

B. 本年度研究の位置付け

本研究は3つのプランから構成される。

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情報提供に関して意識調査を行う(平成12年度)
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(本年度)
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、本年度は主に「2. カウンセラーへの情報提供、及び3. 試行の効果と評価」を行った。

C. カウンセラーへの提供情報の評価調査

1) 目的

昨年度の結果を元に各カウンセラーが必要と考えられる情報を、地域、及びクライアントの状況を考慮し提供した情報について評価を求め、問題点を探る。

2) 方法

調査対象項目

平成13年1月から12月末日までに当メーリングリストに基づいて提供した11領域54件(再送付・個人への対応を除く)の情報について領域毎に5段階評価を得る。配布・回収はメール上で行った(資料1参照)。

なお、昨年は「カウンセリング関連」が最も高く評価されたが、今回はそれを内容によって「カウンセリング制度」、「イベント案内」、「資料参考文献紹介」「問い合わせ」に分けた。また、評価の高かった「社会問題」「女性問題」領域は今回、その大半を「ネットワーク報告」に含めた。昨年、評価の低かった「ホームページ案内」「研究班関連情報」については、原則として送付を止め、必要に応じて「問い合わせ」で対応することとした。

調査期間

平成14年1月25日から2月22日

調査対象者

昨年末の時点で107名への情報提供を行ったが、これは途中参加者、情報提供者及び情報内

容による一時的な受信者を含んでいる。対象者は心理社会的援助を主たる業務とするコアメンバー54名に対してアンケート参加の可否を打診し、回答可能とした者34名に配布し、回収できた32名を対象とした(回収率94.1%)。

3) 結果

今回の調査対象者の属性

32名(男8、女24)の平均年齢は41.0歳(26歳~52歳、中央値43歳)で、HIV/AIDS カウンセリングへの従事年数は平均7年4月(1年11月~16年、中央値5年6月)。

また、調査対象カウンセラーの所属地域を、平成13年10~12月間の新規感染者数の報告地域別比率と比較すると、一部地域では差があるが、概ね最近の新規届出数に相応していることが分かる(以下、図1参照)。

カウンセラーが対象としている者に関しては、全員が男性クライアントとのカウンセリング実績があり、女性クライアントとのカウンセリングは66%(実数21名)が経験している。感染経路についても性感染者への対応は91%(29)、うち異性間感染は84%(27)、同性間感染は81%(26)、両方のカウンセリング経験を持つ者は75%(24)に及んでいる。また血液製剤感染は88%(28)であり、いずれの感染者にも対応したことのある者は69%(22)となっている。なお、陽性妊婦については28%(9)となった。少なくとも今回の回答を寄せたカウンセラーは、昨年比べてより多彩な患者・感染者とカウンセリングを行っていることが分かる。

いずれの領域共、総じて評価は良好(全体評価平均4.05)で不要とされるべき領域はなかった(範囲3.7~4.4:3→どちらとも言えない 4→やや役にたった 5→とても役にたった)。相対的には相談員などの「募集問題」が最も低く、「血液凝固因子製剤に関する情報」「薬関連情報」「カウンセラー制度」と続く。反対に高く評価されたのは、「ネットワーク報告」「問い合わせ」「講演会レポート」「治療手引き」等の情報である(以下、図2参照)。

回答者の性別や就労形態等の属性により様々な群に分けて、領域の評価平均をt検定を行ったが、有意差(5%水準)が見られたものはなく、わずかに拠点病院のカウンセラーに「治療の手

引き」が低く評価する傾向、派遣カウンセラーに「カウンセリング制度」を低く評価する傾向、女性クライアントを持ったことのあるカウンセラーには問い合わせを高く評価する傾向(いずれも10%)が見られた程度である。

さらに対象数と従属変数の関係から不適切ではあるが、参考として重回帰分析を実施したが、目立った差異はなく、「イベント情報」に関して妊婦を扱ったことのある人や拠点病院のスタッフの方が高く評価する傾向、派遣や拠点スタッフでないカウンセラーほど、「製剤情報」を高く評価する傾向、そしてカウンセリング経験が長いほど「カウンセリング制度情報」低く評価する傾向が見られた(いずれも5%水準)。

4) 考察

全体評価平均は昨年の4.12と本年の4.05に大きな違いはない。この結果をみると、「個別に地域を限定して送付し、あるいは扱うクライアントの属性によって情報を選択し送付した工夫」や「情報をカウンセラー向けに選別して昨年の75件から54件に減らした効果」もないと言える。少なくとも今以上の選別を行う必要がないとは考えられる。

しかし、これについて別に考えられる原因は、アンケートの設問の不具合である。つまり回答者の負担を考えて、前回のように各情報を個別に評価してもらうのではなく、いくつかの領域にまとめてしまったために、回答者が一部の配布されていない情報も含めて評価せざるを得ず、評価を混乱させたのではないかという点である。

次に研究者の思い込みによる誤りである。昨年の結果では経験の浅い者は情報を幅広く欲しがるといった結果が出た。本年度はそれに基づき情報を送ったが、ここで「各カウンセラーにとって身近な地域、関わるクライアントに身近な情報が役立つ」と認識した点が誤りであった可能性が指摘できる。実際には派遣カウンセラーとして活動している者は、派遣の実態などについて情報提供されなくても分かっていた。また、上に述べた拠点病院のカウンセラーが「治療の手引き」情報を低く評価する傾向は、身近に専門医がいる環境が整っていて「治療情報が入手しやすい」から、もしくは「治療への相談は専

門医がきちんと対応している」からであろうし、派遣カウンセラーや非拠点病院のカウンセラー等の場合は、「専門医が近くにおらず、治療に関する情報が得にくい」、あるいは一般医療機関への派遣で「治療についての不安を訴えられることが多い」から治療の手引きの情報を役立つと評価しているのではないだろうか。このように考えると役立つ、立たないは、関わりや身近さとは独立した個別的な判断と推測される。

D. ネットワーク構築上の他の問題点

昨年度の結果で、カウンセラーが専門的な意見交換の場を求めていることが判明し、本年度、ホームページの開設や限定的な掲示板を試行する予定であった。しかし、昨年より「Nimda」や「TROJ_ALIZ」といったコンピュータウイルス、ワームなどがメールやメーリングリストに紛れ込む事態が頻発し、セキュリティに関して不安が肥大した。またインターネットではその性格上、多数のサーバーを情報が経路するので、暗号化された個人情報でも、その伝達には慎重である必要がある。こうしたことから、ホームページの開設については当分の間、断念することとした。今後、このセキュリティ問題に有効な解決法が提示されるまで、延期するつもりである。

また、カウンセラーの活動領域が広がるにつれて、様々な研修会や予防活動への配布資料やプレゼンテーション資料のニーズも高まってきている。本研究班の班員にも優れた資料を作成している者が多いが、それをインターネット上で交換するには、ファイルが大きく難しい問題がある。ホームページを開設しない今、代替りの交換手段を検討する必要がある。同様に専門家同士のケース・カンファレンスもインターネット上ではない形でどう開催していくのが課題となった。

E. 今後の方向性

これらの問題に対応するために今後の展開を以下のように設定した。

1. 本年度の情報提供は、情報を選別するか、

事前の希望に基づいて配信し、最終的に評価結果を比較・検討する。

2. ケース検討会については、昨年度開催された山形基金による「カウンセラーのための検討会」等のオフライン・ミーティングを積極的に広報・支援する形でネットワーク構築を図る。

3. 個別の問い合わせについては利用者の評価は高いので、支援のシステムとしてあり方を検討する。

4. 大容量の共有情報については、当面、資料2のようなCD-Rで限定的に配布し、次年度はより広く共有できる形のものを作成し、評価を受ける。

F. まとめ

インターネット上でのカウンセラーに対する情報提供は一定の評価を得て、システムとして稼働し始めた。しかし、各カウンセラーのニーズにあった内容を適切に配信しているかについてはさらに検討を要し、個別の問い合わせに対する支援のあり方も考えていく必要がある。

