

要であると考えられた。

2. 精神科診断

1) 適応障害と感情障害

HIV 感染の告知およびその後の闘病生活においては、大きな心理社会的ストレスが存在する。このような HIV 感染に関連する心理社会的ストレスの存在は、適応障害の発生や感情障害の発生、再燃と密接な関係にあることが指摘されている。今回の調査でも心理社会的ストレスとの関連が推定される適応障害または感情障害と診断された感染者は、精神科受診者の 32.4%を占めた。このことは今後も引き続きカウンセリングなどによる予防目的の介入と早期発見および円滑な精神科受診の必要性を示している。

2) 器質性精神障害

① HIV 中枢神経系感染によって引き起こされる人免疫不全疾患による痴呆と②全身性 HIV 疾患の進行に伴い免疫機能が低下するにつれ増加すると考えられるせん妄を合わせた器質性障害の頻度は、21.1%であった。

3) 物質関連障害

HIV 感染リスク因子として、物質関連障害が従来から指摘されてきた。本調査でも物質関連障害のために精神科受診した感染者が、15.5%に認められた。依存あるいは乱用物質は、前述のとおり向精神薬などの治療薬をはじめ多岐に渡っていた。HIV 感染者の受療行動を考えてみると、まず感染症治療目的で HIV 感染症の拠点病院の感染症科を受診すると予想される。そこで薬物乱用・依存が存在するとはじめて感染症科の医師から精神科受診を勧められ精神科受診に至ると推測される。このような受診経路を考えると、薬物乱用・依存歴のある HIV 感染者の多くは、総合病院・拠点病院の精神科へ受診していると予想される。このようなタイプの病院で行った我々の調査

では、物質乱用・依存状態にあり、精神科受診している感染者を 71 名中 11 名 15.5%に認めた。ただし、これらのうち薬物乱用・依存によって感染した者の比率は不明であり、今後詳細な調査が必要であると考えられた。一方、精神科診療を中心とする精神病院などでの調査では、ほとんど HIV 陽性者は認められないのが現状と考えられる。平成 10 年度 HIV 感染症の疫学研究として行われた精神科診療中心の調査研究では、①精神科医療施設に入院した薬物依存・精神病患者調査、②医療機関を受診していない薬物依存者調査、③精神科医療施設に入院した外国人精神障害者調査のいずれにおいても薬物乱用を原因とする HIV 感染は認められなかったことが報告されている⁸⁾。従って、前述した HIV 感染者の受療行動を視野に入れ、HIV 診療の拠点病院に受診する薬物乱用・依存者に関しても調査を行わなければならない。

3. 告知からの月数と適応障害

次に適応障害の好発時期を同定しその有効な予防策を作成することを目的として、適応障害の発生時期を検討してみた。告知からの月数と適応障害による精神科受診との関係については前述したとおりで、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 倍高値であった。このことからすると告知後 10 ヶ月以内にカウンセリングを集中的に行い、適応障害の発生を予防することが必要であると考えられた。さらに、HIV 感染告知後から 10 ヶ月以内に集中的にカウンセリング介入を実施する群と実施しない群(対照群)の 2 群に分けて、この 2 群における 10 ヶ月以内の適応障害の発生率を比較し、カウンセリング介入の予防効果を判定していく必要があると考えられた。

4. CD4 陽性細胞数と器質性精神障害

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 倍高値になることは前述した。つまり、CD4 陽性細胞数が $100/\mu\text{l}$ となると器質性精神障害に対する警戒がより一層必要になる。人免疫不全疾患による痴呆、HIV 痴呆は無症候性 HIV 感染者の 5%以下、AIDS 発症者の 15 ~ 66%に認められることが報告されている⁹⁾。このように HIV 痴呆は HIV 感染者にとって、特に AIDS 発症後はまれな疾患ではない。臨床診療では、HIV 痴呆を診断する目的で頭部 CT および MRI、脳波検査、脳髄液検査が実施されている。しかし、HIV 痴呆に対する感受性は非常に低く、痴呆症状が進行し中等度から重度になってはじめて異常所見が出現する。また、脳脊髄液検査は日和見感染症の除外診断には有効であるが診断特異性に乏しいのが実状である。欧米圏では HIV 痴呆のスクリーニング目的では、HIV 痴呆スケールをはじめとする神経心理学的検査が施行されている。しかし、本邦では、HIV 痴呆に対して信頼性と妥当性が確認された神経心理学的検査は存在せず、HIV 感染者での HIV 痴呆の有病率は不明のままである。そこで、HIV 痴呆のスクリーニングとその重症度判定を行い、HIV 痴呆の有病率を明らかにするための予備的研究として、本年度は HIV 痴呆スケールの日本語版作成を試みた。今後、多くの感染者に本スケールを実施し、スケール自体の信頼性と妥当性を確認すると同時に、HIV 痴呆の有病率を明らかにしていく必要があると考えられた。本邦では HIV 痴呆に対する注意はほとんど払われていないのが実状であり、今後、臨床医をはじめ医療関係者への HIV 痴呆に関する知識の普及が必要である。

E 結論

1. HIV感染者の精神科受診率は5.9%であった。
2. 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。
3. HIV感染症の告知による心理社会的問題から適応障害は10ヶ月以内に引き起こされることが多く、この期間に適応障害を予防するために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。
4. 器質精神障害の発症は、CD4陽性細胞数が $100/\mu\text{l}$ 未満になると急激に増加する。従って、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警戒が必要である。

F. 参考文献

- 1) 平林直次, 八島章太郎, 富澤治他: AIDS (acquired immunodeficiency syndrome) 発症者に認められる器質性精神障害. 総合病院精神医学. 9: 41-48, 1997
- 2) Lyketsos CG, Federman BE: Psychiatric disorders and HIV infection: Impact on one another. *Epidemiologic Rev.* 17: 152-164, 1995
- 3) 福西勇夫, 平林直次, 松本智子他: 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(10):1233-1242, 1999
- 4) The American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition.* Washington D.C., 1994
- 5) Power C, Selnes OA, Grim JA, et al: HIV dementia scale: a rapid screening test. *J Acquir*

immunue Defic Syndr and Hum Retrovirol 8: 273-278, 1995

6) 根岸昌功, 保坂隆: エイズ診療における Consultation-Liaison Psychiatry. 精神科治療学. 5: 609-613, 1990

7) 山中京子: HIV 感染者・エイズ患者の心理・社会的援助に関する医師の意識とカウンセリングの利用に関する研究. 平成 10 年度厚生科学研究補助金エイズ対策事業. HIV 感染症の疫学研究. 研究報告書. 559-581, 1999

8) 和田清: 薬物乱用・依存者における HIV 感染の実態とハイリスク行動についての研究. 平成 10 年度厚生科学研究補助金エイズ対策事業. HIV 感染症の疫学研究. 研究報告書. 269-282, 1999

9) Worth, LJ, Boswell, LS: Approach to the Patient with HIV: MGH Guide to Psychiatry in Primary Care. Edited by Stern, AT, Herman, BJ. New York, McGraw-Hill, 385-400, 1998

