

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」に関する質問調査を実施し、「多職種チームに対する考え方」、「多職種チームに対するかかわり方」および「チーム全体の状況」についてそれぞれ職種を要因にした一元配置の分散分析の結果、職種による差がほとんどなかった。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、施設ごとではなく構成員の職種ごとによる分析であり、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。

仲倉ら(2012)は、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調査を実施した。65項目の調査票を用い、Item-Total Correlation Analysisの結果、総計および標準偏差とチーム医療の評価得点とのSpearmanの相関係数が0.5以上のものは、18項目であった。18項目の総計は、Cronbachの $\alpha$ が0.961で、標準偏差の $\alpha$ が0.929であった。

しかし、仲倉らの研究では、総計の高低や標準偏差の差に対する感度の高い項目が18項目であるため、それ以外に、チーム医療として必須の項目が漏れている可能性がある。

## 目的

本研究では、医療施設のチーム医療の状況を把握でき、かつチーム医療の評価として必須の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。

先行研究より18項目が選出されたが、概念的に必須の項目などを選びだすために、専門家などが持つ直観的意見や経験的判断を反復型アンケートにて、組織的に集約・洗練する意見収束技法(デルファイ法)を用い、抽出する。

## 方法

### 1. 対象

チーム医療マニュアルを作成したメンバー(20名のうち、本研究班班長、筆者、退職者、事務補助を除く15名)、およびマニュアル作成者を除く、医師、看護師、薬剤師、MSW、カウンセラーや臨床心理士を各5名ずつ25名選出する。合計40名を対象とした。集会のシンポジウムや座長として名前の挙がっている各職種で医療機関に勤務している者の上位のもの5名を選定基準とした。上記対象者40名に、第一次調査と同時に、本研究の趣旨とルール、依頼文書を同封し、返信のあった対象に、第二次調査を行うこととした。

### 2. 調査期間

第一次調査、集計、フィードバック、第二次調査、集計を、倫理委員会の承認後、2015年3月末までの間に実施する。

### 3. 調査方法

#### 1) 初期リスト

対象者に先行研究(仲倉)のチーム医療評価に関する調査項目(65項目)を用いる。「チーム医療を評価する項目として、下記の考え方は必要な基準だとお考えですか」という問いに対し、「非常に必要である」(5点)～「まったく必要ではない」(1点)の5件法にて回答を求めた。

#### 2) 第一次調査

対象者に、65項目について、チーム医療を評価する基準として、非常に必要である、必要である、どちらともいえない、必要ではない、全く必要ではない、の5件法とし、それぞれ5点から1点の得点とした。

#### 3) 第二次調査

各項目に関して、第一次調査回答者の中央値と、各得点の人数、得点の分布における回答者が答えた得点の位置を示す。そのうえで、第二次調査を上記の5件法で行い、それぞれの得点を求める。さらに、中央値と2点以上異なる場合には、その理由を自由記述で求める。

#### 4) 説明と同意

添付文書を郵送し、アンケートの返送をもって同意を得たものとする。

途中離脱は任意とする。

## 4. 調査項目

仲倉ら(2012)が用いた65項目の調査票を用いる(文献参照)。

## 5. 分析方法と抽出方法

第二次調査結果から、各項目の中央値、四分位範囲、四分位範囲内の人数のパーセンタイルを求める。

コンセンサスの指標基準は、第二次調査での、中央値が4.0以上、かつ、四分位範囲が1.0以下で、さらに四分位範囲のパーセンタイルが80パーセンタイル以上の、3つの条件すべてに合致することとする。

## 倫理的配慮と謝礼

回答者のプライバシー保護について、文書を用い説明し、研究に協力を求める。さらに、研究の意義や目的、進め方について、文書にて説明し、研究協力を取りやめることは自由であることとする。さらにデータ処理の段階で、個人が特定されないよう配慮することとする。同意に関しては、質問紙の返送をもって同意、承認を得たこととする。

実施前に、大阪医療センターの受託研究審査委員会の審査をもって倫理委員会の承認とした。

返送された用紙は、速やかに集計し、研究終了をもって用紙は破棄する。それまでの調査用紙の保管は、施錠できる部屋にあるロッカーに保管する。

調査協力者には、アンケートの返送をもって協力を得たと判断し、二次調査表を郵送する際に、クオカード1,000円を同封し、これをもって謝金とする。二次調査についても同様とする。

## 結果

第一次調査配布日と回収数は、2015年1月13日に郵送、28名の回答を得た。

第二次調査配布日と回収数は、2015年2月6日に郵送、21名の回答を得た。

なお、第一次調査回収時に寄せられた自由記述に関し、すべてに回答し、一覧にし、第二次調査時に質問紙に同封し返答した。

第二次調査での、中央値が4.0以上、かつ、四分位範囲が1.0以下で、さらに四分位範囲のパーセンタイルが80パーセンタイル以上の、3つの条件すべてに合致した項目は、31項目であった(表24参照)。先行研究でチーム医療の成熟度を判別する18項目のうち、11

項目が重なっていたが、7項目は、該当しなかった。

表 24 チーム医療評価項目の中央値と四分位範囲、および四分位範囲のパーセンタイル

	M	IQR	IQR%	パーセンタイル			判別項目
				25	75	100	
チームアプローチは、患者ケアの質を向上させる	5	0.00	85.7	5.00	5.00	5.00	
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	5	0.00	81.0	5.00	5.00	5.00	
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	3	1.00	81.0	2.00	3.00	5.00	
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	4	2.00	95.2	3.00	5.00	5.00	
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	4	1.00	76.2	3.00	4.00	5.00	
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	3	0.50	57.1	3.00	3.50	5.00	
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	4	1.00	90.5	4.00	5.00	5.00	
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	2	2.00	95.2	1.00	3.00	4.00	

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	3	1.75	70.0	1.25	3.00	4.00
患者は、チームによるケアにはあまり満足していない	3	1.00	52.4	2.00	3.00	5.00
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	4	1.00	85.7	4.00	5.00	5.00
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	3	0.00	71.4	3.00	3.00	5.00
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	5	0.50	76.2	4.50	5.00	5.00
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	2	1.00	85.7	1.00	2.00	5.00
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	3	2.00	90.5	2.00	4.00	5.00
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	4	0.00	61.9	4.00	4.00	5.00
医師はチームのリーダーである	3	1.50	61.9	2.50	4.00	5.00
チームアプローチは、ケアの提供をより効果的にする	4	1.00	95.2	4.00	5.00	5.00
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	5	1.00	90.5	4.00	5.00	5.00

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	4	1.00	100.0	4.00	5.00	5.00
私は、チームケアの中で自分の専門知識を活用している	5	1.00	100.0	4.00	5.00	5.00
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	4	1.00	95.2	4.00	5.00	5.00
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	4	0.00	66.7	4.00	4.00	5.00
私は、専門領域間の協力を促進している	4	1.00	85.7	4.00	5.00	5.00 ○
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	4	1.00	90.5	4.00	5.00	5.00
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	4	0.00	76.2	4.00	4.00	5.00
私は、チームミーティングに積極的に参加している	5	1.00	100.0	4.00	5.00	5.00 ○
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	4	0.00	66.7	4.00	4.00	5.00 ○
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	4	0.00	81.0	4.00	4.00	5.00 ○
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	4	0.00	76.2	4.00	4.00	5.00
私は、どういふときにチームがうまく機能していないか分かっている	4	1.00	76.2	3.00	4.00	5.00

