



## 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：青野 紘子（一般財団法人長岡病院心理課）

大西 藍（関西大学）

岡 菜々子（一般財団法人長岡病院心理課）

河上 雄紀（一般財団法人長岡病院心理課）

杉森 悟子（一般財団法人長岡病院心理課）

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）

橋本 真希（一般財団法人長岡病院心理課）

三木里恵子（一般財団法人長岡病院心理課）

若井 貴史（一般財団法人長岡病院心理課）

山出 健博（一般財団法人長岡病院心理課）

### 研究要旨

HIV 感染症は、近年のめざましい治療薬の進歩により、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等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。

そのような状況下で HIV 陽性者に対する精神科医及び心理カウンセラー、ソーシャルワーカーの関与と連携の現状について調査し、その課題や有効性について分析するとともに、望ましいメンタルサポート体制の構築と連携のあり方について検討、提言することを目的として、HIV 陽性者に対する精神科医及び心理カウンセラー、ソーシャルワーカーの効果的な関与と連携に関する研究を行った。

27 年度は、予備的研究として、研究 1: 感染症内科医からみたメンタルサポートの連携の現状と課題、研究 2: HIV 陽性者のメンタルサポートに関する研修会の開催、研究 3: 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。研究 1 では近畿圏内の 8 カ所の拠点病院に勤務する感染症内科医 8 人にインタビューを実施した。精神科医との連携の満足度は他職種と比べて低く、多くの感染症内科医が入院処遇必要事例や薬物依存事例の連携に困難を感じていることが明らかになった。研究 2 では、HIV 陽性者にとって検査結果の告知とともに支援が開始され、情報提供やリンケージ機能も併せ持つワンストップサービスと、事例検討や研修会を通じ、ネットワークをつくることの重要性が指摘された。研究 3 では単科精神科病院とその関連施設の職員に自記式のアンケートを行い、HIV 陽性者の自施設受け入れに関する意識調査を実施した。従業員数 736 人のうち回答者数 607 人で、回答率 82.7%であった。HIV の研修体験のある者は 101 人 (16.6%) で、HIV の陽性者との接触体験のある者は 86 人 (14.2%) であった。研修受講経験者と HIV 陽性者との接触経験のある者は、受講未経験者および HIV 陽性者の接触未経験者と比べ、HIV 陽性者を患者として受け入れると回答する傾向があった ( $P < 0.001$ )。これらを踏まえ、精神医療従事者に対する HIV や性的マイノリティおよび薬物依存の治療プログラムに関する研修が必要と考えられた。

28 年度は、全国の HIV 拠点病院および中核拠点病院全 384 施設に勤務する内科医、精神科医、心理士を対象に「HIV 陽性者に対する内科医、精神科医及び臨床心理士の関与と連携に関するアンケート調査」を実施した。調査内容は、HIV 患者の紹介状況や現状の支援システムについての満足度とあわせ、他職種との連携について自由に記述できるようにした。信頼感に関しては、天貝の成人版 (1997) を使用し、また相互独立的-相互協調的自己観尺度(高田、2000)を用い回答を求めた。平成 27 年度の HIV 外来患者 6,335 名の中で、精神的介入を必要としたものの総数は 316 名で、うち外来患者で精神的介入を必要とするものについては、心理士に紹介するものが 7 割であり、自院精神科が 2 割、他院精神科は 1 割であった。民間精神科病院

に入院した者は2%に過ぎず、精神科との連携のしづらさや困難さが主たる要因と考えられた。併存精神疾患はF4が最も多く、次いでF3、F0、F1であった。信頼感尺度は、「不信」、「自分への信頼」、「他者への信頼」の3因子に分類された。相互独立-相互協調的自己感尺度は、5因子に分類され、第一因子から順に「個の認識」、「自律性」、「評価懸念」、「同調性」、「融通性」と命名した。他者への信頼は内科医で低く、不信は内科医で高く、信頼感の合計は内科医が低かった。全職種合計と紹介の有無による比較では、信頼感尺度、および下位尺度、相互独立的自己観-協調的自己観尺度、および下位尺度による差はみられなかった。内科医と中核・派遣カウンセラーはうまく連携がとれていても、内科医と院内心理士の場合は必ずしも連携はとれておらず、内科医と精神科医とはさらに困難となっており、連携をした事例自体が少ないことが明らかとなった。

29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、HIV陽性者の入院受け入れの意識を把握した(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、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ていることが明らかになった。HIV陽性者と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。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た。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体制に加え、曝露時の対応などを周知す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と思われた。研究2では、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「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。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割合が高く、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陽性者と接した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割合は、HIV研修未受講者や

HIV 陽性者との接触未経験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、紹介率との関係を見たところ、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。

29 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。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。

## 27 年度の研究

### 研究 1. 感染症内科医からみたメンタルサポートの連携の現状と課題

#### 1. 目的

27 年度の研究は 28 年度に実施予定の全国調査の予備的調査と位置づけ、現状において感染症内科を受診した HIV 陽性者にメンタル不調がみられた場合の介入の実際と精神科医、臨床心理士、ソーシャルワーカーとの連携の満足度について調査するとともに連携にあたって障壁となっているもの、よりよい連携のために必要なことを明らかにすることを目的とした。

#### 2. 対象

近畿圏内 8 カ所の拠点病院の感染症内科医 8 人

#### 3. 方法

半構造化面接によるインタビュー調査

#### 4. 研究期間

平成 27 年 7 月～9 月

#### 5. インタビュー内容

インタビューの内容は以下のとおりである。

- 1) 所属機関のスタッフ体制
- 2) 診療した HIV 陽性者の人数（H26 年度）
  - ①精神症状を呈した人数
  - ②心理的問題を有した人数
  - ③社会的問題を抱えた人数
- 3) 上記に対する介入方法の実際
- 4) メンタルサポートの連携に関する満足度
  - ①精神科医との連携
  - ②臨床心理士との連携
  - ③ソーシャルワーカーとの連携
- 5) よりよい連携を実現するための要望 / 障壁

#### 6. 結果

##### 1) 所属機関のスタッフ体制

各病院で HIV 陽性者に対する診療を行っているスタッフの職種と人数は表 1 に示したとおりである。

##### 2) 平成 26 年度に診療した HIV 陽性者の人数

各病院が平成 26 年度に診療した HIV 陽性者の人数は表 2 に示したとおりである。

3) 精神症状に対する介入方法の実際

精神症状に対する介入方法の実際は表3に示すとおりである。

精神症状のある者に対しては、まずは感染症内科の主治医がゲートキーパーとなり、傾聴とともに、不眠や不安に対し向精神薬を投与されていた。またうつや精神病症状等より専門的な介入を必要とする者はまずは自病院の精神科医に紹介されていたが、薬物依存の併存例や入院処遇の必要事例は連携に苦

慮されていることが多かった。一方で HIV 陽性者が独自に精神科医を受診している場合もあった。

4) 心理的問題に対する介入方法の実際

心理的問題に対する介入方法の実際は表4に示すとおりである。

精神科受診を拒む者はまずは臨床心理士に継ぎ、心理士が精神科医への橋渡しを行っていた。臨床心理士との連携は派遣、中核カウンセラー等の他機関によるものが殆どであった。

表1 所属機関の HIV / AIDS 診療のスタッフ体制 (人)

	診療担当医		精神科医		臨床心理士		ソーシャルワーカー		看護師	
	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤
A	11	3	3	1	3	2	10		4	1
B	3	3	5			1	2		2	
C	3	2	2		2		7		0	
D	2		3		1	1	9		4	
E	5		20	不明	1	1	1		3	
F	1		0		0		0		兼任	1
G	1		25	不明		1	1		0	
H	7	3	19	11	2	5	3	3	1	1

表2 平成26年度に診療した HIV 陽性者の人数

	所属機関全体								回答者個人								単位(人)		
	外来		うち初診		入院		うち初診		外来		うち初診		入院		うち初診		うち何らかの精神症状を呈し、介入の必要性があると思われた者の人数	うち何らかの心理的問題を抱え、介入の必要性があると思われた者の人数	うち何らかの社会的問題を抱え、介入の必要性があると思われた者の人数
A	2139	203	182						309	4	10					98	36	17	
B	500	50	20						200	15	10					100	100	100	
C	71	10	6						49	2	0					49	49	17	
D	61	9	2						55	3	0					6	2	5	
E	100	10	3						50	7	3					20	15	10	
F									37	2	0					10	10	10	
G		2	2													1	1	0	
H	136	13	5						80	5						10	10	10	

※ただし、Aの回答者個人についてはH27.6.1~8.5データ

表3 精神症状に対する介入方法の実際

	単位(人)						
	主治医(内科医)が傾聴、抗精神病薬投与とその他で対応した	同じ医療機関の臨床心理士に紹介した	他機関の臨床心理士(派遣カウンセラー、中核カウンセラーを含む)に紹介した	同じ医療機関の精神科医に紹介した	他機関の精神科医に紹介した	特になしなかった	その他
A	2	3	5	1	4		
B	100	0	10	2	10	0	0
C	49	0	1	0	1		
D			3	4			
E	20		0	5	もともと		
F	15	0	1	0	0	0	
G	1		1				
H	10	7		7	1		

※ただし、Aについては順序である。

表4 心理的問題に対する介入方法の実際

	単位(人)						
	主治医(内科医)が傾聴、その他で対応した	同じ医療機関の臨床心理士に紹介した	他機関の臨床心理士(派遣カウンセラー、中核カウンセラーを含む)に紹介した	同じ医療機関のソーシャルワーカーに紹介した	他機関のソーシャルワーカーに紹介した	特になしなかった	その他
A			現在はいない		直接はない		
B	100	0	10	80	0	0	0
C	49	0	1	0	0		
D			2				
E		15(全員)	0	0	0	1	
F	全員	0	1	1	0	0	
G	1		1				
H	10	5			5		

## 5) 社会的問題に対する介入方法の実際

社会的問題に対する介入方法の実際は表5に示すとおりである。

ソーシャルワーカーとの連携は、自病院によるものが多く、制度利用の観点から、ほとんど100%の事例で関与をしてもらっているというところもあった。

## 6) 連携に関する満足度

それぞれの感染症内科医にメンタルサポートに関する連携の満足度を-2不満、-1やや不満、0どちらでもない、+1まあ満足、+2満足の5件法で職種別に評価していただいた結果を図1に示した。緑が精神科医、赤が臨床心理士、青がソーシャルワーカーとの連携の満足度を表した。

