



## 精神科医とカウンセラーの連携体制の構築に関する研究

研究分担者：角谷 慶子（一般財団法人長岡病院診療部）

研究協力者：仲倉 高広（一般財団法人長岡病院心理課・  
京都大学大学院教育学研究科博士後期課程）

河上 雄紀（一般財団法人長岡病院心理課）

橋本 真希（一般財団法人長岡病院心理課）

### 研究要旨

本年度は、精神科病院における HIV 陽性者の入院の受け入れに関する意識を把握し、受け入れ促進の要因を明らかにすることを研究目的とし、主に精神科病院の HIV 陽性者入院受け入れ経験の現状と受け入れ困難と思う理由など、HIV 陽性者の入院受け入れの意識を把握する（研究 1）。また、HIV 医療従事者と精神科医療従事者の協働による研修会を開催することで、連携促進を図ると同時に、参加者の意識調査を行い、受け入れを促進する要因の検討を行うこととした（研究 2）。

その結果、研究 1 では、実際に HIV 陽性者の精神科入院を受け入れた経験や接触経験は、専門職として曝露時の不安を軽減し、精神科入院を受け入れやすくした。また、回答者本人は、受講経験の有無により受け入れ理由に差はなかった。そして、受講経験のある者は、受講経験がない者と比べ、病院が職員への感染や業務増大を理由に入院は難しいと考えるものが多かった。HIV 陽性者と接触経験のある者は、接触経験がない者と比べ、病院が職員への感染や曝露時の対応を理由に入院は難しいと考えているものが多かった。さらに、HIV 陽性者と接触経験のない者は、精神科入院の受け入れに積極的にならず、まずは HIV 医療や HIV 感染症の研修会を行政に望み、接触経験のある者は、曝露時の体制やバックアップ体制を望む傾向にあった。したがって、HIV 陽性者の入院未経験施設や未経験者に対し、当事者との接点を併せ持つ研修を行うことで、精神科入院を促進することが期待される。

そして、入院に際し、身体的検査の体制と内科的治療のバックアップに加え、曝露時の対応などを整えることも促進につながると考えられる。また、経済的負担感が阻害因子として上がっており、経済的な負担軽減や収入につながるような制度のバックアップ等、精神科病院の経済的不安感への対処も適宜必要となるであろう。

研究 2 では、HIV 陽性者の精神科入院の経験や接触経験を有すると挙げられていたものが半数ある対象となった。回答者や、回答者が考える施設の受け入れ難さの理由として、共に多いが、「HIV 陽性者の急変時・退院時などに、行政や HIV 診療拠点病院のバックアップ体制への不安」が一番多く、実際に接触経験や診療（入院受け入れ時の経験）があると、バックアップ体制の整備を望んでいるものが多く、現状の不足部分を回答していると推察された。また、HIV 医療や HIV 感染症の研修内容に加え、当事者が参加し、知的理解と情緒的理解を促し、そして、入院時に想定される不安の軽減を図ること、入院中の不安として曝露などへの対処、さらに、退院後の受け入れ先などを入院前、中、後の体制を一精神科病院のみで対処を任せず、HIV 医療施設と自治体の精神科病院、一般精神科病院とその併設施設など、役割分担や連携をも含む体制作りが重要となるであろう。

### 研究目的

かつては AIDS の発症イコール死というイメージ

で捉えられていた HIV 感染症は、近年のめざましい治療薬の進歩により、「一生治療を続けなければなら

ない慢性疾患」というように変化してきている。それに伴い、高齢患者の施設入所や認知症、うつ病などの精神科の専門治療を必要とする患者の増加などの新たな問題が生じているが、その支援体制は十分に整っているとはいえない。

また HIV の感染経路は日本人においては同性間の性的接触が主であり、背景にセクシュアリティや薬物、アルコール依存、性被害などの様々な問題を抱える場合が少なくない。そのため HIV 陽性者への対応にあたっては、各地の拠点病院においてその初期から医療・保健・心理・福祉からなるチーム医療が実施されているが、チームの中に精神科医が加わっているとは限らず、自病院に精神科病床を持たないところも多い。よって特に入院処遇を必要とするような精神症状を呈した場合の受け入れ先に苦慮されている現状がある（角谷、2016）。

27 年度は感染症内科医に「精神科医とカウンセラーとの連携に関するインタビュー調査」および「単科精神科病院とその関連施設職員の HIV 陽性者受け入れに対する意識調査」を実施した。HIV 診療と精神科医療の連携の満足度では、精神科医療に対して、すぐに診てもらえない、入院治療の受け入れてもらえないなどの不満の度合いが高く、臨床心理士などカウンセリングに対しても、「何をしているかわからない」、「勤務日が限られている」などの不信感や不満足感が語られていた（角谷、2016）。