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	4	1.00	85.7	4.00	5.00	5.00	
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	4	0.50	61.9	3.50	4.00	5.00	
私はチームメンバーに十分に情報を提供している	4	1.00	100.0	4.00	5.00	5.00	○
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	4	0.00	71.4	4.00	4.00	5.00	○
私は気がねなく他の人に異なった意見をいっている	4	0.00	66.7	4.00	4.00	5.00	○
私は気軽に自分からチームに参加している	4	0.50	61.9	4.00	4.50	5.00	
私は批判するだけでなく、代替案をいつも提供している	4	0.50	71.4	3.50	4.00	5.00	
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	4	0.00	71.4	4.00	4.00	5.00	
私はチームの意志決定に参加している	5	1.00	100.0	4.00	5.00	5.00	○
チームメンバーは同等の発言権を持っている	5	0.50	76.2	4.50	5.00	5.00	
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	3	1.00	81.0	3.00	4.00	5.00	
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	4	1.00	81.0	4.00	5.00	5.00	○
チームの権限、目標、目的は明確であり、同意されている	4	1.00	81.0	4.00	5.00	5.00	○
チームメンバーは、それぞれの責務を果たしている	4	1.00	100.0	4.00	5.00	5.00	
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	4	1.00	85.7	3.00	4.00	5.00	
チームミーティングはすばらしい結果を生み出す	4	0.00	61.9	4.00	4.00	5.00	
チームの中には自由な雰囲気と信頼感がある	4	1.00	85.7	4.00	5.00	5.00	○
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	4	1.50	70.4	3.00	4.50	5.00	○
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	4	0.50	57.1	3.50	4.00	5.00	○
チームメンバーからの意見は可能な限り活用される	4	1.00	85.7	4.00	5.00	5.00	
チームミーティングには全員が積極的に参加している	4	0.00	75.0	4.00	4.00	5.00	○
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	3	1.00	85.7	2.00	3.00	4.00	
私たちの役割は、明確に定義されており、全てのチームメンバーにそれが受け入れられている	4	1.00	85.0	3.00	4.00	5.00	○
チームメンバーは、お互いによく情報交換している	4	1.00	95.2	4.00	5.00	5.00	

私たちは、決定する際に適切な人々を巻き込んでいる	4	1.00	95.2	4.00	5.00	5.00	
チームミーティングは、脱線せず予定どおりに終わる	3	0.50	66.7	2.50	3.00	4.00	
チームメンバーは、率直な意見を言うことに抵抗はない	4	0.00	85.7	4.00	4.00	4.00	
チームの優先順位リストをあげると言われたら、各々があげたリストはお互いよく似ているだろう	3	1.00	71.6	2.00	3.00	4.00	
チームメンバーは率先してアイデアや関心を提示する	4	0.00	85.7	4.00	4.00	5.00	○
チームメンバーには、情報が十分にもたらされている	4	1.00	85.7	4.00	5.00	5.00	
私たちは合意にたどり着くためのスキルを持っている	4	0.50	57.1	3.50	4.00	5.00	○
チームメンバーは、お互いに尊敬し合っている	4	1.00	85.7	4.00	5.00	5.00	○
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	4	1.00	90.5	3.00	4.00	5.00	
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	4	1.00	95.2	4.00	5.00	5.00	

M : 中央値 (median)

IQR : 四分位範囲 (interquartile range)

IQR% : 四分位範囲のパーセンタイル 0

## 考察

有識者によるチーム医療の評価に必要と考えられ、回答者 (21名) のうち17名以上が同意をし、「まあまあ必要である」～「非常に必要である」とした項目は、

31項目であった。判別能力のあるとされる18項目を併せ、38項目がチーム医療を評価する項目となった。

今後、38項目の信頼性や妥当性の検討を行いつつ、評価票を使用し、より良いチーム医療に活かす方法を検討する必要がある。

## 研究2-2 : HIV/AIDS医療における臨床心理士の実践を強化、および均てん化に関する研究

### 背景

平成20年度の仲倉らが行った拠点病院の心理職を対象とした調査では、HIV陽性者への心理臨床の経験者は44%、未経験者は56%であった。そのうち、「何をしてよいかわからない」と答えたものが経験者群より未経験者群の方が多かった ( $p=0.027$ )。仲倉ら (2009) は「『依頼のなさ』や『患者不在』など心理職を取り巻く環境に働きかけると同時に、事例検討会など心理職が具体的なイメージを持ってHIV陽性者等にかかわれるよう支援していくことが重要だ」とまとめ、(中略) HIV陽性者等に対応していく現実的な場面を想定し、「具体的な介入方法を検討していく必要であるだろう」と指摘している。

また、中核拠点病院で従事している臨床心理士は経験が比較的浅いものが多い(古谷野ら、2012、早津ら、2012)。

### 目的

HIV医療にかかわるであろう臨床心理士を対象に、日々の心理実践とHIV医療での心理実践とさほど変わらないと実感してもらうことを目指す。

### 方法

研修会「HIV 感染症とアディクションを併せ持つ方への心理的な援助についての研修会～日々の心理実践のなかで対応していくために～」を、日本臨床心理士会の後援のもと、広く臨床心理士に研修会の案内を行った。

実施日は、2015年2月1日(日) 10:00～16:00、東京で行った。

研修内容は、HIV陽性者やアディクション、セクシュアル・マイノリティのクライアントが心理的援助を利用する機会が増えることを目指し、講演会と事例検討会を行った。

講演の講師に、井上洋士氏を迎え、「HIV陽性者におけるアディクションやセクシャリティについて」を演題に講義の後、「HIV陽性とアディクションを併せ持つゲイ男性の事例」を提示し、コメンテーターに信田さよ子氏（日本臨床心理士会理事、横断的課題検討PT アディクション対策専門班、原宿カウンセリングセンター）、石川雅子氏（日本臨床心理士会横断的課題検討PT アディクション対策専門班）を交え、臨床心理士の援助方法についてディスカッションを行った。ディスカッションの司会を平野学氏（慶應義塾大学、日本臨床心理士会常務理事）が務めた。

参加した結果の感想を自由記述で行った。

## 結果

25名の臨床心理士の参加があった。HIV医療領域の臨床心理士（12名）のみならず、他領域の臨床心理士（13名）の参加であった。

本研修では、HIV陽性者の持つ生きにくさや苦悩のなかでも、アディクションであったり、セクシュアル・マイノリティであったりするクライアントの心理的な援助について、他のさまざまな心理臨床と変わりなく対応できるという意識を臨床心理士に持ってもらうことを目的とした研修会を実施したが、さまざまな領域で勤務する臨床心理士の参加がみられ、参加者自身の心理臨床場面での振り返りの機会になり、日々の心理実践を振り返り、HIV陽性やゲイ男性、アディクションに対し、日々の心理実践と関連付けている感想が多かった。

## 考察

HIV感染症やアディクション、セクシュアル・マイノリティといったHIV医療以外の臨床心理士に伝えたり、ともに学んだりする接点が少なかったが、参加者の半数近くが他の領域の臨床心理士の参加であり、日本臨床心理士会、関東圏の各臨床心理士会が案内してくださった成果と考える。

### 研究3：実存的ケアの可能性の検討

#### 研究3-1：スピリチュアル・ケアに対する意識調査

（協力者：榎本てる子）

#### 目的

HIV陽性であり、ゲイであり、覚せい剤使用経験者

である多重な問題を抱えるクライアントの支援の在り方を探ることを目的とする。

今年度は、第28回エイズ学会学術集会でワークショップとして、HIV陽性者であり、ゲイ男性であり、アディクションを併せ持つクライアントのグループミーティングを公開し、各地での集団心理療法の実践の普及を図ることを目的とする。

#### 計画と準備

任意のHIV陽性であり、ゲイ男性で、覚せい剤の使用経験者8名と研究協力者の榎本てる子氏で、月に一度の会議を行うことを提案し、説明と同意を得た9名に、各自の経験を共有した。

グラドルールとして、①グループカウンセリング内での話は、自分のことを除いては、他の者に話さない（秘密保持）、②参加者を肉体的・精神的に傷つける言動はしない、③原則として、続けて参加すること。やむを得ない場合は、事前に連絡を仲倉に付ける、④自分の発言のペースを大事にするとともに、他の参加者の考えやペースも尊重する、⑤参加を取りやめてもそのルールは守ることとした。

2013年10月から計13回行い、エイズ学会に備えた。

途中、就職や自己都合により参加できなくなったメンバーは4名であった。

話題は多岐にわたるが、①社会的な場面において、HIV陽性であることを承知の上で話し合うことが難しい、②さまざまな資源を利用する際に、HIV陽性であることが障壁になるのではないかと懸念、③他者や自分自身に対する信頼のもてなさなどが当初は話題になることが多かった。その後、④人間関係や仕事など社会的関係を構築したいと望みながらも、維持することが難しく、自ら壊したくなる思いについて話し合われた。また、⑤壊したくなる関係は、会議参加者それぞれであったが、壊したくなる思いは、共通していた。⑥本会議の参加に関しても、壊したくなる衝動に駆られる場合があるかもしれないが継続して参加することを確認した。

その後、⑦具体的に当時抱えている問題に対し、それぞれが意見を出し合うことが続いた。そして、⑧使用欲求を止めてくれるものは何かについて共有し、⑨「必要な支援について」、ミーティングの在り方について討議した。⑩主に、自由に語りながらも、保護さ

