

＜目次＞

1. 総論

薬害エイズ 追加

2. HIV感染症の基礎知識

3. HIV感染症の治療

4. 療養支援

5. セルフマネジメント支援

6. 合併症...生活習慣病

7. トピックス

アサーティブコミュニケーション 追加

平成26年度中核拠点病院連絡調整員連絡会議（平成27年3月13日）に参加予定の中核拠点病院看護実務担当者に直接テキストとそのスライド資料が入ったUSBを配布し使用方法の説明を行う予定である。

ブロック拠点病院看護実務担当者へは平成27年3月14日のACC/ブロック拠点病院看護実務担当者会議で配布予定である。両会議との参加されないHIV診療拠点病院へは後日発送を予定する。

II-2)

調査実施にあたり、ブロック拠点病院HIV/AIDS実務担当者からなるプロジェクトチームでこれまでの調査票の質問項目の見直しを行った。

＜改訂・追加した項目＞

- 登録患者の患者背景の把握（薬害被害者、妊婦や透析導入者の有無など）
- 院内や院外が多職種との連携や多様な連携先に依頼するため、「連携活動を実施している職種が分かるようにすること」、「具体的な連携先が把握出来るようにすること」「人材育成の取り組みが把握出来るようにすること」

今年度調査では回収率向上をめざし、調査開始前に以下の工夫を行った。

＜回収率向上へ向けた取り組み＞

- ① 調査項目の見直し
- ② 第28回日本エイズ学会学術集会で調査実施案内を配布
- ③ 調査票宛先に看護管理者と連携で「拠点病院診療案内 2014-2015」にある具体的な担当看護師名を記載し発送
- ④ HIV医療体制の歴史、拠点病院、中核拠点病院、ブロック拠点病院の役割の紹介、ACC/ブロック拠点病院で実施する平成26年度HIV看護研修計画一覧表、日本エイズ学会認定資格制度な

ど参考資料を同封

- ⑤ 中核拠点病院の看護管理者あてに学会認定制度案内の原稿を郵送

平成27年2月半ばまでに142施設(37.1%)であったため、ハガキで調査協力の再依頼を行った。

現在、調査結果は入力中であり、今後の計画として看護管理面での現状と課題を「日本看護管理学会学術集会」で、看護師配置や看護支援面の現状と課題を「日本エイズ学会学術集会」で報告を予定している。

D. 考察

HIV感染症の治療の著しい進歩によりケア課題も変化し続けている。看護職は最新の医学情報を入力しながらケア支援を行う必要があるが、今後も医療職のみならず保健や福祉・介護部門とNPOの役割などを把握し連携しながら患者支援に取り組む必要性が高まるであろう。今年度の看護体制調査の結果を踏まえ、より必要な看護課題に対応していく。

E. 今後の展望

引き続き、看護体制整備として担当看護職の配置拡大と就労継続支援を行い、まずはより多くの実践者を育成し、患者支援に携わる関係者からも指導をいただきながら、看護の質の向上を図る工夫を行いたい。

F. 結論

我が国のHIV/AIDS患者は増加しているが、患者の偏在があるので診療・ケアの経験量にも影響する。HIV感染症以外の疾患管理が必要となりHIV診療拠点病院が持つネットワークに一般医療機関はもちろん、保健、福祉、NPOなどをつなげていく役割がますます不可欠になる。今後も看護職の育成を目指した取り組みを継続する必要がある。

（倫理面への配慮）

個人情報に関する情報については、プライバシー漏洩を避けるよう、十分配慮した。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 原著論文

- 1) Tomoko Omiya, Yoshihiko Yamazaki, Megumi Shimada, Kazuko Ikeda, Seiko Ishiuti-Ishitani, Yoko Sumikawa, Tsuno and Katsumi Ohira. Mental health of patients with human immunodeficiency virus in Japan :a comparative analysis of employed and unemployed patients. AIDS Care, 2014 Vol.26, No. 11, 1370-1378

2. 口頭発表

- 1) 池田和子、下司有加、羽柴知恵子、木下一枝、関矢早苗、若林チヒロ、生島嗣、伊藤俊広、伊藤ひとみ、大金美和、「HIV陽性者の健康状態と生活課題に関する研究」、第8回日本慢性看護学会学術集会、2014年7月、福岡
- 2) 池田和子、島田恵、「訪問看護ステーションと連携し在宅で看取りを行ったHIV/AIDS患者の連携症例を振り返って」、第4回日本在宅看護学会学術集会、2014年11月、東京
- 3) 池田和子、若林チヒロ、岡本学、渡部恵子、遠藤知之、伊藤ひとみ、伊藤俊広、川口玲、田邊嘉也、羽柴知恵子、横幕能行、高山次代、上田幹夫、下司有加、白阪琢磨、木下一枝、藤井輝久、城崎真弓、山本政弘、岡 慎一、生島嗣、「ブロック拠点病院とACCにおける「健康と生活調査」－HIV治療と他疾患管理の課題－」、第28回日本エイズ学会学術集会、2014年12月、大阪
- 4) 大金美和、池田和子、若林チヒロ、坂本玲子、遠藤知之、伊藤ひとみ、伊藤俊広、川口玲、田邊嘉也、羽柴知恵子、横幕能行、山田三枝子、上田幹夫、下司有加、白阪琢磨、鍵浦文子、藤井輝久、城崎真弓、山本政弘、岡慎一、生島嗣、「ブロック拠点病院とACCにおける「健康と生活調査」－自覚症状とメンタルヘルス－」、第28回日本エイズ学会学術集会、2014年12月、大阪
- 5) 生島嗣、岡本学、池田和子、渡部恵子、遠藤知之、伊藤ひとみ、伊藤俊広、川口玲、田邊嘉也、羽柴知恵子、横幕能行、高山次代、上田幹夫、下司有加、白阪琢磨、木下一枝、藤井輝久、城崎真弓、山本政弘、岡慎一、若林チヒロ、「ブロック拠点病院とACCにおける「健康と生活調査」～薬物の使用状況～第28回日本エイズ学会学術集会、2014年12月、大阪
- 6) 岡本学、生島嗣、大金美和、坂本玲子、遠藤知之、伊藤ひとみ、伊藤俊広、川口玲、田邊嘉也、羽柴知恵子、横幕能行、山田三枝子、上田幹夫、下司有加、白阪琢磨、鍵浦文子、藤井輝久、城崎真弓、山本政弘、岡慎一、若林チヒロ、「ブロック拠点病院とACCにおける「健康と生活調査」～就労と職場環境～第28回日本エイズ学会学術集会、2014年12月、大阪
- 7) 中家奈緒美、小山美紀、木下真里、塩田ひとみ、紅、杉野祐子、大金美和、池田和子、塚田訓久、田沼順子、照屋勝治、渦永博之、菊池嘉、岡慎一、「当院における受診を中断したHIV感染症患者の傾向」、第28回日本エイズ学会学術集会、2014年12月、大阪
- 8) 木下真里、池田和子、中家奈緒美、塩田ひとみ、小山美紀、伊藤紅、杉野祐子、大金美和、塚田訓久、田沼順子、照屋勝治、渦永博之、菊池嘉、岡慎一、「(独)国立国際医療研究センターエイズ治療・研究開発センターにおける外国人患者対応一初診時のコミュニケーションについて」、第28回日本エイズ学会学術集会、2014年12月、大阪
- 9) 塩田ひとみ、大金美和、渡部恵子、坂本玲子、伊藤ひとみ、川口玲、石塚さゆり、山田三枝子、高山次代、羽柴知恵子、鍵浦文子、木下一枝、長與由紀子、城崎真弓、池田和子、渦永博之、岡慎一、HIV感染血友病患者の医療と福祉の連携へのアプローチ～療養支援アセスメントシートの検討、第28回日本エイズ学会学術集会、2014年12月、大阪
- 10) 杉野祐子、池田和子、大金美和、伊藤紅、小山美紀、塩田ひとみ、木下真里、中家奈緒美、菊池嘉、岡慎一、「ACCに通院中の高齢HIV感染者の現状」、第28回日本エイズ学会学術集会、2014年12月、大阪
- 11) 石井祥子、宮村麻理、小宮山優佳、鈴木節子、服部久恵、池田和子、照屋勝治、菊池嘉、岡慎一、「国立国際医療研究センター病院におけるHIV陽性者の入院状況に関する診療録調査」、第28回日本エイズ学会学術集会、2014年12月、大阪
- 12) 嶋根 卓也、今村顕史、岡慎一、池田和子、山本政弘、辻麻理子、長与由紀子、大久保猛、太田実男、神田博之、岡崎重人、大江昌夫、「エイズ拠点病院における薬物関連問題の重症度と薬物依存回復支援の可能性」、第28回日本エイズ学会学術集会、2014年12月、大阪
- 13) 渡邊愛祈、仲里愛、小松賢亮、高橋卓巳、木内英、大金美和、池田和子、田沼順子、照屋勝治、塚田訓久、渦永博之、加藤温、関由賀子、今井公文、菊池嘉、岡慎一、「当院のHIV感染者における適応障害患者のHIV治療状況とカウンセリング介入の検討について」、第28回日本エイズ学会学術集会、2014年12月、大阪
- 14) 九津見雅美、内海桃絵、池田和子、大金美和、「HIV陽性者へのケア経験別・職種別にみた標準予防策の実施状況～第1報：入所施設の特徴