さらに、単科精神科病院職員への意識調査から、研修会受講経験や HIV 陽性者との接触経験の有無と受け入れとの関連があることが明らかとなり、HIV 陽性者の受け入れの度合いは、HIV 研修未受講者や HIV 陽性者との接触経験のない者に割合が高いことが明らかとなった。HIV 医療従事者も精神科医療従事者も双方に、HIV 感染症や精神障害といったスティグマを抱える患者へのケアを提供する者同士であり、共有できる面があると考えられるにもかかわらず、双方が他方の診療や疾患、医療システム、期待できる役割について理解や信頼が持てずに連携が滞っていることが伺われた。

28 年度は、連携に関する満足度とともに、連携には信頼感や自身の独立性や協調性が介在していると考え、信頼感尺度と相互独立的自己観-相互協調的自己観尺度を調査項目に加え、紹介率との関係をみたところ、他者への信頼、不信、信頼感は内科医が最も低い、内科医の場合は紹介例のある者のほう

が同調性に富むことから、協働で同じ目標に向かう医療チームの研修をすることが有用と思われた。精神医療従事者には、疾患のみならず、セクシュアリティや、支援制度に関する情報を含めた HIV の研修があれば有用と思われた。HIV 医療従事者と精神科医療従事者の連携事例は少数に留まっており、その理由にシステムの不備や双方に不信、不安が介在すると考えられた。また、併存精神障害により、紹介先の単科精神科病院と総合病院の振り分けが必要と考えられた。ブロック毎に協力精神科病院を選定し、毎年定期的に行政主催で研修会が開催されれば、HIV 医療従事者と精神科医療従事者が顔を合わせる機会ともなり、より一層連携が進むと考えられる（角谷、2017）。

わが国においては全精神科病床中、民間精神科病院が約 9 割を占めていることを鑑みれば、HIV 陽性者の入院処遇の必要が生じた場合、民間の精神科病院、特に単科の精神科病院の協力を得る必要がある。但し精神科病院の場合、人員配置基準は医師が一般病床の 16 対 1 であるのに対し、精神科病床は 48 対 1 であり、看護職員は一般病床の 3 対 1 であるのに対し、精神科病床は 4 対 1、さらに、医療機器も一般病院に比べ必ずしも十分に整備されているとは言えない。そのような中で、HIV 陽性者を受け入れるにあたり不安や懸念を抱かれるのは想像に難くない。

よって本年度は、精神科病院における HIV 陽性者の入院の受け入れに関する意識を把握し、受け入れ促進の要因を明らかにすることを目的とし、主に精神科病院の HIV 陽性者入院受け入れ経験の実情と受け入れ困難と思う理由など、HIV 陽性者の入院受け入れの意識を把握する（研究 1）。また、HIV 医療従事者と精神科医療従事者の協働による研修会を企画することで、連携促進を図ると同時に、参加者の意識調査を行い、受け入れを促進する要因の検討を行うこととした（研究 2）。

## 研究方法

### 研究 1

- 1、対象：日本精神科病院協会会員施設の 1、204 施設。
- 2、方法：無記名による質問紙を郵送にて送付し、郵送にて回収。回答をもって同意を得たものと判断した。
- 3、期間：2017 年 8 月 1 日～10 月 13 日。
- 4、内容：回答施設や回答者の属性、HIV 陽性者の精

神科入院受け入れ経験の有無、精神科入院を受け入れても良いと思う精神障害の種類や状況など。

- 5、分析方法：記述統計、および回答者の HIV 医療に関する研修の受講経験の有無、および HIV 陽性者との接触経験の有無により、精神科入院の受け入れ難い理由に差があるかを検討した（ $\chi^2$ 乗検定）。さらに、HIV 陽性者の入院受け入れ経験の有無と、施設や入院患者数、職員数など比較した（ $\chi^2$ 乗検定、および Mann - Whitney 検定）。

## 研究 2

- 1、対象：精神科医療従事者、および HIV/AIDS 医療従事者。
- 2、方法：京都府、京都精神科病院協会、京都府こころのケアセンターと共催、京都大学医学部附属病院の後援を得て、精神科医療従事者のための HIV/AIDS 研修会を企画し、講演終了後、参加者に対し、意識調査を行った。
- 3、日時：2017 年 12 月 16 日（日）13:30～16:30。
- 4、内容：スタンダードプリコーションや抗 HIV 薬と向精神薬との相互作用、服薬指導、薬物依存の治療、セクシュアル・マイノリティの心理などの講義と、当事者の指定発言で構成した。また、昨年度作成した冊子「精神科医療従事者のための HIV/AIDS ハンドブック」、「Futures Japan 調査結果」、「HIV/AIDS の正しい知識 社会福祉施設で働くみなさんへ」、「ご家族の薬物問題でお困りの方へ」、「京都府 血液・体液曝露など発生後の HIV 感染防止体制整備マニュアル」を配布した。意識調査は、研修会の感想に加え、HIV 陽性者の精神科入院受け入れに関する意識について問うた。
- 5、質問紙の分析方法：記述統計。

