

12

抗HIV療法に伴う心理的負担、および精神医学的介入の必要性に関する研究

研究分担者：廣常 秀人（国立病院機構大阪医療センター 精神科）

研究協力者：梅本 愛子（大阪府立精神医療センター 医務局）

吉田 哲彦（国立病院機構大阪医療センター 精神科）

疇地 道代（国立病院機構大阪医療センター 精神科）

山路 國弘（国立病院機構大阪医療センター 精神科）

安尾 利彦（国立病院機構大阪医療センター 臨床心理室）

大谷ありさ（国立病院機構大阪医療センター 臨床心理室）

倉谷 昂志（国立病院機構大阪医療センター 臨床心理室/公益財団法人エイズ予防財団リサーチレジデント）

仲倉 高広（国立病院機構大阪医療センター 臨床心理室）

森田 眞子（国立病院機構大阪医療センター 臨床心理室）

藤本 恵里（国立病院機構大阪医療センター 臨床心理室）

宮本 哲雄（国立病院機構大阪医療センター 臨床心理室/公益財団法人エイズ予防財団リサーチレジデント）

西川 歩美（国立病院機構大阪医療センター 臨床心理室）

研究要旨

HIV 感染症患者のメンタルヘルスを明らかにし、それに対する精神医学的介入のあり方について検討すること、および、HIV 感染症患者に対する精神医学的介入を促進することを目的に、以下の5つの研究を計画・実施した。研究1)文献レビューを行う。研究2)HIV 感染症患者の初診時とその1年後にメンタルヘルス検査を実施し、その変化を検討する。研究3)全国の精神科診療施設の中から、HIV 感染症患者の診療協力施設のリストを作成する。研究4)研修会を開催する。研究5)HIV 感染症患者の精神科診療を促進するハンドブックを作成する。研究結果は以下の通り。

研究1)HIV 感染患者における精神障害罹患率については、海外においても community-based の研究はなく、日本では HAART 開始前の一施設における研究のみであった。既存研究では、HIV 感染症患者の方が HIV 陰性者よりも気分障害、不安障害など精神障害罹患率は高く、最も問題となると思われたのは、アルコールおよび薬物関連障害であった。精神障害者における HIV 感染陽性率については海外のみの文献で、精神科入院患者を対象としており、精神障害とアルコール/薬物使用関連性障害との comorbidity (併発) 例では HIV 陽性率が 20% と非常に高かった。

研究2)初診時と1年後の GHQ30 および SAMISS を比較したところ、GHQ30 総計および各下位尺度、SAMISS 精神症状尺度の日常生活に影響を及ぼす出来事については1年後で有意に改善しているが、SAMISS 不安発作は有意に悪化し、SAMISS 物質使用尺度や他の精神症状尺度では変化がない、あるいは1年後でスクリーニング陽性率が微増していた。

研究3)昨年度全国の施設を対象に調査を行い、その結果に基づいて HIV 感染症患者の診療協力施設リストを作成し、HIV 感染症診療拠点病院に配布した。また、診療協力施設には HIV 感染症に関する情報を提供し、知識のアップデートを促した。

研究4)今年度は2回（東京と大阪）開催する。参加者にアンケート調査を行い、研究3)の診療協力施設リストの更新を行う。

研究5) HIV 感染症の基礎知識、HIV 感染症患者に高頻度で見られる精神疾患などを簡潔にまとめたハンドブ

ックを現在作成中であり、今年度中に各施設に配布する。考察は以下の通り。研究 1) より、HIV 感染というライフイベントは精神障害罹患の危険因子となりうること、また精神障害とアルコール/薬物使用関連性障害との併存は HIV 感染の危険因子となりうることが示唆された。研究 2) より、感染告知後に一時的に悪化するメンタルヘルスは 1 年後には回復するが、悪化する不安発作などの問題や元来の精神症状、物質使用の問題は長期的にフォローする必要性が示唆され、HIV 感染症患者のメンタルヘルスケアのためのシステム作りが今後も必要であると考えられる。よって研究 3) 4) 5) などの介入が、今後も求められると考える。

研究目的

HIV 感染症患者のメンタルヘルス、精神疾患罹患率、心理的課題を明らかにし、精神医学的介入について検討すること、および HIV 感染症患者に対する精神医学的介入を促進することを目的とする。

研究方法

上記目的に即して、以下の 1) から 5) の研究を行う。

研究 1) : HIV 感染者と精神障害の疫学を中心に文献を展望する。

研究 2) : 大阪医療センターにおいて初診時に実施しているメンタルヘルススクリーニング検査 (GHQ30 および SAMISS) について、初診から 1 年後の時点で再度同じ検査を実施し、HIV 感染症患者のメンタルヘルスの変化を検討する。その際、過去 1 年間の経験についても調査を行う。調査項目の詳細は次の通りである。(1)GHQ30 (一般健康質問票) : 6 因子 (一般的疾患傾向、身体的症状、睡眠障害、社会的活動障害、不安と気分変動、希死念慮うつ傾向) 各 5 項目。(2)SAMISS (Substance Abuse and Mental Illness Symptoms Screener の日本語訳) : 飲酒状況、物質使用状況、飲酒・物質使用への依存・統制、精神症状 (興奮、抗うつ薬の使用、抑うつ気分、意欲低下、不安、不安発作、心拍・呼吸の異常、外傷体験の有無、フラッシュバックの継続、日常生活に影響が出る出来事)。(3)1 年間の経験についてのアンケート : 治療、ソーシャルサポート、精神科受診の有無、カウンセリング利用の有無等に関する状況。これらについて初診から 1 年後の日から最も近い受診日に、看護師より説明を受け同意を得られた HIV 感染症患者に実施し回収した。分析方法としては、GHQ30 および SAMISS については各手引きにおけるカットオフ値によって問題あり・なし (以下、陽性・陰性) を判定し、単純集計を行った。また初

診時と 1 年後でスコアと陽性率について検定を行った。1 年間の生活状況については単純集計に加え、服薬や受診などの保健行動に関する項目の回答から全体を 2 群化し、GHQ 30 および SAMISS について比較した。検定には t 検定、Wilcoxon の符号順位検定、 χ^2 検定を用いた。

研究 3) : 全国精神科診療施設を対象に昨年度行ったアンケート調査の結果に基づき、協力施設リストを作成する。このリストを全国の HIV 診療拠点病院に配布する。

研究 4) : 精神科医療に携わる医師およびコメディカル、HIV 感染症医療に携わる医師およびコメディカルを対象とした研修会を開催する。研修会終了後、参加者に HIV 感染症患者の診療の可能性について、アンケートを実施する。

研究 5) : これまでの研究 1) ~ 3) の研究成果および研究 4) の研修内容をもとに、HIV 感染症治療担当医や担当看護師等が精神医学的介入の必要性を判断するためのポイントや、精神科診療スタッフが HIV 感染症を理解するためのポイントをまとめたハンドブックを作成し、各医療機関に配布する。

研究結果

研究 1) : HIV 感染者と精神障害の疫学を中心に、(1)HIV 感染患者における精神障害罹患率 (海外と日本)、および、(2)精神障害者における HIV 感染陽性率 (海外) に関して、文献を展望した。

(1)HIV 感染患者における精神障害罹患率 : 海外においても community-based の研究はなく、日本では HAART 開始前の一施設における研究のみであった。既存研究では、HIV 感染症患者の方が HIV 陰性者よりも気分障害、不安障害など精神障害罹患率は高く、最も問題となると思われたのはアルコールおよび薬物関連障害であった。

