

67% (780) AIDS = 33% (385)) (図 13)。全国の累積患者状況よりも、10%程度、女性の割合が多い傾向にある。都心では、男性の同性間性的接触による感染例が多いのに比べ、地方では異性間が多いということがうかがわれる (全国：男性 82% (9919名) 女性 18% (2193名))。関東甲信越ブロック拠点病院である新潟大学医歯学総合病院に集中する傾向はあるが、上越・中越に核となる病院は存在する。ブロック拠点病院では、歯科診療も含め、全科対応の診療を行っており、特に新潟大学医歯学総合病院では、感染管理部という部門を中心に、チーム医療が行なわれ、診療にあたるスタッフはカウンセラー・ソーシャルワーカーの常勤体制とコーディネーターナースの存在など充実している。診察・面談はプライバシー保護のため、個室が確保されている。その他、産科における体外受精、薬剤耐性検査なども実施されており、ハード面、ソフト面ともに充実しているといえる(体外受精 16年度までで17名が受診し13名が治療、10名が成功し成功率は76.9%)。問題点として、長期療養患者の受け入れ施設がなく、地域や療養型の施設との連携が課題といえる。また、治療困難例の紹介が増加傾向にあり、患者の集中が懸念される。特に、常勤の専任看護師がいないことも問題の一つで、HIV 担当看護師は名目上、2名いるが、1名は兼任で殆ど診療には携わっておらず、もう1名はエイズ予防財団からの派遣であり、常勤の看護師を置き換えることが出来ず、欠員となった場合の補充が難しい状況にある。服薬に関しては、外来での服薬指導が保険診療対象であることに加えて、薬剤師のマンパワー不足のため、薬剤師による服薬指導が困難であり、実質は看護師が行っている状況である。服薬指導が診療報酬に反映されることが望まれる。薬剤に関しては、抗 HIV 薬が限定購入であるため、毎回の処方手続きが煩雑となっていることも問題となっている。院

外処方への移行が望まれるが、取り扱う院外調剤薬局におけるプライバシー保護体制の確保が必要になる。また、A-net の有効利用ができていないとは言い難い。ACC との連携をスムーズに行う目的の A-net だが、希望患者・利用頻度とも少ないわりに、管理等が煩雑な点が問題となっている。保健所での抗体検査に関しては、ようやく夜間の検査が新潟市の保健所で試験的に行われたが、迅速検査はまだ導入されていない。

3) 医療担当者連絡先名簿

(関東甲信越拠点病院リスト) の作成

平成 13 年度から、拠点病院間での患者紹介・情報交換を円滑に行えるようにするため、関東甲信越ブロック内拠点病院の HIV 診療担当科・担当医師・担当看護師などの連絡先を記載したパンフレットを作成し、拠点病院の HIV 診療担当医師に配布している。今年度は第五版の編集に取り掛かっている。診療者の個人連絡先を併記した病院案内リストであり、診療責任体制の遅れた拠点病院の診療意欲の向上をはかる目的で毎年更新している (図 14)。3 年間アンケートを続けた結果、今年度の第五版では、未回収で病院情報の記入が全く無い施設は一施設のみとなった。

関東甲信越エイズ治療拠点病院リスト(第5版)を作成

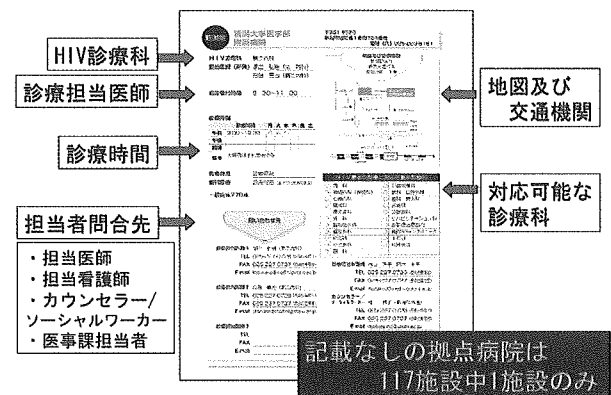


図 14

2004年～2005年 新規患者の病期 新潟県(n=13)

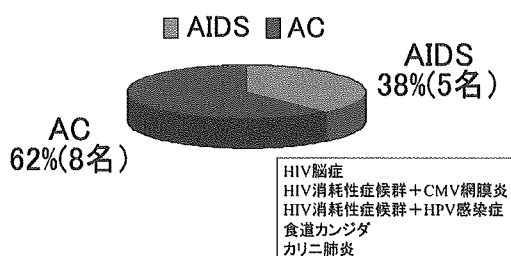


図 13

4) 首都圏の先進医療機関や基礎研究部門への講師 依頼、若手医師の各種研修への積極的派遣

本年度は、大学院生、鈴木信明、加澤敏広の医師 2 名、およびリサーチレジデントナース 1 名を国立国際センター・ACC に派遣・研修を予定している。また、今年度は、一般医師への啓蒙をめざして以下の講演会も企画した。

「検査をすすめてくれてありがとう」

重症化するまえに HIV 感染症に気づけた症例から学ぶ

発症してわかる『いきなりエイズ』症例が増えていることを受け、栃木県の HIV 感染症診療にまだたずさわっていない若い医師、第一線のプライマリケアに従事している医師をとくに対象とした医師会向け講座を開催した。

HIV 感染症コントロールのカギは地域医療に！

- 1 日 時 平成 18 年 3 月 4 日（土）
午後 5 時～8 時
- 2 会 場 栃木県総合文化センター会議室
- 3 対象者 エイズ治療拠点病院及びエイズ診療協力病院等に勤務する医師、エイズ診療に興味のある医師

4 内 容

栃木県の HIV 感染症医療に関する地域事情

芳賀赤十字病院 副院長 三浦琢磨先生

講義

「重症化するまえに HIV 感染症に気づくために
—地域や他科での早期発見を支援しよう」
東京都立駒込病院 感染症科 今村顕史先生
HCMI-J（米国エイズ専門看護師）堀 成美先生

3. カウンセリング活動とメンタルヘルスケアに関する連携

1) 今年度の主な連絡会議と講習会、及びアンケート調査の結果

- ・平成 17 年度新潟県エイズ治療拠点病院心理職・ソーシャルワーカー連絡会議（第 1 回）
平成 17 年 5 月 27 日 新潟市
- ・北関東・甲信越 HIV カウンセリング講習会（第一部）
平成 17 年 9 月 23 日、24 日宇都宮市
- ・平成 17 年度新潟県エイズ治療拠点病院心理職・ソーシャルワーカー連絡会議（第 2 回）
平成 17 年 9 月 30 日 新潟市
- ・第 1 回北関東・甲信越エイズ治療拠点病院心理職・ソーシャルワーカー連絡会議
平成 17 年 10 月 2 日新潟市
- ・第 2 回北関東・甲信越エイズ治療拠点病院心理職・ソーシャルワーカー連絡会議
平成 17 年 10 月 29 日 高崎市

- ・第 2 回北関東・甲信越 HIV カウンセリング・ソーシャルワーク講演会
平成 17 年 10 月 29 日 高崎市
- ・北関東・甲信越 HIV カウンセリング講習会（第二部）
平成 18 年 3 月 4 日、5 日宇都宮市

2) カウンセリング・ソーシャルワークをめぐる研究・新しい試み

上記、北関東甲信越に拡大しての講演会と連絡会議継続の他、昨年度同様各拠点病院からの依頼を受けて、個別カウンセリング及び必要に応じてのアセスメント導入を行った。

また、感染者のカウンセリングニーズの把握とメンタルヘルスに関する調査研究を、次項に「心理社会的課題の相談体制の整備に関する研究—抑うつ感・不安感との関係を中心に—」の題名でまとめた。

「制度のてびき」の改訂について

平成 16 年度から、社会制度の紹介用パンフレット『制度のてびき』の作成をし、拠点病院の診療担当医や希望者に送付している。同パンフレットの内容を『関東甲信越 HIV・AIDS 情報ネット』のサイト内でも閲覧やダウンロードできるように Web サイトを作成した。また、新潟県派遣ソーシャルワーカー宮村を中心に、『自立支援医療費制度』に移行することに伴う変更点を簡単にまとめた「制度のてびき追補版」を作成し、拠点病院等に配布した（図 15）。

社会制度についての冊子「制度のてびき」の作成

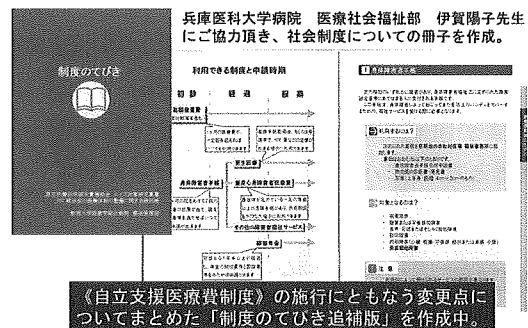


図 15

4. 地域における、医師、歯科医師、看護職ネットワークの構築と連携の推進

1) 歯科診療体制の構築

本年度は、患者ニーズ把握と拠点病院における診療体制の現状、院内感染対策についての問題点抽出

のためのアンケートを北関東甲信越支部内の拠点病院に通院する患者・医療者を対象に行った。

前年度までの歯科医師を対象にしたアンケート結果により、現時点での HIV 患者に対する歯科治療は、大学、公的病院の受入れ態勢の確立、それによる急患や診療施設での刺傷事故への対応の確立、ネットワーク作りと情報の発信、大学における教育体制の確立に重点をおくことが早道であることを報告してきた。中長期的には、教育により育った医療スタッフを中心に多くの歯科医師が参加して、処置内容による役割分担を決めての治療体制、また、行政からのバックアップを求める運動により、治療を行いやすい医療環境の整備を行うべきだと考えている。教育としては、教育内容を統一することにより、共用試験および国家試験への関連問題の出題が具体的な目安となるろう。また、行政へは第三者評価により感染対策についての認定をすることで、一般市民への啓蒙・教育を行い、そのような施設にはそれなりの保険点数の上乗せを行うことを提言した。また、地域の拠点病院への紹介体制の確立、ホームページでの診療情報・感染予防策の情報公開、事故発生時の拠点病院のバックアップ体制作り、患者対応のビデオ作成、感染予防マニュアル作成、定期的な講習会・技術指導が今後も重要となることも報告してきた。

