

助」としてひと括りの概念となっている。このことは、ブロック拠点病院の多くが専門ソーシャルワーカーを置かない公的医療機関もしくは大学病院であるため、結果としてさまざまな職種がソーシャルワークを行っていることの現れでもある。今年度の本研究では、このように様々な職種によって担われているソーシャルワークの現状をひとまず把握し、一定数の専門ソーシャルワーカーの確保が今後も難しい日本の現状で、どのような展開をしていくことが現実的かを探っていくための探索を行う端緒とする。

## 2. 方法

今年度本研究計画者が採用した調査法は質的調査法、特にディープインタビューを電話集成資料とし用いたカテゴリ分析法である。この方法は、(a)現実社会における調査対象の状況がいまいなど

き、及び (b)当該分野における先行研究がきわめて少ないときに探索目的で採用する方法である。

**調査対象者の内訳** 関東甲信越地方を除く全国8ブロックにおいて、ブロック拠点病院で心理社会的援助業務を行っている臨床心理職および専門ソーシャルワーカーなど11名を対象とした(表1)。内訳は臨床心理士を含む心理職6名、専門ソーシャルワーカー4名、健康教育専門職1名である。雇用形態は常勤雇用者として組織に属している者が4名、非常勤雇用者として組織に派遣されている者が7名であった。非常勤雇用者のうち6名はエイズ予防財団のリサーチレジデントである。調査対象者の性別は男性2名、女性9名である。

表1：調査対象者の内訳

	常勤職	非常勤職
心理職（臨床心理士を含む）	1	5（男性一人を含む）
専門ソーシャルワーカー	3（男性一人を含む）	1
その他（健康教育従事者）	0	1

調査対象者のHIV医療へのかかわりについては、7名が97年以降、ブロック拠点病院の整備とともに参入している。95年に参入し始めた者は1名、94年に参入した者が2名である。薬害エイズ問題の当初からの経緯をふまえつつ、実績を積んで活動している者は1名に過ぎない。

**調査期間** 2000年10月から11月にかけての2ヶ月間

**調査手続き** 上記調査期間中にそれぞれの調査対象者について、1対1のインタビューを行

った。インタビュー時間は90分から120分である。インタビューはセミ・オープン形式をとり、予め9点の聞き取り項目を定め、対話の中でそれらについて自由に話題を展開してもらった。これら9点の聞き取り項目は、研究協力者3名と本研究計画者が予めブレインストーミングを行い、調査テーマ「ブロック拠点病院のソーシャルワーク機能の現状」について探索するために妥当だと合意したものを選定した(資料1)。

資料1：インタビューにおける聞き取り項目

1. ブロック拠点病院で心理社会的援助を行うポジションについての経緯
2. どのような仕事をしたいと思ってこの仕事を選んだか
3. 実際に行っている仕事は何か
4. 仕事を行う上で大切にしている職業倫理、価値は何か
5. 自分が仕事をしていく上で、理解者・支持者となってくれるのは誰か
6. ブロック拠点病院体制について考えていること、感じていること
7. 自分の仕事について、特に薬害被害者の患者さんからは何を望まれていると認識しているか
8. HIV医療体制についてどのように認識しているか
9. ブロック拠点病院と拠点病院、多様なコミュニティとの関係をどのように捉えているか、そして自分の仕事とどのように関わっていると認識しているか
10. その他

インタビューの結果は調査対象者の了承を得てテープに録音し、逐語録として起こした。その後再び逐語録を調査対象者に送り返し、「他人に読まれたくない表現」の削除を依頼した。修正作業を経た逐語録は一次資料として使用し、3名の研究協力者と本研究計画者が読み込み、文章抽出作業と項目選定作業を行った。なお、読み込みの過程で、対人援助専門職のみで結果分析をすることによって起こる視点の偏りを避けるために、間主観性の確保手続きを加えた。具体的には、市民的な視点を提供して貰うことを意図して、医療市民運動団体 MERS のメンバー3名に逐語録の閲覧を要請し、ブレインストーミングによって意見聴取を行っている。MERS への逐語録の提供については事前に調査対象者の了解を求め、了解が得られたもののみを提供した。

研究協力者と本研究計画者との協同作業によって、およそ950点の抽出見出し文から274アイテムの項目が選定された。その後、これら274アイテムの項目をKJ法によって分類し、11の概念にまとめ上げたものが、以下に示す結果である。

### 3. 結果

#### 1) ブロック拠点体制の成果

ブロック拠点病院体制は、地方の医療水準の向上と医療専門職の教育体系の構築をもたらした。特に専門ソーシャルワーカーや心理職は、(1)医療専門職の職業行動から「個人の恣意性」が取り除かれ、一定均一の医療サービスが提供されるようになったこと、及び(2)ワーカーや心理職自身が所属組織を越えて行動するときにブロック拠点病院に在籍していることが身分保障として働く、ということの評価している。

#### 2) 組織の執行体制の整備

ソーシャルワーク教育を受けた回答者たちは、拠点病院構想を医療制度改革と捉え、体制開始以前より準備を進め、既存の組織の一部として円滑にHIV医療に関する仕事を執行できる体制を整えた。具体的には患者の権利擁護を行うために、ケースマネジメントにたずさわるスタッフの専門チーム化、専任化、すべての診療科からの独立をはかっている。

#### 3) 医療専門職集団におけるソーシャルワークの認知と理解

医療機関は医師と看護職という医療専門職を中心として成立している。その中

でも特に、チームを作り上げる医師がソーシャルワークやカウンセリングに対してどの程度明確な定義と理解をしているか、ということが、ソーシャルワーカーや心理職の仕事の具体的な内容を規定する。現在では、医師は心理職に対しては一定の理解があるが、ソーシャルワークについては曖昧な理解にとどまっている。その理由として、医学部教育の中にソーシャルワークやそれに類する社会問題について考える講座がないことと、多くの大学病院や国立病院に専門ソーシャルワーカーが配属されていないからではないか、と調査協力者たちは考えている。チームリーダーの医師たちが専門ソーシャルワーカーを認知していなかったことが、HIV医療への専門ソーシャルワーカーの参入を遅らせた、とも考えている。特に当事者の組織化や社会化については、薬害エイズ問題の発生当初より自分たちが関わっておきたかった、という思いが専門ソーシャルワーカーには強く残っている。

#### 4) 心理職によるソーシャルワーク機能の遂行

近年、「カウンセリング」という概念で多くの援助内容を説明しようとしたため、現場ではとまどいや混乱が起こった。もともと行政では専門職採用試験のときでさえ、両者の区別をしないこともある。ソーシャルワーク教育を受けた回答者たちは、患者や医療者が「カウンセリング」という範疇で生活問題を持ち込むことに対して、「何と呼ばれようとどちらでもいい」と言いながらも「カウンセリング＝こころのケア」という日本社会の合意に引きずられて自分らしい仕事が出来なくなっているのではないかと、という思いもあり、アンビバレントである。さらに心理職のほうも、次々と増えていく多種多様な業務に対して、驚きと積極的な好奇心を持ちながら経験則で対処しているが、懸念もある。「基本的に援助者がどのような役割を取るかは患者が決めることだ」としながらも、現実にはカウンセラーがケースワーク機能を代行していることについて、「これを安易に認めるべきではないのではないか」という考えもある。この混乱を整理するためには、専門ソーシャルワーカーと心理職の一定で対等な連携が必要であるが、これは今後の課題である。現状では、ソーシャルワーカーと心理のあいだで、お互いの関係についての

認識にずれ違いがある。

#### 5) 医療における生活問題の増加と HIV ケースワークの増加

医療は日常生活の一部である。HIV が慢性疾患化したのち、「生活問題」としての相談が増加した。これらは、一見従前の心理相談と似ている。しかし、社会的な視点で全体を評価しながら相談を進める必要があり、これらの範疇の相談をどのようにあつかうか、ということは未だ明確なシステムが出来ていない。現状では「その場にいる、一番事情を把握している人」が職種にかかわらず相談にあっている。

#### 6) 身体障害者手帳の認定「手続き」と身体障害者制度の「運用」の違い

身体障害者手帳の認定手続きは、ソーシャルワーク出身者以外の援助者には苦手意識が強い。しかし、ソーシャルワーク出身者は逆に「手続きなら誰でも出来る」と思っている。単なる手続きではなく、身障制度という施策の解釈、適用範囲の意味づけ、など、社会福祉的な視点から身障制度を「運用する」ことがワーカーの専門業務なのだ。この差異に無自覚なまま、「手帳の説明＝ソーシャルワーカー」という表面的な理解を他職種がしているのではないか、という不満がある。

