

は、女性であること、食糧不安、増大する負のライフイベント、高ストレススコア、負の対処スタイル、精神科受診歴、心理社会的な機能障害、心的外傷後ストレス障害、全般性不安障害と大うつ病性障害の診断が、自殺のリスク中程度と関連していた。多変量解析では、負のライフイベント、精神科受診歴、大うつ病性障害の増悪、女性であることが、関連していた。

日本におけるHIV陽性者の自傷や自殺、DSHに関する調査はなく、精神医学的診断分類の調査である(福武ら、1999、三橋ら、2006)。Hidaka (2006) は、ゲイ・バイセクシュアル男性の64%が自殺を考えたことがある、15.1%が自殺未遂を行っていたと報告しているが、HIV陽性者の実態については報告されていない。

HIV感染症と人格障害に関して、PerkinsらはHIV感染者で境界性人格障害を含む人格障害者は有意に多いことを示した。Galaら(同上)は279人のHIV感染者において、11%が人格障害であり、うち最も多いのが境界性人格障害9例(3.2%)であると報告した。日本では、福武ら(同上)によると0.6%に人格障害(反社会性人格障害)がみられた。

先の研究1-1では、神経心理学的検査を受けたHIV陽性者のうち、週に4日以上飲酒を行っている者が13.4%、処方のない薬を使用している者が9.5%いることが分かっている。HIV陽性者の心理的問題を抱えていることが示されるが、神経心理学的検査に重心を置いた調査であるため、診療録記載を前提に調査しており、医療者に知れることを恐れ、調査協力者が正確に回答しているとは限らない。

以上のように、海外でのHIV陽性者の自傷、自殺、人格障害などの実態の報告はみられるが、日本における心理学的問題の報告はない。

よって、HIV陽性者の心理学的問題の実態把握が望まれる。

また、Nakakura (2012) は、HIV陽性者の心理療法を風景構成法を通して考察している。そこでは、HIV陽性を周りの人に伝えていない表向きの自分と、HIV陽性である自分の葛藤状況が風景構成法にて表現されていた。つまり、社会的にも心理的にもHIV陽性であることを巡って、自己の二面性が問われていると考えられる。

したがって、実態を把握するのみならず、HIV陽性者の二面性への耐性 (tolerance) といったパーソナ

リティの特徴を同時に調査することで、心理学的問題を把握するとともに、心理療法などの介入の示唆を得ることが期待される。つまり、HIV陽性者のどのようなパーソナリティに心理学的問題が生じ、その問題は心理学の言葉で記述することができるのかを検討する(心理学的理解をする)ことが、現象として生じている問題への心理学的援助の方略を見つけ出すことになると考えられる。

## 目的

自傷や自殺、物質使用の状況を把握し、自傷や自殺、物質使用など心理学的問題を併せ持つHIV陽性者を二面性という心理学的な耐性 (tolerance) や性格傾向との関連で説明することを目指す。

## 方法

### 1. 対象

協力施設の累積患者数の5~10%にあたるHIV感染患者を研究協力者とし無作為に600名(関東、近畿、東海各1施設)、抗体検査を受けたことのないヘテロ男性450名を対象とし、無記名自記式質問紙にて実施し、郵送にて回収した。

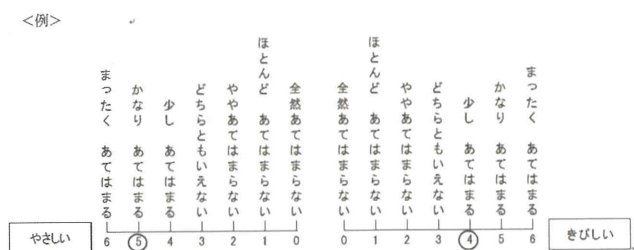
### 2. 調査内容

心理学的な問題として、物質乱用などのアディクションや自傷、自殺、故意に自らの健康を害する行動(食・性行動の亢進や減退)と、パーソナリティの状態を把握する自記式の調査内容とした。物質使用に関しては、妥当性が記されているSAMISS (Whettenら、2005)を用いた。

食・性行動に関しては、亢進と減退、変化なしの三択とした。

自殺に関しては、内閣府調査票H20年度を参照し、念慮、計画、企図、未遂を含む項目とし、有無を問うた。

パーソナリティ検査については、質問紙によって測定可能で、多面的にとらえることができ、心理力動的に理解できる二面性人格尺度(桑原、1991、TSPS:二面性・柔軟性の調査票、例参照)を用いた。さらに、「性的な活動が」を語頭に付け加え、「自由な一慎重な」など10項目加えた。



気分や衝動抑制に関する質問はDSM-IV-Rの境界型人格障害の診断基準を参考に質問項目を作成し、頻度を8段階で問うた。

### 3. 分析方法

二面性尺度は、桑原(1991)にならって集計した。ただし、二面性の総計を尺度間の和と差の合計とし、尺度間の相関係数による修正は行わなかった。つまり、和の総計が高く、差の総計が低いものが二面的な状況に耐えうるとし、和の総計から差の総計を引いた数が大きいものが二面的とした。

また、「見捨てられることを避けようと、努力をしてしまう」など10項目、「一日に何度もする」(8点)～「したことが一度もない」(1点)として総計を感情統制得点とし、統制のつかなさが高いほど高得点とした。「今まで自殺を考えたことがない」(反転項目)や「今まで自殺をしようとしたことがある」など6項目(各1点)の総計を自殺得点とし、自殺に関する考えや行動があるものほど高得点とした。自傷得点は、岡田(2002年)の40項目の総計を使用した。

記述統計量、および、自傷得点と自殺得点によって二群化、また物質使用の経験の有無により二群化し、心理学的特性の比較を行った。

## 結果

### 1. 対象の属性

配布は、患者群600名、コントロール群420名、回収は、患者群330名、コントロール群233名であった(表6~8参照)。欠損値を含む回答の場合は、その尺度の総計時には排除し、欠損がない場合は、対象とした。HIV陽性群は、統制群と比べ、年齢が高く、教育年数も短く、同居家族がいなかった。

表 6 対象 (性別: 人) n=559

	患者群	統制群
男性	312	231
女性	14	0
不明等	2	0
計	328	231

表 7 対象 (性的指向) n=559

	患者群	統制群
同性	234	1
異性	40	225
両性	47	3
分からない・決めたくない	7	2
計	328	231

表 8 対象 (年齢と中卒後教育、同居) n=559 (Mann-whitney)

	患者群	統制群	p 値
年齢	48.28 (±10.75)	31.89 (±11.77)	<0.0001
中卒後年	5.66 (±2.68)	6.86 (±2.22)	<0.0001
同居あり	0.80 (±0.93)	1.76 (±1.16)	<0.0001

### 2. 対照群との比較

二面性に関する項目では、S-(N) (否定語の対立項目得点の和-否定語の共存項目の和)が、患者群で高かった。

また、性に関する項目(「性的活動が奔放な-背的活動が思い切りの悪い」など)の和の総計と、差の総計がともに患者群が高かった(表9参照)。

表 9 二面性の下位尺度の比較 (Mann-whitney)

	患者群	統制群	p 値
S+(P)	202.88	198.02	.237
S+(N)	177.36	180.64	.032
S-(P)	38.59	35.59	.029
S-(N)	39.86	37.02	.078
S-(P)	3.86	3.62	.673
S-(N)	3.90	3.08	.001
S(P-N)	25.52	17.39	.014
二面性得点	601.78	606.05	.137
性プラス	18.01	16.43	<.0001
性マイナス	6.26	5.34	.010
時間プラス	25.70	26.37	.044

時間マイナス	6.20	5.36	.040
身心プラス	7.88	7.74	.701
身心マイナス	1.03	.87	.099
父母プラス	6.73	6.76	.344
父母マイナス	1.50	1.35	.377
sm プラス	5.42	5.52	.688
sm マイナス	1.33	1.29	.944

自傷得点は、統制群が高く、自殺得点は患者群が高かった。感情統制得点は差がみられなかった(表10参照)。

表 10 の比較 (Mann-whitney)

