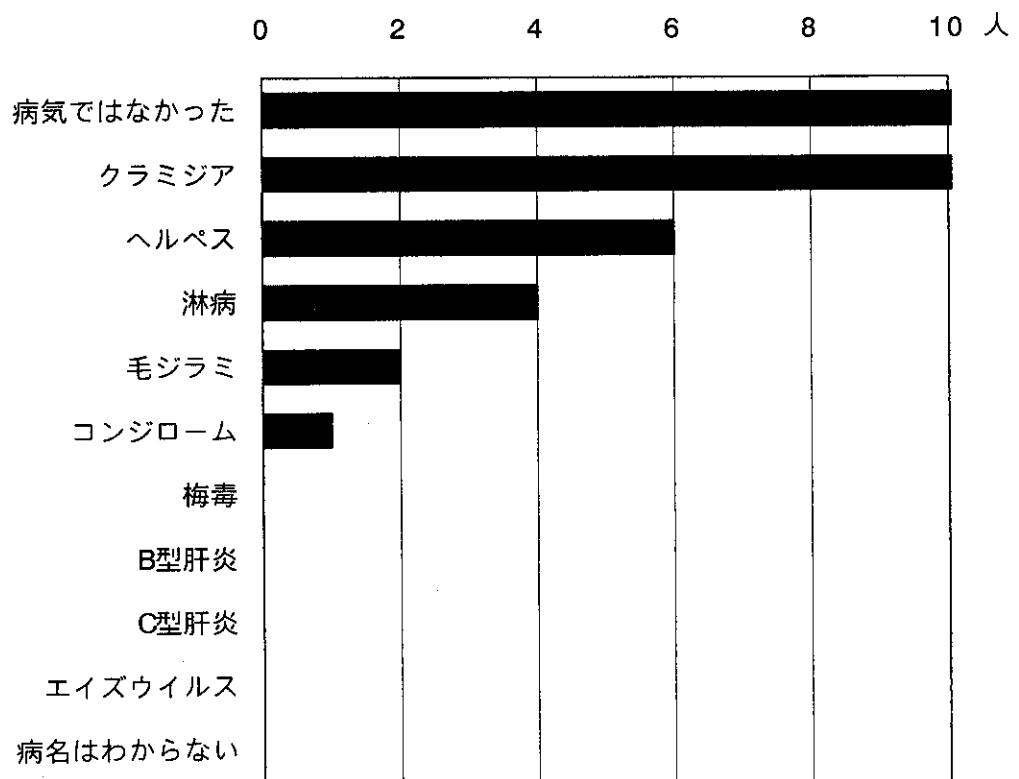
〈図8〉 過去1年間のSTD検査 (n=61)



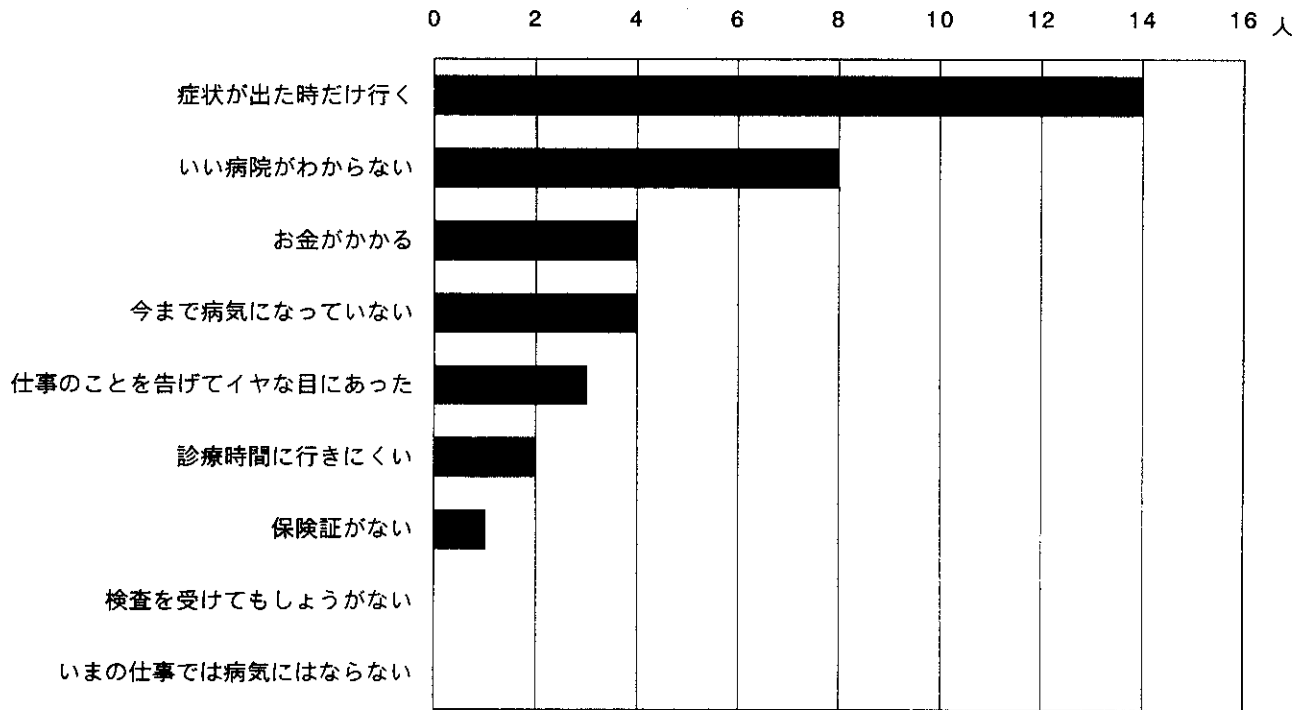
〈図10〉 STDの定期検査 (n=61)