～」、第28回日本エイズ学会学術集会、2014年12月、大阪

- 15) 内海桃絵、九津見雅美、池田和子、大金美和、
「HIV陽性者へのケア経験別・職種別にみた標準予防策の実施状況～第2報：在宅看護・介護の特徴～、第28回日本エイズ学会学術集会、2014年12月、大阪
- 16) 大金美和、塩田ひとみ、小山美紀、柴山志穂美、久地井寿哉、岩野友里、柿沼章子、大平勝美、池田和子、潟永博之、岡慎一、HIV感染血友病患者の健康関連QOLの実態調査、第28回日本エイズ学会学術集会、2014年12月、大阪
- 17) 仲里愛、木内英、渡邊愛祈、小松賢亮、大金美和、池田和子、青木孝弘、渡辺恒二、本田元人、矢崎博久、田沼順子、照屋勝治、塚田訓久、潟永博之、菊池嘉、岡慎一、認知機能障害が疑われた患者における認知障害の関連因子の検討、第28回日本エイズ学会学術集会、2014年12月、大阪

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

1. 特許取得

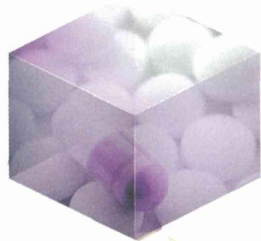
なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし



HIV医療包括ケア体制の整備（カウンセラーの立場から）

研究分担者 山中 京子

大阪府立大学 地域保健学域教育福祉学類

研究協力者 辻 麻理子¹、阪木 淳子²、松岡亜由子³、塚本 琢也⁴、高田知恵子⁵、
嶋 篤子⁶、平塚 信子⁷、長浦 由紀⁸、高橋 義博⁹、梅沢有美子¹⁰、
加藤 朋子¹¹

¹独立行政法人国立病院機構九州医療センター

²独立行政法人国立病院機構九州医療センター／
公益財団法人エイズ予防財団

³独立行政法人国立病院機構名古屋医療センター

⁴独立行政法人国立病院機構仙台医療センター／
公益財団法人エイズ予防財団

⁵秋田大学教育文化学部

⁶滋賀医科大学付属病院

⁷滋賀県検討医療福祉部

⁸長崎大学病院

⁹大館市立総合病院

¹⁰福井大学保健管理センター

¹¹金澤星稜大学学生支援センター

研究要旨

本分担研究ではHIV感染症の包括的ケア体制のうち特にカウンセリング体制の整備に資するため研究を実施した。研究1では、HIV医療での心理検査の効果的活用を目標に、心理検査実施の実態を把握しその課題を検討するため、ブロック拠点病院および中核拠点病院の医師と看護師を対象にアンケート調査を実施した。全回答者の65%に心理検査の依頼経験があり、依頼件数が10件までの比較的少ない者が過半数を占める一方、31件以上の依頼経験を持つ者は27%に及んだ。依頼群の医療チームへの有用性意識では患者の精神・神経機能や精神状態の把握、治療やケア方法の判断材料の提供などが、患者への有用性意識では患者自身が自分の状態を理解しその状態により良く対処などが評価された。未依頼群（35%）の未依頼の理由として心理検査に関する知識・情報不足が挙げられ、医療者への知識・情報提供の必要性が示唆された。心理検査実施のシステム上の課題では、ハード面として診療報酬への未算定や心理職のマンパワー不足等、ソフト面として導入時の職種間合意形成の必要性、患者への検査目的と有用性の説明の必要性、実施後ではカウンセラーから患者および医療者へのフィードバックの必要性などが指摘された。ハード面の課題解決に取り組みつつ、患者と医療チーム双方にとっての導入、実施、フィードバックを含んだプロセスを構築することが必要であることが示唆された。研究2では、中核相談事業の維持強化のための具体的方策として、HIV医療包括ケアにおけるより良いチーム医療の在り方について

探索することが必要だと考えられたため、中核相談事業およびチーム医療が円滑かつ有効に実践されている中核病院のチームメンバーへのグループ・インタビューを実施した。その結果、チーム実践として①全ての新規患者にカウンセリングを含めたチーム対応を提示し実施、②チームスタッフが他領域に少しずつ重なりながら協働、③カウンセラーによる患者・家族・パートナーへのきめ細かいサポート、④チームスタッフ間の緊密なコミュニケーションが行われていることが明らかとなった。また、チーム実践者はブロック拠点病院等での研修を通し、その比較で所属病院の中核相談を客観的に認識しており、先端のブロック病院モデルがそのまま中小規模病院に当てはまらないこと、患者数が少ないのできめ細かいケアが可能であることを意識していた。

緒言

本分担研究ではHIV感染症の包括的ケア体制の整備に資するため、特にカウンセリング体制に焦点付け、その体制の強化、充実を目的に研究を実施した。本分担研究は2つの研究から構成された。以下、目的、方法、結果、考察、結論を各研究別に報告し、それ以降を総合的に報告する。

研究1 ブロック拠点病院などでの心理検査の実施に関する研究

研究協力者：辻麻理子（独立行政法人国立病院機構九州医療センター）、阪木淳子（独立行政法人国立病院機構九州医療センター／公益財団法人エイズ予防財団）、松岡亜由子（独立行政法人国立病院機構名古屋医療センター）塚本琢也（独立行政法人国立病院機構仙台医療センター／公益財団法人エイズ予防財団）他

A. 研究目的

現在、HANDへの対応を契機にHIV医療における心理検査の必要性が次第に認識されるようになり、幅広い施設で心理検査導入への検討や具体的な動きが起こっている。このように幅広い施設で心理検査への関心が高まる以前からブロック拠点病院などでは医療チームの一員であるカウンセラーが医師の指示の下に心理検査を実施してきた経緯はあるが、その実施の実態はいままで十分明らかにされているとは言いがたい。幅広い医療機関での心理検査の実施の実態を把握し、その実態から考察できる実施の課題を検討することを通して、HIV医療において心理検査を効果的に活用するための具体的な実施方法に関

する示唆を得ることを目的に本研究を実施した。

B. 研究方法

昨年度は、ブロック拠点病院・ACCのカウンセラーを対象とする集団面接調査により所属施設における心理検査の実施実態やカウンセラーから見た主観的効果の検討を行った。その結果を踏まえ、本年度はブロック拠点病院および中核拠点病院においてカウンセラーに対して心理検査を依頼する立場にある医師と看護師を対象に心理検査の実施実態、実施の効果評価、実施の課題などについて問う無記名自記式アンケート調査を実施した。本研究は平成25年7月に大阪府立大学人間社会学研究科研究倫理委員会の倫理審査を受け、承認された。