ソーシャルワーカーとの連携の満足度が最も高く、金銭面の事をサポートしてもらえる、社会的・経済的な支援、制度的なサポートを考え、自立支援をやってもらえる。すぐに介入し、相談にのってもらえる等の肯定的意見が多かった。次いで臨床心理士の満足度が高く、精神科医との連携の満足度は最も低くなっていた。

表5 社会的問題に対する介入方法の実際

単位(人)							
	主治医 (内科医) が傾聴、 その他で 対応した	同じ医療 機関の臨 床心理士 に紹介し た	他機関の 臨床心理 士(派遣カ ウンセラ ー、中 核カウ ンセラー 含む)に紹 介した	同じ医療 機関のソ シヤルワ ーカーに紹 介した	他機関の(具 体的に)に紹 介した	特になに もしな かった	その他
A				全員			
B	100	0	20	100	2(心療内科)	0	0
C	17	0	0	0	0		
D	1			3			
E		全員		5	0		
F	10	0	1	1	0	0	
G	0	0	0	0	0	0	0
H	10	5		9			

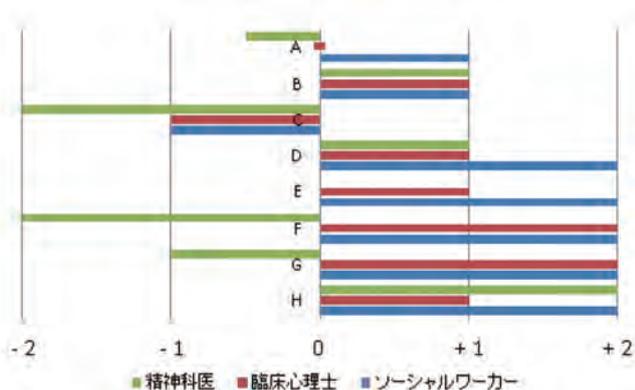


図1 連携の満足度

## 7) よりよい連携を実現するための要望/障壁になっているもの

## ① 精神科医の場合

「すぐに診てもらえない」「てんかんや薬物依存は専門外と診てもらえない(主体的に探してもらえない)」「薬物関係への対応が不十分」「繋がってもドロップアウト例が1割は出てくる」「入院加療が必要なケースの連携先がない」「過去のトラウマが大きい」等の問題点とともに、「セクシュアリティも含め、HIVについて勉強して欲しい」「HIVが陽性者がおかれている社会的背景を理解してほしい」等の要望がだされた。

## ② 臨床心理士の場合

「フィードバックが少ない(何をしているか分からない)」「単に話を聴いているだけといわれ、ドロップアウト例がでる」「カウンセリングで診療報酬がとれない」「予防財団からきてくれる火・木しかカウンセリングが出来ない」「タイムリーな介入が難しい場合がある」ということが課題としてあげられた。

## ③ ソーシャルワーカーの場合

「仕事ぶりには満足だが、不在時は困る」「薬物に対する対応が一番問題」ということが挙げられた。

## 7. 考察

インタビューに応じてくださった8病院の診療人数やスタッフ体制はまちまちであったが、薬物の問題を持つ事例や入院処遇が必要となる場合の連携については殆どの病院で困難を感じておられた。薬物の場合はそもそも薬物依存や嗜癖の問題を治療対象として積極的に取り組んでいる精神科病院が少ないということがあるだろう。また入院処遇については自病院に精神科病床があるところでも、必ずしも医療チームの中に精神科医が加わっているわけではないので、HIV/AIDSに理解があるとは限らないようであった。自病院に精神科病床がない場合はなおさら苦労されているが、比較的連携がうまくなされているところは日ごろから顔の見える関係づくりができてきているところであった。事例検討や研修会を通じ、日ごろからやりとりをしておくことが重要といえる。また医療チームの中に精神科医が加わることが連携をスムーズにするかもしれない。

いずれの職種においてもタイムリーな介入が望まれていたが、臨床心理士の場合は中核カウンセラーや派遣カウンセラーに頼っているため、それが困難に

なる場合があり、情報共有においても不満を持たれることがあった。今後心理カウンセリングが診療報酬化されれば、自病院の臨床心理士によるカウンセリングも合わせて実施されるようになり、この問題を補うことが期待される。

HIV陽性者に限らず精神科受診は未だ敷居高く、抵抗を感じる者もいるため、臨床心理士がまず話を聴き、精神科受診が必要と判断した場合はその橋渡しを行う役割が期待される。またHIV陽性者の心理面やセクシュアリティの問題については精神科医が不得手とする場合もあるため、それらを臨床心理士が担い、精神科医と連携したり、器質的な変化を捉える心理アセスメントを提供することも有効と考えられる。さらに家族、パートナーなどを対象としたカウンセリングも心理士に期待されると思われる。

ソーシャルワーカーの場合は手帳取得や制度、金銭問題等のサポートはいうまでもないが、幅広い社会資源情報を蓄積し、特に薬物依存をもつHIV陽性者が適切な支援機関に継がれるようにすることが期待される。

## 研究2：HIV陽性者に対するメンタルサポート研修会の開催

### 開催の経緯

研究1の対象病院の所在地が京都5カ所、大阪2ヶ所であったため、主にこれらの地域でHIV診療または精神科医療に従事する者、および関連する学域の大学院生を対象とし、HIV陽性者に対するメンタルサポート研修会を京都で開催した。アナウンスの方法は、ブロック拠点病院と研究者が所属する病院のホームページに研修会の案内を掲載するとともに、京都府下の総合病院、精神科病院および精神科クリニック、保健所、福祉施設等に案内を郵送した。内容は「連携」をテーマに前半が感染症内科医、精神科医、看護師、臨床心理士、ソーシャルワーカーによる講義を、後半が当事者を交えた「よりよい連携のための障壁と望まれること」に関するディスカッションを行った。

### 1. 目的

HIV/AIDSに関し、十分な知識と経験を持つ、それぞれの職種（感染症内科医、精神科医、臨床心理士、ソーシャルワーカー、看護師）を代表する講師陣と、

地域でHIV診療または精神科医療に従事する者や関心を持つ大学生からなる参加者、当事者が、それぞれ膝をつきあわせて「連携」について自由に意見を述べ合い、克服すべき課題について方向性を見出すことを目的とした。

### 2. 日時

2015年11月1日 10:00～16:00

### 3. 内容

#### 1) 講義

##### ① HIV感染症の基礎

（大阪医療センター感染症内科科長 上平朝子氏）

##### ② HIV陽性者の心理社会的背景

（放送大学教養学部教授 井上洋士氏）

##### ③ HIV陽性者の心理的問題と支援

（京都大学、長岡病院 仲倉高広氏）

##### ④ 精神科クリニックでのHIV陽性者・ゲイ・バイセクシュアル男性を受け入れる際の要点

（東新宿こころのクリニック院長 中山保世氏）

##### ⑤ HIV陽性者のための社会資源と社会的支援

（兵庫医科大学精神神経科学 助教 伊賀陽子氏）

#### 2) ディスカッション

前半の講義を踏まえ、当事者2人と地域において当事者支援を行っている特定非営利活動法人CHARMの青木理恵子氏に指定発言をいただき、「連携」をテーマにディスカッションを行った。

### 4. 結果

1) 参加者は15人と少なかった。これは広報が限られていたということもあるが、個別の働きかけに対する反応の鈍さからも精神医療従事者の関心の低さを反映しているように思われた。

2) 参加者15人の属性は以下のとおりである。

① 所属施設：13人(86.7%)が病院であり、大学・大学院が2人(13.3%)であった。

② 職種：看護師が5人(33.3%)、ついで社会福祉士が4人(26.7%)で半数以上を占め、PSWが2人(13.3%)、保健師、心理士、介護支援専門員、ケアワーカーが1人ずつ(6.7%)であった。

③ 経過年数：1～5年及び6～10年が4人(26.7%)、11～15年及び25～35年が3人(20.0%)であった。またHIV陽性者の担当経験がある者は7人(46.7%)であった。

3) ディスカッションでは「HIV 陽性者の連携について障壁となっていること」は HIV や MSM への差別や偏見は未だに根強く、HIV 陽性者は自身が HIV 陽性であることを、対医療者にも開示しにくいこと。そのため必要な時、特に感染初期の心理的ダメージの大きい時に必要な支援が受けられず、自棄的になり無謀な行動をとることもあること、開示しても医療者自身も偏見があったり、知識不足があり、セクシュアリティに対する無理解から、適切な対応をしてもらえず、さらに心理的ダメージを負う場合があることが語られた。

また「HIV 陽性者の連携について望まれること」は、正しい知識を持つとともに、各施設や専門分野を把握し、医師、カウンセラー、関係機関のネットワークを築き、顔の見える関係を作っておくことがあげられた。また HIV 陽性者にとって必要な情報や支援がひとつの場所で得られるワンストップサービスも提案された。

## 5. 考察

セクシュアリティや性の問題は、存在の根源に関わることであり、患者を理解する、つまりは症状形成の背景を理解するために重要であるにも関わらず、従来の精神医療はあまりこの領域には踏み込んでおらず、臨床で取り扱われることも少ない。これは精神医療従事者自身にも性の問題をタブー視する認知があり、敢えて話題にしないということがあるかもしれない。またそれについてはあまり学習の機会もなく、うまく取り扱う自信がないということもあるだろう。

さらに HIV 感染症は精神医療従事者にとっては馴染みのない疾患であり、日常的に遭遇する気分障害や不安障害等の一般的な疾患に比べると関心をもたれにくく、研修の機会も少ない。しかしながら井上（2015）が報告しているように多くの HIV 陽性者が非開示のまま精神医療機関を受診している事実を鑑みると、診療しているうつ病の患者の背景に実は HIV やセクシュアリティ、あるいは性被害の問題があるのを関知していない可能性があることを示唆している。また HIV 陽性者は開示しても適切な対応をしてもらえないという悲観的な見方をしているといえるだろう。

HIV 陽性者は保健、医療、福祉、時には司法も含め、多面的なアプローチをすることが必要となるた

め、今回のように多職種が合同で参加できる研修会を通じ、ネットワークを形成していくことが望まれる。

## 研究 3：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

### 1. 経緯

研究 1 で、自病院に精神科のベッドをもたない場合、入院の受け入れに困難を生じていることが明らかになった。日本の場合、精神科病床はその多くを民間の単科精神科病院が占めている。そのため単科精神科病院とその関連施設の職員にアンケートを行い、HIV 陽性者の自施設受け入れに関する意識調査を実施することとした。