また専門家によるケース検討会については、インターネット上では行わず、個別の問い合わせ、もしくはオフライン・ミーティングを支援していくのが、現実的な選択である。

大容量データの共有に関して必要性が増しており、共有データの作成と配布を行う必要がある。

資料1: 配信情報一覧

1. 東京 HIV 診療ネットワーク活動報告

「女性感染者とHAWの活動」について 1/24

INFの自己注射の要望について 1/24 4/17

9/19 10/29 12/14

7 薬剤問題 1/24 4/17

90日処方経過 1/24 4/17 9/19 10/29

リバビリンについて 1/24 4/17 5/19

10/29

新聞報道の人工受精に関して 1/24

他の研究班供給薬剤について 1/24

講演会案内

カレトラ関連講演会 4/17

横浜エイズ文化フォーラム 7/19

医科研講演会のお知らせ 7/19

症例検討会「エイズ専門診療の現状と今後の課題」案内 12/14

総会関連 4/17 5/19

エイズ学会サテライトについて 4/17

歯科診療ネットワーク準備委員会 5/19

血液製剤出荷停止問題 5/19

東京都の連絡協議会報告 7/20

ネットワークと医師会の話し合い 7/19 9/20

一般医療機関との協議について 10/29

急性期検査法の問題 7/19 9/20

無断検査、一律検査問題 9/20

アジア太平洋エイズ国際会議関連 9/20
12/14

15回エイズ学会について 9/20

薬剤組み合わせ調査について 10/29

東京都エイズ予防月間シンポジウム エイズと結核 10/29

針刺し事故のガイドラインについて 12/14

TenofovirがFDAで認可 12/14

2. イベント案内

HAW報告会「女性とHIV感染症」のご案内 3/7

クロスエイズM10周年記念シンポジウム 6/6

HIV/AIDS カウンセリングのワークショップ

6/16 8/14 9/16 9/19

2002年大会シンポ 9/16

公開研究授業「豊かな人間性をはぐくむエイズ教育(性教育)の推進」 10/26

第8回遺伝子診療セミナー 11/5

「山形操六記念基金」主催HIVカウンセリングセミナーのご案内 11/5 12/5

厚科研研究成果発表会「エイズ 今、何が起きているのか」 11/7

日本血栓止血学会ミニシンポ 11/7

「医療ソーシャルワーカーのための外国人HIV診療ワークショップ」 11/11

3. 薬関連情報

抗HIV薬の承認情報 3/8

Didanosine (Videx EC Capsules)、ブリストル製薬、承認(平成13/3/7)他

リバビリンの認可状況 10/15

血友病とリバビリン承認条件 11/6

抗 HIV 剤の無許可複製薬問題について 3/5

4. 凝固因子製剤関連

遺伝子組替え凝固因子製剤のコージネイトの出荷停止関連 3/16 3/23 5/15 7/10 12/3 12/25

コージネイトでの治療について 11/23

遺伝子組替え凝固因子製剤のリコネイトの輸入遅延関連 9/18

5. 肝炎関連情報

B・C 肝炎関連の相談の対応についての参考事項 4/3

HIV 感染と肝炎 5/29

6. 治療の手引き関連

「治療の手引き第 5 版」の主な改訂点 9/17

「治療の手引き第 5 版」のホームページ 10/3

治療の手引き配布 12/20

7. カウンセラー制度関連

「遺伝カウンセラー」についての厚生労働省の動き 9/17

大阪の派遣制度について 9/20

8. 資料参考文献紹介

Ethics in HIV-Related Psychotherapy Clinical Decision-Making in Complex Cases 3/18

配布冊子「HIV 感染症の臨床 基礎編、応用編、資料編」の 2001/6 版 7/10

資料パワーポイント配布 12/5

9. 講演会レポート

HIV と精神科疾患 1・2 4/3

「世界に広がる深刻なエイズ問題の理解とリーダーシップの責任」シンポジウム 4/3

マーケティングから見た予防活動へのヒント 4/12

勉強会「HIV 感染症と歯科」 4/17

意見報告 エイズ教育 10/10

10. 問い合わせ

他地域医療機関の状況・案内・紹介(外科・産科・歯科) 7/6 10/5 12/17

冊子資料残部問合せ、送付依頼 8/15

地方の派遣カウンセリング状況 10/10

クラミジアとコンドーム 12/21

11. 募集情報

本ネット参加メンバー募集について 9/16

エイズ教育についての意見募集 10/2

篤志面接員募集 12/1

アンケート協力依頼、CD-ROM 12/11

資料 2: CD-R について

今回、作成中の CD-R 添付の注意書き抜粋。(2002 年 3 月 25 日現在)

本 CD-R は様々な啓発活動や説明などに有効な工夫された資料を共有できる反面、古い資料に基づいた話をしてしまう危険性もあります。今回の送付は資料をご提供いただいた方々、及び本ネットのアンケートにお答えいただいた、つまりレスポンスがあり、連絡が取れている方に限定いたしました。本資料に何か間違えがあれば、連絡いたしますので、チェックのほど宜しくお願いいたします。

本資料の利用に当たっては以下の点に留意ください。

1. 原則として再利用(プレゼンなどで見せる、自己の配布資料の一部に使用する等)可能な許可は頂いていますが、一部使用に制限のあるものもあります。作成者別 readme.txt をご覧ください。また電子版のままでの再配布はご遠慮ください。但し、製作者の許可があれば、この限りではありません。
2. 本資料を利用する際は出典、作成者を明示してください。
3. 本資料に誤りを発見した場合は、私、もしくは作成者にご連絡ください。
4. 原資料を改訂した資料を作成した時は、作成者にご一報いただければ幸いです。
5. できれば、来年は研究成果として広く配布することも可能な資料も作成したいと思っていますので、共有できる資料、掲載希望の資料がありましたら、お知らせください。

6. Windows 上で作成されています。

掲載予定内容概略(実際に配布されるものと一部内容が異なる場合がありますので、ご了承ください、なお表題は当方で便宜的につけた仮題です-順不同)

HIV/AIDS 説明及びプレゼンテーション関係

日笠 聡 抗 HIV 療法の歴史と現状

山元 泰之 AIDS 史・説明

今村 顕史 HIV/AIDS 治療関連概観

岩本 愛吉 HIV/AIDS 解説

村上未知子 初心者看護師向け概説

木原 正博 HIV/AIDS 疫学的動向

外国人関連

- 神谷 昌枝 外国人のための相談サービス資料
 菊池恵美子 外国人支援についてのプレゼンテーション—エイズ学会発表分

カウンセリング関係

- 神谷 昌枝 心理社会的問題プレゼンテーション
 神谷 昌枝 コミュニケーションスキル資料
 神谷 昌枝 クイズ Q&A(講演者用)資料
 神谷 昌枝 クイズ Q&A 資料
 松本 智子 HIV カウンセリング資料
 松本 智子 HIV カウンセリングの実際資料

肝炎関連

- 花房秀次 HIV 感染と肝炎資料

基礎資料

- 高田昇 用語集 V6a4 資料
 山元 泰之 事前学習用資料
 山元 泰之 NewsLet_2002 資料
 小島 賢一 HIV 年表資料
 今村 顕史 一般医療機関との連携講座資料
 今村 顕史 0106 版基礎編資料
 今村 顕史 0106 版応用編資料
 今村 顕史 0106 版資料編資料

血液製剤関連

- 桑原 健 血液製剤安定性資料

研究・文献

- 児玉 健一 HIV カウンセリング文献リスト資料
 塚田 弘樹 HIV 文献紹介資料

抗 HIV 剤関連

- 桑原 健 能書 teno1 資料
 桑原 健 能書 3TC 資料
 桑原 健 能書 dd1 資料
 桑原 健 能書 SQV 資料
 桑原 健 能書 RT2 資料
 桑原 健 能書 RT1 資料
 桑原 健 能書 NVP 資料
 桑原 健 能書 NFV 資料
 桑原 健 能書 ddC 資料
 桑原 健 能書 d4T 資料
 桑原 健 能書 ZDV 資料
 桑原 健 能書 IDV 資料
 桑原 健 能書 dd2 資料
 桑原 健 能書 ddIEC 図

- 小島 賢一 HIV と Viagra 資料
 桑原 健 葉一覽資料
 日笠 聡 何飲んでる研究プレゼンテーション—エイズ学会発表—

JHDS

- 磯本 明彦 JHDS 用紙資料
 磯本 明彦 JHDS 施行方法動画
 磯本 明彦 JHDS-README 注意事項
 平林 直次 JHDS 研究報告書 研究班提出資料