G. 研究発表

1. 口頭発表 なし

2. 研究論文

1) Hirabayashi, N: Psychiatric problems of HIV infection. The 13th Tokyo institute of psychiatry international symposium -Organ transplantation, cancer, HIV and genetic therapy-. Masaaki Matsushita and Isao Fukunishi Edt. Elsevier Science. 59-68, 1999

2) 平林直次: HIV 感染症における精神医学的問題. 先端医療とリエゾン精神医学. 松下正明, 福西勇監修. 金原出版. 113-120, 1999

3) 平林直次: エイズをめぐるコンサルテーション・リエゾン. 最新リエゾン精神医学. 西山詮編集. 新興医学出版. 97-117. 1999

4) 平林直次, 赤穂理恵訳. HIV/AIDS 患者. マサチューセッツ総合病院精神医学ハンド

ブック. 黒澤尚, 保坂隆監訳. 岩崎学術出版. 489-511, 1999

5) 平林直次, 金子雅彦: 医療現場における医療従事者のストレスー HIV 感染症医療の現場からー. 日本ストレス学会雑誌, 14: 28 ~ 33, 1999

6) Fukunishi, I, Hirabayashi, N, Matsumoto, T, et al. Alexithymic characteristics of HIV-positive patients. Psychological Reports. 85: 964 ~ 970, 1999

7) 福西勇夫, 平林直次, 松本智子他: 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

8) 福西勇夫, 保坂隆, 堀川直史, 平林直次他: 身体疾患患者にみられるうつ病の診断学的問題-特に身体症状の特異性の欠如について-. 総合病院精神医学. 11: 153 ~ 159, 1999

9) Fukunishi, I, Hirabayashi, N: CD4 counts of HIV-positive patients with cognitive disorders in Japan. Psychosomatics. 40: 6 ~ 529, 1999

表1 CD4陽性細胞数(/ μ l)

100未満	26
100以上200未満	8
200以上500未満	30
500以上	7
合計	71 (人)

表2 HIV-RNA量(copies/ml)

400未満	12
400以上 10^4 未満	19
10^4 以上 10^5 未満	15
10^5 以上	12
合計	58 (人)

表3 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 告知から精神科初診までの月数と適応障害

	n (人)	平均値(±標準偏差)	平均値の差 (95%信頼区間)	p値
適応障害	11 16.2%	10.5 (±17.4)] -25.7 (0.09-51.3)	<0.05
その他の精神障害	57 83.8%	36.1 (±41.6)		

表5 感染告知から10か月以内に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6 CD4陽性細胞数(μ)と器質性精神障害

	n (人)		平均値(±標準偏差)	平均値の差 (95%信頼区間)	p値
器質性精神障害	19	26.8%	76.5 (±102.7)	-226.5 (130.5-322.5)	<0.001
その他の精神障害	52	73.2%	303.0 (±199.7)		

表7 CD4<100/ μ l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

図3 HDS 日本語版

ID 名前 _____ (M, F) 生年月日 ____ / ____ / ____ 施行日 ____ / ____ / ____

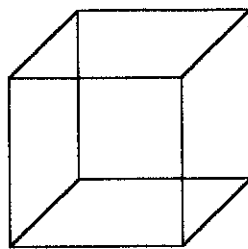
最終学歴 _____

項目	質問	(得点)
0	<p>記録</p> <p>「これから4つの単語を言いますので、教えてください」 (犬, 帽子, 緑, リンゴ)</p> <p>→完全に言えるようになるまで繰り返す。</p>	
1	<p>注意</p> <p>左右の指で練習を行った後、動かす指を左右交互にして、本テストを行う。 回数を数える。</p> <p>→20回連続して行う。</p>	<p>7以上 (0)</p> <p>6 (1)</p> <p>5 (2)</p> <p>4 (3)</p> <p>3以下 (4)</p> <p>(回)</p>
2	<p>精神運動速度</p> <p>「AからZまで順番に言って下さい。」 (言えたら)「テスト用紙の裏に横書きで大文字のアルファベットを書いてください。」 (言えなかったら)「1から26までの数字を順番に言って下さい。」</p> <p>(言えたら)「横書きで順番にテスト用紙の裏に書いて下さい。」 (言えなかったら)そこでこの項目は終了する。</p> <p>→時間を計ること。</p>	<p>36.1秒以上 (0)</p> <p>33.1秒-36秒 (1)</p> <p>30.1秒-33秒 (2)</p> <p>27.1秒-30秒 (3)</p> <p>24.1秒-27秒 (4)</p> <p>21.1秒-24秒 (5)</p> <p>21秒以下 (6)</p> <p>(秒)</p>
3	<p>再生</p> <p>「最初に言っていた言葉を思い出して言って下さい。」 →言えなかった場合はヒントを出すこと。</p> <p>a. 犬→動物です b. 帽子→身につけるものの一つです c. 緑→色です d. リンゴ→果物です</p>	<p>a (1)→(0.5)</p> <p>b (1)→(0.5)</p> <p>c (1)→(0.5)</p> <p>d (1)→(0.5)</p>
4	<p>構成</p> <p>「これから図形を見せますので、できるだけ早く正確に書いてください。」 →時間を計ること。</p>	<p>35.1秒以上 (0)</p> <p>25.1秒-35秒 (1)</p> <p>25秒以下 (2)</p> <p>(回)</p>

合計得点: ____ / 16

Department of Neurology
Johns Hopkins University

4.



HIV 陽性者に対する地域の支援およ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	ふれいす東京
研究協力者	生島 嗣	ふれいす東京
	徐 淑子	日本保健行動医療科学会奨励研究員
	野坂 祐子	お茶の水女子大学大学院
	吉田 茂美	ふれいす東京
	斉藤 祐治	ふれいす東京

研究要旨

HIV 陽性者は HIV 感染という事実を抱えつつも生活者として生きていくが、陽性者が安全に有益に活用できるサポート資源はいまだ十分な状況ではなく、資源へのアクセスも難しい。そのためサポート資源間のネットワークの構築とその調整機能が求められていると思われる。そこで本研究では、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し、① HIV 専門相談員の支援活動記録の分析 ②陽性者への面接から資源利用の時系列的広がりを把握するという2点より調査を行った。結果、①では支援活動には「資源導入型」「クライアント参加型」「伴走型」の3つに類型化され、いずれもクライアント中心の支援であった。これらの支援モデルは陽性者のニーズや問題の緊急性によりさらに具体的に対応がなされていく。②では、1ケースの検討から、陽性者の体調の変化から就労状況や生活状況の変化が生じ、問題解決のために医療機関間の連携や NGO からの資源導入がなされたこと、さらに人間関係の広がりの難しさが心理的問題をひきおこしている様相が示された。また8名の面接調査結果からは、資源活用の広がりに関連している要因として、「地域資源の格差」「プライバシーに関する不安」「体調の変化」があることが示唆された。以上から、支援は陽性者の意志決定により行われるものであり、状況に応じて柔軟に対応する必要のあること、そして多様な資源を活用するために第三者的コーディネーター的機能が有効であると考えられた。

A. 研究の背景と目的

HIV/AIDS をとりまく医療の急速な進歩にともない、HIV 陽性者（以下、陽性者）は HIV 感染という事実を抱えつつ生活者として生きていく。近年は医療のみならず 1998 年から可能となった障害者手帳の交付など行政による経済的支援や、CBO (Community Based Organization) / NGO や陽性者による支援活動や自助活動など、さまざまな領域によるサービスの提供や活動がなされている。これらの動きは、生活者としての陽性者の生活の質 (Quality of Life) の向上を目指した支援として重要であると思われる。