### 2. 目的

精神医療従事者の HIV 陽性者の受け入れに関する意識とその阻害要因について明らかにする。

### 3. 研究対象

単科精神科病院（441 床）とその関連施設（老健施設、特養、居住施設、就労支援施設）の職員（従業員総数 736 名：非常勤含む）。

### 4. 方法

自記式アンケート調査。全職員を対象とした接遇研修の際にアンケート用紙を配布し、その場で記入していただき回収した。

### 5. 期間

平成 27 年 10 月～12 月。

### 6. アンケートの内容

回答者の属性と HIV 陽性者と接触経験の有無や同僚として働くことに対して問うた。

### 7. 結果

#### 1) 回答者数および回答率

従業員数 736 人のうち回答者数 607 人で、回答率 82.7%であった。

#### 2) 回答者の属性

性別は女性が 417 人（68.7%）、男性が 185 人（30.5%）であった。年齢は 20 代が 155 人（25.5%）で最も多

く、次いで30代が137人(22.6%)、50代が133人(21.8%)で、これらで約7割を占めていた。職種は看護師が172人(28.3%)と最も多く、次いでケアワーカーが162(26.8%)で、これらで約半数を占め次いで精神保健福祉士が40人(6.5%)、事務が32人(5.3%)、OTが23人(3.8%)、精神科医が14人(2.3%)、栄養士が9人(1.5%)、薬剤師は8人(1.3%)、臨床心理士が7人(1.2%)、PTが6人(1.0%)、歯科衛生士が1人(0.2%)であった(図2参照)。

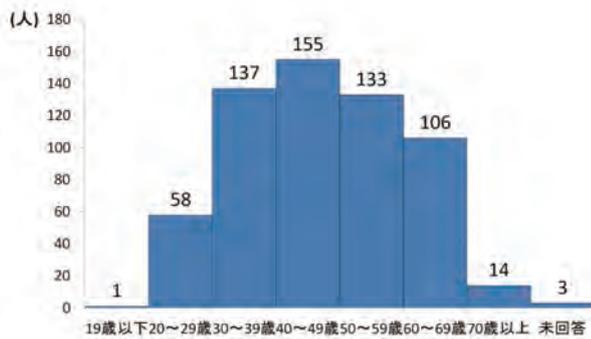


図2 回答者の年齢

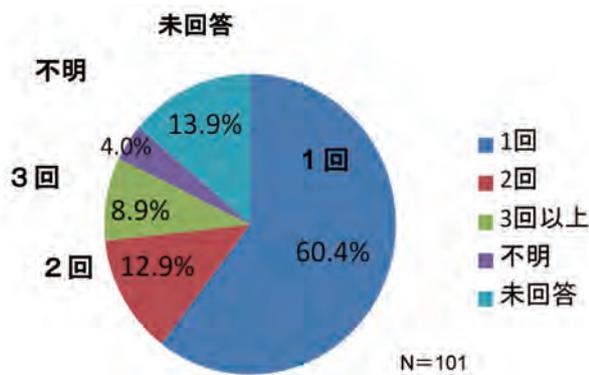


図3 研修受講回数(研修体験のある者のみ回答)

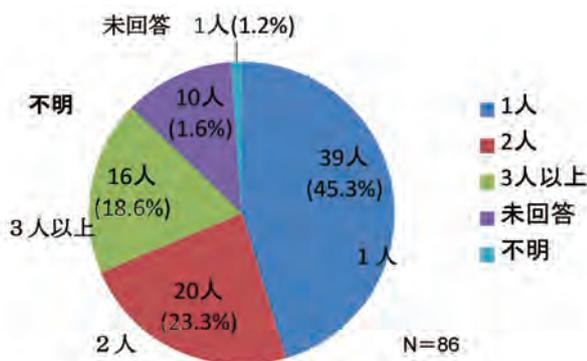


図4 接触人数(接触経験のある者のみ回答)

またHIVの研修体験のある者は101人(16.6%)で、HIVの陽性者との接触体験のある者は86人(14.2%)であった。それぞれの研修体験の回数と接触体験の人数は図3、図4に示したように、1回と1人がほぼ半数を占めた。

### 3) 受け入れに関する意識

HIV陽性者を同僚として受け入れることに関しては、図5に示したように、受け入れられないが21人(3.5%)、どちらかというとな受け入れられないが124人(20.4%)、どちらかというとな受け入れるが275人(45.3%)、受け入れるが165人(27.2%)、わからないが5人(0.8%)、感染理由によるが1人(0.2%)、未回答が16人(2.6%)であった。

HIV陽性者を患者として受け入れることに関しては、図6に示したように、受け入れられないが20人(3.3%)、どちらかというとな受け入れられないが142.5人(23.5%)、どちらかというとな受け入れるが262.5人(43.2%)、受け入れるが142人(23.4%)、わからないが11人(1.8%)、未回答が29人(4.8%)であった。



図5 HIV陽性者の受け入れ(同僚として)



図6 HIV陽性者の受け入れ(患者として)

## 4) HIV 陽性者を患者として受け入れる際の不安要因

（自由記述。複数回答あり）

HIV 陽性者を患者として受け入れる際の不安要因については図 7 に示すとおりであった。

感染、感染事故（医療者、他患）をあげる者が最も多く 196 人（32.3%）であった。次いで知識不足 65 人（10.8%）、陽性者の心理や対処能力がわからないという者が 62 人（10.2%）、プライバシーの保護や差別の問題を挙げる者が 32 人（5.3%）いた。また一方で 特に不安はないとする者が 71 人、未回答の者も 116 人いた。因みに要望とは研修をやってもらえれば受けいれられると回答した者で 32 人であった。

## 8. 分析

## 1) 属性と研修・接触体験、受け入れとの関係

回答者の属性と研修・接触体験、受け入れとの関係について統計的処理を行い、分析を試みた。なお、全問未回答を除き、一部の未回答があるものはその問いの処理のみ除外し集計を行った。危険率 1% 以下の差がみられたものは年代のみであり、年代によって接触体験の有無に差がみられた ( $p=0.002$   $\chi^2$  二乗検定)。

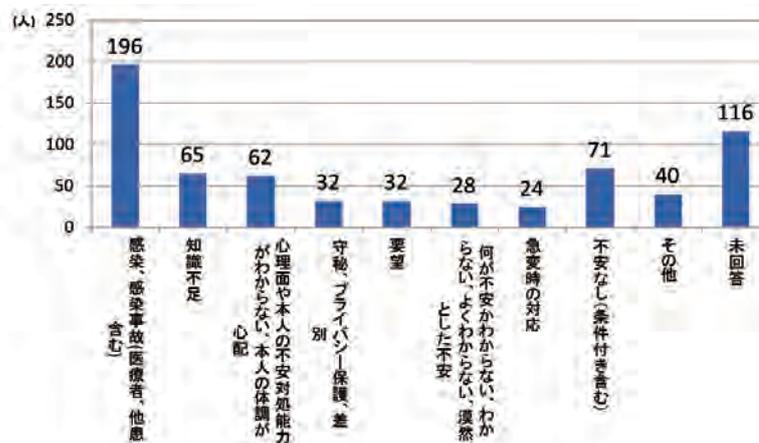


図 7 患者として受け入れる際の不安要因

## 2) 研修受講経験と接触経験の関係

研修受講経験と HIV 陽性者との接触経験との相関を Fisher 直接法 を用いて分析した結果、研修受講経験者は HIV 陽性者との接触経験がある者が有意に多かった ( $p < 0.001$ ) (表 6 参照)。

## 3) 研修・接触経験と同僚としての受け入れ

研修・接触経験と同僚としての受け入れの関係を Mann-Whitney の U 検定を用いて分析した結果、研修受講経験者は研修未経験者と比べ、HIV 陽性者を同僚として受け入れると回答する傾向がみられた。同じく HIV 陽性者との接触経験のある者は、接触未経験者と比べ、HIV 陽性者を同僚として受け入れると回答する傾向がみられた (表 7 参照)。

## 4) 研修・接触経験と患者としての受け入れ

研修・接触経験と患者としての受け入れの関係を Mann-Whitney の U 検定を用いて分析した結果、研修受講経験者は研修未経験者と比べ、HIV 陽性者を患者として受け入れると回答する傾向がみられた。同じく HIV 陽性者との接触経験のある者は、接触未

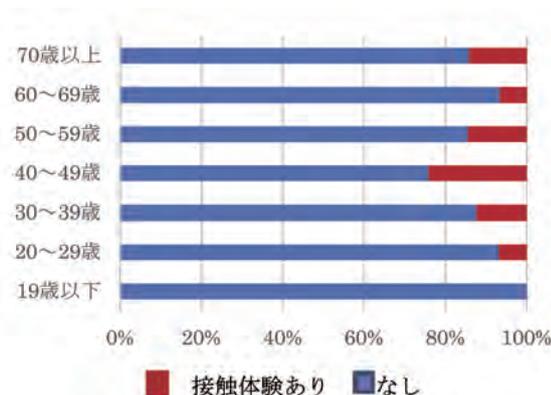


図 8 年齢と接触経験の関係

表 6 研修受講経験と接触経験の関係

	接した経験の有無 (人)		
	有り	無し	合計
有り	33	68	161
無し	52	444	496
合計	85	512	597

$p < 0.001$



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 である。さらに、MRI をはじめとする医療機器も必ずしも十分に整備されているとはいえない。

誤解を恐れずにいえば、そのような状況下にある民間精神科病院が積極的に不明の要素が多々ある（と思われる）身体疾患を持つ患者や、薬物依存症の患者を積極的に診療するかといえば、かなり厳しいのが現状であろう。

平成 28 年 4 月 1 日付けの診療報酬改定において、「精神科急性期病棟入院料 1 を算定する病棟に加え、精神科病棟入院基本料を算定する精神科病棟を有する総合病院」に限られてはいるが、精神疾患患者の身体合併症や、身体の傷病と精神症状を併せ持つ救急搬送患者の診療について、一定の実績を有する場合に、「精神科急性期医師配置加算」を 1 日につき 500 点算定されるようになるとともに、薬物依存に対しても、一定の研修を受けた医師、看護師や作業療法士が標準化された方法で集団精神療法を実施した場合、「依存症集団療法」が 1 回につき 340 点、最長 2 年間加算されるようになったのは、十分とはいえないまでも、朗報といえよう。