### （倫理面への配慮）

本研究 1、および研究 2 の意識調査に関し、一般財団法人長岡病院倫理委員会の承認を得て行った。承認番号：20170518-5。

## 研究結果

### 研究 1

有効回答数は 176（14.6%）であった。なお、全未記入以外は、実情を把握するため、一部未記入の場合も有効回答として扱った。回答施設は、北海道

から沖縄まで全国の地域から回答があった。精神科病院は 154 施設（87.5%）、総合病院は 6 施設、その他・未記入 16 施設であった。病床数は平均 244.8 床（60～785 床、 $\pm 126.59$ ）であり、精神療養や精神科一般病床が多かった。薬物依存専用の病床を持っているところは皆無であった。同一法人や関連法人が運営する施設・事業所は、75%が何らかの施設を運営していた。グループホーム（障がい者）が 82 施設（46.6%）、介護老人保健施設が 64 施設（36.4%）、居宅介護支援事業所が 58 施設（33.0%）、訪問看護ステーションが 54 施設（30.7%）となっていた（表 1 参照）。

表 1 関連する施設や事業所の有無（n=176）

事業名	あり	%
介護老人保健施設	64	36.4
特別養護老人ホーム	22	12.5
訪問看護ステーション	54	30.7
居宅介護支援事業所	58	33.0
地域包括支援事業所	26	14.8
訪問介護事業所	24	13.6
小規模多機能型居宅介護事業所	17	9.7
通所介護事業所	26	14.8
介護療養型医療施設	4	2.3
就労継続支援事業所	36	20.5
就労移行支援事業所	27	15.3
相談支援事業所	50	28.4
地域活動支援センター	43	24.4
生活訓練施設（通所型）	27	15.3
生活訓練施設（宿泊型）	26	14.8
グループホーム（障がい者）	82	46.6
グループホーム（高齢者）	25	14.2

医師数は平均 12.9 名（ $\pm 29.95$ ）であるが総合病院を除いた場合は 8.7 名（ $\pm 7.05$ ）であった。精神科病院所属の精神科医は 7.3 名（ $\pm 6.01$ ）、精神保健指定医数は 5.6 名（ $\pm 3.56$ ）、内科医は 1.1 名（ $\pm 2.05$ ）、看護師数は 113.9 名（ $\pm 62.08$ ）、福祉職（PSW・MSW）は 11.0 名（ $\pm 9.52$ ）、心理職は 2.4 名（ $\pm 2.58$ ）、作業・理学療法士・言語聴覚士は 8.4 名（ $\pm 6.49$ ）、薬剤師は 3.0 名（ $\pm 1.74$ ）、栄養士は 3.6 名（ $\pm 3.53$ ）であった。平成 29 年 3 月時点での入院患者数の平均は、F2（統合失調症など）が 126.2 名で一番多く、ついで、F0（器質性精神障害など）が 51.5 名、F3（気分・感情障害など）が 21.4 名、あとは 8.9～0.5 名であった。

集団プログラムは、作業療法が一番多く（94.1%）実施されていた。ついで、精神科デイケアプログラ

ム (78.2%)、家族教室等 (35.9%)、アルコール依存回復プログラム (28.2%)、グループミーティング (23.5%) であった。

HIV 陽性者の入院受け入れの経験があるところは 18 施設 (10.3%) であった (精神科病院が 15 施設、総合病院が 3 施設)。入院を受け入れた患者の主な診断名は、F3 (気分・感情障害など) が 8 施設、F1 (薬物依存など) と F2 (統合失調症など) が 6 施設、F0 (器質性精神障害など) が 2 名、F4 (神経症性障害など) が 1 施設であった。

入院の経緯は、「他科診療所・病院からの紹介」が 7 施設と一番多く、「本人が直接」が 4 施設、「他精神科診療所、総合病院精神科からの紹介」が 3 施設、「精神科診療所からの紹介」が 2 施設であった。

受け入れた際に困ったことがある施設は、7 施設で、感染リスクが職員間で問題になったり、職員への対処、および針刺しへの対応など、同室患者とトラブル、抗 HIV 薬の持参がなかったなどがあげられていた。

回答者自身の職種は、医師 51 名、看護師 39 名、事務職 24 名、福祉職 20 名、その他・未記入 17 名であった。その回答者が所属する病院に HIV 陽性者の入院依頼がある場合、「受け入れることは難しい (と思う)」と回答は半数であった (75 施設、50.3%) (表 2 参照)。

表 2 入院依頼があれば受け入れると思うか

	人数	%
病院は受け入れる	21	14.1
スタッフの同意・調整がつけば受け入れる	24	16.1
条件次第で受け入れは変わる	29	19.1
病院は受け入れることは難しい	75	50.3
未記入	8	
計	157	100

HIV 感染症や医療に関する研修会の受講経験は 17 施設 (11.7%) で、HIV 陽性者に接触経験のあるものは 26 施設 (18.2%) であった (表 3、4 参照)。

表 3 HIV に関する研修経験

	人数	%
あり	17	11.7
なし	127	88.3
未記入	13	
計	157	100

表 4 接触経験

	名	%
あり	26	18.2
なし	117	81.8
未記入	14	
計	157	100

実施可能な検査は、CT が 109 施設 (63.7%)、MRI が 23 施設 (13.9%)、SPECT が 5 施設 (3.3%)、EEG が 127 施設 (73.4%)、髄液検査が 13 施設 (8.0%)、血液ガスが 45 施設 (26.0%)、一般 X 線検査が 148 施設 (85.6%)、エコーが 96 施設 (65.3%)、院内血液検査が 105 施設 (61.1%) であった。