しかし一方で、陽性者の視点から言えば、それらのサービスが整いつつあることと、それらを安全に利益あるものとして利用することには、いまだギャップがあるといえる。たとえば、陽性者が HIV 感染を公表することによって生じる個人の損失や不利益は圧倒的に大きいことが推測される

ため、プライバシーが十分に守られない可能性がある場合にはサポート資源へのアクセスそれ自体が困難なものになる。そのため、陽性者は HIV 診療の主治医を医療面のみならず他の生活領域でのサポート供給源として利用せざるを得ないこと（池上ら 1997）や、陽性者自助組織／支援組織との関わりの有無により情報や資源へのアクセシビリティが異なる（池上ら 1998）といったように、さまざまな資源を十分に活用できていないという現状がある。また、陽性者自身のもつソーシャルサポートの高さの違いからも資源へのアクセスは異なり、すべての陽性者が本人の必要な資源を活用できるようにするためには資源間のネットワークや資源のコーディネーターが必要であると考えられた（池上ら 1999）。

本研究では陽性者が、医療、行政、CBO/NGO、パートナー・家族・友人等の陽性者を取りまくサポート資源を活用するための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し、次の2点より調査を行った。

- ① NGOのHIV専門相談員の相談・支援活動について活動記録の内容分析から、相談・援助のモデル化とコーディネーター的機能をまとめる
- ② 陽性者に対する継続的面接調査から、告知後の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・社会的面からの考察を行う

本研究では、いずれの分析も短期あるいは長期の縦断的資料に基づいており、生活者としての陽性者の抱える問題やその解決についてより深く把握できると思われる。

B.方法と結果

1. 調査1—HIV専門相談員の相談・援助活動記録の分析

1) 調査方法

1999年10月1日から1999年10月31日までの1ヶ月間、HIV専門相談員2名に自分の活動について詳細な日誌記録を作成してもらうよう依頼した。日誌内容の確認として調査者が個別にインタビューを行い、日誌を加筆するかたちで資料をまとめる。

その後、2人の日誌の活動記録をK-J法に基づき内容による分類を行った。

2) 調査内容

相談員の多岐にわたる活動内容のうち、陽性者への相談・援助活動のみを抽出し、陽性者のニーズとその対応について、陽性者の身体的・社会的状況をふまえた上で、類型化していく。その際、相談員により作成したより詳細なケースごとの面接記録を参照し、1ヶ月の調査期間内での継続的関わりという短期縦断的資料の特質を活かすために、活動の流れも捉えるようにした。

3) 結果

i. 支援の対象と関わり方

支援の対象となったのは、a.陽性者、b.陽性者のパートナー、c.陽性者の家族であった。

支援の手段としては、a.面談・対面、b.電話、

c.メールが用いられている。

対応として、a.単独、b.カップル、c.複数での実施がなされた。

関わりとしては、a.短期（緊急対応）とb.長期（継続的対応）に分かれた。

ii. 支援のパターン

支援は大きく以下の3つに分類された。

- a. 資源導入型支援
- b. クライアント参加型支援
- c. 伴走型支援

a. 資源導入型支援について

これは、相談員によるCBO組織内外のサービス資源の導入をメインとする支援である。陽性者の状況により、「緊急介入アクセス支援型」として迅速に陽性者の必要とする情報やサービスを提供する場合や、外部資源同士の連携を推進・調整するなど、より間接的な資源導入として相談者が外部資源への働きかけを行い、陽性者へサービスを導入するような「背面資源支援型」の場合がある。

いずれの場合も、相談員が「ニーズアセスメント」を行い、陽性者のニーズの把握や条件の確認を行ったうえで資源を選定する。そして、陽性者本人の意思決定にもとづき本人による資源へのアクセスあるいは相談員による連絡調整が行われる。資源導入のあとには、相談員によるフォローアップがなされる。

b. クライアント参加型支援

クライアント参加型支援としては、陽性者に外部機関などで自らの体験を語ったり執筆したりする機会を提供し、依頼先との連絡調整や依頼先への付き添いを行う「スピーチ活動仲介」と、共通のニーズをもつ陽性者との出逢いの機会や何らかの目的をもったグループづくりの支援としての「peerグループ形成」がある。

スピーチ活動やpeerグループ形成は、外部や他の陽性者のニーズに応えるのみならず参加する陽性者自身にとって有益なものとなるように、相談員は陽性者の意志決定を尊重しながら働きかけを行う。介入後はフォローアップにより振り返りやpeerメンバー間の紹介などを行う。

c. 伴走型支援

伴走型支援はおもに対面／電話による継続面接によるもので、おもに陽性者と医療スタッフとのコミュニケーションについて話し合ったり、ソーシャルサポートの少ない地方の陽性者にHIVに関わる話題について話す機会を提供したり、個々人の社会的あるいは私的な領域での役割を考えたりその意味づけを行う作業をともにしたりすることである。相談員と陽性者の二者関係にとどまらず、告知者などの専門職を加えて複数のなかで第三者的に話を傾聴するというケースもあった。

支援の型としては基本的なスタイルでもあり、継続的な支援のなかでニーズに応じて上述の「資源導入」や「クライアント参加」などの支援につなげることもできる。

4) 考察

i. 相談・援助活動のモデル化について

今回の用いた資料から、支援モデルとして「a. 資源導入型」「b. クライアント参加型」「c. 伴走型」の3類型にまとめることができた。これらはさらに陽性者のニーズや問題の緊急性によって、目的別による具体的な支援体制が組まれる。

3つのモデルはそれぞれに独立ではなく、相互に関連しており、相談員は陽性者のニーズによって柔軟に対応することが必要であろう。いずれも陽性者の主体的な決定が核となっており、クライアント中心モデルと捉えることができる。

ii. 支援におけるコーディネーター的機能について

上記の3類型のいずれも相談員は陽性者のニーズアセスメント、情報提供、陽性者による選択と決定、実行とフォローアップという一連の流れを持って支援活動を行っていた。資源の活用における自己決定はつねに陽性者本人が行い、相談員はその資源活用が安全に有益になされるように資源間の調整を行う。

この場合、相談員がある特定の専門的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うことができる点が重要であると思われる。活用する資源は、医療や行政、カウンセラーや弁護士といった専門職、さら他の陽性者個人や陽性者自助組織など、さまざまな領域に及ぶ。それらすべてに陽性者本人のみが

アクセスしていくことは困難な場合が多いが、さまざまな資源がチームとして連携し、コーディネートされたものが陽性者に提供されるというかたちは、実際の資源利用において有益であると考えられる。

2. 調査2－HIV陽性者への面接調査

1) 調査方法

陽性者8名（うちカップル1組）を対象に面接調査を実施した。男性5名、女性3名であり、年齢は20代から50代までを含んでいる。告知から現在までの経過年数は3年から9年である。

対象者は過去3年間にわたっての研究協力者であるため、あらかじめ調査者の側で対象者の資源活用の流れを把握し簡略図を作成したうえで、それをもとに告知後から現在までの資源活用の内容と時期を聞いていった。その際、サポート資源の量的な側面だけでなく、資源活用の利用の動機付けや各資源にたいするイメージや評価などの質的な言及にも注目した。また、心理・生活状況の変化についても話してもらった。

