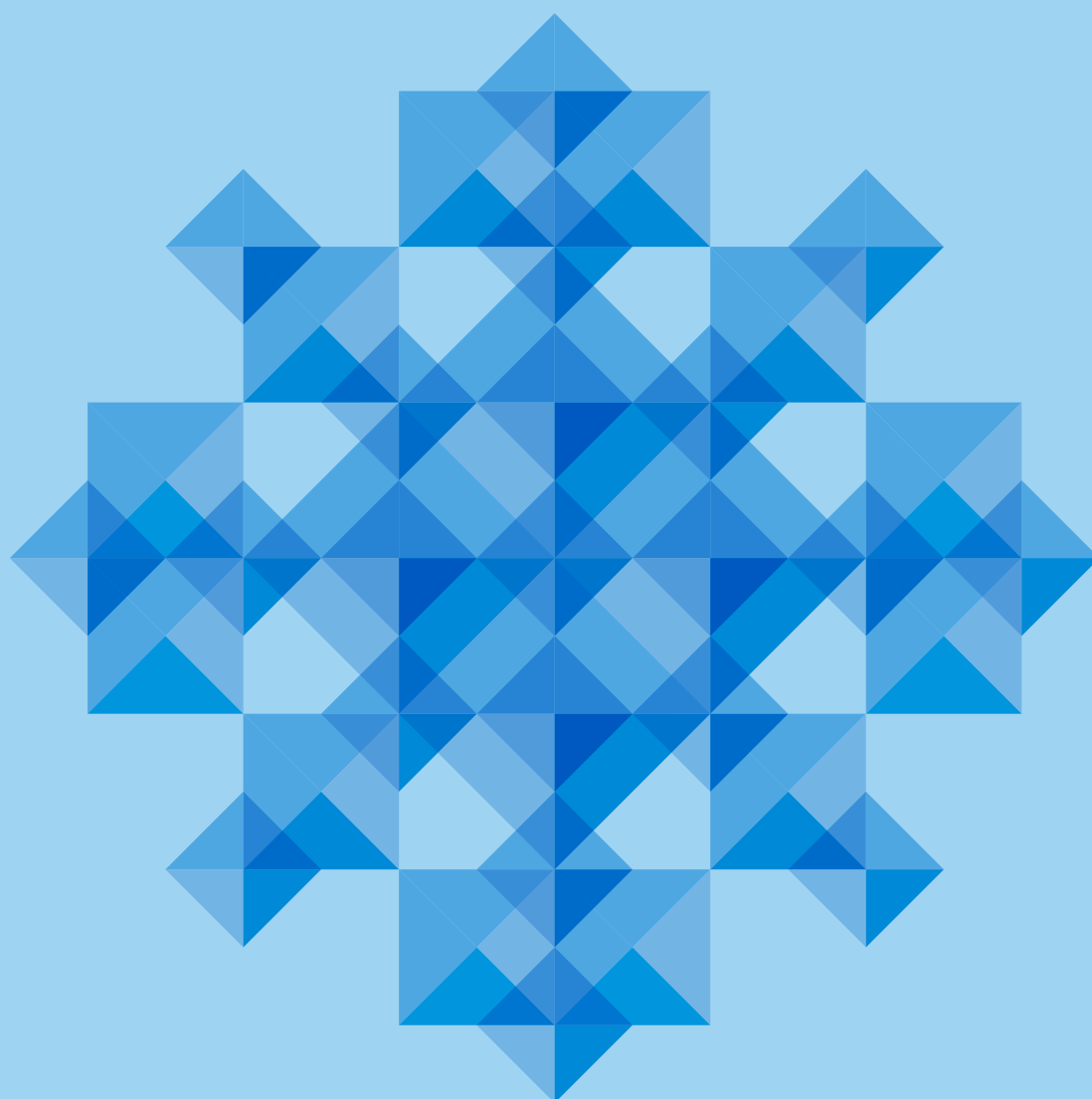


厚生労働行政推進調査事業費補助金（エイズ対策政策研究事業）

HIV陽性者に対する精神・心理的支援方策 および連携体制構築に資する研究

平成30年度 総括・分担研究報告書



独立行政法人 国立病院機構 大阪医療センター
HIV/AIDS先端医療開発センター

白阪 琢磨

厚生労働科学研究費補助金 エイズ対策政策研究事業

HIV 陽性者に対する精神・心理的支援方策 および連携体制構築に資する研究

平成 30 年度 研究報告書

総括研究報告

- 1 HIV 陽性者に対する精神・心理的支援方策および
連携体制構築に資する研究.....6
白阪 琢磨 (国立病院機構大阪医療センター 臨床研究センター エイズ先端医療研究部)

分担研究報告

- 2 HIV 陽性者の精神疾患医療体制と連携体制の構築.....12
池田 学 (大阪大学大学院医学系研究科精神医学)
- 3 カウンセリング等心理支援の評価.....18
大山 泰宏 (京都大学教育学研究科)
- 4 MRI 画像による神経認知障害の神経基盤の解明.....22
村井 俊哉 (京都大学大学院医学研究科脳病態生理学講座 (精神医学))
- 5 HIV 陽性者の心理的問題点と対策の検討.....26
安尾 利彦 (独立行政法人国立病院機構大阪医療センター臨床心理室)
- 6 薬害被害者の心理的支援方法の検討.....30
山田 富秋 (松山大学人文学部社会学科)

1

HIV 陽性者に対する精神・心理的支援方策および連携体制構築に資する研究

研究代表者

白阪 琢磨 (国立病院機構大阪医療センター 臨床研究センター エイズ先端医療研究部長)

研究分担者

大山 泰宏 (京都大学教育学研究科 研究員)

安尾 利彦 (国立病院機構大阪医療センター臨床心理室 主任心理療士)

村井 俊哉 (京都大学精神医学 教授)

池田 学 (大阪大学大学院医学系研究科精神医学 教授)

山田 富秋 (松山大学人文学部社会学科 教授)

研究要旨

治療の進歩で予後が大きく改善し慢性疾患と位置づけられるまでになった HIV 感染症であるが、治癒はないため HIV 感染者の HIV 感染の状況には変わり無く、生きづらさや精神心理的困難を抱えていることが少なくないと言っても過言ではなく、精神的・心理的課題が指摘されている。本研究は昨年度まで「HIV 感染症および合併症の課題を克服する研究」班の研究分担として実施して来たが、研究課題の重要性と専門性が高いため、本年度より独立した研究班と位置づけられた。本研究では、先行研究成果を踏まえ、HIV 陽性者の精神・心理的実態を明らかにし、より効果的な精神・心理的支援を開発し、心理的支援を統合した診療ネットワークモデルの提供を試みた。研究は、研究 1「カウンセリング等心理支援の評価」、研究 2「HIV 陽性者の心理的問題点と対策の検討」、研究 3「MRI 画像による HIV 神経認知障害の神経基盤の解明」、研究 4「HIV 陽性者の精神疾患医療体制と連携体制の構築」、研究 5「薬害被害者の心理的支援方法の検討」の 5 つの分担研究を実施した。

研究目的

治療で予後が改善した HIV 感染症であるが、精神的・心理的課題が指摘されている。本研究では HIV 陽性者の精神・心理的実態を明らかにし、より効果的な精神・心理的支援を開発し、心理的支援を統合した診療ネットワークモデルの提供を試みる。

研究 1 (大山) HIV 陽性者へのカウンセリングの効果を実証的に示す。また、陽性者の心理的課題を特定し、それにふさわしいカウンセリングの方法や技法を検討する。

研究 2 (安尾) HIV 陽性者の行動面の障害を伴う問題、中でも受診中断について、その心理的背景を明らかにする。

研究 3 (村井) HIV 感染者の心理的ストレスの背景にある HIV 関連神経認知障害 (HAND) の神経基盤について、MRI 画像統計解析により明らかにする。

研究 4 (池田) 体制を、大学院精神科、単科精神科病院、公立精神科病院、精神科診療所の連携により構築する。連携を実現するための精神科医療の専門職向けの教育資料を開発する。

研究 5 (山田) 血液製剤由来 HIV 陽性者にとって有益な心理的支援方法を、心理学、社会学、ピア (当事者)、医療者の様々な視点から検討する。

研究方法

研究 1 (大山) 研究協力の申し出のあった HIV 陽性者に、臨床心理士による支持的技法の標準的なカウンセリングを行い、その前後および中間地点において、質問紙や投映法などの複数の心理検査を通して評価する。

研究 2 (安尾) ①大阪医療センターの HIV 陽性者 168 名を対象に、診療録から基本属性、受診中断歴、受診無断キャンセル数等を抽出する。②同施設の HIV 陽性者を対象に、受診中断等行動面の障害を伴う問題の有無の調査、心理尺度を用いた量的調査を実施し、さらに他の慢性疾患 (糖尿病・高血圧症) の患者各 200 名に同様の調査を実施し、比較を行う。

研究 3 (村井) 大阪医療センターで取得済みの疾患群対照群各約 40 名、合計約 80 名のデータを用い、患者群と対象群の脳灰白質体積、白質繊維の障害の比較を行う。これら脳構造異常と認知機能検査や血液データ等臨床所見 (感染状態) との相関等について画像統計解析を行う。

研究 4 (池田) 平成 30 年度は、大阪府、大阪精神科病院協会、大阪精神科診療所協会などの協力得て、大阪府下の全精神科医療機関に対して、直近半年間の HIV 関連精神疾患の診療実績、診療上の留意点、紹介元、紹介先などを郵送によるアンケート調査を実施した。

研究 5 (山田) 薬害被害者とその医療従事者を対象にライフストーリーを中心としたインタビュー調査を行

う。とくに患者については以下の作業を行う。これまで実施したインタビューの語りをより深く理解するために、いわゆる「薬害エイズ事件」という歴史的・社会的文脈の視点も組み入れて、再整理を行う。この作業を通して、HIV チーム医療の医療従事者における語りの「文脈」ならびに「意味」も明確にすることができる。そして、これらによって、患者と医療従事者双方にとって、より良い心理的支援方法の像を映し出す。

研究結果

研究1 (大山) 3事例が終了し、うち2事例において詳細な分析が完了し、抑うつや不安気分の著しい改善を認めた。3事例目においては、心理アセスメントの分析の途中であるが、社会生活面での改善を認めた。

研究2 (安尾) 約20%に受診中断歴があった。受診中断歴の有無による2群化で、年齢、治療歴の有無、無断キャンセル数に有意差を認めた。メンタルヘルスや物質使用に関する記述の有無では差を認めなかった。

研究3 (村井) 中間解析の結果、白質繊維について対照群と比較して患者群の拡散異方性の違いは認められなかったが、脳梁や内包前脚等の脳部位で平均拡散能や放射拡散係数が有意に増加していた。運動機能や知覚統合と脳梁などの脳部位の平均拡散能との間に負の相関を認めた。

研究4 (池田) 予備調査票の送付準備が整い、本調査票も完成した。大阪大学医学部倫理委員会での審査の手続き中である。

研究5 (山田) 今年度は、歴史的出来事に沿って患者の語りを整理することで、インプリケーションが得られた。また、ブロック拠点病院のチーム医療について、研究成果をまとめることができた。

考察

研究1 (大山) カウンセリングによる支援が、HIV 陽性者の精神的健康を高め、社会生活への参加を改善することが示唆された。

研究2 (安尾) ①受診の無断キャンセルが多い陽性者は、受診中断する可能性も高いことが推察された。無断キャンセル後の来院時に無断キャンセルに至った要因を検討し、受診の障壁への介入が重要と考えた。メンタルヘルスや物質使用については問題の自覚や自発的発言が容易でないため、医療者による意識的なアセスメントが求められる。②研究実施に向け手続きを進める。

研究3 (村井) HIV 患者群の白質神経繊維では、放射拡散係数の増加を認めることから、髄鞘の変性が生じていることも考えられる。

研究4 (池田) 連携システムの中核と考えられていた国立病院機構大阪医療センター精神科部長の急病により、一時的に診療体制を大きく縮小せざるを得なくなり研究の進捗が半年遅れたが、12月から急速に遅れを

取り戻しつつある。

研究5 (山田) 薬害被害者の心理的支援方法について、これまでのインタビュー内容を歴史的出来事に沿って位置づけると、HIV/エイズが社会的に大きなステイグマとみなされた時期の前後において、患者自身のHIV感染に対する意識も、医療機関の対応も大きく異なっていることがわかった。和解後に整備されたHIVチーム医療の評価については、あるブロック拠点病院のチーム医療における心理的支援方法について、詳細に明らかにすることができた。それはカウンセリングを特別なものではなく、日常の医療活動の中に自然に位置づける——カウンセリングの敷居を下げて使ってもらいやすいようにするなど——試みであった。

自己評価

研究1 (大山) 1) 達成度について：事例数がまだ少なく、この点では当初計画より遅れがあるが、成果は十分に示している。2) 研究成果の学術的・国際的・社会的意義について：これまで、HIV 陽性者に対するカウンセリングの効果を、心理アセスメントにより実証的に示した研究は存在せず、学術的意義・社会的意義が大きい。3) 今後の展望について：事例数を増やしていくことにより、さらに結果に信頼性が増すことと思われる。京都市立病院において研究を実施できる目処がたってきたので、今後の進展が期待できる。

研究2 (安尾) 1) 達成度について：①予定通り達成された。②現在再申請の手続き中で今年度中に開始する予定であり、次年度中に分析まで完了する予定である。2) 研究成果の学術的・国際的・社会的意義について：受診中断の要因については、国内外における先行研究でも年齢や治療歴等は指摘されていたが、本研究では無断キャンセルとの関連性が明らかとなり、この点は各医療機関において具体的に介入を展開する上で示唆に富むものとする。3) 今後の展望について：研究1および2の結果を踏まえ、平成31年度には受診中断に至る心理的力動を明らかにするための調査研究のプロトコルを検討し、平成31-32年度に実施・分析する。

研究3 (村井) 1) 達成度について：順調に解析継続中。今後も継続し、結果を確定させる予定。2) 研究成果の学術的・国際的・社会的意義について：HANDの生物学的基盤・病態について、MRI画像を用いることにより、認知機能検査と採血のみでの評価よりも正確かつ詳細に検討することができ、陽性者の心理的ストレスの背景、心理的支援にあたって考慮すべき基盤となる情報を提示できると考える。3) 今後の展望について：画像統計解析を継続し、灰白質、白質の解析結果から得られた所見を統合し、HANDの神経基盤を明らかにする。

研究4 (池田) 1) 達成度について：研究が半年遅れていたが、来年度の診療体制の目処が立ち、2019年1月に大阪府下の精神科医療機関に予備調査の送付、本

調査の大阪大学医学部倫理委員会への提出ができた。
2) 研究成果の学術的・国際的・社会的意義について：治療の進歩によって予後が大きく変わりつつある HIV 陽性者の精神疾患、すなわち HIV 脳症由来のうつ病、アパシー、認知症、さらには 2 次障害とも言える HIV 陽性が判明したことによる反応性の抑うつ状態や適応障害（以下、HIV 関連精神疾患）の診療体制を構築するためのモデルができれば、国際的にも社会的意義は極めて大きい。3) 今後の展望について：平成 31 年度以降は、アンケートにより診療実績の多かった機関を直接訪問し、診療連携構築への協力を依頼する。さらに、アンケート並びに訪問によって明らかになった課題の解説や協力機関のリストを盛り込んだ専門職向けの冊子の作成を目指す。

研究 5（山田） 1) 達成度について：薬害被害者の心理的支援方法について、これまで蓄積したデータを分析し、一定の知見を得ることができたので、初年度の課題は達成できた。2) 研究成果の学術的・国際的・社会的意義について：ここで得られた研究成果は学術的にはライフストーリー研究の進展に寄与し、国際的・社会的には、薬害被害者の心理的支援方法について、具体的な方法を示唆することができる。3) 今後の展望について：さらにインタビュー対象者を広げることで、今年度の研究成果を検証することができ、チーム医療について具体的な支援方法を他の医療機関に伝えることができる。

結論

研究 1（大山） HIV 陽性者への支援の方法として心理カウンセリングが有効であり、精神的健康や社会参加を改善することが見いだされた。

研究 2（安尾） 受診中断を予防するため、受診の無断キャンセル発生時に介入の必要性が明らかとなった。今後、介入方法について検討する必要がある。

研究 3（村井） 良好な結果が得られつつある。解析を継続し、結果をまとめる。

研究 4（池田） アンケートの結果によって、HIV 関連精神疾患の診療連携の施設に該当する精神科医療機関に対し、診療拠点となる承諾を得る必要がある。

研究 5（山田） 患者と医療従事者を対象にした薬害被害者の心理的支援方法について、それぞれが置かれた具体的な状況に即した効果的支援方法を提示できる礎を提供できた。

知的所有権の出願・取得状況（予定を含む）

該当なし

研究発表

研究代表者

白阪琢磨

- Watanabe D, Uehira T, Suzuki S, Matsumoto E, Ueji T, Hirota K, Minami R, Takahama S, Hayashi K, Sawamura M, Yamamoto M, Shirasaka T : Clinical characteristics of HIV-1-infected patients with high levels of plasma interferon- γ : a multicenter observational study. 「BMC Infect Dis.」 19(1):11、2019 Jan 5
- Tanaka S, Kishi T, Ishihara A, Watanabe D, Uehira T, Ishida H, Shirasaka T, Mita E : Outbreak of hepatitis A linked to European outbreaks among men who have sex with men in Osaka, Japan, from March to July 2018. 「Hepatology Research」 Epub ahead of print 2019 Jan 17
- 白阪琢磨：Hand in Hand～ HIV 治療と精神科の連携～ No.20 『急がれるエイズ治療拠点病院と地域の精神科との連携』 「コリウス」 Vol.20、2018 年 4 月 20 日
- 白阪琢磨：逆転写酵素阻害薬 HIV-1 reverse transcriptase inhibitors 「医学のあゆみ」 265(7) P.557-561、2018 年 5 月 19 日発行
- 白阪琢磨：ガイドライン改訂の Points 『DHHS ガイドライン改訂のポイント』 「HIV 感染症と AIDS の治療 2018 年 5 月号」 9(1) P.11-19、2018 年 5 月
- 白阪琢磨：topics 「エイズ診療」 について 「皮膚病診療 2018 年 10 月号」 40(10)P.974-982、株式会社協和企画、2018 年 10 月
- 白阪琢磨：HIV 感染防ぐのにゲノム編集は必要？ 専門家に聞く 「朝日新聞デジタル」、2018 年 12 月 7 日
- 白阪琢磨：HIV 治療薬『より相互作用の少ない薬剤開発を』 「日刊薬業 (web/ 紙面)」、2018 年 12 月 7 日
- Yagura H, Watanabe D, Nakauchi T, Tomishima K, Nishida Y, Yoshino M, Yamazaki K, Uehira T, Shirasaka T: Association of tenofovir level and discontinuation due to impaired renal function. HIV Drug Therapy Glasgow 2018, Glasgow, 2018 年 10 月 29 日
- 白阪琢磨：Hemodialysis of people with HIV infection. 第 63 回日本透析医学会学術集会・総会、神戸、2018 年 6 月 29 日
- 白阪琢磨：HIV 感染症の診断と治療－ HIV 感染症の治癒は可能か？。日本臨床検査自動化学会第 50 回大会、神戸、2018 年 10 月 13 日
- 白阪琢磨：てんかんと服薬アドヒアランス 他領域に学ぶ服薬アドヒアランス 「HIV 患者における現状と問題点。第 52 回日本てんかん学会学術集会、横浜、2018 年 10 月 27 日
- 東 政美、中濱智子、下司有加、武部美紀、伊藤文代、白阪琢磨：生活習慣病を併発している HIV 陽性者の生活習慣の改善に対する意識変化。第 32 回日本エイズ学会学術集会・総会、大阪、2018 年 12 月 2 日