以下、(a) ~ (h) に分けて各文献の詳細を示す。

- (a) Bing et al., 2001 および Galvan et al., 2002 : 米国で最も包括的と考えられる HIV Cost and Services Utilization Study において 2864 人 (男性 2017 人、女性 847 人) のうち、大うつ病 36%、不安障害 16%、薬物依存 12%、薬物使用 50%、重度飲酒者 8% (これは一般人口の 2 倍) であった。研究の限界としては、精神病、双極性障害、アルコール乱用・依存、物質依存の診断がデザインされていないこと、物質 (アルコール含む) 乱用と依存の鑑別 (使用の程度と期間) がされていないこと、HIV 感染症患者中の受療者が研究の対象であることなどが挙げられる。
- (b) Bets et al., 2005 : HIV 関連入院経験患者 8376 名 (6 施設) の入院理由は、AIDS 21%、胃腸障害 9.5%、精神疾患 9% であった。アフリカ系の方が白人に比べて精神疾患による入院が多かった。
- (c) Stoskopf et al., 2001 : カリフォルニア州 (南部 68 全病院) の 1995 年分退院時データの解析によると、378710 名中 (ER 受診者を含む) 422 名が HIV/AIDS+精神疾患、1353 名は HIV/AIDS のみ、67092 名が精神疾患のみの診断であった。人種、性別、年齢に関わらず、精神疾患のある人が HIV/AIDS を持つ可能性は、精神疾患がない人に比べて 1.44 倍であった。HIV 感染の危険因子となるのは、アルコール/薬物依存とうつ病であった。
- (d) 根岸ら、1990 : 16 名の AIDS、4 名の無症候性 (HIV 陽性) 中、10 名の AIDS 発症者に精神症状を認めた。
- (e) 平林ら、1997 : AIDS 発症者における器質性精神障害の頻度としては、HIV-1 関連 “痴呆” 17.6%、HIV-1 関連微少認知/運動障害 11.8% (HAART 以前の調査期間) であった。
- (f) 福西ら、1999 : HIV 感染者の精神障害頻度は 179 名中 53 名 (29.6%) であった。内訳は気分障害 13.4%、せん妄/ “痴呆” /健忘および他の認知障害 12.8%、適応障害 2.2%、物質関連障害 1.1% であった。
- (g) 平林ら、2000 : HIV 感染者 1227 名中 72 名 (5.9%) が精神科を受診していた。診断名は適応障害 18.3%、気分障害 14.1%、物質関連障害 15.5%、ヒト免疫不全疾患による “痴呆” 11.3%、せん妄 9.9%、 “精神分裂病” 性障害 8.5%、身体表現性障害 7.0% であった。
- (h) 平林ら、2001 : DSM-IV の精神科診断に 29.6% が該当した。そのうち精神科受診率が 5.9% と低かったことについては、カウンセラーや MSW など で解決が図られている可能性が示唆される一方、HIV 感染者にとって何らかの精神科受診阻害因子があることも示唆された。
- (i) 福西ら、1999 : 器質性精神障害出現頻度と CD4 値との関連性について、器質性精神障害は CD4 陽性細胞数 < 100 で著しく発症頻度が増加していた (器質性精神障害発症リスクが 15.3 倍に)。告知から 10 カ月後以内は適応障害、CD4 < 100 で器質性精神障害の頻度が高かった。
- (2) 精神障害者における HIV 感染陽性率 : 海外のみの文献で、精神科入院患者を対象としていた。精神障害とアルコール/薬物使用関連性障害との comorbidity (併発) 例では HIV 陽性率が 20% と非常に高かった。
- 以下、(i) ~ (1) および参考として (m) に分けて、各文献の詳細を示す。
- (i) Cournos et al., 2008 : 11 の研究 (n=62~931 で、ほぼ全てが精神科入院患者) において、3~22% (血清抗体検査) の陽性率であった。研究対象施設は東海岸が中心であった。
- (j) Schwartz-Watts et al., 1995 および Meyer, 2003 : 西海岸での自己申告や書類からの研究では、n=223~535 で、2.6~5.5% の陽性率であった。
- (k) Cournos et al., 1997 : 精神科の位相別の陽性率 (血清抗体検査) 研究では、新入院患者中では 8%、1 年以上の長期入院患者中で 4%、ホームレス施設入所者中では 9% であった。
- (l) McKinnon et al., 1998 : 精神障害とアルコール/薬物使用関連性障害 (AOD) との併存例における HIV 陽性率は 20%。
- (m) Kessler et al., 1996 : AOD 生涯診断 (+) の 51% には、少なくとも 1 つ別の精神障害の生涯診断が (+) であった。また過去 1 年における精神障害既往者の 15% は、AOD の診断基準を満たした。
- 研究 2)** : 調査期間は 2010 年 1 月から 2011 年 11 月末であり、対象は 2008 年 12 月~2010 年 12 月に当院を初診で受診した HIV 感染症患者のうち、1 年後の調査への同意を得た 174 名である。平均年齢は 37.7 歳 (SD=11.953) であり、性別は男性 171

名 (98.3%)、女性 3 名 (1.7%) であった。

(1) メンタルヘルス

GHQ30 の総計では、初診時が 11.95 点で 125 名 (71.8%) が陽性と判定されたが、1 年後の平均点は 8.55 点、陽性と判定された人は 84 名 (48.3%) に減少しており、有意な差が認められた。GHQ30 の下位尺度の平均点について初診時と 1 年後を比較したところ、一般的疾患傾向は 2.63 が 1.81、身体症状は 1.94 が 1.62、睡眠障害は 2.55 が 2.02、社会的活動障害は 1.53 が 0.76、不安と気分変調は 1.90 が 1.49、希死念慮とうつ傾向は 1.44 が 1.02 と、全ての尺度において有意な減少が見られた (表 1)。

GHQ30 (表 1)

尺度名	初診時得点	1年後得点	t値	p値
GHQ30総計	11.95	8.55	5.622	.000**
一般的疾患傾向	2.63	1.81	5.374	.000**
身体的症状	1.94	1.62	2.504	.013*
睡眠障害	2.55	2.02	3.551	.000**
社会的活動障害	1.53	0.76	5.642	.000**
不安と気分変調	1.90	1.49	2.602	.010*
希死念慮・抑うつ気分	1.44	1.02	3.241	.001*

SAMISS の物質使用尺度に関して初診時と 1 年後を比較すると、尺度全体の陽性は初診時 92 名 (53.2%)、1 年後 100 名 (58.1%) で微増していた。飲酒陽性では初診時 80 名 (46.0%) が 1 年後 83 名 (48.5%)、薬物使用陽性では初診時 5 名 (2.9%) が 1 年後 8 名 (4.7%) で、同じく微増が認められた。依存的な使用陽性については、初診時 60 名 (34.7%) が 1 年後 45 名 (26.5%) であり、有意な減少が見られた (表 2)。

SAMISS物質使用尺度 (表 2)

尺度名	初診時得点	1年後得点	Z値	p値
物質使用全体陽性	92名	100名	-1.234	.217
飲酒陽性	80名	83名	-.762	.446
薬物使用陽性	5名	8名	-1.000	.317
依存的な使用陽性	60名	45名	-2.021	.043*

SAMISS の精神症状尺度に関して初診時と 1 年後を比較すると、尺度全体の陽性は初診時 93 名

(54.1%)、1 年後 93 名 (54.4%) であり、有意差は認められなかった。9 つの精神症状の各項目について陽性判定数を初診時と 1 年後を比較した結果は以下の通りである。興奮:初診時 53 名 (30.6%)、1 年後 48 名 (27.7%)。抗うつ薬の使用:初診時 18 名 (10.4%)、1 年後 21 名 (12.1%)。抑うつ気分:初診時 33 名 (19.1%)、1 年後 39 名 (22.7%)。意欲低下:初診時 40 名 (23.3%)、1 年後 42 名 (24.4%)。不安:初診時 29 名 (16.8%)、1 年後 36 名 (20.9%)。不安発作:初診時 14 名 (8.1%)、1 年後 27 名 (15.6%)。心拍・呼吸の異常:初診時 13 名 (7.7%)、1 年後 19 名 (11.1%)。外傷体験:初診時 25 名 (14.8%)、1 年後 27 名 (16.1%)。日常生活に影響が出る出来事:初診時 31 名 (18.2%)、1 年後 15 名 (8.8%)。不安発作は 1 年後において有意に高く、日常生活に影響が出る出来事については 1 年後に有意に低く認められた (表 3)。

SAMISS精神症状尺度 (表 3)

尺度名	初診時得点	1年後得点	Z値	p値
精神症状全体陽性	93名	93名	-.137	.891
興奮	53名	48名	-.762	.446
抗うつ薬使用	18名	21名	-.728	.467
抑うつ気分	33名	39名	-1.134	.257
意欲低下	40名	42名	-.343	.732
不安	29名	36名	-1.219	.223
不安発作	14名	27名	-2.502	.012*
心拍・呼吸の異常	13名	19名	-1.279	.201
外傷体験	25名	27名	-.600	.549
日常生活に影響が出る出来事	31名	15名	-3.024	.002**

(2) 1 年間の生活状況

抗 HIV 薬については、117 名 (69.2%) が現在内服中であった。このうち 43 名 (36.1%) にうっかり飲み忘れた経験があった。13 名 (7.8%) は定期的な受診 (前回の受診から 3 ヶ月以上あけずに受診すること) ができなかったと回答した。病気・体調・服薬に関して誰かに相談できている人は 8 割を超えたが、23 名 (13.9%) は誰にも相談できていなかった。HIV 感染症を知ったあとに行動上で何らかの変化を意識的に経験している人は 80 名 (46.8%)、何の変化もなかったと答えた人は 52 名 (30.4%)、どちらとも言えないと答えた人は 39 名 (22.8%) であった。124 名 (72.5%) は、日常生活のふとした時に HIV 感染症のことが頭をよぎると答えた。当院での臨床心理士によるカウンセ

リングを利用したと回答したのは117名(69.2%)で、4名(2.4%)が当院以外でカウンセリングを利用していた。当院の精神科を受診している人は14名(8.4%)、当院以外の精神科を受診している人が6名(3.6%)で、3名(1.8%)は精神科受診をしたいができていないと回答した。15名(9%)が精神症状に対する薬を服用していた。21名(12.7%)には配偶者が、54名(32.5%)には同性のパートナーが、3名(1.8%)には異性のパートナーがそれぞれ存在した。これまでに家族やパートナー、友人らにHIV感染症について伝えたことがある人は133名(76.9%)であった。これらの人にHIV感染症について伝えた際に嫌な思いをしたと感じたことがある人は23名(15.6%)、励まされたり支えられたりしたと感じたことがある人は84名(56.8%)であった。現在働いている人のうち、職場の人1名以上にHIV感染症のために通院していることを伝えている人は19名(14.5%)、別の理由で通院していると伝えている人は47名(35.9%)であったが、61名(46.6%)は誰にも伝えていなかった。同居人がいる人のうち、66名(68.0%)がHIV感染症のために通院していることを伝えていたが、22名(22.7%)は同居人に伝えていなかった。

(3)メンタルヘルスと1年間の保健行動の関連

過去1年間において、抗HIV薬の飲み忘れの有無および定期受診が中断したことの有無によって全体を2群に分け、メンタルヘルスの各尺度について比較した。

抗HIV薬の飲み忘れがある群(n=43)ではない群(n=74)に比べ、GHQ30総計、GHQ30希死念慮・うつ傾向、SAMISS物質使用尺度全体、SAMISS飲酒、SAMISS意欲低下が有意に高い結果であった(表4、5、6)。

抗HIV薬飲み忘れとGHQ30 (表4)

尺度名	飲み忘れあり群	飲み忘れなし群	t値	p値
GHQ30総計	10.72	7.59	2.280	.025*
一般的疾患傾向	1.93	1.55	1.313	.192
身体的症状	1.60	1.49	0.408	.684
睡眠障害	2.33	2.03	0.869	.387
社会的活動障害	1.02	0.63	1.532	.129
不安と気分変動	1.98	1.41	1.649	.103
希死念慮・うつ傾向	1.84	0.82	3.077	.003**