#### 7) リサーチレジデントのポジションの活用

リサーチレジデント制度は、レジデントに仕事を紹介した医師が、どれほどこの制度を正確に理解しているかによって、仕事の内容が大きく左右される。リサーチレジデントはブロック全体を見る存在であり、必然的に対外的に外に出ていくスタイルと情報を発信していく機能が求められる。組織に派遣されている非常勤職員のため、院内では発言権がなく、組織としての執行体制には加われないが、その反面、医療職のヒエラルキーから自由にふるまえる。このようなバルネラビリティをポジティブに運用するすべを知っている医師とチームを組むと、医療機関と社会（さまざまなコミュニティ）をつなぐコミュニティワークを自在に展開することができる。

#### 8) 専門ナースとの協働

リサーチレジデントは、院内での発言権を専門ナースに託している。そして、

すべてのブロックで、専門ソーシャルワーカーや心理職と専門ナースの協働は円滑に行われている。

#### 9) これからのブロック拠点病院のソーシャルワーク

##### (1) ブロック拠点病院に蓄積された経験の還元

制度が立ち上がって4年立った今、それぞれのブロック拠点病院は蓄積した経験を拠点病院にフィードバックする方法を模索している。今までなされてきたのは専門研修や情報公開をおこなって拠点病院スタッフをトレーニングする方法であった。ソーシャルワーカーの間では、ブロック拠点病院ワーカーが拠点病院に出かけてケーススーパービジョンを行う方法や、当事者の声を拠点病院に伝えるイベントの企画などが考えられている。これらはどちらも「ブロック内の医療格差の是正」の一環である。いずれにしても、医療者ではないワーカーや心理が、どのような形でたずさわっていくことが出来るか、ということはまだ未知数である。フィードバックシステムの構築プロセスに加わることで自分が仕事である、というコメントもあった。

##### (2) HIV 医療の持つ先駆性、革新性を広げること

多くの回答者が、HIV 医療体制が実現した革新性を指摘している。これを全科に広げるとは、大きな目標だが、現実にはとても困難でもある。

##### (3) 保健婦との連携

医療サービスを受け続けながら地域でスムーズに生活するためには、コミュニティ資源の開発が必要である。これらのことは、保健婦と連携することで解決する。ブロック拠点病院のソーシャルワーク機能として、保健領域との日常的な相互連携があげられる。

##### (4) 当事者の組織化支援や NGO との連携

医療と社会をつなぐのは NGO である。医療が持ちやすい独善的な正当性を市民的な常識で評価し直す機能も担っている。当事者の組織化支援は、患者の権利意識を育て、具体的な行動にするための強力な方法である。また、既存の NGO との連携、及び NGO 同士のネッ

トワークづくりなどをブロック拠点病院のソーシャルワーク機能として据えなければならない。

#### (5) 当事者の視点からの施策提言

医師と行政が主導する日本の医療体制の中で、当事者の声を政策に反映していく仕事もブロック拠点病院のソーシャルワーク機能を担う者の仕事である。当事者のありようは地域によってさまざまである。ブロック拠点病院のソーシャルワーク機能を担うものは、地域固有の状況を把握し、あくまでも患者の立場から医療を地域にひらき、地域の理解を求めていく。そのために行政との関わりを生じる仕事が発生するが、このプロセスでは専門ソーシャルワークの知識が有効である。

#### 10) モデルの構築と提示：精神科医療ソーシャルワークの実践から学ぶ

HIV感染者の置かれている社会的状況の理解と援助、職業倫理コード、方法論については、精神科医療ソーシャルワークがモデルとなる。

#### 11) 方法論の構築と提示：実践理論の抽出の必要性

経験的に構築した知識を体系化する必要がある。その際、上記9(1)から(5)13であげたような、今後ブロック拠点で担うべきソーシャルワーク機能についての理論提示や方法論の提示が必要である。

### 4. 考察

#### 1) ソーシャルワークの大義と機能

以上の結果に含まれているように、ブロック拠点病院では現在、機能としてのソーシャルワークを担当する者はアドホックに決定されている。これは日本の医療における非医療者のポジションの問題と密接に絡んでおり、任務遂行者たちもその状況を了解し、とまどいと試行錯誤の中でソーシャルワーク機能を果たしている。しかし、このようなソーシャルワーク機能の遂行は、本来ソーシャルワークが価値基準として持っている政策や制度と個人を結びつける視点や社会改良的な志向を曖昧にする。このような視点を意識的にふまえてソーシャルワークを行うためには、やはりソーシャルワーク専門教育を経た人材がブロック拠点に配属されるのが望ましい。

#### 2) 医療専門職の中のバルネラビリティ

医療機関は専門職集団の協働現場である。そこに無資格者として存在するのが心理社会的援助機能を持つ職種である。この中に専門ソーシャルワーカーも存在する。ともすれば医療者から残余的な業務を担わされがちなこの弱さは、逆にとる事さえ出来れば組織の中で既存の権威体系から離れてポジションを確保するきっかけにもなる。特にリサーチレジデント制度によって組織に派遣されている者は、このバルネラビリティ(=弱さをそのまま利用して、既存の権力が及ばないような強さにすり替える機能)を明確に体现する者である。

#### 3) ソーシャルワーク機能の組織化と倫理・価値コードの設定の必要性

ソーシャルワーク機能が様々な職種によってアドホックに担われる現状は当分続くと思われる。そのことをふまえて、早急にソーシャルワークの価値倫理を明確に打ち出した具体的な方法論を開発し、異なったバックグラウンドを持つ専門職によっても暫定的な運用が可能な状態にするべきである。

#### 4) ブロック全体を見通したソーシャルワークとは

ブロック拠点病院はブロック全体の統括機能を持つ。そのため、ブロック拠点病院におけるソーシャルワークも本来はブロック全体を見通し、機能しなければならないものである。それぞれが数県からなる集合体としての「ブロック」全体を見通してその医療状況をマネジメントするためには、ブロック拠点病院がさまざまな当事者コミュニティ及びその支援団体と連携する必要がある。

これからのブロック拠点病院におけるソーシャルワークは、これら数々のコミュニティをエンパワーすることが第一の目的となるはずである。そのためにまず着手すべき具体的な方法は、利害関係が交錯する多種多様な当事者コミュニティのネットワーク化を推進することであろう。

### 5. 発表論文

横田恵子 (1998) 大阪府地域におけるHIV感染者・エイズ患者のニーズ把握調査 「医療と福祉」32-1、11-19頁  
横田恵子 (1999) 小児のエイズ：家族カウンセリング 「小児看護」22-2、189-198頁

#### 研究4 関東圏の感染状況に応じた医療社会福祉学的援助体制に関する研究

山本博之（東京都衛生局医療福祉部エイズ対策室）

研究協力者：

高山俊雄（東京都立駒込病院）

神谷昌枝（東京都衛生局医療福祉部エイズ対策室）

#### 研究要旨

HIV患者感染者への心理社会的援助は、主として臨床心理士・カウンセラー（派遣を含む）・ソーシャルワーカーといった専門家により担われている。専門性により取り扱う内容やかかわりに差があり、患者感染者が期待するサービスの内容もそれぞれの職種によって違いがあることが過去の研究で明らかになってきた。しかし、実際にどのくらいのソーシャルワーカーが患者感染者への支援を経験しているかという実態が把握されていない事実に基づき、東京都医療社会事業協会理事会の了承を得て、同協会会員名簿をもとに、郵送にてアンケート調査を実施した。分析では、「患者感染者支援経験あり」群と「支援経験なし」群にわけ、医療機関・雇用形態・資格・ソーシャルワーカーとしての経験度・HIV関連研修参加経験の項目を比較した。「患者感染者支援経験あり」群におけるエイズ診療拠点病院ソーシャルワーカーの占める割合は7割を越していたが、一般医療機関ソーシャルワーカーが支援を経験しているケースも全体の約2割を占め、今後様々なフィールドのソーシャルワーカーが患者感染者支援を経験する可能性を示唆した。「患者感染者支援の経験なし」群における経験なしの理由について、「受診がない」と

答えたソーシャルワーカーが大多数を占めたが、常にソーシャルワーク援助を効果的に提供出来る知識的、技術的な準備を整えておく必要があると考える。

#### 1. 研究の背景と目的

服薬のスケジュールを守りながら、高額な医療費をライフロングで支払わなければいけない患者感染者にとって、ソーシャルワーカーのかかわりは多くの患者感染者にとって重要な支援の一つであると理解されている。平成10年4月より、HIV感染症が内部疾患として障害者認定の対象となり、その傾向はより明確となった。しかしながら、現在のところ、HIV患者感染者支援の経験のあるソーシャルワーカーの数を測る調査は今だ行われていない。本調査では首都圏医療機関に在籍するソーシャルワーカーのHIV患者感染者支援の経験を調査することを通じて、医療社会福祉学的援助の現状の把握を図るものとする。本年度はまず第一歩として東京都内の医療機関に在籍するソーシャルワーカーを対象とした援助経験に関する実態の把握を目的とする。