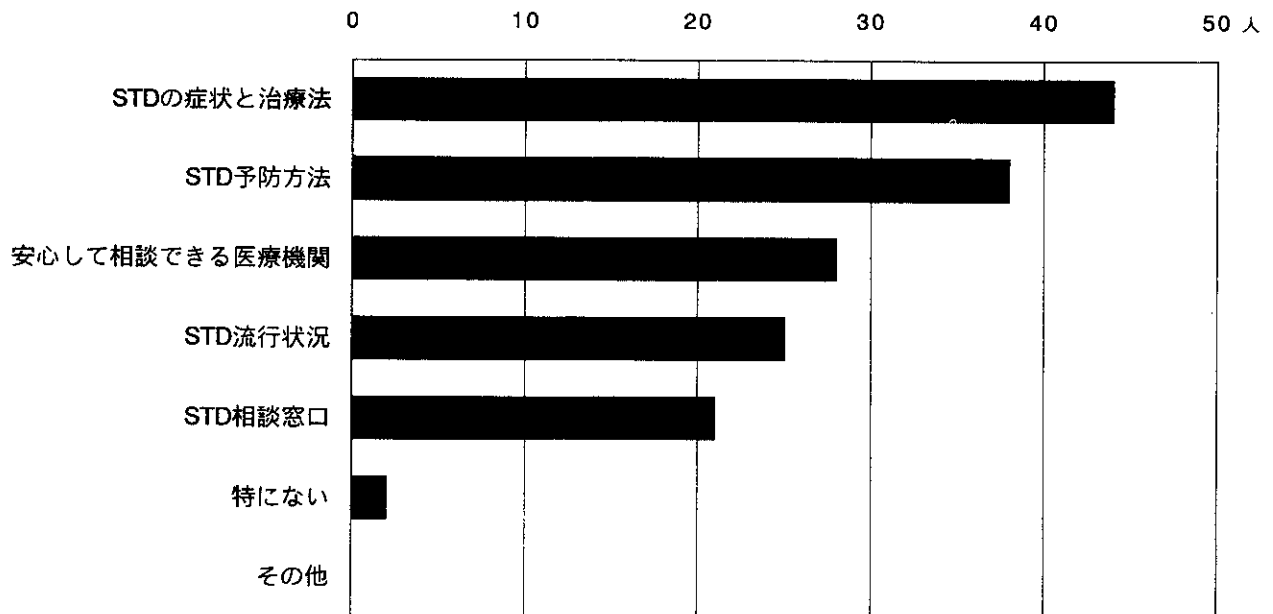
〈図9〉 診断結果 (複数回答 ; n=44)