HIV 陽性者が精神障害を併発している場合、回答者自身が受け入れても良いと思う疾患は、F0 (器質性精神障害など) 8 名 (5.9%) と F2 (統合失調症など) が 7 名 (5.2%) と多く、F9 (小児期など) は 0 名であった。

病院が受け入れ可能と回答者が予測する疾患は、F3 (気分障害など) と F4 (神経症性障害など)、F8 (精神遅滞) が 8 名 (5.9%) で、次に F0 (器質性精神障害など) の 7 名 (5.2%) であった。F9 (小児期など) は 0 名であった (表 5 参照)。

表 5 あなた・病院が受け入れ可能と思う精神障害の診断名

	回答者		病院側	
	人数	%	施設	%
F 0 器質性精神障害など	8	5.9	7	5.2
F 1 物質依存など	3	2.2	5	3.7
F 2 統合失調症など	7	5.2	3	2.2
F 3 気分 (感情) 障害など	5	2.6	8	5.9
F 4 神経症性障害など	6	4.4	8	5.9
F 5 身体関連障害など	3	2.2	3	2.2
F 6 パーソナリティ障害など	3	2.2	4	3
F 7 精神遅滞など	3	2.2	8	5.9
F 8 心理発達障害など	6	4.4	4	3
F 9 小児期など	0	0	0	0

精神障害を併発している HIV 陽性者の身体状況で、回答者自身が受け入れても良いと思う状態は、「定期受診はされており、抗 HIV 剤のアドヒアランスが良好」が 15 名、ついで、「HIV 陽性であっても免疫機能が保たれ、AIDS 未発症で抗 HIV 剤を服用していない」、「抗 HIV 剤の服用によりウイルス量がコントロールされており、感染のリスクが低い」の 13 名、「ADL が保たれている (寝たきりなどで介護を要しない)」が 8 名であった。

病院が受け入れ可能と回答者が予測する身体状況は、「抗 HIV 剤の服用によりウイルス量がコントロールされており、感染のリスクが低い」が6名で、「呼吸管理等の医学的身体管理を要しない」が5名であった。

回答者自身が受け入れ可能と思う社会状況は、「紹介元の病院と入院後連携がとれる」が7名で、「身元が明らかである（医療保険の対象となっている）」が6名であった。

病院が受け入れ可能と回答者が予測する社会状況は「身元が明らかである（医療保険の対象となっている）」が3名であった（表6参照）。

表6 受け入れても良いと思う HIV 感染症の状態

身体状況	回答者		病院側	
	人数	%	施設	%
免疫が保たれ AIDS 未発症	13	8.7	2	1.3
ウイルス量コントロール良好	13	8.7	6	4
アドヒアランスが良好	15	10	4	2.7
ADL が保たれている	8	5.3	4	2.7
医学的身体管理を要しない	4	2.4	5	3.3
その他	0	0	0	0
社会状況	回答者		病院側	
	人数	%	施設	%
紹介元と入院後連携がとれる	7	4.8	1	0.7
医療保険の対象となっている	6	4.1	3	2.1
その他	0	0	0	0

回答者が HIV 陽性者を受け入れ難いとする理由は、「HIV 陽性者の受け入れに対し、医療スタッフの理解が得られない」が19名、次いで「他の患者への HIV 感染が心配」が13名、「職員の感染が心配」が12名であった。

表7 あなた・病院が受け入れ難いと想像する理由

	回答者		病院側	
	人数	%	施設	%
風評被害	8	4.7	19	11.2
他患への感染	13	7.7	18	10.7
職員への感染	12	7.1	21	12.4
スタッフの理解	19	9.9	15	7.8
業務増大	10	6	14	8.3
経済負担	6	3.6	31	7.3
バックアップ体制	10	5.2	14	7.3
性的行動への対処	9	5.3	11	6.5
曝露時の対応	12	7.1	13	7.7
その他	0	0	0	0

病院が受け入れがたいと回答者が予測する理由は、「病院の経済面の負担」が31名、「職員の感染が心配」が21名、「他の通院患者が不安に思うなどの風評被害が心配」が19名、「他の患者への HIV 感染が心配」が18名であった。

HIV 陽性者を受け入れるにあたり、回答者が行政や HIV 診療拠点病院に期待することは、「医療スタッフを対象とした、HIV 陽性者に関する研修会の開催」が20名で、「HIV 曝露時の対応マニュアルの整備」が12名であった。

病院が受け入れるにあたり、期待するであろうと回答者が予測することは「病院の経済面での負担軽減の整備」が36名で、次いで、「行政や HIV 診療拠点病院のコンサルテーション機能の整備」が17名、「HIV 曝露時における、行政や HIV 診療拠点病院での対応の体制整備」が11名であった（表8参照）。