今年度は、実際に歯科治療の対象になりうる患者の、ニーズと患者サイドの意識を、北関東甲信越エリアの 11 施設で、86 名、1 施設あたりの平均で 7.9 名からアンケートを回収して解析した。患者様が現在または過去に口腔内の疾患を経験しているか否かについての調査結果を図に示した (図 16)。症状として、歯の痛み、舌の症状、歯肉出血、歯肉腫脹、口腔乾燥について確認したが、どの項目でも症状のない患者様が多かった。しかし、今後年齢が進むに従い、これらの症状は増加することは明らかだと思われる。自覚したことのある症状が同一患者様にど

のくらいあるかを図に示した (図 17)。3 つの症状を持つ方が 19 名と多く、それ以上の患者もみられ、一般患者様と同様と考えて良い。これまで歯科治療を受けたとする患者がどのような医療機関を受診したかをみると、大学病院または病院の歯科で受けている方が圧倒的に多く、開業歯科医院での治療経験が非常に少ないことがわかる (図 18)。これらの歯科治療時に、HIV 感染症について申告したか否かについては、申告していない場合も多く (申告した、27 名に対し、申告しなかった 12 名)、特に開業歯科にて治療を受けた 7 名では全員申告なしに、治療を受けているという状況であった。この点に関して、コメントの中に申告しなかったことを反省しているとの意見も見られたが、本人の問題とするよりも、周囲の環境作りができないと、実際に受診した時に申告できないとの意見がほとんどであった。今後歯科治療を受ける場合に希望する場所については、回答のあった 76 名中、大学または病院の歯科の受診を希望した患者が 54 名と多かったが、体制さえ整えば近医歯科開業医での治療を希望されている患者も 17 名と比較的多く、現状では大学および病院歯科での十分な受け入れ体制作りが必至であり、さらに将来的にはそれぞれの地域に診療を担当してもらえ歯科医院の体制作りも少しずつ進める必要があると思われる。大学または現在感染症を管理してもらっている病院の歯科での治療を希望する理由とし

口腔症状の有無

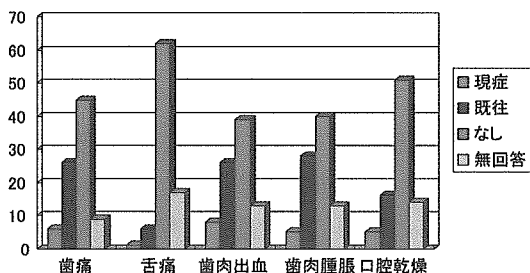


図 16

口腔症状の有無 (症状数)

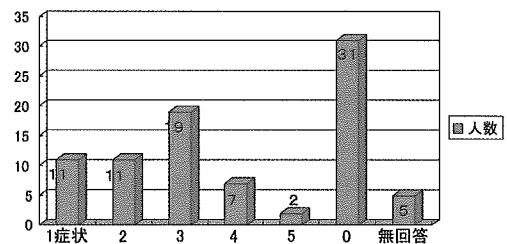


図 17

歯科治療経験と場所

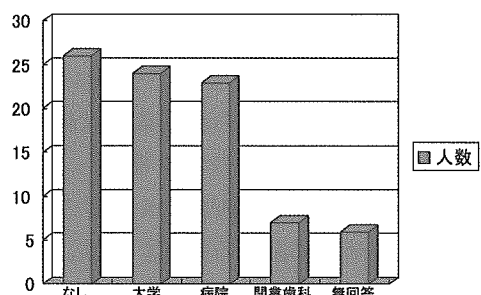


図 18

て、プライバシーの問題、全身状態の把握および通院の利便性がその大半を占めていた。一方、開業歯科医院での治療が必要となる場合として、緊急時の対応が不安であるとする意見が多く、通院のための時間的、経済的問題を指摘する意見も散見された。現時点では、前年度までの考察同様、大学病院や拠点病院の歯科診療の充実を早急に整備すべきことが、患者サイドの面からも裏付けられた結果と考えられた。以上の結果は、今年度の日本エイズ学会学術集会・総会に発表した。

2) 看護職における連携の推進

本年度は、以下の会議・研修会を中心に連携、情報交換を図った。

- ・ 分担研究 HIV/AIDS 患者の服薬支援プロトコルの開発に関する研究
平成 16 年 4 月 6 日～
- ・ 分担研究長期療養が必要な HIV 感染者の実態調査と療養支援対策の検討
平成 17 年 1 月 31 日～
- ・ ACC/ブロック拠点病院看護実務担当者・看護管理者合同会議
平成 17 年 5 月 31 日
- ・ 第 2 回関東甲信越エイズ拠点病院 HIV/AIDS 看護実務担当者連絡会議
平成 17 年 7 月 9 日
- ・ ACC/ブロック拠点病院看護実務担当者公開会議・HIV/AIDS 外来クリティカルパス研修会
平成 17 年 10 月 1 日

昨年度より開始した関東甲信越エイズ拠点病院 HIV/AIDS 看護実務担当者連絡会議の第 2 回目を開催した。昨年度同様、ACC・ブロック拠点病院における看護実務担当者の活動状況の報告に加え、ケーススタディを実施した。ケーススタディでは、質疑応答に加え、情報交換・意見交換を行なうことで、より実践に活かせる内容となった。

看護師を中心に、会議参加者は昨年度より増えており、HIV/AIDS 患者への療養支援への関心と支援に関する情報と方策へのニーズが高まっていることが伺えた。そして、この会議がそのニーズに応え、情報交換の場となり、さらに関東甲信越ブロックにおける看護職間のネットワーク構築へと繋がった。

また、分担研究「HIV/AIDS 患者の服薬支援プロトコルの開発に関する研究」では、患者の診療経験が少ない医療機関でもすぐに実践できるよう

プロトコルの改良を行った。患者が都市部に集中する現状では、患者の分散化を図るために、このような情報・意見交換を行う機会の設定やプロトコル等ツールの開発は有効であり、医療格差防止にも繋がるため、今後もこれらの活動を継続していく必要性があると考えられる。

5. インターネットを利用した情報網の整備と、ニュースレターによる情報の発信

HIV 診療担当医師のメーリングリストを活用し、電子メールによる海外の HIV/AIDS 関連のニュースを大学院生の協力も得ながら和訳し、配信した。配信したメールを中心コンテンツとする『関東甲信越 HIV/AIDS 情報ネット (<http://kkse-net.jp>)』と名付けた Web サイトを運営し、Web サイトを利用した情報提供の可能性を研究している (図 19)。

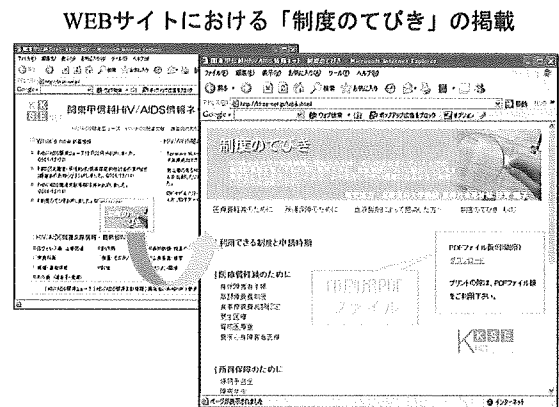


図 19

6. ブロックでの抗体検査のあり方検討

迅速検査導入を含めた夜間、土日の抗体検査が、各都県の都市中心部において柔軟な体制（保健所勤務体制の検討）が検討され始めている。また、首都圏においては、抗体検査場所近くでの土曜診療の提供を、主要拠点病院医療担当者が交代制で提供する体制ができており、検査前後の教育・カウンセリング、陽性者へのスムーズな医療の提供に寄与している。

7. 拠点病院からの耐性検査依頼に対応できる体制の検討

北関東甲信越地域の拠点病院程度の範囲からの genotype に関する依頼件数は増えつつあり、他県拠点病院からの依頼にも対応し、順調に実績を積んでいる (表 2)。

考察

1. 一部拠点病院への患者の偏在について

関東甲信越ブロックにおいて、ACCに1000名以上、都立駒込病院、東京医科大学病院に400人以上、さらに100人以上を診る病院が2病院と、患者の偏在はここ3年間で解消はしていない。これらの事情を受け、首都圏の診療体制強化のために、診療意欲のある病院への診療援助を目的として、ACCからの拠点病院への3日間出張教育が開始され2年目を迎えている。増加一方のACCの患者数が今年度のアンケートで歯止めがかかっていることに貢献した可能性がある。また、東京慈恵会医科大学附属病院など一部拠点病院でACC通院患者の積極的受け入れの動きもあり、今後期待できる。HAART導入後の安定期の患者を一般診療所との連携により、定期受診、定期処方のおよそを任せる同院の方針も効を奏しているかもしれない。院外薬局でプライバシーが守られるか、急性変化や予想不可能な副作用を早期に発見できるか、など不安もあるが、連絡を密にして、急変の場合は直ちに対応する保証があれば今後も推進できると考える。むしろ周辺地域の、患者増加が目立つ病院の現状把握が急務である。マンパワー不足を痛感している一部医療者の存在は明らかで、患者診療の分担が図られるべきである。各都県に置かれる予定の中核拠点病院がリードして、この業務に当たることが期待され、構想の実現化を急いで欲しい。しかし、それを受けての、ブ