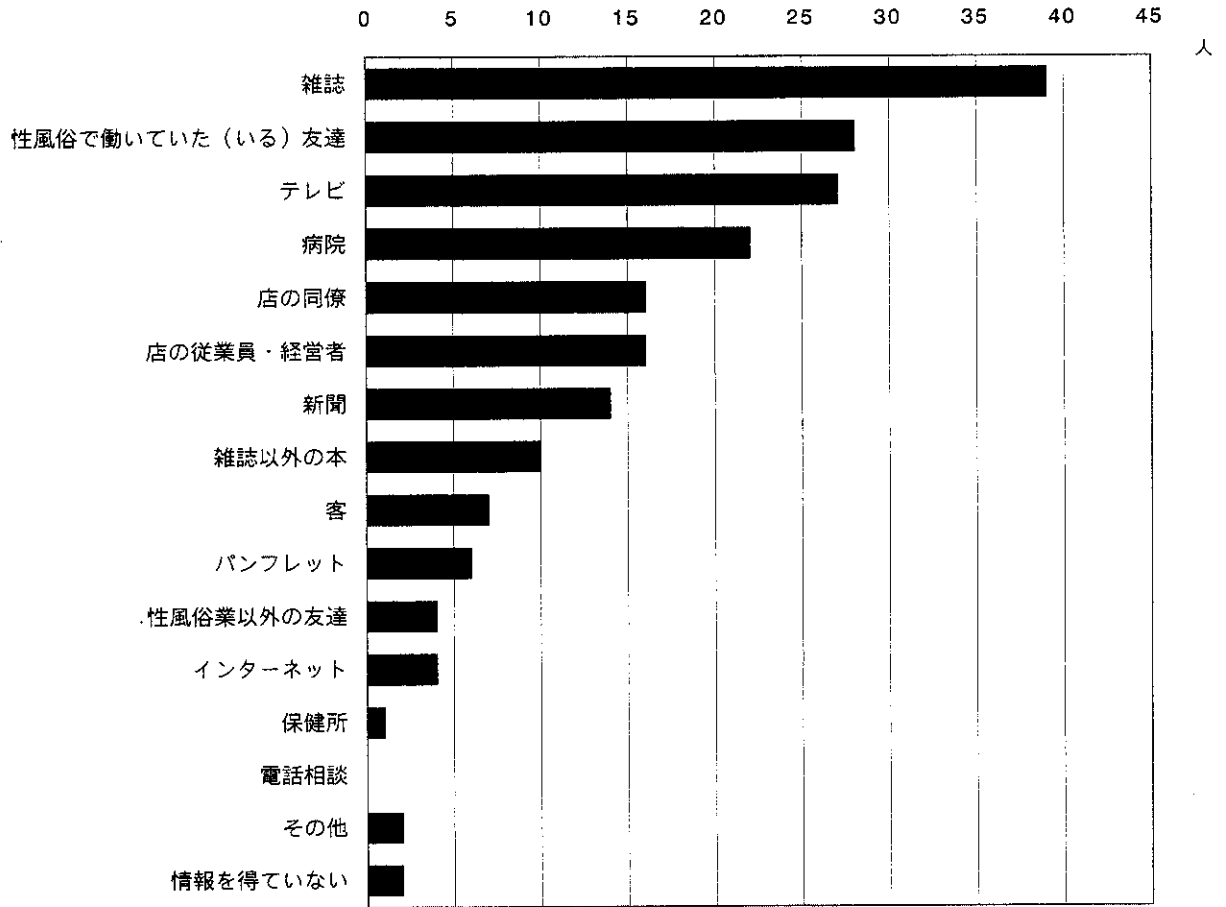
〈図11〉 定期検査を受けない理由（複数回答）



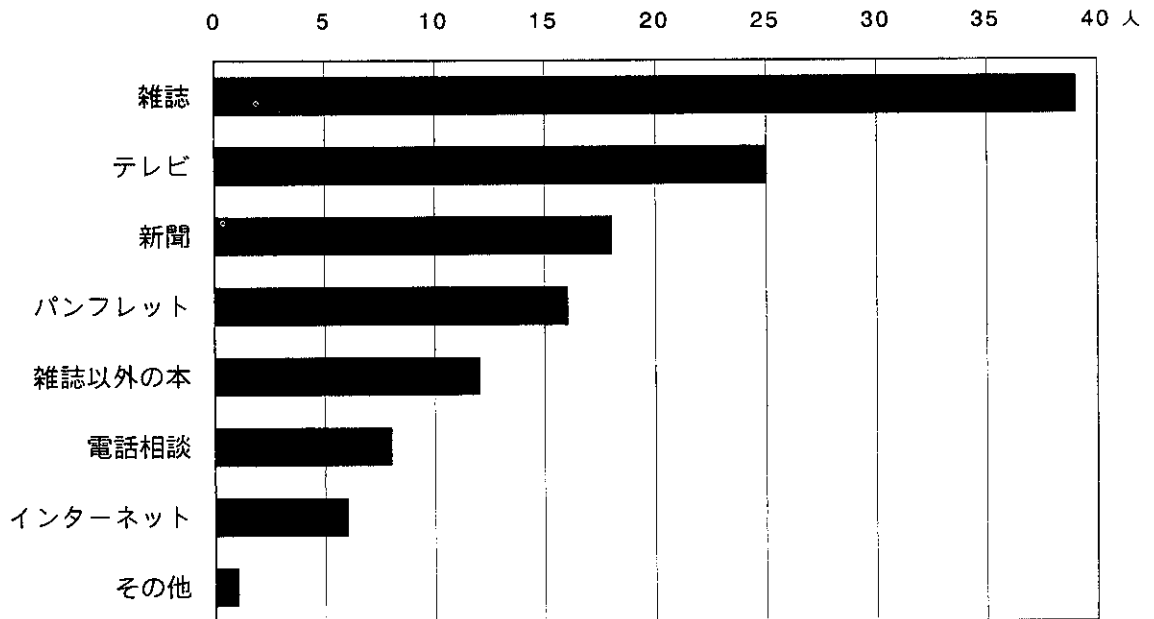
〈図12〉 HIV/STDについて欲しい情報（複数回答；n=59）



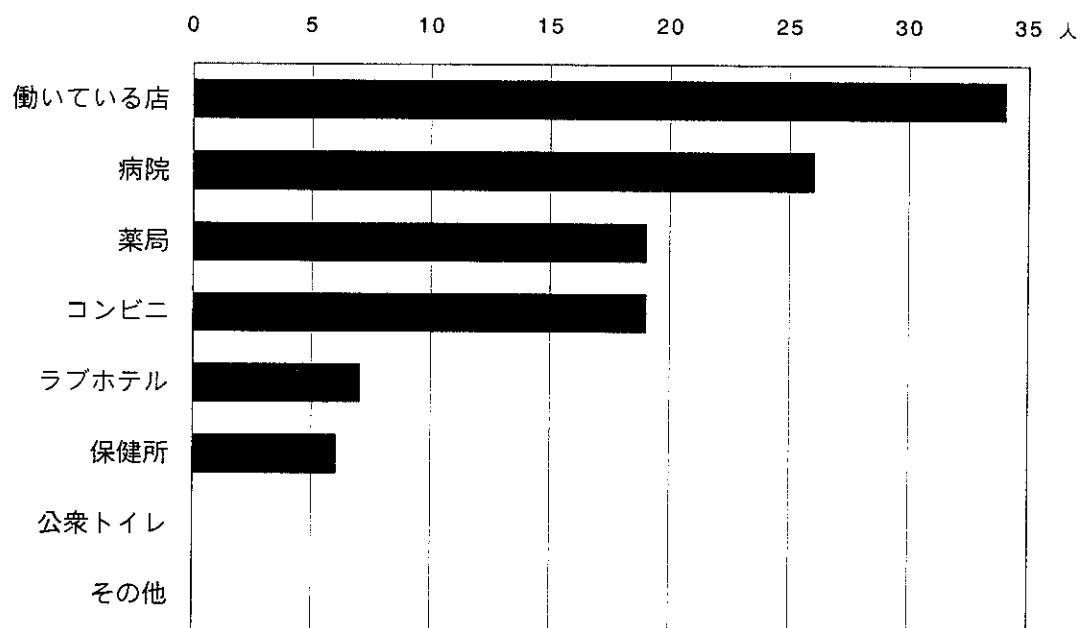
〈図13〉 情報入手先（複数回答；n=61）



〈図14〉 情報を得るのに便利な方法（複数回答；n=58）



〈図15〉 情報を得るのに便利な場所（複数回答；n=58）



カウンセリング体制の現状把握と充実に関する研究

分担研究者：兒玉憲一（広島大学保健管理センター）

班 員：池上千寿子（ふれいす東京）

山中京子（東京都衛生局医療福祉部エイズ対策室）

森田眞子（エイズ予防財団）

平林直次（東京医科大学）

研究協力者：赤穂理絵（都立駒込病院）生島 嗣（ふれいす東京）

磯本明彦（北里大学病院）内野悌司（広島大学）

遠藤麻子（都立大学）笠原敏彦（国立国際医療センター）

木曾智子（東京医科大学病院）小島賢一（荻窪病院）

斎藤祐治（ふれいす東京）酒井 健（都立大学）

徐 淑子（日本保健行動医療科学会）高田知恵子（群馬社会福祉短大）

野坂祐子（お茶の水女子大学）花岡知之（国立がんセンター）

松本智子（慶応義塾大学）本橋宏一（国保旭中央病院）

吉田茂美（ふれいす東京）

研究要旨

（目的）本年度は、カウンセリング資源の有効な活用を促すために、利用者である感染者や医師のカウンセリングに関する意識や利用行動や評価を検討する。また、カウンセリング体制のさらなる拡充のために、臨床心理士や医療ソーシャルワーカーの現職研修のあり方、精神障害を抱える感染者への支援体制、献血者カウンセリングのあり方を検討する。

（方法）第1の目的のために、感染者や医師を対象に質問票調査や面接調査を行った（研究1, 2）。第2の目的のために、専門カウンセラー、医師、行政担当者を対象に質問票調査や事例研究を行った（研究3, 4, 5）。

（結果）研究1では、NGO/CBOのコーディネーター的機能がモデル化され、資源やネットワークの広がりを示す樹形図が開発された。研究2では、医師のカウンセリング依頼行動を促す条件が明らかになった。研究3では、専門職に対するHIVカウンセリング研修の実態が明らかになった。研究4では、感染者における精神障害の出現率や免疫能との関係が明らかになった。研究5では、献血者カウンセリングはごく一部の地域のみで試みられているという実態が明らかになった。

A 研究目的

HIV感染症における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などの心理社会的支援は、一括して包括的HIV/AIDSカウンセリング（以下、HIVカウンセリング）と呼ばれる。わが国で

は、1980年代後半から10数年の歳月をかけて医療・保健・福祉の各領域でHIVカウンセリング体制の整備が進められてきた。とくに1996年度にスタートした「拠点病院カウンセラー設置事業」による派遣カウンセラー制度の普及、さらには1997年度からブロック拠点

病院への専門カウンセラー（臨床心理士、医療ソーシャルワーカー等）の配置により、わが国の HIV カウンセリングの基盤整備が飛躍的に進んだ。現在は、一部の地域での基盤整備を進めるとともに、多くの地域ですでに整備されたカウンセリング体制の有効活用を促進し、サービスの質をさらに向上させることが課題となっている。

本研究グループは、わが国の HIV カウンセリング体制の現状を的確に把握し、現在の問題点や今後の課題を明らかにし、学術研究及び行政施策上の提言を行うことをめざしている。本研究グループは、HIV カウンセリングに従事している臨床家（専門カウンセラー、医師、NGO/CBO スタッフ）が中心的な役割を果たす5つの研究プロジェクトから構成されている。すなわち、1997年度から継続している3研究では、感染者や医療従事者によるカウンセリングを含む心理社会的サポート資源の有効活用を促すための調査研究を行い、本年度から開始した2研究では、精神症状を呈する感染者への精神医学的援助及び HIV 抗体陽性献血者のカウンセリングに関して新たな調査研究を試みた。

B 研究方法

感染者及び HIV 診療を行っている医師を対象に、心理社会的なサポート資源に対する意識や利用行動や評価について質問票調査及び面接調査を行った（研究1, 2）。各都道府県のエイズ行政担当者や臨床心理士会を対象に、HIV カウンセリング研修会の実施状況や献血者カウンセリングへの関与状況について質問票調査を行った（研究3, 5）。また、都内の3拠点病院を受診した HIV 感染者の精神科受診の実態を診療録をもとに調査した（研究4）。