抗HIV薬飲み忘れとSAMISS物質使用 (表5)

尺度名	飲み忘れあり群%	飲み忘れなし群%	χ^2 値	p値
物質使用全体陽性	67.4	38.2	9.426	.002**
飲酒陽性	55.8	35.1	4.752	.029*
薬物使用陽性	2.3	5.8	.653	.650
依存的な使用陽性	23.8	17.8	.600	.439

抗HIV薬飲み忘れとSAMISS精神症状 (表6)

尺度名	飲み忘れあり群%	飲み忘れなし群%	χ^2 値	p値
精神症状全体陽性	58.1	53.4	.243	.622
興奮	34.9	22.7	2.064	.151
抗うつ薬使用	16.3	12.0	.427	.513
抑うつ気分	37.2	24.3	2.190	.139
意欲低下	42.9	22.7	5.235	.022*
不安	30.2	25.7	.284	.594
不安発作	20.9	12.0	1.686	.194
心拍・呼吸の異常	11.6	14.9	.241	.623
外傷体験	16.3	19.2	.153	.695
日常生活に影響が出る出来事	14.0	8.2	.959	.327

定期受診が中断したことがある群(n=13)ではない群(n=161)に比べ、SAMISS依存的な使用とSAMISS不安発作が有意に高い結果であった(表7、8、9)。

定期受診中断の有無とGHQ30 (表7)

尺度名	定期受診中断あり群	定期受診中断なし群	t値	p値
GHQ30総計	11.62	8.32	1.299	.216
一般的疾患傾向	2.62	1.76	1.894	.079
身体的症状	2.62	1.54	2.002	.066
睡眠障害	2.15	1.95	-.342	.738
社会的活動障害	1.38	0.72	1.193	.255
不安と気分変動	1.53	1.54	-.016	.988
希死念慮・うつ傾向	1.00	1.46	-.937	.365

定期受診中断の有無とSAMISS物質使用 (表8)

尺度名	定期受診中断あり群%	定期受診中断なし群%	χ^2 値	p値
物質使用全体陽性	66.7	56.9	.438	.508
飲酒陽性	61.5	46.4	1.106	.293
薬物使用陽性	7.7	4.0	.405	.445
依存的な使用陽性	50.0	23.8	3.977	.046*

定期受診中断の有無とSAMISS精神症状 (表9)

尺度名	定期受診中断あり群%	定期受診中断なし群%	χ^2 値	p値
精神症状全体陽性	58.3	54.6	.062	.803
興奮	50.0	26.1	3.150	.076
抗うつ薬使用	8.3	12.4	.174	1.000
抑うつ気分	25.0	33.3	.024	1.000
意欲低下	25.0	25.0	.000	1.000
不安	25.0	21.7	.070	.727
不安発作	41.7	14.4	6.054	.028*
心拍・呼吸の異常	7.7	11.3	.161	1.000
外傷体験	15.4	16.8	.017	1.000
日常生活に影響が出る出来事	15.4	8.7	.631	.344

研究 3)：昨年度実施した、全国の精神科診療施設を対象にしたアンケート調査において、今後 HIV 感染症患者の精神科診療にあたっての協力施設の名簿を作ることに同意し、自施設の連絡先を記載したかどうかについては、275 施設 (18%) が同意・記載をしていた。今年度はこの結果に基づき、診療協力リストとしてまとめたものを HIV 診療拠点病院に配布し、実際の HIV 感染症患者に対する精神医学的介入を促進するために活用することに対して改めて同意を得るために、一旦同意を得た 275 施設に対して再度意志確認の調査を郵送法によって行った。その結果、46 施設 (16.7%) から改めて同意を得た。このリストを全国の HIV 診療拠点病院の HIV 感染症診療担当医宛に送付した。また、このリストに記載することに同意をした施設に対しては、HIV 感染症に関する基礎知識や社会資源をまとめた冊子や、本研究の研究報告書を送付し、知識のアップデートを促した。

研究 4)：今年度は、以下の要領で研修を開催する予定である。日時：(1)2012 年 1 月 21 日 (土)、(2)同 2 月 11 日 (土・祝)。場所：(1)東京、(2)大阪。対象 (2 回共通)：精神科診療施設・HIV 感染症診療施設の各職種。プログラム (2 回共通)：HIV 感染症の基礎知識、セクシュアリティとメンタルヘルス、HIV 感染症と精神疾患、HIV 感染症と高次脳機能障害、HIV 診療施設と精神科診療施設の連携の実際。

過去 2 年間においては大阪で研修を開催しており、計 150 名の参加を得ている。これまでに他地域における開催への要望が聞かれたため、今年度は東京での開催を計画している。

研究 5)：これまでの研究成果を踏まえ、今年度中に冊子を作成・配布する予定である。現在作成中の冊子のコンテンツは以下のとおりである。HIV 感染症患者のメンタルヘルスと精神科診療の現状と課題、HIV 感染症の基礎知識、HIV 感染症と精神疾患、HIV 感染症診療における患者の精神症状のアセスメントとリファー。

考察

研究 1)：HIV 感染というライフイベントは精神障害罹患の危険因子となりうること、また精神障害と

アルコール/薬物使用関連性障害との併存は HIV 感染の危険因子となりうることが示唆された。

研究 2)：感染告知後に一時的に悪化するメンタルヘルスは、1 年が経過した頃にはある程度は回復することが推察された。また、感染告知まではアルコール等の物質を依存的に使用していた HIV 感染症患者が、その後の生活においてその使用を統制する試みをしていることも推察された。とはいえ SAMISS の結果に見るように、不安発作に関しては 1 年後に悪化する傾向が認められ、またその他の精神症状や物質使用は変化が見られない。よって、HIV 感染症患者のメンタルヘルスおよび物質使用については長期的にフォローをしていく必要性が示唆された。また、抗 HIV 薬の飲み忘れや定期的な受診の中断などのセルフケア行動と、メンタルヘルスや物質使用が関連していることが明らかとなった。HIV 感染を知った後の長期的な治療と生活を支えるためにも、HIV 感染症患者のメンタルヘルスケアのためのシステム作りが今後とも必要であると考えられる。

研究 3)：同意が得られた施設数はまだ少ないながらも、今回作成・配布した精神科の協力施設リストを全国の HIV 感染症診療拠点病院が活用することは、HIV 感染症患者に対する精神医学的介入を充実させる試みの一つとなりうるものと考えられる。今後はリストの活用度などについて評価を行うこと、研究 4) の研修参加施設の中で同意が得られた施設をリストに加えるなど、リストの充実を図ることなどが必要であると考えられる。

研究 4) および研究 5)：研究 1) および研究 2) で明らかとなった知見を研究 4) の研修内容や研究 5) のハンドブックなどに盛り込みながら、HIV 感染症診療施設および精神科診療施設の両方に対して介入を継続することが重要であると考えられる。

結論

1. HIV 感染というライフイベントは精神的ストレス因となるイベントであり、精神障害罹患の危険因子になると考えられる。(HAART 開始以前はよりハイリスクであった。)
2. ブロック拠点病院通院患者の精神科受診に関して調査は行われているが、対象が限られている。我

が国の HIV 感染症患者の精神疾患罹患率について、より包括的な実態調査が必要である。

3. HIV 感染症患者におけるメンタルヘルスや物質使用の問題は、感染告知直後はもちろんその後も長期にわたって認められる。従って、HIV 感染症患者の初診時から長期に渡り、身体面の治療だけでなく精神面への介入が可能となるようなシステム作りが必要である。
4. 精神障害患者は HIV 陽性率も高い可能性がある。精神科診療施設での実態調査さらには啓発活動や、HIV 感染症診療施設と精神科診療施設間の連携がますます重要である。
5. HIV 感染症患者は、精神科医よりも臨床心理士(カウンセラー)への相談の方が一般的に抵抗が少なく先に行われる傾向がある。従って、臨床心理士にも精神科受診の適応対象など精神医学的知識も求められる。従って臨床心理士にも精神医学的教育が求められる。

引用文献

Bing EG, Burnam A, Longshore D, Fleishman JA, Sherbourne CD, London AS, Turner BJ, Eggan F, Beckman R, Vitiello B, Morton SC, Orlando M, Bozzette SA, Ortiz-Barron L, and Shapiro M : Psychiatric disorders and drug use among human immunodeficiency virus-infected adults in the United States. *Arch Gen Psychiatry* 58:721-728, 2001

Galvan FH, Bing EG, Fleishman JA, London AS, Caetano R, Burnam MA, Longshore D, Morton SC, Orlando M, and Shapiro M : The prevalence of alcohol consumption and heavy drinking among people with HIV in the United States: results from the HIV Cost and Services Utilization Study. *J Stud Alcohol* 63:179-186, 2002

Betz ME, Gebo KA, Barber E, Sklar P, Fleishman JA, Reilly ED, Mathews WC, for the HIV Research Network : Patterns of diagnoses in hospital admissions in a multistate cohort of HIV-positive adults in 2001. *Med Care* 43:3-14, 2005

Stoskopf CH, Kim YK and Glover SH : Dual diagnosis: HIV and mental illness, a population-based study. *Community Ment Health J* 37:469-479, 2001

Cournos F and McKinnon K: *Epidemiology of Psychiatric Disorders Associated with HIV and AIDS. Comprehensive Textbook of AIDS Psychiatry.* New York, Oxford University Press, 2008

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

平林直次、八島章太郎、富澤治、八巻蔵人、清水宗夫、AIDS(acquired immunodeficiency syndrome) 発症者に認められる器質性精神障害。 *総合病院精神医学* 9 : 41-48, 1997