人工授精

- 花房 秀次 人工授精資料

性教育・セクシャリティ・予防教育

- 内野 英幸 性 プレゼンテーション
 日笠 聡 sexuality プレゼンテーション
 内野 英幸 性教育ガイドライン試案資料
 日笠 聡 HIV 感染予防 プレゼンテーション

精神科関連

- 磯本 明彦 HIV 脳症の神経心理学 2001 資料
 磯本 明彦 精神科における HIV 心理臨床資料
 平林 直次 HIV と精神医学 プレゼンテーション
 平林 直次 HIV 感染症と精神医学 プレゼンテーション—最終報告会使用—

針刺事故対応教育プログラム

- 清水 恵 感染リスクを下げるための教育プログラム

針刺事故対応プレゼンテーション

- 日笠 聡 PEP2002 プレゼンテーション

服薬援助

- 日笠 聡 服薬援助シート ver3.4 資料
 日笠 聡 服薬援助シート使用法 ver3.4 資料

服薬指導プレゼンテーション

- 日笠 聡 AIDS・HIV 感染症の臨床 2001.12. プレゼンテーション
 日笠 聡 CD4 HIV-RNA HAART ver1.4 プレゼンテーション
 日笠 聡 薬剤耐性と服薬援助 1.01 プレゼンテーション
 日笠 聡 HAART を始めるあなたへ プレゼンテーション

その他

- 小島 賢一 法律問題. 資料
- 小島 賢一 身体障害認定資料資料
- 小島 賢一 感予指針資料
- 小島 賢一 感染症発生届出様式資料
- 小島 賢一 WebList 表
- 小島 賢一 HIV 感染児童・生徒の受入資料
- 小島 賢一 感予防法資料

図1 対象者地域と新規感染者報告数

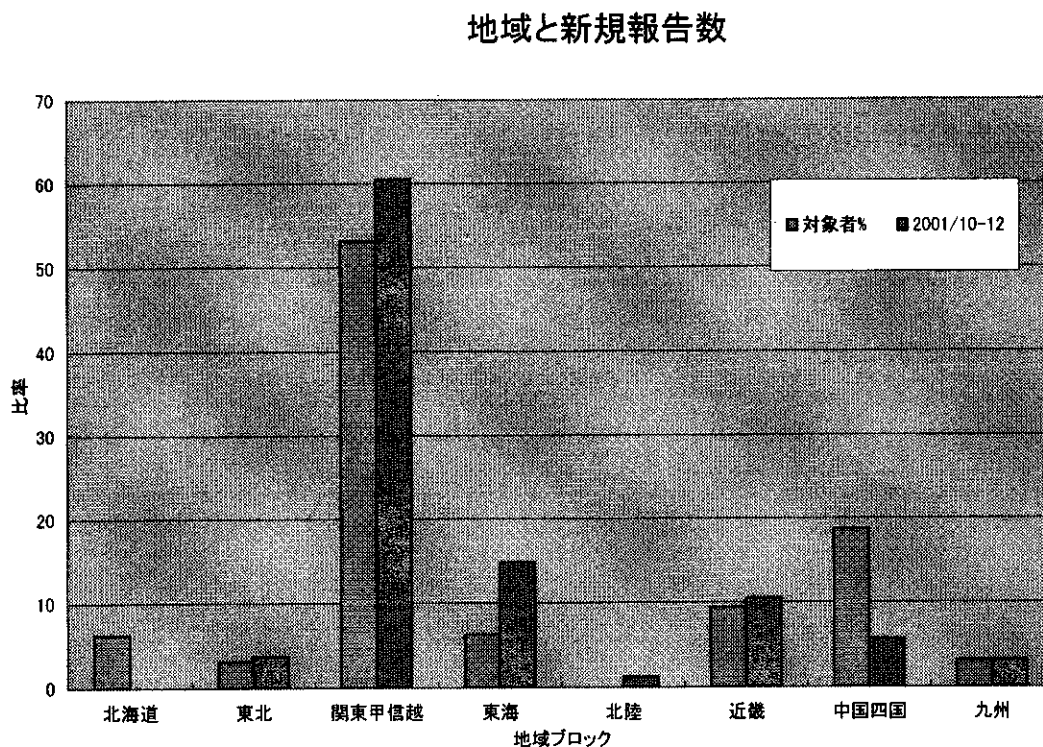
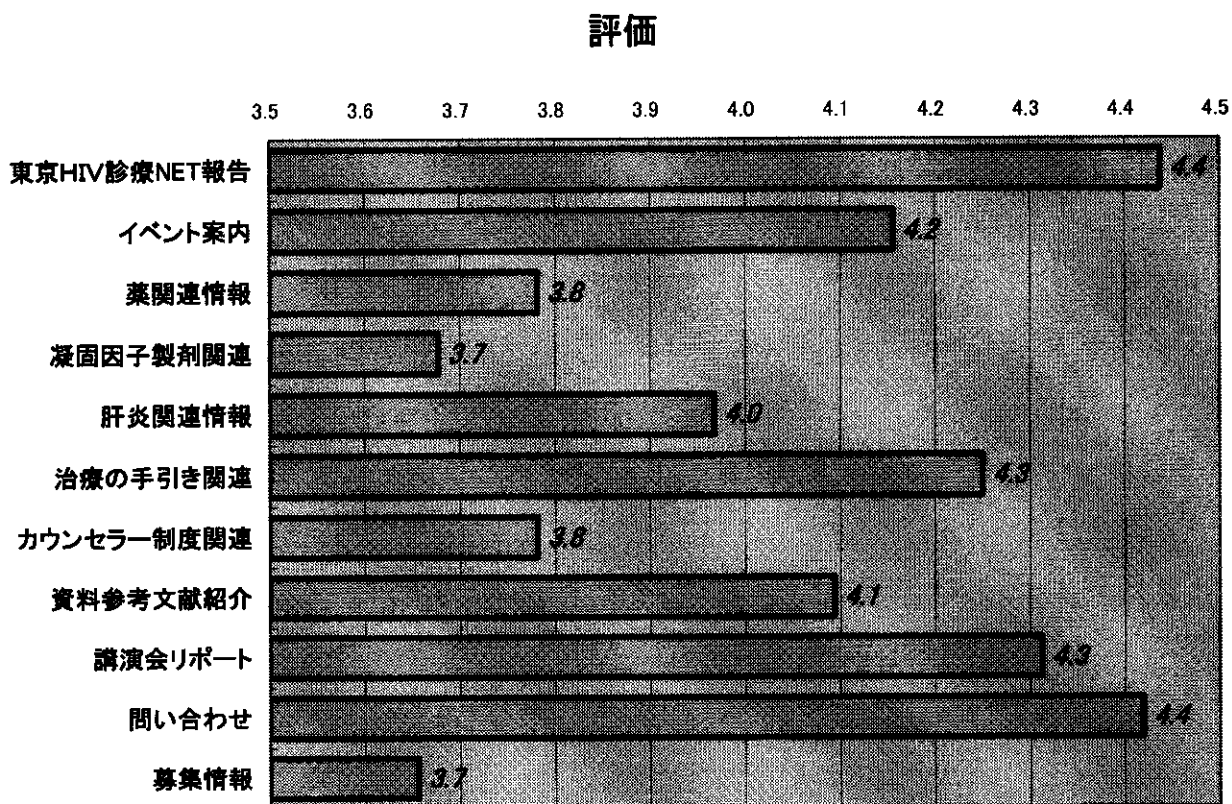


図2 領域別の評価



研究 6：精神科と専門カウンセラーとの連携に関する研究

平林 直次 (国立精神・神経センター 武蔵病院)
 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)
 榊屋 次郎 (東京医科大学精神神経科)
 磯本 明彦 (北里大学病院精神神経科)
 酒井 健 (東京都立大学人文科学研究科)
 小島 賢一 (荻窪病院血液科)
 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

平成 12 年度には、HIV 痴呆をスクリーニングするための日本語版 HIV 痴呆スケール (Japanese version of HIV dementia scale: JHDS) を開発した。

本年度は、HIV 痴呆の重症度と免疫学的指標との関係を明らかにすることを目的とし、次のような調査を行った。文書にて同意の得られた HIV 感染者 42 名 (男性 40 名、平均年齢 38 ± 12 歳) に、JHDS を施行した。また、同時に性別、年齢、教育歴、職業などの社会学的特性、感染経路、CD4 陽性細胞数、HIV RNA 量、日和見感染症の有無、抗 HIV 薬服薬歴、精神疾患および神経疾患の既往歴など医学的因子を調査した。これらの調査項目と JHDS 得点との関係を解析した。