	患者群	統制群	p 値
自傷得点	58.09	63.88	<.0001
感情統制	21.74	20.49	.296
自殺合計	1.46	1.00	<.0001

物質使用に関して、患者群では、今までに使用したことのある物質で割合の高い順に、ラッシュ

(69.2%)、覚せい剤(15.7%)、大麻と続いた。過去1年間における使用の割合が高い順に、ラッシュ、リキッド、覚せい剤となり、過去1か月以内での使用は、ラッシュ、リキッド、パウダーの順であった。

今までで使用したことがあるもののうち、過去1年以内に使用した割合が高いものは、ハーブ、リキッドが47-41%と高く、次いでパウダーや覚せい剤が約25%が使っていた。過去1年以内に使用したもので、過去1か月以内に使用した割合で高いものは、パウダー、リキッド、ラッシュが半数で、覚せい剤やハーブは約3割であった(表11参照)。

表 11 物質乱用経験 人 (%)

	患者群			統制群
	生涯	過去1年	過去1ヶ月	生涯
有効数	286	239	233	177
ラッシュ	204 (69.2)	52 (25.5)	25 (12.3:48.1)	3 (1.7)
覚せい剤	45 (15.7)	11 (24.4)	4 (8.9:36.4)	0
大麻	35 (12.4)	2 (.7)	0	3 (1.7)
MDMA	23 (8.2)	0	-	0
ハーブ	21 (7.4)	10 (47.6)	3 (14.3:30.0)	3 (1.7)
リキッド	29 (10.2)	12 (41.49)	6 (20.7:50.0)	1 (0.6)
パウダー	29 (10.2)	8 (27.6)	5 (17.2:62.5)	1 (0.6)

### 3. 物質使用のあるHIV陽性者と使用のないHIV陽性者の比較

何年前に使用し始めたかを問うと、最頻値が10年以上のものは、ラッシュやMDMAとなり、最頻値が3年未満のものは、覚せい剤、ハーブやリキッド、パウダーであった。なかでも覚せい剤は、中央値が10年、最頻値が3年であった(表12参照)。

表 12 物質乱用年齢 (過去に使用したことのある人)

	範囲	平均	何年前	中央値/最頻値
ラッシュ	13-60	24.8 (6.79)	16.3	16 / 13
覚せい剤	20-61	30.7 (8.71)	10.7	10 / 3
大麻	17-43	25.7 (6.50)	12.3	11 / 7
MDMA	17-47	29.3 (8.46)	12.1	11 / 10
ハーブ	23-48	33.4 (6.07)	3.2	2 / 1
リキッド	18-50	32.3 (9.06)	8.3	6 / 3
パウダー	18-50	34.2 (7.94)	9.1	8 / 3

覚せい剤を今までに使用したことのある群とない群では、年齢、教育歴に差はみられなかった(表13参照)。

表 13 覚せい剤の使用経験の有無と属性 (Mann-whitney)

	使用あり (n=41)		使用なし (n=207)		p 値
	平均	SD	平均	SD	
年齢	41.16	8.515	43.43	10.614	.303
中卒後	5.74	2.483	5.63	2.737	.679

二面性に関する尺度では、S+(P)が過去に覚せい剤を使用したことのある群がない群よりも高かったが、それ以外は差がみられなかった(表14参照)。

表14 覚せい剤の使用経験の有無と二面性尺度

	(Mann-whitney)				p 値
	使用あり (n=41)		使用なし (n=207)		
	平均	SD	平均	SD	
S+(P)	212.2	27.808	201.24	25.93	.003
S+(N)	179.59	33.365	177.05	28.859	.293
S-(P)	41.07	15.874	37.79	15.011	.225
S-(N)	41.71	16.423	39.55	16.209	.491
S-(P)	3.95	3.225	3.81	3.277	.798
S-(N)	3.68	2.979	3.8	3.001	.759
S(P-N)	32.61	44.049	24.19	31.126	.536
二面性得点	609	55.21	600.96	51.465	.322
性プラス	18.44	3.808	17.84	2.96	.115
性マイナス	7.61	3.653	6.18	4.623	.014
時間プラス	26.88	4.573	25.53	4.978	.151
時間マイナス	6.88	4.026	5.99	4.095	.158
身心プラス	7.83	2.048	7.92	2.063	.495
身心マイナス	1.54	1.704	0.95	1.183	.047
父母プラス	7.2	1.978	6.67	1.628	.066
父母マイナス	1	1.323	1.5	1.68	.078
sm プラス	6.02	2.495	5.33	2.35	.024
sm マイナス	1.2	1.569	1.44	1.679	.273

過去に覚せい剤を使用したことのある群は、ない群に比べ、自傷得点と感情統制得点が高かった。自殺得点は差がなかった(表15参照)。

表15 覚せい剤の使用経験の有無と自傷や自殺、感情統制得点の比較 (Mann-whitney)

	使用あり (n=41)		使用なし (n=207)		p 値
	平均	SD	平均	SD	
自傷得点	63.79	18.768	56.41	17.729	.010
感情統制	26.07	12.143	20.59	10.917	.002
自殺合計	1.78	1.064	1.42	1.04	.034

#### 4. 物質使用に関して (患者群のみ)

ラッシュは、鼻から吸われ、主に2人で使用し、セックス時に使用することが多かった(表16~18参照)。

表16 ラッシュ使用方法 人 複数回答あり

	過去に (n=194)	過去1年 (n=52)	過去1ヶ月 (n=24)
経鼻	160	43	19
吸引	33	8	5
経口	4	-	1
静注	2	2	-
喫煙	-	2	-
他	1	2	2

表17 ラッシュ使用時の人数 人 複数回答あり

	過去に (n=196)	過去1年 (n=51)	過去1ヶ月 (n=25)
1人	36	18	10
2人で	151	42	19
3人以上	23	9	3

表18 ラッシュ使用時の人数 人 複数回答あり

	過去に (n=192)	過去1年 (n=51)	過去1ヶ月 (n=23)
SEX時	181	43	20
パーティ	3	2	
その他	15	22 (自宅20)	10 (自宅9)

覚せい剤やリキッドなどの物質も、一番初めに使用した時の人数は2が一番多く、セックス時に使用することが多かった。過去1年や過去1ヶ月でも同じ傾向をしめしていた。しかし、パウダーとリキッドは、2人での使用と独りでの使用、セックス時の使用と自宅での使用がほぼ同数になっていた。

#### 考察

HIV陽性者の方が統制群に比べ、S-(N) (否定語の対立項目得点の和-否定語の共存項目の和) が高く、対立する否定的な項目には片方に回答し、共存する項目には両側に回答すると考えられ、対立項目に対し、どちらか一方的な態度や行動特性を示し、柔軟な対応が難しいかもしれない。しかも否定語に対してのみ差が出ているため、否定的な自己の側面に対し、柔軟な自己理解にはならず、決めつける態度が考えられる。

また、性に関する項目の和の総計と、差の総計がともに患者群が高かったことから、性に対する極端な態度を示していると考えられる。

自傷得点は、統制群が高く、調査年齢が統制群の方

が若かったため、自傷の得点が高くなったものと考えられる。

物質使用に関して、患者群では、今までに使用したことのある物質は、ラッシュが一番高く、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。

HIV治療中も使用が継続している実態が明らかとなった。物質使用は地域差がないと言われ(井上・若林ら)通院、服薬行動だけでなく、物質使用・自傷や自殺、感情の統制のつかなさも視野に含めたケアの充実を図るチーム医療が望まれる。さらにHIV陽性者への臨床心理学的な介入が必要であろう。

#### 研究1-4：HIV感染者の関係性に関する研究

協力者：鍛冶まどか

##### 背景と目的

孤立感や周囲の目に対する恐怖、他者との関係は、HIV感染症患者の根本的な苦悩に関わると考えられる。そこで本研究では、HIV陽性者の関係性について、主に以下の3点に関して心理臨床的な視点から検討することを目的とした。

(1) 孤独感の類型判別尺度(落合, 1983)を用いて、HIV陽性者が孤独感を感じているかどうか、感じている場合にはどのような孤独感であるのかを明らかにする。なお、孤独感の類型判別尺度とは、人間の個性への気づきとしての孤独感(LS0-E)と人間同士が理解・共感できないと感じる孤独感(LS0-U)の2次元を表わす質問項目25項目からなる質問紙である。