#### 2. 方法

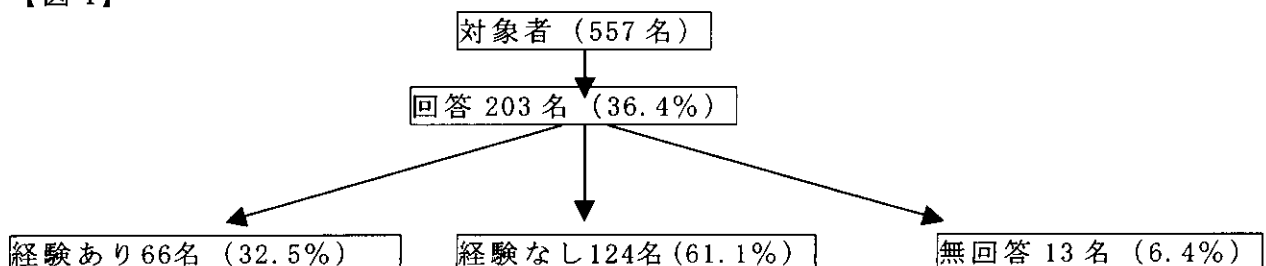
東京都医療社会事業協会名簿をもとに自記式アンケート票を送付した。返信封筒にて回収し結果を分析した。

#### 3. 結果

(1)：図1参照

アンケート送付数は557で、203名(36.4%)の回答が得られた。内、HIV患者感染者へのソーシャルワーカー（以下SW）としての支援の経験者は66名(32.5%)未経験者は124名(61.1%)無回答13名(6.4%)であった。

【図1】



(2) : 表 1 参照

アンケート回答者のうち、(1) HIV 患者感染者への支援経験あり群、支援経験なし群の割合、(2) HIV 患者感染者への支援経験あり群と支援経験なし群の背景の比較 (医療機関、資格、研修の有無等) (3) HIV 患者感染者への支援経験なしの理由を検討した。分析には  $\chi^2$  検定を用い、『無回答』は分析から除外した。

「HIV 患者感染者支援経験あり」群におけるエイズ診療拠点病院ソーシャルワーカーの占める割合は「経験なし」群のそれと比べると優位差がみられた。逆に HIV 患者感染者支援なし」群におけるどちらでもない

医療機関ソーシャルワーカーの占める割合は、エイズ拠点病院ソーシャルワーカーのそれと比べて 1%水準で有意差がでた。【表 1-1】

ソーシャルワーカーとしての実務経験年数に関しては、10年以上の実務経験年数に関して5%水準での有意差がみられ【表 1-4】、両群における HIV 関連研修参加経験の有無、医療機関の種類についても 1%水準での有意差がみられた。【表 1-5・6】研修の種類においては、エイズ予防財団の開催しているカウンセリング研修への参加においても 1%水準の優位差がみられた。【表 1-8】

【表 1】

(1)	経験あり (n=66)	経験なし (n=124)
医療機関の種類		
エイズ診療拠点病院*	42 (63.6%)	9 (7.3%) **
エイズ診療連携病院**	5 (7.6%)	2 (1.6%)
どちらでもない	15 (22.8%)	108 (87.1%) **
わからない	2 (3%)	4 (3.2%)
無回答	2 (3%)	1 (0.8%)
(2)		
雇用形態		
常勤	66 (100%)	122 (98.4%)
非常勤		2 (1.6%)
(3)		
資格 (複数回答)		
社会福祉士	23	53
精神保健福祉士	25	20
介護福祉士	2	2
ケアマネージャー	30	36
臨床心理士	0	1
その他	7	18
持っていない	8	22
(4)		
経験年数		
0から3年未満	5 (7.6%)	26 (21.0%)
3年以上5年未満	5 (7.6%)	20 (16.1%)
5年以上10年未満	19 (28.8%)	28 (22.6%)
10年以上	37 (56.1%)	48 (38.7%) *
無回答		2 (1.6%)
(5)		
HIV関連研修参加経験		
あり	44 (66.7%)	29 (23.4%) **
なし	22 (33.3%)	92 (76.4%) **
(6)		
HIV関連研修参加経験あり群における医療機関の内訳		
拠点病院	31 (70.5%)	2 (6.8%) **
連携病院	5 (11.4%)	1 (3.5%)
どちらでもない	7 (15.9%)	26 (89.7%) **
わからない	1 (2.2%)	
(7)		
HIV関連研修参加経験なし群における医療機関の内訳		
拠点病院	11 (50.0%)	7 (7.5%) **
連携病院	0 (0%)	1 (1.1%)
どちらでもない	8 (36.4%)	80 (86.0%) **
わからない	1 (4.5%)	4 (4.3%)
無回答	2 (9.1%)	
(8)		
エイズ研修の種類 (複数回答)		
予防財団研修	20	2 **
自治体主催研修	26	11
院内研修	13	3
専門集団主催の研修	16	11

\* P&lt;0.05、\*\* P&lt;0.01

\*エイズ診療拠点病院とはエイズに関する総合的かつ高度な医療を提供する病院  
 \*\*エイズ診療連携病院とはエイズ診療拠点病院と連携して、精神科、小児科、産科、歯科等専門分野における高度な医療を提供する病院  
 上記二つの病院を総称して「エイズ診療拠点病院」という  
 東京都衛生局：「エイズ診療協力病院の指定について」2000年8月より抜粋

(3) : 表 2 参照  
患者感染者支援経験なしの主たる理由について  
は、「患者感染者の受診がない」が 77%を占め、

「受診してもすぐに転院してしまう」、「ソーシャルワークニーズは他の医療スタッフで取り扱われている」等の理由があげられた。

【表 2】 HIV 患者感染者支援経験なし群における、支援経験なしの理由

患者感染者の受診がない	96 (77.6%)
受診してもすぐに転院してしまう	14 (11.3%)
患者感染者のソーシャルワークニーズ は医師・看護等によって取り扱われている	5 (4.0%)
患者感染者のソーシャルワークニーズは、 東京都の専門相談員によって取り扱われている	3 (2.4%)
その他	14 (11.3%)
<ul style="list-style-type: none"> <li>・過去に一度受診されたらしいが、SW に知らせられることなく、いつの間にか転院していたと、あとで知った</li> <li>・担当ではなかった(チームのメンバーではない)</li> <li>・機関の対象者ではない</li> <li>・職場が医療相談室ではないため</li> <li>・他の SW が対応した</li> <li>・患者感染者が受診しているかどうか把握できていない</li> <li>・感染しているか、確かめたことがない。また他医療機関の紹介状に、記載があるのを見たことがない</li> <li>・他の PSW が対応</li> <li>・受診の有無がわからない</li> <li>・療育施設併設の診療所</li> </ul>	

#### 4. 考察

HIV 患者感染者支援の経験あり群において、約 7 割の SW が診療協力病院に所属している一方、約 2 割の SW が、それ以外の医療機関で患者感染者へのかかわりを経験している。かかわりの経験なし群における診療協力病院以外の SW の占める割合が 8 割強と高く、「患者感染者の受診がない」ということを主な理由として挙げているが、将来的には、一般医療機関はもちろん、老人、障害者施設等の機関でのサービスを利用する患者感染者が増えることが予測され、そのための SW の知識的、技術的な準備は必要となるであろう。HIV 関連の研修への参加経験については患者感染者支援の経験あり群においては約 6 割、なし群においては約 2 割の SW が参加経験ありと答えている。上記のように、今後 SW による患者感染者支援の現場が多様化する可能性を考えると、HIV 患者感染者支援未経験の SW に対しては、いかに動機付けを行う研修をプログラムし、リクルートするかが今後の課題となり、また患者感染者への支援経験のある SW に対しても、バーンアウト等を防ぐ意味でも定期的なフォローアップ研修の開催を通じエンパワーしていく必要があると考察する。

#### 5. 今後の研究の課題

今回の研究は都内医療機関に在籍する SW に対しての状況把握であり、次年度は同様の調査を関東圏 SW に対して行う。同時に、今回対象となった都内医療機関に在籍する SW において、HIV 患者感染者支援において直面している問題等を含めたより詳しい調査を実施する予定である。

#### 6. 参考文献

- 東京都衛生局医療福祉部医療福祉課：「衛生局医療社会事業推進検討委員会報告書」1999  
 山中京子他：『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』1999  
 小西加保留他：『HIV 感染者・AIDS 患者に対する心理社会的相談援助についての実態調査』1999

#### 研究 5 カウンセラー支援ネットワークの構築に関する研究

小島賢一（荻窪病院血液科）

研究協力者：  
森田真子（エイズ予防財団）

日高庸晴（京都大学大学院医学研究科国際保健



学)

福武勝幸 (東京医科大学臨床病理学)

山元泰之 (東京医科大学臨床病理学)

今村顕史 (東京都立駒込病院感染症科)

藤平輝明 (東京医科大学医療福祉相談室)