れている感覚をもち、仲間がいることが重要であると確認された。⑪これまで、問題を共有されながらも、なかなか仲間意識がもてず、辛かった想いなど語られ、問題点が共通するだけで、仲間意識や所属感ももてるとは限らないことが討議された。

⑫物質使用をやめられない参加者に対し、ひたすら支持的に傾聴する参加者があり、そのなかで、使用をやめられない参加者があるままの自分を語る場面がみられた。⑬そして、心配をしつつも、具体的にアドバイスを提案として行いつつも、本人の意思を尊重する場面も見られた。⑭以上のように、排斥されない場を参加者自身が作り上げていた。その後、⑮性行動とアディクションとの関連を自ら顧み、語り合う場面がみられ、個人個人のおかれた状況の違いを尊重し、傾聴する場面がみられた。

⑯見護ってくれる人がいることが、当事者にとってどのような影響があるのかについてのディスカッションを行った。自分では気づかない周期やきっかけなどを知る機会になるなど話し合われた。

⑰第28回エイズ学会のワークショップの打ち合わせを行った。

## 結果

「物質依存・HIV陽性・セクシュアル・マイノリティを併せ持つ当事者の思いを聴く」グループミーティングの参与観察とディスカッションを実施した。

### ワークショップの目的

物質依存のグループミーティングは、主にNAや12ステップ、ダルク、SMARPPなどさまざまなところで取り組みがなされてきている。今回は、物質依存を併せ持つHIV陽性でMSMの方の了解のもと、グループディスカッションを通して、その思いの一端を知るとともに、グループでの思いを聴くスキルやグループ運営を考えるきっかけを提供することを図る。

そして、多くの地域で、その場に応じたグループが開催されることを願っている。

### ワークショップの方法

物質依存を併せ持つHIV陽性者数名のディスカッションを、ファシリテーターのもと行う。参加会員は、その様子を観察し、後半では、みんなでディスカッ

ションを行う。

### ワークショップの協力者

了解が得られた物質依存を併せ持つHIV陽性でMSM男性5名とお手伝いの1名、ファシリテーターは、榎本てる子氏と仲倉高広が行った。

### 参加者の条件と申込み

本ワークショップは当事者の語りを中心に学ぶ場であるため、本年度は参加者を医療従事者、もしくは対人援助職の有資格者とした。また、グループを囲んで、対話を聞くことができ、かつディスカッションを有効に行う場とするため、人数を20名程度までとした。

参加の申し込みは、当日の朝、会場で整理券を配布する。資格を証明するもの、もしくは所属を明確にした名札を持参することとした。

### 進行

0分～	ワークショップの趣旨とルールの共有
10分～	当事者とファシリテーターの自己紹介
15分～	当事者のグループディスカッション
60分～120分	感想の共有とディスカッション
終了	約束の確認

### 内容

主に、当事者の思いと話しやすい雰囲気とはどういうものかについて、対人援助職ができる工夫とはどういうものかについて、当事者や参加者でディスカッションを行う

### ワークショップ申込み、参加者と結果

23名の参加であった。

参加者からは、具体的なプライバシーや連絡方法、実施方法に関する質問が出た。また、集団心理療法に出席する意義や自覚的な効能についての質問もあった。

### 考察

ワークショップの参加者の質問は、集団心理療法の効果と参加者の実感、および開催方法といった具体的な運営方法について関心をもたれたと思われる。

よって、各地で同様のグループが開催されるために

は、今後具体的な運営方法などの研修を開くことが課題であると考えられる。

### 研究3-2：スピリチュアル・ケアの実践～生命（いのち）をつなぐ～

#### 趣旨

差別を恐れ、HIV感染症で亡くなった方、薬害で亡くなった方たちを偲ぶことが、いまなおできないでいる家族やパートナーがおられる。また、亡くしたことを独りで抱え、共に悲しむことさえ不安を覚える方たちもいる。さらに、HIV陽性を機に大事なものを失ったことに目を向けず、必死に日常生活にまい進することで悲しみから目を背けるHIV陽性の方もおられる。今なお、亡くなった方や当事者がHIV陽性であったことを、周りを気にせず、ありのまま存在できる空間と時間を作ることが求められる。そのためには、安全で護られた空間と時間が必要である。

今、病と共に生きている人、家族やパートナー、友人、医療に携わっている人、支援者、同じ時代に同じ世界に生きているすべての人、そしてこれからの時代を担っていく人のことを覚え、祈り、心を一つにする時間を共に過ごす。

HIV/AIDSになんらかのかかわりを持つ人たちが、気兼ねなく自分自身でいることのできる空間と時間を共にし、過去、現在、そして未来の人たちや世界、そして参加者自身に心を馳せる時間にする。

#### 内容

メモリアル・キルトのスライドショーや遺族の方からのメッセージ、陽性者からのメッセージ、HIV/AIDS医療や支援にかかわっている人たちからのメッセージ。思い出の品や思い出の方の追悼や祈り、歌をささげる。candle vigils（ともしび）、瞑想、ゴスペルによる合唱など。

参加者のこころの声に各自が静かに耳を傾け、過去や現在を覚え、これからの私たちの勇気を分かち合う。

#### 対象

エイズ学会に参加している人を中心に一般に公開（趣旨に賛同されている方）、下記の案内を学会抄録集に掲載していただいた。

（第1回の始まりの思い） 忘れない、勇気を持った

めに。わたしたちは、悲しむときに、怒りがこみ上げてくることがあります。打ちのめされたような思いになり、わたしたちの中から力が奪われてしまうような思いになります。しかし、今日私達がここに集まってきたのは、私達はひとりでその痛みを担っていくわけではないことの象徴です。

悲しむとき、誰かが私達のそばにいて、私達を理解し、共に感じ、そして私達の中で新しい何かが始まろうとしていることを気付かせてくれるでしょう。私達はそんな出会いと連帯を今日のこの交わりの中で経験したいと思います。

沈黙の時。わたしたちのこころの中にある人々のことを覚えて、しばらく沈黙の時を持ちたいと思います。

沈黙し、誰かのことを、また自分自身のことを考えることはとても大切なことです。しかし、私達は私達を黙らせる力とも戦っていかなければなりません。いかに多くの方が沈黙を強いられ、たとえ声を発してもその言葉は聞き取られることなく、むなしく消えていったことでしょうか。

私達は、沈黙させる力を打ち破るために、何人かの方にそれぞれの思いを分かち合ってください。沈黙を破る 歌と…

We shall overcome…We shall overcome some day…祝福と連帯を求めて 私達は信じません。私達は信じません。（中道基夫氏より）

この場をお借りして、第4回の開催をご快諾いただいた大会長、第1回から開催を支えてくださった大会長やともに作り上げてきた仲間みなさまに感謝いたします。ありがとうございます。

（註）特定の宗派への入信などの勧誘は行いません。信仰のあるなしに関係なく、それぞれのお立場でご参加できる範囲でご出席いただければと有難いです。

#### 内容（図10、11参照）

今年は、会場が大きく、参加者の増加が見込まれるため、さらに、後継者や未経験者の参与を促すため、社会福祉学や臨床心理学、キリスト教を学ぶ大学生・大学院生のボランティアを募り、14名の協力を得た。さらにひよっこクラブのメンバーの協力も得、実施した。



図10 世界エイズデー・メモリアル・サービスの式次第



図11 メモリアル・サービスの会場

更に、昼間の開催であること、動的なイベントになっているため、静かに偲ぶ場として、エイズ学会学術集会実行委員会のご協力を得、クワイエット・ルームも同時に開室した(図12参照)。



図12 クワイエット・ルームの様子

## 結果や感想

今までになく大会場で、総会終了後の昼間に実施した。参加者は、配布資料の250枚が足りなくなるくらい大勢の方が集まった。

メモリアル・サービスの参加者からの感想は、HIV陽性者のみならず、医療者からも寄せられ、初めてHIV医療にかかわったところを思い出し、今後の励みになるという感想が寄せられた。

クワイエット・ルームは、まだ周知されていない空間のようであったが、訪れた方たちの感想が記載され、HIV陽性者の自分を振り返る感想や、次期も開室を望む感想が寄せられた。