福西勇夫、平林直次、松本智子、山中京子、保坂隆、堀川直史、HIV 感染症患者にみられる精神障害—精神障害出現頻度と免疫学的指標との関連性の検討—。 *臨床精神医学* 28 : 1233-1242, 1999

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 感染症・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, p628-p633, 2000

平林直次、赤穂理絵、笠原敏彦、木曾智子、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

Schwartz-Watts D, Montgomery LD, and Morgan D : Seroprevalence of human immunodeficiency virus among inpatient pretrial detainees. *Bull Am Acad Psychiatry Law* 23:285-288, 1995

Cournos F, and McKinnon K : HIV seroprevalence among people with severe mental illness in the

United States: a critical review. Clin Psychol Rev 17:259-269, 1997

McKinnon K, and Cournois F : HIV infection linked to substance use among hospitalized patients with severe mental illness. Psychiatr Serv 49:1269, 1998

Kessler RC, Nelson CB, McGonagle KA, Edlund MJ, Frank RG, and Leaf PJ : The epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders: implications for prevention and service utilization, Am J Orthopsychiatry 66:17-31, 1996

健康危険情報

該当なし

知的財産権の出願・取得状況

該当なし

研究発表

1) 原著論文による発表

該当なし

2) 口頭発表

大谷ありさ、仲倉高広、安尾利彦、森田眞子、藤本恵里、倉谷昂志、宮本哲雄、西川歩美、下司有加、治川知子、東政美、今井敏幸、白阪琢磨、廣常秀人、初診時から1年後のHIV感染症者のメンタルヘルス。第25回日本エイズ学会学術集会・総会、2011年12月

倉谷昂志、廣常秀人、安尾利彦、大谷ありさ、仲倉高広、森田眞子、藤本恵里、宮本哲雄、西川歩美、上平朝子、白阪琢磨、精神科医を対象とした研修会受講後のHIV感染症者への理解・認識の変化について。第25回日本エイズ学会学術集会・総会、2011年12月

13

HIV陽性者の心理学的問題の現状と課題に関する研究

研究分担者：仲倉 高広（国立病院機構大阪医療センター 臨床心理室）

研究協力者：飯島 恵道（曹洞宗薬王山 東昌寺）

伊賀 陽子（兵庫医科大学病院 医療社会福祉部／地域医療・総合相談センター）

池田 和子（国立国際医療研究センター病院 エイズ治療・研究開発センター）

上平 朝子（国立病院機構大阪医療センター 感染症内科）

梅本 愛子（大阪府立精神医療センター 精神科）

枝木 美香（特定非営利活動法人アユス仏教国際協力ネットワーク）

榎本てる子（関西学院大学 神学部）

岡本 学（国立病院機構大阪医療センター 医療相談室）

小西加保留（関西学院大学 社会学部）

下司 有加（国立病院機構大阪医療センター 看護部）

富成伸次郎（国立病院機構大阪医療センター 感染症内科）

中道 基夫（関西学院大学 神学部）

西田 恭治（国立病院機構大阪医療センター 感染症内科）

松岡 千代（兵庫県立大学 看護学部）

山中 京子（大阪府立大学 人間社会学部）

吉野 宗宏（国立病院機構大阪医療センター 薬剤科）

宮本 哲雄（国立病院機構大阪医療センター 臨床心理室 公益財団法人エイズ
予防財団リサーチ・レジデント）

研究要旨

HIV 陽性者の心理学的問題の現状と課題を明確にすることを目的とし、以下の研究を行った。

研究1では、HIV 感染症に関連する神経心理学的障害の発生状況を把握するため、さまざまな神経心理学的検査を用い、HIV 陽性者のデータ 300 例を目標に、多施設共同研究を開始した。今年度は、大阪医療センターの 60 例の途中報告を行った。今後、実態に即した神経心理学的検査法を選出し、実施方法や実施必要時間が簡便で、スクリーニング機能を重視した検査法の開発が望まれる。

研究2では、各医療施設のチーム医療の状況を把握と、簡便なチーム医療の評価法の開発を目的とし、拠点病院等 109 施設を対象に質問紙調査を行った。その結果、ソーシャルワーカーやカウンセラーが医療チームに参加していること、両職種を他の職種が承認していること、及び定期的なカンファレンスを開催していることが、チーム医療の充実と関連がみられた。よって、ソーシャルワーカーやカウンセラーとの連携を強化することがチームの充実につながると考えられた。

研究3では、長期化する HIV/AIDS 医療において医療面、心理面、社会福祉面でのケアの整備に加え、人生をどのように生きていくのかなどの実存的なケア（スピリチュアル・ケア）を公開討論会とアンケート調査を基に検討した。その結果、HIV/AIDS 医療において、医療従事者のみならず、HIV 陽性者自身も、スピリチュアル・ケアが大切であるとの感想を持っていた。また、医療従事者のセルフケアの一環としても重要との感想も寄せられていることから、長期療養が必要な当事者のみならず、支援者の支援としてもスピリチュアル・ケアが果たす役割があることが示唆された。

研究4では、問題領域の選定を行い、3つの仮想事例を作成し、困難事例の背景に心理学的問題があるのではと気づき、その対処を検討できるよう、各専門職種の思考過程を記述する方法を採用した。

研究目的

HIV 感染症は、医学的問題に加え、さまざまな心理・社会的問題をも医療の視野に含め支援していくことが望まれる。

本研究は、HIV陽性者の心理的問題の発生状況の把握、心理学的アセスメントや心理療法などの心理学的ケアの充実、および臨床心理士の育成と多職種連携促進を図る研修の開発を目指し、心理学的問題をもつ HIV陽性者への支援の充実に努めることを目的とする。

ここでいう心理学的とは、神経心理学的側面、性格心理学的側面、社会心理学的側面、および宗教心理学的側面を指す。

本研究では、HIV 陽性者の上述の心理学的諸問題を把握し、その対応の充実を図り、HIV/AIDS 医療に従事する臨床心理士やカウンセラーの育成を行うとともに、チーム医療の現状を把握し、その評価法を開発し、チームでの対応モデルや多職種連携促進を図ることを目指す。

また、問題とは、定期的受診や抗HIV薬の服用などの保健行動の維持や増進を難しくし、医療スタッフの対応や支援が難しいと考えられる、心理学的問題を抱えるHIV陽性者の事例とした。具体的には、物質関連障害、自傷や自殺、人格障害、Deliberate Self-Harm（以下、DSH）、神経心理学的障害、発達障害、実存的問題（スピリチュアルな問題）を取り上げた。

研究1：神経心理学的障害の発生状況の把握

背景

「大阪医療センターにおけるHIV感染症患者の対人関係、メンタルヘルスと認知機能に関する調査 第3報」（仲倉ら、2006）によって、5 か月間に通院していたHIV 陽性者で調査協力を得た177 名のうち19 名（10.7%）が、Japanese Version of the HIV Dementia Scale（以下、JHDS）で神経心理学的障害ありと判定されていた。

米国では、R. K. Heatonら（2010年）の調査で、52%の神経心理学的障害があり、物質関連障害など混合する問題があるグループでは83%と発生する割合が高いことが報告されている。

しかし、神経心理学的障害のスクリーニング検査として臨床で広く使用されているMini-Mental State Examination（以下、MMSE）を用いて、HIV陽性者の神

経心理学的障害を適切に把握することは難しいと言われている（仲倉ら、2010）。

これらのことから、HIV 陽性者の神経心理学的障害をスクリーニングするために適切な検査法の開発が望まれる。よって、さまざまな神経心理学的検査法を用い、日本のHIV陽性者における神経心理学的障害の状態を把握する必要がある。

目的

HIV陽性者における神経心理学的障害の実態の把握を目標とし、HIV感染者の神経心理学的状態を非HIV感染者と比較し、HIV陽性者が非HIV陽性者より多く生じているかどうかを検討した。日本のHIV陽性者の状況を把握するため、主にブロック拠点病院の協力を得て多施設共同研究を行った。

研究方法

対象

選択基準

- 1、HIV陽性者は調査協力施設の初診のHIV陽性者とする。
- 2、初診から約3～4カ月以内で、身体的、心理的状态への配慮を行い、治療が一定落ち着いた頃に説明と同意を得ることを行う。
- 3、年齢、性別の制限は設けない。
- 4、基本的に初診患者全員を対象とする。

目標事例数

- 1、約300名のデータ収集をもって調査終了のめどとする。

除外基準

- 1、同意が得られなかった者。
- 2、明らかにHIV感染症に関連のない神経学的、神経心理学的障害がある者（片麻痺、球麻痺、失語、失行、半側空間無視など）
- 3、明らかにHIV感染症に関連のない精神医学的障害（幻覚妄想状態）がある者。

対照群

非HIV 陽性者（未受検者も含む）の20～50歳代男性。

調査内容

1：神経心理学的検査と神経心理学的障害の基準

運動速度、精神運動速度、注意を中心とした神経心理状態を調査する。後述の神経心理学検査で測定でき、基準値より低下した状態を神経心理学的障害とした。

①MMSE（Mini-Mental State Examination）：一般

的な神経心理学的検査;25点以下の場合を障害ありとした。

- ②FAB (Frontal Assessment Battery at bedside) : 前頭葉機能検査;11点以下を障害ありとした。
- ③RBMT (The Rivermead Behavioral Memory Test) (絵カードと物語) : 即時再生と遅延再生 (呼名、記銘、再生)、25パーセント以下を障害ありとした。
- ④数唱 (Digit Span : Wechsler Adult Intelligence Scale IIIより) : 注意;WAIS-IIIの評価点が7点以下を障害ありとした。
- ⑤TMT-A (Trail Making Test 日本語版-A) 仮名ひろいテスト:精神運動速度;25パーセント以下を障害ありとした。
- ⑥符号 (Digit Symbol-Coding : Wechsler Adult Intelligence Scale IIIより) : 精神運動速度;WAIS-IIIの評価点が6点以下を障害ありとした。
- ⑦IHDS (The International HIV Dementia Scale) ; 10点以下を障害ありとした。
抑うつ状態 (主にうつ病) による精神運動速度の低下や注意障害等との鑑別のため、下記検査を行う。
- ⑧アパシースケール (Apathy scale) : 意欲;16点以上を障害ありとした。
- ⑨CES-D (the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale) : 抑うつ状態;16点以上を障害ありとした。