## 研究要旨

本研究は、専門カウンセラーを支援するための情報ネットワークを構築するため、インターネットを利用した情報流通・交換について、カウンセラー対象に意識調査を行い、インターネット上で情報提供を開始し、問題点を検討し改善のための方法を探ることを目的とする。そのために、平成12年1年間にインターネット上で提供されたHIV関連情報を元に調査票を作成し、臨床心理士等を中心に研究協力者らとEmail交換の実績のある者及びHIVカウンセリングに参画が予定されている者59名を対象に、Emailによる依頼と調査票回収を行った。有効回答数は45名(有効回収率76%)。主な結果は、以下の3点である。①経験年数や担当事例数が少ない若いカウンセラーほど幅広い情報を求めた。②女性のカウンセラーは、学会や厚生科研のテーマ、疫学関連、女性保護、予防といった問題により強い関心を示した。③男性感染者を多く扱っているカウンセラーほど疫学関連、予防等の情報を高く評価し、異性間性行為経由の感染者を多く扱うカウンセラーほど差別、検査や薬品関連の情報を高く評価した。この結果によると、HIV関連の情報が溢れる中で、当初の予想とは逆に、全体に選択的というより幅広く多くの情報を求めていることが明らかになった。今後は、情報の重要度や緊急性について目安となる記号を付記して伝達することも検討したい。自由記述では、心理学的知見の情報提供、カウンセラー固有の情報交換の場を求める者が多く、カウンセラー独自の支援方法を模索する必要があることが示唆された。しかし、ネット上のセキュリティを考えると、独自の情報交換とネットワークについては慎重に進める必要がある。

## 1. 研究の背景

HIV/AIDSを囲む社会環境は日々変化しており、HIV感染予防や患者・感染者のQOL確保に重要と言われるカウンセリングに従事する者もこの変化を捉えずして、適切な対応をすることは難しい。しかし、心理社会的支援の専門家であるカウンセラーにとって、新薬の認可状況や副作用情報、治療開始基準の変化とその意味を的確に捉えていくことは難しい。また心理的な問題や福祉制度の活用を考えるにしても、経験を積んだ専門家が身近にいるカウンセラーは極めて少ない。情報提供に関しては「AIDS Update Japan」をはじめ、数々のハードコピーが利用されているが速報性には欠ける。また既存のインターネットを利用したメ

イリングリスト(以下、MLと記す)「JAIDS」等は情報量が莫大で、カウンセラーが必要とする情報を選択することは、時間がかかり、ある程度、専門的・経験的な知識がいる。こうした現状を踏まえ、カウンセラーを支援するための情報ネットワークを構築することが急務と考え、本研究ではインターネットを利用した情報流通、交換について、具体的に調査・試行し、問題点の検討と改善のための方法を探る。

## 2. 本研究の概要

本研究は3つのプロジェクトから構成される。

- 1) カウンセラーへの意識調査-カウンセラーに対して、既に行われているインターネット上での情報提供に関して意識調査を行う
- 2) インターネット上での情報提供-調査結果を元に、アンケート回答者に対して、一年間の情報提供を行う
- 3) 上記の試行の効果と評価-試行期間中の情報提供に関して、再度、意識調査を行い、その有効性とあり方を検討する

なお、初年度は主に「1. カウンセラーへの意識調査」を行った。

## 3. 結果

### 研究1 カウンセラーへの意識調査

#### 研究1-1 調査票の作成

##### A 目的

主にHIV/AIDSに関わる心理社会的支援の専門家を対象に、昨年一年間にインターネット上で提供された関連情報を分析して、どのような情報が多く提供されているかを検討し、調査票を作成する。

##### B 方法・対象・調査期間

B-1 平成13年1月末日現在で代表的な検索エンジン「Yahoo!」「インフォシーク」「Excite」において、「AIDS」、「HIV」を検索語に検索を実施し、HIV/AIDS関連の情報とその領域分類法の調査を行った(表1~4参照)。

B-2 現在、最も活発に情報交換が行われているML「JAIDS」を発足の平成12年1月10日から平成13年1月9日の一年間に同MLに流れた情報1356件の中、重複メールや不適切な販売勧誘等のメールを除いた1186件を対象とした。

B-3 研究者が平成12年1月から平成12年12月の間に、心理社会的支援を行う専門家及び医師・看護婦等の医療従事者にMLの形で提供した情報102メールの分類調査。

##### C 結果

C-1 Yahoo!での出現分類枠(表1参照)

31の領域においてAIDSとHIVのwebが58件、見られた。

C-2 Exciteでの出現分類枠(表2参照)

5領域においてAIDSとHIVのwebが49件が見

られた。

### C-3 インフォシーク

インフォシークの場合、「ヘルス&ビューティ-病気と症状/エイズ」を中心に AIDS と HIV の web が 47 件が見られた。

### C-4 JAIDS でのカテゴリーと分類結果 [下位カテゴリーと分類数] (表 3 参照)

分類に関しては班員研究者が以下に基づいて行った。

- ・カテゴリーは C-1 から C-3 の結果に基づいて設定するが、数の多いカテゴリーは下位カテゴリーまたは新カテゴリーに再分類した
- ・カウンセリング関連事項は研究目的から考えて優先分類とする
- ・1 メールは複数カテゴリーに重複分類せず、主たるもの 1 カテゴリーとする
- ・情報提供・感想・意見の区別はせず、該当カテゴリーに分類する
- ・同一メール重複送付や勧誘メール等は除く

### C-5 研究者が提供した情報の分類 [下位カテゴリーと分類数] (表 4 参照)

C-4 のカテゴリーに準じて分類した。

### D 考察

「JAIDS」の方は領域も広く、情報量も膨大であるのに対して、各検索エンジンで抽出されたサイトには、基礎的な情報提供や施設・制度紹介が多い。これは関係者に限定して情報交換を行っている ML と、閲覧者を限定せず幅広い情報提供を目的としたウェブサイトでは、その性格が異なる。前記の結果をその相違をそのまま反映したものと考えられる。次にこれまで研究者らが行ってきた情報提供との比較において、一番目立つのは、社会問題の比重である。「JAIDS」では全情報の 5%、後者では 40%であった。カウンセラーのための情報提供を考えた時、社会的な問題が重視されるのは当然であろうが、特に感染者の心身障害者認定がようやく広く行われるようになった時期にも重なり、申請に関連する問題の情報提供が増加したと思われる。

その一方、予防、献血、女性問題等の領域は後者で取り上げられていない。これらについては従来、情報そのものがカウンセリングから遠かった可能性に加え、我々が見過ごしてしまった可能性もあり、アンケート調査項目には是非、取り上げるべきと考えられた。また「JAIDS」では相談領域もあったが、むしろ専門家対象である後者にはなかった。これは「JAIDS」での話題が臨床心理士・SW などには既に知られている「資格、身分についての基本的問題」「カウンセリングのワークショップ案内」などであったためと思われる。

さらに心理的な問題については両方で、ほとんど取り上げられていない。事例検討を公開性の高いインターネット上で行うことには疑問があるが、専門家としてこうした心理的な問題を話し合

う必要性を調査することが不可欠と思われた。

### E 調査票構成

前記結果を踏まえて、研究者間で検討し、以下の 14 領域を設定し、75 の評価項目を設定した。

(領域については研究 1-2 結果 C-2 を参照)

なお、N 領域個別仮想情報に関しては、現在はセキュリティなどを配慮して行われていない以下の情報交流の項目を設定した。

- ・ケースカンファレンス 事例についての経験者との限定的カンファレンス
- ・専門医からのコンサルト 症状・薬品・治療法への専門医師への相談
- ・研修会・講演会での講師紹介や企画案の募集

## 研究 1-2 意識調査

### A 目的

各情報に関する有効性への評価を調査・分析し、次年度から試行される情報提供のあり方について方向性を得る。

### B 方法・対象・調査期間

対象：臨床心理士、ソーシャルワーカー、精神科医師等で、これまでにカウンセリングを実施した体験があり、研究者らと Email 交換のある者、及び HIV/AIDS カウンセリングに参画が予定されている者 59 名。