## 結論

研究目的として、心理学的問題を併せ持つHIV陽性者への心理学的援助とチーム医療の充実を図ることとした。

研究領域は、HIV陽性者のもつ心理学的問題を、神

経心理学的、性格心理学的、社会心理学的、宗教心理学的問題に分けた。

神経心理学的問題領域では、HIV/AIDS治療で実施できる簡便な神経心理学的問題のスクリーニング検査を作成するため、HIV陽性者150名とコントロール群56名に種々の神経心理学的検査と精神保健上の問題や物質関連障害との関連を調査した。IHDSで判定される神経心理学的問題を、気分の状態変化や、抗うつ剤使用、抑うつ気分の持続、意欲の低下の持続、心配や不安の持続、恐怖や不安発作の経験、心拍亢進などの経験、トラウマや心的外傷の目撃、動転するような出来事の影響の有無など観察できる項目によっては判断できないと考えられた。精神運動の緩慢さや、運動速度の緩慢などの観察に加え、さまざまな神経心理学的検査を行うことが肝要であろう。

自覚的NPIと神経心理学的検査の関連を調べた結果、関連がみられず、抑うつ状態との関連が示唆された。神経心理学的検査とCES-Dとの関連がみられなかったことから、自発的な物忘れや注意・集中力の低下、行動の緩慢さは、神経心理学的問題の訴えとしてだけでなく、抑うつ状態などの精神医学的問題や心理学的問題として理解し、マネジメントする必要があるだろう。

性格心理学的領域では、自傷や物質使用、葛藤状況への耐性などをHIV陽性者600名、抗体検査を受けたことのないヘテロ男性450名を対象に質問紙調査を行い、比較検討した。HIV陽性者の方が統制群に比べ、どちらか一方的な態度や行動特性を示し、柔軟な対応が難しく、否定的な自己の側面に対し、柔軟な自己理解にはならず、決めつける態度をとる傾向があると考えられた。また、性に対する極端な態度を示していると考えられた。物質使用に関して、患者群では、ラッシュが一番使用しており、その後の使用も25%使用続け、過去1年以内に使用したことのある者のうち半数近くが過去1か月以内に使用していた。覚せい剤やリキッド、パウダー、ハーブなども受診中であろう期間にも使用する者がいた。さらに、物質使用者は、未使用者に比べ、自傷、感情統制のつかなさが高く、HIV感染症の治療に加え、精神医学的治療や心理学的援助、社会的支援が必要であろうと考えられる。

恥感情、自己愛的脆弱性がHIV陽性者のメンタルヘルスの不調や、対人関係上の問題と密接に関連していることが示唆された。物質使用については今後より詳細に検討し、別の心理的背景の存在についても考慮する課題として残った。また、HIV陽性者の恥感情、自己愛的脆弱性の特徴をより明らかにするためには、陰性者との比較が必要であると考えられる。

社会心理学的領域では、チーム医療の評価票に関して、デルファイ法を採用し、チーム医療の評価項目の選定を行った。31項目抽出され、判別能力のあるとされる18項目を併せ、38項目がチーム医療を評価する項目となった。今後、38項目の信頼性や妥当性の検討を行いつつ、評価票を使用し、より良いチーム医療に活かす方法を検討する必要がある。

また、臨床心理士対象に、セクシュアル・マイノリティであり、HIV陽性、かつアディクションの多重な問題を抱えるクライアントの心理療法について、講演会と事例検討を日本臨床心理士会後援のもと企画した。25名の参加があり、さまざまな領域で勤務する臨床心理士の参加がみられた。

宗教心理学的領域では、実存的問題として、HIV陽性であり、ゲイであり、覚せい剤使用経験者である多重な問題を抱えるクライアントの支援の在り方を探ることを目的とし、当事者との会議を行った。そして、エイズ学会にてワークショップを開催し、多重な問題を持つHIV陽性者を援助するグループ・ディスカッションの研修を行った。23名の参加者があり、集団心理療法の効果や当事者の自覚的な効果、およびグループの運営の仕方に関心がもたれた。今後は、具体的なグループの運営方法などの研修を行うことが課題として残った。

実践的介入として世界エイズデー・メモリアル・サービスとクワイエット・ルームを、学生ボランティアを加え、行った。エイズ学会学術集会大会実行委員会のご協力のもと、250余名の参加があった。スピリチュアル・ケアとしてのメモリアル・サービスは実施できており、次年度から開催地の有志が行う形式に移行しつつあり、理解者が増えてきていると思われる。

神経心理学的検査の検査項目は選定できたが、タブレット化が進んでいない。また、生活上の問題との関

連は評価できていない。

物質使用や自傷などの問題の実態把握は行われ、葛藤状況への耐性や自己愛、対人関係との関連は調べられ、介入に対する提案は行えたが、具体的な介入方法の検討は行えていない。

チーム医療評価票作成はできたが、その妥当性とそれを用いたチーム医療の育成プログラムなどの検討はできていない。

心理的な問題をもつHIV陽性者への心理的援助への研修会は一定行えた。

スピリチュアル・ケアの実践的活動としてメモリアル・サービスが定着したことは評価できる。

全体として、介入のための実態の把握は行えていることは評価できるが、その後の介入に関する研究は到達していない。しかし、簡便な神経心理学的検査項目の選定は、定まった検査がないなか意義がある。タブレット化が行われると更にさまざまな医療機関での利用が可能になるため、意義のある研究と考える。

心理的問題の把握と心理的な傾向との関連をみる研究は他になく、介入を考えるためには意義のある調査といえる。

チーム医療評価票は、日本に存在しないため、妥当性が検証されれば意義がある。

メモリアル・サービスの参加者が年々増加しており、社会的ニーズに即している介入であると考えられる。

上記のデータを基に具体的な介入やプログラムの作成が必要と考える。

心理的問題を操作的に定義し、神経心理学的、性格心理学的、社会心理学的、宗教心理学的問題に分け、研究を行った。実態を把握できたが、神経心理学的検査のタブレット化やチーム医療評価票の妥当性の検討、研修プログラムの作成、心理療法の方法への提言が今後の課題である。

## 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

鍛冶まどか、仲倉高広、下司有加、東政美、鈴木成子、上平朝子、白阪琢磨：HIV陽性者における内的自己・外的自己の意識化について、第28回日本エイズ学会学術集会、2014年。

仲倉高広、宮本哲雄、鍛冶まどか、下司有加、白阪琢磨：関西と東海のHIV陽性者における受診前、受診後の物質使用状況の把握、第28回日本エイズ学会学術集会、2014年。

仲倉高広ら：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、日本エイズ学会誌、8-4、2006年

仲倉高広ら：「研究3 カウンセリングの量の担保に関する研究」HIV医療包括ケア体制の整備（カウンセラーの立場から）「厚生労働省科学研究費補助金エイズ対策研究事業 HIV感染症の医療体制の整備に関する研究平成20年度報告書」、2009年

仲倉高広ら：HIV陽性者の心理学的問題の現状と課題に関する研究、「HIV感染症及びその合併症の課題を克服する研究」、平成25年度研究報告書、2014年3月

## 文献

Cook, D. R. (2001): Internalized Shame Scale: Technical manual. North Towanda, New York, Multi-Health Systems, Inc.

早津正博ら：HIV治療の中核拠点病院におけるカウンセリング従事者調査 第2報—カウンセリング環境の課題、第26回日本エイズ学会学術集会、2012年

日高庸晴：男性同性間のHIV感染対策とその評価に関する研究、2007年

平林直次、赤穂理恵、笠原敏彦、木曾智子 (2001) : 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.

井梅由美子、平井洋子、青木紀久代、馬場禮子 (2006) : 日本における青年期用対象関係尺度の開発. パーソナリティ研究14 : 181-193.

Khalife S., Soffer J. & Cohen M. A. (2010): Stigma of HIV and AIDS—Psychiatric Aspects. Handbook of AIDS Psychiatry, New York, Oxford University Press, 89-103.

古谷野淳子ら：中核拠点病院におけるカウンセリング従事者調査 第1報—カウンセリング体制の現状、第26回日本エイズ学会学術集会、2012年

岡田斉：自傷行為に関する質問紙作成の試み、『人間科学研究』文教大学人間科学部第24号、2002年

白阪琢磨、廣常秀人、梅本愛子、吉田哲彦、富成伸次郎、下司有加、岡本学、吉野宗宏、安尾利彦 (2012) : HIV感染症と精神疾患ハンドブック. 厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業.

上地雄一郎、宮下一博 (2009) : 対人恐怖傾向の要因としての自己愛的脆弱性、自己不一致、自尊感情の関連性. パーソナリティ研究17 : 280-291.

安尾利彦、仲倉高広、森田眞子、大谷ありさ、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、廣常秀人、白阪琢磨 (2011) : HIV感染症患者の初診時におけるメンタルヘルス. 日本エイズ学会誌13 : 444.