(2) 自意識尺度(菅原, 1984)を用いて、HIV陽性者の、自己の内面・外面に対する意識の持ち方を明らかにする。なお、自意識尺度は、21項目からなる質問紙であり、他者の目や評価に対する意識である公的自意識と、自己内省の意識である私的自意識とを測定するものである。

(3) バウムテストと風景構成法を用いて、自身と他者との境界の様相について明らかにする。バウムテ

ストとは、実のなる木を描いてもらう投映描画法の一種である。風景構成法とは、川、山等の10個のアイテムを伝えて描き手に1つの風景を描いてもらう投映描画法の一種である。描かれた木や風景は描き手の内的状態を表わすとされる。

##### 方法

###### (1) 対象

国立病院機構大阪医療センターの20歳代～40歳代(平成25年2月時点)の男性患者18人(平均年齢)。対象者は、診察時に看護師から調査への協力を依頼し、同意が得られた者である。なお、対象者の抽出にあたっては、まずカルテ番号をもとに単純無作為抽出により患者250人を抽出した。そのうち調査時も通院中の、20歳代～40歳代の男性患者は127人であった。2013年12月末までに、37人に調査への協力を依頼したところ18人の協力を得ることができた。37人中19人については、「時間が無い」「同意書に名前を書くことができない」等の理由で協力を得られなかった。

さらに、対照群として、20歳代～40歳代の男性26人に同様の調査を行った。対照群は、医療系専門学校に調査協力を依頼し、協力者を募った。

###### (2) 調査期間

平成25年5月～平成25年12月に行った。

###### (3) 調査場所

大阪医療センター内の個室にて行った。

また、対象群の調査は専門学校内の個室にて行った。

###### (4) 調査手続き

診察時に看護師より案内を行い、その後臨床心理士により、説明文書を用いて研究の説明を行い、同意を得た。その後、臨床心理士により、調査票(基本属性、抗HIV薬の服用の有無、セクシュアリティなど)、質問紙(孤独感の類型判別尺度、自意識尺度)と描画法(バウムテスト、風景構成法)を実施した。プライバシーの保護のために、調査はすべて個別面接により施行した。また、データは全て無記名とし、通し番号によって管理した。

対照群に対しても同様のアンケートと描画を実施したが、調査票項目のうち、HIV感染症に関する項目は除いた。

(5) 解析方法

調査票については、記述統計を行った。孤独感の類型判別尺度と自意識尺度については、Welchのt検定を実施し、HIV陽性者群と対照群の2群間で各尺度の得点に差があるかを調べた。有意水準は $p < 0.05$ を有意とした。バウムテストと風景構成法については、先行研究を参考に指標を作成し、評定を行った。その結果得られた各指標の出現度数について、Fisherの直接確率検定を行った。

(6) 倫理的配慮

調査に当たっては、国立病院機構大阪医療センター受託研究審査委員会の承認を得た(IRB審査承認番号：12042 2013年1月承認)。

結果

(1) 調査票

- ① 対象者の属性・生活状況(対照群との共通項目)：表19参照。

表19：対象者の属性・生活状況

	HIV 陽性者群 18 人	対照群 26 人
年齢 (平均)	41.4 歳	32.1 歳
配偶者もしくはパートナー	あり 10 人 なし 8 人	あり 14 人 なし 12 人
同居者	原家族と同居 5 人 生殖家族と同居 5 人 パートナーと同居 2 人 独居 6 人	原家族と同居 11 人 生殖家族と同居 8 人 パートナーと同居 0 人 独居 7 人
仕事	在職者 14 人 退職者 2 人 職業経験なし 2 人	在職者 14 人 退職者 11 人 職業経験なし 1 人
過去 6 か月間のセックス経験	あり 13 人 (うちコンドーム常用 9 人) なし 5 人	あり 18 人 (うちコンドーム常用 13 人) なし 8 人
性的指向	同性愛 9 人 異性愛 2 人 両性愛 5 人 分からない 1 人 不明 1 人	同性愛 0 人 異性愛 25 人 両性愛 0 人 分からない 1 人 不明 0 人
カウンセリング経験	あり 11 人 なし 7 人	あり 4 人 なし 22 人

精神科受診歴	あり 4 人	あり 3 人
	なし 14 人	なし 23 人
精神科服薬	あり 4 人	あり 3 人
	なし 14 人	なし 23 人

性的指向では、HIV陽性者で同性愛もしくは両性愛の人が多かった。また、カウンセリング経験については、HIV陽性者群で「カウンセリング経験あり」の人が多かった。

- ② HIV感染症に関する項目：表20参照。

HIV陽性者群18人のうち、誰かにHIV感染について話しているのは14人、誰にも話していないのは3人、無回答1人であった。話した相手としては、配偶者やパートナー、友人、親が多かった。

表 20：HIV 感染症に関する質問項目

感染告知時の年齢	平均 33.7 歳
告知からの年数	平均 7.7 年
CD4 数	平均 450
服薬時期	平均 4.9 年前から (全員服薬あり)
エイズ発症有無	あり 4 人 なし 13 人 わからない 1 人
周囲への告知	あり 14 人 なし 3 人 無回答 1 人 ・ありのうち 1 人に知らせている：5 人 2-5 人に知らせている：6 人 10 人以上に知らせている：3 人 ・ありのうち (重複あり) 妻・パートナーに知らせている：8 人 友人に知らせている：7 人 親に知らせている：6 人 元パートナーに知らせている：2 人 上司に知らせている：1 人

- ③ 感染を知った時の気持ちに関する質問項目：図1参照。

HIV感染を知った時の気持ちについての質問では、「大きなショックを受けた」「自分の責任だと感じた」(各13人)が最も多かった。「誰かに知られるのではないかと思った(11人)」「人生が変わった(10人)」が次いで多かった。



図1 感染を知ったときの気持ち

④ 通院に関する質問項目：図2参照

通院についての気持ちを聞いた質問項目では、「通院は苦ではない(10人)」と答えた人のほうが、「大きな負担である(4人)」と答えた人より多かった。また、半数の人が通院について誰かに話していた。待合室等で他の患者と顔を合わせることにについては、「安心する」という人と「会いたくない」という人とに分かれた。

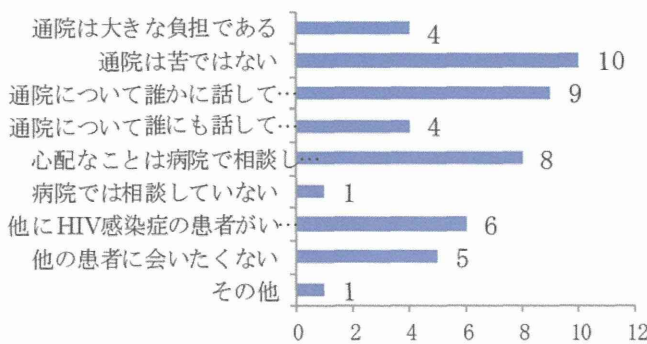


図2 通院の負担等

⑤ 感染後気になったことに関する質問項目：図3参照

HIV感染後気になり始めたこととしては、「セッ

クス(13人)」という回答が最も多かった。次いで「仕事」「服薬」「体の不調」(各12人)「経済状況・医療費・福祉制度(11人)」という回答が多かった。

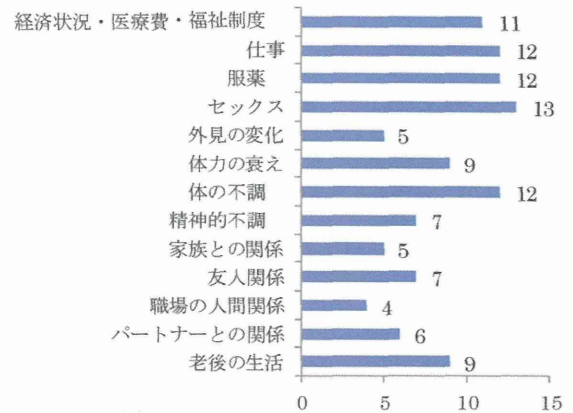


図3 HIV感染後気になり始めたこと

(2) 質問紙

① 孤独感尺度

LSO-E, LSO-Uそれぞれについてt検定を行った結果、HIV陽性者群では、対照群よりも、LSO-Uの得点が有意に低かった( $t=3.94, p<.01$ )。LSO-Eの得点については有意差はみられなかった。したがって、HIV陽性者は、人間同士は理解・共感できないと感じている傾向があると考えられる。