- 水木薫、安尾利彦、西川歩美、白阪琢磨：HIV 陽性者の行動面の障害を伴う問題の心理的背景に関する研究。第 32 回日本エイズ学会学術集会・総会、大阪、2018 年 12 月 2 日
- 加藤賢嗣、吉原雄二郎、渡邊 大、福本真司、和田恵子、安尾利彦、白阪琢磨、村井俊哉：HIV 関連神経認知障害 (HAND) と脳構造。第 32 回日本エイズ学会学術集会・総会、大阪、2018 年 12 月 3 日
- 来住知美、渡邊 大、北島平太、寺前晃介、廣田和之、伊熊素子、上地隆史、西田恭治、下司有加、松岡恭子、東 政美、中濱智子、上平朝子、白阪琢磨：自発検査で判明した新規 HIV 感染者の受検動機。第 32 回日本エイズ学会学術集会・総会、大阪、2018 年 12 月 3 日
- 上平朝子、渡邊 大、矢倉裕輝、富島公介、中内崇夫、北島平太、寺前晃介、来住知美、廣田和之、伊熊素子、上地隆史、西田恭治、白阪琢磨：当院の 2 剤レジメンの現状。第 32 回日本エイズ学会学術集会・総会、大阪、2018 年 12 月 3 日
- 矢倉裕輝、中内崇夫、富島公介、上平朝子、白阪琢磨：新規抗痙攣薬に変更を行うことで抗 HIV 薬との相互作用が回避できた 1 例。第 32 回日本エイズ学会学術集会、大阪、2018 年 12 月 3 日
- 中内崇夫、矢倉裕輝、富島公介、上平朝子、白阪琢磨、山崎邦夫：当院における抗 HIV 療法施行患者のポリファーマシーに関する検討。第 32 回日本エイズ学会学術集会、大阪、2018 年 12 月 4 日
- 白阪琢磨：明日へのことば「エイズ治療最前線の 30 年」。NHK 関西発ラジオ深夜便、NHK ラジオ第 1、2018 年 6 月 9 日 (2017 年 11 月 11 日再放送)

研究分担者

大山泰宏

- 田中史子、山本喜晴、荒木浩子、市原有希子、清水亜紀子、高橋紗也子、仲倉高広、野田実希、古野裕子、山崎基嗣、大山泰宏：HIV 陽性者への心理的支援に関する検討— HIV 陽性者との 25 回の面接経過を通して—、日本心理臨床学会第 37 回大会、2018 年 8 月、神戸国際会議場
- 山本喜晴、田中史子、荒木浩子、市原有希子、井上洋士、大澤尚也、清水亜紀子、高橋紗也子、仲倉高広、野田実希、古野裕子、山崎基嗣、大山泰宏：HIV 陽性者に対するカウンセリング効果の実証的研究—薬物依存症男性の事例を通して—、第 32 回日本エイズ学会学術集会、2018 年 12 月、大阪国際会議場

安尾利彦

- 安尾利彦：長期療養におけるコミュニケーションの重要性。HIV 感染症薬物療法認定・専門薬剤師認定講習会、第 32 回日本エイズ学会学術集会・総会、2018 年 12 月、大阪
- 水木薫、安尾利彦、西川歩美、白阪琢磨：HIV 陽性者の行動面の障害を伴う問題の心理的背景に関する研究。第 32 回日本エイズ学会学術集会・総会、2018 年 12 月、大阪

村井俊哉

- HIV 関連神経認知障害 (HAND) と脳構造。第 32 回日本エイズ学会学術集会・総会、2018 年 12 月 3 日、大阪

池田 学

- Tsunoda N, Hashimoto M, Ishikawa T, Fukuhara R, Yuki S, Tanaka H, Hatada Y, Miyagawa Y, Ikeda M. Clinical features of auditory hallucinations in patients with DLB: A soundtrack of visual hallucinations. *J Clin Psychiatry* (in press) 2018 May 8;79(3). pii: 17m11623. doi: 10.4088/JCP.17m11623. [Epub ahead of print]
- Morita K, Miura K, Fujimoto M, Shishido E, Shiino T, Takahashi J, Yamamori H, Yasuda Y, Kudo N, Hirano Y, Koshiyama D, Okada N, Ikeda M, Onitsuka T, Ozaki N, Kasai K, Hashimoto R. Abnormalities of eye movement are associated with work hours in schizophrenia. *Schizophr Res*. 2018 Jul 12. pii: S0920-9964(18)30408-0. doi: 10.1016/j.schres.2018.06.064. [Epub ahead of print]
- Hata M, Kurimoto R, Kazui H, Ishii R, Canuet L, Aoki Y, Ikeda S, Azuma S, Suehiro T, Sato S, Suzuki Y, Kanemoto H, Yoshiyama K, Iwase M, Ikeda M. Alpha event-related synchronization after eye closing differs in Alzheimer's disease and dementia with Lewy bodies: a magnetoencephalography study. *Psychogeriatrics*. 18 : 202-208, 2018
- Ikeda M, Disease overview of early onset dementia and long-term care model, International Conference on Dementia Care and Dementia Friendly Community, Kaohsiung, Taiwan, August 17, 2018
- Ikeda M, Challenges for dementia-friendly society -living well with dementia -UCL-Japan Youth Challenge Symposium "Aging Society- Our life in ageing society- how young generation contributes to various problem associated with ageing", London, UK, August 3, 2018
- 池田 学、認知症診療—リスクファクターから考える「認知症診療におけるリスクファクターの重要性」。第 114 回日本精神神経学会、2018 年 6 月 21 日 -23 日、神戸

山田富秋

- 山田富秋：血液製剤由来 HIV 感染者の心理的支援方法の検討—ある HIV チーム医療の実際から—：松山大学論集：第 30 巻第 4-1 号：213-241 頁：発表年 2018 年 10 月
- 山田富秋、橋本謙：表題 薬害被害者の心理的支援方法の検討。第 32 回日本エイズ学会学術集会・総会、2018 年 12 月、大阪

2

HIV 陽性者の精神疾患医療体制と連携体制の構築

研究分担者

池田 学 (大阪大学大学院医学系研究科精神医学)

研究協力者

金井 講治 (大阪大学大学院医学系研究科精神医学)

長瀬 亜岐 (大阪大学大学院連合小児発達学研究科行動神経学・神経精神医学寄附講座)

研究要旨

本研究は HIV 陽性者の精神疾患に対する診療の連携体制の構築にむけて、予備調査として大阪府内の精神科関連医療機関に対して HIV 陽性者の受診状況ならびに診療体制についてアンケート調査を実施した。

回答は 204 施設から得られ、回収率は 55.3%だった。HIV 陽性者への診療は 28.4%の施設で実施されており、精神科病院が 34 施設中 11 施設 (32.4%)、総合病院が 29 施設中 11 施設 (37.9%)、診療所が 138 施設中 35 施設 (25.4%) であった。診療患者数は 1-5 人が 56 施設 (93.3%) で、6-10 人が 3 施設 (5.0%)、51 人以上が 1 施設 (1.7%) であった。HIV 陽性者の診療は「可能」が 42.2%、「不可能」が 13.7%、「準備が必要」が 14.7%、「わからない」が 29.4%であった。HIV に関する研修参加が「あり」は 11.8%と低く、研修会への参加意思については「参加を検討する」が 58.8%と半数以上を占めた。また、エイズ治療拠点病院での診療は 55.6%で実施されていたが、研修会への参加は「あり」が 33.3%で、研修会への参加意思は「参加を検討する」が 88.9%であった。

大阪府内において HIV 陽性者の診療を実施している施設は過去の全国調査と比較すると多いものの、エイズ治療拠点病院においても診療実施は半数であった。また、研修会への参加は低く、精神科向けに特化した HIV 陽性者の研修が必要であると思われる。多様化している精神症状について実態調査を行い、HIV 陽性者の精神症状について精神科医が診療を行える連携体制づくりの必要性が示唆された。

研究目的

HIV 感染症は、抗 HIV 薬の多剤併用療法によって慢性疾患と捉えられるまでに治療効果が得られるようになったが、一方で精神疾患や認知機能の低下、その他多様な心理的問題を有する HIV 陽性者が一定数いることが指摘されている。このように多様化する HIV 陽性者の精神症状に対して、大学病院精神科、総合病院精神科、精神科病院、精神科診療所が連携する診療体制の構築が望まれている。

そこで HIV 陽性者において精神科医療機関同士の診療体制の連携・構築を推進し、精神科医療の専門家（精神科医、臨床心理士 / 公認心理師、精神保健福祉士 / 社会福祉士、看護師 / 保健師など）の人材育成のための教育資材を開発するために予備調査として、本調査は大阪府内の精神科医療機関における HIV 陽性者の受診状況について明らかにする。

研究方法

大阪府内の精神科医療施設を対象に HIV 陽性者の診療実施の有無、受診者数、HIV 陽性者の診療実施の可能性、研修参加の有無ならびに研修参加の意思について郵送法による自記式アンケート調査を行った。

・調査対象

対象は大阪府内の精神科医療施設とした。施設の抽出は大阪精神科病院協会の会員施設、大阪精神科診療所協会の会員施設、ならびに大阪府内の精神科外来の標榜がある総合病院に調査票を郵送した。

・調査項目

(1) HIV 陽性者の診療の有無・人数、(2) HIV 陽性者の診療実施の可能性、(3) HIV 関連研修への参加経験、(4) 今後の研修参加の意思についてとした。

・分析方法

- 1) 分析方法は各項目の単純集計と、診療経験の有無および研修参加の有無によって 2 群化して比較検討を行った。
- 2) エイズ診療拠点病院を大学病院と総合病院の 2 群にわけて各調査項目を単純集計し、比較した。
- 3) 先行研究である全国調査¹⁾と本研究調査を比較した。

倫理面への配慮

本調査における回答については自由意思であり、回答した内容についてエイズ治療拠点病院以外の施設名は公開しない。

研究結果

返信が 204 施設からあり、回収率は 55.3%であった。そのうち所属が未記載であったのが 3 件であった。内訳は、総合病院が 29 施設 (65.9%)、精神科病院が 34 施設 (68.0%)、診療所が 138 施設 (50.2%) であった。

1) 大阪府全体の精神科医療機関の状況

(1) HIV 陽性者の診療

2018 年の 1 年間に HIV 陽性者の診療を行ったかについて「ある」と回答したのは 58 施設 (28.4%) であり、「ない」は 146 施設 (71.6%) であった (図 1)。「ある」と回答した施設の内訳は精神科病院が 34 施設中 11 施設 (32.4%)、総合病院が 29 施設中 11 施設 (37.9%)、診療所が 138 施設中 35 施設 (25.4%)、未回答が 1 施設であった。

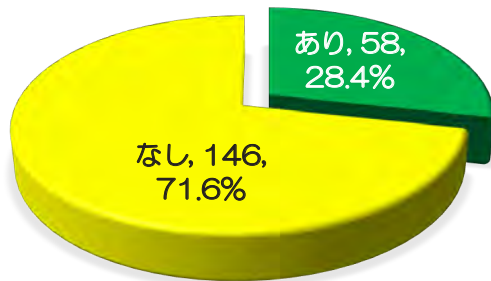


図 1 HIV 陽性者の診療実施 (n=204)

(2) 診療した HIV 陽性者の数

HIV 陽性者の診療が「ある」と回答した 58 施設での診療患者数は、精神科病院では 1 - 5 人が 12 施設 (100%) であった。総合病院では、1 - 5 人が 9 施設 (81.8%) で、6 - 10 人が 1 施設 (9.1%)、51 名以上が 1 施設 (9.1%) であった。診療所では 1 - 5 人が 34 施設 (94.4%)、6 - 10 人が 2 施設 (5.6%) であった。(表 1)

表 1 HIV 陽性者の診療患者数

	1-5人	6-10人	51人以上	計
精神科病院	12	0	0	12
総合病院	9	1	1	11
診療所	34	2	0	36
未回答	1	0	0	1

(3) HIV 陽性者の診療の可能性

今後、HIV 陽性者の診療への可能性については「可能」が 86 施設 (42.4%)、「不可能」が 28 施設 (13.7%)、「準備が必要」が 30 施設 (14.7%)、「わからない」が 60 施設 (29.4%) であった (図 2)。

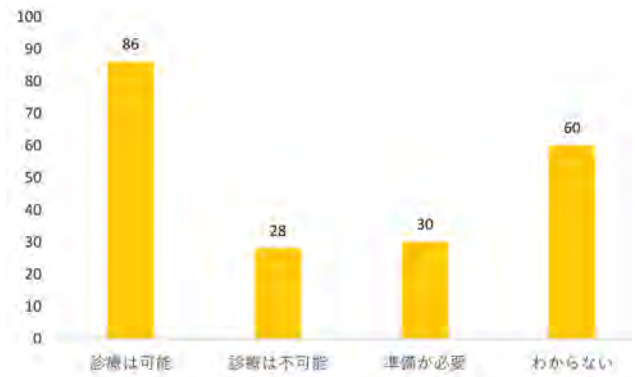


図 2 HIV 陽性者の診療の可能性

(4) HIV 感染症に関する研修への参加

HIV 関連の研修や学会への参加経験については「あり」が 24 施設 (11.8%)、「なし」が 177 施設 (86.8%) であった (図 3)。

施設別に研修参加数をみると、精神科病院は 2 施設 (6.1%)、総合病院は 4 施設 (13.8%)、診療所は 18 施設 (13.2%) であった (図 4)。

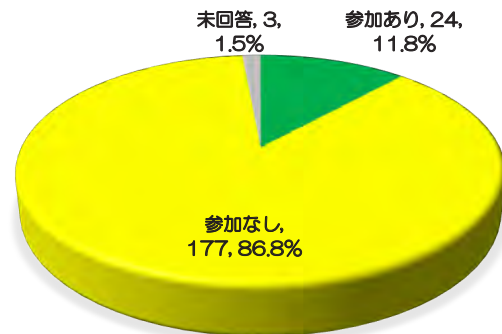


図 3 研修会への参加 (n=204)

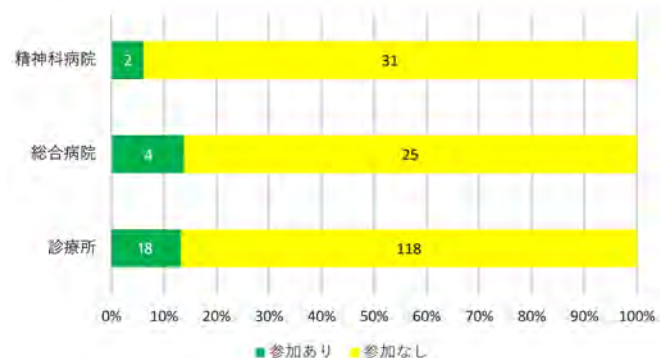


図 4 施設別研修会への参加状況

(5) 研修会への参加意思

研修会の参加意思は「参加を検討する」が 120 施設 (58.8%)、「参加しない」が 78 施設 (38.2%) であった。未回答は 6 施設 (2.9%) であった (図 5)。

施設別にみると精神科病院が 78 施設 (73.5%)、総合病院 17 施設 (58.6%)、診療所が 25 施設 (56.5%) に研修会参加への意思があった (図 6)。

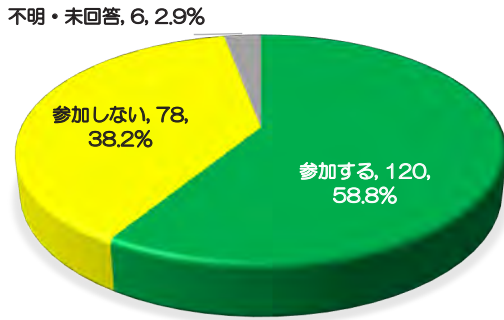


図 5 研修会への参加意思 (n=204)

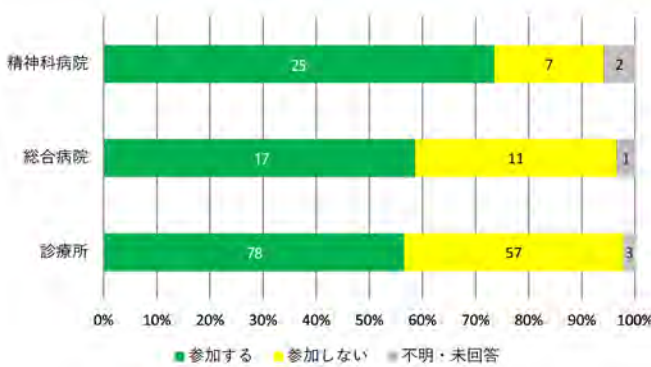


図 6 施設別の研修参加意思

2) HIV 診療の有無と今後の診療の可能性

HIV 陽性者の診療の有無によって 2 群化し比較すると、診療あり群において今後の診療の可能である施設は有意に多かったが (p < .01)、診療なし群においても診療不可能と答えたのは 18.5%のみであった。

表 2 HIV 診療の有無と診療意思

	診療あり n=58	診療なし n=146
診療可能	49 (84.5%)	37 (25.3%)
診療不可能	1 (1.7%)	27 (18.5%)
準備が必要	2 (3.4%)	28 (19.2%)
わからない	6 (10.3%)	54 (37.0%)

3) 研修会の参加経験の有無と診療意思

HIV 関連の研修や学会への参加経験の有無で 2 群化したところ、研修等への参加経験あり群は、今後の診療が可能である施設が有意に多かった (p < .01)。

表 3 研修会の参加経験の有無と診療意思

	研修参加あり n=24	研修参加なし n=177
診療可能	17 (70.8%)	69 (39.0%)
診療不可能	1 (4.2%)	27 (15.3%)
準備が必要	1 (4.2%)	27 (15.3%)
わからない	5 (20.8%)	54 (30.5%)

4) 大阪府の精神科医療機関における HIV 診療の実態と研修参加の状況

HIV 陽性者に対する今後の診療可能性について、診療の有無、研修参加の有無、研修参加意思について統合してみたところ、診療がなく、HIV 研修への参加、研修への参加意思もない施設は 21 施設のみであった。

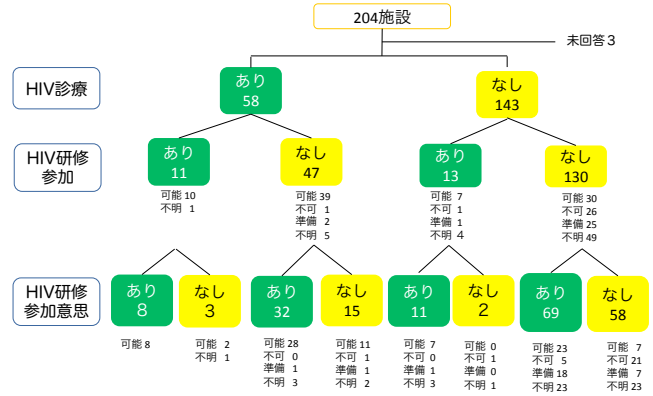


図 7 大阪府の精神科医療機関における HIV 診療の実態と研修参加

注：「HIV 研修参加」とは HIV 研修参加経験の有無。
 「HIV 研修参加意思」とは HIV 研修への参加意思の有無。
 略：可能：診療可能，不可：診療不可能，準備：診療への準備が必要，不明：わからない

5) エイズ治療拠点病院の診療実態

回答の得られたエイズ治療拠点病院を大学病院と精神科のある総合病院で分類した (表 4)。

拠点病院において精神科での診療実績は 55.6%であった。研修に参加したことがあるのは 33.3%、大学病院においても 1 施設のみであった。研修会への参加意思があるのは 88.9%であった。