安尾利彦、治川知子、富成伸次郎、廣常秀人、白阪琢磨 (2012) : 意欲低下、自殺念慮、対人恐怖を主訴とした、あるHIV陽性者との心理療法過程. 日本エイズ学会誌14 : 342.

Whetten K., Reif S., Swartz M., Stevens R., Ostermann J. & Hanisch L., Eron J. J. (2005): A Brief Mental Health and Substance Abuse Screener for

Persons with HIV., AIDS Patient Care STDs.

Feb;19(2):89-99.

## 9

## 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とネットワーク構築に関する研究

研究分担者：廣常 秀人（国立大阪医療センター 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（大阪大学医学部附属病院 神経科精神科）

疇地 道代（国立大阪医療センター 精神科）

山路 國弘（国立大阪医療センター 精神科）

和田 知未（国立大阪医療センター 精神科）

安尾 利彦（国立大阪医療センター 臨床心理室）

大谷ありさ（国立大阪医療センター 臨床心理室）

森田 眞子（国立大阪医療センター 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 6 つの研究を計画・実施した。研究 1) 文献研究を行う。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（昨年度で終了）。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し、ネットワークを構築する。研究 4) 研修会による啓発を行う。研究 5) ハンドブックによる啓発を行う。研究 6) ウェブページによる啓発を行う。研究結果は以下の通り。研究 1) Cohen, MA et al. : Handbook of AIDS Psychiatry. Oxford University Press, 2010, New York について、未翻訳の章の訳を行った。研究 2) 今年度は実施なし。研究 3) 2010 年度に行った全国の施設対象の調査に基づいて作成した HIV 感染症患者の診療協力施設リストについて、研究 4) の研修参加者のうち同意が得られた施設を加え、更新した。研究 4) 今年度は 2 回（福岡、大阪）開催した。昨年度および今年度実施した研修の参加者アンケート調査を分析したところ、90%以上が研修内容を臨床に役立つと評価していた。研究 5) 2011 年度作成した、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まとめたハンドブックについて、HIV 診療拠点病院等に配布した。研究 6) 2012 年度に立ち上げた HIV 陽性者、その家族、医療者を対象としたウェブページについて、更新を行った。考察は以下の通り。研究 1) については、翻訳した内容をより広く還元するための方策を検討する必要がある。研究 4) より、研修会開催については一定のニーズと効果が認められており、今後より安定的な研修会の開催が可能なシステム作りが重要であると考えられる。

## 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 6) の研究を行う。

研究 1) : HIV 感染症における精神医学的問題に関する海外の包括的なテキスト (Cohen, MA et al. : Handbook of AIDS Psychiatry. Oxford University

Press, 2010, New York) を日本語に翻訳する。

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（昨年度で終了）。

研究 3) : 2010 年度に実施した全国の精神科診療施設対象のアンケートの結果に基づき作成した診療協力施設リストをアップデートした上で、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、

研修内容の理解度および HIV 感染症患者の診療の可能性について、参加者にアンケートを実施する。また、昨年度および今年度の研修参加者のアンケート結果の単純集計を行う。

研究 5 : これまでの研究成果をもとに 2011 年度に作成したハンドブックについて、研究 4) の研修会参加者等に配布する。

研究 6 : HIV 陽性者およびその関係者、また HIV 感染症の診療や精神科診療に携わる医療者に対して情報提供を行うために 2012 年度に立ち上げたウェブページを更新する。

## 研究結果

研究 1) : 以下に翻訳した章の要旨を記す。

第 1 章 AIDS の精神医学的ケアモデル: AIDS の一次予防から終末期ケアまで、AIDS 精神医学はリスク行動や HIV の伝播を予防し、苦痛を緩和し、リスク低減や治療へのアドヒアランスを高めるのに重要な寄与をすることができる。HIV 感染にともなう、複数の疾病や精神疾患に罹患することから、HIV 感染者や AIDS 患者のケアは複雑なものとなってきた。精神科医その他の精神医療専門家は、HIV が感染しやすい、あるいは HIV に感染している小児、青年、成人に、予防的介入と治療介入の両方を行うことのできるユニークな立場にある。本章では、さまざまな場面（施設）で HIV 感染の予防法についての理解を深めることのできる手法について紹介した。場面（施設）とは、精神科関連施設、救急関連施設、介護および長期医療施設、矯正施設、薬物乱用治療施設、コミュニティ治療などである。

第 3 章 ライフサイクルを通じて見た HIV : HIV 感染は新生児期から幼少期、青年期、成人期、老年期まで、どのライフサイクルにおいても起こりうる。HIV 感染の特徴には年齢層に共通のものもあるが、ライフサイクルのさまざまなステージにおいて、特異課題だけでなく異なる感染経路や臨床経過やサービスマネジメントが提起される。この章ではそのような各ライフサイクルの段階における相違を考えた。

第 7 章 AIDS 精神医学における精神薬理学的問題 : HIV 感染者や AIDS 患者には、多数の薬剤が処方されることが多く、それらについては、全て特別な注

意が必要である。本章第一部「薬物相互作用の原則」では、向精神薬と抗レトロウイルス療法 (ART)、ならびに ART とその他の薬剤の間の薬物相互作用の可能性や、その原則について概観した。第二部「向精神薬と HIV」では、HIV 患者を治療する際の向精神薬の有効性に関する現在までに得られている文献の簡潔な概観を行い、その後、向精神薬の薬物相互作用に関する問題を概観した。第三部「抗レトロウイルス薬」では、現在使われている抗レトロウイルス薬および、HIV/AIDS の治療に処方されている薬剤について概観した。

第 9 章 HIV/AIDS に伴う症状 : HIV 感染者や AIDS 患者の多くは、一見精神障害の症状に見えて、実はそれとは関係のない症状を伴う。例えば、不眠、疲労、悪心などの症状である。これらの症状は、HIV 感染や AIDS において、感染初期から後期あるいは終末期 AIDS の段階に至るまで共通している。これらの症状が出現したら、それに対処する必要があり、終末期ケアだけに限定されるものではない。本章では、これらの症状について分析し、緩和する手順について示した。

第 10 章 HIV, AIDS, およびその関連合併疾患 : 抗レトロウイルス併用療法が導入されて以来、多くの HIV 関連併発疾患の発症率が急激に低下してきており、抗レトロウイルス併用療法を受け、指示通りに服用している患者は、より長期間、より健康に生活している。しかし、内分泌、代謝、心血管系、腎、皮膚、新生物、肝、肺、消化器などの合併疾患の発症頻度は依然として高く、中には増加しているものもある。サイトメガロウイルス網膜炎など特定の HIV 関連併発疾患の発症率は低下したが、AIDS 患者にとって、現在でも大きなストレスや苦難のもとである。本章は、それぞれのトピックについて、合併疾患に関する基本的で実践的な知識を示し、関連して生じる精神科合併症や心理的困難への理解を高めるように概観することを目的としている。

第 11 章 HIV/AIDS 治療における生物心理社会的アプローチ : HIV 感染者や AIDS 患者のケアは、HIV が感染性であること、HIV 感染が独特な様式をとること、HIV が脳に影響を及ぼすこと、発症時の年齢、さらに HIV に複雑なスティグマがあることなどのために、臨床家や介護者、家族、愛する人々にとって

特別な生物社会心理的困難が生じる。AIDS はこのような困難があることにより、他の重篤で複雑な疾患と異なるものにしており、臨床や公衆衛生に重大な影響をもたらす、早期発見と治療が必要である。これらの困難には複数の要因が関係していることをまとめ、AIDS が他の重篤で複雑な内科疾患と異なるといかに異なるかについてまとめた。

第 13 章 AIDS 精神医学における倫理および法的問題：秘密にしておくこと、接触があったことを知らせること、打ち明けることといったことから、意思決定能力や終末期介護に至るまで、AIDS は介護者にとって、特別な生命倫理的な問題を提示する。スティグマや拒絶されるのを怖がること、そして差別が、HIV 感染者や AIDS 患者のケアの生命倫理的側面に重要な役割を果たす。結果、介護者は、生命倫理のジレンマや葛藤にしばしば直面する。多くの HIV 感染者や AIDS 患者には、パートナーや家族に開示することにこだわりがない人もいれば、性的パートナーに対してさえも、HIV 感染を開示することを拒否する人もいる。HIV 感染者や AIDS 患者の多くは、とりわけサポートを受けることができれば、開示や自らの健康および医療に関してより安全で健康な判断に至ることができる。本章では、これらのジレンマについて検討し、対処法の案を示した。HIV 感染者や AIDS 患者のケアにおける、倫理的ジレンマへの対処、意思決定能力の判断、終末期問題への対処法、ならびに秘密保持の維持に関する戦略についても解説した。