ロック拠点病院との連携の姿がまだ描き切れていない。症例検討会や講習会は各地域に任せるのか、地域全体会議を継続していくのかを検討する時期に来ている。

また、少数のやる気のある医師のみが現在のHIV医療を支えている現実が北関東甲信越症例検討会のシンポジウムなどから浮き彫りにされている。HIV感染症を含めて、若い医療者への感染症教育・研修が将来的には重要であろう。大学病院において、感染症科を備えるところは少数にとどまり、中央診療部でも感染制御部があるにもかかわらず、院内教育・学生教育を担う専任医師が配置されていない施設も多く、HIV診療に関心を持つ医師はごく少数にとどまる。この点での文部科学省の配慮も重ねて提言したい。

今後、各県に中核拠点病院が設置されるにあたり、各県の患者および診療状況の把握を行うこと、一般病院や地域とのネットワークを構築することが、まず望まれる。これは感染者の早期発見、長期療養患者の受入れ、在宅ケアなど、HIV診療の取り巻く問題点を解決していくために必要不可欠である。診療については、都心の患者の集中化を緩和し、地方でもより充実した診療を行えるよう、チーム医療を構築することが重要と考える。それぞれの職種が専任としてHIV診療に当たることは困難だと思われるので、コーディネーションを行う専任スタッフを配置すること、より良い医療の提供を目指し、中核拠点病が主催する他職種による症例検討会

表2

	採取日	ID, Sex	age	現在の投薬	治療歴	NRTI		NNRTI		PR		病院		
1	2005/4/20	HY-2	F	22	?	?	susceptible	none	susceptible	non	susceptible	K20R, M36I, L63P	新潟大学	
2	2005/4/28	IH-1 331-851-6	M	22	02~03/2/20 3TC+ABC+LPV 自己休業 02~03/2/20 AZT+ddI+EFV	96~99 AZT+3TC+SQV	high 3TC	M184V, T215Y	susceptible	non	検査不可	検査不可	新潟大学	
3	2005/6/23	YS-2 21-7195-3	M	63	04/8/19~ 3TC+TDF+ EFV	開始04/8/19~	susceptible (1~160)	none (1~160)	susceptible (1~160)	non (1~160)	検査不可	検査不可	県立中央	
4	2005/7/7	KT-4 58-9795-5	F	23	05/1/17~ AZT+ABC+ LPV/RTV	3TC+d4T+NFV	susceptible	none	susceptible	non	susceptible	M36I, L63P	新潟市民	
5	2005/7/25	TT-1 364-197-0	M	35	未治療	新規	low AZT,d4T	T215E	susceptible	non	susceptible	L63T	新潟大学 504605-1	
	2005/8/1	H.J.-1 3062438	M	48	未治療	新規	susceptible	non	susceptible	non	susceptible	M36I	信州大学 505001-1	
	2005/8/10	S.S.-1 3773833	M	34	未治療	新規	susceptible	non	susceptible	non	susceptible	L10I, M36I	筑波大学 206801-1	
	2005/9/26	T.M.-1 30-786-71	M	48	未治療	新規	susceptible	non	susceptible	non	susceptible	L63S/T, V77I, V82I	信州大学 505002-1	
	2005/10/12	I.J.-1 3808715	M	59	未治療	新規	susceptible	non	susceptible	non	susceptible	M36I	筑波大学 206802-1	
	2005/10/24	H.O.-1 2914252	M	49	未治療	新規	susceptible	non	susceptible	non	susceptible	M36I	信州大学 505003-1	
	2005/10/26	K.E.-1 3811603	F	25	未治療	新規	susceptible	non	susceptible	non	susceptible	L63A, A71A/I/T/V V77I	筑波大学 206803-1	
	2005/11/16	R.R.-1 3656804	F	30	未治療	新規	susceptible	non	susceptible	non	susceptible	M36I, L63P	筑波大学 206804-1	
	6	2005/12/27	MT-1 114577-0	M	56	05/12/27~ 3TC+d4T+ NVP	AZT+3TC+EFV	検査中	検査中	検査中	検査中	検査中	検査中	杏林大学
								検査中	検査中	検査中	検査中	検査中	検査中	杏林大学

の開催などが重要と考える。中核拠点病院制度導入に当たっては、現在、不透明なままの中核拠点病院の位置づけと役割の明確化を厚労省に急いで欲しい。中核拠点病院として指定された施設は、その役割を遂行するために、診療体制を構築する必要があり、そのための必要な予算の配分と、専任スタッフの配置を義務づけるなど人員配置は必須と考える。

2. ブロック内講習会、症例検討会について

ブロック内拠点病院に対しての講習会や症例検討会は、昨年度に引き続き、新潟市で開催し、137名と過去最高の出席者数を得た。拠点病院ごとの出席率については、神奈川、東京からの出席率が上昇したことは特記される。ただ全く無関心である拠点病院の存在も講習会出席状況からも垣間見られる。ただ、薬剤師向けの講演を盛り込んだことで、薬剤師の出席率アップにつながった。今後は看護やカウンセリングの問題も取り上げることも必要であろう。北関東甲信越症例検討会は6回目になり、マンネリ化回避と中核拠点病院構想を受けてのシンポジウムを組み込んだ。各県の実情と差異が医療従事者にも情報公開されて、各病院の自覚と問題解決意欲を引き出したと考える。診療上の新たな困難については、長期療養患者の受け入れ先が様々な拠点病院で問題点として挙げられた。政策医療として、国立病院機構の中で誘導できる病院の特定を提言したい。首都圏の大学病院や大病院感染症担当とACCとでネットワーク・勉強会・連絡会議を設定することも重ねて提言したい。

栃木県で今回初めて開催した医師会向け講演については、感染した人が病気の早期発見の機会を逃している状況があり、それは「医師・医療機関が見逃している」ということでもあり、パートナーや児の感染リスクにもつながる、ということ認識させる上で有意義な講習会であったと考える。「本人がリスクを認知していない場合」に、どのような問診・身体所見情報から検査を受けるメリットの説明を行うか、また、結果告知のときにいかに予防につなげるか。診療経験豊富な医師を囲んで学ばせることは今後も良い啓蒙手段になりうることも考察される。

3. メンタルヘルスケアについて

平成 17 年度は、HIV 拠点病院連絡会議・講演会を継続でき、各拠点病院の心理職やソーシャルワーカーのネットワーク構築及び情報交換の場、さらに

他職種の知識交流の場として、活性化できた。HAART や肝炎治療などで個々の患者の治療期間・薬剤副作用に着目した心理社会的アプローチは今後益々増加するであろう。不安・抑うつに着目した牧野の研究が端緒となり、心療内科や精神科等との連携強化につながる事が期待される。また、牧野は男性 HIV 患者夫婦の挙児希望者へのカウンセリングも行っている。そのようなカウンセリングニーズの把握と QOL も含めたメンタルヘルスに関する調査研究は今後も重要である。

4. 病病連携の方策について

ネットワークの管理や情報の整理は個人に任されており、運用に際しルール確立・セキュリティーの確保、システム・情報の管理や運営について、一般拠点病院での対応に限界がある。医療情報部 赤澤との共同研究で、一般病院でも可能な情報管理の研究が続けられることが期待される。

PML 合併や悪性リンパ腫発症などで、長期入院が余儀なくされる患者の負担軽減の問題は今後益々大きくなると考えられる。療養型病院の拠点病院への参入、現に拠点病院に組み込まれている国立療養所の積極的活用（政策医療としての人的・財政的援助と同施設への患者の誘導）を考えなければならない時期に来ている。

「制度の手引き」発行後のアンケートによる評価では、「役に立った」というおおむね好評なものであったが、今後の課題として、保健所担当者への配布方法の検討、研究班がなくなっても配布可能な体制作り、外国人患者への制度紹介などがあげられた。

歯科診療については、短期的には、大学病院・拠点病院の診療体制整備、中長期的には、歯科学生に対する教育の充実、診療報酬への反映が重要であることが、アンケート調査から示唆された。

5. 保健所および医療機関の検査体制

首都圏は、夜間・休日検査・診療（カウンセリングを含めた）の複数の医療機関の協力体制による構築ができつつある。北関東甲信越の場合は、上記したように、その体制作りは途上にある。検査後のカウンセリングにも、対応にデリカシーが欠けているなど多々問題点がある。

昨年度から、北関東甲信越地域からの薬剤耐性検査依頼に応じることのできる検査体制作りを新潟県

保健環境科学研究所、新潟大学ウイルス学分野との協力で推進してきた。拠点病院からの依頼は増えつつあり、治療前の耐性検査の重要性も検討されている中、感染症研究所への集中を緩和し、さらに依頼に応える十分な体制を整えたい。

結論

本ブロックの首都圏支部と北関東甲信越支部の連立体制は、首都圏における連携と急増する患者数および一部拠点病院への集中の問題解決に一定の成果を上げている。首都圏においては、出張研修活動に加えて、大学病院を巻き込んだ連絡会議や症例検討の場を作ることにより拠点病院のレベルの底上げに繋がることが期待される。中核拠点病院構想は、各県の実情に合う核拠点ができ期待はできるものの、新たな患者の集中を生む懸念がある。また、具体的な人的・経済的支援のあり方が検討されていない不安もある。ブロック拠点病院との関係も明確にされていない。従来通り、各拠点病院との情報の交換は、講習会・症例検討会が中心にならざるをえず、継続していくことがブロック拠点病院の重要な使命と考えられる。拠点病院リストの作成と配布は、病院間連絡の円滑化に加えて、各病院の責任の再認識に有用で、この考えが浸透したためか回収率の著しい改善があった。反面、責任者が明確でない病院の存在や拠点病院間の体制の差異が垣間見られるリストになっている。拠点病院の指定見直しが今後の課題になりうる。