C. 研究結果

ブロック拠点病院では診療にあたる診療医およびコーディネーターナース全員、また中核拠点病院では診療医1名および外来担当看護師1名を対象に、平成25年7月下旬にアンケート調査票を郵送配布し、その後の3週間を中心に郵送回収した。

(1) 回収数・回収率

全体の配布数219名（医師：128名、看護師91名）、回収数139名（医師75名、看護師61名、未記入3名）、回収率は63.4%（医師：58.6%、看護師：67.0%）であった。以下主に医師と看護師を合計した回答者全体の結果について自由記述をのぞき単純集計結果を示す。

(2) 回答者および所属施設の基本属性

(全回答者：N=139名)

担当HIV患者数では1～50名が最も多く47%（65名）、次いで51～100名の18%（25名）であり、250名以上の11%（15名）、151～200名の8%（11名）と続いた。所属施設内でのカウンセラーの配置の有無では92%（128名）が有と回答した。

(3) 心理検査の依頼経験（全回答者：N=139名）

心理検査依頼の有無では、回答者の91名：65%に依頼経験があり、48名：35%は依頼経験がなかった。依頼経験がある者の依頼数では、最も多い群は1～5件が33名：37%、次いで31件以上が21名：23%、さらに6～10件が17名：19%であった。今回の回答者では、依頼件数が10件までの比較的少ない者が合計で56%と過半数を占めていた。

これを職種別に見ると、依頼経験の有無では、医師依頼あり54名：72%、看護師依頼経験あり34名：55.7%であった。また、医師の依頼数では、1～5件が19名：36%、次いで31件以上が12名：23%、さらに6～10件が12名：22%であり、医師の過半数は10件までの少ない依頼数であったが、約四分の一は31件以上の多くの依頼経験を持っていた。一方看護師の依頼数は、1～5件が15名：52%が最も多く、次いで31件以上が7名：24%、さらに6～10件が5名：17%であり、約7割が10件までの少ない依頼数であったが、医師と同じく約四分の一は31件以上の多くの依頼数であった。

(4) 心理検査依頼の理由（依頼群：N=91名）

依頼群に依頼の理由を尋ねた（複数回答）。最も多かった回答は「HANDの可能性があった。」68名、次いで「認知機能を把握したかった。」62名、「抑うつなど精神状態を把握したかった。」50名であった。HAND、認知機能、抑うつなど患者の精神・神経状態の把握を理由とする者が多かった。しかし、その一方で、「治療やケアのヒントにしたかった」30名、「問題行動があった。」30名、「服薬アドヒアランスに問題があった。」30名などのように患者の行動を理解し、治療やケアを考える際の判断材料を得るためにも実施されていた。

(5) 心理検査実施後の評価（依頼群：N=91名）

依頼群に実際に検査を実施した後の評価について尋ねた（複数回答）。医療チームにとって「役立つ

た」と回答した者は65名：72%、「まあまあ役立った」と回答した者は22名：24%で、この二つの回答を合計した96%、ほぼ全員が医療チームにとっての一定の有用性を評価していた。一方、患者にとって「役立った」と回答した者は45名：49%、「まあまあ役立った」と回答した者は29名：32%で、患者にとっての一定の有用性を評価する者はこの二つの回答を合計して81%であった。その一方で「どちらともいえない」と回答した者が17名：19%に及んでいた。回答者では、心理検査の医療チームへの有用性は多くの者に明確に評価されているが、それに比較して患者への有用性の評価はやや不明瞭な面があることがわかった。

続いて、医療チームにとって「心理検査がどのような点で役に立ったか」と有用性評価の内容を尋ねた（複数回答）。最も多かった回答は「認知機能を把握できた。」60名で、次いで「HANDの可能性を評価できた。」53名、「抑うつなど精神状態を把握できた。」50名であった。心理検査によって患者の精神・神経機能や精神状態の把握が可能になる点が評価されていた。また、「治療やケアのヒントとなった」42名、「服薬アドヒアランスの問題のアプローチのヒントとなった。」34名、「発達の問題が把握できた」34名、「問題行動の背景がわかった。」31名などのように患者像の理解が促進される点や治療やケアの方法を考慮する際の参考となる点が評価されていた。

また、患者にとっての有用性評価の内容を聞いた（複数回答）。最も多かった回答は「患者自身が自分の状態をより理解できるようになった。」51名、次いで「患者自身が自分の状態に対してより適切な対応ができるようになった。」34名であった。患者自身が心理検査の結果を知ることによって自分の状態を理解し、その状態により良く対処できるようになる点つまり患者自身の療養姿勢や療養行動への肯定的な影響が評価されていた。

(6) 心理検査の結果確認（依頼群：N=91名）

依頼群の83名：92%が心理検査の結果を確認しており、その確認方法(複数回答)は、「カルテを閲覧した。」64名が最も多く、次いで「口頭報告を受けた。」54名、「所見報告書を見た。」47名であった。カウンセラーからの結果報告への要望では、「検査結果の見方が難しいのでわかりやすくスタッフに説明してほしい。」35名が最も多く、次いで

「もっと積極的にスタッフに伝えてほしい。」31名とカウンセラーからのさらなる積極的な報告が要望された。

(7) 心理検査を依頼しなかった理由

(未依頼群：N=48名)

未依頼群に依頼しなかった理由を尋ねたところ、「検査が必要だと思う患者の経験がない。」13名が最も多かった。しかし、次いで「他職種が心理検査以外の対応をした。」12名であり、「心理検査自体がよくわからなかった。」11名、「カウンセラーの面接で必要な情報を得られていたので必要なかった。」9名、「心理検査を依頼すべきケースなのか判断に迷った。」8名と続いた。この結果から、検査が必要だと判断されない場合が最も多いが、これ以外では、心理検査以外の面接などの方法で対応しているために心理検査が必要ないと判断されている、また、心理検査に関する情報が十分ではないために依頼すべきかどうか判断しにくくなっている状況があることが伺えた。

(8) 心理検査実施上の苦勞・課題

(依頼群：N=91名に対する自由記述)

(文末表1参照)

心理検査導実施上の課題を明らかにするため、検査依頼群に対して心理検査実施上の導入や運用にあたっての苦勞や課題について自由記述で回答してもらい、その記述をKJ法を参考に質的に分析した。分析対象となった総記述数は45個である。

大カテゴリー①「従来からある医療体制の問題」では、医師と看護師の心理検査導入への判断の違いや職種間の連絡不足、院内・院外の精神科との連携の困難さなどが分析された。大カテゴリー②「導入前のハード面の問題」では検査用具の費用負担、検査の場所・時間の確保、保険点数上などの課題と検査を実施するマンパワー不足などが分析された。大カテゴリー③「実施時の困難」では、検査自体の困難として検査に時間がかかること、スタッフに関する困難として基本的な知識不足や検査依頼判断の難しさ、患者に関する困難として心理検査の説明の難しさ、同意を得ることの難しさなどが分析された。大カテゴリー④「実施後の困難」では、患者への検査結果のフィードバックの難しさが分析された。

(9) 心理検査実施上の工夫

(依頼群：N=91名に対する自由記述)

(文末表2参照)