② 自意識尺度

公的自意識、私的自意識それぞれについてt検定を行った結果、HIV陽性者群では、対照群よりも、私的自意識の得点が有意に低かった( $t=2.66, p<.05$ )。公的自意識の得点については有意差はみられなかった。したがって、HIV陽性者は自己の内面や感情など、他者から直接観察されない側面が自覚されにくいと考えられる。表21参照。

表21 孤独感尺度 自意識尺度得点と検定結果

尺度		HIV 陽性者群 平均値 (標準偏差)	対照群 平均値 (標準偏差)	t 値	有意 確率
孤独感	LSO-E	2.00(5.30)	0.46(4.26)	1.02	.314
	LSO-U	4.39(8.39)	13.00(4.78)	3.94	.001*
自意識	公的	48.72(12.33)	53.73(10.52)	1.41	.169
	私的	43.78(10.98)	52.27(9.58)	2.66	.012*

## (3) 投映描画法

## ① バウムテスト

HIV陽性者群では、対照群よりも「閉じた樹冠」が有意に少なかった( $p=.031$ )。したがって、HIV陽性者は自他の境界があいまいな傾向があるのではないかと考えられる。表22参照。

表22 バウムテストの指標出現率と検定結果

	HIV 陽性者群 (%)	対 照 群 (%)	有意確率(両側)
樹冠あり	83	92	.386
閉じた樹冠	28	65	.031*
樹冠なし	17	8	.386
幹下部開放	56	38	.359
開放幹	72	58	.361

## ② 風景構成法

HIV陽性者群では、対照群よりも、「山の重なり」( $p=.021$ )「立体的な家」( $p=.048$ )「混色」( $p=.006$ )が有意に多かった。したがって、HIV陽性者は距離に対して敏感であったり、情緒が豊かな傾向があるのではないかと考えられる。表23参照。

表23 風景構成法の指標出現率と検定結果

	HIV 陽性者群 (%)	対照群 (%)	有意確率(両側)
画面を2分する川	67	54	.535
川と道の交差	50	23	.105
山の重なり	89	54	.021*
立体的な家	33	8	.048*
混色	67	23	.006*

## 考察

質問紙の結果からは、HIV陽性者は、人間同士が理解・共感できないと感じる傾向や、自分自身の内面や感情が自覚されにくい傾向があると思われる。一方、投映描画法からは、自他の境界の曖昧さや距離に対する敏感さ、情緒の豊かさといった傾向が見られた。

これらのことから、HIV陽性者は、意識的には他者から理解してもらえないという孤独感を抱いている

が、他者との間にはっきりとした境界を持たず、人間関係に影響されやすかったり、距離を置くことが難しい状態にあるのではないかと考えられる。そして、豊かな情緒を持ちながらも、それが意識化されにくく、未分化な情動を抱えている可能性が考えられる。

ただし、現状では対象者数が少ないため、今後対象者数を増やして更なる検討を行うことが必要である。

## 研究1-5: HIV陽性者における心理的問題と、恥・自己愛的脆弱性の関連性に関する研究(協力者: 安尾利彦)

## 問題と背景

周知のとおり、HIV 感染症に対する根強い社会的偏見が存在する。その要因としてはHIV 感染症の感染経路についての偏見、犠牲者非難、同性愛嫌悪、HIV 感染症に関する誤解などが考えられるが、これらに基づくスティグマによって、HIV 陽性者は恥を体験し、抑うつや不安の程度を悪化させることが指摘されている(Khalifeら、2010)。

白阪ら(2012)はHIV 陽性者の精神障害罹患率に関する海外の研究を展望し、HIV 陽性者は陰性者に比べ気分障害、不安障害などの罹患率が高く、最も問題に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ることを指摘している。

我が国のHIV 陽性者については、平林ら(2001)がHIV 陽性者の約30%が精神科診断に該当することを指摘している。また安尾ら(2011)は、HIV 陽性者の5割以上が精神症状およびアルコールや薬物の使用に関する問題を有することを明らかにし、特に睡眠、抑うつ、不安、興奮、アルコールや薬物使用についてのアセスメントとケアの必要性を指摘している。

先述のように、HIV 陽性であるということは、同性愛嫌悪を背景として、HIV 陽性者にとって強い恥を体験させるものであると考えられる。安尾ら(2012)は、強い恥の感情を背景に持つ、意欲低下、自殺念慮、対人恐怖、アルコール多飲といった心理的問題を有するゲイのHIV 陽性者との心理療法について、恥と他者との交流遮断という対人関係上の問題をナルシシズムの観点から考察している。

このように、HIV 陽性者が体験する恥の感情やナルシシスティックな心理的状态が、抑うつ気分や不



安といったメンタルヘルスの問題、アルコールや薬物の使用、対人関係上の問題と関連していることが推測される。よって、これらの関連性を明確化することは、HIV 陽性者のメンタルヘルス、アルコールや薬物の使用、対人関係上の問題といった HIV 診療において頻繁に表面化する問題の心理的背景へのアプローチに資すると考えられる。

## 目的

HIV 陽性者におけるメンタルヘルス、アルコールや薬物の使用、対人関係上の問題といった心理的問題について、その背景として恥の感情やナルシズムがどのように関連しているかを明確化すること、それによって HIV 陽性者に対する心理的援助の充実に資することを目的とする。

## 方法

大阪医療センターに通院する HIV 陽性者を調査協力者とする。調査期間は 2014 年 9 月～2014 年 10 月とした。

研究趣旨説明文書、質問用紙（アンケート用紙）、および 500 円相当のクオカードを同封した封書にて、医師・看護師からアンケート配布期間に受診した患者に配布した。研究趣旨説明文書に同意を得た調査協力者（アンケート回答者）の返送を持って同意を得たものと判断した。郵送をもって回収した。有効回収数は 144、有効回収率は 72.0%であった。

心理的困難として、抑うつ気分や不安といったメンタルヘルスの問題、アルコールや薬物の使用、他者との交流遮断あるいは自己中心的な行動といった対人関係上の問題、および、恥の感情体験やナルシズムといった心理状態を把握する自記式の調査内容とする。

メンタルヘルスおよびアルコールや薬物使用に関する調査項目には、妥当性が記されている SAMISS (Substance Abuse and Mental Illness Symptom Screener) (Whetten ら、2005) を用いる。

対人関係に関する調査項目は、対象関係（対人場面における個人の態度や行動を規定する、精神内界における自己と他者との関係性の表象）を測定し、パーソナリティ特性を査定する標準化された質問紙である NEO-FFI との相関が示されている対象関係尺

度（井梅ら、2006）を用いる。親和不全尺度、希薄な対人関係尺度、自己中心的な他者操作尺度、一体性の過剰希求尺度、見捨てられ不安尺度の 5 つの尺度から成る。

恥の感情体験に関する調査項目は、特性としての恥の感情の強度を測定することができる Internalized Shame Scale (Cook、2001) を用いる。自尊感情尺度と内在化された恥尺度から成る。

ナルシズムに関しては、自己愛傾向を 4 つの側面（承認・賞賛過敏性、自己顕示抑制、潜在的特権意識、自己緩和不全）から測定する自己愛的脆弱性尺度（上地ら、2009）を用いる。上記 4 つの側面を測定する下位尺度から成る。

倫理的配慮として、大阪医療センター受託研究審査委員会の承認を得て実施する。分析方法としては、SAMISS 上の物質使用・精神症状の有無によって 2 群化し、Internalized Shame Scale 日本語訳および自己愛的脆弱性尺度の各下位尺度得点を比較する (Mann-Whitney の U 検定を用いる)。また対象関係尺度と、Internalized Shame Scale 日本語訳および自己愛的脆弱性尺度の各下位尺度得点の相関を検討する (Spearman の順位相関分析を用いる)。

## 結果

回答者の基本属性は、平均年齢が 42.25 歳 (SD=10.578) で、性別は男性 142 名 (98.6%)、女性 1 名 (0.7%)、無回答 1 名 (0.7%) であった。性的指向は同性愛 107 名 (74.3%)、異性愛 13 名 (9.0%)、両性愛 14 名 (9.7%)、わからない 5 名 (3.5%)、決めたくない 4 名 (2.8%) であった。中学卒業後の平均教育年数は 5.63 年 (SD=2.773)、就労状況としては仕事ありが 105 名 (72.9%)、無職 31 名 (21.5%)、学生 1 名 (0.7%)、その他 4 名 (2.8%) であった。