一方、献血時カウンセリングについては、先進的な取り組みをしている特定地域の事例研究を行った（研究5）。

C. 研究成果

本研究グループ全体を総括する視点から、平成11年度の各研究の主な成果を整理して報告する。

研究1： HIV陽性者に対する地域の支援及び陽性者によるサポート資源の活用について

（班員：池上千寿子）

①研究の目的

過去2年間の継続研究から、HIV陽性者の多くが HIV陽性告知後にそれまで持っていたソーシャルサポート資源（以下、資源）を再構築するとともに、新たなソーシャルサポートネットワーク（以下、ネットワーク）を広げて社会生活を送ること、そのために医療機関、行政、CBO/NGO、友人や家族といった陽性者を取りまく資源を連携させるコーディネーター的機能が重要であることが明らかになった。本研究では、陽性者の相談・援助活動において、個別的具体的なコーディネーター的機能がどのようなネットワークのどのような資源をどのようなプロセスで動員していくかを明らかにし、コーディネーター的機能のモデル化を試みることを目的とする。

②研究方法

（調査1）NGO/CBO「ぶれいす東京」の HIV 専門相談員3名による陽性者に対する相談活動記録（1999年10月分）を分析し、相談・援助及びコーディネーター的機能のモデル化を試みた。

（調査2）過去3年間の研究協力者である陽性者8名に、告知後から現在までの資源の活用について面接調査し、資源活用の広がりについて時系列的に把握し、資源間の連携の様相や資源活用における問題解決等について心理・社会的な考察を試みる。

③研究結果と考察

（調査1）NGO/CBO の相談（対面・電話）活動を分析した結果、HIV専門相談員のコーデ

ィネーター的機能は次の3つに分類された。まず、主に陽性者本人が資源にアクセスするのを支援したり連絡調整を行う「資源導入型支援」。これはさらに「危機介入アクセス支援型」と「背面資源支援型」に分かれる。次に、陽性者の講演や執筆の連絡調整を行う「スピーチ活動仲介」と、ニーズを共有する陽性者のグループづくりを支援する「peerグループ形成」からなる「クライアント参加型支援」がある。さらに、主に対面／電話による継続面接による「伴走型支援」があり、これは基本的な支援スタイルと言える。

この場合、コーディネーターとしての相談員がある特定の専門機関に属するのではなく、あくまで第三者的に陽性者本人の希望に添った資源導入を行えることが重要である。なぜなら、活用する資源は、医療、行政、司法、さらには自助組織までさまざまな領域に及ぶからである。

(調査2) 陽性者8名を対象に、告知後から現在までの資源活用の内容と時期について面接調査を行い、その結果を時系列的に表す樹形図を開発した。樹形図は、横軸で上下に分かれ、上段にはフォーマルな資源、下段にはインフォーマルな資源、同心円の中心から外に向かうと時間の経過を示す。たとえば、1994年に告知を受けた50代男性の場合、図1-1のような樹形図が得られた。中心は1994年で遠心方向に1999年までに活用した資源とネットワークの広がりが示されている。この男性は、コーディネーター的機能について「相手の意欲を削ぐような支援であってはならない。お互いの意識がかみ合うような支援をしてほしい。NGOには限界があるが、感染者もその限界を認識しないといけない」と示唆的な発言をしている。8事例の分析結果として、さまざまな資源を活用しているケースと、限定的な資源導入しかしないケースに分かれ、その要因として資源の地域格差、プライバシー侵害への不安、体調の変化などが考

察された。

研究2：HIV感染者・エイズ患者のための心理・社会的援助とカウンセリングに関する医師及び感染者の意識と利用に関する研究

(班員：山中京子)

<研究2-1>

①研究の目的

本研究では、医師及び感染者のカウンセリングに対する認知・利用経験・期待を明らかにし、カウンセリングの利用を促す方途を検討することを目的として継続研究を行ってきた。ここでは、昨年度関東圏の拠点病院の医師対象に行った質問票調査で、「心理・社会的問題を抱えたHIV感染者を診察した経験がある」と答えた医師を対象に、カウンセラーを依頼した医師とそうでない医師において、医療への意識・評価、カウンセラーとの接触・学習経験においてそれぞれ統計的な差があるかどうかを検討し、医師の依頼行動を促進する要因を明らかにし、今後の研修活動等への示唆を得ることを目的とする。

②研究対象と方法

調査方法と対象：関東圏の112拠点病院の医師を対象に昨年度行った質問票調査の回答者158名のうち、実際に心理・社会的問題を抱えたHIV感染者を診療した経験がある医師100名を対象とした。そのうち、専門カウンセラーへの依頼経験のある医師は70名、そうでない医師は30名であった。

分析方法：医師の医療全体に関する意識・評価に関する質問14項目、及びカウンセリングとの接触・学習経験に関する質問9項目の回答結果に因子分析を行い、抽出された因子と依頼行動の関係を明らかにするために判別分析を行った。

③結果と考察

医師の依頼行動を従属変数、医師のカウンセリングを含む医療全体に関する意識・評価

に関する因子を独立変数として判別分析をした結果、もっとも大きく影響する因子は「医療専念型の医師役割意識」であった(表2-1)。医師の役割を疾患の治療と強く意識している医師ほど、心理・社会的援助は他の専門職に任せる傾向があると解釈できる。医師の依頼行動を従属変数、カウンセリングとの接触・学習経験に関する因子を独立変数として判別分析をした結果、もっとも大きく影響する因子は「直接的経験」であった(表2-2)。実際にカウンセラーの活動を見たりカウンセリング制度に関する話を聞いた経験こそがもっとも医師の依頼行動を促進すると解釈できる。この結果から、医師対象の研修プログラムにカウンセラーの活動を直接観察するプログラムを用意したり、カウンセリング制度に関する情報を直接医師に届けるなどの提言が試みられた。

<研究2-2>

①研究の目的

本研究では、HIV感染者によって地域の相談資源がどのように認知・利用され、どのような資源の利用が期待されているかの調査を通じて、専門カウンセラー利用の現状把握と利用上の問題点を明確にすることを目的とする。

②研究方法と対象

関東圏の40拠点病院を受診しているHIV感染者に主治医経由で質問票を渡し、郵送で回収した。質問票は、基本属性、相談資源の認知と利用経験、問題別の各相談資源の利用経験、援助内容別の各相談資源の利用経験、問題別の各相談資源に対する期待等で構成された。

③結果と考察

回答者の基本属性:367部郵送し、123名から回答があった(回収率33.5%)。回答者の89%が男性、30代が29%、告知から4年未満が59%、性感染が74%であった。

相談資源の活動内容の認知: カウンセラー

は72%、ソーシャルワーカーは59%、患者会、ボランティア56%と、それぞれの活動内容が認知されていた。

院内における専門職の有無: カウンセラーについて57%、ソーシャルワーカーについて49%が「いる」と答えたが、医師側の認知と比べて低く、相談資源に関する情報がHIV感染者に十分届いていない可能性がある。