2: 質問紙調査

利き手や教育歴、生活状況、HIV感染症の状態や飲酒状況などについて自記式のアンケートを用い調査した。精神障害や物質関連障害のスクリーニング検査として、SAMISS (Substance Abuse and Mental Illness Symptoms Screener) も加えた。

調査協力施設基準

- 1、本調査の目的、調査方法、神経心理学的検査の実施法の説明を受け、当該施設の同意と倫理委員会の承認を受けた施設である。
- 2、HIV感染症の診療を行っており、神経心理学的検査を実施できる心理職等が所属 (非常勤等も可) している。
- 3、基本的にブロック拠点病院を対象にリクルートする。

作業仮説

HIV 陽性者は、非HIV陽性者に比べ、神経心理学的障害の発生が多い。具体的には下記のとおりである。

- 1、HIV 陽性者群は、非HIV陽性者群に比べ、FAB、数唱、TMT、符号、IHDS において機能低下の発生率が多い。
- 2、MMSE、CES-D、アパシースケールにおいて差がない。
- 3、RBMTにおいて差がない。しかし、注意障害の影響があるかも知れない。

検定方法

2つの群の各神経心理学検査の結果をMann-Whitney の U 検定 (SPSSver19.0) を用いて比較した。

調査期間

2011年1月 (予定) ~2012年3月末 (延長予定)

調査の手続き・手順

- 1、協力機関への説明 (2010/10/2実施済み)。
- 2、大阪医療センターの臨床研究承認審査 (自主研究審査委員会) 申請 (2010/11承認済み)。
- 3、実施協力機関への調査用紙、用具の配布 (適宜)。
- 4、各施設による倫理委員会申請の依頼、承認後実施。

倫理的配慮

- 1、対象患者への本調査の説明は、文書を用い、説明を協力施設や状況に応じ、医師、看護師、臨床心理士等 (以下、医師等) により説明を行った。
- 2、個人情報保護を徹底するため、施設整理番号 (ID) の下3桁を記入するなどコード化を図った。
- 3、調査票は患者の自記式、神経心理学的検査は実施法の説明を受けた臨床心理士等により行った。実施方法や教示について手順書を作成し、統制を図った。
- 4、神経心理学的検査の結果は、研究協力者 (患者・被験者) へのフィードバックを実施に組み込んだ。
- 5、患者の神経心理学検査の結果は、診療録に記載し、診療に活用した。

暫定的な結果

- 1、大阪医療センター:2011.1.1.~12.31.現在調査期間中の初診患者は202名であり、そのうち説明を受けた者は77名で、同意を得、実施された者は62名であった。

初診患者に比べ説明数の少ない理由は、初診

時直後は医療的介入を優先させたため、調査期間内の3ヶ月前の患者数が実質調査対象となる点や、初診の後入院や土曜日外来などになり、調査をする臨床心理士と面接設定ができない、転院やセカンド・オピニオンの患者、体調不良、中断、死亡が主な理由であった。

2、他施設の状況

- ①新潟大学病院、名古屋医療センター、広島大学病院は、倫理委員会申請後、実施もしくは実施予定。
- ②北海道大学病院、仙台医療センターは、倫理委員会申請中。
- ③九州医療センターは、検討中。
- ④対照群の調査協力機関の確保が次年度の課題である。

3、大阪医療センターの実施結果（途中報告：60名の結果）

①属性

調査協力者の属性は、表1の通りであった。

表1 属性

	平均 (SD)、もしくは度数 (%)
性別：人 (男性/女性)	59 (98.3) /1 (1.7)
年齢：歳 (SD)、範囲	37.6 (10.9)、20~67
利き手：人 (右/左/両)	55 (91.7) /4(6.7)/1(1.7)
セクシュアリティ：人 (同性愛/異性愛/両性愛/他)	35 (58.3) /6(10)/13(21.7)/6(10)
中卒後の教育年数：年	5.22 (2.56)
就業 (就業/無職/他)	41 (69.5)/16 (27.1) /3(3.4)
精神科受診中：人	16 (27.1)
向精神薬服用中：人	7 (11.7)

調査協力者自身が自覚している感染告知前後での行動上の変化や生活上の変化、飲酒状況や処方されていない物質の使用状況は表2の通りであった。

表2 自覚されている問題（自記式アンケートより）

	度数 (%)
行動上の変化あり：人	21 (35)
生活上の変化あり：人	41 (68.3)
アルコール摂取頻度：人 (なし/月1回/月2~3回/週2~3回/週4回以上/未記入)	12(20)/21(35)/10(16.7)/9(15)/7(11.7)/1(1.7)

意図以上の飲酒 (なし/月1回以下/月1回/週1回/ほぼ毎日/未記入)	度数 (%)
37(61.7)/15(25)/3(5)/2(3.3)/1(1.7)/1(1.7)	
処方されていない物質使用 (なし/月1回以下/月1回)	度数 (%)
52(86.7)/7(11.7)/1(1.7)	