SAMISS の物質使用尺度（飲酒問題、物質使用問題、依存的使用）および精神症状尺度（興奮、抗うつ薬の使用、抑うつ、意欲低下、不安、不安発作、心拍・呼吸の異常、外傷体験、日常生活に影響が出る出来事）において問題あるいは症状ありと判定された群と問題あるいは症状なしと判定された群の 2 群間で、Internalized Shame Scale と自己愛的脆弱性尺度の得点を比較した（図 4～12）。物質使用尺度について

は、飲酒問題あり群の方がなし群よりも自尊感情尺度の得点が高かった ( $Z=-2.026, p=.043$ ) が、そのほかについては差が認められなかった。精神症状尺度については、興奮の症状あり群は内在化された恥尺度得点が高い ( $Z=-2.269, p=.023$ ) ほか、抗うつ薬使用あり群はなし群に比べて、同じく内在化された恥尺度得点が高かった ( $Z=-4.790, p=.002$ )。また抑うつ気分あり群はなし群に比べて自尊感情尺度得点が低く ( $Z=-2.346, p=.019$ )、内在化された恥尺度得点が高い ( $Z=-4.790, p=.000$ ) ほか、承認・賞賛過敏性尺度 ( $Z=-3.355, p=.001$ ) と自己顕示抑制尺度 ( $Z=-2.599, p=.009$ ) の得点がそれぞれ高かった。意欲低下あり群はなし群に比べて自尊感情尺度得点が低く ( $Z=-2.609, p=.009$ )、内在化された恥尺度得点 ( $Z=-5.376, p=.000$ )、承認・賞賛過敏性尺度得点 ( $Z=-3.831, p=.000$ ) と自己顕示抑制尺度得点 ( $Z=-3.405, p=.001$ ) がそれぞれ高かった。不安あり群はなし群に比べて、内在化された恥尺度得点 ( $Z=-3.032, p=.002$ )、承認・賞賛過敏性尺度得点 ( $Z=-1.967, p=.049$ )、自己顕示抑制尺度得点 ( $Z=-2.679, p=.007$ ) がそれぞれ高かった。不安発作あり群はなし群に比べ、自尊感情尺度得点が低く ( $Z=-2.135, p=.033$ )、内在化された恥尺度得点 ( $Z=-3.835, p=.000$ )、承認・賞賛過敏性尺度得点 ( $Z=-2.522, p=.012$ )、自己顕示抑制尺度得点 ( $Z=-3.251, p=.001$ ) が高かった。心拍・呼吸の異常あり群はなし群に比べて、自尊感情尺度得点が低く ( $Z=-2.317, p=.020$ )、内在化された恥尺度得点 ( $Z=-2.941, p=.003$ )、自己顕示抑制尺度得点 ( $Z=-2.463, p=.014$ ) が高かった。外傷体験あり群はなし群に比べて、内在化された恥尺度得点 ( $Z=-2.278, p=.023$ )、自己顕示抑制尺度得点 ( $Z=-2.050, p=.040$ ) が高かった。日常生活に影響が出る出来事あり群はなし群に比べて、内在化された恥尺度得点 ( $Z=-2.638, p=.008$ )、自己緩和不全尺度得点 ( $Z=-2.436, p=.015$ ) が高かった。

対人関係尺度と Internalized Shame Scale および自己愛的脆弱性尺度の各下位尺度の相関を調べたところ、親和不全尺度は自尊感情尺度とは負の相関 ( $r=-.384, p=.000$ )、内在化された恥尺度 ( $r=.571, p=.000$ )、承認・賞賛過敏性尺度 ( $r=.455, p=.000$ )、自己顕示抑制尺度 ( $r=.477, p=.000$ )、潜在的の特権意識

尺度 ( $r=.177, p=.038$ ) とは正の相関が認められた。希薄な対人関係尺度は自尊感情尺度とは負の相関 ( $r=-.430, p=.000$ )、内在化された恥尺度 ( $r=.527, p=.000$ )、承認・賞賛過敏性尺度 ( $r=.327, p=.000$ )、自己顕示抑制尺度 ( $r=.329, p=.000$ ) とは正の相関が認められた。自己中心的な他者操作尺度は、潜在的特権意識尺度 ( $r=.228, p=.007$ )、自己緩和不全尺度 ( $r=.215, p=.011$ ) と正の相関が認められた。一体性の過剰希求尺度は、承認・賞賛過敏性尺度 ( $r=.230, p=.007$ )、潜在的特権意識尺度 ( $r=.228, p=.008$ )、自己緩和不全尺度 ( $r=.478, p=.000$ ) と正の相関が認められた。見捨てられ不安尺度は、自尊感情尺度とは負の相関 ( $r=-.291, p=.001$ )、内在化された恥尺度、承認・賞賛過敏性尺度 ( $r=.589, p=.000$ )、自己顕示抑制尺度 ( $r=.417, p=.000$ )、潜在的特権意識尺度 ( $r=.315, p=.000$ )、自己緩和不全尺度 ( $r=.276, p=.001$ ) と正の相関が認められた。

結果 物質使用(1)

SAMSS上の下位尺度において、あり群・なし群間で比較。平均値、標準偏差、検定結果を示す。

		Internalized Shame Scale 日本語訳	
		自尊感情	内在化された恥
S A M I S S	飲酒問題	あり	10.60(SD=4.697)
		なし	8.79(SD=4.913)
		検定	$Z=-2.026, p<.05$
物質使用問題	あり	9.88(SD=4.764)	
	なし	9.85(SD=4.884)	
	検定	$Z=-.192, n.s.$	
依存的使用	あり	10.86(SD=4.615)	
	なし	9.28(SD=4.892)	
	検定	$Z=-1.797, n.s.$	

図4 結果 物質使用(1)

結果 物質使用(2)

SAMSS上の下位尺度において、あり群・なし群間で比較。平均値、標準偏差、検定結果を示す。

		自己愛的脆弱性尺度				
		承認・賞賛過敏性	自己顕示抑制	潜在的特権意識	自己緩和不全	
S A M I S S	飲酒問題	あり	15.03(SD=4.115)	15.47(SD=4.610)	12.56(SD=3.701)	11.34(SD=4.688)
		なし	15.23(SD=4.477)	15.87(SD=4.985)	13.11(SD=3.538)	11.42(SD=4.198)
		検定	$Z=-.311, n.s.$	$Z=-.483, n.s.$	$Z=.192, n.s.$	$Z=-.644, n.s.$
物質使用問題	あり	13.11(SD=4.485)	13.33(SD=2.550)	12.88(SD=2.759)	9.67(SD=6.021)	
	なし	15.05(SD=4.320)	15.64(SD=4.758)	12.65(SD=3.556)	11.34(SD=4.254)	
	検定	$Z=-.811, n.s.$	$Z=-1.613, n.s.$	$Z=-.366, n.s.$	$Z=-1.513, n.s.$	
依存的使用	あり	15.00(SD=4.398)	15.89(SD=4.992)	12.95(SD=3.916)	11.77(SD=4.573)	
	なし	14.99(SD=4.384)	15.37(SD=4.652)	12.76(SD=3.221)	11.06(SD=4.411)	
	検定	$Z=-.215, n.s.$	$Z=-.255, n.s.$	$Z=-.032, n.s.$	$Z=-.650, n.s.$	

図5 結果 物質使用(2)

### 結果 興奮・抑うつ(1)

SAMSS上の下位尺度において、あり群・なし群間で比較。平均値、標準偏差、検定結果を示す。

		Internalized Shame Scale日本語訳	
		自尊感情	内在化された恥
SAMSS	興奮	あり	9.71(SD=5.003)
		なし	9.96(SD=4.678)
		検定	Z=-.342, n.s.
SAMSS	抑うつ気分	あり	53.11(SD=18.474)
		なし	43.83(SD=19.387)
		検定	Z=-2.269, p<.05
SAMSS	抑うつ薬使用	あり	59.68(SD=17.420)
		なし	44.44(SD=4.344)
		検定	Z=-3.098, p<.01
SAMSS	抑うつ気分	あり	58.16(SD=16.630)
		なし	41.21(SD=18.320)
		検定	Z=-3.098, p<.01