精神医療従事者個人に対し HIV や、セクシュアリティ、薬物依存に対する研修を提供するとともに、それらの治療に対して積極的に取り組む精神医療機関に対してサポートをする仕組みづくりがあわせて必要と思われる。

さらには協力の得られる精神科病院をブロックごとに選定し、精神科クリニックの医療従事者も対象に含め、上記のような研修を年 1 回程度定期的を実施していくことが入院処遇やより専門的な治療を必要とする HIV 陽性者に関する精神医療従事者との連携を円滑にするために有効であると考えられる。

## 28 年度の研究

28 年度はそれらの結果を踏まえ、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、紹介率との関係を見ることとした。

### 信頼感尺度と相互独立的自己観 - 相互協調的自己観尺度

中村ら (2015) は、あらゆる生活場面で負の感情を抱く背景には、様々な対象に対しての基本的な不信感が存在していることを示している。天貝 (1999) は、信頼感を「人や自分自身を安心して信じ、頼ることができるという気持ち」と定義し、対人関係での信頼感は、「他人への信頼」や「不信」のみならず、「自分への信頼」も関連しているという (天貝、1995、1997)。

特定の他者に対する信頼感には、相手への役割期待との関連において感じるものがある (天貝、2001)。HIV 医療従事者や精神科医療従事者が持つ信頼感の高さは、他専門職種への役割期待への信頼との関連があると考えられ、他職種への紹介へと繋がっているのではないかと考えられる。

さらに、他専門職の役割期待に対する信頼感を持つことは、自身の専門職としての独自性と限界を認識することとも関連するだろう。Markus & Kitayama (1991) によると、相互独立的自己観とは「個人は他者から分離しており、他者から独立して独自性を主張することが必要」とする自己観であり、チーム医療を構成するそれぞれの専門職の独自性があることで初めて他職種によるチームの意義があると考えられる。また、同氏ら (1991) は、相互協調的自己観を「個人は互いに結びついていて個別的ではなく、さまざまな人間関係の一部になりきることが大切だ」とする自己観の考え方であり、同じケア目標に従って協働するチーム医療にとって必要な観点であると思われる。高田 (2000) は、個人は他者とは分離・独立している存在で、独自性を主張することが必要であるという「相互独立的自己観」と、人は個別的ではなく、さまざまな人間関係の一部になりきることが重要であるという「相互協調的自己観」の 2 要因を仮定し、「相互独立性」の下位因子は「個の認識・主張」「独断性」、「相互協調性」の下位因子は「他者への親和・順応」「評価懸念」で構成されると述べて

いる。他職種間の連携の間には、専門職への役割を信頼するとともに、自身の持っている他職種への役割期待への信頼や自分の専門性への信頼と独立性や協調性が関与していることが推測される。

阿形・釘原(2008)は相互独立的自己観と相互協調的自己観が社会的手抜きに及ぼす影響について研究をおこなった。その研究の中で、集団でのパフォーマンスを高めるには、相互独立的自己観の優勢な人と相互協調的自己観の優勢な人とでは異なったアプローチの必要性があることを指摘している。論文内においては、「例えば、相互独立的自己観が優勢な人に対しては、集団で評価するよりも、個人の仕事の成果によって評価される欧米的成果主義を採用するほうが効率的であると考えられる。一方、相互協調的自己観が優勢な人に対しては、個人の成果によって評価される状況と比べて、集団全体で評価されても動機付けは維持されるため、個別の成果が判別できず集団成果でしか評価できない作業に適していると考えられる」と考察している。よってHIV医療従事者や精神科医療従事者において相互協調性と相互独立性の高低は、他専門職への紹介の有無に影響を与えていると想定される。HIV診療と精神科診療がチームとして連携し、機能していくためには、他職種への紹介を促進させる要因を抽出し、その要因に重点をおいた研修が必要となると考えられた。

## 研究方法

### 1. 対象

全国のHIV拠点病院および中核拠点病院全384施設に勤務する内科医、精神科医、心理士を対象にアンケート計1152(384×3)通を郵送し、返送のあった202名を対象とした。

### 2. 研究期間

平成28年7月～9月

### 3. 調査内容

年齢、性別、勤務形態やHIV患者への治療経験や人数、およびHIV患者の紹介状況や現状の支援システムについての満足度(5件法)、他職種への連携について自由に記述できるようにした。信頼感に関しては、天貝(1997)の成人版を使用し、6件法で回答を求めた。また相互独立的・相互協調的自己観尺度(高田、2000)を用い、7件法で回答を求めた。

### 4. 分析方法

未記入の箇所を欠損値として扱い、属性等は記述

統計を行った。信頼感尺度、および相互独立-相互協調的自己観尺度は、全員の回答を、共通性1.0、固有値1.0以上という基準で因子抽出を打ち切る主成分法を用い、因子分析を行った。そこで抽出した下位尺度の合計を職種ごとに分析し、紹介経験の有無を比較した。統計ソフトはSPSS Ver.23を使用した。

## 結果

### 1. 回答者および回答率

全国のHIV拠点病院および中核拠点病院384施設に精神科医・内科医・心理士を対象にアンケート計1152通を郵送した。その内202通(有効回答者数:196、回答率17%)の返送があった。内訳としては精神科医42通(有効回答者数:41、回答率10.6%)、内科医74通(有効回答者数:72、回答率19.3%)、心理士87通(有効回答者数:83、回答率21.6%)であった。

都道府県別にみると、北海道ブロックが16名(精神科医:4名、内科医:8名、心理士4名)、東北ブロックが15名(精神科医:3名、内科医:6名、心理士6名)、首都圏ブロックが25名(精神科医:4名、内科医:8名、心理士13名)、北関東ブロックが9名(精神科医:3名、内科医:3名、心理士3名)、甲信越ブロックが9名(精神科医:2名、内科医:4名、心理士3名)、北陸ブロックが5名(精神科医:1名、内科医:3名、心理士1名)、東海ブロックが20名(精神科医:5名、内科医:4名、心理士11名)、近畿ブロックが26名(うち精神科医:6名、内科医:8名、心理士12名)、中四国ブロックが48名(うち精神科医:9名、内科医:18名、心理士21名)、九州ブロック23名(うち精神科医:4名、内科医:10名、心理9名)となった(図9参照)。

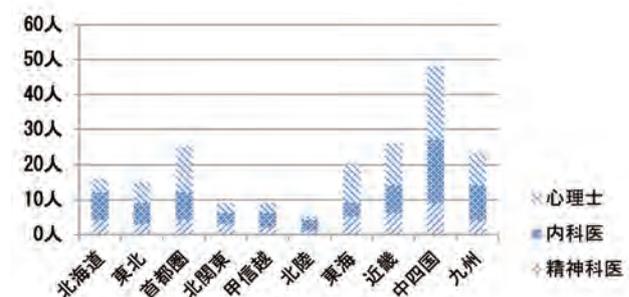


図9 都道府県別回答者人数 n=196

### 2. 回答者の属性

#### 1) 性別

精神科医は男性が36名(88%)女性が5名(12%)、

内科医は男性が 67 名 (93%) 女性が 5 名 (7%)、心理士は男性が 29 名 (33%) 女性が 54 名 (65%) であった (図 10)。

## 2) 年齢

精神科医は 40 代が 20 名 (49%) と最も多く、次いで 50 代が 11 名 (27%)、30 代が 9 名 (22%)、60 代が 1 名 (2%) であった。内科医は 50 代が 26 名 (36%) と最も多く、次いで 40 代が 24 名 (33%)、60 代が 14 名 (19%)、30 代が 8 名 (11%) であった。心理士は、30 代が 41 名 (49%) と最も多く、次いで 40 代が 26 名 (31%)、20 代が 8 名 (10%) であった (図 11)。

## 3) 勤務年数・治療年数

勤務年数の平均は、精神科医が 19 年、内科医が 24 年、心理士が 12 年であった (図 12)。現在の職場での所属年数の平均は精神科医が 11 年、内科医が 13 年、心理士が 8 年であった (図 13)。HIV 患者の治療・カウンセリング年数の平均は、精神科医が 3 年、内科医が 11 年、心理士が 3 年であった (図 14)。勤務形態は、精神科医、内科医、心理士ともに常勤が多く、それぞれ全体の 93%、97%、70% であった。

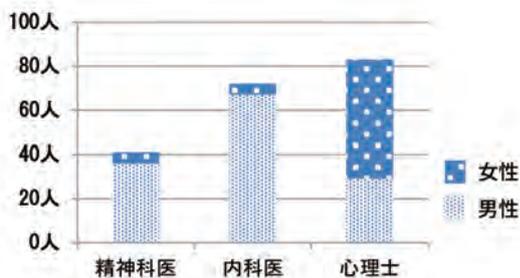


図 10 各職種の性別 n=196

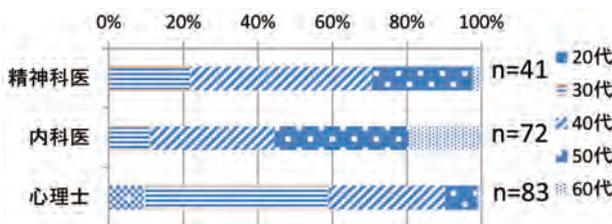


図 11 各職種の年齢 n=196

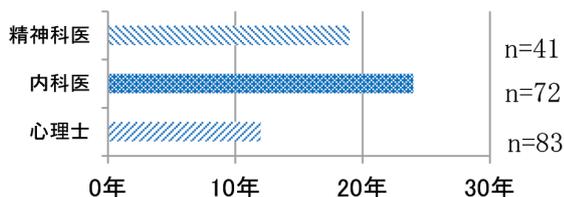


図 12 勤務年数平均 n=196

## 4) HIV の治療およびカウンセリング実施人数

平成 27 年度における回答者が所属する拠点病院全体での HIV 治療・カウンセリングの実施人数は、平均で 88 人であった。平成 27 年度における回答者が所属する科や部署での HIV 治療・カウンセリング人数は、精神科医は「0 名」が 17 名、「1～9 名」が 19 名、「10～49 名」が 1 名、「50～99 名」が 0 名、「100 名以上」0 名、「無回答」4 名であった。内科医は、「0 名」が 13 名、「1～9 名」が 20 名、「10～49 名」が 24 名、「50～99 名」が 6 名、「100 名以上」が 9 名、「無回答」0 名であった。心理士は、「0 名」が 35 名、「1～9 名」が 8 名、「10～49 名」が 7 名、「50～99 名」が 5 名、「100 名以上」が 7 名、「無回答」が 21 名であった (図 15)。