ボランティア・患者会の情報の有無: 患者会を紹介された者は50%だが、ボランティアの紹介は26%にとどまった。

各相談資源別の利用経験: ソーシャルワーカーの利用経験がもっとも多く46%、次いでカウンセラーが44%だった。ソーシャルワーカーは必要な時に短期間、カウンセラーは継続的に利用されていた。

問題別の各相談資源の利用経験: HIV感染者が抱えた心理・社会的問題上位10位について誰に相談したか複数回答で答えてもらった(表2-3)。ほとんどの問題で医師、次いで看護職が相談資源として多く利用されていた。カウンセラーには「生きる意味や人生の振り返り」での相談が多く、ソーシャルワーカーには「医療費や生活費/経済的な問題」が多かった。

研究3: HIVカウンセリング体制の構築に関する研究

(班員: 森田眞子)

①研究の目的

過去2年間において、わが国のHIVカウンセリング体制の中心的な担い手である臨床心理士・医療ソーシャルワーカーなど専門カウンセラーの国家資格認定のあり方及び大学・大学院における専門教育制度のあり方を検討してきた。継続研究3年目の本年度は、現職の専門カウンセラーを高度に専門的なHIVカウンセラーとして養成するための現任研修のあり方を検討することを目的とする。

②研究方法

(調査1) 各都道府県臨床心理士会のHIVカウンセリング担当窓口を対象に、HIVカウンセリング研修事業に関する調査を平成12年1月末～2月上旬に記名自記式郵送法により実施した。

(調査2) 都道府県、政令市及び中核市の計94自治体のエイズ担当課を対象に、「HIVカウンセリングに関する研修会についての調査」を平成12年2月～3月に記名自記式郵送法により実施した。

③研究結果と考察

(調査1) 実施の有無：回答した42都道府県(回収率89.4%)のうち平成11年度に研修会を主催した(予定も含む)のは、1都8県(21.4%)であった。研修内容・形式：上位は、講義(77.8%)、体験学習(44.4%)、感染者患者の講演(44.4%)。事例検討は22.2%だった。全国研修会への参加：エイズ予防財団実務者コースに会員が参加したのは1都13県(33%)。日本臨床心理士会 HIVカウンセリング・ワークショップに会員が参加したのは1都12県(31.0%)。独自に研修会を開催する臨床心理士会は2割に過ぎず、全国規模の研修会に依存する傾向が見られた。HIV感染が拡大するなか、都道府県臨床心理士会は今後専門カウンセラーの職能団体として高度に専門的な研修機会を提供することが求められる。

(調査2) 実施の有無：回答した89自治体のうち研修会を開催したのは、平成9年度40(50.0%)、10年度38(44.7%)、11年度34(38.2%)と減少している(図3-1)。研修内容・形式：3年間を通じた上位項目は、臨床心理士による HIVカウンセリングの講義(67.5%、78.9%、67.6%)、専門医による HIV感染症の講義(65.0%、52.6%、58.8%)、体験学習(50.0%、60.5%、58.8%)。事例検討は2割程度と少なかった。感染者患者の講演(15.0%、28.9%、23.5%)は倍増している。研修会対象の背景(複数回答)：上位は、保健婦9割、看護職7割、医師6割で、臨床心理士や

医療ソーシャルワーカー5割以下であった(図3-2)。研修会の主な開催目的：もっとも多かったのは「診療業務や検査業務に生かすため」(50.0%、50.0%、52.9%)。一方、「派遣カウンセラー養成」あるいは「専門カウンセラー養成」はほとんどなかった。エイズ派遣カウンセラー事業を実施しているのは32自治体(36.0%)。派遣カウンセラーの背景(複数回答)：臨床心理士・心理職27(84.4%)、ソーシャルワーカー・福祉職4(12.6%)。日本臨床心理士会主催 HIVカウンセリング・ワークショップを知らない自治体62(69.7%)。このことから、自治体の研修会は派遣カウンセラーなど現任の臨床心理士やソーシャルワーカー対象ではなく、主に医師・看護職・保健婦にカウンセリング・マインドの習得をめざして行われていることがわかった。派遣カウンセラー事業の活性化を図るためには、従来のカウンセリング・マインド習得型の啓発的研修に加えて、事例の参加観察型研修を行うことが望ましいことが示唆された。

研究4：精神神経症状を呈する HIV感染者・エイズ患者に対する精神医学的診断・治療及び援助に関する研究 (班員：平林直次)

①研究の目的

わが国においては、HIV感染者の精神障害の有病率などに関する報告は乏しく、HIV感染者の精神科受診の実態も不明である。本研究の目的は、HIV感染者への精神科医療サービスの今後のあり方を検討するために利用可能な基礎的データの作成をめざし、HIV感染者の精神科受診の実態を調査すること、及び HIV感染症が進行するとともに特定の病期あるいは免疫学的状態で高頻度に出現する精神障害を調査することである。

②研究方法

1996年4月から1999年3月までの3年間に都内拠点病院3施設を受診した感染者 1,227

名を対象に、精神科診断、受診理由、免疫学的指標(CD4陽性細胞数, HIV-RNA量)等をDSM-IVを用いて調査した。

③研究結果

患者特性: HIV感染者1227例中72例(5.9%)に精神科受診歴が認められた。検査目的の1名を除く71名を調査対象とした。平均年齢37±11歳, 男性66名, 血液製剤経由59名, CD4数<100が26名, HIV-RNA量は幅広かった。

精神科診断: 71例のDSM-IVによる精神医学的診断内訳は、適応障害13例(18.3%), 物質関連障害11例(15.5%), 気分障害10例(14.1%)であった(表4-1)。

告知からの月数と適応障害の関係: ロジスティック回帰分析によると、告知後10ヶ月以内に適応障害を発症し精神科へ初診するリスクは、10ヶ月以降に適応障害を発症し精神科へ初診するリスクの11.1倍高値と予測された(表4-2)。

CD4数と器質性精神障害との関係: 器質性精神障害(痴呆, せん妄など)を示した感染者は有意に低いCD4細胞数を示し、CD4数が100未満となると器質性精神障害が発症するリスクがそれ以上の場合に比べ15.3倍高値となると予測された(表4-3)。

HIV痴呆スケール日本語版の作成: HIV痴呆のスクリーニング等に必要不可欠なHIV痴呆スケールの日本語版が作成された。

④考察

精神科受診率: 今回の調査によると受診率は5.9%であったが、実際には精神科受診の必要性があるにもかかわらず精神科医療を受けていない感染者が相当数いると思われる、その実態や受診阻害因子を明らかにする必要がある。

精神科診断: 心理社会的ストレスと関連する適応障害と感情障害が32.4%を占め、予防、早期介入、精神科受診が必要である。

告知からの月数と適応障害: 告知後10か月以内にカウンセリングを集中的に行い、適応

障害の発症を予防することが必要である。

CD4数と器質性精神障害: CD4数100未満では、器質性精神障害の発症しやすい。欧米ではHIV痴呆のスクリーニングや重症度判定のために神経心理学的検査が用いられており、日本語版HIV痴呆スケールの信頼性と妥当性を検討していく必要がある。