図6 結果 興奮・抑うつ(1)

### 結果 心拍・外傷等(1)

SAMSS上の下位尺度において、あり群・なし群間で比較。平均値、標準偏差、検定結果を示す。

		Internalized Shame Scale日本語訳	
		自尊感情	内在化された恥
SAMSS	心拍・呼吸の異常	あり	7.00(SD=3.717)
		なし	10.17(SD=4.851)
		検定	Z=-2.317, p<.05
SAMSS	外傷体験	あり	63.55(SD=17.374)
		なし	44.89(SD=18.924)
		検定	Z=-2.941, p<.01
SAMSS	日常生活に影響が出る出来事	あり	51.93(SD=18.153)
		なし	43.18(SD=18.093)
		検定	Z=-2.278, p<.05
SAMSS	日常生活に影響が出る出来事	あり	56.68(SD=18.707)
		なし	44.26(SD=18.974)
		検定	Z=-2.638, p<.01

図10 結果 心拍・外傷(1)

### 結果 興奮・抑うつ(2)

SAMSS上の下位尺度において、あり群・なし群間で比較。平均値、標準偏差、検定結果を示す。

		自己愛的脆弱性尺度				
		承認・賞賛過敏性	自己顕示抑制	潜在的 特権意識	自己緩和 不全	
SAMSS	興奮	あり	15.22(SD=4.568)	15.97(SD=5.006)	13.44(SD=3.557)	11.83(SD=4.176)
		なし	14.99(SD=4.315)	15.55(SD=4.732)	12.63(SD=3.701)	11.19(SD=4.590)
		検定	Z=-.269, n.s.	Z=-.267, n.s.	Z=-1.063, n.s.	Z=-.987, n.s.
SAMSS	抑うつ薬使用	あり	16.89(SD=4.370)	16.85(SD=5.470)	13.40(SD=3.560)	11.79(SD=5.503)
		なし	14.88(SD=4.344)	15.41(SD=4.612)	12.72(SD=3.628)	11.26(SD=4.283)
		検定	Z=-1.089, n.s.	Z=-1.132, n.s.	Z=-1.160, n.s.	Z=-.143, n.s.
SAMSS	抑うつ気分	あり	16.73(SD=3.887)	17.07(SD=4.805)	13.39(SD=3.780)	11.71(SD=4.289)
		なし	14.26(SD=4.268)	14.95(SD=4.597)	12.56(SD=3.533)	11.21(SD=4.613)
		検定	Z=-3.355, p<.01	Z=-2.599, p<.01	Z=-1.765, n.s.	Z=-.682, n.s.

図7 結果 興奮・抑うつ(2)

### 結果 心拍・外傷等(2)

SAMSS上の下位尺度において、あり群・なし群間で比較。平均値、標準偏差、検定結果を示す。

		自己愛的脆弱性尺度				
		承認・賞賛過敏性	自己顕示抑制	潜在的 特権意識	自己緩和 不全	
SAMSS	心拍・呼吸の異常	あり	15.50(SD=4.822)	16.92(SD=4.358)	12.75(SD=3.571)	10.17(SD=5.890)
		なし	15.00(SD=4.320)	15.29(SD=4.696)	12.84(SD=3.637)	11.19(SD=4.279)
		検定	Z=-.485, n.s.	Z=-2.463, p<.05	Z=-.572, n.s.	Z=-1.140, n.s.
SAMSS	外傷体験	あり	14.82(SD=4.324)	16.80(SD=3.963)	13.07(SD=3.208)	11.88(SD=4.488)
		なし	15.21(SD=4.370)	14.90(SD=5.048)	12.69(SD=3.897)	11.00(SD=4.575)
		検定	Z=-.292, n.s.	Z=-2.090, p<.05	Z=-1.248, n.s.	Z=-1.219, n.s.
SAMSS	日常生活に影響が出る出来事	あり	15.91(SD=4.174)	17.18(SD=5.378)	13.32(SD=3.242)	13.81(SD=4.956)
		なし	14.86(SD=4.475)	15.37(SD=4.645)	12.68(SD=3.705)	10.90(SD=4.305)
		検定	Z=-1.278, n.s.	Z=-1.575, n.s.	Z=-1.200, n.s.	Z=-2.436, p<.05

図11 結果 心拍・外傷等(2)

### 結果 意欲・不安(1)

SAMSS上の下位尺度において、あり群・なし群間で比較。平均値、標準偏差、検定結果を示す。

		Internalized Shame Scale日本語訳	
		自尊感情	内在化された恥
SAMSS	意欲低下	あり	8.58(SD=5.150)
		なし	10.32(SD=4.678)
		検定	Z=-2.609, p<.01
SAMSS	不安	あり	54.78(SD=20.437)
		なし	43.61(SD=18.173)
		検定	Z=-5.376, p<.01
SAMSS	不安発作	あり	59.68(SD=17.420)
		なし	44.44(SD=4.344)
		検定	Z=-3.032, p<.01
SAMSS	不安発作	あり	62.80(SD=16.981)
		なし	43.55(SD=18.003)
		検定	Z=-3.835, p<.01

図8 結果 意欲・不安(1)

### 結果 対人関係

対人関係尺度の下位尺度とSS日本語訳、自己愛的脆弱性尺度の下位尺度の相関。相関係数を表示。

相関係数	Internalized Shame Scale日本語訳		自己愛的脆弱性尺度			
	自尊感情	内在化された恥	承認・賞賛過敏性	自己顕示抑制	潜在的 特権意識	自己緩和 不全
緩和不全	-.384 p<.01	.531 p<.01	.455 p<.01	.477 p<.01	.177 n.s.	-.008 n.s.
対人関係						
希望な対人関係	-.430 p<.01	.527 p<.01	.325 p<.01	.329 p<.01	.129 n.s.	-.049 n.s.
自己中心的な他者操作	.149 p<.10	.046 n.s.	.121 n.s.	.089 n.s.	.228 p<.01	.215 p<.05
一体的な過剰希求	.077 n.s.	.082 n.s.	.230 p<.01	.016 n.s.	.224 p<.01	.276 p<.01
見捨てられ不安	-.291 p<.01	.625 p<.01	.589 p<.01	.417 p<.01	.315 p<.01	.276 p<.01

図12 結果 対人関係

### 結果 意欲・不安(2)

SAMSS上の下位尺度において、あり群・なし群間で比較。平均値、標準偏差、検定結果を示す。

		自己愛的脆弱性尺度				
		承認・賞賛過敏性	自己顕示抑制	潜在的 特権意識	自己緩和 不全	
SAMSS	意欲低下	あり	16.83(SD=3.971)	17.18(SD=4.441)	13.25(SD=3.898)	12.02(SD=4.700)
		なし	13.92(SD=4.269)	14.56(SD=4.681)	12.53(SD=3.333)	10.86(SD=4.232)
		検定	Z=-3.631, p<.01	Z=-3.405, p<.01	Z=-1.260, n.s.	Z=-1.434, n.s.
SAMSS	不安	あり	16.00(SD=4.491)	17.45(SD=4.304)	13.05(SD=3.813)	11.66(SD=4.482)
		なし	14.84(SD=4.258)	14.94(SD=4.744)	12.72(SD=3.553)	11.21(SD=4.448)
		検定	Z=-1.967, p<.05	Z=-2.879, p<.01	Z=-.786, n.s.	Z=-.578, n.s.
SAMSS	不安発作	あり	17.15(SD=4.056)	13.29(SD=4.540)	13.28(SD=4.540)	12.95(SD=5.143)
		なし	14.60(SD=4.295)	12.71(SD=4.525)	12.71(SD=3.446)	11.03(SD=4.280)
		検定	Z=-2.522, p<.05	Z=-3.251, p<.01	Z=-.964, n.s.	Z=-1.602, n.s.