期間：2001 年 2 月 27 日から同年 3 月 15 日

方法：Email による依頼と回収

回収率：59 名中 49 名から返事 (83%) があり、有効回答数は 45 (有効回収率 76%) となった。

### C 結果

#### C-1 アンケート協力者の属性

- ・性別：男 14/女 31 ・年齢：平均 39.5 歳 (25-54 歳 中央値 40 歳)
  - ・職種：心理職 36 名 ソーシャルワーカー 6 名 医師 2 名 通訳 1 名
  - ・所属形態：ブロック拠点病院 7 名 拠点病院診療科 7 名 拠点病院診療科以外 2 名 派遣 16 名 その他 12 名 N.A. 1 名
  - ・地域：北海道 2 東北 1 関東甲信越 (東京以外) 9 東京 12 東海 2 近畿 5 中国四国 12 九州 1 その他 1
  - ・HIV カウンセリング経験年数：平均 6 年 1 月 (0-15 年 中央値 6 年)
  - ・これまでに実施したクライアント数：平均 30.21 人 (0-100 人 中央値 20 名 N.A. 3 名)
  - ・最近、一年間のクライアント数：平均 12.41 人 (0-70 人 中央値 7-8 名 N.A. 1 名)
  - ・勤務時間に対する HIV/AIDS カウンセリングの比率：平均 36.37% (0-100% 中央値 20% N.A. 3 名)
  - ・男性のクライアント比率：平均 85.27% (0-100% 中央値 95% N.A. 8 名)
- 年齢、地域、経験年数、勤務形態も多様な集団となったが、性別での偏りの他、地域的にも北陸

が抜けたり、活動が活発な中国四国地域が多数になるなどの偏りがみられた。

#### C-2 項目評価の領域別平均 (表5参照)

必要性を高く評価された領域は、「カウンセリング」「社会問題」「女性問題」領域であり、反対に「イベント案内」「ホームページ案内」「研究班関連情報」は低く評価された。しかし、全体としては五段階中、最高の「カウンセリング関連」と最低の「厚生省研究班関連」でも評価平均で1以上の差はない。

#### C-3 属性による評価の差 (表5参照)

次に各項目の必要度の評価にカウンセラー自身の属性が影響するのかを検討した。具体的には年齢、HIV/AIDS カウンセリングに従事した期間、これまでにカウンセリングを行った人数、最近一年間で実施した人数、仕事に占める比率等を中央値から二群に分けて、t検定(小標本法)を行った。5%水準以下で有意差が見られたのは表5に示した項目である。

もちろん、この結果は75項目を9通りに2群に分けた、675の検定の中でのことであり、多くが誤差である可能性は考慮しなければならない。そこで更に項目を従属変数に性別、年齢、カウンセリング期間、カウンセリング総数、一年間のカウンセリング人数、勤務時間中の比率、男性クライアント比率、性感染者比率、異性愛者の比率及び外国人の比率を独立変数として、重回帰分析を行い、項目の特徴を検討した。

### D 考察

領域で見れば、カウンセリング関連、社会問題、女性問題の必要性が高くなっており、研究班関連の情報など一部が低い。ただ、全般に各調査項目の必要度の評価に大きな差はない。カウンセリングを行う上で、カウンセラーは幅広い情報を必要と考えていることが分かった。詳細にみれば、今回の調査項目では、領域とは別に大きく分けて3つの傾向がある。ひとつは若く、経験年数や事例数が少ない方々ほど、幅広い情報を求めることであり、ガイドラインや資料の紹介、疫学関連などは、その傾向がよく見られる。次に女性カウンセラーが、学会や厚生科研のテーマ、疫学関連、女性保護、予防といった問題により強い関心を持っていること、最後に男性クライアントを多く扱っているカウンセラーほど、疫学関連、予防を高く、また異性愛者を多く扱うほど差別、検査や薬品関連の情報を役立つと評価していることが窺えた。

当初は HIV/AIDS 関連の情報が溢れる中で、新規参入した者ほど情報を選択して、伝達する必要があるのではないかと考えたが、結果としては逆であった。しかし、ではこれを鵜呑みしてあらゆる関連情報を新しい方々に流していいかどうかは不明で、情報の性質がよく分からないのでとりあえず希望しておくといった態度もあるのでは

ないかと思われる。実際、各個人が項目につけた段階評価の平均(4.1)よりも、入手を希望する段階(平均3.3)とはより幅広くなっており、全体により多くの情報を欲しがっている様子が見られる。重要度や緊急性について研究者らが判断して、目安となる記号を付記して伝達することも考えたい。

また自由記述ので心理学的知見の情報提供、カウンセラー固有の情報交換の場を求める者が1/3(15名)と多く、カウンセラー独自の支援方法を模索する必要があると考えられる。

### E 今後に向けて

本調査と検討結果を基に次年度は、実際にカウンセラー固有の情報提供のあり方を実験的に模索し、実施上の問題点の抽出を研究課題としたい。更には、現在、もっとも欠けている心理療法、技法、事例検討等の心理臨床家として高度に専門的な意見交換の場を求める声にどう応えるかも検討課題としたい。しかしネット上のセキュリティを考えると何らかの工夫が必要であり、こうした点で独自の情報交換とネットワークについては慎重に進める必要がある。

表1 Yahooでの出現分類枠

生活と文化/ 人権
生活と文化/ ボランティア活動/ 医療, 福祉
健康と医学/ 病気, 症状/ エイズ, HIV感染
健康と医学/ 病気, 症状/ エイズ, HIV感染/ 一般的な情報
健康と医学/ 病気, 症状/ エイズ, HIV感染/ イベント
健康と医学/ 病気, 症状/ エイズ, HIV感染/ 教育
健康と医学/ 病気, 症状/ エイズ, HIV感染/ 研究機関
健康と医学/ 病気, 症状/ エイズ, HIV感染/ 団体
健康と医学/ 病気, 症状/ エイズ, HIV感染/ 闘病記
健康と医学/ 病気, 症状/ エイズ, HIV感染/ プログラム
健康と医学/ 病気, 症状/ エイズ, HIV感染/ リンク集
健康と医学/ 病気, 症状/ クロイツフェルト・ヤコブ病
健康と医学/ 病気, 症状/ 白血病
健康と医学/ 病気, 症状/ 感染症
健康と医学/ 医学/ 麻酔学
健康と医学/ 医学/ 泌尿器科/ 病院, 診療所
ビジネスと経済/ 企業/ 健康/ 病気, 症状/ エイズ, HIV感染
地域情報/ 日本の地方/ 北海道/ 教育/ 大学/ 北海道大学/ 学部, 研究所/ 医学部
地域情報/ 日本の地方/ 関東/ ビジネスと経済/ 企業/ コンサルティング
地域情報/ 日本の地方/ 関東/ 東京都/ 教育/ 大学/ 日本獣医畜産大学/ 学部, 研究所
地域情報/ 日本の地方/ 関東/ 神奈川県/ 生活と文化/ 団体
地域情報/ 日本の地方/ 関東/ 神奈川県/ 市町村/ 横浜市/ 区/ 中区/ 健康/ エイズ, HIV感染
地域情報/ 日本の地方/ 関東/ 神奈川県/ 市町村/ 川崎市/ 区/ 川崎区/ 健康/ 医療/ 診療所, 医院
地域情報/ 日本の地方/ 近畿/ 大阪府/ ビジネスと経済/ 企業/ 障害
地域情報/ 日本の地方/ 近畿/ 大阪府/ 市町村/ 大阪市/ 区/ 中央区/ 健康/ 医療/ 病院, 医療センター
地域情報/ 日本の地方/ 中国/ 岡山県/ 市町村/ 建部町/ 生活と文化
地域情報/ 日本の地方/ 中国/ 岡山県/ 市町村/ 倉敷市/ 健康/ 保健所
地域情報/ 日本の地方/ 九州/ 熊本県/ 教育/ 大学/ 熊本大学/ 学部, 研究所
自然科学と技術/ 生物学/ 動物学/ 動物, 昆虫, ペット/ 哺乳類/ 猫/ 我が家の猫
エンターテインメント/ 個人

表2 Exciteでの出現分類枠

健康と医療>病院&医療>性>エイズ&性病>HIV&エイズ
健康と医療>病気&症状>感染症>エイズ&性病>HIV&エイズ
ライフ&ファミリー>悩み&相談>性生活>エイズ&性病>HIV&エイズ
健康と医療>病院&医療>家族の健康>男性の健康>性生活>エイズ&性病>HIV&エイズ
健康と医療>病院&医療>家族の健康>女性の健康>性生活>エイズ&性病>HIV&エイズ

表3 JAIDSでのカテゴリーと分類結果[下位カテゴリーと分類数]