また、回答者の拠点病院で所属しているスタッフの人数は、精神科医は 1～9 人が 22 名、10～49 人が 18 名、不明が 1 名であった。内科医は 1～9 人が 15 名、10～49 人が 35 名、50～99 人が 9 名、100 人以上が 9 名、不明が 4 名であった。心理士は 0 人が 1 名、1～9 人が 74 名、10～49 人が 6 名、不明が 2 名であった (図 16)。

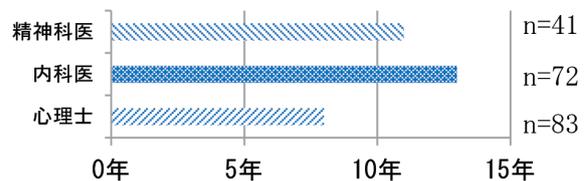


図 13 現在の職場の勤務年数平均 n=196

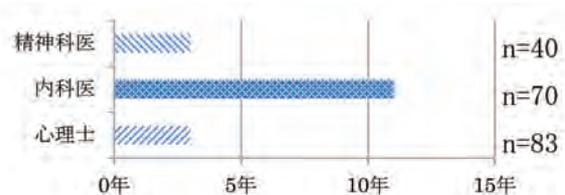


図 14 HIV の治療・カウンセリング年数 n=193

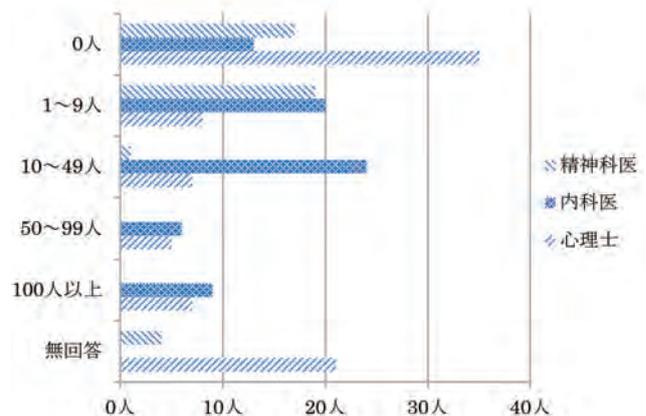


図 15 平成 27 年度の HIV 治療・カウンセリング人数 (所属課内) n=196

### 3. 内科医の回答結果

#### 1) 精神科的介入を必要とした HIV 患者

平成 27 年度の HIV 外来患者の中で、精神科的な介入を必要とするものの総数は 316 名であり内訳は以下の通りであった。心理士を紹介したものが 225 名、心理士を紹介したいけどしていないものは 25 名、自院精神科を紹介したものは 56 名、他院精神科を紹介したものは 4 名、自院に精神科がないため他院精神科を紹介したものが 0 名、自院の精神科では対応困難のため他院精神科を紹介したものは 6 名であった (図 17)。

#### 2) 入院処遇を要した HIV 患者

また平成 27 年度に診療した HIV 入院患者の総数は 276 名であった。内訳は、自院内科病棟に入院が 257 名 (93%)、自院精神科病棟に入院が 13 名 (4.7%)、民間精神科病院に入院が 2 名 (0.7%)、自院に精神科がないため民間精神科病院に入院が 0 名 (0%)、自院に精神科病棟がないため民間精神科病院に入院が

3 名 (1.1%)、自院の精神科では対応困難なため民間精神科病院に入院が 1 名 (0.4%) であった (図 18)。

### 4. 心理士の回答結果

#### 1) 心理士の通常業務・資格・所属

所属する部署で心理士の通常業務の内訳は、心理査定・アセスメントが 77 名 (92.8%)、相談業務が 72 名 (86.7%)、心理療法が 76 名 (91.6%)、地域活動が 44 名 (53%)、教育研修が 57 名 (68.7%)、その他が 21 名 (25.3%) であった (図 19)。

心理士の所属する診療科は精神科が 31 名 (37.3%)、心療内科が 1 名 (1.2%)、内科が 10 名 (12.0%)、小児科が 2 名 (2.4%)、その他が 40 名 (48.1%) であった (図 20)。(複数回答有り)

有する資格は、臨床心理士が最も多く 79 名、次いで認定心理士が 8 名であった。派遣カウンセラーとして登録している数は 12 名 (15%)、していない数は 70 名 (84%) であった (図 21)。

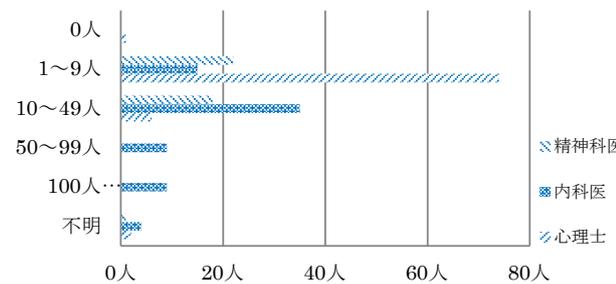


図 16 所属しているスタッフの平均人数 n=196

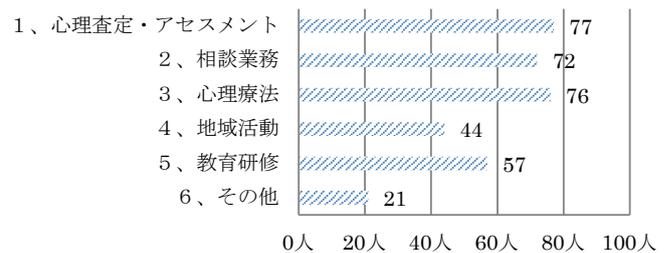


図 19 心理士の通常業務 n=83

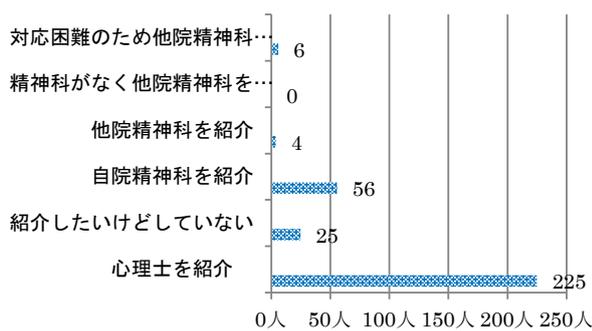


図 17 精神科的介入を必要とする HIV 患者を紹介した実人数 n=68

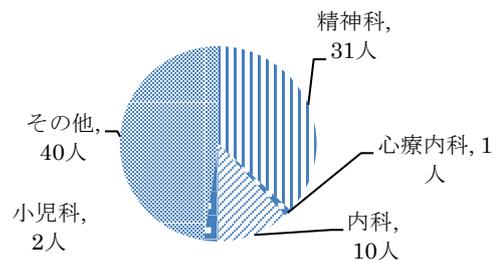


図 20 心理士の所属診療科 n=83

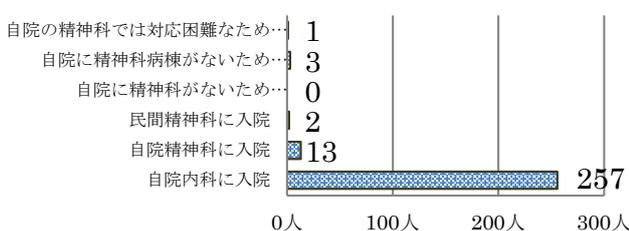


図 18 入院処遇を要した者の入院先 n=68

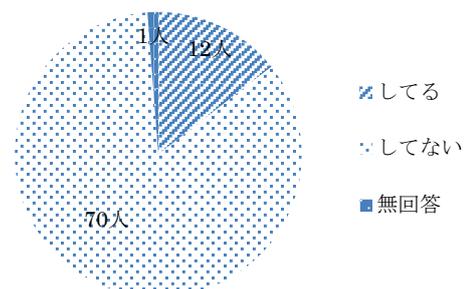


図 21 派遣カウンセラーの登録の有無 n=83

## 2) HIV 患者のカウンセリングの主訴

平成 27 年度にカウンセリングを担当した HIV の患者の総数は 492 名であった。主訴の内訳は図 22 の通りである。「人間関係：家族・恋人・友人・職場や学校」が 190 人で最も多く 38.6% を占め、次いで「精神疾患や不適応：抑うつ状態・不安・人格障害・依存・自傷」が 129 名 (26.2%)、「発達上の課題：自律・妊娠・仕事・宗教関連」と「生活：医療費・生活費・法律・他患との交流」が同数で 45 名 (9.1%)、HIV 抗体検査：感染告知後の動揺、陰性告知後」が 39 名 (7.9%)、「陽性者以外からの相談：今後の不安・接し方」が 26 名 (5.3%)、性：セクシュアリティや性行為・セーフターセックス」18 名 (3.7%) であった。

## 3) HIV 患者のカウンセリングの転帰

転帰の内訳は、カウンセリング継続中が最も多く 339 名 (67.4%)、カウンセリング終了が 101 名 (20.1%)、カウンセリング中断が 39 名 (7.8%)、同院精神科医紹介が 8 名 (2.6%)、他院精神科紹介が 8 名 (2%)、その他が 8 名 (2%) であった (図 23)。

## 5. 精神科医の回答結果

### 1) HIV 患者の併存性精神疾患

平成 27 年度に診療した HIV 患者の併存精神疾患の ICD-10 による診断名を図 24 に示した。合計人数は 82 名であり、神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害が、25 名 (29.8%) で最も

多数を占め、次いで精神作用物質使用による精神および行動の障害 14 名 (17.1%)、気分 (感情) 障害 13 名 (15.9%)、症状性を含む器質性精神障害 11 名 (13.4%)、統合失調症、統合失調型障害及び妄想性障害 5 名 (6.1%)、生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群 1 名 (1.2%)、成人のパーソナリティおよび行動の障害 7 名 (8.5%)、精神遅滞 (知的障害) 0 名 (0%)、心理発達の障害 4 名 (4.8%)、小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害、特定不能の精神障害 2 名 (2.4%) であった。