人的資源の不断の供給のための教育、カウンセリング体制・ソーシャルワーカーの整備、外国人患者への対応、予防活動などは、次回の科学研究の持続により方向性を模索してほしい残された課題である。

また、抗 HIV 薬長期内服による飲み疲れ、思わぬ副作用、耐性へのおびえなどが、アドヒアランス維持に悪影響を与えている。合併 HCV 感染からの肝硬変や肝臓がんのリスク、インターフェロン・リバビリン使用からの副作用も問題である。社会的な疎外感、告知できないことによる孤独、結婚・挙児希望なども含めて、個々の患者の心理社会的アプローチも欠くことのできない視点である。精神科医療における精神保健福祉士とは一線を画する、また社会福祉士とも区別される臨床心理士の拠点病院への

積極的導入（資格化・保健点数化を含めて）が検討されるべきと考える。

健康危険情報

なし

研究発表

論文発表

- 1) Ishida, T, Tsukada, H, Hasegawa, T, Yoshizawa, H, Gejyo F: Matrix metalloproteinase-1 activation via plasmin generated on alveolar epithelial cell surfaces. 2005 Lung (in press).
- 2) Kushiya K, Nakagawa S, Taneike I, Iwakura N, Imanishi K, Uchiyama: T, Tsukada H, Gejyo F, Yamamoto T. Inhibitory effect of antimicrobial agents and anisodamine on the staphylococcal superantigenic toxin-induced overproduction of proinflammatory cytokines by human peripheral blood mononuclear cells. 2005, J Infect Chemother (in press).
- 3) Tanabe Y, Nishibori T, Su L, Arduini RM, Baker DP, David M. Role of STAT1, STAT3, and STAT5 in IFN- α responses in T lymphocytes. J Immunol. 2005 Jan 15;174(2):609-13.
- 4) Gejyo F, Homma N, Higuchi N, Ataka K, Teramura T, Alchi B, Suzuki Y, Nishi S, Narita I: A novel type of encephalopathy associated with mushroom *Sugihiratake* ingestion in patients with chronic kidney diseases. *Kidney International* 68:188-92, 2005.
- 5) Hiura T, Kagamu H, Miura S, Ishida A, Tanaka H, Tanaka J, Gejyo F, Yoshizawa H: Both regulatory T cells and antitumor effector T cells are primed in the same draining lymph nodes during tumor progression. *The Journal of Immunology* 5058-5066, 2005.
- 6) Makino M, Kawai M, Kawamura I, Fujita M, Gejyo F, Mitsuyama M: Involvement of reactive oxygen intermediate in the enhanced expression of virulence-associated genes of *Listeria monocytogenes* inside activated macrophages. *Microbiology and Immunology* (in press).
- 7) Tsubata C, Higuchi M, Takahashi M, Oie M, Tanaka Y, Gejyo F, Fujii M: PDZ domain-binding motif of human T-cell leukemia virus type 1 Tax oncoprotein is essential for the interleukin 2 independent growth induction of a T-cell line. *Retrovirology* (in press).

- 8) 内山正子：特集 リスクマネジメントから捉える感染対策 2 針刺し・切創発生時の倫理的な対応。Infection Control 15:24-27, 2006.

学会発表

- 1) Hiroki Tsukada, Takeaki Nishibori, Atsuko Imai, Masako Uchiyama, Fumitake Gejyo: HIV encephalopathy worsened during HAART. Seventh International Congress on AIDS in Asia AND the Pacific, 2005. 7. 1-5.
- 2) 今井敦子：ワンスデイに変更後薬剤耐性ウイルスを獲得したケース。第 2 回関東甲信越エイズ拠点病院 HIV/AIDS 看護担当者連絡会議、2005.7.9.
- 3) 鈴木信明、加澤敏広、太田求磨、田邊嘉也、竹田徹朗、塚田弘樹、成田一衛、下条文武：ネフローゼ症候群を呈し治療に苦慮している HIV 症例の一例。下越内科集談会、2005.11.18.
- 4) 鈴木信明、坂上亜希子、太田求磨、田邊嘉也、西堀武明、竹田徹朗、塚田弘樹、下条文武：ネフローゼ症候群を来した多剤耐性 HIV 感染症例に対する TDF の使用経験。第 19 回日本エイズ学会学術集会・総会、2005.12.1-3.
- 5) 高木律男、山中正文、下条文武、塚田弘樹、内山正子：HIV 感染者に対する歯科診療体制整備に向けて－HIV 感染者のアンケートより－。第 19 回日本エイズ学会学術集会・総会、2005.12.1-3.
- 6) 高木律男、山中正文、下条文武、塚田弘樹、内山正子：HIV 感染者に対する歯科診療体制整備に向けて－歯科医師へのアンケートより－。第 19 回日本エイズ学会学術集会・総会、2005.12.1-3.
- 7) 島田 恵¹⁾、今井敦子²⁾、内山正子³⁾、山田三枝子⁴⁾、山下郁江⁴⁾、人見公代⁵⁾、星屋寿賀子⁶⁾、大金美和¹⁾、池田和子¹⁾、数間恵子⁷⁾、川村佐和子⁸⁾
¹⁾国立国際医療センター エイズ治療・研究開発センター、²⁾財団法人エイズ予防財団、³⁾新潟大学医歯学総合病院、⁴⁾石川県立中央病院、⁵⁾国立病院機構東埼玉病院、⁶⁾自衛隊中央病院、⁷⁾東京大学、⁸⁾青森県立保健大学
 第 19 回日本エイズ学会学術集会・総会、2005.12.1-3.
- 8) 神谷昌枝、石川雅子、井上洋士、折井佳穂里、加瀬まさよ、牧野麻由子、西村輝明、児玉憲一、辻麻理子：派遣カウンセリングの利用促進に関する研究。第 1 報：拠点病院医師によるエイズ派遣カウンセラー制度の認知度、評価及び問題点、第 19 回日本エイズ学会学術集会・総会、2005.12.1-3.

- 9) 神谷昌枝、石川雅子、井上洋士、折井佳穂里、加瀬まさよ、牧野麻由子、西村輝明、児玉憲一、辻麻理子：派遣カウンセリングの利用促進に関する研究。第 2 報：拠点病院医師の今後利用したいサービス。第 19 回日本エイズ学会学術集会・総会、2005.12.1-3.
- 10) 加澤敏広、鈴木信明、太田求磨、田邊嘉也、塚田弘樹、下条文武：蛋白尿と腎機能障害を呈した HIV 感染症患者の一症例。第 6 回北関東・甲信越 HIV 感染症症例検討会、2006.1.21.

講演会

- 1) 塚田弘樹、「変貌する肺感染症～薬の効かない肺炎菌の話からインフルエンザ・SARS・エイズまで」「肺の日」記念市民公開講座 新潟、2005.9.17.
- 2) 塚田弘樹、「エイズの現状と診療をめぐる光と影」国際ソロプチミスト新潟 新潟、2005.12.17.
- 3) 塚田弘樹、「ブロックにおける病院連携とブロック拠点の役割」関東・甲信越ブロックエイズ拠点病院等連絡会議、東京、2006.1.6.
- 4) 牧野麻由子「HIV 領域のカウンセリング 実践報告」
HIV カウンセリング研修会 宇都宮市 2006.2.19.

講習会・研修会等

- 1) 第 2 回関東甲信越エイズ拠点病院 HIV/AIDS 看護実務担当者連絡会議
 (1) 平成 17 年 7 月 9 日 (土) 新潟市
 (2) 参加人数 60 名
 (3) 内容
 ACC およびブロック拠点病院 HIV/AIDS 看護実務担当者会議の報告と連絡・症例発表
- 2) 第 13 回関東甲信越 HIV 感染症講習会
 (1) 平成 16 年 7 月 9 日 (土) 新潟市
 (2) 参加人数 137 名
 (3) 内容
 「最新の抗 HIV 薬と副作用」
 独立行政法人 国立病院機構大阪医療センター HIV・AIDS 先端医療開発センター
 薬剤専門官 吉野 宗宏先生
 「HIV 感染症診療の実際と最近の知見」
 国立国際医療センター エイズ治療・研究開発センター
 医師 湯永 博之先生

3) 北関東・甲信越 HIV カウンセリング講習会 (第一部)

(1) 平成 17 年 9 月 23 日 (土)、24 日 (日)
宇都宮市

(2) 参加人数 35 名

4) 第 3 回北関東・甲信越 HIV カウンセリング・ソーシャルワーク連絡会議

(1) 平成 17 年 10 月 29 日 (土) 高崎市

(2) 参加人数 18 名

(3) 内 容 拠点病院心理職・ソーシャルワーカーの情報交換及び連携強化

5) 第 2 回北関東・甲信越 HIV カウンセリング・ソーシャルワーク講演会

(1) 平成 16 年 10 月 29 日 (土) 高崎市

(2) 参加人数 48 名

(3) 内 容

「HIV 感染症 その基礎と臨床」

群馬大学医学部附属病院

第三内科 内海 英貴先生

「HIV 感染症者へのソーシャルワーク 最近の傾向と今後の課題」

兵庫医科大学病院

医療ソーシャルワーカー 伊賀 陽子先生

「HIV 感染症支援を通じて考えるチーム医療」

広島大学保健管理センターカウンセリング部門

助教授 内野 悌司先生

6) 第 9 回新潟 HIV カンファレンス学術講演会

(1) 平成 17 年 11 月 4 日 (金) 新潟市

(2) 参加人数 約 90 名

(3) 「若年者の性行動・性意識と STI 予防教育」

筑波大学大学院人間総合科学研究科

講師 野々山未希子先生

「HIV 診療とその問題点」

東京医科大学 臨床検査医学講座

主任教授 福武 勝幸先生

7) 第 6 回北関東・甲信越 HIV 感染症症例検討会 (予定)