JHDS 得点 (平均 13.4 ± 2.5) と CD4 陽性細胞数 (平均 406 ± 239 単位) との間には、有意な正の相関を認めた ($r=0.489$, $p<0.01$)。CD4 陽性細胞数の減少にともない、JHDS 得点も低下していくことが予想された。JHDS 得点が 10 点以下の感染者は 4 名いたが、3 名は HIV 痴呆と臨床診断されていなかった。HIV 痴呆の cut off point は 10 点 (感度 100%、特異度 88.7%) であり、JHDS 得点 10 点以下の感染者に、HIV 痴呆が未診断となっている可能性が残された。今後は CD4 陽性細胞数の低下を参考に JHDS を施行し、HIV 痴呆が疑われた場合、カウンセラーと精神科医とがより密接な連携を行い正確な診断をしていく必要があることが示された。

A. 研究目的

欧米圏からの調査報告では、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¹⁾。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¹⁾。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た。

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一つの原因と考えられた。このため、平成 12 年度には、欧米圏で汎用されている Power, C_r¹¹⁾ により開発された HIV 痴呆スケールをもとに JHDS を開発した。これは、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である。また、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% であることが明らかとなった¹⁾。しかし、HIV 感染者に認められる知的機能の低下に関しては、HIV 感染症に関わる診療スタッフの間でも未だに十分な関心が持たれていないのが現状である。今後、本検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必要がある。また、カウンセラーに対して HIV 痴呆に関する教育、啓蒙を行うと同時に、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低下の適切な評価方法を浸透させることが望まれる。

以上のような現状を踏まえ、本研究の目的は、JHDS のカウンセラーらへの普及をはかることである。また、免疫機能低下と HIV 痴呆との関係を明らかにし、HIV 痴呆の早期発見を進めていくことである。

B. 研究方法

本研究班のカウンセラー、全国ブロック拠点病院のリサーチレジデントらに、JHDS の施行方法を撮影した CD-ROM を送付した。また、この CD-ROM に、検査用紙、検査マニュアルをファイルとして添付した。これを各自再生しビデオ学習を通して、精神科医またはカウンセラーからなる調査者に JHDS の施行方法を修得してもらった。

次に、文書にて研究の趣旨を説明し同意の得られた HIV 感染者 42 名に JHDS を施行した。また、CD-ROM に HIV 痴呆の診断基準、病期分類の説明を添付し、JHDS 施行者によって、HIV 痴呆の可能性、重症度について記入を求めた。HIV 痴呆は AIDS dementia complex (ADC) とも呼ばれ、痴呆の診断は the American Academy of Neurology による診断基準⁹⁾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¹⁰⁾、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。一般的項目として、性別、年齢などの社会的特性、感染経路、CD4 陽性細胞数、HIV RNA 量、日和見感染症の有無、抗 HIV 薬服薬歴、精神疾患および神経疾患の既往歴など医学的因子を調査した。さらに、教育歴、職業などは、神経心理学的検査の結果に影響を与えることがあり、調査項目に加えた。これらの調査項目と JHDS 得点との関係を解析した。なお、統計学的検討には SPSS10.0J を用い、 $p < 0.05$ を統計学的に有意とした。

C. 研究結果

対象 42 名に対して JHDS を施行した。対象の社会的特性などを表 1 に示した。対象の平均年齢は 38 ± 12 歳で、男性 40、女性 2 名であった。対象には、男性が多く含まれていた。教育年数は、男性 14 ± 3 年、女性 12 ± 0 年であった。CD4 陽性細胞数は、男性 $404 \pm 228/\mu l$ 、女性 $447 \pm 556/\mu l$ であり、その詳細は表 2 に示した。また、職業については表 3 に、感染経路については表 4 に示した。血液/血液製剤による感染者は 18 名、性感染者は 24 名であった。無職の者は、42 名中 11 名で、26.2%を占めてい

た。また、ADC と診断された感染者は MSK1 期 1 名、0.5 期 1 名であった。したがって、ADC と診断がつけられていた感染者は 1 名のみであった。

次に、JHDS 得点と年齢、教育年数、CD4 陽性細胞数、HIV-RNA 量との関係を検討した。表 5 に示したように、JHDS 得点は、年齢および CD4 陽性細胞数との間に統計学的に有意な相関関係を示した。しかし、JHDS 得点は、教育年数および HIV-RNA 量との間には、有意な相関を示さなかった。さらに、表 6 に示したように、性別、抗 HIV 薬の服薬、向精神薬の服薬との関係を検討した。抗 HIV 薬服薬群と非服薬群との間で、JHDS 得点に有意な差はなかった。向精神薬についても、服薬群と非服薬群において有意な差は認められなかった。

以上の結果から、JHDS 得点と有意な相関関係を示したのは、対象の年齢と CD4 陽性細胞数のみであった。そこで、両者において単回帰分析を行ってみると、 $r = -0.433$ 、 $p = 0.005$ で有意な負の相関関係を認めた。JHDS 得点に影響を与えているのは、年齢と CD4 陽性細胞数のうちいずれかを同定するために重回帰分析を行い、その結果を表 1 に示した。その結果、JHDS 得点の変化を説明するのは、CD4 陽性細胞数であることが判明した。

D. 考察

平成 12 年度の研究報告では、JHDS 得点は、被検者の年齢、性別、職業、教育年数、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、JHDS 得点は、ADC を発症すると有意に低下することが明らかにされた。本年度の研究結果では、JHDS 得点は CD4 陽性細胞数と有意に相関することが示されており、この点のみ昨年度の結果と異なっていた。このため、JHDS 得点と CD4 陽性細胞数との関係を明らかにすることを目的に、両年の対象をあわせた 73 名について再度解析を行った。CD4 陽性細胞数を横軸に JHDS 得点を縦軸にとり、CD4 陽性細胞数と JHDS 得点との関係を図 1 に示した。両者の間には $r = 0.292$ 、 $p = 0.012$ と有意な相関関係が認められた。

このことは、臨床的に ADC と診断されていない患者においても、JHDS 得点は CD4 陽性細胞数の低下とともに低下している可能性を示している。ただし、この JHDS 得点の低下をもって、HIV 痴呆 (ADC) の診断を行うことはできない。あくまでも、JHDS 得点の低下を参考に ADC を疑い、その診断基準に照らし合わせ診断を行わなければならない。その診断に当たっては、髄液検査、頭部 CT、MRI などの画像診断、脳波などの検査を実施することが必要である。

図 1 に示されたように、ADC と診断されたのは、8 名の感染者であった。この 8 名の CD4 陽性細胞数は、 $179\sim 710/\mu\text{l}$ であり、 $100/\mu\text{l}$ 未満の感染者はいなかった。また、この 8 名の ADC を示した感染者は、CD4 陽性細胞数から予想される JHDS 得点 (線形回帰直線) より著しく低い JHDS 得点を示した。ADC を示した感染者では、CD4 陽性細胞数と JHDS 得点との間に相関関係は認められなかった ($r=0.029$ 、 $p=0.946$)。ADC を示した症例数は少なく、断定的な結果の解釈は困難であるが、以下のような臨床的考察が可能である。感染後、JHDS 得点は CD4 陽性細胞数の減少とともにしだいに低下する。CD4 陽性細胞数が $100/\mu\text{l}$ 未満となると、ADC を発症する危険率が 15 倍高まる^{vii)}。このようにして ADC を発症した後の認知障害は、効果的な HAART (highly active antiretroviral therapy) の施行にも関わらず、知的機能低下を後遺症として残す場合がある。このため、治療により回復した免疫機能を示す CD4 陽性細胞数と知的機能を示す JHDS 得点との間には、図 1 に示されたような解離が生じることがあると予想される。また、Multicenter AIDS Cohort Study によると、CD4 陽性細胞数 $201\sim 350/\mu\text{l}$ と高値にもかかわらず、HIV 痴呆と診断される感染者の増加が指摘されている^{viii)}。したがって、HIV 感染症に認められる認知障害の早期発見には、CD4 陽性細胞数の減少にともない低下する JHDS 得点に注意することが必要である。また、かつて CD4 陽性細胞数が $100/\mu\text{l}$ 未満に低下したことがある感染者では、CD4 陽性細胞数と JHDS 得点との解離に注意することが有効である。