表8 行政や HIV 診療拠点病院に期待すること

	回答者		病院側	
	人数	%	施設	%
研修会の開催	20	12.8	8	5.1
曝露時対応マニュアル整備	12	7.7	8	5.1
曝露時の体制整備	10	6.4	11	7.1
バックアップ体制の整備	10	6.4	9	5.8
コンサルテーションの整備	8	5.1	17	10.9
経済面の負担軽減の整備	6	3.1	36	23.1
その他	0	0	0	0

また、研修内容で期待するものとして、「HIV 陽性者が利用できる社会資源、制度」が19名、「HIV 感染症の概要」が11名であった（表9参照）。

表9 受け入れやすくする研修内容

	回答者		病院側	
	人数	%	施設	%
標準予防策・曝露時対応	10	8.3	2	1.3
HIV 感染症の概要	8	4.2	11	6.9
セクシュアル・マイノリティ	12	7.5	8	5
薬物療法	13	8.1	9	5.6
社会資源、制度	19	11.9	13	8.1
当事者の体験談	6	3.8	2	1.3
その他	0	0	0	0

次に、受講経験と入院困難との関連をみた。HIV 医療に関する研修を受けたことがあるとする者24名、ないとした者124名を分析対象とし、回答者が精神科入院を受け入れ難いとした理由で危険率が10%以下だったものは該当するものがなかった（表

10 参照)。

表 10 受講経験と入院困難理由：本人 (n=156)  
Fisher の直接法

	受講経験あり (%)	受講経験なし (%)	p (片側)
風評被害	4.0	5.3	0.624
他患への感染	4.0	8.4	0.395
職員への感染	4.0	8.4	0.395
スタッフの理解	12.5	11.4	0.554
業務増大	4.2	6.1	0.58
経済負担	0	4.6	0.358
バックアップ体制	4.0	6.9	0.502
性的行動への対処	0	6.1	0.239
曝露時の対応	0	8.4	0.136

病院側が受け入れ難いだろうと回答者が予測する理由では、「職員への感染」のみであった(表 11 参照)。

表 11 受講経験と入院困難理由：病院 (n=156)  
Fisher の直接法

	受講経験あり (%)	受講経験なし (%)	p (片側)
風評被害	16	10.7	0.32
他患への感染	20	9.9	0.136
職員への感染	32	9.2	0.005
スタッフの理解	16.7	6.9	0.12
業務増大	0	9.9	0.102
経済負担	12.5	18.3	0.36
バックアップ体制	8	8.4	0.654
性的行動への対処	12	5.3	0.202
曝露時の対応	12	6.9	0.297

HIV 陽性者と接触経験がある者は 37 名でないものは 118 名を分析対象とした場合、回答者が受け入れ難いとしたものは「曝露時の対応」であった(表 12 参照)。

表 12 接触経験と入院困難理由：本人 (n=156)  
Fisher の直接法

	接触経験あり (%)	接触経験なし (%)	p (片側)
風評被害	2.7	5.9	0.9
他患への感染	5.4	8.4	0.42
職員への感染	5.4	8.5	0.42
スタッフの理解	10.8	12	0.557
業務増大	8.1	5.1	0.371
経済負担	5.4	3.4	0.444
バックアップ体制	5.4	6.8	0.558
性的行動への対処	2.7	5.9	0.39
曝露時の対応	0	9.3	0.044

病院側が受け入れ難いだろうと回答者が予測する理由では、「職員への感染」、「曝露時の対応」あった(表 13 参照)。

表 13 接触経験と入院困難理由：病院 (n=156)  
Fisher の直接法

	接触経験あり (%)	接触経験なし (%)	p (片側)
風評被害	8.1	12.7	0.332
他患への感染	18.9	9.3	0.101
職員への感染	24.3	9.3	0.022
スタッフの理解	8.1	8.5	0.618
業務増大	5.4	9.4	0.353
経済負担	10.8	19.7	0.162
バックアップ体制	8.1	8.5	0.624
性的行動への対処	8.1	5.9	0.442
曝露時の対応	16.2	5.1	0.038

HIV 陽性者の精神科入院受け入れ経験の有無による病床数の比較の結果、危険率が 5% 以下のものは、精神科救急 (経験あり / 経験なし : 47.2/23.6 床、以下、同じ順に % を示す)、急性期治療 (54.4/9.7 床) のみであった。同一法人が運営する施設・事業所では、地域包括支援事業所 (23.1/8.6%) のみであった。

職員数は、医師総数 (40.6/ 名 9.7)、精神科医 (12.9/6.4 名)、精神保健指定医 (8.7/5.0 名)、看護師総数 (260.9/117.3 名)、福祉職 (21.7/11.9 名)、心理職 (5.0/2.1 名)、療法士 (24.0/9.5 名)、薬剤師 (10.3/2.9 名)、技師 (14.1/2.9 名)、栄養士 (8.6/3.5 名) とすべてにおいて差が見られた。

実施可能な検査では、髄液検査 (35.7/8.2%) と血液ガス (20.0/7.1%) のみであった。入院患者の主な診断名も F4 (神経症性障害など) (6.9/4.0 名) のみであった。実施している集団プログラムは、就労支援プログラム (55.6/44.4%)、家族教室等 (33.3/66.7%) のみであった。