(1) 平成 18 年 1 月 21 日 (土) 高崎市

(2) 参加人数 70 名

(3) 内容

【第一部 症例検討会】

【第二部 特別セミナー】

8) 北関東・甲信越 HIV カウンセリング講習

会 (第二部) および栃木県医師会講座

(1) 平成 18 年 3 月 4 日 (土)、5 日 (日)

宇都宮市 栃木県総合文化センター会議室

(2) 参加人数 名

(3) 対象者 エイズ治療拠点病院及びエイズ診療協力病院等に勤務する医師、エイズ診療に興味のある医師

(4) 内容

栃木県の HIV 感染症医療に関する地域事情
芳賀赤十字病院 副院長 三浦琢磨先生
講義「重症化するまえに HIV 感染症に気づくためにー地域や他科での早期発見を支援しよう」

東京都立駒込病院 感染症科

今村 顕史先生

HCMI-J(米国エイズ専門看護師)

堀 成美先生

今年度作成したパンフレット、冊子

パンフレット「制度の手引き」追補版

知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む)

特許取得

なし

実用新案登録

なし

その他

なし



関東甲信越ブロックにおけるカウンセリングの現状と課題 —抑うつ感・不安感との関係を中心に—

分担研究者：下条 文武（新潟大学医歯学総合病院）

研究協力者：牧野麻由子（新潟大学医歯学総合研究科地域疾病制御医学大学院生）

塚田 弘樹（新潟大学医歯学総合研究科臨床感染制御学）

村松 芳幸（新潟大学医学部保健学科）

研究要旨

関東甲信越の拠点病院及び協力病院で治療を受けている感染者に対して、2005年6月～11月末までアンケート調査を実施した。そして、有効回答数182について、HIV感染者の心理面の特徴を、心理社会的課題及び抑うつ感・不安感を中心に調べた。さらに、心理社会的課題に対する相談体制の整備が、心理社会的課題の問題解決に効果を及ぼすか検討した。その結果、HIV感染者は、さまざま心理社会的課題について悩みを抱いており、また、HIV感染者は抑うつ感や不安感を抱きやすいことが示唆された。そして、このHIV感染者の抑うつ感や不安感に、各々の中にある心理社会的課題が一要因として影響を及ぼしていることが明らかになった。さらに、ある心理社会的課題の悩みが生じた際、実際に相談した人達は、相談者しなかった人達に比べ、抑うつスコアや不安スコアが低いことが明らかになった。つまりこの結果は、心理社会的な課題について相談できる体制を整えることが、HIV感染者の抑うつ感や不安感を軽減することを通して、HIV感染者の精神的健康を保つ一助となる可能性が高いことを示唆する。

The study of counseling system for patients infected with HIV in Kanto-Koshinetsu area, Japan.

Mayuko Makino¹⁾, Fumitake Gejyo²⁾, Hiroki Thukada³⁾, Yoshiyuki Muramatsu⁴⁾

¹⁾Course for Community Disease Control, Niigata University Graduate School of Medical and Dental Sciences, ²⁾Niigata University Medical and Dental Hospital, ³⁾Division of Infection Control and Prevention, Niigata University Graduate School of Medical and Dental Sciences and ⁴⁾School of Health Sciences, faculty of medicine, Niigata University

研究目的

HIV(Human Immunodeficiency Virus)医療を充実させるために私達は、医師・看護師をはじめ薬剤師・MSW(Medical Social Worker)・心理カウンセラー等さまざまな職種が関与し、チームとして各職種の専門性による多面的な視点から患者理解を進めるよう努力してきた。

これまでの HIV 感染症者の心理社会的な視点に着目した研究のひとつに、HIV 領域に関わる各専門スタッフがもつ意識調査に関しての小西の報告がある¹⁾。その中で、心理社会的支援に関して、医療スタッフ個々が、自分の関わるべき重要課題と認識する問題領域の焦点や範囲を設定する場合、各職種間で異なっていることを明らかにした。一方、山中らは、心理社会的支援の直接的利用者である HIV 感染者を対象にすることで、カウンセラーの認知度・カウンセラーを利用した課題領域・実際にカウンセラーに受けた援助内容等、患者におけるカウンセラーの位置づけを明らかにした²⁾。その解析の過程で、感染者本人にカウンセラー制度の情報が十分に知られていないことが明らかになった。このカウンセラー制度についての周知徹底の必要性は、神谷らの派遣カウンセラー利用促進に関する研究の中でも指摘されている³⁾。また山中らは、HIV 領域のカウンセラーに相談した課題領域は、特定分野に限定されず多様な分野にわたっているのが特徴であると指摘している。そして、カウンセラーのみに相談する傾向のある分野は、「生と死に関する実存的問題」と「以前よりかかえていた心理的問題」であったことも明らかにした。しかしながら、そのような問題を抱えている HIV 感染者が多いと考えられるにもかかわらず、実際にカウンセラーに相談した者はそれほど多くない事実も示唆している。

一方、この HIV 感染者自身が抱える心理的課題についても、これまでさまざまな角度から研究がなされてきた。特に、抑うつ感と HIV 感染者の QOL の関係⁴⁾・同性愛者の抑うつ感等⁵⁾、HIV 感染者の心理の興味深い側面にせまった先行研究がある。また、日高は、同性愛者の精神的健康に関する特徴に着目し、カウンセリングに役立たせようとする試み、また、血友病を背景に持つ HIV 感染者の遺伝相談の必要性など、個々の事例に則したきめ細やかな対応⁶⁾、あるいは患者本人のみでなく残された薬害 HIV 感染者遺族の心理面へのサポートの必要性

等⁷⁾、感染した経緯や状況による多面的な心理の把握とそのサポートの必要性を考察している。

このように、HIV 感染者が抱える心理社会的課題の傾向、及び適切な対応方法を、今後さらに検証していく必要があり、かつ医療体制を整備していくには、具体的サポート手段の一つである相談体制が HIV 感染者の心理社会的課題の解決に対してどのような効果があるのか、についても検証していく必要がある。

以上をふまえ、本調査研究においては、山中らが使用した 6 分野 28 項目の課題と HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) 尺度⁸⁾により測定される抑うつ感と不安感に焦点を絞り、主に以下の点を中心に調べることを目的とした。

- ① HIV 感染者の心理社会的援助専門職に対する認識及び利用率を把握する。
- ② HIV 感染者の心理面の特徴を、心理社会的課題及び抑うつ感・不安感を中心に調べる。また特に、抑うつ感や不安感と感染者の性・感染経路・就労状況との関係を調べる。
- ③心理社会的課題に対する相談体制の整備が、心理社会的課題の問題解決に効果を及ぼすか検討する。

研究方法

1. 調査方法

関東甲信越の拠点病院及び協力病院で治療を受けている感染者に対して、アンケート調査を実施した。具体的な調査手続きは、以下に示した。実施に際し各病院で HIV 感染者の診療を担当している医師・看護師に協力を仰いだ。そして調査に同意した感染者に医師・看護師より無記名自己記述式のアンケート調査票を手渡してもらい、記入後本人より直接返送してもらった。したがって調査への同意に関しては、説明文を読んだ上対象者が任意でアンケート回答に協力し、記入済みのアンケートを返信したことをもって同意を得たものとした。調査期間は、2005 年 6 月～11 月末までの半年間であった。なお、関東甲信越のブロック拠点病院である国立国際医療センター (ACC) と新潟大学医歯学総合病院に関しては、実施時期が事情により 11 月～12 月末と、他拠点病院の配布時期とずれたため今回の調査結果に

は加えず、後日、別の機会に報告する。

2. 調査項目

- ・ 2001 年山中らが考案作成し使用した、6 分野 28 領域の心理社会的課題別の質問項目
- ・ 抑うつ・不安傾向をスクリーニングする HADS 尺度

研究結果

本調査研究への協力病院は、関東甲信越の拠点病院と協力病院の 46 病院、回収率は 36%、有効回答数は 182 であった。さらに、協力者の内訳は、男性 156 人女性 26 人、感染経路は血液製剤による感染 9 人・性感染 139 人・その他 34 人、年齢の平均は 49.0 ± 12.6 歳、最年少者 24 歳・最年長者 77 歳、罹病期間の平均は 5.5 ± 3.4 年であった。また、回答者の 62% が現在就労していると回答した。

1. HIV 感染者の心理社会的援助専門職に対する認識及び利用率の把握。

4 つの心理社会的支援専門職の役割や機能等に関して、院内の利用できる範囲に存在していると認識しているか・実際の相談経験の有無について調べた。その結果、院内の利用できる範囲にいるか存在の有無については、MSW (54%) > カウンセラー (42%) > CN [コーディネーターナース] (29%) > 精神科医 (27%) の順に、院内に存在していると認識していた。実際の利用率に関しては、MSW (47%) > カウンセラー (36%) > CN (32%) > 精神科医 (11%) の順で、利用されていた。この、各割合に関して、図 1・図 2 に示した。

この結果、HIV 感染者が利用できる範囲に心理社会的専門職が存在すると認識していた割合は、MSW のみが半数以上であった。これに対して実際の利用率では、半数以上を占めた職種はなく、分散していた。また、今回の研究では、心理社会的専門職が回答患者の通院する病院内に常置されている専門職であるかについては確認できなかったが、「院内の利用できる範囲に存在する」と答えた患者全てが、実際に利用経験がある、と回答していた。