分析方法としては、告知以降の資源活用について資源活用を時系列的に表す樹形図を開発し、事例ごとに樹形図を作成し、面接データの逐語記録をまとめたプロトコルとともに分析資料とした。

樹形図は、縦軸と横軸の2次元に加えて、両軸にまたがる同心円の軸からなる。横軸で上段と下段に分かれ、図の上段はフォーマルな資源として「医療」、「職場」、「行政・その他の専門職」の領域に分かれる。下段はインフォーマルな資源として「CBO/NGO・自助組織」と「パートナー・友人・家族」の領域に分かれる。同心円は時系列を表し、中心からの外に向かい時間が経過すると把握する。中心が告知年次として、外周が経過年数である。

図中の実線はHIV陽性者本人による資源へのアクセスを示し、太線は資源である機関や人による紹介や連携を示す。

2) 調査内容

事例ごとに、告知後のサポート資源活用について時系列的にその拡がり把握する。その際、どのような資源をいつ用いているのか、また資源や機関の連携やネットワークがどのようになされているのかを分析する。資源の導入・活用によって

心理・生活面での変化があったか、あるいは逆に心理・生活面の変化が資源の導入活用に影響を及ぼすのかを検討する。

3) 結果と考察

i. 事例にみる資源活用の広がり

ここでは7事例のなかで資源間連携がなされた例として一つの事例を取り上げて検討したい。

「体調の変化に伴い発生した社会生活上の問題解決事例」(資料1, 2参照)は、50代男性の事例であり、94年に告知を受けている。

この男性は皮膚科においてHIV検査を受け、告知時に医師からNGO団体を紹介された。その後は、症状の悪化に伴い複数の専門医療機関への転院・入院を行った。また症状により同時期に複数の医療機関での治療も行っている。病院間での連携ではとくに問題は生じなかった。病院内において、医師とコーディネーターから精神科医やカウンセラーの紹介がなされたものの、本人の心理職へのイメージの悪さや必要性のなさから、利用には至らなかった。

告知後は医療機関以外の資源は用いていなかったが、病状の悪化に際して、自ら家族や友人、他の陽性者にHIV感染を話す。それを機に、家族・友人がインフォーマルの継続的なサポート資源として活用されるようになり、資源の広がった。

また95年には、体調の悪化によりそれまで勤務していた会社を退職した。さらにその後の頻回な入院により、97年末にはこの会社を退職することになった。会社からの健康面への配慮や配置換えなどのバックアップはなされなかった。就労の中止により生活面では金銭的に困難な状況におかれることになり、96年に障害年金を取得し、98年には身体障害者手帳の取得している。

告知時に医師から紹介されていたNGOとは連絡をとりつつも会う機会を逃している。約2年ほど経過し、闘病生活を経てから、本人に「支援を受けようか」というニーズが生じ、NGOへのアクセスを通じてネストやバディといったサービス利用がなされた。さらに、NGOを通じて、他の陽性者の紹介がなされ、その後も関わりを持っている。また、失業後、通院と副作用のために再就職が不可能であったため住宅ローンの返済が滞り、居住マンションが購入価格の三分の一の値段で競売されてしまった。NGOの紹介で弁護士へ相談

し、その後自分で法的手続きを行った。NGOを通じて講演活動やバイトの紹介を受け、経済的な面でのサポートにもなっている。

この事例の場合、体調の変化に伴い、転院・入院を繰り返し、その結果退職し、それにより生活費・住居費において支払いができないという問題が生じている。医療機関間の連携はスムーズになされたため治療におけるトラブルはなかったが、生活面について、「公営住宅に優先的に入れるなど福祉事務所を通じての支援が欲しい」と希望している。また、症状の悪化を機に家族・友人への告知がなされ、サポート資源として現在まで活用され続けているものの、「告知後は関わる人が限られてくる」「強い不安や無気力感に襲われる」と述べられたことから、今後より広い人間関係の再構築や心理専門職によるサポートのニーズが自覚されるかもしれない。

ii. 全事例の結果

全事例を分けるとフォーマル/インフォーマルのさまざまな資源を活用しているケースと、主に医療機関を中心とする限定的な資源導入によるケースに分けられた。これらのパターンに分かれる要因としては、おもに地域資源の格差、プライバシーに関する不安、体調の変化が挙げられる。

地域資源の格差については、東京都近郊在住者と地方在住者で、実際に活用できる資源の実数に違いがある。地方在住者の特徴として、医療機関内にコーディネーターやソーシャルワーカーといった職能がいなかったり説明されておらず、資源として活用できないことや、NGO団体や自助組織などがなかったり、少なくとも十分な選択ができないという状況がある。

このことは、二点目の要因であるプライバシーに関する不安とも関連しており、地方在住者の場合、地元での診療や他の陽性者との関わり、NGOとの接触に匿名性が保証されないために、それらの資源の活用を拒否していた。プライバシーに関する不安は、地方のみならず東京近郊在住者にとっても重要な要因であり、居住地域内に知り合いが多かったり、役所に知り合いがいるなどの場合には、サービスの利用を避けるケースがあった。また陽性者本人のHIVが公表されてしまうことへの不安感が強い場合にも、資源の広がりには抑制される。

また時系列的にそれぞれの資源活用をみていくと、陽性者の体調の変化が資源の活用あるいは逆に資源利用を敬遠する要因になっていた。多くは体調の悪化により資源利用が行われ、心理的にもサービス利用者としての自己イメージを持ってない場合やサービスが必要と感じない場合には資源利用がみられない。陽性者の心身の状況によって資源活用が異なることが見られた。

また連携は医療機関間、医療と行政、NGO と他の陽性者および自助グループなどにおいてみられたが、とくに HIV 診療の経験のない医療機関においては他機関の紹介や連携がなされず、陽性者本人が自力で探したり NGO に相談して紹介を受ける場合があった。また、NGO からの他の陽性者あるいは自助グループの紹介は、人間関係を広げるきっかけとして機能している場合が多かった。

C. 結論と考察

本研究では NGO の HIV 専門相談員の側からの支援活動のあり方と、支援を受けつつ資源を活用していく主体である陽性者の側からの資料の 2 つを用いて、支援活動やサポート資源の活用について検討してきた。

HIV 陽性者は病いを抱えながら生きる生活者であり、本来生活の場は医療だけでなく、医療や職場、親しい人との関係等を含む広いものである。そして、今後は慢性疾患としての HIV 陽性者にとって生活の場の時間的・空間的広がりはずっと大きくなると思われる。