## 研究 2

研修会参加者は、56 名で、看護職が 23 名、保健師が 14 名、医師・薬剤師が各 4 名であった。経験年数は 1～45 年（平均 17 年）であった。所属機関は、精神科病院が 18 名、次いで行政・保健関係が 14 名、総合病院が 7 名であった（表 14 参照）。

研修会に関しては、今までこのような研修会に参加したことがなく、学びになったとの感想が多かった。特に、当事者の話を聴ける貴重な機会ととらえられていた。

自由記述では、HIV 感染症に関する正しい知識を持つことの重要性、セクシュアル・マイノリティへの理解の重要性にあわせ、他の感染症と同等に接することで十分であるという感想が寄せられた。

不安時に相談できる専門家（HIV 担当医や医療従事者）がリスクや不安に対処してもらえる体制があることで精神科入院医療を安心して受け入れられるという感想があった。

また、精神科病院を退院した後の受け入れ先が精神科入院時の受け入れと関連し、精神科入院を受け入れる際に、精神科病院を退院した後の施設の整備など精神科病院退院後のフォロー体制が受け入れ要因に関与するとの指摘があった。

表 14 研修会参加者の所属

所属機関	施設数	%
精神病院	18	37
総合病院	7	14
その他の病院	4	8
クリニック	1	2
行政・保健関係	14	29
学校・教育関係	1	2
その他	4	8
計	49	100

HIV 陽性者の入院受け入れに関する意識調査は、回収が 49 名（87.5%）であった。34 名（60%）が保健師・看護師であった。HIV 陽性者と接する機会があった者は 22 名（45%）で、セクシュアル・マイノリティの方と接する機会があった者は 35 名（71%）であった。過去 5 年間に HIV 陽性者の入院を受け入れた機関に所属している者は 14 名（29%）であった（ただし、入院施設を持っていない機関に所属している者（13 名）を除くと、38.9%が受け入れ経験のある施設に所属していた）（表 15、16 参照）。受け入れ経験がない施設に所属していると回答した者は 5 名

で、「病院は受け入れると思う」が 1 名、「あなたは受け入れるが、病院としては条件次第で受け入れは変わる（と思う）」が 2 名、「病院は受け入れることは難しい（と思う）」が 1 名、未記入が 1 名であった（表 17 参照）。

表 15 HIV 陽性者との接触経験

	人数	%
あり	22	45
なし	25	51
無回答	2	4
計	49	100

表 16 セクシャル・マイノリティの方との接触経験

	人数	%
あり	35	71
なし	12	24
無回答	2	4
計	49	100

表 17 HIV 陽性者受け入れ経験

	人数	%
有り	14	29
無し	5	10
該当せず（入院施設に所属せず）	13	27
不明	11	22
無回答	6	12
計	49	100

HIV 陽性者の入院の受け入れが難しいと思う理由を記入した者は 49 名中 30 名であった。最も多かったのは、「他の患者への HIV 感染が心配」・「HIV 陽性者の急変時・退院時などに、行政や HIV 診療拠点病院のバックアップ体制への不安」が 10 名、次に、「職員への感染が心配」・「HIV 陽性者の受け入れに対し、医療スタッフの理解が得られない」が 8 名、「職員への HIV 曝露時の対応がわからない」が 7 名、「性行為（自慰を含む）への対処が困難」が 6 名であった。回答者が想像する病院施設の受け入れ難さの理由は、「HIV 陽性者の急変時・退院時などに、行政や HIV 診療拠点病院のバックアップ体制への不安」が 17 名で、次に「職員への感染が心配」が 16 名、「病院の経済面の負担」が 14 名、「他の患者への HIV 感染が心配」・「HIV 陽性者の受け入れに対し、医療スタッフの理解が得られない」が 12 名、「他の通院患者が不安に思うなどの風評被害が心配」が 10 名であった（表 18 参照）。

表 18 HIV 陽性者の入院受け入れ困難理由

	回答者		病院側		両者とも	
	人数	%	人数	%	人数	%
風評被害	5	17	10	33	5	17
他の患者への感染	10	33	12	40	6	20
職員への感染	8	27	16	53	6	20
スタッフの理解	8	27	12	40	6	20
業務増大	2	7	8	27	0	0
経済負担	1	3	14	47	1	3
バックアップ体制	10	33	17	57	8	27
性的行動への対処	6	20	6	20	5	17
曝露時の対応	7	23	8	27	3	10
その他	0	0	0	0	0	0

回答者、および回答者が考える施設の受け入れ難さの理由として共に該当するとした項目は、「[HIV 陽性者の急変時・退院時などに、行政や HIV 診療拠点病院のバックアップ体制への不安]」が 8 名で、次いで「他の患者への HIV 感染が心配」・「職員への感染が心配」・「HIV 陽性者の受け入れに対し、医療スタッフの理解が得られない」が 6 名であった。