②神経心理学的検査の結果

MMSEより、障害あり（25点以下）と判定された者は5名（8.3%）であった（図1参照）。

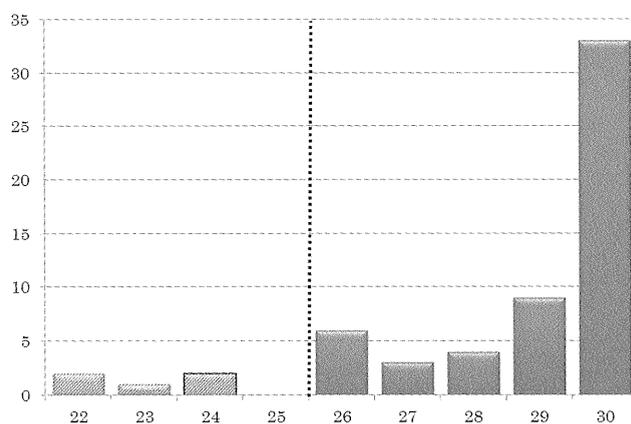


図1 MMSE 総合得点

FABより障害あり（11点以下）と判定された者は5名（8.3%）であった（図2参照）。

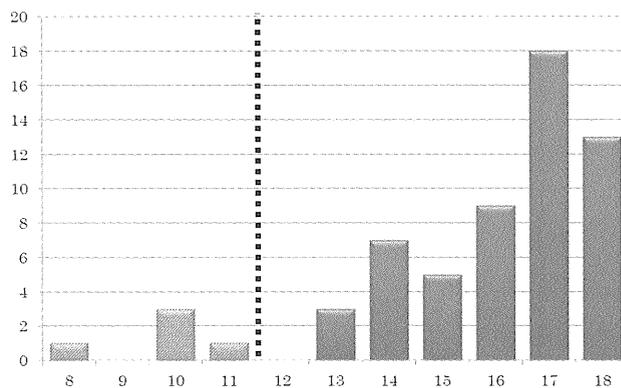


図2 FAB 総合得点

RBMT

絵カードで25パーセント以下の得点の者は6名（10.0%）であった（図3参照）。

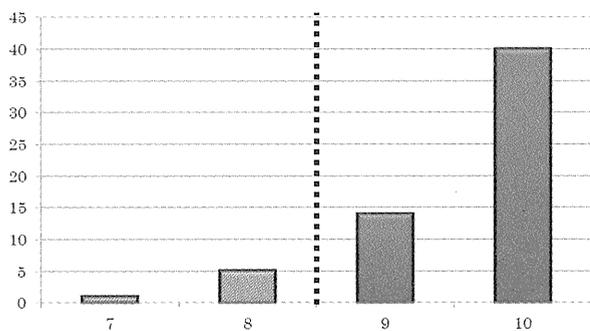


図3 絵カード(再認) 総合得点

物語即時再生で25パーセント以下得点の者は15名(28.3%)であった(図4参照)。

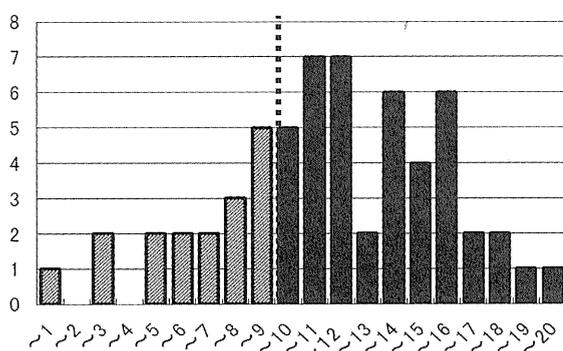


図4 物語即時再生得点

物語遅延再生で25パーセント以下得点の者は18名(31.7%)であった(図5参照)。

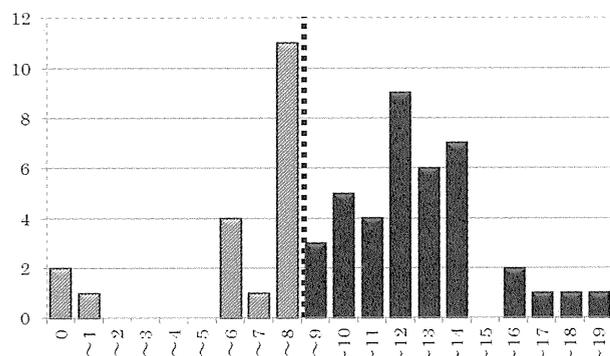


図5 物語遅延再生得点

Digit Spamより、障害あり(評価点が7点以下)と判定された者は15名(25%)であった(図6参照)。

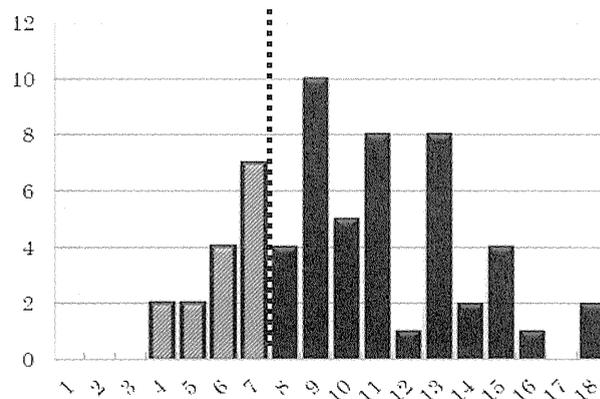


図6 Digit Spam 評価点

TMT-Aより、障害あり(25パーセント以下)と判定された者は13名(21.7%)であった(図7参照)。

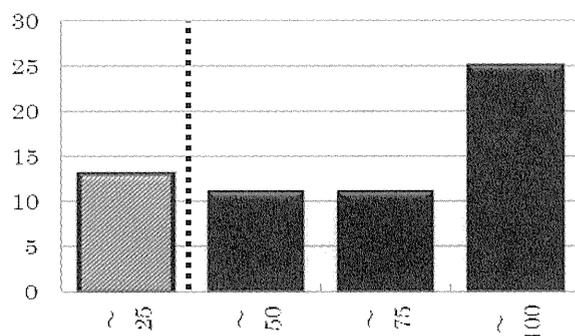


図7 TMT-A パーセント

Digit Symbol-Codingより、障害あり(評価点が6点以下)と判定された者は21名(35.6%)であった(図8参照)。

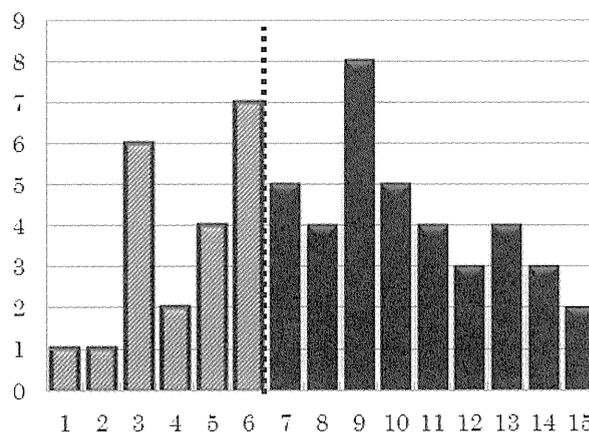


図8 Digit Symbol-Coding 評価点

IHDSより、障害あり(10点以下)と判定された者は19名(31.7%)であった(図9参照)。

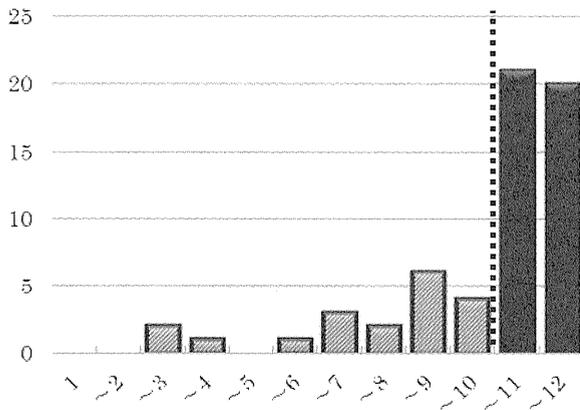


図9 IHDS 得点

CES-Dより、障害あり（16点以上）と判定された者は25名（41.7%）であった（図10参照）。

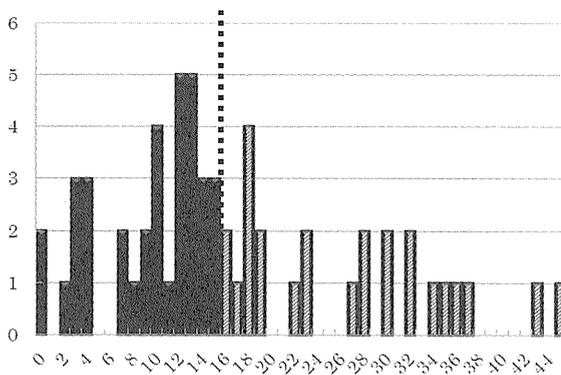


図10 CES-D 得点

Apathy scaleより、障害あり（16点以上）と判定された者は22名（36.7%）であった（図11参照）。

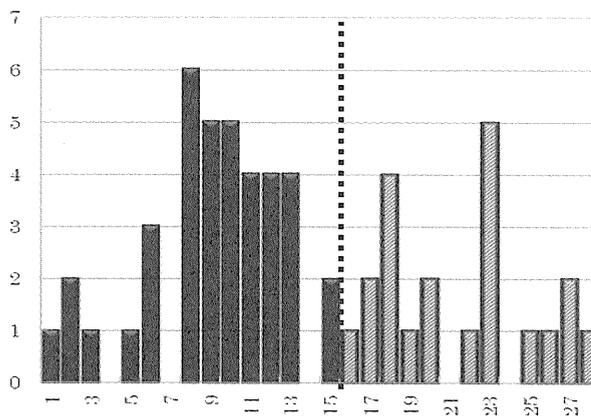


図11 Apathy scale 得点

暫定的な考察

1、対象

約9ヶ月で60名の実施は、初診より3~4ヵ月後の実施であることを換算すると、月に約6~7名の実施となる。初診患者が約月に17~18名のうちの3分の1に該当する対象に実施したことになる。実施数が少ないのは、

大阪医療センターの特質によるものなのか、対象選択基準によるもののかなど検討する必要があると思われる。

2、調査方法

HIV 陽性者にみられる神経心理学的障害は、皮質性認知症を主にみるMMSE よりも皮質下性認知症を考慮した神経心理学的検査が望ましいと考えられる。今回の調査では、主に運動速度や精神運動速度、注意や記憶などを測定している。実施に約60~90分かかるため、本研究データが収集でき、実態が把握できた後、実態に即した神経心理学的検査法を選出し、実施方法や実施必要時間が簡便で、スクリーニング機能を重視した検査法を開発が望まれる。

研究2：チーム医療の評価に関する調査

背景

山中ら（2008）によると、ブロック拠点病院の医療チーム構成員を対象に、「多職種チームとチームアプローチに対する考え方」、「多職種チームに対する自分自身のかかわり」、「多職種チームの状況」に関する質問調査の結果、職種による差がほとんどない。ブロック拠点病院のチームのかかわり方や全体状況に対してチーム構成員が同等の意識や態度であることが示されている。また、チーム構成員としてHIV医療の経験が長いほど多職種との関わりがプラスに働く傾向があることを示している。

しかし、ブロック拠点病院のみを対象としており、広くHIV/AIDS医療におけるチームの現状を把握しているとはいえない。また、構成員の職種による分析であり、各医療施設のチーム医療の状況を把握しているわけではない。

また、調査項目が65項目と多く、日常診療のなかで使用することが難しいと思われる。

よって、チーム医療の充実を目指し、チーム医療に関する医療施設ごとの意識調査を行い、チーム医療の評価、およびより良いチーム医療を実践するための指針の明示のための簡便な質問紙作成を目標とした。

目的

本研究では、各医療施設のチーム医療の状況を把握すること、および質問項目の選定を行い、簡便な評価法の開発を目的とした。

研究方法

対象

調査対象は、「拠点病院機能評価のためのアンケート調査のお願い」（照屋、平成22年度『HIV 感染症の医療体制の整備に関する研究』、回答施設数/全拠点病院：202/376、回収率：53.7%、20名以上の施設の割合：回答施設中/全拠点病院中；34.2%/18.4%）で、平成21年4月1日から10月31日までに受診履歴のある患者で現在通院中の者が20名以上あると回答した拠点病院69施設と、中核拠点病院、およびブロック拠点病院の109施設を選定した。

調査内容

調査票は、山中らが使用した「HIV 医療におけるチームに関する調査」票（平成20年度厚労科研『服薬アドヒアランスの向上・維持に関する研究』）の尺度を用いた。調査項目は、「チームアプローチは、患者ケアの質を向上する」などのチーム医療に対する考え方の項目（19項目）、「チームケアにおいて、他専門職が貢献できる部分を明確に知っている」などの関わりに関する項目（21項目）と、「チームメンバーは同等の発言権を持っている」などの状況に関する項目（25項目）の計65項目で、6段階のリッカート法にて実施した。

調査期間

配布期間は、2011年1月中旬～1月末。回収期間は、2011年2月末までとした。

調査方法

各施設のHIV/AIDS 診療担当医に、同施設であることがわかるように調査票に各施設にコードを記載した調査票5通を郵送し、当該施設のチーム構成員である各職種各1名に振り分け回答を得ることとした。

分析方法

同施設より2職種以上の回答があった施設を対象とし、質問紙の総計の平均と標準偏差を求め、各施設の総計と標準偏差の中央値でそれぞれ高得点群と低得点群に分ける。その後、平均の高得点群、かつ標準偏差の低得点群をチーム医療の充実した群（M群）とし、その他を形成途上群（O群）とした。そして、M群とO群で、チーム医療を充実させていると思われる診療経験や患者数、チーム医療の構成メンバー数やカンファレンスの有無を比較した。頻度はFisherの直接法、平均値はMann-Whitney検定を統計ソフトSPSS vol.19を