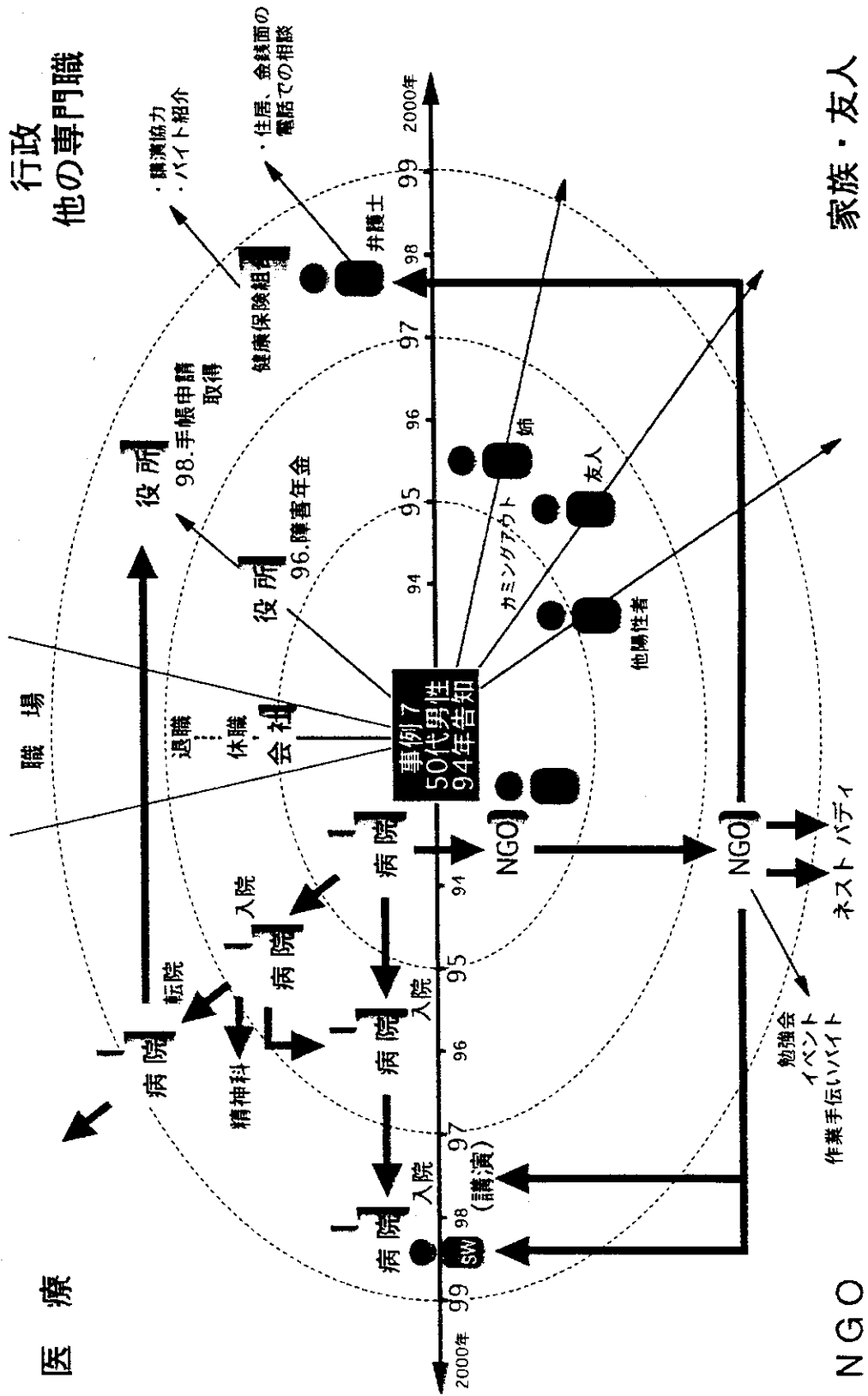
相談員の支援モデルは、クライアント中心であり、あくまで支援は陽性者本人の選択や生活の再構築過程をサポートするものと考えられた。さらに、陽性者の資源利用を見ると、事例ごとにその資源利用の仕方はさまざまであり、また同じ人であっても体調や心理・生活の状況によって変化していく様子が示されていた。つまり支援とは、クライアント中心という原則や関わりの特徴としてのモデルはあるものの、柔軟な対応こそが必要だといえよう。

多様な資源の活動を支援する場合、コーディネーター的機能は、資源間の調整をとり、利用者が必要に応じ相談資源を選択する上で重要である。あくまでも専門職が資源提供を判断するものではない。さらに、そのようなコーディネーター的機能の特徴を考えると、組織の枠にしばられず、地域

資源と連携し、住民相互の支援を行うことのできる第三者的コーディネーター的機能が有効であると考えられた。

参考文献

- 池上千寿子、徐淑子、生島嗣、斉藤祐治 (1997) 「陽性告知についての研究」(『平成 8 年度厚生科学研究費厚生省エイズ対策研究推進事業「エイズ患者・HIV 陽性者に対する直接的支援に関する研究」研究班報告書』)
- 池上千寿子、徐淑子、生島嗣、斉藤祐治、野坂祐子、吉田茂美、佐伯まどか、倉田早絵子、義永直巳 (1998) 「HIV 陽性者による告知後のサポート資源の活用についての研究」(『平成 9 年度厚生科学研究費厚生省エイズ対策研究事業「HIV 感染症の疫学研究」研究報告書』)
- 池上千寿子、生島嗣、斉藤祐治、野坂祐子、吉田茂美、倉田早絵子、徐淑子 (1999) 「HIV 陽性者によるカウンセリング等への認知および評価について」(『平成 10 年度厚生科学研究費厚生省エイズ対策研究事業「HIV 感染症の疫学研究」研究報告書』)
- 生島嗣他 (1998) 「HIV 陽性者のための相談サービスのニーズに関する考察」(第 12 回日本エイズ学会総会抄録集 p115)
- 新津ふみ子 (1995) 『ケア・コーディネーション入門』医学書院 pp39-42
- 野坂祐子、池上千寿子、生島嗣 (1999) 「HIV 陽性者の人生の再構築過程」お茶の水女子大学発達臨床心理学紀要 1(1):71-83



資料 樹形図で示す資源活用の時系列的広がり (事例7)

HIV感染者の心理・社会的援助に関する

医師の意識とカウンセリング依頼行動および

HIV感染者による相談資源認知と利用に関する研究

班員	山中京子	東京都衛生局医療福祉部エイズ対策室
研究協力者	松本智子	慶應義塾大学医学部精神神経科
	高田知恵子	群馬社会福祉短期大学社会福祉学科
	磯本明彦	北里大学精神神経科

研究要旨

カウンセリングは様々な職種や立場の専門家や援助者によって実践されうると考えられるが、本研究班では、専門カウンセラーによるカウンセリングに焦点をあて、それらが治療を行っている医療機関を中心に直接的利用者であるHIV感染者にどの程度届けられているのか現状を把握し、その過程で起きている問題点の分析を通して、カウンセリング体制の整備への提言を行うことを目的に、本年度は以下の2研究を行った。

研究1 医師向けアンケート調査 カウンセリングがその直接的利用者であるHIV感染者に届けられる過程には、実際には様々な要素が介在している。そのなかでも医師の存在に着目し、患者の心理・社会的問題を把握した医師がカウンセリングを依頼する行動をとるにあたって、その行動に影響をあたえる要因を医師の持っている医療への意識・評価やそれまでのカウンセリングとの接触・学習経験の中から明らかにしようと試みた。昨年度実施した医師に対するアンケート調査結果に対してさらに分析を加え、依頼行動を促進する要因を探索した。依頼行動を促進する要因として、①医師が持っている医療への意識・評価の領域では、「医療専念型の医師役割意識」や「臨床環境評価」が、また②カウンセリングとの接触・学習経験の領域では、「直接的経験」や「制度・職種情報への接触」があることが明らかとなった。