研究5: 献血者カウンセリング体制に関する予備的研究

(班員: 兒玉憲一)

①研究の目的

献血血液の安全性の確保と献血者ケアの推進のために献血者カウンセリングは重要であるが、わが国ではHIV抗体陽性献血者への告知とカウンセリング体制の整備が非常に遅れている。本研究の目的は、近い将来献血者のためのHIVカウンセリング体制が構築されることを想定して、1999年度に開始されたHTLV-1抗体陽性献血者への通知及び相談事業との比較を通して、HIV専門カウンセラーと血液センターの連携のあり方を検討することである。

②研究の方法

調査研究1: 47都道府県臨床心理士会のHIV及びHTLV-1抗体陽性献血者相談事業への関与及び協力状況を明らかにするために、質問票調査を行った。

調査研究2: HTLV-1抗体陽性献血者相談事業における血液センタースタッフと専門カウンセラーの連携のあり方をロールプレイング法で分析し、HIV抗体陽性献血者カウンセリングと比較検討した。

③結果と考察

調査研究1: 質問票に回答した44都道府県臨床心理士会の半数が派遣カウンセラー事業に関与していたが、HIV及びHTLV-1抗体陽性献血者相談事業に協力しているのは1割前後に過ぎなかった。今後は、臨床心理士会担当窓口とHIV専門カウンセラー及び行政担当者

との積極的な連携が必要と思われた。

調査研究2：A県におけるHTLV-1抗体陽性者相談事業に関わる血液センター及び保健所のスタッフ（医師、保健婦、臨床検査技師等）40名を対象に行われたロールプレイングをカウンセリングの観点から分析した。その結果、現行の方法は献血者ケアの視点からは問題点が多いこと、とくに保健所スタッフは役割葛藤を生じることが分かった。それ故、この事業は将来のHIV抗体陽性献血者相談事業のモデルとしては不相当であり、むしろHTLV-1及びHIVカウンセリングでは外部に協力を依頼する前に、血液センター内部に専門医と専門カウンセラーを配置したカウンセリング体制を独自に整備することが優先されるべきと思われた。

D. 研究発表

1. 口頭発表

- 1)池上千寿子他：HIV陽性者による相談資源の認知と利用状況について、第13回日本エイズ学会総会、1999年12月。
- 2)兒玉憲一他：ロールプレイング法による抗HIV薬服薬援助研修の試み、第13回日本エイズ学会総会、1999年12月。
- 3)山中京子他：HIV医療における医師の専門カウンセラーに対する意識と利用行動に関する研究、第58回日本公衆衛生学会、1999年10月。
- 4)山中京子：だれがだれのために連携するのか-HIV医療における多職種連携-、第19回日本性科学会、1999年11月。
- 5)山中京子他：HIV医療における医師と専門カウンセラーとの連携に関する研究-医師の専門カウンセラーに対する意識と介入依頼行動に関するアンケート調査結果より、第13回日本エイズ学会総会、1999年12月。

2. 研究論文

- 1)兒玉憲一：HIVカウンセラーからみた献血

時間診への助言。日本輸血学会雑誌, 45(4) 526-527, 1999.

- 2)兒玉憲一：HIV/AIDS カウンセリング。氏原寛・成田善弘編：コミュニティ心理学, 100-115, 培風館, 2000.
- 3)平林直次他：HIV感染症患者にみられる精神障害—精神障害出現頻度と免疫学的指標との関連性の検討—。臨床精神医学, 28, 1233-1242, 1999.
- 4)Hirabayashi, N. et al.: Alexithymic characteristics of HIV-positive patients, Psychological Reports, 85, 964-970, 1999.
- 5)Hirabayashi, N. et al.: CD4 counts and HIV-positive patients with cognitive disorders in Japan, Psychosomatics, 40(6), 529, 1999.
- 6)山中京子・松本智子：カウンセラーがとらえる女性感染者のかかえる諸問題。助産婦雑誌, 53(7)42-46, 1999

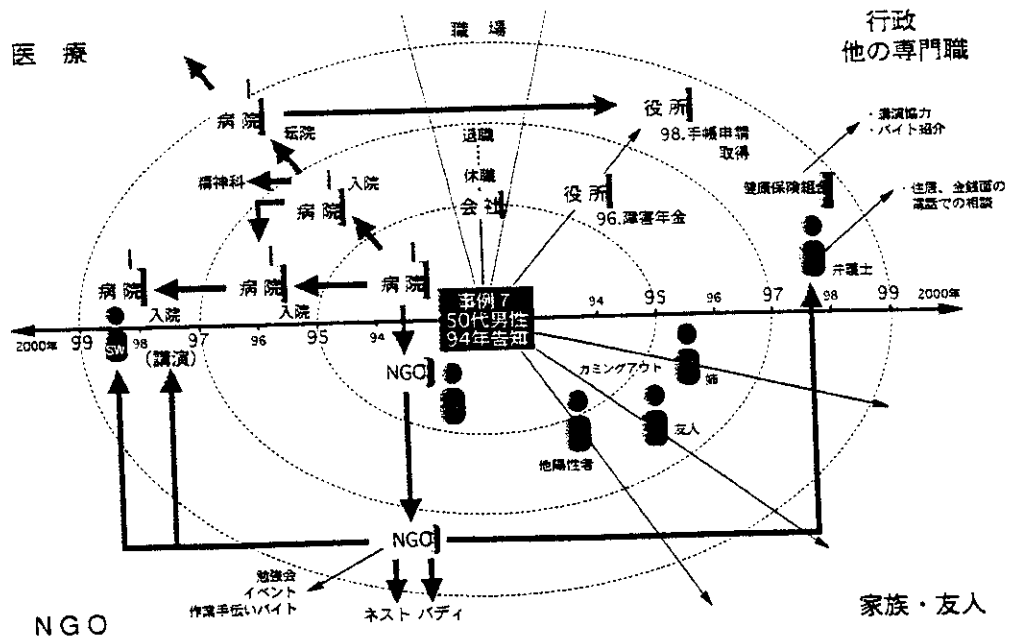


図1-1 樹形図で示す資源活用の時系列的広がり (事例7)