① 紹介・案内情報 288
[Homepage案内→93 研究・学習会・セミナー・講演会・報告会・イベント・シンポジウム・公開講座→79 学会・レポート→61 冊子・本→38 放送番組等→17]
② エイズに関する情報提供のあり方 36
[印刷物→15 インターネット→8 マスコミ→13]
③ 会員への働きかけ+レスポンス 79
[質問(行為の感染危険性、薬剤の効果等の質問)→43 募集(WSテーマ、術前検査への意見など)→33 調査(医師向けのアンケートなど)→3]
④ 医療状況・体制 147
[厚生省研究班について→39 抗体検査体制→32 針刺対策・二次感染予防→24 歯科→13 医薬品安全性・治験→10 拠点病院体制等→29]
⑤ 疫学的状況 57
[海外→22 国内→11 学生・若年→9 性行動→8 MSM等→7]
⑥ 社会的問題 59
[プライバシー→7 政治→6 薬害→6 南北問題・戦争等→5 差別・偏見→4 無断検査→4 身障認定等→27]
⑦ 治療方法 42
[治療ガイド→19 人工受精→8 STI→6 投薬開始→3 サルベージ等→7]
⑧ 抗HIV剤 61
[新薬・治験・認可状況→13 HAART→7 ABC→5 DLV→5 FTV→5 NVP等→26]
⑨ 他関連薬剤 10
[アジスロマイシン→3 成長ホルモン→2 抗うつ剤等→5]
⑩ 疾患・症状 51
[C型肝炎→15 結核→6 血友病→5 女性化乳房→4 乳酸アシドーシス→3 癌等→18]
⑪ 検査方法 14
[薬剤耐性検査→9 RNA-PCR-NAT→5]
⑫ 予防関連 59
[戦略・理念→19 コンドーム→11 予防教育・学校教育→10 キャンペーン→8 ビル等→7]
⑬ 献血関連 39
[告知→22 状況→9 検査→5 輸血→3]
⑭ 女性問題 25
[妊娠出産→14 母子感染→8 避妊→3]
⑮ カウンリング相談 35
[役割・身分・電話→14 検査時→9 ワークショップ→6 献血→3 派遣制度・地方状況→3]
⑯ JAIDS運営にかかること 183
[ルール・マナー→24]

表4 研究者が提供した情報の分類[下位カテゴリーと分類数]

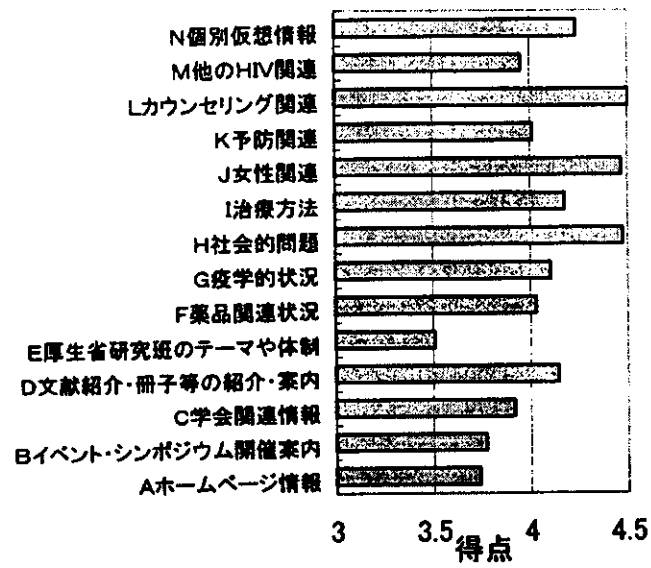
① 紹介・案内情報 15
[ホームページ案内→4 講演会案内→6 医療ネットワーク会議開催について→2 イベント開催→1 HAW開催案内→2]
③ 会員への働きかけ+レスポンス 13
[各種アイデア募集→4 質問→9]
④ 医療状況・体制 8
[研究班について→4 予防指針事務連絡→1 都歯科診療体制→1 治療薬研究班薬剤→2]
⑤ 疫学的状況 4
[LANCET記事→1 血友病患者関連調査→2 木原班疫学実態調査→1]
⑥ 社会的問題 41
剤9割給付→7 特定機能病院入院時検査→2 薬価差益→1 救済事業の廃止→3 障害認定と更生医療申請→1 渡航・入国時の抗体検査実態調査→4 国際会議開催公約 →3 NFVの保険査定→1 INFの自己注射要望書→2 プライバシー保護への要望書関連→5 ムベキ大統領への署名→1]
⑦ 治療方法 9
[「今日の治療」本→5 治療ガイドの更新状況→1 治療開始時期→1 体外受精詳細→1 肝移植問題の報道→1]
⑧ 抗HIV剤 5
[FTVの承認発売→1 薬剤能書変更→1 流行レジメン→1 カレトラ承認→1 ザイアジェンの緊急副作用情報→1]
⑨ 他関連薬剤 4
[ジスロマックス発売時期と内容→1 リコネットの欠品情報→3]
⑩ 疾患・症状 2
[カリニ肺炎→1 C肝炎→1]
⑪ 検査方法 1
[PCRVer1.5→1]

表5 領域別平均

表5	平均	t検定	重回帰分析	表記について
A領域 ホームページ情報	3.74			・ 平均は各項目の平均で欠損値を除いた値 ・ 領域欄横の平均は、各領域の最後の設問を除いた項目の平均値  ・ t検定欄 検定した結果、高い評価を下した群を記 「総少」対応クライアント総数20以下群 「経短」カウンセリング経験6年未満の群 「性少」性感染者がクライアントの55%未満の群
新薬に関する会社のHP (ホームページ)	3.47			
小規模な国際会議のHP	3.09			
公的機関のHP	3.84			
関係組織のHP	4.23			
ガイドラインのHP	4.07	総少		
ホームページ情報	4.12	経短	経↓	
B領域 イベント・シンポジウム開催案内	3.77			
NPOと自治体共催のイベント	3.89			
大学主催の講演	3.64			
女性を対象とした予防啓発Party案内	4.02			
公開シンポジウム案内	3.86			
HIV関連イベント案内	3.46			
イベント・シンポジウム開催案内の情報	3.91		総↑近↓ 外↓↓	
C領域 学会関連情報	3.92			「女性」回答者が女性の群 「男性」回答者が男性の群 「派遣」勤務形態が派遣カウンセラーの群  「異多」異性愛のクライアント55%未満の群 「近少」ここの年のクライアント数10人未満の群 「年低」回答者40歳以下の群  「動少」勤務時間に占める割合が25%未満の群  重回帰分析欄 「経」HIV/AIDSカウンセリング経験月数 「↑」「↓」その項目の評価を上げるために独立変数の数値が大きくなるか、小さくなるかを示した。 「総」対応クライアント総数
学会の案内	4.09		性↓	
学会報告会関連案内	3.84	性少		
関連学会の案内	3.82	女性	女↑MC↓↓ 性↓	
学会関連情報	4.02		女↑性↓	
D領域 文献紹介・冊子等の紹介・案内	4.14			
学術論文の紹介	4.39			
新聞雑誌記事の紹介	4.18		総↑MC↓↓ 年↓	
冊子の紹介	3.96			
本の紹介	4.32	派遣		
会社の冊子の紹介	3.89			
領域拠点病院作成冊子	4.14			
文献紹介・冊子等の紹介・案内	4.46			
E領域 厚生省研究班のテーマや体制	3.51			
各厚生科研のテーマ	3.36		女↑性↓	
科研の発表会連絡・報告の入手法	3.66			
研究班のテーマや体制についての情報	3.77		MC↑	
F領域 薬品関連状況	4.03			
新薬の開発・認可・発売	4.11			
薬の有毒事象報告	4.21			
治療薬の使用状況	3.89			
薬の欠品情報	3.86			
薬剤の組み合わせ状況	3.93			
薬剤と保険給付	4.18			
薬品関連状況の情報	4.27	異多	総↓	
G領域 疫学的状況	4.10			「近」ここの一年間の対応クライアント総数 「外」外国人クライアントの比率 「性」性感染者の比率 「女」回答者が女性であること 「男」回答者が男性であること 「MC」男性クライアントの比率 「年」回答者の年齢  「動」勤務時間に占めるHIV/AIDSカウンセリングの割合
海外の疫学的状況	3.73		女↑↑年↓ ↓軽↑動↓ MC↑↑	
国内の疫学的状況	4.25		MC↑↑	
若年層の疫学情報	4.32		年↓MC↓↓	
性行動に関する情報	4.18		女↑↑年↓ ↓MC↑↑	
疫学的予測情報	4.05		女↑↑総↓ ↓近↑MC↑	
疫学的状況の情報	4.25		女↑年↓ MC↑↑	
H領域 社会的問題	4.48			
差別に関する記事	4.46		異↑	

検査に関する記事	4.43		女↑近↓異
福祉制度変更情報	4.73		
障害認定に関する問題	4.71		
就業に関する問題	4.68		
裁判に関する問題	4.11		MC↑↑
薬害に関する問題	4.23		女↑MC↑ 異↑↑外↓
社会的問題の情報	4.71		
I領域 治療方法	4.18		
治療の流れ	4.36		
基礎医学	3.52	少年低, 勤少	近↓MC↑
標準的治療	4.32		
先端医療	4.41	異多	
薬剤選択	4.27		
治療方法についての情報	4.41		
J領域 女性関連	4.47		
女性保護	4.48	女性	女↑
緊急避妊	4.41		
母子感染	4.52		
女性関連についての情報	4.55		
K領域 予防関連	4.01		
実践紹介	4.16		女↑MC↑↑
感染確率	4.23		MC↑↑
予防活動例	3.84		女↑MC↑ 性↓
予防上の問題	3.84		女↑MC↑↑
実例紹介	4.00		総↓MC↑↑
予防関連についての情報	4.27		総↓↓ MC↑↑
L領域 カウンセリング関連	4.50		
臨床心理士会活動	4.34		
カウンセリングの役割	4.77		勤↑
公文書での扱い	4.43		
派遣制度実態	4.61		
実例	4.36		
カウンセリング関連情報	4.66		
M領域 他のHIV関連	3.95		
針刺事故対策マニュアル	3.80		
都衛科診療体制について	4.11		
他のHIV関連の情報	4.14	女性	
N領域 個別仮想情報	4.24		
事例限定的カンファレンス	4.41		
専門医からのコンサルト	4.07	男性	MC↑
講師紹介や企画案の募集	3.75	年低	