研究2 HIV感染者向けアンケート調査 HIV感染者がカウンセリングを含む専門職あるいは非専門職の相談資源をどのぐらい認知し、どの程度具体的に利用しているのか現状を把握するため、HIV感染者を対象としたアンケート調査を実施した。専門職資源に関しての活動内容の認知ではカウンセラーの認知が一番高く、ついでソーシャルワーカーであった。しかし、実際にそれらの職種が院内にどうかつまり存在の認知については、両職種とも5割前後にとどまり、活動の認知はあるものの、実際の利用可能性がそれに比べて低いことがわかった。さらに、心理・社会的問題の領域別での、各相談資源の利用に関しては、多くの領域で医師が相談資源として利用されていたが、好発する問題領域では看護職、カウンセラー、ソーシャルワーカーなど多くの相談資源が同時に利用されている可能性がうかがわれた。しかし、その一方で、特定の問題に関しては、たとえば実存的問題でのカウンセラーや経済的問題でのソーシャルワーカーなどの例のように問題によっては相談資源を比較的特化させて利用する傾向も見られた。

研究1 医師向け調査

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の関連性—

A. 目的

カウンセリングは様々な職種や立場の専門家や援助者によって実践されうると考えられる。しかし、本研究班では、特に心理・社会的援助の専門教育を受け、それらの援助を主たる活動としている専門カウンセラーに焦点をあて、初年度よりこれら専門カウンセラーによるカウンセリングが直接的利用者であるHIV感染者にどの程度届けられているのかその現状を把握し、またその過程で起きている問題点の分析を行ってきた。(なお、本稿では、以下「カウンセリング」という用語を専門カウンセラーによるカウンセリングと狭義に定義して用いることを了解いただきたい。)

カウンセリングがそれを求めるHIV感染者の元に届けられる過程にはさまざまな要素が介入している。その重要な要素の一つが主治医としての医師の存在である。医師はHIV感染者のかかえる心理・社会的問題や課題を把握し、まず医師の立場でカウンセリングの必要性を判断する。その判断の元に専門カウンセラーに関する情報を感染者に提供し、感染者自身のカウンセリング依頼の意志を確認した上で、実際にカウンセリングを依頼する役割を果たしている。

本研究では、医師のこのような依頼行動に焦点をあて、この依頼行動に医師の持っているどのような要因が影響を与えているかを明らかにすることを目的とする。具体的には、医師の依頼行動と①医師のカウンセリングを含む医療全体に関する意識・評価および②カウンセリングに関するさまざまな接触・学習経験との関係を分析する。この分析結果から、医師の依頼行動を促進する要因を明らかにすることで、今後の研修活動やカウンセリング体制をより効果的に立案するための示唆を得る。

B. 対象・方法

1 調査方法および対象

関東圏(1都6県3指令指定都市)にある112カ所の拠点病院・診療協力病院を中心に実際にHIV診療に従事している、あるいは従事する可能性のある医師263名を対象に1999年1月20日～2月末日までに無記名自記式の調査票を郵送し、郵送回収した。263名中158名(有効回答率60%)より回答を得た。調査項目全体の単純集計とクロス集計結果については昨年度すでに報告した。

本年度は、昨年度集計結果に対して、さらに上記の目的に絞った分析を行った。分析は、回答者全体(158名)のうち、実際に心理・社会的問題を抱えた患者を診察した経験があると答えた者(110名)から欠損値等のない100名を対象とした。なお、この100名のうち、専門カウンセラーへの依頼経験のある医師は70名、依頼経験のない医師は30名であった。

2 分析方法

上記の対象者の回答に関して以下のような統計的な分析を行った。

- 1-1 医師のカウンセリングを含む医療全体に関する意識・評価に関する質問14項目(5段階尺度)の回答結果に対して因子分析を実施し、因子を抽出した。
- 1-2 カウンセリングとの接触・学習経験に関する質問9項目(4段階尺度)の回答結果に対して因子分析を実施し、因子を抽出した。
- 2-1 1-1で実施した因子分析により抽出された各因子が医師の依頼行動に及ぼす影響を分析するため、各因子と依頼の有無に対して判別分析を実施した。
- 2-2 1-2で実施した因子分析により抽出された各因子と医師の依頼行動の関係を明らかにするため、各因子と依頼の有無に対して判別分析を実施した。

C. 結果・考察

1-1 医師のカウンセリングを含む医療全体に関する意識・評価項目に対する因子分析結果

各項目の弁別性を確保するため、項目分析をおこなった。この結果95%以上の回答者が肯定的に回答している3項目を削除し、残り14項目(表1)に対して主因子法・バリマックス回転による因子分析を実施した。

表1 医師のカウンセリングを含む医療全体に関する意識・評価の項目

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">①医療全般での医師の治療専念役割意識②医療全般での心理・社会的援助の重要性③医療判断における医師の重視④医療判断における患者の参加⑤HIV医療での心理・社会的援助への医師の積極的関与⑥HIV医療での心理・社会的援助の困難度⑦医療スタッフのHIV医療への積極性⑧医療スタッフの医師への支援度⑨HIV医療情報へのアクセス可能度⑩医療チームでのカウンセラーの具体的活動・役割認知⑪患者のQOL向上へのカウンセラーの貢献度認知 |
|---|

- ⑫患者の治療維持へのカウンセラーの貢献度認知
- ⑬医療スタッフへのカウンセラーの貢献度認知
- ⑭カウンセラーのアセスメントへの評価

解釈のしやすさ、固有値1.0の基準を参考に、結果として、以下のような4因子（表2）を抽出した。

第一因子は、患者のQOL向上（項目⑪）や治療の維持（項目⑫）へのカウンセリングの有用性あるいは医療スタッフ（項目⑬⑭）や医療チーム全体（項目⑩）へのカウンセラーの貢献度に関する項目からなり、「カウンセリングの有用性意識」と名付けた。

第二因子は、同僚や上司などの医療スタッフからの支援の得やすさ（項目⑧）や医療スタッフ自身のHIV医療への積極的な態度（項目⑦）あるいは、HIV医療に関する情報の入手しやすさ（項目⑨）に関する項目からなり、「臨床環境評価」と名付けた。

第三因子は、医療全般における心理・社会的援助の重要性に対する認識（項目②）やHIV医療において、医師が心理・社会的援助に積極的に関わることに對する意識（項目⑤）の項目からなり、「心理・社会的援助の重要性意識」と名付けた。

第四因子は、医療全般において、医師の役割を疾患の治療と限定的にとらえる意識（項目①）や医療判断を行う際医師の役割を重視する意識の項目からなり、「医療専念型の医師役割意識」と名付けた。

表2 医師のカウンセリングを含む医療全体に関する意識・評価の因子

- 第一因子 カウンセリングの有用性意識
- 第二因子 臨床環境評価
- 第三因子 心理・社会的援助の重要性意識
- 第四因子 医療専念型の医師役割意識

第二因子は、他の医療スタッフや病院職員からカウンセリング制度や院内のカウンセラーに関する情報に接した経験（項目⑨）や医師自身がカウンセリング制度に関する通達文書やパンフレットを直接見た経験（項目⑧）の項目からなり、「制度・職種情報への接触」と名付けた。