同じく検査依頼群に対して心理検査の導入や運用のための工夫について自由記述で回答してもらい、質的に分析した。分析対象となった総記述数は23個である。

大カテゴリー①「検査実施の土台」では、カウンセラーとの日常的なコミュニケーション形成、心理検査に関連する患者情報の積極的提供が分析された。大カテゴリー②「検査の導入に向けた準備」では、患者全体への心理検査の広報やアピール、医療者による導入の必要性の明確な判断、その一方でルーチン化が分析された。大カテゴリー③「患者に対する検査導入の工夫」では、検査の必要性の説明、さまざまな方法での勧め、繰り返しの勧めが分析された。大カテゴリー④「検査実施時・実施後の工夫」では、診察日とカウンセラー勤務日の日程調整、入院時の実施などや結果の患者へのフィードバックやその結果受取り後のフォローなどが分析された。

(10) 心理検査実施上への全般的な意見

(全回答者：N=139名に対する自由記述)

(文末表3参照)

全回答者に対して心理検査実施に関する全般的な意見について自由記述で回答してもらい、質的に分析した。記述のうち、心理検査に関する記述のみを分析対象とした。分析対象となった総記述数は107個である。

大カテゴリー①「心理検査実施そのものへの疑問」では、検査そのもののHIV診療における目的や効果への疑問や検査以外の方法で対応できていることから感じる検査実施への疑問が分析された。大カテゴリー②「心理検査の効果・有用性」では、具体的に検査を運用することで生じる効果として、抑うつなどの精神症状や認知機能などが把握できること、また患者支援やケア方針の決定や具体的対応への参考となること、カウンセリング導入の契機となることが評価されていた。大カテゴリー③「心理検査実施の具体的方法への要望」では、検査の簡便化、標準化が分析された。大カテゴリー④「心理検査実施を支えるシステムへの要望」では、医療体制への要望として、診療報酬の点数化、検査を実施できる心理職の確保、心理職の質担保、職種間コミュ

ニケーションの促進、ルーチン化への希望、知識獲得への希望など、心理職への要望として、フィードバックへの要望などが分析された。大カテゴリー⑤「実施後の困難」では、患者からの検査への抵抗、検査実施判断の難しさが分析された。

D. 考察

心理検査の依頼経験は、全回答者の65%で依頼経験があったが、医師は看護師55.7%に比べ72%という比較的多い依頼経験があった。これは心理検査が診療報酬上医師の指示の下に行うものとなっていることを反映した結果かもしれない。また、未依頼群は35%であったが、その未依頼の理由では、心理検査を必要とするような患者がいなかったあるいは検査以外の方法での対応ができており、つまり心理検査実施のニーズが医療者にはない場合が多かったが、心理検査自体がよくわからないあるいは依頼の判断に迷うとの理由もあげられており、必要な心理検査のさらなる導入を促進するためには、医療者に対する心理検査の情報の提供が必要であることを示唆している。医療者に対する心理検査の情報提供の必要性は、依頼群の自由記述でも分析されており、さらなる安定的な依頼のためにも医療者への心理検査に関する情報提供（心理検査の種類、内容、具体的手順・方法、実施の判断条件など）が求められる。

依頼群の依頼理由は、HAND、認知機能、抑うつなど患者の精神・神経状態を把握することと患者の行動を理解し、治療やケアを考える際の判断材料を得ることの二つに大別でき、その理由によって実施された検査の有用性評価においても、心理検査によって患者の精神・神経機能や精神状態の把握が可能になった点および患者像の理解が促進される点や治療やケアの方法を考慮する際の参考となる点が評価されていた。つまり、検査前に期待した点に合致した有用性が実際に検査の実施後に認識されていた。そのため、ほぼ全員の96%が医療チームにとっての一定の有用性を評価している結果となったと思われる。しかし、その一方で、心理検査を実際に受け、その結果を受け取る患者にとっての有用性を肯定的に評価する者は約8割であり、有用性を否定する者は一人もいないものの約2割は「どちらとも言えない」と有用性への評価を保留していた。また、自由記述の分析でも、実施時の困難として「患者の同意を得る難しさ」、「心理士や心理検査の説明の難し

さ」、「患者からの検査への抵抗」が指摘され、回答者が患者の心理検査への否定感や拒否感を経験していることがわかる。医療チームが心理検査を活用する場合、医療チームにとってだけでなく、患者にとっての有用性も明確にしておき、患者に対してその有用性を説明できるようになっていることが患者も納得の上での検査実施を実現する方法だと思われる。

さらに心理検査実施のシステム上の課題をハード面とソフト面に分けて考察する。ハード面で最も核心的な課題は検査を実施している心理職の実働が直接的に診療報酬に反映されないことである。現実的には医師の指示の下の検査実施として診療報酬を積極的に請求している施設もある。しかし、今後は心理職の実働が直接的に診療報酬に算定されることが求められる。その実現のための一つの方法として心理職の国家資格化が待たれる。次いで、心理職のマンパワー不足の課題である。回答群では92%が勤務する施設にカウンセラーが配置されているが、通常のカウンセリングに加えて心理検査を実施するためには人員が不足していると自由記述の分析で指摘されている。現行のカウンセリング制度のさらなる積極的な導入とその諸制度カウンセラー間の連携・協働がさらに重要となってくると考える。ソフト面では、導入時には、心理検査の導入をめぐる医師と看護師のコミュニケーション不足、検査の必要性に関する職種間の同意形成時のコミュニケーション不足が自由記述の分析で指摘されている。医療チーム内での基本的コミュニケーション形成が心理検査の実施においても求められる。また、導入後では、依頼元である医療者および患者に対するカウンセラーからのフィードバックへの要望が指摘されている。心理検査の実施にあたっては、患者に対する検査を実施するだけではなく、患者と医療チーム双方にとっての導入、実施、フィードバックを含んだプロセスを構築することが必要であることが示唆された。

E. 結論

心理検査実施のシステム上の課題では、ハード面として診療報酬への未算定や心理職のマンパワー不足等、ソフト面として導入時の職種間同意形成の必要性、患者への検査目的と有用性の説明の必要性、実施後ではカウンセラーから患者および医療者へのフィードバックの必要性などが検討された。HIV医

療において心理検査を効果的に活用するためには、ハード面の課題解決に取り組みつつ、患者と医療チーム双方にとっての導入、実施、フィードバックを含んだプロセスを構築することが必要であることが示唆された。

研究2 中核拠点病院におけるカウンセリング導入の促進に関する研究

研究協力者：高田知恵子（秋田大学）、嶋篤子（滋賀医大病院）、平塚信子（滋賀県）、長浦由紀（長崎大学病院）、高橋義博（大館市立総合病院）、梅沢有美子（福井大学保健管理センター）、加藤朋子（金澤星稜大学学生支援センター）

A. 目的

平成25年度の研究結果から、中核相談事業の維持強化のための具体的方策として、①HIV医療包括ケアにおけるより良いチーム医療の在り方について探索することが必要だと考えられた。また、今後も経験年数の少ないカウンセラーが配置されることが考えられるため、②若手カウンセラー向けに中核相談事業でのスキルを伝授する方策も必要だと考えられた。そこで、中核相談事業およびチーム医療が円滑かつ有効に実践されている中核病院のチーム実践者へのグループ・インタビューを実施した。またHIVカウンセリングを長年実践してきたベテランカウンセラーに、若手に伝えたいスキル等をインタビューした。

B. 方法・対象

対象：①中規模都市のエイズ中核病院のエイズ担当医師1名、看護師3名、MSW1名、技師1名、カウンセラー1名。②20年以上HIVカウンセリングの経験がある中核相談員の臨床心理士。

時期：①②とも平成26年8月。2時間ずつ。

手続：①当該病院のカンファレンス室で、参加者にグループ・インタビューを実施した。インタビュー内容は1. カウンセリングについての認識、2. カウンセラーへの期待、3. カウンセラーの役立ち、4. チーム医療で心がけていること、5. 今後の課題等であった。インタビューアーは筆頭著者。