用い解析を行った。

また、65調査項目のItem-Total Correlation Analysisとして総計の平均と標準偏差についてSpearmanの相関係数を算出し、両者ともに相関係数が0.5以上のものを選出した。

作業仮説

- I：チーム医療が成熟しているほど、各構成員間の「I 考え方」は一致している。
- II：チーム医療が成熟しているほど、各構成員間の「II 関わり方」は高得点で一致している。
- III：チーム医療が成熟しているほど、各構成員間の「III チームの評価」は高得点で一致している。
- IV：チーム医療が成熟しているほど、総計が高くなる。
- V：充実させている要因として、HIV 陽性者の診療経験が豊富（回答職種数が多い、ブロック拠点病院であるや、累積患者数が多い、現在の通院患者数が多い）、チームの構成員数や構成職種が多い、カンファレンスが定期的開催されているを独立変数とした。

研究結果

1、分析対象と二群化

同施設から2職種以上の回答があった65施設を分析の対象とした。

各施設の総計の中央値は、274.25点（148.75～341）であった。

表3 標準偏差高低群の回答者数の比較

	n	平均値	標準偏差	平均値の標準誤差
総SD合計低群	33	3.18	1.014	0.177
総SD合計高群	32	3.91	0.689	0.122

各施設の標準偏差の中央値は、1.96点（0.08～3.53）であった。

上記より、M群は16施設、O群は49施設となった（図12参照）。

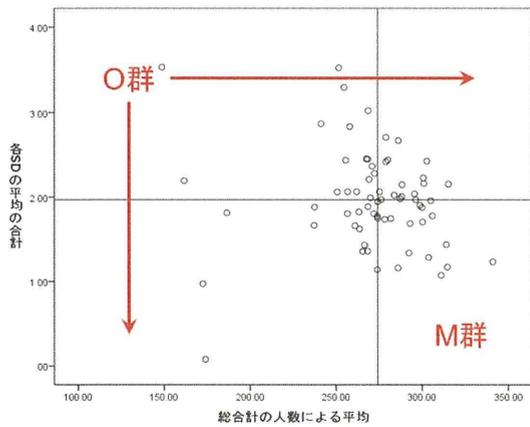


図 12 総計の平均と標準偏差の分布

二群間では、職種ごとの総計は違いはなかった（平均278.87、 $p=0.168$ ）。

標準偏差と全体の回答者数との間には、0.451 ($p<0.001$) と相関がみられたが、M群とO群では、回答者数に違いはなかった ($p=0.731$ 、表3参照) ため、二群間で回答者数による標準偏差の違いではないものと判断した。

2、チーム医療充実に関連のあると考えられた要因の比較

両群間では、回答者（職種）に差はなかった（表4参照）。

表4 回答者（職種）の比較

職種 人(%)	医師	看護師	薬剤師	カウンセラー	MSW
M群 (n=17)	14 (82.4)	16 (94.1)	10 (58.8)	8 (47.1)	9 (52.9)
O群 (n=49)	42 (85.7)	40 (81.6)	36 (73.5)	21 (42.9)	33 (67.3)
p値	0.709	0.432	0.359	0.784	0.382

また、回答施設の属性や患者数に関しても差はなかった（表5参照）。

表5 回答施設、患者数の比較

n (%) / Me(min-max)	ブロッコ	中核	拠点	累積患者数	通院患者数
M群	3 (17.6)	7 (41.2)	7 (41.2)	94 (0-3000)	60 (0-1800)
O群	6 (12.2)	26 (53.1)	17 (34.7)	73 (16-800)	46 (0-500)
p値		0.680		0.394	0.346

チームの構成人数は、M群が5.61人で、O群の4.60人より多かった ($p=0.028$)。しかし、事例に応じ拡大したチームの構成人数には差がなかった ($p=0.713$)

(表6参照)。

表6 チームの構成人数（通常と拡大）の比較

Me (min-max)	通常	拡大
M群	5.61 (3-9)	14.47 (2-38)
O群	4.60 (1-8)	14.14 (2-36)
p値	0.028	0.713

同施設回答者全員が、チームの一員であると認識した職種の割合を比較した結果、M群とO群では、医師、看護師、薬剤師では差がみられなかったが、カウンセラーやMSWに対して回答者全員がチームの一員であると認識する施設はM群に多くみられた（表7参照）。

表7 同施設の回答者全員がチームの一員であると認識した職種

n (%)	医師	看護師	薬剤師	カウンセラー	MSW
M群	17 (100)	15 (88.2)	10 (62.5)	12 (70.6)	16 (94.1)
O群	42 (87.5)	41 (83.7)	30 (63.8)	18 (37.5)	34 (69.4)
p値	0.327	1.000	1.000	0.025	0.051

M群では定期的カンファレンスが開催されているところが多く、O群では施設の回答者が全員開催されていないとする施設が多かった ($p=0.034$)（表8参照）。

表8 定期的カンファレンスの開催の有無の比較

n (%)	あり	なし	回答者間で不一致
M群	15 (88.2)	0 (0)	2 (11.8)
O群	31 (63.3)	13 (26.5)	5 (10.2)
p値	0.034		

カンファレンスの一回あたりの開催時間は、M群がO群より長かった ($p=0.044$)（表9参照）。

表9 カンファレンス一回あたりの時間の比較

Me (min-max)	通常
M群	60 (20~90)
O群	52.5 (30~75)
p値	0.044

③Item-Total Correlation Analysisの結果

65調査項目の総計は、Cronbachの α が0.967で、標準偏差の α が0.951であった。

65調査項目のItem-Total Correlation Analysisの結果、総計と標準偏差のSpearmanの相関係数が0.5以上のものは、18項目であった（表10参照）。18項目の総計は、Cronbachの α が0.961で、標準偏差の α が0.929であった。

表10 I-T分析の結果 (Spearmanの相関分析)

p<1%(片側)は *、p<1%(両測)は **

調査項目	総計	標準 偏差
1. チームアプローチは、患者ケアの質を向上する	.322**	.262*
2. チームミーティングは異なった領域のチームメンバー間のコミュニケーションを育成する	.486**	.254*
3. 医師はチームによって計画された内容を変更する権限を持っている	0	.244*
4. チームケアを受けた患者は、そうでない患者に比べて全人的にケアされる	.325**	0.18
5. チームで仕事に取り組むことは、仕事への情熱と関心を維持することにもつながる	.356**	.251*
6. チームでの仕事は、必要以上に時間を費やすし、物事を複雑にもする	-.242*	.262*
7. チームメンバーとともに計画を立てることはミスを防ぐことにつながる	.509**	.299*
8. チームの第一の目的は、患者の治療目標を達成するために医師を補助することである	0	0.194
9. 多職種による計画を立案するとき、多くの時間が他領域での専門用語の解釈に費やされる	0	0.204
10. 患者は、チームによるケアにはあまり満足していない	-.294*	.244*
11. チームで働く専門職は、患者の心理的・社会的ニーズに対する責任を担っている	.316**	.370**
12. 医師は、チームによってなされた決定に対して最終的な決定権を持つべきではない	0	0.203
13. チームメンバーが相互作用することによって、よりよい患者ケアの決定ができる	.515**	.270*
14. チームミーティングに要する時間は、他で使うほうが有効である場合が多い	-.470**	0.191
15. 医師は、チームの決定に対する最終的な法的責任を持っている	0	.393**
16. チームケアを受けると、受けない患者に比べてよりよい退院支援が受けられる	.366**	0.234
17. 医師はチームのリーダーである	.264*	0.224
18. チームアプローチは、ケアの提供をより効率的にする	.499**	.388**
19. チームアプローチは、患者と同じく家族などのニーズにも対応できる	.504**	.314*
1. 私は、チームケアにおいて、他専門職が貢献できる部分を明確に知っている	.467**	.372**
2. 私は、チームケアの中で自分の専門知識を活用している	.445**	.431**
3. 私は、チームの計画立案時に、患者や家族の希望や目標を常に考慮している	.467**	.507**
4. 私は、チームメンバー間の意見の相違にうまく対処している	.506**	.334**
5. 私は、専門領域間の協力を促進している	.529**	.538**
6. 私は、チームにおいて自分の領域に課せられた役割を果たしている	.508**	.424**
7. 私は、チームミーティングでは、課題を簡潔に提示している	.496**	.469**
8. 私は、チームミーティングに積極的に参加している	.643**	.552**
9. 私は、自分のケアの内容をチームの目標達成のために調整している	.529**	.518**
10. 私は、患者が目標を達成するために介入的な戦略を立てている	.510**	.655**
11. 私はチームミーティングでは、的確に問題を提示している	.509**	.494**
12. 私は、どういうときにチームがうまく機能していないか分かっている	.248*	.562**
13. 私は、チームの機能を改善するために効果的に介入している	.386**	.518**
14. 私は、ミーティングに積極的に参加していないメンバーがいる場合、引き入れるようにこころがけている	.471**	.499**
15. 私はチームメンバーに十分に情報を提供している	.581**	.619**
16. 私はチームメンバーの情報を自分なりに分析して解釈している	.562**	.533**