第三因子は、医師自身がHIV感染症以外の疾患で、過去にカウンセラーを依頼した経験（項目③）、周囲の医師がHIV患者にカウンセラーを依頼するのを見た経験（項目②）、会議や会合でのカウンセラーとの同席経験（項目①）などカウンセリング活動に関する直接的。具体的な経験の項目からなり、「直接的経験」と名付けた。

表3 カウンセリングとの接触・学習経験に関する項目

- ① 会議・会合でのカウンセラーとの同席
- ② 周囲の医師のカウンセリング依頼の参与観察
- ③ 他疾患での自分のカウンセラー依頼経験
- ④ HIVカウンセリング研修会への参加
- ⑤ HIVカウンセリングのロール・プレー体験
- ⑥ カウンセリングに関する講演会等出席
- ⑦ カウンセリングに関する文献講読
- ⑧ カウンセリング制度等の通達文書への接触
- ⑨ スタッフからのカウンセリング制度情報への接触

表4 カウンセリングとの接触・学習経験に関する因子

- 第一因子 模擬体験・知的学習
- 第二因子 制度・職種情報への接触
- 第三因子 直接的経験

1-2 カウンセリングとの接触・学習経験に関する質問項目に関する因子分析結果

項目分析を行った結果、質問全9項目（表3）に関して、主因子法・バリマックス回転による因子分析を実施した。

1-1の因子分析結果と同様に、概念的なまとまりと固有値1.0の基準を参考に、以下のような3因子（表4）を抽出した。

第一因子は、HIVカウンセリングの研修会への参加経験（項目④）やHIVカウンセリングのロール・プレー体験（項目⑤）、またカウンセリング全般に関する講演会や勉強会への出席経験（項目⑥）の項目からなり、「模擬体験・知的学習」と名付けた。

2-1 依頼の有無と医師のカウンセリングを含む医療への意識・評価に関する各因子への判別分析結果

医師のカウンセリング依頼行動を従属変数、1-1で実施した因子分析結果から得られた医師のカウンセリングを含む医療への意識・評価に関する各因子を独立変数として、独立変数の従属変数に対する影響を明らかにするため、判別分析を実施した。

分析の結果、各因子の標準化判別係数は以下のようであり、判別の中率は、全体で68%であった。

表5 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

カウンセリングを依頼する行動に最も影響が大きかった因子は、医師が持っている「医療専念型の医師役割意識」であった。つまり、疾患の治療を医師の第一義的な役割と認識している者ほど依頼する傾向がみられた。これは、換言すれば、医師の役割を疾患の治療と明確に意識していればいるほど、それ以外の役割、つまり心理・社会的援助の提供は自分で行わず、他の専門職種に任せる傾向にあることを示唆しているだろう。

次に影響の大きかった因子は、「臨床環境評価」である。スタッフがHIV医療に熱心であり、医師がそのスタッフから支援や助言を受けたり、医療情報の提供が受けやすい環境にあるほどカウンセリングに依頼する傾向が見られた。これは、そのような臨床環境では、カウンセリングに関する情報や直接的経験が共有されやすいからではないかと思われる。また、そのような環境でチーム医療を肯定的に受けとめて経験している者ほど、他職種との連携を受け入れる準備がなされている可能性もあるだろう。

依頼の有無に対して、「カウンセリングの有用性意識」の因子も一定の影響を与えていた。しかし、上記2因子の影響に比べればその影響は小さく、カウンセリングの有用性だけを認識しても、具体的な依頼行動には結びつきにくい可能性を示唆した。

2-2 依頼の有無とカウンセリングとの接触・学習経験に関する各因子への判別分析結果

2-1の分析と同様に、医師の依頼行動を従属変数、カウンセリングとの接触・学習経験に関する各因子を独立変数として、判別分析を実施した。

分析の結果、各因子の標準化判別係数は以下のようであり、判別の中率は、全体で、74.5%であった。

表6 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

全体の傾向として、医師がカウンセリングを依頼する行動に最も影響を与えている因子は「直接的経験」であった。次に影響が大きい因子は、「制度・職種情報への接触」経験であった。研修などによる「模擬体験・知的学習」の経験はその二つの因子より影響力が小さい結果となった。

この結果は、カウンセリング依頼行動の促進要因として、研修経験の意義を否定するものではないが、実際の臨床現場で具体的な患者をめぐるカウンセラーの活動や役割を知る経験を持っていること、また、院内に流通しているカウンセリング制度の文書情報に接したり、スタッフから直接的にそれらの制度について話を聞く経験を持っていることがより重要な促進要因となっていることを示唆している。

上記のような結果と考察を踏まえ、今後への具体的な提言として、次の3点を指摘したい。

- ・HIVカウンセリングに関する研修会を医師の依頼行動を促進するという目的から再考すると、具体的臨床状況に即してカウンセラーの活動や役割に関する具体的なイメージがつかめるような研修プログラムを作成する。
- ・医師対象の臨床研修のプログラムについていえば、プログラムの中にその院内での具体的患者に対するカウンセラーの活動を観察学習できるようなプログラムを準備する。
- ・カウンセリングの制度に関する情報については、その医療機関におけるHIV診療の責任者や事務担当者への提供にとどまらず、実際にHIV感染者の治療を担当している臨床医まで、情報が届くよう十分に配慮する。

D 結論

カウンセリングがその直接的利用者であるHIV感染者に届けられる過程には、実際には様々な要素が介在している。本年度の研究では、そのなかでも医師の存在に着目し、患者の心理・社会的問題を把握した医師がカウンセリングを依頼する行動をとるにあたって、その行動に影響をあたえる要因を医師の持っている医療への意識・評価やそれまでのカウンセリングとの接触・学習経験の中から明らかにしようと試みた。医師に対するアンケート調査結果の分析を通じて、依頼行動を促進する要因として、医師が持っている医療への意識・評価では「医療専念型の医師役割意識」や「臨床環境評価」が、またカウンセリングとの接触・学習経験では、「直接的経験」や「制度・職種情報への接触」があることが明らかとなった。

研究2 HIV感染者向け調査

カウンセリングなど相談資源の利用 に関する研究

—HIV感染者の相談資源の認知・利用経験・ 期待に関する地域横断的調査—

A 目的

地域や医療機関によって様々な相談資源が存在している。それらのなかで、どのような相談資源が直接的利用者であるHIV感染者によって認知されているのか、そして実際にどのような問題領域についてどの資源が利用されているのか、さらに相談資源のアクセシビリティ（実際に利用できる場所にあるのか）に関係なく、どのような問題領域に対してどのような資源の利用を期待しているのかについて調査することを通じて、カウンセラー（心理・社会的援助の専門職）の利用に関する現状把握と利用上の問題点を明確にする。また、カウンセラーを含め院内の相談資源や地域などの非専門的相談資源の間の適切な連携体制について示唆を得る。