②会議室にてベテランカウンセラーへのインタビューを行い、長年の経験から若手に伝えたいことを自

由に語ってもらった。

C. 結果

①グループ・インタビュー：医師はじめチーム実践者全員からの討議と回答の逐語録をまとめた。回答の概要は次の通りであった。各職種の発言内容は次の通りである（文末4参照）。1. カウンセリングについての認識：ブロック拠点、ACCでの研修で、カウンセリングを含めた患者への多面的アプローチの必要性を実感した。2. カウンセラーへの期待：現状に満足しているので維持してほしい。初診患者は不安が大きいので全員会ってもらおう。3. カウンセラーの役立ち：患者に寄り添ってSOSをキャッチしてくれる。心理面・生活面の支えになっている。受診中断しそうなサインを教えてくれる。命綱的な存在。セーフティネット。家族・パートナーにも会い患者の状態をよく知っている。郡部で他の患者に会う機会のない患者の孤独感を受け止めてくれる。退院後の不安への対応してもらって助かった。4. チーム医療で心がけていること：まめな連絡。自分の持ち場を他職種の領域と重なり合いながら協働。身体兆候をカウンセラーから教えてもらい診察に結びついた例も。週1、月1のカンファレンスも。5. 今後の課題：患者が増加しつつある中、現状と同じ対応が維持できるか懸念。カウンセラーの増員ができるとうまい。大都会のブロック拠点病院とは違う「田舎型モデル」があって良いのではないか。

②ベテランカウンセラーへのインタビュー：発言の逐語録をまとめた。回答の概要は次の通りであった（文末表5参照）。HIV検査相談でのカウンセリングを体験し学ぶことが重要である。一期一会の人と性の話をするのはいいトレーニングにもなる。セクシュアリティについては自分でも勉強するが、患者から教えてもらう態度で臨むことも大切である。様々な価値観にフリーでいることが大切。チーム医療では積極的に自分をアピールして理解してもらうことが必要になる。

D. 考察

チーム医療が円滑に進んでいる主な要因として、次があげられた。1. 全ての新規患者にカウンセリングを含めたチーム対応を提示し実施：すべての患者にカウンセリングを提示することはサービスの均

てん化の点からも重要である。すぐ必要性が感じられなくても後で必要となるケースもある。2. チームスタッフが他職種領域に少しずつ重なりながら協働：チーム医療の真髄ともいえる。患者を職種間の隙間に落とさないセーフティネットが整備されているということである。チームスタッフ連携の基礎になっている。3. カウンセラーによる患者・家族・パートナーへのきめ細かいサポート：生活面への密着支援や、依存症のある患者への認知行動療法も実施しており、結果として治療中断の予防になっている。派遣カウンセラーとの連携に負うところもある。4. 緊密なコミュニケーション：月1回の全員カンファレンスや診察後のミニカンファレンス、日常での情報交換によりスタッフ相互理解と共に他職種による複数の視点からの患者理解も進み、患者の福祉に還元されている。このように、スタッフ連携の良さによってきめ細かいケアが実践されている。

チーム実践者はブロック拠点病院等での研修を通し、その比較で所属病院の中核相談を客観的に認識できている。先端のブロック病院モデルがそのまま中小規模病院には当てはまるわけではないこと、患者数が少ないのできめ細かいケアが可能であることが示された。この「田舎型モデル」の提唱は、これまでの中核相談研修会でしばしば聞かれた、中小規模の中核病院に適した中核相談カウンセリング体制があるのではないかとの声と一致している。

ベテランカウンセラーからはHIV検査相談の体験、セクシュアリティへの態度の見直し、積極的なチームへの関わりが必要なが示された。精神的な問題を抱えた患者が多いという指摘もあり、メンタル面のきめ細かいサポートがカウンセラーに求められているといえよう。若手の力量向上のためにも、エイズ予防財団研修会をはじめとした研修の充実をはかることが必要であり、それが患者支援に還元されるであろう。

E. 結論

全国の多くの中核病院は中規模であることが多いため、今回提唱された「田舎型モデル」は多くの病院にとって参考になると考えられる。ただし、今回対象とした中核拠点病院には派遣カウンセラーが複数存在し、中核相談のカウンセラーとの連携もスムーズにしている。全国の中核病院の中には、派遣カウンセラーが不在の所、院内カウンセラーが中核

相談員を兼ねている病院もあり、その在り方は様々である。どんな在り方にも通用するような中核相談の標準化を進めていくこと、そのためにも相談員の質の担保を保障することが必要であろう。全国どこにいても患者が必要なサービスを受けられるように整備していくことが急務であろう。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

1. 原著論文

- 1) 高田知恵子（2014）「秋田県におけるHIVカウンセリングの構築と展開ー地方における地域心理臨床の実践ー」秋田大学教育文化学部研究紀要 人文科学・社会科学部門 69 pp53-61
- 2) 山中京子（2015）「他者との協働：他職種連携の課題とその可能性」『主体と他者（仮）』ミネルヴァ書房（印刷中、2015年3月末刊行予定）

2. 口頭発表

- 1) 山中京子他、「ブロック拠点などでの心理検査の実施に関する研究」、第28回日本エイズ学会学術集会、大阪、2014年11月
- 2) 高田知恵子他、「中核相談事業の現状と課題その1ーメールアンケートから見えたことー」、第28回日本エイズ学会学術集会、大阪、2014年11月
- 3) 嶋篤子他、「中核相談事業の現状と課題 その2ー中核相談員への電話インタビューから見えてきたことー」、第28回日本エイズ学会学術集会、大阪、2014年11月

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

表1 心理検査実施上の苦勞・課題（自由記述）に関するKJ法を参考にした分析結果（依頼群：N=91名）

大カテゴリー	中カテゴリー
① 従来からある医療体制の問題（8個）	a チーム内のコミュニケーションの問題
	b 院内他科や院外とのコミュニケーションの問題
② 導入前のハード面の問題（11個）	a 検査用具の費用負担の課題
	b 時間・場所の確保の難しさ
	c マンパワー不足の課題
	d テスター（検査担当者）とカウンセラー（面接担当者）の役割分担上の課題
	e 保険点数上の課題
③ 実施時の困難（24個）	a 心理検査に関するスタッフの知識不足
	b 検査実施判断の難しさ
	c HANDの検査に時間がかかる
	d 心理士や心理検査の説明の難しさ
	e 患者の同意を得る難しさ
	f 患者側の問題での検査実施の難しさ
④ 実施後の困難（2個）	a 患者へのフィードバックの難しさ

表2 心理検査実施上の工夫（自由記述）に関するKJ法を参考にした分析結果（依頼群：N=91名）

大カテゴリー	中カテゴリー
① 検査実施の土台（4個）	a カウンセラーとの日常的なコミュニケーション形成
	b 心理検査に関連した情報のカウンセラーへの積極的提供
② 検査の導入に向けた準備（6個）	a 心理検査の広報・アピール
	b 導入の必要性の明確な判断
	c ルーチン化
③ 患者に対する検査導入の工夫（7個）	a 検査の必要性の説明
	b さまざまな方法での検査の勧め
	c 繰り返しの検査の勧め
④ 検査実施時・実施後の工夫（6個）	a 実施方法の工夫
	b 結果フィードバックとフォローの工夫

表3 心理検査実施上への全般的な意見（自由記述）に関するKJ法を参考にした分析結果（全回答者：N=139名）

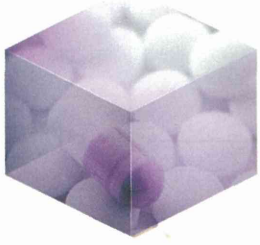
大カテゴリー	中カテゴリー	小カテゴリー
① 心理検査実施そのものへの疑問（12個）	a 検査の効果・目的への懐疑	
	b 検査以外の方法で対応可能との判断	
② 心理検査の効果・有用性評価（31個）	a 検査の運用から得られた効果	i 精神・神経に関連した機能・症状の把握への貢献
		ii より適切な患者支援や患者対応への貢献
iii カウンセリング導入への契機提供		
	b 検査そのものへの有用性評価	
③ 心理検査実施の具体的方法への要望（17個）	a 検査の簡便化	
	b 検査の標準化	
④ 心理検査実施を支えるシステムへの要望（39個）	a 医療体制整備への要望	i 診療報酬への点数化
		ii 人員システムの課題
		iii ルーチン化への希望
		iv 知識獲得への希望
	b 心理職への要望	i アセスメントの必要性
ii フィードバックへの要望		
⑤ 実施時の困難（8個）	a 患者からの検査への抵抗	
	b 検査実施判断の難しさ	