17. 私は気がねなく他の人に異なった意見をいつている	.509**	.577**	おり、全てのチームメンバーにそれが受け入れられている
18. 私は気軽に自分からチームに参加している	.658**	.361**	15. チームメンバーは、お互いによく情報交換している
19. 私は批判するだけでなく、代替案をいつも提供している	.397**	.436**	16. 私たちは、決定する際に適切な人々を巻き込んでいる
20. 私は提案された代替案を自分なりにきちんと評価している	.425**	.426**	17. チームミーティングは、脱線せず予定どおりに終わる
21. 私はチームの意志決定に参加している	.556**	.552**	18. チームメンバーは、率直な意見を言うことに抵抗はない
1. チームメンバーは同等の発言権を持っている	.592**	.396**	19. チームの優先順位リストをあげてと言われたら、各々があげるリストはお互いよく似ているだろう
2. チームメンバーはチームミーティングを仕事の上での優先事項にしている	.545**	.388**	20. チームメンバーは率先してアイデアや関心を提示する
3. チームメンバーは他のメンバーが信頼できるとわかっている	.642**	.544**	21. チームメンバーには、情報が十分にもたらされている
4. チームの権限、目標、目的は明確であり、同意されている	.568**	.669**	22. 私たちは合意にたどり着くためのスキルを持っている
5. チームメンバーは、それぞれの責務を果たしている	.677**	.347**	23. チームメンバーは、お互いに尊敬し合っている
6. チームメンバーは参加することは責任であるとみなしている	.596**	.291*	24. 意志決定がなされるときには、チームの優先事項に合意している
7. チームミーティングはすばらしい結果を生み出す	.610**	.386**	25. それぞれのチームメンバーは自分の役割を果たしている
8. チームの中には自由な雰囲気と信頼感がある	.681**	.513**	
9. 私たちは、チームを成功させるにはどのようにすればよいかということについて、お互いに合意した強い信念を持っている	.691**	.586**	考察
10. 各々のチームメンバーは、チームの成功のためには共に責任を負っていることをはっきりと表明している	.642**	.580**	ソーシャルワーカーやカウンセラーが医療チームに参加していること、両職種を他の職種が承認していること、及び定期的なカンファレンスを開催していることが、チーム医療の充実と関連していた。よって、ソーシャルワーカーやカウンセラーとの連携を充実することがチームの充実につながると考えられる。
11. チームメンバーからの意見は可能な限り活用される	.788**	.340**	残された課題として、中央値による二群化や各職種1名の回答がチームの代表となるのかなどの妥当性の検証が残されている。
12. チームミーティングには全員が積極的に参加している	.735**	.506**	また、選出された18項目の因子分析や理論的妥当性の検討が今後の課題である。
13. チームメンバーは、チームの成果を妨げるような個人的な優先事項や日程を認めない	.307*	.382**	
14. 私たちの役割は、明確に定義されて	.567**	.523**	

研究3：実存的ケアの可能性の検討

背景

長期化する HIV/AIDS 医療において医療面、心理面、社会福祉面でのケアの整備に加え、人生をどのように生きていくのかなどの実存的なケア（スピリチュアル・ケア）が重要になってくる。

HIV医療のなかでスピリチュアル・ケアに関する研究はなく、全人的なケアに向けて新たな支援の視点として大切である。WHOの健康の概念にあるように、国際的な視点の導入の契機になると思われる。しかし、スピリチュアル・ケアの定義や、HIV医療にどのように、誰が参入するのか、どのような工夫や連携が必要であるのか、現在のところ検討がなされていない。

目的

よって、本研究では、スピリチュアル・ケアの一定の定義や、HIV医療にどのように、誰が参入するのか、どのような工夫や連携が必要であるのか、より具体的な課題を明記し、検討していく必要がある。HIV/AIDS 医療関係者のスピリチュアル・ケアに関する印象等を把握することを目的とした。

方法

有識者による公開討論会を行い、意見の収集を行うとともに、聴講者に対して意識調査を行う。

1、公開討論会

① 討論のテーマ

討論のテーマを「今の医療に新たに求められているもの（第2回）～自業自得・バチを巡って、スピリチュアル・ケアを考える～」とした。

② 日時、場所

2011年12月2日、9:00～10:30、ハイアットリージェンシーホテル。

③ 討論者

司会：白阪琢磨

シンポジスト

榎本てる子(関西学院大学)「教育実践の立場から」

枝木美香(特定非営利活動法人アークス仏教国際

協力ネットワーク)「実践の立場から」

中道基夫(関西学院大学)「キリスト教の立場から」

飯島恵道(曹洞宗薬王山東昌寺)「仏教の立場から」

白阪琢磨(大阪医療センター)「医療の立場から」

2、アンケート調査

公開討論会の聴講者を対象に、自記式アンケート

により、属性のほか、討論会の感想、「私は、～を信じません」に自由に記入してもらい、文を完成してもらう文章完成法(1文のみ)を調査した。

結果

1、討論結果

榎本てる子より、チャプレンやHIV/AIDSに関するNPO活動、自治体の派遣カウンセラーとして、HIV陽性者やその家族やパートナー、地域への支援やパストラル・ケア(pastoral care)の実践、後継者の養成をしておられる。その実践や経験からお話いただいた。

枝木美香より、日本の仏教者が中心となって設立された国際協力NGOアークスで、主に、国際問題に取り組むNGOを支援し、それらのNGOの学びと経験をアークスが学び、寺院を通して市民社会に伝えていく活動を行っておられる。その実践からお話いただいた。

中道基夫より、実践神学、宣教学、説教学を専門にし、教会が社会と関わり、教会の対話能力が問われるという考えを基に、説教学、宣教学を研究しておられる。社会と関わり続けるキリスト教の立場からお話いただいた。

飯島恵道より、元看護師として緩和ケア病棟での勤務をもつ。現在、曹洞宗薬王山東昌寺副住職を務めつつ、広く社会活動を行っておられる。仏教の精神をもとに広義でのケア、社会的ケアという観点からお話いただいた。

白阪琢磨より、HIV/AIDS医療の実践のなかで、さまざまな職種や領域の人たちとの対話を重ねてきた。その経験を基にお話いただいた。司会のもと、質疑応答が進められた。

2、アンケート結果

公開検討会参加者は、約150名を数え、配布したアンケートは120部であった。

64名(回収率53%、医療従事者84%)の回答があった。

回答者のうち、男性24名、女性37名、未記入等3名であった。年齢は、30歳代が19名と一番多く、ついで50歳代が17名、40歳代が15名、20歳代が9名、60歳以上3名、未記入が1名であった。

看護師・保健師・助産師が16名と多く、ついで医師が11名、カウンセラー・臨床心理士が8名、HIV

陽性者や薬剤師、ソーシャルワーカーが各 5 名、その他が 14 名であった。

自由記述では、「大切な視点」と記述したものが 13 名 (20%)、「考えさせられた」が 7 名 (11%)、「人間関係、かかわりが重要」とした者が 6 名 (9%)、「次回開催を希望」が 6 名 (9%)、「もっと知りたい」が 5 名 (8%)、「支援者にも必要なケア」が 3 名 (5%)、「難しい、分からない」が 2 名 (3%)、その他が 22 名 (34%) であった。概ね公開討論会のテーマやスピリチュアル・ケアに関心を持った内容であった。

考察

HIV/AIDS 医療において、医療従事者のみならず、HIV 陽性者自身も今回のアンケートの結果の限り、スピリチュアル・ケアが大切であるとの感想を持っている。また、医療従事者にとってのセルフケアの一環としても重要との感想も寄せられていることから、長期療養が必要な当事者のみならず、支援者の支援としてスピリチュアル・ケアの視点は重要であるかもしれない。

今後、両者の支援を視野に含め、具体的参入方法を検討して行く必要がある。

研究4：問題別チーム医療のマニュアル作成

背景

「HIV/AIDS 患者の療養継続への支援システムに関する研究」（島田、平成17年『HIV 感染症の医療体制の整備に関する研究』）や「治療開始・継続困難症例へのケア支援に関する研究」（池田、平成17年『HIV 感染症の医療体制の整備に関する研究』）、「15人の語りで学ぶHIV陽性者と地域生活 事例から支援を考える」（生島、平成21年『地域におけるHIV陽性者等支援のための研究』）など既存の冊子があり重複をさける必要がある。

よって、困難事例の定義として、“抗HIV薬の服用や定期受診などの保健行動の維持・増進を難しくし、医療スタッフの対応・支援が難しいと考えられる心理学的問題を抱えるHIV陽性者の事例”と定義し、それぞれの問題領域に対する多職種による支援のあり方を検討し、まとめることが重要である。

目的

研究の結果を広く普及することを目指し、問題別のチーム医療のあり方を明確にし、問題別チーム医療マニュアルの作成を目標とした。

作成方法

医師、看護師、ソーシャルワーカー、臨床心理士らの参加によるマニュアル作成会議を開催し、問題領域の選定を行った。

主に、抗HIV薬の服用や定期受診などの保健行動の維持・増進を難しくし、医療スタッフの対応・支援が難しいと考えられる心理学的問題を抱えるHIV陽性者の事例に対し、各職種が、どのような情報に関心を示し、その関心は何を想定しているのか（関心を持った理由）、どのようなかかわりが考えられるのか、その結果どのようなことを目指しているのか、という各専門職種の思考過程を記述することを中心にすえた。

研究1、2、3の結果も考慮し、心理学的問題ごとに対処するチーム医療のあり方の検討に加え、問題の背景にある心理学的、精神病理学的状態に応じたケアのあり方に焦点づけたマニュアルの作成を行った。

マニュアルの構成

1、目標

- ① HIV感染症やそれに関わる、もしくは併発する様々な問題の兆しに気づけるように
- ② さまざまな問題を想像できるように
- ③ 気づいたら、当該施設で対応を試みようと思えるように
- ④ 困ったら、中核、ブロック拠点病院、院外資源に相談できるように

2、構成

- ① 問題の状況
- ② 各職種の着目点とその理由
- ③ 介入プラン
- ④ 優先順位をつける思考過程やチームのかかわりについて

3、仮想事例

- ① 不定期な受診行動
- ② 長期療養
- ③ 治療中に性行為感染症を罹患

考察

一昨年よりの研究結果や研究1、2、3に基づき、問題領域の選定を行い、3つの仮想事例を作成し、困難事例の背景にもしかしたら心理学的問題があるのではと気づき、その対処を検討できるよう、各専門職種の思考過程を記述する方法を採用した。今後、本冊子を用い、中核拠点病院や拠点病院が診療に活かし、各