B 対象・方法

1 調査方法および対象

昨年度池上班が行った相談資源に関する調査結果を元に、今年度本研究班ではさらに対象者を広げ、関東圏の地方自治体（群馬県、栃木県、茨城県、千葉県、神奈川県、東京都、横浜市）にある40カ所の拠点病院で実際にHIV感染者の診療にあっている医師に協力を仰ぎ、本研究班より無記名自記式のアンケート調査票を医師に郵送し、医師がその患者であるHIV感染者に調査票を直接手渡し、本人より記入後に本研究班に返送してもらった。調査期間は、2000年2月1日～3月20日であった。

2 調査項目

調査項目は、対象者の基本属性と診察を受けている医療機関に関する項目を始めとし、調査の目的に即して以下のような内容となった。質問の多くは、二項または多項選択回答形式であったが、一部を自由記述回答形式とした。

表7 調査項目

1 相談資源（以下に表記）の認知や全体的な 利用経験

カウンセラー、ソーシャル・ワーカー、
コーディネーター・ナース、精神科医、
ボランティア、患者会

- ①専門職・非専門職資源の活動内容の認知
- ②専門職資源の院内における存在の有無
- ③非専門職資源の情報の有無
- ④専門職・非専門職資源の利用経験の有無と
利用頻度

2 28領域の心理・社会的問題別の各相談資源 （以下に表記）の利用経験

主治医、看護職、コーディネーター・ナース、
カウンセラー、ソーシャル・ワーカー、
精神科医、ボランティア、他の感染者、
配偶者・パートナー、配偶者以外の家族、
友人、その他

3 10領域の援助内容別の各相談資源の利用経験

4 28領域の心理・社会的問題別の各相談資源 に対する相談への期待

なお、データが広範囲にわたるため、本報告では、上記項目のうち、1と2を中心に報告する。

C 結果・考察

最終的に医師に対して郵送した調査票数は、367部であり、そのうち実際には123名のHIV感染者から（有効回収率34%）回答を得た。

1 回答者の基本属性

約89%が男性であり、女性は約8%であった。（不明3%）最も多い年代層は、30代の29%であり、50代（24%）と40代（21%）と続いた。20代は11%にとどまった。

告知からの年数は、1年以上2年未満が最も多く、17%であったが、その期間を含み、0年から4年未満までの期間の者が全体の過半数（約59%）に及んでいた。しかし、13年以上の者も6名おり、4年以上から13年以上の期間では1年ごとに8名～3名の範囲で分散していた。

感染経路は血液製剤による者が約15%、性行為による者が74%であった。性行為の内訳は同性間が68%、異性間が32%であった。

周囲に対する病名の告知については、77%が誰か一人以上に告げており、19%が誰にも告げていなかった。

2 相談資源の活動内容の認知

各相談資源の活動内容を「知っている」から「知らない」までの4段階尺度で回答してもらった。

活動内容について「知っている」「どちらかと言えば知っている」と答えた者が最も多かったのは、カウンセラーで、上記の両回答をあわせた割合は約72%であった。次にソーシャル・ワーカーの約59%が続いた。患者会とボランティアも各々約56%、約55%であった。また、コーディネーター・ナースは、約24%にとどまった。

3 専門職資源の院内における存在の有無

専門職種の院内におけるアクセシビリティを尋ねた。「いる」と答えた者が最も多かったのは、カウ

ンセラーであり、約57%であった。次にソーシャル・ワーカーが約49%であった。コーディネーターは約20%であった。

昨年度実施した医師向けの調査の結果では、医師の44.9%が院内の心理職の存在を、69.6%が行政の派遣カウンセラーの存在を認知していた。カウンセラーの存在に関するHIV感染者自身の認知は、院内心理職と派遣カウンセラーに分けて質問していないため、単純には比較できない。しかし、派遣カウンセラーに限定すれば、医師の認知に比べて低い傾向にあり、カウンセラーに関する情報がその直接的利用者である感染者にまで届いていないことが考えられる。また、ソーシャル・ワーカーについては、医師の存在の認知は76.4%であるのに比べ、HIV感染者自身の認知は約49%であり、存在の情報が医師や他の職種からの確に伝えられていない可能性が示唆された。

4 ボランティアや患者会など非専門職資源の情報の有無

患者会などの患者の集まりを紹介されたことのある者は約50%いたが、ボランティアを紹介された者は約26%のみであった。本調査は関東圏の広範囲に調査票を配布しているが、地域により利用できるボランティア団体の数に格差があることがこの数字に影響を及ぼしていると思われる。

5 各相談資源別の利用経験の有無と利用頻度

利用経験の有無では、利用した経験ありと答えた者が最も多かった職種はソーシャル・ワーカーであり、全体の約46%に及んだ。次いで利用経験が多かったのは、カウンセラー約44%、患者会などの集まり約33%であった。

利用の頻度を「定期的・継続的」「時々」「1回～2回」の3段階尺度でたずねた。利用者の多かった上記3資源をみるとソーシャル・ワーカーでは、利用した者での3尺度の内訳は各々「定期的」26%、「時々」33.6%、「1回～2回」39.6%であり、必要時の短期間に問題解決的な援助のために利用した者と継続的な関わりのために利用している者に分かれていることがうかがえた。一方、カウンセラーでは、利用した者の56.8%が「定期的・継続的」な援助の利用であり、長期的な利用につながっている者が過半数を占めていることが推測された。また、患者会などの集まりでは、利用した者の44.7%が「1回～2回」、36.8%が「時々」であり、継続的な関わりを持つ者は約20%にとどまった。

6 28領域の心理・社会的問題別の各相談資源の利用経験

28領域の心理・社会的問題をかかえたとき、実際

に誰に相談したかその相談資源の利用経験についてたずねた。相談資源には、専門職・非専門職種のいわばフォーマルな資源のみならず、配偶者・パートナーや家族などインフォーマルな相談資源も含めた。以下、結果の概略を述べる。

設問は各々の心理・社会的問題についてそれらをかかえた経験があるかないかをまず尋ねた。経験が多かった問題領域の上位10位は以下のようである。

表8 経験のある心理・社会的問題

問題領域上位10位	実数(人)	%	N数
1 感染告知直後の不安や動揺	118	96.7	122
2 医療費・生活費など経済的な問題	109	88.6	123
3 仕事や学校生活での悩み	106	87.6	121
4 服薬の問題	107	86.9	123
5 体調の悪化や入院での不安	98	80.9	121
6 気持ちの落ち込みや不眠	94	77.6	121
7 家族への告知の悩み	92	76.0	121
8 生きる意味や人生の振り返り	92	75.4	122
9 配偶者・パートナーへの告知の悩み	88	73.3	120
10 配偶者・パートナーとの人間関係	83	69.7	119

告知直後の不安や動揺は大多数の回答者が経験していた。また、抗HIV薬による治療の発展により日常生活の維持・継続がますます可能になったため、治療と生活の両立に関して起こってくる問題が2～4位を占めていた。しかし、その一方で、進行性慢性疾患をかかえていることから生じるとされる病状の変化への不安や気持ちの落ち込みや不眠を過去に経験した人あるいは経験している人も8割ちかくいた。また、配偶者・パートナーあるいは家族への告知に関連した悩みを含む身近な人間関係のなやみを持つ人も7割強に及んだ。全体を眺めると、生活に密着した現実的問題、病気に関連して起こる危機的問題、人間関係上の問題、そして生きる意味や人生を振り返る実存的問題と問題の領域は多岐にわたっていた。