本研究では、42 名中 4 名が JHDS 得点 10 点以下であり、このうち ADC と診断されたのは 1 名のみであったことは、すでに述べたとおりである。昨年度の本研究に示された JHDS の positive predictive value は、0.33 であった。このことから、JHDS 得点 10 点以下の 4 名中に 1.3 名の ADC が含まれていると推定される。したがって、本年度の研究結果に示された ADC の患者数は、妥当であると考えられた。しかし、ADC の診断基準、MSK の病期分類の内容を吟味してみると、カウンセラーだけで診断することは困難であり、また、ADC の診断をするに当たっては、内科医でも困難を覚えることがあると予想される。したがって、知的機能の評価をめぐっては、今後、拠点病院における精神科医のネットワークを作り、さらなる精神科医とカウンセラーとの連携を進めていく必要があると考えられた。

E. 結論

1. CD4 陽性細胞数と JHDS 得点の間には、有意な正の相関関係が認められた。
2. HIV 感染症に認められる認知障害の早期発見には、CD4 陽性細胞数の減少にともない低下する JHDS 得点に注意する必要がある。また、かつて CD4 陽性細胞数が $100/\mu\text{l}$ 未満に低下したことがある感染者では、CD4 陽性細胞数が低値でなくても、CD4 陽性細胞数と JHDS 得点との解離に注意が必要である。知的機能の評価をめぐっては、今後、拠点病院における精神科医のネットワークを作り、さらに精神科医とカウンセラーとの連携を進めていく必要がある。

F. 引用文献

- i) 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.

- ii) 平林直次、笠原敏彦、赤穂理絵、木曾智子、磯本明彦、花岡知之、酒井健、遠藤麻子：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. 平成 11 年度 HIV 感染症の疫学に関する研究報告書. 628-33, 2000.
- iii) Power C, Selnes OA, Grim JA, et al : HIV dementia scale: a rapid screening test. J Acquir Immune Defic Syndr and Hum Retrovirol. 8: 273-278, 1995.
- iv) 平林直次、木曾智子、山下幸江、磯本明彦、酒井健、遠藤麻子、小島賢一、笠原敏彦、花岡知之：平成 11 年度 HIV 感染症の疫学に関する研究報告書. 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. HIV 感染症の医療体制に関する研究. 平成 12 年度研究報告書. 308-312, 2001.
- v) 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.
- vi) Price RW, Brew BJ: The AIDS dementia complex. J Infect Dis. 158: 1079-1083, 1989.
- vii) 平林直次、赤穂理絵、笠原敏彦、木曾智子：総説 HIV 感染者に認められる精神障害. 日本エイズ学会誌. 3: 99-104, 2001.
- viii) Sacktor N, Lyles RH, Skolasky R, Kleeberger C, Selnes OA, Miller EN, Becker JT, Cohen B, McArthur JC: HIV-associated neurologic disease incidence changes: Multicenter AIDS Cohort Study, 1990-1998. Neurology. 56 (2): 257-260, 2001.

G. 研究発表

論文発表

1. 平林直次、赤穂理絵、笠原敏彦、木曾智子：総説 HIV 感染者に認められる精神障害、日本エイズ学会誌 3:99-104
2. Hirabayashi N, Fukunishi I, Kojima K, Kiso T, Yamashita Y, Fukutake K, Hanaoka T, Iimori M: Quality of Life (QOL) in Japanese Patients with Human Immunodeficiency Virus (HIV) Infection, Advances in Psychosomatic Medicine 2002:23, in press.
3. Hirabayashi N, Sakai T, Kiso T, Nobuto A, Yamashita Y, Isomoto A, Kojima K, Hanaoka T, Kimura T, Fukutake K: development of the Japanese version of HIV dementia scale (JHDS) to detect cognitive disorders in patients with HIV, and its sensitivity and specificity, The Journal of AIDS Research. 2002, 4: in press.
4. Hirabayashi, N, Fukunishi, I. Psychiatric problems of Patients with HIV/AIDS in Japan Consultation-Liaison Psychiatry in Japan, Advances in Psychosomatic Medicine Vol 23 T.N. Wise Edt, Karger 85-106

表1 対象の社会学的特性

	男(n=40)	女(n=2)	
%	95	5	
年齢	38±12	46±18	ns
教育年数	14±3	12±0	ns
CD4陽性細胞数	404±228	447±556	ns

(t-検定, ns: not significant)

表2 感染者のCD4陽性細胞数

	n	(%)
<100	9	(22.0)
<200	17	(41.5)
<500	15	(36.6)
不明	1	(2.4)
合計	42	(100.0)

表3 職業

	n	%
無職	11	(26.2)
管理職	5	(11.9)
専門職	5	(11.9)
事務職	5	(11.9)
自営業	3	(7.1)
肉体労務	2	(4.8)
主婦	1	(2.4)
パート・アルバイト	4	(9.5)
その他	4	(9.5)
不明	2	(4.8)
合計	42	(100.0)

表4 感染経路と性別

	男	女	合計
血液/血液製剤	18	0	18
性感染			
同性間	18	0	18
異性間	3	1	4
不明	1	1	2
合計	40	2	42

表5 JHDS得点と社会的特性

	標準回帰係数	
年齢	-0.409	p<0.01
教育年数	0.158	ns
CD4細胞数	0.489	p<0.01
HIV RNA量	-0.005	ns

(単回帰分析, ns: not significant)

表6 JHDS得点と性別、治療薬

		平均値	平均値の差	(95%信頼区間)	
性別	男	13.6±2.1	-4.10	(-64.7~72.9)	ns
	女	9.5±7.8			
抗HIV薬	あり	13.4±2.6	-0.28	(-3.3~2.8)	ns
	なし	13.7±0.6			
向精神薬	あり	13.3±1.5	-0.05	(-1.8~1.7)	ns
	なし	13.4±2.9			

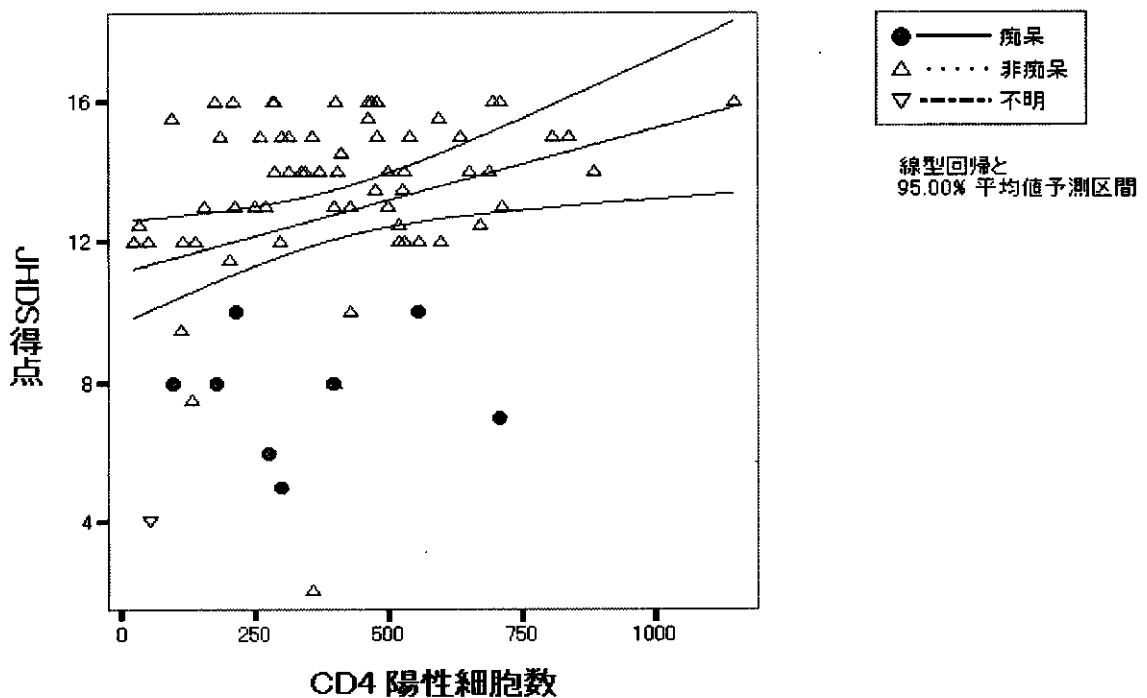
(t-検定, ns: not significant)