表 4 大阪府内エイズ治療拠点病院の診療実態

	拠点病院			計 n=9
	大学病院 n=5	総合病院 n=4		
HIV患者の診療	あり	2	3	5 (55.6%)
	なし	3	1	4 (44.4%)
診療患者数 (人)	1-5	2	1	3 (33.3%)
	6-10	0	1	1 (11.1%)
	50以上	0	1	1 (11.1%)
診療可能性	可能	4	3	7 (77.8%)
	不可能	0	0	0 (0.0%)
	準備が必要	0	1	1 (11.1%)
	不明	1	1	2 (22.2%)
研修参加	あり	1	2	3 (33.3%)
	なし	4	2	6 (66.7%)
研修参加意思	あり	5	3	8 (88.9%)
	なし	0	1	1 (11.1%)
	未回答	0	1	1 (11.1%)

6) 先行研究との比較

先行研究である「抗 HIV 療法に伴う心理的負担、および精神医学的介入の必要性に関する研究」において全国の精神科診療施設を対象に HIV 感染症患者の診療経験の有無、HIV 感染症患者の診察に対する態度、研修希望の有無などについてアンケート調査が行われた。その結果の概要は平成 23 年度 (2011 年) の研究結果報告書¹⁾ (以下、「2011 年全国調査」) にまとめられており、その結果と本調査の結果を比較した (表 5)。HIV 陽性者の診療経験を有する施設が大阪府では多かった。また、今後の診療が不可能と回答した施設は全国調査よりも少なかった。研修参加率も全国調査よりも多かった。

表 5 先行研究と本研究の比較

	2011年全国調査 (%)	2018年大阪府調査 (%)
HIV陽性診療経験あり	11.9	28.4
診療可能性あり	42.3	42.2
診療不可能	26.3	13.7
研修会参加あり	7.6	11.8
研修会参加意思あり	55.9	58.8

考察

1. 先行研究との比較

本研究は地域における精神科医療機関のネットワーク構築に主眼を置いているため、大阪府に限定して調査した。先行研究である 2011 年の全国調査 (回収率 19.7%) と本研究の 2018 年の大阪府調査 (回収率:55.3%) を比較検討した。

まず、結果の差異を解釈するにあたり、回収率の差や対象とした地域の違いなど、単純な比較検討には限界があることは否めないが、本研究の結果から 2 つの仮説が示唆される。

- 1) 7 年の経過の中での日本全体の HIV 陽性者に対する意識の変化を反映している可能性
- 2) 大阪府における特異的な意識の変化を反映している可能性

以上の仮説については、今後同様の全国調査の報告による検証が待たれるが、大阪府は厚生労働省のエイズ発生動向²⁾において HIV 発生報告が全国で 2 番目に多い地域であることを踏まえて、1) の可能性を想定して考察をすすめる。

1-1. HIV 陽性者の診療経験について

表 5 では HIV 陽性者の診療経験がある医療機関は、2011 年全国調査と比較して、2018 年大阪府調査では約 2.5 倍の結果であった。その理由として本研究において総合病院 (37.9%) を筆頭に、精神科病院 (32.4%)、診療所 (25.4%) と一定の割合で HIV 陽性者は精神科で

診療を受けていることが明らかになった。HIV 陽性者の診療は、総合病院のみではなく地域の診療所や精神科病院でも行われる可能性が示唆された。

HIV 陽性者の診療を行った医療施設別に内訳をみると、HIV 陽性者の診療が「ある」と回答した 60 施設のうち 56 施設 (93.3%) が 1-5 人以下の患者数であることが明らかになった。この結果から、大阪府において後述するエイズ治療拠点病院における精神科外来を除くと、一般の精神科診療機関においては HIV 陽性患者の偏在はほとんどなく、均等に診察する機会がある可能性が示唆された。

1-2. HIV 陽性患者の診療可能性について

表 5 のとおり、HIV 陽性者の診療可能性については、「診療可能」と回答した群は 2011 年全国調査と比較して、2018 年大阪府調査はほぼ同水準であるのに対して、「不可能」と答えた群は、2011 年全国調査と比較して、2018 年大阪府調査では半減している。これは以前と比較して、HIV 陽性者というだけで、診察を不可能と考える医療機関が減少し、準備や状況次第では今後受け入れを検討する医療機関が増加している可能性が示唆される。

さらに本調査結果からは、大阪府においては、今後、HIV 陽性者の診療をする可能性については、「可能」と回答した医療施設別にみると、総合病院を筆頭に、診療所、精神科病院と診療可能性に大きな差は認めず、いずれの医療機関においても HIV 陽性者の診療は可能であることが示唆された。

また、診療が「不可能」と答えた施設は 28 施設 (13.7%) にとどまり、30 施設 (14.7%) が「準備が必要」、60 施設 (29.4%) が「わからない」と回答しており、研修を中心とした啓発活動等により、診療可能な医療機関が増加する可能性が期待できる。

1-3. エイズ治療拠点病院の診療実態

エイズ治療においては、全国に約 380 のエイズ治療拠点病院が選定されており、全国の 8 ブロックにブロック拠点病院がそれぞれ設置されている。近畿ブロックでは大阪府下にある大阪医療センターがブロック拠点病院の責務を担っている。さらに府県ごとには中核拠点病院が選定されており、大阪府では、3 つの中核拠点病院 (大阪急性期総合医療センター、大阪市立総合医療センター、堺市立総合医療センター) が選定されている。その他にも大阪府下には 12 のエイズ治療拠点病院が選定されている³⁾。

今回アンケートを施行した 2019 年 1 月末日時点で、精神科外来が設置されているのは、ブロック拠点病院、3 施設中 2 施設の中核拠点病院、その他 12 のエイズ治療拠点病院のうち 6 施設であり、我々は精神科外来の設置されているすべてのエイズ治療拠点病院からアンケートを回収することができた。患者数はブロック拠

点病院において 51 人以上、2 つの中核拠点病院では 6-10 人、1-5 人が各 1 施設、その他 6 つのエイズ治療拠点病院においては 1-5 人が 2 施設、0 人が 4 施設であった。また、エイズ治療拠点となっている大阪府下の大学病院全て (5 施設) から回答が得られたが、HIV 陽性患者を診察している大学病院は 2 施設であった。

以上の結果からエイズ治療拠点病院において、まず精神科外来体制が整備されていない病院も 16 施設中 7 施設と半数近く存在し、精神科外来の設置されているエイズ治療拠点病院においても、ブロック拠点病院を除くと、1 つの中核拠点病院で 6-10 人を診察している以外は 1-5 人の施設が 3 施設、0 人が 4 施設と少ない。エイズ治療拠点病院においても診療の機会が少ないことが示唆された。

また、HIV 陽性者の精神科医療機関の医療連携を検討する際に、HIV/AIDS 治療においてブロック拠点病院に患者が集まるのは致し方ないが、精神症状への診療はブロック拠点病院とその他の精神科医療機関の連携体制の整備が必要であることが示唆された。

2. 研修会参加と今後の参加意思

精神科医療関係者を対象とした HIV 陽性患者の診察に関する研修 (以下、「HIV 研修」) への参加は、2011 年全国調査と比較して、2018 年大阪府調査では約 1.5 倍に参加施設が増えた。

HIV 研修は、「抗 HIV 療法に伴う心理的負担、および精神医学的介入の必要性に関する研究」¹⁾ における研究成果を踏まえて、大阪を中心として研修計画が計画されて以降、定期的に全国で開催されている¹⁾。その結果、徐々に研修参加経験のある医療関係者が増加している可能性が示唆されるが、依然として全体で 11.8%にとどまっており、参加したことがない医療機関が 86.8%を占めた。医療機関別にみると「参加したことがない」と回答した医療機関は精神科病院を筆頭に、診療所、総合病院の順であった。

今後の参加意思については、58.8%と半数以上が参加すると回答しており、精神科病院、総合病院、診療所の順に参加意思は高く、依然として HIV 研修の需要は高いことが示された。

すでに HIV 診療をおこなっている施設においても、研修会に参加が「あり」群の施設は 58 施設中 11 施設にとどまったが、一方で研修参加が「ない」群においては、47 施設中 32 施設が参加を検討する回答が得られた。

また、すでに HIV 研修の参加ありの施設 (24 施設) においても、約 8 割は研修の参加を希望していることがわかった。さらに HIV 診療をしておらず、これまで HIV 研修に参加したことがない 127 施設においても、過半数を超える 69 施設が研修の参加を検討するという結果が得られた。

以上の結果から依然として HIV に関する啓発教育に

関して、それぞれの経験や知識習得に応じて、多様な研修需要の可能性があることが示唆された。

3. 今後の研究課題について

1) HIV 陽性者を診療している精神科医療機関を対象として、「診察することになった経緯」、「外来 / 入院治療の種別」、「HIV 陽性者の精神科診断名」、「身体合併症診断」、「他科との連携様式」等に関する実態調査を行う。その結果より、それぞれの診療機関別における HIV 陽性者の特徴を明らかにし、治療連携を考えるための基礎資料を得る。

2) HIV 陽性者の精神科診療における知識のアップデートとなる研修となり、地域における切れ目のない連携をとるための啓発教育を行う。内容としては HIV の身体合併症の専門家、HIV の精神症状の専門家、ネットワーク連携の専門家等を招聘して、精神科医療にかかわる医師及びコメディカルを対象に研修プログラムを立案し、開催する。

結論

大阪府の精神科医療機関において HIV 陽性者への診療は全国調査よりも多く行われ、総合病院、精神科病院、診療所においても満遍なく診療が行われていた。

HIV 研修会への参加率は依然として低いが、研修への参加希望が多いことから、HIV 陽性者の精神科診療に必要な技術や連携に関する研修会の開催し、HIV 診療の啓発の場が必要であることが示唆された。

謝辞

本調査にご助言ならびにご協力をいただきました独立行政法人国立病院機構大阪医療センター 廣常秀人先生、安尾利彦先生に御礼申し上げます。

またアンケート調査にご協力いただきました大阪精神科病院協会ならびに会長の河崎建人先生、大阪精神科診療所協会ならびに会長の堤俊仁先生に深謝申し上げます。

引用文献

- 1) 廣常秀人, 梅本愛子, 吉田哲彦, 他: 抗 HIV 療法に伴う心理的負担、および精神医学的介入の必要性に関する研究 .HIV 感染症及びその合併症の課題を克服する研究: 105-115, 2011.
- 2) 厚生労働省エイズ動向委員会: 平成 29 (2017) 年エイズ発生動向 - 概要 -
< <http://api-net.jfap.or.jp/status/2017/17nenpo/h29gaiyo.pdf> >平成 30 年 8 月 27 日
- 3) HIV・AIDS 先端医療開発センター,
< <https://osaka.hosp.go.jp/khac/kinki/index.html> > 2019 年 2 月 22 日アクセス

健康危険情報

該当なし

研究発表

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

3

カウンセリング等心理支援の評価

研究分担者

大山 泰宏 (京都大学教育学研究科 研究員)

研究協力者

荒木 浩子 (追手門学院大学心理学部)

市原有希子 (神戸女学院大学カウンセリングルーム)

井上 洋士 (国立がん研究センター)

大澤 尚也 (京都大学大学院教育学研究科 博士後期課程)

清水亜紀子 (京都市立病院)

高橋紗也子 (かりゆし会ハートライフクリニック)

田中 史子 (人間環境大学人間環境学部)

仲倉 高広 (京都橘大学)

野田 実希 (京都大学大学院教育学研究科 博士後期課程)

古野 裕子 (におの浜クリニック)

山崎 基嗣 (京都大学大学院教育学研究科 博士後期課程)

山本 喜晴 (関西国際大学人間科学部)

HIV 陽性者へのカウンセリングを中心とした心理的支援の必要性と意義を明らかにするために、HIV 陽性者を対象に継続的なカウンセリングを試行し、そこで得られたデータをもとに、心理的テーマの特定、心理的支援の効果の測定と評価方法の開発、望ましいカウンセリングの技法や態度に関する検討をおこなうことを、前年度までの研究と同様のデザインで施行する。目的としては、調査事例数を増やして、より説得力あるエビデンスをもってカウンセリングの効果を示せるようにするためである。そのために、今年度は、調査場所の拡大をおこなうことを主に行い、来年度以降の研究の下地をつくった。

研究の概要

【2018～2021年度の目標】

これまでの本研究班での研究で実施した事例は少数であるが、抑うつ気分や不安気分の著しい解消、対象関係の安定化が確認できた。しかし、事例数が十分でないため、実証性と説得力に乏しく、一般化するまでに至っていない。

そこで、これまでおこなってきたものと同じデザインにて、カウンセリングの介入研究を継続し、十分なサンプル数を得ることを目標とする。すなわち、研究参加への同意のあった HIV 陽性者に介して、標準的な支持的技法での 25 回のカウンセリングをおこない、その事前・事後、および中間時点の多層的な心理アセスメントを実施し、カウンセリングの効果を実証する。

そのために以下のような具体的な研究体制をとる。

- a. 京都大学心理教育相談室関連施設での継続実施：昨年までの 3 年間どおり、京都大学心理教育相談室の関連施設において研究を継続する。
- b. 研究実施場所の拡大：全国のエイズ治療拠点病院を中心として、同様のデザインの調査を実施するため調査場所を拡大する。

2018 年度におこなったこと

【研究グループでのミーティング】

これまでと同様、1～2ヶ月に1回、ミーティングがおこなわれた。その日時と概要を表1に示す。

合計で8回のミーティングがおこなわれ、学会発表のこと、調査の計画のこと、調査実施の具体的なことなどについて話し合われた。2018年度の総括と2019年度に向けてのミーティングが2019年3月9日に予定されている。(本稿提出時点)

【メーリングリストでのやりとり】

ミーティングに加え、本研究グループ専用のメーリングリストを立ち上げ、それを通して日常的に情報交換や議論、倫理委員会提出の資料の作成作業、学会の発表要旨や発表原稿等の作成をおこなった。2018年4月1日から2019年3月1日までの462通であった。

【研究実施場所の確保と実施体制の構築】

- a. 京都大学心理教育相談室の関連施設での研究継続のため、京都大学臨床心理学研究倫理審査会に、研究計画を提出し審査を受け承認された(2018年7月)。
- b. 全国の数か所のエイズ治療拠点病院に調査協力を打診した結果、京都市立病院感染症内科より協力の内諾

表1 2018年度のミーティング

(2019年2月28日現在)

会議日程	参加人数	議事要旨
4月28日	10	・3年間の計画について ・今年度の計画について
5月26日	6	・学会発表の抄録について検討 ・京都市立病院への倫理審査提出書類について
7月28日	9	・京都市立病院見学 ・京都市立病院への倫理審査について ・調査実施についての課題 ・研究グループの運営体制について ・日本心理臨床学会発表について
8月25日	7	・学会発表リハーサル ・京都市立病院審査について(どのような立場で京都市立病院で調査するか)
10月27日	5	・京都市立病院倫理審査のための説明書作成 ・学会発表原稿について検討
11月24日	9	・京都市立病院での調査について(病院の意向を踏まえた調査実施のための調整) ・病院医師との合同カンファレンス開催に向けて
1月19日	7	・学会誌投稿について ・京都市立病院での調査について(事務との話し合いの報告、今後の方向・流れ) ・分担研究報告書について ・2月の班会議発表について
2月16日	10	・京都市立病院での調査準備の現状と、病院事務との次段階の話し合いについて(調査場所、同意書や調査実現に向けた具体的調整案) ・他の調査機関での調査について ・報告書について ・調査事例についての検討

を得た。当該病院の研究倫理審査委員会に研究計画書を提出し審査を受け、条件付きの承認を得た。その条件とは、研究の実施主体に関して、対象者(患者)に混乱なきよう配慮すること、治療主体と研究主体を区別することということであった。これを受け本研究グループは、京都市立病院感染症内科部長、京都市立病院の臨床心理士(本研究グループメンバー)、京都市立病院事務との折衝を重ね、具体的な実施体制の構築をおこなった。

2019年3月7日に、本研究班のメンバーと京都市立病院感染症内科との合同ミーティングをおこない、本研究班メンバーがすでに終結した調査事例を紹介し、情報交換をおこなう予定である。(本稿提出時点)。

【研究成果の発表の実績】

以下の2つの学会で口頭発表をおこなった。いずれも後日、座長による論文投稿への推薦を受けた。

- 1) HIV 陽性者への心理的支援に関する検討：HIV 陽性者との25回の面接経過を通して、日本心理臨床学会第37回大会、2018年8月(神戸国際会議場)。
- 2) HIV 陽性者に対するカウンセリング効果の実証的研究：薬物依存症男性の事例を通して、第32回日本エイズ学会学術集会、2018年12月(大阪国際会議場)。

日本心理臨床学会での発表では、2時間の事例検討枠で発表し、調査事例の経過を提示するとともに、そ

れに対応する心理的指標の変化について報告した。議論としては、対象者(クライアント)にとっては依頼された調査であり、自発的に来談するカウンセリングとの連続性をどのように考えるのかということ、調査事例としてアセスメントをおこなうことが果たしてアセスメントたりうるのか等の点が、議論にあがった。これに対しては、HIV 陽性者へのカウンセリング効果に対して、これまでこのような実証的な研究がまったくなかったこと、したがってさまざまな課題は抱えつつも、パイロット的におこなうことからスタートする意義が説明された。

日本エイズ学会学術集会での発表では、発表時間が質疑応答も含めて10分と大変短く、事例の簡単な要約と描画法の変化について提示したが、それだけでは調査事例にみられた心理的力動の変化は伝わりにくく、学会に応じた発表スタイル、データの提示の仕方が、課題として残ることになったが、この研究の先駆性と意義に関しては認められる結果となった。

次年度以降も、心理臨床学会とエイズ学会の2つを中心に継続的に発表していき、成果を発信していきたい。

【3事例目の終了】

調査事例の3事例目(60代半ば男性)が終了した(2018年10月)。カウンセリングの期間は、2017年7月～2018年11月であった。

この事例でも、これまでの事例と同様に、試行的カウンセリングの実施前、中間地点、終了後に、カウンセリングとは別担当者によるインタビュー面接をおこなった。インタビューでは、カウンセリング体験に関する内観を聴取するとともに、以下の質問紙に回答してもらった。すなわち、DAMS抑うつ不安尺度(Depression and Anxiety Mood Scale)、自尊感情尺度、SOC尺度(Sense of coherence scale-13)、対象関係尺度(青年期用)、文章完成法(本調査用に自作)、Modified Goal based outcomes (M-GBO)である。

事例の経過のカンファレンスが未実施であるので、取りあえず、現時点で数値として示せるデータを提示しておく。

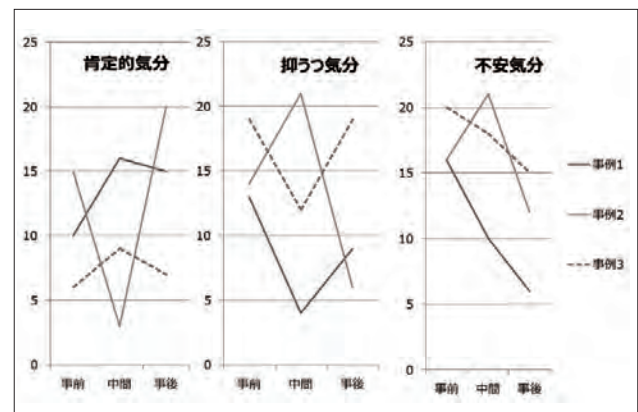


図1 DAMS抑うつ不安尺度の変化

図 1 に示したのは、DAMS 抑うつ不安尺度の変化である。この尺度では、肯定的気分、抑うつ気分、不安気分の 3 つの気分 (そのときの状態) を知ることができる。3 地点での測定において、事例 3 は、肯定的気分および抑うつ気分では、カウンセリング開始前の「事前」と終了後の「事後」では著変はないが、中間点で肯定的気分が上昇し抑うつ気分が低下するという改善がみられる。「事後」はカウンセリング終了という別れを体験したことによる抑うつ感の一時的な上昇を考慮すべきであることが、本研究班のこれまでの研究より示唆されているが、事例 3 もその可能性が指摘できるであろう。