## 考察 研究 1

回答のあった施設は、同一法人や関連法人が病院以外に運営する施設・事業所を 75% が持っていた。特にグループホーム（障がい者）が 82 施設（46.6%）、介護老人保健施設が 64 施設（36.4%）、居宅介護支援事業所が 58 施設（33.0%）、訪問看護ステーションが 54 施設（30.7%）となっていた。よって、精神科病院を中心に HIV 陽性者の入院受け入れをはじめ、関連法人への理解が深まり、受け入れが促進されると、グループホームや老人保健施設への受け入れの可能性が高まると思われる。HIV 脳症など重症の精神障害を呈し、身体面を含めた高度な医療的処置を必要とする HIV 陽性者の場合は自治体などの精神科病院が対応し、その後の社会復帰を含む精神障害の診療は上記のような様々な施設や事業所を併せ持つ精神科病院が受け入れるなど役割分担ができる体制が重要であると考えられる。

連携については、CT や EEG、一般 X 線検査はできる精神科医療施設は多いが、ウイルス量の測定など院内の血液検査まで可能な施設は少ない。HIV 医

療のバックアップ体制が望まれる。

回答のあった精神科病院における HIV 陽性者の入院受け入れは、約半数が難しいとしていた。回答者個人的見解・意識では、精神障害の種別である F0（器質性精神障害など）や F2（統合失調症など）などによる受け入れ許容に関してはすべてにおいて低かった（5.9～2.2%）。それに対し、「アドヒアランス良好」（10%）、「AIDS 未発症」（8.7%）・「ウイルス量がコントロールされ感染リスクが低い」（8.7%）などの HIV 感染症の状態によって受け入れの許容があがっていた。精神障害の種別による受け入れよりも、HIV 感染のリスクの低下が精神科入院の受け入れの許容を高くした。入院受け入れの条件は、精神障害の種別よりも HIV の身体状況による違いが大きいと思われた。

HIV 陽性者の精神科入院の受け入れ可能と回答者が予測する精神障害の診断名は、F3（気分障害など）・F4（神経症性障害など）・F7（精神遅滞など）が 5.9% で、入院可能な精神障害とする回答がすべて 1 割を越えていなかった。

また、回答者自身が受け入れ可能と考える精神障害は、主に器質性や内因性の精神障害であったが、精神科病院が入院受け入れ可能と回答者が予測する精神障害は、気分障害や神経症性障害、精神遅滞と異なっていた。これは、HIV 陽性者の受け入れに関係なく、所属している精神科病院が実際に HIV 陽性者の入院を受け入れている精神障害の現状を示しているのか、もしくは非 HIV 陽性者の入院では器質性や内因性の精神障害が多く満床となっているためではないかと考えられる。

回答者が考える精神科での入院受け入れが難しい理由は、「HIV 陽性者の入院に対し、医療スタッフの理解が得られない」（9.9%）が一番高かったが、回答者が考える病院の受け入れ難い理由は、「病院の経済的負担」や「風評被害」、「他患や職員への HIV 感染の心配」が 18.5～10.7% と高かった。回答者の意識は、周りのスタッフの理解不足を理由に、そして病院は経済的理由や風評被害、他患や職員への HIV 感染の心配など、負の影響を恐れていることが想定されていた。

実際に HIV 陽性者の精神科入院を受け入れ経験がある施設は受け入れ経験のない施設に比べ、職員数も多く、就労支援や家族教室などのプログラムを持っている施設が多かったが、入院患者の診断名による

人数に差がみられたのは「F4（神経症性障害など）」のみであった。総合病院が3施設含まれるため一概には言えないが、病床数や入院患者数などの規模に応じての職員の配置人数が多いところが入院を経験していると考えられる。

精神科医療として経験のあるはずの精神障害を診療するに当たり、検査のできる設備の問題だけではなく、スタッフや他患に感染するのではないかといったものや、通常精神科医療以上に経済的・精神的負担感の影響があるといった HIV 感染症という疾患の持つ印象や無理解などが、精神科入院の受け入れを阻害していると思われる。

しかし、実際に HIV 陽性者の精神科入院の経験や接触経験は、専門職として曝露時の不安を軽減し、精神科入院の受け入れ難いとされなくなる。

また、受講経験の有無により回答者本人は、受け入れ理由に差はなかった。そして、受講経験のある者は、受講経験がないものと比べ、病院が職員への感染や業務増大を理由に入院は難しいと考えるものが多かった。HIV 陽性者と接したことがある者は、接した事のないものと比べ、病院が職員への感染や曝露時の対応を理由に入院は難しいと考えているものが多かった。さらに、HIV 陽性者と接触経験のない者は、精神科入院の受け入れに積極的にならず、まずは HIV 医療や HIV 感染症の研修会を行政に望み、接触経験のある者は、曝露時の体制やバックアップ体制を望む傾向にあった。

したがって、HIV 陽性者の入院未経験施設や未経験者に対し、当事者との接点を併せ持つ研修を行うことで、精神科入院を促進できるのではないかとと思われる。

そして、入院に際し、身体的検査の体制と内科的治療のバックアップに加え、曝露時の対応などを整えることも促進につながると考えられる。また、経済的負担感が阻害因子として上がっており、経済的な負担軽減や収入につながるような制度整備によるバックアップも必要となるであろう。