表7 JHDS得点と年齢、CD4陽性細胞数

	標準化係数	
年齢	-0.246	ns
CD4陽性細胞数	0.383	p<0.05

重回帰分析

図1 CD4陽性細胞数とJHDS得点



HIV 感染者/AIDS 患者の発見動機についての疫学的調査研究 —結核合併 HIV 感染者における HAART 開始後の免疫再構築による症状増悪について—

分担研究者:坂谷光則(国立療養所近畿中央病院)

研究要旨

昨年度の研究結果から、結核診療を契機として発見される HIV 感染者が、低率ではあるが存在することは確実である。両者を併せて治療する場合には、どちらかを単独に治療する場合とは異なり、両疾患について十分な知識と経験を有する医療施設が必要であると推測される。

本年度は自施設での経験例の分析を元に、抗結核治療を抗 HIV 治療と平行して実施する場合、特に後者が HAART の場合に、結核病態の一時的な悪化を来して生命を脅かす場合や、予想以上の長期治療を要する例のあることを明らかとした。

政策医療呼吸器結核ネットワークは、エイズ診療体制とは別に制定されている政策医療診療ネットワークであるが、結核の診療を通して HIV 感染者の早期発見に務めると共に、HIV 感染合併結核の治療面でも、単に抗 HIV 治療に関する知識を有するだけではなく、両者合併治療に十分精通した知識を持ち、経験を深めることが必要と考えられた。

1・研究の背景

政策医療呼吸器ネットワークに所属する施設では、結核の診療中に HIV 感染合併例であることが判明する場合がある。それらの症例の診療は肺結核が伝染性呼吸器感染症であることから、HIV 診療専門施設に転院せずに、そのまま結核診療施設で継続されることが多い。しかし最近、このような症例で、最新の HAART 開始と共に、それまで順調に経過していた結核の病態が急速に悪化する場面のある事が知られるようになってきている。従って、両者合併治療では、各々の単独治療とは異なる病態の生じることが推測される。

2・目的

政策医療呼吸器結核ネットワークに所属し、HIV 診療拠点病院でもある国立療養所近畿中央病院での、結核合併 HIV 感染者の治療中に病態悪化を示した 2 症例を分析し、両疾患合併例の治療における特殊な注意点を明らかにする。

3・症例

第 1 例:タイ人女性、27 歳、HIV 異性間感染。他病手術で入院中に HIV 陽性(血中 CD4 細胞:44)と判明。その後、原因不明の発熱が始まり、日和見感染症が疑われたものの、病巣と病原体は不明のまま、HAART 治療が開始された。4 日後より頸部リンパ節腫脹が出現し、生検にて結核性リンパ節炎と判明、抗結核治療が追加開始された。縦隔リンパ節腫大と肺結核の存在も顕性化し、喀痰中

結核菌陽性が明らかとなった(CD4 細胞:216)。その後、排菌陰性化まで 1 年以上を要し、この間、HAART 治療は継続されていた。

第 2 例:日本人男性、48 歳、HIV 同性間感染。急性発症の発熱と動悸があり、救急病院に入院し、心嚢液貯溜が発見された。心嚢液中に結核菌 DNA が検出され、結核性心外膜炎と判明した。ほぼ同時に HIV 陽性も判明し、抗結核治療のみ開始された(血中 CD4 細胞:54)。心外膜炎の治療経過は良好であり、6 か月後より HAART 治療が追加開始された。その 1 週間後より高熱発生し、心嚢液再貯溜と共に左胸膜炎も出現、動悸と呼吸困難の症状が認められた(CD4 細胞:176)。HAART を中止し、ステロイドホルモン剤投与することにより、心外膜炎と胸膜炎は軽快した。

4・考察

抗結核治療と抗 HIV 治療を共に実施する場合に、リファンピシン(RFP)とプロテアーゼ阻害薬の相互作用によって、両者の治療効果を減弱させることは良く知られている。最近の抗 HIV 治療は、プロテアーゼ阻害薬を含まず、しかも従来の処方以上に著効をもたらす HAART が主流となり、抗結核剤の主薬である RFP は投与し易くなっている。しかし、一方ではこの両者併用による治療開始後に、高熱を伴った著しい肺浸潤影の出現が見られたとの報告が散見されるようになった。広範な結核病巣を有する免疫異常のない症例の経過中に、治療が奏効して大量の結核菌抗原物質が病巣から

放出され、過大な免疫反応が生じる初期悪化と称される事象があり、それと相似した現象と思われる。

今回の2自験症例の治療も、第1例では同時開始、第2例では経験を踏まえての時間差を置いた治療開始であったが、HAART 効果で血中 CD4 細胞の増加を示すと共に、結核性炎症反応(リンパ節炎、結核性肺炎、心外膜炎、胸膜炎)が出現増悪し、病態の悪化、治癒の遅延が見られた。これらは、HAART と抗結核治療の併用により初めて出現するものであり、それぞれの単独の治療では見られないと言ってよい副次反応である。従って、HIV 診療のみ、あるいは結核診療のみを主体とする医療機関では、あまり経験することはなく、症例に遭遇した際には、時には重篤な病態に至る可能性もあることから、対応が不十分となる危険性をはらんでいる。現状では結核治療を優先し、HAART 治療開始を遅らせることが予防策として唯一のものであるが、その適切な時間差については未だ十分な知識がなく、第2例のように十分と思われる時間差にもかかわらず、反応の見られた例も存在する。

5・結論

呼吸器結核ネットワークとエイズ診療ネットワークは、より密接に連携することが好ましい。

上記連携によって、潜在する HIV 感染者の早期診断が可能となるのみならず、合併する呼吸器感染症(結核を含む)の治療特有の問題点などに関しても、さらに十分な情報交換の必要性があると考えられる。

6・健康危険情報

該当なし。

7・発表

坂谷光則:(講演)

HIV 陽性者に合併する肺結核の病態と治療

石川県立中央病院、平成14年1月19日

(主催:北陸 HIV 診療拠点病院グループ)

在日外国人 HIV 診療についての研究

分担研究者：若井 晋（東京大学大学院医学系研究科国際地域保健学講座）

協力研究者：奥村 順子（東京大学大学院医学系研究科国際地域保健学講座）
 沢田 貴志（神奈川県勤労者医療生活共同組合港町診療所）
 石川 陽子（東京大学大学院医学系研究科国際地域保健学講座）
 野村 由華（東京大学大学院医学系研究科国際地域保健学講座）
 杉本 典子（東京大学大学院医学系研究科国際地域保健学講座）
 山田カエリ（慶応義塾大学小児科）
 枝木 美香（アユス仏教国際協力ネットワーク）

研究要旨

平成 12 年度に引き続き、平成 13 年度も相談体制、医療費問題、患者支援体制に関する情報収集に関する調査・研究を実施した。その主な内容は以下のとおりである。

相談体制：平成 13 年 12 月に拠点病院の MSW を対象とした在日外国人の HIV 診療に関する参加型ワークショップを開催し、36 名の参加者を得た。MSW から HIV 診療を受ける在日外国人の医療相談について、通訳確保、社会資源の活用、帰国支援等の内容を含むガイドライン作成の必要性が提言された。

医療費問題：費用効率（10 年間の医療費推計）および公衆衛生的インパクト（新たに発生すると推測される HIV 感染者数）の 2 つの視点から、現時点で提供可能な在日外国人 HIV 診療のあり方を 4 種のシナリオに基づき Probability Analysis の手法を用いて検討した。その結果、現時点での本邦における抗レトロウイルス剤（ARV）の価格では、定期的な CD4 測定と Viral-load 測定に基づく適切なカウンセリングが費用効率の面で最も効果的であることが判明した。

患者支援体制に関する情報収集：先進国（イギリス・米国・フランス）および患者の母国（タイ・ブラジル・ペルー）における患者支援体制の状況に関する情報を収集した。特記すべきこととして、先進国の例として、フランスにおいて 2000 年 1 月より施行された Universal Medical Coverage があげられる。すべての同国在住者がヘルスケアへの平等なアクセスを保障されており、低所得者であれば外国人にも無料で医療が提供されている。一方、タイでは低所得者向けに 1 回の治療が 30 パーツで受けられるという「30 パーツ政策」が 2001 年 10 月より施行された。