不安気分に関しては、事前と事後を比較すると確かな改善がみられる。事例 3 の DAMS の尺度の変化のパターンは、事例 1 と類似しているが、このようなパターンが類型化できるのかどうか、調査事例数の蓄積が待たれるところである。

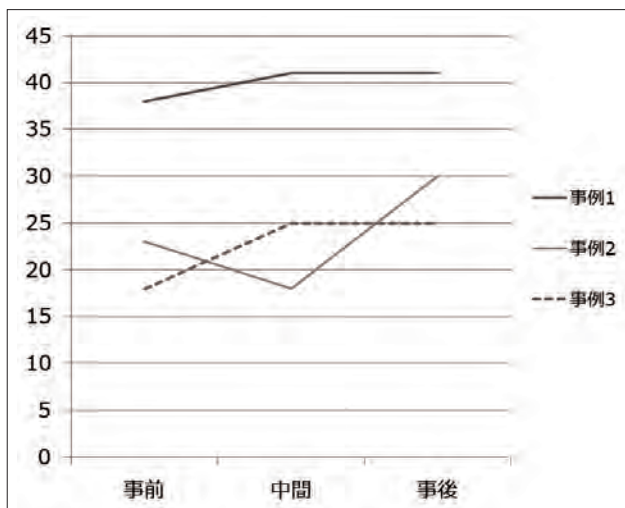


図 2 自尊感情尺度の変化

図 2 は自尊感情尺度 (ローゼンバーグ版) の変化である。それによると、これまでの事例と同じく事前と事後を比較した場合、改善が見られている。自尊感情は、ほかの人と比較した場合に、そう自分は悪いわけではないという、自分に対する肯定的感情であるが、そうした感情が改善していくことに、カウンセリングが貢献できる可能性が指摘できる。

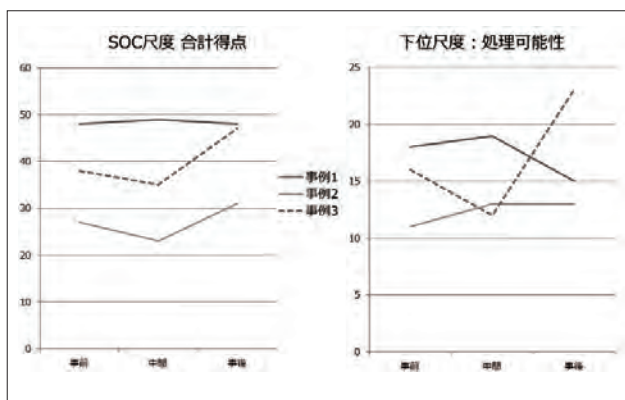


図 3 SOC-13 における変化

図 3 は、SOC-13 (首尾一貫尺度 13 項目版) における変化である。HIV 男性同世代平均 (井上, 2015) よりも、低い水準に留まっているものの、事前と事後を比較すると、合計点において上昇していることが見て取れる。その下位尺度の中でも特に「処理可能性」の得点が上昇しており、自分にやってくる出来事に対して、何とかマネジメントできるという感覚が上昇していることがわかる。

今回ここに提示した以外の尺度においても、変化が認められたものがあるが、まだ事例のプロセスの解釈が現時点では終了していないため、ごくシンプルに解釈できるものだけを示すにとどめておくことをご容赦願いたい。

【次年度以降の計画】

2019 年度には、京都大学から京都市立病院に実質上の拠点を移し、調査を実施することになる。2019 年、2020 年でそれぞれ 5 事例程度の予定である。さらに研究班のマンパワーをみながら、他の施設での実施へと拡大することも計画している。これに加えて、カウンセリングの長期的な効果を検証するこめには、終了事例のフォローアップ調査も計画している。

最終年度の 2020 年度には、研究分担者の京都大学での研究員としての契約期間が終了するため、研究費の受入・管理先を京都大学から放送大学へと移すことになる。京都市立病院でのカウンセリングは、前年度と同様に継続される。また、カウンセリングの実施を研究班のメンバーではなく、研究班で雇用する臨床心理士によるカウンセリングへと拡大することも計画している。このことを通して、本研究班で蓄積された知見を記述し、説明可能なものとすると同時に、その知見が実際に HIV 陽性者のメンタルヘルスの改善に寄与する一般的知見たりうるのかを検証する。

健康危険情報

該当なし

研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

- 1) 田中史子, 古野裕子, 荒木浩子, 市原有希子, 清水亜紀子, 高橋紗也子, 仲倉高広, 野田実希, 山崎基嗣, 山本喜晴, 大山泰宏. HIV 陽性者への心理的支援に関する検討: HIV 陽性者との 25 回の面接経過を通して. 日本心理臨床学会第 37 回大会, 2018 年 8 月 (神戸国際会議場).
- 2) 山本喜晴, 田中史子, 荒木浩子, 市原有希子, 井上洋士, 清水亜紀子, 高橋紗也子, 仲倉高広, 野田実希, 古野裕子, 山崎基嗣, 大山泰宏. HIV 陽性者に対するカウンセリング効果の実証的研究: 薬物依存症男性の事例を通して. 第 32 回日本エイズ学会学術集会,

2018年12月(大阪国際会議場).

知的財産権の出願・取得状況 (予定を含む)

該当なし

参考文献

- 1) Anna Freud National Centre for Children and Families (2015) Goals and Goal based outcomes : Some useful information (3rd ed).
- 2) Clucas, C., Sibley, E., Harding, R., Liu, L., Catalan, J., & Sherr, L. (2011). A systematic review of Interventions for anxiety in people with HIV. *Psychology Health & Medicine*, 16(5), 528-547.
- 3) 福井至 1997 Depression and Anxiety Mood Scale (DAMS) 開発の試み 行動療法研究, 23, 83-93.
- 4) 井上洋士 (2015) Futures Japan ~ HIV 陽性者のためのウェブ調査結果~.
- 5) 井梅由美子・平井洋子・青木紀久代・馬場禮子 (2006) 日本における青年期用対象関係尺度の開発, パーソナリティ研究, 14, 181-193.
- 6) Scott-Sheldon, L. A. J., Kalichman, S. C., Carey, M. P., & Fielder, R. L. (2008). Stress management interventions for HIV+ adults: A meta-analysis of randomized controlled trials, 1989 to 2006. *Health Psychology*, 27(2), 129-139.
- 7) Sherr, L., Clucas, C., Harding, R., Sibley, E., & Catalan, J. (2011). HIV and depression--a systematic review of interventions. *Psychology Health & Medicine*, 16(5), 493-527.
- 8) Tominari, S., Nakakura, T., Yasuo, T., Yamanaka, K., Takahashi, Y., Shirasaka, T., Nakayama, T. (2013). Implementation of Mental Health Service Has an Impact on Retention in HIV Care: A Nested Case-Control Study in a Japanese HIV Care Facility. *PLOS ONE*, 8(7), e69603

4

MRI 画像による神経認知障害の神経基盤の解明

研究分担者

村井 俊哉 (京都大学大学院医学研究科脳病態生理学講座 (精神医学))

研究協力者

渡邊 大 (国立病院機構大阪医療センター臨床研究センターエイズ先端医療研究部)

安尾 利彦 (国立病院機構大阪医療センター臨床心理室)

安尾 有加 (国立病院機構大阪医療センター看護部)

東 政美 (国立病院機構大阪医療センター看護部)

福本 真司 (国立病院機構大阪医療センター放射線科)

吉原雄二郎 (京都大学大学院医学研究科脳病態生理学講座 (精神医学))

加藤 賢嗣 (京都大学大学院医学研究科脳病態生理学講座 (精神医学))

研究要旨

HIV 関連神経認知障害 (HIV-associated neurocognitive disorders; HAND) により、患者の日常生活レベルまで影響を及ぼすことが知られている。HAND の患者のリハビリテーションや心理・社会支援実施に向けて、HAND の病態を、磁気共鳴画像 (MRI) から得られた脳画像を主として、神経心理学的検査、臨床の血液検査情報など、多角的に検討することで、生物学的なエビデンスに基づいた支援のアプローチが可能になる。今回の研究では、既存のデータを利用して、脳白質神経線維の走行性の異常検出が可能な拡散強調画像により、認知機能障害の生物学的な背景を探索した。患者群では、脳梁や内包前脚などに統計学的に有意に白質神経線維の障害を示唆する結果が得られた。また、患者群で低下していた運動機能と視覚認知・記憶課題では、放線冠や視覚に関連する白質路の障害が認められた。今回の結果から、日常生活レベルに影響を与える神経認知障害の背景として生物学的な基盤があることが考えられ、患者の心理的支援を実施する上で、支援者に重要な情報を提供することができる。

研究目的

抗 HIV 療法として combination antiretroviral therapy (cART) が登場して以来、AIDS 発症が抑制され、HIV 感染者の生命予後は著しく改善した。しかし、cART により免疫機能が改善し、末梢血で HIV が十分に抑制された状態でも、HIV 患者では、認知機能障害が認められている。米国国立精神保健研究所より提唱された HIV 関連神経認知障害 (HIV-associated neurocognitive disorders; HAND) の診断基準では、HAND を軽症から重度まで、無症候性神経認知障害 (asymptomatic neurocognitive impairment; ANI)、軽度神経認知障害 (mild neurocognitive disorder; MND)、HIV 関連認知症 (HIV-associated dementia; HAD) に分類している。最近の米国の大規模な CHARTER study によると、cART を導入されている HIV 患者 1316 人のうち、ANI、MND、HAD を合併している患者はそれぞれ 33%、12%、2% と報告されている。かつては AIDS 脳症と呼ばれてきた重症の HIV 関連認知症は劇的に減少する一方、依然として、軽度の認知機能障害が多くみられる。HAND を発症すれば、日常生活レベルが低下し、服薬アドヒアランスの維持が困難となるなど、最終的には予後に重大な影響を与えることが推測される。

HAND の認知機能障害と MRI における脳構造の異常との関係は明らかでない部分が残されており、特に日本人での HAND の実態とその神経基盤は未だ明らかに

されていない。今回の研究の目的の一つは HAND の認知機能障害の病態を多角的に明らかにすることにある。具体的には HAND の神経心理学的検査の異常と脳実質の体積異常 (MRI) との相関、HAND の神経心理学的検査の異常と脳白質の異常 (MRI) との相関、HAND の感染状態 (臨床の血液検査のデータ) と脳構造の異常 (MRI) との相関について調べる。

対象は大阪医療センター通院中の 20 歳～60 歳の HIV-1 陽性の男性患者約 40 名。対照群として、20 歳～60 歳の健常男性約 40 名。同意が得られない者、神経認知機能に影響を及ぼす疾患のある者、MRI 検査が不可能な者 (体内に粗大な金属物がある者など) 等を除外し、MRI 撮像を行い、診断基準の要求を満たす神経心理学的検査や併存疾患の除外のための検査や問診を行った既に取得済みのデータを用いる。得られたデータを画像・統計解析する。

MRI 画像を用いることにより心理検査単独での評価に比べ、より正確かつ詳細に認知機能障害の機能局在の検討が可能になる。生物学的基盤を明らかにすることにより、陽性者のリハビリテーションや社会支援実施に有意な情報を提供できる可能性がある。このように陽性者の心理的ストレスの潜在的背景を明らかにし、心理的支援にあたり考慮すべき要因を解明することで、より効果的・効率的な心理的支援のための基盤となる情報を提示できると考える。

B. 研究方法

1) 対象・実施場所

国立病院機構大阪医療センターの HIV 陽性の 20 歳～60 歳の男性患者約 50 名、および、対照群として、健常男性約 50 名。すべての検査は、大阪医療センター内で施行する。

2) 診断基準

Antinori らによる 'Frascati criteria'(2007 年) に基づいた診断を行う。1) 神経認知障害 2) 日常生活機能の低下 3) 併存疾患と交絡因子 の 3 面を測定し、無症候性神経認知障害 (ANI)、軽度神経認知障害 (MND)、HIV 関連認知症 (HAD) の診断を行う。

3) 除外基準

- ① 同意が得られなかった者、病状などにより十分な同意能力を持たない者
- ② てんかん他 HIV と関連しない脳器質疾患もしくはその治療済みの者
- ③ MRI 検査が不可能な者（体内に粗大な金属物がある者など）
- ④ 認知症、うつ病（抗うつ薬内服中）、精神発達遅滞、アルコール依存と薬物関連障害、統合失調症等の精神病、HIV に関連する中枢神経領域での日和見感染症、現在治療中の不安定な内科疾患が判明している場合

4) 説明と同意

本調査の説明は、説明文を用い、状況に応じ、医師、看護師、臨床心理士等により説明を行う。

5) 調査期間

平成 26 年 1 月 1 日～平成 30 年 3 月 31 日。実際には平成 26 年 7 月から調査を開始した。

6) 調査項目

基本属性、利き手、直近および過去最大の HIV-RNA 量と CD4 値、感染時期と感染経路、飲酒歴、教育歴、社会経済的地位、依存性物質使用歴、肝炎ウイルスの有無、抗 HIV 薬の服用の有無と内容、治療開始時期、セクシュアリティ、仕事の状況、喫煙歴、既往歴、神経認知機能に影響を与える採血等の諸検査結果および身体の状態および生活状況等。これらを調査票、質問紙、カルテ閲覧及び既存の試料の閲覧、問診等により実施する。

7) 神経心理学的検査

< 神経認知障害 >

- ① Speed of Information Processing
WAIS- III Digit Symbol
Trailmaking Test-Part A
- ② Attention/Working Memory
WAIS- III Digit Span (backward/forward)
- ③ Executive Functions
Trailmaking Test- Part B
- ④ Memory(Learning ; Recall)
Verbal Learning : RBMT (物語)

Visual Learning : Rey-Osterreith Complex Figure Test

- ⑤ Verbal / Language (Fluency)
流暢性検査
- ⑥ Sensory-Perceptual
Rey-Osterreith Complex Figure Test (Copy)
- ⑦ Motor Skills
Grooved Pegboard Test
Finger Tapping Test
< 日常生活の機能低下 >
 - ① IADLs
Lawton and Brody Scale
 - ② Cognitive difficulties in everyday life
Patient's Assessment of Own Functioning Inventory (PAOFI)
 - ③ Work
An employment questionnaire
< 併存疾患と交絡因子 >
 - ① 精神科診断用構造化面接 (SCID - I)
 - ② ベックのうつ病評価テスト (BDI - II)
 - ③ 発達障害評価 (AQ)
- < その他 >
 - ① 病前 IQ ; JART
 - ② 認知機能検査 ; Mini-Mental State Examination (MMSE)
 - ③ 社会経済的地位 ; Socio-Economic Status (SES)
 - ④ 利き手 ; Edinburgh Handedness Scale
 - ⑤ Cantab
 - ⑥ 衝動性検査 ; BIS/BAS
等
- 8) 脳画像の撮影（大阪医療センターの MRI を使用）
脳構造画像（3D 画像、T2WI）、DTI（Diffusion Tensor Imaging）
- 9) 脳画像解析方法
脳構造画像の解析は、SPM8、FreeSurfer のソフトを用いる
DTI の解析は、FSL の FMRIB's Diffusion Toolbox を用いる
- 10) 統計解析
 - ① HAND 群の臨床データと健常者群の年齢、社会層などの群間の比較は、T 検定により行う。
 - ② HAND 群と健常者群間の灰白質と白質、脳脊髄液の容積を T 検定により比較する。
 - ③ HAND 群と健常者群の特定の領域（前頭葉、基底核など）の灰白質や皮質厚についての比較は、T 検定で行う。
 - ④ HAND 群と健常者群の全脳の灰白質と白質は、SPM 上で画素 (voxel) 単位毎に一般線形モデルを用いて検定する。脳の各ボクセルは、Bonferroni 型の多重比較補正を行う。群間では、撮影時の年齢、性別、全脳容積を変量とした共分散分析

(ANCOVA) を用い比較をする。

- ⑤ HAND 群と健常者群の全脳の皮質厚を、FreeSurfer 上で一般線形モデルにより比較する。多重比較補正のために Monte Carlo 法を用いる。
- ⑥ HAND 群と健常者群の全脳白質の FA (拡散異方性) を、FSL 上で画素単位毎の検定を行う。群間の比較のために Permutation test を 10000 回行い、撮像時の年齢、性別を変量とした共分散分析 (ANCOVA) を行う。
- ⑦ HAND 群と健常者群の特定の白質回路 (運動前野と基底核を結ぶ回路など) の FA の比較は、T 検定で行う。
- ⑧ HAND 群と健常者群で、認知機能検査の評価値と脳容積、脳表の皮質厚、白質の FA、血液データなどとの関係性について Pearson の相関係数により SPSS、STATA、Prism の解析ソフトを用いて解析する。

(倫理面への配慮)

被験者には、本研究の目的、方法、研究の危険性、プライバシーの保護、研究協力の自由撤回などについて説明書をもとに十分説明し、文書による同意を得た者のみを対象とする。国立病院機構大阪医療センター倫理委員会で承認された方法に従い、個人の情報が他に漏れないようにデータの取り扱い・管理には細心の注意を払う。対象者及び保護者の人権や利益を損なわないように十分配慮する。(大阪医療センター倫理委員会承認番号 13042)

研究結果

- 1) 患者群と健常群の拡散強調画像について脳画像解析ソフト FSL 内の Tract-Based Spatial Statistics (TBSS) により解析を実施し、脳白質線維の走行の異方性について検討を行った。全脳の主要白質領域上の平均 FA、MD (平均拡散能)、RD (放射拡散係数)、AD (軸方向拡散係数) については、両群で統計学的に有意な差は認められなかった。しかし、傾向としては、FA が患者群では低下し、MD・RD・AD は患者群では増加していた。
- 2) ボクセル単位の TBSS の解析では、年齢を共変量として患者群 31 名と健常者群 33 名を比較した結果、脳梁や内包前脚などの脳部位で MD、RD、AD が有意に増加していた。FA は有意な差がある脳領域は認められなかった。
- 3) 患者群の中で神経心理学的検査と脳白質線維の異方性と相関のある部位を、年齢を共変量として TBSS 解析を行った結果、運動機能 (Finger Tapping) や視覚認知・記憶 (Rey-Osterreith Complex Figure Test) の障害が重い程、脳梁、放線冠、視覚に関連する白質路の MD や AD の増加を認めた。

考察

患者群と健常群の比較において、様々な交絡因子 (神経・精神疾患、依存性薬物、ウイルス性肝炎など) の影響を可能な限り除外することで、HIV の脳構造に与える影響を検討することが可能となった。

今回の拡散強調画像を用いた、患者群と健常群の脳白質線維の異方性の比較では、全脳の平均比較では、FA、MD、RD、AD では、有意な差が認められなかったが、傾向としては、白質線維が障害されていることを示唆するものであった。ボクセル単位では、統計学的に有意に脳梁や内包前脚に、白質線維の損傷を示唆する結果が認められた。特に、RD の上昇は、脱髄と関連していることから、患者群では、HIV によりこれらの領域での神経線維の脱髄が考えられる。

Finger Tapping Test と Rey-Osterreith Complex Figure Test の神経心理学的検査で、それぞれ運動機能に関連する部位や視覚に関連する脳部位の白質神経線維の異常が認められたことは、認知障害の背景として、生物学的な異常があることが考えられる。

結論

HAND の障害の背景として、脳白質神経線維の障害が存在することが判明した。また、具体的には、運動機能や視覚認知・記憶と関連する神経線維で異常が認められた。これらの結果により、患者の心理支援をす上で生物学的なエビデンスに基づくサポートが可能になる。

健康危険情報

該当なし

研究発表

該当なし (論文執筆中)