2. HIV 感染者の心理面の特徴、特に心理社会的課題及び抑うつ感・不安感を中心について。抑うつ感や不安感と感染者の性・感染経路・就労状況との関係について。

HIV 感染者の抑うつスコア・不安スコアの平均値は、抑うつスコア = 10.5 ± 4.6 ・不安スコア = 8.5 ± 4.1 であった。この結果はいずれも、スクリーニングのカットオフポイントを上回っており、HIV 感染者の抑うつスコア・不安スコアは高いことが示唆された。また、6 分野 28 項目の心理的課題に関して、「悩みがない」・「悩みがあったが相談者がいなかった」・「相談した」、それぞれに回答した数の割合を表 1 に示す。その結果、28 項目の中で、より多くの感染者が悩みを抱きやすい項目と頻度の少ない項目があることが明らかになった。しかしながらその一方で、「悩みがあったが相談者がいなかった」と回答した割合は、各項目によってちらばりがみられるもののすべての項目において存在することが明らかになった。

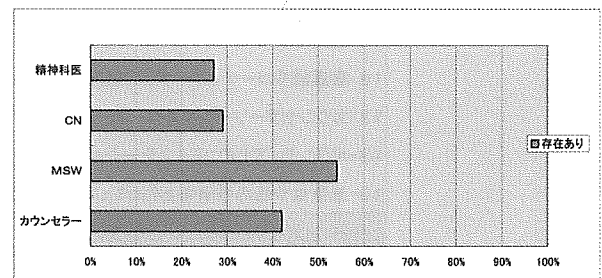


図 1. 病院内に心理社会的専門職が存在する、と認識している割合

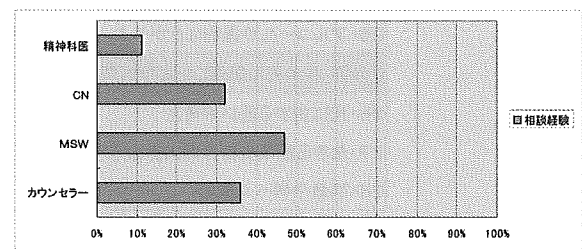


図 2. 心理社会的専門職の利用率

さらに、抑うつ感・不安感と感染者の性・感染経路・就労状況の関係を調べるため、感染者の性・感染経路・就労状況の相違による抑うつスコアと不安スコアの平均値を算出し平均値の差の検定を行っ

た。その結果を表2に記す。その結果、感染経路と各スコアの間には有意差はみられなかった。性については、不安スコアについては性差がみられ、男性が女性に比べ有意に不安スコアが高い結果であった

表 1. 心理社会的課題 6 分野 28 項目の内容と相談状況の内訳

6 分野 28 項目	悩みなし	相談者なし	その他	相談した
1: 医療に関連した問題				
1・HIV感染症を告知された直後の不安や心の動揺	9	25	10	138
2・抗HIV薬を始める時の迷いや飲み続けるつらさ	29	9	4	140
3・体調の悪化や入院にともなう不安や心配	20	32	0	130
4・妊娠・出産・育児にともなう迷いや不安	75	8	4	95
2 分野: 日常生活上の現実的問題				
5・仕事や学校生活での悩みや苦勞	20	27	8	127
6・医療費や生活費など経済的な問題	20	15	4	143
7・自宅での療養や介護を受ける時の悩みや問題	57	15	2	108
8・裁判などの法律に関する問題	94	10	1	77
3 分野: 人間関係上の問題				
9・配偶者やパートナーに感染の事実を話すかどうかの悩み	49	23	6	104
10・家族に感染の事実を話すかどうかの悩み	62	24	7	89
11・セーフター・セックスについての疑問や悩み	61	25	7	89
12・恋愛や結婚にともなう悩みや問題	65	26	5	86
13・配偶者やパートナーとの人間関係の悩み	40	24	15	103
14・家族との人間関係の悩み	62	32	4	84
15・医師とのコミュニケーションの悩み	89	11	1	81
16・看護師やコーディネータとの悩み	102	14	0	66
17・カウンセラー・ソーシャルワーカーとの悩み	101	10	2	69
18・ボランティアとのコミュニケーションの悩み	93	14	5	70
19・患者会や他の感染者とのコミュニケーションの悩み	86	14	6	76
4 分野: 以前よりかかえていた心理的問題				
20・自分の性格についての悩み	72	24	1	85
21・性にまつわる自分の傾向や好みについての悩み	83	33	2	64
22・自分の人生のそれぞれの時期に伴う悩みや葛藤	63	27	2	90
5 分野: 精神医学に関連した問題				
23・気持ちの落ち込みや不眠	34	20	3	125
24・自殺についての思いや考え	78	29	7	68
25・アルコールや薬物などがやめられない悩み	105	6	2	69
6 分野: 生や死に関連した実存的問題				
26・死に対する思いや考え	54	29	6	93
27・生きる意味や自分の人生のふりかえり	40	32	7	103
28・宗教や神への関心	118	3	3	58

表 2. 性・感染経路・就労状況の抑うつスコア・不安スコアの平均値

性	抑うつスコア		不安スコア		*
	男性	女性	男性	女性	
	10.7±4.6	9.5±4.8	8.7±4.2	7.1±3.4	*
感染経路	血液製剤	性感染	血液製剤	性感染	
	10.9±5.5	10.2±4.6	9.2±4.7	8.2±4.1	
就労状況	就労あり	就労なし	就労あり	就労なし	
	11.1±4.6	9.5±4.5	* 8.7±4.1	8.3±4.2	

*p<0.05 **P<0.01

($p < 0.05, P=0.03$)。また、就労状況については、仕事をしている群が仕事をしていない群に比べ抑うつスコアが有意に高い結果であった ($P < 0.05, P=0.02$)。

3. 相談体制の整備が心理社会的課題の解決に及ぼす効果について

②の結果から、HIV 感染者は抑うつ感や不安感が高く、6分野 28 項目の心理社会的課題に対して程度の差はあるものの何らかの悩みを抱えている HIV 感染者が存在すること、さらには、その悩みを解決するための相談者がいない状況にある人が存在することが明らかになった。そこで、心理社会的課題を解

決する方策として期待される「相談者」がいて相談したことが、抑うつ感や不安感にどのように影響を及ぼすか検討した。

まず、6分野 28 項目について、「悩みがあり相談した群」と「悩みがあったが相談者がいなかった群」の抑うつスコアと不安スコアそれぞれについて平均を算出し、差の検定を行った。その結果を、表 3 に示した。この結果、様々な心理社会的課題について相談した群の方が、相談者がいなかった群に比べ、抑うつスコア・不安スコアが有意に低いことが明らかになった。

さらに、6分野 28 項目の中で、抑うつスコア・不

表 3. 6 分野 28 項目の抑うつスコア・不安スコアの平均値

6 分野 28 項目	抑うつ感		不安感			
	相談者あり	相談者なし	相談者あり	相談者なし		
1 分野: 医療に関連した問題						
1・HIV 感染症を告知された直後の不安や心の動揺	10.1±4.4	13.5±4.4	**	8.4±4.1	10.0±4.5	
2・抗 HIV 薬を始める時の迷いや飲み続けるつらさ	10.5±4.5	13.8±5.8		8.8±4.0	10.7±5.8	
3・体調の悪化や入院にともなう不安や心配	10.2±4.5	13.9±5.1	**	8.4±4.0	11.3±5.2	*
4・妊娠・出産・育児にともなう迷いや不安	11.0±4.5	11.6±3.3		9.2±4.1	11.0±4.5	
2 分野: 日常生活上の現実的問題						
5・仕事や学校生活での悩みや苦勞	10.2±4.4	13.4±4.8	**	8.5±4.0	10.1±4.5	*
6・医療費や生活費など経済的な問題	10.5±4.4	14.1±4.5	**	8.6±3.9	10.9±4.5	*
7・自宅での療養や介護を受ける時の悩みや問題	10.7±4.5	13.7±4.3	*	8.7±4.1	11.6±4.6	*
8・裁判などの法律に関する問題	11.0±4.5	15.3±5.1	*	9.1±4.3	11.7±5.0	
3 分野: 人間関係上の問題						
9・配偶者やパートナーに感染の事実を話すかどうかの悩み	8.8±4.1	11.0±4.2	**	8.8±4.1	11.0±4.3	*
10・家族に感染の事実を話すかどうかの悩み	10.6±4.4	13.1±4.7	*	8.8±4.1	10.7±4.8	
11・セーフター・セックスについての疑問や悩み	10.9±4.6	12.5±4.4		9.0±4.1	9.7±4.5	
12・恋愛や結婚にともなう悩みや問題	10.2±4.9	12.4±4.2	*	8.7±4.5	10.1±4.1	
13・配偶者やパートナーとの人間関係の悩み	10.4±4.5	13.3±4.2	**	9.0±3.4	9.1±4.4	
14・家族との人間関係の悩み	10.4±4.5	13.2±4.1	**	8.7±4.1	10.7±4.3	*
15・医師とのコミュニケーションの悩み	10.9±4.7	10.0±4.4		9.0±4.2	9.7±3.4	
16・看護師やコーディネータとの悩み	10.2±4.8	12.4±4.4		9.0±4.3	9.9±4.5	
17・カウンセラー・ソーシャルワーカーとの悩み	10.8±4.7	10.3±4.6		9.1±4.5	9.5±4.6	
18・ボランティアとのコミュニケーションの悩み	10.6±4.7	13.7±4.7	*	9.0±4.5	10.9±4.6	
19・患者会や他の感染者とのコミュニケーションの悩み	10.5±4.9	13.7±4.5	*	8.4±4.3	11.6±4.2	
4 分野: 以前よりかかえていた心理的問題						
20・自分の性格についての悩み	9.9±4.4	11.7±4.7		8.6±4.1	9.8±4.5	
21・性にまつわる自分の傾向や好みについての悩み	10.5±4.7	11.1±4.5		9.0±4.3	9.4±3.8	
22・自分の人生のそれぞれの時期に伴う悩みや葛藤	10.8±4.4	12.7±4.6	*	8.9±4.2	10.6±4.2	
5 分野: 精神医学に関連した問題						
23・気持ちの落ち込みや不眠	10.6±4.3	13.0±5.3		9.0±4.0	9.4±4.9	
24・自殺についての思いや考え	10.4±4.1	13.1±5.0	**	9.1±4.0	10.3±4.6	
25・アルコールや薬物などがやめられない悩み	10.4±4.9	13.4±3.4		8.7±4.4	10.7±4.6	
6 分野: 生や死に関連した実存的問題						
26・死に対する思いや考え	10.0±4.1	14.3±4.7	**	8.7±3.9	11.6±4.5	**
27・生きる意味や自分の人生のふりかえり	10.5±4.3	13.1±4.5	**	8.8±4.0	10.4±4.5	
28・宗教や神への関心	8.3±3.9	10.6±5.5		9.8±4.2	13.1±7.1	