### 2) 受診の経緯

受診の経緯は、同院からの紹介が 79 名 (94%) と最も多く、次いで他院精神科医からの紹介が 3 名 (3.6%) であった (図 25)。また HIV 患者の転帰は、継続治療中が最も多く 67 名 (79.8%)、次いで治療中断、他院精神科に紹介が同数の 6 名 (7.1%) という結果であった (図 26)

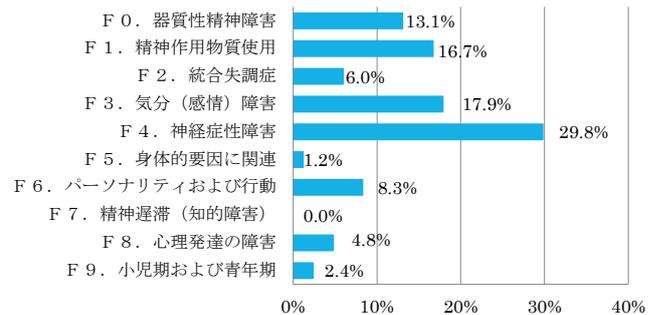


図 24 ICD-10 による併存精神疾患の診断名 n = 82

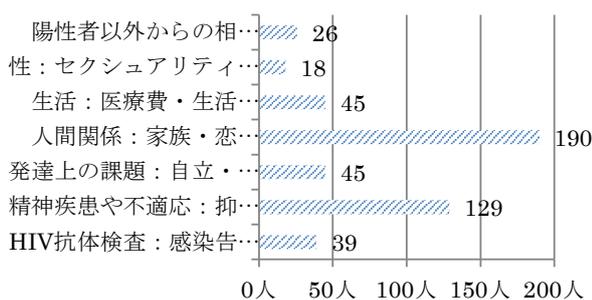


図 22 カウンセリングの主訴 n = 70

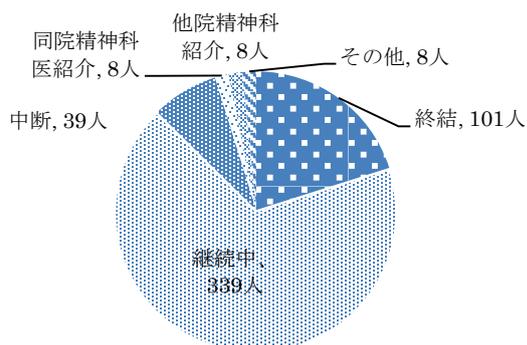


図 23 カウンセリングの転帰 n = 70

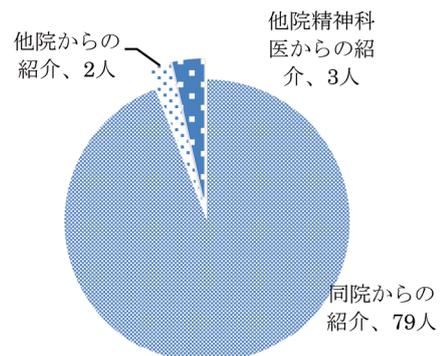


図 25 精神科受診した患者の来院経路 n=41

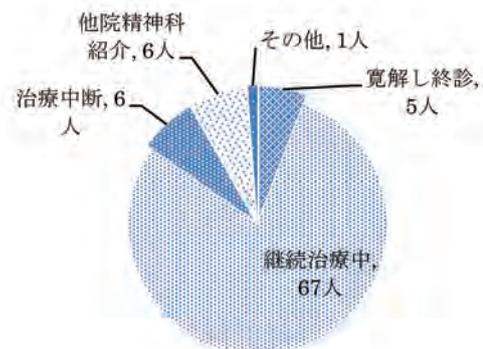


図 26 精神科を受診した患者の転帰 n=41

参考：ICD-10 精神および行動の障害

- F0. 症状性を含む器質性精神障害
- F1. 精神作用物質使用による精神および行動の障害
- F2. 統合失調症、統合失調型障害及び妄想性障害
- F3. 気分（感情）障害
- F4. 神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害
- F5. 生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群
- F6. 成人のパーソナリティおよび行動の障害
- F7. 精神遅滞（知的障害）
- F8. 心理発達の障害
- F9. 小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害、特定不能の精神障害

## 6. 連携満足度

### 1) 5件法

どの職種も「どちらでもない」が最も多かったが、図 27 に示すごとく、内科医は他院精神科との連携に対する満足度の方が自院精神科との連携に対する満足度よりも高かった。心理士は自院、他院を問わず、精神科医との連携に対する満足度は、内科医に対する満足度に比べ低い傾向にあった。（図 28）精神科医の他職種への満足度は、他院精神科に対するものが最も低く、次いで心理士、内科医と順に高くなっていった。（図 29）

### 2) 自由記述

#### 1) 内科医

派遣・中核カウンセラーについては「専門的な視点で丁寧関わってくれる」「当事者、家族、パートナーと無料で利用できる」「自由度が高く、院外にも行ってもらえる」等評価が高い一方で、「受診や治療が安

定しない患者にリアルタイムで即応しがたい」「院外の人なので電子カルテの閲覧、記入ができない」「予算によって勤務回数に変動があり、身分が不安定」等の問題が挙げられていた。院内心理士については「精神科専属の心理で、積極的に連携する雰囲気がない」という記述が複数あった。

#### 2) 心理士

上記と呼応し、内科医に対する不満として、「そもそも連携がない」「HIV について連携していない」という記述が複数あった。対精神科医については「精神科医がいない」「連携していない」他院精神科については「入院は受け入れてもらえない」「連携がない」とそもそも連携がないことをあげる者が多くみられた。また他院精神科に紹介する場合、「HIV の知識を持つ心理士や精神科医がいない場合は紹介しづらさがある」「当事者が傷ついてもどってることがある」と紹介先の知識や対応に不安を持っていることが述べられていた。

#### 3) 精神科医

精神科病床がない場合、入院処遇が必要となった事例の処遇に関する精神科医への質問では、「紹介先も拠点病院、あるいは中核拠点病院であったため問題はなかった」という記述もあったが、「関連の精神科病院に紹介している」「他院精神科に紹介している」場合には、「単科の精神科病院では断られる」「嫌がられる」「HIV に対応できる内科医師がいない場合はうけいれてくれない」という困難を抱えていた。

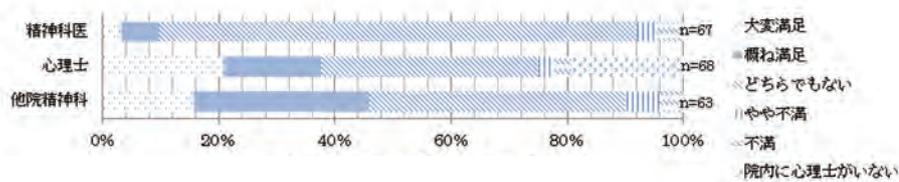


図 27 内科医の他職種連携に関する満足度

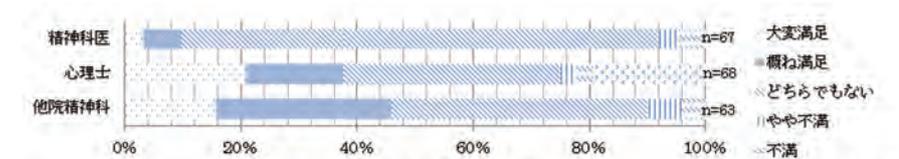


図 28 心理士の他職種連携に関する満足度

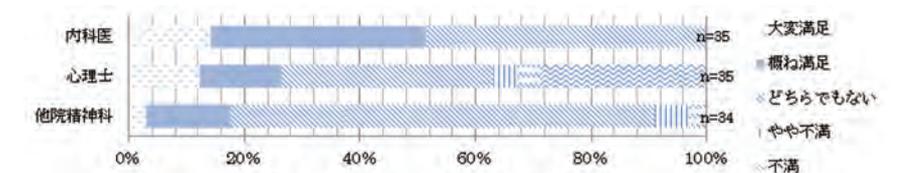


図 29 精神科医の他職種連携に関する満足度

また精神科病床があり、自施設に引き受けた場合も「病棟スタッフが対応になっていない」「誰もが嫌がった。地域の病院に戻るのが大変だった」と苦勞を述べられていた。その他では「実際的には当院以外の受け入れ先がない」「非協力的で積極的に連携する雰囲気がない」「疾患に対する知識の差」「基本的に HIV 感染者を受け入れない」「入院が困難」「患者者が望まない」という記述があった。

心理士との連携に関しては、中核・派遣カウンセラーと連携ができていない精神科医は社会資源を含めた専門知識、経験があることを評価している一方で、連携を不満としている者はカウンセラーとの連携がなく、そのシステムを知らぬ者も少なからずいることが示唆された。

## 7. 信頼感尺度と相互独立－相互協調的自己感尺度

### 1) 信頼感尺度の因子分析

信頼感尺度は、第 4 因子に分類された「私の地位や立場が変われば、私自身も今とは全く違う人間になるだろう。」は、専門職として自覚して回答していると判断し、削除し、3 因子とした（表 10）。第一因子から順に「不信」、「自分への信頼」、「他者への信頼」と命名した。