知的財産権の出願・取得状況

該当なし

5

HIV 陽性者の心理的問題点と対策の検討

研究分担者

安尾 利彦 (独立行政法人国立病院機構大阪医療センター臨床心理室)

研究協力者

西川 歩美 (独立行政法人国立病院機構大阪医療センター臨床心理室)

水木 薫 (独立行政法人国立病院機構大阪医療センター臨床心理室)

研究要旨

本研究は、HIV 陽性者の行動面の障害を伴う心理学的問題、中でも受診中断に関して、その発生状況、受診中断と関連する要因、受診中断に至る心理力動、心理学的介入方法を明らかにすることを目的とする。**研究1：診療録の後方視的調査** 2012年10月1日から2013年9月30日の間に大阪医療センターを新規受診したHIV陽性者222名のうち、2018年3月末までに転院した例、死亡した例、帰国した例等を除く168名を対象とした。2018年3月末時点での受診中断者は19名(11%)、通院者は149名(89%)であった。受診中断歴については、「あり」が33名(20%)、「なし」が135名(80%)であった。下記の通り二群化し、中断歴(あり/なし)について χ^2 乗検定もしくは正確確率検定を行ったところ、年齢(30歳以下/31歳以上、 $p=0.000$)、性別(男性/女性、 $p=1.000$)、感染経路(同性間/異性間、 $p=0.738$)、初診時の病期(無症候キャリア/エイズ発症、 $p=0.075$)、2018年3月末時点での抗HIV薬内服(あり/なし、 $p=0.000$)、無断キャンセル(5回以上/4回以下、 $p=0.021$)、メンタルヘルスに関する記述(あり/なし、 $p=0.408$)、カウンセリングの利用歴(あり/なし、 $p=0.737$)、物質使用(あり/なし、 $p=0.126$)、アルコールの多量摂取(あり/なし、 $p=0.205$)という結果であった。無断キャンセルと受診中断の関連が明らかとなり、無断キャンセルが生じた際には、安定的な受診の障壁を検討する介入を行う重要性が示唆された。メンタルヘルスや物質使用の問題については、HIV陽性者本人によるその自覚や訴えの困難さを考慮すると、医療スタッフによる意識的・継続的なアセスメントが必要であると考えられる。**研究2：他の慢性疾患との比較調査** リサーチ企業にモニター登録をしている高血圧と糖尿病の患者から無作為抽出し、基本属性、保健行動(受診中断、服薬アドヒアランスの不良、服薬の自己中断)や社会的行動(引きこもり、就労)に関する質問項目と、心理尺度(自尊感情尺度、自意識尺度、対象関係尺度)から構成されるウェブ調査への回答を求める。それぞれ200名程度を予定症例数とする。これらのデータを、以前に実施したHIV陽性者のデータと比較検討する。今後データ収集と解析を行い、HIV陽性者の行動面や心理面の特性と、受診中断等に至る心理力動を明らかにする。

研究目的

中西ら¹⁾によると、HIV陽性者は適応障害やうつ病などを発症することが多く、適応障害の中心は不安あるいは抑うつ気分であるが、対応が困難となるのは行動面の障害を伴う場合であり、具体的には外来通院の中断、内服の自己中断、職場放棄、引きこもり、大量飲酒、薬物乱用が挙げられる。

我々は2015年度から2017年度において「HIV感染症およびその合併症の課題を克服する研究」班の一環として、HIV陽性者の行動面の障害を伴う問題に関する研究を実施した²⁾。HIV陽性者の行動面の障害の発生状況とその心理的背景を明らかにすることを目的としたこの研究では、大阪医療センターに通院中のHIV陽性者から無作為抽出した300名を対象に、行動面の障害の有無・程度を問う項目および心理尺度(自尊感

情尺度、自意識尺度、対象関係尺度)で構成される質問紙調査を行った。その結果、行動面の障害の発生頻度は、受診中断：8%、抗HIV薬を指示通り内服しない：62%、自己判断での抗HIV薬の中断：6%、無就労：19%、引きこもり：21%、アルコール依存症：5%、薬物乱用：8%、コンドーム不使用：50%、自傷：68%、自殺(念慮・計画・試み)：52%であった。各行動と自尊感情尺度および自意識尺度との関連について重回帰分析を行ったところ、自尊感情は無就労、引きこもり、自傷、自殺に、私的自意識はコンドーム不使用、服薬不良、自傷、自殺に、それぞれ負の影響が認められた。また、対象関係尺度の下位尺度である「自己中心的な他者操作」は、受診中断と服薬アドヒアランス不良との間に関連が認められた。この研究を通して、一定数のHIV陽性者に行動面の障害を伴う問題があることや、

それらの背景に心理的要素があることが明らかとなった。

その他の先行研究でも、HIV 陽性者はメンタルヘルスに関する問題を抱えていることが多く³⁾、メンタルヘルスの低下や心理的な苦痛は、その後の安定した受診や服薬の障壁になりやすいと言われている⁴⁾⁵⁾。また、富成ら⁶⁾によると、受診中断となる因子は治療なし、就労なし、若年者であり、カウンセリング導入歴があるものは、受診中断する可能性が低いことが示唆されている。加えて、心理社会的治療は免疫状態を改善させるだけでなく、情緒的苦痛の軽減や服薬アドヒアランスの改善、リスク行動の低減などの利点があると指摘されている⁷⁾。

今年度以降も HIV 陽性者の行動面の障害を伴う問題を研究テーマとするが、中でも特に HIV 陽性者の予後に直結する受診中断の問題に焦点を当てた研究が必要であると考えられる。

よって本研究は、HIV 陽性者の行動面の障害を伴う心理学的問題、中でも受診中断に関して、その発生状況、受診中断と関連する要因、受診中断に至る心理力動、心理学的介入方法を明らかにすることを目的とする。

そのために、まずは研究 1: 診療録の後方視的調査、研究 2: 他の慢性疾患との比較調査を行い、そこで得られた知見をもとに受診中断に至る心理力動に関する仮説を生成し、研究 3: 心理検査を用いた調査を行う。これら 3 つを本研究の骨子とし、今年度は研究 1 および研究 2 に取り組む。

研究方法

研究 1: 診療録の後方視的調査

調査対象は 2012 年 10 月 1 日から 2013 年 9 月 30 日の間に大阪医療センターを新規受診した HIV 陽性者 222 名のうち、2018 年 3 月末までに転院した例、死亡した例、帰国した例等を除く 168 名とした。

診療録から基本情報（性別、初診時の年代、感染経路、2018 年 3 月末時点での抗 HIV 薬服薬の有無）、受診中断歴の有無、診療予約の無断キャンセル数、診療経過でのメンタルヘルスに関する診療録への記載の有無、物質使用の有無、飲酒頻度と量、カウンセリング介入歴を抽出した。

単純集計及び受診中断歴に関して χ^2 乗検定もしくは正確確率検定を行った。

研究 2: 他の慢性疾患との比較調査

高血圧、糖尿病、HIV 感染症を対象疾患とする。HIV 感染症の対照群として高血圧と糖尿病を選択した根拠は、3 疾患いずれも慢性疾患ではあるものの、定期的な受診や治療薬の内服・使用が求められること、治療しなければ重篤な病状や後遺症、あるいは死亡が生じうる疾患であることである。

高血圧と糖尿病に関しては、本調査を委託するリサー

チ企業にモニター登録をしている高血圧と糖尿病の患者から無作為抽出し、ウェブ上で調査への回答を求める。それぞれ 200 名程度を予定症例数とする。

調査項目は 1) 基本属性、2) 行動（保健行動・社会的行動）、3) 心理尺度で構成する。

1) 基本属性として、性別、年齢、最終学歴、罹患判明後の年月を問う。

2) 行動（保健行動・社会的行動）としては下記の項目を問う。受診中断：6 か月間以上受診しなかった経験の有無、服薬アドヒアランス不良：指示通りに内服・使用しなかった経験の有無および頻度、服薬の自己中断：医師の指示でなく自分の判断で服用・使用をやめた経験の有無およびその期間、就労・ひきこもり：内閣府調査⁸⁾の一部を用い、就労状況、外出の頻度、無就労および引きこもりになってからの期間。

3) 心理尺度としては以下の尺度を用いる。自尊感情尺度：ローゼンバーグによって作成され、山本らが翻訳した 10 項目から成る尺度⁹⁾、自意識尺度：自分自身にどの程度注意を向けやすいかの個人差を測定するもので、公的自意識 11 項目、私的自意識 10 項目から成る尺度¹⁰⁾、対象関係尺度：対人場面における個人の態度や行動を規定する、精神内界における自己と対象との関係性の表象である対象関係を測定するもので、29 項目から成る尺度¹¹⁾。

（倫理面への配慮）

当院の倫理委員会に相当する受託研究審査委員会の承認を得た（研究 1：整理番号 18112、研究 2：整理番号 18102）。

研究結果

研究 1: 診療録の後方視的調査

2018 年 3 月末時点での受診中断者は 19 名（11%）、通院者は 149 名（89%）であった。受診中断歴については、「あり」が 33 名（20%）、「なし」が 135 名（80%）であった。初診時の年齢は 20 代が 41 名（25%）であり、うち 16 名が「中断歴あり」、25 名が「中断歴なし」であった。30 代は 49 名（29%）で最も多く、うち 10 名が「中断歴あり」、39 名が「中断歴なし」であった。40 代は 44 名（26%）であり、うち 5 名が「中断歴あり」、39 名が「中断歴なし」であった。50 代は 23 名（14%）であり、うち 2 名は「中断歴あり」、21 名が「中断歴なし」であった。60 代は 9 名（5%）、70 代は 2 名（1%）であり、いずれも「中断歴あり」はなかった。

初診時の年齢は 30 代が最も多いが、「中断歴あり」の陽性者は初診時に 20 代が最も多く、年齢が高くなるごとに減少傾向が認められた。

性別は男性が 165 名（98%）であり、うち 33 名が「中断歴あり」、132 名が「中断歴なし」であった。女性は 3 名（2%）で、「中断歴あり」はいなかった。

感染経路については「同性間」が 153 名（91%）であり、うち 31 名が「中断歴あり」、122 名が「中断歴なし」

であった。「異性間」は 15 名 (9%) であり、うち 2 名が「中断歴あり」、13 名が「中断歴なし」であった。

初診時の病期について、「無症候キャリア」が 134 名 (80%) であり、うち 30 名が「中断歴あり」、104 名が「中断歴なし」であった。「エイズ発症」は 34 名 (20%) であり、うち 3 名が「中断歴あり」、31 名が「中断歴なし」であった。

2018 年 3 月末時点での抗 HIV 薬内服の有無では、「服用なし」が 13 名 (8%) であり、うち 11 名が「中断歴あり」、2 名が「中断歴なし」であった。「これまでに抗 HIV 薬服用あり」は 155 名 (92%) であり、うち 22 名が「中断歴あり」、133 名が「中断歴なし」であった。「服用なし」のほとんどが「中断歴あり」であった。

他科を含めた診療の無断キャンセル数について、「5 回以上無断キャンセルあり」は 23 名 (14%) であり、うち 9 名が「中断歴あり」、14 名が「中断歴なし」であった。「4 回以下」は 145 名 (86%) であり、うち、24 名が「中断歴あり」、121 名が「中断歴なし」であった。

診療録へのメンタルヘルスに関する記載 (初診時や診療経過での自覚し自ら訴えた不安や気分の落ち込みに関する記述や、医療者が観察した HIV 陽性者のメンタルヘルスに関する記述)の有無については「記載あり」が 77 名 (46%) であり、うち 13 名が「中断歴あり」、64 名が「中断歴なし」であった。「記載なし」については、91 名 (54%) であり、うち 20 名が「中断歴あり」、71 名が「中断歴なし」であった。

物質使用について「使用歴あり」は 57 名 (34%) であり、15 名が「中断歴あり」、42 名が「中断歴なし」であった。「使用歴なし」では、88 名 (52%) であり、うち 14 名が「中断歴あり」、74 名が「中断歴なし」であった。不明は 23 名 (14%) であり、4 名が「中断歴あり」、19 名が「中断歴なし」であった。飲酒頻度や摂取量については、「週 3 日以上」の頻度で 3 杯以上の摂取量」とそれ以外の「飲まない、機会飲酒程度」の群に分けたところ、「週 3 日以上」の頻度で 3 杯以上の摂取量の群は 41 名 (25%) であり、うち 5 名が「中断歴あり」、36 名が「中断歴なし」であった。「飲まない、機会飲酒」群では、123 名 (73%) であり、うち 26 名が「中断歴あり」、97 名が「中断歴なし」であった。不明は 4 名 (2%) であり、2 名が「中断歴あり」、2 名が「中断歴なし」であった。

カウンセリングの介入歴については、「カウンセリング介入歴あり」は 41 名 (24%) であり、うち 9 名が「中断歴あり」、32 名が「中断歴なし」であった。「認知機能検査のみ」は 10 名 (6%) であり、10 名ともに「中断歴なし」であった。「研究参加による心理士との接触あり」では 28 名 (17%) であり、5 名が「中断歴あり」、23 名が「中断歴なし」であった。「研究参加による心理士との接触なし」は 89 名 (53%) であり、うち 19 名が「中断歴あり」、70 名が「中断歴なし」であった。

上記の単純集計から、年齢 (30 歳以下 /31 歳以上)、

性別 (男 / 女)、感染経路 (同性間 / 異性間)、初診時の病期 (無症候キャリア / エイズ発症)、2018 年 3 月末時点での抗 HIV 薬服用 (あり / なし)、無断キャンセル (5 回以上 / 4 回以下)、メンタルヘルスに関する記述 (あり / なし)、カウンセリングの利用歴 (あり / なし)、物質使用 (あり / なし)、アルコールの多量摂取 (あり / なし) で、中断歴 (あり / なし) に関して χ^2 乗検定もしくは正確確率検定を行った。その結果は下記のとおりである。年齢 ($p=0.000$)、性別 ($p=1.000$)、感染経路 ($p=.738$)、初診時の病期 ($p=.075$)、2018 年 3 月末時点での抗 HIV 薬内服 ($p=.000$)、無断キャンセル ($p=.021$)、メンタルヘルスに関する記述 ($p=.408$)、カウンセリングの利用歴 ($p=.737$)、物質使用 ($p=.126$)、アルコールの多量摂取 ($p=.205$)。よって、30 歳以下であること、抗 HIV 薬服用を服用していないこと、無断キャンセルの回数が多いことと、受診中断の間に関連が認められた。

研究 2：他の慢性疾患との比較調査

今後データ収集および解析を行う。

考察

研究 1：診療録の後方視的調査

本研究により、1 施設ではあるが HIV 陽性者の受診中断の発生状況が明らかとなった。また、先行研究で示されているように、若年者及び服薬未導入の場合には、受診中断に至りやすい可能性が確認された。これに加え、診療の無断キャンセルが多い場合には受診中断に繋がりやすい可能性が示唆された。

無断キャンセルが生じた際には、本人の来院時に安定的な受診の障壁となっている点を医療スタッフが本人に確認し、受診中断予防のための介入を行うことが重要である。

また今回の調査ではメンタルヘルスや物質使用と受診中断の関連は明らかにはならなかった。しかしながら、診療場面等において本人が自身のメンタルヘルスや物質使用の問題について自覚的であるとは限らず、またそれについて自発的に発言することは容易ではないことが推察され、この点は今回の調査手法による限界であると考えられる。メンタルヘルスや物質使用については、医療スタッフからの意識的・継続的なアセスメントが必要であると考えられる。

研究 2：他の慢性疾患との比較調査

今後のデータ収集および解析によって、各慢性疾患患者、特に HIV 陽性者の行動面や心理面の特性と、受診中断等に至る心理力動を明らかにする。

結論

研究 1 より、1 医療機関ではあるが、HIV 陽性者の受診中断の発生状況が明らかとなった。また、HIV 陽

性者の受診中断を防ぐためには、無断キャンセルが発生した際に、安定した受診の障壁を検討する介入を行うことの重要性が示唆された。また今後研究2を進めることにより、HIV 陽性者の心理的特性や受診中断に関する心理力動について明らかにする必要がある。

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

- 1) 西川歩美：心理士からみた HIV 陽性者の受診中断の背景に関する検討。ワークショップ看護 受診中断者を“ゼロ”にする、第32回日本エイズ学会学術集会・総会、大阪、2018年12月。
- 2) 水木薫、安尾利彦、西川歩美、白阪琢磨：HIV 陽性者の行動面の障害を伴う問題の心理的背景に関する研究。第32回日本エイズ学会学術集会・総会、大阪、2018年12月。
- 3) 安尾利彦：長期療養におけるコミュニケーションの重要性。HIV 感染症薬物療法認定・専門薬剤師認定講習会、第32回日本エイズ学会学術集会・総会、大阪、2018年12月。

知的財産権の出願・取得状況（予定を含む）

該当なし

文献

- 1) 中西幸子、赤穂理恵：HIV/AIDSにおける精神障害。総合病院精神医学 23(1), 35-41, 2011.
- 2) 厚生労働行政推進調査事業費補助金（エイズ対策政策研究事業）HIV 感染症及びその合併症の課題を克服する研究 平成29年度研究報告書, 68-73, 2018.
- 3) Bing EG, Burnam AM, Longshore D, et al. Psychiatric disorders and drug use among human immunodeficiency virus-infected adults in the United States. Arch Gen Psych.;58:721,2001
- 4) Tobias CR, Cunningham W, Cabral HD, Cunningham CO, Eldred L et al. Living with HIV But Without Medical Care: Barriers to Engagement, AIDS Patient Care STDs 21: 426-434,2007
- 5) Blashill AJ, Perry N, Safren SA .Mental Health: A Focus on Stress, Coping, and Mental Illness as it Relates to Treatment Retention, Adherence, and Other Health Outcomes. Curr HIV/AIDS Rep 8: 215-222, 2011
- 6) Shinjiro Tominari et al. Implementation of Mental Health Service Has an Impact on Retention in HIV Care: A Nested Case-Control Study in a Japanese HIV Care Facility. PLOS ONE8(7)1-6.2013
- 7) Cohen,MA et al.:Handbook of AIDS Psychiatry. Oxford University Press, 2010, New York 訳：HIV 感染症及びその合併症の課題を克服する研究 平成25年度 研究報告書 72-73.
- 8) 内閣府政策統括官：若者の意識に関する調査（ひきこもりに関する実態調査）報告書, 41-43, 2009.
- 9) 堀洋道、山本真理子：自尊感情尺度. 心理測定尺度集 I, 29-31, サイエンス社, 2001.
- 10) 堀洋道、山本真理子：自意識尺度. 心理測定尺度集 I, 47-51, サイエンス社, 2001.
- 11) 井梅由美子・平井洋子・青木紀久代・馬場禮子：日本における青年期用対象関係尺度の開発. パーソナリティ研究 14, 181-193, 2006.