## 領域別平均





## 研究6 精神科医と専門カウンセラーとの連携に関する研究

平林直次 (東京医科大学精神神経科)

研究協力者:

木曾智子 (東京医科大学臨床病理科)

山下幸江 (東京医科大学臨床病理科)

磯本明彦 (北里大学病院精神神経科)

酒井 健 (東京都立大学人文学部心理学研究室)

延籐麻子 (東京都立大学人文科学研究科)

小島賢一 (荻窪病院血液科)

笠原敏彦 (国立国際医療センター精神科)

花岡知之 (国立癌センター研究所支所臨床疫学研究部)

### 研究要旨

3年度研究の初年度として、精神科医とカウンセラーとが連携しHIV痴呆のスクリーニングを行うための日本語版 HIV 痴呆スケール (Japanese version of HIV dementia scale: JHDS) の開発を行った。

英語版 HIV 痴呆スケールを邦訳し、これに基づき検査施行の実際をビデオ撮影し、インストラクション用 CD-ROM を作成した。この CD-ROM を研究協力者などに配布し、精神科医またはカウンセラーである調査者に JHDS の施行方法を修得させた。研究の趣旨を説明し同意の得られた感染者 32 名と対照 99 名に JHDS を施行した。その結果、JHDS 得点は、年齢、性別、職業、CD4 陽性細胞数の影響を受けないが、教育年数、HIV 痴呆 (AIDS dementia complex) の有無によって影響を受けることが明らかとなった。ただし、教育年数と JHDS 得点との標準相関係数は小さく、また、分散分析の結果から JHDS 得点は、ADC の有無とだけ有意に相関することが明らかとなった (F 値=29.17、 $p < 0.0001$ )。対象 20 名については初回施行から 4 週間後に再施行し、JHDS の再現性が確認された。また、JHDS と minimental state examination test (MMSE) の両者を施行した 39 名については両検査の相関関係を検討し、両検査の得点の間に有意な正の相関関係が認められた。JHDS 得点による痴呆の cut off point を 10 点とした場合、感度 100%、特異度 88.7%であった。以上のことから、JHDS は HIV 痴呆の臨床スクリーニングの有効な検査方法であることが示された。今後 JHDS を用いて HIV 感染者に認められる知的機能低下の全国調査が必要である。

### 1. 研究の背景

平成 11 年度 HIV 疫学研究班において、その一つの課題として「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」が行われた。その研究の

結果から、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が明らかとなった。HIV 感染者 1227 名中 72 名に精神科受診歴を認めた。この 72 名中 8 名 (11.3%) が HIV 痴呆 (ヒト免疫不全疾患による痴呆) と診断された。このことから HIV 感染者のうち精神科へ受診し HIV 痴呆と正確に診断されているのは、0.7%程度と推定された。ただし、この調査では精神科受診歴のある感染者だけを対象としており、精神科受診歴のない感染者を含めると、さらに若干の増加が予想されるが、それでも欧米圏からの報告と比較すると HIV 痴呆の診断割合は低値にとどまっている。

欧米圏からの調査では、無症候性感染者の 5%、AIDS 発症者の 40~60% に HIV 痴呆が認められることが明らかになっている<sup>1)</sup>。この欧米圏からの調査結果と前述の本邦での調査結果とを比較すると、かなり多くの HIV 痴呆が未診断のままになっていることが予想される。

この理由については、HIV 痴呆をスクリーニングするための有効な検査方法が本邦では確立されていないことがあげられる。現在、HIV 痴呆が疑われた場合、頭部 CT、MRI、脳波検査などが行われているが感受性、特異性は低く、知的機能が低下し始める初期に軽症例を診断、評価することはきわめて困難である。したがって、カウンセラーをはじめ一般の医療スタッフが臨床場面で容易に施行可能であり、HIV 痴呆のスクリーニングと重症度判定を容易にする神経心理学的検査の開発は必要不可欠である。

また、このような HIV 痴呆症状を含む精神神経症状を持つ感染者の多くは、心理社会的問題を幅広く取り扱っているカウンセラーのもとへも相談に訪れることが予想される。このことから、精神神経症状を持つ HIV 感染者と接触する機会を多く持つであろうカウンセラーには、精神神経症状を把握し、精神科受診の必要性をある程度判断することが求められる。したがって、カウンセラーの技能として、知的機能低下の評価を欠くことができない。

### 2. 目的

以上のような研究の背景を考えると、欧米圏で汎用されている Power、C<sup>2</sup>) により開発された HIV 痴呆スケールの日本語版 (Japanese version of HIV dementia scale: JHDS) を作成することが初年度の目標である。さらに、次年度以降では、本調査を用いて全国調査を行い HIV 感染者に認められる HIV 痴呆の有病率を明らかにすることが目的である。最終的には、カウンセラーに対して HIV 痴呆に関する教育、啓発を行うと同時に、本痴呆スケールを幅広く普及させ、HIV 感染者に認められる知的機能の適切な評価方法を臨床スタッフ

へ普及することが本研究の最終目標である。

### 3. 方法

本研究班の神経心理を専門とするカウンセラーらが、臨床場面での利用し易さに配慮しながら前述の Power、Cら<sup>2)</sup>によって開発された HIV 痴呆スケールを日本語に翻訳した。また、原著論文の記述から不明であった詳細な施行手順については、原著者らに直接連絡をとり、同テストの日本語版を完成した。その後、検査の施行方法を理解し易いように検査施行の実際をビデオ撮影し、これを CD-ROM に記録した。さらに、この CD-ROM には、検査用紙、検査マニュアルをファイルとして添付した。この CD-ROM を配布し、精神科医またはカウンセラーからなる調査者に JHDS の施行方法を修得させた。

次に、文書にて研究の趣旨を説明し口頭あるいは文書にて同意の得られた HIV 感染者 32 名と非感染者と予想される対照群 99 名に JHDS および 39 名に *minimal state examination test* (MMSE) を施行した。なお、非感染者 20 名については、4 週間後に再度 JHDS を施行し、同テストの再現性を検討した。

なお、HIV 痴呆は AIDS dementia complex (ADC) と呼ばれ、痴呆の診断は the American Academy of Neurology による診断基準<sup>3)</sup>を用い診断を行った。また、その重症度については、Memorial Sloan-Kettering (MSK) の評価基準を使用し<sup>4)</sup>、0 期 (正常)、0.5 期 (疑い)、1 期 (軽症)、2 期 (中等症)、3 期 (重症)、4 期 (末期) までの 6 段階に分類した。

同時に JHDS に影響を与えると考えられた性別、年齢、教育年数、職業など社会学的特性および精神科既往歴、向精神薬の服薬歴、CD4 陽性細胞数などを調査した。これらの因子と JHDS 得点との関係を統計学的に検討した。また、MSK の評価基準を用いて臨床的に評価された痴呆の重症度と JHDS 得点との関係を統計学的に検討した。さらに、痴呆と非痴呆とを区別するための cut off point を決定した。なお、統計学的検討には Stat View 5.0J を用い、 $p < 0.05$  を統計学的に有意とした。

### 4. 結果

感染群 32 名 (男 28 名、女 4 名、平均年齢  $33 \pm 11$  歳) および対照群 99 名 (男 50 名、女 49 名、平均年齢  $33 \pm 9$  歳) について調査を行った。性別、平均年齢、教育年数、職業の有無については、表 1 に示した。両群において平均年齢、職業の有無については差を認めなかったが、性比では、感染群 (男性 88%) で、対照群 (51%) と比較すると男性の割合が有意に多かった。また、教育年数については、感染群 ( $14 \pm 3$  年) は、対照群 ( $16 \pm 3$  年) に比較すると有意に短かった。

なお、感染群の免疫状態の指標として CD4 陽性

細胞数を表 2 に示した。また、ADC と診断された感染者は 7 名で、MSK の重症度分類から非痴呆 25 名、疑痴呆 3 名、軽度痴呆 3 名、重度痴呆 1 名に分類された。