1. 研究の背景

現在、日本に居住する外国人は、外国人登録をしている者が 1,686,444 人であり¹⁾、これまで日本で登録されたエイズ患者のうち外国人が占める割合は 21.1%と極めて高く²⁾、血液製剤による感染者を除けばこの割合は更に高いものとなる。また、これらの患者の多くは早期受診が困難なために重症となり受診する傾向が高い。

一方、タイ、ブラジル、南アフリカなどをはじめとする開発途上国で抗レトロウイルス剤（ARV）の薬価が下がり、医療従事者の中には、彼らが帰国することでこれら ARV による治療が

簡単に受けられると考える傾向が見られる。しかし、現状はそれほど単純ではなく、日本の 4 分の 1 あるいは 6 分の 1 といった現地価格は、実際には一部の金持ちでしか支払えないものである。このような点なども含むより詳細な情報を収集し関連機関に提供することは、患者の将来設計の際に熱望されているにも関わらず、現時点ではそのような体制あるいはネットワークが十分とはいえない状況である。

2. 目的

相談体制：外国人 HIV 診療をめぐる問題点を明らかにし、医療相談を担う MSW が情報の共有を行い患者支援をする上での解決の方向性を探る。

医療費問題：種々のシナリオのもとにシミュレーションを実施し、費用効率・公衆衛生学的インパクト 2 つの視点から、現時点で提供可能な在日外国人 HIV 診療のあり方を探る。

患者支援体制に関する情報収集：日本における外国人 HIV 感染者に対する医療のあり方を探る参考例として、他の先進国における情報を収集する。また、患者の母国である開発途上国における医療事情を探り、彼らの将来設計のためのデータベースを作成する。

3. 方法

相談体制：2001年11月に、352ヶ所の拠点病院の医療相談担当者を対象に郵送でワークショップの参加を呼びかけた。2001年12月1日に開催した参加型ワークショップで MSW 24名、看護職 4名、NGO 関係者 3名、大学教員 2名、大学生 2名、カウンセラー 1名の計 36名が外国人 HIV 診療の医療相談における問題点とその対策について KJ 法を用いた分析を行った。分析は、言語問題、医療費問題、将来設計の 3つのグループに分けて行い、中間と最後に全員で情報の共有を行った。ファシリテーターは研究者が担当した。

医療費問題：外国人 HIV 診療を実施している医療機関における行旅病人取扱法適用例のデータ (1999～2000) から、医療につながらず CD4 が 100 以下となって入院した場合の治療費を算出した。比較的データがそろっているという理由から、在日タイ人 52,792 人^{1),2)} を対象集団としてシミュレーションを実施した。10年間対象人口をフォローするという前提に基づいており、新たな流入人口は考慮していない。

日本における抗レトロウイルス剤等の薬価については保険薬辞典を参照し³⁾、海外における薬価および医療へのアクセスの状況については、現地医療従事者に対する聞き取り調査および日本国内外の新聞掲載情報などを参考にした。Unprotected sexual intercourse による Infectivity については、Ronald H Gray らによ

るデータを使用した⁴⁾。シナリオは次の 4 点である：①現在の状況、②CD4 およびウィルス量測定に基づくカウンセリングの提供、③HAART を一部の HIV 感染者に提供した場合、④HAART をすべての HIV 感染者に提供した場合。インパクトは各シナリオの結果 10 年間に派生すると推定される医療費と HIV 感染者による Unprotected Sex で新たに発生すると推測される HIV 感染者数を用いて比較した。

患者支援体制に関する情報収集：対象国として、先進国では米国・イギリス・フランスを、途上国ではタイ・ブラジル・ペルーを選定した。文献検索、インターネット検索、現地事情に詳しい NGO (SHARE、アーユス、CRIATIVOS) からの情報入手、および現地 (タイ) での情報入手により、得られた情報を以下の項目についてまとめた。

- (ア) 基本的な医療のインフラ
- (イ) HIV の疫学的動向
- (ウ) HIV に対する National Policy
- (エ) HIV 医療の現状 (予防、診断、治療・ケア、薬価)
- (オ) 社会的支援の現状 (公的な支援、NGO 活動)

4. 結果・考察

4.1 相談体制：

本テーマにおける問題は次の三点に集約されることがわかった。先ず第一点は「言語問題」、第二点は「医療費問題」、第三点は「将来設計に関わる問題」である。以下、それぞれについて述べる。

4.1.1 言語問題：

英語以外の言語では患者とのコミュニケーションに問題が生じている。必要な時にいつでも通訳が手配できる体制がなく、特に地方では通訳の確保は困難である。更に、通訳を介したときでも伝えたいことが互いに正確に伝わっているのかという不安がある。

滞在資格がない患者の場合は特に、病院側が医療費負担の上に通訳費用まで負担することを懸念することがある。医療機関や自治体は NGO に頼りすぎていることが多く、通訳は正当な報酬を得ていないことが多い。

無料の通訳として、家族や友人を利用する場合、プライバシー漏洩の問題が起こることがある。通訳に医療や制度の知識が乏しいため、時間がかかったり、患者に情報が正確に伝わらないことがしばしばある。通訳の個人的な解釈が入り、MSW や医療関係者の意図が伝わらないという通訳の質にかかわる問題も起きている。

4.1.2 医療費問題：

超過滞在の外国人患者では、ほぼ 100%医療費の困難があることを想定して相談にあたる必要があるといっても過言ではなく、公的医療費負担制度の適用の可否が患者の生命に大きな影響を与えうる。

行旅病人及び行旅死亡取り扱い法は、国レベルの法律ではあるが、予算確保および実際の事務は各自治体が行っているため、この適用および申請に関しては地域格差が大きい。また、運用がなされている地域でも MSW 個人の知識や交渉能力によって活用に差が生じている。同様に、身体障害者手帳の申請に関しても地方分権法により、自治体の権限が拡大・向上したことにより地域格差が生じている。

また、国民健康保険に加入していても、自己負担分が払えないほど経済的に困窮していたり、保険料を支払っておらず 10 割請求されてしまうケースがある。雇用している会社が外国人労働者の社会保険加入手続きを行わず、国民健康保険への加入を要求することが特に日系人労働者で多く発生している。しかしながら自治体は社保加入資格があれば国保加入を認めず、その結果、無保険となってしまうケースが多い。

上記、支払いに関わる制度に加えて患者が受診しようとする病院側の受入体制の問題がある。病院が外国人患者の診療に消極的な場合、病院窓口で診療拒否をしたり、支援しようとする MSW と対立することがある。このような結果として、重症の患者がたらいまわしにされるケースも少なくない。

最後に患者受け入れ医療機関で勤務する MSW の資質に関する問題が、MSW 自身から提起された。MSW の中には超過滞在の外国人に対する偏見や差別観をもつ者もいる。外国人患者支援の為の情報の共有や学習は MSW に不可欠だが、こ

れを行うか否かは本人の資質によるところが大きい。経験の浅い MSW では、意欲があっても必要な助言を受けられない状況がある。また、MSW の権限は医療機関により差があり、MSW の活動が制約を受けることがある。

4.1.3 将来設計に関わる問題：

本来、患者の治療方針は本人がどこで、どのような生活をしたいかによるので、患者自身の意思を最優先すべきである。しかしながら、滞在資格が無いために一方的に帰国を促されたり、患者の希望と治療環境の現実が大きくずれているなどの困難がみられる。外国人患者の場合、以下のような様々な因子が療養生活を困難にしていることが多い（図 1 参照）。

母国の社会保障制度や医療情報は非常に不足しており、患者の意思決定を困難にしている。超過滞在の患者の場合は特に帰国が決定した後、大使館との交渉が重要であるが、国によって対応に格差があり、時間がかかったり手続きがスムーズに行われないことが多い。また、宗教、文化、思想、食事などの違いがからくるさまざまな認識のずれが患者と MSW との相互理解の妨げとなっている場合も少なくない。

日本における経営的な観点から、医師や病院側が外国人医療に消極的になり、患者に選択肢を与えない場合がある。患者が滞在または帰国というどちらの選択をしてもその後もまた困難が生じる。日本に滞在する場合は、超過滞在の外国人に対する制度が確立しない限り受給できるサービスは限られ、帰国の場合は、渡航費用の工面が大きな問題となる。