研究 2)：昨年度に終了。

研究 3)：一昨年度の調査に基づき作成した診療協力施設リストについて、昨年度の研究 4) の研修会参加施設を新たに追加してアップデートしたものを、HIV 診療拠点病院に配布した。なお、今年度におけるリストに掲載されている施設（計 59 施設）の内訳は、以下の通りである。施設区分：病院 24 施設（うち大学病院 5 施設）、診療所 35 施設。ブロック：北海道 3 施設、東北 2 施設、関東甲信越 25 施設、北陸 1 施設、東海 2 施設、近畿 10 施設、中四国 5 施設、九州 11 施設。

研究 4)：今年度は、以下の要領で研修を開催した。第 9 回：12 月 14 日（日）、福岡。第 10 回：2 月 11 日（水・祝）、大阪。対象は精神科診療施設・

HIV 感染症診療施設の各職種、プログラムは HIV 感染症の基礎知識、HIV 感染症と精神疾患、HIV 感染症と高次脳機能障害を中心に構成した。

また、昨年度と今年度開催した研修（第 8 回：名古屋、第 9 回：福岡）の参加者アンケートを分析した。

第 8 回の参加者は 24 名、第 9 回の参加者は 22 名であった。参加者のうち精神科医の割合は、名古屋は 17.4%、福岡は 40.9%であった（図 1）。

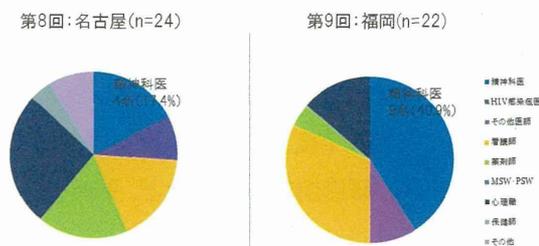


図 1 参加者の職種

研修内容について、「陽性者の精神医学的問題への介入に役立つか」「陽性者の精神医学的問題への支援立案に役立つか」「陽性者の精神医学的問題の理解に役立つか」などの評価を問うたところ、各会場でいずれも 90%以上が「役に立つ」「まあまあ役に立つ」と回答した（図 2）。

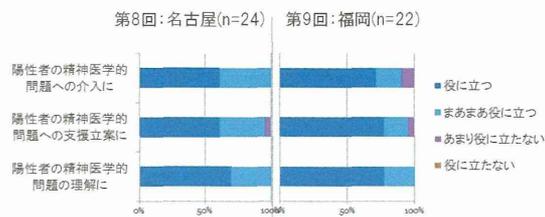


図 2 研修内容の評価

また精神科医のみを対象に、HIV 陽性者を診察対象とする可能性について問うたところ、名古屋では 25%、福岡では 67%の精神科医が診察可能と回答した。準備が必要と回答した精神科医に必要な準備を問うと、名古屋では「事故防止対策」「スタッフ教育」「チーム医療確立」、福岡では上記に加えて「上層部の理解」が挙げられた。また受け入れは不可能と回答した医師にその理由を問うと、「事故防止対策」「スタッフ教育」「上層部の理解」などをめぐる困難が挙げられた（図 3）。

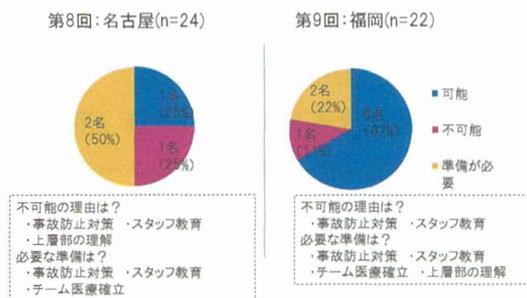


図3 精神科医のみ：陽性者の診療可能性

研究 5) : HIV 診療拠点病院および研究 4) の研修会参加者等に配布した。

研究 6) : 2012 年度立ち上げたウェブページについて、研究 4) の研修情報の報告など、更新を行った。

## 考察

研究 1) : 翻訳した内容をより広く還元するための方策を検討する必要がある。出版に向けては訳語を統一、最新知見の確認が必要であろう。

研究 2) : 昨年度で終了。

研究 3) : 同意が得られた施設数はまだ少ないながらも、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と考える。

研究 4) : 毎回一定数の参加者があること、研修内容は臨床に役立つという評価を得ていること、また参加した精神科医から一定数診療協力の同意が得られていることから、今後も継続した研修会の開催が有用であると考えられる。今後より安定的な研修会の開催が可能なシステム作りが重要であると考ええる。

研究 5) 6) : これまでの研究によって明らかとなった知見を、研究 5) のハンドブック、研究 6) のウェブページ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える。

## 結論

これまでの研究によって明らかになった知見を、より広く還元していくための方策を検討する必要があると考える。

また、安定して研修を実施し、全国各地のネット

ワークを作っていくために、例えば厚生労働省などの主催によるインセンティブのある研修会へと移行することなどについても検討することが必要であろう。

## 健康危険状況

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、速見佳子、鍛冶まどか、宮本哲雄、西川歩美、廣常秀人、白阪琢磨：初診時より 1 年間における相談行動と定期受診・抗 HIV 薬の飲み忘れに関する研究。第 28 回日本エイズ学会学術集会・総会、大阪、2014 年 12 月

## 10

## HIV感染患者における透析医療の推進に関する研究

研究分担者：秋葉 隆（東京女子医科大学腎臓病総合医療センター 血液浄化療法科）

## 研究要旨

近年の治療の進歩に伴う HIV 感染症患者の予後改善により、慢性透析を必要とする HIV 感染腎臓病患者が増加している。この患者に透析の機会を供給するための方策を模索した。

わが国の透析施設では感染対策として厚生労働省研究班の補助を受けて作成された「透析医療における標準的な透析操作と院内感染予防に関するマニュアル（三訂版）（2008）」が広く使われている。この記載内容を再検討して、HIV 感染透析患者の透析医療が、適正にかつ十分供給される環境づくりをおこなった。今年度、「透析医療における標準的な透析操作と感染予防に関するガイドライン（四訂版）」を改訂したので、これをもって研究報告とする。

## 透析施設における標準的な透析操作と 感染予防に関するガイドライン （四訂版）

Guidelines for Standard Hemodialysis Procedure and Prevention of  
Infection in Maintenance Hemodialysis Facilities  
(4th edition)

厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業  
HIV 感染症及びその合併症の課題を克服する研究  
(H24-エイズ-指定-002)

## ■ 協力

日本透析医会 日本透析医学会  
日本臨床工学技士会 日本腎不全看護学会

iii

## 緒 言

このガイドラインは、平成 11 年度厚生科学特別研究事業「透析医療における感染症の実態把握と予防対策に関する研究班（主任研究者 秋葉隆）」の報告書「透析医療における標準的な透析操作と院内感染予防に関するマニュアル」の 4 訂版に相当する（後述するように今回マニュアルからガイドラインに変更した）。

平成 11 年 5 月、兵庫県のある透析施設において劇症肝炎が多発し患者が死亡したことが報道され、透析施設における院内感染の防止策を早急に進めなければならないという状況のなか、日本透析医会危機管理委員会感染対策委員会を中心に、感染・疫学の専門家を加えて、厚生科学研究事業の一部として「透析医療における標準的な透析操作と院内感染予防に関するマニュアル（初版）」が作成された。各透析施設が、それぞれの施設の診療内容に応じて「感染対策マニュアル」を作成するときの「たたき台」として使われることを目指して作成された。

今回、マニュアルからガイドラインに作り替えたのは、各記述のエビデンスの強さと推奨の程度を明確に記載することで、各施設における診療の実態に合わせて、かつ医学的に正しい変更・追加・削除を容易にして、医療法に定められた医療機関独自の感染対策マニュアルを、各施設の患者背景の違いや施設の要求される診療内容の違いに応じて作成いただけるのに役立つようにした。