図9 結果 意欲・不安(2)

### 考察

物質使用に関しては、飲酒問題を有する人のほうが自尊感情が高い傾向が認められた。経済状況や社会的立場が安定し、それゆえに自尊感情も安定的な人の方が、飲酒機会が多い可能性が推察される。そのほか物質使用と恥感情や自己愛的脆弱性の間では関連が認められておらず、物質使用に関しては何らかの他の心理的背景が存在することが窺われるため、今後さらに検討する必要があると考える。

精神症状に関しては、すべての精神症状に内在化された恥が関連していた。恥感情の強さがHIV陽性者のメンタルヘルスと密接に関連していることが示唆された。また、抑うつや不安と承認・賞賛過敏性や自己顕示抑制との間に関連性が認められたことか

ら、他者からの評価を求めているものの自己顕示については抑制的であるという葛藤状態が、HIV 陽性者のメンタルヘルス不調の背景にある可能性が示唆された。ここには、HIV 陽性であることによって他者からどのように見られるか（偏見によって否定的に見られる）への恐れが反映されていることが推察される。

また対人関係上の問題に関しては、親和不全、希薄な対人関係、見捨てられ不安と、内在化された恥や自尊感情との間に相関が認められた。恥感情は、陽性者の他者との親密な関係の構築・維持を困難にしている可能性が示唆された。また、自己中心的な他者操作の背景として、自尊感情が過度に高いことや、特権意識があること、自分自身では情緒を緩和できないことなどがある可能性が示唆された。他者との一体感を求める背景には、他者からの承認・賞賛に敏感であること、特権意識があること、自分自身では情緒を緩和できないことなどがある可能性が示唆された。見捨てられ不安には、恥感情も自己愛的脆弱性も共に密接に関与している可能性が示唆された。

## 研究2：心理学的援助と、多職種によるチーム医療の向上を図る研究

### 研究2-1:簡易なチーム医療評価票の作成に関する研究

#### 背景

山中ら（2008）は、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する	5	0.00	85.7	5.0	5.0	5.0	
				0	0	0	

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	5.0	5.0	5.0	0	0	0
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	2.0	3.0	5.0	0	0	0
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	3.0	5.0	5.0	0	0	0
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	3.0	4.0	5.0	0	0	0
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	3.0	3.5	5.0	0	0	0
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	4.0	5.0	5.0	0	0	0
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	1.0	3.0	4.0	0	0	0
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	1.2	3.0	4.0	5	0	0
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	2.0	3.0	5.0	0	0	0
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	4.0	5.0	5.0	0	0	0
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	3.0	3.0	5.0	0	0	0
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	4.5	5.0	5.0	0	0	0
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	1.0	2.0	5.0	0	0	0
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	2.0	4.0	5.0	0	0	0
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	4.0	4.0	5.0	0	0	0
医師はチームのリーダーである	3	1.50	61.9	2.5	4.0	5.0	0	0	0
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	4.0	5.0	5.0	0	0	0
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	4.0	5.0	5.0	0	0	0
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	4.0	5.0	5.0	0	0	0
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	4.0	5.0	5.0	0	0	0
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	4.0	5.0	5.0	0	0	0
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	4.0	4.0	5.0	0	0	0

私は、専門領域間の協力を促進している	4	1.00	85.7	4.0	5.0	5.0	0	0	0	○
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	4.0	5.0	5.0	0	0	0	
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	4.0	4.0	5.0	0	0	0	
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	4.0	5.0	5.0	0	0	0	○
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	4.0	4.0	5.0	0	0	0	○
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	4.0	4.0	5.0	0	0	0	○
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	4.0	4.0	5.0	0	0	0	
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	4	1.00	76.2	3.0	4.0	5.0	0	0	0	
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	4.0	5.0	5.0	0	0	0	
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	3.5	4.0	5.0	0	0	0	
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	4.0	5.0	5.0	0	0	0	○
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	4.0	4.0	5.0	0	0	0	○
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	4.0	4.0	5.0	0	0	0	○
私は気軽に自分からチームに参加している	4	0.50	61.9	4.0	4.5	5.0	0	0	0	
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	3.5	4.0	5.0	0	0	0	
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	4.0	4.0	5.0	0	0	0	
私はチームの意志決定に参加している	5	1.00	100.0	4.0	5.0	5.0	0	0	0	○
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	4.5	5.0	5.0	0	0	0	
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	3.0	4.0	5.0	0	0	0	
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	4.0	5.0	5.0	0	0	0	○
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	4.0	5.0	5.0	0	0	0	○
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	4.0	5.0	5.0	0	0	0	
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	3.0	4.0	5.0	0	0	0	
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	4.0	4.0	5.0	0	0	0	
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	4.0	5.0	5.0	0	0	0	○

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点について、お互いに合意した強い信念を持っている	4	1.50	70.4	3.0	4.5	5.0	0	0	0	○
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	3.5	4.0	5.0	0	0	0	○
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	4.0	5.0	5.0	0	0	0	○
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	4.0	4.0	5.0	0	0	0	○
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	2.0	3.0	4.0	0	0	0	○
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	3.0	4.0	5.0	0	0	0	○
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	4.0	5.0	5.0	0	0	0	○
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	4.0	5.0	5.0	0	0	0	○
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	2.5	3.0	4.0	0	0	0	○
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	4.0	4.0	4.0	0	0	0	○
チームの優先順位リストをあげて言われたら、各々があげるリストはお互いよく似ているだろう	3	1.00	71.6	2.0	3.0	4.0	0	0	0	○
チームメンバーは率	4	0.00	85.7	4.0	4.0	5.0	0	0	0	○
先してアイデアや関心を提示する	4	1.00	85.7	4.0	5.0	5.0	0	0	0	○
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	4.0	5.0	5.0	0	0	0	○
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	3.5	4.0	5.0	0	0	0	○
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	4.0	5.0	5.0	0	0	0	○
意志決定がなされる	4	1.00	90.5	3.0	4.0	5.0	0	0	0	○
ときには、チームの優先事項に合意している	4	1.00	90.5	3.0	4.0	5.0	0	0	0	○
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	4.0	5.0	5.0	0	0	0	○

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 ( )

### 考察

有識者によるチーム医療の評価に必要なと考えられ、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：問題領域別チーム医療マニュアルの作成に関する研究

研究協力者：青木理恵子、伊賀陽子、池田和子、上平



朝子、梅本愛子、岡本学、鍛冶まどか、下司有加、富成伸次郎、西田恭治、宮本哲雄、吉野宗宏

## 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、2006) 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」(生島ら、2010) 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。

方法 (作成に伴い重点・留意した点)

1. 目標の重点を下記の4点においた。
  - ① HIV感染症やそれにまつわる、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 事例や問題の状況
  - ② 各職種の着目点とその理由
  - ③ 介入プラン
  - ④ 優先順位の思考過程やチームのかかわりについて
3. 仮想事例
  - ① 不定期な受診行動のある事例
  - ② 長期療養の事例
  - ③ 治療中に性行為感染症を罹患した事例
4. 記載に際し重点を置いた点
  - ① 各専門職種の思考過程を記述する。
  - ② 冊子利用者が、問題点や疑問点、仮想事例の背景や自らや自己が所属するチームのかかわり、自らが他職種に期待するかかわりを想起しながら読み進めていくことができる。

- ③ 事例の概要から問題点や介入点、目標を、身体・心理・社会の観点、人生やスピリチュアルの観点と、治療・保健・予防・希望の観点、本人・他職種・チーム・地域の介入プランの観点から論じる。

## 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すことや、各地域での研修に用いることができるよう、研修のあり方を検討していくことが課題である。また、研修を実施しながら、冊子の不十分な点を修正するとともに、研修デザインを構築することが次年度の課題である。

## 研究2-3 : 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%、未経験群は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

1. セクシュアル・マイノリティに関して
 

セクシュアル・マイノリティやHIV陽性者の心理療法や精神分析の実践をされ、講義や講演活動もしているGary Grossman氏を招へいし、臨床心理士対

象の講演会と事例検討会、医療従事者等を対象とした講演会を企画した。なお、終了後に、満足感や役立つかどうかの質問紙を実施し、講演会や事例検討会の評価を行う。

#### 臨床心理士対象の研修会

第1回：2013年11月17日（日）、京都。第2回：2013年11月23日（土）、東京。演題は「HIV陽性のゲイ男性の心理療法—精神分析的観点による発達の側面に関する検討—」。第1回の事例は「A person who kept on saying “Nonsense!” and “I wish I were dead!”」、第2回の事例は「“A Case of a Gay Man with HIV Positive Status Who Expresses a Wish to Terminate His Life”」を提示し、Grossman氏のコメントや参加者とのディスカッションを行う。