6

薬害被害者の心理的支援方法の検討

研究分担者

山田 富秋 (松山大学人文学部社会学科)

研究協力者

橋本 謙 (特定非営利活動法人りょうちゃんず 理事長 / 愛知県・岐阜県スクールカウンセラー)

種田 博之 (産業医科大学医学部人間関係論)

入江 恵子 (九州国際大学法学部法律学科)

小川 良子 (看護師)

早坂 典生 (特定非営利活動法人りょうちゃんず)

藤原 都 (特定非営利活動法人りょうちゃんず)

研究要旨

分担者の所属する機関において研究倫理委員会の設置が遅れたため、当初平成 31 年度に予定していた分析計画を前倒して今年度行った。すなわち、被害者のライフストーリーをエイズ問題発生から 40 年の歴史的経過に当てはめながら、被害者の抱える困難について、歴史的・社会的文脈に位置づけて分析した。また、あるブロック拠点病院の HIV チーム医療について調査結果を論文にまとめた。

研究目的

本研究の目的は、薬害被害者（患者）への有益な心理的支援方法を、心理学、社会学、ピア（当事者）、医療者の多様な視点から検討することである。すなわち、患者と医療者双方の薬害事件に関わる様々な経験について、インタビューで得られた語り（ナラティブ）をてがかりとして、患者が置かれた現状と問題点（医療体制のあり方も含む）を明らかにする。これを通して、効果的な心理的支援のあり方について考察する。

研究方法

これまで蓄積してきた患者の語りを、いわゆる「薬害エイズ事件」という歴史的・社会的文脈の中に位置づけて、患者の生活史に沿った時系列的な整理を行い、そこから、個々の患者の抱えた困難な状況について、背景的文脈に照らして詳細に明らかにする。また、あるブロック拠点病院の HIV チーム医療における心理カウンセリングの役割を、医療者へのインタビューを通して明らかにする。

(倫理面への配慮)

研究分担者の所属する松山大学の倫理審査を受ける準備をしていたが、今年度は、研究倫理審査委員会の設置が遅れたため、審査を受けることができず、新たな調査は実施しなかった。そのため、これまで蓄積したインタビュー内容の分析を行ったが、このインタビュー調査については、国立病院機構大阪医療センターの倫理委員会に相当する受託審査委員会の承認を得ている。(承認番号 13002) また、今年度成果をまとめて発表した、ある拠点病院の HIV チーム医療における

心理的支援の研究については当該医療機関の倫理審査委員会の承認を得ている。

研究結果

今年度新たにインタビューを実施することはなかったが、歴史的出来事に沿って患者の語りを整理することで、患者に対する効果的な心理的支援方法について考察すべきポイントが得られた。また、あるブロック拠点病院のチーム医療における心理カウンセリングの役割について、研究成果をまとめることができた。

考察

1. 薬害エイズ事件の主要な歴史的出来事の時系列に沿って、これまで蓄積してきた患者のライフストーリー・インタビューの中の心理的支援に関わる語りについて、特に (1) 主治医が血友病を専門としていたかどうか (2) HIV 感染の告知の時期 (3) 医師との関係 (4) 家族関係 (5) ピアグループとの関係、という分析項目に沿って分析した。なお、2013～16 年までに実施したインタビュー対象者は 26 人である。何が心理的支援として効果的だったのかに焦点を絞って分析するために、ほぼ同じ時期に同じ X 病院に通院していた A 氏と B 氏という 2 人の患者を比較して考察した。

A 氏と B 氏の比較表 (匿名化のために語りを標準語にした)

A 氏 1961 年生まれ 生後から現在まで、X 病院に通院 (ただし、1977 年から 1984 年を除く)。

B 氏 1964 年生まれ 1975 年から 1989 年まで、X

病院に通院（ただし、中学から大学までは X 病院の分院的性格を持った別の病院に通院）。

A 氏と B 氏が通院した X 病院は、この地域でも有名な血友病に特化した専門医を擁する病院である。X 病院は、一部の血友病薬害被害者ないし原告団の認識では、HIV 感染について非告知の方針をとっていた病院とされる。A 氏と B 氏の両者を比較する際、感染告知の状況、医師との関係、家族関係、ピアグループとの関係に絞って考察する。

まず HIV 感染告知の状況について比較する。A 氏は X 病院に転院した 1984 年（23 歳）頃に、HIV 感染を告知された。当時は HIV/ エイズのことが一般的によくわかっていなかったため、たんと受け止めた。ところが、1987 年のエイズパニックをきっかけに感染を意識し始め、医師に再検査を依頼し感染を再確認した。結婚前であったため、子どもや家族を作れないと思いつき、相手と連絡を絶ったが、紆余曲折を経て 1988 年に結婚した。

他方 B 氏は、1989 年に大学を卒業して就職するときに、X 病院から HIV 感染を告知される。（※以下の語りは実際のインタビューから抜粋したものを標準語に直した以外は、できるだけ語ったままの表現にしてある。）

B：そうですね、はい。その時に、初めて先生を、恨んでもいいから、なんとか、かんとか、いろいろ言われたような気がするんですが、申し訳なかったとか言うんで。3 年って言ったのかな、5 年って言ったのかな、3 年か 5 年は命の保証はするって言われて、そうなんだ、3 年か、5 年なんだということで。そのことを聞いて、で、その時は母親には言わなかったですね、一応先生に来てきたよ、病院、紹介してもらってきたよ、しか言わなかったんですね。その時に言ったら、たぶん、そこに殴り込みに行っていたかな、うちの母親すごい勝気な人なんで。

その時 B 氏は、自分でも帰り道を覚えていないほどショックだったという。「3 年、4 年は保証してやるってということで、俺はジャーかって、みたいな感じで。デオデオ（※電気店）のテレビか、俺は、みたいな感じで。」

この 2 人の感染告知時期を歴史的出来事の中に位置づけて考察すると、A 氏に対する最初の感染告知は 1984・5 年頃であり、1986 年 11 月～1987 年 2 月まで（松本、神戸、高知）のエイズパニック前に位置づけられるのに対して、B 氏の感染告知は 1989 年であり、エイズパニックの 2 年後である。これが感染告知時の A 氏と B 氏の反応の差を生んでいる一要因と考えられる。さらにもう一つの要因は、HIV 自体は 1983 年に分離されていたものの、そのナチュラルヒストリー——感染から発症にいたる頻度や期間——はまだまだ不

明であり、また、日本に限定すれば、エイズパニック前後においてでさえも、エイズ発症者数が非常に少なかったことも挙げられる。実際 A 氏はこう語る。

A：だから HIV の問題そのものがそんなにでかい話っていうのか、騒がれている前だから、「あっ、そう」という感じ。ほとんどその時に聞いたけど、忘れちゃってましたよ。普通に生きるのにあんまり関係ないし。僕は僕、わが道を行くって感じで（笑い）。(I：後から) 後から、大変だって言う、ちょっと待てよ、それって、ぼく、あの時言われた話よねって言うふうになったのはかなりあとです」とエイズパニック前後の反応の変化を語っている。※インタビュー抜粋での I は調査者（インタビュアー）を指す。

感染を知った時の A 氏と B 氏の感情的反応は対照的である。A 氏は 1987 年に感染を再確認した時、結婚を目前に控えていたことと、同じ血友病の兄について語る。「そうだね、ショックはショック。これは、今の嫁さんとも別れたほうがいいだろうしなあって、これからどうしようかって、ちょっと途方にくれましたよね。まあ、ほっとした面はほっとした面であったんですけどね。兄貴のほうは感染していないということがわかったんで。兄貴にはね、その時、もう結婚して子供も 2 人いたかな、いたんで」。この語りからわかるように、確かにショックを受けたが、結婚して子供もいる兄が感染していなかったことを知って、ほっとしている。さらには、感染を医師に再確認した時から今まで、医師に対する信頼感は特に揺るいでいない。医師に対する A 氏の信頼感の源泉について聞くと、「ぼくが先生にこれってどうなってますかねと訊いたことには、みんな答えてもらえたから、だからねえ。」と答えている。

他方 B 氏は、通学のために X 病院の分院に移ったので、加熱剤の治験に入れてもらえなかったという説明を医師から受けた。B 氏はそれが HIV に感染した原因だと今でも恨みに思っている。つまり、自分のケースのように、分院の患者も治験に組み込まなかったことを、医師の過失であると考えている。ここで B 氏が医師に対して明確な「恨み」という強い表現を使ったことは、ネットワーク医療と人権が実施した血友病薬害被害者のインタビュー集（輸入血液製剤による HIV 感染問題調査研究委員会（養老委員会）, 2009, 最終報告書『医師と患者のライフストーリー』第 3 分冊）を参照すると、非常に稀であることがわかる。

その当時、B 氏の母親もまた、加熱剤の治験になぜ息子が入らなかったのか、X 病院の薬剤部に強く苦情を訴えたという。B 氏の HIV/ エイズへの対応から、B 氏の家族関係を考察すると、1986～1987 年のエイズパニック時について B 氏にはほとんど語りが無い。このことは B 氏がこの事件と自分とをほとんど関連づけて考えなかったことを示していると考えられる。例

えばそれは、以下のインタビューのやりとりに現れている。

I: (前略) 積極的に、エイズに関しての情報というのは、手に入れるために動いてはいらっしやらなかったわけですよ。

B: 告知を受ける前?

I: 告知を受ける前。

B: 受ける前、そうですね、まったく。

B 氏の代わりに積極的に動いていたのは B 氏の母親であった。加熱製剤の治験について抗議したように、B 氏の母は非加熱製剤と HIV 感染の関係についても、何らかの情報を得ていたようだ。「B: そうですね。母親のほうはすごい熱心に」。

B 氏はもともと他地方の出身だったが、小学校高学年の時、血友病の専門医を擁する X 病院に入院したことをきっかけに、より通院しやすいこの地方に引っ越すことになる。これは父親がこの地方に転勤を願い出ることによって可能になった。また、B 氏は当時車イス生活をしていて、車イスで普通中学を通学できるように、母親が自動車免許を取得して、毎日送迎をした。このような献身的な家族の対応から、両親は血友病治療に対して積極的に取り組んでおり、B 氏はそれに従っていたことが推測される。医師との関係について、本人自身は「当時はもう先生は絶対的というか、もう絶対、もう、先生様じゃないけども、先生のおかげでここまでこれたんで、というのがあって、そういう（補足※ HIV 感染の）疑いすら持たなかったという感じですね」と語る。

ピアグループとの関係について両者を比較すると、A 氏は、入院中に地域の患者会を知り、若い世代で構成されていた当時の患者会に入った。レクリエーション中心の楽しい活動をして、一気に血友病の友だちが増えた。会の中で自分の HIV 感染のことは隠さなかった。その後、1988～9 年に、全国患者会の活動に関わるが、会の活動方針の違いから、そこから遠ざかった。A 氏「たぶん、HIV に感染してなかったら、ぼくはこんなに患者会に深くつきあってなかったし、今日もこうしてることなく、仕事をしてたと思います（笑い）」。

B 氏も同じ患者会に入っていたが、そこで HIV について聞いたことはまったくなかったという。その後、就職して転院した Y 病院から、その地域の患者会を紹介してもらい、裁判和解前の 1995 年頃、そこで感染者だけの会合の案内を見て、母親と一緒に参加したという。B 氏は、この会合に参加するまでは、X 病院の医師に対する自分の悔しい思いを、両親にも友人にも表現できず、我慢していた。しかしこの地の患者会に入り、「たぶん、C さんとか、患者会の人ら、一部の患者会の人には言ったかもしれない、ですね、たぶん」と初めて吐露し、感染者だけの会合に参加して、悔しい

思いを十分表現することができた。B 氏は、ほっとすると同時に、すぐに裁判に参加して原告団の活動をやる過程で、ここまでレールを敷いてくれた先駆者の方々に感謝したい気持ちになったと語る。

A 氏と B 氏のケースから、X 病院の HIV 感染告知について考察すると、A 氏は HIV 感染をたんと受け入れ、B 氏は受け入れていない。その背景には、A 氏が X 病院の医師と比較的良好な関係を維持できており、感染告知も含めて、A 氏が求めた問いに対して、医師が率直に答える関係にあったからだと考えられる。B 氏は、X 病院通院当時は、医師を絶対視するパターンリスティックな関係を維持していたと推測されるが、その後、自身の感染がわかると、感染告知が遅れたことだけでなく、分院の患者を治験に組み込まなかったために「感染させた」医師に恨みを持ち、現在でも感染したことを「悔しい」と思っているのである。

X 病院の一見、非告知に見える方針は、B 氏が原告団に加わることで得た、後からの情報を加えて考えても、B 氏の医師に対する不信感につながるひとつの理由になったとも考えられる。B 氏の不信感と対照的に A 氏は、X 病院の他科との関係が非告知の根底にあると言う。A 氏は「(前略) もっと言えば、たぶんそれを告知すれば、「この人は感染してます」ということをやればね、診療拒否が起りかねないと言うふうなたぶん思ってたと思う」と、当時の X 病院の医師たちの対応を推測して語る。

同様に、当時 X 病院とは違う病院(福島県立医科大学)に勤めていた内田立身は、著書『真実を直視する』(2006 年、悠飛社)において、HIV 感染がわかった時に、他科の診療拒否が実際にあったことを指摘している。

以上から、A 氏と B 氏のケースから導かれる実質的な心理的支援方法を考察する。A 氏への告知は、エイズパニック前ということもあり、また HIV 感染のナチュラルヒストリー自体が不明であったこともあいまって、X 病院は A 氏に、そのまま告知したと推測される。ところが、B 氏は 1989 年まで非告知であった。この差異は、X 病院の方針がエイズパニックを契機として非告知に変化したからではないかと推測される。B 氏のケースだけでなく、感染を告知されたが、誰にも言えずに孤立した患者たちは、裁判闘争の仲間（ピアと弁護士、支援者）と出会い、初めて自分の苦しみを表現できたというケースが多い。これは結果として、彼らに対する実質的な心理的支援となったと考察できる。B 氏はさらに転院先の病院について、X 病院とは違って、医師たちが血友病だけでなく、HIV 治療も担っていることを高く評価している。

以上、HIV 感染告知について A 氏と B 氏の対応をまとめよう。A 氏は、他科の診療拒否が非告知の方針の根底にあると理解した上で、正確に何年だったのかは覚えていないが、X 病院の主治医(小児科医)に、子どもだから性交渉がないと決めつけて、感染告知をし

ないのはおかしいと訴えて、非告知の方針を撤回させるアドバイスをしたという。実際に、それ以降、非告知方針は撤回された。このエピソードからも、A 氏の場合、医師に直接アドバイスできるような関係を作っていたことがわかる。

他方 B 氏の場合は、医師を対等な関係で捉えることはなく、通院当時は医師を絶対視するパターンリスティックな関係を維持しながら、医療に関することのほとんどは母親任せであり、医師との実際的な意思疎通は日常的に少なかったと推測される。その結果、HIV 感染に対する心の準備がないまま告知されたという経験が、母親の強い抗議ともあいまって、医師に対する恨みを生じさせたひとつの原因と考えられる。

ほぼ同じ時代に同じ病院に通院していた A 氏と B 氏の対応のプロセスは、非常に対照的である。当時、A 氏と B 氏に対して働いていた実質的な心理的支援について (1) 主治医が血友病を専門としていたかどうか (2) HIV 感染の告知の時期 (3) 医師との関係 (4) 家族関係 (5) ピアグループとの関係の各項目に沿って考察すると、A 氏の場合は、血友病を専門とする医師に診てもらい、感染告知の時期はエイズパニック前であったために、ほとんど抵抗なく告知を受けた。そして、医師との関係は、当時としては稀なほど対等にコミュニケーションが取れる関係を維持していた。家族間でも感染について秘匿されず、オープンなコミュニケーションが確立していたと推測される。また、患者会というピアグループにおいては、HIV 感染について聞かれたら答えるという状況であった。他方、B 氏は、同じ X 病院に通っていたにもかかわらず、感染告知がエイズパニック後であったために、告知の時期が遅れただけでなく、母親の強い抗議もあって、告知後に医師に恨みを抱くようになる。ここにはそれまで、医療のことは親任せにして、医師とはパターンリスティックな関係を維持してきた B 氏が、突然の感染告知によって、一気に医師不信へと変化する過程を見て取ることができる。この「恨み」の感情は長い間表現できなかったが、就職して移動した地方の患者会というピアグループに参加することで、初めて本当の感情を吐露することができた。その結果 B 氏は、患者会と感染者の会、それに原告団のメンバーに対して、大きな感謝の念を抱くようになった。

この二人の事例からわかることは、HIV/エイズが社会的に大きなスティグマとみなされたエイズパニックの時期の前後において、患者自身の HIV 感染に対する意識も、医療機関の対応も大きく異なっていることである。この時期の前の A 氏が医療者への信頼を崩さなかったのに対して、この時期の後の B 氏が医療者に大きな不信を抱いて、ピアグループに救いを求めたことは非常に対照的である。当時としては例外的に、医療者と対等に近いコミュニケーションを維持できた A 氏の例から導かれることは、医師と患者の意思疎通が可

能な環境を整えることの重要性である。それは、現在のインフォームドコンセントの制度化だけでなく、和解後のエイズ治療体制の整備によって実現したチーム医療体制によって、医師には話せなくても看護師や心理士など、他のコメディカルスタッフに言いたいことを話せる環境を整備することの重要性に立ち返ってくる。また、B 氏の例から導かれることは、医師との関係において意思疎通が確立できない場合、ピアグループとの関係が重要になってくるということである。長年、鬱屈した思いを吐露できず、孤立した状況において、B 氏に実質的な心理的支援を提供したのはピアグループであると言えるからである。

2. あるブロック拠点病院のチーム医療における心理カウンセリングの役割について概要を報告する。

近年、HIV 感染症の予後は格段に改善し、HIV 感染症は慢性疾患と捉えられるほどまでになった。しかし他方では、血液製剤由来の血友病薬害被害者は罹病期間が長期にわたり、合併する C 型肝炎による病状悪化や長期服薬での副作用等に加え、本人自身の高齢化などの生活条件も背景として、精神的にも厳しい状況にある方が多く、一定の QOL 水準を保つためには、心身ともに支援が必要と考えられる。

薬害 HIV 感染を歴史的に振り返れば、1990 年代後半に導入された HAART の普及と定着まで、HIV 感染は、いつ来るかわからないエイズの発症を予期させる衝撃的な出来事として感染者に体験されてきた。「箱根ワークショップ」(1988-91 年に血友病の医師を一堂に集め 4 回開かれ、感染告知を原則とする合意が形成されると同時にカウンセリング導入を決定した) を契機として、1990 年代初頭にエイズカウンセリングが治療現場に導入される際、医師だけが感染告知を行うのでは、感染者の心理的フォローがあまりにも不十分であると医療者間で認識されたため、臨床心理士を初めとするカウンセラーの導入が試みられた。確かに、それは一定の効果をあげたものの、やがてはエイズ発症に至る、HIV 感染というマイナスの事実の受容を、カウンセリングを通して感染者に促す傾向が一面としてあったと言えるだろう。

和解後の HIV/エイズ医療体制の整備の結果、現在では、心理カウンセリングが HIV/エイズ医療に制度的に組み込まれ、感染者の支援に一定の役割を果たすようになってきた。また厚生労働省は、平成 14 (2002) 年に診療報酬改定で緩和ケア診療加算を新設し、初めてチーム医療を評価するようになり、HIV 感染治療についても平成 18 (2006) 年から診療報酬に「ウイルス疾患指導料に関する施設基準」(いわゆる「チーム医療加算」) を新設した。これは国が、和解後のブロック拠点病院体制を中心とした HIV チーム医療の成果を適切に評価したとも考えられる。本研究では、こうした歴史的経緯を踏まえて、現在の HIV チーム医療におけ

る心理的支援が、血友病薬害被害者に対してどのような役割を果たしているのかを明らかにする。

理想的な「チーム医療」においては、患者自身の自己決定と主体性を尊重しながら、当該患者の周囲に同心円状に多様な医療専門職を配置し、チームのメンバーが密なコミュニケーションと連携を通して治療にあたりとされている。本研究では、効果的な支援の実際について、早くから心理カウンセリングをチーム医療に取り入れた、あるブロック拠点病院の HIV チーム医療スタッフへのインタビューを通して明らかにすると同時に、この研究と同時並行的に行ってきた薬害被害者のインタビュー結果を踏まえて、患者が心理的支援に対して、よりアクセスしやすくなるために必要な条件について示唆したい。

この病院は、1997年4月にブロック拠点病院になり、HIVの専門医(2名)を中心に、歯科医、専任看護師(2名)、病棟担当看護師、臨床心理士(以下カウンセラー)、薬剤師、栄養士からなる HIV チーム医療がスタートした。A 医師によれば、発足当初一番重要だと考えたのは、差別や偏見を受けやすい HIV 感染者のプライバシー保護だったという。当時はチーム医療スタッフ自身も何もかも初めてで、手探り状態だったという。彼らは患者から教わると同時に、日本全国あちこちの研修会に参加し、ほぼ独学で HIV 治療について学んだ。当時は教える人がいなかったの、彼ら自身すぐに教える側にまわったという。以下、A: 医師、B: 看護師=コーディネーターナース、C: 医療ソーシャルワーカー、D: 心理カウンセラー、I: インタビュアーと略す。

A: そこから一つ一つシステムから作っていった。最初はね、何もわからないから専門外来を作ろうということで、当時もそうだけど、週のうち四日ぐらい外来もやっていたので、そのうちの一日午後、とりあえず専門外来にしようって木曜日の午後。一週間で一番患者さんが少なかったし目立たなかったということで。一番最初に考えたのはプライバシーの保護ってことで。患者さんともいろいろ、一人一人と当時はいろんなことを話しているんなことを僕の方から教えてもらったこともいっぱいあって、それぞれ MSM のセクシャリティーまでいろいろ教えてもらったりしたから。

I: ああ、患者さんから教わった?