また、三訂版と、日本透析医会・日本透析医学会 HIV 感染患者透析医療ガイドライン策定グループが平成 22 年に作成した「HIV 感染患者透析医療ガイドライン」との記載のずれを、厚生労働科学

iv

研究費補助金エイズ対策研究事業「HIV 感染症及びその合併症の課題を克服する研究」から指摘されたことが、今回改訂に着手する大きな動機となったことも付け加えたい。

最後に、このガイドラインが、透析施設の院内感染の減少に役立ってくれることを祈念して、またこの改訂に努力いただいた委員の先生方に感謝して筆をおく。

平成 27 年 3 月吉日

東京女子医科大学 腎臓病総合医療センター 血液浄化療法科  
日本透析医会 医療安全対策委員会  
感染防止対策部会 部長

秋葉 隆

初めに

「透析施設における標準的な透析操作と感染予防に関するガイドライン」作成の方針

本ガイドラインは、「透析医療における標準的な透析操作と院内感染予防に関するマニュアル」の改訂版である。

透析医療は、慢性透析患者が易感染性であること、血液を体外に導いて治療するという治療法の特徴、多数の患者を大きな透析室内で集団治療を行うという治療環境などから、院内感染を起こしやすい集団である。幾多の outbreak の経験から、これらの患者群に対して一般の外来患者に対する感染対策では不十分であることが、強く認識されるようになった。

医療法は、医療施設毎に感染対策マニュアルを作成し、感染対策を行うように求めている。よく知られているように、「感染予防策」は厳重な対策を求めれば、感染予防効果は高くなる。しかし厳しい感染予防策は、スタッフの負担が増加し、医療コストを高め、最終的には、その順守が困難になるという性格を持っている。感染予防策の「厳重さ」は、感染予防効果と労力・コストのバランスが取れたところで、順守可能な、実態と合った感染予防策となる。

この観点から、各透析施設は、自施設の患者の病態、社会的な要請、コスト負担能力により「身の丈にあった」感染対策を作成する必要がある。この作成のための資料となるよう、従来の「マニュアル」の名称から「ガイドライン」と変更して、エビデンスの強さと推奨度を明記したガイドラインを作成した。

感染の領域では、ほとんど介入研究がなく、その対策の根拠も「CDC が記載している」と専門家の意見に属するものも多い。極力、対策が取られるようになった「根拠」を記載するように努力した。

本ガイドラインの使用上の注意

本ガイドラインは基本的には 2015 年 1 月現在の保険診療に基づいて記載されている。本ガイドラインは、医療者が実地の透析診療で感染対策を必要とする手技等を行う場合の指針であり、最終的に透析療法をどのように行うかどうかは個別の症例で病態を把握し、患者への利益を考えたいうでの判断にゆだねられる。本ガイドラインの内容に従わない透析医療が行われても、個々の症例での特別な事情を勘案した医療者の判断が優先されるものであり、追訴されるべき法的論拠を本ガイドラインが提供するものでは決してない。

エビデンスレベル評価とガイドライン推奨度

原則として日本透析医学会の「エビデンスレベル評価とガイドライン推奨度」<sup>1)</sup>に則り、エビデンスレベルについては、感染症の特殊性に鑑み「E：法律等により規定」を加えたうえで、表現を統一する（表 1）。この基準は、Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation (GRADE) システム<sup>2)</sup>をもとにした KDIGO の指針<sup>3)</sup>に準じて作成されたものである。

エビデンスレベルは、まず形式によって RCT を high、観察研究を low、それ以外を very low と分類するが、それだけではなく、さらに詳細な内容と質、バイアス等の検討に応じて、最終的に A：高い（真の効果か推測する効果に近いと確信できる）、B：中等度（真の効果か推測する可能性に近いと考えるが、結果的に異なる可能性が残る）、C：低い（真の効果は推測する可能性と結果的に異なる可能性がある）、D：最も低い（推測する効果は大変不明瞭で、しばしば真の効果とかけ離れることがある）に分類している。原法にはないが、感染症対策の特殊性として E：法律等により規定を加えた。

一方、推奨度の表現は、1. 強い：推奨する（原則としてほとんどの症例で行う）、2. 弱い：望ましい（多くの症例で行うが、場合によっては別の選択もある）に分類した。推奨度は、必ずしもエビデンスレベルと機械的に連動させているわけではなく、臨床的な重

表 1 エビデンスレベルと推奨度

推奨度
1. 強い（推奨する）、2. 弱い（望ましい）、3. グレードなし（妥当である）
エビデンスレベル
A：高い、B：中等度、C：低い、D：最も低い、E：法律等により規定
*各ステートメントに、1A、2C 等、推奨度とエビデンスレベルの組み合わせで示す。

ix

要度も考慮して決定した。さらに、エビデンスが乏しいが、expert opinion として採用したものは、グレードなし：妥当である、と表現している。

利益相反情報について

日本透析医会は、作成する臨床ガイドラインについては作成に携わるメンバーが中立性と公明性をもって作成業務を遂行するために、実際または予想されうる問題となる利益相反状態を避けることに最大限の努力を払っている。今回発表するガイドラインがメンバーの利益相反情報を開示する最初のガイドラインとなる。全てのメンバーは可能性としてまたは実際に生じる利益相反情報の開示を行う書類を提出した。これらの全ての情報は、「利益相反情報についての開示（署名済み）」<sup>11</sup>に記載され、この書類は事務局が保管しており、開示請求があれば、理事会の判断で請求者に開示される。

x

略語一覧

略語	英語表記	日本語表記
ADA	adenosine deaminase	アデノシンデアミナーゼ
ALT	alanine aminotransferase	アラニンアミノトランスフェラーゼ
AST	aspartate aminotransaminase	アスパラギン酸トランスアミナーゼ
ATL	Adult T cell Leukemia	成人T細胞白血病・リンパ腫
AVF	arteriovenous fistula	自己血管使用皮下動脈瘻
BCP	business continuity planning	事業継続計画
CDC	Centers for Disease Control and Prevention	アメリカ疾病管理予防センター
CHG	chlorhexidine gluconate	クロルヘキシジングルコン酸塩
CNIC	Certified Nurse in Infection Control	感染管理認定看護師
COI	Conflicts of Interest	利益相反
DPT	Diphtheria Pertussis Tetanus vaccine	三種混合ワクチン
EB	ethambutol	エタンブトール
EPA	Environmental Protection Agency	米国環境保護局
FDG-PET	18-fluorodeoxyglucose positron emission tomographic	フルオロデオキシグルコースポジトロン断層法
GRADE	Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation	GRADE システム
HBV	hepatitis B virus	B型肝炎ウイルス
HCV	hepatitis C virus	C型肝炎ウイルス
HEPA filter	high efficiency particle air filter	ヘパフィルター
HHV	Human Immunodeficiency virus	ヒト免疫不全ウイルス
HTLV	Human T-lymphotropic virus	ヒトT細胞白血病ウイルス-I
HTLV-1	Human T-lymphotropic virus Type 1	ヒトTリンパ球増殖性ウイルス1型
ICD	Infection Control Doctor	インフェクションコントロールドクター
iGRA	interferon gamma release assay	インターフェロングamma遊離試験
INH	isoniazid	イソニアジド
LVFX	levofloxacin	ニューキノロン系合成抗菌薬、レボフロキサシン
MDRA	Multiple Drug-Resistant Acinetobacter	多剤耐性アシネトバクター
MDRP	Multi drug-resistant Pseudomonas aeruginosa	多剤耐性緑膿菌
MERS	Middle-east respiratory syndrome	中東呼吸器症候群
MR	Measles Rubella vaccine	麻疹・風疹混合ワクチン

xi

略語	英語表記	日本語表記
MRSA	Methicillin-resistant Staphylococcus aureus	メチシリン耐性黄色ブドウ球菌
OSHA	Occupational Safety and Health Administration	米国労働安全衛生局
PI	povidone-iodine	ポビドンヨード
PPD	Tuberculin Purified Protein Derivative	精製ツバルクリン
PPE	personal protective equipment	個人防護具
QFT-3G	QuantIFERON TB Gold	クオンティフェロンTBゴールド
RCT	Randomized Controlled Trial	ランダム化比較試験
RFP	rifampicin	リファンピシリン
SM	streptomycin	ストレプトマイシン
SVR	sustained virological response	ウイルス学的有効：抗ウイルス療法終了24週後のHCV RNA陰性化
VRE	Vancomycin-resistant Enterococcus	バンコマイシン耐性腸球菌