## 研究 2

受講者は研修会に対する関心や良好な感想が多かったが、HIV 陽性者と接したことがある者やセクシュアル・マイノリティの方と接したことがある者が半数であり、関心の高さとの関連があるかもしれない。

回答者や回答者が予測する施設の受け入れ難さの理由として共に該当するとしたものは、「HIV 陽性者の急変時・退院時などに、行政や HIV 診療拠点病院のバックアップ体制への不安」が一番多く、実際に接触経験や診療（入院時の経験）があると、バックアップ体制の整備を望み、現状の不足部分を回答していると思われた。

また、HIV 医療や HIV 感染症の研修内容に加え、当事者が参加し、知的理解と情緒的理解を促し、そして、入院時に想定される不安の軽減を図ること、入院中の不安として曝露などへの対処、さらに、退院後の受け入れ先などを入院前、中、後の体制を一精神科病院のみで対処を任せず、HIV 医療施設と自治体の精神科病院、一般精神科病院とその事業所など、役割分担や連携をも含む体制作りが重要であると考えられる。

研究 1 の回答者は HIV 陽性者やセクシュアル・マイノリティの方と接触経験が少なく、精神科入院の受け入れは約半数が難しいと考えていた。それに対し、研究 2 の回答者は HIV 陽性者やセクシュアル・マイノリティの方と接触経験が半数あり、精神科入院の受け入れは約 2% のみが難しいと考えていた。研究 2 では HIV 陽性者の精神科医療に関心のある者を対象とした調査のため、一概には言えないが、HIV 陽性者やセクシュアル・マイノリティの方との接点があると精神科入院の受け入れ困難感が軽減するものではないかと考えられる。

高齢化を先んじて経験している民間の精神科病院には、グループホーム（障害者）、介護老人施設などが併設されていることが明らかとなった。このような社会資源を持つ民間精神科病院は、HIV 陽性者の支え手として大きな役割を果たすものとして期待される。

一方で単科精神科病院は、総合病院や自治体病院と比べると、常勤医師の中に内科医がいなかったり、MRI や院内即時血液検査等が未整備だったりし、急変時や曝露時の対応に不安や懸念を抱く状況にあることも明らかとなった。こうした現状を鑑みると、身体症状は安定しているが、精神症状への専門的治療を必要とされている人を民間の精神科病院が引き受け、高度医療が必要な重度の合併症を持つ人は自治体病院が引き受けるという役割分担が必要と思われる。また抗 HIV 薬は高額であるため、精神科療養病棟のみならず、急性期病棟においても包括評価か

ら外す等の経済的バックアップも必要かもしれない。

また、当事者からのお話も聴く、HIV 診療医と精神科診療医・行政の担当者が直接顔を合わせ、コミュニケーションをとり、相手について知ることが不安を減じ、受け入れやすくなるということを再確認した。

つい最近では精神科病院内で結核患者が多数発生し、受け入れ先の病院の不足等で当該病院の職員が大変ご苦労されたというお話を伺った。私たちは同じ人間なので、いつどんな病気になるかわからない。どんな人がどんな病気になっても、医療関係者がそれぞれの特徴(得意なところ)を生かして、協力しあって地域でみていける体制を行政とも力を合わせてつくっていきたい。

## 結論

HIV 陽性者の入院未経験施設や未経験者に対し、当事者との接点を併せ持つ研修を行うことで、精神科入院を促進でき、精神科病院への入院に際し、身体的検査の体制と内科的治療のバックアップに加え、曝露時の対応などを整えることも促進につながると考えられる。また、経済的負担感が阻害因子として上がっており、経済的な負担軽減や収入につながるような制度整備のバックアップが、精神科病院の経済的不安感の軽減になるであろう。

実際に HIV 陽性者の精神科入院の経験や HIV 陽性者と接触経験のある者は、バックアップ体制の整備を望み、現状の連携や資源の不足部分を回答していると思われた。また、HIV 医療や HIV 感染症の研修内容に加え、当事者が参加することで、HIV 感染症やセクシュアリティに関する知識の理解と同時に、知識不足からなる不安の軽減や人としてかかわることができるといった安心感など情緒的理解を促し、入院時に想定される不安の軽減を図ること、入院中の不安として曝露などへの対処、さらに、退院後の受け入れ先などを入院前、中、後の体制を一精神科病院のみで対処を任せず、HIV 医療施設と自治体の精神科病院、一般精神科病院とその事業所など、役割分担や連携をも含む体制作りが重要であると考えられる。

## 謝辞

多忙な診療や業務の時間を割き、アンケート調査にご協力くださった日本精神科病院協会及び会員施設の皆様、快く講演の講師や指定発言を引き受けてくださった皆様に心から謝意を表します。

## 健康危険情報

該当なし

## 研究発表

### 1. 論文発表

該当なし

### 2. 学会発表

該当なし

## 知的財産権の出願・取得状況 (予定を含む)

該当なし