*= $P < 0.05$ **= $P < 0.01$

安スコアと特に強く関係のある項目を調べるため、6分野の各項目を独立変数、抑うつスコアと不安スコアを従属変数として、それぞれの分野で重回帰分析を行った。その結果、領域2項目5<仕事や学校生活での悩みや苦勞>（抑うつスコア： $p<0.05$, $p=0.02$ ）・項目6<医療費や生活費など経済的な問題>（抑うつスコア： $p<0.01$, $P=0.01$ 、不安スコア： $p<0.05$, $p=0.05$ ）、領域4項目21<性にまつわる自分の傾向や好みについての悩み>（ $p<0.05$, $p=0.03$ ）、領域5項目23<気持ちの落ち込みや不安について>（抑うつスコア： $p<0.01$, $p=0.008$ ）、領域6項目26<死に対する思いや考え>（不安スコア： $p<0.05$, $p=0.02$ ）・項目27<生きる意味や人生のふりかえり>（抑うつスコア： $p<0.05$, $P=0.05$ ）の6項目が、特に抑うつスコアあるいは不安スコアと危険率5%以下の有意な関係があることが明らかになった。この有意な関係が算出された6項目については、表3に青色で示した。

つまり、この上記6項目は、抑うつスコア・不安スコアと特に関係が強い項目であることが示唆されたことを意味する。そこでさらに、その6項目の「悩みがあり相談した群」と「悩みがあったが相談者がいなかった群」の抑うつスコアと不安スコアの平均値差に着目した。表3の結果から示唆されるように、どの項目に関しても概ね、悩みを相談した群の抑うつスコア・不安スコアが、相談者のいなかった群に比べて危険率5%以下で有意に低いことが明らかになった。

考察

今回の結果から、HIV感染者は、さまざま心理社会的課題について悩みを抱えていることがわかった。また、HIV感染者は抑うつ感や不安感を抱きやすいことが示唆された。そして、このHIV感染者の抑うつ感や不安感に、各々の中にある心理社会的課題が一要因として影響を及ぼしていることが、6分野28項目の心理社会的課題とHADS尺度の抑うつスコア・不安スコアとの関係を調べた結果から明らかになった。

HIV感染症が、治療の進歩により既に慢性疾患と位置づけられ、共に生活していく疾患と捉えられている今日、抑うつ感や不安感の軽減や心理社会的課題の解決等、精神面への配慮は身体面同様重要と思

われる。精神面の不健康は、HIV感染者の日々の生活全般に悪影響を及ぼす可能性が高く、医療への影響を考へても、例えば受診継続や服薬アドヒアランスにも影響を及ぼすことが予想される。今回の結果から、ある心理社会的課題の悩みが生じた際、実際に相談した人達は、相談者しなかった人達に比べ、抑うつスコアや不安スコアが低いことが明らかになった。つまりこの結果は、心理社会的な課題について気軽に相談できる体制を整えることが、HIV感染者の抑うつ感や不安感を軽減することを通して、HIV感染者の精神的健康を保つ一助となる可能性が高いことを意味する。

山中らが指摘するように「問題をかかえること」と「その問題を自分で対処するかあるいは専門職に援助を求めること」は、別の観点で検討されるべき課題である²⁾。しかし、上述したように相談体制の整備が精神的健康を保つ一助となりうるのであれば、感染者に心理社会的課題に対する相談体制があるという情報が知られていないことは問題であり、積極的な情報提供が必要と思われる。これは、専門職の存在を知っている、あるいは情報提供を受けたHIV感染者は、全て実際に利用しているという、今回の結果からも示唆される。さらに、HIV感染者が利用できる範囲に心理社会的課題に対する相談体制の整備が整っていない場合、患者は自分で問題に対処する道しがなく、解決への選択肢が狭まる。病院内の利用できる範囲にそのような専門援助職が存在することを認知していたHIV感染者は、MSWと答えた患者が半数みられたのが最高で、他職種は、相談相手としてはそれ以下の認知度であった。実際の利用率に関しては半数を満たすものはない。そして、実際に悩みが存在するものの相談者がいないと回答したHIV感染者も全般的に存在する。つまり、上記したようにHIV感染者が心理社会的課題を解決する幅が狭まっているという現状を我々は念頭におかなければならない。したがって、今後も心理社会的課題に対する相談体制の整備を構築していくことは重要であると思われる。その際、相談を受ける側は、HIV感染者の性差・感染経路・就労状況等さまざまな個々の社会的背景を熟慮し、例えば抑うつ感や不安感等心理面の適切なアセスメントもできる質の保障や向上に関して配慮を継続していかなくてはならないと考える。

今後の課題として、冒頭に付記したように関東甲信越のブロック拠点病院の結果が含まれていない

め、今後はそれも含め結果をまとめて報告していく必要があると考えている。そして、心理社会的課題について相談したいが相談する人がいない状況の把握を行い、体制整備への提言を行っていくことは重要である。また今回、抑うつ感・不安感と強く関係すると予測される項目は、生や死に関係する実存的問題が含まれていることが明らかになった。そのため今後は、さらに HIV 感染者の抑うつ感や不安感と QOL 及び心理面での実存的側面に関して検討していくことも今後の課題である。

なお、本調査研究で使用したアンケート調査冊子は質問項目が多く、この回答に返答できる人という時点で、バイアスがかかっている可能性は否めない。しかしながら、このアンケートに回答できなかった人というのは、それだけ外界に対して自分を表現していくことが苦手で孤立している人が含まれている可能性が高い。それを考慮した場合、上述の提言が早急に整備されなければ社会的損失につながる可能性も高いと考える。また、そのバイアスが回収率の低下に影響を及ぼした一要因でもあろう。ただ、その要因のみならず、全国の HIV 感染症に関係した様々なアンケート調査等の要請が、関連医療機関及び感染者本人に多数依頼される負担も、バイアス要因として考えられる。今後は、この側面における配慮を強化していく必要と共に、アンケートのみにはない問題抽出の手法の再考も大切かもしれない。

結論

心理社会的な課題に対して相談できる体制を整えることが、HIV 感染者の精神的健康を維持する一助となる可能性が高いことが示唆された。したがって、今後も心理社会的課題に対する相談体制の整備を構築していくことは重要である。今後、関東甲信越ブロック拠点病院の結果を含む、より詳細な分析をおこなっていく。

参考文献

- 1) 小西加保留：カウンセリング体制検討評価、エイズ治療の地方ブロック拠点病院と拠点病院間の連携に関する研究平成 11 年度厚生科学研究報告書、69-81, 2000.
- 2) 山中京子他：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、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、280-295, 2001.
- 3) 神谷昌枝他：派遣カウンセリングの利用促進に関する研究、HIV 感染症の医療体制に関する研究平成 16 年度研究報告書、217-220, 2005.
- 4) Megumi w et al:A discriminative study of health-related quality of life assessment in HIV-1-infected persons living in Japan using the Multidimensional Quality of Life Questionnaire for persons with HIV/AIDS. International Journal of STD & AIDS 15:107-115, 2004.
- 5) 日高康晴：ゲイ・バイセクシュアル男性の異性愛者的役割葛藤と精神的健康に関する研究、思春期学 18, 264-272, 2000.
- 6) 別所文雄：血友病、保健の科学 44,261-265,2002
- 7) 山崎喜比古、瀬戸信一郎(編)：HIV 感染被害者の生存・生活・人生—当事者参加型リサーチから—、有信堂、2000.
- 8) A.S.Zigmond,R.P.Snaith、北村俊則訳：Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD 尺度)、精神科診断学 4, 371-371, 1993.

健康危険情報

なし

研究発表

なし

知的財産の出願・登録状況

なし



北陸地方における HIV 医療体制の構築に関する研究

分担研究者：上田 幹夫（石川県立中央病院）

研究協力者：舟田 久（富山大学医学部感染予防医学）
 安岡 彰（富山大学医学部感染予防医学）
 岩崎 博道（福井大学医学部第1内科）
 木村 和子（金沢大学大学院自然科学研究科）
 吉田 喬（富山県立中央病院）
 朝倉 英策（金沢大学医学部附属病院高密度無菌治療部）
 宮田 勝（石川県立中央病院）
 小谷 岳春（石川県立中央病院）
 山田三枝子（石川県立中央病院、エイズ予防財団）
 辻 典子（石川県立中央病院、エイズ予防財団）
 正兼 亜季（石川県立中央病院、エイズ予防財団）
 酒向 良博（石川県立中央病院）
 村田 秀治（石川県立中央病院）
 山下 郁江（石川県立中央病院）
 山下美津江（石川県こころの健康センター）
 中宮久美子（石川県立中央病院）
 下川千賀子（石川県立中央病院）
 脇水 玲子（石川県立中央病院）
 能島 初美（石川県立中央病院）
 片田 圭一（石川県立中央病院）
 瀧邊 裕江（石川県こころの健康センター）
 今井由三代（北陸 HIV 情報センター）

Studies on system for HIV/AIDS medical care and prevention in Hokuriku area.