表2-1 医療への意識・評価に関する各因子の標準化判別係数

カウンセリングの有用性意識	0.3802
臨床環境評価	0.6198
心理・社会的援助の重要性意識	0.2047
医療専念型の医師役割意識	0.6601

表2-2 カウンセリングとの接触・学習経験に関する各因子の標準化判別係数

模擬体験・知的学習	0.6313
制度・職種情報への接触	1.0598
直接的経験	1.5607

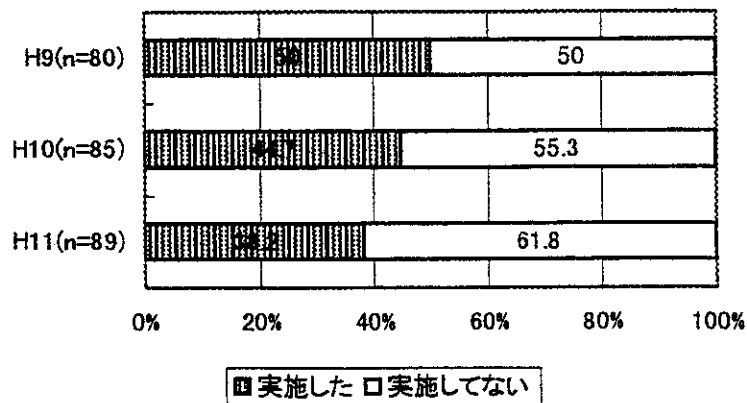


図3-1 研修会実施率

表2-3 各問題領域で利用した専門職・
非専門職の相談資源

問題領域 上位10位	医師	看護職	C O	S W	ボ ラン テイ ア	他 の感 染者	N 数
1 感染告知 直後の不安 や動揺	61	24	23	13	11	6	95
2 服薬の問題	81	36	12	11	9	13	93
3 医療費・生 活費/経済的 な問題	44	16	17	38	10	5	92
4 体調の悪化 や入院での 不安	71	27	13	9	5	9	86
5 仕事や学校 生活での悩 み	47	25	22	14	9	10	82
6 気持ちの 落ち込みや 不眠	42	17	13	7	5	7	70
7 生きる意味 や人生の振 り返り	12	8	15	5	6	7	62
8 家族への 告知の悩み	29	10	9	7	3	6	58
9 配偶者・ パートナー への告知 の悩み	34	13	15	5	6	9	57
10 自宅での 療養や介護 の悩み	32	17	7	9	3	9	54

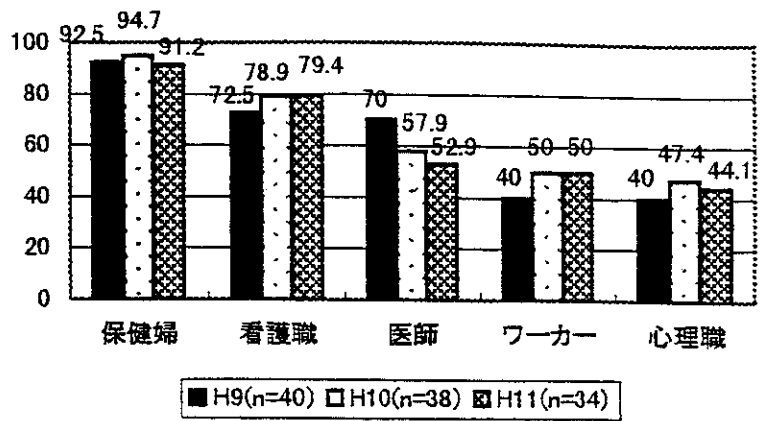


図3-2 研修会対象者の背景 (職種・専門性)

表4-1 HIV感染者に認められた精神障害

適応障害	13	18.3%
物質関連障害	11	15.5%
気分障害	10	14.1%
人免疫不全疾患による痴呆	8	11.3%
せん妄	7	9.9%
精神分裂病性障害	6	8.5%
身体表現性障害	5	7.0%
その他	11	15.5%
合計	71 (人)	100.0%

表4-2 感染告知から10か月以内の適応障害を発症する危険率

	適応障害発症		Odds ratio (95%CI) ⁽¹⁾	Odds ratio (95%CI) ⁽²⁾
	あり	なし		
告知から10ヶ月以降	2	33	1.0	1.0
10ヶ月以内	9	24	6.5 (1.3-32.7)	11.1 (1.3-95.1)

(1) Crude
(2) Adjusted for age and gender

表4-3 CD4<100/μl で器質性精神障害を発症する危険率

	器質性精神障害発症		Odds ratio (95%CI) ⁽¹⁾	Odds ratio (95%CI) ⁽²⁾
	あり	なし		
CD4細胞数100以上	4	42	1.0	1.0
100未満	15	4	15.8 (4.3-57.8)	15.3 (4.1-57.6)

(1) Crude
(2) Adjusted for age and gender

精神神経症状を呈する HIV感染者・エイズ患者に対する 精神医学的診断・治療および援助に関する研究

班員：平林直次(東京医科大学病院)

研究協力者：赤穂理絵(都立駒込病院) 磯本明彦(北里大学病院) 笠原敏彦(国立国際医療センター) 木曾智子(東京医科大学病院) 酒井健(都立大学人文学部心理学教室) 遠藤麻子(都立大学人文研究科博士課程) 花岡知之(国立癌センター 研究所支所)

研究要旨

HIV感染者の精神科受診の実態、特に受診率、精神科診断と感染症進行との関係を調査した。HIV感染者1227名中72名(5.9%)(男性67名、女性5名、37±11歳)に精神科受診歴を認めた。DSM-IVによる診断内訳は、適応障害18.3%、気分障害14.1%、物質関連障害15.5%、人免疫不全疾患による痴呆11.3%、せん妄9.9%、精神分裂病性障害8.5%、身体表現性障害7.0%などであった。以上のように拠点病院においては、物質関連障害のHIV感染者も多数受診していることが明らかとなった。

HIV感染症の告知から適応障害発症までの平均期間は、10.5ヶ月で、10ヶ月以内に11名中9名が適応障害を発症し精神科受診をしていた。感染告知から10ヶ月以内に適応障害を発症し精神科受診に至るリスクは、10ヶ月以降と比較すると11.1倍(95%信頼区間 1.3-95.1)高値と予測された。したがって、HIV感染症の告知から10ヶ月以内に適応障害を発症し精神科初診となることが多く、この期間に予防を目的としてカウンセリングなどを集中的に実施することが必要である。

HIV感染者では免疫機能が低下しCD4陽性細胞数が $100/\mu\text{l}$ 未満となると、器質性精神障害を発症するリスクが15.3倍(95%信頼区間 4.1-57.6)高値になると予測された。以上のことよりCD4陽性細胞数が $100/\mu\text{l}$ 未満となった場合、器質性精神障害の発症に対する注意が必要である。

現在、HIV痴呆が疑われた場合、頭部CT、MRI、脳波検査が行われているが感受性、特異性は低く、発症の初期に診断、評価することは困難である。そこで、HIV痴呆のスクリーニング、重症度判定を目的として本年度はHIV痴呆スケール日本語版を作成した。

以上のことより、今後HIV感染者の精神科受診の実態調査を全国規模で行う必要があると考えられた。特に、拠点病院における物質関連障害(薬物乱用/依存)、HIV痴呆の有病率調査は、今後のHIV感染症予防にとって重要な課題である。

A. 目的

HIV感染症に認められる精神障害のうち、HIVによって直接引き起こされるのは、エイズ痴呆コンプレックス AIDS dementia complex(ADC)だけである。しかし、2次に日和見感染症、日和見腫瘍などが引き起