次に、JHDS 得点と社会学的特性、CD4 陽性細胞数、臨床的痴呆の重症度との関係を検討した。JHDS 得点と年齢、CD4 陽性細胞数との間には有意な相関関係は認められなかったが、JHDS 得点と教育年数との間に相関関係を認めた (表 3)。また、JHDS 得点は、性別、職業、感染の有無によっては差が認められなかった。ADC (HIV 痴呆) と診断された感染者の JHDS 得点は  $7.7 \pm 1.8$  点で、痴呆でない感染者の  $13.7 \pm 2.4$  点に比較して JHDS 得点は有意に低値であった (表 4)。

非感染者 20 名について、初回施行から 4 週間後に再度 JHDS を施行したが、初回施行と 4 週間後の JHDS 得点との間には有意な差は認められず、再現性が確認された (表 5)。また、JHDS と MMSE の両者を施行した 39 名について両検査の相関関係を検討し、両検査の得点の間には、有意な正の相関関係が認められた (標準回帰係数 = 0.415、 $p = 0.0085$ )。

### 5. 考察

JHDS 得点は、被検者の年齢、性別、職業、CD4 陽性細胞数により影響を受けないことが示された。また、HIV に感染しただけでは JHDS 得点は変化しないことが明らかとなった。一方、JHDS 得点は、被検者の社会学的特性として教育年数と相関し、医学的因子として ADC (HIV 痴呆) の有無によって差が生じることが明らかとなった。そこで、ADC の有無および教育年数を独立変数として、また JHDS 得点を従属変数として分散分析を行った。その結果、JHDS 得点は、ADC の有無とのみ有意に相関することが明らかとなった。

次に MSK の臨床病期分類と JHDS 得点との関係を散布図に示したのが、図 1 である。ADC が進行し MSK による臨床病期分類が重症なるにつれ、JHDS 得点が低下することが図 1 から予測された。図中に cut off point を 10 点とした場合を破線で示した。破線で示したとおり、臨床的に ADC と診断された 7 名はすべて JHDS 得点は 10 点以下を示した。また、臨床的に非痴呆と診断された者は 124 名で、JHDS 得点が 10 点を越え非痴呆と判断された者は 110 名であった。したがって、感度 100%、特異度 88.7% であった。以上のことを考えてみると、JHDS は感度、特異度ともに高く、ADC (HIV 痴呆) のスクリーニング検査として有用であると考えられた (表 2)。

ただし、前述のとおり、本調査では ADC を示した対象数が少なく、さらに ADC の対象数を増やし、より精度の高い cut off point の決定が必要である。

## 6. 結論

- 1) HDS の施行マニュアルの CD-ROM 版を作成した。
- 2) JHDS を感染者 32 名と対照群 99 名に施行した。
- 3) その結果、JHDS 得点は、年齢、性別、教育年数、CD4 陽性細胞数の影響を受けないが、ADC (HIV 痴呆) の有無によって影響を受けることが明らかとなった。
- 4) 対象 20 名については、初回施行から 4 週間後に再施行し、JHDS の再現性が確認された。
- 5) 痴呆の cut off point を 10 点とした場合、感度 100%、特異度 88.7%であった。  
以上のことから、JHDS は、HIV 痴呆のスクリーニングとして有用であることが示された。

## 7. 引用文献

- 1) 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.
- 2) Power C, Selenes OA, Grim JA, et al: HIV dementia scale: a rapid screening test. J Acquir Immune Defic Syndr and Hum Retrovirol 8: 273-278, 1995.
- 3) Report of a working group of the American Academy of Neurology AIDS Task Force: Nomenclature and research case definitions for neurologic manifestations of human immunodeficiency virus-type 1 (HIV-1) infection. Neurology 41: 778-785, 1991.
- 4) Price, R.W., Brew, B.J.: The AIDS dementia complex. J Infect Dis 158: 1079-1083, 1989.

## 8. 研究発表

### (論文発表)

1. 林直次、前原良子、金子雅彦他、2000、血漿中 HIV RNA 量の増加とともに AIDS 痴呆コンプレックスが進行した一症例、精神医学、42、pp. 379-388.
2. 平林直次、小島憲一. がん・HIV 感染症における精神医学的問題. 2001、心身医学、113 (シンポジウム特集)

### (口頭発表)

1. Yamate, T, Hirabayashi, N, Kasahara, T, Akaho, R, Tomizawa, O, Masuya J, Iimori, M. 2000、International Journal of Behavioral Medicine、The Relationship between Mental Disorders and Progression of Human Immunodeficiency Virus (HIV) Infection. How does the CD4 cell work?, 7 (S1)、53、2000. Sixth international congress of Behavioral Medicine、Nov. 2000.

### in Brisben

2. Hirabayashi, N, Kojima, K, Kiso, T, Yamashita, Y, Yamate, T, Tomizawa, O, Masuya, J, Iimori, M. 2000、International Journal of Behavioral Medicine、The Quality of Life (QOL) of Patients with Human Immunodeficiency Virus (HIV) Infection in Japan Associated with Psychosocial Factors. 7 (S1)、55、2000. Sixth international congress of Behavioral Medicine、Nov. 2000. in Brisben
3. 平林直次、小島憲一. 癌・HIV 感染者における精神医学的問題. 2000 年 6 月 第 41 回日本心身医学総会. シンポジウム 新たな医源性疾患-医療の技術革新と影、東京
4. 平林直次、小島賢一、木曾智子. HIV 感染者の QOL を高める要因について-コーピングスタイルと心理社会的支援-. 2000 年 12 月 第 13 回日本総合病院精神医学会総会、東京
5. 木村智城、平林直次、赤穂理絵、笠原敏彦. HIV 感染者に認められる精神障害. 2001 年 1 月 第 14 回日本総合病院精神医学会総会、東京
6. ciency Virus (HIV) Infection in Japan Associated with Psychosocial Factors. 7 (S1)、55、2000. Sixth international congress of Behavioral Medicine、Nov. 2000. in Brisben
7. 平林直次、小島憲一. 癌・HIV 感染者における精神医学的問題. 2000 年 6 月 第 41 回日本心身医学総会. シンポジウム 新たな医源性疾患-医療の技術革新と影、東京
8. 平林直次、小島賢一、木曾智子. HIV 感染者の QOL を高める要因について-コーピングスタイルと心理社会的支援-. 2000 年 12 月 第 13 回日本総合病院精神医学会総会、東京
9. 木村智城、平林直次、赤穂理絵、笠原敏彦. HIV 感染者に認められる精神障害. 2001 年 1 月 第 14 回日本総合病院精神医学会総会、東京

図1 痴呆の臨床重症度とJHDS得点

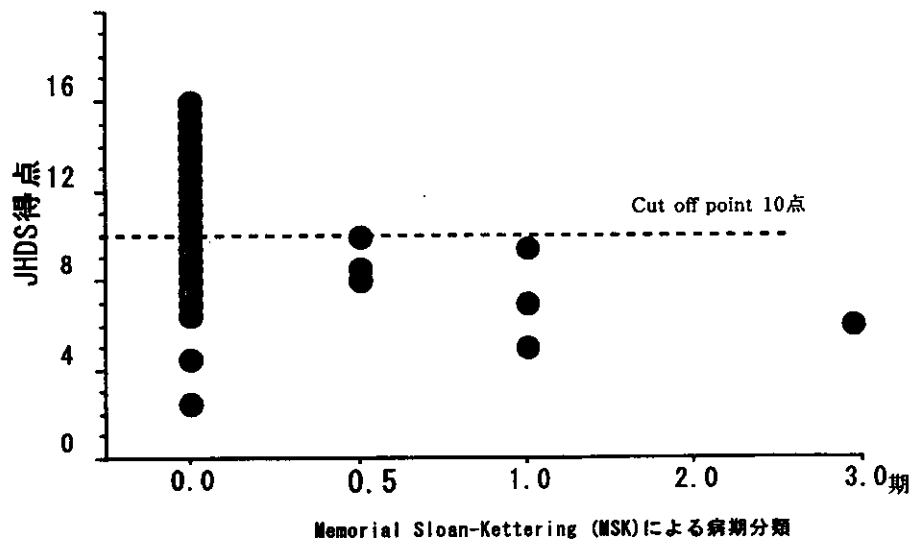


表1 対象の社会学的特性

	感染者(n=32)	対照群(n=99)	
%男性	88	51	# *
年齢	33±11	33±9	##
教育年数	14±3	16±3	## *
%無職	25	16	#
AIDS痴呆コンプレックス(人)	7	0	

(#:カイ2乗検定, ##:t検定, \*:p&lt;0.05)

表2 感染者のCD4陽性細胞数

	n	(%)
<100	5	(15.6)
<200	19	(59.4)
<500	8	(25.0)
合計	32	

表3 JSHD得点と社会的特性

	標準回帰係数	
年齢	-0.148	ns
教育年数	0.268	p<0.001
CD4細胞数	0.105	ns

(単回帰分析, ns: not significant)