Mikio Ueda¹⁾, Hisashi Funada²⁾, Akira Yasuoka²⁾, Hiromichi Iwasaki³⁾, Kazuko Kimura⁴⁾, Takashi Yoshida⁵⁾, Hidesaku Asakura⁶⁾, Masaru Miyata¹⁾, Takeharu Kotani¹⁾, Mieko Yamada^{1) 7)}, Noriko Tsuji^{1) 7)}, Aki Masakane^{1) 7)}, Yoshihiro Sakoh¹⁾, Syuji Murata¹⁾, Ikue Yamashita¹⁾, Mitsue Yamashita⁸⁾, Kumiko Nakamiya¹⁾, Chikako Shimokawa¹⁾, Reiko Wakimizu¹⁾, Hatsumi Nojima¹⁾, Kei-ichi Katada¹⁾, Hiroe Katabe⁸⁾, Yumiyo Imai⁹⁾

¹⁾Ishikawa Prefectural Central Hospital, ²⁾Department of Clinical Infectious Diseases, Toyama University, ³⁾Department of Internal Medicine, Fukui University, ⁴⁾Graduate School of Natural Science and Technology, Kanazawa University, ⁵⁾Hematology, Toyama Prefectural Central Hospital, ⁶⁾Protected Environment Unit, Kanazawa University Hospital, ⁷⁾Japanese Foundation for AIDS Prevention, ⁸⁾Ishikawa Mental Health Center and ⁹⁾Hokuriku HIV Information Center

研究要旨

北陸ブロックの HIV/AIDS 患者数は少なく、それぞれの拠点病院では診療経験が少ない。ブロック拠点病院の役割として、国内外での学術集会や研修会あるいはエキスパートからの指導や支援で得た技能を実践し、またそれらをブロック内の診療拠点病院でも共有できるように活動を展開しその評価をした。ブロック内の拠点病院をはじめ一般病院や療養・介護施設を対象に、ブロック拠点病院から「出前研修」を開始し 3 年が過ぎた。多くの施設職員の参加があり、HIV に関連する事柄の理解の向上と維持には有効な方法と思われた。拠点病院の看護師を対象に「専門外来看護教育研修」とその「フォローアップ研修」を継続しており、内容は徐々に充実してきた。参加者の評価は高く、ブロック内の HIV 看護活動の活性化や連携にもつながった。当ブロック内で 1 年間に HIV 感染者 2 名の死亡があり、ウイルス肝炎合併例の治療と HIV 感染を早期に診断する重要性を再認識した。早期診断のために、北陸 3 県の保健所と医師会員に働きかけを行なった。保健所では時間をかけて丁寧に感染予防啓発を行なっており、即日検査導入など検査機会の拡大に向けた取り組みが始められた。医師会との連携には、各県の（中核）拠点病院の存在と役割が重要と思われた。HIV 感染が大流行には至っていない現在こそ予防効果が期待され、NGO（北陸 HIV 情報センター）、養護教諭、自治体職員らとの連携を深め、予防啓発活動も行なった。マスメディアの協力・支援も重要と思われた。

I. ブロック拠点病院スタッフによる HIV/AIDS 出前研修に関する研究

研究目的

HIV/AIDS の基礎的な知識を普及し、ブロック内医療レベルの向上と拠点病院をはじめとする医療機関の連携を深める。

研究方法

ブロック拠点病院の医療チームスタッフが各施設からの要望に応じてそれぞれの施設へ出向き、教育研修を行なう。研修の前にアンケートで施設の状況を把握し、それを研修内容に盛り込む。また研修後にもアンケートを行い、研修の評価とする。

研究結果

平成 15・16 年度には 12 施設に出向き、1043 人の参加を得た。平成 17 年度は 5 施設で 158 人が参加し、3 年間で 1201 人の受講者を得た。前アンケート

表 1. 年度別の出前研修の状況

年度	実施数	前アンケート数	参加数	後アンケート数
H15	2	658人	220人	119人
H16	10	2,522人	823人	697人
H17	5	219人	158人	143人
合計	17	3,399人	1,201人	959人

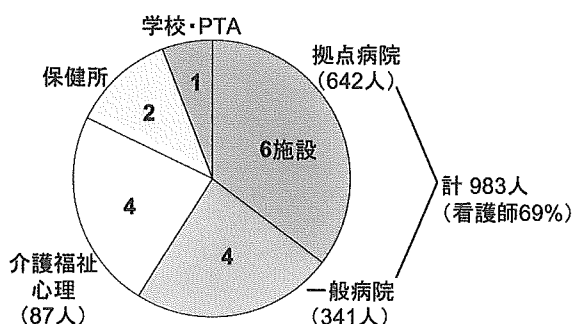


図 1. 施設別の出前研修状況 (3 年間)

と後アンケートに回答した人数はそれぞれ 3399 人と 959 人であった (表 1)。施設別の出前研修状況については、医療機関では拠点病院延べ 6 施設と一般病院 4 施設で研修を行った。研修前アンケートに協力した人数は 3151 人でそのうち 983 人が研修に参加し、その 69% は看護師であった (図 1)。研修前アンケートも、看護師からの回答が最も多く 3 分の 2 を占めていた。内容別の理解度をみると、医療事故対策や、身体障害者手帳申請など社会資源の活用に関する認識が不十分であった。拠点病院と一般病院とでは理解度に差はみられなかった (図 2)。1 年後に 2 回目の研修を行なった施設では、研修を受けたことがある人の理解度は初回の人より高く、その傾向は医療事故対策、社会資源の活用、医療体制について顕著であった (図 3)。

平成 16 年からは介護老人福祉施設や療養施設なども対象に加え、4 施設に出前研修を行い 87 人の参加を得た (図 1)。HIV の基礎知識や抗体検査などの理解度は病院職員よりも低く、「治らない、死ぬ、怖い、自分には関係がない遠い存在」というイメージを持っていた。受講後のアンケートでは、病気についての理解が深まり誤ったイメージの改善がうかがわれた (表 2)。

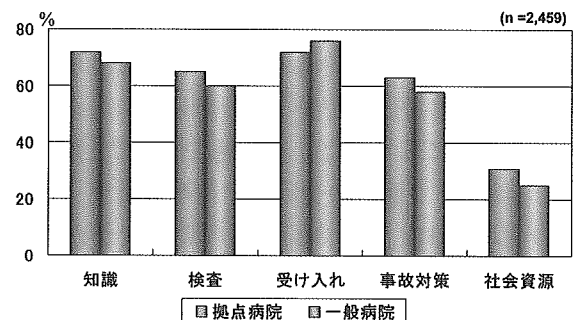


図 2. 内容別の理解度 (前アンケート)
(医師・薬剤師・看護師・検査技師)

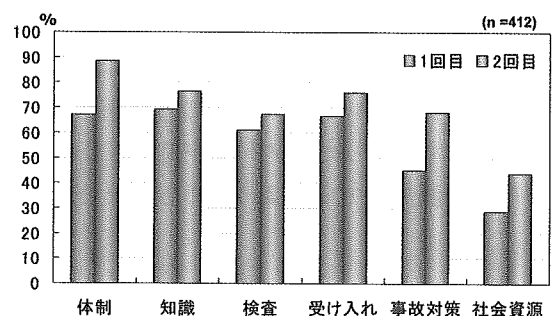


図 3. 1 年後に 2 回目の研修を行った施設の理解度 (前アンケート)

表 2

介護福祉・心理療護施設への 出前研修前後アンケート結果

- ・ 研修前のHIV感染症に対するイメージ
 - 発病すると怖い
 - 死に至る病気
 - 治らない病気
 - 身近な病気ではない
- ・ 研修後の感想
 - 「怖い」から「一般的な病気のひとつ」というイメージが変わった
 - 「当施設には関係のないこと」と思っていたが「近い存在」だとわかった
 - 自分は偏見を持たないで接したいと思った

理解の向上と維持には有効な方法である。針刺し事故時の対策や社会資源の活用については理解が乏しく、パンフレットの活用やソーシャルワーカーの関与を強める必要がある。治療が奏効し患者の高齢化が進んでいる現在、介護・福祉関係者にも正しい情報を提供し、連携を構築するための働きかけが重要である。

考察

拠点病院と一般病院あわせて9施設に10回の出前研修を実施したが、前アンケートの数と研修参加者の数では、それぞれの約3分の2は看護師であった。病院内の職員の割合を考慮すれば、3分の2という割合は自然なものと思われる。受講者の大半はHIV/AIDS患者の診療経験が無かったが、約7割の病院職員（医師、薬剤師、看護師、検査技師）は、HIVに関する一般的な知識を持っており、またプライバシーに配慮した患者受け入れということを理解していた。一方で、針刺し事故対策や社会資源（身体障害者手帳申請等）活用に関する知識や理解が低かったのは診療経験が少ない（無い）ことが関与しているように思われた。同じ拠点病院で2回の研修を行ったが、2回目の受講者では事故対策、社会資源の活用、HIV医療体制などの理解度がかなり高く、1回目の研修の効果と思われた。

前アンケートの結果と施設からの要望に応じて研修の内容や派遣講師を決めてきたが、それぞれの施設の状況や事情に合わせることは関心や理解を深めるためには重要なことと思われる。介護福祉や一般心理に関わる職員の場合、HIV感染症に対するイメージは一般市民のそれに近く、自分たちには関係のない疾患と捉えていた。研修後の感想からは、HIV感染者に対する誤ったイメージが是正され、自分たちの役割を認識しているようにうかがえた。

結論

出前研修は診療経験の少ない（無い）施設職員の