### 2) 相互独立－相互協調的自己感尺度の因子分析

相互独立・相互協調的自己感尺度は、5 因子に分類された（表 11）。第一因子から順に「個の認識」、「自律性」、「評価懸念」、「同調性」、「融通性」と命名した。

表 10 信頼感尺度の因子分析の結果

項 目		因子 1	因子 2	因子 3	因子 4
不信	過去に、誰かに裏切られたりだまされたりしたので、信じるのが怖くなっている。	0.735	0.146	0.128	-0.068
	気をつけていないと、人は私の弱みにつけ込まうとするだろう。	0.732	0.155	0.216	0.236
	所詮（しょせん）、周りは敵ばかりだと感じる。	0.66	0.23	0.279	0.138
	自分で自分をしっかり守っていないと、壊れてしまいそうな気がする。	0.655	0.183	0.165	0.2
	今心から頼れる人にもいつか裏切られるかもしれないと思う。	0.648	0.046	-0.003	-0.213
	相手が自分を大切にしてくれるのは、そうすることによって相手に利益があるときだ。	0.639	-0.021	-0.019	0.385
自分への信頼	人は自分のためなら簡単に相手を裏切ることができるだろう。	0.554	-0.087	0.24	0.489
	私は、自分自身をある程度は信頼できる。	0.092	0.871	0.057	-0.006
	私は、自分自身が、信頼に値する人間だと思う。	0.126	0.811	0.216	0.174
	私は自分の人生に対し、何とかやっていけそうな気がする。	0.204	0.744	0.315	-0.058
	私は、自分自身の行動をある程度はコントロールすることができるという確信をもっている。	0.116	0.605	0.428	0.152
	私は現実に信頼できる特定の他人がいる。	0.302	0.43	0.426	-0.396
他者への信頼	一般的に、人間は信頼できるものだと思う。	0.185	0.142	0.862	0.045
	これまでの経験から、他人もある程度は信頼できると感じる。	0.176	0.153	0.859	0.065
	私は多少のことがあっても、今の信頼関係を保っていけると思う。	0.205	0.439	0.672	0.075
	無理をしなくてもこの先の人生でも、私は信頼できる人と出会えるような気がする。	0.369	0.393	0.512	-0.223
	私は私で、決して他人にはとってかわることの出来ない存在であると思う。	-0.07	0.357	0.433	0.169
	私の地位や立場が変われば、私自身も今とは全く違う人間になるだろう。	0.182	0.191	0.075	0.654

表 11 相互独立－相互協調的自己感尺度の因子分析の結果

項 目		因子 1	因子 2	因子 3	因子 4	因子 5
個の認識	自分の考えや行動が他人と違っていても気にならない。	0.75	0.011	0.002	-0.014	-0.066
	自分でいいと思うのなら、他の人が自分の考えを何と考えるか気にしない。	0.671	0.204	-0.237	0.052	0.143
	自分の周りの人が異なった考えを持っていても、自分の信じることを守り通す。	0.657	0.193	0.064	0.14	-0.242
	たいていは自分ひとりで物事の決断をする。	0.556	0.374	0	-0.086	0.031
	良いか悪いかは、自分自身がそれをどう考えるかで決まると思う。	0.419	0.305	-0.03	0.412	-0.034
自律性	自分が何をしたいのか常に分かっている。	0.07	0.804	-0.065	0.098	0.071
	常に自分自身の意見を持つようにしている。	0.205	0.676	0.226	0.035	-0.157
	一番最良の決断は、自分自身で考えたものであると思う。	0.373	0.597	-0.148	0.088	0.212
	いつも自信をもって発言し、行動している。	0.331	0.55	-0.046	0.048	-0.382
評価懸念	人が自分をどう思っているかを気にする。	-0.172	0.138	0.851	0.089	-0.025
	相手は自分のことをどう評価しているかと、他人の視線が気になる。	-0.086	-0.003	0.819	0.197	0.09
	相手やその場の状況によって、自分の態度や行動を変えることがある。	0.232	-0.167	0.463	0.235	0.311
	他人と接するとき、自分と相手との間の関係や地位が気になる。	0.042	-0.067	0.447	0.441	0.292
同調性	仲間の中での和を維持することは大切だと思う。	0.062	0.237	0.073	0.755	-0.04
	人から好かれることは自分にとって大切である。	-0.031	0.208	0.327	0.736	-0.222
	自分がどう感じるかは、自分が一緒にいる人や、自分のいる状況によって決まる。	0.101	-0.191	0.053	0.67	0.217
	自分の所属集団の仲間と意見が対立することを避ける。	-0.169	0.037	0.306	0.447	0.404
融通性	人と意見が対立したとき、相手の意見を受け入れることが多い。	-0.037	0.146	0.053	0.14	0.749
	何か行動するとき、結果を予測して不安になり、なかなか実行に移せないことがある。	0.084	-0.175	0.479	-0.095	0.597
	自分の意見をいつもはっきり言う。	0.407	0.415	0.031	0.152	-0.521

### 3) 各職種間での比較

職種間で差がみられたのは、他者への信頼、不信、信頼感合計であった。いずれも内科医が最も低い結果となっていた（表12）。

### 4) 紹介の有無による比較

全職種の合計と紹介の有無による比較では、信頼感尺度、および下位尺度、相互独立的自己観-協動的自己観尺度、および下位尺度による差はみられな

かった（表13）。

職種ごとの比較では、内科医では、紹介経験がある人の方が同調性が高かった（表14）。精神科医は、紹介経験がある人の方が自律性が高かった（表15）。心理士では、紹介の有無による差はみられなかった（表16）。ちなみに性別による紹介の有無の差はみられなかった。

表12 各職種と信頼感・協力独立尺度

項目	職種	人数	平均	標準偏差	$\chi^2$	p値
他人への信頼	内科医	71	20.54	4.116	7.015	0.03
	精神科医	38	21.37	2.926		
	心理士	79	22.23	3.397		
	計	188	21.41	3.663		
自分への信頼	内科医	71	15.93	2.915	3.355	0.187
	精神科医	38	16.76	2.465		
	心理士	79	16.68	2.575		
	計	188	16.41	2.7		
不信 *1	内科医	71	14.42	3.074	17.029	< 0.001
	精神科医	38	15	2.482		
	心理士	79	16.24	2.718		
	計	188	15.3	2.919		
信頼感尺度合計	内科医	71	53.54	8.33	10.838	0.004
	精神科医	38	55.82	6.625		
	心理士	79	57.9	7.422		
	計	188	55.83	7.839		
個の認識	内科医	71	20.14	4.124	0.696	0.706
	精神科医	39	20.21	5.237		
	心理士	80	20.64	4.557		
	計	190	20.36	4.533		
自律性	内科医	71	17.93	3.395	0.875	0.646
	精神科医	39	17.1	4.272		
	心理士	80	17.5	3.464		
	計	190	17.58	3.612		
評価懸念	内科医	71	17.14	3.654	5.532	0.063
	精神科医	39	16.82	4.628		
	心理士	80	18.33	3.329		
	計	190	17.57	3.783		
同調性	内科医	71	18.76	3.34	0.954	0.621
	精神科医	39	18.41	4.018		
	心理士	80	19.45	3.077		
	計	190	18.98	3.393		
融通性	内科医	71	12.41	1.737	0.083	0.959
	精神科医	39	12.15	2.611		
	心理士	80	12.3	1.925		
	計	190	12.31	2.011		
協力独立合計	内科医	72	85.18	14.413	0.873	0.646
	精神科医	41	80.56	24.767		
	心理士	83	85.02	19.369		
	計	196	84.15	19.043		

\*1：得点が低い方が不信感が強い

表 13 他職種への紹介の有無と各尺度の比較（全職種）

項目	紹介有無	人数	平均値	標準偏差	U	p 値
他人への信頼	あり	43	21.12	3.965	1296.5	0.261
	なし	69	21.9	3.515		
自分への信頼	あり	43	16.42	2.584	1468.5	0.928
	なし	69	16.32	2.852		
不信	あり	43	14.95	2.845	1403.5	0.629
	なし	69	15.12	2.81		
信頼感尺度合計	あり	43	55.26	8.324	1404	0.634
	なし	69	56.01	7.107		
個の認識	あり	43	19.93	3.954	1448.5	0.833
	なし	69	20.25	4.374		
自律性	あり	43	17.74	3.163	1327	0.347
	なし	69	17.38	3.477		
評価懸念	あり	43	17.05	3.464	1441	0.799
	なし	69	17.14	3.786		
同調性	あり	43	18.91	2.759	1331.5	0.36
	なし	69	18.38	3.594		
融通性	あり	43	12.21	1.726	1420.5	0.701
	なし	69	12.06	1.814		
協力独立合計	あり	44	83.89	16.253	1515.5	0.886
	なし	70	83.99	15.01		

表 14 他職種への紹介の有無と各尺度（内科医）

項目	紹介有無	人数	平均値	標準偏差	U	p 値
他人への信頼	あり	34	20.79	4.125	341.5	0.787
	なし	21	20.95	4.117		
自分への信頼	あり	34	16.18	2.68	331	0.65
	なし	21	15.57	3.572		
不信	あり	34	14.68	2.951	327.5	0.606
	なし	21	14.05	3.528		
信頼感尺度合計	あり	34	54.35	8.567	324.5	0.573
	なし	21	53.05	7.89		
個の認識	あり	34	19.76	3.838	342.5	0.8
	なし	21	20.1	4.56		
自律性	あり	34	17.71	3.425	352	0.931
	なし	21	17.95	3.892		
評価懸念	あり	34	17.06	3.717	320.5	0.525
	なし	21	16.29	3.594		
同調性	あり	34	19.03	2.791	249.5	0.061
	なし	21	17.1	4.3		
融通性	あり	34	12.35	1.807	342	0.791
	なし	21	12.29	1.678		
協力独立合計	あり	35	83.46	18.009	333.5	0.564
	なし	21	83.71	10.159		

表 15 他職種への紹介の有無と各尺度の比較（精神科医）

項目	紹介有無	人数	平均値	標準偏差	U	p 値
他人への信頼	あり	3	20.67	2.082	21	0.523
	なし	19	21.68	2.605		
自分への信頼	あり	3	18	1	21.5	0.523
	なし	19	17	2.357		
不信	あり	3	15.33	1.155	18	0.356
	なし	19	14.63	1.892		
信頼感尺度	あり	3	57	4	25	0.787
合計	なし	19	55.95	5.307		
個の認識	あり	3	20	4.359	27	0.929
	なし	19	20.05	3.763		
自律性	あり	3	20	1	4	0.014
	なし	19	16.63	2.891		
評価懸念	あり	3	17	1.732	27.5	0.929
	なし	19	17.11	3.871		
同調性	あり	3	18.67	4.041	25.5	0.787
	なし	19	18.58	2.931		
融通性	あり	3	12	1	24.5	0.718
	なし	19	12.05	1.957		
協力独立合計	あり	3	87.67	2.082	26.5	0.857
	なし	19	84.42	11.107		