A: 患者さんから教わりました。だから当時は患者さんが僕の教師でしたね。それで教わりながら一番何が心配かっていうとプライバシーの保護っていうか、差別偏見を受けてきたと、それが一番だったですから、まずはそこを何とかしようということで。当時は HAART もまだですからね。それで当時スッカスカの診察室、声が丸聞こえで。

同様に看護師の B さんは血友病薬害被害者から血液製剤や自己注射のやり方について教わったと語る。

B: で、患者さんから教えていただくこともほんと多くて、とくに血友病の製剤のこととかは、自分でも勉強しますが、患者さんが実際にされている自己注射のこととか、やり方とか工夫されていることとか、そんなことを患者さんから教えていただくかたちだったので。ほんとに、最初の 2、3 年っていうのは、自分が一生懸命勉強して、患者さんから学び、という感じで。やってきたので、ほんと、なにも指導とかということはないもできてなかったの、患者さんとお話して、思いを聞くとかがらいしかできてなかったかなとは思ってます。お薬の知識もなかったですし。

発足当初来院した血友病薬害被害者に共通の傾向について、ここで指摘しておくことは重要である。つまり、HIV 感染者の予後を劇的に改善したと言われる、1997 年以降に導入された HAART に対しても、血友病薬害被害者たちは、これまでの医療や抗 HIV 薬に対する不信感を払拭することができず、しばらくの間、警戒心を解くことはなかったという。

B: (前略) 今度新しい薬でどうなんだっていう不信と不安と期待と、いろいろな思いを持ってきたり。新しくきたこの病院、医療に対してもともと線を置いていた方もやっぱりいらっちゃったので。きちんと自分の思いとか言ってくださらない方、どんなふうに考えているのかわからない状況の方だったので。

HAART の劇的な効果は、しばらくするうちに患者側にも実感として経験されるようになるが、当時は効果が不確かなままで「笑いなんて出るような時代じゃなかった」という。コーディネーターナースの B さんは医師と並んで臨席し、患者の信頼感を得るために粘り強い努力を重ねていった。その中でも、血友病薬害被害者には、無事の自分が一方的に感染という被害を受けただけなのに、なぜ抗 HIV 薬を飲まなければならないのかという抵抗感が強い患者もおり、こつこつと地道に努力をして、7~8 年かけてようやく医療につないでいったという。

B: (前略) 副作用で吐いたり、吐き気がしたり、そういう副作用があるんだったら、自分はもう飲まなくていいと。とりあえず今飲んでる 2 剤だけでいいっていうふうに、ずっとかたくなにおっしゃっていた方がいたんで。まあ、こっちは先生が飲まないで死ぬからと言ったところで、その人は意志が固かったの、私まで言っちゃうと、病院に来なくなりそうな感じもあって。

どんな副作用が問題なのか、その後で詳しく話を聞くと、車の運転ができないことが問題だったと打ち明けてくれる。そして、こつこつと粘るうちに、この患

者は心を変えて HAART 導入に賛成するまでに至った。このケースでは、医療者側が最終的に粘り勝ちしたかたちになったが、一方で B さんたちは、たとえ HAART 導入の拒絶に出会ったとしても、患者の意思を尊重しなければいけないと考えており、ここでは、以下の語りにあるように、患者の希望と医療者の判断とのあいだで、医療者がある種のジレンマに陥っていることを医療者自身が意識化している。

B：その後に、ちょっと患者さんとお話をして、どうしたいのかということをもう一回はっきりと聞かせていただいて、こういった副作用が辛いと、車の運転ができない。お客さんに迷惑をかけるのが辛いとか、そういう話をされたので、だったら、副作用に対するお薬とかを、増えるけど、あるし、そこは先生に相談して、あの先生はちゃんとってくれる先生だから、話を、自分ができなければ私がするけど、診察室にもう一回戻って、話したらどうですかねっていうかたちで、関わったり。で、そういうことで、こつこつと、そういうやりとりをしながら、まあ、だったら、まあ、先生たちがそう言うなら、今効くと言われていたその3種類を飲もうかなと気持ちを変えてくださった方がいたので。まあ、そういうふうなことで、粘って。でも、患者さんの意思も尊重しなくちゃいけないというもがあったので。

ここで HAART 導入時における患者の同意を取ることの難しいケースについて考察してきた。白阪琢磨（白阪琢磨編、2006『HIV 診療における外来チーム医療マニュアル』第1版改訂第2刷厚労科研エイズ対策研究事業「多剤併用療法服薬の精神的、身体的負担軽減のための研究」）が指摘するように、慢性疾患となった HIV 感染症の治療成否のポイントは「患者がいかに自主的に服薬を継続できるか」ということにかかっており、外来診療におけるチーム医療の目的は、患者自身が服薬も含め自己管理をできるようになり、患者が健康を向上・維持できるように適切な支援をチームで提供すること（6頁）である。しかしながら、医療者が適切と考える服薬方法を患者自身も納得して受け入れるかどうかは、患者側の抱える生活や仕事上のさまざまな問題にかかっている。いま見たように、副作用が問題だといっても、それは身体的な問題に限られたものではなく、むしろ、仕事のお客さんに迷惑をかけるかもしれない、あるいは、業務上必要な車の運転ができなくなるかもしれないといった仕事に関わる問題のこともある。もし、医療者側が、患者にさらに質問しなければ、身体以外の問題は語られなかったかもしれない。ここでは、あえて患者の抱える問題をさらに聞くことによって、副作用が仕事に差し障る恐れを顕在化できたことが明らかになったと言えよう。このように、患者を服薬につなげていくことの成否は、医療チー

ムのメンバー間の連携と医療者側の粘り強い働きかけだけでなく、身体的な問題といった医療という狭い枠組みを超えて、患者自身の抱えている生活問題にまで踏み込んでいくことに依存していると言っても良いだろう。このケースにおいて、チーム間の専門職間における連携の重要性は意識化されており、次のリエゾンの課題となっていく。

発足当初 B さんは、ACC（エイズ治療・研究開発センター）に研修に行き、これまでの血友病治療においては、医師と患者の狭隘な関係性が支配的であったこと、さらに、医師の優位性の問題点について学んだという。その結果、B さんはブロック拠点病院のひとつとして果たすべき役割として、以下の語りにあるように、患者が医師に言えない部分を他のチーム医療メンバーがフォローすることを意識的に行っていた。

B：（前略）やっぱり、患者さんは先生に言えない、ちゃんと言えないという状況があるだろうから、まずはそこを引き出すっていうことをしないとイケないということで、かかわり。で、そのうち、まあ、先生と私だけじゃダメってなれば、栄養士さんとかに聞かないとイケないというふうに、チームとして不足のところを考えて、自分が先生と相談しながらですけど、まずはですね。やるという役割があるなっていうのを最初覚え始めて。で、最初はカウンセラーさんだけが来ましたけど、カウンセラーさんとやりとりをして、最初の頃はソーシャルワーカーもいなかったからカウンセラーが、ソーシャルワーカー的な、カウンセリングもしていただいたんで、その3者で、情報共有して、診察では、診察にはつくようにしたんですね。

コーディネーターナースの B さんは、医師と二人で患者さんの話を聞くとき、最初から他のチーム医療メンバーとの連携を積極的に促すように行動したという。

B：（前略）で、診察のなかで、先生はお話しになるけど、ちょっとなんか患者さん理解できてないなとか、表情を観察することができる。その中で、ちょっと患者さんが疑問に思っていることを調べなきゃと思って、ちょっと診療中に出て行って、薬局に電話したり、栄養士さんにかいたり、で、これは医療費のことだったりすると、カウンセラーさんにみたいなことを、診察の合間に動きながらして、調整するということは最初の動きなんですけど。

そして発足当初は、原告団自身が発足したばかりのブロック拠点病院を「育てよう」という意識を持って、意図的に患者として入ってきたという。それは次の B さんの語りにも見られる。

B:ほんとに、最初、患者さん、私たちが育てようという感じでした。みえる患者さん。とりあえず、カルテを作りに行こうみたいな話があった(I:ある、ある)。あったと思うんですけど(I:あったらしい)。で、いろいろなところから、来られた時に、ここは、人材は、育てなきゃって、口でおっしゃった方はいらっやいますし、スタッフはそろっていったんですが、そういうなかでの始まりでした。

発足当初、まさにチーム医療が立ち上がっていく時の状況について考察すると、ブロック拠点病院として立ち上がった時、次のBさんの語りに見られるように、伝統的な講座制を持つ大学病院と違い、チーム医療メンバー間の序列関係が見られず、A医師を初めとした非権威主義的なパーソナリティも手伝って、対等な横の関係が定着しやすかったのではないだろうか。さらに発足当初は、チーム医療メンバー自身が血友病とHIVについて、専門的知識を持っていなかったがゆえに、逆にそれが、各専門家に必要なことを聞いて回るという謙虚なスタイルの形成を促し、さらにそれによって、チーム医療メンバーの各専門領域間の垣根が低くなり、チーム内での連携(リエゾン)がうまくはかられたと推測される。

B:ただ、恵まれていたなあと思います。A先生がずっといらっやるので。それでも、先生たちが、看護師からすると、話しやすい。チーム医療というところで、たぶん大学とかだったらやりにくいだろうなあという思いがあつて。ここは、ほんと先生たちに恵まれている。どの先生も。それは厳しい面もありましたけど、頭もすごい良いですけども、言える、私たちの立場で言える、っていうなかでは、私たちのチーム医療が成功した題材って、言っていたいてるところに、A先生たちの性格っていうか、あるんだろうなあとも思います。

白阪琢磨(前掲2006;6頁)はチーム医療の成立要件として「チーム医療の提供とは、患者に提供すべき医療を、各スタッフ(医師、看護師、薬剤師、カウンセラー、ソーシャルワーカー等の専門職)が、専門に応じて役割を分担し、患者と同じ目線に立って、責任をもって行うことである。スタッフは専門的知識と技能、コミュニケーションスキルを持ち、自分の役割を認識し、責任を果たす必要がある。そして、対患者のみならず、スタッフ相互間においても良好なコミュニケーションが求められる」としている。もちろんHIVチーム医療の目的は、患者自身が服薬も含めた自己管理ができるよう適切な支援をチームで提供することにある。このブロック拠点病院は、この成立要件を満たすために、後に触れる心理カウンセラーとの面接回数や治療目的の共有などを意図的に制度に組み込んでいる。

さらには、患者から同意を取った上で、コーディネーターナースと心理カウンセラーが基本的に情報を共有し、それをチーム医療メンバー全体に知らせる役割を担っている。すなわち、ナースとカウンセラーが、スタッフ間のコミュニケーション促進の重要性に特に留意している。実際、コーディネーターナースのBさんは、患者の同意を取った上でのチーム間での情報共有について次のように語る。

B:お互いに、私たちもカウンセラーさんに情報をあげるし、カウンセラーさんも。それは患者さんの同意を得てですよ。この話は大事な話だから、次の診察の時に聞いてもらわないといけなから、先生とか看護師さんにも言うておくよって、カウンセラーさんが言うてくださるから。で、私たちはそれで知りました。で、次の診察の時、この間、カウンセラーさんから、そう聞いたんだけどって言えるからですね。そうしないと、プライバシーが保てないとか、なっちゃうので。そこらへんは、ちゃんとうまく、やれるように。(後略)

このチームは、治療目的を共有し、患者のセルフケアを支援するような情報を共有した上で、互いの専門性を尊重したチーム医療を実践している。

また、白阪琢磨(2006)が、服薬も含めた患者自身の自己管理と表現することを、ここでは「セルフケア」と言い換えている。例えば、コーディネーターナースのBさんは、時には患者から反発が出る場合もあるが、基本的にはセルフケアに対する支援が重要であると語っている。

Cさんが2005年に県の派遣ソーシャルワーカーとして、このブロック拠点病院に配置された当初は、セルフケアとはほど遠い状況だったようだ。Cさんは県から週一回派遣されて仕事をしていましたが、それが7年後の2012年には非常勤職に、2013年には常勤職に変わり、ソーシャルワークの体制自体が近年になってようやく整備されたことがわかる。Cさんが派遣の仕事の時、特に2005年から2008年のあいだは、薬害被害者のケースを扱ったことはなく、ほとんど性感染の患者さんが対象であったという。その当時は「制度の紹介屋」になっていたという。

C:それこそ、医療費の問題ですね。治療を始めるので、医療費を安くする手続きを教えてくださいって。まあ、その当時は今から十年前ですので、制度の紹介屋さんだったんですよ。(I:制度の紹介屋?)はい。制度の紹介をして、手続きができたね、よかったねと言って、それで終わりの人がほとんどだったんですね。

さらに当時は、特にCさんの前任者までは、何から何まで患者さんに代わってやってあげるといふ仕事の

やり方が支配的だったという。それがセルフケアへとドラスティックに変わったのは、Cさんが2012年に非常勤職になってからだという。そのせいで、何でもやってもらえると思っていた患者さんたちに、嫌われたこともあったという。

C：役所とのやり取りも、その当時はプライバシーへの配慮、っていうのが非常に強いところだったので、ソーシャルワーカーが申請手続きを全部してたりとか。自立支援っていうのは元々ソーシャルワーカーのベースにあるので、それは私が代わってやってあげるのではなくて、その人が自分でできる力を私は側面から支援するっていうのがソーシャルワーカーの仕事なので、できることを私がやってあげたらダメだし、できないところはもちろん支えるけど、できる力を引き出すっていうのがあるから。そうしながらこの人は、これはできるんだっていうアセスメントしながら一緒にすすめていくんです。本人ができるっていうのを喜びだったり、達成感とか、潜在能力は自分が一番わかるわけですから。そういうので制度申請もそうですし、その方の退院の準備も基本自分でしていただくことにしています。私の中では、それもセルフケアってことですね。前任者の机に切手がたくさん用意してあって、封筒もたくさん用意してあって、書類書いて来て下さいね、こちらで預かって送りますよって言ってしてたみたいですが、私は全部患者さんに「自分でできることはしましょ」と言ってきました(笑)。

I：全部。そうですか。

C：ほとんど、返してきて、もちろんこの人はしょうがないねって、例えば役所に親がいますとか、いろんな事情で自分でできない人っていうのは、もちろん一緒にしたりとかはしますけど、今までソーシャルワーカーがやっていたのを返すことにしたので、1年ぐらいはものすごく嫌われたと思います、患者さんに。

ここで本研究のメインテーマであるチーム医療における心理カウンセラーの役割について、ライフストーリーから明らかにしていきたい。まず、現在のHIVチーム医療における心理的支援が、血友病薬害被害者に対してどのような役割を果たしているのだろうか。次のコーディネーターナースのBさんの語りからわかるように、一般的にカウンセリングを受けるということ自体が、自分の悩みを打ち明けなければならない重たい出来事と捉えられており、本当は特に目的を持たなくても、カウンセリングになるにもかかわらず、なにかと敷居の高いものと受けとられている。そのため、心理カウンセリングを忌避する患者に対して、心理テストを受けることを医師が指示し、心理テストをひとつの手段として、なんとか患者をカウンセリングにつなげようとしている。

I：とくに心理は、あんまり目的がなかったり、
B：ない、ないです。そもそもカウンセラーって聞いただけで、イメージが悪いっていう、昔から言うとですよ。なんとかカウンセラーとかいっぱいあるし。で、自分の気持ちをさらけ出してっていうのは、私もやっぱり抵抗がありますね。そういったところで、今、薬害の患者さんとかとくに、いろいろ思いがおありになるというところを、医療側の人間のカウンセラーに、どこまで言っていていいとか、言いたくないとか、いろいろ、気持ちの葛藤はたぶんあるから、カウンセラーさんにとって言って、「いや、いいです」っていう人、いまだにいますね、血友病の人で。「会わん」って。自分を出したくない。まあ、それはそれで、受けとめるんですけど。

まあ、今の認知機能の問題とか、気持ちの変動で薬が飲めないとかあるから、副作用でそういうのが出るから、もう検査、気持ち、心理テスト、SDSとかいくつかある。もう10分、30分でできるテストが(I：ここは有名だもんなあ)、はい。それを先生の指示でするので会ってくださいねっていうふうに、逆に、会いたくないという人には会ってもらって。気持ちを探るような人じゃなくて、安心できる人ではあるっていうことを認めてもらうためにもつなげられるからですね、テストで。最初、会ってもらおうことで。

心理カウンセリングを受けることに対する患者側の抵抗が、カウンセリングに対する一種の誤解から生じているとも考えられる。そのため、初診から継続して必ず最低3回は心理カウンセリングを受けるよう促すことにしたという。

I：それがね、僕が、今回のテーマなんじゃけど、なかなかねえ心理に、患者側の方の誤解っていうか、心理とはどういうものかっていうことがわからない。誤解もあるし、わからないもあるんじゃないけど。かと言って、心理の人たちも紹介があるまで待っていたりするでしょ。

B：ああ、そうですね。

I：そうすると、互いに出会うきっかけがないんだよね。

B：そうですね。そういった意味で、初診で来たら3回は会うということにしてるんですよ。3回。

そして最低でも3回は心理カウンセリングを受けるということは、カウンセラーのDさんが提案したという。

I：Bさんもそういうおっしゃり方してたんだけど、その3回でも何回でもいいんですけど、3回とりあえずするってかたちで決めたのはチームで決めたんですか、誰か…

D：私が提案しました。

I：提案。カウンセラーの提案で3回ってかたちになっ

たんですね。

D: はい。患者さんからの「何で内科でカウンセリング?」という意見と、「カウンセリングをどう説明したらいいか」というスタッフからの意見がありましたので。ではシステムではどうでしょうかと。1回の面接だけでは患者さんのことはわかりませんが、5回は多いと患者さんも言われるし、3回だったら、まだ患者さんの負担も大丈夫かと思いました。(後略)

ところが、なかば義務的に3回継続してカウンセリングを受けることを患者に促しても、患者側に何らかのメリットがないと継続は難しいと考えられる。ここで意図的に努力したことは、まず悩みを打ち明ける側と悩みを聞く側との間に暗黙裡に生じてしまう権力差をなくすということであったという。インタビュアーが悩みを語る立場と聞く立場では、悩みを語る立場の患者がどうしても弱くなると指摘すると、心理カウンセラーのDさんは、カウンセラーが患者の悩みを聞くというスタンスを取った時点で、カウンセラーと患者の間に優劣がついてしまうと同意する。そして、患者向けパンフレットを変更して、悩みが何もなくともカウンセリングを受けてほしいというメッセージを送ったという。したがって、「誕生日だから声かけました」「最近インフルエンザはやってるんで、だいじょうぶですか」といった日常的な声かけから、カウンセリングをスタートさせようとする。