表4 グループ・インタビュー チーム医療についての発言内容

項目	医師	看護師	MSW	技師	カウンセラー
1. カウンセリングについての認識	ブロック拠点、ACCでの研修で、カウンセリングを含めた患者への多面的アプローチの必要性を実感した。	精神科で臨床心理士はカウンセリングと検査。HIV領域では活動の幅が大きい。	別の施設で心理士とのかかわりがあった。うちは柔軟。	告知のタイミングだけとっていたが、そのあとも。	以前は派遣カウンセラー。中核相談員になって週1日でも常駐していることは大きい。
2. カウンセラーへの期待	現状に満足しているので維持してほしい。初診患者は不安が大きいので全員会ってもらえる。	初診患者にはチームで対応と伝えている。カウンセラーに顔合わせしてもらっている。	患者本人の気持ち、家族の思いを支援。	地域特性があると思う。患者と家族を別のカウンセラーが担当。	カウンセラーのできること、できない事ははっきりさせて関わる。
3. カウンセラーの役立ち	患者に寄り添ってSOSをキャッチしてくれる。心理面・生活面の支えになっている。受診中断しそうなサインを教えてくれる。命綱的な存在。セーフティネット。家族・パートナーにも会い患者の状態をよく知っている。郡部で他の患者に会う機会のない患者の孤独感を受け止めてくれる。退院後の不安への対応してもらって助かった。	依存のある患者への対応を認知行動療法で介入してくれた。看護師にはできない、専門的な介入で助かった。看護師として患者を見た感じを後でカウンセラーの話とつきあわせて確認できている。	転院後のサポートもしてもらって助かった。家族の思いへの支援。患者をMSWに繋いでくれる。	精神科に傾きがちな患者への支えは大きい。うつの人で服薬が困難になっていく事があるので、カウンセラーの常々の支えは大きい。	薬物依存の方への認知行動療法的アプローチを患者の状態に合わせて実施。できるだけ工夫はする。
4. チーム医療で心がけていること	まめな連絡。自分の持ち場を他職種の領域と重なり合いながら協働している。身体兆候をカウンセラーから教えてもらい診察に結びついた例もあった。月1回カンファレンスの実施。	受診日診察後にミニカンファで、その日のうちに情報共有し、次回の目途を立てている。月1回のカンファレンスで各職種の動きがわかりチームとして動ける。	カンファレンスで情報共有でき、自分の出番を確認。	皆、自分の領域を拡大している。	まめな連絡。常駐している日を最大限活用。
5. 今後の課題	患者が増加しつつある中、現状と同じ対応が維持できるか懸念、カウンセラーの増員ができると良い。大都会のブロック拠点病院とは違う「田舎型モデル」を提唱したい。	現状を維持してほしい。	現状を維持してほしい。	田舎らしさを提供したい。きめ細かいケア。例えば自殺しそうな患者さんも自殺の前にカウンセラーが介入するのではないかと考えている。	派遣カウンセラーと連携して現状を維持したい。また県担当者との連携も良好なので維持したい。

表5 ベテランカウンセラーインタビュー 発言内容

項目	内容
HIV検査相談	HIV検査カウンセリングを学ぶことが重要。病院の中だけではHIV検査相談の緊張ある状況を理解できない。患者が通ってきた危機状況を理解しておく。また一期一会の人と性の話をするのはいいトレーニングになる。
セクシュアリティ	セクシュアリティについては患者から教えてもらう態度で。自分でも勉強するが自分の守備範囲を超える時には教えてもらう。
価値観の見直し	様々な価値観にフリーでいること。性などへの自分の価値観、態度を見直すことが重要。
チーム医療	チームの中で自分をアピールして理解してもらおうこと。受け身ではなく、積極的に関わっていく。



HIV感染症の医療体制の整備に関する研究（MSWの立場から）

研究分担者 田中 千枝子

日本福祉大学 社会福祉学部 教授

研究要旨

本年度は昨年度に引き続き、拠点病院および拠点病院間の連携において、HIV診療に関わるソーシャルワーク（以下HIV-SW）の均てん化を推進するために、アクション・リサーチの手法をもとに、一連の調査およびその結果を基にした活動およびその活動・評価の循環と展開を行い、リサーチのプロセスと結果について生じたことを検証し重ねていった。昨年度に引き続き、全国のHIV-SWの中から10名の熟達したHIV-SWを行っている方々に依頼し、ミニマム・スタンダード検討会議を招集し、調査活動の推進母体とした。

昨年度の各地の拠点病院MSWに対する個別ヒヤリングと全国郵送調査の結果、作成したミニマム・スタンダードのテキストをもとに行った、研修会の内容を検討し、その項目の深化の仕方を検討した。さらに研修会の評価をもとにその内容を検証し、参加者のHIV-SWに関する理解の構造を明らかにした。そのうえで、再度地区別研修会にて各HIV-SWの有り様と考え方をワールドカフェ方式で出し合うことによって、ミニマム・スタンダードに対するニーズを把握した。そしてその内容をさらに詰めることで、患者に出会ったときに、必要なアセスメントの枠組みを伝えるガイドラインを作成することに意味があるとの結論に至った。それによって、HIV-SWのミニマム・スタンダードとして、様々な相談があったときに理解しておくことが必要な問題別のアセスメントの枠組みを設定した。そのうえでQ&A方式のガイドラインを作成しブック化し、全国の拠点HIV-SWに携わる部署に配布した。このような手順を持って研究は行われた。

今年度のアクション・リサーチにもとづく研究は以下の3点である。

【研究1】 HIV-SWミニマム・スタンダード検討委員会を組織し、昨年度作成したテキストの再検討および追加項目の検討、研修会の企画運営・あらたな臨時的に使えるガイドラインの作成 を実施した。さらにエイズ学会での社会的排除に関するシンポジウムの内容について検討を行った。

【研究2】 研修会を再度実施し、テキストの使用とその後の研修ニーズについて、ワールドカフェ方式でリサーチを行い、その結果ミニマム・スタンダードへのニーズは多様で、病院ごとに代わる事情を踏まえて、各病院における課題を解決するためには、多様な訴えを行う患者との出会いの時に、問題を見通すメゾマクロまでの枠組みを身につけることが重要であるとの結論に至った。これは全国調査の関心の広がりとも符合するものであった。

【研究3】 HIV-SWを患者の出会いの時にメゾマクロまで広げる形でアセスメントできるようにするために、患者の訴えごとのQ&Aブックを作成した。その患者からの質問の内容をミニマム・スタンダードによるテキスト内容から展開し、それをミクロメゾマクロに展開して答えを作成した。

A. 研究目的

昨年度より拠点病院および拠点病院間の連携において、HIV診療に関わるソーシャルワーク（以下HIV-SW）に従事するサービスの質の均てん化を行うための指標となる、ミニマム・スタンダードを設定し、それを研修やテキストによって浸透させるために、必要な一連のアクション・リサーチを試みる6つの研究のうち後半3つを実施した。【研究1】ミニマム・スタンダード検討委員会を推進母体にした研修・テキスト・ガイドブックの作成 および社会的排除に関するMSWの支店の掘り起こし方法の検討【研究2】個別のHIV-SWに関する認識や課題をワールドカフェ方式による内容分析【研究3】患者の訴えQ&Aブックをミニマム・スタンダードの枠組みによる作成 以下研究ごとに記述する。