表 16 他職種への紹介の有無と各尺度の比較（心理士）

項目	紹介有無	人数	平均値	標準偏差	U	p 値
他人への信頼	あり	6	23.17	3.488	77	0.685
	なし	29	22.72	3.484		
自分への信頼	あり	6	17	2.449	77.5	0.685
	なし	29	16.41	2.514		
不信	あり	6	16.33	2.658	86	0.564
	なし	29	16.21	2.396		
信頼感尺度合計	あり	6	59.5	7.893	76.5	0.654
	なし	29	58.21	6.966		
個の認識	あり	6	20.83	5.037	84.5	0.915
	なし	29	20.48	4.733		
自律性	あり	6	16.83	1.472	72.5	0.535
	なし	29	17.45	3.541		
評価懸念	あり	6	17	2.898	27.5	0.507
	なし	29	17.79	3.867		
同調性	あり	6	18.33	2.338	71.5	0.654
	なし	29	19.17	3.274		
融通性	あり	6	11.5	1.517	76	0.623
	なし	29	11.9	1.858		
協力独立合計	あり	6	84.5	7.369	75.5	0.442
	なし	30	83.9	19.7		

## 考察

内科医と中核・派遣カウンセラーはうまく連携がとれていても、内科医と院内心理士の場合は必ずしも連携はとれておらず、内科医と精神科医とはさらに困難となっており、連携をした事例自体が少ないことが明らかとなった。また精神科医が他の精神科医療機関に紹介することについて「HIV の診療は拠点病院で行うべきものである」と最初から他精神科医療機関を連携対象として除外している者もいた。

今回は連携事例数が少なかったため統計的差は得られなかったが、HIV 医療従事者と精神科医療従事者が連携するにあたって互いの信頼感は重要と考えられる。連携の不満理由を記載した自由記述によると、現況ではそもそも接点がなかったり、システムの不備や双方に不信、不安があり、HIV 医療従事者と精神科医療従事者との連携事例は少数に留まっていると考えられた。また拠点病院の精神科医であっても中核・派遣カウンセラーのシステムを知らなかった者も 3 名おり、他精神科医療機関では一層の周知率の低さが危惧された。

また併存精神疾患では単科精神科病院で多数を占める統合失調型障害及び妄想性障害の割合は 6.1%と少なく、精神作用物質使用による精神および行動の障害が 17.1%と多かった。平成 28 年 4 月 1 日付けの診療報酬改定において、薬物依存に対しても、一定の研修をうけた医師、看護師や作業療法士が標準化された方法で集団精神療法を実施した場合、「依存症集団療法」が 1 回につき 340 点、最長 2 年間加算されるようになって、薬物依存に対応可能な精神科病院も徐々に増えてきている。ストレス性疾患や気分障害はもともと精神科医に馴染み深い疾患であるが、セクシュアティやスティグマの問題にも配慮する必要があるだろう。また、症状性を含む器質性精神障害で想定されるエイズ脳症等によるものは、医療設備の整った総合病院の精神科または神経内科で受けていただくのが妥当であると思われる。

一概に精神科病院といってもあらゆる精神疾患に対応できるわけではない。医療スタッフの問題や医療機器、技術の問題もある。精神症状のために入院処遇が必要な患者が生じた場合、可能であれば（在籍している場合）拠点病院の精神科医がまず診断し、適切な紹介先を判断するシステムがあると良いだろう。

「非協力的で積極的に連携する雰囲気がない」（自

由記述）と批判されがちな精神医療従事者であるが、受け入れ促進のためには疾患教育やサポートシステムが有効なのは精神障害者の地域移行促進の際に精神科医療従事者自身が体験済みである。疾患や治療、支援制度についての研修とともに、紹介後もコンタクトをとり、何かあればすぐに相談にのる等医療チームで支えあう体制をとることが、信頼関係を築くために重要であろう。

## 29 年度の研究

### 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 陽性者との接した経験の有無により、精神科入院の受け入れ難い理由に差があるか検討した（ $\chi$  二乗検定）。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（ $\chi$  二乗検定、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 17)。

表 17 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のは 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、同室患者とのトラブル、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 18)。

表 18 入院依頼があれば受け入れると思うか

	名	%
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 陽性者に接した経験のあるものは 26 施設（18.2%）であった（表 19、表 20）。

表 19 HIV に関する研修経験

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

表 20 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、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。病院が受け入れるであろうと想像する疾患は、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 21）。

表 21 あなた・病院が受け入れても良いと想像する精神障害

	回答者		病院側	
	数	%	施設	%
F0 器質性精神障害など	8	5.9	7	5.2
F1 物質依存など	3	2.2	5	3.7
F2 統合失調症など	7	5.2	3	2.2
F3 気分（感情）障害など	5	2.6	8	5.9
F4 神経症性障害など	6	4.4	8	5.9
F5 身体関連障害など	3	2.2	3	2.2
F6 パーソナリティ障害など	3	2.2	4	3
F7 精神遅滞など	3	2.2	8	5.9
F8 心理発達障害など	6	4.4	4	3
F9 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。病院が受け入れるであろうと想像する身体状況は、「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。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。病院が受け入れると考えられる社会状況は「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 22）。

表 22 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	
	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	
	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

HIV 陽性者を受け入れがたいとする理由は、「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。病院が受け入れがたいと思う理由は、「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（表 23）。

表 23 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	
	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

HIV 陽性者を受け入れるにあたり、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思われることは「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 24）。

表 24 行政や HIV 診療拠点病院に期待すること

	回答者		病院側	
	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 25）。

表 25 受け入れやすくする研修内容

	回答者		病院側	
	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は 24 名、ないとした者が 124 名を分析対象とし、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、回答者が受け入れ難いとしたものに該当するものがなかった（表 26）。

表 26 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思われる理由では、「職員への感染」のみであった（表 27）。

表 27 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 陽性者と接した経験がある者は 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 28）。

表 28 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」が多かった (表 29)。

表 29 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、同じ順に平均、もしくは割合を示す)、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 (40.6/9.7 名)、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 30)。

表 30 研修会参加者の所属

所属機関	施設数	%
病院	3	6
精神病院	18	37
総合病院	7	14
その他の病院	1	2
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

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。

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 (表 31、表 32)。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 33)。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 31 HIV 陽性者との接触経験

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

表 32 セクシャル・マイノリティの方との接触経験

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

表 33 HIV 陽性者受け入れ経験

	名	%
あり	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。

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。

表 34 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	%	人	%	人	%
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

## 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。

内科との連携の際、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なども含め HIV 医療のバックアップ体制が望まれる。

しかし、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、すべての精神障害の種別において低かった（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。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。

回答者が考える精神科病院の HIV 陽性者の入院受け入れに関しては、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、回答者自身が考える受け入れるであろう精神障害は、主に器質性や内因性の精神障害であったが、回答者が考える精神科病院の入院受け入れ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入院を受け入れている精神障害の傾向を示しているものと思われる。

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。

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。

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。

実際に HIV 陽性者の精神科入院の経験や接した経験は、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 陽性者と接した経験のない者は、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、接した経験のある者は、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のバックアップとあわせ、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

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、実際に接した経験や診療（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した経験が少なく、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した経験が半数あり、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、急変時や暴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、当事者から直接、体験談を聴く機会を設けたり、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

メンタル不調例の殆どで、まず主治医がゲートキーパーとして対応し抗不安薬や睡眠導入剤も処方していたが、抗うつ剤や抗精神病薬が必要とされる

場合やより専門的対処が必要な場合は精神科医に紹介していた。受け入れへの抵抗の原因はHIVに関する知識不足や経験不足が大きな要因であると考えられ、精神医療従事者に対するHIVや性的マイノリティおよび薬物依存の治療プログラムに関する研修が必要と考えられた。研修の際には普段の診療で治療されている認知症や不安障害や気分障害等の背景に、HIV感染やセクシュアリティの問題が潜んでいる可能性についても啓発することが必要であると思われた。

ブロック毎に協力精神科病院を選定し、定期的な研修会参加を通じて、日ごろから顔のみえる関係をつくっておくことが有効と考えられた。

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。

他者への信頼、不信、信頼感は内科医が最も低いが、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。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る。

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、インタビューやアンケート調査に協力して下さった皆様、日本精神科病院協会ならびに会員施設の皆様、快く講演の講師や指定発言を引き受けて下さった皆様に心からの謝意を表します。

## 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

## 健康危険情報

該当なし

## 文献

阿形亜子、釘原直樹 (2008) : 相互独立的自己観 - 協調的自己観が社会的手抜きに及ぼす影響、対人社会心理学研究、8、p.75.

赤穂理恵 (2004) : HIV 感染症における精神障害と心理社会的ストレス、「精神科治療学」第 19 巻増刊号、245-249.

天貝由美子 (1995) : 高校生の自我同一性に及ぼす信頼感の影響 教育心理学研、43、364-371.

天貝由美子 (1997) : 成人期から老年期に渡る信頼感の発達一家族および友人からのサポート感の影響一 教育心理学研究 45、79-86.

天貝由美子 (1999) : 一般高校生と非行少年の信頼感に影響を及ぼす経験要因 教育心理学研究 47、229-238.

井上洋士、矢島喬、高久陽介 (2015): グラフでみる「Futures Japan 調査結果」～グラフでみる陽性者のためのウェブ調査第 1 回 (2013 年 7 月～2014 年 2 月).

早津正博ら (2012)、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、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.

古谷野淳子ら (2012)、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.

Markus, H.R., & Kitayama, S. Culture and the self : Implications for cognition, motivation, and emotion. (1991) Psychological review、98、pp.227-253.

水木清久、岡本牧人、石井邦雄、土本寛二編 (2011) : 実践チーム医療論～実際と教育プログラム .44-70. 医歯薬出版.

仲倉高広ら (2014) 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」. 25 年度研究報告書.

中村文香、奈良依璃子、五十嵐哲也 (2015) 有能感タイプと主観的幸福感の関連 : 信頼感の差異に注目して 愛知教育大学教育臨床総合センター紀要 6、47-54.

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.

高橋卓巳、吉川正孝、筒井卓美、松永力、加藤温、今井公文 (2010) : HIV 感染症患者における適応障害について - 国立国際医療研究センター病院における精神科リエゾンから - Jpn J Gen Hosp Psychiatry .Vol.22, No.3 203-209.

高田利武 (2000) 相互独立的 - 相互協調的自己観尺度に就いて. 総合研究所所報.

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.

矢永由里子、江崎直樹、牧野麻由子、山本政弘、辻麻理子、高田知恵子、三木浩司 (1999) : HIV 陽性者のメンタルヘルスへのアプローチ～心理職がめざす予防とケアについての検討 その 1. 第 23 回日本エイズ学会総合サテライトシンポジウム記録. 153-157.