概して在日外国人は、仕事を探しての転居により生活が不安定で、失業により生活費自体の確保もままならないことが多い。保証人無しでも借りられるアパートや即時雇用をしてくれる職場の情報など、患者の生活基盤を整えるための情報を MSW 各自がそれぞれ工夫して集めている。治療をスムーズに進める為には、家族や友人の支援が必要であるが、外国人患者の場合、身の回りの人々との関係の把握が困難であることが多く、常に連絡のとれるキーパーソンが定まらないといった患者の生活環境あるいは、かれらの所属するコミュニティに関する理解が必

要である。

MSW は病院側の協力を得ることが難しい場合、職員としての立場と、外国人患者のニーズに応えるという MSW の立場とのジレンマに悩む。患者に必要な社会資源の獲得は MSW の活動により大きく左右されており、患者の容態が悪いときの移送方法や、死亡した時の遺体搬送の手配も MSW が行っている。このような MSW のかかえる問題の共有やその他の関連情報等を交換するための場が必要とされている。

4.2 医療費問題：

図2～5に記したProbability Tree (1)～(4)を用いたProbability Analysisの結果、現状を反映しているProbability Tree (1) (図2参照)から得られる費用推計では10年間に約2億4千2百万円が行旅病人及び行旅死亡取り扱い法などの適用により公的に支出されることになる。また、この際のUnprotected sexual intercourseにより感染する新たな感染最小推定値は301名となる。これらは必ずしもタイ人とは限らず、またHIV感染者の職業によってはこの数値は数倍から数十倍になる可能性もある。さらに、このシミュレーションではこれらの二次感染者からの新たな感染数を加えていないことから、現実的にはこの数値はかなり大きなものとなることが容易に推定される。

仮に半年毎のCD4測定と病状説明およびその他の注意事項や母国における支援体制などの情報提供を含むカウンセリングが実施され、さらに年1回のウィルス量測定が可能になった場合(図3参照)、自己決定に基づく早期帰国や無防備な性交渉の削減から、費用は10年間で2億1千3百万円となり、新たな感染者数は180名となる。費用において2千8百万円の支出削減となり、121例の新たな感染が予防されることになる。また、CD4・ウィルス量測定と初診料、再診料、指導料などを含むカウンセリングサービスにかかる費用は、HIV感染者一人あたり年間2万円程度でこれらの費用は必ずしも自己負担できないものでもない。超過滞在の患者であつても医療機関は入国管理局とは独立したものであり、通報されることはないことが保証されれば私費で受診する患者も増えるかもしれない。そうすれば、さきに述べた行旅病人及び行旅死亡

取り扱い法などの適用により公的に支出される費用は更に削減されることになる。と同時に、比較的症状の軽い時期にカウンセリングから得られた情報に基づき、患者が治療の場とその時期を自己決定できることは、患者のQOLの点から考えても意義深いと考えられる。

図4と5はARVの価格に左右されるため、現時点での日本の薬価、ブラジルで提供されている薬価、インドの製薬会社シプラ社が申し出ている1日1ドルでのHAARTが可能になった場合の3つのシナリオから検討した。現状では、シプラ社による1日1ドルでのHAARTが日本で可能とならないかぎり、ARVの提供による費用効率はかなり低いとしかいわざるを得ない。

4.3 患者支援体制に関する情報収集：

概略を表1に示した。詳細な情報は、情報の更新の後、来年度作成予定のガイドラインに記載する予定である。基本的な医療インフラについては、ヘルスケアへのユニバーサルアクセスが、先進国のフランスだけでなく、途上国のブラジルでも保障されている。また、タイでも30パーツ政策の導入により、低価格での医療提供が始まっている。

調査対象国である米国、イギリス、フランス、タイ、ブラジル、ペルーのいずれにおいても、エイズに対する国家政策(National Policy)を定めており、国家的問題としてエイズをとらえている事がわかる。

HIV医療の現状については、途上国では国により差が大きい、ブラジルでは無料治療の提供がすでに確立されており、帰国後も問題はないとされている。しかしながら、同国内にあってこの無料提供の実態には地域間格差があり、かならずしもすべての患者が無料でARVにアクセスできるというわけではない。

タイでも30パーツ政策の適用が始まり、日和見感染症の治療や予防のみならず、ARVによる治療の提供が始まったところであり、可能な限りのより良い治療を提供しようという姿勢が見られる。ただ30パーツ政策は、財源的にまだ不安定であり、今後の動向を注視する必要がある。なお、国家によるARV提供の背景には、ノーブランド薬の自国生産による薬価低下や、国際世論が追い風となつてのブランド薬の値下がり、

大きく影響している。

社会的支援についても、国により差があるが、特に途上国では公的支援以外に、NGO が重要な役割を果たしている。

外国人 HIV 感染者に対して、公費によりどのような医療が提供されるかということは、彼らの受療行動に大きく影響を及ぼす。日本の現況では、言語の問題もあるが、医療費の負担が大きな障害となり、医療へのアクセスがさえぎられている。感染症コントロールを考える際には、すべての感染者に適切な医療が行き渡る必要があり、その観点から、日本でも公費負担による外国人 HIV 感染者への医療の提供が望まれる。

今回の研究で、フランスではすでに外国人 HIV 感染者に対しても、無料医療を提供していることが明らかとなった。国の事情が異なるため、同じことをそのまま適用することは難しいが、大いに参考とすべきである。

ブラジルでのすべての HIV 感染者に対する治療の提供は、ARV の値下がりもあるが、重症患者を減少させたことにより、結果的に国家の医療費削減に貢献している。もちろん ARV の提供だけでなく、エイズ診療体制や地域社会での支援体制の整備など、国を挙げてエイズ対策に取り組んだことが、成功へとつながっている。また、国を動かした大きな力として、NGO の活動があることも忘れてはならない。このようなブラジルの事例は、エイズに悩まされるすべての国において、大きな教訓となっている。

5. 結論

5.1 相談体制：

最終的な結論とするにはまだ議論が不十分であり、今後さらに議論を重ねて、より具体的な提言をしていく予定である。以下は現時点での問題解決に向けての提言である。

医療通訳の確保は自治体のサービスとして確立されることが望ましい。通訳には、守秘義務を厳守し、日本と母国語の文化や社会制度の違いに精通し、患者の属性を考慮した上で理解しやすい説明ができる等の能力が要求される。通訳の資質向上には、本研究班によって行われている通訳研修の経験などをふまえて研修の機会を定着化させていくことが望まれる。地方にお

ける通訳不足の解決には、各自治体が多言語の外国人医療通訳者の派遣を支援するシステムをつくる努力が必要であり、企業のボランティア休暇制度等の環境作りも重要である(図6参照)。

MSW は、団体として外国人を対象とした医療保険や公的医療費負担制度改革のために交渉することも必要である。例えば、医療保険と年金の分離加入を可能とするシステムの導入や、団体生命保険の活用などについても検討する必要がある。

外国人患者支援に欠かせない NGO との連携を図り、継続的な支援を得るためにも、MSW を含む医療従事者が NGO に参加することでソーシャルアクションに関わって行く姿勢も必要と思われる。

MSW は、外国人の医療支援を行うために必要な社会資源に熟知し、活用できる能力を持つことが要求される。必要な時にスーパーバイザーに相談できる体制を確立し、問題解決能力の向上を図ること、そのためには県単位での研修等が必要である。本研究班の活動を通じて今後、外国人診療に関する MSW 間のネットワークを構築していくことも有効である。MSW は NGO やエスニックコミュニティから情報を得て異文化を理解する努力を行い、異文化の背景をもつ患者にはより対応に時間をかける必要があることについて院内のコンセンサスを得ることが重要である。患者の将来設計に関しては、必要な情報を十分把握した上で患者本人の自己決定を支援していく。また人権、公衆衛生的な見地から、外国人診療について医療従事者への啓発活動が必要である。

本研究班の活動として、自治体のアクションに繋がる行政提言が望まれる。通訳リスト、外国人支援を行う NGO リスト、利用可能な医療制度、母国の情報や帰国手続きのマニュアル等を含んだガイドラインを作成し、インターネットや冊子で MSW へ情報提供することが問題解決への一歩である。今後、本研究の現場へのフィードバックを年頭におき、ガイドラインの作成に向けて検討会等、研究班と MSW が共同作業を進めていく予定である。

5.2 医療費問題：