xii

ガイドライン作成に携わった委員リスト（敬称略）

日本透析医会医療安全対策委員会感染防止対策部会

- 部会長 秋葉 隆 東京女子医科大学腎臓病総合医療センター  
血液浄化療法科
- 副部会長 杉崎 弘幸 八王子東町クリニック
- 担当理事 藤田 俊雄 河北総合病院 透析センター（日本透析医学会）
- 委員 朝比奈靖浩 東京医科歯科大学消化器内科学院肝臓病制御学
- 委員 安藤 稔 東京都立駒込病院（日本透析医学会）
- 委員 安藤 亮一 武蔵野赤十字病院（日本透析医学会）
- 委員 大石 義英 純真学園大学保健医療学部医療工学科  
（日本臨床工学会）
- 委員 大前 英一\* 越谷大袋クリニック
- 委員 大濱 和也 埼玉医科大学病院血液浄化部（日本臨床工学会）
- 委員 帯金 隼美\*\* 中東総合医療センター（日本腎不全看護学会）
- 委員 金子 啓和 東京女子医科大学病院臨床工学科
- 委員 川崎 忠行 前田記念腎研研究所茂原クリニック  
（日本臨床工学会）
- 委員 菊地 勲 下落合クリニック
- 委員 久野 勉 池袋久野クリニック
- 委員 佐藤 千史 おおつか内科クリニック
- 委員 佐藤 久光 増子記念病院（日本腎不全看護学会）
- 委員 照屋 勝治 国立国際医療研究センター  
エイズ治療・研究開発センター
- 委員 萩原千鶴子 横須賀クリニック（日本腎不全看護学会）
- 委員 日ノ下文彦 国立国際医療研究センター腎臓内科
- 委員 松金 隆夫 医療法人財団松園会
- 委員 松本 哲哉\* 東京医科大学微生物講座
- 委員 森兼 啓太\* 山形大学医学部附属病院検査部/感染制御部

( ) 内は委員推選学会名  
\* インフェクションコントロールドクター（ICD）  
\*\* 感染管理認定看護師（CNIC）

委員会等開催記録

日本透析医学会医療安全対策委員会感染防止対策部会開催

- 第1回 平成 25 年 11 月 19 日 (火) 午後 4 時～
第2回 平成 26 年 2 月 18 日 (火) 午後 4 時～
第3回 平成 26 年 5 月 16 日 (金) 午後 4 時～
第4回 平成 26 年 7 月 18 日 (金) 午後 5 時～
第5回 平成 26 年 9 月 4 日 (金) 午後 5 時～
第6回 平成 26 年 10 月 24 日 (金) 午後 6 時～
第7回 平成 26 年 11 月 21 日 (金) 午後 4 時 30 分～
第8回 平成 27 年 1 月 16 日 (金) 午後 4 時 30 分～

参考文献

- 1) 深川雅史, 塚本雄介, 椿原美治, 海津嘉蔵, 草野英二, 中田昌明, 久本田和正, 友 雅司, 平方秀樹, 秋澤忠男: 委員会報告: エビデンスレベル評価とガイドライン推奨度について, 透析会誌 43: 347-349, 2010
2) Atkins D, Best D, Briss PA, Eccles M, Falck-Ytter Y, Flottorp S, Guyatt GH, Harbour RT, Haugh MC, Henry D, Hill S, Jaeschke R, Leng G, Liberati A, Magrini N, Mason J, Middleton P, Mrukowicz J, O'Connell D, Oxman AD, Phillips R, Schünemann HJ, Edejer TT, Varonen H, Vist GE, Williams JW Jr, Zaza S: GRADE Working Group: Grading quality of evidence and strength of recommendations, BMJ 328: 1490-1494, 2004
3) Uhlig K, Macleod A, Craig J, Lau J, Levey AS, Levin A, Moist L, Steinberg E, Walker R, Wannar C, Lameire N, Eknoyan G: Grading evidence and recommendations for clinical practice guidelines in nephrology. A position statement from Kidney Improving Global outcomes (KDIGO), Kidney Int 70: 2058-2065, 2006
4) 日本透析医学会: 日本透析医学会における医学研究の利益相反 (COI) に関する指針, 2011: http://www.jsdt.or.jp/jsdt/1236.html

感染予防からみた透析診療内容のチェックリスト

本ガイドラインを読まれる前に、ご自分の施設のご診療内容が感染予防の観点からどのような状態にあるかご判断頂くために 20 項目のチェックリストを作成しました。■はい を選択された場合は該当の章節を特にご参照ください。本ガイドラインのすべての内容が網羅されているわけではありません。すべて ■はい を選択された場合でも感染に対する備えが万全とは限りません。院内感染予防の取り組みのきっかけとしてご利用ください。

- 1. 施設と透析医療機器
1) 透析に使用する医療器具は患者毎に滅菌したものか、デイスポーザブル製品を使っている。
2) スタッフが透析操作前後に手洗いを容易にできる十分な手洗い設備があり、手指衛生を適切に行うことができる物品が適切な場所に設置されている。
3) 感染対策上十分なベッド間隔がとられている。
4) 透析装置の消毒や保守点検は取り扱い説明書に従って定期的に行い、透析用水、透析液の品質で評価している。
2. スタッフ
1) 施設の長(責任者)を委員長とした感染対策委員会が設置され、各職種のスタッフが参加して定期的を開催されている。
2) スタッフに対して透析の標準的動作や感染予防に関する教育が定期的に行われている。
3) スタッフには定期健康診断が行われ、HBsAg ワクチン接種の機会がある。
4) スタッフに発熱や下痢等の感染症を疑う症状のある時は透析室に入室する前に医師の診察を受け就業可能か指示を仰いでいる。
3. 透析操作
1) 透析回路のプライミングは治療直前に、清潔操作で伝付文書に基づいた方法で行っている。

- 2) 透析開始、終了操作は、清潔・不潔の概念をよく理解した医師、臨床工学士、看護師、准看護師、などの有資格者スタッフがを行っている。
3) 透析開始、終了操作は患者側と機械側にそれぞれ1名ずつが共同して行っている。
4) スタッフは侵襲的技法の前に入念な手指衛生を必ず行い、未使用のデイスポーザブル手袋を装着している。穿刺および抜針操作をするスタッフは、さらに必要に応じてマスク、デイスポーザブルの非透水性ガウンまたはプラスチックエプロン、ゴーグルを装着することを推奨している。
5) 穿刺針は安全装置つきのものを用い、穿刺後の針はリキャップせず耐貫通性容器に廃棄している。
6) 血液に汚染された物品は、周囲を汚染しないように注意して感染性廃棄物として廃棄するか、マニュアルにのっとり洗浄滅菌されている。
7) ヘパリンや ESA 製剤はプレフィルドシリンジ製品を使用し、それ以外の透析中に投与される注射薬剤は、透析室から区画された場所で無菌的に準備されている。
8) 透析記録(患者毎、一回ごとの透析経過、診療内容、担当者名の記録)を作成している。
4. 院内感染対策
1) 感染症のある患者を入室前に観察し、状態にあわせて対策を変更している。
2) B 型肝炎、C 型肝炎の定期的な検査を実施している。
3) 肝炎ウイルス陽性の患者は透析室内の一定の位置に固定して透析されている。
4) リネン類は適宜交換し、患者から離れた場所で患者やスタッフの手指が高頻度に接触する場所(ドアノブなど)は1日複数回拭き消毒を行っている。

目次

緒言 ..... iii
初めに ..... v
「透析施設における標準的な透析操作と感染予防に関するガイドライン」作成の方針 ..... v
本ガイドラインの使用上の注意 ..... vii
エビデンスレベル評価とガイドライン推奨度 ..... viii
利益相反情報について ..... ix
略語一覧 ..... x
ガイドライン作成に携わった委員リスト ..... xii
委員会等開催記録 ..... xiii
院内感染予防からみた透析診療内容のチェックリスト ..... xiv
第1章 標準的透析操作
I 基本的感染防止対策の遵守 ..... 1
1. 透析室従事者側の準備 ..... 1
2. 患者側の準備(患者教育の徹底) ..... 4
II 血液透析の手法に関する操作 ..... 8
1. 血液透析の準備 ..... 8
2. 注射薬・医療材料・皮膚消毒薬の準備 ..... 11
3. 治療準備 ..... 13
4. バスキュラーアクセスへの穿刺 ..... 14
5. 穿刺針と血液回路の接続 ..... 16
6. 透析中の装置監視および患者観察 ..... 17
7. 透血操作 ..... 18
8. 止血操作—スタッフによる止血— ..... 20
9. ダブルルーメンカテーテル、長期留置カテーテルによる透析操作 ..... 21
10. 透析中の処置 ..... 24
第2章 院内感染予防の基本
I 医療法による院内感染対策の義務化 ..... 29
II 患者への感染対策の基本 ..... 32
III 標準予防策(スタンダードプリコーション, Standard precaution) ..... 37