D: そうですよ。弱くなりますよね、患者さんの方が。

I: っていうか、あんたのつらいは何って。ちゃんと説明せずにつらい時は使ってって。患者イコールつらいっていうところからスタートするのはアンフェアだよ。

D: そうです。そこでカウンセリングのパンフレットを変えたんですよ。悩みが何にもないのもOKですって書いたんですよ。なくても副作用の話があるかもしれない。内科の治療がうまくいっている、元気である、体調が楽になったことも話せる場であるとか。こんなふうにやれてるんだよとか、できてるんだよとかを話せる場と書きました。今、Iさんがおっしゃってくださったように、つらいでしょってところから始まるのは、その時点で優劣がついているような感じがして、私もちょっと馴染まないんですよ。精神科でカウンセリングをやっていましたが、精神科の患者さんでもできること、可能性がいっぱいあったんですよ。だから内科でも、こんなふうにスタートするってありなんじゃないかなってずっと思っていました。

これはある意味では、あの手この手を使って、患者の世界にカウンセラーが入り込んでいく決断である。したがって、患者との間に優劣関係や権力的な上下関係を作り出さないよう努力するだけでなく、患者に「お

土産」を持たせて、次回のカウンセリングまでつなげていく工夫もしているという。それが以下の語りにあるように、カウンセリング時に実施した検査結果とか気分チェックのグラフを見せて、前回と比較し、それで何が起きているかをディスカッションして、次に来たときに、これまでの経過を見て、これでだいじょうぶだねって確認する仕事が「お土産」なのである。

D: 優劣関係に気をつけたとしても、患者さんに対して私たちが心理的にぐいって入っているところがあると思うんですよ。ぐいって入って、本人がいやなままで終わらないように配慮はしてるんですよ。それは専門性だと思うので。その時にお土産だとか会うメリットをちゃんと伝えるとかしています。ガイダンス、情報提供をしています。

I: 話を聞いていると使ってもらうための工夫をここはやっぱりしていて、他のブロックは基本的にしていない。

D: 患者さんのカウンセリングへの負担感を下げるためにやったのが、「初診の方はカウンセリングが3回あります。それから決めてください」と伝え、その中でカウンセラーが説明します。いやならいやと言ってもらう。カウンセリングを使う時は、見通しを立てた使い方を考える。使わない時は、年に一回ぐらいいは声をかけさせて下さいと。患者さんと一緒に情報共有する時間は、患者さんの考えを尊重するとともに、わかるようにリーフレットに書いて、システムを説明しています。このような点を共有し説明しておくのが私のカウンセリングのスタンスなので、その上で判断をしてもらい、意見を言うっていただいて、一人一人オーダーメイドで作っていくというものです。私が会ってる患者さんたちは自分でできる方たちなので、一人一人ができることを生かしてやっていくというスタンスです。検査結果や気分チェックも、その場ですぐグラフを見せて、前回と比較し、何が起きているかを、ディスカッションします。そして次会うまでの間、あなたも主治医ですから、その間、お薬のことや体調のことで何かあればすぐに電話して下さいと。そして定期受診は、自分のマネジメントがこれで大丈夫だねって確認する場所ですからということをいつもやってます。

ここまでは患者に対するカウンセリングのハードルを下げる努力について指摘してきたが、今度は、チーム医療メンバー自身の心理カウンセリングに対する心理的ハードルを下げる努力について説明したい。実際、発足当初は、医師にとって馴染みの薄い心理カウンセリング活動をHIV専門医に理解してもらうために、カウンセリングの説明書や導入マニュアルなどを作成したという。

そこから2代目のカウンセラーに当たるDさんは、チーム医療メンバーに対して、自分ができることを聞いて回ったという。次の語りにあるように、その際に

チームで共有できる物として、自分の印象だけでなく、患者の「お土産」として利用した心理テストなどの検査や気分チェックを、スタッフ間の情報共有の道具としても使うことを考案した。特にA医師とは、患者の「睡眠と便秘と食欲」を心理カウンセラーとの「共通言語」として共有してもらい、それを患者に聞いてもらって、カウンセラーと一緒に探っていくようにしてもらったという。確かに最初は、Dさんの前職である精神科特有の専門用語をここでも使ってしまい、他のチーム医療メンバーから理解されないこともあったようだが、患者のセルフケアの支援をチームで協力して行っていくうちに、心理カウンセラーの役割がチーム内でも理解されるようになってきたという。

D：私がいるチームはすごく恵まれていますね。最初の頃は他のスタッフからもカウンセリングは「どう使ったらいいの」、「カウンセリングをお勧めしても、うんカウンセリングいいかな」って言われるけど、Dさんってどういうことできるのかなって聞いてもらえたんですね。スタートはそういう感じだったと思います。それからパンフレット書いたり、精神科でやっていたアセスメントをチームに返すとかしました。以前から、なにか患者さんの負担が少ない検査を使いながら、スタッフとも共有できたらいいと思っていましたね。

特に最初の頃は、副作用で患者さんの気分の落ち込みが出てきたので、検査を使うとともに、A先生には、まず睡眠と便秘と食欲、それだけでも聞いてください、抑うつ的になってくるとそこが崩れるのでと伝えました。そうする中で共通言語を一緒に探りながらやる人という認識になっていったと思います。

最初は私の方が精神科で学んだ表現とか言葉とかを使い、すごくわかりにくかったと思います。そこをチームの皆さんが見えないところでつないでくださったと思うんです。そういう時間を重ねて、患者さんのことを一緒に考える中で、また最近ではHAND (HIV-Associated Neurocognitive Dysfunction の略語で、HIVに関連する認知機能低下を意味する。脳内での残存ウイルスによる慢性持続感染に起因するものと考えられている。https://www.niid.go.jp 国立感染症研究所のHPによる。)と一緒に取り組んで、より何を見てるかっていうのが伝わるようになったと感じています。今はこういう状況だったら声をかけて欲しいという時に、声をかけてくださるようになってるので、私たちの役割は、理解されているんだと思いますね。気分的な波であったり、認知面であったり、何か社会とのつながりのことであったり、就労のことでもお話を受けることもありますので、ソーシャルワーカーさんと連携してやっています。ご家族とかのサポートは私たちが入りますし、病棟は外来の看護師さんは行きませんので、病棟と外来をつなぐっていうのを私たちがやったりしますね。

ここで、HIV/エイズをめぐるスティグマの問題に触れることで、チーム医療の担うべき今後の課題とした。このブロック拠点病院は、発足当初から十年間くらは、他の病院との連携が必要な場合でも、なるべく自己完結するようにしていたという。なぜならその当時は、自分たち以外の病院は、HIV/エイズをめぐる偏見や差別意識が強いために、他の病院との連携を考えることさえできないと考えていたからだ。そのため、ソーシャルワーカーのCさんは、患者を転院させることができないということについて強い不満を持っていたという。

C：そうです。その当時やっぱり転院とかが、なかったですね。最初から最後までうちの病院でっていう感じだったんですよ。この人は転院がいいと思いますって言うのを、言えない雰囲気だったんですよ。ここ救急の病院だから、その人にとっては、リハビリの病院だったりとか、もっとゆっくり療養できる病院がいいと思っても、できなかった。

Cさんは当時、週一回の派遣ソーシャルワーカーとして配置されていたので、現実的にも他の施設との連携を調整することが難しい状況にあっただけでなく、当時は県の医療機関全般においても、HIV感染に対するスティグマ意識が強く、紹介しても患者を受けてもらえないだろうと考えていたという。

C：っていうのもあるし、どうせHIVがあると受けしてもらえないだろうから。(I：他の病院が)みてもらえないだろうっていうのも、あったんだと思います。なので、そこはちょっと鬱々してたところは、正直ありました。で、派遣だから、責任の範囲もあるから、こうは思ってるけど、その人にとっては絶対この病院じゃないほうが良いと思うけど。だから、最初の派遣の時は、ほんとにいろんな思いというか。

ところが、2012年に非常勤のソーシャルワーカーとして着任した時には、状況は大きく変わっていた。すなわち、患者の転院が当たり前のことになっていたのである。

C：平成24年に、あらためて採用された時に、(I：非常勤)ですね。状況は変わっていて、採用当日だったかな、先生から、この人の転院先を探してほしいんだけどっていう話があって。

このブロック拠点病院は、地域の福祉事業所や医療機関への出前研修によって、福祉介護従事者や医療関係者のHIV/エイズに対する偏見の軽減の試みを行ってきた。

C：あとは、うーん、やっぱり、チーム医療っていう

意味で、うち、出前研修をけっこうしてるんですね。出前研修っていうのは、地域の病院に、出向いて、それこそヘルパーさんの事業所に A 先生と私がいっしょに行き、「HIV はこうですよ」って、「だから、普通には感染しませんよ」って A 先生が話をし、私が「こういう（連携）の仕方をしていて、普通にやっていますから、大丈夫ですよ」って、「窓口は私です、よろしくお願いたします」って、研修をずっとやってるんです。今まで HIV の研修をしたいというヘルパー事業所はなかったんで、「HIV の勉強をしたい」って言うようになっていただけでもいいかなあと考えていたけど、「結果を出せ（実際に受け入れるところを作れ）」というところまで求められるようになりました。

HIV / エイズに対する態度の変化について、どうしてこんなに変わったのか不思議だと思わないかという私たち調査者の問いに対して、C さんは信頼感の獲得を上げる。つまり、他の病院との連携の実績を作り出すことによって、このブロック拠点病院が地域での信頼を獲得し、それを通して、HIV 陽性者が地域で暮らすことが当たり前前の状況になりつつある。

C：それは思いました。不思議っていうよりも、それこそ時代が変わったっていうか、そもそも今までやってきてなかったんですよ。見てもらえませんかということも、今までほとんどなかったの、言ったら見てもらえるんだって、わかりました。受けてくれないんだろうって雰囲気以外に出さないっていう（I：時代から）時代から、でも意外と受けてくれるんだなあっていう、いってなかっただけで。

I：これはただの興味なんですけど、それはけっきょく答えは聞きましたか？何で受けてくれたの、みたいなことは？

C：あの、ケアマネジャーに聞きました。

I：もし差支えがなければ？

C：このブロック拠点病院がいいって言うているから、大丈夫だろうって思ったって。

I：はは。それはここへの信頼ですね。地域の。

C：こういうちゃんとした病院が感染しないし、大丈夫って言うてる人だったら、問題ないと思ったから受けたんですって言うてました。

この大転換の背景について考察すれば、この十年間のあいだに、ソーシャルワーカーだけでなく、看護や心理カウンセラーも地域に立脚する福祉事業所や医療機関と連携が取れるようになってきており、HIV 医療も地域 HIV 医療というかたちで少しずつ成熟してきた結果、もたらされたものであると考えられる。さらにもう一つは、日本の健康保険制度も少しずつ変化し、DPC（包括医療費支払い制度）等の成立によって、入院日数に制限がかかってくるので、病院から早く退院

させなければならないというプレッシャーも背後に働いているのではないだろうか。

最後に薬害被害者に特有の問題として、1980 年代のエイズパニックや実際に差別を受けた経験などを通して、一般の HIV 陽性者以上に、HIV / エイズに対するスティグマに対して敏感になることが挙げられる。ソーシャルワーカーの C さんは障害者手帳取得に対して強い抵抗を示した薬害被害者の例を紹介している。

C：あの身体障害者手帳を取ることにしてもものすごく時間がかかった人がいて。手帳を取るとみんなにバレルでしょって。

I：いっぱいいます。

C：いるんです。でも手帳を取らないとあなたの希望するサービスは受けられないんですよって話はするんですよ。申し訳ないですけど、通り一遍守秘義務っていうのがあるからという説明をして、それで守られてるっていうのを信じてもらわないと、これ以上私は何もできないんですって、そういうふうに何回も何回もどうせバレルでしょ、いやバれません、バレルでしょ、バれませんのずっとやりとりがあつて。私も何でわかってくれないかなって、お手上げだったんです。

しかし、この際限のないやりとりが薬害被害者の抱える大きな不安感や不信感に由来していることが、少しずつ理解できるようになるにつれ、C さんは自分の対応が表面的であったと反省するようになる。

C：それだけ不信感が強いっていうのは何なのかと思ったんですよ。通じないのはどうしてかって。おっしゃる通り、バレルのがわかってるからなんですよ。そっか、大丈夫ですって言ったらいけないっていうか、軽々しく言うもんじゃないなって、失礼だなってそこで思って。だから 2 年ぐらいかかって、何とか地元の病院のソーシャルワーカーと連携して、まあ、そのソーシャルワーカーと患者さんの信頼関係もあり、手帳は取ってもらったんですけど。

C さんが血友病薬害被害者の抱える強い不安を理解できるようになった時、心理カウンセリングとの連携もあって、この患者さんの「とがった」感覚はようやく雪解けを迎える。ここには、ソーシャルワーカーと心理カウンセラーとの連携によって可能になったチーム医療の利点も見ることができる。

血友病薬害被害者の場合には、薬害エイズ事件を経験して、自分でも表現できないような不安感や虚脱感を抱える場合もかなり多いと考えられる。HIV チーム医療は、薬害被害者が抱えるこうした感情を受け止めながら、その背景にある文脈を解き明かしていくことで、被害者に対して有効な支援を探っていく課題を与えられていると言えよう。

以上まとめると、このブロック拠点病院においては、意図的に心理カウンセラーの役割を HIV チーム医療の中に位置づける努力がなされていることがわかった。例えば、初診から3回は最低でも継続してカウンセリングを受けることがそうである。しかも、それを可能にするために、なにげない季節の声かけをして、患者とカウンセラーの上下関係をなくす努力をしたり、次回のカウンセリングにつながるための「お土産」を患者に持たせたりする。同時に、心理カウンセラーも自分自身が医療チームの中で取る役割を、チームメンバーに対して明示化する努力をしたり、チームの中で「共通言語」を共有したりして、積極的にチームの一員として認知される工夫を積み重ねている。

このような地道な努力は、他のブロックにおいても学ぶべきところが多いと考えられる。特にカウンセリングの場面から医療者と患者という上下関係を取り除き、それによって、カウンセリングを日常のひとつまに変換する努力は、「箱根ワークショップ」から継続してきている死を覚悟するために導入された重々しいカウンセリングと決別するひとつのきっかけとなると考えられる。そして、心理カウンセリング自体の役割と効用を医療チームのメンバーにも広く認知させる努力についても、他のブロックに広めるべきであろう。

また、HIV 陽性者が当たり前のように地域で暮らすことができるためには、HIV/エイズというスティグマに対する啓発活動と医療福祉機関の連携が必要である。そして、血友病薬害被害者の場合には、過去のトラウマ経験によって、強い不信感や虚脱感を抱えている場合が多く、その不安感を生み出している当事者の生活史の背景的文脈を理解し、可能な限りそれを受け止めながら、有効な支援を探求していくことが HIV チーム医療の課題となるだろう。それは、ある意味では、医療という限定的な文脈を超えて、患者とともに生活の文脈へと一歩足を踏み出す決断を意味するのではないだろうか。

結論

血友病薬害被害者の心理的支援方法について、これまで蓄積したデータを分析し、一定の知見を得ることができたので、初年度の課題は達成できた。ここで得られた研究成果は学術的にはライフストーリー研究の進展に寄与し、国際的・社会的には、血友病薬害被害者の心理的支援方法について、具体的な方法を示唆することができる。さらにインタビュー対象者を広げることで、今年度の研究成果を検証することができ、チーム医療について具体的な支援方法を他の医療機関に伝えることができる。

健康危険情報

該当なし

研究発表

1. 論文発表

- 1) 山田富秋：表題 血液製剤由来 HIV 感染者の心理的支援方法の検討—ある HIV チーム医療の実際から—：松山大学論集：第 30 巻第 4-1 号：213-241 頁：発表年 2018 年 10 月

2. 学会発表

- 1) 演者 山田富秋、橋本謙、表題 薬害被害者の心理的支援方法の検討、学会名 日本エイズ学会学術集会・総会、発表年 2018 年 12 月

知的財産権の出願・取得状況（予定を含む）

該当なし

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の 編集者名	書 籍 名	出版社名	出版地	出版年	ページ

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年

平成31年 3月 15日

厚生労働大臣 殿

独立行政法人国立病院機構

機関名 大阪医療センター

所属研究機関長 職名 院長

氏名 是恒 之宏

次の職員の平成30年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反の管理状況については以下のとおりです

- 研究事業名 厚生労働科学研究費補助金（エイズ対策政策研究事業）
- 研究課題名 HIV陽性者に対する精神・心理的支援方策および連携体制構築に資する研究
- 研究者名 （所属部局・職名）臨床研究センター・エイズ先端医療研究部長
（氏名・フリガナ）白阪 琢磨 ・ シラサカ タクマ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針（※3）	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	大阪医療センター	<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること （指針の名称：)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。

（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

（留意事項） ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

平成 31 年 2 月 27 日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人大阪大学
所属研究機関長 職名 大学院医学系研究科長
氏名 金田 安

次の職員の平成 30 年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 1. 研究事業名 エイズ対策政策 研究事業
- 2. 研究課題名 HIV 陽性者に対する精神・心理的支援方策および連携体制構築に資する研究
- 3. 研究者名 (所属部局・職名) 医学系研究科 精神医学・教授
(氏名・フリガナ) 池田 学・イケダ マナブ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

平成 31 年 3 月 31 日

厚生労働大臣
(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿
(国立保健医療科学院長)

機関名 京都大学大学院教育学研究科

所属研究機関長 職名 研究科長

氏名 稲垣 恭三

次の職員の平成 30 年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 厚生労働科学研究費補助金 (エイズ対策政策研究事業)
- 研究課題名 HIV 陽性者に対する精神・心理的支援方策および連携体制構築に資する研究
- 研究者名 (所属部局・職名) 教育学研究科・研究員
(氏名・フリガナ) 大山 泰宏・オオヤマ ヤスヒロ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関における COI の管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関における COI 委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係る COI についての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係る COI についての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。

・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

平成31年 3月 15日

厚生労働大臣
(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿
(国立保健医療科学院長)

機関名 京都大学

所属研究機関長 職名 医学研究

氏名 岩井

次の職員の平成30年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 厚生労働科学研究費補助金エイズ対策政策
2. 研究課題名 HIV陽性者に対する精神・心理的支援方策および連携体制構築に資する研究
3. 研究者名 (所属部局・職名) 大学院医学研究科 教授
(氏名・フリガナ) 村井俊哉 (ムライトシヤ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入(※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査(※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針(※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	京都大学医学研究科	<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他(特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

平成 31 年 3 月 15 日

厚生労働大臣 殿

独立行政法人国立病院機構
機関名 大阪医療センター

所属研究機関長 職名 院長

氏名 是恒 之宏

次の職員の平成30年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反の管理状況については以下のとおりです

1. 研究事業名 厚生労働科学研究費補助金（エイズ対策政策研究事業）
2. 研究課題名 HIV 陽性者に対する精神・心理的支援方策および連携体制構築に資する研究
3. 研究者名 (所属部局・職名) 臨床心理室・主任心理療法士
(氏名・フリガナ) 安尾 利彦 ・ ヤスオ トシヒコ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	大阪医療センター	<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する口にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

平成31年 3月 15日

厚生労働大臣 殿

機関名 法人 松山大学

所属研究機関長 職名 学長

氏名 溝上 達

次の職員の平成30年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 厚生労働科学研究費補助金（エイズ対策政策研究事業）
2. 研究課題名 HIV 陽性者に対する精神・心理的支援方策および連携体制構築に資する研究
3. 研究者名 (所属部局・職名) 人文学部社会学科・教授
(氏名・フリガナ) 山田富秋・ヤマダトミアキ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称：松山大学研究活動行動規範)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項) 松山大学において倫理審査を行う委員会規程が未整備のため、審査できなかった。そのため、山田富秋班でインタビュー調査は実施しなかった。

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する口にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。