#### 医療従事者等対象の研修会

第1回：2013年11月18日（月）、大阪。第2回：2013年11月21日（木）、熊本。演題は「HIV感染がゲイ男性にもたらす心理的インパクト」で、質疑応答の時間を設ける。

## 2. アディクションやセクシュアル・マイノリティを併せ持つクライアントへの援助

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、コメントに信田さよ子氏（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

### 1. セクシュアル・マイノリティに関して

#### ① 主な講演内容（要旨）

ゲイ男性は、同性愛に対する社会文化的偏見の影響に加えて、幼少期において自身がロマンティックな愛着を向けた父から共感的反応が得られないことや、思春期における同性の仲間関係において自らの性的関心を隠し偽らなくてはならないこと、更衣室を分けるなど男女が性的に刺激し合わないための社会的配慮によって、ゲイ男性は逆に性的に刺激され続けることといった発達段階における困難な体験によって、恥の感覚や内在化されたホモフォビアといった心理的傾向を持つようになる。この恥の感覚は、ゲイ男性の自尊心や（性を含む）行動に大きな影響を与える。

また40歳以下のゲイ男性はそのアイデンティティ形成の過程において、同性愛に対する社会文化的偏見だけでなく、HIV感染の恐怖とも格闘しなくてはならない。HIV感染にもスティグマがあることによって、HIV陽性のゲイ男性は2重の恥に苦しむことになり、HIV感染を知ることは同性愛に対する恥と否定的態度の再燃を招く。

このようなHIV陽性のゲイ男性と関わる治療者は逆転移、特に感染リスクについての空想や不安を体験する。この逆転移を自覚した治療者による共感、HIV陽性のゲイ男性の自己理解を促進し、それによって彼は愛すること、働くこと、遊ぶことについて、制約からより自由になり、かつより大きな満足を得ることができるようになる。

#### ② 各講演会の結果

##### ②-1、第1回（京都）臨床心理士対象

参加者数：32名。臨床心理士：24名、大学院生：3名、心理職：4名、医師：1名。

アンケート結果（29名回収）から、講義内容に関して、「よくわかる」としたものが86%であった。また、「実践に役立つ」と思ったものが72%であった。

事例検討に関して、「よくわかる」としたものが100%であった。また、「実践に役立つ」とおもったものが85%であった。

自由記述では、概ね良好な反応であった。主に、経験のないものからは、他の心理臨床との相違を感じ取り、他の実践と変わらない共通点を認識し、垣根が低くなったと感じているようであった。

経験者は、HIV陽性という面に限局せず、クライアントそのものへの理解を深めることが重要であると感ずる意見がみられた。

#### ②-2、第2回（東京）臨床心理士対象

参加者数：21名。臨床心理士：14名、大学院生：5名、MSW・PSW：2名。

アンケート結果（18名回収）から、講義内容に関して、「よくわかる」としたものが67%であった。

「わかる」との合計は100%であった。また、「実践に役立つ」と思ったものが61%であった。「わかる」との合計は78%であった。

事例検討に関して、「よくわかる」としたものが68%であった。「わかる」との合計は89%であった。また、「実践に役立つ」とおもったものが58%であった。「わかる」との合計は84%であった。

自由記述では、概ね良好な反応であった。経験のないものからは、ゲイ男性理解について深まると感じているようであった。

経験者は、社会の中で生きづらさを抱えているゲイ男性が力量のある臨床心理士と出会ってほしい、と同時に、ゲイ男性の臨床経験がなくても優れた臨床心理士たちには、ゲイ男性たちから見て敷居や垣根が高く見えないようであってほしい、このような研修会にHIV領域以外の臨床心理士がもっとたくさん参加してくれたらよいといった本目的を理解している意見があった。

#### ②-3、第1回（大阪）、医療従事者対象

参加者数：60名。臨床心理士：15名、医師：5名、看護師：29名、その他：11名。

アンケート結果（40名回収）から、講義内容に関して、「よくわかる」としたものが40%であった。

「わかる」との合計は82%であった。また、「実践に役立つ」と思ったものが40%であった。「わかる」との合計は76%であった。

自由記述では、「医療の場が患者様にとって安心

のできる場であることが、心理的援助の基本である」と感じているようであった。また、時間が短い、京都の講演会に引き続き参加をされ、理解を深めようと意欲的な参加者が複数名いた。

#### ②-4、第2回（熊本）、医療従事者対象

参加者数：37名。臨床心理士：18名、NPO：9名、医療・研究従事者：7名、その他：3名。

アンケート結果（31名回収）から、講義内容に関して、「よくわかる」としたものが67%であった。

「わかる」との合計は100%であった。また、「実践に役立つ」と思ったものが71%であった。「わかる」との合計は94%であった。

自由記述では、「リスクなセックスを行うかに関する説明がわかりやすかった」や「health care providerがnon-judgemental な態度であることの重要性を再度確認できた」といった感想が寄せられた。NPO関連の参加者の感想も、講義内容が分かりやすく、セクシュアリティと感染リスクとの関連についての理解が得られたという感想がお多かった。

#### 2. アディクションやセクシュアル・マイノリティを併せ持つクライアントへの援助

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

精神分析的な理解という入り口ではあったが、多くの参加者が、心理的に苦悩しているゲイ男性に対し、共感的で、非審判的な態度や理解がゲイ男性の自尊心の回復や性行動の回復に影響を与えるのだというに理

解を得た研修会となった。

本目的であるゲイ男性の心理的援助の啓発の一翼を担えたと考える。

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したり、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2-3 : 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

中核拠点病院相談事業の導入に伴い、HIV/AIDS医療に臨床心理士が新たに参入し、HIV陽性者への援助を行い始めている。しかし、日本において、HIV/AIDS医療における臨床心理士の介入に関する一定の基準やガイドラインは存在しない。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)。

今後新規に参入するHIV医療におけるカウンセリング担当者への実践のガイダンスを行い、適切な心理的援助の普及を目指す。

#### 目的

本研究では、HIV陽性者への臨床心理学的援助として記述されている既存の文献を集め、その中で、HIV/AIDS医療における臨床心理士の必須項目の選定を行い、適切なガイダンス資料を作成することを目的とする。

#### 方法

##### 1. 対象

ブロック拠点病院(8か所)、中核拠点病院(37か所)、自治体の派遣カウンセリング制度(45か所)で、勤務する臨床心理士やカウンセラーの90名を対象とした。

##### 2. 調査内容と方法

任意の既存の文献を「HIV医療における心理臨床ポケットガイド～病院のなかの臨床心理(暫定版)」として一冊にまとめ、回答者の属性や必須項目かどうか、改善点などを自記式にて回答する質問紙を作

成し、配布し、郵送にて回収した。

##### 3. 分析方法

記述統計量、および自由記載を分類し記述する。

#### 結果

##### 1. 属性

33名より回答があった(有効回答率=36.7%)。女性が26名、男性が6名、未記入1名であった。平均年齢は43.59歳(28~68歳)、勤務先(複数回答可)は、ブロックから5名、中核から14名、拠点病院から2名、自治体派遣15名であった。HIV陽性者への心理的かかわりの経験ありが28名、なしが2名、未記入が3名であった。28名が臨床心理士で、介護福祉士、社会福祉士、精神保健福祉士、認定心理士、日本心身医学会認定医療心理士が各1名であった。

##### 2. 各章

図14参照。重なりを指摘するものが多かった。また、用語の説明や索引、ポイントを絞った表記などを求めるものが多かった。

##### 3. 抜け落ちていると思われる項目について

HIV医療における心理臨床の概要を理解するために、他に必要と思われるテーマや、今回のガイドでは抜け落ちていたと思われる内容について、表25のようなテーマがあげられていた。

表25 HIV医療における心理臨床の概要を理解するために、他に必要と思われるテーマや、今回のガイドでは抜け落ちていた内容

チームの構成員のことや役割分担など
HIV感染症の基本的知識
性的指向
利用者の視点や感想
倫理的問題やカウンセラーとしての自己の態度
病期に応じたカウンセリング
抗HIV薬と精神症状
薬害のこと
自殺や受診拒否など事例
検査場面や告知時のカウンセリング
カウンセリング場面で使用できる資源のリスト
各種心理療法とHIV医療でのカウンセリングの実際