こされ、せん妄などの認知障害を生ずる場合もある¹⁾。このような認知障害に加え、HIV感染者には様々な精神障害を認め、その頻度は大うつ病4～11%、適応障害2～3%、不安障害2～8%と報告されている²⁾。しかし、本邦においては、HIV感染者

の精神障害の有病率などに関する報告は乏しいのが実状である³⁾。また、HIV感染者の精神科受診の実態も不明である。そこで、今後のHIV感染者への精神科医療サービスのあり方を検討するために利用可能な基礎的データの作成を目指し、HIV感染者の精神科受診の実態を調査した。また、HIV感染症が進行するとともに、特定の病期あるいは免疫学的状態で高頻度に出現する精神障害を同時に調査した。

B. 研究方法

調査対象施設は都内に位置する拠点病院3施設とした。1996年4月1日から1999年3月1日までの3年間に同施設へHIV感染症医療のため受診した感染者は1,227名で、そのうち精神科へも受診した者は72名であった。感染者の精神科受診率は、5.9%であった。この72名のうち検査目的で受診した1名を除く71名を対象として、性別、年齢、感染経路、精神科診断、受診理由、免疫学的指標(CD4陽性細胞数、HIV-RNA量)を調査した。なお、診断基準はDSM-IVを用いた⁴⁾。

C. 研究結果

1. 患者特性

対象71名の平均年齢は37±11歳(男性66名、女性5名)であった。感染経路別に分けてみると、血液製剤による感染59名、性感染11名、輸血1名であった。対象の免疫学的状態については表1および表2にCD4陽性細胞数とHIV-RNA量を示した。CD4陽性細胞数は、100/ μ l未満26名で、免疫学的機能が低下した者も多く含まれていた。また、HIV-RNA量については、精神科初診時に判明していた58人について調査可能であったが、検出感度以下の者から100,000 copies/mlを越える者まで幅広く分布

していた。

2. 精神科診断

対象71名の精神科診断を表3に示した。最も頻度が高かったのは、適応障害で13名(18.3%)に認められた。適応障害と診断されたのは、HIV抗体が陽性であることを告知されさまざまな心理社会的ストレスに曝され、それをストレスとして適応障害を発症した感染者である。次に高頻度に認められたのは物質関連障害11名(15.5%)であった。その関連物質の内訳は、睡眠薬・抗不安薬4名、アルコール3名、覚醒剤2名、その他2名であった。

HIVが直接中枢神経系を障害し引き起こされる痴呆は、HIV脳症あるいはADCと呼ばれており、これはDSM-IVでは人免疫不全疾患による痴呆と診断される。今回の調査では8名(11.3%)に認められた。また、気分障害10名(14.1%)、精神分裂病性障害6名(8.5%)であった。

3. 告知からの月数と適応障害との関係

対象をその診断から適応障害とその他の精神障害の2群に分けて、感染告知を受けてから精神科を初診するまでの期間を調査した。適応障害ではその他の精神障害に比べ有意に短期間で精神科へ初診していた(表4)。また、図1に示すように適応障害では告知から10ヶ月以内に精神科初診が集中していた。10ヶ月以内に適応障害を発症し精神科へ初診するリスクは、10ヶ月以降に適応障害を発症し精神科へ初診するリスクの11.1倍高値であった(表5)。

4. CD4陽性細胞数と器質性精神障害との関係

人免疫不全疾患に伴う痴呆、中枢神経系日和見感染症、代謝性障害などによるせん妄などHIV感染症の進行に伴い免疫機能が低下することによって直接引き起こされる精神障害を本報告書では器質性精神障害とした。従って、本報告書でいう器質性精

神障害とは、DSM-IVの大分類である①せん妄、痴呆、健忘および他の認知障害、②一般身体疾患による精神障害に相当している。この器質性精神障害とその他の精神障害とに分け、精神科初診時のCD4陽性細胞数を比較した。器質性精神障害では、その他の精神障害よりCD4陽性細胞数は低値であった(表6)。図2に示したようにCD4陽性細胞数が $100/\mu\text{l}$ 未満になると器質性精神障害の発生が著しく増加していた。そこで、CD4陽性細胞数を基に $100/\mu\text{l}$ 未満と $100/\mu\text{l}$ 以上の2群に分けて比較した。CD4陽性細胞数が $100/\mu\text{l}$ 未満となると器質性精神障害発症のリスクが15.3倍高値になることが明らかとなった(表7)。

5. HIV痴呆スケール日本語版の作成

HIV感染者に認められるHIV痴呆(人免疫不全疾患による痴呆)のスクリーニング、痴呆の重症度の評価、さらにはHIV感染者におけるHIV痴呆の有病率を調査するために必要不可欠な神経心理学的評価尺度として日本語版HIV痴呆スケールを作成した(図3)。これは、Power, Cら⁹⁾により開発されたHIV痴呆スケールの日本語版である。

D. 考察

1. 精神科受診率

HIV感染者を対象として精神障害の有病率を調査した本邦での研究としては、根岸ら⁶⁾、福西ら²⁾、平林ら¹⁾の報告がある。福西らの調査ではDSM-IVを用いており、179名の感染者のうち53名(29.6%)に精神障害を認めたとしている。今回の調査結果では、感染者1227名中72名が精神科受診をしており、受診率5.9%となった。我々の調査結果5.9%は、福西らの29.6%と比較すると低値であった。この理由については以下のような原因が考えられる。福西らの調査で

は、精神科医および臨床心理士によるリエゾン医療の中で行われた精神医学的面接によって精神障害の出現頻度を算出している。このため、179名の中には精神科受診した感染者から主治医によってカウンセラーあるいは精神科医に心理社会的側面について相談されただけで精神科へは受診しなかった者まで含まれている。一方、我々の調査では、精神科へ直接受診した感染者の比率だけを調査している。従って、福西らの精神障害の出現率と我々の精神科受診率との間には大きな差が生じたと考えることが可能である。この2つの研究結果から、本邦ではHIV感染者の29.6%はDSM-IVを満たし精神障害と診断されるが、神経科受診に至る感染者は5.9%程度ということになる。この差について考えてみると、①診断基準を満たすが精神科受診の必要のない者、②精神科受診の必要性があるが何らかの阻害因子が存在し、受診にいたらない者の存在が推定される。したがって、今後本来精神科受診の必要性があるにもかかわらず、精神科医療を受けていない感染者がどのくらい存在するのかを明らかにし、その受診阻害因子を同定していく必要があると考えられる。山中の調査研究⁷⁾によると、心理社会的問題を抱えた感染者を診察した場合、7割の主治医はカウンセラーに依頼していた。心理社会的問題の中には、精神障害による症状も含まれていたことが予想される。つまり、感染者に精神症状が認められた場合、はじめに相談されたり、評価を求められるのは、カウンセラーであると考えられる。このような現状を踏まえてみると、カウンセラーに対して精神障害のスクリーニング、精神科受診の必要性の判断能力などを十分に教育しておかなければならない。また、精神科受診が必要になった場合、有効に機能するような精神科医との密接な連携を日頃から築いておくことが必