【研究1】ミニマム・スタンダード検討委員会を推進母体にした研修・テキスト・ガイドブックの作成および社会的排除に関するMSWの視点の掘り起こし方法論の検討

B. 研究方法

アクションリサーチの研究計画を組んで、その推進母体としてのミニマム・スタンダード検討委員会との協働による研究を行った。昨年度は文字通りミニマム・スタンダードの検討に時間を費やしたが、この枠組みを持ってテキストを作成したことによって、そのミニマム・スタンダードを、いかにHIV-SWにあまり体験していないMSWに対して、内在化を促進させることができるかについて、その方法論の検討に入った。そのために改善した研修を組み、さらに個別性の高いHIV-SW理解を共有して、共通理解を深めることを意図したグループ作業を導入した。

さらに研修内容に血友病に対する理解や知識が、関心がやや低くなっていたため、今までの歴史を含めて、その意味を理解してもらうように、講義を設けた。またこの分野に欠かせない社会資源としてのNPOの方の話をいただいた。そうした工夫とミニマム・スタンダードを目指す内容について、充実するように検討を行った。

またエイズ学会のシンポジウムのテーマに社会的排除として、その排除の実態とそのからくりについて、ディスカッションを行った。

C. 研究結果

ディスカッションの結果、その地域の課題にも掘るものの、ミニマムとして必要な血友病についてはテキストそれとNPOに関してQ&Aガイドラインに入れていくこととした。テキストで地イヅ期を深め、Q&Aガイドラインで、実際の漏れをなくするという方向性は定まった。

【研究2】ワールドカフェ方式による研修ニーズと成果に関する分析

B. 研究方法

各自のHIV-SW体験が異なることから、その研修ニーズも課題も多様であることが予想されたため、ワールドカフェ方式によるリサーチを行い、多様なニーズのまとめ方を検討した。

C. 研究結果

ミニマム・スタンダード研修へのニーズは多様で、病院ごとに代わる事情を踏まえて、各病院における課題を解決するためには、多様な訴えを行う患者との出会いの時に、問題を見通すメゾマクロまでの枠組みを身につけることが重要であるとの結論に至った（写真1）。

D. 考察

ワールドカフェ方式によるリサーチは結果よりもそのプロセスにおける当事者のニーズや問題意識、課題を相互作用による話し合いで、お互いに刺激し合うことに意味がある。

地区は高崎と札幌で行った。各自の出会ったHIV-SWの事例の多彩さに皆お互いに興味を持ち、その中で共通の留意点や課題を話し合うことができたのは有益であった。経験のないMSWからは、「HIV-SWとはある種のステレオタイプな事例で理解していた気がする。しかし実際はHIVであるということだけで、社会からいろいろ排除されているその様相に支援の目を向けていくことなのだとわかった」との発言があり、経験がなくともHIVというだけでのハンディキャップに対する理解とその支援というMSWの基本的な視点を思い出したとの話が展開した。

そのことから、患者の多様な訴えの奥にある、社会的排除に至るHIV-SWの課題を、アセスメントの



写真1 ワールドカフェ方式のデータ提示

表1 Q&Aガイドライン 質問項目

〈予防啓発〉	
Q1 「仲間作りをしていくにはどうしたらいいですか」	Q17 「抜歯が必要な治療になりそうです。近所にかかっているいいですか」
〈初診時〉	
Q2 「周りの人に感染のことを言うことが必要か教えてください」	Q18 「精神的サポートを受けたいのですが」
Q3 「保険証を使っても大丈夫ですか」	Q19 「往診してくれる医師を紹介してください」
Q4 「医療費のお金はどのくらいかかるのか教えてください」	Q20 「どこにいても安心して療養・看取りができるような体制があるといいのですが」
Q5 「障害者手帳はとりたいが自分では申請に行けないのです」	
Q6 「役所に行ってもプライバシーは守ってもらえますか」	〈地域福祉・介護サービス、市民ネットワークとの関係〉
〈治療導入・継続的受療と社会生活〉	
Q7 「抗 HIV 薬を飲み忘れない工夫について教えてください」	Q21 「施設に入りたいんですが」
Q8 「働きたいんですけど、何からはじめたらいいか教えてください」	Q22 「ヘルパーさんに HIV のことを話さなくていいんですか」
Q9 「会社への告知についてどうしたらいいか教えてください」	Q23 「一緒に通所している人たちに、HIV のことを話すんですか」
Q10 「会社に出す書類の病名について教えてください」	Q24 「ボランティアさんにも HIV のこと話すんですか」
Q11 「HIV 陽性者の就学について教えてください」	Q25 「HIV 陽性者の権利擁護をかんがえたいのですが、参考になる情報を教えてくださいませんか」
Q12 「障害年金って申請できるのですか」	〈その他〉
Q13 「同じ病気の方と知り合う方法を教えてください」	Q26 「通訳を利用したいのですが」
〈他医療との関係〉	
Q14 「赤ちゃんがほしいのですが妊娠・出産は可能ですか」	Q27 「ドラッグをやめたいのですが」
Q15 「長期療養する場所はありますか」	Q28 「セクシャリティとどう向き合い関わったらよいか教えてください」
Q16 「家の近くで透析を受けたいのですが紹介してもらえますか」	

枠組みに入れるため、その仕掛けを持った教育素材の必要性が理解された。

【研究3】ミニマム・スタンダードを理解するためのQ&Aブックの作成

B. 研究方法

研究5でわかった、アセスメントに社会的排除という環境面への関与を含むメゾマクロまで目配りをしたミニマム・スタンダード項目を展開するために、患者からの質問があったときに答える内容について、マニュアル的な提示方法をとることにした。

C. 研究結果

そのために前述のミニマム・スタンダード項目に沿って、歴史や医学知識等を省いたプロセスを中心に、よくある患者からのシンプルな質問に代表させて、それに対して直接的具体的に答えるところと、社会に対する視点として落とせない部分を両方記述することを課題に、Q&Aブックを作成した。

質問項目は表1の通り

D. 考察

ハウツーとしてのマニュアルではなく、具体的な疑問や質問に対して、HIV-SWの視点や拝見を踏まえたアセスメントにつながるようなブックの作成を心がけた。

これを全国のHIV-SWを体験することがあまりない拠点病院のMSWが、大事な視点を落とすことなく、突然の相談にもれなく対応できるアンテナを持つことを願いたい。

E. 全体結論

ブロック・中核拠点病院におけるHIV-SWサービスの均てん化のために、ミニマム・スタンダードを設定し、その習得を意識して試みることには意味がある。しかし拠点病院の中には患者がいない、会えないという状況があり、その際HIV-SWに備えて手立てや情報を備えておくことを心がけているグループと、意識せず「他の疾患と同じなので備えるようなことはしていない」というグループに分かれていた。経験人数が少なくとも、HIV-SWへの興味や準備をしているグループとしていないグループに分か

れることがわかった。HIV-SWに関心があるグループは、関心領域がメゾマクロに広がってあることがわかった。そうしたグループを作り出すために、ミニマム・スタンダードを抽出し、それに対応するテキストや研修を実施することによって、その方法論の明確化を目的にしたアクション・リサーチを繰り返した。研修会を通じて、HIV-SWがSWの根源と基本を問うものだという理解が深まれば、同じ問題への対応にしても変化が期待できると思われた。またメゾマクロへの関心が広がることで、HIV-SWをより深める機会となると考え、そのような研修が望まれる。

課題として拠点病院においてMSWが陽性者支援に携わる機会がないという悩みに対して、支援の仕組みや方法論の研究が望まれる。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 原著論文

- 1) 岩崎晋也他『社会福祉のフロンティア』田中千枝子「医療ソーシャルワーク」有斐閣（2014）pp189-194

2. 口頭発表

- 1) 小西加保留、田中千枝子「社会的排除の制度的背景と構造」日本エイズ学会、シンポジウム大阪（2014）

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

1. 特許取得

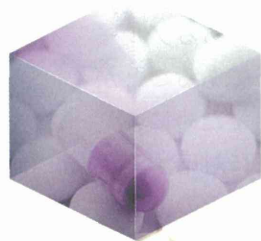
なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし



医療経済を含めたHIV医療のあり方と費用対効果に関する研究： HIV早期発見・早期治療の費用対効果分析

研究分担者 小川 俊夫

国際医療福祉大学大学院 医療福祉学研究科 准教授

研究要旨

わが国ではHIVの早期発見・早期治療のためにHIV検査が保健所や医療機関などで幅広く実施されているが、その費用対効果については未だ分析されていない。本研究は、わが国におけるHIVの早期発見・早期治療の費用対効果を分析することを目的として、昨年度構築した費用対効果分析の簡易モデルの精緻化を試みた。本研究における精緻化は費用面と効用面の両面から行い、再度費用対効果を試算したところ、HIV検査受診群の費用対効果は非受診群（すなわち、いきなりAIDS群）よりも高いことが示唆された。さらに、MSM群と非MSM群で費用対効果を比較すると、MSM群での費用対効果が高いことが示唆された。この結果より、わが国のHIV検査によるHIV早期発見・早期治療は費用対効果の高い施策であることが示唆された。また、今後費用対効果の高いエイズ対策の実施のためには、MSMなどハイリスクグループへの適切なHIV検査の提供が効果的と考えられる。

A. 研究目的

HIV感染者の早期発見・早期治療を目的としたHIV検査の費用対効果は諸外国において様々に研究されており、その分析手法はほぼ確立している。本研究は、先行研究で構築された手法を参考に、わが国に適用可能なHIV検査の費用対効果分析の手法について検討したうえで、わが国におけるHIV検査の費用対効果を試算する。また試算結果を用い、今後のHIV/AIDS対策への政策提言を実施する。

今年度は、昨年度研究において概算データを用いて構築したHIV/AIDS早期発見・早期治療の費用対効果推計モデルの精緻化を試みた。

B. 研究方法

昨年度に引き続き、費用対効果推計モデルのわが国への適用について検討を行った。具体的には、HIV検査受診者をHIV検査受診群とHIV検査非受診群（いわゆる「いきなりAIDS」群）に区分し、それぞれの費用と効果の推計手法の精緻化を試みた。

費用の推計手法の精緻化として、わが国のHIV治療の包括費用の把握が可能なナショナルデータベース

を用いた分析を試みたが、本研究期間での実施は不可能であった。その理由は以下の研究結果を参照されたい。そのため、既存文献及びデータを用いた推計手法の改良を試みた。効果の推計手法の精緻化については、昨年度実施した手法を再確認し、また推計に用いる年数について検討を行った。

さらに、HIV/AIDS患者をMSM（men who have sex with men）群と非MSM群に区分し、それぞれの費用と効果を同じモデルを用いて検証した。

これらの検討を踏まえ、わが国のHIV検査の費用対効果について考察を実施し、今後のわが国に必要なHIV早期発見・早期治療のあり方について検討する。

（倫理面への配慮）

本研究は日本学術会議声明「科学者の行動規範」（2013年1月25日改訂）を遵守して実施した。

C. 研究結果

a) 研究対象の抽出

HIV/AIDS患者モデルに適用するデータとして、

2012年度の新規HIV感染者1,002人及び新規AIDS発症者447人、合計で1,449人を分析に用いた¹⁾。昨年度構築したわが国のHIV/AIDS患者のマルコフモデルに1,449人を適用すると、HIV感染でAIDS非発症が947人、HIV感染でAIDS発症が55人と推計された(図1)。

b) 費用推計の精緻化

1) ナショナルデータベースを用いたHIV/AIDS患者の医療費推計の検討

わが国のHIV/AIDS患者の医療費を正確に把握するため、全国のレセプトデータを集約したナショナルデータベースの利用申請を2014年9月に行った。また同時にエイズ患者以外の性別・年齢階級別レセプトデータを用いて一般的な医療費を算出し、その差額から正確なエイズ診療にかかる医療費の算出を試みた。しかしながら、ナショナルデータベースを用いたHIV/AIDS患者の抽出と医療費推計には、該当患者数が少なすぎて個人が特定される恐れがあるとの指摘より、ナショナルデータベースの利用は許可されなかった。したがって、この手法を用いた医療費推計の精緻化は不可能であった。

2) 既存文献・データベースを用いたHIV/AIDS患者の医療費推計

既存文献を用いたわが国におけるHIV/AIDS患者の医療費の推計にあたり、Farnham論文において推計された米国のHIV/AIDS患者の生涯医療費²⁾などを参考にして、昨年度実施した概算の医療費推計モデルの精緻化を試みた。具体的には、HIV感染者一人あたりの平均医療費を、薬剤療法に用いる薬剤費から年間2,863千円と試算した。ついで英国、米国の既存論文^{3,4)}より、HIV感染者とAIDS発症者の医

療費の比率を算出したところ、平均でAIDS発症者の医療費はHIV感染者の医療費の約3.0倍であることが試算された。この比率を用いて、わが国のAIDS発症者一人あたりの年間平均医療費を8,589千円と試算した。これらの試算を用いて、2012年度のHIV/AIDSにかかる年間総医療費は、約70.2億円と試算された。

さらに、昨年度はHIV検査受診者の生涯医療費の推計を実施したが、長期間にわたるモデルにおいては正確な医療費推計が難しいとの専門家からの指摘を踏まえて、今年度研究ではHIV検査後10年間の費用を推計した。

3) HIV検査・相談にかかる年間費用の推計

HIV検査・相談にかかる費用は、各自治体が公表している行政費用を用いて推計を試みた。例えば、柏市の平成23年度のHIV検査・相談にかかる行政費用の総額は6,091,140円、HIV検査あるいは相談の受診者数は602人であった⁵⁾ことから、HIV検査・相談1件あたりの平均費用は10,118円と推計された。同様に、複数の自治体より公表されたHIV検査・相談件数と費用の実績値⁶⁻⁸⁾を用いて、わが国におけるHIV検査・相談の一件あたり費用の平均値を算出したところ、約13,000円と試算された。この一件あたり費用を用いて2012年度のHIV検査・相談にかかる費用総額を推計したところ、約33.3億円と推計された。

c) 効果推計の精緻化

QALY(質調整生存年、quality-adjusted life year)を用いた効果推計にあたり、昨年度は生涯の効用を推計したが、長期間にわたるモデルにおいては正確な効用の推計が難しいとの専門家からの指摘を踏ま

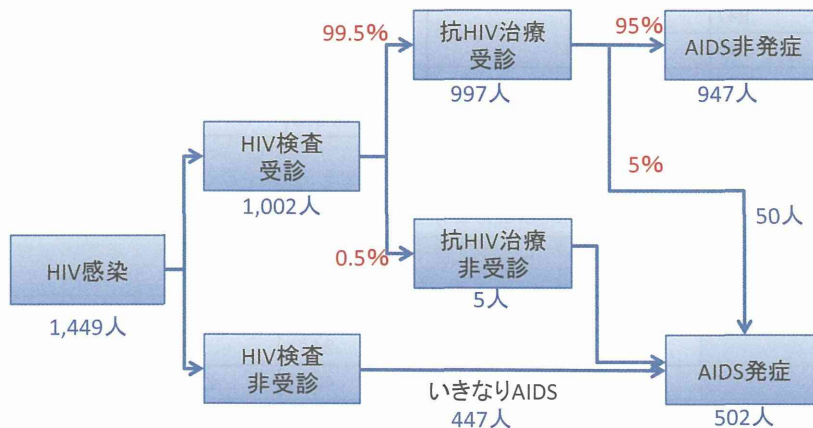


図1 わが国におけるHIV感染者のマルコフモデル (HIV/AIDS患者モデル、2012年度データ)